

한국의 일차 진료 의사

서울대학교 의과대학 의료관리학교실

박 기 동

요 약

부정적인 평가가 일반적인 우리나라 의료체계의 문제점을 해결하기 위하여 지속적으로 제기되어 왔던 대안이 '일차의료의 강화'이다. 그러나, '일차 의료의 강화'라는 주장 안에서도 '일차 의료'에 대한 개념, '일차 의료를 담당하는 일차진료의사'에 대한 이해, 강화를 위한 접근 방법은 주장하는 사람마다 서로 달랐다. 이 글에서는 그 동안 일차 의료 강화에 관한 여러 주장들의 내용과 근거들을 살펴보고 의약분업 이후의 상황에서도 일차 의료 강화가 유효한지를 검토하였다.

의약분업 이후 건강보험 진료에서 의원이 차지하는 비중이 높아졌으나 이것이 실제로 일차 의료가 강화되어서 나타난 현상으로 볼 수는 없다. 저자는 다음과 같은 과제를 제시하였다. (1) 실현 가능한 주치의 등록제 대안의 모색: PPO 방식에 대한 검토, (2) 유능한 일차 진료 의사의 양성을 위해서: 전공의 정원 책정의 기준 변경, (3) 조정 능력의 강화, (4) 포괄성의 강화: 지역사회 지향 일차의료기관 (community oriented clinic). (가정의학회지 2002;23:677-687)

중심단어: 일차의료, 일차의료 담당 인력

서 론

우리 나라 의료체계에 대해서는 '고비용·저효율의 극치를 이루어 의료자원이 낭비되고 있다'¹⁾ 또는 '지극히 반(anti) 일차의료적'²⁾이거나, '3차 의료기관에서 거의 모든 진료를 담당하고 있는 기형적인 의료 전달 체계를 가지고 있다'³⁾와 같이 부정적인 평가가 일반적이다. 일차 의료에 대해서도 '중요성을 인식하면서도 허상뿐'⁴⁾이거나, '일차 의료는 의료의 중심이 기보다는 주변에 위치하고 있고, 일차진료의사는 의료체계 내에서 소외되어 있거나 변두리에 서 있으며'⁵⁾, '주류인 임상의학에 대하여 기초 의학이 보조적인 위치, 예방의학이 대립적인 위치에 있다면 일차

의료(또는 가정의학)는 소외되는 위치에 놓여 있다'²⁾와 같이 부정적인 평가가 대부분이다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 지속적으로 제기되어 왔던 대안은 '일차의료의 강화'이다.

그러나, '일차 의료의 강화'라는 주장 안에서도 '일차 의료'에 대한 개념, '일차 의료를 담당하는 일차 진료 의사'에 대한 이해, 강화를 위한 접근 방법은 주장하는 사람마다 서로 달랐다. 이 글에서는 그 동안 일차 의료 강화에 관한 여러 주장들의 내용과 근거들을 살펴보고 의약분업 이후의 상황에서도 일차의료 강화가 유효한지를 검토하고자 한다.

일차 의료의 개념과 의미

일차 의료라는 용어는 1920년 영국에서 도오손 경 (Sir Bertrand Dawson)이 위원장으로 있던 「의료와 행정서비스에 대한 중앙위원회(the Central Council on Medicine and Administration Service)」에서 예방

교신저자: 박기동

Tel: 016-372-3866, Fax: 02-743-2009

E-mail: pkidong@hanmail.net

서비스와 치료서비스의 통합과 조정에 관한 야심찬 계획을 담은 보고서(Dawson Report)에서 공식적으로 처음 사용된 것으로 알려져 있다.⁶⁾ Dawson은 보고서에서 영국의 의료 체계를 일반의(GP)들의 네트워크와 전문의들이 근무하는 보건센터(health center)의 이원 체계(two tier system)로 구성할 것으로 제안하면서 일차 의료를 '그 지역 의사가 예방과 치료 서비스를 지역주민들에게 제공하는 것'으로 정의하였다.

이후, 일차 의료는 '1차 접촉 의료(first contact medicine)이고 질병의 존재 여부와는 관계없이 환자에 대하여 지속적 책임을 갖는 의료(longitudinal responsibility)이며, 환자에게 전인적으로 봉사하는 의료'로 정의⁷⁾되었으며, 미국의 의학연구원(Institute of Medicine)에서는 1994년 일차 의료를 '통합적이고 접근 가능한 보건의료서비스를 대부분의 건강요구를 해결하고 환자와의 지속적인 동반 관계를 이루고 가족과 지역사회 내에서 활동하는 임상 의사에 의해 제공되는 것(the provision of integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community)'으로 새롭게 정의하기도 하였다.⁸⁾

그러나, 우리나라에서 일차 의료는 앞에서 언급한 것과 같은 개념적 정보보다는 '대체로 의원에서 이루어지는 의료서비스'⁹⁾라는 개념으로 받아들여지는 것이 일반적인 경향이다. 이는 대부분의 일차 의료강화에 대한 주장이 '보험진료에서 종합전문요양기관의 비중이 높아지고 의원이 차지하는 비중이 감소하는 추세에 있다는 것'을 문제 제기의 근거로 삼고 있기 때문이기도 한다.

이와는 별도로 법률적으로 일차 의료는 국민건강보험법과 의료급여법에서 각각 다음과 정의하고 있다. 국민건강보험법에 의한 의료전달체계는 종합전문요양기관에서 실시하는 2단계 진료와 그 밖의 1단계 진료로 구분하고 있는 바, 일차 의료는 '종합전문요양기관 이외의 요양기관에서 실시하는 것'임을 알 수 있다. 의료급여법에서 일차 의료는 '의원·보건소 등 1차의료급여기관에서 제공하는 서비스'로 정의되고 있다.

우리나라 일차 의료의 현황

1. 의료 시장에서 일차 의료 기관의 영향력 위축

우리 나라 일차 의료의 위축되고 있다는 주장을 할 때 가장 대표적으로 사용되는 자료는 건강보험 진료 실적에서 의원의 비중이 감소하고 있다는 것이다. 외래 진료에서 의원이 차지하는 비중은 전 국민 의료보험 실시 직후인 1990년에 진료건수의 83.3%, 진료비의 72.9%이던 것이 1997년에는 진료건수의 82.0%, 61.3%가 되어 진료건수는 1.3%p, 진료비는 11.6%p가 감소하였으며, 입원 진료에서는 1990년의 진료건수의 23.9%, 진료비의 10.8%이던 것이 1997년에는 진료건수의 17.6%, 진료비의 8.5%가 되어 진료건수는 6.3%p, 진료비는 4.5%p가 감소하였다⁹⁾는 것이 주장의 요지이다. 그러나, 이 자료는 「의원=일차진료기관」이라는 등식이 성립하지 않으면 설득력이 떨어지며, 일차진료기관의 주된 기능은 입원이 아니기 때문에 입원 진료에서의 비중 감소를 일차 의료의 위축으로 보는 것은 타당하지 않다.

2. 무한한 치료자 선택의 자유

우리 나라 국민들은 의료 이용을 할 때 첫 번째 방문기관(치료자)의 선택은 전적으로 국민의 자유이며, 일차진료기관으로 볼 수 있는 의원을 첫 번째 치료자를 선택하는 경우가 생각 이상으로 높지 않다는 자료들 역시 일차 의료의 제기능을 다하지 못하고 있는 주장에 자주 활용된다. 의약분업 실시 이전인 1995년에 실시한 국민건강조사 결과¹⁰⁾를 보면 지난 2주간 외래 이용 환자들이 선택한 첫 번째 이용 기관은 의원 39.2%, 약국 35.0%, 보건기관 7.9%, 종합병원 5.9% 순으로 의원과 약국이 경쟁 관계에 있음을 알 수 있다. 약국을 제외한 의료기관만의 비중을 다시 계산해보면 의원 60%, 보건기관 12%, 종합병원 9%가 된다.

3. 형식적인 의뢰 및 회송의 미비

국민건강보험법에 의한 의료전달체계 관련 규정에 따르면, 종합전문요양기관에서 진료(요양급여)를 받기 위해서는 1단계 진료를 담당한 의사의 진료

- 박기동: 한국의 일차 진료 의사 -

의뢰서(요양급여 의뢰서)가 있어야 한다. 그렇지만, 1995년 국민건강조사결과 자료를 보면 지난 2주간 3차 진료 기관 외래를 이용한 국민들의 30.1%만이 내원 동기를 '타기관 의뢰 및 권유'라고 응답하고 34.8%는 '혼자 선택'이라고 응답하여 의뢰가 형식적으로 이루어지고 있음을 시사하고 있다. 의료 전달 체계 관련 규제가 없는 종합병원은 6.7%만이 내원 동기를 '타기관 의뢰 및 권유'라고 응답하였으며

표 1. 연도별 의료기관 종별 진료건수 현황(1990~1997)

(단위: 건, %)

	외래			입원		
	의원	병원	종합병원	의원	병원	종합병원
1990	88,593,500	5,432,132	12,383,510	599,122	413,659	1,494,994
	83.3	5.1	11.6	23.9	16.5	59.6
1995	129,211,011	7,468,504	19,816,191	601,224	567,696	2,179,264
	82.6	4.8	12.6	18.0	17.0	65.0
1997	152,705,826	8,691,470	24,769,839	666,205	670,217	2,452,135
	82.0	4.7	13.3	17.6	17.7	64.7

자료: 안형식. 일차 의료의 강화와 의료체계의 개편. 건강보장연구 1999, 3:160

표 2. 연도별 의료기관 종별 진료비 현황(1990~1997)

(단위: 백만원, %)

	외래			입원		
	의원	병원	종합병원	의원	병원	종합병원
1990	1,183,283	105,475	334,850	110,905	111,496	806,128
	72.9	6.5	20.6	10.8	10.8	78.4
1995	2,106,729	213,886	961,897	183,681	247,012	1,749,183
	64.2	6.5	29.3	8.4	11.3	80.2
1997	2,905,465	300,076	1,534,622	258,037	363,525	2,409,401
	61.3	6.3	32.4	8.5	12.0	79.5

자료: 안형식. 일차 의료의 강화와 의료체계의 개편. 건강보장연구 1999, 3:160

표 3. 2주간 외래이용환자의 기관종별 이용 순위

(단위: 명, %)

	N	의원	병원	종합 병원	3차 기관	한방 병의원	보건 기관	약국
첫 번째 이용 기관	5,096	39.2	4.5	5.9	3.9	3.7	7.9	35.0
두 번째 이용 기관	781	30.9	4.6	3.6	2.0	9.3	6.3	43.3
세 번째 이용 기관	123	32.5	3.3	7.3	-	9.8	6.5	40.7
네 번째 이상 이용 기관	13	11.8	5.9	-	11.8	11.8	47.1	11.8

자료: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사

‘혼자 선택’한 경우는 48.3%나 된다는 수치도 주목할 만하다.

이러한 현상과 관련해서 의사들은 환자들이 일차진료기관에서 충분히 감당할 수 있는 질병임에도 종합전문요양기관이나 종합병원을 선호하고 있으며, 2·3차 의료 기관으로 환자를 의뢰한 경우 문제가 해결되면 다시 일차 진료 기관으로 되돌아와야 하나 그렇지 못하다는 불만을 제기하고 있다. 반면 국민들은 최초 방문 의료 기관에서 진료가 종료될 수 없는 상태의 환자에게 적절한 후속 의료를 받도록 하는 조정역할이 올바르게 이루어지고 있는가에 대하여 확신을 갖지 못하고 의료 기관들이 자체의 인력체제와 시설장비로는 적절히 진료하기 어려운 병세의 환자인

데도 다른 의료기관으로 의뢰하지 않을지도 모른다는 불안감을 가지고 있다.¹¹⁾

4. 일차 의료 서비스 내용의 미흡

의원에서 제공되고 있는 진료 내용을 분석하면 급성기관지염이나 급성상기도감염과 같은 급성 질환에 대한 일회성 진료가 대부분이며, 장기적 치료를 요하는 질병은 많지 않다. 특히, 본태성 고혈압의 경우 전체 진료 건수의 63.6%만이 의원을 이용하고, 종합병원을 이용한 경우가 28.7%나 되는 것은 일차 의료기관의 서비스 내용 미흡을 나타내주는 대표적인 사례라 할 수 있다.

표 4. 의료기관 유형별 내원 동기(2주간 외래 이용)

(단위: %)

	계	의원	병원	종합병원	3차 진료기관
거리 인접	32.9	38.3	29.5	15.5	7.6
혼자 선택	40.7	40.4	39.4	48.3	34.8
친지 권유	19.3	19.2	17.1	21.1	21.0
타기관 의뢰 및 권유	3.7	0.8	2.0	6.7	30.1
응급	1.4	0.6	3.4	4.3	3.7
(회사) 지정기관	1.6	0.6	8.0	3.1	1.9
모름	0.4	0.2	0.6	1.1	1.0

자료: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사

표 5. 외래환자 다빈도 상병의 의료기관 종별 진료건수 비중(1998년)

(단위: %)

	의원	병원	종합병원
급성 기관지염	91.2	3.4	5.4
다발성 및 상세 불명 부위의 상기도감염	90.8	3.7	5.6
급성 비인두염	95.2	1.7	3.0
급성 편도염	94.3	2.9	2.9
급성 인두염	92.9	2.5	4.7
위염 및 십이지장염	88.5	5.1	6.4
급성 후두염 및 기관지염	100.0	-	-
결막염	91.9	3.3	4.8
본태성 고혈압	63.6	7.7	28.7

자료: 국민의료보험관리공단, 1998 국민의료보험통계연보, 1999

일차 의료 강화를 위하여 제시된 각종 대안들과 그에 대한 평가

일차 의료 강화를 위하여 제시된 대안들은 대체로 다음과 같은 세 가지 방안으로 구분하여 볼 수 있다. 첫째, 의원을 1차 접촉 의료의 창구로 제도화한다. 둘째, 의원 중의 일부 전문과목을 1차 접촉 의료의 창구로 제도화한다. 셋째, 일차 의료와 2·3차 의료의 협력 체계를 강화한다. 이들 방안에서 제안하는 내용과 각각에 대한 평가는 다음과 같다.

1. 의원을 일차 접촉 의료의 창구로 제도화하는 방안

일차 의료 강화를 위하여 제시된 대안들은 대부분 1·2·3차 기관이 기능적으로 분화되고 서로 협조하는 관계를 갖도록²⁾하거나, 의료 체계와 최초 접촉 시 지정된 문지기(gatekeeper) 의사만을 방문하게 제도화⁹⁾하는 등의 내용을 담고 있다. 소극적으로는 일차 의료 의사의 의뢰가 없이 3차 의료 기관(종합전문요양기관)을 방문하는 경우에는 보험 급여를 하지 않는 방안에서부터 응급환자를 제외하고는 일차 의료 를 거치지 않고는 상급 의료 기관으로 갈 수 없게끔¹²⁾ 건강보험 또는 의료제도에서의 규제 강화를 주장하는 것이 된다. 이를 위한 방법으로는 주로 규제 강화가 제안되었으며, 1·2·3차 기관 간의 수가 차 등화¹³⁾도 대안의 하나로 제시되었다.

이러한 주장에는 “일차 의료기관=의원” 또는 “일차 의료 의사=의원 개원의”라는 등식을 전제로 한 것이고, 찬반의 양론이 있기는 하지만 간단한 제도 개선을 통해서 수용이 가능하고 개원가의 광범위한 지지를 받을 수 있었다.

실제로 국민의 정부 출범 이후 진행된 규제합리화 정책에 따라 기존의 지역별 의료이용 제한은 1998년 10월 1일부터 폐지된 반면, 3차 의료 기관의 5개 과(안과, 이비인후과, 피부과, 재활의학과, 가정의학과)에 대해서 1차 접촉 의료 제한의 예외를 인정하던 것을 2000년 7월 1일부터는 2개 과(가정의학과와 재활의학과)로 축소하여 규제를 강화하였다.

그러나, 현재까지의 조치는 3차 의료 기관을 1차

접촉 의료의 창구에서 배제하는 것에 불과하고 3차 의료 기관이 아닌 다른 병원, 종합병원은 여전히 1차 접촉 의료의 창구로 기능하는 것이 제도적으로 보장되어 있으며, ‘일차 의료 기관=의원’ 또는 ‘일차 의료 의사=의원 개원의’라는 등식이 성립하지 않는다면 이러한 조치가 완성이 된다고 해도 일차 의료의 강화를 위한 제도 완비와는 거리가 먼 것이 된다. 또한, 3차 의료 기관의 대표적인 일차 의료 기능인 1차 접촉 의료의 창구 예외 대상에서 가정의학과를 제외하려는 정부의 당초 의도에 가정의학과에서 강력하게 항의한 것은 일차 의료의 주요 담당 인력의 대안으로 지목되는 가정의학과 전문의 양성이라는 목표와 3차 의료 기관을 1차 접촉 의료의 창구에서 배제하는 정책 목표가 상호 모순되는 상황을 야기시킬 수도 있다는 사실을 보여 주었다.

2. 의원 중의 일부 전문 과목을 일차 접촉 의료의 창구로 제도화하는 방안

주치의 등록제 또는 단골 의사 제도라는 이름으로 도입이 시도되었던 제도는 ‘주민은 일차 의사로서 지정된 의사만을 방문하게 하고 일차 의사의 의뢰를 통하여서만 병원 및 전문의와의 접촉을 허용하게 하는 것⁹⁾’으로 의원을 1차 접촉 의료의 창구로 제도화하는 방안보다 강력하게 의원 중의 일부 전문과목을 1차 접촉 의료의 창구로 제도화하는 방안에 해당된다.

‘주치의 등록제’는 1993년 대한가정의학회에서 ‘가족 등록’ 수가 항목의 신설을 건의한 것이 계기가 되어 정부 내에서 본격적으로 논의가 되어, 1994년에는 당시 의료 보험 요양 급여 기준에 ‘가정의학과 가족 등록 수가 기준’을 보건복지부장관이 별도로 정할 수 있는 근거 규정을 신설하고 1996년부터 서울시 서초구, 경기도 파주시 및 안성군에서 시범 사업 실시를 추진하였으나 참여하고자 하는 의사가 없고, 국민들의 요구도 없어 추진 자체가 무산되었다. 이후 새정치국민회의 정책위원회에서 ‘단골의사제도’로 명칭을 변경하고 제도의 세부 사항을 개선하여 도입하기 위한 시도를 하였으나, 의약분업 실시와 맞물린 의료 대란의 여파와 주무 부처인 보건복지부의 소극적인 태도로 실시되지 못하였다.

‘주치의 등록제’ 또는 ‘단골 의사 제도’는 지금까지 성공하지 못하고 있는 이유는 우선 개념적으로 일차 의료의사로 상정할 수 있는 인력이 부족하다는 현실적 제약과 다른 전문과목 의사들의 강력한 반대³⁾에서 찾을 수 있으나, 국민들의 요구가 거의 없으며, 동의를 얻는 것도 쉽지 않아서 강력한 추진의 계기를 찾지 못하는 것이 보다 근본적인 것으로 보아야 할 것이다.

3. 일차 의료와 2·3차 의료의 협력체계를 강화하는 방안

‘1·2·3차 의료’를 제공하는 의료 기관들을 협력 기관으로 연결하여 환자의뢰 및 회송이 원활히 이루어지도록 하여 우리나라를 적절한 규모(10개 또는 20개)의 권역으로 구분하는 의료협력체계¹⁴⁾와 ‘문지기 의사가 환자를 의뢰할 때 그가 속한 병원으로 의뢰되도록 하는 수직적 연계의료체계⁹⁾’ 등이 제안되었으나, 이후 추가적인 구상이나 정책 대안 마련으로 연결되지는 않았다. 또한, 다른 방안과는 달리 토론이 부족한 것도 사실이다.

일차 의료 담당 인력에 대한 각종 대안들과 그에 대한 평가

일차 의료의 누가 담당하여야 하는가에 대한 주장은 ① 개원하고 있는 모든 의사, ② 개원하고 있는 가정의학과 전문의, ③ 개원하고 있는 가정의학과 전문의와 일부 다른 전문과목의 개원하고 있는 전문의, ④ 새로운 형태의 의료인력인 GP 제도의 도입으로 나누어 진다.

3차 의료 기관의 1차 접촉 의료 제한에는 가정의학과와 협력하지만 주치의 제도의 도입에는 대처하는 대부분의 단과 전문의들은 ‘일차 의료기관=의원’ 또는 ‘일차 의료 의사=의원 개원의’라는 등식에 머무르고 있으며, 일차 의료의 강화를 주장하는 많은 주장들의 근거 자료가 ‘의원의 진료 현황’에서 출발하는 것은 일차 의료 주창자들이 인정하지는 않지만 현실적인 제약으로 받아들이고 있는 것으로 보인다.

의과대학 졸업 후 2년 또는 3년의 수련 과정을 거친 GP 제도의 도입^{1,4)}이나 내과·소아과 전공의 과

정을 이원화하지는 주장¹⁵⁾ 및 가정의학 전문의가 불가피한 대안이지만 ‘일차 의료와 그 담당자로서 가정 의학의 의료개혁의 대안으로 자동적으로 떠오르지 않는다²⁾’는 조건부적인 주장은 가정의학과 전문의의 수련 과정이나 가정의학과 의원의 진료 행태가 다른 단과 전문의와 질적인 차이를 발견하기 힘들다는 점에서 출발하고 있지만 ‘우리 나라의 현실에서는 바람직하지 않은 동시에 현실적이지 않다는 주장¹⁶⁾’이 보다 더 일반적인 견해가 되고 있다.

불가피한 대안인 가정의학과 전문의의 양성에 있어서는 가정의를 전체 의사 수의 30%로 늘리거나¹⁷⁾, 일차 의료 인력에 해당하는 전공의 정원을 전체 전공의의 50% 수준으로 증가시키자¹³⁾는 주장이 제기되었으나, 현실화되지는 못하였다. 여기에는 지도 전문의 수의 일정 숫자가 전공의 숫자가 되는 현행 정원 책정의 기본 원칙을 대신하는 구체적인 방안이 개발되지 않는 탓도 있지만, 중소병원의 전공의 수련 과정의 질적 수준을 신뢰하지 못하고 있다는 우려도 함께 하고 있다.

급변한 현실: 의약분업 실시 이후 일차 의료의 현황

일차 의료의 현황과 일차 의료 강화에 대한 주장들은 모두 의약분업 이전의 자료를 근거로 하고 있다. 2000년 7월에 실시된 의약분업은 의료 이용과 제공의 양상을 근본적으로 바꾸어 놓았으며, 일차 의료의 현황도 크게 달라졌다.

먼저 의료 시장에서 의원의 상대적 비중이 높아졌다. 의료 기관 외래에서 의원이 차지하는 비중은 진료건수 기준으로는 1997년의 82.0%에서 2001년에는 84.4%로, 진료비 기준으로는 61.3%에서 74.6%로 증가하였다. 입원에서도 의원이 차지하는 비중은 진료건수 기준으로는 17.6%에서 22.5%로, 진료비 기준으로는 8.5%에서 12.3%로 높아졌다. 본태성 고혈압의 의료기관 중별 진료건수를 보아도 의원의 비중이 1998년의 63.6%에는 2000년에는 67.4%로 증가하였다.

표 6. 연도별 의료기관 종별 진료건수 현황(1990~2001)

(단위: 건, %)

	외래			입원		
	의원	병원	종합병원	의원	병원	종합병원
1990	88,593,500	5,432,132	12,383,510	599,122	413,659	1,494,994
	83.3	5.1	11.6	23.9	16.5	59.6
1995	129,211,011	7,468,504	19,816,191	601,224	567,696	2,179,264
	82.6	4.8	12.6	18.0	17.0	65.0
1997	152,705,826	8,691,470	24,769,839	666,205	670,217	2,452,135
	82.0	4.7	13.3	17.6	17.7	64.7
2001	216,079,786	11,207,160	28,753,397	1,027,155	951,851	2,592,286
	84.4	4.4	11.2	22.5	20.8	56.7

표 7. 연도별 의료기관 종별 진료비 현황(1990~2001)

(단위: 백만원, %)

	외래			입원		
	의원	병원	종합병원	의원	병원	종합병원
1990	1,183,283	105,475	334,850	110,905	111,496	806,128
	72.9	6.5	20.6	10.8	10.8	78.4
1995	2,106,729	213,886	961,897	183,681	247,012	1,749,183
	64.2	6.5	29.3	8.4	11.3	80.2
1997	2,905,465	300,076	1,534,622	258,037	363,525	2,409,401
	61.3	6.3	32.4	8.5	12.0	79.5
2001	5,306,300	379,083	1,426,521	540,613	689,467	3,173,482
	74.6	5.3	20.1	12.3	15.7	72.1

표 8. 외래 환자 다빈도 상병의 의료 기관 종별 진료건수 비중(2000년)

(단위: %)

	의원	병원	종합병원
급성 기관지염	90.0	3.4	5.6
다발성 및 상세 불명 부위의 상기도감염	90.4	3.8	5.8
급성 비인두염	94.6	2.2	3.3
급성 편도염	94.4	2.7	2.9
급성 인두염	93.6	2.2	4.3
위염 및 십이지장염	88.7	4.8	6.5
급성 후두염 및 기관지염	97.0	1.8	1.3
결막염	93.4	2.0	4.6
본태성 고혈압	67.4	7.1	25.5

자료: 국민의료보험관리공단, 2000 국민의료보험통계연보, 2001

**일차 의료를 누가 담당할 것인가?:
다시 원론적인 질문으로**

의약분업 이후에 나타난 변화를 일차 의료의 강화로 받아들여야 할 것인가? ‘일차 의료=대체로 의원에서 제공하는 진료’, ‘보험진료에서 의원의 비중 감소=일차 의료의 약화’라는 간단한 도식으로 제기되었던 주장대로라면 일차 의료는 강화되었다고 보아야 할 것이다. 그러나, ‘일차 의료=일차 의료를 제공할 자격과 능력이 있는 의사가 제공하는 진료’라고 본다면, 지금의 상황은 일차 의료의 강화로 볼 수만은 없을 것이다.

‘일차 의료를 제공할 자격과 능력이 있는 의사’는 누구인가? 지금까지의 논의를 검토해본 결과 ‘일차 의료 담당자=의원을 개원한 의사’ 또는 ‘일차 의료 담당자=가정의’라는 등식은 성립하지 않는다. 일차 의료의 정의로 되돌아가면 그 해답을 발견할 수 있다. 우선 일차 의료 담당자는 다음과 같은 조건을 갖춘 임상사이이어야 한다. 첫째, 개인적인 보건 의료 요구(personal health care needs)의 대부분을 해결할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 둘째, 환자와 지속적인 동반자 관계(sustained partnership)를 유지할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 셋째, 가족과 지역 사회라는 환경(context of family and community)에서 활동할 수 있는 능력을 갖추어야 한다. 한국 사회에서 이러한 조건에 가장 근접해있는 집단은 가정의학과 전문의로 판단된다. 그러나 모든 가정의학과 전문의가 이러한 조건을 갖추었다고 볼 수는 없다.

무엇을 하여야 하는가?

**1. 실현 가능한 주치의 등록제 대안의 모색:
PPO 방식에 대한 검토**

지금까지 제기되었던 일차 의료 강화를 위한 주장의 핵심에는 주치의 등록제 또는 단골 의사 제도가 자리잡고 있었다. 그러나, 그 논의의 수준은 ‘주치의 등록제=일차 의료 강화를 위한 당위’를 벗어나서 진행된 적은 없다. 지금까지 논의되었던 주치의 등록제는 영국식 또는 미국의 HMO 방식으로 국민들의 의

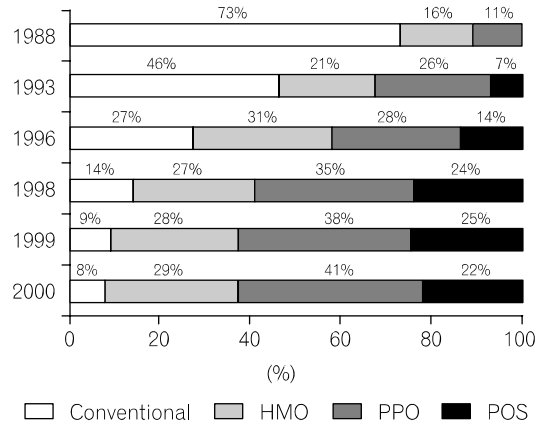


Figure 1. Health plan enrollment for covered workers, by plan type, 1998~2000.

료기관 또는 의료 제공자 선택의 자유를 상당한 수준으로 제한하는 것이다. 과연 국민들이 이러한 규제를 수용할 수 있을 것인지에 대한 검토는 미흡한 실정이다. HMO 방식의 주치의 등록제를 선호하는 국민들은 없다. 미국의 경우 사용자가 의료보험 선택권을 가지고 있는 직장의료보험에서는 관리의료(managed care) 방식의 의료 보험을 선택하는 경우가 많지만, 개인이 선택권을 가지는 Medicare 보충 의료 보험의 경우 가입자의 87%가 자유로운 의료 제공자 선택을 보장하는 전통적인 의료 보험을 선택하고 있으며, 관리의료(managed care) 방식의 의료 보험 시장에서도 지정된 주치의만 방문하여야 하는 HMO 방식보다는 가입자의 의료 제공자 선택의 폭을 넓힌 PPO 방식의 의료보험이 시장을 확대해 가고 있다는 사실¹⁸⁾은 우리에게 시사하는 바가 크다.

2. 유능한 일차 진료 의사의 양성을 위해서: 공공의 정원 책정의 기준 변경

일차 의료는 입원 중심이 아니라 외래 중심이어야 하고, 능력 있는 일차 진료 의사는 일차 의료 기관의 외래에서 만나게 되는 대부분의 보건 의료 요구를 해결할 수 있는 임상적인 능력을 갖추어야 한다. 의원과 종합병원의 다빈도 외래 상병을 비교해보면 지금도 그 양상이 사뭇 다름을 알 수 있다. 의원의 경우 외래 방문을 기준으로 할 경우 상기도 감염 관련 상

병이 1~5위(누적 비중 25.2%)를 차지하고 있으며, 고혈압(6위, 2.18%), 위염 및 십이지장염(7위, 2.16%)이 그 뒤를 잇고 있다. 이를 처방 일수 기준으로 바꾸어서 볼 경우 고혈압이 1위(8.71%)가 되며, 인슐린 비의존성 당뇨병(4위, 3.6%)이 상당한 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다. 반면 종합병원에서는 의원과 달리 폐경기 장애, 협심증, 간질, 뇌경색의 비중이 높음을 알 수 있다.

유능한 일차 진료 의사는 우선적으로 다빈도 외래 상병의 치료와 관리에 대한 임상적 능력을 갖추어야 할 것이다. 일차 진료 의사의 양성을 위한 목표는 이

미 제시되었으나 그러한 목표를 달성하기 위한 구체적인 방법론은 아직 개발되어 있지 않다. 최우선적으로 해결하여야 하는 과제는 '수련 가능한 전공의 정원=f(전속 전문의)'라는 공식을 바꾸어야 한다. 그리고, 종합병원과 의원의 외래 상병 양상이 다르기 때문에 수련 과정에서 일차 의료 기관의 환경에 충분히 노출되어야 한다. 이를 위해서는 병원과 수련 능력을 갖춘 모범적인 일차 의료 기관(model clinic)에서 전공의 수련을 함께 하는 제도화가 필요하다. 또한, 현재 모색 중인 병원군별 총정원제는 중소병원 보조 의사 인력난 해소를 위한 제도가 아니라 일차

표 9. 의원과 종합병원의 외래 다빈도 상병 비교(방문 횟수 기준)

(단위: %)

의원			순위	종합병원		
상병명	비중	누적 비중		상병명	비중	누적 비중
급성기관지염	7.47	7.47	1	본태성(원발성) 고혈압	4.96	4.96
다발성 및 상세 불명의 급성 상기도 감염	5.45	12.92	2	급성 기관지염	3.34	8.30
급성 편도염	4.22	17.13	3	인슐린 비의존성 당뇨병	2.51	10.81
급성 비인두염(감기)	4.17	21.30	4	천식	2.46	13.28
급성 인두염	3.91	25.22	5	다발성 및 상세 불명의 급성 상기도 감염	2.39	15.67
본태성(원발성) 고혈압	2.18	27.40	6	위궤양	2.19	17.86
위염 및 십이지장염	2.16	29.56	7	만성 신부전	1.55	19.42
배통	2.12	31.68	8	뇌경색(중)	1.36	20.78
급성 부비동염	1.96	33.64	9	감염성 기원으로 추정되는 설사 및 위장염	1.34	22.73
만성비염, 비인두염 및 인두염	1.89	35.53	10	협심증	1.27	23.40
천식	1.86	37.39	11	급성 인두염	1.25	24.65
기타 추간관 장애	1.80	39.19	12	폐경기 및 폐경기 전후 장애	1.16	25.80
급성 후두염 및 기관염	1.80	41.00	13	간질	1.14	26.94
만성 부비동염	1.77	42.76	14	위염 및 십이지장염	1.09	28.03
혈관운동성 및 알레르기성 비염	1.65	44.41	15	상세 불명 병원체의 폐렴	1.09	29.12
결막염	1.63	46.04	16	만성부비동염	1.08	30.20
알레르기성 접촉피부염	1.61	47.65	17	급성 비인두염(감기)	0.97	31.17
무릎관절증	1.58	49.23	18	급성 편도염	0.88	32.04
화농성 및 상세 불명의 중이염	1.43	50.66	19	머리의 개방성 상처	0.87	39.92
비화농성 중이염	1.38	52.04	20	기타 추간관 장애	0.86	33.78

자료: 건강보험심사평가원. 2000 건강보험심사평가통계연보. 2001

표 10. 의원과 종합병원의 외래 다빈도 상병 비교(처방일수 기준)

(단위: %)

의원			순위	종합병원		
상병명	비중	누적 비중		상병명	비중	누적 비중
본태성(원발성) 고혈압	8.71		1	본태성(원발성) 고혈압	11.42	11.42
급성 기관지염	5.34		2	인슐린 비의존성 당뇨병	5.23	16.65
다발성 및 상세 불명의 급성 상기도 감염	3.80		3	폐경기 및 폐경기 전후 장애	3.18	19.83
인슐린 비의존성 당뇨병	3.60		4	협심증	3.02	22.85
위염 및 십이지장염	3.20		5	간질	2.77	25.62
급성 비인두염(감기)	2.90		6	뇌경색(중)	2.52	28.13
급성 편도염	2.78		7	위궤양	2.41	30.55
급성 인두염	2.64		8	천식	1.96	32.51
위궤양	2.10		9	상세 불명의 당뇨병	1.64	34.15
배통	1.69		10	고혈압성 심장 질환	1.57	35.72
결막염	1.69		11	감상선 중독증 (감상선 기능항진증)	1.51	37.23
천식	1.65		12	병적 골질이 없는 골다공증	1.29	38.52
고혈압성 심장질환	1.58		13	기타 류마티이드 관절염	1.18	39.69
알레르기성 접촉피부염	1.46		14	급성 기관지염	1.16	40.85
급성 부비동염	1.43		15	전립선의 증식	1.13	41.98
무릎관절증	1.42		16	정신분열증	1.13	43.11
만성비염, 비인두염 및 인두염	1.30		17	지단백질 대사 장애 및 기타 지혈증	1.08	44.19
만성부비동염	1.29		18	우울증 에피소드	1.07	45.25
혈관운동성 및 알레르기성 비염	1.28		19	위염 및 십이지장염	0.92	46.17
급성 후두염 및 기관염	1.28		20	만성 바이러스 감염	0.92	47.09

자료: 건강보험심사평가원. 2000 건강보험심사평가통계연보. 2001

진료 의사 양성을 위한 제도로 그 목적과 기본 설계가 변경되어야 한다.

3. 조정 능력의 강화

일차 진료 의사는 환자가 의료 체계로 진입하는 문지기(gatekeeper) 역할을 담당하여야 한다. 문지기는 출입을 통제하는 역할만을 담당하여서는 안 되고 다음 단계로서의 의료 이용을 안내하는 조정자(coordinator)의 역할도 중요하다. 그런데, 지금까지 일차 의료 강화에 대한 주장들은 다른 의사가 환자를 접촉하는 것을 제한하는 것에만 관심을 두고, 나의 문(gate)을 통과한 환자를 어떻게 다른 사람에게 연결해 줄

것인가 하는 것에는 무관심한 다소 이기적인 측면이 없지 않았다. 1996년에 제안되었던 의료 협력 체계나 1999년에 제안되었던 수직적 연계 의료 체계 등에 대한 보다 활발한 토론이 필요하다. 또한, 최근 일부에서 자연 발생적으로 진행되고 있는 대형종합병원과 중소병원, 의원의 짝짓기 현상에 대해서도 검토와 분석이 필요하다.

4. 포괄성의 강화: 지역 사회 지향 일차 의료 기관(communitary oriented clinic)

의원의 입지 조건이 주택가라는 것만으로 그 기관이 가족과 지역 사회라는 환경(context of family and

community)에서 활동한다고 볼 수는 없다. 의원에 앉아서 찾아오는 환자를 기다리는 것이 아니라 지역 사회로 찾아가는 서비스(outreach service)를 제공하는 일차 진료 기관을 지향하여야 할 것이다. 그러기 위해서는 의료법에 규정된 가정간호사업을 적극 활용하는 것과 지역보건법에 의한 지역보건방문간호사업에 일차 진료 기관이 적극적으로 연계를 모색하여 일차 진료 의사가 지역사회 방문보건의료(community outreach program)의 조정자(play maker)가 되기 위한 능력을 개인적으로나 집단적으로 길러 나가야 할 것이다.

참 고 문 헌

1. 박정환. 의료전달체계: 1차 의료 강화. 의료환경 선진화를 위한 대토론회 연제집. 2000. p. 79-86.
2. 김용익. 새로운 의료환경에서의 일차 의료의 전망. 가정의학회지 1998;19(11):903-13.
3. 한림의대 비상대책위원회 사이버 투쟁국. 의사협회 의권쟁취투쟁위원회 산하 비상공동대표 10인 소위원회에서 2000년 8월 31일 제시한 '대정부 요구안' 분석자료. 2000.
4. 송건용. 1차 의료의 발전방향. 보건사회논집 1992; 12(1):1-16.
5. 전철수. 일차 의료 정립을 통한 의료체계 개혁에 대한 논평 III: 일차진료의사의 입장에서. 건강보장연구 1999;3:229-243.
6. Webster C Ed. Caring for health: History and diversity. Norwich: Open University Press; 1993. p. 87-106.
7. Starfield B. Measuring the Attainment of Primary Care. Journal of Medical Education 1979, 54
8. 김수영. 일차 의료에 대한 새로운 정의. 가정의학회 1996;17(2):114-24.
9. 안형식. 일차 의료의 강화와 의료체계의 개편. 건강보장연구 1999;3:149-88.
10. 한국보건사회연구원. 1995년 국민건강조사
11. 한달선. 한국 일차 의료의 현황과 전망. 가정의학회지 1996;17(11):948-56.
12. 서울대병원, 고려대병원 가정의학과 전공의 학회 준비팀. 일차 의료 강화를 위한 정책적 대안 및 가정의학의 나아갈 바. 가정의학회지 2000;21(11):S494-S499.
13. 새정치국민회의 정책위원회 보건의료효율화 및 선진화 정책기획단. 보건의료선진화 정책보고서. 1998.
14. 김혜련, 조홍준, 강소영. 일차 의료의 현황과 방전방안. 한국보건사회연구원. 1996.
15. 김병익. 일차진료의사 양성과 전문의 수련제도. 건강보장연구 1999;3:189-212.
16. 김창엽. 일차 의료 강화를 위한 가정의학의 전략. 가정의학회지 1999;20(5):503-9.
17. 의료개혁위원회. 의료개혁의 과제. 1997.
18. The Henry J. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust. Employer Health Benefits 2000.