



일차의료의 발전방안

조 희 숙* | 강원대학교 의학전문대학원 의료관리학교실

Strategies for improvement of primary care in Korea

Heui Sug Jo, MD*

Department of Health Management & Policy, Kangwon National University School of Medicine, Chuncheon, Korea

*Corresponding author: Heui Sug Jo, E-mail: joheuisug@gmail.com

Received September 20, 2012 · Accepted September 30, 2012

Primary care is essential among the strategies for expansion of healthy life expectancy and quality of life. The purpose of this study was to suggest strategies for improvement of primary care in Korea, in light of the current Korean condition. Data and reports related to primary care and medical were collected and analyzed, applying the structure-process-outcome frame, taking into consideration current medical care delivery system. Current primary care system is considered inappropriate and inefficient from many perspectives. In particular, continuous and comprehensive management of chronic disease is needed. To effectively carry out the function of primary care, an incentive system for patients' and physicians' motivation is needed. Also, support for improvement of the capability to manage patients and monitor health outcomes has to be considered. It is hoped that the government will develop a long-term vision and make ongoing investments.

Keywords: Primary health care; Motivation; Delivery system

서 론

일차의료는 제공되는 의료서비스의 첫 번째 단계, 환자의 첫 접촉점으로서 세부전문의가 아닌 의사에 의해 제공되는 의원의 외래서비스를 지칭한다. 유사하게 미국 의학연구소에서는 일차의료로 '가족 및 지역사회 맥락에서 환자와의 지속적인 동반자 관계를 형성하여 개인적 보건의료 요구와 대부분의 책임을 맡는 임상가가 통합성과 접근성이 있는 보건의료 서비스를 제공하는 것'으로 정의하였다[1].

한편, 일차의료의 지녀야 하는 핵심적 특성에 다음의 다섯 가지 요소를 포함하고 있는데 접근성, 포괄성, 지속성, 책임성 그리고 조정이 이에 해당한다. 접근성은 의료이용에 있어서 지역적, 재정적, 시간적 장애요인을 줄이는 과정

이다. 포괄성은 치료뿐만 아니라 예방, 재활, 건강증진에 이르는 광범위한 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 지속성은 특히 만성질환과 같이 오랜 기간에 걸쳐 진료를 받아야 하는 경우 규칙적이고 꾸준한 진료가 제공되는 것을 의미한다. 책임성은 제공되는 의료서비스의 질적인 수준과 만족도, 효율성 등에 대한 법적, 윤리적 책임과 나아가 대상 주민의 건강상태에 대한 책임을 갖는 것을 의미하는 것으로서 일차의료의 제대로 구축되면 책임성이 높아지게 된다. 조정은 환자에게 필요한 여러 종류의 의료서비스와 정보를 합리적인 순서로 제공하고 이를 연결하는 것을 의미한다[2]. 우리나라 일차의료연구회에서도 일차의료의 개념을 4개의 핵심속성(최초접촉, 포괄성, 관계의 지속성, 조정기능)과 3개의 보완속성(개인서비스, 가족, 지역사회 맥락)으로 설명하고 있어

이와 같은 맥락을 같이하고 있다.

일차의료는 전 세계적으로 국민의 건강관리의 핵심 전략으로 지목되고 있는 가운데 세계보건기구 유럽사무소 보고서에서는 일차(보건)의료는 ‘최적의 건강과 형평성 있는 자원 배분이라는 보건의료체계의 두 가지 목표가 균형을 이룰 수 있게 하는 수단으로서, 모든 국가 보건의료체계의 필수적이고 영속적인 기반을 이루는 부분’으로 천명하였다. 그간 일차의료의 국민건강에 미치는 긍정적 효과를 제시하기 위한 연구들이 진행된 바 있다. 세계보건기구 유럽사무소의 의뢰를 받아 연구를 수행한 Health Evidence Network 연구자들의 발표에 의하면 일차의료의 성과를 다음과 같이 발표하였다[3,4].

“일차의료 수준이 높을수록 인구 집단의 건강 결과가 좋았다. 일차의료의 이용 가능성이 높을수록 만족도가 높고 비용이 덜 들었다. 선진국에서는 전문 의료 정향성이 강할수록 접근성의 불평등이 컸다. 후진국에서는 일차의료 정향성이 강할수록 형평화 되고 접근성이 높았다. 전문의료와 비교 시 비용이 덜 들고 만족도가 높으면서 질이 나빠지 않았다. 이차의료에서 일차의료로 전환 시 비용 효과적이었다. 일차의료 확대가 늘 비용절감을 의미하는 것은 아니다. 일차의료 확대는 종종 미충족 필요의 충족, 접근성의 개선, 서비스 이용의 증가 등을 동반하기 때문이다.”

국내에서도 최근 의료이용의 지속성에 대한 효과를 제시하기 위한 실증적 연구가 수행되었다. Kim 등[5]이 건강보험공단에 청구자료를 분석하여 2002년 1년간 당뇨병으로 실제 당뇨병 치료를 처방받은 경험이 있는 환자의 2003, 2004년 2년간 의료이용 과정과 2005년 한 해 동안 입원, 사망, 의료비 등을 분석한 결과 지속적인 외래이용과 단일기관 이용은 낮은 입원율, 낮은 사망률, 낮은 고비용률과 통계적으로 유의한 관련성을 보였다. 2003년과 2004년에 걸쳐 외래이용 지속성이 계속 충족된 환자에 비하여 계속 미충족된 환자에서 입원율은 1.291배, 사망률은 1.750배, 고비용률은 1.340배 높았다. 다른 연구로, Kim 등[6]은 일차의료는 비 일차의료에 비해 결과 향상에 더 우월한가? 라는 질문에 답하기 위하여 문헌을 포괄적으로 검색하여 일차의료 효과(우월성)에 대한 논문 107편을 선정하여 구조적 고찰을 시도한 결과 대

다수 연구들이 긍정적인 결과를 내놓았음을 보고하였다.

일차의료에 갖는 중요성에도 불구하고 우리나라는 일차의료에 갖는 여러 핵심적 속성 면에서 많은 문제점을 가지고 있다. 만성병 증가와 노령화 시대로의 전환에 따른 의료비 증가와 비효율의 의료제도 정비에 위한 문제의식이 제기되고 개선을 위한 논의들이 진행 중이다. 그러나 일차의료에 갖는 여러 측면을 다양하게 검토하고 체계적인 개선방안에 대한 논의 기회는 부족한 듯하다. 본 연구는 우리나라 일차의료의 현황을 일차의료 자원의 배분, 의료이용의 양상 및 건강결과 측면에서 제시하고 구조, 과정, 결과적 측면에서의 개선방안을 제시하고자 하였다.

내용 및 방법

본 연구에서는 그간 일차의료의 현황자료로 발표된 자료들을 수집하여 이를 연구 틀에 맞게 제시하고 인용하였다. 수집된 자료는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 및 통계청에서 발표한 자료와 연구자들에 의해 발표된 논문 및 연구 보고서이다.

본 연구에서는 직접적인 조사나 추가적인 자료가공이 이루어지지 않은 제한점을 서두에 밝힌다. 또한 다양한 정보원으로부터 얻은 표와 그림을 일일이 본문에 제시하는데 지면상의 제약이 있어 상당부분 자료원의 출처를 제시하는 범위에서 인용하되, 표와 그림을 모두 본문에 포함하지 못하였다.

본 연구에서 현황 평가와 개선을 위한 전략 제시의 접근 이론은 Donabedian [7]이 제시한 구조, 과정, 결과의 접근 틀을 적용하였다. 세부 내용은 다음과 같다. 1) 구조적 측면은 일차의료 기관 수 및 지역분포, 일차의료 진료비 규모; 2)과정 측면은 일차의료 의료이용, 일차의료 제도에 대한 의료인의 만족도; 3) 결과 측면은 만성질환 관리율, 건강결과 등이다.

우리나라 일차의료 현황 및 문제점

1. 일차의료기관 규모와 지역적 분포

우리나라 의원의 수는 2005년 28,166개에서 2009년 27,027개로 연간 평균 460개의 증가를 보인다. 그러나 내부

Table 1. The number of beds for acute care (2005 and 2010)

	2005	2010
Australia	3.5	3.4 (2008)
Austria	5.8	5.5
Belgium	4.4	4.1
Canada	2.8	1.7 (2009)
Chile	-	1.8
Czech Republic	5.3	4.9
Denmark	3.2	2.9
Estonia	3.8	3.5
Finland	2.2	1.8
France	3.7	3.5
Germany	5.9	5.7
Greece	3.9	4.1 (2009)
Hungary	5.5	4.1
Iceland	-	-
Ireland	2.8	2.3
Israel	2.1	1.9
Italy	3.3	2.8
Japan	8.2	8.1
Korea	4.6	5.5
Luxembourg	4.5	4.2
Mexico	1.7	1.6
Netherlands	2.9	3.0
New Zealand	-	2.0 (2011)
Norway	2.9	2.4
Poland	4.7	4.4
Portugal	2.9	2.8
Slovak Republic	5.0	4.7
Slovenia	3.9	3.7
Spain	2.6	2.5
Sweden	2.2	2.0
Switzerland	3.7	3.1
Turkey	2.1	2.4
United Kingdom	2.9	2.4
United States	2.7	2.6 (2009)
Averages	3.7	3.5

Values are presented as no. of beds/1,000 population.
From Organization for Economic Cooperation and Development.
OECD reviews of health care quality: Korea 2012 [Internet]. Paris:
Organization for Economic Cooperation and Development; 2012
[10].

적으로는 폐업을 하는 의원이 전국적으로 1년에 1,500개가 넘는 실정이다[8]. 한편, 의원의 증가는 지역별 편차가 커서

특별시와 광역시의 증가는 연평균 2.2% 증가하고 있으나 군 지역은 -1.2%의 감소를 보여 지역 간 격차를 보인다[9].

반면, 인구 1,000명당 병원의 급성기 의료병상 수는 5.5병상으로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 회원국 평균 3.4병상에 비해 2.1병상 더 많으며 대부분의 OECD 회원국에서 급성기 의료병상 수가 감소하는 추세지만, 우리나라는 2005년(4.6병상)에 비해 2010년(5.5병상) 병상 수가 오히려 증가한 양상이다(Table 1). 급성기 병상 수를 줄이기 위한 노력은 전 세계적인 추세이나 우리나라의 현황은 이와는 역행하는 현황을 보이고 있다[10].

2. 일차의료 진료비

의료기관 중별 기능과 역할이 분화되지 못한 상황에서 대형병원의 외래진료는 증가 추세이다. 상급병원을 포함한 대형병원의 진료수입 중 외래가 차지하는 비율은 37%이며 이중 3분의 1은 경증질환 환자이다[11]. 고령화 증가 추세는 가장 가파른 증가 경사를 보이고 있으며 이에 따라 의료비용의 증가 또한 매우 높으나 의료비지출 증가를 주도하는 분야는 병원 의료비이다. 건강보험통계연보에 따르면 2000년대비 2009년의 전체 의료기관의 외래진료비가 2.1배 증가한데 비하여 의원급은 1.9배 증가 수준에 머물렀다. 또한 전체 진료비 비중은 44개 상급병원의 경우 2005년 19.8%에서 2010년 22.1%로 증가하였으나 27,469개 의원의 경우는 2005년 37.3%였던 비중이 전체 진료비의 29.7%로 감소하였다. 이는 환자와 자원이 대형병원에 집중되고 있음을 제시하고 있으며 전체 의료체계 속에서 일차의료의 위축을 나타내고 있다.

3. 의료이용

우리나라 국민 1인당 의사에게 외래진료를 받은 횟수는 연간 12.9회로, 2010년 OECD 회원국의 평균 횟수 6.5회보다 약 2배나 많다. 2010년 OECD 회원국의 평균 외래진료 횟수는 2005년과 동일한 반면, 우리나라 외래진료 횟수는 2005년 외래진료 횟수인 11.8회 보다 1.1회 증가하였다(Figure 1). 외래 이용일수의 증가는 의원급보다는 상위 의

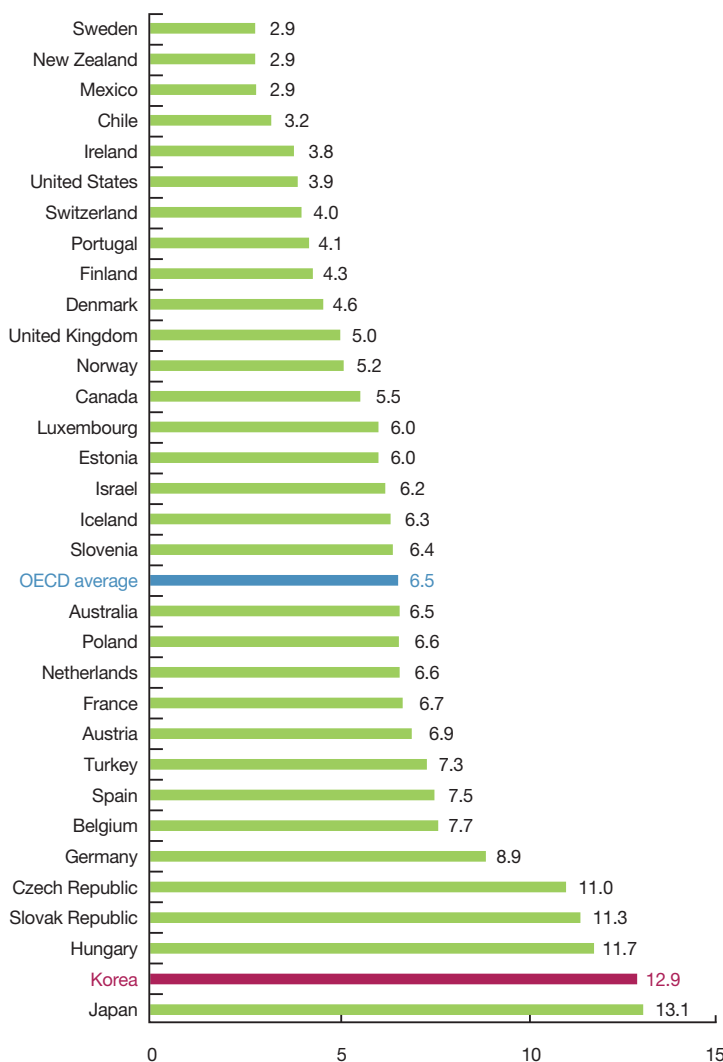


Figure 1. Out-patient medical utilization among Organization for Economic Cooperation and Development (per capita, per year, 2010) (From Research Institute for Healthcare Policy, Analysis of the OECD health data 2011. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2011) [12].

료기관에서의 증가폭이 높는데, 국민건강통계연보에 따르면 2000년 대비 2009년도 외래 내원일수의 증가비는 전체 의료기관이 1.6배, 의원인 경우 1.5개 증가했다[12].

외래 이용에 있어서 다른 문제점으로 지리적 외래 이용 접근성의 제한을 들 수 있다. 보건사회연구원이 발표한 국민보건의료실태조사 의료이용분석 결과 보고서에 따르면 외래 자기지역 의료기관 이용 비율은 대도시와 군지역 간,

현격하게 차이를 보인다[13]. 외래 이용에 있어 본인이 거주하는 지역에 소재한 의료기관을 이용하는지의 여부는 시·도 지역 내의 의료기관을 이용하는 비율이 평균 77.6%였으며, 시·군·구 단위 내에서 이용하는 경우는 53.2%로 낮았다(Table 2). 의료급여 대상자보다 건강보험 대상자가 자기지역을 벗어나 외래를 이용하는 경우가 훨씬 높았는데 자신이 거주하는 시·군·구 지역 내에서 외래이용을 하는 경우는 건강보험 대상자는 44.6%, 의료급여 대상자는 68.5%에 불과하였다. 또한 이러한 양상은 지역 간에도 큰 차이를 보이고 있는데, 제주 지역을 제외한 다른 지역의 경우 자기지역을 이용하는 경우는 더욱 낮은 수치로 일차의료의 구성 요소인 지리적 접근성 측면에서 평가할 때 낮은 충족도를 나타낸다.

4. 치료의 지속성

고혈압 및 당뇨병 등의 만성질환 증가에도 불구하고 이에 대한 적정 치료와 조절률은 미흡한 수준이다. 2009년 국민건강영양조사 결과에 따르면 고혈압과 당뇨병 유병자 중 치료율은 고혈압 61.9%, 당뇨병 59.1%이며 이중 지속적 조절이 잘 되고 있는 경우는 고혈압 43.6%, 당뇨병 28.1%에 불과하였

다[11].

다른 조사결과로 의사진단을 받은 고혈압 환자 1,223,941명 중 일 년에 1회 이상 진료를 받은 사람은 80.0%, 진료를 받은 사람 일인당 연간 총 진료건수는 8.1회에 불과하였다[14]. 또한 진료를 받는 비율은 비교적 높으나, 일인당 진료 일수는 평균 년 13.0일에 불과하여 지속투약이 되지 않고 있었다. 당뇨병의 경우도 예외는 아니어서 의사 진단을 받

Table 2. The composition of outpatient: utilization within their community

Region	National health insurance		Medical assistance		Total	
	Utilization rate (si, do)	Utilization rate (si, gun, gu)	Utilization rate (si, do)	Utilization rate (si, gun, gu)	Utilization rate (si, do)	Utilization rate (si, gun, gu)
Seoul	62.8	31.3	90.6	67.5	74.2	46.2
Busan	80.4	37.0	92.2	64.9	85.3	48.7
Daegu	81.0	37.9	92.6	65.0	86.2	50.0
Incheon	66.4	37.6	90.1	68.9	75.6	49.8
Gwanju	74.2	37.6	89.5	50.5	81.9	44.0
Daejeon	66.6	34.0	93.5	70	78.8	50.2
Ulsan	68.2	39.6	88.8	62.9	75.0	47.3
Gyeonggi	67.4	40.3	87.9	69.9	73.7	49.3
Gangwon	75.5	51.8	89.0	77.7	79.7	59.7
Chungbuk	74.1	47.7	87.0	72.7	77.7	54.8
Chungnam	68.2	52.2	86.0	68.7	74.1	57.6
Jeonbuk	83.8	54.2	89.2	73.9	85.6	60.7
Jeonnam	67.8	50.6	82.8	72.0	73.2	58.2
Gyeongbuk	70.1	51.8	85.3	73.4	75.3	59.1
Gyeongnam	76.7	50.1	87.9	58.0	80.5	52.8
Jeju	90.9	74.9	96.1	87.8	93.2	80.7
Total	71.5	44.6	88.6	68.5	77.6	53.2

Values are presented as %.

From Oh YH. National health utilization survey: the result of analysis from medical utilization. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2011 [13].

은 당뇨 환자 471,108명 중 일 년에 1회 이상 진료를 받은 사람은 83.3%, 진료를 받은 사람 일인당 연간 총 진료건수는 8.4회이며 일인당 진료일수(투약일수)는 평균 년 19.3일로 지속관리에 문제가 있었다.

지속적인 관리의 부재는 만성병의 합병증 관리를 저조하게 한다. 대한당뇨병학회와 건강보험심사평가원이 발표한 2007년 연구에 따르면, 우리나라에서 연간 1회 이상 체중검사를 받는 당뇨병 환자는 18%에 불과하였으며, 6개월에 한번 이상 족부검사를 받는 환자는 0.7%로 나타났다[15]. 따라서 사실상 '약 처방 이외의 포괄적 질병관리'는 매우 저조한 실정이다.

5. 일차의료에 대한 의료제공자 의견조사

의료정책연구소에서 전국 의원을 대상으로 대표성 있는

표본조사를 통하여 분석한 경영실태조사 보고서를 발표한 바 있다[16]. 자료에 따르면 응답자의 76.5%가 의원 경영난 해소 방안의 하나로서 그동안 유명무실했던 의료전달체계를 재정립하는 것에 찬성하였다(매우 찬성 21.7%, 찬성 54.8%). 또한 외래 진찰료 수가의 인상이나 외래 초재진 구분기준의 개선에 대한 찬성의견이 매우 높았다. 한편 일차의료 활성화를 위한 정책 및 제도개선의 우선순위로는 차등수가제 폐지(매우 찬성 29.6%, 찬성 24.8%)와 65세 이상 노인환자 진료횟수 제한 폐지(매우 찬성 20.8%, 찬성 29.7%)에 대한 우선순위가 높았다. 이와 같은 규제 제도는 의료계에서 가장 체감하는 문제점으로 일차의료 동기를 위

축 시키는다는 점에서 우선적인 개선을 필요로 하고 있다.

발전방안

앞서 제시한 일차의료의 개념에서 접근해 볼 때 우리나라의 일차의료는 어느 제공자, 어떤 기관, 어떤 서비스 범위로 가져갈 것인가에 대한 판단이 모호해진다. 현재 환자가 만나는 의료인의 첫 번째 접촉점은 다양하다. 현재 환자는 일차의료 서비스를 위해 의원, 병원, 종합병원의 가정의학과를 통해 다양한 기관을 방문할 수 있다. 본 논의에 포함하지 않았으나 한의원을 통한 첫 번째 의료이용도 고려되어야 한다. 또한 의원 경영의 악화로 일차医료를 담당할 인프라가 취약한데다 그 양상이 더욱더 악화되고 있다. 더욱이 취약지역의 의원이 더 빨리 붕괴되고 있다.

해결의 실마리를 풀기 위한 노력을 어디서부터 시작해야 할까. 여러 방안이 다양한 각도에서 제시될 수 있겠지만 가장 중요한 시작점은 일차의료 개선을 위한 정부의 입장과 적극적 의지이다. 일차의료를 어떠한 차원에서 바라볼 것인가 하는 문제로 일차의료를 단순한 진료비 증가를 해결하기 위한 억제 정책으로서만 바라볼 것인지, 아니면 새로운 질병관리 패러다임의 전환 차원에서 접근할 것인지는 의사결정의 문제이나 그 결과는 전혀 다른 국면을 보이게 될 것이다. 그간 일차의료 개선을 위한 주치의 제도의 도입이나 만성병관리를 위한 지역사회 시범사업, 의료전달체계 개선을 위한 정책방안이 시도되었으나 지속적으로 전개되기 어려웠다. 대부분의 정책이 증가하는 의료비 절감을 목적으로 추진되었고 시범사업이 부재하거나 충분한 효과 검증의 과정 없이 제도로 전환하여 특히, 의원급을 대상으로 '전면 시행'이라는 표현과 강압이 이루어졌다. 이제는 이와 같은 접근에서 탈피하여 큰 안목에서 일차의료가 지닌 본래의 기능과 중요성에 기반을 두고 어느 한두 가지 제도를 통한 개혁보다는 전체 의료시스템을 구성하는 각 요소에 대한 점진적이고 지속적인 개선과 평가, 근거산출을 통한 접근을 시도 할 때이다. 다음에서 구체적인 개선방안을 정리해 보고자 한다.

1. 한국 의료체계의 특수성을 고려한 접근

우리나라 일차의료 개선을 위한 전개에 있어서 고려할 점은 교과서적인 가장 이상적인 일차의료 모형이나 유럽을 중심으로 하는 일차의료 강화 정책을 원형대로 우리나라 의료계에 적용하는 데는 부작용이 있다는 점이다. 의료이용 문화와 의료체계가 우리 나름의 것으로 운영되는 상황에서 우리의 현 상태를 문제로만 규정하고 이를 전면적으로 개혁하고자 하는 시도는 의료계는 물론 환자의 공감을 얻기 어렵고 시스템으로 발전되는데 무리가 있다. 이보다는 현재의 보건 의료체계의 기본골격 하에서 변경 가능한 정책적 대안들을 제시하는 것이 더 현실적이다.

우리나라의 보건의료체계는 분절되고, 지속성이 결여되어 있다. 일차의료기관과 병원의 역할이 혼재되어 있고, 일차의료 서비스를 제공자에 대한 명확한 규정도 부재하다. 환자들이 자신의 판단에 따라 의료기관을 선택하는 것이 우

리나라의 현실이나 한편으로는 가장 선호되는 의료이용 형태가 선택되어 지금까지 지속되고 있는 부분이다. 이를 의료의 특수성으로 인정하는 태도 또한 필요하다. 전면적으로 의료전달체계를 설정하는 시도는 이미 시행착오를 겪어왔다. 그러므로 전달체계를 완벽하게 갖추어 놓고 이에 따라 진료행태와 자원을 재분배하는 방법보다는 시스템을 구성하는 요소, 특히 의료이용의 합리적 과정을 유도하는 재정적, 제도적 마련과 함께 일차의료 인력의 진료능력 역량강화를 위한 지원이 고려되어야 한다.

환자들은 의사와 의료기관의 자유로운 선택가능성에 친숙하고 의료제공자 또한 행위별 수가제도에 익숙하다. 이러한 상황에서 '주치의'라는 용어가 환자와 제공자 모두에게 구속감과 제도 변화의 불안감마저 줄 수 있다. 또한 이미 정착하지 못한 제도에서 사용된 용어라는 점에서 부정적 선입견이 존재해 있다.

2005년 1월 시작된 프랑스의 선호의사제도는 제도 참여 의사를 가입자에게 확인하는 과정에서 주치의의 자격에 따라 제한을 두지 않았다. 선호의사제도는 전문의도 원한다면 선호의사 역할을 할 수 있도록 가능성을 열어 두었다. 그러나 2006년 5월 중순까지 실제 계약이 이루어진 주치의의 99.6%가 일반의였고 0.4%만이 전문의인 것으로 보고되었다. 또한 프랑스의 선호의사 제도의 경우 영국이나 호주 경우처럼 주치의 의사를 통해서만 전문의에게 의뢰받을 수 있게 하지 않고 경제적 인센티브를 통해 환자자 발적으로 선호의사를 이용할 수 있도록 개방적이고 유연한 제도 운영을 시도하였다. 프랑스의 선호의사제도가 별다른 저항 없이 빠른 시일 내에 정착할 수 있었던 요인은 기존 의료이용문화 및 의료서비스 제공 관행을 최소한으로 수정하면서 도입되었다는 점이다. 유연성과 개방적 태도는 현재 일차의료 접촉점이 다양한 우리나라 의료시장 상황에서 반영할 수 있는 부분이다.

2. 의료계의 참여형 정책개발 필요

참여는 의료 및 보건사업의 추진 및 정책개발에 있어서 성공적인 정착과 유지를 위한 필수 핵심요소이다. 그간의 일차의료 정책개발 과정에 있어서 일차의료의 제공 당사자

인 의료계를 참여시키고자 하는 의지는 부족했다. 정부에서 시범사업으로 추진했던 주치의제도는 국민과 의료계의 관심 부족과 소극적 참여로 지속되지 못하였다.

국외의 성공적인 일차의료 및 만성병 관리모형 개발 과정은 의료계의 적극적인 의견 수렴과 협력을 바탕으로 둔 접근이었다. 미국은 환자중심의료 근거지모형 개발에 있어서 대해 4개 일차의료조직(미국소아학협회, 미국가정의학협회, 미국내과 의사협회, 미국접골사협회)의 합의를 받았다. 만성 질환관리모형(Chronic Care Model)의 협력 연구프로젝트 수행에서도 위싱턴 당뇨병연합체 (Diabetes Collaborative I)에 여러 주에서 참여한 17개 의원클리닉팀이 참가하였고, 위싱턴 당뇨병연합체 II(Diabetes Collaborative II)에는 30개 팀과 6개 의료보험 플랜에 참여할 수 있는 기반을 제공하였다[17].

일차의료 개선을 위한 핵심 실마리는 의료계의 참여에서 시작되어야 한다. 당사자를 배제한 정책개발, 보건소를 포함한 공공보건 의료기관 위주의 사업개발을 통한 대안개발은 문제를 기피하는 것에 불과하다. 궁극적인 개선점을 찾기 위해서는 의료계 참여를 기본으로 하고 제도개발 과정에서 문제를 직면하고 갈등을 조정하는 기전 마련이 필요하겠다.

3. 일차의료 구조적 측면의 개선방안

1) 의료기관 역할 분담을 위한 정부의 지원방안

의료체계의 기본 속성 상 이차 및 삼차 의료기능이 바로 정립될 때 비로소 일차의료의 기능 또한 균형을 이룰 수 있다. 이러한 견지에서 해결해야 할 문제가 보건소의 진료영역 개선안이다. 현재 취약계층의 의료안전망 제공 차원에서 보건소의 진료기능을 지속시킨다는 명분을 가지고 있으나 현실은 의원과 협력보다는 경쟁으로 치닫고 있다. 최근 대한의사협회에 접수된 사례에 따르면 전화로 일반진료를 권유하거나 65세 이상 노인에게 진찰료를 받지 않고, 서둘러서 환자를 유치하는 보건소들이 보고되고 있다. 이는 의료법에 명백히 위배되는 데도 불구하고 민간의원과는 형평성에서 어긋나는 특혜를 묵인하고 경쟁을 방관하고 있다.

보건소의 진료기능은 취약 지역에 제한적으로 허용하되, 보건소에는 보건교육 및 예방 등의 보건사업 업무에 집중할

수 있는 여건과 지원에 초점을 맞추는 방향 설정이 필요하다. 한편, 상급 병원들에 대해서는 상급 의료기관다운 역할을 수행할 수 있는 지원을 염두에 두어야 한다. 연구중심병원 지원과 지역사회 내 의원들을 지원하고 의료의 질을 높여 나갈 수 있도록 연수 강좌, 협력병원에 대한 지원, 교육훈련 기능에 예산지원을 정책화하여 각 기관의 협력발전을 도모해야 한다.

2) 의료인력의 일차의료 진료능력 역량강화

일차의료의 제대로 된 기능을 수행하기 위해서는 간단한 질병의 치료 개념이 아닌 일차의료의 질 향상 요소를 충족할 수 있는 진료 역량강화가 필요하다. 일차医료를 수행할 자격을 제한 짓거나 별도의 독립된 인력수련 및 양성과정을 계획하기 보다는 현재 다양한 의료서비스 전달체계에서 일차의료 영역의 진료를 수행 중인 의료제공자의 역량강화를 위한 통합적이고 지속적인 교육의 제공이 효과적이고 현실적 방안이다.

일차의료에서 제공되는 서비스는 전통적인 치료서비스를 넘어 행동변화를 위한 상담과 교육 등 전통적인 생의학적 훈련과정에서 제공하지 않았던 특별한 기술과 지식을 필요로 한다. 그러므로 효과적인 의사소통 기술, 행동개선을 위한 중재기술, 환자의 자기관리 노력을 지지하기 위한 진료능력을 늘리는 교육, 훈련 과정을 의료계에 지원할 필요가 있다.

4. 일차의료 과정적 측면의 개선방안

1) 일차의료 임상진료지침 개발

일차의료 진료능력을 지원할 수 있는 방안 중 가장 중요한 과정이 일차의료 영역에서 사용할 수 있는 임상진료지침을 개발, 보급하여 진료에 활용할 수 있게 하는 방안이다. 임상지침은 진료 과정에서 일차의료의 질 향상 및 증거기반의 의료의 실천을 위한 중요한 전략이다. 특히 만성질환의 경우 최선의 의사결정을 내리는데 필요한 가이드라인, 진단 및 치료 알고리즘 등이 요구되기 때문이다.

임상진료지침이 의료계에 소개되고 있고 다양한 지침의 개발 활동도 증가하고 있으나 의료계 내의 인식이 그리 높지 않다. 더욱이 정부 주도의 일방적인 지침 제공은 진료비 심사와 삭감을 위한 제도로 인식되어 저항을 가져올 수 있다.

또한 지침의 개발은 개인이나 단일 학회에 의한 진행보다는 관련된 여러 임상학회가 함께 개발 과정에 참여하고 일차의료를 하고 있는 당사자들의 충분한 의견 수렴이 있어야 한다. 그러므로 지침의 개발과 보급은 정부의 지원 하에 대한 의회와 같은 의료전문가 집단을 주축으로 여러 학회의 의견을 반영하고 전문가에 의한 지침의 질평가 환류를 통해 지속적으로 운영될 필요가 있는 바 이에 대한 예산지원과 환경조성이 필요하겠다.

2) 의료제공자에 대한 동기 제공

우리나라는 단일 보험자에 의한 건강보험 제도여서 미국처럼 보험자 간의 경쟁에 의한 자발적인 만성질환관리 모형이 실행될 수는 없으나 일차진료에 따른 성과지급방식을 도입하여 의료제공자 행태를 유인하는 노력이 적극 필요하다. 주치의 제도와 같이 인두제방식의 지불제도는 현재의 지불 방법 구조와 상이하여 저항을 불러오기 쉬우며 관리성과 측정 또한 불확실하다. 대안으로 선택적 급여의 확대 방안을 일차의료 지속성 제도 참여 환자에게 선택적으로 확대할 수 있다. 만성병 예방, 교육상담에 대한 급여를 확대 적용하는 방안이다[4]. 일본의 경우 고혈압, 당뇨병, 고지혈증에 대하여 생활습관병 지도관리료를 진찰료 이외에 별도로 책정하고 있다.

3) 환자 측면의 의료행태 개선방안

만성질환관리 프로그램에 참가한 환자들의 본인부담금이 경감이나 진료비 인하와 같은 인센티브 방안으로 최근 환자 측면에서 의원급 의료이용을 유도하기 위한 두 가지 시범사업은 환자들의 의료행태 변화를 보이고 있다. 약국 본인부담 차등제는 감기, 결막염 등 가벼운 질환과 고혈압, 당뇨병, 관절염 등 만성질환(총 52개 질환)으로 상급종합병원과 종합병원을 이용하면 본인이 부담하는 약값이 각각 50%, 40%로 의원 및 병원의 본인부담(30%)과 차등화하는 제도이다. 2012년 8월 23일 보건복지부 발표 자료에 의하면 2011년 10월 1일부터 시행된 약국 본인부담 차등제의 추진 효과를 중간 분석한 결과 상급종합병원과 종합병원의 외래환자는 63만 명 감소하고 동네 병의원은 79만 명 증가한 것으로 나타났다. 종별 경증질환 외래수진자 수에 있어 상급종합병원의 경증질환 외래환자 수는 전년 동기 781천 명에서 제도 시

행 후 485천 명으로 296천 명이 감소해 37.9% 감소하였고 종합병원의 경증질환 외래환자 수는 전년 동기 1,947천 명에서 제도 시행 후 1,613천 명으로 334천 명이 감소해 17.2% 감소하였다. 반면 병원, 의원의 경증질환 외래환자 수는 각각 213천 명(병원), 577천 명(의원) 증가하였다[11].

다른 시범사업의 하나로 의원급 만성질환관리제는 고혈압, 당뇨병 환자가 의원에서 지속 관리하겠다는 의사를 표명하면 다음 진료부터 해당 질병의 진찰료 본인부담을 30%에서 20%로 경감시켜주는 제도이다. 보건복지부 발표자료에 따르면 2012년 4월 1일부터 시행된 의원급 만성질환관리제 시행 3개월간의 경향을 분석한 결과 의료기관 참여율은 49% 수준이며 의원의 고혈압, 당뇨병 청구건수는 전년 동기 대비 8.5% 증가해 의원 전체 외래 청구건수 증가율인 4.5%보다 높게 나타났다. 가벼운 질환의 경우 의원급 이용 시 환자가 본인부담금 절감의 체감을 늘려나가게 한다면 자연스럽게 적절한 의료이용 결과를 유도할 수 있을 것으로 사료된다.

한편, 정부는 환자의 행태개선을 위한 자가관리 교육프로그램의 개발을 지원해야 한다. 최근 일차의료 영역에서 주요하게 다루어지는 만성질환관리의 경우 질병의 자가관리를 위하여 준비되고 적극적인 환자의 건강관리 역량이 중요하다. 이를 위하여 정부는 자가관리 프로그램을 교육할 교육인력 양성과 자가관리 환자 교육자료, 프로그램 개발을 수행할 필요가 있다.

5. 일차의료 결과적 측면의 개선방안

1) 성과에 근거한 추가적 인센티브 도입

일차의료에서의 지속적, 포괄적 서비스 제공을 통하여 얻어진 결과에 대한 보상적 성격의 유인 제공이 있을 수 있다. 예를 들어 당뇨병 환자인 경우 혈당이 목표치 이하로 내려가서 일정기간 이상 유지되는 경우 이에 대한 유인을 제공하는 것을 생각해 볼 수 있다[18,19].

2) 일차의료 효과에 대한 근거 산출 및 대국민 인지도 제고

언론이나 대외 발표자료 등에서 시설, 자원 투자에 의한 구조적 평가 잣대로 의료수준을 가늠하게 하는 왜곡된 현상을 바로잡도록 주의할 필요가 있다. 예를 들어 'big 5 병원'이라는 표현을 생각해 보자. 병상수의 규모로 의료기관을

줄 세우는 행태는 환자에게서 출발한 것이 아니다. 대형병원을 선호하는 국민들의 진료행태는 규모가 크고 우수한 장비를 보유한 병원이 실력이 좋다는 인식에서 비롯된다. 정부는 현재 지속적인 일차의료 서비스의 효과를 홍보할 수 있는 건강결과의 근거를 산출하고 대국민 인지도를 향상하는데 관심을 높여야 한다. 만성병질환의 지속적 관리만큼은 대학병원보다 의원이 더 우수하다는 실증적 근거를 제시할 만한 일차의료기관의 질지표를 생산하고 보급하는 활동이 필요하겠다.

결론

일차의료는 국민의 건강수명 연장과 삶의 질 향상을 위한 전략에 있어 가장 중요한 수단이다. 본 연구의 목적은 한국의 일차의료 현황을 분석하여 발전방안을 제안하는데 있다. 이를 위하여 일차의료 현황 자료와 선행 연구를 검토하였고 이를 바탕으로 구조-과정-결과 평가 틀에 의해 일차의료 현황을 평가하였다. 검토결과 현재 우리나라 일차의료는 자원 배분의 형평성, 의료이용의 효율성 및 건강관리 효과성 측면에서 개선이 필요하다. 특히 만성병관리에 있어서 지속성과 포괄성 측면이 결여되어 있는 것으로 평가된다. 일차의료 활성화를 위하여 의사의 진료 행태 및 환자의 의료이용 행태 개선의 동기 유발을 위한 인센티브 도입 방안과 일차의료 제공자의 진료 역량 개발을 위한 정부의 지원, 일차의료 질 향상을 위한 임상진료지침의 개발 노력이 필요하다. 무엇보다도 우리나라의 전달체계를 포함한 의료체계 특수성을 반영하며 의료계의 참여를 바탕으로 하는 정책 개발이 요구된다.

핵심용어: 일차의료; 동기유발; 전달체계

REFERENCES

1. Donaldson MS; Institute of Medicine, Division of Health Care Services. Primary care: America's health in a new era. Washington, DC: National Academy Press; 1996.
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83:457-502.
3. Health Evidence Network; World Health Organization. What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
4. Choi YJ. Strategy for primary care for reduction of medical expenditure. In: Korean Health Policy and Administration. Proceedings of the 46th Academic Conference of Korean Health Policy and Administration; 2011 May 27; Seoul, Korea. Seoul: Korean Health Policy and Administration; 2011. p. 91-116.
5. Kim J, Kim H, Kim H, Min KW, Park SW, Park IB, Park JH, Baik SH, Son HS, Ahn CW, Oh JY, Lee S, Lee J, Chung CH, Choi KM, Choi I, Kim DJ. Current status of the continuity of ambulatory diabetes care and its impact on health outcomes and medical cost in Korea using national health insurance database. *J Korean Diabetes Assoc* 2006;30:377-387.
6. Kim SY, Lee JH, Choi YJ. Structural analysis and evidence based mapping for primary care. In: Korean Academy of Family Medicine. Proceedings of the Academic Conference of the Korean Academy of Family Medicine; 2008. Seoul: Korean Academy of Family Medicine; 2008.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44(Suppl):166-206.
8. Lee JC. Causes and strategies for crisis of policy of national health insurance system. *Uiryojeongchaekporeom* 2012;10; 30-35.
9. Park SK. Vision and prospect for activation of primary care. In: Korean Health Policy and Administration. Proceedings of the 46th Academic Conference of Korean Health Policy and Administration; 2011 May 27; Seoul, Korea. Seoul: Korean Health Policy and Administration; 2011. p. 117-140.
10. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD reviews of health care quality: Korea 2012 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2012 [cited 2012 Sep 25]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-care-quality-korea_9789264173446-en.
11. Ministry of Health and Welfare. Report of effectiveness for establishment of healthcare delivery system. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2012.
12. Research Institute for Healthcare Policy. Analysis of the OECD health data 2011. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2011.
13. Oh YH. National health utilization survey: the result of analysis from medical utilization. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2011.
14. Korea Centers for Disease Control and Prevention. Community health survey. Cheongwon: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2008.
15. Task Force Team for Basic Statistical Study of Korean Diabetes

- Mellitus. Report of Task Force Team for Basic Statistical Study of Korean Diabetes Mellitus: diabetes in Korea 2007. 1st ed. Seoul: Goldfishery; 2007.
16. Research Institute for Healthcare Policy. Report of the medical practitioners' offices in Korea. Seoul: Research Institute for Healthcare Policy; 2011.
 17. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)* 2009;28:75-85.
 18. Bae SS, Lee TJ, Choi YJ. A study on analysis of chronic disease management and strategy of developing a nation-wide diffusion. Seoul: Hallym University, Institute of Social and Preventive Medicine; 2008.
 19. Bae SS, Gang MN, Kim GG, Kim JY, Park NS, Park IB, Shin DS, Jo HS, Choi YJ. Study of cardiovascular and cerebrovascular disease prevention and improved management in Seoul. Seoul: Hallym University, Institute of Social and Preventive Medicine; 2010.



Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 전 세계 국가들의 해결 과제인 일차의료를 현재 우리나라 상황에서의 현황 및 문제점을 검토하고, 다양한 측면의 해결 방안을 제시하였다. 논문에서 언급된 바와 같이 우리나라에서의 일차의료 제공은 그 정의 혹은 범주를 명확하게 규정하기 어렵다는 점을 고려하더라도 제시된 일차의료 현황의 일부 내용은 신중한 해석이 필요하거나 의미가 다소 모호한 점이 있다. 한국 의료체계의 특수성에 대한 고려, 의료계의 참여를 전제로 한 정책 개발 등은 중요한 제언이라 생각하며, 공공과 민간부문의 일차의료에서의 역할 분담이 '의료의 공공성 강화'라는 측면에서 민간 일차의료기관의 역할 확대로 검토될 필요가 있으며, 일차의료에 대한 대국민 인지도 제고는 우리 국민들의 의료이용행태에 대한 자료 검토와 추가 논의가 필요하다.

[정리: 편집위원회]