

# 의료의 효율화를 위한 1차의료의 발전방안

## 1. 서 언

1차의료는 일반적으로 의료체계 전체의 하부체계로써 의료가 공급자로부터 수요자에게 전달되는 단계 즉, 1차, 2차와 3차의료로 구성되는 의료전달체계 내에서의 최초 의료를 말한다. 의료의 요구 수준을 단계적으로 1차, 2차, 3차로 구분하였을 때 75~85%의 의료문제가 1차에서 해결될 수 있는 피라미드 구조를 가진다는 견해가 일반적이다.

1차의료는 의료이용의 첫 번째 단계이자 가장 보편적인 단계로서 후속 의료과정의 조정기능을 담당한다. 이러한 점에서 1차의료는 보건의료서비스를 적정화하고 자원의 분배에 형평을 기하는 두 가지 목표를 달성하는데 균형을 기할 수 있는 수단으로써도 필요한 것으로 볼 수 있다.

우리나라는 향후 노인인구가 2000년에 7.1%, 2020년에 13.2%로 증가될 것이며, 질병구조의 역학적 변천으로 장기간 치료를 요하는 만성퇴행성 질환이 높은 비중을 차지하게 됨에 따라 의료수요는 지속적으로 증가하는 시대를 맞게 될 것이다. 이에 따라 의료서비스의 내용은 환자의 지속적·포괄적 관리, 건강증진서비스의 필요성이 더욱 증대하게 될 것으로 전망된다. 의료수요의 확



金 惠 蓮

한국보건사회연구원 책임연구원

---

대에 따라 국민의료비는 국내총생산 대비 비율이 1994년 4.6% 수준에서 2000년에는 5.6%, 2020년에는 13.5%까지 상승될 것으로 전망되며 지속적인 상승요인이 존재하고 있어 적절한 의료비 억제정책의 실시가 필요한 것으로 지적되고 있다. 따라서 앞으로는 그 어느 때보다도 합리적이고 계획성 있는 의료자원의 배분과 사용의 필요성이 높아진다고 볼 수 있다. 이러한 의료수요의 변화는 1차의료 기능을 활성화시키는 방향으로 의료체계가 이행해야 함을 제기하고 있다.

그 동안 1차의료에 대해서는 의료전달체계나 전문의 인력문제의 일부로 개략적으로만 문제제기가 있었을 뿐, 1차의료의 문제와 그 해결방안이 크게 부각되지 못하였으며 더구나 구체적인 현황의 파악과 개선을 위한 정책수단은 거의 모색되지 못하여 왔다.

본고에서는 특히 1차의료가 의료체계의 하부구조로서 의료공급체계, 의료보험제도, 의료인력양성 등 의료수급의 모든 측면과 밀접하게 연관되어 있는 점을 고려하여 1차의료의 상황요인 즉, 의료수요, 의료공급체계, 의료보험제도 등 의료체계 전반과 연계되어 있는 1차의료에 대한 현황파악 및 평가와 함께 어떠한 방법으로 고도화에 치중된 의료에서 1차의료를 확충하는 체계로 전환할 것인가에 관하여 전반적인 발전방향을 제시하고자 한다.

의료수요의 확대로 합리적이고 계획성 있는 의료자원의 배분과 사용의 필요성이 증대됨에 따라 1차의료 기능을 활성화시키는 방향으로 의료체계가 이행되어야 한다.

## 2. 1차의료의 현황과 문제점

### 가. 의료전달체계 측면

현행 의료전달체계의 주 내용은 진료의뢰서를 통한 2단계의 환자의뢰 체계이다. 현재의 의료전달체계는 진료의뢰서를 통해서 의원이나 병원에서 3차진료기관으로 환자가 연결되는 형식은 취하고 있으나 각각의 의료단계를 연결해 주는 장치는 설정되어 있지 않다. 실제 의뢰율은 대체로 총 진료환자의 2% 내외로 매우 낮으며, 의뢰과정에서 의무기록이 거의 전달되지 않고 있는 등 의뢰와 회송은 매우 부진한 것으로 나타나고 있다. 의

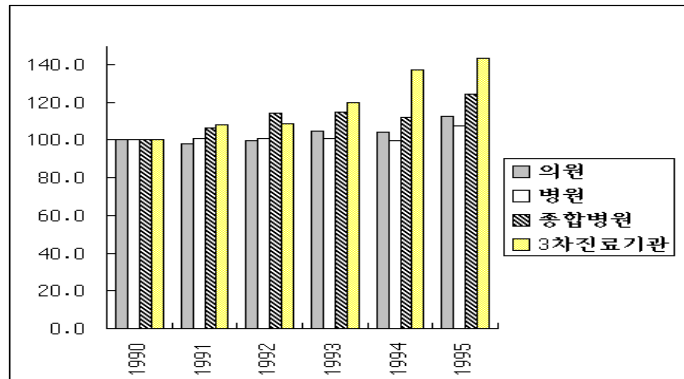
3차 진료기관당 평균  
외래 진료건수의  
증가폭이 월등히  
높은 것은  
대형병원의  
환자집중이 유지되고  
있음을 나타내는  
것으로 현행  
의료전달체계가  
실효를 거두고 있지  
못한 것으로  
평가할 수 있다.

외울은 의료제도에 따라 국가간에 크게 차이가 있기 때문에 이를 직접 비교하기는 어렵다. 이것은 의료기관간 기능이 분화되어 있지 않고 의원개원의의 87.3%가 전문의인 상태에서 행위별 수가제를 채택하고 있는 가운데 의료기관이 자체적으로 의뢰 및 회송에 대한 유인을 갖기는 어려우며 과소의뢰 및 지연의뢰가 이루어질 가능성이 높기 때문으로 볼 수 있다.

최근 3차 진료기관이 외래진료건수에서 차지하는 비중은 크게 증가하고 있음을 볼 수 있다. [그림 1]에서 보는 바와 같이 3차 진료기관수의 증가를 고려하더라도 3차 진료기관당 평균 외래진료건수의 증가폭보다 월등히 높은 것으로 나타나고 있는데, 이는 대형병원의 환자집중이 유지되고 있음을 나타내는 것으로 현행 의료전달체계가 실효를 거두고 있지 못한 것으로 평가할 수 있다.

그림 1. 의료기관종별 기관당 평균 연간 외래건수 추이  
(1990~1995)

(1990=100)



#### 나. 의료수가 측면

현행 의료보험수가는 행위별 수가제 하에서 진단, 치료, 검사 중심으로 수가가 산정되어 있어 서비스의 판정기준이 명확하지 않은 예방서비스나 일상생활에 지장을 주지 않은 서비스에 대

---

한 수가는 거의 인정되지 않고 있어 1차의료 속성을 갖는 진료 행위 항목이 크게 제한되어 있다. 즉, 현재 수가에 포함되어 있는 1차의료적 성격의 항목인 기본진료료 항목도 단순히 초진, 재진으로 구분되어 있고 상담, 자문, 지도관리료 등이 산정되어 있지 않아 상대적으로 1차의료에 불리하게 책정되어 있음을 볼 수 있다. 이에 따라 포괄적이며 예방적 의료서비스 제공보다는 치료위주의 진료를 유인하고 있는 것이다.

1991~1996년도 개원의의 전문과목별 보험진료수입을 보면 진료의 내용이 포괄적이며 1차의사로서의 성격이 높은 가정의 학전문의 및 일반의의 월평균 보험진료수입은 내과나 기타 전문과목에 비하여 낮음을 볼 수 있다. 물론 의원의 진료과목에 따라 보험진료수입이 의원전체의 수입에서 차지하는 비중이 상이하며 의원의 규모, 전문과목의 성격, 의사의 진료행위의 특성이나 이용 환자의 특성에 따라 진료원가의 차이가 크기 때문에 단순 비교하는 데는 제약이 매우 크다는 점은 고려되어야 할 것이다. 미국 등의 여러 연구에서 의사가 전문과목을 결정하는데 있어서 영향을 미치는 변수 중에서 가장 중요한 역할을 하는 것은 의사의 소득으로 나타나고 있다. 우리나라에서도 현행의 의료보험 수가항목간의 불균형은 상대적으로 보상이 많은 의료 행위 기술을 과다하게 유도하여 장기적으로 의료인의 배출과 분포에 영향을 미칠 것으로 볼 수 있다.

#### 다. 1차의사인력 측면

이제까지의 의사인력에 대한 적정수급에 대해서는 의사수 전체의 규모 즉, 의사인력의 수가 부족한지 과잉인지에 관하여 관심이 집중되어 의사인력수를 확대하는데 우선되어 왔으며 의료인력 구성을 적정화하는데 대해서는 별다른 사회적 노력이 기울여지지 않아 왔다.

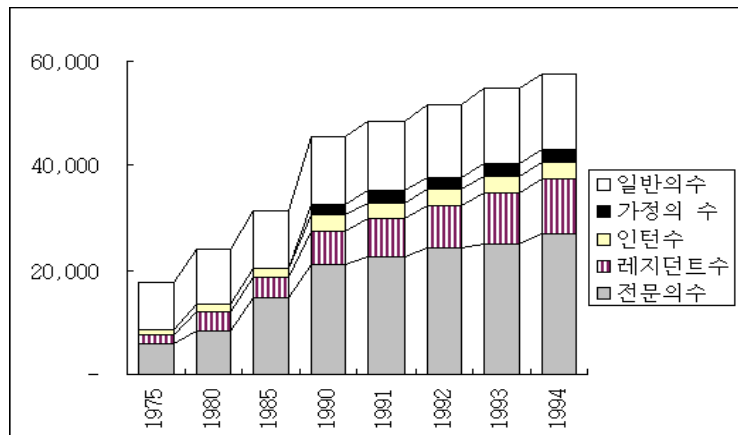
우리나라에서 의사인력에 대한 통계는 대한의사협회의 신고자료와 면허자료 등이 있으나 신고의 제약으로 통계자료로써 제약이 많다. 이들 자료를 이용하여 우리나라의 1차의사인력의 규모를 대략적으로 보면 다음과 같다. 1994년도의 1차의사를

현재 수가에 포함되어 있는 1차의료적 성격의 항목인 기본진료료 항목을 보더라도 포괄적이며 예방적 의료서비스 제공보다는 치료위주의 진료를 유인하고 있음을 알 수 있다.

의사인력의 적정수급에 대해서는 의사수 전체의 규모에 관심이 집중되어 의료인력 구성을 적정화하는데 대해서는 별다른 노력을 기울이지 않았다.

일반의와 가정의학 전문의로 보았을 때 그 수를 보면, 사망 신고자와 한지의사를 제외한 보건복지부에 면허등록된 의사수는 총 54,406명이다. 전문의가 54.4%에 달하므로 전문의가 아닌 의사를 일반의라고 볼 때 일반의는 24,811명으로 45.6%가 된다. 이중 레지던트 과정에 있는 의사를 제외하면 일반의는 14,453명으로 26.6%가 된다. 의과대학 졸업후 인턴과정에 있는 의사는 1차의사로 간주할 수도 있으나 이들이 병원과 종합병원에서 일하고 또 대부분이 레지던트 과정에 진입되게 되는 현실을 감안하면 1차의사인력으로 간주하기는 어렵다. 따라서 인턴수를 다시 제외하면 일반의는 11,353명으로 20.9%에 달한다. 여기에 가정의학 전문의를 합하면 13,884명으로 25.5%에 달하게 된다. 여기에는 공중보건 일반의와 병원이나 종합병원에서 근무하는 일반의와 가정의가 포함되어 있고 또 진료부문에 종사하지 않은 의사가 포함되어 있으므로 이 범주에 속하는 진료 활동중인 1차의사는 이보다 더욱 낮은 수준이 된다고 볼 수 있다.

그림 2. 의사인력수 추이(1975~1994)

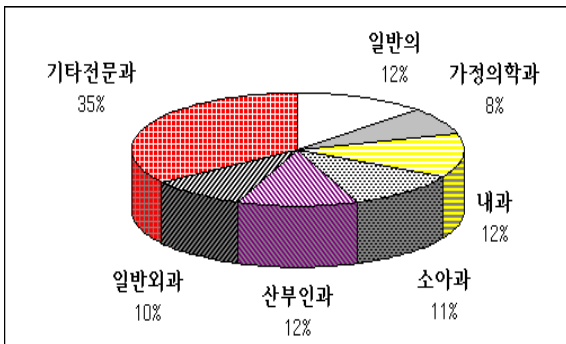


한편 의원 개원의중 일반의의 규모를 대한의사협회의 자료와 의료보험연합회의 자료를 통해 파악하여 보면 1996년 대한의학협회의 의사신고자료를 통해서 의원을 개업하거나 의원에 취업

하고 있는 의원종사자의 구성은 [그림 3]과 같다. 단, 이 의협신고자료는 신고율이 전체적으로 68%이고 전문의 신고율은 83%로 전문의의 신고율보다 일반의의 신고율이 낮으므로 실제로 일반의사의 비율을 이보다 다소 높다고 보아야 할 것이다.

대한의학협회 신고자료에 의하면 의원종사 의사의 12%가 일반의이며, 의료보험연합회에 등록되어 있는 개원의 중에는 17%를 차지하고 있다.

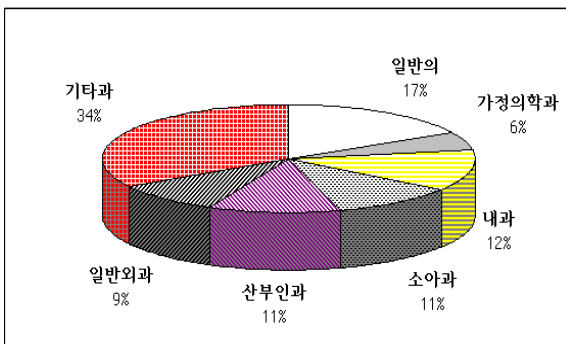
그림 3. 의원종사 의사의 전문과목별 분포(1996)



자료: 대한의사협회, 「전국회원실태조사」, 1996.

모든 의원이 보험급여를 받고 있는 요양급여기관이므로 1차 의료인력의 규모를 파악하는 자료로서 1996년 10월 현재 의료보험연합회에 등록되어 있는 의원급 의료기관 요양기관과일을 분석하여 보면 개원의의 전문과목별 분포는 [그림 4]와 같다.

그림 4. 의원 개설의사의 전문과목 분포(1996)



자료: 의료보험연합회, 「요양기관화일」, 1996. 10.

우리나라의 1차의료는 기본 속성이라 할 수 있는 1차접촉의료, 지속성, 포괄성, 조정이라는 관점에서 그 역할을 제대로 담당하지 못하고 있다고 평가할 수 있다.

#### 라. 의료서비스 측면

1차 접촉의료의 평가기준은 여러 가지가 있겠지만 현재의 1차의료의 역할을 평가하기 위하여 Starfield가 제시한 1차의료의 핵심적 특징 즉, 1차접촉 의료, 지속성, 포괄성, 조정기능을 중심으로 현재 우리나라의 1차의료 서비스를 검토해 볼 수 있을 것이다. 우리나라의 의료전달체계상 의료이용양상을 보면 의사가 환자의 보호자로 상정할 수 있는 문지기 기능을 하도록 되어 있지 않으며, 일정한 의사 또는 의료기관과 인간관계를 형성하는 지속성 측면도 크게 결여되어 있음을 짐작할 수 있다. 또한 1차의료의 진료내용을 보면 진료내용의 거의 대부분이 급성질환에 대한 일회성 진료이고 광범위한 서비스의 제공과 예방기능이 수행되지 않고 있어 포괄성 측면이 부족하고 앞서 제기한 바와 같이 의뢰를 통한 조정기능이 제대로 시행되지 않고 있어 결국 1차의료의 기본 속성이라 할 1차접촉의료, 지속성, 포괄성, 조정이라는 관점에서 그 역할을 제대로 담당하지 못하고 있다고 평가할 수 있다.

### 3. 1차의료의 발전방안

1차의료문제는 의료체계 전체와 연계되어 있기 때문에 의료체계의 전반적인 변혁을 수반하지 않고는 1차의료의 강화대책은 단편적이고 임시방편의 대안일 뿐 현실적으로 효과가 미지수이기 때문에 1차医료를 강화하기 위한 방안으로 의료전달체계의 재구축, 1차의사인력의 확보, 의료수가의 부분적인 조정 등의 방안들과 1차의료서비스의 발전방향 등을 전반적으로 제시하면 다음과 같다.

#### 가. 의료전달체계의 재구축 방안

본 연구는 1차医료를 정립하고 강화하기 위한 방안중 가장 우선적으로 의료전달체계의 개선을 제안하고 있다. 즉, 환자진료의 계속성 보장과 비용절감을 위하여, 더불어 1차기관 뿐만 아니라 후속 의료기관의 합리적인 경영방안 모색을 위하여 1차

---

의료를 담당할 기관들과 후속 의료를 담당할 기관들을 현재와 같은 구조적 갈등관계와 경쟁관계에서 협업과 분업의 관계, 기술적인 지원을 하는 관계로 유도하는 시스템인 『의료협력체계(Medical Group Network)(가칭)』를 형성하도록 하는 방안을 제시하고자 한다. 이 방안은 다소 시험적 성격의 안으로서 이 제도의 시행에서 파생될 수 있는 여러 가지 문제점이 있으나 그럼에도 불구하고 1차의료의 정립과 후속의료단계의 개선효과를 가져올 수 있는 등 이 방안이 실현됨에 따라 얻을 수 있는 효과가 매우 클 가능성이 많다. 따라서 의료계 전반의 난관을 타결해 나가기 위한 방안으로써도 그 기본적인 틀은 수용되어야 할 시기가 되었다고 본다. 그 기본틀은 1차의료, 2차의료, 3차 의료를 제공하는 기관들을 『의료협력체계(가칭)』로 서로 연계시켜 의료자원 이용을 효율화시키는 구조적 틀을 구축하는 것이다. 즉, 1차의료를 전달하는 의원급 기관과 2차의료를 전달하는 병원급 기관, 3차의료를 전달하는 종합병원급 기관들을 협력 기관으로 연결하여 환자의 의뢰 및 후송이 원활히 이루어지도록 하며, 의료진들간의 연계를 통하여 의료의 지속성을 증대시켜 각 의료단계별로 적절한 의료이용을 유도하는 체계이다.

의료협력체계의 구축을 위해서는 의료기관 협력체계 내에서의 의료기관들의 역할이 정립, 의료협력체계 구축을 위한 의료수준의 평준화, 의료협력체계를 구축할 수 의료기관을 유도하기 위해서는 몇 가지 유인책, 의료협력체계의 효과적인 운영을 위해서는 의무기록의 공유 대책 등 몇 가지 갖추어야 할 선행여건이 마련되어야 한다.

의료협력체계의 형태와 관련된 대안들로는 1차, 2차, 그리고 3차의료를 포함하는 의료전달체계를 의료기관 협력체계는 3단계 또는 2단계로 구성할 수 있을 것이다. 전국의 의료기관들의 특성을 각기 규정한 후 전국적으로 10~20개 정도의 의료협력망을 형성하여 환자를 관리하는 체계를 구축할 수 있을 것이다. 이러한 의료협력체계를 정착시키기 위해서는 몇 개의 의료협력체계의 시범운영을 실시하고 이에 따라 평가를 통하여 전국적으로 확대할 수 있을 것이며, 정부 및 의료관계자들이 폭 넓은 시각

1차의료 담당기관과 후속의료 담당기관들을 협업과 분업, 기술적인 지원관계로 유도하는 시스템인 『의료협력체계(가칭)』 형성방안이 모색되어야 한다.



의료수가의 조정을 통한 1차의료의 활성화 방안으로는 기본 진료료 항목의 세분화, 기본진료에 대한 수가의 가산 적용 등과 함께 예방과 건강증진을 통합하는 포괄적인 급여체계로의 전환이 필요하다.

과 면밀한 검토 속에서 중장기 계획을 수립하여 일발성이 아닌 장기적 관점에서 단계별로 시행하여야 할 것으로 본다.

#### 나. 일부 보험의료수가의 조정과 보험급여방식의 개선

의료수가의 조정을 통하여 1차의료서비스의 충실화를 유인하는 방법은 의료전달체계나 의료공급구조의 변화를 피하기보다는 비교적 용이하며, 그 결과가 종국적으로 의료전달체계나 의료공급구조에도 영향을 미치게 될 것이다. 또한 1차의료를 정립하기 위한 여타 방안에서도 그 전략에는 재정적인 유인책이 포함되게 된다. 의료수가의 조정을 통한 1차의료의 활성화 방안으로는 기본 진료료 항목의 세분화, 상담료·자문료·채택진료료 등의 설정, 1차의료기관의 기본진료에 대한 수가의 가산 적용, 현행 의원에 적용하는 가산율의 상향조정 방안 등을 들 수 있다. 또한 예방과 건강증진을 통합하는 포괄적인 급여체계로의 전환이 필요하다. 어느 방법이나 이제까지 보험서비스에 포함되지 않았던 부분이 포함되어 보험급여의 내용이 많아지고 상당한 의료보험재정의 증가를 수반하게 될 것으로 예상된다.

현재 검토 연구되고 있는 상대수가체계(RBRVS) 도입시 보건정책적 관점에서 보건교육, 상담, 세밀한 진찰 등 무형의 서비스에 대해 더 큰 보상을 해줌으로써 1차의료 서비스에 대하여 경제적 보상을 줄 수 있도록 진료비 보상제도의 부분적인 변경도 고려되어야 할 것이다.

1차의료를 강화하기 위해서 무엇보다 중요한 것은 1차의사의 지위와 경력구조를 2차, 3차의료와 동등하거나 큰 차이없이 만드는 것이다. 따라서 1차진료환자에 대하여 인두제로 보상하는 진료비 지불방식을 병행할 필요가 있을 것이다. ‘주치의 등록제’를 시행할 경우 등록환자수를 기준으로 1차의사 수입의 일부에 대하여 정액제로 보상하는 방식이 병행가능할 것으로 보인다.

#### 다. 1차의사의 확보를 위한 장단기 방안

1차의료체계를 정립하는데 있어서 가장 중요한 것은 우선적

---

으로 1차의사의 기능과 자격요건에 대한 합의이며, 그 다음 단계로는 그러한 1차의사를 어느 수준까지 어떤 방법으로 확보하느냐 하는 것이 요지라 할 수 있다. 전자에 대해서는 논의가 분분할 것이므로 향후의 과제로 두고 후자의 1차의사 확보방안을 크게 중단기 대책과 장기 대책으로 나누어 개략적으로 보면 다음과 같다.

중단기적 대안으로 고려할 수 있는 1차의사 확보방안은 가정의학 전문의와 일반의를 중심으로 한 좁은 의미의 1차의사 확보방안을 우선 고려할 수 있다. 일반의와 가정의학 전문의를 1차의사로 한정하는 경우 현재 이들은 의사인력전체의 약 20~25% 수준이므로 가정의학전문의를 단기간내 대폭 확보할 수 있는 의사 양성체계를 강구하고, 일반의에 대한 상당기간의 재훈련 수련체계도 마련되어야 할 것이다.

두 번째 고려되어야 할 방안은 의원 개원의중 일부 전문과목 의사의 1차의사화 방안으로써 이 방안은 구체적으로 1차의사의 범주에 어느 전문과목까지를 포함할 것이며, 어느 수준까지 확보할 것인가가 관건으로써 1차의사의 범위에 현재 주치의제도(안)에서 포함하고 있는 일반의, 가정의학과, 내과, 소아과를 포함할 수 있으며, 여기에 산부인과의 포함 여부에 대해서는 좀 더 합의가 필요한 사항이라고 볼 수 있다. 이를 위해서는 정규 수련과정을 거친 가정의학과 이외에는 1차의사 과목의 의사를 대상으로 별도의 1차의사 기능 훈련과정, 진료과목 표방문제 등도 아울러 고려되어야 할 것이다.

세 번째 고려할 수 있는 대안은 의학교육과정의 개편을 통한 장기적 1차의사 확보 방안이다. 이 방안은 1차의사와 1차의료의 근본적인 문제가 의학교육에서부터 비롯되고 있다는 사실과 의학교육이 1차의료의 질과 직접 연결된다는 점에서 장기적으로 수용하여야 할 대안으로 전문의 제도개선위원회가 제기한 방안을 포괄한 대안이다. 그 기본 방안은 의대 졸업후 일정 기간을 수련을 통하여 일반의(가정의)를 양성하고, 전문의는 추가로 수련을 받는 의학교육 체계로써 현재의 인턴제도를 보편적인 기본 임상진료과정으로 개편하는 안이다. 그 연한은 1년 6개월

1차의사의  
확보방안으로써  
가정의학 전문의와  
일반의를 중심으로  
한 좁은 의미의  
1차의사 확보방안,  
의원 개원의중 일부  
전문과목 의사의  
1차의사화 방안,  
의학교육과정의  
개편을 통한 장기적  
1차의사 확보 대안을  
고려해야 한다.

1차의료가 우리나라의 의료체계를 효율화시키는 역할을 할 수 있도록 보다 근본적이고 세부적인 연구와 논의들이 계속 진행되어야 할 것이다.

내지 2년 정도를 고려할 수 있다.

### 라. 1차의료서비스의 개선방안

1차의료 서비스를 향상시키기 위해서는 우선 1차의료 서비스의 질 보장이 필요하다. 1차의료의 질 보장을 위해서 최근 유럽국가와 미국에서 실시하고 있는 총체적 질 관리 개념의 도입, 결과지표의 도입, 환자만족도의 강조, 임상진료지침의 도입 등이 고려될 수 있으며, 이중에서도 특히 임상진료지침은 원용할 필요가 있다고 본다.

### 3. 향후의 정책과제

1차의료 강화를 위한 향후의 정책과제를 제시하면 다음과 같은 사항을 들 수 있다. 1차의료 정립에 대한 정부와 의료계의 합의 도출 필요(즉, 1차의료와 1차의사에 관한 개념정의와 합의, 의사인력의 적정구성을 위한 1차의사의 범주와 확보 수준의 합의), 의료기관별 기능 구분의 명확화, 1차의사 양성을 위한 실질적인 정책수단의 도입, 지역 보건의료사업과의 연계, 지역의료의 적극적 참여와 지역 보건복지 프로그램과의 연계, 지역건강정보체계의 도입을 통한 공공부문(지역 보건소)과의 유대 강화, 정보통신기술의 활용을 통한 의사교육과 의료정보의 제공, 국민의 합리적 의료이용행태 유도를 위한 정책홍보의 강화 등이 그 예이다.

그러나 아직 의료계 내에서도 1차의료에 대한 명확한 합의가 없는 상태에 있으며, 1차의료의 정립과 강화를 위한 제도의 설계와 구체적인 전략의 도출이 쉽지 않고 합의에 도달하기까지 많은 걸림돌들이 있다는 점에서 본고는 1차의료의 문제제기와 발전방향을 포괄적으로 제기하는 성격을 갖는다고 볼 수 있다. 1차의료가 우리나라의 의료체계를 효율화시키는 역할을 할 수 있도록 보다 근본적이고 세부적인 연구와 논의들이 계속 진행되어야 할 것이다.