

연구보고서 96-27, 242페이지, 1,000부

一次醫療의 現況과 發展方案

金 惠 蓮
趙 弘 峻
姜 昭 玲

韓國保健社會研究院

머리말

우리나라의 醫療은 醫療機關 規模의 成長과 醫療保障의 擴大에 있어서 많은 發展을 이룩하여 왔다. 그러나 醫療供給의 構造와 醫療利用의 行態는 크게 달라지지 않고 유지되어 왔으며, 의료기관간의 機能과 役割의 未分化로 인하여 醫療資源의 浪費와 國民의 醫療利用의 不便과 不合理를 초래하고 있다. 이와 같은 상황에서 우리나라의 一次醫療은 구조적으로나 기능적으로 不分明하여 一次醫療의 正體性이 모호하고 一次醫療를 제공하는 醫師에 대한 資格이나 役割에 대해서도 合意가 이루어지지 않은 상태에 있다.

一次醫療의 향상은 최초 접촉 醫療서비스의 向上을 기함과 동시에 의료부문 전체가 構造的, 機能的으로 均衡을 이루도록 하기 위해서도 필요한 것으로 볼 수 있다. 一次醫療는 保健醫療서비스를 適正化하고 資源의 分配에 衡平을 기하는 두 가지 目標를 달성하는데 均衡을 기할 수 있는 수단으로써도 의미를 가진다.

그동안 一次醫療에 대해서는 醫療傳達體系나 專門醫 人力問題의 일부로 概略的으로만 問題提起가 있었을 뿐, 一次醫療의 문제와 그 해결방안이 크게 부각되지 못하였으며 더구나 구체적인 現況의 把握과 改善을 위한 政策手段은 거의 모색되지 못하여 왔다.

本 研究는 국민들이 의료이용에서 案内者 역할을 하여야 할 一次醫療의 發展方案을 제안함으로써 우리나라의 醫療體系 즉, 의료서비스의 공급과 이용이 合理化될 수 있도록 하기 위한 一次醫療 定立方案을 多角的으로 제시하고 있다. 특히 一次醫療가 의료체계의 下部構造로서 醫療供給體系, 醫療保險制度, 醫療人力養成 등 醫療需給의 모든 측면

과 밀접하게 연관되어 있는 점을 고려하여 각 부분의 문제점과 개선 대안을 광범위하게 검토하고 있다. 本 研究結果가 政府當局의 關聯政策 樹立과 醫療界의 發展方向 모색에 有用한 자료로써 活用되기를 바라며 關係專門家에게도 參考가 되기를 바란다.

研究는 當원 金惠蓮 責任研究員의 책임하에 수행되었으며 外部의 關係 專門家들이 參與하였다. 執筆陣의 擔當研究分野를 紹介하면 다음과 같다.

序論, 結論 및 政策課題, 一次醫療의 概念과 重要性(金惠蓮)

一次醫療의 現況과 問題點(金惠蓮)

外國의 一次醫療(金惠蓮)

一次醫療 酬價·一次醫師 確保·醫療서비스 改善方案(金惠蓮·趙弘峻)

醫療傳達體系의 再構築 方案(姜昭玲·金惠蓮)

本 研究陣들은 이 報告書를 作成함에 있어 많은 도움을 준 醫療保險聯合會의 全裕榮 電算部長과 關係者, 大韓醫師協會의 關係者, 保健福祉部 關係官에게 感謝하고 있다. 또한 外國의 資料蒐集과 定理에 도움을 아끼지 않은 權彝勝 主任研究員에게도 謝意를 표하고 있다. 그리고 原稿를 읽고 귀중한 論評을 해 준 本院의 曹在國 研究委員과 南貞子 副研究委員에게 感謝하고 있다.

끝으로 本 報告書에 收錄된 모든 內容은 著者들의 個人的 見解이며 本院의 公式見解가 아님을 밝힌다.

1996年 12月

韓國保健社會研究院

院長 延 河 清

目次

要約	13
第1章 序論	26
第1節 研究背景 및 研究方向	26
第2節 研究 目的	29
第3節 研究內容 및 方法	30
第2章 一次醫療의 概念과 重要性	33
第1節 一次醫療의 概念	33
第2節 一次醫療에 관한 理論과 重要性	41
第3節 一次醫療 定義와 範圍	45
第3章 外國의 一次醫療	49
第1節 英國의 一次醫療	49
第2節 美國의 一次醫療	57
第3節 日本의 一次醫療	62
第4節 外國 經驗에서의 示唆點	70
第4章 一次醫療의 現況과 問題點	73
第1節 醫療傳達體系와 一次醫療	73
第2節 醫療酬價와 一次醫療	96
第3節 一次醫師 人力 現況	113
第4節 一次醫療서비스 現況	140

第5章 一次醫療의 發展方案	152
第1節 基本方向	152
第2節 醫療傳達體系 再構築 方案	153
第3節 醫療保險酬價의 改善方案	185
第4節 一次醫師의 擴大와 一次醫師機能의 強化方案	191
第5節 一次醫療서비스의 改善方案	211
第6節 醫療資源配分을 考慮한 醫療機關의 統制와 支援	220
第6章 結論 및 政策課題	223
第1節 結論	223
第2節 向後의 政策課題	227
參考文獻	233

表 目 次

〈表 2- 1〉	一次醫療의 屬性과 評價概念	42
〈表 3- 1〉	日本 外來患者의 利用 醫療機關(1986)	63
〈表 3- 2〉	就業 部門別 日本醫師人力 分布	65
〈表 4- 1〉	醫療機關 類型과 患者依賴體系의 段階	74
〈表 4- 2〉	醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 推移	77
〈表 4- 3〉	醫療機關種別 病床數 및 醫師數 構成	78
〈表 4- 4〉	國民健康調查의 醫療機關 利用樣相 (2週間 外來利用, 1995)	80
〈表 4- 5〉	2週間 外來利用 醫療機關數(1995)	81
〈表 4- 6〉	2週間 外來利用患者의 利用醫療機關 類型(1995)	81
〈表 4- 7〉	2週間 外來利用者의 醫療機關 利用 經路(1995)	84
〈表 4- 8〉	利用者 特性別 醫療機關 利用樣相 (2週間 一般醫療機關 外來利用, 1995)	85
〈表 4- 9〉	醫療機關別 外來利用 待期時間 (2週間 一般醫療機關 外來利用, 1995)	86
〈表 4-10〉	醫療機關別 서비스 滿足度(2週間 外來利用, 1995)	88
〈表 4-11〉	醫療機關 類型別 醫療機關 來院動機 (2週間 外來利用, 1995)	90
〈表 4-12〉	醫療機關 選擇動機(3次 診療機關 外來利用患者調查, 1996)	91
〈表 4-13〉	一部 3次醫療機關의 家庭醫學科 外來診療 患者數 推移(1988~1992)	92

〈表 4-14〉	醫療機關別 外來診療實績 推移(1990~1994)	93
〈表 4-15〉	療養機關種別 外來診療件數 推移(1990~1995)	94
〈表 4-16〉	醫療機關種別 機關當 平均 年間 外來件數 推移 (1990~1995)	95
〈表 4-17〉	醫療機關 種別 技術行爲料에 대한 加算率	97
〈表 4-18〉	外來診療費 本人負擔金	99
〈表 4-19〉	醫療保險 非給與 對象 項目	99
〈表 4-20〉	醫療機關別 2週間 外來醫療 利用事由(1995)	100
〈表 4-21〉	韓國과 美國의 外來 基本診療料 體系 比較	102
〈表 4-22〉	外來서비스에 대한 診療料 體系 韓·日 比較	103
〈表 4-23〉	醫療機關 種別, 診療行爲別(10大 分類) 診療件當 平均 金額의 構成(1990)	104
〈表 4-24〉	全體 醫療酬價의 項目別 相對價值 比較	105
〈表 4-25〉	醫療機關別 外來診療費 推移(1990~1994)	106
〈表 4-26〉	醫療機關別 外來 件當診療費 및 件當給與費 推移(1990~1994)	107
〈表 4-27〉	1995年度 醫院의 診療科目別 醫療保險 診療件數 및 診療費	108
〈表 4-28〉	1996年度 醫院의 診療科目別 醫療保險 診療件數 및 診療費	109
〈表 4-29〉	診療標榜 科目別 醫院當 月平均 醫療保險 診療收入 ..	111
〈表 4-30〉	保健所 勤務醫師의 醫療業務手當 支給基準(豫算)	112
〈表 4-31〉	保健所의 專門醫와 一般醫의 報酬內譯 事例 比較(豫算 基準)	112
〈表 4-32〉	우리나라 醫師의 卒業後 教育課程 比較	115
〈表 4-33〉	家庭醫學科 레지던트 課程 年次別 教科課程	116

〈表 4-34〉	專攻醫 科目別 家庭醫學科 및 主要科의 定員 比率 推移(1975~1996)	117
〈表 4-35〉	家庭醫學科 레지던트 定員 및 確保數(1990~1996)	117
〈表 4-36〉	最近 인턴 및 專攻醫 定員 推移(1989~1996)	119
〈表 4-37〉	專門醫의 醫院 從事者 比率(1989~1996)	119
〈表 4-38〉	우리나라 年度別 醫師數 및 專門醫, 一般醫, 家庭醫 數의 變化 推移(1975~1994)	122
〈表 4-39〉	醫院從事 醫師의 專門科目別 分布(1989~1996)	124
〈表 4-40〉	醫院 開設醫師의 專門科目 分布(1996)	127
〈表 4-41〉	就業形態別 醫師의 分布(1994)	128
〈表 4-42〉	醫院 開設醫師의 性別, 年齡別 分布(1996)	130
〈表 4-43〉	醫院 開設 一般醫 및 專門醫의 年齡分布(1996)	130
〈表 4-44〉	醫院 開設醫師의 一般特性別 專門科目 分布	131
〈表 4-45〉	醫院 開設醫師의 專門醫 種別(一般醫 包含) 分布와 標榜科目 分布	134
〈表 4-46〉	醫院 開設醫師의 診療科目 標榜現況	135
〈表 4-47〉	醫院 開設醫師의 標榜科目別 年齡 分布(1996)	136
〈表 4-48〉	醫院 開設醫師의 病床 保有 現況	137
〈表 4-49〉	醫院 開設醫師의 主要醫療裝備 保有 現況	139
〈表 4-50〉	美國 一次 醫師의 診療 內容	142
〈表 4-51〉	우리나라 開院醫의 診療 內容	143
〈表 4-52〉	年間 英國 一般醫의 흔한 輕症疾患 診療內容 (人口 2,000名當)	144
〈表 4-53〉	年間 英國 一般醫의 豫防 活動(人口 2,000名當)	144
〈表 4-54〉	年間 英國 一般醫의 社會的 問題 診療件數 (人口 2,000名當)	145

〈表 4-55〉 네 가지 專門科目間 醫療 利用率의 比較 (診療內容 補整)	147
〈表 4-56〉 家庭醫, 一般醫와 專門醫間의 平均 診療費의 比較	148
〈表 4-57〉 醫療機關種別 外來患者 多頻度 疾病順位 比較(1994)	150
〈表 5- 1〉 歐美國家の 一次醫療體系와 一次醫師의 收入 比較	190
〈表 5- 2〉 美國의 醫師人力과 醫學教育에 관한 專門委員會의 最近 一次醫療 關聯 勸獎事項	192
〈表 5- 3〉 醫院의 專門科目別로 分類할 경우의 一次醫師의 比率	196
〈表 5- 4〉 主要 國家의 一次醫療人力 比率(1991~1992)	196
〈表 5- 5〉 專門醫制度改善 研究委員會의 一次醫師 修練體系 改善案	198
〈表 5- 6〉 外國의 一般醫 養成課程 比較	200
〈表 5- 7〉 美國 醫科大學協議會의 一般醫에 대한 專擔班 勸誘事項	206
〈表 5- 8〉 美國에서 單科 專門醫를 一次醫師로 再訓練시키는 가능한 課程	208
〈表 5- 9〉 外國의 一般醫를 위한 平生教育의 比較	210
〈表 5-10〉 英國의 一般醫의 開院形態(1992)	220

圖目次

[圖 1-1]	研究의 基本 틀	31
[圖 2-1]	段階別 醫療要求의 크기	34
[圖 3-1]	日本 家庭醫 네트워크의 發展方向	67
[圖 4-1]	現行 患者依賴體系 흐름도	75
[圖 4-2]	醫療機關種別 機關當 平均 年間 外來件數 推移(1990~1995)	95
[圖 4-3]	醫師人力數 推移(1975~1994)	123
[圖 4-4]	醫師人力 構成比 推移(1975~1994)	124
[圖 4-5]	醫院從事 醫師의 專門科目別 分布(1996)	126
[圖 4-6]	醫院 開設醫師의 專門科目 分布(1996)	127
[圖 5-1]	醫療段階別 醫療協力體系의 連繫 方向	154
[圖 5-2]	醫療協力體系의 模型	156
[圖 5-3]	醫療協力體系에서의 醫療利用 過程	162
[圖 5-4]	醫療協力網에서의 患者依賴 및 回送過程	164
[圖 5-5]	醫療協力網에서의 醫療情報 利用	165
[圖 5-6]	醫療協力體系 模型의 代案 I	176
[圖 5-7]	醫療協力體系 模型의 代案 II: 3次 醫療機關 中心	179
[圖 5-8]	醫療協力體系 模型의 代案 III: 1次 醫療機關 中心	181
[圖 5-9]	醫師人力 卒業後 修練模型	199

要約

1. 研究의 必要性 및 目的

가. 研究의 必要性

民間部門이 지배적인 의료공급구조에서 의료공급의 통제가 어려운 특성으로 인하여 一次醫療와 2次, 3次 醫療가 구조적으로나 기능적으로 분리되고 않고 혼재되어 있음. 이로 인하여 의료이용과 의료공급 과정의 비효율화와 함께 불필요한 의료서비스가 많이 이용되고 있는 반면 필수적인 보건의료서비스는 제공되지 못하는 현상을 초래하고 있음. 人口의 老齡化和 疾病樣相의 역학적 변화로 계속 증가될 의료수요를 비용효과적으로 충족시키기 위해서는 醫療部門 效率提高의 중요성이 높아지고 있음. 專門化·高度化되는 방향으로 치우친 의료체계를 구조적으로 조정하여 一次醫療와 2차, 3차 의료의 균형을 도모하기 위해서는 一次醫療의 강화가 필수적임.

나. 研究의 目的

본 연구는 첫째, 一次醫療의 現況을 醫療傳達體系, 醫療酬價, 醫師人力, 醫療서비스 등 네 가지 一次醫療의 상황요인 측면에서 現況把握 및 評價를 하고자 함. 둘째, 상기 네 가지 측면에서 각각 一次醫療의 全般的인 發展方案과 함께 일차의료의 供給과 利用을 조정하는 細部 代案을 提案하고자 함.

2. 一次醫療의 現況과 問題點

가. 醫療傳達體系 側面

1) 患者依賴 및 回送의 不振

의료기관간 기능이 분화되어 있지 않고 의원개원의의 87.3%가 專門 醫인 상태에서 行爲別 酬價制를 채택하고 있기 때문에 의료기관이 자체적으로 依賴 및 回送에 대한 誘引을 갖기는 어려우며 과소의뢰 및 지연의뢰가 이루어질 가능성이 높음. 실제 의뢰율은 매우 낮으며 의뢰 과정에서 醫務記錄이 거의 전달되지 않고 있는 등 의뢰와 회송은 매우 부진한 것으로 보임.

醫療機關의 種別에 관계없이 ‘거리 인접’, ‘혼자 선택’ ‘친지 등의 권유’가 여전히 의료기관 선택의 주요동기로 되어 있음. 3차 진료기관의 최초 의료이용이 부분적으로 통제되어 있으나 3차 진료기관의 외래이용 환자에서도 ‘친지 등의 권유’, ‘교통편의도’가 주요 이용동기가 되고 있음. 이러한 가운데 家庭醫學科 經由 등을 통해 3차 진료기관 이용이 이루어지고 있음. 따라서 3차 진료기관에서 一次醫療機能이 큰 비중을 차지하게 되며 본연의 特殊 高度 진료기능을 충실히 수행하지 못하게 되는 것으로 나타남.

2) 綜合病院의 急速한 伸張으로 인한 醫院部門의 相對的 萎縮

최근 의료기관종별 醫療機關數, 病床數, 常勤醫師數의 변화추이를 보면 醫院級 醫療機關이 차지하는 比重은 크게 줄어들고 있음.

3) 醫療保險 診療에서의 醫院의 相對的인 役割 減少

1990~1995년의 3차 진료기관이 외래진료건수에서 차지하는 비중은 크게 증가하고 있음. 이는 3차 진료기관수의 증가를 고려하더라도 3차 진료기관당 평균 외래진료건수의 증가폭이 의원이나 병원당 평균 외래진료건수의 증가폭보다 월등 높은 것으로 나타나고 있음을 볼 때 대형병원의 환자집중이 유지되고 있음을 나타내는 것으로 볼 수 있어 현행 의료전달체계가 실효를 거두고 있지 못한 것으로 평가할 수 있음.

나. 醫療酬價 側面

1) 一次醫療 屬性을 갖는 診療行爲 項目의 制限

行爲別 酬價制下에서 진단, 치료, 검사 중심으로 수가가 산정되어 있어 서비스의 판정기준이 명확하지 않은 예방서비스나 일상생활에 지장을 주지 않은 서비스에 대한 酬價는 거의 인정되지 않고 있음. 현재 수가에 포함되어 있는 一次醫療的 성격의 항목인 基本診療料 항목도 단순히 초진, 재진으로 구분되어 있고 相談, 諮問, 指導管理料 등이 산정되어 있지 않아 상대적으로 一次醫療에 불리하게 책정되어 있음. 이에 따라 포괄적이며 예방적 의료서비스 제공보다는 치료위주의 진료를 유인하고 있음. 一次醫療서비스의 급여항목이 제한된 가운데 일차진료행위로 간주될 수 있는 기본진료료가 의원의 진료수입의 44% 정도를 차지하고 있어 一次醫療機關의 수입이 상대적으로 낮을 수 밖에 없는 酬價構造를 가지고 있음.

2) 一次醫師와 其他 專門科目 開院醫의 保險診療收入의 差異

1991~1996년의 가정의학전문의 및 일반의의 월평균 보험진료수입은 내과나 기타 전문과목에 비하여 낮음. 물론 진료과목별 診療原價의

차이나 診療收益性, 非保險 收入 등이 고려되지 않은 단순비교라는 한계가 있기는 하나 현재의 醫師收入이 醫大 卒業生의 專門科目 결정에 영향을 미치는 변수라는 측면에서 專門醫에게 유리하게 설정되어 있는 酬價構造가 문제시된다고 볼 수 있음.

다. 醫師人力 側面

1) 專門醫 中心의 修練體系로 一次醫師의 養成體系 未洽

전문의 수련과정인 專攻醫 과정 중심으로 졸업후 수련체계가 이루어지고 있어 의과대학 졸업후 一次醫師가 될 수 있는 길은 제약되어 있음. 家庭醫學 과정이 있다 해도 專門醫 양성의 테두리 내에서 운영되고 있으며, 一般醫에 대한 수련체계가 전혀 없음. 현재 가정의학과정은 연차적으로 전공의 정원을 증가시키고 있으나 짧은 기간내에 一次醫師를 확보하는데는 크게 부족한 수준임.

2) 醫師人力全體에서의 一般醫와 家庭醫學專門醫의 낮은 比重

1994년 현재 의사인력의 54.4%가 전문의로써 나머지를 일반의로 보는 경우 일반의는 45.6%가 됨. 이중 전문의 수련과정에 있는 레지던트와 인턴을 제외하고 가정의학 전문의를 포함시키면 一次醫師의 비율은 25.6%임(공중보건외중 일반의를 제외하면 一次醫師의 비율은 대략 24% 정도로 낮아짐).

3) 醫院部門 醫師의 專門科目 構成에서의 一次醫師의 낮은 比重

의원급 의료기관내에서 일반의, 분과전문의, 가정의학전문의가 거의 유사한 역할을 경쟁적으로 수행하고 있는 상태에서 一次醫師가 어느 정도 규모가 될 수 있는지를 파악하기 위해 1996년의 大韓醫師協會

신고자료를 분석함. 이 자료에서 의원종사 의사는 一般醫 12.7%, 家庭醫學 專門醫 7.7%로 엄밀한 의미의 一次醫師는 20.4%가 됨. 內科는 12.7%, 小兒科는 10.9%, 産婦人科는 11.7%, 一般外科는 9.5% 였으며, 其他 專門科는 34.8%였음.

1996년 의료보험연합회 의원요양기관화일의 분석 결과에서는 醫院開設醫師 중 一般醫는 16.9%, 家庭醫學 專門醫는 5.5%였음. 이 자료에서 內科는 12.4%, 小兒科는 10.8%, 産婦人科는 11.4%, 一般外科는 39.3% 였으며, 나머지 專門科는 34.8%로 의협자료와 거의 유사한 결과를 보임. 결과적으로 현재 醫院 部門 종사 醫師중 一次醫療로서 적합하지 못한 전문과목의 전문의가 34% 내외를 차지하고 있음. 一般醫는 계속 감소추세이며 專門醫는 증가추세로 특히 비주요과 전문의의 비율이 증가하고 있음.

4) 醫院 開設醫師의 特性別 專門科目 및 標榜科目의 現況

1996년 의료보험연합회 의원요양기관화일의 분석 결과 醫院 開設醫師의 專門科目 分布는 의사의 연령, 성, 개원지역에 따라 특색있는 분포를 보이는데 醫院 開設醫師의 性別로 專門科目의 分布를 보면 男子는 內科와 一般外科가 높았고 기타 전문과에서도 높은 비율을 보이며, 女子는 一般醫, 家庭醫學科, 小兒科, 産婦人科의 비율이 높음. 醫師의 年齡群別로 專門科目의 分布를 보면 40대, 50대의 연령층에서 전문의의 비중이 높고 특히 非主要科 專門醫의 비율이 높은 것으로 나타남.

醫院 開院醫師의 專門醫 種類別 의원의 標榜科目 現황을 보면 전문의 중에는 87.9%가 本科를 표방하고, 11.6%는 一般醫를 標榜하고 있음. 의원 전체적으로는 일반의 표방이 30.4%, 전문과목 표방이 68.0%에 이룸. 이러한 標榜科目 現況은 전문의 의원개업이 허용되어 있는 가운데 의원의 많은 의사들이 자신이 수련받은 전문과목을 진료하지

않고 자신의 선호와는 관계없이 一次醫師로써 役割을 하고 있음을 시사하는 것임.

라. 醫療서비스 側面

1) 醫療서비스에서의 一次醫療的 屬性의 未備

현재 一次醫療가 사실상 구분되어 있지 않은 가운데 현재의 一次醫療서비스를 스타필드(Starfield)가 제시한 一次醫療의 기본 속성 즉, 一次 醫療接近, 持續性, 包括性, 調整과 依賴 등의 기준으로 평가하면 우리나라 일차의료는 이러한 역할이 극히 미흡한 형태로 醫療서비스가 이루어지고 있음.

2) 醫院의 診療科目別 診療內譯의 差異

專門醫의 과반수가 의원에 종사하고 있고 의원에 종사하고 있는 의사의 87.3%가 전문의로 추정되는 현실에서 의원의 의료보험 청구 진료내용을 통해서 醫院의 專門科目에 따라 診療內容이 얼마만큼 差別化 되고 있는지를 보면 많은 전문의들이 자신의 專門科目과 聯關된 질병이 아닌 傷病을 더 흔히 진료하고 있는 것으로 나타남. 醫院의 專門科目중 一般醫와 家庭醫의 診療內容이 傷病의 多樣성과 包括성이 높은 반면, 산부인과나 소아과는 제한된 좁은 영역의 진료를 하고 있어 一次診療醫로서는 不適合한 것으로 나타나고 있음. 一般外科는 전반적으로 一般醫나 家庭醫學科가 診療하는 內容과 差異가 적었음. 이는 의사의 양성부터 醫療要求에 맞는 敎育을 實施하고 의사를 배출하여야 할 필요성을 제기하는 것임.

3. 一次醫療의 發展方案

一次醫療問題는 의료체계 전체와 연계되어 있기 때문에 醫療體系의 全般的인 變革을 수반하지 않고는 一次醫療의 強化대책은 단편적이고 임시방편의 대안일 뿐 현실적으로 효과가 미지수이기 때문에 一次醫療를 強化하기 위한 방안으로 醫療傳達體系의 再構築, 一次醫師人力の 확보, 醫療酬價의 부분적인 조정 방안과 一次醫療서비스의 發展方向 등을 全般的으로 제시하면 다음과 같음.

가. 醫療傳達體系의 再構築 方案

1) 醫療協力體系(假稱)의 構築

一次醫療의 強化를 위한 기반조성을 위하여 醫療傳達體系 본래의 목적에 부합될 수 있는 의료전달체계의 재구축방안으로 우리나라의 실정에 적합한 의료기관간의 連繫協力を 통한 『醫療協力體系(가칭)』를 설정함. 그 기본틀은 1次 醫療, 2次 醫療, 3次 醫療를 제공하는 機關들을 서로 連繫시켜 醫療資源 利用을 效率化시키는 구조적 틀을 구축하는 것임. 즉 一次醫療를 전달하는 의원급 기관과 2차의료를 전달하는 병원급 기관, 3차의료를 전달하는 종합병원급 기관들을 『醫療協力網(가칭)』이라는 협력기관으로 연결하여 患者의 依賴 및 後送이 원활히 이루어지도록 하며, 醫療陣들간의 연계를 통하여 醫療의 持續性을 增大시켜 각 의료단계별로 적절한 醫療利用을 유도하는 체계임.

2) 醫療協力體系 構築의 先行與件

의료협력체계의 구축을 위해서는 다음의 선행여건이 조성되어야 함. 첫째, 醫療協力體系 내에서 각 醫療機關間的 役割定立, 둘째, 醫療協力

體系 構築을 위한 醫療水準의 平準化, 셋째, 醫療協力體系的 效果的인 運營을 위한 國民들의 理解, 넷째, 의료협력체계를 비롯한 醫療利用에 관한 情報를 의료기관과 의료서비스의 대상인 國民들에게 提供하고 情報를 交流하는 것이 필수적으로 따라야 할 것임.

3) 醫療協力體系的 形成 및 運營을 위한 方案과 誘引策

醫療協力體系內에서 患者依賴와 回送에 대한 依賴費와 回送費를 醫療保險酬價에 현실적으로 산정함으로써 의료기관간 依賴가 원활히 이루어지도록 誘引함. 이를 통해 一次醫療를 담당하고 있는 의료기관이나 의료인은 醫療協力體系를 積極的으로 活用하게 하고 결국 의원이나 병원의 의료활동의 重要性이 인식되게 되어 一次醫療段階가 醫療傳達體系 內에서 定着될 수 있고, 診療의 지속성이 유지되어 의료자원 이용을 합리화할 수 있음.

醫療協力體系的 效果的인 運營을 위하여 醫務記錄을 共有하는 방안을 모색함. 의료협력체계에서 의무기록을 활용하는 방안은 主治醫 制度를 實施하는 경우 의료협력망내에 一次醫療를 담당하는 醫院에서 주도적으로 醫務記錄을 管理하여 공유하는 방안, 종합병원에서 의무기록을 관리하는 방안, 醫療保險聯合會나 醫療保險組合에서 의무기록을 관리하는 방안 등을 多樣하게 고려해 볼 수 있음. 醫務 資料의 電算化 作業을 推進하는 경향이 증가하고 있으므로 시범연구사업의 運營을 통하여 세부적인 방안을 도출하도록 함.

政府는 醫療協力體系的 運營을 위하여 醫療保險酬價를 調整하고, 運營財政의 일부를 지원하여 의료협력체계를 정책적으로 육성하도록 함. 3차 진료기관의 환자집중을 막기 위해 醫療서비스의 질적 유지를 위한 標準化 및 公用化가 이루어지도록 함. 즉 一次醫療에 대한 信賴性을 회복하도록 하기 위하여 의료협력체계내의 의료관계자들의 업무를

標準化시키는 작업과 각 疾患別 또는 患者의 疾病 重症度別 프로토콜을 開發·普及하여 의료협력체계내에서 의료서비스의 質을 향상시키고 유지하도록 하는 장치가 수반되어야 함.

의료협력망내의 상위기관의 의료인은 一次醫療를 제공하는 醫療人의 수준을 향상시킬 수 있는 各種 敎育이나 研究 프로그램을 開發하여 이를 제공하고 交流하는 것이 결국 자신이 속한 医療협력망내의 医療기관의 質을 향상시키고 競爭力을 갖추게 하는 방법으로 채택하도록 함.

4) 醫療協力體系의 形態와 關聯된 代案

醫療協力體系는 全國의 醫療기관들의 特性을 각기 규정한 후 전국적으로 10~20개 정도의 醫療협력망을 형성하여 患者를 管理하는 體系를 구축할 수 있을 것임. 醫療협력체계는 3段階로 構成된 醫療協力體系와 2단계로 구성된 醫療협력체계를 둘 수 있음. 장기적 차원에서 醫療부문의 조직화를 위해서는 3단계로 구성된 醫療협력체계를 구성하는 것이 醫療협력체계의 장점을 최대한 살릴 수 있으며, 中短期的으로는 현재와 유사한 2단계의 의료진달체계로 醫療협력체계를 실시하는 것도 새로운 醫療협력체계 시행시 발생할 수 있는 혼란과 부작용을 최소화하며 一次醫療 強化를 위한 의료진달체계를 재구축하고자 하는 취지를 살릴 수 있다고 봄.

이러한 醫療협력체계를 정착시키기 위해서는 몇개의 醫療협력체계의 시범운영을 실시하고 이의 평가를 통하여 전국적으로 확대할 수 있을 것이며, 정부 및 醫療관계자들의 폭넓은 視角과 면밀한 檢討를 거쳐 中長期 計劃을 수립하여 一發性이 아닌 長期的 觀點에서 段階別로 施行하여야 할 것임.

나. 一次醫療 強化를 위한 醫療保險 酬價의 改善方案

1) 保險酬價 및 給與方式의 調整을 통한 一次醫療의 活性化

基本診療料 酬價構造를 첫째, 기본진료항목을 診療의 難易度에 따라 2~3단계로 분리하여 酬價를 차등화하도록 함. 둘째, 外國과 같이 ‘相談料’, ‘諮問料’ ‘指導管理料’ ‘在宅醫療料’등의 酬價 項目을 인정하여 진료의 첫단계에서 충실하고 비용절감적이고 豫防中心的인 醫療와 在宅醫療 등을 活性化시킬수 있도록 함. 셋째, 醫療需要에 입각한 단계별 의료이용을 유도하기 위하여 一次醫療서비스에 해당되는 醫療行爲 項目이나 外來診療는 醫院이 중심적인 역할을 할 수 있도록 醫院에서의 醫療行爲에 加算額이나 加算率을 적용하는 방안의 도입을 고려할 수 있음.

2) 豫防서비스에 대한 保險給與의 擴大

一次醫療機關의 질병예방과 건강증진서비스 제공 기능을 확충하기 위하여 疾病豫防·健康增進 서비스 제공에 대해서 경제적 보상이 주어질 수 있도록 예방접종과 건강검진을 단계적으로 보험급여화하고 일상적인 진료행위에 예방과 건강증진을 통합하는 제도적 개선이 필요함. 예방급여에 포함되어야 할 항목은 다음과 같음.

- 예방접종
- 산전관리
- 건강검진(항목에 따라 단계적 적용)
- 영양상담 및 관리 등 건강상담서비스
- 건강증진 프로그램(프로그램별로 단계적 적용)

3) 一次醫療 서비스에 대한 醫療費 支拂方式의 改善

현재 검토 연구되고 있는 相對酬價體系(RBRVS) 도입시 보건정책적 관점에서 보건교육, 상담, 세밀한 진찰 등 無形의 서비스에 대해 더 큰 보상을 해줌으로써 一次醫療 서비스에 대하여 경제적 보상을 줄 수 있도록 진료비 보상제도의 부분적인 변경이 필요함.

單科專門醫에 비하여 낮은 一次醫師의 社會的, 經濟的 地位와 차이를 줄이는 것이 一次醫師의 양성 여건이 됨. 이를 위해서는 근본적으로 一次醫療 酬價體系의 구조적 변화가 필요하며, 中長期的으로는 一次醫療에 대한 보상방법으로 英國의 일반의와 美國의 건강유지기구(HMO)에서 사용되는 것과 같이 行爲別 酬價制와 병행하여 진료보수의 일정 부분에 대하여 관리대상인원당 定額制를 병행하도록 함. 정부에서 추진을 계획하고 있는 主治醫 制度에서는 등록환자를 중심으로 한 登錄料가 이의 適用을 가능케 할 수 있음.

다. 一次醫療 強化를 위한 一次醫師 確保 方案

一次醫療體系를 정립하는데 있어서 가장 중요한 것은 優先的으로 一次醫師의 機能과 資格要件에 대한 合意이며, 그 다음 단계로는 그러한 일차의사를 어느 수준까지 어떤 방법으로 확보하느냐는 것이 要旨라 할 수 있음. 여기서는 一次醫師 확보방안을 크게 中短期 對策과 長期 對策으로 나누어 제시하고자 함.

1) 一次醫師 確保의 中短期 代案

家庭醫學 專門醫와 一般醫를 中心으로 한 좁은 의미의 一次醫師 확보방안임. 一般醫와 家庭醫學 專門醫를 一次醫師로 한정하는 경우 현재 이들은 醫師人力全體의 약 20~25% 水準이므로 家庭醫學專門醫를

短期間내 대폭 確保할 수 있는 醫師 養成體系를 講究하고, 一般醫에 대한 상당기간의 再訓練 修練體系도 마련되어야 함. 이를 마련하지 않고는 현재의 一次醫療에 대한 위상이 전문의보다 낮은 것을 고착화시킬 수 있으며, 현재의 一次醫療 부분에 종사하는 專門醫에 대한 해결 방안을 간과하고 있고 기존의 체계와 크게 다르지 않을 우려가 있어 이 방안만으로는 일차의사 확보의 효과를 短期的으로 기대하기 어렵다고 볼 수 있음.

둘째 方案은 醫院 開設醫師중 一部 專門科目 醫師의 一次醫師化 方案으로써 구체적으로 一次醫師의 範疇에 어느 專門科目까지를 포함할 것이며, 어느 수준까지 확보할 것인가가 관건으로써 一次醫師의 범위에 현재 主治醫制度(案)에서 포함하고 있는 일반의, 가정의학과, 내과, 소아과를 포함할 수 있으며, 여기에 산부인과의 포함 여부에 대해서는 좀더 의료계내에서 합의가 필요한 사항임. 정규수련과정을 거친 가정의학과 이외에는 일차의사 과목의 의사를 정하여 이들을 대상으로 별도의 일차의사 기능 훈련과정을 마련하여 이수하도록 하는 방안, 표방 과목을 전문과목이 아닌 一般科로 표방하도록 하는 문제 등이 아울러 강구되어야 할 것임. 이를 위해서는 수가제도의 조정, 주치의 제도의 도입을 통한 관리환자의 등록에 대한 정액보상, 의원 경영에 대한 제도적 지원 등 一次醫師에 대한 지원책이 병행되어야 할 것임

2) 醫學教育課程의 改編을 통한 長期的 一次醫師 確保 代案

이 案은 醫學教育의 改善을 통한 一次醫師의 確保方案으로 일차의사와 一次醫療의 根本的인 問題가 醫學教育에서부터 비롯되고 있다는 사실과 의학교육이 一次醫療의 質과 직접 연결된다는 점에서 長期的으로 수용하여야 할 방안임.

가) 卒業後 醫學教育에서 一次醫師 課程의 導入方案

이 방안은 專門醫 制度改善研究 委員會가 제시한 기존의 案과 맥을 같이하는 案으로 一次醫療가 비교적 확립된 국가가 채택하고 있는 방안임. 즉, 醫大 졸업후 一定 期間 수련을 받으면 一般醫(家庭醫)로 一次醫師가 될 수 있고, 專門醫가 되려면 추가로 수련을 받는 의학교육 체계로써 현재의 인턴제도를 一次診療의 臨床修練課程으로 바꾸어 專攻醫 課程에 進入하기 위한 단계가 아닌 普遍的인 基本臨床診療課程으로 改編함. 그 연한은 1年 6개월 내지 2年 정도가 適合할 것으로 보이며, 專門醫 과정은 그 이후 선택하도록 함.

나) 醫學教育에서 一般醫와 專門醫의 養成體系를 分離시키는 方案

이 대안은 醫科大學에서의 의학교육과정을 一般醫 課程과 專門醫 課程을 分離시켜 양성하는 방법으로 우리나라의 특수한 사회문화적 상황에 대한 고려에서 提案하고 있음. 즉 專門醫 指向 경향을 해소하기 어렵기 때문에 처음부터 일반의과정과 전문의 과정을 분리하여 모집하는 방안임. 과정을 분리시킴으로써 一次醫師로서 必要한 豫防保健, 醫療管理, 地域社會醫學, 一次診療에 대하여 보다 充實한 教育이 이루어질 수 있으며 教育訓練의 效率化를 圖謀할 수 있는 長點이 있음. 이 방안은 醫師教育을 二元化시키고, 醫療의 不確實性으로 인하여 一次醫師로서 일차진료와 의료의 문지기 역할을 하는데 필요한 充分한 各分野의 臨床教育課程이 疏忽히 다루어질 수 있는 短點을 가지고 있으나 이 과정을 專門醫 선택과정과 지나치게 분리하기보다는 의과 대학 6년 과정중 졸업전 2년 과정에서부터 特化시켜 운영하고 졸업후 一次醫師의 임상수련과정을 별도로 둠으로써 우려되는 短點을 줄일 수 있을 것임.

第1章 序論

第1節 研究背景 및 研究方向

일반적으로 一次醫療은 醫療體系 전체의 下部體系로써 의료가 공급자로부터 수요자에게 전달되는 단계 즉, 1차, 2차와 3차의료로 구성되는 醫療傳達體系 내에서의 最初 醫療를 말한다. 의료의 요구수준을 단계적으로 1차, 2차, 3차로 구분하였을 때 75~85%의 의료문제가 1차에서 해결될 수 있는 피라미드 구조를 가진다는 견해가 일반적이다 (Maeseneer, 1995; World Bank, 1993; Scherher et al., 1992).

즉 一次醫療은 의료이용의 첫번째 단계이자 가장 普遍的인 단계로서 후속 醫療過程의 調整機能을 담당한다. 이러한 점에서 一次醫療의 발전은 최초 접촉 의료서비스의 향상을 기함과 동시에 의료부문 전체가 構造的, 機能的으로 均衡을 이루도록 하기 위해서도 필요한 것으로 볼 수 있다. 또한 保健醫療서비스를 適正化하고 資源의 分配에 平衡을 기하는 두 가지 목표를 달성하는데 均衡을 기할 수 있는 수단이 一次 醫療라고 보는 견해도 있다(Starfield, 1992).

우리나라는 향후 노인인구가 2000년에 7.1%, 2020년에 13.2%로 증가될 것이며(통계청, 1996), 질병구조의 역학적 변천으로 장기간 치료를 요하는 慢性退行性疾患이 높은 비중을 차지하게 됨에 따라 醫療需要는 持續적으로 增加할 것으로 보인다. 이에 따라 의료서비스의 내용은 患者의 持續的·包括的 管理, 健康增進서비스의 必要性이 더욱 증대하게 될 것으로 전망된다. 의료수요의 확대에 따라 국민의료비는 국내 총생산 대비 비율이 1972년 2.7%에서 1994년에는 4.6% 수준으로 증

가하였다. 이러한 증가율을 유지하는 경우 2000년에는 5.6%, 2020년에는 13.5%까지 상승될 것이며 지속적인 상승요인이 존재하고 있어 적절한 醫療費 抑制施策의 實施가 필요한 것으로 지적되고 있다(홍정기, 1995; 정영호, 1996). 따라서 앞으로는 그 어느 때보다도 合理的이고 計劃性 있는 醫療資源의 配分과 使用의 필요성이 높아진다고 볼 수 있다. 이러한 의료수요의 변화는 一次醫療 機能을 活性化시키는 방향으로 醫療體系가 移行해야 함을 제기하고 있다.

최근 미국과 서구유럽 및 동구유럽 등을 망라한 여러 국가에서 의료개혁이 진행되고 있는데 공통적으로 醫療의 衡平, 醫療費의 抑制, 醫療의 效率을 追求하고 있다. 이 가운데 제시되고 있는 중요한 대책의 하나가 의료자원의 분배와 의사인력의 구조측면에서 高度醫療와 專門醫 중심 의료에서 一次醫療의 強化로의 전환을 모색하고 있다. 專門醫 中心의 醫療는 결국 많은 검사와 수술을 의미하고 결과적으로 醫療費의 上昇을 招來할 소지를 높이기 때문이다. 어느 國家나 社會도 保健醫療 部門에 투입할 수 있는 資源에는 한계가 있으므로 專門의 의료가 강조되면 자원분배에 있어서 많은 사람들이 필요로 하는 基本的 醫療과 경쟁관계에 놓이게 된다.

1993년 세계은행의 보고서는 오늘날 여러나라에서 시설과 장비, 인력, 약품 등의 투입이 크게 증가되었지만 그 방향은 전체 의료 중 高級·專門 醫療部門 즉 3次醫療에 偏重되고 있으며, 반면 기본의료의 확충과 예방을 포함한 포괄적인 보건의료서비스에 대한 투자는 미흡하다고 지적하고 있다(World Bank, 1993).

우리나라의 의료체계는 최근 20년간 量的인 측면에서는 전국민 의료보장의 실시와 의료공급과 의료이용 규모의 확대로 규모가 급성장한 반면, 質的인 측면에서는 公共部門과 民間部門의 심한 不均衡, 醫療資源의 都市地域 偏在, 醫療機關間의 機能의 構造的 未分化和 專門

醫 中心의 醫師人力構造 등이 별로 개선되지 못하고 있다. 이러한 결과 의료전달체계는 퇴보적으로 변화되고 있으며 一次醫療은 더욱 정체성이 모호해지고 기능적으로 난맥상을 보이고 있다. 더욱이 1989년 全國民 僭保險 實施 이후 이러한 구조적 문제점들은 증폭되는 양상을 보이고 있다. 즉, 1989년부터 醫療傳達體系를 導入하고 있으나 국민들의 대형 의료기관집중 양상은 바뀌지 않고 있으며 의료인력 양성에 있어서는 專門醫 비율이 점점 증가하고 있다. 또한 의료시설의 공급에서 종합병원 시설수와 병상수 증가가 두드러지게 나타나고 있는데 이는 一次 醫療機關과 一次醫師가 점점 위축되어가고 있음을 나타낸다.

一次醫療와 二次·三次醫療의 불균형이 더욱 커지고 따라서 현저히 줄고 있는 일차의료부문을 보면서 一次醫療의 方向再定立을 논하는 것은 필요한 일이며 의료시설과 의료인력의 변화에는 장기간이 걸린다는 것을 고려할 때 이미 늦었다고 볼 수도 있다.

더군다나 우리나라에서는 一次醫療나 一次醫師에 대한 연구는 일부 醫院專門科目別 진료 내용의 차이 등에 관한 연구가 있을 뿐, 醫療體系內에서 一次醫療를 전반적으로 규명한 연구가 없었으며 一次醫師人力에 대한 세부적인 연구도 거의 이루어지지 않아 왔다. 정도의 차이는 있으나 의료의 전문화로 인한 一次醫療와 二次醫療의 不均衡 問題는 비단 우리나라만의 문제는 아니다. 선진국에서는 국가차원에서 다가오는 21세기를 위한 적정의료공급체계와 의사인력구성에 관한 기본방향을 설정하고 의료체계 개혁을 위한 조치들을 진행하고 있다. 이러한 논의에 즈음하여 본 연구는 一次醫療의 發展方案을 크게 네 가지 측면에서 제안하고자 한다.

첫째는 의료전달체계 특히 환자의뢰체계에서 일차의료 본연의 기능인 문지기 역할을 할 수 있도록 患者의 醫療利用, 醫療酬價, 患者依賴 및 後送體系에서 一次醫療에 誘引을 주는 『醫療協力體系(假稱)』의 提

案이다. 이 방안을 현실적으로 채택하기까지는 많은 장애를 내포하고 있으나 결과적으로 醫療傳達體系가 이 방향으로 가야한다는 점에서 그 타당성 및 예상되는 문제점들도 아울러 지적하고자 하였다.

둘째로는 一次醫師人力의 確保方案을 두 가지 대안으로 논하고자 하였다. 대안의 하나는 일반의와 가정의학 전문의 외에 전문과목을 고려하여 의원에 종사하는 일부 의사를 ‘一次 醫師化’하는 방안이다. 이 안은 의과대학에서 또는 졸업 후 일정 기간의 교육과정에서 일차의사를 충분히 양성하기까지의 기간 이전에 채택할 수 있는 비교적 中短期的인 방안이다. 여기에는 一次醫師 機能의 訓練에 대한 몇가지 대안 제시가 포함된다. 또 다른 대안은 일차와 이삼차 의료의 균형 유지를 위해서 長期的으로 모색되어야 할 방안으로 醫師人力의 養成課程에 대한 방안이다. 이 방안은 의과대학 교육 및 의사인력과 관련 의료인력 양성전반에 걸친 문제가 포함되므로 향후 더욱 세부적인 논의와 연구가 진행되어야 할 것으로 보아 方向 및 課題만 제시하고 상세한 논의는 보류하고자 하였다. 그외에 一次醫療의 發展方案으로 醫療酬價의 조정방안과 一次醫療서비스의 改善方案을 제시하고자 하였다.

논의의 순서는 우선 현재의 醫療利用과 醫師人力의 供給 樣相과 그 變化推移를 一次醫療 視角에서 각종 자료를 통해서 실증적으로 제시하고 一次醫療의 位相과 그 原因을 把握하며, 다음으로 앞서 언급된 네 가지 방안을 중심으로 一次醫療의 發展方案을 제시하고자 한다.

第2節 研究 目的

본 연구에서는 一次醫療의 強化를 위한 대안을 제시하는데 있어서 첫째, 우리나라 보건의료의 구조적 문제인 일차의료의 실제 어떻게 위축되어 가고 있는가에 대하여 의료의 이용과 공급인력의 문제를 과

악하고자 하였다. 즉, 현행 醫療傳達體系의 제도적 미비성과 의료진달 체계 실시 이후의 醫療利用 樣相의 變化, 醫療酬價 등의 醫療體系 制度上的 問題, 一次醫療를 담당하는 一般醫와 家庭醫의 규모 및 醫院從事 醫師의 特性, 우리나라의 一次醫療 서비스의 特徵 등을 진단하고 평가하고자 하였다.

둘째, 일차의료의 위치를 끌어올릴 수 있는 현실적이고 단계적인 제도적 개선 조치를 제안하기 위하여 현재까지 제기된 논의를 검토하여 一次醫療의 發展을 대한 代案을 구체적으로 제시하고자 하였다. 특히, 醫療傳達體系 側面에서의 개선방안과 醫療酬價 및 一次 醫師人力的 養成방안에 초점을 두어 제안하고자 하고 있다. 이러한 研究의 目的을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라에서 一次醫療가 처한 양상을 관련 醫療傳達體系, 醫療酬價, 醫師人力, 서비스 側面에서 파악한다.

둘째, 醫療傳達體系의 再構築方案, 醫療酬價의 일부 조정방안, 一次醫師人力的 확보방안 및 一次醫療서비스의 개선방향의 제시를 통하여 一次 醫療의 發展方案을 제시한다.

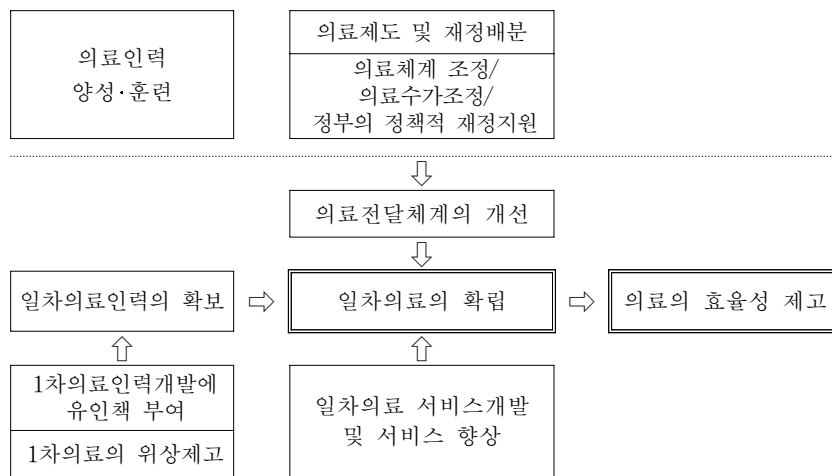
第3節 研究內容 및 方法

1. 研究의 基本틀

一次醫療에 영향을 주는 요소는 일차의료가 醫療體系 全般과 연결되어 있기 때문에 어느 한 측면의 조정만으로는 일차의료에 변화를 초래할 수 없으며 기본적으로 醫療制度로서의 醫療傳達體系, 醫療人力 특히 醫師人力的 養成과 訓練, 一次醫療酬價, 醫療서비스의 開發 의 네 가지 요소가 상호 연계되어 있다고 볼 수 있다. 본 연구에서 이 네

가지 요소들을 變化시킴으로써 비로소 一次醫療의 定立과 強化가 가능하다고 보았으며 궁극적으로는 醫療의 效率을 제고시킨다는 관점에서 다음 [圖 1-1]과 같은 틀에서 일차의료의 강화방안을 모색하고 있다.

[圖 1-1] 研究의 基本 틀



2. 研究內容 및 方法

본 연구는 全 6章으로 구성되어 있다. 第1章의 序論에 이어 第2章에서는 一次醫療의 概念과 一次醫療의 重要性을 규명하고자 하였다. 여기서는 일차의료와 일차의료의사의 본래의 정의를 정리하고, 일차의료의 개선대안 제시의 방향이 되는 일차의료의 함축하고 있는 중요성을 제시하였다. 아울러 본 연구에서 논의하고 있는 一次醫療과 一次醫師의 範疇를 설정하고 있다.

第3章에서는 外國의 一次醫療에 대해서 소개하였는데 최근 각국이 의료체계 전반에 걸친 개혁을 진행하고 있어 가급적 입수가 가능한 최근의 자료를 정리하고자 하였다. 國家의 선정은 英國, 美國, 日本으로 하

었는데 이는 英國은 가장 전형적으로 一次醫療가 定着된 국가이기 때문에 선정하였고, 美國과 日本은 우리나라의 의료체계의 형성에 가장 큰 영향을 준 국가로써 우리나라와 유사한 民間中心의 醫療構造, 專門 醫 開業의 一般化, 一次醫療의 脆弱 등에서 공통점을 가진 국가로서 이들 국가들이 최근 추구하고 있는 일차의료의 방향모색을 다루는 것은 실현성 있는 개선대안의 모색에 있어서 실마리를 제공할 수 있다는 견지에서 선정하였다.

第4章은 일차의료의 현황을 醫療傳達體系 側面, 醫療酬價 側面, 醫療人力 側面에서 접근하여 개선대안 제시에 바탕이 되고 있는 現況 및 問題點 등을 진단하였다. 醫療傳達體系 部分에서는 현재 우리 국민들의 최근의 醫療利用行態를 파악하기 위하여 1995년 國民健康調查 外來醫療利用화일의 일부를 심층분석하였다. 의료인력 부분에서는 일차의료 인력과 일차의료기관의 전체적 양상을 파악하기 위해 기존 통계자료 외에 1996년 10월 醫療保險聯合會의 療養取扱機關 電算資料에 입력된 의원 개설자 총 15,009명 전수에 대한 자료 화일의 일부항목을 분석하였다. 醫療保險酬價部分에서는 1995년도 및 1996년도 상반기의 의료보험연합회 심사정보조회파일을 통하여 의원급 의료기관의 진료 실적과 진료수입을 산출하고 있다. 기타 대한의사협회의 각년도 회원 실태통계, 의료보험통계, 병원협회통계, 보건복지통계를 활용하여 몇몇 통계를 산출하고 있다.

第5章에서는 第3章의 現況 및 問題點을 綜合的인 視角에서 평가하고 一次醫療는 어떻게 개선 強化해야 할 것인가를 특히 醫療傳達體系의 再構築 方案, 醫療酬價의 구조적 개선방안, 一次醫師의 확보방안, 一次醫療서비스의 발전방안 등으로 구체적으로 提案하고 있다.

第6章에서는 研究結果를 要約整理하고, 이에 의거한 向後的 政策課題를 論議하고 있다.

第 2 章 一次醫療의 概念과 重要性

一次醫療은 의료가 제공하는 첫번째 단계의 醫療서비스, 基本的 診療로서 간주되었으며 점차 환자가 필요로 하는 서비스를 조정하고 持續的·包括的으로 서비스를 提供하는 概念으로 확대되었다. 그러나 國家마다 相異한 保健의료체계와 조직을 가지고 있고 需要者마다 다양한 방식으로 의료에 접근하므로 一次醫療 및 一次醫師에 대한 概念과 定義는 우리나라는 물론 외국에서도 명확하게 합의되어 있지 않다. 또한 1次 段階의 醫療에서 어떤 서비스가 제공되고 利用되어야 하는가에 관한 적절한 자료들도 정립되어 있지 않다.

현실적으로 많은 專門醫들도 一次醫療를 提供하고 있으며, 醫學教育 自體가 學問的인 探究나 技術과 專門化에 초점을 두고 醫師들이 점점 進단방사선, 임상병리, 핵의학 등에 의존하는 경향이 높아지고 있어 일차의료의 概念에 대한 합의를 어렵게 하고 있다. 또한 시대적 變遷에 따라 일차의료의 概念정의가 달라질 수 있어 일차의료에 연관되어 있는 용어들은 일관성 있게 정의되어 있지 못하다.

이 章에서는 一次醫療 및 一次醫療醫師에 대한 概念을 정리한 후 본 연구에서 論議하고 있는 일차의료의 概念 및 범위를 제시하고자 한다.

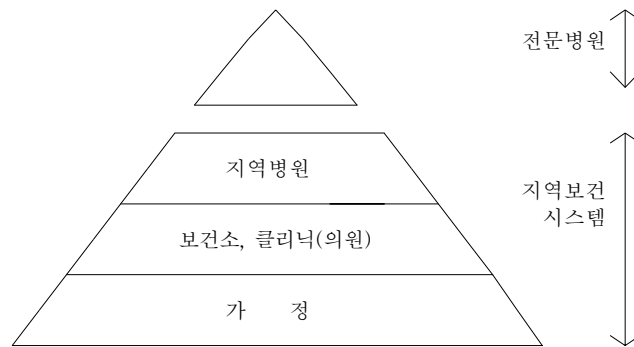
第 1 節 一次醫療의 概念

1. 一次醫療의 概念

一次醫療은 일반적으로 일차의사가 제공하는 서비스 또는 일차의료

팀이 제공하는 서비스로서 保健醫療體系의 下部體系를 뜻하기도 한다. 또한 다음의 4단계 케어의 한 단계로 간주되기도 한다(Lee et al., 1976) (圖 2-1 참조).

[圖 2-1] 段階別 醫療要求의 크기



資料: World Bank, *World Development Report*, 1993.

- ① 自家管理: 의사가 관여하지 않는 초기 단계의 케어
- ② 一次醫療: 기본적인 의료가 제공되는 진입단계로 일반적으로 일정한 사무실에서 개인 의사가 제공하는 일련의 서비스
- ③ 2次醫療: 사무실이나 지역병원 입원장소에서 보다 전문적 또는 세부 전문적인 진료
- ④ 3次醫療: 고도의 분화된 진단방법이나 재활서비스를 포함하는 복합적인 전문화된 의료로서 대학병원 등에서 제공되는 의료

一次醫療의 歷史는 英國에서 1920년 당시 白書에서 주민의 다양한 의료요구의 수준에 부응하여 보건의료서비스의 조직체계와 지역화에 기초를 두어 1次 保健醫療센터, 2次 保健醫療센터, 敎育病院으로 이론적으로 구분한 데서부터 유래되었으며 이 개념은 그 이후 여러 국가의 보건의료체계를 재조직하는데 바탕이 되었다.

美國에서는 연방정부의 보건의료인력정책과 관련하여 프라이(Fry), 화이트(White), 파커(Parker) 등이 일차의료에 대한 정의를 내리는데 공헌하였다. 파커가 75%의 의사의 합의를 얻어 개발한 일차의료의 정의는 다음과 같다(Lee et al., 1976).

“一次醫療은 응급의료를 포함한 基本的인 醫療을 統合적으로 提供한다. 일차의료는 의뢰를 통해 다른 수준의 의료와 연계되며 모든 醫療問題를 持續적으로 調整하고 管理하는 역할을 한다. 또한 一次醫療은 예방과 치료라는 스펙트럼에서 보다 豫防的인 部分을 強調하며 일차의료는 개인을 존중하고 보다 醫療서비스의 衡平을 추구한다.”

保健醫療 辭典에 의하면 “一次醫療은 보건의료 중에서 덜 전문화되어 있으면서 診斷, 豫防, 治療서비스를 포함하는 것인데 보건의료체계에서 환자들을 맨 먼저 접하고 환자가 스스로 무엇을 할 수 있는지를 도와주고 간단하고 흔한 질환에 대해서는 치료해 주는 등 包括的 醫療을 담당하는 것”으로 정의되어 있다.

一次醫療을 둘러싼 개념과 체계를 바탕으로 하여 이상을 요약해 보면 일차의료는 “의료체계내에서 의료인에 의하여 의료수요자에게 공급되는 醫療體系의 最初 接觸 段階로서 일차의료의 문지기 역할, 지속성, 포괄성, 조정기능의 네 가지 속성¹⁾을 위주로 하여 제공되는 疾病의 診療 및 豫防과 應急處置를 망라한 기본 의료서비스”라고 할 수 있다.

2. 一次醫療와 一次保健醫療

一次醫療(Primary Care)의 概念은 무엇보다 一次保健醫療(Primary Health Care)의 개념과 더불어 고려해야 한다. 一次保健醫療은 保健 혹은 健康의 개념을 포괄한 것으로 一次醫療에서 발전된 개념으로 볼

1) 일차의료의 속성은 第2節 일차의료에 관한 이론과 중요성 부분에서 상세하게 다루고 있다.

수 있다. 一次保健醫療가 강조된 것은 1977년 13차 世界保健會議에서 “2000년까지 모든 사람에게 건강을 달성시키자(Health for All by the 2000)”는 목표를 세운데서 비롯되었다.

一次保健醫療의 정의는 클레츠코프스키 등이 제시하여 세계보건기구가 1978년 알마아타에서 WHO가 제창한 것으로 그 개념은 “地域住民의 參與를 통한 必需的 保健醫療”이다²⁾. 이러한 개념을 바탕으로 해서 Basch는 一次保健醫療란 단지 부가적인 의료체계가 아니라 각 나라에서의 統合的, 恒久的, 公式的인 醫療體系의 한 部門이라고 정의하므로써 일차보건의료가 治療的 개념은 물론 豫防的 醫療를 포함하는 포괄적 국가 의료체계로서 주요기능을 한다고 하였다(Basch, 1990). 이러한 개념은 일차보건의료가 구체적인 의료체계의 한 형태라기보다는 의료체계를 바탕으로 건강과 건강증진을 목표로 하는 기본이념과 질서라고 보는 것이 적합할 것이다.

이에 반하여 一次醫療는 보다 구체적인 개념으로 豫防은 물론 각종 診斷 및 治療와 應急處置 등의 基本 醫療로써 보건의료조직에서 제공되는 기본서비스로 명명될 수 있다(Mechanic, 1983). 정영일 등은 “일

2) WHO가 제시한 일차보건의료의 정의는 B. M. 클레츠코프스키 등이 제안한 것으로 “일차보건의료란 실제적이고 과학적이며 사회적으로 인정되는 방법과 기술에 기초한 필수 보건의료이다. 지역내 주민들이 모두 참여함으로써 개인과 가족들이 접근할 수 있고 비용은 지역사회나 국가가 자립과 자결정신에 기초해 어느 발전단계에서도 유지할 수 있도록 저렴해야 한다. 그것은 개인, 가족, 주민이 보건의료를 제공하는 국가보건의료체계와 사람들이 실제 사는 곳에서 가장 먼저 접촉하는 곳이고 의료이용과정의 첫단계를 이룬다(WHO, 1978).” 또한 WHO가 1978년 알마아타에서 주창한 일차보건의료의 기본적인 요소는 보건교육, 영양의 향상, 충분하고도 안전한 물의 공급과 기본적인 환경위생, 주요 전염병에 대한 예방접종을 포함한 모자보건과 가족계획, 지역적으로 흔한 질병의 예방과 치료, 흔한 질병과 외상의 적절한 치료, 필수약품의 비치와 공급, 전통의료로 매우 광범위하게 제시되고 있으며 그중 협의의 일차진료에 해당하는 것은 8가지 필수요소중의 하나로서 포함되어 있다(WHO, 1978).

차보건의료 기능 중에 포함되는 질병의 치료기능”이라고 보고 있다 (정영일 등, 1995).

물론 이와 같은 개념을 분명히 구분하지 않고 혼용하여 사용하는 경우가 많다(Rivas, 1988; Maeseneer et al., 1995). 이것은 一次保健醫療의 目的이 廣範圍하여 다소 抽象的인데도 원인이 있고 또한 一次保健醫療에 대한 試圖과 接近이 각 나라 고유의 사회, 문화적 혹은 정치, 경제적 여건에 따라 다양한 방법으로 추구하고 있기 때문이다. 또 일차보건의료의 달성이 상하수도, 위생, 환경개선과 경제발달과 같은 환경적 요소를 많이 함유하고 있어 西歐 先進國에서는 이러한 요소는 이미 발달, 구비되어 있는 상태이므로 一次醫療과 一次保健醫療의 구분을 모호하게 하기 때문이기도 하다. 또 先進 유럽국가 특히 英國 같은 나라에서는 地域保健醫療에서 방문간호와 지역사회 간호사와 같은 인력을 통하여 一次醫療에 疾病의 豫防 및 健康增進도 包含하고 있어 일차의료의 발달에 수반하여 일차의료와 일차보건의료의 경계를 흐리게 하였다는데서 원인을 찾을 수도 있다.

그러나 一次保健醫療는 어느 국가, 어느 사회를 막론하고 누구나 지향하여야 할 궁극적 보건이념이며 그러한 체계안에서 醫療人을 중심점으로 하는 구체적 보건의료 메커니즘을 가지는 一次醫療과 구분될 수 있다. 따라서 一次醫療는 형태적인 관점에서 볼 때 일차보건의료의 한 부문으로서 의료전달체계내에서 일차보건의료의 목적을 실현시키는 具體的이며 現實的인 醫療體系와 基本 醫療서비스라 할 수 있다.

3. 一次醫師 또는 一次診療醫의 定義

일차의료를 정확히 개념정의하기 위해서는 실질적으로 “누가 일차의료의 제공자이고 제공자이어야 하는가”를 살펴보는 것이 의미 있다고 본다. 一次醫師는 일차의료를 수행하는 醫師로서 일반적으로 건강

에 문제를 가진 환자가 첫번째로 접촉하는 의사이며 包括的인 醫療을 提供하는 의사로 定義될 수 있다. Lee 등은 “一次醫師란 患者를 繼續的으로 管理하는 책임을 가지며 필요한 경우 專門醫의 진료를 받도록 하는 調整者로서 역할을 한다. 이외에도 관련된 社會的, 心理的 서비스를 받도록 하는 역할도 포함된다.”고 정의하고 있다(Lee et al., 1976). Geyman은 一次醫師에 대하여 地域社會의 흔한 傷病을 포괄적으로 진료하는 醫師라고 정의하고 있다(Geyman, 1985).

일반적으로 과거에는 一次醫師 또는 一次診療醫는 傷病의 診斷과 治療, 응급상황에서의 緊急處置를 할 수 있는 一般醫로 정의하였으며, 현대에 와서는 각종 암의 早期發見 및 慢性疾患 患者의 敎育과 管理, 各種 疾患의 一次的 診療 등의 포괄적인 진료를 하는 全科醫로 보는 개념으로 바뀌고 있다.

기본적으로 一次醫療은 一般醫가 提供한다고 생각되나 실지로 우리나라를 비롯한 많은 나라에서 一般醫와 專門醫가 혼재되어 一次醫療을 提供하고 있는 것이 현실이다. 따라서 이 문제와 관련하여 고려해야 할 몇몇 문제가 있는데 즉, ① 일반의가 일차의료를 제공하는 것이 효과적인가? ② 전문의가 일반의보다 더 우수한 일차의료를 제공하는 것인가? ③ 일차의료는 의사의 유형(예: 내과, 소아과, 산부인과 의사 등)에 관계없이 누구나 제공할 수 있는 것인가? ④ 반드시 의사만이 일차의료를 제공해야 하는가 등 많은 논란이 게재되어 있다. 이러한 문제를 요약해 보면 “누가 어떻게 일차의료를 제공해야 하는가?”로 집약될 수 있다.

일반적으로 의사를 크게 3가지 부류로 구분해 볼 때 一般醫, 專門醫 (General Specialist), 그리고 分科 혹은 單科 專門醫(Sub-Specialist)로 나누어 볼 수 있다. 물론 이러한 구분은 의사의 의학지식, 훈련과정 및 임상경험을 바탕으로 한 자격증에 의한 분류이기는 하나 이들 모

두가 基本的으로는 一次醫療의 提供者가 될 수 있고 또 현재 提供하고 있다는 점에는 논란의 여지가 없다. 다만 一般醫가 유래된 유럽 국가의 一次醫師를 보면서 이들의 자격을 고려할 수 있다고 본다.

먼저 많은 유럽국가(스웨덴 제외) 즉 벨기에, 덴마크, 네덜란드, 영국 등은 기본적으로 一次醫師를 一般醫로 限定하고 있다. 이에 반하여 美國은 미국의학의 오랜 전통인 의학의 專門化에 기인하여 家庭醫, 一般醫, 一般內科와 一般小兒科 醫師도 一次診療醫의 범주에 넣고 있으며 美醫學協會는 産婦人科 醫師도 이 범주에 넣고 있다³⁾.

일반적으로 一般醫에게는 주로 전문적 의료기술을 다루는 專門醫와는 다소 다른 一般管理技術(컴퓨터 사용과 전화상담 및 면접에 의한 일정조정 및 문서발송 등)이 요구된다.

그 이유는 일차의료가 갖는 包括性, 調整機能, 持續的 管理 등의 특성과 함께, 의료공급이 公的構造에 의해 이루어지고 있는 유럽에서는 一般醫가 公共病院이나 診療所의 勤勞者로서 고용(핀란드, 스웨덴)되어 있거나 고용계약으로 계약(영국, 덴마크)을 체결하고 있어 국가의 의료비지출과 장비구입 계획 및 사용 내역 등에 대한 행정서식과 보고서 작성 등에 따른 관리기술이 요구되고, 경우에 따라서는 醫療監査도 施行되고 있기 때문이다. 이와 같이 一般醫에 의한 일차의료는 의료행위 이외에도 관리행위가 내재된 진료행위로서 '의사-매니저'의 역할이 수반된다. 또 영국에서는 일반의에게 病院서비스 購買權限 및 일차의료팀을 구성하는 人員選拔權과 그에 대한 일부 人件費提供, 人事權 등의 권한까지 부여하고 있다(NHS, 1996).

이에 비하여 專門醫에 의한 의료는 환자와의 상담을 통한 의료 행위보다는 疾病과 腸器 자체에 초점을 두고 많은 경우 醫療裝備 및 醫

3) 미국 의학협회는 산부인과 의사를 일차의사로 인정하고 있으며 미국 보건부에서는 산부인과는 제외하고 있다. 이외에 우리나라에서는 전문과목으로 인정되지 않은 노인병전문의도 일차의사의 범주에 넣고 있다.

療檢査에 의존하여 그 결과를 토대로 醫療行爲를 하므로 환자자체에 대한 인간적 배려의 부족과 거리감을 느낄 수도 있다. 그러나 실제 유럽국가를 제외하고는 일반적으로 일차진료에서 일반의가 수적으로 부족한 상태이며 이러한 경우 專門醫에 의하여 一次醫療가 제공된다고 볼 수 있다. 미국의 경우 환자 5명 중 1명에게 專門醫로부터 일차의료가 공급된다는 報告가 있다.

미국의 전문의제도에 영향을 받아 온 우리나라에서는 일차의료의사가 명확히 구분되지 않아 왔으며 일차진료의사의 자격범위에 대해 합의된 정의는 없다. 다만 일차진료를 위하여 양성된 家庭醫學專門醫의 教育目標에서는 다음과 같이 가정의로서의 능력을 훈련시키는 것으로 규정하고 있다⁴⁾.

- ① 환자를 제일 먼저 진료하는 일차진료의로서의 능력
- ② 가족주치의로서 가족을 대상으로 지속적이고, 포괄적인 능력을 제공할 수 있는 능력
- ③ 행동의학을 바탕으로 정신사회적 진료를 행할 수 있는 능력
- ④ 질병예방 및 건강증진 진료를 수행할 수 있는 능력
- ⑤ 지역사회 보건의료사업 분야에서 중심적 역할을 할 수 있는 능력
- ⑥ 각 전문분야에 환자를 유효적절하게 의뢰하고 상담할 수 있는 능력
- ⑦ 학술연구 및 평생교육에 적극적으로 참여할 수 있는 자질

그러나 상기에서 언급된 사항들은 일차진료의사에 대한 규범적인 개념이며, 일차진료의 구체적인 진료내용과 진료범위를 제시한 것은 아니다. 一次醫療의 診療範圍는 그 지역과 국가의 개별 진료에 대한 需要와 전문 의료인력의 診療供給 구조에 따라 조정되어야 하는데, 이러한 일차의료의 범위에 따라 一次醫療人力과 專門人力의 需要가 설정되어야 실제로 합리적인 의사인력관리 정책이 따를 수 있다.

4) 전문의 자격규정에 관한 시행규칙, 1996년 가정의학 전공의 과정 개정내용

第2節 一次醫療에 관한 理論과 重要性

1. 一次醫療의 屬性

일차의료의 속성을 파악하는 방법에는 몇 가지가 제시되고 있다. 그 중 가장 대표적인 것은 Millis 위원회에 의하여 정리되었는데 이는 二次 혹은 三次醫療과 구분하여 一次醫療의 고유한 네 가지 특성을 ① 最初 接觸醫療(First Contact Care), 즉 문지기 역할 ② 持續性(Longitudinality) ③ 包括性(Comprehensiveness) ④ 調整機能(Coordination)으로 다음과 같이 구분하였다(Starfield, 1979).

첫째, 의료이용자가 보건의료조직에 처음 접촉하여 이용한다는 개념의 一次 接觸醫療, 둘째, 전문적인 진료를 탐색하기 위한 기본적인 모든 형태의 서비스, 즉 包括的 醫療, 셋째, 기본 의료서비스와 의무기록을 통하여 다음 진료체계로 서비스가 전해지고 조절된다는 개념의 調整機能, 넷째, 질병의 형태 또는 유무와 관계없이 患者와 醫師間의 持續的, 個人的 關係를 통해 서로를 알고 접촉하므로써 질병이 미연에 방지 혹은 치유될 수 있다는 개념의 持續的 醫療 등이다. 이런 요소는 이차와 삼차의료의 後送的, 專門的, 細部的, 非個人的 醫療과 구분된다는 점에서 일차医료를 특징지운다고 볼 수 있다.

이러한 속성 외에도 Holmes 등이 언급한 繼續的 醫療과 家族醫療, 地域社會를 중심으로 하는 醫療(Rogers, 1982), 그리고 Weiner가 언급한 接近도와 社會的 環境 등을 일차의료의 속성으로 제시할 수 있다(Weiner, 1987). 그러나 의료의 계속성은 2차, 3차의료에도 존재하고 또 조정기능을 통해서 의사가 질병의 상태에 따라 적절히 이차 혹은 삼차의료로 환자를 후송하여 진료가 계속 이루어진다고 볼 수 있다. 또 家族醫療와 地域社會醫療, 그리고 社會的 環境은 지역사회에서 가족 구성원 단위로 의무기록을 통하여 환자의 생활습관과 질병의 진행

정도를 파악한다는 점에서, 그리고 의사의 지역사회 참여와 지역주민의 보건의료 요구, 혹은 지역 고유의 지방병을 고려한다는 면에서 일차의료의 속성으로 이해할 수 있으나 광의의 개념으로 보면 가족의료는 Starfield가 지적한 지속적 의료에서, 접근도는 일차접촉의료에서, 그리고 지역사회의료는 포괄적 의료의 범주에 속한다고 볼 수 있어 이와 같은 특징은 앞서 네 가지로 구분한 일차의료 고유의 속성에 포함된다고 볼 수 있다.

〈表 2-1〉 一次醫療의 屬性과 評價概念

속성	평가	구조 측면	과정 측면	산출 측면
첫번째 접촉 (문지기 역할)		접근성	이용도	수명 활동 정도 인지된 편안함 질병증상 정도 성취도 활력 정도
지속성		인구집단에 대한 책임성		
포괄성		서비스의 범위		
통합조정기능		연속성	문제의 인식	

資料: Starfield, B., *Primary Care*, Oxford University Press, 1992, pp.3~20.

한편, 一次醫療에 대한 評價는 1978년 미국의 의학연구소(IOM)의 위원회에서 제시되었는데, 일차의료의 속성으로 接近性, 包括性, 調整機能, 繼續性과 責任性을 들고 있다(IOM, 1977)(表 2-1 참조). 이 위원회의 업적은 일차의료의 성과를 규범적으로 측정하는데 이정표가 된 것으로 평가되고 있다.

2. 一次醫療의 重要性和 意義

일차의료의 중요성을 파악하는 방법중의 하나는 專門醫 中心 醫療體系의 問題點과 比較하는 것이다. 專門的 醫療는 기본적 의료에 비하여 보다 많은 資源을 장악한다. 왜냐하면 보다 보편적이고 흔한 상병

을 치료하고 증세를 완화시키는 프로그램에 대한 관심보다는 좀더 증세가 심한 환자를 위하여 보다 많은 技術을 開發하고 이용하기 때문이다. 또한 전문적 의료는 개별 질병을 치료하는데 있어서 가장 최근의 醫學的 知識에 입각하여 가장 효력을 얻을 수 있는 방법을 동원하는 경향이 있는데 이것은 기본적 의료를 효과적으로 제공하는 것과 상치되는 경우가 많다.

전문적 의료의 또 다른 문제는 專門化가 衡平의 目標을 위협한다는 점이다. 어느 국가나 사회도 보건의료서비스에 무한정의 자원을 쓸 수는 없다. 따라서 전문적 의료가 강조되면 자원분배에 있어서 많은 사람들이 필요로 하는 基本的 醫療와는 競爭關係에 놓이게 된다 (Starfield, 1992).

일차의료가 2, 3차 의료와 구별되는 점은 一次醫療은 보다 普遍的이고 一般의인 醫療問題를 다루며 환자의 豫防的 要求를 포함하는 다양한 의료문제를 지속적으로 해결하는 문지기 역할을 하는 것이다. 一次醫療 醫師는 전문의보다 폭넓고 다양한 진단과 의료문제에 접하게 되며 보다 많은 豫防的 目的의 방문에 접한다.

일차의료 의사는 환자자신에게나 환자의 의료문제에 대하여 보다 친숙하고 첫번째 진료로부터 계속적인 진료에 관여하므로 기존의 환자가 가진 새로운 의료문제에 관심을 가지게 된다. 이 점에서 오늘날과 같이 질병의 형태가 慢性的이며 老人人口가 增加하여 복합적인 질병문제(질병 스펙트럼)에 대처하는데는 一次醫療가 보다 適合하다고 볼 수 있다. 스웨덴의 의료체계를 진단한 Culyer 등의 전문가 팀은 일차의료가 잘 정립되면 세 가지 면에서 유리하게 됨을 지적하고 있다 (Culyer et al., 1995).

첫째, 專門醫間의 불필요한 依賴를 초래하는 전문의 진료가 지배하는 상황에서는 환자는 진료를 받기 전에 자신이 스스로 診斷을 하며 염려하지만 일차의료가 정립되면 그럴 필요가 없어진다. 예를 들면 두

통이 반드시 신경과 전문의가 필요로 하는 것은 아니며 어쩌면 전혀 전문의가 필요하지 않을 수도 있다. 둘째, 一次醫師가 문지기 역할을 하여 환자의 상태에 따라 보다 상위의 의료와 연결시키므로 환자는 비싼 의료시설(즉 병원)을 불필요하게 이용할 필요가 없이 저렴하고 적절한 진단과 진료를 받을 기회를 가지게 된다. 셋째, 일차의사는 지역 내에서 어느 수준의 의료가 제공되어야 하는지를 조정해 주는 전문가 역할을 하며 사회적 서비스, 주택 등등의 서비스기관(공공 및 민간)과도 잘 연계되도록 한다.

그러나 上記의 일차의료체계가 잘 이룩되기 위해서는 다음의 세 가지 점에서 주목해야 한다고 전문가 권장사항을 제시하고 있다. 즉 일차의료이 정립되기 위해서는 환자의 自家依賴(self-referral)를 통한 病院利用은 制限되어야 하며⁵⁾, 一次醫師에 대한 훈련이 충실히 이루어져야 한다. 이 외에도 일차의사가 후속되는 의료서비스의 구매에 참여할 필요가 있고, 보건당국과 일차의사와의 상호 긴밀한 유대도 필수적이라 보고 있다.

이 외에도 一次醫療가 정착되어 의사와 환자간의 관계가 정립되고 환자가 일정한 家庭醫 또는 主治醫를 가지게 되는 경우에는 成人病 患者의 登錄管理體系가 이루어질 수 있고 이를 통하여 중요한 疾病과 癌의 등록 관리를 바탕으로 한 관련 통계의 정기적인 산출이 가능하게 될 수 있다.

5) 자가의뢰는 흔히 잘못된 정보에 의존하기 쉬우며, 지역사회에서 진단되고 치료되는 증세에 대하여 고가의 첨단 급성질병 중심의 기관을 이용할 필요가 없다는 견해이다.

第3節 一次醫療 定義와 範圍

1. 本 研究의 一次醫療 範圍

西歐國家와 같이 1次 診療醫師를 통하여 보다 상위의 2次, 3次 진료와 연결해 주는 전형적인 一般醫나 家庭醫로서의 一次醫療은 우리나라의 의료체계에서는 엄격한 의미에서 존재하지 않는다. 一次醫療의 構造的 分化와 正體性이 모호한 탓에 의료를 담당하는 의사의 역할이나 자격에 관해서도 원칙이 정해져 있지 않다.

우리나라에서는 一次醫療의 概念을 첫째, 의료를 제공하는 醫療機關의 규모에 따라 1, 2, 3차로 구분되는 관행적 측면에서 병원 및 종합병원에서 제공되는 의료를 2, 3차 의료로, 醫院에서 提供되는 醫療을 一次醫療로 간주하기도 하고⁶⁾, 둘째 의료전달체계에서는 환자의뢰체계에서 1, 2차로 나눈 환자의 흐름에서 1차를 醫院 및 病院에서 提供하는 醫療로, 2차 의료를 綜合病院, 특히 3차 診療機關에서 提供하는 醫療로 구분되고 있다. 셋째, 의료인력의 성격에 따라서 一般醫, 家庭醫, 保健機關에서 一次保健醫療에 종사하는 인력이 제공하는 의료를 1차로 기타 專門醫 인력이 제공하는 의료를 2次, 3次로 나누기도 한다.

그러므로 일차진료의사가 法的, 制度的으로 구분되어 있는 것이 아니고 專攻이나 勤務機關에 따라서 실제로 다루고 있는 一次醫療業務가 다를 뿐이다. 현실적으로는 일차의료를 일반의 및 가정의학전문의 의원, 기타 일반의원, 병원, 종합병원의 모든 醫療機關에서 提供하고 있다. 또한 이들이 일차의료만 수행하는 것도 아니고 2차, 3차 의료를 동시에 수행하고 있다.

우리나라의 현실에서 藥局과 韓方診療機關 등에서 일차의료의 상당

6) 흔히 우리나라에서는 일차진료를 맡고 있는 의원급 의료기관에서 제공되는 서비스를 일차의료로 간주하는 경우가 많다.

부분이 이루어지고 있기는 하나 본 연구는 一般診療體系에 한정하여 일차의료를 논하고 있다. 또한 본 연구는 保健所, 保健支所 등 公共部門을 포함하는 보다 광범위한 ‘一次保健醫療’은 다루지 않고 일차보건의료중 一次 基本醫療에 한정하였다.

일차의료가 바람직하게 정착되기 위해서는 公共部門의 비중과 역할이 매우 중요하고 그 역할이 커져야 하지만 이 부분은 公共과 民間醫療의 連繫, 醫療과 保健 등 보다 폭넓은 논의가 내재되어 있기 때문에 연구범위에서 제외하였으며, 한편으로는 우리나라는 一次醫療에서도 公共部門의 비중이 낮기 때문에 본 연구에서는 民間醫療가 중심이 되고 있는 一般醫療體系에 우선 초점을 맞추고자 하였다. 또한 외국에서는 지역간호서비스 등 여러가지 다양한 보건의료서비스가 一次醫療에 포함되나 우리나라에서는 이러한 유형의 프로그램이 아직 활성화되어 있지 않기 때문에 고려하지 않았다. 그러나 外國의 事例에서나 方向設定, 建議에서는 일부 포함하고 있다. 이와 같이 의료기관별, 의사인력 종류별로 역할과 기능 구분이 미흡한 현실적 상황에서 궁극적으로 본 연구는 一次醫療를 3가지 관점에서 기술하고 있다.

첫번째는 일차의료의 정의에 입각한 엄격한 의미에서의 일차의료를 논하는 狹義의 一次醫療, 즉 환자가 첫번째로 접하는 진료(primary medical contact)이다. 두번째는 專門醫의 절반 정도가 開業을 하고 있는 우리나라의 상황에서 고려해야 할 소위 家庭醫, 단골의, 主治醫가 될 수 있는 의사가 제공하는 一次醫療 機能이다. 세번째는 기존의 통계와 기존의 의료체계내에서의 의원급 의료기관에서의 서비스를 통칭하는 一次醫療이다.

이와같이 일차의료의 범주를 다각적으로 고려한 이유는 향후 의료의 공급과 수요를 고려하여 일차의료의 정립하는데 있어서는 현 상황에 근거한 검토가 필요하기 때문이다⁷⁾. 왜냐하면 專門醫의 50% 內外가 의원을 개업하고 있는 현실에서 의원 전체가 일차의료를 수행할

수 있다고 볼 수는 없으나, 앞으로 의사인력의 양성형태(一次醫師 對 專門醫 比率)가 획기적으로 일차의사에 보다 많은 비중을 두는 방향으로 바뀐다고 하더라도 현재 의원에 종사하는 인력이 오랫동안 의료 시장의 인력풀(pool)을 형성한다는 점을 고려해야 하기 때문이다. 또한 객관적인 연구자료의 제시에서 현재의 일차의료에 관한 자료가 대부분 醫院을 기준으로 하고 있기 때문이다.

2. 本 研究의 一次醫師 範圍

우리나라에서 開業醫의 상당부분을 차지하는 專門醫들은 그들대로 전문의로서의 역할과 새로운 일차진료의로서의 역할에 대하여 상당한 갈등을 겪고 있는 것이 사실이다. 서로 다른 의료체계와 의학지식을 바탕으로 하는 일반의 혹은 전문의에 의한 일차의료가 어느 쪽이 더 바람직한 일차의료인가라는 물음에 논란이 많은 것도 사실이다.

우리나라에서 一次醫師를 廣義의 일차의사와 狹義의 일차의사로 구분한다면 前者는 現在 一次診療를 遂行하는 의사⁸⁾라고 볼 수 있고, 後者는 비교적 본연의 일차의사 역할을 수행하는 一般醫와 家庭醫學 專門醫가 이에 해당된다고 볼 수 있다.

그밖에 一次醫療人力的 범주에 齒科醫, 保健看護師, 家庭訪問師, 社會福祉要員 등 醫師를 중심으로 활동하는 팀을 포함할 수도 있다. 이들 인력은 일차의료에서 계속 역할이 확대되는 경향이 있어 향후 역할이 일차의료팀의 구성원으로서 확대되어야 하지만 현재 우리나라에

7) 현재 상당부분의 일차의료 역할은 의원(현재의 의원 전체가 아닌 일부 일차의료 기능을 갖춘 의원)이 수행하고 있으므로 의원 종사 의사의 특성을 파악하는 것을 연구의 한 요소로 하였다.

8) 일차진료의는 병원급 이상의 의료기관에 종사하는 의사는 제외한다 하더라도 의원에 종사하는 의사가 중심이 된다고 볼 수도 있고, 미국과 같이 이들중 일차의사의 범위를 내과, 소아과, (산부인과)로 제한할 수도 있다.

서는 이들 비의사 인력은 법적으로 의사인력의 책임하에 의료행위를 하도록 되어 있으며 주로 醫師의 支援 내지 補助人力으로 활동하고 있다. 따라서 본 연구에서는 일차의료 인력을 醫師人力에 한정하고 있다. 의사인력이 부족한 후진국을 제외한 대부분의 국가에서는 一次醫療팀의 중심점은 醫師人力이기도 하다.

그외에도 의사인력중 현실적으로 현재 2, 3차 기관에서 一次醫療를 담당하고 있는 인력에 대한 논의는 포함하지 않았다. 왜냐하면 그들에게 합당한 역할이 아니며 병원의 외래기능은 존재한다고 하더라도 고도의료나 입원의료의 부수적인 역할이어야 하기 때문이다.

第3章 外國의 一次醫療

第1節 英國의 一次醫療⁹⁾

1. 英國 保健醫療의 特徵

영국의 醫療保障制度는 國民保健서비스體系(NHS)로서 保健醫療 財政은 租稅에 의해 調達되고 있으며, 국가가 질병의 치료, 예방, 재활을 포함하는 包括的 醫療서비스를 全주민에게 無料로 提供하고 있다¹⁰⁾. 病院이나 의료관련 시설의 대부분은 國家 所有로 醫療가 社會化된 국가이다. 최근 醫療效率을 追求하는 의료개혁이 進行되고 있어 內部市場과 市場競爭原理가 도입되고 있으며 전형적인 公共醫療에서 民間이 混入되어 가고 있다. 1948년부터 시행된 NHS체제에는 보건성 밑에 현재 8개의 地域保健當局(RHA)이 있고 그 밑에 잉글랜드에는 112개의 地區保健當局(DHA)이 있다. 웨일즈와 스코틀랜드는 다소 다른 조

-
- 9) 영국의 의료체계와 일반의에 대해서는 ① Starfield, B., *Primary Care*, Oxford University Press, 1992, ② Lawrence, M. & Pritchard, P., *General Practitioner Education*, Springer-Verlag London Limited, 1992, ③ Curtis, S., *Health and Societies*, 1996, pp.149~152, ④ NIVEL, *Health Care and General Practice Across Europe*, 1993, pp 114~115, ⑤ NHS Executive, *Primary Care: The Future*, 1996, ⑥ 의료보험관리공단, ■■■의료공문■■■, 1985 여름호, pp.80~83, ⑦ 의료보험연합회, ■■■의료보장 39■■■, 1991.을 참고하였다.
- 10) 일반적으로 의료수혜자는 의료비를 별도로 부담하지 않으며 예외적으로 치과치료 및 약제의 일부를 본인이 정액부담하고 있는데 어린이, 임산부, 노인 및 지방정부의 수혜를 받는 만성질환자는 전액을 정부가 부담하고 있다. 10~15% 정도는 民間保險에서 負擔되고 있다.

직을 가지고 있다. 보건당국은 病院서비스, 地域看護서비스, 一次診療를 提供한다. 一般醫¹¹⁾와 齒科醫는 家庭醫委員會(FHSA)를 통해 NHS와 계약하에 獨自的으로 서비스를 제공한다. 1996년 4월에는 地區保健當局과 家庭醫委員會가 통합되었다. NHS와는 別개로 民間部門이 2次, 3次 의료에서 10% 내외의 소규모로 존재하고 있다.

의료의 접근도를 높이고 효율과 경쟁을 도모하기 위하여 영국정부는 1985년 미국의 경제학자 Enthoven교수의 혁신적인 제안을 수용하여 醫療體系의 效率的인 運用과 지역사회 주민의 醫療要求에 副應하는 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 1989년 1월 白書 ■■환자를 위한 의료■■를 公표하고 NHS의 醫療改革을 단행하였다(NHS Executive, 1996). 개혁의 요체는 醫療의 供給者(NHS병원, NHS 자치병원, 개인병원)와 需要者(예산미보유일반의, 예산보유일반의, 지구보건국)간에 內部市場(internal market)을 도입한 점이다¹²⁾. 의료개혁의 핵심중의 하나가 一次醫療의 強化 및 利用者의 要求에 보다 구체적으로 부응하는 것 등을 요구하기 때문에 一次醫療는 1989년 시행된 NHS의 의료개혁 이후 다소 변화하고 있다.

2. 英國의 一次 醫療

가. 英國 一次醫療의 特徵

영국의 一次醫療는 NHS 실시 이후 오랜전통을 통하여 비교적 잘

11) 영국의 일반의(General Practitioner)는 가정의 역할을 하므로 ‘가정의’와 동일하게 사용할 수 있다.

12) 물론 이런 의료시장이 인위적인 관리에 의한 시장이고 소비자(의료이용자)가 직접 의료공급자와 거래를 하는 것은 아니지만 保健省에서 NHS의 資金과 人事를 통제해 왔던 이제까지의 中央集權의 醫療制度에서 一대 變혁을 가져온 것이다.

발달되고 활성화되어 있다. 영국에서는 응급을 제외하고는 환자가 직접 2차 의료를 받을 수 없고 一般醫가 문지기(Gate-keeper)의 역할을 한다. 一次醫療은 NHS 이용의 처음 단계로서 의료이용자의 거의 대부분이 이 진료체계를 통하여 포괄적인 기본 진료(방문진료 포함), 계속적인 진료서비스 및 지역사회 의료서비스, 어린이의 발육 성장을 위한 건강진단 등을 받고 필요한 경우 지역병원 및 3차 의료기관으로의 후송된다. 대체로 일반의의 전체 환자 진료상담중 약 10% 미만이 專門醫에게 後送된다.

一般醫는 단독으로 혹은 다른 개업의와 함께, 아니면 계약을 통해 지방정부의 지역보건당국(보건소)에서 一般醫를 主軸으로 一次醫療팀을 構成하여 다양하고 폭 넓은 一次醫療를 提供하는 것이 특징이다. 의료팀의 구성은 진료간호사, 지역간호사, 방문간호사, 조산원, 물리치료사, 작업 및 언어 치료사, 수족전문의, 사회사업가 등으로 이루어진다. 이 중 지역간호사, 보건방문사, 조산사는 보건당국에 고용되어 있고 다른 전문인력은 독립된 자영자이다. 이러한 의료팀의 구성은 정부가 1965년 이후 一般醫에게 補助人員 獎勵金을 지급한 것을 계기로 발전하였으며 지구보건당국에서 임의로 一般醫에게 배당, 지원되거나 一般醫의 요청에 따라 구성된다(Fry, 1992).

나. 一般醫

英國에서는 一次診療와 一般醫가 오랜 전통을 가지고 있다. 一般醫는 현재 약 40,000명 정도로 인구 1,800명당 의사 1명 꼴이다. 一般醫 진료는 1990년 기준으로 NHS예산(약무서비스 포함)의 18.3%를 차지한다. 一次醫療가 유리하게 이루어진 것은 1965년 영국의사회(BMA)가 가정의 서비스를 시작한데서 출발했다. 一般醫의 3분의 2가 個人

事務室을 가지고 있으며 3분의 1 정도는 保健所에 勤務하고 있다. 대개의 一般醫 사무실에는 지역간호사와 방문보건사가 근무하는 공간이 딸려 있고, 2명 정도의 常勤人力¹³⁾이 딸려 있다. 개원 형태는 약 80%가 3~6인의 집단개업 형태를 갖고 있다.

NHS개혁의 특징중의 하나는 자발적인 신청에 의하여 예산을 보유한 豫算保有一般醫의 導入이다. 그러나 예산보유 一般醫가 되기 위해서는 기본적으로 일정자격¹⁴⁾을 구비해야 한다. 의료구매자인 '豫算保有 一般醫(GP fundholders)'와 地區保健當局은 醫療의 價格과 質에 대한 契約을 한다. 정부에서는 예산보유 一般醫가 되는 것을 장려하기 위하여 혜택을 주고 있다¹⁵⁾. 豫算保有 一般醫는 재량권을 가지고 자금관리를 하며 환자의 편의를 고려하여 할당된 예산을 가지고 診斷과 病院서비스, 地域保健서비스의 購買契約을 한다.

위와 같은 요건을 바탕으로 가정보건서비스국이 심사하여 지역보건국으로부터 매년 NHS예산(평균 170만 파운드)을 할당받게 된다. 예산보유일반의에 대한 예산 배정기준에는 登録人口數, 2次 醫療購入費, 地域 平均 死亡率, 藥品處方費, 特殊地域 疾病費와 상대적 慢性·急性患者 比率 등이 고려된다. 이 예산은 주로 병원서비스 구매¹⁶⁾, 약품처방과 각종 의료기구, 가정보건서비스국이 승인한 보조 인원의 인건비 등에 소요된다.

13) 대개 사무원과 간호사(practice nurse)임.

14) 첫째, 7,000명 이상의 등록환자수(몇몇 일반의들의 등록주민수를 결합한 형태도 가능하며, 현재 약 평균 10,000~12,000명 정도임), 둘째, 적절한 컴퓨터시스템의 구비, 셋째, 적당한 관리기술의 구비 등의 요건이 필요하다.

15) 예산보유의로 결정되면 정부에서는 준비기간 동안 최고 16,000파운드의 支援金(보조인원 및 전문가조언을 위한)과 年間 管理手當을 주어 예산보유이가 되는 것을 격려하고 있다.

16) 예산보유 일반의가 계약을 하는 병원은 공공 또는 개인병원으로 지역에 제한을 받지 않으며, 계약을 통해 제한된 수술, 지역의료, 물리, 언어치료, 방문간호, 외래진단 등의 서비스를 구매한다.

위와 같은 要件과 資金은 결국 예산보유일반의가 미보유일반의에 비해 管理技術과 資金調節能力을 수반해야 한다는 것을 뜻한다. 따라서 政府의 의도는 豫算保有一般醫가 지역주민의 의료요구에 부합하는 능동적인 서비스를 제공하고 良質의 의료를 구매하는 것을 목표로 효율적 관리운용을 꾀하려는 것이다.

영국에서는 전 인구의 97% 정도가 一般醫에게 登錄되어 있었는데 豫算保有醫제도의 시행 초기인 1991년에는 영국 전인구의 약 7%가 豫算保有醫에 登錄되었으나 1995년에는 3,000명 이상이 예산보유의가 되어 영국 전체인구의 약 41%가 이들에게 등록되어 있다. 예산보유의가 된 비율은 지역에 따라 큰 차이(4~84%)를 보이기는 하지만, 대체로 1991년 이후 1996년 현재까지 상당수의 一般醫가 豫算保有醫를 택하는 趨勢이다(Ham et al., 1995).

다. 一般醫 및 一次醫療에 대한 規制

一般醫가 지역에서 개업을 하기 위해서는 가정보건서비스국의 통제를 받으며, 地域保健委員會로부터 許可를 받아야 한다. 지역보건위원회는 一般醫의 배치에 중요한 역할을 한다. 또한 예산보유 일반의는 가정보건서비스국에 診療內容 및 豫算 使用內容을 정기적으로 報告해야 한다. 예산 미보유 일반의는 행정적 업무처리는 地區保健當局의 統制를 받고 의료관련 서비스는 家庭保健서비스국의 統制를 받는다. 예산보유일반의는 지역보건당국 및 가정보건서비스국의 통제를 받으나 예산 미보유 일반의에 비해 비교적 醫學的으로나 行政的으로 自由가 허용된다고 볼 수 있다.

최근에는 예산보유 일반의의 資金管理 能力과 적절한 一次醫療 및 적절한 시기의 依賴에서 문제점들이 제기되고 있는 가운데 이들의 역

할 수행에 대한 評價研究가 활발하게 이루어지고 있다. NHS 개혁에 따라 일부 一般醫는 患者參與그룹을 形成하여 환자의 애로사항은 물론, 患者의 健康과 診療를 向上하는 방안을 강구하고 있다.

3. 一般醫에 대한 報酬體系

一般醫에 대한 報酬는 약간의 변화가 있지만 NHS의 『家庭醫서비스 憲章(1965)』이 기준이 되고 있으며 계약에 의하여 지급되고 있다. 보수는 등록된 환자수를 기준으로 하는 人頭制(一般醫 수입의 60% 정도가 이에 해당)를 기본으로 하고 있으며 목표를 달성하지 못한 의사에게는 감액이 이루어진다.

‘醫師 및 齒科醫師 수당평가단’이 자문기구로 관여하고 있다. 그의 의사서비스에 대하여 人口集團의 상대적인 需要를 네 단계로 구분하여 환자당 ‘자만 指數(Jarman Index)¹⁷⁾로 추정하여 부가하는 追加的인 支給體系(Deprivation allowance)와 豫防接種과 특별한 診療行爲에 대하여 지급되는 行爲當 酬價體系가 일부 적용되고 있다. 최근에는 이 Jarman지수가 주민의 의료서비스 요구도를 평가하는 지수로서 문제점이 있다는 논의가 제기되고 있다. 基本的인 一般醫 報酬體系는 다음과 같으며 예산보유 유무와 관계없이 이들이 받는 봉급은 같은 방법으로 산출된다.

- ① 基本診療手當(B.P.A): 환자등록리스트 내용에 의하여 변화하지 않으며 모든 위탁금 내지 계약금으로서의 성격을 가지는 수당

17) Jarman Index는 지역에 따라 의사서비스의 요구도를 상대적으로 나타낸 것으로 Jarman, B에 의하여 제안된 것이다. 여기서는 지역을 ‘high deprivation’, ‘medium deprivation’, ‘low deprivation’, ‘not deprived’의 4가지로 구분하여 점수화하고 이에 따라 등록환자당 가산수당을 지급하는 방식이다(Curitis, S. and Taket, A., 1996, pp.149~150 참조).

- ② 통상적으로 인정된 特別手當
 - 연공가산: 의사자격취득 등 개업개시 연장에 의하여 3단계로 구분
 - 그룹진료 가산: 그룹진료의 경우 인정된 가산
 - 구분지역별 가산: 의사가 적은 지역에서의 개업에 대한 가산
 - 직업훈련가산: 개업전인 훈련생에게 실습기회를 줄 경우의 가산
- ③ 등록환자수에 의한 人頭制報酬: 등록된 사람수는 기본적으로 받으나 연령에 따라 65세 이하의 환자, 65~74세, 75세 이상의 환자로 구분
- ④ 補充治療手當: 보충인두제수가, 야간진료수당, 시간수당
- ⑤ 各種 서비스酬價(행위당 수가 적용)
 - 백신, 예방접종, 자궁세포테스트 등의 공적 서비스 실시시 加算
 - 일시거주자에 대한 진료
 - 출산서비스 및 피임서비스
- ⑥ 其他 支給
 - 일부 보조직원 봉급 지원
 - 진료시설 임차료 등의 관리 경비 지원
 - 본인 질병시 또는 출산시의 대리의사 고용상의 경비
 - 대학원 수학 지원
- ⑦ 女子醫師 保有制度에 대한 支給
- ⑧ 당뇨병 및 천식에 대한 健康增進프로그램 運營與否에 따른 지급
- ⑨ 非登錄 患者 診療(행위당 수가 적용)

4. 一般醫의 養成 및 教育訓練

프로그램에 차이는 있으나 모든 26개 의과대학이 一般醫 訓練을 實施하고 있으며 一般醫 課程을 獨立的으로 運營하고 있다. 일반적으로 5년 6개월 과정의 학부 훈련 중에 一般醫에게 연수를 받는 과정이 4

週까지 포함되어 있다. 학부가 끝난 후에는 醫師登錄을 받기 위하여 病院에서 1년간 인턴과정을 밟는다. 1980년부터는 一般醫가 되려면 3년의 職業訓練 중의 하나인 一般醫 訓練課程을 밟아야 한다. 이중 처음 1년은 의료기관이 임의로 정해지고 나머지 2년은 一般醫 과정에 적합하다고 판단되는 병원 또는 지역사회 의료기관의 실습이 포함된다. 현재 개업일반의 약 반수가 大學院 또는 3년의 職業訓練을 받은 사람이다.

一般醫協議會(College of General Practitioners)는 1952년 설립되었고 1967년에는 'Royal College of General Practitioners(RCGP)'로 개칭되었다. 一般醫協議會(RCGP)의 회원이 되기 위해서는 여러가지 훈련프로그램 이수가 요구된다. 3년간의 직업훈련후 수련자는 RCGP의 회원시험 자격을 받는다. NHS에서 一般醫가 되기 위해 3년간의 職業訓練이 義務的인 반면에 RCGP의 시험은 필수적인 것은 아니다. 그럼에도 일반의의 확고한 지위와 연대를 위해 대부분이 시험에 응시하며, 시험은 주로 논술과 두 종류의 구두시험으로 이루어진다. RCGP 회원에 대한 再審査는 없다. 또한 최근에 전국 26개 의과대학중 약 4개교에서 2년 과정의 一般醫 碩士課程을 개설하고 있다.

계속적인 補修教育의 履修는 義務的이지는 않으나 강력히 권장되고 있다. 一般醫의 훈련프로그램은 과거에는 專門醫의 강의 중심으로 이루어졌으나 최근에 一般醫 자신들이 소그룹 코스를 운영하고 있으며 일년에 5일 이상의 훈련과정을 이수하면 연간 단위로 지급되는 教育手當을 받게 된다.

第2節 美國의 一次醫療¹⁸⁾

1. 美國 醫療體系의 特徵

미국의 一次醫療는 醫療制度 및 體系內에서 함께 이해되어야 한다. 기업형의 의료제도를 가진 미국은 民間部門이 主導的으로 의료서비스를 공급하고 있다. 1986년 기준으로 정부기관이 소유한 병상은 전체의 25%에 불과하며 75%가 민간부문인데 특히 營利團體 所有의 病床이 10%에 달한다.

노인인구를 진료하기 위한 요양원이 많아 1986년 현재 綜合病院보다 더 많은 160만 병상을 보유하고 있으며 이들 시설은 대부분이 個人이 所有·運營한다. 醫療保障도 많은 保險會社가 亂立하여 매우 복잡하고 다양한 형태로 공급된다. 미국의 의료보장은 의료재원의 60% 이상이 민간부문에서 조달되고 있으며 사회보험과 조세가 각각 14%, 25%에 그치며 全國民을 對象으로 하는 公的인 制度가 없어 의료보장 제도가 타 선진국가에 비하여 상대적으로 취약하다¹⁹⁾.

18) 미국의 일차의료에 대한 자료는 ① Starfield, B., *Primary Care*, Oxford University Press ② Lee, P.R. et al., *Primary Care in a Specialized World*, 1976 ③ Curtis, S.E. et al., *Health and Societies*, 1976 ④ Dingwall, R. et al., *Quality and Regulation in Health Care*, ⑤ 의료보험관리공단, ■■■미국·영국의 의료보장 개혁동향■■■, 1995. ⑥ 한국의료관리연구원, ■■■각국의료제도 비교연구■■■, 1994. ⑦ 양봉민 역(Hiatt, H. H. 저), ■■■위기의 보건의료■■■, 나남출판, 1994을 참고하였다.

19) 미국은 의료보험 미적용인구가 전체인구의 약 15%로 3,900만명에 달한다. 게다가 무보험자와 보험적용자간의 구분이 확연하지 않고, 보험으로 적용되는 범위가 좁고 면책액 및 本人負擔率이 높으며 저소득자 및 질병의 위험도가 높은 인구가 醫療保障에서 排除되어 있어 선진국가 중에서는 유일

美國의 醫療保障制度는 연방정부가 65세 이상의 老人과 障礙者를 대상으로 하는 메디케어(Medicare)제도와 低所得層을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid)제도를 運營하고 있으며, 민간이 주도하는 사보험은 근로자와 자영자를 대상으로 민간보험으로 이루어져 있다. 民間保險은 크게 3가지로 分類되는데 職場에 의한 보험, 상업보험과 그리고 HMOs(Health Maintenance Organizations) 등이다. 일반 개인기업이 조직한 보험회사는 주로 의사의 醫療供給을 管理 및 統制하여 만든 營利追求의 HMO, PPO(Preferred Provider Organization), POS(Point of Service) 등이 있는데 이들의 의료공급형태는 서로 유사하다.

미국의 의료비의 규모와 증가율은 매우 높아 1991년 GDP의 13.2%에 달한다. 미국의 의료비가 높은 본질적인 요인은 첫째, 환자들이 최선의 치료를 해줄 것으로 기대함에 따라 의사들이 고도의 廣範圍한 醫療를 提供하는 등 費用意識이 희박한 醫療慣行이 持續되고 있는 점, 둘째, 의료시스템이 전체적으로 통제되지 않기 때문에 민간보험회사의 관리비, 광고 선전비 등을 포함한 醫療시스템의 管理費用이 過多한 점(의료비의 25%가 관리비용임), 셋째, 높은 소득을 유지하고 있는 專門醫의 과잉, 醫師의 偏在 및 一次醫療가 뒤떨어져 醫療資源이 效率的으로 分配가 되지 않는 점 등을 들 수 있다.

2. 美國의 一次醫療

가. 美國 一次醫療의 特徵

美國은 환자의 경제적 여건에 따라 곧바로 개업의 또는 병원을 자유롭게 선택하여 진료를 받을 수 있을 정도로 1차, 2차, 3차의 段階的 醫

하게 醫療保障시스템이 제대로 具備되어 있지 못한 국가이다.

療傳達體系가 구축되어 있지 않은 대표적인 나라이다. 따라서 일차의료 또한 여러가지 공급형태와 다양한 經路를 통해 이용자에게 傳達된다. 이와 같은 유형은 유럽국가에서는 볼 수 없는 특이한 형태라 할 수 있다.

그러나 최근에 一次醫療의 定着이 급등한 의료비를 낮추고 醫療資源配分の 效率性和 衡平性에 寄與할 것이라고 여겨 많은 관심이 모아지고 있다. 클린턴 개혁안에는 醫療體系의 效率性和 接近度を 높이기 위하여 상당한 一次醫療強化를 提示하고 있었으나 전면적인 개혁이 유보된 이후 그 효과는 아직 未知數이다. 의사구성의 불균형을 해소하기 위한 일차의사의 확보에 대해서는 최근 적극적인 대책을 모색하고 있다.

나. 一次醫療 供給者와 一次 醫療機關

일차진료서비스는 민간 개업의에 의해 주로 제공된다. 미국에서 일차의료의 供給者는 기본적으로 一般醫, 家庭醫, 內科醫 그리고 小兒科醫 등이다. 産婦人科醫, 外科醫, 心臟病 專門醫 등도 일반의의 역할을 하면서 일차의료를 공급하고 있다. 이러한 일차의료공급자 수와 專門醫 수의 비율은 3 대 7 정도로 서구유럽과 캐나다에 비하여 상당히 낮은 편이다. 일차의사의 경우 이들은 대개 單獨 開業을 하나 의사의 약 30%는 하나 혹은 둘 이상의 동료와 함께 集團 診療를 한다. 專門醫의 경우는 단독개업을 하는 경우가 더 많다. 미국의 의료이용자는 영국환자와는 달리 醫療 慾求나 疾病程度에 따라 段階的 醫療利用을 하고 있지 않다²⁰⁾. 환자들은 각종 醫療保險에 가입되어 있는 경우에도 1次 外來診療에 대한 保險給與가 되지 않는 경우가 많아 보통 진료비를 自費로 부담한다. 이 때문에 저소득계층은 1차 진료를 비싼 개업

20) 예를 들어 濕疹에 대하여는 피부과 전문의, 고혈압 치료를 위해서는 심장과 전문의, 소화불량에 대하여는 위장병 전문의, 유방검사를 위해서는 산부인과 전문의 등을 찾는다.

전문의보다 병원의 외래나 병원 應急室 및 應急센터에 依存하는 경향이 있어 왔다. ‘free-standing 應急센터’는 그 用語와는 다소 달리 위급하지 않은 의료나, 생명과 관계되지 않은 그리고 日常的인 서비스를 提供하는 곳이다.

民間保險은 물론 메디케어와 같은 공적의료부조 사업의 경우에도 예방서비스는 포함되지 않으므로 예방접종이나 산전관리, 신체검사 등 예방서비스는 自費 負擔으로 민간 개업의에게 받도록 되어 있다. 예방서비스와 기본진료제공을 목적으로 1965년 이래로 여러가지 형태의 地域保健센터나 公共保健當局(LHD)의 保健所(public health clinics)가 開設되어 대도시나 농촌지역의 빈곤계층을 대상으로 一次醫療를 포함한 폭넓은 서비스를 提供하고 있으나 전체 외래 서비스의 일부분에 대하여 전체인구의 15~20%만을 수용할 뿐이다. 일반 상업보험회사의 登錄會員인 경우 治療의 繼續성과 調整을 위해 의무적으로 一般醫를 選擇하게 되어 있다. 그러나 良質의 의료와 高度의 專門의 治療를 바라는 전통적인 미국 소비자의 기대심리로 바람직한 一次醫療의 정착을 방해하고 있다. 게다가 일차의료 의사는 大都市에 집중하여 지역간 醫療供給 및 資源配分에 큰 不均衡이 存在하고 있다.

다. 一次醫療의 診療內容 및 診療體系

영국에서 일차의료가 일반의를 주축으로 하여 팀위주로 의료공급을 하는데 비하여 미국에서는 일차의료 공급의사인 家庭醫의 경우 약 40%가 단독으로 개업하고 있다. 영국 일반의에 비해 미국 의사들은 家庭 訪問診療를 거의 하지 않으며 平均 診療時間도 많은데 이것은 그들의 俸給體系와 關聯된다고 볼 수 있다.

患者 1人當 平均 診療時間은 영국의 8분 정도보다 다소 많은 약 12분 정도로 의사의 진료형태가 여러가지 檢査를 수반하기 때문에 起因

하는 것으로 보인다. 이와 같은 예를 뒷받침하는 근거는 미국 일차의사가 영국 일반의에 비해 40배가 많은 心電圖檢査, 7배나 많은 가슴촬영, 5배의 血液檢査, 4배의 小便檢査 그리고 약 20%가 많은 藥品處方을 하고 있다는 점이 이를 설명해 준다(Epstein et al., 1984).

3. 一次醫療 供給者의 報酬 및 一次醫療의 規制

기본적으로 일차의사의 報酬는 3가지 방법에 의해 지불된다. 서비스에 대한 直接 支拂方法과 俸給 그리고 人頭制이다. 그러나 대개의 경우 의사의 奉給은 위 3가지 방법에 의해 적절히 混合되어 算出된다. 이러한 醫師의 奉給체계는 醫療機關의 種類와 保險會社 契約形態에 따라 다르나 醫師의 醫療供給行態에 影響을 미치고 있다.

일반 商業保險會社에서 근무하는 일차의사의 奉給체계는 행정적 규제를 많이 받는다. 이는 보험회사와 계약된 의사의 경우 회사가 의사의 公費를 管理·統制하고 보상수단을 조정하기 때문이다. 예를 들어 營利目的의 HMO와 契約한 醫師를 보면 의사의 俸給은 手當, 直接 診療費, 固定俸給 및 危險手當 등으로 되어 있다. 의사가 HMO와 계약시 限定된 의료비를 정해 놓고(1인당 후송비용이 최대 5,000달러와 병원 진료비 100,000달러) 이 費用을 超過하는 경우 의사의 奉給을 ‘抵當’ 잡힌다(대개 약 奉給의 20%).

그러므로 미국 HMO 의사의 경우 위와 같은 經濟的 인센티브와 罰則을 수반하는 상황하에서 경우에 따라서는 診療歪曲 現狀과 醫療의 質을 저하시킬 소지가 있는 것이다. HMO의 醫師가 단순히 登錄 會員數를 基準으로 契約를 체결하는 다른 방식도 있다. 이 경우 의사는 약값과 진료비, 수술비 등 일체의 모든 費用을 負擔하게 된다. 이는 영국의 豫算保有一般醫와 類似한 機能으로서 의사는 가급적 費用을 節約하기 위해 過剩診療는 할 필요성을 느끼지 못하며 오히려 醫療의

량을 줄이려 할 가능성도 있다. 이에 따라 의사의 의료행위가 환자의 직접지불 및 經濟的 인센티브와 별칙과 密接하게 관여되어 있어 醫療를 둘러싼 環境이 歪曲되고 경우에 따라 診療體系가 變形되는 현상도 야기되고 있다. 일반적으로 一次醫療醫師의 報酬는 專門醫의 약 50% 정도로 알려져 있다. 미국 국민이 전통적으로 專門醫에 의한 診療의 專門化와 高級化를 選好하는 傾向이 있기 때문이다. 더욱 최근 일부 의사의 봉급산출에 相對酬價體系(RBRVS)를 도입하고 있다.

4. 一次醫療 供給者の 養成

일차의료 修練醫에 대한 敎育課程은 전문的 수련과정에 비해 아직 確立이 안된 상태이다. 家庭醫專門醫의 養成을 중심으로 살펴보면 美國家庭醫委員會는 매년 家庭醫 資格試驗을 실시하는데 가정의 시험의 應試資格은 국가에서 인정하는 醫師國家考試에 合格을 하여야 한다. 가정의시험 응시이전에 大學院 醫學敎育委員會에서 인정하는 3년의 가정의 직업훈련을 이수하여야 한다. 직업훈련후 만족할 만한 성과라는 프로그램 책임자의 認定書가 요구되며 이후 지원은 家庭醫 委員會의 承認下에 實施된다. 시험에 失敗한 의사에 대한 規制는 없으며 이후 계속 試驗에 應試할 수 있다.

第3節 日本의 一次醫療²¹⁾

1. 日本 醫療體系의 特徵

日本의 醫療서비스 제공체계는 전통적으로 民間部門의 비중이 크다. 따라서 의료의 공급체계는 民間供給者에 의해 主導되고 있다. 1986년 현재 전체병원의 76.2%, 전체의원의 92.5%가 민간부문에 속한다 (Oxford, 1991). 이에 따라 의원과 병원간에 機能分擔이 確立되어 있지 않아 기능 重複現狀을 보이고 있으며 일반의와 전문의(認定醫) 간의 기능분담도 이루어지지 않고 있다. 전통적으로 의사들이 스스로 약을 조제하고 있어 醫藥分業은 定着되지 않고 있다. 일본의 병원은 전부 急性病院이며 開放病院制度는 도입되지 않고 있으며 集團開業은 아직까지 시험단계에 있다.

환자의 의료기관 이용의 선택권이 자유롭게 보장되어 있어 환자가 직접 종합병원을 찾는 경우가 많기 때문에 大形病院에 患者集中現狀이 招來되고 있으며 3차 병원의 이용을 통제하고는 있으나 의료진달 체계가 정착되지 못하고 있다. 병원에 근무하지 않는 專門開業醫에 의한 의료서비스가 일본의 一次診療의 상당부분을 차지한다. 많은 환자들이 정형외과 의사, 산부인과 의사, 안과 의사, 비뇨기과 의사 등과 같은 전문개업의를 직접 찾는다. 外來患者의 醫療機關利用形態는 <表 3-1>

21) 日本의 一次醫療에 대한 資料는 ① Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan*, Vol. I, Chapter 9, 1992 ② 厚生省健康政策局總務課 編, ■■日本の醫療■■, 1993 ③ 醫療制度研究會 編, ■■醫療の構造變革と醫藥品■■, 1990 ④ 日本厚生統計協會, ■■國民衛生の動向■■, 1995 ⑤ 阿部正和 編, ■■醫學教育■■, 中央法規出版株式會社, 明日の醫療 6권, 1985 ⑥ Oxford Textbook of Public Health, 2nd edition, *Oxford Medical Publications*, 1991을 참고하였다.

과 같이 의원, 병원, 종합병원, 전통의료기관 이용 등이 혼재되어 있다.

〈表 3-1〉 日本 外來患者의 利用 醫療機關(1986)

외래 이용 의료기관	비율(%)
의원	40.0
병원	20.5
종합병원	26.2
대학병원	4.7
한방, 침 등 전통의료기관	5.9

資料: *Oxford Textbook of Public Health, 2nd edition*, Oxford Medical Publications, 1991, p.343.

2. 日本의 一次醫療

日本의 醫學敎育은 우리나라와 매우 유사하여 豫科 1~2년과 本科 4~5년의 6년 과정으로 되어 있다. 의과대학을 졸업하고 국가의사시험에 합격되면 의사면허를 받는다. 醫師免許를 取得한 후 보통 인턴에 해당되는 2년 이상의 병원 臨床訓練課程을 거치도록 강력히 권장되고 있다. 1996년부터는 의학교육기간의 축소를 위하여 2년과정이 1년 6개월로 축소되었다. 1990년 현재 90% 정도의 의과대학 졸업자가 후생성이 지정된 병원에서 이 과정을 밟고 있다²²⁾. 일본에서 公式的인 專門 醫 課程은 없으나 이 임상훈련과정을 거친 후 다시 3년 이상의 레지던트 과정을 밟고 病院勤務醫가 된다²³⁾. 개업의들도 이러한 전문과정을 습득하며 의학박사학위까지 취득하여 개업을 하고 있다. 일본 의사 협회에서 정례적으로 실시하는 보수교육 이외에는 의사들에 대한 公式的인 平生敎育課程은 별도로 개설되어 있지 않다.

일본에서 1차 의료는 민간개업의에 의해 행해지는 것이 일반적이데

22) 지정병원 밟는 의사의 75% 정도는 대학부설병원에서 임상훈련을 받는다.

23) 현재는 3~5년의 연수과정을 거처도 병원에서 전부 수용하지 못하고 병원 근무를 원하는 의사가 많아 취업대기 의사가 많은 것이 현실이다.

개업의의 대다수는 一般醫이지만 소수는 내과, 소아과, 또는 다른 분야의 專門醫들로 구성되어 있다. 대다수의 일반의는 의과대학졸업후 2년 이상의 臨床研修訓練을 받은 의사이다. 개원의에 의해 운영되는 의원(診療所)은 1인 의사에 의해 운영되는 것이 보통이며 10% 정도가 다른 고용의를 두고 있다. 의원은 1/3 정도가 병상을 보유하고 있다(厚生省, 1993).

일차의료를 담당하여 왔던 일본의 개업의는 醫師年齡의 高齡化와 최근 신규배출된 의사들의 病院勤務 指向, 신규개업에 수반하는 設備와 投資 負擔, 환자의 병원선호에 따른 患者數 減少, 낮은 醫療保險點數 등이 원인이 되어 개업의의 수는 크게 감소하고 있다. 의사인력 전체에서 개업의가 차지하는 비율은 1973년의 46.4%에서 1992년에는 24.6%로 낮아졌다(表 3-2 참조). 외래진료비에서 개원의원이 차지하는 비중도 1970년의 68.5%에서 1987년에는 57.6%로 점점 낮아져 가고 있다(日本 醫療制度研究會 編, 1990).

〈表 3-2〉 就業 部門別 日本醫師人力 分布

(단위: 명, %)

	1988		1992	
	인력	비율	인력	비율
의원(진료소)개설자	61,582	30.5	54,143	24.6
의원(진료소)취업자	11,075	5.5	21,510	9.8
병원 개설자	3,565	1.8	2,588	1.2
병원 근무자	81,071	40.2	94,194	42.9
대학병원 취업자	36,389	18.0	39,063	17.8
교수 및 연구직	4,111	2.0	3,904	1.8
보건위생 분야 종사자	2,143	1.1	2,315	1.1
노인보건시설 종사자	-	-	9,078	4.1
기 타	1,700	0.8	1,638	0.7
계	201,658	100.0	219,704	100.0

資料: 日本 厚生統計協會, ■■■國民衛生の動向■■■, 1995.

Aoyama, Hideyasu, "Background and Prospects of the Reform of the Japanese Health Center Law", ■■■한국보건행정학회 후기학술대회 자료집■■■, 1994.

일본의 開業醫院의 標榜科目은 내과 67.1%, 소아과 35.2%, 소화기과 17.5%, 외과 20.0%이며 산부인과, 피부과, 정형외과, 안과, 기타 외과 등의 개업의도 적지 않다. 일본의 국민들의 의료이용은 病院을 選好하는 방향으로 나가고 있는데, 그 이유는 첫째로는 醫療技術의 進歩에 따라 환자는 청진기와 투약중심의 진료에 만족하지 않고 대기시간이 길더라도 검사를 충분히 받을 수 있고 필요하면 입원이 가능한 병원을 선택하고 있다. 두번째 이유는 환자의 醫療要求가 多樣化되고 高級化되면서 현재 개업의원의사의 평균연령이 고령화되고, 표방이 ‘내과-외과’, ‘내과-산부인과’ 등의 표방에 대해서 신뢰하지 않고 만족하지 않고 있기 때문이다. 세번째는 의사나 행정가의 患者에 대한 教育弘報가 不在하기 때문이다. 지역의 의료기관중 어디를 이용해야 할 것인가에 대한 정보가 없기 때문에 불안한 환자가 병원을 찾게 된다. 넷째는 이들 의원들이 병원과 연계관계가 없어 適切한 依賴를 해주지 않는 것도 의원을 이용하지 않는 이유로 작용하고 있다.

후생성은 1984년 가정의제도 창설 검토예산을 책정하여 가정의의 필요성, 가정의의 양성연수 및 인정방안, 가정의에 관련된 제반제도 등을 검토하였고, 1987년에는 ■■家庭醫에 관한 懇談會報告書■■를 제출하였다. 본 검토회는 일본의 사회 문화적 배경과 일본 의사협회의 강한 반대²⁴⁾ 등을 고려하여 별도의 家庭醫 分科의 도입이나 제도화보다는 ‘家庭醫 機能’을 일차의료에 종사하는 의사들이 수행하도록 보급하여 장기적으로 家庭醫의 定着을 推進하고 있다. 이 ‘家庭醫 機能’은 다음과 같이 10項目으로 정리되어 있다.

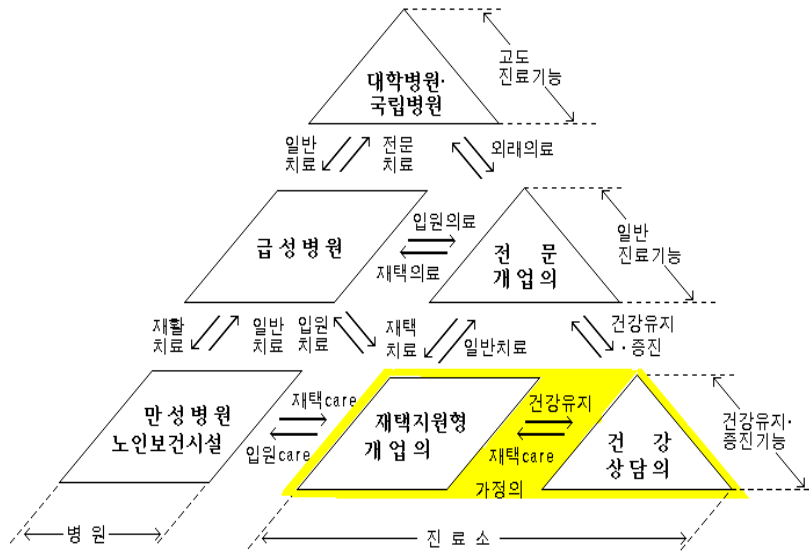
① 초진환자에게 충실히 대응할 것

24) 당초에는 家庭醫의 제도화를 고려하였으나 방대한 개업의에 의한 의료공급체계에 변화를 주는 것이 어렵고 의료계의 강력한 반대에 부딪혔기 때문이다.

- 질병의 초기단계에 명확히 대응할 수 있도록 할 것
- 일상적인 질환이나 외상의 치료능력을 갖출 것
- 필요한 경우 적절한 의료기관을 소개할 것
- ② 健康相談 및 指導를 충분히 수행할 것
- ③ 의료의 계속성을 중시할 것
- ④ 종합적이고 포괄적인 의료를 중요시하고 의료복지 관계자 팀과 연계하여 綜合的인 調整機能을 갖도록 할 것
- ⑤ 적절한 技術水準을 維持할 것
- ⑥ 환자를 포함한 地域住民과의 信賴關係를 중요시할 것
- ⑦ 가정의 생활배경 등을 파악하고 환자에게 全人的으로 對應할 것
- ⑧ 진료에 대하여 충분한 설명을 할 것
- ⑨ 필요한 경우 언제라도 연락이 가능하도록 할 것
- ⑩ 醫療의 地域性을 중요시할 것

1988년부터는 2개의 市와 2개의 町에서 지역의사회의 협조를 얻어 시범사업으로 가정의 제도 실시상의 문제점에 대한 조사분석과 검토를 진행하고 있다. 최근 일본에서 추구하고 있는 ‘家庭醫 機能’을 가진 일차의료기관으로서의 의원은 건강상담과 재택지원형 일차의료기능을 갖는 일차의료기관으로써의 역할을 하며 전문개업의와 병원은 2차의료기관으로, 대학병원과 국립병원은 3차의료기관으로 의료전달체계를 구축하려는 구상을 가지고 있다(圖 3-1 참조).

[圖 3-1] 日本 家庭醫 네트워크의 發展方向



資料: 醫療制度研究會 編, ■■醫療の構造變革と醫藥品■■, 1990.

3. 日本의 家庭醫 確保를 위한 行政支援 試圖

가. 開業醫 承繼支援事業

은퇴예정자로서 후계자가 없는 의사와 개업희망 의사의 중개 사업의 시행으로 診療所 開業醫의 승계지원사업이 동경구, 요코하마, 오오사카, 교오토 등의 일부 대도시에서 시범적으로 시도되고 있다.

나. 기타 考慮되고 있는 提案

아직까지 시행되지 않은 방안이지만 診療所의 건물 및 토지를 국가가 마련하여 임대하는 방안과 병원의 정년퇴직 의사중 경험이 풍부한

우수한 의사인력이 지역의료의 일선에서 家庭醫로서 活躍하도록 하는 방안, 진료소의 경영기반을 지원하기 위한 會計側面의 정비, 稅制上의 醫療法人化의 촉진, 金融支援 등 육성대책을 강화하고 있으며 의료기관 업무범위의 재고 등의 방안이 考慮되고 있다.

4. 日本의 一次醫療 課題

日本은 醫師過剩時代를 맞고 있으며 병원의 추가적인 의사인력 소요가 제한되어 있기 때문에 신규 젊은 의사의 진로가 문제시되고 있다. 이러한 가운데 의원은 開業醫의 老齡化 등으로 위축되고 있다. 또한 의사양성과정은 專門醫 養成 中心體制로 되어 있어 포괄적인 일차의료를 수행하는데 적합한 의사인력 양성체제를 갖고 있지 못하며, 一般醫에 대한 再教育 시스템도 없다.

일선에서는 전문의와 일반의간의 기능이 분화되어 있지 않으며 전문의에 비하여 일반의에 대한 사회적 위상이 낮다. 이러한 현실에서 최근 일본은 一次醫療機能을 가지는 家庭醫 役割을 하는 의사를 확보하기 위한 방안을 다음과 같이 모색하고 있다.

첫째, 현재 일본의 개원의원 중 외과계열 등을 모두 家庭醫의 틀에 넣는 것은 무리이므로 各科 專門醫院과 본연의 家庭醫와의 分化가 進行되어 가야 할 課題이다.

둘째, 家庭醫를 위한 의과대학의 卒業前 教育和 卒業後의 病院研修 등 多様な 研修機能과 프로그램에 대한 충분한 檢討가 요청되고 있다. 그 예로는 광범위한 家庭醫 機能을 겸한 內科 또는 小兒科醫師로의 연수, 타 전문 각과의 전문적 기능 외의 家庭醫 機能의 일부 연수, 커리큘럼에 근거한 家庭醫 機能의 취득 연수 등이다.

셋째, 타 醫療施設과의 機能 分擔의 명확화가 요구되고 있다.

넷째, 家庭醫 機能의 支援體系의 確立을 위한 구체적인 대책이 따라

야 한다. 즉, 타 의료시설간의 의뢰 및 회송체계의 확립과 의료기기의 공동이용, 상호 연수기회 등을 통한 병원근무 의사와의 교류, 의료계획에 의한 지역의료 체계화, 병원의 외래기능분담의 명확화, 의료관련 정보시스템의 정비 등이 수반되어야 한다.

다섯째, 醫療費 支拂方式에 대한 종합적 재검토가 필요해지고 있다. 즉, 성과급제가 검사와 투약에 비중을 두게 되므로 포괄적이며 계속적인 보건의료서비스에 대한 대가를 적절히 보상하기 위해서는 定額支拂制나 人頭制 등으로의 전환에 대한 검토가 필요하며 예방서비스에 대한 급여가 이루어지지 않으면 家庭醫에 대한 소득보상에 한계가 많다고 보고 있다.

여섯째, 국민에게 家庭醫에 대한 認識을 提高시키기 위하여 적절한 정보가 제공되어야 한다.

이와 같은 사항들은 우리나라에서도 一次醫療의 확립과 함께 구체적인 實踐對策을 마련함에 있어서 검토되어야 할 사항들로 볼 수 있다.

第4節 外國 經驗에서의 示唆點

本 研究에서는 의료공급 구조와 의료보장의 財政構造가 公的構造 중심인가, 私的構造 중심인가에 따라 의료공급 및 의료보장 재정구조가 모두 公的構造에 의해 이루어지고 醫療費用을 租稅로 조달되고 있는 英國, 醫療供給과 의료보장의 재정구조가 모두 私的構造를 중심으로 하는 국가유형인 美國, 의료공급은 民間中心이고 재정은 公的構造를 중심으로 하는 국가유형인 日本 등의 선진국가를 비교대상국가로 선정하여 이들 의료제도가 각각 상이한 국가에서 일차의료의 어떤 위치에 있으며 문제점을 타개하기 위해서 어떤 방향을 모색하고 있는가를 파악하고자 한 것이다.

總 醫療費用중 公共에 의해 조달되는 비용이 84%인 영국에서는 一次醫療制度가 一般醫를 중심으로 잘 정착되어 있는데 英國의 NHS가 채택하고 있는 醫療體系는 전통적으로 資源의 衡平的 配分에 대한 고려를 重視하며 최근에는 地域單位 地區保健當局에 많은 권한을 부여하는 地域化 政策이 갖는 특징으로 인하여 많은 長點을 가지고 있다. 이는 영국국민들은 아직까지 一般醫를 信賴하고 있으며, 一次醫療에 기반을 둔 NHS를 支持하는 원동력이 되고 있다고 볼 수 있다. 최근에는 NHS제도가 國家의 財政에 주는 부담이 가중되면서, NHS 개혁을 통하여 미국식의 경쟁원리를 일부 도입하고 있다. 즉 개혁의 일환으로 의료에 内部市長을 도입하였으며, 家庭醫制度의 獨立性에 대하여 중앙의 권한이 미치게 하기 위한 일련의 조치와 재원의 동결에 대한 계획, 豫算保有 一般醫가 導入되는 등의 변혁으로 一次醫療制度에도 변화를 맞고 있다.

美國의 一次醫療의 特徵은 財源과 의료인력 그리고 의료기관이 民間醫療가 主軸이 되어 이루어진다는 것이다. 총 의료비용중 公共에 의해 조달되는 비용은 42%로써 그만큼 患者의 直接支拂 혹은 一般 商業保險에 의한 財源調達이 주류를 이룬다는 것을 의미한다. 이와같이 公共部門의 脆弱으로 醫療의 組織과 企劃의 不在속에서 醫療가 過度하게 專門化되고 非豫防的이 되고 있으며, 他專門科와의 連繫協助가 容易하지 않고 접근도가 낮은 의료체계를 낳고 있다고 볼 수 있다. 또 일반의와 전문의 사이에 역할분담이 명확하지 않아 많은 專門醫가 클리닉(의원)을 개업하고 一次醫療를 提供하고 있어 醫療의 效率과 醫療費의 增加抑制 면에서 많은 문제를 가지고 있다.

이와 같이 美國은 專門醫 中心의 醫療體系, 一次醫療에 대한 국민의 낮은 意識水準과 低調한 利用率, 그리고 專門醫에 비하여 상대적으로 비자율적인 一般醫의 의료공급 여건, 낮은 俸給水準 등이 일차의사의

기피를 가져오게 하고 一次醫療의 非活性化를 야기시켰다고 볼 수 있다. 그러나 미국에서도 최근에는 醫療費 抑制를 위한 다양한 노력이 경주되면서 이미 도입된 HMO에서의 일차의료단계 외에도 확산되어 가고 있는 managed care의 경향으로 의료기관 선택의 제약 등을 통해서 일차 의료기관을 거쳐 계약된 2, 3차기관을 이용하도록 의료이용을 통제하는 등 영국식의 의료제도가 수렴되고 있다.

우리나라와 사회문화적 배경에서 유사점이 많은 일본은 일차의료에 있어서 공통된 문제를 가진 대표적인 국가로서 醫院과 病院間에 機能分擔의 未確立으로 인하여 의료기관간의 機能이 重複되어 있으며, 一般醫와 專門醫(認定醫) 간의 기능분담도 이루어지지 않고 있어 一次醫療가 정립되지 못하고 있다. 이외에도 保健과 臨床醫學의 分離, 綜合病院과 個人病院 사이의 機能의 未分化, 전문개업의(semi-specialists)와 일차 진료의사와의 관계 및 연계성이 모호한 점에서 우리나라와 같은 문제를 안고 있다. 특히 專門開業醫와 一次診療醫師의 關係는 일본의 일차의료를 확립시키는데 있어 매우 중요한 걸림돌로 되어 있다.

일본에서는 家庭醫 專門醫 制度는 도입하지 않고 있지만 지역의료 중에서 開業醫院이 쇠퇴하고 있는 상황에서 厚生省은 노령화사회에서 증가하는 만성질환의 의료요구에 적합한 醫療體系와 醫療費 抑制를 고려하여 一次醫療를 충실히 할 필요성을 인식하고 '家庭醫 機能'의 強化를 위한 대책을 고려하고 시범사업을 전개하고 있다. 이 방안은 일부 專門醫를 대상으로 家庭醫 機能을 확보하고자 하는 것이다. 이와 더불어 開業醫를 支援하기 위한 사업도 시작하고 있다. 일본에서 제안된 이러한 방안은 개원의가 과거보다 어려운 환경에 놓이고 있는 우리나라에서도 향후 고려할 사항이라 하겠다.

이상을 종합해 보면 英國은 一次醫療가 定立된 국가로서 국민의 의료서비스에 대한 滿足度나 國民醫療費 등에서 模範的인 양상을 보이

는 국가로서 최근의 개혁동향까지 포함하여 일차의료의 체계와 내용, 일차의사의 보수책정기준, 양성 및 훈련 등에서 향후 일차의료를 강화하는데 있어서 참고가 될 수 있는 방안을 시사하고 있다고 할 수 있다. 美國, 日本은 우리나라의 의료제도 형성, 의료인력의 양성이 이들 두 국가의 유형을 도입하여 정착되어 왔기 때문에 一次醫療의 관점에서 많은 문제점을 갖고 있다는 점에서 우리나라가 직면하고 있는 문제와 유사한 양상을 보이고 있으며 문제의 해결을 모색하는 각종 방안에서 우리가 채택할 수 있는 示唆點을 제시하고 있다 하겠다.

第4章 一次醫療의 現況과 問題點

一次醫療을 診斷하기 위해서는 現行 의료체제 속에서 ‘일차의료의 어떤 위치에 있는가’의 규명하는 것이 우선적으로 이루어져야 한다. 이는 우리의 실정에서 一次醫療을 어떤 방향으로 發展시켜야 할 것인가를 제시하는데 있어서 장애가 되는 요인과 쟁점이 되는 사항을 규명해 주는 근거가 되기 때문이다.

一次醫療은 醫療體系 全體의 下部構造로써 醫療傳達體系, 醫療人力의 規模와 構成, 醫療酬價, 醫療서비스의 형태 등 의료체제의 모든 측면과 관련되어 있다. 본 연구에서는 이들 측면을 크게 醫療傳達體系, 醫療酬價, 醫療人力, 醫療서비스의 네 가지로 나누어 일차의료의 위치를 평가하고자 하였다.

第1節 醫療傳達體系와 一次醫療

醫療傳達體系는 첫째 의료요구 수준에 부응한 의료의 종적 분업체계에 근거한 단계별 醫療利用體系, 둘째 患者依賴體系, 셋째 진료권역으로 일컬어지는 醫療資源의 空間的 配置體系를 포함하는 개념이다.

본 연구에서는 주로 첫번째와 두번째에 국한하여 現行 醫療傳達體系 속에서의 一次醫療의 位置를 규명하고자 하였다. 즉 의료기관별 患者흐름과 醫療利用 樣相, 患者의 醫療利用行態 등을 중심으로 現行 의료전달체계의 효과를 최근의 의료전달체계에 대한 研究와 國民健康調査 및 醫療保險給與統計 등을 통하여 파악하였다.

1. 醫療傳達體系 制度的 運營 樣相

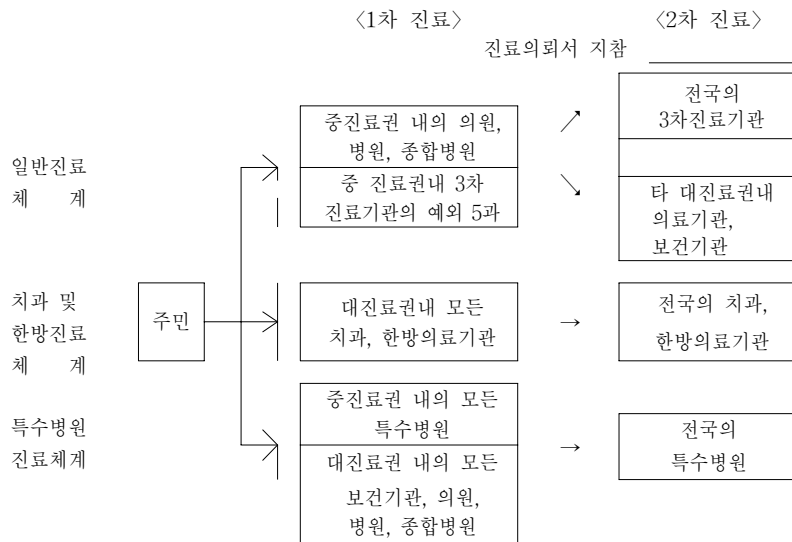
1989년 7월 전국민에게 의료보험을 확대하면서 정부는 非體系的인 醫療供給構造와 疾病의 危重度에 상관없이 대형의료기관을 찾는 의료 이용행태로 인하여 발생하는 개인적, 사회적 낭비를 줄이기 위하여 醫療傳達體系의 實施라고 일컬어지는 조치를 취하였다. 그 내용은 최초로 방문할 수 있는 의료기관과 그 이후에 옮겨갈 수 있는 의료기관을 소개지와 종류에 따라 제한하는 진료절차를 제시하고 이에 따르지 않는 환자에게는 保險給與를 하지 않고 본인이 진료비의 전액을 부담하도록 하여 3차진료기관²⁵⁾ 이용에 따르는 直接費用의 負擔을 增加시킨 것이다.

<表 4-1> 醫療機關 類型과 患者依賴體系의 段階

분 류		의원	병원	종합 병원	3차 진료기관	특수 병원
규범적 기준	의료기관의 규모에 따라 분류한 의료기관유형별로 설정한 규범적 진료기능	1차	2차	3차	3차	2차, 3차
제도적 규제	3차진료기관으로 지정된 종합병원과 기타(의원, 병원, 종합병원) 의료기관과의 2단계 환자의뢰 체계로 진료의뢰서를 발급받은 경우 2단계 진료가 가능하도록 함. 단, 예외 5과는 3차기관이라도 1차진료 허용	1차	1차	1차	2차	2차
현실적 운영 현황(관행)	제도적 기준의 적용에 있어서 예외 5과의 편법 이용을 통한 3차기관의 이용	1차	1차	1차	1차, 2차	1차, 2차

25) 3차 진료기관은 대학병원은 500병상 이상, 종합병원은 700병상 이상의 기관중 환자의 진료이용행태, 전문과목별 진료능력, 교육연구기능 등에서 의료보험요양기관 관리기준(보건복지부고시 제1995-25호) 제14조에 의한 “3차 진료기관 인정 및 주기적 평가기준”에 적합한 기관이 지정되며 1996년 10월 현재 40개 종합병원이 지정되어 있다.

[圖 4-1] 現行 患者依賴體系 흐름도



醫療傳達過程의 體系化는 의료서비스 공급조직간의 機能分化和 그에 따른 段階的 醫療利用을 전제로 한다²⁶⁾. 즉 1차, 2차, 3차의 각급 의료기관의 역할이 차별화되어 수직적 분업을 이루고 의료이용자에게 예방적, 치료적 의료서비스를 전달하는데 있어서 醫療供給者 組織들이 相互 有機的이고도 補完的인 分業構造를 형성하고 이에 따른 의료이용을 유도하는 것이 관건이 된다. 그러나 그 동안의 공급조직간의 이해관계 및 의료이용자의 체질화된 이용행태로 인하여 의료전달체계가 수용되지 못하고 있다. 現行 醫療傳達體系는 規範的 基準, 制度的 規制와 실제 患者依賴體系의 運營에 있어서 각각 큰 차이를 보이고 있다. 즉 <表 4-1>에서와 같이 진료의 단계적 구분은 1차, 2차, 3차로 나눌 수 있으나 본격적인 의료전달체계와는 거리가 있으며 초보적이

26) 의료의 지역별 적정분포와 보건의료망이 편성 등 의료의 지역화에 대한 고려도 필요하나 본 연구에서는 논외로 하였다.

고 예비적 성격이 강한 2段階 患者依賴體系로 되어 있다. 현행 의료진 달체계에서 규정한 患者의 診療節次는 [圖 4-1]과 같다.

2. 醫療供給의 變化

1977년 醫療保險 도입과 더불어 증가한 醫療需要는 그 시기의 경제 성장과 맞물려 醫療供給의 數와 規模면에서 急成長을 가져오게 하였다. 이에 따라 의료기관 종류별 病床과 醫師의 構成도 변화하였다. 機關數, 病床數, 근무 常勤醫師數의 성장에서 특히 綜合病院의 성장이 특징적으로 두드러지게 나타나고 있다. 또한 병원급 이상 의료기관의 단위 기관당 病床數와 常勤醫師의 규모가 커지고 있다.

<表 4-2>는 최근의 의료기관종별 의료기관수, 병상수, 상근의사수 분포의 변화추이를 보이고 있다²⁷⁾. 醫院數는 1975년을 기준으로 비교할 때 1994년까지 2.2배 증가하였는데 病院數는 동일기간중 2.9배, 綜合病院은 6.8배로 증가하였다. 病床數는 1977년을 기준으로 비교할 때 의원은 1994년까지 1.6배, 병원은 2.4배, 종합병원은 6.6배로 의원의 병상수 증가는 의원수의 증가에 미치지 못하여 기관당 병상수는 줄고 있음을 나타낸다. 常勤醫師數를 보면 1981년도를 기준으로 볼 때 1994년까지 의원은 2.1배, 병원은 1.8배, 종합병원은 3.5배로 역시 종합병원의 증가가 두드러짐을 알 수 있다.

이를 다시 <表 4-3>에서 醫療機關別 구성비율로 나타내보면 1977년에는 병상점유 비율이 의원 49.1%, 병원 24.1%, 종합병원 26.8%에서 1994년에는 의원 24.7%, 병원 18.7%, 종합병원 56.6%로 의원과 병원의 점유비중은 줄고 있으며 종합병원의 비중이 크게 높아졌음을 볼 수 있다. 상근의사의 비율은 1981년에는 의원 49.0%, 병원 8.5%, 종합

27) 기준년도는 각 통계자료의 제약으로 의료기관수는 1975년을 기준으로, 병상수는 1977년을 기준으로 상근의사수는 1981년을 기준으로 비교하였다.

병원 42.5%에서 1994년에는 의원 39.2%, 병원 5.6%, 종합병원 55.2%로 구성이 변화하였다.

〈表 4-2〉 醫療機關種別 機關數, 病床數 및 醫師數 推移

	의원		병원 ¹⁾		종합병원	
	실수	%	실수	%	실수	%
의료기관수(기관)						
1975	6,087	100.0	133	100.0	37	100.0
1980	6,344	104.2	240	180.5	82	221.6
1985	8,069	132.6	317	238.3	183	494.6
1990	10,935	179.6	328	246.6	228	616.2
1991	11,746	193.0	326	245.1	231	624.3
1992	12,355	203.0	337	253.4	236	637.8
1993	12,966	213.0	360	270.7	242	654.1
1994	13,647	224.2	380	285.7	252	681.1
병상수(병상)						
1977	25,252	100.0	12,377 ²⁾	100.0	13,762	100.0
1980	24,876	98.5	17,269 ²⁾	139.5	20,386	148.1
1985	23,861	94.5	17,965	145.1	49,394	358.9
1990	33,011	130.7	19,425	156.9	66,625	484.1
1991	35,779	141.7	20,917	169.0	71,275	517.9
1992	35,418	140.3	22,423	181.2	76,619	556.7
1993	37,408	148.1	25,886	209.1	81,911	595.2
1994	39,836	157.8	30,161	243.7	91,172	662.5
상근의사수(명)						
1981	6,826	100.0	1,177	100.0	5,914	100.0
1985	8,267	121.1	1,370	116.4	9,813	165.9
1990	11,402	167.0	1,668	141.7	14,838	250.9
1991	12,246	179.4	1,722	146.3	16,027	271.0
1992	12,945	189.6	1,816	154.3	17,714	299.5
1993	13,779	201.9	1,927	163.7	19,297	326.3
1994	14,559	213.3	2,066	175.5	20,515	346.9

註: 1) 특수병원, 치과병원, 한방병원 제외

2) 정신병원, 결핵병원, 나병원 포함

資料: 보건복지부, 『보건사회(복지)통계연보』, 각 연도.

〈表 4-3〉 醫療機關種別 病床數 및 醫師數 構成

(단위: %)

	계	의원	병원 ¹⁾	종합병원
병상수				
1977	100.0	49.1	24.1 ²⁾	26.8
1980	100.0	39.8	27.6 ²⁾	32.6
1985	100.0	26.2	19.7	54.1
1990	100.0	27.7	16.3	56.0
1991	100.0	28.0	16.3	55.7
1992	100.0	26.3	16.7	57.0
1993	100.0	25.8	17.8	56.4
1994	100.0	24.7	18.7	56.6
상근의사수				
1981	100.0	49.0	8.5	42.5
1985	100.0	42.5	7.0	50.5
1990	100.0	40.9	6.0	53.2
1991	100.0	40.8	5.7	53.4
1992	100.0	39.9	5.6	54.5
1993	100.0	39.4	5.5	55.1
1994	100.0	39.4	5.6	55.2

註: 1) 특수병원, 치과병원, 한방병원 제외

2) 정신병원, 결핵병원, 나병원 포함

資料: 보건복지부, 『보건사회(복지)통계연보』, 각 연도.

즉 과거에는 의원에 종사하는 의사가 가장 많았으나 이제는 의사의 과반수 이상이 종합병원에 근무하고 있음을 볼 수 있다. 이러한 현상들은 一次醫療의 기본 수요가 보편적으로 75~85%임을 고려할 때 일차의료의 많은 부분이 병원과 종합병원에서 이루어지고 있음을 나타내는 것으로 볼 수 있다. 이는 의료공급이 專門化·高度化 되는 방향으로 구축되고 있는 것으로 이와 같은 의료공급체계가 갖는 高費用과 非效率性 문제를 내포하고 있다고 하겠다.

이러한 방향의 병원시설 투자와 의사의 양성이 그 구조를 변경하는데 오랜시간이 걸린다는 世界銀行의 지적(World Bank, 1993)은 우리나라에도 바로 해당되는 문제로서 향후 정부가 의료인력, 의료시설 공

급확대 방향을 세우는데 있어서 一次醫療를 담당할 부문과 二次·三次醫療를 담당할 부문의 균형을 고려하여 資源의 投入과 配分에 대한 장기적이고 합리적인 검토가 있어야 할 사항으로 여겨진다.

3. 國民의 醫療利用의 樣相

가. 利用 醫療機關

同一 中診療圈內에서는 患者가 醫院, 病院, 綜合病院을 어떤 구속이 없이 드나들 수 있는 현실에서 환자가 처음으로 의료서비스를 이용한 최초접촉의료에 대한 자료는 거의 없다. 따라서 최초 접촉의료와는 다르지만 본 연구에서는 1995년도 국민건강조사의 2주간 외래이용 결과를 통해서 간접적으로 일차의료이용 행태를 유추하고자 하였는데 그 결과는 다음과 같다.

총조사대상자의 24.1%가 조사 당시 지난 2주간 외래의료이용 경험이 있으며, 이 중 病·醫院에 국한하면 12.5%의 인구가 외래이용 경험이 있다(최정수 외, 1995). 2週間 外來利用 實態를 보면 우리 국민이 이용한 기관은 醫院 37.5%, 病院 4.4%, 綜合病院 5.2%, 3次 診療機關 3.9%였으며 藥局利用은 39.5%로 나타나고 있다.

1989년 및 1992년 자료와 비교하여 볼 때 의료보험 도입 이후 약국 이용이 의원으로 많이 轉移되었으나 우리 국민들이 외래 진료시 이용하는 기관은 아직도 약국이 가장 높고 그 다음 비슷한 수준으로 의원을 이용하는 것으로 나타났다. 2주간 외래이용에서 부분적으로 최초 접근의료에 대해서 제한을 두고 있는 3次 診療機關 利用率도 3.9%가 되어 우리나라에서는 一次醫療를 받을 수 있는 자원은 매우 다양하다고 볼 수 있다(表 4-4 참조). 약국, 한방, 보건기관을 제외한 일반진료 체계(즉 의원, 병원, 종합병원 등)만으로 한정하면 2주가 외래이용기관

은 의원이 73.5%, 병원 8.6%, 종합병원 10.3%, 3차진료기관 7.6%이다 (表 4-8 참조).

<表 4-4> 國民健康調査의 醫療機關 利用樣相(2週間 外來利用, 1995)¹⁾
(단위: %)

	1989 ²⁾	1992 ²⁾	1995		
	전국	전국	전국	도시	농촌
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(7,422)	(6,345)	(6,041)	(4,661)	(1,380)
의원	-	35.9	37.5	37.2	38.3
병원	41.2 ³⁾	-	4.4	4.1	5.5
종합병원	-	14.0 ⁴⁾	5.2	4.9	6.3
3차진료기관	-	-	3.9	4.1	2.9
한방병의원	4.0	4.4	4.6	4.7	4.6
보건기관 ⁵⁾	3.2	4.5	4.9	1.3	17.1
약국	51.6	41.2	39.5	43.8	25.3

註: 1) 외래이용 건수로써 치과이용 및 기타기관 이용은 제외함.

2) 15일간의 외래이용을 조사함.

3) 의원, 병원, 종합병원, 3차진료기관이 합해짐.

4) 병원, 종합병원, 3차진료기관이 합해짐.

5) 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소

資料: 송건용 외, 『1989년도 국민건강조사』, 한국보건사회연구원, 1990.

_____, 『1992년도 국민건강 및 보건의식행태조사』, 한국보건사회연구원, 1993.

한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

<表 4-5>를 보면 우리 국민들이 2주간 외래이용한 의료기관은 1개 기관을 이용한 경우가 84.7%, 2개 12.9%, 3개 이상이 2.4%이다.

국민건강조사의 외래이용조사 항목은 일차적으로 외래이용율을 파악하기 위한 것이므로 조사기간내의 첫 의료기관 방문이 바로 최초 이용기관이 될 수는 없으나 2주간 외래이용중 利用機關의 순서대로 醫療機關 類型的 分布를 보면 첫번째 이용기관은 의원이 39.2%, 병원이 4.5%, 종합병원이 5.9%, 3차 진료기관이 3.9%였고 약국은 35.0%였다. 두번째, 세번째, 네번째 이상의 이용기관의 분포는 韓方醫療機關

과 藥局 등의 이용자 비율이 다소 높아지는 반면 종합병원과 3차 진료기관의 이용자 비율은 오히려 감소하고 있다(表 4-6 참조).

〈表 4-5〉 2週間 外來利用 醫療機關¹⁾數(1995)

	적용 대상수	%
1	4,309	84.7
2	658	12.9
3	110	2.2
4	10	0.2
5	2	0.04
6	1	0.02
계	5,090	100.0

註: 1) 약국, 한방, 보건기관 포함. 치과병의원은 제외
資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

〈表 4-6〉 2週間 外來利用患者의 利用醫療機關 類型¹⁾(1995)

(단위: %)

이용기관 순위	N	의원	병원	종합 병원	3차 진료기관	한방 병의원	보건 기관 ²⁾	약국
첫번째 이용기관	5,090	39.2	4.5	5.9	3.9	3.7	7.9	35.0
두번째 이용기관	781	30.9	4.6	3.6	2.0	9.3	6.3	43.3
세번째 이용기관	123	32.5	3.3	7.3	-	9.8	6.5	40.7
네번째 이상 이용기관 ³⁾	13	11.8	5.9	-	11.8	11.8	47.1	11.8

註: 1) 외래이용자수로서 치과이용은 제외하였음.
2) 보건소, 보건의료원, 보건지소, 보건진료소
3) 2주간 외래이용에서 네번째, 다섯번째, 여섯번째 이용기관의 합임.
資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

이것은 뒤의 의료이용 경로에서도 볼 수 있듯이 의료기관의 변경이 첫번째, 두번째, 세번째로 진행되어도 순차적으로 높은 단계의 의료기관을 택하는 경향은 보이지 않아 의료단계별 의료이용이 이루어지지 않고 있음을 시사하는 자료로 볼 수 있다.

우리 국민들의 醫療機關 利用經路를 파악하기 위하여 1995년도 國

民健康調査에서 外來醫療利用狀態를 살펴보면 조사대상자의 12.5%²⁸⁾에 해당되는 외래의료이용자 2,838명의 2주간 의료기관 이용경로는 91.7%가 한 종류의 의료기관 즉, 한 단계의 의료이용으로 그치고 있으며 나머지 8.3%가 2주간의 기간 중에 두 종류 이상의 의료기관을 이용하고 있었다. 이는 조사대상기간이 2週間の 짧은 기간으로 제약되어 있기 때문일 것으로 보인다. 2週間 두 종류 이상의 의료기관을 이용한 사람들의 醫療機關 利用 經路를 보면 의원→의원이 가장 많고 그 다음이 의원→종합병원, 종합병원→의원, 의원→3차 진료기관, 의원→병원 順으로 대체로 의원 이용이 높고 병원급 의료기관 이용은 적은 것으로 나타나고 있다. 국민건강조사 외래의료이용자료를 2주간으로 제한되어 있어 동일질병에 대한 의료이용경로를 파악하기에는 제한점이 많으나 동일질병으로 두군데 이상의 의료기관을 이용한 사람들에게 국한하여 보면 이용경로가 많은 順으로 볼 때 의원→의원이 가장 많고 의원→병원, 의원→종합병원이었다.

위의 결과는 일반진료체계내에서 볼 때 2週間の 짧은 기간의 관찰에서는 醫院이 의료이용의 대부분을 차지하며 우리나라에서 病院 자체가 차지하는 비중이 낮은 것이 근본적인 이유이겠으나 전반적으로 병원이 의료이용에 있어서 큰 역할을 하지 못하는 것으로 나타나고 있다. 또한 2주간의 짧은 기간을 고려할 때 의료기관 변경이 꽤 많이 나타났다고 볼 수 있다. 의료보험자료에 나타난 우리 국민의 의료이용 행태를 파악한 연구에서는 급성질환, 만성질환 모두에서 동일 질환의 경우에 1개의 의료기관을 이용하는 비율은 각각 60%, 68%에 불과하고 상당수가 2개 이상의 의료기관을 이용하고 있으며, 의료이용 경로를 보면 만성질환의 경우 환자의 약 15%가 종합병원을 이용하고 있

28) 2주간 외래의료이용자중 한방병의원, 약국, 보건기관 이용자 및 치과병의원 이용자를 제외한 일반진료체계 이용율로 표시한 것이다.

어 의사쇼핑(doctor shopping) 현상을 보이는 것으로 밝히고 있다(김창엽, 1991). 그러나 국민건강조사 자료에서는 단기간의 조사기간에 대한 관찰이기 때문에 뚜렷한 의사쇼핑 현상은 파악할 수 없었다(表 4-7 참조).

1995년 국민건강조사에서 외래의료이용자의 개인속성과 환경요인 등을 반영하는 일반특성별로 이용 의료기관의 분포를 보면 <表 4-8>과 같다. 연령을 生涯의 週期에 따라 구분하였을 때, 14세 이하의 소아기에서는 醫院利用이 높았고 연령이 청년기, 장년기, 중년기, 노년기로 갈수록 다소 病院, 綜合病院 利用者의 比率이 높아지고 있다. 이는 인구집단 전체적으로는 生의 週期에 따라 疾病의 重症度가 높아지기 때문인 것으로 보인다. 居住地域에 따라서는 3次 診療機關 利用이 농촌지역에서는 다소 낮음을 볼 수 있는데 이는 醫療資源 分布에서의 差異에 기인하는 것으로 볼 수 있다.

教育水準이 높을수록 병원, 종합병원, 3차 진료기관을 찾는 비율이 높아지고 있으며, 직업별로는 전문·행정·관리직에서 판매서비스직, 사무직에서 기능직, 농어업 종사자에 비하여 綜合病院과 3次 診療機關을 찾는 경우가 높은 것으로 나타났다. 가구의 월평균 소득이 높은 계층에서 3차 진료기관이용이 높은 것으로 나타나고 있기는 하나 뚜렷한 경향은 파악되지 않았다.

이러한 결과는 환자의 개인적인 사회경제적 속성에 따라 질병의 危重度가 차이가 있는 것은 아니라고 볼 때 患者의 個人的인 屬性에 따라 의료기관 선택유형에 차이가 있으며 특히 教育水準이 높은 계층에서 3次 診療機關과 綜合病院을 좀더 이용하는 경향을 나타내고 있다.

〈表 4-7〉 2週間 外來利用者의 醫療機關¹⁾ 利用 經路(1995)

(단위: 명, %)

	진 체			동일 상병	
	이용자수	%	% ²⁾	이용자수	% ²⁾
의원	1,910	67.30	-	-	-
병원	230	8.10	-	-	-
종합병원	281	9.90	-	-	-
3차진료기관	181	6.38	-	-	-
의원→의원	127	4.47	53.81	60	53.10
의원→병원	11	0.38	4.66	9	7.96
의원→종합병원	12	0.42	5.08	7	6.19
의원→3차진료기관	9	0.32	3.81	3	2.65
병원→의원	9	0.32	3.81	6	5.31
병원→병원	5	0.18	2.11	3	2.65
병원→종합병원	1	0.04	0.42	1	0.88
병원→3차진료기관	1	0.04	0.42	1	0.88
종합병원→의원	16	0.56	6.78	6	5.31
종합병원→종합병원	7	0.25	2.97	1	0.88
종합병원→3차진료기관	1	0.04	0.42	1	0.88
3차진료기관→의원	6	0.21	2.54	1	0.88
3차진료기관→병원	1	0.04	0.42	1	0.88
3차진료기관→종합병원	3	0.11	1.27	2	1.77
3차진료기관→3차진료기관	4	0.14	1.69	1	0.88
의원→의원→의원	9	0.32	3.81	3	2.65
의원→의원→병원	1	0.04	0.42	1	0.88
의원→병원→의원	2	0.07	0.85	1	0.88
의원→병원→의원	2	0.07	0.85	1	0.88
의원→종합병원→종합병원	1	0.04	0.42	1	0.88
의원→종합병원→3차진료기관	1	0.04	0.42	1	0.88
병원→병원→병원	1	0.04	0.42	1	0.88
종합병원→의원→종합병원	2	0.07	0.85	1	0.88
3차진료기관→의원→의원	1	0.04	0.42	1	0.88
3차진료기관→의원→종합병원	1	0.04	0.42	1	0.88
3차진료기관→병원→의원	2	0.07	0.85	1	0.88
의원→의원→의원→병원	1	0.04	0.42	1	0.88
의원→의원→의원→의원→3차진료기관	1	0.04	0.42	1	0.88
계	2,838	100.00	100.00	113	100.00

註: 1) 2주간 외래의료이용자에 대한 의료기관 이용경로이며 일반진료기관이 아닌 치과병의원, 약국, 한방, 보건기관은 제외하고 산출함.

2) 2군데 이상의 의료기관 이용자에 대한 백분율

資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

〈表 4-8〉 利用者 特性別 醫療機關 利用様相¹⁾(2週間 一般醫療機關 外來利用, 1995)

(단위: %)

	계 (N)	이용 의료기관			
		의원	병원	종합 병원	3차 진료기관
지 역					
도 시	100.0 (2,345)	73.9	8.1	9.8	8.2
농 촌	100.0 (732)	72.3	10.4	11.9	5.4
연령계층					
14세 이하	100.0 (953)	84.4	4.2	7.8	3.6
15~24세	100.0 (241)	72.4	8.2	9.9	9.4
25~44세	100.0 (756)	69.9	9.1	11.7	9.3
45~64세	100.0 (773)	67.1	12.0	11.2	9.6
65세 이상	100.0 (355)	66.9	12.2	12.3	8.6
교육수준					
미취학	100.0 (659)	85.0	3.6	8.1	3.3
무학	100.0 (380)	71.7	11.2	11.5	5.7
국졸	100.0 (668)	72.8	9.8	9.7	7.7
중졸	100.0 (395)	70.7	9.9	11.1	8.4
고졸	100.0 (663)	68.4	10.1	11.4	10.1
전문대졸 이상	100.0 (311)	67.9	8.3	11.6	12.2
직업					
전문·행정·관리직	100.0 (101)	67.2	7.6	11.2	13.9
사무직	100.0 (130)	67.2	12.9	12.4	7.5
판매·서비스직	100.0 (237)	69.3	9.8	10.8	10.0
농·어업	100.0 (293)	69.5	9.1	13.4	7.9
기능·단순노무직	100.0 (306)	72.4	10.3	8.1	9.2
학생	100.0 (408)	79.6	6.2	8.4	5.7
기타(미취학, 무직, 주부)	100.0 (1,594)	74.7	8.1	10.3	6.9
가구 월평균 소득수준					
50만원 이하	100.0 (450)	69.1	12.6	11.0	7.4
51~100만원	100.0 (765)	73.5	8.7	11.5	6.3
101~150만원	100.0 (811)	75.2	7.3	10.9	6.6
151~200만원	100.0 (554)	74.9	6.7	9.9	8.5
200만원 이상	100.0 (459)	74.2	9.0	7.3	9.6
전 체	100.0 (3,077)	73.5	8.6	10.3	7.6

註: 1) 외래이용 건수(치과이용은 제외)를 기준으로 산출함.

資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

나. 醫療機關種別 待期時間

종합병원과 3차 진료기관의 환자집중으로 인하여 진료대기 시간이 길고 純粹診療時間은 短縮되고 있는 현상은 診療의 質과 患者의 診療에 대한 滿足度에 影響을 미치는 점에서 간과될 수 없는 의료문제이다. 대기시간이 환자의 기억에 의존하고 있어 대기시간에 대한 인지에 주관성이 간여된다는 점과 진료대기가 내포하는 과정이 환자나 의료기관마다 상이할 수 있다는 제약이 있기는 하나 국민건강조사에서 “외래진료를 받았을 때 의료기관에 도착하여 진료받기까지 기다린 시간”을 질문한 결과 平均 待期時間은 의원 26분, 병원 35분, 종합병원 66분, 3차 진료기관 69분으로 의료기관 종별로 진료대기시간에 차이가 있다. 종합병원, 병원의 대기시간은 의원의 2배 이상 되는 것으로 나타나고 있다(表 4-9 참조).

〈表 4-9〉 醫療機關別 外來利用 待期時間(2週間 一般醫療機關 外來利用, 1995)

(단위: %)

	계	의원	병원	종합병원	3차 진료기관
0~9분	20.8	23.9	18.0	8.3	10.9
10~29분	37.1	41.9	31.1	19.4	20.4
30~59분	21.9	20.5	28.4	29.4	29.4
60분 이상	20.2	13.8	22.4	42.9	42.9
평균(분)	34.1	26.0	34.6	65.9	69.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,781)	(203)	(293)	(227)	(2,058)

註: 외래이용 건수(치과이용은 제외)를 기준으로 함.
 資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

이러한 결과는 3차진료기관 외래환자만을 대상으로 조사한 1990년과 1991년도 자료에서 진료대기 시간이 각각 58분, 66분(접수대기 시

간을 합하는 경우에서 각각 78분, 99분)으로 3次 診療機關 利用의 소요시간이 많다는 결과(명재일 외, 1991, 1992)와 큰 차이를 보이지 않고 있어 종합병원, 3次 診療機關의 診療待期時間 문제가 해소되지 못하고 있다는 사실을 제시한다고 하겠다.

다. 醫療서비스 滿足度

의료기관 선택기준에서 영향을 미치는 요인중의 하나가 患者의 醫療機關에 대한 評價이다. 국민건강조사에서 조사된 항목은 치료시간, 의료기관의 친절도, 치료효과에 관한 사항으로 국한되어 있기는 하나 조사대상이 특정의료기관 이용자로 국한되지 않고 일반국민을 대표하고 있으므로 타조사에서 파악되기 어려운 결과를 제시하고 있다. 국민건강조사의 외래의료이용에서는 治療時間에 대해서 充分하지 못하다는 의견이 의원이나 병원에 비하여 綜合病院, 3次 診療機關에서 높게 나타났다. 醫療機關의 親切도에 대해서 불친절하다는 견해도 3次 診療機關, 綜合病院, 病院에서 醫院에 비해 높게 나타났다. 治療效果에 대해 환자들이 인지하는 태도는 3차 진료기관이 타기관에 비하여 매우 효과적이라는 비율이 높았지만 효과가 없다는 견해도 많아 치료효과에 대한 일반국민의 의견이 의료기관 종류에 따라 일관성 있게 어떤 경향을 보이고 있지는 않은 것으로 나타나고 있다(表 4-10 참조).

위의 몇 가지 의료기관에 대한 일반국민의 평가가 의료기관에 대한 종합적인 항목을 포함하지 못하고 단편적인 내용을 제시하고 있으나 醫院 利用者가 상대적으로 病院級 以上の 醫療機關 利用者에 비하여 滿足하는 水準이 낮지만은 않다는 점을 제기한다고 하겠다. 즉 위의 결과는 의료기관 특히 의원급 의료기관에 대한 국민들의 불만과 낮은 신뢰도에 대해 일반적으로 제기되고 있는 논의들과는 달리 醫院의 利用에서 국민들이 얻는 便宜가 있다는 점을 시사하는 것이다.

〈表 4-10〉 醫療機關別 서비스 滿足度(2週間 外來利用, 1995)

(단위: %)

	계	의원	병원	종합병원	3차 진료기관
치료시간					
매우 충분	6.8	7.2	8.2	4.2	5.0
충분한 편	54.7	56.2	52.6	50.3	47.7
보통	22.6	22.5	26.1	22.6	19.4
부족한 편	13.3	11.8	10.3	21.4	19.6
매우 부족	2.6	2.2	2.8	1.6	8.3
친절도					
매우 친절	13.8	14.8	12.0	7.8	14.0
친절한 편	62.9	63.9	64.7	61.8	53.0
보통	18.7	17.7	18.0	24.4	21.3
불친절한 편	3.7	2.9	4.4	5.4	8.4
매우 불친절	1.0	0.8	0.8	0.5	3.3
치료효과					
매우 효과적	12.7	13.3	10.3	5.7	19.6
효과적	61.5	61.3	61.0	67.9	55.0
보통	17.1	16.6	20.0	18.4	18.0
효과없음	7.5	7.7	6.6	7.2	6.2
전혀 효과없음	1.2	1.1	2.0	0.8	1.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,791)	(2,064)	(205)	(294)	(228)

註: 외래이용 건수(치과이용은 제외)를 기준으로 함.
 資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

4. 患者의 依賴 및 回送 現況

현행 의료전달체계의 주 내용은 診療依賴書를 통한 2段階의 患者依賴 體系이다. 환자의뢰체계가 이루어지기 위해서는 醫療機關間의 連繫性이 기본적으로 성립되어야 한다. 즉 환자는 자신의 疾病의 重症度나 건강상태에 적합한 의료서비스에 손쉽게 접촉할 수 있는 것도 중요하지만 最初 방문기관에서 진료가 종료될 수 없는 상태에서 적절한 上

位的 後續醫療을 받을 수 있어야 한다.

그러나 現在의 醫療傳達體系는 診療依賴書를 통해서 醫院이나 病院에서 3次診療機關으로 환자가 연결되는 형식은 취하고 있으나 각각의 의료단계를 연결해 주는 장치는 설정되어 있지 않다.

이러한 상태에서 환자의 대규모 대학병원 즉 3차진료기관 선호도에 큰 변화가 없는 채 診療依賴書가 醫療保險給與 惠澤與否를 가리기 위한 要式行爲로써 사용되며 3차진료가 필요한 환자를 가려내는 변별력을 갖추지 못하여 현행 의료전달체계에서 채택하고 있는 진료의뢰서가 실효성을 가지지 못하는 것으로 파악되고 있다(명재일 외, 1991; 명재일 외, 1992; 개원의협의회, 1994a; 개원의협의회, 1996a).

현행 의료체계는 환자입장에서 볼 때 醫療機關이나 醫療人이 患者를 依賴할 誘引體系를 거의 마련하고 있지 않기 때문에 의료정보가 부족한 가운데 상급 의료기관에 의뢰가 필요한 경우 다른 의료기관으로 의뢰되지 않거나 의뢰가 지연될 수 있다는 불안감에서 광범위한 영역의 수준높은 진료를 받을 수 있는 大形醫療機關을 選好하는 경향을 가지게 될 수 있다.

첫번째 의료접촉을 파악할 수 있는 자료가 거의 없으나 1995년 국민건강조사에서는 외래이용환자들이 의료기관을 선택하고 있는 경위를 의료이용 이유와 경위를 동시에 질문하고 있다. 따라서 이 조사항목이 의료기관 이용경위를 파악하는데 있어서 제약점이 있기는 하나 국민전체를 대상으로 하는 환자의 의료이용 경위 자료로서는 유일한 자료이기 때문에 그 결과를 살펴보면 <表 4-11>과 같다. 3次診療機關을 제외한 모든 一般診療機關의 選擇은 동일진료권에서 자유로우므로 3次診療機關의 選擇經緯에 대하여 살펴보면 타기관 의뢰 및 권유는 30.1%에 불과하고 혼자 34.8%, 친지권유가 21.0%이며, 거리가 인접하기 때문에 선택한다는 사람이 7.6%로서 전체적으로 72.5%가

본인이 自家依賴로 3차 진료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 물론 타기관 의뢰권유로 3차를 이용한 환자 중에서도 본인의 희망에 의해 診療依賴書를 發給받는 경우가 포함되어 있다고 볼 수 있다. 또한 이 表는 현재와 같이 3차 기관만이 부분적으로 최초 접촉이 억제되고 있는 상태에서 거리가 인접한 환자는 처음부터 病院級 以上の 醫療機關을 利用하고 있는 양상도 보여주고 있다. 이러한 결과는 1992년 조사에서 3차 진료기관 외레이용자중 15%가 타기관을 거치지 않고 3차기관을 직접 방문하고 있고, 타기관을 거친 경우에도 14%가 진료의뢰서를 지참하지 않은 환자로서 自家依賴者의 比重이 높다는 結果(명재일 외, 1992)와도 附合되는 것이다.

<表 4-11> 醫療機關 類型別 醫療機關 來院動機(2週間 外來利用, 1995)
(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
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(3,077)	(2,263)	(265)	(317)	(233)

資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

이와 같이 3차 진료기관의 이용이 진료의뢰절차를 통해 이루어지지 않고 있는 현실에서 최근 3차 진료기관 외레이용자의 利用動機를 조사한 결과를 보면 <表 4-12>와 같이 특정 질병의 치료나 특정 의료진을 이용하고자 찾는 환자보다는 거리가 가깝다거나 주변 친지 등의 권유로 찾는 환자의 많음을 볼 수 있는데 이 자료가 1개 기관에 국한

된 자료이기는 하지만 현재와 같이 환자가 疾病의 輕重에 따라 걸러지지 않은 상황에서 3차 진료기관이 고도 진료기능을 수행하는 부분보다는 地域病院의 역할을 하게 되는 현황을 빚고 있음을 나타내는 자료라고 볼 수 있다.

〈表 4-12〉 醫療機關 選擇動機(3次 診療機關 外來利用患者調査, 1996)

선택동기	응답자수(명)	%
아는 사람이 소개해서(지인 등)	215	31.6
지리적으로 가깝거나 편리해서	175	25.7
대학병원이라서	37	5.4
유명한 의사가 있어서	56	8.2
어떤 병을 잘 고친다고 하여서	81	11.9
환자에게 잘 해 주어서	14	2.1
가톨릭 병원이어서	80	11.8
기 타	22	3.2
계	680	100.0

資料: 가톨릭 성모병원, 외래이용환자에 대한 조사(내부자료), 1996.

現行 醫療傳達體系는 앞서 제시한 바와 같이 3차 진료기관의 진료과목중 가정의학과, 재활의학과, 안과, 이비인후과, 피부과 등 5개 진료과목에 대해서 中診療圈內에서의 직접 외래이용진료를 허용하고 있다. 특히 예외 5과중 家庭醫學科의 직접 외래이용 허용은 의료전달체계의 도입초기부터 3次 診療機關의 편법 환자유치를 조장할 것이라는 우려가 상당하게 제기된 바 있다. 서울시내 및 대구시내의 일부 종합병원의 가정의학과 외래환자의 추이와 초진환자중 가정의학과 환자의 비중을 1992년까지 제시한 자료를 보면 <表 4-13>과 같다. 각 병원에서 가정의학과를 개설한 이후 연도가 경과되면서 가정의학과 환자의 비율이 높아짐을 볼 수 있으며, 외래 초진환자중 가정의학과 환자의 비율은 특히 높아 家庭醫學科가 外來患者의 窓口役割을 하고 있는 것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 대학병원의 가정의학과 설립동기가 일차

의료 교수요원의 육성과 일차의료의 육성에 있다는 점을 감안하더라도 의료전달체계상 장애요인으로 작용하고 있음을 나타낸다고 하겠다.

〈表 4-13〉 一部 3次醫療機關의 家庭醫學科 外來診療 患者數 推移 (1988~1992)

(단위: 명, %)

병 원	1988	1989	1990	1991	1992
A 병원					
총외래 환자수	676,637	652,681	656,154	707,159	743,270
가정의학과 환자비율	1.6	2.2	3.3	5.0	4.2
B 병원					
총외래 환자수	316,332	290,912	302,820	341,725	385,912
가정의학과 환자비율	0.9	1.4	2.4	2.5	2.3
C 병원					
총외래 환자수	275,046	297,126	307,256	314,971	348,541
가정의학과 환자비율	0.2	2.9	5.4	4.4	4.1
D 병원¹⁾					
총외래 환자수	-	451,963	494,317	497,075	534,482
가정의학과 환자비율	-	1.2	1.9	2.0	2.6
E 병원²⁾					
총외래 환자수	-	24,588	40,859	38,485	-
가정의학과 환자비율	-	6.1	8.8	8.3	-
총 외래초진환자수	-	10,546	8,893	7,528	-
외래 초진환자중 가정 의학과 환자비율	-	11.8	13.7	12.8	-
F 병원³⁾					
총외래 환자수	-	-	9,978	29,727	-
가정의학과 환자비율	-	-	2.7	7.1	-
총 외래초진환자수	-	-	3,526	8,203	-
외래 초진환자 중 가정 의학과 환자비율	-	-	7.2	15.9	-

註: 1) 1999년 가정의학과 신설됨.

2) 1989년 가정의학과 신설됨.

3) 1990년 가정의학과 신설됨.

資料: 개원의협의회, 『의료전달체계 운영상의 문제점 및 개선방안에 관한 연구』, 1994.

박재용, 『환자흐름에의 영향 요인』, 『보건행정학회지』, 제3권 제2호, 1993.

5. 醫療保險診療에서 把握된 醫療 利用樣相

醫療傳達體系의 效果를 파악하기 위하여 최근 환자의 의료기관 外來 利用形態의 추이를 보면 <表 4-14>와 같다. 1990년에서 1994년까지 모든 의료기관에서 醫療機關 數의 增加와 醫療需要의 增加에 힘입어 診療量을 반영하는 환자의 진료건수가 증가하고 있다. 의료기관별 외래진료건수의 구성은 1990~1994년 기간중 큰 변동은 없으나 의원과 병원의 비중이 약간 줄고 종합병원의 비중은 증가하고 있다. 내원일수상으로도 종합병원이 차지하는 비중이 높아지고 있다.

<表 4-14> 醫療機關別 外來診療實績 推移(1990~1994)

	1990		1991		1992		1993		1994	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
진료건수(1,000건)										
계	106,635	100.0	110,634	100.0	119,198	100.0	131,298	100.0	138,265	100.0
의원	88,783	83.3	91,849	83.0	98,760	82.9	109,081	83.1	114,305	82.7
병원	5,443	5.1	5,419	4.9	5,687	4.8	6,114	4.7	6,738	4.9
종합병원	12,409	11.6	13,366	12.1	14,751	12.4	16,103	12.3	17,222	12.5
내원일수(1,000일)										
계	254,271	100.0	252,218	100.0	261,062	100.0	283,002	100.0	289,601	100.0
의원	219,724	86.4	216,667	85.9	223,029	85.4	242,244	85.6	246,317	85.1
병원	11,831	4.7	11,456	4.5	11,840	4.5	12,430	4.4	13,501	4.7
종합병원	22,716	8.9	24,095	9.6	26,193	10.0	28,328	10.0	29,783	10.3

資料: 의료보험연합회, 『의료보험 통계연보』, 각 연도.

이와같이 外來診療에서도 綜合病院이 차지하는 비중이 높아가고 있는데 3차 진료기관의 외래진료량의 변화를 알기 위해 종합병원과 분리되어 있는 자료를 보면 <表 4-15>와 같다. 3차 진료기관이 1989년의 25개에서 1996년에는 40개로 지정되어 의료기관수가 증가되었음은 고려되어야 할 것이나 외래환자 전체에서 3次診療機關이 차지하는 비중이 매우 높아갈 뿐만 아니라 외래환자의 전년대비 增加率이 他 診

療機關의 증가폭에 비하여 더욱 크게 나타나고 있다. 또한 종합병원중 일부가 꾸준히 3次 診療機關에 編入되었음에도 3차를 제외한 綜合病院의 外來患者도 꾸준히 維持되고 있다.

〈表 4-15〉 療養機關種別 外來診療件數 推移(1990~1995)

(단위: 천건, %)

	1990		1991		1992	
	진료건수	전년 대비	진료건수	전년 대비	진료건수	전년 대비
의원	88,783(83.3)		91,849(83.0)	3.5	98,760(82.9)	7.5
병원	5,443(5.1)		5,419(4.9)	-0.4	5,687(4.8)	4.9
종합병원	9,205(8.6)		9,911(9.0)	7.7	10,566(8.9)	6.6
3차진료기관	3,204(3.0)		3,455(3.1)	7.8	4,185(3.5)	21.1

	1993		1994		1995	
	진료건수	전년 대비	진료건수	전년 대비	진료건수	전년 대비
의원	109,081(82.5)	10.5	114,305(82.7)	4.8	129,211(82.6)	13.0
병원	6,114(4.6)	7.5	6,738(4.9)	10.2	7,469(4.8)	10.8
종합병원	10,733(8.1)	1.6	11,078(8.0)	3.2	12,661(8.1)	14.3
3차진료기관	5,370(4.1)	28.3	6,144(4.4)	14.4	7,156(4.6)	16.5

註: ()는 요양기관 중별 점유율(%)임.

資料: 의료보험연합회 내부자료, 각 연도.

醫療機關의 現況은 동태적인 자료로서 비교기간 중에도 의료기관수가 변화하고 있음을 고려하여 각년별로 醫療機關 類型別 機關當 平均患者數로 환산하여 보면 <表 4-16>과 같은 결과를 보인다. 물론 최근 병원과 종합병원급의 단위기관의 규모가 커지고 있는 것도 한 요인으로 작용하고 있음을 감안해야 할 것이다. 즉 의원, 병원, 종합병원의 기관당 평균 외래환자가 1990년에 비해 1995년에는 모두 1.1배 수준인 반면 3차진료기관은 1.4배로 타기관에 비하여 외래환자수의 증가폭을 크게 상회하고 있는 것으로 나타났다(圖 4-2 참조). 이와같은 결과는 醫療傳達體系 導入의 주요 목적인 3次診療機關의 患者를 抑制하기 위

한 措置가 成果를 보지 못하고 있으며 醫療機關別 外來, 入院 機能의 分化도 이루어지지 않고 있음을 나타내는 것으로 평가할 수 있다.

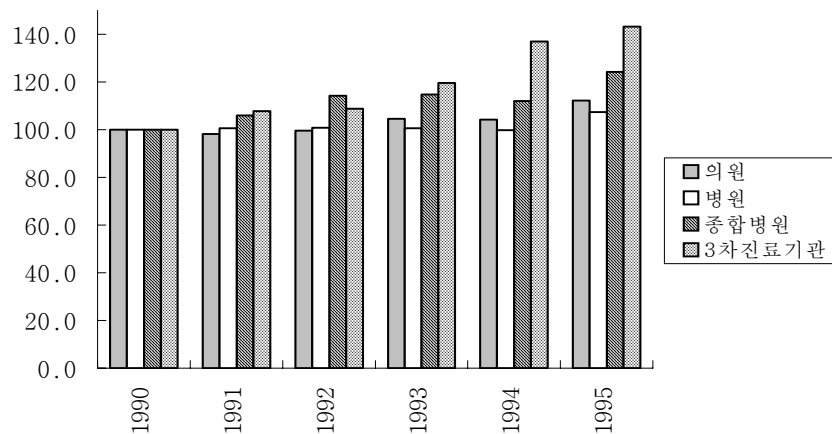
즉, 3차진료를 위주로 해야 할 綜合病院에서 一次醫療機能이 점점 0 큰 비중을 차지하고 있으며 모든 종류의 醫療機關에서 一次醫療가 행해지고 있고, 그 현상이 심화되어 있음을 나타내고 있다고 볼 수 있다.

〈表 4-16〉 醫療機關種別 機關當 平均 年間 外來件數¹⁾ 推移(1990~1995)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	'95/'90
의원	7,947	7,802	7,920	8,317	8,286	8,928	1.1배
병원	15,119	15,222	15,247	15,209	15,108	16,237	1.1배
종합병원	44,902	47,649	51,291	51,601	50,355	55,775	1.2배
3차진료기관	128,160	138,200	139,500	153,429	175,543	183,487	1.4배

註: 1) 당해년도 의료기관종별 연간 외래건수(表 4-15 자료)를 당해년도말 기관수로 나눔.

[圖 4-2] 醫療機關種別 機關當 平均 年間 外來件數 推移(1990~1995)
(1990=100)



第 2 節 醫療酬價와 一次醫療

醫療供給은 診療報酬支拂方法에 의해 크게 영향을 받는다. 우리나라는 제3자 지불방식의 行爲別 酬價制度를 택하여 오고 있으며, 醫療保險受惠를 확대하고 保險財政을 절약하기 위하여 保險診療酬價를 낮게 책정하여 오고 있다. 또한 의료행위 또는 酬價項目間的 보상이 균형적이지 못한 점에 대하여 논란이 계속되고 있으며 이로 인한 醫療의 量과 強度의 변화가 우려되고 있는데 一次醫療에 대해서도 예외가 아니다. 그러나 本節에서는 醫療酬價 전반에 대한 사항은 다루지 않고 一次診療에 국한된 相對的인 酬價問題에 한하여 논하고자 한다.

1. 醫療酬價 體系內的 一次醫療酬價 現況

이節에서도 一次醫療가 현실적으로 규정되어 있지 않고 현재 醫療機關別로 醫療酬價가 구분되는 부분이 있기 때문에 일단 醫院級 醫療機關에 대한 사항을 一次醫療로 가늠하여 의원과 기타 의료기관을 구분, 비교하고자 하였다.

가. 醫療酬價 基本體系

1) 基本 酬價

우리나라의 醫療酬價는 의사에 대한 의료비 보상방식이 제공된 서비스의 單位當價格과 서비스의 量을 기준으로 하는 行爲當 酬價制를 채택하고 있으며 보험조합이 酬價를 생산원가에 근거하여 告示·執行하는 制度酬價制를 기본으로 하고 있다. 또한 醫療酬價는 기본적으로 의사의 專門醫 여부, 면허취득년수, 학위취득여부, 임상경력년수와 의료기관의 시설, 장비, 기기, 인력에 따른 차이를 불문하고 同一酬價를 適用하고 있다. 즉 醫療行爲 그 自體에 대한 酬價로서 의사진료비

(Doctor's Fee)라는 용어를 쓰지 않는 行爲別 診療費이다. 진료비 세항에서는 전문의의 처치에 대하여 수가가 인정되는 부분이 있기는 하나²⁹⁾ 기본적인 수가체계 자체는 專門醫療에 대한 加重値가 없으므로 일면 一次診療에 상대적으로 유리하게 되어있다고도 볼 수 있다.

外來診察料에 대해서는 醫療機關種別로 同一酬價를 적용하고 있으나 入院料에 있어서는 3次診療機關>綜合病院>病院>醫院 順으로 차등을 두고 있다.

2) 醫療機關 種別 加算率

상기의 기본 수가체계에 의료기관종별로 시설, 장비, 인력, 인원수에 대한 補償方法으로 1977년부터 의료기관 종별에 따라 기본진료료를 제외한 技術行爲料에 대하여 加算率을 適用하여 오고 있으며 여러번의 가산율의 조정을 거쳐 현재는 <表 4-17>과 같은 加算率을 적용하고 있다.

<表 4-17> 醫療機關 種別 技術行爲料에 대한 加算率

	의원 치과의원 보건의료원	일반병원 치과병원	종합병원 치과부속병원	3차진료기관 3차진료기관부속치과병원 3차진료기관 부속특수 전문병원
가산율(%)	10	15	23	30

資料: 보건복지부, 『의료보험요양기준 및 진료수가 기준』, 1995.

29) 정신요법료, 진단방사선 부문의 특수촬영 판독료, 재활의학과·일반외과·신경외과에서 발급된 물리치료료는 해당 전문의의 처치만을 인정하는 등 소수 예외적인 적용항목이 있다.

3) 本人 負擔金

醫療消費者들이 부담하는 本人負擔金은 입원진료에 대해서는 診療費 總額의 20%로 동일하나 外來診療費에 대해서는 <表 4-18>과 같이 療養機關 種類別로 차이를 두고 있다. 病院보다 綜合病院의 本人負擔率이 높으며 醫院의 이용에는 가장 낮은 비율이 적용된다. 本人負擔의 差等은 의원 이용비용을 병원이나 종합병원에 비하여 낮추고 있으나 所得水準別 本人負擔率의 차이가 아니고 療養機關種別로 差等を 두고 있기 때문에 의료기관선택에 제한이 거의 없는 우리나라에서는 高所得者가 상대적으로 종합병원의 이용비용을 낮게 인식하여 綜合病院을 보다 쉽게 이용하게 하는 결과를 가져올 가능성을 내포하고 있기도 하다. 이러한 점에서 본인부담이 높은 우리의 의료보험은 의료이용에 있어서 소득의 역진성을 가지기 때문에 社會保險의 實質的 價値가 낮아진다는 점이 제기되고 있기도 하다(양봉민, 1989). 실제로 앞節의 <表 4-8>의 國民健康調查結果에서 교육수준이 높은 계층, 전문직을 가진 계층에서 綜合病院과 3次診療機關 利用이 높게 나타난 것은 이러한 가능성을 뒷받침하는 것이라고 볼 수 있다.

4) 非給與 部門

行爲別 酬價制 下에서는 보편적, 표준적으로 시행되는 진단, 치료, 검사가 아닌 항목에 대해서는 서비스의 판정기준이 명확하지 않아 非給與 또는 非保險으로 되는 경우가 많다. 또한 행위당 수가제는 되도록 비싼 서비스를 많이 생산, 공급하려는 동기가 존재하므로 豫防서비스 提供에 주력하도록 유인하는 制度的 裝置가 없게 된다. 우리나라의 醫療酬價 制度는 行爲當 酬價體制로서 치료나 검사가 아닌 豫防的인 項目은 일상생활에 지장이 없는 질환으로 구분되어 거의 인정되어 있지 않다(表 4-19 참조).

〈表 4-18〉 外來診療費 本人負擔金

종 류		본인부담 내역
의원	처방진 미발급시	- 방문당 외래진료비 총액이 10,000원 이하 정액: 70세 미만 3,000원 70세 이상 2,000원 - 방문당 외래진료비 총액이 10,000원 이상 진료비 총액의 30%
	처방진 발급시	- 방문당 외래진료비가 70,000원 이하 정액: 70세 미만 2,200원 70세 이상 1,200원
병원	시지역	(진찰료 전액) + (기타 진료비용의 40%)
	군지역	- 방문당 진료비 10,000원 이하 정액의 본인일부 부담금(4,000원) - 방문당 진료비 10,000원 초과 진료비 총액의 40%
종합 병원	시지역	(진찰료 전액) + (기타 진료비의 55%)
	군지역	- 방문당 진료비 10,000원 이하 정액의 본인부담금(4,500원) - 방문당 진료비 10,000원 초과 진료비 총액의 55%

資料: 보건복지부, 『의료보험요양기준 및 진료수가 기준』, 1995.

〈表 4-19〉 醫療保險 非給與 對象 項目

비급여 항목	비보험 항목
<ul style="list-style-type: none"> - 단순 피로 및 권태 - 업무 또는 일상생활에 지장이 없는 피부질환, 비뇨기 및 부인과 질환 - 미용목적의 성형수술과 그 후유증, 부정교합치 교정, 보철, 예방목적의 치석제거 - 마약중독증, 향정신성 의약품 중독증 - 예방접종, 건강진단 - 보조기, 보청기, 의수족, 의안, 콘택트렌즈 - 식대, 상급병실료 차액 	<ul style="list-style-type: none"> - 보험수가에 포함되어 있지 않는 서비스 및 지불보상이 되지 않는 서비스 예: 보건교육 및 건강상담료, 영양상담료, 운동처방료 등

資料: 보건복지부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준』, 1995.

醫療保險 酬價에서 豫防診療에 대하여 酬價가 認定되지 않고 治療와 診療行爲 中心의 酬價體系이기 때문에 의료기관 이용자의 診療內容은 治療中心으로 되어 있다. 일반적으로 보험에서 부담하는 수가가 낮은 검사일수록 그 검사에 대한 보험 부담은 상대적으로 높아지기 때문에 전통적으로 行爲別 酬價體系에서는 豫防이나 一次醫療와 關係된 작은 항목들은 保險惠澤을 받지 못한다. 따라서 많은 사람들이 豫防이나 一次醫療서비스가 필요해도 診療를 받지 않는 경우가 많은 것으로 밝혀지고 있다(Bowman, 1993).

실제로 1995년 國民健康調査에서 나타난 국민들의 외래이용에서 醫療機關 訪問事由를 <表 4-20>에서 보면 의원, 병원, 종합병원 등의 일반진료기관을 이용한 경우는 92.0%가 疾病治療가 訪問目的이었으며 健康檢診과 相談은 4.6%, 豫防서비스는 3.3%에 불과하였다.

<表 4-20> 醫療機關別 2週間 外來醫療 利用事由¹⁾(1995)

(단위: %)

	계	의원	병원	종합병원	3차 진료기관
질병치료	92.0	93.9	86.6	86.8	86.1
건강검진·상담	4.6	2.8	10.0	8.3	10.0
예방서비스 ²⁾	3.3	3.1	3.4	4.7	3.4
기타 ³⁾	0.1	0.1	-	0.2	0.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(3,076)	(2,263)	(265)	(317)	(233)

註: 1) 외래이용 건수(치과이용은 제외)를 기준으로 함.

2) 예방접종, 모자보건, 가족계획 서비스

3) 성형수술, 진료의뢰서 발급, 기타

資料: 한국보건사회연구원, 1995년 국민건강조사.

특히 醫院에서는 訪問目的의 93.9%가 疾病治療로서 健康檢診 相談은 2.8%, 豫防서비스는 3.1%에 불과하여 醫院의 機能이 병원이나 종합병원, 3차진료기관보다 더욱 疾病治療에 치우쳐 있으며 豫防管理業

務가 개발되어 있지 않은 것으로 나타났다. 이는 綜合病院 등에서 예방프로그램 운영이 경영수지를 개선하기 위한 非給與 또는 非保險 項目의 開發이라는 동기를 가지고 있다 하더라도 의원보다는 豫防 및 健康診斷서비스를 개발한데 반하여 성형외과 등 특수진료과목을 표방하는 의원을 제외한 一般醫院은 의료비심사 등에서 綜合病院보다는 더욱 保險酬價의 統制를 받고 있어 예방서비스 항목이 개발될 수 있는 여건이 조성되지 못한 것으로 보인다.

나. 外來서비스에 대한 診療 項目

의료의 불확실한 속성과 의료기능별 구분이 미분화된 우리나라의 의료양상을 고려할 때 醫療行爲에서 一次醫療의 구분이 어려워지며 더우기 현재 우리나라의 수가체계가 單位서비스당 酬價로 되어 있으므로 一次醫療의 區分은 사실상 不可能하다. 여기서는 우리의 酬價體系上 一次醫療의 특성상 가장 중요한 부분이 되는 基本診療를 중심으로 外國과 비교하였다. 우리나라의 基本診療 酬價는 단일 항목으로 인정되어 患者의 重症度나 診斷의 難易度에 따라 구분되어 있지 않고 단순히 初診과 再診으로만 分離되어 있다. 각 국가마다 수가체계가 다르므로 단순비교가 어렵기는 하나 <表 4-21>에서 보는 바와 같이 미국은 외래서비스에 대해서도 初診 및 再診이 5~6단계로 나누어져 기본진료료가 책정되어 있다. 日本은 우리나라의 의료수가가 일본의 수가체계를 원용하고 있으므로 유사하기는 하나 ‘紹介患者 初診料’ 라든가 ‘診療情報提供料’ 등이 산정되어 있다. 또한 우리나라 보험수가체계에 포함되어 있지 않은 『指導管理料』와 재택의료를 촉진하기 위한 『在宅醫療料』가 책정되어 있다. 또한 의원의 외래진료에 대한 보상이 병원에 비해 높여 준 二重構造로 되어 있다(表 4-22 참조).

<表 4-21> 韓國과 美國의 外來 基本診療料 體系 比較

구분	한 국	미 국
외래서비스	초진	초진(new patient) 기초진료(brief service) 제한진료(limited service) 중간진료(intermediate service) 광범위 진료(extensive service) 총체적 진료(comprehensive service)
	재진	재진(established patient) 최소진료(minimal service) 기초진료(brief service) 제한진료(limited service) 중간진료(intermediate service) 광범위 진료(extensive service) 총체적 진료(comprehensive service)

이외에 캐나다에서도 個人醫院의 酬價에는 初診, 再診 항목외에 ‘諮問’ 항목을 두고 있다. 이 항목의 수가수준은 전문의사의 종류에 따라 차이를 두고 있지만 初診療의 약 2배 수준으로 책정되어 있다(보건의료정책연구소, 1992). 이러한 酬價體系는 一次醫療에 대한 酬價가 우리보다 다양하게 인정되어 있는 例示라고 하겠다.

<表 4-23>에서 1990년 醫療保險統計에서 醫療機關 種別로 基本診療料가 진료비 전체에서 차지하는 비중을 보면 醫院 외래에서는 43.5%, 病院 外來에서는 26.9%, 綜合病院 外來에서는 15.9%, 3次診療機關에서는 8.4%로 基本診療費가 醫院에서 차지하는 비중이 매우 높다. 이것은 3차진료기관에 비하여 5배, 종합병원의 2.7배, 병원의 1.6배 수준이다. 이러한 결과를 볼 때 基本診療費 體系는 醫院의 運營과 醫師收入에 절대적인 영향을 미친다고 볼 수 있는 것이다. 1988년, 1990년, 1992년도의 3개년도 診療費 構成內容을 비교하여 본 연구에서도 基本診療料가 外來 構成率에서 차지하는 비중은 醫院에서는 3次診療機關에 비하여 5배 정도 큰 것으로 나타났다(개원의협의회, 1994b).

〈表 4-22〉 外來서비스에 대한 診療料 體系 韓·日 比較

		초진	재진
기본진료료	한국	<기본진료료> · 초진료(5500원) - 야간, 공휴일 가산(50%) - 소아가산 1세 미만: +400원 1~3세 미만: +350원 3~6세 미만: +150원	<기본진료료> · 재진료(2,850원) - 야간, 공휴일 가산(50%) - 소아가산 1세 미만: +170원 1~3세 미만: +150원 3~6세 미만: +70원
	일본	<기본진찰료> · 초진료(병원 208점, 특수병원가산 의원 221점) · 소개환자 초진료(460점) - 소아가산 2세 미만 +120점 6세 미만 초진에 +60점 - 시간외 가산 시간외 가산 +80점 휴일가산 +235점 심야가산 +450점 · 진료정보제공료 +50점	<기본진찰료> · 재진료(병원 50점, 의원 61점 (외래 관리 가산 42점)) - 소아가산: 2세 미만: +30점 2~6세 미만: +23점 - 시간외 가산: 시간외 가산 +60점 휴일 가산: +180점 심야 가산: +400점
상담지도료 및 재택관리료	한국	비보험(보험수가체계내에 없음). 단, 가정간호사업을 위한 재택진료수가책정을 계획중(시범사업 수가가 잠정적으로 책정되어 있음.)	
	일본	<지도관리료> 특정질환 요양지도료(의원 190점, 병원 130점/75점) 12세 미만 소아과 요양지도료(220점) 피부과 특정질환지도 관리료(470점/220점) 외래 영양식사 지도료(100점) 재택 요양지도 관리료(110점) 진료정보제공료(130점/200점/450점) 상병수당 의견서 교부료(100점) <재택의료료> 왕진료(570점) / 재택환자방문 진료료(700점) / 재택시 의학 관리료(3000점) / 재택 말기의료 종합 진료료(1,300점/1,500점) / 구급 반송 진료료(570점) / 재택환자 방문간호 지도료(간호사 보수)(500점, 1,450점) / 재택 방문시 재활지도관리료 (이학요법사, 작업요법사보 보수)(500점) / 재택환자 방문약제관리 지도료(약제사 보수)(550점) / 재택환자 방문영양식사 지도료(관리영양사 보수)(500점) <재택 요양 지도관리료> 재택 자기주사 지도관리료(800점) / 재택 자기복막관류 지도관리료(3,800점) / 재택 산소요법 지도관리료(1,000점/2,000점) / 재택중심 정맥영양법 지도관리료(2,500점) / 재택 성분영양관 영양법 지도관리료(2,000점) / 재택 자기도뇨 지도관리료(1,500점) / 재택 인공호흡 지도관리료(2,000점) / 재택 약성종양환자 지도관리료(1,200점) / 재택 침상환자처치 지도관리료(800점) / 재택 자기동통관리 지도관리료(1,000점)	

資料: 보건복지부, 『의료보험요양급여기준 및 진료수가기준』, 1995.
 의료보험연합회 역, 『1994 일본사회보험 의과진료보수 점수표』, 1995.

〈表 4-23〉 醫療機關 種別, 診療行爲別(10大 分類) 診療件當 平均 金額의 構成(1990)

(단위: 원, %)

	계			3차 진료기관			종합병원		
	소계	입원	외래	소계	입원	외래	소계	입원	외래
기본진찰료	31.7	21.5	37.0	14.7	17.1	8.4	20.3	22.6	15.9
초진료	10.3	0.4	15.4	0.6	0.1	1.9	1.8	0.4	4.7
재진료	14.3	0.2	21.5	1.8	0.1	6.5	4.0	0.2	11.3
입원료	7.1	20.9	-	12.3	17.0	-	14.5	21.9	-
투약료	18.1	5.5	24.5	16.2	5.7	44.1	19.9	6.0	46.5
주사료	16.9	29.4	10.4	24.5	31.8	5.0	21.7	30.9	3.9
마취료	2.2	4.7	0.9	2.7	3.7	0.1	3.2	4.7	0.3
재활 및 물리치료료	2.2	0.7	2.9	0.5	0.4	0.7	0.7	0.6	0.8
정신요법료	1.3	1.1	1.3	0.7	0.4	1.5	0.5	0.4	0.8
처치 및 수기료	14.4	20.6	11.3	15.8	18.0	10.1	14.5	18.2	7.3
수혈료	0.6	1.6	0.0	2.2	3.0	0.1	0.8	1.2	0.1
검사료	8.4	11.6	6.7	17.1	15.2	22.0	12.9	12.1	14.4
방사선진단 및 치료료	4.4	3.4	4.9	5.6	4.7	8.1	5.5	3.3	9.9
총계 (N)	100.0 (23,155)	100.0 (387,179)	100.0 (15,594)	100.0 (138,863)	100.0 (750,567)	100.0 (43,663)	100.0 (72,512)	100.0 (404,749)	100.0 (28,082)

	병 원			의 원		
	소계	입원	외래	소계	입원	외래
기본진찰료	27.7	28.5	26.9	42.1	24.9	43.5
초진료	6.0	0.7	10.6	17.4	1.0	18.7
재진료	8.9	0.3	16.3	23.0	0.5	24.8
입원료	12.8	27.6	-	1.7	23.3	-
투약	18.9	4.4	31.4	17.7	3.4	18.9
주사료	17.5	26.0	10.1	12.4	18.8	11.9
마취료	2.5	5.2	0.3	1.6	7.0	1.2
재활 및 물리치료료	1.3	0.7	1.9	3.4	1.7	3.5
정신요법료	2.1	3.4	1.0	1.7	4.6	1.4
처치 및 수기료	13.5	21.8	6.2	14.1	36.1	12.4
수혈료	0.1	0.3	-	0.0	0.1	0.0
검사료	9.6	7.2	11.6	3.8	2.5	3.8
방사선진단 및 치료료	7.0	2.6	10.7	3.2	1.0	3.4
총계 (N)	100.0 (33,581)	100.0 (248,878)	100.0 (19,191)	100.0 (14,672)	100.0 (180,238)	100.0 (13,681)

資料: 의료보험연합회, 『1990년 의료보험통계』, 1990.

우리나라에서 일차의료기관의 가장 중요한 의료서비스라 할 수 있는 基本診療料가 상대적으로 낮게 책정되었음을 제시하고 있는 연구가 있는데 우리나라의 醫療保險 酬價를 美國의 酬價와 비교한 것으로 이 연구에 의하면 1차 의료기관의 주 수입원인 基本診療料가 處置 및 手術料에 비해서 相對價値基準이 낮게 책정되어 있음을 나타내고 있다. 기본진료료의 수가비의 평균은 26.1인데 반해서, 처치/수술료의 수가비는 139.4에 달하며, 상대가치의 분포에서도 낮은 항목에 속하는 항목이 상대적으로 많은 것으로 분석되고 있다(김한중 등, 1992)(表 4-24 참조)

〈表 4-24〉 全體 醫療酬價의 項目別 相對價値 比較

구 분	RBRV ¹⁾ 에 대한 수가의 비		상대가치 분포			
	평균	범위	하	중	상	계
기본진료료	26.1	8.9~93.5	51	20	1	72
검사료	66.0	14.0~174.2	7	24	7	38
방사선료	113.6	32.4~219.8	0	8	10	18
주사료	8.1	8.1	1	0	0	1
마취료	45.7	28.8~62.6	1	1	0	2
정신요법료	62.2	15.2~167.8	10	4	5	19
처치/수술료	139.4	13.9~379.3	4	16	51	71
계	79.7	8.1~379.3	74	73	74	221

註: 1) RBRV(Resource Based Relative Value)는 미국의 메디케어와 메디케이드의 외래 환자에 대한 의사의 진료비를 보상해주는 방법이다. RBRV에 대한 수가의 비가 낮을수록, 수가의 상대가치가 낮은 것을 의미한다.

資料: 김한중 외, 『한국과 미국의 기술료에 대한 상대가치 비교』, 『보건행정학회지』, 제2권 제1호, 1992.

2. 醫療機關別 保險診療費 配分 現況

앞 절에서 診療利用量을 간접적으로 나타내는 의료보험 진료건수의 년도별 추이를 보면 1990년 이후 外來診療 全體에서 醫院이 차지하는

비중은 綜合病院의 비중이 점차 증가되면서 多少 減少하고 있다. 질병의 危重度가 의원과 병원 및 종합병원 이용자에 차이가 있겠으나 1990~94년 기간중 診療件數에서 의원이 차지하는 비중이 83.3%에서 82.7%로 약간 감소하는 동안 總保險診療費는 동일기간중 70.7%에서 64.8%로 감소하였고 保險者負擔金에서는 동일기간중 77.5%에서 70.6%로 감소되어 진료건수 감소폭을 上廻하고 있다. 한편 綜合病院이 診療件數에서 차지하는 비중은 동일기간중 11.6%에서 12.5%로 증가한 반면 總保險診療費에서 차지하는 비중은 23.0%에서 28.6%로 증가하였고, 保險者負擔金에서는 17.3%에서 23.4%로 증가하고 있어 역시 진료건수 증가에 비해 진료비의 증가폭이 큰 것을 볼 수 있다(表 4-14, 表 4-25 참조). 이러한 醫療費의 配分樣相은 診療量에 비하여 綜合病院에 더 많은 保險診療費가 支拂되고 있음을 나타내는 것이다.

〈表 4-25〉 醫療機關別 外來診療費 推移(1990~1994)

(단위: 백만원)

	1990		1991		1992		1993		1994	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
총진료비										
계	1,677,650	100.0	1,790,010	100.0	2,056,728	100.0	2,407,026	100.0	2,677,352	100.0
의원	1,185,831	70.7	1,229,541	68.7	1,373,324	66.8	1,593,095	66.2	1,733,988	64.8
병원	105,688	6.3	113,088	6.3	130,867	6.4	150,331	6.2	176,526	6.6
종합병원	386,131	23.0	447,381	25.0	552,537	26.9	663,600	27.6	766,838	28.6
보험자부담금										
계	922,113	100.0	929,759	100.0	1,058,358	100.0	1,248,179	100.0	1,413,026	100.0
의원	714,442	77.5	690,126	74.2	762,289	72.0	893,755	71.6	997,474	70.6
병원	47,975	5.2	52,408	5.6	61,784	5.8	71,473	5.7	85,267	6.0
종합병원	159,696	17.3	187,225	20.1	234,285	22.1	282,951	22.7	330,285	23.4

資料: 의료보험연합회, 『의료보험 통계연보』, 각 연도.

상기의 현상을 좀더 구체적으로 파악하기 위하여 1990~1994년의 의료보험통계에서 醫療機關別 件當 診療費와 件當給與費를 보면 외래 이용 건당진료비는 醫院에서의 증가폭에 비하여 綜合病院에서의 증가

폭이 훨씬 높았으며 건당급여비에서도 마찬가지로 양상을 보인다(表 4-26 참조). 이것은 첫째, 醫療酬價가 統制되는 가운데 醫院級 醫療機關은 전반적으로 診療가 지나치게 난이도가 낮은 서비스나 진료위험을 회피하는 單純한 診療行爲 쪽으로 치우치고 있고 診療서비스의 數量만을 증대시키는 방향으로 나가고 있으며, 둘째, 醫院에서 醫療事故의 危險이나 診療의 難易度나 診療量이 의료수가에 반영되지 않은 醫療行爲와 入院診療 등을 回避함으로써 그 역할이 병원이나 종합병원으로 轉移되었다고 추론할 수 있다. 셋째는 높은 가산율이 부여되는 綜合病院에 비하여 醫院에 대한 醫療保險費 支拂方式이 不利하게 調整되어 있을 가능성을 제기하는 것으로 볼 수 있다. 여하튼 이러한 결과는 醫療費의 配分이 醫院보다도 綜合病院에 더 많이 配分되고 있음을 뜻하는 것으로 종합병원 이용자가 반드시 질병의 危重度가 높은 환자가 이용하고 있지만은 않은 현실과 소득수준이 높거나 지리적, 사회적 접근도가 높은 계층에서 대형 의료기관을 더 많이 이용하고 있음을 제기하는 연구결과(表 4-8 참조)들을 고려할 때 社會保險의 所得 再分配의 效果를 稀釋시키고 있는 문제를 내포하고 있다고 하겠다.

〈表 4-26〉 醫療機關別 外來 件當診療費 및 件當給與費 推移(1990~1994)
(단위: 원)

	1990	1991	1992	1993	1994
건당진료비					
의원	13,356	13,387	13,906	14,605	15,170
병원	19,416	20,869	23,011	24,588	26,198
종합병원	31,116	33,471	37,459	41,210	44,526
건당급여비					
의원	8,047	7,514	7,719	8,193	8,726
병원	8,813	9,671	10,864	11,690	12,654
종합병원	12,869	14,007	15,883	17,571	19,178

資料: 의료보험연합회, 『의료보험 통계연보』, 각 연도.

3. 醫院의 保險診療收入 現況

의원의 수입은 진료과목별로 변이가 크기는 하지만 전국민의료보험 도입 이후 보험진료수입이 의원전체의 수입에서 차지하는 비중은 70~95%에 달하는 것으로 조사되고 있다(한국생산성본부, 1994). 1995년과 1996년의 醫院의 診療標榜科目³⁰⁾別 醫院當 平均 醫療保險 診療收入과 診療件當 診療費는 <表 4-27> 및 <表 4-28>과 같다.

<表 4-27> 1995年度 醫院의 診療科目別 醫療保險 診療件數 및 診療費

진료표방과목	기관수 (A)	연간진료 건수 1000건 (B)	연간진료비 총액 (백만원) (C)	기관당 월평균진료 건수 (B/A÷12)	기관당 월평균 의료보험진 료비(천원) (C/A÷12)	진료건당 진료비 (원) (C/B)
일반의 및 가정의학과	4,552	32,768	544,997	599.9	9,977	16,632
내과	1,798	24,875	422,839	1,152.9	19,598	16,999
소아과	1,565	19,150	265,408	1,019.7	14,132	13,859
산부인과	1,583	4,366	140,476	229.8	7,395	32,178
일반외과	869	7,319	137,696	701.8	13,204	18,814
신경과	77	373	9,882	403.2	10,695	26,528
정신과	324	1,644	43,145	422.7	11,097	26,250
정형외과	808	7,524	195,572	776.0	20,170	25,991
신경외과	204	1,563	41,482	638.4	16,945	26,544
흉부외과	9	73	1,442	675.4	13,351	19,769
성형외과	52	14	332	23.1	532	22,991
안과	601	8,280	126,446	1,148.1	17,533	15,271
이비인후과	945	12,996	210,980	1,146.0	18,605	16,234
피부과	441	4,373	64,199	826.3	12,131	14,681
비뇨기과	470	2,897	47,390	513.6	8,402	16,360
진단방사선과	220	1,102	23,984	417.4	9,085	21,765
임상병리과	24	79	1,434	273.5	4,978	18,199
결핵과	27	216	5,444	665.4	16,803	25,253
재활의학과	50	169	6,354	282.0	10,590	37,545

資料: 의료보험연합회, 심사정보 조회과일, 1995.

30) 의원의 표방과목에 대한 상세한 설명은 3節의 일차의사인력 현황에서 다루고 있다.

〈表 4-28〉 1996年度 醫院의 診療科目別 醫療保險 診療件數 및 診療費

진료표방과목	기관수 (A)	1~6월 진료건수 1000건 (B)	1~6월 진료비 총액 (백만원) (C)	기관당 월평균진료 건수 (B/A÷6)	기관당 월평균 의료보험진 료비(천원) (C/A÷6)	진료건당 진료비 (원) (C/B)
일반의 및 가정의학과	4,321	17,441	307,089	672.7	11,845	17,607
내과	1,813	13,699	248,009	1,259.3	22,799	18,105
소아과	1,583	10,192	150,084	1,073.1	15,802	14,726
산부인과	1,543	2,308	80,696	249.5	8,716	34,968
일반외과	855	3,771	75,586	735.1	14,734	20,044
신경과	76	200	5,572	438.0	12,220	27,900
정신과	329	896	24,552	458.8	12,438	27,405
정형외과	814	3,990	112,308	816.9	22,995	28,148
신경외과	204	876	25,626	715.3	20,936	29,268
흉부외과	10	41	840	676.3	13,998	20,699
성형외과	41	9	238	37.7	968	25,705
안과	612	4,148	70,109	1,129.7	19,093	16,901
이비인후과	945	7,445	125,319	1,313.1	22,102	16,832
피부과	437	2,204	33,667	840.7	12,840	15,273
비뇨기과	467	1,482	25,856	528.7	9,228	17,452
진단방사선과	217	557	13,829	428.1	10,621	24,810
임상병리과	20	33	608	272.3	5,066	18,607
결핵과	26	104	2,734	667.1	17,525	26,270
재활의학과	47	114	4,540	405.8	16,100	39,676

資料: 의료보험연합회, 심사정보 조회파일, 1996.

단, 의원의 진료과목에 따라 보험진료수입이 의원전체의 수입에서 차지하는 비중이 相異하며 의원의 규모, 전문과목의 성격, 의사의 진료행위의 특성이나 이용 환자의 특성에 따라 診療原價의 차이가 크고 그에 따라 診療收益性도 다르기 때문에 단순 비교하는데는 제약이 매우 크다는 점은 고려되어야 할 것이다.

診療의 內容이 包括的이며 一次醫師로서의 성격이 높은 一般醫 및 家庭醫學科를 진료행위의 성격이 비교적 유사한 內科, 小兒科 등의 專門科目과 비교하였을 때 月平均 保險診療費가 낮은 것으로 나타나고 있

다. 이는 1991년, 1992년, 1993년에 파악된 자료에서도 일반의 및 가정의의 보험진료수입이 내과나 소아과 등에 비하여 일관성 있게 낮게 나타나고 있어 1995년 및 1996년도 결과를 뒷받침하고 있다(表 4-29 참조).

이것은 한국생산성 본부의 연구에서 一般醫 및 家庭醫學科의 保險診療收入의 비중이 전체수입에서 차지하는 비율이 내과 및 소아과에 비하여 다소 낮은 점을 감안하더라도 平均的으로 一般醫師나 家庭醫學 專門醫師는 타 전문과목 개설 개원의사에 비하여 診療收入이 낮은 것을 나타내는 결과라고 할 수 있다. 산부인과나 성형외과 등이 保險診療收入이 낮은 이유는 一般患者의 比重이 상대적으로 높기 때문이다.

美國 등의 여러 연구에서 의사가 專門科目을 결정하는데 있어서 영향을 미치는 變數 중에서 가장 重要的 役割을 하는 것은 醫師의 所得으로 나타나고 있다(Sloam, 1970; Hadley, 1975; Hay, 1980). 우리나라에서도 의료보험 수가항목간의 불균형이 상대적으로 보상이 많은 의료행위 기술을 과다하게 유도하여 장기적으로 의료인의 배출과 분포에 영향을 미치는 것으로 보고 있다(박은철, 1996).

이러한 연구결과를 고려할 때 우리나라에서 一般醫나 家庭醫學 專門醫의 收入이 다른 專門醫에 미치지 못하는 것은 의과대학생들이 이들 一次醫師로 進路를 선택하지 않게 하는 主要 動機로 작용할 수 있음을 시사한다고 할 수 있다.

民間部門에서는 물론 一般醫와 專門醫의 報酬에 차이가 있는 것으로 알려져 있으나 公式的인 資料는 없다. 公共部門에서 1차진료에 종사하는 의사라고 볼 수 있는 保健所의 專門醫와 一般醫의 報酬體系를 비교하면 <表 4-30> 및 <表 4-31>과 같이 서울지역에서는 專門醫와 一般醫에 차이를 두고 있다³¹⁾.

31) 서울특별시에서 '전문직 가급'에 포함시키고 있는 專門醫는 내과, 예방의학과, 가정의학과, 진단방사선과, 산부인과, 결핵과이며, 기타 전문의는 一般醫와 동일하게 '전문직 나급'으로 취급되고 있다. 기타 시·군지역에서는

〈表 4-29〉 診療標榜 科目別 醫院當 月平均 醫療保險 診療收入

(단위: 천원, %)

진료 표방과목	연도 (자료원)	1991	1992	1993 ¹⁾	1995	1996 ¹⁾	총진료 수입중 의료보험 진료수입 비중
		(a)	(a)	(a)	(b)	(b)	(c)
일반의 및 가정의학과		7,580	7,828	7,499	9,977	11,845	85.1 ²⁾
내과		15,870	16,217	15,463	19,598	22,799	91.0
소아과		10,984	11,243	10,966	14,132	15,802	93.0
산부인과		6,321	6,936	3,141	7,395	8,716	72.3
일반외과		10,819	11,188	9,376	13,204	14,734	82.6
신경과		8,506	9,192	8,425	10,695	12,220	95.0 ³⁾
정신과		11,127	11,009	8,598	11,097	12,438	
정형외과		16,487	17,306	14,165	20,170	22,995	74.9
신경외과		15,453	16,023	13,932	16,945	20,936	88.9
흉부외과		13,465	13,671	10,417	13,351	13,998	
성형외과		227	138	510	532	968	
안과		14,188	14,172	12,883	17,533	19,093	89.0
이비인후과		14,401	15,541	15,020	18,605	22,102	96.0
피부과		10,188	10,406	8,924	12,131	12,840	88.0 ⁴⁾
비뇨기과		7,350	7,251	6,519	8,402	9,228	
진단방사선과		7,857	8,289	7,715	9,085	10,621	73.0
해부병리과		7,121	11,863	8,411	-	-	
임상병리과		3,757	3,582	3,441	4,978	5,066	
결핵과		18,299	15,801	17,162	16,803	17,525	
재활의학과		7,905	10,177	9,195	10,590	16,100	

註: 1) 1993년, 1996년은 1~6월의 월평균임. 기타년도는 연간 월평균치임.

2) 가정의학과의 경우임.

3) 신경과 및 정신과를 합한 결과임.

4) 피부과 및 비뇨기과를 합한 결과임.

資料: a) 양명생, 『한국 의료보험 진료수가 제정 및 인상 조정 과정에 관한 연구』, 경산대학교 대학원, 1993.

b) 의료보험연합회, 심사정보 조회파일, 1995, 1996.

c) 한국생산성본부, 『의료수가가 의료행태에 미친 영향에 관한 연구』, 1994(236개 의원 표본조사자료).

전문의와 일반의간의 차이는 두지 않고 있으며 일부 수당에서만 약간의 차이를 두고 있는 정도이다.

〈表 4-30〉 保健所 勤務醫師의 醫療業務手當 支給基準(豫算)
(단위: 원/월)

구분	전문의 (전문직 가급)	일반의 ¹⁾ (전문직 나급)
〈일반직 의사〉		
4급	609,000	554,000
5급	609,000	518,000
〈전문직 의사〉		
5년 이상	1,012,000	673,000
4년 이상	1,006,000	667,000
3년 이상	1,000,000	661,000
2년 이상	995,000	656,000
2년 미만	989,000	650,000

註: 1) 내과, 예방의학과, 가정의학과, 진단방사선과, 산부인과, 결핵과를 제외한 전문의는 일반의와 동일하게 취급됨.

資料: 서울시 각지역 자치구, 예산 내역, 1996.

〈表 4-31〉 保健所의 專門醫와 一般醫¹⁾의 報酬內譯 事例 比較²⁾(豫算 基準)
(단위: 원/월)

	전문의 (전문직 가급)	일반의 ¹⁾ (전문직 나급)	비 고
기본급			
<A, B 보건소>	1,467,000	1,133,000	기말수당, 정근수당, 체력단련비는 본봉에 근거하여 정율로 별도 지급
<C 보건소>	1,540,000	1,189,650	
의료업무수당	989,000	650,000	기타 급식비, 교통비, 복리후생비, 시간외수당 별도 지급
직급보조비	30,000	20,000	

註: 1) 내과, 예방의학과, 가정의학과, 진단방사선과, 산부인과, 결핵과를 제외한 전문의는 일반의와 동일하게 취급됨.

2) 보수내역은 각 지방자치단체 예산에 편성된 예산으로 해당지역 근무자의 연령, 근무년수, 직급 등이 고려된 평균치이므로 직접비교에는 제한점이 있으며 실제 지급액이 아닌 예산임.

資料: 서울시 각지역 자치구, 예산 내역, 1996.

一般醫와 專門醫間에는 臨床修練 정도와 醫療情報에 대한 接觸度 등 포괄적인 診療能力에 差異가 있을 수 있는 현실 여건을 감안하면 이러

한 차등을 단순히 비교하는 것은 많은 한계점이 있겠으나 이러한 자료는 오늘날 우리나라에서 一般醫와 專門醫의 위상에 차이가 존재하며, 專門醫가 優待받는 狀況을 나타내는 대표적인 例示라고 볼 수 있다.

第3節 一次醫師 人力 現況

醫療體系를 구성하고 있는 要素는 크게 醫療人力, 醫療資源(의료시설, 자본 등), 醫療利用者 및 이들을 재정수단과 유인책을 통해 영향력을 행사하는 醫療政策의 네 가지로 볼 수 있다. 이 중에서도 의료는 전문인력의 직접서비스가 의료의 속성상 중요한 부분을 차지하고 있어 다른 부문에 비하여 인력수급이 더욱 중요하다. 특히 醫療過程이 醫師를 중심으로 하는 分業的 構造를 가지고 있어 醫療人力중에서도 醫師가 求心點이 된다.

이제까지의 醫師人力에 대한 適正需給에 대해서는 醫師數 전체의 규모 즉, 의사인력의 數가 不足한지 過剩인지에 관하여 관심이 집중되어 의사인력수를 확대하는데 우선되어 왔으며 醫療人力 構成을 適定化하는데 대해서는 별다른 사회적 노력이 기울여지지 않아 왔다.

여기서는 專門醫와 一般醫의 구성, 專門醫의 專門科目別 구성, 현재의 醫院 醫師의 特性을 중심으로 파악하고자 하였다. 자료는 보건복지부, 의사협회 및 병원협회 등의 기존 통계를 활용하였고 특히 醫院에 대해서는 심층적인 분석을 위하여 1996년 10월 현재 醫療保險聯合會에 등록되어 있는 醫院級 療養機關과일을 사용하여 파악하였다.

1. 一次醫師 人力의 養成 體系

一次醫療를 擔當하고 있는 醫師의 資格에 관한 기준이 분명하지 못

한 현실에서 一次醫師의 범위가 法的, 制度的으로 구분되어 있는 것이 아니라 專攻이나 勤務機關에 따라서 一次醫療業務가 다르게 된다. 여기서 일차의사의 범위는 廣義로는 醫院의 醫師 全體를 포함할 수 있지만 원칙적인 측면에서 狹義의 一次醫, 즉 包括的인 一次診療를 맡고 있다고 볼 수 있는 一般醫 및 家庭醫學 專門醫의 養成現況을 보고자 한다.

一般醫는 ‘의사면허 취득 후 정례화된 소정의 졸업후 의학교육과정을 이수하지 않은 의사’이다. 一般醫에 대한 졸업후 醫學教育課程은 開發되어 있지 않다. 32개 醫科大學에 대한 조사결과 6개 대학이 ‘1차 진료의가 되도록 교육’, 2개 대학이 ‘전문의 과정 진입에 적합한 의사 교육’, 5개 의과대학이 ‘상기 양자를 모두 지향하는 교육’, 17개 대학은 ‘미상’으로 교육목표를 정하고 있다(한국의과대학장협의회, 1992~1993). 이와 같이 많은 수의 의과대학이 일차진료의가 되는 것을 목표로 표명하고 있기는 하지만 졸업전 醫科大學의 教育課程은 專門醫 課程에 進入하기 위한 단계로 이루어지고 있어 의과대학을 졸업하고 독자적인 진료를 할 수 있는 의사의 수는 현실적으로 소수이며 대다수의 졸업생은 專門醫 課程의 修練을 받게 된다.

현재 의과대학 교육은 基幹教育課程과 選擇課程의 구분없이 모든 것을 필수적으로 가르치고 있다. 또한 방대한 양의 의학지식을 공급하고 있어 필수적인 교육내용은 상대적으로 축소되는 결과를 초래한다. 臨床實習도 대부분 대학부속 수련병원에서 이루어지고 있으며 全般的이고 包括的인 臨床教育이 이루어지지 않고 있어 1次 診療醫로서의 내용과는 동떨어진 경우가 많다(한국의과대학장협의회·한국 의학교육학회, 1994; 청년의사신문, 1995). 특히 우리나라 현실에서는 臨床經驗을 專攻醫 訓練課程 중에 습득하게 되고 의과대학에서의 진료실습은 극히 제한되어 있으므로 일반의들이 진료를 시작할 때의 진료능력은 미흡한 경우가 많다. 또한 一般醫에 대한 卒業後 教育機會가 거의 마련

되어 있지 않기 때문에 이들의 수준은 자신들이 一次醫療를 담당하게 된 시점까지 받았던 의학수준에 개인적 경험이 가미된 정도에 머무르고 있는 경우가 많다.

이에 반하여 1952년 미국식의 전문의제도가 도입되면서 1960년대 이후로 양산된 專門醫는 ‘특정 전문과목에 대한 레지던트과정을 수료하고 일정한 심사를 거쳐 그 자격이 인정된 의사’로서 의과대학 졸업 후 追加的인 訓練課程을 거친다(表 4-32 참조).

〈表 4-32〉 우리나라 醫師의 卒業後 教育課程 比較

	일반의	가정의학 전문의	전문의
졸업후 훈련	의사면허 취득후 정례화된 소정의 졸업후 의학교육과 정이 없음.	의료분야 전반과 일 차의료분야에 대한 소정의 레지던트과정 (3년과정)을 수료하 고 일정한 심사(시험 등)를 거쳐 자격이 인정됨.	특정분야(전문과목)에 대한 소정의 레지던 트과정(대개 4년과정) 을 수료하고 일정한 심사(시험등)등을 거 쳐 그 자격이 인정됨.

이러한 현실에서 국민들의 의식수준은 이제 一次診療醫라고 하더라도 수준 낮은 진료를 받아들이지 않는 상황에 이르렀기 때문에 현재와 같은 一般醫를 신뢰하지 않고 보다 많은 훈련과정을 거친 專門醫를 選好하게 되는데 전문의에 대한 진료접근에 제한이 없는 현실에서는 당연한 결과라고 볼 수 있다.

전문의 추구경향과 일차진료에 대한 경시경향을 극복하고 일반의보다 체계적인 수련을 거치는 一次醫療醫師를 育成하기 위한 대안으로 1979년부터 도입된 家庭醫學 專攻醫 課程은 현재 3년 과정으로 이루어지고 있다. 家庭醫 專門醫制度에 대해서는 그 기능과 역할, 수련제도 등에서 수년간 논란이 계속되어 온 사항으로 의료인력 구성의 전반에 걸쳐 연결되어 있는 문제이다. 이와 같이 일차의사로서 현재의

家庭醫學 專門醫에 문제가 없는 것은 아니지만 현재 家庭醫學科 레지던트 課程의 教科課程을 보면 <表 4-33>과 같이 운영되고 있다.

<表 4-33> 家庭醫學科 레지던트 課程 年次別 教科課程

年次	환자 취급범위	교과 과정	학술회의 참석 및 논문제출
1년차	1. 퇴원환자 60명 이상 (실인원, 가정의학과 환자 10명 포함)	1. 가정의학과 : 전속수련 6개월 이상 2. 필수전공과목: 내과 6개월 이상, 소아과 2~4개월, 일반외과 2~3개 월, 산부인과 2~3개월을 반드시 파 견해야 함.	1. 학술회 3회 이상 2. 원내: 300회 이상
2년차	1. 퇴원환자 40명 이상 (실인원, 가정의학과 환자 10명 포함) 2. 외래환자 100명 이상	3. 필수선택과목: 파견기관 8~12개월 정형외과, 정신과, 이비인후과, 안과, 피부과, 비뇨기과, 지역사회의학과, 응급의학과, 진단방사선과 등이 포함 되며 이중 최고 5과목 이상을 전과 정에 걸쳐서 수련을 받아야 하며 과 목당 2개월이내로 수련받을 수 있음.	주논문 1편 부논문 1편
3년차	1. 외래환자 200명 이상	4. 자유선택과목: 파견기간 4~6개월 수 련과정중 부족하다고 판단되는 분야 를 선택하여 수련할 수 있음.	
총 계	1. 퇴원환자 100명 이상 (실인원, 가정의학과 환자 20명 포함) 2. 외래환자 300명 이상		
비 고	가정의학과 전공의수련의 질을 높이기 위해 학회가 인정하는 의료기관에 각 년차별로 6개월까지 파견할 수 있다.		

資料: 보건복지부 고시 제90-18호(1996년 개정), 전공의 교과중 가정의학과 교과과정

가정의학과 레지던트 定員은 1987년부터 레지던트 정원에 포함된 이래 3.6%(65명)에서 계속 증가되어 1996년에는 레지던트 전체 정원의 9.6%(380명)으로 증가되었고 현재는 내과에 이어 전공과목중 두번째로 많은 정원을 확보하고 있다(表 4-34 참조). 가정의학 레지던트의 실제 확보상태도 전체 레지던트의 5% 내외에서 꾸준히 증가하여 현재는 8.9%에 이르고 있다(表 4-35 참조). 가정의 수련병원의 지정기준도 100명상 이상의 중소병원까지 포함되어 修練機會를 擴大하고 있다.

〈表 4-34〉 專攻醫 科目別 家庭醫學科 및 主要科의 定員 比率 推移
(1975~1996)

(단위: %)

	레지던트 1년차정원(N)	가정 의학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과
1975	100.0 (726)	-	13.6	8.7	9.6	12.4
1980	100.0 (1,389)	-	14.3	8.4	10.6	10.7
1985	100.0 (1,555)	-	16.0	9.3	9.9	9.1
1987	100.0 (1,800)	3.6	15.0	8.4	9.2	8.7
1990	100.0 (2,313)	5.3	16.0	7.8	8.0	9.0
1991	100.0 (2,522)	5.4	16.1	7.7	8.1	8.7
1992	100.0 (2,730)	6.5	15.7	7.4	8.0	8.7
1993	100.0 (2,919)	7.4	15.4	7.0	8.0	8.8
1994	100.0 (3,158)	8.6	15.5	6.8	7.7	8.8
1995	100.0 (3,477)	8.7	15.8	6.7	7.5	8.2
1996	100.0 (3,979)	9.6	15.6	6.6	7.5	7.7

資料: 대한병원협회, 『병원표준화 심사 및 수련병원(기관)지정·전공의 정원책정 보고서』, 각 연도.

〈表 4-35〉 家庭醫學科 레지던트 定員 및 確保數(1990~1996)

(단위: 명, %)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
레지던트 전체 정원	2,313	2,522	2,730	2,919	3,158	3,477	3,979
가정의학과(A)	122	137	178	215	270	307	380
가정의학과 비율	5.3	5.4	6.5	7.4	8.5	8.7	9.6
레지던트 전체 확보수	2,159	2,356	2,547	2,734	2,996	3,176	3,412
가정의학과(B)	105	120	161	186	250	280	305
가정의학과 비율	4.9	5.1	6.3	6.8	8.3	8.8	8.9
정원대비확보율(B/A)	86.1	87.6	90.4	86.5	92.6	91.2	80.3

현재 의과대학 졸업생의 거의 90% 이상이 專門醫 課程의 修練을 희망하고 있다. 또한 전문의의 수련과정인 레지던트의 定員은 醫療需 要를 고려한 醫療人力의 適定構成에 기초하여 책정되지 않고 병원의

경영적인 입장에서 수련병원이 값싼 專攻醫 人力을 活用하는 틀로 짜여져 있다. 이러한 상황에서 졸업생의 거의 전원이 전공의 과정을 밟도록 정원이 맞추어지고 있다.

<表 4-36>을 보면 最近 인턴정원은 의과대학 졸업생 수보다 높게 책정되어 있다. 레지던트 정원도 의대 졸업자가 통상적으로 졸업후 1년후에 레지던트 과정에 들어간다고 볼 때 1993년 졸업생수가 2,943명인데 1994년도 레지던트 1년차 정원은 3,158명으로 책정되어 있어 레지던트 정원이 졸업생 수를 초과하고 있다³²⁾. 이와 같은 상황에서 전공의의 수는 계속 늘고 있다.

의협의 회원실태조사 자료를 보면 醫院 開設醫師 중에서 專門醫의 비율은 점점 높아져서 1996년에는 87.3%에 이르고 있다³³⁾. 이것은 배출된 專門醫의 50% 내외가 醫院에 開院醫 또는 就業醫로 從事하고 있는 형태로 나타나고 있다(表 4-37 참조).

의학이 발전하고 복잡해짐에 따라 外國의 醫師養成 過程을 보면 대부분의 국가에서는 一般醫라 하더라도 졸업후 상당기간의 臨床訓練課程을 거치도록 되어 있다. 물론 최근 선진국들은 長期化되고 教育所要 費用이 높은 醫學教育課程을 短縮하려는 趨勢에 있다. 하지만 보다 질 높은 개념으로 上向 調整된 一次診療醫를 養成하는 方案을 모색하여야 할 시점에 있기 때문에 현재의 一般醫를 향후 一次醫師의 모습으로 定型화할 수는 없을 것으로 보인다.

32) 물론 전년도 레지던트 탈락자, 의사자격고시 채수자 등이 감안되어 조정되기는 한다.

33) 1996년도 의협 신고 회원중 의원종사자는 14,743명(의원 개업자 13,878명과 의원취업자 865명)이고, 전문의중 의원 종사자는 12,877명(의원개업자 12,142명과 의원취업자 735명)이므로 87.3%가 전문의로 산출된다. 단, 의협신고율은 보건복지부 의사면허 등록자의 68%이며, 이중 전문의 신고율은 자격전문의의 83%로 전문의와 비전문의의 신고율에 차이가 있음을 감안한다면 실제개업의중 전문의 비율은 다소 낮을 것으로 볼 수 있다.

〈表 4-36〉 最近 인턴 및 專攻醫 定員 推移(1989~1996)

(단위: 명, %)

연도	의대졸업자	인턴정원	인턴/졸업자	레지던트정원	레지던트/인턴
1989	3,091	2,779	89.9	2,175	78.3
1990	2,909	2,919	100.3	2,313	79.2
1991	2,902	3,156	108.8	2,522	79.9
1992	2,923	3,399	116.3	2,730	80.3
1993	2,943	3,578	121.6	2,919	81.6
1994	2,914	3,356	115.2	3,158	94.1
1995	2,897	3,453	119.2	3,477	100.7
1996	2,910	3,638	125.0	3,979	109.4

資料: 대한병원협회, 『병원표준화 심사 및 수련병원(기관)지정·전공의 정원 책정 보고서』, 각 연도.

〈表 4-37〉 專門醫의 醫院 從事者 比率¹⁾(1989~1996)

(단위: %)

전문과목	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
전체 전문의 ²⁾	49.4	48.6	48.7	49.2	50.3	50.8	49.7	48.8
가정의학과	82.6	79.8	77.8	77.5	73.5	72.7	71.2	67.6
내과	43.1	43.9	44.2	36.2	48.0	49.5	48.1	47.4
일반외과	51.4	52.5	51.9	50.3	49.4	49.7	49.4	49.3
소아과	60.7	61.1	60.9	61.7	62.4	65.7	64.1	63.4
산부인과	63.1	61.2	59.9	60.3	61.0	62.0	61.2	60.0
기타 전문과 ³⁾	39.2	38.8	39.8	40.9	42.2	42.1	41.8	41.1

註: 1) 해당과 의원개원자와 의원취업자를 해당과 총전문의수로 나눈 비율, 군복무자는 제외

2) 전문의 전체에 대한 수치임

3) 기타 전문의는 상기 5개 전문과를 제외한 전문의 임.

4) 각 연도의 수치는 전년도 5월 1일부터 당해년도 4월 30일까지의 회원 등록수를 근거로 산출함.

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태 조사보고서』, 각 연도.

2. 一次醫師 人力的 規模

우리나라에서 一次醫師가 누구인가는 연구범위에서 제기한 바와 같이 구분되기가 어렵다. 더구나 一次醫師와 專門醫師의 비율이 어느 정

도가 적합한가에 대해서는 합의되어 있지 못하다. 1994년 醫療保障改革委員會에서는 一次診療醫師의 比率을 매년 5%씩 10년 동안 連次的으로 增加시켜 2005년경에는 50~60%의 新규의사가 一次醫療를 擔當하도록 의사정원 調整을 권고하고 있다. 우리나라와 같이 전문의 비율이 높고 専門의가 醫원을 開設하고 있는 미국에서는 1992년 公衆보건 國 산하의 ‘졸업후 醫學教育 審의회(Council on Graduate Medical Education: COGME)’에서 一般醫의 不足과 專門醫 過剩을 해소하기 위하여 전체의사인력의 50%를 一次醫師人力으로 養成할 것을 勸告하고 있다(Wall et al., 1994).

본 연구에서는 엄밀한 의미의 一次醫師와, 一次醫療의 特性이 우리나라와 유사한 미국에서 一次醫로 구분되고 있는 일부 專門醫를 포함한 一次醫師 및 의료기관 유형으로 구분되는 一次醫師로 나누어 各경우의 人力 規模를 파악하고자 하였다.

가. 一般醫³⁴⁾ 規模

1) 全體醫師 中 規模

一般醫와 專門醫의 역할이 구분되어 있는 국가에서는 包括的인 一次診療를 담당하는 一般醫와 家庭醫를 一次醫師의 범주에 넣고 있는데 우리나라에서 이러한 범주의 일차의사는 一般醫와 家庭醫學 專門醫라고 볼 수 있다. 우리나라의 一次診療의 特徵은 3층제로 되어 있다. 즉 一次診療를 두고 單科專門醫와 家庭醫 專門醫, 一般醫간에 교통정리를 하기 어려운 구조를 가지고 있으며 專門醫가 一次診療를 支配하는데서 發生하는 奇形的 現狀을 가지고 있음이 지적되고 있다(문옥륜, 1996). 1994년도의 일차의사를 일반의와 가정의학 專門의로 보

34) 일반의 및 가정의학과 전문의

있을때 그 數를 보면 아래와 같다. 현재 사망 신고자와 한지의사를 제외한 保健福祉部에 免許登錄된 醫師數는 총 54,406명³⁵⁾이다. 專門醫가 54.4%에 달하므로 전문의가 아닌 의사를 일단 一般醫(表 4-38의 일반의 I에 해당)라고 보면 일반의는 24,811명으로 45.6%가 된다. 이중 레지던트 과정에 있는 의사를 제외하면 일반의(表 4-38의 일반의 II에 해당)는 14,453명으로 26.6%가 된다.

의과대학 졸업후 인턴과정에 있는 의사는 一次醫師로 간주할 수도 있으나 이들이 병원과 종합병원에서 일하고 또 대부분이 레지던트 課程에 進入되게 되는 현실을 감안하면 일차의사인력으로 간주하기는 어렵다. 따라서 인턴수를 다시 제외하면 일반의(表 4-38의 일반의 III에 해당)는 11,353명으로 20.9%에 달한다. 여기에 家庭醫學 專門醫를 합하면 13,884명으로 25.5%에 달하게 된다. 여기에는 공중보건 일반의와 病院이나 綜合病院에서 근무하는 一般醫와 家庭醫가 포함되어 있고 또 진료부문에 종사하지 않은 의사가 포함되어 있으므로 이 범주에 속하는 진료 활동중인 一次醫師는 이보다 더욱 낮은 수준이 될 것이다³⁶⁾.

<表 4-38>에서 볼 수 있듯이 1975년부터 1994년까지의 자료에서 一次醫師의 數는 連次的으로 계속 減少趨勢를 나타내고 있어 현재 추세로 가면 일차의사수는 더욱 줄어들 전망이다(圖 4-3, 圖 4-4 참조).

35) 보건복지부 의사등록 면허자는 의사면허등록 누계에서 사망신고자와 한지의를 제외한 것으로 사망자의 일부만이 신고되고 있으며 해외 이주자 등의 파악이 어려워 이들이 포함되어 있기 때문에 항상 실제 의사수보다 많은 수로 표시된다는 점이 감안되어야 할 것이다.

36) 1995년 공중보건의사중 일반의의 수는 864명(보건복지부 내부자료, 1996)이므로 1994년에도 유사한 수준이라고 보면 1994년도에 공중보건의를 제외한 일반의와 가정의학 전문의가 전체 의사에서 차지하는 비율은 24% 정도가 된다.

〈表 4-38〉 우리나라 年度別 醫師數 및 專門醫¹⁾, 一般醫²⁾, 家庭醫 數의 變化 推移(1975~1994)

(단위: 명, %)

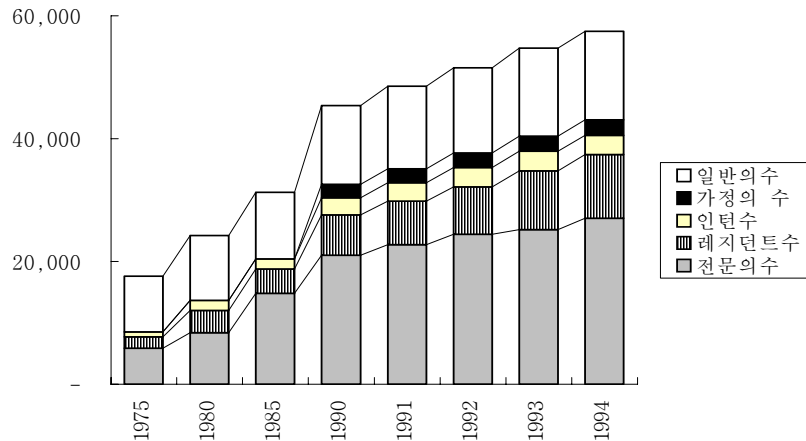
년도	전체 의사수 (A)	전문의 수 ^{1),2)} (B)	가정의 전문의 수 (C)	레지던 트수 (D)	인턴 확보수 (E)	전문의 비율 (B/A)	가정의 전문의 비율 (C/A)	전문의 및 레지던트 비율 (B+D)/ (A)
1975	16,800	5,854	-	1,865	838 ³⁾	34.8	-	45.9
1980	22,564	8,415	-	3,577	1,650 ³⁾	37.3	-	53.1
1985	29,596	14,797	-	3,962	1,660	50.0	-	63.4
1990	42,554	23,222	2,180	6,522	2,831	54.6	5.1	69.9
1991	45,496	24,994	2,270	7,076	3,007	54.9	5.0	70.5
1992	48,390	26,792	2,336	7,712	3,152	55.4	4.8	71.3
1993	51,518	27,633	2,430	9,532	3,247	53.6	4.7	72.1
1994	54,406	29,595	2,531	10,358	3,100	54.4	4.7	73.4

년도	일반의 I (F) =(A-B)	일반의 I 비율 (F/A)	일반의 II (G) =(A-B-D)	일반의 비율 II (G/A)	일반의 III (H) =(A-B -D-E)	일반의 비율 III (H/A)	일반의 III 및 가정의 전문의 비율 (C+H)/A
1975	10,946	65.2	9,081	65.2	8,243.	49.1	49.1
1980	14,149	62.7	10,572	62.7	8,922.	39.5	39.5
1985	14,799	50.0	10,837	50.0	9,171	31.0	31.0
1990	19,332	45.4	12,810	30.1	9,979	23.5	28.6
1991	20,502	45.1	13,426	29.5	10,419	22.9	27.9
1992	21,598	44.6	13,886	28.7	10,734	22.2	27.0
1993	23,885	46.4	14,353	27.9	11,106	21.6	26.3
1994	24,811	45.6	14,453	26.6	11,353	20.9	25.5

註: 1) 전문의수에는 가정의학 전문의 포함.
 2) 레지던트 과정의 의사수를 제외
 3) 1975년, 1980년은 인턴정원수임.
 4) 이 表의 수치에는 전체적으로 공중보건 의사가 포함되어 있음.

資料: 보건복지부, 『보건복지통계연보』, 1995.
 대한병원협회, 『병원표준화 심사 및 수련병원(기관)지정·전공의 정원
 책정 보고서』, 각 연도.

[圖 4-3] 醫師人力數 推移(1975~1994)

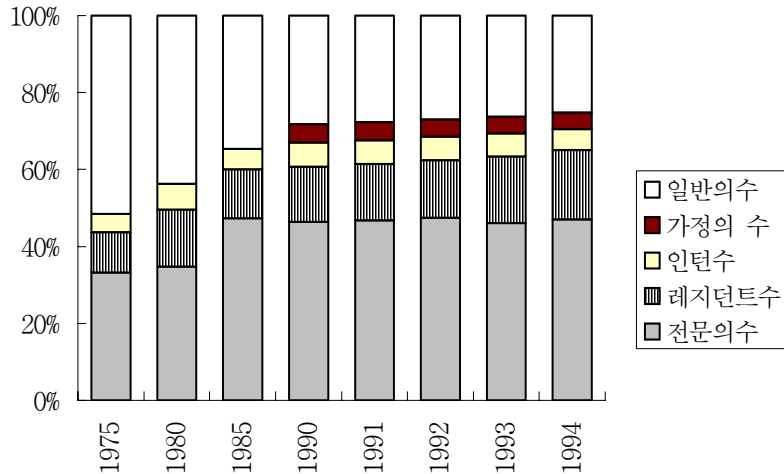


歐美國家の 醫師中 一般醫의 구성비율은 국가에 따라 차이를 보이 나 대개 50대 50에 근접하고 있다. 일반의의 비율은 국가별로 각국의 醫療體系 속에서 一次醫師의 範疇에 따라 차이가 있는 것을 볼 수 있는데 대체로 國民保健서비스體制(NHS)나 社會保險型의 醫療體系를 가진 국가에서 一次醫師의 비율이 높다. 전반적으로 볼 때 우리나라는 일차의사의 비율이 외국과 비교하였을 때 매우 낮은 나라로 평가될 수 있다.

2) 醫院 開設醫師中 一般醫의 規模

開院醫중의 一般醫의 규모는 대한의사협회의 자료와 의료보험연합회의 자료를 통해 파악하였다. 의협의 의사신고자료를 통해서 醫院을 開業하거나 醫院에 就業하고 있는 醫院從事者의 分布를 보면 1996년 一般醫는 12.7%, 家庭醫學 專門醫는 7.7%로 합해서 의원에 있는 의사의 20.4%가 일반의와 가정의 전문의이다(表 4-39 참조).

[圖 4-4] 醫師人力 構成比 推移(1975~1994)



<表 4-39> 醫院從事 醫師의 專門科目別 分布(1989~1996)

(단위: %)

	계	N	일반의	가정 의학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과	기타 전문과
1989	100.0	9,638	16.9	9.9	10.3	10.5	12.6	10.4	29.4
1990	100.0	9,982	15.0	9.4	11.0	10.8	12.5	10.5	30.8
1991	100.0	10,683	14.5	8.8	11.3	10.8	12.2	10.4	32.0
1992	100.0	11,659	14.0	8.5	11.8	10.9	12.1	9.8	32.9
1993	100.0	12,224	13.7	8.0	12.1	11.0	12.1	9.7	33.4
1994	100.0	13,191	14.2	7.6	12.4	11.0	11.8	9.5	33.4
1995	100.0	13,902	13.6	7.8	12.6	10.8	11.8	9.5	34.0
1996	100.0	14,743	12.7	7.7	12.7	10.9	11.7	9.5	34.8

註: 1) 일반의는 의협신고의사중 전문의를 뺀 수치로 산출함.

資料: 대한의사협회, 『전국회원실태조사』, 각 연도.

단, 이 의협신고자료는 신고율이 전체적으로 68%이고 전문의 신고율은 83%로 專門醫의 신고율보다 一般醫의 신고율이 낮으므로 실제

로 일반의사의 비율은 이보다 다소 높다고 보아야 할 것이다. 연차적으로 一般醫의 比率은 계속 減少하고 있고 현재 의원을 개설하고 있는 家庭醫學科 專門醫의 比率은 유지상태를 보이므로 전반적으로 一次醫師의 비율은 감소하고 있다.

의협자료는 신고율을 고려할 때 제약점을 갖고 있다. 의원의 모두가 보험급여를 받고 있는 療養給與機關이므로 一次醫療人力の 規模를 파악하는 자료로서 1996년 10월 현재 의료보험연합회에 등록되어 있는 의원급 의료기관 요양기관파일을 분석하여 보면 醫院 開設醫師³⁷⁾의 專門科目 申告事項에서 일반의는 16.9%, 가정의학전문의는 5.5%로써 합하면 22.4%가 狹義의 一次醫師에 속한다고 볼 수 있다(表 4-40 참조).

나. 擴大된 一次醫師의 規模

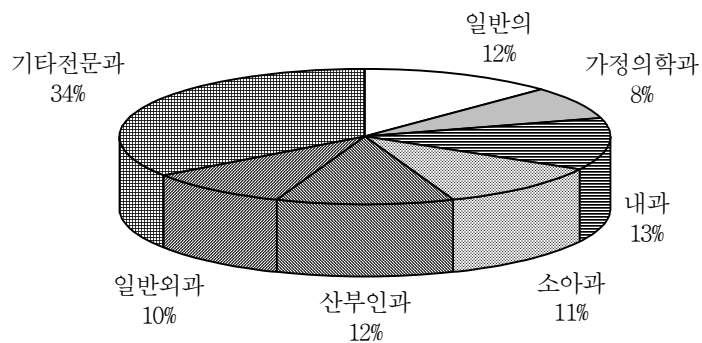
우리나라에서 一次醫師에 대한 정의는 없으나 美國의 保健部에서는 일차의의 범위를 一般醫, 家庭醫學 專門醫, 一般內科醫, 一般小兒科醫로 보고 있으며 미국의학협회에서는 여기에 産婦人科 醫師까지 포함하고 있다. 우리의 의원에 종사하는 專門醫의 실질적인 진료내용이 一般醫와 큰 차이가 없다는 연구결과들(윤종률 외, 1993; 박재용 외, 1992; 김철환, 1993; 조재국 외, 1993)을 고려하여 일차의사의 범위를 넓혀 內科, 小兒科, 産婦人科, 一般外科를 포함시켜 그 인력의 규모와 구성비율을 보면 다음과 같다.

37) 의료보험연합회 요양기관 파일자료중 개원의에 대한 전문과목을 분석한 것으로 의원 개원의(원장)가 아닌 의원에 고용된 의사는 빠진 자료이다. 이것은 의료기관별로 신고되는 이 자료의 특성상 의원에 고용된 의사에 관한 사항은 동태적인 사항으로 신고변경이 잘 되지 않는다는 점을 감안하여 개원의사(의원 원장)만을 분석한 것이다.

1) 大韓醫師協會 申告資料

대한의사협회의 의사신고자료에서 의원종사자의 분포를 통해 一般醫와 專門醫의 構成을 파악해 보면 <表 4-39>와 같다. 1996년에 一般醫(一般科)는 12.7%, 가정의학 전문의는 7.7%로 여기에 內科와 小兒科 開院醫를 포함하면 44.0%이며, 산부인과 전문의를 포함하면 55.7%가 된다. 다시 여기에 우리나라 여건에서 진료성격이 一般科와 유사한 一般外科까지의 6개 과목을 포함하면 총 개원의의 65.2%가 이 확대된 범주에 속하는 일차의사로 간주된다(圖 4-5 참조). 이 수치는 의원의 35% 가량이 一次醫療로써는 적합하지 않은 專攻 背景을 가지고 있다는 것을 의미한다. 이 자료에서 볼 수 있듯이 1989~1996년 기간 중 一般醫의 比率은 계속 減少하고 專門醫가 增加하고 있으며, 특히 가정의학과와 기본 4과 전문의 이외의 기타 전문의의 비율이 증가하고 있어 일차 의료기관인 의원의 개업의 중에서 非主要科의 單科 專門醫가 차지하는 비율이 높아지고 있는 것으로 나타나고 있다.

[圖 4-5] 醫院從事 醫師의 專門科目別 分布(1996)



資料: 대한의사협회, 『전국회원실태조사』, 1996.

2) 醫院 開設醫師 資料

1996년 10월 현재 의료보험연합회의 開院醫의 專門科目 申告事項은 <表 4-40>과 같다.

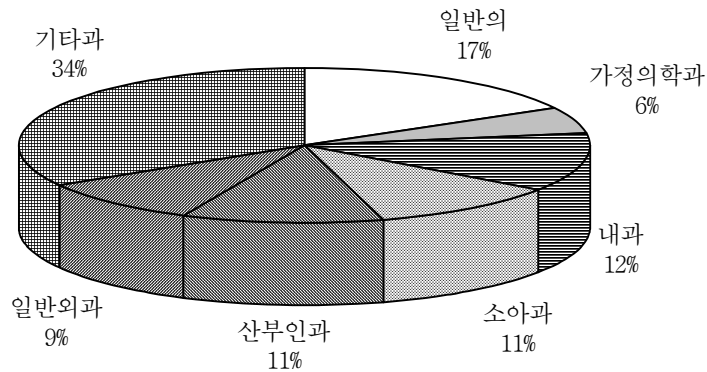
<表 4-40> 醫院 開設醫師의 專門科目 分布(1996)

(단위: 명, %)

	계	일반의	가정의학과	내과	소아과	산부인과	일반외과	기타 전문과 ¹⁾
의원의사수	15,009	2,539	828	1,860	1,627	1,712	1,396	5,047
비율	100.0	16.9	5.5	12.4	10.8	11.4	9.3	33.6

資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996.10.

[圖 4-6] 醫院 開設醫師의 專門科目 分布(1996)



資料: 의료보험연합회, 『요양기관화일』, 1996.10.

이 자료에서 일반의는 16.9%, 가정의학 전문의는 5.5%로 합해서 22.4%이다. 여기에 내과와 소아과 개원의를 포함하면 45.6%이며, 산부인과 개원의를 포함하면 57.0%가 된다. 여기에 일반외과까지의 6개 과목을 포함하면 총 개원의의 66.4%가 이 확대된 범주에 속하는 일차의사로 간주될 수 있다(圖 4-6 참조). 나머지 33.6%는 이비인후과 등의 전문의

로서 일차의료에 적합하지 않은 전공배경을 가졌다고 볼 수 있다

다. 就業形態別 一次醫師 規模

우리나라에서 의료기관 형태별로 一次醫療를 擔當하는 醫師는 규범적으로 醫院과 保健所, 保健支所에 勤務하는 醫師라고 볼 수 있다. 그러나 의료기관간의 기능이 분담되지 않은 상태에서 의료전달체계상으로는 病院과 綜合病院의 外來도 一次診療를 할 수 있는 길이 보장되어 있기도 하다. 일단 一次醫療를 擔當하는 醫療機關을 醫院으로 한정할 때 1994년 말 현재 醫院의 醫師는 전체 취업의사수의 36.1%에 달하는 것으로 나타난다. 5.1%에 해당되는 保健所 및 保健支所の 醫師³⁸⁾도 一次診療를 맡고 있다고 볼 수 있으므로 이들을 더하면 41.2%가 一次醫師라고 볼 수도 있다³⁹⁾(表 4-41 참조). 단 의원근무 의사의 87.3%가 전문의이고 앞서 35% 내외가 一次診療에 적합하지 않은 診療科의 專門醫이며, 보건소와 보건지소의 의사는 公衆保健醫師가 대다수를 차지한다는 사실을 고려할 때 一次醫療 人力은 취업형태별 수치가 제시하는 것보다 훨씬 脆弱한 狀態라고 볼 수 있다.

〈表 4-41〉 就業形態別 醫師의 分布(1994)

(단위: 명, %)

구분	계	의원	병원	종합병원	보건소 (지소)
취업자수	41,570	14,980	2,763	21,698	2,121
구성비	100.0	36.1	6.6	52.2	5.1

資料: 보건복지부, 『보건복지백서』, 1995.

38) 보건소의 의사와 공중보건 의사중에는 전문의가 포함되어 있다.

39) 단, 보건기관 근무 의사는 본 연구에서는 논의대상으로 포함하지 않았다.

3. 醫院開設 醫師의 特性

일차의사의 범주가 상기와 같이 세 가지로 구분될 수 있으나 일차의사의 특성을 파악할 수 있는 자료는 기존의 가용한 통계가 의원에 관한 자료이므로 의원에 있는 의사 전체를 중심으로 파악하고 일부 자료가 가능한 부분에 대해서 專門科目別로 特性을 把握하였다. 이들 의원에 있는 의사의 특성은 향후 一次醫療의 範圍와 一次醫師의 範疇를 설정하기 위해서는 必須的인 基礎資料라고 볼 수 있다.

의원의 의사에 대한 자료는 의원 개설의사의 전수가 의료보험연합회에 신고를 하고 보험급여를 받고 있으므로 療養機關과일은 기존의 자료중 의원의 현황을 가장 정확히 제시할 수 있는 자료로 보아 활용하였다. 본 자료에서 활용한 의원자료는 1996년 10월 현재 의원급 요양기관 자료 전수인 15,009기관이다.

가. 年齡 및 性別 分布

현재 醫院 開設 醫師의 性別 年齡別 分布를 보면 15,009명중 남자가 87.3%이고 연령군별로는 30대가 31.9%, 40대가 35.7%, 50대가 16.0%, 60대가 11.2%, 70대 이상이 4.5%를 차지하고 있어 의원의 의사연령은 30대와 40대의 젊은 층이 주류를 이루고 있다(表 4-42 참조). 이것은 최근 의과대학의 증가로 많은 의사들이 배출되기 때문으로 보인다. 이는 日本의 診療所(의원에 해당)가 萎縮되어 가면서 醫師의 老齡化로 인한 문제를 안고 있는 것과는 다른 양상이다.

의원 개설의사를 一般醫와 家庭醫學 專門醫 및 其他 科目 專門醫로 나누어 年齡分布를 보면 一般醫는 39세 이하의 젊은 의사와 60~69세와 70세 이상의 노인의사의 비율이 높다. 家庭醫學 專門醫는 39세 이하와 60~69세의 연령층의 구성비가 높다. 이것은 최근 家庭醫學科의

專攻醫 定員이 擴大되어 가면서 家庭醫學 專門醫의 排出이 많아지고 있고, 노인층에서는 한시적으로 一般醫에게 家庭醫學 專門醫 課程履修의 機會를 열어주었던 데에서 이들의 연령구조가 특정 연령층에 치우쳐 있는 것으로 보인다. 일반의와 가정의를 제외한 전문의들의 연령 분포는 40代와 50代의 비율이 상대적으로 높았다(表 4-43 참조).

〈表 4-42〉 醫院 開設醫師의 性別, 年齡別 分布(1996)

(단위: 명, %)

	계	≤29	30~39	40~49	50~59	60~69	70~79	80~89	미상
계 ¹⁾	15,009 (100.0)	58 (0.4)	4,794 (31.9)	5,365 (35.7)	2,395 (16.0)	1,678 (11.2)	606 (4.0)	77 (0.5)	36 (0.2)
남	13,107 (100.0)	34 (0.3)	4,066 (31.0)	4,807 (36.7)	2,168 (16.5)	1,383 (10.6)	577 (4.4)	70 (0.5)	2 (0.0)
여	1,895 (100.0)	24 (1.3)	728 (38.4)	558 (29.4)	227 (12.0)	295 (15.6)	29 (1.5)	7 (0.4)	27 (1.4)

註: 1) 성별 미상자 7명 포함

資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996.10.

〈表 4-43〉 醫院 開設 一般醫 및 專門醫의 年齡分布(1996)

(단위: %)

	계(N)	39세 이하	40~49	50~59	60~69	70세 이상	미상
일반의	100.0(2,540)	35.0	17.8	14.3	18.6	13.3	0.9
가정의학전문의	100.0(827)	39.4	14.8	13.8	24.9	7.1	-
기타 전문의 ¹⁾	100.0(11,642)	31.2	41.2	16.5	8.6	2.4	0.1

註: 기타 전문의는 일반의와 가정의학을 제외한 모든 전문의임.

資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996.10.

나. 一般特性別 專門科目 現況

醫院 開設醫師의 專門科目 分布는 醫師의 年齡, 性, 開院地域에 따

라 <表 4-44>와 같이 특색있는 분포를 보인다. 醫院 開設醫師의 性別로 專門科目의 分布를 보면 男子는 內科와 一般外科가 높았고 기타 專門科에서 높은 비율을 보이는 반면 女子는 一般醫, 家庭醫學科, 小兒科, 産婦人科의 비율이 상대적으로 높아 소위 一次醫師 科目의 比率이 남자에 비하여 높은 것으로 나타났다. 開院地域의 市部, 郡部別로 專門科目 分布를 보면 郡지역에서 시지역에 비하여 상대적으로 높은 과목은 一般醫, 家庭醫學科, 一般外科로 專門科目에 따라 都市偏重現狀에 차이가 있으며 특히 일반의, 가정의학과, 일반외과가 상대적으로 도시편중현상이 낮다고 볼 수 있다.

<表 4-44> 醫院 開設醫師의 一般特性別 專門科目 分布 (단위: %)

	계	일반의	가정 의학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과	기타 과 ¹⁾
성별								
남	100.0 (13,107)	16.8	5.2	13.0	8.9	10.0	10.6	35.4
여	100.0 (1,895)	17.5	7.9	8.0	24.2	20.8	0.4	21.1
개원지역								
시지역	100.0 (13,199)	13.4	5.2	13.0	11.8	12.3	8.4	35.9
군지역	100.0 (1,810)	42.4	7.7	7.9	4.1	5.0	16.0	16.8
연령								
39세 이하	100.0 (4,852)	18.3	6.7	14.4	11.6	7.4	7.5	34.0
40~49세	100.0 (5,365)	8.4	2.3	14.2	12.3	13.7	9.4	39.7
50~59세	100.0 (2,395)	15.2	4.8	9.1	10.6	14.7	12.6	33.0
60~69세	100.0 (1,678)	28.2	12.3	7.2	6.5	13.5	10.1	22.3
70세 이상	100.0 (683)	49.6	8.6	8.2	5.9	5.3	8.2	14.2
계	100.0 (15,009)	16.9	5.5	12.4	10.8	11.4	9.3	33.6

註: 1) 기타과는 표기 6개과를 제외한 모든 전문의원 개설자수임.
 資料: 의료보험연합회 요양기관 과일, 1996.10.

醫師의 年齡群別로 專門科目의 分布를 보면 39세 이하에서는 일반의, 가정의학과, 내과, 소아과, 기타 전문과의 비중이 높았으며 40대에

서는 내과, 소아과, 산부인과, 기타 전문과의 비중이 높았다. 50대에서는 산부인과, 일반외과, 기타 전문과의 비중이 높았다. 60대에서는 일반의의 비중이 타연령층에 비하여 월등하게 높았고, 가정의학과, 산부인과, 일반외과의 비중이 높은 반면 기타 전문과의 비중은 낮았다. 70대 이상의 고령 의사는 일반의가 반수 정도 되며 가정의학과를 제외한 나머지 전문의의 비율은 낮았다. 이와 같이 연령대가 40대, 50대에서 專門醫의 비중이 높고 특히 非主要科 專門醫의 비율이 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 의원의사를 전문과목으로 분류하여 일차 의사에 일반의, 가정의학과, 내과, 소아과, 산부인과, 일반외과 등을 포함시킬 경우 一次醫師의 構成에서 年少 醫師나, 老齡 醫師 및 女子 醫師의 비율이 높을 것임을 나타내는 자료라 하겠다.

다. 醫院의 專門科目과 標榜科目表示 現況

1996년 10월 현재 의원 개원의사의 專門醫 種類別 專門科目 分布를 구체적으로 보면 <表 4-45>와 같다. 의료보험 요양급여과일의 전문의 신고자료는 일부 일반의가 가정의 전문의 취득후 신고를 지연하는 경우 등이 있기는 하나 최근에는 과거에 비해 정비되어 있기 때문에 비교적 정확한 자료를 볼 수 있다. 일반의와 가정의학전문의 및 주요 4과 전문의의 비율은 앞서 설명된 바와 같으며 非主要科 專門醫중 높은 비율을 점하는 專門醫의 種類는 이비인후과(6.4%), 정형외과(5.8%), 안과(4.2%), 비뇨기과(3.4%), 피부과(3.2%) 등이다. 1992년 자료(조재국 외, 1993)와 비교하였을 때 가정의학과, 내과, 기타 전문과⁴⁰⁾의 비율이 다소 높아졌고, 일반의, 산부인과, 소아과의 비율은 다소 낮아진 것으로 나타났다.

40) 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 산업의학과

한편, 의원 개설의사들의 역할을 파악하는 방법에는 구체적으로는 진료자료를 분석하거나 진료과목을 분석하는 방법이 있다. 진료과목은 의원에서 시설과 인력을 갖추면 진료과목을 保健所에 신고하여 표시하도록 되어 있는데 한 의사가 임의로 여러 과목을 표시할 수 있고 의사에 따라 과목표시수가 한과목에서 여러 과목까지 다르므로 구분이 용이하지 않다. 그러나 개원의원이 醫療機關 名稱으로 표방한 과목은 하나의 標榜科目으로 分類할 수 있다. 의료보험연합회의 표방과목 분류지침⁴¹⁾에 따라 분류된 표방과목의 분포를 자세히 본 것이 <表 4-46>이다. 醫院이 標榜하고 있는 科目은 一般醫나 家庭醫學科는 一般科를 標榜하고, 전문의들은 해당 ‘○○○과(해당 전문과) 의원’으로 專門科目을 標榜하거나 ‘○○○의원’으로 一般科目 標榜을 할 수 있도록 되어 있는데 一般醫(가정의학전문과 포함)를 標榜하고 있는 의원의 비율은 전체 의원의 30.4%에 이른다. 1992년 의원급 요양기관에 대한 표본과일 결과와 비교하면 몇개 과를 제외하고는 대체로 일반과 표방 비율이 낮아지고 분과 표방비율이 다소 높아졌음을 볼 수 있다.

專門科目別로 구체적으로 보면 <表 4-46>에서 내과 이하 재활의학과까지의 專門醫들이 本科 專門科目을 標榜하는 비율은 87.9%이며 一般醫를 標榜하는 비율은 11.6%이다. 전체적으로는 일반의 표방이 30.4%에 이르며 전문과목 표방이 68.0%에 이른다. 전문의중 전문과목 표방을 하지 않고 일반의 표방을 하는 비율이 높은 과목은 흉부외과, 마취과, 일반외과, 결핵과, 임상병리과로서 該當 專門科目을 標榜하기 보다는 一般科로 標榜하는 것이 진료수입의 증대에 유리하다고 판단

41) 의료보험연합회 표방과목 분류지침은 첫째, ○○○의원은 일반의로 분류(단, ○○○은 고유명사), 둘째, ○○○가정의학과 의원등 가정의 표방기관은 일반의로 분류. 셋째, ○○○소아과 의원, ○○○산부인과 의원, ○○○정신병원 부속의원 등은 해당 전문과목으로 분류, 넷째, ○○○지부/협회/공장 부속의원 등은 일반의로 분류한다.

하기 때문에 보인다(개원의 협의회, 1996b). 실제로 이들 專門醫의 진료내용이 의원을 개업하면서 醫師의 專門科目分野 中心으로 제한되 지 않고 포괄적인 것도 그 이유로 볼 수 있다. 이러한 標榜科目 現況은 우리나라의 醫療供給體系의 構造的 特性 속에서 醫院의 많은 의사들이 자신이 수련받은 專門과목을 진료하지 않고 자신의 선호와는 관계없이 一次醫師로써 役割을 하고 있음을 시사하는 것이다.

〈表 4-45〉 醫院 開設醫師의 專門醫 種別(一般醫 包含) 分布와 標榜科目 分布

(단위: 개소, %)

개원의 전문과목	1996 ^{a)}				1992 ^{b)}	
	전문의 種別		표방과목		전문의 種別	
	N	%	N	%	N	%
일반의	2,539	16.9	4,566 ¹⁾	30.4 ¹⁾	2,313	19.1
가정의학과	828	5.5	-	-	569	4.7
내과	1,860	12.4	1,821	12.1	1,417	11.7
소아과	1,627	10.8	1,596	10.6	1,336	11.1
산부인과	1,712	11.4	1,593	10.6	1,478	12.2
일반외과	1,396	9.3	878	5.8	1,128	9.3
신경정신과 ²⁾	419	2.8	411	2.7	317	2.6
정형외과	866	5.8	819	5.5	668	5.5
안과	623	4.2	616	4.1	505	4.2
이비인후과	958	6.4	962	6.4	744	6.2
피부과	475	3.2	448	3.0	417	3.5
비뇨기과	507	3.4	489	3.3	402	3.3
지원과 ³⁾	463	3.1	246	1.6	326	2.7
기타 ⁴⁾	736	4.9	76	0.5	472	3.9
계	15,009	100.0	15,009	100.0	12,092	100.0

註: 1) 표방과목에서 가정의학과는 일반과 표방에 포함됨.

2) 신경과 및 정신과

3) 마취과, 진단방사선과, 치료방사선과, 임상병리과, 해부병리과

4) 신경외과, 흉부외과, 성형외과, 결핵과, 재활의학과, 예방의학과, 산업의학과

資料: a) 의료보험연합회, 요양기관 파일(1996. 10 현재)

b) 조재국 외, 『진료과목별 전문의의 수급에 관한 기초연구』, 한국보건사회연구원, 1993(의료보험연합회, 요양기관 파일, 1992. 6 현재).

〈表 4-46〉 醫院 開設醫師의 診療科目 標榜現況¹⁾

(단위: %)

전문과목	1996년 ^{a)}			1992년 ^{b)}		
	N	본과 표방비율	일반의 표방비율	타 전문과 표방비율	본과 표방비율	일반의 표방비율
일반의	2,540	-	100.0	-	-	-
가정의학과	828	-	100.0 ²⁾	-	0.0	100.0 ³⁾
예방의학과	39	-	100.0	-	0.0	100.0
전문과						
내과						
소아과	1,860	95.4	4.5	0.1	92.7	7.3
산부인과	1,627	96.3	3.5	0.2	95.1	4.9
일반외과	1,712	91.1	8.9	0.0	87.8	12.2
신경과	1,396	60.7	39.0	0.3	68.6	31.4
정신과	69	89.9	10.1	-	85.7	14.3
정형외과	350	94.3	1.7	4.0	91.8	8.2
신경외과	866	94.0	5.5	0.5	92.7	7.3
흉부외과	217	93.1	6.9	-	90.8	9.2
성형외과	116	8.6	83.6	7.8	15.1	84.9
마취과	266	92.5	7.5	-	86.2	13.8
안과	160	12.5	85.0	2.5	2.6	97.3
이비인후과	623	97.8	1.9	0.3	95.0	5.0
피부과	958	98.9	1.1	-	97.8	2.1
비뇨기과	475	90.7	8.8	0.5	86.6	13.4
치료 및 진단	507	94.9	4.9	0.2	94.3	5.7
방사선과	248	85.9	14.1	-	89.9	10.1
임상병리과	41	53.7	46.3	-	74.4	25.6
결핵과	48	41.7	47.9	10.4	43.4	56.6
재활의학과	50	88.0	12.0	-	87.5	12.5
전문과목 소계		87.9	11.6	0.5	87.8	12.2
전체 계		68.0	30.4	1.6	-	-

註: 1) 전문의수 20명 미만 과목 제외

2) 1996년도는 가정의학과 단독자료임.

3) 1992년도 자료는 가정의학과와 일반의가 합해서 처리됨.

4) 전체의원중 일반의, 가정의학과, 예방의학과를 제외한 전문과 의원을 대상으로 산출함.

資料: a) 의료보험연합회 요양기관 파일, 1996. 10.

b) 조계국 외, 『진료과목별 전문의의 수급에 관한 기초연구』, 한국보건사회연구원, 1993(의료보험연합회 요양기관 파일, 1992. 6).

一般醫 標榜 開院醫와 專門科目 標榜 開院醫의 年齡分布를 보면 <表 4-47>에서와 같이 일반의 표방 의사가 전문과목 표방의사에 비하여 고령화되어 있음을 볼 수 있다.

<表 4-47> 醫院 開設醫師의 標榜科目別 年齡 分布(1996)

(단위: %)

	계(N)	≤39	40~49	50~59	60~69	70+	미상
일반의 표방	100.0(4,567)	33.0	20.3	15.9	19.6	10.8	0.5
본과 전문과목 표방	100.0(10,442)	32.0	42.5	16.0	7.5	1.8	0.1

註: 1) 성별 미상자 7명 포함

資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996. 10.

라. 醫院의 病床 및 醫療機器 保有 現況

1) 醫院의 病床 現況

의원이 고유의 一次醫療機關의 役割을 수행하는 데 있어서는 病床은 필수적이지 않으며 入院을 요하는 2, 3차 의료기관으로 환자가 이송되도록 되어 있다. 한편으로는 기존의 의원 병상유지를 통하여 부족한 病床의 追加供給 負擔을 輕減시키는 것이 자원의 효율적인 활용 측면에서 妥當하다는 의견도 제기되고 있다(대한의사협회, 1995). 전문의사의 의원 개업이 일반화되어 있는 日本 등도 아직까지 상당수의 의원이 병상을 보유하고 있다. 우리나라는 최근 의원의 병상수가 도시농촌 지역간에 차이가 있기는 하나 전반적으로 감축되고 있으며 병상을 폐쇄하는 의원이 증가하고 있다. 그 이유는 낮은 醫療保險酬價, 특히 醫院의 낮은 入院酬價와 手術處置料, 患者의 大型 醫療機關 選好, 人力雇用과 病床維持費用負擔, 醫療分爭을 기피하기 위한 防禦的 診療 등이 그 원인으로 작용하고 있는 것으로 보인다(대한의사협회, 1995).

의원의 병상보유가 바람직하나 그렇지 않으나에 대해서는 논란의 소지가 많은 문제이나 의원의 병상 보유형태의 변화는 의원의 진료범위가 바뀌고 있음을 뜻하는 것이다.

본 연구에서는 醫院의 一次醫療機關의 役割과 現況을 개략적으로 파악하는 맥락의 하나로서 병상보유현황을 파악하였다(表 4-48 참조). 전체의원중 병상을 보유한 의원은 36.8%였으며 專門科目별로 보면 일반의의 34.4%, 가정의학과 29.7%, 내과의 21.5%, 소아과의 5.6%, 산부인과의 82.7%, 일반외과의 68.0%가 병상의 보유한 것으로 나타났다. 최근 경영상의 이유로 病床數가 減縮되어 가는 趨勢를 고려하면 이 결과는 신고 당시의 수치이므로 병상신고내용의 변화를 즉각 신고하지 않을 가능성이 있어 실제로는 이보다 다소 낮은 수준일 가능성이 있다.

〈表 4-48〉 醫院 開設醫師의 病床 保有 現況

(단위: 개소, %)

	계	일반의	가정의 학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과	기타 과 ¹⁾
N	15,009	2,539	828	1,860	1,627	1,712	1,396	5,047
병상보유 의원비율	36.8	34.4	29.7	21.5	5.6	82.1	68.0	30.9
병상수								
없음	63.2	65.6	70.3	78.5	94.4	17.9	32.0	69.1
1~4	12.5	15.8	16.1	11.9	4.1	25.4	14.8	8.1
5~9	9.8	9.6	7.6	5.6	0.7	36.6	20.6	2.8
10 이상	14.5	9.0	6.0	4.0	0.7	20.1	32.5	20.0
평균병상수	3.7	2.5	1.9	1.4	0.3	6.2	7.3	4.7

註: 1) 기타 과는 표기 6개과를 제외한 모든 전문의원 개설자수임.
 資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996. 10.

2) 醫院의 裝備 保有現況

의원의 진료범위를 나타내는 것중의 하나가 病床과 더불어 醫療裝備의 保有狀態이다. 우리나라는 앞서 제시한 바와 같이 의원 의사의

87.3%가 專門醫로 추정되어 의원, 병원, 종합병원이 모두 운영여건상 診療收入을 極大化하기 위하여 환자의 유치경쟁을 벌이고 있는데 醫療裝備의 구비경쟁이 나타나고 있다. 이러한 가운데 의원에서도 保有裝備의 種類가 增加되고 있으며 의료자원의 중복투자를 초래하고 있는 점은 여러 연구에서 제기되고 있다. 또한 이로 인하여 醫院經營에 壓迫을 초래하고 있다(대한의사협회, 1995). <表 4-49>는 의원이 보유하고 있는 의료장비중 비교적 特定專門科目에 용도가 국한되지 않는 주요장비 5개 즉 혈액분석분광광도계, 심전도기, 위내시경, 초음파 영상진단기, X-선 촬영투시장치를 선택하여 보유현황을 파악하였다. CT Scanner나 M.R.I. 등의 고가 장비는 극히 일부 의원만이 보유하고 있는 것으로 파악되어 제외하였다.

혈액분석분광광도계는 24.4%의 의원이, 심전도기는 38.2%의 의원이, 위내시경은 15.3%의 의원이, 초음파 영상진단기는 31.3%의 의원이, X-선 촬영투시장치는 9.2%의 의원이 보유하고 있는 것으로 나타났다. 이들 醫療裝備의 保有狀態는 專門科目에 따라서 차이가 있어 內科에서 혈액분석분광광도계, 심전도기, 위내시경, 초음파 영상진단기의 보유율이 높았고, 産婦人科에서 초음파 영상진단기의 보유율이 높았으며 一般外科에서 심전도기의 보유율이 높았다. 小兒科는 진료과의 특성상 장비보유율이 낮았으며 其他 專門科에서도 내과, 일반과, 가정의학과 등에 비하여 5개 장비의 보유율이 낮았다. 주요장비로 선정된 5개 장비중 한 가지 종류도 보유하지 않은 의원은 전체의원의 47.6% 였으며, 3가지 이상을 보유하고 있는 의원의 비율은 20.5%였다.

專門科目別로 보면 5개 장비중 소유하고 있는 裝備의 種類數의 平均을 보면 內科가 평균 3.2종류로 높고 一般外科가 1.8 종류, 家庭醫學科가 1.7종류, 一般醫 1.1종류, 産婦人科가 1.0종류였다. 小兒科는 0.2종류로 나타났으며 이들 과목이 아닌 他專門科目의 平均値는 1.1종류

로 나타나 專門科目間 主要裝備의 保有形態에 차이가 있는 것으로 나타났다. 의원급 의료기관에서 이와 같이 비교적 高價의 장비를 개별적으로 소유하는 것은 醫療施設의 活用, 醫院의 役割範圍, 患者의 依賴形態 및 醫院의 經營收支 側面 등을 決定짓는데 있어서 많은 영향을 미치고 있음을 시사한다고 하겠다.

이와 같은 병상 및 장비보유 등의 개원여건은 향후 一次醫療를 強化하기 위한 醫療資源의 再配置와 一次醫師의 糾明과 一次醫師의 診療範圍를 設定하는데 있어서 고려하여야 할 사항이라고 볼 수 있다.

〈表 4-49〉 醫院 開設醫師의 主要醫療裝備 保有 現況

(단위: 개소, %)

	계	일반의	가정 의학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과	기타 과 ¹⁾
장비보유의원 비율								
혈액분석분광광도계	24.4	26.3	31.4	61.0	7.1	12.3	42.2	13.7
심전도기	38.2	40.1	56.8	95.7	7.1	18.2	63.6	22.9
위내시경	15.3	9.3	30.3	71.0	1.0	1.1	22.5	2.8
초음파 영상진단기	31.3	23.4	48.9	71.0	2.0	67.1	40.4	12.6
X-선 촬영투시장치	9.2	8.3	8.0	17.0	1.0	1.8	15.4	10.4
주요장비수 ²⁾								
0	47.6	48.7	33.0	2.8	87.4	28.4	23.7	66.3
1	19.5	20.4	15.3	7.1	9.0	51.1	20.8	16.5
2	12.4	14.2	15.1	15.9	2.1	13.7	23.0	9.6
3	10.1	9.4	19.0	29.2	1.1	5.7	16.7	4.6
4	8.3	6.0	15.2	36.1	0.2	0.9	11.9	2.3
5	2.1	1.3	2.4	9.0	0.2	0.3	3.9	0.7
평균종류수 ³⁾	1.2	1.1	1.8	3.2	0.2	1.0	1.8	0.6
N	15,009	2,539	828	1,860	1,627	1,712	1,396	5,047

註: 1) 기타 과는 표기 6개과를 제외한 모든 전문의원 개설자수임.

2) 선정된 5개 주요장비중 구비장비 보유종류수

3) 선정된 5개 주요장비중 해당 전문과목 의원이 소지한 평균장비 종류수

資料: 의료보험연합회, 요양기관 파일, 1996.10.

第 4 節 一次醫療서비스 現況

1. 現在의 一次醫療 役割 評價

一次醫療의 역할은 지역사회 주민의 일차의료 욕구를 충족시켜 주는 것이다. 일차의료 욕구는 전체 의료 욕구의 약 80~90%를 담당하며, 이 욕구는 治療뿐만 아니라 豫防, 再活 등 포괄적인 의료서비스를 포함한다. 一次醫療는 이러한 의료서비스 욕구를 충족시켜 주어야 하며, 이런 욕구의 충족은 일차의료의 핵심적 요소를 포함함으로써 달성될 수 있다. 여기서는 Starfield가 제시한 일차의료의 핵심적 특징 즉, 일차접촉 의료, 지속성, 포괄성, 조정기능을 중심으로 현재의 우리나라의 일차의료 서비스를 검토해 보고자 하였다.

가. 一次 接觸醫療

일차 접촉의료의 評價基準은 여러 가지가 있으나 ‘문지기(gate-keeper)’ 역할을 수행하는 정도로 평가할 수 있다. 문지기 역할에서는 의사가 환자의 보호자(또는 대변자)로 상정한다. 그래서 일차 의료의사가 의료전달체계 이용의 문지기 역할을 하도록 한다. 대표적인 例는 英國의 一般醫와 美國 HMO의 一次 診療醫師이다. 문지기 역할의 장점은 환자의 의료이용을 정해진 경로대로 이용하게 하여 불필요한 의료이용을 줄이고자 하는 것이다. 그러나 우리나라의 일차의료는 이런 문지기 기능을 하도록 되어 있지 않다. 앞 節의 국민의료이용 행태(表 4-4 참조)에서 파악한 바와 같이 1차 의료이용기관이 약국을 포함하여 종합병원까지 다양하고 상당수가 동일질환에서도 여러 의료기관을 이용하는 의사 장보기(doctor shopping) 현상은 우리나라 일차의료의 1차 접촉의료 기능을 제대로 하지 못하고 있음을 단적으로 나타낸다고 볼 수 있다.

나. 持續性

持續性이란 患者의 依賴와 回送을 통해 얼마나 치료의 지속성을 유지하고 있으며, 환자가 자신이 지속적으로 진료를 받고있는 ‘主治醫’를 얼마나 가지고 있는가로 정의할 수 있다. 지속성의 핵심은 질병이 있고 없음에 관계없이 장기간에 걸쳐서 일정한 의사 또는 의료기관과 인간관계를 형성하는 것이다. 우리나라 일차의료의 지속성을 양적으로 측정하여 다른 나라와 비교한 자료는 없다. 다만 몇 가지 점에서 유추해 보면 우리나라 일차의료는 지속성이 크게 결여되어 있음을 짐작할 수 있다.

서울 시민을 대상으로 한 조사에서 主治醫가 필요하다고 느끼는 사람은 남자의 61.0%, 여자의 74.9%에 달했으나 주치의가 있다고 대답한 사람은 남자의 10.3%, 여자의 13.0%에 불과했다(강재현 등, 1996). 국민보건의료서비스(NHS)를 운영하여 거의 100% 주치의를 가지고 있는 영국은 말할 것도 없고, 우리와 유사한 자유방임형 의료체도를 채택하는 미국에서도 85% 정도가 규칙적으로 방문하는 일차의료기관을 가지고 있는 현실과 크게 대비된다(US DHSS, 1990). 이러한 지속성의 부족은 의사 장보기 현상을 일으킬 뿐만 아니라 醫師-患者間의 신뢰를 떨어뜨려서 의료분쟁이 심화되는 원인의 하나가 되고 있다.

다. 包括性

포괄성이란 광범위한 서비스의 제공을 말한다. 특히 일차의료에서는 예방기능이 매우 중요하다. 제공되는 서비스의 범위가 넓을수록 더 좋은 진료라는 것은 자명하다. 우리나라 일차의료의 진료내용을 보면 진료내용의 거의 대부분이 급성질환에 대한 일회성 진료이다. 이영진 등의 조사에 의하면 급성 상기도 감염이 전체 진료의 33%를 차지하고 있다(이영진 외, 1987)(表 4-51 참조). 상위 20여개 진료 모두가 질병

예방과 관련된 것은 없고 치료서비스와 관련된 진단명이다. 미국 가정의를 대상으로 시행한 연구에서는 건강검진이 가장 흔한데 반해(Fry et al., 1995)(表 4-50 참조). 우리나라에서 정규 수련을 받지 않고 가정의학 전문의 자격을 획득한 개원의에서는 180위에 불과하였다(정종승 외, 1991). 이는 가정의학과 의원을 대상으로 한 연구에서도 나타나는데 조사에 따라 차이가 있기는 하지만 健康檢診은 전체 환자의 0.3~0.4%에 불과하다(박경미 외, 1991; 오미경, 1989).

〈表 4-50〉 美國 一次 醫師의 診療 內容

(단위: %)

주요 진단명	가정의 방문	일반내과 의사 방문	소아과 의사 방문	산부인과 의사 방문
1 본태성 고혈압	6.36	10.38	0.04	0.33
2 급성 상기도 감염	3.93	3.15	7.67	0.40
3 건강검진	3.33	2.58	5.27	7.56
4 중이염	3.12	1.06	12.89	0.11
5 당뇨	2.95	6.38	0.07	0.03
6 급성 인후염	2.64	1.48	4.23	0.21
7 만성 부비동염	2.62	2.13	2.44	0.12
8 기관지염	1.68	0.95	0.14	0
9 정상 분만	1.95	0.07	0	30.85
10 염좌	1.68	0.95	0.14	0
11 기타 질환	1.44	0.67	0.88	0
12 알러지 비염	1.40	1.12	1.80	0.04
13 영아 및 소아 검진	1.31	0.06	15.29	0.09
14 요도 및 요로질환	1.23	1.35	0.45	0.82
15 일반 증상	1.19	1.24	0.46	0.06
16 비만	0.96	0.67	0.05	0.42
17 천식	0.96	1.23	1.66	0.04
총 방문수	209,788,000	96,622,000	81,148,000	61,243,000

資料: Fry, J. et al., *Reviving Primary Care, A US-UK Comparison*. Radcliff Medical Press, 1995.

〈表 4-51〉 우리나라 開院醫의 診療 內容

순 위	분류 번호	진 단 명	빈도	백분율	누적 백분율
1	133	급성 상기도 감염	4,680	33.0	33.0
2	138	급성기관지염, 급성 모세기관지염	1,522	10.7	43.7
3	153	위 십이지장 기능장애	765	5.4	49.1
4	135	급성 편도선염	617	4.4	53.5
5	2	감염성 소화기 질환	485	3.4	56.9
6	350	산전, 산후 관리 및 분만 개조	371	2.6	59.5
7	323	열창 및 개방성 낭창	302	2.1	61.6
8	172	요도염	293	2.1	63.7
9	214	접촉성 피부염, 습진	230	1.6	65.3
10	185	질염	224	1.6	66.9
11	183	골반 염증성 질환	183	1.3	68.2
12	144	기관지 천식	160	1.1	69.3
13	207	봉와직염, 단독, 피부농양	147	1.0	70.3
14	137	급성 후두염	143	1.0	71.3
15	91	신경계 질환	139	1.0	72.3
16	159	과민성 대장 증후군	133	0.9	73.2
17	170	방광염, 요로 감염	132	0.9	74.1
18	327	타박상	128	0.9	75.0
19	23	임질	118	0.8	75.8
20	120	고혈압	117	0.8	76.6
기 타			3,291	23.4	100.0
계			14,180	100.0	100.0

資料: 이영진·윤방부, 『수도권 지역 개원의의 진료 내용 분석』, 『가정의』, 제8권 제4호, 1987.

豫防診療 중에서는 단지 豫防接種만이 비교적 빈번히 시행되고 있다(정중승 외, 1991). 이는 지역사회 인구를 등록받아 일차의료를 시행하고 있는 영국과 비교하면 차이가 크다(表 4-52~表 4-54 참조)(Fry et al., 1995). 최근 소득수준의 증가와 더불어 疾病豫防과 健康增進에 관한 관심이 증가하면서 일차의료기관에서 질병예방과 건강증진 서비스의 제공이 증가되고 있다. 그러나 일차의료 기관에서 제공되는 예방 서비스는 상업화된 건강검진이 대부분을 차지하고 있어, 지역사회 주민의 要求에 부합하고 있다고 보기는 어렵다.

〈表 4-52〉 年間 英國 一般醫의 흔한 輕症疾患 診療內容(人口 2,000 名當)

질 환	진료건수
호흡기	
상기도 감염	400
중이염 및 외이도염	110
귀에지	50
고초열/알러지	40
운동기관	
요통	120
연부조직 류마티즘	70
기타 통증	40
소화기	
소화불량	50
급성 설사	70
피부질환	300
경미한 정신-정서질환	200
경한 손상	200
증상	300

資料: Fry, J. et al. , *Reviving Primary Care, A US-UK Comparison*, Radcliff Medical Press, 1995.

〈表 4-53〉 年間 英國 一般醫의 豫防 活動(人口 2,000名當)

예방 활동 종류	진료건수
예방접종	75~100
자궁암검진	120
건강진단	100
75세 이상 건강검진	120
가족계획	50

資料: Fry, J. et al., *Reviving Primary Care, A US-UK Comparison*, Radcliff Medical Press, 1995.

英國의 경우에는 ‘경미한 정서적 질환’이 인구 2,000명당 1년에 200 명으로 ‘감기’의 약 절반을 차지하며(Fry et al., 1995)(表 4-52 참조), 예방접종, 자궁암검진, 건강 검진, 75세 이상 건강검진, 가족계획 등의

예방활동이 활발하게 이루어지고 있다(Fry et al., 1995)(表 4-53 참조). 이외에도 빈곤, 실업, 이혼, 음주, 흡연 등 사회적 문제도 흔히 진료하는 등 진료의 포괄성이 우리에게 비해 대단히 넓다(Fry et al., 1995)(表 4-54 참조).

〈表 4-54〉 年間 英國 一般醫의 社會的 問題 診療件數(人口 2,000名當)

상 황	진료건수
빈곤	200
실업	120
이혼	5
편부모 가족	40
고도 음주자	30
흡연자	500
불법 약물 복용자	10
범죄자	5
성폭력자	1
재소자	2

資料: Fry, J. et al., *Reviving Primary Care, A US-UK Comparison*. Radcliff Medical Press, 1995.

라. 調整과 依賴

一次醫療의 조정기능이 없으면 지속성의 기능은 감소될 것이고, 포괄성을 달성하기도 어려울 것이며, 일차접촉은 단순히 행정적인 기능만을 가지게 될 것이다. 따라서 조정기능은 일차의료의 핵심적 특징의 하나로서 매우 중요하다. 일차의료 의사가 환자의 대변자로서 의료서비스 이용의 전 과정을 조정하는 일은 환자의 편익을 위해 대단히 중요하다. 적절한 의뢰를 통해서 의사는 물론 환자의 치료효과 및 치료만족도를 증가시킬 수 있는 것이다. 반면 부적절한 依賴는 의료비를 증가시킬 뿐만 아니라 환자의 치료에 위험을 초래할 수도 있다(Peter, 1989). 이 의뢰 과정을 적절하게 조정하기 위해서는 情報傳達가 가장

중요하다.

우리나라 의원에서의 의뢰율은 대체로 총 진료환자의 2% 내외이다 (허봉렬, 1987). 의뢰율은 의료제도에 따라 국가간에 크게 차이가 있기 때문에 이를 직접 비교하기는 어렵다. 다만 우리나라에서 행위별수가 제를 채택하고 있기 때문에 過少依賴 및 依賴遲延이 이루어질 가능성은 높다고 하겠다.

우리나라에서는 의뢰과정에서의 정보전달 문제가 매우 심각한 것으로 알려져 있다. 현재 1,2차 의료기관에서 3차 의료기관으로 환자를 의뢰할 때는 진료의뢰서를 지참해야 보험 급여를 해주도록 되어 있다. 그러나 이 의뢰서의 내용이 매우 부실해서 제대로 정보전달을 하지 못하고 있다. 3차 진료기관에 접수된 진료의뢰서의 24%는 질병상태에 관계없이 환자의 요구에 의해 발급된 것으로 밝혀졌다. 이는 대형병원 위주의 의료이용 행태를 보여주는 것이기도 하지만, 우리나라 일차의료 그 핵심적 역할의 하나인 조정기능을 제대로 시행하지 못하고 있음을 잘 나타내주는 것이기도 하다.

결국 현재 우리나라 일차의료는 그 중요한 특징인 일차 접촉의료, 지속성, 포괄성, 조정이라는 관점에서 그 역할을 제대로 담당하지 못하고 있다고 평가할 수 있다.

2. 一次醫療서비스의 診療費用

醫療費의 增加는 이제 先進國만의 문제가 아니다. 우리나라에서도 최근 경제발전 에 따른 소득 증가, 노인인구의 증가, 의료보험의 도입 및 보험적용의 확대 등 여러 가지 요인에 의해 醫療費가 지속적으로 증가하고 있다. 추계에 따라 약간의 차이가 있기는 하지만, 1972년 국내총생산(GDP)의 2.65%이던 국민의료비는 1994년에는 4.61%로 증가하였고, 1인당 국민의료비도 1972년에 3,328원에서 1994년에는 316,374

원으로 증가하였다(정영호, 1996). 우리나라 국민의료비 수준은 대부분의 선진국에 비해서는 낮은 수준이지만, 향후 인구구성의 변화와 소득수준 향상에 따라 의료서비스에 대한 수요가 지속적으로 증가할 가능성이 크기 때문에 의료비 절감은 주요 정책의 하나가 될 것이다.

이러한 국민의료비의 급격한 증가전망에 따른 문제를 해결하는 방안의 하나로 주요하게 다루어지고 있는 것이 바로 일차의료의 강화 문제이다. 일차의료는 전문의료나 병원의료에 비해 더 효율적이기 때문이다. 미국의 의료결과연구(Medical Outcome Study)는 일차의사와 세부전문의, 一次醫師 중에서도 가정의와 내과전문의의 진료 양태를 비교하였다. 진료내용의 차이를 보정한 후에도 많은 항목에서 내과전문의보다 세부전문의가, 가정의보다 내과 전문의가 각종 진료행위등의 의료이용을 더 많이 하는 것으로 파악되었다(Greenfield et al., 1992) (表 4-55 참조)

〈表 4-55〉 네 가지 專門科目間 醫療 利用率의 比較(診療內容 補整)

	가정의	내과 전문의	내분비 전문의	심장 전문의
입원율(%)	4.77	5.59(117)	7.15(150) ¹⁾	10.55(221) ²⁾
외래방문수(환자당 1년)	4.64	4.42(95)	5.22(113) ¹⁾	4.53(98)
환자당 처방약	1.40	1.46(104)	1.54(110) ²⁾	1.74(124) ¹⁾
방문당 검사받은 환자(%)	40.00	44.20(111) ¹⁾	55.90(148) ¹⁾	47.7(119) ¹⁾
방문당 검사수 평균	23.10	26.40(114) ¹⁾	24.00(127)	34.10(148) ¹⁾
검사수 평균(환자당 1년)	104.30	110.10(106)	132.10(127) ¹⁾	150.50(144) ¹⁾

註: 1) p≤0.01
2) p≤0.05

資料: Greenfield, S., et al., "Variations in Resource Utilization Among Medical Specialties and Systems of Care, Results from the Medical Outcome Study", *JAMA* Vol.267, 1992.

우리나라 의료보험자료를 이용한 연구에서도 동일 질환의 치료시 가정의가 전문의보다 더 적은 비용을 지출하는 것으로 나타났다. 흔한 10개 질환의 구성비의 차이를 보정한 평균 진료비가 전문의(12,849원)

보다 가정의(12,043원)와 일반의(11,749원)가 더 적은 것으로 파악되었다(정은경, 1993)(表 4-56 참조). 이런 몇 가지 증거만을 가지고 우리나라에서 일차의료의 전문의료에 비해 더 費用效果的이라는 주장을 일반화할 수는 없을 것이다. 그러나 이러한 증거는 일차의료의 가치 있는 속성상 전문의료에 비해 더 비용효과적이라고 생각할 근거는 많으며, 향후 이를 입증하기 위한 연구가 더 계속되어야 할 것이다.

〈表 4-56〉 家庭醫, 一般醫와 專門醫間의 平均 診療費의 比較
(단위: 원)

상 병 군	일반의	가정의	전문의
상기도 감염군 ¹⁾	9,606(99) ³⁾	9,781(100)	9,354(96)
기관지염군 ¹⁾	12,239(115)	10,573(100)	11,421(108)
위염 및 십이지장염 ¹⁾	11,729(71)	16,566(100)	14,129(86)
관절장애군 ¹⁾	16,176(94)	17,240(100)	18,342(106)
접촉피부염 및 기타 습진	10,171(111)	9,214(100)	10,151(111)
요통군 ¹⁾	16,991(105)	18,594(100)	23,712(128)
신경증성 장애 ¹⁾	10,920(124)	8,792(100)	17,938(206)
위궤양	19,356(82)	23,727(100)	20,150(85)
위장염 및 대장염	10,563(101)	10,521(100)	9,890(94)
불명확한 장관감염	9,773(108)	9,098(100)	9,828(106)
평균 ²⁾	11,422(101)	11,326(100)	13,596(120)
교정평균 ⁴⁾	11,749(97)	12,043(100)	12,849(106)

註: 1) p<0.05

2) p<0.001

3) ()내 수치는 가정의를 100으로 하였을 때의 상대지수

4) 전문과목별 외래건수 구성비의 차이를 보정한 평균치

資料: 정은경, 『의사특성에 따른 외래 진료비 변이 연구』, 서울대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1993.

3. 醫院의 診療科目別 診療活動 現況

지역사회의 흔한 건강문제는 대부분 2차 병원이나 3차의 종합병원을 이용하지 않아도 地域社會의 一次 診療醫師에 의해서 해결될 수 있다(Starfield, 1992; Maeseneer, 1995). 그러나 우리나라에서는 앞節

의 국민의 외래 의료이용 행태에서 보았듯이 자유롭게 처방할 수 있는 藥局에서부터 고도의 3次 診療機關에 이르기까지 다양한 보건의료 기관이 一次 診療部門에 참여하고 있으며 상호간에 機能의 分擔이 이루어지지 않고 있다. 이에 따라 一般醫와 專門醫間, 醫院間·病院·綜合病院間의 診療領域에서 重複이 많다고 미루어 볼 수 있다.

우선 의원, 병원 및 종합병원의 외래 진료실적에서 999분류상 多頻度 傷病을 비교하면 <表 4-57>과 같다. 醫院의 10대 순위까지의 外來 多頻度 傷病이 전체 상병 진료건수에서 차지하는 비중은 전체 외래 진료건수의 43.3%이다.

病院은 의원의 10대 외래 다빈도 상병에 해당되는 상병이 전체 외래 진료건수에서 차지하는 비중이 28.1%에 달한다. 綜合病院은 이들 상병이 전체 외래 진료건수에서 차지하는 비중은 21.1%에 달하고 있다. 診斷名이 같아 하더라도 구체적 病勢는 다를 수 있기 때문에 이러한 양상을 속단할 수는 없으나 의원에서 흔히 보이는 급성상기도염 등의 상병이 병원 및 종합병원의 외래 진료에서도 上位群을 형성하고 있는 경향을 볼 수 있다. 이것은 3차 진료를 위주로 해야 할 종합병원에서 일차의료기능이 큰 비중을 차지하고 있는 것을 나타내는 자료로써 外來診療에 있어서 醫療機關間의 機能의 分化가 이루어져 있지 못한 양상을 나타내는 대표적인 자료라고 할 수 있다.

專門醫의 과반수가 의원에 종사하고 있고 醫院에 종사하고 있는 의사의 87.3%가 專門醫로 추정되는 현실에서 醫院의 專門科目 즉 전문의 종류별로 진료내용에 얼마만큼 차이가 있는가에 대해서는 여러 편의 연구가 이루어져 있다. 이 연구들은 의원의 의료보험 청구 진료내용을 통해서 파악한 것으로 醫院의 專門科目에 따라 診療內容이 얼마만큼 差別化되고 있는지에 관한 진료의 경향을 파악한 자료이다.

1992년 의원급의 의료보험 상병자료를 분석한 연구에서는 많은 전

문의들이 자신의 專門科目과 聯關된 질병이 아닌 傷病을 더 흔히 진료하고 있으며, 특히 一般外科는 전반적으로 一般醫나 家庭醫學科가 診療하는 內容과 差異가 적었다. 그외 내과, 마취과, 진단방사선과의 진료내용도 一般醫나 家庭醫學科와 類似한 것으로 나타났다. 우리나라 의원급 의료기관에서 一般醫와 類似한 診療對象疾患을 갖는 의사를 一次診療라 가정해 볼 때 이들의 범위에는 일반의, 가정의학과, 내과, 일반외과, 마취과, 진단방사선과 등이 진료범위상 포함된다고 보고 있다(김철환, 1993).

<表 4-57> 醫療機關種別 外來患者 多頻度 疾病順位 比較¹⁾(1994)

(단위: %)

상병 기호	질 병 명	의원		병원		종합병원	
		순위	비율 ²⁾	순위	비율 ²⁾	순위	비율 ²⁾
465	급성상기도염	1	8.8	1	5.9	2	3.6
466	급성기관지염 및 세기관지염	2	8.0	2	4.3	4	2.5
460	급성비인두염	3	5.5	7	2.2	11	1.6
463	급성편도염	4	4.5	6	2.5	15	1.2
462	급성인두염	5	4.0	17	1.5	12	1.6
372	결막의 장애	6	3.3	16	1.5	18	1.0
535	위염 및 십이지장염	7	3.1	4	3.6	6	2.1
692	접촉피부염 및 기타습진	8	2.8	27	0.9	19	0.9
616	자궁경, 질 및 외음부의 염증성질환	9	1.9	9	1.9	7	1.7
401	본태성 고혈압	10	1.4	3	3.8	1	4.9
소 계		43.3		28.1		21.1	

註: 1) 진료건수를 기준으로 한 의원의 10대 다빈도 질환에 대하여 병원, 종합병원의 외래진료건수의 다빈도별 순위임.

2) 전체외래건수중 백분율

資料: 의료보험연합회, 『'94 의료보험통계연보』, 1995.

1992년도 의료보험자료를 분석한 또 다른 연구는 醫院의 專門科目 중 一般醫와 家庭醫의 診療內容이 傷病의 多樣性에서나 一次診療傷病과의 一致率이 높았다고 하였다. 반면, 산부인과나 소아과 등은 진료상병의 갯수가 제한된 좁은 영역의 진료를 하고 있어 一次診療醫로서

는 不適合한 것으로 보고 있다. 一般外科의 診療內容은 상병의 갯수나 내용에 있어서 一次診療와 比較的 近接해 있다. 그러나 단과 전문의로서의 진료내용과 동떨어진 진료내용이 많으므로 실제의 기능과 맞지 않는 수련(mis-qualification)을 받았다는 측면에서 문제를 내포한다고 할 수 있다(윤종률 외, 1993).

대구지역의 개원의에 대한 조사에서도 많은 수의 일반외과와 가정의학과가 진료환자의 51% 이상이 진료과목 이외의 환자였다고 응답하고 있어 一般外科의 診療內容이 매우 包括的임을 제시하고 있다(박재용, 1992). 또한 1992년 의료보험 상병자료에서 專門科目(전문의 종류)과 診療科目을 비교한 연구에서도 일반외과, 신경외과, 흉부외과 전문의의 경우 10% 내외의 진료만이 해당 전문진료과목에 속하여 전문의로서의 역할 정도가 낮았으며, 특히 一般外科는 내과 진료과목이 40% 이상을 차지하며 진료내용의 구성이 내과 전문의 경우보다도 家庭醫學科 및 一般醫의 診療內容과 類似한 것으로 나타났다(조재국 외, 1993).

위의 연구내용들은 첫째, 우리나라에서 一次診療는 一般醫, 家庭醫學科 專門醫, 內科 專門醫, 小兒科 專門醫 이외에도 이들 4개 과목이 아닌 다른 전문의들이 많이 맡고 있다는 사실과, 둘째, 많은 개원전문의 자신의 전문과목의 특성을 살리지 못하는 진료를 하고 있어 醫療의 效率性和 合理性에서 問題를 惹起하고 있다고 볼 수 있는 것이다. 專門醫가 자유롭게 개업을 하고 있는 美國에서도 醫院(클리닉)의 專門醫들의 진료내용은 자신의 전문과목과 거리가 크며, 많은 專門醫가 一般醫와 類似한 診療內容을 가지고 있는 것으로 나타나고 있다(Starfield, 1992). 따라서 美國에서도 醫療需要에 비추어 볼 때 전문의가 과잉되고 일차의사는 부족한 상태에 있어 의사의 양성부터 醫療要求에 맞는 敎育을 實施해야 할 필요성이 제기되고 있다(Bloom, 1988; Wall et al., 1994).

第5章 一次醫療의 發展方案

앞에서 제시된 바와 같이 우리나라는 醫療供給構造, 醫療酬價 및 診療報酬 支拂方式, 醫師人力の 構成, 醫療서비스의 성격의 네 가지 측면에서 一次醫療部門이 매우 취약하며 최근에 와서 그 정도가 더욱 深化되고 있음을 볼 수 있다. 그런데 우리나라는 의료체계의 특성상 민간주도의 自由市場型 醫療供給體系와 社會保障型 醫療保險에 의한 醫療財政體系 사이의 부조화와 갈등구조로 인하여 醫療體系 構造調整의 장애요인이 되고 있으며 변화가 용이하지 않고 변화를 위한 合意 導出이 쉽지 않을 것으로 보인다. 하지만 의료부문의 효율을 기하고 의료비의 상승을 억제하기 위해서는 현재와 같은 의료공급 구조를 그대로 방치할 수 없으며 점진적으로나마 방향을 세우고 개선해 나가는 방안이 수용되어야 한다.

여기서는 먼저 이와 같은 一次醫療의 發展方案을 마련함에 있어 고려하고 있는 基本方向을 기술하고 구체적인 發展方案을 提案하고자 하였다.

第1節 基本方向

一次醫療問題는 醫療體系 全體와 연계되어 있기 때문에 의료체계의 전반적인 變革을 수반하지 않고는 일차의료의 강화대책은 단편적이고 임시방편의 대안일 뿐 현실적으로 효과가 미지수이기 때문에 기본방향에서는 全般的인 變化의 방향을 다음의 네가지에 두었으며, 기본방

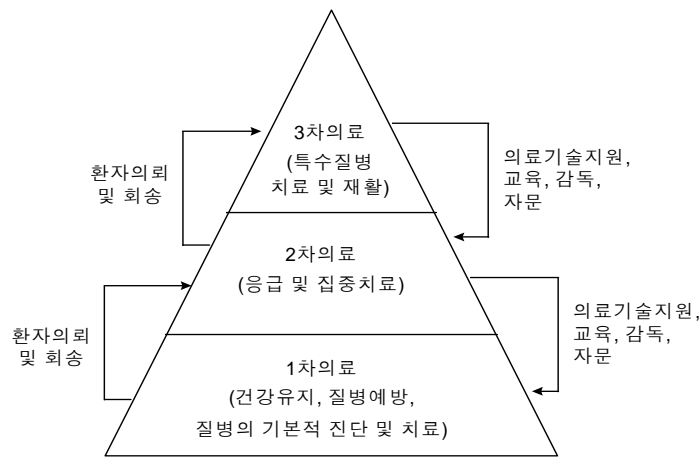
향 아래 현황에서提起된 問題를 中心으로 구체적인 方案들을 제시하고자 한다. 一次醫療를 強化하기 위한 基本方向은 첫째, 의료전달체계의 실질적인 운영을 위하여 醫療機關間의 協力體系를 構築하여 一次醫療의 基盤을 造成한다. 둘째, 일차의료를 활성화시키고 의료기관 상호간 협력체계가 이루어질 수 있도록 一部 保險酬價를 調整한다. 셋째, 一次醫師를 일정수준까지 確保하고 訓練하기 위한 대안을 모색한다. 넷째, 상기의 醫療傳達體系, 醫療酬價, 醫療人力的 공급이 상호 연계되어 점진적으로 일차의료를 강화하는 방향으로 醫療構造를 改善시킬 수 있도록 綜合적으로 접근한다.

第2節 醫療傳達體系 再構築 方案

이제까지 醫療傳達體系의 시행결과가 성공적이지 못했다고 평가할 수 있으나 우리나라의 의료체계의 특성을 돌아볼 때 의료공급 구조와 의사인력 구성 등 여러가지 장애요인으로 인하여 의료체계 전반의 구조변화 없이 醫療傳達體系의 개선이 가능하겠는가가 주도적인 견해이다. 더구나 醫療傳達體系에 대해서는 문제점과 현황만 논의되고 있을 뿐 뚜렷한 해결방안이 아직까지 별로 제시되지 못하고 있다. 의료체계의 개선을 위해서는 근본적으로 病·醫院間 協業의 制度化가 필요하다는 방향은 제시된 논의가 있었으나(한달선, 1986) 구체적인 방안은 제시하고 있지 않다. 本節에서는 一次醫療의 강화를 모색하는 방안의 일환으로 醫療傳達體系 본래의 목적에 부합될 수 있는 의료전달체계의 구축을 위하여 우리나라 실정에 적합한 의료기관간의 連繫協力을 통한 『醫療協力體系(가칭)』를 설정하여 醫療傳達體系를 재구축하는 방안을 提案하고자 한다. 그 기본틀은 醫療段階別 協力體系를 기초로 하는 『醫療協力網(가칭)』을 조성하여 각급 의료기관이 患者의 依賴와 後

送, 醫療技術의 支援과 訓練에서 연계되도록 하는 방안을 마련하는데 있다(圖 5-1 참조). 각 의료협력망은 의료협력체계에서 여러 개가 독립적으로 조성될 수 있을 것이다.

[圖 5-1] 醫療段階別 醫療協力體系의 連繫 方向



이 협력체계는 우리나라 현행 醫療傳達體系의 문제인 의료기관간의 役割의 不明確性, 醫療機關의 機能과 현행 醫療傳達體系에서의 진료단계와의 불일치, 의료단계별 의료기관간의 연계체계 미흡과 지속적 관리의 不在, 환자의뢰 및 후송체계의 未備와 醫務記錄 공유의 不在, 一次醫療機關의 質 低下 등의 문제를 해결하기 위하여 의료기관들이 상호보완적 協業을 制度化하는 시스템을 통하여 의료전달체계를 확립하고 일차의료의 정립과 후속 의료체계의 문제점을 개선하고자 하는 構想이다.

1. 醫療協力體系의 模型

醫療協力體系(Medical Group Network)(가칭)란 현재까지 설정되어

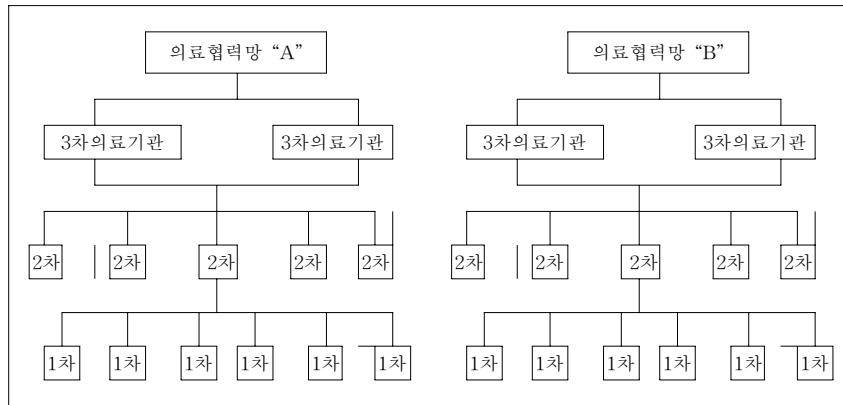
진 진료권의 개념을 탈피하여 1次 醫療, 2次 醫療, 그리고 3次 醫療를 제공하는 醫療機關들을 서로 連繫되는 制度的 裝置를 名稱하고자 한다. 즉 醫療段階別로 의료를 제공할 수 있는 醫療機關들을 연결시킴으로써 醫療利用과 醫療資源 활용을 效率化시키는 구조적 틀으로써, 현재 1차, 2차, 그리고 3차의료를 제공하는 의료자원을 종적으로 묶어 段階的으로 醫療를 提供하는 틀로 전환하는 것이다. 이는 一次醫療를 전달하는 의원급 기관과 2次醫療를 전달하는 병원급 기관, 3次醫療를 전달하는 종합병원급 기관들을 협력기관으로 연결하여 질병의 重症度에 따라 患者의 依賴 및 後送이 원활히 이루어지도록 하며, 醫療陣들간의 연계를 통하여 醫療의 持續性을 증대시켜 각 의료전달단계의 특성에 따라 국민들에게 적절한 의료서비스를 제공하도록 의료를 組織化, 體系化하는 방안이다.

현재까지는 1차의료, 2차의료, 그리고 3차의료를 제공하는 의료기관이 단지 규모에 따라 구분될 뿐 醫療段階別 機關間의 連繫性은 거의 마련되어 있지 못한 실정이었다. 따라서 2차와 3차 의료협력망을 마련하도록 制度的으로 誘導하고, 일차의료기관은 마련되어진 협력망을 선택하여 환자를 의뢰하고 후송하여 양방의 교류가 이루어지도록 하는 것이다. 醫療協力網 模型에서 의료단계별 연계방향은 [圖 5-1]과 같다. 醫療利用 추구경로에서 본 바와 같이 既存의 醫療傳達體系에서는 환자 의뢰나 회송과 같은 의료전달체계의 기본적인 흐름이 일정하지 못하고 이러한 흐름의 주도가 환자에 의하여 이루어지게끔 되어 있었으나 의료협력체계에서는 환자의 의뢰, 회송, 그리고 의료의 질적 교류를 원활히 할 수 있는 制度的 協力裝置를 통하여 醫療傳達體系의 組織化를 誘導하는 것이라고 볼 수 있다.

[圖 5-2]와 같은 醫療協力體系 模型의 基本的 原理는 다음과 같다. 의료전달단계의 上位機關(3차 또는 2차 의료기관)들이 相互間의 협력

기관으로 協力網을 形成한다. 이러한 協力체계내에 있는 의료기관들간에 상호 協力사항, 즉 환자의 依賴, 回送, 그리고 醫療技術 傳達 등의 필수사항을 규정하고 이를 유도하기 위한 法的인 근거를 마련한다. 기존의 의료시장이 自由放任의으로 개개 의료기관별로 경쟁적으로 運營되어 오던 체제에서 醫療協力網別 競爭으로의 전환을 유도한다.

[圖 5-2] 醫療協力體系의 模型



註: 의료협력망 A, B 외 C, D, E ……… 와 같은 협력망이 여러개 설정됨을 의미함.

현재까지는 국민들이 一次醫療機關인 醫院들 가운데서 의료의 질적 측면에서 우수하다고 판단되는 곳을 선택하였고, 마찬가지로 2차 의료기관과 3차 의료기관을 개개인의 판단에 의하여 선별하고 이용하는 양상이었다. 그러나 의료기관 協力체계 속에서는 의료기관 한 곳을 선택하는 것이 아니라 1차 의료기관, 2차 의료기관, 3차 의료기관이 모두 포함된 醫療협력망을 선택하는 것이다. 따라서 3차 의료기관에서나 2차 의료기관에서는 자신들의 의료기관에 더 많은 환자를 유치하기 위해서는 결국 일차의료기관인 醫院級의 質을 管理하여 환자를 유치하여야 한다는 결론에 도달하게 될 수 있다. 이는 현재 팽배해 있는

醫療機關 利己主義를 탈피하여 1차 의료기관, 2차 의료기관, 그리고 3차 醫療機關이 서로 支持하고 協助하는 의료체계를 가능하게 하는 것이다. 1차 의료단계인 醫院이 없이는 2차 의료단계인 病院이 존재할 수 없고, 1, 2차의료의 강화가 이루어지지 않고서는 3차 의료단계인 종합병원이나 대학병원의 운영이 어렵다는 기본적인 원리를 실현시키자는 것이 본 醫療傳達體系의 再構築 方案의 基本的 趣旨이다.

의료서비스를 이용하는 국민의 입장에서 건강상의 문제가 있을 때 의원이나 병원에서 진단을 받고 依頼書를 직접 가져다가 종합병원이나 대학병원에 찾아가 다시 진료절차를 신청하여 진찰을 받고 동일한 검사를 반복하는 과정을 환자 혼자 감당하여야 하는 불편과 불이익을 감당하고 있는 것이 현재의 실정이다. 그러나 의료협력망내에서 국민들은 일차의료기관인 醫院을 선택할 때 의원이 제공하는 의료서비스만을 대상으로 판단하는 것이 아니라 의료협력망으로 의원과 연결되어 있는 연결되어 있는 2次 그리고 3次 醫療機關의 醫療서비스의 質을 考慮하게 된다는 것이다. 즉 일차의료기관을 선택할 때 일차의료기관만을 대상으로 판단하는 것이 아니라 일차의료기관이 속해 있는 醫療協力網을 염두에 두고 선택한다는 것이다.

이러한 制度的 裝置의 施行은 1996년 현재 정부에서 도입하려고 하는 主治醫 制度의 施行을 支持하여 주교 주치의 제도를 국민의 의료생활에 정착시킬 수 있도록 보완하여 줄 수 있다는 데에도 그 意義를 들 수 있다. 의료협력망 속에 연결되어 있는 각 의료기관들은 의료기관간의 협력체계를 유지함으로써 서로간의 긍정적인 영향을 주고 받아야 한다. 즉 일부 의료기관들의 일방적인 희생이 요구되는 의료진달 과정이 된다거나 일방적인 이익을 낳는 결과를 초래하는 의료협력망은 자리잡을 수 없을 것이기 때문이다. 이러한 相互補完的 醫療協力網을 構築하여 의료기관 협조체계를 수립함으로써 최종적으로 그리고

최대한의 이익을 받을 수 있는 대상은 바로 의료서비스를 제공받는 국민이 될 것이다.

2. 醫療協力網 體系의 構築에 必要한 條件

가. 醫療協力網 體系 內에서 各 醫療機關의 役割定立

앞으로 논의할 의료기관 협력체계의 구체적 방안들은 우리나라의 의료제도 속에서 창출해 낼 수 있는 가능한 代案들이라고 보았다. 醫療機關間의 協力體系를 正립할 수 있는 기본적 概念이나 前提條件들이 단계적 마련되어 여건이 조성된다면 다음에 구체화하고 있는 몇 가지 代案들은 실현가능성을 있을 것으로 본다.

이를 위하여 정부는 制度的 裝置를 체계적으로 마련하고, 이를 위한 각종 誘引策을 마련하여야 할 것이다. 一線의 各 醫療機關들은 현재까지 제공하고 있었던 의료서비스의 단계를 규정하고 의료협력망 속에서 어떤 역할을 담당하여야 하는지를 결정하고 가장 경쟁력을 갖춘 의료협력망이 되기 위하여 각 의료기관은 의료협력망 속에서 어떻게 협력하고 지지하여야 하는가를 결정하는 것이 우선적인 과제가 될 것이다. 즉, 1차, 2차, 그리고 3차의료중 각 醫療機關이 주력하여야 할 의료단계는 무엇인지를 명확하게 규정하고 이를 의료기관의 운영방향으로 설정하여야 한다. 물론 현실적으로 어떠한 의료전달단계도 한가지만이 시행될 수는 없으며 어떤 制度的 裝置나 管理에 의하여도 인위적으로 1次, 2次, 3次醫療를 施行하도록 强要할 수는 없다. 예를 들어 현재 대학병원들은 1차나 2차 기관에서 환자를 의뢰 받아 3차 의료기능을 수행하고 있지만, 동시에 대학병원과 인접해 있는 지역 주민을 대상으로 1차, 또는 2차의료 서비스도 제공하고 있다.

따라서 醫療協力網의 強點을 浮刻시키며 효과적으로 운영하는 것이

결국 각 醫療機關의 利益을 極大化시킨다는 기본적 假定 속에서 각 의료기관들은 각자의 의료자원과 여건에 적합한 의료단계를 선택하고 단계에 적절한 量質의 의료서비스를 제공할 수 있도록 기관의 정책을 설정하고 醫療協力網內 醫療機關들이 상호간 妥協을 하고 協助하도록 이를 施行하도록 하여야 할 것이다. 이를 위하여 政府와 醫療協力網內의 主力 機關들은 필수적인 制度的 裝置를 마련하고, 醫療協力網을 構成할 수 있는 與件을 造成하도록 유도하여야 할 것이다.

나. 醫療協力體系 構築을 위한 醫療水準의 平準化

우리나라의 의료기술과 의료수준은 상당히 높아졌다고 볼 수 있다. 3차 의료기관과 병원에서 각종 고가의 의료장비를 도입하여 설치하기 시작하였으며 이제는 醫院級까지 기본적인 진단이나 치료에 필요한 장비들이 普及되었다고 볼 수 있다. 또한 대학병원을 비롯한 3차 진료기관에서 다루고 있는 醫療分野도 과거에 비하여 多樣해졌고, 의학이나 의료기술이 거의 비슷해졌다고 할 수 있다.

高難度의 醫療技術을 지니고 있는 의료기관들이 고루 분포되어야 醫療協力網이 形成될 수 있다. 즉 환자가 몸의 이상을 느끼고 ‘A’라는 의료협력망에 있는 ‘가’라는 醫院을 찾아가서 정밀 진단과 치료를 위해 의료협력망 내에 있는 ‘나’라는 病院으로 이송되었는데, 만일 ‘나’라는 상급 의료기관에서 환자의 상태를 치료할 수 있는 의료수준을 갖추지 못하였다면 결국 이 환자는 다른 의료협력망으로 이송되어 치료받아야 하기 때문에 醫療資源의 浪費가 발생하며 환자는 의료협력망을 이용하여 받을 수 있는 혜택을 받지 못하고 治療가 遲延되는 결과만을 초래하게 될 것이다.

醫療協力網의 構築은 醫療資源의 效率化를 비롯한 많은 長點을 기대할 수 있다. 그러나 의료협력망을 구성하고 있는 의료기관들의 質的

水準의 偏重이나 醫療技術이 獨占化된 경우에는 의료협력망들간의 公正한 경쟁이 이루어질 수 없으며, 의료전달체계 속에서 의료협력망이 담당하여야 할 역할을 충실히 수행하는데 한계를 보이게 된다. 또한 환자나 환자의 치료 방향을 1차적으로 결정하는 일차의사들은 기존의 자유방임적 의료체계 속에서 선택하였던 의료기관들의 범위보다 의료협력망을 선택함으로써 선택할 수 있는 上位 醫療機關이 制限된다는 점에서 결국 의료서비스를 제공받는 국민들에게 의료기관 선택에 다소 制限을 주게 된다.

따라서 医療협력체계를 구축함으로써 예상되는 短點을 예방하기 위해서는 醫療協力網 내에서 醫療技術이 어느 정도 平準化 될 수 있도록 医療협력망을 구성하는 医療기관의 要件을 마련하고 이를 滿意해 나가야 할 것이다. 현실적으로 이러한 医療기술의 平準化에 필수적인 医療기술의 보급은 어느 정도 이루어졌다고 볼 수 있다. 전국적으로 3차 医療기관급에서는 암, 성인병, 이식, 특수질환치료 등 고난도의 医療기술중 일부분을 치료할 수 있는 능력을 대부분 갖추고 있으며, 2차 病院급에서도 정밀진단을 위한 各種 醫療裝備와 施設, 그리고 人力을 配置하여 운영하고 있다. 따라서 정부는 각 医療기관들이 相互間的 客觀的인 醫療水準을 判斷하여 医療협력망을 자율적으로 형성하고 醫療망내의 医療기관들이 적절하게 배치되도록 조정하는 역할을 맡아야 할 것이다.

다. 醫療協力體系의 效果的인 運營을 위한 國民들의 認識 提高

의료전달체계를 실시한 이후 국민들은 醫療전달체계의 취지나 구체적인 이용방법, 醫療서비스를 제공하는 医療기관들에 대하여 정확히 알 수 있는 기회가 거의 없었다. 새로운 醫療協力體系에서는 醫療서비스를 필요로 하는 국민들이 어떤 醫療망에 속한 일차의료기관을 선택

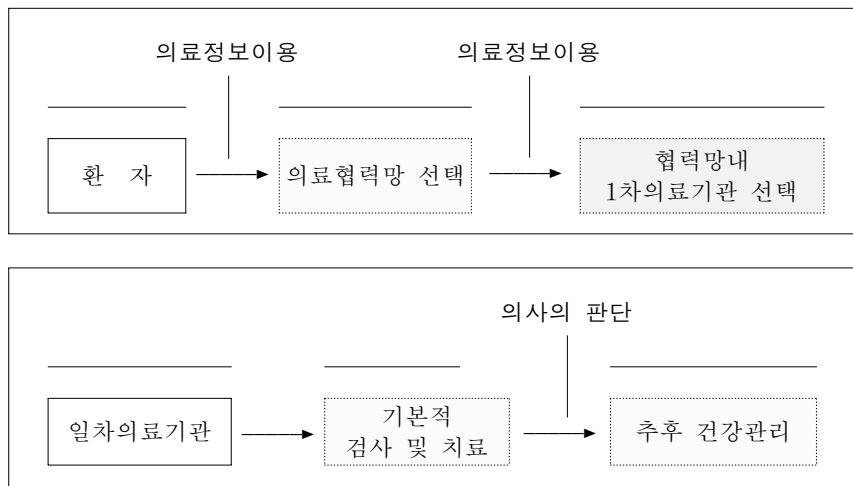
하는가에 따라 의료서비스의 質이 결정되고 이에 대한 만족정도에 따라 의료협력망의 활용이 좌우될 것이다. 따라서 의료서비스를 제공받는 국민들이 醫療協力網을 포함한 醫療傳達體系에 대하여 肯定的인 認識을 가지고 積極的으로 活用하는 것이 의료협력망을 구축하고 정착시키는 가장 바람직한 형태가 될 것이다.

이를 위해서는 정부나 의료보험 관계기관에서는 의료전달체계를 실시하게 된 趣旨 및 현재 구성되어 있는 醫療段階(1차, 2차, 3차의료 등)에 대한 충분한 政策弘報에도 유의하여야 한다. 즉, 의료협력체계에 대해서 국민들이 잘 認知할 수 있도록 국민들에게 의료협력망에 대한 내용, 종류, 그리고 구성기관에 대한 情報를 提供하여야 한다. 국민들이 의료이용에 대한 정보를 즉각적으로, 그리고 용이하게 제공할 수 있도록 의료정보를 제공할 수 있는 체제가 具備되어 運營하여야 할 것이다. 의료서비스가 필요한 환자들은 각 의료협력망에 대한 정보를 기초로 우선 이용할 수 있는 醫療協力網 A, B, C, D, E …… 중 개인에게 접근이 용이하며 적합하다고 여겨지는 의료협력망을 선택하게 하며, 선택한 의료협력망에 속해 있는 의료기관들에 대한 정보를 획득한 뒤 일차의료기관에 해당되는 기관들중에 가장 가까이 있는 곳을 선택하도록 한다(圖 5-3 참조). 1차 의료기관에서는 환자가 지닌 문제를 파악하기 위하여 基本的인 檢査를 實施하게 되고 의사는 일차 의료기관에서 해결될 수 있다고 판단하면 치료를 실시하고 1차 의료기관을 중심으로 追後管理를 實施하게 된다.

기본 검사 및 진료를 실시한 1차 의료기관 의사가 정확한 진단을 위한 검사나 치료가 요구된다고 판단하였을 경우에는 동일 의료협력망내에 체인으로 연결되어 있는 상위 의료기관들중 가장 적합한 醫療機關을 選別하여 患者를 依賴한다. 의뢰시 의사는 자신의 기관이 속한 의료협력망에 있는 의료기관들의 지리적 여건, 의료서비스의 특성, 또

는 의료현황에 대한 정보를 충분히 갖추고 있어야 환자에게 가장 적합한 의료기관을 의뢰하여 줄 수 있고 이러한 적절한 의뢰는 결국 환자로 하여금 일차의료를 제공하는 醫療機關에 대한 信賴를 가져다 주게 된다.

[圖 5-3] 醫療協力體系에서의 醫療利用 過程



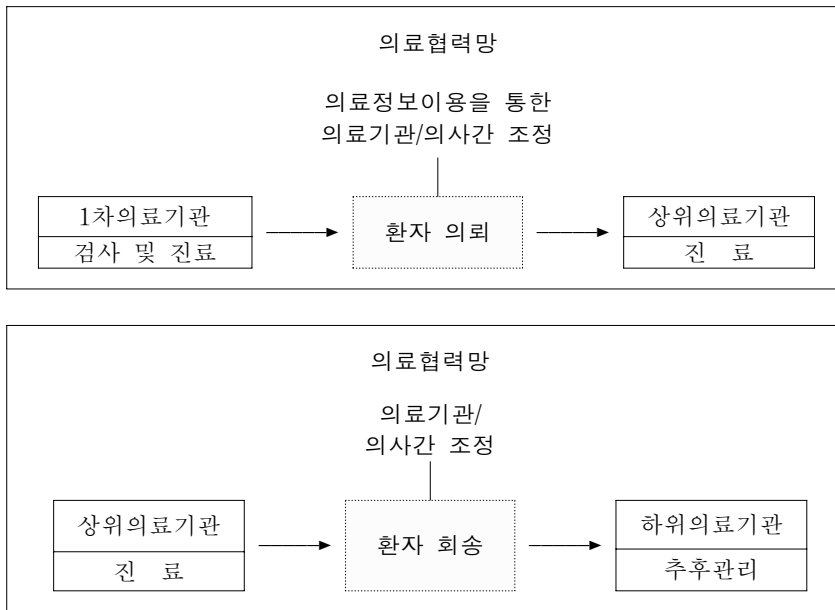
의료협력망내의 일차의료기관으로부터 환자를 의뢰 받은 상위 의료기관은 의뢰시 뒤따르는 醫務記錄을 기초로 정밀검사나 진료 등과 같은 治療를 實施한다. 현행 의료진달체계에서는 1차 또는 2차 의료기관에서 3차 의료기관으로 환자를 단순히 의뢰하는 일방적인 관계만이 설정되어 있었다. 따라서 1차 또는 2차 의료기관이나 3차 의료기관들 사이에서는 각 의료기관들이 맡고 있는 환자들을 의뢰할 만한 동기가 주어지지 못한 상태에서 의료 고객만을 잃는 경우가 종종 발생하게 되었다. 이러한 상황에서 환자의 건강상태나 질병치료를 위하여 좀더 效果的이며 適合한 醫療機關으로 환자를 移送하는 체계가 자율적으로

형성되지 못하고 대부분은 환자나 보호자의 결정에 의하여 自家依賴가 이루어지게 되었다. 또한 현행 의료전달단계에서는 효과적인 의료이용을 위한 환자의 의뢰 및 후송이라는 양방향의 의료순환체계가 형성되어 있지 못하고 단순히 下位 의료단계에서 上位 의료단계로의 一方的인 傳達에 그치고 있다고 할 수 있다. 더욱이 下位 의료단계에서 上位 의료단계로의 일방적 전달에서 하위 의료기관이 환자의의뢰에 대한 동기를 부여받지 못하므로 결과적으로 過少依賴되거나 의뢰에 따른 醫療利用의 연계가 이루어지지 못함으로써 醫療傳達體系를 형식적인 제도로 국민들이 인식하게 하는 결과를 낳았다.

이러한 한계를 극복하기 위해서는 醫療協力網의 積極的인 活用이 우선되어야 한다. 醫師의 판단과 관리에 의한 의뢰가 이루어지도록 환자를 의뢰하는 의료기관에게 일련의 이익을 줌으로써 의료협력망을 통해서 적극적인 醫療傳達이 이루어질 수 있도록 動機를 提供하여야 할 것이다. 또한 下位 의료기관에서 上位 의료기관으로의 일방적인 환자의 흐름에서, 환자를 의뢰 받은 上位 醫療機關도 일정기간 치료후 회복이나 재활단계의 환자를 의뢰 받았던 下位 醫療機關으로 다시 回送하는 단계가 구축하여야 의료전달체계가 진정한 의미를 가질 수 있다(圖 5-4 참조).

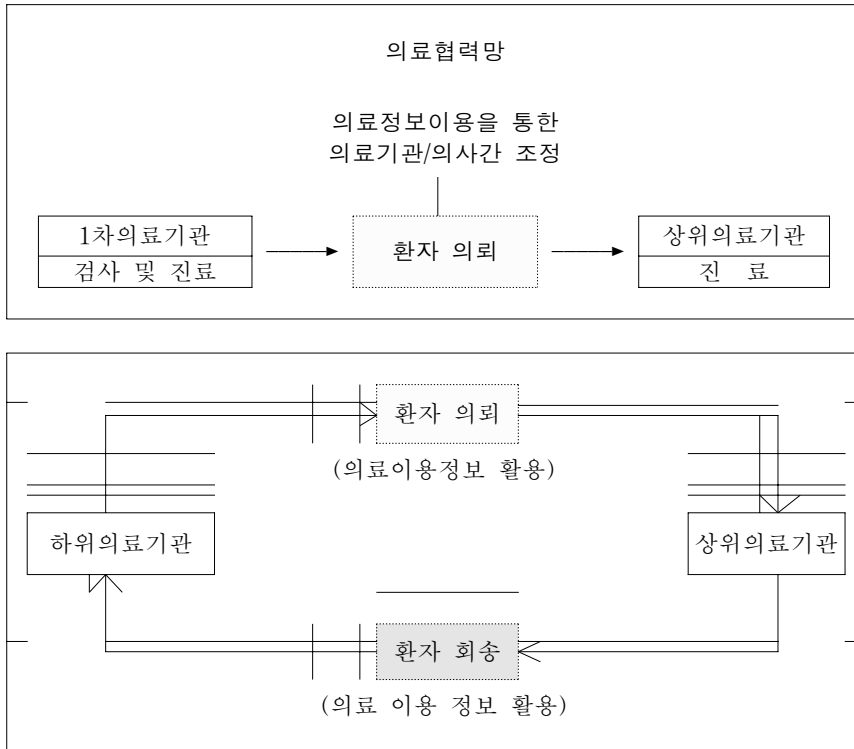
이러한 일련의 제도는 醫療協力網속에 구성되어 있는 의료기관들이 有機的인 相互關係를 形成하여야 의료기관을 존립 유지시킬 수 있다는 醫療人들의 인식전환이 있어야 실행될 수 있다. 의료협력망을 이용하는 國民이나 醫療人 모두가 의료전달체계에 대한 인식을 바꾸고, 적극적으로 활용하기 위해서는 醫療利用에 대한 충분한 敎育이나 弘報가 必須的이며, 시행전 충분한 의견수렴이 先行되어야 바람직한 의료행태의 변화를 기대할 수 있을 것이다(圖 5-5 참조).

[圖 5-4] 醫療協力網에서의 患者依賴 및 回送過程



의료협력망이 가장 효과적으로 운영되고 정착되기 위해서는 바로 의료기관간에, 의료서비스를 제공하는 의사를 포함한 의료인간에, 의료기관과 의료보험단체간에, 그리고 의료서비스의 대상인 국민들간에 의료협력망을 비롯한 醫療利用에 관한 情報 提供 및 交流가 선행되어야 한다. 의료기관들이 서로의 의료 특징을 파악하고 있어야 하며, 의료기관간에 환자에 대한 정보의 교류가 원활하게 이루어져야 하고, 그리고 국민들이 의료기관을 비롯한 의료협력망에 대한 정보를 지니고 있어야 의료기관을 적절히 선택하고 의료협력망을 최대한 활용하여 적합한 의료서비스를 제공받을 수 있게 될 수 있다. 이를 통해 각 醫療機關은 특성에 適合한 기관으로의 運營이 이루어지게 되며, 政府는 한정된 의료자원속에서 국민들이 만족할 수 있는 의료서비스를 가장 효율적으로 제공해 줄 수 있게 된다.

[圖 5-5] 醫療協力網에서의 醫療情報 利用



라. 醫療協力體系의 形成 및 運營을 위한 誘引策

현행 의료전달체계를 재정립하며, 의료협력망을 최대한 활용한 醫療協力體系가 정착되기 위해서는 의료전달체계 내에 속해 있는 모든 구성요소들을 바람직한 형태로 운영해 나가야 한다. 의료협력망을 구성하고 있는 의료기관들이 의료협력망을 유지하고, 이를 효율적으로 이용하게 하려면 어느 구성체라도 一方的인 損害나 犧牲이 전제되어서는 의료전달체계는 존립될 수 없게 된다. 의원급이나 병원급에서 동일 진료권이나 타진료권의 종합병원으로 일방적인 依賴가 이루어지고 있

는 현행 의료전달체계 내에서는 의뢰를 요청하는 의원이나 병원, 환자를 의뢰 받은 종합병원 모두에게 誘引을 주지 않고 있다. 의원이나 병원에서 환자를 의뢰한다는 것은 오히려 일정수의 환자를 치료하고 관리하여야 유지될 수 있는 상황에서 환자를 상위기관으로 일방적으로 빼앗기는 것과 별로 다를 바가 없었다.

종합병원과 3차 의료기관은 그들대로 의원이나 병원에서 치료가 불가능하거나 급성 치료를 마치고 회복기나 재활 단계에 있는 환자들 모두를 받아들이고 있는 상태에서 항상 病床이 부족하고 外來는 초만원 상태이며, 이를 개선하기 위하여 결국 종합병원은 巨大病院으로 탈바꿈되어 가고 있다. 종합병원의 병상 가동률이 100%이상 된다고 하여도 疾病이 경미한 환자들이나 回復期, 再活治療를 받고 있는 환자들이 病床을 차지함으로써 急性治療나 重症患者들을 치료할 수 있는 기회를 잃어버리게 됨으로써 3차의료의 質이 저하되는 결과를 초래하고, 醫療收入도 기대치에 미치지 못하는 결과를 감수하게 된다. 또한 이러한 거대병원을 운영하기 위해 엄청난 醫療資源을 消耗하고 있으며 환자들의 불만의 소리는 점점 높아져 가고 있다. 더욱이 낮은 보험수가로 인하여 의원, 병원 그리고 종합병원 모두 경영상의 어려움을 겪고 있는 현 상황에서는 환자의 의뢰 및 후송에 의료기관이나 의료인들이 적극적으로 참여할 만한 동기가 조성되기 어려운 것이 사실이다. 따라서 醫療協力體系를 構築하여 이를 운영하기 위해서는 다음과 같은 誘引策이 마련되어 시행되어야 한다.

1) 醫療協力體系內에서 患者依賴에 대한 依賴費 策定

下位 의료기관의 의사가 환자를 진단하여 좀더 上位 의료기관으로 정밀진단이나 치료를 위해 의뢰를 요청하는 것도 일련의 醫療行爲라고 간주할 수 있다. 환자를 타의료기관이나 의료인에게 의뢰하는 것은

결과적으로 의료자원을 효과적으로 활용하도록 하는 것이며 이것은 의료기관 또는 의료인의 노력을 필요로 하는 協力活動이다. 따라서 이러한 행위에 합당한 對價를 支拂해 주는 것은 당연한 일이라고 하겠다. 특히 이러한 依賴行爲는 국가적 차원에서 醫療資源의 效率的 使用과 資源配分의 衡平을 기한다는 측면을 가져오므로 환자의뢰행위에 대한 酬價를 책정함으로써 의료기관의 의뢰행태를 바람직하게 변화시켜야 할 것이다.

의료협력망을 효율적으로 운영하기 위해서는 의원이나 병원에서 원활한 환자의뢰가 이루어져야 하는데 患者依賴라는 行爲에 對價를 지불해 줌으로써 일차의료를 담당하고 있는 의료기관이나 의료인이 醫療協力網을 積極的으로 活用하게 하는 계기를 마련할 수 있다. 이러한 행태가 이루어진다는 것은 결국 醫院이나 病院의 의료활동의 중요성이 인식되게 되어 一次醫療段階가 醫療傳達體系 內에서 定着되게 됨을 뜻하는 것이다.

患者依賴費는 醫療保險酬價로 算定되어야 한다. 환자를 의뢰하는 행위에 대한 대가로써 일정금액을 지불하는 定額制로 施行할 수도 있고, 환자의 진료비중 일정 비율로 산정되는 定率制도 고려해 볼 수 있다. 이러한 환자의뢰비의 설정은 현재 정부에서 추진중인 主治醫制度를 活性化하는데 긍정적인 영향을 주는 방법이 될 것이다.

우리나라의 의료전달체계에서 의료협력망이 자리잡기 위해서는 여러 단계의 시행과정이 필요하다. 시행 초기단계에서는 依賴費를 일정금액으로 제한하여 지불하는 定額制가 容易하겠지만, 의료협력망이 자리잡힌 후에는 환자의 진료비중 일정 비율로 지불하는 定率制가 依賴를 통한 의료자원의 배분에 더욱 합리적인 효과를 가져오게 할 수 있어 보다 타당하다고 본다. 또한 시행을 거듭하는 과정에서 단순히 환자의 의뢰로 끝나는 현행 관행에서 벗어날 수 있는 계기를 마련될 수

있다고 본다. 일정기간 돌봐 주던 환자가 의료협력망내의 타의료기관으로 이송되어 진단이나 치료를 받고 있을 때, 환자의 추후관리적 측면에서 의뢰를 요청하였던 의료기관이나 의료인은 환자의 상태나 치료결과에 대하여 의뢰한 의료기관에 정보를 요청하여 환자에 대한 관리를 지속적으로 할 수 있으며 이러한 일련의 과정이 의료협력망내의 1차나 2차 醫療機關의 醫療서비스의 質 向上을 추진하는데 많은 영향을 주게 될 수 있다.

2) 醫療協力網內에서 患者 回送費 策定

患者回送에 대한 回送費 設定은 患者依賴의 概念과 거의 비슷하다. 현행 의료보험수가 항목에 환자 회송료가 6,600원으로 설정되어 있는 하나(보건복지부, 1995) 회송여건이 이루어지지 않은 상태에서 거의 활용되고 있지 않다. 이는 환자회송을 하는 의료기관이 대개 3차의료를 담당하는 綜合病院인 점을 고려해 볼 필요가 있다. 다시 말해서, 종합병원의 난립 속에서 좀 더 많은 환자를 유치하고 보유하려는 종합병원에서 병원이나 의원에 환자를 회송하려고 할 것이냐는 것이다. 어떠한 이익이나 동기없이 환자회송행위가 자발적으로 이루어지기는 매우 어렵다. 환자의 回送이 정착되기 위해서는 병원급이나 의원급의 醫療서비스의 質이 保障되어야 한다. 依賴받은 환자를 일정기간 치료 후 회송하는 醫療行態가 자발적으로 이루어지기 위해서는 의료협력망내의 醫療機關間의 交流가 활발하여야 하며, 의료협력망에 대한 信賴가 前提되어야 한다.

한편으로는 환자의 回送이 이루어 질 수 있는 여건은 어느 정도 마련되어 있다고 볼 수 있다. 현재 高度의 의료기술을 하여야 할 종합병원에 고도의 의료기술이 요구되지도 않고 家庭으로 돌아가서 치료가 가능한 환자들이 점차 많은 病床을 차지하고 있다는 점이 그 주요 이

유이다. 綜合病院 經營의 效率化와 醫療서비스의 質을 유지하기 위해서는 3차 醫료를 제공하고 있는 綜合병원에서는 이러한 환자들을 醫료협력망내의 他醫療機關으로 回送해 줄 수 있는 유인이 있다고 보아야 할 것이다.

上位 醫료기관에서 下位 醫료기관으로의 환자 회송을 촉진하기 위해서는 患者依賴費와 같이 回送費를 보다 現實性 있게 책정하여 醫료협력망내의 交流를 增進시킬 수 있는 동기를 유발시켜야 할 것이다. 醫료협력망내에 환자회송은 3차 醫료기관인 綜合병원급의 病床活用을 촉진시킬 수 있으며, 병상증가를 억제할 수 있는 構造的 解決策으로 作用할 수 있으며, 본연의 3차의료 기능을 충실히 할 수 있는 여건을 조성해 줄 수 있다. 그러나 환자 回送費를 환자의뢰비에 비하여 높게 책정하는 것은 바람직하지 못할 것이다. 이는 우리나라의 醫료공급체계에서 3차 醫료기관은 대체로 기득권 층으로 자리잡고 있기 때문에 患者依賴費가 患者回送費보다 적을 경우 醫료협력망의 이용을 위축시킬 수 있기 때문이다.

3) 醫療協力體系 活用に 대한 惠澤 附與

醫료협력망을 선택하여 一次 醫療機關을 방문하고, 醫료협력망내에 연결되어 있는 상위의료기관에서 醫료서비스를 제공받는다라는 것은 醫療機關 選擇에 다소 制約을 받게 되는 것이다. 따라서 모든 국민들이 반드시 이러한 醫료협력망 제도를 이용하라고 강요할 수는 없다. 醫료협력체계를 시행하는 것은 醫療傳達體系에서 一次醫療를 強化하여 그 위상을 정립하고 국민의 이용 편의를 도모하는 것이 근본 취지이다. 즉, 일차의료를 담당하고 있는 의료인의 역할에 좀더 많은 비중을 두고, 각 의료단계를 제공하고 있는 醫療機關들간의 有機的인 連繫體系를 유지하게 함으로써 一次醫療를 담당하고 있는 醫료기관의 信賴性

을 회복하여 一次醫療가 正立될 수 있는 여건을 조성하려는 것이다.

따라서 설정한 의료전달체계에 따라 의료이용을 하는 국민들에게는 혜택을 주고 이에 부합되지 못한 경우 상대적 불이익을 감수하도록 하는 조치가 필요하다. 즉, 醫療協力體系의 段階에 따라 의료서비스를 받은 환자에게는 개개인의 선택에 의해 의료기관을 이용한 환자보다 좀더 많은 惠澤을 주는 것이 합리적이다. 의료전달체계의 단계적 접근에서 벗어난 의료이용행위, 즉 의뢰 절차없이 3차 의료기관을 방문한 경우에는 종전과 같이 醫療保險의 惠澤을 받을 수 없도록 하며, 의료협력망내에 등록되어 있는 의료기관에서 의료서비스를 제공받은 경우에는 총진료비중 醫療保險適用比率을 差等으로 適用 받게 한다든지, 의료보험적용을 받는 비용중 本人負擔金比率에 차이를 두어 적용 받도록 할 수 있다. 이러한 費用 誘引策을 통하여 의료협력망을 통한 의료이용에 대해서는 최소비용으로 의료서비스를 받도록 유도하여야 할 것이다.

마. 醫療協力體系의 效果的인 運營을 위한 醫務記錄 共有

현재 醫療法 상으로 醫務記錄을 타의료기관들간에 共有할 수 있는 근거는 마련되어 있지 않다. 물론 환자를 치료하는 의료인의 활동을 법적으로 보장하고 개인정보의 기밀유지를 위해 필수적이라 할 수 있다. 그러나 현행 의료전달체계에서 환자 의뢰시 의사가 작성하는 患者 依賴書는 환자가 3차 의료기관을 이용하는데 요구되는 形式的 節次에 한정되고 있다. 의뢰 받은 의료기관은 의뢰를 요청한 기관에서 환자에게 어떤 종류의 檢査를 실시하였고, 그 결과는 어떠하였는지, 어떤 診斷下에 어떠한 治療를 받았는지 등에 대하여 전혀 파악할 수 없기 때문에 환자가 동일한 검사를 다시 받는 경우가 허다하다. 이는 환자에게 경제적인 부담을 가중시키며 환자에 대한 정보부족으로 환자의 예

후를 악화시키는 결과를 초래할 수도 있다. 그러므로 의료협력망에 등록되어 있는 醫療機關間에 患者의 醫務記錄 項目이나 內容을 지정하여 기본적인 의료정보를 공유할 수 있도록 制度的 根據를 마련하고 구체적인 운영에 대한 연구를 실시하여 의뢰효과를 높일 수 있는 방안이 마련되어야 할 것이다.

의료협력체계에서 의무기록을 활용하는 방안은 多樣하게 고려해 볼 수 있다. 우선 主治醫 制度를 實施하는 경우 의료협력망내에 一次醫療를 담당하는 醫院에서 주도적으로 醫務記錄을 管理하여 공유하게 할 수 있다. 즉 환자가 의료협력망내에 등록되어 있는 상위기관으로 의뢰될 경우 현행 의뢰서 이외에 추가로 환자의 의무기록을 환자를 통해서가 아닌 다른 방법으로 전달하도록 하고, 환자가 의뢰받은 의료기관에서 치료과정을 마치면 다시 醫務記錄이 回送되도록 하는 방법을 고려해 볼 수 있다.

또 다른 방법으로는, 의원이나 병원에서 의무기록을 관리하기보다는 종합병원에서 이러한 업무를 수행하도록 할 수 있다. 의원이나 병원은 현재의 상황에서는 그 質的 격차가 너무 크기 때문에 실행이 어려울 수 있으나 종합병원에서는 상대적으로 의료수준이 비교적 平準化 되어 있기 때문에 의무기록의 공유가 현실적으로 가능하다고 할 수 있다. 또한 醫務記錄共有業務를 醫療保險聯合會나 醫療保險組合과 같은 기관에서 주도할 수도 있다. 의료보험연합회나 의료보험조합에서 관리하고 있는 피보험자 및 그 가족에 대한 의무기록자료를 보관하고 필요시 대출함으로써 가입자 개개인에 대한 의무자료를 통합 관리하는 것이다. 최근 들어 종합병원을 비롯한 많은 의료기관들이 醫務資料를 電算化하는 경향이 증가하고 있어 醫務記錄資料의 管理가 점차 용이해져 가고 있으므로 의무기록의 공유 및 관리를 현실적으로 신중히 고려해 볼 수 있는 것이다. 이러한 의무기록의 공유는 의료협력망에 등록되어 있는 醫療機關들간의 相互協力을 促進시키며 최종적으로 醫

療資源의 效率的인 利用과 患者中心의 醫療서비스를 提供하기 위한 支持體系로 運營되는데 필수적인 것이다.

바. 醫療協力體系的 運營을 위한 醫療保險酬價의 調整

의료보험의 적용을 전국민으로 확대한 이후 거의 모든 국민들이 의료보험 혜택을 받으며 의료서비스를 제공받고 있다. 그러나 의료보험 재정의 팽창을 억제하기 위하여 보험수가가 현실화되어 있지 않아 결과적으로 의료서비스의 非保險 領域을 비정상적으로 肥大化시키고, 醫療서비스의 質을 低下시키게 하는 원인으로 작용하고 있다. 정부에서 정책적으로 시행하고자 하고 있는 의료기관의 서비스 質 管理體系도 이러한 낮은 의료수가로 인하여 적용이 어렵다.

一次醫療는 환자가 자신의 건강에 이상을 느끼고 처음 의료적 서비스를 찾아 健康異常 有無에 대한 基本的인 檢査와 檢診, 비교적 간단한 治療를 받는 것이므로 현재의 醫療費 支拂方式과 保險算定에서 항목이 제한될 수밖에 없는 특성을 가지고 있다. 2차 또는 3차의료의 경우는 일차의료에 비하여 고난도의 의료기술을 제공하므로 그나마 상대적으로 높게 醫療保險酬價가 策定되어 있다고 볼 수 있다. 현행 醫療保險酬價는 의료기술의 難易度에 의해 책정되어 있기 때문에 일차의료인은 그들이 받는 의료보험수가가 더더욱 낮다고 느낄 수밖에 없다. 그러므로 一次醫療서비스에 대한 醫療保險酬價를 再評價하여 이에 대한 再調整이 선결되어야 할 것이다.

사. 醫療서비스의 標準化

일차의료는 의료전달체계 속에서 침체되고 있는 가장 근본적인 원인 중의 하나가 바로 국민들의 一次醫療에 대한 信賴性 喪失이다. 이

러한 신뢰감 상실의 근본 바탕은 일차의료서비스의 質的 低下에 기인되어 있다고 볼 수 있다. 즉 어느 의원이나 병원을 방문하느냐에 따라 환자가 제공받을 수 있는 의료서비스의 수준이 결정된다고 볼 수 있다. 의원간, 병원간의 심한 質的 隔差로 인하여 의료기관을 비롯한 일차의료서비스에 대한 정보가 거의 없는 患者(保護者)는 의료기관 선택시 많은 위험과 부담을 안게 된다. 따라서 일차의료를 제공받기 위해 이러한 위험이나 부담을 갖고 의원이나 병원을 방문하기보다는 처음부터 좀 더 의료수준이 보장된 상급의료기관을 선택하게 된다.

이러한 의료전달상의 악순환을 차단하기 위해서는 醫療서비스의 質的 水準을 보장하여 국민들로 하여금 一次醫療를 비롯한 醫療서비스에 대한 信賴感을 回復하도록 하는 것이 중요하다. 이는 결국 일차의료를 비롯한 全 醫療段階의 서비스의 質을 향상시켜야 여건이 조성될 수 있다. 의료협력망이 경쟁력을 갖추기 위해서는 동일 의료단계를 제공하는 의료기관간 醫療서비스의 差異를 最小化하여 의료협력망내의 어느 의료기관을 방문하든지 거의 비슷한 수준의 의료서비스를 제공받는다는 인식을 심어줄 수 있어야 한다.

비슷한 수준의 의료서비스를 제공하기 위해서는 의료협력망내의 의료 관계자들이 자신들의 업무를 가장 효율적이며 적절한 내용으로 標準化시키는 작업이 필요하다. 각 疾患別 또는 患者의 疾病 重症度別로 이를 정확하게 진단하고 치료할 수 있는 프로토콜을 개발하고, 의료협력망내의 의료기관들이 이를 도입하도록 하며, 각 의료기관의 상황에 적합하게 조정 시행하도록 한다.

또한 정기적으로 표준화된 프로토콜을 개정하여 좀더 적절하며 효과적인 의료서비스 제공과정에서 활용될 수 있도록 하는 과정도 의료협력망내의 의료서비스의 질을 향상시키고 유지하기 위해 필수적으로 요구되는 사항이다. 이러한 醫療서비스의 標準化와 共用化를 통하여 의료협력망에 대한 국민들의 信賴感을 形成하게 되면 의료협력망내에

포함되어 있는 일차의료에 대한 국민들의 신뢰감을 회복될 수 있는 계기가 마련될 수 있을 것이다.

아. 醫療協力網內 各種 教育 프로그램의 實施

一次醫療서비스가 의료전달체계속에서 침체된 원인들 중에는 일선에서 일차의료를 제공하는 醫療人들에게 의료를 제공하면서 그 質을 向上시킬 수 있는 契機를 마련해 주지 못한 醫療與件에도 문제가 있다. 醫學知識과 醫療水準은 나날이 發展해 가고 있는데 의사를 비롯한 의료인은 의과대학등 정규교육을 수료한 뒤 專門職으로서 새로운 情報과 접하고 습득하는 繼續教育의 기회가 거의 주어져 있지 못하다. 업무와 관련된 새로운 情報를 계속적으로 받아들이고 현재 시행하고 기존의 방법과 비교 검토하여 활용하는 과정이 결국 質的 向上을 가져오는 과정이라고 할 수 있다. 그러나 일차의료에 종사하는 의료인들은 이러한 과정을 시도해 볼 수 있는 기본적인 교육이나 정보습득의 기회가 거의 마련되어 있지 못한 상태에서 一次醫療의 質을 향상시키기 위한 支援이나 자극을 받지 못하여 왔다.

醫療協力網이 경쟁력을 갖추기 위해서는 相互 有機的인 關係를 형성하여야 한다. 즉 의료협력망을 구성하고 있는 각 의료기관들이 경쟁력을 갖추고 주어진 역할을 수행하지 못한다면 의료협력망의 형성 자체가 위협을 받게 된다. 따라서 이제는 자신이 속한 의료기관뿐 아니라 의료협력망내에 속해 있는 협력 의료기관이 제공하는 醫療의 質까지 향상시켜야 가장 경쟁력이 있는 醫療協力網을 形成할 수 있다. 의료협력망내에서 一次醫療를 담당하는 의료기관이 정확하게 진단하고 해당되는 上位機關으로 患者를 依賴하고 정확한 정보를 주고받을 때 환자는 적절한 진료를 받을 수 있게 된다. 또한 의료협력망에 소속되어 있는 일차의료기관을 방문하는 환자들이 일차의료서비스에 대하여

만족하여야 該當 醫療協力網을 信賴하게 되며, 방문 患者數가 增加되어야 상위 의료기관은 고정적인 환자를 확보하게 된다. 따라서 의료협력망내 상위기관의 의료인은 일차의료를 제공하는 의료인의 수준을 향상시킬 수 있는 各種 敎育이나 研究 프로그램을 開發하여 이를 제공하고 交流하는 것이 결국 의료협력망내에 자신이 속한 의료기관의 質을 향상시키고 競爭力을 갖추게 하는 방안이 될 것이다. 현재까지 많은 醫科大學內에서 자체적으로 개발한 醫療人의 繼續敎育을 위한 다양한 研修敎育 課程이나 프로그램들이 이제는 의료협력망을 중심으로 이루어질 수 있을 것이다.

3. 醫療協力體系의 形態와 關聯된 代案

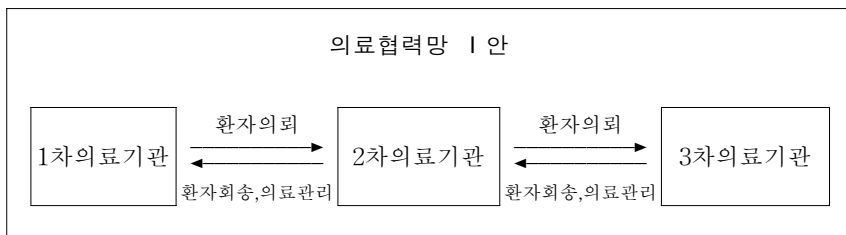
앞에서 언급한 바와 같이 醫療協力體系는 全國의 의료기관들을 각기 특성을 규정한 뒤 10~20개 정도의 醫療協力網을 형성하여 患者를 管理하는 體系를 말한다. 물론 의료협력망이 어떻게 有機的으로 구성되느냐는 데는 여러가지 타당성 검토가 필요할 것이다. 診療勸別로 형성할 수도 있고, 一日 生活圈化되어 가고 있는 우리의 지역적 특성을 고려하여 脫診療圈域化된 醫療協力網도 고려해 볼 수 있다. 의료협력망을 가장 효율적으로 운영하기 위하여 醫療協力體系의 形態에 대하여 기본적으로 다음과 같은 代案들을 제시해 볼 수 있다.

가. 醫療 3段階로 構成된 醫療協力網 構築

이는 의료협력망의 구성 단계를 일차의료를 제공하는 의료기관, 2차의료를 제공하는 의료기관, 3차의료를 제공하는 의료기관으로 분류하여 각 의료단계에 해당하는 의료기관들이 協力網이라는 連繫 體系를 構築하는 방안이다(圖 5-6 참조). 3단계로 구성된 의료협력망의 경우

1차, 2차, 3차 의료기관들이 下位 醫療機關에서 上位 醫療機關으로 患者를 依賴하고, 상위 의료기관에서는 하위 의료기관의 醫療를 관리해 주며, 患者를 回送하는 의료이용 行태를 형성하게 된다.

[圖 5-6] 醫療協力體系 模型의 代案 I



의료협력망을 구축하기 위해서는 구심점의 역할을 수행하는 醫療 段階가 있어야 한다. I案에서 이러한 구심점의 역할은 3차 진료기관이 수행할 수도 있고 2차 의료기관에 의해서 醫療협력망이 구축되고 운영되어질 수 있다. 3차 진료기관이 구심점의 역할을 수행한다면, 일단 醫療機關의 組織運營 方向이나 理念이 비슷한 3차 진료기관들이 협력망의 기초를 형성하고 이를 운영해 나갈 수 있는 기본적 원칙이나 협력 방안을 모색하여 합의가 이루어지도록 할 수 있을 것이다. 이렇게 형성된 3차의료 협력기관들은 下位 의료단계인 2차의료를 수행할 病院이나 一般 綜合病院들과의 접촉을 통하여 醫療협력망내에 3차와 2차의료가 연계되는 과정을 거친다. 이렇게 합의된 내용을 기초로 醫療협력기관으로 相互 契約을 맺게 된다. 이러한 협력계약은 그 시효를 일정 기간으로 설정하여 필요시 再契約을 할 수 있는 체계로 운영하는 것이 바람직할 것이다. 이와 같이 형성된 醫療협력망의 특성과 소속된 2차 및 3차 의료기관에 대한 정보를 一次醫療를 담당하는 醫療機關에게 提供하여 이 정보를 바탕으로 형성되어진 醫療협력망들중 소속하기를 원하는 醫療협력망을 선택할 수 있는 決定權을 일차의료

기관에게 附與한다. 이는 一次醫療를 담당하는 의료기관이 자신의 기관에 가장 이익을 가져다 줄 수 있는 醫療協力網을 選擇하게 함으로써 해당 의료협력망의 質的 監視者인 동시에 환자를 유치하여 관리하는 一次醫療 決定者의 위상으로 의료협력망내에서 역할을 수행하도록 하는 諸 動機를 附與해 줄 수 있기 때문에 醫療協力體系 構築이 意味를 가지게 된다.

의료협력망내에서 一次醫療를 담당하는 의료기관이 얼마만큼 환자를 관리하고 의뢰하느냐가 의료협력망내 2차 또는 3차 의료기관이 고정 고객을 확보하는데 중요한 영향을 미치게 된다. 따라서 의료협력망을 통한 환자확보 및 관리에 一次醫療를 담당하는 기관의 역할이 중요시되며 결국 2차의료를 담당하는 의료기관들이나 3차의료를 담당하는 의료기관들은 醫療서비스의 質的 水準을 향상시키고 이를 지속적으로 보장하기 위한 각종 의료서비스의 標準化나 指針 등을 공동으로 시행하게 되며 의료인력의 교류 및 지속적인 교육도 공동으로 시행하게 될 수 있다. 이는 결국 一次醫療서비스의 質 管理가 의료협력망을 중심으로 이루어지며 나아가 醫療利用의 組織化를 가져옴과 동시에 醫療서비스의 質을 總體的으로 管理하는 體系를 정착시킬 수 있게 된다.

2차의료를 제공하는 의료기관이 우선적으로 의료협력망의 기초를 형성한 뒤 協力方案을 마련하고 이에 대한 내용을 3차 진료기관들에게 제공함으로써 의료협력망내에 3차 진료기관들을 흡수시키는 3단계로 구성된 의료협력망 구축방안도 고려해 볼 수 있다. 이와 같이 의료 3단계로 구성된 의료협력망은 2차 의료기관이 중심이 되어 형성하든지, 3차 의료기관이 중심이 되어 형성하든지 그 기본원리는 거의 동일할 것으로 예상된다. 이러한 3단계로 구성된 醫療協力網을 構築하여 運營하였을 경우 기대할 수 있는 強點들은 다음과 같다.

첫째, 한정된 醫療資源 속에서 최대의 醫療利用의 效率化를 기대할

수 있다. 둘째, 관행적인 의료전달 단계가 3단계로 이루어지고 있으므로 3단계로 구성된 醫療協力網의 형성이 醫療機關間의 混亂을 最小化시킬 수 있다. 셋째, 長期的 觀點에서 이를 시행하였을 경우 組織的인 醫療傳達體系의 定着을 기대할 수 있다.

이에 반하여 3단계로 구성된 의료협력망을 구축하여 운영하였을 경우 예측되는 운영상의 문제들은 다음과 같다.

첫째, 현행 診療圈別 醫療傳達體系와 새로이 실시하려는 醫療協力體系間의 混亂이 예상된다. 둘째, 현재까지 의료기관별 환자관리에서 타 의료기관들이 포함된 醫療協力網을 중심으로 하는 환자관리로 전환을 시도하여야 하는데, 하나의 의료협력망내에서 제각기 다른 의료단계의 기능을 수행하고 있는 의료기관들이 그 協力方案을 모색하고 합의가 이루어져야 하므로 그 과정에서 많은 문제가 야기될 수 있다. 셋째, 현행 의료전달체계가 정립되지 못하고 있는 상태에서 운영상의 문제를 해결하기 위한 방안으로 의료협력망을 구축하려고 하므로 1차의료, 2차의료, 그리고 3차의료의 法的으로나 社會的으로 規定되어 있지 못한 현 상황에서 의료 3단계로 구성된 醫療協力網의 運營이 복잡하게 되며 이에 대하여 국민들의 이해와 호응을 얻기가 쉽지 않을 것으로 예상된다.

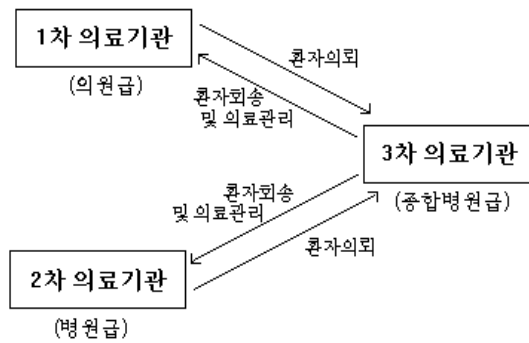
나. 2段階로 形成된 醫療協力網 構築

이 방안은 의료전달 단계를 현행과 같이 두단계로 축소시켜 의료협력망을 구축하여 운영하는 것이다. I案과 동일하게 현재 각 의료기관 특히 병원급 기관이 맡고 있는 주된 醫療傳達 段階를 규정하여 의료협력망내에서 어떤 기능을 수행할 것인지를 우선적으로 결정하여 醫療協力網에 흡수하여야 한다. 또한 I案의 과정과 동일하게 上位 醫科 단계를 제공하는 의료기관을 중심으로 醫療協力網을 構築하고(3차 진

료기관들과의 협력체계), 형성된 의료협력망들중 下位 의료단계를 제공하는 의료기관이 의료협력망을 선택하여 협력기관으로 소속되는 과정을 거치는 것이다. 2단계로 형성된 의료협력망은 그 세부안에서 여러가지 형태로 형성될 수 있다. 우선, 現行 醫療體系를 應用한 방안이 있을 수 있다.

아래 模型에서 보는 바와 같이 의료협력망을 3次診 醫療機關을 중심점으로 설정하여 一次醫療機關이나 2次 醫療機關을 흡수함으로써 患者를 依賴, 回送하고 醫療서비스를 組織化시키는 방안이 있다(圖 5-7 참조). 이러한 형태의 의료협력망의 운영에는 다음과 같은 強點과 弱點을 예상할 수 있다.

[圖 5-7] 醫療協力體系 模型의 代案 II: 3次 醫療機關 中心



1) 強點

強點으로는 첫째, 現行 의료전달체계 운영방식을 응용하여 시행하므로 새로운 의료협력체계를 운영하는데 야기되는 混亂을 最小化시킬 수 있다. 둘째, 의료협력망을 구성하기 위한 의료단계별 기관들이 1차, 2차, 그리고 3차의료 단계로 구성되었을 경우에 비하여 비교적 간단하고, 의료협력에 대한 合一點을 모색하는데 훨씬 용이하며 의료협력망

을 이용할 患者나 醫療서비스를 제공하는 醫療人들이 醫療協力體系의 施行에 대한 이해가 다른 방안들에 비하여 쉽기 때문에 그 呼應度를 기대할 수 있다. 셋째, 과거부터 현재까지 우리나라의 의료행태가 3차 의료를 제공하는 綜合病院級에 의해 主導되어 왔기 때문에 3차 의료기관을 중심으로 1次, 또는 2次 醫療機關을 連結시키는 의료협력망은 그 형성단계부터 운영까지 상대적으로 마찰이 낮을 것을 기대할 수 있다.

2) 豫想되는 問題點

첫째, 현재 의료진달체계에서 가장 취약한 부분인 一次醫療를 강화하는 것을 기본 취지로 새로운 의료이용체계를 구축하려고 하는 것인데, 1차 의료기관과 3차 의료기관, 또는 2차 의료기관과 3차 의료기관과의 관계를 각각 설정하여 운영한다면 의료협력망의 구심체인 3차 의료기관에서 一次醫療機關과 連繫를 추진할 만한 動機를 喪失하게 된다. 따라서 의료협력망이 2차 의료기관과 3차 의료기관과의 연계로만 그칠 수 있는 可能性이 높게 되므로 일차의료를 담당하는 의료기관은 그 취약성에서 여전히 벗어날 수 없게 된다.

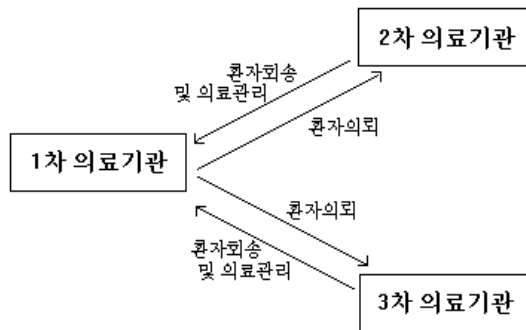
둘째, 3차 의료기관을 중심으로 1차 또는 2차 의료기관이 협력기관으로 형성하여 운영한다면 醫療資源의 效率的 配分을 誘引하기가 어려우며, 3차 의료기관의 의료이용 독점을 규제할 수 있는 장치들을 마련하기가 어려우리라 예상된다.

이외에 일차의료기관을 중심으로 2단계로 형성된 의료협력망을 형성하는 아래와 같은 방안도 고려해 볼 수 있다(圖 5-8 참조). 이 경우는 위에서 제시한 여러가지 방안과는 기본적으로 그 형성 과정이 달라진다. 즉, 1次 醫療機關이 구심점이 되어 醫療協力網을 형성하는 경우 의료협력망을 선택하는 것은 2차나 3차 의료기관이 되기 때문에 의료협력망내의 의료서비스의 質的 保障을 위한 醫療管理가 自律的으

로 이루어질 수 없게 된다.

이러한 방안을 시행하는 데 있어 強點으로 작용하는 것은 의료협력망 형성에 一次醫療를 담당하고 있는 醫療機關이나 醫療人이 중심이 되므로 一次醫療를 活性化시키는데 일련의 動機로 작용할 수 있다. 그러나 일차의료기관을 중심으로 의료협력망을 형성하여 운영하는 데는 다음과 같은 한계를 가지게 되리라 예상된다. 첫째, 의료제공 측면에서 영세성을 지니고 있는 의료기관들이 중심이 되어 의료협력망을 형성하게 되므로 醫療協力網들이 亂立될 수 있는 가능성이 있다. 둘째, 앞에서 언급한 바와 같이 상위 의료기관에서 하위 의료기관으로의 醫療管理가 效果的으로 이루어지기를 기대하기 어렵다. 셋째, 다른 방안들에 비하여 의료협력망의 조직적인 운영에서 많은 취약점을 지니게 된다.

[圖 5-8] 醫療協力體系 模型의 代案 III: 1次 醫療機關 中心



4. 醫療協力體系 構築時 期待되는 長點

의료협력체계를 구축함으로써 기대되는 의료전달체계의 長點들은 다음과 같다.

첫째, 그동안 우리나라 의료정책 및 체제는 한국의 실정에 적합한

고유의 체계를 마련하지 못하고 왔다. 그러나 이와같은 의료협력체계를 정부, 의료기관, 그리고 국민들의 충분한 理解와 協助속에서 形成하여 이루어 낸다면 많은 선진국에서도 체계화되어 있지 못한 의료전달체계를 구축할 수 있게 된다.

둘째, 醫療協力體系는 현재 정부에서 의료정책의 하나로 추진하려고 하는 主治醫 登錄制度의 도입과 정착을 가능하게 하는 체계로서 主治醫制度를 並行하면서 상호 보완해 나갈 수 있다. 현재 주치의 등록제도를 계획하면서 주치의의 주요 업무로 타 의료기관으로 환자를 이송 의뢰하는 내용을 포함하고 있으나 타 의료기관과 연계체제가 마련되어 있지 않은 현실에서는 의료인들이 자체적으로 이를 시행하도록 기대하는 것은 많은 무리가 있다. 그러나 의료협력망으로 의료기관을 제도적으로 연계시켜 줄 경우에는 일차의료에 종사하는 의료기관에서도 주치의 등록제도에 대하여 좀더 肯定的으로 受容할 수 있는 여건이 마련되게 된다.

셋째, 현행 의료전달체계에서 의료인이 지니고 있는 갈등중의 하나는 바로 醫療의 商品化라고도 볼 수 있다. 의료경쟁이 심하게 되면서 醫療機關間의 對立樣相이 심화되고 이는 결국 의료의 대상인 인간을 독점하여야 할 상품으로 여기는 상황도 예기될 수 있다. 의료기관간에 의료서비스의 경쟁이 아닌 相互協力을 통해서 이익을 증대해 간다면 이러한 경향은 다소 감소할 수 있으리라 기대된다.

넷째, 의료협력망을 구축함으로써 가장 많은 혜택을 받는 것은 바로 一次醫療를 제공하고 있는 의료기관이 된다. 일차의료는 국민의 건강을 기본적으로 豫防하고 管理해 주는 역할을 담당하여야 한다. 따라서 우선적으로 환자의 질병 유무를 결정하여 가장 적절한 의료서비스를 제공받을 수 있도록 情報를 提供하고 醫療資源을 連結시켜 주는 一次醫療 본연의 기능 수행이 가능하게 될 수 있다.

그러나 현행 의료제도속에서는 一次醫療을 제공하는 의료인들이 患者에 대한 調整權限과 健康狀態 決定權을 거의 갖지 못하고 있어 醫療의 문지기로서 국민생활에 자리잡기까지는 상당기간이 걸릴 것으로 볼 수 있다.

이러한 현상들을 극복하기 위해서는 제도적으로 一次醫療의 役割을 再定立하고 일차의료를 가장 효과적으로 제공할 수 있는 支持體系를 마련하여 운영하는 것이 그 해결책이 될 것이다. 따라서 취약한 一次醫療機關이 自生하도록 하기보다는 2차 및 3차의료를 제공하는 의료기관들에게 일련의 동기를 제공함으로써 일차의료와 相互 協力하도록 誘導하여 일련의 의료자원으로 활용되도록 支持하여 줄 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

一次醫療가 自生的으로 의료전달체계내에서 자리잡기까지는 일차의료의 零細性을 비롯한 많은 한계를 지니고 있다. 따라서 의료정책을 정립하고 시행하는 政府는 일차의료의 기능을 감독하고 규제하기보다는 일차의료가 다른 의료단계와 有機的인 關係를 維持하며 그 역할을 자율적으로 수행하도록 유도하는 것이 가장 바람직할 것이다. 따라서 醫療協力網이라는 協力體系를 구축하도록 動機를 부여하고 이를 유지해 나갈 수 있는 각종 誘引을 개발하여 줌으로써 醫療資源이 效率的으로 利用되어질 수 있도록 해야 할 것이다.

5. 醫療協力體系 構築時 豫想되는 制約點

一次醫療의 強化를 위하여 醫療傳達體系내에서 醫療協力體系라는 새로운 제도를 構築하고 施行한다는 것은 여러 가지 한계점들도 예상되며 이에 대한 충분한 검토와 타개책이 아울러 검토되어야 할 것이다.

첫째, 이미 언급한 바와 같이 醫療保險酬價가 현실화되지 못한 현실정에서 어느 단계의 의료기관에서도 이러한 의료협력망을 구축할

만큼의 動機가 부여되지 않아 형성 時點이 마련되지 못할 수 있다는 점이다.

둘째, 1990年代에 들어서면서 기업 중심의 대형병원의 설립 이후 의료계는 다른 産業界와 비슷하게 競爭體制로의 轉換이 進行되고 있다. 따라서 현 시점에서 경쟁이 아닌 相互補完을 전제로 한 協力關係로의 轉換을 자율적으로 유도하기에는 많은 어려움이 예상된다.

셋째, 우리나라의 醫療界는 醫療機關이 組織化되어 있지 못하고 의료 經營의 先進化가 力不足인 현 상황에서 의료협력체계라는 새로운 제도의 형성에는 혼란과 어려움이 따를 것으로 예상된다.

넷째, 醫療傳達體系에서 의료를 제공하고 있는 醫療段階에 대한 定義나 醫療範圍를 명확히 구분하지 않고 시행한다면 현재의 醫療傳達體系에서 나타난 현상들이 되풀이될 수 있다. 특히 一次醫療를 담당하고 있는 醫療人이 구별되어 있지 못하고 이를 포괄적으로 수용하여 관리할 수 있는 주체가 마련되어 있지 않은 상황에서는 어려움이 예상된다. 현재 一次醫療를 담당하고 있는 醫師가 一般醫, 家庭醫, 그리고 각종 專門醫로써 다양하고, 一次醫療를 명확하게 規定하지 못하고 있으며, 2차의료, 3차의료에 대한 定義도 합의되어 있지 않은 상황에서 이러한 의료단계를 연결시켜 각자의 기능을 수행하도록 하는 데에는 상당한 시간이 필요하다. 그러므로 醫療協力體系를 構築하여 이를 국민의 의료이용행태에 정착시키기 위해서는 정부 및 의료관계자들의 폭넓은 視角과 면밀한 檢討속에서 中長期 計劃을 수립하여 一發性이 아닌 長期的 觀點에서 段階別로 施行하여야 할 것이다.

第3節 醫療保險酬價의 改善方案

우리나라는 民間 醫療機關이 支配的인 役割을 담당하고 있는 의료공급체계의 구조속에서 醫療財政시스템은 社會保險方式으로 保險酬價의 統制를 받고 있다. 따라서 의료공급의 내용이 醫療保險酬價에 따라 민감하게 영향을 받으므로 保險給與와 診療費 支拂에 변화를 주면 의료공급내용에 변화를 초래할 가능성이 매우 높다고 볼 수 있다.

本節에서는 현실적으로 기본의료서비스로서 중요하지만 간과되고 있는 一次醫療 서비스를 活性化시키기 위한 保險給與의 개선방안을 제시하고, 일차의료를 활성화시키기 위해서 일부에서 제기되고 있는 診療費 支拂方式의 改善에 대하여는 개략적으로 언급하는데서 그치고자 하였다.

1. 保險酬價 및 給與方式의 調整을 통한 一次醫療의 活性化

현황 및 문제점에서 제기된 바와 같이 우리나라는 行爲別 酬價制度를 택하고 있는 가운데 행위별 수가구조가 갖는 특성상 一次醫療部分은 상대적으로 불리한 입지에 놓여 있다. 그러나 民間이 주도하는 의료공급체제에서 醫療費 支拂體系의 근본적인 변화는 현실적으로 매우 어려울 것이며 일부 의료행위에 대한 포괄수가제 도입이 1997년부터 시도될 예정이고 相對酬價體系(Resource Based Relative Value Scale: RBRVS)의 導入에 대한 연구가 진행되고 있으나 行爲別 酬價制가 근간을 유지할 것으로 볼 수 있다. 따라서 먼저 행위별 수가체제에서 일차의료서비스를 활성화시키는 방안을 제기하기로 한다.

가. 基本診療料 酬價體系의 變更

현황에서 제기된 바와 같이 우리나라의 醫療酬價는 의료서비스간

수가책정의 불균형과 불합리한 부분이 많은 가운데 無形의 의료서비스에 대한 酬價가 수술, 검사, 처치 등의 有形의 서비스에 비하여 상대적으로 지나치게 낮게 책정되어 있다. 또한 처치행위당 酬價體系이기 때문에 基本 診療料體系가 너무 단순하게 初診, 再診만으로 구별되어 있어 일차의료서비스 중에서 가장 중요한 患者와의 相談, 諮問, 환자의 상태별 진단서비스의 輕重 등이 전혀 고려되어 있지 않다. 기본진료가 일차의료에서 차지하는 중요성을 차지하더라도 基本 診療料는 의원 수입의 44%를 차지하는 의원의 주 수입원이므로 一次醫療機關인 醫院을 活性化시키기 위해서도 중요한 것이며 그만큼 효과가 클 것이다. 우리나라의 의료수가가 외국에 비하여 지나치게 治療中心으로 되어 있으며 基本診療料 算定項目이 單一化 되어 있다는 것은 기본진료보다는 수가보상이 많은 진료행위를 유도하게 하는 요인이 되고 있다. 외국의 경우 기본진료단계가 患者의 醫療要求와 診療行爲의 難易度에 따라 몇 단계로 구분되어 있음을 참고하여 基本診療酬價項目을 다음과 같이 조정하도록 해야 할 것이다.

첫째, 기본진료항목을 진료의 난이도에 따라 2~3단계로 분리하여 수가를 차등화한다. 둘째, 기본진료항목의 단계별 분리와 더불어 外國과 같이 ‘相談料’, ‘諮問料’, ‘指導管理料’, ‘在宅醫療料’ 등의 酬價 項目을 인정하여 진료의 첫단계에서 충실하고 費用節減的이고 豫防中心的인 醫療와 在宅醫療 등을 活性化시키도록 한다. 셋째, 醫療需要를 바탕으로 한 단계별 의료이용을 유도하기 위하여 일차의료서비스에 해당되는 醫療行爲項目이나 外來診療는 醫院이 중심적인 역할을 하도록 醫院에서의 醫療行爲에 加算額이나 加算率을 적용하고, 반대로 高度醫療에 대해서는 3차 진료기관 등에 加算을 주는 방식으로 수가를 醫療機關種別로 항목에 따라 二元化하여 策定하는 방안을 도입한다. 단 본인 부담수가는 동일하게 하거나 오히려 의원이용시 저렴하게 한다. 이와

같은 방식으로 의료기관간의 수가를 차별화 함으로써 酬價가 의료기관의 특성에 따라 醫療資源別로 患者를 配分하는 기능을 가지게 하도록 해야 할 것이다.

나. 豫防서비스에 대한 保險給與의 擴大

診療서비스와는 달리 豫防서비스와 健康檢診은 非給與部分이기 때문에 사회계층에 따라 예방서비스를 접근도를 차별화 시키는 결과를 초래하고 있고 일부 검진서비스는 상업화되고 있다. 예방서비스에 대한 보험급여확대에 대해서는 오랫동안 제기되어 온 논의이기는 하나 豫防서비스에 대한 給與가 단기적으로는 保險財政에 負擔이 된다는 차원에서 유보되어 온 부문이다. 그러나 현재의 고가진료부분의 진료비가 전체 보험급여에서 차지하는 비중, 과잉투약과 불필요한 고도 진료에 대한 醫療費를 분석하고, 豫防서비스의 保險給與가 長期的으로 保險財政의 節約과 國民健康水準의 向上, 間接醫療費用의 節減에 미치는 영향을 고려하여 단계적으로 豫防서비스 項目의 給與化가 이루어져야 할 것이다. 실제로 예방서비스에 대한 보험급여가 비용효과적이 될 수 있다는 검토결과들이 제시되고 있다(이규식, 1996).

英國에서는 원칙적으로는 一般醫에 대한 보상이 인두제에 의해서 이루어지고 있으나 疾病豫防과 健康增進 서비스를 제공한 경우에는 1990年度 이후 一般醫 協約에 의해 별도의 경제적 인센티브를 제공하고 있다. 豫防接種의 경우 등록 대상 어린이에 대한 접종률에 따라 인센티브를 차등 제공하고 있으며, 자궁경부암 검진의 경우 20~65歲 女性의 80% 이상에 대해서 실행한 경우 역시 인센티브를 주고 있다. 또한 어린이 健康監視와 새로운 등록자 및 75세 이상에 대한 건강검진에 대해서도 별도의 경제적 보상을 제공하고 있다. 1993년에는 일반의의 95%가 예방접종 및 자궁경부암 검진에 대해서 인센티브를 받고

있다(Fry et al., 1995).

우리나라 일차의료기관이 능동적으로 질병예방과 건강증진서비스를 제공하도록 하기 위해서는 질병예방과 건강증진 서비스 제공에 대해서 경제적 보상이 주어질 수 있도록 예방접종과 건강검진을 보험급여 화하고 이를 일상적인 진료행위에 통합하는 등의 제도적 개선책이 마련되어야 할 것이다. 예방급여 항목에는 예방접종, 산전관리, 건강검진(항목에 따라 단계적 적용), 영양상담 및 관리 등 건강상담서비스, 건강증진 프로그램(프로그램별로 단계적 적용)이 포함되어야 한다.

다. 依賴費 및 回送費의 策定과 現實化

第2節의 의료전달체계의 재구축 방안에서 제기하고 있는 患者 依賴 및 後送의 圓滑을 기하기 위하여 患者依賴費와 回送費를 책정하여 依賴와 回送行爲에 따른 인센티브를 부여한다. 특히 의뢰비를 정율제로 도입하는 경우 一次醫療機關의 경영에도 이익을 미칠 수 있다.

라. 現行 醫療機關種別 加算率의 調整

酬價構造의 改編과 함께 현재 의료기관 종별로 차등 적용되고 있는 技術料에 대한 加算率을 再檢討할 필요가 있다. 의료기관 종별 가산율은 의원이 10%로 가장 낮고 3차 진료기관이 30%로 가장 높다. 가산율에 차등을 두는 가장 큰 이유는 의료기관 종별로 진료내용의 구성이나 疾病의 危重度에 차이가 있을 수 있고, 시설 및 인력 투입 정도에 차이가 있을 수 있기 때문이다. 그런데 현재의 의료기관 종별 기준은 병상 규모와 개설 진료과목 등에 의해서 이루어지며 각 의료기관 종별로 기능의 분화가 명확하지 않은 상태에서 차등을 격차를 심하게 두는 합리적 근거를 발견하기 어렵다. 따라서 현재 기술료에 대한 차

등을 차이를 합리적으로 재조정할 필요가 있다. 근본적으로는 3차진료 기관 研究開發部門 지원, 修練課程運營 지원 등으로 의료기관의 기능별, 부문별로 지원을 합리화하는 방식으로 바꾸고 가산율제도는 재검토되어야 할 것이다.

2. 一次醫療 서비스에 대한 醫療費 支拂方式의 補完 方案

가. 相對價値體系 導入時 一次醫療서비스에 대한 考慮

아울러 진료비 보상제도의 변경이 이루어지는 것이 바람직하다. 美國에서는 1992년 메디케어 제도의 수가지불방법으로 相對價値體系(RBRVS)를 채택하면서 換算指數와 政策的 變數의 고려에서 일차의료를 지원하는 정책을 채택하고 있다.

이 수가지불제도는 각 의료행위간의 불균형을 시정하고, 의료비 억제를 위해 도입되었지만 이 제도의 도입으로 가정의의 수입은 65~70% 인상되고 내과의사는 35% 인상되며, 일반외과는 40~50% 인하될 것이라는 결과가 제시되었다(의료보험관리공단, 1994). 이 제도의 시행 이후 각 전문과목별 진료 수입의 변화에 관해서는 많은 논쟁이 있지만, 비용이 많이 드는 첨단 기술을 사용하는 진료과에 비해서 문진과 진찰 등을 주로 사용하는 진료과에 상대적으로 유리하게 적용하려는 의도를 가지고 있다.

현재 우리나라에서도 相對酬價體系를 도입하기 위한 작업을 진행하고 있는데 연구결과가 어떻게 나타날지를 판단할 수는 없으나 여하튼 보건정책적 관점에서 보건교육, 상담, 세밀한 진찰 등 無形의 서비스에 대한 보상을 높여 줌으로써 일차의료 서비스에 대하여 경제적 보상을 줄 수 있도록 수가구조를 고려함이 필요하다.

나. 一次醫師에 대한 診療報酬에 管理對象者當 定額制 並行

一次醫師의 社會的, 經濟的 地位가 單科 專門醫에 비해 낮은 것은 전세계적 현상이다. 그러나 이 격차를 얼마나 줄이는가가 일차의사의 양성을 위해서는 대단히 중요한 과제이다. 이를 위해서는 근본적으로 일차의료 수가제도의 구조적 변화를 통하여 일차의사와 전문의간의 경제적 격차를 줄이는 것이 필요하다.

中長期的으로는 행위별 수가제와 병행하여 一次醫師에 대한 診療報酬에 일차의료에 대한 보상방법으로 영국 일반의와 미국의 건강유지기구(HMOs)에서 사용되는 管理對象者當 定額制를 並行하는 것이 바람직하다. 정부에서 추진을 계획하고 있는 主治醫 制度에서는 등록환자에 대한 登錄料의 산정을 통하여 人頭制의 일부 적용을 가능케 할 수 있다. 외국의 일차의료의 형태와 일차의사와 전문의사의 수입을 개략적으로 비교한 자료는 <表 5-1>과 같다.

<表 5-1> 歐美國家の 一次醫療體系와 一次醫師의 收入 比較

	미국	영국	서독	스웨덴	핀란드
의료체계의 특성	비통제적	통제적	비통제적	공공병원 (공공보건센 터 포함)	공공센터 중심
일차의료 제공자 형태	가정의 일반내과의 일반소아과의 기타 전문의	가정의 (일반의)	가정의 (일반의)	전문의/폴리 클리닉 훈련 의사, 보건센 터의 일반의	일반의
일차의사와 전문의소득 비교	0.50~0.7 (1차의사 종류와 전문의 종류간 차이가 있음)	1 : 1	미 상	1 이상	1 : 1

〈表 5-1〉 계속

	호주	캐나다	네덜란드	덴마크	벨기에
의료체계의 특성	비통제적 1차의료	부분적으로 통제, 민간 (오지에 대한 재정적 인센 티브 부여)	통제적, 민간 1차의료	통제적 민간 1차의료	비통제적 1 차의료
일차의료 제공자 형태	가정의 (일반의)	가정의 (일반의)	가정의 (일반의)	가정의 (일반의)	가정의 (일반의)
일차의사와 전문의소득 비교	약 1 : 2	약 2 : 3 (농촌지역은 높음)	1 이하	1 : 1	미상

資料: Starfield, B., *Primary Care*, Oxford University Press, 1992.

第 4 節 一次醫師의 擴大와 一次醫師機能의 強化方案

일차의료체계를 정립하는데 있어서 가장 중요한 것은 優先적으로 一次醫師의 機能과 資格要件에 대한 合意이며, 그 다음 단계로는 그러한 일차의사를 어느 수준까지 어떤 방법으로 확보하느냐는 것이 要旨라 할 수 있다. 여기서 고려되어야 할 사항은 기존의 의원부문에 종사하는 專門醫가 방대하게 相當期間 存續할 것이므로 中短期 課題는 이들의 상당부분을 어떤 方式으로 一次醫師로서 수용할 것이냐가 될 것이다. 보다 長期的이고 根本적인 對策으로는 의료의 基本需要에 根據하여 1차와 2차·3차 醫療의 均衡적인 供給에 必要한 의사인력을 어떻게 양성배출해 낼 것이냐에 대한 段階적인 考慮라고 볼 수 있다.

단 一次醫師의 확보는 앞절에서 제안하고 있는 의료전달체계의 재구축의 실현과 一次醫療에 대한 불리한 報酬體系의 개선을 통한 一次醫療 位相의 定立과 일차의료에 대한 誘引制度에 의하여 醫師들이 一次醫師를 선택하는 분위기의 造成을 통하여 이루어져야 하며, 단지 인위적인 수의 제한이나 규제로서는 성과를 볼 수 없음이 충분히 고려되어야 할 것이다.

1. 一次醫師의 擴大를 위한 一次醫師 確保 水準의 設定

醫療供給의 構造와 醫師人力的 構成은 서로 밀접한 영향을 미치는데 의료공급구조에서 專門醫 過剩에 대한 우려와 유능한 일차의사의 확보는 우리나라 뿐만 아니라 美國을 위시한 여러나라에서도 輕重에 차이가 있을 뿐 共通되는 問題로서 각국의 保健醫療政策의 중요한 과제이다. 一次醫師와 專門醫의 構成比가 어느 정도가 바람직한가에 대한 절대적인 기준은 있을 수 없다. 여기서 일차의사의 정의와 범위는 국가마다 다르지만 선진국가들은 國家 政策的 次元에서 나름대로 一次醫師의 範圍로 규정하고 전체 의료인력중 一次診療醫의 비중을 정하여 놓고 具體的 정책수단을 採擇하여 推進하고 있다.

<表 5-2> 美國의 醫師人력과 醫學教育에 관한 專門委員會의 最近 一次醫療 關聯 勸獎事項

권장 사항	COGME ¹⁾	PPRC ²⁾	Macy Foundation ³⁾	Pew Commission Staff ⁴⁾
일반의와 전문의 적정 비율	50 대 50	목표설정 안함	50 대 50이 되도록 비일차 레지던트수를 50%까지 줄임	50 대 50
전문의 구성에 대한 견해	전문의 수가 지나치게 많으며 일반의는 부족	전문의수 (특히 일부 외과 계열)가 지나치게 많음	전문의 수가 지나치게 많으며 일차의료 부문은 적합	전문의 수가 지나치게 많으며 일반의 수가 적고 불균형이 심화되고 있음
일반의와 전문의간의 보수간격을 좁히는 수가체계의 개선에 대한 권고사항	필요	필요	필요	필요

註: 1) Council on Graduate Medical Education, 1992.

2) Physician Payment Review Commission, 1993.

3) Josiah Macy, Jr, Foundation, 1992.

4) Pew Health Professions Commission Staff, 1993.

資料: Rivo, Marc L, et al., "Comparing Physician Workforce Reform Recommendations", *JAMA*, Vol.270, No.9, 1993.

一次醫療段階는 國家에 따라서는 公共部門이 주로 擔當하고 있거나 民間부문에 의해 主導되더라도 國家가 統制하는 경우가 많다. 醫療에 관하여 자유방임적인 입장을 취하고 있는 美國의 경우에도 一般醫 부족과 專門醫 과잉 문제를 해소하고 사회적으로 필요로 하는 費用-效果적인 의료공급체계의 신속한 대책을 마련하고자 一次醫師의 비율과 專門醫의 비율에 대하여 50 對 50 수준으로 권고하는 여러 전문가 그룹의 의견이 <表 5-2>와 같이 제시되고 있으며, 1992년 연방정부 공중보건국 산하의 졸업후 의학교육심의회(COGME)에서는 全體 醫師人力의 50%를 一次醫師人力⁴²⁾으로 養成하는 目標設定에 합의하고 있다. 이 目標은 現단계에서 미국의 의대졸업생의 50%가 일차의료인력으로서의 길을 간다면 2050년이 되어야 목표달성할 수 있다는 계산을 산출하고 있다(WHO, 1994; Wall et al., 1994).

우리나라에서는 大韓醫學會가 專門醫 制度改善을 위한 조사연구와 협의를 진행하면서 전문의 제도와 맞물린 일차진료의를 검토한 바 있고, 1994년 『醫療保障改革委員會』에서 一次醫療를 강화하기 위해서는 家庭醫를 포함한 一次醫療醫를 매년 5%씩 增加시켜 2005년까지는 신규의사의 50~60%를 一次醫療醫로 養成할 필요가 있음을 建議하고 있다. 그러나 이 제안은 일차의사의 범주와 이에 따른 전략에 대해서는 더 이상의 구체적인 논의는 제시하지 못하고 있다.

우리나라에서 一次醫師의 확보 目標를 설정하는 데는 醫療需要와 우리나라 의료체계의 特性을 考慮한 연구와 관련 專門家들의 合意過程을 통한 작업이 진행되어야 할 것이다. 하지만 잠정적으로 美國의 기준을 적용할 수도 있다고 본다. 왜냐하면 人口集團의 醫療段階(일차, 이차, 삼차)별 상대적인 醫療需要는 國家別로 크게 다르지 않을

42) 일차의료인력의 범위를 일반의, 가정의, 일반내과의, 일반소아과의로 보고 있다.

것이라는 점과, 둘째로 우리나라의 의료공급체계가 여러나라중 특히 美國의 영향을 많이 받아서 형성되었으며 그 특성이 民間主導의 醫療供給構造와 專門醫의 자유로운 診療所 開業으로 一次醫療가 정립되지 못한 점에서 우리나라와 類似하기 때문이다. 즉, 美國의 여러 전문가 그룹의 合意勸告案과 선진국가들의 專門醫와 一般醫의 比率을 참고하여 우리나라의 일차의사를 확보목표를 잠정적으로 50% 수준으로 정하는 것이 타당하다고 생각된다. 단, 이 수치는 일차의사의 범주 즉 資格要件을 어떻게 정할 것인가에 따라 流動的이 되어야 할 것이다.

2. 一次醫師의 確保를 위한 代案

여기서는 一次醫師 確保방안을 크게 中短期 對策과 長期 對策으로 나누고, 각각에 대하여 다시 두 가지의 代案을 제시하고자 하며, 각 대안에 대하여 그 妥當性 및 예상되는 問題點을 지적하여 그 適合性을 평가하고자 한다.

가. 中短期 代案

1) 代案 I: 家庭醫 專門醫와 一般醫를 中心으로 한 一次醫師 確保方案

이 案은 一次醫師에 一般醫와 家庭醫學 專門醫만을 포함시키는 방안이다. 현황과 문제점 부분에서 파악된 바와 같이 우리나라의 의사 구성을 총괄적으로 보면 一般醫와 家庭醫學 專門醫를 一次醫師로 한정하는 경우 이들은 醫師人力全體의 약 20~25% 수준이다(表 4-38 참조). 이 수준은 50%와는 격차가 있고 美國의 일차의사에서는 一般內科와 一般小兒科醫師가 포함되어 있다는 점을 감안하여 일차의사 확보목표를 50% 수준보다 낮추어야 할 것이며, 현재의 낮은 일차의사 수준을 고려할 때 目標水準을 단계적으로 設定해야 할 것이다. 또한

家庭醫學專門醫를 단기간내 대폭 確保할 수 있는 醫師 養成體系를 강구해야 할 것이다. 그러나 앞으로 단기간내 일반의와 가정의전문의 확보수준을 대폭 증가시키는 것은 어렵고, 현재의 專門醫 定員策定の 틀속에서 가정의학 전문의의 비율을 확대시키는 데는 한계가 있기 때문에 우리나라 현실에서 이들만이 일차의료를 하도록 제한하는 것은 단기간 내에는 어렵다고 볼 수 있다. 또한 一般醫에 대한 상당기간의 再訓練 修練體系를 마련하지 않고 受容하는 경우 一次醫療에 대한 위상이 전문의보다 낮은 것을 고착화시킬 수 있고 결과적으로 현재의 일차의료 부분에 종사하는 전문의에 대한 해결방안을 간과하고 있어 단기적으로는 일차의료인력 확보 효과를 기대하기 어려운 대안으로 볼 수 있다.

2) 代案 II: 醫院 開院醫중 一部 專門科目 醫師의 一次醫師化 方案

문제가 없는 것은 아니지만 一次醫療의 機能을 담당하여야 할 의료 단계에 속하는 기관을 醫院으로 볼 때 의원급 의료기관에서 현재 일차의료를 담당하는 醫師의 專門科目別 分布를 보면 一般醫와 家庭醫學 專門醫의 比率이 자료에 따라 20~22%의 수준(表 4-39 및 表 4-40 참조)이며, 일차의사의 범위에 內科, 小兒科, 産婦人科 등의 專門醫를 選別的으로 包含한다고 할 때 다음 <表 5-3>과 같은 결과를 보인다. 즉 內科와 小兒科까지를 일괄 一次醫師로 包含한다고 하면 44.0%이며 産婦人科까지 포함하면 55.7%이다. 여기에 一般外科까지 포함하면 65.2%이다. 단, 현재 전문과목별 의원의 진료내용을 고려하면 小兒科, 産婦人科는 진료범위가 제한되어 있어 포괄적인 일차의료를 제공하는데는 多少 問題가 있으며, 一般外科는 현재 진료내용이 일반의와 유사하다고 하더라도 修練課程이 일차의사로서 적합하지 못한 측면이 많다.

〈表 5-3〉 醫院의 專門科目別로 分類할 경우의 一次醫師의 比率
(단위: %)

구분		일반의	가정 의학과	내과	소아과	산부 인과	일반 외과	기타 전문의	계
대한의사 협회통계 ¹⁾	구성비율	12.7	7.7	12.7	10.9	11.7	9.5	34.8	100.0
	누적비율	12.7	20.4	33.1	44.0	55.7	65.2	100.0	
의료보험연 합회 의원 요양과일 ²⁾	구성비율	16.9	5.5	12.4	10.8	11.4	9.3	33.6	100.0
	누적비율	16.9	22.4	34.8	45.6	57.0	66.4	100.0	

註: 1) 대한의사협회의 1996년 의원중사의사 기준(表 4-39 참조)
2) 의료보험연합회 요양기관 과일의 1996년 의원개설의사 기준(表 4-40 참조)

〈表 5-4〉 主要 國家의 一次醫療人力 比率(1991~1992)

국가	자료원 I ¹⁾	자료원 II ²⁾
미국	34 ³⁾ (13)	13
캐나다	52 ⁴⁾	-
오스트레일리아	44	-
벨기에	53	54
덴마크	35	23
핀란드	37	21
프랑스	57	39
독일	54	16
네덜란드	35	37
스페인	26	26
스웨덴	23	10
영국	63	63

註: 1) 자료원 I 은 해당 국가에서 일차의의 범위에 포함되는 의사비율로서 대체로 전체의사에서 활동중인 전문의 비율을 뺀 수치임.
2) 자료원 II 는 자료원에 따라 차이가 있으나 엄밀한 일차의사의 비율로 표현된 수치임.
3) 미국은 일반내과와 일반소아과를 합하면 일차의사가 34%에 달함.
4) 캐나다는 가정의와 소아과의사를 일차의사로 구분함.

資料: 1) Starfield, B. , *Primary Care*, Oxford University Press, 1992.
Chaulk, C.P., "Preventive Health Care in Six Countries: Models for reform?", *Health Care Financing Review*, Vol.15, No.4, 1994.
2) Netherlands Institute of Primary Health Care, *Health Care and General Practice Across Europe*, 1993.

이러한 고려하에 一般醫, 家庭醫學醫, 內科醫만을 包含하면 33.1%가 일차의료 성격의 의사라고 볼 수 있고 일차의료기능의 주축을 담당한다고 볼 수 있는 의원에서도 一次醫師의 屬性을 갖는 醫師는 적고 專門醫가 支配的인 現實을 나타내고 있다. 이러한 수준은 外國의 醫師構成에서 일차의사가 차지하는 비율⁴³⁾에 비하여 매우 낮은 水準이다(表 5-4 참조). 구체적으로 一次醫師의 範疇에 어느 專門科目까지를 包含할 것이며, 어느 수준까지 확보할 것인가는 앞으로 일차의료의 基盤造成을 위한 政策에 基礎가 된다. 따라서 美國에서 4개의 專門家 그룹이 勸告案을 제시한 것과 같이 진료과목별 診療內容에 대한 研究, 醫療需要에 대한 豫測, 醫療界 내부의 다양한 意見收斂과 廣範圍한 合議를 거쳐 빠른 시일내 決定되어야 할 課題이다.

나. 長期 代案

이 案은 醫學教育의 改善을 통한 一次醫師의 確保方案으로 일차의사와 일차의료의 근본적인 문제가 醫學教育에서부터 비롯되고 있다는 사실과 의학교육이 一次醫療의 質과 직접 연결된다는 점에서 短期間내 受容되기는 어렵더라도 論議되지 않을 수 없는 部分이다. 따라서 이 代案은 의학교육 문제로써 보다 세부적인 논의와 연구가 진행되어야 할 부분이므로 본 연구에서는 다음의 두 가지 대안에 대하여 그 方向만을 概略的으로 提案하고자 하였다.

1) 代案 III: 卒業後 醫學教育에서 一次醫療 課程의 導入方案

外國에서는 醫學教育의 課題를 長期的으로 檢討하는 가운데 일차의

43) 미국을 제외하면 일차의사는 일반의만을 포함하거나, 일반의와 가정의학 전문의, 또는 일반의와 소아과일반의를 포함하고 있다.

사의 진료범위, 양성 등에 관한 논의가 활발히 進行中이며 최근에는 21세기에 대비하는 의학교육과 의사양성방안에 대비하고 있다. 이에 비하여 우리나라에서는 <表 5-5>와 같이 專門醫 制度改善委員會가 의학교육의 개선을 위하여 검토한 바 있고 청년의사회 등에서 문제를 제기한 바는 있으나 의학계에서 의견을 공론화하거나 뚜렷한 방향을 제시하고 있지 못하고 있다.

<表 5-5> 專門醫制度改善 研究委員會의 一次醫師 修練體系 改善案

구 분	A안	B안
기본 수련체계	기본임상수련 2년후 개업자격 - 내, 외, 산, 소, 가정 공통 과정(각과 순환 1년, 단과 1년) - 개념적인 일차의료의	가정의 수련과정에 인턴 흡수 - 가정의를 일차의료 주축의사로 함 - 양산정책(일정비율 확보) - 공중보건의제도 통합운영 - 일반의 재교육
보수교육	- 재인증 - 의료보험에 반영	- 재인증 - 의료보험에 반영
졸업전 교육	현행	- 3학년 국가고시, 가면허제 - 4학년 일차의료교육 강화

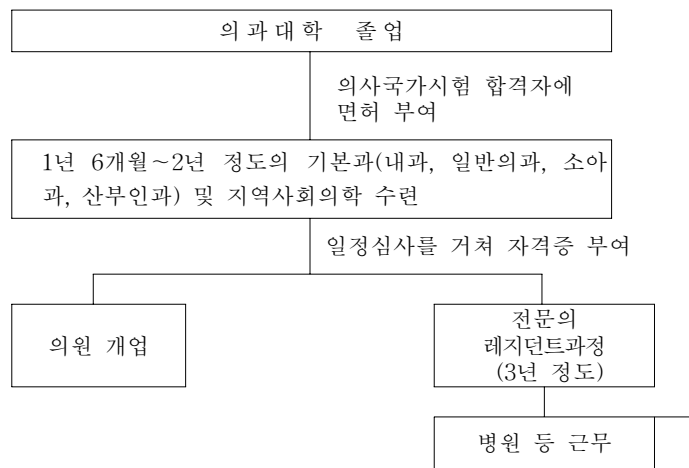
本 代案은 專門醫 制度改善研究 委員會가 提示한 기존의 案과 맥을 같이하는데 다음과 같은 네 가지 유형의 先進外國의 一次醫師 養成課程에 基礎하고 있다(대한의학회, 1995).

第1型은 一般醫型으로 의과대학을 마치면 별도의 修練없이 開院할 수 있고, 專門醫 과정을 거친 사람은 주로 病院에 勤務하는 것으로 이탈리아나 과거 獨逸이 여기에 해당된다. 第2型은 家庭醫를 專門醫의 하나로 認定하는 동시에 다른 專門醫 一部도 一次醫療人力으로 看做하는 국가로 美國, 韓國이 여기에 해당하며 가장 普遍的인 型이다. 第3型은 의대 졸업 후 一定 期間 共通課程의 臨床修練을 받으면 一般醫(家庭醫)로 일차의료인력이 될 수 있고, 專門醫가 되려면 追加로 修練을 받아야 하는 국가로 英國, 獨逸 등이 여기에 해당된다. 第4型은 처

음부터 一般醫(家庭醫)로 개원하고자 하는 사람과 專門醫가 되고자 하는 사람이 완전히 다른 修練을 받는 국가로 캐나다가 여기에 해당된다. 第2型과 다른 點은 一般醫(家庭醫)가 다른 전문의와는 別途의 運營體系, 資格認定, 信任制度, 資格附與體系를 가진다는 것이다.

專門醫 制度改善委員會는 제3형을, 1994년 醫療保障改革委員會는 제4형의 變形案으로 졸업후 의학교육과정을 開院者를 위한 과정과 病院 就業者를 위한 專門醫 課程으로 分離하는 방안을 제안하고 있다.

[圖 5-9] 醫師人力 卒業後 修練模型



본 연구에서는 外國의 一般醫 訓練類型중 제3형을 채택하여 현재의 인턴制度를 一次診療의 臨床修練課程으로 바꾸어 專攻醫 課程에 進入하기 위한 단계가 아닌 普遍的인 基本臨床診療課程으로 改編하는 것이 가장 타당한 것으로 보았다. 그 年限은 日本에서 이 과정이 1년 6개월이고, 아래 <表 5-6>과 같이 外國에서 일반적으로 의과대학 졸업 후 醫師登錄까지의 訓練課程과 다시 職業 訓練 課程을 包含하여 2~4

年の 과정을 거치고 있는 점과 最近 이 연한의 縮小를 위한 方案들이 논의되고 있는 점 등을 고려하여 1年 6개월 내지 2年 정도가 적합할 것으로 보았다(圖 5-9 참조). 그 세부 방안과 그에 따른 교육내용에 대하여는 향후 의료계에서 세부안의 개발과 검토작업이 진행되어야 할 것이다.

〈表 5-6〉 外國의 一般醫 養成課程 比較

	영국	스웨덴	노르웨이	핀란드	덴마크	아일랜드
의과대학과정						
총 과정(년)	5~6	5.5	-	6~6.5	7	6
일반의 연수(주)	4	2~6	-	4~9	4	-
의사등록전 연수						
병원 연수(개월)	12	-	12	6	12	12
일반의 연수(주)	-	-	6	5~12	6	-
의사의 전문훈련과정						
총 과정(년)	3	4.5	5	5	3.5	4.5
일반의 과정(년)	1	2	2	2~3	150시간	2

資料: Lawrence, M., Pritchard P., *General Practitioner Education*, Springer-Verlag, 1992.

2) 對案 IV: 醫學教育에서 一般醫와 專門醫의 養成體系를 分離시키는 方案

이 代案은 기존에 제시된 대안과는 매우 다른데 그 개요는 醫科大學에서의 의학교육과정을 一般醫 課程과 專門醫 課程을 分離시켜 양성하는 방법이다. 이 방안을 提案하는 理由는 우리나라의 사회문화적 상황의 고려에 根據하고 있다.

첫째, 우리나라에서 醫師人力 養成이 專門醫 指向으로 나가면서도 결과적으로 過剩 養成된 專門醫가 전공분야에서 일하기보다는 開業을 하여 一次醫師로서 役割을 하지 않을 수 없는 현실을 고려할 때 敎育 訓練의 效率化를 圖謀하기 위한 방안이다. 과정을 분리시킴으로서 一次醫師로서 必要한 豫防保健, 醫療管理, 社會醫學, 一次診療에 대하여

보다 充實한 教育이 이루어질 수 있는 長點이 있다.

둘째, 현재의 의과대학 교육을 변화시켜 一次診療醫를 養成하는 데 重點을 두는 教科課程으로 變化시키는 것은 의과대학 부속병원의 운영과 細部分科 전문교수요원으로 이루어지는 의과대학교육의 현실을 감안할 때 매우 어렵고, 또한 의학의 전문적인 발전추세를 고려할 때 점점 세부 전문화되는 醫學教育의 方向을 逆轉시키기에 어려운 點이 많음을 고려한 것이다.

셋째, 의과대학 졸업후 일차의 과정과 전문의 과정의 선택을 두더라도 우리나라의 사회문화적 특성으로 볼 때, 보다 고도의 전문가 교육, 보다 직업적으로 物質的, 社會的 보상이 큰 쪽을 선호하고 이 방향으로 선택하는 경향이 있을 것이며, 일차의사과정의 선택을 마치 현재의 일반의 선택과 같이 競爭科程에서 나오되는 것으로 인식할 소지가 많다는 점을 감안하고 있다. 더구나 일차의사 졸업후 지역사회에서 개업할 수 있는 조건(개업자금 마련 등)을 확보하기 어려운 상황에서는 현재 專門醫 과정을 被動的으로 選擇하고 있듯이 Ⅲ案에서 일반의 수련 과정을 개설하더라도 후속되는 교육과정으로써 전문과정을 선택할 여지가 크기 때문이다.

넷째, 우리나라에서는 외국과는 달리 대부분의 教育課程이 必須科目 爲主로 운영되고 다양한 선택과정이 개발되지 못하고 있어 기존의 의과대학에서 다양한 선택 교과과정을 유도하는 풍토를 조성하기 어려울 것이라는 점을 감안하고 있다. 그러나 이 방안은 다음과 같은 理由로 醫療界의 反撥의 여지가 클 것으로 보인다.

첫째, 醫師教育을 二元化시키고 醫療의 質을 떨어뜨린다. 둘째, 醫療의 不確實性으로 인하여 일차의사로서 일차진료와 의료의 문지기 역할을 하기 위해서는 전문의와 유사한 充分한 各分野의 臨床教育課程이 필요한데 이러한 부분이 疏忽히 될 여지가 많다.

그리고 이 방안이 성공적으로 이루어지기 위해서는 一次醫師課程을 履修한 졸업생에 대한 研修訓練 教育過程의 마련과 卒業生의 就業機會의 보장대책이 提示되어야 할 것이다. 이에 관한 단편적인 대안으로는 첫째, 卒業後 保健所 등 公共醫療分野 進出의 優先權 賦與, 둘째, 이 과정에 대한 대폭적인 獎學制度의 支援, 셋째, 이 과정 졸업자의 의원개업에 대한 金融上의 支援 등의 方案이 검토될 수 있다. 그러나 衡平性 問題, 이 과정 履修者의 質 管理 문제가 아울러 고려되어야 하며 이 과정을 專門醫 選擇課程과 지나치게 分離하기보다는 다양한 의사인력양성의 일환으로 의과대학 6년 과정중 졸업전 2년 과정에서부터 特化시켜 교과과정을 운영하는 등으로 이 제도가 가질 수 있는 短點을 줄일 수 있을 것으로 본다.

3. 一次醫師 確保를 위한 訓練方案

일차의사의 確保方案은 상기의 일차의사 확보방안중 代案 II에 局限되는 內容이지만 대안 II는 對案 III이나 IV를 長期的으로 택하더라도 中短期 方案으로 必要할 것이므로 여기서는 주로 代案 II을 具體的으로 추진하기 위한 醫師人力의 再訓練에 대해서 言及하고자 한다. 代案 I에 대해서도 一般醫에 대한 훈련방안이 검토되어야 하나 訓練방안은 유사할 것으로 보고 일차의사의 확보방안을 두 가지로 검토하였으며 대안 III 및 대안 IV를 위해서는 의학교육에서의 일차의사 강화방안으로 美國 醫科大學協議會(Association of American Medical College, AAMC)에서 권고한 사항을 例示로 들었다.

가. 訓練 代案 I

이 代案은 現在 醫院從事 醫師의 82.3%가 專門醫로서 내과, 소아과,

산부인과, 일반외과 등 주요전문과목이 아닌 안과, 이비인후과 등 非主要科 專門醫가 34% 内外이며, 현재 전공의 과정에 있는 의사들의 구성을 고려할 때 당분간 전문의의 비율은 점점 증가할 것을 감안하여 現在의 專門醫의 一部를 一次醫師로 受容하는 方案이다. 이 방안은 一次醫師를 양성하는 의사양성교육과정을 變更하기 前의 中短期的 對案이지만 醫師人力 構成의 對替에는 소요되는 期間이 길고 醫師의 修練養成에도 오랜 期間이 必要하다는 견지에서 상당기간은 필요한 대안이라고 볼 수 있다. 이 방안은 專門醫를 어떤 방식으로 일차의사로 再訓練 할 것인가? 訓練費用을 어떻게 마련할 것인가? 專門醫를 一次醫師로 轉換하게 하는 誘引과 動機가 醫療酬價나 醫療體系上 어느 정도 마련될 수 있느냐?에 의해 달려 있는 부분이 많다.

美國에서는 單科 專門醫醫 一次醫師 訓練方案을 검토하고 있으며, 의사 再訓練 교육이 이미 지역적이거나 일부의과대학 등에서 示範의 으로 實施되고 있다(Wall et al., 1994). 특히 전문의사의 재훈련 방안에서 고려되어야 할 사항은 既成의 專門 職業人을 대상으로 하는 成人教育이므로 훈련내용과 교과과정이 매우 실용적이어야 하며, 둘째로 기성의 전문 직업인인 의사 개인의 재훈련 기간 중에 따르는 심리적, 육체적 압박에 대한 배려, 셋째로 훈련기간 중에 발생하는 個人의 財政的 부담과 教育 財政의 확보문제, 넷째로 재훈련후 豫想되는 각종 이익 등 확실한 誘引動機의 與否가 성공의 중요 요소로 간주되고 있다(이무상, 1996). 이와 같은 미국의 일차의사 확보를 위한 훈련방안(表 5-8 참조)과 이를 위한 고려사항은 우리나라에서도 원용될 수 있다고 본다.

우리나라에서 單科 專門醫를 一次醫師로 확보하는 데는 一次醫師의 資格要件에 대한 일정한 基準을 定하고, 자격요건에 적합한 의사중 希望者가 所定의 訓練課程을 거치도록 할 수 있을 것이다. 이 訓練課程의 첫번째 代案은 家庭醫學會가 훈련의 주체가 되는 방안이다.

그 例示는 美國의 테네시 멤피스 의과대학의 가정의학과에서 비가정의 대상으로 한 家庭醫 專攻醫 교육의 성공적인 사례를 들 수 있다(Wall et al., 1994). 우리나라에서도 家庭醫學會가 中心이 되어 일차의사 훈련과정을 운영하는 방안이 새로운 훈련주체를 가지는 것보다 혼란이 적을 것으로 보인다. 그 이유는 가정의학회가 일차의료에 부합되는 과정을 이미 개발운영하고 있고 그 經驗이 蓄積되어 있으며 이미 相當數의 家庭醫가 輩出되어 있다는 점에서 가정의학회 이외에서 주체가 되어 운영하는 방안보다는 妥當性이 높다고 본다. 단, 過去 一般醫 등을 대상으로 일정한 훈련을 거쳐 가정의학 전문의를 한시적으로 부여하였던 방법에 대하여는 醫療界에서 批判이 많았으므로 充實한 再教育訓練을 위해서는 별도의 研究와 함께 시범사업의 실시를 통하여 합리적이고 성공적인 재교육훈련방안이 도출되어야 할 것이다. 이 경우 기존의 가정의학과를 전문의로 계속 인정하여 나머지 일차의사와 유형을 복잡하게 하는 것은 현재 일차의료가 일반의, 가정의학전문의, 전문의로 난맥상을 보이는 것과 유사한 현상을 나타낼 가능성이 있으므로 家庭醫學 課程을 專門醫로 固守할 것이냐에 대한 검토가 必要할 것이다. 즉 家庭醫學 專門醫의 認定은 學術活動(學會) 차원에서만 통용되는 자격(certificate)으로 한정하고 일차의사 또는 全科醫師로써 전문의의 자격인정을 유보하거나 ‘一次醫療專門醫(가칭)’ 등의 명칭으로 통합하여 單科나 細部 專門醫와 分명한 差別性을 가지는 것이 長期的으로 타당하다고 여겨진다.

나. 訓練 代案 II

두번째로 代案은 既存의 單科 專門醫의 一次醫師化 방안으로 大韓醫師協會의 開院醫 協議會 등이 中心이 되어 一次醫師를 訓練하는 것이다. 이 案은 대한의사협회가 일차의사 양성에 대한 확고한 목표를

가지고 전체 의료계 차원에서 일차의사 재훈련과정을 추진하는 방안
이므로 전문의가 다수를 차지하고 있는 현재의 醫協의 성격으로 미루어
內科, 小兒科 등 特定 專門科目 醫師에 限定하여 一次醫師를 훈련
하는 것을 수용할 수 있는가가 제약점으로 작용할 것으로 보인다.

다. 醫學教育에서의 一次醫療 強化方案

일차의사 양성을 위해서는 실질적인 전략의 도입이 필요한데 1992
년 美國 醫科大學協議會(AAMC)는 一般醫에 관한 全擔班(Generalist
Physician Task Force)을 구성하여 일반의 양성을 위한 광범위한 정
책제안을 하였다. 이 정책제안을 요약하면 다음과 같다(AAMC,
1993)(表 5-7 참조). 미국의과대학협의회의 권유는 政府가 할 수 있는
활동을 거의 망라하고 있는데 정부의 규제와 강제보다는 민간이 주도
권을 가지고 자발적으로 협조할 수 있도록 조장해 주는 것이 바람직
하다고 제시하고 있다. 즉, 修練病院이 家庭醫學 專攻醫 修練課程을
확대할 수 있도록 誘引動機를 준다거나, 의과대학 졸업생이 가정의학
전공의 과정을 용이하게 선택할 수 있도록 재정적 지원을 해주는 방
안 등 정부가 행사할 수 있는 정책수단 중 가장 중요한 助長, 支援 方
案 등을 제시하고 있다.

라. 訓練 方法

어떤 훈련대안을 채택하든지 훈련방법은 앞서 제시한 바와 같이 전
문인 재훈련 교육이 가지는 制限點(훈련시간, 훈련경비, 훈련기간중의
보상, 훈련자의 다양한 실무배경과 능력 등)과 實用性이 考慮되어야
한다. 미국의 샌디에고의 Sharp Health Care와 디트로이트의 Henry
Ford Health System에서 일종의 通信教育制度(in-house retraining
programs)등이 開發되고 있음을 참고할 수 있을 것이다. 즉 일차의사

훈련은 통신교육방법을 많이 도입하되 診療實習教育의 충실도 아울러 考慮되어야 할 것으로 이에 대한 세심한 연구와 검토과정이 마련되어야 할 것이다. 더불어 우리 국민들의 專門家 選好度を 考慮할 때 이 제도가 성공적으로 국민들에게 수용되어 일차의사를 이용하도록 하기 위해서는 이들을 信任하거나 保證하는 制度和 機構 등에 관한 사항도 研究 檢討되어야 할 것이다.

〈表 5-7〉 美國 醫科大學協議會의 一般醫에 대한 專擔班 勸誘事項

<p>미국의과대학협의회(AAMC)에 대한 권유</p> <ul style="list-style-type: none"> - AAMC는 더 많은 일반의에 대한 요구를 강조하기 위한 전 국가적 노력을 기울여야 한다. - AAMC는 다음과 같은 노력을 기울여야 한다. <ul style="list-style-type: none"> • 일반의에 대한 보상 확대를 위한 정부 정책개발을 확대한다. • 의과대학생, 전공의가 일반의를 선택할 수 있도록 각 학회, 주임교수, 전공의 수련담당자, 병원운영자들이 노력한다. • 자원센터를 세우도록 한다. • 의과대학생과 전공의의 경력 선택에 영향을 주는 요인을 연구한다. • 의과대학 졸업생을 추적하여 여러 개입의 효과를 판정한다. • 一般醫 數의 增加 목표 달성에 관해서 지속적으로 알린다. - AAMC는 一般醫의 교육, 연구, 교수 요원 개발에 필요한 충분한 재원이 마련될 수 있도록 하고, 외래 교육에 대한 지원을 확대하도록 노력한다. <p>의과대학에 대한 권유</p> <ul style="list-style-type: none"> - 의과대학은 一般醫와 專門醫間의 불균형을 교정하는데 적극 참여하겠다는 것을 명시해야 한다. - 의과대학은 일반의 전공을 위한 행정 단위를 설치해야 한다. - 의과대학은 일반의 전공자 가운데서 적절한 학위제도, 교육제도, 역할 모델을 위한 교수를 두어야 한다. - 의과대학은 교수, 학생, 전공의가 일반의 분야에서 연구 기회를 가질 수 있도록 보장해 주어야 한다. - 의과대학은 모든 학생이 일반의 과정에서 실습 경험을 가질 수 있도록 해주어야 한다.

〈表 5-7〉 계속

- 의과대학은 핵심적인 행정, 기획 단위에 일반의 담당 교수를 참여시켜야 한다.
- 의과대학은 학생으로 하여금 일반의 전공자 중에서 역할 모델과 접촉할 수 있는 기회를 보장해 주어야 한다.
- 의과대학은 지역사회에 기반을 둔 일반의가 교육과정에 참여할 수 있도록 해주어야 한다.
- 의과대학은 입학기준을 일반의 경력에 관심이 있는 사람이 입학이 가능하도록 이를 조정해야 한다.
- 의과대학은 의과대학생이 일반의 경력을 선택할 수 있도록 경제적인 유인을 제공해야 한다.

졸업후 교육에 대한 권유

- 일반의를 위한 전공의 과정은 개업에 필요한 지식, 기술, 태도를 습득할 수 있도록 고안되어야 한다.
- 일반의를 위한 전공의 과정은 현재의 수를 유지하되, 유인력을 증가시키기 위한 노력은 지속한다¹⁾.
- 졸업후 교육에 대한 직접 재정 지원이 일반의/전문의간의 균형을 만들거나 영속화하는 장애물이 되어서는 안된다²⁾.
- 면허와 신입기구는 새로운 전문과목과 세부전문과목을 결정하는데 이용되는 지침을 강화해야 한다.

진료 환경에 대한 권유

- 의료보험은 일반의에 대한 보상이 평등하게 이루어질 수 있도록 해야 한다.
- 의료보험은 환자-의사 관계를 저해할 수 있는 불필요한 서류작업과 관료주의적 형태를 축소해야 한다.
- 대학병원은 지역 내의 일반의를 지원할 수 있는 프로그램을 시작해야 한다.

註: 1) 당시 미국에서는 일반의과정을 전공하려는 지원자보다 전공의과정이 많았기 때문에 전공과정의 규모를 크게 하는 것이 전공지원자 확대에 큰 도움이 되지 않는다고 판단했기 때문에 이런 권고를 하게 됨.

2) 현재 미국에서는 전공의에 대한 재정지원이 있기는 하지만 전공의 수련에 필요한 외래진료, 지역사회 활동 등에 대해서는 재정지원기전이 없음. 따라서 재정지원이 수련과정에 장애물이 되어서는 안될 것임.

資料: AAMC, *AAMC Policy on the Generalist Physician*, Academic Medicine 68, 1993.

〈表 5-8〉 美國에서 單科 專門醫를 一次醫師로 再訓練시키는 可能한 課程

	과 정			
	I	II	III	IV
과정의 특성	현 전문의 제도를 유지한 자격신입 제도	능력인정 기구 창설을 통한 자격인정 제도	신입 받는 교육 기관을 통한 능력인정제도	도제제도를 이용한 일차의료의 훈련
훈련기간	3년 (비-일차의료 전문의는 2년)	가변기간 (12개월 이상)	가변기간 (6개월 이상)	가변기간
교과과정	순환수련, 표준화	순환수련, 표준화	순환 또는 비순환, 기관의 독자적 과정	비순환수련, 독자적 설정
취급환자범위	입원과 외래	외래 혹은 입원	독자적; 외래>입원	독자적 설정
재정지원	연방정부	사립기관, 의사자신	사립기관, 의사자신	의사자신
수료시 취득자격	현 전문의 자격과 유사한 자격	능력인정자격증	수료필 자격증	비-자격 훈련
장점	인정된 교육 과정	현 일차의료 수료과정과 유사	단기간, 탄력적 교과과정, 경력 장애문제가 적음, 내부적 재정 문제, 자율평가 가능	편리(시간, 융통성, 경력면), 내부적 재정가능, 교시적 교육제도 가능
단점	운영 재정문제, 기훈련기간, 기간중 개인소득 감소, 경직적 자격증 제도	운영 재정문제, 비-검정성 임상 능력 측정 방법, 다양한 학습 욕구에 대한 탄력성 부족	신입도 표준이 없음, 외부수련에 대한 수료필 자격인정 우려	신입도 표준이 없음, 불확실한 관리와 감독

資料: Wall, E. M. et al., "Retraining the Subspecialist for a Primary CareCareer: Four Possible Pathways", *Academic Medicine*, Vol.69, No.4, 1994.

4. 良質의 一次醫師 確保를 위한 平生教育 方案

현재 일차의료를 맡고 있는 의원이 질적 한계를 보이는 가장 중요한 요인의 하나는 醫學知識과 情報가 급속하게 변화하는 상황에서 醫師가 본연의 역할을 담당하기 위하여 제공받아야 하는 持續的 教育機會의 不在를 들 수 있다. 의과대학을 마치거나 의료기관에서 수련과정을 마치고 지역사회에서 개업을 한 뒤에는 醫師 免許를 유지하기 위한 定規 補修教育 以外에는 의료에 관한 새로운 정보나 지식을 얻을 수 있는 교육체계가 마련되어 있지 못하다. 각종 의료팀으로 운영되고 있는 병원급이나 종합병원급에서 근무하고 있는 의료인과 비교하여 볼 때 교육의 기회가 거의 없는 상태이다. 따라서 일차의료를 담당하게 된 시점 정도까지 제공받았던 의학적 수준에 머무른 상태이거나 또는 이러한 지식 상태에서 개인적 경험이 가미된 정도가 현재 일차의료를 담당하고 있는 醫療陣의 수준인 경우가 많다. 의료기술과 의료지식의 발전 정도와 일차의료의 수준을 비교하여 볼 때 國民들은 一次 醫療의 質的 低下를 피부로 느끼게 되며 일차의료를 담당하고 있는 醫療陣을 不信하게 되는 것은 당연한 현상일 것이다.

영국, 네델란드 등 西歐 유럽국가는 일차의사의 平生教育을 保障하기 위하여 1년에 일정기간의 訓練履修에 대하여 補償하는 制度를 가지고 있다. 즉, 一般醫 協會(RCGP)가 일반의에 대한 교육과 권익신장 등의 역할을 적극적으로 실시한다(Netherlands Institute of Primary Health Care, 1993). 일반의의 교육방법은 과거에는 전문의의 강의중심으로 이루어졌으나 一般醫의 소그룹 硏究會가 이루어지고 있다. 이는 현재까지의 교육훈련이 일차의사의 업무와 地域社會의 요구에 적합하지 못하였다는 점에서 그들의 요구에 적합한 것으로 받아들여지고 있다.

향후 우리나라에서도 일차의사의 質 유지를 위한 補修教育 내지 平生教育이 이루어지기 위해서는 이를 위해서 얼마나 많고 적절한 平生

敎育 프로그램을 開發하여 모든 의사들이 손쉽게 재敎育을 받고 새로운 지식과 기술을 습득하게 할 수 있느냐가 관건이 될 것이다.

외국의 일차의료 평생훈련방안을 고려하여(表 5-9 참조) 우선 『一次醫師의協會 또는學會(가칭)』가 결성되어 일차의사의 보수敎育 및 재敎育 훈련을 주관하도록 하며, 補修敎育에 대한 補償을 現實化하여 형식적인 敎育이 되지 않도록 一次醫療界의 徹底한 內部管理가 規定되도록 한다. 敎育의 내용과 형식은 실질적인 敎育과 요구에 부응하는 敎育을 하고 일차의료인들간의 연계를 위하여 小規模 研修會의 活性化를 勸獎하는 방안이 적극 모색되어 의료계가 자율적으로 필요로 하는 보수敎育을 실시하도록 하여야 할 것이다. 의료진달체계 개선방안에서 제기한 ‘醫療協力體系’가 형성될 경우 협력망내에서 上位 의료기관이 의원에 종사하는 의사의 질관리를 위한 프로그램을 자발적으로 운영하는 방안은 좋은 평생敎育프로그램 실시의 대안이라고 볼 수 있다.

이를 위하여 政府는 一次醫師를 위한 研修機關의 設立을 支援하고, 현재 대학이나 병원 의사의 의료기관 醫療陣에 국한되어 있는 研究費를 地域의 一次醫師에게도 擴大하도록 한다. 지역의료 활성화를 위해서 地方政府와 地方保健當局도 지역에 있는 醫師의 質을 향상시키기 위해서는 이들의 訓練을 支援하는 政策을 樹立할 수 있을 것이다.

〈表 5-9〉 外國의 一般醫를 위한 平生敎育의 比較

	영국	스웨덴	노르웨이	핀란드	덴마크	아일랜드
평생敎育(Continued education)에 대한 보상	5일	보건센터에서 지급	10일의 봉급	보건센터에서 지급	6일	15일

資料: Lawrence, M. & Pritchard P., *General Practitioner Education*, Springer-Verlag, 1992.

第5節 一次醫療서비스의 改善方案

1. 一次醫療서비스 强化的 必要性

世界保健機構가 1次 保健醫療를 ‘진 인류에게 건강을’(Health for All) 제공하기 위한 主要 前略으로 삼은 근거는 1次 保健醫療의 역할이 기존의 여러 국가의 의료체계가 가지고 있는 문제를 해결하기 위해 필요하다고 인정했기 때문이다.

가. 疾病樣相의 變化에 따른 對應의 必要

우리나라도 1960년대 이후 급속한 경제성장의 결과, 질병양상이 感染性 疾患에서 慢性退行性 疾患으로 급속히 변화하고 있다. 1950년대 이전까지는 感染病이 주종을 이루었으나 1950년대 들어 변화하기 시작하여 1970년대부터는 뇌혈관계질환, 악성 신생물, 순환기계 질환 등의 만성퇴행성 질환이 사망의 주종을 이루고 있다(변종화 외, 1995). 최근 자료를 보면 상위 10大 死因 중 교통사고와 자살을 제외한 8가지가 慢性退行性疾患에 의한 것이며, 이들이 전체 사망의 53.2%를 차지하고 있다(통계청, 1995).

만성퇴행성 질환의 원인의 상당 부분이 吸煙, 飲酒, 食餌 등 生活習慣과 관련된다는 사실이 밝혀지면서 건강행위의 교정이 一次醫療의 중요한 기능의 하나가 되고 있다. 아울러 만성퇴행성 질환의 관리에서 治療 順應度의 확보가 매우 중요한 과제의 하나가 되고 있다. 高血壓의 예를 살펴보면, 집단검진에서 발견된 환자 중에서 병의원을 방문한 경험이 있는 환자는 23.6%에 불과하며(한성현, 1986), 의료기관에서 고혈압 치료를 시작한 환자도 약 ⅓가 한두번의 방문으로 치료를 중단하였다(김혜원, 1986). 연천군에서 시행한 조사에서도 대상 환자의

19.3%만이 의료기관을 빠지지 않고 방문하였다(서울대학교 지역의료 체계 시범사업단, 1993). 都市의 綜合病院과 農村의 醫院間 治療 順應 度의 차이를 비교한 연구에 의하면 농촌 의원의 경우 6개월 이내에 48%가 치료에서 탈락한데 비해, 도시 종합병원에서는 78%의 환자가 탈락하였다(문정주, 1986). 이는 일차의료기관이 만성퇴행성 질환 치료의 순응도를 높일 가능성이 있음을 시사하며, 일차의료기관의 중요성을 말해주는 사례의 하나라 할 수 있다. 이에 따라 의사의 역할도 환자를 치료하는 역할에서 능동적으로 질병을 예방하고 건강을 증진하는 것이 중요한 역할의 하나로 변화되고 있어 一次醫師의 필요성을 더욱 크게 하고 있다.

나. 人間的인 醫療 서비스에 대한 要求 增加

醫療의 專門化, 超專門化와 더불어 의료에서의 인간 소외 현상이 심화되고, 환자와 의사관계의 인간적 측면이 훼손된 데 대하여 이를 극복하기 위한 해결방안으로 一次醫療가 再強調되고 있다(Taylor, 1988). 결국 費用效果的이면서, 醫療의 分節化 및 非人間化를 방지하고, 최근의 질병양상 변화에 대응하여 포괄적인 진료를 행하기 위해서는 일차의료의 역할을 재정립할 필요가 높아지고 있는 것이다.

2. 一次醫療서비스의 發展을 위한 代案

가. 一次醫療의 役割

1) 문지기 役割의 賦與

一次醫療가 1次 接觸機能을 확보하기 위해서는 일차의료가 醫療利用의 출발점이 되도록 문지기 역할이 부여되어야 한다. 이는 거의 모

든 의사가 1차 접촉기능을 가지고 있는 현실을 개혁해야 함을 의미한다. 이것은 단순히 3차진료기관의 직접 이용을 제한하고 있는 의료전달체계의 강화만을 의미하는 것은 아니다. 一次醫療와 專門醫療間, 醫院과 病院間의 역할 분리가 이루어져야 한다. 一次醫師는 醫院에 근무하면서 환자와의 1차 접촉을 담당하며, 專門醫師는 病院 이상의 醫療機關에 근무하면서 일차의사의 依賴를 통해서 환자를 진료할 수 있도록 役割과 機能의 區分이 명확히 이루어져야 하는 것을 의미한다.

2) 主治醫 役割의 附與

診療의 持續性을 위해서는 一次醫師가 國民의 主治醫 役割을 하여야 한다. 일차의사에게 문지기 역할이 부여하려면 모든 국민이 자신의 主治醫를 가질 수 있도록 하는 주치의 등록제의 시행이 필요하다. 주치의는 個人 主治醫가 되어도 좋고, 家族 主治醫가 되어도 좋을 것이다. 일차의료의 강화를 위해서는 主治醫 登錄制의 施行이 필요하다. 주치의 등록제는 診療의 持續性을 보장하고, 일차의사가 문지기 역할을 하도록 함으로써 국민의 잘못된 의료관행을 개선하고, 의료전달체계를 정착시킬 수 있는 매우 유용한 제도이다.

1996년 9월 政府가 ‘主治醫 登錄制’ 示範事業을 施行하기로 예정하였다가 시행하지 못하였는데 國民의 醫療利用 慣行이 主治醫 制度에 익숙하지 않은 상태에서 강제적인 주치의 제도의 시행은 여러 가지 문제점을 가질 수 있으므로, 초기에는 주치의를 선택하는 국민에게 의료보험 급여를 이용하여 급여 확대, 본인부담금 경감 등의 인센티브를 주는 방안이 필요할 것이며, 醫療保險 財源을 이용하여 主治醫에게 충분한 경제적 인센티브를 적절히 제공한다면 주치의 등록제는 성공할 수 있을 것이다. 주치의 등록제의 성공은 향후 一次醫療와 專門醫療間 역할 분담을 위한 중요한 시발점이 될 것이다. 제도에 대한 국민의 수용정도를 관찰하면서 영국식 주치의 제도로 이행하는 것이 필요할 것이다.

3) 包括적인 醫療서비스 提供

慢性退行性 疾患의 관리를 위해서는 一次醫療가 포괄적인 診療를 제공하는 역할을 담당해야 한다. 현재의 治療 위주, 急性疾患에 대한 단편적인 診療 위주에서 相談, 疾病豫防, 健康增進을 통합하는 포괄적인 의료서비스를 제공하는 기능을 가질 수 있도록 해야 한다. 아울러 家庭訪問 간호서비스나 사회복지 활동과도 연계가 이루어져야 한다.

4) 調整과 依賴의 擔當者 役割 充實

一次醫療가 국민의 의료이용의 전 과정을 조정할 수 있는 역할을 담당해야 한다. 이를 위해서는 우선 1次와 2, 3次 醫療機關間의 역할 구분이 명확하게 이루어져야 하며 이들간의 依賴와 回送이 有機的으로 이루어질 수 있어야 한다. 調整과 依賴가 제대로 이루어지려면 일차의사의 주요 특징인 문지기 역할과 주치의 역할이 부여되어야 하고, 의료보험의 인센티브를 이용하여 적절한 의뢰와 회송에 대해서 충분한 보상을 해주어야 한다. 아울러 실제 진료에서 一次醫師와 專門醫師間 역할 구분을 위한 지속적인 교육이 이루어져야 한다.

나. 一次醫療 細部 서비스의 發展 方向

1) 一次醫療 서비스의 範圍

一次醫療에서 맞닥뜨리는 健康問題의 특징은 첫째, 질병양상이 지역 사회의 질병양상과 유사하여 일시적인 질환이 많고, 만성질환이 흔하며, 정서적 문제가 흔하며, 둘째, 질병은 다른 의사에 의해 진단 받은 적이 없이 미분화되어 있고, 셋째, 흔히 신체적, 정서적, 사회적 문제가 혼합된 형태로 질병이 나타나며, 넷째, 완전한 臨床症狀이 나타나

기 이전인 질병 초기에 진료를 받게 되며, 다섯째, 환자와의 관계는 지속적이라는 점이다(McWhinney, 1972). 世界銀行은 個人에 대해서 매우 費用效果的인 핵심 臨床 서비스로 다음과 같은 사항을 제시하고 있다(WHO & WONCA, 1994).

- 산전진찰, 분만, 산후진찰 서비스
- 급성 소아질환과 영양결핍에 의해 악화되는 질환(설사, 호흡기 질환, 홍역, 말라리아)
- 가족계획 서비스
- 결핵관리
- 성병관리
- 손상과 흔한 감염관리

이는 모든 국가에 적용되는 가장 기본적인 서비스로 우리나라의 경제수준에 비추어 볼 때 이는 당연히 보장되어야 할 정도의 수준으로 생각된다. 정부는 主治醫 등록제 시범사업 세부계획에서 주치의가 제공해야 하는 서비스를 必須的 서비스와 選擇的 서비스로 구분하여 다음과 같이 제시하고 있다(보건복지부, 1996).

- 必須的 서비스
 - 환자와 가족의 평생병력관리 및 일차의료
 - 타 의료기관에 대한 이송 및 회송 관리
 - 질병예방 및 건강증진 서비스
 - 보건관련 자료의 제공
 - 전화, 컴퓨터 및 모사 전송을 이용한 건강상담 및 간단한 처방
- 選擇的 서비스: 주치의가 제공 여부를 임의로 결정(수가 산정 및 보험급여 적용)
 - 방문진료: 내원이 어려운 질환을 가진 환자
 - 건강검진서비스

- 예방접종
- 출생 및 사망 신고의 대행
- 보건증 발급

위에 열거된 서비스의 내용은 상당히 포괄적인 내용을 담고 있어 향후 일차의료기관이 제공해야 할 서비스에 시사점을 주고 있다.

2) 治療서비스

현재의 急性疾患에 대한 진료기능은 그대로 유지하되, 慢性疾患에 대한 포괄적, 지속적 서비스 제공 기능을 가질 수 있도록 치료서비스 내용의 정비가 필요하다. 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등 만성질환은 급성 질환과 달리 환자의 順應度가 가장 중요하므로 만성질환을 가진 환자를 추적할 수 있는 등록체계의 개발, 진산 프로그램의 개발과 보급 등 치료의 순응도를 높이기 위한 방안을 마련하는 일이 대단히 시급하다. 또한 흔한 급만성 질환의 진료의 質을 향상시키기 위해서 일차의료에 적합한 진료지침(practice guideline)의 개발과 보급이 필요하다.

3) 疾病豫防 및 健康增進 서비스

현재 질병예방 서비스의 대부분은 健康檢診이다⁴⁴⁾. 이들 건강검진의 효과, 項目善政의 適切性, 施行方法, 酬價의 높낮이 등에 관한 논란이 계속되고 있다. 현재 우리나라에서는 이러한 건강검진사업이 전 국민의 건강증진이라는 목적보다는 경제적 이유로 성행되는 경우도 많다.

慢性疾患의 1차 예방과 2차 예방을 위해서 질병예방과 건강증진 서비스는 매우 중요하다. 일차의료에서 행할 수 있는 상담 서비스의 내

44) 건강검진은 의료보험 조합에서 시행하는 법정 검진과 개인적으로 시행하는 임의 검진이 있다.

용으로는 금연교육·상담, 영양교육·상담, 운동교육·상담, 스트레스 경감교육·상담 등 여러 가지가 있다. 그러나 우리나라에서 이러한 상담의 시행은 매우 저조한 상태이다. 개원의의 고혈압 환자에 대한 설문조사에서 고혈압 환자에 대해서 반드시 시행해야 하는 행동교정 교육을 항상 하는 의사가 62.9%(스트레스 해소)에서 87.2%(저염식)의 범위에 불과했다(조홍준, 1996). 공중보건학의 경우에는 이보다 더 낮아서 스트레스 해소가 28.0%, 저염식 교육은 56.4%에 불과했다(송윤미 등, 1996).

현재 우리나라 일차의료기관에서 가장 흔히 행해지는 예방서비스 중의 하나는 豫防接種이다. 그러나 예방접종 서비스도 의료기관을 방문하는 환자에 대해서만 일회성으로 이루어지며 지속적인 追求管理와 接種率이 거의 파악되지 않고 있는 것이 현실이다. 참고로 英國의 一般醫는 일반적인 진료활동 이외에 다음과 같은 健康增進 활동을 시행하고 있다(Kemm et al, 1995).

- ① 임신전 상담
- ② 임신 관리
- ③ 영아수유 및 안전교육
- ④ 예방접종
- ⑤ 어린이 사고 예방교육
- ⑥ 건강한 성과 피임교육
- ⑦ 자궁경부암 검진
- ⑧ 당뇨, 천식 환자에 대한 자가치료 상담
- ⑨ 안전한 음주에 관한 상담
- ⑩ 스트레스 관리와 정신적 안녕에 대한 상담
- ⑪ 금연상담
- ⑫ 관상동맥 질환 위험요인에 관한 평가
- ⑬ 노인의 사고예방

이상과 같은 일차 의료서비스가 확충하고 개선되려면 일차의료에 대한 경제적 지원의 강화, 일차의료 강화를 위한 정부의 지원 등 여러 가지 차원의 지원방안이 마련되어야 한다.

3. 一次醫療 서비스의 質 向上 方案

一次醫療 서비스의 質 保障이 필요한 이유는 몇 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 入院서비스의 費用切感 노력과 함께 一次醫療 서비스 利用이 증가하였으며 따라서 일차의료의 비용절감 문제가 대두되고 있다. 둘째, 一次醫療의 문지기 역할이 疾病의 早期發見과 早期治療를 가능하게 하여 長期的으로 환자의 건강에 도움이 된다는 인식이 인정되고 있다. 셋째, 일차의료 담당 인력은 대개 고립되어 있어서 質을 평가받을 기회가 거의 없어서 만성적으로 醫療서비스의 質的 問題를 가지고 있을 확률이 높다는 점 등이다(조홍준, 1994).

많은 유럽국가와 美國에서는 一次醫療의 質 保障 活動이 활발하게 진행되고 있다. 一次醫療의 質 保障을 위해서 최근에는 총체적 質管理 概念의 導入, 結果指標의 도입, 患者滿足度의 強調, 臨床診療指針의 導入 등이 논의되고 일부 활용되고 있으나, 이중에서도 특히 臨床診療指針의 有用性이 강조되고 있다. 임상진료지침이란 “특정한 임상 문제에 대해서 醫師와 患者가 적절한 보건의료 서비스에 관한 적절한 결정을 할 수 있도록 도와주기 위해 체계적으로 만든 道具”라고 정의할 수 있다(Audet et al., 1990). 이 임상진료지침은 의사의 진료행태를 바꾸는데 교육적인 접근이 가능하므로 補修教育 등과 연계시키면 診療의 質을 높이는 효과를 거둘 수 있다. 일차의료에서 임상진료지침을 진료의 질 보장을 위해서 이용하는 대표적인 나라는 네덜란드이다. 네덜란

드에서는 家庭醫學會를 중심으로 每年 5~6個의 項目에 대해서 臨床 診療指針을 개발하여 현재 30여개의 진료지침을 개발하였다. 개발된 진료지침은 專門雜誌의 收錄, 週期的인 補修教育, 教育者⁴⁵⁾의 진료소 직접 방문을 통한 교육 등을 통해서 전파하고, 지속적인 감사활동을 통해서 이를 확인하고 있다. 이러한 활동은 一般醫가 제공하는 서비스의 質을 향상시키는데 큰 효과를 내고 있는 것으로 알려지고 있다 (Grol et al., 1993). 우리나라의 一次醫療에도 臨床診療指針을 이용하여 고혈압 환자나 고콜레스테롤혈증 환자진료에 적용하여 긍정적인 질 개선 효과를 거두었다는 報告가 있으나 아직은 초보적인 단계에 있다(양윤준, 1995; 조한규 등, 1996).

4. 包括的 서비스 提供을 위한 一次醫療機關의 構造改編

一次醫療機關이 현재와 같이 내원하는 환자에 대한 간헐적 치료기능을 극복하여 포괄적 서비스 제공기능을 가지려면 일차의료기관의 구조를 대폭 개편해야 한다. 현재와 같은 의사 單獨開院과 이를 보조하는 診療補助人力의 構成으로는 포괄적인 의료서비스의 제공이 거의 불가능하기 때문이다. 일차의료에 예방서비스를 포함한 포괄적 의료서비스를 제공하는 英國에서는 一般醫의 11%만이 단독개원을 하고 있으며, 3인 이상 집단 개원을 하는 경우가 75%에 이른다(Fry et al., 1995)(表 5-10 참조). 아울러 一次醫療팀도 1개 진료소 당 예방진료를 담당하는 간호사 1.5인, 관리자 1인, 수납담당인, 비서 2인 등이 근무하고 있으며, 진료소에 근무하지는 않지만 이들과 연관성을 가지고 일하는 인력으로 가정방문 간호사 1인, 모자보건을 담당하는 건강방문사 1인, 조산사, 사회사업가 등이 있다(Fry et al., 1995). 美國의 경우에는

45) 주로 원로 의사가 교육자의 역할을 담당한다.

영국에 비해 단독개원의가 36.9%로 많은 편이나 그래도 2인 이상의 集團開院이 50% 정도를 차지하고 있다(Fry et al., 1995).

〈表 5-10〉 英國의 一般醫의 開院形態(1992)

(단위: %)

구 분	1952	1970	1994
단독 개원	43	21	11
2인	33	25	14
3인	15	27	17
4인	6	16	18
5인	2	7	16
6인	1	4	24
계	100	100	100

資料: Fry, J., et al., *Reviving Primary Care, A US-UK Comparison*, Radcliff Medical Press, 1995.

第6節 醫療資源配分을 考慮한 醫療機關의 統制와 支援

우리나라의 의료공급은 최근에 와서 綜合病院 이상의 高度醫療와 수익률이 높은 醫療서비스 영역으로 醫療資源이 집중되는 결과를 초래하고 있으며, 醫療人力도 상대적으로 保險酬價의 보상이 높거나 非保險適用이 많고 醫療事故의 危險性이 적은 분야로 선호도가 편중되어 醫療需給體系의 불균형을 초래하고 있으며 이러한 현상은 현재의 의료공급의 특성을 고려할 때 상당기간 지속될 전망이다. 우리나라에서 이러한 의료체계가 醫療費에 미치는 영향에 대해서는 실증적으로 분석된 바는 없으나 先進國의 경험에 비추어 大形病院을 중심으로 하는 專門醫 중심의 의료는 필연적으로 과다한 醫療費의 增加를 가져오는 체제로 볼 수 있다. 선진국들이 최근 일련의 의료개혁을 통해서 의료부문의 浪費를 除去하고 效率을 높일 수 있는 건실한 의료체계를

추구하고 있음을 참고해야 할 것이다. 즉 미국은 Managed Care에서 段階別 醫療利用을 誘導하고 있는 가운데 一次醫療를 強調하고 있으며, 英國은 一般醫의 裁量권을 強化한 豫算保有 一般醫를 도입하고 있고, 스웨덴은 일차의료의 강화를 위하여 地域醫療를 강화하고 病院利用을 統制하는 조치를 檢討하고 있으며, 日本은 家庭醫 기능의 확대 방안 등을 도입하고 있다.

1. 新規 綜合病院 設備投資의 調整 統制

1993年 世界銀行 報告書는 다음과 같은 問題點을 제기하고 있다. “오늘날 우리나라를 포함한 많은 국가들은 우선적으로 醫師養成의 擴大와 綜合病院의 增設을 통한 醫療施設의 高度化를 도모하고 있는데, 病院 등의 대형의료기관은 한번 세우면 폐쇄하기 어렵고 醫師人力은 훈련되어 양성되면 고용해야 할 社會적인 압력이 생긴다. 일단 만들어진 施設과 人力에 變化를 가져오는 데는 오랜 時間이 所要된다. 더구나 보편적이고 일반적인 단계의 의료시설에 대한 투자로 바꾸는 것은 政治的으로 매우 採擇하기 어려운 것이 현실의 문제이다”(World Bank, 1993).

우리나라는 의료보험을 도입한지 12년만인 1989年 全國民醫療保險을 달성하고 의료시설과 인력을 꾸준히 확대함으로써 국민의 기본의료를 충족시켜 왔지만 이 과정에서 醫療供給體系는 現況 및 問題點에서 제기한 바와 같이 병원급 이상의 의료기관, 특히 綜合病院의 機關數, 病床數, 勤務醫師의 비율의 높은 增加로 均衡을 잃고 있다. 즉, 종합병원급 이상 의료기관의 대폭적인 증설과 專門醫를 양산하는 체제로 나아가고 있는데 이는 바로 世界銀行報告書가 문제로 지적한 사항이다. 이러한 의료공급체계의 변화방향은 國民의 醫療需要를 바탕으로 하였다기 보다는 當장 직면하는 病院의 專攻醫 要求를 가장 중요하게 反映하였고, 이로 인한 專門醫 養成中心의 修練體系의 결과에서 비롯

된 부분이 많다. 이러한 공급체계의 구성이 의료수요를 충족시키는데 효율적인가에 대한 평가와 함께 長期的인 資源配置의 고려하에 현재 신규로 설립되는 대형병원과 기존 종합병원의 대형화, 지나친 3차진료 기관 지정의 경쟁 추세를 견제하는 정책이 필요하다. 이를 위해서는 醫療機關種別 資源의 配置·育成에 대한 長期的 計劃의 樹立을 통한 醫療資源의 合理的 配分이 절실하다.

2. 醫院級 醫療機關에 대한 適切한 支援·育成策 實施

外來 이용에서의 綜合病院의 비중 증가, 종합병원에 대한 醫療保險 給與費의 비중 증가 등 綜合病院 中心으로 구도가 변화하고 있는 의료공급체계를 조정하기 위해서는 의원의 전반적인 서비스 수준을 향상시키고 의료공급을 충실화할 수 있는 여건조성이 필요하다. 의원의 쇠퇴를 막고 활성화시키기 위해서는 의원 전체에 대한 육성책보다는 의원의 경영합리화를 지원하는 제도적 지원책이 고려될 수 있다. 그 예로는 集團開院醫의 支援, 開院者 特性別로 優先順位 評價에 따라 開設費用 支援을 위한 低利融資, 農漁村 開設者에 대한 支援 등이 고려될 수 있을 것이다.

醫療傳達體系의 개선을 통한 일차 의료기관의 활성화와 醫療酬價의 조정에 대해서는 각각 의료전달체계 재구축을 통한 의료기관간의 협력과 기술교류방안이나 醫療酬價 개선방안에서 구체적으로 제시한 바와 같다. 이외에, 地域醫療體系와의 연계, 療養 醫療機關의 역할 수행 내지 향후 발전될 요양기관과의 연계에서 새로운 일차의료기관의 역할을 모색하는 것이 일차의료기관의 활성화를 위한 중요한 대책으로 검토될 수 있다.

第 6 章 結論 및 政策課題

第 1 節 結論

1. 醫療傳達體系의 再構築 方案 構想

本 研究은 一次醫療를 正립하고 强화하기 위한 方案中 가장 우선적으로 醫療傳達體系의 改善을 제안하고 있다. 즉, 환자진료의 계속성 보장과 비용절감을 위하여, 더불어 일차기관 뿐만 아니라 후속 의료기관의 합리적인 經營方案 모색을 위하여 일차의료를 담당할 기관들과 후속 의료를 담당할 기관들을 現在와 같은 구조적 갈등관계와 경쟁관계에서 協業과 分業의 關係, 기술적인 지원을 하는 관계로 유도하는 시스템인 『醫療協力體系』를 形成하도록 하는 方案을 提示하였다. 이 方案은 다소 試驗的 성격의 案으로서 이 制度의 施行에서 과생될 수 있는 여러가지 문제점이 있으나 그럼에도 불구하고 일차의료의 正립과 후속의료단계의 개선효과를 가져올 수 있는 등 이 方案이 실현됨에 따라 얻을 수 있는 효과가 매우 클 가능성이 많다.

현행 의료전달체계의 문제점을 타결하기 위하여 醫療傳達體系의 再構築이 試圖하고 있는 전반적인 목표와 방향에 대해서 공감대가 형성될 것으로 보이며, 다만 구체적인 적용방안과 여건의 조성 등에 대해서는 의료계에서 좀더 발전적인 세부방안을 개발하여 시범적으로 적용하고 확대해 나가는 계획을 세우도록 하여야 할 것이다.

2. 一部 保險醫療酬價의 調整方案

醫療酬價의 調整을 통하여 일차의료서비스의 충실화를 유인하는 방법은 의료전달체계나 의료공급구조의 변화를 꾀하기보다는 비교적 용이하며, 그 결과가 중국적으로 의료전달체계나 의료공급구조에도 영향을 미치게 될 것이다. 또한 일차의료를 정립하기 위한 여타 방안에서도 그 전략에는 財政的인 誘引策이 포함되게 된다. 醫療酬價의 調整을 통한 일차의료의 활성화 방안은 첫째, 基本 診療料 項目의 細分化, 相談料·諮問料·在宅診療料 등의 設定, 一次醫療機關의 基本診療에 대한 酬價의 加算 適用, 現行 醫院에 적용하는 加算率의 上向調整 방안 등을 제시하고 있다. 어느 방법이나 이제까지 보험서비스에 포함되지 않았던 부분이 포함되어 보험급여의 내용이 많아지고 상당한 의료보험 재정의 증가를 수반하게 될 것으로 예상된다.

둘째, 一次醫療를 강화하기 위해서 무엇보다 중요한 것은 一次醫師의 地位와 經歷構造를 2次와 3次醫療와 同等하거나 큰 차이없이 만드는 것이다. 現行 行爲別 酬價制度에서는 일차의료 부문의 의사 수입과 전문의의 수입에 형평을 기하게 하는 데는 限界가 있다. 따라서 一次診療患者에 대하여 定額制로 報償하는 진료비 지불방식을 並行할 필요가 있다. 의료전달체계 개선안에서 제시한 방법과 같이 의료협력체계구축을 통하여 여건을 조성한 후 현재 도입을 고려중인 ‘主治醫 登錄制’를 시행할 경우 등록 환자수를 기준으로 일차의사 수입의 일부에 대하여 定額制로 보상하는 방식이 並行可能할 것으로 보인다.

3. 一次醫師의 確保를 위한 長短期 方案

一次醫療의 기반조성에 근본적으로 중요한 부분은 一次醫師人力的 확보라고 할 수 있다. 美國에서는 최근 일차의료를 중시하고 일차의사

의 확보수준을 50% 정도로 설정하고 있다. 一次醫師 確保水準은 누가 일차의사에 속할 것인가? 그에 따라 어떤 속성을 갖는 醫師를 再訓練을 시켜야 할 것인가를 설정하는데 기본이 되며, 그에 따라 적합한 訓練 內容과 方向을 모색할 수 있기 때문이다. 따라서 이 부분은 빠른 시일내 政府와 醫療界에서 합리적인 算定根據를 바탕으로 合意가 도출되어야 할 부분으로 본다. 醫師人力 構成에 대해서는 專門家 團體가 自律적으로 決定하더라도 政府의 調整役割과 필요에 따라 統制가 있어야 할 부분이다. 의료공급의 구조조정을 위하여 정부는 財政的 수단과 誘引策을 통하여 一次醫師 養成에 대한 관여와 통제를 하여야 할 것으로 본다.

본 연구에서는 일차의사를 확보하는 방안을 다각적으로 검토하였다. 中短期的 방안으로는 첫째, 家庭醫의 確保增大와 一般醫의 再訓練을 통한 일차의사의 확보방안을 제시하였으며, 둘째로는 개원의사중 내과, 소아과 등 일부 專門醫의 一次 醫師化 方案을 들고 있다.

長期 방안으로는 醫師 養成·訓練課程의 運用방식을 根本적으로 轉換하는 것이다. 많은 나라에서 一般醫 양성유형으로 실시하고 있고, 기존의 전문의제도개혁위원회에서 건의한 안을 부분적으로 수용한 것으로 의과대학 졸업후 수련에서 현행 인턴제 대신 1년 6개월 내지 2년의 基本臨床訓練을 거쳐 一次醫師를 양성하는 방안이다. 또 다른 일차의사 확보방안은 우리나라의 特殊性을 考慮한 대안으로써 지나친 전문의 지향으로 인한 의료의 불균형을 보다 확실히 개편하기 위하여 의과대학과정에서 一次醫師 課程과 專門醫 課程을 分離하여 運營하는 방안을 제기하고 있다.

여기서 충분히 감안되어야 할 점은 앞으로 변화된 의학교육 체계에 따라 일차의사를 양성하기까지는 상당한 期間이 所要되며, 현재 의료시장에서 종사하는 인력(醫院의 醫師와 현재 專攻醫 課程의 醫師)이

향후 醫師人力市場에 장기간 존재할 것이기 때문에 中短期案과 長期案이 모두 검토되어야 한다는 점이다.

一次醫師의 養成은 단지 숫자를 늘리는 것에 국한되어서는 효과를 보기 어렵고 醫師들의 再組織化와 役割의 재조정 과정이 隋伴되어야 한다. 이를 위해서는 一次醫師의 확보와 더불어 單科 專門醫師의 ‘一次 醫師化’를 위한 훈련프로그램이 개발이 중요한 과제이다. 本 研究에서 訓練 프로그램의 運營主體로는 家庭醫學會 또는 大韓醫師協會를 들었다. 훈련 프로그램의 운영, 訓練을 받도록 만드는 誘引動機의 附與, 훈련에 따른 財政負擔에 대해서는 일차의사의 확보수준에 대한 합의작업과 더불어 의료계 내부에서 세부적으로 검토 발전시켜야 할 사항이다.

일차의료를 강화하기 위한 방안이 현실적으로 기능을 발휘하기 위해서는 현재의 일차의료기관인 醫院에서 제공하는 醫療의 質에 대하여 國民들의 信賴가 낮은 점도 충분히 勘案되어야 한다. 즉 國民들의 이러한 認識을 완화시키기 위해서 일차의사가 제공하는 의료서비스의 質을 확보하기 위한 장치가 도입되어야 한다. 이를 위해 제도적으로 一次醫師나 一般醫에게도 대학교 졸업 후의 수련과정이나 재훈련 과정과는 별도로 年間 一定期間 定期的인 補修教育의 履修를 義務化하는 등의 제도개발이 필요함을 제기하였다. 보수교육 주체는 일차의사의 범주에 속하는 의사집단을 중심으로 ‘일차의사학회’를 조성하도록 하거나 외국과 같이 ‘일차의사협회’의 구성을 통하여 협회가 자율적으로 일차의사의 자질확보를 위한 보수교육을 운영하고, 일차의사의 각종 훈련과 교육 등 일차의료를 지원하는 기능을 맡아야 할 것으로 구상하였다.

本 研究에서 제기된 改善方案들은 상당부분이 醫療體系 全般의 根源的인 問題와 連結되어 있으며 향후 의료계내부의 合意導出과 檢討

作業이 수반되어 많은 論議와 研究가 進行되어야 할 부분이라고 볼 수 있다.

第2節 向後的 政策課題

우리나라의 保健醫療體系가 합리적인 구조를 가지고 효율적으로 의료서비스를 공급하기 위해서는 醫療段階別 資源의 分布와 配分, 의료단계간 役割 分擔과 機能의 連繫를 도모하도록 一次醫療部門이 현재보다 확충되어야 한다. 이를 위해서는 一次醫療와 一次醫師에 대한 合意導出과 함께 본 연구에서 제기한 改善方案을 受容하는 과정에서 요청되는 課題 및 본 연구에서 다루지 못한 다음과 같은 向後的 課題가 提起되고 있다.

1. 一次醫療 定立에 대한 政府와 醫療界의 合意 導出

본 연구를 통하여 제안하고 있는 각종 일차의료의 강화대책은 기본적으로 一次醫療에 대한 보다 명확한 合意와 그에 따른 一次醫師 範疇의 區分, 一次醫療 서비스의 區分 등이 이루어졌을 때에야 비로소 혼돈없이 검토될 수 있는 부분이다. 따라서 다음에 대하여 政府와 醫療界의 합의도출과정이 이루어져야 한다.

가. 醫師人力の 適正構成을 위한 一次醫師의 範疇와 確保 水準의 合意

일차부문과 2, 3차 부문의 의사인력의 균형 있는 공급을 위해서는 의사인력의 구성에서 一次醫師와 專門醫 適正比率에 대한 합의와 一次醫師의 범위에 대한 合意가 도출되어야 그에 따른 여러가지 의료구

조의 합리화, 적정화 방안과 일차의료의 강화를 위한 후속 전략들이 혼돈없이 전개될 수 있다.

나. 醫療機關別 機能 區分의 明確化

의료법에서 기관 규모별로 구분되어 있는 의료기관에 대해 의료기관별 기능과 역할에 대한 사항도 규정되어야 향후 의료진달체계 개선을 위한 醫療協力體系 構築의 전제조건이 되는 醫療機關의 種別 機能 區分이 혼돈없이 이루어질 수 있을 것이다.

2. 醫療財政 配分에 있어서 一次醫療에 대한 考慮와 支援의 強化

현재 醫療酬價와 保險給與方式의 운용에 있어서 일차의료부문은 상대적으로 불리한 위치에 있다. 의료항목별 의료수가에서 일차의료부문에 대한 고려의 부족, 의원부문의 진료행위항목에 대한 상대적인 저酬價, 종합병원 등과 비교한 加算率의 格差 등으로 일차의료부문인 의원은 진료건수, 진료수입이 감소되고 있어 크게 위축되고 있으나 정부의 지원정책은 그나마 종합병원이나 병원에 우선되고 있어 일차의료부문의 중요성과 필수성에도 불구하고 일차의료 부문에 대한 지원은 거의 전무하다. 일차의료의 정립되고 강화되기 위해서는 무엇보다도 일차의료를 담당하는 醫師가 역할을 충분히 수행하며 質的인 서비스를 제공하기 위한 여건이 구비되고 실행되어야 하며, 현재 一般醫에 비하여 지나치게 專門醫가 優待되는 풍토와 소득보장의 差異 등을 緩和시킬 수 있는 실질적인 一般醫 優待政策의 採擇 등 일차의료를 키우기 위한 전략이 요구된다.

3. 一次醫療 서비스의 多樣化

가. 一次醫療의 活性化를 위한 療養醫療서비스의 開發

일차의료가 후속되는 2, 3차 의료와 연계되고, 서비스의 지속성을 위하여 2, 3차 의료에서 요구하는 在家서비스와 療養서비스, 再活서비스를 일차의료가 제공할 수 있어야 비로소 일차의료는 2, 3차 의료와 차별화된 고유의 역할을 충실히 할 수 있다. 수요가 급증하고 있는 老人醫療에 대한 요양의료기능을 일차의료부문에 담당할 수 있도록 一次醫療部門에서의 요양의료서비스체계가 開發되어야 일차의료가 활성화될 수 있다. 특히 우리나라는 아직 요양의료체계가 개발되어 있지 않으므로 醫院의 새로운 기능이 이 부분에서 摸索될 수 있을 것이다. 이를 위해서는 앞서 언급된 相談料, 在宅療養 醫療料 등의 보건의료서비스에 대한 보험급여 설정을 통해 이러한 역할이 유도되어야 할 것이다.

나. 豫防保健서비스, 健康診斷의 充實化

일차의료서비스에서 현행의 醫療酬價體系와 醫療供給의 構造로 인하여 개발되지 못해 왔던 건강증진서비스, 예방의료서비스는 일차의료의 必需서비스이므로 이에 대한 보험급여의 적용이 점진적으로 이루어져야 한다. 의료비 지불방식에서 人頭制를 택하고 있고 일차의료가 잘 정립된 英國에서도 豫防서비스와 健康檢診, 健康增進프로그램 運用에 대한 수당이 별도로 一般醫師의 報酬와는 별도로 支給되고 있음을 참고해야 할 것이다.

다. 一次醫療部門의 經營 合理化 促求

의료서비스가 지나치게 상품화되는 것도 문제이나 현재 일차부문이

라 볼 수 있는 醫院의 많은 開院醫는 消費者의 欲求變化나 醫療市場의 開放化 등 環境 變化에 對處하기 위한 적응을 시도하는데 消極的 이다. 환자관리와 의료정보 입수의 효율화를 위한 情報管理의 電算化, 야간진료의 운영, 의료소비자의 만족을 위한 경영 실천, 集團開院을 통한 運營의 效率化 등이 그 例로서 향후 政府에서는 이러한 부문에 選別的으로 支援을 하여야 할 것이다. 電算化 支援, 夜間診療의 加算率 上向調整, 集團開院醫에 대한 支援 등이 그 例라 할 수 있다.

4. 地域 保健醫療事業과의 連繫

가. 地域醫療의 積極的 參與

일차의료는 地域醫療의 개념에 근간을 두고 있다. 1995년 地域保健法의 改正으로 地域保健當局인 保健所에서 임상서비스를 포함한 서비스를 委託할 수 있는 根據가 마련되어 있으므로 보건소가 자체적으로 수행하는 것보다 地域의 一次醫療機關에서 實施하는 것이 費用效果的인 프로그램들의 위탁이 活性化되어야 할 것이다.

예방접종, 영유아 건강검진, 임산부 건강진단, 노인진료, 保健所 診療業務의 委託 實施, 慢性病 管理를 위한 醫療的 支援 등이 포함될 수 있다. 이러한 업무유대를 통하여 民間과 公共部門이 연계될 수 있으며 지역의료와 지역을 중심으로 한 일차의료의 정착될 수 있다. 保健所에서는 지역의 開業醫 중에서 保健所와 契約으로 적합한 의사를 확보하여 일차의사를 공공보건의료 서비스제공에 參與시켜 다양한 프로그램을 운영함으로써 地方自治制度하에서 保健醫療프로그램을 다양화하고 발전시키는 방안이 될 수 있다.

나. 地域 保健福祉 프로그램과의 連繫

일차의료의 속성상 일차의료가 환자의 福祉와 再活에 연관된 부분이 많으므로 일차의료의 잘 정착되기 위해서는 지역보건소와의 연계 외에도 지역사회 保健 및 복지프로그램과의 연계가 필요하다. 이는 앞서 제시한 在宅 및 療養治療, 職業病 治療, 精神保健프로그램 등 많은 保健의료서비스와 프로그램 운영이 相互 連繫되어야 效果的이기 때문이다.

5. 情報通信技術의 活用을 통한 醫師敎育과 醫療情報의 提供

일차의료 부문이 활성화되는데는 업무관리의 개선과 필요한 정보의 분석, 환자의 관리를 위한 經營의 科學化와 合理化도 매우 중요한 부분으로 등장하고 있다. 향후 일차의사가 ‘主治醫’ 역할을 할 때에는 환자관리를 위한 地域健康情報體系의 導入과 管理, 情報通信技術의 活用이 必須的이다. 일차의료의 비교적 잘 정착되어 있는 國家에서는 일차의사의 중요기능의 하나가 컴퓨터를 활용한 정보관리 기능으로 이를 필수적으로 요구하고 있다. 의사의 재훈련, 보수교육, 의료정보의 전달 등도 정보통신을 이용하여 보다 효율적으로 전달될 수 있으므로 정부와 앞서 제안한 ‘일차의사협회(가칭)’, 각 전문학회, 의료협력체계에서의 상급의료기관들은 일차의료의 質을 높이고 활성화시키는 중요한 수단으로 이러한 정보프로그램을 開發 普及하여 支援해야 할 것이다.

6. 國民의 合理的 醫療利用行態의 誘導

합리적인 의료전달체계, 의료기관의 기능분화, 일차의료의 질적 향상방안이 갖추어진다 해도 의료를 이용하는 消費者 行態의 變化없이

는 일차의료의 자리 매김을 할 수 없다. 의료소비자의 행태를 변화시키기 위해서는 소비자의 합리적 판단을 유도하기 위한 積極的인 政策 弘報가 제도개선에 반드시 수반되어야 하고, 의료정보의 확산을 통하여 자발적으로 합리적인 변화를 유도하여야 한다. 구조적으로 소비자의 행태를 변화시키는 방법으로는 醫療傳達體系 개선방안에서 제기한 바와 같이 의료비 支拂體系를 差別化하여 소비자의 의료이용행태의 變化를 誘導하여야 할 것이다. 美國 등과 같이 우리 국민의 지나친 高級醫療 選好와 費用認識의 不足도 漸進的으로 바뀌도록 유도되어야 할 것이다.

參考文獻

- 개원의협의회, 『개원의 활성화 방안의 의료전달체계에 대한 설문조사』, 1996a
- _____, 『의원급 의료기관의 경영상태 추이에 관한 의견조사』, 1996b
- _____, 『의원급 의료기관의 병상활용에 관한 연구』, 1995.
- _____, 『의료전달체계 운영상의 문제점 및 개선방안에 관한 연구』, 1994a
- _____, 『진료행위별 분포에 관한 병원과 의원의 수입 비교』, 1994b.
- 강재현·선우성, 『서울 시민의 건강증진행태 및 건강증진과 평생건강관리 프로그램에 대한 인식도 조사』, 『가정의학회지』, 제17권 제5호, 1996.
- 김동진 외, 『가정의학 전공의과정 수료자의 현황 및 이와 관련된 요인』, 『가정의학회지』, 제14권 제8-9호, 1993.
- 김용익, 『1차진료기능 강화 방안』, 『의료보장 개혁을 위한 의료정책방향 정책간담회 자료집』, 1995.
- 김창엽, 『동일질환에 대한 보험의료이용 경로 분석』, 『보건행정학회지』, 1(1), 1991.
- 김철환, 『의료보험 다빈도 상병과 일차진료의사 특성에 관한 연구』, 서울대 보건대학원 석사학위 논문, 1993.
- 김한중·조우현·손명세·박은철, 『한국과 미국의 기술료에 대한 상대가치 비교』, 『보건행정학회지』, 제2권 제1호, 1992.
- 김혜원·이영진·윤방부, 『한 농촌병원 등록 고혈압 환자의 치료중단에 대한 추구 조사』, 『가정의』, 제7권 제1호, 1986.

- 대한가정의학교육연구회, 『90년대를 위한 가정의학과 전공의 교육과정』, 1992.
- 대한의사협회, 『의원급 의료기관의 병상 활용에 관한 연구』, 1995.
- _____, 『전국회원실태조사보고서』, 각 연도(1989~1996).
- 대한의학협회, 『전문의 제도개선에 관한 조사연구』, 1992.
- 대한의학회, 『졸업후 의학교육제도 및 전문의제도의 개선에 관한 연구』, 1995.
- 명재일 외, 『의료전달체계 운영성과의 분석』, 한국보건사회연구원, 1991.
- _____, 『의료전달체계 운영평가와 진료권별 병상수급』, 한국보건사회연구원, 1992.
- 문옥륜, 『외래 다빈도 상병의 진료과목별 진료비에 관한 연구』, 『국민보건연구소 연구논총』, 제1권 제1호, 1991.
- _____, 『일차진료의 양성의 필요성과 전략』, 『의학교육』, 대한의사협회, 1996.
- 문옥륜·김창엽, 『동일질환에 대한 보험이용경로 분석』, 『보건행정학회지』, 제1권 제1호, 1991.
- 문정주·김기순·김종준, 『고혈압 환자의 치료지속도에 관한 연구』, 『가정의학회지』, 제7권 제12호, 1986.
- 박경미·이상영·양난경·김선복, 『가정의학과 전공의 과정을 수련한 한개원의의 진료내용분석』, 『가정의학회지』, 제12권 제2호, 1991.
- 박은철, 『자원기준 상대가치(RBRVS)의 개발』, 『의료보험수가구조 개편을 위한 상대가치개발 심포지움 자료집』, 1996.
- 박재용, 『환자흐름에의 영향요인』, 『보건행정학회지』, 제3권 제2호, 1993.
- 박재용 외, 『개원의 진료과목표방 및 진료환자 구성』, 『보건행정학회』, 제2권 제1호, 1992.
- 변종화·김혜련, 『건강증진 목표와 전략』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 보건복지부, 『보건복지백서』, 1995.
- _____, 『보건복지통계연보』, 1975~1995.

- 보건복지부, 『의료보험 요양급여기준 및 진료수가 기준』, 1995.
- _____, 『보건복지백서』, 1995.
- 보건복지부 의정국, 『주치의 등록제 세부 추진계획』, 1996.
- 보건의료정책연구소, 『의료전달체계의 합리적인 방향 모색에 관한 연구보고서』, 1992.
- 서수교·박재용, 『의원의 의료보험진료비 수입분포와 그 결정요인』, 『보건행정학회지』, 제5권 제1호, 1995.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단. 『만성퇴행성질환 관리사업개발』, 1993.
- 서홍관·황인홍·허봉렬, 『서울 의대 학생들을 대상으로 시행한 의학교육에 대한 설문조사 분석』, 『한국의학교육』, 제1권 제2호, 1989.
- 송건용 외, 『1989년도 국민건강조사: 이환 및 의료이용』, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송윤미·조홍준·김 윤·정회숙·김용익, 『공중보건의 고혈압 진단 및 치료과정 평가』, 『한국의료 QA학회지』, 제3권 제1호, 1996.
- 양병국·이 행·윤영호·조은연·유태우·허봉렬, 『전국 가정의학과 전공의 수련내용』, 『가정의학회지』, 제14권 제4, 5호, 1993.
- 양봉민 譯(Hiatt, H. H. 著), 『위기의 보건의료』, 나남출판, 1994.
- 양윤준, 『Delphi 방법을 이용한 일차의료 고혈압 진료지침 개발 및 적용』, 고려대학교 대학원 박사학위 논문, 1995.
- 오미경, 『가정의학 일차진료 내용 분석』, 『가정의학회지』, 제10권 제1호, 1989.
- 유승흠, 『의료보험과 가정의 제도』, 『의료보험공론』, 1985 가을호, 1985.
- 윤방부, 『가정의제도와 한국의 가정의학』, 의료보험과 가정의제도, 『의보공론』, 1985 가을호, 1985.
- 윤방부·이혜리·배철영·곽기우, 『가정의학에 대한 인식도에 관한 연구』, 『가정의학회지』, 제10권 제5호, 1989.
- 윤종률·문옥륜·허정, 『의원의 특성에 따른 상병진단군의 분포에 관한 연구』, 『보건행정학회지』, 제3권 제2호, 1993.

- 의료보장개혁위원회, 『의료보장개혁과제와 정책방향』, 1994.
- 의료보험관리공단, 『미국·영국의 의료보장 개혁동향』, 1995.
- _____, 『외국의 의료보장동향』, 의료보험관리공단 조사자료 30, 1993.
- _____, 『의료보험통계연보』, 각 연도(1989~1994).
- _____, 『1995년도 의료보험통계연보』, 1996.
- _____, 『의료공론』, 1985 여름호, 1985.
- 의료보험연합회 역, 『1994년 일본사회보험 의과진료보수 점검표』, 1995.
- 이규식, 『보건예방사업과 급여비』, 『의료보장』, 1996.2.
- 이명순, 『1차의료 역할 평가를 위한 평가도구에 관한 기초연구』, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1986.
- 이무상, 『단과전문의의 일차의료의 훈련방안』, 『의학교육』, 대한의사협회, 1991.
- 이영진·윤방부, 『수도권 지역 개원의의 진료 내용 분석』, 『가정의』, 제8권 제4호, pp.1~13, 1987.
- 전공의 실태조사 위원회, 『의료기관별 전공의 근무실태 및 전공의 수련제도의 개선방안에 대한 연구』, 1996.
- 정영일·남은우·남철현·김종인, 『지역사회보건 및 일차보건의료』, 제2판, 지구문화사, 1995.
- 정영호, 『1994년의 우리나라 국민의료비와 부문별 구성비 변화』, 『보건복지포럼』 2권, 1996.
- 정은경, 『의사특성에 따른 외래 진료비 변이 연구』, 『서울대학교 보건대학원 석사학위 논문』, 1993.
- 정종승·박경미·최한나·윤승욱, 『한 가정의학과 개원의의 진료 내용분석』, 『가정의학회지』, 제12권, 1991.
- 조재국·이윤현, 『진료과목별 전문의의 수급에 관한 기초연구』, 한국보건사회연구원, 1993.

- 조한규·김성원·박혜순·조홍준, 『Effect of practice guidelines reminder and flow sheet in management of Hyper-cholesterolemia』, 『가정의학회 추계학술대회연제집』, 1996.
- 조홍준, 『일차의료에서의 QA의 전망』, 『가정의학회지』, 제15권 제11호, 1994.
- _____, 『개원의의 고혈압 관리 실태』, 미발표 논문, 1996.
- 청년의사신문, 『청년의사 창간 3주년 기념 심포지움자료집』, 1995.
- 최정수 외, 『한국인의 건강과 의료이용실태』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 통계청, 『1994년 사망원인통계연보』, 1995.
- _____, 『장래인구추계』, 1996.
- 한국생산성본부, 『의료수가가 의료행태에 미친 영향에 관한 연구』, 1994.
- 한국의과대학장협의회, 『의과대학교육현황 제7집』, 1992~1993.
- 한국의과대학장협의회·한국의학교육학회, 『21세기를 향한 의과대학교육』, 1994.
- 한국의료관리연구원, 『각국의료제도 비교연구』, 1994.
- 한달선, 『지역의료체계의 개선방향』, 『의보공론』 제2호, 의료보험관리공단, 1986.
- 한성현·김양호·이성수, 『우리나라 일부 농촌지역사회에서 고혈압의 위험요인 및 환자관리상태에 관한 연구(I)』, 『한국역학회지』, 제8권 제1호, 1986.
- 허봉렬·김기락·김철준, 『지역사회의 한 의원급 의료기관에서 타의료기관으로 의뢰된 환자에 관한 조사』, 『가정의』, 제8권 제5호, 1986.
- 황인홍, 『의료진달체계 정책이 서울시내 3차 진료기관 가정의학과에 미친 영향』, 『서울대학교 대학원 의학과 석사학위논문』, 1991.
- 厚生省健康政策局總務課 編, 『日本の醫療』, 1993.
- 醫療制度研究會 編, 『醫療の構造變革と醫藥品』, 1990.
- 日本厚生統計協會, 『國民衛生の動向』, 1995.
- 阿部正和 編, 『醫學教育』, 明日の醫療, 6卷, 中央法規出版株式會社, 1985.

- AAMC, *AAMC Policy on the Generalist Physician*, Academic Medicine 68: 1~6, 1993.
- Audet A. M, Greenfield S. et al. " Medical practice guidelines: current activities and future directions ", *Ann Intern Med.*, Vol.13, No.9, 1990.
- Basch, P., *Textbook of International Health*, New York, Oxford University Express, 1990.
- Bloom, S. M., "Stucture and Idelogy in Medical Education: An Analysis of Resistance to Change," *J. of Health and Social Behavior*, Vol.29, 1988.
- Bowman, M. A., "Family physician in U.S. Health Care Reform", 가정의학회지 제14권 제6~7호, 1993.
- Chaulk, C. P., "Preventive Health Care in Six Countries : Models for reform?", *Helath Care Fianancing Review*, Vol.15, No.4, 1994.
- Chernichovasky, D., "Health System Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm", *The Milbank Quarterly*, Vol.73, No.3, 1995.
- Culyer, A. J. et al., *Swedish Health Care Revisited*, SNS Occasional Paper, 1995.
- Curtis, S. E. et al., *Health and Societies*, 1976.
- Epstein, A. M. et al., "A comparison of ambulatory test ordering for hypertensive patients in the United States and England", *JAMA*, Vol.252, 1984.
- Fitzhugn, M., "Community-Oriented Primary Care", *The New England Journal of Medicine*, Oct. 22, 1982.
- Fry, J., *Facts on General Practice*, Oxford England, Radcliffe Medical Press, 1992.
- Fry, J. et al., *Reviving Primary Care*, A US-UK Comparison, Radcliff Medical Press, 1995.

- Geyman, J. P., Brown T. C. "A network model for decentralized family practice residency training", *J. Fam Pract* Vol.3, 1976.
- Gillam, S. J., "Audit in primary care, new structure, new process", *Journal of Public Health Medicine*, Vol.13, No.4, 1991.
- Greenfield et al., "Variations in Resource Utilization Among Medical Specialties and Systems of Care, Results from the Medical Outcome Study", *JAMA* Vol. 267, 1992.
- Grol, R., Wensing M., Jacobs A., Baker R., "Quality Assurance in General Practice". *The State of the Art in Europe*, 1993.
- Hadley, J., "An Empirical Model of Medical Specialty Choice," *Inquiry* 14(Dec.), 1977.
- Ham, C., Brommels, M., "Health Care Reform in The Netherlands, Sweden, and The United Kingdom", *Health Affairs*, 1995.
- Ham, C., Robinson, R., Benzeval, M., *Health Check, Health care Reforms in an International Context*, King's Fund Institute, 1990.
- Hay, J., *Occupational Choice and Occupational Earnings: Selectivity Bias in a Simultaneous Logit-OLS Model*, Ph.D Dissertation, Yale University, 1980.
- Institute of Medicine, *Primary care in medicine: A definition*. National Academy of Sciences, 1977.
- Japan International Cooperation Agency, *National Health Administration in Japan*, Vol. I, Chapter 9, 1992.
- Jonathan, P. W., "Primary Care Delivery in the United States and Four Northwest Countries: Comparing the "Corporatized" with the "Socialized", *The Milbank Quarterly*, Vol.65, No. 3, 1987.
- Kemm J, Close A. *Health Promotion, Theory and Practice*, Macmillan Press, Ltd., 1995.

- Kevin, G., Fry, John., C. B. E., "Manging Primary Care in The United States and in the United Kingdom". *The New England Journal of Medicine*, Vol.328, No.13, April 1, 1993.
- Kindig D.A., "Counting Generalist Physicians", *JAMA*, Vol.271, 1995.
- Klein, R., "Big Bang Health Care Reform-Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Helath Service Reforms", *The Milbank Quarterly*, Vol.73, No.3, 1995.
- Lawrence, M. & Pritchard P., *General Practitioner Education*, Springer-Verlag Limited, 1992.
- Lee, P. R., et al., *Primary Care in a Specialized World*, 1976.
- Liaison Committee on Medical Education, *Function and Structure of a Medical School*, 1993.
- Maeseneer, J., Beolchi, L., *Telematics in Primary Care in Europe*, IOS Press, 1995.
- Martin, L., Peter, P., *General Practitioner Education UK and Nordic Perspectives*, Springer-Verlag London Limited, 1992.
- McWhinney I. R., "Problem solving and decision-making in primary medical practice", *Can Fam Phys*, Vol.18, No.11, 1972.
- Netherlands Institute of Primary Health Care, *Health Care and General Practice Across Europe*, 1993.
- NHS Executive, *Primary Care : The Future*, 1996.
- Nick, D., "A Strategy to Achieve the Objectives of Primary Health Care in Lesotho", *DAG Occational Paper 9*, 1989.
- NIVEL, *Health Care and General Practice Across Europe*, 1993.
- Noack H.(Ed.) *Medical Education and Primary Health Care*, University Park Press, 1980.
- Oxford Textbook of Public Health, 2nd edition, *Oxford Medical Publications*, 1991.

- Peter, G. N., et al., "Referral in primary care: Is the family physician a Gatekeeper?" *Can Fam Physician* Vol.35, 1989.
- Richard, A. W., "Community-Oriented Primary Care", *JAMA*, Vol.269, No.19, 1993.
- Rivas, P., *Primary Health Care and Planning in Cuba and Costa Rica*, 1991.
- Rivo, M. L., et al, Comparing Physician Workforce Reform Recommendations, *JAMA*, Vol.270, No.9, 1993.
- Rivo M. L., Satcher, D. "Improving access to health care through physician workforce reform recommendations", *JAMA*. Vol.270, pp.1083~1084, 1993.
- Rogers, D. E., "Community-Oriented Primary Care", *JAMA*, Vol.248, No.13, Oct.1, 1982.
- Scherger J. E. et. al., "Responses to Questions About Family Practice as a career", *Am. Fam Phy.*, Vol.46, No.1, 1992.
- Sloan, F. A., Lifetime Earning and Physicians' Choice of Specialty., *Industrial and Labor Relation Review* 24(Oct.), 1970.
- Starfield, B., "Measuring the Attainment of Primary Care", *J Med Educ*, 1979.
- Starfield, B., *Primary Care*, Oxford University Press, 1992.
- Taylor R. B., *Family Medicine: The Discipline, the Specialty, and the Physician, Family Medicine, Principles and Practice*, 3rd ed., Springer-Verlag, 1988.
- Traxler, H., "Physician Supply Modeling in the United States of America and Its Uses in Assisting Policy Making", *World Health Statistics Quarterly*, No.47, 1994.
- US DHHS, *Healthy People 2000*, 1990.
- Wall, E.M. et al., "Retraining the Subspecialist for a Primary Care Career: Four Possible Pathways", *Academic Medicine*, Vol.69, No.4, 1994.

White House Domestic Policy Council. *The President's Health Security Plan: Working Group Draft*, 1993.

Weiner, J., "Primary Care Delivery in the United States and Four Northwest European Countries: Comparing the 'corporatized' with the 'socialized'", *Milbank Mem Fund Quarterly*, Vol.65, 1987.

WHO, "Physician Supply Modeling in the United States of America and Its Uses in Assisting Policy Making", *World Health Statistics Quarterly*, 47, 1994.

WHO & WONCA, *Making Medical Practice and Education more Relevant to People's Needs: The Contribution of Family Doctors*, 1994.

World Bank, *World Development Report: Investing in Health*, 1993.