

일차의료의 질 향상을 위한 접근 방향

Directions in Primary Care for Quality Improvement



황나미 한국보건사회연구원 연구위원

일차의료는 최적의 건강과 형평성 있는 자원배분이라는 보건의료체계의 두 목표를 균형적으로 달성할 수 있게 하는 수단이므로 국가 보건의료체계의 필수 요소이다. 일차의료 체계가 전혀 구축되어 있지 않는 우리나라 의료체계에서 총 인구의 34%를 차지하는 베이비 부머의 고령화는 국민의료비의 상승을 주도하고 있는 바, 일차의료 속성인 포괄적, 지속적 서비스와 복합질환으로 의료의 조정기능이 요구되는 만성질환 고위험군인 노인층을 대상으로 일차의료체계를 구성할 때, 그 효과성과 효율성은 극대화될 것이다. 재원은 일차의료 가 건강증진기금의 운용 방향성에 부합하므로 초기에는 건강증진기금의 일부를 활용하는 방안이 현실적이다.

1. 일차의료 개념 및 속성

1) 일차의료 정의

‘일차의료(Primary care)’라는 용어는 1920년 영국의 Dawson Report에서 공식적으로 처음 사용하면서 지역사회 의사가 예방과 치료 서비스를 주민에게 제공하는 것으로 정의하였다. 또한 일차보건의료센터, 이차보건의료센터, 교육병원 등 3단계 의료의 개념을 제시하면서 일반의(General practitioner)의 네트워크와 전문의가 근무하는 보건의료센터(Health center)의 이원화

된 체계를 제안하였다¹⁾. 의료의 3단계 개념은 현재까지도 지역화(Regionalization) 구축에 유효하게 이용되고 있다.

미국에서는 1976년 Parker 등이 여러 의사들의 동의를 거쳐 일차의료로 ‘응급의료를 포함한 기본적인 의료를 통합적으로 제공하는 것’으로 정의하고, 의뢰를 통해 다른 수준의 의료와 연계되며, 모든 의료문제를 지속적으로 조정하고 정리하는 역할을 하며 예방적인 측면을 강조한다고 설명하였다²⁾. 1994년 미국의학연구소(IOM)에서는 일차의료로 ‘의료인에 의해 통합적이고 접근 가능한 보건의료서비스가 제공되

1) Frenk(2009). Reinventing Primary Health Care: The Need for System Integration, Lancet, 374(issue9684).

2) Lee P.R. et. al.(1976). Primary Care in a Specialized World; 김혜련(1996). 일차의료 현황과 발전방안 재인용.

는 것'으로 정의하였다. 이 때 의료인은 환자 개인에게 필요한 건강서비스를 제공하고 환자와의 지속적인 파트너십을 유지하며 가정과 지역사회 특성과 연관지어 서비스를 제공하는 의사라고 강조하였다.

우리나라에서는 2007년 「일차의료연구회」에서 일차의료를 보다 구체화하여 정의하였다. 즉, 일차의료란 '건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료로서, 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민들에게 흔한 건강문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다'고 하였다³⁾.

이상 일차의료에 대한 정의를 살펴보면 일차의료 대상은 개개인이 주 대상이지만 그 가족과 지역사회까지 확장시켜 다루어야 함을 강조하고 있다. 여기서 각 개인은 시대가 흐르면서 주민(Person-oriented)에서 환자에 초점을 두고(Patient-focused) 접근하고 있다는 점이 특징적이다.

2) 일차의료의 속성

일차의료의 추구해야 하는 가치요인, 즉, 바람직한 일차의료의 속성은 무엇인가?

미국의학연구소(IOM)에서는 접근성, 포괄성, 조정기능, 지속성 및 책임성을 제시하였고,

Holmes(1982)는 지속적 의료, 가족의료, 지역사회를 중심으로 하는 의료라고 제시하였다⁴⁾. Starfield(1992)는 이들 속성들을 포괄하여 일차의료를 최초 접촉의료(First contact care), 포괄성(Comprehensiveness), 조정기능(Coordination), 지속성(Longitudinality), 통합성(Integration), 그리고 가족 및 지역사회 지향성(Family and Community Context)으로 제시하였으며, 접근성(Accessibility)과 책임성(Account-ability)은 일차의료만의 속성이 아니고 일반적으로 의료가 갖추어야 하는 속성이라고 역설하였다⁵⁾.

(1) 최초 접촉 및 접근성

'최초 접촉'은 지역사회 주민 또는 환자가 최초로 이용하는 보건의료서비스를 의미한다. 최초 접촉하여 보건의료서비스를 제공하는 의사가 일차의료 전문의사이다. 최초 서비스를 포함한 일차의료서비스는 환자의 신체적, 정신적, 사회적 건강 문제나 요구를 통합적으로 사정(Assessment)할 수 있도록 접근성이 용이하여야 한다. 지리적, 경제적, 시간적인 장애가 없어야 하고 대기로 인한 일차의료 의사와의 예약이 제한받지 않아야 한다. 왕진, 방문보건 및 가정간호, 전화상담 등은 접근성을 높이는 수단이다.

접근성이 높은 서비스는 의료이용의 형평성을 높이므로 최초 접촉의 접근성은 질적인 일차의료체계를 구축하는 데 필수요소이다. WHO는 일차의료를 최적의 건강과 형평성 있는 자원

3) Family Med.(2007). 39(6).

4) Rogers D. E.(1982). Community-oriented Primary Care, Jama, 248(13).

5) Starfield B.(1992). Primary care, concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press.

배분이라는 보건의료체계의 두 목표를 균형적으로 달성할 수 있게 하는 수단이라 강조하면서 국가 보건의료체계의 기반을 이루는 필수분야라고 규정한 바 있다.

(2) 포괄성 및 통합성

포괄성은 치료 뿐만 아니라 재활, 예방 및 건강증진에 이르는 서비스 등 건강 전반에 걸쳐 있는 모든 형태의 서비스를 의미한다. 일차의료에서는 이들 서비스간 단절된 기능적 서비스가 아닌 건강 연속선상에서 상호 연계된 서비스를 제공하는 것이며 분절적인 전문적 진료의 합이 아니다. 이는 곧, 일차의료 대상을 환자로 국한시킬 필요가 없다는 의미로 해석할 수 있으며 건강 취약계층이나 고위험요인 보유자를 대상자로 확대시킬 때, 그 성과는 보다 더 제고될 것이다.

한편, 통합성은 생애 전 과정에서 다른 의료기관이나 다른 의료단계의 임상 및 치료 과정에서 나타난 문제와 치료에 대한 정보를 결합하는 것을 의미한다. 통합적 서비스는 보다 완벽한 방법이나 서비스를 제공할 수 있도록 포괄적이고 지속적인 조정된 서비스의 개념을 내포한다.

(3) 조정 기능

조정기능은 환자에게 필요한 서비스를 제공하기 위해 보건의료 서비스와 정보를 결합하는

가능이다. 포괄적이고 다양한 보건의료서비스를 제공한 일차의료의사가 더 전문적인 서비스가 필요하다고 판단할 때, 전문의료인 또는 지역사회 자원과 연결하는 서비스를 제공하는 것을 의미한다. 일차의료 의사가 환자의 필요도에 부합하는 일련의 보건의료서비스와 정보를 확인하고 이들 서비스가 적기에 이용될 수 있도록 합리적인 경로를 마련해 주는 역할을 수행한다. 이 때, 이들 의료인 및 지역사회 자원과의 이송 정보에 대한 공식적인 가이드라인이 구비된 경우 조정기능이 있다고 평가한다⁶⁾.

(4) 지속성

지속성은 양질 의료의 필수 요소이다⁷⁾. 최근 국제사회에서도 건강관리의 효과성 제고를 위해 생애 전 과정의 의료 지속성이 중요한 이슈로 대두되고 있다. 단순히 진료의 지속성을 추구하는 것 이상으로 장기적인 건강변화를 다루는 주체가 되어야 한다는 점에서 ‘Continuity’ 보다는 ‘Longitudinality’에 초점을 맞추고 있다.

‘지속성’에는 ‘정보’의 지속성과 ‘의사와의 관계’의 지속성으로 구분된다. 일차의료에서 정보의 지속성은 정보를 효과적이고 시의적절한 방법을 통해 의료인간 환자 건강정보를 공유하여 치료성과 평가와 함께 중복이나 과잉이 아닌 적절한 진료가 이루어 질 수 있도록 해 준다. 필요한 정보의 지속성이 낮으면 진료의 지속성

6) Starfield B.(1998). Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press.

7) Myers B. A.(1969), A Guide to Medical Care Administration: Concepts and Principles, revised ed. Washington, D.C.: APHA, INC.

이 이루어지기 어려워 표준화된 의료정보의 네트워크는 일차의료 강화의 핵심이다.

또 다른 지속성은 환자와 의사와의 '관계'의 지속성이다. 이 관계의 지속성을 제도화한 것이 이른바 유럽 등 여러 국가에서 도입된 주치의(또는 선호의사) 제도이다.

환자의 건강정보와 의사와의 관계가 지속되면 환자는 보다 효과적인 방법의 의료와 통합적인 서비스의 편익을 누리게 된다. 일차의료의 질 평가 연구에 의하면 의료의 지속성은 입원율을 감소시키는 것으로 나타났다⁸⁾.

(5) 가족·지역사회 지향성 및 책임성

일차의료에서는 대상자(또는 환자)에 대한 지속적인 건강 모니터링과 질병관리를 통해 대상자의 건강문제를 책임지며, 다른 기관에 의뢰한 이후에도 관리하는 책임을 지게 된다. 이 때 상급 의료기관과의 의료전달체계가 구축되어 있지 않으면 책임성을 발휘하기 어렵다.

앞서 미국의학연구소(IOM)와 우리나라 「일차의료연구회」에서 제시한 일차의료 의사의 역할에 주목할 때, 일차의료 의사는 서비스 내용의 계획이나 문제발견 과정에서 가족(Family-centered)과 지역사회 보건문제에 까지 관련 정보를 이용하여야 할 책임이 있다. 특히 가족구조 및 종교 등 사회문화적인 이유로 의료이용의

접근성에 장애가 있을 수 있으므로 일차의료 의사는 가족 구성원과 지역사회 특성에 대해 관심을 두어야 한다.

의사의 책임성은 환자의 만족도를 제고시키고 이로 인해 지속성이 유지되며 신체적 건강문제 뿐 아니라 정신적·사회적 건강문제까지 관리하는 신뢰관계를 형성하게 한다.

2. 일차의료의 질 평가

의료의 질(Quality)은 사회적 정의와 관련이 깊은 다차원적인 개념이다. 일차의료의 질에 대해서는 공통적으로 '접근의 용이성', '임상 진료의 질', '환자-의사 관계', '연속성' 및 '조정성' 등의 측면이 고려해야 될 중요한 요소로 제시되고 있다⁹⁾. 한편, 평가초점을 임상중심의 질환자가 아닌 인구집단에 초점을 두고 (Population-focused) '예방보건 활동', '금연', '처방사례', '만성질환 관리', '정보의 질' 등의 영역에서 평가지표가 개발된 바 있다¹⁰⁾. 이와 같이 일차의료는 각기 다른 보건의료체계에서 전문가 모델(Professional model)과 지역사회 모델(Community model) 등 다양한 방식으로 전개되고 있어 단일지표로 평가하기 어렵다(표 1).

현재까지 가장 유용하게 사용되고 있는 일차의료의 질 평가방식으로는 Starfield(1998)가 수

8) Hsiao, C. J. et. al.(2008). Effects of Quality on Outcomes in Primary Care: A Review of the Literature, American Journal of Medical Quality, 23(4).

9) Bower, P.(2003). Measuring Patients' assessments of Primary Care Quality: the use of self-report questionnaires, Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 3(5).

10) Gribben, B., Coster, G. et. al.(2002). Quality of Care Indicators for Population-based Primary Care in New Zealand, New Zealand Medical Journal, 115(1151).

표 1. 일차의료 분류체계

	전문가 모형 (Professional models)		지역사회 모형(Community models)	
비전	의료기관 등록대상에게 의로서비스 제공		일정지역 거주 인구집단의 건강 향상을 위해 인구집단의 보건의료 need를 충족시키고, 의학, 보건학, 사회적으로 필요 서비스 모두를 제공하는 것	
유형	전문가 접촉 모형 Professional contact model	전문가 조정기능 모형 Professional coordination model	지역사회 통합 모형 Integrated community model	지역사회 비통합 모형 Non-integrated community model
사례	미국, 캐나다, 독일, 벨기에		영국, 네덜란드, 덴마크, 노르웨이	스웨덴, 핀란드 캐나다 도시 지역의료센터

자료: Lamarche et. al.(2003). Taxonomy of primary care models.

년간의 연구를 거쳐 일차의료의 개념을 바탕으로 일차의료에 대한 국가의 정책강도와 일차의료 속성을 조작적으로 정의하여 평점화하는 방식이 널리 활용되고 있다. 또한 OECD가 각국의 보건의료체계를 검토하면서 일차의료로 통해 피할 수 있는 만성질환의 입원율을 일차의료의 질을 평가하는 대리지표(Proxy indicator)로 활용하고 있다. 이들 평가방식은 일차의료의 국가 제도권내에 구축되었는가의 문제에서 더 나아가 자원, 조직, 서비스전달체계, 자원조달, 보수지불체계 및 관리 등의 보건의료체계의 하부 구성요소들내 일차의료의 속성이 현실적으로 잘 작동되고 있는가의 관점에서 질 수준을 바라보았다는 특징이 있다.

1) 일차의료에 대한 국가 지원 및 속성 평가

1998년 Starfield는 일차의료 제공자의 업무 수행성을 평가하는 ‘일차의료 사정도구(The Primary Care Assessment Tool; PCAT)’를 개발하였다. ‘보건의료체계(Health system)’ 및 ‘업

무(Practice)’ 특성으로 구분하여 일차의료의 질적 수준과 관련된 요인을 선정, 점수를 부여하는 방식을 통해 평가하였다. 이 도구는 이후 여러 연구들을 통해 활용되면서 그 유용성이 입증되고 있다.

보건의료체계 특성요인(총 18점)으로는 보건의료체계 유형(Type of system), 재원(Financing), 일차의료인력 유형(Type of primary care practitioner), 활동 의사 중 전문의 비율(Percentage of active specialists), 전문의 대비 일차의료의사의 보수(Salary of primary care physicians relative to specialists), 일차의료서비스에 대한 비용분담(Cost sharing for primary care services), 환자목록(Patient lists), 24시간 의료의무(Requirements for 24-hour coverage), 가정의학의 학문적 강점(Strength of academic departments of family medicine) 등이다. 이들 요인은 보건의료체계내에서 일차의료에 대한 국가정책 지원수준을 평가하는 지표로서, 재원이 세금인 국가는 높은 점수를 책정하고 민간인 경우, 낮은 점수를 책정하였다.

업무특성 요인(총 12점)으로는 최초접촉(First contact), 지속성(Longitudinality), 포괄성(Comprehensiveness), 조정성(Coordination), 가족 중심성(Family-centeredness), 지역사회 지향성(Community Orientation) 등 일차의료 속성을 평가지표로 선정하였다¹¹⁾.

이상 15개의 일차의료 질 평가지표들을 OECD 13개 국가에 적용하여 평점한 결과와 해당 국가별 건강수준 지표, 보건의료비 지출, 만족도와 연계하여 분석한 자료에 의하면, 일차의료 평가점수가 높은(20점 이상) 국가(영국, 덴마크, 핀란드, 네덜란드)는 낮은(6점 이하) 국가(미국, 벨기에, 프랑스, 독일)보다 의료비 지출이 적었음에도 불구하고 시스템에 대한 만족도는 상대적으로 높았다. 일차의료 수준이 낮은 것으로 평가된 미국에 대해 Friedberg(2010)는 특별히 일차의료의사의 공급과 역량이 중요하다고 제시하면서 Health IT, Chronic Care Model, Team-based 접근 등의 중재에 대한 의사의 역량을 지원하는 국가체계에 초점을 두어야 한다고 제안하였다¹²⁾.

이후 연구 결과에서도 일차의료 기반이 강력한 국가들은 그렇지 못한 국가들보다 국민 건강 수준이 더 높았으며, 의료서비스 제공이 보다 형평적이고, 건강서비스가 보다 효율적으로 제공되고 있음을 보여주었다. 또한 양질의 일차의료는 환자의 의사에 대한 신뢰도와 순응도를 높

이고 만족도를 증가시킨 것으로 나타났다.^{13) 14)}

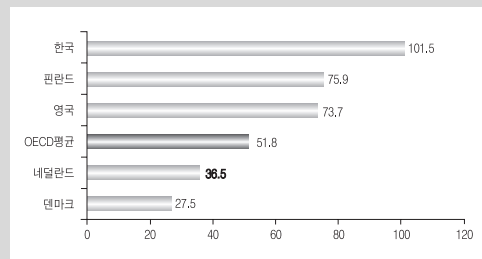
2) 일차의료를 통해 감소 가능한 질환 입원율

불필요한 입원은 의료의 조정기능이 미흡하여 초래된 결과로 간주되어, 의료기관 입원율은 일차의료의 질을 나타내는 대리지표로 사용된다. OECD(2011)는 천식, 만성폐쇄성폐질환, 당뇨 등의 만성질환이 일차의료 영역에서 적절한 관리를 통해 증상 악화나 불필요한 입원을 감소시킬 수 있다는 점에서 이들 질환의 입원율을 산출하여 일차의료의 질적 수준을 평가하였다.

연령별·성별 인구표준화 상태에서 OECD 회원국의 천식 입원율은 인구 10만명당 평균

그림 1. 강력한 일차의료체계 국가¹⁾와 한국의 천식 입원율 비교

(단위: 인구 10만 명당 건수)



주: 1) Starfield(1998)의 일차의료 평가기준 적용
2) 입원율은 각국 15세 이상 인구대상으로 성별·연령별 인구표준화하여 비교함.

자료: OECD(2011). Health Data 2011.

11) Starfield B.(1998). 전게서.

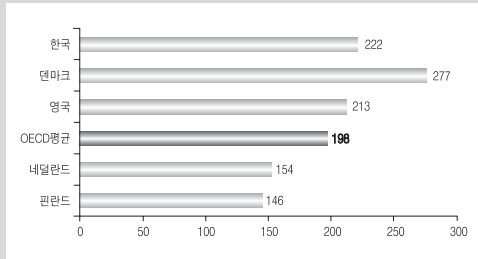
12) Friedberg, M. W. et. al.(2010). Primary Care: A Critical Review of the Evidence on Quality and Costs of Health Care. Health Affairs, 29(5).

13) Safran(1998). Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care, J. Fam. Pract.

14) Franks P., Fiscella K., Shields C.G. et al.(2005). Are Patients' Ratings of Their Physicians Related to Health Outcomes? Annals Fam. Med.

그림 2. 강력한 일차의료체계 국가¹⁾와 한국의 만성 폐쇄성폐질환 입원율 비교

(단위: 인구 10만 명당 건수)

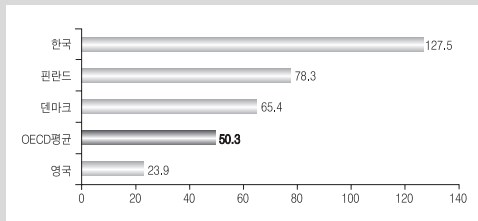


주: 1) Starfield(1998)의 일차의료 평가기준 적용
2) 입원율은 각국 15세 이상 인구대상으로 성별·연령별 인구표준화하여 비교함.

자료: OECD(2011), Health Data 2011.

그림 3. 강력한 일차의료체계 국가¹⁾와 한국의 조절되지않는 당뇨 입원율 비교

(단위: 인구 10만 명당 건수)



주: 1) Starfield(1998)의 일차의료 평가기준 적용
2) 입원율은 각국 15세 이상 인구대상으로 성별·연령별 인구표준화하여 비교함.

자료: OECD(2011), Health Data 2011.

51.8명이었으며, 우리나라는 슬로바키아, 미국에 이어 세 번째로 높았다. Starfield(1998)의 평가방식에 의해 일차의료 수준이 높았던 국가를 대상으로 입원율을 살펴보면 덴마크와 네덜란드는 OECD 평균 입원율보다 낮은 반면 영국과

핀란드는 OECD 평균보다 높았다(그림 1). 만성 폐쇄성폐질환의 경우, 핀란드와 네덜란드는 OECD 평균 입원율보다 낮은 입원율을 보인 반면 영국과 덴마크는 OECD 평균보다 높은 입원율을 보였다(그림 2). 조절되지 않는 당뇨(15세 이상)에 의한 입원율은 영국이 OECD 평균 입원율보다 낮았으나 핀란드와 덴마크는 OECD 평균보다 높았다(그림 3)¹⁵⁾.

전반적으로는 일차의료체계가 강력하게 구축된 국가로 평가되었지만 일차의료의사의 인력 공급이 원활하지 못하거나 주치의(일차의료 의사) 등록제와 2차 의료로의 의뢰 접근성이 강제적이지 못한 국가(표 2)의 경우에는 이들 만성 질환의 입원율을 감소시키는 데 다소 제약이 따른 것으로 볼 수 있다.

3. 한국의 일차의료 현 주소

1) 일차의료 속성 반영도

일차의료로 명시되거나 분류된 자원이 없는 우리나라 현실에서, 양질의 일차의료체계를 구축하기 위해서는 우선적으로 앞서 제시한 일차의료 개념 및 속성에 입각하여 제기되는 쟁점을 관리하여야 한다.

우리나라 일차의료 수준에 대해 Starfield(1998)가 개발한 평가지표를 기준으로 평가한 연구에 의하면 체계 특성요인은 총 18점 중 4점, 업무특성 요인은 총 12점 중 1점이어서¹⁶⁾

15) OECD(2011), Health Data 2011.

표 2. OECD 주요 국가의 일차의료의사 문지기(Gate-keeping) 현황

국가	주치의 등록제	의뢰제도
일차의료 정착 국가 ¹⁾	네덜란드	강제적
	덴마크	강제적
	영국	재정적 보상
	핀란드	비강제적 미보상
일차의료 미약 국가 ¹⁾	프랑스	재정적 보상
	독일	재정적 보상
	벨기에	재정적 보상
	한국	비강제적 미보상

자료: OECD(2010). Survey on Health System Characteristics 2008~2009.

앞서 OECD 13개 국가와 비교할 때, 최하위 수준이다. 특히 일차의료 업무특성인 일차의료 속성들이 전혀 구현되지 못하고 있는 것으로 나타났다.

최근에는 환자가 경험한 서비스에 근거하여 일차의료의 질(속성)을 평가하는 ‘한국형 일차의료 평가도구(K-PCAT)’를 개발, 그 타당도를 검증한 후 일차의료를 실행하려는 특정 의료기관을 대상으로 일차의료의 질을 평가하여¹⁷⁾ 일차의료의 긍정적인 효과들이 점차 축적되고 있다. 그간 정부가 주도력을 가지고 일차의료를 강화해야 할 만큼 근거중심 정책추진 기반이 미약했으나 일부 학계를 중심으로 한 연구를 통해 일차의료기관 모형개발의 시발점이 될 수 있는 기반이 조성되고 있다.

(1) 최초 접촉 및 접근성

우리나라는 진료과목 및 규모에 따라 의료기관이 종별로 구분되어 있을 뿐, 의원, 병원, 종합병원, 상급 종합병원의 역할 및 기능이 유사하다. 여기에 의료이용도 자유로워서 모든 의료기관을 자유롭게 첫 접촉할 수 있는 체제이다. 국민 1인당 연간 입원일수는 평균 14.6일, 외래방문횟수는 평균 12.9회로 OECD 국가 중 두 번째로 많고, OECD 국가 평균(입원일수 평균 7.2일, 외래방문횟수 평균 6.5회)의 2배에 이르고 있다¹⁸⁾. 반면, 의료비 중 가계부문의 지출비율은 32.1%로 OECD 평균(20.1%) 보다 약 1.6배 더 높은 개인부담 수준을 보이고 있으며¹⁹⁾, 충족되지 못한 의료욕구 비율이 18.7%(2011)에 이

16) 안상훈(2001). 우리나라 일차의료 수준의 평가와 선진국들과의 비교분석, 가정의학회지, 22(4).

17) Lee JH, Choi YJ, Sung NJ, Kim SY, Chung SH, Kim J, Jeon TH, Park HK(2009). Korean Primary Care Research Group. Development of the Korean Primary Care Assessment Tool-measuring User Experience: Tests of Data Quality and Measurement Performance. Int. J. Qual Health Care, 21.

18) OECD(2012). OECD Health Data 2012.

19) OECD(2012). 전게서.

른다²⁰⁾.

전체 국민의료비에서 공적 재원이 차지하는 비중이 2010년 58.2%로 OECD 국가(평균 72.2%)와 비교할 때 여전히 낮아 민간시장이 주도하는 우리나라 의료체계에서 의료비 증가는 만성질환자에게 필수의료에 대한 접근을 어렵게 하고 있다. 이에 따라 고령사회 진입을 앞두고 있는 우리나라에서 경제적 취약계층인 노인의 증가는 사회적 비용부담의 증가와 직결된다. 일차의료가 구축된 선진국에서는 건강문제의 70~80%를 일차의료에서 해결하고 있다. 우리나라에서 질적인 일차의료가 시급한 이유가 바로 여기에 있다.

(2) 포괄성

우리나라 건강보험 지불보상체계는 치료중심의 행위별 수가 지불제도이다. 정부는 2002년 만성질환에 대한 교육 및 상담의 중요성을 인식하여 교육·상담 등을 통해 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 ‘만성질환관리료’ 수가를 책정, 건강보험 요양급여비용에 포함하였다. ‘만성질환관리료’의 대상환자는 고혈압, 당뇨, 정신 및 행동 장애, 호흡기 결핵, 심장질환, 대뇌혈관질환, 신경계 질환, 악성 신생물, 갑상선 장애, 간 질환, 만성신부전증을 주 상병명으로 의원급 요양기관(보건의료원 포함)을 이용한 외래 진료환자이다²¹⁾. 이중 고혈압 및 당뇨 환자가 전체 ‘만성질환관리

료’ 청구금액의 대부분을 점유하고 있다.

한편, 보건소에서는 민간 의료기관에서 실시하기 어려운 질병예방 및 상담과 건강행위 실천을 유도하는 건강증진사업을 실시하고 있다. 그 동안 중앙정부가 확립적으로 실시하던 국가 주도형 사업방식에서 탈피하여 지방자치단체가 연계성 없이 분절적으로 수행해 왔던 금연, 절주, 운동, 영양, 비만, 치매, 구강보건을 비롯한 13개 단위사업을 통합하여 올해부터 지역특성 및 주민수요에 적합한 서비스를 수행하는 통합건강증진사업을 수행하고 있다. 예방중심 서비스의 확산을 위해 지역사회에서 민간-공공부문이 협력해야 되는 이유가 바로 이 때문이다.

(3) 조정 기능 및 지속성

정부는 의료의 지속성과 조정 기능을 수행할 수 있도록 20여 년 전에 주치의 또는 단골의사 제도 도입을 시도한 바 있다. 1994년 정부가 일차의료 기능을 수행하기 위해 당시 건강보험 요양급여 기준에 ‘가정의학과 가족 등록수가’를 지급하도록 보건복지부장관이 별도로 정할 수 있는 근거 규정을 마련하여 ‘가족등록제’ 실시를 발표한 바 있다. 또한, 1997년에도 일차의료를 강화할 수 있는 ‘주치의(단골의사) 등록제’를 제시하였다. 그러나 여건 미비, 일부 진료과로 한정된 주치의 제도의 조건 및 미미한 인센티브 등의 이유로 의료인 단체들이 공식적으

20) 보건복지부(2012). 국민건강영양조사 제5기 결과발표회 자료집, 보건복지부.

21) 보건복지부 고시 제2003-8호(2003.2.11.)

로 반대함에 따라 일차의료 정책추진은 무산되었다.

한편, 2009년 전국 조사에 의하면 상용치료원을 보유하고 있다고 응답한 대상자가 전체 응답자(20세 이상 12,491명) 중 41%이었다. 연령이 증가할수록 상용치료원 보유비율이 증가하였고, 고혈압 및 당뇨 등 만성질환이 있는 경우에 상용치료원 보유비율이 약 2배 이었다(각 82%, 79%)²²⁾. 이들이 상용치료원이 있다고 하여 환자-의사와의 관계의 지속성을 보장하는 것은 아니다. 단순히 의료기관과 의사를 정하여 방문한다는 것 자체만으로 일차의료 기능이 수행되고 있다고 보기 어렵다. 따라서 일차의료 시스템 밖에서 이루어지는 상용치료원의 보유 여부와 건강결과 또는 치료비용과의 관계는 일차의료와는 무관하다. 중요한 점은 주치의 등록제가 제도화된 시스템하에서 일차의료의사가 포괄적인 보건의료 지식 및 기술을 보유하고 정확한 의학적 진단·치료 및 조정기능의 역량을 발휘하며 책임성을 구비할 때, 환자는 일차의료의 편익을 누리게 된다. 이러한 점에서 의료인이면 모두 일차의료를 수행할 수 있는 역량을 구비하였다고 볼 수 없다. 전문적인 일차의료 교육수련과정을 특화하여 독자적인 자격을 부여하여야 되는 이유가 바로 여기에 있다.

2) 일차의료를 통해 감소 가능한 질환 입원을

2011년 OECD 보고서에 의하면 우리나라는

천식으로 인한 입원율이 인구 10만명당 101.5명으로 OECD 회원국 평균(51.8명)에 비해 약 2배 이었으며, 만성폐쇄성폐질환은 인구 10만명당 222명으로 OECD 회원국 평균에 비해 약간 높았다. 또한 조절되지 않는 당뇨 입원율은 인구 10만명당 127.5명으로 OECD 회원국 평균(50.3명)에 비해 2배 이상 높아 일차의료 기능이 매우 취약한 것으로 나타났다(표 3)²³⁾.

우리나라의 높은 당뇨 입원율은 최근 경제발전으로 인한 생활방식의 변화로 당뇨 유병률이 높아진 점이 부분적으로 영향을 미쳤다고 설명하기도 한다. 그러나 연구결과, 조절되지 않는 당뇨에 의한 입원율과 당뇨 유병률간의 상관관계가 크지 않는 것으로 나타났다. 즉, 캐나다, 포르투갈 및 미국은 당뇨 유병률이 높은 국가이지만 입원율은 낮은 반면, 핀란드, 스웨덴, 덴마크의 경우는 유병률은 낮았지만 높은 입원율을 보였다. 이와 같이 입원율과 유병률간 유의하게 큰 상관관계가 없다는 것은 당뇨 유병건 이외에 다른 요인이 병원 입원에 영향을 미친 것으로 설명할 수 있다²⁴⁾. 예를 들면, 당뇨는 효과적인 식이, 운동 및 행동변화를 위한 집중적인 상담을 통해 인종 및 성별에 관계없이 당뇨로 진행되는 위험을 약 60% 감소시키는 것으로 나타났다. 생활양식의 변화는 고령층에 특히 효과적이어서 70% 이상 위험을 감소시킨 것으로 나타났다. 이러한 결과는 당뇨에 대한 사전 예방 및 관리 프로그램을 일차의료에 포함시키는 것이 중요하다라는 사실을 보여주고 있다²⁵⁾.

22) 고숙자 외(2011). 상용치료원이 의료이용 및 의료비에 미치는 영향, 제3회 한국의료패널학술대회 자료집.

23) OECD(2011). Health at a Glance, 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

24) OECD(2011). 전개서.

이상과 같이 일차의료의 기능강화로 감소 가능한 만성질환의 입원율을 통해 우리나라 일차의료의 취약성을 엿볼 수 있었다. 특히 천식과 조절되지 않는 당뇨의 입원율이 두드러지게 높은 것으로 나타나 포괄적 서비스 기능을 제대로 수행하지 못하고 있는 것으로 지적할 수 있다. OECD는 한국 일차의료의 기능이 취약해 ‘문지기(gatekeeping)’ 역할을 제대로 수행하지 못하고 있으며, 일차의료의 역량 강화를 위해서는 지역사회 중심으로 시스템을 설계하고, 일차의료의 지역적 구조를 구축하는 방향으로 재정적 투자를 집중해야 한다고 제시하였다²⁶⁾. 국제사회에서 우리나라 일차의료의 취약성과 필요성을 강조한 대목이다.

4. 우리나라 일차의료 접근

1) 국민의 반응성

과거에는 의료의 질 평가지표로 접근성, 의학 적 적정성, 포괄성, 지속성, 효율성을 대표적인 기준으로 삼았다. 그러나 시대가 변화되면서 WHO는 ‘기술적 질 수준’, ‘자원활용도’, ‘고위험 관리’와 함께 ‘이용자의 만족도’를 적정의료의 질 관리 평가요소로 제시하였고²⁷⁾, 최근에는 효과(Effectiveness), 안전(Safety)과 함께 환자중심(Patient-centered) 또는 반응성(Responsiveness)을 평가지표로 제시하여^{28) 29)} 이용자의 만족도나 선호도를 중시하는 경향을 보이고 있다.

일차의료이 적은비용으로 보다 향상된 건강 결과를 가져오면서 모든 국민에게 형평적인 건강권을 확보해 준다는 점은 주지의 사실이다.

표 3. 한국과 OECD 국가간 일차의료로 통해 감소 가능한 질환 입원율 비교

질환	입원율(15세 이상, 인구십만명당)		한국 순위 ¹⁾ / 제출국가
	한국	OECD국가 평균	
천식	101.5	51.8	3 / 28
만성폐쇄성폐질환	222	198	12 / 28
조절되지 않는 당뇨	127.5	50.3	3 / 24

주: 1) 높은 입원율 순위.

자료: OECD(2011), Health at a Glance, 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

25) DPP – Diabetes Prevention Program Research Group (2002), Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin, New England Journal of Medicine, 346(6).

26) OECD(2012). Health Care Quality Review: KOREA.

27) WHO(1983). The Principles of Quality Assurance, Euro Reports and Studies, No. 94.

28) Berwick D. et. al(2002). A User’s Manual for the IOM’s ‘Quality Chasm’ Report, Health Aff. (Millwood), May–Jun, 21(3).

29) Berenson, R.A. et. al(2008). A House is not a Home Keeping Patients at the Center of Practice Redesign. Health Affairs, 27(5).

그렇다면 우리나라 국민들은 일차의료체계의 구축을 원하는 것일까? 일차의료 도입에 대한 필요성은 정부와 의료계가 절감하면서도 도입방식에 대해서는 의료인의 불만이 높은 가운데 국민의 반응성의 하나인 의료공급자 선택에 대한 의견을 살펴보았다.

주치의 제도의 경우, 일부 지역주민(657명)을 대상으로 조사한 결과에 의하면 첫 접촉의료인 주치의를 의원으로 한정하는 데 대해서는 절반 정도가 반대하였다. 또한 이들 중 63%는 종합병원이나 대학병원 의사를, 23.9% 병원, 10.0%가 한병병원 의사를 자신의 단골의사로 지정하고 싶다고 응답하여³⁰⁾ 병원의 선호도가 높았다. 일차의료 정책이 본격적으로 추진되지 않아 국민의 요구가 아직 정부의 가시권에는 들어오지 않았지만 의료 이용자의 선호도를 고려하지 않는 정책 추진은 반대에 부딪힐 가능성이 높다는 사실을 단적으로 보여주고 있다.

그렇다면 의료이용자인 국민들을 움직이게 하는 모멘텀은 무엇일까?

앞서 제시한 바 있는 우리나라 국민의 외래이용횟수가 단순히 OECD 국가보다 2배에 이르는 것을 탓할 수만은 없다. 외래진료 의사의 환자 1인당 진료시간이 선진국은 통상 15분 이상인 반면, 우리나라는 소위 3분(통상적으로 짧은 외래진료시간을 상징하는)이라는 진료 현실에서 어쩌면 환자는 두 번씩은 의사를 방문하여야

적절한 관리와 병세를 확실하게 들을 수 있기 때문에 나타난 결과일 수 있다. 당뇨 입원을 역시 2배라는 것을 문제 삼을 수만은 없다. 3분 외래진료만으로는 환자입장에서 당뇨 관리가 어려워 입원을 택할 수밖에 없기 때문이다. 건강관리 교육 등 포괄적 서비스의 부재와 질병관리의 책임을 환자 스스로 져야 하는 우리나라 현실에서 비롯된 점을 간과해서는 안 될 것이다.

O'Donell(1989)은 건강결정 요인이 10대 사망 원인에 미치는 상대적 기여도를 분석한 결과, 생활습관(Life style) 요인이 52%로 가장 높았고, 생물학적(Human biology)·유전적 요인이 20%, 환경 20%, 그리고 보건의료체계(Health care system)는 8%에 불과하다고 강조하였다³¹⁾. 이후 연구에서도 만성질환 발병의 40%는 생활습관에서 초래되며³²⁾, 'Power to Prevent'를 통해 질병예방을 위한 건강실천행위의 중요성을 강조한 연구들이 계속 발표되고 있다. 이처럼 건강에 가장 큰 영향을 미치는 생활양식 및 행태에 대한 교육과 상담 등의 서비스가 중요함에도 불구하고 우리나라는 치료중심의 지불보상체계하에서 예방을 강조하는 일차의료의 포괄적 서비스를 지역사회 보건소의 기능에만 의존하고 있다.

현재 지역사회 보건소의 통합건강증진사업이나 만성질환자 관리사업 등과 연계하여 협력하는 체계는 보건소의 인적, 물적 자원규모를 고

30) 조홍준, 심재용, 이혜리, 이선희(2002). 국민은 주치의제도에 대해 어떻게 생각하나, 가정의학회지, 23(2).

31) O' Donell, M.(1989). Definition of Health Promotion Planning: Part III, expanding the definition. Am. J. Health Promotion, 3(3).

32) Peppard PE, Kindig D, Jovaag A et al.(2004). An Initial Attempt at Ranking Population Health Outcomes and Determinants, Wisconsin Medical Journal.

려할 때, 일부 대상자로 한정될 수밖에 없다. 일차의료의 포괄성 및 지속성을 반영하려면 한국형 일차의료기관의 모형개발 및 시범사업을 통해 우선적으로 현 의료공급체계에서 취약한 질병예방을 위한 건강생활 상담 및 교육 서비스를 주민등록제(Starfield의 Patient list가 아닌 Personal list)를 통해 추가 제공할 필요가 있다. 요컨대, 현재 제공되지 못하고 있는 포괄적인 건강서비스를 ‘주치의’를 중심으로 한 일차의료 팀이 추가로 제공해 줄 때, 주민은 건강 연속선상에서 접근성, 관리의 지속성 및 책임성의 중요성을 인식하게 될 것이다. 또한 일차의료 의사의 문지기(Gate-keeping) 기능이 국민의 선택권을 제한하거나 의료제공을 억제하는 것이 아니라 첫 접촉 의료전문가가 개인별 맞춤형 건강 상담 및 교육과 함께 건강 문제를 조기발견하고 진단하여 통합적으로 판단, 진료방향을 안내하고 지속적으로 관리한다는 것을 깨닫게 될 것이다.

2) 목표 대상

우리나라는 저출산 및 고령화로 인해 노인진료비가 2011년 국민 전체 진료비의 33.3%를 차지하였고 전년도 대비 8.8% 증가하였다. 총 인구의 34%를 차지하는 베이비부머의 고령화가 이미 시작되어 만성질환의 부담증가라는 커다란 도전에 직면하고 있다. 노인은 예방, 조기 발견 및 치료, 합병증 방지를 위한 지속적이고 포괄적인 관리가 중요한 반면, 발병되면 이로 인한

높은 비용부담으로 쉽게 저소득층으로 전락하거나 치료를 중단하게 됨에 따라 일차의료의 반드시 필요한 대상이다. 노인층은 만성질환 고위험군이어서 건강 잠재력이 충분히 발휘될 수 있도록 건강생활 실천 및 자가관리 교육 및 상담 서비스 등이 집중적으로 제공되어야 한다. 따라서 일차적으로 포괄적·지속적 서비스와 함께 복합질환으로 조정기능이 요구되는 65세 이상의 노인층을 대상으로 생애전환기 건강진단과 연계한 일차의료체계를 구상할 필요가 있다. 특히 우리나라 사망원인의 선형질환인 당뇨 진료비는 건강보험 재정의 수위를 차지하고 있는데³³⁾, 앞서 제시한 바와 같이 당뇨는 고령층의 생활양식의 변화로 70% 이상 위험요인을 감소시킨 것으로 나타났다는 점은 시사하는 바가 크다.

3) 자원

재원은 도입 초기, 건강증진기금의 일부를 활용하는 방안을 고려할 필요가 있다. 건강증진기금의 운용방향이 사전 예방적 건강투자 확대를 통한 미래 의료비 절감 및 국민 건강수준 제고, 국민 건강보험 재정 안정이어서³⁴⁾ 일차의료의 도입이 건강증진기금의 운용 방향성에 부합되기 때문이다. 조기사망과 질병부담이 큰 생활습관 요인의 건강행위 실천을 질병관리와 통합할 때 비용효과적이어서 그 무엇보다도 재정적 기반이 중요한 바, 정부의 강력한 의지가 필요하다.

33) 국민건강보험공단(2011). 건강보험통계연보 2011.

34) 보건복지부(2013). 2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요.

5. 맺음말

우리나라 국민 의료비 증가를 주도하고 있는 65세 이상 노인인구는 2018년 14%, 2026년에는 20%라는 압축적 고령화가 예상됨에 따라 우리사회에 부응하는 의료시스템의 조정이 시급한 시점이다. 정부는 핵심전략으로 일차의료의 강화를 제시하고 있으며 의료계 및 학계 공히 일차의료의 강화를 주장하고 있다. 그러나 그간의 정책추진 과정에서 정부와 의료계와의 갈등 구조의 심화를 엿볼 때, 일차의료 구축에 따른 쟁점과 파생될 수 있는 잠재적 위기요인들을 숙지하면 한 단계도 발전하기 어려운 상황이다.

보건의료는 정보의 불균형(Information

asymmetry)이 존재하기 때문에 의료의 유인수요를 포함한 상업화를 지양하고 국민의 형평적 건강권 보장을 위하여 일차의료체계의 구축은 정부의 기본역할이다. 일차의료를 시작단계에서부터 근시안적으로 단순히 의료비 절감이라는 차원에서만 접근하는 전략은 그간의 정책 추진과정에서 보았듯이 국민과 의료인의 반대에 부딪칠 수밖에 없다. 질적인 일차의료체계 구축을 위해 투입한 재원이 단기적으로는 의료비 증가를 초래할 수는 있으나 미국 「질병관리통제센터(CDC)」³⁵⁾ 등 그간의 수많은 연구결과에 근거할 때 고령사회에서 일차의료는 건강수명의 연장을 통해 총체적으로는 사회적 비용의 증가를 둔화시킬 것으로 확신한다. **보건복지**

35) Jorie C. et al.(2012). Cost-Effectiveness of Health Risk Reduction After Lifestyle Education in the Small Workplace, Center for Disease Control and prevention, Prev. Chronic Dis., 9, pp.110~169.