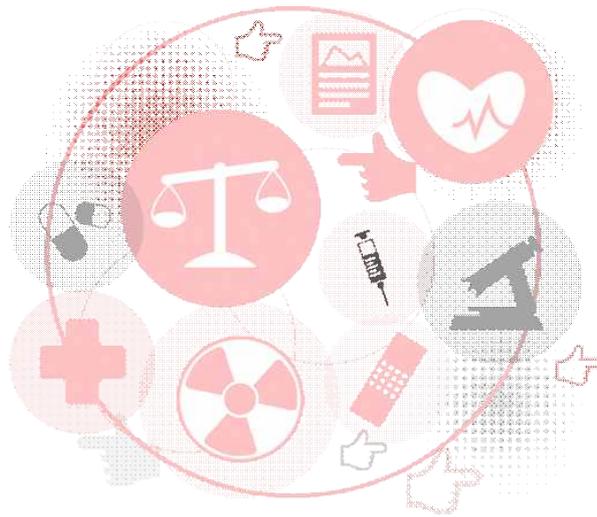




PHI Issue Paper 2016-04

시민건강이슈 2016-04



**일차의료 의사가 본  
한국 일차의료의 문제점과 발전 방안**

모두가 건강한 사회를 만들어가는  
**시민건강증진연구소**  
People's Health Institute



PHI Issue Paper 2016-04

시민건강 이슈 2016-04

**일차의료 의사가 본 한국 일차의료의 문제점과 발전 방안**

출판일           ||     2016년 4월 15일

필자             ||     정 명 관           (정 가정의학과 의원 원장)

펴낸 곳           ||     (사) 시민건강증진연구소  
                          서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층  
                          전화: 02-535-1848       팩스: 02 581-0339  
                          누리집: [www.health.re.kr](http://www.health.re.kr)  
                          전자우편: [phikorea@gmail.com](mailto:phikorea@gmail.com)



## 차 례

§ 에피소드 하나 .....	1
§ 한국 환자는 괴롭다 .....	3
§ 한국 일차의료의 현실 .....	5
§ 일차의료와 주치의 제도에 대한 국민과 의사의 입장 .....	7
§ 한국 일차의료의 문제점 .....	10
§ 한국 일차의료의 발전 방안 .....	12



## § 에피소드 하나

필자의 아버지는 1924년생이시다. 올해 우리 나이로 93세가 되셨다.

지팡이를 짚긴 하지만 아직 보행도 하시고, 시력도 청력도 좋으시고 식사도 잘 하시고 말씀도 잘 하시고, 깜박깜박 하시는 면이 있긴 하지만 기억력도 보존되어 있고 사람을 분간할 줄도 아신다. 얼마 전에는 서울에서 가족들이 모여 생신 모임을 가졌다. 아버지께서는 이 모임을 위해 부산에서 기차를 타고 서울로 올라 오셨다. 4개월 전의 고관절 골절 수술로 이제는 서울 나들이가 힘들 것으로만 여겼던 우리들에게는 여간 다행한 일이 아닐 수 없다.

지금까지 아무런 병도 앓지 않고 건강하게만 지내셨나 하면 그렇지 않다. 젊었을 때는 하루 두 갑씩 담배를 피는 골초였던 때도 있었고 (담석증 수술 이후 딱 끊으셨다), 60세가 넘으면서부터는 담석증 수술을 시작으로 3-4년 주기로 온갖 질병을 다 앓으셨다. 현대의학의 혜택을 많이 받으셨다.

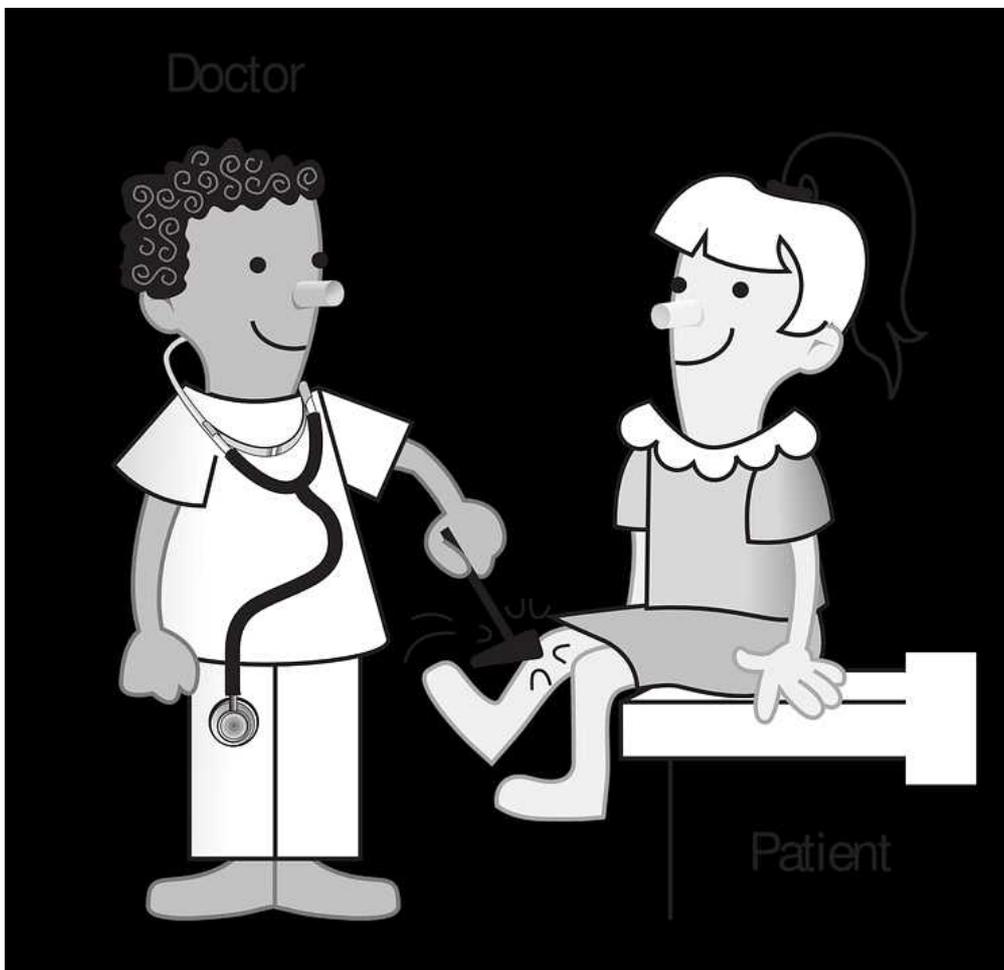
꼭아 보자면 고혈압, 뇌졸중 두 차례, 담낭과 담관 결석, 교통사고로 인한 다발성 골절, 위암, 고관절 골절... 내과, 신경과, 외과, 정형외과 등 신세를 끌고루 지셨다. 아마도 현대의학이 아니었다면 지금까지 살아 계시지 못하셨거나 병상에 누워 꼼짝도 못하셨을 수도 있다.

그런데 아버지께서는 현대의학과 함께 좋은 주치의도 있었다. 그건 바로 가정의학과 전문의인 아들이었다!

평소 질병을 관리하다가 적절한 때에 적절한 병원으로 의뢰하고, 급성기 치료 후 다시 관리하는 주치의가 있었다. 아버지는 한번 신경과에 뇌졸중으로 입원했다고 해서 주야장천 대학병원 신경과에 다니지 않으셨고, 위암 수술을 받으셨다고 해서 주야장천 대학병원 외과나 내과 외래로 다니지도 않으셨다. 정형외과는 말할 필요도 없다. 짧게는 2개월 길게는 6개월 정도 급성기가 지난 후 질병 관리는 주치의가 했다. 중복되는 약이 없도록 조절하고 필요 없는 약은 줄이고, 주기적으로 필요한 검사를 하는 것은 주치의의 몫이었다. 이런 것들은 어떤 전문의라도 제대로 해주기 힘들다.

아버지는 무슨 병은 무슨 과를 찾아 가야 하는지 머리 싸매고 고민하는 일도 하지 않으셨다. 그런 것은 필요한 경우 주치의가 결정해 주기 때문이다. 여러 과를 돌며 치료받고 있지도 않으시다. 나이가 들면서 생긴 피부건조증으로 인한 가려움증이나 면역력 저하로 생긴 발톱 무좀, 전립선 비대증, 골다공증 치료나 예방접종 같은 것도 모두 주치의의 몫이었다.

현대의학은 발전해야 한다. 그러나 그것만으로는 부족하다. 마치 수레의 양 바퀴처럼 환자의 건강을 전반적으로 관리하고 환자가 아플 때 제일 먼저 찾아가 의논하고 지속적으로 관리해 줄 주치의도 존재해야 한다. 둘 중 어느 하나라도 없으면 의료비용이 급상승하거나 과잉진료를 받거나 부적절한 의료 서비스를 받게 되거나 하기가 쉬워진다.



## § 한국 환자는 괴롭다

건강 문제가 생겼을 때 환자들이 제일 먼저 하는 고민은 ‘이거 어느 병원, 혹은 어느 과를 찾아 가야 하는 거지?’이다. 겨우 겨우 병원을 찾아간다 해도 의사의 전문과목이나 경험 여부에 따라 다른 진료를 받게 되는 경우가 많다. 내과계 병의원을 찾아갔다면 약물 요법을 권유받을 것이고, 처음 찾아간 곳이 외과계였다면 수술이나 시술을 권고 받을 수도 있다. 한마디로, 표준화가 되어 있지 않고 의사의 경험에 따라 다른 치료를 권고받을 수 있다.

또한 병의원이 많고 서로 경쟁적이다 보니 치료비에 대한 불신도 생길 수 있다. 과연 이 검사를 꼭 해야 하는 것인지, 이 치료가 적정한 것인지 의문이 생길 수도 있다. 그러나 환자는 의료에 관한 지식이 부족하기 때문에 그것을 정확하게 판단할 수 없다. 그냥 반신반의 하면서도 의사가 권하는 검사나 치료를 받을 수밖에 없다.

그러다보니 아예 처음부터 큰 병원으로 가면 괜찮은 진료를 받을 수 있을 것 같아 무조건 큰 병원이나 대학병원만 신뢰하는 사람들도 있다. 하지만 똑같이 생각하고 큰 병원으로 가는 사람들이 많기 때문에 대형병원은 언제나 미어터지고 3시간 기다려 3분 진료를 받는 일이 비일비재하다. 더구나 요즘은 대형 병원도 경영난 때문에 실적 경쟁을 하기 때문에 이래저래 고가의 검사나 시술, 혹은 수술을 받는 일도 많아진다. 수백 만 원이나 한다는 건강검진의 고급화와 갑상선암 검진으로 대표되는 과다 검진, 오남용이 우려되는 통증 주사, 척추 수술 같은 경우가 대표적이다.

동네 의원에서 진료를 받고 중병이 의심되어서 큰 병원으로 전원되어도 그 뿐이다. 진료의뢰서 한 장을 달랑 들고 환자 스스로 물어 물어 용하다는 의사를 찾아가야 한다. 새로운 병원에서도 무슨 검사를 하는지 무슨 치료를 받는지 자세히 알지도 못한다. 한 마디로 환자는 자신의 힘으로 모든 걸 알아서 해결해야 하는 의료 미아 신세가 된다. 큰 병원에서도 치료가 끝나도 계



환자가 길을 잃게 만드는 의료체계



속 여기를 다녀야 하는지 이제 그만 다녀도 되는 것인지 알지 못하는 경우가 많다. 동네 의원과 큰 병원의 연계는 대개 없는 경우가 많고, 환자는 자신의 병력을 스스로 관리하고 다녀야 한다. 여러 가지 질병으로 여러 과를 다니고 있는 경우라면 약물 가짓수가 늘어나기 쉽고, 그것을 통합적으로 관리하기가 어려운 경우가 많다. 그러나 대부분의 의사들은 당장 눈앞의 문제나 자신의 전문 분야 문제만 보게 되므로 환자의 어려움은 커질 수밖에 없다.

이런 점들 때문에 한국 사회의 환자들은 무슨 건강 문제만 생기면 가족이나 친척, 친구, ‘친구의 친구’라도 아는 의사가 있는지 묻고 다닌다. TV나 잡지에서 무슨 건강 뉴스나 건강식품 광고라도 나오면 솔깃해서 그걸 찾아다닌다. 의료 이용의 무제한적 자유가 있는 것처럼 보이지만, 사실은 신뢰하고 이용하는 주치의는 없기 때문에 벌어지는 일들이다.

## § 한국 일차의료의 현실

환자만 괴로운 것이 아니다. 사실은 의사들도 괴롭다.

혼란과 경쟁에 휩싸인 의료체계, 과잉진단, 과잉검사, 과잉치료, 3분진료, 환자도 의사도 만족하지 못하는 의료제도... 우리 일차의료의 현실이다. 말도 많고 탈도 많다.

우리 사회 일차의료의사의 불만은 크게 두 가지다. 의료 수가가 낮다. 그러다보니 수입을 벌충하기 위하여 짧은 시간에 많은 환자를 진료해야 하고 근무시간이 길다. 의학적으로 검증되지 않거나 고가의 검사나 치료, 자신의 전문 분야가 아닌 진료를 하는 경우도 있다.

이것은 환자에게도 불만으로 다가온다. 의사가 내 얘기를 자세히 듣고 나를 꼼꼼하게 진료해주길 원하고 자세하게 설명해 주길 원하는데, 현실은 1시간 기다려서 의사 얼굴을 3분밖에 못 보고 있다.

요즘 일차医료를 살린답시고 이런저런 말들을 많이 하지만 근본적인 틀은 못 건드리고 여기저기 덕지덕지 덧대어 수리만 해대는 모습이다. 개원 의사들도 환자를 한 사람 한 사람 찬찬히 보고 싶다. 그리고 공무원들처럼 주 5일 근무하고 휴일엔 가족과 쉬고 싶다. 그러려면 하루 8시간 주5일, 주 40시간을 근무하고도 생활이 될 수 있게 수가체계가 조정되어야 한다. 초진일 경우 15분 이상, 재진은 10분 정도는 봐야 환자를 제대로 볼 수 있다. 그러려면 하루 30명을



“의사도 힘들다”

넘어서는 안 된다. 이렇게 했을 때 1만 원 남짓한 수가로는 한 달 수입이 600만 원 정도가 된다 (하루 30만 원 x 20일). 직원 2명 월급이 최저로 해도 300만원이 넘고 (예약 담당자 한 명만 둔다고 해도 200만 원), 임대료 150만원, 개원비용 2-3억 원에 대한 이자 100만 원, 공과금 50만 원

등 비용을 빼고 나면 의사가 집에 가져갈 돈은 없다. 현행 수가로 개원의가 먹고 살려면 환자를 많이 봐야 하고 비급여 진료도 해야 하고, 검사도 수술도 많이 할 수밖에 없다. 보험 진료로 병원 운영이 어려워지니까 성형이나 피부미용 등으로의 전업도 많아지게 된다.

게다가 환자들이 자유로이 의료기관을 이용할 수 있고 모든 전문 과목 의사들이 자유로이 개원할 수 있기 때문에 경쟁이 심하다. 의원과 의원 뿐 아니라 의원과 병원, 병원과 병원 간 경쟁도 심하다. 환자에게 즉각적인 효과를 보여주지 않으면 금방 다른 의료기관으로 떠나 버린다. 그래서 장기적인 치료 계획보다는 금방 효과를 볼 수 있는 치료에 골몰하게 되고, 주말도 없이 환자가 있든 없든 병원 문을 열고 지키는 경우가 많다. 치질 수술을 하는 병원의 경우, 환자가 오면 당일 바로 수술하자고 하는 경우도 많다고 한다. 다른 경우도 마찬가지다.

장기적 전망이 불투명하고, 저수가로 인해 지나치게 바쁘게 일해야 하고 경쟁적 환경에서 스트레스를 받으며 의사 본연의 모습을 지키기도 힘든 것이 한국 사회 일차의료기관의 슬픈 현실이다.

## § 일차의료와 주치의 제도에 대한 국민과 의사의 입장

일차의료의 해법을 주치의 제도에서 찾고 있으므로 일차의료와 주치의 제도에 대한 국민과 의사들의 입장을 살펴보자.

일차의료에 대한 환자들의 불신은 앞에서 살펴본 것처럼 한국 사회의 현행 의료제도에서 그 이유를 어느 정도 찾을 수 있다. 의사와 환자와의 관계가 장기적이고 지속적이고 포괄적이지 않고, 게다가 진료시간도 짧고 일시적인 문제들에 초점을 맞추는 경향이 있다 보니 아무래도 의사의 진료보다는 검사에 더 신뢰를 보내게 된다. 장비의 고급화라든지 의료진의 전문성에서는 아무래도 일차의료기관이 대형병원과 경쟁할 수가 없다. 즉 일차의료기관의 특색이 없이 의원과 의원, 의원과 병원이 상호 경쟁하는 현 의료체계에서는 본질적으로 대형병원으로의 쏠림을 막을 방법이 없는 것이다. 대학병원의 응급실이 항상 포화 상태고, 외래 진료를 자꾸 늘리고, 검진을 고급화 하는 이유가 다 그 때문이다.

의원과 병원의 역할을 분리한다고 해도 지금처럼 모든 전문 과목의 개원을 자유로이 허용하는 방식에서는 여전히 의원과 병원의 차별화를 꾀할 수가 없다. 단지 각 과목의 전문의가 의원으로 개원해 있느냐 아니면 병원에서 일하느냐의 차이만으로는 병원의 시설을 의원이 따라가기 어렵기 때문이다. 또한 이런 환경에서는 설사 일차의료에 적합한 수련을 받고 개원을 했다고 해도, 환자들이 쉽게 전문의에게 갈 수 있기 때문에 일차의료 의사는 본래의 역할에 충실하기 힘들다.

의원과 병원의 역할을 확실하게 분리하기 위해서는 의원급은 일차의료 의사가 일하면서 주치의 역할을 하고, 단과 전문의들은 병원에서 일하면서 의뢰받은 환자들을 진료하는 방식이 되어야 한다. 그런데 이렇게 되면 환자들은 자신들의 자유로운 의료 쇼핑과 의사선택권이 제한 받지 않을까 우려한다.

하지만 환자가 자유로이 의사와 병원을 선택할 수 있다고 해서 그것이 곧 올바른 의료선택을 한 것은 아니라는 점을 알아야 한다. 정보가 너무 많은 것은 정보가 없는 것과 마찬가지로. 자유롭고 경쟁적인 의료 시장, 환자의 자유로운 의료기관 선택이 결합하면 어떤 경우엔 필요 이상의 의료 과소비가 이루어지고, 어떤 경우엔 필요하지만 검사나 치료를 받지 못하는 미충족 의료 발생한다. 이것을 바로 잡아 주는 역할을 하는 것이 일차의료기관의 주축이 되는 주

치의의 역할이다. 즉 똑같은 비용이 들더라도 필요 없는 의료 소비는 줄이고 필요한 의료는 부담 없이 받을 수 있게 함으로서 환자의 합리적인 의료를 이끌어줄 수 있는 것이다.

의사들이 주치의 제도에 대해 반대하는 이유는 비교적 쉽게 유추할 수 있다. 우선 의사들의 경우, 자신이나 가족이 의료소비자(환자)가 되었을 때, 주치의 제도 하에서 기다림과 단계를 밟아가며 전문의 진료를 받는 것을 견디기 싫어한다. 의사들의 경우, 전문 분야를 막론하고 그 래도 의료지식이 있으며 문의할 동료도 있어서 적절한 전문의와 의료자원을 손쉽게 찾고 활용할 수 있다. 그래서 이들에게는 지금처럼 자유로운 접근이 가능한 제도가 훨씬 나올 수 있기 때문이다.

예를 들면 종합병원에 근무하는 의사의 경우, 만일 코가 막히거나 이명이 생기면 출근해서 이비인후과 동료에게 물어볼 수 있다. "내가 어제부터 귀에서..." 자기 아이가 다리를 빼었다면 병원으로 오라고 해서 정형외과 진료를 보라고 예약해 놓을 것이고, 아내가 두통이 생겼다고 하면 신경과 동료에게 예약을 해놓고 진료를 받게 할 수 있다. 개업한 의사도 비슷하다. 자기가 해결할 수 있는 문제는 자기가 해결할 것이고, 종합병원마다 각 과에 아는 의사 동료가 있고 개업한 각과 전문의 동료도 있으니 자신이나 가족 진료에 불편할 일이 거의 없다.

한 마디로 그동안 주치의가 없다고 해서 의사들이 불편한 것은 별로 없었다는 이야기다. 불완전하나마 일차의료 의사의 역할을 스스로 했기 때문이다. 하지만 안타깝게도 이것은 90% 이상의 대다수 국민들에게 적용되는 이야기가 아니다. 그들은 정보도 부족하고 돈도 부족하다. 그래서 자주 엉뚱한 치료나 과잉치료를 받기도 한다. 챙겨주는 의사가 없으므로 치료가 필요하지만 여러 가지 이유로 치료받지 못하는 경우도 생긴다. 꼭 필요한 것이 누락되거나 자세한 설명을 해 줄 사람이 없어 스스로 찾아다녀야 한다. 앞에서 얘기한 것처럼 무슨 일만 있으면 친구든 친척이든 아는 의사를 찾아다니는 이유가 그 때문이다. 상상이 잘 되지 않는다면 시골에 홀로 사는 연로하신 부모님이 자신의 도움 없이 병의원을 이용해야 하는 상황을 생각해 보면 된다. 현재의 한국 의료체계에서 안심하고 그냥 놔둘 수 있는지?

이제는 의료 ‘공급자’ 입장에서 생각해 보자.

첫째로 우리 사회에서는 대부분의 전문의들이 자유롭게 개원할 수 있고, 실제로 개원 의사의 90% 이상이 전문의이다. 이러한 환경에서 주치의제도를 시행한다는 것은 의료 환경의 대변화가 일어난다는 것을 의미한다. 점진적으로 전문의의 자유로운 개원이 제한되고 일차의료

의사가 아닌 개원 전문의들의 진료 환경에 변화가 일어날 수밖에 없는데, 이것이 불안을 초래할 수 있다.

둘째, 현행 수가 체계는 ‘행위별 수가제’라고 해서 진료행위 (검사나 치료 등) 하나하나마다 비용을 받게 되어 있다. 따라서 더 많은 환자를 보고 검사나 수술을 많이 해서 진료량을 늘릴수록 수입이 늘어난다. 하지만 주치의 제도를 시행하게 되면 부분적이거나 인두제(등록환자 1인당 받는 진료비)나 포괄수가제(폐렴이나 맹장수술처럼 질병마다 정해진 진료비)가 적용되어, 의사들이 원하는 대로 수입을 올릴 수 없게 된다. 여기에 더해, 그동안 정부 정책에 대한 불신이 쌓여온 의사들로서는 주치의 제도를 시행하면 현재보다 수입이 감소하지 않을까 하는 불안에 시달리고 있는 것이다.

그런데 바로 이것 때문에, 의사들이 종합병원에서는 실적 경쟁에 시달리고 개원의들은 생존 경쟁에 내몰려 교과서적 진료를 할 수 없는 상황에 내몰리고 만 것이다. 때로는 의사로서 대접받지 못하고 이윤에 눈 먼 장사치로 여겨지는 수모를 당하기도 한다. 많은 의사들이 딜레마에 빠져 있다.



## § 한국 일차의료의 문제점

우리 사회 일차의료의 문제점으로 크게 두 가지를 꼽을 수 있다. 문제를 정확히 파악해야 개선책을 찾을 수 있다.

첫째는 모든 전문 과목의 전문의가 자유로이 개원할 수 있는 환경이고, 둘째는 일차의료기관의 질 관리 문제이다. 사실 이 두 가지는 서로 관련 있다.

첫 번째 문제부터 살펴보자.

가정의학과야 당연하지만 내과도 개원하고 외과도 개원하고 소아과도 개원하고 이비인후과, 비뇨기과, 심지어 신경외과와 흉부외과도 개원하는 것이 한국 사회다. 당연히 설비에 투자를 많이 하고 그들의 경쟁상대는 2차 병원의 전문의들이 된다. 더 나쁜 점은 전문 과목 이외의 환자들도 진료하기 때문에 어떤 부분은 과잉진료가 되고 어떤 부분은 제대로 된 진료가 어려울 수도 있다는 점이다. 일차의료에 대해 실망하거나 일차의료의 질을 믿지 못하거나 일차의료에 대한 오해가 여기에서부터 시작된다. 각과 전문의들이 개원하여 2차 병원의 전문의들처럼 진료하면서, 말로는 개원의이고 의원이니까 일차의료라고 한다. 진료 형태와 의료전달체계를 구분하지 못하고 있는 것이다. 이러니까 일차의료도 제대로 이루어지지 않고, 중소병원이 설 리도 없어지는 것이다.

이러한 상황에서 대학병원 교수가 은퇴 후 혹은 사직 후에 류마티스 전문 의원, 위장관 전문 의원, 당뇨/갑상선 전문 의원, 어깨관절 전문 의원을 개원하여 환자가 미어터지는 모습을 ‘성공적인 개원’ 사례라고 소개하면서 개원가의 질이 높아졌다고 보도하는 경우를 가끔 본다. 의료전문기자도 그렇게 보도하고 의사들도 그렇게 생각하며 부러워하는 경우가 많으니, 일반 시민들이야 당연히 그렇게 생각할 것 같다. 그런데 이는 분명히 바람직하지 않은 현상이다. 의료전달체계가 망가지고 일차의료는 바로 서지 않고 의원과 병원이 역할 분담 없이 자유로이 경쟁하는 한국사회의 특수한 환경에서 생겨난 기형적인 모습이다.

일차의료 의사는 일차의료 의사의 역할을 충실히 이행하고, 전문의들은 자기의 역할을 충실히 이행하여 상호 보완하면서 의료 시스템이 건강하게 돌아갈 수 있도록 해야 한다. 일차의료 의사는 주치의 역할을 하고 전문의는 병원에서 일하는 것이 바람직하다.

일차의료의 수준이 낮다고 생각하여 큰 병원이나 유명의사를 찾게 되는 사람도 많은데 이것은 일차의료의 역할과 전문의료의 역할을 혼동하여 생기는 일이다.

두 번째, 일차의료기관의 질 관리 문제를 살펴보자.

전문의들이 개원하여 자신의 전문영역 진료를 해대는데 일차의료 의사가 자라날 토양은 없다. 또한 똑같은 전문의들이 개원가에도 있고 2차 병원에도 있고 3차 병원인 대학병원에도 있다면 어디에서 진료를 받고 싶을까? 이왕이면 시설과 인력 면에서 3차병원을 선호할 수밖에 없다. 우리 사회 일차의료기관이 환자들에게 불신을 받고 있는 이유를 살펴서 개선하지 않으면 그 흐름을 바꿀 수 없다.

일차의료 의사는 주치의로서 담당 환자들의 일반적인 건강 상태를 살피고 예방 업무에 주력해야 한다. 또한 만성 질환 관리와 기타 급성기 질환 치료에 힘쓰고 그 범위를 넘어선 경우, 혹은 필요하다면 2-3차 의료기관 전문의에게 의뢰하여 진료를 받도록 해야 한다.

또한 전국 방방곡곡 일차의료 의사들의 질이 균등하게 향상되도록 정기적인 교육과 정보 제공이 체계적으로 이루어져야 한다. 의료의 질 관리는 국가적으로, 그리고 전문인 협회에서 조용하게 그러나 아주 강도 높게 꾸준히 이루어져야 한다. 일차의료 의사의 경우라면 무엇 무엇은 반드시 해야 하는 업무라고 명시하여 표준화하고, 매년 40시간 이상의 연수가 이루어져야 하고 그에 합당한 수가가 책정되어야 한다. 개개인의 개별적인 노력만으로 이루어지는 것은 아니다.

1차 의료기관과 2-3차 의료기관에 종사하는 의사의 역할 분담이 안 되어 있고 일차의료의 질 관리도 하지 않으면서 큰 병원과 전문의만 선호하는 현상이 우리의 현재 모습이다. 질 관리가 되지 않으니까 큰 병원의 전문의가 나올 것이라 생각하고 큰 병원과 전문의만 찾는 것이라고 생각할 수도 있다. 일차의료와 전문의료는 역할 자체가 다르다는 것을 명심해야 한다. 단과 전문의는 일차의료 진료(주치의 진료)를 잘 할 수 없다.

## § 한국 일차의료의 발전 방안

사실 일차의료의 발전 방향이라고 말하는 것은 무의미하다. 일차의료와 공공의료, 병원(전문) 의료, 의대 교육과정, 전문의 양성과정, 그리고 의료 수가 등이 모두 밀접하게 연관되어 있기 때문이다. 이상적인 목표를 설정했다고 해도 현재 상황과 너무 차이가 나면 그 과정으로 가기까지의 연착륙 과정을 단계적으로 고민해야 한다. 그래야만 의사들의 반발을 최소화하면서 협력 관계를 이끌어낼 수 있기 때문이다.

필자는 일차의료 의사들이 검사나 수술보다 환자의 문진, 시진, 촉진 등 ‘진찰’로 먹고 살 수 있어야 한다고 생각한다. 일차의료 의사들이 의료기기에 과잉투자 하지 않고, 내시경 검사나 초음파 검사 같은 것도 종합병원의 소화기 전문의나 영상의학과 의사에게 의뢰하는 것이 맞다고 생각한다. 그것이 과잉투자도 막고 진료의 질도 유지할 수 있는 길이라 생각한다. 당연히 수술도 병원에서 해야 안전하다고 생각한다. 수술 후 관리 등 여러 인력과 장비가 필요하기 때문이다. 굳이 개원의가 전신마취나 정맥마취, 척추마취를 요하는 수술을 해야 한다면 개방형 병원 시스템을 활용하면 된다.

일차医료를 제대로 세우는 문제와 개원가를 살리는 문제는 좀 다른 것임을 지적하고 싶다. 일차医료를 제대로 시행하려면 동질한 일차의료 의사가 최소 30% 이상 있어야 한다. 우리 사회에서 여기에 비교적 근접한 의사로는 가정의, 일반내과의, 소아과의, 그리고 2년 이상 일차 진료에 종사한 일반의(외과, 산부인과 등 일차의료에 종사하고 있는 전문의 포함)를 포함할 수도 있을 것이다. 그 이외 개원 전문의들의 문제는 일차의료 살리기와는 다른 문제인 것 같다. 일차의료 살리기와 개원의 살리기의 개념이 혼동될 때 엉뚱한 길로 가게 된다. (정부와 개원의들이 일차의료 살리기라고 할 때도 다른 의미로 말하는 것 같다) 무조건 의원급 수가 인상을 하면 된다는 발상은 대개 그러한 오해에서 비롯된다. 개원한 전문의는 일차医료를 하고 병원에서 근무하는 전문의는 2차 의료라고 구분할 수는 없다. 둘 다 2차 의료, 전문 의료이다. 2차医료를 받기 위해서는 일차의료 의사의 의뢰를 받는 것이 합당하다.

정리하자면, 일차医료를 바로 세우기 위해서는 개원의는 일차의료 의사로서 환자의 주치의 역할을 하고, 전문의는 병원에서 근무하는 것이 바람직하다고 생각한다. 하지만 전문의가 90%



이상이나 되고 각과 전문의들이 개원해 있는 현재 상황에서, 그러한 방향으로 가기 위해서는 10년 이상의 기간과 정교한 정책적 조율이 필요하다.

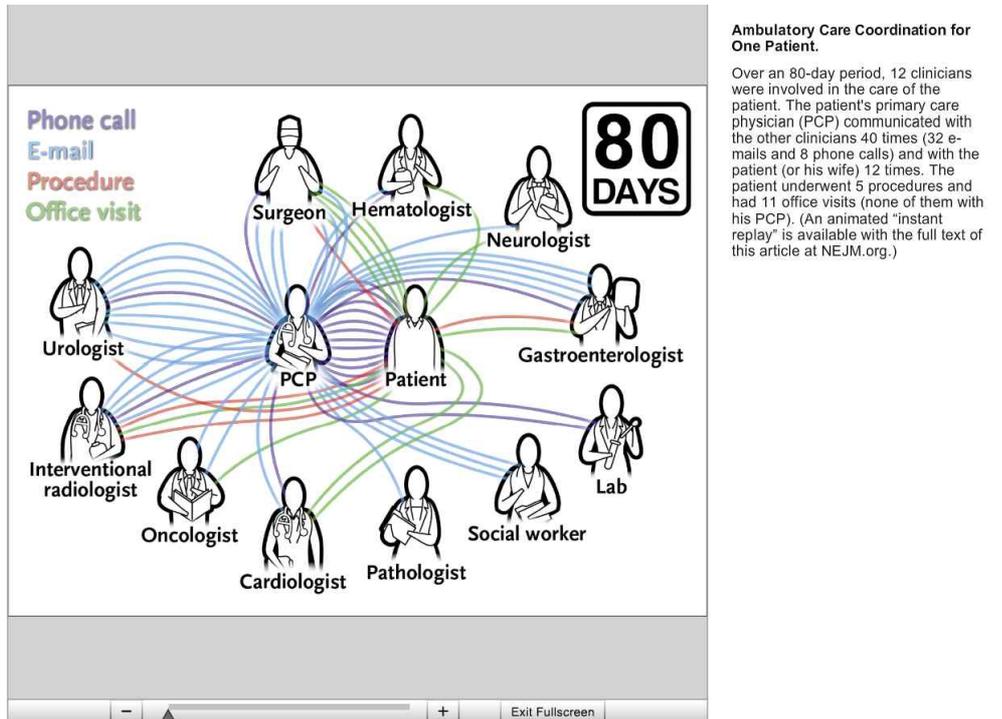
초기에는 시민들에게 주치의를 두도록 장려하고 준비된 개원의들에겐 주치의 역할을 하도록 권장하고 혜택도 준다. 이미 개원해 있는 이비인후과, 정형외과, 비뇨기과 개원의 등의 전문의 진료도 지금처럼 허용한다. 다만 전공의 정원을 대폭 조정하여 일차의료 의사 배출은 늘리고 각과 전문의는 줄인다. 각 과별 전공의 인력이 줄어드는 부분은 전문의 채용으로 보완하고 이에 맞게 입원 수가 등의 조정도 필요하다.

중기에는 일차의료 전문 의사가 본격적으로 배출되는 만큼 시민들에게 주치의를 두도록 보다 적극적으로 장려한다. 주치의를 두는 시민과 주치의 역할을 하는 일차의료 전문 의사에 대한 인센티브도 강화한다. 개원한 각 과 전문의는 희망에 따라 소정의 교육을 이수한 후 주치의로 전환하거나, 병원 전문의로 전환하거나, 개업 전문의 역할을 수행한다. 병원 외래 진료는 점차 축소해 나간다.

말기에는 대부분의 시민들이 주치의를 두도록 하고, 병원 진료는 주치의의 의뢰를 통해서 받도록 한다. 주치위에 대한 연례 교육을 강화하고 일차의료 전문의사 양성 시 일차의료 현장에서 수련받는 기회를 늘려 나간다. 개업 전문의는 극소수가 남게 되고 이후 전문의는 병원에서 근무하는 것을 원칙으로 한다.

일차의료의사가 동질화되면 좋은 점이 많이 있다.

지나친 경쟁과 시설 투자를 줄일 수 있고 지금까지 소홀히 해왔던 예방 의료에 집중할 수 있게 된다. 환자에게도 좋지만 지나친 경쟁으로 몸살을 앓아왔던 의사들도 안정된 환경에서 일할 수 있으므로 좋은 일이다. 또한 주치위에 의한 문지기 역할로 의료 남용이 줄어들고 반면에 의료 소외 계층에 대한 의료 제공을 늘릴 수 있게 된다. 주치위에 의한 조정 역할로 환자는 전문 의료 시술 이후에도 주치위와 여러 가지 문제를 통합하여 상의할 수가 있게 된다 (그림 참조). 아는 의사를 찾아 헤매거나 의료 미아가 되지 않는 것이다. 국가적으로는 해외 유입 감염병 등이 우려될 때 전국 주치의들에게 정보를 제공함으로써 든든한 방역망을 구축할 수가 있다.



“일차의료 의사(PCP)에 의한 환자 진료 조정 사례”

지역 사정에 따라 차이가 있겠지만 아주 시골이 아니라면 일차의료 의사들이 단독 개원하여 근무하기보다는 4~6명씩 한 곳에 모여 집단 개원하는 것도 바람직하다고 생각한다. 그러면 그곳에 방사선기사 1명, 임상병리사 1명이 근무할 수 있고 직원도 10명 이내로 충분할 것이다. 의료기기와 인력의 효율적 운용이 가능해진다. 시골 지역이라면 자동차로 2-30분 이내 거리에 그런 시설을 보유할 수 있을 것이다.

무엇보다도 주치의는 아픈 환자 뿐 아니라 건강한 사람, 질병은 없지만 고위험군에 속한 주민까지 관리하는 역할을 할 수 있기 때문에 빈틈없이 국민건강을 지키는데 도움이 된다. 담당 환자에 대한 전화 상담을 하고, 거동이 불편한 환자일 경우 주치의가 왕진도 하게 되므로 지역 주민에게 여러 모로 도움이 될 것이다. 진료 시간 이후나 주말에는 주치의들이 돌아가면서 당직 업무를 본다면 환자들이 응급실로 몰리는 일이나 의료 공백사태는 일어나지 않을 것이다.

이런 일차의료 기관은 공적 역할을 하는 것이므로 일차의료 전문의사 양성에 국가는 일정 부분 책임을 져야 한다. 대부분의 일차의료 강국들이 그렇게 하고 있다. 수련비용이나 개업비용, 그리고 유지비용의 상당 부분을 국가가 보조하는 것이 바람직하다. 그럴수록 일차의료 의사들도 자영업자라는 생각보다는 공익에 종사한다는 자세로 일할 수 있을 것이다. 수익 창출

을 위해 시행하던, 검증되지 않았거나 비용 대비 효과가 낮은 의료 행위가 줄어들어는 것만으로도 시민과 국가는 그 혜택을 볼 수 있다.

일차의료 의사 6명이 근무하는 일차의료 센터가 전국 250개 시군구에 각각 20개씩, 총 5,000개소가 되고 일차의료에 종사하는 일차의료 의사가 3만 명 정도 된다면 해볼 만하지 않을까? 그런 연후에 차차 시군구마다 30개씩, 전국에 7,500개소 정도, 일차의료 의사 4만 5천 명과 병원에서 근무하는各科 전문의 4만 5천 명 이렇게 양분한다면 이상적인 의료체계가 확립될 수 있을 것이다.

몇 년 후면 한국도 인구의 14%가 65세 이상이 되는 ‘고령사회’가 된다. 10년 후엔 인구의 20%가 65세 이상이 되는 ‘초고령 사회’가 될 것이다. 노인은 만성 질환 유병률이 높고 여러 가지 질환을 동시에 가지고 있으며 딱히 질병이라고도 할 수 없는 노쇠 현상 등 복잡한 건강 문제들이 많다. 즉각적인 수술보다 천천히 관리해야 하는 것들이 대부분이다. 일차의료 강화로 이에 적절히 대비하지 않으면 증가하는 의료비를 감당하기 어렵고 노인들의 고통도 늘어날 것이다.

어떤 제도든 도입이 되고 안착하려면 최소 10년이 걸린다. 하물며 문제가 복잡하게 얽혀 있는 의료제도의 개선에는 더 많은 시간이 걸릴 수도 있다. 지금과 같은 의료의 개별화, 상업화로 이 문제를 해결할 수 없을 뿐 아니라 건강 불평등을 악화시킬 가능성이 높다. 빠른 정책적 결단이 필요한 시점이다.

시민건강이슈는...

시민건강증진연구소의 상근연구원 뿐 아니라

회원/비회원도 필자로 참여할 수 있습니다.

제기하고 싶은 주장, 함께 대안을 모색하고 싶은 문제가 있으면,  
논점을 정리하여 제안해 주시기 바랍니다.

사단법인 시민건강증진연구소

§ 주소 : 서울시 동작구 사당로 13길 36, 2층

§ 전화 : 02-535-1848 § Fax : 02-581-0339

§ 누리집: <http://health.re.kr> § 전자우편: [phikorea@gmail.com](mailto:phikorea@gmail.com)

§ 후원계좌 : 하나은행 199-910004-60804 (사)시민건강증진연구소