

# 1次醫療의 發展方向

宋 建 鏞\*

1차의료의 발전은 보건의료공급구조, 소비자 및 의료공급자의 행위, 의학교육 등에 걸친 광범한 변화를 요구하는 정책과제이다. 이 논문에서 21세기 보건의료를 질병과 건강, 보건의료공급체계, 국민의료비로 구분하여 전망하면서 1차의료의 중요성이 기술되었다. 이러한 전망하에서 1차의료의 개념, 기능, 내용에 비추어 보건의료공급체계의 난맥상, 무질서, 의료기관간 경쟁·대립관계, 전문의 지향적 의학교육 등으로 인하여 1차의료의 공백상태임을 밝히고 있다.

21세기를 대비하여 장기적 계획하에 단계적으로 가능한 방법부터 실천에 옮겨야 할 것이다. 이를 실천하는데 있어서 먼저 정부의 주도적 역할을 기대하고 있다. 즉 GP양성, 기존 개업전문의의 GP화를 위한 보수교육 등을 위한 과감한 재정투자 및 병행하여 환자교육 및 1차의료의 유인(誘因) 등이 제안되고 있다.

## I. 21世紀 保健醫療의 展望

21세기는 10년도 안되는 시기에 맞이한다. 21세기란 용어는 마치 큰 변화를 통해 새로운 국면이 전개될 것이라는 막연한 기대와 희망을 주기도 한다. 여기서 21세기 보건의료를 전망코자 하는 것은 보건의료부문의 변화는 향후 적어도 10년 또는 20년을 내다보고, 동시에 과거를 돌아보고 오늘의 문제가 검토되고, 앞으로 어떤 변화를 시도한다면 이 변화는 장기적 안목에서 단계적으로 실시되어야 한다고 보기 때문이다. 이와같은 관점에서 1차의료와 밀접한 연관성이 큰 3개 요인인 질병과 건강, 보건의료공급체계, 국민의료비 등을 중심으로 검토하였다.

### 1. 疾病과 健康

보건의료(health care)의 목적은 건강의 증진에 있음을 누구도 의심하지 않는다. 그러나 보건의료체계는 주로 질병을 취급했고, 건강을 별로 다루지 않았다고 대부분 동의한다. 의료전문직 특히 의사교육은 육체적 병리학과 생물·생리학적 기능의 교란(derangement)에 초점을 두었고, 의료행위의 대부분은 질병의 진단과 치료에 연관된 것이다(Jonas, 1979; Millis, 1971).

흔히 건강은 질병이 없는 상태로 쉽게 생각했고, 실제에 있어서 건강은 질병의 반대개념이라고 간단히 인식했다. 따라서 good medical care는 good health와 같은 개념으로 해석하기도

\* 本院 保健研究室長

하였다.

질병과 건강은 각기 다른 개념이다. 건강은 WHO에 의하여 “질병이 없거나 허약하지 않을 뿐만 아니라 육체적, 정신적, 사회적으로 안녕 상태”라고 정의하고 있다. 그러나 이 정의는 유토피아적이라고 비판되고 있고, 보다 기능적 정의로서 건강을 “유기체(organism)가 전인적으로 잘 작동(well-working)하고 있는 상태”로 제안되기도 한다(Kass, 1981).

질병 또한 흔히 매우 모호하게 정의된다. 질병은 신체의 부분, 기관 또는 체계의 기능이나 구조내 장애(disturbance)에 기인한 대상(subject)에 대한 자극과 스트레스에 대하여 유기체의 적응메카니즘이 충분히 대항하는데 실패한 것으로 정의되고 있다. 즉 질병은 생물학적인 개념이며 기관(organ)이 갖는 어떤 것(something)이지 인간이 전인적으로 갖는 어떤 것은 아니라는 것이다(Cassell, 1976). 따라서 신체의 부분, 기관, 기능 등의 수선이나 기능회복의 합계가 전인적 건강과 일치할 수는 없다.

유사 이래 미생물에 의하여 발생하는 질병은 인간을 괴롭히고 사망의 가장 큰 결정요인이었다. 현재도 감염성질환이 존재하기는 하지만 그 중요성은 감소했다. 전체사망의 60%가 각종 암, 심장질환, 간질환 등 만성질환에 기인한다. 만성질환의 대부분은 그 병인(예: 미생물)이 밝혀지고 있지 않다. 그러나 질병이나 건강에 유전, 환경, 개인의 생활양식(life styles), 빈곤 등이 크게 영향을 주고 있음이 밝혀지고 있다. 그러므로 최근에 건강과 질병의 생물학적인 모형은 크게 도전을 받고 있다. 이 모형에는 사회적, 심리학적, 행동적 요소가 고려되어 있지 않다.

보건의료는 건강에 영향을 주는 하나의 요인에 불과하다. 생물학화적인 어떤 이상(abnormality)의 치료는 필연적으로 건강을 회복하는 것은 아니다(Engel, 1981).

우리가 추구해 왔던 권리로써의 보건의료의 개념은 권리로써의 건강의 개념과 다른 것이다. 전국민 의료보장의 실시로 모든 국민의 의료권이 향유되는 단계에 접근하더라도 중점에 온 것은 아니다. 이제부터는 모든 사람에게 권리로써의 건강이 실현될 수 있어야 한다.

모든 국민의 건강향상을 위하여 질병치료 중심에서 사전적인 건강가치 개발에의 선행적 투자에 정책적 관심을 두고, 1차적으로 건강한 사람의 보호, 2차적으로 건강상태의 불건강으로의 이행억제, 그리고 불건강 또는 질병의 조기 발견 치료를 통하여 건강한 수명의 연장과 사회적, 경제적인 생산적 삶의 향유라는 새로운 차원의 건강수준 향상에 도전해야 할 것이다.

## 2. 保健醫療 供給體系

보건의료는 사회의 특성을 고려하고 사회구성원을 대상으로 해야 한다. 앞에서 지적된 바와 같이 만성질환이 대량살인 및 불구유발자(mass killers and cripples)로 등장함으로써 어떤 경우에 육체적 치유(cures)가 가능하지만 대부분 양호(caring)를 필요로 한다. 보건의료 제공자는 사람들의 현실적 요구(real needs)를 다루어야 한다.

그러나 이러한 요구에 대비한 현재의 의료공급형태는 크게 불만족스럽다고 지적되고 있다(Sidel, 1984). 따라서 보건의료 제공자와 환자간 오해의 가능성은 커지고 있다고 한다(Ebden, 1988). 보건의료체계는 사회가 변함에 따라 변화해야 하며, 이러한 변화에 적응하지 못할 때 보건의료제공자, 특히 의사는 각계 각층으로부터 비판을 받는다.

현재까지 의료정책에서 가장 높은 우선순위를 갖는 정책은 모든 국민에게 의료를 균등하게 효과적으로 공급하는 것이다. 이를 위하여 구미 산업국가에서 과거 20년간 추구해 온 의료정책은

계층적 지역주의(hierachial regionalism)였다 (Fox, 1986). 여기서 계층적이라는 것은 의학 지식과 기술은 의료기관의 종류에 따라 차별화하여 상하의 피라미드 형태로 계층화함을 의미한다. 가장 높은 위치에 있는 교육병원과 의과대학은 질병의 원인과 치료법을 발견하여 그 결과를 하위의료기관에 확산한다. 피라미드 형태에 따라 새로운 의료기술은 아래로 확산하여 새 것은 오래된 것과 교체하여 전체적 의료수준은 향상된다. 지역주의란 지리적 지역(geographic area)으로서 우리나라의 경우에 대진료권 또는 중진료권에 해당한다.

우리나라는 1989년에 전국민 의료보험제도의 실시와 함께 전국을 8개 대진료권, 140개 중진료권으로 구분하고, 의료를 계층화하는 의료전달체계가 확립되었다. 1989~91년의 2년간 의료전달체계의 경험에서 25개 3차진료기관(현재 5개가 증가하여 30개소임)의 환자집중은 여전하고 의뢰된 환자의 약 절반은 환자의 강요에 의하여 마지못해 작성해 준 진료의뢰서를 지참하고 있음을 알 수 있다. 형식은 만들어졌으나, 그 내용은 변화하지 않은 채 의사와 환자는 형식에 맞추어 나가고 있는 것이다. 의료제공자와 환자의 행태가 형식 또는 제도가 목적하는 방향으로 변화되어야 하지만, 이 양자는 이러한 방향으로 변화하지 않는다. 그러므로 의료전달체계는 의사나 환자에게 모두 불만족스러운 것이다.

의료공급체계를 평가하는 기준으로써 기술적 효율성(technical efficiency), 비용-효과(cost-effectiveness), 사회적 효율성(social efficiency), 형평(equity), 그리고 소비자의 선택성(consumer choice) 등이 있다(Brazier 등, 1990). 이 기준에 따라 우리나라의 현행 의료전달체계를 개략적으로 검토하여도 기술적, 비용-효과, 사회적(전체 의료비면에서) 효율은 떨어지고 형평의 실현은 어렵고, 소비자의 선택도 현명하지 못하고 분별

성이 결여되어 있음을 알 수 있다.

이러한 결과는 왜 생겼는가? 그 해답을 찾기는 쉽지 않다. 그러나 近因은 환자의 개인이기주의, 전문직 특히 의료기관 종류별 집단이기주의 등에서 찾을 수 있다. 환자나 의사에 대한 의료전달체계 및 3차진료기관의 1차의료억제 등에 관한 사전조사에서 그 취지와 당위성에 대하여 대부분 동의하였다. 그러나 자신의 문제로와 닿을 때 자신의 이익추구가 우선한다. 의료기관은 진료수입이 우선이며, 환자는 고급의료의 수혜가 우선이다. 필요한 의료를 분별할 수 없는 환자는 3차진료기관을 찾아가 그 곳에 자신을 맡기고 안도하며 만족한다. 보다 더 위중하고 전문적 진료가 필요한 환자에게 기회가 주어져야 한다는 의식은 전혀 없다.

이러한 近因을 잉태한 遠因도 찾아야 한다. 무엇보다 민간의료가 너무 거대하다는 것이다. 의료자원(시설, 인력등)의 85% 이상 또는 의료비로 볼 때 90% 이상을 민간의료가 차지한다. 민간의료의 속성은 “환자 개인은 자신을 위하여 최선의 판단을 한다”고 전제하고, 의료제공자에게 이득이 되는 것은 소비자의 관심이 아닐 수도 있고, 형평의 문제는 조세나 사회보장제도에서 취급되어져야 한다는 것이다(Alan, 1990). 여기서 문제로 삼아야 할 것은 환자는 흔히 불완전한 판단을 한다는 것이다. 그러므로 의사는 환자를 대신하여 중개자(agent)로서의 역할이 필요한 것이다.

이러한 민간의료의 발전과정을 돌이켜 보자. 우리나라 현대의료의 역사는 100년이 조금 넘지만, 歐美사회와 크게 다른 점이 있다. 구미사회는 역사가 오래된 것 이외에 처음부터 입원진료를 전문으로 하는 병원과 환자를 1차적으로 취급하는 의원(우리 식으로 해석한다면)으로 구분되어 각각 발전했다. 그러나 우리나라는 의원이 있었고, 의원에서 입원과 외래진료를 함께

취급했고, 의원이 발전하여 병원이 되고 종합병원이 된 것이다. 우리나라에는 진료를 1차, 2차, 3차로 구별했던 역사도 없고 그럴 필요도 없었던 것이다.

그러나 의료지식 및 기술의 발달과 환자의 요구가 변함에 따라 의원은 병원 및 종합병원으로 규모가 커졌고, 그 기능(입원 및 외래진료)도 함께 발전하였다. 소비자는 고급의료에 관심을 갖게 되고, 높은 질의 의료는 규모가 클수록 높다고 인식하게 되었다. 그러므로 규모는 질과 정비례하는 것으로 확신하여 3차진료기관으로의 무분별한 환자의 집중과 병원의 경쟁적인 환자 유인 현상이 일어났다. 이러한 경쟁과정에서 소비자는 규모가 작은 의원보다 규모가 큰 병원을 선호하고 작은 의원을 불신하기에 이르렀다.

의료의 질과 적절한(appropriate) 의료는 구분되어야 한다. 병원이 전체 의료수요를 충족시키는 사회도 없다. 효율성, 형평, 소비자 선택 등 어느 하나도 성취할 수 없는 비효율성, 선과 악의 구분이 안되는 가치관의 혼란, 난맥상, 무질서, 이런 것들이 오늘의 우리나라 의료공급체계의 특징이다.

21세기를 대비하여 처방은 비교적 간단하다. 의료기관간 역할분담과 차별화(differentiation)이다. 계층적 지역화의 개념에 따라 피라미드의 정점에 위치하는 3차진료기관은 의료기술의 개발, 연구, 교육 그리고 전문적 진료, 진료내용의 세분화 즉 특수클리닉이나 암·심장병센터 등의 설치 운영, 의료기술의 확산을 통해 전체 의료기관의 의료수준 향상 등에 역점을 둔다. 한편 1차의료 특히 민간의료의 1차의료 기능은 획기적으로 강화하여 전체 1차의료의 90% 이상을 담당케 한다. 이러한 역할분담이 없는 한 현행 의료공급체계의 특징적 현안문제를 해결할 수 없고, 질병중심에서 건강중심으로 이행할 수도 없다.

앞으로의 의료는 1차의료 중심으로 갈 수 밖에 없는 추세이다. 이러한 전망에 있어서 Light(1986)가 제기한 미국의 의료변화 전망이 참고가 될 것이다.

의료제공자의 우월성(provider dominance)으로 특징지워지는 provider-driven delivery system은 보험자와 소비자로 구성된 Buyer dominance한 buyer driven system으로 전환한다. 이에 따라 전문화, 분과화(subspecialization), 의료제공자의 자율성 유지의 부산물로 생긴 서비스의 단편화(fragmentation), 비용을 고려하지 않는 최선의 의료 professionally most interesting)는 1차의료, self-care 쪽으로 변화될 것으로 전망된다.

### 3. 國民醫療費

국민의료비는 국민의 총소득 중에서 보건의료를 위하여 지출한 총액이다. 즉 보건의료와 관련된 財貨와 서비스 구입을 위하여 직접적으로 지출한 모든 비용을 합한 것이다.

국민의료비는 의료수요의 증가에 따라 그 규모가 커짐으로써 많은 의료비 지출은 그만큼 의료상태가 좋은 것으로 평가될 수 있다. 그러나 문제는 의료비가 증가한 만큼 건강상태가 향상되지 않는 경우가 많다는 것이다. 불필요한 낭비와 자원의 비효율적 이용 등은 낭비적 지출이다. 또한 의료비 증가율이 소득증가보다 높을 때도 문제가 된다. 우리의 부담범위를 벗어나고 다른 우선순위가 높은 부문의 재화를 의료부문에 투입해야 하기 때문이다.

우리나라의 국민의료비는 급격히 증가했고 앞으로도 지속적으로 높은 증가를 나타낼 전망이다.

<표 1>에서 보는 바와 같이 GNP 중 국민의료비의 비중은 1975년에 3.0%였고, 1990년에는 6%내외, 2000년에는 9.5%로 증가할 전망이다.

이러한 증가전망은 과대추정이라는 비판도 있

**Table 1. Medical Expenditure as Percent of GNP**  
GNP중 국민의료비 구성비(%)

1975	1980	1985	1990	200
3.0	4.0	5.6	6% 내외	9.5*

\*IBRD's Estimates

으나, 증가경향이 미국의 것과 유사하다는 것이다. 미국의 국민의료비는 11~12%이며, 영국의 국민의료비는 5~6%이다.

특히 미국과 영국의 국민의료비의 차이를 가져온 가장 큰 원인으로서는 다음의 사항이 지적되고 있다(Vall-Spinosa, 1991).

① 영국의 NHS는 GP가 움직이며, 어떤 환자도 전문의나 병원에 직접 접근하지 못한다.

② 모든 전문의를 고용하고 의료기술의 대부분을 공급하는 병원은 대단히 타이트하고 제약된 예산으로 운영된다.

③ 행정관리비는 대단히 낮다.

④ 의료분쟁비용(expense of malpractice)은 아직 주요 관심사가 아니다.

이러한 4개의 원인 중에서도 우리의 관심을 끄는 것은 GP제도이다. 영국의 GP제도는 미국 의료비의 절반으로 영국의 의료비를 낮춘 가장 중요한 원인이 되고 있다. 전체 의사 중 전문의는 영국에서 50%, 미국에서 80%이다. 영국사람은 GP와 상담하지 않고는 전문의를 찾아갈 수 없다. 인구의 97%가 가정의인 GP를 갖고 있고, GP는 구조적으로 전문의와 완전히 분리된다.

미국의 HMO와 영국의 경험에서 1차의료의 사는 의료비를 크게 감소시킨 요인이 되고 있다.

우리나라 현재(1989년 기준) 의사수는 면허등록수 39,769명, 국내생존자 35,493명(이들중 전문의는 55%)이며, 의료서비스 분야 종사자는 31,022명이며, 취업기관별 분포는 다음과 같다.

의료서비스 종사자 : 31,022명

병원 : 17,357명(56%)

의원 : 11,478명(37%)

보건기관 등 : 2,187명(7%)

\* 자료 : 한국보건사회연구원

개원하고 있는 의사 중 전문의는 77%, 일반의는 23%에 불과하다. 개원하고 있는 전문의는 다음과 같이 분류된다.

개원의 중 전문의	77%
단과전문의	48%
1차의료 유관전문의	29%
(내과, 소아과)	(23%)
(가정의학전문의)	(6%)

현재의 의사공급수 및 전공의 정원을 동결한다고 전제한 경우에 서기 2010년에 국내 생존 의사수는 88,385명으로, 전문의의 비율은 80%, 가정의학 전문의수는 5,566명으로 6% 정도 될 것으로 추정된다.

전문의의 비율은 현재의 미국수준이 될 것이다. 1차의료와 병원진료의 완전한 분리없는 전문의 양산은 누구를 위한 것인가? 냉정히 장래를 전망할 필요가 있다. 이에 대한 처방도 간단하고 자명하다. 1차의료의사의 대량양성이며 2010년까지 전체의사의 50% 정도가 되도록 조정하는 것이다.

## II. 1次醫療의 現住所

앞의 "21세기 보건의료의 전망"에서 1차의료와 연관지어 질병과 건강, 보건의료공급체계, 국민의료비 등이 논의되었다. 이 논의를 통하여 1차의료의 현황과 문제의 윤곽이 제시되었다. 여기서는 1차의료 자체의 문제를 보다 깊이 검토해 보기로 한다.

1차의료(primary care)의 개념에 관한 논의는 세계적으로 많았다. 1차의료란 용어는 1920년에 영국에서 보건서비스의 지역화의 관점에서 처음

공식적으로 사용되었다. 1차의료는 2·3차 진료와는 문제의 특성에 따라 구분되는데, 그 정의는 다음과 같이 규정하고 있다(Starfield, 1979).

① 1차접촉의료(first contact medicine)

② 질병의 존재여부와는 관계없이 환자에 대하여 지속적 책임(longitudinal responsibility)을 갖는 의료

③ 환자에게 전인적으로 봉사하는 의료

Starfield는 계속하여 그 내용에 관해 건강의 육체적, 심리적, 사회적 요소의 통합이며, 접근성(accessibility), 종합성(comprehensiveness), 조정(coordination), 계속성(continuity), 책임성(accountability) 등을 포함한다고 하였다.

미국에서 일반적으로 사용하고 있는 1차의료의 개념은 다음과 같다(Mechanic, 1983).

“1차의료란 의료체계의 entry level에서 제공되는 basic medical services로서 common illness and diseases의 진단 및 치료, 예방서비스, home care services, uncomplicated minor surgery, 그리고 응급처치 등을 포함한다.”

1차의료의 양은 외래진료의 77%이며, 1차의료 의사가 취급하는 환자의 96%에 달한다고 하였다(Rabin, 1976).

이와같이 1차의료는 특히 양적으로 클 뿐만 아니라 질병유무와 관계없는 전인적 봉사와 지속적 책임, 심리적·사회적 요소의 고려, 예방서비스, home care services 등의 특징이 있다. 이들 특징은 caring function의 중요성을 부각한 것으로 해석된다.

Caring for people은 의료의 전통적 역할이지만 의료서비스 제공시 간과되고 있다. 전통적으로 의료는 고통과 불안의 제거, 신체기관계 기능의 치유 등을 위해 봉사했다. 의료는 육체적·심리적 요소를 함께 갖는 심화된 인간적 서비스이며, 서비스를 찾도록 소비자를 동기화하고 의사의

조언에 따라 협조하고 건강으로 유도되는 행동 변화를 일으킨다. curing과 caring 기능은 high-quality care의 핵심이며, 보건의료서비스 제공시 이들 양자는 효과적으로 통합되어야 한다(Sun Valley Forum on National Health, 1972). 또한 의료행위에 있어서 caring 요소의 중요성도 확인되고 있다. 공개적인 커뮤니케이션, 상호이해, 친밀한 관계(rapport), 그리고 믿음(trust) 등으로 이루어진 동반자 관계(partnership)가 형성된 때 curing의 관계는 가장 효과적이라고 한다(Haynes, 1976).

미국에서 1986년에 연방 및 주정부, 정부산하 각종 연구기관 등 정부관리, 연구자, 의료제공자들이 모여서 만성질환 예방 및 관리에 관한 1차 전국회의를 개최했다(Centers for Disease Control, 1986). 이 회의 중 특히 보건의료전략과 관련된 Workshop의 결론은 우리에게 시사하는 바가 크다.

“연간 수십억 달러를 소비하고 있는 다양한 의료공급체계는 그 혜택을 볼 수 있는 사람에게 예방서비스를 제공하고 있지 않다. 예방, screening, 교육서비스 등에 관한 재원조달(financing) 방법은 불충분하다. 대부분 의료보험은 health screening(예: 자궁경부암), 보건 교육 또는 식이요법지도 등의 서비스를 급여에서 제외시키고 있다. 이들 서비스는 비용-효과가 증명될 수 있는 것이다. 증명된 예방서비스는 급여에 포함되어야 한다. 교육의 측면에서 의료제공자의 예방행위(prevention practices) 교육의 필요성이 공통적으로 강조되고 있다. 이 교육은 의학부는 물론 전공의 교육에서 그리고 보수(평생)교육을 통해 실시되어야 한다고 지적하고 있다. 한편 환자교육의 중요성도 지적되고 있다. 특히 건강한 생활양식(lifestyles)의 중요성이 강조되고 있다. 많은

만성질환 관리기준과 지침의 필요성이 지적되었다. 특히 screening, laboratory measurements, prevention practices, clinical care, follow-up 등의 기준이 필요하다. 그러나 많은 질병, 예컨대 고혈압과 당뇨병의 관리기준은 전국 전문가위원회가 동의하고 그 결과를 널리 알렸음에도 많은 의료제공자는 이들 기준을 알지 못하고 있다.”

이와같은 1차의료의 개념, 기능, 내용 등의 기술은 보건의료공급체계에서 1차의료의 중요성을 강조하고 있고, 여기에 소개한 것보다 훨씬 더 많은 문헌들이 다방면에서 1차의료의 중요성을 강조하고 있다. 그러므로 여기서는 이 이상의 논의를 끝내고, 이러한 1차医료를 제공하고 있는 영국의 GP 기능을 살펴보기로 한다.

Royal College of General Practitioners가 The Royal Commission에 제출한 보고서에 포함된 GP의 기능을 요약하면 다음과 같다(Chaplin, 1982).

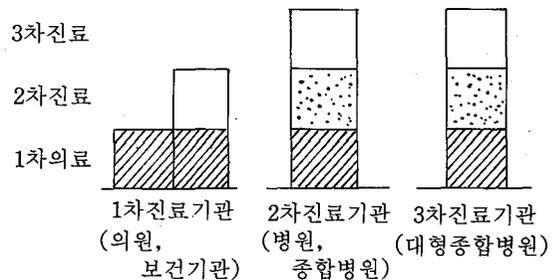
GP는 개인, 가정, 등록된 인구에게 인적(personal), 1차적(primary), 계속적(continuing) care를 제공하는 의대졸업생이다. 그는 자신의 상담실, 환자의 가정, 그리고 때로는 clinic이나 병원에서 환자를 돌본다.

GP의 목적은 조기진단에 있다. 그는 건강과 질병을 보살필 때 육체적, 심리적, 사회적 요소를 포함 및 통합시켜서 환자의 care에 반영한다. 그는 그에게 제시된 모든 문제에 대하여 의사로서 최초의 의사결정을 한다. 그는 만성적이고 재발하거나 또는 말기질환 등을 갖는 환자의 계속관리를 맡는다. 이와같은 지속적 접촉은 각 환자에게 적절한 페이스로 정보를 수집하고 신뢰관계 형성을 위한 반복된 기회가 된다. 그는 다른 의사와 비의사 등 동료와 협조하여 의료행위를 한다. 그는 환자와 그 가족의 건강증진을 위한 치료, 예방, 교육 등의 관여를 언젠

어떻게 행할 것인지를 알고 있다. 그는 역시 지역사회에 대한 전문직적 책임을 갖는 것으로 인식한다.

1차의료는 종합적인 전인지향적 의료(comprehensive person-oriented medical care)이다(Zeev Ben, 1986). 우리나라에서 이러한 1차의료의 공급현황은 어떠한지? 먼저 의료기관의 종류별로 살펴보면 다음과 같다.

의료기관을 1차, 2차, 3차로 구분하여 진료하고 있는 현황을 요약하면 다음과 같다.



의료기관 종류별로 보면, 1차의료기관인 보건소와 일부 의원은 1차의료 중심의 의료제공, 3차진료기관은 1차, 2차, 3차진료 모두를 제공하고 있다. 2차진료기관의 대부분은 1차와 2차진료를 제공하고 있는 것도 확실하지만 2차진료기관의 일부는 3차진료, 1차의료기관의 일부는 2차진료를 제공하고 있는 것으로 보아야 한다(점선부분).

그러므로 1차의료기관은 물론 대부분 의료기관은 간판은 3차진료기관이면서 1·2차진료를, 2차진료기관은 1차는 물론 3차진료까지 취급하고 있다. 의료기관의 종류와 관계없이 모든 의료기관에서 1차의료 제공되고 있다고 하겠다. 모든 의료기관에서 1차의료 제공되는 것은 불가피하지만, 우리나라는 병원급 의료기관에서 주어진 기능 이상의 많은 양이 제공되는데 문제가 있다.

그러면 우리나라 보건의료공급체계는 1차의료 중심 체계란 말인가? 그런 것이 아니라는 것

이다. 주어진 기능이나 기대하는 방향으로 역할을 하는 의료기관이 별로 없다는 것이다. 보통 문제가 아니다.

1차의료기관인 의원급을 좀 더 자세히 보자. 전체 의원급에서 일하는 의사 중 1차의료에 속하는 가정의학 전문의와 일반의를 제외한 기타 단과전문의는 자신의 전문분야 환자만을 보는 것이 아니라 다른 전문분야의 환자를 많이 보고 있는 것이 현실이다(예 : 외과, 산부인과, 소아과 등). 그나마 주어진 기능과 기대대로 1차의료에 종사하는 의사는 가정의학전문의와 일반의라고 한다면, 이들 의사는 개원의 중 일반의 23%, 가정의학전문의 6%, 합계 29%이며, 전체의사 중 약 11%를 차지한다.

결국 이와같은 논의는 우리에게 의료기관의 종류별로 역할분담없이 상호간 역할의 울타리를 침범하고 침식당하면서 경쟁·대립관계에 있다는 것을 알려준다. 이러한 상황에서 환자는 자신의 질병의 종류, 위중도, 이에 합당한 의사 또는 의료기관을 선택하는데 당황할 뿐만 아니라 의료공급체계의 입구(entry point)나 출구(exit point)의 안내자도 갖지 못한다.

둘째로 이와같이 모든 의료기관이 1차의료를 제공한다고 본다면, 이러한 형태로 제공되는 1차의료는 위에서 기술된 1차의료의 개념, 내용, 목적과 부합되는가? 이것 역시 아니라는 것이다.

현재 제공되는 1차의료는 환자와의 1차적 접촉(first contact)을 의미할 뿐 서비스의 내용은 의료기관간에 약간의 차이가 있겠으나 질병중심의 치료서비스이다. 1차의료이런 것이라면 환자는 구태여 의원을 찾을 이유를 갖지 못한다. 큰 병원이 유리하다는 것은 자명하기 때문이다.

세번째로 의학교육을 보자. 1차의료 의사의 양성기관이 있는가? 가정의학전문의 양성과정을 제외하고는 엄밀한 의미에서 존재하지 않는다고

하겠다. 현행 의학교육은 전문의 양성형이다.

현행 예과 2년, 의학부 4년의 의학교육의 목적은 1차의료 의사의 양성에 두고 있다. 그러나 의학부 교육을 마친 경우에 1차의료의 기본적인 기술 중 “단순열상의 봉합술” 무경험이 89%, “어린이 설사환자에 대하여 처방할 수 없다”가 64%였다(서흥관 등, 1989). 1차의료 의사로서 미완성 상태에서 의사면허를 받고 인턴과정에 들어간다. 지원자가 90%가 합격하고, 레지던트 과정 역시 지원자의 90% 정도가 합격하여 전문의로 탄생한다. 즉 의학부 교육으로부터 전공의 수련까지 일련의 과정은 전문의 양성을 위한 것이다. 다만 이러한 과정에서 탈락자는 일반의가 될 수 밖에 없다.

앞에서도 논의되었지만 「건강의 의학적 모형」은 두개의 콤포넌트를 갖는다. 하나는 질병의 콤포넌트로서 질병은 신체의 생물화학적 기능의 병리학적 과정(미생물에 의하여)에서 생긴다는 것이고, 다른 하나는 공학적 콤포넌트(engineering component)로서 신체를 하나의 기계로 보고 기술적 수단으로 수리한다는 것이다(Illsley, 1977).

신체의 부분, 기관, 기능의 효과적 수선을 위해서 의료의 전문화·세분화는 촉진되면서, 반대로 인간을 전체로 보는 의사는 사라지거나 죽어가고 있는 것이다. 오늘의 우리 현실이 바로 이런 것이 아닌지 자문해 본다.

그러므로 우리나라 1차의료의 현주소는 1차의료의 중요성을 인식하면서도 의료기관간에는 울타리를 상호 침범하고 침식당하는 경쟁관계, 환자에게는 당혹감과 불안감, 의학교육은 현실이나 미래의 요구를 외면하는 전문의 교육 등으로 특정지어지고, 1차의료의 이름은 허상뿐인 그런 모습이라고 말할 수 있다.

### III. 1次醫療의 發展方向

전국민 의료보험 하에서 비효율적인 보건의료 체계를 개선하고 모든 국민의 의료와 건강의 형평(equity)을 유지하기 위한 효과적인 처방은 비교적 간단하다. 1차의료의 확대·강화이다.

앞에서 기술된 영국이나 미국에서 사용되는 1차의료의 개념과 내용 특히 기존의 질병치료 이외에 심리적·사회적 요소를 포함하고, 예방과 caring 기능이 강화된 포괄적 서비스, 대상은 질병을 갖는 환자뿐만 아니라 가족전체로의 확대, 서비스의 계속성과 책임성의 유지, 서비스의 목적으로 건강향상과 질병의 조기발견 등이 보장된 1차의료의 확대·강화되어야 한다.

그러면 1차医료를 어떻게, 강화할 것인가? 라는 방법론에 들어가면 너무나 복잡하고 장애요인이 많다. 먼저 국민이나 의료전문직이 1차医료를 선호하고 그 중요성에 동의하는가? 동의한다면 누가 1차医료를 공급할 것인가? 이러한 1차의료 제공인력은 누가 어떻게 양성할 것인가? 1차의료 제공자가 사회적, 금전적으로 보상을 받을 수 있는 誘因(incentives)제도는 무엇인가? 이들 질문에 대한 해답은 너무 복잡하고 어렵다. 1차의료의 강화는 Alford(1972)가 보건정책의 변화방향으로 지적한 3개 요소인 시장개혁(market reformers), 동등한 권리실현을 위한 개혁(equal rights reformers), 그리고 관료적 개혁(bureaucratic reformers) 등과 밀접히 연관됨으로써 보건정책의 일대 개혁을 의미하기 때문이다.

그러나 이러한 어려움을 인식하면서 그 해답을 하나씩 얻어보기로 한다.

첫째, 국민이나 의료전문직이 1차医료를 선호하고 그 중요성에 동의(concensus)하는가?

이 질문에 대한 답은 현재로서는 부정적이다.

국민이나 의료전문직이 선호하고 중요시하는 것은 전문적 진료이다. 이러한 경향은 앞에서 지적된 건강의 의학적 모형의 공학적 폼폰트트 중에서 의학의 전문화와 세분화에 의하여 크게 영향을 받았다. 신체의 부분, 기관, 기능별로 전문적 지식과 기술을 갖는 의사는 그렇지 않은 의사보다 사회적으로나 의료계내에서 존경받고 환자의 신뢰도가 높다. 이는 당연한 결과이지만, 문제는 의료계에서 1차의료는 중요하다고 하면서 죽여가는 전문적 의료지향에 있다.

국민이나 환자는 의료제공자를 따르기 마련이다. 더욱이 예방이나 건강증진에 별로 관심이 없는 환자는 1차의료의 중요성을 인식 못하고 자신이 갖는 현재의 문제(질병)해결을 위해 전문적 진료의사를 선호할 수 밖에 없다.

이와같은 현안문제는 지난 100년간 자유방임적 정책하에 민간의료의 속성에 따라 발전하여 잉태한 결과이다. 질병양상의 변화, 건강, 의료비 증가 억제 등 당위성의 관점에서 1차의료의 중요하다는 인식의 일대 전환이 의료계에서 일어나야 한다.

의료의 전문화 및 세분화는 1차의료의 존재 및 강화 위에서 발전될 수 있는 것이다.

두번째로, 누가 1차医료를 제공할 것인가?

1차의료는 그 특성으로 보아 공공부문의 주요 기능이다. 따라서 공공부문이 주요 역할을 해야 한다. 7차 경제사회발전 5개년계획 보건의료부문 계획에서 공공부문이 이러한 역할을 하도록 계획되어 있다. 보건소, 보건지소, 보건진료소에 있는 의사, 간호사, 기타 보건의료인력은 1차의료 제공의 역할을 한다. 그러나 그 역할에는 한계가 있다. 주민의 신뢰도나 이용도가 낮고, 저소득계층 위주이다. 그러므로 의료부문에서 85% 이상을 점유하고, 국민의 대다수가 이용하는 민간의료부문의 1차의료기능 강화없이 는 소기환

성과를 거두기 어렵다. 민간의료부문의 1차의료 강화는 의원급 의료기관의 1차의료 강화를 의미한다.

의원급 의료기관에서 1차의료는 의사 또는 의사와 기타인력으로 구성된 팀의 형태로 제공되지만, 의료제공의 중심인력은 의사이다. 그러므로 의사로 한정하여 검토하기로 한다.

1차医료를 제공하는 의사는 기존의 전문의, 일반의, 또는 새로운 형태의 의사(예 : GP) 등 여러 종류를 생각할 수 있다.

미국에서는 가정의학, 내과, 소아과 등 진료과목의 전문의를 1차의료의사로 구분하고 있다. 그러나 이러한 의사는 2·3차 진료와의 차별화, 1차의료 자체의 특성부각, 높은 의료비 부담 등을 고려하여 우리나라에는 적절치 않은 것 같다. 현행 일반의를 1차의료 제공자로 하는 것은 교육의 부족에서 오는 underqualification, 주민의 낮은 신뢰도, 의료계내에서의 낮은 전문직적 보상 등의 이유로 부적절할 것이다.

그러므로 여기서는 영국의 GP제도의 도입이 비교적 적절할 것으로 생각해 본다. GP자격은 의학부 졸업 후 3년 정도의 수련을 거쳐서 부여한다.

그러면, 영국의 GP제도가 왜 좋은가? 하는 문제가 제기될 수 있다. 앞에서 논의된 바와 같이 영국의 GP(목적이나 기능)는 전국민 의료보험하에서 도입의 가치가 높은 것으로 평가되기 때문이다. 흔히 영국의 의료제도는 국영으로서 값싸고 저질이라고 매도하기도 한다. 그러나 미국이 최근에 영국에서 교훈(효과적 공급체계)을 찾으려 노력하고 있고, 영국 또한 미국의 장점(경쟁)을 도입하고 있다. 우리나라는 미국의 것을 많이 채택한 의료제도(특히 전문의 제도)를 갖고 있으며, 그 개선을 위해 영국의 장점도 도입할 필요가 있는 것이다.

이와같이 의원급 의사는 원칙적으로 GP로 총

원하고, 기존 개원 단과전문의는 특정보수교육과정이나 특례를 적용하여 GP자격을 부여토록 한다. 이에 따라 GP는 1차의료, 전문의는 2·3차 진료(병원, 종합병원)를 각각 분담하여 역할의 차별화와 분업·협조가 이루어질 수 있게 한다.

세번째로, 누가 어떻게 1차의료 의사를 양성할 것인가?

1차의료의사의 양성은 1차의료의 강화라는 관점에서 가장 중요한 부분이다. 현행의학교육제도(학부 및 전공의)는 전문의 지향적이라는 것을 이미 지적하였다.

현재의 32개 의과대학의 입학정원을 동결하고, 23개 진료과목별로 1년차 전공의 정원을 동결한다고 가정하여 향후 의사 및 전문의 수를 개략적으로 추계한 바, 표 2와 같다.

2010년에 국내 가용의사수는 88,000명, 전문의수는 71,000명, 전문의 비율은 80%에 달할 것이다. 미국의 현재 전문의 비율이 80%로서,

**Table 2. Estimated Total Numbers of Physicians and Specialists for 1960 to 2010**  
전체의사수 및 전문의 비율(1960~2010)

Year	Physicians	Specialists	Percent of Specialists
1960	7,765	1,640	21.1
1965	10,854	2,823	26.0
1970	14,932	4,206	28.2
1975	16,800	5,854	34.8
1980	22,564	8,415	37.3
1985	29,596	14,797	50.0
1990	38,319	23,099	60.3
1995	51,465	33,346	64.8
2000	64,218	45,688	71.1
2005	76,507	58,496	76.5
2010	88,385	71,003	80.3

Footnote : 1) Registered Physicians and Specialists for 1960~1985

2) Estimated Numbers of Physicians and Specialists Living in the Country for 1990~2010

Source : KIHASA

전문의 감소, 1차의료의사의 양산 등이 주요 쟁점이 되고 있다.

그러나 우리나라 전문의가 80%에 도달하는 시기는 2010년보다 앞당겨질 가능성이 크다. 전공의 정원은 해마다 증원되어 왔고, 병상증가에 따라 그 정원도 증원되었다. 최근 20,000병상 증설과 새로운 전문과목의 신설요구 등을 감안하면 정원의 증원은 필연적 추세이다. 전공의 확보가 어려워져(의대 졸업생이 일정한 경우), 수련병원이 사전예약제로 전공의 확보경쟁을 할 날도 멀지 않을 것 같다.

이와같은 추세에 거역하여 GP는 2010년경까지 전체의사의 50% 수준(영국의 예)이 되어야 할 것이다. 이 정도가 되어야 1차의료의사는 단골 의사로서 주민에게 혜택이 돌아갈 수 있다고 보기 때문이다.

GP를 양성하기 위하여 전문의 수련과정과 별도로 3년기간의 GP과정을 신설한다. GP 과정은 각 의과대학 가정의학과, 기존의 수련병원에 설치 운영할 수 있을 것이다. 이러한 특수과정의 신설과 동시에 의학부 교육에 일대 혁신이 필요하다.

미국에서도 의학교육의 혁신에 대한 요구가 높다.

미국의 의학교육이 내포하는 문제점 또는 논쟁의 대상 중에서 의과대학의 역할에 관한 주요 내용은 다음과 같다(Jonas, 1990).

- ① 1차의료의사의 양성을 위한 의과대학의 책임
- ② 1차의료의사의 개발을 위한 적절한 교과과정의 훈련장소
- ③ 의대졸업자 교육프로그램을 위한 의과대학 책임
- ④ 취약지역 의사의 공급을 개선할 의과대학의 가능한 역할
- ⑤ 의료비 증가 억제

한편 의학교육의 많은 문제에 직면하여, 1981년에 Association of American Medical College (AAMC)는 the Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine(보통 GPEP라고 부름)을 설치하여 의학교육에 관한 종합연구를 착수했고, 1984년 동 panel's report에서 의학교육 발전에 크게 기여할 주요 건의를 제시하고 있다.

이 건의에서 건강과 질병을 결정짓는 많은 요인은 의료체계의 관여에 의하여 직접적으로 영향을 받는 것이 아니라 생활양식(lifestyle), 환경적 요소, 빈곤 등의 결과라는 인식을 갖고, 새로운 의사는 21세기 의료를 실천토록 적절히 훈련되어야 하며, 이에 따른 의학교육의 방향설정이 강조되고 있다.

이 panel's report에서 27개 건의안이 포함되어 있는데, 24개는 의학교육의 과정(process), 3개는 내용(content)에 관한 것이다.

내용에 관한 건의에서 의료공급체계의 기능이 해, 건강증진 및 질병예방을 의료행위에 통합시키는데 필요한 수기(skills), 지식, 태도 등의 함양, 그리고 컴퓨터다루기 등이 포함되고 있다.

과정에 관한 건의는 의학교육에 있어서 현재의 접근방법인 define된 학습목표없이 teacher-centered, passive-learning mode에서 명확히 define되고 임상적으로 타당한 학습목표를 갖는 student-centered, problem-based, active-learning mode로 초점이 주어지고 있다. problem-based learning의 도입이 관건이 되며, 21세기의 새로운 도전으로 인식하고 있다. 그러나 의학교육의 변화는 지난하다고 한다. 이 경우에 하버드대학 총장이었던 James B. Conant의 말을 흔히 인용한다. “의과대학 교과과정의 변화는 묘지를 옮기려는 것과 같다.”

이와같은 의학교육의 혁신은 우리에게도 요구되는 것이다. 의학교육의 혁신과 더불어 전문의

교육도 개선되어야 한다. GP제도가 신설된다면, 전문의 교육은 병원급 의료기관에 종사할 전문의 양성이 될 것이며, 그 수요에 맞추어 고도의 전문적 의료기술의 함양으로 질적 개선이 이루어져야 할 것이다. 의학교육이나 전공의 수련제도가 갖는 문제는 misqualification, underqualification, over-qualification으로 나누어 지적된 바 있다(송, 1991). 정부의 중기계획이라고 할 수 있는 4차 경제개발 5개년계획(1977~81)에서부터 지속된 계획에서 단골손님으로 전문의 과대양성의 문제(1975년 전문의의 35%)가 제기되었으나, 전문의 증가추세는 억제되지 않았다. 의료계내 전문화 욕구가 너무 컸고 정부는 이를 방치했기 때문이다. 한편, 미국의 만성질환관리 대책에서는 의한 것과 같이 기존 의사에 대한 보수(평생) 교육기능 또한 강화되어야 한다.

네번째로, 1차의료의사가 사회적, 금전적으로 보상받을 수 있는 유인제도는 무엇인가?

1차의료의사가 사회에 뿌리를 박고 긍지를 가지며, 평생의 직업으로 1차의료에 종사할 수 있어야 하지만, 의사 자신이 1차의료에 대한 매력을 갖지 못하고 사회적으로 또는 전문직내에서도 사회적 보상을 받기가 어렵다고 한다.

의사는 일반적으로 평행의 직업(a carrer)으로서 1차의료의 매력은 낮고, 개업 중인 일반의의 불만족도는 높다고 한다(Mechanic, 1974). 의학도 역시 비전문직 일반진료(unprofessional general practitioner)보다 임상적 전문의를 선호하고 일반의가 되고자 하는 비율은 감소한다고 한다(Rosenhreen, 1980). 특히 의료의 전문화 추세와 견지에서 1차의료의사는 단순한 주소(complaints)의 일상적 반복으로 생물-의학적 활동(bio-medical activities)에서 오는 본질적(내적) 보상을 얻기가 어려울 수 있다(Kendal, 1957).

더 나아가서 일반의의 열등감은 전문직적 침체

(professional stagnation)감에서 오며(Cute, 1963), 전문의는 의학내 유의한 증거집단(reference group)을 구성하는 것과 비교하여 일반의는 의료직 사회의 계층에서 열등한 위치에 있다고 스스로 인식한다(Haug, 1976). 열등감은 외부의 전문직적 보상수준이 낮음을 의미한다(예: professional status). 특히 일반주민의 일반적 진료(general practice)에 대한 인식과 회의감 증대에 따라, 일반의는 지역사회로부터도 보상을 받지 못한다고 느낀다.

그러나, 다른 진료과목별 전문의의 한 진료과목으로써 가정의학의 전문성 인정은 1차의료의 발전계기가 될 수 있다. 가정의학은 환자지향적 접근방법(patient-oriented approach)을 제창하는 생물-심리사회적 모형(bio-physiological model)을 기초로 한다(Engel, 1977; Miller, 1972). 그 접근방법은 환자를 "요구를 가진 인간(human being in need)"으로서 하나의 완전한 실체(a complex entity)로 보며, 환자뿐만 아니라 의학적 관여와 건강증진활동의 부분으로써 가족문제를 탐구 및 이해하는 것이다. 따라서 가정의학 전문의는 앞에서 기술한 의료전문직 사회로부터의 내적 보상과 일반 지역사회로부터의 외적 보상도 받을 수 있을 것으로 기대한다.

이러한 관점에서 1차의료의사는 한 진료과목의 전문의에 해당하는 가치부여가 필요하게 된다. 그러므로 앞으로 의사를 「전문성을 기준」으로 한 전문의와 일반의로의 구분이 아닌 「역할에 따른」 병원 의사, 가정의(1차의료의사)로의 구분이 필요하고, 특히 1차의료의사(가정의)는 건강의 수문장(gate keeper)이며, 건강의 계속적 책임은 물론 의료체계의 입구와 출구, 계속된 치료에도 책임을 갖는 주민의 동반자로서의 가치가 부각되어, 주민에게 이를 인식케 하는 환자교육도 필요하다.

1차의료에 대한 금전적 보상제도도 중요하다.

뛰니해도 돈보다 높은 가치를 갖는 것이 있겠는가? 1차의료 의사와 병원의사간 보수의 격차는 크지 않은 범위내에서 1차의료 의사를 위한 금전적 유인제도가 도입되어야 한다. 이와같은 방향에서 1차의료의 특성인 caring function(예방, 상담, 효과가 입증된 검사, 보건교육 등)에 대한 보험급여, 영국의 경우처럼 등록된 인구나 가구수에 따른 보상, 환자관리에 필요한 일정액의 행정관리비(예:보조원에 대한 인건비 지원)등 가능하고 합당한 방법을 모색하여 1차의료 의사가 긍지를 갖고 일할 수 있는 여건이 조성되어야 한다.

#### IV. 結 論

21세기 보건의료를 질병과 건강, 보건의료공급체계, 국민의료비로 구분하여 전망하면서 1차의료의 중요성이 기술되었다. 이러한 전망하에서 1차의료의 현주소에서는 그 개념, 기능, 내용에 비추어 보건의료공급체계의 난맥상, 무질서, 의료기관간 경쟁·대립관계, 전문의 지향적 의학교육 등으로 인하여 1차의료의 공백상태임을 밝히고 있다. 1차의료의 부재는 따뜻한 인간적 정이 흐르는 환자-의사관계의 상실을 의미하기도 한다. 이러한 현안문제 해소에 기초하여 1차의료의 발전방향에서는 여러 방안이 제시되고 있으나, 이들 방안은 의료계, 주민 양자로부터 거센 저항을 받을 것으로 전망하고 있다.

그러나 1차의료의 강화는 보건의료공급구조, 소비자 및 의료공급자의 행위, 의학교육 등에 걸친 광범한 변화를 요구하는 정책과제이다. 21세기를 대비하여 장기적 계획하에 단계적으로 가능한 방법부터 실천에 옮겨야 할 것이다. 이를 실천하는데 있어서 먼저 정부가 주도적 역할을 해야 한다. 과거(예: 전문의 양산억제)처럼 정책을 제시하고 뒷전에 앉아 있으면 안된다. 정

책에서 가장 강한 것이 돈이다. 먼저 정부는 GP양성, 기존 개원전문의의 GP화를 위한 보수교육 등을 위한 과감한 재정투자와 병행하여 환자교육 및 1차의료의 유인(誘因)에 적극적이어야 한다. 현안문제중 정부의 주도(initiative)로 발전시켜야 할 과업이 있다면, 이것은 바로 1차의료라고 할 수 있다. 1차의료의 발전보다 우선순위가 더 높은 사업은 없다.

#### 參 考 文 獻

- 서홍관, 황인홍, 허봉렬, "서울의대 학생들을 대상으로 시행한 의학교육에 대한 설문조사 분석", 의학의학교육 제1권 2권, 1989.
- 송건용, "의료인력의 수급과 정부의 역할, 국민의료와 정부의 역할", 한국보건행정학회, 1991.
- Alan, W., Ethics, Clinical Freedom and the Doctor's Role, *Competition in the Health Care, Reforming the NHS*, (Eds), A. J. Culyer, A. Maynard, J. Posnett, Macmillan Press, 1990.
- Alfred, R. R., *The Political Economy of Health Care : Dynamics without Change, Politics and Society*, 2, 164, 1977.
- Brazier, J., Hutton, J., & Jeavons, R., Evaluating the Reform of the NHS, *Competition in the Health Care, Reforming the NHS*, (Eds), A. J. Culyer, A. Maynard, J. Posnett, Macmillan Press, 1990.
- Cassell, E., *The Healer's Art*, Philadelphia, Lippincott, 1976.
- Chaplin, N. W., *Health Care in the United Kingdom, Its Organization and Management*, Kluwer Medical, London, 1982.
- Clute, K. F., *The General Practitioner*, University of Toronto Press, Toronto, 1963.

- Ebden, P., Carey, O. J., Bhatt, A., & Harrison, B., The Bilingual Consultation, *Lancet*, 1, 347, 1988.
- Engel, G., The Need for a New Medical Model, A Challenge for Biomedicine, In A. Caplan, H. T. Engelhardt & J. McCartney(Eds), *Concepts of Health and Disease*(pp. 589-7), Addison-Wesley, 1981.
- Engel, G. L., The Need for a New Medical Model : a Challenge for Bio-Medicine, *Science* 196, 1977.
- Fox, D. M., Consequeness of Concensus : American Health Policy in the Twentieth Century, *the Milbank Quarterly*, Vol. 64, No. 1, 1986.
- Haug, M. . and Lavin, B., Practitioner or Patient-Who is in-Charge, *J. Hlth. Soc. Behav*, 22, 212-229, 1976.
- Haynes, R. B., *A Critical Review of the Determinants of Patient Compliance with Therapeutic Regimes*, In D. Sackett & R. B. Haynes(Eds), *Compliance with Therapeutic Regimes*(pp. 26-39), Baltimore, M. D., Johns Hopkins University, 1976.
- Illsley, R., *Everybody's Business ? Concept of Health and Illness*, in Social Science Research Council, *Health and Health Policy Priorities for Research*(SSRC), 1977.
- Jonas, S., *Medical Mystery, The Training of Doctors in the United States* : W. W. Norton, 1979.
- Jonas, S., *Health Manpower : with an Emphasis on Physicians, Health Care Delivery in the United States*,(Eds), A. R. Kovner, 5th ed. Springer Publishing Co., New York, 1990.
- Kass, L., *Regarding the End of Medicine and the Pursuit of Health*, In A. Caplan, H. T. Engelhardt, & J. McCartney(Eds), *Concept of Health Disease, Interdisciplinary Perspectives* (pp. 3-3), Addison-Wesley, 1981.
- Kendall, E. and Selvin, H. S., *Tendencies toward Specialization in Medical Training*, Harvard University Press, 1957.
- Light, D. W., Toward a New Sociology of Medical Education, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 29, 1988.
- Mechanic, D., *Politics, Medicine and Social Science*, Wiley, New York, 1974.
- Miller A. E., The Expanding Definition of Disease and Health in Community Medicine, *Soc. Sci. Med.* 6, 1972.
- Millis, J. A., *Rational Policy for Medical Education and Its Financing*, New York, The National Fund for Medical Education, 1971.
- Rabin, D. L. and Spector, K. K., *Ambulatory Care in the Community : Implication for the Medical College Annual Meeting*, Sanfrancisco, California Rosenhreen, W. R., *Sociology of Medicine*, Harper & Row, New York, 1980.
- Sidel, R. & Sidel, V., *Toward the Twenty-first Century*, In V. Sidel & R. Sidel(Eds), *Reforming Medicine, Lessons of the Last Quarter Century*(pp. 267-284), New York, Pentheon Books, 1984.
- Starfield, Barbara, Measuring the Attainment of Primary Care, *Journal of Medical Education*, Vol. 54, 1979.
- Sun Valley Forum on National Health, Medical Cure and Medical Care(Summary), *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50, 231, 1972.
- U. S. Department of Health and Human Resources, Public Health Service, Centers for Disease Control, 1986 Preventive Chronic Di-

- sease, *First National Conference on Chronic Disease Prevention and Control, Identifying Effective Strategies*, Sept. 9–11, 1986, Conference Summary, 1986.
- Vall-Spinosa, A., Lessons from London : The British are Reforming their National Health Service, *American Journal of Public Health*, Vol. 81, No. 12, 1991.
- Zeev Ben-Sira, The Plight of Primary Medical Care : The Problematics of "Committedness" to the Practice, *Soc. Sci. Med.*, Vol. 22, No. 7, 1986.

<Summary>

## New Perspectives for Primary Care in Korea

Kun-Yong Song\*

Primary care was discussed from the perspectives of the concept of disease / health, the health care delivery system, and national health expenditures to predict health care in the 21st century.

There is first-contact cure, but primary care, as an integrated cure with caring functions, does not exist at the present time in the private sector. The present situation stems mainly from the medical tradition of undifferentiated functions among health care institutions, the competitive antagonistic relationship among them, and specialist-oriented medical education. Absence of primary care also means the loss of a human relationship between the patient and the physician. Thus various measures to develop primary care are suggested in this paper.

Strengthening primary care, however, is an important policy issue which requires extensive changes in the structure of the health care delivery system, behavior of the consumers and pro-

viders, and medical education. Toward the 21st century, possible actions are to be taken under a long-term plan. First, the government should take an active role, as it did in the past i.e., suppression of the proliferation of medical specialists, and it should not remain passively in the background after announcing a new policy.

It is financial support which exerts the most powerful directing force in carrying out a policy. Thus there should be financial input in the training of GPs(General Practitioners), and continuing education for the existing practitioners to make them GPs. These efforts should also be combined with patient education and financial incentives for GPs.

In conclusion it is the primary care among other pending problems which needs to be developed under government initiative. There is no higher priority in health policy than the development of primary care.

---

\* Senior Fellow, Korea Institute for Health and Social Affairs(KIHASA)