

# OECD 통계로 본 한국 일차의료 현황과 주요 논점



이재호 교수  
가톨릭대학교 가정의학

## Key Point

- ☑ 우리나라 보건의료 상황에서 일차의료 강화는 핵심 정책과제이어야 하며, 국민적 관심이 필요함.
- ☑ OECD 건강 지표들(2018)을 일차의료 관점(주치의제도 보유 여부)에서 분석하고 평가함.
- ☑ 주치의제도 보유 국가는 부재 국가에 비해 병상과 장비를 덜 보유하고 검사도 덜하며 자원일수도 짧고 의료비 지출이 적었음에도 그 건강 결과는 동등하거나 우수했음.
- ☑ 주치의제도 부재 국가인 우리나라 지표는 양극단에 치우친 값이 많았음. 또한 병상과 장비를 많이 보유하고 검사와 외래진료도 많았고 자원일수도 길었지만, 건강 결과는 저조했음.
- ☑ 향후 국내 보건의료 정책 입안 시 참고할 주치의제도의 필요성에 관한 일부 근거를 제시함.

**Key Word** OECD, 건강통계, 일차의료, 주치의제도, 의뢰체계

## 1. 들어가며

우리나라 보건의료체계는 1989년 출범한 보편적 건강보험이 존재한다. 하지만, 소유구조에 있어서 민간부문이 압도적으로 우위를 점하면서 의료기관간 환자 유치 경쟁이 심한 가운데, 공공성이 취약하고 일차의료체계가 부실한 상태가 반세기 넘게 지속하여 왔다. 분단 상황극복, 정치적 민주화, 경제 발전이라는 국가적 현안들에 의해 상대적으로 보건의료 문제가 국민적 관심사가 되는 일은 흔하지 않았고, 근본적인 해결보다는 미봉책으로 대응해 왔다. 예를 들면, 3년 전 메르스 사태(2015)로 국가가 위기에 처했을 때, 사태의 근본 원인이 국가 의료체계 특히 취약한 공공성과 일차의료 부실에 있었음에도, 그 대책으로 감염병 차단과 검역활동을 강화하는 데 그쳐, 언제든지 제 2의 메르스 사태가 발생할 위험이 도사리고 있다.

공공의료기관 확충은 큰 예산이 소요되는 일로서 국가가 단기간에 이를 달성하는 것은 어렵다. 반면에 일차의료 강화는 추가 예산 없이 또는 최소한의 예산만으로도 추진이 가능하며, 국가 차원의 진지한 관심과 국내 상황에 적합한 정책을 설계한다면, 5~10년 정도의 경과기간 만으로 상당한 수준으로 도약이 가능하다. 국가와 서비스제공자 사이의 정책 합의 후 추진하려 했던 90년대의 방식이 아니라, 국가가 서비스이용자인 국민에게 일차의료의 개념과 그 역할과 가치를 홍보하고, 합리적인 의료이용(주치의 보유 및 이용)에 관한 계약을 맺어 실행하는 방향으로 정책적 설계가 필요하다.

본질적으로 일차의료는 최초 접촉, 포괄성, 조정기능, 지속성을 핵심속성으로 하는 보건의료 영역으로 병원보다는 지역사회에서 이루어지는 보건의료이다. 최초 접촉은 가장 먼저 대하는 일정한 의료서비스 제공자를 보유한다는 의미이다. 이는 일차의료의 기초적인 출발점이다. 의료인 입장에서는 최초 접촉이 성립해야 건강 전반에 관한 포괄적 서비스 제공이 가능하며, 자원 활용의 효율성을 도모하는 조정기능을 제대로 수행할 수 있다. 최초 접촉, 포괄성, 조정기능을 통해서 형성된 신뢰는 관계의 지속성(longitudinality, person-focused care over time)을 이루게 한다. 지난 30여 년 동안 일차의료의 가치에 관한 근거들이 축적되어 왔다. 일차의료 발달하면 불필요한 응급실 방문이나 병원입원이 감소하고 불필요한 검사를 줄임으로써, 효율적인 국민의료비 지출이 가능하다. 그렇지만, 국내에서 일차医료를 논할 때 빠짐없이 다루어야 하는 것은 그 개념의 정의이다. 학술적으로 전문가들의 참여 속에서 우리나라 일차의료에 관한 개념의 정의(2007)<sup>1)</sup>가 발표된 바 있지만, 아직까지 사회적 합의가 이루어지지 못했기 때문이다. 각각의 이해단체들마다 일차의료에 대해 다르게 의미를 부여하고 있는데, 예를 들면, 최초 접촉이라는 속성 대신 접근성이라는 용어로 의미를 축소·왜곡시켜, 최초 접촉 서비스 제공자를 특정하지 않아 온 국내 현실을 그대로 인정하려는 모습이다. 국내에서 1차 진료를 일차의료로 표기하는 것은 바르지 못한 용어사용이다. 지난 해 말 대한의사협회 등 의료계 단체들의 환영 속에서 어느 여당 국회의원이 발의하고 추진하고자 했던 ‘일차의료 발전 특별법’ 조차 일차의료에 관한 이 같은 왜곡된 개념을 담고 있다.

매년 발표되고 있는 OECD 건강통계에는 우리나라 보건의료체계의 문제점들이 고스라니 담겨 있다. 그 동안 국가는 현대 의학의 질병 치료 성과에 만족하면서 건강증진, 예방, 일차의료 등의 건강 영역에서의 보건의료 문제의 심각성과 근본적인 원인을 국민에게 알리는 일에 다소 소극적이었다. 특히 주치의제도의 부재 등 일차의료 관점에서 해석하려는 시도는 거의 이루어진 바가 없었으므로, 본 고의 작성은 의미 있는 작업이 되리라 기대한다.

1) 일차의료란, “건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료를 말한다. 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강 문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다.”(이재호 등, 2007 & 2014)

## 2. 일차의료 평가

일차의료의 석학 Barbara Starfield는 그의 저서 Primary care Balancing Health Needs, Services, and Technologies(1998)에서 국가의 일차의료 수준을 평가하는 방법론을 소개한 바 있다. 이에 따르면 보건의료체계(system) 특징 9가지와 업무(practice) 특징 6가지 항목으로 각각 0~2점의 점수를 부여하여 평가하였다. 일차의료체계 특징에는 의료기관 분포의 공공규제 여부(체계유형), 재원조달 방식, 일차의료 의사의 유형, 진료에 종사하는 전문의 비율(%), 일차의료 의사의 상대적 수입, 일차의료 서비스 본인부담정도, 환자명부(주치의 제도) 유무, 24시간 서비스제공, 학부과정에서의 가정의학교실의 위상이 포함된다. 임상 특징에는 최초 접촉, 지속성, 포괄성, 조정기능, 가족 중심성, 지역사회 지향성이 포함된다. 이 같은 평가방식에 의해 12개 선진국의 일차의료 수준을 평가한 바에 따르면, 영국 1.9점, 덴마크 1.7점, 네덜란드 1.5점, 핀란드 1.5점, 스페인 1.4점, 캐나다 1.2점, 호주 1.1점, 스웨덴 0.9점, 미국 0.4점, 독일 0.4점, 벨기에 0.4점, 프랑스 0.3점의 순이었다. 우리나라에 이 같은 평가방식을 적용하였을 때 프랑스와 함께 가장 낮은 점수인 0.3점을 받은 바 있다(안상훈, 2001).

최근 30여 년간 세계 각국은 인구의 고령화와 만성질환의 증가에 대응하기 위하여, 보건의료체계에서 일차의료의 역할을 강화해 왔다. 그 동향을 살펴보면, 일차의료 의사수련 제도의 정착, 다학제 팀 진료와 그룹진료 증가, 의뢰체계 또는 주치의제도 도입, 행위별수가제뿐만 아니라 환자 당 정액제 또는 성과급제 등을 혼합한 지불제도 확산, 만성질환 관리에 있어서의 간호사 역할의 증가를 공통적으로 관찰할 수 있다. 이 기간 동안 주치의제도를 도입한 국가의 예로는, 노르웨이(2001), 프랑스(2006), 스웨덴(2010), 핀란드(2012)를 들 수 있으며, 주마다 다양한 일차의료 개혁을 경험해 온 캐나다의 경우 주치의 등록을 보편화<sup>2)</sup> 하고 있다. 건강보험 도입(1989) 이후 일차의료 영역에서 변화가 거의 없었던 우리나라와는 대조를 보인다.

OECD 회원국들에 대한 일차의료 평가에 있어서 Starfield가 사용한 15가지 항목을 적용하는 것은 그 작업이 매우 방대하다. 본 고에서는 저자의 역량 범위 내에서 편의상 가장 중요하다고 판단하는 의뢰체계 또는 주치의제도 보유 여부에 따라서 OECD 회원국들을 3개 그룹으로 구분하였다(표 1).

2) Huchison 등(2011)에 의하면, 캐나다에서 가장 인구가 많은 온타리오 주의 경우 72%의 주민이, 그리고 퀘벡 주의 경우 주민의 절반 이상이 주치의 등록을 하였다.

(표 1) OECD 회원국 일차의료 평가 - 의뢰체계 또는 주치의제도 보유 여부에 따른

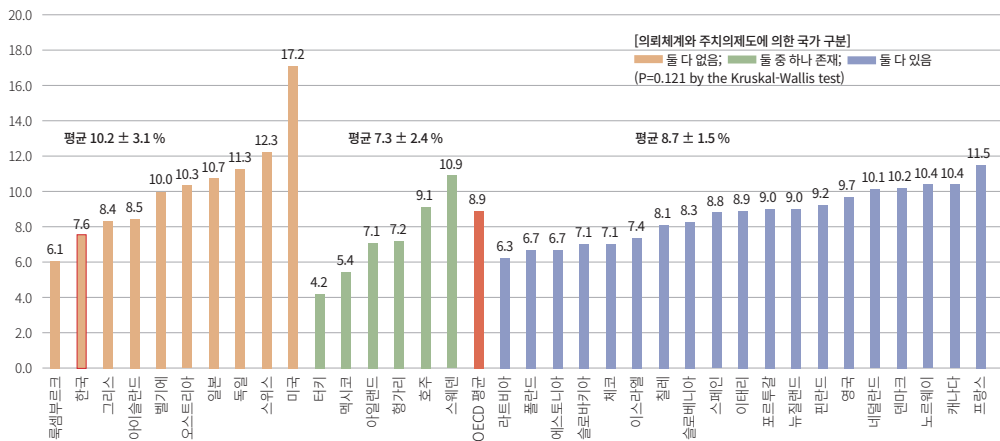
의뢰체계(-) / 주치의제도(-)	의뢰체계(+) / 주치의제도(-) 또는 의뢰체계(-) / 주치의제도(+)	의뢰체계(+) / 주치의제도(+)
오스트리아, 벨기에, 독일, 그리스, 아이슬란드, 일본, 한국, 룩셈부르크, 스위스, 미국	호주, 헝가리, 아일랜드, 멕시코, 스웨덴, 터키	캐나다, 칠레, 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 이스라엘, 이태리, 라트비아, 뉴질랜드, 네덜란드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 영국
10개국	6개국	19개국

자료: Kringos et al. 2015, Mossialos et al. 2017.

### 3. 주치의제도 보유 여부와 OECD 회원국 보건의료 지표

#### 가. 국민의료비

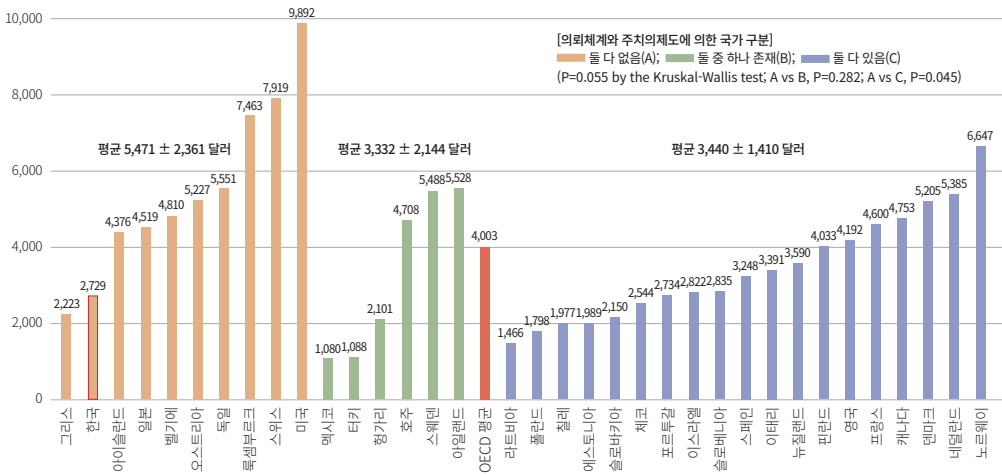
2017년 국내총생산(Gross Domestic Product, GDP) 대비 국민의료비가 차지하는 비중을 살펴보면, 우리나라(7.6%)는 35개 회원국 중 24위로 OECD 평균(8.9%)보다 낮았다. 가장 높은 국가는 미국(17.2%)이었고, 이어서 스위스(12.3%), 프랑스(11.5%), 독일(11.3%), 캐나다와 노르웨이(각각 10.4%) 순이었다. 주치의제도 부재 국가 평균은 10.2%, 주치의제도 부실(또는 의뢰체계만 존재하는) 국가 평균은 7.3%, 그리고 주치의제도 보유 국가 평균은 8.7%로 나타나 주치의제도 부재 국가 중에서 비중이 가장 높았지만 비모수 통계방법으로 유의한 차이를 나타내지는 못했다(P=0.121, Kruskal-Wallis test)[그림 1].



[그림 1] 2017년 GDP 대비 국민의료비 비중(%)

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

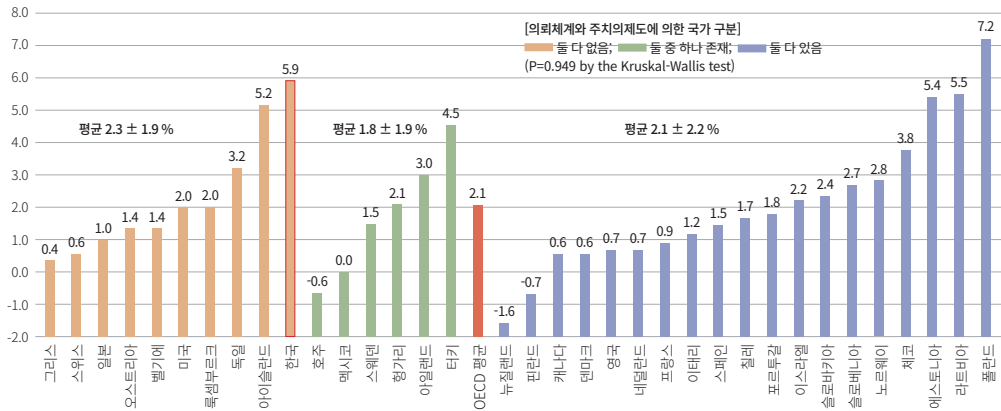
2017년 국민 1인당 연간 의료비 지출을 살펴보면, 미국이 가장 많아 9,892 달러였으며, 이어서 스위스 7,919 달러, 룩셈부르크 7,463 달러, 노르웨이 6,647 달러, 독일 5,551 달러 순이었고, 상위 5개국 중 4개국이 주치의제도 부재 국가였다. 우리나라는 2,729 달러로, 35개 OECD 회원국 중 25위였으며, OECD 평균(4,003 달러)에 68.2%에 그치는 수준이었다. 주치의제도 부재 국가 평균은 5,471달러, 부실 국가 평균은 3,332 달러, 그리고 보유 국가 평균은 3,440 달러였고, 주치의제도 부재 국가 국민은 주치의제도 보유 국가 국민보다 의료비 지출이 유의하게 많았다(P=0.045, Kruskal-Wallis test 사후 검정)[그림 2].



[그림 2] 2017년 국민 1인당 연간 의료비 지출(USD PPP)

주: 구매력평가 지수(Purchasing Power Parity, 이하 PPP)는 각국의 통화단위로 산출된 GDP를 각국의 물가수준을 함께 반영하는 것  
 자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

국민의료비 증가율(2016-2017)에 있어서 우리나라는 5.9%로 OECD 국가들 중 폴란드(7.2%)에 이어 2위였고, 이어서 라트비아(5.5%), 에스토니아(5.4%), 아이슬란드(5.2%) 순이었다. 주치의제도 부재 국가 평균은 2.3%, 부실(또는 의뢰체제만 있는) 국가 평균은 1.8%, 주치의제도 보유 국가 평균은 2.1%여서, 주치의제도 부재 국가 증가율이 가장 높았지만 비모수 통계분석 결과 유의하지는 않았다(P=0.949, Kruskal-Wallis test)[그림 3].

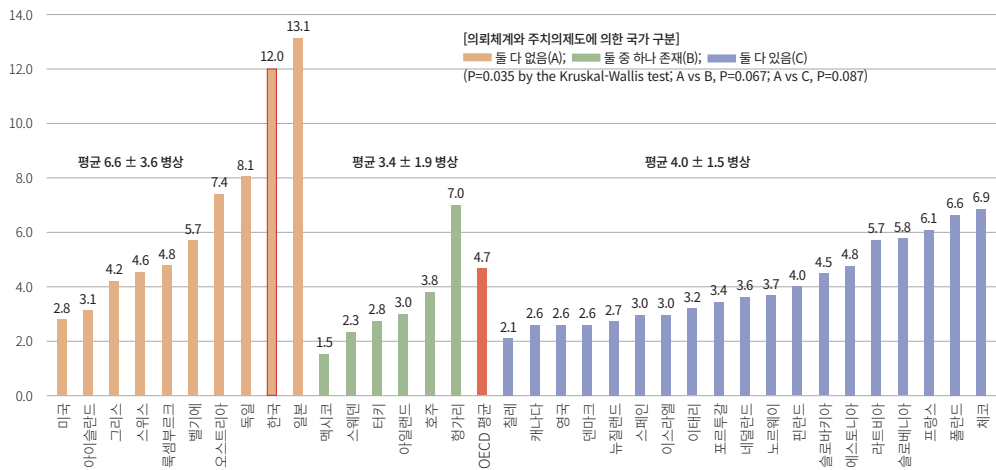


[그림 3] 2016-2017년 국민의료비 증가율(%)

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

### 나. 병상수와 재원일수

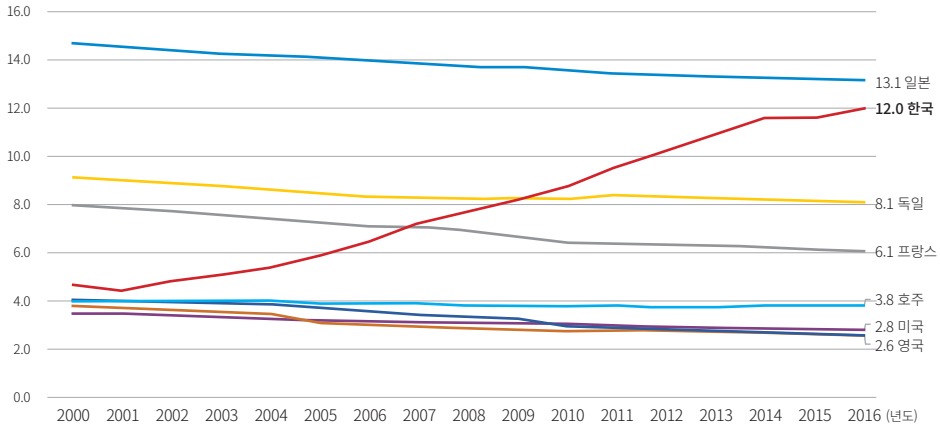
2016년 인구 천 명당 병상수에 있어서, 우리나라는 일본(13.1병상)에 이어 2위(12.0병상)였으며, 이어서 독일(8.1병상), 오스트리아(7.4병상), 헝가리(7.0병상) 순이었고, OECD 평균(4.7병상)에 2.6배 많이 보유하고 있다. 상위 5개 국가들 중 4개 국가가 주치의제도 부재 국가군에 속하였다. 주치의제도 부재 국가 평균은 6.6병상, 보유 국가 평균은 4.0병상, 의뢰체계(또는 주치의제도 부실) 국가 평균은 3.4병상 순이었으며, 일차의료 수준 평가의 지표로서 주치의제도 보유 여부에 따라 국가군별 보유 병상수에 유의한 차이가 있었다(P=0.035, Kruskal-Wallis test)[그림 4].



[그림 4] 2016년 인구 천 명당 병상수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

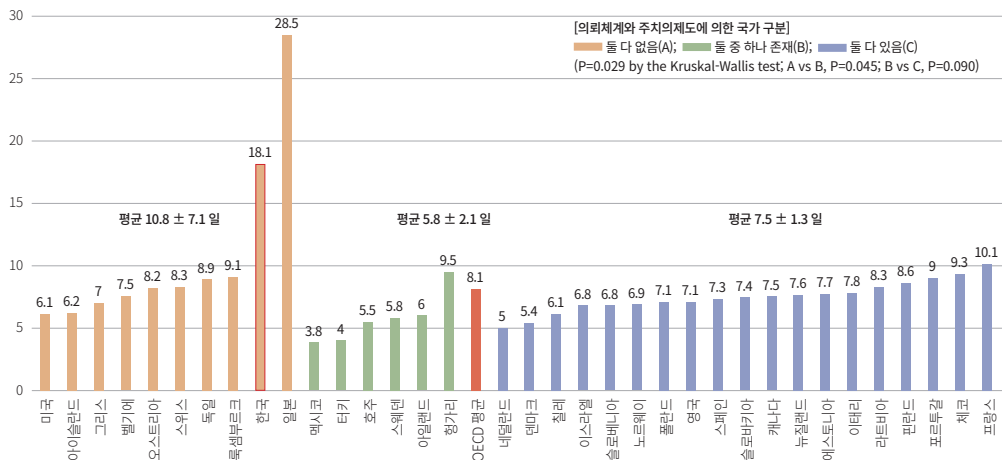
우리나라의 병상수(인구 천 명당)는 2000년 4.7병상에서 2016년 12.0병상으로 꾸준히 증가해 왔으며(이 점에서 유일한 국가), 변화가 없거나 감소해온 다른 회원국들과 그 추이(2000-2016)에서 대조를 이루었다[그림 5].



[그림 5] 2000-2016년 인구 천 명당 OECD 국가의 병원 병상수 추이

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

2016년 병원 재원일수에 있어서, 병상수와 마찬가지로 우리나라(18.1일)는 일본(28.5일)에 이어 2위로 입원을 오래하는 것으로 나타났고, 이어서 프랑스(10.1일), 헝가리(9.5일), 체코(9.3일) 순이었으며, OECD 평균(8.1일)에 비해 2.2배 길었다. 주치의제도 부재 국가 평균은 10.8일로 가장 길었고, 보유 국가 평균은 7.5일, 그리고 부실(또는 의뢰체제만 보유) 국가 평균은 5.8일이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었고(P=0.029, Kruskal-Wallis test), 사후 검정 결과 그 유의한 차이는 부재 국가군과 부실 국가군 차이[P=0.045 by the Dwass, Steel, Critchlow-Fligner (DSCF) method]에서 나타났다[그림 6].

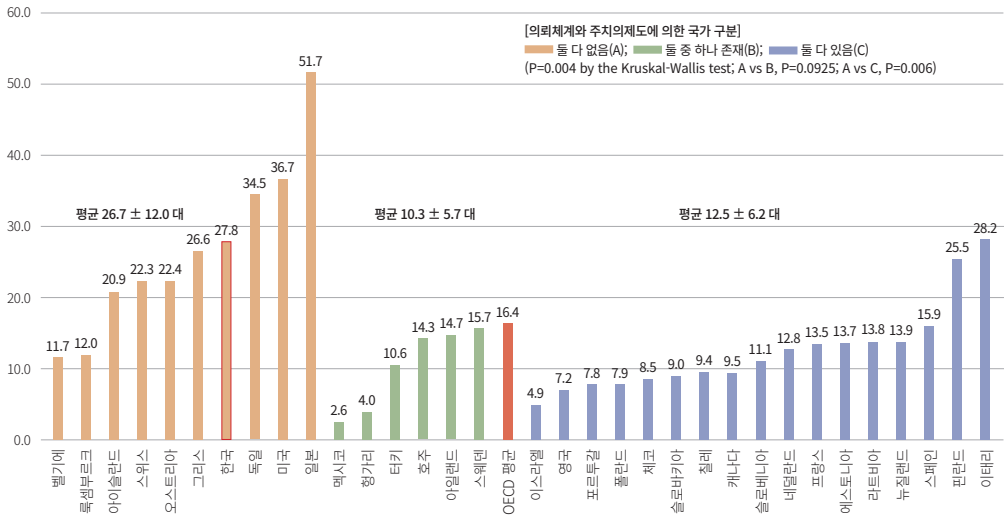


[그림 6] 2016년 병원 재원일수(모든 병원)

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

### 다. 첨단장비 보유 및 이용

2016년 MRI 보유 대수(인구 백만 명당)에 있어서, 우리나라는 27.8대로, 일본(51.7대), 미국(36.7대) 독일(34.5대), 이태리(28.2대)에 이어 5위로 많이 보유하고 있으며, OECD 평균(16.4대)에 비해 1.7배 많이 보유하고 있다. 상위 5개국 중 4개 국가는 주치의제도 부재 국가였다. 주치의제도 부재 국가 평균은 26.7대, 보유 국가 평균은 12.5대, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가 평균은 10.3대로, 주치의제도 부재 국가가 유의하게 많은 MRI를 보유하는 것으로 나타났다( $P=0.004$ , Kruskal-Wallis test), 사후 검정 결과 유의한 차이는 부재 국가군과 보유 국가군 사이에서 나타났다( $P=0.006$  by the DSCF method)[그림 7].

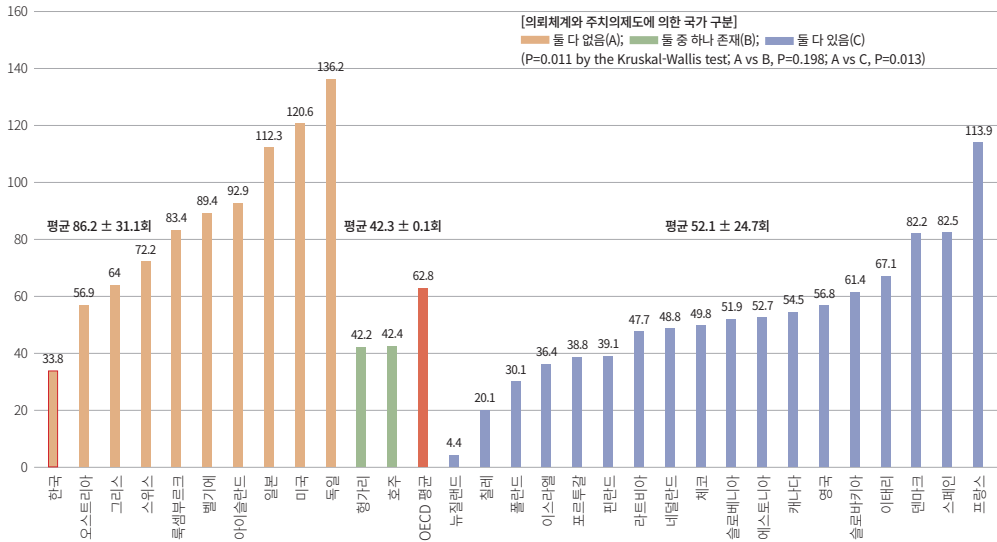


[그림 7] 2016년 인구 백만 명당 MRI 보유 대수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

2016년 MRI 검사 횟수(인구 천 명당)에 있어서, 우리나라는 33.8회로 보유 대수와는 달리, 검사 횟수가 적은 순으로 네덜란드(4.4회), 칠레(20.1회), 폴란드(30.1회)에 이어 하위 4번째로 검사 횟수가 적었으며, OECD 평균(42.3회)에 비해 0.8배 낮은 수준이었다. 주치의제도 부재 국가는 86.2회, 보유 국가는 52.1회, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 42.3회로 나타나, 주치의제도 부재 국가가 MRI 검사를 가장 많이 시행하였고( $P=0.011$ , Kruskal-Wallis test), 사후 검정 결과 부재 국가군과 보유 국가군 사이에서 차이가 유의하였다( $P=0.013$  by the DSCF method)[그림 8].

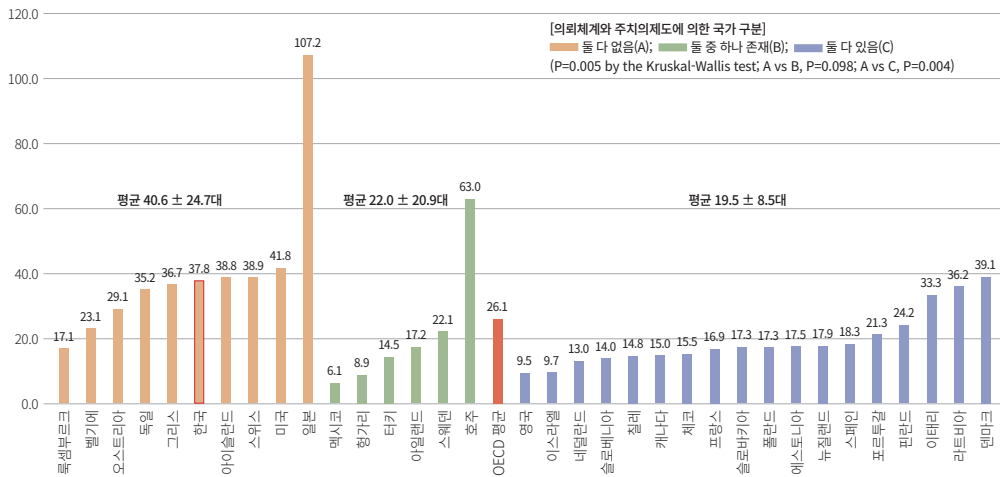




[그림 8] 2016년 인구 천 명당 MRI 검사 횟수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

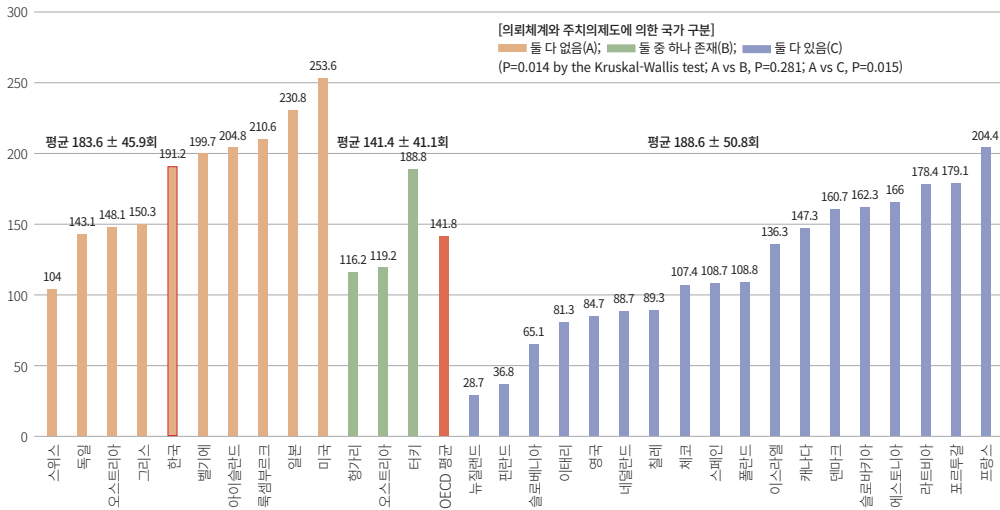
2016년 CT 보유 대수(인구 백만 명당)에 있어서, 우리나라는 37.8대로, 일본(107.2대), 호주(63.0대), 미국(41.8대), 덴마크(39.1대), 스위스(38.9대), 아이슬란드(38.8대)에 이어 6위였으며, OECD 평균(26.1대)에 비해 1.5배 많이 보유하고 있다. 주치의제도 부재 국가는 40.6대, 보유 국가는 19.5대, 그리고 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 22.0대로, 주치의제도 부재 국가가 유의하게 많이 CT 장비를 보유하고(P=0.005, Kruskal-Wallis test), 사후 검정 결과 부재 국가군과 보유 국가군 사이에 유의한 차이가 있었다(P=0.004 by the DSCF method)[그림 9].



[그림 9] 2016년 인구 백만 명당 CT 보유 대수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

2016년 CT 검사 횟수(인구 천 명당)에 있어서, 우리나라는 191.2회로서, 미국(253.6회), 일본(230.8회), 룩셈부르크(210.6회), 아이슬란드(204.8회), 프랑스(204.4회), 벨기에(199.7회)에 이어 7위였고, OECD 평균(141.8회)에 비해 1.3배 많은 CT 검사를 시행하였다. 주치의제도 부재 국가 183.6회, 보유 국가 118.6회, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가 141.4회로 CT 검사 횟수에 유의한 차이가 있었고(P=0.014, Kruskal-Wallis test), 사후 검정 결과 부재 국가군과 보유 국가군 사이에 유의한 차이가 있었다(P=0.015 by the DSCF method)[그림 10].

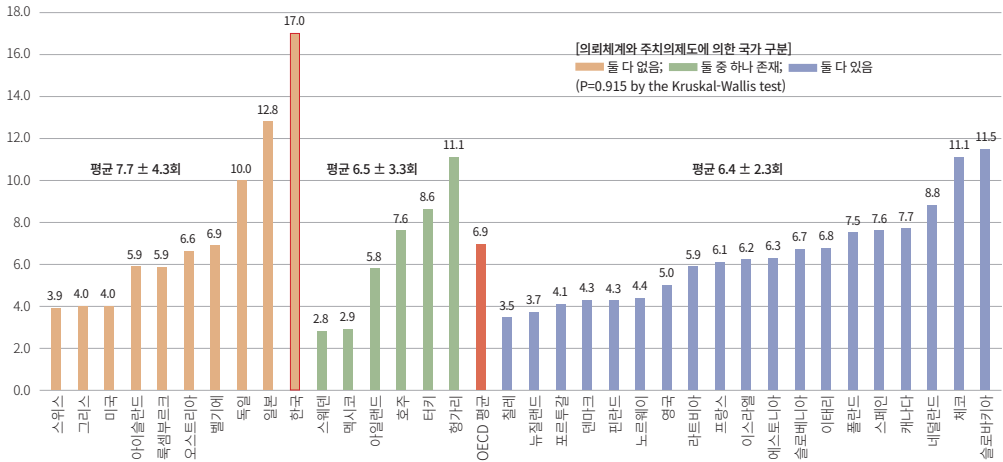


[그림 10] 2016년 인구 천 명당 CT 검사 횟수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

### 라. 국민 1인당 1년간 외래진료 횟수

2016년 국민 1인당 연간 외래진료 횟수에 있어서, 우리나라 국민은 17.0회로 35개 OECD 회원국들 중 1위였으며, 이어서 일본(12.8회), 슬로바키아(11.5), 체코(11.1회), 독일(10.0회) 순이어서, 상위 5개 국가들 중 3개 국가가 주치의제도 부재 국가군에 속하였고, OECD 평균(6.9회)에 비해 2.5배 외래진료를 많이 받는 것으로 나타났다. 주치의제도 부재 국가는 7.7회, 보유 국가는 6.4회, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 6.5회였는데, 비모수 통계기법으로 유의한 차이를 보이지 못했다(P=0.915, Kruskal-Wallis test)[그림 11].

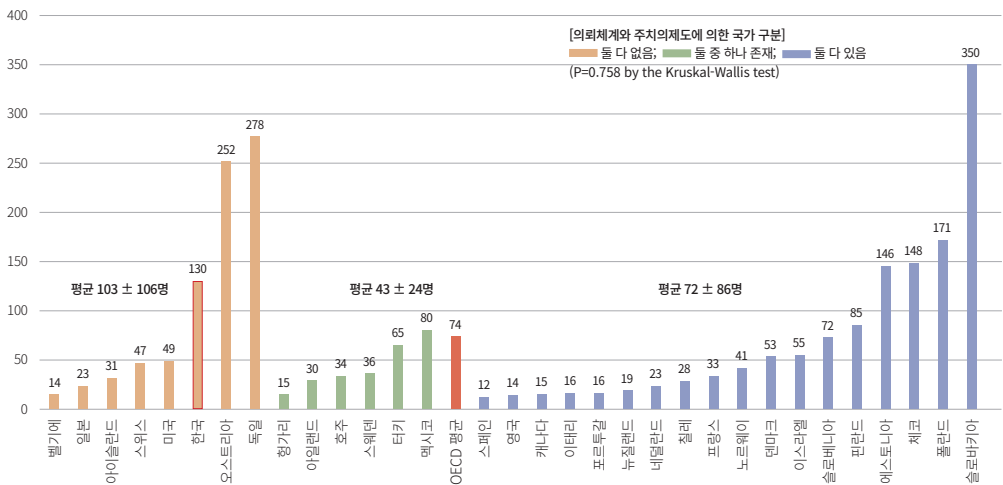


[그림 11] 2016년 국민 1인당 외래진료 횟수

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

### 마. 일차의료 질 지표

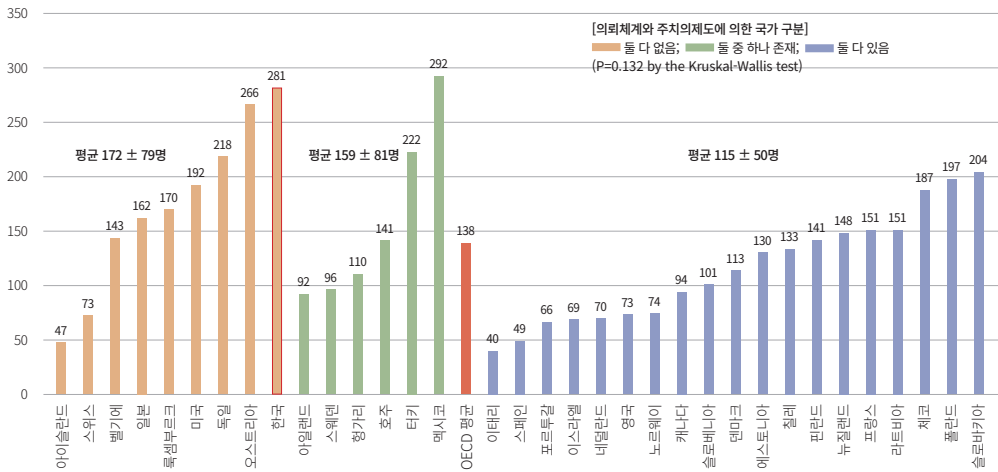
2015년 고혈압 환자의 입원율(15세 이상 인구 십만 명당, 표준화율)에서, 우리나라는 130명으로 슬로바키아(350명), 독일(278명), 오스트리아(252명), 폴란드(171명), 에스토니아(146명)에 이어 6위였으며, OECD 평균(74명)보다 1.8배 많은 입원율을 보였다. 주치의제도 부재 국가는 103명, 보유 국가는 72명, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 43명이어서 부재 국가 입원율이 가장 큰 듯 보였으나 비모수 통계기법으로 유의한 차이를 보이지는 못했다(P=0.758, Kruskal-Wallis test)[그림 12].



[그림 12] 2015년 15세 이상 인구 십만 명당 고혈압 입원율

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

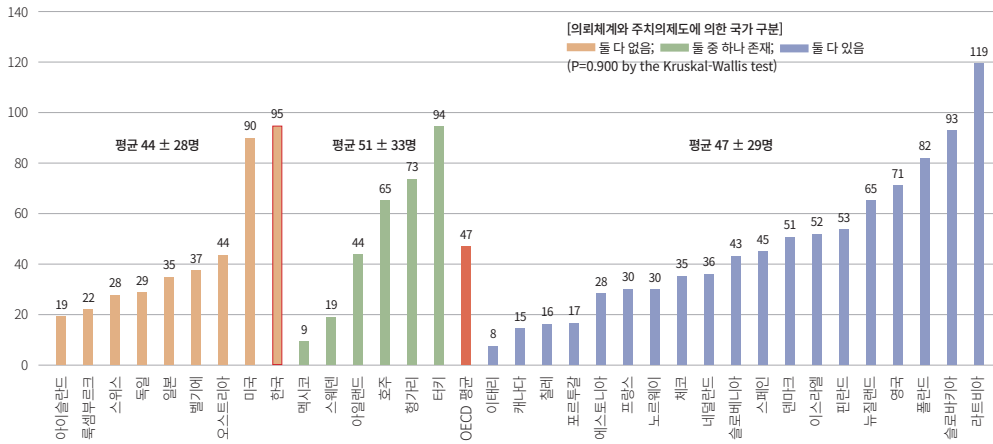
2015년 당뇨 환자의 입원율(15세 이상 인구 십만 명당 표준화율)에서, 우리나라는 281명으로 멕시코(292명) 다음으로 2위였으며, 이어서 오스트리아(266명), 독일(218명), 슬로바키아(204명), 폴란드(197명) 순이었고, 상위 5개 국가들 중 주치의제도 부재 국가는 3개 국가였다. 주치의제도 부재 국가는 172명, 보유 국가는 115명, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 115명이어서, 부재 국가군이 가장 높은 듯 보였으나, 비모수 통계학적으로 유의하지 않았다( $P=0.132$ , Kruskal-Wallis test)[그림 13].



[그림 13] 2015년 15세 이상 인구 십만 명당 당뇨 입원율

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

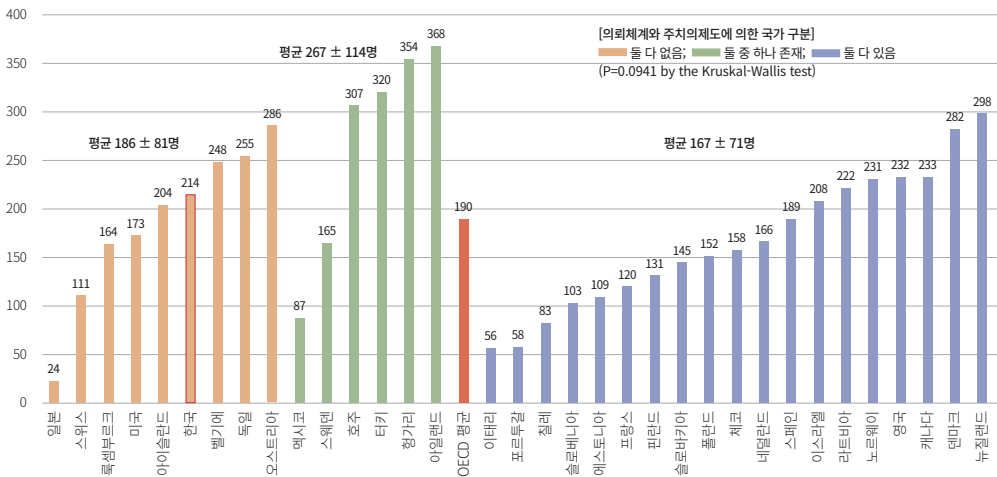
2015년 천식 환자의 입원율(15세 이상 인구 십만 명당 표준화율)에서, 우리나라는 95명으로 라트비아(119명) 다음으로 높아서 2위였으며, 이어서 터키(94명), 슬로바키아(93명), 미국(90명) 순이었고, 우리나라는 OECD 평균(47명)에 비해 2.0배 높았다. 주치의제도 부재 국가는 44명, 보유 국가는 47명, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 51명으로 유의한 차이는 없었다 [그림 14].



[그림 14] 2015년 15세 이상 인구 십만 명당 천식 입원율

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

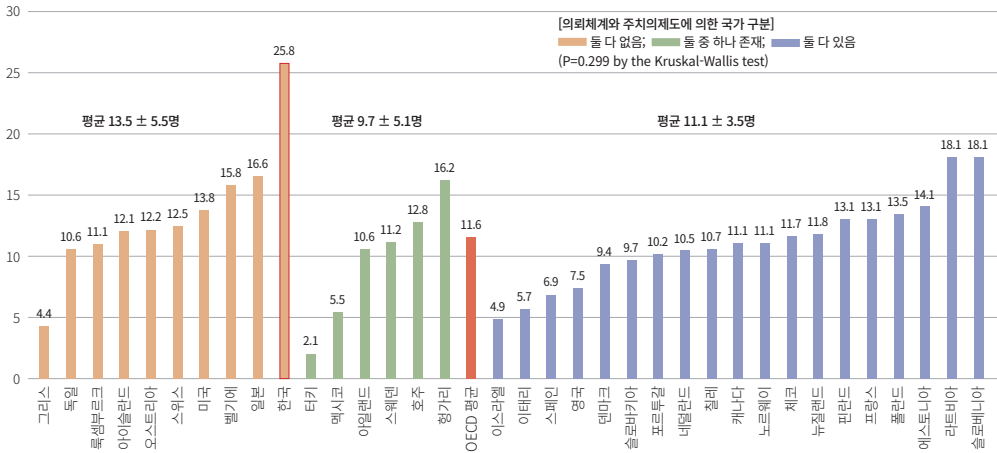
2015년 만성폐쇄성폐질환(COPD) 입원율(15세 이상 인구 십만 명당)에서, 우리나라는 214명으로, 14위였고, OECD 평균(190명)에 비해 1.1배에 달했다. 주치의제도 부재 국가 186명, 보유 국가 167명, 부실(또는 의뢰체제만 보유) 국가 267명 사이에 유의한 차이는 없었다[그림 15].



[그림 15] 2015년 15세 이상 인구 십만 명당 만성폐쇄성폐질환(COPD) 입원율

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

2016년 자살률(인구 십만 명당, 표준화율)에 있어서, 우리나라는 25.8명으로 OECD 35개 국가들 중 1위였으며, OECD 평균(11.6명)에 비해 2.2배 높은 수준이었다. 우리나라 다음으로는 슬로베니아와 라트비아(각각 18.1명), 일본(16.6명), 헝가리(16.2명), 벨기에(15.8명) 순이었다. 주치의제도 부재 국가는 13.5명, 보유 국가는 11.1명, 부실(또는 의뢰체제만 보유) 국가는 9.7명이었으며, 국가 군 사이에 유의한 차이는 없었다[그림 16].

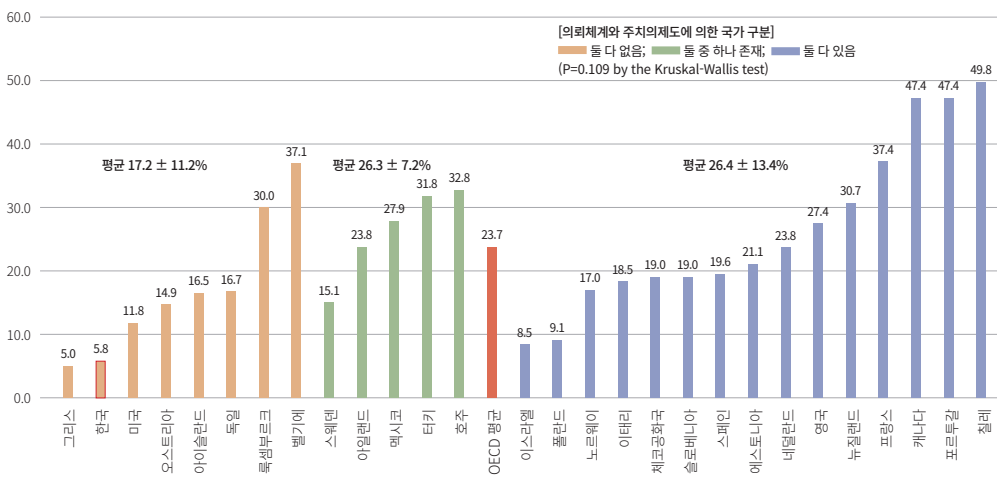


[그림 16] 2016년 인구 십만 명당 자살률(표준화율)

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

### 바. 일차의료 의사 현황

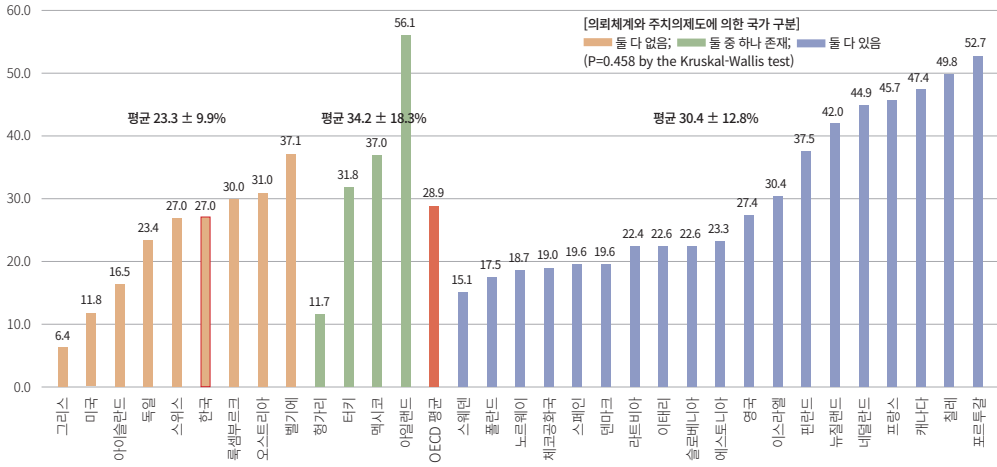
일차의료 의사를 공식적인 수련을 이수한 일차의료 전문의(유럽의 general practitioner 또는 미국 등 일부 국가들의 family physician)로 한정할 경우, 전체 의사 중 차지하는 비율은 우리나라가 5.8%로, 그리스(5.0%)에 이어 그 비율이 낮았고, OECD 평균(23.7%)에 비해 0.2배에 그치는 것으로 나타났다. 주치의제도 부재 국가 17.2%, 보유 국가 26.4%, 부실(또는 의료체계만 보유) 국가 26.3%로 나타났고, 국가 군별 유의한 차이는 없었다[그림 17].



[그림 17] 2016년 일차의료 의사 비율

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

일차의료 의사의 외연을 넓혀서 우리나라의 경우처럼 일반 의사나 한의사를 포함시킬 경우, 우리나라의 경우 전체 의사에서 일차의료 의사의 비율은 27.0%로, OECD 평균 (28.9%)에 근접했다. 주치의제도 부재 국가는 23.3%, 보유 국가는 30.4%, 부실(또는 의뢰체계만 보유) 국가는 34.2%로 나타났으며, 국가군들 사이에 유의한 차이는 없었다(그림 18).



[그림 18] 2016년 일차의료 의사 비율(일반의사 포함)

주: 한국은 한의사 포함.

자료: OECD. OECD Health Statistics 2018.

## 4. 나가며

우리나라의 보건의료지표는 대체로 다른 OECD 회원국들과 비교할 때 양극단에 분포하고 있다. 특히 국민 1인당 1년간 외래진료 빈도는 2012년부터 일본을 추월하여 최근 5년간 부동의 1위를 고수하고 있다. 자살률 역시 2003년 이후 부동의 1위를 고수하고 있다. 우울증을 겪험하는 사람은 다양한 신체증상들을 동반하는 경우가 많은데, 만일 이들에게 몸과 마음까지 전인적으로 서비스를 제공하는 믿을 만한 주치의가 있어서 속내를 털어놓고 상의할 수 있다면 자살률을 낮출 수 있을 것이다. 우리나라는 OECD 회원국들 중에서 병상수가 가파르게 증가하는 유일한 국가이다. CT와 MRI 등 고가 첨단장비와 병상수를 다른 회원국들에 비해서 많이 보유하고 있지만, 일차의료 영역에서 관리를 잘 하면 피할 수 있는 당뇨병 입원이 많아 회원국들 중 2위를 차지하고 있다. 이 같이 우리나라가 보건의료 지표들에서 극단 값을 많이 갖는 것은 보건의료의 공공성과 일차의료의 취약한 것이 근본적인 원인이다. 또한 이러한 취약성은 국민건강에 매우 부정적인 영향을 미친다는 사실을 우리 사회에 널리 알리는 것이 필요하다.

필자는 일차의료 관점에서 2018년 6월 발표된 OECD 보건의료 지표들을 분석하고 해석하고자 하였다. 일차의료 수준을 평가하는 여러 항목들이 있지만, 본 고에서는 대리 지표로서 주치의제도·의뢰체계만을 사용한 것은 결과 해석 상 제한점이 될 수 있음을 고려해야 할 것이다. 또한 통계분석에 있어서 비모수 검정을 사용할 수 밖에서 없어서 검정력이 낮을 수 밖에 없었음을 밝힌다.

결론적으로, 우리나라와 같이 일차의료이 취약한, 주치의제도·의뢰체계가 미비한 국가들은 주치의제도 보유 국가들에 비해서 병원 병상 및 첨단 진단장비 보유 등 구조적으로 많은 투입을 하고 있다. 국민은 많은 의료이용을 하면서 의료비를 부담하고 있지만, 그 결과에 있어서 일차의료 민감질환(당뇨, 고혈압, 천식 등) 입원율로 평가하였을 때, 별 차이가 없거나 오히려 나쁠 가능성이 있는 것으로 나타났다. 국내 보건의료 정책 입안에 있어서 일차의료 강화의 필요성에 대한 근거 자료로 본 고가 이용될 수 있기를 바란다. X

## 참고문헌

- 안상훈. 우리나라 1차 의료 수준의 평가 및 선진국들과의 비교 분석. 가정의학회지. 2001;22:483-497.
- 이재호, 최용준, Robert J.Volk, 김수영, 김용식, 박훈기, 전태희, 홍승권, Stephen J.Spann (2014). 델파이법을 이용한 일차의료 개념정의: 이차출판, 보건행정학회지 24(1):100—106.
- Kringos DS, Boerma GW, Hutchinson A, Saltman RB (ed). Building primary care in a changing Europe — Case studies. European observatory on health systems and policies. Observatory studies series, vol. 38. 2015.
- Lee C, Sung NJ, Lim HS, Lee JH. Emergency department visits can be reduced by having a regular doctor for adults with diabetes mellitus: secondary analysis of 2013 Korea Health Panel Data. J Korean Med Sci 2017; 32:1921—1930.
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a delphi method. Fam Med 2007; 39: 425—431.
- Mossialos E, Djordjevic A, Osborn R, Sarnak D (ed). 2017 International profiles of health care systems. New York: The Commonwealth Fund, May 2017.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83: 457—502.
- Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York (NY): Oxford University Press; 1998.
- OECD.OECD Health Statistics 2018 [cited 2018 Jun 25]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/>