



일차 의료 강화를 위한 교육수련제도 개편 방안

김 경 우¹ · 이 승 화² · 박 훈 기^{3*} | ¹인제대학교 서울백병원, ²아주대학교 의과대학, ³한양대학교 의과대학 가정의학과

Reforming medical education for strengthening primary care

Kyoungwoo Kim, MD¹ · Seunghwa Lee, MD² · Hoonki Park, MD^{3*}

Department of Family Medicine, ¹Inje University Seoul Paik Hospital, Seoul, ²Ajou University College of Medicine, Suwon, ³Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Hoonki Park, E-mail: hoonkp@hanyang.ac.kr

Received September 6, 2013 · Accepted September 20, 2013

Primary care physicians who can deliver high quality primary care services are essential for strengthening the primary health care system. In Korea, primary care was regarded as substandard services practiced by any medical doctor without postgraduate education in primary care. The current and future health care systems are challenged by increasing complexity and co-morbidity and healthcare costs in medical care. The developed countries are preparing for the future by increasing support for basic, postgraduate, and continuing medical education in primary care. To strengthen the primary care in Korea, basic medical education programs should require experience in primary care clinics with a teaching and education function. Postgraduate primary care medical education must be enhanced to be qualified to practice in the community. The recognition of the importance of primary care and the need for changes in the current education and healthcare system among medical professionals and other stakeholders and support systems such as legislation and finance for primary care medical education.

Keywords: Primary health care; Education; Residence characteristics

서 론

높은 수준의 일차 의료 서비스를 제공할 수 있는 의사를 양성하는 것은 일차 의료 강화를 위한 필수적인 선행요건이다[1]. 변화하는 의료 환경 속에서, 미래의 의료 환경에 적합하고 국민과 사회가 필요로 하는 일차 의료 의사를 양성할 수 있도록 교육수련 제도는 끊임없이 개편되어야 한다[2-4].

현재의 교육수련 제도를 일차 의료 강화를 위한 교육수련 제도로 개편하기 위해서는 교육수련에 참여하는 교육자와 관련 이해 당사자가 일차 의료의 중요성을 인식하고 변

화의 동력을 가지는 것이 선행되어야 한다[1,2,5,6]. 우리나라에 도입된 지 50여 년이 된 채 큰 변화 없이 지속되어 온 전공의 수련제도와 전문의 제도는 그 동안의 우리나라 의료 수준 향상에 기여한 면이 크지만, 변화하고 있는 의료 환경 속에서 부적절한 수련이라는 문제를 포함하고 있어, 전문의가 자기가 수련받은 의료를 제공하지 못하거나 수련받지 않은 의료를 제공해야 하는 상황에 놓이게 되었는데, 특히 일차 의료 현장에서는 이러한 문제점이 두드러졌다[7]. 또한, 일차 의료는 의사면허만 가지면, 일차 의료 수련 여부를 불문하고 누구나 할 수 있는 질 낮은 의료로 인식되어 왔고, 질

© Korean Medical Association
This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

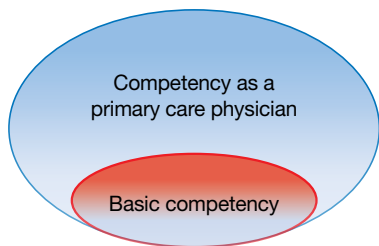


Figure 1. Basic competency versus primary care competency. Primary care physicians need training and development beyond basic competency.

낮은 일차의료를 경험한 국민들이 동네의원을 불신하고 대형병원을 선호하는 경향을 가지게 된 하나의 원인이 되었다. 국민에게 필요한 의사와 실제 양성되는 의사와의 간극은 점점 커져왔다.

현재 의료환경의 변화는 인구의 고령화로 인해 한 개인이 여러 가지 질환을 가지게 되었고, 다양한 첨단 의료기술이 도입되고 초세부 전문화되어 의료는 날로 복잡해지고 있다[8]. 이로 인해 의료 비용은 폭발적으로 증가하고 있으며, 미분화된 초기 증상과 건강문제들에 대해, 복잡한 의료 시스템과 신뢰할 수 없는 권고 속에서 스스로 선택하여야 하는 환자들은 방황하고 있다.

이러한 미래의 의료환경에 적합하고 국민과 사회가 필요로 하는 의사를 양성하는 것은 의사 개인이나 의사단체의 이익을 넘어 국민과 사회의 이익을 위한 것이다. 고령화에 따라 의료 요구가 점차 복잡해지고, 장기적 치료를 요하는 건강문제가 늘어나고, 여러 질환을 동시에 가진 환자들이 증가하고 있으며, 한 명의 환자가 여러 분과 전문의들과 다양한 기관들로부터 의료 서비스를 받게 되어 이러한 서비스를 해석하고 효과적으로 조정하는 역할이 더욱 중요시되고 있다. 또한 전인적인 관점에서 환자의 건강에 영향을 주는 심리적 사회적 요인과 동반질환 등을 고려하여 환자의 질병 요인들을 평가하고, 효과적인 의사소통 기법으로 환자를 교육하고 진단과 치료에 관한 전문적 의료 정보를 이해하기 쉽게 제공해 주어야 하며, 진료 계획을 구성하고 통합하는 역할도 수행해야 한다. 각 환자 개인에게 어떠한 보건의료자들이 적절하고 비용 효과적인지, 환자 개인에게 가장 효과적이면서 적절한 전문진료 서비스는 무엇인지를

환자와 상의하며 결정해야 하는 복잡하고도 높은 차원의 판단과 기술이 요구된다. 이러한 복합성(co-morbidity)과 복잡성(complexity)에 있어 일차의료의 역할은 더욱 중요해지고 있으며, 이런 변화에 대비하는 의학교육과 수련제도의 개선이 중요하고 시급하다. 일차의료와 관련된 국내외 의과대학 교육현황과 졸업 후 임상수련 현황을 살펴보고 일차의료 강화를 위한 교육수련제도의 개편방안에 대해 살펴보고자 한다.

국내 교육수련 현황

일차의료 강화를 위한 교육수련 내용에는 기본적인 임상진료 역량과 일차의료 고유의 역량을 포함하여야 한다 (Figure 1). 지역사회 구성원들(예: 특정 지역 주민, 특정 지역 내 특수 계층, 특정 학교의 학생, 특정 직장의 직장인)[9]에게 양질의 일차의료를 제공하기 위해서는 기본적인 임상진료를 포함하여 별도의 일차의료 고유의 전문적 수련이 필수적이다.

기본적인 의학지식을 갖추고 주요 임상문제를 중심으로 환자를 진료하는 것은 기본적인 임상진료 역량이라고 할 수 있다. 그러기 위해서는 지식, 태도, 술기의 세 영역에서 균형 있는 임상능력을 갖추어야 한다. 여러 의학교육자의 노력에도 불구하고, 그 동안의 의학교육은 단편적인 지식의 암기와 관찰 중심의 임상실습으로 이루어져 왔고, 그나마 학생의 임상실습 참여에도 제약이 증가하고 있다. 그런 와중에 표준화 환자(standardized or simulated patient)를 이용한 임상수행능력평가시험(clinical performance examination)을 도입한 의사국가시험 실시시험은 학생 교육과정에서 임상실습교육기회의 변화와 임상술기 교육시설의 변화 등에 긍정적인 변화를 주고, 기본 임상수기, 환자를 대하는 태도, 환자와의 의사소통과 설명 등 전반적인 임상능력 배양과 일차진료 수기 향상에 긍정적인 영향을 준 것으로 평가된다[10]. 미분화된 흔한 증상에 대한 임상적 접근, 의사소통, 환자의 병력청취와 신체진찰 등은 일차의료에서 중요한 기본적인 임상진료 역량으로서 임상수행능력평가시험은 일차의료에서 흔하고 중요한 문제를 다루는 능력에 대한 평가를

포함하고 있으며, 더욱 강조되어야 한다.

일차의료 고유의 역량은 지역사회 구성원을 대상으로 환자-의사 관계를 지속하면서, 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고, 질병을 예방하고, 초기 단계의 증상을 가장 먼저 대하며, 보건 의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 건강 문제들을 해결하는 역량이라고 할 수 있다. 이러한 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건 의료인, 지역사회 구성원, 관계 당국과의 협동 능력과 리더십이 필요하고, 일차의료팀 기반의 활동에 익숙한 역량을 길러야 한다. 일차의료의사가 단순히 자기영역에서의 임상진료만 잘해서는 충분하지 않다.

많은 의과대학 교육 목표와 과정에 일차의료와 지역사회 의학을 포함하고 있지만, 실제 일차의료 교육 성과에 대해서는 조사된 평가가 거의 없고, SPICES (student-centered, problem based, integration, community based, electives, systematic) 모델을 이용한 임상실습교육 현황에 대한 인식 조사에서 지역사회 중심 교육은 가장 낮게 평가되었다는 보고가 있다[11].

전공의 교육수련 과정은 지역사회 공공의료기관이나 장애우 특수학교 등에 파견 기회가 있는 일부 수련 프로그램을 제외하면, 일차의료 측면에서는 매우 회의적이다. 우선 지도전문의와 전공의의 과중한 업무부담 등으로 수련교육환경 자체가 열악하고[12], 지역사회 일차의료기관에서의 수련 기회가 부족하다. 이는 전공의 교육수련 비용과 급여를 병원에서 부담하고 있어 병원 근로자로서의 역할이 강조되어 왔으며, 전공의가 일차의료기관에 파견 근무를 하는 동안 전공의 급여와 일차의료기관에서 수련에 소요되는 비용을 부담할 주체가 없고, 무엇보다도 지역사회 기반의 일차의료 수련 받을 수 있는 일차의료기관, 일차의료 지도 전문의, 일차의료 수련프로그램의 부재가 주요 원인이라고 할 수 있다. 수련병원이 전적으로 전공의 수련교육프로그램의 비용을 부담하고 있는 상황에서 2005년 전공의 수련교육비용추계에 관한 연구에서는 대해 1인당 연간 평균 교육비용을 약 5천 9백만 원으로 보고하기도 하였다.

교육적 효율이 낮은 인턴제도를 없애고, 과목별로 전공의 수련기간과 형태를 다양화하며, 전문적인 일반의(gene-

ralist) 양성을 포함하는 전공의 수련제도와 전문의제도 개선방안이 연구되어 시행을 앞두고 있으며[13], 이를 준비하기 위한 각 학회와 병원협회 등 관련 기관과 이해 당사자의 노력이 분주하다. 여기에는 종전의 교육자 위주, 병원 경영 위주였던 면을 수정하여 피교육자와 환자의 입장을 강화하며, 전문성과 인성을 갖춘 의사를 효율적으로 양성하고자 인턴제도를 폐지하고, 전문적 일반의인 일차진료의사를 양성하고 의사면허와 진료면허를 분리하며, 수련기간과 형태를 다양화하고, 전공의 근무환경을 개선하는 안을 담고 있어, 일차의료 강화를 위한 수련제도 개편의 좋은 기회가 될 수 있다. 새로운 전공의 수련제도와 발맞추어 의과대학에서 일차의료 중심의 학생인턴제도의 강화와 일차의료 교육의 강화가 절실한 시기이며, 일차의료 교육수련의 기능을 가진 일차의료기관과 일차의료 수련프로그램을 확충하는 것이 병행되어야 한다. 우리나라 의과대학은 대학병원을 기반으로 전문과목 중심으로 의과대학학생교육과 졸업 후 교육이 이루어지고 있어 구미 의과대학과 비교하여 일차의료 교육수련 목표를 달성하기 어려운 환경이다. 따라서 지역사회병원이나 공공의료기관과 연계한 일차의료교육의 장을 확보하는 것이 필요하다. 새로운 전공의 수련제도가 도입되면 1년 차에서의 공통수련교육은 일차의료 강화를 쪽으로 개편이 되어야 하고 수련교육을 모니터하고 관리하는 수련교육관리시스템이 필요하다. 제 2주기 후 평가 중인 의과대학 인증평가 기준에는 일차의료 교육내용과 질을 평가하는 기준이 들어가 있어 의과대학 차원에서의 일차의료교육 강화 노력이 일부 반영되고 있다. 하지만 아직도 전공의 수련교육을 평가하는 병원신입평가에는 구체적으로 일차의료교육을 전공의 수련에 반영하고 있는지의 평가는 이루어지지 않고 있다.

의과대학에서 일차의료교육을 담당하는 전문과목의 존재 유무는 일차의료 학생 교육에 매우 중요한데 아직도 일부 한국 의과대학에서는 가정의학과 자체가 의과대학 혹은 대학병원에 개설되지 않았다. 대학병원에서는 단순히 의료전달 체계의 수요에서 가정의학과를 개설하는 것보다 일차의료 교육의 센터로서의 교육수련 기능을 확보하기 위해 가정의학과를 운영할 필요성이 있다.

교육수련제도의 국외 현황

1994년 세계보건기구-세계일차의료의사/가정의학회(World Health Organization-World Organization of National Colleges and Academies, WHO-WONCA) 회의에서는 “의료와 의학 교육을 보다 국민들의 수요에 맞도록(Making medical practice and education more relevant to people's needs)”이라는 보고서를 발간하였다[14]. 이 보고서에서는 국민들의 수요에 맞추기 위해서 의료 시스템, 의료 전문가, 의과대학 및 교육기관에서의 근본적인 변화가 필수적이며, 일차의료 의사는 양질의, 비용-효과적인, 공평한 의료를 위해 의료시스템에서 중심적인 역할을 해야 한다고 강조하였다. 의과대학교육과 의료행위는 긴밀히 연관되어 있으므로 의학교육은 국민들의 요구에 부응해야 하고, 의대교육은 일차의료를 강조하여야 하고, 일차의료 의사는 적절한 범위의 술기를 익혀야 한다는 것이다.

이와 더불어 최근의 의학교육의 추세는 성과바탕학습(outcome-based medical education)과정으로 전환되고 있으며, 이는 졸업 후 의학교육과 의대 학부교육에서 급속도로 반영이 되고 있다. 특히 캐나다는 1990년대 초부터 캘거리의대를 중심으로 혼란 임상 표현 중심으로 의학교육이 재편되어 의사의 역량 중심 교육과정으로 전환이 되고 이는 캐나다의 전문의교육과 국가시험에 반영이 되었다. 영국과 미국 역시 성과바탕학습과정과 역량중심교육체제로 전환되면서 일차의료의사로서의 역량 평가가 교육을 주도하고 있다.

1. 미국의 학생교육과 전공의수련

의학교육이 앞서 있는 미국의 경우에도 변화하고 있는 것으로 의료환경에 현재의 의학교육이 뒤쳐지고 있다고 판단하여 의학교육을 바꾸기 위한 노력을 지속적으로 기울여 왔다. 의사로서 평생학습과 적응능력을 배우는 중요한 시기인 학생교육의 변화를 위해 미국의사협회(American Medical Association)가 앞장 섰는데, 의학교육 변화가 우수한 11개 의과대학을 선정하여 각 백만 달러씩 총 123억 원을 지원하는 “의학교육의 신속한 개편(accelerating change in

medical education)” 사업을 시행하였다. 이 사업에 미국 의 총 141개 의과대학 중 119개 대학이 제안서를 제출하였으며, 선정된 11개 대학의 제안서들에는 가상의 의료시스템과 교육용 전자의무기록을 활용하여 복잡한 의료시스템 속에서의 적응 능력을 키우고 의료인들 간의 팀 활동을 통해 개인과 지역사회를 대상으로 양질의 일차 의료를 제공할 수 있도록 하는 역량기반(competency based) 학습을 하는 안을 가지고 있는 특징들이 있다. 미국 의사면허시험(United States Medical License Examination)에는 모의 사례에 대해 전자의무기록과 처방시스템(computer-based case simulations)을 이용하여 환자 진료능력을 평가하는 시험이 도입되어 있다.

전공의 교육수련은 원칙적으로 민간 비영리 기관인 전공의수련교육신임위원회(Accreditation Council for Graduate Medical Education)에 의해 실시되고 있다. 신임위원회는 전공의 수련과 관련하여 프로그램 개발과 교육의 질 향상을 위해 여러 가지 업무를 담당하고 있으며, 이러한 전공의 수련에 관련하여 발생하는 비용에 대해서는 정부가 지원하고 있다. 수련병원만 반드시 신임위원회의 허가를 받은 병원에서만 수련이 가능하며, 전공의 수련교육을 위탁 받아 교육시키는 형태를 취하고 있다. 이러한 전공의 수련(graduate medical education)에 발생하는 비용은 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid), 국방보훈처(Dept. of Defense & Veterans Affairs)에서 부담하고 있다. 1965년 이전까지 전공의 수련비용은 각 교육병원에서 부담하고 있었으나, 전공의 수련교육을 통해 질적으로 우수한 전문의를 양성하는 것은 사회적 공헌도가 크다는 것을 인식하고, 메디케어가 창설되면서 고령자, 장애인, 만성 신부전 환자 등의 보험비용 지불과 더불어 전공의 수련비용을 지원하는 역할을 하게 되었다[15]. 한편 민간보험회사는 전공의 수련 비용을 의무적으로 부담하게 하는 것을 강하게 반대하면서도 민간보험회사에서 2006년 72억 달러의 수련비용을 부담했다고 하는 보고도 있는데[16] 정확한 추산이 어려워 신뢰하기는 어렵다. 수련비용은 전공의와 지도전문의의 인건비와 복지후생비, 수련교육과 관계되는 행정비용 등의 직접비용과 전공의 진료로 발생할 수 있는 생산성 저하와 보상 비용 등

의 간접비용을 포함하며, 정확한 추산은 어려우나 연간 전공의 1명당 수련교육비용을 약 14만 달러로 추산하고 있다. 이러한 재정 지원을 통해 전공의는 병원 근로자 보다는 피교육자적인 입장에서 양질의 교육수련이 가능하다. 일차의료 지원자는 지속적으로 줄어들어 왔는데, 의대 졸업생의 86%가 부채를 가지고 있고 1인당 평균 부채비용은 약 17만 달러 정도이며, 학비로 빚을 진 학생들은 졸업 후 일차의료보다는 수입이 많은 세부 전문과를 선택하고 있다[17]. 이러한 일차의료 의사 부족현상에 대해 수련 비용의 공적 지원을 통해 국민과 사회가 필요로 하는 일차의료 의사수련에 대한 지원을 늘리는 방향으로 재정지원을 탄력적으로 운영하고 있다.

Patient Protection and Affordable Care Act에서는 일차의료 전공의 수련프로그램을 확대하고 지원하도록 하고 있는데[18], 법안에 근거하여 보건 자원국(Health Resources and Services Administration)에서는 보건소 전공의 수련(Teaching Health Center Graduate Medical Education) 프로그램을 통해 지역사회 기반에서의 일차의료 전공의 수련강화를 위해 2011년부터 5년간 1억 2천만 달러의 예산을 지원하고 있다[19]. 이러한 지원프로그램은 전공의 뿐만 아니라 의과대학 학생에게 지역사회 일차의료 경험을 할 수 있는 기회를 주어 향후 진로 선택에 도움을 줄 수 있을 뿐 아니라, 일차의료기관과 대학병원과 지역사회가 협동하여 지역사회 주민에게 최상의 의료 혜택을 줄 수 있다.

2. 영국의 학생교육과 전공의수련

영국은 의료인의 교육과 수련에 필요한 재정이 국가의 지원으로 대부분 이루어지고 있다. 최근 교육수련의 특징으로는 일차의료전문의가 되기 위한 전공의 수련을 강화하고 기간을 연장하려고 한다는 점인데, 그 주요 배경은 앞으로의 의료환경에 대비하기 위하여 일차医료를 강화하는 수련제도를 마련하고 있다는 점이다[20,21].

영국의 의과대학은 5년제로 운영되고 있으며, 의과대학 커리큘럼에 실질적인 임상에 대한 교육 위주로 교육이 진행되고 있다. 2005년 이전에는 의과대학을 졸업한 모든 의과대학생들은 PRHO (pre-registration house officer)과정 1년과 2-3년 과정의 SHO (senior house officer)과정을 이

수하였다. 2005년 이후부터 2년의 기초 수련의(foundation doctor) 과정을 마친 후에 3년의 일차의료의사가 되기 위한 과정을 거치는, 졸업 후 총 5년의 임상수련을 거쳐야 지역 주민에게 일차医료를 제공할 수 있는 일차의료의사가 될 수 있다. 한편, 왕립 일차의료의사회(Royal College of General Practitioners)는 일차의료전문의 수련을 3년에서 4년으로 연장하고, 그 중 최소 24개월 이상은 일차의료기관에서 복잡하고 복합된 고령자를 진료하는 수련을 받게 하는 일차의료 수련 강화 계획을 만들어 정부와 의사협회를 비롯한 관련 기관과 협의 중이다[21].

이렇게 일차의료 수련을 강화하게 된 배경에는 인구고령화로 인해 복잡하고 복합된 질환에 대한 의료수요 증가에 대처하기 위한 목적이 있다. 병원에서의 진료서비스를 가정이나 지역사회로 이전하면서 일차의료의사와 일차의료팀들의 역할과 책임이 증가하였다. 인구의 고령화, 의료기술의 발전, 의료형태의 다양화 등에 의해 일차의료 영역에서의 복잡성이 증가하게 되고, 이에 따라 통합적 조정적인 일차의료가 더욱 필요하게 되었다. 지역사회 구성원들의 건강향상을 위해 공중보건과 질병 예방을 중요시하고, 지역사회 기반의 연구, 교육적 역할 증가, 지속적인 개선과 재조정을 할 수 있는 리더십 등이 일차의료 의사에게 필요하다고 강조하였다.

3. 캐나다와 유럽 주요국가

캐나다는 많은 부분 미국과 유사하지만, 시설과 인력 등 의료자원 배치를 정부가 맡고 있고, 전국민 단일 의료보험체계를 가지고 있으며, 국민들이 무료 혹은 거의 저렴하게 일차医료를 이용할 수 있으며 일차의료의 하부구조가 강하다. 캐나다의 의과대학 교육기간은 대부분 4년이며 일부 학교는 방학 없이 3년인 경우도 있다. 일반적으로 일차의료의사가 전체의 절반을 차지하고 전공의 수련교육을 전문의보다는 일반의 양성에 초점을 맞추고 있다. 의사의 수가 부족해지고 신규 일차의료 의사는 더욱 감소하고 있는데, 1990년대 초반에는 의대 졸업생의 절반 가까이가 가정의학과 수련을 받았으나, 점차 줄어들고 있는 것으로 알려져 있다. 일차의료 의사의 수가 부족해지고 근무지역 분포의 불균형으로 인하여 의료서비스 전달에 문제가 생기고 남아 있는 의사에게

Table 1. The characteristics of primary care medical education and training systems in European countries

	Austria	Belgium	Denmark	Netherlands	Norway	Spain	Sweden	Switzerland	Turkey
BME (yr)	6	7	6	6	6	6	5	6	6
BME: training in GP setting (mo)	6	6	1	5	1	6	2	1	2
Total length of specialist training (yr)	3	3	5	3	5	4	5	5	3
Is it a compulsory program?	+	+	+	+	+	+	+	+	-
Is there a final examination that is compulsory?	+	+	-	-	-	+	-	+	+
For newly qualified doctors, is the qualification as GP/FM obligatory to practice as GP in the primary care setting?	+	+	+	+	-	-	-	+	-
If not obligatory, specify difference for non specialized (status/finance)	NA	NA	NA	NA	Finance	NA	Unable to supervise trainees	NA	NA

From European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine. Specialist Training in General Practice/Family Medicine: dynamic interactive database [Internet]. Graz: EURACT Council; 2013 [26].
BME, basic medical education; GP, general practitioner; FM, family medicine; NA, not available.

는 업무 부담이 증가하고 있다[22,23]. 이에 대한 대책으로 의료소외지역에 젊은 수련의를 파견하고, 의과대학의 정원을 늘리고 교육비를 무료로 하고, 캐나다 의사가 미국으로 나가지 않도록 하자는 등 제안이 되고 있지만, 아직까지 뚜렷한 효과는 없다. 학생들에게 일차의료에 대한 관심과 경험을 높이기 위해 각 수련 대학마다 가정의학 관심 그룹(family medicine interest groups, FMIGs)이 형성되어 있고 학회의 지원을 받으며 임상수기 연수회나 mentorship program 등을 운영하고 있다[24].

유럽 주요국가들의 경우, 국가마다 차이가 있으나, 의과대학 교육에서 일차의료 교육을 강조하고 있고, 일차의료를 제공하기 위해서는 전공의 수련과 전문의 자격 취득을 의무화 하고 있으며, 일차의료 자격증 없이 진료가 가능한 국가의 경우에도 수입이나 재정 등에서 차이를 두어 일차의료 별도의 수련과 자격 취득을 의무화 혹은 유도하고 있는 것을 알 수 있다(Table 1).

호주, 일본, 캐나다, 독일 등의 경우 의사면허 취득 후 기초적 임상수련을 받아야 환자를 진료할 수 있는 면허를 분리하고 있고, 감독 없이 독립적으로 환자를 진료하기 위해서는 진료 면허 이후 일정 기간의 수련을 받아야 한다[25]. 전공

의 수련교육비용 역시 국가와 지방정부 등에서의 공적 재정으로 부담하고 있다[13].

결론

바람직한 의학교육수련을 위한 공적 지원은 장기적으로는 결국 공공의 이익으로 환원된다. 모든 직종이 마찬가지로겠지만 의사직은 고도의 전문성이 요구되며, 또한 사람의 생명을 다룬다는 원론적인 측면에서 학생교육과 전공의수련은 중요하며, 가장 핵심적 요소로 볼 수 있다. 주요 선진국들이 공적인 재원으로 전공의수련을 지원하고 그 중에서도 일차의료 교육수련을 확대하고 강화하기 위해 많은 노력과 재정적 지원을 하고 있는 점을 주목해야 한다. 국민과 사회가 필요로 하는 일차의료 의사를 양성하기 위해서는 교육과 수련에 공적 재원을 마련하여 지원하여야 하며, 열악한 교육수련환경을 개선하고, 병원 중심의 교육과 수련에서 벗어나 지역사회 중심의 일차의료 교육과 수련이 이루어져야 한다.

일차의료의 중요성에 대한 인식을 제고하기 위해 의대생들에게 일차의료 경험을 의무화해야 하는데[1], 단순히 일차의료기관이나 특정 지역사회에 다녀오는 것만으로는 일차

의료 경험과 교육이 이루어지지 않는다. 지역사회에서 양질의 일차의료를 제공하면서 교육수련 기능을 가진 지역사회 표준 일차의료기관이 있어야 하고, 일차의료기관에는 학생과 전공의에게 일차의료를 교육하고 지도할 수 있는 지도 전문의가 필요하며, 양질의 커리큘럼 개발과 교육에 대한 재정적 지원과 보상이 필요하다[27-29]. 교육수련 기능을 가진 표준 일차의료기관 설립과 운영이 시급하다[30].

의사국가시험은 의과대학의 교육내용과 교육방식에 많은 영향을 줄 수 있는데, 최근 도입된 실기시험은 일차의료 강화를 위한 의학교육에 긍정적인 영향을 준 것으로 평가되며, 지속적인 개발이 필요하다.

지역사회에서 지역주민들의 신뢰를 받으면서 양질의 일차의료를 제공하는 일차의료의사는 별도의 전문적 수련을 받아야 한다. 일차의료는 확실하지 않은 건강문제가 많고, 질병이 구체적으로 발현되기 전의 증상에 접하게 되며, 포괄성과 지속성을 갖추어야 하므로 다른 차원의 전문성이 요구되며, 향후 질병 구조의 변화에 대응할 수 있는 충분한 수련이 필요하다. 일차의료의사와 세부 전문의가 각자의 영역에서 상호보완성을 가지고 적절한 능력을 효율적으로 최대한 발휘할 수 있도록 하는, 기능 재정립을 위한 제도적 지원이 필요하다. 그러기 위해서는 독립적인 진료를 하는 일차의료 의사가 되기 위한 자격 조건을 규정해야 하고, 의사간 생존 경쟁이 아닌 협력 속에 양질의 의료서비스를 효율적으로 국민들에게 전달해 줄 수 있는 체계가 필요하고 일차의료를 강화하고 지원하는 법안을 제정하여 일차의료 교육과 수련을 위한 환경을 만드는 것이 필요하다. 일차의료 교육과 수련의 장을 마련하기 위해 우선 교육수련 기능의 지역사회 일차의료기관을 시범적으로 운영하는 것이 필요하다.

본 논의에서는 일차의료 강화를 위한 연수교육이나 재교육 및 인증에 대해서는 자세히 다루지 못하였는데, 해외의 경우 교육수련 기능을 가진 지역사회 일차의료기관에서 연수교육프로그램을 운영하고 해당 교육수련을 받은 일차의료 의사에게는 인센티브로 차등을 두어 일차의료 고유의 연수교육을 받도록 유도하는 방안 등을 참고할 수 있겠다[31].

일차의료 강화를 위해 교육수련제도를 개편하기 위해서는 우선적으로 의료 전문가집단 내에서 일차의료의 중요성

을 인식하는 것이 선행되어야 하고, 양질의 일차의료 전공의 수련을 받을 수 있도록 제도적인 환경과 재정적인 지원을 할 수 있는 안을 만들어야 하며, 의학교육 과정에서 일차의료를 경험할 수 있는 커리큘럼을 만들어 졸업 후 일차의료 전공을 선택하는 데에 도움이 되도록 하는 것이 필요하다.

핵심용어: 일차의료; 교육; 지역사회

REFERENCES

1. Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD reviews of health care quality: Korea 2012. Paris: OECD Publishing; 2012.
2. Han JJ. Challenges and progress of clinical education in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012;55:926-928.
3. Meng KH. Medical education plan for the twenty-first century in Korea: hopes and challenges. *Korean J Med Educ* 2004;16: 1-11.
4. Baik SH. The way of making a good doctor. *Korean J Med Educ* 2010;22:249-256.
5. Im JG, Shin JS. Physicians for 'here and now'. *J Korean Med Assoc* 2012;55:110-112.
6. Shin JS. Leadership challenges in the advancement of medical education. *Hanyang Med Rev* 2012;32:1-7.
7. Oh Y. Issues, improvements and policy directions in residency program in Korea. *Korean J Obstet Gynecol* 2007;50:1595-1606.
8. Cassel CK, Reuben DB. Specialization, subspecialization, and subspecialization in internal medicine. *N Engl J Med* 2011; 364:1169-1173.
9. Abramson JH, Abramson ZH. Community oriented primary care. In: Abramson JH, Abramson ZH. *Research methods in community medicine: surveys, epidemiological research, programme evaluation, clinical trials*. Chichester: Wiley; 2008. p. 357-372.
10. Park HK. The impact of introducing the Korean Medical Licensing Examination clinical skills assessment on medical education. *J Korean Med Assoc* 2012;55:116-123.
11. Kim SH, Yang EB, Ahn DS, Jeon WT, Lyu CJ. The present conditions of clinical clerkship management in Korea. *Korean J Med Educ* 2009;21:373-383.
12. Kim BS, Kim OJ, Lee YM, Ahn DS. Evaluation of the educational status of internal medicine residency program in Korea. *Korean J Med Educ* 2003;15:27-34.
13. Wang KC. Reformation of post-graduate medical education system in Korea. *J Korean Med Assoc* 2011;54:352-354.



14. World Health Organization. Making medical practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. Geneva: World Health Organization; 1994.
15. Iglehart JK. Medicare, graduate medical education, and new policy directions. *N Engl J Med* 2008;359:643-650.
16. Wynn B, Guarino C, Morse L, Cho M. Alternative ways of financing graduate medical education. Santa Monica: RAND Health; 2006.
17. Greysen SR, Chen C, Mullan F. A history of medical student debt: observations and implications for the future of medical education. *Acad Med* 2011;86:840-845.
18. Goodson JD. Patient Protection and Affordable Care Act: promise and peril for primary care. *Ann Intern Med* 2010;152:742-744.
19. Chen C, Chen F, Mullan F. Teaching health centers: a new paradigm in graduate medical education. *Acad Med* 2012;87:1752-1756.
20. Rughani A, Riley B, Rendel S. The future of GP specialty training: enhanced and extended. *Br J Gen Pract* 2012;62:288-289.
21. Simon C, Riley B. Enhanced GP training: goals and aspirations. *InnovAiT* 2013;6:13-20.
22. Nicholson PJ, Levy N. Solving the primary care crisis: a proposed strategy for physician allocation. *BCM J* 2009;51:12-13.
23. Busing N. Managing physician shortages: we are not doing enough. *CMAJ* 2007;176:1057, 1059.
24. McKee ND, McKague MA, Ramsden VR, Poole RE. Cultivating interest in family medicine: family medicine interest group reaches undergraduate medical students. *Can Fam Physician* 2007;53:661-665.
25. Ko YW. A study on the development of compulsory clinical training program for quality improvement of medical physicians. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2004.
26. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine (EURACT). Specialist training in general practice/family medicine: dynamic interactive database [Internet]. Leuven: EURACT [cited 2013 Jun 14]. Available from: <http://www.euract.eu/resources/specialisttraining>.
27. Clay MA 2nd, Sikon AL, Lypson ML, Gomez A, Kennedy-Malone L, Bussey-Jones J, Bowen JL. Teaching while learning while practicing: reframing faculty development for the patient-centered medical home. *Acad Med* 2013;88:1215-1219.
28. Henschen BL, Garcia P, Jacobson B, Ryan ER, Woods DM, Wayne DB, Evans DB. The patient centered medical home as curricular model: perceived impact of the "education-centered medical home". *J Gen Intern Med* 2013;28:1105-1109.
29. Peters AS, Schnaidt KN, Zivin K, Rifas-Shiman SL, Katz HP. How important is money as a reward for teaching? *Acad Med* 2009;84:42-46.
30. Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med* 2009;7:254-260.
31. Perez-Cuevas R, Reyes H, Guiscafere H, Juarez-Diaz N, Oviedo M, Flores S, Munoz O. The primary care clinic as a setting for continuing medical education: program description. *CMAJ* 2000;163:1295-1299.



Peer Reviewers' Commentary

논문은 의학교육 및 수련에서의 일차의료 강화를 위한 개편방안을 다루고 있는데, 인턴제도 폐지 등 교육수련제도가 개편되어지고 있는 현 시점을 감안하면 시의적절한 논문이다. 일차의료에 대한 우리나라의 교육 및 수련의 현황을 파악하고 미국, 영국, 캐나다 및 유럽 주요 국가들과 비교하였다. 이를 통해 일차의료 교육 및 수련이 지역사회에 기반을 둔 일차의료 실제 상황에서 실시되어야 함을 강조하고 있으며, 이를 달성하기 위해 양질의 교육자의 양성 및 교육과정의 개발과 재정적 지원을 제안하고 있다. 일차의료에 대한 향상의 목소리와 함께 노인인구의 급격한 증가와 만성병 시대로 진전하고 있는 우리의 현실에서 일차의료 강화를 위한 교육 및 수련제도의 다양한 개선방안은 강구되어야 하며, 증거에 기반한 제도로 개편되어야 할 것이다.

[정리: 편집위원회]