

연구보고서 2016-03

의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안

- 개방병원을 중심으로



오영호 외

【책임연구자】

오영호 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】

보건의료인력 증장기 수급추계 연구: 2015~2030

한국보건사회연구원, 2014(공저)

전문의 적정 수급을 위한 건강보험수가 적용 방안

한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】

정승은 한국교통대학교 교수

이난희 한국보건사회연구원 전문연구원

김동영 한국보건사회연구원 연구원

이영지 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-03

의료비 적정화를 위한 의료자원의 효율적 활용 방안

- 개방병원을 중심으로

발행일 2016년 12월 31일

저자 오영호

발행인 김상호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370

세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 고려씨엔피

정가 10,000원

발간사 <<

의료 자원의 제약하에서 ‘보건의료의 효율성 제고’는 의료 체계의 성과를 높이기 위한 방안임과 동시에 국가적인 목표로 제기되어 왔다. 특히 우리나라와 같이 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않은 비효율적인 보건의료 체계하에서는 중요한 정책 목표라고 할 수 있다. 개방병원제도 (attending hospital system)는 지역 내 병원 자원을 개원 의사가 이용하게 하여 개원 의사가 자신의 환자에게 지속적인 의료를 제공하는 제도로, 우리나라 보건의료 체계가 안고 있는 고질적인 과제인 전문의 중심의 의사 구조하에서 의사의 전문성을 제대로 활용하지 못하는 문제, 의료 자원의 유희화와 의사 인력 확보에 어려움을 겪고 있는 중소 병원의 문제를 동시에 해결할 수 있는 정책 대안으로 제기되어 2003년부터 실시되고 있지만 아직 정착되지 못하고 있다.

그러나 지난해 발생한 메르스 사태를 계기로 의료 전달 체계 확립의 중요성이 제기되고 지방 의료원을 포함한 지역 거점 병원들의 의사 인력 확보 문제가 중요한 정책적인 이슈로 제기되고 있다. 이런 문제를 해결하기 위한 근본적인 방안 중의 하나가 의료 전달 체계를 확립하는 것이며, 이와 관련한 가장 현실적인 대안 중의 하나가 바로 이미 제도화 된 개방병원제도를 정착시키는 방안이라고 판단된다. 이에 따라 본 연구에서는 우리나라의 개방병원 운영 현황을 실증적으로 조사하고, 심층적으로 분석·검토함으로써 개방병원제도 정착을 위한 세부 방안을 제안하고 있다.

본 연구는 당원 오영호 연구위원 책임하에 수행되었다. 전체 연구진의 노고에 감사드리며, 그동안 많은 조언과 협조를 해 주신 지영건 차의과

대학 교수와 채유미 단국대 교수, 우리 원의 황도경 부연구위원에게 심심한 사의를 표한다. 끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 참여한 연구진의 개인적 견해이며, 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	5
제1장 서 론	31
제1절 연구의 필요성 및 목적	33
제2절 연구 방법 및 연구 내용	37
제2장 이론적인 고찰 및 제도적 배경	43
제1절 개방병원제도의 개념 및 법적 근거	45
제2절 개방병원제도의 선행 연구	49
제3절 선행 연구와의 차별성	53
제3장 연구 방법	55
제1절 양적 실태 조사 방법	57
제2절 2009년 정책 평가 방법	58
제3절 질적 연구 방법	67
제4장 의료 공급 체계와 개방병원제도	85
제1절 우리나라 의료 전달 체계의 현황 및 문제점	87
제2절 개원 전문의의 의료 지식 및 기술 활용 미흡	103
제3절 지역 거점 병원 및 공공병원의 의사 인력 확보의 어려움	104
제4절 개방병원제도의 활성화 필요성	105

제5장 개방진료 실태 및 추이 분석	107
제1절 개방병원 운영 신청 기준	109
제2절 개방병원제도 참여 기관 추이	110
제3절 개방진료 추이	113
제4절 개방진료 의료 이용량 추세 분석	139
제5절 요약 및 시사점	172
제6장 개방병원제도 운영 실태 양적 조사	175
제1절 개방병원	177
제2절 참여 개원의	208
제3절 요약 및 시사점	250
제7장 개방병원 운영 실태 질적 조사	255
제1절 연구 참여자의 일반적 특성	257
제2절 개방병원의 개방병원제도 운영 경험	257
제3절 참여의의 개방병원제도 운영 경험	293
제4절 요약 및 시사점	321
제8장 외국의 개방병원제도 고찰	325
제1절 미국	327
제2절 일본	334
제3절 외국 사례를 통한 시사점	340

제9장 개방병원제도 쟁점 및 개선 방안	343
제1절 수가 체계 개선 방안	345
제2절 의료분쟁 책임 분담 방안	355
제3절 관련법 개선 방안	362
제4절 소결	371
제10장 결론 및 정책 제언	373
참고문헌	379

표 목차

〈표 2-1〉 개방형병원의 운영 규정(사례)	48
〈표 3-1〉 혼합 방법 연구의 유형	74
〈표 4-1〉 의료기관 종별 구분 기준	89
〈표 4-2〉 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수 변화	93
〈표 4-3〉 요양기관 종별 고가 장비 보유량 변화	95
〈표 4-4〉 의료기관 유형별 지역별 외래 환자 분포	96
〈표 4-5〉 요양기관 종별 외래 진료비 및 각 점유율 변화	97
〈표 4-6〉 의료기관 유형별 지역별 퇴원 환자 분포	98
〈표 4-7〉 연도별 CT, MRI, PET 총 촬영 횟수, 보유 대수 및 장비당 촬영 횟수 (건강보험 적용)	99
〈표 4-8〉 일반 환자의 서울 지역 의료기관 유형별 이용자 비율	101
〈표 4-9〉 암 환자의 서울 지역 의료기관 유형별 이용자 비율	102
〈표 4-10〉 전문의 수 및 공중보건과의사 비율(100명상당)	105
〈표 5-1〉 연도별 개방병원 운영을 신청한 기관 수 변화	111
〈표 5-2〉 연도별 개방병원 신청 기관의 종별 분포	112
〈표 5-3〉 연도별 개방병원과 참여 병원의 종별 관계	113
〈표 5-4〉 연도별 개방진료 실적이 있는 의료기관 수	114
〈표 5-5〉 시도별 연도별 개방진료 실적이 있는 개방병원 비율	115
〈표 5-6〉 개방병원 진료 실적의 연도별 변화	119
〈표 5-7〉 개방병원 종별 개방진료 실적의 연도별 변화	123
〈표 5-8〉 진료 과목별 연도별 개방진료 실적(2005-2014)	128
〈표 5-9〉 시도별 연도별 개방진료 실적(2005-2014)	135
〈표 5-10〉 참여 의료기관 수 및 개방진료 실적 발생 개방병원 수의 추정결과	141
〈표 5-11〉 개방병원 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	144
〈표 5-12〉 상급 종합병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	146
〈표 5-13〉 종합병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	149

〈표 5-14〉 병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	151
〈표 5-15〉 내과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	154
〈표 5-16〉 비뇨기과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	156
〈표 5-17〉 정형외과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	158
〈표 5-18〉 외과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	160
〈표 5-19〉 산부인과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	163
〈표 5-20〉 신경과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	165
〈표 5-21〉 이비인후과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	168
〈표 5-22〉 정신과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)	170
〈표 6-1〉 개방병원제도 참여 현황	178
〈표 6-2〉 개방병원의 수술 건수 분포(환자 수 기준)	179
〈표 6-3〉 개방병원의 검사 건수 분포(환자 수 기준)	179
〈표 6-4〉 개방병원제도 참여 현황	180
〈표 6-5〉 개방병원 참여 이유(연도별 비교)	181
〈표 6-6〉 참여 개원의 선정 시 고려하는 조건	183
〈표 6-7〉 개방병원제도 업무 담당자 현황(연도별 비교)	186
〈표 6-8〉 개방병원제도 운영협업체 운영 현황	188
〈표 6-9〉 개방병원제도 이용 환자들을 위한 개선 조치	190
〈표 6-10〉 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가	193
〈표 6-11〉 개방병원 진료 실적이 활성화되지 못한 이유	194
〈표 6-12〉 개방병원제도가 병원에 미친 영향 평가	195
〈표 6-13〉 개방병원 관련 진료 수가 및 수익 분배 기준에 대한 의견	198
〈표 6-14〉 개방진료 수익 분배율표	200
〈표 6-15〉 개방병원 관련 진료비 청구 및 삭감 현황	201
〈표 6-16〉 의료 분쟁 및 배상보험 가입 현황	203
〈표 6-17〉 개방병원제도 지원 방안이 제도 참여에 미치는 영향 평가	206
〈표 6-18〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견	207
〈표 6-19〉 개방병원제도 참여 개원의 특성(1)(연도별 비교)	208

〈표 6-20〉 개방병원제도 참여 개원의 특성(2)(연도별 비교)	209
〈표 6-21〉 개방병원제도 참여 기간	210
〈표 6-22〉 개방병원 참여 이유(연도별 비교)	211
〈표 6-23〉 개방병원 참여 이유(병원 특성별 비교)	212
〈표 6-24〉 참여 개방병원 선정 시 고려하는 조건	214
〈표 6-25〉 개방병원제도 활용 현황(연도별 비교)	218
〈표 6-26〉 참여 개방병원제도 활용 현황(병원 특성별 비교)	219
〈표 6-27〉 개방병원제도를 잘 이용하지 않는 이유(연도별 비교)	220
〈표 6-28〉 개방병원제도를 잘 이용하지 않는 이유(병원 특성별 비교)	221
〈표 6-29〉 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가(연도별 비교)	223
〈표 6-30〉 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가(병원 특성별 비교)	224
〈표 6-31〉 개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향 평가(연도별 비교)	227
〈표 6-32〉 개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향 평가(병원 특성별 비교)	228
〈표 6-33〉 개방병원제도 수익 분배 기준에 대한 의견(연도별 비교)	230
〈표 6-34〉 개방병원제도 수익 분배 기준에 대한 의견(병원 특성별 비교)	231
〈표 6-35〉 병원과 의원의 수익 배분 비율에 대한 의견(병원 특성별 비교)	232
〈표 6-36〉 정부의 수가 지원 방안에 따른 참여 유도 효과(병원 특성별 비교)	236
〈표 6-37〉 보상이 필요한 수가 또는 비용 항목(병원 특성별 비교)	237
〈표 6-38〉 의료 분쟁 및 배상보험 가입 현황(병원 특성별 비교)	238
〈표 6-39〉 정책 지원 방안이 개원의의 제도 참여에 미치는 효과(병원 특성별 비교)	241
〈표 6-40〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견(연도별 비교)	243
〈표 6-41〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견(병원 특성별 비교)	243
〈표 7-1〉 개방병원의 경험	258
〈표 7-2〉 참여의의 경험	293
〈표 8-1〉 미국의 자원 기준 상대 가치의 구성 요소(예시)	331
〈표 8-2〉 일본의 개방형병원 수가 체계	337
〈표 9-1〉 개방병원 및 참여 병·의원 진료 분배 기준	347
〈표 9-2〉 현행 개방진료비 청구 방법	347
〈표 9-3〉 개방병원제도에서 반영되어야 할 수가 항목 필요성 수준	352

그림 목차

[그림 1-1] 연구의 기본 틀	37
[그림 3-1] 개방병원 운영 지침 제정 및 시행이 개방병원제도에 미치는 가상적 효과	63
[그림 3-2] 동시 혼합 방법 연구 설계(QUAN+qual)	76
[그림 4-1] OECD 국가의 연평균 의료비 지출 증가율	91
[그림 4-2] 국민 의료비와 GDP 대비 국민 의료비 추세	91
[그림 4-3] 인구 백만 명당 고가 의료 장비 보유 대수(2013년)	94
[그림 5-1] 개방병원 운영 신청 절차	110
[그림 5-2] 개방병원제도 참여 및 실적 발생 병원 추세	114
[그림 5-3] 개방병원 진료 실적의 연도별 변화(입원)	117
[그림 5-4] 개방병원 진료 실적의 연도별 변화(전체)	119
[그림 5-5] 개방진료 실적 연도별 변화(상급 종합병원)	121
[그림 5-6] 개방진료 실적 연도별 변화(종합병원)	122
[그림 5-7] 개방진료 실적 연도별 변화(병원)	122
[그림 5-8] 개방병원 진료 과목별 개방진료 비중	125
[그림 5-9] 개방병원 진료 과목별 개방진료 변동 추세('14/'10)	126
[그림 5-10] 개방병원 수의 관측치와 적합치 추세	142
[그림 5-11] 개방병원제도 참여 의원 수의 관측치와 적합치 추세	142
[그림 5-12] 진료 실적이 발생한 개방병원 수의 관측치와 적합치 추세	142
[그림 5-13] 개방진료 실적 건수의 관측치와 적합치 추세	145
[그림 5-14] 개방진료 실적 일수의 관측치와 적합치 추세	145
[그림 5-15] 개방병원 실적 진료비의 관측치와 적합치 추세	145
[그림 5-16] 상급 종합병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	147
[그림 5-17] 상급 종합병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	147
[그림 5-18] 상급 종합병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	148
[그림 5-19] 종합병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	149
[그림 5-20] 종합병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	150

[그림 5-21] 종합병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	150
[그림 5-22] 병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	152
[그림 5-23] 병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	152
[그림 5-24] 병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	152
[그림 5-25] 내과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	154
[그림 5-26] 내과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	155
[그림 5-27] 내과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	155
[그림 5-28] 비뇨기과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	157
[그림 5-29] 비뇨기과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	157
[그림 5-30] 비뇨기과 개방진료 진료비의 관측치와 적합치 추세	157
[그림 5-31] 정형외과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	159
[그림 5-32] 정형외과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	159
[그림 5-33] 정형외과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	159
[그림 5-34] 외과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	161
[그림 5-35] 외과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	161
[그림 5-36] 외과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	162
[그림 5-37] 산부인과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	163
[그림 5-38] 산부인과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	164
[그림 5-39] 산부인과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	164
[그림 5-40] 신경과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	166
[그림 5-41] 신경과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	166
[그림 5-42] 신경과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	167
[그림 5-43] 이비인후과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	169
[그림 5-44] 이비인후과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	169
[그림 5-45] 이비인후과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	169
[그림 5-46] 정신과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세	171
[그림 5-47] 정신과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세	172
[그림 5-48] 정신과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세	172
[그림 9-1] 개방병원 운영 체계	346

Abstract ‹‹

An Efficient Utilization Method of Health Care Resources to Keep Medical Expenses at an Appropriate Level in Korea: Focused on the Attending Hospital System

Raising the effectiveness of Health Care has been recognized as a way to enhance the performance of health care system and a national goal. This is a policy goal of significance especially in a country like Korea where healthcare resources are limited and the healthcare delivery system remains ineffective. The attending hospital system—where medical practitioners are allowed to provide a continuum of care to patients by using local hospital resources—was proposed and has been implemented since 2003 to address the problems of underutilization of specialist physicians and medical resources, and of the difficulties small hospitals have in recruiting necessary medical professionals; but its impact remains limited at best.

Main policy issues discussed with respect to the attending hospital system centered on fee system, medical dispute and related law. With regard to this, relevant improvement scheme was raised since 2001 but has not been implemented to this day. The reason behind the such failure is a lack of conviction

2 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

among hospitals and clinics on the need for this system. As doubts were raised about the sustainability of the health care system, a committee was formed in 2016 to improve health care delivery system. Such effort is expected to play a role as a starting point which contributes to activate the attending hospital system. Above all, most of the main problems lie in difficulties of securing physicians and underutilization of the professionalism of physician in clinics.

The attending hospital system is not only a way to address the difficulties local and public hospitals face in recruiting physicians in the short term, but an important milestone for practitioners in clinics to utilize their medical knowledge and techniques learned from medical residency programs. In the long term, it can ultimately enhance a health care supply system including a health care delivery system.

In addition, policy measures should be taken without further delay to address the issues of the fee system, medical disputes and the relevant legal framework. Apropos to the fee system, main issues are the need for newly established medical fee provisions related with attending hospital system and separation of fee between hospital and doctor. In regards to this, reasonable profit distribution rate should be arranged in the short term. In case of open hospitals which would be mainly public hospitals, the rate should be arranged in a way of endowing higher motivation to participating practitioners in clinics, considering the

publicity of public hospitals. In the long term, separation between hospital and doctor's medical insurance fee which can be applied to Relative Value Medical Insurance Fee and re-organization including fee for patient transportation and open hospital patient management is needed.

The main issue for medical dispute should be focused on responsibility sharing between open hospitals and doctors. The sharing system can be classified into dispute solution procedure and cost sharing for compensation fee when the matter of responsibility is clarified. For dispute settlement, preparing reasonable procedure should be accompanied by supplementation of the existing Dispute Adjustment Act. In order to raise compensation fee, activation of Malpractice Liability Insurance System and operation of Medical Compensation Deduction Union should be initiated.

Lastly, it is necessary to improve the related laws, in order to revitalize the attending hospital system. Above all, laying a direct legal basis for the policy and giving permission to lease parts of hospital facilities are pivotal factors for the policy to go into effect. In addition, plan to acknowledge participating doctors as specialists needed in the legal standards of hospital should be considered. Also, participating hospitals should be given rights to indicate their participation status for an Attending Hospital Policy on organization names or advertisement. A firm establishment of health care delivery sys-

4 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

tem is key to a cost-effective health system as it helps reduce unnecessary waste of health resources. This can solve the 'high cost, low efficiency' problem that Korea's health care system is facing, which is a core reason to establish medical delivery system. A full implementation of the attending hospital system is expected to work as a stepping stone to a well-functioning health care delivery system.

1. 연구의 필요성 및 목적

가. 연구 필요성

- 의료 자원의 제약하에서 ‘보건 의료의 효율성 제고’는 의료체계의 성과를 높이기 위한 방안임과 동시에 국가적인 목표로 제기되어 왔음. 특히 우리나라와 같이 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않은 비효율적인 보건 의료 체계하에서는 중요한 정책 목표라고 할 수 있음.
- 개방병원제도(attending hospital system)는 지역 내 병원자원(시설·장비 및 인력)을 개원 의사가 이용하게 하여 개원 의사가 자신의 환자에게 지속적인 의료를 제공하는 제도로, 우리나라 보건 의료 체계가 안고 있는 고질적인 과제인 전문의 중심의 의사 구조하에서 의사의 전문성을 제대로 활용하지 못하는 문제, 의료 자원의 유희화와 의사 인력 확보에 어려움을 겪고 있는 중소 병원의 문제를 동시에 해결할 수 있는 정책 대안으로 제기되어 2003년부터 실시되고 있지만 아직 정착되지 못하고 있음.
- 그러나 지난해 발생한 메르스 사태를 계기로 의료 전달 체계 확립의 중요성이 대두되어 지방의료원을 포함한 지역 거점 병원들의 의사 인력 확보 문제가 중요한 정책적인 이슈로 제기되고 있음. 이러한 문제를 해결하기 위한 근본적인 방안 중의 하나가 의료 전달 체계를

6 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

확립하는 것이며, 이와 관련한 가장 현실적인 대안 중의 하나가 바로 이미 제도화 된 개방병원제도를 정착시키는 방안이라고 판단됨.

나. 연구 목적

□ 본 연구에서는 우리나라의 개방병원 운영 현황을 실증적으로 조사하고, 심층적으로 분석·검토함으로써 개방병원제도 정착을 위한 세부 방안을 제안하고자 함. 연구 목표는 다음과 같음.

- 개방병원제도에 대한 그동안의 연구 동향을 종합·정리하여 정책 효과 및 의의를 평가함.
- 2009년에 시행된 개방병원 확대 정책의 효과(개방병원 참여 추이, 의료 이용량 등)를 분석함으로써 현행 개방병원제도의 정착 여부를 가늠하고 발전 방향을 모색함.
- 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원과 개원 의사를 대상으로 양적 조사 및 질적 조사를 진행하여 개방병원제도 운영과 관련한 문제점 파악 및 개선 방안을 모색함.
- 개방병원제도 정착을 위한 세부 정책 방안들을 제시하고자 함.

2. 연구 방법

가. 선행 연구 및 문헌 고찰

□ 국내외 보고서 및 논문, 관련 기관 홈페이지 등을 통해 자료를 수집하고 검토하고자 함.

- 개방병원제도와 관련된 법령 및 운영 기준과 개방병원 운영 및 수
가와 관련된 국내외 선행 연구 등에 대한 문헌을 검토함.
- 외국의 개방병원을 포함한 보건의료 정책의 방향과 정책 평가 등
에 관한 사례 검토가 이루어짐.

나. 개방병원 의료기관의 운영 및 진료 현황 분석

- 개방병원 신청 기관의 현황 및 추세 자료를 통해 분석을 수행 함.
 - 지난 10년간(2006~2015) 보건복지부와 건강보험심사평가원에
제출된 개방병원 신청 자료를 분석함.
 - 개방병원 신청 기관의 진료 현황을 분석하기 위하여 개방병원 신
청 기관을 대상으로 2009년 개방병원제도와 관련한 추가적인 정
책 실시 전후 시점인 2006년부터 2015년까지 건강보험심사평가
원의 진료비 청구 자료를 분석함.
- 2009년 개방병원 확대를 위해 실시된 추가적인 정책 효과 분석
 - 측정 변수: 개방병원제도 참여 병의원 수, 개방병원제도 참여 병
의원의 의료 이용량(환자 수, 의료 이용 건수, 진료비 등)
 - 추정 방법: 시계열개입분석(Interrupted time series analysis)
 - ※ 시계열개입분석 방법은 1963년 캠벨(Campbell)에 의해 최초
로 도입되었음. 이는 어떤 시계열에 개입이 있었을 경우 변화
시계열의 크기를 검정하는 것으로 개입 전과 개입 후를 가변수
(dummy variable)로 처리하여 모형화한 것임.

다. 개방병원제도 실태 조사 및 분석

※ 개방병원에 대한 운영 실태 조사는 양적 조사(Quantitative Survey)와 질적 조사(Qualitative Survey)를 통하여 수행함.

□ 양적 조사는 개방병원제도에 참여한 모든 병의원을 대상으로 개방병원의 운영 실태, 문제점, 개선 방안을 조사하고자 함. 조사 방법은 우편 설문조사(이메일 조사)나 또는 인터넷 조사를 활용함.

□ 질적 조사는 양적인 조사를 통하여 조사할 수 없는 부분을 파악하기 위하여 심층적인 질문 조사를 진행함. 특히 개방병원제도 및 정책 수립과 관련된 이해관계자 집단에 대한 심층적인 면접 조사를 실시함.

□ 분석 방법: 양적 조사 결과는 기술 통계와 T테스트 분석, 분산분석(ANOVA) 등의 방법을 사용함. 질적 조사에 대한 분석 방법은 해석학적 기술 방법을 적용하고자 함. 해석학이란 어떠한 사물이나 상황이 이해 불가능한 것에서 이해 가능한 것으로 옮겨지는 과정, 즉 이해에 이르는 과정을 보여 주는 것을 말함.

라. 전문가 자문위원회 구성 및 의견 수렴

□ 연구 방향 설정, 조사 설문지 개발, 조사 결과 분석 등을 위해 관련 전문가 및 정책 담당자 간담회.

○ 개방병원 담당자와 참여의, 학계 전문가를 대상으로 현 개방병원 제도 운영의 전반적인 문제점 등을 파악하기 위한 자문회의 개최

- 도출된 결과 및 대응 방안, 정책 제언에 대해 관련 전문가 및 정책 관계자 의견 수렴

3. 주요 결과

가. 개방병원제도 정착의 당위성

1) 의료 전달 체계의 정책 변화와 문제점

- 의료 전달 체계 시범 사업 및 전국 실시
 - 환자의뢰제도 시범 사업 실시(1984년): 1970년대 의료 전달 체계 관련 논의가 시작되었고, 1984년 2개 지역에서 환자의뢰제도가 시범적으로 실시되었음.
- 의료 전달 체계의 전국적 도입(1989년): 1989년 전국민건강보험제도 도입과 함께 의료 전달 체계를 전국적으로 확대함. 진료권은 전국을 행정구역과 생활권에 따라 8개 대진료권과 142개 중진료권으로 설정하고, 의료 이용의 단계화는 의료기관을 1차, 2차, 3차 진료기관으로 분류하여 의료기관 간의 기능 분담을 시도했음.
- 진료권 폐지 및 의료 이용 단계화 축소(1998년)
 - 지역 간 의료 자원 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제 개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되면서 의료 전달 체계는 사실상 유명무실하게 됨.

10 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

- ※ '98. 10월 규제 개혁 차원에서 지역별 진료권(대 8개, 중 142개) 개념을 폐지하여 지역별 의료 이용 제한을 없애고, 의료 이용 단계도 3단계에서 2단계로 축소.

□ 현행 의료 전달 체계

- 의료 공급 체계: 의료기관 종류와 기능(의료법 3조에 규정)
 - 의료기관 종류는 의원급과 병원급(종합병원 포함)으로 구분, 병원급에서 상급 종합병원을 따로 구분하고, 기능의 경우, 의원급은 외래환자, 병원급은 입원환자, 상급 종합병원은 중증 질환자를 대상으로 진료하는 것으로 규정함.
- 의료 이용 체계: 건강보험 급여를 2단계로 구분(국민건강보험법)
 - 상급 종합병원 이용에서는 의원이나 병원(종합병원 포함)의 의사 소견이 기재된 건강진단 또는 검진 결과서 또는 요양급여 의뢰서를 제출해야 급여를 지급받을 수 있음. 단계적인 의료기관 이용을 유도하기 위한 진료비 차등 제도인 의료기관 종별 가산율 및 환자 본인 부담률 차등 제도 도입함.

□ 의료 전달 체계 미확립으로 초래된 문제점

- 의료 자원 공급 과잉 및 왜곡:
 - 의료기관 종별 기능 미분화와 의료 전달 체계 붕괴로 경증·중증, 외래·입원을 구분하지 않고 환자가 있는 곳에서 의료기관 간 규모의 경쟁으로 의료 자원 공급 과잉과 지역 간 수급 불균형 현상이 지속되고 있음.

○ 의료 이용 과잉 및 왜곡

- 환자는 진료권이나 의료 이용의 단계화에 구애받지 않고 의료 이용이 가능하여 높은 의료 접근성을 확보한 반면, 전문가의 조정 및 정보 제공 없는 방임적 선택에 의한 이용으로 환자의 특성과 증증도에 맞는 의료기관의 효율적 이용이 미흡함.

○ 의료기관 역할 왜곡

- 의료기관 기능 미정립으로 환자의 요구에 따라 진료 의뢰서가 무분별하게 발급되어 의료기관의 기능 및 역할의 왜곡 현상이 초래됨. 즉 질병의 종류에 관계없이 수도권(서울 포함)의 대형 병원으로 환자 쏠림 현상이 심화되고 있음.
- 대형 병원에서는 의원 및 중소 병원에서도 진료가 가능한 경증만성 질환자 비중이 커지면서 3차 의료기관의 중증 진료 및 연구 등 본래 기능이 약화되고, 일차 의료기관은 문지기 역할을 제대로 수행하지 못하고 있는 실정임.
- 의료기관의 유형은 분류는 되어 있지만 규모·시설 중심으로 관리되고 있어 역할이 분담되지 못하고 대체·경쟁 관계에 놓여 있음. 이에 따라 환자들도 종별 기능보다는 의료기관의 규모·시설 중심으로 진료 수준을 인식하여 대형 병원 쏠림 현상이 심화되고 있음.

2) 개원 전문의의 의료 지식 및 기술 활용 미흡

□ 의사의 전문화 경향과 문제점

- 우리나라는 지난 20여 년 동안 의사 수와 함께 전문의 수가 크게 증가했음. 최근 배출되는 의사는 대부분 전문의가 되는 것이 현실

임. 전공의 수련 과정을 거쳐 전문의가 되었을 때 전문 과목별로 차이는 있지만 상당수 의사들이 개원을 하고 있음.

- 개원을 하게 될 경우 이들이 할 수 있는 진료의 범위와 수준은 제한적임. 이는 고도로 발전한 현대 의료 기술이 진료에 있어서 상당한 수준의 시설과 장비, 보조 인력을 요구할 뿐만 아니라 한 의사의 단독 진료가 불가능한 경우도 적지 않기 때문임.
- 전공의 수련을 마치고 전문의가 된 이후, 자신의 숙련된 의료 기술을 활용할 수 없거나, 필요 이상의 시설과 장비, 보조 인력을 구비해야 하는 상황은 결국 국민 의료비의 상승에 영향을 주는 요인이 됨.

3) 지방 병원 및 공공병원의 의사 인력 확보의 어려움

□ 지방 병원과 공공병원의 의사 인력 부족

- 지방 중소도시 및 농어촌 지역의 병원이나 공공의료기관은 의료 인력 수급이 갈수록 어려워지고 있음. 특히 지방공사의료원의 경우 전문의 중 공중보건의사 비율이 31.2%에 달함.
- 이에 따라 농어촌 등 의료 취약지에 의사 등 보건의료 자원 공급이 부족하여, 농어촌의 의료 취약 계층에 대한 필수 진료 제공 능력은 그 요구량 중 일부분만을 충족하고 있음.
- 따라서 공공 부문의 역할이 미흡할 경우 대응 능력이 미약한 중산·서민층의 고통은 가중되기 때문에 공공의료기관을 중심으로 서민과 취약 계층을 위한 보건 의료 서비스 제공 체계의 확장 및 개선이 시급하다고 판단됨.

4) 개방병원제도 활성화의 필요성 제기

- 의료비 급증과 의료 자원 및 의료 이용의 왜곡 현상 등 우리나라 보건 의료에 안고 있는 많은 문제들의 주요한 요인 중의 하나로 지적되고 있는 문제는 의료 전달 체계의 미확립임. 이러한 측면에서 의료 전달 체계 확립의 중요성이 대두되고 있고, 지방의료원을 포함한 지역 거점 병원들의 의사 인력 확보 문제가 중요한 정책적인 이슈로 제기되고 있음.
- 이런 문제를 해결하기 위한 근본적인 방안 중의 하나가 의료 전달 체계를 확립하는 것임. 이와 관련해 가장 현실적인 대안 중의 하나가 바로 이미 제도화된 개방병원제도를 정착시키는 것이라고 판단됨.

나. 개방진료 실태 분석 및 정책 평가

1) 개방병원제도 참여 의료기관 추이

- 개방병원제도 참여 의료기관 추이
 - 개방병원과 참여의를 포함한 개방병원제도에 신청한 의료기관은 2006년 520곳에서 2015년 428곳으로 감소함. 이 중 개방병원은 2006년 56곳에서 2015년 67곳으로 증가했지만, 참여의는 464곳에서 361곳으로 감소함.
 - 2009년부터 2014년까지 개방병원 신청 기관 중 개방진료 실적이 발생한 개방병원은 55%였음. 2014년에는 개방진료 신청 기관 68곳 중 35곳(51.5%)에서 개방진료 실적이 발생했음.

2) 개방진료 실적 및 추이

□ 개방진료 의료 이용량 증가

- 개방진료 건수는 2005년 1,221건에서, 2009년 1,470건, 2014년 6,048건으로 증가하였음. 증가 추세는 2005년과 2009년 사이에는 연평균 4.7% 증가했지만, 2009년과 2014년 사이에는 연평균 32.7% 증가함.

□ 진료 과목별 개방진료량

- 2014년 전체 개방진료 건수에서 차지하는 비중이 높은 전문 과목은 내과(56.2%), 비뇨기과(12.8%), 정형외과(7.8%), 외과(5.8%), 신경외과(5.0%), 산부인과(4.5%) 순이었음.
- 2010년에서 2014년까지 지난 5년간 개방진료 건수가 많이 증가한 전문 과목은 신경과(47.0배), 내과(23.4배), 이비인후과(22.2배), 정신과(13.8배), 정형외과(9.6배) 순이었음.

3) 2009년 정책 평가

- 시계열개입분석 결과를 보면, 정부의 정책(2009년 개방병원 운영 지침 시행)은 제한적이지만 개방진료를 실시한 개방진료 병원 수와 개방진료 건수 및 일수는 증가한 것으로 확인되어 전반적으로 긍정적인 영향을 미친 것으로 확인됨.

- 특히 병원급 개방병원의 개방진료 건수와 개방진료 일수에 큰 영향을 미친 것으로 보임. 진료 과목 중에서는 내과, 비뇨기과, 정형외

과, 외과, 산부인과, 신경과, 정신과 등에서 개방진료량이 크게 증가하는 추세를 보임.

- 개방병원제도에 참여하고 있는 의료기관 수만으로도 보면 개방병원 제도는 크게 진전되지 않은 것으로 보이지만, 진료 실적을 기준으로 보면 진료 건수와 진료 일수가 2013년과 2014년에 큰 폭으로 증가하여 양적인 측면보다 질적인 측면에서 큰 진전을 보였다고 판단됨.

다. 개방병원 운영 실태 양적 조사 결과

1) 개방병원

□ 조사 대상 및 응답률

- 조사 대상은 2015년 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원 67 곳이며, 조사에 응답한 개방병원은 40곳으로 조사 응답률은 59.7%였음.

□ 개방병원 참여 및 운영 현황

- 개방병원의 참여 동기는 주로 ‘자원 활용도 제고’와 ‘병원 인지도 향상’ 측면이 강했고, 참여 개원의 선정 시 주요 고려 요인은 ‘병원 내 의사와의 협력 관계’였음. 개방병원 업무를 전담하는 직원이나 겸직 직원이 있는 개방병원의 비중은 감소했고, 운영협의체 운영 실적도 저조했음.
- 개방진료를 위한 검사와 진료 시간 우선 배정, 개방진료 환자들을 위한 차량 지원 등을 시행하는 개방병원 수도 감소했음.

□ 개방병원 수익 분배 및 진료비 청구

- 개방진료의 수익 분배에 대한 개방병원의 만족도 비율은 61.7%로 참여의보다는 높은 수준임. 수익 분배 기준의 경우, 정부가 지침은 제시하되 기관 간 자율적으로 결정하는 것을 선호했음.

□ 개방병원제도 활성화를 위한 정책 방안 및 선결 과제

- 개방병원들은 개방병원을 확대하기 위한 정책 지원 방안으로 개방병원 관련 수가 인정, 배상책임보험 비용 해결, 개방병원 정보 간판 홍보, 병원 내 시설의 의원 임대 등의 방안이 필요하다고 응답함.
- 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제로, 이해 주체 간 관계 측면에서는 병원 구성원들의 인식과 협조, 개원의와의 의사소통 창구 마련, 진료 절차의 간소화 순으로 응답했으며, 제도 및 정책 측면에서는 개방병원 관련 수가 마련, 의료사고 시 책임 소재 확립 순으로 주요 과제를 선정함.

2) 참여 의원

□ 조사 대상 및 응답률

- 조사 대상은 2015년 개방병원제도에 참여하고 있는 참여 개원의 361곳이었으며, 응답 의료기관은 236곳으로, 조사 응답률은 65.0%였음. 그러나 모든 항목에 적절하게 응답한 의료기관은 66곳이었음.

□ 참여 의원의 참여 및 운영 현황

- 참여의의 주요 동기로는 '개방병원 측의 권유'와 '병원과의 연계

로 홍보 효과 제고’, ‘의원의 수익 확대’, ‘습득한 의료 기술 활용’ 등이 있음.

- 개방병원제도에 참여하고 있지만 ‘제도를 활용한다’(적극적 활용 +약간 활용)는 응답은 18.6%였음. 개방병원제도에 참여하지 않는 주된 이유는 ‘개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서’, ‘회진 등 개방 환자를 진료할 시간을 내기 어려워서’ 등이 있음.

□ 개방병원제도 인식 및 평가

- 개방병원 진료를 통한 환자의 만족도가 높았다고 응답한 참여의 비율은 50%로, 2005년에 비해 크게 향상되었음. 즉 개방진료를 실시하는 의료기관은 크게 증가하지 않았지만 개방진료를 받은 환자의 만족도는 높은 것으로 나타남.
- 참여의는 개방병원제도가 의원의 수익성 향상, 환자의 진료비 절감, 새로운 의료 지식 습득 용이 등의 긍정적인 측면이 있다고 응답함.

□ 수익 분배 및 수가 신설

- 참여의는 수익 분배 기준으로 ‘정부가 지침은 제시하되 기관 간 자율적으로 결정해야 한다’가 43.8%로 가장 많았음. ‘정부가 분배 기준을 마련해야 한다’고 대답한 응답자의 비율이 2005년 20.0%에서 41.3%로 크게 증가함.
- 개방병원제도 활성화를 위해서는 개방진료 관리료 신설과 처치 및 수술 시 가산율 신설 등과 같은 수가 지원 정책이 필요하다고

응답함. 또한 개방병원제도에서 보상되어야 할 수가 또는 비용 항목으로는 협진료, 의료사고 위험 비용, 개원의 이동 비용 등을 우선순위로 선정함.

□ 의료사고 및 의료분쟁

- 참여의의 의료사고 및 분쟁 경험과 관련하여 실제 의료사고를 경험한 비율은 4.2%였고, 배상책임보험 가입하지 않은 비율은 40%대 수준으로 의료사고가 분쟁으로 이어질 경우 비용에 대한 어려움이 현실적인 갈등 요인이 될 가능성이 높을 것으로 우려됨.

□ 개방병원제도 활성화를 위한 정책 방안 및 선결 과제

- 참여의가 필요하다고 인식하는 정책 지원 방안으로는 병원 내 시설의 의원 임대(71.2%)와 개방병원 정보 간판 홍보(62.3%) 등이 있음.
- 제도 활성화를 위한 선결 과제로는 병원과 개원의 간 관계 측면에서는 개방진료 절차 간소화(20.8%), 원활한 의사소통 기구 마련(19.1%), 개방병원 전담팀 마련(13.6%) 순으로 나타남. 제도 정책 측면에서는 개방병원 관련 수가 수준 향상(23.3%)과 의료사고 발생 시 책임 소재 확립(22.5%)을 우선적으로 꼽고 있었음.

라. 개방병원 운영 실태 질적 조사 결과

- 질적 조사를 통하여 개방병원 실무자와 참여의의 개방병원제도 참여 경험을 파악하고, 개방병원제도가 활성화되기 위해 개선이 요구되는 내용이 무엇인지 탐색하고자 시도함.
- 이를 위해 개방진료가 활성화된 개방병원의 실무자 7명과 참여의

5명을 선정하였고, 개방병원제도에 대한 의견을 심층 인터뷰를 통하여 자료를 수집·분석함.

- 개방병원의 실무자와 참여의가 경험한 개방병원제도는 『제도에 대한 인식』, 『인적 자원』, 『환경적 자원』, 『의료 수가 및 수익 분배』, 그리고 『의료분쟁 및 갈등 조정』의 다섯 가지 주제로 구성됨.
- 개방병원의 실무자가 경험한 개방병원제도에서 주요 주제와 하위 주제는 다음과 같음.
 - 첫 번째 주제인 『제도에 대한 인식』은 ‘선결 문제를 안고 있는 이상적인 제도’, ‘정보와 관심 부족’의 하위 주제로 나타났음.
 - 두 번째 주제인 『인적 자원』은 ‘참여의의 선정 기준’, ‘전담 인력의 업무’, ‘참여의와의 소통 형태’의 하위 주제로 구성되었음.
 - 세 번째 주제인 『환경적 자원』은 ‘개방병원의 적합성’, ‘자원 관리’의 하위 주제로 구성되었음.
 - 네 번째 주제인 『의료 수가 및 수익 분배』는 ‘진료비 청구 및 지급’, ‘인센티브 부재’, ‘개방병원에 유리한 수익 분배율’의 하위 주제로 나타났음.
 - 다섯 번째 주제인 『의료분쟁 및 갈등 조정』은 ‘분쟁의 책임’, ‘배상책임보험 가입’의 하위 주제로 나타났음.
- 참여의가 경험한 개방병원제도에 대한 주요 주제와 하위 주제는 다음과 같음.
 - 첫 번째 주제인 『제도에 대한 인식』은 ‘이상적이고 완벽한 제도’, ‘인식 부족’의 하위 주제로 나타났음.

- 두 번째 주제인 『인적 자원』은 ‘참여의의 적합성’, ‘개방병원 직원과의 관계’의 하위 주제로 구성되었음.
 - 세 번째 주제인 『환경적 자원』은 ‘개방병원의 선정 기준’, ‘외래 진료 이외의 시간 활용’, ‘개방병원의 배려’의 하위 주제로 구성되었음.
 - 네 번째 주제인 『의료 수가 및 수익 분배』는 ‘인센티브 부재’, ‘받아들일 수밖에 없는 수익 분배율’의 하위 주제로 나타났음.
 - 다섯 번째 주제인 『의료분쟁 및 갈등 조정』는 ‘의료분쟁의 책임’, ‘배상책임보험 미가입’의 하위 주제로 나타났음.
- 이러한 연구 결과를 토대로 개방병원제도의 활성화를 위한 정책 개선 방안은 다음과 같음.
- 첫째, 제도에 대한 인식 개선을 위해 의료 전달 체계를 정상화할 필요가 있고, 개방병원, 개원의 및 정부를 대상으로 개방병원제도에 대한 적극적인 홍보가 필요함.
 - 둘째, 인적·환경 자원의 개선을 위해 참여의의 지원, 공공병원 및 중소 병원에 대한 지원, 그리고 시설 및 장비의 구입, 유지 보수를 위한 지원을 마련할 필요가 있음.
 - 셋째, 개방병원과 참여의 간의 원활한 관계성을 촉진시키기 위해 개방병원운영위원회를 구성하고 정기적인 회의를 통해 제도 운영과 관련된 현안을 논의할 필요가 있음.
 - 넷째, 개방병원제도 수가와 관련하여 추가적인 항목을 신설하는 등 경제적 인센티브를 마련하고, 개방병원과 참여의의 수익 분배율 조정의 개선이 요구됨.

- 다섯째, 의료분쟁 시 우선 분쟁 조정의 근거가 되는 참여의의 의무 기록이 정확하게 작성되어야 하고, 분쟁 조정을 위해 의료분쟁 조정법의 개선이 필요함. 또한 배상책임보험 가입을 의무화하고 개방병원과 참여의의 부담을 줄일 수 있는 방안과 새로운 보험 상품의 개발이 요구됨.

마. 주요 국가의 개방병원제도

□ 미국

- 미국의 개방병원제도는 병원의 발달 과정에서부터 자연 발생적으로 파생되어 근래에 이르기까지 그 기본 형태를 유지하면서 시대적 상황에 맞게 변화되어 왔음.
- 제도의 근간을 이루는 기본 이념인 의사와 병원 간의 독립성에 근거하여, 의사가 자신의 진료소를 찾아온 외래 환자 중에서 입원 진료가 필요한 환자들을 병원으로 이송하여 입원을 시키고 퇴원 후에는 계속해서 자신의 진료소에서 진료를 제공하는 기본적인 개방병원 형태를 유지하고 있음.
- 이러한 역사적인 배경 때문에 의사 진료비(physician fee)와 병원 진료비(hospital fee)가 자연스럽게 구분됨. 또한 환자들은 입원 진료가 필요한 경우에도 자신의 건강 상태를 가장 잘 알고 있는 주치의를 통해 입원 진료 서비스를 제공받게 됨으로써 진료의 연속성 확보뿐만 아니라 환자의 만족도 또한 높아짐.
- 최근 들어 미국에서도 개방병원제도가 가지고 있는 구조적 한

계절인 의사에 의한 병원비용 발생 요소 통제의 어려움과 진료의 질 향상을 위한 활동의 제약을 겪고 있음.

- 이를 개선하기 위해 입원 진료 전문의 제도를 도입하려는 시도와 함께 진료 서비스의 제공 종류에 따른 수직적 통합과 규모의 경제를 실현하려는 수평적 통합을 통해 네트워크를 강화하려는 노력이 꾸준히 시도되고 있음.

□ 일본

- 일본의 경우 개방병원제도의 도입 시기가 비교적 오래되었음에도 불구하고 우리나라와 유사한 폐쇄 병원 운영 체계로 인하여 실질적인 활용도를 높이지 못하고 있음. 하지만 한국과는 달리 개방병원제도와 관련한 수가뿐만 아니라 여러 가지 정책적인 유인 방안을 마련하여 시행하고 있음.
- 특히 일본은 병원-병원 제휴, 병원-진료소 제휴(병원과 의원(진료소)과의 제휴) 등 의료 제휴를 확대하고 있음. 이를 위해 국가에서 수가 등 제도로 지원하는 의료기관(공적 의료기관, 특정 기능 병원, 지역 의료지원 병원 등)은 기존 '소개율' 규정을 두어 의원, 병원으로부터 환자 회송을 도모하고 있음.
- 개방병원제도 역시 병원-진료소(의원) 제휴 차원에서 활용되고 있음. 개방병원제도를 통해 국민 의료비의 절감을 도모할 수 있으나 궁극적인 정책 목표는 의료기관 간 기능 정립 및 분담을 통한 효과적인 의료 공급 체계를 확립하는 데 있음.

4. 정책 제언

□ 개방병원제도 정착의 필요성

- 우리나라의 경우 의료 전달 체계의 미확립으로 인해 개원의와 병원이 서로 동일군의 외래 및 입원 환자를 놓고 경쟁을 하고 있음. 결국 개원의들도 대형 병원들과의 경쟁에서 살아남기 위해서는 병원에 비해 손색없는 장비 및 시설을 갖추어야 하기 때문에 장비 및 시설에 대한 과잉 투자를 피할 수 없음. 이는 결국 다시 국민의 부담으로 돌아가는 결과를 초래함.
- 또한 주치의 개념의 미비로 인해 환자가 자신의 질환을 치료받기 위해 자신의 주치의로부터 전문적인 조언을 듣고 전문의를 찾아가는 것이 아니라 자신의 제한된 지식에 의지하여 병원을 순회하는 의료쇼핑이 만연할 수밖에 없는 구조적인 한계를 가지고 있음.
- 결국 진료의 연속성 담보는 고사하고 중복 검사 등 자원의 효율적 분배라는 차원에서도 막대한 낭비적인 요소가 발생 할 수밖에 없음. 따라서 이러한 문제를 개선하기 위해서는 2003년에 도입된 개방병원제도를 활성화시키기 위한 정책적인 방안을 마련하는 데 중점을 둘 필요가 있음. 이는 의료 전달 체계의 확립이라는 정책적 목표를 달성하는 데 크게 기여할 수 있을 것으로 판단됨.

가. 제도에 대한 인식 개선

□ 의료 전달 체계의 정상화

- 우리나라는 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않고, 의료 서비스의 대부분이 민영화, 대형화 특성을 보이고 있기 때문에 의료기관의

24 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

과다 경쟁과 대형 병원으로의 환자 쏠림, 의료쇼핑 현상이 초래되고 있음.

- 또한 의료기관의 종별 기능이 의료법에 근거하여 제시되고 있는 바 의원과 병원, 종합병원의 기능을 이분법적으로 적용하도록 강제하고 있지 않기 때문에 의료기관의 종별 기능이 아직까지 미분화된 상태라고 할 수 있음.
- 따라서 의원과 병원, 종합병원 간의 효율적이고 체계적인 의료 전달 체계가 정상화되도록 획기적인 변화가 요구됨. 이를 토대로 개방병원제도가 활성화될 것이고, 나아가 보건의료 체계에 보다 긍정적인 영향을 미칠 것임.

□ 적극적인 홍보

○ 개원의

- 개원의는 공식적으로 제도에 대한 구체적인 정보를 얻을 수 있는 기회가 많지 않기 때문에 각 진료 과목 개원의협의회나 지역의사회를 통해 개방병원제도가 홍보되어야 할 것임.
- 또한 의사는 매년 8시간 이상의 보수교육을 이수해야 하기 때문에 연수교육, 임상연수, 각종 전문 세미나를 통해 개방병원제도에 대한 소개가 이루어져야 할 것임.

○ 개방병원

- 대한병원협회, 지역병원협회 또는 지역의사회, 보건소 등의 홈페이지를 활용하여 제도에 대한 소개와 함께 개방병원제도에 관심 있는 개방병원과 의원, 지역 주민에게 온라인상 소통의 장을 마련할 필요가 있음.

- 의료기관 평가 지표에 의료기관의 공익적 기여도에 대한 지표 중 하나로 개방병원제도의 운영 실적을 포함시킬 필요가 있음.
- 정부
 - 개방병원제도가 시행된 초기에는 보건복지부를 중심으로 개방병원 참여 의지가 강한 병원들과 지역의 젊은 개원의들이 하나의 공동체를 형성하여 제도 운영의 원동력이 되었음.
 - 제도가 시행된 지 15년이 지난 현재는 개방병원제도에 대한 의료계의 관심 부족 등으로 정부에서도 개방병원제도에 대한 관심이 낮은 수준임.
 - 향후 정부는 개방병원제도의 정착을 위해 개방병원제도 전담 부서를 설치하고 전담 인력을 확보해야 할 것임. 그리고 지금까지의 정책 연구를 토대로 실질적인 정보 제공과 제도 개선이 이루어져야 할 것임.

나. 수가 체계 개선

□ 개방병원과 참여의 간 수익 분배율 개선

- 개방병원과 참여의 간 수익 분배율이 합리적이지 않다는 의견이 많았음. 이는 우리나라 개방병원제도의 수가 보상 체계에서 병원 수가와 의사 수가가 분리되지 않아, 두 기관 간의 계약에 의한 분배율에 근거하고 있기 때문임. 즉 개방병원과 참여 의원 간 수익 분배가 자의적인 판단하에 이루어진 계약에 따를 개연성이 있음. 이로 인한 분쟁의 소지가 있고, 대체적으로 참여 의원보다 협상력이 높은 개방병원이 유리한 입장에 있음.

- 개방병원제도를 활성화시킬 수 있는 방향으로 합리적인 수익 분배율을 마련할 필요가 있음. 이러한 측면에서 수익 분배율의 문제는 이해 주체가 분배 비율을 예측할 수 있도록 보다 간단한 형태로 전환될 필요가 있음. 특히 건강보험수가 기준의 배분 비율 방식보다 총액 기준의 배분율 방식으로 전환될 필요가 있음. 또한 공공병원을 중심으로 한 개방병원의 경우는 공공병원의 공적 특성을 고려하여 참여의를 확대시킬 수 있는 수익 분배율 마련의 필요성이 제기됨.
 - 장기적으로 상대가치 수가 개정에서 개방병원제도에 적용할 수 있는 병원 수가와 의원 수가 분리, 그리고 개방병원제도와 관련된 환자 이송료, 개방병원 환자 관리료 등 수가 항목을 포함한 수가 체계의 개편이 필요함.
- 개방병원제도 관련 수가 마련
- 개방병원제도하에서의 진료 업무량이 단일 기관의 경우보다 증가하므로 이에 대한 적절한 보상 방안이 필요함.
 - 개선 방안으로는 건강보험 재정이 한정되어 있기 때문에 단기적으로는 필요한 항목들을 모두 건강보험수가로 신설하기에는 현실적인 제약이 있음. 따라서 건강보험 재정을 고려하여 단계적으로 수가 신설이 필요한 항목으로는 환자 이송료, 개방병원 환자 관리료, 진료 의사 협진료 등을 들 수 있음.

다. 의료분쟁 및 갈등 조정 개선

□ 의료분쟁 해결 개선 방안

- 의료분쟁을 해결하기 위해서는 현재 시행 중인 의료분쟁조정법을 보완하는 것과 함께 합리적인 의료분쟁 해결 절차를 마련할 필요가 있음.
 - 의료분쟁은 다양한 사례가 발생할 수 있으므로 사례별로 의료분쟁조정법에 반영할 필요가 있음.
 - 의료분쟁 시 개방병원과 지역 의사 간 책임 소재에 대해 중재 가능한 보건복지부 산하의 중재위원회를 조직할 필요가 있음.

□ 배상책임보험 확대 방안

- 개원의 경우 보험료의 부담으로 배상책임보험에 가입하지 않은 경우가 많음. 이에 따라 진료로 인해 문제가 발생할 위험 요소가 적은 단순 질환 및 단순 진료 환자만을 대상으로 개방병원을 이용하는 경향이 있음.
- 의료사고는 예측할 수 있는 일이 아니기 때문에 개방병원과 개방의 모두 의무적으로 배상책임보험에 가입하는 방안을 검토해 볼 필요가 있음. 손해배상에 대한 비용을 마련하는 방안으로는 배상책임보험제도를 활성화하는 방안, 또는 의료배상공제조합을 설립하여 운영하는 방안이 적합할 것으로 판단됨.

라. 관련법 개선

- 개방병원제도의 활성화를 위해서는 관련법에 대한 보완이 필요함. 특히 개방병원 지원을 위한 개방병원제도의 직접적인 근거를 마련할 필요가 있으며, 개방병원들의 의원 임대를 허용할 필요성 역시 제기되고 있음.
- 개방병원 의원 임대인 경우 이를 전속 전문의로 인정받을 수 있도록 하는 방안도 검토할 필요가 있음. 또한 필요한 경우 의료기관의 명칭이나 광고 범위에 개방병원제도 참여를 표시할 수 있도록 허용해야 함.

마. 개방병원-참여의 관계성

- 개방병원제도 운영 지침에서는 개방병원운영위원회를 구성하여 운영토록 권장하고 있지만, 대부분의 개방병원에서는 운영위원회를 구성하고 있지 않음. 따라서 개방병원은 반드시 운영위원회를 설치하여 운영하도록 할 필요가 있음.
 - 개방병원운영위원회는 반드시 구성되어야 하며, 적어도 최소 분기별 1회 이상의 정기적인 회의를 개최하여 개방병원의 운영과 관련된 현안들을 논의할 수 있도록 해야 할 것임.

바. 공공의료기관 참여 유도

- 공공병원은 민간 병원보다 상대적으로 수익성 경쟁에서 자유로울 수 있으므로 개방병원제도 참여 의지만 있다면 지역 내 개원의와 공익적 역할을 함께 할 수 있음.

- 또한 의료기관 평가 시 개방병원제도 참여 실적을 평가지표로 신설하여 가산점을 제공한다면, 공공병원은 제도에 적극적으로 참여할 것임.
- 따라서 공공병원의 경우 개방병원제도를 의무화하여 적극적으로 참여하도록 권장하고 성공적인 사례를 제시하여 확대할 필요가 있음.

*주요 용어: 개방병원제도, 정책 평가, 질적 조사, 의료 전달 체계, 시계열개입 분석

제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적
제2절 연구 방법 및 연구 내용

제1절 연구의 필요성 및 목적

1. 연구의 필요성

의료 자원의 제약하에서 의료 체계의 성과를 높이기 위한 방안의 하나로 ‘보건의료의 효율성 제고’는 국가적인 목표가 되어 왔다. 특히 우리나라와 같이 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않는 비효율적인 보건의료 체계하에서는 중요한 정책 목표라고 할 수 있다. 보건의료의 효율성은 지불 보상제도와 함께 보건의료제도의 근간을 구성하고 있는 3개의 축인 보건의료 자원, 보건의료 조직, 의료 전달 체계가 제대로 운영될 때 확보될 수 있다. 그중 효율성에 가장 큰 영향을 주는 요인은 보건의료 자원의 개발과 운영이라 할 수 있다.

개방병원제도는 개원 의사가 지역 내 병원 자원(시설장비 및 인력)을 이용하여 자신의 환자에게 지속적인 의료를 제공하게 하는 제도이다. 이 제도는 우리나라 보건의료 체계가 안고 있는 고질적인 과제인 전문의 중심의 의사 구조하에서 개원 의사의 전문성을 제대로 활용하지 못하는 문제, 의료 자원의 유희화와 의사 인력 확보에 어려움을 겪고 있는 중소 병원의 문제를 동시에 해결할 수 있는 정책 대안으로, 도입의 필요성이 제기되어 2003년부터 실시되고 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 개방병원제도는 1994년 ‘의료보장개혁위원회’에서 처음 도입이 공식 제안된 이래 1999년 관련 법규를 정비하였고, 2001년도부터 시범 사업을 실시하였으며, 2003년부터 본사업이 시작되었다. 2001년 시범 사업에 30여 개

병원이 참여하였으나 개방병원제도와 관련한 진료 실적이 발생한 병원은 16개 병원에 불과하였고, 2009년에는 개방병원이 76곳으로 증가하였지만 진료 실적이 발생한 병원은 23곳(30.3%)으로, 개방병원제도는 여전히 활성화되지 못하고 있다. 개방병원제도 정착을 위한 전제 조건으로 수가 체계와 지불 체계의 정비, 의료분쟁에 대한 관리 규정, 법적 규제 완화 등이 제시되었지만, 정부는 이에 대한 획기적인 대책을 마련하지 못하였다. 따라서 참여 동기를 높이지 못해 개방병원제도가 유명무실한 제도로 전락하게 되었다(한국보건산업진흥원, 2001, 2002).

한편 2015년 5월 발생한 메르스 사태를 계기로 의료 전달 체계 확립의 중요성이 제기되었다. 메르스 사태의 직접적인 원인은 부실한 감염병 방역 체계 때문이지만, 메르스 사태가 조기에 종식되지 못하고 심각한 문제로 확대된 원인은 의료 전달 체계가 제대로 정립되어 있지 못하기 때문이라고 판단되었다. 또한 의료 전달 체계의 미확립은 의료 자원의 총량적인 공급 과잉과 지역 간 수급 불균형, 환자의 대형 병원 집중, 일차의료기관의 위축 등의 문제를 더욱 심화시키고 있다. 이와 함께 지방의료원을 포함한 지역 거점 병원들의 의사 인력 확보 문제가 중요한 정책적인 이슈로 제기되고 있다. 2010년 지방 중소 도시 및 농어촌 지역 공공의료기관의 100병상당 전문의 수는 지역 거점 공공병원이 6.9명(공중보건의 제외)으로 종합병원(12.1명)의 60% 수준에 그치는 등 의사 인력 확보에 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다(오영호, 2015). 이런 문제를 해결하기 위한 근본적인 방안 중 하나가 의료 전달 체계를 확립하는 것이며, 이와 관련한 가장 현실적인 대안 중 하나가 바로 이미 제도화된 개방병원제도를 정착시키는 것이라고 판단된다.

개방병원 관련 주요 연구로는 이광수(1994), 이평수 등(2001), 이윤태 등(2002), 이선희 등(2005), 김세라 등(2010) 등이 수행되었지만, 보건

의료 환경의 변화와 2009년 정책 변화 이후의 관련 연구는 거의 없다. 초기 연구(이광수 (1994), 이평수 등(2001), 이운태 등(2002))에서는 개방병원의 경제적 효과에 초점을 두고, 개방병원 활성화 방안을 제시하고 있다. 이선희 등(2005)의 연구에서는 개방병원의 운영 현황 조사를 통한 제도의 문제점과 개선 방안을 제시하였다. 그리고 김세라 등(2010)의 연구에서는 수가 보상 체계 개발과 지역별 개방병원 모델을 제시하고 있다. 그러나 이들 연구 이후 상당한 시간이 흘렀고, 또한 급변하는 보건의료 환경과 의료시장 동향을 고려할 때, 현시점에서 새로운 실태 조사와 개선 방안을 마련하기 위한 연구가 필요하다고 판단된다. 특히 2009년 개방병원 기준과 운영 지침 개정 등의 개방병원 확대 정책 실시 이후에 이와 관련한 운영 실태 평가 연구는 없었다.

따라서 실증 자료와 실태 조사를 바탕으로 개방병원제도의 정착을 위한 정책 방안이 필요한 시점이다. 즉 한국의 보건의료 체계하에서 개원의사의 참여를 유도할 수 있는 실행 방안 중 수가 문제, 의료분쟁 문제, 법적 개선 방안 문제 등을 중심으로 세부 방안들을 마련할 필요성이 제기된다. 특히 개방병원 활성화를 위한 방안으로 우선적으로 공공병원과 지역 거점 병원을 중심으로 개방병원제도를 정착시킬 수 있는 방안을 모색할 필요성이 있다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 우리나라의 개방병원 운영 현황을 실증적으로 조사하고, 심층적으로 분석·검토함으로써 개방병원제도 정착을 위한 세부 방안을 제안하고자 하는 것이며 연구 목표는 다음과 같다.

첫째, 개방병원제도에 대한 그동안의 연구 동향을 종합·정리하여 정책

효과 및 의의를 평가하고자 한다.

둘째, 2009년 개방병원제도 활성화를 위한 개방병원 운영 지침 개정의 효과(개방병원 참여 추이, 의료 이용량 등)를 파악함으로써 현행 개방병원제도의 정착 여부를 가늠하고 발전 방향을 모색하고자 한다.

셋째, 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원과 참여의를 대상으로 양적 조사 및 질적 조사를 통하여 개방병원제도 운영과 관련한 문제점을 파악하여 개선 방안을 모색하고자 한다.

마지막으로 개방병원제도 정착을 위한 세부 정책 방안들을 제시하고자 한다.

제2절 연구 방법 및 연구 내용

1. 연구의 틀

[그림 1-1] 연구의 기본 틀

<p>이론고찰 및 현황 분석</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 보건의료환경의 변화와 개방병원제도 정책 도입 ▪ 개방병원제도에 대한 연구 동향 ▪ 개방병원제도의 경제적 효과 및 한계성 ▪ 외국의 개방병원제도 고찰
<p>개방병원제도 현황 및 실태 조사 분석</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 개방병원제도의 현황 및 문제점 파악 ▪ 개방병원제도 정책 현황 및 문제점 파악 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 개방병원제도 운영 실태 양적 조사 (Quantitative Survey) 및 분석 ▪ 개방병원제도 인식도 양적 조사 (Quantitative Survey) 및 분석 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 개방병원제도 운영 실태 질적 조사 (Qualitative Survey) 및 분석 ▪ 개방병원제도 인식도 질적 조사 (Qualitative Survey) 및 분석
<p>개방병원 정책 분석 및 외국 사례 고찰</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 개방병원 정책의 문제점 분석 및 시사점 도출 ▪ 외국의 개방병원제도 고찰 및 시사점 도출
<p>정책 제언</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 개방병원제도 활성화를 위한 정책방향 및 정책 과제

2. 연구 방법

이 연구에서는 개방병원제도 활성화를 위한 정책 방안을 마련하기 위해 문헌 고찰, 실태 조사, 기존 자료 분석, 정책자문회의 등의 방법을 활용하고자 한다.

가. 문헌 고찰

기존 국내외 개방병원제도의 이론적인 측면과 선행 연구의 고찰을 통하여 개방병원 실태 및 인식도 조사를 위한 설문지 구성 및 조사 방법과 분석 방법 등 전체적인 연구의 틀을 구축하고자 한다. 그리고 주요 국가의 개방병원제도를 고찰하여 우리나라 개방병원제도의 활성화 방안을 모색하는 데 시사점을 찾고자 한다.

나. 개방병원 의료기관의 운영 및 진료 현황 분석

개방병원 신청 기관의 현황과 추세 분석을 위하여 지난 10년간(2006~2015) 보건복지부와 건강보험심사평가원에 제출된 개방병원 신청 자료를 수집하여 분석하였다. 그리고 개방진료 현황을 분석하기 위해서 2009년 개방병원 운영 지침 시행 전후 시점인 2006년부터 2015년까지 건강보험심사평가원의 개방진료 청구 자료를 분석하였다. 그리고 정책 효과를 분석하기 위하여 시계열개입분석(Interrupted time series analysis)을 적용하였으며, 측정 변수로 개방병원제도 참여 병의원 수, 개방병원제도 참여 병의원의 의료 이용량(환자 수, 의료 이용 건수, 진료비 등)을 사용하였다.

다. 개방병원제도 운영 실태 조사

실태 조사에서는 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원과 참여의들을 대상으로 개방병원제도와 관련한 운영 현황과 문제점 그리고 개선 방안을 위한 요구 사항을 파악하고자 하였다. 실태 조사는 양적인 조사(quantitative survey)와 질적인 조사(qualitative survey)를 병행하여 진행하였다.

양적인 조사는 가장 마지막으로 실시된 2005년 국회 보건복지위원회의 조사 결과와 비교하여 지난 10년간 개방병원제도의 운영 실태가 어떻게 변화되었는지에 초점을 두었다. 질적인 조사는 개방병원제도의 운영에 대한 전반적인 사항과 개방병원제도 활성화를 위한 의료 수가 개선 방안, 의료분쟁 대처 방안 등의 정책적인 방안이 제시되었지만 여전히 답보 상태를 보이고 있는 원인을 파악하기 위하여 심층적인 면접 질문으로 진행되었다. 특히 개방병원 실무자들을 대상으로 양적 조사를 통해 조사할 수 없었던 부분을 파악하는 데 중점을 두었다.

라. 정책 평가 분석 방법

개방병원제도 참여 의료기관들의 운영 실태 차이를 의료기관 특성별로 분석하기 위하여 기초적인 통계 분석을 적용하였다. 정책 효과에 대한 추정 방법으로는 시계열개입분석(Interrupted time series analysis)을 적용하였다. 시계열개입분석 방법은 1963년 캠벨에 의해 최초로 도입되었으며, 이는 어떤 시계열에 개입이 있었을 경우 변화 시계열의 크기를 검정하는 것으로 개입 전과 개입 후를 가변수(dummy variable)로 처리하여 모형화한 것이다.

마. 질적 분석 방법

질적 연구의 자료 분석은 연구 방법 전략에 따라 분석 방법에 차이가 있겠지만 일반적인 절차를 사용하기도 한다. 질적 자료 분석은 구체적인 것에서 일반적인 것으로 단계를 따르며, 각 단계들은 상호 관련되어 있어 앞으로 진행하다가 다시 되돌아가 이전 단계를 거치기도 한다. 본 연구에서는 자료 수집과 동시에 분석이 이루어지는 회귀적이고 반복적이며 역동적인 과정을 통해 개방병원제도의 구체적이고 폭넓은 이해를 얻고자 노력하였다. 다음과 같은 구체적인 질적 분석 단계를 거쳤다(Braun & Clarke, 2006).

1단계에서는 분석할 자료를 조직하고 준비하는 단계로서 인터뷰 내용을 필사하고 자료에 대한 대략적인 감을 얻기 위해 자료를 눈으로 보았다. 연구자의 메모, 다양한 출처의 자료(개방병원 홍보자료, 개방병원제도 설명 자료, 수익 분배율 정리표 등)를 정리하였다. 2단계에서는 모든 자료를 읽고 또 반복적으로 읽으면서 참여자들의 생각, 느낌, 자료의 깊이와 신뢰성 등을 고려하면서 읽었다. 또한 자료를 읽으면서 연구자 자신의 생각을 메모하여 기록하기도 하였다. 3단계에서는 코딩 과정을 통한 구체적인 분석이 시작되었다. 코딩은 정보에 의미를 부여하기 전에 자료를 텍스트 조각으로 조직하는 과정이다. 이 과정을 통해 인터뷰 자료를 단어, 구, 절 또는 문단으로 범주화하고 참여자가 사용한 언어로 범주에 이름을 붙였다. 4단계에서는 코딩 절차를 사용하여 장소나 사람에 대한 기술, 분석을 위한 범주나 주제를 끌어내었다. 5단계에서는 주제에 따라 질적 자료를 어떻게 표현할 것인가를 생각하면서 서술하였다. 흔히 사건의 발생 순서에 따라 언급하여 논의하거나, 여러 주제에 따라 구체적으로 논의하기도 한다. 본 연구에서는 주제와 하위 주제에 따라 구체적인 참여

자의 이야기를 인용문으로 담아 구체적으로 서술하였다. 마지막 6단계에서는 해석 단계로, 연구를 통해 무엇을 배웠는지, 무엇을 알게 되었는지를 해석하는 단계이다. 즉 연구자는 자세하게 조사한 연구 결과를 기존에 보고된 연구나 문헌, 이론과 비교, 검토하여 의미를 도출하는 것이다. 본 연구에서는 질적 자료의 분석을 통해 개방병원제도에 대한 개선 방안을 제시하였다.

바. 정책자문회의

연구에서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근 방법들 중 미비한 부분에 대해서는 보건의료 인력의 분야별 전문가의 시각에서 검토를 받고자 한다. 이를 위해 학계, 관련 보건의료협회, 정부 및 분야별 단체 등의 연구자문단을 구성하여 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등을 진행할 계획이다

3. 연구 내용

본 연구는 크게 10장으로 구성된다. 2장에서는 이론적인 측면에서 개방병원제도 도입의 법적 근거, 개방병원제도의 주요 내용, 개방병원제도의 경제적 효과와 개방병원제도의 한계성을 논의하고, 마지막으로 개방병원제도에 대한 연구 동향을 통하여 본 연구의 개념적인 틀과 연구 방향을 모색하고 있다. 3장에서는 양적 실태 조사 방법, 2009년 정책 평가 방법, 질적 연구 방법을 소개하고, 4장에서는 우리나라 의료 공급 체계와 개방병원제도 도입과 활성화의 필요성에 대해 논하고 있다. 5장에서는 개방병원제도에 참여하고 있는 의료기관 수와 개방진료와 관련한 의료 이

용량 등의 추이를 분석하고 있다. 6장과 7장에서는 개방병원제도에 대한 운영 실태 및 문제점 등의 인식도 조사 결과를 제시한다. 6장에서는 양적 조사(quantitative survey) 방법을 사용한 결과를 제시하고, 7장에서는 질적 조사(qualitative survey) 방법을 사용하여 개방병원제도의 문제점과 운영에 대한 전반적인 사항에 대한 분석 결과를 제시하고 있다. 특히 개방병원제도 활성화를 위한 의료 수가 개선 방안, 의료분쟁 대처 방안 등의 정책적인 방안이 제시되었지만 여전히 담보 상태를 보이고 있는 원인을 파악하기 위하여 심층적인 면접 질문의 분석 결과를 제시하고 있다. 8장에서는 우리나라와 유사한 보건의료 체계를 가지고 있는 미국과 일본의 개방병원제도에 대해 고찰한 후 시사점을 모색하고 있다. 9장에서는 지금까지 논의된 개방병원제도의 활성화를 위한 정책적인 이슈들을 검토하고 분석하여 개선 방안을 제시하고 있다. 마지막 장에서는 이 연구의 결론과 정책적 시사점을 제시한다.

제 2 장

이론적인 고찰 및 제도적 배경

제1절 개방병원제도 개념 및 법적 근거

제2절 개방병원제도의 선행 연구

제3절 선행 연구와의 차별성

2

이론적인 고찰 및 제도적 배경 <<

본 장에서는 이론적인 측면에서 보건의료 환경의 변화에 따른 개방병원제도 개념 및 법적 근거, 개방병원제도의 선행 연구에 대해 논의하고, 마지막으로 선행 연구와의 차별성을 통하여 본 연구의 개념적인 틀과 연구 방향을 설정하고자 한다.

제1절 개방병원제도의 개념 및 법적 근거

1. 개방병원제도의 정의

개방형병원제도는 나라마다 다소 차이가 있지만 일반적으로 의사가 병원에 소속되어 있지 않고 병원 외부에서 독립적으로 개원을 하고 있는 상태에서 입원 또는 전문적인 치료를 요하는 환자가 발생할 경우 병원과의 계약을 통해 계약 병원에 자신의 환자를 입원시켜 치료를 하는 형태를 말한다(보건복지포럼, 2000). 병원 측에서는 갖추어진 의료시설 및 장비, 인력 등을 개업 의사가 이용할 수 있도록 하며, 최소한의 인력으로 입원 환자에게 의료 서비스를 제공한다(백성선, 2005).¹⁾

1) 병원이 진료 서비스를 제공하기 위하여 의사 인력을 활용하는 방식은 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 우리나라와 같이 병원에서 진료하는 의사는 병원에 상근 인력으로 고용된 의사만이 환자에게 의료 서비스를 제공하는 형태이다. 다른 방법은 미국의 경우와 같이 병원에 상근 인력으로 고용되어 있지 않은 의사도 병원에서 수술 등 진료 서비스를 제공하는 형태이다. 후자의 경우 병원은 일부 진료과의 필수 의사 인력만을 병원 직원으로 고용한다. 그 외의 의사들은 우리나라 의원의 형태와 같이 개원하여 진료를 하면서 입원이나 수술, 또는 특별한 장비를 필요로 하는 환자가 발생할 경우 해당 환자를 병원

2. 법적 근거

우리나라에서는 이러한 개방형병원제도에 따른 의료시설은 의료법 시행규칙 제34조(별표) 분류 기준에 의해 입원실, 중환자실, 수술실, 응급실, 임상검사실, 방사선 장치실, 회복실, 물리치료실, 한방요법실, 병리해부실, 조제실, 탕전실, 의무기록실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설, 시체실, 적출물처리시설, 자가발전시설, 구급자동차, 그 밖의 시설로 분류된다. 이 중 탕전실, 의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물소각시설은 의료기관이 공동으로 사용할 수 있는 의료시설이나(의료법 시행규칙 제34조(별표2) 제20호2), 물리치료실, 수술실, 조제실, 입원실은 공동 사용이 불가능하다는 법적 해석이 있었다(보건복지부의정 65507-159호3), 547호4), 1023호5)).

에 입원시키는 등의 방법으로 진료 서비스를 제공한다. 전자의 경우를 폐쇄병원(closed hospital system)이라 하고, 후자의 경우를 개방병원(open hospital system)이라 한다. 즉 개방병원은 지역 사회에서 병원이 보유한 인력, 시설 및 장비를 개원 의사들(Attending physicians)이 활용할 수 있게 함으로써, 개원 의사들이 환자에게 관련 진료 서비스를 제공할 수 있게 한다. 이러한 제도를 통해 의료 자원 활용의 효율성뿐만 아니라, 환자들의 편의 증진 및 의료의 질이 향상될 수 있다(정재훈 2012).

- 2) 의료법 시행규칙 제34조(별표2) 제20호
의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물소각시설은 의료기관이 공동으로 사용할 수 있음
- 3) 보건복지부의정 65507-159호('95. 2. 15.)
 - 물리치료실과 수술실 공동 사용이 가능한지에 대한 회신
 - 의료법 제30조 및 동법 시행규칙 제22조에는 의료기관의 개설 절차를 규정하고 있는 바, 하나의 건물 내에 2개의 의료기관을 개설할 경우 물리치료실과 수술실은 공동 사용할 수 없음.
- 4) 보건복지부의정 65507-547호('96. 4. 26.)
 - 동일 건물 내 의원과 약국이 조제실을 공동 사용 가능 여부에 대한 회신
 - 의료기관 시설 기준 및 규격에 관하여 의료법 시행규칙 제28조의 2(별표 2, 3)에 구체적으로 규정하고 있는바, 동 기준에 의하면 조제실은 의료기관에 반드시 설치하여야 하는 시설은 아님. 그러나 조제실을 설치하여 의료기관과 약국이 공동으로 사용할 경우 책임 한계가 불분명해질 우려가 있고 또한 의료기관과 약국은 각기 다른 법령에 의하여 관리 및 운영되는 시설이므로 조제실은 공동으로 사용할 수 없음
- 5) 보건복지부의정 65507-1023호('96. 8. 21.)
 - 의료법 제3조 제4항, 제6항 및 동법 시행규칙 제28조의 2(의료기관의 시설 기준 및 규격, 별표2)의 규정에 의하여 의원은 입원 환자 29인 이하를 수용할 수 있는 입원

그러나 최근 의료법 개정을 통해 의료시설 공동 이용의 범위가 확대되었는데, 의료법 제39조(시설의 공동 이용)에 의하면 의료인은 다른 의료기관 장의 동의를 얻어 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료를 할 수 있고, 의료기관의 장은 당해 의료기관의 환자의 진료를 위하여 필요한 경우에는 당해 의료기관에 소속되지 아니한 의료인으로 하여금 진료를 하게 할 수 있게 되었다. 또한 의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 해당 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다. 이로써 개방형병원제도의 법적 근거를 마련하게 되었다.

개방형병원의 운영에 관한 규정은 2009년 8월 정부에서 제시한 개방병원 운영 지침⁶⁾에 근거하여 자체적으로 계약의들과의 협력을 통해 수익 분배, 의료분쟁 등에 관하여 개방병원 운영 규정을 작성하여 시행하도록 개정되었으나 대부분의 운영 규정에 큰 차이가 없었다.

실을 갖춘 의료기관을 말하며 이러한 시설 기준 등은 개설된 의료기관별로 각각 구비하여야 함. 따라서 의원급 의료기관이 입원실이 부족하다는 이유로 타 의료기관의 입원실을 빌려 진료를 하는 행위는 법에 저촉됨.

- 6) 정부는 병원-병원 간 개방병원 계약 허용, 개방병원제도의 온라인 공간 마련 등으로 개방병원제도의 활성화를 도모하고 운영 과정에서 나타난 미비점을 보완하고자 2009년 8월 개방병원 운영 지침을 개정하였음. 주요 내용은 다음과 같음. 첫째, 병원과 병원 간 개방병원 계약을 허용함. 즉 현행 개방병원과 의원급 의료기관과의 계약만 허용한 것을 병원급 의료기관과도 계약할 수 있도록 허용함. 둘째, 개방병원 변경 신청 항목을 추가함. 즉 개방병원의 개설 허가 관련 변경 사유가 발생한 경우 보건복지가족부 장관에게 신고하도록 함. 셋째, 개방병원 진료비 청구 방법 추가임. 이는 개방진료비 세부 청구 방법(명세서 작성 요령) 조항을 신설하여 진료비 청구 시 착오 기재 등 청구 오류를 사전에 예방토록 함. 넷째, 개방병원 진료 수가 관련 항목을 삭제함. 즉 건강보험요양급여비용의 내역 고시의 미개정으로 관련 항목을 삭제함. 다섯째, 개방병원 이용 계약 체결 시 시설, 장비의 공동 이용 추가 계약을 하도록 유도하는 항목을 삭제함. 즉 개방병원 이용 계약 체결로 시설, 장비의 공동 이용 계약을 갈음하여 관련 항목을 삭제함. 여섯째, 개방병원제도 온라인상 공간 마련을 통한 홍보 활동을 권장함. 즉 병협, 심평원, 의협 등 관련 기관·단체의 홈페이지 내 개방병원 메뉴(코너) 개설로 온라인을 통한 개방병원 홍보 활동을 권장하도록 함.

48 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

〈표 2-1〉 개방형병원의 운영 규정(사례)

구 분	내 용
참여 범위	개방병원이 소재한 지역 내의 모든 개원의
계약 기간	매 1년마다 상호 계약 체결
진료 절차	계약의가 의뢰한 입원 환자 및 수술 환자에 대해서는 개방병원의 해당 과 주치의의 명의로 입원 조치 및 수술 요청을 한 후 계약의가 진료 및 수술을 시행하도록 함.
진료 협조	① 개방병원은 계약의가 환자의 입원 및 수술을 요청하였을 경우 우선적으로 협조 체계를 이루도록 함. ② 계약의는 개방병원의 진료 절차를 준수하고 사전에 해당 진료과에 환자의 진료 상황 및 협조 사항을 협의하고 요청하여야 함.
수익 분배	계약의가 입원 진료 및 시술한 환자에 대한 진료 수익 분배는 개방병원 과 계약의의 약정에 의함.
의료분쟁	계약의가 담당한 환자에 대한 의료분쟁이 발생하였을 경우 상호 체결 한 계약서에 의해 처리하되 개방병원 측은 처리에 최대한 협조함.
준수 사항	계약의는 개방병원에 환자를 입원시켜 진료 및 수술을 함에 있어 개방 병원의 의사와 동일하게 제 규정을 준수하여야 하며, 계약의가 개방병원의 명예를 실추시키거나 계약 내용을 위반하였을 때에는 개방병원이 임의로 계약을 파기할 수 있음.
운영위원회	개방병원 운영에 필요한 사항을 협의하기 위하여 개방병원 운영위원회를 두며, 운영위원회의 규정은 별도로 정함.

주: 본 운영 규정은 우리나라의 모 개방형 병원에서 사용하고 있는 운영 규정이며, 이러한 운영 규정은 개방형 병원 간 큰 차이가 없이 비슷함.

자료: 한국 보건의료체계 개혁론(1972).

3. 개방병원제도의 한계성

우리나라에서 시행 중인 개방병원제도는 관련 제도의 미흡으로 개방병원제도를 활성화시키는 데 한계를 지니고 있다. 첫째, 수가 체계와 관련하여 병원 서비스에 대한 수가와 의사의 기술료가 분리되어 있지 않아 병원과 의원이 적절한 분배 방안을 따로 모색해야 하는 번거로움을 갖고 있

으며, 수익 분배와 관련해 병원과 의사 간의 협의가 원만하게 이루어지지 않는다. 둘째, 의료사고의 발생 시 다툼의 양상이 복잡하게 되어 의료사고에 대한 책임 소재 파악이 어렵다. 병원에서 진료받는 환자는 병원의 전임 의사가 담당하고, 해당 의사와 의사가 속한 병원이 이에 대한 책임을 지기 때문에 환자는 병원을 대상으로 의료사고에 대한 책임을 요구하게 된다. 그러나 개방병원의 경우 상근 직원이 아닌 개원 의사가 진료를 담당하기 때문에 의료사고에 대한 책임 관계가 복잡해진다(이운태 등, 2002). 결과적으로 이러한 병원·환자의 양자 관계가 병원, 개원 의사 및 환자의 3자 관계로 변함에 따라 3자 간의 분쟁이 야기될 수 있다.

제2절 개방병원제도의 선행 연구

국내에서 개방병원제도에 대한 연구는 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 첫 번째는 개방병원제도의 경제적 효과와 제도 도입의 필요성(이광수, 1994; 이평수 등, 2001; 이운태 등, 2002)에 관한 연구이며, 두 번째는 개방병원 운영 현황에 대한 실증적인 분석을 통한 제도와 관련된 세부 방안을 제시(이선희 등, 2005; 김세라, 2011)하는 연구이며, 세 번째는 개방병원제도에 대한 인식도 조사(박은영, 2009; 한동운, 2010)에 관한 연구이다.

1. 개방병원제도의 경제적 효과

선행 연구에서 개방병원제도의 경제적 효과는 적지 않은 것으로 추정되었다. 크게 의료 자원 절감 효과, 병원 수익 증가 효과, 환자 진료비 감소 효과 그리고 국민 의료비 절감 효과 등으로 구분할 수 있다.

첫째, 의료 자원 절감 효과를 보면, 이평수 등(2001)은 개원의 76명을 대상으로 실시한 의견 조사를 통해 개방병원제도가 도입될 때 나타날 경제적 효과를 분석하였다. 이를 위해 의원이 현재 보유한 인력, 시설, 장비와 개방병원을 활용할 경우의 소요 수준을 비교하여 그 차이를 절감 효과로 추정하였다. 의료 자원 절감 효과는 의료 인력이 2.2%~42.9%, 시설이 6.7%~74.5%, 장비는 장비 유형에 따라 최대 6.3%까지 절감되는 것으로 추정되었다.

둘째, 병원 수익 증가 효과를 보면, 이광수(1994)는 개방병원이 도입되기 전 시점에서 개방병원 체계 도입 시의 병원 재정 효과에 대한 모의실험을 통해 개방병원제도를 도입하는 경우 도입 전보다 병원의 순수익이 증가하며, 의원의 경우도 마찬가지로 단순히 외래환자만을 진료하는 것보다 진료 수익이 증가하는 것으로 결론지었다. 또한 이평수 등(2001)은 두 개 지방공사의료원을 대상으로 개방병원제도 도입으로 나타난 병영 경영 수익을 분석했으며, 이는 유휴 시설 및 장비가 있는 병원일 때 개방병원제도가 병원 수익 증대에 도움이 되는 것으로 나타났다. 공헌이익(=개방병원 의료 수익-개방병원 관련 병원 내부 변동비-개원의 지급액)의 경우 개방병원이 2001년 상반기 동안 6400만~1억 8000만 원이었고, 참여 의원은 4000만~9200만 원인 것으로 나타났다.

셋째, 환자 진료비 감소 효과를 보면, 이평수 등(2001)은 2개 공사의료원의 경우 이비인후과 진료에서 개방병원 진료로 총진료비가 10.5%, 보험급여 총액은 5.5%, 비급여 진료비는 37.4% 감소했으며, 신경외과 진료에서는 총진료비가 24.7%, 보험급여 총액은 24.6%, 비급여 진료비는 25.9%의 절감 효과가 발생하는 것으로 나타났다.

넷째, 국민 의료비 절감 효과를 보면, 이윤태 등(2002)은 개방병원 진료비의 비중과 개방병원 참여 비율을 가정한 상태에서 개방병원제도 도

입으로 인한 국민 의료비 절감 효과(시설 투자비용 절감 효과)를 추정하였다. 개방병원의 총진료비가 의료기관 총진료비에서 차지하는 비중의 시나리오에 따라 총진료비는 0.15%(총진료비의 1%인 경우), 1.53%(총진료비의 10%인 경우), 3.06%(총진료비의 20%인 경우), 6.11%(총진료비의 40%인 경우) 감소하는 것으로 나타났다. 또한 신설 의원의 시설 투자비 감소 비율은 41.7%로 추정되었다.

2. 개방병원제도 운영 실태 조사

개방병원제도 운영 실태 조사를 통하여 개방병원제도의 문제점 및 개선 방안을 모색한 주요 국내 연구는 많지 않다. 이선희 등(2005, 2008)은 국내 개방병원과 개원의를 대상으로 운영 현황을 조사분석하여 개선 방안을 제시하였다. 개방병원제도의 참여 동기는 개방병원은 병원 자원 활용, 환자 유치 등으로 나타났으며, 개원의는 환자의 지속적인 관리, 의료기술의 활용, 수익 확대 등을 들었다. 개방병원제도 활성화 저해 요인으로는 개방병원들은 인식 부족, 낮은 보상, 진료 절차 미확립 등을 지적하였고, 개원의들은 개방병원 환자 진료 시간 마련의 어려움, 개방병원과의 거리, 낮은 보상, 환자 이해 부족, 진료 절차의 번거로움 등을 지적하였다. 향후 개방병원 활성화를 위한 정책 과제 중 가장 우선순위가 높은 것은 개방병원 관련 수가 수준 향상 부분이었다. 이 외 관련법 개선과 의료분쟁에 대한 대처 방안 모색 등을 제시하였다.

한동운 등(2010)은 전화 인터뷰를 통해 개방병원제도 운영 경험이 있는 의료기관의 담당자들을 대상으로 개방병원의 제도적 개선 사항에 대한 의견 조사를 하였다. 제도 도입 후 참여 기관의 환자 이용률은 증가했으나 경영 환경의 개선과 참여 기관에 대한 법적, 제도적인 유인이 적은 이유 등으로 관심도가 점차적으로 감소되었으며, 개방병원 대상 병원에

서의 실무 조직 및 담당자들조차도 본 제도에 대한 인지도가 낮은 것으로 나타났다. 또한 병원 서비스에 대한 수가와 의사의 기술료가 분리되어 있지 않을 뿐만 아니라, 현재의 낮은 수가로는 양쪽을 모두 만족시킬 수 있는 수익 분배 기준을 만들기 어려웠다. 이에 따라 의사 행위료와 병원 비용을 분리하여 받는 새로운 수가 체계와 개방진료에 대한 진료 가산율 상향 조정, 참여 병의원에 대한 행위별 가산율을 병원의 가산율로 상향 청구 가능 등 제도적 지원의 필요성을 제기하였다. 또한 의료사고 시 책임 소재에 대한 파악이 어렵기 때문에, 이에 대한 체계적 대응 방안 수립의 필요성을 제시하였다(김세라 등, 2011).

3. 개방병원제도의 인식도

개방병원제도의 인식도는 공급자에 대한 인식과 환자의 인식으로 구분할 수 있다. 먼저 개방병원제도에 대한 공급자의 인식 및 태도와 관련하여, 김석범 등(1996)은 대구광역시 소재 개원의를 대상으로 개원의의 개방병원 참여에 대한 의견을 조사하였다. 전체 응답자 중 약 65.2%가 개방병원과의 계약을 희망하는 것으로 나타났다. 개방병원과의 계약을 원하지 않는 이유로 가장 많은 것은 낮은 수익성이었다. 또한 낮은 수가와 시간 비용으로 인해 개방병원제도 시행에 어려움이 있음을 지적하였다. 개방병원과 개원의의 참여를 도모할 수 있는 방안 및 적절한 보상 체계가 모색되어야 한다고도 지적하였다. 다음으로 박은영(2009)은 강원도 H군의 일차의료기관 및 보건소를 방문하여 지역 주민을 대상으로 한 설문조사를 하며 개방병원제도에 대한 태도와 그 영향 요인을 분석하였다. 그 결과 개방병원제도에 대해 인지하고 있는 응답자는 12.5%에 불과했으나 개방병원제도에 대해 알게 된 후, 이러한 제도를 이용하겠다는 대상자는 73.8%에 달하는 것으로 나타났다. 한동운 등(2010)은 경상북도 Y시 지

역 주민을 대상으로 개방병원제도에 대한 인지 여부와 개방병원제도 시행 시 이용 의사에 대한 설문조사를 하였다. 개방병원제도에 대해 인지하고 있는 대상자는 17.1%였으며, 61.1%의 대상자가 급만성 질환으로 병원 치료 또는 수술을 위해 개방병원을 이용할 의사가 있다고 응답하였다(김세라 등, 2011). 개방병원제도의 활성화를 위해서는 본 제도를 긍정적으로 평가하는 국민의 인식 전환이 필요하며, 이를 위해서는 환자들의 개방병원 접근 시 본인 부담률의 경감과 같은 경제적 인센티브를 마련할 필요가 있다고 제시하였다.

제3절 선행 연구와의 차별성

본 연구는 보건의료 환경의 변화, 우리나라 보건의료 체계의 특성 그리고 2009년 개방병원 정책 변화를 반영하고자 하였다. 기존 선행 연구들은 상당한 시간이 흘렀고, 급변하는 보건의료 환경과 의료시장 동향을 고려할 때, 현재 시점에서 새로운 실태 조사와 개선 방안을 마련하기 위한 연구가 필요하다.

특히 기존 개방병원제도에 대한 평가 연구의 한계를 보완하였다. 정부 부처가 발주한 개방병원제도와 관련한 연구는 4차례(이평수 등(2001), 이윤태 등(2002), 이선희 등(2005), 김세라 등(2011)) 있었는데, 초기 두 연구(이평수와 이윤태 연구)는 개방병원제도가 도입되기 이전인 시범 사업 기간에 수행된 연구로 주로 경제적 효과 분석에 초점을 두고 있다. 그리고 이선희 등(2005)의 연구에서는 개방병원과 개원의를 대상으로 운영 실태를 조사하여 분석하고 있으며, 가장 최근에 수행된 김세라 등(2011)의 연구는 개방병원 수가 개발과 지역 유형별 개방병원 모형을 제시하는

데 초점을 두고 있다. 그러나 이러한 기존 연구는 개방병원에 참여하고 있는 의료기관들의 운영 실태와 관련한 시계열적인 분석이 결여되어 있다.

따라서 본 연구에서는 개방병원 운영 지침 시행 이후의 개방병원 참여 의료기관의 실태와 추세 그리고 개방병원제도와 관련된 의료 이용량과 진료비의 실태 및 추세에 대한 심층적인 분석을 진행하였다. 특히 한국의 보건의료 체계하에서 개선해야 할 수가 체계와 법률 개선 등의 세부 방안들이 미흡한바, 향후 의료 전달 체계의 확립을 위한 가장 핵심적인 정책 수단으로 인식되고 있는 개방병원제도의 활성화를 견인할 수 있는 실행 방안들을 모색하고자 한다.

제 3 장

연구 방법

제1절 양적 실태 조사 방법

제2절 2009년 정책 평가 방법

제3절 질적 연구 방법

본 장에서는 개방병원제도의 현황과 문제점 그리고 개선 방안을 파악하기 위하여 실태 조사와 정책 평가를 실시하였다. 개방병원제도에 대한 실태 조사는 양적인 조사(quantitative survey)와 질적인 조사(qualitative survey) 두 방법으로 접근하였다. 특히 질적인 조사는 양적인 조사를 통하여 조사할 수 없는 부분을 파악하기 위하여 진행하였다. 그리고 2009년 개방병원제도 정착을 위한 방안으로 제정된 개방병원제도 운영 지침 시행의 효과를 분석하였다.

제1절 양적 실태 조사 방법

1. 조사 대상자

양적 조사 대상은 개방병원제도 실태 조사를 위하여 2015년 개방병원제도에 참여하고 있는 전체 병의원을 대상으로 하였다. 개방병원의 조사 대상은 제도에 참여하고 있는 개방병원 67곳이었으며, 이 중 조사에 응답한 개방병원은 40곳으로 조사 응답률은 59.7%였다. 조사 대상 개원의는 제도에 참여하고 있는 참여 개원의(병원 포함) 361곳이며, 이 중 조사 응답 의료기관은 236곳으로 조사 응답률은 65.0%였다. 그러나 모든 항목에 적절하게 응답한 의료기관은 66곳으로 조사되었다.

2. 조사 내용 및 조사 방법

조사 내용은 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원과 참여 의원들을 대상으로 개방병원제도 참여 현황, 운영 현황, 운영 및 성과 평가, 수익 배분 및 진료비 청구, 의료분쟁 및 배상보험 가입, 정책 지원 방안 등의 운영 실태와 인식도에 대하여 조사하고자 하였다. 또한 현재 실태뿐만 아니라 지난 2005년의 연구 결과(이선희, 2005)와 비교하여 개방병원제도에 대한 인식이 어떻게 변화되었는지를 파악하기 위하여 2005년에 개발하여 사용한 설문 도구를 수정·보완하여 사용하였다. 인터넷을 통한 실시간 조사(online survey)와 이메일 및 전화 조사를 병행하였으며, 수집된 자료를 전산 입력한 후 통계 분석을 진행하였다.

제2절 2009년 정책 평가 방법

1. 분석 자료

2009년 개방병원제도 정착을 위하여 새로이 제정되어 시행된 개방병원 운영 지침의 영향은 개방병원제도에 참여한 의료기관 수의 변화와 개방진료량 변화를 통해 추정하고자 한다. 이를 위한 자료는 2005년 이후부터 최근까지 보건복지부와 건강보험심사평가원에 제출된 개방병원 신청서 자료를 분석하였다. 그리고 개방병원의 개방진료 현황을 분석하기 위해 2003년 제도가 시행된 이후 개방병원제도가 안정화되는 시점인 2005년부터 2014년까지 개방병원 신청 기관을 대상으로 건강보험심사평가원의 개방진료 청구 자료를 분석하였다.

2. 추정 모델

2009년 개방병원제도의 운영 지침 실시라는 정책 효과를 평가하기 위하여 시계열개입분석(Interrupted time series analysis) 방법을 사용하였다. 시계열 자료 중 정책 변화 등과 같은 외부 사건에 영향을 받아 급격한 변화를 보이는 관측값을 특이값(outlier)이라 한다. 즉 특이값 중 특히 시기와 원인이 알려진 경우를 개입(intervention)이라 칭한다(이성덕, 김주성, 2003). 시계열개입분석은 이러한 개입의 효과를 분석하는 통계학적 방법으로, 시점 t 에서 개입이 일어났을 때 시계열 자료에 나타난 변화 유무와 그 변화의 형태를 분석하는 방법이다(김덕기·김인규·이성덕, 2003). 즉 어떤 사건이나 개입이 나타나기 이전의 시계열과 그 이후의 시계열 사이 추세(기울기) 변화를 비교함으로써 개입의 영향을 판단할 수 있다(송근원, 2005). 시계열개입분석에서 쓰이는 모형은 자료의 형태에 따라 다양하다. 대표적인 모형으로는 선형 자료에 적용하는 AR 모형, ARIMA 모형, 비선형의 자료를 설명하는 데에 사용하는 ARCH(자기회귀 조건부 이분산) 또는 GARCH(일반화 자기회귀 조건부 이분산) 모형, 개입의 효과를 가시적으로 살펴보는 데에 적합한 것으로 알려진 분절적 회귀(SR) 모형 등이 있다. 본 연구에서는 구간별 회귀(Segmented regression) 모형을 적용하여 개방병원제도 운영 규칙 도입이라는 개입 효과를 분석하였다. 구간별 회귀 모형은 시간의 변화에 따른 정책의 개입 효과를 평가할 때 검증력이 높은 통계적 방법으로 알려졌으며, 정책 개입이 야기한 다양한 과정과 결과의 역동적인 변화를 추정할 수 있다(Wagner, Soumerai, Zhang, & Ross-Degnan, 2002). 이 방법은 준실험(quasi-experiment) 설계 중 가장 강력한 방법으로 소개된(Campbell, Stanley, & Gage, 1963) 이후 그 유용성이 인정되어 계량

경제학, 의·약학, 행정학 등 다양한 분야에서 사용되어 왔다(Wagner et al., 2002).

구간별 회귀 모형은 개입한 사건 또는 정책의 영향을 파악하기 위해 원인 변수로 시간 변수가 회귀 모형에 들어가는 형태이다. 예컨대 개입한 정책의 장기적 영향을 보기 위해서는 개입한 시점 이전에는 '0', 개입 이후에는 '1'을 넣어 분석한다(송근원, 2013). 이때 이 변수는 실제로 존재하는 변수가 아니며, 시간의 흐름에 따른 개입의 영향을 파악하기 위해 투입된 일종의 대리 변수이기 때문에 엄밀하게 시간의 독립적 영향을 판단하기는 어렵다. 다시 말해 시간의 흐름 안에도 다양한 원인 변수가 녹아 있을 가능성이 존재한다는 것이다(송근원, 2013). 따라서 이 모형을 통해 개입과 종속 변수 간 인과관계를 명확히 알 수 없으나, 시간의 흐름에 따른 개입의 영향이 존재한다는 것을 가시적으로 확인할 수 있다는 데에 의의가 있다.

개입 모형은 개입이 없는 시계열 Z_t 가 계절주기(seasonal period)가 S인 $ARIMA(p, d, g) \times (P, D, Q)_s$ 모형(개입 이전 모형, pre-intervention model)을 따를 때 외부적인 충격 m_t 가 가법적인 형태로 영향을 미친다고 가정하여 다음과 같은 구조를 가진다.

$$Y_t = m_t + Z_t, \quad (1-B)^d(1-B^s)^D \varnothing_p(B) \Phi_p(B^s) Z_t = \theta_0 + \theta_q(B) \Theta_Q(B^s) a_t.$$

단, Y_t 는 개입이 반영된 시계열을 나타내고, $\varnothing_p(B)$ 와 $\Phi_p(B^s)$ 는 각각 비계절형 및 계절형 AR 다항식을 나타내며, $\theta_q(B)$ 와 $\Theta_Q(B^s)$ 는 각각 비계절형 및 계절형 MA 다항식을 나타낸다. a_t 는 백색잡음(white noise) $WN(0, \sigma^2)$ 을 나타낸다(김수용 & 성병찬, 2011).

개입의 영향을 나타내는 개입변수 m_t 는 주로 펄스함수(pulse function) $P_t^{(T)}$ 와 계단함수(step function) $S_t^{(T)}$ 를 통하여 만들어진다.

$$P_t^{(T)} = \begin{cases} 0, & t \neq T, \\ 1, & t = T, \end{cases} \quad S_t^{(T)} = \begin{cases} 0, & t < T, \\ 1, & t \geq T, \end{cases}$$

이는 $P_t^{(T)}$ 시점에서 발생하여 그 효과가 T 시점에만 영향을 미치는 경우를 나타내며, $S_t^{(T)}$ 는 그 효과가 발생 시점 T 이후에 지속적으로 영향을 미치는 경우를 나타낸다. 일반적으로 사용되는 전형적인 개입변수 m_t 의 형태는 다음과 같다.

$$m_t = \frac{\omega(B)}{\delta(B)} B^b I_t, \quad I_t = P_t^{(T)} \text{ 또는 } S_t^{(T)}.$$

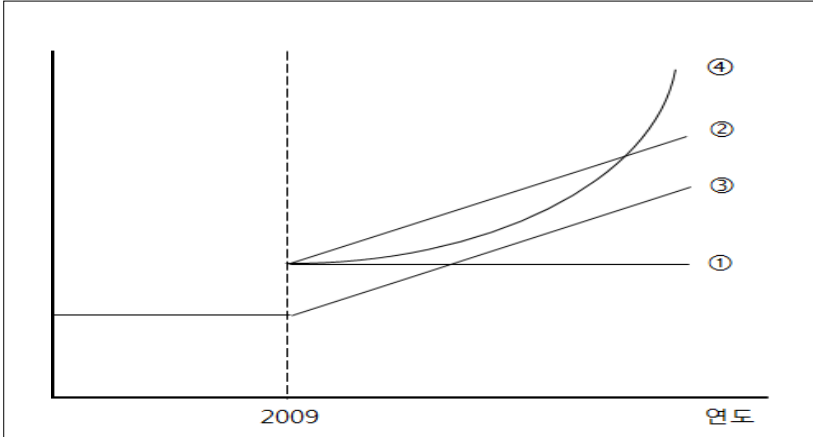
단, $\omega(B) = \omega_0 - \omega_1 B - \dots - \omega_s B^s$ 이고 $\delta(B) = 1 - \delta_1 B - \dots - \delta_r B^r$ 이다. b 는 개입 효과의 지연 시차를 나타내며, $w(B)$ 는 개입의 초기 기대 효과를 의미하고 $\delta(B)$ 는 개입의 지속 효과를 의미한다(김수용 & 성병찬, 2011).

이 연구에서는 개방병원제도 운영 지침 시행의 효과로 추정하고자 하는 개방병원제도와 관련된 참여 병의원과 개방진료량의 변화가 새로 제정된 개방병원제도 운영 지침에 의해서만 생기는 것이 아니라면, 이를 통해 정부가 개방병원제도 정착을 목적으로 제정한 개방병원제도 운영 지침의 효과를 파악하기는 어렵다. 이러한 점을 고려하여 개방병원제도 참여 병의원과 개방진료 의료 이용량의 10년간 연도별 시계열 자료를 분석한 결과에 대해 언급하고자 한다. 본 주제와 관련하여 관심의 초점은 과

연 처음으로 제정된 개방병원제도 운영 지침의 시행으로 말미암아 개방병원제도에 참여한 병의원과 개방진료량이 증가하였는지, 증가하였다면 그 증가한 정도는 충분한 의미를 지니고 있는가에 맞추어져 있다. 환연하면 개방병원제도 참여 병의원과 개방진료 의료 이용량의 추세선에는 개방병원제도 운영 지침 시행 이후 구조적 변화(structural break)가 존재했는가를 확인하고자 함이 관심의 대상인 것이다. 2009년 제정된 개방병원제도 운영 지침의 영향을 통계적으로 검정하기 위하여 시계열개입분석(Interrupted time series analysis) 방법을 사용하였다. 개입 정책에 따라 대응되는 반응 상태는 여러 가지 수학적인 모형들을 생각할 수 있으나, 이 연구에서 사용한 정책변수함수와 반응변수함수는 다음 그림과 같으며, 정책 개입 효과를 평가하기 위한 기본 모형은 다음과 같은 식으로 나타낼 수 있다.

개방병원제도 운영 지침 제정 및 시행으로 말미암아 개방진료 병의원과 개방진료량 추세선의 절편, 기울기에 미치는 효과에 대하여 네 가지의 가상적 경우를 설정할 수 있다. 첫째는 추세선 ①과 같이 기울기는 동일하고, 절편만 증가하는 경우이다. 둘째는 추세선 ②와 같이 정책 도입 직후부터 추세선의 절편도 증가하고 기울기는 선형적으로 증가하는 경우이다. 셋째는 추세선 ③과 같이 절편은 변함이 없고 기울기만 증가하는 경우이다. 넷째는 추세선 ④와 같이 기울기가 정책 도입 직후에는 크게 변함이 없다가 시간이 지남에 따라 급격하게 증가하는 경우이다.

[그림 3-1] 개방병원 운영 지침 제정 및 시행이 개방병원제도에 미치는 가상적 효과



$$Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 OH + \beta_3 AOH + \beta_4 AOH^2 + \varepsilon_t$$

이때, Y_t = 시점 t에서의 반응계열(response series) : 개방병원제도 참여 병의원 수, 개방진료 실적(개방진료 건수, 개방진료 일수, 개방진료비), 병원 종류별 개방진료 실적, 주요 진료 과목별 개방진료 실적

T = 1 ~ 10의 값을 갖는 시간 변수

$$OH = \begin{cases} 1: \text{정책 시행 이후} \\ 0: \text{정책 시행 이전} \end{cases}$$

$$AOH = \begin{cases} (year - 2009): \text{정책 시행 이후} \\ 0: \text{정책 시행 이전} \end{cases}$$

$$AOH^2 = AOH \times AOH$$

$\alpha, \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5$ 등은 추정 계수이며, ε_t 는 오차항이다.

상기 식은 연도별 개방병원 참여 병의원 수와 개방진료 의료 이용량의 추세선으로서 시간변수 T 의 계수가 추세를 포착해 주는 한편 OH, AOH, AOH^2 의 세 회귀계수는 개방병원제도 운영 지침 시행 이후 추세의 구조적 변화를 포착해 주고 있다. 따라서 개방병원제도 운영 지침 시행 전의 절편과 기울기는 각각 α 와 β_1 이며 시행 후의 절편과 기울기는 각각 $(\alpha + \beta_2)$, $(\beta_1 + (\beta_3$ 또는 $\beta_4))$ 으로 볼 수 있다. 이때 현행 개방병원 제도 운영 지침 시행 후의 절편과 기울기의 변화분인 $\beta_2, \beta_3, \beta_4$ 의 부호, 절대치 및 그 통계적 유의성에 주목하고자 한다.⁷⁾

7) 먼저 정책 효과의 선형성을 고려하여 위에서 설정한 식은 다음과 같음 :

$$Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 OH + \beta_3 AOH + \varepsilon_t$$

시나리오 0) $\beta_2 = 0, \beta_3 = 0$

해석: 정책 효과가 전혀 없다.

$$\Rightarrow Y_t = \alpha + \beta_1 T + \varepsilon_t$$

시나리오 1) $\beta_2 \neq 0, \beta_3 = 0$

해석: 전체적으로 수준을 β_2 만큼 변화시키고 추세에는 변함이 없다

$$\Rightarrow Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 OH + \varepsilon_t$$

시나리오 2) $\beta_2 \neq 0, \beta_3 \neq 0$

해석: 전체적으로 수준을 β_2 만큼 변화시키고 추세도 β_3 만큼 변화시킨다.

시간 추세선의 기울기: 정책 시행 이전 β_1 에서 정책 시행 이후 $\beta_1 + \beta_3$

$$\Rightarrow Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 OH + \beta_3 AOH + \varepsilon_t$$

시나리오 3) $\beta_2 = 0, \beta_3 \neq 0$

해석: 정책 시행 이후 추세만 β_3 만큼 변화시킨다.

시간 추세선의 기울기: 정책 시행 이전 β_1 에서 정책 시행 이후 $\beta_1 + \beta_3$

$$\Rightarrow Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_3 AOH + \varepsilon_t$$

시나리오 4) $\beta_2 \neq 0, \beta_3 \neq 0, \beta_4 \neq 0$

해석: 전체적으로 수준을 β_2 만큼 변화시키고 그 이후 정책 효과가 2차식의 형태로 나타남 : $\Rightarrow Y_t = \alpha + \beta_1 T + \beta_2 OH + \beta_3 AOH + \beta_4 AOH^2 + \varepsilon_t$

정책 시행 직후 β_2 만큼의 정책 효과에서 시간 경과에 따른 효과(β_3, β_4)를 고려해야 함. 만약 $\beta_4 > 0$ 이면, 정책 효과 중 시간 경과에 따른 효과는 초기에는 일정 시점까지 감소하다가 그 이후 증가함. 만약 $\beta_4 < 0$ 이면, 정책 효과 중 시간 경과에 따른 효과는 초기에는 일정 시점까지 증가하다가 그 이후 감소함.

상기 식을 추정한 이후 문제가 되는 것은 추세선의 절편을 변화시키는 OH 의 계수와 기울기를 변화시키는 AOH 와 AOH^2 의 계수를 어떻게 해석하느냐 하는 점이다. 그 이유는 $\beta_2, \beta_3, \beta_4$, 혹은 세 회귀계수가 모두 개방병원제도를 정착시키기 위한 정부의 개방병원제도 운영 지침 시행이라는 요인 이외에 개방병원제도 참여 병의원과 개방진료량에 영향을 미친 다른 요인이 있다면 해당 요인들의 영향까지도 포착되므로 운영 지침 시행이라는 단일 요인의 영향만으로 볼 수 없기 때문이다. 그러나 개방진료는 정책적인 변수 외에 일반적인 의료 이용량과는 달리 환자들의 개인적인 특성인 인구사회경제적인 변수에 거의 영향을 받지 않는다. 따라서 2009년 운영 지침 제정과 관련된 개방진료의 영향을 평가할 때 정책 평가의 대상 시점인 2009년 전후에 시행되었거나 폐지된 개방병원제도와 관련된 정책이나 제도가 있는지만 고려하면 된다. 다행히 2009년 전후에 시행되거나 폐지된 개방병원제도와 관련된 정책은 개방병원 운영 지침 제정 외에는 다른 정책적인 변화는 없었다는 점에서 해석상 이 같은 문제는 없다고 볼 수도 있다.

3. 계량 모델 추정 방법

본 연구에서 적용한 시계열 분석을 위해서는 우선 모형 식별이 필요하다. 이는 시계열 자료를 이용하여 구간별 회귀 모형을 추정하고자 시계열 자료들이 정상성 또는 정태성(stationarity) 가정을 만족하는지 확인하기 위함이다(송근원, 2005). 시간의 순서에 따라 배열되어 있는 시계열 자료의 경우 통계적 추정 및 검정을 하기 위해 시간의 흐름에 관계없이 자료

$$\text{일정 시점: } -\frac{\beta_3}{2\beta_4}$$

가 일정한 균형 수준을 유지하고 있어야 한다. 따라서 모형 식별의 목적은 비정상 시계열을 정상 시계열로 바꾸는 데 요구되는 차분(difference)을 결정하고, 계절적 또는 비계절형 AR과 MA 모형의 차수(order: p, d, q)를 선정하는 데 있다(함형만, 2005). 주어진 시계열 데이터의 ARIMA 모형을 식별하기 위해서는 주어진 데이터가 정상 시계열 데이터인지 먼저 판별한 다음 비정상 시계열 데이터일 경우 차분이나 변수 변환을 실시하여 정상 시계열 데이터로 바꾸어 자기상관함수(ACF), 부분자기상관함수(PACF)로 모형을 식별한다(박준수, 2003).

복스(Box)와 룡(Ljung)은 한 집합으로 여기는 모든 잔차 자기상관함수를 근거한 검증 통계량을 제시하였다(G.M. Ljung & G.E.P. Box(1978), "On a Measure of Lack of Fit in Time Series Models", *Biometrika*, 65, 297).

$$Q^* = n(n+1) \sum_{k=1}^K r^{2k}(\hat{\epsilon}) / (n-k)$$

Q^* 가 크면 한 집합으로, 잔차 자기상관계수가 통계적으로 "0"이 아님을 의미한다. 이러한 경우 추정된 모형의 백색 잡음들이 서로 상관되므로 다른 모형이 고려되어야 한다. 그리고 최적 모형의 시차를 결정하기 위하여 SBC(Schwarz's Bayesian criterion) 혹은 BIC(베이지안 정보기준)가 고려되었다.

$$SBC = \ln \delta_e^2 + (p+q) \ln n$$

SBC(BIC)값을 최소로 하는 차수 p와 q를 찾는다.

제3절 질적 연구 방법

1. 질적 연구

질적 연구에서는 1990년 이후 질적 접근 방법의 원리와 절차를 명료히 밝히는 작업이 이루어져 왔다. 즉 근거 이론의 절차(Strauss & Corbin, 1998), 현상학적 방법의 철학적 원리와 절차(Moustakas, 1994), 문화기술지의 연구 절차(Wolcott, 1999), 내러티브의 연구 수행절차(Clandinin & Connelly, 2000), 담화분석(Cheek, 2004) 등에 관한 문헌이 발견되었다. 다양한 질적 연구들은 사회적 실체와 현상이 어떻게 해석되고 이해되고 경험되고 생성되는가에 관심을 두고, 융통적인 방법으로 질적 자료를 모으고, 복합적이고 세부적이며 맥락적인 측면에 중점을 두고 자료를 분석하고 설명하는 공통적인 특징을 지니고 있다(윤택림, 2013).

질적 연구는 다양한 접근의 연구를 포함하고 있지만 질적 연구가 가지는 공통적인 목적이 있다. 첫째, 연구자가 연구 대상이 행동하고 생각하는 일상에 참여하거나 그 일상을 관찰하면서 연구 대상이 가지고 있는 경험 세계와 가치관을 연구 대상 자신의 주관적 시각으로 이해하는 연구 방식으로, 연구 방법에 연구자와 연구 대상 간의 상호작용, 연구 과정의 맥락이 포함된다(윤택림, 2013). 연구 대상이 갖게 되는 경험과 감정, 인지, 지각, 태도, 상징 등을 포괄하는 넓은 맥락에서 의미라고 하는데, 인간은 이런 의미에 기초하여 행동하고 상호작용하기 때문에 이러한 의미를 기술하고 이해한다는 것은 내부자적 시각을 기술하고 이해하려는 노력에서 출발한다.

둘째, 질적 연구는 연구 현장의 참여자들이 일상적으로 살아가는 삶을 심도 있게 그리고 심층적으로 묘사하는 것이다.

셋째, 질적 연구를 통해 연구 대상의 일상적 세계를 기술하는 것은 해석과 분석을 포함하기 때문에 매우 가치 있는 연구 활동이라고 할 수 있다. 질적 자료 분석은 내러티브 자료를 보다 작은 단위로 분석하고 재배열하여 연구 문제를 잘 이해하기 위해 범주화하며, 내러티브 요소들 간의 상호 관련성을 포함한 텍스트 자료 맥락 속에서 총체적으로 해석한다(강현석, 2015).

넷째, 질적 연구는 대규모의 사례 대신에 연구자가 특별히 관심을 갖게 된 소수의 특정 사례를 통해 이루어지는 연구이다. 질적 연구자들은 연구 문제와 관련된 가치 있는 정보를 제공할 수 있는 적은 연구 대상을 모집하는 목적적(의도적) 표집(purposive sampling)을 따른다.

다섯째, 질적 연구는 제도나 프로그램에 대한 평가를 위해 적용된다. 특정한 제도나 프로그램이 어떤 효과를 보이고 있는지에 대해 통계 자료만으로는 부족하며, 제도나 프로그램에 참여한 사람들의 생각과 지각, 경험이 어떠하였고 어떻게 변화되었는지를 관찰하고 이야기하는 방법이다. 제도나 프로그램을 평가하기 위한 방법으로서 질적 연구는 세 가지 측면에서 이루어질 수 있다. 과정 평가로서 질적 연구는 제도나 프로그램의 결과가 어떤 실행 과정을 거쳐서 나타났는지를 실제 현장 속에서 기술하는 방법으로 질적 연구는 효과를 만들어 낸 내부적인 요인, 환경 또는 상호작용의 특징을 밝혀 프로그램의 내재적인 역할을 조명함으로써 이해하는 것이다(김영천, 2014). 효과의 개별화 측정으로서 질적 연구는 동일한 프로그램의 효과는 프로그램의 모든 대상에게 달리 나타날 수 있기 때문에 프로그램의 영향이나 효과, 의미는 개별적인 것이며 질적으로 달라질 수 있다는 점에서 특정 프로그램이 참여자에게 개별적으로 어떠한 영향을 끼쳤는지 기술하고 규명한다(김영천, 2014). 프로그램 실행 자체에 대한 평가로서 질적 연구는 개발된 프로그램이 의도한 바와 같이 잘 실행되

고 있는지 또는 프로그램이 잘 개발되었는지, 의도대로 진행되지 않는다면 어떤 문제가 있는지 참여자들은 그 프로그램의 적절성에 대해 어떻게 해석하고 있고 받아들이고 있는지를 알아보는 것이다. 본 연구는 개방병원제도가 실행되고 있는 국내 의료계 현장에서 제도를 실제로 운영, 적용하고 있는 개방병원 실무자와 참여 의원의 개원의(참여의)를 대상으로 개방병원제도가 실제 현장에서 어떻게 실행되고 있으며, 어떠한 문제점들이 있는지를 기술하기 위해 방법론적 연구 목적을 프로그램 실행 평가 측면에 근거한 질적 연구에 두고 있다.

마지막으로 질적 연구는 인간 또는 사회현상에 대해 연구나 설명되지 않은, 찾아내지 못한 새로운 사실이나 의미를 찾아내고 발견하는 것이며, 필연적으로 인과관계의 양상을 밝히고 암시하는 심층적인 방법이다. 그리고 연구 현장에서 수집된 자료를 분석하여 현장을 보다 잘 이해할 수 있는 새로운 개념이나 이론으로 발전시켜 나갈 수 있다. 질적 연구자들은 자료와 같은 구체적인 것에서 이론이나 모델처럼 일반적인 것을 도출하는 귀납적 논리나 추론을 활용함으로써 현재 알려지지 않은 또는 드러나지 않은 현상에 대한 정보를 밝히려고 한다. 따라서 질적 연구는 탐구의 이론화와 실제의 이해에 새로운 통찰력을 제공해 주는 연구이다(김영천, 2014. 박지원 등, 2015).

2. 혼합 방법 연구

가. 혼합 방법 연구의 목적

혼합방법 연구는 질적 연구와 양적 연구를 결합하거나 연합시켜 탐구하기 위한 접근법이다. 이는 두 가지 이상의 자료를 모아서 분석하는 것

뿐 아니라 연구의 전반적인 효과가 질적 연구나 양적 연구보다 커지도록 두 가지 접근을 함께 이용하는 것까지 포함하고 있다(김영숙 등, 2009).

혼합 방법 연구는 연구하고자 하는 사회현상의 복잡성을 더 잘 이해하고자 하는 데 목적이 있다. 즉 혼합 방법 연구는 연구 결과의 타당도와 신뢰성을 높이고, 인간 현상의 복잡성과 유연성을 중점적으로 존중하는 통합적인 이해를 만들어 내고, 확고하게 자리 잡은 것을 흔들고, 의문스러웠던 것을 면밀히 검토하고, 당연한 것을 질문하고, 다양하고 불협화음을 내는 관점과 시각에 관여하며, 연구의 정치적 측면과 가치 측면을 드러내고 서로 다른 점에 대해 지속적으로 대화를 이끌어 가는 것이다(이진희, 이병호, 윤은주, 2011).

혼합 연구 방법은 인식론, 방법론, 관념론의 서로 연관된 차원에서 서로 간의 다름에서 비롯된다. 이는 다양한 앎의 방식을 존중하고 서로 다른 인식론적 전통을 이해하고 존중하지만, 어느 편에 서서 하나의 앎의 방식을 선택하지 않고 동일한 연구 속에서 다양한 앎의 방식을 함께하는 것이다. 방법론적 전통, 연구 설계, 자료 수집 및 분석, 해석 및 보고 형식에 있어 다양한 연구 방법을 적용하는 것이다. 또한 인식론, 방법론, 관념론이 서로 연관되어 있고 가치를 부여하는 방식임을 인식하는 것이다(이진희, 이병호, 윤은주, 2011).

서로 다른 연구 방법을 혼합하는 개념은 1959년 Campbell과 Fiskerk 심리적 특성의 타당도를 연구할 때 다중 방법을 사용하면서 유래되었다. 연구자들은 모든 연구 방법이 한계를 지니고 있기 때문에 하나의 방법이 가지는 편파성이 다른 방법의 편파성을 중화 또는 상쇄시킬 수 있다고 생각하였다. 또한 사회적으로 소외된 집단, 즉 여성, 소수민족과 인종, 동성애자, 장애인, 빈곤한 사람들을 옹호하기 위한 연구를 진행하기 위해 혼합 방법이 적용되었다.

나. 혼합 방법 연구의 유용성

혼합 방법 연구의 유용성은 단일 방법을 적용한 연구보다 우수한 측면이 있음을 뜻한다. 우선 혼합 방법 연구는 이론적 명제를 검증하는 것을 목적으로 하는 확증적(양적) 연구 문제와 특정 현상의 알려지지 않은 측면에 대한 정보를 끌어내는 것을 목적으로 하는 탐구적(질적) 연구 문제에 대한 해답을 동시에 얻을 수 있다. 혼합 방법 연구는 연구자가 확증적 연구 문제와 탐구적 연구 문제를 동시에 수행할 수 있게 해 주기 때문에 하나의 연구 수행을 통해 이론을 검증하고 생성할 수 있게 해 준다.

둘째, 혼합 방법 연구는 특정 연구 방법이 지닌 내재적인 단점을 상쇄해 주기 때문에 강력한 추론을 제공해 준다. 예를 들면 전형적인 혼합 방법 연구에서 설문지 조사와 심층 면접을 활용할 경우 설문지 조사는 자료의 폭을 넓혀 주고, 심층 면접은 자료의 깊이를 더해 준다고 볼 수 있다.

셋째, 혼합 방법 연구는 양적 연구와 질적 연구로부터 서로 상반된 결론에 도달할 수 있는데, 이때 서로 다른 결론이 각 연구 자료에 근거하는 개념적 틀과 가정들을 재검토할 수 있는 기회를 주기 때문에 매우 가치가 있다(강현석 등, 2015).

다. 혼합 방법 연구의 구성 요소

혼합 방법 연구는 핵심 요소와 보완 요소로 구성되어 있다. 핵심 요소(core component)는 일차적인 연구이며 전체 연구를 이끄는, 토대를 이루는 연구이다. 혼합 방법 연구에서 핵심 요소는 언제나 우세하고 완벽한 방법으로 엄격한 기준을 가지고 수행되므로 보완 요소가 실패하더라도 단독으로 발표할 수 있다. 보완 요소(supplemental component)는

연구자가 필요한 정보를 얻는 정도로만 수행되며 단독으로 발표할 수 없으므로 하나의 방법이라기보다는 전략이며 보완적 정보를 얻기 위한 정도로 설명할 수 있다.

혼합 방법 연구를 이해하는 데 있어 이론적 유도, 순서, 그리고 만나는 지점에 대한 의미를 살펴보겠다. 이론적 유도(theoretical drive)는 연구 전체의 개념적 방향으로 핵심적인 연구 방법을 이끄는 것인데, 양적으로 유도된(QUAN) 또는 질적으로 유도된(QUAL) 것을 의미한다. 질적 보완 요소를 가지고 양적으로 유도된 연구를 QUAN-*qual*으로, 양적 보완 요소를 가지고 질적으로 유도된 연구를 QUAL-*quan*으로 기술한다.

순서(Pacing)는 핵심 요소와 보완 요소가 동시에 또는 연속적으로 수행되는 것을 뜻한다. 동시에 수행되는 경우 +로 표시하고, 연속적으로 수행되는 경우 →로 표시한다.

만나는 지점(Point of interface)은 연구를 수행하는 동안 핵심 요소와 보완 요소가 만나는 때로 항상 연구 결과에서 이루어진다(김미영, 정승은, 차지영, 2012).

라. 혼합 방법 연구의 전략

혼합 방법 연구는 복잡한 연구 목적이나 질문에 대한 해답을 얻기 위함이라고 생각할 수 있지만 단순한 연구 질문에서 시작하고 명확한 질문에서 해답을 확인할 수 있다. 예를 들면 연구자는 하나의 집단 내에서 또는 두 집단 간 차원과 변수를 비교할 수 있고, 질문은 변화나 궤도, 다양한 측정을 할 수 있으며, 좁은 범위의 목표와 일차원적인 질문을 포함하고, 단일 자료에서 구성할 수도 있다.

이와 같이 단순하고 명료한 연구 질문을 통해 해답을 얻기 위한 혼합

방법 연구의 세 가지 일반적 전략은 다음과 같다(강현석 등, 2015; 김미영, 정승은, 차지영, 2012; 김영숙 등, 2009; 이진희, 이병호, 윤은주, 2011).

- 동시적(병렬적, concurrent) 혼합 방법 연구는 연구자가 연구 문제를 종합적으로 해석하기 위해 양적, 질적 자료를 한 곳으로 모으거나 합하는 것이다. 연구자는 우선 두 가지 형태의 자료를 동시에 수집한 후, 전체 결과를 해석할 때 정보를 통합시킨다(이강주, 2012). 이러한 설계는 연구의 단계(양적, 질적)가 동시 또는 시간차를 두고 일어나는 병렬적 방식이라고 볼 수 있다.
- 연속적(순차적, sequential) 혼합 방법 연구는 연구자가 한 가지 방법에 의한 결과를 정교화하거나 확장하기 위해 다른 방법을 추구하는 것이라 할 수 있으며, 이러한 설계는 연대기적 순서대로 일어난다. 두 번째 부분의 연구 문제나 절차는 앞서 이루어진 연구에서 나오거나 의존하는 방식이다.
- 변형적(transformative) 혼합 방법 연구는 연구자가 양적, 질적 자료 모두를 포함하는 하나의 설계 내에서 중요한 관점으로 이론적 시각, 즉 주제의 구조, 자료 수집 방법, 연구에 의해 예상되는 결과와 변화를 제공하는 것을 사용하는 것이다(이강주, 2012).

이상에서 살펴본 바와 같이 혼합 방법 연구의 구성 요소와 일반적 전략을 통해 총 8가지의 유형을 정리할 수 있다(표 3-1).

〈표 3-1〉 혼합 방법 연구의 유형

QUAL + <i>quan</i> : 질적 핵심 요소(귀납적 이론적 유도)에 동시적 양적 보완 요소를 갖는 연구
QUAL → <i>quan</i> : 질적 핵심 요소(귀납적 이론적 유도)에 연속적 양적 보완 요소를 갖는 연구
QUAL + <i>qual</i> : 질적 핵심 요소(귀납적 이론적 유도)에 동시적 질적 보완 요소를 갖는 연구
QUAL → <i>qual</i> : 질적 핵심 요소(귀납적 이론적 유도)에 연속적 질적 보완 요소를 갖는 연구
QUAN + <i>qual</i> : 양적 핵심 요소(연역적 이론적 유도)에 동시적 질적 보완 요소를 갖는 연구
QUAN → <i>qual</i> : 양적 핵심 요소(연역적 이론적 유도)에 연속적 질적 보완 요소를 갖는 연구
QUAN + <i>quan</i> : 양적 핵심 요소(연역적 이론적 유도)에 동시적 양적 보완 요소를 갖는 연구
QUAN → <i>quan</i> : 양적 핵심 요소(연역적 이론적 유도)에 연속적 양적 보완 요소를 갖는 연구

출처: 김미영, 정승은, 차지영(2012). 혼합방법설계. p.27.

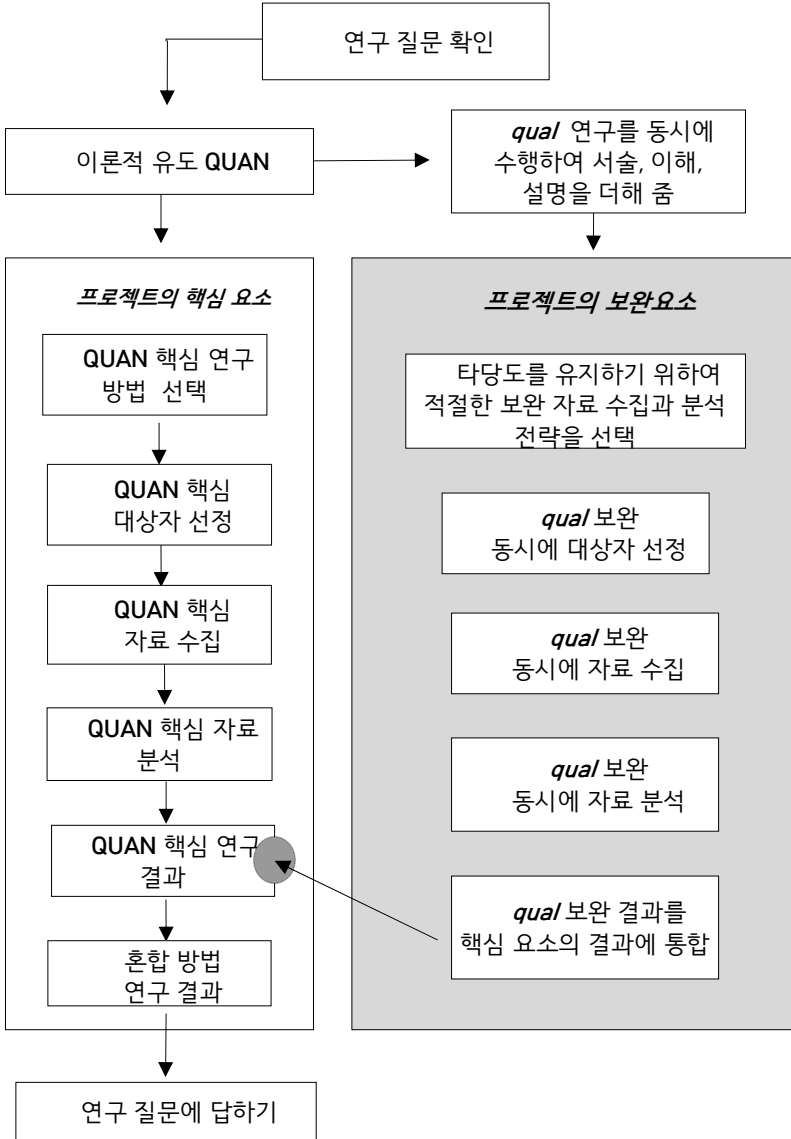
본 연구는 양적으로 유도된 혼합 방법(Quantitative derived mixed method design: QUAN+qual)으로, 개방병원제도의 운영 실태 및 평가를 위한 거시적이고 핵심적인 양적 연구(QUAN)와 동시에 보완적인 질적 연구(qual)를 진행하였다.

혼합 방법은 연구 문제와 연구 방법, 자료 수집과 분석 절차, 추론 과정에서 질적, 양적 접근을 함께 활용하는 연구 설계의 한 유형이다. 혼합 방

법 연구는 연구자가 단일 연구 또는 탐구 프로그램에서 질적, 양적 접근 모두를 활용하여 자료를 수집 및 분석하고 결과를 통합하여 추론을 도출하는 연구로 정의된다(김미영, 정승은, 차지영, 2012). 혼합 방법 연구에서 연구 문제는 혼합 방법적 탐구를 안내하고 내러티브 형식과 계량적 형식으로 된 정보로 연구 문제에 대한 답을 제공한다(강현석 등, 2015).

혼합 방법에서 양적 연구는 프로그램 또는 제도 등의 전반적인 목적을 성취했는지를 양적으로 평가하는 데 초점을 두는 결과 중심의 평가라고 한다면, 질적 연구는 프로그램 또는 제도 등이 어떻게 실행되고 어떻게 작용하거나 기능하는지에 초점을 두는 과정 중심의 평가에 유용하다. 양적 연구(QUAN)의 보완 요소로서 질적(qual) 연구는 핵심이 되는 양적 연구의 세부 사항이나 의미의 불충분함을 보충할 수 있다. 질적 연구를 통해 연구 결과를 서술하고, 개념에 대한 근거를 제시하거나 변수의 관계를 연결 지어 설명하고 해석할 수 있다. 그러므로 전체 연구 프로젝트 내의 질적 연구는 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원의 실무자와 참여의원의 개원의(참여의)를 대상으로 그들의 입장에서 현재 개방병원제도가 어떻게 운영되고 기능하는지 탐구하기 위해 방법론적으로 적합한 동시에 혼합 방법(QUAN+qual) 연구 설계다(그림 3-2).

[그림 3-2] 동시 혼합 방법 연구 설계(QUAN+qual)



출처: 김미영, 정승은, 차지영(2012), 혼합방법설계, p.141.

3. 연구 참여자 선정

질적 연구는 연구자가 관심을 가지고 있는 연구 목적에 맞는 연구 대상을 직접 선택하여 연구하는 것으로 참여자를 무작위로 선정하지 않는다. 질적 연구에서는 연구자의 관심 현상에 대해 정보를 가지고 있고, 분명하게 표현하고 연구자와 오랫동안 이야기를 나눌 수 있는 사람을 정보 제공자라 한다. 질적 연구자는 적은 수의 정보 제공자를 집중적으로 연구해서 풍부한 자료를 얻어 낸다(박지원 등, 2015). 좋은 정보를 제공할 사람의 표본 크기에는 특별한 규칙은 없으나 필요한 정보를 바탕으로 표본 크기를 정해야 한다. 연구자가 연구 목적에 적합한 자료를 찾을 수 없을 때까지 연구 참여자를 표집 하는 목적(의도) 표본추출 방법을 적용한다. 새로운 참여자를 만나더라도 더 이상의 새로운 정보가 나타나지 않을 때까지 표본을 추출하는 것이다. 이것이 질적 연구에서 표본추출의 기본 원칙인 자료의 포화(saturation)이다(김영천, 2014; Richards & Morse, 2007). 자료의 포화에 도달하기 위해 참여자의 수는 연구 질문의 범위에 따라 달라질 수 있다고 하였다. 연구 질문의 범위가 넓다는 것은 그 현상을 경험한 사람들을 많이 만나서 면담하고 보완적인 자료가 더 필요할 수 있음을 의미한다. 그리고 연구 대상인 현상의 민감성에 따라 참여자의 수가 좌우된다. 연구 주제가 매우 개인적이고 민감하다면 깊이 있게 현상을 이해하기 위해 더 많은 자료를 확보해야 할 것이다(Morse, 2000).

혼합 방법 연구에서 양적 표본과 질적 표본에 같은 사람들을 포함시킬지는 연구의 목적과 설계를 고려해서 결정해야 하지만 서로 겹치는 것이 더 유리할 수 있다. 양적 연구와 질적 연구에서 같은 연구 참여자를 선정하면 두 자료 간의 수렴과 비교가 이루어질 수 있다. 혼합 방법 표본추출은 질적 표본과 양적 표본이 동일한 경우(동일, identical), 서로 완전히

다른 경우(평행, parallel), 양적 표본의 하위 유형으로 질적 표본을 선정하는 경우(내포, nested), 그리고 서로 다르면서도 관련이 있는 모집단에서 표본을 선정하는 경우(다층, multi-level)로 나눌 수 있다. 혼합 방법 연구에서 질적 연구가 연구 현상과의 관계를 자세히 설명하고 정교화하는 목적을 갖는다면 내포 표본추출을 통해서도 연구 질문에 대한 풍부한 이해를 제공할 것이다(Polit & Beck, 2012).

본 연구에서는 연구 참여자를 선정할 때 의료법 [시행 2015.1.28.] [법률 제13108호, 2015.1.28. 타법 개정]이 정한 의료기관 중 병원급 의료기관인 병원, 종합병원을 개방병원으로 정하여 개방병원제도 실무를 담당하는 자와 의원급 의료기관의 개원의를 대상으로 양적 연구에 참여했던 기관 중 참여 현황 및 일반 사항을 토대로 지역과 진료 과목, 의료기관의 형태 등을 고려하여 개방병원 운영 실적이 많은 곳을 의도적으로 선정하고 모집하였다. 연구 참여자의 선정 기준은 다음과 같다.

- 개방병원 운영 실적이 상위 15위 이내에 있는 병원급 의료기관의 실무자
- 개방병원 운영 실적이 상위 15위 이내에 있는 의원급 의료기관의 개원의
- 연구의 목적을 이해하는 자
- 언어적 의사소통이 가능한 자

연구자는 연구 참여자의 선정 기준에 따라 목적적(의도적) 표집 방법에 따라 연구 참여자를 모집하였다. 연구자는 양적 연구에 참여했던 기관 및 대상자의 참여 현황과 일반 사항을 토대로 연구 책임자와 함께 적합한 자를 선정한 후 질적 연구를 담당한 연구자가 직접 전화와 이메일을 통해 연구 목적을 설명하고 연구에 참여할 의사를 밝힌 경우 구두로 연구 참여

동의를 받은 후 인터뷰 약속을 정하였다. 연구자는 개방병원과 개원의가 경험한 개방병원제도는 어떠하며, 제도의 문제점이 무엇이라고 생각하는지, 향후 제도를 활성화하기 위해 무엇을 고려해야 하는지에 대해 총체적이고 심층적인 탐색을 위해 자료가 충분히 포화될 때까지 총 12명의 연구 참여자를 대상으로 인터뷰를 진행하였다.

4. 자료 수집

가. 자료 수집 방법

반구조적 인터뷰는 혼합 방법 연구의 질적 연구에서 가장 많이 쓰이는 자료 수집 전략이다(Bryman, 2006). 연구자는 연구 주제에 대한 해답은 알 수 없지만 연구 참여자에게 무엇을 질문해야 하는지는 알 수 있기 때문에 논리적으로 대답할 수 있는 순서로 개방형의 질문을 마련할 수 있다. 연구자는 연구 참여가 자유롭게 이야기를 시작하면 연구 주제를 탐색하기 위한 질문과 이야기를 명료하게 하기 위해 추가적인 질문을 할 수 있다(김미영, 정승은, 차지영, 2012).

양적 연구로 유도된 질적 연구의 경우 개방형 질문의 안내 가이드를 통해 인터뷰를 진행할 수 있다. 질적 연구에서 연구자는 주요 주제에 대하여 개요를 작성한 인터뷰 가이드를 이용한다. 인터뷰 가이드가 작성되었다 하더라도 질문하려는 순서나 질문의 구절을 그대로 하기보다는 융통성 있게, 참여자에게 예상하지 않은 방향으로 상호작용을 이끌도록 허용해야 한다(김미영, 김윤주, 김려화, 박금주, 지은주, 2013). 일반적으로 연구자는 6개 이상의 질문을 만들어서 모든 참여자에게 공통적으로 물어보는 데 사용할 수 있다. 이러한 인터뷰 가이드는 인터뷰의 틀을 제공함으로써 일정한 형식을 갖춰서 필요한 정보를 얻을 수 있다. 본 연구에서

는 개방병원제도를 운영하고 있는 개방병원의 실무자와 개원의를 대상으로 그들의 경험을 솔직하고 자유롭게 이끌기 위해 반구조적 질문에 의한 인터뷰를 하였다.

본 연구에서 활용한 인터뷰 질문을 위한 가이드는 개방병원제도에 대한 일반적인 질문에서 구체적인 질문으로 배열되었으며, '예/아니요'와 같이 단답형으로 답할 수 있는 질문은 지양되어 참여자들에게 개방병원제도에 대해 보다 구체적이고 자세한 정보를 이끌어 내고자 하였다. 구체적인 인터뷰 질문을 위한 가이드는 다음과 같이 구성하였다.

1. 참여 동기 및 운영

- 개방병원제도는 언제부터 참여하게 되었습니까?
- 참여하게 된 이유나 동기가 무엇입니까?
- 이용 실적이 없다면 무엇 때문인가요?
- 개방병원제도가 원활하게 운영된다고 생각하십니까? 어떤 요인 때문인가요?
- 원활하게 운영되지 못한다고 생각하신다면 어떤 요인 때문인가요?
(예: 의료인력 및 자원, 전달 인력 및 부서, 의료기관/지역 간 관계, 의료의 질, 의료기관 평가, 제도의 인식 정도, 업무만족/부담, 환자 만족도, 의료인 및 의료 대상자를 위한 홍보 등)

2. 의료 수가 및 수익 분배

- 개방병원제도를 운영하는데 의료 수가 및 수익 분배에 대해 만족하십니까?
- 만족하지 않다면 수가체계 및 분배 기준에서 무엇이 문제라고 생각하십니까?

3. 의료분쟁 및 법적 근거

- 개방병원제도에 참여하면서 의료분쟁을 경험하신 적이 있습니까?
분쟁 당시 상황을 자세히 말씀해 주십시오.(예: 비용 처리, 배상책임보험, 해결 과정 및 결과 등)
- 의료분쟁에 대한 법적 근거를 명확히 인지하고 있습니까?

4. 개방병원제도와 의료 전달 체계

- 개방병원제도가 우리나라의 의료 전달 체계에 어떤 영향을 미친다고 생각하십니까?
- 긍정적 혹은 부정적 영향을 미친다면 구체적으로 말씀해 주십시오.

5. 마지막으로 정부나 기관의 정책 결정권자에게 하고 싶은 의견이 있다면 무엇이든 말씀해 주십시오.

나. 자료 수집 절차

연구자는 연구에 참여할 개방병원의 실무자와 개원의의 행정 업무 및 진료, 일상생활에 지장이 없도록 개별적으로 면대면 인터뷰 약속을 정하였다. 인터뷰는 참여자가 선호하는 시간에 따라 주로 참여자의 점심시간이나 근무 중 또는 근무 외 시간에 이루어졌다. 인터뷰에 응한 참여자들은 인터뷰를 위해 긴 시간을 원하지 않았을 뿐만 아니라 인터뷰를 위해 미리 충분히 생각하고 답변을 준비한 후 연구자를 만나길 원했기 때문에 인터뷰에 앞서 질문 내용을 공개하였다.

워런(Warren)에 따르면 참여자가 인터뷰 장소를 고르는 것이 보다 효과적이라고 주장하고 있어 인터뷰는 참여자가 선호하는 곳, 주로 근무지에서 진행되었다(Polit & Beck, 2012). 인터뷰는 질문 및 대답에 집중할 수 있고 타인으로부터 방해받지 않는 소회의실 또는 상담실, 진료실과 같은 비교적 조용한 장소에서 주로 이루어졌다. 인터뷰는 2015년 6월부터 8월까지 진행되었다.

연구자는 정해진 시간과 장소로 방문하여 참여자에게 문서화된 연구 설명서를 제공하고 이에 대한 사전 설명을 한 후, 연구 참여 동의서를 작성하도록 하였다. 연구 참여 통해 연구의 목적 및 내용, 연구 진행 방법, 연구 참여의 이점 또는 단점, 연구자가 직접 인터뷰 자료를 다룰 것이라는 점, 연구 결과의 보고 및 발표, 연구 참여의 비밀 보장, 연구 참여 및 중단에 대한 자유로움 등을 숙지하고 있으며, 이에 대해 동의한다는 서명을 받았다. 참여자의 개인 정보 제공에 따른 동의서를 받은 후 그들의 일반적 특성에 따른 양식을 이용해 인구학적 정보를 수집하였다. 이 양식에 기입된 자료는 인터뷰를 원활히 진행하는 데 참고하였다. 인터뷰 내용을 기록하는 가장 보편적인 방법인 녹음을 통해 인터뷰 자료가 수집되었다.

연구자는 디지털 녹음기(ICD-TX50, SONY)를 준비하여 매 인터뷰 전에 기기의 기술적인 결함 및 충전 여부를 확인하였다. 인터뷰에 앞서 연구자는 필기도구를 사용하여 필요 시 메모를 하였다.

인터뷰는 연구 전반에 대한 사전 설명과 동의서 작성, 그리고 본격적인 인터뷰까지 약 1~2시간 정도 소요되었으며, 참여자들에게는 소정의 사례금이 지급되었다. 또한 참여자의 선호에 따라 차후에는 전화 또는 이메일을 통해 인터뷰를 진행하는 것으로 합의하였다. 인터뷰가 끝난 직후 녹음 내용을 재확인하였다. 인터뷰 내용은 참여자의 표현 그대로 컴퓨터에 입력되었으며, 참여자별로 파일명을 부여하여 저장되었다. 인터뷰 내용의 필사는 현상학적 연구 방법을 적용한 질적 연구로 석사 학위 논문을 쓰고 학술지에 질적 연구논문을 발표한 경험이 있는 연구보조원이 진행하였다. 정확한 필사 과정을 확보하기 위해 연구보조원이 본 연구의 목적 및 내용, 연구 방법을 숙지할 수 있도록 해당 부분에 대한 설명이 이루어졌으며, 녹음된 면담 내용을 필사하는 방법과 주의 사항에 대한 교육을 하였다. 특히 연구 참여자의 이름, 소속과 관련된 인물, 장소와 같은 개인적인 정보는 가명으로 처리하거나 삭제되어야 함을 강조하였다. 필사에 대한 교육을 받은 연구보조원은 인터뷰가 끝난 직후 녹음 내용을 들으면서 있는 그대로 글로 옮겨 적는 워드 작업을 하였으며, 연구자는 이러한 작업의 정확도를 검토하였다. 연구자는 녹취록을 다시 들으며 오타 및 단어 누락, 참여자가 말을 끊거나 웃었던 부분, 목소리의 크기와 같은 정밀한 정보가 배제되었는지 확인하였다.

5. 자료 분석

질적 연구의 자료 분석은 연구 방법 전략에 따라 분석 방법에 차이가 있겠지만 일반적인 절차를 사용하기도 한다. 질적 자료 분석은 구체적인

것에서 일반적인 것으로 단계를 따르며, 각 단계는 상호 관련되어 있어 앞으로 진행하다가 다시 되돌아 이전 단계를 거치기도 한다. 본 연구에서는 자료 수집과 동시에 분석이 이루어지는 회귀적이고 반복적이며 역동적인 과정을 통해 개방병원제도의 구체적이고 폭넓은 이해를 얻고자 노력하였다. 다음과 같은 구체적인 질적 분석 단계를 거쳤다(김영숙 등, 2009; Braun & Clarke, 2006).

1단계에서는 분석할 자료를 조직하고 준비하는 단계로서 인터뷰 내용을 필사하고 자료의 대략적인 감을 얻기 위해 자료를 눈으로 보았다. 또한 연구자의 메모, 다양한 출처의 자료(개방병원 홍보 자료, 개방병원제도 설명 자료, 수익 분배율 정리표 등)를 정리하였다.

2단계에서는 모든 자료를 반복적으로 읽었다. 참여자들의 생각, 느낌, 자료의 깊이와 신뢰성 등을 고려하면서 읽었다. 또한 자료를 읽으면서 연구자 자신의 생각을 메모하여 기록하기도 하였다.

3단계에서는 코딩 과정을 통한 구체적인 분석이 시작되었다. 코딩은 정보에 의미를 부여하기 전에 자료를 텍스트 조각으로 조직하는 과정이다. 이 과정을 통해 인터뷰 자료를 단어, 구, 절 또는 문단으로 범주화하고 참여자가 사용한 언어로 범주에 이름을 붙였다.

4단계에서는 코딩 절차를 사용하여 장소나 사람에 대한 기술, 분석을 위한 범주나 주제를 끌어내었다.

5단계에서는 주제에 따라 질적 자료를 어떻게 표현할 것인가를 생각하면서 서술하였다. 흔히 사건의 발생 순서에 따라 언급하여 논의하거나, 여러 주제에 따라 구체적으로 논의하기도 한다. 본 연구에서는 주제와 하위 주제에 따라 구체적인 참여자의 이야기를 인용문으로 담아 구체적으로 서술하였다.

마지막 6단계는 해석 단계로 연구를 통해 무엇을 배웠는지, 무엇을 알

게 되었는지를 해석하는 단계이다. 즉 연구자는 자세하게 조사한 연구 결과를 기존에 보고된 연구나 문헌, 이론과 비교, 검토하여 의미를 도출하는 것이다. 본 연구에서는 질적 자료의 분석을 통해 개방병원제도에 대한 개선 방안을 제시하였다.

제 4 장

의료 공급 체계와 개방병원제도

제1절 우리나라 의료 전달 체계의 현황 및 문제점

제2절 개원 전문의의 의료 지식 및 기술 활용 미흡

제3절 지역 거점 병원 및 공공병원의 의사 인력 확보의 어려움

제4절 개방병원제도의 활성화 필요성

4

의료 공급 체계와 개방병원제도 <<

제1절 우리나라 의료 전달 체계의 현황 및 문제점

1. 우리나라 의료 전달 체계의 현황

우리나라의 의료 전달 체계의 시발점은 1989년 전 국민건강보험제도 도입이라고 볼 수 있다.⁸⁾ 전 국민건강보험제도 시행 이전의 우리나라 의료 공급 체계는 기능적인 단절성, 지역 간 의료 자원의 불균형 분포, 환자의 대형 병원 집중, 하부 구조의 취약성 등의 문제를 안고 있었다(박인숙, 2013). 이러한 문제를 개선하기 위해 1989년 전국을 행정 구역과 생활권에 따라 8개의 대진료권과 142개의 중진료권으로 설정하였다(한국개발연구원, 2013). 그리고 의료기관 간 기능 분담의 경우 1차, 2차, 3차 진료 기관으로 분류하는 방안이 시도된 바 있다. 그러나 1998년 지역 간 의료 자원 공급 불균형에 따른 불평등을 해소하기 위한 규제 개혁 차원에서 진료권의 개념이 폐지되면서 사실상 의료 전달 체계의 정책은 실패하였다고 평가되고 있다(김계현, 2011).⁹⁾

8) 우리나라에서 의료 전달 체계를 도입해야 한다는 주장은 1920년대부터 영국을 비롯한 여러 국가들에서 의료 정책의 주요 의제로 취급되어 온 지역화 개념과 함께 제기되었다. 이는 자본 집약적인 3차 의료를 중심으로 주변에 1차와 2차 의료의 자원을 분산하는 지역 네트워크라 할 수 있다. 즉 필요한 자원을 집중화함으로써 궁극적으로는 소비자의 참여, 의료 접근, 의료의 생산 및 질을 향상할 수 있는 규모의 경제를 성취하고자 한다(김계현, 2011). 특히 지역 구분과 환자 의뢰 및 정보의 흐름과 같은 의료의 여러 수준 간 연계성이 강조되어 자원의 배분이 이루어져야 한다는 것이다. 이에 따라 1970년대 의료 전달 체계 관련 논의가 시작되었고, 의료보험제도가 도입되면서 본격적인 필요성이 제기되었다. 1984년부터는 2개 지역에서 시범적인 환자의뢰제도가 실시된 바 있고, 1989년에는 전국적인 환자의뢰제도를 실시하였다(오영호, 2012).

9) 의료 전달 체계 정책의 실패 이유로는 병상 규모에 따른 1, 2, 3차 의료기관을 지정하여

현재 우리나라의 의료 공급과 의료 이용 체계를 포함하는 의료 전달 체계는 의료법과 국민건강보험법에 근거하고 있다. 의료기관의 종류와 기능은 의료법에 규정되어 있다. 「의료법(제3조)」¹⁰⁾에 의하면 의료기관을 크게 의원급과 병원급(종합병원 포함)으로 나누고, 병원급에서 상급 종합병원을 따로 구분하고 있다. 기능면에서 의원급은 주로 외래 환자를, 병원급은 주로 입원 환자를, 상급 종합병원은 중증 질환을 대상으로 의료 행위를 하는 기관으로 정의하고 있다(표 4-1). 그러나 의료법상에 규정된 의료기관의 기능 정의와 병상 수에 따른 중별 구분은 선언적 규정에 불과하다고 볼 수 있다(김계현, 2011).¹¹⁾

형식적으로 연결하여 기능화할 수 없는 의료 전달 체계의 구성이 제기되고 있다. 또한 정부 차원에서는 3차 의료기관의 연구와 교육 기능의 특화, 1차 의료기관의 1차 의료 기능 강화 등을 위한 지원책이 시행되지 않아, 의료 전달 체계 참여자인 의료기관, 의사, 환자 등의 적극적 참여를 유도할 수 있는 정책 방안의 부재가 그 요인으로 지적되고 있다(송건용 등, 2001).

- 10) 의료기관의 종류와 기능을 정의하고 있는 관련 법률로는 의료법이 대표적이다. 현행 의료법 제3조 (의료기관)에서는 의료기관을 크게 의원급 의료기관과 병원급 의료기관, 조산원으로 구분하고 있다. 의원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래 환자를 대상으로 각각 그 의료 행위를 하는 의료기관으로 의원, 치과의원, 한의원이 있다. 또한 병원급 의료기관은 마찬가지로 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원 환자를 대상으로 의료 행위를 하는 의료기관으로 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다. 또한 동법 제3조의2 (병원 등)에서는 시설과 인력을 기준으로 병원과 종합병원으로 구분하여 규정하고 있다. 즉 종합병원의 경우 100개 이상의 병상을, 병원의 경우 30개 이상의 병상을 그 기준으로 병상 규모에 따른 개설 과목, 전문의를 구분하고 있다. 그 외에도 상급 종합병원과 전문병원을 따로 규정하고 있다. 중증 질환에 대한 난이도가 높은 행위는 상급 종합병원에서 전문적으로 시행되어야 하며, 20개 이상의 진료 과목, 장관령이 정하는 인력, 시설, 장비 등을 갖추 것을 규정하고 있다(김계현, 2011).
- 11) 오영호. (2012). 의료 전달 체계의 문제점과 정책 과제. 보건복지포럼 통권 제189호 7권, pp.50-67.

〈표 4-1〉 의료기관 종별 구분 기준

종별 구분	대상	기준
○ 의원급	· 주로 외래 환자 대상	30병상 미만
○ 병원급 - 병원 - 종합병원	· 주로 입원 환자 대상 · 7개(300병상 이하), 9개(300병상 초과) 이상 필수 진료과목 설치	30병상 이상 100병상 이상
○ 상급 종합병원	· 중증 질환에 대하여 난이도가 높은 의료를 전문적으로 하는 종합병원	종합병원 중 복지부 장관 지정

의료 이용 체계와 관련된 내용은 국민건강보험법¹²⁾에 건강보험 급여를 2단계로 구분하고 있다. 상급 종합병원 이용에서는 의원, 병원(종합병원 포함)의 의사 소견이 기재된 건강진단·검진결과서 또는 요양 급여 의뢰서를 제출해야 급여를 지급받을 수 있다.¹³⁾ 그러나 본인이 비용을 부담하는 경우에는 이용 단계에 제한을 두지 않고 있다. 그리고 단계적인 의료기관 이용을 유도하기 위해서 의료기관 종별 가산율 및 환자 본인 부담률의 진료비 차등 제도¹⁴⁾를 실시하고 있다. 그러나 이러한 규정에도 불구하고 환자들의 의료기관 이용에 대한 제한은 환자가 지불하는 본인 부담률에서만 차이를 두었을 뿐 특별한 제재로 이어지지 않는다. 이로 인해 현재까지 우리나라는 의료 전달 체계가 확립되지 못했으며, 의료기관 종별 기능 역시 명확하게 구분되어 있지 않다.¹⁵⁾

12) 2000년 제정된 국민건강보험법에서는 건강보험제도상 의료 전달 체계의 법적 근거를 마련하였다. 즉 동법에 의한 ‘국민건강보험 요양 급여의 기준에 관한 규칙’ 제2조 (요양 급여의 절차)에서는 요양 급여를 1단계와 2단계로 구분하고, 가입자 또는 피부양자는 1단계 요양 급여를 받은 후 2단계 요양 급여를 받도록 규정하고 있다. 여기서 1단계 요양 급여는 의료법상의 상급 종합병원을 제외한 의료기관에서 받는 요양 급여를 말하고 2단계 요양 급여는 상급 종합병원에서 받는 요양 급여를 말한다(김계현, 2011).

13) 응급, 분만, 치과, 가정의학과 등 7가지 예외 경로 인정(요양 급여 규칙 제2조)하고 있고, 의료 급여는 3단계로 구분(의료급여법 시행규칙 제3조)하고 있다.

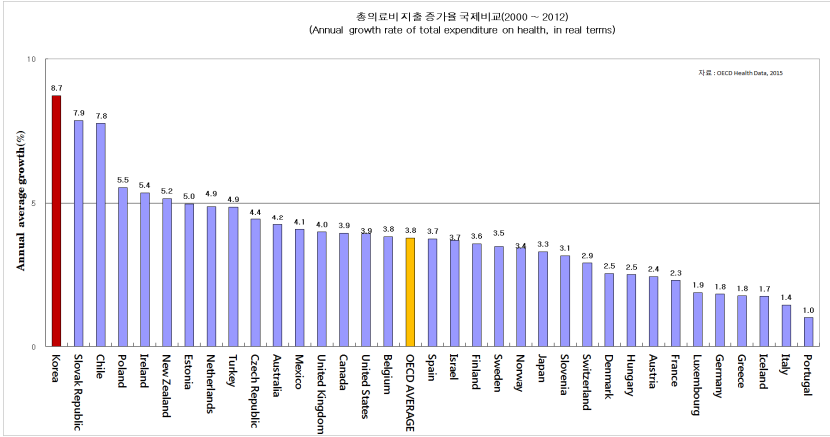
14) 종별가산율은 의원 15%, 병원 20%, 종합병원 25%, 상급 종합병원 30%을 두고 있고, 환자 본인 부담률은 의원 30%, 병원 35~40%, 종합병원 45~50%, 상급 종합병원 60%를 두고 있다.

15) 오영호. (2012). 의료 전달 체계의 문제점과 정책 과제. 보건복지포럼 통권 제189호 7권, pp.50-67.

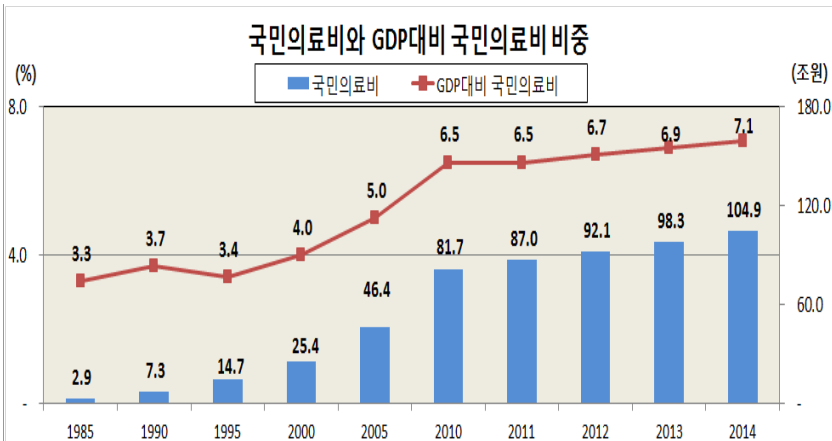
2. 우리나라 의료 전달 체계의 미확립으로 초래된 문제점

우리나라 보건의료 분야가 직면한 가장 심각한 문제 중 하나는 국민 의료비의 증가로 인해 위협받고 있는 건강보험 재정이다. 지난 12년 동안 우리나라의 연평균 의료비 지출 증가율은 8.7%로 OECD 국가(평균 3.8%) 중 가장 높은 수준이다(OECD Health Data, 2015)(그림 4-1). 이로 인해 국민 의료비와 GDP에서 차지하는 국민의료비 비중이 1985년 2조 9000억 원에서 2014년 104조 9000억 원으로 지난 30년간 33배 이상 증가했으며, 2000년에 비해서도 4배 이상 증가해 비약적으로 증가한 우리나라 국민 의료비의 정도를 알 수 있다(그림 4-2). 그럼에도 불구하고 향후 건강보험 재정의 개선의 여지는 보이지 않는다. 2011년 건강보장선진화위원회가 발표한 연구 보고서는 우리나라 건강보험 재정 적자가 심화될 것으로 전망하고 있으며, 의료비 지출이 건강보험료 수입보다 더 크게 증가하여 건강보험 재정 적자가 2025년에 대략 30조 원, 2030년에 50조 원 정도에 달할 것으로 예측하고 있다(보건의료미래기획단, 2011). 이러한 비관적인 전망은 2015년 12월 발표된 정부의 발표에서도 볼 수 있는데, 2022년에 적자로 돌아서서 2025년에는 재정이 고갈될 것이라고 전망하고 있다(기획재정부, 2015). 이러한 의료비 급증이 발생한 데에는 인구의 노령화를 포함한 다양한 이유가 있을 수 있지만, 근본적인 원인은 의료 전달 체계를 포함한 의료 공급 체계의 미확립에서 찾을 수 있다(오영호, 2013).

[그림 4-1] OECD 국가의 연평균 의료비 지출 증가율



[그림 4-2] 국민 의료비와 GDP 대비 국민 의료비 추세



두 번째 문제점은 의료기관 간 의료 자원 보유 경쟁이 심화되고 있다는 점이다. 보건의료 자원은 궁극적으로 소비자에게 의료 서비스를 원활히 공급하기 위해 존재하는데, 이러한 자원은 한정되어 있어 이를 효율적으

로 공급하고 활용할 필요가 있다. 즉 효율적인 보건의료 공급 체계의 구축이 국가 의료제도의 핵심 요소라 할 수 있다(오영호 등, 2013). 의료기관 간 역할과 기능이 의료법에 정립되어 있음에도 불구하고, 정책적 수단이 부진하여 이러한 역할 기준이 체계적으로 구분 및 적용되지 못하였다. 이로 인해 의료기관들 간의 경쟁이 병상과 고가의료장비 설치와 같은 고급화 및 양적 확대에 집중되는 결과를 초래하였다(오영호 등, 2013). 2005~2013년 사이 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수의 변화 양상을 살펴본 결과 종합병원 중 500병상 이상의 의료기관을 제외하고 전반적인 요양기관의 수가 지속적으로 증가했으며, 병상 수의 경우도 의원을 제외하고는 증가 추세에 있음을 알 수 있었다(표 4-2).

요양기관 종별 기관 수나 병상 수의 경우 타 기관에 비해 병원급 의료기관의 증가세가 높은 것으로 나타났다. 요양병원과 요양병상은 2007년 노인장기요양보험제도 도입 전후로 크게 증가했으며, 2005년 이후 연평균 각각 13.7%와 36.0%씩 증가하였다. 병원급 의료기관의 수는 2005년 890곳에서 2013년 1254곳으로 연평균 5.0% 증가하였다. OECD 국가들의 급성병상과 장기요양병상 수가 감소하거나 또는 정체되어 있음을 감안할 때, 우리나라의 지속적인 병상 수 증가 현상은 매우 이례적인 현상이라 할 수 있다. 외래 의료 서비스를 담당해야 할 의원의 경우도 병상 수가 2005년 9만 2311병상에서 2009년까지 9만 4273병상으로 증가하다가 2010년부터 감소하기 시작했으나 2012년부터 다시 증가하여 2013년에는 9만 7057 병상으로 증가하여 전체 병상에서 17.0로 적지 않은 비중을 차지하고 있다(표 4-2).

〈표 4-2〉 요양기관 종별 기관 수 및 병상 수 변화

(단위: 곳, 병상 수)

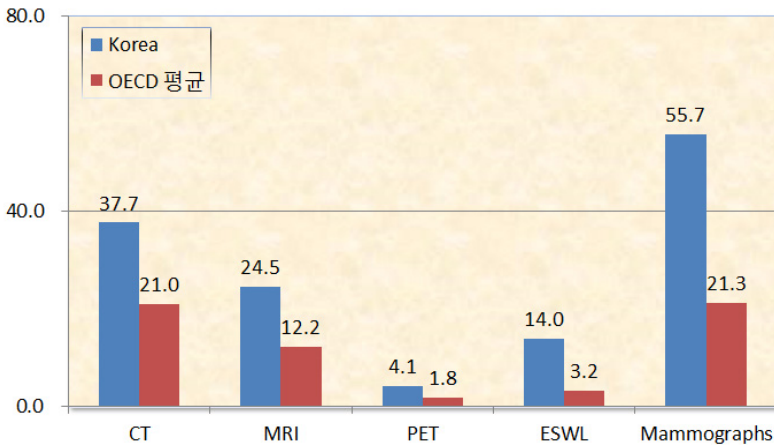
연도	기관 수		상급 종합 병원		종합병원			병원			요양병원			의원
	기관 수	병상 수	소계	500미만	500이상	소계	100미만	100이상	소계	100미만	100이상	소계	100미만	
2005	기관 수	43	247	190	58	890	450	440	172	86	86	172	86	86
	병상 수	39,251	89,398	51,370	38,028	130,399	29,139	101,260	21,160	5,891	15,270	21,160	5,891	15,270
2010	기관 수	44	270	211	59	1,297	639	658	852	343	509	852	343	509
	병상 수	43,569	97,864	59,061	38,803	182,144	41,086	141,058	110,052	24,043	86,010	110,052	24,043	86,010
2013	기관 수	43	274	222	52	1,254	780	474	422	131	291	422	131	291
	병상 수	43,767	101,263	65,248	36,015	147,783	51,726	96,057	182,396	27,737	154,659	182,396	27,737	154,659
연평균 증가율	기관 수	0	1.5	2.2	-1.5	5	8.2	1.1	13.7	6.2	19	13.7	6.2	19
	병상 수	1.6	1.8	3.5	-0.8	1.8	8.5	-0.8	36	24.8	39.2	36	24.8	39.2

주: 치과·한방병상 및 상급 병상 제외. 병상 수=일반 병상+신생아 병상+중환자 병상+응급실 병상. 소계는 소수점이 있는 기증 승수를 사용한 것이므로 내
용의 합과 총수가 일치되지 않는 경우가 있음.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

병상 수와 함께 우리나라의 고가 의료 장비가 지나치게 공급되었다는 것은 이미 OECD 국가 간의 비교를 통해서 알려져 있다. 2013년 우리나라의 인구당 CT, MRI, ESWL, Mammographs 등 주요 고가 의료 장비 보유 대수는 OECD 국가에서 상위 그룹에 속해 있다. CT의 경우 우리나라가 인구 100만 명당 37.7대로 OECD 국가 평균인 21대보다 1.5배 정도 많고, MRI는 우리나라가 인구 100만 명당 24.5대로 OECD 국가 평균인 12.2대보다 2배 정도 높은 것으로 나타났다. 체외충격파쇄석기(ESWL)는 우리나라가 인구 100만 명당 14대로 가장 높았고 OECD 국가 평균인 3.2대 보다 4.4배 정도 높은 것으로 나타났다. 그리고 단층촬영영상장치(mammographs)는 우리나라가 55.7대로 OECD 국가 중 가장 높았고 OECD 평균인 21.1대보다 2.6배 정도 높은 것으로 나타났다(그림 4- 3)(OECD Health Data, 2015).

[그림 4-3] 인구 백만 명당 고가 의료 장비 보유 대수(2013년)



고가 의료 장비의 총량적인 공급 과잉뿐만 아니라 의료기관 간 고가 의료 장비 도입 경쟁으로 의료기관 증別に 관계없이 대부분의 의료기관에서 이러한 장비 공급이 증가하였고, 특히 100병상 미만의 병원급이나 의원급 등에서 큰 폭으로 증가하여 해결되어야 할 문제점으로 제기되고 있다(오영호, 2013). 전산화단층촬영기(CT)의 경우는 대부분의 의료기관에서 지속적으로 증가하였다. 자기공명영상기(MRI)의 경우는 대부분의 의료기관에서 증가하고 있으며, 의료기관 규모에 따라서 적게는 연평균 6.1%에서 많게는 21.8%까지 증가하였다. 특히 요양병원의 연평균 증가율이 20.7%로 가장 높은 증가세를 보였다(표 4-3).

〈표 4-3〉 요양기관 증별 고가 장비 보유량 변화

(단위: 개, %)

장비 종류	연도	상급 종합 병원	종합병원			병원			요양병원			의원
			소계	500 미만	500 이상	소계	100 미만	100 이상	소계	100 미만	100 이상	
전산화단층촬영기 (CT)	2005	114	289	194	94	524	226	299	26	5	21	598
	2010	189	395	255	140	662	295	367	23	2	20	509
	2013	205	428	284	144	782	346	436	19	0	19	551
	연평균 증가율 ('05~13)	8.7	5.8	5.6	6.2	5.9	6.3	5.5	-4.3	-	-1.3	-1.2
자기공명영상기 (MRI)	2005	81	222	156	66	176	56	120	1	0	1	94
	2010	120	295	204	92	377	142	235	2	0	2	252
	2013	141	348	248	100	534	223	311	4	0	4	209
	연평균 증가율 ('05~13)	8.2	6.6	6.9	6.1	17.2	21.8	14.6	20.7	-	20.7	12.1

주: 치과·한방 제외. 소계는 소수점이 있는 가장 승수를 사용한 것이므로 내용의 합과 총수가 일치되지 않는 경우가 있음.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자조사, 각 연도.

세 번째 문제는 의료 자원의 공급 과잉 및 과당 경쟁으로 진료가 더욱 비효율적으로 이루어지게 되는 데에 있다. 바람직한 의료 전달 체계를 확립하기 위해서는 의원이 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급 종합병원은 고도의 전문적 의료 서비스와 연구를 담당해야 한다. 즉 1차 의료기관은 경증의 외래환자를 담당하고 전문적 진료가 필요한 환자들에 대해서는 적절한 요양기관을 안내하는 것이 의료 자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이라 할 수 있다(송태민, 2013). 그러나 현재 의원에서는 병상을 설치하여 입원 서비스를 제공하고 있고, 상급 종합병원에서는 경증 환자에 대한 외래 진료를 제공하고 있어 보다 효율적인 제도가 구축될 필요가 있을 것으로 보인다. 요양기관 종별 외래 환자 수 비율의 변화 추이를 분석한 결과, 병원급 이상의 외래 환자 수 비율은 증가하는 추세인 반면, 의원의 경우 2002년 82.9%에서 2013년 73.4%로 하락하여 전반적으로 감소 추세에 있음을 알 수 있었다(표 4-4). 이러한 추세는 외래 진료비에서도 동일하게 나타났다. 상급 종합병원, 종합병원 진료비 점유율은 지속적으로 증가했으나 의원 외래 진료비 점유율은 2002년 37.4%에서 2013년 28.6%로 지속적으로 감소하고 있었다(표 4-5).

〈표 4-4〉 의료기관 유형별 지역별 외래 환자 분포

(단위: %)

지역	상급 종합병원			종합병원			병원			의원 ¹⁾		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	9.3	9.1	10.7	6.1	6.8	7.7	3.4	4.7	7.7	81.2	79.4	73.9
부산	4.1	4.8	5	9.2	11.1	13.1	6.4	8.2	14.5	80.3	75.9	67.5
대구	8.9	5.6	7.5	7	4.1	4.7	5.5	9.4	12.7	78.7	80.8	75.2
인천	3.8	7.3	6.9	5.9	8.4	10.1	4.1	6.8	9.1	86.2	77.5	73.9

지역	상급 종합병원			종합병원			병원			의원 ¹⁾		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
광주	4.7	4.4	6.7	4.7	12.9	13.9	6.2	10.5	15.3	84.5	72.2	64.1
대전	4.8	6.3	4	5.7	7	12.1	2.4	4.1	7.4	87.1	82.5	76.5
울산	0.8	0.9	0.9	8.8	10.3	10.7	10.9	14.8	17.9	79.5	74	70.5
경기	3.2	3.8	5.6	8.2	10.8	10	4.6	7.9	8.8	84	77.5	75.6
강원	3.8	4.9	4.4	9	10	13.3	4	6.1	10.5	83.2	79.1	71.8
충북	3.2	4.9	5	5.3	7.6	10.1	3.2	5.2	7.7	88.3	82.3	77.2
충남	3.6	5.3	5.2	5.9	5.2	6.7	4.1	5.6	7.3	86.4	83.9	80.8
전북	4.6	6.5	4.4	4.2	5.8	7.9	4.7	5.6	9.9	86.4	82	77.8
전남	2.6	1.9	3.8	7.9	9.9	12	7.5	12	14.8	81.9	76.1	69.4
경북	3	3	3.8	9.7	11	13.6	5.7	7.7	11.3	81.6	78.2	71.3
경남	1.9	2.9	4.6	8.5	9.9	11.3	9.3	12.7	15.8	80.4	74.5	68.2
제주	0.6	0.8	0.9	13.6	16.7	22.3	0.5	1.1	3.3	85.3	81.4	73.5
세종	-	-	4.6	-	-	8	-	-	6.3	-	-	81.1
계	4.9	5.3	6.1	7.3	8.8	10.1	5	7.4	10.4	82.9	78.5	73.4

주: 1) 의원+보건의료원+보건소+보건지소.

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자 조사, 각 연도.

〈표 4-5〉 요양기관 종별 외래 진료비 및 각 점유율 변화

(단위: 백억 원, %)

구분	2002	2005	2010	2011	2012	2013
총계	1,551	1,998	3,161	3,324	3,423	3,546
	100	100	100	100	100	100
의료기관 소계	1,008	1,230	1,921	2,025	2,159	2,281
	65.0	61.6	60.8	60.9	63.1	64.3
상급 종합병원	91	130	265	243	302	317
	5.9	6.5	8.4	7.3	8.8	9.0
종합병원	99	151	267	281	297	319
	6.4	7.6	8.5	8.5	8.7	9.0
병원	49	74	152	164	181	192
	3.2	3.7	4.8	5.0	5.3	5.4
요양병원	-	-	8	9	10	10
	-	-	0.3	0.3	0.3	0.3
의원	580	643	897	937	990	1,014
	37.4	32.2	28.4	28.2	28.9	28.6

주: 의료기관 소계는 치과, 한방, 조산원 부문 제외 소계이며, 총계는 의료기관 소계 및 약국 부문 모두 포함.

자료: 건강보험심사평가원 진료비 통계지표 각 연도.

최근에 발표된 2013년 진료비 통계지표를 살펴본 결과 <표 4- 6>, 종합 전문 요양기관이나 종합병원의 총 요양 급여비용 중 외래 급여 비용이 차지하는 비중이 37.2%에 달해 다시 한번 대형 병원 외래 환자 증가의 심각성을 체감할 수 있었다. 입원을 위주로 운영되어야 할 종합 전문 요양 기관과 종합병원에서 외래 비중이 이토록 높은 현상은 의료 전달 체계상의 문제점을 반영한다고 볼 수 있다(오영호, 2012). 반면 의원들이 적지 않은 수의 병상을 보유하고 입원 진료에 참여하고 있다는 사실 또한 의료 기관 종류별 역할과 기능의 분화가 불합리하고 미흡하다는 사실을 입증하고 있다(송태민, 2013).

<표 4-6> 의료기관 유형별 지역별 퇴원 환자 분포

(단위: %)

지역	상급 종합병원			종합병원			병원			의원 ¹⁾		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	35.5	34.7	34.3	26.3	26	25.5	14.9	16.5	24.6	23.3	22.8	15.6
부산	17.6	19.7	17.5	39.7	36.4	36.8	27.3	29.4	36.5	15.5	14.6	9.1
대구	36.1	24.9	22.7	29.9	16.2	17.6	23.3	42	43.9	10.7	16.9	15.9
인천	20.1	25.6	23.1	31.5	28.5	33.8	23.6	21.4	29.6	24.8	24.5	13.5
광주	18.7	11.8	16.8	23.6	38.8	36.4	29.9	27.8	38.1	27.7	21.6	8.7
대전	27.8	28.4	16.9	28.1	31.3	42.4	13	17.4	23.4	31.1	22.9	17.3
울산	17.3	4.8	3.3	37.5	37.7	32	30.4	42.3	47.7	14.8	15.2	16.9
경기	15.2	14.4	19.6	37.6	37.3	34.1	21.9	26.3	28.2	25.4	22	18.2
강원	17.8	19.3	15.1	42.9	31	38.3	17.4	24.8	31	21.9	24.9	15.6
충북	18.9	19.3	17.3	34.3	34.3	34.3	18.5	22.8	31.1	28.3	23.6	17.3
충남	19.8	26.8	25.6	35.8	28.5	30.5	20.2	21.6	26	24.2	23.1	17.9
전북	23.9	19.6	19.6	22	24.2	26.3	26.7	25.4	33.6	27.4	30.8	20.5
전남	12	8.1	11.2	40	40	35.9	33.9	41.9	39.9	14.1	10.1	12.9
경북	14.6	13.6	12.7	47.6	42.6	42.6	23	27.9	31.4	14.8	16	13.3
경남	9.2	12.9	11.3	38.4	32.5	32.5	35.2	36	41.2	17.2	18.6	15
제주	8.8	7.1	5.9	70.3	69	77.8	3.5	8.6	7.8	17.4	15.3	8.5
세종	-	-	21	-	-	34.6	-	-	32.3	-	-	12.1
계	21.2	20.1	19.8	34.6	32.7	33	22.7	26.6	31.9	21.6	20.6	15.3

주: 1) 의원+보건의료원+보건소+보건지소.
 자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자 조사, 각 연도.

의료기관 간 경쟁적인 고가 의료 장비 도입은 고가 의료 장비의 공급 과잉과 함께 고가 의료 장비 사용을 크게 증가시키는 요인이 되고 있다. 2006년부터 2014년까지 8년간 주요 고가 의료 장비 보유 대수와 사용량(건강보험 적용)의 추세를 통해서 이러한 사실을 알 수 있다. CT의 경우 2006년 1629대에서 2014년 1870대로 연평균 증가율은 2% 미만으로 총량의 변화는 크지 않지만, 보험 급여가 적용된 촬영 횟수는 지난 8년간 4.1배 증가하여 연평균 20% 정도 증가하였고, CT 1대당 촬영 횟수도 3.6배 증가하여 연평균 17.2% 증가였다. MRI는 지난 8년간 2.0배 증가하여 연평균 8.8% 증가하였고, 보험 급여가 적용된 촬영 건수는 3.5배 증가하여 연평균 17.0% 증가하였다. MRI 1대당 촬영 건수는 2006년 670회에서 2014년 1190회로 연평균 증가율은 7.4%였다. PET의 경우 2006년 63대에서 2014년 207대로 3.3배 증가하여 연평균 16.0% 증가하였고, 보험 급여가 적용된 사용 촬영 건수는 2006년 4만 2360건에서 2014년 51만 9373건으로 12.3배 증가하여 연평균 36.8% 증가하였으며, PET당 촬영 건수는 2006년에 672회에서 2014년 2509회로 3.7배 증가하여 연평균 17.9%씩 증가하였다(표 4-7). 이렇듯 고가 의료 장비의 무분별한 도입과 확산으로 인해 고가 장비를 사용하여 진단할 필요가 없는 환자에 게도 이들 장비를 적용하는 경향이 증가하게 되었으며, 이는 결과적으로 의료비 및 의료 체계의 비효율을 심화시키게 된다(오영호 등, 2013).

〈표 4-7〉 연도별 CT, MRI, PET 총 촬영 횟수, 보유 대수 및 장비당 촬영 횟수
(건강보험 적용)

장비	연도	총 촬영 회수	보유대수	장비당 촬영 횟수
CT	2006년	2,411,327	1,629	1,480
	2014년	9,841,215	1,870	5,263
	('14년/'06년)	4.1	1.1	3.6
	연평균 (‘06~‘14년)	19.2	1.7	17.2

장비	연도	총 촬영 회수	보유대수	장비당 촬영 횟수
MRI	2006년	440,169	657	670
	2014년	1,540,357	1,294	1,190
	('14년/'06년)	3.5	2.0	1.8
	연평균 ('06~'14년)	17.0	8.8	7.4
PET	2006년	42,360	63	672
	2014년	519,373	207	2,509
	('14년/'06년)	12.3	3.3	3.7
	연평균 ('06~'14년)	36.8	16.0	17.9

자료: 건강보험심사평가원 내부 자료(2016).

네 번째는 의료 자원 편중으로 인한 수도권 환자 집중 현상의 심화이다. 대형 병원의 수도권 편중으로 수도권으로 이동하는 환자의 비중이 크게 증가하면서 수도권 환자 집중 문제가 의료 전달 체계의 문제점 중 하나로 대두되고 있다(송태민, 2013). 환자 조사 자료를 통해 외래 환자와 퇴원 환자의 지역별 이용 양상과 이용 추세를 살펴본 결과, 전반적으로 서울 지역에 환자가 집중되고 있는 것을 알 수 있다. 2013년에는 2002년에 비해 서울 지역의 종합병원(상급종합병원 포함)을 이용한 환자 비율이 부산, 인천, 광주, 경기, 충북, 전남, 제주 지역에서는 감소했으나, 이들 지역을 제외한 지역들에서는 증가하였다. 2013년에는 서울 지역의 종합병원(상급 종합병원 포함)을 이용한 외래 환자의 비율이 최소 2.6%에서 최대 25.6%까지로 나타나 적지 않은 비중을 차지하고 있는 것을 알 수 있었다. 또한 상급 종합병원만 이용한 외래 환자의 경우 서울 지역에 소재한 상급 종합병원을 이용한 비율이 낮게는 대구 지역의 5.2%에서 많게는 제주 지역의 87.6%인 것으로 나타났다. 퇴원 환자의 경우도 외래 환자와 비슷한 추세를 알 수 있었으나, 서울 지역의 종합병원급 이상의 병원을 이용하는 퇴원 환자의 비율은 외래 환자 비율보다 높은 것으로 나

타났다. 상급 종합병원만 이용한 퇴원 환자를 살펴보면, 서울 지역에 소재한 상급 종합병원에 입원한 비율이 낮게는 대구 지역의 10.8%에서 많게는 제주 지역의 88.4%인 것으로 나타났다(표 4-8).

〈표 4-8〉 일반 환자의 서울 지역 의료기관 유형별 이용자 비율

(단위: %)

지역	종합병원 이상(상급 종합병원 포함) 이용 비율						상급 종합병원 이용 비율					
	외래			퇴원			외래			퇴원		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
부산	3.1	2.4	2.6	4.7	5.1	4.3	9.0	7.0	8.5	14.7	12.4	12.1
대구	1.2	3.5	3.5	2.5	6.3	6.9	1.9	5.1	5.2	4.2	9.4	10.8
인천	11.7	13.3	10.7	13.0	13.0	10.8	21.1	21.3	19.7	26.6	21.5	20.5
광주	5.6	3.7	3.4	7.9	5.0	5.4	10.1	12.2	9.4	16.2	18.9	14.7
대전	3.8	6.8	5.7	6.4	8.4	8.6	7.2	12.6	21.1	11.8	15.0	26.1
울산	2.2	4.1	4.9	27.3	6.9	7.1	22.2	46.3	59.7	85.3	53.1	68.3
경기	27.9	27.3	25.6	26.9	28.3	25.2	75.5	76.3	51.4	72.8	74.4	50.5
강원	8.9	12.4	11.7	10.0	14.6	15.3	25.8	29.0	36.6	29.1	29.2	43.2
충북	12.5	12.7	11.1	13.7	15.9	15.2	28.4	25.9	29.5	34.6	34.6	38.4
충남	14.1	15.4	14.5	15.0	15.6	15.4	32.3	25.7	28.7	35.7	25.9	27.4
전북	5.4	5.8	6.9	7.5	9.3	8.9	9.1	9.1	16.6	12.7	16.6	17.2
전남	6.8	6.6	6.0	9.7	9.0	7.6	24.4	33.0	21.5	37.3	41.6	26.0
경북	5.0	6.9	6.5	7.2	9.4	9.2	19.1	26.4	26.9	27.5	32.4	34.5
경남	2.7	4.2	4.3	4.8	6.7	6.9	13.3	16.3	13.7	22.4	20.0	23.5
제주	4.2	4.9	3.8	11.1	10.2	7.3	93.5	88.2	87.6	91.7	90.9	88.4
세종	-	-	10.6	-	-	12.8	-	-	24.2	-	-	30.8

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자 조사, 각 연도.

102 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

〈표 4-9〉 암 환자의 서울 지역 의료기관 유형별 이용자 비율

(단위: %)

지역	종합병원 이상 (상급 종합병원 포함) 이용 비율						상급 종합병원 이용 비율					
	외래			퇴원			외래			퇴원		
	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013	2002	2008	2013
서울	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
부산	6.8	12.2	11.5	13.8	14.0	11.3	9.0	14.6	17.9	20.6	16.8	18.2
대구	3.2	13.4	9.4	6.6	18.4	16.4	3.8	14.0	14.1	8.4	19.9	23.8
인천	22.1	29.9	24.9	25.2	24.2	18.7	29.9	38.0	32.0	43.7	34.6	27.5
광주	13.3	11.0	12.8	24.8	18.2	20.3	15.2	33.3	16.0	32.9	46.5	30.7
대전	11.4	26.4	23.3	19.0	22.8	22.6	16.5	32.8	40.8	27.0	31.2	42.8
울산	8.2	18.1	16.5	61.2	14.2	19.1	21.1	52.7	79.9	90.0	52.6	78.5
경기	44.1	49.2	45.2	46.2	44.5	42.8	79.0	82.1	63.4	82.3	78.0	59.6
강원	24.6	33.6	33.8	29.5	33.6	35.8	47.5	53.1	57.8	54.2	57.3	68.9
충북	33.0	35.7	37.1	39.4	42.2	41.2	49.7	40.4	49.0	61.3	59.0	57.2
충남	31.0	40.8	40.3	35.8	32.4	33.2	47.9	49.2	51.9	58.2	40.5	41.1
전북	12.9	16.6	20.4	21.2	23.8	25.9	13.9	18.3	24.4	29.1	35.3	36.6
전남	22.8	18.9	16.7	32.9	28.1	25.6	31.2	57.8	21.7	59.0	69.7	41.1
경북	15.1	25.9	24.9	20.4	27.2	29.9	22.1	37.7	46.5	34.1	43.3	53.8
경남	10.5	21.4	20.0	16.8	19.8	22.1	18.1	29.6	30.0	34.5	27.3	36.1
제주	28.8	21.5	22.3	30.3	26.6	25.1	97.3	89.0	93.1	93.7	92.5	90.8
세종	-	-	32.3	-	-	29.4	-	-	54.1	-	-	48.1

주: 암 환자는 상병 코드 C00-D48.
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 환자 조사, 각 연도.

중병인 암 환자의 수도권 집중 현상은 더욱 심각한 것으로 나타났다. 2013년 전반적으로 서울 지역의 종합병원급 이상(상급 종합병원 포함)을 이용한 외래 암 환자의 비율은 낮게는 대구 지역의 9.4%에서 많게는 경기 지역의 45.2%까지 나타났고, 상급 종합병원만을 이용한 외래 암 환자

의 비율은 이보다 훨씬 높게 나타나 적게는 대구 지역의 14.1%에서 많게는 제주 지역 93.1%의 외래 암 환자가 서울 지역의 상급 종합병원을 이용하였다. 한편 퇴원 암 환자의 경우는 외래 암 환자의 경우보다 서울 지역 의존도가 심한 것으로 조사되었다. 종합병원급 이상을 이용한 퇴원 암 환자의 비율은 낮게는 부산 지역의 11.3%에서 많게는 경기 지역의 42.8%가 서울 지역의 종합병원급 이상의 의료기관을 이용한 것으로 추정되었다. 상급 종합병원만을 대상으로 하면 서울 지역의 상급 종합병원을 이용한 비율은 더 높아져, 낮게는 부산 지역의 18.2%가량, 높게는 제주 지역의 90.8%까지 퇴원 암 환자가 서울 지역의 상급 종합병원을 이용한 것으로 나타났다(표 4-9). 서울 지역에 암 환자가 집중되는 현상을 개선하는 방안으로 모든 지역에 암 센터를 설치하는 것은 규모의 경제 측면에서나 효율적인 의료 자원 활용이라는 측면에서 타당하지 않을 수도 있다. 그러나 응급 의료를 포함한 필수 의료와 함께 증가하는 암 환자의 의료 접근성을 제고하는 측면에서 규모의 경제 측면을 고려한 지역별 의료 자원의 배치에 주의를 기울여야 할 것이다.¹⁶⁾

제2절 개원 전문의의 의료 지식 및 기술 활용 미흡

우리나라에서는 지난 20여 년 동안 의사 수와 함께 전문의 수가 크게 증가했으며, 최근 배출되는 의사들의 대부분이 전문의가 되는 것이 현실이다(전현희, 2012). 전문의 수의 급증은 현대 의료의 특성상 불가피하다고 볼 수 있다. 소정의 수련 과정을 거쳐 전문의가 되었을 때 상당수의 의사들이 개원을 하게 되지만, 높은 수준의 시설과 장비 및 보조 인력이 요구되고,

16) 오영호(2012). 의료 전달 체계의 문제점과 정책 과제. 보건복지포럼 통권 제189호 7권, pp.50-67.

한 의사의 단독 진료가 불가능한 경우가 많기 때문에 진료의 범위와 수준은 제한적일 수밖에 없다. 또한 전공의 과정에서 이러한 여건을 활용한 의료 기술을 수련하였기 때문에 개원 시 수련 과정에서 사용된 시설과 장비, 보조 인력을 구비하는 경향을 보이게 된다. 이렇게 전공의 수련을 마친 전공의가 전문의가 된 이후, 자신의 숙련된 의료 기술을 활용할 수 없거나, 필요 이상의 시설과 장비, 보조 인력을 구비해야 하는 상황은 결국 자원의 낭비와 함께 국민 의료비의 상승으로 이어질 수 있다(오영호, 2007).

제3절 지역 거점 병원 및 공공병원의 의사 인력 확보의 어려움

최근에 공공의료 정책이 소유 중심에서 공적 기능의 수행이라는 기능 중심으로 변화되면서 공공병원과 민간 병원을 구분하지 않고 공공적 기능 수행 여부를 기준으로 정부의 재정 지원이 이루어지고 있다(정미경·신경림·김광진·최동익, 2014). 이러한 상황으로 인해 정부의 재정 지원 시 공공병원에 대한 차별성이 감소하면서, 의사를 포함한 양질의 의료 인력 부족으로 공공병원 운영에 어려움을 겪고 있다(정진호 등, 2013).

공공의료기관의 의사 인력 부족 실태를 살펴보면, 지방 중소 도시 및 농어촌 지역의 공공의료기관은 의료 인력 수급이 갈수록 어려워지고 있다. 전문의 중 공중보건 의사 비율이 31.2%이다. 이에 따라 농어촌 등 의료 취약지의 의사 등 보건의료 자원 공급이 부족하여 농어촌의 의료 취약 계층에 대한 필수 진료 제공 능력은 그 요구량 중 일부분만을 충족하고 있다. 공공 부문의 역할이 미흡할 경우 대응 능력이 비교적 약한 중산서민층의 부담이 가중되기 때문에 서민과 취약 계층을 위한 보건의료 서비스 제공 체계의 확장 및 개선이 시급하다고 판단된다(보건복지부, 2013).

〈표 4-10〉 전문의 수 및 공중보건 의사 비율(100병상당)

	100병상당 전문의 수	
	공중보건의 제외	공중보건의 포함
지역 거점 공공병원(A)	6.9명	9.5명
종합병원 평균(B)*	12.1명	12.1명
A/B	0.57	0.79

자료: (A) 지역 거점 공공병원 운영 평가 현황 자료('10).

(B) 160~299병상 이상의 민간 종합병원의 평균('09, 한국보건산업진흥원, 병원 경영 분석 자료).

자료원: 지방의료원 운영 진단 및 개선 방안 연구(2011), 병원 경영 분석 자료(2009), 보건산업진흥원.

이러한 공공병원이 제 역할을 다 할 수 있도록 하기 위해서는 보건의료 공급 체계에서 중추적인 역할을 하는 보건의료 인력인 의사를 포함한 보건의료 인력을 안정적으로 확보하는 방안을 모색하는 것이 무엇보다 중요하다 판단된다.

제4절 개방병원제도의 활성화 필요성

의료 전달 체계를 확립하는 것은 보건의료 자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용-효과적인 의료 체계를 구축하는 게 핵심 사항이다(오영호, 2013). 우리나라의 보건의료 체계가 직면하고 있는 고비용-비효율이라는 문제를 해결하기 위하여 의료기관의 기능 정립을 포함한 의료 전달 체계를 확립해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 의료 전달 체계 확립을 위한 첫걸음이 개방병원제도를 활성화시키는 것이라 판단된다. 이러한 개방병원제도의 활성화를 통하여 의원과 병원 간의 시설 및 장비에 대한 중복 투자의 방지로 자원 투입을 줄임으로써 의료비 절감을 기대할 수 있으며, 궁극적으로는 병원들이 보유한 시설과 장비의 활용도

를 제고함으로써 자원 활용의 낭비 요소 제거에 따른 경제성을 기대할 수 있다(박정연, 2004). 또한 개원 의사와 병원 간의 관계가 개선 될 때, 검사 등에 대한 중복 진료가 감소할 것이며, 의원을 이용하던 환자가 입원 진료가 필요할 때 바로 병원으로 연결됨으로써 비효율성을 방지할 수 있다.

마지막으로 공공보건 의료의 확충과 공공보건 의료 체계를 확립하는 것은 우리나라의 보건의료 체계가 직면하고 있는 의료 취약 지역과 의료 사각지대와 같은 의료의 형평성 문제, 의료의 상업화로 인한 의료비 급증 및 환자의 불만족 문제 등을 해결하기 위한 주요한 정책 방안이라 할 수 있다. 이러한 공공병원이 제 역할을 다 할 수 있도록 하기 위해서는 보건 의료 공급 체계에서 중추적인 역할을 하는 의사 인력을 포함한 보건의료 인력을 안정적으로 확보하는 방안을 마련하는 것이다(정미경 등, 2014). 그리고 공공병원의 의사 인력 확보를 위한 방안의 하나로 개방병원제도를 활성화시키는 게 무엇보다 중요하다고 판단된다.

제 5 장

개방진료 실태 및 추이 분석

제1절 개방병원 운영 신청 기준

제2절 개방병원제도 참여 기관 추이

제3절 개방진료 추이

제4절 개방진료 의료 이용량 추세 분석

제5절 요약 및 시사점

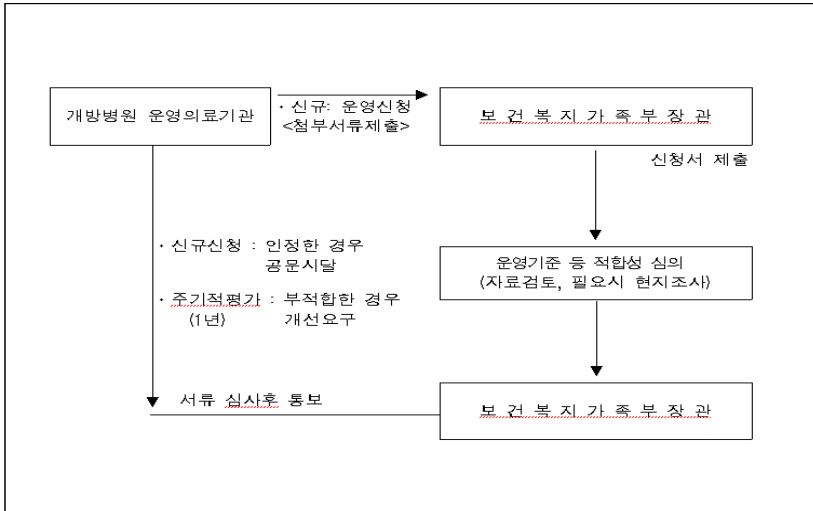
5

개방진료 실태 및 추이 분석 《

제1절 개방병원 운영 신청 기준

개방병원을 운영하기 위한 신청 기준은 병원급 이상이며, 개방진료를 위한 입원 병상이 5병상 이상 확보된 의료기관이다. 2009년 개방병원 활성화 대책의 일환으로, 참여의 신청 기준에서 병원과 병원 간 개방병원 계약이 허용되었으며, 병원급 이상 의료기관도 참여의가 가능하도록 변경되었다. 또한 참여의는 개방병원과 지리적으로 근접한 거리에 위치하여 회진 및 응급 진료를 할 수 있어야하며, 개방병원에서 개설되지 않은 진료 과목에 대해 이용 계약을 체결할 수 있다. 개방병원 운영을 희망하는 의료기관은 개방병원 운영 신청서와 개방병원 운영 계획서, 이용 계약서, 진료 수익 분배율 표, 계약된 참여 병의원 현황 등을 보건복지부와 건강보험심사평가원에 제출해야 한다(김세라, 2011). 또한 개방병원은 개방병원 운영 신청서 제출 이후 진료 수익 분배율 변경 등 참여 병의원과 계약을 변경할 때마다 개방병원 이용 계약서와 계약을 체결한 참여 병의원 현황을 건강보험심사평가원에 제출해야 한다(보건복지부, 2015).

[그림 5-1] 개방병원 운영 신청 절차



자료: 보건복지부(2015).

제2절 개방병원제도 참여 기관 추이

1. 개방병원 신청 기관

개방병원제도에 참여하기 위하여 건강보험심사평가원에 제출된 자료를 토대로 개방병원 및 참여 의사에 대한 실태를 파악하였다. 개방병원과 개방병원 참여의를 포함한 개방병원 제도에 신청한 의료기관은 2006년 520곳이었고, 이후 점차 감소하여 최근 2015년에는 신청 기관이 428곳으로 줄어들었다. 이 중 개방병원은 2006년 56곳에서 이후 감소와 증가 추세를 반복적으로 보이다가 2015년 67곳으로 2006년보다 다소 증가하였다. 그러나 개방병원에 참여한 병의원은 2006년 464곳에서 2015년 361곳으로 감소하였다(표 5-1).

〈표 5-1〉 연도별 개방병원 운영을 신청한 기관 수 변화

(단위: 곳, %)

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
개방병원	56	52	51	63	60	57	60	63	68	67
	(100)	(92.9)	(91.1)	(112.5)	(107.1)	(101.8)	(107.1)	(112.5)	(121.4)	(119.6)
참여병원	464	422	434	437	387	369	361	365	365	361
	(100)	(90.9)	(93.5)	(94.2)	(83.4)	(79.5)	(77.8)	(78.7)	(78.7)	(77.8)
전체	520	474	485	500	447	426	421	428	433	428
	(100)	(91.2)	(93.3)	(96.2)	(86.0)	(81.9)	(81.0)	(82.3)	(83.3)	(82.3)

주: ()는 2006년 대비 증가비이다.
 자료: 건강보험심사평가원 내부 자료.

〈표 5-2〉와 같이 신청 기관의 종별 분표를 살펴 본 결과, 2006년부터 최근까지 개방병원 운영을 신청한 개방병원 중 약 60~70%가 종합병원이었으며, 2015년 말 기준 개방병원 운영을 신청한 개방병원 가운데 상급 종합병원이 3곳(4.5%), 종합병원이 42곳(62.7%), 병원이 22곳(32.8%)인 것으로 나타났다. 2006년 대비 종합병원은 크게 증가하지 않은 반면, 병원은 꾸준한 증가 추세를 보이고 있다.

개방병원제도에서 개방 의사로 신청한 참여 병의원은 주로 의원이 중심이다. 2009년에 병원급 의료기관도 참여의로 신청할 수 있게 기준이 변경되어 첫해에 4개 병원이 신청하였지만, 2012년 이후 신청한 참여병원이 거의 없었다. 2015년 현재 참여의로 등록한 병원은 1곳인 것으로 조사되었다. 반면 2015년 개방병원 운영을 신청한 참여 의원은 360곳(99.7%)이었다.

112 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

〈표 5-2〉 연도별 개방병원 신청 기관의 종별 분포

(단위: 곳, %)

구분		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
개방 병원	상급 종합	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
		(5.4)	(5.8)	(5.9)	(4.8)	(5.0)	(5.3)	(5.0)	(4.8)	(4.4)	(4.5)
	종합병원	40	36	34	41	41	38	38	41	42	42
		(71.4)	(69.2)	(66.7)	(65.1)	(68.3)	(66.7)	(63.3)	(65.1)	(61.8)	(62.7)
	병원	13	13	14	19	16	16	19	19	23	22
		(23.2)	(25.0)	(27.5)	(30.2)	(26.7)	(28.1)	(31.7)	(30.2)	(33.8)	(32.8)
전체	56	52	51	63	60	57	60	63	68	67	
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	
참여 병의원	병원	-	-	-	4	5	5	1	-	-	1
					(0.9)	(1.3)	(1.4)	(0.3)			(0.3)
	의원	464	422	434	433	382	364	360	365	365	360
		(100)	(100)	(100)	(99.1)	(98.7)	(98.6)	(99.7)	(100)	(100)	(99.7)
	전체	464	422	434	437	387	369	361	365	365	361
		(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

개방병원 운영을 신청한 개방병원과 참여 병의원의 의료기관 종별 관계는 종합병원-의원이 가장 많았으며, 2012년 이후에는 병원-의원, 상급 종합병원-의원 순인 것으로 나타났다. 2015년 말 기준 종합병원급 개방병원과 참여 의원은 301곳(83.4%), 병원급 개방병원과 참여 의원은 36곳(10.0%), 상급 종합병원급 개방병원과 참여 의원은 23곳(6.4%)이 개방병원 운영을 신청하였다(표 5-3).

〈표 5-3〉 연도별 개방병원과 참여 병원의 종별 관계

구분	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
상급 종합병원 -의원	32	30	31	30	32	30	26	25	23	23
	(6.9)	(7.1)	(7.1)	(6.9)	(8.3)	(8.1)	(7.2)	(6.8)	(6.3)	(6.4)
종합병원-병원	-	-	-	4	5	3	-	-	-	1
				(0.9)	(1.3)	(0.8)				(0.3)
종합병원-의원	404	365	347	330	321	307	301	305	303	301
	(87.1)	(86.5)	(80.0)	(75.5)	(82.9)	(83.2)	(83.4)	(83.6)	(83.0)	(83.4)
병원-병원	-	-	-	-	-	2	1	-	-	-
						(0.5)	(0.3)			
병원-의원	28	27	56	73	29	27	33	35	39	36
	(6.0)	(6.4)	(12.9)	(16.7)	(7.5)	(7.3)	(9.1)	(9.6)	(10.7)	(10.0)
전체	464	422	434	437	387	369	361	365	365	361
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

제3절 개방진료 추이

개방진료는 참여의가 개방병원의 시설, 장비, 인력 등을 이용하여 입원 및 외래 수술 등을 하는 개방진료와 참여의가 개방병원으로 검체 검사 외의 검사 등을 의뢰하는 개방병원 의뢰 진료로 구분할 수 있다. 본 연구 참여의가 개방병원에서 직접 진료하는 개방진료만을 분석 대상으로 하여 개방병원 진료 현황을 분석하고자 했다.

1. 개방진료 운영 기관 수

개방병원 신청 기관 중 개방진료 실적이 발생한 개방병원 수의 연도별

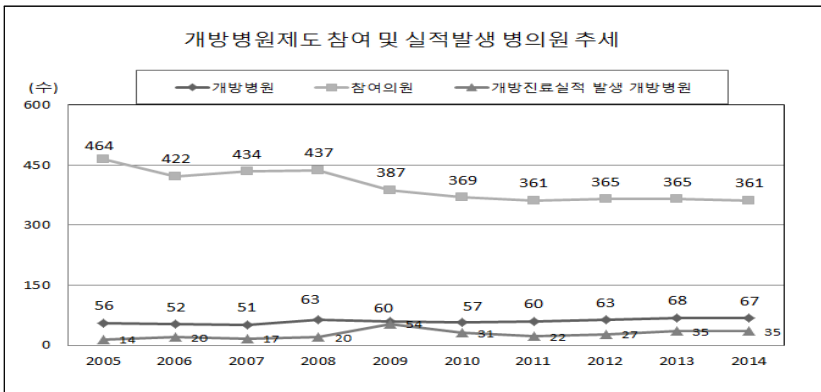
현황은 <표 5-4>와 같다. 2005년부터 2014년까지 개방병원 신청 기관의 약 45.6%가 개방진료를 실시하고 있었다. 2005년부터 2009년까지 개방진료 실시 기관 및 개방병원 신청 기관은 모두 증가 추세를 보였다. 2009년의 경우 개방병원 신청 기관 63곳 중 54개 기관(85.7%)에서 개방진료 실적이 발생하였으나, 그 후 실적 발생 병원 수와 비중이 감소하여 2014년에는 개방진료 신청 기관 68곳 중 35곳(51.5%)에서 개방진료 실적이 발생하였다(표 5-4)(그림 5-2).

<표 5-4> 연도별 개방진료 실적이 있는 의료기관 수

(단위: 곳, %)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	평균
개방진료 실시 기관	14	20	17	20	54	31	22	27	35	35	27.5
	(28.0)	(32.8)	(27.0)	(30.8)	(85.7)	(51.7)	(38.6)	(45.0)	(55.6)	(51.5)	(45.6)
개방병원 신청 기관	50	61	63	65	63	60	57	60	63	68	61
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)

[그림 5-2] 개방병원제도 참여 및 실적 발생 병의원 추세



시도별 개방진료 실적이 발생한 개방병원의 분포를 보면 <표 5-5>와 같다. 2005년도의 경우 서울 지역의 개방병원이 21.4%(3개소)로 가장 많았으며, 2006년 이후에는 경기 지역의 개방병원 실적이 가장 높은 것으로 나타났다. 2009년과 2010년에는 전국 개방병원 중 부산 지역과 경기 지역의 개방병원이 각각 20.4%(11곳), 19.4%(6곳)로 가장 많았고, 2011년 이후에는 경기 지역의 개방병원이 전국에서 가장 많았다.

한편 인천 지역의 경우 2008년부터 개방진료 실적이 발생한 바 없으며, 경북과 제주 지역은 2007년부터 실적이 발생하지 않은 것으로 나타났다. 충남과 제주 지역은 2011년 이후부터, 대전 지역은 2012년 이후부터, 전북 지역은 2013년과 2014년에 개방진료 실적이 발생한 개방병원이 없었으며, 신도시인 세종시에서는 개방진료 실적이 발생한 개방병원이 부재하였다. 2014년에는 전국 개방병원 35곳 중 경기 지역 개방병원이 7곳(20.0%)으로 가장 많았고, 서울 지역과 대구 지역이 각 5곳(14.3%), 부산 지역 4곳(11.4%) 순으로 나타났다.

<표 5-5> 시도별 연도별 개방진료 실적이 있는 개방병원 비율

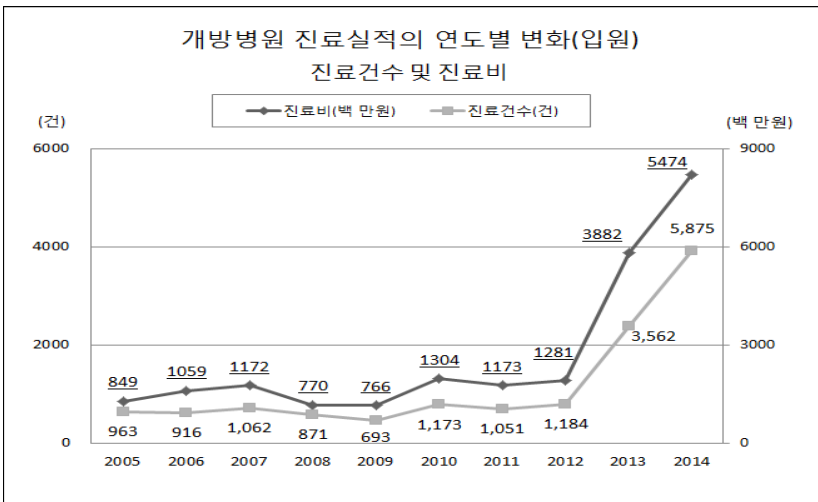
(단위: 곳, %)

시도	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
서울	3	2	3	4	4	2	2	3	6	5
	(21.4)	(10.0)	(17.6)	(20.0)	(7.4)	(6.5)	(9.1)	(11.1)	(17.1)	(14.3)
부산	1	3	2	3	11	6	3	4	4	4
	(7.1)	(15.0)	(11.8)	(15.0)	(20.4)	(19.4)	(13.6)	(14.8)	(11.4)	(11.4)
인천	1	1	1	-	1	1	0	0	1	0
	(7.1)	(5.0)	(5.9)	-	(1.9)	(3.2)	(0.0)	(0.0)	(2.9)	(0.0)
대구	3	4	2	3	3	3	4	4	4	5
	(21.4)	(20.0)	(11.8)	(15.0)	(5.6)	(9.7)	(18.2)	(14.8)	(11.4)	(14.3)
광주	-	-	-	-	2	1	1	1	2	2

2. 개방진료 실적

입원과 외래를 모두 포함한 개방병원 진료 실적이 발생한 개방병원은 2005년 이후 증가하는 경향을 보였지만, 2009년(54곳) 이후 급격히 감소하였다가 2012년 이후 증가유지 추세를 보이고 있다(표 5-6). 2014년에는 35곳으로 2005년 대비 250% 증가했으나, 2009년과 비교했을 때 64.8%로 감소한 것으로 나타났다. 입원 진료와 외래 진료를 구분해 보면, 입원 진료를 한 개방병원 수는 2005년 이후 증가하는 추세를 보였으며, 2009년 이후 감소하다 2012년 이후 증가유지하는 추세를 보이고 있다(그림 5-3). 외래 진료를 한 개방병원 수는 2005년 3곳 대비 2009년 22곳으로 비약적으로 증가했으나, 2010년 8곳으로 급격히 감소한 이후 그 수준을 유지하고 있는 것으로 보인다. 2014년 입원 진료를 한 개방병원 수는 35곳, 외래 진료를 한 개방병원 수는 6곳이었다.

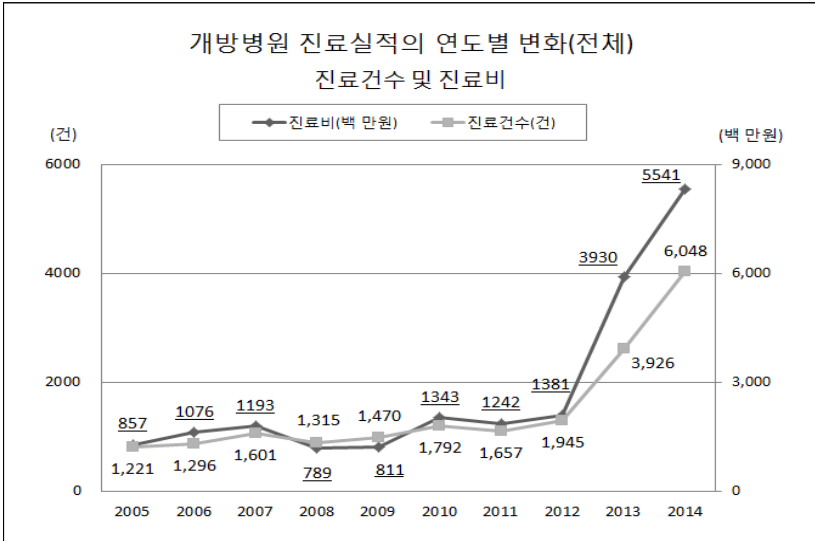
[그림 5-3] 개방병원 진료 실적의 연도별 변화(입원)



입원과 외래를 모두 포함한 개방진료 건수는 2005년 이후 증가하여 2013년에는 3926건의 개방진료가 발생했으며, 이는 2005년 대비 321.5%, 2009년과 비교했을 때는 267.1%로 증가한 것이다. 2014년에는 6048건이 발생하여 2005년 대비 495.3%로 증가하였다(그림 5-4). 이러한 개방진료 건수의 증가는 주로 개방진료 중에서 입원 의료가 크게 증가하였기 때문이다. 입원진료 건수는 2010년에 증가하여 2012년까지 그 수준을 유지하다가 2013년 이후 역시 큰 폭의 증가세를 보이고 있는 반면에, 외래 진료 건수는 2009년 감소 추세를 보이고 있고 2014년의 외래 진료 건수는 2005년 대비 67.1%, 2009년 대비 22.3%로 크게 감소하였다.

이러한 경향은 진료 일수의 변화에서도 볼 수 있는데, 개방진료 중에서 입원 진료 일수는 2012년 5225일에서 2013년 2만 2384일로 4배 이상 증가하였다. 그리고 2013년 이후 크게 증가하여 2014년은 입원 진료 일수가 3만 8997일로 2013년 대비 120% 이상 증가하였다. 개방진료 중에서 입원 의료의 건수와 진료 일수가 크게 증가하면서 개방진료비도 크게 증가하였다. 개방진료비는 2005년 이후 증가 추세에 있으며, 특히 2013년과 2014년에 비약적으로 증가했음을 알 수 있다. 2014년 개방진료 수입은 약 55억 원 수준이지만 최근의 증가 추세에 관심을 가질 필요가 있을 것으로 판단된다. 이러한 개방진료비의 증가는 개방 입원 진료비 증가에 영향을 받은 것으로 예상된다. 개방진료 중에서 입원 진료비는 2012년까지 증가, 감소, 증가하다가 2013년 이후 비약적 증가 추세를 보이고 있다. 전체 개방진료비 중 대부분은 입원 진료비로 발생하였으며, 2014년에는 개방진료비의 약 98.8%(54억 7421만 3000원)가 입원 진료비로 발생하였다.

[그림 5-4] 개방병원 진료 실적의 연도별 변화(전체)



<표 5-6> 개방병원 진료 실적의 연도별 변화

(단위: 개소, 건, 일, 천원)

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
입원	개방병원 수	14	20	17	19	38	30	22	27	35
	(곳)	(100)	(142.9)	(121.4)	(135.7)	(271.4)	(214.3)	(157.1)	(192.9)	(250.0)
	진료건수	963	916	1,062	871	693	1,173	1,051	1,184	3,562
	(건)	(100)	(95.1)	(110.3)	(90.4)	(72.0)	(121.8)	(109.1)	(122.9)	(369.9)
	진료일수	5,129	4,965	6,621	4,321	3,726	6,126	4,689	5,225	22,384
(일)	(100)	(96.8)	(129.1)	(84.2)	(72.6)	(119.4)	(91.4)	(101.9)	(436.4)	
진료비	848,663	1,059,141	1,171,897	770,466	766,307	1,303,819	1,173,002	1,281,326	3,881,859	
(천원)	(100)	(124.8)	(138.1)	(90.8)	(90.3)	(153.6)	(138.2)	(151.0)	(457.4)	
외래	개방병원 수	3	3	1	3	22	8	5	7	
	(곳)	(100)	(100)	(33.3)	(100)	(733.3)	(266.7)	(166.7)	(233.3)	
	진료건수	258	380	539	444	777	619	606	761	
	(건)	(100)	(147.3)	(208.9)	(172.1)	(301.2)	(239.9)	(234.9)	(295.0)	
	진료일수	354	588	720	646	1,179	1,050	784	755	
(일)	(100)	(166.1)	(203.4)	(182.5)	(333.1)	(296.6)	(221.5)	(213.3)		
진료비	8,162	16,386	20,720	18,083	44,394	38,905	68,946	100,061		
(천원)	(100)	(200.8)	(253.9)	(221.5)	(543.9)	(476.7)	(844.7)	(1225.9)		

120 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

구분	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
전체	개방병원 수 (곳)	14 (100)	20 (142.9)	17 (121.4)	20 (142.9)	54 (385.7)	31 (221.4)	22 (157.1)	27 (192.9)	35 (250.0)	35 (250.0)
	진료건수 (건)	1,221 (100)	1,296 (106.1)	1,601 (131.1)	1,315 (107.7)	1,470 (120.4)	1,792 (146.8)	1,657 (135.7)	1,945 (159.3)	3,926 (321.5)	6,048 (495.3)
	진료일수 (일)	5,483 (100)	5,553 (101.3)	7,341 (133.9)	4,967 (90.6)	3,788 (69.1)	4,905 (89.5)	7,176 (130.9)	5,473 (99.8)	5,980 (109.1)	22,743 (414.8)
	진료비 (천 원)	856,825 (100)	1,075,528 (125.5)	1,192,617 (139.2)	788,548 (92.0)	810,700 (94.6)	1,342,723 (156.7)	1,241,949 (144.9)	1,381,387 (161.2)	3,930,399 (458.7)	5,540,520 (646.6)

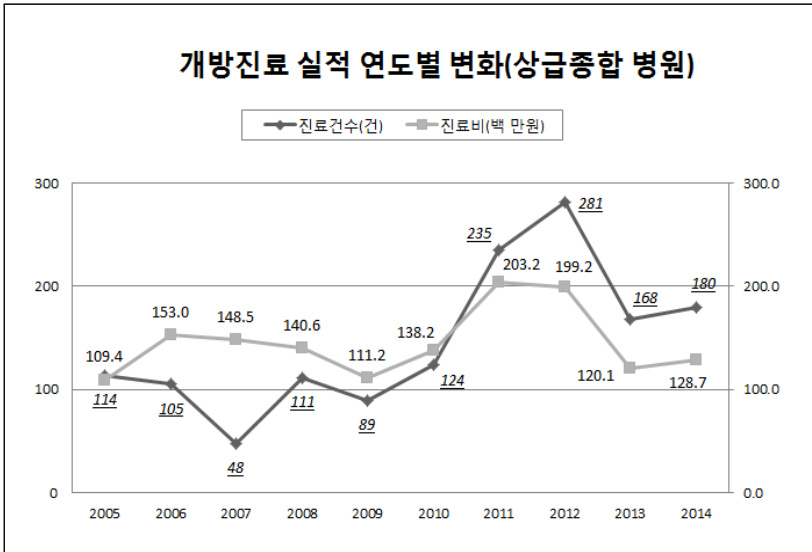
주: ()는 2005년 대비 증가비이며, 입원은 에피소드 진료 건수이다.

개방병원 증별로 개방진료 실적의 연도별 변화를 보면 <표 5-7>, 종합 병원의 진료 건수는 2007년 1419건으로 2005년 대비 171%가 증가한 것으로 나타났으며, 2009년에는 801건으로 96%가 감소하였다(그림 5-6). 상급 종합병원과 종합병원의 개방진료 건수는 2005년 대비 2009년에는 감소한 반면(그림 5-5), 병원의 개방진료 건수는 163%(448건) 증가하였다. 또한 병원의 진료 건수는 2010년 800건으로 2005년 대비 161.9%로 증가하였다가 2011년에 590건으로 감소했으나 2012년에 899건으로 다시 증가한 이후에 비약적인 증가세를 보이고 있다. 2005년 대비 2014년의 진료 건수는 상급 종합병원과 종합병원, 병원 모두에서 증가하였는데, 특히 병원의 개방진료 건수는 2005년 대비 940.9%(4648건)로 비약적으로 증가하였다.

병원의 개방진료 일수는 2009년 966건으로 2005년 대비 232%가 증가한 것으로 나타났으나, 상급 종합병원과 종합병원의 개방진료 일수는 2005년 대비 2009년에 각 71.1%(334건), 54.1%(2488건)가 감소하였다. 2014년에는 3만 2510일로 2005년 대비 2199.6%로 증가했고, 종합 병원의 개방진료 일수 역시 2005년 대비 242.9%(6,315일)로 증가하였다. 반면 상급 종합병원의 경우 2005년 대비 99.4%(345일)로 다소 감소하였다.

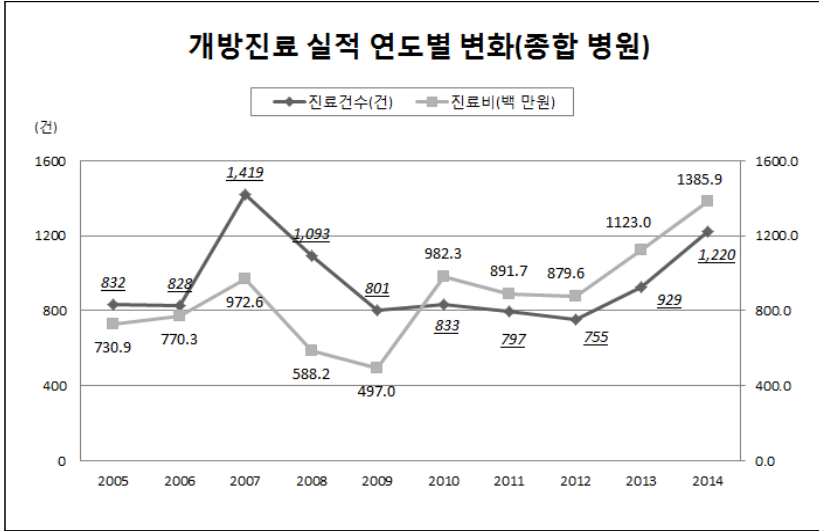
2009년 이후 병원과 종합병원의 개방진료비는 다소 변동이 있었지만 증가하여 2014년 병원의 개방진료비는 40억 2600만 1000원으로, 2005년 대비 3423.3%라는 비약적인 수치로 증가했고(그림 5-7), 종합병원의 2014년 개방진료비는 13억 8585만 1000원으로 2005년 대비 266%로 크게 증가한 것으로 나타났다(그림 5-6). 병원의 개방진료비는 2014년 전체 개방진료비의 72.6%에 해당하는 높은 수준이다. 한편 상급 종합병원의 경우 2009년 이후 2011년까지 증가하다가 2012년과 2013년에 감소 추세를 보였고 2014년에 다시 증가하였다. 2014년 상급 종합병원의 개방진료비는 1억 2866만 9000원으로 2009년 대비 113.6%로 증가하였다(그림 5-5).

[그림 5-5] 개방진료 실적 연도별 변화(상급 종합병원)

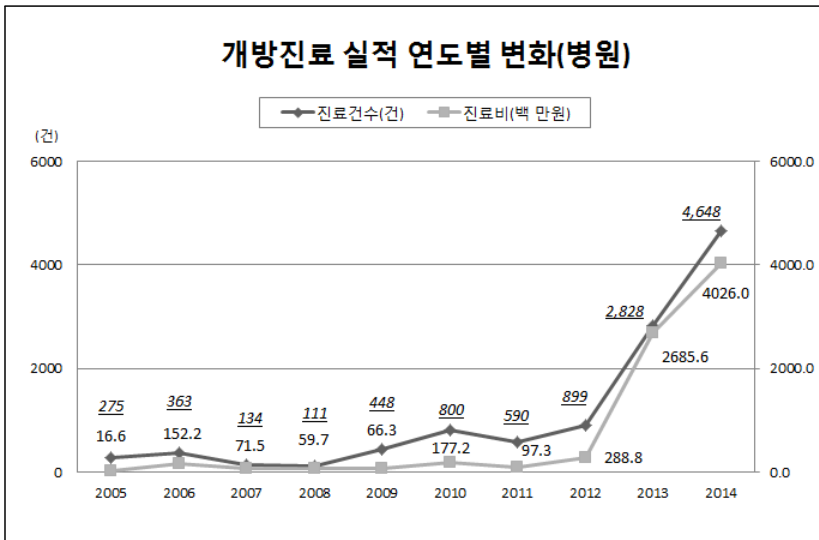


122 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

[그림 5-6] 개방진료 실적 연도별 변화(종합병원)



[그림 5-7] 개방진료 실적 연도별 변화(병원)



〈표 5-7〉 개방병원 종별 개방진료 실적의 연도별 변화

(단위: 건, 일, 천원)

구분		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
상급 종합 병원	진료 건수 (건)	114	105	48	111	89	124	235	281	168	180
		(100)	(92)	(42)	(97)	(78)	(122.8)	(232.7)	(278.2)	(166.3)	(178.2)
	내원 일수 (일)	470	606	560	486	334	406	597	594	353	345
		(100)	(129)	(119)	(103)	(71)	(117.0)	(172.0)	(171.2)	(101.7)	(99.4)
	진료비 (천 원)	109,375	153,042	148,473	140,578	111,211	138,155	203,246	199,241	120,081	128,669
		(100)	(140)	(136)	(129)	(102)	(122.0)	(179.5)	(175.9)	(106.0)	(113.6)
종합 병원	진료 건수 (건)	832	828	1,419	1,093	801	833	797	755	929	1,220
		(100)	(100)	(171)	(131)	(96)	(102.1)	(97.7)	(92.5)	(113.8)	(149.5)
	내원 일수 (일)	4,596	3,758	6,331	3,966	2,488	4,404	3,473	3,339	4,866	6,315
		(100)	(82)	(138)	(86)	(54)	(169.4)	(133.6)	(128.4)	(187.2)	(242.9)
	진료비 (천 원)	730,897	770,300	972,612	588,247	496,955	982,295	891,741	879,568	1,123,021	1,385,851
		(100)	(105)	(133)	(81)	(68)	(188.5)	(171.1)	(168.8)	(215.5)	(266.0)
병원	진료 건수 (건)	275	363	134	111	448	800	590	899	2,828	4,648
		(100)	(132)	(49)	(40)	(163)	(161.9)	(119.4)	(182.0)	(572.5)	(940.9)
	내원 일수 (일)	417	1,189	450	515	966	2,095	1,115	1,976	17,518	32,510
		(100)	(285)	(108)	(124)	(232)	(141.7)	(75.4)	(133.7)	(1,185.3)	(2,199.6)
	진료비 (천 원)	16,553	152,186	71,532	59,723	66,267	177,210	97,334	288,834	2,685,562	4,026,001
		(100)	(919)	(432)	(361)	(400)	(150.7)	(82.8)	(245.6)	(2283.5)	(3423.3)

주: ()는 2005년 대비 증가비이며, 입원은 에피소드 진료 건수이다.

진료 과목별 개방진료 실적의 연도별 현황을 보면 <표 5-8>, 개방진료 건수는 2005년의 경우 산부인과와 소아청소년과가 전체 개방진료 건수의 46.6%를 차지했으며, 2006년에는 외과와 소아청소년과의 개방진료 건수(각 21.4%, 20.5%)로 가장 높았다. 2010년부터 2012년까지 비뇨기과 진료 과목의 개방진료 건수가 가장 많았으며 매년 전체 개방진료의 약 50%를 차지하고 있었다. 2013년과 2014년에는 내과 진료 과목의 개방진료 건수가 각각 38.1%, 56.2%로 가장 높았다.

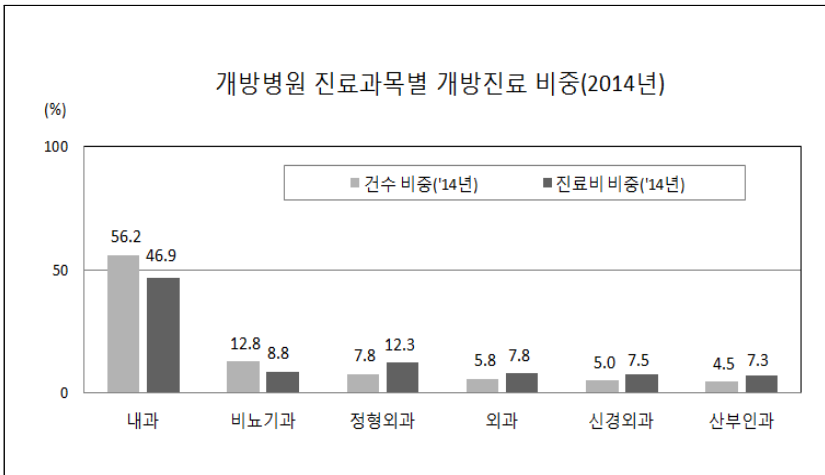
2005년과 2006년 소아청소년과의 개방진료 내원 일수가 전체 개방진료의 내원 일수 중 각 26.8%, 26.4%를 차지하여 가장 많은 것으로 조사되었으며, 2007년부터 2012년까지는 비뇨기과 개방진료의 내원 일수가 전체 개방진료의 내원 일수 중 각 23.3%, 33.8%, 46.4%, 47.0%, 48.4%, 41.5%를 차지하여 가장 높은 것으로 나타났다.

진료 과목별 개방진료비는 2005년 이후부터 2009년까지 내과의 개방진료비가 전체 개방진료비의 27% 이상을 차지하여 매년 가장 많은 개방진료비가 발생하였다. 2013년과 2014년에는 내과의 개방진료 내원 일수가 각각 49.6%, 59.0%를 차지하여 가장 많은 개방진료의 내원 일수가 발생하였다. 진료 과목별 개방진료비는 2010년에는 비뇨기과의 개방진료비가 전체 개방진료비의 47.0%를 차지하여 가장 많았고, 2011년에는 외과(31.9%), 2012년에는 비뇨기과(32.8%)가 가장 많았다. 2013년과 2014년에는 내과에서 가장 많은 개방진료비가 발생하였다. 2014년 기준 진료 과목별 개방진료비는 내과(46.9%), 정형외과(12.3%), 비뇨기과(8.8%) 순으로 많았으며, 이 진료 과목들은 전체 개방진료비의 68.0% 수준이었다.

특히 2014년 전체 개방진료 건수에서 차지하는 비중이 가장 높은 전문 과목은 내과(56.2%), 비뇨기과(12.8%), 정형외과(7.8%), 외과(5.8%), 신

경외과(5.0%), 산부인과(4.5%) 순이었다. 개방진료비 비중이 높은 전문 과목은 내과(46.9%), 정형외과(12.3%), 비뇨기과(8.8%), 외과(7.8%), 신경외과(7.5%), 산부인과(7.3%) 순으로 진료 건수와 비슷한 경향을 가지고 있다(그림 5-8).

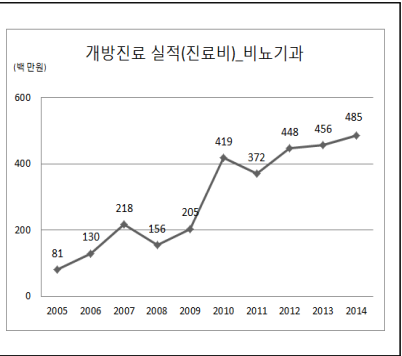
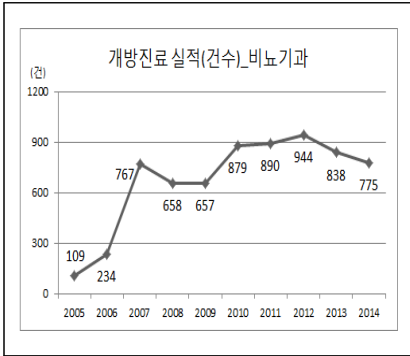
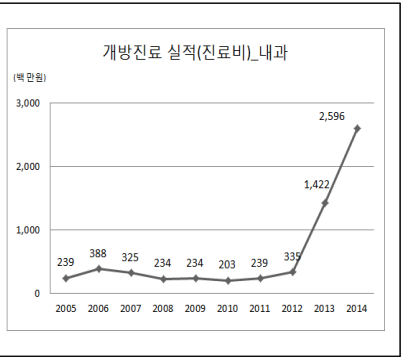
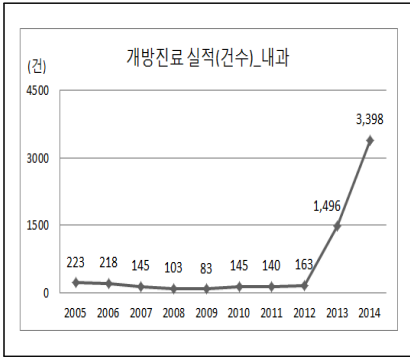
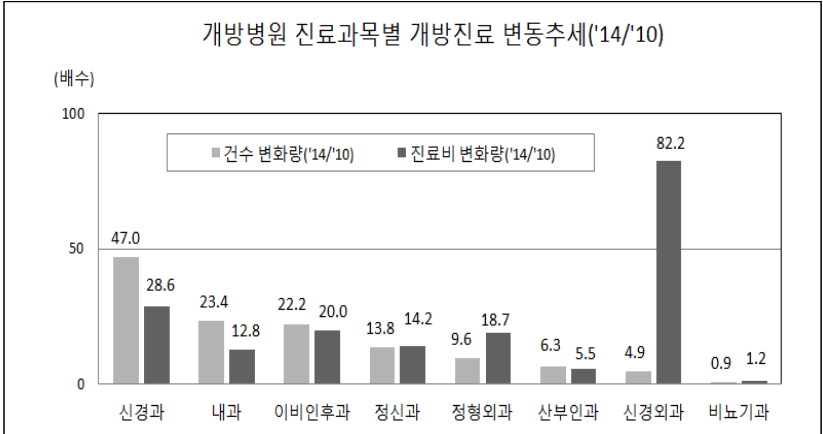
[그림 5-8] 개방병원 진료 과목별 개방진료 비중

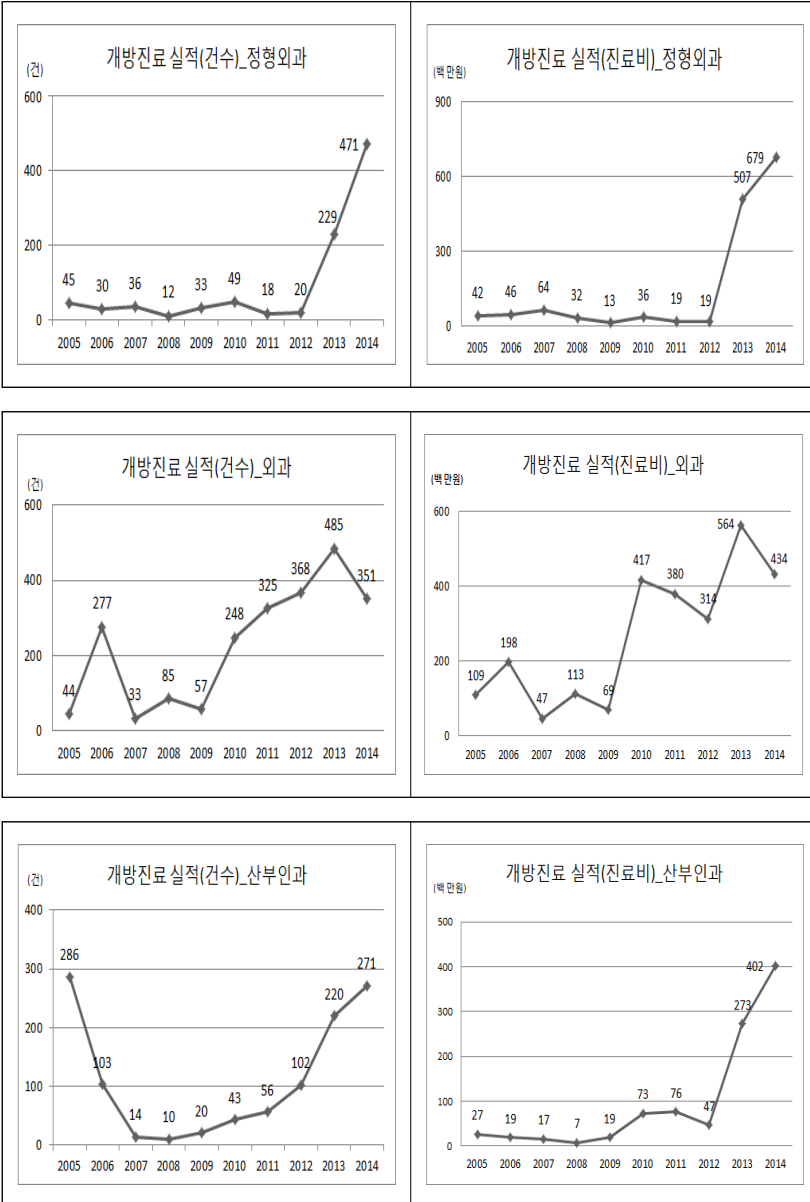


2010년에서 2014년까지 지난 5년간 개방진료 건수가 가장 많이 증가한 전문 과목은 신경과(47.0배), 내과(23.4배), 이비인후과(22.2배), 정신과(13.8배), 정형외과(9.6배) 순이었다. 개방진료비의 경우를 보면, 신경외과(82.2배), 신경과(28.6배), 이비인후과(20.0배), 정형외과(18.7배), 정신과(14.2배), 내과(12.8배), 산부인과(5.5배), 비뇨기과(1.2배) 순이었다(그림 5-9).

126 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

[그림 5-9] 개방병원 진료 과목별 개방진료 변동 추세('14/'10)





〈표 5-8〉 진료 과목별 연도별 개방진료 실적(2005~2014)

(단위: 건, 일, 천원)

구분	2005			2006			2007			2008			2009		
	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비
가정의학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	26	1783
내과	223	797	238,960	218	763	388,352	145	538	324,789	103	313	233,583	83	321	234,308
	(18.3)	(14.5)	(28.0)	(16.8)	(13.7)	(36.1)	(9.1)	(7.3)	(27.2)	(7.8)	(6.3)	(29.6)	(6.2)	(8.5)	(34.7)
마취통증의학과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	389	38,970	268	653	41,958
비뇨기과	109	751	81,095	234	655	130,441	767	1711	218,065	658	1681	155,739	657	1759	204,529
	(8.9)	(13.7)	(9.5)	(18.1)	(11.8)	(12.1)	(47.9)	(23.3)	(18.3)	(50.0)	(33.8)	(19.8)	(49.1)	(46.4)	(30.3)
산부인과	286	506	26523	103	246	19,043	14	114	16,566	10	76	7,486	20	125	18,782
	(23.5)	(9.2)	(3.1)	(7.9)	(4.4)	(1.8)	(0.9)	(1.6)	(1.4)	(0.8)	(1.5)	(0.9)	(1.5)	(3.3)	(2.8)
소아청소년과	281	1,468	105,533	266	1,465	116,309	311	1686	159,400	272	1353	116,300	4	15	1,220
	(23.1)	(26.8)	(12.4)	(20.5)	(26.4)	(10.8)	(19.4)	(23.0)	(13.4)	(20.7)	(27.2)	(14.7)	(0.3)	(0.4)	(0.2)
신경과	5	63	6,851	6	75	11,265	4	272	50,703	2	52	8,052	-	-	-
	(0.4)	(1.2)	(0.8)	(0.5)	(1.4)	(1.0)	(0.2)	(3.7)	(4.3)	(0.2)	(1.0)	(1.0)	-	-	-

130 의료비 절감대책 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개관료면담을 중심으로

구분	2005			2006			2007			2008			2009		
	건수	진료 입수	진료비	건수	진료 입수	진료비	건수	진료 입수	진료비	건수	진료 입수	진료비	건수	진료 입수	진료비
정형외과	45 (3.7)	194 (3.5)	41,634 (4.9)	30 (2.3)	210 (3.8)	45,643 (4.2)	36 (2.2)	465 (6.3)	63,856 (5.4)	12 (0.9)	232 (4.7)	32,460 (4.1)	33 (2.5)	85 (2.2)	12,573 (1.9)
치과보존과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
피부과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
한방내과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
흉부외과	-	-	-	3 (0.2)	42 (0.8)	8,808 (0.8)	70 (4.4)	882 (12.0)	100,808 (8.5)	-	-	-	-	-	-
전체	1,219 (100)	5,478 (100)	854,219 (100)	1,296 (100)	5,553 (100)	1,075,528 (100)	1,601 (100)	7,341 (100)	1,192,617 (100)	1,315 (100)	4,967 (100)	788,548 (100)	1,338 (100)	3,788 (100)	674,433 (100)

□ 2010-2014

구분	2010			2011			2012			2013			2014		
	건수 (12.2)	진료 일수 (6.8)	진료비 (2.9)	건수 (12.2)	진료 일수 (6.8)	진료비 (2.9)	건수 (12.2)	진료 일수 (6.8)	진료비 (2.9)	건수 (12.2)	진료 일수 (6.8)	진료비 (2.9)	건수 (12.2)	진료 일수 (6.8)	진료비 (2.9)
가정의학과	12 (0.7)	47 (0.7)	4,130 (0.3)	-	-	-	3 (0.2)	17 (0.3)	1,215 (0.1)	-	-	-	5 (0.1)	39 (0.1)	3,434 (0.1)
내과	145 (8.3)	444 (6.4)	202,703 (15.6)	140 (8.6)	288 (5.6)	238,676 (20.0)	163 (8.4)	438 (7.4)	335,159 (24.5)	1,496 (38.1)	11,282 (49.6)	1,422,284 (36.2)	3,398 (56.2)	23,097 (59.0)	2,596,194 (46.9)
마취통증의학과	214 (12.2)	471 (6.8)	37,190 (2.9)	-	-	-	28 (1.4)	56 (0.9)	41,010 (3.0)	-	-	-	37 (0.6)	76 (0.2)	2,821 (0.1)
비뇨기과	879 (50.0)	3,247 (47.0)	419,061 (32.3)	890 (54.9)	2,510 (48.4)	371,684 (31.2)	944 (48.8)	2,453 (41.5)	447,937 (32.8)	838 (21.4)	2,741 (12.1)	456,482 (11.6)	775 (12.8)	2,748 (7.0)	485,319 (8.8)
신부인과	43 (2.4)	253 (3.7)	73,273 (5.6)	56 (3.5)	342 (6.6)	76,442 (6.4)	102 (5.3)	443 (7.5)	46,595 (3.4)	220 (5.6)	1,122 (4.9)	272,945 (6.9)	271 (4.5)	1,571 (4.0)	401,801 (7.3)
소아청소년과	2 (0.1)	3 (0.0)	238 (0.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
신경과	4 (0.2)	31 (0.4)	9,745 (0.8)	67 (4.1)	107 (2.1)	11,878 (1.0)	117 (6.0)	153 (2.6)	28,050 (2.1)	120 (3.1)	231 (1.0)	17,185 (0.4)	188 (3.1)	3,116 (8.0)	278,233 (5.0)
신경외과	62 (3.5)	116 (1.7)	5,048 (0.4)	-	-	-	2 (0.1)	11 (0.2)	4,059 (0.3)	361 (9.2)	2,342 (10.3)	564,798 (14.4)	302 (5.0)	1,626 (4.2)	415,136 (7.5)

구분	2010			2011			2012			2013			2014		
	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비
피부과	-	-	-	1	4	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
한방내과	-	-	-	(0.1)	(0.1)	(0.0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
흉부외과	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	8	315
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(0.1)	(0.0)	(0.0)	(0.0)
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	119
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(0.1)	(0.1)	(0.0)	(0.0)
전체	1,757 (100)	6,905 (100)	1,297,660 (100)	1,935 (100)	5,909 (100)	1,367,643 (100)	3,925 (100)	22,737 (100)	3,928,665 (100)	6,048 (100)	39,170 (100)	5,540,520 (100)	39,170 (100)	5,540,520 (100)	

16개 시도별 개방진료 실적의 연도별 현황을 보면 <표 5-9>, 2005년에는 대구에서 가장 많은 개방진료 건수, 개방진료 일수, 개방진료비가 발생하였다. 2011년과 2012년에는 경기 지역에서 가장 많았고, 2013년과 2014년에는 강원 지역에서 가장 많이 발생하였다. 2014년 기준 시도별 개방진료비는 강원 239만 3000원(43.2%), 서울 115만 7000원(20.9%), 경기 59만 7000원(10.8%) 순으로 많았으며, 이 지역들은 전체 개방진료비의 74.9% 수준이었다.

〈표 5-9〉 시도별 연도별 개방진료 실적(2005~2014)

□ 2005-2009

(단위: 건, 일, 천원)

구분	2005			2006			2007			2008			2009			
	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	
서울	73	435	71,271	76	587	121,115	143	818	173,048	107	560	65,540	431	940	56,349	
	(6.0)	(7.9)	(8.3)	(5.9)	(10.6)	(11.3)	(8.9)	(11.1)	(14.5)	(8.1)	(11.3)	(8.3)	(32.2)	(24.8)	(8.4)	
부산	43	182	32,558	499	1,489	271,735	751	1,697	245,922	562	1,490	154,97	499	994	102,707	
	(3.5)	(3.3)	(3.8)	(38.5)	(26.8)	(25.3)	(46.9)	(23.1)	(20.6)	(42.7)	(30.0)	(19.6)	(37.3)	(26.2)	(15.2)	
인천	20	82	23,175	10	23	7,479	1	2	289	-	-	-	-	-	-	
	(1.6)	(1.5)	(2.7)	(0.8)	(0.4)	(0.7)	(0.1)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	(0.0)	-	-	-	
대구	423	1,276	261,270	164	448	72,938	43	184	34,108	86	377	53,213	63	253	58,648	
	(34.6)	(23.3)	(30.5)	(12.7)	(8.1)	(6.8)	(2.7)	(2.5)	(2.9)	(6.5)	(7.6)	(6.7)	(4.7)	(6.7)	(8.7)	
광주	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	6,269
	(0.9)	(0.3)	(0.9)	(0.4)	(0.1)	(0.3)	(0.2)	(0.2)	(0.2)	(4.3)	(4.1)	(5.8)	(1.9)	(1.7)	(2.7)	
대전	-	-	-	1	8	747	3	37	3,718	-	-	-	4	16	4,415	
	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.2)	(0.5)	(0.3)	(0.3)	(0.4)	(0.7)	-	-	-	-	-	-	
울산	219	707	231,013	180	529	371,423	136	282	301,835	102	221	211,519	79	157	209,486	
	(17.9)	(12.9)	(27.0)	(13.9)	(9.5)	(34.5)	(8.5)	(3.8)	(25.3)	(7.8)	(4.4)	(26.8)	(5.9)	(4.1)	(31.1)	
경기	155	1,291	127,753	73	796	97,741	213	2,580	269,246	183	865	164,882	210	1,010	181,051	
	(12.7)	(23.5)	(14.9)	(5.6)	(14.3)	(9.1)	(13.3)	(35.1)	(22.6)	(13.9)	(17.4)	(20.9)	(15.7)	(26.7)	(26.8)	

□ 2010-2014

구분	2010			2011			2012			2013			2014		
	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비	건수	진료 일수	진료비
서울	361	942	118	30	214	66	75	330	74	853	4,682	1,187	904	5,527	1,157
	(20.5)	(13.6)	(9.1)	(1.8)	(4.1)	(5.5)	(3.9)	(5.6)	(5.4)	(21.7)	(20.6)	(30.2)	(14.9)	(14.1)	(20.9)
부산	580	2,181	391	594	1,594	285	633	1,390	257	456	1,709	421	352	1,388	387
	(33.0)	(31.6)	(30.1)	(36.6)	(30.7)	(23.9)	(32.7)	(23.5)	(18.8)	(11.6)	(7.5)	(10.7)	(5.8)	(3.5)	(7.0)
인천	8	81	19	-	-	-	-	-	-	1	6	1	-	-	-
	(0.5)	(1.2)	(1.5)	-	-	-	-	-	-	(0.0)	(0.0)	(0.0)	-	-	-
대구	110	462	78	197	643	87	274	786	98	160	599	50	281	3,417	329
	(6.3)	(6.7)	(6.0)	(12.1)	(12.4)	(7.3)	(14.2)	(13.3)	(7.2)	(4.1)	(2.6)	(1.3)	(4.6)	(8.7)	(5.9)
광주	14	15	9	7	7	4	3	11	3	168	928	229	113	660	149
	(0.8)	(0.2)	(0.7)	(0.4)	(0.1)	(0.3)	(0.2)	(0.2)	(0.2)	(4.3)	(4.1)	(5.8)	(1.9)	(1.7)	(2.7)
대전	12	22	10	4	10	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	(0.7)	(0.3)	(0.8)	(0.2)	(0.2)	(0.4)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
울산	81	154	176	62	112	151	59	107	100	55	101	99	65	115	126
	(4.6)	(2.2)	(13.6)	(3.8)	(2.2)	(12.7)	(3.0)	(1.8)	(7.3)	(1.4)	(0.4)	(2.5)	(1.1)	(0.3)	(2.3)
경기	433	2,074	383	639	2,256	469	679	2,482	505	691	2,977	517	736	3,703	597
	(24.6)	(30.0)	(29.5)	(39.4)	(43.5)	(39.3)	(35.1)	(42.0)	(36.9)	(17.6)	(13.1)	(13.2)	(12.2)	(9.5)	(10.8)

구분	2010			2011			2012			2013			2014					
	건수 (0.3)	진료 일수 (0.5)	진료비 (1.4)	건수 (3.8)	진료 일수 (5.0)	진료비 (3.3)	건수 (1.5)	진료 일수 (1.5)	진료비 (7.1)	건수 (4.5)	진료 일수 (4.7)	진료비 (18.7)	건수 (1.5)	진료 일수 (0.9)	진료비 (5.1)	건수 (1.7)	진료 일수 (58.7)	진료비 (43.2)
강원	5	33	18	62	258	39	121	512	71	1,468	11,469	1,208	3,320	22,996	2,393			
충북	-	-	-	24	77	85	88	279	256	60	216	202	102	419	161			
충남	16	90	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
전북	(0.9)	(1.3)	(0.9)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
전남	135	836	81	-	-	-	1	4	1	7	23	6	20	72	14			
	(7.7)	(12.1)	(6.2)	-	-	-	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.2)	(0.1)	(0.2)	(0.3)	(0.2)	(0.3)			
경북	-	-	-	3	14	2	2	8	2	6	27	8	124	841	204			
	-	-	-	(0.2)	(0.3)	(0.2)	(0.1)	(0.1)	(0.1)	(0.2)	(0.1)	(0.2)	(2.1)	(2.1)	(3.7)			
경남	1	11	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	32	23			
	(0.1)	(0.2)	(0.2)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	(0.5)	(0.1)	(0.4)			
제주	1	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
	(0.1)	(0.1)	(0.1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
전체	1,757	6,905	1,298	1,622	5,185	1,192	1,935	5,909	1,368	3,925	22,737	3,929	6,048	39,170	5,541			
	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)			

제4절 개방진료 의료 이용량 추세 분석

앞 절에서 2009년 개방병원 운영 지침 제정 및 시행 이후 개방병원제도 참여 병원 수와 개방진료 의료 이용량의 변화를 알아보았다. 그러나 이러한 개방병원제도와 관련된 참여 병원과 개방진료량의 변화가 새로 제정된 개방병원제도 운영 지침에 의해서만 생기는 것이 아니라면 이를 통해 정부가 개방병원제도 정착을 위하여 제정한 개방병원제도 운영 지침의 효과를 파악하기는 어렵다. 이러한 점을 고려하여 개방병원제도 참여 병원과 개방진료 의료 이용량의 10년치 연도별 시계열 자료를 분석한 결과에 대해 서술하고자 한다. 본 장의 초점은 처음으로 제정된 개방병원제도 운영 지침 시행을 통한 개방병원제도에 참여한 병원과 개방진료 의료 이용량이 증가하였는지, 증가하였다면 그 증가된 정도가 충분한 의미를 지니고 있는가에 맞추어져 있다. 환언하면 개방병원제도 참여 병원과 개방진료 의료 이용량의 추세선에는 개방병원제도 운영 지침 시행 이후 구조적 변화(structural break)가 존재했는가를 확인하고자 함이 관심의 대상인 것이다. 즉 2009년 제정된 개방병원제도 운영 지침의 영향을 통계적으로 검정하기 위하여 시계열개입분석(Interrupted time series analysis) 방법을 사용하였으며, 이와 관련된 시계열 방정식은 제3장 연구 방법에서 자세히 설명한 바 있다.

1. 개방병원제도 참여 의료기관 수 추세 분석

앞 절에서는 개방병원제도 참여 병원 수와 개방진료 실적이 발생한 병원 수를 제시하였다. 이와 관련하여 다음 표에서는 계량적인 모형을 적용한 시계열 분석의 결과를 보여 주고 있다. 각 종속 변수의 모델마다 두

개씩의 추정 결과가 제시되어 있으며, 이 중 모델의 적합도가 더 높다고 알려진 BIC 지수가 작은 통계값을 기준으로 각 종속 변수의 추정 결과를 설명하고자 한다.

먼저 개방병원제도에 참여한 개방병원 수에 대한 회귀 분석 결과를 보면, 2005년부터 2009년까지는 개방병원이 다소 증가하였음을 볼 수 있다. 이러한 증가 추세는 2003년부터 시작된 개방병원제도에 대한 관심이 몇 년간 지속되었기 때문인 것으로 추정된다. 그러나 2009년에 개방병원제도 운영 지침이 시행되었음에도 개방병원 수의 증가에는 영향을 주지 못한 것으로 나타났다. 이는 개방병원제도 운영 지침 제정 및 시행 직후 한 해 동안의 변화를 나타내는 절편(OH)과 2009년 이후 지속적인 변화를 나타내는 기울기(AOH와 AOH²)의 부호, 절대치 및 그 통계적 유의성에서 알 수 있다. 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)과 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH²)의 계수는 모두 음수($\beta_2 = -.423$, $p < 0.01$; $\beta_3 = -.081$, $p < 0.10$; $\beta_4 = -.012$, $p < 0.10$)로, 제도 시행으로 인한 개방병원 수의 증가에는 영향을 미치지 못한 것을 확인할 수 있었다(표 5-10). 이는 개방병원제도 운영 지침의 제정 및 시행과 관련한 홍보가 제대로 이루어지지 않아 이에 대한 의료기관들의 인지도가 낮았거나, 개방병원제도에 대한 필요성이나 확신이 부족했기 때문일 수 있다.

참여 의원의 경우는 개방병원과 비슷한 경향을 보이지만, 다른 점은 제도 시행 이후 참여 의원 수가 증가하는 추세이며, 그 증가 정도는 시간에 따라 감소하는 것으로 추정되었다($\beta_3 = .036$, $p < 0.10$; $\beta_4 = -.011$, $p < 0.01$). 즉 시간에 따라 참여 의원 수의 증가는 체감하게 된다.

제도 도입으로 인한 효과는 개방병원 수의 증가에는 영향을 미치지 않았지만, 실제 개방진료를 실시한 개방진료 병원 수는 증가한 것으로 추정되었다($\beta_2 = .562$, $p < 0.05$). 그러나 제도 시행 이후 개방진료가 발생한 개

방병원 수는 감소하는 추세를 보였으며, 그 감소 정도는 시간에 따라 줄어드는 양상을 보였다($\beta_3=-.603$, $p<0.01$; $\beta_4=.081$, $p<0.05$).

〈표 5-10〉 참여 의료기관 수 및 개방진료 실적 발생 개방병원 수의 추정결과

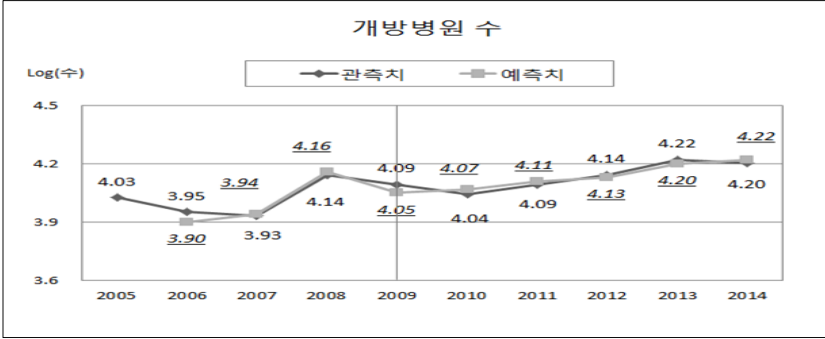
변수명	ln(개방병원)		ln(참여 의원)		ln(개방진료 실적 발생 개방병원)	
	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	-0.444*** (.085)	-0.368* (.142)	-0.137** (.036)	-0.158* (.063)	2.689*** (.176)	2.459*** (.162)
AR1	-0.781* (.395)	-0.243 (.714)	-0.920*** (.159)	.448 (.543)	-0.556 (.630)	-0.868** (.235)
차분	1	1	1	1	-	-
시간(T)	.159*** (.028)	.137* (.047)	.042** (.011)	.048* (.019)	.077 (.066)	.161** (.060)
OH	-0.423*** (.074)	-0.396** (.128)	-0.198*** (.029)	-0.205** (.049)	.828** (.249)	.562** (.199)
AOH	-0.081* (.034)	-0.048 (.069)	.036* (.014)	.031 (.031)	-0.612*** (.144)	-0.603*** (.121)
AOH ²	-0.012* (.006)	-0.015 (.011)	-0.011*** (.002)	-0.011* (.005)	.101** (.030)	.081** (.022)
Adj-R ²	.895	.847	.881	.812	.918	.940
BIC	-4.648	-4.278	-5.649	-5.186	-2.119	-2.440

주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

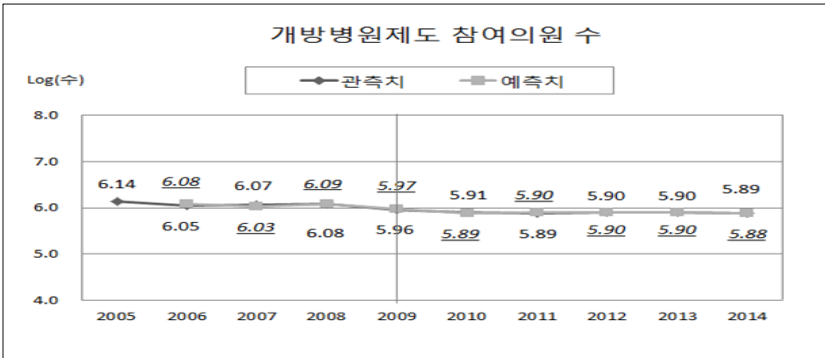
2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

142 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

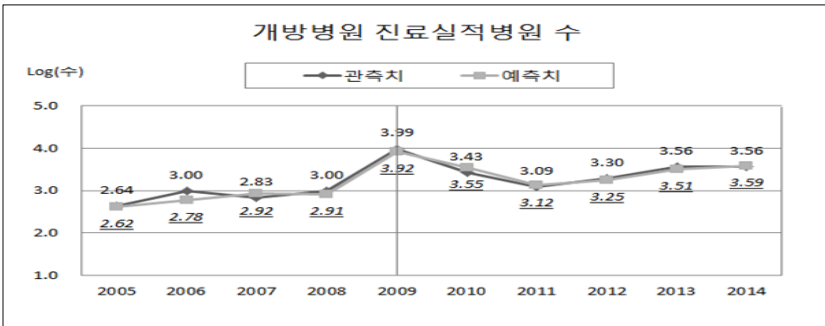
[그림 5-10] 개방병원 수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-11] 개방병원제도 참여 의원 수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-12] 진료 실적이 발생한 개방병원 수의 관측치와 적합치 추세



2. 개방진료 의료 이용량 추세 분석

개방병원의 개방병원 진료 실적에 대한 회귀 분석 결과를 보면,¹⁷⁾ 2009년에 제정되어 시행된 개방병원제도 운영 지침은 개방진료 건수와 개방진료 일수에 긍정적인 영향을 준 것으로 나타난다(표 5-11). 이는 개방병원제도 운영 지침 시행 직후 한 해 동안의 변화를 나타내는 절편(OH)과 2009년 이후 지속적인 변화를 나타내는 기울기(AOH와 AOH²)의 부호, 절대치 및 그 통계적 유의성에서 알 수 있다. 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침의 제정 및 시행(OH)의 계수는 양수로 나타났지만($\beta_2=.043$, $p>0.10$), 통계적인 유의성은 낮았다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH²) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.093$, $p>0.10$; $\beta_4=.065$, $p<0.05$)로, 이는 제도 시행 이후 개방진료 건수는 감소하다가 그 감소 정도는 시간에 따라 크게 줄어드는 양상을 보여 준다.

개방병원 운영 지침은 개방진료 건수와 더불어 개방진료 일수도 비슷한 영향을 준 것으로 추정되었다. 개방진료 일수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수로 나타났다($\beta_2=.601$, $p<0.01$). 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH²) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.377$, $p<0.01$; $\beta_4=.149$, $p<0.01$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 개방진료 일수는 감소하다가, 그 감소 정도는 크게 줄어드는 양상을 보였다.

반면 개방진료 건수나 개방진료 일수와 달리 개방병원 운영 지침의 시행이 개방진료비에 주는 영향은 크지 않은 것으로 추정되었다. 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수로 나타났

17) 각 종속 변수의 모델마다 두 개씩의 추정 결과가 제시되어 있지만, 모델의 적합도가 더 높다고 알려진 BIC 지수가 작은 통계값을 기준으로 각 종속 변수의 추정 결과를 설명하고자 한다.

지만 통계적인 유의성은 없었다($\beta_2=-.145$, $p>0.10$). 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 모두 양수($\beta_3=.183$, $p>0.10$; $\beta_4=.033$, $p>0.10$)로, 이는 제도 시행 이후 개방진료비는 증가하는 추세로, 그 증가 정도는 시간에 따라 증가하는 것으로 추정되었지만, 역시 통계적인 유의성은 낮았다. 이는 분석 대상 시계열 횟수가 많지 않기 때문인 것으로 판단된다.

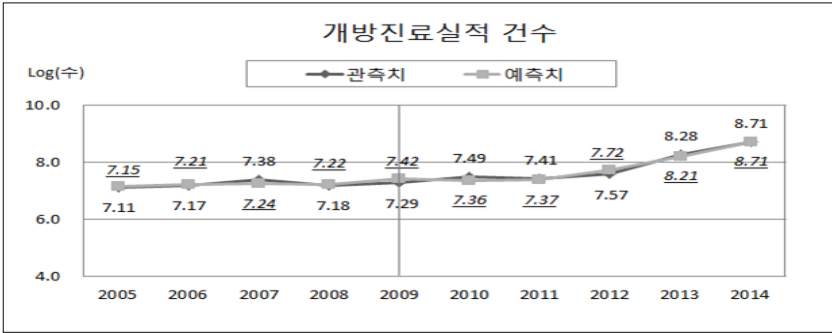
〈표 5-11〉 개방병원 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	개방진료 실적					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	7.105*** (.159)	7.147*** (.182)	8.662*** (.407)	9.031*** (.109)	6.953*** (.304)	6.908*** (.278)
AR1	-.423 (.495)	-.641 (.555)	-.415 (1.178)	-.984*** (.052)	-.397 (.500)	-.795* (.432)
시간(T)	.043 (.060)	.030 (.070)	.003 (.160)	-.149** (.040)	-.027 (.115)	-.005 (.104)
OH	.059 (.226)	.043 (.250)	-.093 (.731)	.601*** (.130)	.026 (.430)	-.145 (.353)
AOH	-.178 (.117)	-.093 (.133)	-.180 (.420)	-.377*** (.080)	.024 (.224)	.183 (.208)
AOH^2	.082*** (.022)	.065** (.024)	.077 (.100)	.149*** (.015)	.075* (.041)	.033 (.039)
Adj-R ²	.966	.973	.751	.944	.922	.957
BIC	-2.485	-2.728	-0.744	-2.230	-1.191	-1.776

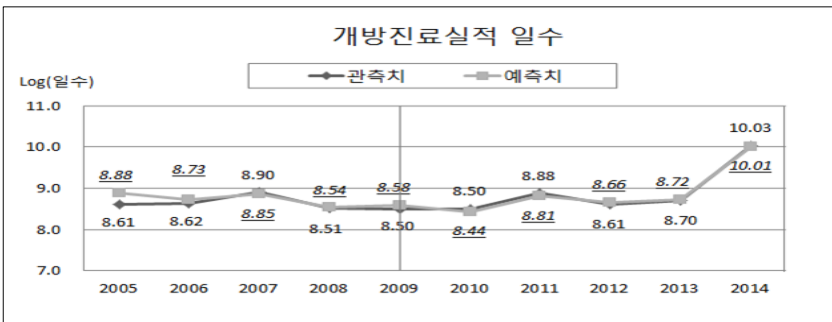
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

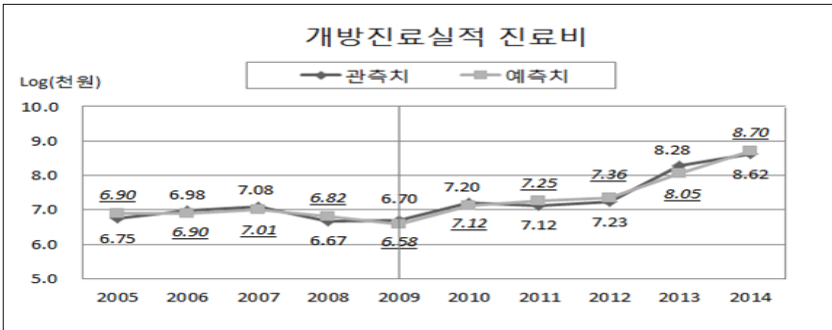
[그림 5-13] 개방진료 실적 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-14] 개방진료 실적 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-15] 개방병원 실적 진료비의 관측치와 적합치 추세



3. 병원 종별 개방진료 의료 이용량 추세 분석

병원 종별 개방병원의 개방진료 실적에 대한 회귀 분석 결과,¹⁸⁾ 개방 병원 유형별로 정책 시행의 효과가 상이함을 알 수 있었다. 2009년 시행된 개방병원제도 운영 지침은 상급종합병원의 개방진료 건수와 개방진료 일수에 큰 영향을 주지 못한 것으로 추정되었다. 그러나 상급 종합병원의 개방진료비는 제도 시행 직후에는 감소하였지만($\beta_2=-.473$, $p<0.05$), 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=.451$, $p<0.01$; $\beta_4=-.103$, $p<0.01$)로 추정되었다. 또한 제도 시행 이후 상급 종합병원의 개방진료비는 증가 추세를 보였으나, 그 증가 정도는 시간에 따라 감소하였다.

〈표 5-12〉 상급 종합병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	상급 종합병원					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	-1.694 (.891)	-1.406 (1.511)	.707 (.759)	.531 (1.030)	11.707*** (.132)	11.679*** (.191)
AR1	-.861* (.307)	.123 (.875)	-.544 (1.049)	-.793 (2.398)	-.850* (.364)	-.877** (.323)
차분	1	1	1	1	-	-
시간(T)	.509 (.286)	.456 (.490)	-.242 (.246)	-.166 (.348)	.059 (.049)	.051 (.071)
OH	-.752 (.730)	-.877 (1.408)	.358 (.664)	.071 (1.278)	-.473** (.178)	-.182 (.236)
AOH	-.205 (.358)	-.182 (.782)	.531 (.373)	.459 (.719)	.451*** (.099)	.158 (.140)

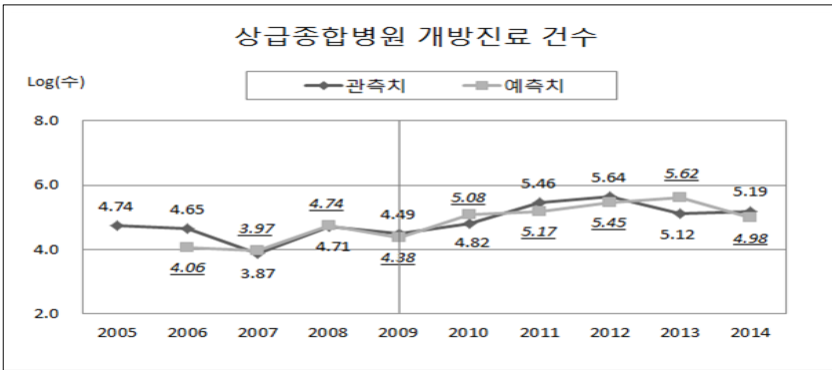
18) 각 종속 변수의 모델마다 두 개씩의 추정 결과가 제시되어 있지만, 모델의 적합도가 더 높다고 알려진 BIC 지수가 작은 통계값을 기준으로 각 종속 변수의 추정 결과를 설명하고자 한다.

변수명	상급 종합병원					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
AOH ²	-0.086 (.059)	-.066 (.124)	-.071 (.074)	-0.060 (.159)	-.103*** (.020)	-.037 (.026)
Adj-R ²	.604	.300	.435	.651	.761	.758
BIC	0.213	0.783	-0.592	-1.072	-2.309	-2.297

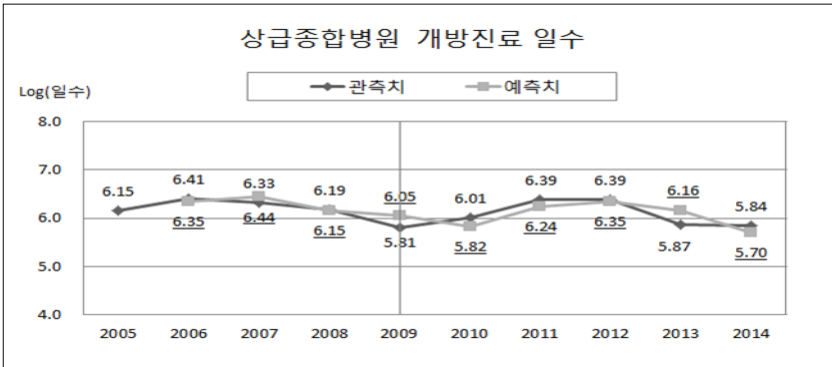
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

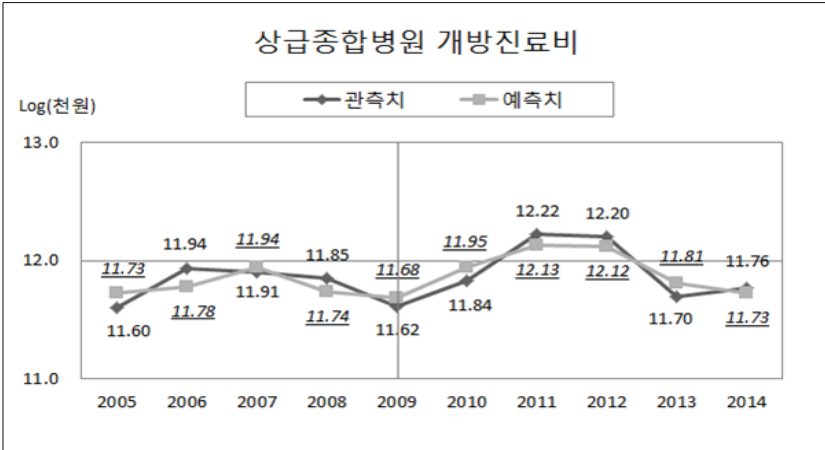
[그림 5-16] 상급 종합병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-17] 상급 종합병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-18] 상급 종합병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



개방병원제도 운영 지침은 상급 종합병원과 마찬가지로 종합병원의 개방진료 건수와 개방진료 일수에도 큰 영향을 주지 못한 것으로 추정되었다(표5-13). 특히 종합병원의 개방진료 건수는 크게 감소한 것으로 추정되었고($\beta_2 = -.622$, $p < 0.05$), 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH) 계수는 음수($\beta_3 = -.256$, $p < 0.10$)로 추정되어, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 종합병원의 개방진료 건수는 감소하는 추세를 알 수 있었다. 이는 개방병원제도 운영 지침의 시행이 종합병원의 개방진료 건수를 감소시킨 것이라기보다는 정책이 전혀 영향을 미치지 못한 것으로 판단된다. 종합병원의 개방진료비 모델에서 의미 있는 변수는 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH) 계수가 양수($\beta_3 = .323$, $p < 0.10$)로 추정되는 것인데, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 증가하는 추세로 나타났다.

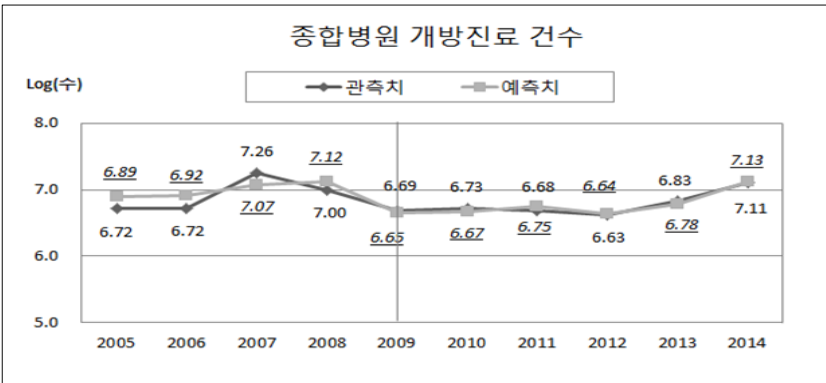
〈표 5-13〉 종합병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	종합병원					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	6.532*** (.153)	6.866*** (.225)	8.378*** (294)	8.529*** (.366)	13.648*** (.305)	13.722*** (.245)
AR1	-.564 (.481)	-.711* (.342)	-.409 (.520)	-.471 (.516)	-.239 (.648)	-.695* (.359)
시간(T)	.159** (.059)	.027 (.086)	.017 (.112)	-.034 (.142)	-.044 (.119)	-.068 (.093)
OH	-.622** (.231)	-.132 (.311)	-.449 (.433)	-.344 (.522)	-.143 (.478)	-.092 (.321)
AOH	-.256* (.113)	-.264 (.167)	.019 (.220)	.093 (.269)	.285 (.231)	.323* (.182)
AOH ²	.033 (.023)	.056* (.032)	.019 (.043)	.013 (.048)	-.017 (.046)	-.022 (.033)
Adj-R ²	.799	.674	.628	.630	.692	.840
BIC	-2.510	-2.029	-1.288	-1.293	-1.388	-2.042

주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

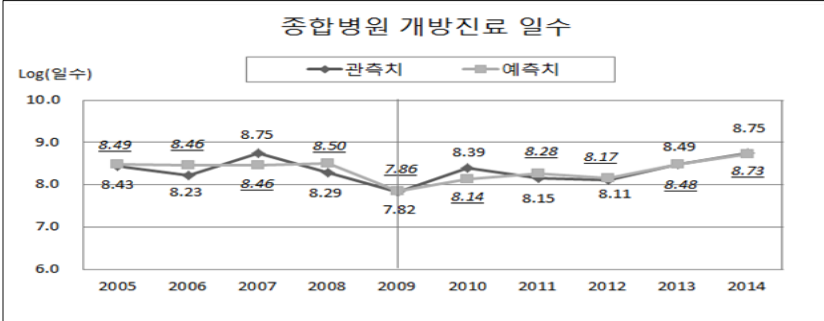
2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

〔그림 5-19〕 종합병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세

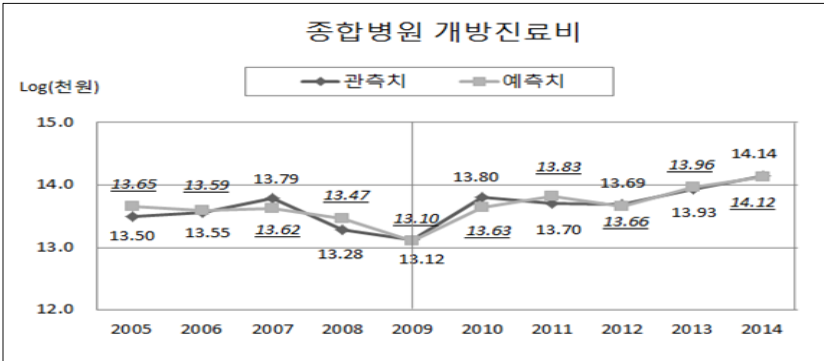


150 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

[그림 5-20] 종합병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-21] 종합병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



2009년에 시행된 개방병원제도 운영 지침은 상급 종합병원이나 종합병원과는 달리 병원의 개방진료에는 영향을 준 것으로 나타났다(표 5-14). 먼저 병원의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH) 계수는 양수($\beta_2=2.350$, $p<0.01$)로, 통계적인 유의성도 높은 것으로 추정되었다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 모두 양수($\beta_3=.271$, $p>0.10$; $\beta_4=.135$, $p<0.01$)로, 제도 시행 이후 병원의 개방진료비는 증가하는 추세를 나타내고 있다. 그 증가 정도는 시간에 따라 높아지는 것을 알 수 있었다. 한편 병원의 개방진료 일수도 개방진

료 건수와 비슷한 양상을 보이고 있는 것으로 추정되었다. 병원의 개방진료 일수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH) 계수는 양수($\beta_2 = 1.519$, $p < 0.05$)로 추정되었으며, 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3 = -0.360$, $p > 0.10$; $\beta_4 = 0.259$, $p < 0.01$)다. 제도 시행 이후 병원의 개방진료비는 감소하는데, 그 감소 정도는 시간에 따라 크게 줄어드는 양상을 보이고 있다. 반면 병원의 개방진료비에는 영향을 미치지 못한 것으로 보인다.

〈표 5-14〉 병원 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

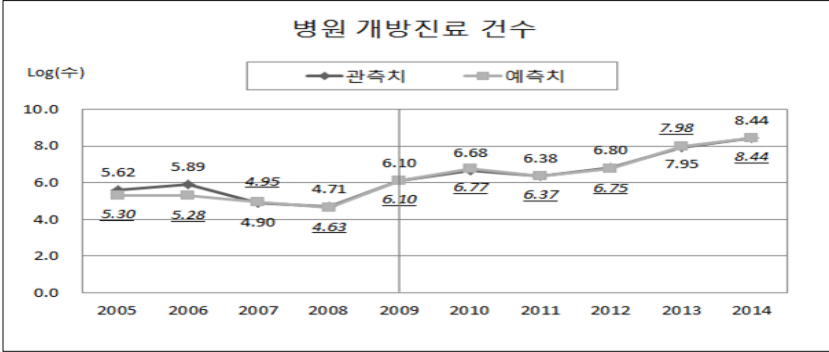
변수명	병 원					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	6.534*** (.222)	5.326*** (.115)	6.966*** (.433)	5.128*** (.222)	10.836*** (.711)	9.019*** (.575)
AR1	-.862*** (.224)	-.993*** (.015)	-.835** (.269)	-.990*** (.022)	-.760** (.323)	-.948*** (.095)
시간(T)	-.494*** (.082)	-.022 (.042)	-.224 (.160)	.493*** (.081)	.099 (.264)	.774** (.212)
OH	2.350*** (.296)	.529*** (.136)	1.519** (.578)	-1.316*** (.264)	.057 (.956)	-2.292** (.691)
AOH	.271 (.160)	.532*** (.083)	-.360 (.314)	.168 (.162)	-.254 (.517)	-.009 (.420)
AOH^2	.135*** (.031)	-.009 (.016)	.259*** (.061)	.006 (.030)	.210* (.099)	.018 (.078)
Adj-R ²	.972	.962	.940	.921	.884	.911
BIC	-1.017	-0.710	0.163	0.172	1.109	0.847

주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

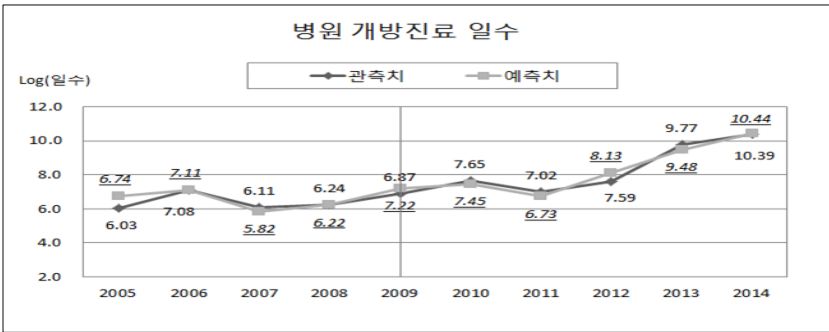
2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

152 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

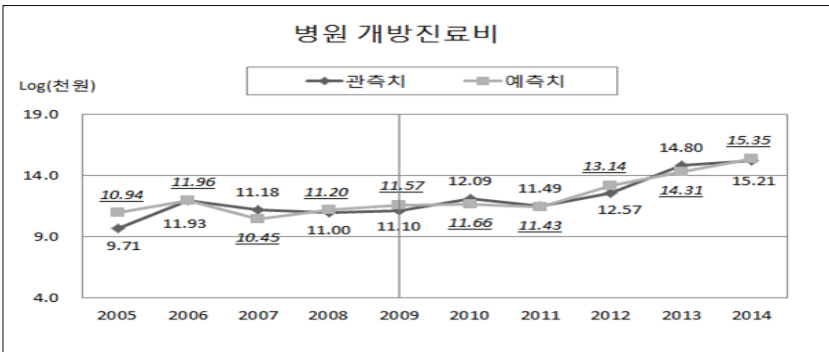
[그림 5-22] 병원 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-23] 병원 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-24] 병원 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



4. 진료 과목별 개방진료 의료 이용량 추세 분석

개방병원의 진료 과목별 개방진료 실적에 대한 회귀 분석 결과를 보면, 19) 2009년에 시행된 개방병원제도 운영 지침의 영향은 진료 과목별로 다소 차이가 났다. 먼저 내과의 경우 제도 도입 직후보다는 시간이 지나면서 개방진료 실적이 증가하는 추세를 보이고 있다(표5-15). 내과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수로 나타났지만($\beta_2=.481$, $p>0.10$), 통계적인 유의성은 낮았다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.056$, $p>0.10$; $\beta_4=.225$, $p<0.05$)로, 제도 시행 이후 내과의 개방진료 건수는 감소하다가, 감소 정도는 시간에 따라 줄어드는 양상을 보여 준다. 내과 개방진료 일수와 개방진료비도 개방진료 건수와 비슷한 추세를 보여 주고 있다. 내과의 개방진료 일수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수로 나타났지만($\beta_2=.745$, $p>0.10$), 통계적인 유의성은 낮았다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.562$, $p>0.10$; $\beta_4=.378$, $p<0.01$)로, 제도 시행 이후 내과의 개방진료 일수는 감소하다가, 감소 정도는 시간에 따라 줄어드는 양상을 보여 준다. 내과의 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수로 나타났지만($\beta_2=-.147$, $p>0.10$), 통계적인 유의성은 낮았다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.266$, $p>0.10$; $\beta_4=.177$, $p<0.01$)로, 제도 시행 이후 내과의 개방진료비는 감소하다가, 시간이 지남에 따라 감소 정도가 줄어드는 추세를 나타내고 있다.

19) 각 종속 변수의 모델마다 두 개씩의 추정 결과가 제시되어 있지만, 모델의 적합도가 더 높다고 알려진 BIC 지수가 작은 통계값을 기준으로 각 종속 변수의 추정 결과를 설명하고자 한다.

154 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

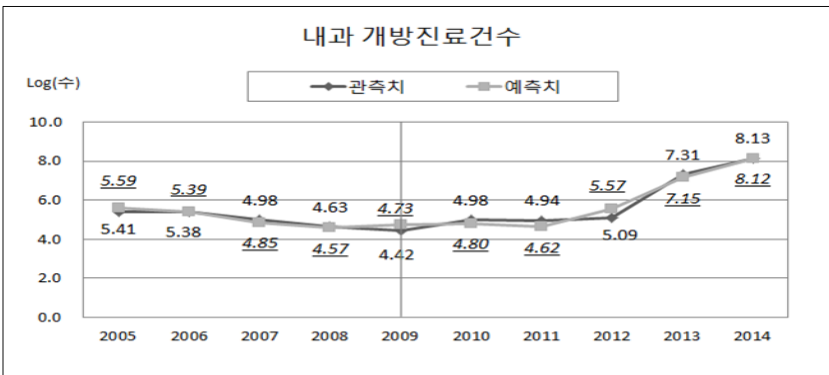
〈표 5-15〉 내과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	내과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	5.927*** (.361)	5.470*** (.502)	7.296*** (.498)	6.888*** (.822)	12.785*** (.216)	12.604*** (.412)
AR1	-.652 (.407)	-.816 (.738)	-.771 (.438)	-.795 (1.175)	-.822* (.317)	-.414 (.678)
시간(T)	-.332** (.134)	-.137 (.187)	-.381* (.185)	-.200 (.311)	-.063 (.080)	-.010 (.156)
OH	.481 (.488)	-.536 (.617)	.745 (.667)	-.404 (1.037)	-.147 (.288)	-.243 (.535)
AOH	-.056 (.266)	.403 (.467)	-.562 (.370)	.191 (.710)	-.266 (.157)	-.225 (.320)
AOH ²	.225** (.051)	.085 (.098)	.378*** (.072)	.168 (.150)	.177*** (.030)	.149** (.057)
Adj-R ²	.959	.940	.949	.941	.958	.942
BIC	-0.624	-0.615	0.100	0.243	-1.253	-0.945

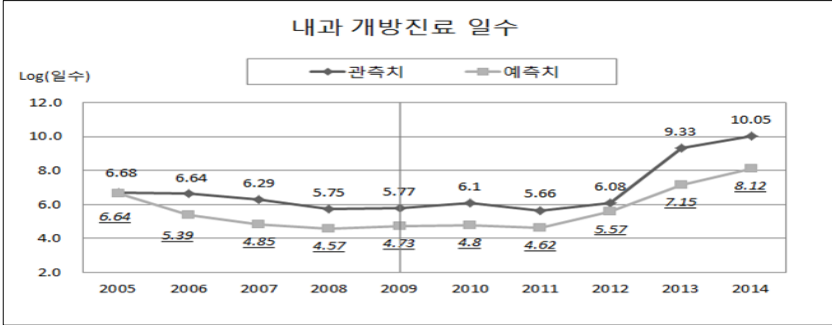
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

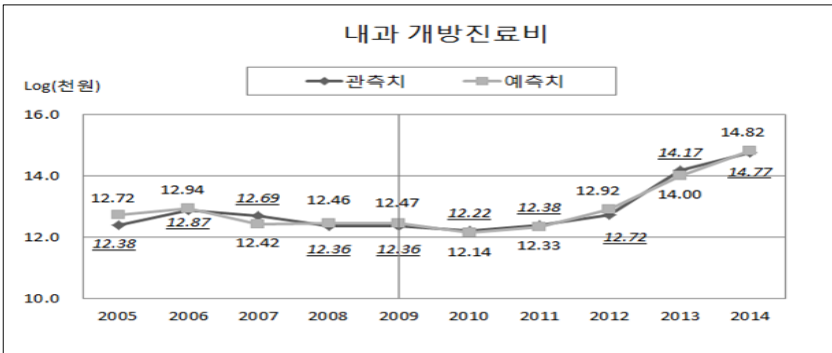
〔그림 5-25〕 내과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-26] 내과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-27] 내과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



비뇨기과의 경우 개방진료 건수보다는 개방진료 일수와 개방진료비에 다소 영향을 준 것으로 보인다(표 5-16). 비뇨기과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH) 계수는 음수($\beta_2 = -1.162$, $p < 0.05$)이며, 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수도 모두 음수($\beta_3 = -0.368$, $p > 0.10$; $\beta_4 = -0.058$, $p > 0.10$)다. 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 비뇨기과의 개방진료 건수는 감소하는 것으로 보이지만, 통계적인 유의성은 낮았다. 비뇨기과의 개방진료 일수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH) 계수는 양수로 나타났지만($\beta_2 = 0.088$, $p > 0.10$), 통

계적인 유의성은 낮았다. 한편 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH²) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-.056$, $p>0.10$; $\beta_4=.023$, $p>0.10$)로, 제도 시행 이후 비뇨기과의 개방진료 일수는 감소하다가, 시간이 지남에 따라 감소 정도는 줄어드는 추세를 보이고 있지만, 이 역시 통계적인 유의성은 낮았다. 비뇨기과의 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH) 계수는 양수($\beta_2=1.265$, $p<0.10$)로 제도 시행으로 비뇨기과 개방진료비가 증가했음을 나타내고 있다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH²) 계수는 모두 양수($\beta_3=.269$, $p>0.10$; $\beta_4=.012$, $p>0.10$)였지만, 통계적인 유의성은 낮았다.

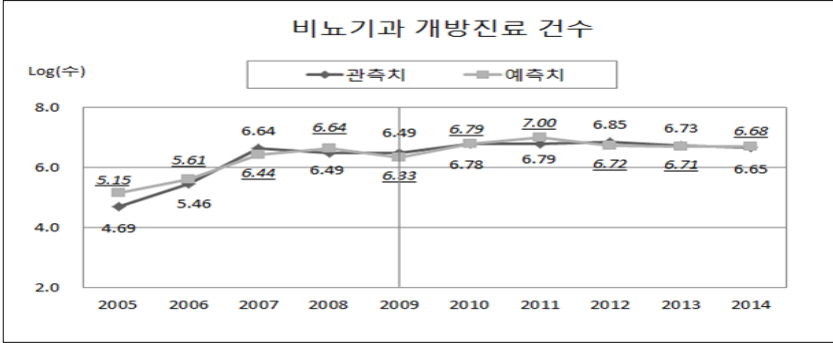
<표 5-16> 비뇨기과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	비뇨기과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)
상수	4.136*** (.286)	4.695*** (.340)	.645 (.915)	-.193 (1.556)	1.766** (.551)	1.451 (.838)
AR1	-.539 (.507)	-.808** (.256)	-.740* (.366)	-.322 (.681)	-.728* (.375)	.021 (.622)
차분	-	-	1	1	1	1
시간(T)	.689*** (.110)	.456** (.127)	-.096 (.297)	.137 (.516)	-.507* (.179)	-.411 (.271)
OH	-1.162** (.441)	-.174 (.445)	.088 (.779)	-.206 (1.443)	1.265* (.470)	1.038 (.709)
AOH	-.368 (.208)	-.503* (.262)	-.056 (.363)	-.287 (.746)	.307 (.219)	.269 (.421)
AOH ²	-.058 (.042)	.008 (.050)	.023 (.060)	.019 (.118)	.022 (.037)	.012 (.064)
Adj-R ²	.939	.915	.373	.108	.723	.508
BIC	-1.295	-0.962	0.091	0.444	-1.033	-0.461

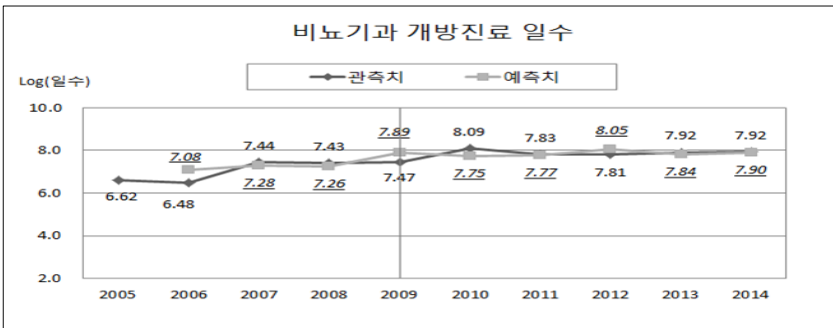
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

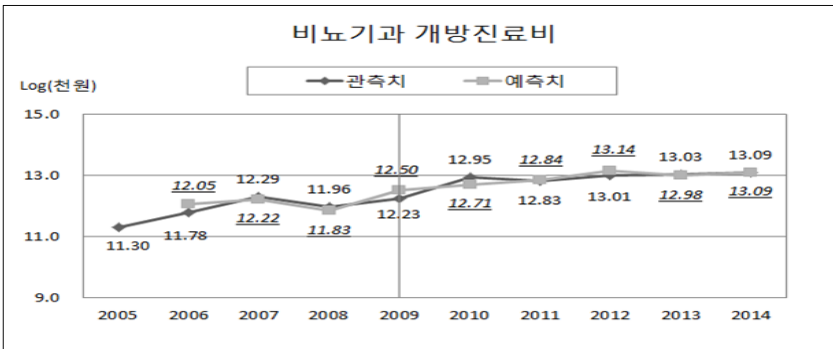
[그림 5-28] 비뇨기과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-29] 비뇨기과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-30] 비뇨기과 개방진료 진료비의 관측치와 적합치 추세



정형외과의 경우 개방병원 운영 지침의 시행이 개방진료 건수에 다소 영향을 준 것으로 보인다(표 5-17). 정형외과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=1.580$, $p>0.10$)이며, 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3 = -.666$, $p>0.10$; $\beta_4=.318$, $p<0.05$)다. 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 정형외과 개방진료 건수는 감소하다가 그 감소 정도는 줄어드는 것으로 보인다. 정형외과의 개방진료 일수 모델과 진료비 모델에서 정책 변수인 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)과 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 통계적인 유의성이 낮아 정형외과의 진료 일수와 진료비에 개방병원 운영 지침이 미친 영향이 미미함을 알 수 있었다.

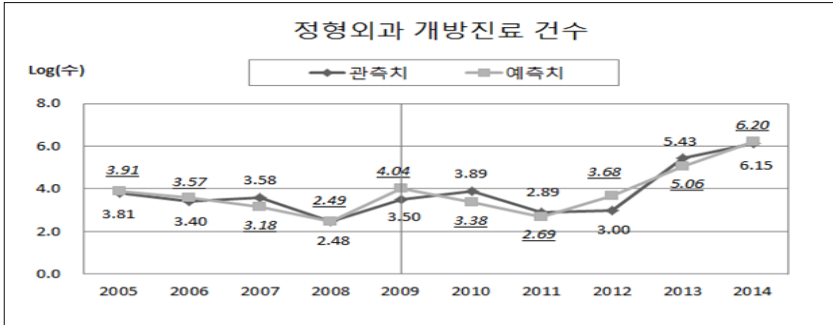
〈표 5-17〉 정형외과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	정형외과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	4.305*** (.623)	4.328*** (.814)	5.251*** (.685)	5.320*** (.855)	10.926*** (.750)	10.715*** (1.068)
AR1	-0.519 (.468)	-0.704 (.701)	-0.468 (.471)	-0.671 (.657)	-0.593 (.453)	-0.733 (.963)
시간(T)	-0.395 (.234)	-0.376 (.314)	.119 (.258)	.119 (.329)	-0.090 (.280)	.026 (.410)
OH	1.580* (.859)	1.078 (1.098)	-0.947 (.952)	-1.351 (1.147)	-0.501 (1.021)	-1.494 (1.378)
AOH	-0.666 (.458)	-0.105 (.600)	-0.634 (.505)	-0.117 (.639)	-0.493 (.554)	.304 (.878)
AOH^2	.318** (.086)	.187 (.111)	.245 (.094)	.128 (.118)	.281 (.105)	.076 (.173)
Adj-R ²	.881	.878	.872	.893	.867	.876
BIC	0.231	0.275	0.484	0.301	0.767	0.694

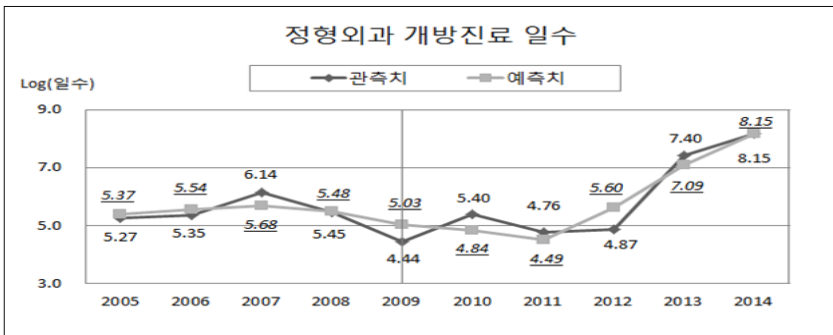
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

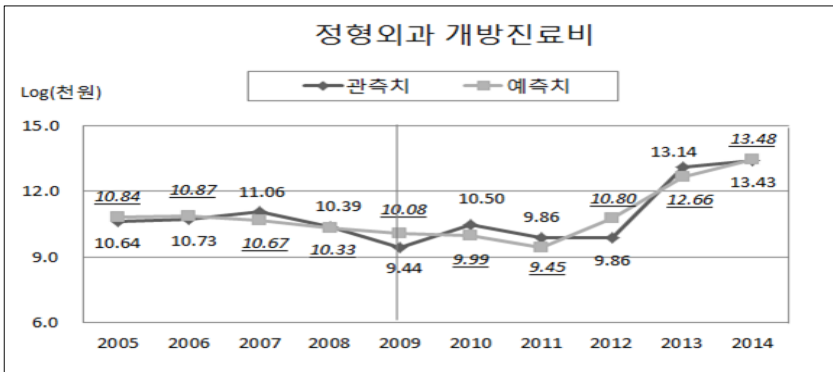
[그림 5-31] 정형외과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-32] 정형외과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-33] 정형외과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



외과의 경우 제도 시행이 개방진료에 다소 영향을 미친 것으로 보인다 (표 5-18). 외과의 개방진료건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=.925$, $p<0.05$)로 제도 시행으로 외과 개방진료 건수가 증가한 것으로 보인다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=1.228$, $p<0.01$; $\beta_4=-.121$, $p<0.05$)로, 제도 시행 이후 외과의 개방진료 건수는 증가하다가, 시간이 지남에 따라 증가 정도가 다소 감소하는 추세를 보이고 있다. 이러한 추세는 외과의 개방진료 일수에서도 보인다. 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 통계적인 유의성은 낮았지만 양수($\beta_2=.433$, $p>0.10$)였다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=1.202$, $p<0.01$; $\beta_4=-.124$, $p<0.10$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 외과의 개방진료 일수는 증가하다가, 증가 정도가 다소 감소하는 추세를 보이고 있다. 외과 진료비 모델에서 주요 정책 변수인 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)과 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 변수의 통계적 유의성은 낮았다.

〈표 5-18〉 외과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

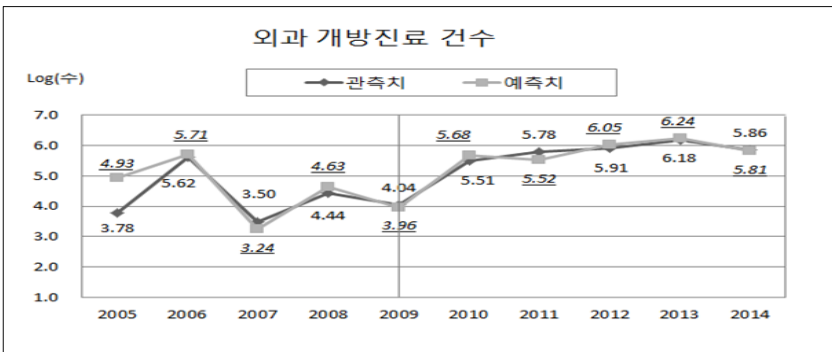
변수명	외 과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)
상수	5.274*** (.248)	5.141*** (.887)	7.266*** (.493)	5.502*** (.131)	-363 (1.371)	-363 (2.215)
AR1	-.974*** (.054)	.868*** (.172)	-.677* (.345)	-.996*** (.009)	-.881** (.215)	.601 (.440)
차분					1	1
시간(T)	-.343** (.091)	-.312 (.191)	-.346* (.183)	.346*** (.048)	.003 (.440)	.027 (.653)
OH	.925** (.327)	.887 (.532)	.433 (.669)	-2.243*** (.155)	1.252 (1.122)	.910 (1.551)

변수명	외 과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)
AOH	1.228*** (.177)	1.208** (.372)	1.202** (.361)	1.550*** (.095)	-0.385 (.546)	-.204 (1.029)
AOH ²	-.121** (.034)	-.121* (.061)	-.124* (.069)	-.325*** (.018)	.045 (.090)	.011 (.157)
Adj-R ²	.830	.682	.777	.740	.690	.256
BIC	0.438	1.064	0.071	0.073	1.122	1.996

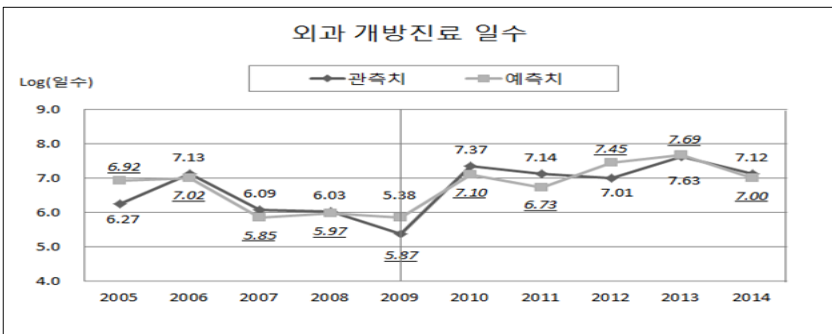
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

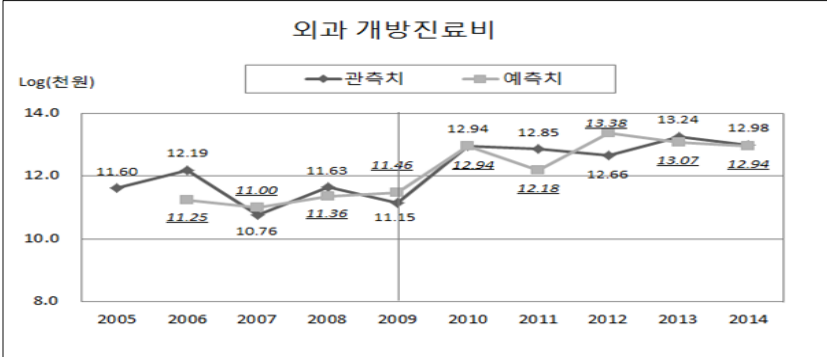
[그림 5-34] 외과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-35] 외과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-36] 외과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



산부인과의 경우 제도 시행이 개방진료에 영향을 미친 것으로 보인다 (표 5-19). 산부인과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=2.691$, $p<0.01$)로 제도 시행으로 산부인과 개방진료 건수가 증가한 것으로 보인다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 모두 양수($\beta_3=1.680$, $p<0.01$; $\beta_4=.026$, $p>0.10$)로, 제도 시행 이후 산부인과의 개방진료 건수는 증가한다. 시간이 지남에 따라 개방진료 건수의 증가 정도는 높아지는 추세를 보이고 있다. 이러한 추세는 산부인과의 개방진료 일수에서도 보인다. 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=1.535$, $p<0.01$)였다. 또한 제도 시행 이후의 시간변화(AOH, AOH^2) 계수는 모두 양수($\beta_3=.989$, $p<0.01$; $\beta_4=.035$, $p<0.10$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 산부인과의 개방진료 일수는 증가한다. 이후 그 증가 정도가 더욱 높아지는 추세를 보이고 있다. 외과 진료비 모델의 경우도 개방진료 건수와 개방진료 일수와 비슷한 양상을 보이지만, 통계적인 유의성은 다소 낮았다.

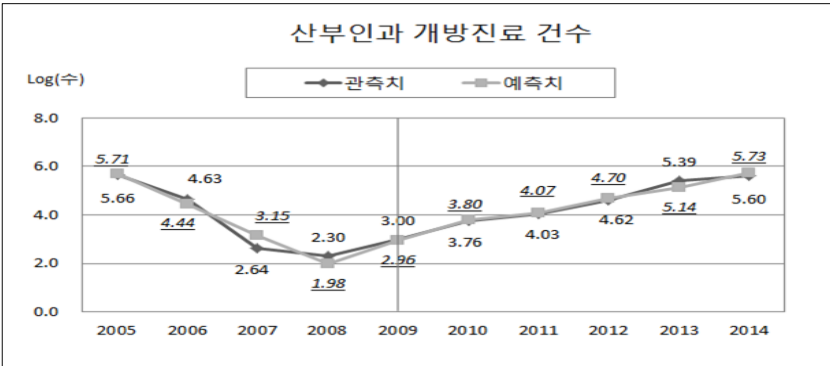
〈표 5-19〉 산부인과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	산부인과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	6.995*** (.218)	6.984*** (.416)	6.854*** (.137)	6.521*** (.183)	10.717*** (.609)	10.549*** (.636)
AR1	-.799* (.317)	.397 (.516)	-.725* (.349)	-.919*** (.228)	-.370 (.473)	-.736 (.689)
시간(T)	-1.290*** (.081)	-1.270*** (.139)	-.673*** (.051)	-.525*** (.067)	-.424* (.228)	-.336 (.240)
OH	2.691*** (.304)	2.539*** (.457)	1.535*** (.185)	.773** (.221)	1.709* (.836)	1.089 (.779)
AOH	1.680*** (.160)	1.730*** (.308)	.989*** (.101)	1.265*** (.146)	.659 (.459)	1.057* (.593)
AOH ²	.026 (.032)	.011 (.051)	.035* (.020)	-.051* (.028)	.057 (.085)	-.048 (.117)
Adj-R ²	.985	.963	.991	.987	.945	.918
BIC	-1.580	-0.705	-2.527	-2.187	-0.203	0.277

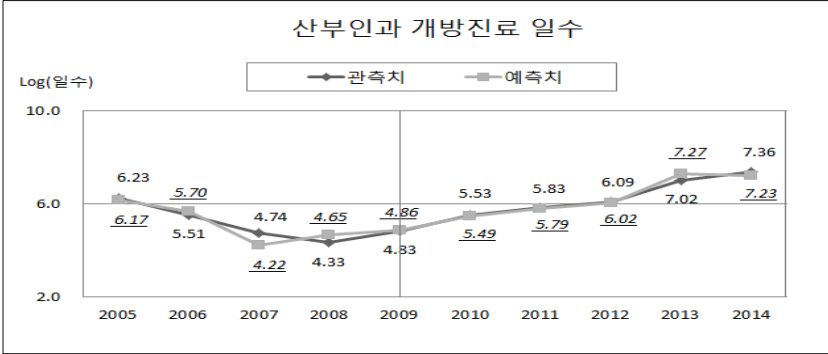
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

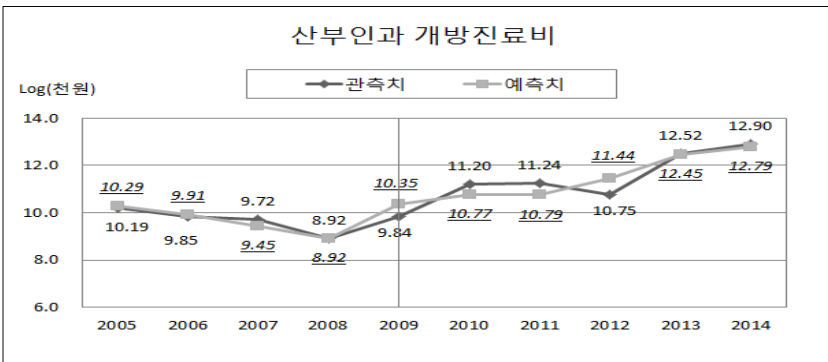
〈그림 5-37〉 산부인과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-38] 산부인과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-39] 산부인과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



신경과의 경우 제도 시행이 개방진료에 다소 영향을 미친 것으로 보인다(표 5-20). 신경과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=12.258$, $p<0.05$)로 제도 시행으로 신경과 개방진료 건수가 증가한 것으로 보인다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-5.117$, $p<0.05$; $\beta_4=.686$, $p<0.05$)로, 제도 시행 이후 신경과의 개방진료 건수는 감소한다. 시간이 지남에 따라 개방진료 건수의 감소 정도는 낮아지는 추세를 보이고 있다.

반면 이러한 정책 효과는 개방진료 일수 모델에서는 나타나지 않았다. 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-3.533$, $p<0.10$)였다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 통계적으로 유의하지는 않은 음수와 양수로($\beta_3=-1.850$, $p>0.10$; $\beta_4=.395$, $p>0.10$)로 나타나, 정책 효과가 없음을 알 수 있었다. 신경과 진료비 모델의 경우는 시간이 지남에 따라 정책 효과가 나타나는 것으로 보인다. 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=1.671$, $p>0.10$)였으며, 비록 통계적 유의성은 낮지만 제도 시행으로 신경과 개방진료비가 증가했음을 나타내고 있었다. 또한 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 음수와 양수($\beta_3=-1.160$, $p>0.10$; $\beta_4=.413$, $p<0.05$)로, 제도 시행 이후 신경과의 개방진료비는 감소한다. 시간이 지남에 따라 개방진료비의 감소 정도는 낮아지는 추세를 보이고 있다.

〈표 5-20〉 신경과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	신경과					
	건수		일수		진료비	
	모델1	모델2	모델1	모델2	모델1	모델2
상수	.941* (.185)	.973 (.371)	2.414* (1.167)	2.225 (2.047)	8.906*** (.764)	10.420*** (1.020)
AR1	-.932 (.388)	.523 (2.706)	-.673* (.373)	.170 (.591)	-.706 (.537)	-.847** (.261)
차분	1	1	-	-	-	-
시간(T)	-.422* (.061)	-.430 (.121)	.995** (.363)	1.147* (.600)	.283 (.291)	-.361 (.379)
OH	12.258** (.718)	12.197* (1.839)	-3.533* (1.906)	-5.075* (2.675)	-1.393 (1.165)	1.671 (1.288)
AOH	-5.117** (.401)	-5.057* (.991)	-1.850 (1.455)	-1.315 (2.406)	-.242 (.602)	-1.160 (.783)

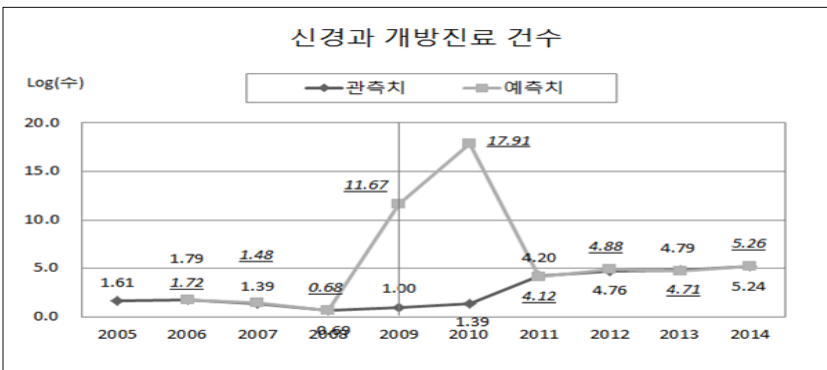
166 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

변수명	신경과					
	건수		일수		진료비	
	모델1	모델2	모델1	모델2	모델1	모델2
AOH ²	.686** (.060)	.678* (.151)	.395 (.367)	.273 (.526)	.098 (.130)	.413** (.150)
Adj-R ²	.997	.995	.785	.632	.739	.745
BIC	6.489	6.476	2.159	2.694	1.830	0.883

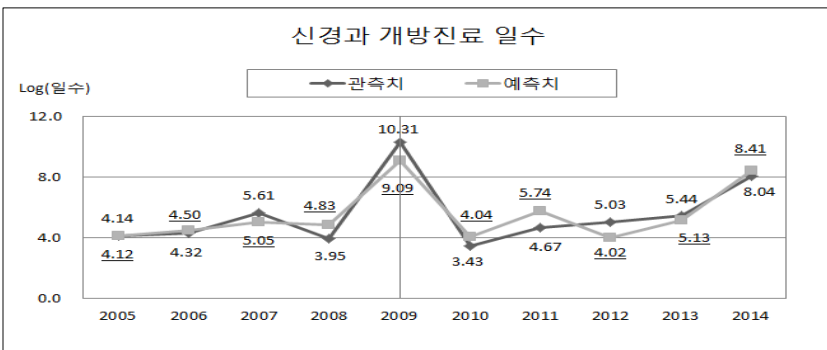
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

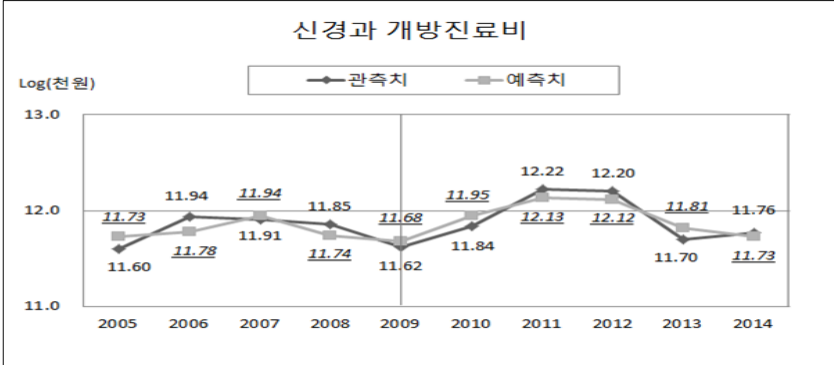
[그림 5-40] 신경과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-41] 신경과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-42] 신경과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



이비인후과의 경우 제도 시행이 개방진료에 다소 영향을 미친 것으로 보인다(표 5-21). 이비인후과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 양수($\beta_2=-2.904$, $p<0.05$)로 제도 시행 후 이비인후과 개방진료 건수는 감소하였다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=1.297$, $p<0.05$; $\beta_4=-.149$, $p>0.10$)로, 이비인후과의 개방진료 건수는 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 증가하는데, 증가 정도는 다소 낮아지는 추세를 보이고 있다. 이러한 정책 효과는 개방진료 일수 모델에서 볼 수 있다. 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-2.461$, $p<0.10$)였지만, 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=1.190$, $p<0.10$; $\beta_4=-.131$, $p>0.10$)로, 시간이 지남에 따라 개방진료 일수는 증가하는 반면, 증가 정도는 다소 낮아지는 추세를 보이고 있다. 이비인후과 진료비 모델에서도 비슷한 경향을 보이고 있다. 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-1.759$, $p<0.10$)로 제도 시행으로 이비인후과 개방진료비가 감소한 것으로 보인다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=.912$,

$p < 0.10$; $\beta_4 = -.038$, $p > 0.10$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 이비인후과의 개방진료비는 증가하는데, 증가 정도는 낮아지는 추세를 보이고 있다.

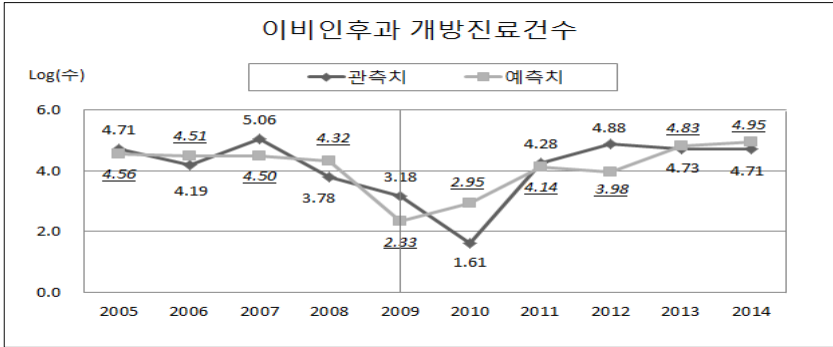
〈표 5-21〉 이비인후과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

변수명	이비인후과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,1,0)	모델2 (2,1,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	4.395*** (.676)	4.604*** (1.205)	5.851*** (.733)	6.186*** (1.242)	11.714*** (.541)	11.961*** (.949)
AR1	-.739* (.306)	.276 (.499)	-.694* (.336)	.103 (.547)	-.724* (.315)	.191 (.525)
시간(T)	.060 (.251)	-.049 (.418)	.015 (.272)	-.152 (.447)	-.199 (.201)	-.313 (.336)
OH	-2.904** (.910)	-2.193 (1.367)	-2.461* (.991)	-1.476 (1.534)	-1.759* (.730)	-1.124 (1.130)
AOH	1.297** (.493)	1.109 (.920)	1.190* (.537)	.953 (1.011)	.912* (.395)	.758 (.743)
AOH ²	-.149 (.095)	-.106 (.156)	-.131 (.103)	-.068 (.176)	-.038 (.076)	.004 (.128)
Adj-R ²	.797	.581	.737	.505	.841	.689
BIC	0.685	1.412	0.808	1.439	0.251	0.921

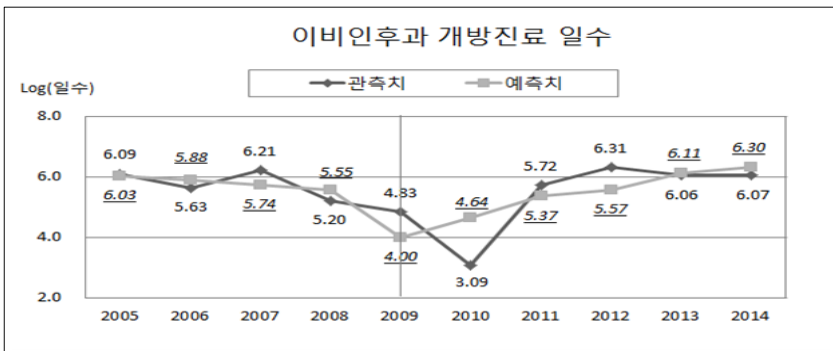
주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

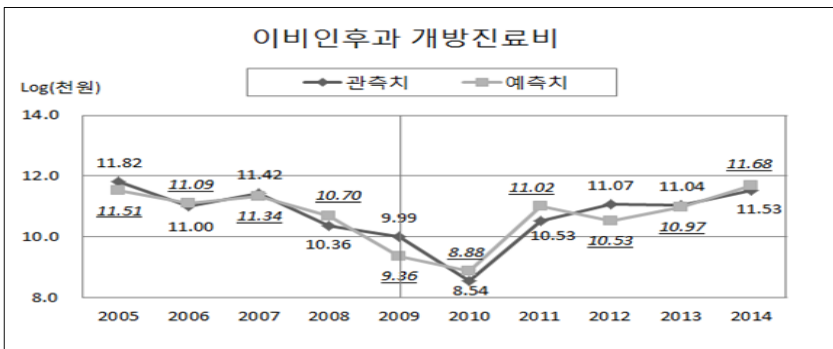
[그림 5-43] 이비인후과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-44] 이비인후과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-45] 이비인후과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



정신과의 경우 제도 시행이 개방진료에 다소 영향을 미친 것으로 보인다(표 5-22). 정신과의 개방진료 건수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-2.007$, $p<0.01$)로 제도 시행 후 정신과 개방진료 건수는 감소하였다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2)의 계수는 모두 양수($\beta_3=.409$, $p<0.01$; $\beta_4=.016$, $p>0.10$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 정신과의 개방진료 건수는 증가하는데, 증가 정도는 더 커지는 추세를 보이고 있다. 이러한 정책 효과는 개방진료 일수와 진료비 모델에서도 보인다. 개방진료 일수 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-1.589$, $p<0.10$)였지만, 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 모두 양수($\beta_3=.536$, $p<0.10$; $\beta_4=.046$, $p>0.10$)로, 시간이 지남에 따라 개방진료 일수는 증가하며, 이후 그 증가 정도는 더욱 높아지는 추세를 보이고 있다. 개방진료비 모델에서 개방병원제도 운영 지침 시행(OH)의 계수는 음수($\beta_2=-2.312$, $p<0.01$)로 제도 시행으로 정신과 개방진료비가 감소한 것으로 보인다. 그러나 제도 시행 이후의 시간 변화(AOH, AOH^2) 계수는 양수와 음수($\beta_3=.637$, $p<0.10$; $\beta_4=-.024$, $p>0.10$)로, 제도 시행 이후 시간이 지남에 따라 정신과의 개방진료비는 증가한다. 증가 정도는 낮아지는 추세를 보이고 있다.

〈표 5-22〉 정신과 개방진료 실적 추정 결과(건수, 일수, 진료비)

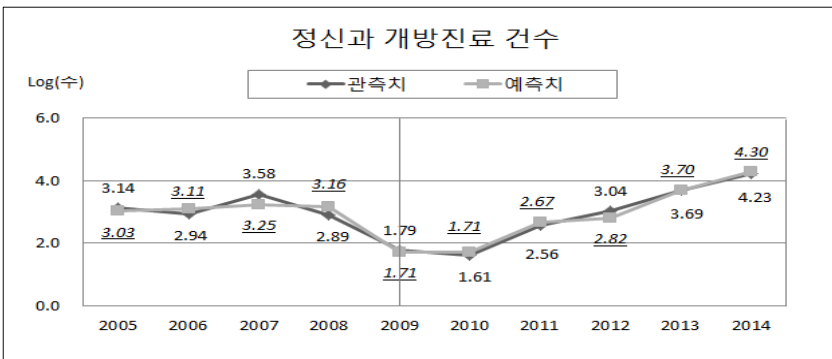
변수명	정신과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
상수	2.954*** (.149)	2.948*** (.336)	5.842*** (.377)	5.990*** (.632)	9.552*** (.381)	9.664*** (.640)

변수명	정신과					
	건수		일수		진료비	
	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)	모델1 (1,0,0)	모델2 (2,0,0)
AR1	-0.865*** (.204)	.629 (.359)	-0.691* (.352)	.044 (.697)	-0.688* (.363)	.078 (.662)
시간(T)	.090 (.055)	.079 (.100)	-0.052 (.140)	-.144 (.231)	.152 (.143)	.078 (.233)
OH	-2.007*** (.199)	-1.881*** (.298)	-1.589* (.512)	-1.010 (.898)	-2.312*** (.540)	-1.834* (.912)
AOH	.409*** (.108)	.379* (.208)	.536* (.274)	.438 (.614)	.637* (.276)	.535 (.591)
AOH ²	.016 (.021)	.021 (.034)	.046 (.052)	.072 (.110)	-.024 (.054)	.004 (.104)
Adj-R ²	.981	.949	.934	.878	.928	.862
BIC	-2.211	-1.201	-0.540	0.073	-0.552	0.106

주: 1) 괄호 안은 표준오차임.

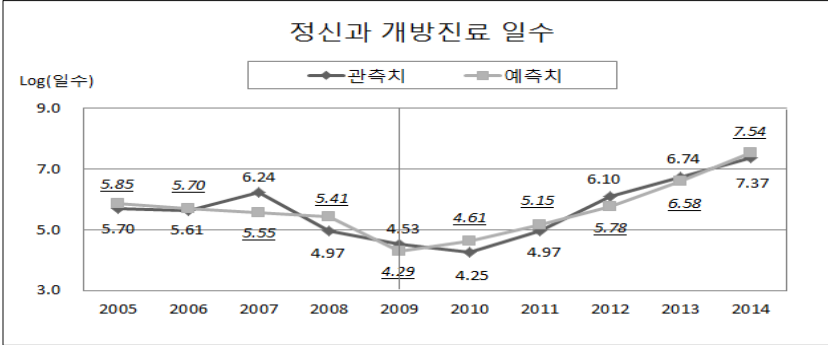
2) ***, ** 및 *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 유의적임을 의미함.

[그림 5-46] 정신과 개방진료 건수의 관측치와 적합치 추세

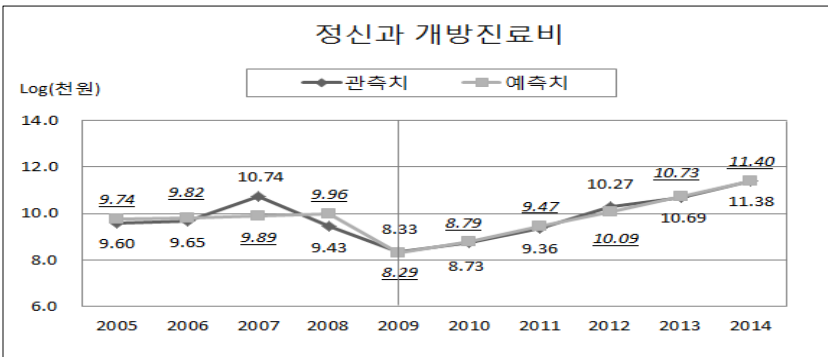


172 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

[그림 5-47] 정신과 개방진료 일수의 관측치와 적합치 추세



[그림 5-48] 정신과 개방진료비의 관측치와 적합치 추세



제5절 요약 및 시사점

지난 10년간 개방병원제도에 참여한 개방병원과 참여의원 수는 2006년 520곳에서 2015년 428곳으로 다소 감소하였다. 개방병원 진료실적이 발생한 개방병원 수는 2005년 14곳에서 2009년 54곳으로 크게 증가한 후, 2014년에는 35곳으로 감소하였다. 그러나 개방진료 건수와 진료 일수는 2009년 1470건과 4905일에서 2014년 6048건과 2만 2743일으

로, 진료 건수는 4배 이상, 진료 일수는 5배 이상 증가하였다. 진료비의 경우도 2009년 8억 원 정도에서 2014년 55억 원으로 7배 정도 증가하였다.

이러한 개방진료에서 병원급 개방병원이 차지하는 비중은 진료 건수 76.9%, 입·내원 일수 83.0%, 진료비 72.7%로 높은 것으로 나타났다. 진료 과목별 개방진료 실적을 보면, 개방진료 건수는 2005년의 경우 산부인과와 소아청소년과가 전체 개방진료 건수의 46.6%를 차지했으며, 2006년에는 외과와 소아청소년과의 개방진료 건수(각 21.4%, 20.5%)가 가장 높았다. 2010년부터 2012년까지 비뇨기과가 가장 많았으며 매년 전체 개방진료의 약 50%를 차지하였다. 2013년과 2014년에는 내과 진료 과목의 개방진료 건수가 가장 많았고 다음으로 비뇨기과가 많았다. 2013년에는 각각 38.1%, 21.4%, 2014년에는 56.2%, 12.8%를 차지하였다.

한편 정부의 정책(2009년 개방병원 운영지침 시행)은 개방진료량에 제한적이지만 긍정적인 영향을 미친 것으로 확인되었다. 제도 실시를 통해 개방진료를 한 개방진료병원 수와 개방진료 일수는 증가한 것으로 확인되었다. 특히 병원급 개방병원의 개방진료 건수와 개방진료 일수에 큰 영향을 미친 것으로 보인다. 진료 과목 중에서는 내과, 비뇨기과, 정형외과, 외과, 산부인과, 신경과, 정신과 등에서 개방진료량이 크게 증가하는 추세를 보였다.

개방병원의 개방진료 실적 분석을 통하여 우리나라의 개방병원제도를 평가해 본 결과 비관적으로만 볼 수는 없었다. 지난 10년간 개방병원제도에 참여하고 있는 의료기관 수를 기준으로 보면 개방병원제도는 크게 진전되지 않은 것으로 보인다. 그러나 개방진료 실적을 기준으로 보면 진료 건수와 진료 일수가 2013년과 2014년에 큰 폭으로 증가하여 개방진료 실적의 양적인 측면에서 큰 진전을 보였다고 판단된다.

제 6 장

개방병원제도 운영 실태 양적 조사

제1절 개방병원

제2절 참여 개원의

제3절 요약 및 시사점

6

개방병원제도 운영 실태 << 양적 조사

본 장에서는 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원과 참여 의원들의 운영 실태와 인식도 조사 결과의 분석을 통해 개방병원제도의 문제점과 개선 방안을 파악하고자 하였다. 특히 개방병원제도의 참여 현황, 운영 현황, 운영 및 성과 평가, 수입 분배 및 진료비 청구, 의료분쟁 및 배상보험 가입 현황, 정책 지원 방안 등의 운영 실태와 인식도에 대한 조사를 하였다. 이러한 양적 조사와 함께 질적 조사를 동시에 실시하여 양적 조사 결과의 세부 맥락에 대한 설명과 세부적 근거, 실제적인 사례를 제시하고자 하였다. 또한 현재 실태뿐만 아니라 지난 2005년의 연구 결과(이선희, 2005)와 비교하여 개방병원제도에 대한 인식이 어떻게 변화되었는지를 파악하여 개선 방안을 모색하기 위한 시사점을 찾고자 하였다.

제1절 개방병원

1. 참여 현황

개방병원제도 운영 실태 및 인식도는 2015년 개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원 67곳을 대상으로 조사되었으며, 이 중 조사에 응답한 개방병원은 40곳으로 조사 응답률은 59.7%였다. 조사에 응답한 개방병원의 지역별 분포를 보면, 서울 소재 병원이 17.5%, 지방 소재 병원이 82.5%였다. 또한 참여 기간이 11년 이상으로 시범 사업 초기부터 참여해

은 병원 역시 지방에 소재한 병원이 많았다. 조사 응답 기관 중 설립 주체 별 특성을 보면 국공립 병원이 12.5%, 민간 병원이 87.5%로 민간 병원이 국공립 병원보다 많았으며 민간 병원 중에서도 의료법인이 27.5%였다.

〈표 6-1〉 개방병원제도 참여 현황

(단위: 곳, %)

구분	1년~5년	6년~10년	11년 이상	전체
지역				
서울	4(57.1)	1(14.3)	2(28.6)	7(100) ¹⁾ (17.5) ²⁾
지방	11(33.3)	9(27.3)	13(39.4)	33(100)(82.5)
계	15(37.5)	10(25.0)	15(37.5)	40(100)
설립 주체(중복 응답)				
국공립 병원	0(0.0)	2(40.0)	3(60.0)	5(100)(12.5)
민간 병원	15(42.9)	8(22.9)	12(34.3)	35(100)(87.5)
개인	9(64.3)	5(35.7)	0(0.0)	14(100)(35.0)
의료법인	3(27.3)	1(9.1)	7(63.6)	11(100)(27.5)
재단법인	0(0.0)	0(0.0)	1(100)	1(100)(2.5)
특수법인	1(33.3)	0(0.0)	2(66.7)	3(100)(7.5)
학교법인	2(33.3)	2(33.3)	2(33.3)	6(100)(15.0)
계	30	18	27	75

주: 1) 열(row)에 대한 백분율

2) 행(column)에 대한 백분율

개방병원제도 활성화 정도를 파악하고자 개방진료 실적에 따른 분포 현황을 보면(표 6-2, 표 6-3) 서울에 비해 지방 소재 기관들의 수술 건수와 검사 건수가 상대적으로 많았고 설립 유형별로는 민간 병원이 국공립 병원에 비해 진료 실적 수준이 높았다.

〈표 6-2〉 개방병원의 수술 건수 분포(환자 수 기준)

(단위: 곳, %)

구분	없음	1~5건	6건 이상	전체
지역				
서울	10(83.3)	1(8.3)	1(8.3)	12(100) ¹⁾ (20.7) ²⁾
지방	34(73.9)	10(21.7)	2(4.3)	46(100)(79.3)
계	44	11	3	58
설립 주체(중복 응답)				
국공립 개방병원	1(50.0)	0(0.0)	1(50.0)	2(100)(3.4)
민간 개방병원	19(59.4)	11(34.4)	2(6.3)	32(100)(55.2)
계	20(58.8)	11(32.4)	3(8.8)	34(100)

주: 1) 열(row)에 대한 백분율

2) 행(column)에 대한 백분율

〈표 6-3〉 개방병원의 검사 건수 분포(환자 수 기준)

(단위: 곳, %)

구분	없음	1~10건	11~100건	101건 이상	전체
지역					
서울	9(81.8)	1(9.1)	1(9.1)	0(0.0)	11(100) ¹⁾ (21.2) ²⁾
지방	34(82.9)	4(9.8)	2(4.9)	1(2.4)	41(100)(78.8)
계	43	5	3	1	55
설립 주체(중복 응답)					
국공립 개방병원	1(100)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	1(100)(3.4)
민간 개방병원	18(66.7)	5(18.5)	3(11.1)	1(3.7)	27(100)(55.2)
계	19(67.9)	5(17.9)	3(10.7)	1(3.6)	28(100)

주: 1) 열(row)에 대한 백분율

2) 행(column)에 대한 백분율

응답한 개방병원의 지역별 참여 현황을 살펴보면, 2005년에 비해 참여 병원 수가 증가한 지역은 서울, 인천, 광주, 경기, 강원, 충북, 전남, 경북으로 나타났고, 증가 지역 모두 민간 병원의 참여가 증가하여 나타난 결과임을 알 수 있다. 개방병원제도에 참여하고 있는 국공립 병원의 수는 부산을 제외하고 2005년에 비해 모두 축소되거나 유지되었다(표 6-4).

〈표 6-4〉 개방병원제도 참여 현황

(단위: 곳)

지역	국공립 병원		민간 병원		대학 병원		계	
	2005	2016	2005	2016	2005	2016	2005	2016
서울	1	0	4	7			5	7
부산		1	6	3			6	4
대구		0	2	4	2		4	4
인천	1	1		1			1	2
광주		0	2	3			2	3
대전		0	1	0			3	0
울산		0	1	1			1	1
경기	1	0	1	5	1		3	5
강원	1	0		4	1		2	4
충북	2	0	1	4			3	4
충남		0		0			0	0
전북	1	0		1			1	1
전남	2	2	1	5			3	7
경북		0		2	1		1	2
경남		0	1	1			1	1
제주	2	1		1	1		3	2
계	11	5	22	42	6		39	47

개방병원제도 참여 이유를 조사한 결과(표 6-5), ‘시설 장비 활용도를 높이기 위해’, ‘병원 인지도 향상을 통한 지역 내 위상 강화’, ‘지역 개원 의와의 우호 확보’ 등의 순위로 나타났다. 연도별 참여 이유를 비교하면,

2005년도에는 ‘전문가 진료로 질 향상 도모’를 참여 이유로 꼽은 참여 병원이 없었으나 2016년에는 6곳으로 나타났다. 그러나 시설과 장비의 활용도 제고, 병원 인지도 향상과 같은 주요 참여 이유는 변화가 없음을 확인할 수 있었다.

〈표 6-5〉 개방병원 참여 이유(연도별 비교)

(단위: 곳(%), 순위)

구분(중복 응답)	2005		2016	
	곳(%)	순위	곳(%)	순위
시설, 장비 활용도를 높이기 위해	19(79.2)	1	21(44.7)	1
병원 인지도 향상	18(75.0)	2	21(44.7)	1
지역 개원의와의 우호 관계 확보	9(37.5)	3	20(42.5)	3
전속 전문의 확보의 어려움	1(4.2)	4	5(10.6)	5
전문가 진료로 질 향상 도모	-	5	6(12.8)	4
계	47		73	

질적 조사 결과, 개방병원 입장의 경우 우수한 의사 인력을 확보하기 위한 인건비를 절감할 수 있고 유휴 시설 및 장비를 활용할 수 있으며 당장의 수익은 미미하지만 장기적으로 볼 때 참여 의원의 환자와 가족이 개방병원의 환자가 될 수 있기 때문에 결과적으로 수익이 창출될 수 있을 것으로 기대하고 있었다.

종합병원의 경우는 이 개방병원에 참여함으로써 과도한 인건비를 줄일 수 있어요. 예를 들어 수술하는 의사를 정형외과 의사를 두 명, 세 명을 쓸 필요가 없어요. 동네에 있는 정형외과 의사를 쓰면 되니까요. 제대로 된 과장만 한 명 있으면 돼요.

어차피 저희는 수익이 적게 난다 하더라도, 유휴 병상이고. 쉬는 수술 타임에 이용하면 좋은 거니까, 저희는 그렇게 생각하죠.

CT 하나를 갖고 개인 병원에서 몇 억 주고 산단 말이에요. 그러면 CT를 이용하려고 환자한테 과잉 진료를 할 거 아니에요. CT 찍어 보고, MRI도 MRI 찍어 보라고요. 왜냐면 우리 MRI가 15억 주고 구입했는데, 하여튼 CT인가 MRI를, 그 장비를, 개인병원이 이용하려고요 개인 병원에 MRI도 있었어요. 그걸 이용하려고 환자한테 계속 찍으라고 할 거 아니에요. 조금만 머리 아프면, 두통만 있어도 MRI를 찍으라고 해야 되겠죠. 왜냐면 우리가 MRI를 운영하려면 한 달에 천만 원 AS비를 지원하거든요. 15억대 저기 AS비가 월 천만 원이에요. (의원에서) 운영을 할 수가 없잖아요. 그럼 그걸 운영하려면 계속 찍어야 될 것 아니에요. 우리가 MRI를 한 대 사려면 외화를 주고 사야 되잖아요. 그런데 그거를 (우리) 의료기관에서 이용하면 과잉 진료를 하지 않겠느냐(는 거죠).

수익적인 면에서는 이 부분으로 인해 일조를 하였다고 보기는 어려운데, 저희는 그래요. 이제 개방병원을 하다 보니까 그분(환자)은 언제든지 일반외과 환자였지만, 산부인과 환자도 될 수 있는 거죠. 저희는 이제 조금 그렇게 항상 멀게 보거든요. 저도 늘 직원들한테 하는 말이 "나무를 보지 말고 숲을 바라. 지금 내가 당장 이 사람한테 돈을 십만 원을 뽑아 낼 거는 아니다. 우리는 뭐 길게 갈 거니까 그 사람한테 정말 정성을 다하고 최선을 다하다 보면 결국은 그분은 돌아오게 되어 있고 소개를 하게 되어 있다."예요. 저도 늘 그런 얘기를 많이 하거든요. 그런 것 같아요. 그분이 아가씨였는데 수술을 했어요. 근데 그분이 결혼하고 우리 병원에 와서 애를 낳더라고요. 이분한테서 일반외과에서 천만 원을 벌고 뭐 백만 원을 벌고 문제는, 그거는 뭐 크게는 문제는 안 되는 거죠. 그거보다는 환자가 그 병원에 갔더니 좋은 시스템에 정말 좋은 질에 어떤 의료 서비스를 받았다, 그걸 들으면 그분은 나중에 또 우리 병원에 오게 되니까 그런 것들이 저희가 얻는 이점이 아닌가 싶어요.

참여 개원의 선정 시 고려 조건은 <표 6-6> 의사의 실력과 진료의 질(83.0%), 병원 내 의사와의 협력 관계(46.8%), 가까운 위치(29.7%) 순으로 나타났다. 2005년 조사 결과에서 중장기 신뢰 관계 형성 유무가 주요 고려 요소로 나타난 것과 달리, 2016년 조사 결과에서는 23.4%만 신뢰 관계 형성이 중요하다고 답해 원내 의사와의 협력 관계를 더욱 중시하는 것으로 나타났다. 또한 의사의 실력과 진료의 질이 중요하다고 응답한 수치가 압도적으로 높아졌음을 확인할 수 있었다. 이러한 결과를 통해 높은 의료의 질을 통한 안전한 의료 서비스와 참여 병원 간의 원만한 협의 및 협력 관계가 증시되고 있음을 알 수 있었다.

<표 6-6> 참여 개원의 선정 시 고려하는 조건

(단위: 곳, %)

구분(중복 응답)	2005	2016
의사의 실력과 진료의 질	13(54.2)	39(83.0)
중장기 신뢰 관계 형성 유무	13(54.2)	11(23.4)
가까운 위치	10(41.7)	14(29.7)
병원 내 의사와의 협력 관계	6(25.0)	22(46.8)
진료 실적이 많은 의사	3(12.5)	2(4.3)
유리한 수익 배분 조건	1(4.2)	4(8.5)
계	46	92

질적 조사에서도 개방병원은 개방병원에 봉직했던 의사가 개원할 경우가 많았는데, 이는 의사의 의료 기술에 대해 이미 검증된 상태이며 개방병원의 시스템을 잘 알고 직원과의 관계가 친숙하기 때문에 개방병원의 입장에서 우선적으로 고려한다고 하였다.

기존에 저희 병원에 계시던 과장님, 진료과장님께서 개원을 하시면서, 우리 자원을, 우리 병원 것을 이용하고, 그게 계기가 되어 가지고 하게 됐어요. 그 진료 보조원들도 원래 계시던 스태프였어요. 과장님이 손발 맞고 하니까 처음에 시작은 크게 무리 없이 했던 것 같아요. 원래 있던 분들이고 손 맞춰서 일했던 스태프이니까요.

저희 병원의 시스템이나 전산시스템, 그다음에 직원들 간의 소통, 이런 부분들에서 기본 베이스가 사실은 있었죠. 있던 상황에서 개원을 하려고, 환자가 발생하면 와서 수술하시거나 회진을 할 때, 큰 장벽이나 이런 부분이 없었어요. 그런 소통의 원활함이 제가 볼 때는 좀 좋은 결과를 낳게 되지 않을까 싶습니다.

덧붙여서 의사의 뛰어난 의료 기술과 적극적으로 참여하고자 하는 열정적 의지가 있는 의사를 선택하는데, 만약 환자 진료가 소홀해진다면 참여의와의 계약을 더 이상 유지할 이유가 없다고 하였다.

대개 잘되는 의사들이 개방병원 오는 게 환자가 그 의사를 따라다니는 거죠. 개방병원 의사들도 의욕이 넘치는 그런 젊은 사람들과 이렇게 커뮤니티가 형성되는 거예요.

회진을 안 들고 하루건너 하루 환자 컴플레인인 있는 거예요. 평가회는 안 해도 그런 분들이 간호사실이나 또 환자들한테 자꾸 컴플레인 들어오니까 원장님이 그러면 그 병원 안 되겠다고 해서 제가 그쪽 병원으로 공문을 보낸 거죠. 몇 월 며칠 자부로 개방병원 계약을 취소하겠으니 이 점 양지하시기 바랍니다. 계약서상에 서로 이의가 있으면 계약을 해지하도록 돼 있기 때문에 우리가 그런 원인으로 공문에 쓰겠죠. 환자들이 불편을 호소하고, 간호사 분들아... 회진 같은 걸 안 했기 때문에 고객 만족 사항에서 우리가 계약을 취소한다고 하기도 했어요.

한편 개방병원의 해당 진료과목 의료진의 동의를 통해 참여의를 선정하는 기관도 있었다. 결국 개방병원의 의료진과 참여 개원의 간의 친분을 통한 신뢰 관계가 중요함을 알 수 있다.

병원 입장에서는 과(개방병원의 해당 진료과)의 의지가 중요한 것 같아요. 우리 병원 쪽에서 이걸 하자고 하시기보다도 그 참여 의사가 우리 병원의 과랑 또 맞아야 되거든요. 뭐, 제도적으로는 크게 잘 모르겠어요. 왜냐면 이미 별 문제 없이 진행되어 오는 거니까요. 그런데 그게 우리 병원 (해당 진료과) 과장님이랑 그(참여 의원의) 과장님이랑 생각이 같으면 또 추진이 돼요. 되는데 생각이 다르면 안 되는 거죠.

2. 운영 현황

가. 담당자 현황

실제 제도 운영 현황을 살펴보고자 제도 담당 업무 인력을 조사한 결과, 과반수의 병원(55.3%)에서 겸직 직원이 업무를 수행하고 있었다. 업무 수행 전담 직원 또는 겸직 직원이 있는 병원의 비중은 2005년도에 비해 상당히 줄어든 것으로 나타났으며, 담당 직원이 부재하다는 병원도 17곳(36.2%)에 이르는 것으로 나타났다(표 6-7). 제도 관련 업무는 주로 원무과에서 담당하고 있었으며, 담당자 직급은 일반직, 계·과장급, 주임이 많은 경우가 일반적인 것으로 나타났다.

186 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

〈표 6-7〉 개방병원제도 업무 담당자 현황(연도별 비교)

(단위: 곳, %)

구분	2005	2016
개방병원제도 담당 인원 현황		
전담 직원	4(16.7)	4(8.5)
겸직 직원	20(83.3)	26(55.3)
담당 직원 없음	-	17(36.2)
기타	-	-
계	24	47
개방병원 업무 담당 부서명		
원무부서	18(75.0)	13(27.1)
기획과	1(4.2)	1(2.1)
총무팀	1(4.2)	3(6.3)
적정진료실	1(4.2)	-
대의협력팀	1(4.2)	-
간호지원실	1(4.2)	2(4.2)
전산심사청구팀	1(4.2)	-
보험심사팀	-	1(2.1)
진료지원팀	-	1(2.1)
진료협력팀	-	2(4.2)
행정부문	-	1(2.1)
계	24	24
개방병원 업무 담당자 직급		
일반직(2016년 조사: 사무직, 사원)	7(33.3)	3(5.9)
과장	5(23.8)	3(5.9)
계장	2(9.5)	3(5.9)
팀장	1(4.8)	1(2.0)
부장(2016년 조사: 행정부장)	1(4.8)	1(2.0)
사무장	1(4.8)	-
차장	1(4.8)	2(3.9)
대리	1(4.8)	1(2.0)
서기	1(4.8)	-
간호주사	1(4.8)	-
수간호사	-	1(2.0)
4급	-	1(2.0)
실장	-	1(2.0)
주임	-	3(5.9)
행정6급	-	1(2.0)
계	21	21

주: 2016년 조사에서의 원무부서는 원무과+원무부+원무팀이며, 총무팀은 총무과+총무부임.

질적 조사 결과, 개방병원제도의 실무는 행정부, 진료지원과, 경영총괄부, 기획부, 공공의료팀 등 다양한 부서의 직원이 전담하고 있다. 팀장, 과장, 그리고 간호사 출신의 부장 및 이사의 직책을 가지고 개방병원 업무를 맡고 있었다. 개방병원제도가 도입되면서 가장 활발히 운영했던 공공의료기관의 실무자는 참여 의원을 확보하기 위해 병원을 중심으로 가까이 인접해 있는 의원을 직접 방문하여 개방병원제도와 구체적인 운영 지침 등을 일일이 설명하는 등 매우 적극적이고 열성적으로 노력하였다.

*택시 타고 다 다녔어요. 우리가 가서 설명을, '선생님. 이렇게 분배하
고요. 한 20명만 들어가면 한 몇천만 원은 나와요.' 어차피 우리는 세일
즈 같은 개념이 될 수밖에 없어요. 그리고 뭐 'CT, MRI 같은 것도 오셔서
직접 보셔도 되고요.' 뭐, 이러면서 설명을 하고. 그래서 진짜 많이 했어
요. 50~60개 이상. 거의 이 지역은 안 돈 데가 없으니까. <웃음>*

***의료원을 중심으로 반경 2km 이내에, 3km 이내에. 하여튼 ** 시
내를 다 다니면서 개방병원 할 수 있는 의료기관. (의원) 원장님을 다 만
난 거예요. 혼자 만나서 계약서 들고. 서로 도장을 찍고, 개방병원을 하
자. 이용해 달라. 그래서 홍보를 하고 다닌 거죠. ** 시내에 있는 개인병
원을 가서 계약서, 수익 분배표 이렇게 제가 갖고 있는데, 이렇게 서로 계
약을 하자고 했죠. 수익 분배는 서로 이렇게 하자 하면서 ** 시내 개인 병
원 다 다닌 거죠. 혼자.*

나. 개방병원제도 운영협의체 현황

개방병원 운영협의체 구성은 복지부에서 권장하고 있는 사항이지만, 23.4%의 병원에서만 구성하고 있다고 응답했으며, 2005년에 절반 정도

의 병원(54.2%)에서 협의체를 구성하고 있던 것에 비해서도 상당히 감소하였다(표 6-8). 실제 운영 실적을 반영하는 회의 개최 횟수를 살펴본 결과 87.2%의 병원에서 협의체만 구성해 놓고 회의를 개최한 적이 없다고 응답하여 복지부 권고에 따라 형식은 갖추고 있으나 실제 운영으로 이어지지 못하고 있음을 알 수 있었다. 운영협의체 구성 병원 수나 협의체 회의 개최 횟수 조사 결과, 2005년에 비해 형식적·실질적 운영 실적이 상당히 저조한 것으로 나타났다.

〈표 6-8〉 개방병원제도 운영협의체 운영 현황

(단위: 곳(%), 평균±표준편차)

구분	2005	2016
개방병원 운영위원회(협의체) 구성		
유	13(54.2)	11(23.4)
무	11(45.8)	36(76.6)
회의 개최 횟수		
없음	13(59.1)	41(87.2)
있음	9(40.9)	6(12.8)
연 1회	5(62.5)	5(83.3)
연 2회 이상	3(37.5)	1(16.7)
계	24(100)	47(100)

이러한 부분은 질적 조사에서도 유사한 결과가 나타났다. 개방병원의 실무자는 공식적인 운영협의체의 정기회의나 모임이 아닌, 매달 진료비 정산을 위해 정기적으로 연락하고 참여의의 계좌로 진료비를 입금하는 형태의 소통 정도만 유지되고 있었다.

매달 만나기는 하지만 저희는 이렇게 정산 때문에 만나는 거라서. 주로 정산 얘기고요. 따로 뭐 특별히 이렇게 하는 얘기는... 거의 정산얘기죠.

개방병원의 실무자는 참여의와 참여 의원의 실무자와 친밀한 인간관계를 유지하기 위해 공식적 회의가 아닌 식사 모임을 갖는다고 하였다.

한 달에 한 번 정도 같이 술도 먹고. 불편한 거 없냐고 묻기도 하고. 또 본인들이 컨설팅도 내야 되고. 친하게 지내죠. 친해질 수밖에 없어요. 자기 환자를 우리한테 맡겨 봤기 때문에.

대부분의 개방병원 실무자들은 개방병원을 운영하면서 운영협의체가 구성되어야 하는 규정이 있으나 공식적인 협의체 구성과 함께 정기적인 회의와 활동이 필요하다고 표현하였다.

복지부에서 그 편람 나온 거 있잖아요. 편람에 보면 있어요. 있고. 어쨌든 공식 채널을 하나 만들어 놓자는 생각에 저희가 하려고 하는 거예요. 그 개방병원 운영 지침에 위원회를 구성하게 되어 있거든요. 공식적인 위원회가 이렇게 있는데 개최가 실질적으로 안 되고 실무선에서만 움직이다 보니까, 올해 저희가 새로 구성을 하려고 계획 중에 있어요.

정기적으로. 분기마다 한 번씩 한다든가 그러면 어쨌든 그 회가 살아날 것 아닙니까. 1년에 한 번 하는 거보다 1년에, 연 1회, 또 뭐 반기 1회, 분기 1회, 월 1회 회의가 있잖아요. 최소한도 분기마다, 반기마다 뭐, 이렇게 정기적으로 개방병원과 관련해서 잘 운영이 되려면 회의를 하면 좋겠다는 생각은 들어요.

다. 개방병원제도를 위한 병원의 조치 사항

개방병원제도를 이용하는 환자들을 위해 병원이 마련한 개선 조치를 보면<표 6-9> 이용 환자들의 검사와 진료 시간 우선 배정, 입·퇴원 절차/창구, 차량 지원 순으로 나타났다. 2005년과 비교 시 여러 개선 조치를 시행하고 있는 참여 병원이 전반적으로 줄어들었음을 알 수 있었다.

<표 6-9> 개방병원제도 이용 환자들을 위한 개선 조치

(단위: 곳, %)

구분(중복 응답)	2005	2016
이용 환자들을 위한 검사와 진료 시간 우선 배정	15(68.2)	17(35.4)
이용 환자들을 위한 차량 지원	10(45.5)	9(18.8)
개방병원 안내 홍보 팸플릿/전단지 제작	8(36.4)	6(12.5)
이용 환자들을 위한 입퇴원 절차/창구	6(27.3)	10(20.8)
개원 의사들을 위한 시설	4(18.2)	7(14.6)
전담 간호사 배치	4(18.2)	3(6.3)
개원 의사들을 위한 별도의 장비 마련	3(13.6)	5(10.4)
계	50	57

질적 조사에서 개방병원 진료를 받기 위해 개방병원을 방문하는 환자들을 위한 시설은 특별히 갖추지 않고 있었다. 개방병원을 처음 도입할 당시에는 개방병원과 참여 의원을 오고가는 셔틀버스를 운영했고 이후 경영적인 면에서 도움이 되지 않아 현재는 운행하지 않고 있지만, 응급 환자가 발생할 경우에는 개방병원의 구급차 운영을 위한 협조 체계가 갖춰져 있다고 하였다.

환자가 발생하면 저희 병원에 그때 당시 셔틀버스도 운영을 했었고... 이제, 지금은 그런 것은 좀 없고, 이제 만약 구급, 응급 환자 오게 되면 저희가 병원에 구급차 협조를 구하는 형태로 진행을 하고 있는데...

개방병원 실무자는 병원과 참여의를 연결해 주는 매니저 역할을 하였다. 참여의가 개방병원에 가서 원활한 진료를 수행하기 위해서는 전담 인력의 역할이 매우 중요하였다.

매니저가 개원의와 개방병원을 연계해 주는 거다.

의사가 자기 병원도 아닌데 남의 병원에 와서 수술을 하면 이 사람 저 사람 뭐야 이거 그러는데, 제가 그냥 탁 받으니까 자기 병원에 온 거 같은 거죠. 그래서 제가 그분을 OP부터 시작해서 모든 것을 그분이 할 수 있도록 불편하지 않게 (해드리죠).

개방병원 실무자는 병원의 보험 업무, 원무과 업무처럼 별도로 많은 업무를 담당하는 전담 인력이 있기도 하지만 대부분 다른 업무에 부과하여 개방병원제도 업무를 담당한다고 하였다. 특히 개방병원제도를 전담하는 인력이 확보된 경우는 환자를 일대일로 개별 응대를 함에 따라 개방 환자는 최상의 의료 서비스를 받는 입장에서 만족도가 매우 높다고 하였다.

입원하는 날도 제가 그분(환자)을 맞이해요. 맞이해서 병실까지 안내를 하죠. 그래 봤자 한 달에 열다섯 명만 하면 돼요. 환자들이 그런 얘기를 많이 하셨다고 하더라고요. 거기 병원에 가면 너무 친절한데, 너무 정 팔 딱 붙어서 일대일로 해 주는 데가 VIP 아니면 많지 않아요. 근데 제가 검사할 때도 같이 다녀주고 같이 순회를 하니까 이 사람들이 우왕좌왕 안

하는 거죠. 저희 병원에 와서는 요런 단계별로 진행하고 이제 집에까지 갈 거다, 그리고 나중에 진단서까지도 어떻게 뻔 거라는 것까지도 안내를 해 주니까, 환자들이 남의 병원에 왔다 이런 생각을 안 하시더라고요. 그러니까 이렇게 초창기에는 그런 것들이 누군가가 딱 맡아 주는 사람이 없는 안 돼요. 우왕좌왕돼 버리니까요.

개방병원 실무자와 참여 의원 실무자 간의 관계가 원만한 경우 개방병원제도를 통한 환자 진료가 잘 이루어지고 있음을 나타냈다. 개방병원제도가 잘 실행되려면 참여 병원의 실무자가 있는 경우 참여의도 중요하지만 실무자 간의 관계가 원만하고 신뢰적이라면 환자 진료에 긍정적인 영향을 미치게 됨을 알 수 있었다.

중요한 게 그런 거더라고요. 이게 의사들만 가지고는 잘 안 돼요. 이게 성공할 수 있었던 거는 제가 처음에 시작을 했고 제가 처음에 간호과를 이끌어 갈 때 그쪽 병원의 실장님하고 콘셉트가 너무 잘 맞았어요. 항상 실장님이 환자가 발생하게 되면 저한테 문자를 넣어 주세요. 이러이러한 환자가 이렇게 발생해서 언제 가실 수 있고, 수술은 언제 원하시고, 이제 그런 것들을 세세하게 저한테 원하시고 문자를 먼저 넣어 주세요. 그러면 아 '실장님 감사합니다.' 문자를 넣고 제가 환자하고 바로 컨택트를 해요.

우리는 이쪽 병원하고 워낙 유대 관계가 좋고 실무자들이 콘셉트가 잘 맞고 그쪽 거기 실장님하고 저하고 이렇게 잘하고 있는 편이에요. 늘 서로 전화하고요. 그 실장님은 제가 멘토래요. 뭐 이제 실장 직함을 가지고 하시는데 워낙 그분 자체가 나를 따르고 이러다 보니까 중간 가교 역할도 잘하는 편이고요.

특히 간호사 출신의 개방병원 실무자는 간호 업무뿐 아니라 심사 업무, 행정 업무의 다양한 실무 경험을 토대로 참여의와 환자를 직접 응대하면서 세세한 도움을 주었다고 하였다. 개방병원제도를 계속 운영하기 위해 적합한 전담 인력을 양성할 필요가 있다. 특히 간호사가 최적의 역할을 할 수 있는 인력임을 제안하기도 하였다.

하여튼 간호사가 결국은 하겠죠. 뭐. 이제 대화가 돼야 하니까요. 행정 쪽은 환자 설명이 안 되니까 행정보다는 간호사이면서 심사나 행정을 해 본 그런 코디네이터가 좋죠. 다 해결해 줄 수 있으니까요. 의사의 가려운 곳을 다 긁어줄 수 있잖아요. 이거 돈은 얼마가 되고, 이거는 의료적으로 수술 장비는 어떻게 해야 되고 같은 것들이 대화가 돼야 하죠. 그래서 수술실 간호사 출신도 가끔씩 매니저로 쓰는 게 (좋겠죠). 외과 파트는 그 령고, 내과는 뭐 간호팀장. 우리 간호팀장들이 잘해요.

3. 운영 및 성과 평가

개방병원제도 운영 결과에 대한 개방병원의 인식 결과를 살펴보면〈표 6-10〉, 개원의와의 연계 관계 향상에 대해서는 25.5%가 긍정적으로 평가했고, 진료실적 향상에 대해서는 27.7%가 긍정적으로 평가하는 데 그쳐 운영 결과에 대해 불만족스러운 것으로 나타났다.

〈표 6-10〉 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가

(단위: 곳, %)

구분	그렇다	그렇지 않다	전체
개원의와의 연계 관계 향상	12(25.5)	35(74.5)	47(100)
진료 실적 향상	13(27.7)	34(72.3)	47(100)

개방병원 진료 실적이 활성화되지 못한 이유를 조사한 결과<표 6-11>, 개방병원 환자 대상의 진료 절차의 미비(36.2%), 개원의들의 인식 부족(31.9%) 순으로 나타났다. 이는 2005년 조사 결과에서 대다수 병원이 개원의의 인식 부족을 가장 중요한 요인으로 꼽고(66.7%), 다음으로 개원의들에 대한 낮은 보상(33.3%)을 지적한 것과는 다른 결과라 할 수 있다. 이를 통하여 개원의들의 인식 부족보다 실질적인 운영 방안이 진료 실적의 걸림돌로 인지되고 있음을 알 수 있었다.

<표 6-11> 개방병원 진료 실적이 활성화되지 못한 이유

(단위: 곳, %)

구분(중복 응답)	2005	2016
개원의들의 인식 부족 때문에	8(66.7)	15(31.9)
개원의들에 대한 보상이 낮아서	4(33.3)	7(14.9)
개방병원과 개원의들 간 거리가 멀어서	2(16.7)	2(4.2)
개방병원 환자들에 대한 진료 절차가 제대로 정립되지 않아서	2(16.7)	17(36.2)
개방병원 경영진의 의지 부족	2(16.7)	4(8.5)
개방병원 직원들의 의지와 협조 부족	1(8.3)	3(6.4)
개방병원과 개원의들 간 의사소통이 제대로 되지 않아서	1(8.3)	8(17.0)
계	20	56

개방병원제도가 병원에 미친 영향을 세부 항목별로 조사한 결과<표 6-12>, 개원의와의 경쟁으로 인해 전속의의 진료 태도가 향상되었다는 의견이 가장 높았고(68.1%), 다음으로 환자의 진료비 절감 효과가 있었다(57.4%)는 의견이 높은 것으로 나타났다. 2005년도와 비교했을 때 의료 자원의 효율적 이용에 도움을 준다는 의견이 90.0%에서 34%로 크게

감소했으며, 지역의 개원의들과의 우호적 관계 구축 역시 ‘그렇다’라고 대답한 비율이 78.3%에서 21.3%로 줄어 양 주체 간의 파트너십 형성이 순조롭지 않음을 가늠할 수 있었다.

반면 부정적 영향에 대한 인식 결과를 보면, 약 85%의 응답 병원에서 개방병원제도로 인해 개방병원 참여 의사와 내부 직원 간, 병원 경영진과 내부 직원 간 마찰이 발생하였다고 답했고, 83%의 병원에서는 전문의 개원 활성화로 인해 병원 의사 인력난이 발생했고, 의료분쟁이 증가하였다고 답한 비율도 83%로 나타나 2005년에 비해 부정적 영향을 크게 체감하고 있는 것으로 나타났다. 전반적으로 긍정적 영향에 대한 응답은 저조한 반면 부정적 영향에 대한 응답은 높은 것으로 나타나 현 개방병원제도에 대한 만족도가 낮음을 알 수 있었다.

〈표 6-12〉 개방병원제도가 병원에 미친 영향 평가

(단위: 곳, %)

구분	2005		2016	
	그렇다	아니다	그렇다	아니다
긍정적 영향				
의료 자원(시설, 장비 등)의 효율적 이용에 도움	20(90.9)	2(9.1)	16(34.0)	31(66.0)
지역의 개원의들과의 우호적 관계 구축	18(78.3)	5(21.7)	10(21.3)	37(78.7)
환자 진료의 질 향상	14(66.7)	7(33.3)	17(36.2)	30(41.7)
병원의 수익성 향상	13(56.5)	10(43.5)	20(42.6)	27(57.4)
환자의 진료비 절감	12(54.5)	10(45.5)	27(57.4)	20(42.6)
병원 개방으로 병원 내부 진료 체계의 합리적 개선	10(47.6)	11(52.4)	21(44.7)	26(55.3)
개원의와의 경쟁으로 전속의의 진료 태도 향상	6(28.6)	15(71.4)	32(68.1)	15(31.9)
계	93	60	143	166

구분	2005		2016	
	그렇다	아니다	그렇다	아니다
부정적 영향				
병원 종사자(간호사 등)의 근무 강도가 높아짐	8(38.1)	13(61.9)	28(59.6)	19(40.4)
전문의 개원이 활성화되어 병원 의사 인력난 발생	5(23.8)	16(76.2)	39(83.0)	8(17.0)
의료분쟁의 증가	2(9.5)	19(90.5)	39(83.0)	8(17.0)
병원 경영진과 내부 직원 간 마찰 발생	1(4.8)	20(95.2)	40(85.1)	7(14.9)
개방병원 참여 의사와 내부 직원 간 마찰 발생	1(4.8)	20(95.2)	40(85.1)	7(14.9)
계	19	88	186	49

질적 조사에 참여한 개방병원은 개방진료의 실적이 많지 않은 경우 전담 인력에 대한 인건비 부담으로 직원의 기존 업무에 개방병원 업무를 부가적으로 주는 경우가 많았다.

저희가 정말 핑계일 수 있지만 여러 가지 일을 하고 있다 보니까 이거 (개방병원제도 업무)가 차지하고 있는 비율이 진짜 작거든요.

진짜 개방병원만 전담할 정도로 많다 그러면 당연히 전담을 해야 되겠죠. 숫자가 많지 않으니까 그거만큼 인건비가 안 되는 거죠. 그래서 다른 업무를 하면서 이렇게 하는 거죠. 우리가 산재보험, 자동차보험 건수가 많다 그러면 그거만 전담을 하는 거예요. 개방병원도 건수가 많다 그러면 개방병원 전담을 하겠죠. 건수가 뭐, 예를 들어 한 달에 몇 건 안 되는데, 전담을 할 수가 없죠. 인건비 때문에.

개방병원 업무를 부가적으로 담당하게 된 병원 직원은 업무에 대한 부담을 느끼고 있었지만, 개방병원의 실무자는 참여의 환자가 향후 개방병원의 환자가 되어 병원에 이바지할 수 있음을 설명해 주며 환자 간호에 더욱 주의를 기울일 것을 당부하였다고 하였다.

이제 개방병원을 하다 보니까 그분(환자)은 언제든지 환자는 일반의과 환자였지만, 산부인과 환자도 될 수 있는 거죠. 저희는 조금 그렇게 항상 멀게 보거든요. 저도 늘 직원들한테 하는 말이 "나무를 보지 말고 숲을 봐라. 지금 내가 당장 이 사람한테 돈을 뭐 십만 원을 뽑아 낼 거는 아닙니다. 우리는 뭐 길게 갈 거니까 그 사람한테 정말 정성을 다하고 최선을 다하다 보면 결국 그분은 돌아오게 되어 있고 소개를 하게 되어 있다"예요. 저도 늘 그런 얘기를 많이 하거든요. 그런 것 같아요. 그분이 아가씨였는데 수술을 했어요. 그분이 결혼하고 우리 병원에 와서 애를 낳더라고요.

4. 수익 분배 및 진료비 청구에 대한 의견

가. 수익 분배 현황 및 의견

개방병원제도하의 수익 분배 기준 평가에서는〈표 6-13〉 만족 비율이 61.7%로 높은 편이었으나 그 비율은 2005년도 대비 12.2% 포인트 줄어든 것으로 나타났다. 수익 분배 기준 마련 방안에서는 2005년도 결과와 마찬가지로 복지부가 지침은 제시하되 기관 간 자율적으로 결정하기를 원하는 응답 비율이 63.8%로 가장 높았다.

〈표 6-13〉 개방병원 관련 진료 수가 및 수익 분배 기준에 대한 의견

(단위: 곳, %)

구분	2005	2016
수익 분배 기준에 대한 평가		
만족	17(73.9)	29(61.7)
불만족	6(26.1)	17(36.2)
계	23	46
수익 분배 기준 마련 방안		
복지부가 분배 기준 제시	5(20.8)	6(12.8)
복지부의 지침하에 기관이 자율적으로 결정	18(75.0)	30(63.8)
의료기관이 자율 결정	1(4.2)	11(23.4)
계	24(100)	47(100)

질적 조사를 통해 대부분의 개방병원은 복지부에서 제시하고 있는 수익 분배율 지침 예시 중에서 선택, 적용하고 있었다. 개방병원에서는 개방병원제도를 운영하기 위해 시설 및 장비, 물품의 구입과 유지 보수를 위해 자금이 들어가기 때문에 개방병원에 유리한 수익 분배율을 적용하고 있었다.

처음에는 7:3 정도였다. 그 행위별인데. 하여튼 저희가 신DRG거든요. 신포괄수가제라해 가지고 저희는 행위별이 아니고 달라요. 그래서 비급여도 일부 10만 원 이하는 다 보험 안에 들어가기 때문에, 그 행위가 많이 들어간다고 해서 안 되잖아요. 수가가 안 되니까. 저희가 지금 75:25 정도인데, 다 묶여 있어서 뭐... 병실로 차액, 상급 병실로 차액 이런 비급여, 완전 비급여 되는, 그런 부분은 이제 70:30으로...

처음에 할 때 원장님한테 '이런 것들이 있습니다, 이걸 어떻게겠습니까, 그쪽 원장님하고 처음에 협의는 해야 돼요, 무조건 이렇게 하겠습니다.'

이렇게 하면 언짢으실 수 있으니까 저렇게 하면 어떻겠습니까 해서 서로 협의가 돼 가지고 시작했지 맘대로 누가 갑이고 누가 을은 아니잖아요. 이제 상호관계지요. 그렇게 해서 저희 같은 경우는 뭐 잘되고 있는 것 같아요.

처음 사이트에 들어가서 보니까 개방병원은 3 대 7 보통 이런 식으로 돼 있어요. 그래서 30퍼센트는 거기 선생님한테 드리고, 70퍼센트는 우리가 갖고 이런 식으로 돼 있어요. 저희도 3 대 7로 유지를 하고 있습니다. 그런데 이제 그 외에 일반적인 부분이 생겨요. 그 선생님이 초음파를 보겠다 하면, 인제 초음파 같은 건 다 우리 것을 보는 거죠. 아니면 대신에 검사를 하겠다 그러시면 그 부분에 있어서는 3 대 7을 유지하는 게 아니고 그 선생님에게 더 많이 줘요. 그쪽 병원에서도 이 병원은 너무 강하게 자기들만 챙기려고 하지 않는구나를 아니까 그런 것들이 서로 양보가 되는 것 같아요.

한 개방병원의 실무자는 참여의에게 수익 분배율을 높이는 것이 바람직하다는 의견을 주었다. 개방병원제도가 잘 운영되려면 참여의의 노력에 상응하는 경제적 대가를 지불함으로써 더욱 활성화될 것으로 생각하고 있었다.

입원료 안에, 입원 병원 관리료, 의사 회진료, 간호 관리료 이 세 가지가 복합되어 있어요. 그러면 병원 관리료, 간호 관리료는 우리 **의료원 수익이고, 회진료는 개원의 수익이거든요. 그렇게 제가 분배를 해 냈어요. 수술을 하면 수술비는 거기다(참여의에게) 다 줬어요. 어떤 사람은 뭐, 수술비도 나누는 병원이 있고 그래요. 활성화되려면 어떻든 개원의가 좋게 해야지 이 사람이 메리트가 있을 거 아닙니까. 상대방, 내가 상대방한테 매력적으로 보이려면 내가 잘해야 될 거 아니에요. 그러면 수익을 더 줘야지, 내가 더 가지면 안 된다는 생각이 들거든요.

질적 조사에 참여한 한 공공의료기관의 실무자는 개방병원제도가 도입된 초창기부터 운영하고 있고 실적 또한 우수한 기관이다. 특히 수익 분배율에 있어 참여의에게 보다 많은 분배가 되어야 개방병원제도가 활성화될 것이라며 참여자가 속한 기관의 수익 분배율을 제시하였다.

수익 분배는 저희는 6:4로 했어요. 저는 개원의한테 더 주어야지 개방병원이 잘된다고 생각하거든요. 우리가 욕심은 많죠. 7:3, 8:2 가고 싶죠. 그렇게 해선 안 되죠. 개원의가, 당근을 줘야 되는 거죠. 제 생각에는 그래서 인센티브가, 어떤 별도 수가가 있으면 개원의한테 주면 자동으로 오게 돼 있어요. 그래서 저는 6:4로 하고 있어요.

〈표 6-14〉 개방진료 수익 분배율표

구분	과별	환자 유형	진료 수입 분배 방법	
			**의료원(갑)	개원의(을)
진료비	환자의 구분에 따라		의료보험 기본수가 (단 수술료 제외), 재료비, 식대 및 기타 비급여, 행위료 등	진료 행위료의 종합병원 가산율 및 의학 관리료(회진료) 수술료
행위료	내과 계통	의료보험 기준 적용	의료보험 기본 수가 수입	진료 행위료의 종합병원 가산율 25% 수입
		의료보호 기준 적용	의료보호 기본 수가 수입	진료 행위료의 종합병원 가산율 18% 수입
		산업재해 보상보험 기준 적용	산업재해보상보험 기본 수가 수입	진료 행위료의 종합병원 가산율 37% 수입
		자동차보험 기준 적용	자동차보험 기본 수가 수입	진료 행위료의 종합병원 가산율 72% 수입
	외과 계통		종합병원 기본 수술료 제외 수입(가산율)	기본 수술료 전부 수입(가산율 제외)
회진료	내과 계통	내과, 소아과, 정신과	건강보험 내과 계통 입원료 수가 60 %	건강보험 내과 계통 입원료 수가 40 %
	외과 계통	내과계통 이외 수술을 요하는 환자	건강보험 외과 계통 입원료 수가 60 %	건강보험 외과 계통 입원료 수가 40 %

나. 진료비 청구 및 삭감 현황

개방병원 관련 진료비 청구 현황을 보면<표 6-15> 직접 청구하는 병원이 35곳(74.5%), 그중 청구 진료비 삭감을 경험한 병원이 4곳인 것으로 나타나 2005년에 비해 감소된 것을 알 수 있었다. 삭감액 손실 처리 방식의 경우 62.5%의 병원에서 항목별 주된 행위자가 부담한다고 답했으며, 다음으로 25.0%의 병원에서 병원이 부담한다고 답하였다. 2005년도에 조사된 주된 행위자 부담(35.0%), 병원 부담(50.0%)과는 상당히 달라진 결과임을 알 수 있었다. 의원의 직접 청구 필요성에 대해선 필요하지 않다고 응답하는 비율이 여전히 압도적이었다(93.6%).

<표 6-15> 개방병원 관련 진료비 청구 및 삭감 현황

(단위: 곳, %)

구분	2005	2016
병원에서 직접 청구		
예	24(100)	35(74.5)
아니요	-	12(25.5)
계	24	47
청구 진료비 삭감 경험		
유	6(25.0)	4(8.5)
무	18(75.0)	43(91.5)
계	24	47
삭감액 손실 처리 방식		
병원 부담	10(50.0)	12(25.0)
병원이 반분	2(10.0)	6(12.5)
항목별로 주된 행위자 부담	7(35.0)	29(62.5)
기타	1(5.0)	-
계	20	47

구분	2005	2016
의원의 직접 청구 필요성		
필요함	4(18.2)	3(6.4)
필요하지 않음	18(81.8)	44(93.6)
계	22	47(100)

5. 의료분쟁 및 배상보험 가입 현황

의료분쟁 및 배상보험 가입 현황<표 6-16>을 보면 의료 사고가 날 뻔한 적이 있는 병원이 4곳, 의료 사고를 경험한 병원이 1곳, 분쟁 경험이 있는 병원이 1곳으로 나타났으며, 의료 사고 시 비용 부담은 개원의가 전담한 경우와 이해 주체 간 분담한 경우가 각각 2, 3곳으로 보고되었다.

배상책임보험 가입 현황을 보면 44.7%의 병원이 가입하고 있는 것으로 나타났고, 가입률은 2005년에 비해 22.0% 포인트 낮아졌음을 알 수 있었다. 단체배상보험에 개원의를 포함하는 사항에 대해서는 약 60%의 병원에서 개원의 분담 시 포함하겠다는 의사를 밝히고 있고(2005년의 경우 73.9%), 포함 의사가 없다는 병원 비중은 약 32%로 약 17%였던 2005년에 비해 늘어난 것으로 나타났다.

의료분쟁 시 대처 방안으로는 68.1%의 병원이 의료분쟁조정법으로 해결하기를 희망하여 근본적인 대처를 기대하고 있었다. 의사와 병원이 공동으로 배상보험료를 부담하는 방안에 대해서도 17.0%의 병원에서 긍정적으로 응답하였다. 의사와 병원으로 구성된 조정위원회에서 조정하겠다는 응답 비중(14.9%)은 4.2%로 조사되었던 2005년에 비해 상당히 높아졌음을 알 수 있었다.

〈표 6-16〉 의료 분쟁 및 배상보험 가입 현황

(단위: 곳, %)

구분	2005	2016
의료 사고 및 분쟁 경험		
사고가 날 뻔하였음	1(4.2)	4(8.5)
의료사고 경험	-	1(2.1)
분쟁 경험	2(8.3)	1(2.1)
경험 없음	21(87.5)	41(87.2)
분쟁 경험자 중 의료 사고 시 비용 부담자		
개방병원	1(50.0)	-
개원의	-	2(40.0)
병원과 의원 분담	1(50.0)	3(60.0)
배상책임보험 가입 현황		
가입하지 않음	8(33.3)	11(23.4)
가입하였다가 탈퇴	-	1(2.1)
가입한 상태	16(66.7)	21(44.7)
계	26	38
단체배상보험에 개원의 포함 의사		
없음	4(17.4)	15(31.9)
병원 부담으로 포함 의사 있음	2(8.7)	3(6.4)
개원의 부담 시 포함 의사 있음	17(73.9)	28(59.6)
기타	-	1(2.1)
계	23	47
의료분쟁 시 대처 방안에 대한 의견		
의료분쟁조정법에 의거하여 해결	17(70.8)	32(68.1)
의사와 병원으로 구성된 조정위원회에서 조정	1(4.2)	7(14.9)
의사와 병원이 공동으로 배상보험료 부담	4(16.7)	8(17.0)
기타	2(8.3)	-
계	24(100)	47(100)

질적 조사 결과, 개방병원의 실무자는 “의료 사고가 나면 들었던 책임 보험에서 나오는 비용이 너무 작아서요, 아휴, 그리고 나면 보험료가 확 뛰어요.”라며 의료분쟁에 따른 비용 손실에 대한 문제를 제기하였다.

의료분쟁에 대해서는 다양한 사례가 매우 많기 때문에 개방병원제도에 따라 발생하는 경우를 명확히 규정 짓기 어렵다고 하였다. 개방병원제도의 표준 계약서에 명시된 내용을 토대로 개방병원과 참여의 간에 의료 사고의 과실 책임에 대해 상호 협의를 통해 결정한다고 하였다. 이처럼 상호 협의가 이루어지지 않을 경우 의료분쟁조정법에 따라 법원의 판결을 받아야 한다고 하였다.

의료 사고는 딱 답이 없습니다. 똑같은 케이스이지만 그에 대한 합의 결정 내용이나 이런 부분들은 환자마다 다르거든요. 의사의 주치의의 어떤 시술의, 수술의 문제 과정상의 문제다 그러면 그분이 책임지겠지만, 애매모호한 것들이 있을 수 있잖아요. 물론 저희는 크게 없기는 했지만, 그런 경우엔 과연 그걸 어떻게 나눌 거냐. 5:5로 할 거냐. 이런 어떤 비율적인 부분에 대해서도 쉽지가 않죠. 계약서상에서는 이용 계약서에서는 만약에 의료 과실이 생기면 상호 간에 협의한다는 거죠. 기본 표준 계약서를 저희가 사실 그대로 따 왔거든요. 그게 이제 의료 사고라고 하는 부분이 케이스가 너무나 많기 때문에 그 케이스별로 나누기는 쉽지 않았어요.

*우리가 **의료원에서 수술을 하는데 전력이 나갔다 그러면 **의료원 책임이잖아요. 저희가 수술을 하려고 여기서부터 여기까지 찢어야 하는데요. 여기까지 찢었다 그러면 개원의 자기가 잘못된 거잖아요. 그것이면 간호사가 간호를 잘못해서 했느냐, 집도이가 수술을 잘못된 거냐를 좀 명확하게 따지고 서로 협의를 해야죠. 협의가 안 될 경우에는 법원의 조정을 하도록 이렇게 돼 있습니다.*

한 개방병원에서는 진료비를 청구한 후 심사를 거쳐 삭감이 되었을 때 참여의에게 청구하기 곤란한 상황을 드러냈다. 삭감의 심사 결과가 나오기 전에 개방병원은 참여의에게 진료비를 이미 정산하였기 때문에 삭감에 대해 환급을 받기보다는 삭감 내용을 통보하여 반복적인 삭감이 재발하지 않도록 한다고 하였다.

*제약을 하고 환자 의뢰가 오면 입원을 할 것 아닙니까. 입원을 해서 퇴원을 하잖아요. 환자가 모든 수납은 **의료원이다 하고요. 청구가 끝나면, 그 청구를 분배해서 제가 한 달, 월 1회씩. 월 1회씩 딱, 그 회에, 다음 달. 이달이 만약에 6월 30일 자잖아요. 7월 1일 자를 기준으로 해서 월 초에 분배를 해요. 삭감료하고 상관없어요. 검사료가 삭감될 수도 있고. 수술료가 삭감될 수가 있죠. 원칙적으로는 삭감을 하면 삭감도 나누기로 되어 있어요. 그런데 그런 것까지 야박하게 하려면 또 의뢰를 안 할 거 아닙니까. 또 그거 나누기가 쉽지 않아요. 심사 결과 통보서가 보통 한 서너 달 후에 오거든요. 이미 돈은 다 전달해 줬는데. 그러다 보니까 나중에 돈을 다 줬는데도 게워 내라고 하잖아요. 그런데 제가 원장님(참여의)한테 돈을 일단 줬는데 정산해 보니까 잘못 뒀다며 10%를 달라고 하면 좋아하겠습니까? 그래서 환급은 하지 않았어요. 개원의한테 삭감이 어느 정도 뒀다고 얘기를 하고요. 이런 경우는 수술비가 삭감이 돼서 다른 거로 처방을 내 달라고 하든지 하라는 얘기를 했죠.*

6. 정책 지원 방안에 대한 의견

개방병원제도 지원 방안이 제도 참여에 미치는 영향에 대한 참여 병원 측의 인식을 조사한 결과<표 6-17>, 전반적으로 각 지원 방안의 실효성에 대해 상당히 부정적으로 인식하고 있는 것으로 나타났다. 개방병원 관련 수가를 인정하는 방안에 대해서는 효과가 있다는 의견이 74.5%였고,

배상책임보험 비용 해결, 개방병원 정보 간판 홍보 방안에 대해서도 역시 효과가 있을 것이라는 긍정적인 답변이 높았다(각각 66.0%, 61.7%). 병원 내 의원 임대에도 대해서도 과반수의 병원이 긍정적인 답변을 하였다. 2005년에 비해 여러 지원 방안의 실효성에 대한 개방병원 측의 긍정적인 인식이 다소 감소하였지만, 여전히 정부의 지원 방안이 필요하다는 것이다.

〈표 6-17〉 개방병원제도 지원 방안이 제도 참여에 미치는 영향 평가

(단위: 곳, %)

지원 방안	2005			2016		
	효과 있다	효과 없다	전체	효과 있다	효과 없다	전체
개방병원 관련 수가 인정	20 (83.3)	4 (16.7)	24 (100)	35 (74.5)	12 (25.5)	47 (100)
배상책임보험 비용 해결	20 (83.3)	4 (16.7)	24 (100)	31 (66.0)	16 (34.0)	47 (100)
개방병원 정보 간판 홍보	17 (70.8)	7 (29.2)	24 (100)	29 (61.7)	18 (38.3)	47 (100)
병원 내 시설의 의원 임대	12 (52.2)	11 (47.8)	24 (100)	24 (51.1)	23 (48.9)	47 (100)

개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제의 경우〈표 6-18〉, 이해 주체 간 관계 측면에서는 병원 구성원들의 인식과 협조(63.8%), 개원의와의 의사소통 창구 마련(57.4%), 진료 절차의 간소화(38.3%) 순으로 응답되었으며, 제도 및 정책 측면에서는 개방병원 관련 수가 향상(68.1%), 의료 사고 시 책임 소재 확립(36.2%) 순으로 주요 과제가 꼽혔다.

2005년 조사 결과와 비교할 때, 병원 구성원들의 인식과 협조 확보, 개원의와의 의사소통 창구 마련이 선결 과제가 되어야 한다는 응답 비중은 높아진 반면, 전담 간호사 및 병실 확보, 개방제 전담팀 운영, 개방병원제

도 홍보를 선결 과제로 꼽은 비중은 상당히 낮아진 것을 볼 수 있다. 이를 통해 병원 구성원 및 개원의와의 협력 관계 구축의 필요성이 높아졌음을 알 수 있었다.

〈표 6-18〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견

(단위: 곳, %)

선결 과제	2005	2016
병원과 개원의 간의 관계 측면(중복 응답)		
병원 구성원들의 인식과 협조 확보	10(52.6)	30(63.8)
입원 병동과 개원의 간의 원활한 의사소통을 위한 창구 마련	8(42.1)	27(57.4)
입퇴원, 수술, 검사 등 진료 절차의 간소화	7(36.8)	18(38.3)
개방병원 전담 간호사, 병실 확보	6(31.6)	9(19.1)
개방병원의 개방제 전담팀의 운영	5(26.3)	5(10.6)
기타	1(5.3)	-
계	37	89
제도 및 정책 측면(중복 응답)		
개방병원 관련 수가 수준 향상	15(71.4)	32(68.1)
개방병원제도의 홍보	7(33.3)	11(23.4)
의료 사고 발생 시 책임 소재 확립	7(33.3)	17(36.2)
공동 이용 시설, 장비비 지원	6(28.6)	10(21.3)
의사와 병원의 보상 수가 구분	4(19.0)	11(23.4)
진료비 배분 기준 마련	2(9.5)	5(10.6)
계	41	86

제2절 참여 개원의

1. 기본 사항

개방병원제도 운영실태 및 인식도 조사를 위하여 2015년 개방병원제도에 참여하고 있는 참여 개원의(병원 포함) 361곳을 대상으로 했으며, 이 중 조사 응답 의료기관은 236곳으로 조사 응답률은 65.0%였다. 대부분의 항목에 적절하게 응답한 의료기관은 66곳으로 조사되었다.

조사에 응답한 참여 개원의의 기본적인 특성을 보면〈표 6-19〉 남자가 많았고(72.9%) 의대 졸업 후 평균 기간은 28.6년이었으며, 의원 개원 기간은 16.3년으로 상당 기간 개원의 경험을 축적한 집단이 개방병원제도에 참여하고 있는 것으로 조사되었다. 지역 분포로는 지방의 참여의 비중이 85.2%였다.

〈표 6-19〉 개방병원제도 참여 개원의 특성(1)(연도별 비교)

(단위: 명(%), 평균±표준편차)

구분	2005	2016
성별		
남	39(92.9)	172(72.9)
여	3(7.1)	64(27.1)
의과대학 졸업 후 기간		
의과대학 졸업 후 기간	22.0±8.9	28.6±8.5
의원 개원 기간		
의원 개원 기간	9.8±7.8	16.3±7.7
지역		
서울특별시	7(16.7)	35(14.8)
지방		201(85.2)
- 광역시	21(50.0)	
- 중소 도시	14(33.3)	
계	42(100)	236(100)

2005년 조사 당시 참여자 전원이 전문의였던 것과 달리, 2016년 조사에서는 전문의 83.5%, 일반의 16.5%로 나타났다. 참여 의원의 진료 과목으로는 내과가 가장 많았으며(20.3%), 다음으로 일반 외과와 정형외과가 각각 10.6%로 많았다. 특히 2005년과 비교하여 내과, 정형외과, 이비인후과 참여 의원의 비율이 증가하였다(표 6-20).

〈표 6-20〉 개방병원제도 참여 개원의 특성(2)(연도별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005	2016
자격		
전문의	42(100)	197(83.5)
일반의	-	39(16.5)
진료 과목		
일반외과	6(14.3)	25(10.6)
소아과	4(9.5)	
내과	3(7.1)	48(20.3)
신경외과	2(4.8)	8(3.4)
정형외과	2(4.8)	25(10.6)
이비인후과	2(4.8)	19(8.1)
산부인과	6(14.3)	18(7.6)
비뇨기과	5(11.9)	15(6.4)
방사선과	1(2.4)	
신경정신과(2016년 신경과)	1(2.4)	1(0.4)
가정의학과	-	4(1.7)
치과	1(2.4)	4(1.7)
성형외과	3(7.1)	2(0.8)
안과	5(11.9)	9(3.8)
재활의학과	1(2.4)	2(0.8)
마취통증의학과	-	3(1.3)
소아청소년과		6(2.5)
정신건강의학과		4(1.7)
피부과		1(0.4)
한방		1(0.4)

구분	2005	2016
개원 형태		
단독 개원	39(92.9)	213(90.3)
공동 개원	3(7.1)	22(9.3)
계	42(100)	236(100)

2. 참여 현황

가. 참여 기간

개방병원제도 참여 기간을 보면<표 6-21> 6년 이상이 75.7%, 5년 미만이 24% 수준으로, 장기간 제도에 참여한 경험자들이 조사에 응한 것으로 보인다. 이러한 측면에서 응답자들은 개방병원제도에 대해 상대적으로 의욕이 있으면서 제도 효과를 평가할 만한 경험을 갖춘 것으로 판단된다. 국공립 병원 참여의들의 경우 응답자 모두가 제도 참여 기간이 6년 이상인 것으로 나타났고, 민간 병원 참여자들의 경우 60.0%, 대학 병원의 경우 62.5%, 종합병원의 경우 76.7%의 응답자가 이 제도에 6년 이상 참여하고 있는 것으로 나타났다.

<표 6-21> 개방병원제도 참여 기간

(단위: 명, %)

구분	1~5년	6~10년	11년 이상	전체
지역				
서울	2(40.0)	0(0.0)	3(60.0)	5(100)
지방	14(23.0)	27(44.3)	20(32.8)	61(100)
설립 주체(중복 응답)				
국공립 병원	0(0.0)	1(11.1)	8(88.9)	9(100)
민간 병원	8(40.0)	7(35.0)	5(25.0)	20(100)

구분	1~5년	6~10년	11년 이상	전체
대학 병원	3(37.5)	2(25.0)	3(37.5)	8(100)
종합병원	7(23.3)	14(46.7)	9(30.0)	30(100)
계	16(24.2)	27(40.9)	23(34.8)	66(100)

주: 참여 기간에 응답하지 않은 의료기관이 170개임.

나. 참여 이유

개원의들이 개방병원제도에 참여한 중요한 이유로 ‘개방병원 측의 권유’, ‘병원과의 연계에 따른 홍보 효과’, ‘의원의 수익 확대’ 등이 대두되었다<표 6-22>. 이러한 응답 결과로 미루어 보아 개원의들은 개방병원제도 참여에서 상대적으로 실익을 중요시하는 것으로 보인다. 이는 2005년의 조사 결과, ‘환자의 지속적 관리’(57.1%)와 ‘습득한 의료 기술의 활용’(54.8%)을 주된 참여 동기로 꼽았던 것과는 다른 결과로 개원의들의 제도 참여 이유가 다소 변화한 것으로 보인다.

<표 6-22> 개방병원 참여 이유(연도별 비교)

(단위: 명, %)

구분(중복 응답)	2005	2016
환자의 지속적 관리 차원	24(57.1)	182(77.1)
습득한 의료 기술의 활용	23(54.8)	192(81.4)
개방병원 측의 권유	12(28.6)	224(94.9)
의원의 수익 확대 차원	10(23.8)	218(92.4)
병원과 연계로 홍보 효과	6(14.3)	223(94.5)
기타	2(4.8)	77(32.6)
계	77	1,116

병원 특성별로 참여 동기를 비교하였을 때<표 6-23> 국공립 병원, 민간 병원, 대학 병원과 계약한 참여의 모두 '환자의 지속적 관리'를 우선적으로 꼽았고, 다음으로 '습득한 의료기술 활용'이 가장 많이 응답되었다. 이러한 결과 순위는 2015년과 동일한 것으로 나타났다.

<표 6-23> 개방병원 참여 이유(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분(중복 응답)	2005			2016		
	국공립 병원	민간 병원	대학 병원	국공립 병원	민간 병원	대학 병원
환자의 지속적 관리 차원	14(66.7)	10(47.6)	5(41.7)	8(50.0)	38(53.5)	10(62.5)
습득한 의료 기술의 활용	11(52.4)	12(57.1)	6(50.0)	5(31.3)	34(47.9)	6(37.5)
의원의 수익 확대 차원	5(23.8)	5(23.8)	4(33.3)	2(12.5)	15(21.1)	1(6.3)
개방병원 측의 권유	5(23.8)	7(33.3)	3(25.0)	3(18.8)	8(11.3)	1(6.3)
병원과 연계로 홍보 효과	3(14.3)	3(14.3)	4(33.3)	2(12.5)	9(12.7)	3(18.8)
기타	1(4.8)	1(4.8)	1(8.3)	4(25.0)	14(19.7)	6(37.5)
계	39	38	23	24	118	27

질적 조사에서 참여의들의 대부분은 개방진료를 통한 수익 창출보다는 전공의 과정과 환자 진료 과정에서 오랜 시간 동안 학습하고 훈련받아 습득한 의료 기술을 개원 후 발휘할 수 있는 것에 커다란 의미를 부여하고 있었다. 이러한 의미에서 제도 자체만으로는 잘 만들어진 제도라고 하였다.

개방병원제도에 참여해서 내가 돈을 벌려고 하는 게 아닙니다. 나는 암 수술 하는 게 꿈이죠. 개원해서도 계속 외과 수술을 해야지 아니면 인력 낭비죠. 그렇게 해서 이제 수술을 하고 있죠. 병원의 명성을 쌓기 위해서 수술을 시작을 했구요.

이제 한다 한들 병원 경영에 도움이 하나도 안 되죠. 뭐 하러 이걸 하겠어요. 그리고 이제 정부에서도 사실 그건 있어요. 저와 같은 암을 전공한 의사가 암 수술 안 하면 사실 그것도 낭비죠.

저 같은 의사들한테 개방병원은 굉장히 좋거든요. 돈은 없는데 수술은 하고 싶다, 그런 의사들한테는 좋죠. 개원해 가지고 사실 암 수술 안 하고 그냥 환자 열심히 초음파만 보고, 내과 의사처럼 살아도 많은 돈을 벌 수 있으니까요. 그게 훨씬 더 쉽게 벌 수 있죠. 굳이 이거 할 이유를 못 느끼는 거죠. 이제 저는 외과니까 재미없잖아요. 수술하려고. 평생 수술 하면서 살아야 돼서요.

참여의들은 자신의 의원을 개원할 당시 특정 검사나 시술, 수술을 위해 갖추어야 할 각종 시설과 장비를 구입하기 위해 엄청난 비용을 들여야 하지만, 개방병원제도를 운영한다면 시설과 장비 구입비뿐 아니라 특정 검사나 시술, 수술에 따른 인력 확보를 위한 인건비를 대폭 절감할 수 있다는 장점을 제시하였다.

의원으로는 수술을 하기에는 제약 조건이 너무 많고, 인건비 부담이 되죠. 바뀌었잖아요. 법이. 수술방에 음압시설 만들어야 하고 발전기도 설치해야 하죠. 그런 것도 다 돈이죠. 그리고 마취과 의사도 상주시켜야 되는데, 그것도 돈이고요. 간호사들도 3교대 돌려야 되는데, 그것도 돈이죠. 그래서 1년에 한 150케이스 이상 수술을 하지 않으면 자체로 수술방

갖고 있는 거는 경제적으로 전혀 도움이 안 되더라고요. 그래서 나는 뭐 수술만 하면 되니까 어디 가서한들 뭐 문제가 있겠나 해 가지고 하죠. 그 쪽 당직 의사도 있고. 거기 간호사들은 원래 3교대 돌아가고 있어서 신경 안 써도 되니까요.

이런 개인 병원의 시스템이나 검사나 시설 자체가 할 수 있는 그런 여건이 안 되잖아요. 그렇다 보니까 필요에 의해서 제가 한 거죠. 경제적으로 부담이 되죠. 그런 시스템을 갖추는 게. 특히 입원실이 있어야 되고요. 그 다음에 마취과 의사에다가 수술방이 있어야 되고요. 정형외과나 신경외과는 늪혀 둘 환자가 있지만 비뇨기과는 급성기에 바로 해야 되는데, 수술을 하루에 뭐 한 개 정도 해 가지고는 입원실 운영할 만한 경비가 안 나오더라고요.

다. 참여 개방병원 선정 시 고려 사항

참여 개방병원 선정 시 고려 조건을 조사한 결과(표 6-24), 참여의들은 ‘가까운 위치’(43.2%), ‘병원 평판과 질’(27.1%), ‘개방병원 의료진과 직원의 적극성’(16.5%) 등을 주요 요인으로 응답하였다. 2005년 조사에서는 ‘개방병원 의료진과 직원의 적극성’이 국공립 병원과 민간 병원에 참여한 참여의에서 일순위로 꼽혔다.

〈표 6-24〉 참여 개방병원 선정 시 고려하는 조건

(단위: 명, %)

구분(중복 응답)	2005		2016
	국공립병원	민간병원	전체
개방병원 의료진과 직원의 적극성	13(65.0)	10(50.0)	39(16.5)
가까운 위치	11(55.0)	8(40.0)	102(43.2)
병원의 평판과 진료의 질	5(25.0)	7(35.0)	64(27.1)

구분(중복 응답)	2005		2016
	국공립병원	민간병원	전체
개방병원제도 전담팀 유무	4(20.0)	3(15.0)	21(8.9)
중장기 신뢰 관계 형성 유무	3(15.0)	5(25.0)	25(10.6)
유리한 수익 배분 조건	2(10.0)	3(15.0)	12(5.1)
병원장의 강력한 의지	-	1(5.0)	9(3.8)
계	38	37	272

양적 조사 결과와 마찬가지로 질적 조사에서도 참여의는 자신의 의원과 가까이 근접한 병원을 개방병원으로 선택하였다. 외래 진료에 최대한 방해받지 않고 정해진 회진을 돌기 위해서 의원과 병원 간 거리가 최소화 되는 것이 중요하다고 하였다.

제일 중요한 것은 접근성이죠. 일단 내가 여기서 수술하고 아침 회진 들고 저녁 회진 들고 가려면 접근성이 제일 중요하죠.

10분 거리, 10분 내지 20분 거리. 뛰어갈 수 있는 요런 거리 돼야 운동도 되죠. 급하면 바로 뛰어갈 수 있어야죠. 차는 주차해야 하고 신호 붙잡하면 어렵고 하니까 제가 접근성 이야기를 첫 번째 하는 거예요.

질적 조사에 참여한 참여의 중 대부분은 개원 전 봉직했던, 수련했던 병원을 개방병원으로 선정하였다. 이는 개방병원의 직원과 친숙한 관계이고 시설이나 장비, 시스템에 익숙하기 때문에 개방병원의 우선적인 선정 기준이 된다고 하였다.

저 같은 경우는 병원장을 하고 그만두고 나와서 개원을 했으니까 제가 데리고 있던 사람들, 그쵸? 거기 입문했으니까 제가 가도 다 교수님, 교수님 하고 인사하고 하던 사람들이니까 상관이 없고 편하죠. 분만을 하

나 한다 해도, 분만을 할 때 저분은 어떻게 한다, 분만할 때 어시스턴트 어떻게 선다, 이런 게 간호사들이 다 제 스타일로 트레이닝을 시켰단 말 이죠. 그러니까 제가 갔을 때, 저도 불편함이 없고 그 사람들도 불편함이 없죠.

참여의는 개방병원과 개인적인 친분이 있는 의사를 통해 병원을 선정 하였다. 이는 진료가 끝난 후 환자에게 문제가 발생할 경우 응급 상황에 잘 대처해 줄 것으로 믿기 때문이었다.

개인적인 친분이죠. 왜냐면 모르는 원장님한테 가서 할 수는 없잖아요? 그러니까 원장님은 개인적인 친분이죠. 개인적인 친분으로 이래하고 싶다 이러면 개인적인 친분이 제일 많은 거죠.

개방 병원 선택 시 최우선은 나와 관계 좋은, 잘 아는 과장이어야죠. 그래야 시술 끝나고 응급 상황에 내가 가기 전까지라도 대처해 줄 수 있 으니까요.

또한 유방암 수술을 주로 하는 참여의는 수술 후 빠른 회복을 위해 깨끗하고 쾌적하며 환자 간호가 잘 이루어지는 전문병원을 선택하였다. 종합병원보다 수술료와 병실료 등이 저렴하고 1인실에서 짧은 입원 기간을 통해 사적 공간을 확보하고 회복도 빨리 이루어지기 때문에 환자의 만족도 또한 높일 수 있다고 하였다.

다 좋아하죠, 환자들은. 그리고 병원이 깨끗해야죠. 밥도 맛있고 병원도 깨끗하고 쾌적하고. 이 개방병원을 떠나서 저는 암 환자들이나 단기간 입원하는 사람들은 당연히 1인실에 입원해야 된다고 생각하거든요. 그래야지 회복이 빠르죠. 수술 끝나고 와서 힘들어 죽겠는데, 옆에서 떠들어

박요. 이게 회복이 되겠어요? 이틀 입원할 거면 본인이 수술하였다 할지라도 당연히 1인실에 있고 싶어 하겠죠. 열흘 입원해야 된다고 그러면 부담이 되겠지만요. 보통 암 수술하고 나서 평균 재원 일수가 이틀이거든요. 전국에서 제가 제일 짧아요. 환자들한테 얘기하죠. 돈이 없는 사람도 마찬가지예요. 이틀 입원하는데 어떻게 할래요. 나는 1인실에 있어야 네가 하루라도 빨리 퇴원할 수 있다고 하죠. 그리고 자기 프라이버시도 감출 수 있으니까요. 그래서 다인실 안 쓰고 그냥 1인실 사용할 수 있는 그런 병원이 훨씬 좋겠다고 환자들한테 말해요.

제가 하는 거는 거의 99%가 암 환자인데, 좋은 시설에서 좋게 있어야 돼요. 암 환자들은 바글바글하고 정신 사납고 그러면 절대 암에 도움이 안 돼요. 깨끗한 병원에 가서 깨끗하게 치료 받죠. 돈이 안 돼서 그렇지 얼마나 좋아요. 개인 공간도 있고, 안에 화장실도 다 있고, 평수도 넓고, 수술방도 깨끗하고요.

라. 제도 활용 현황

개방병원제도 활용 현황을 보면〈표 6-25〉 ‘적극적으로 활용한다’는 비중은 9.3%에 그친 반면, ‘전혀 활용하지 않는다’는 비중은 73.3%로 상당히 높아 계약의로 참여하면서도 실제 진료에서의 활용 비율은 상당히 낮음을 알 수 있으며, 이러한 경향은 2005년에 비해 심화되었다. 내원 환자의 이용 수준은 5% 이하가 94.4%로 압도적으로 많은 것으로 나타났고, 2005년에 비해 이용 수준이 저조한 것을 볼 수 있었다. 최대 이용 가능 수준은 5% 이하가 78.8%로 상당히 높게 나타났다. 활용 분야로는 병실, 장비 활용, 수술실 순으로 꼽고 있으며, 2005년에 비해 활용 수준이 모두 상당히 낮아졌다. 전반적으로 보았을 때, 제도의 실질적 활용 현황이 2005년에 비해 상당히 저조함을 알 수 있었다.

〈표 6-25〉 개방병원제도 활용 현황(연도별 비교)

(단위: 명(%), 평균±표준편차)

구분	2005	2016
개방병원 활용 정도(명, %)		
적극적 활용	6(14.3)	22(9.3)
약간 활용	14(33.3)	22(9.3)
거의 활용 안 함	10(23.8)	19(8.1)
전혀 활용 안 함	12(28.6)	173(73.3)
계	42(100)	236(100)
내원 환자의 이용 수준(%)		
≤ 5%	20(76.9)	223(94.5)
6-10%	4(15.4)	6(2.5)
≥ 11%	2(7.7)	6(2.5)
내원 환자의 최대 이용 가능 수준(%)		
≤ 5%	17(54.8)	186(78.8)
6-10%	6(19.4)	21(8.9)
≥ 11%	8(25.8)	28(11.9)
활용 분야/활용 가능한 분야(명, %)¹⁾		
병실	31(73.8)	78(33.1)
수술실	30(71.4)	55(23.3)
장비 활용	28(66.7)	71(30.1)
기타	-	8(3.4)

주: 1) 중복 응답 허용

병원 특성별 활용 현황을 비교하면〈표 6-26〉, 개방병원 활용 정도는 민간 병원이 국공립 병원에 비해 활용도가 높은 것으로 나타나는데, 국공립 병원의 경우 50.0%가 전혀 활용하지 않는다고 응답하였다. 내원 환자의 이용 수준과 최대 이용 가능 수준 역시 민간 병원 참여자에게서 높은 것으로 나타나 국공립 병원에 비해 민간 병원 참여 의원이 개방병원제도 운영에 더욱 적극적인 것으로 보인다. 활용 분야에서는 병실과 수술실의

경우 국공립과 민간 병원 간 차이가 보이지 않으나, 의료 장비의 경우 국공립 병원 참여 의원들만 56.3%가 활용하는 것으로 나타났다. 2005년과 비교했을 때 국공립 병원의 활용도는 감소한 반면 민간 병원의 활용 정도는 증가한 것을 확인할 수 있었다.

〈표 6-26〉 참여 개방병원제도 활용 현황(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간 병원
개방병원 활용 정도(명, %)				
적극적 활용	3(14.3)	3(14.3)	1(6.3)	20(28.2)
약간 활용	6(28.6)	8(38.1)	4(25.0)	16(22.5)
거의 활용 안 함	6(28.6)	4(19.0)	3(18.8)	14(19.7)
전혀 활용 안 함	6(28.6)	6(28.6)	8(50.0)	21(29.6)
계	21(100)	21(100)	16(100)	71(100)
내원 환자의 이용 수준(%)				
≤ 5%	5.5±10.9	6.5±13.6		
6-10%	10(76.9)	10(76.9)	16(100)	59(84.3)
≥ 11%	2(15.4)	2(15.4)	0(0.0)	6(8.6)
	1(7.7)	1(7.7)	0(0.0)	5(7.1)
내원 환자의 최대 이용 가능 수준(%)				
≤ 5%	12.7±19.9	15.0±26.4		
6-10%	9(52.9)	8(57.1)	10(62.5)	37(52.9)
≥ 11%	4(23.5)	2(14.3)	3(18.8)	13(18.6)
	4(23.5)	4(28.6)	3(18.8)	20(28.6)
활용 분야/활용 가능한 분야 (명, %)¹⁾				
병실	15(71.4)	16(76.2)	10(62.5)	48(67.6)
수술실	15(71.4)	13(61.9)	8(50.0)	37(52.1)
장비 활용	12(57.1)	18(85.7)	9(56.3)	0(0.0)
기타				5(7.0)

주: 1) 중복응답 허용

마. 제도를 잘 이용하지 않는 이유

개방병원제도를 잘 이용하지 않는 이유를 조사한 결과<표 6-27>, 2016년의 경우 ‘개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서’(28.4%), ‘개방병원에 의뢰한 환자를 진료할 시간을 내기 어려워서’(14.0%) 등의 순으로 나타났다. 이러한 경향은 회진 등 개방 환자를 진료할 시간을 내기가 어렵다는 대답이 45.5%로 응답되었던 2005년과 상이한 것으로 보인다. 2005년 조사 결과에서 상대적으로 비중이 컸던 개방병원과의 거리나 소요 시간에 비해 적은 보상 금액의 경우 2016년 조사에서는 비중이 줄어들었다.

<표 6-27> 개방병원제도를 잘 이용하지 않는 이유(연도별 비교)

(단위: 명, %)

구분(중복 응답)	2005	2016
회진 등 개방 환자를 케어할 시간을 내기가 어려워서	10(45.5)	33(14.0)
개방병원과 거리가 멀어서	7(31.8)	11(4.7)
소요 시간에 비해 보상 금액이 너무 적어서	7(31.8)	15(6.4)
개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서	7(31.8)	67(28.4)
환자들의 이해 부족 때문에	6(27.3)	22(9.3)
입퇴원, 수술 및 검사 등 진료 절차의 번거로움 때문에	3(13.6)	27(11.4)
개방병원 측의 지원 부족 또는 불친절해 때문	2(9.1)	7(3.0)
기타	-	130(55.1)
계	42	312

국공립 병원과 민간 병원 참여 의원들을 비교한 결과<표 6-28>에서도 ‘개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서’, ‘개방병원에 의뢰한 환자를 진료할 시간을 내기 어려워서’가 제도 이용이 저조한 주요 이유로 꼽혔다.

〈표 6-28〉 개방병원제도를 잘 이용하지 않는 이유(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분(중복 응답)	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
회진 등 개방 환자를 케어할 시간을 내기가 어려워서	6(50.0)	4(40.0)	9(56.3)	14(19.7)
개방병원과 거리가 멀어서	5(41.7)	2(20.0)	0(0.0)	8(11.3)
소요 시간에 비해 보상 금액이 너무 적어서	3(25.0)	4(40.0)	2(12.5)	8(11.3)
개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서	4(33.3)	3(30.0)	8(50.0)	43(60.6)
환자들의 이해 부족 때문에	2(16.7)	4(40.0)	1(6.3)	11(15.5)
입퇴원, 수술 및 검사 등 진료 절차의 번거로움 때문에	1(8.3)	2(20.0)	2(12.5)	11(15.5)
개방병원 측의 지원 부족 또는 불친절해서	1(8.3)	1(10.0)	2(12.5)	5(7.0)
기타			3(18.8)	4(5.6)
계	22	20	27	104

개방환자를 돌볼 시간을 내기 어렵다는 이유로 개방병원제도를 잘 이용하지 않는 양적 조사 결과에 대해 질적 조사에서는 이를 극복하고 감수하는 열의를 가진 참여의들이 있었다. 질적 조사에 참여한 모든 참여의들은 자신의 외래 진료 외의 시간을 활용하여 개방병원제도에 참여하고 있었다. 그러므로 참여의들은 일상생활이나 개인적인 시간을 할애하여 개방병원을 방문해야 하기 때문에 오전 진료 시간 이전이나 오후 진료 시간 이후에 수술을 하거나 회진을 돌기도 하였다.

산부인과 수술이 대개는 그렇게 한 시간 넘지 않으니까 외래를 10시부터 봅니다. 그러니까 보통 9시 반쯤 끝나서 가요.

아침 8시 시작을 하는 거예요. 7시나 8시. 일찍 시작하는 거죠. 하고 돌아오면 9시 반. 그리고 밤에 또 회진 하러 가고.

외래 진료 전 7시부터 8시까지 시술하고, 9시 30분에 (의원에) 도착해서 진료 봐요. 그리고 저녁에 또 회진 돕니다.

일부 참여의들은 오전, 오후 외래 진료에 방해받지 않는 점심시간을 이용하여 수술을 하는 경우가 있었다. 점심시간을 이용하기 때문에 개방진료가 예정된 날은 점심을 먹지 못한 상태에서 오후 진료를 담당하고 있었다.

점심시간 때 밥 안 먹고 가서 하는 거예요. 내일도 그래요. 그러니 제가 힘들죠. 많은 주는 화, 수, 목, 금 이렇게 수술이 잡혀 있거든요. 그런데 화, 수, 목, 금 점심은 못 먹어요. 아침 못 먹는 날도 있으니까. 저녁이 첫 끼가 되는 날도 많아요. 재미있죠. 암을 수술할 수 있는. 그거 말고는. 만약에 오전에 수술 한다. 오후에 수술 한다 하면 안 하죠. 병원 문 닫고 수술해야 되는데. 그래서 저는 먹는 시간을 투자해 가지고 내가 손해 안 보게 수술을 하죠.

어떤 참여의들은 일주일 중 특정 요일을 정하여 개방병원으로 출근하여 수술하는 경우도 있었다.

매월 목요일이면, 목요일 오전에 수술방을 비워 놔요. 최소한도 2주 전예요. 이비인후과 환자, 편도 편도선 적출술 한다든가 그러면 그렇게 하고 있는 거죠.

처음에는 그냥 아침에 일찍 가서 하고 그랬는데 체력적으로 자꾸 그렇게 되니까 안 되겠다 싶어라고요. 그래서 수요일 하루를 제가 깎으면서 수술을 하고 그러죠.

3. 제도 평가

가. 개방병원제도 운영에 대한 평가

개방병원제도 운영에 대한 평가에서<표 6-29> 직원의 협조는 대체로 원활한 것으로 응답하고 있으나(66.7%) 부담감이 있다는 비율도 30% 수준으로 적지 않아 협조 체계 구축에 대한 노력이 필요함을 보여 주고 있다. 이용 환자의 만족도는 일반 환자보다 높다는 비율이 50.0%, 낮다는 비율이 9%여서 2005년에 비해 서비스 개선이 이루어진 것으로 보인다.

<표 6-29> 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가(연도별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005	2016
지원 인력의 협조		
원활함	22(53.7)	42(66.7)
부담감 있음	8(19.5)	20(31.7)
기타	11(26.8)	1(1.6)
계	41	63
이용 환자의 만족도(일반 환자 기준 시)		
높다	10(24.4)	33(50.0)
별 차이 없다	13(31.7)	27(40.9)
낮다	18(43.9)	6(9.1)
계	42(100)	66(100)

병원 특성별 결과<표 6-30>를 보면, 지원 인력의 협조에 대한 인식에 있어서는 민간 병원 참여 의원들이 상대적으로 더 부담감을 느끼는 것으로 나타났다. 환자 만족도의 경우에는 모르겠다는 응답 비중이 높기는 하

지만, 국공립 병원 참여 의원의 경우 약 73%가 일반 환자에 비해 개방병원 이용 환자의 만족도가 높다고 답했고, 민간 병원 참여 의원의 경우 33.8%가 만족도가 높다고 답했으나 별 차이가 없다는 의견도 비슷한 수준(31.0%)인 것으로 나타났다.

〈표 6-30〉 개방병원제도 운영에 대한 결과 평가(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
지원 인력의 협조				
원활함	10(50.0)	12(57.1)	8(50.0)	30(42.3)
부담감 있음	3(15.0)	5(23.8)	2(12.5)	16(22.5)
기타	7(35.0)	4(19.0)	0(0.0)	1(1.4)
계	20	21	10	47
이용 환자의 만족도 (일반 환자 기준 시)				
높다	4(20.0)	6(28.6)	7(73.8)	24(33.8)
별 차이 없다	8(40.0)	5(23.8)	2(12.5)	22(31.0)
낮다	8(40.0)	10(47.6)	1(6.3)	4(5.6)
모르겠음			6(37.5)	21(29.6)
계	21(100)	21(100)	16(100)	71(100)

질적 조사에 참여한 참여의들은 일부 병원 직원으로부터 개방 환자의 진료 보조에 따라 부가적인 업무를 하고 있어 이에 대한 불만족을 노골적으로 들었고, 심지어 그만 올 것을 협박받기도 하였다.

*왜 싫어하냐 하면 자기의 기존 업무가 있는데 월급은 똑같이 받고 부가적인 일이 추가가 되잖아요. 그러니까 원장님은 좋아하는데 외래 간호사나 그런 사람들은 싫어하죠. 어차피 내 일도 아닌데 그래서 **의료원*

한번 하려고 했어요. 그런데 **의료원은 원장님이 좋다 하자 했는데 실무자 선에서 반대해서 안 하고 깨졌어요. 그러니까 그 뒤 이면에는 아까도 이야기했지만 공무원이잖아요? 공무원이면 어차피 자기 월급 나오는데 뭐 한다고 내 환자를 받아 가지고 골치 아프게 하겠어요? 그런 이유에서 **의료원하고 깨진 거죠. 원장님은 하자 좋다 이랬는데 다 됐는데 막판에 못하게 됐다, 실무자 선에서 못하겠다고 한 거죠.

한 참여의는 개방병원 직원으로부터 이물질 취급을 받는 등 매우 치욕스러운 경험을 하였다. 참여의는 개방병원 실적이 늘어나면서 직원의 압박이 최고조에 달하여 결국 계약이 취소되는 지경까지 겪게 되었다. 이때 개방병원의 대표자는 직원을 이해시키다가 업무가 많아졌고, 직원의 지속적인 요청에 따라 참여의는 개방병원 행정 부서로부터 일방적으로 계약 종료 통보를 받았다고 하였다.

개방병원에서는 나를 이물질로 여겨요. 특히 방사선 기사들은 나 때문에 하지 않아도 될 일을 해서 귀찮다고 그래요. 나한테 안 하면 안 되겠느냐, 그만 오면 안 되겠느냐 그래요. 그중 제일 고참이 그 병원에서 20년 근무한 사람이고 기사장을 하고 있기 때문에 말발이 세요. 기사장을 하고 있기 때문에 영향력이 있죠. 그 사람이 과장이고 이사장에게 제 얘기 안 했겠어요? 결국 내가 더 이상 오지 못하도록 한 거예요. 처음에는 과장이 나를 커버해 주다가 결국 내가 더 이상 오지 못하도록 한 거예요. 4월이 환자가 많았어요. 그런데 5월 환자가 이상하게 많더라고요. 나도 그땐 시술을 참 많이 했어요. 그랬더니 환자가 많아졌다고 그만하자고 그러더라고요. 처음 계약할 때는 이사장과 했는데, 그만둘 때는 행정 담당자가 일방적으로 통보하더라고요.

개방병원제도 참여의는 자신이 습득한 의료 기술을 진료하는 데 적용함으로써 자신의 명성과 수익을 확보할 수 있기 때문에 불편하고 억울한 상황을 참고 견디는 것이라며 자신의 삶의 철학을 솔직히 드러내었다.

철학적으로 얘기하자면, 모든 인간은 예고, 자기밖에 모른다 이거죠. 이렇게 생각하면 쉽습니다. 악어와 악어새 관계, 서로 이익이 있으니 서로 영켜서 사는 거라 생각하면 됩니다.

나. 의원에 미친 평가

개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향을 조사한 결과<표 6-30>에 따르면 의원의 수익성 향상(78.8%), 환자의 진료비 절감(75.4%), 새로운 의료 지식 습득 용이(73.3%) 등의 항목에 대해서는 긍정적인 답변이 많았던 반면, 환자의 만족도 증가(19.1%), 진료의 질 향상(19.1%), 시설 및 장비 신규 투자 부담 감소(18.2%) 등의 항목에 대해선 부정적인 답변이 많았다(표 6-31). 이러한 결과는 2005년 조사에서 의원의 수익성 향상(64.5%), 환자 진료비 절감(53.1%)의 항목에 대해 부정적인 답변이 많았던 결과와 대비되는 것으로, 최근의 개방병원제도는 2005년에 비해 개방병원제도에 대한 긍정적인 인식 비율이 다소 증가한 것으로 보인다. 개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향을 병원 특성에 따라 비교해 보면<표 6-32> 시설 및 장비 신규 투자 부담 감소에 대한 부정적 답변 비율과 순위(42.3%, 3순위)가 민간 병원 참여자에게서 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 6-31〉 개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향 평가(연도별 비교)

(단위: 명, %)

항목	그렇다		보통		아니다	
	'05	'16	'05	'16	'05	'16
시설, 장비의 신규 투자 부담 감소	8(25.0)	169(71.6)	7(21.9)	24(10.2)	17(53.1)	43(18.2)
환자의 진료비 절감	9(28.1)	178(75.4)	6(18.8)	30(12.7)	17(53.1)	28(11.9)
환자 만족도 증가	13(40.6)	165(69.9)	12(37.5)	26(11.0)	7(21.9)	45(19.1)
의원의 수익성 향상	3(9.7)	186(78.8)	8(25.8)	27(11.4)	20(64.5)	23(9.7)
기 습득한 의료 기술의 활용도 제고	20(62.5)	170(72.0)	10(31.3)	28(11.9)	2(6.3)	38(16.1)
새로운 의료 기술 습득 용이	13(41.9)	173(73.3)	8(25.8)	37(15.7)	10(32.3)	26(11.0)
의원의 이미지/위상 강화	12(38.7)	165(69.9)	11(35.5)	39(16.5)	8(25.8)	32(13.6)
진료의 질 향상	16(51.6)	160(67.8)	9(29.0)	31(13.1)	6(19.4)	45(19.1)

주: 1) 열(row)에 대한 백분율

2) 행(column)에 대한 백분율

(표 6-32) 개병원제도 참여가 의원에 미친 영향 평가(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

항목	2005						2016					
	그렇다		보통		아니다		그렇다		보통		아니다	
	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간	국공립	민간
시설, 장비의 신규 투자 부담 감소	4(28.6)	4(22.2)	4(28.6)	3(16.7)	6(42.9)	11(61.1)	6(37.5)	24(33.8)	6(37.5)	17(23.9)	4(25.0)	30(42.3)
환자의 진료비 절감	4(30.8)	5(26.3)	3(23.1)	3(15.8)	6(46.2)	11(57.9)	7(43.8)	29(40.8)	6(37.5)	18(25.4)	3(18.8)	24(33.8)
환자 만족도 증가	6(46.2)	7(36.8)	6(46.2)	6(31.6)	1(7.7)	6(31.6)	4(25.0)	19(26.8)	4(25.0)	19(26.8)	7(43.8)	33(46.5)
의원의 수익성 향상	2(15.4)	1(5.6)	3(23.1)	5(27.8)	8(61.5)	12(66.7)	11(68.8)	33(46.5)	4(25.0)	21(29.6)	1(6.3)	17(23.9)
기 습득한 의료 기술의 활용도 제고	8(57.1)	12(66.7)	6(42.9)	4(22.2)	-	2(11.1)	5(31.3)	25(35.2)	4(25.0)	20(28.2)	7(43.8)	26(36.6)
새로운 의료 기술 습득용어	2(15.4)	11(61.1)	6(46.2)	2(11.1)	5(38.5)	5(27.8)	6(37.5)	26(36.6)	6(37.5)	27(38.0)	4(25.0)	18(25.4)
의원의 이미지/위상 강화	5(38.5)	7(38.9)	5(38.5)	6(33.3)	3(23.1)	5(27.8)	4(25.0)	21(29.6)	4(25.0)	28(39.4)	5(31.3)	22(31.0)
진료의 질 향상	7(53.8)	9(50.0)	5(38.5)	4(22.2)	1(7.7)	5(27.8)	4(25.0)	17(23.9)	3(18.8)	21(29.6)	9(56.3)	33(46.5)

주: 1) 행(row)에 대한 백분율
 2) 행(column)에 대한 백분율

질적 조사 결과, 참여의의 진료를 보조하는 병원 직원의 경우 부가적인 업무로 인해 참여의의 진료보조, 개방 환자의 간호 시 소홀히 임하는 사례가 있었다. 참여의의 환자가 시술 및 입원 치료 후 참여의에게 돌아와 입원한 동안 병원 직원 때문에 불편하고 충분히 서비스를 제공받지 못하였다고 호소하는 환자가 많았다고 하였다.

환자 입장에서 서자 취급 받는다는 그런 단점이 있을 수 있기 때문이죠. 간호사 입장에서 우리 병원(개방병원) 과장님도 아니면서 내가 저쪽 병원(의원) 원장님한테. 우리나라는 서자제도라는 그런 게 있잖아요? 데리고 온 자식 취급하는 거요. 그런 게 좀 있습니다. (환자가) 자기 서운하다 하죠. 원장님이 와서 간호사 얘기하는 게 서운하다 하더라고요.

입원하고 나서 나한테 와서 하는 말이 간호사들이 나(개방의)를 욕하더라, 왜 우리 병원(개방병원)으로 안 오고 그 의사(개방의)한테 하냐고 그랬대요. 간호사들은 혈압도 잘 안 재 준다고 하더라고요.

개방병원의 직원과 불편한 관계에 처해 있던 참여의는 자신의 환자 진료 시 물품 청구에 따른 환자의 의료비가 많이 청구되었던 사례도 있었다.

병원에서는 소독 후 재사용해서 환자 비용 부담을 안 하지요. 그런데 내 경우는 (내 환자 시술 시) 항상 새 물품을 사용해서 환자 비용 부담이 훨씬 많아요.

4. 수익 분배에 대한 인식

수익 분배 기준에 대한 인식을 연도별로 비교하였을 때<표 6-33> 수익 분배에 대한 만족 비율이 2016년 49.5%로 절반 수준에 그치나 2005년

도에 비해 16.2% 포인트 증가하여 만족도가 상승한 것으로 나타났다. 수익 분배 기준 마련 방안에 대해서는 복지부는 가이드라인만 제공하고 병의원 간 자율적으로 결정하는 방안(43.8%)과 복지부가 마련하는 방안(41.3%)이 비슷한 수준으로 나타났다. 2005년의 경우 절반 이상이 복지부는 가이드라인만 제공, 병의원 간 자율적 결정을 선호했던 것과는 다른 결과임을 알 수 있었다. 지난 10여 년간 복지부가 마련해야 한다는 의견이 21.3% 포인트 증가하였다.

〈표 6-33〉 개방병원제도 수익 분배 기준에 대한 의견(연도별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005	2016
수익 분배 기준 만족		
만족	13(33.3)	46(49.5)
불만족	26(66.7)	47(50.5)
계	39	93
수익 분배 기준 마련 방안		
복지부가 마련	8(20.0)	50(41.3)
복지부는 가이드라인만, 병의원 결정	22(55.0)	53(43.8)
의료기관 자율 결정	8(20.0)	17(14.0)
기타	2(5.0)	1(0.8)
계	42(100)	236(100)

수익 분배 기준에 대한 인식을 병원 특성별로 비교하면〈표 6-34〉 국공립 병원과 민간 병원 참여자의 만족도가 유사하게 나타났다. 2005년에는 국공립 병원 참여자의 불만족도가 상대적으로 높게 나타났다. 수익분배 기준 마련 방안에 있어서는 국공립 병원 참여자들의 경우 복지부는 가이드라인만 제공하고 병의원 간 자율적으로 결정하는 방안에 대한 선호도

가 상대적으로 높았고(64.3%), 민간 병원 참여자의 경우 의료기관 자율 결정을 택한 응답자도 14% 수준에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 6-34〉 개방병원제도 수익 분배 기준에 대한 의견(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
수익 분배 기준 만족				
만족	5(25.0)	8(42.1)	8(57.1)	32(53.3)
불만족	15(75.0)	11(57.9)	6(42.9)	28(46.7)
계	20	19	14	60
수익 분배 기준 마련 방안				
복지부가 마련	5(25.0)	3(15.0)	5(35.7)	26(40.6)
복지부는 가이드라인만, 병의원 결정	10(50.0)	12(60.0)	9(64.3)	28(43.8)
의료기관 자율 결정	4(20.0)	4(20.0)	0(0.0)	9(14.1)
기타	1(5.0)	1(5.0)	0(0.0)	1(1.6)
계	21(100)	21(100)	14(100)	64(100)

세부 항목별 수익 분배 비율을 병원 특성별로 조사한 결과〈표 6-35〉 2016년도에는 진찰료, 투약 및 처방 조제료에 대해서는 병원과 의원에 수익이 거의 절반씩 분배되어야 한다는 인식이 공통적으로 나타나, 2005년도와 비교했을 때 이견이 좁아진 것을 확인할 수 있었다. 반면 입원료와 주사료, 마취료, 이학요법료, 검사료에 대한 분배 비율에 대해서는 국공립병원 참여자와 민간병원 참여자 간 이견이 큰 것으로 나타났다. 특히 입원료, 주사료, 마취료의 경우 2005년도보다 격차가 증가했음을 알 수 있었다. 전반적으로 보았을 때 민간 병원 참여자들은 병원에 더 많은 몫이 분배되어야 한다고 인식하는 것으로 나타났다.

(표 6-35) 병원과 의원의 수익 배분 비율에 대한 의견(병원 특성별 비교)

(단위: 명(%), 평균±표준편차)

진료 항목	2005						2016					
	병원(%)			의원(%)			병원(%)			의원(%)		
	국공립	민간		국공립	민간		국공립	민간		국공립	민간	
진찰료	15.0±22.3	45.0±37.2	85.0±28.1	55.0±37.2	48.3±24.8	47.4±18.4	51.7±24.8	52.6±18.4				
입원료	74.7±30.8	84.7±18.8	25.3±30.8	15.3±18.8	28.0±13.0	56.9±16.8	72.0±13.0	42.0±17.9				
투약 및 처방 조제료	40.6±35.4	77.9±29.4	59.4±35.4	22.1±29.4	52.5±18.3	54.5±18.9	47.5±18.3	43.3±15.8				
주사료	75.3±29.0	85.0±19.5	24.7±29.0	15.0±19.5	35.0±16.4	59.6±17.6	65.0±16.4	38.9±18.8				
마취료	82.9±29.1	90.7±16.4	17.1±29.1	9.3±16.4	30.0±14.1	52.1±22.7	70.0±14.1	44.3±18.7				
이학요법료	65.9±32.6	86.2±19.8	34.1±32.6	13.8±19.8	30.0±12.2	52.5±16.9	70.0±12.2	45.9±18.6				
정신요법료	60.0±39.5	77.7±34.4	40.0±39.5	22.3±34.4	36.0±13.4	45.2±17.7	64.0±13.4	53.3±16.0				
치치 및 수술료	23.4±28.7	23.8±29.6	76.1±28.7	76.2±29.6	54.0±23.0	47.2±21.7	46.0±23.0	52.8±21.7				
검사료	77.7±23.6	75.7±24.1	22.3±23.6	24.3±24.1	30.0±12.2	61.0±13.7	70.0±12.2	39.0±13.7				
영상 진단 및 방사선 치료료	77.7±28.4	77.9±17.2	22.3±28.4	22.1±17.2	36.7±19.7	64.3±14.8	63.3±19.7	35.7±14.8				

질적 조사에서 참여의들은 기본적으로 낮은 의료 수가가 책정되어 있는 것이 문제라고 지적하였다. 낮은 의료 수가를 현실화한다면 개방병원 제도를 홍보하지 않아도 많은 개원의들의 관심이 집중될 것이라고 말하였다.

아무 홍보가 필요 없어요. 자기가 하고 싶어 하면 하는 거죠. 그런데 왜 안 하나면 수가가 싸니까 안 하는 거예요. 암 수술해서 한 달에 10명의 암 환자만 치료해도 우리 직원들 다 먹여 살릴 수 있고, 임대료내고, 나도 생활비 딸 수 있다면 하죠. 그런데 10명 해 봐야 250만원 받는데, 쉽게 얘기하면 임대료도 안 되고, 간호사 월급 하나 못 주죠. 정부도 (이 제도를) 원하잖아요. 수가는 낮고, 월급은 어떻게 해요. 그래서 안 하죠. 한 달에 250, 200만원 줄게 해라 그러면 아무도 안 하죠. 매일같이 수술 하고. 누가 하겠어요.

아직은 하는 사람이 덜 하기 때문에 이 제도가 숨어 있고 하지만, 언젠가는 이 제도가 활성화되어야 된다고 생각하는 제 개인 병원에서 하기에는 너무나 의료보험 수가가 낮잖아요. 어떻게 할 수 있는 방법이 별로 없다 보니까 낮은 의료 수가지만 중한 환자 다루기에 있어서는 상당히 좋은 제도예요.

홍보보다 중요한 게 인센티브예요. 결국 종합병원 원장이나 개인 병원 원장님이 이걸 했을 때 인센티브 괜찮더라는 인식이 들어야만 하지 않을까요?

현재의 낮은 의료 수가 체계 내에서도 개방병원제도에 적극적으로 참여하고 있는 의사들은 자신이 오랜 시간에 걸쳐 습득한 의료 기술의 노하우를 통해 수술을 할 수 있는 개원의라는 자부심을 가지고 있으며, 이에

더욱 보람을 느끼기 때문에 인센티브가 없음에도 불구하고 개방병원제도에 참여한다고 하였다.

환자들이 늘죠. 암을 수술할 수 있는 의사니까. 더 신뢰감이 있어서 오죠. 이런 데서 보람을 느끼는 거 같아요. 돈 생각하면 못하죠.

참여의들은 개방병원제도를 운영하기 위해 개방병원과 진료계약을 맺게 된다. 진료 계약서에는 개방병원이 ‘갑’, 개방병원의 시설, 장비 및 인력을 이용하는 진료 의사를 ‘을’로 보고 있듯이 모든 부분에서 철저히 갑-을 관계에 처해 있음을 느꼈다. 특히나 수익 분배율에서 개방병원의 의견과 제안에 따를 수밖에 없었다고 하였다.

비급여는 병원이 다 가져가서 의원은 못 가져가죠. 그렇게 돼 있어요. 그것도 불합리하기는 한데...

7 대 3. 어쩔 수 없죠. 그거 그렇게 만들어 놓은 거고 어떻게 하겠어요. 7 대 3이니까 어차피 거기에서 7을 가지고 가니까.

예전 같았으면 시술료는 내가 다 갖고 갔어요. 100% 다 갖고, 그다음에 입원료의 30%. 이제 2년 뒤에는 자기들이 재계약하면서 시술료 50%, 그다음에 회진료 없어요. 입원료 없어요.

그냥 믿음이 있으니까 가능한 거죠. 그쪽에서 그냥 청구를 하고 나중에 계산을 나한테 해 줄때 그 룰대로 정직하게 나한테 해 주겠다고 믿고 있기 때문에 내가 따로 그거에 대해서 검열은 안 해요. 그냥 이번 달에 얼마? 어. 오케이. 그렇죠. (신뢰가) 제일 중요하죠. 그 사람 못 믿으면 뭐, 할 말 없죠. 대신 서로 간의 그 처음에 짜여 있는 룰, 패턴을 잘 잡아야죠.

제가 지금 진행을 하는 과정에서 생기는 일이니까 서로 서운하지 않게 미리. 부당하다고 생각했을 때 서로 조율을 할 수 있는 제반 사항만, 서로 조율할 수 있는 능력만 되면 얼마든지 가능합니다.

저는 외국인 환자들도 많이 수술하거든요. 저번에 카자흐스탄 **가 와서 수술을 하는데 그것도 돈을 얼마 안 받아요. 그때는 위험하긴 한데. 환자한테 토털 얼마 받냐면 400만 원을 받아요. 그러면은 (개방)병원에서 250만 원을 가져가요. 나는 150만 원 을 갖고. 그쪽(개방병원)에서 그냥 우리 이 정도 받아야지 수술할 수 있다고 그래요.

그쪽(개방병원)에서 다 정산해 가지고 매달 나한테 넣어 주죠. 그렇게 넣어 주는데 병원 경영이 어려워서 한 6개월 치 떴었죠. <웃음> 속상하죠. 돈을 못 받았으니까.

나로 인해 병원(개방병원) 수익에 도움이 되니까 계속 계약을 하는 거죠. 그런데 그 병원에 환자가 늘고 같은 진료과장이 시술(개원의가 하는 동일한 시술)할 수 있으면 가차 없이 자릅니다. 왜냐면 값이니까 값 질하는 거죠. 그래서 국공립 병원에서 (이 제도를) 시행하는 게 좋겠다고 생각해요. 이윤보다, 영리 목적보다 국민에게 의료를 제공하는 걸 우선하는 병원이어야 하는 거죠.

한 참여의는 개방병원의 진료비 정산 후 삭감 결과가 나왔을 때 전적으로 책임을 지는 경우도 있었다. 이때 아무런 해명도 소명의 기회를 주지 않기 때문에 보험에 가입할 것을 고려 중이라고 하였다.

의료비 정산할 때 모든 삭감의 경우는 100% 내 책임인 거예요. 아무런 해명도, 해명의 기회도 안 줘요. 무조건. 나도 이제 배상책임보험에 가입할 생각입니다.

5. 정부의 수가 정책에 대한 의견

수가 지원 방안이 개방병원제도 참여를 어느 정도 유도할 것인지에 대한 인식 조사 결과<표 6-36>, 개방진료관리비를 1건당 만 원 수준으로 신설하는 조항에 대해선 국공립 병원 참여자 중 ‘효과 있다’고 응답한 비율(68.8%)이 민간 병원 참여자에 비해 높았다. 한편 처치 및 수술 시 50% 가산 방안에 대한 조사 결과에서도 국공립 병원과 민간 병원 참여 의원이 각각 75.0%와 73.2%가 효과 있다고 응답하였다. 이러한 경향은 2005년보다는 효과가 있다는 응답 비율이 낮았지만, 수가 지원에 대한 긍정적인 시각을 드러내고 있었다.

<표 6-36> 정부의 수가 지원 방안에 따른 참여 유도 효과(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

지원 방안	2005				2016			
	국공립 병원		민간 병원		국공립 병원		민간 병원	
	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음
개방진료 관리비 신설 (1건당 만 원 수준)	14 (73.7)	5 (26.3)	10 (52.6)	9 (47.4)	11 (68.8)	5 (31.3)	36 (50.7)	35 (49.3)
처치 및 수술 시 50% 가산	18 (94.7)	1 (5.3)	18 (94.7)	1 (5.3)	12 (75.0)	4 (25.0)	52 (73.2)	19 (26.8)

개방병원제도에서 보상되어야 할 수가 또는 비용 항목을 조사한 결과 <표 6-37>, 협진료, 의료 사고 위험비용, 개원의 이동 비용 등을 우선순위로 꼽았으며 국공립 병원과 민간 병원 간, 참여자 간 큰 차이가 나타나지 않았다. 또한 2005년과 2016년 조사 결과 간에도 큰 차이가 나타나지 않았다.

〈표 6-37〉 보상이 필요한 수가 또는 비용 항목(병원 특성별 비교)

(단위: 점수, 순위, %)

구분	국공립 병원 n=21(100)		민간 병원 n=21(100)		국공립 병원 n=16(10.00.0)		민간 병원 n=71(100)	
	순위	응답률	순위	응답률	순위	응답률	순위	응답률
개원의 이동 비용	1	65.0	3	42.1	3	37.5	3	33.8
의료 사고 위험비용	2	50.0	1	73.7	1	62.5	2	62.0
개방병원 의사와의 협진에 따른 협진료	3	50.0	2	68.4	2	50.0	1	67.6
화상 회진료	4	20.0	4	10.5	4	18.8	5	9.9
개방병원 간호 수가	5	10.0	6	-	5	12.5	4	14.1
기타 신설 또는 수가 반영이 필요한 항목	6	-	5	5.3	-	0.0		1.4

6. 의료 분쟁 및 배상보험에 대한 태도

의료분쟁 및 배상보험 가입 현황 등을 조사한 결과(표 6-38), 의료 사고 및 분쟁 경험의 경우 사고가 날 뻔한 비율은 국공립 병원 참여자가 12.5%로, 민간 병원 참여자보다 더 높았으나 실제 의료사고 경험은 민간 병원 참여자 중 4.2%로 나타났다. 배상책임보험 가입 현황을 보면 국공립 병원과 민간 병원 참여자 모두 절반 이상이 가입하고 있는 것으로 나타났다, 2005년에 비해 가입률이 국공립 병원이 13.3% 포인트, 민간 병원이 26.3% 포인트 증가하였음을 알 수 있었다. 그러나 미가입 또는 가입 후 탈퇴한 비율도 40%대 수준이어서 의료 사고가 분쟁으로 이어질 경우 비용에 대한 어려움이 현실적인 갈등 요인이 될 가능성이 높음을 시사하고 있다.

의료분쟁에 대한 대처 방안으로는 의료분쟁 조정법에 의거하여 해결해야 한다는 의견이 국공립과 민간 병원 참여자 모두 40% 수준에서 동의했고, 다음으로 의사와 병원이 공동으로 배상보험료를 부담하는 방안에 대

해서도 국공립 병원 참여자가 43.8%, 민간 병원 참여자가 35.3%가 동의하고 있었다. 이러한 결과는 의료분쟁 발생 시 병원과 공동으로 적극적인 대처를 하겠다는 개원의의 인식을 나타내는 것으로 공동 부담에 의한 배상보험 재원 조달 방안을 검토할 필요가 있음을 보여 주고 있다.

〈표 6-38〉 의료 분쟁 및 배상보험 가입 현황(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

구분	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
의료사고 및 분쟁 경험				
사고가 날 뻔하였음	2(10.5)	6(28.6)	2(12.5)	5(7.0)
의료 사고 경험	-	-		3(4.2)
분쟁 경험	-	-		
경험 없음	17(89.5)	15(71.4)	14(87.5)	63(88.7)
계	19	21	16	71
의료 사고 시 비용 부담자				
개방병원	-	-	1(100)	1(20.0)
개원의	-	-		3(60.0)
병원과 의원 분담	-	-		
기타	-	-		1(20.0)
배상책임보험 가입 현황				
가입하지 않음	8(47.1)	13(61.9)	3(27.3)	17(32.7)
가입하였다가 탈퇴	2(11.8)	-	2(18.1)	4(7.7)
가입	7(41.2)	7(33.3)	6(54.5)	31(59.6)
기타	-	1(4.8)		
의료분쟁 시 대처 방안에 대한 의견				
의료분쟁 조정법에 의거하여 해결	7(33.3)	8(38.1)	7(43.8)	27(38.0)
의사와 병원으로 구성된 조정위원회에서 조정	3(14.3)	3(14.3)	2(12.5)	11(15.5)
의사와 병원이 공동으로 배상보험료 부담	7(33.3)	9(42.9)	7(43.8)	24(33.8)
병원에서 책임 부담	2(9.5)	1(4.8)	0(0.0)	6(8.5)
기타	2(9.5)	-		3(4.2)
계	21(100)	21(100)	16(100)	71(100)

질적 조사에 참여한 참여의 중 경찰과 검찰의 행정 조사를 받고 판결을 받은 사례가 있었다. 참여의는 떨리는 목소리와 격앙된 자세로 그때의 상황을 설명하였다. 참여의는 보험회사나 경찰서에서 개방병원제도에 대한 인식이 부족하여 불법적인 의료 행위를 한 것이라는 억울한 상황을 떠올렸다. 이러한 상황이 초래된 것은 참여의가 수술 후 환자의 회복 상태에 대해 직접 기록하지 않은 데서 초래되었다. 즉 수술이 끝나고 마취에서 회복되는 과정을 다 지켜보지 않은 상태에서 참여의는 자신의 의원으로 돌아와 오후 외래 진료를 보았고, 이 시간에 개방병원에서는 환자 회복 상태에 대해 평소 신뢰가 돈독한 마취과 의사가 기록을 대신하였다는 것이다. 이 사례를 통해 볼 때 참여의의 정확하고 정직한 의무 기록이 얼마나 중요한가를 시사해 주고 있다.

(개방병원의) 마취과 선생님과 서로 믿음이 있으니까, (수술 끝나고) 그때는 당연히 나는 나오니까. 마취과 선생님은 (환자가) 깨고 난 다음에 뭐 (기록해 주는 거죠). 한시 반에 직접 마취하면 두시 반, 세시 반까지 경과 관찰하며 그렇잖아요. (경찰이) 그 시간에, 비는 시간에 의사인 너(참여의)가 환자를 안 봤다는 거죠. 당신이 수술 안 했거나 사기라는 거죠. 엄청나게 시달렸죠. 나중에 결국은 아닌 걸로 다 드러났지만. 대한민국 어느 환자가 경찰이 와서 조사하면 좋아하겠어요.

일반적으로 참여의들은 경미한 의료 사고나 분쟁에 대한 개방병원의 조정 결과를 전달받으면, “그래요? 그럼 오케이. 그렇죠 뭐”라며 개방병원의 의견을 있는 그대로 따른다는 입장이라고 하였다.

대부분의 참여의들은 배상책임보험에 가입되어 있지 않다. 참여의들은 “우리가 살면서 자동차보험, 무슨 보험, 무슨 보험 다 들잖아요? 혜택은 얼마나 받아요? 그런 거죠.”라며 부담스러운 가입비에 비해 보상은 매우

적기 때문에 보험과 관련하여 회의적인 태도를 보였다. 배상책임보험에 가입하지 않은 참여의들은 수술이나 진료로 인해 최소한의 위험 부담을 가진 환자만 적용하고 있었다.

문제가 발생할 위험이 있으면서 수술하면 안 되죠. 보험이라고 하는 거는 알다시피 이제 자동차보험이랑 의료보험, 우리가 어쩔 수 없이 해야 되는 거잖아요. 공제보험 그런 것은 다 보험회사가 훨씬 더 많은 돈을 가져가게 돼 있잖아요. 기댓값이 한 60%쯤 되죠. 내가 뭐 하러 손해 보고, 사고 나면 차라리 내가 돈으로 메꾸는 게 더 싸죠. 그래서 보험 안 드는 거죠.

개방병원은 배상보험을 안 들어 줘요. 안 되죠. 양측이 안 되고. 이분도 자기 저는 있지만 다른 데 와서 수술하잖아요. 그래서 개방병원이 그 문제가 가장 커서 믿을 수 있는 환자만 데려 와라. <웃음> 조심스럽게 한 거죠. 그런 인프라가 하나도 안 되어 있으니까요.

7. 개방병원제도 지원 방안에 대한 의견

각 정책 지원 방안의 효과에 대한 참여 의원의 주관적인 평가 조사 결과(표 6-39), 2005년의 경우 개방병원 관련 수가 인정(97.4%)과 배상책임보험 비용 해결이 개원의의 제도 참여를 유도하는 데 효과적이라는 의견이 가장 높았던 것과 달리, 2016년에는 병원 내 시설의 의원 임대(71.2%), 개방병원 정보 간판 홍보(62.3%)가 제도 참여에 효과가 있다는 의견이 많았다. 병원 특성별로 볼 때, 국공립 병원에 참여한 경우 병원 내 시설의 의원 임대를 제외한 나머지 지원 방안들에 대해서는 효과 없다는 응답이 지배적인 반면, 민간 병원에 참여한 경우 모든 방안들에 대해 ‘효과 있음’으로 응답한 비율이 높은 것을 볼 수 있었다.

〈표 6-39〉 정책 지원 방안이 개원의의 제도 참여에 미치는 효과(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

지원 방안	2005						2016					
	국공립 병원		민간 병원		전체		국공립 병원		민간 병원		전체	
	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음	효과 있음	효과 없음
개방병원 관련 수가 인정	20 (95.2)	1 (4.8)	18 (100)	-	38 (97.4) ¹⁾	1 (2.6)	4 (25.0)	12 (75.0)	128 (58.2)	92 (41.8)	132 (55.9)	104 (44.1)
배상책임보험 비용 해결	20 (95.2)	1 (4.8)	18 (100)	-	38 (97.4)	1 (2.6)	4 (25.0)	12 (75.0)	132 (60.0)	88 (40.0)	136 (57.6)	100 (42.4)
개방병원 정보를 간판 홍보	18 (85.7)	3 (14.3)	15 (88.2)	2 (11.8)	33 (86.8)	5 (13.2)	7 (43.8)	9 (56.3)	140 (63.6)	80 (36.4)	147 (62.3)	89 (37.7)
병원 내 시설의 의원 임대	16 (80.0)	4 (20.0)	14 (82.4)	3 (17.6)	30 (81.1)	7 (18.9)	11 (68.8)	5 (31.3)	157 (71.4)	63 (28.6)	168 (71.2)	68 (28.8)

주: 1) 열(row)에 대한 백분율

제도 활성화를 위한 선결 과제를 조사한 결과<표 6-40> 병원·개원의 간 관계 측면에서는 진료 절차 간소화(20.8%), 원활한 의사소통 기구 마련(19.1%), 개방병원 전담팀 마련(13.6%) 순으로 답했으며, 순위에 있어 2005년 조사 결과와 동일함을 알 수 있었다. 이러한 조사 결과는 개방병원제도에 참여하는 병원들이 개원의와의 협력 체계를 구축하고자 할 때 우선적으로 개선해야 할 순위로 참고할 필요가 있다. 제도 및 정책 측면에서는 개방병원 관련 수가 수준 향상(23.3%)과 의료 사고 발생 시 책임 소재 확립(22.5%)을 우선적으로 꼽고 있었으며, 2005년 조사 결과에서와 동일한 순위였다. 이는 그동안 개방병원제도에서 공론화된 문제와 일치하고 있어, 개선의 우선순위가 집중되어야 할 정책 과제임을 알 수 있었다.

제도 활성화를 위한 선결 과제를 병원 특성별로 비교하면<표 6-41> 병원과 개원의 간의 관계 측면에서는 국공립 병원 참여자의 경우 진료 절차의 간소화(56.3%)를 가장 많이 제기했고, 민간 병원 참여자의 경우에는 절차 간소화(35.2%)와 더불어 의사소통 기구의 필요성(35.2%)을 가장 많이 제기하였다. 제도 및 정책 측면에서는 국공립, 민간 병원에서 모두 개방병원 관련 수가 수준 향상(각 50%, 47.3%)이 가장 많이 응답되었으며, 다음으로는 의료 사고 발생 시 책임 소재 확립(각 43.8%, 38%)으로 응답되었다. 2005년도와 비교할 때, 입퇴원, 수술, 검사 등 진료 절차의 간소화(15.8%)를 제기한 민간 병원과 개방병원 전담 간호사/병실 확보(15.8%)를 꼽은 국공립 병원이 최근 증가했음을 볼 수 있었다.

〈표 6-40〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견(연도별 비교)

(단위: 명, %)

선결과제	2005	2016
병원과 개원의 간의 관계 측면		
입퇴원, 수술, 검사 등 진료 절차의 간소화	12(31.6)	49(20.8)
개방병원의 개방제 전담 팀의 운영	9(23.7)	32(13.6)
개방병원 전담 간호사/병실 확보	5(13.2)	27(11.4)
입원 병동과 개원의 간의 원활한 의사소통을 위한 창구 마련	10(26.3)	45(19.1)
기타	2(5.3)	-
계	38	153
제도 및 정책 측면		
개방병원 관련 수가 수준 향상	18(43.9)	55(23.3)
의사의 병원의 보상 수가 구분	1(2.4)	24(10.2)
진료비 배분 기준 마련	2(4.9)	25(10.6)
개방병원제도의 홍보	5(12.2)	26(11.0)
의료 사고 발생 시 책임 소재 확립	15(36.6)	53(22.5)
기타	-	-
계	42(100)	236(100)

〈표 6-41〉 개방병원제도 활성화를 위한 선결 과제에 대한 의견(병원 특성별 비교)

(단위: 명, %)

선결 과제	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
병원과 개원의 간의 관계 측면				
입퇴원, 수술, 검사 등 진료 절차의 간소화	9(47.4)	3(15.8)	9(56.3)	25(35.2)
개방병원의 개방제 전담팀의 운영	4(21.1)	5(26.3)	4(25.0)	20(28.2)
개방병원 전담 간호사/병실 확보	3(15.8)	2(10.5)	7(43.8)	14(19.7)
입원 병동과 개원의 간의 원활한 의사소통을 위한 창구 마련	1(5.3)	9(47.4)	3(18.8)	25(35.2)

선결 과제	2005		2016	
	국공립병원	민간병원	국공립병원	민간병원
기타	2(10.5)	-	-	-
계	19	19	23	84
제도 및 정책 측면				
개방병원 관련 수가 수준 향상	10(50.0)	8(38.1)	8(50.0)	34(47.9)
의사의 병원의 보상 수가 구분	-	1(4.8)	4(25.0)	13(18.3)
진료비 배분기준 마련	2(10.0)	-	3(18.8)	15(21.1)
개방병원제도의 홍보	1(5.0)	4(19.0)	2(12.5)	12(16.9)
의료 사고 발생 시 책임 소재 확립	7(35.0)	8(38.1)	7(43.8)	27(38.0)
계	21(100)	21(100)	16(100)	71(100)

질적 조사 결과, 개방병원의 실무자들은 가정간호제도, 호스피스제도, 간호간병 통합 서비스 등 다양한 제도를 운영하면서 의료기관 평가 지표에 포함되어 있어 그러한 제도에 관심을 갖게 되는 것처럼 개방병원제도의 운영 실적이 평가에 유용한 지표로 포함된다면 자연스럽게 제도에 대한 관심이 집중될 것이라고 하였다.

의료원도 매년 운영 평가를 해요. 평가 항목에 공익적 의료 서비스 부문이 있어요. 거기 항목 중에서 개방병원 운영을 하는가, 포괄 간호서비스 제도를 운영하는가, 어떤 가정간호제도를 운영하는가, 호스피스제도를 운영하는가 하는 항목들이 있어서 해당되는 병원은 가점을 줘야 되거든요. 그러니까 이제 공익적 의료 서비스 부문에 가점을 줘야 돼서 평가 항목이 들어와야 되거든요. 그런 점수들을 높게 주면 그 의료원들이 조금 더 따라오려고 할 겁니다. 이제 그런 가정간호, 만성질환 담당자가 있느냐. 그 다음에 호스피스 병실을 운영하는가 그런 항목들은 있는데, 이 개방병원을 이용하는 항목들은 없다는 거죠.

개방병원의 실무자들은 보건복지부에서 개방병원제도에 대한 규정이나 지침의 변화가 없고, 담당 업무를 확인할 수 있는 업무분장표도 만들어지지 않은 상태라며 정부의 정책 결정권자와 개방병원제도의 업무를 담당하는 실무자의 관심이 매우 부족하다고 지적하였다.

저희가 운영 지침을 찾아보려고 복지부 검색을 하니까요. 없습니다. 2009년 이후로 업그레이드도 안 돼 있죠. 그 말은 복지부에서 관심이 없다는 거죠. 왜냐면 일반적인 업무 지침이나, 예를 들면 복지부 예산 지침이 매년 나옵니다. 결산 지침이 거의 똑같아요. 세법 바뀐 거 몇 줄 안 돼요. 그 정도 해서라도 업그레이드가 돼서 매년 발간되는데, 이 개방병원 운영 지침은 2009년 이후로 나온 게 없습니다. 그리고 뭐 개인 정보 보호 이런 것들도 강화되고 하니까 그런 거는 계속 나와요. 업무 편람도 있고 한데 <웃음> 없어요.

한 개방병원의 실무자는 우리나라 개방병원제도는 운영 초기에 비해 정부의 지속적인 관심이 유지되지 못함에 따라 실패한 제도라고 말하며 정부의 누군가는 이 제도를 활성화시키기 위해 노력해야 할 것이라고 하였다.

지금은 (개방병원제도에) 관심이 없다 하시더라고요. 개방병원에 대해서 관심이 없다고 얘기하고. 이거는 한국에서 실패한 거다, 그래서 개방병원은 한국의 어떤 의식하고는 안 맞다, 감추는 의식, 이걸 오픈하는 거잖아요. 지금은 다 이제 다 수그러든 거죠. 그러니까 의지예요. 정부의 의지. 하여튼 정부의 공무원이 깨어 있어야 돼요. 공무원 하나가 깨어서 내 의지 가지고 한번 해 보겠다고 하면 발전되겠죠.

개방병원은 지금 이렇게 연구하고 끝나고, 이거를 누군가 진짜 해 보자 해야죠. 그래서 우리처럼 의지 있는 몇 개 병원을 연결해서 도와준다고 나서야죠. 거기다 도와줘 봤자 얼마나 돈이 드냐고요.

한편 질적 조사에 참여한 참여의들은 제도에 대한 정보나 관심 부족으로 부정적인 인식에 대한 아쉬움을 표현하였다. 예를 들면, 우리나라는 종합병원, 대형 병원을 선호하는 경향이 높아 내과적 진료를 위해서는 동네 의원에서 진료를 받지만, 수술 진료를 위해서는 대형의 종합병원에서 받길 희망한다. 이는 한국인의 대형 종합병원 의료에 대한 맹신에 따른 문화적 특징이라고 볼 수도 있지만, 완벽하고 체계적인 보건의료 체계가 확립되지 않았기 때문이라고 하였다.

위암 수술도 아마 할 수 있기는 할 텐데 사람들의 의식이 큰 병원을 선호하는 사상이 아직도 있어 가지고 못하는 거죠.

우리나라는 의원 안 가고 자꾸 큰 병원 가는 거 하잖아요. 선호하잖아요. 그런데 선호하는 걸 선호 못하게 할 수도 없죠. 그럼 선호하는 거는 1차에서 2차, 정말 1차 안 거치고 2차 못 가게 해야 하죠. 그러니까 백 있는 높은 1차 안 거쳐도 되고. <웃음> 이런 문제가 가장 큰 문제지요.

또한 가족 특히 부모님의 질병 치료를 위해 수술을 해야 할 경우 지방에서도 서울로 모시고 와 대형 종합병원에서 진료받을 수 있게 하는 것이 마치 부모를 향한 커다란 효심이라고 여기는 문화적 정서를 가지고 있다고 지적하였다.

미국 같은 로컬 닥터는 자기보다 큰 거 있죠. 그건 보통 2차 보내야 하잖아요? 그런데 내 손을 거쳐야만 하잖아요. 그런데 우리나라는 아니잖아요? 그 시스템이 정착이 되면 개방의도 들일 수 있어요. 환자가 뭐 미국도 가는 판인데요. 여기서 KTX 타면 한 시간 십 분이면 (서울의 대학 병원으로) 가요. 그런데 우리나라 사람이요. 여기 ** 지역 사람들 너무 많이 죽어요. 뭐로? 항암 치료로요. 이해가 안 가시죠? 제가 여기 와 있었더니 모 고관대작, 고관대작 어머니가 자궁이 빠졌어요. 수술해야 될 거 아니에요? 그럼 모시고 올 사람이 없잖아요. 그러니까 이 동네는 하야간 좀 뭐 한다면 다 서울로 가잖아요. 시골은 그래요. 그분이 모시고 왔더라고요. 며느리는 안 오고. 그랬더니 며느님은 애들 케어해야 되는 거잖아요. 어머니가 안동병원 갔더니 수술해야 된대요. 그럼 간단한 거 여기서 하면 며느리가 안 와 보면 또 어떻게 돼요? 그럼 올라오시라고 그래요. 그러면 두 가지 이점이 있어요. 자기 안 와도 되지요. 올라오시라고 그랬으니까 굉장히 효도한 것 같지요.

한편 우리나라에서는 특히 대학병원의 경우 수술을 집도한 의사가 처음부터 끝까지 다 참여하지 않고도 실적이 축적되는데, 이러한 실적은 그 의사의 완벽한 실적이 아님에도 통계적으로 확보된다고 하였다. 따라서 개방병원제도를 이용한 참여의 진료 성과를 정확하게 통계 분석하여 공개함으로써 환자가 의사의 능력을 확신하고 적은 의료비로 신뢰할 수 있는 진료를 받을 수 있기를 기대하였다.

의료 전달 체계는 이미 우리나라는 외국하고 비교할 수가 없어요. 우리나라 사람들 큰 거 좋아하니까요. 의료 전달 체계적의 문제는 **, **이나 뭐, **대병원이나 개네들이 병상을 늘릴 게 아니고, 중환자를 보고 뭐 심플한 환자들은 받지 말아야 되는데, 미친 듯이 하니까 그렇죠. 이를테면 제가 생각하기에는, 제가 환자 이름 다 알고, 그 가족들까지 다 알려

면, 1년에 제가 한 300명 암 수술하면 거의 맥시멈이에요. 그 이상 하면 노동이죠. 안 돼요. 그런데 **병원에 모교수가 1년에 유방암 수술을 한 2000개 자기 케이스로. 대학 병원에서 스태프들이 자기가 수술하는 경우 얼마나 되겠어요. 다 알다시피 다 세도 선생 있죠. 성형외과보다 더하죠. 왜냐면 제가 대학에 있을 때도 저는 세도였으니까요. 자기가 800명, 1000명 수술했대요. 그렇게 돼 버리니까 전달체계가 무너졌죠.

항암 치료하는 의사 수가 몇 명 있느냐, 내과 의사 수가 몇 명이나, 외과 의사 수가 몇 명이나. 재활의학과 있냐, 없냐. CT 있냐, 없냐 그런 거로 몇 등급 해 놓은 거잖아요. 실제로 그런 거 말고, 실질적으로 이 병원이 같은 수술하면 뭐 의료 사고도 없고, 재원 일수도 짧고 병원비도 적게 나오고 그러면 정부에서 보면 의료비를 낮추려면 ‘어, 여기 괜찮네.’ 하면 ‘아, 그래. 암을 수술하는 병원이 **(지역)에는 **(병원) 있고, **(병원) 있고, 네 군데예요. (병원) 있고 나 있고 네 기관이 있는데, 네 기관 다 좋다. 그리고 잘하고 있다, 문제도 없고. 그러니까 저는 계속하고 있겠죠. 그런 것들을 해주면은 실제 하기도 더 편하죠. 그런 부분도 좀 부족한 것 같아요. 그러니까 환자들로 하여금 왜 개인 병원 가서 수술을 받아야지 되는지 믿음을 주면 환자들이 움직이겠죠.

개방병원제도를 활발히 실행하고 있는 참여의는 주위 개원의들에게 제도에 대한 홍보와 참여를 유도하여 보았지만 제도에 대한 명확한 인지도 부족하고 개방병원 진료에 대한 인센티브가 없기 때문에 쉽게 유인되지 못하는 것으로 보았다. 따라서 참여의들은 진료 수익보다는 자신의 역량 발휘를 통해 보람을 느끼고 환자를 진료하는 근본적인 마음 자세를 가지지 않는다면 개방병원에 참여하지 않을 것이라고 하였다.

저는 그 후배들, 개원의들한테도 하라고는 많이 얘길 해요. 권한긴 하는데 다 모르고 있어요.

다른 의사들은 알면서도 안 해요. 왜냐하면 엄청 싸요. 갑상선암 수술 비용이 얼마냐면, 제가 갑상선암 수술을 외래 2시간 비우고, 2시간 가서 수술해 가지고 오면 버는 돈이 한 25만 원 정도 되거든요. 거기에 재미를 느끼고 보람을 느낄 사람은 하고, 아니면 못 하는 거죠.

우리나라는 개업하는 데 돈이 어마어마하게 많이 들죠. 이런 거를 개방의를 하면 좀 덜 들고 하지 않겠느냐는 정책 당국의 출발이 잘못됐어요. 정책을 어떤 사람 때문에 하는 거냐, 이게요. 어떤 사람 때문에 개방의를 하는 거냐, 개방의 왜 하냐? 병원 짓는 단가? 그럼 그 사람 사정이죠. 정말 의료를 불쌍한 사람한테 베풀어야겠다는 마인드를 가진 사람이 여기에 왔는데, 이런 좋은 의료 기술을 이 사람한테 베풀고 싶은데 나는 기체도 사고 이러기에는 뭐하다고 생각할 때 개방의제도가 있으니까 하라 이거는 될 수 있지만은.

최근 일반 대중들은 살아가면서 발생할 수 있는 막중한 의료비 부담을 줄이기 위해 실손 보험에 가입한 경우가 늘고 있는 추세이다. 개방병원제도를 통해 수술을 받은 환자가 보험회사에 실손보험료를 청구하면 보험회사에서는 개방병원제도에 대한 인지가 부족하여 참여의의 진료가 합법적이지 않다고 한 사례가 있었다.

이 수술 자체가 다 보험에 해당되는 경우가 많잖아요? 그렇다 보니까 보험회사 입장에서는 왜 그 병원에서 안 하고 저 병원에서 했지 해서 하여튼 경찰 조사를 받게 됐는데, 입증적인 부분에서 조사를 받았어요. 보험회사 담당자들이 바뀌면서 개방병원에 대한 인식이 없다 보니까 다른

병원 의사는 불법이라는 거죠. 요새는 환자가 실손 다 드니까, 일반 수술 보험을 드니까요. 그럴 때 예를 들자면 이 의사가 왜 그쪽 가서, 다른 병원 가서 수술했느냐, 그건 불법 아니냐? 뭐 이런 걸 하는데, 자기네들은 개념이 없으니까요.

어차피 보험회사는 종합병원하고 대학 병원은 손 안 대고 개인 병원만 공격하더라고요. 개인 병원은 수술하면 안 되는 병원, 모든 개인 병원은 그냥 진료만 보고 이런 규정이 있는 것 같아요. 의료법 한번 읽어 보세요. 우리나라 의료법에 일차 의료기관이 할 수 있는 범위가 굉장히 적게 돼 있어요. 그러다 보니까 보험회사에서도 이런 조그마한 병원에서도 대학 병원이나 종합병원 수술 간다 하면 안 믿죠. 안 믿으니까 이렇게 조사를 막 하는 거죠.

제3절 요약 및 시사점

개방병원제도에 참여한 개방병원의 동기는 주로 ‘자원 활용도를 높이려는 측면’과 ‘병원 인지도 향상’ 측면이 강했다. 참여 개원의 선정 시 주요 고려 요인은 ‘병원 내 의사와의 협력 관계’였다. 개방병원 업무를 전담하는 직원이나 겸직 직원이 있는 개방병원의 비중은 크게 감소했고, 운영 협의체 운영 실적도 저조하였다. 또한 개방진료를 위한 검사와 진료 시간 우선 배정, 개방진료 환자들을 위한 차량 지원 등을 시행하는 개방병원 역시 감소하였다. 뿐만 아니라 2005년 초기에 비해 개방병원제도의 긍정적인 효과인 효율적인 자원 이용, 개원의와의 우호적 관계 구축, 그리고 환자 진료의 질 향상 등에 대한 개방병원의 응답이 다소 부정적임을 알 수 있었다. 이는 그동안 개방병원제도가 의료계와 정부의 관심에서 벗어

나 있었기 때문이며, 제도가 활성화되지 못하고 정체되어 있음을 반증하고 있다.

개방진료로 인한 수익 분배에 대한 개방병원의 만족 비율은 과반수 이상이었으며, 수익 분배 기준의 경우 정부가 지침은 제시하되 기관 간 자율적으로 결정하는 것을 선호하고 있었다. 또한 개방병원 운영협의체 등 이해 주체 간 의사소통 창구의 운영이 부진한 것으로 조사되었다. 개방병원들은 개방병원을 확대하기 위한 정책 지원 방안으로 개방병원 관련 수가 인정, 배상책임보험 비용 해결, 개방병원 정보 간판 홍보, 병원 내 시설을 의원 임대 등의 방안이 필요하다고 인식하고 있다. 또한 개방병원제도 활성화를 위한 주요 선결 과제로 이해 주체 간 관계 측면에서는 병원 구성원들의 인식과 협조, 개원의와의 의사소통 창구 마련, 진료 절차의 간소화 순으로 인식하였고, 제도 및 정책 측면에서는 개방병원 관련 수가 마련, 의료 사고 시 책임 소재 확립 순으로 응답하였다.

참여의의 개방병원제도 참여 주요 동기로는 ‘개방병원 측의 권유’와 ‘병원과의 연계로 홍보 효과’, ‘의원의 수익 확대 차원’, ‘습득한 의료기술 활용’ 등이 있었다. 개방병원제도에 참여하고 있지만 제도를 활용한다(적극적 활용+약간 활용)는 응답은 18.6%로 실질적 활용률이 저조하였다. 개방병원제도를 이용하지 않는 주된 이유로는 ‘개방병원을 활용할 만큼 환자 실적이 발생하지 않아서’, ‘회진 등 개방환자를 케어할 시간을 내기 어려워서’ 등이 응답되었다. 개방병원진료를 통한 환자의 만족도가 높다고 응답한 비율은 50%로 이는 2005년에 비해 크게 향상된 수치였다. 즉 개방진료를 실시하는 의료기관은 크게 증가하지 않았지만 개방진료를 받은 환자의 만족도는 높은 것으로 나타났다. 개방병원제도 참여가 의원에 미친 영향으로 제시된 의원의 수익성 향상, 환자의 진료비 절감, 새로운 의료지식 습득 용이 등의 항목에 대해서는 긍정적인 답변이 많았다. 참여

의들의 개방진료로 인한 수익 분배에 대한 만족 비율은 49.5%로 개방병원
원에 비해 다소 낮았다. 수익 분배 기준은 개방병원과 마찬가지로 정부가
지침은 제시하되 기관 간 자율적으로 결정하는 것을 선호하였다. 개방병
원제도 활성화를 위한 개방진료 관리로 신설과 처치 및 수술 시 가산율
신설 등과 같은 수가 지원 정책에는 효과가 있을 것이라고 응답했다. 개
방병원제도에서 보상되어야 할 수가 또는 비용 항목으로는 협진료, 의료
사고 위험 비용, 개원의 이동 비용 등을 우선순위로 꼽았다.

참여의 의료 사고 및 분쟁 경험과 관련하여 실제 의료 사고를 경험한
비율은 4.2%였고, 배상책임보험에 가입하지 않은 비율은 40%대 수준으
로 의료 사고로 인해 분쟁이 야기되었을 때, 비용으로 인한 갈등이 유발
될 수 있을 것으로 예측할 수 있었다. 정책 지원 방안의 효과와 관련하여
2005년의 경우 개방병원 관련 수가 인정(97.4%)과 배상책임보험 비용
해결이 개원의의 제도 참여를 유도하는 데 효과적이라는 의견이 가장 높
았던 것과는 달리, 2016년에는 병원 내 시설의 의원 임대(71.2%)와 개방
병원 정보 간판 홍보(62.3%)가 제도 참여에 효과가 있다는 의견이 많았
다. 제도 활성화를 위한 선결 과제로는 병원·개원의 간 관계 측면에서는
개방진료 절차 간소화(20.8%), 원활한 의사소통 기구 마련(19.1%), 개방
병원 전담팀 마련(13.6%) 순으로 나타났다. 제도 정책 측면에서는 개방
병원 관련 수가 수준 향상(23.3%)과 의료 사고 발생 시 책임 소재 확립
(22.5%)을 우선적으로 꼽고 있었다. 이에 따라 병원과 개원의 간 공식적
인 의사소통 창구를 활성화하여 양 기관의 입장에 대한 이해와 신뢰를
구축함과 동시에 제도 관련 사항을 정비해 가려는 노력이 선행되어야
함을 알 수 있었다. 또한 의료분쟁과 관련하여 의료분쟁조정법이 제정
되어 시행되고 있지만 의료사고를 예방할 수 있는 시스템 구축을 위해
협력하며, 배상책임보험에 가입하고 공동으로 비용을 조달하는 방안

을 적극적으로 강구해야 할 것으로 판단되었다. 개방병원제도와 관련하여 수가에 대한 유인 방안을 마련할 필요가 있으며, 특히 의료 사고 위험 비용이 배려되어야 할 것으로 보인다. 또한 개방병원제도에 대한 광고 및 홍보 허용과 같은 비경제적 유인을 긍정적으로 검토할 필요가 있다.

개방병원제도는 아직까지는 일부 기관의 참여만 이루어지고 있으나 의사 인력을 확보하기 어려운 지방공사의료원 등 국공립병원과 지방병원의 경우는 개방병원제도의 도입과 활성화의 필요성이 증가하고 있다. 특히 최근의 개방진료 건수가 증가 추세에 있는 것을 볼 때, 이해 주체 간 운영 체계의 내용이 정비되고 그 효과가 체감될 때 빠른 속도로 확대될 것으로 전망된다. 이는 또한 의료 체계 발전과 의료 기관 경영 합리화에 유용한 제도로 활용될 것으로 기대된다. 향후 제도의 건전한 발전을 위해서는 다음과 같이 이해 주체별로 선결 과제들을 개선해 가는 노력이 경주되어야 할 것이다.

제 7 장

개방병원 운영 실태 질적 조사

제1절 연구 참여자의 일반적 특성

제2절 개방병원의 개방병원제도 운영 경험

제3절 참여의의 개방병원제도 운영 경험

제4절 요약 및 시사점

7

개방병원 운영 실태 << 질적 조사

제1절 연구 참여자의 일반적 특성

연구 참여자의 일반적 특성을 살펴보면, 개방병원 실무자 7명과 개원의 5명이었다. 성별은 개방병원 실무자로서 여자가 4명이었고, 개방병원 실무자 3명과 개원의 5명은 남자였다. 연령은 28~68세 사이로 평균 연령은 50세이며, 개방병원 실무자의 담당 부서는 행정팀, 경영총괄부, 진료지원과, 기획부, 공공의료팀과 같이 기관마다 다양한 부서에서 개방병원 업무를 담당하고 있었다. 5곳의 개방병원은 공공의료기관인 의료원이 2곳, 사립 종합병원이 1곳, 사립 전문병원이 2곳이었다. 연구에 참여한 의료기관의 소재지는 서울, 수원, 부천, 청주, 안동, 부산 및 울산이었다. 개방병원을 운영하고 있는 진료 과목에는 정형외과, 일반외과, 산부인과, 비뇨기과, 심장내과 및 내과, 소아과, 안과, 이비인후과가 포함되었다. 개방병원 2곳을 제외하고는 1명의 개원의만 등록되어 운영하고 있었다.

제2절 개방병원의 개방병원제도 운영 경험

개방병원 실무자가 경험한 개방병원제도는 ‘제도에 대한 인식’, ‘인적 자원’, ‘환경적 자원’, ‘의료 수가 및 수익 분배’, ‘의료분쟁 및 갈등 조정’의 주제로 구성되었으며, 주제는 다음의 하위 주제를 포함하고 있다(표 7-1). 본 절에서는 개방병원제도 운영을 담당한 실무자의 개방병원제도 운영 경험의 구조를 주제와 하위 주제를 중심으로 기술하고자 하였다.

〈표 7-1〉 개방병원의 경험

주제	하위 주제	코드
제도에 대한 인식	선결 문제를 안고 있는 이상적인 제도	인건비 절감
		유휴 시설 및 장비 활용
		장단기적 수익 창출
		보건의료 체계에 긍정적 영향
		의료 전달 체계 확립이 우선
	정보 및 관심 부족	개원의 개방병원의 직원 정부의 정책 결정권자 및 실무자
인적 자원	참여의 선정 기준	개방병원의 봉직의 경력
		뛰어난 의료 기술과 열정적 의지
		해당 진료 과목 의료진의 동의
	전담 인력의 업무	참여 의원 확보를 위한 노력
		환자 개별 응대
		참여의에게 편의 제공
		참여 의원 실무자와의 상호 협조
	참여의와의 소통 형태	중복 업무에 따른 부담
		진료비 지급을 위한 정기적 연락
비공식적 유대 모임		
환경적 자원	개방병원의 적합성	공식적 운영협의체 구성의 필요성 인식
		공익성 제고를 위한 공공병원 중소 병원
	자원 관리	장비 및 물품의 유지 보수
		처방 및 기록 관련 시스템 개방
	의료 수가 및 수익 분배	진료비 청구 및 지급
참여의에게 정기적 지급		
인센티브 부재		수가 책정 요구
		신설 항목 명칭 중요
개방병원에 유리한 수익 분배율		정부 제시안 중 선택
		항목별 분배율 차등 적용 참여의 분배율 증대 필요
의료분쟁 및 갈등 조정	분쟁의 책임	참여의 전적 책임
		삭감에 대한 개방병원의 책임
		사례별 합의
	배상책임보험 가입	개방병원 자체 보호를 위해 가입 분쟁 후 보험료 인상 우려

1. 제도에 대한 인식

본 연구에 참여한 개방병원 관련 업무를 담당하는 개방병원 실무자는 개방병원제도가 매우 이상적인 제도이지만 선제적 문제가 해결되어야 하고, 개원의, 개방병원의 직원, 정부의 정책 결정권자 및 실무자는 개방병원제도에 대한 정보나 관심이 부족한 상태라고 하였다.

가. 선결 문제를 안고 있는 이상적인 제도

개방병원의 실무자들은 개방병원의 인건비를 줄이고 유휴 시설 및 장비를 활용함으로써 수익을 늘릴 수 있고, 나아가서 보건의료 체계에 긍정적인 영향을 미친다고 보지만, 현재의 의료 전달 체계는 정상화되지 않았기 때문에 이러한 선제 조건이 해결되어야 이상적인 제도가 활성화될 것이라고 밝혔다.

1) 인건비 절감

개방병원의 실무자들은 개방병원에 많은 의사를 고용함으로써 병원의 수익 중 인건비로 많은 지출이 가중될 수 있는데, 참여의의 방문을 통해 진료가 이루어지기 때문에 인건비 절감이 두드러진다고 하였다.

종합병원의 경우는 개방병원을 함으로써 과도한 인건비를 줄일 수 있어요. 예를 들어 수술하는 의사를 정형외과 의사를 두 명, 세 명을 쓸 필요가 없어요. 동네에 있는 정형외과 의사를 쓰면 되니까 한 명만 제대로 된 과장이 있으면 돼요.

의사들을 고용해서 그 1800, 1900 급여를 주면서 병원들이 하나씩 과잉 진료가 되는 거예요. 그 의사 월급이 그만큼 나와야 되니까요. 그런데 이거는(개방병원제도는) 아니잖아요. 일단 자기는(참여의는) 청진기하고 몸만 오니까. 그러니까 비용이 많이 다운되는 거죠. 우리도(개방병원도) 의사 부담이 없으면, 병원에서 의사 급여만 적게 차지하면... 판 사람들, 급여 많이 받는 사람 간호사 말고는 누가 있겠어요.

2) 유휴 시설 및 장비 활용

개방병원의 실무자들은 개방병원의 비어 있는 병실을 이용함으로써 가동률을 높이고, 고가의 비용으로 구입한 의료 장비를 많이 사용하는 것이 개방병원제도의 커다란 이점이라고 하였다.

어차피 저희는 수익이 적게 난다 하더라도, 유휴 병상이죠. 쉬는 수술 타임에 이용하면 좋은 거니까, 저희는 그렇게 생각하죠.

CT 하나를 갖고 개인 병원에서 몇 억 주고 산단 말이에요. 그러면 CT를 이용을 하려고 환자한테 과잉 진료를 할 거 아니에요. CT 찍어 보라고. MRI도, MRI도 찍어 보라고요. 왜냐면 우리 MRI가 15억 주고 구입했거든요. 하여튼 CT인가 MRI를, 그 장비를 개인 병원이 이용하려고 환자한테 계속 찍으라고 할 거 아니에요. 조금만 머리 아프면, 두통만 있어도 MRI를 찍으라고 해야 되죠. 왜냐면 우리가 MRI를 운영하려면 한 달에 천만 원의 AS비를 지원하거든요. AS비가 월 천만 원이에요. (의원에서) 운영을 할 수가 없잖아요. 그럼 그걸 운영 하려면 계속 찍어야 될 것 아니에요. 우리가 MRI를 한 대 사려면 외화를 주고 사야 되잖아요. 그런데 그거를 (우리) 의료기관에서 이용하면 과잉 진료를 하지 않겠어요.

3) 장단기적 수익 창출

개방병원 중 한 곳의 실무자는 제도가 마련되고 운영이 시작된 초창기 때에는 병원 수익이 많이 발생하였다고 하였다. 한 병원의 실무자는 개방병원을 운영하면서 지금 당장의 경제적 수익이 미약하다 하더라도 참여의 환자나 가족이 향후 개방병원의 환자가 될 수 있기 때문에 장기적으로 볼 때 병원의 경영 측면에서 수익이 발생한다고 믿고 있었다.

처음에 할 때는 몇 억씩, 5억씩 수익이 나고 그랬어요. 한참 활성화되고 그럴 땐 수익이 괜찮았었죠.

지금 저희가 개방병원 하면서 저희 병원으로도 인컴이 괜찮아요. 그래서 제가 이제는 다른 쪽으로 한 번 더, 이거를 성형외과 쪽이라든지 이런 쪽도 개방병원화를 시켜 볼까까지도 생각을 하고 있거든요.

수익적인 면에서는 이 부분으로 인해서 일조를 하였다고 보기는 어렵는데, 저희는 그래요. 그분(환자)은 일반외과 환자였지만, 산부인과 환자도 될 수 있는 거죠. 저희는 이제 조금 그렇게 항상 멀게 보거든요. 저도 늘 직원들한테 하는 말이 “나무를 보지 말고 숲을 봐라. 지금 내가 당장이 사람한테 돈을 뭐 십만 원을 뽑아 낼 거는 아니다. 우리는 뭐 길게 갈 거니까 그 사람한테 정말 정성을 다하고 최선을 다하다 보면 결국은 그분은 돌아오게 되어 있고, 소개를 하게 되어 있다.”예요. 저도 이제 그런 얘기를 많이 하거든요. 그런 것 같아요. 그분이 아가씨였는데 수술을 했어요. 근데 그분이 결혼하고 우리 병원에 와서 애를 낳더라고요. 이분한테서 일반외과에서 천만 원을 벌고 뭐 백만 원을 벌고 문제는, 그거는 뭐 크게 문제는 안 되는 거죠. 그거보다는 환자가 그 병원에 갔더니 좋은 시스템에 정말 좋은 질에 어떤 의료 서비스를 받았다는 걸 들으면 그분이 나

중에 또 우리 병원에 오게 되니까 그런 것들이 저희가 얻는 이점이 아닌가 싶어요.

개방병원 중 한 곳의 실무자는 투자 비용 대비 더 많은 수익을 얻기 위해 외과계보다 투자 비용이 비교적 적은 내과계의 개방병원 진료과를 더 선호한다고 하였다.

우리도 요령이 생긴 게, 사실은 수술 위주로 해야 되는데, 수술은 적자가 많이 나오. 왜냐면, 야간에 하기 때문에 수당을 많이 줘야 되잖아요. 간호사들 수당 나가죠. 마취과 의사 수당 나가죠. 그러니까 남는 게 하나도 없어요. 그래서 손해를 보면서 하게 되는 거예요. 수술 쪽이. 그런데 오히려 병실이 있으면, 병실을 활용하는 건 내과 쪽이 선호도가 있죠.

4) 보건의료 체계에 긍정적 영향

개방병원 실무자들은 개방병원제도가 국민의 의료비 절감 효과가 있으며, 특히 지방의 경우 그 지역 내에서 의료를 제공받을 수 있으며, 대형병원이나 종합병원으로의 환자 쏠림 현상을 해소할 수 있는 차원에서 보건의료 체계에 긍정적인 영향을 미친다고 하였다.

개방병원은 국가적인 측면에서 저는 굉장히 좋은 사례라고 봐요. 대학 병원에 조그마한 것 같고 다 몰리면 대학 병원 터져 나가고, 소비자도 사실은 조그만 돈을 내고 할 수 있는 것도 많은 지출을 하고 그러면 의료비도 많이 상승하고 그런 거도 있잖아요. 그걸 우리 같은 중견 병원에서 해소시켜 주는 거잖아요.

우리 ******(지역)에도 사실은 큰 병원이 주변에 좀 많아요. 그렇지만 지역이 좀 더 떨어진 지역은 큰 병원이 없을 수도 있어요. 지방 병원 같은 경우는 큰 병원 같은 경우 가려면 한 지방을 떠나 가지고 차를 타고 두 시간 가야 하는데, 그렇게 가기는 사실 어렵거든요. 근데 이렇게 개방병원이 잘만 운영된다면 정말 아주 큰 거 아닌 경우에는 자체 지역에서 해결할 수 있는 굉장히 좋은 거죠. 이거는 너무나무 좋은 것 같아요. 우리가 그래도 열몇 건씩 해 주니까 ******대(학교병원)에도 환자가 덜 모이잖아요. 이게 그러면서 한쪽 쓸림 현상도 방지할 수 있고 여러 장점이 저는 있다고 생각해요.

5) 의료 전달 체계 확립이 우선

개방병원의 실무자는 현재 우리나라는 왜곡된 의료 전달 체계가 그대로 유지되는 한 보건의료 체계에 이상적인 제도로써 개방병원제도가 확립될 수 없음을 강조하였다. 개방병원의 대표자인 한 참여자는 미국에서의 개방병원 경험을 상기시키면서 개방병원제도가 조속한 시일 내에 활성화되기를 기대하였다.

우리나라는 의원 안 가고 자꾸 큰 병원 가는 거 하잖아요. 선호하잖아요. 근데 선호하는 걸 선호 못하게 할 수도 없고. 그럼 1차에서 2차. 정말 1차 안 거치고 2차 못 가게 해야죠. 그러니까 백 있는 놈은 1차 안 거쳐도 되고. <웃음> 이런 문제가 가장 문제죠.

미국의 병원은 다 개방병원으로 운영합니다. 제가 350병상 병원의 원장이었는데, 연구실 있고, 엑스레이도 있고, MRI도 있을 거 아닙니까. 또 과장들도 있고. 이만한 병원이면 이 병원의 스태프로 있는 사람은 몇

명 없어요. 누가 있냐면 내과에 한 분이 있고. 임상병리과, 방사선과, 응급실, 응급 당직 의사, 그 정도만을 병원에서 써요. 그러면 이 병원의 주변에는 한 300명, 200~300명 정도의 의사들이 사무실만 있어요. 책상만 하나 있어요. 그리고 간단한 검사를 할 수 있는 청진기 정도가 있어요. 그걸 메디컬 플라자라고 얘기해요. 메디컬 플라자에 한 300명, 200명이 있어요. 거기에 가면 안과도 있고, 치과도 있고, 내과도 있고, 이비인후과도 있죠. 각 전문의가 책상 하나만 놓고 다 있는 거예요. 그러면 그 사람하고 이제 상담을 하죠. 그 의사는 자기가 어텐딩하는 병원에 가서 검사를 의뢰를 하죠. 가서 엑스레이 찍고, 그다음에 검사하고 그러죠. 그렇게 하고 '다음 주에 오세요' 그러면 그 검사한 내용으로 처방도 해 주고, 필요하면 입원도 시켜고, 수술도 시켜요. 수술해 놓고는 회진은 다 똑같이 해요. 그러니까 이런 병원이 있으면 주변에는 한 200명 이상의 그런 전문의들이 쫓아서 다 해요. 앞으로는 우리나라도 이런 시스템으로 가야 합니다. 그게 제 꿈입니다.

나. 정보 및 관심 부족

1) 개원의

개방병원의 실무자들은 개원의들이 개방병원제도에 대해 잘 모르고 있으므로 의무적으로 이수해야 하는 의사 연수 교육을 이용하여 제도에 대한 정보를 제공해 주면, 관심 있는 의사의 경우 추가적인 정보를 얻고자 노력할 것이라는 의견을 제시하였다.

모르시는 분들이 더 많아요. 우리처럼 찾아보고 이러한 사람들은 좀 아는데 그냥 안 찾아보고 그러면 있는지도 없는지도 모르세요. 의사들은 일요일마다 포럼 같은 게 있더라고요. 근데 그거를 아침부터 5시까지 하

잖아요? 메노포즈에 대해서만 계속할 게 아니죠. 제일 먼저 의료인이 알아야죠. 의료인들한테 먼저 계몽을 하고 그러면 그중에 뭐 깨어 있는 사람들은 본인들이 뭐 좀 찾아보기도 하고 하겠죠. 그렇게 하고 나서야 개방병원이 지금보다 더 많이 지역 사회에서 활성화되겠지요.

한편 우리나라 의사들은 자신이 진료할 수 없는 경우 다른 의사에게 진료를 의뢰해야 하는데, 이때 그 분야의 전문성을 가지고 있는 의사가 아닌 자신이 알고 있는 의사에게 의뢰를 하는 경향이 매우 높다고 하였다. 이를 온정주의적 관계에 따른 진료 의뢰라고 하였다. 다시 말해서 친분 있는 의사에게 진료를 의뢰한 경우 환자는 다시 자신에게 돌아와 자신의 환자가 될 수 있다는 것이고, 자신의 단골 환자를 놓치지 않으려는 욕구가 강함을 뜻한다. 개방병원제도를 운영한다면 자신의 환자를 끝까지 진료할 수 있다는 장점을 시사하고 있었다.

이 어텐딩 시스템(attendng system)이 우리나라에서 잘 안 되는 이유가 있어요. 예를 들어 A라는 과에 환자가 있어요. 그런데 A라는 과가 있고, B라는 과에 관계된 병이 있단 말이에요. 과가 만약에 B과 선생이나, 대개 한 개 과에 5명 이상의 어텐딩 의사가 있어요. 정형외과면 정형외과의 5~6명이 있는 거예요. 그러면 요 사람은 요걸 잘하니까 요 사람으로 봐야 되고. 요 사람은 요 사람, 요 사람은 요 사람 요걸 다해요. 그러면 B과에 이렇게 보내는데, 우리나라는 의사들이 B과의 잘하는 의사를 택해서 자기 환자를 레퍼하지 않고 내 선배 중에 B과가 누군지 내 선배를 찾다 보니까 자기 대학 병원으로 보내는 거죠. 그래야 안심해서 그 환자가 자기한테 오는 거예요. 그게 문제예요. 그러니까 병원의 온정주의적 관계에 의해서 환자를 보는 거죠. 이거는 환자를 위한 치료가 아니라 자기 자신의 인간관계로 환자를 치료하는 것이기 때문에 치료의 효율성, 공정성이 떨어지죠. 내 환자를 모르는 사람한테 보냈을 때 제일 걱정이 환

*자가 나한테 다시 와야 되는 거예요. 이 환자에게 내가 조금 잘못된 게 있
어도 그것을 거기서 커버를 잘 해 줘서 나한테 보내 줘야 돼요.*

2) 개방병원의 직원

개방병원의 실무자들은 개방병원의 직원들조차도 개방병원제도에 대
해 잘 모르는데, 일반인들은 더욱 모를 것이라고 하였다. 개방병원제도를
실제로 운영하려면 참여의가 왔을 때 개방병원 직원의 도움과 협조가 필
요하기 때문에 이 제도에 대한 인식이 올바르게 심어져 있어야 함을 강조
하였다.

*홍보 부족이 심지어는 저희 병원 행정에 일하는 사람들도 이런 제도가
있는 조차도 잘 모른다는 겁니다. 하물며 일반인들, 일반 시민들이야, 국
민들이야, 그걸 어떻게 알겠습니까. 병원에 있는 분들조차도 모르는데.*

개방병원제도가 본격적으로 시행되었던 당시 한 개방병원에서는 외부
환자의 진료를 위해 해당 직원들은 과잉의 업무를 담당했어야 했고, 참여
의에게는 많은 진료비가 지급되었다며 시의회를 통해 행정소송을 낸 사
건을 회상하면서 병원 직원들이 제도에 대한 충분한 이해가 부족하여 더
이상 진행하지 못하였다고 하였다.

*그때 실패한 게 '개방병원은 한국에서는 안 돼.'라는 인식이 아예 심
어져 버린 거예요. 그때 자체적으로 무너진 게 아니라 노조나 시의회에서
'분배를 많이 하였다. 그거 의사들한테 너무 많이 줬다'라고 우리가 뒤집
어 쓴 거죠. 그러니까 의사들, 개원의들한테 이런 거예요. '네가 뒤로 후'*

시 돈 받고 많이 분배해 주지 않았다.' 그런데 그 계약서는 다 복지부에서 만든 계약서였거든요. (중략) 시의회 무슨 행정조사를 우리 담당자들이 받았죠. 도장이 거꾸로 찍혔니, 바로 찍혔니 <웃음> 그러면서 완전히 무슨 그 개방병원 6명의 의사들을 무슨 참고인 조사하듯이 불러다 앉혀 놓고 '뭘 돈을 받은 건 없니?' 이러면서 죄인 취급을 다 해 버린 거예요. 노조가. 아, 개방병원제도는 우리 직원들을 힘들게 하고 혹사시키는 거다. 민노총이고 강성이예요. **의료원은 아주 강성이예요. 100% 유니언십. 그러니까 거기에서 반대를 하겠다 선언을 해 버리니까 아무리 잘한 것도 소용이 없는 거죠.

또한 개방병원제도가 시범 사업으로 실시될 당시 개방병원에 개설된 진료 과목에 한해서 개방병원제도가 운영될 수 있었으나 현재는 개방병원에 개설되지 않은 진료 과목에 대해서도 개방병원 진료가 가능함을 알지 못하고 있었다.

그게 불법이예요. 여기에 과가 개설되어 있어야 돼요. 그러니까 우리가 안과가 없다 그래서 안과를 할 수 있는 게 아니라고요. 과가 존속해 있어야 돼요.

개방병원의 실무자들은 가정간호제도, 호스피스제도, 간호·간병 통합서비스 등 다양한 제도를 운영하면서 의료기관 평가 지표에 포함되어 있어 그러한 제도에 관심을 갖게 되는 것처럼 개방병원제도의 운영 실적이 평가에 유용한 지표로 포함된다면 자연스럽게 제도에 대한 관심이 집중될 것이라고 하였다.

의료원도 매년 운영 평가를 해요. 운영평가 항목이 있어요. 공익적 의료 서비스 부문 항목이 있는데, 거기 항목 중에서 개방병원을 한다든가, 개방병원 운영을 하는가, 포괄 간호 서비스 제도를 운영하는가, 어떤 가정간호제도를 운영하는가, 호스피스제도를 운영하는가 하는 이런 항목들이 있어서 해당되는 병원은 가점을 줘야 되거든요. 그러니까 공익적 의료 서비스 부문에 가점을 줘야 돼서 평가 항목이 들어와야 되거든요. 그런 점수들을 높게 주면 그 의료원들이 조금 더 따라오려고 할 겁니다. 그런 가정간호, 만성질환 담당자가 있느냐, 호스피스 병실을 운영하는가 같은 항목들은 있는데 이 개방병원을 이용하는 항목들은 없다는 거죠.

3) 정부의 정책 결정권자 및 실무자

개방병원의 실무자들은 보건복지부에서 개방병원제도에 대한 규정이나 지침의 변화가 없고, 보건복지부의 명칭 변경에 따른 양식의 변경도 없으며, 담당 업무를 확인할 수 있는 업무 분장표도 만들어지지 않은 상태라며 정부의 정책 결정권자와 개방병원제도의 업무를 담당하는 실무자의 관심이 매우 부족함을 지적하였다.

저희가 운영 지침을 찾아보려고 복지부 검색을 하니깐 없습니다. 2009년 이후로 업그레이드도 안 돼 있고요. 그 말은 복지부에서 관심이 없다는 거죠. 왜냐면 일반적인 업무 지침이나, 복지부 예산 지침은 매년 나옵니다. 결산 지침도 거의 똑같아요. 세법 바뀐 거 몇 줄 안 돼요. 그 정도 해서라도 업그레이드가 돼서 매년 발간되는데, 이 개방병원 운영 지침은 2009년 이후로 나온 게 없습니다. 그리고 뭐 개인 정보 보호 이런 것들도 강화되고 하니깐 그런 거는 계속 나와요. 업무 편람도 있고 한데, <웃음> 없어요.

의료기관 바뀌고 하면 신고를 해야 되는데. 개설자가 원장님이 바뀌셔서 신고를 하려고 하는데, 양식이 바뀌었나 싶어서 찾아보니까 아직도 양식은 그대로이고. 주민번호 쓰게 돼 있고. <웃음> 그러니까 그런 거는 담당자도 관심이 없는 거죠. 일단 사무 분장표를 한번 봤어요. 복지부의 주요 업무는 해 주는데 표시가 안 되어 있어요. 부서 국 분장표에도 없었어요. 담당자는 당연히 없고요. 제일 만만한 부서 전화해서 물어보니까 담당자가 알아서 보내라고 했어요. 복지부에서 관심이 없다는 거죠.

한 개방병원의 실무자는 우리나라 개방병원제도는 운영 초기에 비해 정부의 지속적인 관심이 유지되지 못함에 따라 실패한 제도라고 말하며 정부의 누군가는 이 제도를 활성화시키기 위해 노력해야 할 것이라고 하였다.

지금은 (개방병원제도에) 관심이 없다 하시더라고요. 이거는 한국에서 실패한 거고. 그래서 개방병원은 한국의 어떤 의식하고는 안 맞는다, 감추는 의식, 이걸 오픈하는 거잖아요. 그래서 홈페이지까지 열기가... 지금은 이제 다 수그러든 거죠. 그러니까 의지에요. 정부의 의지. 하여튼 정부의 공무원이 깨어 있어야 돼요. 공무원 하나가 깨어서 내 의지 가지고 한번 해 보겠다고 하면 발전하겠죠.

개방병원은 지금 이렇게 연구하고 끝나고, 이거를 누군가 진짜 해보자 해야죠. 그래서 우리처럼 의지 있는 몇 개 병원을 연결해서 도와준다고 나서야죠. 거기다 도와줘 봤자 얼마나 돈이 드냐고요.

2. 인적 자원

개방병원제도 참여의는 개방병원에 봉직했던 의사가 자연스럽게 연계되었고, 의료 기술이 뛰어나고 열정적인 의지를 지닌 의사가 지속적으로

운영 실적이 높았으며, 해당 진료 과목의 의료진의 동의를 요구되었다. 개방병원의 전담 인력은 참여 의원을 적극적으로 확보하고, 환자, 참여의를 개별적으로 응대하며, 참여 의원 실무자와 원활한 관계를 유지하고 있었다. 그러나 개방병원제도의 업무만 담당하는 것이 아니었기 때문에 중복 업무에 대한 부담을 호소하였다. 또한 참여의와 정기적, 비정기적 모임을 가지고 있으나 공식적인 협의체의 필요성을 인식하고 있었다.

가. 참여의의 선정 기준

1) 개방병원의 봉직 경력

개방병원의 실무자들은 대부분 개방병원에 봉직했던 의사로서 퇴직 후 개원을 하면서 제도를 운영하게 되었다고 하였다. 이들 경우 병원 직원과의 의사소통과 협조가 원활했고, 병원의 시스템에 익숙하기 때문에 어려움 없이 제도를 운영할 수 있었다고 하였다.

*저희가 저희 (개방)병원에서 그.. **과의 진료 원장님으로 계셨던 분 중의 한 분이 사실은 개원을 하시게 된 거예요.*

기존에 저희 병원에 계시던 과장님, 진료과장님께서 개원을 하시면서 우리 자원, 우리 병원 걸 이용하고, 그게 계기가 되어 가지고 하게 됐어요. 진료 보조원들도 원래 계시던 스태프였잖아요, 그러니까 손발 맞고 하니까 처음에 시작을 크게 무리 없이 했던 것 같아요. 원래 있던 분들이고 원래 손 맞춰서 일했던 스태프이니까요.

저희 병원의 시스템이나 전산시스템, 그다음에 직원들 간의 소통, 이런 부분들에서 기본 베이스가 사실은 있었죠. 있던 상황에서 개원을 하려고, 환자가 발생하면 와서 수술하시거나 회진을 할 때, 큰 장벽이나 이런 부분이 없었어요. 그런 소통의 원활함이 제가 볼 때는 좀 좋은 결과를 낳게 되지 않을까 싶습니다.

***의료원에 일단 병실이 확보가 돼야 되고, 그다음에 해당되는 간호사하고 관계가 좋아야 하죠. 수술하는 분들은 수술방하고 관계가 좋아야 되고요. 그런 것들이 다 관계가 좋았는데 원인은 의료원에서 퇴직하신 분들이죠. 지금 현재 운영하는 분들이 다 근무했던 분이예요. 아무래도 생판 모르는 사람보다 여기 근무했던 사람들은 개방병원 이용하기가 더 쉽지 않나 그런 생각이 들어요.*

2) 뛰어난 의료 기술과 열정적 의지

개방병원제도가 잘 운영되려면 개방병원에서 진료하는 참여의의 의료기술이 뛰어나고 우수하거나 의사로서 매우 의욕적이고 목표 지향적인 경우 환자가 참여의를 따라서 개방병원에서 진료를 받게 되므로 개방병원의 실적이 계속 쌓이게 된다고 하였다.

잘되는 의사들이 개방병원 오는 게 환자가 그 의사를 따라다니는 거죠. 개방병원 의사들도 의욕이 넘치는 그런 젊은 사람들과 이렇게 커뮤니케이션이 형성되는 거예요.

계약은 50군데가 넘었고요. 계약은 그렇게 했는데, 이제 환자가 실질적으로 많이 온 곳이 10군데 정도 돼요. 그런데 10군데만 해도, 한 사람이 5명이면 50베드가 차는 거예요. 그래서 70~80베드까지 찾았었니까. 이제 그리고 한 사람, 잘하는 사람이 있으면 설명이 되는 거예요.

참여 의원의 원장님 콘셉트하고 우리하고도 맞아야 하는 것이죠. 그 병원의 원장님이 너무 욕심쟁이라든지 그러면 이렇게 못 끌어와요. 4년씩 이렇게 끌어올 수가 없어요. 조금은 서로가 이렇게 양보하고 이래야지.

참여의가 환자 진료에 불성실한 태도를 보인다면 개방병원에서는 언제라도 계약을 해지할 수 있었음을 밝혔다.

회진을 안 들고 하루건너 하루 환자 컴플레인이 있는 거예요. 평가회 는 안 해도 그런 분들이 간호사실이나 또 환자들한테 자꾸 컴플레인 들어 오니까 원장님이 그러면 그 병원 안 되겠다고 해서 제가 그쪽 병원으로 공문을 보낸 거죠. 몇 월 며칠 자부로 개방병원 계약을 취소하겠으니 이 점 양지하시기 바랍니다. 계약서상에 서로 이의가 있으면 계약을 해지하도록 돼 있기 때문에 우리가 그런 원인으로 공문에 쓰겠죠. 환자들이 불편을 호소하고, 간호사 분들이... 회진 같은 걸 안 했기 때문에 고객 만족 사항에서 우리가 계약을 취소한다고 하기도 했어요.

3) 해당 진료 과목 의료진의 동의

개방병원제도가 이루어지려면 개방병원의 해당 진료 과목 의료진의 동의가 있어야 제도가 체결되며 활발하게 운영된다고 하였다.

병원 입장에서는 과(개방병원의 해당 진료과)의 의지가 중요한 것 같아요. 우리가 병원 쪽에서 이걸 하자고 하기보다도 참여 의사가 우리 병원의 과랑 또 맞아야 되거든요. 제도적으로 크게 잘 모르겠어요. 왜냐면 이미 별 문제 없이 진행되어 오는 거니까요. 그런데 그게 우리병원 (해당 진료과) 과장님이랑 그(참여 의원의) 과장님이랑 생각이 같으면 또 추진 돼요. 생각이 다르면 안 되는 거죠.

나. 전담 인력의 업무

1) 참여 의원 확보를 위한 노력

개방병원 실무자는 참여 의원을 확보하기 위해 병원을 중심으로 인접해 있는 의원을 직접 방문하여 개방병원제도와 구체적인 운영 지침 등을 일일이 설명하는 등 매우 적극적이고 열성적으로 노력하였다.

택시 타고 다 다녔어요. 우리가 가서 설명을, '선생님. 이렇게 분배하고요. 한 20명만 들어가면 한 몇천만 원은 나와요.' 어차피 우리는 세일즈 같은 개념이 될 수밖에 없어요. 그리고 뭐 'CT, MRI 같은 것도 오셔서 직접 보셔도 되고요.' 뭐, 이러면서 설명을 하고. 그래서 진짜 많이 했어요. 50~60개 이상. 거의 이 지역은 안 돈 데가 없으니까. <웃음>

***의료원을 중심으로 반경 2km 이내에, 3km 이내에. 하여튼 ** 시내를 다 다니면서 개방병원 할 수 있는 의료기관. (의원) 원장님을 다 만난 거예요. 혼자 만나서 계약서 들고. 서로 도장을 찍고, 개방병원을 하자. 이용해 달라. 그래서 홍보를 하고 다닌 거죠. ** 시내에 있는 개인병원을 가서 계약서, 수익 분배표 이렇게 제가 갖고 있는데, 이렇게 서로 계약을 하자고 했죠. 수익 분배는 서로 이렇게 하자 하면서 ** 시내 개인병원 다 다닌 거죠, 혼자.*

2) 환자 개별 응대

개방병원 실무자는 병원의 보험 업무, 원무과 업무처럼 별도로 많은 업무를 담당하는 전담 인력이 있기도 하지만 대부분 다른 업무에 부과하여

개방병원제도 업무를 담당한다고 하였다. 특히 개방병원제도를 전담하는 인력이 확보된 경우는 환자를 일대일로 개별 응대를 함에 따라 개방 환자는 최상의 의료 서비스를 받는 입장에서 만족도가 매우 높다고 하였다.

입원하는 날도 제가 그분(환자)을 맞이해요. 맞이해서 병실까지 안내를 하죠. 그래 봤자 한 달에 열다섯 명만 하면 돼요. 환자들이 그런 얘기를 많이 하셨다고 하더라고요. 거기 병원에 가면 너무 친절한데, 너무 정말 딱 붙어서 일대일로 해 주는 데가 VIP 아니면 많지 않아요. 근데 제가 검사할 때도 같이 다녀주고 같이 순회를 하니깐 이 사람들이 우왕좌왕 안 하는 거죠. 저희 병원에 와서는 요런 단계별로 진행하고 이제 집까지 갈 거다, 그리고 나중에 진단서까지도 어떻게 뻔 거라는 것까지도 안내를 해주니까, 환자들이 남의 병원에 왔다 이런 생각을 안 하시더라고요. 그러니까 이렇게 초창기에는 그런 것들이 누군가가 딱 맡아 주는 사람이 없이는 안 돼요. 우왕좌왕돼 버리니까요.

3) 참여의에게 편의 제공

개방병원 실무자는 병원과 참여의를 연결해 주는 매니저 역할을 하였다. 참여의가 개방병원에 와서 원활한 진료를 수행하는 데 전담 인력의 역할은 매우 중요하였다.

매니저가 개원의와 개방병원을 연계해 주는 거다.

의사가 자기 병원도 아닌데 남의 병원에 와서 수술을 하면 이 사람 저 사람 뭐야 이거 그러는데, 제가 그냥 탁 받으니까 자기 병원에 온 거 같은 거죠. 그래서 제가 그분을 OP부터 시작해서 모든 것을 그분이 할 수 있도록 불편하지 않게 (헤드리죠).

한 개방병원 실무자는 간호사로서 간호 업무뿐 아니라 심사 업무, 행정 업무의 경험을 토대로 참여의와 환자를 직접 응대하면서 세세한 도움을 주었다고 하였다. 개방병원제도를 계속 운영하기 위해 적합한 전담 인력의 양성을 제안하기도 하였다.

하여튼 간호사가 결국은 하겠죠. 뭐. 이제 대화가 돼야 하니까요. 행정 쪽은 환자 설명이 안 되니까 행정보다는 간호사이면서 심사나 행정을 해 본 그런 코디네이터가 좋죠. 다 해결해 줄 수 있으니까요. 의사의 가려운 곳을 다 긁어줄 수 있잖아요. 이거 돈은 얼마가 되고, 이거는 의료적으로 수술 장비는 어떻게 해야 되고 같은 것들이 대화가 돼야 하죠. 그래서 수술실 간호사 출신도 가끔씩 매니저로 쓰는 게 (좋겠죠). 외과 파트는 그 렷고, 내과는 뭐 간호팀장, 우리 간호팀장들이 잘해요.

4) 참여의원 실무자와의 상호 협조

개방병원의 실무자는 참여 의원 실무자 간의 관계가 원만한 경우 개방 병원제도를 통한 환자 진료가 잘 이루어지고 있음을 나타냈다. 개방병원 제도가 잘 실행되려면 참여 병원의 실무자가 있는 경우 참여의도 중요하지만 실무자 간의 관계가 원만하고 신뢰적이라면 환자 진료에 긍정적인 영향을 미치게 됨을 알 수 있었다.

중요한 게 그런 거더라고요. 이제 의사들만 가지고는 잘 안 돼요. 이제 성공할 수 있었던 거는 제가 처음에 시작을 했고 제가 처음에 간호과를 이끌어 갈 때 그쪽 병원의 실장님하고 콘셉트가 너무 잘 맞았어요. 항상 실장님이 환자가 발생하게 되면 저한테 문자를 넣어 주세요. 이리이러한 환자가 이렇게 발생해서 언제 가실 수 있고, 수술은 언제 원하시고, 이제 그

런 것들을 세세하게 저한테 원하시고 문자를 먼저 넣어 주세요. 그러면 아
'실장님 감사합니다.' 문자를 넣고 제가 환자하고 바로 컨택트를 해요.

우리는 이쪽 병원하고 워낙 유대 관계가 좋고 실무자들이 콘셉트가
잘 맞고 그쪽 거기 실장님하고 저하고 이렇게 잘하고 있는 편이에요. 늘
서로 전화하고요. 그 실장님은 제가 멘토래요. 뭐 이제 실장 직함을 가지
고 하시는데 워낙 그분 자체가 나를 따르고 이러다 보니까 중간 가고 역
할도 잘하는 편이고요.

5) 중복 업무에 따른 부담

개방병원의 실무자는 개방병원의 실적이 많지 않은 경우 전담 인력에
대한 인건비 부담으로 개방병원에서는 개방병원 업무를 부가적으로 주는
경우가 많다고 하였다.

저희가 정말 핑계일 수 있지만 여러 가지 일을 하고 있다 보니까 이거
(개방병원제도 업무)가 차지하고 있는 비율이 진짜 작거든요.

진짜 개방병원만 전담할 정도로 많다 그러면 당연히 전담을 해야 되
겠죠. 숫자가 많지 않으니까 그거만큼 인건비가 안 되는 거죠. 그래서 다
른 업무를 하면서 이렇게 하는 거죠. 우리가 산재보험, 자동차보험 건수
가 많다 그러면 그거만 전담을 하는 거예요. 개방병원도 건수가 많다 그
러면 개방병원 전담을 하겠죠. 건수가 뭐, 예를 들어 한 달에 몇 건 안 되
는데, 전담을 할 수가 없죠. 인건비 때문에.

개방병원 업무를 부가적으로 담당하게 된 병원 직원은 업무에 대한 부
담을 느끼고 있었지만, 개방병원의 실무자는 참여의 환자가 향후 개방

병원의 환자가 되어 병원에 이바지할 수 있음을 설명해 주며 환자 간호에 더욱 주의를 기울일 것을 당부하였다고 하였다.

이제 개방병원을 하다 보니까 그분(환자)은 언제든지 환자는 일반의 과 환자였지만, 산부인과 환자도 될 수 있는 거죠. 저희는 조금 그렇게 항상 멀게 보거든요. 저도 늘 직원들한테 하는 말이 "나무를 보지 말고 숲을 봐라. 지금 내가 당장 이 사람에게 돈을 뭐 십만 원을 뽑아 낼 거는 아닙니다. 우리는 뭐 길게 갈 거니까 그 사람에게 정말 정성을 다하고 최선을 다하다 보면 결국 그분은 돌아오게 되어 있고 소개를 하게 되어 있다"예요. 저도 늘 그런 얘기를 많이 하거든요. 그런 것 같아요. 그분이 아가씨였는데 수술을 했어요. 그분이 결혼하고 우리 병원에 와서 애를 낳더라고요.

다. 참여의와의 소통 형태

1) 진료비 지급을 위한 정기적 연락

개방병원의 실무자는 공식적인 운영협의체의 정기회의나 모임은 아니지만 매달 진료비 정산을 위해 정기적으로 연락하고 참여의의 계좌로 진료비를 입금하는 형태의 소통 정도만 유지되고 있었다.

매달 만나기는 하지만, 이렇게 정산 때문에 만나는 거라서 주로 정산 얘기고요. 따로 뭐 특별히 이렇게 하는 얘기는...

2) 비공식적 유대 모임

개방병원의 실무자는 참여의와 참여 의원 실무자와 친밀한 인간관계를 유지하기 위해 공식적 회의가 아닌 식사 모임을 갖는다고 하였다.

한 달에 한 번 정도 같이 술도 먹고, 불편한 거 없냐고 묻기도 하죠. 또 본인들이 컨설팅도 내야 되고 해서 친하게 지내죠. 친해질 수밖에 없어요. 자기 환자를 우리한테 맡겨 봤기 때문에.

3) 공식적 운영협의체 구성의 필요성 인지

대부분의 개방병원 실무자들은 개방병원을 운영하면서 운영협의체가 구성되어야 하는 규정이 있으나 공식적인 협의체 구성과 함께 정기적인 회의와 활동이 필요함을 표현하였다.

복지부에서 편람 나온 거 있잖아요. 편람에 보면 있어요. 어쨌든 공식 채널을 하나 만들어 놓자는 생각에 저희가 하려고 하는 거예요. 그 개방병원 운영 지침에 위원회를 구성하게 되어 있거든요. 이렇게 있는데 개최가 실질적으로 안 되고 실무선에서만 움직이다 보니까 올해 저희가 새로 구성을 하려고 계획 중에 있어요.

정기적으로. 분기마다 한 번씩 한다든가. 그러면 어쨌든 그 회가 살아날 것 아닙니까. 1년에 한 번 하는 거보다 뭐 반기 1회, 분기 1회, 월 1회 회의가 있잖아요. 최소한도 분기마다, 반기마다 뭐, 이렇게 정기적으로 개방병원과 관련해서 잘 운영이 되려면 회의를 하면 좋겠다는 생각은 들어요.

3. 환경적 자원

개방병원 실무자는 개방병원으로서 적합한 의료기관은 공공병원과 중소 병원이라고 하였고, 개방병원은 개방 병동과 수술실, 해당 진료 과목

의 장비 및 물품, 그리고 개방병원의 처방이나 기록 시스템을 참여의가 자유롭게 활용할 수 있도록 하는 제도라고 하였다.

가. 개방병원의 적합성

1) 공익성 기부를 위한 공공병원

개방병원의 실무자들은 개방병원으로서 의료원과 같이 공공병원이 가장 적합하다고 하였다. 이는 국가의 지원에 따라 병원 부지를 확보하고 건물이 신축되었고, 시설과 장비 구입, 유지 보수비 또한 지원을 받았기 때문에 환자 진료에 있어 과잉 진료를 하지 않게 된다고 하였다. 정부의 지원으로 건립된 공공병원은 국민을 위해 다양한 의료 서비스를 제공해야 하는 건 당연한 이치라고 하였다.

*수술실도 **의료원이 너무 잘돼 있고, 인력도 사실 의료원이 풍부해요. 워낙 시설이나 장비나 이런 게 풍부하잖아요. 진짜 아까워요. 의료원들이 적자를 전환하려면 개방병원 같은 거 하면 전환이 가능해요. 왜냐면 신뢰도가 있잖아요. 의료원은 나는 믿어, 이런 게 있잖아요. 그렇기 때문에 의사들도 의료원 가서 수술하고 싶은 생각이 엄청 많죠.*

*하여튼 CT인가 MRI를, 그 장비를 개인 병원이 이용하려고 환자한테 계속 찍으라고 할 거 아니에요. 조금만 머리 아프면, 두통만 있어도 MRI를 찍으라고 해야 되죠. 왜냐면 우리가 MRI를 운영하려면 한 달에 천만원의 AS비를 지원하거든요. AS비가 월 천만 원이에요. (의원에서) 운영을 할 수가 없잖아요. 그럼 그걸 운영 하려면 계속 찍어야 될 것 아니에요. 우리가 MRI를 한 대 사려면 외화를 주고 사야 되잖아요. 그런데 그걸 **의료원 같은 공공 의료기관에서 이용하면 과잉 진료를 하지 않겠어요.*

공공의료기관은 정부에서 투자를 하거든요. 이런 간호간병 통합 서비스도 공공의료기관부터 한 거예요. 정부에서 투자를 하고 시범 사업을 하는 거예요. 어쨌든 이런 토지 건물도 다 **도 거거든요. 국가 것이거든요. 그러면은 이거를 장비, 의료 장비, 우리가 MRI 사는 데 15억 국비를 썼어요. 국비라는 것은 국민의 세금이거든요. 세금을 시민들한테 나눠 줘야 된다고 생각하는 거거든요. 개인 의원에서, MRI도 5억짜리가 있고 10억짜리 있고, 15억짜리 있고, 20억짜리가 있어요. 선명한 영상의 질의 갖다가 국민에게 서비스 해 주려면 공공의료기관에다가 투자를 하고, 좋은 장비를, 의료장비를 해 주고 건물도 이렇게 짓잖아요. 이거 건물 짓는데 200억 들었어요. 이것도 국비예요. 국비 100, 도비 100, 100억씩. 그러면 좋은 시설과 좋은 장비를 가지고 투자를 하는데, 개인 병원엔 줄 수가 없잖아요. 국민 세금을. 그러면 이런 의료원, 지역 거점 병원에다가 개방병원을 의무화해야죠. 저기처럼 포괄 간호 서비스처럼 의무화하든지. 이런 병원에 투자를 하는 것이 가장 현명하죠. 정부의 판단에 의해서도 지원을 해 줄 명분이 생기는 거죠.

2) 중소 병원

개방병원의 실무자들은 개방병원제도가 보건의료 체계에 긍정적인 영향을 미치기 위해서는 대학 병원이나 상급 종합병원보다 중소 병원이 적합하다고 하였다. 중소 병원은 병원을 운영하는 데 의료진을 포함한 직원들의 인건비가 가장 많은 비중을 차지하고 있기 때문에 갖추어진 기존의 시설과 장비를 외부의 우수한 의료 인력이 활용하는 개방병원제도가 매우 효과적임을 밝혔다.

대학 병원에서는 개방병원을 할 이유가 없어요. 의사 인프라도 많고 레지던트도 있고 다 있잖아요. 우리 같은 중소 병원, 이거 없앨 수도 없

고. 이런 중소 병원들은 개원의를 활용하면 윈윈이 되는 거죠. 병실도 차고. 그러니까 중소병원하고 개원의들을 묶어 주는 게 맞죠. 인건비가 차지하는 게 제일 많으니. 그것도 의사가 제일 많으니. 의사에 대한 인건비 부담이 우리(개방병원)로서 중소병원)한테 없는 거죠. 그거 말고는 많이 별면 많이 가져가고, 적게 별면 적게 가져가면 되니까, 그런 쪽에서 접근을 하면, 이 중소병원들을 그렇게(개방병원제도 운영을 통해) 살리는 게...

나. 자원 관리

1) 장비 및 물품의 유지 보수

개방병원 실무자는 개방병원에 해당 진료 과목이 없는 경우 참여의의 진료가 원활하게 이루어지기 위해 참여의가 필요로 하는 장비를 구입하였고, 수리비나 소모품 구입비 모두 개방병원에서 지불한다고 하였다. 참여의의 진료가 이루어지면서 장비나 물품이 손상되었을 때 수리를 내보내거나 재구매를 하게 되는데, 이때 참여의에게 구매 책임을 부과하면 관계가 불편해질까봐 개방병원에서 재구입하는 경우가 많다고 하였다.

처음에 준비할 때는 초기 투자 비용이 저희도 들었지요. 저희 입장에서 보면 (참여 의원의) 일반외과를 유치하기 위해서는 저희도 기구도 사고 뭐 이런 것들이 조금 많아요. 중간중간에 기구도 부러지고 그러면 이런 것들을 우리는 우리가 계속 채워요. 그렇다고 일반외과 원장님이 사주진 않아요. 근데 수가는 일률적인 수가를 주잖아요? 그러다 보면 실질적으로 여기에 대해서는 감안을 해 주는 게 저는 맞다고 생각을 해요. 대학 병원에는 모든 과가 있고 거기에 들어가는 거기 때문에 거기서 하지만, 우리는 없던 과가 되어 있기 때문에 그것을 준비하면서 바이폴라라든지 이런 거 새로 다 샀어요. 그렇다고 그거는 아무도 보상을 안 해 주는

거죠. 외과 원장님한테 이거 당신이 보상하세요 할 수도 없는 거죠. 처음부터 그런 식으로 하다 보면 안 되기 때문에 저희가 일률적으로 준비하겠습니다. 제가 그랬어요. 그래 가지고 저희가 다 샀어요.

처음에 그쪽 원장님(참여의)이 기구 제가 살까요? 이렇게 물어요. 제가 살까요 물으면 아휴 아닙니다. 저 같은 경우는 '제가 사겠습니다.' 이러는데 그냥 사서 주면 당연히 그냥 받겠죠. 근데 제가 살까요 물었는데 당신이 사십시오, 그러면 저는 불편한 관계를 유지하고 싶지가 않아서 참부터 저희가 준비하겠습니다. 그렇게 하다 보니까 관계가 초반에 있잖아요, 좀 좋아지고. 수술하다 보면 팀도 부러지고 그러는데 그때마다 그냥 우리가 사 두겠습니다 이러면 고맙다고, 원장님(참여의), 원장님이 고맙다고 해요.

2) 처방 및 기록 관리 시스템 개방

개방병원의 실무자는 참여의가 개방병원에서 환자 진료를 원활하게 하기 위해 병원의 전자의무기록(Electronic medical record, EMR), 처방 전달시스템(Order communication system, OCS) 등을 개방하고, 참여의가 이 시스템에 익숙해지기 위해 필요한 자료를 제공해 주었다고 하였다.

OCS를 어쩔 수 없이 개원의들한테 열어 줘요. EMR을 여기서 입력을 해도 되고. 명찰을 만들어 줘요.

**의료원 전산을 알아야 된다는 게 가장 큰 문제점이더라고요. **의료원 전산 시스템. 약이나 이런 걸 여기 써야 되거든요. 가장 어려운 점이에요. 개원의 입장에서는. 왜냐하면 여기 있던 분은 그런 것을 잘 알잖아요.

코드 시스템을. 지금은 뭐든지 EMR 시스템이 돼 있잖아요. 우리는 필름도 없고 다 EMR로 하고, 다 EMR로 해서 모두가 전산 시스템인데. 코드도 알아야 되지만, 코드를 모르더라도 최소한도 약이나 주사라든가 어떤 약품이 있어야 된다는 것을 오터를 해야지 코드가 넘어가는 거거든요. 전산 시스템을 각각 뿌려 주는 것이거든요. 수가, 코드집이 있잖아요. 그걸 다 출력해서 줍니다.

개방병원 실무자는 참여의에게 개방병원의 전산 시스템을 개방하고 자유롭게 활용할 수 있도록 개방 진료에 대한 구분을 명확하게 함으로써 개방병원 운영 실적에 대한 분석이 자동적으로 이루어져 개방병원과 관련된 통계 자료를 확보할 수 있다고 하였다.

우리가 다 코드에다 9를 붙여 놔어요. 9자는 개방병원이에요. 이비인후과 OI인데. 그럼 OI9. 그러면 자동으로 전산 시스템이 개방으로 팔려 들어가는 거예요. 그러면 개방이비인후과 청구, 그 진료비 청구서에 보면, 지침에 개방이라는 표시를 하게 돼 있어요. 그냥 9를 안 붙이면 우리 보는 이비인후과로 다 봐요. 그러면 개방이 별도로 통계가 잡히는 거예요.

4. 의료 수가 및 수익 분배

개방병원 실무자들은 개방병원제도 운영과 관련해 인센티브가 없거나 미미한 수준으로 책정되어 있어 제도를 더욱 활성화시키려면 무엇보다도 추가적인 수가 책정이 급선무라고 하였다. 개방병원제도를 위한 수가가 신설, 책정된다면 수가 항목의 명칭을 잘 마련하여 제도권 내로 들어와야 함을 강조하기도 하였다.

가. 진료비 청구 및 지급

1) 청구의 주체

개방병원제도를 통해 진료를 받은 환자의 진료비(예: 수술, 행위료, 회진료, 비급여 등) 청구는 모든 개방병원에서 “우리가 모든 진료비 청구를 직접 다 해요”라고 하였다.

2) 참여의에게 정기적 지급

개방병원은 참여의가 환자 진료한 비용 모두를 청구하고 이에 대해 월별로 정산하여 참여의에게 지급한다고 하였다.

입원하고 수술하고 이거를 다 이제 저희 원무과에서 정산해요. 1일부터 30일까지 15건을 하였다 그러면 한 달 동안 한 것을 30일 정산을 해서 그 쪽(참여의) 계좌로 세금까지 같이 넘겨줘요.

나. 인센티브 부재

1) 수가 책정 요구

개방병원의 실무자 대부분은 참여의에게 회진료에 추가적인 수가가 더 책정되어야 함을 제안하였다.

원장님(참여의)도 그 병원에서 여기까지 오는 교통비도 들고 그런데 그런 것들이 전혀 가산이 안 되죠. 대학 병원하고 지금 저희 병원하고 수

가 자체가 3분의 1치 가격밖에 안 되는 정도로 큰 차이를 보이잖아요. 거기에 대한 거는 개방병원 하는 데 약간 감안되면 조금 더 힘이 되지 않을까 싶어요.

정책적으로 이게 법이 심평원에서 인정해 줘야 할 것이 있어요. 회진료라든지, 이런 야간 수수료. 그렇게 해 주면 돼요. 그러면 그거, 그 회진료 내는 거 얼마 되지 않거든요. 그것만 해 주면은 개인 의원들이 수억짜리 기계를 안 사도 된다 이 말이에요.

회진 비용을 준다든지. 그렇잖아요. 아침에 1시간 회진하면 돈 줘야 되는 거 아니에요? 또는 그런 걸 조금만 인정하면 그것의 한 10배, 100배가 더 세이브되는 거죠.

개방병원의 경우 개방병원제도 운영에 대한 이용료와 같은 인센티브가 제공되어야 할 것이라고 하였다. 개방병원의 실무자들은 현재 의료법 개정(2016. 9.30.)에 따라 간호·간병 통합 서비스 제도가 시행되는 것을 비유하면서, 제도가 원활하게 작동하려면 이에 대한 이용료가 확정되어야 의료기관과 의료진이 관심을 갖게 되고, 뿐만 아니라 전 국민에게도 홍보하여 활성화될 수 있다고 하였다.

제도권으로 가야 되는데 가지 못한 거예요. 보호자 없는 병실, 병원. 지금 포괄 간호 서비스. 그것도 제도권 안으로 들어왔는데. 결국 수가가 만들어진 거예요. 하루에 간호·간병 통합 서비스가 얼마다, 하루 이용하는 데 본인 내는 돈 얼마다, 청구하는 돈 얼마다. 이렇게 수가화가 되니까 너도나도 각 의료기관에서 신청을 한다 이거죠. 수가도, 그러면 수가가 더 높든지. 기준 수가가 정해지면은 그러니까 개방병원을 한 이용료가 있을 거 아니에요. 뭔가 제도권 안으로 들어와야지 이게 활성화되는 거죠. 그

냥 개방병원 어텐딩하다 보면 현재 수술비도 쪼개서, 뭘든 쪼개서 먹어야 될 거 아니에요. 그러니까 어렵다는 거죠. 현실적으로 가져가는 게 별로 없다는 거죠.

2) 신설 항목의 명칭 중요

한 개방병원의 실무자는 개방병원제도의 수가 중 회진료를 예를 들면서, 단순히 회진료를 상향시키는 것보다는 개방병원제도를 운영하고 있는 의료기관에 별도의 인센티브를 책정하여 지급하는 것이 더욱 효과적이라고 하였다. 이에 따라 개방병원제도를 이용하고 있음을 가시적으로 드러낼 수 있는 항목을 신설하여 적합한 명칭을 붙여 제공되기를 기대하였다.

저는 회진료라는 명칭이 중요할 거라고 생각해요. 회진료를 높이면 그냥 단순히 회진료라고 생각을 하거든요. 다른 명칭이 있어야 된다는 거죠. 개방병원 이용료라든가, 개방병원 관련 어떤 수수료라든가. 하여튼 거기에 별도로 개방병원 이용과 관련해서 비용이 별도로 책정돼야 되지 현재의 입원료에 포함시키면 안 되는 거죠. 왜냐하면 현재 입원료가 (별도로) 있잖아요. 포괄 간호 서비스 이용료도 별도로 있어요. 그런 것처럼 이용한 사람 수가가 더 높은 거예요. 현재 입원료에서 그냥 회진료만 높으면 그 입원료에 다 포함됐지만, 명칭이 중요한 거거든요. 그래서 별도의 명칭이 있어서 수가를 줘야 된다고 (생각해요). 그래야 '정부에서 이런 제도를 시행하고 있구나'라는 걸 알 수 있다는 거죠.

다. 개방병원에 유리한 수익 분배율 적용

1) 정부 제시안 중 선택

개방병원 실무자들은 개방병원제도를 시행하기 위해 보건복지부에서 제시하고 있는 수익 분배율의 제시안 중에서 개방병원에 가장 유리한 분배율을 채택하여 운영하고 있었다.

개방병원 제도의 사업 지침을 보면 이렇게 몇 가지 샘플이 나와 있잖아요.

저도 이것을 처음 하면서 그 사이트에 들어가서 보니까, 개방병원은 3 대 7 보통 이런 식으로 돼 있어요. 30퍼센트는 거기 선생님(참여의)한테 드리고, 70퍼센트는 우리(개방병원)가 갖고 이런 식으로 돼 있어요. 근데 3 대 7 저희도 유지를 하고 있습니다.

2) 항목별 분배율 차등 적용

개방병원의 실무자는 개방병원제도가 마련되면서 정부에서 제시한 개방병원과 참여의의 수익 분배율 사례를 통해 자율적으로 선택하였다고 하였다. 대부분 개방병원이 70~75%를, 참여의는 20~25%의 비율로 분배율을 적용하였으며, 항목에 따라 분배율이 차등 적용되기도 하였다.

처음에는 7:3 정도였나. 그 행위별인데. 하여튼 저희가 신DRG거든요. 신평괄수가제라해 가지고 저희는 행위별이 아니고 달라요. 그래서 비급여도 일부 10만 원 이하는 다 보험 안에 들어가기 때문에, 그 행위가

많이 들어간다고 해서 안 되잖아요. 수가가 안 되니까. 저희가 지금 75:25 정도인데, 다 묶여 있어서 뭐... 병실로 차액, 상급 병실로 차액 이런 비급여, 완전 비급여 되는, 그런 부분은 이제 70:30으로...

처음에 할 때 원장님한테 '이런 것들이 있습니다. 이걸 어떻게겠습니까. 그쪽 원장님하고 처음에 협의는 해야 돼요, 무조건 이렇게 하겠습니까.' 이렇게 하면 언짢으실 수 있으니까 저렇게 하면 어떻게겠습니까 해서 서로 협의가 돼 가지고 시작했지 맘대로 누가 갑이고 누가 을은 아니잖아요. 이제 상호관계지요. 그렇게 해서 저희 같은 경우는 뭐 잘되고 있는 것 같아요.

처음 사이트에 들어가서 보니까 개방병원은 3 대 7 보통 이런 식으로 돼 있어요. 그래서 30퍼센트는 거기 선생님한테 드리고, 70퍼센트는 우리가 갖고 이런 식으로 돼 있어요. 저희도 3 대 7로 유지를 하고 있습니다. 그런데 이제 그 외에 일반적인 부분이 생겨요. 그 선생님이 초음파를 보겠다 하면, 인제 초음파 같은 건 다 우리 것을 보는 거죠. 아니면 대신에 검사를 하겠다 그러시면 그 부분에 있어서는 3 대 7을 유지하는 게 아니고 그 선생님에게 더 많이 줘요. 그쪽 병원에서도 이 병원은 너무 강하게 자기들만 챙기려고 하지 않는구나를 아니까 그런 것들이 서로 양보가 되는 것 같아요.

3) 참여의의 비율 증대 필요

한 개방병원의 실무자는 참여의에게 수익 분배율을 높이는 것이 바람직하다는 의견을 주었다. 개방병원제도가 잘 운영되려면 참여의의 노력에 상응하는 대가를 지불함으로써 더욱 활성화될 것으로 생각하고 있었다.

입원료 안에, 입원 병원 관리료, 의사 회진료, 간호 관리료 이 세 가지가 포함되어 있어요. 그러면 병원 관리료, 간호 관리료는 우리 **의료원 수익이고, 회진료는 개원의 수익이거든요. 그렇게 제가 분배를 해 봤어요. 수술을 하면 수술비는 거기다(참여의에게) 다 줬어요. 어떤 사람은 뭐, 수술비도 나누는 병원이 있고 그래요. 활성화되려면 어떻게 개원의가 좋게 해야지 이 사람이 메리트가 있을 거 아닙니까. 상대방, 내가 상대방한테 매력적으로 보이려면 내가 잘해야 될 거 아니에요. 그러면 수익을 더 줘야지, 내가 더 가지면 안 된다는 생각이 들거든요.

수익 분배는 저희는 6:4로 했어요. 저는 개원의한테 더 주어야지 개방병원이 잘된다고 생각하거든요. 우리가 욕심은 많죠. 7:3, 8:2 가고 싶죠. 그렇게 해선 안 되죠. 개원의가, 당근을 줘야 되는 거죠. 제 생각에는 그래서 인센티브가, 어떤 별도 수가가 있으면 개원의한테 주면 자동으로 오게 돼 있어요. 그래서 저는 6:4로 하고 있어요.

5. 의료분쟁 및 갈등 조정

개방병원의 실무자는 개방병원제도를 통해 의료분쟁이 발생되었을 때 전적으로 참여의에게 책임을 전가하는 경우와 사례에 따라 개방병원과 참여의 간의 합의가 이루어져야 한다고 하였다. 또한 개방병원은 의료분쟁에 대비하여 배상책임보험에 가입되어 있으나 심각한 분쟁의 경우 보상비는 적은 반면 이후에 보험료가 인상되는 것에 부담을 느낀다고 하였다.

가. 분쟁의 책임

1) 참여의의 전적 책임

개방병원의 실무자는 참여의가 환자에게 제공한 진료에 대해 문제기 발생한 경우 이에 대한 책임을 전적으로 참여의에게 전가하는 경우가 많았으며, 특히 수술의 경우 전적으로 참여의가 책임을 져야 한다고 하였다.

의료 사고 부분 계약할 때 그냥 얘기를 해요. 의료 사고가 만약에 발생할 경우에는 책임은 참여 병원, 주치의잖아요. 집도이고. 거기에 있다고 명시가 되어 있어요.

2) 삭감에 대한 개방병원의 책임

한 개방병원에서는 진료비를 청구한 후 심사를 거쳐 삭감이 되었을 때 참여의에게 청구하기 곤란한 상황을 드러냈다. 삭감의 심사 결과가 나오기 전에 개방병원은 참여의에게 진료비를 이미 정산하였기 때문에 삭감에 대해 환급을 받기보다는 삭감 내용을 통보하여 반복적인 삭감이 이루어지지 않도록 한다고 하였다.

*계약을 하고 환자 의뢰가 오면 입원을 할 것 아닙니까. 입원을 해서 퇴원을 하잖아요. 환자가 모든 수납은 **의료원에다 하고요. 청구가 끝나면, 그 청구를 분배해서 제가 한 달, 월 1회씩. 월 1회씩 딱, 그 회에, 다음 달. 이달이 만약에 6월 30일 자잖아요. 7월 1일 자를 기준으로 해서 월 초에 분배를 해요. 삭감료하고 상관없어요. 검사료가 삭감될 수도 있고. 수술료가 삭감될 수가 있죠. 원칙적으로는 삭감을 하면 삭감도 나누*

기로 되어 있어요. 그런데 그런 것까지 야박하게 하려면 또 의뢰를 안 할 거 아닙니까. 또 그거 나누기가 쉽지 않아요. 심사 결과 통보서가 보통 한 서너 달 후에 오거든요. 이미 돈은 다 전달해 줬는데. 그러다 보니까 나중에 돈을 다 줬는데도 게워 내라고 하잖아요. 그런데 제가 원장님(참여의)한테 돈을 일단 줬는데 정산해 보니까 잘못 됐다며 10%를 달라고 하면 좋아하겠습니까? 그래서 환급은 하지 않았어요. 개원의한테 삭감이 어느 정도 됐다고 얘기를 하고요. 이런 경우는 수술비가 삭감이 돼서 다른 거로 처방을 내 달라고 하든지 하라는 얘기를 했죠.

3) 사례별 합의

의료분쟁에 대해서는 다양한 사례가 매우 많기 때문에 개방병원제도에 따라 발생하는 경우를 명확히 규정 짓기 어렵다고 하였다. 개방병원제도의 표준 계약서에 명시된 내용을 토대로 개방병원과 참여의 간에 의료 사고의 과실 책임에 대해 상호 협의를 통해 결정한다고 하였다. 이처럼 상호 협의가 이루어지지 않을 경우 의료분쟁조정법에 따라 법원의 판결을 받아야 한다고 하였다.

의료 사고는 딱 답이 없습니다. 똑같은 케이스이지만 그에 대한 합의 결정 내용이나 이런 부분들은 환자마다 다르거든요. 의사의 주치의의 어떤 시술의, 수술의 문제 과정상의 문제다 그러면 그분이 책임지겠지만, 애매모호한 것들이 있을 수 있잖아요. 물론 저희는 크게 없기는 했지만, 그런 경우엔 과연 그걸 어떻게 나눌 거냐. 5:5로 할 거냐. 이런 어떤 비율적인 부분에 대해서도 쉽지가 않죠. 계약서상에서는 이용 계약서에서는 만약에 의료 과실이 생기면 상호 간에 협의한다는 거죠. 기본 표준 계약서를 저희가 사실 그대로 따 왔거든요. 그게 이제 의료 사고라고 하는 부분이 이 케이스가 너무나 많기 때문에 그 케이스별로 나누기는 쉽지 않았어요.

우리가 **의료원에서 수술을 하는데 전력이 나갔다 그러면 **의료원 책임이잖아요. 저희가 수술을 하려고 여기서부터 여기까지 찢어야 하는데요. 여기까지 찢었다 그러면 개원의 자기가 잘못된 거잖아요. 그것이 간호사가 간호를 잘못해서 했느냐, 집도위가 수술을 잘못된 거냐를 좀 명확하게 따지고 서로 협의를 해야죠. 협의가 안 될 경우에는 법원의 조정을 하도록 이렇게 돼 있습니다.

나. 배상책임보험 가입

1) 개방병원 자체 보호를 위해 가입

개방병원의 실무자는 개방병원의 경우 대부분 배상책임보험에 가입되어 있어 의료분쟁 시 보상금을 지원받을 수 있다고 하였다. 다만 현재까지 개방병원을 운영하는 기관이 많지 않기 때문에 다양하고 유용한 보험 상품이 개발되지 않아 아쉬워하였다.

보험은 다 들어 있기 때문에 그거는 상관없는데, 그거 갖고는 비용이 적잖아요. 그러면 어떤 사람은 사망에 이를 수도 있고, 어떤 사람은 중상으로 변할 수도 있잖아요. 저희들이 정해 놓은 의료분쟁, 의료 보상액보다 적어요. 그래서 몇천만 원 이상이잖아요. 그런데 환자가 예를 들어서 사망하였다면 몇 억을 요구할 거 아닙니까. 그러면 별도의 예산을 세워 두고 그 개원의가 잘못된 거냐, 우리 개방병원이 잘못된 거냐를 두고 따져서 과실 비율을 정해야 되겠죠. 그러니까 100을 기준으로 해서 개원의가 80%를 잘못하였다 그러면 80%는 비용에서, 만약에 1억이다 그러면 8000만 원 배상해 주고 우리는 2000만 원 배상해 주고 이렇게 하겠죠. 억 단위로 넘어갈 경우에는 비용을 우리가 그냥 줄 수가 없어요. 아무리 잘못하였다고 해도 법원의 판결이라든가 그런 거를 위해서 우리가 별도 예산 세워 뒤야 되는 거예요. 개인 병원이 아니기 때문에.

우리 간호사가 실수한 거는 우리 쪽에서 다 커버가 되는 거고요. 본인 이 시술하다가 실수한 거는 본인이 책임을 져야 된다, 우리는 아예 명시를 해서 어쩔 수 없다, 이 부분은. 좀 많이 개방병원들이 생기면... **해 상보험이 그거를 디자인하다가 맡았대요.

2) 분쟁 후 보험료 인상 우려

개방병원의 실무자는 “의료 사고가 나면 들었던 책임보험에서 나오는 비용이 너무 작아서요, 아휴, 그리고 나면 보험료가 확 뛰어요.”라며 의료 분쟁에 따른 비용 손실에 대한 문제를 제기하였다.

제3절 참여의의 개방병원제도 운영 경험

참여의가 경험한 개방병원제도는 ‘제도에 대한 인식’, ‘인적 자원’, ‘물리 환경적 자원’, ‘의료 수가 및 수익 분배’, ‘의료분쟁 및 갈등 조정’의 주제로 구성되었으며, 주제는 다음의 하위 주제를 포함하고 있다(표 7-2). 본 절에서는 개방병원제도를 운영하고 있는 참여의의 개방병원제도 운영 경험의 구조를 주제와 하위 주제 중심으로 기술하고자 하였다.

〈표 7-2〉 참여의의 경험

주제	하위주제	코드
제도에 대한 인식	이상적이고 완벽한 제도	숙련된 의료 기술 지속 발휘
		개원 시 시설 및 장비 구입비 절감
		적은 의료비로 양질의 의료 서비스 제공

294 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

주제	하위주제	코드
	인식 부족	환자 및 가족의 종합병원 선호 의식
		개원주의 요구도 저하
		보험회사의 인지도 저하
인적 자원	참여의 적합성	전문성 지속을 위한 강한 의지
		의료기관과 지역 사회 내 높은 인지도
		은퇴 후 개원한 의사
	개방병원 직원과의 관계	직원에게 교육을 제공함
		직원으로부터 이물질로 취급됨
		직원으로부터 차별 대우를 받는 환자
		악어와 악어새
물리 환경적 자원	개방병원의 선정 기준	개원 전 재직했던 병원
		개인적 친분
		지리적 근접성
		청결하고 매력적인 환경
	외래진료 이외의 시간 활용	진료 이전 또는 이후 시간
		점심시간
		특정 요일이나 시간대
	개방병원의 배려	봉직의 당시 입장으로 대우받음
		주차 편의를 제공받음
	의료 수가 및 수익 분배	인센티브 부재
의료 기술 활용에 따른 보람으로 버팀		
받아들일 수밖에 없는 수익 분배율		갑-을 관계
		삭감의 전적 책임 수용
의료분쟁 및 갈등 조정	의료분쟁의 책임	분쟁의 근거가 되는 의무 기록의 중요성
		개인병원의 조정 의견에 따름
	배상책임보험 미가입	부담스러운 보험 가입비
		위험 요인이 적은 환자만 진료

1. 제도에 대한 인식

참여의들은 개방병원제도에 대해 의사로서 숙련된 의료 기술을 지속적으로 발휘할 수 있고, 개원 시 시설이나 장비를 구입하는 데 비용을 절감할 수 있으며, 환자 입장에서 적은 의료비로 양질의 의료 서비스를 받을 수 있는 이상적인 제도라고 생각하고 있었다. 환자와 가족은 일반적으로 종합병원을 선호하고 개원의들은 제도에 대한 요구도가 낮고 보험회사에서 제도에 대한 인지도가 낮아 전반적인 인식이 부족함을 보였다.

가. 이상적이고 완벽한 제도

1) 숙련된 의료 기술 지속 발휘

개방병원을 운영하고 있는 참여의들의 대부분은 개방병원을 통한 수익 창출보다는 오랜 시간 동안 학습하고 훈련받아 습득한 의료 기술을 개원 후 발휘할 수 있는 데 커다란 의미를 부여하고 있었다. 이러한 의미에서 제도 자체만으로는 잘 만들어진 제도라고 하였다.

개방병원을 해서 내가 돈 벌려고 하는 게 아닙니다. 나는 암 수술하는 게 꿈이죠. 개원해서도 계속 외과 수술을 해야지 아니면 인력 낭비죠. 그렇게 해서 이제 수술을 하고 있죠. 병원의 명성을 쌓기 위해서 수술을 시작을 했고.

이제 한다 한들 병원 경영에 도움이 하나도 안 되죠. 뭐 하러 이걸 하겠어요. 그리고 이제 정부에서도 사실 그건 있어요. 저와 같은 암을 전공한 의사가 암 수술 안하면 그것도 낭비죠.

저 같은 의사들한테 개방병원은 굉장히 좋거든요. 돈은 없는데 수술은 하고 싶은 의사들한테는 좋죠. 개원해 가지고 사실 암 수술 안 하고 그냥 열심히 초음파만 보고, 내과 의사처럼 살아도 많은 돈을 벌 수 있으니까, 그게 훨씬 더 쉽게 벌 수 있으니까 굳이 이거 할 이유를 못 느끼는 거죠. 이제 저는 외과니까 재미없잖아요. 수술하려고. 평생 수술하면서 살아야 돼서.

2) 개원 시 시설 및 장비 구입비 절감

참여의들은 자신의 의원을 개원할 당시 특정 검사나 시술, 수술을 위해 갖추어야 할 각종 시설과 장비를 구입하기 위해 엄청난 비용을 소비해야 하지만, 개방병원제도를 운영한다면 시설과 장비 구입비뿐 아니라 특정 검사나 시술, 수술에 따른 인력 확보를 위한 인건비를 대폭 절감할 수 있다는 장점을 제시하였다.

의원으로는 수술을 하기에는 제약 조건이 너무 많고, 인건비 부담이 되죠. 바뀌었잖아요. 법이. 수술방에 음압시설 만들어야 하고발전기도 설치해야 하죠. 그런 것도 다 돈이죠. 그리고 마취과 의사도 상주시켜야 되는데, 그것도 돈이고요. 간호사들도 3교대 돌려야 되는데, 그것도 돈이죠. 그래서 1년에 한 150케이스 이상 수술을 하지 않으면 자체로 수술방 갖고 있는 거는 경제적으로 전혀 도움이 안 되더라고요. 그래서 나는 뭐 수술만 하면 되니까 어디 가서한들 뭐 문제가 있겠나 해 가지고 하죠. 그쪽 당직 의사도 있고. 거기 간호사들은 원래 3교대 돌아가고 있어서 신경 안 써도 되니까요.

이런 개인 병원의 시스템이나 검사나 시설 자체가 할 수 있는 그런 여건이 안 되잖아요. 그렇다 보니까 필요에 의해서 제가 한 거죠. 경제적인

로 부담이 되죠. 그런 시스템을 갖추는 게. 특히 입원실이 있어야 되고요. 그 다음에 마취과 의사에다가 수술방이 있어야 되고요. 정형외과나 신경외과는 늑혀 둘 환자가 있지만 비뇨기과는 급성기에 바로 해야 되는데, 수술을 하루에 뭐 한 개 정도 해 가지고는 입원실 운영할 만한 경비가 안 나오더라고요.

3) 적은 의료비로 양질의 의료서비스 제공

참여의들은 개방병원제도를 운영할 시 환자의 입장에서 적은 의료비로 양질의 의료 서비스를 제공받을 수 있다고 언급하였다. 다시 말해서 똑같은 수술을 받을 경우 종합병원과 비교해 볼 때 진료비 또는 선택 진료비, 입원병실료, 식비 등이 개방병원에서 훨씬 저렴하기 때문이다. 또한 1인 병실이라 하더라도 적은 병실료와 전문의의 충분하고 자세한 설명과 함께 진료를 받을 수 있다는 장점을 들 수 있다.

비용은 아시겠지만, 갑상선 수술을 하면 대학 병원에 가면 한 삼사백 나와요, 최소 삼사백이라고요. 그런데 우리는 한 환자가 칠십만 원 내고 가요. 환자는 삼분의 일 가격으로 이보다 더 좋은 혜택을 받을 수가 없어요. 일대일로 간호가 붙죠, 1인실 방 쓰시죠, 뭐 최고의 서비스를 받고요. 그러니까 만족도가 굉장히 높아요. 환자들이 자기 병원에 가서는 그 일반 외과 가서는 정말 대우를 받고 왔다, 최고의 대우를 받고 왔다는 얘기를 한다고 하더라고요.

제 갑상선암 환자들 1인실에 이를 입원하고 내는 돈이 한 80만 원 가까이 돼요. 1인실 비용이 한 40만 원, 50만 원 되니까 갑상선암 수술하고 본인이 진짜 내는 돈은 거기다 무통 주사랑 영양제랑 해 가지고 팔십몇만 원 나오는 거죠. 실제로 저처럼 비급여를 안 하고, 특진비 빼고 수술해 버

리면, 그리고 다인실 입원에서 그거까지 보험으로 들면 환자가 내는 돈은 10만 원밖에 안 될 거예요.

개방병원 의원들이 갖는 장점이죠. 환자들은 기다리지 않아도 되고, 암전문의 찾아서 수술받으면 되니까요. 그게 좋은 점이죠. 일본 사람들은 예전에 누구죠? 이케다인가? 일본은 갑상선암 수술을 주로 개인 병원에서 해요. 대학 병원에서 안하고, 그런 것들을 활용하자는 거죠.

수술 후에도 계속해서 제가 보는 거예요. 그것도 환자 입장에서 좋은 거예요. 제가 대학에 있을 때도 환자 오면 얼굴 못 봐요. ‘괜찮으시죠? 네. 3개월 있다 보겠습니다. 네. 다음 환자분.’ 이게 다예요. 3분에서, 3분 진료도 길어요. 보통은 한 1분 30초 정도. 환자가 들어와서 앉자마자 나가야지, 외래가 돌아가야지. 대화를 못 하는데, 지금은 이제 주로 암 환자 들만 돌리니까 시간이 남잖아요. 제가 최소한 시간을 할애해 줄 수 있는 게 10분, 15분 정도 되죠. 자기가 이렇다 저렇다 하면 그렇구나. 그리고 내가 수술한 환자를 내가 처음부터 끝까지 다 보니까 저도 굉장히 잘 해야죠. 문제 생기면 제가 얼마나 힘들겠어요. 보통은 대학 외과에서 수술 하고 내과로 넘겨 버리면 끝인데 그러면은 안 되죠. 그래서 정말 더 신경 쓰고 그래야죠.

나. 인식 부족

1) 환자 및 가족의 종합병원 선호 의식

우리나라는 종합병원, 대형병원을 선호하는 경향이 높아 내과적 진료를 위해서는 동네 의원에서 진료를 받지만, 수술 진료를 위해서는 대형의 종합병원에서 받길 희망한다. 이는 한국인의 종합병원 의료에 대한 맹신

에 따른 문화적 특징이라고 볼 수도 있지만, 완벽하고 체계적인 보건의료 체계가 확립되지 않았기 때문이라고 하였다.

위암 수술도 아마 할 수 있기는 할 텐데 사람들의 의식이 큰 병원 선호하는 사상이 아직도 있어 가지고 못하는 거죠.

우리나라는 의원 안 가고 자꾸 큰 병원 가는 거 하잖아요. 선호하잖아요. 그런데 선호하는 걸 선호 못하게 할 수도 없죠. 그럼 1차 안 거치고 2차 못 가게 해야 돼요. 그러니까 백 있는 놈은 1차 안 거쳐도 되고. <웃음> 이런 문제가 가장 큰 문제지요.

또한 가족 특히 부모님의 질병 치료를 위해 수술을 해야 할 경우 지방에서도 서울로 모시고 와 대형 종합병원에서 진료받을 수 있게 하는 것이 마치 부모를 향한 커다란 효심이라고 여기는 문화적 정서를 가지고 있다고 지적하였다.

*미국 같은 로컬 닥터는 자기보다 큰 거 있죠. 그건 보통 2차 보내야 하잖아요? 그런데 내 손을 거쳐야만 하잖아요. 그런데 우리나라는 아니잖아요? 그 시스템이 정착이 되면 개방의도 들일 수 있어요. 환자가 뭐 미국도 가는 판인데요. 여기서 KTX 타면 한 시간 십 분이면 (서울의 대학 병원으로) 가요. 그런데 우리나라 사람이요. 여기 ** 지역 사람들 너무 많이 죽어요. 뭐로? 항암 치료로요. 이해가 안 가지죠? 제가 여기 와 있었더니 모 고관대작, 고관대작 어머니가 자궁이 빠졌어요. 수술해야 될 거 아니에요? 그럼 모시고 올 사람이 없잖아요. 그러니까 이 동네는 하역 간 좀 뭐 한다면 다 서울로 가잖아요. 시골은 그래요. 그분이 모시고 왔더라고요. 며느리는 안 오고. 그랬더니 며느님은 애들 케어해야 되는 거잖아요. 어머니가 안동병원 갔더니 수술해야 된대요. 그럼 간단한 거 여기*

서 하면 며느리가 안 와 보면 또 어떻게 돼요? 그럼 올라오시라고 그래요. 그러면 두 가지 이점이 있어요. 자기 안 와도 되지요. 올라오시라고 그랬으니까 굉장히 효도한 것 같지요.

한편 우리나라에서는 특히 대학병원의 경우 수술을 집도한 의사가 처음부터 끝까지 다 참여하지 않고도 실적이 축적되는데, 이러한 실적은 그 의사의 완벽한 실적이 아님에도 통계적으로 확보된다고 하였다. 따라서 개방병원제도를 이용한 참여의의 진료 성과를 정확하게 통계 분석하여 공개함으로써 환자가 의사의 능력을 확신하고 적은 의료비로 신뢰할 수 있는 진료를 받을 수 있기를 기대하였다.

의료 전달 체계는 이미 우리나라는 외국하고 비교할 수가 없어요. 우리나라 사람들 큰 거 좋아하니까요. 의료 전달 체계적의 문제는 **, **이 나 뭐, **대병원이나 개네들이 병상을 늘릴 게 아니고, 중환자를 보고 뭐 심플한 환자들은 받지 말아야 되는데, 미친 듯이 하니까 그렇죠. 이를테면 제가 생각하기에는, 제가 환자 이름 다 알고, 그 가족들까지 다 알려면, 1년에 제가 한 300명 암 수술하면 거의 맥시멈이에요. 그 이상 하면 노동이죠. 안 돼요. 그런데 **병원에 모교수가 1년에 유방암 수술을 한 2000개 자기 케이스로. 대학 병원에서 스태프들이 자기가 수술하는 경우 얼마나 되겠어요. 다 알다시피 다 세도 선생 있죠. 성형외과보다 더하죠. 왜냐면 제가 대학에 있을 때도 저는 세도였으니까요. 자기가 800명, 1000명 수술했대요. 그렇게 돼 버리니까 전달체계가 무너졌죠.

항암 치료하는 의사 수가 몇 명 있느냐, 내과 의사 수가 몇 명이나, 외과 의사 수가 몇 명이나. 재활의학과 있냐, 없냐. CT 있냐, 없냐 그런 거로 몇 등급 해 놓은 거잖아요. 실제로 그런 거 말고, 실질적으로 이 병원이 같은 수술하면 뭐 의료 사고도 없고, 재원 일수도 짧고 병원비도 적게

나오고 그러면 정부에서 보면 의료비를 낮추려면 ‘어, 여기 괜찮네.’ 하면 ‘아, 그래. 암을 수술하는 병원이 **(지역)에는 **(병원) 있고, **(병원) 있고, 네 군데예요. (병원) 있고 나 있고 네 기관이 있는데, 네 기관 다 좋다, 그리고 잘하고 있다, 문제도 없고. 그러니까 저는 계속하고 있겠죠. 그런 것들을 해주면은 실제 하기도 더 편하죠. 그런 부분도 좀 부족한 것 같아요. 그러니까 환자들로 하여금 왜 개인 병원 가서 수술을 받아야지 되는지 믿음을 주면 환자들이 움직이겠죠.

2) 개원의의 요구도 저하

개방병원제도를 활발히 실행하고 있는 참여의는 주위 개원의들에게 제도에 대한 홍보와 참여를 유도하여 보았지만 제도에 대한 명확한 인지도 부족하고 개방병원 진료에 대한 인세티브가 없기 때문에 쉽게 유인되지 못하는 것으로 보았다. 따라서 참여의들은 진료 수익보다는 자신의 역량 발휘를 통해 보람을 느끼고 환자를 진료하는 근본적인 마음 자세를 가지지 않는다면 개방병원에 참여하지 않을 것이라고 하였다.

저는 그 후배들, 개원의들한테도 하라고는 많이 얘길 해요. 권하긴 하는데 다 모르고 있어요.

다른 의사들은 알면서도 안 해요. 왜냐하면 엄청 싸요. 갑상선암 수술 비용이 얼마냐면, 제가 갑상선암 수술을 외래 2시간 비우고, 2시간 가서 수술해 가지고 오면 버는 돈이 한 25만 원 정도 되거든요. 거기에 재미를 느끼고 보람을 느낄 사람은 하고, 아니면 못 하는 거죠.

우리나라는 개업하는 데 돈이 어마어마하게 많이 들죠. 이런 거를 개방의를 하면 좀 덜 들고 하지 않겠느냐는 정책 당국의 출발이 잘못됐어

요. 정책을 어떤 사람 때문에 하는 거냐, 이게요. 어떤 사람 때문에 개방 의를 하는 거냐, 개방의 왜 하나? 병원 짓는 단가? 그럼 그 사람 사정이 죠. 정말 의료를 불쌍한 사람들에게 베풀어야겠다는 마인드를 가진 사람이 여기에 왔는데, 이런 좋은 의료 기술을 이 사람들에게 베풀고 싶은데 나는 기계도 사고 이러기에는 뭐하다고 생각할 때 개방의제도가 있으니 까 하라 이거는 될 수 있지만은.

3) 보험회사의 인지도 저하

최근 일반 대중들은 살아가면서 발생할 수 있는 막중한 의료비 부담을 줄이기 위해 실손 보험에 가입한 경우가 늘고 있는 추세이다. 개방병원제도를 통해 수술을 받은 환자가 보험회사에 실손보험료를 청구하면 보험회사에서는 개방병원제도에 대한 인지가 부족하여 참여의의 진료가 합법적이지 않다고 한 사례가 있었다.

이 수술 자체가 다 보험에 해당되는 경우가 많잖아요? 그렇다 보니까 보험회사 입장에서는 왜 그 병원에서 안 하고 저 병원에서 했지 해서 하여튼 경찰 조사를 받게 됐는데, 입증적인 부분에서 조사를 받았어요. 보험회사 담당자들이 바뀌면서 개방병원에 대한 인식이 없다 보니까 다른 병원 의사는 불법이라는 거죠. 요새는 환자가 실손 다 드니까, 일반 수술 보험을 드니까요. 그럴 때 예를 들자면 이 의사가 왜 그쪽 가서, 다른 병원 가서 수술했느냐, 그건 불법 아니냐? 뭐 이런 걸 하는데, 자기네들은 개념이 없으니까요

어차피 보험회사는 종합병원하고 대학 병원은 손 안 대고 개인 병원만 공격하더라도요. 개인 병원은 수술하면 안 되는 병원, 모든 개인 병원은 그냥 진료만 보고 이런 규정이 있는 것 같아요. 의료법 한번 읽어 보세요

요. 우리나라 의료법에 일차 의료기관이 할 수 있는 범위가 굉장히 적게 돼 있어요. 그러다 보니까 보험회사에서도 이런 조그마한 병원에서도 대학 병원이나 종합병원 수술 간다 하면 안 믿죠. 안 믿으니까 이렇게 조사를 막 하는 거죠.

2. 인적 자원

개방병원제도가 효과적으로 운영되려면 참여의가 자신의 성장을 위해 적극적으로 노력해야 하고, 의료기관이나 지역 사회 내 인지도가 높고, 종합병원에서 은퇴 후 개원한 의사가 적합하다고 보았다. 참여의는 개방병원 직원에게 진료 및 진료 보조를 위한 교육을 제공하였고, 직원으로부터 이물질 취급을 당하거나 내 환자조차도 차별 대우를 받고 있지만 서로 도움을 주고받는 공생 관계임을 부인할 수 없다고 하였다.

가. 참여의의 적합성

1) 전문성 지속을 위한 강한 의지

참여의들은 개방병원제도를 통해 다양한 환자 진료 사례를 경험하는 것 자체가 의사의 재량이고 능력이라고 하였다. 그들은 “개방병원을 하는 의원에 있는 의사가 인정을 받아야지”라며 유능한 의사로 인정을 받게 되면 임상적으로 많은 사례를 확보함으로써 활발한 연구와 학회 활동을 지속할 수 있다고 하였다.

케이스를 만드는 거는 그 의사의 어떤 재량이죠. 그 의사가 케이스를 못 만들어 내면 개방병원 아무리 많이 가 봐야 안 되죠.

저는 연구도 계속할 수 있어요. 내 환자들이 많으니까요. 그래서 국제 학술지에도 발표도 하고 그래요. 제가 지금 이 나이에 상임이사까지 올라간 게 그 이유 때문이겠죠. 대학에 있는 선생님들보다는 더 빨리 올라갔으니까 학회 연사 초청도 많이 받죠. 그런 점이 장점이죠.

개방병원 제도가 있어도 활성화시키려면 제도가 아니고 의사들이 노력을 해야 돼요. 제도는 충분해요. 만약 한 환자가 우리 병원에 왔다고 해 봐요. '병원이 화사하고 괜찮네. 선생님이 있어 보이기도 하고, 암수술도 많이 하고 그랬구나.' 그래서 내가 이 사람한테 수술받아야지 하는 마음이 들면 하겠죠.

참여의는 임상적으로뿐만 아니라 학문적으로 성장하고 발전하기 위해 개방병원제도를 운영하는 것이 바람직하며, 그러기 위해서는 적극적으로 제도에 대한 정보를 확보하고 자신만의 전문성을 지속적으로 발휘하려는 노력이 필요하다고 하였다.

솔직한 얘기로 홍보할 필요가 없는 게, 자기가 하고 싶은 사람은 찾아서 해요. 그런 사람들은 개방병원 활성화를 시키죠. 제도가 있는지 몰라서 안하는 사람은 없어요. 그 정도로 자기가 열의 있는 사람들은, 저는 아무도 안 가르쳐 줬는데, 저 혼자 검색해가지고 그거 출력해서, 120장을 다 했고, 그리고 나 이겨 되나 안 되나 정말 힘들었지만, '어, 되는구나!' 해가지고 신청해서 하는 거예요.

심장내과 개업의는 일반의하고 똑같아요. 심장내과 개업의가 뭐 대단한데요. 고혈압, 협심증, 당뇨, 흉통, 뭐 그 정도 보겠죠. 호흡곤란증, 그 정도밖에 더 봐요? 그런데 보세요. 협심증인 환자가 있다. 자기가 여기서 치료 가능합니까? 보내야죠. 그러면 결국 보는 게 혈압이고요. 호흡곤란

증. 당뇨. 연관돼 있는 그런 환자만 보지 않겠어요? 그러면 환자는 꼭 심장내과 볼 거 없어요. 다른 내과서도 본다고요. 그래서 내 개업할 때, 심장내과 의사는 저 혼자 잘해서 되는 것도 아니고. 오래 못 갈 것이다 하고 소문 많이 났어요. '저거 오래 못 간다. 대학 병원에서 나오면서 대학 병원 환자들 데리고 오겠지만, 그 환자들 6개월이나 1년 뒤에는 다시 돌아갈 것이다.' 그런 얘기가 팽배했어요. 그걸 극복할 수 있는 게 뭘겠습니까? 내가 시술하는 거거든요. 결국은 내 심장내과로서 특별화해서, 내가 개업의로서 이 지역에 소문이 나기 위해서는 나의 특기를 살려야 합니다. 그래서 나는 이 길이 내가 살길이다 생각했죠. 반드시 해야 된다고 생각을 했죠.

2) 의료기관과 지역 사회 내 높은 인지도

환자가 개원의에게 수술이나 입원 진료를 받으려면 의료기관이나 지역 사회에서 개원의의 인지도가 어느 정도 확보되어야 한다고 하였다. 그러기 위해서는 참여의의 해당 진료 과목 중 전문성을 가지고 있어야 하며 종합병원에서의 임상 경력 등이 도움이 된다고 하였다.

'저희 병원은 암을 전문으로 하는 의원이다.'라고 돼 있어서 ****지역**에서는 갑상선암을 대학에서도 수술하지만, 의원급 기관에서 수술하는 거로 사람들에게 보편적으로 돼 있어요. 꾸준히 노력해서 그렇게 된 거죠. '나는 하겠다.'라고 개원할 때 목표 중 하나가 있었어요.

(개방)병원에 도움을 줄 사람은 그래도 어느 정도 인지도나 내세울 게 있어야죠. 그렇지 않겠어요? 저는 아무것도 없어도 그 ****대학교 교수**에다 ****병원 과장**에, 뭐 이런 타이들이 있고.

이 지역에서 저한테 온다는 사람은 그래도 좀 서울도 가 봤죠. 가 봤는데 서울 갔는데 수술하는 사람이 조교수지요. 그런 거 다 아니까 선생님님이 해주면 나 **(지역)에서 하겠다, 서울 안 가고 그러는 사람들이 대부분일 거 아니에요. 그 사람들은 그래도 생활수준이 어느 정도 있으니까, 가서 6인실 가는 사람은 가물에 콩 나듯 그런 거니까. 이게 전체적으로 돈 문제 이런 거는 개방병원 하는 데 큰 문제는 되지 않아요.

3) 은퇴 후 개원한 의사

본 연구에 참여한 참여의 중 연령이 가장 높은 참여의는 개방병원을 운영하는 데 종합병원이나 대학 병원에서도 은퇴한 후 봉사 차원에서 제도에 참여하는 것이 바람직하다고 하였다.

저는 여기 나와서 하는 게 그냥 노는 것보다 (낮다) 그런 의미에서 하니까 이제 (되더라고요).

요즘은 은퇴해서도 일을 할 수 있죠. 은퇴한 사람들을 이용해서 그냥 조그만 하꼬방 하나 차려도 내가 수술을 와서 해 줄 수 있다는, 이런 거여야지요. 젊은 의사보고 개방의 하라고 그러면 젊은 의사들 자기 외래 안 보고 거기 가서 몇 시간을 (진료하지 않아요).

대학교수도 채용할 때 나 60까지는 하고 그 다음에는 편했잖아요? 대우받았잖아요? 편하였다는 건 꼭 무슨 육체적인 거 아니고 대우받았잖아요? 대학교수. 나중에 그 정도 봉사할 수 있어야지요. 자꾸 우간다만 가야 봉사라고 생각하는 이 잘못된 사람들이 거길 가야죠. 우리나라 오지가 얼마나 많은데요. 내 친구들도 보면 몽골 가야. 뭐, 맞아요. 우리나라도 옛날에 저기 외국 애들이 왔으니까요. 우리나라도 그러는 건 맞지만, 개념이 꼭 아프리카 우간다 가고, 몽골 가야만 봉사고...

나. 개방병원 직원과의 관계

1) 직원에게 교육을 제공함

참여의는 개방병원에 자신의 진료과가 없는 경우 해당 질병, 수술 방법이나 수술 기구에 대한 교육을 개방병원 직원에게 제공하였다. 이를 통해 참여의는 진료와 환자 간호에 도움을 받을 수 있었다.

저기 간호사들도 가르쳐야 되죠. 아. 그럼요. 근데 개내들도 지금 몇 년 하다 보니까 만날 분만만 하던 간호사지만 지금은 당연히 그것도 트레이닝됐죠.

제가 (개방병원에) 가서 갑상선이라든지 아니면 유방에 대한 교육도 해 주고, 케어하는 방법에 대해서도 해 주죠. 수술하고 관리에 대한 것들도 프로세스를 알려주죠. 이제 상생하는 것 같아요.

2) 직원으로부터 이물질로 취급됨

참여의들은 일부 병원 직원으로부터 개방환자의 진료 보조에 따라 부가적인 업무를 하고 있어 이에 대한 불만족을 노골적으로 드러내고 심지어 그만 올 것을 협박받기도 하였다.

*왜 싫어하나 하면 자기의 기존 업무가 있는데 월급은 똑같이 받고 부가적인 일이 추가가 되잖아요. 그러니까 원장님은 좋아하는데 외래 간호사나 그런 사람들은 싫어하죠. 어차피 내 일도 아닌데 그래서 **의료원 한번 하려고 했어요. 그런데 **의료원은 원장님이 좋다 하자 했는데 실무자 선에서 반대해서 안 하고 깨졌어요. 그러니까 그 뒤 이면에는 아까도*

*이야기했지만 공무원이잖아요? 공무원이면 어차피 자기 월급 나오는데 뭐 한다고 내 환자를 받아 가지고 골치 아프게 하겠어요? 그런 이유에서 **의료원하고 깨진 거죠. 원장님은 하자 좋다 이랬는데 다 됐는데 막판에 못하게 됐다, 실무자 선에서 못하겠다고 한 거죠.*

한 참여의는 개방병원 직원으로부터 이물질 취급을 받는 등 매우 치욕스러운 경험을 하였다. 참여의는 개방병원 실적이 늘어나면서 직원의 압박이 최고조에 달하여 결국 계약이 파계되는 지경까지 겪게 되었다. 이때 개방병원의 대표자는 직원을 이해시키다가 업무가 많아졌고, 직원의 지속적인 요청에 따라 참여의는 개방병원 행정부서로부터 일방적으로 계약 종료 통보를 받았다고 하였다.

개방병원에서는 나를 이물질로 여겨요. 특히 방사선 기사들은 나 때문에 하지 않아도 될 일을 해서 귀찮다고 그래요. 나한테 안 하면 안 되겠느냐, 그만 오면 안 되겠느냐 그래요. 그중 제일 고참이 그 병원에서 20년 근무한 사람이고 기사장을 하고 있기 때문에 말발이 세요. 기사장을 하고 있기 때문에 영향력이 있죠. 그 사람이 과장이고 이사장에게 제 얘기 안 했겠어요? 결국 내가 더 이상 오지 못하도록 한 거예요. 처음에는 과장이 나를 커버해 주다가 결국 내가 더 이상 오지 못하도록 한 거예요. 4월이 환자가 많았어요. 그런데 5월 환자가 이상하게 많더라고요. 나도 그때 수술을 참 많이 했어요. 그랬더니 환자가 많아졌다고 그만하자고 그러더라고요. 처음 계약할 때는 이사장과 했는데, 그만둘 때는 행정 담당자가 일방적으로 통보하더라고요.

3) 직원으로부터 차별 대우를 받는 환자

참여의의 진료를 보조하는 병원 직원의 경우 부가적인 업무로 인해 참

여의의 진료 보조, 개방 환자의 간호 시 소홀히 임하는 사례가 있었다. 참여의 환자가 시술 및 입원 치료 후 참여의에게 돌아와 입원한 동안 병원 직원 때문에 불편하고 충분히 서비스를 제공받지 못하였다고 호소하는 환자가 많았다고 하였다.

환자 입장에서 서자 취급 받는다는 그런 단점이 있을 수 있기 때문이죠. 간호사 입장에서 우리 병원(개방병원) 과장님도 아니면서 내가 저쪽 병원(의원) 원장님한테. 우리나라는 서자제도라는 그런 게 있잖아요? 데리고 온 자식 취급하는 거요. 그런 게 좀 있습니다. (환자가) 자기 서운하다 하죠. 원장님이 와서 간호사 얘기하는 게 서운하다 하더라고요.

입원하고 나서 나한테 와서 하는 말이 간호사들이 나(개방의)를 욕하더라, 왜 우리 병원(개방병원)으로 안 오고 그 의사(개방의)한테 하나요 그랬대요. 간호사들은 혈압도 잘 안 재 준다고 하더라고요.

개방병원의 직원과 불편한 관계에 처해 있던 참여의는 자신의 환자 진료 시 물품 청구에 따른 환자의 의료비가 많이 청구되었던 사례도 있었다.

병원에서는 소독 후 재사용해서 환자 비용 부담을 안 하지요. 그런데 내 경우는 (내 환자 시술 시) 항상 새 물품을 사용해서 환자 비용 부담이 훨씬 많아요.

4) 악어와 악어새

개방병원제도를 운영하면서 여러 가지 힘겨운 경험을 하고 있는 참여의는 자신이 습득한 의료 기술을 진료하는 데 적용함으로써 자신의 명성

과 수익을 확보할 수 있기 때문에 불편하고 억울한 상황을 참고 견디는 것이라며 자신의 삶의 철학을 솔직히 드러내었다.

철학적으로 얘기하자면, 모든 인간은 예고, 자기밖에 모른다 이거죠. 이렇게 생각하면 쉽습니다. 악어와 악어새 관계, 서로 이익이 있으니 서로 영켜서 사는 거라 생각하면 됩니다.

3. 물리 환경적 자원

참여의들은 개방병원 실무자와 마찬가지로 개방병원과 친숙한 관계, 참여 의원에서 가까운 위치에 있는 기관을 선호하였고, 특히 환자가 수술을 하고 입원해야 하는 경우에는 병원 환경적인 측면이 수술 회복에 커다란 영향을 미치므로 이를 우선적인 조건으로 선정하였다.

가. 개방병원의 선정 기준

1) 개원 전 재직했던 병원

참여의 중 대부분은 개원 전 봉직했던, 수련했던 병원을 개방병원으로 선정하였다. 이는 개방병원의 직원과 친숙한 관계이고 시설이나 장비, 시스템에 익숙하기 때문에 개방병원의 우선적인 선정기준이 된다고 하였다.

저 같은 경우는 병원장을 하고 그만두고 나와서 개원을 했으니까 제가 데리고 있던 사람들, 그죠? 거기 입문했으니까 제가 가도 다 교수님, 교수님 하고 인사하고 하던 사람들이니까 상관이 없고 편하죠. 분만을 하나 한다 해도, 분만을 할 때 저분은 어떻게 한다, 분만할 때 어시스턴트

어떻게 선다, 이런 게 간호사들이 다 제 스타일로 트레이닝을 시켰던 말이죠. 그러니까 제가 갔을 때, 저도 불편함이 없고 그 사람들도 불편함이 없죠.

2) 개인적 친분

참여의는 개방병원과 개인적인 친분이 있는 의사를 통해 병원을 선정하였다. 이는 진료가 끝난 후 환자에게 문제가 발생할 경우 응급 상황에 잘 대처해 줄 것으로 믿기 때문이었다.

개인적인 친분이죠. 왜냐면 모르는 원장님한테 가서 할 수는 없잖아요? 그러니까 원장님 개인적인 친분이죠. 개인적인 친분으로 이렇게 하고 싶다 이러면 개인적인 친분이 제일 많은 거죠.

개방병원 선택 시 최우선은 나와 관계 좋은, 잘 아는 과장. 그래야 시술 끝나고 응급 상황에 내가 가기 전까지라도 대처해 줄 수 있으니까요.

3) 지리적 근접성

참여의는 자신의 의원과 가까이 근접한 병원을 개방병원으로 선택하였다. 외래 진료에 최대한 방해 받지 않고 정해진 회진을 돌기 위해 의원과 병원 간 거리가 최소화되는 것이 중요하다고 하였다.

제일 중요한 것은 접근성이죠. 일단 내가 여기서 수술하고 아침 회진 돌고 저녁 회진 돌고 가려면 접근성이 제일 중요하죠.

10분 거리, 10분 내지 20분 거리. 뛰어갈 수 있는 요런 거리 돼야 운동도 되죠. 급하면 바로 뛰어갈 수 있어야죠. 차는 주차해야 하고 신호 복잡하면 어렵고 하니까 제가 접근성 이야기를 첫 번째 하는 거예요.

4) 청결하고 매력적인 환경

일반외과 참여의는 수술 후 빠른 회복을 위해 깨끗하고 쾌적하며 환자 간호가 잘 이루어지는 전문병원을 선택하였다. 종합병원에 비하면 수술료와 병실료 등이 저렴하기 때문에 1인실에서 짧은 입원 기간을 통해 사회적 공간을 확보하고 회복도 빨리 이루어지기 때문에 환자의 만족도 또한 높일 수 있다고 하였다.

다 좋아하죠, 환자들은. 그리고 병원이 깨끗해야죠. 밥도 맛있고 병원도 깨끗하고 쾌적하고. 이 개방병원을 떠나서 저는 암 환자들이나 단기간 입원하는 사람들은 당연히 1인실에 입원해야 된다고 생각하거든요. 그래야지 회복이 빠르죠. 수술 끝나고 와서 힘들어 죽겠는데, 옆에서 떠들어 봐요. 이게 회복이 되겠어요? 이틀 입원할 거면 본인이 수술하였다 할지라도 당연히 1인실에 있고 싶어 하겠죠. 열흘 입원해야 된다고 그러면 부담이 되겠지만요. 보통 암 수술하고 나서 평균 재원 일수가 이틀이거든요. 전국에서 제가 제일 짧아요. 환자들한테 얘기하죠. 돈이 없는 사람도 마찬가지예요. 이틀 입원하는데 어떻게 할래요. 나는 1인실에 있어야 네가 하루라도 빨리 퇴원할 수 있다고 하죠. 그리고 자기 프라이버시도 감출 수 있으니까요. 그래서 다인실 안 쓰고 그냥 1인실 사용할 수 있는 그런 병원이 훨씬 좋겠다고 환자들한테 말해요.

제가 하는 거는 거의 99%가 암 환자인데, 좋은 시설에서 좋게 있어야 돼요. 암 환자들은. 바글바글하고 정신 사납고 그러면 절대 암에 도움이

안 돼요. 깨끗한 병원에 가서 깨끗하게 치료 받죠. 돈이 안 돼서 그렇지 얼마나 좋아요. 개인 공간도 있고. 안에 화장실도 다 있고, 평수도 넓고, 수술방도 깨끗하고요.

나. 외래 진료 이외의 시간 활용

1) 진료 이전 또는 진료 이후 시간

모든 참여의들은 자신의 외래 진료 외의 시간을 활용하여 개방병원제도에 참여하고 있었다. 그러므로 오전 진료 시간 이전이나 오후 진료 시간 이후에 수술을 하거나 회진을 돌기도 하였다.

산부인과 수술이 대개는 그렇게 한 시간 넘지 않으니까 외래를 10시부터 봅니다. 그러니까 보통 9시 반쯤 끝나서 가요.

아침 8시 시작을 하는 거예요. 7시나 8시. 일찍 시작하는 거죠. 하고 돌아오면 9시 반. 그리고 밤에 또 회진 하러 가고.

외래 진료 전 7시부터 8시까지 시술하고, 9시 30분에 (의원)에 도착해서 진료 봐요. 그리고 저녁에 또 회진 돕니다.

2) 점심시간

일부 참여의들은 오전, 오후 외래 진료에 방해받지 않는 점심시간을 이용하여 수술을 하는 경우가 있었다. 점심시간을 이용하기 때문에 개방진료가 예정된 날은 점심을 먹지 못한 상태에서 오후 진료를 담당하고 있었다.

점심시간 때 밥 안 먹고 가서 하는 거예요. 내일도 그래요. 그러니 제가 힘들죠. 많은 주는 화, 수, 목, 금 이렇게 수술이 잡혀 있거든요. 그런데 화, 수, 목, 금 점심은 못 먹어요. 아침 못 먹는 날도 있으니까. 저녁이 첫 끼가 되는 날도 많아요. 재미있죠. 암을 수술할 수 있는. 그거 말고는. 만약에 오전에 수술 한다. 오후에 수술 한다 하면 안 하죠. 병원 문 닫고 수술해야 되는데. 그래서 저는 먹는 시간을 투자해 가지고 내가 손해 안 보게 수술을 하죠.

3) 특정 요일이나 시간대

어떤 참여의들은 일주일 중 특정 요일을 정하여 개방병원으로 출근하여 수술하는 경우가 있었다.

매월 목요일이면, 목요일 오전에 수술방을 비워 놔요. 최소한도 2주 전예요. 이비인후과 환자, 편도 편도선 적출술 한다든가 그러면 그렇게 하고 있는 거죠.

처음에는 그냥 아침에 일찍 가서 하고 그랬는데 체력적으로 자꾸 그렇게 되니까 안 되겠다 싶어라고요. 그래서 수요일 하루를 제가 낚으면서 수술을 하고 그러죠.

다. 개방병원의 배려

1) 봉직의 당시 입장으로 대우받음

참여의 중 대부분은 개원 전 봉직했던 병원에서의 직책에 따른 호칭, “*교수님”, “진료부장님”, “원장님” 과 같이 참여의가 되어서도 재직 당시

와 같은 호칭으로 불러 준다고 하였다. 이에 대해서는 참여의라서 이질감 없이 보다 친숙한 관계에서 진료를 하는 데 도움이 된다고 하였다.

2) 주차 편의를 제공받음

참여의들 중 일부는 개방병원을 방문할 때 주차 공간이 부족하여 제 시간에 수술을 못 하는 경우가 있는데, 개방병원에서 참여의의 방문일과 시간에 주차 공간을 미리 확보함으로써 원활한 진료가 이루어질 수 있도록 배려받고 있었다.

*제가 하는 주차하는 공간이 있어요. 자리가 있는 건 아닌데 그 자리에
대어 놓으면, 아, 이걸 선생님 자리다 그래서 그렇게...*

4. 의료 수가 및 수익 분배

개방병원제도를 운영하고 있는 참여의들은 많은 어려움을 겪으면서도 의료 수가가 턱없이 낮고 제도에 대한 수가가 산정되지 않음을 지적하였다. 그럼에도 참여의들은 자신이 오랜 시간 동안 배우고 익힌 의료 기술을 활용할 수 있다는 보람만으로 참고 견딜 수 있다고 하였다. 또한 개방병원과 참여의는 갑-을 관계이기 때문에 그저 받아들일 뿐이고, 친분이 있는 관계이기 때문에 개방병원에서 삭감에 대한 책임을 전가해도 수용할 수밖에 없다는 입장을 밝혔다.

가. 인센티브 부재

1) 비현실적 수가 체계

참여의들은 기본적으로 낮은 의료 수가가 책정되어 있는 것이 문제라고 지적하였다. 낮은 의료 수가가 현실화된다면 개방병원제도를 홍보하지 않아도 많은 개원의들의 관심이 집중될 것이라고 말하였다.

아무 홍보가 필요 없어요. 자기가 하고 싶어 하면 하는 거죠. 그런데 왜 안 하나면 수가가 싸니까 안 하는 거예요. 암 수술해서 한 달에 10명의 암 환자만 치료해도 우리 직원들 다 먹여 살릴 수 있고, 임대료내고, 나도 생활비 댈 수 있다면 하죠. 그런데 10명 해 봐야 250만원 받는데. 쉽게 얘기하면 임대료도 안 되고, 간호사 월급 하나 못 주죠. 정부도 (이 제도를) 원하잖아요. 수가는 낮고, 월급은 어떻게 해요. 그래서 안 하죠. 한 달에 250, 200만원 줄게 해라 그러면 아무도 안 하죠. 매일같이 수술 하고. 누가 하겠어요.

아직은 하는 사람이 덜 하기 때문에 이 제도가 숨어 있고 하지만, 언젠가는 이 제도가 활성화되어야 된다고 생각하는 게 개인 병원에서 하기에는 너무나 의료보험 수가가 낮잖아요. 어떻게 할 수 있는 방법이 별로 없다 보니까 낮은 의료 수가지만 증한 환자 다루기에 있어서는 상당히 좋은 제도예요.

홍보보다 중요한 게 인센티브예요. 결국 종합병원 원장이나 개인 병원 원장님이 이걸 했을 때 인센티브 괜찮더라는 인식이 들어야만 하지 않을까요?

2) 의료 기술 활용에 따른 보람으로 버팀

개방병원제도에 적극적으로 참여하고 있는 참여의들은 자신이 오랜 시간에 걸쳐 습득한 의료 기술의 노하우를 통해 수술을 할 수 있는 개원의라는 자부심을 가지고 있으며, 이에 더욱 보람을 느끼기 때문에 인센티브가 없음에도 불구하고 개방병원제도에 참여한다고 하였다.

환자들이 늘죠. 암을 수술할 수 있는 의사니까. 더 신뢰감이 있어서 오죠. 이런 데서 보람을 느끼는 거 같아요. 돈 생각하면 못 하죠.

나. 받아들일 수밖에 없는 수익 분배율

1) 갑-을 관계

참여의들은 개방병원제도를 운영하기 위해 개방병원과 진료 계약을 맺게 된다. 진료 계약서에는 개방병원이 ‘갑’, 개방병원의 시설, 장비 및 인력을 이용하는 진료 의사를 ‘을’로 보고 있듯이 모든 부분에서 철저히 갑-을 관계에 처해 있음을 느꼈다. 특히나 수익 분배율에서 개방병원의 의견과 제안에 따를 수밖에 없다고 하였다.

비급여는 병원이 다 가져가서 의원은 못 가져가죠. 그렇게 돼 있어요. 그것도 불합리하기는 한데...

*7 대 3. 어쩔 수 없죠. 그거 그렇게 만들어 놓은 거고 어떻게 하겠어
요. 7 대 3이니까 어차피 거기에서 7을 가지고 가니까.*

예전 같았으면 시술료는 내가 다 갖고 갔어요. 100% 다 갖고, 그다음에 입원료의 30%. 이제 2년 뒤에는 자기들이 재계약하면서 시술료 50%, 그다음에 회진료 없어요. 입원료 없어요.

그냥 믿음이 있으니까 가능한 거죠. 그쪽에서 그냥 청구를 하고 나중에 계산을 나한테 해 줄때 그 룰대로 정직하게 나한테 해 주겠다고 믿고 있기 때문에 내가 따로 그거에 대해서 검열은 안 해요. 그냥 이번 달에 얼마? 어. 오케이. 그렇죠. (신뢰가) 제일 중요하죠. 그 사람 못 믿으면 뭐, 할 말 없죠. 대신 서로 간의 그 처음에 짜여 있는 룰, 패턴을 잘 잠아야죠. 제가 지금 진행을 하는 과정에서 생기는 일이니까 서로 서운하지 않게 미리 부당하다고 생각했을 때 서로 조율을 할 수 있는 제반 사항만, 서로 조율할 수 있는 능력만 되면 얼마든지 가능합니다.

저는 외국인 환자들도 많이 수술하거든요. 저번에 카자흐스탄 **가 와서 수술을 하는데 그것도 돈을 얼마 안 받아요. 그때는 위험하긴 한데. 환자한테 토털 얼마 받냐면 400만 원을 받아요. 그러면은 (개방)병원에서 250만 원을 가져가요. 나는 150만 원 을 갖고. 그쪽(개방병원)에서 그냥 우리 이 정도 받아야지 수술할 수 있다고 그래요.

그쪽(개방병원)에서 다 정산해 가지고 매달 나한테 넣어 주죠. 그렇게 넣어 주는데 병원 경영이 어려워서 한 6개월 치 떼였죠. <웃음> 속상하죠. 돈을 못 받았으니까.

나로 인해 병원(개방병원) 수익에 도움이 되니까 계속 계약을 하는 거죠. 그런데 그 병원에 환자가 늘고 같은 진료과장이 시술(개원의)가 하는 동일한 시술)할 수 있으면 가차 없이 자릅니다. 왜냐면 값이니까 값 질하는 거죠. 그래서 국공립 병원에서 (이 제도를) 시행하는 게 좋겠다고 생각해요. 이윤보다, 영리 목적보다 국민에게 의료를 제공하는 걸 우선하는 병원이어야 하는 거죠.

2) 삭감의 전적 책임 수용

한 참여의는 개방병원의 진료비 정산 후 삭감 결과가 나왔을 때 전적으로 책임을 진 경우도 있었다. 이때 아무런 해명도 소명의 기회를 주지 않기 때문에 보험에 가입할 것을 고려 중이라고 하였다.

의료비 정산할 때 모든 삭감의 경우는 100% 내 책임인 거예요. 아무런 해명의 기회도 안 줘요. 나도 이제 배상책임보험에 가입할 생각입니다.

5. 의료분쟁 및 갈등 조정

개방병원제도를 운영하고 있는 참여의들은 의료분쟁 시 양방 간 합의에 의해 조정이 되고 있으며, 신뢰 관계를 맺고 있기 때문에 있는 그대로 받아들이는 입장이라고 하였다. 참여의들은 배상책임보험을 가입하지 않고 있는데, 왜냐하면 가입비가 너무 부담스럽다는 것이다. 그렇기 때문에 진료나 수술 후 위험 요소가 적은 환자만 개방병원제도에 포함한다고 하였다.

가. 의료분쟁의 책임

1) 분쟁의 근거가 되는 의무 기록의 중요성

연구에 참여한 참여의들 중 경찰과 검찰의 행정 조사를 받고 판결받은 참여의가 있었다. 참여의는 떨리는 목소리와 격앙된 자세로 그때의 상황을 설명하였다. 참여의는 보험회사나 경찰서에서 개방병원제도에 대한 인식이 부족하여 불법적인 의료 행위를 한 것이라는 억울한 상황을 떠올

렸다. 이러한 상황이 초래된 것은 참여의가 수술 후 환자의 회복 상태에 대해 직접 기록하지 않은 데서 초래되었다. 즉 수술이 끝나고 마취에서 회복되는 과정을 다 지켜보지 않은 상태에서 참여의는 자신의 의원으로 돌아가 오후 외래 진료를 보았고, 이 시간에 개방병원에서는 환자 회복 상태에 대해 평소 신뢰가 돈독한 마취과 의사가 기록을 대신하였다는 것이다.

(개방병원의) 마취과 선생님과 서로 믿음이 있으니까, (수술 끝나고) 그때는 당연히 나는 나오니까. 마취과 선생님은 (환자가) 깨고 난 다음에 뭐 (기록해 주는 거죠). 한시 반에 직접 마취하면 두시 반, 세시 반까지 경과 관찰하며 그렇잖아요. (경찰이) 그 시간에, 비는 시간에 의사인 너(참여의)가 환자를 안 봤다는 거죠. 당신이 수술 안 했거나 사기라는 거죠. 엄청나게 시달렸죠. 나중에 결국은 아닌 걸로 다 드러났지만. 대한민국 어느 환자가 경찰이 와서 조사하면 좋아하겠어요.

2) 개방병원의 조정 의견에 따름

참여의들은 경미한 의료 사고나 분쟁에 대한 개방병원의 조정 결과를 전달받으면, “그래요? 그럼 오케이. 그렇죠 뭐”라며 개방병원의 의견을 있는 그대로 따른다는 입장이라고 하였다.

나. 배상책임보험 미가입

1) 부담스러운 보험 가입비

대부분의 참여의들은 배상책임보험에 가입되어 있지 않다. 참여의들은 “우리가 살면서 자동차보험, 무슨 보험, 무슨 보험 다 들잖아요? 혜택은

얼마나 받아요? 그런 거죠.”라며 부담스러운 가입비에 비해 보상이 매우 적기 때문에 보험과 관련하여 회의적인 태도를 보였다.

2) 위험 부담이 적은 환자만 진료

배상책임보험에 가입하지 않은 참여의들은 수술이나 진료로 인해 최소한의 위험부담을 가진 환자만 적용하고 있었다.

문제가 발생할 위험이 있으면서 수술하면 안 되죠. 보험이라고 하는 거는 알다시피 이제 자동차보험이랑 의료보험, 우리가 어쩔 수 없이 해야 되는 거잖아요. 공제보험 그런 것은 다 보험회사가 훨씬 더 많은 돈을 가져가게 돼 있잖아요. 기댓값이 한 60%쯤 되죠. 내가 뭐 하러 손해 보고, 사고 나면 차라리 내가 돈으로 메꾸는 게 더 싸죠. 그래서 보험 안 드는 거죠.

개방병원은 배상보험을 안 들어 줘요. 안 되죠. 양측이 안 되고. 이분도 자기 거는 있지만 다른 데 와서 수술하잖아요. 그래서 개방병원이 그 문제가 가장 커서 믿을 수 있는 환자만 데려 와라. <웃음> 조심스럽게 한 거죠. 그런 인프라가 하나도 안 되어 있으니까요.

제4절 요약 및 시사점

이 장에서는 개방병원제도에 참여한 개방병원 실무자와 참여의의 개방병원제도 참여 경험을 파악하고, 개방병원제도가 활성화되기 위해 개선이 요구되는 내용이 무엇인지 탐색하고자 시도하였다. 이를 위해 목적적

이고 의도적인 표본 추출을 통해 자료의 포화 상태에 도달하기까지 개방병원의 실무자 7명과 참여의 5명 등 총 12명을 모집하였고, 이들을 대상으로 현재 시행하고 있는 개방병원제도에 대하여 어떤 생각을 가지고 있는지 심층 인터뷰를 통해 자료를 수집하였다. 개방병원의 실무자와 참여의가 경험한 개방병원제도에 대한 구체적이면서도 폭넓은 이해를 얻기 위해 질적 자료 분석 방법을 따랐다.

본 연구에 참여한 개방병원의 실무자와 참여의가 경험한 개방병원제도는 『제도에 대한 인식』, 『인적 자원』, 『환경적 자원』, 『의료 수가 및 수익 분배』, 그리고 『의료분쟁 및 갈등 조정』의 다섯 가지 주제로 구성되었다. 우선 개방병원의 실무자가 경험한 개방병원제도에서 첫 번째 주제 『제도에 대한 인식』은 ‘선결 문제를 안고 있는 이상적인 제도’, ‘정보와 관심 부족’의 하위 주제로 나타났다. 두 번째 주제 『인적 자원』은 ‘참여의의 선정 기준’, ‘전담 인력의 업무’, ‘참여의와의 소통 형태’의 하위 주제로 구성되었다. 세 번째 주제 『환경적 자원』은 ‘개방병원의 적합성’, ‘자원 관리’의 하위 주제로 구성되었다. 네 번째 주제 『의료 수가 및 수익 분배』는 ‘진료비 청구 및 지급’, ‘인센티브 부재’, ‘개방병원에 유리한 수익 분배율’의 하위 주제로 나타났다. 다섯 번째 주제 『의료분쟁 및 갈등 조정』은 ‘분쟁의 책임’, ‘배상책임보험 가입’의 하위 주제로 나타났다.

참여의가 경험한 개방병원제도에 대해 첫 번째 주제 『제도에 대한 인식』은 ‘이상적이고 완벽한 제도’, ‘인식 부족’의 하위 주제로 나타났다. 두 번째 주제 『인적 자원』은 ‘참여의의 적합성’, ‘개방병원 직원과의 관계’의 하위 주제로 구성되었다. 세 번째 주제 『환경적 자원』은 ‘개방병원의 선정 기준’, ‘외래 진료 이외의 시간 활용’, ‘개방병원의 배려’의 하위 주제로 구성되었다. 네 번째 주제 『의료 수가 및 수익 분배』는 ‘인센티브 부재’, ‘받아들일 수밖에 없는 수익 분배율’의 하위 주제로 나타났다. 다섯

번째 주제 『의료분쟁 및 갈등 조정』은 ‘의료분쟁의 책임’, ‘배상책임보험 미가입’의 하위 주제로 나타났다.

이러한 연구 결과를 토대로 개방병원제도의 활성화를 위한 정책 개선 방안을 모색해 보고자 한다. 우선 제도에 대한 인식 개선을 위해 확실한 의료 전달 체계를 정상화할 필요가 있고, 개방병원, 개원의 및 정부를 대상으로 개방병원제도에 대해 적극적인 홍보를 해야 할 것이다. 둘째, 인적·환경적 자원의 개선을 위해 참여의 지원, 공공병원 및 중소 병원에 대한 지원, 그리고 시설 및 장비의 구입, 유지 보수를 위한 지원이 마련되어야 할 것이다. 셋째, 개방병원과 참여의 간의 원활한 관계성을 촉진시키기 위해 개방병원 운영위원회를 구성하고 정기적인 회의를 통해 제도 운영과 관련된 현안을 논의해야 할 것이다. 넷째, 의료비 수가를 현실화하고 개방병원제도 운영과 관련하여 추가적인 항목을 신설하는 등 경제적 인센티브가 적용되어야 하며, 개방병원과 참여의의 수익 분배율 조정의 개선이 요구된다. 다섯째, 의료분쟁 시 우선 분쟁 조정의 근거가 되는 참여의의 의무 기록이 정확하게 작성되어야 함을 강조해야 하고, 분쟁 조정을 위해 의료분쟁조정법이 마련되고 이를 중재할 수 있는 의료분쟁조정위원회의의 구성이 요구되며, 배상책임보험 가입을 의무화하고 개방병원과 참여의의 부담을 줄일 수 있는 방안과 새로운 보험 상품의 개발이 요구된다.

제 8 장

외국의 개방병원제도 고찰

제1절 미국

제2절 일본

제3절 외국 사례를 통한 시사점

8

외국의 개방병원제도 고찰 <<

제1절 미국

1. 미국의 개방병원제도 정착 배경

미국의 병원들은 대부분 개방형 체제로 운영되고 있으며, 의사들은 특정 병원에 전임의로 고용된 것이 아니라 외래 진료소를 따로 개설하여 환자들을 진료한다. 입원 환자가 발생할 경우 계약을 맺은 병원에서 의료 자원을 이용하는 경우가 일반적이다(박정연, 2004). 따라서 병원은 해당 병원에 전임 의사로 고용되어 근무하는 전임 의사와 병원에 소속되어 있지 않은 채로 본인의 환자를 치료하기 위해 병원과 계약을 맺어 필요한 시설을 이용하는 어텐딩 의사를 보유하게 된다. 또한 병원 측은 의료 시설 및 장비, 인력 지원 체계를 갖추어 해당 의사가 이를 이용할 수 있도록 편의를 제공한다(이운태, 2002).

미국의 병원들이 이와 같이 개방형 체제를 갖추게 된 배경은 의료 인력 부족으로 인한 의사의 인적 자원을 적절히 공유해야 할 필요성과 지역 사회나 자선 단체의 재원을 근간으로 한 병원의 등장, 또한 이들 시설을 필요로 하는 개별 의사 간의 이해가 일치된 것으로부터 시작된다(오영호·이승욱·유승흠·김현창·한지숙, 2000). 19세기 후반에 제공된 의료 서비스의 수준은 매우 낮았으며, 종교 단체나 자선 단체에서 운영하던 시설은 보호시설에 더 가까운 편으로 오늘날의 병원과는 다른 형태로 운영되었다. 그러나 의과학의 발달(마취제 등)로 외과 서비스와 같은 의료 산업에

대한 수요가 급증하였고 이러한 수술을 행할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관이 설립되었다(박은영, 2009). 부유층과 의사들은 각각 진료를 받을, 또는 자신의 환자를 진료할 병원을 찾게 되어 종합병원과 같이 이러한 수술을 행할 수 있는 시설이 출현하게 된 것이다(오영호 등, 2002).

이로 인해 1875년까지만 해도 단지 수십 개에 불과하던 종합병원이 1990년에 이르러서는 4000여 개로 증가하였다(박은영, 2009). 그리고 병원의 설립 목적에 맞도록 의사들, 특히 외과의들에게 병원 시설 사용을 허용하는 대신 가난한 사람들을 무료로 치료하도록 하여 초기의 설립 목적을 실현하고자 하였다(오영호 등, 2002). 의사의 입장에서는 의료 시설에 대한 자본 투자 없이 자신의 환자를 진료할 수 있어 결과적으로 병원과 의사 간에 이상적인 관계가 형성되었다(박정연, 2004). 이와 같이 미국 개방형 병원제도의 확립은 병원과 개원의들 간의 관계에 큰 영향을 받았다고 볼 수 있다.

2. 개방형병원제도의 현황

미국의 진료 의사 중 대부분이 개방형병원제도에 어텐딩 의사(admitting privileges)로 병원과 계약을 맺고 있으며, 병원은 대다수의 경우 이러한 의사들을 어텐딩 의사로 인정하고 있다. 방사선과, 병리과, 마취과와 같이 시설 및 장비 투자액이 많고 관련 지원 인력이 많이 요구되는 특정과의 경우 해당 의사들은 병원에 고용된 것은 아니지만 병원에서 진료 활동을 한다(hospital-based private practice). 이러한 전문 인력을 위해 병원에서는 별도의 장소(professional office building)를 제공하고 있다(오영호, 2000). 일반적인 미국의 지역사회 병원(community hospital)의 경우 의사들은 해당 병원에 소속되어 있지 않

으며, 주로 자신의 진료소를 별도로 가지고 있는 경우가 많다. 의사들은 자신의 사무실로 진료를 받으러 오는 환자들 중 정밀한 검사 또는 입원, 수술이 필요한 경우 자신에게 입원시킬 수 있는 권리(admitting privilege)를 부여한 병원들 중에서 적절한 병원을 선택하여 입원시키거나 수술을 시행한다(김세라 등, 2011). 병원에 전속된 봉급의 중에는 일차 의료를 담당하고 있는 의사가 없기 때문에 개원 의사들은 자신의 환자에 대하여 지속적인 진료와 관리를 보다 용이하게 수행할 수 있다(박정연, 2004).

3. 개방형병원제도하의 수가

개방형병원체제로 운영되는 미국에서는 병원과 의사에게 상이한 진료비 상환 방법이 적용되기 때문에 병원과 의사가 각각 진료비를 청구하게 되어 있다(오영호, 2000). 이에 따라 어텐딩 의사들은 임상 진료 활동에 대한 시간급(part-time salaries)을 받지 않는 담당 환자를 병원 내외부에서 진료한 후 해당 진료비를 환자와 3자 지불자에게 청구한다. 또한 입원 환자가 다수의 의사로부터 진료를 받은 경우(가령, 전문의 및 응급실 의사 등으로부터 치료를 받았을 경우) 의사들은 각자 환자 및 3자 지불자에게 개별적으로 비용을 청구하게 된다. 미국의 수가 보상 체계는 의사와 병원 간의 관계가 고용 관계가 아닌 계약 관계에 있기 때문에 병원과 의사 간의 수가가 자연스럽게 분리되어 운영되고 있다. 공적 의료보험(메디케어, 메디케이드)에서 병원비용은 DRG(Diagnosis Related Group, 병원 입원 환자 대상 병원 비용 보상) 또는 APG(Ambulatory Patient Group, 병원 외래 환자 대상 병원 비용 보상) 체계로, 의사 비용은 RBRVS(입원 및 외래의 의사 비용 보상) 체계로 보상되고 있다(표 8-1)

(김세라 등, 2011).

이 중 의사의 지불 보상 체계로 활용되는 자원 기준 상대 가치는 의사 업무량(Physician Work), 진료 비용(Practice Expense), 위험도 상대 가치(Malpractice, Profession Liability Insurance)로 구분된다. 좀 더 구체적으로 살펴보면, 의사 업무량은 서비스 수행에 요구되는 의사의 시간, 기술적 숙련도와 육체적 노력, 정신적 노력과 판단력, 환자 치료에 의해 생기는 위험에 대한 의사의 정신적 스트레스로 정의되며, 총 상대 가치의 약 52%를 차지한다(김세라 등, 2011). 총 상대 가치의 약 44%를 차지하는 진료 비용은 의료 행위 수행에 필요한 임상 인력의 인건 비용, 재료 비용, 장비 비용으로 정의된다. 진료 비용 상대 가치는 퍼실리티(Facility), 논퍼실리티(Non-Facility)와 같이 두 개의 유형으로 구분되며, 한 단계 더 나아가 퍼실리티(예: 병원, 간호 전문 시설, 당일 수술센터)에서 수행되는 시술의 진료 비용 상대 가치와 논퍼실리티(예: 의사의 진료실 또는 환자의 집)에서 수행되는 시술/서비스의 진료 비용 상대 가치로 구분된다. 일반적으로 논퍼실리티에서 수행되는 시술/서비스는 상대적으로 높은 점수를 부여받는 반면, 퍼실리티에서 수행되는 진료 비용은 낮은 점수를 부여받는다. 마지막으로, 위험도 상대 가치는 전문의의 의료 사고 책임보험료(Profession Liability Insurance)를 조사하여 이를 수가로 보상하고 있으며, 이는 총 상대 가치에서 약 4%를 차지하고 있다. 최종 의사의 지불 보상은 해당 상대 가치 점수에 지역별 보정지수와 환산지수를 적용하여 지불받는다(김세라 등, 2011).

〈표 8-1〉 미국의 자원 기준 상대 가치의 구성 요소(예시)

CPT Code	Work RVUs	Practice Expense RVUs		PLI	Total NF RVUs	Total F RVUs
		Non-Facility (NF)	Facility (F)			
99201	0.48	0.57	0.18	0.03	1.08	0.69
99202	0.93	0.88	0.35	0.06	1.87	1.34
99203	1.42	1.19	0.50	0.10	2.71	2.02

자료: Medicare RBRVS(2010).

4. 개방형병원 체계하에서의 병원 조직

개방병원 체계하에서의 병원 조직은 행정 조직의 경우 이사회, 행정가, 병원 내 상주 의료인으로 구성되어 있으며, 좀 더 포괄적으로는 개방병원과 계약을 맺고 자신의 환자를 의뢰하여 치료하는 어텐딩 의사를 포함시킬 수 있다(오영호, 2000). 개방병원의 차별점은 병원 조직은 이사회(board of directors) 및 최고집행임원(chief executive officer) 외에도 참여의 조직(the medical staff)으로 구성되어 있다는 것이다. 참여의 조직은 의료 전문직이자 참여의 특권을 받은 독립된 의료 공급자로 구성된 자치 조직으로, 병원의 이사회가 개별 의사에 대한 참여의 특권 부여 여부를 결정하기 전에 그 심사를 의뢰하고 있다(정재훈, 2012).

미국의 병원들은 이사회를 중심으로 구성되어 있다. 그중 이사회는 병원의 행정가 및 의료인을 포함한 병원의 전반적인 업무에 대한 책임을 지는 역할을 수행하며, 병원의 향후 계획 및 정책을 수립하고, 의료인 진료 활동 심사 및 의사 임명에 관한 업무를 맡고 있다.

행정가는 병원 내에서 다양한 역할을 맡고 있다. 병원의 운영과 관련하여 병원의 재무관리, 장비와 시설의 확보 및 유지, 직원 채용 등 관리 업

무 전반에 대해서 책임을 지고 있으며, 여러 조직(이사회, 의사 등) 간의 커뮤니케이션을 담당하는 것이 중요한 업무 중 하나이다(오영호, 2000). 또한 필요한 의료 장비와 인력을 갖추으로써 진료 부서의 환자 진료 업무 및 최신 기술에 의한 서비스가 원활하게 제공될 수 있도록 노력해야 한다.

병원의 의료 인력은 어텐딩 의사가 내린 처방을 제공하고, 입원 환자에 대한 간호 및 처치를 담당한다. 어텐딩 의사는 병원에 소속되어 있지 않은 채로 병원 외부에 외래 진료소를 개설하여 환자를 진료하고, 입원 환자 발생 시 병원의 의료 시설을 이용한다. 병원 시설 이용을 희망하여 어텐딩 의사가 되고자 하는 의사는 병원 이사회의 승인을 얻기 위해 먼저 지원서를 작성하여 병원에 제출한다. 제출된 서류는 해당 병원의 전임의에 의해 일부 추천되며, 이사회에서 추천된 의사에 대해 최종적인 평가를 내려 해당 의사에 대한 채용 여부 및 권한의 부여 범위가 결정된다. 이러한 과정을 거쳐 이사회는 병원에서 활동하고 있는 전임의는 물론 어텐딩 의사에 의해 제공되는 각종 서비스에 대해서도 법적인 책임을 진다(오영호, 2000). 어텐딩 의사의 개념은 개방병원에서 해당 병원의 '스태프'로 인정을 해 준다는 것이다. 병원 운영위원회 및 이사회의 심의를 통해 계약이 체결되어 있는 경우에 한해 의사는 그 병원을 활용할 수 있는 권한을 갖게 되고, 병원의 시설과 인력을 활용한 수익은 의사와 병원이 일정 비율로 나누어 가지게 된다(John J. Miles, Health Care & Antitrust Law, Thomson West, 2010, § 10:1, 정재훈, 2012에서 재인용).

어텐딩 의사는 참여의 특권을 부여받아 환자를 입원시키고 의료 행위를 하는 권한을 가지고 있다. 참여의 특권 심사 절차는 통상 ① 병원의 선임위원회(credentialing committee)의 집행 위원회(executive committee)에 대한 권고 ② 병원 집행위원회의 병원 이사회에 대한 권고 ③

병원 청문위원회(hearing committee)의 대상자에 대한 청문 실시 ④ 청문위원회의 이사회에 대한 권고 ⑤ 대상자와 이사회 사이의 회합 ⑥ 이사회에 최종 결정의 순서로 진행된다(정재훈, 2012). 병원의 이사회 등 지배 조직(hospital government body)이 참여의 특권을 결정하지만, 이는 참여의 조직(the medical staff)과 병원의 지배 조직에 의해 정해진 절차를 반드시 거쳐야 이루어진다. 참여의는 참여의 조직에 의하여 승인되어 집행되는 규정(rules and regulations)을 따라야 하고, 동일한 조항이 적용되며 병원과 일부 참여의 사이에서 개별적으로 계약이 체결되지 않는다(정재훈, 2012).

해당 의사에 대한 채용 과정에서 대우 수준(전임의, 어텐딩 의사)과 권리(어텐딩 의사)는 해당 의사의 자질, 능력 수준에 따라 달라진다. 일단 이사회에서 채용이 결정된 의사에 대한 책임용은 매년, 또는 격년마다 이루어지며 전반적인 검토는 의사신임위원회(medical staff credentials committee)에서 담당한다(Wolfer 등, 1987).

어텐딩 의사는 유형별로 그 자격과 권한의 수준이 다양하다. 투표권, 회의 참석, 해당 위원회 활동, 응급 의료 서비스 봉사 등에 대한 권한과 의무 조항을 모두 가지고 있는 정식 어텐딩 의사(Attending staff), 과도기적 과정에서 완전한 권한이 유보된 준어텐딩 의사(associate staff), 선임된 지 얼마 되지 않아 투표권과 같은 권리를 부여받지 않은 초급 어텐딩 의사(provisional staff), 병원 이용률이 낮아 실적이 부진한 회원 의사(Courtesy staff), 전문 분야 의사로 타 의사에 대한 자문 기능을 맡고 있으나 환자 치료 및 입원 권한이 없는 자문 의사(Consulting staff), 권한이 일정 기간으로 한정된 임시 의사(Temporary Staff) 등이 있다(오영호, 2000).

제2절 일본

1. 법적 규정

일본의 개방형병원제도는 일본의 의료법에서 의료 기자재의 효율적인 활용을 위해 의료기관 간 의료 기자재의 공동활용규정²⁰⁾에서 그 법적 근거를 찾을 수 있다. 후생노동대신이 정한 개방 이용과 관련된 시설 기준에 부합하면서 지방 사회보험 사무국장에게 신고된 보험 의료기관을 ‘개방형 병원’으로 정하고 있다. 개방형 병원의 시설 기준²¹⁾은 후생성 고시 제61호로 규정되어 있다.

2. 개방형병원제도의 현황

일본에는 개방병원제도에 60여개의 의사회 병원이 운영되고 있으며, 의원은 이러한 병원에서 구비하고 있는 입원실이나 수술실, 의료 기

20) 의료법 제1장 총칙 제1조-4(의사 등의 책무) ⑤항

- 의료 제공 시설의 개설자 및 관리자는 의료 기술의 보급 및 의료의 효율적인 제공을 위하여 당해 의료 제공 시설의 건물 또는 설비를 당해 의료 제공 시설에 근무하지 않는 의사, 치과의사, 약제사, 간호사, 기타 의료 담당자의 진료, 연구 또는 연수를 위해 이용될 수 있도록 배려해야만 한다.

의료법 제5장-2 의료 전달 체계 확립 제30조-7 ③항(병원 설비 등의 이용)

- 병원의 개설자 및 관리자는 의료 계획 달성을 위하여 당해 병원의 의료 업무에 지장이 없는 한 건물의 전부 또는 일부, 설비, 기계 및 기구를 당해 병원에 근무하지 않는 의사, 치과의사 또는 약제사의 진료, 연구 또는 연수를 위해 이용할 수 있도록 해야만 한다.

21) 후생성 고시 제61호(‘98. 3. 16.)

- 병원일 것
 - 당해 병원이 당해 병원이 속한 지역의 전체 의사 또는 치과의사의 이용을 위해 개방되어 있을 것
 - 이러한 목적을 위해 전용 병상이 적절히 준비되어 있을 것.
- ⇒ 병원의 시설·설비를 병원이 위치하고 있는 지역의 모든 의사들에게 개방하여 이용되고 있는 병원을 말한다(B002, B003). 20곳 이상의 의원이 등록되어 있거나 혹은 지역의 50% 이상의 의사가 등록되어 있으며 공동 지도를 위한 전용 병상을 5개 병상 이상 가지고 있을 경우 보험제도상 인정된다(남상요, 2010).

기 등을 이용하여 본인의 환자를 진료한다. 1965년 일본 의사회병원과 소속 의사의 자발적 참여로 개방병원이 시작된 이후, 1984년 진료 보수에 병원 간 제휴를 위한 소개료가 설정되면서 개방병원제도가 공식적으로 도입되었다. 1986년에는 진료 보수표에 개방형병원 공동 지도료의 신설과 개방형 병원의 범위 확대를 명시하였다(김세라, 2011). 진료권의 인구는 20만 명 이하가 많고 대도시에는 전혀 없는 실정이다. 병상 수는 200병상 이하가 대부분이며 병원 기능의 중심은 검사, 진료, 재활의료 등이고 부속 시설로는 임상검사센터 등이 있다(박정연, 2004). 병원과 의원의 연계는 병원에 상근하는 의사에게 위탁하거나 의원의 의사가 직접 진료하는 경우가 있으며, 일반 병원에 의사가 특수검사를 의뢰하여 연계하는 방식도 있다. 개업의가 검사 의뢰에 대한 예약을 잡은 후, 환자는 초진으로 직접 검사를 받고, 해당 검사 결과는 개업의에게 우편으로 송부된다.

진료 보수 보상의 경우 공공병원이 개업의로부터 예약이 불필요한 검사를 의뢰받을 때에는 개업의가 직접 보험 청구를 행하고 병원은 개업의에게 검사 비용을 청구하며, 검사 예약이 필요한 경우는 병원 측이 보험을 청구한다(양동현 등, 1996).

3. 개방형병원의 요건

일본의 개방형병원은 다음과 같은 사항을 구비해야 하며, 후생상의 승인으로 개설될 수 있다. 먼저 개방형병원의 대상은 원칙적으로 국가, 지방공공단체, 공적 기관(의료법 31조에 규정하는 공적 의료기관의 개설자를 정하는 고시에 규정하고 있는 것을 말함) 또는 일정 지역 내의 의사 또는 치과의사 및 민법 제34조 규정에 의해 설립된 법인에 의거 설치된 보험 의료기관인 병원으로 두고 있다(박정연, 2004). 개방형병원은 병원의 시

설·설비를 병원이 위치하고 있는 지역의 모든 의사들에게 개방하여 이용되고 있는 병원을 말한다(B002, B003). 20곳 이상의 의원이 등록되어 있거나 혹은 지역의 50% 이상의 의사가 등록되어 있으며, 공동 지도를 위한 전용 병상을 5개 병상 이상 가지고 있을 경우 보험제도상 인정된다. 지역의 의료기관으로서 진료 중인 환자를 그 주치의가 개방병원에 수진토록 하는 개방병원의 의사와 공동으로 진료에 대응한다(남상요 등, 2010).

4. 개방병원의 수가 체계

일본의 지불보상제도를 살펴보면, 독자적인 혼합형 포괄수가방식인 DPC/PDPS(Diagnosis Procedure Combination / Per Diem Payment System)를 만들어 제도의 확산을 이루어 내고 있다. DPC 제도는 ‘진단군 분류에 근거한 1인당 정액 보수 산정 제도’이다. DPC 제도에서는 진단군별로 1일당 포괄 점수가 정해진 ‘포괄 산정 부분’이 있지만, ‘포괄 외 부분(행위별 수가)’도 광범위하게 인정되고 있다. 개방병원 시스템하에서 병원 수가와 의사 수가가 뚜렷하게 구분되는 미국과는 달리 의료 공급 제도의 여건이 전혀 다른 일본의 경우 DPC/PDPS에서 병원 수가와 의사 수가를 뚜렷하게 구분하기 어렵다. 이러한 부분을 개선하기 위해 일당 지불에 의해 보상하는 것이 합당하다고 판단되는 것은 ‘포괄평가’ 부분으로, 일시적인 서비스로 개별적 보상이 필요하다고 판단되는 것은 ‘행위별’ 부분으로 분류하는 대안을 취하고 있다(정형선 등, 2013).

개방병원의 수가 체계에서는 자신의 환자를 개방병원에 입원시킨 의사(주치의)가 개방병원에 가서 개방병원의 의사와 공동으로 진료, 지도 등을 행한 경우 주치의가 속한 보험 의료기관에서는 개방병원 공동 지도료(I)를 산정하고, 개방병원에서는 개방병원 공동 지도료(II)를 산정하고

록 되어 있다. 이러한 수가는 1993년 이전에는 ‘개방병원 협동 지도료’로 입원 기간에 따른 체감 수가를 적용했으나, 1994년부터 ‘개방병원 공동 지도료’로 입원 기간 관계없이 1일당 수가를 적용하고 있다(오영호, 2000). 그리고 개방병원 공동 지도료(I)를 산정한 경우에는 재진료, 외래 진료, 왕진료 및 재택 환자 방문 진료료를 산정할 수 없다(남상요 등, 2010). 개방병원 공동 지도료 산정을 위한 시설 기준은 20곳 이상 등록, 개방 병상 5개 이상, 개방 병상 이용률 20% 이상이다(보건복지부, 2005, 개방병원 설명회 자료)(표 9-2).

〈표 8-2〉 일본의 개방형병원 수가 체계

수가 체계	산정 기준
<p>* B002 개방형병원 공동 지도료(I) 350점 주-1] 진찰에 따라 소개된 환자가 별도로 후생노동대신이 정한 개방 이용과 관련된 시설 기준에 적합한 것으로 지방 사회보험 사무국장에게 신고한 보험 의료기관(이하 「개방형 병원」이라 한다.)에 입원 중인 경우에는 당해 개방형병원으로 가서 당해 환자에 대해 요양상 필요한 지도를 공동으로 시행한 경우에는 환자 1명당 1일마다 1회 산정한다.</p> <p>[주-2] 구분 번호 A000에 게재된 초진료, 구분 번호 A001에 게재된 외래 진료료, 구분 번호 C000에 게재된 왕진료 및 구분 번호 C001에 게재된 재택 환자 방문 진료료는 별도로 산정할 수 없다.</p>	<p>* 개방형병원 공동 지도료(I)에 대하여</p> <p>(1) 개방형병원 공동 지도료(I)는 개방형병원에 자기가 진찰한 환자를 입원시킨 의사(이하 본 항에서 「주치의」라고 한다.)가 개방형병원에 가서 개방형 병원의 의사와 공동으로 진료, 지도 등을 했을 경우에 1명의 환자에 1일마다 1회 산정할 수 있으며, 그 산정은 주치의가 속한 보험 의료기관에서 시행한다.</p> <p>(2) 개방형 병원 공동 지도료(I)를 산정한 경우에는 「A001」 재진료, 「A002」 외래 진료료, 「C000」 왕진료 및 「C001」재택 환자 방문 진료료를 산정할 수 없다.</p> <p>(3) 진료소에 의한 소개로 개방형 병원에 입원하고 있는 환자에 대해 당해 진료소의 보험의가 개방형 병원으로 와서 진료, 지도 등을 한 경우에는 그 환자에 대해 이미 「B010」 진료 정보 제공료(I)가 산정되어 있는 경우라 하여도 개방형 병원 공동 지도료(I)를 산정할 수 있다.</p>

338 의료비 적정화를 위한 의료 자원의 효율적 활용 방안 - 개방병원을 중심으로

수가 체계	산정 기준
	<p>(4) 개방형 병원 공동 지도료(I)를 산정하는 경우에는 주치의의 진료기록부에 개방형병원에서 환자의 지도 등을 실시한 사실을 기재하고, 개방형병원의 진료기록부에는 주치의의 지도 등을 시행한 취지를 기재한다.</p>
<p>* B003 개방형병원 공동 지도료(II) 220점 [주] 진찰에 근거하여 소개된 환자가 개방형병원에 입원 중인 경우에는 당해 개방형병원에서 당해 환자를 진찰한 보험 의료기관의 의사와 공동으로 요양상 필요한 지도를 했을 경우에는 환자 1명당 1일에 1회 산정한다.</p>	<p>* 개방형병원 공동 지도료(II)에 대하여 개방형병원 공동 지도료(II)는 주치의가 속한 보험 의료기관이 개방형병원 공동 지도료(I)를 산정한 경우에는 개방형병원에서 산정한다.</p>
<p>* B004 퇴원 시 공동 지도료(I) 1. 재택요양지원진료소(지역에 있어서의 퇴원 후 환자에 대한 재택 요양을 제공하는 주된 책임을 가진 진료소로서 별도로 후생노동대신이 정한 시설 기준에 적합한 것으로 지방사회보험 사무국장에게 신고한 경우를 말한다(이하 이표에서는 같다.)의 경우 1000점 2. 1 이외의 경우 600점 [주-1] 보험 의료기관에 입원 중인 환자에 대해 지역에서 당해 환자의 퇴원 후의 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의 또는 당해 보험의 지시를 받은 간호사 등이 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관으로 와서, 환자의 동의를 얻어 퇴원 후 재택에서의 요양상 필요한</p>	<p>* 퇴원 시 공동 지도료(I) 및 (II)에 대하여 (1) 퇴원 시 공동 지도료 1 또는 지역 제휴 퇴원 시 공동 지도료 2는 보험 의료기관에 입원 중인 환자에 대해 지역에서 당해 환자의 퇴원 후 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의 또는 당해 보험의 지시를 받은 당해 보험 의료기관의 간호사 혹은 중간호사가 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관에 와서 환자의 동의를 얻어 퇴원 후 재택에서의 요양상 필요한 설명 및 지도를 입원 중인 보험 의료기관의 보험의, 간호사 또는 중간호사와 공동으로 시행한 후 문서에 의한 정보 제공을 하는 경우에는 당해 입원 중 1회(후생노동대신이 정한 질환 등 환자에 대해서는 2회)에 한하여 각각의 보험 의료기관에서 산정한다. 다만 당해 환자의 퇴원 후 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 중간호사와 당해 환자가 입원 중인 보험 의료기관의 중간호사가 공동으로 재택에서의 요양상 필요한 설명 및 지도를 한 경우에는 각각의 보험 의료기관의 의사</p>

수가 체계	산정 기준
<p>설명 및 지도를 입원 중인 보험 의료기관의 보험의, 간호사 등과 공동으로 시행한 다음에 문서로 정보를 제공한 경우에 당해 입원 중 1회에 한하여 지역에서 당해 환자의 퇴원 후의 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관에서 산정한다. 다만, 별도로 후생노동대신이 정한 질병을 가진 환자에 대해서는 당해 입원 중에 한하여 2회 산정할 수 있다.</p> <p>[주-2] 구분번호 A000에 기재된 초진료, 구분번호 A001에 기재된 재진료, 구분번호 A002에 기재된 외래 진료료, 구분번호 B002에 기재된 개방형 병원 공동 지도료(I), 구분번호 C000에 기재된 왕진료 및 구분 번호 C001에 기재된 재택 환자 방문 진료료는 별도로 산정할 수 없다.</p>	<p>또는 간호사의 지시를 받아서 시행한다.</p> <p>(2) 퇴원 시 공동 지도료는 환자의 가족 등 퇴원 후 환자의 간호를 담당하는 자에 대해 지도를 한 경우에도 산정할 수 있다.</p> <p>(3) 시행한 지도의 내용에 대해 요점을 진료 기록부에 기재하고 동시에 환자 또는 그 가족에게 제공한 문서의 사본을 진료기록부에 첨부한다.</p> <p>(4) 퇴원 시 공동지도료 1의 [1]은 재택요양지원진료소의 의사가 당해 환자에 대해 그 퇴원 후 왕진 및 방문 간호에 의해 24시간 대응할 수 있는 체제 등을 확보하고, 재택요양지원진료소에서 24시간 연락을 받을 수 있는 의사 또는 간호 직원의 이름, 연락처, 전화 번호 등, 담당 일자, 긴급 시의 주의 사항, 왕진 담당 의사 및 방문 간호 담당자의 이름 등에 대해 문서에 의해 제공한 경우에 한하여 산정할 수 있다.</p>
<p>* B005 퇴원 시 공동 지도료(II) 300점</p> <p>[주-1] 입원 중인 보험 의료기관의 보험의 또는 간호사 등이 입원 중인 환자에 대해 환자의 동의를 얻어 퇴원 후의 재택에서의 요양상 필요한 설명 및 지도를 지역에서 당해 환자의 퇴원 후의 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의 또는 간호사 등과 공동으로 시행한 후, 문서에 의해 정보를 제공한 경우 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관에서 당해 입원 중 1회에 한해 산정한다. 다만, 별도로 후생노동대신이 정한 질병 등 환자에 대해서는 당해 입원 중 2회까지 한정하여 산정할 수 있다.</p> <p>[주-2] [주-1]의 경우에서 입원 중인 보험 의료기관의 보험의 및 지역에</p>	<p>(5) 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관(이하 이 부분에서 입원 보험 의료기관이라 한다)과 당해 환자를 소개한 보험 의료기관(이하 이 부분에서 소개 원(元)보험 의료기관이라 한다)이 특별한 관계에 있는 경우에는 지역 제휴 퇴원 시 공동 지도료는 산정할 수 없다.</p> <p>(6) 퇴원 시 공동 지도료는 퇴원 후 재택에서의 요양을 하고 있는 환자가 산정의 대상으로 되며, 다른 보험 의료기관, 사회복지시설, 개호노인보건시설, 개호노인복지시설 등에 입원 혹은 입소하고 있는 환자 또는 사망한 환자에 대해서는 그 대상이 되지 않는다.</p> <p>(7) 퇴원 시 공동 지도료 2의 [주-2]에서 규정한 가산은 퇴원 후 재택에서의 요양상 필요한 설명 및 지도를 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관의 보험의와 지역에 있어서의 당해 환자의 퇴원 후 재택 요양을</p>

수가 체계	산정 기준
<p>서 당해 환자의 퇴원 후 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의와 공동으로 지도를 한 경우에는 소정 점수에 300점을 가산한다. 다만 [주-3]의 가산을 산정하는 경우에는 산정할 수 없다.</p> <p>[주-3] [주-1]의 경우에서 입원 중인 보험 의료기관의 보험의가 당해 환자의 퇴원 후의 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의 혹은 간호사 등, 보험의인 치과의사 혹은 간호사 등, 그 지시를 받는 치과위생사, 보험약국의 보험 약제사, 방문 간호 station의 간호사 등(주간호사는 제외) 또는 거택 개호지원사업자의 개호지원전문원 가운데 어느 누구나 3자 이상 공동으로 지도를 한 경우에는 소정 점수에 2000점을 가산한다.</p> <p>[주-4] 구분 번호 B003에 기재된 개방형병원 공동 지도료(II)는 별도로 산정할 수 없다.</p>	<p>담당하는 보험 의료기관의 보험의가 공동으로 시행한 경우에 산정한다.</p> <p>(8) 퇴원 시 공동 지도료 2의 [주-3]에서 규정한 가산은 퇴원 후 재택에서의 요양상 필요한 설명 및 지도를 당해 환자가 입원하고 있는 보험 의료기관의 보험의가 지역에 있어서의 당해 환자의 퇴원 후 재택 요양을 담당하는 보험 의료기관의 보험의, 간호사 또는 주간호사, 보험의인 치과의사 또는 그 지시를 받은 치과위생사, 보험약국의 보험 약제사, 방문 간호 station의 간호사, 이학 요법사, 작업요법사 또는 언어청각사 혹은 개호지원 전문원 중 누구나 3자 이상이 공동으로 시행한 경우에 산정한다.</p> <p>(9) 퇴원 시 공동 지도료 2의 [주-3]에서 규정한 지도와 동일하게 시행한 [주-2]에서 규정한 지도와 관련된 비용은 [주-3]에서 규정한 가산에 포함되어 별도로 산정할 수 없다.</p>

출처: 남상요 등, 2010, 일본의 의료보험제도 및 진료비 지불 체계에 관한 연구, 의료정책연구소

제3절 외국 사례를 통한 시사점

미국의 개방병원제도는 병원의 발달 과정에서부터 자연발생적으로 파생되어 근래에 이르기까지 그 기본 형태를 유지하면서 시대적 상황에 맞게 변화되어 왔다. 그 기본 이념은 의사와 병원 간의 독립성을 기반에 두고 있다. 즉 자신의 진료소를 찾아온 외래 환자 중에서 입원 진료가 필요한 환자들을 병원으로 이송시켜 입원을 시키고 퇴원 후 자

신의 진료소에서 지속적으로 진료를 제공하는 기본적인 개방병원 형태를 유지하고 있다. 이러한 역사적인 배경으로 의사 진료비(physician fee)와 병원 진료비(hospital fee)가 자연스럽게 구분되어 있다. 환자들은 입원 진료가 필요한 경우 주치의를 통해 입원 진료 서비스를 제공받아 진료의 연속성이 확보되고 환자의 만족도가 높아진다. 최근 들어 미국에서도 의사에 의한 병원 비용 발생 요소 통제의 어려움과 진료의 질 향상을 위한 활동의 제약과 같은 개방병원제도의 구조적 한계점을 개선하기 위해 입원진료전문의를제도를 도입하려는 시도를 하고 있다. 이와 더불어 진료 서비스 종류에 따른 수직적 통합과 규모의 경제를 도모하는 수평적 통합을 통해 네트워크를 강화하려는 노력이 꾸준히 이루어지고 있다.

일본의 경우 비교적 오래된 개방병원제도 역사에도 불구하고 우리나라와 유사한 폐쇄 병원 운영 체계로 인하여 활성화에 어려움을 겪고 있다. 하지만 한국과는 달리, 개방병원제도와 관련하여 수가를 포함한 여러 가지 정책 방안을 모색하고 있다. 특히 일본의 경우 병원-병원 제휴, 병원-진료소 제휴(병원과 의원(진료소)과의 제휴) 등과 같은 의료제휴를 확대하고 있다. 이를 위해 국가에서는 수가와 같은 제도를 통해 의료기관(공적 의료기관, 특정 기능 병원, 지역 의료지원 병원 등)이 기준 '소개율' 규정을 기준으로 의원, 병원으로부터 환자 회송을 도모할 수 있도록 하고 있다. 개방병원제도 역시 병원-진료소(의원) 제휴 차원에서 활용되고 있다. 일본의 개방병원제도는 국민 의료비 절감을 도모하고 있으며, 궁극적으로는 의료기관 간 기능 정립 및 분담을 통해 효과적인 의료 제공 체계를 확립하는 것을 목표로 두고 있다.

우리나라의 경우 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않아 개원의와 병원이 동일군의 외래 및 입원 환자를 놓고 경쟁하는 경우가 많다. 이에

따라 개원의들은 대형 병원들과의 경쟁에서 살아남기 위해 고도의 장비 및 시설을 갖추는 등 과잉 투자를 피할 수 없는 상황이며, 결과적으로 국민 의료비가 다시 국민의 부담으로 작용하게 된다. 또한 주치의 개념이 확립되지 않아 환자가 자신의 주치의로부터 전문적인 조언을 듣고 전문의를 찾아가는 것이 아니라 제한된 지식에 의지하여 병원을 순회하는 의료쇼핑이 만연하는 구조적인 한계를 가지고 있다. 결국 진료의 연속성이 낮아질 수 있으며, 중복 검사 등 자원의 효율적 분배의 측면에서 볼 때 막대한 자원 낭비가 발생하게 된다. 따라서 이러한 문제를 개선하기 위해서는 2003년에 도입된 개방병원제도를 활성화하기 위한 정책적인 방안을 마련하는 데 중점을 둘 필요가 있다. 이는 의료 전달 체계의 확립이라는 정책적 목표를 달성하는 데 크게 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

제 9 장

개방병원제도 쟁점 및 개선 방안

제1절 수가 체계 개선 방안

제2절 의료분쟁 책임 분담 방안

제3절 관련법 개선 방안

제4절 소결

9

개방병원제도 쟁점 및 << 개선 방안

본 장에서는 개방병원제도의 활성화를 위한 정책 방향과 정책 과제를 제시하기 위하여 지금까지 제안된 개방병원제도의 활성화를 위한 정책 과제를 검토하고자 한다. 개방병원제도 활성화를 위한 주요 정책 방안은 크게 수가 체계 개선 방안, 의료분쟁 개선 방안, 그리고 관련법 개선 방안 등이 있다. 수가 체계와 관련한 주요 이슈는 개방병원제도와 관련한 수가 항목 신설 문제와 병원 수가와 의원 수가의 미분리 문제가 핵심적인 이슈이다. 의료분쟁과 관련해서는 의료분쟁조정법 체계의 정비와 배상책임보험 가입의 의무화가 주요 이슈이며, 관련법에서는 개방병원제도의 직접적인 근거 마련과 의원 임대료의 허용이 주요 이슈이다.

제1절 수가 체계 개선 방안

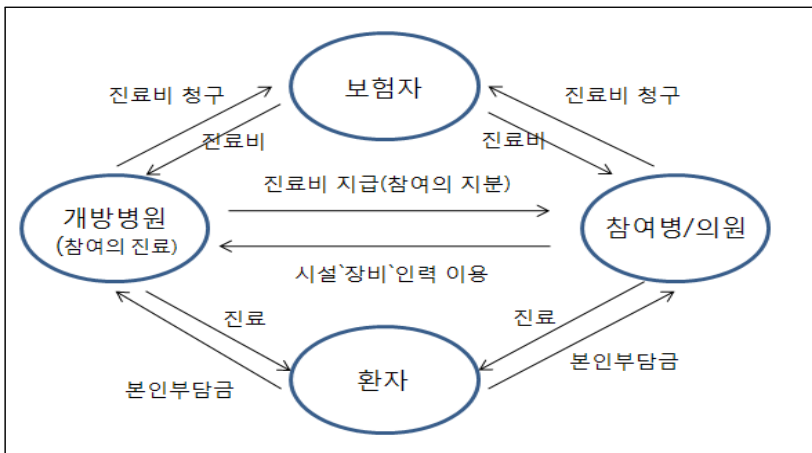
개방병원제도 활성화를 저해하는 가장 중요한 요인으로 수가 체계의 문제를 제시하고 있다(김세라 등, 2011; 이선희, 2005; 변재환, 2004; 이윤태 등, 2002; 이평수 등, 2001). 수가 체계 문제는 크게 두 가지를 들 수 있다. 첫째, 개방병원과 참여의 간 수익 분배율이 합리적이지 않다는 점이다. 둘째, 개방병원제도와 관련된 수가 항목이 마련되어 있지 않다는 점이다.

1. 개방병원과 참여의 간 수익 배분을 문제

가. 현황

우리나라 개방병원제도의 수가 보상 체계는 미국과 같이 병원 수가와 의사 수가가 분리되지 못하고, 두 기관 간의 계약에 의한 분배율에 근거하고 있다(박은영, 2009; 이윤태 등, 2002). 개방병원제도하에서 운영되는 일부 병원의 진료 분배 기준을 보면, 행위료는 개방병원이 건강보험 수가의 약 50%~70%(참여병·의원은 약 30%~50%)를 분배하고, 회진료는 개방병원이 입원료 수가의 60%~70%(참여병·의원은 30%~40%)를, 이외 상급 병실료와 같은 비급여 수익에 대해서도 분배율에 근거하여 수익을 배분하고 있다(김세라 등, 2011; 이선희 등 2005; 이평수 등, 2001)

[그림 9-1] 개방병원 운영 체계



출처: 김세라 등(2011), 개방병원제도 관련 수가 체계 개선 등 활성화 방안 연구.

〈표 9-1〉 개방병원 및 참여 병·의원 진료 분배 기준

구분	개방병원	참여 병·의원
행위료	내과계 · 건강보험 수가 70% · 건강보험 기본 수가 수입	· 건강보험 수가 30% · 진료 행위료의 종합병원 가산율 25% 수입
	외과계 · 건강보험 기본 수가 60% 수입 · 기본 수술료를 제외한 수입 · 기본 수술료의 50% 수입(가산율 포함)	· 건강보험 기본 수가 40% 수입 · 기본 수술료 전부(행위 가산율 제외) · 기본 수술료의 50% 수입(가산율 포함)
회진료	· 입원료 수가 60~70% 수입	· 입원료 수가 30~40% 수입
비급여	· 상급 병실료의 70~75% 수입	· 상급 병실료의 15~30% 수입

자료: 한국보건산업진흥원(2002), 개방병원 활성화에 따른 경제적 효과 평가 및 보건복지부(2009), 개방병원 운영 안내 내용 재구성, 김세라 등(2011), 개방병원제도 관련 수가 체계 개선 등 활성화 방안 연구 재인용.

특히 계약 당사자 간의 합의를 통해 건강보험 급여 수익뿐만 아니라 비급여 수익에 대해서도 개방진료에 따른 진료비 수익의 분배가 이루어진다. 또한 참여 의사 간의 진료 역시 별도의 진료비 분배율 표에 근거하여 결정된다. 개방진료에 대한 건강보험 급여 비용은 개방병원에서 청구하며, 수가는 개방병원의 수가를 적용한다. 다만, 참여의(참여 병·의원 의사)의 참여 없이 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우에는 참여 병·의원에서 급여 비용을 청구할 수도 있다(김세라 등, 2011; 이선희 등, 2005; 이평수 등, 2001).

〈표 9-2〉 현행 개방진료비 청구 방법

구분	개방진료	개방병원 의뢰 진료
설명	참여의가 개방병원에서 입원/외래 수술 등을 진료한 경우	참여의의 참여 없이 개방병원에 검사 등만 의뢰하여 진료한 경우
청구 주체	개방병원	검사를 의뢰한 참여 병·의원
서비스 가격	개방병원의 단가 및 종별 가산율 적용	해당 검사 수가는 개방병원의 단가를 적용(종별 가산율은 요양급여 비용 총액 산출 시 일괄 적용)
구분 방법	특정 내역 구분 코드 사용(MT003)	해당 검사의 Julian번호에 특정 내역 구분 코드 사용(JS007)

출처: 김세라 등(2011), 개방병원제도 관련 수가 체계 개선 등 활성화 방안 연구.

나. 문제점

개방병원의 참여 병원과 의원 간 수익 배분이 자의적인 판단하에 이루어진 계약에 따른 개연성이 있으며, 이로 인한 분쟁의 소지를 안고 있다. 대체적으로 참여 의원보다 협상력이 보다 높은 개방병원이 유리한 입장에 있다. 참여 의원들의 회진 등 투입 시간과 대비했을 때 진료 수준이 개방진료의 경제적 보상으로서 상당히 미흡하다는 지적이 있다. 이는 의사 비용과 병원 비용의 혼재로 인한 진료비 보상의 적정 규모를 산출하는 데 어려움이 있기 때문이다(김세라 등, 2011; 이선희 등, 2005; 이평수 등, 2001). 이러한 수가 미분리로 인해 참여의는 개방병원이 분배하는 진료비에 대해 불신하는 등 두 기관 간 마찰이 생길 수 있다. 개방병원의 취지가 상호 협력을 통하여 병원에는 자원 활용도를 제고하고, 의원에는 투자 부담의 감소와 안정된 의원 경영을 유지할 수 있도록 하여 범국가적으로 국민 의료비 절감 및 의료 전달 체계 구축에 기반을 둘 수 있는 제도임에도 불구하고(이운태 등, 2002), 명확히 수가가 분리되지 않아 나타나는 신뢰 부족은 결국 상호 협력이라는 개방병원제도를 장기간 유지할 수 없는 이유이다.

다. 개선 방안

1) 합리적인 수익 배분을 마련

수가 체계가 분리되기 전에는 개방병원과 참여의 간 수익 분배율은 개방병원제도 활성화에 영향을 미치는 중요한 요인 중의 하나이다. 따라서 개방병원제도를 활성화시킬 수 있는 방향으로 합리적인 수익 배분율을

마련할 필요가 있다. 이러한 측면에서 수익 분배율의 문제는 이해 주체가 배분 비율을 예측할 수 있도록 좀 더 간단한 형태로 전환될 필요가 있다. 특히 건강보험 수가 기준의 배분비율 방식보다 총액 기준의 배분율 방식으로 전환될 필요가 있다(이선희 등, 2005).²²⁾ 병원에서는 다양화되는 개방의 욕구에 부응하는 차원에서 배분율을 진료 과목별로 1~2개의 대안 형태로 마련하고, 이를 선택하도록 할 방안을 필요한 것으로 나타났다. 따라서 유희 시설 처리에 대한 어려움이 있는 병원 중 병원급일수록 개방병원제도를 통해 추가적인 수익을 늘리는 단기적인 목표가 아닌 이러한 시설 활용과 중장기 병원 위상 제고에 목적을 둘 필요가 있다. 그리고 그 목적 달성의 핵심에 있는 개원의의 참여를 유도하기 위해 개원의에게 할당되는 배분을 늘리는 방향으로 배분율에 대한 논의가 이루어질 필요가 있다(강동균, 2011; 이선희, 2005; 전은정, 2006).

공공병원을 중심으로 한 개방병원제도의 경우는 공공성 제고라는 공공병원의 특성을 고려하여 해당 지역 개원의의 참여를 유도하기 위하여 개원의에게 다소 유리한 방향으로 수익 분배율을 설정할 필요가 있다. 현재 한 개방병원의 역할을 충실히 하고 있는 한 지방공사의료원의 수익 분배율 표를 제시하고자 한다(청주의료원 수익 분배율표 제시).

2) 수가 체계 분리 방안

개방병원제도 활성화를 위해서는 장기적으로 수가 체계를 분리하여 운영하는 방향으로 나아가야 한다. 미국²³⁾과 같이 병원 비용과 의사 비용을

22) (예: 건강보험 기준적용 내과계 행위료)

〈현행〉 진료 행위료의 가산율 25%

→ 〈개선〉 비급여 포함, 가산율 포함 진료 행위료 총액의 30%(이선희, 2005)

23) 미국의 수가 보상 체계를 보면, 미국은 일반적으로 의사와 병원 간의 관계가 고용 관계가 아니라 계약 관계이다. 따라서 수가 보상 체계도 자연스럽게 병원과 의사 간의 수가가 분

명확하게 구분하는 것은 현실적인 어려움도 있겠지만, 업무량은 의사 비용, 진료 비용은 병원 비용, 위험도는 의료 사고 비용으로 접근하는 게 가능하다. 실제 상대 가치 1차 개정연구(2008년~2012년)는 이러한 취지를 반영하기 위하여 구성 요소별(의사 업무량, 진료 비용, 위험도) 수가를 분리·산출하였으며, 이에 따라 2012년 이후 미국식 개방형 체계와 같이 의사 서비스와 병원 서비스를 구분한 진료비 보상 체계가 구축될 것으로 보였으나 아직까지 실행되지 않고 있다(김세라 등, 2011). 현재 상대 가치 점수의 전면적인 개편(제2차 개편)을 위하여 2010년부터 의협 등 의약 단체와 공동 연구, 비용에 대한 객관적 근거 자료를 구축하는 등 준비 작업을 추진하고 있다. 이 개편 작업에서는 개방병원제도의 취지를 반영할 수 있도록 개방병원과 참여의 비용을 추정하여 이를 수가에 반영할 필요가 있다.

리되어 운영된다. 공적의료보험(메디케어, 메디케이드)에서 병원 비용은 DRG(Diagnosis Related Group, 병원 입원 환자 대상 병원비용 보상) 또는 APG(Ambulatory Patient Group, 병원 외래 환자 대상 병원 비용 보상) 체계로, 의사 비용은 RBRVS(입원 및 외래의 의사비용 보상) 체계로 보상되고 있다. 이 중 의사의 지불 보상 체계로 활용되는 자원 기준 상대 가치는 의사 업무량(Physician Work), 진료 비용(Practice Expense), 위험도 상대 가치(Malpractice, Profession Liability Insurance)로 구분된다. 의사 업무량은 서비스 수행에 요구되는 의사의 시간, 기술적 숙련도와 육체적 노력, 정신적 노력과 판단력, 환자에게 치료에 의해 생기는 위험에 대한 의사의 정신적 스트레스로 정의되며, 총 상대 가치의 약 52%를 차지하고 있다. 진료 비용은 의료 행위 수행에 필요한 임상 인력의 인건 비용, 재료 비용, 장비 비용으로 정의되고, 총 상대 가치의 약 44%를 차지한다. 진료 비용 상대 가치는 2개의 유형(Facility, Non-Facility)으로 구분되는데 Facility(예: 병원, 간호전문시설, 당일수술센터)에서 수행되는 시술의 진료 비용 상대 가치와 non-facility(예: 의사의 진료실 또는 환자의 집)에서 수행되는 시술/서비스의 진료 비용 상대 가치를 구분. 일반적으로 Facility에서 수행되는 진료 비용은 낮은 점수를 부여받았으며, Non-Facility에서 수행되는 시술/서비스는 상대적으로 높은 점수를 부여받고 있다. 위험도 상대 가치는 전문의의 의료 사고 책임보험료(Profession Liability Insurance)를 조사하여 이를 수가로 보상하고 있으며, 이는 총 상대 가치에 약 4%를 차지한다. 최종 의사의 지불 보상은 해당 상대 가치 점수에 지역별 보정지수와 환산지수를 적용하여 지불한다(김세라 등, 2011)(Medicare RBRVS, 2010).

2. 개방병원제도 관련 수가 미비

가. 현황 및 문제점

개방병원제도하에서의 진료 단일 기관의 경우보다 증가하므로 이에 대한 적절한 보상 방안이 필요하다. 개방병원에서 단기간 검사 및 수술을 받은 환자들은 이후 개원의에게 관리받을 수 있으며, 단기 입원하는 경우에 병원을 이용하는 일반 환자에 비해 단기간 집중적으로 서비스를 제공받을 수 있어야 한다. 또한 외부 의사의 일정과 맞추어야 하므로 병원 인력이나 시설을 우선적으로 배정해야 하는데, 이에 따른 업무량 증가가 불가피하다. 실제로 병원에서 개방병원 환자에 대한 업무 부담률(일반 환자 기준: 100)을 평가한 결과, 개원의 측면에서 개방병원제도하에서 진료가 이루어졌을 때, 환자 관리에 투입된 시간, 업무량, 추가 비용이 일반 환자에 비해 13~30%가 추가적으로 투입되는 것으로 나타났다. 특히 개원의 의뢰 환자의 행정 업무, 간호 관리 및 업무 스트레스 부문에서 일반 환자보다 높게 나타나 업무에 대한 적정 보상의 필요성이 높음을 알 수 있다(이선희 등, 2005).²⁴⁾ 또한 개방병원제도와 관련되어 요구되는 수가 항목의 경우 개방병원제도 운영을 위해 정비되어야 할 의료 수가에 대한 운영 주체들의 의견 조사 결과, 병원과 개원의 모두 의료 사고 배상보험료와 개원의 이동 비용을 수가에 반영하는 방안이 가장 우선적으로 필요하다고 응답하였다(이선희 등, 2005).

24) 간호 관리의 경우 환자를 주관하는 의사가 외부에 있기 때문에 간호사의 환자 감독에 대한 심리적 책임과 의무가 주치의가 상존하는 일반 환자에 비해 높을 수밖에 없음. 또는 단기간 내 입퇴원이 이루어지므로 집중된 의사 오더를 수행하기 위한 간호사의 업무량과 행정 업무량이 증가하는 것은 불가피함.

〈표 9-3〉 개방병원제도에서 반영되어야 할 수가 항목 필요성 수준

구분	수가내용	병원 입장	개원의 입장
		필요성 (순위)	필요성 (순위)
환자 이송료	환자 이동 비용	6.8 (3)	-
개방 환자 마취료	마취의 초빙료	6.7 (4)	-
개방병원 환자 관리료	입퇴원 행정 비용	4.5 (5)	-
개방병원 간호 관리료	개방 환자 간호 비용 등	6.8 (3)	2 (5)
진료 의사 협진료	개원의 간 협진 진료수당 등	6.7 (4)	29 (3)
화상 진료 상담료	Telemedicine 등 의사 협진료	4.5 (5)	8 (4)
의료 사고 배상보험료	배상책임보험료 등	7.7 (1)	39 (1)
개원의 이동 비용	개방병원 방문 시 소요되는 교통 비용	7.2 (2)	36 (2)

주: 1) 병원 조사에서 수가 필요성은 10점 척도로 측정하여 평균값을 제시하였음(매우 낮음 1, 보통 5점, 매우 높음 10점). 순위는 평균값의 크기에 따라 순서대로 부여함.

2) 개원의 조사에서는 수가 보상이 필요한 항목을 1, 2순위 고르게 한 후, 1순위는 2점, 2순위는 1점을 부여하고 이 값에 응답자 빈도를 곱하여 누적값을 산출한 결과이며 결과값의 크기에 따라 순서대로 순위를 부여하였음. 자료원)

나. 개선 방안

건강보험 재정이 한정되어 있기 때문에 단기적으로는 필요한 항목들을 모두 건강보험 수가로 신설하기에는 현실적인 제약이 있다. 따라서 건강보험 재정을 고려한 새로운 수가를 단계적으로 신설할 필요가 있다. 단기적으로 수가 신설이 필요한 항목으로는 환자 이송료, 개방병원 환자 관리료, 진료 의사 협진료 등을 들 수 있다.

첫째, 환자 이송료는 환자가 긴급하지 않은 상태에서 자력으로 병원에 내원한 경우 본인 부담으로 하며, 환자가 긴급하게 입원하여야 할 경우나 특별 조치를 취한 상태(또는 검사를 위한 특수 예비적 조치를 취한 상태)에서 의료인 또는 의원 직원이 동반하여 개방병원으로 이송된 경우로 한정하여 지불하도록 한다. 초기엔 일반 구급차 이송 치료에 준하는 비용을 인정하는 방안을 고려해 볼 수 있겠다(이선희 등, 2005).

둘째, 개방병원 환자 관리료의 신설이 필요하다. 개방진료 대상 환자들에 대해 단기적으로 집중 관리가 이루어짐에 따라, 다수의 동원 인력이 필요하며, 자원 소요량 역시 많다. 또한 개원의 역시 외부에서 이동해야 하므로 이동 비용 및 이동으로 인한 기회 비용이 지출되어 이에 대한 합당한 보상이 필요하다. 그러나 정부는 2005년 개방병원 활성화 대책에서, 회진료(개방진료 관리료) 신설을 개선 대책의 하나로 제시하였고, 건정 심위에 안건 상정을 추진 중에 있다고 밝혔지만, 여전히 답보 상태에 있다. 일본의 경우에는 개방병원 등록의에게 진료정보 제공료를 1일 기준 290점(2만 9000원)을 청구할 수 있도록 하였고, 개원의와 개방병원에서 환자에게 개방병원 공동 지도료를 일별 및 퇴원 시 청구할 수 있도록 하고 있다(이선희 등, 2005). 개방병원제도 활성화를 위해 개방진료 관리료는 개방병원제도 활성화에 긍정적인 계기가 될 것으로 기대된다(이선희 등, 2005).

셋째, 진료 의사 협진료의 신설이 필요하다. 개원의가 개방병원에 수술 등으로 인한 사후 관리를 위해 환자를 입원시킬 때와 같이 개방병원 시설 이용 시 우려하는 사항은 근거리에서 환자를 관찰하기 어렵다는 점이다. 따라서 상주 의사의 진료가 협진료로 인정받을 경우 응급 상황 시 대처할 수 있으며, 전문가 간의 협진으로 의료 서비스 질이 향상되어 개방병원제도가 보다 활성화될 수 있다. 진료 의사 협진료는 개원의가 의뢰한 환자를 개방병원 상주 의사가 협진 의뢰를 받아 진료하였거나 개방병원 환자를 개원의에게 협진 의뢰하여 개원의가 진료하였을 경우 양자 모두에 대해 현재 동일 기관 내 다른 진료 과목 의사 간 진료를 협진으로 인정하고 있는 방안과 동일한 방식으로 인정하고 협진료를 지급할 수 있다(이선희 등, 2005).

넷째, 야간, 공휴일 가산율을 적용하는 방안이다. 개방의의 경우 외래

진료에 대한 우선순위가 높기 때문에 외래 진료 시간 외의 시간대에 개방진료를 활용하려는 경향이 있다. 또한 병원 측 역시 시설·장비를 정상 근무 시간 외 활용하는 것에 긍정적인 입장을 취하고 있다. 따라서 야간, 공휴일에 가산율을 별도로 인정하고 있는 현재 제도를 개방진료에도 허용하는 방안이 필요하다. 이에 대해선 정부가 현재 개방진료 활성화를 위하여 추진하였지만 아직 정책화되지 않고 있다. 이 정책이 가시화될 경우 개방진료 참여율을 높이는 데 유용할 것으로 판단된다. 개원의나 개방병원 대상 설문조사에서도 이 항목에 대한 긍정적인 평가가 매우 높았음을 고려한다면 가장 우선적으로 시행되어야 할 조치로 판단된다(이선희 등, 2005). 그러나 환자 측면에서 볼 때, 환자가 수술 시간에 대한 선택권이 없는 상황으로 인해 개방병원을 통한 야간 수술 시 주간에 진료할 경우에는 부담할 필요가 없었던 야간 가산율이 부과될 수 있다. 이에 야간가산율 전체를 보험 처리할 수 있도록 하는 방안이 필요하다(박정연, 2004).

중장기 방안으로는 의료사고 배상보험료를 수가에 반영하는 방안을 검토할 필요가 있다. 의료분쟁으로 인한 배상 비용의 조달 방법을 어떻게 하느냐에 달려 있으나, 배상보험 가입을 의무화하는 방향으로 간다면 이에 대한 보험료를 중장기적으로 수가에 반영하는 방안이 현실적으로 타당해질 수 있다. 특히 개방병원의 환자 진료 실적이 미미한 현시점에서 실제 의료사고 발생 확률을 산정하기 어려우며, 수억 원 이상의 고비용이 지출되는 의료배상보험료를 건당으로 산정하는 것과 이에 따른 수가 산정 또한 어려운 실정이다. 또한 의료 배상 책임보험료를 수가에 반영하는 것은 단지 개방병원 수가에만 국한된 문제가 아니므로 이를 반영하는 근본적인 방안이 모색되어야 한다. 따라서 개방병원 수가에 의료 배상 책임보험료를 반영하는 것은 경험률을 산정할 수 있는 정보가 축적되고 의료수가 체계가 정비된 시점에서 검토가 가능하다.

제2절 의료분쟁 책임 분담 방안

1. 현황 및 문제점

개방병원제도 시행 시 발생하게 될 진료 행위의 책임 및 의료 사고 예방 대책은 현행 의료법의 ‘시설 등의 공동 이용’ 조항에 근거를 두고 있다. 이 조항에 의하면 의료분쟁이 발생했을 때 환자를 위한 진료 행위의 책임 및 의료 사고를 예방하기 위하여 다음과 같이 준수하되, 해결이 되지 않을 경우에는 의료분쟁 관련 법적 사항에서 명시하는 절차²⁵⁾에 따르도록 되어 있다. 그러나 이 조항만으로 의료분쟁 문제를 해결하기에는 미흡하다.

개방병원제도와 관련된 논란 중 가장 대표적으로 제기되는 우려가 의료분쟁 발생 시 책임 소재에 대한 문제이다. 일반적으로 의료분쟁이 환자와 의료기관 사이의 문제라면 개방병원제도하에서의 의료분쟁은 환자와 개방병원, 그리고 개방의원 3자 간의 문제로 복잡하게 확대될 여지가 높

25) 입원, 수술, 회진, 퇴원 등 모든 진료 행위는 개방의원 또는 개방의 책임하에 실시함. ① 개방병원 담당 의사와 간호사 등 개방병원의 의료인이 의료 행위를 실시하고자 하는 경우에는 개방의의 지시에 의함. ② 개방병원 담당 의사와 간호사 등 개방병원의 의료인이 개방 환자에게 행한 진료와 간호에 대하여도 의료법령에 정한 바에 따라 그 기록을 작성하고 보존함. ③ 개방병원이 개방 환자에게 행한 의료 등에 대한 모든 기록은 해당 개방의가 열람할 수 있음. ④ 입원 중인 개방 환자에게 응급 상황이 발생한 경우에는 현장에 있는 의료인이 우선순위에 맞게 응급 처치를 실시하되, 개방병원 담당 의사와 해당 개방의에게 보고하여 지시받은 바에 따라 조치함. ⑤ 개방병원 담당 의사와 해당 개방의에게 연락이 불가능한 경우에는 병원 내 다른 전문 의사에게 신속히 보고하여 지시받아 조치함. ⑥ 개방의가 퇴원 일자를 결정함에 있어 의학적으로 이의가 있는 경우 개방병원의 개방병원 담당의사 등은 개방의에게 이의를 제기할 수 있으며, 개방의가 그것을 수용하지 않으면 개방병원 운영위원회에서 상호 협의하여 결정하는 바에 따름. ⑦ 개방의가 입원 및 퇴원 결정, 퇴원 후 요양방법 지도를 하고자 할 때에는 개방병원 담당 의사와 상의할 수 있음. ⑧ 개방병원 이용 계약에 따른 의무를 해태하여 발생한 의료사고는 그 의무 해태자가 속한 의료기관이 사고배상의 책임이 있음. ⑨ 개방병원에 의료사고대책위원회를 구성하여 개방 환자가 제기한 분쟁에 대해서는 개방의와 함께 위원회에서 협의하여 대처함. ⑩ 개방의가 진료 중 개방병원의 장비 등을 파손하였을 경우 개방병원을 적절한 배상을 요구할 수 있음.

다. 이는 환자와의 1차 분쟁 이후 의료기관 간 구상권 소송이 2차로 발생할 가능성이 있음을 의미한다(이선희 등, 2005; 이평수 등, 2001).

의료분쟁 발생 시 환자 측에서 병원이나 병원 소속 의사를 상대로 문제를 제기하는 것이 일반적인 경우이지만, 개방병원제도하에서는 의료분쟁의 당사자를 누구로 할 것인가의 문제로 인해 의료분쟁 당사자들 간의 관계가 복잡해진다. 즉 의료 사고의 피해자인 환자 측에서 의료 사고의 책임 소재를 가리기 위해 분쟁해결 절차²⁶⁾에 들어가고자 할 경우 환자 측의 파트너가 개방병원인지 개방의원인지가 불분명하게 되고, 이를 가리는 단계가 추가되어 복잡하게 진행될 수 있다(이선희 등, 2005; 이평수 등, 2001).

개방병원제도하에서 발생하는 의료 사고로 인한 의료분쟁의 문제를 해결하기 위해서는 환자와 의료기관을 위한 방안이 함께 모색되어야 한다. 환자 측면에서 볼 때, 현재 우리나라의 의료분쟁 처리 제도는 기본적으로 과실 책임 배상 방식으로 시행되며, 판정 기구로는 민·형사소송, 중재 기구로서 민사·행정조정, 소비자보호원의 조정, 소비자 단체를 통한 중재, 위험 분산 기구로서 대한의사협회공제회, 의사배상책임보험 등이 있다.

26) 개방병원제도하에서 민법상 개방병원과 개방의원 책임 관계에서 환자는 개방병원과 계약한 개방의원을 통해 의료 서비스를 제공받게 되며, 이 경우 환자는 개방의원뿐 아니라 개방병원에도 계약 관계가 성립하게 되며 이에 대한 계약 책임을 물을 수 있는지의 여부가 쟁점이 될 수 있다. 이 경우 개방병원제도하에서 개방의원은 의료법 제32조의 3(시설 등의 공동이용) 규정에 의해 개방병원의 시설·장비 등과 의료진 등의 사용을 허가 받은 경우이므로, 개방병원 측은 의료 계약의 채무자인 개방의원의 이행 보조자 내지 이행 보조자로 취급되는 이행 대행자에 위치한다는 의견이 제시될 수 있다(이준호, 2000). 또한 개방병원 측 과실일 경우 이러한 과실의 책임을 개방의원에게도 민법 제 756조 사용자 책임을 물을 수 있는지 여부가 논란이 될 수 있다. 이 경우 개방병원의 간호사, 의료기사 등의 의료진에게 과실이 있는 경우 개방의원이 의료 행위의 주체가 되므로 당해 의료진에 대한 객관적 지휘감독 관계가 인정될 수 있을 것이다. 시설 등의 하자가 존재하는 경우엔 개방의원에 개방병원에 대한 지휘감독 관계가 인정될 수 있을 지에 대해선 추가적 검토가 필요하다. 다만 개방병원과 개방의원 간의 이용 계약에서 각각의 과실에 대해 각자 책임을 지기로 하는 것이 일반적인 경우로 보이며, 이때 개방의원의 개방병원에 대한 지휘감독이 인정되기는 어려울 것으로 보인다는 의견이 제시되었다(이준호, 2000).

그러나 이러한 기본적인 의료분쟁 처리 제도를 통해서도 환자가 의료기관을 대상으로 소송을 제기하는 것뿐만 아니라 소송에서 승소하는 것도 쉽지가 않았다. 다행히 그동안 논의된 의료분쟁조정법안이 2011년 3월 8일 제정되어 2012년 4월 8일 시행되었다. 그러나 이 법안은 병원의 동의가 없는 경우 조정·중재를 통한 권리 구제가 불가능하기 때문에 반쪽짜리 법이라는 지적을 받고 있다.²⁷⁾ 반면 의료 사고로 인한 분쟁이 발생하여 공급자의 잘못으로 판명 났을 때, 공급자의 입장에서는 경제적인 문제를 포함하여 여러 어려움에 직면할 수 있다. 이러한 요인은 개방병원제도를 활성화시키는 데 중요한 걸림돌의 하나로 작용하고 있다. 현 개방병원 제도하에서는 이러한 문제에 대한 해결 방안이 미흡하다(이평수 등, 2001).

2. 개선 방안

개방병원제도에서 다루는 의료분쟁 책임 분담에 대한 논의의 초점은 환자와 의료진 간에 있는 것이라기보다는 의료진 간, 즉 개방병원과 계약의 사이의 책임 분담에 초점을 맞추는 것이다. 따라서 의료분쟁이 발생했을 때 적용되는 책임분담 방안은 크게 의료분쟁 해결을 위한 절차와 책임 소재가 가려진 후 손해배상에 대한 비용 분담으로 구분될 수 있다.

따라서 책임분담 방안의 기본 원칙으로, 첫째, 개방병원과 계약의의 공동 대처가 필요하다. 계약의는 개방병원에 비해 상대적으로 전담 인력,

27) 이러한 문제점을 보완하기 2016년 5월 19일에 일명 '신해철법'이라 불리는 「의료분쟁조정법」이 국회를 통과하였다. 이 법에는 의료분쟁 조정 절차 자동 개시 조항을 담고 있다. 그러나 자동 개시 대상 사건이 사망과 중상해로 축소되었고, 중상해의 범위가 사망, 1개월 이상 의식불명, 「장애인복지법상」장애등급 1급 중 대통령령으로 정하는 경우로 구체화되었다. 따라서 이러한 중상해가 아닌 의료분쟁은 의료기관이 동의를 하지 않는 경우 의료분쟁조정법의 적용을 받지 못한다.

협상력과 같은 부분에서 불리한 위치에 있는 경우가 대다수이기 때문에, 책임 소재가 불분명한 의료 사고가 발생할 시 계약의가 불이익을 당할 가능성이 높다. 이는 계약의의 개방병원제도 참여를 방해하는 요인으로 작용할 수 있다. 그러므로 상대적으로 약자인 계약의뿐만 아니라 개방병원에 대해 보다 적극적으로 의료분쟁에 대처할 수 있도록 해야 할 것이다 (이평수 등, 2001).

둘째, 의료 사고의 책임 소재 파악을 위한 제도적 장치의 마련이 필요하다. 기본적으로 의료 사고에 대한 책임은 의료 사고의 원인 제공자가 우선적으로 책임을 져야 한다. 개방병원제도하에서 의료 사고 발생 원인은 크게 의료 인력이 환자 진료 시 발생하는 경우와 개방병원의 시설 및 장비에 기인하는 경우, 그리고 누구의 잘못도 아닌 불가항력적인 경우로 구분할 수 있다. 특히 의료 인력이 환자 진료 시 의료 사고가 발생한 경우, 다시 계약의가 진료 중에 발생하는 경우와 개방병원의 의료진에 의해 제공되는 환자 진료 시에 발생하는 경우로 나눌 수 있다. 제도를 계획할 때, 의료 사고 발생 사례에 따른 책임 소재를 하나하나 제시하는 것은 효과적이지 않은 방안일 뿐만 아니라 불가능하다고 볼 수 있다(이평수 등, 2001). 따라서 동 제도를 도입함에 있어 책임 소재를 분명히 가릴 수 있는 제도적 장치를 마련하는 것이 우선적으로 고려되어야 한다.

가. 합리적인 의료분쟁 해결 절차 마련

의료분쟁 해결 절차의 보완이 필요하다. 의료분쟁 해결을 위한 제도적 장치는 관련 문제로 심사, 조정, 중재제도 등이 이에 해당하는데, 2012년 4월부터 의료분쟁조정법(2011. 3. 8. 제정, 2012. 4. 8. 시행)이 시행되어 제도적 장치는 마련되었다고 할 수 있다. 따라서 전체적인 의료분쟁

해결 절차는 현재 시행 중인 의료분쟁조정법의 범위를 따르는 것이 현실적이지만, 병원의 동의가 없는 경우 조정·중재를 통한 권리 구제가 불가능하다는 한계를 가지고 있다. 따라서 의료분쟁조정법안이 제 역할을 할 수 있도록 보완이 필요하다. 개방병원제도하에서 반드시 고려되어야 될 것은 개방병원과 계약의 간 의료분쟁 조정 절차에 관한 것이다. 현재 개방병원으로 지정되어 개방병원제도를 운영하고 있는 의료기관에서 이 부분에 관해 계약서에 명목적으로 기재하고 있지만 보다 강제화할 수 있는 방안이 반드시 검토되어야 한다. 의료분쟁 해결을 위한 절차의 마련과 이러한 절차를 합리적이고 중립적으로 수행할 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

나. 배상책임보험제도의 활성화 방안 마련

의사 및 병원 배상책임보험제도의 활성화가 필요하다.²⁸⁾ 현재 분쟁이

28) 주요 국가의 배상책임보험(Professional liability insurance)사례

- ① 미국 사례: 가입 형태는 임의보험이다. 즉 보험 가입자가 책임보험 가입 여부를 임의로 결정할 수 있는 형태이다. 그러나 개방병원제하에서 모든 개원 의사는 병원 특권을 얻거나 갱신할 때, 또는 면허를 취득할 때 의료 사고 배상보험에 필수적으로 가입해야 하므로 준강제 보험의 성격이라 할 수 있다. 배상책임보험의 종류는 3가지다. 첫 번째는 의사배상책임보험으로 가입자는 개인 개업의 또는 병원 근무 의사이며, 운영은 전문 과목별로 보험료율이나 책임의 범위가 별도로 정해져 있다. 두 번째는 비의사 의료 전문인 배상책임보험으로, 의사 이외의 의료 종사자로 방사선기사, 물리치료사, 약사, 간호사 등이 가입한다. 업무 수행상 발생하는 과오에 따르는 배상책임을 부담한다. 의료 종사자에 따라 보험료율이나 그 책임의 한계가 구분되어 있다. 세 번째는 병원배상책임보험으로 가입자는 병원이다. 신체적 상해보다는 피해 그 자체에 중점을 둬으로써 인적 피해 및 재산 피해까지 포괄한다. 즉 건물, 설비 등의 사용 시에 발생하는 사고도 보험 급여의 대상이다.
- ② 일본 사례: 가입 형태는 임의보험으로 일본 의사회 의사배상책임보험의 피보험자는 일본 의사회 A회원에 한한다. 일본 의사회는 A회원으로 개업이나 병원장 또는 과장급 이상 의사를, B회원으로 대학 병원 근무 의사를, C회원으로 수련의를 정하고 있다. 운영은 일본의 사회가 5개 보험회사와 계약에 의해 배상책임보험 업무를 위탁하는 형태를 취하고 있다. 의사회의 의사배상책임보험에 가입할 수 없는 사람이나 보험 급여 대상에서 제외되는 급여에 대한 보증을 위해 사보험회사(6개사)가 의사배상책임보험을 개설하고 있다.
- ③ 미국 및 일본 제도의 문제점: 미국에서는 손해배상책임보험 소송의 담보로 인해 손해배상 책임 보험료가 급속하게 증가하고 있다. 1970년대 이래 병원 경영의 위험 관리 기술을

발생할 경우 그 비용은 환자와 의사가 전적으로 부담하고 있는 실정이다. 개방병원제도하에서도 의료분쟁 비용에 대한 문제는 중요한데, 의료분쟁 해결을 위한 절차가 아무리 법제화되더라도 환자에게 배상해 줄 재원 마련이 어렵다면 그러한 제도는 유명무실해질 가능성이 크다. 따라서 피해를 받은 환자에게 타당한 배상을 합리적 기준에 의해 배상해 줄 수 있는 재원을 마련하는 것은 의료분쟁 해결 방안의 성패를 좌우하는 중요한 과제이다(이평수 등, 2001).

그러나 우리나라의 경우 현재 의료분쟁조정법이 법제화되어 있지만 안정적이지 못해 보험회사, 의사, 병원들의 배상책임보험제도에 대한 참여율이 떨어져 있는 상태일 뿐만 아니라, 참여 인력의 제한으로 위험분산(risk sharing) 기능이 제대로 발휘되지 않아 보험의 활성화가 어려운 실정이다(이평수 등, 2001). 따라서 의사 및 병원 배상책임보험제도를 활성화할 수 있는 다양한 제도적 유인이 마련되어야 할 것이다(이선희 등, 2005; 이평수 등, 2001).

향상시키기 위해 위원회, 위험 관리자 등을 두어 손해의 평가나 그 방지, 경감 수단을 연구하도록 함으로써 성과를 보고 있지만, 보험료는 여전히 높은 수준에 머무르고 있다. 두 번째 문제는 높은 보험료로 인한 자원의 비효율적 배분이다. 조지아 주의 경우 산과 의사가 없는 지역이 44%나 되며 뉴욕 주의 경우 의사가 의료사고 담보를 취득할 때까지 의사의 개업 능력을 제한, 의사들이 보험료가 싼 다른 지방으로 의료기관을 옮기는 현상이 나타나고 있다. 일본의 손해배상책임보험의 문제점은 보험의 적용 대상이 일본 의사회 의 A회원인 의사의 의료 행위에 대한 것이라는 점이다. 따라서 많은 의사가 참가하지 못하고 사보험회사의 손해배상책임보험에 가입하고 있는 실정이다. 보험금의 지급 범위가 100만 엔 이상에 한하는 것이기 때문에 의료분쟁 처리 건수 중 100만 엔 이하가 78%를 차지하는 현실에 비추어 볼 때 의료분쟁을 전반적으로 처리한다고는 볼 수 없다(이평수 등, 2001).

다. 의료배상공제조합 설립 및 운영

개방병원제도에 가입한 병의원이 의료배상공제조합을 설립·운영하는 방안이다. 현행 의료분쟁법 제45조29)에서 의료배상공제조합 설립 및 운영에 관한 사항을 다루고 있다. 현재는 의료기관이나 의사가 <대한의사협회>의 의료배상공제조합에 가입해 위험을 분산케 하고 있지만 의무 가입은 아니다. 단, 2016년 6월 23일부터 시행되는 ‘의료 해외 진출 및 외국인 환자 유치 지원에 관한 법’에서 외국인 환자 유치 의료기관에 대한 의료사고배상책임보험 가입을 의무화하고 있다. 따라서 개방병원제도에 참여하는 병의원도 이 보험에 의무적으로 가입하도록 하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 다만 의료분쟁조정법(안)의 의료배상공제조합이 의료사고보험의 공급 독점과 강제 가입을 규정하는 경우 경쟁의 배제로 인해 도덕적 해이가 야기될 수 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 의료배상공제조합의 보상 한도액을 적정한 수준으로 결정하고 보상 한도액을 넘어서는 부분은 개별 부담을 규정함으로써 의료기관 및 의사 개인이 민간 의료배상책임보험에 선택적 가입을 할 수 있도록 하는 방안도 있다(이평수 등, 2001).

29) 제45조(의료배상공제조합의 설립·운영): ① 보건의료인 단체 및 보건의료기관 단체는 의료 사고에 대한 배상을 목적으로 하는 의료배상공제조합(이하 “공제조합”이라 한다)을 보건복지부 장관의 인가를 받아 설립·운영할 수 있다. ② 공제조합은 법인으로 한다. ③ 공제조합은 의료 사고에 대한 배상금을 지급하는 공제 사업을 운영하여야 한다. ④ 보건의료기관 개설자는 자신이 소속되어 있는 보건의료인 단체 및 보건의료 기관 단체가 운영하는 공제조합의 조합원으로 가입할 수 있고, 공제조합에 가입한 경우 공제조합이 정하는 공제료를 납부하여야 한다. ⑤ 공제조합의 설립·운영 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. ⑥ 공제조합에 관하여 이 법에서 규정된 사항 외에는 「민법」중 사단법인에 관한 규정을 준용한다.

제3절 관련법 개선 방안

1. 개방병원제도 법적 근거

가. 현황 및 문제점

현재 시행 중인 개방병원제도는 의료법 제39조30) '시설 등의 공동 이용' 규정이 간접적으로나마 법적으로 허용될 수 있는 근거가 되고 있지만, 의료법상 명문으로 인정된 제도라고 보기는 어렵다. 현행 의료법 제39조 '시설 등의 공동 이용'에 의하여 인정되고 있는 시설 등의 공동 이용 유형은 개방병원제도의 유형뿐 아니라 의원 임대 또는 의원 간 시설의 공동 이용 등과 같은 다른 여러 유형까지도 일정한 제한하에 포괄적으로 허용한 것으로 해석·운용될 수 있기 때문이다(국회 보건복지위원회, 2005). 따라서 의료법 제39조는 의료기관 간 다양한 의료 서비스 협력³¹⁾

30) 제39조 (시설 등의 공동 이용)

- ① 의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 받아 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다.
- ② 의료기관의 장은 그 의료기관의 환자를 진료하는 데에 필요하면 해당 의료기관에 소속되지 아니한 의료인에게 진료하도록 할 수 있다.
- ③ 의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료 사고에 대하여는 진료를 한 의료인의 과실 때문이면 그 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 결함 때문이면 그것을 제공한 의료기관 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다.

31) 의료법 제39조의 '시설 등의 공동이용'에 의거하여 실제 의료 현장에서 형성되고 있는 모형을 유형화해 보면, 크게 3가지 정도를 들 수 있다. 첫째, 제1유형: 병원-의원, 둘째, 제2유형: 의원-의원 복합체, 셋째, 제3유형: 병원-병원(양한방 병원 간 또는 전문병원 간). 각 유형에 따른 법 정비 방안을 제시하면 다음과 같다.

- ① 제1유형: 병원-의원(현행 개방병원제도): 제1유형은 현재 운영 모형과 관련하여 일정 수준 제도화가 이루어진 상태이며, 이에 대한 세부 시행 방안이 '개방병원 운영안내'라는 지침 형태로 이미 마련되어 시행 중에 있다. 그러나 제도와 관련된 정확한 법적 근거 조항이 정비되어 있다고 보기 어려워 제도의 예측성을 높이고, 의료 현장에서의 법 규정 해석의 혼란을 최소화하기 위해선 이 제도에 맞는 조항을 적극적으로 신설할 필요가 있다.
- ② 제2유형: 의원-의원 복합체: 제2유형과 관련하여, 의원 개설에 있어서는 병원과는 달리, 갖추어야 할 시설 기준이 특별히 정해져 있지 않기 때문에 의원 간의 시설 이용은 보다

이 이루어질 수 있는 여지를 열어 놓는 핵심 근거가 되고 있다는 점에서 전향적인 법 규정으로 평가될 수 있으나 현재 시행 중인 개방병원제도를 겨냥하기보다는 포괄적인 의미에서 시설의 공동 이용을 언급하고 있기 때문에 개방병원제도 자체를 직접적으로 규정하고 있다고 보기는 어렵다(국회 보건복지위원회, 2005). 특히 보건복지부에서 주요 정책으로 추진하고 있는 개방병원제도의 법적 근거나 지침으로 위 규정을 활용하는 데 제약점이 있고 법 적용 과정에서 혼란을 초래하고 있다(이선희 등, 2005).

나. 개선 방향

자원 효율성을 제고하기 위해 시설 공동 이용을 위한 법적 근거 확보를 정비해 나가야 할 필요가 있다. 특히 개방병원제도와 관련된 정확한 법적 근거 조항이 정비되어 있다고 보기 어려움에 따라 제도의 예측성을 높이고, 의료 현장에서의 법 규정 해석의 혼란을 최소화하기 위해선 이 제도에 맞는 조항을 적극적으로 신설할 필요가 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 결론적으로, 현행 의료법 제39조 ‘시설 등의 공동 이용’ 조항은 다양한 유형의 시설 공동 이용을 포괄하는 근거 조항으로 활용하고 관련 세부 규칙들을 일관성 있는 방향으로 정비해 나갈 필요가 있다. 다만

용이하다고 볼 수 있으며, 현행 법 제39조 규정하에서도 일정 부분 운용이 가능한 형태이다. 이러한 의원들이 모여 병원급의 시설(병상 수 등) 및 필수 진료 과목 기준을 충족시킨다면, 운영 주체만 단독이 아닐 뿐 의원 복합체가 실질적으로는 병원 규모와 기능을 수행할 수 있게 될 것이다. 공동 이용을 허용하는 상태에서는 현재 병원에 적용하고 있는 시설 기준을 소유 주체 중심에서 기능 중심으로 확대할 경우 기존의 병원과도 차별성을 갖기 어려울 것이며 서비스를 받는 국민의 입장에서나 자원의 효율성 측면에서 긍정적인 측면이 있으므로 제약을 둘 필요는 없다고 판단된다. 따라서 의료시장의 변화에 따라 이러한 운영 모형에 대한 수요가 증대될 것으로 판단되며 기존의 병원 규정과의 연관성에 대해 틀을 정비해 나갈 필요가 있을 것으로 판단된다.

- ③ 제3유형: 병원-병원: 동일 건물 또는 인접 건물 내에서 양한방 협진 병원이나 전문병원들이 시설 및 장비 등을 공동 이용하는 형태이다(이선희 등, 2005).

개방병원제도의 경우엔 개방병원제도 활성화 방안을 모색해 가는 과정에서 미비한 점이 있기 때문에 본 제도를 법적 테두리 안에서 활성화시키기 위한 새로운 근거 조항을 신설하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 또한 향후 의료시장의 변화에 따라 다양한 형태의 기관 제휴 모형들이 늘어날 경우 변화하는 정책 수요에 부응할 수 있도록 현재와 같이 독립 기관마다 시설을 자체 보유하도록 하는 의료법의 시설 인력 기준을 전면 기능 보유 여부에 중점을 두는 방향으로 제정하는 것을 근본적으로 검토할 필요가 있다(이선희 등, 2005).

개방병원의 법적 근거를 확보하기 위한 방안으로는 법 제39조에 관련 조항을 추가하는 방안³²⁾과 단일 조항³³⁾에 개방진료에 관한 사항을 별도로 만드는 두 가지 대안을 고려해 볼 수 있다. 첫 번째 대안은 개방병원제도를 시설 공동 이용의 한 유형으로 분류하기 때문에 공동 이용이라는 포괄적인 입장에서 접근해 갈 경우 적절한 방안이라고 볼 수 있다. 그러나 정부의 지원 의지를 이끌어 내고 제도적 발전을 달성하기 위해서는 첫 번째 대안보다는 두 번째 대안이 개방병원제도의 근거를 명확히 하고 제도

32) 제39조 (시설 등의 공동이용)

- ① 의료인은 다른 의료기관의 장의 동의를 얻어 그 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료할 수 있다.
- ② 의료기관의 장은 당해 의료기관의 환자의 진료를 위하여 필요한 경우에는 당해 의료기관에 소속되지 아니한 의료인으로 하여금 진료를 하게 할 수 있다.
- ③ 의료인이 다른 의료기관의 시설·장비 및 인력 등을 이용하여 진료하는 과정에서 발생한 의료 사고에 대하여는 진료를 행한 의료인의 과실로 인한 경우에는 당해 의료인에게, 의료기관의 시설·장비 및 인력 등의 흠으로 인한 경우에는 이를 제공한 의료기관의 개설자에게 각각 책임이 있는 것으로 본다.
- ④ 제1항의 공동 이용이 의원과 의료기관 종별이 다른 의료기관 간 계획적이고 지속적으로 이루어지는 것을 개방진료라고 하며, 국가는 이에 필요한 제도적·재정적 지원을 하여야 한다(신설).

33) 제39조의 1(개방진료)

- ① 의원을 개설한 의료인이 계약에 의하여 의료기관 종별이 다른 타 의료기관의 시설·장비 및 인력을 계획적이고 지속적으로 이용하여 환자를 타 의료기관과 공동으로 진료 및 관리하는 것을 개방진료라 하고, 이러한 경우 타 의료기관을 각각 개방의원과 개방병원이라 한다.
- ② 국가는 개방진료에 참여하는 개방병원의 육성 및 발전에 필요한 제도적·재정적 지원을 하여야 한다.

적 지원까지도 명시할 수 있다고 판단된다. 개방병원 운영 신청에 관한 기준 및 절차에 관한 사항은 현재와 같이 복지부의 권장 지침 형식으로 홍보하고 활용하게 해야 하며, 점차 개방병원제도의 운영 틀이 체계를 갖추게 되면서 중장기적으로 이에 대한 공통된 틀을 의료법 시행 규칙에 부가해 가도록 해야 한다(국회 보건복지위원회, 2005).

2. 의원 임대의 허용을 위한 법적 근거

가. 현황 및 문제점

현재와 같이 의원과 병원의 거리가 가깝지 않은 경우 예약 진료만 가능하기 때문에, 응급 상황 시 신속한 대처가 요구되는 진료 영역의 경우 개방병원제도하에서 수용하기 어렵다고 볼 수 있다. 병원 내 의원 임대는 이러한 물리적 거리를 최소화함으로써 독립 주체로서 효율성에 대한 동기를 유지하면서 상호 자원 공유를 가능하게 하는 장점이 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 그러나 현행 의료법상 의료법인은 원칙적으로 민법상 재단법인과 같이 비영리목적 법인으로 파악하고 있고, 의료 업무 외에 할 수 있는 부대사업³⁴⁾에 다음의 7가지 사항만 허용이 되며 임대 등 수익

34) 제49조(부대사업) ①의료법인은 그 법인이 개설하는 의료기관에서 의료업무 외에 다음의 부대사업을 할 수 있다. 이 경우 부대사업으로 얻은 수익에 관한 회계는 의료법인의 다른 회계와 구분하여 계산하여야 한다.<개정 2008. 2. 29. 2010. 1. 18. 2015. 1. 28.>

1. 의료인과 의료 관계자 양성이나 보수교육
2. 의료나 의학에 관한 조사 연구
3. 「노인복지법」 제31조 제2호에 따른 노인의료 복지시설의 설치운영
4. 「장사 등에 관한 법률」 제29조 제1항에 따른 장례식장의 설치운영
5. 「주차장법」 제19조 제1항에 따른 부설 주차장의 설치운영
6. 의료업 수행에 수반되는 의료 정보 시스템 개발·운영사업 중 대통령령으로 정하는 사업
7. 그 밖에 휴게음식점영업, 일반음식점영업, 이용업, 미용업 등 환자 또는 의료법인이 개설한 의료기관 종사자 등의 편의를 위하여 보건복지부령으로 정하는 사업

② 제1항 제4호·제5호 및 제7호의 부대사업을 하려는 의료법인은 타인에게 임대 또는 위탁하여 운영할 수 있다.

사업은 인정하지 않고 있다(이선희 등, 2005).³⁵⁾

나. 개선 방향

의료 환경의 변화로 의료기관 간 효율성 제고를 위한 시설 공동 이용이 증가하면서 전문의 인력의 공백을 보완해 갈 수 있는 여지가 향상되고 있으며, 특히 생산성 높은 전문의가 동일 건물에서 공동 진료할 경우 응급적인 대처가 가능하고 협진의 질을 높일 수 있다는 측면에서 의원 임대 의 필요성이 높아지고 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 의원 임대가 가능해질 경우 병원은 생산성 낮은 고용 의사 대신 생산성이 높고 적극적인 진료가 가능한 의원과 협력함으로써 병원시설의 효율성을 높이는 동시에 환자 만족도를 제고할 수 있다. 또한 의원의 경우에도 최소한의 투자로 자신의 전문성을 높일 수 있는 이점이 있어 향후 의료시장에서 가장 수요가 증대될 제휴 모형이라고 할 수 있다(이선희 등, 2005). 병원 내 의원 임대가 허용될 경우 중소 병원의 유휴 자원 활용이라는 긍정적 측면 외에

③ 제1항 및 제2항에 따라 부대사업을 하려는 의료법인은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 미리 의료기관의 소재지를 관할하는 시·도지사에게 신고하여야 한다. 신고사항을 변경하려는 경우에도 또한 같다. <개정 2008. 2. 29. 2010. 1.18.>

35) 2004년도에는 병원 내 의원 임대를 허용하는 법안을 검토한 바는 있으나 결정된 바는 없다. 다만 건축물과 관련한 건축법 등 타 법령의 위반 사항이 없는 경우 병원 시설을 축소하고 변경 허가를 취득한 후, 그 자리에 다른 의료기관을 개설하는 것을 가능하다고 보았다. 그러나 2005년에 이르러서는 의료법상 의료기관 임대와 관련한 제한 사항은 없다는 입장은 같으나 병원은 건축법상 의료시설로 분류되고 의료사업은 일반적으로 비영리사업이므로 임대사업 등 영리사업을 제한하고 있으므로 의료기관(병원)으로 개설된 곳에서 종별이 다른 의료기관(의원)에 임대하여 개설할 수는 없다는 의견을 제시하고 있다. 복지부의 유권 해석들을 종합해 보면, 병원이 이미 개설되어 있는 경우 병원이 병원 시설을 축소하고 이를 근린시설 등과 같은 용도로 변경하여 여기에 다른 의료기관을 개설하는 것은 가능하겠으나, 병원 자체에서 병원시설로 신고되어 있는 곳에 의원을 개설하는 것은 불가하다는 것으로 해석하고 있다. 다만, 시설 일부를 변경하여 의원에게 임대할 경우 이를 수익 사업으로 볼 것이냐의 문제가 존재하며, 보건복지부는 의료사업이 비영리사업이므로 일반적으로 임대사업 등 영리 활동은 제한되어야 한다고 판단하고 있는 것으로 보인다. 그러나 의료업 자체의 영리성 여부와 의료법인의 사업이 비영리적이어야 한다는 것은 분명히 구별하여야 할 것으로 보인다(이선희 등, 2005).

도 병원의 전문의 인력 구인난을 해소할 수 있는 실질적인 방안이 될 수 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 또한 개방병원제도 측면에서도 병원 내 의원 임대차 허용될 경우 응급적 대처가 필요한 진료 영역까지도 개방 병원의 범위에 포함시킬 수 있으며, 개방병원제도를 확산시킬 수 있는 계기로 활용할 수 있다(이선희 등, 2005).

한편 개방병원제도에 의원 임대 조항을 포함하는 방안도 고려할 필요가 있다. 의원 임대가 인정될 경우 참여 가능한 개원의 범위에 대한 제한 요건이 없기 때문에 개방의로서 개방병원에 참여할 수 있을 것으로 보인다. 그러나 개방병원제도 활성화를 위하여 우선 개방병원 참여 기관에 대한 의원 임대를 허용하는 방안을 전향적으로 검토할 필요가 있다. 이러한 경우 병원의 참여 의지가 높아질 것이며 제한된 범위 내에서 의원 임대를 시범운영해 봄으로써 의원 임대의 부정적 측면을 파악하여 보완해 가는 정보로 활용할 수 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 초기에는 이러한 개선 사항이 충분히 인지될 때까지 한시적으로 홍보할 필요가 있으며, 구체적으로는 현재 복지부가 제안하는 개방병원제도 운영 지침 속의 ‘개방의원의 참여기준’에 관련 조항을 신설하도록 하는 방안도 검토할 필요가 있을 것이다(이선희 등, 2005)

의료법상 병원 내 의원 임대에 대한 특별한 제약이 없으므로, 비영리기관의 부대사업을 엄격히 고려한 복지부의 유권 해석 입장이 최근의 입법 변화를 고려하여 긍정적인 방향으로 정리된다면 현행 의료법 체계하에서 의원 임대를 추진하는 것에 문제가 없을 것으로 판단된다(국회 보건복지위원회, 2005). 특히 유권 해석의 근거를 앞서 언급한 바와 같이 ‘학교법인이나 사회복지법인의 형태로 개설된 병원에 목적 사업 수행에 지장이 없는 범위 안에서 수익 사업이 허용되고 있는’ 예까지 고려할 경우 법적인 근거를 구하는 것도 별 문제가 없을 것으로 판단된다(국회 보건복지위

원회, 2005). 다만 보다 근본적으로는 의료법인의 부대사업에 대해 이로 인한 수익 사업의 회계 처리와 그 이익을 고유 목적 사업(중축, 장비 도입 등) 수행에 재투자되어 사용되도록 전제한 가운데, 사업 범위를 확대하도록 하는 입법 추진이 필요할 것으로 보인다.

병원의 의원 임대 문제에 병원이 비영리기관임을 들어 일부 부정적인 입장이 있지만, 이는 의료법인에 국한된 문제로 보아야 할 것이고, 의료법인 개설 병원과 일반 병원은 구별하여야 할 것이다. 또한 '시설 공동 이용'의 문제와 '의원 임대' 문제는 서로 밀접하게 연관된 사항이라는 점이다. 따라서 개방병원제도 활성화를 위하여 의원 임대를 허용하는 방안에 대한 검토가 필요한 시점이다.

3. 전속 전문의 규정과 의원 임대 문제

가. 현황 및 문제점

의료기관은 종별에 따라 의료법 제32조, 시행규칙 제28조의 6에서 정한 의료인의 정원에 따라 의료인을 두어야 하며 종합병원의 경우 의료법 제3조에서 정한 전속 전문의를 두도록 규정하고 있다. 따라서 의원 임대의 문제는 일반적으로 병원에서 일부 시설을 외부 의료인에게 임대하거나 위탁운영 할 수 있는가의 문제도 논란이 될 수 있지만 임대 범위가 의료법상 의무적으로 개설해야 할 진료 과목과 관련될 경우엔 전속 전문의를 규정하고 있는 의료법이 의원 임대를 허용하는 데 있어 또 다른 장애요인이 될 수 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 전속 전문의 규정 조항은 각 의료기관의 진료 필요성이나 생산성과 무관한 획일적인 인력 기준으로서 시대에 뒤떨어지는 규제라는 비판들이 지속적으로 제기되어 왔

다. 특히 인력 수급이 어려운 지역의 중소 병원에는 큰 부담이 되고 있다(이선희 등, 2005). 한편으로는 의무적인 인력 기준을 채우기 위해 진료 실적이 낮고 동기 의식 또한 미약한 의료인에게 진료를 맡김으로 인해 발생하는 기관의 경영난과 환자 만족도 저하 문제가 또 다른 측면에서 의료의 비효율성 문제로 지적되어 왔다(이선희 등, 2005).

나. 개선 방향

의원 임대와 함께 고려해야 할 사항이 의원 임대의 경우 전속 전문의로 인정하느냐 문제이다. 종합병원의 개설 요건에 해당하는 진료 과목 및 전속 전문의 확보를 대신하여 의원 임대를 도입하는 경우 의원 임대를 통한 병원 내 의원 개설이 종합병원의 요건을 충족할 수 있는 방향으로 추진될 필요가 있다. 특히 ‘시설 공동 이용’ 허용과 같이 기관 간 공동 제휴를 인정하고 활용하는 취지로 정책 방향이 추진되고 있는 상황에서 전속 전문의 조항은 전반적인 정책 흐름과도 맞지 않는다고 할 수 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 전속 전문의 규정이 의료의 질과 환자의 안전을 위한 장치로 간주해 왔다면 전속 전문의 배치나 의원 임대를 통해서든 세부 방법은 의료기관의 재량에 맡기고 이러한 전문의 기능을 갖추도록 정책 목표를 요구하는 것이 타당하며, 이러한 측면에서 전속 전문의 기능도 의원 임대 시 대치할 수 있도록 허용하는 방안을 검토할 필요가 있다(박정연, 2004; 이선희 등, 2005; 이윤태 등, 2002).

4. 개방병원의 명칭 및 광고 허용 방안

가. 개방병원 명칭 허용방안

개방병원이나 개방의원의 경우 병원명과 의원명을 표시할 때 원하는 경우에 한해 종별 명칭 외에도 “개방병원” 또는 “개방의원”이라는 명칭도 사용할 수 있도록 개정할 필요가 있다(이운태 등, 2002; 이선희 등, 2005). 이러한 제도에 참여한다는 사실이 병원의 공익적 이미지 향상과 의료의 높은 질적 수준의 간접적 홍보 효과를 줄 수 있기 때문이다. 이는 이해 주체들에게는 중요한 비금전적 유인 방안이 될 수 있다. 환자의 입장에서선 선택한 의료기관의 중요한 정보로서 알 권리 차원에서 필요하다고 판단된다(이선희 등, 2005).

나. 개방병원의 광고 규제 완화

현재 의료법 시행규칙 제33조의 제1항 제12조 제11호에 따르면 시설 등의 공동 이용에 관하여는 광고를 할 수 있으나 개방진료에 관한 사항은 인정하지 않고 있는 실정이다. 이는 개방병원제도가 포괄적인 의미에서 공동 이용에 속하고 있음을 고려할 때 일관성이 없는 규제라고 볼 수 있다(국회 보건복지위원회, 2005). 개방병원제도 참여에 대한 광고는 개방병원제도 참여 이해 주체에게는 중요한 비금전적 유인이 될 수 있고 환자에게는 선택 기관에 대한 정보 제공이라는 긍정적 취지가 있으므로 광고를 허용하는 것이 적절하다고 판단된다. 따라서 다음과 같이 개방진료에 관한 광고를 허용하는 규정을 신설할 필요가 있다(박정연, 2004; 이선희 등, 2005).

제4절 소결

지금까지 개방병원제도와 관련된 주요 정책적 이슈는 수가 체계, 의료 분쟁, 그리고 관련법 등을 들 수 있다. 이와 관련된 개선 방안은 개방병원 제도를 시범사업으로 도입한 시기인 2001년부터 제기되어 온 것이다. 그럼에도 불구하고 개선 방안이 지금까지 정책화되지 못한 이유는 정부나 의료계 모두가 개방병원제도의 필요성에 대한 확신이 부족했기 때문이라고 판단된다. 그러나 도입 초기와는 달리 비효율적인 의료 공급 체계로 인하여 보건의료 체계의 지속성에 의문이 제기되고 있는 상황에서 2016년 초에 의료 전달 체계 확립을 위한 위원회가 구성되어 의료공급 체계 확립 및 효율화를 위한 노력을 진행하고 있다. 이러한 효율적인 의료공급 체계 확립을 위한 시발점은 도입된 지 13년 여가 지난 개방병원제도를 활성화하는 것이라 판단된다. 특히 공공병원을 포함한 지방 병원들의 의사 인력 확보의 어려움과 개원의의 대대분이 단과 전문의로 전공의 과정에서 수련한 의료 지식과 기술을 제대로 활용하지 못하는 문제 등이 중요한 문제로 지적되고 있다. 개방병원제도의 활성화는 단기적으로는 공공병원과 지방 병원들의 의사 인력 확보 문제를 해결할 수 있을 뿐만 아니라 개원한 전문의의 전문적인 의료 기술과 지식을 적절하게 활용할 수 있는 토대를 제공하는 데 크게 기여할 수 있다. 장기적으로는 우리나라 의료 전달 체계를 포함한 의료공급 체계의 효율성을 제고하는 데도 크게 기여할 것으로 판단된다. 개방병원제도를 활성화해야 하는 이유가 바로 여기에 있다. 그리고 개방병원제도 활성화를 위해 핵심적인 요소인 수가 문제, 의료분쟁 문제, 그리고 관련법 정비 등의 문제에 대한 정책 수립을 더 이상 늦추어서는 안 될 것이다.

수가 체계 개선과 관련한 주요 이슈는 개방병원제도와 관련한 수가 항

목 신설 문제와 병원 수가와 의원 수가의 미분리 문제이다. 수가 체계 문제와 관련해서 단기적으로는 합리적인 수익 배분율을 마련하고, 특히 공공병원을 중심으로 한 개방병원의 경우는 공공성의 특성을 고려하여 참여의를 확대할 수 있는 수익 배분율을 마련할 필요가 있을 것이다. 장기적으로 상대가치 수가 개정에서 개방병원제도에 적용할 수 있는 병원 수가와 의원 수가 분리, 그리고 개방병원제도와 관련된 환자 이송료, 개방병원 환자 관리료 등 수가 항목을 포함한 수가 체계의 개편이 필요하다고 판단된다.

의료분쟁과 관련해서는 개방병원제도에서 다루는 의료분쟁 책임 분담에 대한 논의의 초점은 환자와 의료진보다 의료진 간, 즉 개방병원과 계약의 사이의 책임 분담에 초점을 맞추는 것이다. 따라서 의료분쟁 발생 시 책임 분담 방안은 크게 의료분쟁 해결을 위한 절차와 책임 소재가 가려졌을 때 손해배상에 대한 비용 분담으로 구분 가능하다(국회 보건복지위원회, 2005). 의료분쟁의 해결을 위해서는 현재 시행 중인 의료분쟁조정법을 보완하는 것과 함께 합리적인 의료분쟁 해결 절차를 마련할 필요가 있다. 손해배상에 대한 비용을 마련하는 방안으로는 배상책임보험제도를 활성화하는 방안과 의료배상공제조합을 설립하여 운영하는 방안이 적합할 것으로 판단된다.

마지막으로 개방병원제도를 활성화하기 위해서는 관련법에 대한 보완이 필요하다. 특히 개방병원 지원을 위해 개방병원제도의 직접적인 근거를 마련할 필요가 있다. 또한 개방병원들의 의원 임대를 허용할 필요성이 제기되고 있다. 아울러 개방병원의 의원 임대인 경우 이를 전속 전문의로 인정받을 수 있도록 하는 방안도 검토할 필요가 있다. 필요할 경우 의료기관의 명칭이나 광고 범위에 개방병원제도 참여를 표시할 수 있도록 허용해야 한다.

제 10 장

결론 및 정책 제언

10

결론 및 정책 제언 <<

의료자원의 제약하에서 ‘보건의료의 효율성 제고’는 의료 체계의 성과를 높이기 위한 방안임과 동시에 국가적인 목표로 제기되어 왔다. 특히 우리나라와 같이 의료 전달 체계가 확립되어 있지 않은 비효율적인 보건의료 체계하에서는 중요한 정책 목표라고 할 수 있다. 개방병원제도(Attending Hospital System)는 지역 내 병원 자원을 개원 의사가 이용하게 하여 개원 의사가 자신의 환자에게 지속적인 의료를 제공하는 제도이다. 본 제도는 우리나라 보건의료 체계가 안고 있는 고질적인 과제인 전문의 중심의 의사 구조하에서 의사의 전문성을 제대로 활용하지 못하는 문제, 의료 자원의 유희화와 의사 인력 확보에 어려움을 겪고 있는 중소 병원의 문제를 동시에 해결할 수 있는 정책 대안으로 제기되어 2003년부터 실시되고 있지만 아직 정착되지 못하고 있다.

지금까지 논의된 개방병원제도와 관련된 주요 정책적 이슈는 수가 체계, 의료분쟁, 그리고 관련법으로, 이와 관련된 개선 방안은 개방병원제도를 시범사업으로 도입한 시기인 2001년부터 제기되어 왔다. 그럼에도 불구하고 개선 방안이 지금까지 정책화되지 못한 이유는 정부나 의료계 모두가 개방병원제도의 필요성에 대한 확신이 부족했기 때문이라고 판단된다. 도입 초기와는 달리 비효율적인 의료 공급 체계로 인하여 보건의료 체계의 지속성에 의문이 제기되고 있는 상황에서 2016년 초에 의료 전달 체계 확립을 위한 위원회가 구성되어 의료 공급 체계 확립 및 효율화를 위한 노력을 진행하고 있다. 이러한 효율적인 의료 공급 체계 확립을 위한 시발점은 도입된 지 13년 여가 지난 개방병원제도를 활성화하는 것이

라 판단된다. 특히 공공병원을 포함한 지방병원들의 의사 인력 확보의 어려움과 개원의의 대부분이 단과 전문의로 전공의 과정에서 수련한 의료 지식과 기술을 제대로 활용하지 못하는 문제 등이 중요한 문제로 지적되고 있다.

개방병원제도의 활성화는 단기적으로는 공공병원과 지방 병원들의 의사 인력 확보 문제를 해결할 수 있을 뿐만 아니라 개원한 전문의의 전문적인 의료 기술과 지식을 적절하게 활용할 수 있는 토대를 제공하는 데 크게 기여할 수 있다. 또한 장기적으로는 우리나라의 의료 전달 체계를 포함한 의료공급 체계의 효율성을 제고하는 데도 크게 기여할 것으로 판단된다. 이는 개방병원제도를 활성화해야 하는 핵심 이유라 할 수 있다. 개방병원제도 활성화를 위해 핵심적인 요소인 수가 문제, 의료분쟁 문제, 그리고 관련법 정비 등의 문제에 대한 정책 수립을 더 이상 늦추어서는 안 될 것이다.

수가 체계 개선과 관련한 주요 이슈는 개방병원제도와 관련한 수가 항목 신설 문제와 병원 수가와 의원 수가의 미분리 문제이다. 수가 체계 문제와 관련해 단기적으로는 합리적인 수익 배분율을 마련하고, 특히 공공병원을 중심으로 한 개방병원의 경우는 공공성의 특성을 고려하여 참여 의를 확대할 수 있는 수익 배분율을 마련할 필요가 있다. 장기적으로 상대가치 수가 개정에서 개방병원제도에 적용할 수 있는 병원 수가와 의원 수가 분리, 그리고 개방병원제도와 관련된 환자 이송료, 개방병원 환자 관리료 등 수가 항목을 포함한 수가 체계의 개편이 필요하다고 판단된다.

의료분쟁과 관련해서는 개방병원제도에서 다루는 의료분쟁 책임 분담에 대한 논의의 초점은 환자와 의료진 간에 있는 것이라기보다는 의료진 간, 즉 개방병원과 계약의 사이의 책임 분담에 초점을 맞추는 것이다. 따라서 의료분쟁 발생 시 책임 분담 방안은 크게 의료분쟁 해결을 위한 절

차와 책임 소재가 가려졌을 때 손해배상에 대한 비용 분담으로 구분 가능하다. 의료분쟁의 해결을 위해서는 현재 시행 중인 의료분쟁조정법을 보완하는 것과 함께 합리적인 의료분쟁 해결 절차를 마련할 필요가 있다. 손해배상에 대한 비용을 마련하는 방안으로는 배상책임보험제도를 활성화하는 방안과 의료배상공제조합을 설립하여 운영하는 방안이 적합할 것으로 판단된다.

마지막으로 개방병원제도를 활성화하기 위해서는 관련법에 대한 보완이 필요하다. 특히 개방병원에 대한 지원을 위해 개방병원제도의 직접적인 근거를 마련할 필요가 있어, 개방병원들의 의원 임대를 허용할 필요성을 제기하고자 한다. 아울러 개방병원의 의원 임대의 경우 이를 전속 전문의로 인정받을 수 있도록 하는 방안도 검토해야 한다. 그 외 필요한 경우 의료기관의 명칭이나 광고 범위에 개방병원제도 참여를 표시할 수 있도록 허용해야 한다.

의료 전달 체계를 확립하는 것은 보건의료 자원의 낭비를 방지하고 효율성을 증대시킬 수 있는 비용-효과적인 의료 체계를 구축하는 게 핵심 사항이다. 이는 우리나라의 보건의료 체계가 직면하고 있는 고비용-비효율이라는 문제를 해결하기 위한 정책 방안이며, 의료기관의 기능 정립을 포함한 의료 전달 체계를 확립해야 하는 이유라 할 수 있다. 개방병원제도 활성화는 이러한 의료 전달 체계 확립을 위한 첫걸음이 될 것으로 기대된다.

참고문헌 <<

- 강동균. (2011). 개방병원제도의 성공적 도입을 위한 관련 특성 분석. 가톨릭대학교 대학원.
- 강현석, 김경식, 박창언, 백상수, 조영남, 주동범, 황윤세. (2015). 통합방법 연구의 기초: 사회행동과학에서의 양적 접근과 질적 접근의 통합. 아카데미프레스.
- 건강보험심사평가원. (2016). 건강보험심사평가원 내부 자료.
- 국회 보건복지위원회. (2005). 개방병원 운영의 문제점과 개선 방안.
- 기획재정부. (2015). 2060년 장기 재정전망.
- 김계현. (2011). 의료기관 기능 재정립을 위한 제도적 개선 방안 연구. 의료정책연구소.
- 김미영, 정승은, 차지영. (2012). 혼합방법 설계. 하누리.
- 김미영, 김윤주, 김려화, 박금주, 지은주. (2013). 질적 연구에서의 인터뷰. 현문사.
- 김수용, 성병찬. (2011). 가입모형을 이용한 한국의 입출국자 수의 분석. 한국통계학회.
- 김세라, 김한성, 김정희, 최지숙, 주지수, 고윤희, 선준구. (2011). 개방병원제도 관련 수가체계 개선 등 활성화 방안 연구. 건강보험심사평가원.
- 김영숙, 류성림, 박판우, 성용구, 성장환, 유승희. (2009). 연구방법: 질적, 양적 및 혼합적 연구의 설계. 서울: 시그마프레스.
- 김영천. (2014). 질적연구방법론 I : Bricoleur, 파주: 아카데미프레스.
- 남상요. (2010). 일본의 의료보험제도 및 진료비지불체계에 관한 연구. 의료정책연구소.
- 문옥륜. (1972). 한국 보건의료체계 개혁론. 서울: 서울대학교 보건대학원.
- 박은영. (2009). 개방병원제도에 대한 지역주민들의 태도에 미치는 요인. 서울: 성균관대학교 대학원 석사학위논문.
- 박인숙. (2013). 무너지는 의료공급체계 어떻게 할 것 인가? 의사중심으로. 서울: 박인숙의원실.

- 박정연. (2004). 한국의 개방병원제 활성화 방안에 관한 연구: 병원행정실무자의 인식조사를 중심으로. 서울: 성균관대학교 행정대학원.
- 박지원, 김주형, 김화순, 박진희, 배선형, 송주은, 정승은. (2015). 간호연구, 서울: 수문사.
- 박준수. (2003). 한강수계 수질분석 및 예측을 위한 ARIMA 모형의 적용, 서울: 연세대학교 보건대학원.
- 백성선. (2005). 우리나라 개방병원제도의 도입과정 및 제도개선에 관한 고찰, 서울: 경희대학교 경영대학원 의료경영학과.
- 변재환. (2002). 개방병원제도 활성화방안. 한국병원경영연구원.
- 보건복지부. (2005). 개방병원 설명회 자료.
- 보건복지부. (2009). 개방병원 운영 안내.
- 보건복지부. (2013). 공공보건의료확충 종합대책.
- 보건복지포럼. (2000). *Health and Welfare Policy Forum 2000*, 10(통권 제 48호). 서울: 보건복지부.
- 보건산업진흥원. (2009). 병원경영분석 자료.
- 보건의료미래기획단. (2011). 국민의료비 증장기 假추계와 경제사회적 의미, 제2차 보건의료미래위원회 심의안건 제3호.
- 송건용 등. (2001). 의료기관종별 표준업무 개발 보고서. 보건복지부-한국병원경영연구원.
- 송근원. (2013). 회귀분석과 아리마시계열분석. 한국학술정보.
- 송태민. (2013). 2012년도 기준 환자조사 심층분석. 보건복지부.
- 안인환, 임준, 이근찬, 송태균, 석승식, 박성준, 박중애. (2002). 개방병원 활성화에 따른 경제적 효과 평가. 한국보건산업진흥원 정책연구보고서.
- 오성동, 강동관. (2006). 병원산업의 수직화와 분리에 대한 소고. *산업경제연구*, 19(3), 1225-1245.
- 오영호. (2000). 1차의료 활성화를 위한 의료자원의 공동활용방안. 서울: 보건사회연구원.
- 오영호. (2007). 우리나라 전공의 제도의 문제점과 개선방안. 대한산부인과학회.

- 오영호. (2012). 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼, 189(7).
- 오영호. (2013). 의료전달체계 붕괴로 인한 의료자원 및 의료이용 왜곡실태. 의료정책포럼, 11(3).
- 오영호 등. (2013). 2012년 환자조사 심층분석. 한국보건사회연구원.
- 유기용, 정중원, 김영석, 김한별. (2012). 질적연구방법의 이해. 서울: 박영사.
- 윤택림. (2013). 문화와 역사 연구를 위한 질적연구방법론. 서울: 아르케.
- 이강주. (2012). 탈북청소년 교육 중단 연구. 서울: 한국교육개발원.
- 이광수. (1994). 개방병원체계 도입시의 병원제정효과 모의 실험. 연세대학교 대학원.
- 이선희, 김선옥, 이선규, 이용균. (2005). 개방병원 운영의 문제점과 개선방안. 국회 보건복지위원회, 9-172.
- 이선희, 채유미, 김현미, 하귀염, 김주혜. (2008). 개방병원제도 운영실태 분석. 병원경영학회지, 13(2), 20-35.
- 이성덕, 김주성. (2003). 개입이 있는 비선형 시계열자료에 대한 예측방법의 비교. 성균관대학교 응용통계연구소.
- 이운태, 안인환, 임준, 이근찬, 송태균, 석승식. (2002). 개방병원 운영의 경제적 효과 평가와 의료사고 책임 분담방안. 한국보건산업진흥원, 23-89.
- 정미경, 신경림, 김광진, 최동익. (2014). 공중보건간호사제도 도입을 위한 병역법 개정 공청회. 서울: 정미경 의원실.
- 정진호, 김계형. (2013). 국립대병원 공공의료인력지원 제도화 방안. 보건복지부.
- 정재훈. (2012). 의료전문직의 'medical staff privilege' 제한에 관한 연구- 미국 독점금지법의 시사점을 중심으로, 한국경쟁법학회. 경쟁법연구, 제25권 pp. 37~87.
- 정형선, 조란. (2013). 일본 DPC 제도의 확대 및 한국에의 시사점. 보건경제와 정책연구, 19(2).
- 전현희. (2012). 보건의료정책의 주요 쟁점과 향후 과제. 서울: 전현희 의원실.
- 조영달. (2005). 제도공간의 질적연구방법론. 서울: 교육과학사.
- 문정주, 정선영. (2011). 지방의료원 운영진단 및 개선방안 연구. 국립중앙의료원.

- 한국개발연구원. (2013). 2013~2017년 국가재정운용계획: 보건복지 분야 보고서.
- 한국보건산업진흥원. (2001). 개방병원 운영의 경제적 효과 평가와 의료사고 책임분담 방안.
- 한동운. (2010). 개방병원제도 활성화를 위한 해외사례조사 및 제도적 개선방안 연구. 한국의학연구소·한양대학교.
- 함형만. (2005). 호텔레스토랑의 판매 수요예측모델 개발에 관한 연구. 수원: 경기대학교 대학원.
- Bogdan, R. C., and Boklen, S. K. (2007). *Qualitative research for education* (5th ed). Boston: Pearson Education.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 13(6), 77-101.
- Bryman, A. (2006). *Mixed methods* (Vols. 1-14). London: Sage.
- Campbell, and Stanley. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching*. In N.L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching*. Chicago, IL : IRand McNally.
- Clandinin, and Connelly. (2000). *Stories of Experience and Narrative Inquiry*. American Educational Research Association.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills. CA: Sage.
- Mayan, M. J. (2009). *Essentials of qualitative inquiry*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Polit, D. F., and Beck, C. T. (2012). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice*. Lippincott Williams and Wilkins.
- Richards, L., and Morse, J. M. (2007). *Read me first for a user's guide to qualitative methods* (2nd ed). Thousand Oakes, CA: Sage.

- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing and Health*, 23, 334-340.
- Strauss, and Corbin, (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, 2nd ed., Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Thorn, S. (2008). *Interpretative description*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Wagner, Soumerai, Zhang, and Ross-Degnan, (2002). Segmented regression analysis of interrupted time series studies in medication use research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 27, 299-309.
- Wolcott. (1999). *Ethnography: A way of Seeing*. Altamira Press.
- OECD.Stat(http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_S
TAT)

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보간복지포럼」, 「보간사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |