

의료기관 간 협력시스템 활성화 방안



김요은 책임연구원
한국병원경영연구원

1. 들어가며

최근 고령화로 인한 의료 수요 증대 현상과 국민의 생활 및 의식 수준 향상으로 양질의 의료서비스를 찾는 경향이 나타나면서 대형병원으로 환자쏠림현상이 심화되고 있는 반면, 중소병원이나 의원들 중에는 심각한 경영난에 처해 있는 사례가 발생하고 있다.

이러한 실정으로 인하여 의료기관은 의원부터 상급종합병원까지 무한 경쟁 구도가 진전되고 있으며, 환자들은 질환 종류와 중증도에 따른 적합한 의료기관에서 적절한 비용으로 필요한 의료서비스를 제공받지 못하여 여러 의료기관을 전전하는 등 경제적·시간적 부담만 가중되고 있는 것이 현실이다.

이에 보건복지부는 의료자원을 효율적으로 활용하여 국민들이 필요로 하는 양질의 의료서비스를 적절한 비용으로 제공받을 수 있도록 수요자 중심의 「의료기관 기능 재정립 기본계획」을 마련하였다. 이 계획에 의하면 의원급 의료기관은 주로 외래환자를 대상으로 하며, 병원급 의료기관은 입원환자 치료를 주 대상으로 하고, 상급종합병원은 중증질환에 대해 난이도가 높은 의료행위에 주안점을 두어야 한다.

하지만, 상기와 같이 우리나라 의료체계는 의료기관 유형별로 권장되는 역할은 있으나 실제적으로 기능과 역할이 분담되지 못하고 있는 실정이다. 즉 의료기관의 경우, 적합한 기능과 상관없이 동네의원과 대형병원이 경증 외래환자를 두고 직접 경쟁하는 등 기능 중복과 경쟁 심화로 고비용·비효율을 초래하고 있어 이를 개선하기 위한 방안 마련이 절실한 시점이다.

이에 본고에서는 국민의 입장에서 의료기관 접근성이나 선택권 및 보장성 확보를 전제로 하면서도 의료법상 규정하고 있는 병·의원의 기능에 대한 기본적인 입장도 충분히 고려하여 합리적인 의료기관 간 협력시스템에 대한 활성화 방안을 마련하고자 한다.

특히, 의료기관 중별 역할 분담과 관련하여 실효성 있는 협력시스템 구축을 위해 진료의뢰 및 회송시스템 등을 효율적으로 활용할 수 있는 개선(안)을 제시하고자 한다. 또한, 효율적인 의료기관 간 진료정보 교류시스템 구축을 통해 중복검사 방지 등 국민 의료비 절감 및 편의성 증대뿐만 아니라 의료의 질 향상에도 기여하고자 한다.

무엇보다도, 본 고에서 의료기관 간 협력시스템을 활성화시키고자 하는 궁극적인 목적은 국민들에게 적절한 비용으로 양질의 의료서비스를 효율적으로 제공할 수 있는 협력체계를 구축하여 국민 건강 수준을 제고하는 데에 있음을 강조하고자 한다.

2. 의료기관 간 협력시스템 현황 및 문제점

가. 국내 의료공급체계 현황 및 문제점

‘OECD Health Data 2014’에 따르면 우리나라의 GDP 대비 의료비용 지출은 7.8%(2013년 기준; 2012년 7.6%)로 OECD 회원국의 평균인 9.3%(2012년 기준)보다 낮은 것으로 나타난 반면, 건강 수준은 OECD 국가 중 상당히 높은 것으로 평가되어 보건의료체계의 비용 효과성은 모범적인 수준으로 평가되고 있다. 그렇지만 병상이나 장비 등 의료자원은 적정 소요 대비 과잉 공급 상태이며, 특히 의료기관 간 역할이 기능적으로 적절하게 분화되지 못하여 의원부터 상급종합병원까지 무한 경쟁을 함에 따라 의료서비스의 과다 제공 및 과다 이용 행태가 심화되고 있는 실정이다.

사실상 그동안의 우리나라 의료체계는 의료 이용을 수요자 또는 공급자의 자율에 맡겼었다고 할 수 있다. 즉, 수요자(환자)는 실질적으로 의료 이용에 제한이 없으며, 공급자 역시 특별한 규제 없이 의료 자원의 확충이 가능하였다.

하지만 상기와 같은 현상들로 인하여 환자에게는 양질의 의료서비스를 효과적으로 제공하지 못하고 의료비는 증가하는 상황에 이르게 되었다.

이에 보건복지부에서는 환자의 특성과 상태에 맞는 양질의 의료서비스를 적정 비용으로 제공하는 효율적인 의료시스템을 확립하여 국민 건강 증진 및 의료비 절감에 기여하고자 「의료기관 기능 재정립 기본계획」을 수립하고(2011년 3월), 보건의료 수요를 효과적으로 충족시킬 수 있도록 의료기관의 규모별·기능별 역할 분담을 담은 「의료기관 종류별 표준업무

규정」을 제시하였다(2011년 6월).

「의료기관 종류별 표준업무규정」에 따르면, 의원은 간단하고 흔한 질병과 만성질환에 대한 포괄적인 외래서비스, 병원은 일반적인 입원·수술 진료와 보다 전문적인 진료, 상급종합병원은 고난이도의 중증 진료와 연구·교육 기능으로 차별화되고 있다.

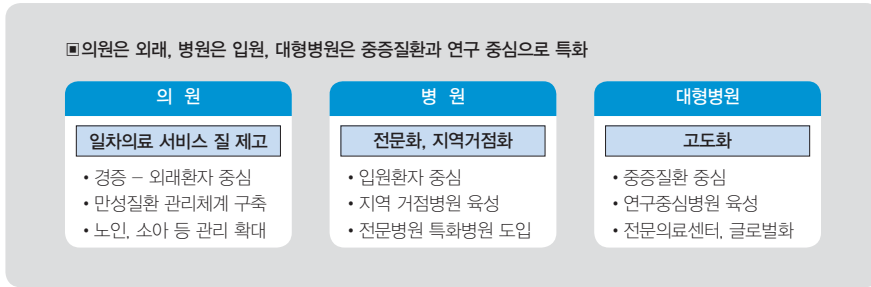


그림 1. 의료기관 기능 재정립 방향

자료 : 보건복지부, 「2013 보건복지백서」, 2014

또한, 보건복지부는 노인·만성질환 관리체계 구축, 전문병원제도, 연구중심병원제도 도입 등과 함께 의료기관 종별 기능에 적합한 진료가 이루어지도록 환자 본인 부담금 및 수가체계를 단계적으로 조정해 나가고 있다. 특히, '의원급 만성질환관리제'를 시행하여 고혈압·당뇨 환자가 의원에서 지속적으로 진료를 받을 시 진찰료 본인부담이 경감(30% → 20%)되고, 질환 관련 정보 제공 및 상담 등 건강지원서비스를 제공받을 수 있게 되었으며, 감기 등 경증질환(52개)으로 대형병원을 이용할 경우 약제비 본인부담을 인상(상급종합병원 30% → 50%, 종합병원 30% → 40%)하는 등 일차의료 활성화 및 의료공급체계 개편을 위한 노력은 계속되고 있다(보건복지부, 2014).

그렇지만, 무엇보다도 실효성 있는 의료전달체계가 구축되기 위해서는 적절한 의료기관 종별 역할 분화의 토대 위에 의료기관 간 협력체계가 구축되어야 할 것이며, 진료의뢰와 회송시스템 등도 효율적으로 개편되어야만 할 것이다. 이러한 합리적인 의료전달체계 구축을 위해 본 고에서는 우선 우리나라 종별 의료기관의 특성 및 현황, 그리고 문제점 등에 대해 살펴보고자 한다.

1) 의원급 의료기관

가) 의원급 의료기관의 운영 현황

현재 우리나라는 지역사회에서 국민의 건강파수꾼 역할을 하는 동네의원의 역할이 크지 않은 편이다. 실제로 전체 의료기관 중 의원급의 비중은 2013년 말 기준으로 33.3%, 전체

의료기관의 요양급여비용 중 의원급의 비중은 21.0%를 차지하고 있는 것으로 나타났다(건강보험심사평가원, 2014). 또한, 의원의 경우 2014년 9월 진료비가 9,120억 원으로 전월 대비 47억 원(-0.5%) 감소했으며, 특히 4개월 연속 진료비 수입이 감소하고 있는 상황이다(건강보험심사평가원, 2014. 11. 12; 의협신문, 2014. 11. 13).

더욱이, 의원급 의료기관은 사전적·포괄적 관리 부재로 진단과 약 처방 등 사후적이고 단편적인 의료서비스만 제공하여 환자들의 동네의원에 대한 불신이 팽배해 있는 실정이다. 의료기관 종별로 역할 분담이 되지 못하다보니 의원급 의료기관들도 병원급 의료기관들과 상호 직접 경쟁을 하게 되면서 의원에도 장비 투자 등 외형 확대에 치중할 수밖에 없는 상황에 이르고 있다.

나) 의원급 의료기관의 문제점

우선 가장 기본적으로 환자들의 의원급 의료기관에 대한 불신이 의원급 의료기관 이용을 저해하는 요인으로 작용하여(조재국, 2010) 의원급 의료기관의 기능이 점점 축소되고 있다. 의원은 외래환자 중심의 의료서비스를 제공하는 것이 주된 역할이 되어야 하는데, 2009년 6월 기준으로 의원급의 입원병상이 전체 입원실 병상의 20.8%를 차지할 정도로 입원진료의 상당 부분을 차지하고 있는 점과(이상영, 2010), 의원-중소병원-대형병원의 병상규모가 단절 없이 하나의 선으로 연결되어 있는 것이 의료기관 간 기능 정립의 장애요인으로 작용하고 있다(김용익, 2012).

또한, 의원급 의료기관의 주된 기능 중의 하나가 노인 및 만성질환 관리이지만 아직까지는 의원급 의료기관이 해당 질환과 관련하여 적절한 관리를 제대로 해주지 못하고 있는 실정이다. 더욱이 의원을 개원할 경우 그 비용이 매우 많이 소요되는데, 의료정책연구소의 의원경영실태조사 결과(2008)에 의하면 개원비용으로 2억 원에서 5억 원 사이가 42.1%를 차지했으며, 응답자의 46.1%가 부채를 안고 있어서 자기 자본으로 개원을 하기에는 아주 어려운 현실임을 보여준다(조재국, 2010).

2) 병원급 의료기관

가) 전문병원

전문병원제도

‘전문병원’은 국민의 양질의 의료서비스에 대한 접근성 향상을 위해 특정 질환이나 진료과목의 난이도 높은 의료행위를 하는 병원을 의미한다. 보건복지부는 양질의 의료에 대한 국민 욕구를 충족시키고 중소병원의 경쟁력 강화를 위해 특정 질환 및 진료과목별로 전문화된 병원을 육성하고자 병원급 의료기관을 대상으로 전문병원 지정 제도를 도입하였다(2011년 1월).

특히, 대형병원 중심의 의료소비 집중화 현상과 전문적인 진료 욕구의 증대, 의료시장의 경쟁 심화 등으로 중소병원이 경영에 어려움을 호소하고 있는데, 그에 대한 효율적인 대응 방안으로 전문병원제도가 그 대안으로 제시된 것이다(보건복지부, 2011. 7).

따라서 전문병원제도 도입은 양질의 의료서비스에 대한 접근성 및 중소병원의 대외 경쟁력을 향상시키는 효과와 함께 왜곡된 의료전달체계를 개선하고 의료자원의 활용도를 배가시킬 것으로 기대되고 있다.

전문병원 운영 현황

보건복지부는 의원 및 대형병원과의 차별화를 통한 중소병원 활성화 및 국민 선택권 제고를 위해 특정 분야에 전문성을 가진 병원급 의료기관에 대해 전문병원 시범사업¹⁾을 실시하였으며, 2009년 의료법 개정으로 전문병원 도입 근거가 마련되었다. 의료법 제3조의 5(전문병원 지정)에 의하면 보건복지부장관은 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정할 수 있다고 하였고, 실제 시행 방안 마련을 위한 연구를 거쳐 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙과 관련 고시를 제정하였다(2011년 1월)²⁾.

2014년 현재 전문병원은 전체 99개소이며, 종합병원 11개소, 병원 79개소, 한방병원 7개소, 요양병원 2개소이다(대한전문병원협의회, 2014).

전문병원제도의 문제점

전문병원으로 지정된 의료기관은 의료기관 명칭 표시판에 전문병원으로 지정받은 사실을 표기할 수 있고, 전문병원임을 광고할 수 있도록 하는 등의 간접적 지원에만 그치고 있고, 전문병원에 대한 직접적인 재정 지원이나 여타의 정책적 지원 방안은 부재한 실정이다.

나) 상급종합병원

상급종합병원제도

상급종합병원제도는 의료법 제3조의 4(상급종합병원 지정)에 의거하여, 진료권역별로 우수 종합병원을 상급종합병원으로 지정하여 중증질환에 대하여 난이도 높은 의료행위를 전

1) 전문병원 시범사업은 1차는 2005년 7월~2008년 1월(21개소), 2차는 2008년 5월~2011년 1월(37개소), 3차는 2010년 3월~2011년 1월(5개소)까지 실시되었다(보건복지부, 2011. 7).

2) 보건복지부에서는 제1기에 이어 2014년 8월에 제2기 전문병원 지정 분야 및 기준을 공고하였는데, 본 고에서는 지면상 제약으로 인하여 생략하나, 자세한 내용은 보건복지부의 「제2기 전문병원 지정 작업 본격 착수」(2014. 8. 21)를 참조하기 바랍니다.

문적으로 제공하고자 하는 취지에서 도입되었으며, 상급종합병원은 레지던트 수련병원으로 지정받은 종합병원에 한한다³⁾.

보건복지부에서는 상급종합병원 지정을 통해서 중증질환 및 고난이도 의료서비스 제공 및 전문의 수련기관으로서의 역할을 기대할 뿐만 아니라 질병군별 환자 구성 기준을 통해 효율적인 의료전달체계를 마련하고자 하는 것이다.

상급종합병원제도의 문제점

첫째, 중증질환 중심의 본래 기능 약화가 우려된다. 최근 상급종합병원의 외래환자 내원일수가 감소하였지만(테일리메디, 2014. 11. 18), 아직까지는 의원 및 중소병원에서도 진료가 가능한 경증·만성질환 비중이 적지 않은 관계로 중증 진료·연구 등 본래 기능 약화가 우려되는 실정이다.

둘째, 질병군 분류체계가 불명확하다. 현재 질병군 분류는 잘못된 부분을 내포하고 있다. 예를 들어서, 항암화학요법으로 당일 입·퇴원이 이루어진 환자의 경우 암 상병으로 입·퇴원을 하는 경우와 화학요법 상병으로 코딩하는 경우 상이한 전문질병군으로 분류될 수 있으므로(정석훈, 2011), 이에 대한 명확한 기준 설정이 필요하다.

다) 개방병원

개방병원제도

개방병원은 2, 3차 의료기관으로서 유휴 시설(병상)과 장비 및 인력 등을 참여 병·의원과 계약에 의하여 동 자원을 활용하도록 개방하는 병원을 말한다. 참여 병·의원은 의원급·병원급 의료기관(의원, 치과의원, 한의원, 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 종합병원)으로서 개방병원 이용계약서에 의해 개방병원의 시설(병상)·장비·인력을 이용하여 진료할 것을 내용으로 체결한 의료기관을 말한다(보건복지부, 2009).

또한, 개방병원 운영지침서(보건복지부, 2009)에 따르면 개방병원제도는 의원(병원)이 개방병원의 시설, 장비, 인력을 활용하고 환자들에게 양질의 의료서비스를 신속하게 제공함으로써, 지역의료계의 협력을 통해 의료전달체계를 개선하고, 의료자원을 효율적으로 활용하여 지역주민의 보건 향상 및 국민 의료비 절감에 기여하는 제도라고 할 수 있다.

개방병원제도는 의료법 제39조(시설 등의 공동 이용)에 그 근거를 두고 있으며, '시설 등의 공동이용'이라 함은 의료기관 간에 의료자원(시설·장비·인력 등)을 공동 이용하는 계

3) 본 고의 지면상 제약으로 인하여, 보다 자세한 내용은 보건복지부에서 제시한 2015년 상급종합병원 지정 기준은 보건복지부의 「상급종합병원, 더 이상 경쟁적인 병상 증설 못한다」(2014. 2. 27), 「2015년 상급종합병원 지정신청 안내」(2014. 7. 1) 및 「상급종합병원 지정 신청 마감 결과, 총 52개 기관 신청」(2014. 8. 1) 등을 참조하기 바랍니다.

약에 의하여 시설, 장비 등을 이용한 자가 대여기관에게 그 사용료를 지불하고 보험금 등 진료비 청구행위의 주체(진료비 청구권)가 되는 진료형태를 말한다.

개방병원 운영 현황

개방병원 운영시 보험급여 청구 등 진료 수입을 참여 의료기관 간 배분한다. 즉, 개방병원과 참여 병·의원 간 계약에 의한 진료 유형별(내·외과계/보험종류) 진료 수입 배분 형태로 개방병원이 보험자에게 급여비를 청구·수령한 후, 참여 병·의원에게 계약에 의한 배분금액을 일정기간별로 지급한다.

또한 진료행위 및 의료사고 발생 등 책임 소재에 있어서는 기본적으로 입원, 수술, 회진, 퇴원 등 모든 진료행위는 참여 병·의원 책임 하에 실시한다(단, 응급상황, 참여의 연락 불능 등은 별도로 규정한다). 한편, 개방병원 이용계약에 따른 의무를 해태하여 발생한 의료사고는 그 의무해태자가 속한 의료기관이 책임을 지며, 개방환자가 분쟁을 제기할 경우 의료사고대책위원회를 구성하여 참여의와 협의하여 대처한다.

개방병원제도에 참여하고 있는 개방병원 수는 2003년 37개에서 2010년 78개로 증가하였으나, 참여 병·의원 수는 2003년 449개에서 2010년 388개로 감소하였다⁴⁾.

개방병원제도의 문제점

최근 의료기관 기능 재정립 등 합리적인 보건의료체계 확립을 위하여 개방병원이 중요한 제도로 부각되고 있음에도 병원 내 의원 개설 허용 금지 및 수가보상체계 미흡, 의료사고에 따른 책임 소재 분쟁 해결 장치 부재로 활성화가 미진한 실정이다.

첫째, 병원 내 의원 개설 허용을 금지하고 있다. 원내원 허용 금지로 인하여 현재 의원 개설 시 시설·장비에 대한 과도한 초기 투자를 하고 있으며, 이러한 상황이 병원과 의원 간 경쟁관계를 고착화시키는 문제점을 야기하고 있다.

둘째, 개방병원 수가보상체계가 미흡하다. 현재 다분히 자의적 판단에 따른 진료 수입 배분 계약이 이루어지는 현실상 실제 참여의의 업무량에 근거한 적정 이익 보장이 어려우며, 개방병원이 분배하는 진료비에 대한 참여 병·의원의 불신이 개방병원 기피 현상 및 분쟁요인으로 작용하고 있다. 또한, 현행 수가체계는 의료기관에 소속된 의사와 임상인력, 치료재료, 의료장비 등 의료기관 시설을 활용한다는 전제에서 개발된 수가로서 개방병원 이용에 따른 ‘개방병원’과 ‘참여의’의 비용이 합리적으로 추정되어 있지 않다.

4) 본 통계 자료는 건강보험심사평가원의 개방병원제도 관련 수가체계 개선 등 활성화 방안 연구(2011)를 참조하였다.

셋째, 의료사고에 따른 책임 소재 분쟁 해결 장치가 부재하다. 의료사고 발생 시 개방병원과 참여의 간 사고 책임에 관한 분쟁이 발생할 수 있으나 명확한 제도적 장치가 없어 개방환자가 이의를 제기할 경우 법정다툼으로 이어질 소지도 있는 것이다⁵⁾.

라) 연구중심병원

연구중심병원제도

연구중심병원은, 병원 내부적으로 지속가능한 연구 지원 시스템과 연구 역량을 구비하고, 산·학·연과의 개방형 융합연구 인프라(open innovation platform)를 구축하여 글로벌 수준의 보건 의료 산업화 성과를 창출해 내는데 선도적인 역할을 담당하는 병원을 지칭하는데(보건복지부, 2014. 9. 30), 보건복지부에서는 우수 인력과 기술을 갖추고 있으나 R&D 투자 여건이 부족하여 경증외래 등 진료수익에 전적으로 의존하게 되는 병원 경영 현실을 반영하여 병원 연구 역량을 강화시킬 수 있는 방안으로 연구중심병원을 육성하는 것이다. 다시 말해서, 진료 중심에서 연구·개발 중심으로 대형병원의 체질을 전환하고 복합질환, 희귀·난치성 질환에 대한 의료 인프라를 강화하고자 연구중심병원을 지정·육성하는 것이다(보건복지부, 2011. 3).

연구중심병원 운영 현황

「보건의료기술진흥법」의 개정(2011.8.4. 공포, 2012.2.5. 시행)으로 보건복지부장관이 일정한 요건을 갖춘 「의료법」 제3조에 따른 치과병원 및 한방병원과 제3의 3부터 제3조의 5까지의 규정에 따른 종합병원, 상급종합병원, 전문병원 중 연구 역량이 뛰어난 병원을 연구중심병원으로 지정하는 것인데, 2013년에 가천의대 길병원, 경북대병원, 고려대 안암병원, 고려대구로병원, 분당차병원, 삼성서울병원, 서울대병원, 서울아산병원, 아주대병원, 연세대 세브란스병원 등 10개 연구중심병원이 지정되었으며, 이 중 가천의대 길병원, 서울대병원, 연세대 세브란스병원에 대해서는 「연구중심병원 연구개발(R&D) 지원 사업」에 의하여 2014년 10월부터 과제당 25억 원의 연구비 지원을 시작으로, 매년 성과 관리 및 과제 평가 등을 거쳐 2023년까지 과제당 연간 약 50억 원 이내의 연구비가 지원될 예정이다(보건복지부, 2014. 9. 30).

연구중심병원제도의 문제점

병원 입장에서는 기존의 진료 중심에서 연구 중심으로 전환되면서 진료 수입이 감소할 것에 대해 우려를 하고 있는 가운데, 보건복지부에서는 R&D 지원 사업을 펼치고는 있으나, 아

5) 이와 관련하여 보건복지부에서는 의료사고의 책임 소재를 명확히 하기 위해 의료분쟁의 조정 및 중재 등에 관한 사항을 규정한 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」을 제정하여 2012년 4월 8일 시행하였다.

직까지는 지원 규모가 크지 않고, 모든 연구중심병원에 대해 전부 지원하는 것이 아니기 때문에, 향후 추가적인 재정 지원 방안이 마련되어야 할 것으로 보여진다. 또한, 연구를 수행할 수 있는 인력을 확보하고 이들을 합리적으로 관리할 인사평가제도 마련에 참조할 수 있는 가이드라인도 필요로 되어진다.

나. 국내 의료기관 간 협력체계 현황 및 문제점

1) 협력병원체계

가) 협력병원체계

협력병원체계는 상급종합병원 등 2, 3차 의료기관이 1, 2차 의료기관 간에 환자의 진료 편의를 위해 진료의뢰 등 협력관계를 유지하는 자율적인 의료전달체계를 말한다. 또한, 협력병원체계는 소유관계 없이 병원 간에 상호 협력관계를 맺어 환자 의뢰, 환자 정보 등을 공유하는 것을 말하며(한국보건산업진흥원, 2010), 협력병원체계 형태로는 상급종합병원을 중심으로 구축하거나 인근의 병·의원들과의 협력관계를 구축하기도 하고, 전국적으로 협력관계를 구축하는 등 다양한 형태를 보이고 있다. 특히, 협력병원체계는 병·의원과 협력병원 간 공동의 발전 도모를 위해 상호 협력함으로써 의료전달체계를 확립하고, 병원 경영의 효율성을 증진시키기 위한 의료협력 네트워크를 의미한다.

나) 협력병원체계 운영 현황⁶⁾

분당서울대학교병원의 진료협력센터는 전국에 걸쳐 1,899개의 병·의원과 협력관계를 구축하고 있다(2014년 11월 기준).

삼성서울병원의 경우에는 150개 종합병원과 2,521개 일반 병·의원 등 총 2,671개 의료기관과 협진시스템을 구축하고 있다(2014년 11월 기준).

서울아산병원은 119개 종합병원을 포함하여 총 7,148개 병·의원과 협력하고 있다(2014년 11월 기준).

다) 협력병원체계의 문제점

협력병원체계에 참여하는 협력 병·의원들은 환자를 의뢰한 후 다시 회송된다는 확신이

6) 본 고에서는 지면 관계상 주로 2014년 11월을 기준으로 협력병원의 수치만을 제시하였는데, 실제 각 병원에서 시행하고 있는 시스템에 대한 자세한 내용은 김요은의 「의료기관 간 협력시스템 활성화 방안」(한국병원경영연구원, 2012)을 참조하기 바랍니다.

없다는 점을 큰 애로사항으로 꼽았다(대구가톨릭병원, 2012; 안민정, 2009). 특히, 의뢰받은 의료기관에서 진료가 완료된 환자들에게 중소병원이나 의원으로 옮길 것을 권유하면 환자들은 자신들을 내보내려 한다고 생각하는 경우가 많아 효율적인 협력병원체제 운영에 어려움이 있다(안민정, 2009).

또한, 대부분의 협력 병·의원들이 진료 의뢰 및 회송 시 주로 인터넷이나 이메일, 팩스 등을 많이 이용하고 있으며, 효율적이고 환자 만족도를 제고시킬 수 있는 전자적 정보 교류는 일부 병원들에서만 이용하고 있는 것으로 나타나 향후 이에 대한 보완이 요구된다고 하겠다.

2) 진료 의뢰 및 회송체계

가) 진료 의뢰 및 회송

‘진료 의뢰’는 특정 의료서비스 문제를 해결하기 위해 다른 의사에게 환자의 진료를 이양하는 것이라고 할 수 있으며(Rakel R.E., 1984), 회송은 2단계 요양급여를 담당한 의료기관에서 다시 당초 의뢰한 의료기관이나 1단계 진료를 담당할 수 있는 요양기관으로 환자를 보내는 것을 의미한다.

나) 진료 의뢰 및 회송체계 현황

진료 의뢰 및 회송체계는 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조(요양급여의 의뢰 등)⁷⁾에 근거하는데, 현행 의료전달체계는 43개 상급종합병원의 지정을 제외하고 의료기관이나 환자에게 특별한 규제가 없으며, 진료권 개념도 사실상 없어졌다. 다만, 환자가 2단계 의료기관 이용 시 응급실, 가정의학과, 재활의학과 등을 제외한 진료과목의 외래이용 시 환자에게 진료의뢰서를 요구하는 것을 제외하고 환자가 의료기관을 선택하는 데에는 제한이 없다. 즉, 원칙적으로는 환자가 2단계 의료기관에서 진료를 받기 위해서는 1단계 의료기관 의사의 진료의뢰서가 요구된다. 또한, 진료회송서는 2단계 진료를 담당한 의료기관에서 환자의 진료 및 검사결과 등에 관한 정보를 제공하여 당초 의뢰한 요양기관이나 1단계 진료를 담당할 수 있는 요양기관으로 발송하는 진료소견서를 말한다(의료정책연구소, 2010).

7) 「국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙」 제6조(요양급여의 의뢰 등)의 내용은 다음과 같다 : ① 요양기관은 가입자 등에게 적절한 요양급여를 행하기 위하여 필요한 경우에는 다른 요양기관에게 요양급여를 의뢰할 수 있다. ② 제1항의 규정에 의하여 요양급여를 의뢰받은 요양기관은 가입자 등의 상태가 호전되었을 때에는 요양급여를 의뢰한 요양기관이나 1단계 요양급여를 담당하는 요양기관으로 가입자 등을 회송할 수 있다. ③ 요양기관이 제1항의 규정에 의하여 요양급여를 의뢰하는 경우에는 별지 제4호서식에 의한 요양급여의뢰서를, 제2항의 규정에 의하여 가입자 등을 회송하는 경우에는 별지 제5호서식에 의한 요양급여회송서를 가입자 등에게 발급하여야 한다. 이 경우 요양기관은 의뢰 또는 회송 받은 요양기관의 요청이 있는 때에는 진료기록의 사본 등 요양급여에 관한 자료를 제공하여야 한다.

8) 회송에 대해서는 회송료가 책정되어 있다.

그런데, 사실상 진료의뢰서가 의료진의 판단보다는 환자의 요구에 의해 무분별하게 발급되어 진료의뢰체계가 정립되지 못하고 있으며, 의사 입장에서도 환자에 대한 충분한 진단과 관찰 없이 단순히 전원을 목적으로 형식적으로 진료의뢰서를 발급해 주고 있는 경향이 짙은 것으로 보여진다.

다) 진료 의뢰 및 회송체계의 문제점

첫째, 편의 위주로 진료의뢰서를 발급하고 있다. 진료의뢰서를 1차 의료기관에서만 발급받을 수 있는 것이 아니고, 3차 의료기관을 직접 방문하더라도 3차 의료기관의 가정의학과를 거쳐서 다른 과로 전과하기 위해 진료의뢰서를 발급받는 경우도 많아서 사실상 진료의뢰서 발급과 관련된 제도는 그 본래의 기능과 역할을 다하고 있지 못하는 것이 현실이다.

둘째, 무료 진료의뢰서를 발급하고 있는 것도 문제가 된다. 즉, 의료기관이 진료의뢰서를 무료로 발급하고 있어 환자나 의사 입장 모두 진료의뢰서 발급에 관하여 형식적으로 생각하는 경향이 있어 책임의식이 결여될 소지가 있고 남발되는 경향이 있다⁸⁾.

셋째, 환자의 진료 회송을 거부하는 성향이 있다. 진료 회송의 경우에 의학적인 판단에 따라 퇴원을 지시하더라도 퇴원을 거부하는 환자를 통제할 수 있는 수단이 미흡하여 회송체계가 적절하게 작동하지 못하고 있다.

넷째, 진료 의뢰 및 회송을 촉진하는 장치가 미흡하다. 국민건강보험법「요양급여 기준에 관한 규칙」에서 진료 의뢰 및 회송에 대한 요양급여 절차를 명시하고 있으나 이는 절차상 규정에만 그치고 있기 때문에, 환자와 의사 모두에게 진료 의뢰 및 회송을 유인할 수 있는 제도적인 장치가 미흡하다. 특히, 진료의뢰서 발급은 수가로도 책정되지 못하고, 제도적으로도 수혜가 전혀 없는 등 동기 부여가 주어지지 않고 있다. 상급의료기관에 대해서도 당초 의뢰했던 병·의원으로 환자를 회송하는 유인 또한 미약하다고 할 수 있다. 현재 2단계 의료기관 기준 회송료 수가도 10,430원으로 매우 낮은 수준이기 때문에 적극적인 회송을 유도할만한 인센티브로 작용하지 못하고 있는 실정이다.

다. 국내 의료기관 진료정보 교류시스템 현황 및 문제점

1) 진료정보 교류시스템

진료정보 교류시스템은 환자의 진료정보가 표준에 따라 의료기관 간에 상호 교류되는 시

8) 회송에 대해서는 회송료가 책정되어 있다.

시스템을 일컫는다. 진료정보 교류시스템은 환자 진료정보를 공유함으로써 환자 진료에 대한 진단, 치료에 대한 임상 의사결정을 지원해 준다. 이처럼 진료정보 교류시스템을 활용함으로써 체계적이고 일관성 있는 환자 관리가 가능해지며, 환자 진료정보 복사용 CD 비용 절감 등 환자 편의도 증대시킨다. 즉, 환자 입장에서 본다면 진료정보 공유로 인한 진료 시간의 감소, 중복 처방, 중복 검사 및 과잉진료 등이 감소하게 되는 장점이 있다.

또한, 진료정보 교류시스템의 사용은 전반적인 국민 의료비 절감 및 의료사고 사전 방지 효과가 있으며, 장기적으로는 시간과 장소에 따른 의료서비스의 지역적 장애도 해소시킬 수 있게 되어, 궁극적으로는 의료서비스의 질적 향상을 유도하게 된다.

2) 진료정보 교류시스템 현황

가) 분당서울대학교병원

분당서울대학교병원과 1차 의료기관과의 진료정보 공유 모델을 실구축하는 정보 공유 및 활용에 대한 사업에는 진료정보 공유아키텍처를 구성하고, 임상문서 표준인 HL7(Health Level Seven)⁹⁾의 CDA(Clinical Document Architecture)¹⁰⁾를 기반으로 하는 XML(eXtensible Markup Language)¹¹⁾ 문서를 생성·교환하고, 공유 이력과 문서의 메타 정보를 관리하는 게이트웨이 개발이 포함되어 있다. 협진을 위한 공유 문서에는 환자의 기본 정보 및 상병, 병력·소견, 투약 정보, 검사 결과 정보, 수술 기록 정보 및 영상의료 이미지 정보 등이 포함되는데, 이 문서는 암호화하여 서로 인증된 게이트웨이 간에 SOAP¹²⁾ 방식으로 웹서비스 하도록 하여 환자의 정보 보호와 보안에 주력하였다(하규섭, 2006). 특히, 분당서울대병원의 진료정보 교류시스템의 특징은 국제 표준규격을 적용하여 이기종 시스템 간 상호운용성을 갖췄다는 점이다. 따라서 지역 1, 2, 3차 병원 및 공공의료기관은 물론이고 해외에서도 적용이 가능하다(etnews, 2012. 2. 6).

9) HL7(Health Level Seven)은 보건의료정보시스템 간 정보의 전자적 교환을 위하여 미국국립표준연구소(ANSI)가 인증한 표준이면서 동시에 HL7 표준의 설계 및 개발을 담당하고 있는 표준개발기구를 의미한다(HL7 Homepage).

10) CDA(Clinical Document Architecture)는 임상문서표준으로서 병원정보화가 급속히 진행됨에 따라 많은 논의가 진행되고 있는 이슈 중 하나이다(HL7 Homepage).

11) XML(eXtensible Markup Language; 확장성 생성 언어)은 1996년 W3C(World Wide Web Consortium)에서 제안한 것으로서, 웹상에서 구조화된 문서를 전송 가능하도록 설계된 표준화된 텍스트 형식이다. 이는 인터넷에서 기존에 사용하던 HTML에 사용자가 새로운 태그를 정의할 수 있는 기능이 추가되었다고 이해하면 쉽다. 또한, XML은 인터넷상에서 뿐만 아니라 전자 출판, 의학, 경영, 법률, 판매 자동화, 디지털도서관, 전자상거래 등 매우 광범위하게 이용된다. XML은 어떤 플랫폼에서나 읽을 수 있는 포맷을 제공하기 때문에 특정 회사의 제품과 관련된 특정 환경에 얽매이지 않아도 된다(www.terms.co.kr).

12) SOAP(Simple Object Access Protocol)은 일반적으로 널리 알려진 HTTP, HTTPS, SMTP 등을 사용하여 XML 기반의 메시지를 컴퓨터 네트워크 상에서 교환하는 형태의 프로토콜이다. SOAP은 웹 서비스(Web Service)에서 기본적인 메시지를 전달하는 기반이 된다(Wikipedia).

나) 삼성서울병원

삼성서울병원 진료의뢰센터는 2010년 10월 25일 지역사회 의료기관과 보다 신속하고 효율적인 진료 의뢰 환경을 구축하기 위해 ‘전자진료의뢰시스템(SRS : Samsung Refer System)’을 개발하였다. 이 시스템은 진료 의뢰 전용 브라우저로 삼성서울병원 진료 후 회송 시 지역사회 의료기관에서 삼성서울병원에서 진행한 검사결과 및 EMR(전자의무기록), 영상자료 등의 진료기록을 열람할 수 있도록 하여 연속적인 진료가 가능하도록 하는 시스템이며, 외래진료기록, 수술기록, 퇴원 요약 등을 포함하는 전자의무기록을 조회할 수 있을 뿐만 아니라 Web-PACS¹³⁾ 기반의 DICOM¹⁴⁾ 영상을 사용함으로써 보다 고화질의 의료영상을 조회할 수 있다(삼성서울병원 자료).

다) 서울아산병원

서울아산병원의 ARC(Asan Referral Center; 진료의뢰협력센터) 기반의 진료정보 교류는 서울아산병원으로 환자를 의뢰할 때는 주로 off-line을 이용하며, 의뢰한 환자정보를 제공받을 때는 주로 on-line을 이용한다. 인터넷을 통해 협력의료기관에 제공되는 정보는 진료과와 주치의, 영상정보를 포함한 검사결과와 투약력이며, 진료가 완료된 시점에서 회신서가 제공되는데, 환자정보는 ‘환자개인정보보호’에 대해 동의한 의사에게만 제공된다(이재호, 2006). 무엇보다도, 전자의무기록이 on-line으로 교류되기 위해서는 협력의료기관의 정보 인프라 구축, 환자와 의료진의 동의 등의 문제가 해결되어야 할 것이다.

3) 진료정보 교류시스템의 문제점

첫째, 시스템 도입 및 유지 비용을 확보하는 것이 어렵다. 진료정보 교류시스템 도입의 가장 큰 저해 요인은 시스템 도입에 필요한 경제적 부담감, 시스템 운영·유지 비용, 전산 인력 확보의 어려움 등이다(Yoon D. et al., 2011).

둘째, 환자정보 보호 문제가 있다. 보안문제에 매우 민감한 의료정보의 특수성으로 인해 진료정보를 교류할 때에 개인정보 유출 및 보안에 대한 문제도 해결되어야 할 중요한 과제이다.

13) PACS(Picture Archiving and Communication System)는 의학용 영상 정보의 저장, 판독 및 검색 기능 등의 수행을 통합적으로 처리하는 시스템을 말한다. 즉, PACS는 X선, CT, MRI 등에 의해 촬영된 모든 방사선 검사 결과를 디지털 이미지로 변환, 촬영과 동시에 대용량 기억장치에 저장시켜 영상의학과 전문가가 모니터를 통해 판독할 수 있도록 해주는 시스템이다(Wikipedia).

14) DICOM(Digital Imaging and Communications in Medicine)은 의료 영상을 교환하고 구성하는 방법과 그에 관련된 정보들을 기술한 자세한 규격(specification)이다. DICOM은 산업 표준 네트워크 연결을 사용하여 CT 등을 넘어서 핵의학, 초음파 등의 각종 디지털 영상 장비와 다른 정보 시스템 간의 통신을 효과적으로 지원한다. 또한, 필름 프린터와 같은 영상 출력 장비도 연결할 수 있게 한다(DICOM Homepage).

셋째, 환자 동의를 구득하는 것이 어렵다. 병원 입장에서는 정보 제공에 대한 환자의 동의를 받아야만 하기 때문에, 병원 측에서는 환자의 동의에 대해 설명을 해 줄 인력이나 공간이 부족한 현실을 극복해 나가야 할 필요성이 있다.

넷째, 시스템이 표준화되어 있지 않다. 진료정보 교류시스템이 표준화되어 있지 않은 관계로 상급종합병원별로 상이한 시스템을 사용하고 있으므로 협력 병·의원들은 협력관계를 맺고 있는 상급종합병원에 따라 각기 다른 교류시스템을 사용해야 하는 어려움이 있다(대구가톨릭병원, 2012).

3. 의료기관 간 협력시스템 활성화 방안

가. 효율적 의료공급체계 구축

1) 의원급 의료기관의 1차 의료 활성화

가) 질병 예방 및 건강관리 차원의 의료서비스 제공

의원급 의료기관에서 실시되는 1차 의료를 강화하여 기존의 치료 중심의 의료서비스 제공에서 벗어나 질병 예방 및 건강관리 차원의 의료서비스까지도 제공이 가능함으로써 국민들의 전반적인 건강 수준을 향상시킬 수 있는 계기를 마련하게 될 것이다. 이와 같은 효율적인 1차 의료서비스 제공을 위해서는 의원급 의료기관은 높은 접근성을 토대로, 흔히 발병하는 경증질환의 치료와 기본적인 의료서비스를 제공하고, 최근 급격히 증가하고 있는 노인 및 만성 질환을 효율적이고 지속적으로 관리해야 할 것이다. 특히, 경증질환 및 노인·만성 질환 등의 치료를 위해 의원급 의료기관을 이용하는 환자과 진료를 담당하는 공급자 모두에게 충분한 인센티브를 제공함으로써 1차 의료 강화의 실효성을 거둘 수 있을 것이다.

나) 외래환자 중심의 의료서비스 제공

의원급 의료기관에서는 입원 환자를 위한 병상 수의 경우 정형외과, 산부인과, 일반외과 등 입원실이 필요한 일부 전문과목을 제외하고 단계적으로 감축해야 할 것이다. 또한 1차 의료에서 적절하지 않은 CT, MRI 등 고가의 장비를 단계적으로 보유하지 않도록 관리해야 할 것이다(조재국, 2010).

다) 진료 의뢰 활성화

의원급 의료기관은 환자와의 최초 접촉을 통해 환자 질환을 판별하고 검사나 수술 등이

필요할 경우에 상급 의료기관으로 진료 의뢰를 하는 등의 게이트키퍼 역할을 성실히 함으로써 1, 2, 3차 의료기관 간의 원활한 의료전달체계 구축에 기여하게 되고, 의료자원의 효율적 이용도 유도하게 될 것이다.

라) 맞춤형 서비스 제공

무엇보다도 의원급 의료기관은 병원급 이상 의료기관과 차별화될 수 있도록 지속적이면 서도 환자 개개인의 특성(질환)에 맞는 맞춤형 서비스를 제공함으로써 환자들로부터 신뢰감을 얻고 의원급 의료기관 본래의 기능을 회복해야 할 것이다. 특히, ‘지역사회 일차의료 시범사업’을 통해 시범사업에 참여하는 의료기관을 이용하는 지역 주민들은 의사의 전문상담 서비스 및 환자 개개인에 적합한 맞춤형 건강서비스도 제공받을 수 있게 되었는데¹⁵⁾, 향후 일차의료 시범사업 결과를 토대로 진정한 환자 맞춤형 일차의료 모델이 정착된다면 의원급 의료기관의 활성화에 큰 기여를 할 것으로 사료된다.

마) 1차 진료의사 양성

1차 의료에서 대부분의 질환(90% 정도)을 해결할 수 있는 훈련된 1차 진료의사를 양성하여 1차 의료의 질적 수준을 제고해야 할 것이다. 이를 위해서는 전공의 정원 책정 방식의 변화, 구체적인 1차 진료의사 수련 프로그램 개발 등이 요구된다(조재국, 2010). 이와 관련된 구체적인 개선안들은 향후 관련 부처를 중심으로 심도 있는 연구·검토 과정을 거쳐 그 방안이 마련되어야 할 것이다.

이상과 같은 개선 방안 등을 통해 의원급 의료기관의 역할이 제대로 정립된다면 환자들은 예방-조기진단-치료-관리의 통합된 서비스를 제공받음으로써 건강 증진 및 의료비 절감 효과를 보게 되며, 의원급 의료기관의 적절한 안내로 필요한 의료서비스를 경제적·시간적 낭비 없이 받을 수 있게 될 것이다.

2) 병원급 의료기관의 특성화·전문화

최근 경영 악화를 경험하고 있는 중소병원에 대해서는 전문병원화나 개방병원제도 참여 등을 통해 경쟁력을 확보해 나가는 방안이 강구되어야 할 것이며, 상급종합병원제도 및 연구중심병원제도 활성화를 통해 의료서비스의 질을 향상시키고 의료전달체계를 확립하는 데에 이바지할 수 있을 것이다.

15) ‘지역사회 일차의료 시범사업’과 관련된 내용은 보건복지부 자료(2014; 2013. 12. 26)를 참조하였다.

특히, 병원급 이상 의료기관들이 적절한 역할을 수행하기 위해서는 관련 수가제도의 현실화가 필수불가결하므로(조재국, 2010), 병원급 이상 의료기관의 진료와 관련하여 적정 수준의 수가 보장이 선결되어야만 의료기관 기능 재정립이 확실하게 달성될 수 있을 것이다.

가) 전문병원

의료서비스의 질 향상을 위한 인센티브 부여

전문병원의 전문화된 의료서비스에 대한 수가 차별화 등 실효성 있는 인센티브를 부여하도록 해야 할 것이다. 즉, 진료 실적 등을 평가하고, 전문병원의 서비스 질에 대한 평가를 토대로 전문병원의 의료의 질을 강화해 나가야 할 것이며, 전문병원의 의료서비스에 대해 차등화된 수가를 적용해야 할 것이다(이용균, 2009)¹⁶⁾.

전공의 수련기관 인정

전문병원의 전공의 수련기관 인정 방안이 필요하다. 전문병원이 전공의 수련병원이 되기 위해서는 현재 보건복지부령에 규정된 인턴 및 레지던트 수련병원 지정 기준에 부적합한 측면이 있으므로, 전문병원의 전공의 수련을 위한 전문병원의 적용 지침 제정 방안이 요망된다(한국보건산업진흥원, 2010).

의료 수요 변화에 따른 전문병원 활성화

질환이나 진료과목 외에 의료 수요 변화에 따라 제공되는 기능이나 대상 환자 등에 따라 의료서비스를 전문화한 병원을 마련할 수 있을 것이다. 예를 들어서 게임중독치료병원, 중환자병원, 스트레스·비만 관리병원 등 의료서비스 기능이나 환자의 특수한 경우에 맞춰 전문화된 병원을 활성화시켜 새로운 의료 수요에 대처할 수 있을 것이다.

나) 상급종합병원

중증질환 중심의 본래 기능 강화

아직까지도 상급종합병원에서 의원 및 중소병원에서도 진료가 가능한 경증·만성질환 비중이 적지 않은 관계로, 중증 진료·연구 등 본래 기능 약화가 우려되고 있으므로 중증질환을 중심으로 한 상급종합병원의 기능에 더욱 역점을 둘 필요가 있을 것이다. 다만, 상급종합병원은 경증 외래환자 진료를 줄이는 대신 신의료기술 개발, 최첨단 임상의료 제공, 해외

16) 미국의 경우 동일한 진료 행위에 대하여 의료의 질 평가를 기준으로 의료기관별로 20% 정도의 진료수가 차이를 인정하고 있다(이용균, 2009).

의료 수출, 병원 간 교류 협력 활성화 등 최상위 의료기관으로서의 위상 정립에 힘을 쏟아야 할 것이다(손건익, 2010).

기본적 역할 수행을 위한 재정적 지원 필요

상급종합병원의 기본적인 역할은 임상, R&D, 교육 및 훈련이라고 규정할 수 있는데, 실질적으로 이들 병원이 그와 같은 역할을 수행하기 위해서는 적절한 정부 또는 보험자의 재정적 지원이 필요할 것이다(조재국, 2010).

다) 개방병원

병원 내 의원 개설 허용

병원 내 의원 개설을 허용함으로써 의료기관 간 인적 교류 증대, 효율적인 시설·장비의 활용 및 환자 의뢰·회송을 원활하게 할 수 있는 개방형 병원이 활성화될 수 있을 것이며, 병원 및 의원이 상호 상생 가능한 의료체계를 도출하게 될 것으로 생각된다. 특히, 이 경우 의원 입장에서 고가의 의료장비를 구입하지 않더라도 병원에서 보유하고 있는 의료 시설 및 장비 등을 사용할 수 있기 때문에 많은 고정 투자 비용을 들이지 않고도 환자에게 적절한 의료서비스를 제공할 수 있다는 장점을 가지게 된다.

병원수가 및 의사수가 분리

의사업무량을 기준으로 의사 수가를 적용하고, 진료비용을 기준으로 병원 수가를 정하는 것이 필요할 것이다. 즉, 개방병원 이용에 따른 ‘개방병원’과 ‘참여의’ 비용을 추정하여 수가에 반영하는 것이 필요할 것이다. 특히, 의사업무량의 경우 의사업무의 시간뿐만 아니라 강도¹⁷⁾까지 고려하여 객관적인 의사업무량을 설정할 수 있다면 추후 본격적인 개방병원제도가 도입되더라도 적용이 가능할 것이며, 현재 문제시 되고 있는 진료과별 차이도 극복이 가능할 것으로 판단된다. 또한, 미국에서는 진료비용의 지역 간 차이를 반영하고 있는데, 우리나라의 경우에도 지방 의료기관의 경영 상태 등을 감안하여 미국처럼 지역지수를 반영할 수도 있을 것으로 사료된다.

의료사고에 따른 책임 소재 명확화

보건복지부에서는 의료사고의 책임 소재를 명확화하기 위해 의료분쟁의 조정 및 중재 등

17) 업무 강도는 논쟁의 소지가 많을 것이므로 중립적 입장의 전문위원회가 강도를 산출해야 할 것이다.

에 관한 사항을 규정한 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」을 시행하고 (2012년 4월 8일) 있기는 하지만, 개방병원제도 하에서 의료사고 발생 시 개방병원과 참여의 간 사고 책임에 관한 보다 분명한 제도적 장치가 마련되어야 할 것으로 사료된다.

라) 연구중심병원

추가적인 재정적 지원 필요

병원 입장에서는 기존의 진료 중심에서 연구 중심으로 전환되면서 진료 수입이 감소할 것에 대해 많은 우려를 하고 있으므로 진료 수입 감소 방지 대책이 필요한데, 현재 보건복지부가 연구개발(R&D) 지원 사업¹⁸⁾을 통해 2014년 말까지 4개 연구중심병원에 대해 재정적 지원을 할 예정이지만, 향후 모든 연구중심병원에 대해 충분한 재정적 지원이 있어야 할 것으로 판단된다.

합리적인 인사평가제도 마련

병원은 연구를 수행할 수 있는 인력을 확보하고 이들을 합리적으로 관리할 인사평가제도를 마련해야 하기 때문에, 참조할 수 있는 세부적인 가이드라인 등이 요구되고 있다. 즉, 의사가 병원 내 진료와 연구 트랙을 자유롭게 선택할 수 있는 인사 및 평가 시스템을 재구축할 필요가 있을 것이다(이승철, 2012).

나. 의료기관 간 협력체계 활성화

1) 협력병원체계 활성화

가) 협력 병·의원 간 협진에 대한 신뢰성 제고

협력병원체계에 참여하는 협력 병·의원들이 협진에 대해 확고한 상호 신뢰감을 가질 수 있도록 환자 의뢰 및 회송 등을 더욱 활성화시킬 수 있는 제도적 보완 장치가 필요하다(자세한 내용은 후술되는 진료 의뢰 및 회송체계 활성화 참조).

나) 진료정보 교류시스템 구축 필요

현재 대부분의 협력 병·의원들이 진료 의뢰 및 회송 시 주로 인터넷이나 이메일, 팩스 등을 많이 이용하고 있는 편이므로, 협력 병·의원 간 전자적으로 진료정보를 교류할 시스템이 구축된다면 협력병원체계가 더욱 활성화될 수 있을 것이다.

18) 이에 대한 자세한 내용은, 보건복지부에서 제공한 「복지부, 연구중심병원의 연구개발(R&D) 지원 시작」(2014. 9. 30) 및 「2014년 제2차 연구중심병원 육성 R&D사업 신규 지원 대상 과제 공고」(2014. 10. 10)를 참고할 수 있다.

2) 진료 의뢰 및 회송체계 활성화

가) 진료의뢰서 발급 및 이용 요건 강화

현재 진료의뢰서가 의료진의 판단보다는 환자의 요구에 의해 무분별하게 발급되어 진료 의뢰체계가 정립되지 못하고 있는 실정을 감안하여 의료전달체계가 제대로 작동될 수 있도록 의사의 판단에 따라 상급의료기관의 서비스를 받을 필요가 있을 경우에 전원되는 형태로 운영되는 등 엄격한 진료의뢰절차가 마련되어야 할 것이다. 즉, 현재 무료 발급으로 되어 있는 진료의뢰서 발급을 유료화하고, 진료의뢰서 발급 시 진료 소견을 작성하게 하는 등 발급 요건을 강화해야 할 것이다(의료정책연구소, 2010).

나) 진료 의뢰 및 회송 유인 장치 마련

일본의 경우처럼, 우리나라의 1차 의료기관에서 상급병원에 진료 의뢰를 하면 진료정보 제공료를 지급받을 수 있도록 하고, 현재 10,430원인 회송료 수가를 현실화(회송료 상향 조정)하여 적극적인 회송 유인책을 마련해야 할 것이다. 또한, 의뢰 환자의 치료 종료 후 1단계 의료기관으로 회송해야 함에도 불구하고 의사의 의학적 소견에 반하여 환자가 회송을 거부할 경우 환자의 본인부담률을 대폭 상향 조정하거나 진료비 전액을 본인이 부담하도록 하는 등 적절한 조치를 취하는 방안도 고려할 수 있을 것이다.

한편, 진료 회송 시 진료정보 제공을 의무화하고, 진료 의뢰 및 회송의 편의와 검사 등의 재활용도를 높일 수 있도록 전자적으로 진료정보를 교류할 수 있는 시스템을 구축하는 것도 필요할 것이다.

다. 환자정보 보호 기반 진료정보 교류시스템 구축

1) 표준화된 진료정보 교류시스템 구축

현재 개별 의료기관 단위 또는 협력 병·의원 간에만 국한되어 적용되고 있는 진료정보 교류 시스템을 호환 가능한 정보 표준을 사용하도록 해야 할 것이다. 즉, 합리적인 진료정보 교류시스템을 구축하기 위해서는 전 의료기관이 표준화되고 통합된 시스템을 사용해야 할 것이며, 이러한 시스템을 이용하여 진료정보를 제공할 경우 수가 보상을 해주는 체계를 마련해야 할 것이다.

2) 환자정보 보호 장치 마련

진료정보 교류시스템 구축에 가장 중요한 핵심 요소는 '보안'과 '표준'이다. 환자의 진료기록은 환자의 사생활 보호 측면뿐만 아니라 의료 과실에 대한 민·형사 소송에서 중요한 요소

로, 이를 안전하게 보관하고 전송할 보안제도를 마련해야 할 것이다. 특히, 환자의 동의 하에 기록 열람 및 전송을 허용하는 보안 암호화체계 등이 구축될 수 있도록 제도적 뒷받침이 뒤따라야 할 것이다(하규섭, 2006).

3) 시스템 도입 및 유지 비용 등 재정적 지원 필요

진료정보 교류시스템 도입에 필요한 경제적 비용, 시스템 운영·유지 비용 등에 대한 정부의 지원이 필요하다(Yoon D. et al., 2011). 한편, 최근 정부에서 재정 지원(5년 간 100억 원 투입)하기로 한 모바일 헬스케어 앱 개발 등을 통해(데일리메디, 2014. 12. 10), 향후 맞춤형 건강관리정보 및 원격의료서비스 제공 시 진료정보를 교류할 수 있는 가능성은 더욱 확대될 수 있을 것으로 보여진다.

4) 시스템 사용을 위한 교육 지원

진료정보 교류시스템을 도입하여 활용하고자 하는 모든 의료기관 실무자를 대상으로 충분한 교육이 제공되어야 할 것이다. 특히, 개별 의료기관 단위에서 교육 프로그램 제공이 쉽지 않을 경우 정부 차원에서의 교육 프로그램 등을 마련하여 제공하는 것도 진료정보 교류시스템 확산에 큰 기여를 하게 될 것이다.

무엇보다도 진료정보 교류시스템이 의료기관에 널리 보급될 경우 국민 전체 의료비 감소 효과 및 임상진료 지원 등을 통한 의료의 질 향상 효과도 기대해 볼 수 있을 것이므로 정부의 적극적인 재정적·기술적 지원이 특별히 더 요구된다고 하겠다.

4. 나가며

우리나라의 기존의 의료체계는 사실상 의료 이용을 수요자와 공급자의 자율에 맡겼었으나, 최근 고령화 등에 의한 의료 수요 증가 현상과 의료기관 간 무한 경쟁 구도로 인하여 의료체계의 비효율성이 점차 심화되면서 보다 효율적인 의료 이용을 유도하여 국민의 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있는 기제를 마련해야 할 시점에 다다르게 되었다.

이에 본 고에서는 의료기관 중별 역할 정립과 의료기관 간 협력체계 구축 및 진료 의뢰·회송 체계 개선과 진료정보 교류시스템 구축 등을 통해 의료기관 간 협력시스템을 활성화시킬 수 있는 다양한 방안들을 제시해 보았다.

본 고에서 제시한 의료기관 간 협력시스템 활성화 방안으로는 대분하여 효율적 의료공급


체계 구축, 의료기관 간 협력시스템 활성화 및 환자정보 보호 기반 진료정보 교류시스템 구축 방안 등이다.

국내의 효율적 의료공급체계 구축 방안과 관련해서는 먼저 의원급 의료기관은 기존의 치료 중심의 의료서비스 제공에서 벗어나 질병 예방 및 건강관리 차원의 의료서비스까지도 제공을 함으로써 국민들의 전반적인 건강 수준을 향상시킬 수 있는 계기를 마련해 주는 역할을 하게 될 것이며, 특히 외래환자 중심의 의료서비스 제공, 진료 의뢰 활성화, 맞춤형 서비스 제공 및 1차 진료의사 양성 등을 통해 의원급 의료기관의 기능은 강화될 수 있을 것으로 판단된다.

두 번째, 병원급 의료기관의 특성화·전문화 방안이 강구되어야 할 것이다. 즉, 전문병원의 경우에는 의료서비스의 질 향상을 위한 수가 차별화 등 실효성 있는 인센티브 부여, 전공의 수련기관 인정, 의료 수요 변화에 따른 전문병원 활성화 방안 등을 제시하였다. 상급종합병원의 경우는 중증질환 중심의 본래 기능 강화 및 기본적 역할 수행을 위한 재정적 지원 등의 방안을 제시하였다. 또한, 개방병원의 경우 병원수가 및 의사수가 분리, 의료사고에 따른 책임 소재 명확화 방안 등을 제시하였다. 연구중심병원의 경우 재정적 지원 강화 및 합리적인 인사평가제도 지원 방안 등을 제시하였다. 협력병원체계 활성화 방안으로는 협력 병·의원 간 협진에 대한 신뢰성 제고 및 진료정보 교류시스템 구축 방안을 제시하였다.

마지막으로 진료 의뢰 및 회송 체계 활성화 방안으로는 진료의뢰서 발급 및 이용 요건 강화를 비롯하여 진료 의뢰 및 회송 유인 장치를 마련할 수 있는 방안 등을 제시하였다.

한편, 환자정보 보호 기반 진료정보 교류시스템 구축 방안과 관련해서는 진료정보 교류시스템이 의료기관에 널리 보급될 경우 국민 전체 의료비 감소 효과 및 임상진료 지원 등을 통한 의료의 질 향상 효과도 기대해 볼 수 있을 것이므로 정부의 적극적인 재정적·기술적 지원이 특별히 더 요구된다고 할 수 있겠는데, 제시된 진료정보 교류시스템 활성화 방안으로는 표준화된 진료정보 교류시스템 구축, 환자정보 보호 장치 마련, 시스템 도입 및 운영·유지 비용 등 재정적 지원, 시스템 사용을 위한 교육 지원 등이 포함된다.

결론적으로 의료기관 간 협력시스템의 활성화를 통해서 의원이나 병원은 일반진료를, 상급종합병원이나 연구중심병원, 전문병원은 교육, 연구, 특수·전문질환 치료를 하는 각각의 고유 기능을 유지시킴으로써 효율적인 의료전달체계를 확립하는 데에 크게 기여하게 될 것이다. 또한, 진료정보 교류시스템이 확립된다면 협력의료기관 간의 진료정보 교류 등도 원활해지게 되어 의료전달체계 확립 및 의료기관 간 협력시스템 활성화에 많은 공헌을 하게 될 것이며, 더 나아가서 진료의 질 향상 및 국민 의료비 절감 효과도 나타날 것이다. 다만, 진료정보 교류시스템 구축에는 많은 비용과 노력이 필요하므로 이에 대한 정부의 행·재정적 지원이 필요하다는 점을 다시 한 번 강조하고자 한다. 

참고문헌

- 건강보험심사평가원(2014), 「2013년 손에 잡히는 의료 심사·평가 길잡이」
- 건강보험심사평가원(2014. 11. 12), 「월간 진료동향 뉴스레터」11월호
- 건강보험심사평가원(2011), 「개방병원제도 관련 수가체계 개선 등 활성화 방안 연구」
- 김요은(2012), 「의료기관 간 협력시스템 활성화 방안」, 한국병원경영연구원
- 김용익(2012), 「의료산업경쟁력포럼」, 산업정책연구원(IPS) 의료산업경쟁력연구센터
- 대구가톨릭병원(2012), 전산실 내부 자료
- 대한병원협회(2012. 2), 「병원경영정상화 특별위원회 워크샵 자료집」
- 대한병원협회(2011. 2), 제1차 기획-정책-보험위원회 합동회의(내부 자료)
- 대한병원협회(2011. 3), 제2차 기획-정책-보험위원회 합동회의(내부 자료)
- 대한병원협회(2009. 2), 「입원료 등 기본진료료 재평가 연구」
- 대한전문병원협의회(2014), 내부 자료
- 보건복지부(2014), 「2013 보건복지백서」
- 보건복지부(2014. 9. 30), 「복지부, 연구중심병원의 연구개발(R&D) 지원 시작」
- 보건복지부(2014. 8. 21), 「제2기 전문병원 지정 작업 본격 착수」(보도참고자료)
- 보건복지부(2014. 8. 1), 「상급종합병원 지정 신청 마감 결과, 총 52개 기관 신청」
- 보건복지부(2014. 7. 1), 「2015년 상급종합병원 지정신청 안내」(공고 제2014-358호)
- 보건복지부(2014. 2. 27), 「상급종합병원, 더 이상 경쟁적인 병상 증설 못한다」
- 보건복지부(2013. 12. 26), 「보건복지 정책, 2014년부터 이렇게 달라집니다」
- 보건복지부(2012. 2. 9), 「보건의료기술진흥법 시행규칙 일부개정령」
- 보건복지부(2011. 12. 23), 「2012년 업무계획」
- 보건복지부(2011. 11), 「연구중심병원사업 설명회 자료집」
- 보건복지부(2011. 7), 「2011년 전문병원 지정 계획」
- 보건복지부(2011. 6), 「의료기관 종류별 표준업무규정」
- 보건복지부(2011. 3), 「의료기관 기능 재정립 기본계획」
- 보건복지부(2011), 「2010 보건복지백서」
- 보건복지부(2009. 8), 「개방병원운영안내(지침)」
- 보건복지부(2009), 「2008 보건복지가족백서 용어 해설집」
- 보건복지부·건강보험심사평가원·대한병원협회(2011), 「2011년도 상급종합병원 지정/ 평가 : 의료기관 대상 설명회 자료집」
- 보건복지부·한국보건의료연구원(2010. 12), 「협진제도 발전과제 연구」
- 보건복지부·한국한의학연구원(2008), 「한방 의료 이용 실태 조사」
- 손건용(2003), 「의료전달체계 개선방안 연구」, 한국병원경영연구원
- 손건용·김경혜(2000), 「의료전달체계 개선 연구」, 한국병원경영연구원
- 손건익(2010), 「의료전달체계 개선의 필요성과 추진 방향」, 「보건복지포럼」 제169호, 한국보건사회연구원
- 신영석 외(2010), 「건강보험 정책 현황과 과제」, 한국보건사회연구원
- 안민정(2009), 「병원 간 협력관계에 관한 연구」, 부산가톨릭대학교 생명과학 대학원 석사학위논문
- 안홍준 의원실(2009. 12), 「보건의료의 미래 - 의료일원화 필요한가? 그리고, 어떻게 할 것인가?」(토론 자료집)
- 연세대학교 보건정책 및 관리연구소(2003), 「한국과 일본의 의료보험수가체계에 관한 비교 연구」
- 의료정책연구소(2010), 「진료 의뢰 및 회송 제도 개선방안」
- 이상영(2010), 「의료기관 종별 기능 정립 방안」, 「보건복지포럼」 제169호, 한국보건사회연구원
- 이승철(2012), 「의료서비스 (병원)산업 전망」, 「병원」 통권 336호, 대한병원협회

이신호(2012), "2012년 병원산업 전망", 『병원』 통권 336호, 대한병원협회

이용균(2009), 「중소병원의 위기 극복을 위한 전문병원 활성화」, 한국병원경영연구원

이재호(2006), "서울아산병원의 의료정보 교류와 PHI(Personal Health Information) 보호 현황", 『추계학술대회 심포지움 자료집』, 대한의료정보학회

정석훈(2012), 「연구중심병원 사업의 주요 성공요인 분석」, 한국병원경영연구원

정석훈(2011), 「상급종합병원 지정기준 개선 방안」, 한국병원경영연구원

정현진·황라일, 서수라, 김철웅(2007), 「유럽의 일차의료 현황과 주치의제도 개혁 : 한국에의 함의」, 국민건강보험공단

조재국(2010), "의료전달체계의 발전방향과 정책과제", 『보건복지포럼』 제169호, 한국보건사회연구원

하규섭(2006), "의료정보 교류와 PHI(Personal Health Information) 보호 현황", 『추계학술대회 심포지움 자료집』, 대한의료정보학회

한국보건사회연구원·서울대학교(2008), 「KTX의 건강영향평가」

한국보건산업진흥원(2011), 「2010 보건산업백서」

한국보건산업진흥원(2010), 「중소병원 경쟁력 강화 정책 지원 사업」

Rakel R.E.(1984), Problem-oriented medical records, In Rakel R.E., Conn H.F. eds. Textbook of Family Practice(3rd ed), Philadelphia: WB Saunders

Yoon D. et al.(2011), "Adoption of electronic health records in Korean tertiary teaching and general hospitals", 『International Journal of Medical Informatics』

OECD Health Data 2014

DICOM(<http://medical.nema.org>)

HLL7(<http://www.hl7.org>)

HLL7 Korea(<http://hl7korea.knu.ac.kr>)

<http://en.wikipedia.org/wiki>

<http://www.samsunghospital.com>

<http://www.terms.co.kr>