

## 한국표준의료행위 분류체계 개발

박형욱 · 손명세 · 김한중 · 박은철 · 유승흠

연세대학교 의과대학 예방의학교실

= Abstract =

### The Development of Classification System of Medical Procedures in Korea

Hyoung Wook Park, Myongsei Sohn, Han Joong Kim, Eun Cheol Park, Seung Hum Yu

*Department of Preventive Medicine and Public Health, Yonsei University College of Medicine*

In recent years, the Korean Medical Association has undertaken the feat of establishing the Korean Standard Terminology of Medical Procedures with the dedicated help of 32 medical academic societies. However, because the project is being conducted by several different circles, it has yet to see a clear system of classification. This thesis, therefore, proposes the three principles of scientific properties, usefulness and ideology as the basis for classification system and has developed the Classification System of Medical Procedures in Korea upon their foundation.

The methodology and organization of this thesis as follows. First, by adopting scientific classification system of Feinstein(1988), an analysis of the classification systems of the medical procedures in the United States, Japan, Taiwan, WHO was carried out to reveal the framework and the basic principles in each system. Second, the direction of classification system has been constructed by applying the normative principle of medical field in order to show the future direction of the medical field and realize its ideology. Third, a finalized framework for the classification system will be presented as based on the direction of classification system. Of the three basis principles mentioned above, the analysis on the principles of usefulness was left out of this thesis due to the difficulty of establishing specific standards of analysis.

The results of the study are as follows. The overall structure of the thesis is aimed at showing the "Prevention-Therapy-Rehabilitation" quality of comprehensive health care and consists of six chapters;

- I . Prevention and Health Promotion
- II . Evaluation and Management

### III. Diagnostic Procedures

### IV. Endoscopy

### V. Therapeutic Procedures

### VI. Rehabilitation

Chapter three Diagnostic Procedures is divided into four parts ; Functional Diagnosis, Visual Diagnosis, Pathological Diagnosis, Biopsy and Sampling. Chapter five Therapeutic Procedures is divided into Psychiatry, Non-Invasive Therapy, Invasive Therapy, Anaesthesia and Radiation Oncology. Of these sub-divisions, Functional Diagnosis, Biopsy and Sampling, Endoscopy and Invasive Therapy employs the anatomical system of classification. On the other hand, Visual Diagnosis, Pathological Diagnosis, Anesthesia and Diagnostic Radiology, namely those divisions in which there is little or no overlapping in services with other divisions, used the classification system of its own division.

The classification system introduced in this thesis can be further supplemented through the use of the cluster analysis by incorporating the advice and assistance of other specialists.

---

Key words : classification system of medical procedures, standard terminology

## I. 서 론

과학의 모든 분야에서 분류(classification)는 중심적인 역할을 해왔다. 특히 식물학이나 도서관학과 같은 일부의 학문에서는 이것이 좀더 체계적인 분류학으로 발전했는데 의학에서도 이에 못지않게 분류는 옛부터 체계적인 모습을 갖고 있었다. 아직까지 전해져 오고 있는 고대 인도의 Sushruta Samhita, 그리스의 Hipocrates 등에 의한 질병의 분류는 이러한 모습을 잘 보여주고 있다(Haldipur, 1989). 근대에 들어와서는 1853년 영국의 Wiliam Farr와 스위스의 Marc d'Espine이 사망원인에 관한 국제적인 명명법을 제안한 이후 1891년 Jacques Bertillon이 영국, 독일, 스위스의 분류체계를 종합한 분류법을 제안하였다. 이 분류법은 1948년 6번째 판부터는 WHO가 후원하게 되면서 ICD(International Classification of Disease)로 탄생하였으며 1995년에 ICD-10이 발간되었다(Feinstein, 1988).

한편 의료행위에 대한 분류는 질병의 분류보다 다소

늦게 이루어졌다. 미국에서는 1950년대에 SNDO (Standard Nomenclature of Diseases and Operations)를 발행하였으며 1966년에는 Physicians' Current Procedural Terminology(CPT)의 첫번째 판을 출간하였다. 그리고 영국에서는 외과치료에 대한 분류체계가 1944년에 처음 만들어졌으며 1975년에는 세번째 판인 OPCS-3(Classification of Surgical Procedures, Thrid Revision)가 출간되었다. 이렇게 산발적으로 진행되던 의료행위 분류작업은 1978년 ICPM(International Classification of Procedures in Medicine)이 발간됨으로써 국제적인 모습을 갖게 되었다(WHO, 1978). 같은 해에 ICD-9-CM Vol 3가 미국에서 출판되었으며 캐나다에서는 진단, 치료, 외과적 치료에 대한 분류인 CCP(Canadian Classification of Diagnostic, Therapeutic and Surgical Procedures)가 개발되었다. 한편 네덜란드에서는 1987년 ICPM-DE의 첫번째 판이 발간되었으며 1992년에는 독일어로 발행되었다. 또한 스위스에서는 1986년에 VESKA-Operationsschlüssel 가, 스칸디나비아에서는 1989년에 Nordisk forkortet

operationsliste가, 그리고 프랑스에서는 1991년에 *Catalogue des Actes Médicaux*가 개발되었다(Flier와 Hirs, 1995).

현대 서양의학이 도입된 이후 우리나라에서는 질병 분류를 직접 개발하기보다는 주로 국제적 분류체계를 번역하여 사용하였다. 1938년 인구동태 조사업무를 시작할 때 질병분류를 위하여 5차 개정 국제사인표를 번역사용하였고, 1979년부터는 ICD-9을 번역한 2차 개정판 한국표준질병분류를 사용하였다. 그리고 1995년부터 ICD-10을 번역한 3차 개정판을 사용하기 시작하였다(홍준현, 1994). 이처럼 질병에 대한 분류는 자체적으로 구성한 것은 아니지만 국제적인 표준을 번역하여 사용해 왔고 모든 의료기관이 동일한 분류체계를 사용하고 있기 때문에 그 자체에 큰 문제는 없다고 할 수 있다.

그러나 질병에 대한 분류와 달리 우리나라에서의 의료행위 분류는 사용목적과 의료기관에 따라 다른 분류체계를 사용하고 있어 많은 문제가 발생하고 있다. 우선 의무기록 분야에서는 1978년 WHO에서 개발한 ICPM(International Classification of Procedures in Medicine)을 많이 사용하고 있다. 그러나 이것이 개발된 지 거의 20년이 다 되어 감에도 불구하고 아직 한번도 개정되지 않아 현재의 의료행위를 포괄하기에는 부족한 점이 너무 많다. 그래서 일부 의료기관에서는 미국에서 개발한 ICD-9-CM(International Classification of Disease, Clinical Modification)을 사용하고 있다. 이 ICD-9-CM은 ICD와는 달리 일부 의료행위에 대한 분류가 포함되어 있기 때문이다. 한편 의료보험 분야에서는 '의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준집'의 분류체계를 사용하고 있다. 이것은 1977년 의료보험이 시행되면서 일본의 진료수가집을 모델로 하여 만들어진 것으로 매년 개정되어 왔다. 그러나 이 분류체계는 앞서의 ICPM이나 ICD-9-CM과 그 목적이 상이하고 개발과정에 있어 전문성이 결여되어 있기 때문에 보험의 급여를 받는 의료행위만을 포함하고 있으며 의료행위를 체계적으로 나열하지 못하고 있다.

의료행위 분류는 여러 가지 목적을 갖고 있다. 보험

급여와 같은 의료행위에 대한 상환은 물론 의무기록의 전산화, 퇴원요약, 임상연구, 동료심사, 의료의 질적 관리, 업무량 평가, 생산성 검토, 병원자원관리, 의료이용 비교, 공중보건 관리, 기준미달진료의 판정 등 그 목적은 다양하다. 또한 의료행위 분류는 최근 들어 그 중요성이 크게 부각되고 있는 보건의료정보 표준화작업의 기초이기도 하다(유경희, 1995). 그러나 앞서 언급하였듯이 우리나라에서는 통일되고 표준화된 의료행위분류를 사용하고 있지 않기 때문에 필요한 정보를 제대로 산출하지 못하고 있다. 사정이 더 낫다고 할 수 있는 질병분류에 있어서도 많은 문제가 발생하고 있는 상황에서(이건세, 1994) 단일한 표준안을 사용하고 있지 않은 의료행위에 관련된 전국적인 통계치를 산출하거나 국제적인 비교를 한다는 것은 무척이나 어려운 일이다.

그러나 현대의학이 도입된 지 1세기가 지나고 의료보험이 도입된 지 20여 년이 지난 지금까지 이러한 문제점을 해결하고자 하는 노력은 매우 드물었으며 관련 문헌조차 찾아보기 어렵다. 이러한 현실은 학문의 기본적인 토대와 학문의 사회간접자본에 무관심해 온 우리나라 학계의 풍토와 무관하지 않을 것이다. 그런데 최근 몇몇 관련단체에서 조금씩 이러한 문제를 해결하고자 하는 노력을 시도하였다. 1994년 대한의사협회는 독립적인 위원회를 구성하고 나름대로 의료행위 분류체계를 구성한 바 있으나 공식적으로 사용되지는 못하였다. 또한 1995년 통계청에서는 WHO ICPM을 우리말로 번역하여 '의료처치분류(초안)'를 구성하였다. 이것은 국제적인 표준을 우리말로 번역하였다는 의미를 갖고 있으나 1978년에 만들어진 WHO ICPM을 그대로 번역하였기 때문에 앞서 언급하였듯이 의학의 발전을 반영하지는 못하고 있다.

이러한 산발적인 노력 끝에 1995년 3월부터 대한의사협회의 주도로 한국표준의료행위분류를 개발하는 작업이 진행되고 있다(대한의사협회, 1995). 작업의 중요성에 걸맞게 한국표준의료행위분류 제정작업에는 대한의학회 산하 32개 학회가 참가하여 우리나라 의료계에서는 전례없이 많은 관심과 인력이 투입되고 있

다. 그러나 일차작업이 분과학회별로 이루어졌기 때문에 전체적으로 의미 있고 일관성 있는 분류체계의 형태를 갖추지 못하고 있다. 따라서 본 논문에서는 첫째, 의료행위 분류체계의 국제간 비교를 통하여 그 틀과 구성원리를 파악하고, 둘째, 의료행위 분류체계의 규범적 원칙을 구성하고, 셋째, 위에서 도출한 틀과 구성원리와 규범적 원칙을 바탕으로 한국표준의료행위 분류체계를 개발하였다.

## II. 한국표준의료행위 분류체계 개발방법

### 1. 개발자료

의료행위 분류체계 개발을 위한 일차적인 자료는 한국, 미국, 일본, 대만, WHO 등 주요 국가 및 국제기구의 의료행위 분류체계이다. 그러나 한국, 일본, 대만의 경우 순수히 의료행위를 기술하기 위한 분류체계는 없고 단지 수가산정을 목적으로 의료행위를 기술한 분류뿐이었다. 따라서 이러한 자료에 내재되어 있는 의료행위 분류체계를 파악하여 분석하였다. 한국은 '의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준(보건복지부, 1995)'을 기본자료로 하였으며 대만은 '노공보험 진료비용 지부표준표(대만 지구노공보험국, 1992)', 일본은 '사회보험 진료보수점수표 간편번역집(1995)'을 사용하였다. 그리고 미국은 'Physicians' Current Procedural Terminology(AMA, 1995)를 사용하였고 WHO는 'ICPM(International Classification of Procedures in Medicine, 1978)'을 사용하였다. 의료행위 분류체계의 규범적 원칙을 구성하기 위하여는 주로 문헌고찰을 이용하였다.

### 2. 개발방법 및 진행

#### 1) 분류체계가 갖추어야 할 삼요소

의료행위 분류체계가 갖추어야 하는 특성에는 여러 가지가 있을 수 있다. 그 중 가장 중요한 것 중의 하나는 분류체계의 과학성이라 할 수 있다. 직접적으로 의

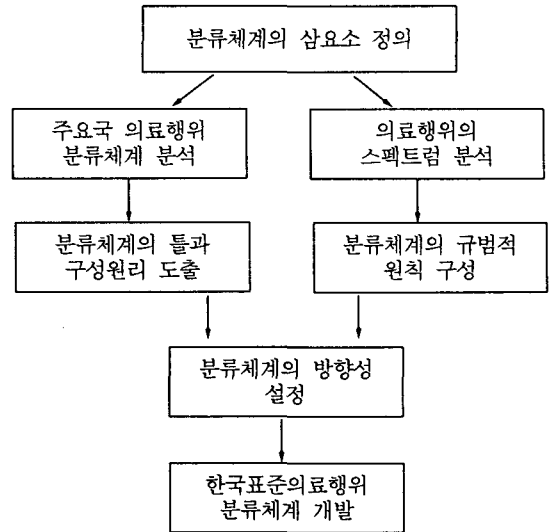


그림 1. 개발 방법 및 진행

료행위 분류체계에 관한 것은 아니지만 일반적으로 분류체계는 구성력, 예측범위, 구조적 복잡성, 기능적 복잡성, 수행성, 수행의 참신성, 구조적 참신성, 기능적 참신성, 예측의 정확성, 경제성, 정확성의 순변화, 비용의 순변화, 독창성, 결실성 등을 갖고 있어야 한다(Deutsch, 1966). 한편 일부의 연구자들은 위의 조건을 재구성하여 자연성(naturalness), 조작의 용이성(ease of manipulation), 정보의 취득(information retrieval) 등을 과학적 분류체계가 갖추어야 할 세 가지 조건으로 제시하였다(Sokal, 1971).

그러나 이와 같은 분류체계의 조건은 분류체계의 과학성을 평가하기에 합당한 구체적인 기준이라기보다는 과학적 분류체계가 갖추어야 할 기본적인 원칙 혹은 법칙의 성격에 가까운 항목들이다. 이와는 달리 Feinstein(1988)은 더 구체적으로 다음과 같은 세 가지 요건을 들고 있다. 첫째, 분류체계가 합당한 구성원리를 가지고 있어야 한다. 둘째, 사용한 범주가 일반적으로 받아들일 수 있는 이름을 갖고 있어야 한다. 셋째, 개개의 사물을 일관성 있게 구분하기 위해서는 사용된 범주의 운용적 정의가 있어야 한다.

이러한 세 가지 요건을 도서관에서 책을 분류하는 것에 비유하여 설명할 수 있다. 첫째, 합당한 구성원리

라는 것은 책을 분류하는 기준으로 무엇을 선택하느냐의 문제이다. 책에는 크기, 발행년도, 저자, 출판사, 주제, 색 등 여러 가지의 속성이 있다. 일관성 있게 책을 분류하기 위해서는 이 중에서 어느 성질을 이용할 것인지 결정해야 한다. 둘째, 주제를 구성원리로 채택할 경우 여러 가지 주제를 의미하는 범주가 필요하며 그 범주가 일반적으로 받아들일 수 있는 이름을 갖고 있어야 한다. 예를 들어 역사학, 경제학, 시, 소설, 단편소설, 희곡 등을 들 수 있다. 셋째, 합당한 범주의 제목을 결정할 후 개개의 사물을 일관성 있게 구분하기 위해서는 범주적용의 운용적 기준(operational criteria)이 필요하다. 예를 들어 '외과의사에 대한 소설 같은 전기'가 외과에 들어가야 하는지 소설에 들어가야 하는지 혹은 전기에 들어가야 하는지에 대한 기준이 있어야 한다. 이러한 운용적 기준을 잘 정의하지 않으면 분류가 일관성을 잃을 수도 있다.

한편 의학에서의 분류체계는 과학성 못지않게 유용성이 중요하다고 할 수 있다. 순수자연과학에서의 일반적인 분류와는 달리 의료행위의 분류는 응용성이 중요하기 때문이다. 그러나 이러한 유용성은 누구에게 어떠한 방식으로 유용한가에 대한 논의가 진행된 후에야 결정할 수 있다. 예를 들어 기존의 우리나라 의료보험 요양급여 및 진료수가 기준집에 있는 의료행위분류는 의료보험 조합에서 보험수가를 산정하는데 유용하도록 구성되어 있다. 따라서 거기에는 의사들의 의료행위임에도 불구하고 보험급여를 못 받는 항목은 포함되어 있지 않다(보건복지부, 1995). 때문에 이러한 분류체계는 여기에 포함되지 않은 의료행위에 대한 연구를 진행하기에는 부족한 점이 있을 수 있다.

의료행위 분류체계의 유용성은 수가산정에서 뿐 아니라 다른 여러 가지 측면에서도 논의할 수 있다. 교육적인 유용성이나 연구 혹은 진료에서의 유용성도 생각할 수 있으며 의료정보의 교환과 그것을 위한 표준화의 기초작업으로서의 유용성도 생각할 수 있다(Thompson 등, 1978). 따라서 유용성을 위한 분류체계의 성질은 누구에게 무엇을 위해 유용한가를 결정할 후에 논의할 사항이며 여러 가지 유용성을 검증하거나

측정할 만한 뚜렷한 기준은 아직 없다. 물론 이러한 성질이 앞서 논의된 과학성과 완전히 배치되는 것은 아니다. 예를 들어 과학성이 뒷받침되지 않고 표준화를 거론할 수는 없기 때문이다.

이러한 과학성과 유용성 이외에 한국표준의료행위 분류체계를 구성함에 있어 고려해야 할 부분이 있다. 그것은 일반적으로 분류체계가 사람의 사고에 영향을 끼치고 있다는 사실이다. 일반적으로 어떠한 분류체계가 확립되면 사람의 사고는 그러한 분류체계의 틀을 통해 이루어지며 그로 인해 많은 제약을 받게 된다. 대표적인 예가 우리나라 학문사회에서 '문과(文科)와 '이과(理科)'의 구분을 하는 것이다. 이러한 문과와 이과의 구분 때문에 학문발전에 많은 장애가 있다는 비판이 있다. 예를 들어 전산학은 이과에, 방송학은 문과에 속해 있기 때문에 이들 분야가 당연히 다루어야 할 많은 내용이 이들 분야로부터 차단되었으며 그 접근 방법에도 많은 제약이 가해졌다는 것이다. 환경학, 정보학, 농학, 건축학 등의 분야도 문과와 이과 중 어느 한 쪽에 소속되었기 때문에 동일한 제약과 왜곡이 나타났다는 것이다(김영식, 1983). 이처럼 분류체계는 의도한 것이든 의도하지 않은 것이든 인간의 사고에 영향을 미치고 제약을 가하는 효과가 있다. 따라서 이러한 효과를 더 적극적으로 받아들여 한국표준의료행위 분류체계가 의료의 방향을 제시하는 어떠한 가치에 담지할 수 있도록 구성할 수 있다. 이렇게 분류체계를 통하여 적극적으로 어떠한 가치를 표명하는 것을 본 논문에서는 분류체계의 규범성이라고 명명하고자 한다.

이상의 논의를 바탕으로 본 연구에서는 한국표준의료행위 분류체계가 갖추어야 할 조건을 과학성, 유용성, 규범성으로 요약하고자 한다. 그러나 앞서 언급했듯이 이 세 가지 조건이 배타적으로 구분되는 것은 아니며 서로 중복되는 측면이 있을 수 있다. 본 연구에서는 분석의 대상으로 과학성을 사용하였고 구성의 대상으로는 규범성을 사용하였으나 유용성은 다루지 못하였다.

## 2) 과학성의 분석과 규범적 원칙의 제시

과학성은 앞서 언급하였듯이 Feinstein(1988)이 제시한 과학적 분류체계의 세 가지 요건을 중심으로 분석하였다. 그리고 의료행위 분류체계의 국제간 비교를 위하여 우선적으로 대분류체계 상에서 비교군을 파악하여 이를 대상으로 아래의 사항을 비교하였으며 대분류체계 상에서 직접 비교되지 않는 부분은 중분류체계 상에서 비교하였다. 분석사항은 다음과 같다. 첫째, 주요 국가의 의료행위 분류체계가 합당한 구성원리를 가지고 있는지를 검토하고, 둘째, 사용한 범주가 일반적으로 받아들일 수 있는 이름을 갖고 있는지 검토하고, 셋째, 개개의 사물을 일관성 있게 구분하기 위한 범주의 운용적 정의와 그것의 적용 상황을 검토하였다.

각국의 분류체계가 어떠한 규범적 원칙을 뚜렷이 표방하지 않고 있기 때문에 분석하기 어려웠으나 가능한 주요 국가의 분류체계 속에 내재되어 있는 가치를 도출하기 위해 노력하였다. 그러나 규범성은 앞서도 이야기하였듯이 분석의 측면보다는 구성의 측면에서 사용하였다. 이를 위해서 의료행위의 여러 가지 측면을 나타내는 스펙트럼을 이용하여 분류체계를 구성하였다. 예를 들어, 의료행위 분류체계의 기본골격에 '예방-치료-재활'이라는 스펙트럼을 사용할 경우 비록 현재는 예방의료가 여러 가지 현실적인 문제 때문에 제대로 수행되고 있지 않지만 치료의학 못지않은 의료의 본질적인 한 요소라는 것을 나타낼 수 있다. 이러한 '예방-치료-재활'의 스펙트럼 이외에도 의료행위의 본질적인 요소에는 여러 가지가 있다. 따라서 이를 나타낼 수 있는 여러 가지 의료행위의 스펙트럼을 구성하였으며 이것은 주로 문헌고찰을 통해 이루어졌다.

### III. 의료행위 분류체계의 국제간 비교

#### 1. 대분류체계 비교

한국, 일본, 대만, 미국 등 4개 국가의 의료행위 분류체계의 대분류를 비교해 보면 그림 1 과 같다. 한국은 전체가 13장으로 구분되어 있으며 이 중 의사와 관련된 의료행위는 10여 장으로 구성되어 있다. 또 미국은 6장

으로 구성되어 있으며 대만과 일본은 크게 기본진찰료와 나머지 항목의 2 장으로 구성되어 있다. 그러나 대만과 일본의 경우 나머지 항목 속에 일본은 11개의 소분류를 포함하고 있으며 대만은 12개의 소분류를 포함하고 있다. 대체로 일본과 대만은 한국과 유사한 분류 형식을 갖고 있다.

첫째, 전체적인 구성원리를 분석해 보면, 우선 한국, 대만, 일본은 대체로 뚜렷한 구성원리를 갖고 있지 않지만 잠재적으로는 의료행위를 진단과 치료라는 목적성으로 구분하고 있다. 미국은 상대적으로 간결한 구조를 하고 있다. 그러나 대만, 일본, 한국과는 달리 검사나 치료라는 의료행위의 목적성을 이용하지 않고 전통적인 개념인 내과, 외과라는 범주를 사용하고 있다. 따라서 기능검사의 많은 부분이 한국에서는 검사에 포함되어 있지만 미국은 내과에 포함되어 있다. 그러나 내시경 검사는 한국에서는 검사에 포함하고 있지만 미국은 외과에 포함하고 있다. 종합하면 미국의 분류체계의 구성원리는 넓은 의미의 분과라고 할 수 있다. 즉 마취, 방사선, 병리 등은 분과명을 그대로 대분류체계로 사용하고 나머지는 외과와 내과로 구분한 것이다.

둘째, 사용하는 범주에 있어서 한국, 대만, 일본은 장·절의 수준을 제대로 고려하지 않고 있다. 일본은 한국의 기본진찰료에 해당하는 부분을 기본진찰료와 지도관리료로 구분하고 있는데 그 범주가 상당히 애매하다. 한편 미국은 대분류체계가 간단하고 내과와 외과라는 포괄적인 개념을 사용하고 있으므로 사용하고 있는 범주의 구성이나 이름에 있어서 별다른 문제점은 찾을 수 없다.

셋째, 각각의 범주의 운용적 정의 역시 한국, 대만과 일본의 분류체계에서는 뚜렷이 찾을 수 없다. 미국의 분류체계에서도 범주의 명확한 운용적 정의는 찾을 수 없다. 다만 마취부분은 기본적으로 다른 과와 중복되는 의료행위가 별로 없기 때문에 특별한 운용적 정의가 없이도 그 통합성이 유지되고 있다. 그러나 방사선, 병리 등은 운용적 정의가 없기 때문에 약간 일관성이 없는 모습을 보이고 있으며 이러한 현상은 내과와 외과의 경우에 있어서는 상당히 심각하게 나타나고 있

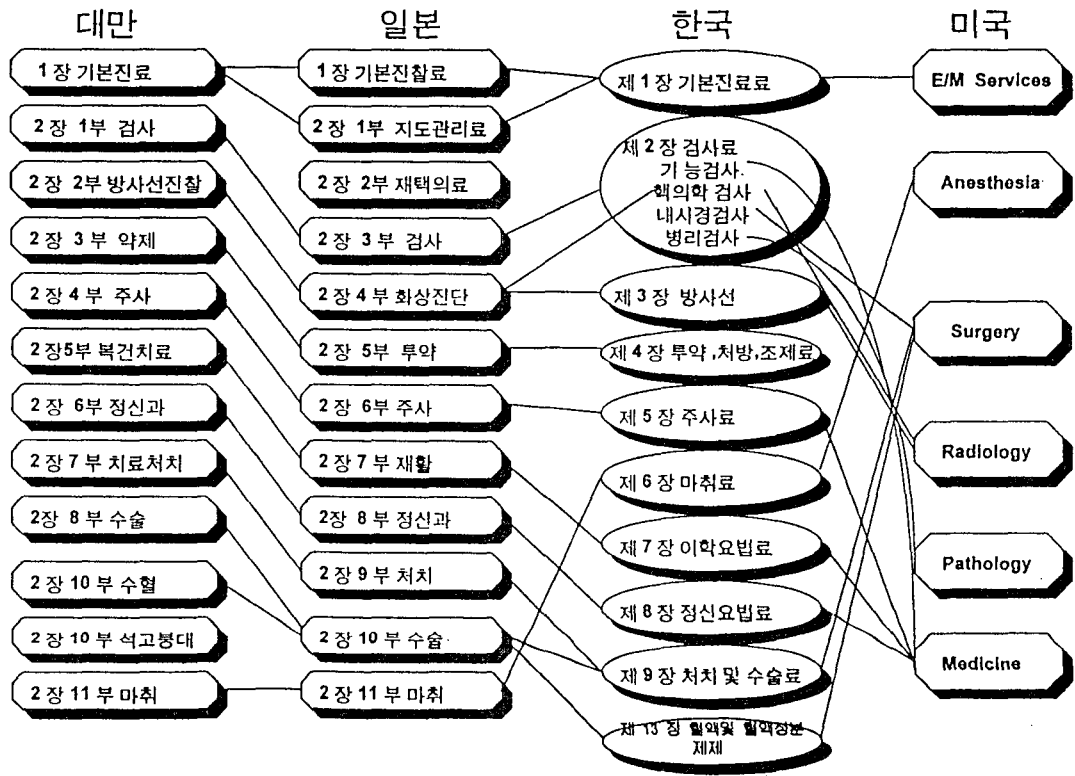


그림 2. 대분류체계 비교

다. 이것은 내과와 외과라는 개념이 전통적이면서도 상당히 포괄적인 개념이지만 현대의료가 이러한 범주의 사용을 불합리하게 하는 방향으로 발전하고 있기 때문이다. 그래서 그 운용적 정의를 구성하기 어렵고 일관성이 없는 부분이 여러 곳에서 발견된다. 예를 들어 미국은 요류동태학 검사를 외과의 비뇨기계 안에 포함하고 있는 반면 심도자, 전기생리학적 처치는 내과의 심혈관계 안에 포함하고 있다. 그러나 전자의 요류동태학 검사는 그 성격이 내과적 처치에 가깝다고 할 수 있으며 후자의 심도자와 전기생리학적 검사는 비록 내과에서 시행하고 있지만 그 성격이 상당히 외과적인 처치에 가깝다.

한편 WHO ICPM은 의료행위를 분류하는 구성원리로 의료의 목적성을 채택하고 있으며 단순히 의사들의

의료행위만을 기술하는 분류체계는 아니다. 의료라는 이름으로 행해지는 모든 행위들을 망라하고 있기 때문에 간호사가 시행하는 행위는 물론 개념상으로는 보건관리자들이 할 수 있는 행위도 포괄하고 있다. 전체적으로 WHO ICPM은 모두 9장으로 구성되어 있으며 의료의 목적성을 구성원리로 사용하고 있기 때문에 나머지 4개 국의 분류체계에서는 다른 범주에 산재되어 있는 것이 WHO ICPM에는 하나의 대분류 안에 모아져 있는 경우도 있다. 예를 들어 WHO ICPM의 '제1장. 의료진단을 위한 처치'는 미국의 분류체계에서는 진찰 및 관리, 외과, 내과 등 여러 범주에 속하는 의료행위를 포함하고 있다. 또한 WHO ICPM의 중요한 특징의 하나는 예방적 처치를 하나의 대범주로서 채택하고 있다는 점이다.

## 2. 기본진료 분류체계 비교

전체적인 구성원리로는 한국, 일본, 대만, 미국 모두 기본적으로 초·재진 여부와 행위의 장소를 사용하고 있으나 부가되는 사항이 다르며 그 세분화의 정도 또한 매우 다르다. 한국의 경우 의사의 진찰행위에 대한 수가로서 진찰료를 초진과 재진으로 구분하고 있으며 이러한 초진과 재진은 다시 의원과 병원으로 의료행위의 시설장소에 따라 세분되어 있다. 일본의 경우 기본진찰의 구성원리가 복잡하여 일관된 원리를 찾기 어렵다. 미국은 기본진찰 부분을 진찰 및 관리(evaluation & management services)라는 대범주에 포함하고 있으나 이름이 암시하고 있듯이 단순한 기본진찰뿐 아니라 중환자실관리와 같은 복합적인 의료행위도 포함하고 있다. 미국의 진찰 및 관리 부분의 가장 큰 구성원리는 수행되는 장소와 의료행위의 성격으로 이것에 따라 17개의 소분류로 세분하고 있다.

사용하는 범주에 있어서 한국은 매우 단순화되어 있기 때문에 커다란 문제점은 없다. 일본은 앞서 이야기 했듯이 상당히 복잡하여 사용하는 범주명에 있어서도 어떠한 체계성을 찾을 수 없다. 미국의 진찰 및 관리 부분은 장소와 의료행위의 성격을 사용한 것으로 조금 이질적인 의료행위의 범주가 같이 묶여 있는 경우도 있다. 이것은 어떠한 일정한 원리를 중시하기보다는 필요에 따라 범주를 구성하고 해당하는 의료행위를 포함시켰기 때문으로 생각된다. 따라서 조금은 이질적인 범주인 예방의료행위(preventive medicine services), 특정상태관리(case management services) 등을 포함하고 있다.

사용하는 범주의 운용적 정의는 일본, 대만의 경우는 찾기가 어렵지만 한국의 경우는 '산정지침'부분에 포함되어 있다. 수가산정의 목적이 있기 때문에 비교적 명확한 구분을 하고 있다. 미국의 경우는 각 범주의 앞부분에 운용적 정의를 기술하고 있으며 특히 환자중증도와 업무량에 따른 구분은 운용적 정의만으로는 정확히 구분하기 어렵기 때문에 분과별로 구체적인 예를 제시하고 있다. 또한 운용적 정의의 적용의 일관성은

한국은 워낙 단순화되어 있기 때문에 별다른 문제점을 찾을 수 없다.

한편 WHO ICPM는 기본진찰 부분을 '제1장 의료진단을 위한 처치'의 앞부분에 포함하고 있으며 기본진찰에 해당하는 부분을 초진, 재진, 상담, 신생아 관리 등으로 세분하고 있다. WHO ICPM은 미국처럼 의료행위전달 장소에 따라 기본진찰을 세분하고 있지는 않지만 나름대로 의사의 업무량에 기초해 적당한 세분화를 시도하고 있다. 분류의 기본 축으로는 초진 혹은 재진을 구분하고 이를 다시 외래, 입원, 기타의 환자로 분류하고 있다. 또한 WHO ICPM는 우리나라와는 달리 의사의 자문(consultation)을 의료행위로서 등재해 놓고 있다.

## 3. 검사 분류체계 비교

첫째, 전체적인 구성원리를 비교하면 한국, 대만, 일본은 여러 가지 진단적 목적으로 시행하는 행위를 검사라는 이름으로 묶어 놓고 있다. 그러나 검사 안의 분류에서는 한국과 대만은 뚜렷한 구성원리를 갖고 있지 않지만 일본은 의료행위와 인체와의 관계성을 구성원리로 선택하여 이에 따라 몇 개의 집단으로 세분하고 있다. 예를 들어 검사라 하더라도 인체를 대상으로 직접 시행하는 검사와 인체에서 일정한 검체를 채취하는 행위가 있을 수 있으며 그 채취한 검체를 이용하여 측정을 하거나 검사하는 행위가 있다. 따라서 이러한 구성원리에 따라 검사를 생체검사, 진단천자, 검체채취료, 검체검사료, 병리학적 검사료 등으로 세분하고 있다. 한편 미국은 검사라는 구성원리 자체가 없다. 임상 병리나 해부병리는 병리(pathology)라는 대분류에 속해 있으며 나머지는 내과와 외과에 산재해 있다. 병리 내부에서는 검사의 주제를 구성원리로 채택하고 있다.

둘째, 사용한 범주명에 있어서는 뚜렷한 문제점을 찾을 수 없다. 다만 검사라는 구성원리를 채택한 한국, 일본, 대만의 경우 내시경 검사와 천자 및 생검이라는 범주명을 사용한 반면 미국은 이러한 행위가 외과의 해부학적 부위에 포함되어 있을 뿐 특별한 범주명을



사용하지 않고 있다. 또한 검사라는 범주로 포괄할 수 있는 방사선 검사가 한국, 일본, 대만 모두 다른 장으로 구분되어 있다. 그러나 초음파 검사는 일본과 대만에서는 검사의 한 범주명으로 채택하고 있다.

셋째, 범주의 운용적 정의에 대해서는 4개 국 모두 분명하게 기술하고 있지 않다. 비교적 여러 가지 검사의 이름 자체가 운용적 정의의 역할을 하고 있는 것은 사실이지만 운용적 정의가 없기 때문에 일부 행위의 위치가 국가마다 차이를 보이고 있다.

WHO ICPM은 검사부분을 '제1장. 진단을 위한 처치'와 '제2장. 실험실 검사'에서 포괄하고 있다. 이러한 분류체계는 개념상 한국과 미국의 분류체계의 중간지점에 위치하고 있다. 즉 검사라는 범주를 설정하고 있는 것은 한국과 유사하지만 이 중에서 병리검사 부분을 실험실 검사라는 범주로 따로 분류하고 있는 것은 미국과 유사한 분류체계라고 할 수 있다. 이러한 분류체계는 나름대로 타당성을 갖고 있는데 그것은 병리검사가 다른 의료진이 일차적으로 채취한 검체를 가지고 이차적으로 시행하며 많은 부분을 의료기사가 담당하고 있기 때문이다. 또한 WHO ICPM의 검사부분의 한 특징은 생검부분을 생검(biopsy)과 외과생검(surgical biopsy)으로 나누고 여기에 구체적인 운용적 정의를 만들어 놓고 있다는 점이다. 생검부분은 내시경 검사에 의한 생검, 천공생검, 경피천자생검 및 표면 도말표본 등을 포함하고 외과생검은 절편에 의한 생검, 조직의 개방성 수술 또는 절제술 등에 의한 생검을 포함하고 있다.

또한 WHO ICPM은 한국과 마찬가지로 후두경(laryngoscopy), 기관지경(bronchoscopy), 소화관 내시경(alimentary tract endoscopy), 요로 내시경(urinary tract endoscopy), 복강경(laparoscopy) 등을 하나로 묶어 내시경이라는 중분류 안에 포함하고 있다. 그러나 미국은 후두경, 소화기 내시경, 기관지경 등은 외과의 해당되는 해부학적 부위에 포함하고 있으나 복강경/복막경/자궁경(laparoscopy/peritoneoscopy/hysteroscopy) 등은 중분류의 제목으로 설정하여 전체적으로는 일관성 없는 분류체계를 갖고 있다.

#### 4. 방사선 검사 및 방사선 치료 분류체계 비교

첫째, 전체적인 구성원리를 보면 한국, 대만, 미국은 방사선이라는 구성원리에 따라 모든 방사선 검사 및 치료를 한 범주에서 다루고 있다. 반면 일본은 진단방사선 분야에 해당하는 화상진단과 치료방사선 분야에 속하는 방사선 치료를 완전히 나누어 놓고 화상진단을 방사선 진단, 핵의학적 진단, CT촬영 등으로 세분하였다. 한국은 방사선 검사 및 치료 부분을 진단료와 치료료의 두 부분으로 구분하고 있다. 수가가 아닌 의료행위의 관점에서 보면 진단료 부분은 진단방사선 분야에 속하는 의료행위이고 치료료 부분은 치료방사선 분야에 속하는 의료행위이다.

한편 미국은 주제 혹은 분과의 구성원리를 혼용하여 방사선(radiology) 부분을 진단방사선(diagnostic radiology), 초음파진단(diagnostic ultrasound), 치료방사선(radiation oncology), 핵의학(nuclear medicine) 등의 네 부분으로 나누어 놓고 있다. 그리고 WHO ICPM은 방사선 분야를 '방사선 및 의학에서의 다른 물리학의 이용(radiology and certain other applications of physics in medicine)'이라는 포괄적인 제목으로 나타내고 있으며 진단방사선과 치료방사선을 한꺼번에 다루고 있다. 이러한 분류체계는 진단방사선과 치료방사선을 방사선이라는 범주로 묶어서 다룬다는 점에서는 한국이나 미국의 분류체계와 유사하지만 의료에서의 방사선의 이용이라는 측면을 강조함으로써 한국이나 미국보다 이들 행위를 연속적으로 파악하고 있다.

이상의 논의에서 방사선 부분의 구성원리와 관련된 첫번째 문제점은 진단방사선과 치료방사선을 방사선이라는 범주에 묶을 것인가의 여부이다. 비록 한국, 미국, WHO는 이들을 함께 묶고 있고 이 두 분야가 방사선을 이용한다는 점에서는 공통점이 있을지 몰라도 실제적으로 이 두 분야에서 다루는 의료행위는 전혀 다른 것이다. 또한 이 두 분야를 함께 묶는 것의 이점도 특별히 찾을 수 없다. 따라서 진단과 치료라는 개념으로 이 두 분야를 나눠 일본처럼 완전히 분리시키는 것이 타당할 것이다. 특히 WHO ICPM은 전체적으로는

진단과 치료라는 축을 사용해 의료행위를 기술하고 있으면서도 진단방사선과 치료방사선을 방사선이라는 범주로 함께 묶어 놓은 것은 그렇게 일관성 있는 분류체계라 할 수 없을 것이다.

방사선 부분의 구성원리와 관련된 두번째 문제점은 핵의학 분야를 어떻게 포괄하느냐의 문제이다. 이 분야는 최근 급격히 발전하고 있는 분야이지만 기존의 한국의 분류체계에서는 기능검사 부분의 병리검사 부분에 그 한 분야가 포함되어 있을 뿐이다. 의료행위 분류체계 안에 이 분야의 위치를 고려할 때 부딪치는 어려움은 그 행위의 내용이 진단과 치료의 두 가지 영역의 성격을 갖고 있고 진단분야에서도 임상병리 검사와 밀접한 부분도 있고 영상검사와 밀접한 부분도 있기 때문이다. 그러나 WHO ICPM과 미국의 분류체계에서 사용했듯이 핵의학을 진단(diagnostic nuclear medicine)과 치료(therapeutic nuclear medicine)의 영역으로 나누어 기술한다면 핵의학이라는 새롭게 발전하는 분야의 통합성을 깨트리지 않으면서도 그 성격을 분명히 알 수 있는 분류체계를 구성할 수 있다. 그리고 진단핵의학의 경우 분류체계상의 조화를 위해서 핵의학적 병리검사와 핵의학적 영상검사로 다시 세분할 수도 있다.

둘째, 사용한 범주명에 있어서 한국은 촬영료 부분을 단순, 특수, 조영제 촬영으로 구분하고 있는데 특수라는 범주가 대단히 애매하다. 또 현재 한국에서는 초음파가 보험급여를 받지 못하기 때문에 분류체계상에서 문제가 되고 있지 않지만 미국의 경우 방사선(radiology) 안에 진단방사선(diagnostic radiology), 진단초음파(diagnostic ultrasound)라는 범주명을 사용하고 있어 사실상 방사선(radiology)이라는 용어와 초음파(ultrasound)라는 용어가 논리적 모순을 갖고 있다. 따라서 방사선이라는 범주 대신에 화상진단이나 영상검사라는 다른 범주명을 사용하는 것이 합리적이다.

셋째, 사용한 범주의 운용적 정의는 4개 국 모두 뚜렷이 기술하고 있지 않다. 그러나 중재적 방사선 처치의 경우 뚜렷한 운용적 정의가 없으면 일관성 없게 배치될 가능성이 많다. 현재 한국은 기준집에 등재되어

있는 중재적 방사선 처치가 많지 않아 분류체계상에서 큰 문제가 없지만 미국은 방사선, 내과, 외과에 일관성 없게 분류되어 있다.

## 5. 마취 분류체계 비교

마취 분야의 구성원리는 대만, 일본, 한국의 분류체계가 미국의 분류체계와 완전히 다르다. 앞의 세 나라는 구성원리로서 마취의 방법을 택하고 있지만 미국의 경우는 해부학적 위치를 택하고 있다. 즉 한국, 일본, 대만은 일차적으로 마취방법에 따라 분류한 후 필요시 이차적으로 해부학적 위치로 세분했지만 미국은 마취방법에 상관없이 해부학적 위치별로 수행되는 각각의 수술 및 처치에 따라 마취행위를 기술하고 있다. 전자의 경우처럼 마취 방법을 분류체계의 틀로 사용하면 구성이 쉽고 편리하지만 수술 및 처치에 따라 마취의사의 업무량이 달라지는 것을 반영하기 어렵다. 이와 달리 미국과 같은 해부학적 분류체계는 마취의사의 업무량은 제대로 반영할 수 있으나 행위가 지나치게 세분될 가능성이 있다.

WHO ICPM의 마취 부분은 뚜렷한 분류체계가 없으며 '제8장 그 외 치료적 처치(other therapeutic procedures)'의 여러 부분에 산재해 있다. 단 '환자의 감시(monitoring of patient)'라는 부분을 범주로 설정하고 있는 점이 독특하다.

## 6. 이학요법 분류체계 비교

전체적인 구성원리로 이학요법이라는 애매한 범주를 채택한 나라는 한국밖에 없다. 한국의 이학요법 부분은 재활 및 물리치료와 기타 이학요법으로 구분되어 있다. 이런 구성은 분류체계의 틀이 처치 및 수술을 중심으로 이루어지고 이 부분에서 포괄하기 어려운 행위를 모아 이학요법료에 포함시켜 놓았기 때문으로 생각된다. 따라서 한국의 이학요법에 포함된 항목은 미국의 내과의 여러 부분, 예를 들어 물리치료 및 재활(physical medicine and rehabilitation)과 특수한 피부과

적 처치(special dermatologist procedures) 등에 산재되어 있다. 일본과 대만은 재활치료라는 범주만을 사용하고 있다. 따라서 이학요법이라는 범주로 다른 분류체계와 비교할 수는 없고 단지 그 안에 포함되어 있는 재활치료 부분의 구성원리는 비교가 가능하다.

한국의 재활 및 물리치료 부분은 특별한 구성원리 없이 구체적인 의료행위를 나열하고 있다. 반면 미국은 물리치료(modalities), 운동 및 보조기 치료(therapeutic procedures), 검사 및 측정(test & measurements) 등으로 개념적 구분을 시도하고 있으나 그 역시 모호한 점이 있다. WHO ICPM은 해부학적—기능적 보조기구(anatomo-physiological assistance), 물리치료(physio-therapeutic and related techniques), 그 외 재활치료(other rehabilitation) 등으로 분류하고 있으며 사회심리학적 및 기타 특수요법(sociopsychological and other specialized therapy) 부분에서는 현재의 사회사업과에서 수행하는 행위를 기술하고 있다. 전체적으로는 WHO ICPM의 분류체계가 가장 명확한 구성원리를 갖고 있으며 재활과 관련된 부분을 모두 포괄하고 있다.

## 7. 정신요법 분류체계 비교

정신요법은 한국, 일본, 대만의 경우에는 하나의 독립된 대범주로서 제시하고 있지만 미국은 내과의 한 분과로서 분류하고 있다. 그리고 WHO ICPM은 정신 치료를 보조적 치료의 한 분과로서 분류하고 있다. 그러나 대개 이 범주에 포함되는 의료행위가 많지 않기 때문에 그 안에서는 특별한 분류체계 없이 각 항목을 나열하고 있다.

4개 국의 정신요법 내에서의 여러 가지 범주의 사용에 대한 구체적인 평가는 어렵고 운용적 정의 역시 뚜렷이 찾을 수 없다. 단 한국은 정신과와 관련된 재활요법과 사회사업을 구분하고 있고 일본은 정신과 낮병원과 재택진료 행위를 구분하고 있다. 그리고 미국은 정신분석요법을 소요되는 시간과 수준에 따라 구분하고 있다.

## 8. 처치 및 수술 분류체계 비교

첫째, 처치 및 수술의 구성원리로는 대만, 한국, 일본, 미국, WHO 등이 모두 해부학적 체계를 사용하고 있다. 이것은 해부학적 시스템이 처치 및 수술의 성격에 부합하기 때문이다. 그러나 해부학적 시스템 안에서의 구성원리에는 약간의 차이가 있다. 한국, 대만, 일본의 경우는 해부학적 시스템 안에 포함되는 처치를 대체로 그 난이도에 따라 나열하고 있지만 특별히 어떠한 개념으로 범주화시켜 놓고 있지는 않다. 반면 미국은 해부학적 시스템 내에서 다시 절개, 절제, 복구, 교정, 재건, 도입, 도수정복, 재식술 등의 범주를 설정하고 이를 이용하여 소그룹으로 묶어서 기술하였다.

그러나 해부학적 분류체계 자체를 그대로 구성원리로 사용할 경우 문제점이 발생할 수 있다. 이것은 의료 행위 자체가 해부학적 체계라는 개념으로 분류되기 어려운 면이 있기 때문이다. 그래서 미국은 완전한 해부학적 체계를 따르지 않고 절충적인 해부학적 체계를 사용하고 있다. 예를 들어 외과부분이 전체적으로는 해부학적 순서에 따라 나열되다가 중간에 성전환수술(intersex surgery), 복강경/복막경/자궁경(laparoscopy/peritoneoscopy/hysteroscopy), 출산 및 분만(maternity care and delivery) 등 기능적 범주에 따른 분류가 나온다. 또 근골격계 내부에서도 해부학적 부위에 따라 기술해 나가다가 맨 마지막 부분에 석고 및 붕대(application of casts and strapping), 관절경(arthroscopy)이라는 기능적 범주를 사용하고 있다. 이러한 절충성은 의료행위를 기술하는데 완전히 배제하기 어려운 것으로 생각된다. WHO ICPM의 외과적 수술 부분도 분만과 선택적 수술이라는 범주를 설정해 놓고 있다. 이러한 절충성을 감안하지 않고 완전히 해부학적 체계만을 고집한다면 분류체계 구성에 무리가 따를 수도 있다. 예를 들어 현재 우리나라 표준의료행위 용어 분류체계 안에서 분만, 산전관리, 신생아 처치 등이 요·성기 분야로 분류되어 있다. 신생아 처치가 요·성기 분야로 포함되어 있는 것은 합리적인 분류체계라고 할 수 없다.

둘째, 사용한 범주명에 있어서 몇 가지 문제점이 발견된다. 우선 미국의 내과와 외과라는 범주에 문제가 있다. 내과와 외과라는 범주명을 사용할 때 이를 정의하는 방법은 다음과 같이 두 가지가 있을 수 있으나 미국의 경우 어느 방법도 일관성 있게 적용되지 않고 있다.

첫번째 방법은 의료행위가 주로 시행되는 과가 내과 계열이면 내과적 처치라고 정의하고 외과계열이면 외과적 처치라고 정의하는 방법이다. 그러나 이러한 정의는 어느 과가 내과계열이고 어느 과가 외과계열이냐는 해결하기 어려운 문제를 제기한다. 즉 산부인과나 이비인후과, 안과 등 현재의 많은 과가 내과적 성격과 외과적 성격을 동시에 갖고 있기 때문에 이러한 정의는 사용하기 어렵다. 주로 소화기 내과에서 시행하는 내시경이 미국에서는 외과부분에 해당되는 해부학적 부위에 들어가 있다는 사실로 보아 미국의 분류체계가 이러한 정의를 사용하지 않는 것으로 판단된다.

다음으로 사용할 수 있는 방법은 처치의 관혈적 정도에 따라 내과적 처치와 외과적 처치를 나누는 방법이다. 그러나 이 역시 미국의 분류체계 안에서 일관성 있게 적용되지 않고 있다. 예를 들어 요류동태학 검사가 미국은 외과의 비뇨기계 안에 포함하고 있고 심도자, 전기생리학적 처치는 내과의 심혈관계 안에 포함하고 있다. 전자의 요류동태학 검사는 현재 우리나라에서는 주로 비뇨기과와 재활의학과에서 시행하고 있는데 그 성격이 비관혈적 처치에 가깝다. 이와는 반대로 미국에서 내과에 포함하고 있는 심도자와 전기생리학적 검사는 비록 내과에서 시행하고 있지만 그 성격이 상당히 관혈적인 처치라고 할 수 있다.

이상의 논의에서 미국의 내과와 외과라는 범주는 그 적용에 있어 문제가 있음을 알 수 있다. 이것은 현대의료가 전통적인 내과, 외과의 개념으로 구분할 수 없는 방향으로 발전하고 있기 때문이며 굳이 이와 같은 개념을 사용할 때는 내과, 외과라는 용어보다는 관혈적/비관혈적 혹은 침습적/비침습적이라는 개념이 의료행위를 있는 그대로 표현하기에 더 적합하다.

처치 및 수술이라는 범주명에도 문제점이 있다. 한국의 분류체계에서 처치라 함은 특정한 과에서 독점할

수 없는, 상당히 기본적인 외과적 처치, 예를 들어 절개술이나 봉합술, 소독 및 처치(dressing) 등을 의미하는 것으로 판단되지만 그 범위가 명확하지 않다. 대만과 일본은 처치와 수술을 구분하여 완전히 다른 부분에 포함하고 있으며 한국과 미국은 이 둘을 한 부분에서 다루고 있다. 그러나 한국의 분류체계에서 처치와 수술을 한 부분에서 다루고 있지만 개념상으로는 이 둘을 구분하고 있다. 따라서 미국처럼 각각의 해부학적 부위에 분류한 것이 아니라 처치 및 수술의 앞부분에 처치로 분류한 것을 모아 놓고 있다. 그러나 이처럼 처치와 수술을 분리하는 것이 수가산정에는 편리할지 모르나 그 개념이 상당히 모호하여 어디까지가 수술이며 어디까지가 처치인지 구분하기 어려운 난점이 있다. 따라서 전국적인 행위 통계를 잡는데도 문제가 있을 수 있다.

#### IV. 의료행위 스펙트럼의 분석

##### 1. '예방—치료—재활'의 스펙트럼

현재의 일반적인 의료관행은 예방 및 건강증진 의료행위를 중시하지 않고 있으며 따라서 예방 및 건강증진 의료행위 항목수도 그렇게 많지는 않다. 그러나 많은 학자들은 의사의 환자상담과 교육이 임상영역 내에 포함될 것으로 예측하고 있으며 이미 미국의 경우 병원협회에 보고하는 병원의 상당수가 보건교육을 시행하고 있다(Bartlett, 1985). 또한 미국 예방의료 특별위원회는 전통적으로 의료의 영역 밖의 것으로 간주하였던 환자상담, 교육 등이 관습적인 임상 활동에 비해 오히려 환자에게 더욱 큰 가치가 있음을 보고하고 있다(U.S. preventive services task force, 1989).

이렇게 예방 및 건강증진 의료행위를 중시하지 않고 있는 현상은 일차적으로는 의료인들에게 그 책임이 있다고 할 것이나 현재 우리나라의 의료보험 상환체계가 이러한 의료행위를 인정해 주지 않고 있는 현실도와 이와 무관하지 않을 것이다(이정권, 1993). 그러나 이러한 범주의 의료행위에 대한 사회의 요구는 이미 무시

하지 못할 정도로 증가하였으며 앞으로도 계속 증가할 것이다. 앞으로 의료계는 예방 및 건강증진 의료행위를 임상영역에 적극적으로 끌어안으려는 노력이 필요하다. 이를 위해서는 우선적으로 합리적이고 적절한 예방 및 건강증진 의료행위를 개발하고 제공하기 위한 노력, 그리고 검증되지 않은 건강법에 현혹되어 있는 의료소비자에게 바른 길을 제시하는 과정, 그리고 의료보험 수가체계에서 정당한 보상을 받을 수 있는 길을 모색하는 노력이 모두 필요하다. 이러한 모든 활동을 뒷받침하기 위해서는 일단 '예방 및 건강증진 의료행위'를 의료행위의 대범주로서 제시하는 것이 필요하다. 이를 위해 '예방-치료-재활'이라는 의료행위의 스펙트럼을 상정하고 이를 의료행위 분류체계의 기본틀로서 사용하고자 한다.

## 2. '진찰-검사'의 스펙트럼

실제적인 의료현장에서 의사의 진단과정은 환자와의 첫 대면 즉 진찰에서부터 시작한다. 이 과정은 문진과 기본적인 이학적 검사로 이루어지며 의사의 경험과 지식에 근거한 인식영역에서의 추론이 중요한 역할을 한다(Kassirer, 1989; Krutchkoff, 1993). 이러한 진찰의 결과가 바로 치료로 이어지는 경우도 있지만 질병의 속성상 진찰만으로는 진단의 확실성을 보장할 수 없는 경우나 확진의 여부가 환자에게 중대한 영향을 끼친다고 생각되는 경우 여러 가지 검사가 뒤따르게 된다(Engle RL 등, 1963). 그리고 최종적으로 의사는 이러한 검사결과를 기본적인 진찰결과와 종합하여 진단을 내린다.

의사의 기본적인 진찰은 향후의 진단과정을 결정하는 것으로 환자의 진료에 커다란 영향을 끼칠 수 있다. 예를 들어 척수손상을 의심하는 경우 세밀한 진찰을 통해 정확한 병변의 위치를 추론한다면 단층촬영을 하더라도 최소의 단면으로 병변을 확인할 수 있지만 진찰과정이 잘 이루어지지 않는다면 더 많은 단면이 필요할 것이다. 이러한 예는 무수히 많을 것이다. 그러나 현재의 한국의 의료보험 수가체계는 진찰의 중요성을

제대로 평가하지 않고 있다. 즉 의사의 인식영역에서의 노력에 아무런 가치를 주지 않는 것이다. 이렇게 진찰행위에 대한 정당한 평가가 없기 때문에 의사들은 검사를 통하여 이를 보상받으려 하고 의료소비자들은 의사의 진찰보다는 첨단이라고 이름 붙여진 검사를 신뢰하는 경향이 있다. 의사나 환자 모두 현대의학의 물질적 측면에만 치중하고 현대의학의 본질인 과학 그 자체를 무시하는 경향이 나타나고 있는 것이다.

현대의학의 가장 중요한 특성이 과학에 있음은 아무도 부인하지 못할 것이며 이러한 과학적 의학을 상징적으로 보여주는 것은 현대과학의 성과를 이용한 여러 가지 도구나 검사의 이용이다. 그러나 도구나 검사 자체가 현대의학의 본질을 구성하는 것은 아니다. 왜냐하면 과학적 의학의 본질은 거대한 기계, 수많은 새로운 검사에 있는 것이 아니라 이러한 도구나 검사를 엄밀한 비판적 안목으로 이용하는 데 있기 때문이다(이홍규, 1994). 이처럼 진찰과정에서 의사의 인식영역에서의 노력은 매우 중요하며 그 중요성을 강조하기 위해서 '진찰-검사'의 스펙트럼을 상정하고 이를 의료행위 분류체계의 틀로 사용하고자 한다.

## 3. '침습-저침습-비침습'의 스펙트럼

최근 침단의료기기의 발달로 인해 의사의 눈과 손을 대신하는 기구를 아주 작은 구멍을 통해 복강 내에 넣어서 마치 복강 내에 의사가 들어가서 직접 시술하는 것처럼 의료행위를 할 수 있게 되었다. 이러한 술식은 아주 작은 상처를 통해 할 수 있기 때문에 개복에 따른 손상과 출혈을 줄일 수 있어 저침습성 수술(minimally invasive surgery)이라고 정의하고 있다. 일반적으로 외과의 영역에서 저침습성 수술은 복강경, 내강경(endoluminal endoscopy), 장측내시경(perivisceral endoscopy), 흉강경, 관절경 등으로 세분할 수 있다(이우정, 1995). 1980년대 후반 이러한 저침습성 수술의 대표격인 복강경 담낭절제술의 성공이 보고된 이후 필요한 기술과 장비가 급속히 발달하면서 이 시술은 전 세계에 폭발적으로 확산되었다. 이미 미국에는 산부인

과 수술의 40% 이상을 복강경으로 시술하는 병원도 있다고 한다. 이렇게 복강경 수술이 확산하는 것은 이 수술이 의사뿐 아니라 환자나 기업에게도 커다란 이해 관계를 보여주었기 때문이다. 즉 새로운 영역을 개척하고자 하는 외과의사들의 의지 이외에도, 신체에 위해가 덜한 치료를 요구하는 환자의 이해, 그리고 이윤을 확보하고자 부단한 노력을 기울이는 기업의 이해 등이 복강경 수술의 확산에 기여한 것이다.

국내에서는 불과 수년 전까지만 하더라도 복강경시술이란 내과에서 간검사를 하거나 산부인과에서 불임 수술을 하기 위한 간단한 시술로 알려져 있었다. 그러나 1990년도에 복강경 담낭절제술이 처음 시도된 이후 대학병원이나 종합병원을 중심으로 급속히 확산되고 있고 최근에는 중소병원에서도 많이 시행하고 있다. 1993년도 후반 이후부터 국내에서의 확산속도가 다소 주춤해졌는데 이는 의료보험이 적용되기 시작하면서 장비구입을 위해 거액을 투자할 만한 가치가 소멸되었기 때문이다(박용현, 1995).

그러나 이같은 일시적 현상에도 불구하고 복강경 수술을 비롯한 저침습성 처치는 앞으로 계속 확산될 것이며 미래의 의료에 중요한 위치를 차지할 것이다. 또한 복강경수술은 환자에게는 입원이 불필요하여 사회적경제적으로 이익이 되고 병원에게는 환자의 적체를 해소하는 방안으로 제시되고 있는 낮수술(day surgery)의 발달에 상당히 공헌할 것으로 예측된다. 따라서 이러한 의료기술의 발전 방향을 적극적으로 수용한다는 의미에서 '침습—저침습—비침습'의 스펙트럼을 상정하고 이를 의료행위 분류체계의 틀로 사용하고자 한다.

#### 4. '육체—정신'의 스펙트럼

비록 지난 수십년 동안 의학은 점차로 환원주의적으로 단편화되고, 전문화되어 갔지만 환자를 진찰하고 치료하는 행위가 단순히 기술적 능력만으로 이루어진다는 견해에 동의할 사람은 별로 없을 것이다. 일부 학자는 의사의 진료능력(medical competence)을 다음과 같이 네 가지로 구분하기도 하였다. 첫째는 임상적

(clinical) 능력, 둘째는 기술적(technological) 능력, 셋째는 인본주의적(humanistic) 능력, 넷째는 사회적 및 예방적(social & preventive) 능력이다(Maheux 등, 1990). 물론 현재의 의학교육이나 의료관행은 이러한 네 가지 범주의 진료능력 중에서 기술적 능력을 가장 강조하고 있으며 환자와의 대화, 환자교육, 질병의 사회적 상황 등 비생물학적인 임상적 능력은 그다지 중요하게 여기지 않고 있다.

그러나 이러한 비생물학적 임상적 능력은 다른 누군가가 대신할 수 없는 중심적인 진료기능이며 진료의 결과에 중요한 영향을 주는 요소이다. 예를 들어, 의사와 환자 사이의 효과적인 상호접촉과 대화는 대부분의 중요한 임상적 정보를 도출해 내며 환자의 만족과 치료순응도, 그리고 치료결과를 크게 좌우한다(Doherty, 1990). 또한 많은 환자들은 의사가 자신의 말을 경청해 주길 원하고 있는데 이는 다시 말하면 자신의 처지에 공감(empathy)할 줄 아는 의사를 원하는 것이다. 그러나 환자진료에 있어 의학적 요소(medical component)와 정신적 요소(mental component)가 분리되어 이와 같은 진료능력은 한 개 분과인 정신과의 행위로 축소되었기 때문에 일반적인 의사들은 자신들의 의료행위를 생물학적 근거를 찾을 수 있는 것으로 한정짓고 있다(Goldberg RJ, 1995). 그러나 사회적인 전반적인 추세는 의료의 모습이 치료(cure)에서 돌봄(care)으로 변화할 것을 요구하고 있다. 생물학적인 이상 상태에 대해 검사나 주사를 시행하는 것을 넘어서 환자에 대한 전인격적 배려와 관심이 의료의 주요한 부분으로 회복되어야 함을 요구하고 있는 것이다. 이를 위해 본 연구에서는 '육체—정신'의 스펙트럼을 상정한 것은 이러한 사회의 요구를 감지하여 지금까지 경시되어 왔던 부분을 일반적 의료의 영역으로 회복하고자 함이다.

#### 5. '개인—집단'의 스펙트럼

미국 예방의료 특별위원회(US preventive services task force)가 발표한 임상 예방의료 지침은 예방의료를 선별검사, 상담, 예방접종/화학요법 등 크게 세 가지로

세분하고 있다. 또한 대한가정의학회에서 출판한 한국인의 평생건강관리도 예방의료를 동일하게 세분하고 있다. 이러한 구분은 예방의료에 대한 개념적 구분을 용이하게 하지만 상당히 병원중심적인 사고방식에서 비롯된 것이라고 판단된다. 예방의료의 본래적 성격 중 가장 중요한 부분인 지역사회적이고 공중보건적인 성격의 예방의료는 제목에서도, 그리고 실질적인 내용에서도 전혀 포함하지 않고 있다.

의료행위는 항상 의원이나 병원 내에서 이루어지는 것은 아니며 취학아동 건강관리, 혹은 지역보건상황관리 등 병원 밖에서 이루어지는 공중보건적인 의료행위가 있을 수 있다. 또 특정한 전염병 발생시 이를 확인하고 신규환자를 찾아내어 상황을 신고하는 일 등은 개개의 환자를 대상으로 하는 것은 아니지만 공중보건과 관련된, 꼭 필요한 의료행위라 할 수 있다. 최근 우리나라에서 문제가 되고 있는 학교 집단접종도 여기에 해당한다. 즉 급성 전염병에 대한 예방접종을 단기간 내에 많은 인구를 대상으로 시행하고자 할 때 아동들의 주사기피 성향, 부모들의 예방보전에 대한 인식부족 등으로 병원이나, 보건소에서의 접종에만 의지할 수 없는 경우가 있다. 그러나 현재는 의사들의 참여도 부족하고 행정당국이나 학교에서 사전진찰의 중요성을 절감하지 못하고 이에 필요한 경비와 예산지원을 하지 않기 때문에 집단접종이 안전하면서도 효과적으로 시행되지 못하고 있다(손영모, 1995). 개선을 위해서는 의료인들이나 보건정책담당자들이 이러한 종류의 의료행위가 의원이나 병원의 밖에서 이루어지지만 반드시 필요한 의료행위임을 인지해야 할 것이며 이를 제도적으로 인정할 수 있는 방안을 모색해야 한다. 이렇게 집단을 대상으로 한 의료행위의 중요성을 강조하기 위해 '개인-집단'의 스펙트럼을 상정하고 이를 의료행위 분류체계의 틀로서 사용하고자 한다.

## 6. '소극적-적극적 예방'의 스펙트럼

최근 국민의 건강에 대한 관심이 급속히 증가하여 각종 매스컴마다 건강에 관한 정보가 홍수를 이루고

있다. 이처럼 질병양상 및 사회여건이 급속히 변화하는데도 의료인과 보건정책가들은 아직 예방적 의료행위보다는 전통적인 치료의학을 중시하고 있어 많은 국민들은 올바른 건강관리 방법을 찾지 못하고 있으며 때로 근거가 없는 속설이나 건강식품에 몰입하기도 한다. 의료제도권 내의 예방 및 건강증진 의료행위 역시 문제는 없지 않다.

우선, 검진 대상자 개개인이 갖고 있는 특성을 고려하지 않고 일률적인 검진 방법을 택하고 있으며 우리나라 질병역학을 고려한 중점 대상질환 설정이 불명확하다는 점이다(이정권, 1993). 건강검진은 1881년 영국의 Dobell이 선별검사의 필요성을 주장하고 1909년 Fisk가 수명을 연장시켜 경제적인 손실을 줄일 수 있다는 근거를 제시한 이래 계속 발전되어 왔다. 그러나 1970년대 후반부터 무차별적인 정기건강진단의 효용성에 대한 의문이 제기되고 1976년 '캐나다 예방의료 특별위원회(Canadian Task Force)'와 1984년 '미국 예방의료 특별위원회(U.S. Preventive Services Task Force)'의 연구결과 연령과 위험요인에 따른 선별적인 종합검진을 권고하게 되었다. 그러나 현재 우리나라의 종합검진은 이러한 경험을 제대로 이용하지 못하고 있다.

또한 대부분의 예방의료행위가 선별검사의 수준에 머물러 있을 뿐 더 적극적인 건강증진 의료행위는 드물게 시행된다는 사실이다. 일반적으로 시행하고 있는 집단검진(mass screening)은 특정 질병에 국한하여 일정집단을 대상으로 먼저 질병의심자를 선별하고 선별된 질병의심자에 대하여 추가검사를 통해 질병유무를 확인하는 과정을 말하며, 그 목적은 전적으로 특정 질병의 조기발견에 있다. 이와는 달리 현상적인 질병은 없지만 '건강위험평가'를 통해 질병발생의 위험도가 높은 '건강요주의자'를 가려내고 건강위해요인을 분석해 적극적으로 그것을 감소시키기 위한 예방의료행위가 있을 수 있다. 일부의 연구자는 이러한 예방의료행위를 건강검진(health screening)과 구별하여 건강진단(health examination)이라고 명명하고 있다(안윤옥, 1995). 우리나라에서는 1994년 의료보험공단에서 시행

한 피보험자 건강진단사업에서 이전과는 달리 처음으로 건강 요구자의 관정을 시행하였고 이들에 대한 사후관리를 진행중이다(의료보험 관리공단, 1994). 그러나 건강위협평가와 예방의료처방 등의 내용은 아직 초기적 형태 수준에 머물러 있다.

예방 및 건강증진 의료행위가 이와 같은 문제점을 갖고 있는 것은 여러 가지 이유가 있을 수 있다. 의료인은 의료제도만을 핑계삼아 제 역할을 하지 못하고 의료소비자 역시 전통적으로 질병치료 중심의 의료환경에 익숙하여 아프거나 불편할 때만 병원을 방문하고 금연, 규칙적인 운동, 식이요법, 스트레스 해소 등의 건강 중심적 행위를 통한 건강증진에는 관심이 없다. 또한 의료인이 막상 건강증진을 실천하려고 해도 표준화되고 효과적인 지침이 제대로 마련되어 있지 않다는 점도 지적되어야 할 사항이다. 따라서 합리적인 예방 및 건강증진 의료행위 항목을 선정하고 이것의 구체적인 내용을 세우고 정의하는 것은 가장 중요하고 기초적인 작업이라 할 수 있다. 본 연구에서는 질병의 조기 진단을 위한 소극적 예방의료를 넘어서 건강을 증진하기 위한 적극적 예방의료의 중요성을 강조하기 위해 '소극적—적극적 예방의료'라는 스펙트럼을 상정하고 이를 의료행위 분류체계의 틀로 사용하고자 한다.

## V. 한국표준의료행위 분류체계의 개발결과

### 1. 분류체계의 틀과 구성원리

앞서의 논의에서 도출한 의료행위 분류체계의 구성 원리와 틀은 다음과 같다.

첫째, WHO ICPM은 뚜렷하게 의료행위의 목적성을 드러내고 있으며 한국, 대만, 일본도 뚜렷하지는 않지만 이러한 개념 속에 의료행위 분류체계를 구성하고 있다. 반면 미국은 이러한 목적성을 이용하지 않고 넓은 의미의 분과별 분류체계를 선택하고 있다. 전체적으로 볼 때 분과별 분류체계를 구성이 용이하고 현실적 이용이 간편할 수 있지만 내과, 외과 등 운용적 정의가 애매한 용어 때문에 일관성에 문제가 있으며 특

정 과에 의한 행위의 독점을 가져올 수도 있다. 따라서 전체적인 구성원리(organizing principle)로 진단과 치료라는 의료행위의 목적성을 이용하는 것이 합리적이다.

둘째, WHO ICPM, 한국, 대만, 일본, 미국이 모두 진찰이라는 범주를 사용하고 있다. 또한 미국을 제외한 모든 국가의 분류체계가 검사라는 범주를 사용하고 있다. 이러한 범주는 운용적 정의를 명확히 할 수 있다. 다만 미국의 경우 진찰부분이 진찰 및 관리라는 명칭으로 다른 분류체계의 진찰보다 넓은 범위의 의료행위를 기술하고 있다. 이것은 중환자실 관리 등이 일회적인 의료행위라기보다는 지속적 관리의 성격과 동시에 진찰의 성격을 갖고 있어 다른 범주로 분류하기 어렵기 때문에 판단된다. 따라서 이러한 개념을 받아들여 진단부분을 진찰 및 관리와 검사로 구분하고자 한다.

셋째, 한국의 진찰부분에는 자문이 포함되어 있지 않다. 그러나 WHO ICPM과 미국의 분류체계는 자문을 포함하고 있다. 앞서 언급했듯이 자문은 의료의 전문성을 살리는 중요한 의료행위이며 환자진료에 있어 빈번히 이루어지고 있다. 따라서 진찰 및 관리는 기본진찰과 자문, 그리고 중환자실관리로 구분하고자 하며 이러한 구분 역시 그 운용적 정의를 명확히 할 수 있기 때문에 적용에 큰 문제는 없을 것이다. 기본진찰부분은 시행장소와 난이도에 따라 세분할 수 있다.

넷째, 미국은 검사라는 범주를 사용하지 않고 있다. 반면 WHO ICPM과 한국은 기능 검사, 생검 및 검체 채취, 병리 검사 등을 검사의 범주에 포함시키고 있다. 진단방사선은 따로 분리하고 있는데 진단과 치료라는 분류체계를 채택할 경우 진단방사선은 진단 그 중에서도 검사의 영역에 포함하는 것이 타당하다. 그리고 방사선 검사라는 명칭은 초음파 검사를 포함할 때 논리적 모순을 갖기 때문에 영상 검사라는 명칭으로 대신하고자 한다. 또 임상병리와 해부병리는 구분해 놓을 경우 명확한 운용적 정의가 필요하며 이 둘을 하나로 묶어도 큰 문제가 없기 때문에 미국의 분류체계처럼 구분하지 않고 병리 검사로 제시하고자 한다. 종합하면 검사 부분은 기능 검사, 영상 검사, 병리 검사, 생검 및 검체채취 등의 범주로 세분할 수 있다.



다섯째, 미국의 경우 치료 부분은 크게 내과와 외과로 구분하고 있으며 치료방사선은 방사선 부분에 포함되어 있다. 정신치료나 재활치료는 내과의 범주에 포함되어 있다. 반면 한국은 이학요법치료 부분이 미국의 내과적 치료에 해당하는 부분이라고 할 수 있는데 정신치료는 이 부분과 독립되어 있다. 이와 같은 분류가 더 타당하다고 판단되는데 왜냐하면 정신치료는 일반적인 내과치료의 범주에 포함되기보다는 내과와 외과를 묶은 육체적 치료와 대조될 수 있는 범주이기 때문이다. 또 이학요법이나 내과, 외과보다는 그 의미가 비교적 명확하고 중성적이며 분과별 의미가 없어 의료의 발전방향과 모순되지 않는 관혈적, 비관혈적이라는 용어를 사용하고자 한다. 따라서 치료 부분은 정신치료, 관혈적 치료, 비관혈적 치료, 마취, 치료방사선, 재활로 세분할 수 있다. 이 중 마취와 치료방사선 부분은 다른 분과와 중복되는 의료행위가 비교적 적기 때문에 독립적인 범주로 제시할 수 있다. 단 재활이라는 범주는 명확한 운용적 정의가 없이는 비관혈적 치료부분과 구분이 어려운 부분이며 관혈적 치료와 비관혈적 치료라는 범주 역시 명확한 구분을 위해서는 운용적 정의가 필요하다.

여섯째, WHO ICPM, 한국, 미국, 일본, 대만 등이 모두 관혈적 처치와 영상검사의 기술에 해부학적 체계를 사용하고 있다. 또한 미국의 경우는 마취행위의 기술에도 해부학적 체계를 사용하고 있다. 기능검사는 이보다 뚜렷하지는 않지만 의료행위가 대체로 해부학적 시스템별로 이루어진다. 따라서 기능 검사, 영상 검사, 마취, 관혈적 처치 등은 해부학적 체계를 분류체계의 틀로 사용할 수 있다.

## 2. 의료행위 스펙트럼의 구성

의료의 규범성을 나타내기 위해 구성한 의료행위의 스펙트럼은 다음과 같이 모두 여섯 가지이다. 이 중 '예방-치료-재활' 스펙트럼과 '진찰-검사' 스펙트럼은 대분류체계의 구성에 이용할 수 있으며 '육체적-정신적' 스펙트럼, '개인-집단' 스펙트럼, '소극적-적극적'

스펙트럼은 중분류체계의 구성에 이용할 수 있다. '비침습-저침습-침습' 스펙트럼은 대분류체계의 중분류체계의 구성에 모두 이용할 수 있다. 상정한 의료행위 분류체계의 스펙트럼을 요약하면 다음 표 1 과 같다.

표 1. 의료행위 스펙트럼

스펙트럼의 대상	스펙트럼의 구조
전체 의료행위의 스펙트럼	예방-치료-재활
진단의 스펙트럼	진찰-검사
치료의 스펙트럼	육체적(몸)-정신적(마음)
육체적 치료의 스펙트럼	비침습-저침습-침습
예방 및 건강증진의 스펙트럼	개인-집단, 소극적-적극적

### 3. 한국표준의료행위 분류체계

의료행위 분류체계의 국제간 비교를 통해 도출된 구성원리와 틀과 의료행위의 규범적 원칙을 종합하여 한국 표준의료행위 분류체계를 구성하면 다음 표 2와 같다.

표 2. 한국표준의료행위 분류의 대분류 및 중분류체계

I. 예방 및 건강증진	예방상담 및 위험요인 중재 예방접종/예방적 화학요법 선별검사 지역사회 예방의료
II. 진찰 및 관리	기본진찰 자문 중환자실 관리
III. 검사	기능 검사* 영상 검사 병리 검사 생검 및 검체채취*
IV. 내시경*	
V. 치료 및 처치	정신치료 비관혈적 치료 관혈적 치료* 마취* 방사선 치료
VI. 재활치료	

주) \* 표시는 해부학적 체계를 분류체계의 틀로 사용하는 부분이다.

우선 전체적인 틀은 '예방—치료—재활'의 포괄적 보건의료(comprehensive health care)의 모습이 드러날 수 있도록 하였다. 이러한 틀에서 '예방'은 '예방 및 건강증진'으로 명명하여 대분류의 첫째 범주로, 그리고 '재활'은 대분류의 마지막 범주로 사용하였다(I. 예방 및 건강증진, VI 재활). 가운데 '치료'는 실질적인 의료행위가 대부분 포괄되는 부분이므로 이를 더 세분하여 대분류의 범주로 사용하였는데 전체적인 틀로는 '진단—치료'라는 의료행위의 스펙트럼을 이용하였다. 그리고 다시 의사의 인식영역의 노력이 주가 되는 '진찰'과 도구나 검사가 주가 되는 '검사'로 나누어 각각 대분류의 범주로 사용하였다(II. 진찰, III. 검사). 치료는 '치료 및 처치'로 명명하여 대분류의 범주로 사용하였다(V. 치료 및 처치). 그리고 검사와 처치 사이에 '저침습성 치료 및 처치'를 대표하는 내시경을 대분류의 범주로 사용하였다(IV. 내시경)

## VI. 고찰

### 1. 개발자료에 대한 고찰

의료행위 분류체계 개발을 위한 일차적인 자료로 미국은 'Physicians' Current Procedural Terminology (AMA, 1995), 대만은 '노공보험 진료비용 지부표준표(대만 지구노공보험국, 1992)', 일본은 '사회보험 진료 보수점수표 간편번역집(1995년)', 그리고 한국은 '의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준(보건복지부, 1995)', WHO는 'International Classification of Procedures in Medicine(1975)'을 사용하였다. 이 중에서 대만과 일본의 자료는 제한점을 갖고 있다. 일본 자료의 경우 대한의사회에서 번역한 것을 자료로 썼는데 전체적인 구조가 조금 변형된 것으로 추정된다. 또한 대만의 자료는 원전을 자료로 사용하였기 때문에 전체적인 구성 파악에는 문제가 없지만 세세한 부분의 파악은 제대로 시행하지 못하였다.

### 2. 개발방법에 대한 고찰

본 논문에서는 한국표준의료행위 분류체계가 1) 과학성 2) 유용성 3) 규범성 등의 세 가지 조건을 갖추어야 할 것을 제시하고 자료를 분석하고 구성하였으나 몇 가지 제한점을 갖고 있다.

우선 의료행위 분류체계에 대한 문헌 자체가 많지 않기 때문에 그것이 갖추어야 할 구성요소에 대한 기존의 논의를 파악하기 어려웠다.

과학성은 Feinstein(1988)이 제시한 과학적 분류체계의 세 가지 요건을 중심으로 분석하였다. 이것은 조금은 거시적인 수준에서의 요건이라고 할 수 있으며 최하부단위항목의 과학성에 관한 것은 아니다. 물론 분류체계의 과학성 분석에서 일차적인 측면은 전체적인 관점에서 항목의 나열을 조정하는 것이지만 이러한 요소뿐 아니라 최종단위항목에 대한 분석 역시 필요하다. 그러나 본 논문에서는 시행하지 못하였다. 또한 Deutsch나 Sokal이 거론한 요건은 Feinstein의 제시한 요건과 다른 측면을 지적하고 있으나 이를 분석하지는 못하였다. 예를 들어 Sokal의 요건 중 자연성(naturalness), 조작의 평이성(easy of manipulation)이라는 측면은 분석의 대상으로 삼지 못하였다. 자연성(naturalness)에 대한 분석은 이 용어에 대한 정의에서부터 시작하는 상당히 어려운 작업이다. 유용성에 대한 분석은 전혀 시행하지 못하였는데 이것은 앞에서 언급했듯이 누구에게 어떠한 목적으로 유용한가에 대한 논의가 앞서야 되기 때문이다. 그러나 유용성의 범주를 나누어 놓고 관련 전문가의 도움을 얻는다면 그 구체적인 평가기준을 도출하고 이를 연구에 반영할 수 있을 것이다. 규범성은 분석의 측면이라기보다는 구성의 측면에서 사용한 범주이다. 분류체계가 사람의 사고에 미치는 영향에 대한 구체적인 연구자료를 찾지 못하였으며 따라서 이론적 배경이 상당히 취약한 측면이 있다.

### 3. 개발결과에 대한 고찰

첫째, 재활 부분은 '예방—치료—재활'이라는 포괄적 의료행위의 개념에 따라 대범주로 제시되었지만 치료

및 처치의 비관혈적 치료와 중복되는 측면이 많아 논란의 소지가 있을 수 있다. 본 논문에서는 재활치료 안의 분류체계를 다루지는 못했지만 치료 및 처치 부분과 구분되는 명확한 운용적 정의가 필요하다.

둘째, 임상병리나 해부병리를 하나의 범주로 묶는 작업은 관련 분야의 전문지식을 필요로 하는 부분이다. 본 연구에서는 이러한 제한점 때문에 다른 과와 중복의료행위가 별로 없는 경우 그것이 전체분류체계에 문제를 일으키지 않는 이상 그 분야의 분류체계를 그대로 인정하여 구성하였다. 이처럼 중분류 이하의 분류체계를 정확하게 검증하지 못한 측면이 있다. 이것은 그 분야에 대한 구체적인 지식이 필요하며 관련 전문의의 도움이 있어야 하기 때문이다.

셋째, 본 연구는 의료행위 분류체계의 국제간 비교를 통하여 한국표준의료행위 분류체계를 구성하였으며 여러 분과학회의 의견을 충분히 반영할 수는 없었다. 따라서 관련학회의 의견을 모으는 과정이 필요하며 이를 위해 군집분석을 사용할 수 있다. 이러한 군집분석에는 두 가지 방안이 있는데 첫째는 관련학회의 도움을 받아 의료행위 항목과 특징을 선택하고 이를 이용하여 군집분석을 하는 방법이다. 이것은 편견의 개입을 최대한 배제하여 군집의 자연성을 강조하는 방법이다. 그러나 의료행위의 경우 기존 의료인의 견해와 지식이 더 직접적으로 반영될 수 있는 방안이 합당할 수도 있다. 따라서 관련학회의 연구원들에게 행위의 이름과 정의를 독립된 카드에 나누어주고 연관성 있는 그룹으로 무리짓도록 하여 이를 이용하여 군집분석을 시행하는 방법도 사용할 수 있다.

## VII. 요약 및 결론

본 논문에서는 의료행위 분류체계가 1) 과학성 2) 유용성 3) 규범성의 세 가지 조건을 갖추어야 할 것을 제시하고 이를 바탕으로 한국표준의료행위 분류체계를 개발하였다. 과학성은 Feinstein(1988)이 제시한 과학적 분류체계의 조건을 이용하여 분석하였으며 한국, 미국, 대만, 일본, WHO의 의료행위 분류체계를 비교

하고 그 구성원리와 틀을 도출하였다. 그리고 이러한 틀과 구성원리에 의료행위의 규범적 원칙을 적용하여 분류체계의 방향을 설정하고 이를 바탕으로 한국표준 의료행위 분류체계를 개발하였다.

연구결과 한국표준의료행위 분류체계의 전체적인 구조는 '예방-치료-재활'이라는 포괄적 보건의료(comprehensive health care)의 모습이 드러날 수 있도록 구성하였다. 대분류체계는 I. 예방 및 건강증진, II. 진찰 및 관리, III. 검사, IV. 내시경, V. 치료 및 처치, VI. 재활 등 여섯 장으로 구성되어 있다. 중분류체계는 I. 예방 및 건강증진은 예방상담 및 위험요인중재, 예방접종/예방적 화학요법, 선별검사, 지역사회 예방의료 등으로 세분하고 III. 검사 부분은 기능 검사, 영상 검사, 병리 검사, 생검 및 검체채취 등으로 세분하고 V. 치료 및 처치 부분은 정신치료, 비관혈적 치료, 관혈적 치료, 마취, 치료방사선 등으로 세분하였다. 위의 분류 중에서 기능 검사, 생검 및 검체채취, 내시경, 관혈적 치료 부분은 해부학적 체계를 이용하여 분류체계를 구성하였으며 영상 검사, 병리 검사, 마취, 치료방사선 등 다른 분과의 중복 의료행위가 적은 분과는 되도록 그 분야의 분류체계를 그대로 수용하였다.

본 논문에서 제안한 분류체계는 앞으로 군집분석 등의 방법을 이용하여 전문가의 합의를 모아 보완할 수 있을 것으로 생각한다.

## 참고문헌

- 김명옥. 자료분류법. 서울, 구미무역(주)출판부, 1989, 쪽 55-145
- 김영식. 文科 理科 구분의 임의성과 그 폐단. 과학과 철학, 제4집. 통나무. 1993
- 김정순. 역학원론. 신광출판사. 1993
- 대한의사협회. 표준의료행위 분류개발 워크숍 자료집. 1995
- 보건복지부. 의료보험 요양급여기준 및 진료수가기준. 보건복지부. 1995, 쪽 22-23
- 손영모. 예방접종 실행기준과 부작용 피해보상. 대한감염학회 2000년대를 향한 예방접종 심포지엄 연세집

- 1995; 7-13
- 양봉민. 의학적 처치와 비용-편익 분석. 가정의학회지 1993; 14(6, 7): 289-294
- 유경희. 정보분야의 표준 및 표준화. 보건의료정보 표준화 심포지엄 연제집. 1995
- 이건세. 의무기록과 의료보험청구명세서의 진단코드 일치에 대한 연구. 서울대학교 의학석사학회논문. 1994
- 이후정. 외과영역에서의 진단적 복강경시술. 대한의학협회지 1995; 38(1): 78-83
- 이정권. 종합건강진단의 현황과 문제점. 가정의학회지 1993; 14(6, 7): 295-301
- 지훈상. 최첨단기기를 이용한 미래수술의 전망 1995; 38(5): 627-630
- 홍준현. 의무기록관리. 고문사. 1994
- American Medical Association. *Physicians' current procedural terminology CPT 95*. 1995
- Bartlett EE. *Introduction: Eight principles from patient education research*. *Preventive Medicine* 1985; 14: 667-669
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination: the periodic health examination. *Journal of Canadian Medical Association* 1979; 121: 1194-1254
- Charap MH. *The periodic health examination: genesis of a myth*. *American College of Physician* 1981; 95: 733-735
- Deutsch KW. *On theories, taxonomies, and models as communication codes for organizing information*. *Behavioral Science*, 1966; 11: 1-17 / Sokal RR, Sneath PHA. *Numerical taxonomy*. San Fransico, W. H. Freeman and company, 1974에서 재인용
- Doherty E, O'Boyle CA, Shannon W. *Communication skills training in undergraduate medicine*. *Irish Medical Journal* 1990; 83(2): 54-56
- Engel GL. *Are medical schools neglecting clinical skills?* *Journal of American Medical Association* 1976 ; 236: 861-863
- Engle RL, Davis BJ. *Medical diagnosis: present, past, and future*. *Archives of Internal Medicine* 1963; 112: 108-139
- Feinstein AR. *Unsolved scientific problems in the nosology of clinical medicine*. *Archives of Internal Medicine* 1988; 148: 2269-2274
- Frame PS, Carlson SJ. *A critical review of periodic health screening using specific screening criteria: Part 1. selected diseases of respiratory, cardiovascular, and central nervous system*. *Journal of Family Practice* 1975; 2: 29-36
- Goldberg RJ. *Psychiatry and the practice of medicine: the need to integrate psychiatry into comprehensive medical care*. *Southern Medical Journal* 1995; 88(3): 260-7
- Haldipur CV. *Psychiatric nosology and taxonomy in ancient India*. *Acta Psychiatria Scandinavia* 1989; 80: 148-150
- Iowa Intervention Project. *The NIC taxonomy structure*. *Image: Journal of nursing scholarship* 1993; 25(3): 187-192
- Iowa Intervention Project. *Validation and coding of the NIC taxonomy structure*. *Image: journal of nursing scholarship* 1995; 27(1): 43-47
- Kassirer JP. *Diagnostic reasoning*. *Annals of Internal Medicine* 1989; 110(11): 893-900
- King LS/이홍규 역. *의사들의 생각 그 역사적 흐름*. 서울, 고려의학, 1994, 쪽 101-124
- Krishan Kumar. *Theory of classification, 2nd edition*. New Delhi, Vikas publishing house, 1979
- Krutchkoff DJ. *The clinical diagnostic process: a prerequisite to excellence in practice*. *Journal of the American Dental Association* 1993; 124(2): 122-124
- Maheux B, Delorme P, Beland F et al. *Humanism in medical education: a study of educational needs perceived by trainees of three Canadian schools*. *Academic Medicine* 1990; 65(1):41-45
- Maloney JV. *A critical analysis of the resource-based relative value scale*. *Journal of American Medical Association* 1991; 266(24): 3453-3458
- Peterson MC, Holbrook JH, Hales DV et al. *Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnosis*. *Western Journal of Medicine*. 1992; 156: 163-165
- Rich EC, Crowson TW, Harris IB. *The diagnostic values of the medical history*. *Archives of Internal Medicine*

1987; 147: 1957-1960

Ricklefs RE. Ecology. Chiron, Newton, Mass., 1973 /

Sokal RR. Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Sciences* 1974; 185: 1115-1123

에서 재인용

Sokal RR, Sneath PHA. *Numerical taxonomy*. San Francisco, W.H. Freeman and company, 1974, pp. 63-67

Sokal RR. Classification: purposes, principles, progress, prospects. *Sciences* 1974; 185: 1115-1123

Thompson BJ, Slee VN. Accuracy of diagnosis and operation coding. *Medical Record News* 1978;43-60

U.S. preventive services task force. *Guide to clinical preventive services*. 1989

WHO. *International classification of procedures in medicine*. 1978