

개원의의 개방병원제도에 대한 수용도 관련 특성 분석

—안과개원의를 중심으로—

장동균, 김희선*, 신의철†

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실, 한국보건의료연구원 연구기획단 성과확산팀*

<Abstract>

Factors related to the acceptance of Attending Physicians on ophthalmologist

Dong-Gune Chang, Hee Sun Kim*, Euichul Shin[†]

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, The Catholic University of Korea

*National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency**

The open Hospital Attending Physician System has been discussed and operated for developing the efficiency and the substitutes for an increase in medical expenses, for overlapping investment in medical resources, and for normalization of medical delivery system. This study assessed the related factors to the acceptance and introduction of Attending Physicians on ophthalmologist.

Data was collected mail response to 179 ophthalmologists in 2005. Applying multilevel logistic regression, we examined the relationship between their acknowledgment, attitude and acceptance of the open Hospital Attending Physicians System.

* 투고일자 : 2011년 8월17일, 수정일자 : 2011년 10월 12일, 게재확정일자 : 2011년 11월 18일

† 교신저자 : 신의철, 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교, 서울시 서초구 반포동 505, 전화 : 02-2258-7365,
E-mail : eshin@catholic.ac.kr

The percentage of participation in Hospital Attending was indicated to be 3.9%. The 44.7% of all participants agreed to adopting the Hospital Attending, 33.5% of doctors are willing to participate in the future. The positive and normal attitude of physician toward the Hospital Attending is 6.6 times (95%CI 1.315, 33.138) and 55.2 times(95%CI 11.352, 268.347) more than that of negative after adjustment for other variables.

Attitude was found to be the important factor influencing physicians' participation in the Attending Hospital. Thus, it is need to development and implication for the strategies that lead the practical necessity and positive attitude toward the Attending Hospital.

key word : attending physician, hospital, characteristics

I. 서 론

개방병원제도(Attending Physician, open Hospital)는 나라마다 다소 차이가 있지만 일반적으로 의사가 병원 밖에서 독립적으로 개원을 하고 있으면서 입원 또는 전문적인 치료를 요하는 환자가 발생할 경우 계약을 체결한 병원에 자신의 환자를 의뢰 입원시켜 치료를 하고, 병원 측에서는 의료시설 및 장비, 인력 등을 갖추어 개원의사(개방의, Attending Physician)가 이를 이용할 수 있도록 하며 최소한의 인력으로 입원환자에게 의료서비스를 제공하는 병원형태를 말한다(이운태 등, 2002; 보건복지부, 2009). 우리나라에서 개방병원 제도 도입에 대한 논의는 의료기관 종류별 역할과 기능의 미정립으로 경쟁관계 구도 속에서 대규모 종합병원을 선호함에 따른 의료자원의 공동이용을 통한 의료인력, 장비 등 자원의 과잉공급으로 인한 낭비를 개선하고 중소병원 유휴장비 이용의 극대화를 도모해 보자는 시도에서 시작되었다(김창엽, 1996; 이광수, 2001; 이운태 등, 2002).

개방병원 제도를 시행하고 있는 미국과 캐나다 등과 같은 선진국의 경우는 우리나라와 다르게 스스로 개인 진료시설을 운영하면서 다수의 병원과 계약을 체결하여 필요에 따라 적절하게 계약병원에서 환자를 치료하는 방식으로 운영되고 있다(이운태 등, 2002; 박은영, 2009). 특히, 미국의 경우는 진료과의 특성에 따라 개방형과 폐쇄형을 적절히 혼합하여 활용하고 있으며, 진료비 보상체제도 의사진료비와 병원진료비가 자연스럽게 구분되어 있다. 최근 미국은 의사에 의한 병원비용 발생요소 통제의 어려움과 진료의 질 향상을 위한 활동의 제약을 개선하기 위해 입원진료전문의 제도를 도입하려

는 시도가 일어나고 있다. 이에 최근 개방병원 관련 연구들도 입원환자 치료나 너싱홈에서의 질적 측면에서의 개원의의 성과에 대한 효과를 살펴보는 논문들이거나 레지던트에 대한 교육 효과 등에 있어서 개원의의 성과를 측정하는 도구 개발에 관한 것들로 이루어져 있다(Christopher 등, 2004; Sadler 등, 2010; AMDA, 2011).

그러나 이와 다르게 1965년 의사회 병원과 소속의사의 자발적 참여로 시작된 일본의 경우는 오랜 시행기간에도 불구하고 1999년 현재 4.1%에 이르는 등 낮은 개방병원의 참여율을 보이는 등 개방병원의 운영 활성화에 이르지 못하고 있어(이선희 등, 2008; 박은영, 2009), 수가와 함께 지역의료 지원 병원 도입, 의료계획의 필수 내용, 의료기능 평가의 평가항목, 의료광고 가능 등 정책적 유인방안을 고민하고 있는 실정이다(이평수 등, 2001; 박은영, 2009).

우리나라는 2001년 1월 의료법에서 시설 등의 공동이용(제32조의 3항)의 개정을 통해 개방병원제도의 근거를 마련하고, 2001년 5월부터 12월까지 30개 시범기관(국립병원 9개소, 대학병원 6개소, 민간병원 15개소 등)을 대상으로 실시되었다. 그러나 개방병원 제도는 시범사업기간 동안 실시율이 2002년 57%(17개/30개), 기관당 월평균 진료건수가 총 18건으로 매우 저조한 수준을 보이며 시범사업이 종료되었고, 그 이후 2009년 12월 현재 개방병원의 실시율은 2005년 대비 2배정도가 증가한 73개소이나 아직까지 우리나라 전체 의원대비 약 0.3%에 지나지 않아 그 참여율과 실적이 미비한 실정이다(이운태 등, 2002; 이선희 등, 2005; 박은영, 2009).

이러한 개방병원의 참여율이나 실적이 미비한 원인으로 여러 문헌들에서는 비현실적인 수가문제와 의료사고 발생 시 대책 마련이 미흡하고 개방병원에서의 비적극적인 협조와 의사와 국민의 이해와 인식부족 등을 지적하고 있다(이운태 등, 2002; 이주나, 2002; 박정연, 2004; 이선희 등, 2005). 정부에서 이러한 문제점들을 해결하기 위해 2009년 개방병원 운영 안내에서 계약범위를 병원-병원간도 확대하고 온라인 홍보도 허용하고 개방진료비 세부 청구방법(명세서 작성 요령) 조항을 신설해 진료비 청구시 착오기재를 줄이기 위한 노력을 기울이고 있으나 근본적인 수가제도 개편 등은 아직까지 이루어지지 못하고 있는 실정이다(보건복지부, 2009).

이에 개방병원 제도의 성공적 확산을 위한 연구와 전략개발의 필요성이 제기되고 있다. 따라서 이 연구에서는 개원 시 다른 진료과에 비하여 고가 의료장비에 대한 경제적 부담이 크고, 질병의 중증도가 낮아 입원환자의 관리가 용이하여 개방병원 제도도입의 관심과 유인이 비교적 높을 것이라고 판단되는 안과 개원의를 대상으로 우선, 개방병원의 확산현황을 파악해보고, 개원의들에서 개방병원의 수용도와 관련된 특성을 분석해보고자 한다.

II. 연구 대상 및 방법

1. 연구 대상 및 재료

이 연구의 조사대상은 2005년 대한의사협회에 등록되어있는 안과 전문의 중 의과대학(대학병원 포함), 종합병원(병원 포함) 및 수련병원에 근무하는 자를 제외한 경우로 하였다. 우리 연구에서는 개원 진료과목 중 안과를 선택하였는데, 그 이유는 개원시 상대적으로 진단 및 검사장비들에 대한 부담이 높고 다른 진료과에 비해 질병중증도가 다소 낮을 것이라고 판단되었기 때문이다. 이는 안과질환은 2010년 단일질환으로서 연간 사망자가 3명으로 다른 질환에 비해 단일질환으로서 중증도가 낮게 보고되고 있고(통계청, 2010), 타 진료과보다 개원시 투자비용이 다소 높아 평균부채비율이 3억2천만원(대한의사협회 의료정책연구소, 2009)으로 비용부담이 높을 것이라는 것에 근거하였다.

대한의사협회에 2005년 기준으로 등록되어 있는 안과개원의는 총 1,309명이었다. 연구에 필요한 정보를 수집하기 위하여 문헌조사를 통해 자기기입식 설문 조사지를 개발하였으며, 이를 2005년 5월부터 6월까지 2개월간 안과개원의 전수 1,309명에게 우편 송부하였다. 그 중 179명이 응답하여 회신율은 13.7%였다.

2. 분석 변수 및 모형

1) 종속변수

이 연구에서의 종속변수는 개원의의 개방병원에 대한 수용도인데 ‘개방병원에 참여’ 하고 있거나, ‘현재는 참여하고 있지 않지만 향후 참여의지가 있는 경우’로 정의하였다(표 1).

2) 독립변수

이 연구에서는 개방병원 도입의 활성화와 관련된 요인을 찾기 위하여 의사특성, 의료기관특성, 그리고 의료기관 소재지역의 특성들을 고려하였다.

의사의 특성으로는 성, 연령 등 일반적 특성 이외에 개인의 행태(Behavior)에 영향을 줄 수 있는 요인들로 KAP(Knowledge, Attitude, Practice)모형에 따라(Becker et al., 1975; 심경원, 1998), 개방병원에 대한 지식과 태도 변수를 고려하였다. 신고의사의 지식(Knowledge)은 ‘개방병원제도에 대해 아는가?’라고 질문하였으며, 태도(Attitude)는 ‘개방병원제도에 대한 필요성’에 대해 물어보았다.

의료기관의 특성으로는 의원이 보유하고 있는 안과설비 개수, 개업초기 투자비용, 개

장동균 외 : 개원의의 개방병원제도에 대한 수용도 관련 특성 분석 -안과개원의를 중심으로-

업형태(단독/공동) 등을 조사하였다. 의료기관 소재지역의 특성으로는 지역규모(대도시/중소도시/군), 소재지역(서울/경기/강원/충청/전라/경상/제주). 또한, 지역내 의료자원 가용성도 개방병원의 수용도에 영향을 줄 수 있으므로 지역 인구 십만명당 1차, 2차, 3차 의료기관수를 조사하였다. 이때 자료는 통계청의 인구센서스 데이터베이스를 사용하였다.

<표 1> 분석 변수들

특성/변수명		정의 및 값
종속변수		
수용도		예(개방병원 참여 혹은 향후 참여의지 있음) 아니오(개방병원 불참여하며 향후 참여의지도 없음)
독립변수		
의사특성	성	남성, 여성
	연령	2·30대, 40대, 50대
	지식	개방병원에 대한 인지도 (안다/모른다)
	태도	개방병원제도의 필요성 (필요/보통/불필요)
의료기관 특성	설비보유 개수	시력교정, 백내장, 녹내장, 망막질환 장비 등 보유개수
	투자비용	1인당 투자비용(단위 :억)
	개업형태	단독, 공동
지역 특성	소재지	서울, 경기, 강원, 충청, 전라, 경상
	지역규모	대도시, 중소도시, 군
	1차 의료기관수	인구 십만명당 1차 의료기관 수
	2차 의료기관수	인구 십만명당 2차 의료기관 수
	3차 의료기관수	인구 십만명당 3차 의료기관 수

본 연구에서 규명하고자 하는 변수들의 관계를 도식화하면 그림 1과 같다.

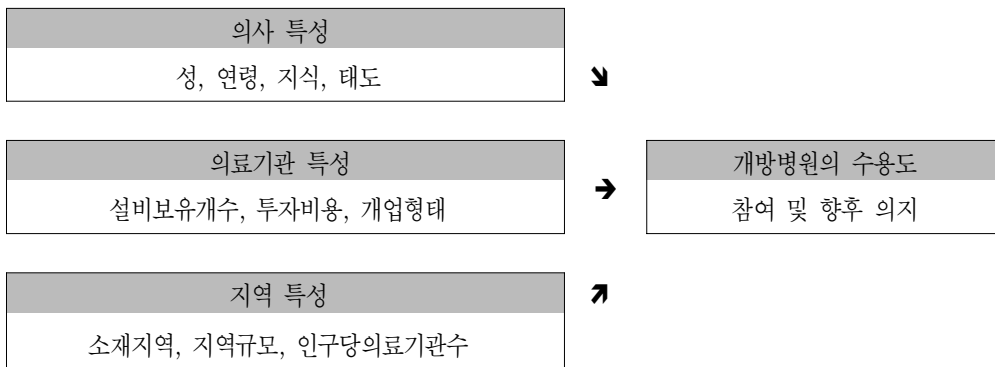


그림 1. 개방병원의 수용도에 영향을 미치는 요인 규명을 위한 분석모형

3) 기타 설문사항

그 외에 개방병원 활성화 전략 마련을 위해 개방병원 제도 도입에 대한 장단점 의견을 조사하였다. 문헌고찰을 통해 개방병원제도의 장단점을 제시하고 각각에 대해 동의 정도를 3점 척도(높은 순으로 3점에서 1점까지)로 표시하도록 설문하고 그 결과를 가중, 합산하였다.

3. 자료분석

개방병원의 활성화에 영향을 주는 요인들을 분석하기 위해 우선, 각 변수별 분포차이를 빈도분석, 카이제곱, T 검정을 통해 살펴보았다. 또한, 독립변수들의 상호 영향을 고려한 후 개방병원의 활성화에 영향을 미치는 효과를 살펴보기 위해 다중 로지스틱 회귀분석 모형을 실시하였다. 통계적 유의성은 유의수준 $\alpha=0.05$ 에서 검증하였으며, 자료처리는 SPSS WIN 12.0 프로그램을 사용하였다.

III. 결 과

1. 설문응답자 특성

1) 일반적 특성

설문 응답자 179명의 일반적 특성을 살펴보면, 우선 성별 분포는 남자 90.5%, 여자 9.5%로, 연령군별 분포는 2·30대가 26.8%, 40대가 43.6%, 50대 이상이 29.6%로 조사되었다. 지역별 분포를 보면 서울 25.7%, 경기 11.7%, 강원 5.6%, 충청 14.6%, 전라 16.8%, 경상 29.1%이었다(표 2). 한편, 설문 응답자를 안과개원의 전체(1,309명)와 비교해본 결과, 성, 연령군, 그리고 소재지역별로 분포에 유의한 차이를 보이지 않았다.

2) 의원의 설비 및 운영특성

설문응답자 179명이 개원하고 있는 의원의 시설, 설비 및 운영현황을 알아보기 위해 질문한 결과는 다음과 같다(표 3). 우선, 설비 보유현황은 백내장 설비가 73.2%(131명)로 가장 많았고, 그 다음이 시력교정설비(Eximer Laser)가 53.1%(95명), 녹내장 설비 52.0%(93명) 순이었다(중복응답 허용). 1인당 초기투자비용을 살펴보면, 3억원 미만이 40.2%(72명), 3억원에서 5억원 미만이 26.3%(47명), 5억원 이상이 16.8%(30명)로 조사되었다. 개업형태를 살펴보면 '단독'이 63.1%(113명), '공동'이 20.1%(36명)로 나타나 안과 개원의 개업형태는 대부분 단독으로 이뤄지는 것으로 조사되었다.

<표 2> 설문 응답자의 일반 특성별 분포 (n=179)

특 성	설문응답자		모집단*		X ²	p-값
	빈도	(%)	빈도	(%)		
성	남자	162 (90.5)	1,075 (87.0)		1.46	0.2269
	여자	17 (9.5)	160 (13.0)			
연령군	2·30대	48 (26.8)	270 (21.9)		2.18	0.3362
	40대	78 (43.6)	563 (45.6)			
	50대이상	53 (29.6)	402 (32.6)			
소재지역 규모	대도시(특별시, 광역시)	97 (54.2)	N.A.			
	중소도시	72 (40.2)				
	군	9 (5.0)				
	-	1 (0.6)				
소재지	서울	46 (25.7)	365 (29.6)		1.4	0.2418
	경기	21 (11.7)	289 (23.4)			
	강원	10 (5.6)	102 (8.3)			
	충청	19 (14.6)	29 (2.3)			
	전라	30 (16.8)	116 (9.4)			
	경상	52 (29.1)	318 (25.7)			
	-	1 (0.6)	16 (1.3)			
계	179 (100.0)	1,235 (100.0)				

주) - : 무응답, N.A. : 해당 자료 없음.

* 2005년 전국 안과 개원의 수(대한의사협회, 2005)

<표 3> 안과 개원의의 설비 및 운영관련 특성 분포

설비 및 운영현황	명	(%)
설비 보유현황 (중복 응답)	백내장 설비	131 (73.2)
	녹내장 설비	93 (52.0)
	시력교정 설비	95 (53.1)
	망막질환 설비	40 (22.3)
설비 보유 개수	0개	26 (14.5)
	1-2개	82 (45.8)
	3개이상	71 (39.7)
일인당 투자비용	3억원 미만	72 (40.2)
	3-5억원	47 (26.3)
	5억원 이상	30 (16.8)
	-	30 (16.8)
개업형태	단독	113 (63.1)
	공동	36 (20.1)
	-	30 (16.8)
계	179	(100.0)

2. 개방병원 관련 설문 결과

1) 개방병원제도 수행 현황

개방병원의 수행 현황을 설문한 결과, 개방병원에 참여하고 있는 경우와 현재 개방병원에 참여하고 있지 않지만 향후 참여할 의지가 있는 경우는 각각 7명, 60명으로 총 37.4%(67명)를 차지하였다. 그러나, 현재 개방병원에 참여하고 있지 않으며, 향후 참여의지도 없는 경우는 62.6%(112명)이었다.

2) 개방병원에 대한 지식 및 태도

안과 개원의에게 ‘개방병원에 대해 아는가?’ 라고 설문한 결과, 응답자의 82.1%(147명)가 ‘그렇다’ 라고 응답하여 대부분이 인지하고 있었다(표 4). 인지경로는 신문, 방송매체가 38.0%(68명)로 가장 높았으며, 선후배 및 동료들 통해서가 20.1%(36명), 개방병원 참여 의료기관에 의해서 5%(9명), 기타가 16.8%(30명)를 차지했다.

〈표 4〉 설문응답자의 개방병원 제도에 대한 지식, 태도 분포

설문 항목	구 분	건	(%)
인지 (개방병원을 아는가?)	예	147	(82.1)
	아니오	32	(17.9)
태도 (개방병원이 필요한가?)	긍정적	80	(44.7)
	보통	60	(33.5)
	부정적	34	(19.0)
	-	5	(2.8)
계		179	(100.0)

- : 무응답

개방병원에 대한 태도를 조사하기 위해 ‘개방병원이 필요한가’ 라고 질문한 결과, ‘그렇다’ (긍정적)로 응답한 경우가 44.7%(80명)으로 많았으며, 보통, 부정의 경우는 각각 33.5%(60명), 19.0%(34명)순이었다.

3) 개방병원의 장단점

개방병원의 장단점 각각에 대한 동의 정도를 1~3점 척도로 설문하고, 이를 응답-dot수 와 가장 합당한 결과, 개방병원의 장점으로서 ‘의료장비 공동 이용’이 가장 높은 순위를 차지하였고(502점), 그 다음으로 ‘의료서비스 질 향상’ (437점), ‘진료능력향상’ (425점), ‘신기술습득 용이’ (400점), ‘전공의 수련향상’ (387점) 순이었다(표 5).

개방병원의 단점으로서 ‘의료사고 시 책임갈등’이 가장 높은 순위를 차지하였고

장동균 외 : 개원의의 개방병원제도에 대한 수용도 관련 특성 분석 -안과개원의를 중심으로-

(498점), 그 다음으로 ‘수입배분 갈등’ (470점), ‘성과 불투명’ (452점), ‘개방병원 구성원과의 마찰’ (451점), ‘환자불편’ 순(419점)이었다(표 5).

〈표 5〉 개방병원제도의 장단점에 대한 의견 분포 (%) (N=179)

장 점	동의정도 (가중치)				합계*
	3	2	1	-	
개방병원제도 장점					
의료장비 공동이용	157	12	7	3	502
의료서비스 질 향상	111	38	25	5	437
진료능력 향상	105	41	28	5	425
신기술습득 용이	90	45	40	4	400
전공의 수련향상	79	57	36	7	387
환자유치 유리	45	74	54	6	337
수입증가	37	79	57	6	326
개방병원제도 단점					
의료사고 책임에 대한갈등	150	21	6	2	498
수입배분 갈등	127	39	11	2	470
성과 불투명	112	51	14	2	452
개방병원 구성원과의 마찰	115	43	20	1	451
환자불편 과중	94	54	29	2	419

-: 무응답

*: 응답 득수와 가중치 곱들의 합

3. 개방병원의 수용도와 관련 특성 분석

개방병원의 수용도에 영향을 미치는 특성을 분석하기 위해 단순 및 다중회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

1) 단순 분석결과

개방병원의 수용도에 영향을 주는 특성들에 대해 카이제곱 검정과 t-검정 등 단순분석을 실시한 결과, 관련 특성 중 개원의사의 태도와 설비보유개수 변수가 통계적으로 유의한 것으로 분석되었다(표 6,7). 특히, 태도의 경우 개방병원이 필요하다고 느끼는 경우에 있어서 개방병원의 수용도가 높은 경향을 보였다. 또한, 의료기관의 보유설비 개수가 많은 경우 개방병원의 수용도가 비교적 높은 것으로 확인되었다. 반면, 개원의사의 성, 연령군, 개방병원 인지도, 그리고 의료기관의 소재지, 지역규모, 투자비용, 개업유형은 유의한 영향을 주지 않았다(표 6,7).

<표 6> 개방병원의 수용도와 관련된 특성: 단순분석 (명목변수)

특성/변수	개방병원의 수용도		계	χ^2	
	예	아니오			
의사 특성					
성	남자	61 (37.7)	101 (62.3)	162 (100.0)	0.037
	여자	6 (35.3)	11 (64.7)	17 (100.0)	
연령군	2, 30대	16 (33.3)	32 (66.7)	48 (100.0)	2.256
	40대	34 (43.6)	44 (56.4)	78 (100.0)	
	50대 이상	17 (32.1)	36 (67.9)	53 (100.0)	
지식	안다	56 (38.1)	91 (61.9)	147 (100.0)	0.155
	모른다	11 (34.4)	21 (65.6)	32 (100.0)	
태도	필요	52 (65.0)	28 (35.0)	80 (100.0)	49.320 *
	보통	13 (21.7)	47 (78.3)	60 (100.0)	
	불필요	1 (2.9)	33 (97.1)	34 (100.0)	
의료기관 특성					
개업형태	단독	42 (37.2)	71 (62.8)	113 (100.0)	0.494
	공동	15 (41.7)	21 (58.3)	36 (100.0)	
	-	10 (33.3)	20 (66.7)	30 (100.0)	
지역 특성					
소재지역	서울	17 (37.0)	29 (63.0)	46 (100.0)	0.795
	경기	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (100.0)	
	강원	3 (30.0)	7 (70.0)	10 (100.0)	
	충청	6 (31.6)	13 (68.4)	19 (100.0)	
	전라	12 (40.0)	18 (60.0)	30 (100.0)	
	경상	21 (40.4)	31 (59.6)	52 (100.0)	
지역규모	대도시	36 (37.1)	61 (62.9)	97 (100.0)	0.130
	중소도시	28 (38.9)	44 (61.1)	72 (100.0)	
	군	3 (33.3)	6 (66.7)	9 (100.0)	
계	67 (37.4)	112 (62.6)	179 (100.0)		

* : $\alpha = 0.05$ 에서 통계적으로 유의. () : 행 퍼센트

<표 7> 개방병원의 수용도와 관련된 특성: 단순분석 (연속변수)

특성/변수	개방병원의 수용도		계	t 값 (P)
	예 (n=67)	아니오 (n=112)		
의료기관 특성				
설비보유개수	3.73 ± 2.97	3.09 ± 2.79	1,660	(0.099)
1인당 투자비용	2.21 ± 1.32	1.88 ± 1.24	1,448	(0.149)
지역특성				
1차 의료기관수/십만명	143.74 ± 19.51	146.11 ± 22.98	-0.706	(0.481)
2차 의료기관수/십만명	2.57 ± 0.66	2.65 ± 0.76	-0.717	(0.474)
3차 의료기관수/십만명	0.58 ± 0.14	0.62 ± 0.16	-1.425	(0.156)

2) 다중로지스틱 회귀분석

개방병원의 수용도와 관련된 특성들을 찾아내기 위해 다중로지스틱 회귀분석한 결과는 표 8과 같다. 분석결과 개방병원의 수용도에 다른 모든 요인이 유의한 것으로 나타나지 않았으나, 의사의 특성 중 태도 변수만 통계적으로 유의하였다. 이를 살펴보면 개원의가 개방병원에 긍정적인 태도를 가질수록 높은 수용도를 가지는 경향을 보였으며, 구체적으로 개원의 태도가 ‘불필요’인 경우에 비해 ‘보통’인 경우가 6.6배(95% CI 1.315, 33.138), ‘필요’의 경우에는 수용도가 55.2배(95% CI 11.352, 268.347) 유의하게 높았다(표 8). 우리 연구의 다중로지스틱 모형의 적합도 분석결과 모델의 카이제곱 값은 66.025(p<.05), Hosmer & Lemeshow 검정결과 값은 9.269(p>0.05)으로 적합한 것으로 분석되었다. 또한, 개방병원제도 수용도에 대한 설명력은 42%로 분석되었다.

<표 8> 개방병원제도 수용도와 관련된 특성 : 다중로지스틱 분석

특성/변수		Exp(B)	(95%CI)	p value
의사 특성				
성	여자	1.0		
	남자	2.081	(0.543, 7.979)	0.285
연령군	2, 30대	1.0		
	40대	1.233	(0.477, 3.185)	0.665
	50대 +	0.486	(0.167, 1.415)	0.186
지식	모른다	1.0		
	안다	1.269	(0.459, 3.510)	0.646
태도	불필요	1.0		
	보통	6.600*	(1.315, 33.138)	0.022
	필요	55.193**	(11.352, 268.347)	0.0001
의료기관 특성				
설비보유개수		0.912	(0.671, 1.242)	0.560
지역 특성				
의료자원	1차 의료기관수/십만명	1.009	(0.988, 1.032)	0.393
	2차 의료기관수/십만명	0.740	(0.365, 1.500)	0.403
	3차 의료기관수/십만명	12.606	(0.247, 643.252)	0.207
Model Chi-square			66.025**	
-2 log likelihood			170.686	
Nagelkerke R square			0.421	
Hosmer & Lemeshow test			9.269	

주 1) * p<.05 ** p<.01

2) C.I: Confidence Interval

IV. 결론 및 고찰

우리 연구에서 안과 개원의 1,309명 중 우편설문에 회신한 179명을 대상으로 개방병원제도의 현황과 성공적 확산 요인을 살펴본 결과, 개원의 82.1%가 개방병원에 대해서 알고 있음에도 불구하고 개방병원제도가 필요하다고 응답한 사람 44.7%였으며, 이 중 개방병원 참여율은 3.9%였다. 또한, 다른 요인들을 보정하였을 때, 개방병원의 성공적 확산과 관련 있는 주요한 요인으로 개방병원에 대한 긍정적 태도인 것으로 조사되었다.

개방병원에 대한 제도를 연구한 주요 결과와 그 함의를 고찰한 결과는 다음과 같다. 우선, 인지도를 살펴본 결과, 개원의 82.1%가 개방병원에 대해서 알고 있다고 응답하여 개방병원제도 인지율이 높은 것으로 확인되었다. 이와 같이 개원의에서 개방병원 인지도가 높게 조사된 이유는 2001년부터 2년간의 시범사업 후 2003년부터 본 사업으로 확대되고 현재까지 지속되는 등 도입기간이 길었던 것에 기인된다고 생각된다. Marcia 등(2002)은 임상가이드라인 사용에 의사들의 태도가 중요하고 이러한 의사들의 태도에 영향을 미치는 중요한 요인중의 하나가 지식이라고 하였는데, 실제 개방병원 참여를 활성화시키기 위한 중요한 요인으로서 개원의들에서의 개방병원제도에 대한 인지율 제고를 위한 노력은 지속적으로 수행될 필요가 있을 것이다.

이 연구결과에서 개방병원 참여율은 안과 개원의 중 3.9%로 저조한 수준을 보였는데, 이러한 낮은 참여율은 앞에서 살펴본 개원의들의 개방병원에 대한 높은 인지율과 상반되는 결과를 보인다. 이러한 개원의들의 낮은 개방병원의 참여율은 실제 개방병원 참여에 영향을 미치는 요인이 개방병원제도 자체에 대한 인지율로만 결정되는 것이 아닌 것으로 설명될 수 있다. 즉, 이 연구결과에서 안과 개원의 중 개방병원제도가 필요하다고 응답한 사람은 44.7%, 향후 개방병원에 참여할 의향이 있다고 응답한 사람은 33.5%로 개방병원의 수용도는 개원의들의 개방병원에 대한 인지도보다 개원의들이 제도에 실제 참여하려고 하는 의향이 보다 중요한 요인으로 작용한다는 것으로 설명할 수 있다. 그러므로 본 연구와 같은 근거를 기반으로 한 개방병원제도 활성화를 위한 정책적 실천전략들이 제시되어야 할 필요가 있을 것이다.

우리 연구에서는 단변량 분석결과(T-검증)에서 의료기관 설비보유개수가 많은 경우 통계적으로 유의하지 않았으나 개방병원의 수용도가 비교적 높은 경향을 보이는 것으로 조사되었다. 이러한 의료기관의 설비보유개수와 개방병원 수용도와의

관계는 안과 개원의의 적극적인 의료행태와 이에 따른 적극적 제도적 수용성을 반영하는 것이라 생각된다. 즉, 개원의가 병원내 보유설비를 많이 가지고 있을수록 적극적인 의료행태를 가지고 있을 가능성이 있으며, 이러한 적극적인 의료행태를 가지고 있는 개원의일수록 새로운 제도에도 보다 적극적인 수용도를 보일 가능성이 많기 때문인 것으로 추측된다. 그러나 이러한 경향은 우리 연구에서 단변량 분석의 결과이며 연관성의 방향만을 확인하였을 뿐 통계적으로 유의하지 않았으므로, 추후 연구가 필요하겠다.

또한, 본 연구에서는 개원의가 생각하는 개방병원제도의 필요성을 태도라고 정의하였는데, 다른 요인들을 보정하였을 때, 개원의의 개방병원에 대한 긍정적 태도 변수만이 개방병원의 수용도와 통계적으로 유의한 관련성이 있었다. 이는 임상 가이드라인이나 질환관리 모형, 특히, 임상 가이드라인이나 질환관리 모형 등을 적용하고자 할 경우나 임상정보시스템 등을 도입하고자 할 경우에는 주요한 장애요인이 의사의 태도나 선호도라는 기존 연구와 유사한 결과를 보인다(Marcia 등, 2002; Sinuff 등, 2007; Henke 등, 2008).

이와 같이 의사의 태도는 새로운 제도나 모델 등에 대한 개인의 선호도를 나타내는 것으로 이 연구에서는 개원의 개인이 생각하는 개방병원제도에 대한 장점으로 설명할 수 있다. 이 연구에서는 개원의들이 생각하는 개방병원제도의 주요 장점으로 는 ‘의료장비 공동이용’ 과 ‘의료서비스 질 향상’ 이었으며, 이러한 결과는 이윤태 등(2002)의 연구와 이선희 등(2005)의 연구와 유사한 결과를 보인다.

개방병원의 수용도를 높이기 위해서는 우선적으로 개방병원의 필요성에 대하여 긍정적인 사람들을 개방병원에 참여하도록 유인하는 것도 중요하지만, 개방병원에 대하여 부정적인 견해를 긍정적으로 전환하는 것이 필요하다. 이 연구에서 개원의가 생각하는 개방병원의 단점을 살펴보면, ‘의료사고 시 책임갈등’ 과 ‘수입배분갈등’ 이었으며, 이러한 연구결과는 ‘의료사고 시 책임갈등’ 과 ‘수입배분갈등’ 이라고 한 이윤태 등(2002)의 연구와 ‘의원의 수익성 향상’ (64.5%), ‘환자의 진료비 절감’ (53.1%) 이 개방병원의 부정적 영향이라고 한 이선희 등(2005)의 연구와 비슷한 결과이다. 즉, 개원의가 생각하는 개방병원제도의 주요한 부정적 측면은 현재의 수가구조가 의원에게 경제적인 유인책을 제공하지 못하는 것이 개방병원의 수용도 제고의 제약요인인 것으로 해석된다. 이는 이윤태 등(2002)이 개방병원 대상 설문조사에서 ‘01년 5월 설문 95%에서 ‘02년 7월 설문 93.8%로 개방병원제도가 시범기관의 경영에 긍정적인 영향을 주었다고 한 반면, 의원설문 조사에서는 의원의

수익성 향상에 도움이 된다는 의견이 개방병원 참여 전이 52.2%인데 반해 참여후에는 21.8%로 떨어졌다는 이유로 현재 수가구조가 의원에게 경제적인 유인책을 제공하지 못하는 것으로 설명한 바 있다.

그러므로 개원의들의 개방병원제도 참여로 인한 수익성 측면을 개선하려면, 선행 연구에서 제시된 바와 같이 수가구조 개선을 통한 개원의의 개방병원제도 참여 유인을 확대하는 것이 필요할 것이다(이운태 등, 2002; 전은정, 2006). 이를 위한 구체적인 방안으로는 기존 문헌에서 개방병원의 적극적인 협조를 위해 고가 의료장비 심의 시 개방병원 활용 장비일 경우 가산점을 부여하거나, 의료장비를 구입하는데 소요되는 자금을 정부에서 장기저리융자나 리스제도 등의 지원을 정책적으로 운영하는 방안 등이 제안된 바 있다(한국보건산업진흥원, 2002).

그 외에 개방병원 활성화를 위해서는 개원의들이 개방병원의 필요성에 대하여 부정적으로 인식하거나 실제 참여 방법을 모르는 경우를 위하여 지속적으로 홍보 및 교육을 실시할 필요가 있는데, 구체적으로 의과대학 교육과정에 개방병원제도에 대한 지식 및 긍정적 영향 등을 포함하거나 신문, 방송매체를 통해 개방병원의 인지도 및 태도를 상승시키는 노력이 필요하다. 뿐만 아니라 이러한 개방병원제도의 지속적 교육 및 홍보는 의과대학생이나 개원의 대상이 아닌 이용하고자 하는 환자들에게도 이루어져야 하는데, 이는 박은영(2009)의 연구에서 지역주민 중 개방병원제도를 인지하고 있는 자는 12.5%에 불과하였으나 개방병원제도에 대하여 인지 후 사용할 의향이 있는 자가 73.8% 정도로 높게 조사된 바 있어, 적극적 홍보를 통해 활성화 유인이 가능할 것으로 생각되기 때문이다.

이러한 연구 결과에도 불구하고 본 연구는 여러 한계점을 가진다. 우선, 자료 분석시 개방병원 수용도 변수를 정의함에 있어 현재 개방병원에 참여하고 있는 경우가 극히 소수(7명)임에 따라 향후 개방병원에 참여의지가 있는 경우도 포함하여 분석하였기 때문에 개방병원 수용도와 관련된 요인의 영향이 과소 또는 과대 추정되었을 가능성이 있다. 그러나 개방병원에 불참하지만 참여의지가 있는 경우를 모두 포함하여 종속변수로 설정한 것은 실제 의료기관들의 개방병원 참여율이 낮고(2004년 현재 11.1%, 57개/415개)¹⁾, 2005년 현재 안과 개원의 전체를 대상으로 우편설문방식으로 진행한 연구이며 조사에 참여한 대상자와 비참여 대상자의 특성도 다르지 않았으므로 내적타당도가 확보되었다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 우리 연구는 개원시 상대적으로 진단 및 검사장비들에 대한 부담이 있을 것이며, 다

1) 병원신문, 2005년 2월 28일 고경화 의원(근간)

른 진료과에 비해 질병중증도가 다소 낮을 것이라 예상되는 안과 개원의를 대상으로 수행된 연구임에 따라 다른 진료과에 연구결과를 동일하게 해석할 수 없다는 제한점을 가진다.

또한, 이 연구의 제한점으로 연구의 조사시점이 2005년도로 현재의 상황을 예측하여 제언하는 것이 다소 구체적이지 못할 수 있다는 점을 들 수 있다. 그러나 지금까지 개방병원은 정부의 정책적 의지, 제도적 지원 등이 미흡하여 현재는 개방병원 참여율이 더 저조한 수준으로 추측되므로 현재 상황을 해석하는 데 있어 우리 연구가 함의를 제공할 수 있을 것이다.

그럼에도 불구하고 국내에서 개방병원제도가 논의된 지가 비교적 최근이며 포괄적인 측면에서의 연구가 미미하고 축적된 사례가 거의 없었고, 지금까지 개원의를 대상으로 참여율 및 수용도와 관련있는 요인 등을 분석한 연구가 없었으므로 본 연구의 결과는 기초조사로서 의의가 있다고 판단된다. 뿐만 아니라 향후 우리 연구와 같이 개방병원에 관한 다각적인 연구 수행을 통해 개방병원 제도가 정착되고 활성화되면 개방병원의 도입취지인 현재 의료환경 변화와 자원의 한계에 따른 대형의료기관 집중 완화 현상과 효율적인 의료전달체계 확립이 가능할 것으로 생각된다. 또한, 타 병원에 비해 병상점유율이 낮은 병원의 경우 병원의 자원활용도를 제고함에 따라 병원 경영에 효율성을 도모할 수 있을 것이며, 개원의와의 협진 및 선의의 경쟁을 통해 진료권 확대와 더불어 환자유치에 유리한 조건을 얻을 수 있을 것이라 생각된다. 개원의 입장에서도 개원시 투자부담이 감소하며 단골환자에게 보다 개선된 서비스를 제공하게 되고 진료의 연속성과 신속성을 향상시킬 수 있을 것이며, 이러한 영향은 환자입장에서 중복진료가 감소되고 체계적인 병력관리가 가능하며 나아가 의료비 절감에도 기여할 수 있을 것이라 생각된다. 이에 현재까지 개방병원에 대한 양적, 질적 연구가 부족한 상황이므로 우리나라 실정에 맞는 개방병원 수용도를 높이기 위해 개방병원, 개원의 측면에서 다각적인 연구가 필요할 것이다.

참 고 문 헌

- 이선희 등(2005). 개방병원 운영의 문제점과 개선방안, 서울, 국회 보건복지위원회, 9-172
- 김석범·권광보·강복수·김기홍(1998). 개원의의 개방병원 참여에 대한 의견, 한국의료QA학회지, 5(1)140-150

- 김창엽(1996). 진단방사선과 전문의 수급에 관한 연구, 서울, 서울대학교 의료관리 학교실
- 대한의사협회(2005). 2005년 전국회원실태조사 보고서, 서울, 대한의사협회
- 박은영(2009). 개방병원제도에 대한 지역주민들의 태도에 미치는 요인, 한양대학교 행정자치 대학원, (석사학위), 5-87
- 박정연(2004). 한국의 개방병원제 활성화 방안에 관한 연구, 성균관대학교 대학원, (석사학위), 9-37
- 박주현(2004). 개방병원의 의료과오에서 의료기관 사이의 책임영역의 분할, 서울대학교 보건대학원, (석사학위), 12-36
- 보건복지부(2003). 개방병원 운영안내, 서울, 보건복지부
- 보건복지부(2001). 개방병원 운영지침, 서울, 보건복지부
- 보건복지부(2003). 개방병원 활성화 방안, 서울, 보건복지부
- 보건복지부(2006). 2006년 의료기관 및 병상현황, 서울, 보건복지부
- 보건복지부(2006). 주요업무참고자료, 서울, 보건복지부 재정기획관실
- 보건복지부(2008). 주요업무참고자료, 서울, 보건복지부 재정기획관실
- 보건복지부(2009). 개방병원 운영안내, 서울, 보건복지부 보건의료정책과, 1-16
- 고경화. 개방병원 의원참여율 11%. 병원신문 2005년 2월 28일자.
- 심경원(1998). 都市, 農村間 地域社會 營養評價 및 關聯 要因分析 : 補完된 KAP模型 適用, 이화여자대학교, (석사학위), 1-39
- 이광수(2001). 개방병원체계 도입시의 병원재정효과 모의실험, 연세대학교 대학원, (석사학위), 1-53
- 이선희, 채유미, 김현미, 하귀염, 김주혜(2008). 개방병원제도 운영실태 분석, 병원경영학회지, 13(2) 20-360
- 이윤태, 안인환, 임준, 이근찬, 송태균, 석승식 등(2002). 개방병원 운영의 경제적 효과 평가와 의료사고 책임 분담방안, 서울, 한국보건산업진흥원, 23-89
- 이주나(2002). 개방형 병원제도에 대한 의사들의 인식도, 연세대학교 보건대학원, (석사학위), 26-39
- 전은정(2006). 개방병원의 현황과 개선방안, 서울, 서울대학교 보건대학원 예방의학 교실, 1-12

통계청(2010). 사망원인통계. 서울, 통계청 2010

대한의사협회 의료정책연구소(2009). 의원경영실태조사. 서울, 대한의사협회 2009

American Medical Directors Association(AMDA)(2011). Work Group on the Role of the Attending Physician and Advanced Practice Nurse. Collaborative and supervisory relationships between attending physicians and advanced practice nurses in long-term care facilities. Journal of the American Medical Directors Association, 12:12-18.

Becker MH and Maiman LA(1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Medical care, 13(1):10-24.

Christopher AS, Anita BV, Arthur TE, et al(2004). Evaluating the Performance of Inpatient Attending physicians. Journal of general internal medicine, 19:766-771.

Henke RM, Chou AF, Chanin JC, et al(2008). Physician attitude toward depression care interventions:Implications for implementation of quality improvement initiatives. Implementation science, 30:3-40

Marcia M et al(2002). Physician knowledge, attitudes and practices regarding a widely implemented guideline. Journal of evaluation in clinical practice, 8(2):155-162

Michael DE and Amanda C(2011). Effects of Varying Inpatient Attending Physician Rotation Length on Medical Students' and Attending Physicians' Perceptions of Teaching Quality. Teaching and Learning in Medicine: An International Journal, 23(1):37-41

Pare G, Sicotte C and Jacques H(2006). The Effects of Creating Psychological Ownership on Physicians' acceptance of Clinical Information Systems. Journal of the American Medical Informatics Association, 13(2):197-205

Sadler M, Edwards S, Weatherby S, et al(2010). Effects of an attending physician system on acute neurology provision in Plymouth. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 81(11):e37

Sinuff et al(2007). Clinical practice guidelines in the intensive care unit : a survey of Canadian clinicians' attitudes. Canadian journal of anaesthesia, 54(9):728-736