

의료전달체계 정립을 위한 두 가지 정책 제안과 보건의료정책 거버넌스에 관한 연구

오동일*

¹상명대학교 금융경영학과 교수

Enhancement of Korea medical delivery system : Two policy proposals and healthcare policy making governance

Dongil O¹

¹Department of Finance and Management, SangMyung University

요 약 의료법에서는 의원은 외래환자를, 상급종합병원은 중증의 입원환자를 전문적으로 치료하는 의료기관으로 규정하고 있다. 그러나 일차의료를 제공하는 의원의 외래환자수는 위축되는 반면 상급종합병원의 외래진료비 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 이 연구에서는 우리나라 의료전달체계를 정상화하기 위한 보다 근원적인 방안으로 두 가지 정책안을 제시하고 이 정책을 정착시키고 성공시키기 위한 보건의료정책 거버넌스에 관한 제안을 담고 있다. 상급종합병원의 중증 환자 진료 기능을 강화하기 위하여 현행 중별가산율을 외래와 입원 중별가산율로 분리하고 외래진료비 목표관리제 도입이라는 두 가지 방안을 제시하였다. 그리고 이들 정책안을 큰 부작용없이 성공시키기 위한 보건의료 정책 거버넌스를 제안하였다. 보건의료 정책 거버넌스는 의료공급자, 환자의 참여와 동기부여가 전제되어야 하며 장기적인 관점에서는 향후 의료 질을 반영할 수 있도록 설계되어야 한다.

Abstracts The Medical Service Act of Korea describes a clinic as providing services primarily to outpatients, while a large general hospital provides specialized medical services requiring a high level of expertise for treating serious diseases. The portion of medical revenue for clinics has been decreasing gradually compared with large hospitals. This article proposes two fundamental medical policies to fix the distorted medical delivery system of Korea. Firstly, uniform additional medical remuneration rates based on the type of medial institution should be divided into outpatient additional rates and inpatient additional rates. Secondly, to normalize the function of clinics and large general hospitals, an outpatient medical target budget system should be introduced. Finally, to properly implement the proposal, it is important to establish healthcare policy-making governance. The success of policy implementation strongly depends on the participation and incentives of the government, suppliers, and patients. Healthcare policy-making governance must be designed to encompass this fact and improve quality of care.

Keywords : medical delivery system, healthcare policy, governance, primary care, medical cost, medical remuneration rate, budget system

1. 서론

우리나라 의료법 제3조에서는 의원은 의사가 주로 외

래환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로, 병원은 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 규정하고 있다.[1] 그리고 이 법에 따르면 전문과목

*이 논문은 2014년도 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(2014R1A1A2054003)

*Corresponding Author : Dongil O(SangMyung Univ.)

Tel: +82-41-550-5323 email: odongil@smu.ac.kr

Received January 21, 2016

Revised (1st March 11, 2016, 2nd March 21, 2016)

Accepted April 7, 2016

Published April 30, 2016

수, 수련여부, 인력·시설·장비, 질병군별 환자비율 등의 각 호의 요건을 갖춘 종합병원 중에서 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 곳을 상급종합병원으로 지정하고 있다. 즉 의원과 같은 일차의료기관은 질병의 예방, 지속적인 건강관리, 지역사회 보건 강화와 같은 보건의료체계의 문지기 역할을 수행하고 병원은 중증환자와 응급환자를 집중적으로 치료하는 의료전달체계를 기본으로 하고 있다. 의료전달체계가 정립된 환경에서는 의원은 해당 지역의 경증 환자에 초점을 둔 간단한 질병 치료와 지속적인 의료 서비스를 제공함으로써 접근성, 연속성, 포괄성, 충실성, 최적성, 형평성, 상호작용, 대면성, 신뢰라는 속성을 가진다.[2,4]

그러나 우리의 현실은 의료전달체계가 완전히는 정착되지 못해 상급종합병원이 의원과 외래환자를 두고 경쟁한 결과 외래환자가 상급종합병원에 몰려 상급종합병원은 1분 진료가 드물지 않을 정도 과밀되고 있다. 이와 함께 보건의료 시스템에서 예방 의료체계가 미비해 메르스 사태 때 상급종합병원을 포함한 대형병원에서 대규모 환자감염이 발생하는 등[3] 문제점이 확대되고 있다. 특히 보건의료비용의 총액을 통제하는 총액예산제나 일당정액제 등과는 달리 행위별 보상에 기반한 수가체계 하에서 의료전달체계의 미분화는 의사 유인 수요에 따른 지속적인 진료량 증가 뿐 만 아니라 과잉 진료를 초래할 수 있다. 특히 우리와 같이 고령화가 급격히 진행되는 사회에서는 노인인구 효과로 인해 진료비가 급증하게 되고 이를 적절한 수준으로 관리 통제할 수단이 부족해 장기적으로는 보건의료비용의 급격한 상승으로 인해 지속 가능성이 훼손될 가능성마저 있다. 본 연구에서는 의료전달체계를 확보해 줄 수 있는 두 가지 신정책 방안을 제시하고 이를 정책적으로 구현하기 위한 보건의료정책 거버넌스를 제시하였다.

우선 우리 의료전달체계의 왜곡된 행태를 보정하기 위한 실천가능 방안으로 중별가산율을 외래와 입원 중별가산율로 분리 운용하고 상급종합병원에 대한 외래진료비 목표관리제도 두 가지 정책의 개념적인 틀을 제시하였다. 그리고 이 정책을 구동 가능한 실천적 제도로 정착시키기 위한 의사결정과정, 절차 그리고 제도에 대한 수용성 즉, 보건의료정책 거버넌스의 방향을 제시하였다. 마지막으로 본 연구의 한계와 본 연구를 구체화하기 위한 추후 연구 방향을 고찰하였다.

2. 선행연구와 본 연구의 특징

의원과 병원, 그리고 의사와 간호사 등 의료인력의 협조를 통해 의료전달체계를 확립함으로써 의료 질을 높일 수 있다는 많은 연구 결과가 있다.[5,7,11,16] Pieter 등은 영국제도 하에서 일차의료를 활성화시키고 보건의료의 질을 높이기 위해서는 의원과 병원의 기능분화와 함께 환자 관리를 위한 의사, 간호사 등 보건의료인력 간의 의사소통, 업무분장과 임상적 협조 체계가 필요하다고 주장하였다.[5] Kevin은 의사간호사를 중심으로 한 의료 팀의 개념을 강조하고 측정 가능한 명확한 성과목표, 임상과 행정시스템의 유기적인 결합, 업무분장, 팀구성원에 대한 지속적인 교육, 효율적인 커뮤니케이션과 같은 의료 임상거버넌스(clinical governance)가 효율적인 의료전달체계를 가능하게 한다고 진단하였다.[6] 의료전달체계 확립을 통해 급증하는 의료비용을 줄이면서 의료 질을 유지하기 위해 새롭게 도입된 개념인 책임의료조직(ACO, Accountable Care Organizations)이 미국의 의료비를 절감할 수 있는 대안이 될 수 있는 지에 대한 논의도 활발히 진행되고 있다.[6,7] David등은 2000년대 자료를 사용하여 각 국가 간 보건의료비용의 비교를 통해 비용 효과적이 못한 미국의료시스템의 개혁 방향을 제시하였다. 특히 사보험 중심의 미국과 공보험 중심의 캐나다의 직접적인 비교를 통해 행정비용, 생산요소가격, 의료혜택규정 등을 비교하고 의료행정비용 절감, 의료정보화를 위한 투자, 지불보상제도의 개편, 가치에 중심을 둔 진료행위의 집행 등이 시급한 과제로 지적하였다.[7] Leiyu는 미국과 기타 국가에서 의료전달체계의 중요성을 강조하고 지속적인 의료 질 향상, 의료불균형 해소가 중요하나 일차의료와 병원 간에는 아직도 의료 불균형이 존재한다고 주장하였다.[8] 그 이외에도 환자치료를 위해 일차의료기관의 중요성을 인식하고 질병의 단계적인 진행에 따라 1차 진료의사와 상급기관인 병원이 협조를 통해 질병 치료에 기여할 수 있음을 많은 연구들이 보여주고 있다.[4,9,10] 미국의 경우 오바마 의료개혁법이 통과됨에 따라 1997년에 도입된 균등예산법의 SGR(Sustainable Growth Rate)이 폐기되고 MACRA2015(Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015)가 도입됨에 따라 의료비를 적절한 수준으로 통제할 수 있을 지에 대한 여러 논의가 있어 왔다. 규제의 한 형태로 의사보수 인상액을 일정율로 고정시킨 개혁이 단기간 내에 쉽게 성공

하리라는 믿음은 일종의 지나친 신뢰일 수 있다고 주장도 있다.[11] 또한 새로운 제도가 성공하기 위해서는 보건의료정책 거버넌스가 필요하며 진료량에 대한 유인을 줄이고 의료 질을 강조함에도 불구하고 행위별 수가제하에 의사들의 수입증대 욕구를 어떻게 통제하기에는 어려움이 예상된다는 등[12] 의료 개혁을 위한 다양한 논의가 전개되고 있다. 국내에서는 Lee등이 선진국에서 진행되고 있는 의료개혁의 방향을 검토하고 의료전달체계 내에서 일차의료의 개념과 표준모형의 필요성을 언급하고 일차의료 인증 및 질 평가 체계 구축의 필요성을 언급하였다.[13,14] YoungHo 및 JaeHo등은 우리 보건의료체계의 고비용, 비효율의 문제를 해결하기 위해서는 의료전달체계의 문제점을 해결할 수 있는 정책과제의 도입이 필요하며 효과적인 의료자원 관리 체계를 구축할 필요가 있다고 주장하였다.[15,16] Shon등은 한국의료전달 및 보장체계의 선진화와 관련한 연구에서 신포괄주의수가제 사례에 관한 심층면접결과 분석을 통해 정책전문가들은 한국의 보건의료정책의 거버넌스에 관해 어떠한 인식을 가지고 있는지를 연구하였다.[17]

위에서 살펴본 선행연구와 달리 본 연구는 다음과 같은 점에서 연구의 방향과 내용을 달리한다. 우선 국외 연구의 경우는 단일보험자인 국내 경우와 달리 사보험과 공보험이 병행하는 환경 하에서 진료비 급증을 막기 위한 제도 변경, 의료 혜택을 받지 못하는 계층을 위한 접근성 향상, 오바마 개혁에 따른 지불보상제도의 설계 등이라는 점에서 차이가 있다. 둘째 의료전달체계 강화를 위한 국내의 연구는 주로 대한의사협회 등 협회 차원에서 바라본 실무적인 연구[13,14]이고 선행 학술적 연구[15,16,17]도 본 연구에서 제시한 정책안 자체에 대한 언급이 없다. 셋째, 우리나라 의료전달체계의 확립을 위한 실무적인 정책안으로 선행연구에서 제시된 안들은 현재 제도 하에서 회송제나 회송수가, 상급병원 방문 시 본인부담금 인상, 응급실 이용 개선 등과 관련된 제도 개편 등이 언급되고 있어 본 연구와 방향을 달리한다.

본 연구에서는 선행연구들과는 달리 현행 행위별 수가체계 내에서 거시적 측면에서 두 가지 정책안에 대한 기본 개념을 제시하고 이를 실현하기 위한 의료정책 거버넌스를 제시한 점에서 차이가 있다. 즉 우선 병원 중별 원가차이를 반영하기 위해 도입된 중별가산율을 외래와 입원으로 구분하여 운영해야 할 필요성과 정책안을 제시하였다. 둘째, 상급병원 등이 의원과 경쟁하고 외래진료

에 집중하는 점을 바로 잡기 위해 환자본인부담을 인상하는 것과 같은 환자 차원의 부담금 증가가 아니라 의료공급자의 의료행위를 변화시키기 위해 외래진료비 목표관리제를 제시하였다. 마지막으로 의료전달체계 확립과정에 발생할 수 있는 이해관계자 집단 간의 충돌과 갈등을 조정할 수 있는 우리 보건체계의 의사결정 거버넌스 구조를 설계하고 이를 통해 중장기적으로 의료전달체계를 확립할 수 있는 절차와 과정을 제시하였다.

3. 의료전달체계를 위한 두 가지 정책 제안

3.1 의료전달체계 왜곡과 진료비 변동 추이

건강보험심사평가원의 2014년도 진료비통계자료[18]에 따르면 의원과 병원이 외래와 입원 중심이라는 고유한 기능에도 불구하고 크게 왜곡되어 있는 것을 알 수 있다. [Table 1]에서 알 수 있는 바와 같이 실제 환자 방문 빈도누적일수인 내원일수 기준으로 살펴보면 상급종합병원의 전체 내원일수 비중은 거의 변화가 없는데 입원일수는 감소하고 외래일수는 점진적으로 증가하고 있고 이런 경향은 종합병원, 병원 모두 같은 경향을 나타내고 있다. 의원의 경우 당연히 줄어들어야 하는 입원분야 뿐 만 아니라 외래의 경우도 2011년 39.5%에서 2014년 38.4%로 점유율이 크게 감소하고 있음을 확인할 수 있다.

Table 1. CHANGE OF PATIENT VISIT DAYS OF HEALTHCARE INSTITUTIONS[18]

type		year			
		2011	2012	2013	2014
tertiary hospital	subtotal	3.4%	3.4%	3.5%	3.4%
	inpatient	13.0%	12.2%	11.8%	11.3%
	outpatient	2.6%	2.7%	2.8%	2.7%
general hospital	subtotal	5.4%	5.4%	5.6%	5.7%
	inpatient	21.9%	20.7%	20.2%	19.7%
	outpatient	4.0%	4.0%	4.2%	4.3%
hospital	subtotal	8.0%	8.6%	9.2%	9.6%
	inpatient	52.7%	55.7%	57.5%	59.7%
	outpatient	4.3%	4.5%	4.7%	4.8%
clinic	subtotal	37.3%	37.0%	36.2%	35.7%
	inpatient	10.7%	9.5%	8.5%	7.4%
	outpatient	39.5%	39.3%	38.8%	38.4%

(source: HIRA, public disclosure, 2015)

건강보험 총진료비 중 병원이 차지하는 비중은 [Table 2]을 통해 알 수 있는데 의료기관 유형별 내원일

수 변동과 유사하게 상급종합병원의 외래진료비 수익비율은 2011년 8.7%에서 2014년 9.1%로 증가했고 종합병원의 경우도 2011년 8.0%에서 2014년 8.7%로 증가했다.

Table 2. CHANGE OF MEDICAL EXPENSE HEALTHCARE INSTITUTIONS[18]

type		year			
		2011	2012	2013	2014
tertiary hospital	subtotal	15.7%	15.8%	15.9%	15.7%
	inpatient	29.8%	28.8%	28.3%	28.0%
	outpatient	8.7%	9.1%	9.2%	9.1%
general hospital	subtotal	14.9%	14.8%	15.2%	15.3%
	inpatient	28.6%	27.6%	27.6%	27.5%
	outpatient	8.0%	8.2%	8.6%	8.7%

이러한 수치는 최근 노인인구의 증가와 장기요양보험으로 요양병원 진료비가 급격히 증가한 이유 이외에도 서울 시내 상급종합병원을 포함한 대형병원의 외래진료비가 지속적으로 증가하고 있고 이는 중증질환치료에 전념해야 할 기관이 외래환자를 두고 일차의료기관과 경쟁하고 있다는 것을 강하게 보여주고 있다.

Table 3. CHANGE OF OUTPATIENT MEDICAL EXPENSE TO TOTAL MEDICAL EXPENSE OF HEALTHCARE INSTITUTIONS[18]

type		year			
		2011	2012	2013	2014
tertiary hospital	subtotal	100%	100%	100%	100%
	inpatient	63.0%	62.0%	62.2%	62.4%
	outpatient	37.0%	38.0%	37.8%	37.6%
general hospital	subtotal	100%	100%	100%	100%
	inpatient	64.1%	63.5%	63.4%	62.8%
	outpatient	35.9%	36.5%	36.6%	37.2%

또 다른 측면에서 대형병원의 수입구성의 변화를 살펴보면 [Table 3]과 같다. 빅 5를 포함한 대형병원(종합병원, 상급종합병원)일수록 진료비 수입 중 외래진료비가 차지하는 비중이 더욱 크게 증가하고 있다. 상급종합병원의 경우는 2010년에 35.6% 이었던 것이 2014년에는 37.6%까지 증가하였고 종합병원의 경우도 유사한 추이를 나타내고 있다. 이는 감기, 당뇨, 고혈압 등 이른바 중증질환이 병원급 의료기관의 외래 다빈도 상병에 포함되는 등 외래환자의 대형병원 쏠림 현상은 지속되고 있음을 의미한다. [Table 1]~[Table 3]은 모두 입원환자 진료에 초점을 두어야 할 상급종합병원 등 대형병원이 의원과 경증 외래환자를 두고 경쟁하고 있다는 사실을 강

하게 보여주고 있다. 의료전달체계의 취지와는 달리 대형병원의 외래진료 기능의 지속적인 증가는 일차의료기관의 외래진료 실적 감소로 연결되어 많은 부작용이 야기되고 있다. 이를 해소하기 위한 다양한 정책에도 불구하고 오랜 기간 동안 진행되어온 외래환자의 대형병원으로의 이동현상은 완화되지 않고 있다. 이러한 현상은 장기적으로 우리나라 보건 의료에 큰 부담으로 작용할 가능성이 크므로 적절한 계획, 관리, 조정이 필요한 실정이다.

3.2 병의원 기능 정립을 위한 기본 방향

한정된 의료자원을 이용해 의료전달체계를 확립하기 위해서는 일차의료기관에서부터 의료의 효과성과 지속가능성을 조화시켜야 하므로 일차의료기관을 중심으로 긴밀하고 지속적인 환자-의사 관계가 형성될 수 있도록 정부, 의료공급자, 환자 차원의 중장기적 계획과 지원이 필요하다. 의료전달체계가 잘 정립된 국가의 경우 의사와의 관계가 긴밀하고 의료만족도 또한 높은 것으로 나타난 사실을 주목할 필요가 있다.[19]

오랜 기간 동안 받아들여지고 있는 관행을 일시에 법률을 통해 강제적으로 상급종합병원으로 하여금 외래환자를 제한하게 하거나 환자에게 과도하게 많은 본인부담금을 부과하는 가격정책은 큰 혼란을 초래할 수 있다.

따라서 이런 환경 하에서 점진적으로 의료전달체계가 확립될 수 있도록 정책안을 구성할 필요가 있다. 이를 위해서는 의원은 장기적으로는 환자와 의사 사이의 원활한 커뮤니케이션과 신뢰를 바탕으로 지역주민의 건강을 관리하는 방향으로 기능 변화를 유도하고 일차의료기관의 의료 질을 높일 수 있는 방안을 고려해야 할 것이다. 의원과 병원을 연결하는 양질의 의료전달체계의 확립은 경제적인 수준에 따른 의료 불평등을 완화하고 사회통합에 기여할 뿐 만 아니라 가장 효과적인 일차의료서비스를 지속적으로 제공함으로써 불필요한 입원율을 낮춰 의료비용 절감에 기여할 수 있다.[20, 21]

병원급에 있어서는 외래 환자 중심이 아니라 중증 입원환자를 중심으로 환자군이 변경될 수 있도록 기능이 재편되어야 하며 상급종합병원의 경우에는 가장 중증인 환자 치료와 더불어 신의료기술 연구개발, 의료산업 선도, 의료인 양성과 교육에 집중하는 방향으로 자연스럽게 기능 전환이 가능하도록 건강보험정책의 변화가 필요하다.

3.3 행위별 수가제 하의 두 가지 정책제안

앞에서 지적한 바와 같이 현재 의료기관간 역할과 기능이 중복되어 병의원에 무관하게 환자 유치를 위해 과다한 시설 및 장비 유지, 대형화 경쟁, 과당경쟁이 나타나고 결과적으로 환자가 부담하는 건강보험진료비 지출 또한 증가하고 있다.

현재 의료기관 유형에 따른 외래 환자본인부담률과 같은 진료비 차등 제도, 의뢰 및 회송제도, 지역별 진료권 수립, 의료기관 유형별 기능 분담과 연계 등과 관련해 많은 제도적 보완장치를 마련하고 있으나 [Table 1] ~[Table 3]에서와 같이 의료전달체계는 점점 더 왜곡되고 있는 실정이다.

한 예로 경증환자의 외래 및 약제비 본인부담률을 상향조정과 같은 미시적인 정책수단은 의료주체인 병의원보다 환자자체의 부담만 가중시키는 반면 외래환자내원 일수 감소에 크게 기여하고 있지 못한 것으로 나타나 명확한 한계를 지니고 있다.

따라서 본 연구에서는 기능중복이 있는 의원과 병원의 기능을 실질적으로 명확하게 분리하기 위한 새로운 방안으로 종별·기능별 가산을 분리, 외래진료비 관리제도, 그리고 이 제도들을 정착시키기 위한 보건의료 정책 거버넌스를 제시한다. 이러한 정책적 제안은 현행의 행위별 수가제의 틀을 유지하면서도 의료전달체계 정립을 가능하게 하는 방안이 될 수 있다.

3.3.1 종별·기능별 가산율 분리

종별가산율은 의원, 병원 등 요양기관 종별에 따른 의료기관의 원가차이를 반영하기 위한 취지에서 도입되었다. 종별가산율은 상급병원으로 갈수록 시설, 인력, 장비, 기타 간접비, 연구개발비 등 중증의 환자를 치료하기 위한 원가가 많이 발생한다는 전제하에서 수립된 개념이다. 즉 상급병원이 중증도가 높은 환자 군을 중심으로 진료료가 이루어진다면 더 많은 비용이 발생할 것이라는 것이다. 종별가산율의 변천과정은 다음 [Table 4]와 같다.

Table 4. ADDITIONAL MEDICAL REMUNERATION RATE[8]

type \ year	1994.7	1995.4	1998.7	2000.4
tertiary hospital	30	30	30	30
general hospital	23	23	23	25
hospital	15	15	17	20
clinic	9	10	13	15

예를 들어 상급종합병원 중증환자 진료와 연구 기능 등으로 인해 환자 1인당 높은 원가가 발생한다는 전제하에서 의원에 비해 높은 보험수가를 지불하기 위해 환산지수에 추가적으로 일정률을 가산해 준다. 종별가산율은 처치, 수술 등 건강보험 급여 의료행위 시 의료기관 유형에 따라 일정금액을 가산해서 보상해주는 것으로 다음 식에서와 같이 처치, 수술 등의 의료행위가 많을수록 요양기관의 수입이 증가한다.

이론적인 측면에서 종별가산율($a_{k,i}$)은 건강보험 급여 의료행위 진료비 수입으로 건강보험급여의료행위원가를 보상해 줄 수 있는 다음과 같은 균형방정식 구조 하에서 결정되어야 한다.

$$C_{j,ins} = \left\{ \left(\sum_{i=1}^n RVU_{i,ins} \cdot q_{i,ins} \right) \cdot CF_j \right\} \cdot (1 + a_i^{[k]})$$

$C_{j,ins}$: j 의료기관의 건강보험 급여의료행위원가

CF_j : j 의료기관의 원가기준 환산지수

$RVU_{i,ins}$: i 번째 급여의료행위의 상대가치점수

$q_{i,ins}$: i 번째 급여 의료행위의 빈도수

$a_i^{[k]}$: i 번째 급여 또는 비급여 의료행위에 대한 k 종 내에서의 가산율

i : i 번째 의료행위, $i = 1, 2, \dots, n$

그러나 현행 종별가산율은 첫째, 개념적 모형인 위 식에 따라 가산율이 실제로 직접 구해진 값인지 조차 불명확하다. 둘째, 상급종합병원 마저도 외래환자 수입의 비중이 지속적으로 높아지는 상황에서는 병원의 원가구조 마저도 변화되어 있을 가능성이 높아 [Table 4]를 적용하는 것도 문제가 있다. 셋째, 변화된 원가구조와 외래 및 입원환자 구성비의 변화에 따라 현재와 같은 종별 단일 가산율을 적용함으로써 외래의 경우 원가 대비 과잉보상이 될 가능성이 높아 의료공급형태의 왜곡을 가져올 수 있다. 따라서 이론적으로 구한 가산율이 [Table 4]의 가산율과 현저히 차이가 발생할 가능성도 높다.

의료전달체계를 수립하기 위해서는 의원과 병원에 대한 대규모 표본조사를 통해 외래환자 1인당 원가와 입원환자 1인당 원가를 산정해 요양기관 유형별로 비교 분석해 가산율을 재산정할 필요가 있다.

즉 현행의 단순 가산율을 명확한 근거 하에 재산정하고 나아가 외래와 입원 가산율로 분리함으로써 의료서비

스 발전에 부합하는 기능적 변화를 모색할 수 있도록 설계할 필요가 있다.

의료행위별 상대가치제도에 입각한 보상시스템 하에서 병의원 수입의 매우 중요한 요인으로 작용하는 가산율을 정비함으로써 의료기관별 기능에 적합한 의료 서비스를 제공하는 의료기관과 적합하지 않은 의료 서비스를 제공하는 의료기관에 상이한 인센티브를 부여해 의료기관 종별 표준 업무에 부합하도록 정비하는 것이다.

요양기관 유형별로 가산율이 어느 수준에서 결정되어야 하는가는 의료행위의 상대가치중점, 행위빈도수, 의료기관 건강보험 급여 관련원가 등에 의해 도출되겠지만 외래와 입원 관련 원가에 상응한 보상을 한다는 점에서 요양기관의 외래와 입원 가산을 분리 운용은 결과적으로 의원과 병원 보상수준의 변화를 가지고와 진료, 처치 등과 관련해 행위적 측면의 변화를 가지고 올 것이다.

예들 들어 상급종합병원의 외래가산율이 현재보다 낮고 입원가산율이 높다면 병원급의 최종적인 외래수입은 낮아지고 입원수입은 늘어나게 된다. 행태론적인 변화는 왜곡된 의료전달체계 해결에도 큰 도움이 될 것이다.

외래 및 입원 종별가산율의 조정은 요양기관 유형별 및 병원 종별 재정중립의 원칙 하에서 설계한다. 의원은 외래중심, 병원은 입원·전문진료 중심의 기능을 수행할 수 있도록 상대가치점수를 조정하고 외래와 입원 가산율을 분리하는 구조로 재설계할 필요가 있다.

3.3.2 병원 외래진료비 목표 관리제도 도입

본인부담금 증액, 회송제도 개선 등은 환자에 대한 부담을 증가시키거나 부분적인 진료비 재조정 방안으로 부분적인 균형을 추구하는 방식이다. [Table 1]에서 알 수 있듯이 의원의 입원기능은 현저히 감소하고 있는 반면 상급병원의 외래진료 기능은 점차 확대되고 있다. 경증 질환의 외래 환자가 상급종합병원 등에 집중되는 현상은 고유 기능인 중증환자의 치료 전담과는 거리가 동떨어져 있다.

따라서 우선적으로 상급종합병원을 중심으로 한 대형 병원에 대해서 외래진료비 목표관리제를 도입해 경증 외래환자 진료비가 일정수준 이상으로 증가하는 경우에는 차년도 이후에 증가율 중의 일정부분을 외래진료비 수입에서 차감하는 방식의 외래진료비 예산관리 제도(outpatient medical budget management system)를 도입할 필요가 있다. 외래진료비 관리제 하에서는 상급종합

병원 등을 중심으로 일정한 외래진료비 성장모형을 도입하고 이를 이용해 차년도 목표진료비 예산을 구하며 당해 연도 진료비 지출액과 목표 진료비 예산액, 그리고 특정시점부터 당해 연도까지의 누적 목표진료비와 특정시점부터 당해 연도까지의 누적 실제진료비를 이용해 사전에 계획된 목표 진료비 달성정도를 나타내는 예산성과계수(budget achievement coefficient)를 구한다.

이 값을 기준으로 외래진료비 예산목표를 초과해 외래 진료비 수입이 발생하는 경우에는 환산지수를 삭감하고 목표 이내 달성의 경우에는 일정 %를 인센티브로 수가를 올려주는 제도를 시행할 필요가 있다. 즉 사전에 설정된 외래진료비 예산(predetermined outpatient medical budget)이하로 외래수입이 발생한 경우에는 인센티브를 부여하고 이를 초과하는 경우에는 페널티를 주는 방식이다. 외래 및 입원 모두를 포함하는 목표진료비 관리제의 개념적인 수리모형은 다음과 같다.

$$\Pi_{i,j} = \frac{(\sum_{t=1}^n AT_{t,i,j} - \sum_{t=1}^n BT_{t,i,j})}{\sum_{t=1}^n BT_{t,i,j}} \cdot \alpha + \frac{(AT_t - BT_{t,i,j})}{BT_{t,i,j}} \cdot (1 - \alpha)$$

$AT_{t,i,j}$: $1 \leq t \leq n$ 사이의 실제진료비예산

$BT_{t,i,j}$: $1 \leq t \leq n$ 사이의 목표진료비예산

i : i 번째 병원, j : $j = \{1,2\}$, $1 =$ 외래, $2 =$ 입원

t : 연도, α : 누적실적과 당해연도실적 가중치

$$CF^{[k]_{(t+1),j}} = CF^{[k]_{t,j}} \cdot (1 + \Pi^{[k]_{t,j}} \cdot \beta_t) \cdot r_b$$

$\Pi^{[k]_{t,j}}$: k 유형 t 시점의 예산성과계수

$CF^{[k]_{t,j}}$: k 유형 t 시점의 환산지수

β_t : t 시점의 조정률 반영계수, $0 \leq \beta_t \leq 1$

r_b : 물가상승률 등에 따른 기본인상율

위 모형에서 예산성과계수와 조정률이라는 두 가지의 도구는 성과, 인센티브와 페널티라는 성과에 대한 보상 역할을 수행해 차년도 이후의 외래와 입원의 환산지수를 조절함으로써 의료전달체계의 확립을 위한 수단으로 작동하게 한다. 제도 도입 초기에는 조정률을 적게 시행하다가 일정기간이 지나면 조정률을 크게 함으로써 진료비 수입변동에 따른 적응기간을 둘 필요가 있다.

병원 종별로 외래 목표 진료비 달성여부를 구해 삭감

또는 인상 정도를 구하고 개별 요양기관 수준에는 각 개별 요양기관이 전년도 대비 외래 진료비가 얼마나 증가 또는 감소하였는가에 따라 외래 진료비가 감소한 병원유형[22]에 대해서는 일정액의 진료비 보전을 실시하고 외래 진료비가 목표 진료비 이상으로 증가한 병원에 대해서는 진료비를 일정 부분 삭감하여 지급하는 제도를 도입하는 방식이다. 병원 종별 환산지수 조정, 개별 병원에 대한 차등수가 두 단계 조정을 결합해 최종적인 조정을 산정할 수도 있다.

예산성과계수, 조정을 그리고 외래와 입원 기능의 분리라는 두 가지 효과가 외래와 입원 가산을 분리와 결합되어 상승효과를 일으키는 경우에는 병원의 진료비 수입구조의 틀이 변경되어 의원은 외래, 병원은 입원 의료행위를 강화하는 방향으로 전체 틀이 개선될 것으로 예측된다. 외래진료비 관리모형을 어느 수준까지 적용할지, 즉 외래와 입원 모두에 적용할지, 어느 수준의 병원 유형에 대해 적용할지 등 보다 상세 구조 설계는 본 연구의 범위에서 벗어나므로 추후 연구에서 보다 자세한 논의가 필요하다. 이 제도는 상급종합병원 등 대형병원의 외래 진료량을 억제하기 위한 직접적인 외래 진료행위 총량 규제나 진료비 총액계약을 실시하지 않고도 왜곡된 의료전달체계를 개선하는데 기여할 수 있을 것이다.

4. 의료전달체계 확립을 위한 거버넌스

4.1 정책 수립을 위한 거버넌스 확립

의원과 병원의 기능을 외래와 입원으로 확실히 구분하기 위한 정책 목표가 설정되고 이 정책 목표를 달성하기 위한 로드맵이 필요하다. 로드맵을 설계하기 위해서는 정책 수립과 의견 반영을 위한 보건의료정책 거버넌스를 명확하게 확립하여야 한다.

거버넌스(governance)란 일을 추진해가는 과정의 의사결정 시스템이고 동시에 의사결정을 실행하는 과정[23]이므로 병원의 외래 기능과 의원의 입원 기능을 줄이고 최종적으로는 의원과 병원의 기능을 외래와 입원으로 분리하기 위해서는 정부, 의료공급자, 환자가 동일한 목표를 향해 가는 목표 일치성[24]과 각 주체의 적극적인 참여, 의사결정과정의 투명성, 정책수단의 효과성을 추구해야 한다.

특히 의료전달체계의 왜곡의 가장 기본적인 원인 중의 하나라고 판단되는 의원에 대한 신뢰성 문제는 단기간에 해결할 수 있는 과제가 아니다. 따라서 본 연구에서 제시된 두 가지의 정책방안과 함께 장기적으로는 의료성과평가를 통한 의료 질 관리[4,6,10,16]가 필수적이다. 다양한 스펙트럼을 가지고 개별적으로 개원되어 있는 의원의 경우에는 병원의 의료기관 인증제[25]와 같은 제도가 바로 도입되기 어려울 수도 있다.

따라서 일차의료기관 질 평가를 위한 표준모형과 질 평가체계를 도입하는 과정에서 의료공급자인 의원과 환자를 적극적으로 참여할 수 있도록 해야 한다. 외래와 입원 기능의 분화에 따른 진료비 배분 제도는 당위성에도 불구하고 의원과 병원의 경영에 미치는 영향 정도가 클 것으로 예상되므로 이 제도에 대한 참여와 제도의 지속적인 개선을 위해서도 거버넌스 확립이 절실하다.

과거 정부의 다양한 정책이 정부만의 정책이거나 또는 이해당사자의 의견수렴이 부족하고 정책 결정과정의 투명성이 확보되지 않아 많은 비판을 받고 제도의 정착도 실패한 사례가 많이 있다. 문제의 복잡성, 다수의 이해관계자 존재, 문제 해결을 위한 긴 소요 기간, 문제의 거대화로 인한 많은 자원 소요 등으로 과거와 같이 정부의 하향 지시만으로 제도가 수립되기에는 한계가 있다.

특히 본 연구에서 제안한 종별가산율의 분리, 외래진료비 목표관리제와 같은 정책은 의료기관 입장에서는 현재의 의료행태에 변화를 초래할 수 있는 것이므로 자원을 부족하게 배분받는 기관의 경우는 강한 반발이 예상된다. 이 경우 정부는 더욱 적극적으로 협회 등을 제도 개선과 발전에 주체적으로 참여하게 하고 제도가 안정적으로 정착되는 경우에는 불이익이 없어지고 더욱 발전적인 방향이 될 수 있도록 조정 기능을 강화할 필요가 있다.

Kant에 의하면 올바른 것이란 올바른 동기 하에 올바른 일을 수행하는 것이라고 하였다.[24] 제도가 개별 의원과 병원에 미치는 영향은 다르게 나타날 것이므로 각 주체가 다양하게 가지고 있는 동기도 수렴해서 하나의 목표일치성을 가지게 인도할 필요가 있다. 정책 거버넌스는 조정이므로 단순히 어떤 정책을 집행한다는 관점이 아니라 올바른 경로를 통해 과정 자체의 합법성, 합리성을 갖추어 다양한 행위자들을 조율하고 인도할 필요가 있다.

4.2 정책 수립을 위한 절차적 공정성

제도의 수용성과 실행가능성을 위한 거버넌스는 가산율, 목표진료비 제도 자체 구조 설계 이상으로 중요한 과제이다. 이를 위해서는 다음과 같은 점이 고려되어야 한다.

첫째, 중장기적인 정부의 비전이 필요하다. 2000년대의 약분업 이후로 건보 재정 안정화나 보장성을 높이는 여러 정책을 실행에 옮겨졌지만 의료전달체계나 일차의료에 대한 구조적인 변화는 없는 실정이다. 이는 정부가 보건의료를 전체적으로 조망하면서 포괄적이고 기본적인 정책을 제시하지 못한 것으로 해석할 수 있다.

현재 활동 중인 ‘보건의료 미래위원회’등의 영역이 광범위한 반면 정책 논의 방식은 개괄적인 수준에 머무르고 있고 정책의 구체적인 중점 실행전략이 부족한 것으로 평가되고 있다. 따라서 의료전달체계 확립과 같이 오랜 기간 동안 변경이 어려웠던 제도를 무리하게 짧은 기간 내에 추진하다 실패하기 보다는 중장기적인 계획 하에 기간별 계획을 세운다면 지난 50년간 시행하지 못한 제도도 큰 부작용 없이 앞으로 20년 내에는 실행이 가능하게 된다.

둘째, 중별가산을 분리 운용, 목표 진료비 제도 도입의 목적을 명확히 한다. 대부분의 정책이 증가하는 의료비 절감을 목적으로 추진되었고 시범사업이 부재하거나 충분한 효과 검증의 과정 없이 제도로 전환하는 경우가 많다. 특히 시범사업을 통한 제도의 보완과 방향 조정 없이 모형이나 논리에 의해 의원급을 대상으로 ‘전면 시행’하는 경우에는 큰 부작용이 나타날 수 있다. 의료전달체계의 정립을 위해서는 의원과 같은 일차의료기관의 질 향상을 통한 만족도 제고가 필수적이다. 이를 위해서는 정부만의 의지로는 불가능하고 보건 의료인들의 협력과 국민의 참여가 필요하다.

따라서 일차의료의 개념과 가치[2,4,15]에 기반을 두고 전체 의료시스템에 대한 큰 구도를 구축한 후 구체적인 각 요소에 대한 점진적이고 지속적인 개선과 평가, 근거에 바탕을 둔 접근이 필요하다. 의료전달체계의 확립은 의료공급자와의 상호소통과 의견을 반영할 수 있는 구조가 정립될 때 정착될 수 있으므로 이를 확립할 수 있는 정책 거버넌스를 확보할 필요가 있다.

셋째, 건강보험정책심의위원회 산하에 ‘의료전달체계 확립을 위한 중별가산을 및 외래진료비 목표관리제 추진 소위원회(가칭)’를 구성할 필요가 있다. 현재는 국민건강

보험 재정건전화특별법에 따라 구성된 가입자 대표 8인, 의약계 대표 8인, 공익 대표 8인으로 구성된 ‘건강보험정책심의위원회’가 재정운영위원회의 보험료 결정 기능과 심의조정위원회의 요양급여 기준 및 비용에 관한 의결 기능을 동시에 수행하고 있다. 따라서 이 위원회 산하에 소위원회를 두고 구체적인 모형과 제도 설계할 필요가 있다.

넷째, 건강보험정책심의위원회 산하에 소위원회를 구성하는 것 이외에도 공단과 건강보험심사평가원 내에도 추진을 뒷받침해 줄 수 있는 별도의 태스크포스 팀을 구성해 관련 자료를 제공하고 모형 설계를 논의하며 시나리오별 모의실험을 통한 민감도분석을 실시해 효과를 분석할 필요가 있다.

다섯째, 대한의사협회·대한병원협회 이외에도 다양한 전공 분야의 개원의협의회와 중소병원협의회, 관련 학회의 입장도 반영할 수 있도록 하여야 한다. 즉 의료전달체계의 개편은 의료공급자의 수입구조에 영향이 매우 다르게 나타날 수 있으므로 이해당사자들의 적극적인 참여와 조정 절차가 존중되어야 한다. 즉 중별가산을 개편과 외래진료비 관리제 설계를 위해서도 대한의사협회에서 정부의 위임을 받아 시행하고 있는 ‘지역사회 일차의료 시범사업’에 대한 평가 결과를 반영하고 이런 사업의 경험이 두 가지 정책을 실행하는 과정에서 적극적으로 반영될 필요가 있다. 또한 환자의 불편과 의료비 부담을 절감하기 위해 관련 분야의 전문가를 갈와 같이 시범사업의 실효성을 평가하고 의료전달체계 정립을 위한 아이디어를 공유할 필요가 있다.

특히 장기적으로는 외래진료비 목표관리제도를 종합 병원과 병원급에도 적용하기 위한 구체적인 실행안을 구성하는 경우 사업도 사업초기에는 일정한 지역이나 연계 관계를 가지고 있는 병원과 의원을 대상으로 지역사회 일차의료 시범사업과 같은 시범사업을 실시해 그 결과에 대한 분석을 바탕으로 범위를 확대하는 등 연속성을 가진 중장기 사업으로 계획하는 것이 필요하다.

여섯째, 의료전달체계의 확립이 단기적으로는 반드시 진료비 절감을 의미하지 않는다는 점을 인식해야 한다. 의료전달체계의 확립으로 최종적으로는 일차의료 이용율을 높이고 환자 만족도가 높아져 국가 전체 진료비용이 덜 들 수 있다. 그러나 일차의료 확대는 종종 미충족 필요의 충족, 접근성의 개선, 서비스 이용의 증가 등을 동반할 수 있어 일차의료 확대가 초기에는 늘 비용절감

을 의미하는 것은 아니다.

여러 사업 추진에 있어 정부가 실패하는 이유 중의 하나가 진료비 절감에 지나치게 초점을 맞추어 왔기 때문인데 의료전달체계 정립을 통한 일차의료 활성화는 진료비 절감의 차원보다는 왜곡된 의료이용과 공급형태를 개선하고자 하는 것이다.

이는 일차의료기관과 병원의 상호 발전과 국민건강권을 추구하는 작업이므로 장기적인 관점에서 진료비 절감이 예측되나 단기적으로는 제도의 도입과정에서 참여 유인을 위한 인센티브 제공과 제도 재설계로 인한 완충수단을 도입하기 위한 제도가 같이 도입되어야 하므로 진료비가 절감되지 않는데 조급함을 가질 필요는 없다.

일급제, 한국 의료체계의 특수성을 고려한 접근이 필요하다. 우리나라 일차의료 개선을 위한 방법론에 있어서 고려할 점은 '가정의 제도 전면적 도입'과 같은 교과서적인 가장 이상적인 일차의료 모형이나 유럽을 중심으로 하는 일차의료 강화 정책을 원형대로 우리나라 의료계에 적용하는 데는 부작용이 있을 수 있다는 점이다. 의료이용 문화와 의료체계가 건국이후 60여 년간 운영되어 온 상황에서 우리의 현 상태를 모두 문제인 것으로 규정하고 이를 전면적으로 바꾸고자 하는 시도는 의료계는 물론 환자의 공감을 얻기 어렵고 새로운 시스템을 정착시키기도 어렵다. 따라서 종별가산을 분리와 같은 새로운 제도로 현재의 보건 의료체계의 기본골격인 행위별 수가제 하에서 수용 가능한 범위 내로 변경 가능한 정책적 대안들을 제시하는 것이 더 현실적이다. 이러한 제도 시행과 더불어 가정의제도 시범사업을 거쳐 같이 검토하는 하는 방안도 고려할 수 있다.

여덟째, 행태론적인 변화를 반영하는 거버넌스를 확립할 필요가 있다. 환자가 비교적 경증 질환으로 상급종합병원이나 대형병원에서 진료받기 원하는 원인분석이 선행된다면 이를 교정할 수 있는 행위론적 접근이 필요하다. 즉 환자를 강제적으로 상급병원으로 이동하지 못하게 하는 단기적인 강제적 정책은 많은 반발을 초래하고 환자의 권리를 오히려 침해할 수도 있다. 따라서 의료이용행태를 고려한 점진적 개선 필요하다. 학술적인 측면에서 우리나라의 보건의료체계는 연속성과 지속성이 결여되어 있다. 일차의료기관과 병원의 역할이 혼재되어 있고, 회송이나 정보공유도 부족한 실정이다.

환자들이 자신의 판단에 따라 의료기관을 선택하는 것이 우리나라의 현실이나 한편으로는 가장 선호되는 의

료이용 형태가 선택되어 지금까지 지속되고 있는 부분이다. 이것은 우리만의 의료이용의 특수성일 수도 있는데 새로운 제도의 도입으로 병의원 뿐 만 아니라 환자의 의료이용행태에 대한 영향과 변화를 같이 고려할 필요가 있다. 그러므로 사전에 이론적으로 구상한 의료전달체계의 전형을 완벽하게 갖추어 놓고 이에 따라 자원을 재분배하는 방법보다는 시스템을 구성하는 요소, 특히 의료이용 행태의 선순환적인 변화를 유도하는 재정적, 제도적 보완책 마련과 함께 일차의료 인력의 진료능력 역량 강화를 위한 지원이 고려되어야 한다.

마지막으로 의료전달체계 확립을 위한 제도 전반의 거시적 연구 뿐 만 아니라 이를 실천할 수 있는 구체적이고 미시적인 측면의 관찰이 필요하다. 의료행위간의 상대가치 전면 조정, 의료기관 원가조사 및 환산지수 산출, 보건의료빅데이터 구축 등 여러 관점에서 별도로 시행되고 있는 타 사업들도 자원사용의 합리화, 건강관리의 질적 수준 강화, 의료전달체계 확립이라는 측면에서 상호 밀접하게 연계될 수 있다.

하나의 정책수단은 구체적이고 실무적인 개별적인 영역에서 서로 영향을 미치고 효과를 상승 또는 하락시키기도 하는 등 상호 연계되어 있다. 따라서 제도의 도입이 의료공급자와 환자 행태에 미치는 영향을 적절하게 평가하고 타 제도에 미치는 세부적이고 미시적인 연관효과를 철저하게 분석할 필요가 있다.

5. 종합 및 향후 연구 방향

본 연구에서는 행위별 수가제라는 현행의 구조 하에서 의료자원의 효과적인 배분을 위한 의료전달체계 정립을 위한 두 가지 정책수단으로 종별가산율제 분리 운용과 외래진료비 목표 관리제의 개념적인 틀을 제시하였다.

의료전달체계 확립을 위해서는 일부 의료행위의 상대가치점수 조정, 본인부담금차등제와 같은 미시적 관점의 정책과 더불어 보다 거시적인 차원에서 외래 진료비 목표 관리제를 도입하고 종별가산율을 외래와 입원으로 구분함으로써 의료공급행태를 변경시키고자 하였다. 새로운 제도 설계와 도입을 위해서는 이해관계자의 의견수렴과 조정절차가 매우 중요하므로 본 연구에서는 이들 정책의 성공적인 정착을 위한 의사결정 구조와 접근 측면

의 거버넌스를 제시하였다.

본 연구를 바탕으로 추후 다음과 같은 연구가 필요하다. 첫째, 본 연구에서 개념과 총괄적인 모형이 제시된 중별가산율의 분리 운용, 상급병원 등 대형병원의 외래 진료비 목표관리제의 실행 가능한 구체적인 모형이 구축되어야 한다. 두 가지 정책안의 개념과 총괄모형은 제시되었으므로 두 가지 모형에 대한 추가적인 수리모형, 그리고 작동 메카니즘, 모형을 작동시킬 수 있는 관련된 자료 유형, 시범사업 등 추가적인 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구에서는 정책을 성공적으로 도입하기 위한 보건의료정책 거버넌스에 대해 논의했는데 의료전달체계의 변화와 의료 질 향상을 위해서는 의료임상 거버넌스와 관련된 연구가 필요하다. 일반적으로 의료임상 거버넌스는 의료시스템 내에서 환자에 최고의 의료 질을 제공하기 위한 시스템이라고 볼 수 있다. 따라서 의료전달체계 정립과 관련한 임상적 측면에서의 거버넌스에 관한 연구는 의료 질 확을 확보하는데 주요 역할을 할 것으로 판단된다.

셋째, 본 연구에서는 언급되지 않았으나 병·의원에 대한 의료 질 관리 평가를 위한 성과지표를 도입하고 이를 기초로 측정된 개별 의료기관의 의료 질을 목표 진료비와 연계해 질과 효율성을 고려하는 모형을 구축하는 방안에 대한 연구도 장기적으로 필요하다.

넷째, 병원과 의원 사이의 입원과 외래 기능 분화별 처치, 한방 등 모든 유형의 요양기관으로 확대 적용할 수 있는 방안에 대한 연구도 필요하다.

References

- [1] Ministry of Health and Welfare, Medical Service Act, Act No. 10387, Jul. 23, 2010.
- [2] Hutchison, B., "A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada", *Healthcare Papers* 8(2), pp.10 - 224, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.12927/hcpap.2008.19704>
- [3] Doctorstimes, MERS, the opportunity to reform medical delivery system, 2015.7.20.
- [4] Starfield B, Shi L, Macinko J., "Contribution of primary care to health systems and health", *Milbank Quarterly* 83(3), pp.457-502, 2005. PMID: 16202000.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- [5] Pieter J. D., Sharyn M., Rick I. and David J. H., "Making clinical governance work", *British Medical Journal*, 329(7467), pp.679 - 681, 2004.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.329.7467.679>
- [6] M McClellan, AN McKethan, JL Lewis, J Roski, "A national strategy to put accountable care into practice", *Health Aff* 29(5), pp.982-990, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0194>
- [7] David M. Cutler and Dan P. Ly, "The (Paper)Work of Medicine: Understanding International Medical Costs", *The Journal of Economic Perspectives* 25(2), pp. 3-25., 2011. DOI : 10.1257/jep.25.2.3.
- [8] Leiyu Shi, "The Impact of Primary Care: A Focused Review", *Scientifica* vol(2002). Article ID 432892, 22 pages, 2002.
DOI: <http://dx.doi.org/10.6064/2012/432892>
- [9] Bruce Hollingsworth, "The measurement of efficiency and productivity of health care delivery", *Health Economics* 17(10), pp.1107 - 1128, 2008.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/hec.1391>
- [10] Roblin DW1, Becker ER, Adams EK, Howard DH, Roberts MH., "Patient satisfaction with primary care: does type of practitioner matter?", *Med Care* 42(6), pp.579-90, 2004. <http://www.jstor.org/stable/4640790>.
- [11] J. Oberlander, and M. J. Laugesen, "Leap of Faith - Medicare's New Physician Payment System", *N Engl J Med* 373(24), pp.1185-1187, 2015.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1509154>
- [12] Michael E. Porter, "A Strategy for Health Care Reform - Toward a Value-Based System", *N Engl J Med* 2009(361), pp.109-112, 2009.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp0904131>
- [13] KumJa Lee etc., "How to reform Healthcare system of Korea?", KMA Health policy research Center, 2010.
- [14] Korean Medical Association, Announcement for the current situation for Korean Primary Care, 2015.9.
- [15] YoungHo Oh, "Improvement Ways for Health Care Delivery System", *Health and Welfare policy Forum* 2012, 49-69.
- [16] Jae-Ho Lee, Byung-Su Ko, Jong-Han Leem, Sang-Il Lee, "Standard model and quality appraisal framework for the organization of primary care", *JJ. Korean Med Assoc* 56(10): 866-880, 2013. <http://dx.doi.org/10.5124>.
- [17] C. Shon, S. Kwon, M. You, "Policy Elites' Perception of Health Policy Governance: Findings from In-depth Interviews of Korean New Diagnosis Related Group Payment", *Health Policy and Management* 23(4), pp.326-343, 2013.
- [18] HIRAS, Medical Insurance Payment Data 2015.
- [19] Safran DG, Taira DA, Rogers WH, Kosinski M, Ware JE, Tarlov AR, Linking primary care performance to outcomes of care, *The Journal of Family Practice* , 47(3), pp.213-220, 1998, PMID:916752374
- [20] Richard E. Rieselbach and Arthur L. Kellermann, "Model Health Care Delivery System for Medicaid", *N Engl J Med* 2011(364), pp.2476-2478, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1104873>
- [21] Hyunjin Jeong, Heeyoung Lee, Jae-Ho Lee, Taejin Lee, "Payment reform for the improvement of primary care in Korea", *J Korean Med Assoc* 56(10), pp.881-890, 2013.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2013.56.10.881>
- [22] Dongil O, "A Study on the relations between change of

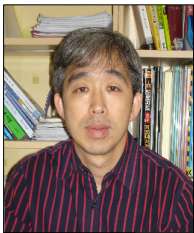
productivity and conversion factor of the Accredited Hospitals based on Malmquist index”, Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society V.12(1), pp.125-137, 2011.

DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2011.12.1.125>

- [23] Wikipedia, definition of goverance, 2015.3
- [24] Y. H. Chung etc., “A Study of Governance on Health Care”, Research Paper 2006-02, KIHASA, 2006.
- [25] Dongil O, “A Study on the discriminating of the hospitals based on the efficient insurance conversion factor by AHP and DEA”, Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society V.10(6), pp.1304-1316, 2009.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2009.10.6.1304>
- [26] Stanford Encyclopedia of Philosophy, Kant's Moral Philosophy(substantive revision) Apr 6, 2008
-

오 동 일(Dongil O)

[정회원]



- 1984년 2월 : 서울대학교 산업공학과(공학사)
- 1986년 2월 : 서울대학교 경영학과(경영학석사)
- 1991년 8월 : 서울대학교 경영학과(경영학박사)
- 2010년 3월 : University of Windsor Visiting Scholar
- 1992년 4월 ~ 현재 : 상명대학교 금융경영학과 교수

<관심분야>

성과평가, 투자분석, 병원경영, 보건의료정책