

원 저

# 개원의의 개방병원 참여에 대한 의견

김석범<sup>1</sup>, 권평보<sup>2</sup>, 강복수<sup>1</sup>, 김기홍<sup>3</sup>

영남대학교 의과대학 예방의학교실<sup>1</sup>, 영남대학교 의과대학 일반외과학교실<sup>2</sup>, 영남대학교 의과대학 피부과학교실<sup>3</sup>,

## The Private Physicians' Opinions of Being Attending Physicians in Teaching Hospitals

Seok-Beom Gib Kim<sup>1</sup>, Koing-Bo Kwun<sup>2</sup>, Pock-Soo Kang<sup>1</sup>, Ki-Hong Kim<sup>3</sup>

Department of Preventive Medicine and Public Health, College of Medicine, Yeungnam University<sup>1</sup>

Department of General Surgery, College of Medicine, Yeungnam University<sup>2</sup>

Department of Dermatology, College of Medicine, Yeungnam University<sup>3</sup>

### Abstract

A mailed survey with structured questionnaire was conducted to study the demand of private physicians who were operating their own clinics in the community to be a attending physician at the general hospital. The responding proportion was 21.6 percent of the 960 private

---

이 논문은 1995학년도 영남대학교 학술연구조성비에 의한 것임.

physicians.

A total of 207 responders; 65.2 percent wanted to be a attending physician. In particular, the physicians who were male, young, surgeon and teaching hospital careered after specialist were more highly motivated.

The major activities what they wanted as a attending physician were medical care for the admission patients. They responded that the hospital charges for the medical services and the responsibility of malpractice issues should be fairly shared by attending physician and hospital according to their contributions.

There is growing consensus that the need of attending physician at the general hospital will become wide spread, but little organizational preparation to assure the quality of medical care of attending physicians including training of resident physicians and students. In addition, the effective reimbursement system should be develop to compensate appropriately according to the medical achievement of the attending physicians.

**Key words :** attending physician, teaching hospital, reimbursement system.

## I. 서론

우리 나라에서 지역사회에서 의원을 개원하고 있는 전문의의 경우에 자신이 수련받는 과정에서 습득한 지식이나 기술을 충분히 환자진료에 활용하지 못하고 있다. 그 이유는 전문의 수준의 진료에 필요한 입원시설, 검사 및 수술 등에 관한 시설을 갖춰야 하는 경제적인 부담과 수술 등과 같은 진료행위에 필요한 마취전문요원과 수술 후 상당기간 환자의 상태를 자세하게 관찰할 의사 등의 인력을 갖춰야하기 때문이다(1).

또한 자신이 진찰한 환자가 의원수준을 넘어서는 중한 질환인 경우에 특별한 의뢰체계 없이 병원과 같은 상급 의료기관으로 환자를 보내고 그 이후에 환자 자신의 희망에 의해 의원을 다시 방문하지 않는다면 개원의사와 환자의 관계는 끝나며 더 이상 환자에 대한 추후 관리가 가능하지 않게 된다(2).

병원과 종합병원의 경우에는 진료에 필요한 각과 전문의를 확보하는 데 어려움이 있으며 전공의들에 대한 효과적인 임상수련에도 상당한 문제가 있다. 또한 전속 전문의를 두고 있는 경우에는 높은 인건비로 인해 병원 경영에 상당한 압박을 받고 있다.

환자의 입장에서서는 개원의원을 거쳐 병원에 입원하는 경우 병원에서 다시 각종검사와 진찰을 받음으로써 경제적으로 부담이 가중되고 신체적 혹은 심리적인 고통이 뒤따른다. 또한 입원치료가나 수술 후에도 대부분 계속 병원을 통해 추후관찰을 받게 되어 불편함이 매우 큰 것이 현실이다.

국가적으로는 시설 및 장비의 중복투자로 인한 낭비와 유능한 고급의료인력을 적절히 활용하지 못함으로 막대한 손실을 초래하고 있다(3).

이러한 우리 나라의 의료체계의 불합리성을 시정하기 위해 최근 논의가 되고 있는 개방병원제도는 병원 외부에서 독자적으로 개원하고 있는 개원의들이 외래환자의 진료를 수행하면서 환자의 입원진료와 수술, 고가의료방

비의 이용 등과 같은 복잡한 처치 및 수술, 검사 등이 필요할 경우 자신들과 계약을 맺고 있는 병원의 인력, 장비, 시설을 이용할 수 있는 의료제도라고 할 수 있다.

개방병원은 과거 중세시대에 서구에서 가난한 환자의 수용을 위해 병원을 설립하고 의료인력은 외부에서 지원받던 것이 미국에서 외부 개업의사가 병원을 방문하여 진료를 지원하는 제도로 발전하면서 미국을 중심으로 실시되고 있으며 유럽과 일본 등 일부 국가에서도 일부 다른 모양으로 실시하고 있는 병원의 한 형태이다.

개방병원은 앞에서 언급한 여러 가지 우리 나라 의료체계의 단점을 보완 할 수 있는 훌륭한 의료제도이나 개방병원에 참여할 기존의 병원들과 국민들이 이에 대한 이해가 부족하며 현행 의료전달체계와 의료수가체제도 개방병원시스템에 적용하기가 용이치 않은 실정이다. 특히 개원의가 병원진료시의 의료수가의 제정과 수입의 배분 문제, 병원 의료진과의 협력 및 의료분쟁 발생시의 책임소재의 불명확성 등과 같은 여러 가지 난제들은 개원의가 개방병원의 어텐딩의사로 근무하기로 결심하고 실행하기가 쉽지 않은 것이 현실이다.

이에 본 연구는 개원의들의 개방병원 참여의사와 진료활동의 범위 및 여러 가지 개방병원진료에 관한 의견을 조사하여 향후 우리 나라에서 효과적이며 원활한 개방병원 제도를 실시하는 데 기여하고자 수행되었다.

그 구체적인 목적은 첫째, 개원의들의 개방병원 참여의사를 파악하고 둘째, 참여를 원하는 개원의들의 특성을 조사하며 셋째 희망 진료활동의 범위와 진료수입배분 및 의료분쟁에 대한 해결방안에 대한 의견을 파악하는 것이다.

## II. 연구방법

조사 대상자는 대구광역시 의사협회에 의뢰하여 동시에 소재하는 의원의 개원의 960명 전체에 대한 명단을 확보하고 구조화된 설문지를 개발하여 1998년 2월에 약 1개월간에 걸쳐 개방병원에 대한 정의와 목적을 소개하

는 편지와 회송용 봉투를 동봉한 우편설문조사를 전체를 대상으로 실시하였다. 응답은 반드시 개원의 본인이 자가 기입법으로 하도록 요청하였으며 그 중 11명은 주소지가 불명확하여 반송되었으며 207명이 설문에 응답하였고 회신률은 22%였다.

조사내용은 다음과 같다.

1. 응답개원의의 일반적인 특성 : 성, 연령, 출신의과대학 및 취득 전문과목
2. 응답개원의의 의료 경력과 관련된 특성 : 개원기간, 전문의 취득 후 경력
3. 개방병원으로 임의(가상으로)로 선정한 일개 3차 병원과의 개방병원 계약의사
4. 개방병원 계약의사가 없는 경우에 그 이유
5. 개방병원과 계약 시 진료범위와 가능한 진료시간, 과내 활동범위 및 가능한 활동시간, 진료수입배분 및 의료분쟁 해결방안

응답한 개원의 전문과목은 구분의 편의상 내과, 일반외과, 산부인과, 소아과, 내과계 특과(피부과, 가정의학과, 정신과, 신경과 및 일반의), 외과계 특과(안과, 이비인후과, 비뇨기과, 정형외과, 신경외과, 흉부외과 및 성형외과) 그리고 진료지원과(임상병리과 및 진단방사선과)로

구분하였다.

조사된 자료는 SPSS PC프로그램으로 전산처리 하였으며 응답개원의의 성별, 연령별 및 전문과목별 계약희망률을 구하였고 가설 검증을 위한 통계분석으로는 평균연령과 평균개원기간별 계약희망여부의 차이는 T-검정법을, 성별 및 전문과목별 계약희망여부는 카이제곱법을 사용하였다.

### Ⅲ. 연구결과

개방병원과 계약을 희망한다고 응답한 개원의는 응답자 전체 207명 중 135명으로 희망률은 65.2%였다(표 1).

개방병원 계약희망여부에 따른 개원의의 일반적인 특

표 1. 개방병원 계약희망 여부에 따른 개원의 분포

희망여부	No.	%
예	135	65.2
아니오		34.8
계	207	100.0

표 2. 개방병원 계약희망 여부에 따른 개원의의 특성

특 성	희망여부	
	희망함(%) (N=135)	희망안함(%) (N=72)
평균연령**	46.2	49.9
평균개원기간(연)*	8.0	9.4
성별 ††		
남자	95.6	84.7
여자	4.4	15.3
전문의 취득후 경력		
대학병원근무	23.1	18.1
종합병원근무	60.4	66.7
바로 개업	24.6	26.4

\* : p<0.05. measured by T-test.

\*\* : p<0.01. measured by T-test.

†† : p<0.01. measured by  $\chi^2$ -test.

성을 살펴보면 희망하는 경우의 평균연령이 46.2세로 희망하지 않는 개원의보다 약 3.7세 낮았다. 평균개원기간도 희망하는 경우에 8.0년으로 희망하지 않는 경우보다 1.4년이 짧았다. 성별로는 남자에서는 희망하는 경우가 67.9% 인데 반해 여자에서는 35.3%였다. 전문의 취득 후 경력에 따른 계약을 희망률은 대학병원 근무를 한 적이 있는 경우에 70.5%, 종합병원 근무경력자는 62.8% 그리고 바로 개업한 경우에는 63.5%였다(표 2).

계약을 희망하는 개원의의 경우는 30대가 71.2%로 가장 많았으며, 희망하지 않는 경우는 60대가 40.9%로 가장 많았다(표 3).

표 3. 개방병원 계약희망 여부에 따른 개원의 연령 분포

연령(세)	희망 여부(%)	
	희망함(N=135)	희망안함(N=72)
30-39	71.2	28.8
40-49	68.2	31.8
50-59	65.8	34.2
60이상	59.1	40.9

계약을 희망하는 개원의의 전문과목 분포는 진료지원과의 100%와 일반외과가 75.0%로 가장 많았고, 내과, 외과계 특과 순이었으며 희망하지 않는 경우는 내과계 특과가 56.0%로 가장 많았으며 산부인과, 소아과 순이었다(표 4).

개방병원과 계약을 희망한 개원의가 참여가능하다고 응답한 진료의 범위는 수술을 포함한 입원치료가 46%로 가장 많았으며 임상병리검사, 방사선검사 및 조직학적검사 순이었다(표 5).

개방병원과 계약을 희망한 개원의가 개방병원에서 참여가능하다고 응답한 소속 과내 활동범위는 담당환자 회진이 86%로 가장 많았으며 학술집담회, 학생 및 전공의 교육 및 과내 전례회진 순이었다. 전문과목별로 참여가

표 4. 개방병원 계약희망 여부에 따른 개원의 전문과목 분포

전문과목	희망 여부(%)	
	희망함(N=135)	희망안함(N=72)
외과계 특과	68.1	31.9
내과	73.2	26.8
산부인과	55.6	44.4
소아과	65.2	34.8
일반외과	75.0	25.0
내과계 특과	44.0	56.0
진료지원과	100.0	-

표 5. 개방병원 계약희망 개원의의 참여가능 진료범위 (중복응답)

전문과목	No.	%
수술을 포함한 입원치료	62	45.9
임상병리검사	61	45.2
방사선검사	59	43.7
조직학적 검사	55	40.7
수술외 입원치료	51	37.8
특수검사	47	34.8
통원수술	38	28.1
핵의학검사	36	26.7

가능한 과내 활동범위로는 내과, 산부인과 및 소아과에서는 담당환자회진과 학술집담회를 주로 응답하였으며 일반외과, 내과계 특과 및 외과계 특과에서는 담당환자 회진만을 중요한 활동으로 응답하였다(표 6).

개방병원에서 진료한 부분에 대한 수입의 귀속의 주체를 진료내용에 따라 구분하여 보면 병실료와 식사료는 85.4%에서 개방병원으로 귀속되어야 한다고 응답하였으며 재료비 부분에 대해서는 63.3%가 개방병원 수입, 34.2%는 공동수입이어야 한다고 하였다. 또한 주사 및

표 6. 개방병원 계약희망 개원의의 전문과목별 참여 가능 과내 활동범위

(단위:%)

활동범위	내과	일반 외과	산부 인과	소아과	내과계 특과	외과계 특과	지원과	계
담당환자 회진	83.3	100.0	86.7	80.0	90.0	91.8	-	85.9
학술집담회	80.0	25.0	73.3	66.7	30.0	53.1	100.0	60.0
학생 및 전공의 교육	33.3	25.0	26.7	20.0	30.0	40.8	33.3	33.3
과내 정례회진	40.0	25.0	33.3	20.0	30.0	28.6	-	30.4

표 7. 개방병원 계약희망 개원의의 진료수입 배분에 관한 의견

전문내용	진료수입 배분(%)		
	개원의 수입	공동수입	개방병원 수입
병실료, 식사료	0.0	14.6	85.4
재료비(수술처지)	2.5	34.2	63.3
주사, 투약료	4.0	42.4	53.6
검사료	0.6	49.6	48.8
시술료	49.6	47.2	3.3

투약료는 53.6%가 개방병원 수입, 42.4%가 공동수입으로 하여야 한다고 응답하였으며 검사료는 49.6%가 공동수입, 48.8%는 개방병원 수입이어야 한다고 하였으며 시술료에 대해서는 개원의의 수입으로 하여야 한다고 응답한 경우가 49.6%였으며 47.2%는 개방병원과 개원의의 공동수입으로 하여야 한다고 응답하였다(표 7).

전문과목별로는 검사료의 경우 내과, 소아과 및 진료지원과는 공동수입, 일반외과, 산부인과 및 외과계 특과에서는 개방병원 수입이어야 한다는 응답이 많았다. 시술료는 내과, 소아과, 내과계 특과 및 진료지원과에서는 공동수입, 일반외과와 외과계 특과에서는 개원의의 수입이어야 한다는 의견이 많았다. 재료비 부분에서는 일반외과만

표 8. 개방병원 계약희망 개원의의 전문과목별 진료수입 배분에 관한 의견

(단위:%)

활동범위	내과	일반외과	산부인과	소아과	내과계 특과	외과계 특과	지원과
검사료							
개원의 수입	3.4	-	-	73.3	-	2.1	-
공동수입	79.3	36.4	35.7	26.7	50.0	29.2	100.0
개방병원 수입	17.2	63.6	64.3	50.0	50.0	68.8	-
시술료							
개원의 수입	19.2	81.8	50.0	21.4	33.3	70.8	-
공동수입	73.1	18.2	50.0	64.3	66.7	29.2	100.0
개방병원 수입	7.7	-	-	14.3	-	-	-
재료비							
개원의 수입	-	-	-	-	-	6.4	-
공동수입	40.0	54.5	28.6	7.7	33.3	36.2	-
개방병원 수입	60.0	45.5	71.4	92.3	66.7	57.4	100.0

공동수입이어야 한다는 의견이 54.5%였으며 그 외의 경우에는 개방병원의 수입이어야 한다는 의견이 많았다 (표 8).

당하였다(표 10).

개방병원과 계약을 희망하지 않는 경우에 그 이유로는 낮은 수익성이 33.3%로 가장 많았으며 의원수준에서 자

표 9. 개방병원 계약희망 개원의의 의료사고에 대한 책임배분 의견

사고유형	책임 배분(%)		
	개원의 책임	공동책임	개방병원 책임
개방병원 과실	0.8	24.2	75.0
공동과실	0.0	97.7	2.3
개원의 과실	67.4	32.6	-
불가항력적인 경우	-	85.2	14.8

표 10. 개방병원에 잘못이 있고 개원의는 잘못이 없는 경우에 개방병원 계약희망 개원의의 전문과목별 의료 사고에 대한 책임배분 의견 (단위:%)

책임배분	내과	일반외과	산부인과	소아과	내과계 특과	외과계 특과	지원과
개방병원 전적책임	86.7	54.5	66.7	80.0	72.7	76.6	33.3
개원의 전적책임	-	9.1	-	-	-	-	-
공동책임	13.3	36.4	33.3	20.0	27.4	23.4	66.7

의료사고시 책임의 배분은 개방병원의 과실이 명백한 경우에는 75.0%가 개방병원이 전적으로 책임을 지어야 한다고 응답하였으며 이러한 경우에도 24.2%에서는 개원의와 공동책임을 지어야 한다고 응답하였다. 공동과실인 경우는 97.7%가 공동으로 책임을 져야 한다고 하였으며 개원의의 과실인 경우에는 개원의 전적책임이 67.4%이며 공동책임은 32.6%에서 주장하였다. 불가항력인 의료사고의 경우는 85.2%가 공동책임, 14.8%는 개방병원이 책임을 져야 한다고 응답하였다(표 9).

체해결 가능성이 22.2%로 그 다음이었으며 환자가 원하지 않음, 병원의료진과의 갈등, 수익의 배분문제 등의 순이었다(표 11).

개방병원의 잘못이 있고 개원의는 잘못이 없는 경우의 의료사고에 대한 책임배분여건은 전문과목별로 보면 내과, 소아과, 내과계 특과 및 외과계 특과에서는 개방병원이 전적으로 책임져야 한다는 의견이 지배적이었으며 일반외과, 산부인과 및 진료지원과에서는 개방병원의 전적인 책임과 함께 공동으로 책임을 져야 한다는 의견도 상

표 11. 개방병원 계약희망을 원하지 않는 개원의의 계약거부 이유

책임배분	No.	%
수익성에 의문	24	33.3
모든 문제를 자체해결가능	16	22.2
환자가 원하지 않을 것임	15	20.8
기존의 병원의료진과 갈등우려	11	15.3
수익의 배분문제	10	13.9

## IV. 고 찰

병원의 형태는 일반적으로 진료서비스를 제공하는 방식에 따라 크게 두 가지로 대별할 수 있다. 첫째는 우리나라와 일본의 경우처럼 의사가 병원에 전속으로 근무하면서 환자에게 진료하는 것이며 두 번째 형태는 미국과 캐나다처럼 의사가 병원에 고용되어 있는 것이 아니고 지역사회에서 의원을 개원하고 있으면서 입원환자가 발생할 경우 계약이 체결된 병원에 자신의 환자를 입원시켜 치료를 하며 병원측은 의료시설 및 장비, 인력 등을 지원하고 이에 대한 의료비를 보상받는 제도로 통상 개방형 병원체제(open hospital system)라고 한다.

개방형 병원 체제는 의료서비스 제공방식 뿐만 아니라 진료비 상환방식에도 우리나라 제도와 큰 차이를 보이고 있다. 우리나라의 경우 환자를 진료하고 난 후 의원이나 병원에 모두 동일한 방법인 시술점수제(fee-for-service)를 통하여 진료비를 지불하나 개방형 병원제를 채택하고 있는 미국이나 캐나다의 병원은 진료에 대한 보수는 어텐딩의사가 환자로부터 받고 병원에 대해서는 시설이용료를 어텐딩의사가 병원에 지급하는 형태를 취하고 있다. 따라서 병원과 어텐딩의사에게 각각 서로 다른 진료비 상환방법을 적용하고 있다(4,5).

이번 연구에서 지역사회 개원의로서 개방병원의 어텐딩의사로 참여하기를 희망하는 사람은 65.7%였으나 이는 설문조사에 응답한 개원의중에서 찬성률이므로 실제 보다 높게 나왔을 가능성이 높으며 응답하지 않은 개원의의 의향을 파악하기는 이번 자료로는 불가능하며 이들에 대해 일부만을 대상으로도 추후 전화설문이나 다른 방법을 사용하여 무응답자의 희망률을 다시 조사하여야 전체적인 희망정도를 추측할 수 있을 것이다.

일반적인 특성은 성별로는 주로 남자이며 연령이 젊고 또한 전문의 취득 후 대학병원에 근무한 경우에 더 많았다. 이는 여자의 경우, 대외적인 활동영역이 제한되는 사회문화적인 배경이 작용하였으며 나이가 많을수록 변화를 싫어하고 최신 의학적인 지식이 부족하여 종합병원

등에서 중한 환자를 입원치료하는 데 필요한 각종 의학적인 기술과 검사를 실시하기에 부적합하다고 생각할 수 있다. 또한 대학병원에서 근무한 경험이 없는 경우에도 위와 같은 사유와 함께 기존 전속전문의와의 협조체계, 전공의와의 협조 및 훈련 그리고 의대생 교육에 대한 자신감이 부족할 수도 있을 것이다.

어텐딩의사로서 참여가능한 진료범위로 가장 선호하는 분야는 본인들이 직접 환자를 진료하는 영역인 입원치료와 수술 등이었다. 자신의 의원에서 환자를 진료하는 과정에서 상급의료기관에서의 진료가 필요한 환자에 대해 자신이 주치의가 되어 개방병원에서 입원진료하는 것은 진료의 연속성과 환자의 심리적인 안정 등의 차원에서 매우 중요한 의미를 가지며(6) 이러한 견해를 통해 보면 본 연구의 결과에서처럼 주치의의 역할이 타 과에 비해 상대적으로 더 중요한 일반외과와 내과의 개방병원 참여 의사가 더 높은 것은 타당하다고 생각된다. 또한 의료시설과 장비의 효율적인 활용이라는 측면에서는 검사와 방사선과적인 진단 등에 대한 적극적인 참여도 반드시 필요하다(7,8).

본 연구에 응답한 개원의는 환자진료 이외에 학술집담회, 학생 및 전공의의 교육 그리고 과내의 전례회진 등에 참여에는 비교적 소극적인 태도를 나타내었고 특히, 수술을 주로 하는 외과계열의 개원의에서 환자위주의 진료에 더 많은 관심을 보이고 있었다. 그러나 일반적으로 어텐딩의사의 역할이 진료이외에도 전공의 훈련과 학술집담회 등의 참석을 통한 본인들의 지속적인 보수교육의 효과가 있고 이는 결국 의료의 질을 향상시키는 효과를 가져다주므로 앞으로 개방병원을 운영할 때 병원에서 어텐딩의사의 진료이외의 학술 및 훈련프로그램에 적극적인 참여를 유도할 필요가 있겠다(9-16).

진료수입 배분에 관한 의견에서 시술료는 개원의가 상당히 높은 비중으로 배분받아야 하며 그외 병실료, 재료비, 주사 및 투약료 그리고 검사료 등은 개방병원의 수입이어야 한다는 결과였는데 이는 어텐딩의사가 병원에서 환자진료를 함으로써 주체적인 의료제공자로서의 역할을



수행하지만 반대로 자신의 의로기술과 지식을 발휘하기 위해서는 병원의 인력, 시설 및 장비를 사용하는 이용자의 입장에도 놓이게도 된다는 측면에서 보면 상당히 바람직한 견해를 개원의들이 가지고 있다고 할 수 있다.

이러한 배분의 문제는 개방병원에서 근무하는 전공의와 수련의 및 간호인력의 업무중에는 어텐딩의사의 처방을 환자에게 제공하며 어텐딩의사가 병원에 없는 동안 입원환자에 대해 진료, 간호 및 처치를 담당하게 됨으로서 병원측과 어텐딩의사는 상호 의존적이면서 때로는 대립적인 관계에 있게 될 수도 있으며 자칫하면 환자진료에서 원할하지 않는 협조체계를 야기할 수도 있으며 의료비의 배분에서도 상당한 갈등을 야기시킬 수 있다는 가능성의 측면에서 신중히 고려되어야 할 것이다.

미국이나 캐나다에서는 병원에 지급되는 진료비와 의사에게 지급되는 진료비는 서로 다른 상환방법을 적용하기 때문에 수입의 분배에 관한 별 문제가 없다. 그러나 우리 나라와 같이 단일 수가제를 적용하여 병원과 기존의 개원의원간에 진료비 지불의 구분이 되어 있지 않은 상황에서는 향후 개방병원제도에 참여하는 병원과 개원의원의 어텐딩의사 사이에 서로 만족할 수 있는 적정분배방안을 모색하여야 하는데 그 방안으로는 현행 수가제를 수정보완하는 것과 개방병원과 어텐딩의사 사이에 개별적인 계약에 의해 자율적으로 결정하도록 하는 대안이 있을수 있다(17-19).

개방병원에서 입원환자의 진료는 환자를 병원에 의뢰한 어텐딩의사를 주치의로 하고 병원에 상주하는 전공의를 포함한 의료인에 의해서 이루어진다. 이와 같은 진료행태로 인하여 진료와 관련된 의료분쟁이 발생할 경우 병원과 어텐딩의사 사이에 책임소재를 놓고 논란이 발생할 수 있다. 의료분쟁의 책임은 사고의 유형에 따라 첫째, 어텐딩의사의 잘못에 의한 경우 둘째, 개방병원의 의료인력이나 시설, 장비에 문제가 있는 경우, 셋째 어텐딩의사와 개방병원에 공동으로 책임이 있는 경우, 마지막으로 아무의 잘못도 없이 불가항력적으로 발생하는 의료사고로 구분할 수 있다.

어텐딩의사가 환자를 진료하는 과정에서 환자에게 처방한 약품이나 처치 또는 직접 시술한 진료행위(수술 등)에 문제가 있는 경우에 일차적 책임은 어텐딩의사에게 있으며 환자를 입원하도록 허가하고 어텐딩의사를 관리하는 병원에 이차적인 책임이 있을 것이다(20).

또한 개방병원에 근무하는 의료인이 어텐딩의사가 처방한 것을 환자에게 제공하는 과정에서 발생하는 사고와 어텐딩의사가 없는 동안 환자를 진료하는 과정에서 발생하는 사고의 일차적 책임은 병원과 병원근무 의료인에게 있으며 다만 어텐딩의사와 병원근무 의료인간 의사전달상 착오와 양자간 의견차이 등으로 사고가 발생할 경우 어텐딩의사와 병원이 공동으로 책임을 지는 것이 바람직할 것이다.

이러한 책임의 배분의 문제는 의료사고의 발생상황에 따라 매우 복잡하고 미묘한 관계가 발생할 수 있으므로 모든 것을 계약의 내용에 포함할 수는 없을 것이며 개방병원의 관계자, 어텐딩의사의 대표 및 제3의 전문의료인 등으로 구성되는 특별위원회에서 각 사안을 심사하고 평가하여 책임을 배분하는 것이 가장 합리적일 것으로 여겨진다.

개방병원과 계약을 원하지 않는 이유로 가장 많은 것이 낮은 수익성이었는데 현재의 낮은 의료수가와 시간비용에 대한 고려가 없이는 현실적으로 시행에 어려움이 있으며 제도도입을 위해 여기에 참여하는 병원과 개원의에게는 특별한 유인책과 보상체계가 마련되어야겠다(21-23).

이번 연구의 제한점으로는 첫째, 대구광역시 소재 개원의 전체를 대상으로 설문조사를 실시하였으나 그 회신률이 22%에 그쳐 전체의 개방병원에 대한 희망정도 와 무응답자들의 의견을 파악하기가 불가능하여 일반화하기가 어려우며 둘째로, 개방병원의 효과적인 시행에는 의료비 지불방법 등과 같은 정책적인 의사결정과 적극적인 병원 및 개원의의 참여 및 국민들의 수용 등 여러 가지 영향을 미치는 요인이 있으나 이번 연구에서는 개원의 의견조사에 그쳐 효과적인 개방병원 시행을 위한 전체적

인 조사가 추후에 필요할 것으로 생각된다.

## 참고문헌

1. 김창엽. 진단방사선과 전문의 수급에 관한 연구, 서울대 의료관리학 교실, 1996:3-6.
2. 한달선, 김병익, 배상수. 의사인력정책의 전개방향, 제6회 의료정책토론회 보고서, 한림대학교 사회의학 연구소, 1993: 4-9.
3. 대한의학회. 전문인력수급계획 작성을 위한 세미나 결과보고서, 1992: 5-8.
4. 예방의학과 공중보건 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 서울: 계축문화사, 1996: 719-730.
5. Jones K. Predicting hospital charge and stay variation: The role of patient teaching status, controlling for diagnosis-related group, demographic characteristics, and severity of illness. *Medical Care* 1985; 23(3):220-235.
6. Macintyre A. Ethical issues in attending physician-resident relations: a philosopher's view. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 1979; 55(1): 57-61.
7. Blomberg DJ, Ladley JL, Fattu JM, Patrick EA. The use of an expert system in the clinical laboratory as an aid in the diagnosis of anemia. *AJCP* 1987; 87(5):608-613.
8. Evens RG. The Radiologist as an attending physician: Routine or special procedure?. *Radiology* 1985; 154:545-546.
9. Lesky LG, Borkan SC. Strategies to improve teaching in the ambulatory medicine setting. *Arch Intern Med* 1990; 150:2133-2137.
10. Mattern WD, Weinholtz D, Friedman GP. The attending physician as teacher. *The New England Journal of Medicine* 1983; 308(19):1129-1132.
11. Orsher SI. Ethical issues in attending physician-resident physician relations. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 1979; 55(1):52-56.
12. Collins GF, Cassie JM, Daggett CJ. The role of the attending physician in clinical training. *Journal of Medical Education* 1978; 53:429-431.
13. Williamson HA, Glenn JK, Spencer DC, Reid JC. The Development of clinical independence: Resident-attending physician interactions in an ambulatory setting. *The Journal of Family Practice* 1988;26(1): 60-64.
14. Jones KR. The influence of the attending physician on indirect graduate medical education costs. *Journal of Medical Education* 1984; 59:789-798.
15. Hamerm D. Attending-physician in on a private medical service. *Journal of Medical Education* 1974;49: 570-574.
16. Knudson MP, Lawler FH, Zweig SC, Moreno CA, Hosokawa MC, Blake RL. Analysis of resident and attending physician interactions in family medicine. *The Journal of Family Practice* 1989;28(6):705-709.
17. Gerganti MA, Drossman DA, Rogers JF. The role of the attending physician. *Arch Intern Med* 1982; 142:698-699.
18. Reuler JB, Girard DE, Nardone DA. The attending physician. *JAMA* 1980; 243(3): 235-236.
19. Hayward RA, Williams BC, Gruppen LD, Rosenbaum D. Measuring attending physician performance in a general medicine outpatient clinic. *JGIM* 1995; 10:504-510.

20. Press S, Russell SA, Cantor JC, Jerez E. Attending physician coverage in a teaching hospital's emergency department: Effect on malpractice. *The journal of Emergency Medicine* 1994; 12(1):89-93.
21. Silberman L. Quality assurance in obstetrics: A model. *Obstetrics & Gynecology* 1990; 76(3):466-470.
22. Bernard AM, Shapiro LR, McMahon LF. The influence of attending physician subspecialization on hospital length of stay. *Medical Care* 1990; 28(2):170-174.
23. Restuccia JD. The effect of concurrent feedback in reducing inappropriate hospital utilization. *Medical Care* 1982; XX(1):46-62.