

의료보장개혁위원회
제 3 분과 정책토론회
— 의료공급과 진료체계 —

일 시 : 1994년 4월 21일(목)

장 소 : 한국보건사회연구원 대회의실(2층)

주 최 : **한국보건사회연구원**

빈 면

모 시 는 글

전국민 의료보장제도가 실시된지 5년을 맞이하여 그동안의 성과와 문제점을 재검토하고, 향후 발전방향을 모색하기 위하여 보건사회부는 금년 1월에 의료보장개혁위원회를 구성하여 6월 말까지 한시적으로 운영할 계획입니다.

그간 수차에 걸친 전체 및 분과회의를 거쳐 토의된 현안 과제중 몇 가지 주요 정책과제를 선정하여 각계의 의견을 수렴하기 위한 정책토론회를 갖고자 하오니 부디 참석하시어 좋은 의견을 주시기 바랍니다.

1994년 4월

의료보장개혁위원회

제 3 분 과 위 원 장

김 일 순

정책토론회 프로그램

4월 21일(목)

■ 오 전

09:00~09:30 등 록

09:30~10:30 주제발표 및 지정토론

주 제 : 의료공급과 진료체계의 정책과제
좌 장 : 김일순(연세대 부총장)
발 표 자 : 송건용(한국보건사회연구원 보건연구부장)
이평수(한국의료관리연구원 연구위원)
지정토론자 : 고헌용(조선일보 논설위원)
조우현(연세대 교수)

10:30~12:30 자유토론

(언론기관) 김선주(한겨레신문 논설위원)
최승모(세계일보 논설위원)
(학 계) 박형중(인제대 부총장)
조한익(서울대 교수)
고영선(한국개발연구원 전문연구위원)
(의 료 계) 구병삼(대한병원협회 총무이사)
권혁채(대한병원협회 연구위원)
김효식(대한간호협회 기획실장)
박찬병(광명시 보건소장)
(사회단체) 홍성진(한국노동조합총연맹 정책실 연구위원)
정태윤(경제정의실천시민연합 정책연구실장)
황장수(한국농어민후계자 중앙연합회 정책조정실장)
(보험자단체) 홍성표(의료보험관리공단 관재부장)
전재성(성동구 지역조합 대표이사)
조남식(의왕시 지역조합 대표이사)
(정 부) 보건사회부·경제기획원

12:30~13:00 종합결론

13:00 폐회 및 중식(2층 식당)

醫療供給과 診療體系의 政策課題

빈 면

목 자

I. 의료체계의 개선	5
의료전달체계의 개선과 1차의료의 강화	7
의사인력 교육·훈련제도의 개선	12
보건소의 활동 및 건강증진사업의 강화발전	16
II. 의료이용의 편의도 제고	25
외래약의 원외조제	27
의료기관 서비스 평가	30
지정진료제도의 개선	35
야간 외래진료제의 활용	37
간병인과 보호자 없는 병원	39

빈 면

I . 의료체계의 개선

의료전달체계의 개선과 1차의료의 강화

의사인력 교육·훈련제도의 개선

보건소의 활동 및 건강증진사업의 강화발전

빈 면

의료전달체계의 개선과 1차의료의 강화

1. 現況과 問題點

○ 의료전달체계를 도입한 목적은 크게 세가지로 기술할 수 있음. 첫째 국민의 의료이용 편의를 높이고 의료자원의 효율적 활용을 도모하는 것. 의료기관의 기능 구분에 따른 단계적 진료체계와 환자의뢰체계를 실시하여 가벼운 질병은 1·2차 진료기관에서 해결케하고, 대규모 대학 병원이나 종합병원의 환자집중을 방지하고 의료자원이 빈약한 지역에는 의료자원의 유입을 유도하는 것. 둘째 자원의 효율적 활용을 통하여 의료비의 상승을 억제하고 의료보험 재정의 안정을 도모하는 것. 셋째 의료전달체계의 도입을 통하여 장기적으로 지역간 의료기관 간 균형발전을 기하는 것 등임.

- 이에 따라 정책수단으로서 전국을 8개 대전료권과 140개 중진료권으로 구획한 진료권의 설정, 단계적 진료체계와 환자의뢰 및 회송체계의 확립, 25개 3차진료기관(현재 34개로 증가)의 지정과 3차진료기관 이용억제조치(의뢰서가 없는 환자에 대한 의료보험혜택 박탈) 등이 시행되었음.

○ 의료전달체계 도입후 1년간의 의료기관별 환자의 흐름과 의료보험재정, 환자의 의료이용행태 등을 중심으로 비교 분석한 결과 당초 강조되었던 3차진료기관의 환자집중완화, 의료기관간 환자분산 및 1차진료기관이용의 확대, 의료비 절감 등에 어느 정도 성과를 거둔 것으로 평가되었으나 1991년의 의료전달체계 운영평가결과는 전국민의료보험실시에 따른 수진율 증가로 3차기관의 환자도 다소 증가하는 것으로 나타났음.

- 그간 의료공급체계의 큰 성과는 의료이용수준이 크게 향상된 것이며, 특히 농촌지역에서 크게 증가하여 1992년에는 도·농간에 격차가 해소됨.

〈 의료이용수준 추이, 1981-1992 〉

구 분	1981	1989	1992
〈연간 1인당 외래방문수, 회〉			
도 시	5.28	6.70	8.40
농 촌	1.95	5.67	10.59
〈연간 1,000인당 입원율〉			
도 시	40.7	47.3	57.3
농 촌	25.3	51.7	58.0

자료: 한국보건사회연구원, 1989년, 1992년 국민건강조사

〈 외국의 의료이용수준, 1989 〉

구 분	미국	영국	캐나다	독일	일본
연간 의사방문수	5.3	5.7	6.6	11.5	12.9
연간 1,000인당 입원율	137	159	145	215	81

- 그러나 의료기관간 기능적 구분이 안됨으로써 의료이용행태가 왜곡되어감.
- 3차진료기관은 전문적 진료(subspecialty화), 의료기술개발 및 확산, 교육을 목적으로 함. 그러나 환자진료에 있어서 400병상내외의 종합 병원과 3차진료기관간 기능적 차이가 크지 않음.
- 2차와 1차의료기관간 환자진료기능은 질병중심치료(disease treatment)로서 유사함.
- 1차진료는 질병중심치료가 아닌 전인적으로 봉사하는 의료, 신뢰를 바탕으로 둔 환자-의사관계, 지속적 책임(longitudinal responsibility) 등을 특징으로하나, 이러한 형태의 1차의료는 1차의료기관에서 제공되고 있지 않음.
- 환자는 의료공급체계의 입구(entry point)나 출구(exit point)에 대한 올바른 안내자를 갖지 못하고, 각종 의료기관은 기능적으로 상호 보완이 아닌 경쟁상태에 있고, 대형병원으로 환자는 집중되고 있음.

2. 改善方案

1) 기본방향

- 의료이용의 형평과 효율은 의료기관간 기능적 차별화, 의료자원의 균형적 배분 및 활용 등 없이는 성취 불가능함.
- 의료전달체계 시행 이후 일부 문제점이 나타나고 있으나, 의료전달체계 확립의 정책적 당위성은 큰 것이며, 정책으로서 추구해야 할 가치는 높은 것임.
- 따라서 기존 의료전달체계를 개선 발전시키는 방향에서 개선방안을 강구함.

2) 개선내용

- 1·2·3차 의료기관 기능의 차별화(differenciation)
- 3차진료기관의 육성 및 환자집중완화
- 의료자원의 지역간 균등배분
- 진료권의 조정
- 의료보호 의료전달체계를 의료보험과 동일하게 함.

3차 진료기관

전제:

- ① 의료기술의 개발 및 확산을 위한 의학연구병원으로 육성
- ② 재정적 자립확보, 연구 및 교육기관으로 육성

단기대책(환자집중완화):

- ① 진료할 환자의 선별기능강화 → 안과, 이비인후과, 피부과, 재활의학과 외래이용자에게도 전액 자비부담케 함. 가정의학과는 1차의료 강화방안의 하나로 등록된 가정(환자)를 대상으로 1차의료 시범사업과

같은 실험연구를 실시토록함. 3차진료기관에서 진료할 필요가 없는
환자를 엄격히 선정 → 과감한 회송 → 1·2차 진료기관과의 유대강화
입원환자 44% } 회송가능 → 전문적 진료가 필요한 환자에게
외래환자 64% } 3차진료기관 접근기회 확대효과

② 2차의료기관의 의뢰서에 의해서만 3차진료기관 이용이 가능토록 환자
의뢰체계 강화

③ 재원환자의 적기 조기퇴원제 확립

장기재원환자 퇴원 → 가정보건사업(3차진료기관에 Home Health Care
담당부서 설치, 시범사업후 운영), 요양병원 등
1개월이상 재원자 퇴원의 경우에 병상의 23% 활용가능효과

④ 원외 처방전 발부

환자가 원하고 특수약품이 아닌 경우 원외 처방전을 발부케 함(기
존진료기준에서 원외 처방전 발부 억제 조항 삭제). 병원내 대기시
간 단축, 환자밀도 감소효과 큼.

장기대책(환자 pull in요인 제거, 본래기능 발휘케 하는 육성방안):

- ① 자본재(건물, 장비 등)에 대한 공공투자(3차진료기관 의사의 90%는
첨단장비의 보완 요구)
- ② 연구개발을 위한 연구비 지급
- ③ 진료수입은 운영비로 충당(독일의 예)
- ④ 진료비 지급방법 개선(3차진료기관별 연간 배정총액 결정, 선불함)

2차 진료기관

① 3차진료기관으로의 환자집중 완화책으로의 역할

- 전문·특수(안, 산과, 심장 등)병원으로의 육성
- 요양병원 등 개발·육성

② 의료이용의 형평성 제고

- 지역거점병원 육성
- 취약지병원 육성

1차 진료기관

전제:

- ① 환자가 신뢰하고 자주 찾는 의료기관으로 육성
- ② 주민의 건강을 책임지는 파수꾼(gatekeeper)의 기능
- ③ physician office(의료장비, 입원시설 등을 갖추지 않음)의 역할

대책:

- ① 가정의 양성 확대
의사인력 교육·훈련제도를 개선하여 가정의와 같은 1차진료의사를 대량 양성 배치함.
- ② Attending system(개방병원) 도입 및 검사센터 설치
 - 개원하고 있는 의사중 77%는 전문의이며, 이러한 한국적 특성을 고려하여 개원전문의가 활용가능한 개방병원을 설립함.

醫療資源의 地域間 均等配分

전제: 140개 중진료권중 의료자원의 분포가 취약하고 의료이용수준이 낮은 지역에 소요병상을 공급함.

- 취약지에 공공투자를 통한 소요병상을 신설함. 병원 설립지역은 병원규모와 travel time을 적정화(optimize)할 수 있는 지역으로 함.
- 소비자의 의료이용편의도를 개선하기 위하여 중진료권을 조정함(중진료권 통합 또는 복수진료권제 도입)
 - 타중진료권내 의료기관 이용비율이 높은 중진료권은 친화도가 가장 높은 타중진료권과 통합함.

의사인력 교육·훈련제도의 개선

1. 현황 및 문제점

1) 의과대학 교육의 취약성

- 현재는 학부교육에서의 교육내용과 임상교육이 취약하며, 임상 의사로서의 실질적인 능력배양이 어려움.
- 지역보건활동에 대한 교육이 극히 취약함. 이에 대한 개념 및 기술 습득이 거의 이루어지지 않음. 보건의료서비스의 내용이 치료중심적으로 되며, 정부의 보건사업이 원활히 진행되지 않은 가장 큰 원인중의 하나임. 보건소장을 의료인으로 충원하기 어렵고, 공중보건의의 활동이 부진한 데에서 이의 심각성이 단적으로 드러남.

2) 단과 전문의 중심의 졸업 후 의사양성 과정

- 훈련된 양질의 일반의가 부족하여 1차 단계의료가 취약해지고, 병원에 일반의 진료 수준의 환자가 전가되고 있음. 병원 종사 전문의가 실질적인 일반의 역할을 하고 있음. 개원 전문의들의 일반의 역할 수행은 정도가 더욱 심각함.
- 전문의 인력 간의 균형이 맞지 않음. 일부 전문의는 공급 과잉 상태이며, 반면 일부 전문의는 공급 부족 상태에 있음.
- 전문의 과잉 배출로 인한 의료비 양등이 우려되며, 장기적으로 이는 매우 심각해 질 것임.

3) 의사연수교육의 부실

- 의사연수교육의 내용이 불충실하고, 실제 진료에 도움이 되지 않음. 참석할 시간이 부족함. 이는 교육 내용을 개선하고, 연수교육 방법을 다양화하는 것으로 해결 가능함.

2. 개선방안

1) 기본 방향

(1) 의사면허 제도의 개선

- ① 의사면허를 임시의사면허 및 의사면허로 분리함.
- ② 임시의사면허를 본과 3학년 종료 후 부여하여, 4학년 중에는 실질적인 의료행위를 통한 임상 실습을 하게 함.
- ③ 의사외에 치과의사, 한의사 및 간호사에게도 동일한 제도를 도입을 검토.

(2) 유능한 일반의 인력의 양적 확대

- 가정의 전문의와 각 단과 전문의의 비율을 정책적으로 조정함.
- 단과전문의는 2년제와 4년제로 나누어 수련 목적에 따라 수련과정을 다양화함.

(3) 전공의 수련기관 요건의 개선

- 단과전문의를 수련할 수 있는 기관의 요건을 상향 조정하고, 일정 규모 이하의 병원은 주로 가정의 전문의를 양성하는 것으로 기능을 분담함.

(4) 의사연수교육의 개선

- 연수교육의 프로그램의 질적 수준 대폭 향상시킴.
- 통신교육 등 시간을 절약할 수 있는 프로그램 등 다양하게 개발.

2) 사업 내용

(1) 의사면허제도

① 의사 면허를 임시의사면허 및 의사면허로 분리함.

ㄱ. 임시의사면허

- 의대 본과 3학년 종료 후, 임시의사면허를 줌. 본과 4학년 때는 임시의사면허로 실질적인 진료행위를 하면서 인턴 역할을 수행함. 임시의사면허 소지자는 지정된 의사면허 소지자의 지도·감독하에 지정된 의료기관

에서만 의료행위를 할 수 있음.

- 임시 의사면허의 부여는 본과 3학년 종료시 의사국시를 치루어 부여함.
시험은 현재와 같은 방식으로 하되 개선방안은 의사국시원에 위임함.

ㄴ. 의사면허

- 의사면허는 임시의사면허를 보유하고 일정한 교육과정을 기준 이상의 성적으로 수료한 의과대학 졸업자에게 자동으로 부여하며 별도의 시험을 치루지 않음. 각 의과대학은 4학년 2학기 성적이 부여된 직후 교육과정 및 이수자 명단을 보건사회부에 제출하고, 보건사회부는 이에 의하여 의사면허증을 교부함.
- 일차진료와 지역보건 활동능력의 강화를 위하여 임시의사면허 부여 이전에 가정의학과 지역사회의학의 교육과정을 일정 시간 및 학점 이상 이수케 함. 4학년 실습중에는 가정의학실습 4주, 지역사회 주민의 가정방문을 통한 지역사회의학실습이 2주 이상 반드시 포함되어야 함.

(2) 전문의 양성제도

① 전문의 제도 및 정원정책의 개선

- 의사 총수와 전문의 구성은 의사 인력 수급 계획의 차원에서 보건사회부 정책의 대상으로 삼아 정책적으로 조정함.
- 각 년도에 배출되는 신규 의사 총수의 50-60%는 가정의학 전문의가 되도록 정원을 정하고, 가정의 전문의와 각 단과전문의 비율을 연차적으로 조정함. 1995년부터 가정의 전문의 비율을 매년 5%씩 10년동안 연차적으로 증가시켜 2005년 경에는 50-60%의 신규 의사가 가정의 전문의 과정을 선택하도록 함.
- 가정의학 레지던트 수련기한은 2년으로 단축함. 단과 전문의의 수련기한은 2년 수련과정과 4년 수련과정으로 구분함. 2년 수련을 마친 후에는 전공의 자신의 선택에 의하여 전문의 자격을 가지고 개원을 하며, 4년 수련 전문의는 병원 취업을 유도함.
- 교육 및 수련의 내용은 의료계가 자율적으로 조정함. 전문의 자격도 학회가 주도록 함.

② 가정의 전문의 수련

- 400병상 미만의 중소규모 병원에서 수련함. 단, 이들 병원은 대학병원과 가정의 전문의 수련을 위한 자매관계를 갖게 하여, 수련 내용의 질적 수준을 확보함. 즉, 대학병원의 가정의학과는 자매병원의 가정의 전문의 수련 내용을 지도하게 하며, 대학병원과의 순환교육도 시행함.
- 의원 및 보건소(보건의료원)도 일정한 심사를 거쳐 자격을 갖추면 가정의 전문의 수련의 일부를 담당할 수 있게 함.
- 400병상 이상의 병원도 가정의 전문의를 일정 부분 수련할 수 있음.

(3) 의사연수교육

① 의사 연수교육원의 설립.

- 의협과 병협으로 하여금 공익기구로 설치하게 함.
- 각 지방에서 실시할 수 있는 교육계획, 교재, 시청각자료, 교육지침서 등을 개발.
- 통신 교육 프로그램 개발.
- 연수과정 수료자 등 관리 전산화.
- 미수료자를 보사부에 보고

② 지역별 의사연수 기관 지정

- 각 시도에 의사연수를 담당할 병원 및 의과대학 지정. 의사 연수교육원이 개발한 교육과정을 기준으로 연수교육 실시. 자체 교육과정도 개발할 수 있음.
- 시도, 시군구 의사회가 시행하는 연수교육은 폐지

③ 통신 교육 개발

- 통신 교육에 대하여도 일정한 평점을 부과하되, 전체 평점의 일정 비율 (예: 50%) 이하로 함.

④ 평가체계 및 방법 개발

- 정기적으로 강제성이나 불이익이 없는 평가를 의사 연수교육원 주관으로 시행함.

보건소의 활동 및 건강증진 사업의 강화 발전

1. 현황과 문제점

- 기존의 전염병 관리 위주의 사업체제에서 만성질환 관리의 필요성이 증대하고 있음. 만성질환 관리는 지속적, 포괄적인 서비스 제공이 필요하나, 민간기관만으로는 이를 충족시킬 수 없음.
- 각종 질병예방과 건강증진 사업이 다양한 기관들에 의해 추진됨에 따라 서로 연계없이 비효율적으로 이루어짐. 이에 대한 국민의 불신이 높고 추구관리가 제대로 되고 있지 못함.

2. 사업 내용

1) 보건소와 보건지소의 개편

(1) 보건소 유형의 재분류

제1형 대도시형 : 보건소당 인구가 일정 규모 이상인 도시지역 보건소

제2형 중소도시형 : 보건소당 인구가 일정 규모 이하인 도시지역 보건소

제3형 도농복합지역형 : 도농통합 행정구역의 보건소. 입원시설이 없는 보건의료원 형

제4형 농촌 1형 : 입원시설이 없는 보건의료원 형

제5형 농촌 2형 : 입원시설이 있는 보건의료원

유 형 \ 기 능	지역 보건 의료 계획	예방 활동	방문 보건	외래 진료	입원 진료	보건지소 보유 여부
대도시형	○	○	○	○	X	X (향후추진)
중소도시형	○	○	○	○	X	X (향후추진)
도농통합지역형	○	○	○	○	X	○
농어촌 1형	○	○	○	○	X	○
농어촌 2형	○	○	○	○	○	○

(2) 보건소의 기능 보장

① 보건소의 공통 기능

- ㄱ. 지역보건의료 계획 수립 기능 : 지방자치제, 국제화에 대비한 지역보건 정책 기획, 조정 기능 제고.
 - 지역내 의료기관 수급 계획 수립 및 유치
 - 공중보건의 등 의료인력 배치 및 지역 내 보건의료 인력의 보수 교육 계획
 - 응급의료 및 야간 진료 계획
 - 방역 및 예방보건 활동 계획 등을 수립하게 하며, 각 지역의 보건소에서 매년 지역보건계획을 작성하게 하여, 이에 따라 광역자치단체 및 중앙의 보건의료 계획을 수립하는 상향식 보건의료 정책 및 기획 수립의 기전을 도입함.
- ㄴ. 외래 진료 및 상담 기능 확충
 - 보건사업 주제 별 상담 시간을 특수 클리닉 형태로 운영
예) 에이즈 상담, 가족계획 상담, 고혈압 및 당뇨병 상담 등
 - 보건상담 전화(지역번호-국번호-115 같은)를 개설하여 주민들의 건강상담에 응함.
 - 물리치료실 등 개설: 물리치료실과 재활서비스를 제공할 수 있는 기자재, 시설, 인력 개발. 단순한 물리 치료에서 벗어나 운동요법 및 치료를 할 수 있도록 유도. 가정 방문시 재가 물리 치료를 할 수 있도록 교육, 시설 구비.
- ㄷ. 지역검사센터 설치
 - 지역내 공공보건의료기관 및 민간의원들의 임상검사 및 방사선 검사를 지원해 줄 수 있도록 지역검사센터의 기능 수행
 - 임상병리 및 방사선 시설 및 기기를 보장하고, 질관리에 대한 평가를 받도록 함.

ㄴ. 보건교육 사업 대폭 강화

- 보건교육계 신설
- 보건교육 자료실 설치 : 보건교육 기자재, 각종 교육 자료 등을 구비하고, 지역내 보건의료인 및 일반 주민이 열람 및 대출할 수 있도록 함.
- 보건교육 프로그램을 개발 : 주민 및 학생을 대상으로.

ㄷ. 방문보건사업을 지원할 수 있는 구조 조정

- 방문보건계 설치 (다른 계를 전환)
- 방문보건 전담요원을 배치(신규 채용 및 기존 인력의 역할 전환을 통해)
- 지역내 공공보건의료기관 및 민간 병의원과 방문보건 의뢰체계 수립.

ㄹ. 위생업무 중 식품 위생 업무를 시군구청에서 인수

- 요식업소 등 위생 지도 등
- 수질검사 및 대장균 검사 등

ㅁ. 지역 내 보건의료 인력의 보수 교육

- 지역내 공공보건의료기관 및 민간의원 종사자(예: 의사, 간호사, 의료기사 등)에 대한 연수교육 프로그램의 운영

② 유형별 특수 기능

ㄱ. 대도시 및 중소도시 형

- 도시보건소는 통합보건사업의 주축이 되는 서비스 기관으로 육성
- 방문 간호 서비스를 적극 수용하여 민간의료기관의 의뢰를 받아서 가정간호 서비스를 제공
- 사회복지 서비스와 통합된 팀으로 발전시키는 데 중점을 둠.

ㄴ. 도농복합지역형 및 농촌 1형 : 기존 보건소에 외래 기능 보강한 형태

- 의료 시설, 장비, 인력을 보강하며, 전문의 인력(가정의 혹은 내과, 소아과, 산부인과 전문 인력, 경우에 따라서 안과, 이비인후과)을 공보의로 보강

- 방문보건사업을 지원할 수 있는 조정 : 보건진료원의 방문보건 요원화

㉔. 농촌 2형 : 의료취약지역 보건소의 보건의료원화

- 기존의 보건의료원을 적극 육성하여 100병상 내외로 증설하고, 지역거점병원화
- 경영 상태가 부실하거나 국가의 지원이 필요한 취약지 민간병원을 보건의료원화
- 보건의료원을 가정의 훈련 기관으로 지정하고 국공립 및 대학 병원과 연계한 프로그램 개발
- 지역 공보의 기타 보건인력의 교육, 훈련과 직무교육을 할 수 있는 체계 개발

(3) 우수 인력의 확보

① 우수한 의사 및 간호사 인력의 유치

ㄱ. 지방의무직 공채제도 및 연수교육제도의 도입

- 지방의무직 공채제도를 도입하고, 시험은 보사부가 주관함. 지방자치단체는 이에 합격한 자를 보건소장, 보건소의 과장 및 지방공사 의료원 원장으로 임용함.
- 지방의무직들은 상호 전보할 수 있도록 하여 자기발전 기회를 갖도록 함.
- 각 의과대학 및 보건대학원 중 희망 기관으로 하여금 지방의무직 연수 교육 프로그램을 개발하게 하고, 시험 합격 후 1년간 위탁교육을 실시함.

ㄴ. 지방간호직 공채제도 및 연수교육제도의 도입

- 지방간호직 공채제도를 도입하고, 시험은 보사부가 주관함. 지방자치단체는 이에 합격한 자를 보건소의 보건간호사 및 방문 간호사로 임용함.

- 각 간호대학 및 보건대학원 중 희망 기관으로 하여금 지방간호직 연수 교육 프로그램을 개발하게 하고, 시험 합격 후 1년간 위탁교육을 실시함.

② 기존 인력에 대한 연수 교육 강화

- 보건소 및 보건지소 보건직 직원들을 모두 대상으로 함.
- 국립보건원 훈련부의 지방보건기관 직원 연수교육을 혁신적으로 개편하여, 기업체 연수교육 형태로 전환하고, 최신 경영 기법을 도입함.
- 새로이 개발된 보건사업(예: 만성 퇴행성 질환 등)에 맞게 보건사업 기술 및 의학 교육을 대폭 강화함.

③ 공중보건의 및 선임 공중보건의에 대한 연수 교육 강화

- 보건지소 공중보건의에 대한 연수교육을 대폭 강화하여, 연간 3일 이상의 연수교육을 의무화함. 표준화된 교육 프로그램을 개발하되, 실시하는 단위에서 함.
- 선임지도 공중보건의는 선임 후 1개월 이내에 2주 이상의 지도자 교육을 별도로 실시함.
- 새로이 개발된 보건사업(예: 만성 퇴행성 질환 등)에 맞게 보건사업 기술 및 의학 교육을 대폭 강화함.

(4) 보건지소 및 보건진료소의 개편

① 보건지소의 개편

ㄱ. 도시지역

- 사회복지전달체계를 지원하는 형식으로 사회복지관에 보건지소를 병설함.
- 도시 보건지소의 의료서비스는 당분간 없는 것으로 함.
- 사회복지서비스와 병행하여 건강증진 및 질병 예방, 교육,영유아 관리, 방문보건사업소 위주로 개편하고, 방문간호사 및 행정 요원 확보

ㄴ. 농촌지역

- 생활권이 변화한 보건지소는 2-3개를 통합하여 대형화하고, 진료시설을 의원급으로 격상시킴. 보건지소의 설치 기준을 지리적 특성, 인구 규모 등을 고려하여 개정함.
- 보건지소 내에 3-4개의 조직 부서를 설치하여, 조직을 체계화함.
- 각종 임상검사 시설을 강화함.
- 방문보건사업용 이동 수단을 확보함.
- 폐쇄된 보건지소는 이동진료소, 탁아시설, 노인정 등으로 활용함.

② 보건진료소의 개편

- 점차적으로 보건지소와 통합하고, 보건진료원은 방문보건사업요원으로 전환함.

③ 보건지소의 건물 및 사인 시스템 표준화

- 보건지소의 설계, 건축 재료 및 시공 등의 수준을 선진국 수준으로 고급화시켜, 주민의 편이도와 신뢰도를 높임. 사인 시스템 표준화하고, 전국적으로 통일된 로고를 만들어 주민들이 쉽게 알아 볼 수 있도록 함.
- 보건사업을 위한 실방을 배치하고, 회의실, 교육실, 검사실 등도 배치함.
- 탁아소 등 사회복지 시설을 보조적으로 개설하여 농촌지역의 종합복지관 형태로 육성함.

(5) 공공보건의료기관 설치법 제정

- 보건소, 보건지소, 보건진료소 및 지방공사 의료원의 설치에 관한 사항을 일괄 규정하는 법을 제정함.
- 이들 각 기관의 설치, 조직, 인력, 역할 및 상호 협력 관계에 대한 사항을 규정하여 공공보건의료기관 간의 협력체계를 구축함.

2) 국민 건강증진 사업 개발

(1) 1차 예방 사업의 강화

① 각종 보건교육 자료의 다량 개발과 보급으로 다양한 계층 주민이 쉽게 접근할 수 있도록 함.

- 아동, 학생, 근로자, 주부, 노인 등 계층별 접근
- 전단, 슬라이드, 비디오 테이프, 포스터, 소책자 등 개발
- 만화, 그림 등 각종 기법 활용
- 보건기관, 병원, 약국, 각종 유관단체, 산업장, 학교, 직장, 노인정 이용

② TV, 유선방송을 통한 보건 공익 광고 증설

- 보건 유관 단체의 재원을 활용하여 공익 광고 개발
- 지방자치단체에서 공익 방송을 일정분 방영토록 유도

③ 표준 보건교육 프로그램 개발과 보건교육자 육성

- 표준교안 개발, 교육과정 개발, 교육자 개발
- 국립보건원에 보건 교육자료 개발실 운영 및 자료 개발 인력 육성

④ 시, 군 보건소에 보건교육 자료 도서실 운영

- 각종 보건교육 자료의 비치 및 대여
- 각종 보건교육 기자재 확보
- 보건소가 교육기관으로 운영될 수 있도록 유도

⑤ 보건소에 건강 상담실을 진료서비스와 같은 비중으로 설치 운영함

- 전화 서비스(자동 서비스 등)등의 대인 서비스 개발
- 상담실을 다양하게 개발하여 운영(당뇨병, 고혈압 및 영양교육교실 등)

(2) 2차 예방 사업의 효율화

① 연령별, 계층별로 표준화된 검진사업 지침 개발 및 보급

- 영유아 서비스 패키지 (보건기관, 비보험 부분)
- 아동기 서비스 패키지 (보건기관, 비보험 부분)
- 학동기 서비스 패키지 (학교보건 서비스 내용)
- 청년기 서비스 패키지 (일반 근로자 건강 검진, 공교)
- 임신기 서비스 패키지 (보건기관, 비보험 부분으로 자신부담)
- 장년기 서비스 패키지 (일반 근로자 건강검진, 공교, 피부양자 검진 등)
- 노년기 서비스 패키지 (피부양자 검진, 노인 보건사업 등)

② 각 서비스 패키지는 건강관리 수첩제를 도입하여 기록하고 제도적인 유인책 마련

- 각급 학교 입학시 영유아, 아동기, 청년기 서비스 패키지에 서명 날인된 증명서 첨부하여야 입학 허가
- 각종 채용건강 증명서를 건강수첩으로 대신함

③ 각종 유소견자에 대한 관리는 의료보험, 혹은 의료보호로 유도하고 수첩에 처리에 대한 결과를 기록하며 특별한 이유없이 공개나 취업 제한을 하지 않도록 함.

④ 현재 대상자 중 지역의보는 사업을 신설하고 의료보호 환자의 검진 사업은 보건기관이나 건강관리협회로, 노인보건 중 노인건강검진은 보건소로 이관시켜 대상자의 누락이 없도록 함.

⑤ 의료보험연합회, 공단, 지방 노동청, 보건소 등에 대상자 및 기록 관리 를 책임지는 부서를 설치하고, 백서 형식의 국민 건강에 관한 분석 자료집을 발간.

⑥ 사업수행기관인 각 병의원, 보건소, 보건의료원에 대한 정도관리 및 질 관리를 철저히 하여 신뢰도를 높임.

빈 면

II. 의료이용의 편의도 제고

외래약의 원외조제

의료기관 서비스 평가

지정진료제도의 개선

야간 외래진료제의 활용

간병인과 보호자 없는 병원

빈 면

외래약의 원외 조제

1. 현황 및 문제점

- 대형종합병원 이용환자들의 일차적인 불만은 진료대기시간 및 투약대기시간이 긴 것이며, 특히 3차기관이 그 정도가 심각함.
- 이에 대하여 제도적으로는 의료전달체계 등으로 3차기관의 이용을 제한하고 있으며, 병원에 따라서는 진료예약제의 도입 등의 방법으로 대처하고 있으나 근본적인 해결은 안된 상태임.
- 현재까지는 투약대기시간의 단축을 위하여 다음 방안이 활용되었음.
 - 병원내 업무연계 강화 및 조제인력의 보강
(의사의 처방발행시간대 조정, 처방전 발행 후 약국까지 도달시간의 단축, 약사인력의 배치 변경 등을 통한 peak time 관리 등)
 - 병원전산화에 수반하는 조제자동화 및 포괄적인 약국物流자동화.
- 대기시간의 단축과 적절한 복약지도 등 환자에 대한 서비스를 향상시키는 방안은 조제능력을 제고시키는 것으로 병원내적인 것과 병원외적인 것으로 구분할 수 있음.

따라서 병원의 노력에는 한계가 있으므로 병원의 조제능력을 유도를 초과하는 부분을 원외에서 조제·투약하는 방안을 고려할 필요가 있음.

2. 개선방안

1) 사업내용

병원에서 의사의 처방을 받은 환자들이 약품의 조제·구입처를 자신들의 편의에 따라 선택케 하여 투약대기시간의 단축 등 서비스를 개선함. 이를 위하여

- 병원의 의사가 발행하는 처방에 대하여 환자가 원외에서 조제 여부를 선택할 수 있도록 원내처방과 원외처방을 통일함.
- 시중의 약국에서 병원의 처방에 의하여 조제할 수 있도록 병원의 의약품집 및 처방집 등 약국과 병원과의 연계 강화 유도(지역사회약사회 등을 통하여)

- 초기에는 3차진료기관을 대상으로 시범사업을 실시하고 그 성과에 따라 확대 여부 등을 결정.

2) 조치사항

- 약가에 대한 이해관계의 폭을 줄이는 대신 처방전료 등 기술료를 충분히 반영하여 복약지도 및 의약품정보의 제공을 통한 서비스 개선 및 의료 질 향상에 대한 투자를 유도하여야 함.
- 처방전의 공개나 원외처방전의 발행을 유도하기 위해서는 장기적으로 약품에 대한 마진폭을 줄여 병원측의 약품에 대한 이해관계를 최소화하여야 함.

3. 기대효과

- 투약대기시간의 단축으로 환자 서비스 개선 및 병원내 혼잡완화
- 환자들의 서비스 선택 범위의 확대로 이용 편의성 제고 및 불만감소
- 병원들에 대한 자발적인 서비스 개선 유도
- 의약품업의 시험적 검증

4. 장애요인 등

① 수입감소를 우려한 의료기관의 반발

- 1992년 3차진료기관의 진료실적을 기준으로 할 경우 100병상당
 - 연간 외래수입 : 1,705백만원
 - 투약료 수입 : 619백만원(전체 외래수익의 36.3%)
 - 약품에 의한 순수익 : 91백만원(마진율을 14.7%로 할 경우)
- 따라서 3차진료기관의 평균규모인 700병상을 기준으로 원외처방의 비율에 따라 예상되는 병원의 순수익 감소는
 - 처방전의 10%가 원외조제의 경우 : 63.7백만원
 - 처방전의 30%가 원외조제의 경우 : 191.1백만원
 - 처방전의 50%가 원외조제의 경우 : 318.5백만원

- 처방의 원외조제에 의하여 감소되는 수입을 처방전료로 대체하는 경우 원외처방 비율에 따른 처방전료의 예상액은 다음과 같음.

(700병상 병원의 연간 처방매수 210,000건 기준, 처방전 1매당 수가)

- 처방전의 10%가 원외조제의 경우 : 300원
- 처방전의 30%가 원외조제의 경우 : 900원
- 처방전의 50%가 원외조제의 경우 : 1,500원

- ② 처방 및 조제사고에 대한 책임소재
- ③ 병원과 약국의 처방전 수용을 둘러싼 비정상 거래 가능성
- ④ 공개된 처방을 약국에서 임의처방조제로 활용할 가능성
(의사의 처방과 상이한 약의 조제 우려)

의료기관 서비스 평가

1. 현황 및 문제점

1) 의료기관 이용 불편

- 진료대기시간의 장기화

(3차진료기관 : 외래대기시간 평균 3시간 4분, 입원대기기간 13.4일)

- 의료인을 비롯한 병원직원들의 불친절 : 특히 설명의 부족

- 의료기관 이용자들을 위한 각종 기본 편의시설의 부족 및 부실

- 입·퇴원수속 등 진료절차의 복잡 및 안내부실

- 병원내부 환경의 낙후 등 진료환경의 부실

- 지정진료제와 고가의료장비 등을 포함한 비급여 진료서비스의 남용으로 진료비 부담 가중

2) 의료서비스의 적정성 및 질 관리 미흡

- 의료기관별로 진료서비스의 질적 수준 차이가 심해 국민들의 불신 초래

- 동일한 의료보험수가를 적용받으면서도 의료기관별로는 시설 등의 수준차이가 심하여 형평성의 문제 대두

- 의료기관이 자율적으로 진료서비스 수준을 향상시키고자 하는 동기부여 부족

- 적정 서비스 제공을 유인하기 위한 제도적 장치의 미흡

따라서 의료기관들이 서비스향상에 관심을 가지고 환자들의 이용편의도를 제고할 수 있는 유인제도의 필요.

2. 개선방안

1) 기본방향

의료기관들이 제공하는 人的 및 物的 서비스를 객관적인 기준에 의하여 평가·발표함으로써 의료기관들의 서비스개선을 유도하여 국민들의 의료기관 이용

편의를 도모함.

본 사업은 의료기관 신임사업의 일부이므로 당분간 별도의 사업으로 수행하고, 장기적으로는 신임제도에 포함. 초기에는 소수의 대형 의료기관을 중심으로 실시하고 사업의 성과에 따라 확대 적용.

2) 사업내용

- ① 의료기관들이 현재 제공하고 있는 서비스의 질을 평가하고 그 결과를 환류 및 시정해 나갈 수 있는 평가체계를 확립하되, 평가대상 서비스는 의료행위 자체를 제외한 비의료적 부가서비스로 함.
- ② 평가방법은 서비스 제공을 위한 자원의 충분성, 자원을 활용하는 과정 및 제도의 적정성과 서비스 제공 결과의 적합성 및 환자의 만족도를 조사.
- ③ 1차적으로는 환자들이 집중적으로 이용하는 3차진료기관을 대상으로 하고, 그 효과에 따라 병원 등으로 확대하며 의원은 추후 적용
- ④ 서비스의 질향상과 의료기관들의 관심을 유도하기 위한 방안으로 평가결과에 따라 의료기관별 보험수가 가산율에 다단계의 차등을 두는 방안 활용.

3) 평가대상항목

의료기관의 서비스를 외래, 입원, 응급 및 전반적인 사항으로 구분하여 다음의 내용을 평가함.

- ① 인력의 가용성
 - 병상당 보유인력
 - 환자당 보유인력
- ② 기본적인 시설·장비의 가용성
 - 병상(환자당) 주차댓수
 - 병상(환자)당 외래대기실 면적
 - 병상당 면적
 - 병동의 병상당 환자 휴게실 면적

③ 환자편의제도 등의 적합성

- 진료예약제도의 실시 여부 및 범위
- 외래진료(부약) 및 응급진료시 대기시간
- 은행신용(B/C)카드의 사용 여부
- 모유수유를 위한 모자동실제 활용 여부

④ 환자의 만족도

- 직원들의 친절도
- 의사 및 간호사의 설명 정도
- 식사와 질 및 배석시간
- 진료수속절차의 간편성
- 병원시설의 청결 및 쾌적성

⑤ 기타

- 의료의 질관리 사업 실시 여부
- 1,2차기관 의뢰환자의 회송율
- 서비스 개선을 위한 조직 및 제도의 활용 정도 : 교육 포함.

4) 평가제도의 시행방안

① 자발적인 서비스개선의 유도

- 서비스 평가제도는 규제와 벌칙 보다 서비스 개선을 위한 제도적 지원과 동기부여를 위주로 한 유인책의 개발이 효과적임.
- 따라서 각 지표별로 조사·분석된 평가결과를 공표하여 해당 의료기관이 자율적으로 시정해 나가도록 하며,
- 평가결과를 통해 낮은 서비스 수준의 원인이 의료기관 자체에 있기 보다 제도적인 차원으로 귀결될 경우 일정기간 동안 각종 지원 및 제도개선과 서비스 개선을 위한 정보를 제공함.

② 서비스평가 결과의 수가 반영

- 서비스평가 결과에 대한 의료기관별 가산율의 차등적용은 상대평가를 원칙으로 하되, 서비스 수준이 전반적으로 향상된 경우에는 절대평가를 실시함.
- 서비스의 평가결과 개선을 위하여 추가로 투자되어야 할 비용이 많은 경우

에는 의료기관별 가산율을 가변적으로 적용함.

가산율 산정의 예

	현 행	변 경 안	
		제 1 안	제 2 안
3차병원	30 %	A 등급 : 40 % B 등급 : 30 % C 등급 : 20 %	A 등급 : 40 % B 등급 : 35 % C 등급 : 30 % D 등급 : 25 % E 등급 : 20 %
종합병원	23 %	A 등급 : 30 % B 등급 : 23 % C 등급 : 16 %	A 등급 : 30.0 % B 등급 : 26.5 % C 등급 : 23.0 % D 등급 : 19.5 % E 등급 : 16.0 %
병 원	13 %	A 등급 : 17 % B 등급 : 13 % C 등급 : 9 %	A 등급 : 17 % B 등급 : 15 % C 등급 : 13 % D 등급 : 11 % E 등급 : 9 %

의료기관 종류별 의료보험 행위료가산 수입(1993년)

(단위 : 백만원)

의 료 기 관		보험진료비 총액	행위료총액	기관당 행위료	
구 분	기관수			총액	1x금액
3차기관	35	892,361	272,466	7,784	77.8
종합병원	203	1,027,569	306,930	1,512	15.1
병 원	391	318,436	112,677	288	2.9
합 계	629	2,238,366	692,073		

* 자료 : 의료보험연합회 "진료행위별 급여경향 조사자료"(92)에서 추정

③ 타제도와의 연계

- 수련병원 지정을 위한 심사기준에 서비스의 정도를 평가할 수 있는 항목을 추가하고 그 결과를 활용토록 함.
- 장기적으로는 의료기관 신임제도는 물론 의료의 질관리 사업과 연계하여, 의료행위 자체를 포함한 서비스 평가제도를 도입토록 함.

④ 사업주체의 구성

- 본 사업의 효율적인 추진과 공정한 평가를 위하여 보건사회부에 “의료기관 서비스 개선 위원회”를 구성하여 운영함.
- 위원회는 정부, 병원협회 등 의료계, 보험자, 소비자단체 및 학계 등의 대표로 구성하여 평가기준의 개발 및 평가업무를 수행케 함.
- 실무적인 업무수행을 위하여 관련 연구기관이 사무국 기능을 담당케 함.

3. 기대효과

- 국민들의 의료기관 이용편의도 제고
- 국민들의 양질의 서비스에 대한 욕구 충족
- 의료서비스의 질적 수준향상
- 의료자원 이용의 효율성 제고
- 병원은 환자의 만족도 제고를 통한 경쟁력의 확보
- 병원 등 의료기관에 대한 국민들의 신뢰도 향상

4. 장애요인 등

- 의료기관의 재정적, 심리적 부담에 따른 반발
- 적용할 평가기준의 객관성에 대한 논란
- 기준의 설정, 조사 및 평가를 위한 재정의 부담
- 의료의 질과 의료외적 서비스의 혼돈 우려

지정진료제도의 개선

1. 현황 및 문제점

1) 현행 지정진료기준 및 지정진료 실태

- 지정진료병원 : 400명상이상의 레지던트 수련병원으로서 보사부 지정병원
- 지정진료의사 : 의사, 치과의사 면허후 10년이상 경과자로서 레지던트 수련 진료과 전문의, 단 대학병원은 전임강사 이상.
- 지정진료의 제한 : 연간 진료건수의 70%이내
- 진료항목 및 수가 : 의료보험수가 행위료 해당 부분의 50~100%
- 지정진료의 신청 및 해지 : 환자측의 신청에 의하고, 환자측이 해지를 요구할 경우 즉시 해지하여야 함.

2) 문제점

- 전문의로서 세부전공의 유무 및 내용과 상관없이 전문의이면 지정진료를 하는 등 해당 의료기관의 제도 남용으로 전문의에 의한 일반진료가 불가능하여 환자들의 불만 증가.
- 임원료 및 임상병리검사 등 의사의 행위와 직접적인 관계가 없는 진료비에 지정진료비가 부과되거나, 기준보다 과도한 액수의 진료비가 부과되어 지정진료제도가 병원의 수익증대방안으로 악용되고 있다는 비난이 일고 있음.

결국 지정진료제가 환자의 편의와 진료의 효율성을 도모한다는 본래의 취지를 상실하고, 의료기관의 수입증대 방안으로 활용된다는 비난이 심한 상태임.

2. 개선방안

1) 사업내용

① 지정진료제도를 폐지하는 경우

제도의 폐지에 따른 영향의 분석 : 병원경영 및 환자진료 등

- 1992년 현재 지정진료 수입은 병원전체수입의 3.6%
병원에 따라서는 최하 1.5%에서 최고 11.4% 차지
- 지정진료폐지시 해당병원 전체의 수입감소 예상액 : 약 1,500억원/년
(1992년 기준 18개병원의 실수입이 552억이며, 이를 병상수를 기준으로
1993년 현재 지정진료 대상인 55개병원으로 추정·계산한 것임.)

② 현 제도를 개선하는 경우

지정진료기준의 재정립 및 시행

- 지정진료 대상의사의 축소
 - : 기존과 같이 레지던트 수련진료과의 전문의로 하되
 - ㄱ. 전체 전문의 일정 비율만을 지정진료 의사로 하는 방안.
 - ㄴ. 현행의 면허후 경과 연한을 연장하는 방안.
- 지정진료 항목의 조정
 - : 진찰 및 정신요법, 수술 등 환자의 상태를 의사가 관찰하면서 실시하는 특수한 검사 및 촬영

2) 소요재정

폐지 또는 개선하는 경우 예상되는 의료기관의 수입감소는 의료보험수가의 인상시 반영되어야 할 것임.

3) 장애요인 등

- 수입감소를 우려한 의료기관의 반발
- 의사들의 환자진료에 대한 동기 감소
- 환자와 의사간의 존지 등 폐습 심화 우려

3. 기대효과

- 제도의 남용으로 인한 환자들의 불편해소 및 의료비 부담 감소
- 세부전공과 무관한 지정진료의 방지로 의료의 왜곡 방지.

야간외래진료제의 활용

1. 현황 및 문제점

- 모든 의료기관의 외래진료가 주간에만 실시되어 외래진료를 받는 직장인 등 경제활동 인구(1992년 기준 18,921천명)의 시간소비 막대함.
- 학생들도 주간에 진료를 받으려면 학교수업에 지장을 초래함.
- 이는 근로자 및 학생들의 의료이용 접근성도를 저하시키는 원인임.
- 이 결과 일반외래에서 진료가 가능한 환자들(응급실 환자의 40% 정도)이 응급실을 이용하여 응급진료에 지장을 초래하고,
- 방학기간중에 일부 진료과의 환자들이 집중하여 진료를 받기에 어려움을 당할 뿐 아니라 병원경영도 어렵게 함.
- 그러나 병원 외래를 이용하는 환자중 직장의료보험 피보험자(도시의 경우 전체환자의 21%)의 80%(전체환자의 17%)가 야간에 진료 받기를 희망하고 있음.

따라서 직장인들과 학생들이 일과후 또는 학교수업 종료후인 야간에 진료를 받을 수 있는 외래의 필요

2. 개선방안

1) 기본방향

직장인들이 통상적인 근무시간외에, 학생들이 방과후에 진료를 받을 수 있는 야간외래의 활성화.

2) 사업내용

① 의원의 야간진료 유도

- 의원들로 하여금 진료시간을 차별화하도록 유도
예) 진료시간대의 구분 : 1부(07:00 - 13:00), 2부(14:00 - 22:00)
- 오전 이른 시간 또는 저녁시간의 진료에 대해서는 incentive의 부여

예) 야간진료 시간변경 : 19:00 - 09:00 → 18:00 -09:00

가산을 : 행위료의 50%가산외에 진찰료 100%가산

② 병원의 야간외래진료소 운영 유도

- 주거 밀집지역 등 지역의 특성을 고려하여 병원에 야간외래진료의 개설을 유도하여 희망하는 병원을 야간진료병원으로 지정하고,
 - 지정된 병원의 야간진료에 대해서는 추가적용시 incentive의 부여
 - * 종합병원급이 기존의 당직인력을 최대한 활용할 경우 환자수가 100명 이상이면 수익성이 있는 것으로 보고되고 있음.
- 따라서 의원의 “예”에서와 같이 야간진료 적용시간을 조정하고, 본인부담인 진찰료를 100% 가산할 경우 병원의 수익성은 확보 가능.

③ 야간진료를 담당하는 의료기관은 이 사실을 의료기관 표지판에 표시토록 하여 이용자들의 편의를 도모.

3. 기대효과

- 경제활동 인구의 외래진료에 따른 활동시간 손실의 감축
- 직장인의 학생들의 의료이용 접근도 제고
- 병원 응급실 진료환경의 개선 및 외래 대기시간의 단축
- 도시 소재 병원의 주차난 부분적 해소
- 수가기준에 따라서는 의료기관의 수익 증대

4. 장애요인 등

- 의료기관의 수익성 보장 여부 : 환자수의 충분성 및 수가수준
- 야간에 근무할 의사의 제한으로 환자들도 제한적으로 내원
- 야간에 근무할 인력의 선발 및 수당지급의 합리성
- 의원의 2부제 운영시 국민들의 관습과 괴리
- 야간 진료환자의 의사 선택 범위 제한
- 일부 소규모 진료과의 주간진료 공동화 현상 초래 우려

간병인과 보호자 없는 병원

1. 현황 및 문제점

- 전통적인 관습에 따라 입원환자에게는 가족들이 동반하여 간호를 하거나, 가족이 동반하지 못할 경우에는 간병인이 활용되고 있음(종합병원의 66%).
- 가족들이 입원환자에게 동반하는 사회생활의 제한을 받아 정상적인 활동에 방해를 받게 됨.
- 간병인의 활용시는 1일 4-5만원의 경제적인 부담이 가중됨.
- 가족과 간병인의 병원상주는 간호업무의 일부를 경감해주는 효과도 있지만 간호의 질적 저하, 병원감염 및 간호사고의 우려도 있음.

2. 개선방안

- 효과적인 환자관리를 위하여 진료상 간병인이 필요한 환자들을 별도로 수용하여 병원의 간호인력이 간호를 전담하는 병동(보호자 없는 병동)의 활용.
- 본 병동은 3차병원 등 대형병원에 운영하도록 지정.
- 보호자 없는 병동에 입원은 환자들이 선택케 하고, 병원의 간호인력 증가에 따른 비용을 환자들이 부담케 함(1일 25,000원 예상).

3. 기대효과

- 환자 가족의 경제적, 정신적 부담 해소
- 환자 안위 도모 및 쾌적한 여유공간과 치료공간 확보
- 병원의 위상 제고 및 감염관리 용이

4. 장애 및 쟁점

- 진료비의 추가부담에 대한 사회적 저항감
- 의료기관들의 기준 준수 및 제도 남용(환자측의 희망에 따른 객관성)
- 전인간호의 질 및 이에 대한 환자들의 만족도