

## 의료전달체계에 관한 정책의제의 재조명

한 달 선

한림의대 사회의학교실

### <Abstract>

### A revisit to policy agenda concerned with the distortion of functional differentiation among health care providers

Dal Sun Han

*Department of Social and Preventive Medicine,  
College of Medicine, Hallym University*

Much policy attention has been directed to the concentration of patients in large hospitals, especially in tertiary care hospitals. In order to address the problem, the government has enforced referral requirement for accessing care in tertiary care hospitals by denying insurance benefits to the patients who do not observe the requirement. This approach somehow has failed to produce expected effects although it still exists in theory.

The concentration of patients in a certain type of providers results in the distortion of functional differentiation among various types of providers and vice versa. Thus the approaches for the alleviation of the problem should be directed to both patients and providers. However, policy approaches has so far focused on ways of directly affecting patients' choice of a provider neglecting the effects of providers. Based upon the observation, this paper has reviewed selected issues that should be

---

\* 접수 : 2010년 12월 6일, 최종수정 : 2010년 12월 6일, 게재확정 : 2010년 12월 16일

† 교신저자 : 한달선, 한림의대 사회의학교실, 011-9480-4445, [hands@hallym.ac.kr](mailto:hands@hallym.ac.kr)

considered in agenda setting for policies concerned with the concentration of patients in large hospitals or the distortion of functional differentiation among health care providers.

A brief discussion of each of the issues suggests three general guidelines for the formulation and implementation of policies intended to address the problem. First, attention should be directed to both patients and providers. Secondly, it is necessary to employ diverse measures including regulation, incentives and administrative supports. Thirdly, some of the approaches should be planned from a long range perspective, for it often takes a long time to change some aspects of health care utilization and provision.

*Key words : health care delivery system, referral requirement, functional differentiation among health care providers*

## I. 서론

보건의료가 국정과제의 하나로서 그 무게가 더해지기 시작한 1970년대 중반 이래 의료전달체계는 보건의료부문의 선진화를 위한 가장 중요한 과제의 하나였으나 아직도 발전방향과 접근전략이 확고하지 못한 상태이다. 정부가 '의료전달체계의 실시'라는 정책적 조치를 공식적으로 추진하기 시작한 것은 1989년 7월 1일부터였다. 그 목적은 환자들이 되도록 근거리 의료기관을 이용하고, 또 단순한 기술수준의 진료능력을 갖춘 기관에서부터 의료이용을 시작하여 필요에 따라 복합적 기술수준의 기관으로 옮겨가도록 하는 것이었다. 요약해서 말하면 의료이용의 지역화와 단계화를 위해서 환자가 최초로 방문할 의료기관을 소속 진료권과 3차기관(현재의 상급종합병원)인지 여부에 따라서 제한하고, 이러한 진료절차를 따르지 않는 환자에게는 보험급여를 하지 아니하고 본인이 진료비의 전액을 부담토록 한다는 것이었다 (보건사회부, 1989).

대진료권의 구분이 1995년부터 없어졌고, 1998년 공·교의료보험과 지역의료보험을 통합하면서 중진료권의 구분도 없어짐으로써 의료이용의 지역화는 추진이 중단됐다. 보험자가 동일한데 가입자들의 거주지별로 이용할 수 있는 의료기관을 제한하는 것은 명분에 맞지 않는다는 점이 지역화 조치를 폐기한 이유였을 것이다.

의료이용의 단계화는 시행 초기에 효과가 얼마쯤 나타난 것으로 평가되다가 (명

재일·정영철, 1991; 한달선 등, 1991), 시간이 지나면서 미흡하나마 발생하던 효과마저 감소되어 오늘날에는 실효성이 없는 제도로 인식되기에 이르렀지만 계속 주요 정책과제로 자리매김되고 있다. 그리고 대형 병원으로의 환자 쏠림이 보험재정 악화 및 의원과 중소병원의 경영난을 초래하는 주범이라는 주장이 꾸준히 제기되면서 정부가 앞으로 의료기관 종류별 기능의 재정립에 적극 노력할 계획인 것으로 알려지고 있다.

의료이용의 단계화를 위한 정부의 조치에 대하여는 적어도 두 가지 근원적 결함을 지적할 수 있다. 하나는 일차의료부문의 발전을 추진할 계획의 제시는 없이 상급종합병원 이용을 억제하는데 초점을 맞추으로써 의료서비스 향상과는 무관하게 환자의 선택권만 제한하는 조치가 됐다는 점이다. 다른 하나는 의료서비스 시장에서는 공급자가 주도적 역할을 하는데 상급종합병원 이용자들에게 불편과 부담을 증가시킴으로써, 다시 말해서 일부 소비자들만 겨냥한 수단으로 시장의 구조적 변화를 이끌어내려 했다는 점이다.

정책방향과 전략을 잘못 설정한 이유의 상당 부분은 의료전달체계의 개념을 지나치게 단순화하여 환자이송체계 또는 환자가 의료기관의 종류를 선택하고 이용하는 의료추구양상과 거의 동일시 함으로써 그 변화를 위한 접근의 대상도 환자의 행태에 한정되다시피 했던 때문인 것 같다. 뒤에서 부연 설명하겠지만 의료전달체계를 의료공급의 측면에서 보면 의료기관들의 진료기능에 관한 분업체제인 것이다. 의료이용의 단계화는 의료기관들이 진료서비스를 기술수준별로 분담하는 체제에 다른 것이다. 그러므로 의료기관들이 이와 같은 분담체제에서 주어진 기능을 효과적으로 수행하는데 적합한 역량과 기타 특성을 갖추었는지 여부에 따라서 환자의 선택도 달라질 것이다. 이렇게 보면 의료전달체계에 관한 논의와 정책이 환자가 의료를 추구하는 과정이나 행태에만 초점을 맞출 것이 아니라 공급 측면에도 그에 못지않게 관심을 가져야 할 것임을 알 수 있다.

의료전달체계에 관한 그 동안의 논의와 정책적 접근에 대하여 간략하게 관찰한 결과만으로도 관련 정책의제를 다시 정리, 설정할 필요성을 발견하게 된다. 정책의제 설정은 정책과정의 첫 단계이므로 정책이 소기의 성과를 거두는데 매우 중요하다. 정책적 차원의 접근을 요하는 문제나 과제, 가능한 해결방안들 및 정치적 여건이 정책의제의 주된 내용이 된다 (노화준, 2004; Longest, 2002). 먼저 의료전달체계를 분석하고 대안을 모색하는데 지침이 될 개념과 이론적 시각을 기술하고, 이어서 현실적 상황에서 고려해야 할 주요 정책과제들을 선별하여 각 과제에 대하여 개괄적으로 논의함으로써 정책의제를 개관하기로 한다. 과제별 논의의 목적은 관련 정책을 구체화하기 위한 실증적 분석과 검토가 아니고, 정책방향의 올바른 설정과 정책개발의 발상 제시가 될 것이다.

## II. 의료전달체계의 개념 재고(再考)

### 1. 의료전달체계, 의료공급체계 및 의료제공체계의 구분

영어문헌의 health care delivery system은 의료전달체계, 의료공급체계 또는 의료제공체계로 번역되는데, 이들의 개념 규정에 관한 혼선을 정리할 필요가 있다. <그림 1>에서 보는 바와 같이 의료체계(health care system)의 구성요소는 의료서비스의 생산과 소비가 직접 이루어지는 부분과 의료비의 조달과 관리가 주된 기능인 의료재정체계로 대별할 수 있다. 영어문헌에서는 health care delivery system이 의료체계와 거의 동의어로 쓰이기도 하고 (Shi and Singh, 2004 ; Ledford, 2008 ; Evans, 1981),<sup>1)</sup> 의료서비스가 실제로 이루어지는 부분만을 지칭하기도 한다(Salloway, 1982). 우리나라에서는 의료재정체계(health care financing system)의 주축이 복합적 구조의 대규모 조직에 의해서 운영되는 건강보험제도이다. 그러므로 의료체계를 분석하거나 정책을 구상함에 있어서 의료재정체계와 좁은 의미의 health care delivery system이라 할 수 있는 의료서비스가 주된 기능인 부분으로 구분해서 다루는 것이 편리하겠다. 다만 양자가 서로 주고받는 영향이 크게 마련이며, 그러한 상호작용의 내용이 의료체계 전반의 구조, 기능 및 성과에 미치는 영향이 매우 크다는 점은 분명히 인식해야 한다.

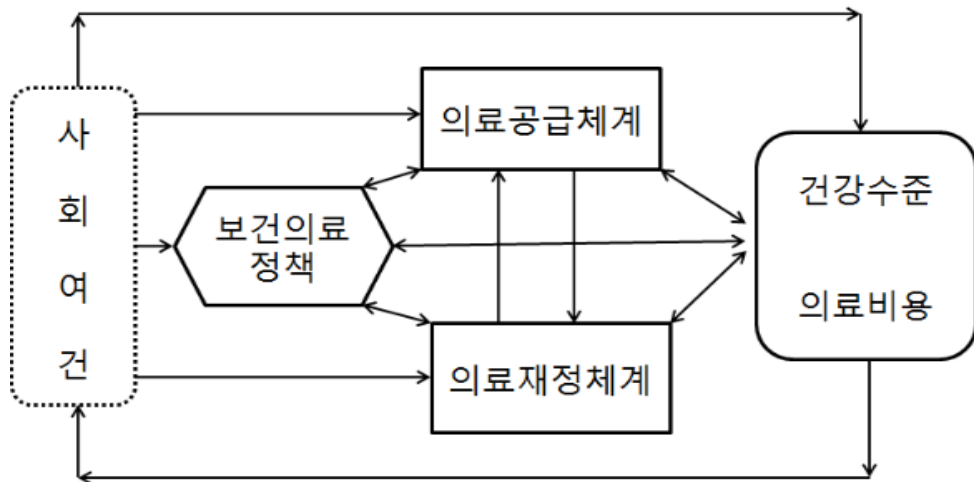


그림 1. 보건의료체계와 의료공급체계

1) 예컨대 Evans(1981)는 Health care delivery systems consist of five principal factors. These are the consumers (patients), first-line providers (usually general practitioners), second-line providers (hospitals, institutional facilities), the state, and insurers.

health care delivery system의 번역 용어들 중에서 가장 자주 쓰이는 것이 ‘의료 전달체계’인데, 흔히 원문과 달리 환자이송체계(patient referral system)의 뜻으로 사용된다. 왜 이처럼 전혀 다른 개념으로 쓰이는 경우가 많아졌는지 확실치는 않으나, 짐작컨대 모든 서비스와 마찬가지로 의료서비스도 생산과 소비가 동시에 이루어지기 때문에 전달(Delivery)하는 과정을 별도로 상정할 수가 없는데, 의료기관 간에 환자를 의뢰하고 이송하는 것은 환자의 전달이라고도 볼 수 있으므로 구체화해서 생각할 수 있는 과정이기 때문일 가능성이 있다. 다시 말해서 영어문헌의 내용을 충분히 이해하지 못한 상태에서 ‘의료전달체계’의 ‘전달’이라는 낱말의 상식적 의미에 근거해서 그 개념을 파악하고 규정함으로써 health care delivery system을 의료서비스 전달체계가 아닌 환자 전달체계로 이해하는 혼선이 초래된 것 같다.

용어와 개념의 혼선을 피하기 위해서는 ‘의료전달체계’는 현재 널리 사용되고 있는 그대로 환자이송체계라 정의하고, health care delivery system은 의료체계 중에서 의료서비스의 공급과 이용이 이루어지는 과정과 관련 요소들을 총괄해서 지칭하는 개념으로 이해하여 현재 비교적 자주 쓰이는 대로 ‘의료공급체계’라고 번역하면 원문의 뜻에 어긋나지 않는 적절한 용어가 될 것이다.<sup>2)</sup> 의료는 대부분 공급과 소비가 동시에 이루어지는 서비스이므로 이 경우의 공급은 소비 또는 이용도 내포한다. 이렇게 보면 의료서비스의 생산과 이용이 실제로 이루어지는 현장의 일선 조직인 의료기관들이 의료공급체계의 핵심적 구성요소이다.

의료이용을 시작할 때 선택할 수 있는 의료기관의 종류에 대한 제한과 공식적 환자이송체계가 없는 우리나라에서는 의료이용자들이 어떤 기관을 선택하는가에 따라서 다시 말해서 의료전달체계의 실상이 결정되게 마련이다. 한편, 환자들이 어떤 기관을 이용하는가에 따라서 의료기관들이 진료할 환자의 수와 진료활동의 내용이 결정되므로, 공급 측면에서 보면 의료전달체계는 의료기관들 간의 진료서비스 분업체계 또는 기능적 분화(分化)상태에 다름 아니다.<sup>3)</sup> 다시 말해서 의료전달체계는 의료공급체계가 작동하는 방식의 일부로 볼 수 있는 것이다.

의료제공체계도 health care delivery system의 번역 용어로 쓰이곤 하므로 제공과 공급의 의미를 비교해볼 필요가 있다. 사전에 의하면 공급은 필요·요구·수요에 응하여 그리고 교환이나 판매를 위하여 재화나 용역을 주는 것을 뜻하는데 반하여, 제공은 그냥 내 주는 것을 뜻한다. 두 낱말의 차이를 고려할 때, 개인 아닌 사회

2) 본고에서는 의료전달체계와 의료공급체계를 이처럼 구분해서 사용할 것이다.

3) 공식적 환자의뢰제도(referral requirement)가 없고 이용할 의료기관을 환자가 자유롭게 선택하는 우리나라에서는 의료전달체계를 환자의뢰체계나 환자이송체계보다 의료기관들의 분업체계로 이해하는 것이 더 적절할 수도 있겠다. 이렇게 보면 우리가 자주 접하는 ‘의료전달체계의 붕괴’라는 말은 잘못된 것이다. 의료전달체계 또는 의료기관들 간의 분업체계는 왜곡된 것이지 붕괴된 것은 아니다.

수준에서는 대부분의 경우에 의료서비스는 제공된다기보다 공급된다고 말하는 것이 더 적절하겠다.

## 2. 의료이용경로와 의료전달체계

의료이용과정은 환자가 특정 의료기관을 선택하여 방문함으로써 시작된다. 환자가 의료이용을 시작하여 종료할 때까지 거치는 의료기관의 종류와 종류별 순서를 의료이용경로 또는 의료추구경로라고 할 수 있겠다. 최초의 외래진료를 위해서는 1차 의료기관만 이용하고, 이후에는 환자의 병세에 따라서 2차 또는 3차 기관에서 필요에 맞는 기술수준의 진료를 받는 것이 합리적이고, 환자들이 이처럼 합리적 의료이용경로를 따르면 의료서비스의 효율을 높이고, 질적 적절성과 이용편의를 도모할 수 있는 바람직한 의료전달체계가 조성된다고 보는 것이다.

의료이용경로의 불합리성이 우리나라 의료체계의 중요한 결함으로 지적되고 있다. 의료이용을 시작할 기관의 선택에 실질적 제약이 없고, 의료기관 종류들 사이에 합리적 분업체계가 조성돼 있지 않아서 기능 중복이 많고 갈등적 경쟁이 심한 것으로 인식되고 있다. 의료기관들은 시설, 장비, 인력 등의 진료능력이 기술적 복잡성과 난이도 측면에서 차이가 있는데도 환자는 의료이용을 시작할 때부터 선택에 전혀 제한을 받지 않고, 또 의료기관들 사이에 환자의뢰체계가 운영되지 않고 있는 것이 문제로 지적된다. 결과적으로 간단한 진료로 해결될 질병의 환자가 전문적 진료체제를 갖춘 종합병원을 찾음으로써 낭비를 초래하는가 하면, 정작 전문적 진료를 요하는 환자는 장기간 대기하면서 시간을 허비하는 경우가 있어서 의료서비스의 비효율, 질적 저하 및 의료이용의 불편을 초래한다는 것이다.

의료이용의 단계화는 의료이용경로를 변화시켜 합리화하기 위한 접근의 하나로 볼 수 있겠다. 의료이용경로의 변화가 듣기에는 어려운 과제가 아닌 것으로 생각될 수 있다. 환자가 많은 의료기관들 중에서 선별하여 방문하고 경우에 따라서는 다른 기관으로 옮겨가면 되는 일이라고 볼 수 있기 때문이다. 그러나 조금만 자세히 따져보면 생각보다 복잡한 일이 될 수 있음을 깨닫게 된다. 방문하는 의료기관에 따라서 진료능력, 편의시설, 친절도 및 비용이 적지 않게 다를 수 있으나 환자가 의료기관들을 비교하고 선택하는데 필요한 정보를 얻기가 어렵고, 의료기관을 옮길 때는 이용 중인 의료기관 진료의사의 의견도 작용하리라는 점 등을 감안하면 환자가 합리적 의료이용경로를 따르는 일이 간단치만은 않을 것임을 짐작할 수 있다.

의료이용의 단계화와 관련해서 가장 강조되는 점은 의료이용을 1차기관에서 시작해야 한다는 것이지만, 의료기관들 간에 환자를 이송하는 양상도 중요하다. 의료기관이 자체의 진료능력으로 해결할 수 없는 문제를 가진 환자를 적기에 다른 기관

으로 의뢰해야 의료서비스가 적절히 이루어질 수 있을 것이기 때문이다. 그리고 역(逆) 의뢰 또는 회송(回送)도 필요한데, 예를 들면 상급종합병원에서 심각한 문제를 일단 해결한 이후에는 인근의 의원이나 병원에서 진료를 받도록 하는 것이 바람직할 경우가 있기 때문이다. 환자들이 어떤 의료기관을 최초로 방문했는지 뿐만 아니라, 어떤 의료기관들을 추가적으로 거쳤는지에 따라서도 의료이용의 건강효과, 비용 및 의료기관의 생산성이 달라지는 것이다 (한달선 등, 1991).

### III. 의료전달체계에 대한 이론적 시각

#### 1. 체계로서의 의료기관과 의료전달체계

의료기관은 대부분의 조직처럼 외부환경과 교류관계를 유지해야만 존속하는 개방체계이다. 개방체계가 계속해서 존립하려면 1) 자원의 확보, 2) 기본과업의 완수, 3) 제반활동의 통합조정 및 4) 대내외적 여건에 대한 적응의 네 가지 기능적 요건을 충족시켜야 한다 (Churchman, 1968). 주목할 것은 이와 같은 개방체계 개념에 의하면 진료가 의료기관의 기본과업이지만 진료기능을 행하는 과정에서 따라야 할 규범이 되도록이면 다른 필수적 존립요건을 충족시키는데 지장이 없도록 정해져야 하겠고, 그렇지 않으면 의료기관들이 무시하거나 준수하지 못할 가능성이 크다는 점이다. 의료전달체계의 운영과 관련해서 의료기관에 가해지는 제약이나 규범도 마찬가지다. 예컨대, 상급종합병원들의 경우에도 수입과 입원환자 확보의 중요한 통로인 외래진료를 축소하는 조치는 수용하기가 쉽지 않을 것이다.

개방체계는 유지, 성장을 위해서 외부환경과 교류를 가져야 하지만 개체로서의 독립성을 보존하려는 성질도 갖고 있다는 사실을 지적해둘 필요가 있겠다. 의료기관이 의료부문의 구성요소인 것은 사실이나 추구하는 독자적 목표도 있는 것이다. 이와 같은 개체로서의 목표와 의료부문의 전체적 목표가 상치될 경우에는 의료기관들이 자체의 존립과 발전에 유리한 목표를 추구할 것임에 틀림없다. 따라서 의료전달체계가 의료체계의 전체적 효율에 바람직하더라도 개별 의료기관에게 불리하다면 이들은 제도의 운영에 여러 가지 방법으로 저항하게 될 것이다.

#### 2. 의료공급체계의 기본구조와 의료전달체계

의료공급체계의 기본구조는 두 가지 형태로 대별할 수 있고, 구조에 따라서 의료전달체계의 설계와 접근이 본질적으로 달라야 한다.

첫째는 의료공급체계가 하나의 개체로서 유지하기 위하여 강력한 통합조정 기제

가 운용됨으로써 의료기관들이 의료공급체계의 구성요소로서 기능하는 경우이다. 영국의 의료공급체계가 이와 같은 구조의 예가 된다. 이러한 상황에서는 의료공급체계 전체의 기능을 원활화하고 목표를 효율적으로 달성하는데 적합하도록 의료기관들이 분업 및 협동관계에 있어야 한다는 규범에서 벗어날 수 없을 것이다. 의료공급체계가 의료기관들의 단순한 집합이 아닌 진정한 의미의 체계라면 이와 같은 당위론적 관계를 유지하는 것이 당연할 것이기 때문이다. 그러므로 의료전달체계를 기계론적 시각에서 합리적으로 설계하고, 운영하면 대체로 효율적으로 기능할 수 있을 것이다.

둘째로, 의료공급체계가 통합된 개체로서의 요건을 갖추지 못하고 있어서 개별 의료기관들이 의료공급체계의 구성요소이기 보다는 독립적 개체로 행동하는 경향이 강한 경우가 있다. 우리나라 의료공급체계가 이러한 구조를 가진 예가 된다. 이와 같은 상황에서는 각 의료기관을 하나의 개방체계로 보고 다른 의료기관들을 경쟁 또는 협력관계에 있는 환경요소의 일부로 간주해야 한다. 환자, 인적 자원, 정보 등의 투입요소가 의료기관 존립의 필수 요건인데 의료기관 종류별로 이들 존립요건 전체가 판이한 것이 아니고 서로 중복되는 것들이 많다. 따라서 의료기관들이 개별적으로 독립된 운영체라면 상호 협력관계 보다는 투입요소를 확보하기 위한 경쟁적 입장을 취하게 될 가능성이 크고, 환자이송 등을 통한 분업과 협업이 원활하게 이루어지기 어려울 것임을 고려해서 의료전달체계를 설계하고 운영해야 하는 것이다.

## IV. 의료전달체계에 관한 정책의제 개관

### 1. 의료전달체계 정립의 기본방향과 접근전략 재설정

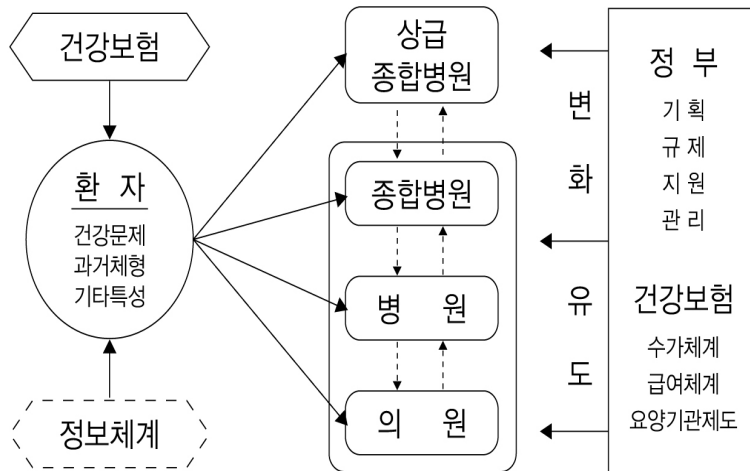
정책당국과 전문가들은 흔히 의원은 외래 중심의 1차 의료와 문지기 역할을 수행하고, 병원급은 입원 위주의 진료, 그리고 상급 종합병원은 고도의 전문적 의료 서비스와 연구를 담당토록 하는 것을 우리나라 의료전달체계가 지향할 이정표로 생각하고 있다. 입원환자는 물론이요 외래환자도 대형병원으로의 쏠림이 심하고, 반면에 의원들이 적지 않은 수의 병상을 보유하고 입원진료에 참여하고 있다는 사실이 단적으로 말해주듯이 의료기관 종류별 역할과 기능의 분화가 불합리하고 미흡하다는 것이 이러한 견해의 주된 배경인 것이다.

의료전달체계 정립의 방향에 대해서는 적어도 근원적 이견은 없는 것 같다. 그러나 그 동안 의료전달체계의 정립에 정책당국의 관심이 컸고, 각계에서 논의도 활발했지만 아직도 지향할 현실적 모형의 설계와 접근전략이 확실하지 못한 상태이다.



이처럼 진전이 없었던 이유는 의료전달체계의 개념을 지나치게 단순화함으로써 문제의 원인 파악이나 접근방안의 구상과 개발이 매우 제한된 범위에서 이루어졌다는 사실에 기인하는 부분이 크다고 판단된다.

의료전달체계는 흔히 환자이송체계 또는 환자들이 의료기관을 선택하여 이용하는 의료추구양상을 뜻하는 용어로 사용되지만, 공급 측면에서는 의료기관의 종류별 기능분화 즉, 진료서비스의 분업체제로서 의료공급체계가 작동하는 방식의 일부임을 앞에서 논급한바 있다. 그러므로 환자의 의료기관 선택을 비롯한 의료추구행태만 겨냥해서는 의료전달체계의 변화를 추진하는데 한계가 있고, 의료기관과 공급체계에 대한 접근도 병행돼야 한다. 환자를 대상으로 하는 접근보다 공급 측면에 대한 조치가 정치적으로 어려움에 처할 위험이 크더라도 소기의 성과를 거두기 위해서는 불가피한 것이다. <그림 2>는 이와 같은 관점에서 의료전달체계의 변화를 위한 접근전략의 개요를 도시한 것이다. 환자에게는 건강보험에 의한 유인을 제공하고 의료기관들을 비교, 평가하는데 도움이 될 소비자 정보의 유통을 확대하는 한편, 의료기관들과 의료공급체계의 기능과 구조의 변화를 이끌어낼 수 있는 수단들을 정부와 건강보험이 적극적으로 개발, 활용해야 할 것이다. 이것은 의료전달체계의 정립을 위한 노력에는 의료공급체계에 대한 이해가 중요함을 뜻한다.



\* P1, P2, P3, P4의 상대적 크기 합리화가 의료전달체계 정립의 일차적 과제임

그림 2. 의료이용경로의 합리화를 위한 접근

<그림 3>은 의료공급체계의 구조와 기능을 요약해서 보여주고 있다. 의료공급체계는 직접적 산출인 의료서비스가 접근성, 형평, 품질 및 효율의 측면에서 적절히 이루어지도록 하는 것을 핵심적 기능으로 한다. 의료서비스는 환자와 여러 가지 의

료자원의 투입을 받아서 기능하는 각종 의료기관들에 의해서 이루어진다. 그러므로 의료공급체계가 효과적으로 의료서비스를 생산하기 위해서는 일차적으로 의료기관이 종류, 종류별 구성, 지역 간 분포와 더불어 종류들 간의 진료서비스에 관한 분업체제, 즉 의료전달체계가 적절해야 한다.

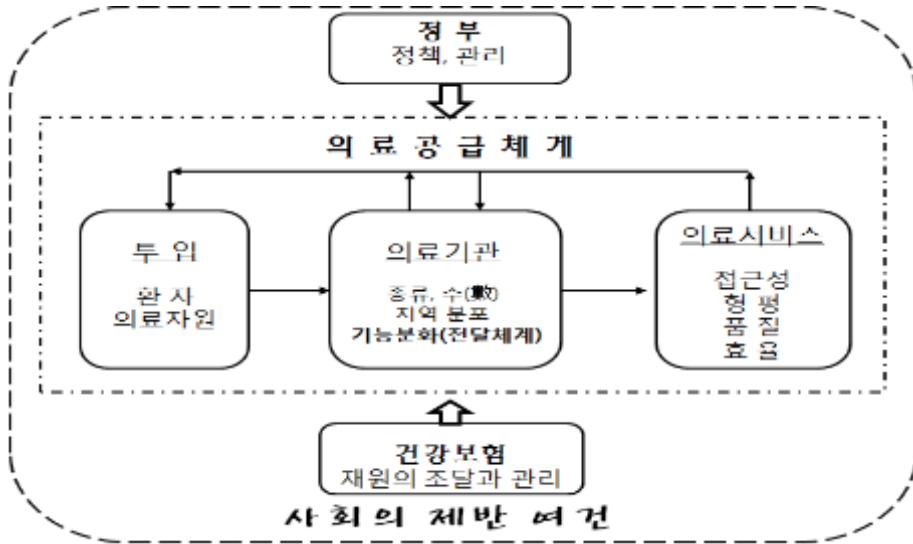


그림 3. 의료공급업체의 구조와 기능

의료전달체계가 변화하면 개별 의료기관들은 종류별로 의료기능이 축소 또는 확대될 것이며, 기능의 변화는 수입의 변동으로 연결되어 전체 의료비에서 차지하는 몫이 달라질 것이다. 그러므로 의료전달체계의 변화에는 정치적 역학관계가 작용하게 마련이고, 따라서 당사자들의 이해관계 조정이 중요한 과제가 된다.

우리나라에서는 의료기관들의 협력관계 조성이 쉽지 않게 돼있다. 의료기관의 절대 다수는 개인자본에 의해서 설립되었고, 투자재원과 운영비를 자체적으로 조달해야 하는 독립적 조직이므로 의료공급체계가 통합된 개체로서의 요건을 갖추지 못하고 있어서 개별 의료기관들이 의료공급체계를 구성하고 있는 하부단위로 기능하기 보다는 상호 매우 느슨한 관계를 유지하면서 각기 자체의 목표를 추구하게 마련이기 때문이다. 게다가 의료이용자들도 의료기관 선택에 대해서 거의 제약을 받지 않고 있다. 의료전달체계의 변화를 계획함에 있어서 의료부문의 이러한 상황을 충분히 고려한 모형이 아니면 안정적으로 정착되기 어려울 것이다. 예를 들면, 의료법에 의료기관의 종류별 기능을 상세하게 규정해도 의료기관들이나 환자들이 따르도록 유인하는 제도적 장치가 없을 때는 사문화될 가능성이 크다. 1970년대 중반부

터 건강보험의 출범 등에 의하여 의료부문이 크게 성장해왔지만 구조의 본질적 변화는 없었고, 현재 시행되고 있는 의료전달체계가 소기의 성과를 거두지 못하고 있다는 사실이 그러한 관찰을 뒷받침한다.

의료전달체계의 정립에 적지 않게 힘써왔지만 정책의 기본방향을 개괄적으로 설정한 지점에서 더 나아가지 못하고 있는 형편이고, 아직도 현실적 목표와 접근수단의 제시는 과제로 남아있다. 앞으로도 의료공급체계가 지금 상태로 유지된다면 환자들이 의료서비스의 효율을 보장하는 방향으로 의료기관을 선택해서 이용토록 유도하는 방안을 개발하기가 매우 어려울 것 같다. 예컨대, 현재처럼 의원들은 환자를 다른 의료기관으로 이송할 유인이 전혀 없고 의원은 대부분 전문의에 의해서 운영되고 있는 상황에서, 환자들이 대형병원 대신 의원을 선택함으로써 의원급의 전문적 의료서비스가 확대된다면 일차 진료기능과 후속 진료의 조정자 역할은 오히려 부실해질 가능성이 크다. 그러므로 의료전달체계 정립을 위한 정책은 환자들이 의료기관을 선택하는 행태에만 초점을 맞추던 지금까지의 제한적 시각에서 벗어나 의료기관과 의료공급체계의 변화도 병행해서 추진해야 소기의 성과를 거둘 수 있을 것이다.

## 2. 의료기관에 관한 소비자정보 제공의 제도화

의료이용과 의료공급 등에 관한 여건의 변화가 없다면 의료전달체계는 의료서비스 현장에서 소비자들이 어떤 의료기관을 선택해서 이용하는가에 의해서 형성된다. 그러므로 환자들의 선택이 의료전달체계에 대한 정책의 관점에서 바람직한 방향으로 이루어지도록 하는 방안이 중요하다. 일반적으로 선택을 포함한 모든 결정을 올바르게 하려면 정확한 지식과 정보를 가져야 한다.

의료기관에서 환자들이 이용하는 서비스에는 의학적인 부분과 비의학적인 부분이 있다. 비의학적인 요소의 품질은 환자가 비교적 정확하게 평가할 수 있을 것이다. 그러나 의료서비스의 핵심인 의료기술적 측면에 대해서는 일반적으로 환자들이 전문성을 갖추지 못하고 있는데다, 관계 자료를 얻기도 어렵기 때문에 정확히 평가할 수 없는 것이 보통이다. 그 결과 환자들은 건물, 편의시설, 규모, 명성 등의 외형적인 것들을 기준으로 의료기관을 평가하고, 의료기관들은 이에 부응하는 방향으로 경쟁력을 갖추려는 경향을 보이게 된다((Perrow, 1961). 이와 같은 상황은 의료서비스의 기술적 측면에 대한 정보를 소비자가 쉽게 이해할 수 있도록 내용을 꾸며서 용이하게 접근할 수 있는 형태로 제공하는 노력이 강화되어야 할 것임을 시사한다.

많은 나라에서 의료서비스 소비자의 영향력 강화 필요성을 강조하면서 (윤희숙, 2009) 의료기관에 대한 정보 인프라를 구축하는 일에 관심이 커지고 있다. 예컨대, Sweden의 민간 회사로서 소비자 권력과 환자 권리의 신장을 주된 목적으로

활동하는 Health Consumer Powerhouse(HCP)는 35개국(유럽연합 회원국과 캐나다)의 의료체계에 대한 비교 자료를 생산하고 있는데, 2005년에는 20여 개의 지표로 구성된 Euro Health Consumer Index(EHCI)를 작성해서 공표함으로써 소비자들의 영향력 향상방안을 추진하고 있다.<sup>4)</sup> 그리고 금년에는 유럽의 5개국 병원 정보 포털의 사용자 지향성, 의료서비스 품질 정보 등을 분석하고, 유용성에 대한 환자 의견을 조사하여 보고하였다 (HCP, 2010).

우리나라에서는 2004년부터 300병상 이상의 병원을 대상으로 의료기관 평가를 시행하였는데 2009년까지 563개소가 받았으나, 평가결과의 구체적 내용은 공표되지 않았다. 그리고 공표된다 하더라도 소비자에게 얼마나 유용할 것인지는 평가문항에 비추어 의문의 여지가 있다. 최근에 발족된 의료기관평가인증원이 병원 평가사업의 결함을 보완해갈 수 있을 것으로 기대되나 아직은 지켜보아야 할 것이다.

의료서비스의 전문성과 복잡성 때문에 소비자가 접근하고 이해하기가 용이하면서도 도움이 되는 소비자정보체계를 구축하고 운영하는 것은 결코 쉽지 않은 과제이다. HCP(2010)의 보고서도 병원정보포털들이 제공하는 진료의 질적 수준에 대한 정보가 지나치게 단순화됐거나 이해하기 힘들만큼 많은 지표들로 구성돼 있어서 소비자에게 도움을 주기 어려울 것으로 보이는 경우가 있었음을 지적하고 있다. 이와 같은 어려움에도 불구하고 의료기관과 의료서비스에 대한 소비자정보의 생산과 유통의 확대가 의료이용자들의 합리적 선택을 돕고, 의료공급자들이 소비자 필요에 민감하게 반응토록 함으로써 의료전달체계 정립에 기여하게 될 것임을 고려하여 적극 추진해야 하겠다. 그리고 작금의 의료서비스 연구와 정보통신기술의 발전 동향에 비추어 기술적 문제들은 점차 해결될 것으로 내다보인다. 추진과정에서 간과하지 말아야 할 것은 기술적 측면 이외에 관리조직, 내용 개발체제, 정보 공개절차 등을 제도 운영이 공익성과 공정성을 기하도록 계획하는 일도 중요하다는 점이다.

### 3. 의원부문의 역할 확립과 경쟁력 강화

우리나라 건강보험에서는 상급종합병원에서 받는 2단계 요양급여와 여타 요양기관에서 받는 1단계 요양급여로 구분하고 있다. 따라서 1단계 요양기관은 상급종합병원을 제외한 모든 의료기관을 포함하며, 의사 1인이 진료하는 의원에서부터 대규모 종합병원까지 다양하다. 그러나 여기서는 의원부문의 일차의료서비스에 초점을 맞추기로 한다.

일차의료는 의료이용과정에서 첫 단계임과 동시에 후속 의료과정의 조정을 담당한다. 어느 나라에서나 진료 내역과 환자 관리방법이 의학외적 요인에 따라서도 적

4) [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com) 참조.

지 않게 차이가 있게 마련인데 (Hillman, 1990; McPherson, 1990; Sandier, 1990), 최종접촉 진료는 의학적 정보가 적은 상태에서 행하여지므로 의료기술적 타당성이 결여될 여지가 적지 않다. 그러므로 일차의료서비스가 질적, 양적으로 적절하게 이루어지도록 일차의료부문의 진료능력과 경쟁력을 강화하는 일은 어렵지만 의료정책에서 핵심적 과제이며, 의료전달체계 정립의 기반이 되는 것이다.

일차의료부문이 구조적으로 정체성이 모호하고 역할과 기능면에서 난맥상을 나타내고 있는 점이 우리나라 의료체계의 두드러진 결함으로 지적되고 있다. 일차의료부문의 주역인 의원들은 현재 환자 유치 경쟁에서 우위를 차지하기가 어렵게 돼있다. 첫째, 진료의 내용과 양에 따라서 의원의 수입이 달라지는 상황에서는 소유주인 진료의사에 대한 환자의 신뢰는 피고용자 신분인 병원 의사들에 대해서보다 약한 경향이 있으리라는 점이다. 의원의 진료능력을 벗어나는 문제인데도 다른 의료기관으로의 이송이 지연되고 있는 것이 아닌지 의심받을 가능성이 있다는 것이 예가 된다.<sup>5)</sup> 둘째, 단독 개원에 따르는 자금 부담과 경영상의 어려움이 적지 않을 것이다. 2009년에 대한의사협회 의료정책연구소가 한국궤립연구소에 의뢰하여 전국에서 선정한 1,009개 의원을 방문 조사한 결과에 의하면 의원들은 평균 5억 7000만원(자기 건물)~3억 7000만원(임대)의 개원자금을 동원했으며, 대출금액이 평균 4억 3000만원으로 월 260만원의 이자를 지출하고 있었다 (박윤형, 2010). 셋째, 병원급 의료기관들에 비하여 동원할 수 있는 홍보수단이 제한적이고, 결과적으로 환자들은 이용할 의원을 선택하는데 어려움을 당하게 된다. 우리나라 특유의 사정으로서 개원 의사들도 절대 다수가 일차의료 분야 이외의 전문의들이라는 사실이 환자들의 선택을 더 어렵게 하는 요인이 된다. 의원들의 70% 이상은 전문과목을 표방하고 있으며, 전문의이면서 일반의원으로 개원한 경우도 15% 이상으로 집계되고 있다. 이러한 사실들은 대형병원 이용자에게 부담을 주는 정도로는 의원부문의 상대적 경쟁력을 강화할 수가 없고, 의원부문의 일차의료서비스 향상을 보다 적극적으로 추진할 필요가 있음을 시사한다.

의원과 병원급 의료기관의 기능적 연계를 통한 의료전달체계 구축방안으로 개방병원제도가 실험적 수준에서 시행되고 있으며, 일부 전문가들의 지지도 받고 있다. 그러나 이 제도가 기대한대로 기능할 것인지 의문스러운 측면이 있다. 개방병원에서는 핵심기능인 진료를 담당하는 의사들의 적어도 일부는 병원의 구성원이 아니다. 이들 외부의 개원 의사들은 통제하기가 어려울 것이며, 자신을 찾는 환자를 병원에서 진료하게 되므로 병원의 환자 유치에 미치는 영향이 클 것이다. 다시 말해서 병원이 개방형으로 운영되면 의사에 대한 통제력은 약해지고 의존도는 커진다.

5) 미국 의사들의 경우 진료보수를 선불제로 받으면 환자를 전문의에게 더 많이 의뢰하는 경향을 보였는데(임재영, 2004), 우리나라 의사들의 진료행태는 다르리라고 생각할 이유가 없다.

그 결과로 병원행동의 의사통제모형이 주장하듯이(Feldstein, 1979, pp. 191-196) 병원경영이 불가피하게 의사의 편익을 강조하는 방향으로 이루어지는 경향이 생김으로써 경영효율이나 환자편익에는 소홀해질 위험이 있는 것이다. 이와 같은 문제점들과 우리나라 병원들이 대부분 개인 투자에 의해서 설립됐다는 사실에 비추어 개방병원제도의 확대 가능성에는 한계가 있을 것이다.

의원부문의 발전과 경쟁력 강화를 통한 일차의료서비스의 향상이 의료전달체계의 정립에 필수적이나 현실적으로 결코 쉽지 않은 과제를 관철하였다. 투자를 포함한 정책적 노력이 적지 않게 요구됨은 물론이고, 의료공급체계의 다른 구조적 변화와 마찬가지로 단기간에 이루어질 수 없다는 사실을 염두에 두고 접근해야 할 것이다. 그 때문이겠지만 대안들에 대한 논의가 적었으나 앞으로의 발상에 실마리를 제공하는 뜻에서 몇 가지를 제시하기로 한다.

의원급 외래 진료비용의 본인부담을 대폭 줄여서 환자 유치를 위한 경쟁력을 강화하는 한편, 이들 기관에 대한 건강보험의 통제력을 확대하는 방안을 생각할 수 있겠다. 이 경우에도 진료비 지불보상제도의 변화로 의원이 환자를 다른 의료기관으로 의뢰하는 것을 주저할 이유가 없도록 해야 신뢰도를 높이는 효과를 기대할 수 있을 것이다. 그리고 대형병원 이용자의 일부가 의원을 이용함으로써 비용이 얼마쯤 절약될 수도 있겠으나 전체적으로는 보험재정의 부담이 늘어날 가능성이 크다.

집단 개원체제의 육성이 단독 개원체제의 약점을 보완하는 방안이 될 수 있을 것이다. 집단 개원을 권장하기 위해서는 행정적 지원, 금융이나 세제를 통한 지원이 고려될 수 있겠다. 그리고 집단개원을 의사들의 사적 관계라고 단순하게 볼 것이 아니라, 법적 뒷받침을 통하여 새로운 형태의 조직으로 육성하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

일차의료 분야 의사의 대폭 증가는 의과대학 교육과 졸업 후의 수련교육제도가 변화해야 가능하므로 장기간을 요하는 복잡한 과정을 거쳐서 결정될 수 있다. 그러므로 우선은 개원 의사들을 대상으로 일차의료 교육과정을 개발해서 운영함으로써 일차의료서비스에 적합한 의사를 양성하는 장·단기 방안을 고려해야 할 것이다.

주치의제도가 의원부문의 구조적 정체성, 역할 및 기능을 확립하는데 가장 효과적 접근이 될 가능성이 있는 것으로 보인다. 따라서 지금부터 장기적 안목에서 다각적으로 준비해가면서 적극적으로 추진하는 방안을 진지하게 검토해야 할 필요가 있다. 주치의 제도는 한 가지 정형이 있는 것이 아니라 적용 대상, 의사의 참여 방법, 주치의사의 역할, 보수 지불방법 등의 설계에 여러 가지 대안이 있을 것이다. 그리고 충분한 수의 유능한 일차의료 분야 의사가 주치의제도를 성공적으로 추진하기 위한 기반으로 가장 중요한 요건의 하나임은 물론이다.

건강보험통계연보에 의하면 2008년에 26,581개 의원들이 보유한 병상이 97,842개로 전체의 23%에 달했다. 그리고 장비 설치 현황을 보면 CT가 572, MRI 152, 유방촬영장치 1,274, 초음파영상진단기 12,500 및 심장초음파진단기 1,183 등이었다. 이것은 의원들이 동질적이 아님을 뜻하며, 따라서 의원의 기능을 설정할 때 보유한 시설이나 장비를 기준으로 구분하는 방안이 고려돼야 할 것이다.

지금까지 시행되고, 자주 논의되는 대로 병원급 이상 의료기관, 특히 상급종합병원을 이용하는 환자의 부담을 늘려서 가격경쟁력에 영향을 주는 조치는 의료전달체계 정립에는 물론이고 의원부문의 상대적 경쟁력 강화에도 효과가 없다는 것은 이미 체험적으로 입증된 사실이다. 그러므로 의원부문을 비롯한 소규모 병원들의 일차의료에 관한 역할과 기능을 확대하고 경쟁력을 강화하는 전략을 적극 모색하는 노력이 필요하다.

#### 4. 의료기관 선택의 합리성 제고

대형병원, 특히 상급종합병원에 환자가 집중되고 있음은 잘 알려져 있다. 2001년과 2008년 사이에 상급종합병원, 종합병원, 병원 및 의원의 외래진료비 증가율이 각각 424%, 79%, 149% 및 34%였다는 것이 문제의 심각성을 말해주는 단적인 예가 되겠다. 의료전달체계에 관한 정책이 그 동안 상급종합병원으로의 환자 쏠림, 특히 외래환자의 집중을 억제하는데 초점을 맞춰온 것은 이와 같은 사실 때문일 것이다.

대형병원 이용자들 중에서 의원이나 중소병원의 진료로 충분히 해결할 수 있는 문제를 가진 환자의 비율이 얼마나 되는지 정확히 알려져 있지 않으나, 대형병원을 부당하게 선호하는 경향이 있음은 분명한 것 같다. 그렇지만 상급종합병원을 비롯한 대형병원에서 진료를 받으려면 절차가 복잡하고 불편하며, 비용이 더 든다는 사실이 잘 알려져 있음에도 불구하고 환자 쏠림현상이 계속되는 데는 그만큼 이유가 있을 것이다. 환자들이 인근 의원이나 병원의 서비스 질을 신뢰하지 못하고 명성의 영향력을 좇는 현상인 측면이 있는가 하면, 오늘날 이환과 사망의 주된 원인인 만성퇴행성 질환을 진단하기 위해서는 병원급 이상이라야 행할 수 있는 여러 가지 검사가 필요한 경우가 드물지 않다는 의학적 측면도 있을 것이다. 이러한 이유가 전적으로 옳지는 않다 해도, 모든 신념과 태도가 그러하듯이 대형병원 선호도가 허술한 규제나 미미한 유인으로는 쉽게 달라지지 않을 것임을 시사한다. 그렇지만 의료기관에 관한 소비자 정보와 관련해서 언급하였듯이 대형병원 의료서비스의 상대적 우위의 실상과 인근 의료기관들의 진료능력의 이해 증진을 위한 노력은 있어야 하겠다.

의료기관 종류별로 가산률을 달리 하고 상급종합병원 외래진료비의 본인부담률을

높게 책정하여 환자의 부담을 늘리고, 특히 상급종합병원 외래를 직접 찾았을 때는 보험급여를 받지 못하도록 한 것이 의료기관 선택의 변화를 유도하기 위한 조치의 거의 전부이다. 이러한 현행 접근의 연장선에서 상급종합병원 이용자의 본인부담 진료비를 더 큰 폭으로 늘리고 약국에서의 약제비에 대한 본인부담률도 여타 의료기관 이용자보다 높이는 방안이 제시되고 있으나 기대되는 효과가 불확실하고 공정성에 대해서도 이문을 제기할 여지가 있다.

상급종합병원의 연구기능 활성화를 위한 재정지원을 증가해야 한다는 주장이 있는데, 이것은 환자 집중의 완화와는 거의 무관할 것이다. 대형병원의 병상 증설을 억제하는 방안이 제기되는 것은 환자들의 선호도가 매우 높은 병원들의 과도한 시장 점유율이 다른 의료기관들에게 미치는 영향을 방지하자는 의도에서일 것이나 소비자나 국민의료에는 어떻게 작용할지 단정하기 어렵다. 그렇지만 우리나라의 급성병상이 수적으로 이미 OECD 국가들에 비해서도 많은 편인데 계속 증가하고 있는 것은 정책적 관심과 대응을 요하는 문제이다.

수가를 인상하거나 수가 항목을 신설하여 환자 의뢰와 회송을 활성화하는 방안도 대안으로 제시된다. 그러나 의료기관의 수입이 진료서비스의 강도와 양에 의해서 결정되는 현재의 기본 유인체계가 작동하고 있는 상황에서는 의료기관들의 분업 또는 협업을 통한 환자의 대형병원 집중 완화는 기대하기 어려울 것이다.

환자들이 의료를 추구하는 과정과 의료기관을 선택하는 결정에는 환자의 특성과 더불어 의료기관의 특성, 의료기관의 운영여건 등도 영향을 미친다. 그러므로 의료기관 선택의 합리성을 제고하려면 환자들뿐만 아니라 의료이용과정과 의료기관 선택에 작용하는 이들 모든 요인들을 대상으로 바람직한 변화를 이끌어내기 위한 전략과 수단이 요구되는 것이다.

## IV. 결론

보건의료가 국정과제의 하나로서 그 무게가 더해지기 시작한 1970년대 중반 이래 의료전달체계는 계속해서 보건의료부문의 선진화를 위한 가장 중요한 과제의 하나로 다루어졌지만 발전방향과 접근전략이 아직도 확고하지 못한 상태이다. 의료전달체계에 대한 정책이 이렇게 오랫동안 곱돌아온 근원적 이유는 의료전달체계의 개념을 지나치게 단순화함으로써 방향을 잘못 설정하고 대안을 매우 제한된 범위에서 찾았던 탓이 크다.

의료전달체계는 의료이용자들이 어떤 기관을 선택해서 이용하는가에 따라서 실상



이 결정되지만, 공급 측면에서 보면 의료기관들 간의 진료서비스에 관한 분업체계 또는 기능적 분화(分化)상태에 다름 아니므로 의료공급체계(health care delivery system)의 구조적 속성의 일부라는 사실을 간과해왔다. 그 결과, 의료전달체계의 정립을 위한 정책적 노력에서 환자의 의료기관 선택을 비롯한 의료추구양상에만 초점을 맞추고 의료공급체계가 작동하는 방식이라는 측면에 대한 고려는 미흡했다. 다시 말해서 정책과정의 출발인 정책의제 설정이 잘못됐던 것이다.

정책의제의 내용은 정책적 차원의 접근을 요하는 문제나 과제, 가능한 해결방안들 및 정치적 여건으로 구성된다. 의료전달체계 정책의 당면과제를 1) 의료전달체계 정립의 기본방향과 접근전략의 재설정, 2) 의료기관에 관한 소비자정보 제공의 제도화, 3) 일차의료부문의 역할 확립과 경쟁력 강화, 4) 의료기관 선택의 합리성 제고로 대별하고, 과제별 논의를 통하여 정책의제를 개관하였다. 과제별 논의의 목적은 관련 정책을 구체화하기 위한 실증적 분석과 검토가 아니라, 정책방향의 올바른 설정과 정책개발의 발상 제시였는바, 그 내용을 종합적으로 고려하면 의료전달체계 정책에 대하여 적어도 다음의 세 가지 지침을 도출하게 된다.

첫째, 의료전달체계의 정립을 위해서는 의료이용자, 의료기관, 의료공급체계 및 이들의 상호작용관계 모두를 대상으로 정책을 전개해야 한다. 둘째, 의료전달체계의 변화를 이끌어내려면 규제, 유인, 지원 등의 정책수단을 다각적으로 동원하는 종합적 접근이 필요하다. 셋째, 의료이용행태와 의료공급 측면의 변화는 장기간을 요하는 경우가 많기 때문에 정책과제에 따라서는 긴 호흡으로 추진해야 한다. 이들 지침은 정책을 뒷받침하기 위한 연구에도 적용될 것이다.

## 참 고 문 헌

- 노화준. 정책학원론. 서울: 박영사, 2002. 쪽 130-134
- 명재일·정영철. 의료전달체계 운영성과의 분석. 한국보건사회연구원, 1991
- 박윤형. 의원 경영실태 조사분석. 2010
- 보건사회부. 보건사회, 1989, 쪽 120-126
- 윤희숙·고영선. 의료서비스산업 선진화를 위한 제도개선과제, 2009
- 임금자 등. 의료전달체계 재정립 방안. 제28차 의료정책포럼 발표자료, 2010. 대한 의사협회 의료정책연구소
- 임재영. 지불보상체계가 의사의 진료행태에 미치는 영향: 미국사례분석. 보건행정학회지 2004; 14(4): 48-74

- 한달선 등. 보험진료체계 개편의 효과에 대한 연구. 예방의학회지 1991; 24(4): 485- 495
- Churchman CW. The Systems Approach. New York: Dell Publishing Co., 1968. pp. 28-47
- Evans RG. (1981) Incomplete vertical integration: The Distinctive Structure of the Health Care Industry. In: Van der Gaag J. & Perlman M. (Eds.), Health, Economics, and Health Economics: Proceedings of the World Congress on Health Economics, Leiden, The Netherlands, September 1980. North Holland, Amsterdam. pp. 329-54
- Feldstein PJ. Health Care Economics. New York: John Wiley & Sons. 1979. pp.191-196, 1979
- Health Care Powerhouse. Cross Border Care EU – How to choose the best hospital: A study of hospital information portals in five European countries, 2010. [www.healthpowerhouse.com](http://www.healthpowerhouse.com)
- Hillman BJ, et al. Frequency and costs of diagnostic imaging in office practice – A comparison of self-referring and radiologist-referring physicians. New England Journal of Medicine 1990; 323(23): 1604-8
- Ledford MK. et al. (Eds). The Health Care Delivery System – A Blueprint for Reform – Center for American Progress and Institute of Medicine as a Profession, 2008
- Longest, Jr. BB. Health Policymaking in the United States. 3rd Ed. Washington, DC: Association of University Programs in Health Administration; 2002. pp. 129-174
- McPherson K. International differences in medical care practices. In: OECD. Health Care Systems in Transition. 1990. pp. 17-28
- Perrow C. Organizational prestige: some functions and dysfunctions. American J of Sociology 1961; 66: 335-341
- Salloway JC. Health Care Delivery Systems. Boulder, Colorado: Westview Press; 1982
- Sandier S. Health services utilization and physician income trends. In: OECD. Health Care Systems in Transition. 1990. pp. 29-40
- Shi L. and Singh, DA. Delivering health care in America – A systems approach – Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers; 2004. pp. 5-6