

# 한국형 입원전담전문의 제도의 도입과 시범사업 평가를 통한 발전방향

장 성 인<sup>1,2</sup> | 연세대학교 <sup>1</sup>의과대학 예방의학과, <sup>2</sup>보건정책 및 관리 연구소

## Korean hospitalist system implementation and development strategies based on pilot studies

Sung-In Jang, MD<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Preventive Medicine, College of Medicine, <sup>2</sup>Institute of Health Services Research, Yonsei University, Seoul, Korea

The Korean hospitalist system was introduced in 2016. The new inpatient care system that provides direct care from a specialist required great efforts from various parties to implement successfully. This study outlines the implementation of the Korean hospitalist system and the development strategies based on pilot studies. The definition of the Korean hospitalist includes two elements which are 1) hospitalist is a physician who is in charge of a patient from admission to discharge and 2) hospitalist should stay in the hospitalist ward, where a hospitalist provides medical services to patients at their point of needs. The purpose of the Korean hospitalist system is to provide high-quality care and to ensure the safety of admitted patients. Due to a gap in the healthcare workforces in hospitals caused by changes in the residents' working hours and training period of the residents, the implementation of a new system was inevitable to provide care for patients. The result of private and public pilot studies indicated that hospitals, physicians, and patients are keen to have the hospitalist system in place. Also, those stakeholders agreed that reasonable and accurate fee-schedules for hospitalist services would enhance the service system. Within the current system, hospitals are reimbursed for providing the service, while patients pay out-of-pocket. Therefore, the service can only be applied to a patient who agrees to pay the additional fee for the service. As the Korean medical system is facing a paradigm shift, the Korean hospitalist system will play an essential role in the transition as moving forward to provide professional care for inpatients.

**Key Words:** Korean hospitalist; Inpatient care; Patient safety; Health quality; Fee-schedule

### 서론

2019년 7월 현재 한국에는 약 140명의 전문의가 입원전담전문의로 활동하면서 22개의 상급종합병원과 10개의 중

합병원에서 2,200여 병상을 책임지고 있다. 입원전담전문의는 '입원환자를 대상으로 입원부터 퇴원까지 환자진료를 직접적으로 책임지고 시행하는 전문의'로 정의하고 있으며, 입원환자가 있는 병동에 상주하여 지리적인 접근성을 확보하고, 대상 환자에 대해서만 배타적으로 의료서비스를 제공하는 것을 특징으로 하고 있다[1]. 이러한 특징은 입원환자 관리의 안전 강화 및 효율성 증대, 그리고 전공의의 수련환경 개선에 따른 의료인력 공백 등의 해소를 목적으로 하는 입원전담전문의 제도의 취지에 부합하도록 제도를 운영하기 위한 최소한의 장치로 마련되었다[1]. 2016년 9월 입원전담전문의 제도가 시범사업으로 도입되고 3년 동안 한국의 의료현

Received: September 27, 2019 Accepted: October 10, 2019

Corresponding author: Sung-In Jang  
E-mail: jangsi@yuhs.ac

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

장에 적합한 제도로써 다듬어지는 과정에서 적지않은 제도적 변화가 있었으며 아직도 많은 개선이 요구되고 있다[2]. 이 논문에서는 한국 입원전담전문의 제도의 도입에 대한 배경과 제도의 필요성 그리고 도입의 경과에 대해 살펴보고 기록하여 제도 취지에 대한 이해의 폭을 넓히고, 향후 제도 발전에 필요한 개선점과 올바른 발전방향과 방안에 대해 제안하고자 한다.

## 배경

한국에 건강보험이 도입되던 해인 1977년 한국의 1인당 국내 총생산은 미화 1천 달러 수준이었고, 전국민 건강보험이 달성되던 1989년에도 5천 달러 수준이었다. 급속한 의료보장의 확대는 저부담, 저비용, 저급여로 나타났으며, 이로 인해 상대적으로 낮은 수준의 일부 의료서비스에 대해서도 암묵적인 용납이 있어왔지만 점차 경제수준이 높아지면서 의료의 질에 대한 기대수준 역시 높아졌고, 환자안전과 환자 경험 등 만족도에 대한 요구가 높아졌다[3].

한편 의료접근성의 향상으로 의료이용은 크게 증가하였는데, 그로 인해 2013년 기준 병원의사 1인당 환자입원일수는 2,394일로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 평균인 723일의 3배가 넘었다(2017년 기준 병원의사 1인당 환자입원일수는 2,619일로 OECD 국가 평균인 605일에 4배 이상)[4].

이는 입원의 경우 입원수와 재원일수는 각각 크게 증가한 반면, 병원에서 근무하는 의사의 수 증가는 상대적으로 제한적이었던 것에 기인한다. 의사수의 증가속도는 4.1%로 OECD 국가 평균(1.9%)의 2.15배로 가장 높은 수준이나, 박리다매를 유도하는 지불수준으로 인해 병원에서 근무하는 의사수의 증가는 이에 미치지 못하였고, 입원관리에 대한 보상이 입원료보다 입원을 발생시키는 행위로 보전되도록 만들어진 지불구조로 인해 병원에서 근무하는 의사마저 입원환자에게 입원관리에 대한 의료를 원활히 제공할 수 없었다. 그로 인해 입원환자 관리에 있어서 공백이 발생하거나 많은 경우

전공의에 의해 관련 의료제공이 이루어졌으나 국민의 높아진 의료에 대한 기대수준에 미치지 못하였고, 의료사고 등의 발생으로 환자안전에 대한 문제가 관심을 받으면서 환자단체를 중심으로 점차 개선에 대한 요구가 증가되었다[1,5].

여기에 더해 전공의 인원 편성을 의과대학 졸업생의 수와 맞추는 ‘정원합리화정책’이 시행되면서 입원환자 관리에 대한 문제가 가중되었다. 2012년 3,982명이던 전공의 정원을 2017년 3,186명으로 20% 감축하였는데[6], 이는 전공의 지원자 풀인 의과대학 졸업생보다 정원이 많아서 발생하는 정원미달 현상이 소위 생명을 다루는 기피과 위주로 나타나면서, 기피과의 충족률에 대한 수치적 개선 내지 비기피과 정원 감축으로 인한 낙수효과를 노린 정책으로 보여진다. 전공의 정원합리화정책으로 내과 등 입원환자 관리가 전공의의 상당한 업무를 차지하는 과에서는 이에 대한 업무가 더욱 가중되었고, 이는 과거에 비해 일과 삶의 균형에 가치를 좀 더 두는 젊은 세대의 의사들에게 기피요인으로 작용하여 2015년에는 내과 과목의 전공의 지원 미달이 발생하는데 기여한 것으로 평가된다.

2015년 12월에는 전공의 특별법으로 불리는 ‘전공의 수련환경 개선 및 지위향상을 위한 법률’이 제정되어, 전공의의 근로시간을 주 평균 80시간 이하로 제한하는 등 근로 및 수련 여건을 개선하였다[7,8]. 전공의 특별법에는 처벌조항이 포함되어 있어 수련환경 개선에 대한 직접적인 영향을 미쳤으며, 결과적으로 전공의만으로는 입원환자에 대한 관리가 이루어질 수 없게 되었다.

## 입원전담전문의 제도의 필요성

입원환자 관리에 있어서 기존 전공의 인력의 활용이 한계에 부딪힘에 따라 감소한 인력에 대한 대안이 모색되었다. 전공의의 역할 중 일부 불필요한 업무나 비임상적인 업무, 의사 이외의 인력으로 대체될 수 있는 부분을 제외하더라도, 전공의 이상의 고도의 의학판단이 필요한 전문적 업무를 대체할 수 있는 인력이 필요하였고 입원전담전문의가 대안으로 대두되었다[1,5].

환자, 병원 그리고 의사의 입장에서 입원전담전문의에 대한 필요성이 있었으나 각각에 대한 장애요인이 존재했다. 환자들은 안전한 입원관리로써 전공의보다 전문의 진료를 요구하였으나 그러한 의료서비스를 제공하는 의료기관을 찾을 수 없었고, 그러한 서비스를 제공하는 전문의를 개별적으로 고용할 수도 없었다. 병원은 감소한 전문 의사인력에 대한 대안으로 입원전담전문의로 근무할 전문의 수요가 있었으나 전에 없던 새로운 직종을 선택할 전문의를 구할 수 없었고, 구한다고 하더라도 낮은 보상수준의 입원료로 추가적인 전문의 비용을 감당하기 어려웠다[1]. 입원관리 관련 보상이라고 할 수 있는 입원료는 원가보전율이 85% 수준이었고 그나마 병원급 이상에서는 50%대였다. 또한 입원료 중 의학관리료는 40%로 책정되어 해당 수익으로 전문의의 비용을 감당하기는 어려웠다. 의사의 입장에서 2001년 병원과 의원의 건강보험 요양급여비용 점유율이 역전된 이후 개원가의 지나친 경쟁악화 속에서 병원급 이상 의료기관의 적정한 일차리의 형성이 필요했으나 새로운 역할의 직종은 불안정성이 높고 급여와 로딩이 불명확 했으며 전문의로서 역할과 정체성도 모호하였다.

이러한 장애요인을 극복하기 위해서 입원전담전문의의 제도화가 필요하였다. 여기에서 말하는 제도화란, 입원전담전문의가 제공하는 의료서비스에 대한 건강보험 급여수가를 만드는 것이다[9]. 입원전담전문의가 만들어진 지 20년이 넘는 미국의 경우에도 이에 대한 수가가 없지만, 이는 미국의 경우 입원환자 보상에 대해 포괄수가로 지불하고, 입원전담전문의의 역할로 재원일수감소 등 경제적 이득이 충분하기 때문이다[10]. 반면 우리나라의 경우 입원료의 보상수준이 낮고, 단일보험자로 모든 요양기관이 적용되는 전국민건강보험을 시행하고 있기 때문에, 비용 보상을 위한 제도화가 필요했다[9]. 제도화(수가 책정)를 위하여 수가 항목에 대한 정의와 표준화가 필요하나, 기존에 없던 형태의 서비스 항목의 신설이기 때문에 임상현장에서의 수용성이 매우 중요했다. 따라서 제도적 취지를 지킬 수 있는 최소한의 요소만을 제한 사항으로 정하고 나머지 사항에 대해서는 현장에서 필요한 형태로 활용 가능한 형태의 수가 항목으로 추진되었다. 최소한의 요소는 입원전담전문의가 대상환자가 있는 병동에 상

주하며, 대상환자에게만 서비스를 제공하는 것이다. 접근성에 대한 확보를 위해 병동 단위의 운영이 필요했으며, 수가 보상수준이 투입된 전문의 인력에 대한 보상개념을 담고 있었기에, 본인부담이 발생하는 대상 환자 외에 다른 곳으로의 인력투입이 제한되었다[1]. 이는 기존의 인력 활용과 비교하여 상당히 비효율적인 인력 활용으로 받아들여질 것이라 예측할 수 있는 점이었지만, 제도 초기에 전문의 인력의 지나친 활용으로 인한 직군 형성 어려움이 쉽게 예상되었기에 이를 보호하는 목적을 갖고 있었다.

## 경과

입원전담전문의 도입에 대한 요청과 내부 논의는 임상현장과 학회에서 있어왔지만, 공식적인 논의는 2015년 5월 7일 문정립 당시 새누리당 국회의원과 대한내과학회가 공동 주최한 ‘환자 안전과 진료의 질 향상을 위한 입원환자전담전문의(호스피탈리스트) 제도 도입방안은?’ 제목의 국회토론회였다. 당시 토론회에는 대한내과학회뿐만 아니라 대한외과학회와 대한의사협회, 보건복지부에서도 참석하였는데, 보건복지부에서는 제도 도입을 위해 다음 두 가지 사항이 필요함을 명확히 하였다. 의료자원정책과에서는 해당 제도가 특정 전문과목만을 위한 제도의 형태가 된다면 정책적 추진이 어려우므로, 의료계 전체의 의견이 수렴되어 진행될 것을 요청하였고, 보험급여과에서는 수가화를 위해서는 구체적인 수가 모형을 의료계에서 제시해 줄 것을 요청하였다. 이를 위해 시범사업 필요성이 제기되었고, 2015년 8월 11일, 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회, 대한내과학회, 대한외과학회가 ‘한국형 호스피탈리스트 시범사업 운영·평가 협의체’를 발족하여 민간차원의 시범사업을 시행하였다. 이 민간시범사업은 각 학회와 협회에서 연구비를 각출하여 시행되었으며, 연세대학교 보건정책 및 관리 연구소에서 그 평가 및 분석을 하였다. 당시에 입원전담전문의라고 하는 직업군이 없었으므로, 병동에서 전문의가 근무하면서 입원환자에게 의학적 서비스를 제공하는 기관을 정하여 평가를 수행하였으며, 내과에서는 서울아산병원, 분당서울대학교병원,

충북대학교병원이 참여하였고, 외과에서는 서울대학교병원이 참여하였다.

민간시범사업에서 환자 만족도, 병동 간호사 만족도, 입원전담전문의의 만족도, 전공의 및 교수 만족도를 설문으로 조사하여 평가하였으며, 간호사의 의사 호출 후 반응 시간이 기록 리뷰를 통해 분석되었다. 평가 결과, 환자들의 만족도 수준이 대조군에 비해 유의하게 높았으며, 서비스이용에 대한 비용지불의사도 확인되었다. 민간시범사업은 정부의 지원 없이 시행·평가된 것으로, 정부의 공식 시범사업을 유도하기 위해 시행되었으며, 평가 결과 등은 정부와 언론 등에 지속적으로 발표되었다.

2015년 12월 2일 전공의 특별법이 국회 본회의를 통과하여 22일 공포되었고, 보건복지부는 2015년 12월 17일 보건복지부 출입기자 간담회에서 2016년 정부시범사업 시행에 대한 공식적인 발표를 하였다. 이는 정부 시범사업에 대한 공식적인 첫 발표였다. 입원전담전문의 제도 도입에 전공의 특별법 제정이 영향을 미쳤지만, 제정 공포보다 빨리 시범사업이 진행될 수 있었던 것은, 협의체 주도의 민간시범사업에서 미리 관련 근거를 만들고, 모형 등을 검토하였으며, 의료계의 내부적인 합의를 이루고 있었기 때문으로 평가된다.

2016년 3월 7일 보건복지부에서 ‘입원전담전문의 시범사업 추진 TF’를 구성하였으며, 이 TF는 보건복지부 보건의료정책관을 위원장으로 하여, 보험급여과장, 의료자원정책과장, 건강보험심사평가원의 의료수가실장, 민간시범사업 협의체를 구성하였던 5개 단체에서 각 1인, 그리고 전문가 3인이 참여하였다. TF는 같은 해 5월까지 5차 회의를 통해 추진방안, 모형, 수가 수준, 평가 등을 논의하였고, 2016년 6월 건강보험정책심의위원회에 보고하여 시범사업을 시행하였다.

정부시범사업은 2016년 6월 시범사업 설명회를 가진 후, 총 31개 참여병원을 선정하여 2016년 9월부터 시행되었다. 시범사업 기관은 각 기관이 입원전담전문의 운영에 대한 계획을 제출하고 입원전담전문의 협의체에서 검토하여 승인하는 형식으로 선정되었으며, 시범사업 계획은 입원전담전문의로 근무할 전문의와, 근무계획 등을 포함하도록 되어있었다. 시범사업의 참여 조건으로 입원전담전문의는 근무시

간동안 해당 병동에 상주하며 대상 환자에게만 의료서비스를 제공할 수 있도록 제한하였다. 이는 의사 인력이 부족한 의료기관에서 입원전담전문의의 근무를 확대시킬 것에 대비하여 직군 보호 및 형성을 위한 조치였으며, 입원전담전문의 서비스에 대한 수가 수준산정에서 대상 인건비의 보전이 고려되었다는 점에서 본인부담을 하는 환자들에 대한 서비스 수준 확보 장치의 의미도 있었다. 입원전담전문의의 수가는 50병상 병동 기준으로 입원전담전문의의 근무자 수에 따라 차등되었다. 5인이 주말과 야간까지 근무하는 형태의 모형을 기준으로 수가수준이 정해졌고, 1-4인의 경우 해당 인력수준에 비례한 수준이 책정되었다. 다만 1-3인의 경우 비례수준보다 더 낮은 수가가 산정되어 운영에서 어려움이 있었다. 수가 수준은 이상적인 운영 시 전문의 인건비의 약 70% 수준이었는데, 이는 새로운 제도의 도입에 있어 비용부담을 공급자(의료기관)와 보험자(급여수가), 환자(본인부담금)가 나누어 부담한다는 취지에서였다. 그러나 의료기관 입장에서 낮은 수가수준으로 인한 운영의 어려움이 전문의 고용에 영향을 미치면서, 시범사업을 시행하는 기관의 확산이 느렸으며, 시행하고 있는 현장의 어려움과 입원전담전문의 제도의 중요성 및 시기적 급박함 등으로 인해 의료기관 부담분 부분이 ‘입원전담전문의 시범사업 참여 지원금’ 명목의 정책수가로 추가되었다. 협의체에서 시범사업 수가수준의 향상에는 동의가 있었지만, 수가 향상 폭이 높은 것에 대한 우려가 작용하여 정책수가를 추가 신설하는 방법으로 결정되었다[3].

시범사업과 함께 시범사업에 대한 평가도 진행되었다. 시범사업의 평가는 환자, 간호사, 입원전담전문의, 동료의사의 만족도에 대해 설문으로, 간호사 호출에 대한 의사 해결, 환자의 의사 접촉에 대해서 측정으로, 입원관련 비용 등에 대해서 청구자료로 이루어졌다. 환자 만족도가 대조군 환자에 비해 1.27-3.24배 높았으며, 간호사의 경우 항목별로 4배 이상의 높은 만족도를 보였다. 간호사의 의사 호출에 대한 해결 지연은 입원전담전문의 호출 시에 비해 대조군에서 60분 초과가 5배 높았으며, 입원전담전문의 서비스를 이용한 경우 누적 접촉 시간이 대조군에 비해 환자 당 32분 가량 증가하였다[1].

2019년 7월 입원전담전문의는 총 142명이 시범사업에 등



록되어 활동 중이며, 32개 기관, 53개 병동에서 약 2,200여 병상에 의학관리서비스를 제공하고 있다. 입원전담전문의 제도는 전문과목에 대한 제한을 두고 있지 않고 있어 현장에서 필요한 전문의의 고용과 활용이 가능하다. 현재에도 내과, 외과 전문의뿐만 아니라 신경외과, 신경과, 소아청소년과, 비뇨의학과, 산부인과, 응급의학과 정형외과, 가정의학과 전문의가 입원전담전문의로 근무하고 있다. 이러한 조치는 각 전문과목의 갈등 요소를 없애고, 입원전담전문의 직군의 확산 및 전문화에 긍정적 요소로 작용할 것으로 보고 있다.

## 시범사업의 문제점과 발전방향

입원전담전문의제도 시범사업은 이 제도가 본사업으로 되기 전까지 지속되는 것으로 되어있으며, 본사업은 2020년 4월 시행을 목표로 하고 있다. 본사업이 원활히 시작되고 현장에서 어려움을 최소화하기 위해서 시범사업에서 발견된 여러가지 문제점들에 대한 개선이 요구되고 있다. 시범사업은 이제껏 없었던 직군을 만드는 제도에 대한 시행에 중점을 두었기 때문에, 다소 현장에서의 어려움에 대해 고려되지 못한 부분이 있었는데, 이에 대해 현재 개선이 고려되고 있는 내용은 다음과 같다.

첫 번째로, 시범사업 운영 수가 모형의 경직성이다. 시범사업에서는 병동단위의 운영에서 50병상을 기준으로 하여 근무하는 입원전담전문의의 수에 따라 수가를 책정하여, 해당 병상을 충분히 운영 해야만 입원전담전문의 서비스의 운영 비용이 일정 수준 보상되도록 되어있다. 그렇지만 구조적으로 병동의 병상수가 50병상보다 적거나, 입원환자의 중증도가 50병상을 입원전담전문의의 구성으로 관리하기에 너무 높아 운영할 수 있는 병상이 현실적으로 그보다 현저히 적은 경우에 이 수가모형의 보상이 원래 의도했던 수준보다 낮아질 수밖에 없다. 이는 반대 방향으로, 낮은 중증도의 환자를 더 많이 커버할 수 있는 경우에는 인력의 낭비를 초래하는 구조이다. 시범사업에서는 소수 운영기관에 대해서 실제 운영 경험을 수집하여 현장에 맞는 제도로 개선함을 목적으

로 하였기에, 일률적인 기준을 적용하였지만, 본사업이 되어 다양한 규모의 많은 기관에서 운영하게 하기 위해서는 좀 더 유연한 구조가 필요하다. 이에 대한 개선 방안으로, 수가 구조를 서비스 받는 환자중심으로 개선하여 환자 당 할당되는 전문의 근무 시간에 비례한 수가를 산정하는 모형이 제시되었다. 이러한 방식은 같은 수의 전문의가 같은 시간을 근무하더라도, 그들에게 서비스 받는 환자의 수가 적어지면 수가수준이 향상되고, 환자의 수가 많아지면 수가의 수준이 낮아지도록 설계되었으며, 그러므로 현장의 운영 병상수나 중증도에 따른 관리 환자의 수에 따라 보상 수준이 크게 달라지지 않아 안정적인 운영이 가능하도록 해준다. 이를 위해서는 입원전담전문의의 근무시간에 대한 신고 및 관리 시스템이 필요한데, 간단한 형태의 포털 서비스의 운영으로 시작할 수 있을 것으로 보인다. 발전한다면 병원 내 의사인력의 관리 구조를 형성하는 시발점이 될 것이다.

두 번째는 수가수준의 개선이다. 현재 수가수준은 투입되는 전문의 인력에 대한 보상 개념으로 그 수준이 고려되었는데, 실제 운영에 있어서는 휴가나 공휴일의 운영을 포함하여 평균 수준의 근로환경을 형성하는 추가적인 비용이 발생한다. 이를 고려한 수가수준 보상이 현실적인 의료기관의 운영과 직군 형성 및 확산에 필수적이며 이것이 반영된 수준의 수가 보상이 본사업에서 요구된다.

세 번째는 제도 운영체계이다. 입원전담전문의의 본사업은 단순히 해당 수가 코드를 한 종류 만드는 것이 아니라 입원환자에 대한 전문 의료서비스를 제공하는 전문의 직군을 만들고 관리해야 하는 많은 행정력이 필요한 제도를 시작하는 것이다. 제도의 안정적 운영과 관리를 위해서 제도관리를 주 업무로 하는 부서를 보건복지부 내에 정하고, 실무 인력에 대한 배정 또는 산하기관으로의 위임이 필요하다. 향후 입원전담전문의의 규모가 확대되고, 병원의 주요 입원환자 관리 인력이 된다면 그들의 우리나라 의료에 대한 영향력은 의료계 어느 직군에 비하여도 작지 않을 것이며 이에 대한 관리의 중요성과 필요성은 그에 비례할 것이다. 또한 현재 입원전담전문의의 시범사업 협의체 형태를 모체로 하는 위원회를 두어 제도의 취지와 현장의 상황 사이에서 조정될 수 있도록 하여야 한다. 이 구조를 통해서 다양한 근무 범위라든지

지방 병원에 대한 정책적 지원 장치 등의 현장을 담을 수 있는 제도로의 지속적 개선과 발전이 진행될 것으로 예상된다.

## 결론

이 제도는 전문의를 입원환자 관리의 중심 인력으로 하여 입원의료의 질과 만족을 이전과 비교할 수 없이 향상시킬 우리나라 의료의 패러다임 전환이 될 것이다. 또한, 그 동안 왜곡된 의료제공 구조에서 발생하였던 의료인의 근로환경 개선에서부터 의료기관의 입원서비스 수준을 상향 평준화하여 기관 및 지역 간의 격차를 줄이는 등 의료계의 고질적인 문제들에도 상당 부분 기여할 수 있을 것으로 기대한다. 제도가 취지대로 운영되어 기대한 것 이상의 효과를 국민이 누릴 수 있도록 의료계와 정부관계자 그리고 환자를 포함한 국민들의 긍정적인 관심을 기원한다.

**찾아보기말:** 한국형 입원전담전문의; 입원환자 관리; 환자안전; 의료의 질; 의료수가

## ORCID

Sung-In Jang, <https://orcid.org/0000-0002-0760-2878>

## Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

## References

1. Jang SI, Park EC, Nam JM, Chae WJ, Lee NK, Kim JY, Lee JE, Cho YD. A study on the implementation and the evaluation of Korean hospitalist system to improve the quality of hospitalization (phase 2). Seoul: Institute of Health Services Research, Yonsei University; 2018.
2. Ministry of Health and Welfare; Health Insurance Review & Assessment Service. Korean hospitalist pilot study guidelines [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2017 [cited 2019 Oct 2]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0101vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=040101&page=1&CONT\\_SEQ=343828](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0101vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=040101&page=1&CONT_SEQ=343828).
3. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. Health Policy Plan 2009;24:63-71.
4. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [cited 2019 May 1]. Available from: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en).
5. Park EC, Lee SG, Kim TH, Jang SI, Kim JY, Lee NK, Lee SA, Lee JE, Jang JE, Choi JW. A study on the implementation and the evaluation of Korean hospitalist system to improve the quality of hospitalization (phase 1). Seoul: Institute of Health Services Research, Yonsei University; 2016.
6. Koh DY. Political strategies to enhance medical residents. Health Policy. Health Policy 2014;37 [Epub]. <http://www.snufund.com/webmail/20140318/37-forum.html>.
7. Act for the Improvement of Training Conditions and Status of Medical Residents, Act No.13600 (Dec 22, 2015).
8. Kim SS. Working conditions of interns/residents and patient safety: painful training might not be authentic. J Korean Med Assoc 2016;59:82-84.
9. Jang SI, Jang SY, Park EC. Trends of US hospitalist and suggestions for introduction of Korean hospitalist. Korean J Med 2015;89:1-5.
10. Wachter RM, Goldman L. Zero to 50,000: the 20th anniversary of the hospitalist. N Engl J Med 2016;375:1009-1011.

## Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 한국형 입원전담전문의 제도 도입 배경과 추진 경과 및 발전방안을 소개하고 있다. 2015년 우리나라에 도입된 입원전담전문의 제도는 현재 약 140명이 근무하고 있고, 시범사업을 거쳐 본사업이 진행될 예정이다. 이미 해외에서 시행되고 있는 제도이지만 우리나라의 건강보험제도와 환자의료체계 등을 면밀하게 검토하고 추진되어야 본래의 목적을 달성할 수 있을 것이다. 의료의 질과 함께 환자의 안전을 높이면서도 합리적인 보상수준이 설정되어야 제도가 정착될 수 있음을 강조하고 있다. 또한, 이 제도의 혜택이 국민에게 최대한 돌아가도록 향후 해결해야 할 정책과제를 적절하게 제시해 주고 있어 입원전담전문의 제도의 발전에 많은 도움이 될 것으로 판단된다.

[정리: 편집위원회]