

진료비 심사제도에 대한 개원의들의 태도 및 만족도

조희숙[†], 정헌재, 황문선

강원대학교 의과대학 예방의학교실 · 강원대학교 의과학 연구소

<Abstract>

Physicians' behavior and attitude toward Review system of National Health Insurance claim in Korea

Heui Sug Jo[†], Heon Jae Jeong, Moon Sun Hwang

Dept. of Preventive Medicine, Kangwon National Univ College of Medicine

The purposes of this study are to understand the doctors' attitude and satisfaction about the review system of national health insurance claim in Korea and to suggest the way to improve this system.

This study conducted a survey of the doctors registered in the medical association in Seoul city. The survey was performed as a form of self-administered questionnaire from January 2004 to February 2004. The contents of questionnaire dealt with doctors' attitude and satisfaction about the review system of medical service claim. Totally, 1,037 members replied to our survey and we analysed 981 doctors' data, excluding incomplete responses.

As a result, 89.7% of repliers showed a negative attitude about the influences of the review system on improvement of medical service quality, 98.0% of repliers have had

* 본 연구는 2004년 서울특별시의사회 연구용역사업으로 수행되었음.

† 교신저자 : 조희숙(033-250-8872, choice@kangwon.ac.kr)

experiences that they have given distorted insufficient medical services in order to evade the curtailment of service claim. Also, 91.6% of repliers stated that they have had experiences of intentional modification or alteration of diagnostic code to shun the curtailment.

Most of the doctors showed negative attitude to the curtailment procedure and the review system of service claim originally intended to be one of the quality control methods of medical service in Korea also, the development of both scientific and reasonable parameters and criteria for claim is needed. Through the improvement of review system for appropriate medical service, there is a need of a way to increase the satisfaction of medical service providers, and to encourage the motivation for quality control. Also, education is strongly needed to provide doctors with sufficient information about review criteria and curtailment cases.

Key Words : Physician, behavior, attitude, curtailment, health insurance

I. 서 론

행위별 수가체계에 의한 진료비 지불 제도를 채택하고 있는 우리나라 의료보험 제도의 특성상, 보험자는 의료기관에서 청구한 진료비의 적정성을 검토하기 위한 복잡하고도 다양한 개입 활동을 수행해 왔으며 심사의 공정성과 객관성을 담보하고 지속적으로 의료의 질을 향상시키기 위한 활동을 수행하고자 2000년 7월 1일, '국민건강 보험 심사평가원'을 출범시켰다. 이로써, 새로운 진료비 심사 평가 제도는 자원의 과다 사용이나 비용의 부당청구 억제에 초점을 맞추었던 이전의 취지와는 다른 역할을 요구받고 있다.

그러나 때를 같이한 의약분업의 실시와 더불어 건강보험의 재정난이 심화되면서, 건강보험 심사평가원의 업무는 총체적 의료의 질 개선 차원에서 점차 재정 안정화를 위한 삭감 활동으로 그 초점이 맞추어지고 있는 실정이다(보건복지부, 2001). 심사 평가 정책의 강화로 인해, 청구된 보험 급여의 삭감률은 증가되고 있고, 요양기관의 입장에서는 삭감으로 인한 경제적 손실은 물론, 환자 본인 부담 환급금으로 인하여 병원 이미지가 실추되고 환자-의사 간

의 신뢰도가 저하되고, 각종 행정적 절차에 시달려야 하는 어려운 상황에 직면하게 되었다 (김세화, 2001; 전철수, 2001; 전현희, 2002). 그러나 현재 건강보험 심사평가원은 보험 심사제도의 대상이 되는 의료 기관의 입장이나 의견을 반영하고자 하는 시도가 부재할 뿐만 아니라 진료비 심사에 따른 삭감현황이나, 삭감 내역에 대한 상세한 정보 제공이 미흡한 실정이다.

지금까지 건강보험의 심사평가와 관련하여 의미 있는 결과를 제시한 연구로는 의료보험 진료비 심사 결과 및 이의 신청내용에 대한 조은형(1993)의 연구와, 요양급여 기준에 대한 간호사 인지도를 조사한 서현기(2000)의 연구, 약제 급여 심사평가 정책의 문제점과 개선방안에 대한 연구(이선희, 2001), 의약분업을 전후한 일부 종합병원의 진료비와 약제비 삭감 추이를 분석한 조희숙(2002, 2003)의 연구 등이 있다. 그러나, 이들 선행연구는 주로 건강보험 청구액의 삭감내역 혹은 그 비용 등에 대한 수치적 해석에 치중하고 있고, 연구의 대상 또한 일부 대형병원에 한정되어 있는 제한점을 지니고 있다. 따라서 보험급여 심사 및 삭감 활동의 영향을 가장 직접적으로 체감하게 되는 개원의들을 대상으로 실제 삭감 현황을 파악하고, 심사제도가 추구하고자 하였던 질 향상 활동을 어느 정도나 수행하고 있는지, 제도 수혜 당사자들인 의사들은 심사 제도에 대하여 어느정도 만족하고 있는지를 파악하고자 하는 연구가 절실히 필요한 실정이다. 이에, 본 연구는 다음과 같은 목표를 달성하고자 수행되었다.

첫째, 현재 개원의들을 대상으로 건강보험 청구금액에 대한 실제 삭감 현황을 조사한다. 이러한 삭감 내역의 가장 정확한 자료는, 제도의 수행 주체인 보험 심사 기구에서 그들의 업무 결과를 발표하는 것이라 사료되지만, 건강보험 심사평가원은 의료기관에 대한 삭감금액이나 그 내역에 대한 자료의 제공이 적절히 이루어지지 않고 있다. 따라서 제도의 대상이 되는 의료기관을 통하여 삭감률과 함께 개원의의 의원 운영에 큰 영향을 미칠 수 있는 청구된 금액이 지금까지 걸리는 기간과, 삭감된 내역에 대한 이의신청 현황을 조사하고자 하였다.

둘째, 삭감이 개원의들의 진료 활동에 미치는 영향을 파악하였다. 이는, 행위별 수가제를 기본으로 하고 있는 우리나라의 의료 체계에서는, 청구된 진료비의 통제가 개원의들의 진료 및 처방 행태에 영향을 끼칠 수 있으리라는 가정에서 출발한다. 특히 환자와 관련하여 진료활동의 행태에 영향을 주는 요소가 있었는지 살펴보는 것은, 건강보험 심사제도의 운영이 의료제도의 수혜자인 환자에게 어떠한 영향을 미치는지 밝힐 수 있는 단초가 될 수 있을 것이다.

셋째, 현재의 진료비 심사제도 효과에 대한 개원의들의 태도를 조사하였다. 제도가 추구하고자 하는 목적을 달성하기 위하여는 제도의 대상이 되는 집단이, 그 효과에 대하여 동의할 수 있는 긍정적 태도를 지녀야 한다. 본 조사를 통하여 개원 의사들이 현재의 진료비 심사제

도가 어느 정도나 질 향상을 위한 임무를 수행하고 있는지를 평가하게 하였다.

넷째, 진료비 심사제도의 각 절차에 대한 만족도를 파악하고자 하였다. 심사제도의 문제점을 파악하고 개선점을 제도 정비 과정에 반영하기 위하여는 구체적으로 심사 절차 각 과정에 대한 평가가 필요하다. 본 조사에서 심사기준 선정절차, 결과 통보 방식, 진료비 지급시기 및 이의 신청과정에 대한 만족도를 조사하였고, 각 만족도 결과가 심사제도의 질 향상 효과 평가에 미치는 영향력을 파악하고자 하였다.

II. 연구 내용 및 방법

1. 조사 내용

- 1) 진료비 삭감 현황 - 본 연구에서는 개원의들이 청구한 진료비의 삭감 규모와 심사 절차에 대한 현황을 조사하였다. 구체적 설문 내용은 다음과 같다.
 - 보험 청구액 중 삭감액 크기
 - 진료비 청구 후 지급까지 소요되는 기간
 - 삭감 처리된 사항에 대한 개원의들의 이의 신청 빈도, 이의신청 기간, 이의 신청 후 진료비 지급기간
- 2) 심사제도가 개원의들의 진료 활동에 미치는 영향 - 의료의 최종 수혜자는 환자이므로, 건강보험 심사평가정책이 갖는 최종적인 영향은 결국 환자에 돌아갈 것이다. 따라서 진료 과정에 현재의 심사 정책이 어떤 영향을 미치고 있는지를 조사하였다. 조사 내용은 삭감을 우려하여 필요한 검사처치·약제의 사용을 못했던 경험과 삭감을 우려하여, 청구 내용을 변형하거나 진단명을 바꾸었던 경험이다(표 1).
- 3) 심사과정 만족도 - 심사제도에 대한 개원의들의 만족도를 파악하기 위하여 심사제도 각 과정에 대한 만족도를 조사하였다. 조사에 포함된 내용은 다음과 같다.
 - 심사 기준 선정과정 만족도
 - 심사 결과 통보 방식에 대한 만족도
 - 심사 후 진료비 지급 시기에 대한 만족도

- 진료비 삭감 이후 이의 신청 과정에 대한 만족도
조사 응답은 ‘매우 만족한다’에서 ‘매우 만족하지 않는다’ 까지 5점 간격으로 측정하여 점수화하였다.
- 4) 심사제도의 질 향상 효과에 대한 평가 - 개원의들이 현재의 진료비 심사제도의 효과를 어떻게 평가하고 있는지를 조사하고자 ‘진료의 질 향상에 대한 진료비 심사정책의 기여 정도’를 조사하였다. 조사 응답은 ‘많이 기여한다’와 ‘기여하는 편이다’, ‘기여하지 못한다’, ‘전혀 기여하지 못한다’의 보기를 제시하였다.

<표 1> 조사에 사용된 변수 설명

조사 변수	조사내용	측정방법
심사제도 효과에 대한 태도	현재의 진료비 심사제도가 진료의 질을 향상시키는데 기여하고 있는가에 대한 평가	1: 많이 기여하고 있다. 2: 기여하는 편이다 3: 기여하지 못하고 있다 4: 전혀 기여하지 못한다.
진료행태	진료 중 삭감을 우려하여 진단이나 처치를 변경한 경험 진료비 청구 시 삭감을 우려하여 진단명을 변경한 경험	1: 경험이 있다 2: 경험이 없다
심사 절차 만족도	기준선정	삭감기준 선정과정에 대한 만족도
	결과통보	심사 결과 통보 방식에 대한 만족도
	지급시기	심사 후 진료비 지급 시기에 대한 만족도
	이의신청	이의 신청 절차에 대한 만족도
		5: 매우 만족한다 4: 만족한다 3: 보통이다 2: 불만이다 1: 매우 불만이다

2. 조사방법

조사는 서울시 의사회 소속 개원의를 대상으로 이루어졌으며, 1,037명이 응답하였다. 이중 응답 내용이 불충분한 자료를 제외하여 총 981명의 응답 결과를 최종 자료로 분석하였다. 조사기간은 2004년 1월 16일에서 2월 16일까지 이루어졌다. 설문조사는 자기기입식으로 이루어졌고 설문지 수거는 서울특별시 의사회를 통해 e-mail이나 fax를 이용하여 진행되었다.

3. 분석방법

자료 분석은 SPSS 10.1 for Windows를 이용하여 조사에 참여한 대상자의 일반적 특성과 진료비 삭감과 관련된 현황을 분석하였다. 진료과 특성에 따라 내과계와 외과계로 구분하여 계열별 삭감률, 개원 경력, 그리고 청구형태별 삭감률을 파악하였다.

한편, 심사제도가 의료의 질 향상에 미치는 영향에 대한 태도 조사 결과는 효과에 대한 긍정적 평가군과 부정적 평가군의 두 군으로 구분하여 분석하였다. 긍정적 평가군은 '매우 도움이 된다'와 '도움이 된다'는 경우를 포함하였고 부정적 평가군은 '도움이 되지 않는다'와 '전혀 도움이 되지 않는다'는 군을 포함하였다. 심사제도 효과에 대한 긍정적 태도에 영향을 주는 요인을 파악하고자 로지스틱 다중회귀 분석을 실시하였다.

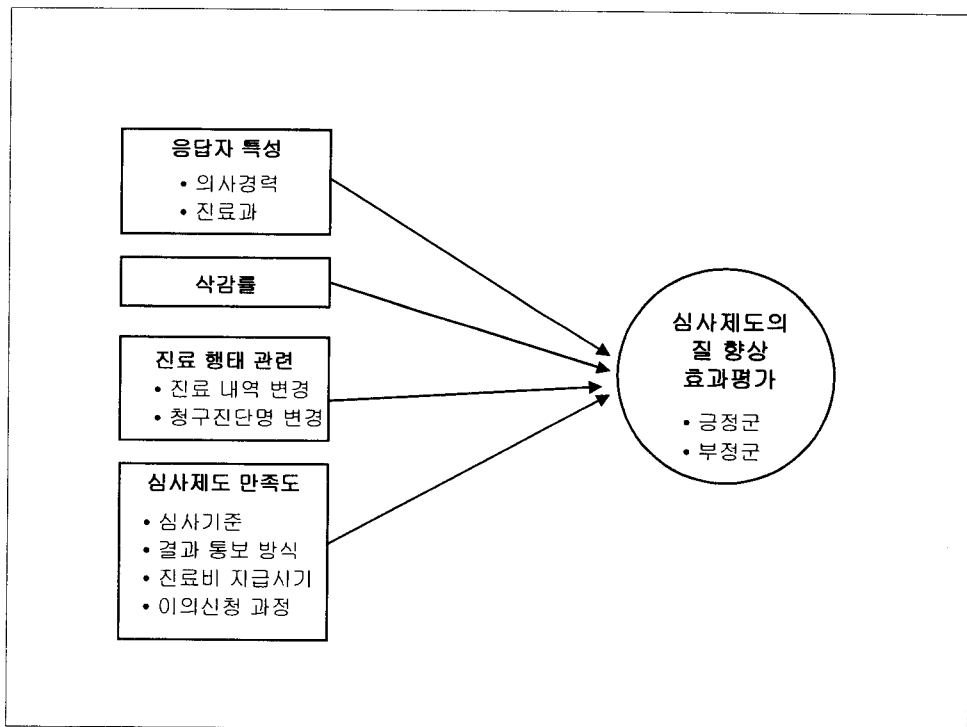


그림 1. 심사제도 효과에 대한 긍정적 태도 관련 요인 분석 틀

Ⅲ. 연구 결과

1. 설문 응답자의 일반적 특성

조사 대상자의 성별, 연령별, 그리고 개원 경력에 따른 일반적 특성은 표 2와 같다. 분석에 포함된 응답자 981명 중 남자가 75.3%, 여자가 23.4%였으며, 연령대별 분포는 40대가 42.9%로 가장 많았고, 뒤를 이어 50대와 30대가 각각 20.1%, 20.0%를 나타냈으며, 60대는 14.4%였다. 그리고 개원 경력에 대해서, 10년 이상의 개원 경력을 가졌다는 응답자가 49.0%, 5년 미만인 28.1, 5년 이상 10년 미만은 20.1%를 나타내었다.

한편, 건강보험에 급여를 청구하는 중요한 분류 기준이 될 수 있는 ‘청구 형태’를 살펴보면, 응답자의 74.5%에서 EDI, 18.5%가 디스켓을, 그리고 7.0%는 서면 청구 형태를 이용하는 것으로 나타나, EDI가 주된 청구 방법으로 이용되는 것으로 조사되었다.

<표 2> 조사 대상의 일반적 특성 및 진료관련 정보

	항 목	빈도	%
성별	남자	739	75.3
	여자	230	23.4
	무응답	12	1.2
연령대	30대	196	20.0
	40대	421	42.9
	50대	197	20.1
	60대	141	14.4
	무응답	26	2.7
개원 경력	5년 미만	276	28.1
	5년 이상~10년 미만	197	20.1
	10년 이상	481	49.0
	무응답	27	2.8
진료비 청구 형태	EDI	731	74.5
	디스켓	181	18.5
	서면 청구	69	7.0
	무응답	0	0
	계	981	100.0

2. 개원의들의 특성에 따른 보험청구 삭감 현황

개원의의 특성과 청구액 대비 삭감률을 비교하였으며, 그 결과는 표 3과 같다. 먼저, 세분화된 각 진료과를 그 특성에 따라 내과계와 외과계로 분류하였다. 각 삭감률을 비교했을 때, 3%로 이상의 삭감이 외과계에서 유의하게 높았다($p < 0.05$). 즉, 삭감률이 1% 미만이라고 응답한 비율은 내과계의 49.6%로 외과계의 43.6%, 삭감률이 1~3%라는 응답자는 내과계에서 27.1%, 외과계의 24.9%로써 내과계에서 더 높은 비율을 보였으나, 삭감률이 3% 이상이라는 응답은 내과계는 23.3%, 외과계 31.5%로 외과계에서 그 비율이 높았다. 그리고 개원 경력에 따라서도 차이를 보였는데, 5년이상~10년 미만의 개원 경력을 가진 의원의 삭감률이 10년 이상의 개원 경력을 가진 의원에서보다 유의하게 높게 조사되었다($p < 0.05$). 한편 청구형태에 따른 삭감률의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 3> 특성별 청구액대비 삭감률 비교 단위 : %

특 성		1%미만	1~3%미만	3%이상	계	p-value
진료과별	내과계	49.6	27.1	23.3	100	0.029
	외과계	43.6	24.9	31.5	100	
개원경력	5년미만	39.8	26.2	34.0	100	0.042
	5년~10년미만	46.7	27.2	26.1	100	
	10년이상	50.5	25.5	24.0	100	
청구형태별	EDI 청구	45.2	26.2	28.6	100	0.580
	서면청구	49.2	25.4	25.4	100	
	디스켓청구	51.9	25.0	23.1	100	

3. 진료비 심사제도가 진료의 질 향상과 진료활동에 미치는 영향

다음으로 진료비 심사제도가 진료의 질 향상에 기여하는 정도와, 삭감이 개원의들의 진료 및 청구 활동에 어떤 영향을 주고 있는가를 살펴보았다<표 4>.

먼저, 진료의 질 향상에 대한 진료비 심사정책의 기여정도에 대해, 89.3%가 '전혀 기여하지 못하고 있다'고 하여, 현재의 삭감 정책에 대해 심한 부정적 반응을 보였다. 다음으로 조금은 기여하는 편이라는 의견이 4.8%였고, 많이 기여하고 있다는 응답자는 0.9%에 불과하였다.

그리고, '삭감을 우려하여 필요한 검사·처치·약제의 사용을 못하는 경우'가 있는지에 대한 질문에서 '많이 있다'가 58.5%, '가끔 있다'가 39.3%로 현재의 진료비 심사 정책 때문에 필요한 의료를 행하지 못한 경험이 있다는 경우가 응답자의 90%를 넘는 것으로 조사 되었다. 한편, '별로 없다', 혹은 '전혀 없다'는 응답자는 각각 1.7%와 0.3%에 불과하였다.

또한, 삭감을 우려하여 청구 내용을 변경하거나, 진단명을 바꾼 경우가 '많이 있다'는 응답자가 41.9%, '가끔 있다'가 49.3%로, 삭감 때문에 보험 청구 내용을 변경한 경험을 가진 개원의가 90%가 넘는 것으로 나타났다.

즉, 응답 개원의의 90% 이상에서 삭감 때문에 의사 스스로가 필요하다고 생각하는 검사, 처치 및 투약을 하지 못한 경우와, 삭감을 우려하여 청구 내용이나 진단명을 변경한 경험을 가지고 있었다.

<표 4> 진료비 심사제도의 질 향상 효과 평가와 진료활동에 대한 영향

항 목	빈도	%
진료비 심사정책이 질 향상 효과에 기여 정도		
많이 기여하고 있다	9	0.9
기여하는 편이다	47	4.8
전혀 기여하지 못하고 있다	876	89.3
기여하지 못한다	45	4.6
무응답	4	0.4
삭감을 우려하여, 필요한 검사·처치·약제의 사용을 못하는 경우		
많이 있다	574	58.5
가끔 있다	386	39.3
별로 없다	17	1.7
전혀 없다	3	0.3
무응답	1	0.1
삭감을 우려하여, 청구 내용을 변경하거나 진단명을 바꾸는 경우		
많이 있다	411	41.9
가끔 있다	484	49.3
별로 없다	61	6.2
전혀 없다	21	2.1
무응답	4	0.4
계	981	100.0

4. 청구 및 이의신청 후의 진료비 지급 현황

현재 개원의들이 청구한 보험 급여에 대해 실제로 어느 정도가 삭감되는지를 파악하기 위해, 보험 청구된 진료비의 지급 현황과, 삭감 내역에 관한 이의 신청 처리결과에 관하여 조사하였다(표 5). 우선 진료비를 청구한 후 청구액을 지급받는데 걸리는 평균 시간에 대해서, '1개월 이상~2개월 미만'이 소요된다는 응답이 47.6%로 가장 많았고, 다음으로 '1개월 미만'이라는 대답이 43.0%를 차지하였다. 그 외에 '2개월 이상'과 잘 모르겠다는 응답이 각각 6.5%와 2.2%를 나타냈다.

한편, 진료비 삭감 현황을 반영하는 가장 직접적인 지표라 할 수 있는 최근 6개월간 월 평균 청구액 대비 삭감액에 대해서는, '1% 이상~3% 미만'이라는 응답이 23.1%로 가장 많았고, 다음으로 '0.5% 이상 1% 미만'이 21.5%, '0.5% 미만'이 20.8%였으며, '3%이상~5% 미만'과 '5% 이상'도 각각 14.8%와 9.9%였다.

통보된 삭감 내역에 대해 이의가 있을 경우는, 일정한 절차를 거쳐 이의 신청을 할 수 있다. 이의 신청에 대해서 그 처리 결과를 통보 받을 때까지의 평균 기간을 묻는 질문에 44.8%가 '잘 모른다'고 응답하였고, '1개월 이상~3개월 미만'이 26.3%, '3개월 이상'은 15.5%였으며, '1개월 미만'이라는 응답은 3.5%에 불과했다. 이렇게 '잘 모른다'는 응답이 전체의 반수 가까이 되는 것은 이의 신청을 한 후 그 결과를 확인하는데 다소 적극적이지 못함을 제시하는 결과이다.

다음으로 이의 신청 후 금액을 실제 지급 받을 때까지 평균적으로 소요되는 기간에 대해서, '3개월 이상'이 26.2%, '2개월 이상~3개월 미만'이 19.3%, '1개월 이상~2개월 미만'이 12.0% 그리고 무응답이 42.5%였다. 전술한 결과에 비추어, 무응답에는 지급받는 기간을 알지 못하는 경우가 대부분일 것으로 예측할 수 있다.

5. 현행 심사제도의 질 향상 효과에 대한 평가

심사제도가 의료의 질 향상에 미치는 영향에 대한 평가를 조사한 결과는 '많이 기여하고 있다'와 '기여하고 있다'는 경우를 심사제도 효과에 대한 '질 향상 효과 긍정군'으로, '기여하지 못한다'와 '전혀 기여하지 못한다'는 군을 '질 향상 효과 부정군'으로 구분하였고 인구사회학적 특성, 삭감률, 진료활동 내용별 평가군의 분포 차이를 분석하였다<표 6>.

<표 5> 청구 및 이의신청 후의 진료비 지급 현황

항 목	빈도	%
진료비를 청구한 후 청구액을 지급 받는 평균 시간		
1개월 미만	422	43.0
1개월 이상~2개월 미만	467	47.6
2개월 이상	64	6.5
잘 모른다	22	2.2
무응답	6	0.6
계	981	100.0
최근 6개월간 월 평균 청구액 대비 삭감액		
0.5% 미만	204	20.8
0.5% 이상 1% 미만	211	21.5
1% 이상~3% 미만	227	23.1
3% 이상~5% 미만	145	14.8
5% 이상	97	9.9
잘 모른다	85	8.7
무응답	12	1.2
계	981	100.0
이의 신청 후 이의신청 결과 통보를 받을 때까지의 평균 기간		
1개월 미만	34	3.5
1개월 이상~3개월 미만	258	26.3
3개월 이상	152	15.5
잘 모른다	439	44.8
무응답	98	10.0
계	0	100.0
이의 신청 후 금액을 실제 지급 받을 때까지의 평균 기간		
1개월 이상~2개월 미만	118	12.0
2개월 이상~3개월 미만	189	19.3
3개월 이상	257	26.2
무응답	417	42.5
계	0	100.0

개원경력이나 진료과목, 현재의 월 평균 삭감률, 그리고 삭감을 우려하여 진단명을 변경한 경험 유무는 두 군간의 유의한 상관관계를 보이지 않았다. 그러나, '삭감을 우려하여 처치를 변경'한 경험이 없는 경우에서 제도 효과를 긍정적으로 평가하는 응답이 18.8%로 유의하게 높았다($p < 0.05$).

<표 6> 의사특성 및 진료 활동 특성별 심사제도 질향상 효과에 대한 평가비교

단위 : %

		질향상 효과 긍정군	질향상 효과 부정군	p-value
의사경력	5년미만	5.6	94.4	0.531
	5년~10년미만	4.8	95.2	
	10년이상	6.9	93.1	
진료과	내과계	6.5	93.5	0.313
	외과계	5.5	94.5	
삭감률	1%미만	7.1	92.9	0.686
	1~3%미만	6.0	94.0	
	3%이상	5.5	94.5	
삭감을 우려하여 처치변경	많이있다	4.5	95.5	0.011
	가끔있다	7.8	92.2	
	없 다	18.8	81.3	
삭감을 우려하여 진단명변경	많이있다	4.8	95.2	0.233
	가끔있다	6.6	93.4	
	없 다	9.5	90.5	

6. 심사 각 과정에 대한 만족도

진료비 심사의 각 과정, 즉 진료비 심사 기준선정 과정, 심사 결과 통보과정, 진료비 지급 시기, 이의신청 과정에 대한 만족도를 조사하였으며 이들 만족도 점수가 심사제도의 질 향상 효과에 대하여 긍정적으로 평가하는 군과 효과에 대한 부정적 평가군간 유의하게 차이가 있는지를 분석하였다<표 7>. 분석결과, 지급시기에 대한 만족도는 두 군간 유의한 차이를 보

이지 않은 반면, 심사기준, 통보내용, 이의신청 과정에서는 제도 효과에 대해 긍정적인 평가군에서 유의하게 높은 만족도를 나타내었다(p<0.05).

<표 7> 심사제도에 대한 질향상 효과 평가군간 심사 과정 만족도 비교

	점수 범위	질향상 효과 긍정군	질향상 효과 부정군	p-value
심사기준만족도	-2.0 - 1.0	-0.90±0.78	-1.42±0.63	0.001
통보 만족도	-2.0 - 2.0	-0.90±0.85	-1.22±0.74	0.002
지급시기만족도	-2.0 - 2.0	-0.48±0.97	-0.57±0.98	0.513
이의신청과정만족도	-2.0 - 2.0	-1.20±0.81	-1.42±0.69	0.027

7. 심사제도의 질향상 효과에 대한 태도 관련 요인 분석

심사제도의 질향상 효과에 대한 긍정적 태도 관련요인을 규명하기 위하여, 다중 회귀분석을 수행하였다<표 8>. 종속변수는 진료비 심사의 질향상 효과를 부정적으로 평가하는 군을 기준(0)으로 하여, 긍정적 태도군을 비교군(1)으로 하였다. 분석 결과 ‘진료비 심사 기준에 대한 만족도’가 높을수록 제도에 대한 긍정적 평가를 높게 하는 것으로 나타났다.(OR= 2.941) (p<0.05). 한편, 결과 통보 방식이나 진료비 지급 시기, 이의 신청 과정 등은 유의하지 않았다.

<표 8> 심사제도 효과에 대한 긍정적 태도 관련요인분석

요 인	OR	p-value
삭감을 우려하여 진단이나 처치를 변경한 경험	경험 있다(0)	1.000
	경험 없다(1)	1.022
삭감을 우려하여 진단명을 변경하여 청구	경험 있다(0)	1.000
	경험 없다(1)	1.022
진료비 심사 기준에 대한 만족도	2.941	0.000
심사결과 통보 방식에 대한 만족도	1.130	0.575
진료비 지급시기에 대한 만족도	0.891	0.489
이의 신청 과정에 대한 만족도	0.959	0.856

IV. 고 찰

대부분의 국가에서 의료비의 상승은 사회적으로 큰 문제로 부각되고 있는 사안이며, 각 나라별로 의료비 절감 정책을 개발 수행하는 한편 적정 진료를 제공하기 위한 노력을 기울이고 있는 실정이다. 본 연구는 적정의료를 위한 노력 중 우리나라에서 시행하는 건강보험 심사평가제도에 초점을 맞추어, 실제 정책의 대상이 되는 개원의들을 대상으로 심사 청구액에 대한 삭감 현황과 제도에 대한 태도를 파악하고자 하였다.

1. 연구 방법에 대한 고찰

연구 결과에 대한 고찰에 앞서, 본 연구가 지니고 있는 제한점으로 지적받을 수 있는 부분, 즉 삭감률이나 삭감 내역, 이의 신청의 처리 등 건강보험 심사평가원에서 정확한 수치를 파악하고 있는 자료들을 따로 설문조사에 포함하여 결과 값을 제시한 부분에 대한 설명이 필요하겠다. 이러한 자료는 심사평가원에서 제시하는 것이 타당하겠으나, 지금까지 심사부서로부터의 정확한 자료 공개가 미흡한 실정이다. 따라서 제도에 관한 논의를 이끌어 낼 수 있는 최선의 방법으로 실제 보험 청구액에 대해서, 개원의를 대상으로 삭감률과 내역을 조사하는 방법을 선택하였다.

그러나, 본 연구의 조사 방법에 있어서 서울시에 개원중인 의사들 1,000여명에 대하여 연구가 수행된 점에서 전체 개원의사의 결과를 대표할 수 없는 제한점을 고려해야 할 것이다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

1) 진료비 삭감 현황

삭감 현황을 조사한 결과 개원의들의 실제 보험청구 삭감 현황에 대해, 진료과목이나 개원 경력에 따라 삭감률의 차이를 보였다. 즉, 외과계의 삭감률이 내과계보다 유의하게 높았는데, 청구액대비 삭감률이 3%를 넘는 고액 삭감이 외과계에서 31.5%로 내과의 23.3%보다 8% 이상 높았다. 이렇게 진료과별로 삭감률에 의미 있는 차이를 보이는 이유에 관해서는 추후 심층 분석이 필요할 것으로 사료된다. 1999년 일개 종합병원에 대하여 청구액 대비 삭감액을 조사한 연구에서 평균 삭감률은 3.0%로 보고되었으며(소경연, 1999), 이와 비교할 때 본 조

사에서 5% 이상의 삭감률은 보고한 경우가 응답의원의 9.9%에서, 3%~5%의 삭감률인 경우가 14.8%로 높게 제시된 것을 알 수 있다. 이는 의료기관 자체의 특성을 배제 할 수는 없으나, 연구시점을 고려할 때 최근의 삭감 정도가 증가되었으며 의원급의 삭감이 높게 나타남을 보여주는 결과이다. 의원의 경우 청구를 하는 별도의 인력을 두고 있지 못한 경우가 많아 심사 기준 등에 대한 정보가 미흡한 점도 하나의 원인으로 제시된다.

한편, 10년 이상의 경력을 가진 의사들이 상대적으로 그보다 짧은 경력의 개원의보다 낮은 삭감률을 보인다는 것은, 그들이 가진 정보의 차이, 혹은 삭감 기준에 대한 이해 정도의 차이에 기인하는 것으로 보인다. 본 연구의 결과만으로 정확한 이유를 제시하는 것에는 무리가 있지만 개원경력과 삭감률과의 차이는 개원의의 진료행태에서 그 이유를 찾아야 함이 타당할 것이고, 결과적으로 개원 경력이 긴 의사들이 그렇지 않은 경우보다 상대적으로 삭감 기준에 관한 보다 높은 이해도를 보인다면, 시기적으로 중요하고 강도 높은 삭감 사안에 대해 많은 정보를 획득하고 있는 것으로 생각된다.

2) 심사제도에 대한 태도 및 만족도

심사제도가 의료의 질 향상에 기여하는 정도에 대한 조사 결과에서 전체 응답자의 89.3%가 '전혀 기여하지 못하고 있다'라고 하였는데 이는 의료계, 환자, 보험자로 구성되는 의료서비스의 제공 및 비용의 지불 체계에서, 서비스 제공의 핵심적인 역할을 맡고 있는 의사 조직이 제도에 대한 심한 불신을 보이고 있음을 시사한다. 물론 국외에서도 증가되는 의료비의 적절한 관리와 의료의 질 관리라는 두 가지 목표를 달성하기 위해 각 나라에 맞는 체계를 운영하고 있다. 그런데 이들 제도 - 미국의 '약제이용도평가(Drug Utilization Review)'나 호주의 '국가처방서비스(National Prescribing Services)', 영국의 '처방행태 및 약제비 분석(Prescribing Analyses and cost)', 일본의 '사회보험진료보수지불기금(Social Insurance Medical Fee Payment Fund)'등 - 는 우리의 건강보험 심사평가제도와 그 기능과 의미에 있어서 상당부분 유사성을 공유하면서도, 의료계의 호응을 전제로 운영이 되고 있는 차이점이 존재한다(이선희, 2002). 미국의 메디케어 약제이용심사 제도의 경우 개발된 평가 기준과 근거는 의사와 약사 등의 이해 관계자들에게 공개하는 것을 원칙으로 하며, 구체적인 내용을 담은 자료를 받아 볼 수 있는 방법을 제시하도록 규정하고 있다(Federal Register, 1994). 한편, 호주의 경우에서도 약제 서비스 질 향상 정책의 일환으로 제도를 운영하고 있으며 약제 사용에 대한 정확한 정보 제공을 위해 Quality Use of Medicines Evaluation Program(QUMEP)을 제공하고 있는바 국내에서도 이와 같은 정보제공의 노력이 요구되는

바이다(National Medicines Policy, 2000). 본 연구의 조사 결과 90% 가까운 응답자가 보험 심사제도에 대하여 갖는 부정적 태도는, 현재의 제도에 대한 개선방안의 강구가 시급함을 시사하여 준다.

한편, 진료비 삭감을 우려하여 환자에게 제공해야 할 처치나 약제사용을 잘 못하는 경우가 있느냐는 질문에 대해 전체 응답자의 98.1%가 그런 경험이 있다(58.9%에서 '많이 있다', 39.2%에서 '가끔 있다')고 응답한 것은, 현재의 삭감제도가 적절성이나 타당성 제고 등의 원래의 목적과는 달리 의사의 진료 행태를 심각하게 왜곡시키고 있음을 반영하여 준다. 또한 삭감을 우려하여 청구내용이나 진단명을 변경했던 경우도 92.1%의 응답자가 있었다고(42.8%에서 많이 있다, 49.3%에서 가끔 있다) 응답하였는데, 이렇게 치료 내용이나 진단명을 바꾸는 경우가 높은 비율로 존재한다는 것은 결국 두 가지 가능성으로 귀결된다. 즉, 개원 의사들의 처치 및 투약의 내용이 잘못되어 있거나, 심사의 기준이 실제의 처치 및 투약 상황과 동떨어져 있음이 그것이다. 전자의 경우라면, 의료계 내부의 보다 적극적인 의료 질 관리 노력을 통해 그 해결점을 찾을 수 있겠으나, 후자의 경우라면, 심사 기준에 대한 적극적인 개정 작업이 시급하게 요구된다고 할 수 있겠다.

한편, 이의 신청 및 그의 처리 과정은 심사과정 자체만큼이나 신속함과 공정함을 요구받는 과정이어야 하나, 이의 신청 후 진료비의 지급 시기를 조사해 본 결과, 응답자의 45.5%에서 신청 후 3개월이 지나서야 이의 신청 금액을 지급받는 것으로 나타났다. 개원의는 그 특성상 환자를 돌보는 의사의 역할과 경영 활동의 이종고를 겪고 있음을 고려할 때 이의신청 결과가 신청 후 3개월 이후, 즉 진료 5~6개월 이후로 미루어지는 경우가 빈번한 경우 이의신청 제도를 활용하는데 대해 큰 장애물로 작용할 것임에 틀림없다. 본 조사가 시행 된 이후 최근 '재심사 조정 청구'를 신설하여 비교적 간단한 사례에 있어서 재 심사를 요청할 수 있는 제도를 마련하고 있는바, 이를 통하여 기존의 편의적이지 못한 이의신청 과정이 개선되기를 기대한다(건강보험심사평가원, 2004).

심사 제도에 대한 태도 조사결과 심사제도가 질향상에 미치는 효과에 대해 부정적인 경우가 많았고 이들 부정적 태도군이 긍정적인 태도군보다 심사기준 설정과정, 결과 통보 방식, 이의신청 과정에 대한 불만이 유의하게 높게 나타났는데, 이는 각 심사과정에 대한 불만이 심사 제도의 질향상 효과에 대한 부정적인 태도와 관련이 있는 것으로 해석된다. 즉, 의사들은 어떤 기준으로 의사 자신의 처치 및 투약 내역의 삭감 기준이 결정되는지를 통보받기 원하며, 결과에 대한 이의 신청이 과정이 복잡하지 않기를 바란다는 것이다. 다중회귀 분석 결과 가장 유의한 영향 요인은 진료비 심사 기준에 대한 만족도로서, 투명하고 합리적인 기준

마련 과정에 대한 요구가 매우 중요한 것으로 제시되었다. 임상 평가 지침의 개발을 통하여 심사 기준에 반영하는 통로를 확보하는 방법도 한 가지 대안으로 제시될 수 있다. 근거중심 의학(Evidence Based Medicine)의 이론을 바탕으로 전문학회의 자문을 받는 임상평가 지침의 개발이 추진되어야 할 것이며, 이렇게 만들어진 심사기준이 합리성과 타당성을 유지하기 위해서는 의학 분야의 급속한 발전 속도를 반영할 수 있는 지속적인 기준의 보완 및 개정 작업의 병행 또한 필요하다.

지금까지 살펴본 바와 같이 건강보험 심사 제도는 많은 문제점을 안고 있는 것이 사실이지만, 이러한 문제점의 존재가 제도 자체의 필요성을 상쇄할 수는 없음을 인정해야 할 것이다. 보건 의료계의 선진국들도 각 나라에 맞게 의료 적정성 보장을 위한 제도를 운영하고 있음에 비추어, 우리나라도 지금보다 발전된 합리적인 심사평가체도로의 개선을 위해 의료계 및 심사주체가 함께 노력해야 할 것이다. 본 연구가 이러한 노력의 단초가 되길 기대한다.

V. 결 론

본 연구는 개원 의사들을 대상으로 진료비 삭감 현황을 조사하고, 삭감 제도에 대한 만족도와 삭감제도가 질 향상 활동에 기여하는 효과에 대한 태도를 조사함으로써 현 제도의 문제점을 파악하고 개선방안을 제시하기 위한 목적으로 수행되었다. 조사는 서울시 의사회 소속 개원의를 대상으로 이루어졌으며, 1,037명이 응답하였다. 이중 응답 내용이 불충분한 자료를 제외하여 총 981명의 응답 결과를 최종 자료로 분석하였다. 조사결과는 다음과 같다.

첫째로, 내과계와 외과계로 분류하여 삭감률을 비교한 결과, 3% 이상의 삭감이 외과계에 서 유의하게 높았다. 그리고 개원 경력에 따라서도 차이를 보였는데, 5년 이상~10년 미만의 개원 경력을 가진 의원의 삭감률이 10년 이상의 개원 경력을 가진 의원에서보다 유의하게 높게 조사되었다($p < 0.05$).

둘째, 진료의 질 향상에 대한 진료비 심사정책의 기여정도에 대해, 89.3%가 '전혀 기여하지 못하고 있다'고 하여, 삭감 정책에 대해 심한 부정적 반응을 보였고 '삭감을 우려하여 필요한 검사처치·약제의 사용을 못하는 경우'가 90% 이상으로 조사되었다. 또한, '삭감을 우려하여 청구 내용을 변경하거나, 진단명을 바꾼 경우'도 90% 이상으로 조사되었다.

셋째, 심사 제도에 대한 태도와 만족도 조사 결과 전체적인 과정에 대하여 만족도가 매우

낮았으며 특히 심사제도가 질향상에 미치는 효과에 대해 부정적인 경우에서 심사기준, 결과 통보 방식, 이의신청 과정에 대한 불만이 유의하게 높게 나타났다. 다중회귀 분석 결과 가장 유의한 영향 요인은 진료비 심사 기준에 대한 만족도로서, 투명하고 합리적인 기준 마련 과정에 대한 요구가 매우 높게 제시되었다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원(2004). 재심사조정청구 시행안내 공고안
- 김세화(2001). 요양급여 적정성 평가모형, 어떻게 접근할 것인가. 한국의료QA학회 2001년 가을학술대회 연세집 53-62
- 김정숙(1980). 우리나라 의료보험 진료비 심사 지급제도의 개선 방안에 대한 연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김형규(2001). 의료보험 재정과 의사죽이기. 청년의사 메디칼 에세이. 3. 26일자 기사
- 보건복지부(2001). 건강보험재정 추이, 전망과 안정대책, 2001. 3
- 보건복지부(2001). 재정안정대책 재정 효과 산정자료, 2001. 6. 1
- 서현기(2000). 의료보험 및 진료비 지불제도에 대한 일부 종합병원 간호사의 인지도 조사연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문
- 소경연(1999). 일 종합병원 의료보험 진료비 삭감과 이의인정에 관한 연구. 경희대학교 교육대학원 석사학위논문 1999
- 안옥희(1998). 의료보험 진료비 삭감 및 이의 신청 분석에 관한 조사 연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 이선희(2001). 건강보험 심사평가정책의 문제점과 개선방안, 대한병원협회 제 17차 병원관리 종합학술대회 연세집 149-176
- 이선희(2002). 약제 급여 심사평가 정책의 문제점과 개선방안. 병원협회 용역 정책보고서, 165-228
- 전철수(2001). 약제급여 적정성평가 정책토론회 자료. 건강보험심사평가원 1-6
- 전현희(2002). 의료보험 부당청구와 행정소송. 청년의사 4월 22일 기사
- 조은형(1993). 의료보험진료비 심사결과 및 이의신청 분석. 연세대 보건대학원 석사학위논문
- 조희숙(2002). 의약분업 전후 일부 종합병원 진료비 및 약제 진료비 삭감추이. 보건행정학회지 12(3): 23-35

조희숙(2003). 의약분업 전후 일부 종합병원의 약제 종류별 약제비 삭감추이. 병원경영학회지 8(2): 93-110

Federal Register September 23, 1994. Medicaid program; drug use review program and electronic claims management system for outpatient drug claims. <http://frwebgate4.access.gpo.gov/bin/multidb.cgi>.

National Medicines Policy<Online> Commonwealth of Australia(2000). Commonwealth department of Health and Aged Care(<http://www.health.gov.au/hfs/pbs/natmedpol/nmp2000.pdf>)