

보험심사 전문 간호사의 직무표준 개발*

황 혜 영¹⁾

서 론

연구의 필요성

우리나라의 의료보험제도는 1977년 500인 이상 사업장에 도입을 시작으로 1989년에는 전 국민 의료보험 시대를 이루었고, 2000년부터는 국민건강보험법에 의해 요양급여를 적용하고 있다. 국민건강보험법은 의료기관에서 제공한 요양급여에 대한 비용을 보험자에게 청구하고, 보험자의 심사 결과에 따라 요양급여 비용을 지급한다(The National Health Insurance Law, No 4 Part 43). 이러한 보험제도 운영방식에서 정부는 2000년 보험자가 의료서비스 공급자에게 지급하는 진료비를 공정하고 효율적으로 심사하기 위한 독립된 중립적인 기관으로 건강보험심사평가원을 설립하였고, 의료기관에서는 진료비 삭감 등에 대처하기 위한 진료비 심사를 위해 의학 및 간호학적 지식을 갖추고 임상경력이 있는 간호사를 보험 심사 부서에 배치하여 진료비 심사 업무를 수행하게 하였다. 이처럼 임상경험이 있는 간호사가 의료보험 진료비 심사 및 청구업무를 담당하게 되면서 보험심사 간호사라는 간호의 새로운 영역이 개척되었다(Korean Accreditation Board of Nursing 2007). 현재 보험심사 간호사는 보험과 관련된 다양한 분야에서 환자에게 제공된 의료서비스 내용의 적정성에 대한 심사를 통한 의료비 관리와 각종 적정성 평가 등에 효율적으로 대처 할 수 있는 의학적 전문 지식을 갖춘 전문 인력으로 역할을 하고 있다.

한편, 다양한 의료 분야에서 전문적 의료서비스에 대한 요구가 증대함에 따라 보건복지부는 전문 간호사의 필요성을 인지하여 2006년 전문 간호사 자격인정 등에 관한 규칙을 고시하였으며, 13개 간호 분야에서 전문 간호사가 배출되고 있다. 보험심사 간호사는 진료내역의 적정성 심사 및 평가자, 조정자, 교육자, 사례관리자, 의료의 질 향상 촉진자 및 보건정책 입안자 그리고 보건의료정책이 요양기관에서 정착하도록 총 관리하는 전문가적 역할을 통해 건강보험제도의 효율성을 높이고, 의료비와 건강보험 재정에 대한 국민의 알 권리를 충족시킬 수 있는 가장 효과적인 전문 인력이다(Insurance Review Nurses Association, 2002). 우리나라의 전문 간호사 수요 추계 연구 결과에서도 2010년 까지 보험심사 전문 간호사가 최대 수요 3,466명이 필요할 것으로 보고하고 있으며(Kim, Koh & Hwang, 2003), 대한간호협회도 보험심사 분야를 전문 간호사로 추진하고 있다.

전문 간호사의 종류는 그 나라의 보건 의료 상황에 따른 국가의 정책 결정에 의해 이루어지는데 전문 간호사의 제도적 정착을 위해서는 그 나라의 실정에 알맞은 전문 간호사의 역할 정립이 선행되어야 한다(Cho, 2007). 현재 전문 간호사의 역할은 고용되고 있는 기관의 요구 및 자신의 능력과 수행 직무의 성격에 따라 다양한 차이를 보이고 있다(Leem, 2002). 그러므로 전문 간호사로서의 역할을 수행하기 위해서는 각 전문 분야 현장에서의 실제적으로 기대되고 요구되는 직무 범위 및 구체적인 직무가 확인되고 제시되어야 한다(The Ministry of Health and Welfare, Korean Accreditation Board of

주요어 : 보험심사 전문 간호사, 직무표준

* 이화여자 대학교 간호과학 대학 간호학 전공 박사학위 논문

1) 인천기독병원 보험심사팀 팀장(교신처자 E-mail: dude14oct@hanmail.net)

투고일: 2009년 5월 7일 수정일: 2009년 6월 19일 심사완료일: 2009년 6월 22일

Nursing, 2005).

이에 향후 보험심사 전문 간호사가 수행해야 할 직무로서 현실을 반영하는 포괄적이고 성취 가능한 구체적인 활동 지침이 될 수 있는 체계적·객관적·전문적인 직무 표준이 필요하다. 즉, 직무표준을 선정하여 실무기준을 작성하고 실행 여부를 측정할 수 있는 지표를 만들어 직무에 대한 평가(Chang, 2000)를 할 수 있는 보험심사 전문 간호사의 직무 표준이 마련되어야 할 것이다.

따라서 본 연구는 우리나라 의료 환경과 건강보험 정책에 부합하는 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하여 진료비 심사와 청구 및 관련 전문 직무의 실무 현장에서 적용될 수 있는 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하고자 한다.

연구 목적

본 연구는 의료기관에서 진료비 심사와 청구 및 관련 업무를 담당하는 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하여 향후 실무 적용의 근거로 활용할 수 있게 하고자 시도되었다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 보험심사 전문 간호사의 직무 기준, 지표, 활동을 포함한 직무표준(안) 예비항목을 작성한다.
- 작성된 직무표준(안) 예비항목에 대해 자문 집단의 검토를 거쳐 직무표준(안)을 완성한다.
- 완성된 직무표준에 대해 전문가 집단으로부터 내용 타당도 검증을 통해 직무표준을 개발한다.
- 확정된 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안)에 대한 실무 적합성을 확인한다.
- 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 제시한다.

용어 정의

● 직무표준

직무란 직업으로서 맡아서 하는 일을 말하며, 표준은 실무가 할 수 있는 바람직하고 성취할 수 있는 수행의 수준으로 실무의 질을 평가할 수 있는 근거가 되는 것이다(ANA, 1998). 본 연구에서는 대한간호협회(KNA, 2004)가 제시한 전문 간호사의 간호표준을 근거로 전문가적 직무수행(자료수집, 진단, 계획, 수행, 평가), 교육 및 상담, 연구, 리더십(변화추진, 관리), 자문 및 협동 등 총 12개의 보험심사 전문 간호사의 직무 표준으로 기준, 지표와 활동이 포함된다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하기 위한 방법론적 연구이다.

연구 절차

● 1단계 : 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 개발

기본원리 설정 및 예비항목 작성

직무표준은 사회의 요구와 자원에 따른 변화와 개선에 적용될 수 있도록 융통성을 가져야 하며 국민과 간호전문직 그리고 실무 간호사와 관련되는 합리적이고, 명확하고 적절한 진술이어야 한다(Korean Nurses Association, 2003). 이러한 원리를 근거로 대한간호협회(KNA, 2004)가 개발한 전문 간호사 핵심능력의 간호표준과 분야별 전문 간호사 직무에 근거하여 기본원리 및 범위를 설정하였다.

예비항목 작성을 위해 대한간호협회(KNA, 2004)의 전문 간호사 간호표준을 근거로 하여 보험심사 간호사 직무표준 지침서(Korean Accreditation Board of Nursing, 2007)와 전문 간호사 핵심능력 및 분야별 전문 간호사 직무(The Ministry of Health and Welfare, Korean Accreditation Board of Nursing, 2005), 보험심사 자격 전문 과정(Korean Accreditation Board of Nursing, 2007), 보험심사 간호사의 역할(Kim, 2002), 미국 사례관리협회의 사례관리 실무 표준(CMSA, 2002)에 대해 고찰하였다. 전문 간호사 간호표준 관련 문헌으로 신장비뇨기계 임상전문 간호사 간호표준(Cho, 2007), 신생아 전문 간호사의 직무표준 개발(Park, 2006), 가정간호 표준개발(Kim, 2004) 등을 고찰하였다. 또한 서울·경기·인천 지역의 종합전문병원과 종합병원 보험심사 부서의 직위별 직무 지침을 참고한 후 간호행정학 교수 1인과 간호행정학 박사 1인과의 토의를 통해 표준 10개, 기준 50개, 지표 81개, 활동 302개로 구성된 보험심사 전문 간호사 직무표준(안) 예비항목을 작성하였다.

● 2단계 : 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 개발

직무표준(안)의 예비항목에 대해 현재 보험심사 간호사회 임원으로 활동하고 있는 임원 12명과 간호행정학 교수 1인으로 구성된 자문 집단에게 설문지와 면담을 이용하여 자문을 구하였다.

설문지는 각 항목에 대해 보험심사 전문 간호사로서의 직무로 타당성에 대해 “타당함”과 “타당하지 않음”으로 응답하게 하였고, 타당하지 않은 경우 사유 및 그 외에 추가할 내용이나 수정·삭제가 필요한 내용을 자세히 기록하도록 하였다. 개발된 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)에 대한 타당도를 높이기 위해 국어국문학 교수에게 문맥 흐름과 외관타당도에

대한 자문을 받아 최종적으로 보험심사 전문 간호사의 직무 표준(안)은 표준 12개, 기준 46개, 지표 92개, 활동 418개로 확정되었다.

● 3단계 : 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 내용 타당도 검증

보험심사 전문 간호 직무 표준(안)에 대한 내용 타당도를 검증하기 위해 보험심사 분야의 전문직 지식과 경험이 인정된 전문가로 대한간호협회 전문 간호사 자격시험 기준에 속하는 석사 학위를 소지하고 있는 현재 종합병원이상에서 근무하고 있는 보험 심사 분야의 부서장 7명을 선정하였다. 각 항목별 내용 타당도 검증은 자가 보고형 설문지를 이용하여 각 항목의 내용 타당도에 대해 “매우 타당함” 4점, “타당함” 3점, “타당하지 않음” 2점, “매우 타당하지 않음” 1점으로 기재하도록 하였고, 각 항목마다 추가하거나 수정 또는 삭제할 내용 등에 대해 기록할 수 있도록 하였다. 각 항목에 대한 내용 타당도에 대한 분석은 내용타당도 지수(Content Validity Index, CVI)를 산출하여 80% 이상인 항목을 선정하였다(Lynn, 1986). 80% 미만의 항목에 대해서는 수정, 추가, 삭제 및 이동의 과정을 거쳐 다시 전문가 집단의 설문을 통해 결정하였고, CVI 0.8 이상의 결과가 나오기까지 2차례에 걸쳐 내용타당도 검증을 실시하였다.

자료수집 방법은 선정된 전문가에게 전화연락을 통하여 연구에 대해 설명을 한 후, 연구 참여 동의를 받았고, e-mail을 이용한 설문조사를 시행하였다. 조사기간은 2008년 9월 26일부터 10월 13일 까지였다.

● 4단계 : 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 실무 적합성 확인

전문가 집단에 의해 최종 완성된 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안)에 대해 현재 보험심사 관련 업무를 수행하고 있는 실무자를 대상으로 실무 적합성에 대해 조사하였다. 전문 간호사는 적어도 주임이상의 직위를 가진 자(Leem, 2002)로 전국 종합병원 이상에서 근무하고 있는 보험심사 부서 주임 이상의 실무자 112명에게 연구 참여에 대한 동의를 구한 후 자료를 수집하였다.

자료 수집은 자가 보고형 설문지를 통해 이루어졌으며, 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)에 따른 지표(안), 기준(안) 및 활동(안)이 향후 실무 현장에서 보험심사 전문 간호사로서의 적합인지 여부에 대해 “예” 또는 “아니오”로 답하도록 하였다. “아니오”로 답한 경우 그 이유를 구체적으로 기재하도록 하였다. 설문지의 배부 및 회수는 우편과 전자메일을 이용하여 우편은 반송우표를 동봉하여 설문지를 전달한 후 회수하였다. E-mail은 첨부파일로 설문지를 전송하고, 추후 응답된

설문지 역시 첨부파일의 형태로 전달 받았다. 최종 회수된 설문지는 총 91부로 응답률 83.48% 이었으며, 자료수집 기간은 2008년 10월 14일부터 10월 30일까지였다.

연구 결과

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 예비항목 작성 및 직무표준(안) 개발

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 예비항목은 대한간호협회(KNA, 2004)가 규정한 전문가적 직무 수행인 자료수집, 계획, 수행, 평가와 교육과 상담, 연구, 리더십(변화촉진, 관리), 자문과 협동을 근거로 하였다. 각 표준에 따른 기준과 지표 및 활동은 보험심사 직무관련 문헌과 우리나라 전문 간호사 간호표준 개발 및 미국의 사례관리자 직무표준을 고찰과 의료기관 6곳의 보험심사 부서의 직무 지침서를 참조하였으며, 표준 10개, 기준(안) 50개, 지표(안) 81개, 활동(안) 302개로 구성되었다.

예비항목 작성 시 표준에서 진단은 현재 보험심사 업무와 관련된 진단이 없어 제외되었으나 간호 전문가로서 간호과정 적용이 필요하다는 전문가의 의견을 수렴하여 표준으로 진단을 포함하였다. 그리고 교육과 상담이 보험심사 업무 특성 상 대상자에 대한 교육 관련된 업무가 거의 없어 예비항목 작성 시 교육과 상담을 통합하여 구성하였으나 향후 대상자에게 적정진료 등 진료비 관련 교육을 통한 대상자의 진료 참여를 유도하고 알 권리에 대한 요구도와 중요성이 커진다는 전문 집단의 의견을 반영하여 교육과 상담을 각각 구분하여 직무 표준(안)을 구성하였다.

보험심사 전문 간호사 직무표준(안)은 자문 집단 의견 수렴을 통해 수정, 보완, 통합, 추가, 삭제, 이동 등의 과정을 거쳐 12개의 표준과 기준(안) 46개, 지표(안) 92개, 활동(안) 418개로 완성되었으며 변경내용은 다음과 같다.

보험심사 전문 간호사 직무표준(안)의 표준 1은 자료수집으로 예비항목 작성에는 환자의 건강상태를 확인하기 위한 건강문체와 관련된 모든 자료의 객관적, 포괄적 수집을 위해 의무기록, 전산정보 및 면담을 통해 병력을 사정하는 내용과 진단적 결과를 해석하고 판단하며, 수집된 자료와 진단과의 관련성을 확인하는 내용이 포함되었다. 자료 수집은 지속적이고 체계적으로 해야 하며, 환자의 보험 유형과 가족의 진료서비스 요구 확인 등 대상자의 경제적 상태를 확인하는 내용으로 구성하였다. 자문 집단의 의견 수렴을 통해 기준의 ‘해석과 판단하기’와 ‘모니터 하기’, ‘분석하기’는 자료수집에 적절한 ‘사정하기’로 수정하였다. 현 병력과 과거력 사정하기는 ‘병력 사정하기’로 통합하였고, 수정된 기준과 지표에 따라 활동 내

용이 수정 또는 삭제되었다. 예비항목 지표 '수집된 정보를 분석하고 합성하기'와 '정보로 진단과 관련성을 해석하고 판단하기'는 의료팀의 주 업무로 삭제되었는데, 이는 보험심사 전문 간호사가 현재 대상자에게 직접 의료서비스를 제공하지 않는 현 상태를 반영하는 것으로 볼 수 있다. 예비항목 지표(안) '그 외 진료비 관련 요인 확인하기'는 '관련요인'에 대한 내용이 명확하지 않아 삭제되었다. 이로써 직무표준(안)의 자료수집은 기준 4개, 지표 7개, 활동 16개로 구성하였다.

표준 2 진단의 예비항목은 보험 관련된 진단이 현재 존재하지 않아 관련된 기준, 지표, 활동이 구성되지 않았다. 그러나 대상자의 통합적 접근을 위해 진단 과정이 필요하다는 자문가 의견을 반영하여 진단과 관련된 기준(안) '보험 관련 문제 진단하기'를 추가하고, 지표(안) '간호진단 확인하기'와 '진료비 관련 문제 진단하기'의 항목이 추가하여 진단에는 기준 1개, 지표 2개와 활동 5개가 포함되었다.

표준 3 계획은 대상자의 건강목표를 달성하기 위해 근거-중심 건강목표를 설정하고, 환자 상태에 적절한 의료/간호가 제공될 수 있도록 건강목표와 지속적인 사정과 재평가를 계획하는 내용이다. 계획 달성을 위해 의료팀과의 의사소통을 계획하고, 적절한 상병을 코딩하도록 계획하는 내용이 예비항목으로 구성되었다. 그러나 자문 집단의 의견으로 건강목표 설정은 의료팀의 주 업무이므로 이를 '건강목표를 확인 계획하기'로 내용을 수정하였고, 기준(안) '지속적인 사정, 재평가하기'도 의료팀의 주 업무라는 의견으로 삭제되었다. 예비항목 기준(안) '의료팀과 의사소통 계획하기'중 '의료팀'이란 문구를 삭제하고 의료팀과 지원부서, 대상자로 구분하여 지표로 구성하였다. 기준(안)에 보험심사 부서의 주 업무인 '진료비 심사와 청구 계획하기'가 추가됨으로서 이에 따라 지표 3개와 활동 12개가 추가되었다. 기준(안) '상병코딩하기'는 계획의 내용이 아니라 수행에 적합하여 수행으로 이동하였다. 변경된 기준과 지표에 따라 활동에 대한 문구를 수정하였다. 이로써 계획에는 기준 3개, 지표 7개, 활동 29개가 구성되었다.

표준 4 수행은 대상자의 진료내역 및 진료비에 대한 심사를 하는 것이다. 전문적 의학 지식을 기초로 하여 요양급여 산정 기준과 심사기준 및 관련 법규에 적합 여부에 대한 심사하고 적절한 상병을 코딩하여 이러한 심사과정을 거친 내역 결과인 진료비를 보험자에게 청구하는 것이다. 청구된 진료비에 대한 결과를 분석하여 이의신청, 심사청구, 행정소송을 수행하는 내용으로 예비항목이 구성되었다. 자문 집단의 의견수렴 후 표준 5 평가의 분석하고 평가하기로 구성되었던 내용 중 '분석하기'에 해당하는 항목들은 수행으로 이동하였다. 표준 11 자문에 포함되었던 '정보제공하기'와 '정책참여하기'가 각각 기준(안)으로 이동하여 수행에 포함하였다. 지표(안) '재원일수 심사하기'는 표준 5 평가에서 이동하여 '진료비

심사하기' 지표(안)가 추가되었다. 예비항목의 기준(안) '이의신청/심사청구하기'는 '청구결과 분석하기'를 추가하여 지표(안)로 이동하였고, 기준(안) '진료비 심사결과 분석하기'에 따른 활동 12개, '행정소송 결과 분석하기'에 따른 8개 활동이 추가되어 지표에 포함되었다. 수정된 직무표준(안)의 수행에는 7개의 기준과 18개의 지표, 119개의 활동으로 구성되었다.

표준 5 평가의 예비항목은 진료비 심사를 통한 대상자의 진료 결과와 진료 내역 및 진료비에 대한 것이다. 그리고 청구현황에 대한 분석을 통해 평가를 하며, 청구 결과에 따른 진료비 삭감 내역과 이의신청/심사 청구 내역에 대한 청구 결과를 평가하고, 재원일수에 대한 '평가와 상병코딩에 대해 평가 하는 내용이 포함되었다. 예비항목 지표(안) '환자 상태 평가'는 의료팀의 주된 업무라는 자문 집단의 의견으로 '진료결과 평가하기'로 수정하였고, 예비항목에서 '분석하고 평가하기' 중 '분석하기'가 수행으로 이동하여 '평가하기'의 내용으로 수정되었다. 기준(안) '삭감분석 평가하기'는 '청구결과 분석 평가하기'로 진료비 삭감관련 내용을 모두 포함하여 제시하였고, 기준(안)에 '심평원 평가 결과 자체 평가하기'와 '정책안 결과 평가하기'는 표준 10 관리에서 평가로 이동하면서 내용이 수정되었다. 지표(안) '자율시정통보 결과에 대해 자체평가하기', '현지조사 결과 평가하기'가 기준(안)에 포함되었다. 수정된 기준과 지표에 따른 활동이 추가되고 내용 수정 및 삭제 등으로 평가에는 6개의 기준, 12개의 지표, 57개의 활동이 구성되었다.

표준 6 교육의 예비항목은 의학적 지식을 근거로 요양급여 및 심사기준과 관련법에 거하여 환자와 의료팀과 관련부서를 대상으로 정보를 제공하기 위한 상담 및 정보공유를 위한 교육과 관련된 내용과 민원 상담을 포함하여 교육과 상담이 통합된 내용으로 구성하였다. 자문가 집단의 의견을 통해 환자를 대상자로 수정하고 교육 대상을 의료팀과 관련부서로 구분하였다. 각 변경된 기준과 지표에 따른 활동 내용으로 구성하여 교육에는 기준 3개, 5개의 지표, 23개의 활동이 포함되었다. 예비항목 중 상담과 관련된 내용은 표준 7상담으로 이동하였다

표준7 상담의 예비항목은 교육에서 구분하여 기준(안) '환자/가족 상담하기'가 '대상자 상담하기'로 이동하였고, 기준(안) '의료팀 상담하기', '의료팀 및 관련 부서 상담하기'는 통합되어 '관련부서 상담하기'로 수정하면서 의료팀과 지원부서로 구분하였다. 기준(안) '민원 상담하기'는 예비항목 교육에 포함되어 있었으나 상담으로 분리하였고, 상담에는 3개의 기준과 4개 지표, 16개의 활동이 포함되었다.

표준 8 연구는 전문 간호사로서 사례관리에 대한 타 전문분야와 협동하여 다학제적 사례관리 연구 활동에 참여하는 내용으로 사례관리 연구가 예비항목으로 구성되었다. 그러나

자문가 집단의 의견을 통해 표준 8 연구에서는 기준(안) ‘보험심사 실무 향상 방안 연구하기’와 ‘보험정책 연구하기’가 추가되어 지표 3개와 활동 8개가 추가되었다. 이로써 기준과 지표 3개와 활동 16개가 연구에 포함되었다.

표준 9 변화촉진 예비항목의 기준은 질 향상 직무를 위한 의뢰이용도 관리, QI 활동, 진료비 모니터링, 자율시정 통보 관리, 현지조사 준비, 각종 평가 준비, 적정성 평가 관리 등과 보험 전문가로서 각 위원회 활동을 통한 정책 참여 및 기획의 기준과 직무표준을 개발하는 내용이 포함되었다. 예비항목 ‘자율시정통보 관리하기’, ‘현지 조사 준비하기’, ‘적정성 평가하기’는 내용상 평가에 해당하는 것으로 기준(안)의 지표로 이동하였고, ‘진료비 모니터링 하기’와 ‘각종 평가 준비하기’는 지표(안) ‘진료비 평가하기’와 내용상 중복되어 삭제하였다. 기준(안) ‘전문성 개발하기’와 ‘교육 참여하기’를 연구에 추가하면서 전문직 발전과 관련된 활동 2개가 추가되고, 내용을 부분적으로 수정하였다. 변화촉진에는 3개의 기준, 7개의 지표, 39개의 활동이 포함되었다.

표준 10 관리는 보험심사 부서 진료비 관련 직무에 대한 관리와 관련된 것으로 진료비 산정 지침 관리하기, 수가 마스터 관리하기, 수가기준 정보 관리하기, 정보관리하기, 문서관리하기, 미수금 관리하기, 원외처방전 관리하기, 신 의료수가 관리하기, 수가 분석하기와 최근의 정책 및 관련법에 대한 관리와 최근의 의학적 지식 습득 및 유지하는 내용으로 예비항목이 구성되었다. 진료비 심사와 관련된 행정업무 관리에 대한 내용으로 일부 내용이 수정되었으며, 기준(안) ‘수가기준 정보 관리하기’는 지표(안)로 이동하였다. 기준(안) ‘미수금 관리하기’는 기준(안) ‘진료비 관리하기’로 기준을 생성하여 기준(안) ‘원외처방전 환수 관리하기’, ‘신의료수가 관리하기’, ‘수가분석하기’를 지표(안) ‘미수금 관리하기’, ‘원외처방전 환수 관리하기’, ‘신의료수가 관리하기’로 각각 변경하고, 지표(안) ‘수가 검토하기’와 ‘원가분석하기’, ‘수가 코드별 실적 분석하기’는 기준(안)에 포함되었다. 기준(안)에 ‘전산 관리하기’를 추가하여 지표(안) ‘진료비 관련 프로그램 관리하기’가 추가되면서 관련 활동 4개가 포함되었다. 예비항목 ‘최근의 의학적 지식 습득하고 유지하기’는 지표(안) ‘건강보험 관련 보험 정책 및 관련 교육 참여하기’로 이동, 지표(안) ‘진료비 삭감정보 제공하기’는 기준(안) ‘정보제공하기’로 각각 이동하였다. 이에 각 지표(안)에 따른 활동 내용을 구성하여 표준 10 관리에는 7개의 기준, 17개의 지표, 65개의 활동이 포함되었다.

표준 11 자문의 예비항목은 진료비 삭감 분석 및 각종 평가에 대한 결과를 분석하여 관련 의료팀에게 정보를 제공하며, 진료비 심사와 관련된 의료팀과 관련 부서 및 타 기관에 자문하고, 자문에 응답하는 내용이다. 또한 각종 위원회 활동을 통해 자문하는 내용이 포함되었다. 기준(안) ‘각종 위원회

활동’은 기준(안) ‘각종 위원회 자문하기’로 수정하고, 기준 타 기관 자문하기’는 지표(안) ‘타 기관 자문 구하기’에 포함하였다. 지표(안) ‘급여기준 개선과 관련하여 정책 참여하기’는 지표(안) ‘요양급여 기준 관련 정책 참여하기’로 이동하였다. 각 기준과 지표에 대한 활동을 제시하여 자문에는 3개의 기준 아래 6개의 지표와 19개의 활동이 포함된 직무표준(안)을 완성하였다.

표준 12 협동은 보험심사 간호사를 지지하고 협조하여 직무가 원활히 진행되도록 하며 의료팀 및 지원부서와 협조체계를 구축하고 보험관련 기관들과 협동하는 내용이 예비항목으로 구성되었다. 예비항목 기준(안) ‘협조체계 구축하기’의 지표(안)로 ‘관련부서와 협조체계 구축하기’를 추가하였고, 예비항목 지표 ‘보험심사 간호사회 협동하기’는 ‘외부기관과 협동하기’의 지표(안)로 이동함으로써 기준 3개, 지표는 4개, 활동은 14개가 협동에 포함되었다.

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 내용 타당도 검증

● 기준(안)에 대한 내용 타당도 검증

46개의 기준(안)에 대해 전문가 집단의 내용 타당도는 CVI 1.0의 결과로 모두 채택하였다. 표준 3 계획 중 기준(안) ‘의사소통 계획하기’는 보험심사 업무를 나타낼 수 있는 명확하고 구체적인 내용으로 ‘적정진료 관련 의사소통 계획하기’로 문구를 보완하였다. 그리고 표준 6 교육은 대상자에게 관련 업무에 대한 교육을 수행하는 것으로, 본 연구에의 기준(안) ‘교육 참여하기’는 표준 9 변화촉진으로 이동하고, 표준 11 자문의 기준(안) ‘진료비 심사 자문 구하기’는 타 부서와 협동하는 내용에 합당하다는 의견에 전문가 집단의 동의를 구한 후 각 기준(안)의 해당 표준을 변경하였다.

● 지표(안)에 대한 내용 타당도 검증

지표(안) 92개에 대한 전문가 집단의 내용 타당도 조사 결과 CVI가 0.8 이하인 3개 항목이 삭제되어 89개의 지표(안)로 수정되었다. 삭제된 지표(안)는 표준 1 자료수집의 기준(안) ‘지속적이고 체계적인 사정하기’의 지표(안) ‘잠재적 건강 문제 사정하기’이다. 이는 보험심사의 부서의 업무 보다는 간호 부서 등 의료팀의 업무라는 전문가의 의견이 많았고, CVI가 0.7로 낮아 삭제하였다. 그리고 기준(안) ‘경제적 상태 사정하기’의 지표(안) ‘가족 지지 사정하기’는 CVI 0.4로 매우 낮았다. 이러한 내용은 우리나라의 의료체계에서 보험심사 전문 간호사가 현실적으로 접근하기 어려울 뿐 아니라, 현재 타 부서인 원무 부서 등에서 수행하고 있는 현실이 반영되어 삭제하였다. 표준 10 관리의 기준(안) ‘수가 관리하기’의 지표(안)

‘수가 검토하기’는 CVI는 1.0 이었으나 지표(안)의 ‘수가기준 정보 관리하기’ 내용에 포함된다는 의견이었다.

그 외의 지표(안)는 전문가 집단의 내용 타당도 조사 결과 CVI 1.0 으로 조사되어 89개의 지표(안)로 수정되었다.

● 활동(안)에 대한 내용 타당도 검증

1차 전문가 집단의 내용 타당도 조사 후 418개의 활동(안) 중 CVI 0.8 미만인 활동 4개, 내용 중복 3개, 타 부서 업무 2개, 지표(안) 삭제로 인한 활동(안) 1개를 포함한 총 9개가 삭제되어 409개의 활동(안)으로 확정되었다.

표준 1 자료수집의 활동(안) ‘건강문제 해결의 문제점을 사정한다’는 CVI 결과 0.8 이었으나 ‘보험관련 문제점’에 대한 내용을 보완하여 2차 조사시 CVI 1.0이 되었다. 활동(안) ‘잠재적 건강 문제를 발생시킬 수 있는 관련 자료를 사정한다’는 CVI 0.7로 건강증진 관련 내용으로 수정하자는 의견도 있었으나, 대다수의 전문가가 현재 보험심사 간호사의 직무 활동으로 적절하지 않다는 의견과 관련 지표가 삭제됨으로 인해 활동도 삭제되었다. 활동(안) ‘진료비와 관련된 가족의 지지 정도를 사정한다’와 ‘진료비 지불자의 경제적 여건 사정한다’는 CVI 가 각각 0.4, 0.2로 매우 낮은 타당도를 보였다. 이는 현재 주로 원무 부서의 담당하고 있으며, 우리나라의 진료체계 보험심사 전문 간호사의 업무로 적절하지 않는다는 의견 등 현재 보험심사 직무에서는 어려운 점이 많아 삭제하기로 결정되었다. 이로써 표준 1 자료수집에서는 3개의 활동이 삭제되고, 1개는 내용이 보완되었다.

표준 2 진단의 활동(안) ‘보험 유형에 따른 진료비 관련 문제를 확인한다’와 ‘보험유형에 따른 보장성 관련 문제를 확인한다’는 활동(안) ‘진료비 관련 문제를 확인한다’는 내용이 포함되어 있다는 전문가 집단의 의견에 따라 이를 삭제 하였다.

표준 3 계획의 활동(안)의 ‘직/간접적인 의사소통의 방법’을 ‘적정진료 관련’이란 문구로 수정하여 의료팀, 지원부서, 대상자와의 의사소통을 보험심사 업무와 연계함으로써, 1차 조사 시에는 CVI 0.7 이었으며 수정 후 2차에서 CVI 1.0으로 조사 되었다. 활동(안) ‘건강목표에 대해 대상자와 의사소통을 계획한다’에서 건강목표에 대한 것은 의사의 주된 역할로 업무 중복 등으로 인한 문제 발생 가능성이 있으며, CVI 도 0.4로 낮아 삭제하였다.

표준 5 수행의 활동(안) ‘청구 자료를 송신한다’는 ‘청구 자료를 송신/청구(EDI 또는 서면)한다’로 수정한 결과 CVI는 1,2차 모두 0.8로 나타났다.

표준 6 교육 활동(안) ‘대상자별 진료비의 적정성을 확인한다’는 ‘대상자별 진료비의 요양급여 적정성을 확인 한다’로 적정성에 대한 범위를 분명히 구분하기 위해 ‘요양급여’라는 문구를 삽입하여 수정하였다. 활동(안) ‘진료내역과 진료비에

대해 대상자와 가족에게 정보를 제공 한다’는 ‘진료내역’은 의사의 역할로 문구를 삭제하고 진료비에 대해서 정보를 제공하는 내용으로 하였다. CVI는 1차와 2차 모두 0.8 이었다.

표준 7 상담의 활동(안) ‘대상자 또는 가족에게 진료 내역 대해 상담한다’는 ‘진료내역의 요양급여 여부를 대상자 또는 가족과 상담한다’로 상담관계가 상호보완적인 관계가 될 수 있도록 문구를 수정하였고, 활동(안) ‘대상자 또는 가족에게 진료비에 대해 상담한다’는 ‘진료비의 요양급여 수준에 대해 대상자 또는 가족과 상담한다’로 수정하여 상담관계를 구체적으로 제시하여 1차 조사 시 CVI 0.7이 2차에서 0.8로 상승하였다.

표준 9 변화촉진의 지표 57의 활동(안) ‘필수적인 진료를 수행하였는지 확인한다’는 ‘DRG 또는 CP 기준에 따른 진료 수행여부를 확인 한다’로 수정하여 수행여부를 확인 할 수 있도록 진료 수준의 기준을 제시함으로써 CVI 0.8에서 1.0으로 상승하였다. 활동(안) ‘진료비용을 통제하기 위한 진료수준의 적절성을 확인 한다’는 표준 4 수행의 기준(안) ‘대상자의 진료내역 심사하기’의 적정성을 확인하는 내용에 포함되어 삭제하였다. 활동(안) ‘보험심사 부서의 QI 활동을 한다’는 ‘보험심사 관련 QI 활동을 한다’로, ‘QI 활동결과를 실무에 적용한다’는 ‘QI 활동 결과를 보험심사 실무에 적용 한다’로 보험심사 관련 직무로 명확히 보완함으로써 1차 내용 타당도 조사 시 CVI 0.8에서 2차 조사에서는 1.0으로 나타났다.

표준 10 관리에서 기준(안) ‘수가 마스터 관리하기’가 지표 ‘수가 검토하기’와 내용상 중복되어 삭제됨으로써 활동(안) ‘수가 기준 산정 시 관련 부서와 검토 한다’를 지표(안) ‘수가 기준 정보 관리하기’로 이동하였다. 활동(안) ‘요양급여 기준에 근거하여 산정되었는지 확인 한다’는 활동(안) ‘요양급여 기준에 따른 수가 마스터를 관리 한다’와 내용 상 중복되어 삭제됨으로서 활동(안) ‘장비/기구 등의 감가상각비 및 내구연한을 산출 한다’와 ‘소모성 재료 등의 원가를 산출한다’는 기준(안) ‘원가분석하기’로 이동하였다. 활동(안) ‘미수금 현황을 관리 한다’와 ‘유형에 따라 미수금 결과를 관리 한다’는 현재 각 의료기관마다 직무 분장의 차이로 보험심사 부서보다 타 부서에서 선행하고 있는 것으로 나타났다. 이에 활동(안) ‘미수금 현황을 관리한다’와 ‘유형에 따라 미수금 결과를 관리한다’는 보험심사 부서에서 수행 가능하나 타부서에서 관련 업무가 선행되는 것이 효율적으로 보는 견해가 많아 삭제되었다.

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 실무 적합성 확인

전문가 집단의 내용 타당도 검증을 통해 확인된 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안)에 대한 실무 적합성 확인을 위해

현재 보험심사 실무를 담당하고 있는 주임이상 실무자에게 실무 적합성을 확인한 결과 93.14%로 나타났다. 직무표준(안)에 대한 실무 적합성 확인 조사 결과 실무적합성 80% 이하의 항목은 활동(안)에서 15개로 나타났다.

표준 5 평가 활동(안) 'DRG 진료비를 평가 한다'와 표준 10 관리 활동(안) 'DRG 상병에 대한 원가를 산정 한다', 'DRG 마스터를 관리 한다'로 DGR와 관련된 활동에서 실무 적합성이 낮은 것은 현재 많은 의료기관에서 현재 DRG를 시행하고 있지 않은 결과로 보인다.

표준 7 상담의 활동(안) '진료내역의 요양급여 여부를 대상자 또는 가족과 상담 한다'와 '진료비의 요양급여 수준에 대해 대상자 또는 가족과 상담 한다', '진료비 지원을 위해 사회사업실과 상담 한다', '진료비 지원이 필요한 대상자를 사회사업실에 의뢰 한다'가 80%이하의 실무적합성을 보였다. 이러한 활동은 현재 우리나라 의료기관 운영에서 보험심사 간호사가 직접 대상자 또는 가족에게 상담을 하는 것이 현실적으로 어려우며, 사회사업실과 상담하고 의뢰하는 업무는 타 부서에서 대부분 수행하고 있어 실무적합성이 낮은 것으로 사료된다. 또한 활동(안) '민원에 필요한 서류를 구비 한다'도 타 부서의 역할로 업무중복이 발생할 수 있다는 의견 많았고 실무 적합성도 낮게 나타났다.

표준 8 연구에서는 기준(안) '사례관리 연구 활동 참여하기'에 해당하는 활동(안) 중 3개 항목이 실무적합성이 낮게 나왔다. 해당 활동은 '연구결과를 공유한다', '연구결과를 비평한다', '연구 결과가 보건의료 정책에 부합되는지 확인한다'이다. 이와 같은 활동들은 현재 심사관련 실무를 수행하면서 연구 활동까지 접근하기 어려운 현실이 반영되어 실무 적합성이 낮은 것으로 보인다.

표준 10의 지표(안) '원가 분석하기'에서 활동(안) '장비/기구 등의 감가상각비 및 내구연한을 산출한다', '소모성 재료 등의 원가를 산출한다', '시술행위에 따른 직무 기술서를 작성한다', '행위수가에 대한 원가를 분석한다'도 실무적합성이 낮았는데 원가관련 활동(안)은 현재 보험심사 부서보다 타 부서에서 수행하는 의료기관이 많은 것으로 보인다. 그러나 원가와 관련된 활동은 향후 보험심사 전문 간호사의 관련 직무에 관련성이 높기 때문에 원가 관련 해당부서가 효과적으로 직무를 수행할 수 있도록 지원하는 내용으로 수정하여 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)으로 유지하기로 결정하였다. 수정 내용은 활동(안) '장비/기구 등의 감가상각비 및 내구연한 산출에 필요한 정보를 해당부서에 제공 한다', '소모성 재료 등의 원가 산출에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다', '시술행위에 따른 직무 기술서 작성에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다', '행위수가에 대한 원가 분석에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다'이다.

이상의 실무적합성이 80% 이하로 낮은 15개의 활동은 현재 시점에서 볼 때 보험심사 전문 간호사의 실무적합성은 낮았으나, 보험심사 분야의 전문가와 논의를 통해 향후 전문 간호사의 필수적인 업무로 모두 보험심사 전문 간호사 직무표준으로 포함되었다.

보험심사 전문 간호사의 직무표준

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안)을 개발하여 전문가 집단의 2차례에 걸친 내용타당도 검증과 현재 보험심사 부서의 주임이상 실무자의 적합성 조사를 통하여 최종적으로 표준 12개, 기준 46개, 지표 89개, 활동 409개의 항목으로 구성된 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 확정하였다.

논 의

본 연구는 향후 보험심사 전문 간호사가 수행할 직무 범위를 대한간호협회(KNA, 2004)의 전문 간호사 표준에 근거하여 기준, 지표 및 활동을 제시하여 적정 진료비 관리 및 관련 직무를 수행할 수 있는 직무표준(안)을 개발하였다. 현재 보험심사 간호사는 각 의료기관의 진료비 심사와 평가 등 관련 업무활동을 활발하게 해오고 있으며, 특히 보험심사 부서장은 심사 업무를 통한 전문적 역량을 발휘하여 병원경영에 적극적으로 참여하고 있는 것이 현실이다. 본 연구를 통해 개발된 보험심사 전문 간호사의 직무표준은 차후 제도화를 위한 기초를 마련했다고 본다.

본 보험심사 전문 간호사의 직무표준(안) 개발은 문헌 고찰을 통해 예비항목을 작성하였다. 이 과정에서 환자의 건강문제와 관련된 진단이 제외되었고, 교육과 상담을 통합하였다. 그러나 자문 집단의 의견수렴에서 보험과 관련된 문제에 대한 진단과 간호진단을 확인하는 내용의 진단이 필요하다는 의견이 제기되었고 타 간호 전문 분야에서는 해당분야에 따른 간호진단을 제시하고 있어(Kim 2004; Park, 2006; Chun, 2001; Cho, 2007; Ha, 2007) 본 연구에도 보험관련 진단내용과 간호진단을 확인하는 내용이 포함된 진단이 표준으로 포함되었다. 또한 교육과 상담은 대상자를 직접 대면하지 않은 보험심사 전문 간호사의 업무 특성으로 예비항목 작성 시 교육과 상담을 통합하였으나, 향후 보험심사 전문 간호사는 대상자와 가족에게 직접 적정진료와 관련된 사례관리, 간호와 치료의 견해, 자원, 보험 등에 대해 교육 내용(CMSA, 2002)이 포함되어야 하며, 대상자의 알 권리 등을 충족시키기 위한 상담의 필요성 증가로 대한간호협회가 제시한 표준 6 교육, 표준 7 상담으로 구분하였다.

대한간호협회의 간호표준과 미국의 사례관리자협회의 실무

표준과 내용상 다소 차이는 있으나 실무제공에 있어 대한간호협회의 자료수집은 대상자 확인과 선택으로, 진단은 문제 확인, 수행은 감시의 표준으로 볼 수 있고 계획, 평가, 결과는 일치하며, CMSA가 성과지표로 제시한 연구, 자원관리, 협동, 자격 등은 대한간호협회의 표준과 유사함을 알 수 있다.

보험심사 전문 간호사의 직무표준(안)은 현재 보험심사 간호사 직무지침서에 제시된 각각의 직무를 대한간호협회(KNA, 2004)의 12개의 전문적 표준에 따라 기준으로 포함하였다. 또한 대한간호협회(KNA, 2004)와 CMSA(2002) 실무표준에서 제시된 표준인 자료수집, 진단, 계획, 연구, 자문 등에 따른 기준과 지표, 활동이 제시되고, 상급의 직위에서 수행하고 있는 직무 내용을 포함함으로써 일반 보험심사 간호사의 직무와는 차이가 있음을 알 수 있다. 이는 Yoon(2005)의 복막투석 간호표준과 Jeon(2006)의 혈액투석 간호직무 표준 개발이 일반 간호사를 대상으로 한 직무표준에는 포함되지 않았던 상담, 리더십(변화추진, 관리), 자문에 대한 표준이 포함된 Cho(2007)의 신장 비뇨기계 임상전문 간호사의 간호표준 개발의 결과와 Cheo 등(2004)의 호스피스 전문 간호사의 업무가 일반 호스피스 간호사의 업무보다 확대된 상급의 업무를 수행한다는 결과와 유사하다.

현재 까지 전문 간호 분야로 제정된 전문 간호사 중 간호표준이 개발된 분야 중 노인전문 간호사의 치매환자 표준개발(Ha, 2007)과 가정간호 표준개발(Kim, 2004)은 구조적 측면, 과정적 측면, 결과적 측면으로 표준을 구성하여 개발하였으며 본 연구의 표준설정과 차이가 있으나, Park(2006)의 신생아 전문 간호사의 직무개발과 Cho(2007)의 신장 비뇨기계 임상전문가 간호표준은 대한간호협회(KNA, 2004)에서 제시한 전문 간호사 핵심역량에 따른 12개 간호표준에 근거로 하여 본 연구와 일치한다. 또한 Kim(2008)는 증가되는 노인요양시설의 관리자의 역량에 따른 행동지표를 개발함으로써 각 간호 분야에서 표준화를 위한 노력이 계속되고 있음을 알 수 있다.

전문가 집단의 내용 타당도 검증이 반영된 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)에 대해 보험심사 실무자를 대상으로 실무 적합성 조사를 시행하였다. 전국 종합병원의 보험심사 부서의 주임이상의 직위를 가진 자를 대상으로 조사한 결과 93.14%로 나타났다. 이는 Cho(2007)의 신장 비뇨기계 임상전문 간호사의 간호표준 실무적합성 결과인 98%보다 낮아, 보험심사 부서의 직무가 간호사 고유의 간호직무보다 행정 영역의 직무가 많은 부분을 차지하고 있어 각 의료기관의 직무에 대한 규정 등이 달라 타 부서와 중복 직무 등의 사유로 적합률이 다소 낮은 것으로 사료된다.

Ha(2007)는 간호 업무 현장에서 치매환자 간호업무 수행여부의 필요성을 조사하여 간호표준(안)을 개발하여 전문가의 내용 타당도 검증을 받아 최종적인 치매환자 간호표준을 제

시하였고, Park(2006)은 실무적합성을 중요도와 수행도로 분석하여 신생아 전문 간호사 업무활동을 확정하였다. Cheo 등(2004)은 호스피스 간호사의 업무 수행도를 조사하여 초점집단의 토의를 통해 호스피스전문 간호사의 역할 및 업무를 제시하여 본 연구 방법과 다소 차이는 있으나 실무현장의 확인을 받은 점은 유사하여 실무적합성을 확인하는 것은 표준을 제시하는데 중요한 과정으로 사료된다.

실무 적합성이 낮았던 항목은 표준 5인 평가의 활동(안) 'DRG 진료비를 평가한다'와 표준 10 관리의 기준(안) '수가 관리하기'활동(안) 'DRG 상병에 대한 원가를 산정 한다'와 'DRG 마스터를 관리한다'로 DRG와 관련된 활동이었다. 우리나라는 2002년부터 DRG를 일부 질환에 대해 시행하고 있으나, 2008년 현재 종합병원은 93곳에서 DRG를 시행하고 있고, 종합전문요양기관은 2009년에는 DRG를 신청한 기관이 한곳도 없는 것으로 나타났다(Kim, 2008). 이러한 상태에서 보듯이 본 연구의 조사대상 의료기관에서 현재 DRG를 시행하지 않아 DRG와 관련된 활동이 실무적합성이 낮게 조사된 결과와 맥을 같이 한다고 보여 진다. 그러나 국가가 DGR 제도를 확대 할 경우 의료기관에서 시행 할 가능성이 있으며, DRG 시행 시 보험심사 전문 간호사가 이와 관련된 직무를 담당해야 하기 때문에 직무표준에는 개발된 활동을 제시하는 것이 타당하다고 본다.

또한 표준 7 상담에서 '대상자 상담하기'중 활동(안) '진료내역의 요양급여 여부를 대상자 또는 가족과 상담한다', '진료비의 요양급여 수준에 대해 대상자 또는 가족과 상담한다'와 기준 '관련부서 상담하기'의 활동(안) '진료비 지원을 위해 사회사업실과 상담한다'와 '진료비 지원이 필요한 대상자를 사회 사업실에 의뢰한다'가 실무적합성이 낮았다. 이러한 활동은 현재 우리나라 의료체계 내에서 보험심사 간호사가 직접 대상자 또는 가족에게 상담을 하는 것이 현실적으로 어려우며, '관련부서 상담하기'는 원무 부서 등 타 부서에서 수행하고 있어 실무 적합성이 낮은 것으로 조사되었다.

이는 현재 보험심사 간호사의 직무표준 중 민원 처리 직무는 중요하나 어려운 직무라고 답한 결과(Korean Accreditation Board of Nursing, 2007)와 보험심사 간호사가 어렵다고 생각되는 직무로 가장 많았던 민원인 응대와(Park, 2007) 일치한다. 그러나 CMSA 실무표준은 사례관리자로서 대상자 중심의 적정 진료 수준을 유도할 수 있고, 대상자가 참여할 수 있도록 해야 하며, 대상자를 포괄적으로 도울 수 있는 방안 모색에도 포함해야 한다고 하였다. Seo, Chae와 Ko(2007)의 연구 결과 진료비에 대한 환자 상담진수 및 민원의 증가에 대해 직무 프로세스 변경과 진료비 상담을 위한 전산프로그램을 개발을 통해 9%의 민원이 감소한 것을 알 수 있다. 이처럼 선진국의 사례관리자의 업무내용이나 Seo 등(2007)의 연구결

과는 보험심사 간호사의 진료비 상담 관련 활동을 통해 대상자의 만족도를 향상 시킬 수 있으므로 보험심사 전문 간호사의 직무표준에 포함하였다.

표준 8 연구에서는 기준(안) '사례관리 연구 활동참여하기'에 활동 '연구결과를 공유한다', '연구결과를 비평한다', '연구결과가 보건 의료 정책에 부합되는지 확인한다'가 실무 적합성이 낮았다. 이러한 활동들은 중앙전문 간호사의 직무분석(Oh 등, 2006)에서도 '임상관련 연구에 참여'하는 연구자 역할이 중요도가 낮게 나온 것과 CMSA(2002)의 많은 사례관리자가 연구에 접근할 수 있는 준비가 부족하다는 내용과 일치하여 실제 임상에서 연구에 참여하는 것이 어려운 현실임을 반영하고 있어 전문 간호사로서 연구와 관련된 직무가 부여가 되지 않고 실제적인 현업에 많은 비중을 두어 연구에 시간 할애 및 적용이 어려운 것으로 보인다. Park(2007)은 보험심사 간호사가 어렵다고 생각되는 직무로 의료정책에 대한 이해 및 보고라고 하였고, Korean Accreditation Board of Nursing (2007)에서도 역시 의료제도와 정책의 개선을 위한 검토 및 자료 제공하는 것이 어려운 직무로 나타난 결과와 같다. 그러나 전문 간호사는 일반 간호사와 차별화된 직무를 수행하는 진보된 실무가 요구되므로(Bryant-L, DiCenso, Browne, & Pinelli, 2004) 연구자의 역할을 통해 보험심사 관련 직무 수행을 효율적으로 시행할 수 있는 방법을 모색하고 이를 적용시켜 나가야 하므로 직무표준에 포함되어야 한다고 본다.

표준 10의 관리에서 기준(안) '수가관리하기'의 지표(안)인 '원가 분석하기'에서 활동(안) '장비/기구 등의 감가상각비 및 내구연한을 산출한다', '소모성 재료 등의 원가를 산출한다', '시술행위에 따른 직무 기술서를 작성한다', '행위수가에 대한 원가를 분석한다'도 실무적합성이 낮았는데 이러한 활동은 보험심사 부서에서 수행하는 것 보다 관련부서에서 수행하는 것이 더 효과적이라는 의견이 제시되었다. 그러나 이러한 원가분석을 위해서는 보험심사 전문 간호사의 전문성이 필요하므로 해당부서에서 직무를 효율적으로 수행할 수 있도록 의학적, 보험기준 정보를 제공하는 것으로 수정하여 직무표준으로 포함하였다. 즉 각각의 항목에 대해 '장비/기구 등의 감가상각비 및 내구연한 산출에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다'로 변경하고, '소모성 재료 등의 원가를 산출에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다', '행위수가에 대한 원가 분석에 필요한 정보를 해당부서에 제공한다'로 수정하여 직무표준으로 제시하였다.

표준 12 협동과 관련하여 보험심사 전문 간호사는 Lowrey (2004)가 제시한 사례관리자에게 필요한 효과적인 협상 기술인 이슈(임상, 기초, 서비스 수준/모델)에 대한 지식, 대인관계 기술, 위기관리, 유연성, 개별화, 현실성, 설득력, 명확함, 효과적인 의사소통, 문제 해결 촉진/기술, 논쟁 관리 기술, 확인된

전략들을 다양한 분야의 의료팀 및 관련부서와 협동의 과정에서 사용하여야 할 것이다.

2007년 현재 9,600여명 정도의 전문 간호사가 각 분야에서 배출되어 있으나(Korean Nurses Association, The Korean Research Institute Nursing Policy, 2007), 전문 간호사가 일반 간호사와 구별되는 법적 직무한계 명시가 없어 전문 간호사 역할 수행에 가장 큰 장애요인이 되고 있다(Jung, 2008). 이러한 배경에서 보험심사 전문 간호사의 직무표준 개발은 일반 간호사와 차별화된 역할에 따른 직무범위를 제시함으로써 향후 법적 보험심사 전문 간호사 직무표준의 근거를 마련했다고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하여 이를 근거로 한 보험심사 전문 간호사의 바람직한 실무수준을 제시하고 직무 평가의 근거가 됨으로서 보험심사 전문 간호사의 전문성을 확보하고자 시행되었다. 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)에 대해 실무 현장에서의 적합성 확인을 위해 현재 전국의 종합병원 이상에서 보험심사 부서의 주임 이상 실무자를 대상으로 설문지를 이용한 실무적합성을 조사하여 최종적으로 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 개발하였다. 그 결과는 다음과 같다.

- 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)의 예비항목은 문헌고찰을 통해 표준 10개, 기준 50개, 지표 81개, 활동 302개로 구성하였으며, 자문 집단의 의견을 수렴하여 표준12개, 기준 46개, 지표 92개, 활동 418개의 직무표준(안)으로 수정되었다. 직무표준(안)에 대해 전문가 집단 7명에게 2회에 걸쳐 내용 타당도 검증을 실시하여 12개 표준에 근거하여 46개의 기준과 89개의 지표 및 409개의 활동으로 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)을 개발하였다.
- 완성된 보험심사 전문 간호사 직무표준(안)을 현재 전국 종합병원 이상에서 주임이상의 직위자로 보험심사 부서를 담당하고 있는 실무자에게 향후 보험심사 전문 간호사의 전문적 직무로서 실무에 적합한지를 확인하였다. 실무 적합성은 93.14% 이었으며, 최종적으로 표준 12개, 기준 46개, 지표 89개, 직무활동 409개의 보험심사 전문 간호사 직무표준을 개발하였다.

본 연구결과 개발된 보험심사 전문 간호사 직무표준은 우리나라 전문 간호사의 간호표준에 준하여 개발된 직무 표준으로서 향후 전문 간호사의 역할을 수행할 직무표준을 실무적합성에 근거하여 제시하였다. 이는 보험 전문 간호사가 우리나라의 상황에 알맞은 전문 간호사로서 정착을 하기 위한 역할 정립을 위한 직무표준 연구가 선행되어야 하기 때문이

다. 보험심사 전문 간호사의 직무표준을 제시함으로써 제도화된 전문 간호사의 역할을 규명할 자료로 활용되어 전문 간호사가 되기 위한 전략으로 사용될 수 있을 것이다. 또한 직무표준을 근거로 평가 및 성과를 측정할 수 있고, 교육과정에 기초자료로 활용할 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구 결과를 토대로 다음을 제언한다.

- 개발된 보험심사 전문 간호사 직무표준이 실무에서 활용되어 보험심사 전문 간호사로서의 역할을 수행하는 기초 자료로 이용되어야 할 것이다.
- 개발된 보험심사 전문 간호사 직무표준 중 의료팀 · 원무분야 등과 중복 되는 직무에 대해서는 업무구분 연구가 이루어져야 할 것이다.
- 개발된 직무표준을 근거로 보험심사 전문 간호사의 평가를 통한 성과를 측정할 수 있는 지표 개발의 연구가 후속으로 이어져야 할 것이다.

References

- American Nurse Association (1998). *Standards of clinical nursing practice, 2nd edition*
- Bryant, L. D, DiCenso A, Browne G, Pinelli Janet (2004). Advanced practice nursing role: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 19-529
- Case Management of Society America (2002). *Standards of practice for case management*
- Chang, B. H. (2000). *A study on critical care nursing practice and development of standards for critical care nursing practice*. Unpublished master's thesis, Younsei University, Seoul
- Cheo, W. S., Kim, S. S., Kyun, S. Y., Sun, J. S, Lee, M. S., Kim, H. J., Lee, M. J. (2004). A study for role and practice of clinical hospice nurse specialist. *Science of Nursing*, 17(7), 79-98
- Cho, S. H. (2007). *The development of practice standards for kidney-urinary system clinical nurse specialist*. Unpublished doctoral dissertation, The Ewha Womans University of Korea, Seoul
- Chun, J. H. (2001). *The development of practice standards for WOCN*. Unpublished master's thesis, Younsei University, Seoul
- Ha, J. Y. (2007). *Development of dementia care standards*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Insurance Review Nurses Association (2002). Option about the qualification introduction for advanced health insurance reviewer nurses, Unpublished paper.
- Jeon, J. S. (2006). *The development of practice standards for HD nursing*, Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul
- Jung, U. J. (2008, February 15). Professional nurse institutional site "while drifting", <http://www.khanews.co.kr/inews/search.asp>
- Kim, H. Y. (2004). *Development of home health care standards*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul
- Kim, I. O., Koh M, S., & Hwang, S. Ho. (2003). A study on the prediction of projected workforce of Certified Insurance Reviewer Nurses(CIRNs) in Korea. *J Korean Acda Nurs Admin*, 9(2), 243-250
- Kim, J. S. (2008). *Development of competency and behavioral indicator of an administrator in long-term care facility*. Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul.
- Kim, S. H. (2002). Role of insurance review nurses. *Nursing of Seoul*, 42, 18
- Kim, W. B. (2008, October 21). DRG, There is not compensation which is sufficient hospital participation 'inactivity', <http://www.khanews.co.kr/inews/search.asp>
- Korean Accreditation Board of Nursing (2007). Job Standards of Guideline for Health Insurance Nurses, <http://www.kabon.or.kr/kabon04/index03.php>
- Korean Nurses Association (2003). Standards of nursing.
- Korean Nurses Association (2004). Definition and major role of advanced nurses, Korean Nurses Association of directors
- Korean Nurses Association, The Korean Research Institute Nursing Policy (2007). Yearbook of Nursing Statistics, 11
- Leem, B. N. (2002). *A study of development for advanced nurses practitioner system*. Unpublished master's thesis, Chonanam National University, Chonanam
- Lowrey, S. (2004). Negotiating for successful outcomes in case management practice. *The Case Manager*, 15(1), 70-72
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity, *Nursing Research*, 35(6), 382-385
- Oh, P. J., Lee, M. N., Kang, H. S., Kim, K. S., Kim, H. O., Seo, M. E., So, H. S., Shin, D. O., Lee, K. M., Cho, M. Y., Choi, S. Y., Tae, Y. S., & Hong, J. H. (2006). Development and analysis of job description for Korean oncology APN, *J Korean Oncol Nurs*, 6(1), 87-94
- Park, H. S. (2007). *Job performance and relation fact of insurance review department at hospital*. Unpublished doctoral dissertation, INJE University, Gyeongnam.
- Park, Y. A. (2006). *Development of job standards for neonatal nurse practitioner in Korea*, Unpublished doctoral dissertation, Ewha Womans University, Seoul
- Seo, J. Y., Chae, E. K., & Ko, Y. J. (2007). Increasing customer satisfaction measurement through the effective business improvement of insurance case management team about consultation of hospital costs. *Journal of Korea Society of Quality Assurance in Health Care*, 13(2), 97-94
- The Ministry of Health and Welfare, Korean Accreditation Board of Nursing (2005). Core Capability of Advanced Nurses and Job Description of the fields Advanced Nurses
- The National Health Insurance Law, No 4 part 43, part 55
- Yoon, A. M. (2005). *The development of practice standards*

for CAPD nursing. Unpublished master's thesis, Ewha
Womans University, Seoul

The Development Job Standards for Advanced Health Insurance Review Nurses

Hwang, Hye Young¹⁾

1) Department of Nursing Science The Graduate School of Ewha Womans University

Purpose: This study is to develop job standards in order to propose proper job level of the advanced nurse practitioners and apply the results to the work and enhance the expertism. **Method:** This study is a methodical study. The validity was examined by using the content validity index(CVI). **Result:** The pre-items of job standards for advanced health insurance review nurses were established and the final job standards comprising of 12 standards, 46 criteria, 92 indicators, 418 activities were determined after the examination by the advisory group. The validity of the job standards were examined for two times by the seven professionals. The relevance of the modified job standards was examined by the working level employees above the assistant manager position working in the general hospitals and the result was 93.14% relevance. The job standards comprising of 12 standards, 46 criteria, 89 indicator and 409 activities were developed. **Conclusions:** By the development of the job standards, it is expected to prove that advanced health insurance review nurses are the most suitable professionals for dealing with medical affairs such as management and propriety evaluation of medical expenses while defining the roles of advanced health insurance review nurses.

Key words : Advanced health insurance review nurses, Job standards

• Address reprint requests to : Hwang, Hye Young

Department of Nursing Science, The Graduate School of Ewha Womans University
237, Yulmok-dong, Jung-Gu, Incheon, Korea.
C.P.: 82-10-9971-5540 E-mail: dude14oct@ewhaian.net