

선택진료제도 개편에 대한 중요도-성취도 분석(IPA)

- 서울시내 상급종합병원 의료종사자 인식을 중심으로 -

박혜진*, 김효정**, 김영훈**†

*국민건강보험공단 용인서부지사, **을지대학교 대학원 의료경영학과

〈Abstract〉

An Importance-Performance Analysis of the Healthcare Reform on a Doctor-Designation System - Focused on the Perception of Medical Providers' at Tertiary Hospital in Seoul -

Hye Jin Park*, Hyo Jeong Kim**, Young Hoon Kim**†

**YonginSeobu Branch Office, National Health Insurance Service,*

***Dept. of Healthcare Management, Graduate School of Eulji University*

Purpose: The purpose is to understand the perception of medical providers at tertiary hospitals in Seoul on the importance-performance of the reform on a doctor-designation system, and to provide the policy suggestion of the perception on such a system.

Methodology: To achieve the purpose, this study utilized structured survey tools to conduct a questionnaire survey of nursing, administrative and medical technology professionals at six tertiary hospitals in Seoul. An importance-performance analysis was utilized for an analysis that showed the perception of the reform on a doctor-designation system.

Findings: First, it was identified that those medical providers had the highest perception of the importance about the performance of the reform on a doctor-designation system. Second, according to the result of action grid of an importance-performance analysis (IPA), it can be identified that in the 2nd stage of 'Concentrate here' included are the items as to design and effect of medical care quality and subsidies & patient infection and safety and control fees, effect of income security of the method for compensating for loss established by the government and offering sufficient information on general medical services and doctor-designation medical services. In the 1st stage of 'Keep up the Good Work', and the 2nd stage of 'Concentrate here' included is the item as to the performance of patients of the reform on a doctor designation system. **Practical Implications:** There could be identified the effect of the reform bill on the perception of medical providers. It is expected that a better environment would be provided for patients to use a hospital and for medical providers to offer medical services, if the government makes efforts to improve methods for compensating for loss and continuous monitoring of the performance of patients.

Key Words: Doctor-designation system, Reform, Perception, Importance-Performance Analysis

* 투고일자 : 2017년 10월 12일, 수정일자 : 2017년 12월 07일, 게재확정일자 : 2018년 03월 12일

† 교신저자 : 김영훈, 을지대학교 대학원 의료경영학과, Tel: 031-740-7217, FAX: 031-740-7172, E-Mail: kyh224@eulji.ac.kr

I. 서 론

1963년 특진부터 시작된 선택진료제도는 현재까지 제도의 효과적인 실행을 위해 개편이 이루어지고 있다. 개편 전인 2011년 비급여 항목별 비율에서 선택진료비용은 24.4%로 1순위인 병실차액 25.1% 다음으로 높은 비율을 차지하였으며, 2012년 선택진료비용 규모가 1조 원에 넘어서는 등, 과도한 선택진료비용은 지속적으로 논란이 되어왔다[1].

보건복지부는 이러한 문제점을 개선하기 위해 2014년 8월부터 선택진료제도 개편을 추진해오고 있으며, 환자가 선택진료를 받기 위해 건강보험 진료비용에 더해 추가적으로 지불하는 산정비율이 과거 20~100%에서 현재 15~50%로 변경되어, 평균 35%로 축소되었다. 또한 선택진료의사 지정 비율을 병원별 80%에서 진료과별 30% 수준으로 단계적 축소하여, 2017년에는 33%인 선택진료의사의 비급여 선택진료비용에 대해서도 건강보험을 적용할 계획이다.

이처럼 선택진료제도 개편은 국민의료비 부담의 경감과 건강보험 보장성을 높이기 위한 방향으로 추진되고 있다. 2014년 개편 추진성으로 선택진료비용이 총 규모 연간 1조 4,365억 원에서 8,931억 원으로 약 38% 감소하였음을 발표하였다[2]. 개편 후 의료이용자측은 비용부담이 완화되지만, 선택진료의사 및 선택진료비용의 축소로 의료기관에는 손실이 발생하게 된다. 이에 대해 정부가 실시한 수가 인상 및 손실보전방안만으로는 의료기관 손실분 전부가 보전되지 않음을 확인하였고[3], 의료기관 내 종사자는 의료기관 손실분 및 수가인상 등으로 경영상 변화를 겪고 있다. 2014년 8월부터 시작된 추진이 2017년 개편 마무리를 앞두고 있는 시점에 선택진료제도 개편에 대한 연구를 비롯한 보건의료정책에 대한 의료종사자의 인식 연구는 미비한 실정이다.

이에 본 연구에서는 중요도-성취도 분석(IPA, Importance-Performance Analysis)을 활용하여 선택진료제도 개편 전반에 대한 서울시내 상급종합병원 의료종사자 인식을 파악하고, IPA 실행격자를 도출하여 제도 개편의 성공적인 정착을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 서울시내 상급종합병원 의료종사자가 인식하고 있는 선택진료제도 개편에 대한 중요도와 성취도 인식 수

준을 파악한다.

둘째, 선택진료제도 개편에 대한 서울시내 상급종합병원 의료종사자의 중요도-성취도 분석(IPA)을 통해 실행격자를 도출한다.

셋째, 실행격자 분석을 통해 선택진료제도 개편 후 성공적인 제도 정착을 위한 정책적 시사점을 도출한다.

II. 선택진료제도 개편

선택진료제도는 「의료법」 제46조 1항의 법적근거에 의한 것으로, 병원급 이상 의료기관에서 특정 의사를 선택하여 진료를 받을 수 있도록 하되, 건강보험수가의 15%에서 50%범위 내에서 추가진료비를 지불하는 제도이다. 선택진료비가 부과되는 서비스 항목은 진찰(한방포함), 입원(한방포함), 검사(한방포함), 영상진단 및 방사선 치료, 마취, 정신요법, 처치·수술(한방포함), 침·구 및 부항 등 8개 분야이다. 선택진료제도는 1963년 국립병원 의료진의 저임금을 보전하기 위해 ‘특진규정’의 도입 후 꾸준히 개편되어 왔으나[4], 높은 선택진료비용과 환자의 불가피한 선택진료 이용에 따른 의료이용자의 진료선택권이 보장되지 않는 점을 개선하기 위해 보건복지부는 2014년 8월부터 2017년까지 3개년 동안 단계적 추진계획을 실행하고 있다<표 1>.

1. 선택진료제도 개편안: 의료이용자 대상 성과

선택진료제도 개편안은 진료과목별로 추가비용을 징수하지 않는 선택의사를 두도록 하여, 환자들의 진료과별 의료서비스 이용에 대한 선택권의 강화를 목적으로 두고 있다. 또한 선택진료 추가비용 산정비율을 15~50%로 축소함으로써, 환자의 선택진료 이용으로 인한 추가비용에 대한 부담감을 감소시켜 환자 입장에서 원치 않는 선택진료 이용을 최소화하고자 한다. 이는 2014년~2018년 건강보험 중기보장성 강화 계획의 일부로 2014년부터 2017년까지 「3대 비급여 개선」 계획을 수립 및 실행하고 있다. 보건복지부는 중증질환자의 고액 의료비를 초래하는 선택진료비를 포함한 3대 비급여 등의 개편으로 건강보험 혜택 증가와 고액 비급여 적극적인 해소를 위해 노력하고 있다[5].

<표 1> 선택진료제도 개편안의 연도별 추진계획(Doctor-designation system reform by year)

연도	선택진료 축소	건강보험 적용
2014	① 선택진료비용을 진료항목별 20~100%→15~50%로 축소 (평균 35% 축소)	① 고도의 전문적 수술·처치 수가 인상 ② 중증환자 의료서비스 향상 수가 조정 (암환자 공동진료, 입원 중 협진 등)
2015~2016	② 선택진료의사 지정 비율 병원별 80%→진료과목별 30%로 대폭 축소 (선택진료 전체규모 평균 45% 축소)	③ 우수한 의료기관에 대한 기관별 수가 (가칭 '의료질평가지원금') 신설 ④ 환자 감염 및 안전관리 강화를 위한 수가 조정 ⑤ 진료협력병원간 협력진료 수가 신설
2017	③ 비급여 선택진료제도 폐지	⑥ '(가칭)전문진료의사 가산' 방식으로 건강보험 적용

자료: 보건복지부(2015)[2]

<표 2> 선택진료 관련 건강보험 수가개편 적용방향(Reorganization of health insurance fee related to doctor-designation system)

구분	내용
의료질평가지원금 신설	- 양질의 의료를 제공하는 우수한 의료기관을 이용하는데 따른 선택 비용을 건강보험체계 내에 제도화함을 목적으로 함 - 의료기관의 종합적인 질적 수준을 평가하고, 그 결과에 따라 차등적인 의료수가를 신설함 - 종합병원급 이상 의료기관을 5개 영역, 37개 지표로 평가, 그 결과에 따라 병원별 수가를 산정함
환자 감염 및 안전관리 강화 수가 개편	- 감염관리 등 환자 안전을 보다 강화할 수 있도록 감염·안전관리 관련 수가 체계 마련을 목적으로 함 - 소독·무균주사 등 감염관련 수가 인상 및 회복관리료 신설, 혈액관리 관련 수가 등을 인상함

자료: 건강보험심사평가원(2015)[7] 재구성

2. 선택진료제도 개편안: 의료기관 손실보전 방안

선택진료제도 개편의 실행으로 인해 축소된 선택진료 비용 및 선택진료의사지정률로 의료기관의 손실은 불가피하게 되었다. 이에 대해 보건복지부는 2014년 8월 개편된 선택진료제도로 인한 의료계의 손실을 단순히 보전하는 것이 아닌, 의료서비스의 질적 수준을 제고할 수 있도록 수가 인상·신설을 추진하였다[5]. 대표적인 손실보전 방안으로 우수 의료기관 이용에 대한 기관별 수가(의료질평가지원금 신설)와 감염관리 및 마취안전 등 환자 안전관리 활동에 대한 수가 현실화를 추진하였다(표 2).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

연구대상은 선택진료제도 개편에 대한 경험률과 체감률이 높을 것이라 판단되는 상급종합병원 의료종사자로 선정하였다(표 3). 자료수집은 연구목적에 달성할 수 있

는 구조화된 설문도구를 활용하여, 응답자의 자기기입식 방법으로 설문조사를 시행하였다. 2017년 4월부터 6월까지 연구대상 의료기관 6개소에 총 340부를 배부하여 수거된 320부 중 불성실한 응답 25부를 제외한 295부를 전체 응답자의 개편 인지여부를 파악하기 위해 사용하였으며, 그 중 개편에 대해 인지하지 못하고 있는 42부를 제외한 253부를 분석에 활용하였다.

2. 연구도구

중요도-성취도 분석(IPA)은 상품이나 서비스가 지니고 있는 중요 속성들에 대하여 중요도(Importance) 및 성취도(Performance)를 소비자가 어떻게 인식하고 있는지를 동시에 분석하기 위해 마케팅에서 개발된 기법이다. 중요도-성취도 분석(IPA)은 실행과정이나 실행된 내용을 분석하여 결과를 도출하는 과정이 용이하며, 상품 및 서비스 등에 대해 기대치를 평가할 수 있고, 직접 활용한 후의 성취 정도에 대한 실행격자 분석을 통해 한정된 자원의 효율적 배분을 도모할 수 있다. 중요도-성취도 분석(IPA)은 다양한 분야의 정책 및 제도에 활용되어 정책에 대한

경향 파악, 한정된 자원의 효율적 배분 및 정책결정 과정에서 합리적 의사결정 도구로 활용되고 있다[8][9]. 보건의료관련 중요도-성취도 분석(IPA)에 대한 연구는 2011년부터 시작되어 주로 의료관광분야에서 활용되고 있으며, 의료서비스 개선을 위한 방안 모색 및 마케팅 요인 분석에 사용되고 있다<표 4>. 하지만 보건의료 정책 및 제도에 관한 중요도-성취도 분석(IPA) 연구는 Byeon [10]의 수혜자를 대상으로 실시한 방문간호서비스를 분석한 연구뿐이었으며, 대다수의 연구가 의료관광분야에 편중되어 있다.

중요도-성취도 분석(IPA)은 실행격자(Action grid)에 설문조사 결과를 각각 X축과 Y축으로 하여 각 속성에 대한 평균값 또는 중앙값을 구하고 이를 기준으로 실행격자를 작성한다. 중간값을 원칙적으로 원점으로 이용하여 실행격자를 작성하지만, 한쪽으로 치우칠 경우에는 평균값을 원점으로 설정하여 원점을 이동할 수 있다<그림 1>. 1

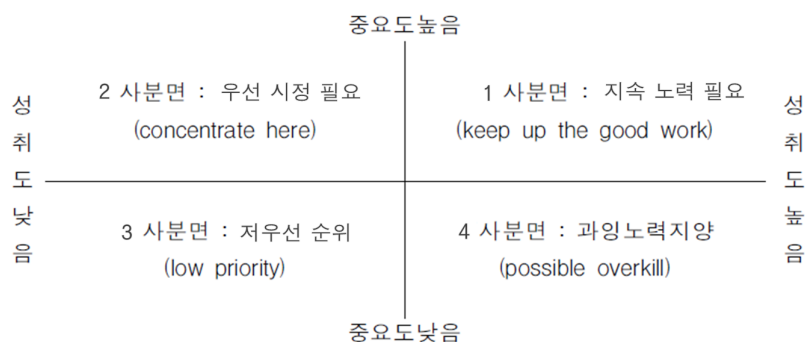
사분면은 ‘지속 노력 필요(Keep up the good work)’로 여기에 속한 요인들은 중요도와 성취도가 모두 높게 나타나는 것이며, 정책을 실행하는 주체는 지속적으로 유지될 수 있도록 관리하는 것이 중요하다. 2사분면은 ‘우선시정 필요(Concentrate here)’로 중요도는 상당히 높은 반면 성취도는 낮게 나타나는 영역으로서, 정책결정 및 수행주체는 자원배분을 결정할 때 가장 먼저 고려해야 하는 지점이다. 3사분면은 ‘저우선 순위(Low priority)’로 중요도와 성취도가 모두 낮게 나타난다. 이 영역에 속하는 요인들에 대해 정책 결정 및 수행주체의 자원배분도 적을 뿐만 아니라, 이용자들의 만족도도 낮게 나타나기 때문에 한정된 자원의 과잉투자를 지양하는 것이 바람직하다. 4사분면은 ‘과잉노력 지양(Possible overkill)’으로, 응답자들은 중요도가 낮으나 성취도는 높게 평가하는 것이며, 정책결정 및 수행주체가 투입되는 자원을 줄여 성취도를 낮추는 것이 필요하다[8].

<표 3> 연구대상 설계(Design of research subject)

구분	내용
연구대상 의료기관	선택진료 운영중인 서울시내 상급종합병원 14개소 중 협조 가능한 6개소
설문대상	연구대상 의료기관에 근무하는 간호직, 행정직, 의료기술직
연구대상 의료기관별 표본 수	5개소 대상 의료기관 직종별 20부씩 배포, 1개소 대상 의료기관 행정직 20부 배포

<표 4> 보건의료관련 중요도-성취도 분석 연구(IPA research for health)

구분	연구자	내용
의료관광	임선정(2011)[11], 마경기(2012)[12], 김평제(2016)[13], 강민경(2016)[14]	외국인 환자를 대상으로 마케팅 요인 등 분석
	전홍진(2014)[15], 강형범(2015)[16], 이판제(2016)[17]	의료기관 종사자 대상으로 마케팅 요인 등 분석
의료 서비스	유준석(2011)[18], 김정희(2014)[19]	의료기관 의료서비스 개선방안에 대한 분석
	변도화(2012)[10]	방문간호서비스 질 평가 및 개선방안에 대한 분석
병원선택	김서현(2012)[20], 이선희(2015)[21]	의료이용자를 대상으로 선택요인 분석



<그림 1> 중요도-성취도 분석 실행격자(Matrix of IPA)

<표 5> 준거기준별 설문지 구성 내용(Contents of questionnaire)

구분	문항번호	내용	참고자료
제도 개편 전반에 대한 인식	I.1~3 (3)	제도 개편에 대한 인지여부(1) 제도 개편에 대한 인지경로(1) 제도 개편에 대한 일반적 인식(1) 인력의 적정성(2)	김국현(2009)[22], 이기훈(2010)[26], 윤덕희(2017)[25]
제도 개편 설계 및 운영, 성과에 대한 인식	II.1~17 (17)	추가비용 산정비율의 적정성(1) 손실보전 방안의 적정성(2) 일반진료와 선택진료 차별성(3) 일반진료와 선택진료 정보제공(1) 진료과별 선택의사 수의 분포(1)	김국현(2009)[22], 이기훈(2010)[26], 건강보험심사평가원(2015)[7], 김요은(2015)[28]
-중요도-		제도 개편의 협의적 성과(2) -의료이용자 성과 제도 개편의 광의적 성과(2) -의료이용자 성과 손실보전 방안의 성과(3) -의료제공자 성과	김국현(2009)[22], 건강보험심사평가원(2015)[7], 보건복지부(2015)[2], 김요은(2015)[28], 이선희(2015)[31], 윤덕희(2017)[25]
제도 개편 설계 및 운영, 성과에 대한 인식	III.1~17 (17)	인력의 적정성(2) 추가비용 산정비율의 적정성(1) 손실보전 방안의 적정성(2) 일반진료와 선택진료 차별성(3) 일반진료와 선택진료 정보제공(1) 진료과별 선택의사 수의 분포(1)	김국현(2009)[22], 이기훈(2010)[26], 건강보험심사평가원(2015)[7], 김요은(2015)[28]
-성취도-		제도 개편의 협의적 성과(2) -의료이용자 성과 제도 개편의 광의적 성과(2) -의료이용자 성과 손실보전 방안의 성과(3) -의료제공자 성과	김국현(2009)[22], 건강보험심사평가원(2015)[7], 보건복지부(2015)[2], 김요은(2015)[28], 이선희(2015)[31], 윤덕희(2017)[25]
인구사회학적 변수	IV.1~6(6)	성별, 연령, 학력, 근무경력, 직종, 직위	
합계	43	-	

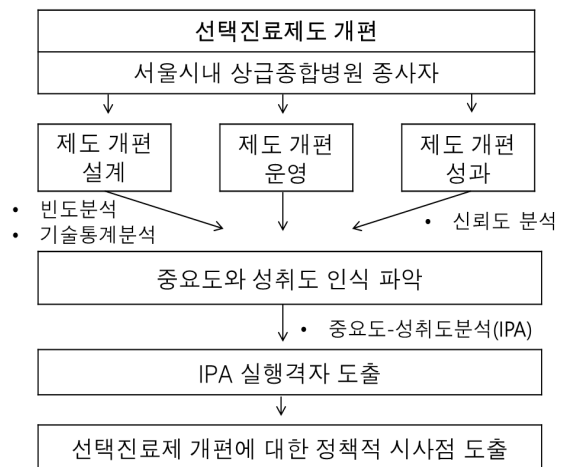
* 괄호 안의 숫자는 문항 개수를 나타냄

설문도구는 선택진료제도 개편, 중요도-성취도 분석(IPA) 및 보건의료제도 인식조사 연구 등에서 도출한 연구결과 및 문헌고찰을 바탕으로 설문문항을 고안하였다(표 5).

3. 분석방법

수집된 자료를 분석하기 위해 통계프로그램 IBM SPSS Statistics 21.0을 사용하였다. 빈도분석(Frequency analysis) 및 기술통계 분석(Descriptive analysis)을 통하여 조사대상자의 분포 형태, 제도 개편의 설계, 운영 및 성과 인식을 파악하였다. 그리고 연구도구의 신뢰도를 검증하기 위해 신뢰성 분석(Reliability analysis)을 실시하였다. 마지막으로 의료종사자의 중요도-성취도

분석(IPA)을 통해 공통 실행격자를 도출하였다(그림 2).



<그림 2> 연구모형(Research model)

IV. 연구결과

0.873로 높은 수준을 보였다<표 7, 표 8>.

1. 측정도구의 타당성 및 신뢰성 검증

신뢰도 분석에 따른 의료종사자의 준거기준별 Cronbach's 알파 계수를 확인한 결과, 중요도 인식은 제도 개편 설계 0.757, 제도 개편 운영 0.874, 제도 개편 성과 0.887로 높은 수준이며, 성취도 인식에 대한 신뢰도 계수는 제도 개편 설계 0.798, 제도 개편 운영 0.792, 제도 개편 성과

2. 인구사회학적 특성

전체 응답자의 인구사회학적 특성은 <표 6>과 같다. 전체 응답자 295명 중 선택진료제도 개편에 대해 인지하고 있는 자는 253명(85.8%)이었으며, 개편에 대해 인지하지 못하고 있는 자는 42명(14.2%)이었다.

<표 6> 인구사회학적 특성(Demographic analysis results)

Description	전체 응답자		개편 미인지자		개편 인지자		
	N	%	N	%	N	%	
연령	20대	74	35.1	11	26.2	63	24.9
	30대	126	42.7	22	52.4	104	41.1
	40대	68	23.1	7	16.7	61	24.1
	50대 이상	27	9.2	2	4.8	25	9.9
	합 계	295	100	42	100	253	100
성별	남자	104	35.3	14	33.3	90	35.6
	여자	191	64.7	28	66.7	163	64.4
	합계	295	100	42	100	253	100
학력	고졸	2	0.7	1	2.4	1	0.4
	전문대졸	48	16.3	4	9.5	44	17.4
	대졸	213	72.2	34	81.0	179	70.8
	대학원졸 이상	32	10.8	3	7.1	29	11.5
	합 계	295	100	42	100	253	100
근무경력	4년 이하	94	31.9	13	31.0	81	32.0
	5년~9년 이하	71	24.1	15	35.7	56	22.1
	10년~14년 이하	42	14.2	6	14.3	36	14.2
	15년~19년 이하	25	8.5	3	7.1	22	8.7
	20년 이상	63	21.4	5	11.9	58	22.9
	합 계	295	100	42	100	253	100
직종	간호직	96	32.5	18	42.9	78	30.8
	행정사무직	121	41.0	11	26.2	110	43.5
	의료기술직	78	26.4	13	31.0	65	25.7
	합 계	295	100	42	100	253	100
직위	부(차장)/국장	15	5.1	3	7.1	12	4.7
	과장/팀장	24	8.1	2	4.8	22	8.7
	계장/파트장	16	5.4	0	0	16	6.3
	대리/주임	64	21.7	9	21.4	55	21.7
	사원	176	59.7	28	66.7	148	58.5
	합 계	295	100	42	100	253	100

<표 7> 중요도 측정도구의 신뢰도 분석 및 인식 수준(Reliability analysis and Perceptions of importance)

구분	중요도			
	Cronbach's alpha	Mean	SD	
제도 개편 설계에 대한 인식	의료기관 내 일반진료의사 수의 중요성	3.91	0.62	
	의료기관 내 선택진료의사 수의 중요성	3.79	0.73	
	선택진료 이용시 추가비용의 중요성	0.757	3.82	0.85
	'의료질평가지원금' 손실보전방안의 중요성	3.97	0.85	
	'환자 감염 및 안전관리 강화 수가' 손실보전방안의 중요성	4.08	0.77	
제도 개편 운영에 대한 인식	일반진료와 선택진료 간 비용 차이의 중요성	3.68	0.89	
	일반진료와 선택진료 간 의사수준 차이의 중요성	3.95	0.90	
	일반진료와 선택진료 간 진료결과 차이의 중요성	0.874	3.86	0.91
	의료기관 내 일반진료와 선택진료 정보제공의 중요성	4.13	0.84	
	의료기관 내 선택의사 수의 진료과목별 분포의 중요성	3.85	0.81	
	진료과목 내 일반진료와 선택진료 선택권의 중요성	4.03	0.75	
제도 개편 성과에 대한 인식	환자 선택진료 이용시 추가비용에 대한 부담감 감소의 중요성	3.91	0.83	
	환자부담의 고액 비급여 해소의 중요성	4.03	0.85	
	건강보험의 보장성 강화의 중요성	0.887	4.05	0.85
	정부 신설 손실보전방안의 수입보전효과의 중요성	3.97	0.85	
	'의료질평가지원금' 손실보전방안의 종합적인 의료제공 수준 향상 효과의 중요성	4.07	0.72	
	'환자 감염 및 안전관리 강화 수가'의 손실방안의 진료·수술 시 환자 안전 강화 효과의 중요성	4.16	0.67	

3. 선택진료제도 개편의 중요도와 성취도에 대한 인식

적인 의료제공 수준 향상 효과'의 중요성이 높았다.

1) 중요도 인식 수준

선택진료제도 개편에 대한 중요도 인식의 평균은 <표 7>과 같다.

제도 개편 설계의 중요도에 대해 묻는 5개의 문항의 평균 점수는 3.91점, 운영의 중요도에 대해 묻는 5개의 문항의 평균 점수는 3.89점, 성과의 중요도에 대해 묻는 7개의 문항의 평균 점수는 4.03점으로 제도 개편 성과의 중요성을 다른 준거기준에 비해 높게 인식하고 있었다.

제도 개편 설계에서는 '환자 감염 및 안전관리 강화 수가 손실보전방안'의 중요성이 가장 높았으며, 다음으로 '의료질평가지원금 손실보전방안'의 중요성이 높았다. 제도 개편 운영에서는 '의료기관 내 일반진료와 선택진료 정보 제공'의 중요성이 가장 높았으며, 다음으로 '일반진료와 선택진료 간 의사수준 차이'의 중요성이 높았다. 제도 개편 성과에서는 '환자 감염 및 안전관리 강화 수가 손실방안의 진료·수술 시 환자 안전 강화 효과'의 중요성이 가장 높았으며, 다음으로 '의료질평가지원금 손실보전방안의 종합

2) 성취도 인식 수준

선택진료제도 개편에 대한 성취도 인식의 평균은 <표 8>과 같다.

제도 개편 설계의 성취도에 대해 묻는 5개의 문항의 평균 점수는 3.16점, 운영의 성취도에 대해 묻는 5개의 문항의 평균 점수는 3.30점, 성과의 성취도에 대해 묻는 7개의 문항의 평균 점수는 3.22점으로 제도 개편 운영의 성취도를 비교적 높게 인식하고 있었으며, 제도 개편 설계에 대한 성취도를 가장 낮게 인식하고 있었다.

제도 개편 설계에서는 '의료기관 내 선택진료의사 수의 적정성'의 성취도가 가장 낮았으며, 다음으로 '환자 감염 및 안전관리 강화 수가 손실보전방안 적절성'의 성취도가 낮았다. 제도 개편 운영에서는 '의료기관 내 선택의사 수의 적절한 진료과목별 분포'의 성취도가 가장 낮았으며, 다음으로 '의료기관 내 일반진료와 선택진료에 대한 충분한 정보제공'의 성취도가 낮았다. 제도 개편 성과에서는 '정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과성'이 가장 낮았으며, 다음으로 '환자 부담의 고액 비급여 해소에 기여'의 성취도가 낮았다.

<표 8> 성취도 측정도구의 신뢰도 분석 및 인식 수준(Reliability analysis and Perceptions of performance)

구분	Cronbach's alpha	성취도		
		Mean	SD	
제도 개편 설계에 대한 인식	0.798	의료기관 내 일반진료의사 수의 적정성	3.22	0.63
		의료기관 내 선택진료의사 수의 적정성	3.09	0.67
		선택진료 이용시 추가비용의 적정성	3.16	0.77
		‘의료질평가지원금’ 손실보전방안의 적절성	3.17	0.74
		‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가’ 손실보전방안의 적절성	3.15	0.76
제도 개편 운영에 대한 인식	0.792	일반진료와 선택진료 간 비용 차이	3.58	0.75
		일반진료와 선택진료 간 의사수준 차이	3.32	0.86
		일반진료와 선택진료 간 진료결과 차이	3.24	0.79
		의료기관 내 일반진료와 선택진료 충분한 정보제공	3.21	0.83
		의료기관 내 선택의사 수의 적절한 진료과목별 분포	3.13	0.79
제도 개편 성과에 대한 인식	0.873	진료과목 내 일반진료와 선택진료 선택권의 보장	3.33	0.85
		환자 선택진료 이용시 추가비용에 대한 부담감 감소	3.32	0.86
		환자부담의 고액 비급여 해소에 기여	3.17	0.83
		건강보험의 보장성 강화에 기여	3.18	0.79
		정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과성	3.05	0.76
		‘의료질평가지원금’ 손실보전방안의 종합적인 의료제공 수준 향상 효과성	3.19	0.74
		‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가’의 손실방안의 진료·수술 시 환자 안전 강화 효과성	3.29	0.82

<표 9> 실행격자 번호별 항목 설명(Explanation of the question)

구분	순서	설명
제도 개편 설계에 대한 인식	1	<input type="checkbox"/> 의료기관 내 일반진료의사 수 적정성
	2	<input type="checkbox"/> 의료기관 내 선택진료의사 수 적정성
	3	<input type="checkbox"/> 선택진료 이용시 추가비용 적정성
	4	<input type="checkbox"/> ‘의료질평가지원금’ 손실보전방안 적정성
	5	<input type="checkbox"/> ‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가’ 손실방안 적정성
제도 개편 운영에 대한 인식	6	<input checked="" type="checkbox"/> 일반진료와 선택진료 간 비용 차이
	7	<input checked="" type="checkbox"/> 일반진료와 선택진료 간 의사수준 차이
	8	<input checked="" type="checkbox"/> 일반진료와 선택진료 간 진료결과 차이
	9	<input checked="" type="checkbox"/> 의료기관 내 일반진료와 선택진료에 대한 충분한 정보제공
	10	<input checked="" type="checkbox"/> 의료기관 내 진료과목별 선택의사 수의 적절한 분포
제도 개편 성과에 대한 인식	11	<input type="checkbox"/> 진료과목 내 일반진료와 선택진료 선택권 보장
	12	<input type="checkbox"/> 환자 선택진료 이용시 추가비용에 대한 부담감 감소
	13	<input type="checkbox"/> 환자부담의 고액 비급여 해소
	14	<input type="checkbox"/> 건강보험의 보장성 강화
	15	<input type="checkbox"/> 정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과
	16	<input type="checkbox"/> ‘의료질평가지원금’ 손실보전방안의 종합적인 의료제공 수준 향상 효과
	17	<input type="checkbox"/> ‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가’의 손실방안의 진료·수술 시 환자 안전 강화 효과

3) 선택진료제도 개편 인식에 대한 중요도-성취도 분석(IPA)

선택진료제도 개편에 대한 서울시내 상급종합병원 의

료종사자의 인식을 면밀히 파악하기 위해 각 항목들에 중요도-성취도 분석(IPA)을 실시하였다. 성취도를 X축, 중요도를 Y축으로 설정하여 IPA 실행격자에 준거기준별 각 항목들을 시각화 하였다. 의료종사자의 중요도-성취도

분석(IPA)을 통해 도출한 IPA 실행격자의 번호별 세부 항목의 설명은 <표 9>와 같다.

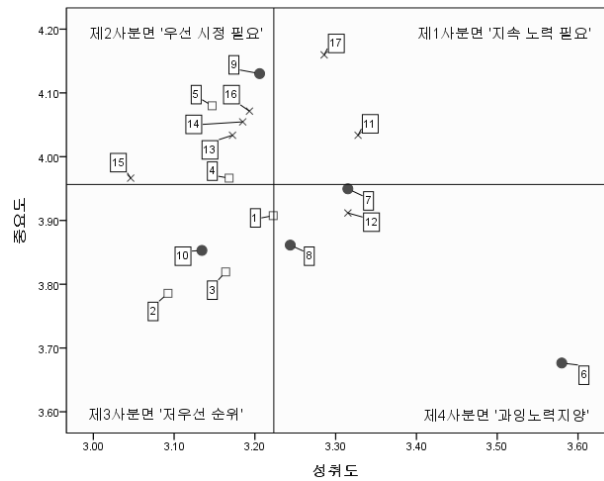
의료종사자의 전체 응답결과에 대한 실행격자 분석을 실시하여 도출된 실행격자는 <그림 3>과 같다. 1사분면 ‘지속 노력 필요’에는 2개의 항목, 2사분면 ‘우선시정 필요’에는 7개의 항목, 3사분면 ‘저우선 순위’에는 4개의 항목, 4사분면 ‘과잉노력 지양’에는 4개의 항목이 나타났다.

준거기준별로 실행격자 분석을 통해 도출된 내용을 정리한 결과는 <표 10>과 같다.

전체 응답결과에 대한 공통 IPA 실행격자에서 우선적으로 개선되어야 할 영역은 중요도가 높으며 성취도가 낮은 2사분면 ‘우선시정 필요’ 영역이다. 2사분면 ‘우선시정 필요’에는 제도 개편 설계에서 ‘의료질평가지원금 손실보전방안’ 및 ‘환자감염 및 안전관리 강화 수가의 손실보전방안’이 위치하였고, 제도 개편 운영에서는 ‘일반진료와 선택진료의 충분한 정보제공’이, 제도 개편 성과에서는 ‘환자부담 고액 비급여 해소’, ‘건강보험 보장성 강화’, ‘정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과’, ‘의료질평가지원금의 효과성’ 항목이 위치하였다.

다음으로 중요도와 성취도가 모두 높아 지속적인 노력이 필요한 1사분면에는 제도 개편 성과에서 ‘환자 진료 선택권 보장’, ‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가의 효과성’이 위치하였다.

위의 두 영역보다 우선순위가 낮은 3사분면(저우선순위)과 4사분면(과잉노력 지양)에는 제도 개편 후 개선된 일반진료의사 및 선택진료의사 수에 대한 항목과 환자 선택진료 추가비용에 대한 항목들이 위치하였다. 이외에도 일반진료와 선택진료 간 비용, 의사수준, 진료결과 차이와 관련된 항목이 위치하였다.



<그림 3> 공통 중요도-성취도 분석 실행격자 (Results of IPA matrix)

<표 10> 공통 준거기준별 IPA 실행격자 결과(Results of IPA)

구분	제도 개편 설계	제도 개편 운영	제도 개편 성과
[1사분면] 지속 노력 필요	-	-	⑪ 환자 진료 선택권 보장 ⑱ 환자 감염 및 안전관리 강화 수가 효과성
[2사분면] 우선시정 필요	④ ‘의료질평가지원금’ 손실보전방안 ⑤ ‘환자 감염 및 안전관리 강화 수가’ 손실보전방안	⑨ 일반진료와 선택진료의 충분한 정보제공	⑬ 환자부담 고액 비급여 해소 ⑭ 건강보험 보장성 강화 ⑮ 정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과 ⑯ ‘의료질평가지원금’ 효과성
[3사분면] 저우선 순위	① 의료기관 내 일반진료의사 수 적정성 ② 의료기관 내 선택진료의사 수 적정성 ③ 선택진료 이용시 추가비용 적정성	⑩ 의료기관 내 진료과목별선택의사 수의 적정한 분포	-
[4사분면] 과잉노력 지양	-	⑥ 일반진료와 선택진료 간 비용 차이 ⑦ 일반진료와 선택진료 간 의사수준 차이 ⑧ 일반진료와 선택진료 간 진료결과 차이	⑫ 환자 선택진료 추가비용 부담감 감소

V. 고찰 및 결론

1. 연구방법에 대한 고찰

기존의 미비한 선택진료제도 개편에 대한 연구를 위해 다른 분야의 정책 및 제도 평가에 사용되고 있던 중요도-성취도 분석(IPA)을 활용하여 분석하고자 하였다. 타 분야 제도에 대한 집단 인식을 비교한 Kim[22]의 제도 구분 기준을 참고하여, 제도의 진행과정을 '설계-운영-성과'로 나누어 제도 개편에 대한 준거기준으로 설정하였다. 분석과정은 타 분야의 정책 및 제도에 대해 공급자 또는 수혜자 대상으로 중요도-성취도 분석(IPA)을 실시한 Moon[8], Wang[23], Wu[24]의 연구를 참고하였다. 선택진료제도 개편에 대한 실행률과 경험률이 높은 의료종사자를 선정하기 위해 서울시내 상급종합병원 종사자로 연구대상을 제한하였다.

기존 중요도-성취도 분석(IPA) 선행연구는 단순히 제도 내용에 대해 중요도-성취도 인식을 묻는 연구가 주로 이루어졌지만, 본 연구에서는 제도의 진행과정의 단계를 구분하여 파악함으로써, 제도 관련 중요도-성취도 분석(IPA)의 새로운 연구의 틀을 고안하였다. 또한 기존 미비한 보건의료제도 관련 인식 연구 및 중요도-성취도 분석(IPA)과 선택진료제도 개편 후의 연구 현황에 기존 방식과 다른 연구방법을 제시함으로써 선행연구에서 한층 진보된 연구로 이해된다.

2. 연구결과에 대한 고찰

공통 IPA 실행격자 결과, 2사분면 '우선시정 필요'를 살펴보면 제도 개편 설계의 의료질평가지원금 및 환자 감염 및 안전관리 강화 수가 손실보전방안이 위치하였으며, Yoon[25]의 연구에서 의료질 평가 및 지원금 제도에 대한 필요성 및 질 향상의 효과성에 의료종사자가 부정적으로 응답한 선행연구 결과와 일부 일치하고 있었다. 또한, 제도 개편 운영에서 일반진료와 선택진료의 충분한 정보제공이 위치하였다. 개편 전 Lee[26]의 연구에서 의료종사자는 선택진료에 대한 설명 수준이 높지 않다고 인식하였으며, 본 연구에서 개편 후에도 의료종사자는 여전히 선택진료제도에 대한 충분한 정보제공을 위해 노력이 필요하다고 인식하고 있었다. 제도 개편 성과에서 환자부담

고액 비급여 해소 및 건강보험 보장성 강화의 의료이용자 측 성과 항목이 위치하였다. 이에 대해 선택진료제 개편이 폐암환자의 본인부담액에 미치는 영향을 연구한 Jeon[27]은 선택진료제도 개선이 입원환자의 선택진료비를 낮추는데 기여하였으나, 본인부담진료비 수가 신설 및 인상으로 인하여 외래환자는 물론 입원환자에게도 본인부담진료비 감소라는 효과를 크게 보여주지 못한다고 하였다. 선택진료제도 개편으로 인해 선택진료비는 감소하였지만, 다른 수가변동으로 인한 전체 환자 본인부담액의 감소를 위해 노력해야 하며, 개편으로 인해 의료이용자에게 미치는 영향들에 대해 주목할 필요성이 있다고 해석할 수 있었다. 또한, 정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과 항목과 의료질평가지원금의 종합적인 의료제공 수준 향상 효과 항목이 위치하였으며, 선택진료제도 개편에 따른 의료기관 손실이 보상되지 못한다는 Kim[28], Lee[29], Lee[21], Kim[30]의 연구결과와 Lee[31]의 의료질평가 지원금제도에 대한 개선이 필요하다는 연구결과와 일치하였다.

1사분면 '지속 노력 필요'에 제도 개편 성과의 환자 진료 선택권 보장과 환자 감염 및 안전관리 강화 수가의 진료·수술 시 환자 안전 강화 효과에 대해 지속적인 노력이 필요하다고 인식하고 있었다. NECA[32]의 의료종사자가 환자 감염 및 안전 관리에 높은 인식수준을 갖는 것과 일부 일치하였으며, 본 연구에서는 이전 연구와 달리 환자 감염 및 안전 관리 강화 수가 자체의 효과성에 대해 파악하였다는 점에 의의가 있다.

마지막으로, 3사분면 '저우선 순위' 및 4사분면 '과잉노력 지양'을 살펴보면 제도 개편 설계의 선택진료 이용 시 추가비용의 적정성과 제도 개편 성과의 환자의 선택진료 추가비용 부담감 감소 항목이 위치하였다. 이는 개편 후 환자가 부담하게 되는 선택진료 추가비용 산정비율이 과거 20~100%에서 현행 15~50%로 감소하여, 추가비용에 대한 문제인식이 감소한 결과로 판단된다. 또한 개편 후 진료과목별 선택의사 수를 75% 이내로 제한한 결과, 이에 대한 문제인식이 감소한 것으로 해석되며, 제도 개편 운영의 일반진료와 선택진료 간 비용, 의사수준, 진료 결과 차이는 4사분면 '과잉노력 지양'으로 인식하고 있었음을 확인하였다.

이상의 결과를 종합해보면, 공통 IPA 분석 결과 서울시내 상급종합병원 종사자는 일반진료와 선택진료의 충분한 정보제공, 의료기관 손실분에 대한 손실보전방안의 설계

와 효과성 및 의료이용자 성과에 대한 정책결정에 우선적인 자원배분이 필요하다고 인식하고 있었다. 또한, 선택진료 추가비용과 선택진료의사 수 제한 등으로 제도 개편안의 효과성을 확인하였다.

본 연구는 이전의 선택진료제도 연구에서 다루지 않았지만, 선택진료제도 개편 전·후의 문헌 및 연구결과에서 언급되고 있는 의료기관 내 선택진료의사의 진료과별 분포, 일반진료와 선택진료 간 비용, 의사수준, 진료결과 차이에 대한 인식을 조사하였다는 의의가 있다. 일반진료와 선택진료 간 비용 차이와 선택진료의사 수의 진료과별 분포는 제도 개편으로 인해 문제에 대한 체감률이 감소한 것으로 판단할 수 있었다. 하지만 선택진료와 일반진료 간 의사수준과 진료결과의 차이에는 주목해야 할 필요가 있다. 일정요건을 갖춘 의사만이 선택진료가 가능하며, 개편 후 추가비용 산정비율이 감소하였다고 할지라도 현재 의료이용자는 선택진료 이용으로 추가비용을 지불하고 있다. 의사수준과 진료결과에 있어서 의료제공자가 느낄 수 있는 분명한 차이가 필요했지만 이를 체감하지 못하고 있음을 확인하였다.

본 연구는 의료종사자만을 연구대상으로 설정하여, 연구결과 및 이에 대한 해석에서 의료이용자보다 의료기관의 운영 및 성과에 대한 시각이 강조될 수 있다는 제한점이 있다. 다만 의료이용자측 성과에 대한 항목을 연구에 포함하여, 제한점을 완화하기 위해 노력하였다.

3. 결론 및 제언

선택진료제도 개편에 대한 중요도와 성취도 인식을 파악한 결과, 제도 개편 성과에 대한 중요도는 높게 인식하고 있었으나, 제도 개편 설계의 성취도는 낮게 인식하고 있었다. 중요도-성취도 분석(IPA) 실행격자 결과를 살펴보면, 2사분면(우선시정 필요)에 '의료질평가지원금 손실보전방안' 및 '환자 감염 및 안전관리 강화 수가 손실보전방안'의 설계와 효과성, '정부 신설 손실보전방안의 수입보전 효과성' 항목들이 위치하였다. '일반진료와 선택진료의 충분한 정보제공' 항목과 의료이용자 성과인 '환자부담 고액 비급여 해소'와 '건강보험 보장성 강화' 항목이 위치하였으며, 이 항목들은 정책 결정 및 수행주체는 제도 개선을 위한 자원배분이 이루어질 경우 가장 높은 우선순위를 갖는 항목들이다. 또한 1사분면(지속 노력 필요)에는

'환자 진료 선택권 보장', '환자 감염 및 안전관리 강화 수가'의 효과성에 대한 항목이 위치하였으며, 정책을 실행하는 주체는 이 항목들이 지속적으로 유지될 수 있도록 관리해야 한다.

위의 두 영역보다 우선순위가 낮은 3사분면(저우선 순위)과 4사분면(과잉노력 지양)에는 일반진료의사 및 선택진료의사 수, 진료과목별 선택진료의사 수의 적정한 분포, 선택진료 추가비용 부담감 감소 효과 및 일반진료와 선택진료 간 차이와 관련된 항목들이 위치하였으며, 이 항목들에 대해서는 한정된 자원의 과잉투자를 줄이거나 지양하는 것이 필요하다.

2018년 1월 선택진료제도 전면 폐지를 앞두고 있는 시점에서[33], 이상의 연구결과를 바탕으로 2사분면(우선시정 필요)에 해당하는 항목들에 대한 의사결정이 필요하다.

첫째, 선택진료제도 개편으로 신설된 정부손실보전방안 '의료질평가지원금제도'와 개편된 '환자 감염 및 안전관리 강화 수가'에 대한 정책적 고려가 필요하다. Lee[31]는 의료질평가지원금제도의 지표 재정비와 재개발이 필요하다고 하였으며, 본 연구결과에서도 의료종사자는 손실보전방안의 설계에 높은 개선 필요성을 인지하고 있었다. 앞으로 선택진료제도의 전면 폐지에 따라 규모가 커질 의료기관 손실분에 대한 현실적인 보전방안 설계와 동시에 손실보전방안이 효과성이 있는지에 대해 지속적으로 모니터링하고 피드백이 필요한 부분이라 판단된다.

둘째, 의료이용자 개편 성과에 대한 검토와 보정이 필요하다. 본 연구결과 선택진료제도 개편에 대한 의료이용자 성과로 제시된 환자 고액 비급여 해소, 건강보험 보장성 강화 및 진료 선택권 보장을 위해 노력해야 한다고 인식하였다. 제도 모니터링 과정에서 개편으로 인해 추가적으로 파생되는 문제점들을 파악하고, 보정함으로써 제도 개편으로 의료이용자가 더 나은 혜택을 체감할 수 있도록 노력해야 한다. 이는 현재 추진되고 있는 '문재인 케어'와 동일한 방향으로, 현 정부의 정책기조와 맞물려 의료이용자의 비급여 부담을 줄일 수 있도록 노력해야 한다.

향 후 선택진료제도 폐지에 따른 손실보전방안의 현실적인 재설계 및 적용과 의료이용자 성과에 대한 지속적인 모니터링 과정이 동반된다면 의료기관은 질 높은 의료서비스 제공을 위해 노력하는 분위기가 조성되고, 의료이용자의 고액 비급여 해소 및 건강보험 보장성 강화에 기여할 수 있으리라 기대한다.

<참고문헌>

1. National Health Insurance Service. Survey of advanced hospital ward · doctor-designation system (press release). 2013.
2. Ministry of Health & Welfare. Benefit extension policy plan of health insurance (the middle). 2015.
3. Ji YG. Symposium to find reasonable ways to improve the selection system. Korean Hospital Association, 2015.
4. Ministry of Health & Welfare. Promoting patient's rights through improvement of doctor-designation system (press release). 2007.
5. Ministry of Health & Welfare. Improvement of doctor-designation system from September (press release). 2015.
6. Ministry of Health & Welfare. doctor-designation system expenses from August will average 35% less patient burden (press release). 2015.
7. Health Insurance Review & Assessment Service. Revision plan presentation of advanced hospital ward · doctor-designation system (press release). 2015.
8. Moon CK. Importance-performance analysis on urban regeneration policy in Daejeon [dissertation]. Daejeon; Mok-Won University;2011.
9. Martilla, J. A. & James, J. C. Importance-performance analysis, Journal of Marketing, 1997; 41(1):13-17.
10. Byeon DH. Evaluation and improvement plans for visiting nursing service under the long term care insurance system for the elderly [dissertation]. Chuncheon; Kang-Won National University;2012.
11. Lim SJ. IPA study on medical tourism attributes of Japanese tourists [dissertation]. Seoul; Han-yang University;2011.
12. MA QQ. The importance performance analysis of selection attribute for the Chinese medical tourists [dissertation]. Suwon; Kyong-Gi University; 2012.
13. Kim PJ. A study of visit Chinese and Japanese tourists medical and health service on the importance-performance analysis [dissertation]. Busan; Dong-A University;2016.
14. Kang MK. A study on factors affecting mongolian patient's selection of Korean medical institution and revisit [dissertation]. Cheonan; Dan-Kook University;2016.
15. Jeon HJ. Analysis of marketing elements of medical tourism industry based on IPA method [dissertation]. Gwangju; Cho-Sun University; 2014.
16. Kang HB. IPA nalaysis on Russia and central asia marketing strategies of medical tourism perecived by experts in the related field: a case study medical hospital of Incheon and Bucheon city [dissertation]. Incheon; Incheon National University; 2015.
17. Lee PJ. A study on the policy development for invigorating the oriental medical tourism: a focus on the comparative perception between medical supplier and potential consumers [dissertation]. Daegu; Daegu Catholic University;2016.
18. Yu JS. Workers' perceptions of service important of public eldercare hospital on rural areas [dissertation]. Seoul; Korea University;2011.
19. Kim JH. Improvement prioritization of health and medical service quality attributes using PCSI index: focused on one upper level general hospital [dissertation]. Daegu; Kei-myung University; 2014.
20. Kim SH. Scale development and importance-performance analysis of selection attributes in specialized hospitals: focused on the patients of orthopedics specialized hospitals in Busan [dissertation]. Busan; Pukyong National University; 2012.
21. Lee SH. Importance of the elements in medical institution choice how post-visit satisfaction affects the behavioral intention of customers: focusing on ophthalmic clinics [dissertation]. Seoul; Kyung-Hee University;2015.
22. Kim KH. A survey study on evaluation of the senior civil service system [dissertation]. Seoul; Sungkyunkwan University;2009.
23. Wang LH. A study on the Importance-satisfaction analysis of government support policy for

- promoting employment of the disabled: focusing on social enterprises in Shanghai [dissertation]. Seoul; Kon-Kuk University;2013.
24. Wu PR. The sports lecturer system perceived by elementary school managers examined with IPA [dissertation]. Chuncheon; Kang-Won National University;2015.
25. Yoon DH. Perception on evaluation of medical care quality and subsidies [dissertation]. Seongnam; Ga-Cheon University;2017.
26. Lee KH. Comparison of perception on the premium medical treatment system between healthcare consumers and providers [dissertation]. Seoul; Korea University;2010.
27. Jeon IS. The effects of improved selective medical treatment system on the out-of-pocket payments and medical service usage of severe lung cancer patients [dissertation]. Seoul; Yon-sei University; 2016.
28. Kim YE. Impacts and Policy Tasks of Selective Care Reorganization. Korean Institute of Hospital Management, 2015.
29. Lee JG. Review on the current reformation of the physician surcharge in Korea. Journal of the Korean Medical Association. 2015;58(4):264-270.
30. Kim SW. Assessment of health insurance protection strengthening policy. 2016.
31. Lee SH. Evaluation on the Validity of Reimbursement for Quality Improvement for Hospitals. Journal of Korean Society of Hospital Management. 2015; 20(4):72-77
32. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. Study on the consumer and health professionals' perceptions of safety in hospitals. 2014.
33. Ministry of Health & Welfare. Starting in January 2018, the burden of doctor-designation fees will disappear(press release). 2017.