

종합전문요양기관에서의
보험심사업무 특성에 따른 효과 분석

연세대학교 보건대학원

보건정책 및 관리학과

노 춘 희

종합전문요양기관에서의
보험심사업무특성에 따른 효과 분석

지도 박 은 철 교수

이 논문을 보건학석사 학위 논문으로 제출함

2003년 6월 일

연세대학교 보건대학원

보건정책 및 관리학과

노 춘 희

노춘희의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2003년 6월 일

감사의 글

정신없이 바쁘고 힘든 하루하루를 보내면서도 채워지지 않는 갈증으로 힘겨웠던 2년 반 동안의 대학원 생활이 이 논문을 끝으로 마감이 되려나 봅니다. 결과를 앞두고 항상 하는 생각이지만 대학원 공부에 있어서나 논문에 있어서나 그 외의 내 생활에 있어서 최선을 다하지 못하였다는 안타까운 생각이 저를 한없이 부끄럽게만 합니다.

지난 대학원 기간을 돌아보면 주위에 감사한 분들이 너무 많습니다. 우선 바쁘신 와중에도 부족한 면을 한번의 꾸지람도 없이 격려와 이해로서 지도해 주신 박은철 교수님, 김인숙 교수님, 김성규 원장님께 감사드립니다.

대학원 내내 항상 반갑게 대해주시고 좋은 지식을 전해주시신 유승흠 원장님, 김한중 교수님, 조우현 교수님, 채영문 교수님을 포함한 여러 교수님께도 감사드리며, 통계를 도와준 정혜영 선생님, 어려운 일들을 같이 나누었던 원우회 임원들에게도 감사의 말을 전하고 싶습니다.

대학원 수업 내내 슬픔과 기쁨을 같이 하였던 선희를 비롯한 보건정책과 동기들과, 같이 졸업을 하지 못하게 된 좋은 친구 고희영 선생님도 하루빨리 기운나는 좋은 일들이 일어나길 진심으로 기도합니다.

능력이 부족한 계장을 대신하여 많은 업무를 나누어 해준 심사계 직원들과 한없는 사랑으로 이끌어주신 최해선 과장님과 김혜옥 계장님께도 고맙다는 말만으로는 부족함을 느낍니다.

바쁜 가운데서도 설문에 응해준 보험심사 간호사회 회원여러분에게도 진심어린 감사를 전합니다. 힘들고 지칠 때마다 청량제 역할로 힘을 돋게 해준 선미, 정희를 비롯한 64,77 친구들에게도 고마운 마음을 전합니다.

마지막으로 사랑하는 남편과 든든한 딸 해인리와 멋진 아들 건희와 친정엄마에게 앞으로 많은 시간을 함께 할 것을 약속하면서 가장 미안한 마음을 담아 고마움을 전합니다.

차 례

국문요약	v
I. 서론	1
1. 연구의 배경	1
2. 연구의 목적	4
II. 이론적 배경	5
1. 우리나라의 보험심사간호사	5
2. 미국의 사례관리자	10
3. 건강보험심사평가원의 요양급여 비용의 심사 및 사후 관리	13
III. 연구 방법	16
1. 연구의 틀	16
2. 연구 대상과 자료 수집 방법	17
3. 변수의 정의	17
4. 분석방법	21
IV. 연구 결과	22
1. 대상 요양기관의 특성	22
2. 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율의 특성	24
3. 요양기관 특성에 따른 효과 분석	25
가. 병원의 운영 특성에 따른 효과 분석	25

나. 병원의 일반적, 인력 특성에 따른 효과 분석	27
다. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율에 대한 회귀분석	28
V. 고찰	30
1. 연구방법에 대한 고찰	30
2. 연구결과에 대한 고찰	31
VI. 결론	35
참고문헌	37
부록	
부록 1. 설문지	40
부록 2. 보험심사 부서의 인원구성 현황 및 업무 현황	52
부록 3. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율의 상관관계	57
영문초록	58

표 차 례

표 1. 연구에 이용된 독립변수	19
표 2. 연구대상기관의 특성	23
표 3. 연구에 사용된 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율	24
표 4. 병원의 운영 특성에 따른 효과 분석	26
표 5. 진료비심사 시기에 따른 입원 조정삭감율	27
표 6. 병원의 일반적 특성과 인력 특성에 따른 상관 분석	28
표 7. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율에 대한 다중 회귀 분석결과	29

그 립 차 례

그림 1. 요양급여비용 심사업무 처리 절차 흐름도	15
그림 2. 연구의 틀	16

부 록 차 례

부록 1. 설문지	40
부록 2. 종합전문요양기관의 보험심사 인원 구성 현황 및 업무현황	52
그림 1. 종합전문요양기관의 보험심사부서의 직종 구성현황	52
그림 2. 종합전문요양기관 보험심사부서의 순수 심사자 직종구성 현황 ..	53
그림 3. 종합전문요양기관의 보험심사 조직 직제 현황	53
그림 4. 종합전문요양기관의 보험심사 관리자의 직급 현황	54
표 1. 보험심사 부서의 업무내용	55
표 2. 보험심사 간호사의 업무상 스트레스 요인	56
표 3. 보험심사 간호사의 업무상 어렵다고 생각하는 업무	56
표 4. 병원 내 위원회의 보험심사 부서 참여 현황	57
부록 3. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율의 상관관계	57
표 5. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율 상관관계	57

국 문 요 약

이 연구는 우리나라 요양기관의 보험심사 업무의 효과를 평가하기 위하여 42개 종합전문 요양기관을 대상으로 요양기관별 특성과 보험부서의 인력 특성, 운영 특성을 조사하여 진료비의 조정삭감율, 이의신청청률, 회수율에 영향을 미치는 요인을 규명하고자 하였다. 이 연구의 주된 결과로는

첫째, 진료비 조정삭감율에 영향을 미치는 요인으로는 진료비의 심사 시기이었다. 42개 종합전문 요양기관의 평균 조정삭감율은 2.25%로 모든 환자를 재원 중에 심사하거나 일부만 재원 중 심사를 하는 병원이 환자 퇴원 후 진료비 심사를 하는 병원 보다 조정삭감율이 0.62% ~ 0.88 % 낮아 환자가 재원 중에 진료비 심사를 하는 운영 방법이 진료비 관리 면에서 효과적인 방법이었다.

둘째, 이의신청의 회수율에 영향을 미치는 요인으로는 심사업무 분담 방법이었다. 42개 종합전문요양기관의 평균 회수율은 34.10 %이며, 진료과별로 심사 담당자를 정하여 심사하거나 진료계열별로 심사하는 병원의 회수율이 구별 없이 심사하는 병원의 회수율보다 8.75% ~ 9.37% 높아 병원의 경제적 손실을 줄이기 위해서는 진료과목별이나 진료계열별로 전문성을 가진 심사자가 전담하여 심사 할 수 있도록 업무분장 하는 것이 효과적이었다.

이 연구 결과를 종합하면 병원의 조정 삭감율을 낮추고 회수율을 높이기 위한 방안으로 심사 업무 분장을 진료과별이나 진료계열별로 전담자를 정하여 환자 재원 중에 진료비 심사를 하는 것이 바람직하며, 환자 진료에 있어서 비용 효과적인 면과 의료의 질적인 면이 모두 고려 될 수 있도록

전담된 심사자가 환자 입원부터 퇴원까지 재원 중에 전반적인 사례관리를 하는 것이 병원의 재원 중 심사제도 하에서 보험심사 업무를 효과적으로 운영하는 방안이라 하겠다.

I. 서론

1. 연구의 배경

최근 의료계는 의약분업 등의 끊임없는 의료 환경 변화에 따라 건강보험의 재정이 악화 되면서 어려움을 겪고 있다. 정부, 건강보험심사평가원, 보험자 측의 재정 정상화를 위한 운영의 변화로 인해 요양기관은 신속하고도 다면적인 대처 능력이 필요하게 되었다. 따라서 요양기관에서는 정부, 건강보험심사평가원, 보험자 측과 가장 밀접한 관계에 있으면서 대내외적으로 상호 조정자 역할을 담당하고 있는 보험심사 부서의 역할이 중요하게 대두 되고 있다.

현재 우리나라 건강보험의 재정 누적적자액은 2002년 말 2조5716억원에 이르고 있다. 이에 대한 정부의 건강보험정위기에 따른 재정안정화대책 추진을 살펴보면 첫째, 보험급여가 되는 진료일수 제한이나 의약품관리료 체감제 실시 등 계속적인 수가 및 급여제도의 보완을 시도함으로써 보험재정 증가를 억제하고 있으며, 둘째 일반의약품 확대나 고가약품 등에 대한 진료비 심사를 강화함으로써 약품비로 인한 보험재정 증가를 억제하고 있고, 셋째 급여비 사후관리 강화로 인력관리 강화, 의료장비관리 강화, 요양기관 실사 강화 등을 시행함으로써 건강 보험 재정안정화 대책에 심혈을 기울이고 있는 실정이다(월간 심평, 2001).

건강보험심사평가원은 2000년 7월 국민건강보험법이 시행되면서 과거 의료 보험연합회를 건강보험심사평가원으로 독립된 기구로 설립하고 그 기능을 기존의 자원의 과다 이용을 주지하던 진료비심사 기능 외에도 요양급여의 적정성

평가 기능을 추가하였다. 최근 들어서는 보험재정 지출의 건전화를 내세우면서 요양급여 그 자체와 요양급여 비용의 적정성에 종합적 접근을 시도하여 평가업무와 심사 업무를 연계하여 요양기관의 진료비를 조정함으로써 보험재정에 부담이 되고자 노력하고 있다(월간 심평, 2003). 실제 진료비 조정 삭감율(조정액을 기준)을 비교해 보면 2000년 전국 병원의 평균 삭감율이 1.07% 이며, 2001년 평균 삭감율은 1.36%, 2002년 8월까지의 평균 삭감율은 1.52%로 계속 증가하는 추세를 보이고 있다(월간심평, 2002). 이를 요양기관 삭감금액으로 보면 2001년 삭감율 최고인 요양기관의 삭감액은 1년 삭감금액이 1,080백만원(삭감율 3.6%), 삭감금액이 제일 큰 요양기관의 삭감금액은 5,352백만원(삭감율 2.40%)에 달하고 있다(일간보사, 2002).

공단의 입장에서 보면 기존 피보험자의 자격관리, 보험료의 부과, 고지, 징수 관리 등에서 급여 관리나 요양기관 관리 등 단순 관리에 치중되던 것을 수진내 역통보를 전 수진자에게 시행하거나 요양기관 조사방문 등으로 진료비의 허위, 부당, 과당 청구가 없는 지에 대한 점검을 통하여 재정누수 방지를 위한 기능을 강화해 가고 있으며, 위상강화를 위하여 수가계약제계에 있어서도 협상력 강화를 위하여 노력하고 있다(건강보험, 2001).

소비자의 입장에서 보면, 급성장한 정보화가 의료부문에 예외는 아니어서 소비자의 요양기관 선택 여지가 증가하게 되어 요양기관은 병원 간의 경쟁에 살아남기 위하여 환자에게 만족을 줄 수 있는 서비스 향상에 주력하게 되었으며, 소비자들이 주축이 되는 각종 평가에 대비하여 최신시설이나 직원의 서비스 교육에 투자하는 소요비용과 노력이 증가하게 되었다. 또한 소비자들의 알권리가 강화되면서 진료 과정뿐만 아니라 진료에 소요된 비용에 대한 상세한 설명을 요구 하고 있으며 진료비와 관련된 각종 민원도 증가하고 있는 실태이다.

위에서 언급한 정부의 종합대책을 포함한 외부 환경에 맞추어 볼 때 요양기관이 의무는 더욱 강화되어 가고 있으며 이에 따라 요양기관에 투자되는 시설, 장비 인력에 대한 비용은 증가할 것이며, 건강보험심사평가원이나공단 측의 각종 조사와 적정성 평가 결과와 건강보험심사평가원의 약제비 등의 조정삭감도 점점 더 증가하는 추세로 이는 모두 병원 경영의 경영적 손실로 작용되고 있는 요소이므로 이에 대한 적극적 대책을 함으로써 진료비 손실을 최소화하는 것은 매우 중요하다고 하겠다.

의료의 적정성 면에서는 건강보험심사평가원의 기능이 추가된 부분보다는 요양기관에서 질 향상을 위하여 다면적 노력을 해왔던 부분으로 환자의 치료 효과도 높이고 정부의 의료 정책에 맞추어 의료의 질 향상에도 기여 하고, 외부의 적정성 평가 결과도 좋게 받을 수 있도록 하기 위하여 요양기관 내 통합 관리가 필요하다고 할 수 있으며, 또한 대외적 이미지 제고를 위해 보험자측이나 각종 민원인을 위한 대응 체계도 갖추어야 하겠다. 이를 요약하자면 비용 면과 진료의 질, 이 두 가지가 평형을 이루도록 효율적인 관리를 하는 것이 가장 큰 과제라 하겠다.

그러므로 요양기관 내에서 대외적으로는 의료정책에 부합되게 대응하면서 대내적으로는 경영적 측면이 고려된 진료비 관리 업무를 수행하고 있는 보험심사부서의 효율적인 관리는 어느 때보다도 중요하다고 할 수 있겠다.

그러나 지금까지의 선행연구를 살펴보면 보험심사업무의 특성이나 보험심사업무의 결과 차이에 대한 연구가 없었으며, 요양기관의 특성에 따른 결과 비교에 대한 분석 연구도 없었으므로 이에 대한 연구는 필요하며, 특히 경영적 손실을 가져오는 진료비 조정삭감이나 조정삭감에 대한 이의신청, 이의신청에 따른 회수율에 영향을 주는 요양기관의 특성 요인이 무엇인가를 분석해 봄으로써

요양기관 내 보험심사 업무의 보다 더 효과적인 관리를 위한 기초 자료를 마련하는 것은 최근 의료계의 동향에 비추어 볼 때 중요하다고 할 수 있겠다.

2. 연구의 목적

종합전문요양기관의 일반적인 특성이나 보험심사부서의 인력 특성, 운영 특성을 진료비 조정 삭감율, 삭감에 대한 이의신청률, 이의신청에 대한 회수율과의 연관성을 분석하여 요양기관의 보험심사 업무의 효과적인 운영방안을 제시하는 데 그 목적이 있다. 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 42개 종합전문요양기관의 일반 특성 및 심사부서의 인력 특성, 운영 특성을 보험심사부서의 심사간호사에게 설문지를 통하여 파악한 후 각 요양기관의 심사 조정삭감율, 이의신청률, 회수율과 비교 분석한다.

둘째, 위의 결과를 가지고 종합전문요양기관의 보험심사 업무의 효과적인 운영 방안을 제시 한다

II. 이론적 배경

1. 우리나라의 보험심사간호사

가. 보험심사 간호사의 태동

1) 외부환경 변화에 따른 필요성

1977년부터 우리나라의 의료보험이 실시된 이후 점차 의료보험에 가입된 인구가 증가함에 따라 병원관리 및 운영에서 의료보험 환자들이 차지하는 비중이 크게 늘어가게 되었다. 당시 의료보험 진료비의 지급에 대한 심사기구는공단과 전국의료보험협회로 이원화 되어있었는데 이 두 진료비 심사기구는 모두 보험자 측으로서 환자에게 양질의 의료제공을 하는 측면보다는 최소의 의료보장한다는 사회보험 기준을 바탕으로 보험재정을 보호하는데 목표를 두고 있었다.

이에 따라 의료에 대해 지식이 많은 간호사를 진료비 심사에 투입함으로써 요양기관의 진료비 청구에 대한 조정을 강화하게 되었다.

2) 병원 내부적인 필요성

이런 보험자 측의 일방적인 진료비 청구에 대한 조정에 대응하기 위해서 요양기관에서도 1980년 초반부터 세브란스병원, 국립의료원 등 일부 종합병원이 자체 심사 제도를 도입하게 되었고 행정요원만으로 자체심사를 운영하기에는 의료에 대한 지식이나, 의사처방, 병동운영 등의 전문성이 부족하여 임상경력이

3년 이상 된 간호사를 자체심사제도에 투입하게 됨으로써 의료제공자 측에서도 임상경력 간호사들이 진료비 심사에 참여하게 되었다.

3) 심사간호사의 역할 확대

1989년에 전 국민 의료보험이 실시되면서 환자의 질적, 양적 변화로 업무량의 증가, 업무의 질적 변화, 병원수익의 감소, 비용의 증가 등으로 병원경영의 큰 변화를 맞게 되었다. 더구나 행위별 수가를 진료비 지불제도로 선택하고 있는 우리나라 현실에서는 진료비 누락방지와 산정착오방지는 물론 환자에게 제공된 양질의 진료에 대한 대가를 합법적으로 보전시키기 위한 노력이 절실하게 되었다.

이에 자체심사 시부터 투입되었던 요양기관의 심사간호사가 점차 증가하게 되었고 간호사에게 점점 업무가 이관됨으로써 간호영역의 새로운 전문분야로 자리매김하기에 이르렀다.

나. 최근 우리나라에서 요구되고 있는 보험심사간호사의 역할

1) 요양기관에서의 보험심사 업무내용에 따른 보험심사간호사의 역할

보험심사간호사의 가장 중요한 역할 및 기능은 효율적인 진료비 관리이다. 효율적 진료비 관리를 위해서는 행위별수가제나 포괄수가제 하에서나 약간의 방법상의 차이는 있겠으나 의료정책 변화에 대하여 신속한 대응이 필요하며 환자의 서비스 만족을 증대시켜야 하며 진료수익의 관리를 과학적으로 해야 한다. 이평수(1992)에 의하면 심사간호사의 역할을 계획자로서의 역할, 집행자로서의

역할, 평가자로서의 역할, 조정자로서의 역할로 구분하여 정의하였다.

보험심사 업무 중 계획자로서의 역할은 과거에는 진료비 심사업무에 관한 진료내역의 누락이나 검토 보완 등의 수동적 역할을 담당하였으나 진료비 관리가 사후점검이나 보완만으로 원활하게 수행할 수는 없게 되었다. 즉 병원의 진료서비스에 대하여 적용할 실질적인 수가기준의 개발이나 의료진이 활용하기에 편리하고 진료행위의 결과가 누락 없이 전달 될 수 있도록 직원들에 대한 교육계획의 수립 등에 대한 계획자로서의 역할 수행을 할 수 있어야 한다. 실제 보험심사 업무에서도 수가관리 업무가 주요 업무로 자리 잡고 있으며 병원 경영적 측면과 맞추어 수가 신설이나 변경 검토 등을 하고 있다.

또한 보험심사 업무 중 집행자로서의 역할은 진료비 누수의 최소화, 발생의 극대화, 진료비 삭감의 최소화 등의 역할을 위해 진료비 명세서의 검토 및 보완이라는 기존 업무 외에도 계획 수립된 업무처리 전산프로그램 개발이나 시스템 변경 등의 개선방안을 실질적으로 적용하고 직원들에게 교육을 실시하는 능동적이고 적극적인 수행을 해야 한다. 실제 보험심사 업무 중 주요 업무의 하나는 진료비 심사 시 발견된 문제점을 바탕으로 업무 프로세스의 개선을 하며, 진료비 관련한 모든 사항을 원내 직원을 대상으로 교육하는 것이다.

평가자로서의 역할은 진료의 결과가 요양급여 기준이나 각종 수가기준 등 기준에 따라 진료 행위가 제공 되었는지와 병원이 정한 지침대로 수행하고 있는지를 평가하는 역할로서 병원의 각 부서 담당자가 그들에게 부여된 업무를 제대로 수행하는 것인지 평가하고 평가 결과 제기된 문제점의 원인을 파악하고 그에 대한 대책을 수립하여야 한다.

조정자로서의 역할은 대외적으로는 각종 의료정책의 변화, 타 유사 병원의 정보 등을 파악하여 병원의 대응방안을 마련하며, 병원과 보건정책 및 제도의

중간적 입장에서 보험 분야에 대한 자문역할을 하여 정책당국과 요양기관의 상호 이해를 증진시키는 코디네이터의 역할을 하고 있으며, 각종 단체나 환자, 보호자의 진료비 관련 민원에 대하여도 코디네이터 역할을 담당하고 있다. 대내적으로는 기관이나 의료인 개인의 법적 보호를 할 수 있도록 정보를 제공하며, 삭감이나 현지조사, 실사 등으로 인한 진료 수입의 손실을 최소화 시키고 또한 병원의 이미지를 관리할 수 있도록 관련부서에 민원방지 등에 대한 정보도 제공한다. 진료비 관리는 연계성이 있게 진행되는 것으로 평가 과정에서 노출된 부서간의 문제를 파악하여 부서 또는 직원간의 갈등이나 관계를 조정하는 역할도 하며, 효율적인 정책결정 지원을 위해 약사위원회, 재료위원회, 장비위원회 등의 의료기관 내 각종 위원회의 활동도 중요한 역할로 수행 중이다.

그 외의 보험심사 업무로 수행되고 있는 것은 요양기관 간 다소 형태의 차이는 있으나 적정진료관리(QI) 업무가 보험심사업무에 추가되고 있는 추세이다.

2) 보험심사 사례관리자의 활동 방향

최근에는 보험자 측에서도 비용위주의 심사업무 외에도 의료의 질에 관심을 가지기 시작했다. 진료비 심사기구가 1988년 1월 1일 의료보험연합회로 일원화 되고 2000년 건강보험심사평가원으로 독립되면서 진료비 심사 외에 진료의 질 향상과 적정성을 도모한다는 목적에 따라 요양급여의 의학적 타당성과 비용효과성을 판단하여 진료비 가감지급을 추진하고 있으며, 종합전문요양기관 주기적 평가, 병원 표준화 심사 등의 각종 대외적인 평가제도가 대두되면서 의료기관은 이에 좋은 평가를 받기 위해서 정보 수집 및 데이터 분석, 임상과 교육, 평가제도의 보완 건의 등의 새로운 역할이 보험심사간호사에게 추가되고 있다.

또한 소비자의 알 권리가 사회적으로 파급되면서 소비자의 이해도를 증진시키는 역할도 심사간호사의 역할이다. 이 모든 관리는 환자가 퇴원하고 난 후의 진료비 명세서를 심사하기 보다는 입원시점부터 퇴원까지 재원 중 관리에 들어가서 진료 팀과 보험자와의 사전 조율을 통해 심사 기준에 근접하면서도 양질의 진료가 제공될 수 있도록 관리하며 적정성 여부를 검토하는 병원의 사례관리자(case manager)로서의 역할로 전환되어 지고 있다고 볼 수 있다. 즉 후향적 심사(retrospective Review) => 재원 중 심사로(current Review) => 사례 관리(case management)로 심사 업무가 개선되어 가고 있다.

사례관리란(case management) 란 산업체 내에서 업무일정을 정리하기 위한 목적으로 대두된 개념으로 질과 비용효과 적으로 결과를 증진시키기 위해 모든 팀 구성원이 의사소통과 사용 가능한 자원을 이용하여 의료서비스를 사정, 계획, 조정, 평가하는 과정이다. 이와 연계하여 병원에서의 사례관리자(case manager)의 활동목표를 보면 진료의 질을 높게 유지하며 비용적 측면의 의료서비스를 제공하여 효율적으로 진료비용을 줄이는 것에 목표가 있으며, 진료비 상담, 환자, 보호자, 의료진에 대한 정보제공 및 교육을 통해 그 결과 외부고객(환자, 보호자) 및 내부고객(의료진, 간호사)의 만족도를 높이는 데 있다(보험심사, 2003).

박현주(2000)는 사례관리를 크게 4가지 유형으로 분류하였는데 배상에 근거를 둔 모델(의료비용을 통제하고 서비스의 조정이 목적으로 서비스에 대한 시행권한 부여나 환자의 건강상태를 모니터링 하는 모델), 기관에 근거를 둔 모델(가정간호사업소, 간호요양원 등), 사회사업에 근거를 둔 모델(사회사업사, 정부나 조직단체 등), 개인적인 의료관리(개인적인 건강요구나 재정적인 계획과 관리)에 근거를 둔 모델로 구분하였는데 우리나라 병원의 사례관리자는 배상에

근거를 둔 모델로서 진료비관리를 하지만 우리나라 의료전달체계 시스템에 맞추어 관에 근거를 둔 모델과 사회사업에 근거를 둔 모델의 의 업무부서와 협력 관계를 유지하면서, 개인적인 의료관리도 병행하는 복합적 사례관리자가 추측된다.

2. 미국의 사례관리자

미국에서 처음 소개된 사례관리는 비용과 질적인 측면에서의 결과물을 향상시키기 위해 도입되었으며, 1960년대에서 1970년대까지 비용을 고려하지 않고 의료의 질만 추구하여 의료비의 과도한 상승과 독자적이고 단절된 의료 행위들로 인해 고비용, 재원일수 증가, 불필요한 의료자원의 사용 등을 야기하므로 그런 문제점들을 해결하기 위하여 퇴원계획이나 환자서비스와 보건서비스를 통합하는 서비스통합 프로그램에 사례관리를 포함시키게 되었다.

그 후 만성질환치료의 비용에 초점을 맞추어 사례관리가 발전하였으며, 조금 더 경제적으로 효율성 있는 서비스가 무엇인지를 연구하고 결정짓도록 변화하면서 건강보험기관들에서 양질의 의료를 위한 지침으로 사례관리를 시행할 것을 권고 받은 후 사례관리는 주목을 받게 되었다.

그 결과 미국에서 사례관리를 거의 대부분의 병원들이 도입하게 되었고 그 도입 결과 비용절감, 및 환자, 의사, 간호사의 만족도가 증가하였으며, 재원일수를 줄이고 재입원율을 줄이는데 많은 기여를 했다고 보고 되고 있다(Ignatavicius 등, 1995).

현재까지도 사례관리에 대한 상당히 다양한 개념들이 혼재되어 있으며. 미국

의 공인 사례관리자를 위한 자격시험을 주관하는 기관인 The Certification of Insurance Rehabilitation Specialists Commission(CIRSC)에서는 "사례관리란 의사소통과 질, 비용, 효과적인 결과를 증진시키는 것을 통해 환자의 개별적인 요구를 측정하여 필요한 항목과 서비스들을 사정, 계획, 수행, 조정, 모니터링 및 평가하는 협력과정이다"라고 정의하였다 (Powell, 2000).

Powell(2000)의 사례관리 모델을 살펴보면 질환의 치료기관의 형태, 질환유형, 사례관리가 행해지는 영역에 따라 급성질환 사례관리, 가정간호 사례관리, 전문요양원 사례관리, 공중보건 및 지역사회기반 사례관리, 재활사례관리, 특정 질환 사례관리 (호스피스, 에이즈, 만성질환자, 미숙아관리 등), 보험지불자의 사례관리, 근로자 보상관리, 사례관리기관, 사례관리중개업자 모델 등 다양한 형태로 분류하고 있다.

미국에서 이용도 조사나 사례관리 등을 적극적으로 활용하게 된 것은 질병군별 포괄수가제(DRG) 도입 이후 진료비 원가를 낮추면서도 의료의 질을 보장하기 위해서였다. 현재 미국의 관리의료(Managed Care)에서 사례관리(case management)는 네트워크 안에서 다양한 전문 인력이 환자에게 서비스를 제공하고 그 서비스가 적절하고 비용 효과적인지를 모니터링 하는 것이다.

미국의 요양기관별 특성에 따른 사례관리의 예는 다음과 같다. 산재 보상기금을 운영하는 MHA 기관에서의 사례관리자는 치료 첫 단계부터 근로자와 1:1로 만나서 관리를 시작하고 근로자, 고용주, 의료제공자간의 의견을 조정하는 역할을 하고 있다.

Blue Cross, Blue-Shield의 사례관리는 의료비용이 높고, 교육으로 호전이 있는 질환을 대상으로 하여 이용 가능한 자원으로 적정기간 내에 비용 효과적인 방법으로 기대되는 결과에 도달할 수 있도록 질 높은 의료를 제공하도록 도와주

는 기능이다.

Trinity Hospital의 사례관리 전략은 개인의 치료 연속선을 유지시켜주는 책임에 초점을 두고 입원심사간호사가 있어 일차 진료의사의 임상정보를 기초로 입원기준에 부합하는지를 결정하고 있으며 각종 관리 프로그램(management program)을 이용하여 재원기간 감소 등을 목적으로 활동하고 있다.

Chicago Hospital의 사례관리 초점은 비용이 아니라 질이며, 사례관리를 통해 의료분쟁이 더 줄어들 것을 기대하고 있다.

또한 우리나라의 건강보험심사평가원의 기능과 유사한 미국의 동료심사기구(PRO, Peer Review Organization)는 비영리를 목적으로 하는 민간기관으로 메디케어(Medicare)를 주관하는 메디케어 메디케이드 관리청 (CMS, Center for Medicare and Medicaid)과 계약을 맺어 미국 각 주에 하나씩 있어 메디케어 환자들의 진료의 질을 보장하고 진료비를 줄이고 있다. 중점적인 기능은 불필요한 입원과 시술, 의료의 질, DRG 코딩 검토, 재원의 적정성 평가, 환자에게 유해한 진료결과, 진료결과의 이탈치에 대한 검토를 하고 있다. 동료심사기구의 역할은 병원을 도와서 청구상의 문제를 발견하고 앞으로 같은 오류를 범하지 않도록 교육하며, 교육 후에도 계속 모니터링을 하여 개선여부를 메디케어 메디케이드 관리청에 보고하고 있다. 동료심사기구의 초기 역할은 진료의 적정성 평가에 중점을 둔 것으로부터 의료의 질 개선, 병원과 환자 교육과 질병예방으로 매우 다양해지고 있다 (박현주, 2002).

3. 건강보험심사평가원의 요양급여 비용의 심사 및 사후 관리

가. 요양급여비용의 심사

국민건강보험법 제 43조 요양급여의 청구와 지급, 국민건강보험법 56조에서 정한 심사평가원의 업무 중 요양급여비용의 심사란 법적 근거를 가지고 관계 법령에서 정한 기준과 원칙에 근거하여 건강보험심사평가원에서는 요양기관이 진료비 청구 시 의학적으로 타당하고 경제적으로는 비용효과적인 방법으로 요양급여가 행하여졌는지 여부를 심사함으로써 과잉진료 서비스로 인한 과다진료의 억제와 부당한 진료비용의 지급을 방지하고, 요양기관이 사회보험 내에서의 의료보장 취지에 합당한 적정진료를 유도하며, 요양급여에 대한 사회적 책임과 자율적인 적정진료를 실제화 하여 보험재정의 사회적 공동비용에 대한 연대책임감을 인식하게 하는데 그 목적 및 의의를 두고 있다. 건강보험심사평가원의 심사절차는 요양기관 청구 경향에 따라 지표기관과 정밀기관으로 분류되어 심사직원에 따라 요양급여비용 심사기준에 합당하게 산정되었는지 여부를 심사가 되어지며, 심사직원에 의해 심사가 종결되지 못한 전문 의학적 판단 건은 상급 심사위원 또는 비상급 심사위원에 의하여 심사가 이루어지며, 심사 위원도 판단하기 어려운 전문성, 난이도가 높은 사항은 전문분과위원회에서 심사가 되어진다.

또한 요양기관을 직접 방문하여 심사하는 현지 확인 심사제도도 운영하며, 진료과목별 심사위원이 직접 심사를 하는 전문심사제도도 있어 고액이나 심사상 문제가 있는 기관, 시술의 질적 수준에 따라 진료에 영향을 미칠 것으로 예상

되는 등의 심사는 전문심사를 하고 있다. 이러한 건강보험심사평가원의 심사과정을 통하여 요양기관의 진료비 청구 시 진료비의 조정 삭감이 이루어지고 있는 것이다.

나. 이의신청

국민건강 보험법 제 76조 내지 제78조, 동 시행법령 제47조 내지 제 60조의 법적규정에 따라 심사평가원의 조정 삭감 처분에 이의가 있는 경우 요양기관은 심사평가원에 설치된 이의신청위원회에 이의신청을 제기할 수 있으며 심사평가원은 처분에 이의를 제기한 사항을 분쟁해결 및 권리구제를 도모하는 역할을 수행해야 한다. 이의신청위원회의 위원장은 심사평가원의 원장이 되고 위원은 위원장을 포함한 10인 이내의 위원으로 구성되어 이의신청이 제기된 날로부터 60일 이내에 그 결정을 하여야 한다.

이 경우 요양기관이 제기한 이의제기가 인정될 경우 건강보험심사평가원은 조정삭감 했던 결정을 취소하고 진료비를 다시 지급하게 되며, 요양기관은 이의신청 금액을 회수하게 된다 (그림 1).

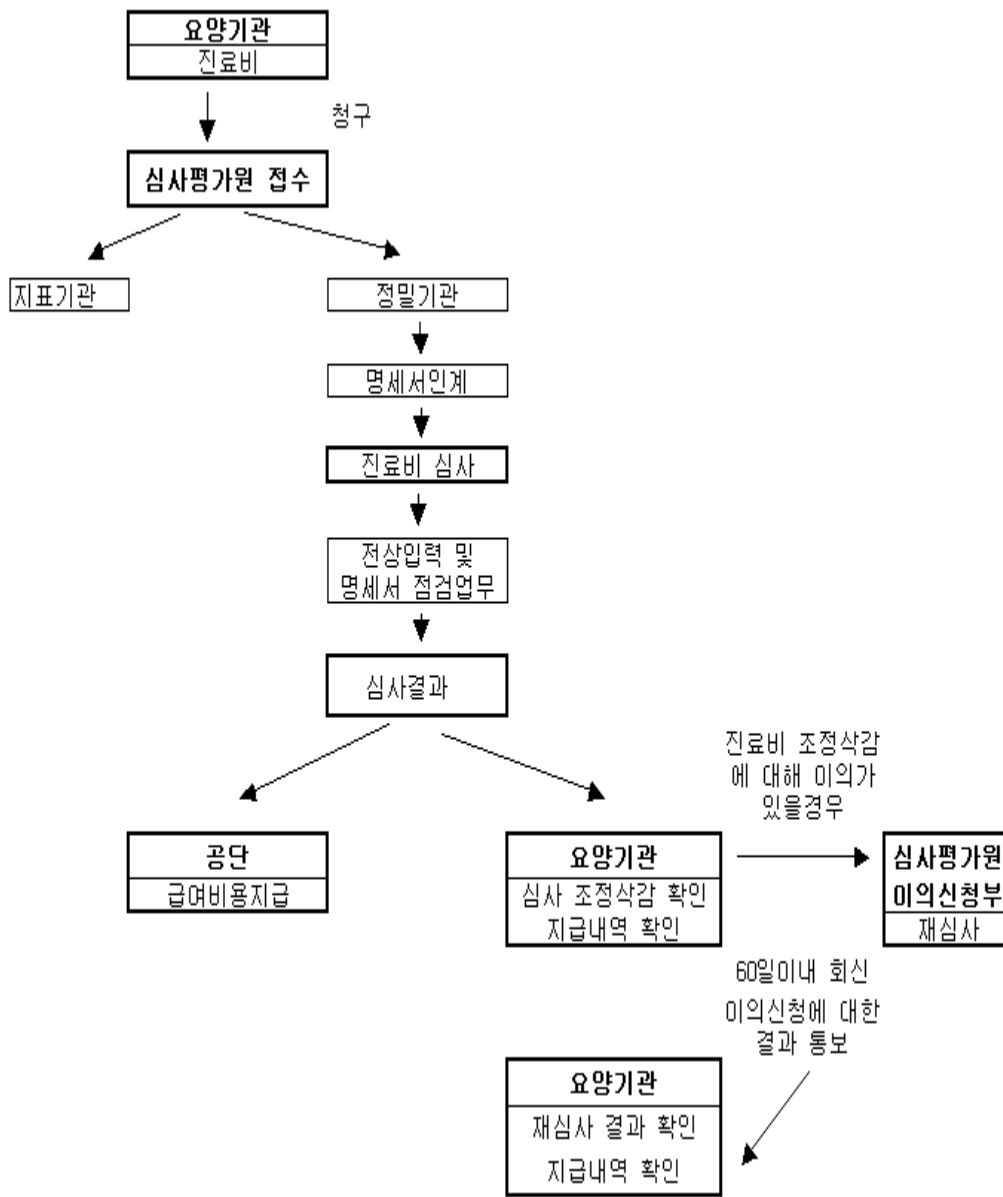


그림 1. 요양급여비용 심사업무 처리 절차 흐름도

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀

우리나라 42개 종합전문요양기관의 일반특성 및 보험심사 부서의 인력, 업무 특성을 설문 조사하여 그 특성 중 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율에 영향을 미치는 요인이 무엇인가를 t-test, 분산분석, 상관분석, 회귀분석을 통하여 분석한 자료를 근거로 보험심사부서의 효과적인 운영방안을 제시하고자 한다 (그림 2).

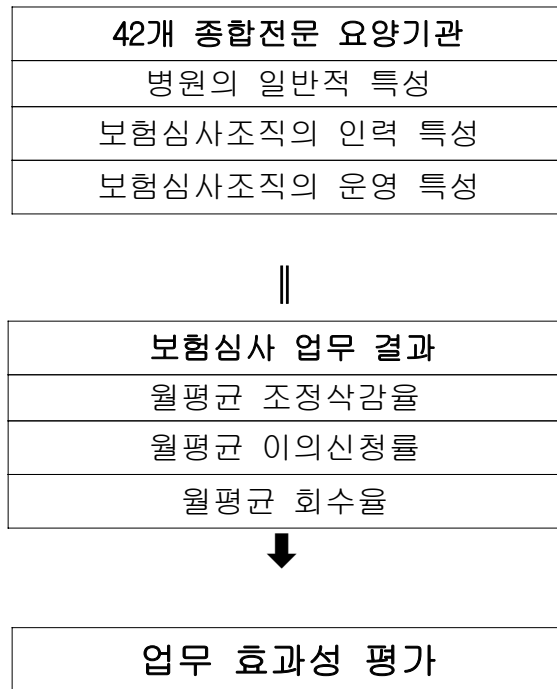


그림 2. 연구의 틀

2. 연구 대상과 자료 수집 방법

연구대상은 우리나라 42개 종합전문 요양기관을 대상으로 하였으며 연구에 필요한 자료는 설문지를 작성하여 해당 병원에 종사하는 보험심사 간호사 중 관리자 42명과 한 병원의 심사간호사 중 10명당 1명씩을 무작위 표집한 일반 간호사 66명에게 2003년 5월 1일에서 10일까지 E-mail, Fax, 우편을 통하여 수집하였으며 이중 107명에게 회수하여 회수율은 99.1%였으며 107명 자료 모두를 최종 분석에 사용하였다.

3. 변수의 정의

이 연구에 사용된 종속변수는 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 이의신청에 대한 회수율이며, 독립변수는 요양기관의 특성과 보험심사 조직의 인력 특성, 보험 심사 업무의 운영 특성이다.

이 연구에서 보험심사의 효과성에 영향을 주는 독립변수로는 요양기관의 일반적 특성과 보험심사 조직의 인력 특성, 보험심사 업무의 운영 특성으로 하였다.

일반적 특성으로는 병상수와 입원환자의 1건당 진료비 이었으며, 병원의 인력 특성으로는 보험심사 부서의 심사 간호사 1명당 담당되어지는 침상수와 심사자 1명당 심사하는 입원 건수를 독립변수로 선택하였다.

운영적 특성으로는 진료비 심사가 환자가 입원 중에 심사되는지 아니면 환자가 퇴원한 후인 청구 전에 심사 되는지로 나누어서 보았으며, 환자가 재원 중에

심사된 진료비 심사에 맞추어 입원 원무계산을 하고 있는 병원을 모두 재원 중 심사 병원으로 분류하였으며, 환자가 재원 중에 일부 주요 진료비인 수술, 마취, 고가약제 등만을 선별하여 심사하는 병원을 일부 재원 중 심사 병원으로 하였고, 환자 퇴원 후 청구 명세서를 발생시켜 심사하는 병원을 퇴원 후 심사 병원으로 분류하였다.

심사분담 형태는 심사 건수 분배 시 기준이 되는 것으로 진료과별 또는 주치의별로 책임 심사담당자가 있어서 그 담당자에게 분배되는지, 아니면 내과계열이나 외과계열, 산소아과계열 등 진료계열별로 나누어 심사하는지, 아니면 진료과나 진료계열 구분 없이 분배하는 지를 나누어서 분류하였다.

심사의 용이성을 보기 위하여 기타 OCS를 시행하고 있는 병원인지, OCS를 시행하고 있는 병원이라면 처방 시 보험기준에 따른 의사의 처방제한을 시행하고 있는지, 보험심사부서에서 정기적으로 보험관련 교육을 임상에 실시하고 있는지, 또한 약사위원회, 재료위원회, 수가위원회 등의 진료비 관련 위원회를 운영하고 있으며 참석하고 있는 지로 하였다 (표 1).

표 1. 연구에 이용된 독립변수

특성의 종류	변수 내용	세부 설명
	병상수 (병상규모)	
병원의 일반적 특성	건당진료비(입원)	총진료비를 건수로 나눈 입원1건당의 진료비
병원의 인력 특성	보험심사 부서의 간호사 1명당 침상수 심사자 1명당 월별 입원건수	
병원의 운영적 특성	진료비 심사 시기 심사 분담 형태	모두 재원 중에 심사 일부 재원 중에 심사 모두 퇴원 후에 심사 진료과별 (또는주치의별) 진료계열별 (내과계/외과계 등) 구별 없음
	OCS시행 여부 OCS 처방제한 적용여부 규보험교육 실시여부 진료비관련위원회참석여부	

이 연구에 사용된 종속변수는 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 이의신청에 대한 회수율로 하였다. 종속변수에 대한 정의는 다음과 같다.

진료비 조정 삭감율은 진료비 청구 시 산정착오나 과다이용 등으로 판단되어 진료비를 지급 받지 못하는 것을 의미하는 것으로 2002년 월평균 삭감금액을 2002년 월평균 총 진료비로 나눈 백분율이다.

이의신청률은 심사평가원의 진료비 조정 삭감 결과에 대해 병원이 이의가 있는 경우나 청구착오에 대한 정정을 요구하는 경우를 의미하는 것으로 2002년 월평균 이의신청금액을 2002년 삭감금액으로 나눈 백분율이다.

회수율은 이의신청한 내용에 대한 회신결과로 처음 진료비 청구 시 조정 삭감한 결과를 취소하고 진료비를 지급하기로 결정한 것을 의미하는 것으로 2002년 월평균 회수금액을 2002년 이의신청금액으로 나눈 백분율이다.

요약하면 다음과 같다.

$$\text{조정 삭감율} = (\text{2002년 월평균 삭감금액} / \text{2002년 월평균 총 진료비}) \times 100$$

$$\text{이의신청률} = (\text{2002년 월평균 이의신청금액} / \text{2002년 삭감금액}) \times 100$$

$$\text{회수율} = (\text{2002년 월평균 회수금액} / \text{2002년 이의신청금액}) \times 100$$

4. 분석방법

조사한 자료는 코딩을 한 후 SAS 통계패키지를 이용하여 분석하였다. 각 변수 간의 상관관계는 Pearson 상관계수를 이용하였고 종속변수인 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율과 독립변수들의 평균의 차이에 대한 비교분석은 t-test 와 분산분석, 상관분석을 이용하였다. 분석방법을 정리하면 다음과 같다.

독립변수가 OCS 사용여부, OCS 처방제한 적용여부, 정규보험교육 실시 여부, 진료비관련위원회 참석여부는 t 검정을 이용하여 두 집단의 평균을 비교하였으며, 독립변수가 심사 시기, 심사분담형태는 세 집단의 평균의 차이에 대한 검정은 분산분석을 이용하였다.

그 외의 연속형 변수인 병상 수 (병상규모), 건당진료비(입원), 보험심사 부서의 간호사 1명당 침상 수, 심사자 1명당 월별 입원건수에 대한 분석은 상관분석을 이용하였다. 독립변수와 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율과의 상관성을 분석하기 위해서는 다중 회귀분석을 시행하였다.

IV. 연구결과

1. 대상 요양기관의 특성

연구대상 기관의 특성을 살펴보면 우리나라 종합전문요양기관은 총42개 병원으로서 설립주체는 학교법인인 대학병원이 28개 병원, 그 외 의료법인(6), 재단법인(2), 특수법인(5), 국립병원(1)을 합하여 비대학병원이 14개 병원이었다. 지역적으로는 서울이 21개 병원, 서울 외 지역이 21개 병원이었다. 심사부서의 직제를 보면 사무(행정)직속이 29개로 가장 많고 진료 처 직속이 6개, 부원장 직속이 3개, QI 실, 간호부 소속 등 기타가 4개 병원이었다. 기타 다른 병원의 특징을 보면 OCS를 시행하고 있는 병원이 40개 병원, 시행하지 않는 병원이 2개 병원이었고, OCS를 시행하고 있는 병원 중 의사 처방의 제한을 하는 병원이 22개 병원이었다. 보험에 대하여 정규교육을 하는 병원은 23개 병원, 정규적으로 하지 않거나 하지 않는 병원이 19개 병원이었다. 진료비 심사 시기는 모두 재원 중에 심사하는 병원이 25개 병원, 일부만 재원 중에 심사하는 병원이 8개 병원, 모두 퇴원 후에 심사하는 병원이 9병원이었다. 심사분담 형태를 보면 진료과별이나 의사별로 분담하는 병원이 29병원, 진료계열별로 심사하는 병원이 11병원 구분 없이 심사하는 병원이 2병원 이었다.또한 EDI 청구기관이 41개 병원, 명세서 청구기관이 1개 병원이었다(표 2).

표 2. 연구 대상기관의 특성

<단위: 개, %, 만원, 건>

요양기관 특성	구분	병원수(%)	
설립주체	학교법인	28	(66.7)
	의료법인	6	(14.3)
	재단법인	2	(4.7)
	특수법인	5	(11.9)
	국립	1	(2.4)
지역	서울	21	(50.0)
	인천	2	(4.7)
	부산	4	(9.5)
	강원	2	(4.8)
	대전	2	(4.8)
	충청남북도	3	(7.1)
	경상남북도	4	(9.5)
	전라남북도	4	(9.5)
병상수	500병상 이하	3	(7.1)
	501-1000병상	29	(69.0)
	1001-1500병상	7	(16.7)
	1501 병상이상	3	(7.1)
OCS	시행	40	(59.5)
	미시행	2	(40.5)
OCS 처방제한	시행	22	(52.4)
	미시행	20	(47.6)
청구방법	EDI	41	(97.6)
	명세서	1	(2.4)
진료비 심사시기	모두 재원 중	25	(59.5)
	일부만 재원 중	8	(19.1)
	모두 퇴원 후	9	(21.4)
심사 분담 형태	진료과별	29	(69.0)
	진료 계열별	11	(26.2)
	구별없음	2	(4.8)
보험관련 정규 교육	시행	23	(53.8)
	미시행	19	(46.2)
진료비관련위원회 참석	참석	39	(92.9)
	미참석	3	(7.1)
건당진료비(입원)		157.88±17.92	
심사간호사 1인당 침상 수		80.16± 33.42	
심사자 1인당 월별 심사건수		252.98±90.85	
계		42	(100.00)

2. 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율

연구에 사용된 종속변수인 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율의 내용은 다음과 같다.

42개 종합전문 요양기관의 평균 2002년 평균 진료비 삭감율은 입원이 2.63%, 외래가 1.37%, 입원 외래 총 삭감율이 2.25% 이었다. 이는 심사평가원의 진료비 지급 월을 기준으로 한 통계이며, 원외처방에 대한 삭감은 제외된 삭감율이다.

42개 종합전문 요양기관의 2002년 월평균 이의신청율은 44.94%이며, 이는 심사평가원에 이의신청을 제기한 월을 기준으로 하였으며, 회수율 평균은 34.10%로 병원이 이의신청을 한 후 심사평가원으로부터 지급통보를 받은 월을 기준으로 하였으므로 조정삭감율, 이의신청률, 회수율의 기간이 동일한 기간은 아니다 (표 3).

표 3. 연구에 사용된 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율 <단위 : %>

변수		평균율±표준편차
조정삭감율	월평균 총 삭감율	2.25±0.54
	월평균 입원 삭감율	2.63±0.63
	월평균 외래 삭감율	1.37±0.62
이의신청율	월평균 이의신청률	45.9±12.61
회수율	월평균 회수율	34.1±12.17

3. 요양기관 특성에 따른 효과 분석

가. 병원의 운영 특성에 따른 효과 분석

조정 삭감율에 대한 병원의 운영적 특성에 따른 차이는 진료비 심사 시기에 따라 재원 중 심사를 하는 병원이 퇴원 후 심사를 하는 병원 보다 통계적으로 유의하게 낮았다. 이를 다중비교 해본 결과 모두 재원 중 심사를 하는 병원과 일부 재원 중 심사는 경우는 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 모두 퇴원 후 심사를 하는 경우는 모두 재원 중 심사를 하는 병원과 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 일부 재원 중 심사를 하는 병원과도 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

이의신청률에 대한 병원의 운영 특성에 따른 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있는 변수는 없었다.

회수율에 대한 병원의 운영적 특성에 대한 차이는 OCS 미시행 기관이 OCS 시행기관보다 통계적으로 유의하게 회수율이 높았다. 또한 심사분담형태로 보면 진료과별이나 진료계열별로 나누어 심사하는 병원의 회수율이 진료과별 구별 없이 심사하는 병원의 회수율 보다 통계적으로 유의하게 높았다. 이를 다중비교 해본 결과 진료과별이나 진료계열별로 심사하는 기관의 회수율 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 진료과별로 심사 분담하는 병원과 구별 없이 심사하는 병원, 진료계열별로 심사하는 병원과 구별 없이 심사하는 병원의 회수율 차이는 통계적으로 유의하였다(표 4).

표 4. 병원의 운영 특성에 따른 효과 분석

<단위 : %, 평균±표준편차>

독립변수		조정삭감율	이의신청률	회수율
OCS	시행	2.25±0.529	46.0±12.30	33.2± 11.39
	미시행	2.23±1.103	42.7±24.59	53.0±16.31
	t 값	-0.05	-0.36	2.37 *
OCS처방제한	시행	1.99±0.601	42.9±11.13	29.1± 9.98
	미시행	2.01±0.490	37.1±14.04	27.9±12.60
	t 값	-0.07	-1.06	0.30
보험관련 정규교육	시행	2.27±0.574	48.6±11.66	33.3±12.67
	미시행	2.22±0.521	42.5±13.22	35.0±11.81
	t 값	-0.28	-1.59	0.45
진료비관련 위원회	참석	2.26±0.548	45.8±12.64	33.6±11.55
	미참석	2.11±0.733	46.2±15.04	40.5±20.88
	t 값	-0.44	0.05	0.95
진료비심사 시기	모두재원 중 심사	2.15±0.490	47.3±12.82	32.2±13.63
	일부재원 중 심사	1.94±0.426	43.6±13.92	39.8±11.50
	모두퇴원 후 심사	2.77±0.455	43.9±11.67	34.2± 6.52
	F값	7.73**	0.40	1.19
심사 분담 형태	진료과별 분담	2.22±0.558	48.3±13.14	34.4±12.77
	진료계열별 심사	2.23±0.538	41.4±9.18	37.2± 6.97
	구별 없음	2.74±0.177	35.9±16.08	12.9± 4.37
	F 값	0.84	1.94	3.88*

* p<0.05 ** p<0.01

통계적으로 유의하게 나타난 진료비 심사 시기에 따른 조정 삭감율 차이를 입원에 한하여 분석한 결과 총 조정삭감율과 마찬가지로 입원 조정 삭감율도 모

두재원 중 심사하는 병원과 일부 재원 중 심사하는 병원의 차이는 통계적으로 유의하지 않았고, 모두 퇴원 후 심사하는 병원이 모두 재원 중 심사하는 병원이나 일부 재원 중 심사를 하는 병원보다 통계적으로 유의하게 조정 삭감율이 높았다(표 5).

표 5. 진료비심사 시기에 따른 입원 조정 삭감율 <단위 : %>

심사시기(병원수)	평균±표준편차	최소값	최대값
모두재원중 심사 (25)	2.49±0.492	1.55	3.41
일부재원 중 심사(8)	2.26±0.530	1.61	3.11
모두퇴원 후 심사(9)	3.34±0.526	2.68	4.43
F값	11.95 ** (<0.0001)		

나. 병원의 일반적, 인력 특성에 따른 효과 분석

보험심사 조직 구성원의 직종 구성은 총 707명의 인원 중 간호사가 500명(70.7%), 간호사 외의 직원이 207명(29.3%)이었으며, 보험심사 조직원 중 순수 심사 업무만 하는 직원은 총 523명 중 간호사가 452명(86.4%), 간호사 외 직원이 71명(13.6%)이었다.

병원의 일반적 특성이나 인력 특성, 조정 삭감율이나 이의신청률, 회수율에 통계적으로 유의하게 차이를 나타내는 변수들은 없었다(표 6).

표 6. 병원의 일반적 특성과 인력 특성에 따른 상관 계수

변수		조정삭감율	이의신청율	회수율
일반적특성	병상수	-0.12	0.12	-0.04
	건당진료비(입원)	0.08	-0.05	-0.34
인력특성	심사간호사1인당 침상수	0.26	0.003	0.04
	심사자 1명당 월별 심사건수	-0.13	0.10	0.06

* p<0.05

다. 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율에 대한 회귀분석

진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율에 영향을 미치는 요인에 대하여 각 독립변수별로 다중회귀분석을 실시하였다. 다른 변수들을 통제했을 때 모두 재원 중 심사하는 병원이 퇴원 후 심사하는 병원보다 진료비 조정 삭감율이 0.62% 낮았고 이는 통계적으로 유의하였으며, 일부만 재원 중 심사하는 병원도 모두 퇴원 후 심사하는 병원보다 조정 삭감율이 0.88% 낮았으며 통계적으로 유의 하였다. 심사 분담 형태는 진료 과별로 분담하여 심사하는 병원이 진료과별 구별 없이 심사 하는 병원보다 회수율이 8.75% 통계적으로 유의하게 높았으며, 진료 계열별로 심사하는 병원도 진료과별 구별 없이 심사하는 병원보다 회수율이 9.37% 통계적으로 유의하게 높았다. t-test에서 회수율에 통계적으로 유의하게 관계가 있었던 OCS 시행 여부는 회귀분석에서는 통계적으로 유의하지 않았으며, 그 이외의 변수들도 통계적으로 유의하지 않았다(표 8).

표 7. 삭감율, 이의신청률, 회수율에 대한 다중 회귀분석결과

독립변수	조정삭감율		이의신청률		회수율	
	회귀계수	t값	회귀계수	t값	회귀계수	t값
병상수	-0.00041	-1.58	0.0012	0.15	-0.0028	0.42
건당입원진료비 (만원)	0.00005	0.10	-0.0168	-0.11	-0.1454	-1.11
심사간호사1인당 침상수	0.0044	1.92	-0.020	-0.30	0.0158	0.28
1인당 입원심사건수	-0.0001	-0.14	0.0065	0.23	-0.0046	-0.19
OCS 시행여부						
OCS 미시행						
OCS 시행	0.1302	0.33	1.10	0.10	13.17	-1.35
심사 시기						
퇴원 후 심사						
모두 재원 중	-0.6226	-3.13 **	2.0698	0.35	2.380	0.48
일부 재원 중	-0.8839	-3.80 **	-0.7608	-0.11	4.523	0.78
심사분담형태						
구별 없음						
진료과별	-0.54	-1.54	12.6874	1.22	8.754	2.12 *
진료계열별	-0.64	-1.70	6.5601	0.59	9.367	2.40 *
상수	3.172**	3.67	34.79	1.37	46.05**	2.14
R-Square	0.449		0.11		0.32	

* p<0.05 ** p<0.01

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 우리나라 42개 종합전문요양기관을 대상으로 병원의 일반적 특성이나 보험심사 부서의 인력특성, 운영 특성에 따라 진료비의 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율이 차이가 있는지를 검토하는데 목적을 두었다.

이 연구의 제한점으로는 종합전문요양기관만을 대상으로 하였으므로 전국 모든 병원에 일반화시키기는 어렵다는 것이나 이는 모든 조건이 가장 유사한 요양기관 간의 비교가 오히려 의미가 있다고 보여지므로 우리나라 종합전문요양기관에 일반화 시키는 데는 문제가 없다고 하겠다.

이 연구는 보험심사의 효과를 측정하기 위한 변수로 진료비 조정 삭감율이나 이의신청률, 회수율에만 국한하여 연구하였으나 요양기관 업무의 효과성을 보여주는 것으로는 이 세 가지 변수만이 평가의 척도가 되는 것은 아니다. 그 외에도 진료비 누락 정도, 민원의 발생이나 취하 정도, 각종 적정성평가의 결과, 현지조사나 실사 결과, 병원협회이나 보건복지부에 정책 건의 정도, 직원 대상 교육 전달 정도, 이용도 조사의 활동 정도 등 여러 가지의 평가 척도가 있을 수 있다. 그러나 이 연구에서는 가장 보편적으로 요양기관 간 비교 대상이 되며, 평가 자료가 수치로서 측정 가능한 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율만을 종속변수로 선택하였는데 이는 객관적 결과라 할 수 있으므로 병원의 운영방법 개선 시 참고자료로 활용될 수 있다고 보여 진다.

또한 비교대상이 된 병원 특성의 제한점으로는 요양기관 간 보편적인 비교

대상인 외형상 규모, 인력, 운영 측면에서의 공통사항만을 변수로 선택하였다는 제한점이 있다. 사실상 조정 삭감율이나 이의신청률, 회수율에는 요양기관의 진료적인 특성(특수센터 운영, 특수클리닉 운영 등 특성화된 해당요양기관의 진료부문)이나 질병특성(암 환자, 심혈관 환자, 척추환자, 중환자실 입원환자, 만성질환자, 노인환자 등 해당 요양기관의 질환별 특성부문)이나 진료의사의 보험에 대한 중요성 인지정도 등이 크게 영향을 미치고 있으나 이러한 특성이 고려되지 않고 일반적 특성만을 변수로서 사용하였다는 제한점이 있다.

2. 연구 결과에 대한 고찰

진료비 조정 삭감율에 영향을 미치는 요인으로 진료비 심사 시기에 따른 조정삭감율의 차이가 통계적으로 유의하였다.

환자 퇴원 후 심사를 하는 병원이 환자 재원 중에 심사하는 병원보다 조정 삭감율이 유의하게 높다는 것은 이론적 배경에서 검토된 바와 같이 최근 요양기관이 퇴원 후 청구 명세서 심사에서 재원 중 심사로 운영 방법을 변환하고 있는 현상이 바람직하다는 것을 뒷받침할 수 있는 연구 결과라고 볼 수 있겠다.

모든 환자를 재원 중에 심사를 하여 퇴원을 시키는 방법과 일부 항목만 심사를 하여 퇴원을 시키는 방법은 통계적으로 유의하한 차이는 없으나 이 연구에서 비교 분석 되지 않은 다른 종속변수(진료비 산정누락, 민원 건, 재원일수 단축 등)를 고려해 본다면 모두 재원 중 심사를 하는 병원과 일부만 재원 중 심사를 하는 병원의 차이가 없다고는 확정 지을 수 없을 것이다. 모두 재원 중 심사를 하는가, 일부만 재원 중 심사를 하는가는 해당 요양기관의 보험 심사 인력이

나 다른 부서와의 조직형태 등을 감안하여 결정되어야 할 것으로 보여 진다.

진료비 삭감에 대한 이의신청률에 영향을 미치는 요인은 통계적으로 유의하게 나온 변수는 없으나 이 연구에서 선택한 독립변수보다는 심사업무 종사자의(관리자나 일반 심사자)의 특성이나 업무만족도가 이의신청률에 보다 더 영향을 미칠 수 있는 요인으로 생각되어지므로 다른 각도에서의 연구가 필요하다고 생각되어진다.

이의신청에 대한 회수율에 차이를 주는 요인은 심사 분담이 진료과별이나 진료계열별로 심사하는 병원이 과별 구분 없이 심사하는 병원의 회수율 보다 통계적으로 유의하게 높았으므로 회수율을 높이기 위해서는 전문성을 바탕으로 한 업무분장이 필요하다고 하겠다. 회수율이 진료과별이나 진료계열별간의 차이는 통계적으로 유의하지 않았으나 건강보험심사평가원 응대 시에는 진료계열별 운영이 더 용이할 수도 있으며, 병원 내 운영에 있어서는 해당 진료과나 주치의와의 유대관계, 정보전달 효과를 고려한다면 진료과별 운영이 더 효과적일 수도 있겠다.

1977년 우리나라에 의료보험이 시작되면서 합리적인 진료비 관리를 수행 하여 환자 및 보험자에게 신뢰감을 주고, 삭감율을 최소화하기 위해 병원에서는 자체 심사제도를 시행하였었다. 최길림(1995)의 의료보험 입원 진료비 청구누락 방지를 위한 병원자체심사에 관한 연구에 의하면 자체 심사 후 진료비 청구액이 유의하게 증가한 것으로 나타났는데, 이는 진료비 청구 전에 자체 심사를 함으로써 진료비 누락을 방지하여 병원의 손실을 최소화 할 수 있다는 결과이다.

그 후 1989년 전 국민 의료보험으로 확대되고 의료보험 환자의 진료 건수와 진료비가 급증하면서 의료보험연합회(현 건강보험심사평가원)이나 요양

기관 모두 심사 물량에 대한 급증가로 심사제도에 대한 프로세스 개선에 대하여 고심하고 있는 현실이며 이의 해결을 위하여 간접비용의 발생을 줄이고 진료비 청구 및 심사의 전산화 추진과 일부 질병군에 대하여 포괄수가제(DRG)의 도입 등 여러 가지 진료비 심사의 효율에 대한 보완책을 찾고 있는 실정이다(최해선, 1998).

최근에는 현 의료정책의 최우선 순위인 보험안정화 대책의 일환으로 심사평가원의 진료비 삭감 상승으로 인한 병원의 경제적 손실을 줄이기 위하여 진료비 심사 업무의 개선 과정으로 재원 중 심사로 전환되고 있는 현실이며 재원 중 심사는 진료의 질을 적절하게 유지하며 비용 측면이 고려된 의료서비스를 제공하여 효율적으로 진료비용을 줄이는 것에 목표가 있으며, 진료비 상담, 환자, 보호자, 의료진에 대한 정보제공 및 교육을 통해 환자, 보호자 및 의료진, 간호사의 만족도를 높이는 데 재원 중 심사의 목표를 두고 있다.(김세화, 2003).

또한 DRG 시행병원의 사례관리 업무 분석을 보면 재원 중 심사 관리 업무로 주 진단명과 기타 진단명 확인, 진료내역 분석 및 행위별 진료내역 심사, 환자 만족도 측면, 의료분쟁 측면, 병원시스템 측면 (재원일수 관리, 업무 흐름장애 등), 진료비 측면에서의 문제점에 대한 모니터링 업무가 주요업무로 보고 되었다(송미라, 2000).

이상의 자료로 과거 병원의 자체 심사제도와 현재 추세인 병원의 재원 중 심사 제도를 비교해 보면 진료비 누락을 방지하고 진료비의 조정 삭감을 낮추어 병원의 경영적 손실을 감소시킨다는 목적은 같으나 과거의 병원 자체심사 제도가 진료비 청구만을 위한 제한적인 심사제도였다면 현재의 재원 중 심사는 활동 범위 내용이 병원 전반적인 사례관리 활동으로 넓

어졌다는 것이다.

건강보험심사평가원도 이전 심사 기능 외에 평가 기능이 추가 되었고 심사나 평가 모두 과다진료비용의 억제와 의료자원의 과소 이용에 초점을 맞추어 운영되고 있으며, 2003년 들어서서는 현행 심사제도의 문제점을 보완하여 종합적인 요양기관의 관리를 위한 고가도 지표를 개발하여 이에 의하여 심사, 현지 확인 조사, 평가의 종합적인 요양기관 관리를 하고 있다.

따라서 건강보험심사평가원의 기능 변화에 맞추어 볼 때 병원 보험심사 부서의 채용 중 심사제도의 운영은 진료비의 조정 삭감율을 낮추기 위한 진료비 청구에 관련된 업무와 더불어 각종 평가에 대비하여 모든 진료행위를 비용효과적인 면과 질적인 면이 고려될 수 있도록 계획, 수행, 조정, 평가하는 병원 전반적인 사례관리 역할을 하는 것이 병원의 보험심사 사례관리자의 역할이며, 보험심사업무의 효과적인 운영 방법이라고 할 수 있겠다.

VI. 결 론

이 연구는 우리나라 보험심사 업무의 효율성을 높이기 위하여 42개 종합전문요양기관을 대상으로 요양기관별 특성과 보험부서의 인력특성, 운영 특성을 비교 분석하여 진료비의 조정삭감율, 이의신청청률, 회수율에 영향을 미치는 요인을 분석해 본 연구로서 그 결과는 다음과 같다.

첫째 진료비 조정삭감율에 영향을 미치는 요인으로는 다중 회귀분석 결과 진료비의 심사 시기가 유의하였다.

모든 환자를 재원 중에 심사하는 병원이 환자 퇴원 후 심사를 하는 병원이 보다 조정 삭감율이 0.62% 낮았으며, 일부만 재원 중 심사를 하는 병원이 환자 퇴원 후 심사를 하는 병원이 보다 조정 삭감율이 0.88% 낮게 보임으로써 환자 재원 중에 진료비 심사를 하는 운영 방법이 진료비 관리 면에서 효과적인 방법이라고 할 수 있겠다.

둘째 진료비 이의신청 시 진료비가 회수되는 회수율에 영향을 미치는 요인으로는 다중 회귀분석 결과 심사 분담 형태가 유의하게 나왔다. 심사 분담이 진료과별로 심사하는 병원이 구분 없이 심사하는 병원에 비하여 회수율이 8.75% 높았으며 진료계열별로 심사하는 병원의 회수율이 구별 없이 심사하는 병원에 비하여 9.37% 높은 것으로 통계적으로 유의하게 회수율이 높아 병원의 손실을 줄이기 위해서는 진료과목별이나 진료계열별로 전문성을 가진 심사자가 분담하여 심사 할 수 있도록 업무분장을 하는 것이 효과적이라 할 수 있겠다.

이 연구를 통하여 병원의 보험심사 업무를 다음과 같이 제언하고자 한다.

우리나라의 경우는 사회보험형식으로 요양기관은 정부에 의한 감독과 통제를 받고 있으며 의료자원의 활용여건도 많지 않은 상황에서 현재 건강보험재정의 악화로 인하여 진료비 절감이 절실한 현실이다. 이에 따라 요양기관은 여러 방면으로 진료비 감소에 대한 통제를 받고 있으며, 양질의 의료 또한 강조되고 있는 현실정이라 하겠다.

이 상황에서 우리나라 요양기관의 재원 중 심사 업무와 미국의 사례관리 업무는 서로 의료체계가 다르므로 사례관리 방법의 차이는 있겠으나 그 목적이나 활동 내용은 비슷할 것으로 보여 진다. 재원 중 심사 시의 보험심사의 사례관리 주요 관점은 진료비용의 효율적인 사용과 적절한 의료의 질을 유지시키는 조정 역할이 가장 중요한 활동으로 보여 진다. 더불어 각 병원의 특이한 특성이나 인력 특성에 맞추어서 보험심사 업무가 각 보험심사 사례관리자에게 진료과별이나 진료계열별로 전문성을 가지도록 업무분장을 하여 환자의 입원부터 퇴원까지 재원 중에 모든 관리가 되어지도록 운영되는 것이 가장 효과적인 보험심사 업무의 방향이라고 하겠다.

연구의 제한점은 고찰에서 제시된 것처럼 종속변수를 진료비 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율만을 다루었다는 것인데 이외에도 보험심사 업무의 다른 평가 척도를 개발하여 요양기관 간 비교분석을 해보는 것도 의미가 있을 것으로 사료된다. 반면에 조정 삭감율, 이의신청률, 회수율에 영향을 미치는 요인을 이 연구에서 사용한 병원의 일반적, 인력, 운영 특성 외에도 요양기관의 진료적인 특성, 질병적인 특성, 의료진이나 심사자의 특성 등으로 나누어 그 효과성을 분석해 보는 것도 가능하다고 하겠다.

참 고 문 헌

- 김세화. Case management를 통한 재원관리 효율성 제고. 보험심사 2002; 39: 19-23
- 김석일. 일 상병의 진료비 심사모형 개발에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1995
- 김소야자. 사례관리자의 역할, 대한간호 1996; 35(3) : 18-20
- 김창엽. 건강보험심사평가원 설립의 의의와 운영방향. 의료보장 2000; 12: 2-5
- 김현옥. 병원에서 기대하는 보험심사간호사의 역할. 보험심사간호사회 제 8 차 전문심사 연수 교육, 2003
- 김희숙. 의료보험 진료비심사 전산화의 경제성분석, 연세대학교 보건대학원 보건학과 석사학위논문, 1991
- 문기태 등. 의료소비자가 인식하는 의료서비스 질의 구성차원. 예방의학회지 2000; 33(14): 495-503
- 문옥륜. 의료보험제도 발전을 위한 보험자의 전향적 역할. 의료보험회보, 1996; 12 : 8-9
- 문옥륜. 요양급여의 적정성 평가모형 및 체계개발 월간심평, 2001
- 박내희, 병원자체심사가 의료보험 입원 진료비 청구에 미치는 효과에 관한 연구, 조선대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문, 1995
- 박인선. 병원의 구조적특성과 계획에 없던 재입원률의 관계. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1996
- 박현주. 입원필요성 여부와 재원기간의 적절성 평가. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1999

- 박현주. 의료의 적절성 평가에 대비한 심사관리자로서의 역할. 보험심사간호사회 교육자료집, 2000
- 대한간호협회 보험심사간호사회. 심사관리 총론(I), 1996
- 보건복지부. 국민건강보험 재정안정 및 의약분업 정착 종합대책. 보건복지부, 2001
- 송미라. 포괄수가 지불제도에서의 효율적 병원경영을 위한 사례관리 의사결정 지원시스템 모형개발. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 2000
- 양명생 등. 의료의 적절성평가에 대비한 심사관리자로서의 역할. 보험심사간호사회 제 2차 관리자교육, 2002
- 유승흠. 병원경영 이론과 실제. 수문사, 1998
- 유승흠. 의료보험 총론. 수문사, 1990
- 윤석준. 외국의 적정성평가와 임상지침의 이해. 보험심사간호사회 관리자 연수 교육, 2002
- 이석현. 진료비 심사제도의 개선방향 월간심평, 2002 ; 6-9
- 이선희 등. 국내의료기관의 질향상 사업의 활성화에 영향을 미친 요인. 예방의학학회지 2001; 34 (4): 363-371
- 이영. 의사 처 방시 의료보험급여기준 정보의 효과적 적용방법에 대한 연구. 한양대학교 행정대학원 석사학위 논문, 1998
- 이종길. 의료보험진료비심사의 일관성. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1981
- 이평수. 심사간호사의 역할. 심사간호사회 4차 연수, 1992
- 정미선. 요양기관에서의 효율적 진료비 심사방법. 보험심사간호사회 건강보험 연수회, 2001

- 정현순. 건강보험 진료비 삭감예방을 위한 사전심사 의사결정지원시스템 구축. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문, 2002
- 차애숙. 보험심사간호사의 직무스트레스와 조직몰입에 관하여. 한양대학교 행정대학원 석사학위 논문, 2002
- 최길림. 의료보험 입원진료비 청구누락 방지를 위한 병원자체심사에 관한 연구. 인제대학교 보건대학원 석사학위 논문, 1995
- 최병호. 건강보험 재정위기 진단과 전망. 보건복지부 포럼 2001; 28 : 5-15
- 최병호. 국민건강보험의 재정건실화와 발전 방향, 보건복지부포럼 2003; 76: 15-26
- 최해선. 텔파이 기법을 이용한 진료재료 보험인정기준을 위한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문, 1998
- 최희주. 보건자원정책과 관련한 보험심사간호사의 역할. 보험심사간호사회 교육자료, 2002
- Brown J. The quality management professional's study guide. 13th ed. Pasadena, CA, 1998
- Powell SK. Case management; A practical guide to success in managed care. Lippincott, 2000
- Ignatavicius DD, Hausman KA. Clinical pathways for collaborative practice. W.B. Saunders company, 1995
- InterQual, Inc. Certified professional utilization review study guide. North Hampton, 1997
- InterQual, Inc. Intensity of Service, Severity of Illness, Discharge Screen Criteria and Review System North Hampton, 1994

<부록 1> 설 문 지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원 보건정책 및 보건관리학과 석사과정 중인 학생으로 세브란스병원 보험심사과 심사계장으로 근무하고 있습니다.

본 연구는 우리나라 42개 종합전문요양기관에 근무하는 보험심사 간호사 중 관리자와 일반 심사자의 설문을 통하여 보험심사 조직의 구조 및 운영 현황을 조사하여 진료비 조정 삭감률, 이의신청률, 업무만족도 등과의 상관관계를 비교 분석해 봄으로써 종합전문요양기관의 보험심사 업무의 효율적 관리를 위한 기초자료를 마련하고 방향성을 제시하기 위함입니다.

이 설문지는 무기명으로 처리되며, 병원명도 무기명으로 처리됩니다.

자료는 연구의 목적으로만 사용될 것이니 바쁘시더라도 응답에 협조하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

귀하의 성의 있는 답변을 기대하며 설문에 관한 문의 사항은 아래의 연락처로 연락 주시기 바랍니다.

연구자 : 노 춘희

근무처 : 세브란스 병원 보험심사과

TEL : 361-6903

H.P. : 011-9887-6903

E-MAIL : nch@yumc.yonsei.ac.kr

***병원의 일반적 특성 ***

***보험심사 조직의 구조적 현황 조사 ***

1) 심사부서의 정확한 명칭을 기재해 주세요()

2) 심사부서의 소속직제는 어디입니까? ()

1. 병원장 직속 2. 부원장 직속 3. 기획실장 직속 4. 진료처(부)장 직속
5. QI실장 직속 6. 사무(행정/관리)부장(또는 부원장) 직속 7. 간호부소속
8. 기타(내용기재) _____

3) 심사부서의 인원현황을 기재해 주십시오

(병원의 업무규정 상 간호사T0 를 말함)

1. 간호사 ()명 2. 사무직 ()명 3. 보조직원()명
4. 의무기록사()명 5. 약 사 ()명 6. 의료기사 ()명
7. 기타 ()명 8. 총 ()명

4) 심사부서 책임자(보험심사간호사)의 직급은 무엇입니까? ()

1. 일반간호사급 2. 책임/주임간호사급
3. 계장/대리/수간호사급 4. 과장급
5. 차장급 6. 부장급
7. 실장급 8. 임원급(이사 및 운영위원이상)
9. 기타()

5) 순수하게 심사업무만 하는 직원의 수를 기재하여 주십시오

간호사 _____ 명, 사무직 _____ 명,
의무기록사 _____ 명, 약 사 _____ 명,
기타 _____ 명, 총 _____ 명

*** 보험심사 조직의 운영적 특성 현황 조사 ***

1) 심사부서에서 하는 업무를 모두 V 표시로 Check 해주세요.

업무 종류	간호사가 하는 업무종류	간호사 이외의 직원이 하는 업무종류
건강보험 진료비 심사	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
자동차보험 진료비 심사	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
산재/공상 진료비 심사	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
의료급여 진료비 심사	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
일반환자 진료비 심사	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
이의신청	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
심사청구	입원 ()	입원 ()
	외래 ()	외래 ()
수가관리	행위 ()	행위 ()
	재료 ()	재료 ()
	약제 ()	약제 ()
미수금관리	건강보험 ()	건강보험 ()
	의료급여 ()	의료급여 ()
	자동차보험 ()	자동차보험 ()
	산재보험 ()	산재보험 ()
	일반 ()	일반 ()
	기타 ()	기타 ()
수진내역통보 관리	예 () 아니오()	예 () 아니오()
민원관리	예 () 아니오()	예 () 아니오()
요양기관 적정성 평가관련업무	예 () 아니오()	예 () 아니오()
진료비 통계작성(진료비 청구 및 삭감)	예 () 아니오()	예 () 아니오()
의료분쟁건 관리	예 () 아니오()	예 () 아니오()
QI 업무	예 () 아니오()	예 () 아니오()
기타	예() 아니오()	예 () 아니오()

2) 귀 병원의 심사업무 형태는 다음 중 어느것입니까? 해당되는 것은 모두 체크 하십시오

- ① 입원 시부터 재원 중 심사를 합니까? ()
1. 예 2. 아니오
- ② 퇴원전일 screening 심사 후 퇴원 후 심사를 합니까? ()
1. 예 2. 아니오
- ③ 일부 주요고가내역만 퇴원 전 심사를 한 후 퇴원 후 심사를 합니까?()
1. 예 2. 아니오
- ④ 모두 퇴원 후 심사만 합니까?
1. 예 2. 아니오
- ⑤ 기타()

3) 귀 병원은 심사업무를 계열(내과계/ 외과계 등) 별로 책임자를 정하여 담당자별로 심하고 있습니까? ()

- 1. 예 2. 아니오

"예 " 인 경우만 답하세요.

3-1) 계열별로 담당자를 정하여 심사한다면 담당자를 정기적으로 순환합니까?()

- 1. 예 2. 아니오

4) 귀 병원은 심사업무를 진료과(소화기 내과, 안과 ,비뇨기과 등) 별로 책임자를 정하여 담당자별로 심하고 있습니까? ()

- 1. 예 2. 아니오

"예 " 인 경우만 답하세요.

4-1) 진료과별 담당자를 정하여 심사한다면 담당자를 정기적으로 순환합니까? ()

- 1. 예 2. 아니오

5) 심사부서에서 진료부서에 정기적인 프로그램에 의하여 교육을 실시하고 있습니까? ()

- 1. 예 2. 아니오

6) 심사부서에서 진료비와 관련 있는 병원의 각종 위원회에 참석하고 있습니까?()

1. 예 2. 아니오

"예" 인 경우만 답하세요.

6-1) 위원회에 참석한다면 무슨 위원회에 참석하는지 모두 기재해 주세요
(_____)

7) 귀 병원은 현재 OCS 를 시행하고 있습니까? ()

1. 전면시행 2. 부분적 시행 3.아니오

"예" 인 경우만 답하세요.

7-1) OCS 를 시행하고 있다면 의사 처방 시 보험기준에 따른 처방 제한을 하는 프로그램을 적용하고 있습니까?()

1. 예 2. 아니오

7-2) OCS 시행이 보험 심사 업무에 도움이 된다고 생각하십니까? ()

- 1.매우 도움이 된다 2. 도움이 된다 3.보통 4.별로 도움이 안된다
5.전혀 도움이 안된다.

8) 심사업무에 활용되는 것은 다음 중 어느것입니까? ()

- 1.컴퓨터 화면심사 2.청구명세서 심사 3.기타(_____)

9) 심사 시 필요한 CHART 의 이동과정은 어떻습니까? ()

- 1.전건을 OCS 로 조회 가능하여 CHART 대출 필요 없음
2.퇴원 후 병동에서 보험부서로 전달
3.퇴원 후 보험부서에서 의무기록과로부터 대출
4.의무기록과에서 열람

10) 진료비 청구 방법은 어떤 방법입니까? (_)

1. 명세서 2. EDI

EDI 청구인 경우만 답하세요.

10-1) EDI 청구 후 보험 심사 업무가 간소화 되었다고 생각하십니까? ()

1. 매우 간소화되었다 2. 약간 간소화되었다 3. 보통
4. 오히려 복잡해졌다 5. 많이 복잡해졌다.

기타

1. 청구 일자에 대한 질문입니다.

1) 입원 청구의 월 청구 회수는 얼마입니까? ()

1. 주단위 청구 2. 월 2회 청구 3. 월 3회 청구 4. 월 1회 청구

2) 입원 청구일자는 언제입니까? ()

1. 1일 ~ 10일 2. 11일 ~ 20일 3. 21일 ~ 말일
(월 2회 이상은 전월진료분 마지막 청구의 시점)

3) 외래 청구 일자 언제입니까? ()

1. 1일 10일 2. 11일 20일 3. 21일 말일

4) 외래 심사에 소요되는 기간은 어느 정도입니까? ()

1. 5일 미만 2. 5일 ~ 7일 3. 8일 ~ 10일 4. 10 일 초과

2. 진료비 통계에 대한 질문입니다.

(단위 : 건, 만원, %)

	월평균 청구건수	월평균 총진료비	월평균 건당진료비	월평균 삭감액	월평균 삭감율	월평균 이의신청액	월평균 회수액
입원							
외래							

<통계작성 기준>

- 1) 2002년 1월 ~ 12월 까지의 월 평균 금액으로 기재해 주세요
- 2) 이의신청액은 2002년 1월 ~12월 까지 발송된 금액을 월평균 금액으로 기재
해주세요.(이의신청 발송일자 기준)
- 3) 회수액은 2002년 1월 ~12월까지회수된 금액을 월평균 금액으로 기재해 주세
요.(회신내역 접수일자 기준)
- 4) 건당 진료비는 총진료비를 총건수로 나눈 금액입니다.
- 5) 청구월과 이의신청월, 회수월은 일치하지 않습니다.

업무 만족도 조사

* 다음 해당란에 기재하거나 V 표 해주세요

1) 나이 ()

- 1.만 20-29세 2. 만 30세 39세 3.만 40세-49세 4.만 50세 이상

2) 최종학력

1. 전문대학졸업 2. 간호대학졸업 3.석사, 석사과정 중 4.박사, 박사과정 중

- 3) 임상경력
 1.내과계 병동간호사 2.외과계 병동간호사 3..수술실/분만실 4.중환자실
 5.응급실 6.검사실 7.외래 8.기타
- 4) 심사부서 발령은 본인이 원한 이동이었습니까?
 1. 예 2. 아니오
- 5) 임상경력 기간을 기재해 주세요.
 (년 개월)
- 6) 심사 경력기간을 기재해 주세요
 (년 개월)
- 7) 월급여액을 기재해 주세요. (십만원)
- 8) 현재 직급을 기재해 주세요 ()
- 9) 본인이 받는 보험심사업무 대한 스트레스 정도는 어느 정도라고 생각하십니까? ()
 1.거의 안받음 2.별로 안받음 3.보통 4.많이 받음 5.매우 많이받음
- 9-1)심사업무 중 가장 스트레스를 받는 요인은 무엇입니까?
 가장 큰 요인부터 3가지를 선택해 주세요. (, ,)
- 1.의료진과의 의사소통
 - 2.심사부서 내 의사소통
 - 3.원무부서와의 의사소통
 - 4.전산부서와의 의사소통
 - 5.심사 평가원 응대
 - 6.컴퓨터 능력부족
 - 7.통계 능력 부족
 - 8.열악한 근무 환경
 - 9.보험 기준에 대한 스트레스

10.과중한 업무량

11.기타 ()

9-2) 본인이 하고 있는 업무 중 가장 어렵다고 생각하는 일은 어떤 일입니까?
가장 어려운 일부터 3가지를 선택해 주세요. (, ,)

1. 진료비 심사 및 청구
2. 진료비 삭감 통계
3. 이의신청 및 심사 청구
4. 임상과 교육 및 홍보
5. 의료정책에 대한 이해 및 보고
6. 전산프로그램 요청 및 해결
7. 민원인 응대
8. 의료급여 환자 관리
9. 자동차보험 환자 관리
10. 공상 / 산재 환자 관9. 수가 신설 및 변경 작업
11. 기타()

9-3) 다른 부서로의 이동을 원하십니까? ()

1. 전혀 원하지 않음 2. 원하지 않음 3. 보통 4. 원함 5. 매우 원함

9-4) 보험심사 업무가 본인의 적성에 적합하다고 생각하십니까? ()

1. 매우 적합 2. 적합 3. 보통 4. 부적합 5. 매우 부적합

10) 귀 부서에서 배분되는 1인 당 심사건수에 대하여 적당하다고 생각 하십니
까? ()

1. 매우 적당 2. 적당 3. 보통 4. 부적당(많다) 5. 매우부적당(매우 많다)

10-1) 월 1인 당 입원 심사 건수는 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?
()

10-2) 월 1인 당 외래 심사 건수는 어느 정도가 적당하다고 생각하십니까?
(입원 심사도 하는 경우를 기준으로)
()

10-3) 업무 분장 (계열별 / 진료 과별)에 대하여 만족하십니까? ()
1. 매우 만족 2. 만족 3. 보통 4. 불만족 5. 매우 불만족

11) 귀 원의 심사부서 조직구조가 합리적이라고 생각하십니까?
1. 매우 합리적 2. 합리적 3. 보통 4. 불합리 5. 매우 불합리

11-1) 심사부서의 조직구조에 있어 합리적인 소속은 어느 소속이라고 생각하십니까? ()
1. 병원장 직속 2. 부원장 직속 3. 기획실장 직속 4. 진료처(부)장 직속
5. QI실장 직속 6. 사무(행정/관리)부장(또는 부원장) 직속 7. 간호부소속
8. 요양기관 실정에 따라 9. 기타(내용기재) _____

11-2) 귀 병원의 보험부서가 병원 내에서 중요하게 인정을 받고 있다고 생각하십니까? ()
1. 매우 그렇다 2. 그렇다 3. 보통 4. 아니다 5. 전혀 아니다

11-3) 본인의 능력이 인정 받고 있다고 생각하십니까? ()
1. 매우 그렇다 2. 그렇다 3. 보통 4. 아니다 5. 전혀 아니다

11-4) 귀 부서의 승진 기회는 타부서와 비교할 때 동등하다고 생각하십니까?
()
1. 매우 그렇다 2. 그렇다 3. 보통 4. 아니다 5. 전혀 아니다

12) 귀 병원의 의사소통 상태는 원활하다고 생각하십니까?

12-1) 상급 직원간 의사소통()
1. 매우 원활 2. 원활한편 3. 보통 4. 원활하지 못 한편 5. 매우 원활하지 못함

12-2) 상급 직원과 하급직원간 의사소통()
1. 매우 원활 2. 원활한편 3. 보통 4. 원활하지 못 한편 5. 매우 원활하지 못함

12-3) 하급직원간 의사소통 ()

1.매우 원활 2.원활한편 3.보통 4.원활하지 못한편 5.매우 원활하지 못함

13) 본인이 생각하기에 귀부서의 업무 평가를 타 병원과 비교 평가해 볼 때 어느 수준이라고 생각하십니까? ()

1.매우 좋음 2.좋은 편 3.보통 4.잘 못하는 편 5.매우 못함

14) 보험심사 업무의 가장 중요한 역할은 무엇이라고 생각하십니까?

중요한 순서대로 나열해 주세요 (=> => => => => => .)

1. 효율적인 진료비 관리 과학적인 진료수익 관리
2. 계획자로서의 역할 수가기준의 개발, 교육계획 등
3. 집행자로서의 역할 수가누락 방지 등의 업무처리 개선, 교육실시
4. 평가자로서의 역할 진료행위의 적합성 검토
5. 조정자로서의 역할 대외적, 대내적으로 상호 이해관계를 조정
6. 사례관리자로서의 역할 양질의 진료를 위한 입원부터 퇴원까지 자원 중 관리
7. 기타 (_____)

* 설문에 응해주셔서 대단히 감사합니다.

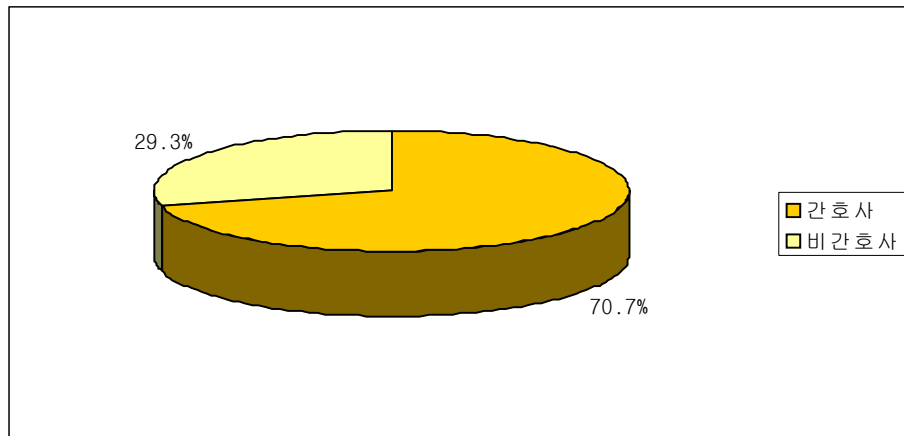
<부록 2>

종합전문요양기관의 보험심사인원구성 현황 및 업무현황

가. 보험심사조직구성원의 직종구성

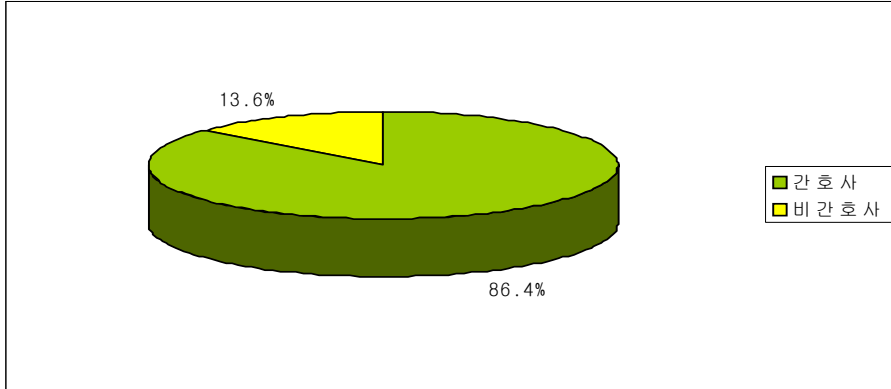
우리나라 종합전문요양기관의 보험심사 조직 구성원의 직종 구성은 총 707명의 인원 중 간호사가 500명, 간호사 외의 직원이 207명이었다. 간호사 외의 직종으로는 사무직 178명, 보조원 13명, 의무기록사 10명, 의료기사 등 기타직종이 6명이었다(그림 1).

그림 1. 종합전문요양기관의 보험심사부서의 직종 구성현황



보험심사조직원 중 순수 심사업무만 직원은 총 523명 중 간호사가 453명, 간호사 외 직원이 70명으로 간호사 외의 직종으로는 사무직이 56명, 의무기록사 11명, 기타 3명이었다(그림 2).

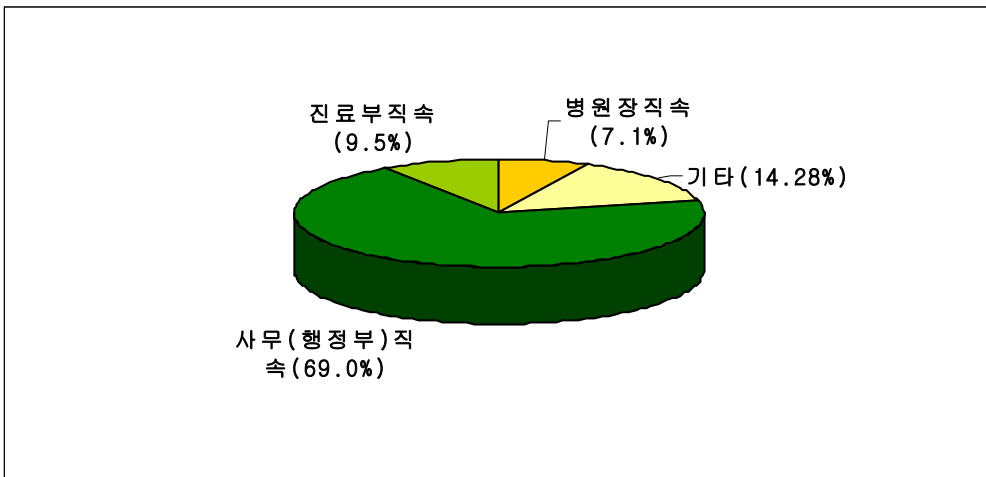
그림 2. 종합전문요양기관 보험심사부서의 순수 심사자 직종구성 현황



나. 요양기관 내 보험심사 부서 직제

보험심사조직의 직제는 사무(행정)부 소속이 29개 병원으로 가장 많았으며 기타직제로는 간호부소속, 적정진료관리팀 소속 등이 있었다(그림 3).

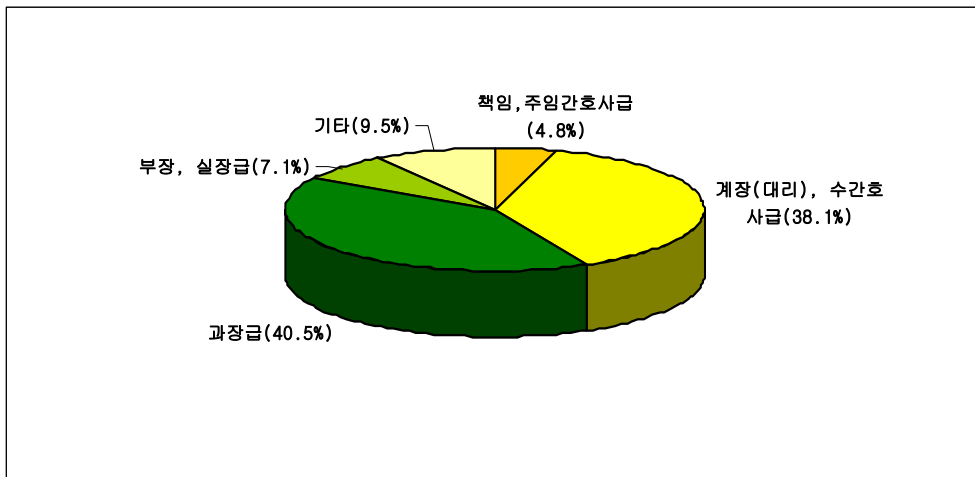
그림 3. 종합전문요양기관의 보험심사 조직 직제 현황



다. 보험심사간호사의 관리자의 직급

보험심사간호사의 직급으로는 과장급이 17개 병원으로 가장 많았고 기타로는 임원급, 사무관급 등이 있었다.(그림 4).

그림 4. 종합전문요양기관의 보험심사 관리자의 직급 현황



다. 보험심사 부서의 업무 종류

보험심사부서에서 하고 있는 업무의 내용 중 진료비 청구 업무로는 건강보험 진료비 청구를 간호사외의 직원이 일부 참여하는 병원은 입원 심사의 경우 9개 병원, 외래 심사의 경우 19병원이었다.

진료비 청구 업무 외에 보험심사 부서에서 하고 있는 업무종류 및 병원 수는 다음과 같았다(표 1).

표 1. 42개 종합전문요양기관의 보험심사 부서의 업무내용
(진료비 청구 업무 외)

<단위 : 개>

	보험 심사 부서		보험심사부서 외
	간호사	간호사 외	
수가관리	32	5	5
미수관리	4	20	18
수진내역 통보 관리	5	16	21
민원 업무	10	10	22
적정성 평가업무	36	2	4
진료비 통계업무	36	5	1
의료분쟁	4	3	35
적정진료업무(QI)	17	2	23

마. 보험심사 업무 종류 및 스트레스

월 입원 심사건수로 적당량으로 생각하는 건수는 응답자의 40.5%가 151-200건으로 응답하였으며 월 외래 건수의 적당량은 응답자의 28.6%가 1501-2000건으로 응답하였다. 업무상 스트레스요인으로 생각하는 내용은 다음과 같았다(표 2).

표 2. 보험심사 간호사의 업무상 스트레스 요인 <단위: %>

스트레스 요인	일반심사자	관리자
의료진과의 의사소통	24.7	25.4
과중한 업무량	23.7	20.6
보험기준에 대한 스트레스	14.6	12.7
전산부서와의 의사소통	5.0	9.9
심사평가원 응대	9.1	6.3
기타	22.9	25.0

또한 업무 내용 중 어렵다고 생각하는 업무는 관리자와 일반심사자와는 다소 차이가 있었으며 다음과 같았다(표 3).

표 3. 보험심사 간호사의 업무상 어렵다고 생각하는 업무 <단위:%>

어려운 요인	일반심사자	관리자
이의신청 및 심사청구	20.0	8.7
진료비 심사 및 청구	16.2	1.58
임상과 교육 및 홍보	16.2	19.8
의료정책에 대한 이해 및 보고	15.1	18.3
민원인 응대	11.1	18.3
기타	21.4	21.4

바. 병원 내 각종 위원회 참여 현황

보험심사부서가 참여하는 병원 내 위원회는 보험수가위원회가 24병원으로 가장 많았으며 진료행위위원회 7병원을 합하면 31병원이 보험수가관련 위원회를 운영하고 있는 것으로 조사되었으며 위원회의 종류는 다음과 같다(표 4).

표 4. 병원 내 위원회의 보험심사 부서 참여 현황

위원회	참여 병원 수
보험수가위원회	24
약사위원회	21
재료위원회	9
기자재위원회	7
진료행위위원회	7
의무기록위원회	7
항균제 (항생제)위원회	6
수혈위원회	2
전산위원회	2
영양위원회, 감염위원회, 병원윤리위원회, 장기이식위원회, 입원위원회, 안전위원회, 재원일수 관리위원회, 비상대책위원회	
기타 (1병원씩)	

<부록 3> 조정삭감율, 이의신청률, 회수율 상관관계

조정삭감율, 이의신청률, 회수율 상관관계는 다음과 같다(표 5).

표5. 조정삭감율, 이의신청률, 회수율 상관관계

	조정삭감율	이의신청률	회수율
조정 삭감율	1.0	-0.077	-0.385 *
이의신청률		1.0	-0.175
회수율			1.0

* p<0.05

<ABSTRACT>

**The Effectiveness on the Characteristics of
Health Insurance Reviewing
in the Tertiary Hospitals**

Chun Hi No
Graduate School of
Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor Eun-Cheol Park, M.D., Ph.D.)

This study was to evaluate and develop the effectiveness of health insurance reviewing in 42 tertiary hospitals. Based on the characteristics of each hospital and the human resources in insurance reviewing, several factors were tangibly detected which influenced on the rate of the adjustment of the national insurer and its re-acceptance followed by hospital's disagreement claims.

Main findings are as follows:

First, the major factor which influenced on the rate of the adjustment of the national insurer was the moment when insurance reviewing was done. Its

average rate was 2.25% in 42 tertiary hospitals. It was lower from 0.62% to 0.88% in two groups, which adopted current review for either all or a part of patients-in-hospital, than in the rest with totally retrospective review.

Therefore, current review was more effective than retrospective review in the way of health insurance reviewing.

Second, the rate of the insurer's re-acceptance followed by hospital's disagreement claims made was closely related to way how the insurance reviewing was assigned. The average rate of the re-acceptance showed 34.10% in 42 tertiary hospitals. It was higher from 8.75% to 9.37% in two groups, in which insurance reviewing was assigned to someone by clinical department or group, than in the other without any assignee.

The above revealed proper assignment by the clinical department or group was highly effective in order to minimize the financial loss of the hospitals.

In conclusion, for minimizing the rate of adjustment and raising its re-acceptance, it is desirable to execute current review by particular assignees by the clinical dept. or group while patients are in hospital.

In addition, considering both the qualities of medical treatment and cost effectiveness, it is required for a reviewing assignee to handle the whole case management of one patient, from his/her admission to discharge, under the current review system.