

신포괄수가제도 시행에 대한 공공병원 의료인들의 인식

김남리¹, 최수정^{1,2}, 한동운^{1,2,3}

1. 한양대학교 보건의료연구소, 2. 한양대학교 국제의료개발학과 3. 한양대학교 의과대학 예방의학교실

정부는 1977년부터 시행중인 행위별 수가제도 개선을 위해 1997년의 포괄수가제도를 도입하였고, 이후 2009년부터는 시범사업형태로 신포괄수가제도를 시행중이나 여전히 이 해당사자간의 갈등이 지속되고 있다. 이에 이 연구는 지방공공병원 의료인들의 인식과 제도 시행에 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하고, 연구결과를 네덜란드 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교하여 향후 신포괄수가제도 확대시에 고려할 정책적인 함의를 제시하고자 한다.

I. 서론

1. 연구배경

전 세계적으로 국민의료비 지출의 지속적인 증가는 건강보험 재정 부담을 초래하였고, 보건의료부문 정책결정자들에게는 건강보험 재정의 안정화가 중요한 과제가 되었다(Hamada, 2012; Cheng, 2012). 이로 인하여 해당 국가들은 증가하는 의료비 억제를 위해 지불보상제도의 개혁을 요구받고 있다(Fässler, 2015; Tummers, 2012; 한동운, 2011; Tzavaras, 2006).

우리나라 지불보상제도의 개혁은 1977년 의료보험 시작과 함께 시행된 행위별수가제(fee for service: FFS)의 부작용(유승흠, 1998; 김정희, 2002; 박은철, 2014)에 대한 지적에서 시작했다. 행위별수가제의 구조적 문제점인 과잉진료에 따른 재정적 낭비 요인을 억제하고 환자의 의료비 부담 감소, 불필요한 검사나 항생제 사용으로부터 국민건강을 보호하기 위하여(강길원, 2008) 의료보장개혁위원회에서 1995년 6월 입원부분에 대해 포괄수가제도(Diagnosis-Related Group : DRG)의 단계적 도입과 실시방안이 건의되었다(최영순 외, 2012). 1997년에 54개 요양기관 5개 질병군을 대상으로 시범사업이 시작되었고, 1997년부터 2001년까지 3차에 걸친 시범사업을 거쳐 2002년부터는 요양기관의 자발적 참여에 의

해 선택방식의 포괄수가제도가 시행 중이다(최영순 외, 2012). 이후 행위별수가제와 포괄수가제(DRG)의 한계를 극복하기 위해 개발된 대안적 모델로서 신포괄수가제는 적정 진료가 가능한 일정액의 수익을 보장함으로써 의료기관의 수익구조를 개선하는 등 포괄수가제(DRG)의 장점과 행위별수가제의 장점을 살려 고안된 제도(한동운 등, 2012)이다. 정부는 2009년 4월부터 국민건강보험공단 일산병원에 입원한 건강보험 환자의 20개 질병군을 시작으로 2011년 7월에는 지역거점공공병원을 포함하여 신포괄수가제도에 대한 시범사업을 단계적으로 확대실시하고 있지만 시행중이나 여전히 이해당사자간의 갈등이 지속되고 있다.

신포괄수가제도 도입과 관련하여 “포괄수가제도 보다는 신포괄수가제도의 도입이 타당하지만 국내 실정에 적합한 통합모형의 개발과 진단코드와 상병의 정확성에 대한 담보등이 선행되어야 한다”는 의견¹⁾과 의료의 질 저하(김선희, 2015)²⁾, 의료의 전문성과 자율성 저하, 축소진료로 인한 환자불만 증가, 행위별수가와 포괄수가 혼재에 따른 행정부담 증가 등을 이유로 제도 도입에 부정적인 견해로 엇갈리고 있다.

신포괄지불제도와 관련하여 기존의 연구는 크게 4차에 걸친 시범사업 평가연구(한동운 등 2011; 한동운 등 2012; 권순만 등 2013; 박은철 등 2014), 신포괄수가 모형개선 연구(김윤, 2015) 신포괄지불제도와 국외제도와의 비교 연구(정형선, 2014; 정의신, 2014), 진료비 분석 연구(태은숙 외, 2011; 최영순 외 2013; 신동교 외, 2013) 등으로 구분되며 새로운 제도의 모형 적합성 파악 또는 제도 개선방안 도출이 주 목적이다. 지불보상제도는 의사의 진료행태에 영향을 미치는 주요 요인이며 의료공급자들이 제공하는 서비스의 양이나 질, 의료비 등에 큰 영향을 미치는데(손창우 외, 2011) 반해 의료인들의 제도에 대한 인식과 이에 미치는 요인을 알아보기 위한 연구는 미흡한 실정이다.

효과적인 의료 시스템 개혁을 위해서는 의료 전문가의 지지가 필요하며, 정책을 실현에 있어 의료전문가들의 저항은 정책의 효과에 심각한 결과를 초래할 수 있기 때문에(Tummers, 2012) 이들의 제도에 대한 태도와 인식에 대한 연구는 중요하다. 이에 본 연구에서는 현재 신포괄수가제 시범 사업 중인 공공병원의 의사들의 정책에 대한 찬반인식에 미치는 요인과 태도를 이해하고 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하고자 한다. 시범사업 확대 시행에 앞서 의료인들의 인식을 제고하고, 정책에 대한 미비한 점들을 개선 보완하여 공공의료서비스 발전과 확충에 기여하고자 한다.

2. 연구목적

이 연구의 목적은 공공병원의 임상진료의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 태도를 이해하고, 특히 그들의 신포괄지불제도에 대한 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하기 위함이다. 또한 그 결과를 해외에서 연구된 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교를 통하여 신포괄수가제 확대시행을 위한 기초적인 자료를 제공하고자 한다.

1) 한국보건행정학회 2014 추계학술대회 토론에서 발췌함.

2) 포괄 진료비 보상과 포괄 행위 발생비용을 평균 비교했을 때, 중증 사례에서 평균 이상의 비포괄 비용이 발생하는 사례가 많아 이로 인한 의료 질 저하 가능성이 있다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자들의 일반적 특성을 이해한다.
- 2) 연구대상자들의 지불보상제도에 대한 인식을 파악한다.
- 3) 연구대상자들의 일반적 특성별 실폐괄수가제에 미치는 인식의 차이를 조사한다.
- 4) 연구대상자들의 실폐괄수가제의 도입의지에 미치는 영향요인을 결정한다.
- 5) 마지막으로 우리나라와 네덜란드의료인간의 지불보상제도 인식과 태도에 미치는 영향요인을 비교 고찰한다.

II. 이론적 고찰

1997년 우리나라에서 포괄수가제가 시범사업으로 처음 도입된 이후부터 현재까지의 연구들을 살펴보면 주로 정책논의나 행위별 지불방식과의 진료비 비교분석, 시범사업에 관한 평가 등 의료서비스 변화에 대한 연구중심으로 이루어져 있으며 실제로 새로운 정책을 직접 수행하는 의료인들의 정책에 대한 인식이나 수용도등에 대해 조사된 연구는 미흡하다. 이에 2000년부터 2012년까지 포괄수가제 도입에 의한 의료인들의 태도와 인식에 관한 연구, 새로운 정책수용 인식에 미치는 영향 연구, 정책갈등의 요인과 원인에 관한 연구를 살펴봄으로써 실폐괄수가제도 도입에 대한 공공병원 의료인들의 인식과 태도를 파악하고자 한다.

1. 의료인들의 포괄수가제에 대한 태도 및 인식에 대한 선행연구

김복순(2002)의 연구에서는 의료전문인들의 인구사회학적 특성 및 의료기관별 특성과 지불제도의 특성을 인지하는 수준에 따라서 포괄수가제 도입에 대한 수용도에 미치는 영향을 연구한 바 있다. 연구대상자의 특성에 따른 영향요인을 살펴보면 여성, 연령은 41~50세, 10년 미만의 임상경력, 연수, 진료과목별로는 안과, 병상구분은 5병상 이상, 재원일수는 2일 이하, 평균 환자수는 3~5명에서 높게 나타났으나 통계적인 유의성은 없으므로, 인구사회학적 특성과 의료기관별 특성에 따라서는 인식의 차이가 없었다. 연구대상자가 지불제도 특성을 인지하는 수준에 따른 수용도에 미치는 영향요인을 살펴보면 포괄수가제의 긍정적인 효과인 총체적 의료비 절감, 적정진료기대, 의료인과 보험자간 마찰감소에 대한 인식 수준이 높을수록 수용도는 높은 결과를 보여 지불제도의 특성에 대한 인지도 수준이 수용도에 미치는 영향요인으로 보고하였으며 시범사업 참여 후 포괄수가제의 인식에 대한 변화정도와 만족도가 수용도에 영향을 미치는 요인으로 보고하였다.

박현숙(2002)의 포괄수가 시범사업 전·후 의사와 간호사의 행위 및 태도 변화에 대한 연구에서는 포괄수가제 도입 후 전공의들은 DRG환자 진료시에 제한이나 압력을 더 받는 것으로 조사되었다. 또한 저렴한 재료 사용, 환자만족도 저하, 의료공급자의 비용에

대한 의식 보유, 외래진료의 이용량 증가, 외래 임상병리검사가 증가되었다고 조사되어 의료의 질이나 제공행태가 변화되었다고 인식하고 있는 것으로 보고하였다. 이에 반해 간호사들은 포괄수가제 도입 후 진료행태 변화는 없었으나 환자부담금 저하, 청구 및 심사 업무의 간소화, 의료공급자의 비용의식을 가지게 된 것으로 파악되었다. 포괄수가제 평가 및 향후 전망에서도 전공의의 인식은 포괄수가제가 의료의 발달을 저해하고, 환자의 의료 서비스 선택권을 제한한다고 보고하였고, 포괄수가제의 장점인 행위별지불제도의 문제점을 해결하기에 충분한 정책방안, 의료자원의 효율적인 사용이 가능한 제도인지에 대해서는 부정적인 인식을 보였다고 지적하였다.

하은(2012)의 연구에서는 요양병원 간호사들의 포괄수가제에 대한 인식을 연구하였다. 이 연구를 살펴보면 연구대상자들의 포괄수가제에 대한 부정적 인식에 미치는 요인으로는 여성, 40대, 기혼자, 무교, 전문대 졸업, 3~4년의 요양기관경력, 일반간호사, 일반 병동 근무자, 200~300병상대의 병원 근무자가 부정적 인식을 보였다. 포괄수가제 적용 후 인식에 대한 변화는 차이가 없음을 보였고, 포괄수가제 관련 이해도와 교육을 받지 않은 대상이 부정적 인식을 가지고 있다는 결과를 도출함으로써 제도에 대한 이해도와 교육정도가 인식에 미치는 영향요인으로 볼 수 있다.

이고은(2012)의 연구에서는 포괄수가제의 확대시행에 대한 병원·의원의 의료기관 종사자들의 인식여부를 연구하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 연구대상자의 인구사회학적 특성별로는 남성, 40대, 대학원졸, 5~7년의 근무년수에서 포괄수가제의 확대시행에 대한 인식도가 통계적으로 유의한 차이를 보이며 높은 인식도의 결과를 보고하였고, 의료기관 특성별에서는 병원종사자, 진료과목별로는 외과 종사자가 높은 인식도를 보였으나 통계적으로 유의하지 않은 결과를 보고함으로써 성별, 연령, 교육정도, 경력 년수가 포괄수가제 확대시행 인식에 미치는 요인으로 지적하였다.

국외 논문을 살펴보면 Tummers와 (2012)의 연구에서는 네덜란드 의료전문가의 포괄수가제 정책을 구현하기 위해 정신건강전문가들을 대상으로 정책 도입의지에 미치는 영향을 연구한 바 있다. 이 연구에서는 남성일수록, 나이가 많을수록 포괄수가제 정책 구현에 대해 부정적인 견해를 보였고, 경영진 자리에 있는 전문가들은 정책 시행에 대해 긍정적인 인식을 보였다. 이 연구에 의해 도출된 포괄수가제 정책 도입에 미치는 영향요인은 성별, 연령, 직종, 근무형태와 의료서비스의 질 및 효율성에 대한 포괄수가제 정책들이 지니는 이점들의 인식적 부재요소가 정책 도입의지에 영향을 주는 요인임을 알 수 있다.

Tzavaras(2006)의 연구에서는 그리스 보건의료시스템에 포괄수가제 시스템 도입의 적합성을 알아보기 위하여 그리스 50개 병원 행정 및 경제인, 지역보건 당국을 대상으로 연구하였다. 연구 결과 포괄수가제에 대한 선호도나 인지도에 대한 결과는 긍정적인 결과를 보였으나 수용의지에 미치는 요인으로는 그리스의 보건의료시스템이 새로운 포괄수가제도를 적용할 준비가 되어있지 않다는 인식의 결과를 도출함으로써 새로운 제도 수용에 대한 인식에 미치는 영향요인은 새로운 정책에 대한 보건의료관계자들의 준비성이라고 보고하고 있어 이에 대한 고려가 국내에서도 충분히 선행되어야 함을 알 수 있다.

2. 정책수용 인식에 미치는 영향 요인에 관한 연구

정부의 새로운 정책의 도입에 대한 전문가들의 도입의지와 수용에 미치는 요인에 대한 연구를 살펴보면 새로운 정책수용에 대하여 영향을 미치는 요인은 전문가들의 운영상에서의 재량권, 자율성, 정책의 효율성, 변화에 대비하는 준비성이 새로운 정책을 수용하는데 영향을 요인으로 볼 수 있다.

Tummers(2011)의 연구에서는 신 공공관리(New Public Management : NPM) 시행에 대한 비자발적인 태도를 유도하는 여러 가지 요인들을 조사하였다. 이 연구에서는 새로운 보상정책을 구현하는 478명의 의료 전문가들을 대상으로 설문조사를 통한 결과들을 가지고 공공정책관련 학자들과 실무자들에게 관련된 정책시행에 대해 반대를 유도하는 요인을 도출하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 첫째, 운영 무력감이 새로운 정책 집행에 대한 변화의지에 영향을 미친다는 것을 도출하였다. 공공정책관련 연구서들에서 보면 운영에서의 영향력이라는 것은 종종 하급 공무원들의 경우에는 자유 재량권, 일반 공무원들의 경우에는 자율성으로 나타나는데(Noordegraaf와 Steijn, 2011), Freidson(2001)등의 중요한 저자들은 감소된 자율성이 새로운 정책들에 대한 자발적인 협조에 영향을 미칠 수 있다고 설명했다. 두 번째로, 사회적인 무력감이 변화에 대한 자발적 수용에 영향을 준다는 것을 설명하고 있는데 설문조사에 참가한 공무원들 중 새로운 정책의 목적들을 (효율성이나 투명성 등등)달성하는데 도움이 안된다고 느끼면 정책 시행에 비협조적인 것으로 밝혀졌다. 세 번째로, 정책 시행을 담당하는 공무원의 변화에 대한 협조여부는 정책들이 사회와 그들이 상대하는 시민들에게 얼마나 유용한지에 따라 달라진다고 밝혔다.

Tummers외(2009) 연구에서는 네덜란드 보험 의사 및 노동 전문가를 포함한 사례 연구를 통해 정책 소외에 영향을 미치는 요소들을 알아보았다. 연구 결과에 따르면 전문가들이 낮은 자유 재량권을 경험한다면 그들은 역할 갈등에 문제를 느끼게 되고, 취약한 입지, 신기술의 사용은 정책소외에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 정치적인 논의에서 직원의 보험조직(Uitvoeringsinstituut Werknemers Verzekeringen: UWV)과 전문직 협회들의 취약한 입지가 많은 의사들과 노동관련 전문가들은 무력감을 느낀다고 밝혔다.

May(2004)연구에서는 덴마크의 정치적 관심과 관리적 요인이 사회복지요원의 중점 정책 시행에 미치는 영향을 파악하였다. 사회복지요원이 자율적으로 직업적인 책임을 수행하도록 허용하는 것이 새로운 정책시행에 효과가 있다고 밝혔고, 상부층의 영향력이 국가적 개혁정책 실행에 있어서 사회복지요원의 행동을 형성하는데 기여한다고 하였다.

3. 정책갈등의 요인과 원인에 관한 연구

신포괄수가제 도입에 대해서 의사들의 반대하는 요인에 대해서 알아보기 위해 우리나라 다른 정책도입과 이에 대한 여러 가지 갈등 사례와 그 갈등의 원인을 알아보았다. 우리나라의 정책갈등 관련 국내 연구를 살펴보면 쓰레기 소각장 및 매립지, 원자력발전소 및 핵 폐기장, 장사시설, 댐 건설사업 등과 같은 혐오시설 또는 비선호시설의 유형과 새

만금 사업과 같은 국토의 재개발 및 효율적 이용에 관한 정책 연구, 관광개발정책에 대한 연구 등으로 나눌 수 있다.

협오시설 또는 비선호시설을 중심으로 하는 정책 갈등 관련 정창훈(2008)은 소각장입지를 둘러싼 정책 수용성에 관한 연구에서 주민들의 정책 수용도에 미치는 가장 큰 요인을 정책의 필요성, 경제적 혜택, 환경에 대한 우려, 주민 정책결정 과정 시 참여도 등이라고 보고하였고, 분석의 결과 소각장 건설의 필요성에 대해서는 동감하고 있지만, 안전 · 쾌적성 · 재산상 피해 · 환경 악화에 대한 우려 등의 문항에서도 대부분 긍정적인 답변으로 소각장 건설에 대한 주민들의 반대가 크고, 정부 정책을 신뢰하지 못하고 있으며, 이는 곧 정책에 대한 수용성을 감소시키는 원인이라고 지적하였다.

김도연(2011)의 대구교도소 이전에 대한 비선호시설 정책수용성에 관한 연구에서는 정책집행요인(정책의 공정성, 정책의 집행능력, 정책의 투명성, 정책 홍보활동, 정책의 신뢰성), 정책대상요인(비선호 시설에 대한 인식, 피규제 경험 등), 공통요인(의사소통, 보상합의)으로 독립변수를 도출하고 이론적 고찰과 설문조사를 통하여 비선호시설 입지선정 지역주민들의 정책수용성에 대한 인식조사를 하였다. 연구 결과를 보면 정책의 공정성 · 집행능력 · 투명성 · 신뢰성 · 의사소통 · 보상합의에 있어서는 다소 부정적인 인식이 많았고, 부정적인 요인이 많을수록 정책에 대한 수용성은 낮다는 결과를 도출하였다. 이 연구에서 정책저항의 가장 큰 요인을 정리해 보면 주민들의 의견수렴에 대한 공정성의 결여, 집행기관의 집행능력 및 신뢰성 부족의 변수를 도출하였다. 박종구 외(2009)는 장사시설 입지 선정 정책결정 과정 시 지역주민들의 참여와 의견수렴이 갈등요인 중 가장 큰 요인으로 보고하였다.

원자력발전소와 핵폐기장 건설 사례로 한 연구를 보면, 김도희(2001)는 갈등의 요인을 기존 연구들의 고찰을 통하여 요인을 정치·행정적, 경제적, 기술적, 환경적 요인으로 도출하였고 사례 분석을 통하여 갈등을 일으키는 요인에 대해 알아보았다. 연구결과 정치·행정적 요인으로는 주민참여와 정보공개 여부가 갈등에 크게 영향을 미친다고 보고하였고, 경제적 요인으로는 재산적 가치의 하락과 주민들의 보상 문제를 요인으로, 환경적 요인으로는 시설의 위해성, 사고의 위험성을 갈등 요인으로 지적하였다.

김길수(1997)는 정책의 목표를 사회문제의 해결로 정의하고, 사회문제를 해결하기 위해서는 그 문제와 관련된 정책집행 대상 집단의 행태변화가 필수적이라고 보았다. 대상집단의 태도와 행태는 정책을 수용하거나 정책저항 등의 형태로 나타나는데 이 연구에서는 정책과 정책집행이 대상 집단의 태도결정에 영향을 미치고 정책 환경과 대상집단의 내적 특성이 부차적으로 영향을 미친다고 보고하였다. 태도와 행태를 결정하는데 가장 큰 영향력을 갖고 있는 변수로 정책과 정책집행으로 도출하였다. 연구의 결과를 보면 청하지역 핵폐기물 처분장의 반대 이유로 핵폐기물에 대한 위험성의 지각수준, 비형평성에 대한 지각수준, 집행기관에 대한 신뢰성 부족을 갈등의 원인으로 지적하였다.

심진범(2007)은 지역관광개발정책에 대한 주민들의 저항 영향요인을 파악하기 위해 정책추진 기관 및 과정요인, 정책 영향 요인, 외부 자극 요인, 주민특성 요인을 저항 영향요인에 미치는 변수로 설정하였다. 연구 결과를 보면 정책 신뢰도 및 이행도와 정책과정

의 민주성 결여의 이유가 가장 큰 저항 요인으로 지적하였고, 정책과정의 민주성에 대한 인식이 부정적일수록 주민저항이 크다는 것을 밝혔다. 정책추진으로 나타나는 긍정적 영향요인으로는 경제적 편익과 사회적 편익요인으로 보고하였고, 경제적 피해와 사회 환경적 비용 요인이 부정적인 요인으로 지적하였다

선행연구를 통해 알아본 결과 정책에 반대하는 원인으로서는 정책에 대한 인지 차이, 정책대상자의 참여 배제, 경제적 이유, 정부의 홍보 부족, 집행기관에 대한 신뢰 등의 원인이 있고 정책에 따른 갈등 요인을 정리를 하며 아래 <표 1>과 같다.

<표 1> 정책갈등의 원인

구분	갈등 원인
협오시설 또는 비선호시설 중심으로 하는 정책 갈등	<ul style="list-style-type: none"> · 정책 집행 시 지역주민의 참여를 배제. · 정책에 대한 지각수준 · 경제적 불이익(보상문제)과 안전관리 미비 · 신뢰부족 · 위협에 대한 불안감 · 정책의 필요성 · 집행기관의 집행능력
원자력발전소와 핵폐기장 건설 반대	<ul style="list-style-type: none"> · 정책참여자의 위협에 대한 인지의 차이 · 주민참여배제 · 정책 결정 절차상의 비공개성 · 국민정서에 배치되는 정부의 잘못된 홍보. · 경제적 불이익(보상문제) · 집행기관의 신뢰성 부족
지역관광개발정책에 대한 반대	<ul style="list-style-type: none"> · 정책추진 기관 및 과정 요인 · 정책 영향 요인 · 외부 자극 요인 · 주민 특성 요인

위의 내용을 종합해서 공통되는 갈등변수들을 도출해보면 새로운 정책시행 시 정책대상자들의 정책에 대한 지각 수준이 낮을수록, 의견수렴 및 참여도가 낮을수록 정책에 대해 반대를 한다는 것을 알 수 있다. 이는 본 연구에서 실폐괄수가제도 도입 시 의사들의 정책에 대한 인식 정도가 중요한 독립 변수로 구성되어야함을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구도구 및 구성

본 연구는 2009년부터 정부가 개발하여 의료기관에 도입을 시도하고 있는 신포괄수가 제도에 대한 새로운 정책을 도입하기 위해 의료진들의 도입의지에 미치는 예측요인을 알아보기 위함이다. Tummers 외 연구(2012)에서는 네덜란드에서는 임상심리치료사와 정신 의학전문의 관련 전문의들을 대상으로 새로운 정책구현에 대해 인식하는 이익과 정책수행의 저항간의 관계를 알아보기 위해 Ajzen의 계획된 행동이론(Theory of planned behavior)과 Metselaar(1997)의 ‘willingness/resistance to change’ (변화에 대한 의지/저항)의 개념을 바탕으로 여러 가지 행정연구문헌을 검토하여 이론적 모형을 도출하여 변경의지에 대한 측정항목을 개발하였다. 우리나라는 네덜란드와 의료전달체계, 의료제도를 바라보는 관점, 의료전문가들의 정책수립과정에서의 개입정도 등이 다르기 때문에 이 모형을 그대로 적용하기 어려울 것으로 판단되므로 본 연구에서는 Ajzen(1985)의 계획된 행동이론(Theory of planned behavior)을 바탕으로 우리나라 의료제도나 문화적인 측면에 맞게 활용하였다.

연구대상자들의 인구사회학적 특성은 우리나라 포괄수가제에 대한 기존 연구(김복순, 2002; 서현기, 2000; 박현숙, 2002)에서 사용하였던 인구사회학적 특성들의 설문항목을 참고하였고, 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 대한 인식을 평등주의와 자유주의라는 두 가지 가치관을 기준으로 알아보기 위해 정영호(2006)의 도구를 참고로 2개의 항목으로 구성하였다.

정책갈등의 요인 선행연구에 의하면 정책에 대한 인식의 차이가 정책 갈등에 미치는 요인이라는 점을 고려하여 우리나라 진료비 지불보상제도에 대한 인식을 알아보고자 5개의 설문 항목으로 구성하였다. 연구대상자들의 신포괄수가제에 대한 인식을 알아보기 위해 네덜란드의 Tummers(2012) 연구의 항목³⁾을 우리나라 의료현실에 맞게 수정하여 사용하였다. 본 연구의 연구모형에서 주요 개념인 정책에 대한 인식, 정책지지, 정책수용을 계획된 행동이론에서의 주관적 규범, 태도 및 실천의지, 행동요인을 각각 본 연구의 맥락에 맞게 수정하였다.

2. 연구 대상

이 연구는 자료를 수집하기 위하여 시범사업으로 신포괄수가제를 시행하고 있는 전국 33개 지방의료원의 임상진료의사들을 대상으로 하였다.

지방의료원은 민간인의 경영참여가 어려운 사업으로서 주민복리의 증진에 기여할 수 있고, 지역경제의 활성화나 지역개발의 촉진에 이바지할 수 있다고 인정되는 사업⁴⁾인 의

3) 이 연구에서 Metselaar(1997)의 ‘변화에 대한 저항과 수용’ 개념과 Ajzen (1991)의 ‘계획된 행동이론’의 개념을 활용한 설문도구를 참조함

료사업⁵⁾을 수행하기 위하여 지방자치단체가 설립·업무 및 운영에 관한 사항을 조례로 정하고⁶⁾ 지방자치단체가 전액 출자하여 설립된 의료기관(법인)을 말한다. 지방의료원은 공공보건의료기관⁷⁾으로서 보건복지부장관이 요청하는 사업을 수행하며 공공의료에 관한 법률 제5조(보건의료의 우선 제공)를 수행하여야 한다. 지방의료원은 2011년 기준으로 34개로 종합병원 29개, 병원 5개로 구성되어 있고, 총 8,555개의 허가병상을 보유하고 있다.⁸⁾ 운영주체별로 분류하면 서울시(1), 부산시(1), 대구시(1), 인천시(1), 경기도(6), 강원도(5), 충청북도(2), 충청남도(4), 전라북도(2), 전라남도(2), 경상북도(3), 경상남도(2), 제주도(2) 등 13개 광역자치단체에서 32개 의료원을, 목포시(1), 울진군(1) 등 2개 기초자치단체에서 2개 의료원을 운영하고 있다.

지방의료원 의사들의 신분은 모두 연봉제 계약직으로 소속되어져 있고, 공중보건의들은 지방공무원 신분으로 지방자치단체 소속으로 지방의료원에 근무하고 있다. 전국 지방의료원의 개설된 진료과는 총 24개의 진료과가 개설되어 있고, 과별 총 인원수는 전공의를 제외한 총 802명의 의사들이 소속되어 있다. 진료과별 인력분포를 보면 내과 105명으로 가장 많은 인력이 소속되어져 있고, 외과 65명, 정형외과 58명, 산부인과 40명, 소아과 39명, 이비인후과 24명, 비뇨기과 30명, 신경과 33명, 신경외과 38명, 신경정신과 1명, 성형외과 6명, 흉부외과 7명, 피부과 5명, 치과 38명, 정신과 26명, 안과 21명, 마취(통증)과 60명, 진단방사선과 52명, 임상병리과 27명, 가정의학과 17명, 응급의학과 58명, 재활의학과 18명, 한방과 10명, 기타 14명의 의사들이 소속되어 있으며 이 중 전문의는 588명, 일반의 8명, 치과의 27명, 공중보건의 216명, 한의사 4명, 전공의는 235명이다.

건강보험심사평가원⁹⁾에서는 신포괄제도 시범사업 시행 전에 지역거점공공병원을 현지 방문하여 제도 전반에 대한 안내와 운영에 필요한 실무내용을 설명하였다. 이 설명회의 목적은 신포괄수가제에 대한 이해를 돕고 새로운 지불제도 시행에 따른 현장의 애로사항 청취 및 시범사업의 원활한 운영을 목적으로 시행되었으며, 총 36회를 시행하였다. 설명회 일정은 2012년 3월 20일에서 4월 16일까지 시행되었고, 1차 시범사업 대상기관인 대구, 부산, 남원의료원을 제외한 31개의 지방의료원과 적십자 병원 의료진 및 전 직원을 대상으로 설명회를 시행하였다. 설명회의 주요 교육 내용은 신포괄수가제의 제도 도입취지, 그간 추진현황, 신포괄수가제 수가모형 및 적용방법, 신포괄수가제 청구 및 모니터링 방법 설명, 질병코드 기재원칙, 질의 및 응답 시간 등으로 시행되었다. 시범사업이 실시된 후 의료원 직원을 통한 내부적인 교육 유무를 조사해본 결과 의료인력들을 대상으로 신포괄수가제에 대한 교육을 실시한 걸로 조사되었으며, 이는 이 연구의 목적인 신포괄수가제에 대한 인식에 미치는 예측요인을 이해하는데 있어서 의료인력들의 정책에 대한 사전 지식은 충분한 것으로 판단된다.

연구대상자들에게 공문발송을 통하여 이 연구의 취지를 설명하였다. 이 연구의 대상자

4) 지방공기업법 제2조(적용범위)제 2항의 1호

5) 지방공기업법 제2조(적용범위)제 1항의 9호

6) 지방공기업법 제49조(설립)제2항

7) 공공보건의료에 관한 법률 제2조(정의)

8) <http://rhs.mw.go.kr>

9) 건강보험심사평가원(2012) “신포괄수가 설명회 일정 자료”

선정 기준은 연구 목적을 이해하고 연구의 참여를 수락한 의사이며, 연구대상자를 보호하기 위하여 한양대학교 IRB(Institutional Review Board)를 통과하였다.

3. 자료수집 기간 및 방법

이 연구의 자료수집을 위한 설문은 2013년 5월 22일부터 5월 31일까지 약 2주간 전국의 33곳 지방의료원 임상진료의사를 대상으로 실시하였다. 총 배부된 설문지는 총700부로 각 의료원별 배부된 설문지 비율은 전문의 수 비율로 지방의료원에 우편으로 배부하였다. 지방의료원의 직원 1인이 해당 의료원에서 선정된 연구대상자 700명에게 연구의 취지를 설명하고 참여의사가 있는 경우에만 자기 기입식 표기 방법을 사용하여 시행하였다. 각 의료원에서 시행된 설문지는 담당직원이 설문지를 취합하였고 우편으로 다시 회수하였다. 이를 통해서 25개 기관(37%)이 조사연구에 참여하였으며, 기관별 회수율은 20~100%였다. 최종 회수된 설문지는 259부로 배부대비 37%였고, 미흡한 설문지 4부를 제외하고 실제로 연구를 위해 분석한 설문지는 총255부로 배부된 설문지 대비 36.4%였다.

4. 자료 분석 방법

이 연구를 위하여 수집된 자료는 SPSS Statistics18.0NetworkVersion통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구 내용별 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 연구대상자들의 일반적 특성 및 관련특성은 빈도분석과 백분율을 이용하였다.
- 2) 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식 비교는 평균값과 ANOVA 분석을 이용하였다.
- 3) 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식차이는 교차분석을 이용하였다.
- 4) 연구대상자들의 신포괄수가제 도입 의사에 영향을 미치는 예측인자를 결정하기 위하여 Linear Logistic Regression을 이용하였다.

IV. 연구 결과

1. 연구대상자들의 인구 사회학적 특성

연구대상자 총 255명에 대한 인구사회학적 특성을 살펴보면 남성 82.7%(211명), 여성 17.3%(44명)이며, 연령별 분포는 39세 이하가 56.9%(145명), '40세 이상'이 43.1%(110명)였다. 대상자들은 전공의 과정을 수련한 병원에 대한 설문에 대하여 상급종합병원(대학병원)에 78.4%(200명), 종합병원등에 21.6%(55명)응답하였다. 대상자들은 전공의 과정을 수련

한 병원의 소재 지역에 대한 설문에 서울지역 39.2%(100명), 광역시 36.5%(93명), 중소도시 24.3%(62명) 순으로 응답하였다.

근무하는 소재 지역에 관한 설문에 대하여 대상자들은 대도시 29.4%(74명), 중소도시 57.6%(147명), 군지역 12.9%(33명) 순으로 응답하였다. 현재 진료하는 진료과에 대한 설문에서 대상자들은 내과계 62.0%(158명), 외과계 38.0%(97명)로 응답하였다.

병원경영 업무에 대한 경험에 관한 설문에 대상자들은 '없다'에 70.6%(180명)의 응답률을 보였다. 임상경력에 관한 문항에서는 대상자들은 '9년 이하'에 34.9%(89명)의 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 '10~14년' 27.5%(70명), '15년 이상'이 37.6%(96명)의 순이었다. 근무년수에 관한 문항에서 대상자들은 '1년 이하'에 33.3%(85명)의 가장 높은 응답률을 보였고, 다음으로 '2~4년' 31.8%(81명), '5년 이상'이 34.9%(89명) 순이었다.

의료수가와 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 대상자들은 '예'가 54.9%(140명), '아니오' 45.1%(115명)의 응답률을 보였다. 정부의 의료정책과 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 대상자들은 '아니오' 57.3%(146명), '예'가 42.7%(109명), 의료기관 경영에 관련된 교육이나 학회 참석 여부에 관한 문항에서는 '아니오' 69%(176명), '예' 31%(79명)의 응답률을 보였다.

<표 2> 연구대상자들의 인구사회학적 특성

특성	구분	N(=255)	%
성별	남성	211	82.7
	여성	44	17.3
연령	39세 이하	145	56.9
	40세 이상	110	43.1
진공의 수련한 병원	상급종합병원(대학병원)	200	78.4
	병원(종합병원 포함)	55	21.6
수련병원 소재	서울지역	100	39.2
	광역시	93	36.5
	중소도시	62	24.3
	대도시	75	29.4
근무지역	중소도시	147	57.6
	군지역	33	12.9
진료과	내과계	158	62.0
	외과계	97	38.0
의료원의 경영참여 경험 유무	있음	75	29.4
	없음	180	70.6
임상경력	10년 미만	89	34.9
	10년~15년	70	27.5
	15년 이상	96	37.6
근무년수	1년 이하	85	33.3
	2~4년	81	31.8
	5년 이상	89	34.9
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	140	54.9
	없음	115	45.1
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	있음	109	42.7
	없음	146	57.3
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	79	31.0
	없음	176	69.0

2. 연구대상자들의 수가제도에 대한 인식

연구대상자들의 수가제도에 대한 인식은 5가지 질문으로 조사하였으며 각각 응답은 다음 <표 3>과 같다. 대상자들의 행위별 수가제가 국민들에게 질 높은 의료서비스를 제공하는데 적합한 제도라는 의견에 대한 인식에서 대상자들은 '그렇다'에 45.5%(116명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '아니다'에 35.3%(90명), '보통'에 19.2%(49명) 순이었다. 포괄수가제도가 입원환자에 대한 적정 진료 제공에 도움이 된다는 의견에 대한 인식은 '기여하지 않았다'에 76.5%(195명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '보통'이 19.6%(50명), '기여하였다'가 3.9%(10명) 순이었다. 대상자들의 신포괄수가제도와 포괄수가제도의 내용상의 차이점 인식에 대한 설문분석결과는 '알고 있다'에 56.1%(143명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '어느 정도 알고 있다' 35.3%(90명), '잘 모른다' 8.6%(22명) 순이었다. 대상자들의 신포괄수가제도 도입 목적에 대한 이해 정도를 알아본 설문분석결과는 대상자들은 '그렇다'에 63.9%(163명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '그저 그렇다' 27.8%(71명), '낮다' 8.3%(21명) 순이었다. 신포괄수가제도 도입이 환자 부담의 진료비 감소에 기여한다는 인식에 대한 질문에 대상자들은 '그저 그렇다'에 41.6%(106명)의 가장 높은 응답율을 보였고, 다음으로 '낮다' 30.2%(77명), '그렇다' 28.3%(72명) 순이었다.

<표 3> 연구대상자들의 수가제도에 대한 인식

특성	구분	N(=255)	%
행위별 수가제가 국민들에게 질 높은 의료서비스를 제공하는 제도라는 의견에 대한 인식	아니다	90	35.3
	보통	49	19.2
	그렇다	116	45.5
포괄수가제도가 환자에 대한 적정 진료 제공에 도움이 된다는 의견에 대한 인식	기여하지 않았다	195	76.5
	보통	50	19.6
	기여하였다	10	3.9
신포괄수가제도와 포괄수가제도의 내용상의 차이점 인식에 대한 현황	잘 모른다	22	8.6
	어느 정도 알고 있다.	90	35.3
	알고 있다	143	56.1
신포괄수가제도 도입 목적에 대한 이해 정도	낮다	21	8.3
	그저 그렇다	71	27.8
	그렇다	163	63.9
신포괄수가제도 도입이 환자 부담의 진료비 감소에 기여한다는 인식	낮다	77	30.2
	그저 그렇다	106	41.6
	그렇다	72	28.3

3. 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식

연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식은 크게 4가지로 조사하였음. 1) 의료원 조직에 미치는 영향 인식, 2) 입원환자 측면에 미치는 영향 인식, 3) 우리나라 공공의료기관 역할 증대에 미치는 영향, 4) 입원환자에 대한 치료과정에서의 의사의 역할에 미치는 영향에 대한 인식으로 그 결과는 다음 <표 4> 와 같다.

<표 4> 연구대상자들의 신포괄수가제 도입에 의한 영향에 대한 인식

특성		구분	N(=255)	%
의료원 조직에 미치는 영향 인식	병원운영에 있어 의사의 진료 권한에서 자율성의 증대를 가져올 것이다.	그렇지 않다	219	85.9
		보통	32	12.5
		그렇다	4	1.6
	병원경영에 의사의 참여도가 커질 수 있다.	그렇지 않다	208	79.6
		보통	39	15.3
		그렇다	13	5.1
	병원의 행정적 측면으로 의사들의 더 높은 참여도가 요구 될 것이다.	그렇지 않다	135	52.9
		보통	59	23.1
		그렇다	61	23.9
	병원운영에 있어 행정조직의 역할이 더 커질 것이다	그렇지 않다	44	17.3
		보통	83	32.5
		그렇다	128	50.2
	의사와 행정직 간에 업무적으로 소통이 잘 될 것이다.	그렇지 않다	144	56.5
		보통	99	38.8
		그렇다	12	4.7
	병원 내 진료관련 부서의 업무권한이 감소 될 것이다	그렇지 않다	60	23.5
		보통	62	24.3
		그렇다	133	52.2
입원환자 측면에 미치는 영향 인식	환자들의 진료비 부담을 줄일 것이라고 생각한다.	그렇지 않다	88	34.5
		보통	86	33.7
		그렇다	81	31.8
	환자의 의료서비스 선택권 향상에 도움을 줄 것이라고 생각한다.	그렇지 않다	213	83.6
		보통	34	13.3
		그렇다	8	3.1
신 제도 도입 전보다 환자들은 질적으로 향상된 입원서비스를 받을 것으로 생각한다.	그렇지 않다	216	84.7	
	보통	29	11.4	
	그렇다	10	3.9	
공공의료 기관의 역할 증대에 미치는 영향	비급여 부문 및 신의료기술을 반영한 환자진료계획 수립을 용이하게 할 것이다.	그렇지 않다	200	78.4
		보통이다	36	14.1
		그렇다	19	7.5
	장기적으로 공공의료기관 방문 환자들의 치료비 부담 감소효과로 공공병원에 대한 인식이 향상 되어 지방의료원의 역할 증대에 기여할 것이다.	그렇지 않다	159	62.4
		보통이다	69	27.1
		그렇다	27	10.6
입원환자 에 대한 치료과정 에서의 의사의 역할에 미치는 영향에 대한 인식	적정진료가 기대된다	그렇지 않다	168	65.9
		보통이다	65	25.5
		그렇다	22	8.6
	진료 또는 행정업무량이 증가할 것이다	그렇지 않다	50	19.6
		보통이다	78	30.6
		그렇다	127	49.8
진료에서의 책임감이 더욱 강화 될 것이다.	그렇지 않다	127	49.8	
	보통이다	86	33.7	
	그렇다	42	16.5	

4. 대상자들의 특성별 신포괄수가제 시행에 대한 찬반 인식 평균비교

연구에 참여한 의사들은 신포괄수가제 시행에 대하여 매우 찬성을 10점으로 했을 때 평균 2.7(± 0.91)점으로 낮은 인식도를 보였다. 연구대상자들의 특성에 따른 신포괄수가제 시행에 대한 지지정도를 평균을 비교 분석한 결과 연구대상자들의 40세 이상의 연령군에서 제도를 찬성하는 평균값은 3.17±2.15로 39세 이하의 평균값 2.42±1.64보다 높았으며 이는 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<0.01). 임상경력에서 15년 이상의 평균값은 3.09±2.11로 가장 높았고, 다음으로 10년~14년의 평균값은 2.74±1.87, 9년 이하의 평균값은 2.37±1.64로 가장 낮았으며 이러한 차이는 통계적으로 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 성별에서는 여자, 전공의 과정을 수련한 병원의 병원군, 전공의 수련한 병원 소재지역의 광역시군, 현재 근무지역의 대도시군, 진료과의 내과계, 근무년수 '1년 이하'군, 의료수가 · 의료정책 · 의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무와 병원경영 경험 유무에 따라 '없음'이 평균값에 있어 상대적으로 높았으나, 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

<표 5> 연구대상자들의 신포괄수가제 시행에 대한 찬반 인식 평균비교

특성	구분	N	평균	표준편차	p값
성별	남성	211	2.69	1.94274	0.376
	여성	44	2.97	1.74527	
연령	39세 이하	145	2.42	1.63584	0.002**
	40세 이상	110	3.17	2.15398	
전공의 수련한 병원	상급종합병원	200	2.69	1.81946	0.381
	병원	55	2.94	2.21458	
수련병원 소재	서울지역	100	2.72	1.90205	0.906
	광역시	93	2.70	1.90298	
	중소도시	62	2.83	1.96021	
근무지역	대도시	75	2.89	1.95609	0.126
	중소도시	147	2.80	1.91008	
	군지역	33	2.12	1.72767	
경영참여 경험 유무	있음	79	2.49	1.73111	0.159
	없음	176	2.85	1.97910	
진료과	내과계	158	2.86	2.01102	0.218
	외과계	97	2.55	1.72584	
임상경력	10년 미만	89	2.37	1.64027	0.036*
	10년~15년	70	2.74	1.87033	
	15년 이상	96	3.09	2.11301	
근무년수	1년 이하	85	2.91	2.09428	0.306
	2~4년	81	2.48	1.75436	
	5년 이상	89	2.82	1.85596	
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	140	2.58	1.80720	0.142
	없음	115	2.93	2.01871	
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	있음	109	2.53	1.88350	0.124
	없음	146	2.90	1.92023	
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	79	2.49	1.73111	0.159
	없음	176	2.85	1.97910	

*:p<0.05 **:p<0.01

5. 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식

대상자들의 특성별 신포괄수가제도 시행에 대한 인식과의 교차분석 결과는 다음 <표 6>과 같다. 대상자의 특성별 인식의 차이에 있어 “연령“군에 따른 차이에서는 ‘40세 이상’군이 53.7%로 ‘39세 이하’군 40%보다 찬성 비율이 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). “DRG제도의 진료제공에 대한 적정성“에 대한 인식의 차이에서 ‘동의함’군이 100%로 통계적으로 유의하였다($p<0.01$).

“신포괄수가제와 포괄수가제도의 차이점 인지“에 따른 차이에서 ‘모름’군이 55.4%로 ‘알고 있음’군 38.5%보다 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.01$). “신포괄수가제도의 시행 목적에 대한 이해 정도“에 따른 차이에서는 ‘모름’군이 55.5%로 ‘알고 있음’군 40.5%보다 높았고 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p<0.05$).

<표 6> 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제 시행에 대한 인식 차이

특성	구분	신포괄수가제도 시행에 대한 인식			p
		반대	찬성	계	
성별	남자	118 (55.9)	93 (44.1)	211	0.245
	여자	20 (45.4)	24 (54.6)	44	
연령	39세이하	87 (60.0)	58 (40.0)	145	0.032*
	40세이상	51 (46.3)	59 (53.7)	110	
전공의 수련한 병원	상급종합병원	106 (53.0)	94 (47.0)	200	0.543
	병원	32 (58.1)	23 (41.9)	55	
수련병원 소재	서울지역	54 (54.0)	46 (46.0)	100	0.980
	광역시	51 (54.8)	42 (45.2)	93	
	중소도시	33 (53.2)	29 (46.8)	62	
근무지역	대도시	40 (53.3)	35 (46.7)	75	0.149
	중소도시	75 (51.0)	72 (49.0)	147	
의료원의 경영참여 경험 유무	있음	44 (58.6)	31 (41.4)	75	0.408
	없음	94 (52.2)	86 (47.8)	180	
진료과	내과계	84 (53.1)	74 (46.9)	158	0.796
	외과계	54 (55.6)	43 (44.4)	97	
임상경력*	10년 미만	51 (57.3)	38 (42.7)	89	0.438
	10년~15년	40 (57.1)	30 (42.9)	70	
	15년 이상	47 (48.9)	49 (51.1)	96	
근무년수	1년이하	40 (47.0)	45 (53.0)	85	0.073
	2-4년	52 (64.1)	29 (35.9)	81	
	5년이상	46 (51.6)	43 (48.4)	89	
행위별수가제의 질 높은	동의하지 않음	68 (48.9)	71 (51.1)	139	0.078
의료서비스 제공에 대한 적합성	동의함	70 (60.3)	46 (39.7)	116	
신포괄수가제도의	낮다	106 (57.9)	77 (42.1)	183	0.069
진료비 감소 기여도	높다	32 (44.4)	40 (55.6)	72	
DRG제도의 적정성	동의하지 않음	138 (56.3)	107 (43.7)	245	0.000**
	동의함	0 (0.0)	10 (100)	10	
포괄수가제도와	모름	50 (44.6)	62 (55.4)	112	0.008**
신포괄수가제도의 차이 인식	알고 있음	88 (61.5)	55 (38.5)	143	
신포괄수가제도 시행 목적 이해	모름	41 (44.5)	51 (55.5)	92	0.026*
	알고 있음	97 (59.5)	66 (40.5)	163	
의료수가 관련 교육 참석 경험유무	있음	64 (58.7)	45 (41.3)	109	0.207

특성	구분	신포괄수가제도 시행에 대한 인식			p
		반대	찬성	계	
의료정책 관련 교육참석 경험 유무	없음	74 (50.6)	72 (49.4)	146	0.588
	있음	45 (56.9)	34 (43.1)	79	
	없음	93 (52.8)	83 (47.2)	176	
의료기관 경영 관련 교육 참석 경험 유무	있음	78 (55.7)	62 (44.3)	140	0.614
	없음	60 (52.1)	55 (47.9)	115	

*:p<0.05 **:p<0.01

6. 연구대상자들의 신포괄수가제도 찬성의견에 미치는 예측요인

대상자들의 “신포괄수가제도 시행에 대한 찬성여부”를 종속변수로 채택하고 선택요인을 독립변수로 채택한 로지스틱 회귀분석 (Linear Logistic Regression)모형을 시행하였다. “신포괄수가제도 시행에 대한 찬성여부”에 따른 변수의 정의는 다음과 같다. 종속변수는 신포괄수가제도 찬성에 대한 인식을 사용하였다. 독립변수로는 인구사회학적 특성에서 성별, 연령, 전공의 과정을 수련한 병원, 수련한 병원 소재지, 근무지역, 진료과, 임상경력, 근무년수, 의료수가 교육참석여부, 의료정책 관련 교육 참석여부, 의료기관 경영관련 교육 참석 여부 등을 사용하였고, 지불보상제도에 대한 인식 요인으로는 행위별수가제의 질 높은 의료서비스 제공에 대한 적합성, 포괄수가제와 신포괄수가제도의 차이점 인지, 신포괄수가제도의 시행 목적 이해 정도, 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도, DRG제도의 진료제공에 대한 적정성등을 독립변수로 이용하였다.

앞에서 제시한 분석모형을 이용하여 신포괄수가제도 찬성에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과를 살펴보면, 전공의 수련 과정을 '종합병원'에서 한 경우(p<0.05), 근무지역이 '군지역'의 경우(p<0.05), '신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도'의 '높음'의 경우에서 통계적으로 유의한 차이를 확인하였다(p<0.05).

신포괄수가제도 시행에 대한 찬반여부 인식을 세부적으로 비교해 보면, 전공의 과정수련 병원은 '종합병원'군이 '상급종합병원' 군보다 2.1배 찬성의견이 높았다. 근무지역에서는 '군지역'군이 '대도시' 군보다 2.6배 찬성의견이 높았고, '중소도시' 군보다는 2.0배 찬성의견이 높았다. 신포괄수가제도가 진료비 감소 기여도에 적합한 제도라는 인식에서는 '높음'이 '낮음'보다 2.0배 높은 것으로 확인되었다. 그 외 문항에서는 군별로는 표준오차를 감안한 수준에서는 각 군 간의 차이에서 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 7> 연구대상자들의 특성별 신포괄수가제 찬성의견에 미치는 예측요인

변수	구분	B	S.E.	Wals	자유도	유의확률	Exp(B)
성별	남성	-.784	.408	3.703	1	.054	.457
연령	39세이하	-.998	.575	3.010	1	.083	.369
전공의 수련병원	종합병원	.767	.373	4.226	1	.040*	2.154
수련병원 소재지	서울지역			.464	2	.793	
	광역시	-.192	.383	.250	1	.617	.826
	중소도시	-.278	.414	.452	1	.501	.757
근무지역	대도시			4.286	2	.117	
	중소도시	.702	.535	1.725	1	.189	2.018
	군지역	.975	.476	4.200	1	.040*	2.652
진료과	외과계	-.182	.309	.348	1	.555	.833
임상경력	10년 미만			.984	2	.612	
	10년-14년	.508	.633	.644	1	.422	1.663
	15년 이상	.552	.557	.981	1	.322	1.737
근무년수	1년 이하			4.823	2	.090	
	2-4년이하	.583	.457	1.626	1	.202	1.792
	5년 이상	-.193	.449	.185	1	.667	.825
의료수가 교육참석 여부	없음	.097	.357	.074	1	.785	1.102
의료정책 교육참석 여부	없음	-.278	.333	.700	1	.403	.757
경영관련 교육참석 여부	없음	-.173	.341	.257	1	.613	.841
행위별수가제의 질 높은 의료서비스 제공의 적합성	그렇다	-.550	.298	3.396	1	.065	.577
포괄수가제와 신포괄수가제의 정책내용 차이점	알고 있음	-.378	.354	1.142	1	.285	.685
신포괄수가제의 도입 목적이해	높음	-.485	.347	1.949	1	.163	.616
신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도	높음	.723	.321	5.069	1	.024*	2.060
	상수항	.060	.813	.005	1	.941	1.062

*:p<0.05 **:p<0.01

V. 고 찰

본 연구에서 신포괄지불제도인 신포괄수가제도에 대한 인식과 도입 찬성에 미치는 영향요인, 신포괄지불제도의 도입으로 인해 미치는 영향에 대해 네 가지(조직에 미치는 영향, 환자에게 미치는 영향, 공공의료기관으로서의 역할, 의사로서의 역할에 미치는 영향) 인식을 조사하여 신포괄수가제도 시행에 있어서 찬성의견을 가진 대상자들의 인식을 조사하였다. 이 연구의 결과를 살펴보면 다음과 같다.

1. 연구대상자들의 특성 및 찬반인식

연구대상자들 중 신포괄수가제도에 대해 지지적인 인식을 가진 군에서 신포괄수가제도가 ‘환자 부담의 진료비 감소’에 긍정적인 효과가 있고, ‘과소 및 과대 진료 예방 가

능한 제도' 라고 생각하고 있었다. 기타 의견을 살펴보면 과거 DRG보다는 낫다, 건강보험 재정완화, 진료내용의 규격화, 획일화로 행정처리 과정에 도움을 줄 것이다 등의 의견이 있었다. 이와 반대로 반대 측면에서의 의견을 살펴보면 신포괄수가제도가 모든 질병에 적용하기 어려움을 가장 큰 이유로 선택하였고, 진료 중증도에 대한 평가가 합리적이지 못하다고 생각하고 있었다.

연구대상자들의 신포괄수가제도에 대한 개선사항에 관한 인식을 살펴보면 'DRG수가의 합리적 결정' 이 대다수 의료인들이 생각하는 제일 개선해야할 사항이라고 응답하였다. 이는 김복순(2002)의 연구 중 DRG지불제도의 개선사항을 알아본 결과 'DRG수가를 합리적으로 결정해야 한다' 가 30.7%와 비슷한 결과를 보여, 의사들은 지불보상제도 개편에 있어서 합리적인 수가 결정을 제일 중요한 사항으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

2. 연구대상자의 특성별 찬성의견에 미치는 영향요인

이 연구결과에서 의사들의 특성별 신포괄수가제도 도입에 있어 찬성의견에 미치는 요인은 연령, 전공의수련병원, 근무지역, 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

네덜란드 의료인들을 대상으로 한 Tummers(2012) 연구에서는 연령이 낮은 군에서 높은 찬성 비율을 보였고, 이 연구에서는 연령이 높은 군에서 찬성 비율이 높음을 보여 상반된 결과를 보였다. 미국에서 시행된 의료품질평가프로젝트에 참가하는 의사들을 대상으로 한 Federman(2011)연구의 결과는 참여자의 특성 중 지역적 차이는 유의한 차이가 없음을 보였다. 이는 이 연구의 결과인 신포괄수가제 도입에 있어 찬성의견에 미치는 요인인 근무지역에서 군지역 군이 유의한 요인으로 나타난 결과와 상반된 결과가 있음을 보였다. Tummers(2012) 연구에서는 병원에서의 직위가 경영자 위치에 있는 의료인들의 찬성비율이 높았는데, 이 연구에서는 병원경영 참여 유무는 통계적으로 유의하지 않아 병원경영마인드가 신포괄수가제도 도입에 미치는 요인과는 무관함을 알 수 있다. 이러한 연구결과의 차이는 지방의료원은 공공병원으로 의사들이 민간병원보다는 공공의료기관으로서의 역할에 충실함을 알 수 있다.

Tummers(2009, 2011, 2012)의 기존 연구에서 새로운 정책도입이 정책의 목적들을 달성하는데 도움이 안된다고 느끼면 정책시행에 비협조적인 것으로 나타났다. 이는 이 연구의 결과인 신포괄수가제도의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 높을수록 찬성하는 측면과 유사한 경향을 보였다. 이러한 결과는 의료인들은 새로운 정책을 도입함에 있어서 정책의 목적달성 즉 효율성을 중요하게 생각하고 있다는 것을 시사한다.

3. 대상자들의 신포괄수가제도 찬성의견과 도입으로 미치는 예측요인

신포괄수가제도 시행 찬성 예측요인은 인구사회학적 변수로 전공의 과정을 수련한 병원구분에서는 '종합병원', '군지역'의 근무지역($p < 0.05$), 지불보상제도에 대한 인식에서는

신포괄수가제도의 환자 진료비 감소 기여도에 적합한 제도라는 인식에서 '기여도 높음'군 ($p < 0.05$)이 통계적으로 유의하였다. 반면에 네덜란드 의료인들은 DRG정책 도입으로 인해 사회에 미치는 이익보다는 진료시의 역할이나 수입의 변화에 대한 두려움등 개인의 이점에 얼마나 영향을 주는지를 중요하게 생각하고 있음을 보였다(Tummers, 2012).

이러한 결과를 볼 때 의사들이 새로운 정책 도입을 지지할 때 가장 중요하게 생각하는 요인은 개인의 자율성과 정책 도입의 효율성, 환자들의 진료서비스 선택권임을 알 수 있다. 이는 의사들로 하여금 새로운 정책 도입을 지지하도록 하기 위해서 정부에서는 이러한 요인들에 대해 의료인들과 소통하려는 노력이 필요함을 시사한다.

4. 연구제한점

이 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 연구 대상자들의 설문조사에 의한 연구결과를 모든 지방의료원 임상진료의사들의 신포괄수가제 도입에 대한 인식이라고 일반화 하는데 한계가 있다. 둘째, 연구에 참여한 대상자들의 근무년수와 임상경력이 비교적 짧아 신포괄수가제도에 대한 다양한 인식을 알아보는데 한계가 있다.

그러나 이 연구는 그동안 의사들의 정부정책에 대한 인식과 태도에 대한 실증적인 연구가 이루어지지 않았던 것에 초점을 두고 의료계가 반대하고 있는 신포괄수가제도의 확대시행을 앞두고 있는 현 시점에서 의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 신포괄수가제 시행에 대한 인식 및 찬성에 미치는 요인을 알아보는 것에 큰 의의가 있다.

VI. 결론 및 제언

지불보상제도는 의사들의 진료행태에 영향을 미치는 주요요인으로 의료서비스의 양이나 질, 의료비 등을 좌우함으로써 지불보상제도의 변화에 대한 의사들의 인식은 정책의 실현 가능성에 있어서 중요한 결과를 가져올 수 있다. 이에 이 연구는 현행 지방의료원 임상진료의사들의 지불보상제도에 대한 인식과 신포괄지불제도에 대한 지지적인 태도에 미치는 영향요인을 파악하여 네덜란드에서 연구된 의료전문가들의 DRG정책 도입의지에 미치는 요인과 비교해보고 이를 통하여 성공적인 신포괄수가제 확대시행을 위한 기초적인 자료를 제공하고자 수행하였다.

이 연구는 그동안 의료인들의 의료제도에 대한 인식과 태도에 대한 실증적인 연구가 이루어지지 않은 것에 초점을 두고 의료인의 지불보상제도에 대한 인식 및 신포괄수가제도 도입 찬성에 미치는 요인을 파악하는데 큰 의의가 있다.

이 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 신포괄수가제도 도입에 대해 찬성의견을

가진 지방의료원 의사들의 인식을 살펴보면, 신포괄수가제도가 환자의 진료비 감소에 기여하는 제도라고 인식할수록 제도에 대하여 찬성의견을 보였다. 둘째, 신포괄수가제 도입 찬성에 미치는 영향요인으로는 전공의 수련병원, 근무지역, 신포괄수가제도가 환자의 진료비 감소 기여도에 대한 인식이 유의한 수준이었다.

이 연구의 결과는 신포괄수가제도에 대한 임상 의사들의 인식은 일반인, 병원 관리자, 공무원 등과 같은 이 제도에 대한 이해 관계자들과는 견해의 차이를 보이고 있다. 이러한 차이는 이 제도도입과 시행에 있어 갈등을 예측할 수 있다. 또한 이러한 결과는 공공의료기관의 의료전문가들이 정부주도의 특정정책의 도입과 실행시에 지지하거나 반대하는 이유를 이해하는데 도움이 될 수 있다. 이러한 결과를 볼 때 의사들이 새로운 정책 도입을 지지할 때 가장 중요하게 생각하는 요인은 개인의 자율성과 정책 도입의 효율성, 환자들의 진료서비스 선택권임을 알 수 있다. 따라서 정부에서는 의사들로 하여금 새로운 정책 도입을 지지하도록 하기 위해서 이러한 요인들에 대해 의료인들과 소통하려는 노력이 필요함을 시사한다.

참고문헌

- 강길원. (2008). DRG지불제도 도입경험과 개편의 필요성. 대한병원협회지 37(3):20-31
- 권순만 등. (2013). 신포괄수가제도 모형평가 및 개선방안 연구. 서울대학교 보건대학원, 국민건강보험공단.
- 김복순. (2003). DRG 지불제도의 수용도 영향요인에 관한 연구. 건양대학교 경영행정대학원 병원경영학 석사학위 논문
- 김선희. (2015). 신포괄수가 시범사업 운영을 통해서 본 현안과 개선방향. 2015년 국민건강보험 일산병원 심포지엄 -신포괄수가 시범사업의 현안과 발전방향-
- 김유정, & 최인희. (2014). 계획된 행위이론에 근거한대학생의 헌혈의도 및 헌혈행위 예측요인. 한국산학기술학회논문지, 15(6), 3789-3798.
- 김윤, 강길원, 박하영, 오인환, 정의신, 김연용, 김민주, 심현진. (2015). 신포괄수가 모형개선 연구. 건강보험심사평가원 연구보고서, 2015
- 김정희. (2002). 우리나라 건강보험의 급여범위와 본인부담 변화 건강보험포럼. 건강보험연구센터 34-50
- 박은철 등. (2014). 신포괄지불제도 시범사업(일산병원 4차, 지역거점 공공병원 2단계) 평가 연구. 연세대학교, 건강보험심사평가원.
- 박은철, 유기봉, 김재현, 권정아, 장성인, 최재우, 송해연, 한규태. (2014). 포괄지불제(bundled payment) 현황과 방향 의료정책연구소 연구보고서
- 박현숙. (2002). 포괄수가제 시범사업에 관한 의료인의 행위 및 태도 연구. 인제대 보건대학원 보건관리학 석사
- 서현기. (2000). 의료보험 및 진료비 지불제도에 대한 일부 종합병원 간호사의 인지도 조사 연구. 경희대학교 행정대학원 학위논문
- 손창우, 정설희, 이선주, 권순만(2011). DRG지불제도가 재원일수와 퇴원 후 외래방문일수에 미치는 영향:2004-2007년도 제왕절개술을 중심으로. J Pre Med Public Health (44):1:48-55
- 신동교, 이천균, 이상규, 강중구, 선영규, & 박은철(2013). 중증도 분류에 따른 진료비 차이. 보건행정학회지, 23(1), 35-43.
- 유승흠 & 이귀진(1999). 질병군별 포괄수가제 (DRG 지불제도) 시범사업에서 제왕절개산모의 의료서비스-서울시내 한 종합병원을 대상으로. 한국병원경영학회지 4(2):21-40
- 이고은. (2012). 포괄수가제 확대 시행에 대한 의료기관 종사자의 인지도 조사. 부산카톨릭대학교 대학원 석사학위 논문
- 정의신. (2014). 자유세션 2: 영국 PbR (Payment by Result) 경험이 우리나라 건강보험에 주는 시사점. 한국사회보장학회 정기학술발표논문집, 2014(1), 233-249.
- 정형선. (2014). 세션 2-1 신포괄수가: 도입과 과제: 일본 DPC 지불제도가 한국 신포괄수가에 주는 시사점 모색. 한국보건행정학회 학술대회논문집, 2014(2), 427-448.
- 최병호. (1998). DRG분류에 의한 선지불제도 고찰. 보건사회연구 18(2):54-81
- 최영순, & 태윤희. (2013). 신포괄지불제 비급여 진료비 관리방안. 한국보건행정학회 창립 25주년 기념 학술대회, 523-523.
- 최영순, 윤필경, 유창훈, & 태은숙. (2012). 신포괄수가제 시범사업 3개년 평가 연구. 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 태은숙, & 이상규. (2011). 신포괄지불제도하에서 동일 질병군의 진료비 변이 분석. 2011년도 후기 학술대회 연세집, 391-391.
- 하은. (2012). 일 지역 요양병원 간호사의 포괄수가제에 대한 인식 및 적용 후 간호업무 변화. 조선대학교 대학원 학위논문

- 한동운, 정형선, 김양균, 최수정, 김지우, 양훈식, 이상규, 이후연, 이근영, 지영건,(2011). 실폐괄수가 제 제2차 시범사업평가연구: 건강보험심사평가원, 2012.
- Bekkers, V. J. (Ed.). (2007). *Governance and the democratic deficit: assessing the democratic legitimacy of governance practices*. Ashgate Publishing, Ltd..
- Bell, R. A., Kravitz, R. L., Siefkin, A. D., & Foulke, G. E. (1997). Physicians' attitudes toward managed care: assessment and potential effects on practice behaviors. *Am J Manag Care*, 3(9), 1297-304.
- Deom, M., Agoritsas, T., Bovier, P. A., & Perneger, T. V. (2010). What doctors think about the impact of managed care tools on quality of care, costs, autonomy, and relations with patients. *BMC health services research*, 10(1), 1.
- Fässler, M., Wild, V., Clarinval, C., Tschopp, A., Faehnrich, J. A., & Biller-Andorno, N. (2015). Impact of the DRG-based reimbursement system on patient care and professional practise: perspectives of Swiss hospital physicians. *Swiss Med Wkly*, 145, w14080.
- Federman, A. D., & Keyhani, S. (2011). Physicians' participation in the Physicians' Quality Reporting Initiative and their perceptions of its impact on quality of care. *Health Policy*, 102(2), 229-234.
- Hironori Hamada. (2012). Effects of the per diem prospective payment system with DRG-like grouping system (DPC/PDPS) on resource usage and healthcare quality in Japan
- I. Ajzen. (1991). The theory of planned behaviour, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp.179-211.
- I. Ajzen, M. Fishbein. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*, Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall.
- Kaufmann, F. X. (1986). The relationship between guidance, control, and evaluation. *Guidance, control, and evaluation in the public sector: the Bielefeld interdisciplinary project*.
- L.G. Tummers, Steven Van de Walle. (2012). Explaining health care professionals' resistance to implement Diagnosis Related Groups: (No) benefits for society, patients and professionals. *Health Policy*
- Larson, M. S. (2003). Professionalism: The Third Logic (review). *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 458-462.
- M. Bottery. *Professionals and policy: management strategy in a competitive world* Routledge, London (1998)
- May PJ, Winter SC. (2009). Politicians, managers, and street-level bureau-crats: influences on policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory* 19:453
- Shou-Hsia Cheng, Chi-Chen Chen, Shu-Ling Tsai (2012) The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy* 107(1):202-208
- Thibadoux, G. M., Scheidt, M., & Luckey, E. (2007). Accounting and medicine: an exploratory investigation into physicians' attitudes toward the use of standard cost-accounting methods in medicine. *Journal of business ethics*, 75(2), 137-149.
- Tzavaras, A., Spyropoulos, B., & Gruen, R. (2006). Diagnosis Related Groups: Approval and suitability for the Greek National Health System. *Proceedings of ITAB*, 26-28.