한국치위생학회지 2011 ; 11(2) : 275-289

대전 · 충청지역 치과건강보험 요양급여비용 청구자의 인식도 분석조사

김성희 · 김민자[1] · 남용옥

원광보건대학교 치위생과 · [1]여주대학 치위생과

Analysis research about awareness of demanders of recuperation allowance for dental clinic health insurance in Daejun and Chunchung area

Sung-Hee Kim · Min-Ja Kim[1] · Yong-Ok Nam

Dept. of Dental Hygiene, Wonkwang Health Science University

[1]Dept. of Dental Hygiene, Yeo Ju College

ABSTRACT

Objectives : The recognition rate for issues and improving resolution for the recuperation income expense claim policy was examined.

Methods : 1,135 copies of survey have been sent to the group of people who have claimed the dental recuperation income expense to dental recuperation institutions in Daejeon, Chungcheong Do that are registered to the health insurance evaluation and estimation office as of the May 2010 and 207 surveys that were regarded to be sincere for answering were analyzed.

Results : Majority of respondence were belonged to the dentist institutions with more than 5 years of claim experiences as well as 10~50% of claim rate. The recognition of medical fee evaluation guideline was normal level, and negative recognition was higher to the health center with daily charge policy compare to the dental hospital and university affiliated dental center with treatment charge policy, Highest opinion for inappropriateness of dentist with significance was found ($p<0.05$). The openness of evaluation cases are regarded to be discharged through the transparent evaluation and most of the opinions for insurance claim evaluation adjustment are within the both 'Do not understand the evaluation guideline and program error of disease category, code and program' with significance($p<0.05$). The reaction after the evaluation adjustment was high in reflection on the claim process after examining the reason for the evaluation adjustment through the evaluation and estimation office and university affiliated dental institution and dental center was regarded to be most active and deputy reclaimment was seemed to be most actively discharge the objection registration task ($p<0.05$). The claim error improving resolution recognition was highly prioritized to the accurate charting for the disease title and treatment description, improving the setting of claim program, and most highly recognized by the university affiliated dental hospital/dental center and comparably low by health center($p<0.05$). and although the most of the responds of treatment description and browsing the medical fee was positive, 50% of dentists disagreed the idea so that this was creating a significant discrepancy with other groups($p<0.05$).

교신저자 : 남용옥 우) 570-750 전북 익산시 신용동 344-2번지 원광보건대학교 치위생과

전화 : 063-840-1261 Fax : 063-840-1269 E-mail : yonam@wu.ac.kr

접수일-**2011년 4월 4일** 수정일-**2011년 4월 25일** 게재확정일-**2011년 4월 25일**

Conclusions : From this research, the recognition of medical fee evaluation guideline for dental (university) hospital and dentists were negative and high adjustment experience was examined as lacking of evaluation guideline understanding and error of disease name, code and programs and deputy reclaimment, university affiliated dental hospital/dental center were most actively handle the objection registration tasks and dentists have objection on the treatment description and browsing the treatment fee so that if these indexes can be referred to implement into the recuperation income claim process, this can be regarded to be a opportunity to create mutual credibility between recuperation institution, treatment pensioner and the evaluation institutions.

Keywords : health insurance, recuperation income
색인 : 건강보험, 요양급여

1. 서론

건강보험은 의료비 부담을 가능한 한 다수의 사람에게 분산시키기 위한 재정적 기전으로[1] 의료서비스에 대한 경제적 어려움을 일부 또는 전부 제거하는 방법 중 하나이다[2]. 따라서 인간의 생존과 인간다운 생활의 기본이 되는 의료문제를 해결해줌으로써 빈곤하기 때문에 해결하지 못하는 의료문제를 해결해 주는 데 제일 큰 목표를 가진 국가의 복지정책이라 할 수 있다[3]. 우리나라의 의료보험제도는 1977년 도입 후 계속적인 수급대상자 확대과정을 거쳐 1989년 전국민에게 건강보험급여가 제공되고 있고 요양급여비용 심사제도는 2000년 7월 1일 건강보험 시행 전까지 보험자 단체인 '전국의료보험연합회' 에 의해 위탁 운영되었다[1]. 이 후 요양기관과 그 비용을 지급하는 보험자와의 상반되는 이해관계를 객관적이고 중립적인 입장에서 조정하려는 취지 하에 심사기구를 요양기관 및 보험자와 분리하여 2000년 7월 1일부터 독립된 기구로 건강보험심사평가원을 설립하게 되었다. 진료비 심사기구의 독립운영은 진료비의 공정하고 전문적인 심사뿐만 아니라 의료의 질 개선과 보험재정보호의 두 가지 목적을 균형 있게 달성하기 위한 것이었으나 그 설립 취지인 의료의 질 개선 및 보험재정 보호의 두 가지 목적 중 건강보험심사평가원의 모태인 의료보험연합회의 심사방식에서 벗어나지 못하고 보험 재정만을 고려한 심사를 함으로써 심사의 공정성이 부족하다고 인식하고 의료의 획일화 및 의료인의 전문성과 자율성을 침해하고 있다[4]. 의료는 시장의 원리가 제한되고 전문적인 특성을 지니고 있어 요양급여의 적용기준 및 방법을 제시할 때 추상적이고 대략적으로 규정함으로써 적정성의 여부가 논란이 되고 있으나 요양급여 적용기준은 의약계, 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원의 의견수렴을 거쳐 보건복지부 장관이 고시한 내용이므로 법령상의 효력을 지니게 된다. 따라서 요양기관에는 진료의 원칙이 되고 건강보험심사평가원에서는 심사평가의 기준이 되며 이를 위반한 경우 심사조정은 적법한 심사처분으로 간주되는 것이다[5]. 이러한 법령상의 효력에도 불구하고 요양급여비용 청구제도 및 산정기준을 인식하고 개선하고자 하는 노력은 부족한 상태이다. 또한 이와 관련된 교육과목도 대부분의 치과대학에서 개설되어 있지 않거나 설령 개설되어 있다 하더라도 간략한 개요정도만 교육과정의 내용 속에 포함되어 있는 실정이고 개원치의들의 건강보험강좌에 대한 참여도 또한 저조하다[6].

한편 요양급여 진료비용이 차지하는 비율이 높아 원무과를 따로 두거나 청구업무 전담 직원이 있는 일반 의과병원의 경우와 달리, 비급여 진료비용의 비율이 의과에 비해 상대적으로 높고 소규모로 운영되는 대부분의 치과의원은 원무과를 따로 두거나 청구업무를 독립적으로 수행하는 경우는 극히 드물어 요양급여비용 청구의 정확도와 효율성이 떨어지고 있다[6]. 치과요양급여비용 청구 프로그램은 '두번에, 한번에' 시스템 등 원클릭만으로 청구가 가능토록 편의성을 도모하다 보니 프로그램 세트화로 인한 과다청구와 임상진단명 상이 등 부적절한 청구오류를 야기해 청구자의 도덕적 해이를 조장할 수 있다. 이로 인해 건강보험심사평가원은 한정된 심사인력으로 청구 착오건의 전체 확인이 불가능하여 전산 심사를 도입하고 있으며 전산심사로 확인할 수 없는 건은 일일이 심사자가 건별 심사함으로써 심사의 효율

성은 저하되고 있다. 특히 행위별 수가제를 채택하고 있는 우리나라에서 요양급여비용 청구 금액은 의료인의 진료공급 양에 따라 그 많고 적음이 좌우된다. 따라서 요양기관에서는 진료비 수입을 통해 이윤의 극대화를 위해 노력할 것이며, 건강보험심사평가원은 요양급여비용의 적절한 관리와 통제를 가하는 비용 효과적 심사로서 국가 재정으로 운영 중인 건강보험 요양급여비용의 누수를 막기 위한 노력을 하게 된다. 이렇듯 상반된 이해관계 속에서 요양급여비용 청구제도의 문제점을 인식하고 개선하는 것은 정부 및 심사평가기관 · 요양기관 · 수진자 모두에게 반드시 필요하다. 이에 본 연구에서는 요양급여비용청구자들의 인식도조사를 통해 심사평가기관과 요양기관의 상호 신뢰성 회복 및 업무 효율성을 높이고 수진자의 적정 본인부담금 산정에도 도움이 될 수 있는 기초자료를 제공하기 위해 요양기관의 청구제도에 대한 인식도 조사와 청구 오류가 발생되는 원인을 알아보았다.

2. 연구대상 및 방법

2.1. 연구대상 및 방법

본 연구조사는 2010년 5월 현재 건강보험심사평가원에 등록된 대전광역시 및 충청 남 · 북도 소재 치과 요양기관 1,108개소와 보건소 27개소 등 총 1,135개소의 치과 요양급여비용 청구자를 대상으로 하였으며 2010년 6월 14일부터 7월 3일까지 3주간 설문조사를 실시하였다. 배포한 설문지 1,135부 중 우편회수 190부와 웹사이트 응답 27건으로 총 217개 기관이 응답하였으며 그 중 응답을 하지 않거나 부적합한 자료 10부를 제외한 유효응답 수 207부가 최종분석에 사용되었다. 설문에 대한 응답은 조사대상 치과 요양기관과 보건소의 요양급여비용 청구자에게 미리 전화로 관련내용을 설명하고 협조를 구했으며 우편으로 설문지 송부 시 웹사이트 주소를 동봉하여 편의에 따라 설문지 우편작성 또는 웹사이트 접속 후 응답하는 방식으로 진행되었다. 우편설문의 회수와 웹사이트 응답률을 높이기 위해 설문 발송 후 전화 또는 직접 방문하여 설문을 독려하였다.

2.2. 연구도구

본 연구에 사용된 설문지 설계는 일반적 특성, 청구제도 인식부분 중 심사기준 인식 관련 3문항, 심사조정 인식 관련 3문항, 청구개선방안 중 청구오류 개선방안 인식 관련 1문항, 진료비 열람확인 관련 1문항 등 총 9문항으로 구성되어 있다.

2.3. 통계처리

수집된 자료는 SPSS 18.0(ver.)을 사용하였다. 전체적인 응답빈도를 파악하고 필요성 및 중요도와 같은 인식수준분석을 위해서 빈도분석과 기술통계분석을 하였으며 심사제도에 대한 다양한 인식 및 개선방안의 의견차이를 파악하기 위해서 교차분석, 독립표본 t-test 분석을 이용하였고, 일반적 특성 중 세 집단 이상으로 구성된 경우 필요성, 중요도 등의 차이를 파악하기 위해 일원배치분산분석(one-way ANOVA)을 이용하였다.

3. 연구성적

3.1. 일반적 특성

연구대상 응답자의 일반적 특성은 표1과 같았다. 총 응답자 207명 중 치과의원 소속이 92.2%(191명)로 가장 높았다. 청구형태는 치과 내부 직원의 직접청구가 95.2%(197명)로 응답비율의 대부분을 차지했으며, 청구자의 직책은 55.1%(114명)가 치과위생사였으나, 간호조무사 및 진료보조원 19.8%(41명), 치과의사 11.6%(24명), 원무전담사무원 10.1%(21명)이 청구하는 비율도 적지 않았다. 하지만 대행청구 등으로 담당자가 없는 경우도 3.4%(7명) 있었다. 보험청구담당 경력은 5년 이상이 51.2% (106명)로 가장 높았으며, 보험청구비용의 비율은 10~30%가 47.8%(99명), 30~50%가 29.0%(60명) 순으로 나타났다〈표 1〉.

3.2. 진료비 심사기준에 대한 인식

건강보험 요양급여비용 청구제도에 대한 진료비 심사기준에 대한 인식은 '보통'이 57.0%로 가장 높았고, 진료비 심사기준의 적절성은 보통 수준으로 나타났으나 부적절하다는 부정적인 응답비율도 30.5%로 높았다. 현재의 진료비 심사기준에 대한 인식은 근무기관의 경우 일

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

변수	구분	N(명)	%(퍼센트)
	전체	**207**	**100.0**
근무기관	대학부속치과병원	2	1.0
	치과병원	8	3.9
	치과의원	191	92.2
	보건소	6	2.9
청구형태	치과 내부 직원이 직접청구	197	95.2
	치과의사협회 대행청구	7	3.4
	외부인 등 기타	3	1.4
직책	치과의사	24	11.6
	치과위생사	114	55.1
	간호조무사 및 진료보조원	41	19.8
	원무전담사무원	21	10.1
	대행청구 등으로 담당자 부재	7	3.4
보험청구 담당년수	1년 미만	17	8.2
	1~3년	42	20.3
	3~5년	33	15.9
	5년 이상	106	51.2
	대행청구 중	9	4.3
보험청구 비용의 비율	10% 미만	28	13.5
	10~30%	99	47.8
	30~50%	60	29.0
	50~70%	15	7.2
	70% 이상	2	1.0
	무응답	3	1.4

당수가제로 청구하고 있는 보건소는 '적절'이 33%, 행위별수가제인 대학부속치과병원과 치과병원은 '부적절'이 40%로 보건소가 상대적으로 적절에 대한 높은 응답을 보였고 직책으로는 치과의사는 '부적절'이 41.7%로 매우 높았으며, 원무전담사무원과 대행청구 등 담당자 부재의 경우는 '보통'이 71.4%로 가장 높았고 근무기관과 직책에서 모두 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 그 이외의 항목은 유의한 차이를 보이지 않아 특성과는 상관없이 전체 응답과 유사한 경향을 보였다〈표 2〉.

3.3. 진료비 심사기준에 대한 인식의 이유

현재의 진료비 심사기준에 대한 인식의 이유는 '진료현실을 반영하지 못한 심사기준'이 40.6%로 가장 높았고, '보험 재정을 고려한 심사기준' 28.0%, '심사 사례마다 다르게 적용되는 심사기준'이 18.4%, '의료의 획일화'가 6.8% 순이었다. 즉 대다수가 공정하고 객관적인 심사가 이루어진다는 생각보다는 진료 현실에 부합하거나 보험재정 절감 목적, 사례마다 다른 심사, 의료의 획일화를 만드는 심사 등 부정적인 이유를 언급하고 있었다. 심사기준에 대한 인식의 이유로 치과의원의 경

표 2. 진료비 심사기준에 대한 인식

변수	구분	적절	보통	부적절	전체	
	전체	26(12.6)	118(57.0)	63(30.5)	207(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	0(.0)	6(60.0)	4(40.0)	10(100)	χ^2=15.319
	치과의원	24(12.6)	112(58.6)	55(28.8)	191(100)	p=0.018*
	보건소	2(33.3)	0(.0)	4(66.6)	6(100)	
청구형태	직접 청구	25(12.7)	112(56.9)	60(30.5)	197(100)	χ^2=0.294
	대행청구/외부인	1(10.0)	6(60.0)	3(30.0)	10(100)	p=0.961
직책	치과의사	1(4.2)	9(37.5)	14(58.4)	24(100)	χ^2=22.592
	치과위생사	19(16.7)	66(57.9)	29(25.4)	114(100)	p=0.031*
	조무사/진료보조원	5(12.2)	23(56.1)	13(31.7)	41(100)	
	원무전담사무원	1(4.8)	15(71.4)	5(23.8)	21(100)	
	대행청구/담당부재	0(.0)	5(71.4)	2(28.6)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	8(13.6)	38(64.4)	13(22.0)	59(100)	χ^2=10.221
	3~5년	2(6.1)	14(42.4)	17(51.5)	33(100)	p=0.333
	5년 이상	15(14.2)	60(56.6)	31(29.2)	106(100)	
	대행청구	1(11.1)	6(66.7)	2(22.2)	9(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	2(7.1)	17(60.7)	9(32.2)	28(100)	χ^2=6.716
	10~30%	17(17.2)	53(53.5)	29(29.3)	99(100)	p=0.667
	30~50%	4(6.7)	38(63.3)	18(30.0)	60(100)	
	50% 이상	2(11.8)	8(47.1)	7(41.2)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

우 전체 응답결과와 유사한 반면 대학부속치과병원 및 치과병원, 보건소의 경우는 서로 다른 경향을 보였다($p<0.05$). 특히 대학부속치과병원 및 치과병원은 '공정하고 객관적인 심사'가 0%인 반면 보건소는 33.3%로 나타났고, 대학부속치과병원 및 치과병원은 '심사 사례마다 다르게 적용되는 심사기준'이 30%로 높은 반면 보건소의 경우는 0%로 나와 방문일당수가제로 청구되는 보건소의 경우 부정적 의견이 낮게 나왔다. 하지만 다른 일반적 특성에서 유의한 차이는 없었다〈표 3〉.

3.4. 특정기관에 적용된 심사사례 미공개에 대한 인식

특정기관에 적용된 심사사례 미공개에 대한 인식은 '투명한 심사를 위해서 모두 공개해야 한다'가 58.9%로 가장 높아 과반수가 공개를 해야 한다는 입장을 보였으며 특정기관에 적용된 심사사례 미공개에 대한 인식은 대행청구 및 외부인의 경우 '잘 모른다'는 응답이 50.0%로 가장 높았고, '공개할 필요가 없다'가 30.0%로 전체 응답결과와는 차이를 보였다. 즉, 대행청구 및 외부인 집단은 공개에 대해서 적극적인 입장을 보이고 있지는 않았고 보험 청구 비용의 비율도 10% 미만 혹은 50% 이상인 집단에서 '공개할 필요 없다'는 의견이 30% 내외로 다른 집단에 비해서 높게 나타났으며 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 하지만 다른 일반적 특성에서 유의한 차이는 없었다〈표 4〉.

3.5. 보험청구 심사조정에 대한 인식

보험청구 심사조정의 이유에 대한 인식으로는 '심사기준을 잘 알지 못해서'가 46.9%로 가장 높았으며, '병명, 코드 프로그램 오류'가 42.0%, '기타' 7.2% 순이

표 3. 진료비 심사기준에 대한 인식의 이유

변수	구분	공정 객관적 심사	보험재정 고려한 심사	현실반영 못한 심사기준	심사 사례마다 다른 심사기준	의료의 획일화	기타	전체	
	전체	12(5.8)	58(28.0)	84(40.6)	38(18.4)	14(6.8)	1(0.5)	207(100)	
근무 기관	대학병원/치과병원	0(.0)	2(20.0)	5(50.0)	3(30.0)	0(.0)	0(.0)	10(100)	χ^2=47.032
	치과의원	10(5.2)	55(28.8)	78(40.8)	35(18.3)	13(6.8)	0(.0)	191(100)	p=0.000***
	보건소	2(33.3)	1(16.7)	1(16.7)	0(.0)	1(16.7)	1(16.7)	6(100)	
청구 형태	직접청구	11(5.6)	56(28.4)	80(40.6)	36(18.3)	13(6.6)	1(0.5)	197(100)	χ^2=0.791
	대행청구/외부인	1(10.0)	2(20.0)	4(40.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(.0)	10(100)	p=0.978
직책	치과의사	1(4.2)	5(20.8)	11(45.8)	5(20.8)	2(8.3)	0(.0)	24(100)	χ^2=15.538
	치과위생사	6(5.3)	35(30.7)	50(43.9)	15(13.2)	7(6.1)	1(0.9)	114(100)	p=0.745
	조무사/진료보조원	4(9.8)	9(22.0)	13(31.7)	10(24.4)	5(12.2)	0(.0)	41(100)	
	원무전담사무원	1(4.8)	7(33.3)	6(28.6)	7(33.3)	0(.0)	0(.0)	21(100)	
	대행청구/담당부재	0(.0)	2(28.6)	4(57.1)	1(14.3)	0(.0)	0(.0)	7(100)	
보험 청구 담당 년수	3년 미만	2(3.4)	19(32.2)	18(30.5)	18(30.5)	2(3.4)	0(.0)	59(100)	χ^2=14.514
	3~5년	2(6.1)	8(24.2)	16(48.5)	5(15.2)	2(6.1)	0(.0)	33(100)	p=0.487
	5년 이상	7(6.6)	28(26.4)	46(43.4)	14(13.2)	10(9.4)	1(0.9)	106(100)	
	대행청구	1(11.1)	3(33.3)	4(44.4)	1(11.1)	0(.0)	0(.0)	9(100)	
보험 청구 비용 비율	10% 미만	2(7.1)	7(25.0)	10(35.7)	7(25.0)	2(7.1)	0(.0)	28(100)	χ^2=16.909
	10~30%	7(7.1)	28(28.3)	42(42.4)	16(16.2)	6(6.1)	0(.0)	99(100)	p=0.324
	30~50%	1(1.7)	17(28.3)	26(43.3)	12(20.0)	4(6.7)	0(.0)	60(100)	
	50% 이상	1(5.9)	6(35.3)	4(23.5)	3(17.6)	2(11.8)	1(5.9)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

었다. 즉 기준에 대해 숙지하지 못한 점을 가장 큰 이유로 들었고 '기타'의 의견은 '심사기준을 잘 알지 못해서' 또는 '병명, 코드 프로그램 오류' 두 가지 모두 해당된다는 중복 이유가 대부분이었다. 조정된 적이 없다는 응답은 2.4%에 불과하여 대다수가 조정된 경험이 있음을 알 수 있었다. 보험청구 심사조정의 이유로 보험청구 담당 연수를 살펴보면 대행청구의 경우 '이유 모름'의 응답이 상대적으로 높게 나타나 심사조정 사유에 대해 비교적 무관심한 양상을 보였으며, 3~5년의 경우는 '기타' 응답이 전체 응답에 비해 상대적으로 높게 나타났는데 이는 '심사기준을 잘 알지 못해' '병명, 코드 프로그램 오류' 두 가지 모두 해당한다는 의견이 대부분이었고 보험청구비용비율은 10% 미만과 50% 이상인 집단이 '병명, 코드 프로그램 오류'로 인해 조정된 경험이 상대적으로 높았으며 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 다른 일반적 특성에 따라서는 유의한 차이는 없었다〈표 5〉.

3.6. 심사조정 후 대처방법에 대한 인식

심사조정 후 대처방법에 대한 인식은 '심사평가원 지인에 심사조정 사유를 알아본 후 청구 시 반영'이 50.2%로 가장 높았으며, 다음이 '이의신청한다' 24.6%, '대처하지 않는다' 19.8% 순이었으며 '기타'의 견으로 '심사평가원 지인에 심사조정 이유를 알아본 후 다음 청구 시 반영' 또는 '이의 신청한다'는 중복 이유가 대부분이었다. 즉 과반수가 심사조정 사유를 인지하는 것에 적극적인 반응을 보였다. 심사조정 후 대처방법

표 4. 특정기관에 적용된 심사사례 미공개에 대한 인식

변수	구분	공개할 필요 없다	투명한 심사를 위해서 모두 공개해야 한다	잘 모른다	전체	
	전체	36(17.4)	122(58.9)	49(23.7)	207(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	2(20.0)	6(60.0)	2(20.0)	10(100)	χ^2=6.024
	치과의원	31(16.2)	115(60.2)	45(23.6)	191(100)	p=0.197
	보건소	3(50.0)	1(16.7)	2(33.3)	6(100)	
청구형태	직접청구	33(16.8)	120(60.9)	44(22.3)	197(100)	χ^2=6.741
	대행청구/ 외부인	3(30.0)	2(20.0)	5(50.0)	10(100)	p=0.034*
직책	치과의사	4(16.7)	16(66.7)	4(16.7)	24(100)	χ^2=14.329
	치과위생사	20(17.5)	70(61.4)	24(21.1)	114(100)	p=0.074
	조무사/진료보조원	7(17.1)	19(46.3)	15(36.6)	41(100)	
	원무전담사무원	3(14.3)	16(76.2)	2(9.5)	21(100)	
	대행청구/담당부재	2(28.6)	1(14.3)	4(57.1)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	8(13.6)	36(61.0)	15(25.4)	59(100)	χ^2=8.353
	3~5년	3(9.1)	22(66.7)	8(24.2)	33(100)	p=0.213
	5년 이상	22(20.8)	62(58.5)	22(20.8)	106(100)	
	대행청구	3(33.3)	2(22.2)	4(44.4)	9(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	8(28.6)	12(42.9)	8(28.6)	28(100)	χ^2=13.377
	10~30%	15(15.2)	65(65.7)	19(19.2)	99(100)	p=0.037*
	30~50%	5(8.3)	37(61.7)	18(30.0)	60(100)	
	50% 이상	6(35.3)	8(47.1)	3(17.6)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

에 대해 근무기관의 형태를 살펴보면, 치과의원은 전체 응답 비율과 유사한 반면 대학부속치과병원/치과병원은 '대처하지 않는다'가 0%로 적극적으로 대처하는 것을 알 수 있었다. 직책에서는 치과의사는 '대처하지 않는다'가 37.5%로 가장 높았고 대행청구 등 담당자가 부재인 경우는 바로 이의신청하는 비율이 42.9%로 높았는데 이는 대행청구자가 적극적으로 이의신청 업무를 맡아 처리하고 있기 때문인 것으로 보인다. 보험청구비용 비율에서는 50% 이상의 경우 '대처하지 않는다'가 35.3%로 전체 응답에 비해 상대적으로 높았으며, 의료기관, 직책, 보험청구비용의 비율 모두 유의한 차이가 있었다.($p<0.05$), 다른 일반적 특성은 유의한 차이가 나타나지 않았다〈표 6〉.

3.7. 이의신청을 하지 않은 이유

이의신청을 하지 않은 이유로는 '치과 착오 청구이므로'가 28.9% '기타' 27.4%, '심사평가원과의 대화가 불편해서' 20.9%, '심사기준을 잘 몰라서' 11.4%, '귀찮아서' 11.4% 순이었다. '기타' 의견은 '치과 착오 청구' 또는 '심사기준을 잘 몰라서', '심사평가원과의 대화가 불편해서' 두 가지 이상 중복응답이거나 '이의신청 금액이 적어서' 하지 않는다는 의견, '이의신청을 하고 있다' 등으로 나타났으나 유의한 차이는 없었다〈표 7〉.

3.8. 청구오류 개선방안에 관한 인식

청구오류 개선방안에 대한 인식은 '병명/치료내용의 정확한 차팅'이 평균 4.14로 가장 높았으며 '청구 프로그램 세팅 보완'이 4.11 '보험 심사기준 강의참여 및 확

표 5. 보험청구 심사조정에 대한 인식

변수	구분	심사기준 잘 알지 못해서	병명, 코드 프로그램 오류	이유 모름	심사 조정된 적 없음	기타	전체	
	전체	97(46.9)	87(42.0)	3(1.4)	5(2.4)	15(7.2)	207(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	6(60.0)	3(30.0)	0(.0)	0(.0)	1(10.0)	10(100)	χ^2=2.059
	치과의원	88(46.1)	81(42.4)	3(1.6)	5(2.6)	14(7.3)	191(100)	p=0.979
	보건소	3(50.0)	3(50.0)	0(.0)	0(.0)	0(.0)	6(100)	
청구형태	직접청구	91(46.2)	85(43.1)	2(1.0)	5(2.5)	14(7.1)	197(100)	χ^2=7.265
	대행청구/외부인	6(60.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(.0)	1(10.0)	10(100)	p=0.123
직책	치과의사	10(41.7)	12(50.0)	1(4.2)	0(.0)	1(4.2)	24(100)	χ^2=17.350
	치과위생사	51(44.7)	49(43.0)	1(.9)	5(4.4)	8(7.0)	114(100)	p=0.363
	조무사/진료보조원	21(51.2)	17(41.5)	0(.0)	0(.0)	3(7.3)	41(100)	
	원무전담사무원	12(57.1)	7(33.3)	0(.0)	0(.0)	2(9.5)	21(100)	
	대행청구/담당부재	3(42.9)	2(28.6)	1(14.3)	0(.0)	1(14.3)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	32(54.2)	23(39.0)	0(.0)	1(1.7)	3(5.1)	59(100)	χ^2=24.215
	3~5년	15(45.5)	11(33.3)	0(.0)	0(.0)	7(21.2)	33(100)	p=0.019*
	5년 이상	45(42.5)	51(48.1)	2(1.9)	4(3.8)	4(3.8)	106(100)	
	대행청구	5(55.6)	2(22.2)	1(11.1)	0(.0)	1(11.1)	9(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	6(21.4)	16(57.1)	0(.0)	3(10.7)	3(10.7)	28(100)	χ^2=23.864
	10~30%	54(54.5)	37(37.4)	1(1.0)	0(.0)	7(7.1)	99(100)	p=0.021*
	30~50%	31(51.7)	23(38.3)	2(3.3)	2(3.3)	2(3.3)	60(100)	
	50% 이상	6(35.3)	9(52.9)	0(.0)	0(.0)	2(11.8)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

대' 가 4.08 순이었다. '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 은 3.80으로 가장 낮았다. 근무기관은 '보험심사기준 강의 참여 및 확대' 문항에서 대학부속치과병원/치과병원의 경우 전체 응답에 비해 매우 높게 나타났으며, 보건소가 가장 낮았고 유의한 차이가 있었다. '청구 프로그램 세팅 보완' 문항에서는 대학부속치과병원/치과병원이 상대적으로 높은 점수를 보여 청구 프로그램 세팅 보완' 에 대한 요구가 가장 높았다. '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 문항은 대학부속치과병원/치과병원이 4.70점으로 상대적으로 매우 높게 나타나 보험청구 자체심사 전문인력 양성에 대한 요구가 타 기관에 비해 높았다. 그리고 '병명/치료내용의 정확한 차팅' 문항을 제외한 문항에 대해 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 직책은 '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 문항에서 치과의사가 2.96으로 가장 낮았고 치과위생사와 간호조무사 및 진료보조원, 원무전담사무원과 대행청구 순으로 '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 에 대한 필요성을 크게 느끼는 것으로 나타났다. 담당자 부재의 경우 평균 3.71로 매우 높았는데 치과의사는 '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 을 위한 전문인력 채용에 따른 경제적인 부담감을 배재할 수 없었던 것으로 사료되는 반면 치과위생사나 간호조무사 · 진료보조 · 원무전담사무원 등은 이에 대한 부담 없이 치과 보험청구 오류개선을 위한 하나의 방법으로 선호하고 있음을 알 수 있었고 유의한 차이가 있었다($p<0.05$)〈표 8〉.

표 6. 심사조정 후 대처방법 인식

변수	구분	대처하지 않는다	심평원, 지인에 조정 사유를 알아본 후 다음 청구시 반영	이의신청 한다	기타	전체	
	전체	41(19.8)	104(50.2)	51(24.6)	11(5.3)	207(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	0(.0)	3(30.0)	3(30.0)	4(40.0)	10(100)	χ^2=27.255
	치과의원	40(20.9)	98(51.3)	46(24.1)	7(3.7)	191(100)	p=0.000***
	보건소	1(16.7)	3(50.0)	2(33.3)	0(.0)	6(100)	
청구형태	직접청구	40(20.3)	99(50.3)	47(23.9)	11(5.6)	197(100)	χ^2=2.075
	대행청구/외부인	1(10.0)	5(50.0)	4(40.0)	0(.0)	10(100)	p=0.557
직책	치과의사	9(37.5)	6(25.0)	7(29.2)	2(8.3)	24(100)	χ^2=23.227
	치과위생사	18(15.8)	62(54.4)	29(25.4)	5(4.4)	114(100)	p=0.026*
	조무사/진료보조원	11(26.8)	25(61.0)	4(9.8)	1(2.4)	41(100)	
	원무전담사무원	2(9.5)	8(38.1)	8(38.1)	3(14.3)	21(100)	
	대행청구/담당부재	1(14.3)	3(42.9)	3(42.9)	0(.0)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	10(16.9)	31(52.5)	14(23.7)	4(6.8)	59(100)	χ^2=2.401
	3~5년	6(18.2)	17(51.5)	8(24.2)	2(6.1)	33(100)	p=0.983
	5년 이상	24(22.6)	51(48.1)	26(24.5)	5(4.7)	106(100)	
	대행청구	1(11.1)	5(55.6)	3(33.3)	0(.0)	9(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	6(21.4)	13(46.4)	4(14.3)	5(17.9)	28(100)	χ^2=17.511
	10~30%	15(15.2)	55(55.6)	27(27.3)	2(2.0)	99(100)	p=0.041*
	30~50%	14(23.3)	27(45.0)	15(25.0)	4(6.7)	60(100)	
	50% 이상	6(35.3)	7(41.2)	4(23.5)	0(.0)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

3.9. 진료비 열람확인에 대한 인식

전자의무기록 · 전자건강기록 등을 통한 진료내역 · 진료비 열람에 대한 인식은 '편의성이 선행된다면 실행 가능' 이 57.9%로서 과반수 이상이었고, '찬성' 이 19.3%, '반대' 는 17.9%순이었다. 치과의사는 반대가 50%로 가장 높아 다른 집단과 큰 차이를 보였고 직책에 따라 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 직책을 제외하고는 전체 응답과 유사한 의향을 보였다〈표 9〉.

4. 총괄 및 고안

대부분의 국가는 사회보장제도인 사회보험이 건강보험부터 시작되고 있다[7]. 하지만 우리나라의 현행 진료비심사제도는 진료비의 획일화, 규격화를 초래함은 물론 보험자단체의 일방적 심사조정으로 인해 요양취급기관의 많은 손해를 주고 있는 것이 사실이다[8]. 이에 대부분의 종합병원급 의료기관에서는 악화일로의 병원경영을 타개하기 위하여 관리비용의 증가에도 불구하고 전문인력과 행정조직을 신설하여 자체심사제도를 도입하고 있다[9]. 자체심사제도란 요양기관에서 수진자에게 제공된 의료서비스의 내용이 누락 또는 과다 산정된 부분이 있는지 여부를 자체심사요원이 자율적으로 검토하여 심사 · 조정한 후 건강보험심사평가원에 요양급여비용을 청구함으로써 요양급여비용 청구 누락을 방지하고 부적절한 청구내용이 발생하지 않도록 점검하는 제도이다[9]. 자체심사제도를 통해 의료기관은 자발적으로 적정

표 7. 이의 신청을 하지 않은 이유

변수	구분	심사기준을 잘 몰라서	심평원과의 대화가 불편해서	귀찮아서	치과 착오 청구이므로	기타	전체	
	전체	23(11.4)	42(20.9)	23(11.4)	58(28.9)	55(27.4)	201(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	2(20.0)	1(10.0)	0(.0)	2(20.0)	5(50.0)	10(100)	χ^2=6.265
	치과의원	20(10.8)	40(21.5)	23(12.4)	55(29.6)	48(25.8)	186(100)	p=0.618
	보건소	1(20.0)	1(20.0)	0(.0)	1(20.0)	2(40.0)	5(100)	
청구형태	직접청구	22(11.5)	40(20.8)	21(10.9)	57(29.7)	52(27.1)	192(100)	χ^2=2.116
	대행청구/외부인	1(11.1)	2(22.2)	2(22.2)	1(11.1)	3(33.3)	9(100)	p=0.714
직책	치과의사	1(4.2)	7(29.2)	4(16.7)	5(20.8)	7(29.2)	24(100)	χ^2=17.951
	치과위생사	13(11.7)	25(22.5)	9(8.1)	34(30.6)	30(27.0)	111(100)	p=0.327
	조무사/진료보조원	8(20.0)	6(15.0)	6(15.0)	10(25.0)	10(25.0)	40(100)	
	원무전담사무원	0(.0)	2(10.5)	2(10.5)	9(47.4)	6(31.6)	19(100)	
	대행청구/담당부재	1(14.3)	2(28.6)	2(28.6)	0(.0)	2(28.6)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	8(13.8)	11(19.0)	4(6.9)	16(27.6)	19(32.8)	58(100)	χ^2=12.693
	3~5년	2(6.7)	8(26.7)	3(10.0)	7(23.3)	10(33.3)	30(100)	p=0.392
	5년 이상	12(11.4)	21(20.0)	13(12.4)	35(33.3)	24(22.9)	105(100)	
	대행청구	1(12.5)	2(25.0)	3(37.5)	0(.0)	2(25.0)	8(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	0(.0)	7(25.9)	1(3.7)	10(37.0)	9(33.3)	27(100)	χ^2=11.388
	10~30%	12(12.6)	20(21.1)	13(13.7)	26(27.4)	24(25.3)	95(100)	p=0.496
	30~50%	9(15.0)	10(16.7)	9(15.0)	18(30.0)	14(23.3)	60(100)	
	50% 이상	2(12.5)	5(31.3)	0(.0)	4(25.0)	5(31.3)	16(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$ (무응답자 6명 제외 후 분석)

진료의 유형과 기준을 정립하고 정확한 본인부담금의 징수로 수진자에 신뢰감을 쌓을 수 있게 된다. 또한 요양급여비용의 심사조정금액 발생을 최소화하며 지급을 신속하게 함으로써 의료기관의 수익 증대에 기여하게 된다. 하지만 대부분의 치과의원은 원무과를 따로 두거나 청구업무를 독립적으로 수행하는 경우는 극히 드물어 요양급여비용 청구의 정확도와 효율성이 떨어지고 있다. 의과분야에서는 위의 경우처럼 병원경영 합리화를 위한 효율적인 간호인력 활용방법으로 간호사들이 보험심사 간호사로서 전문적인 심사와 청구업무를 담당하고 있다[10]. 치과요양기관에서도 의과의 심사간호사와 같이 치과 요양급여비용 청구 · 심사 전문인력의 양성이 필요하다. 전문인력을 통하여 자체심사를 함으로써 의료기관에는 진료비 수익의 증대를 꾀할 수 있으며, 심사평가기관 입장에서는 착오 청구 등의 오류를 줄임으로써 심사기한을 단축시키고 요양기관과의 잦은 마찰을 줄이며 건전한 청구 풍토를 조성할 수 있게 될 것이다. 본 연구에서는 치과 병 · 의원의 청구업무의 55.1%가 치과위생사에 의해 청구되었는데, 이는 장 등의 연구[6]에서 보험청구업무의 대부분이 치과의사 또는 치과위생사가 담당하고 있으며 대행청구는 20% 미만이라고 한 연구와 일치하였다. 병원의 경영합리화와 환자의 적정진료를 유도하기 위해 요양급여비용의 청구업무에서 치과위생사의 역할이 매우 중요하다는 것을 인식할 수 있었으며, 이는 진료내역에 대해 전문지식을 인식하는 것이 간호사의 주요한 역할이라고 한 연구들[11,12]에서와 유사

표 8. 청구오류 개선방안에 대한 인식

변수	구분		보험심사기준 강의참여 및 확대		청구 프로그램 세팅 보완		병명/치료내용의 정확한 챠팅		치과 내 보험청구 자체심사 전문 인력 양성	
		N	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
	전체	207	4.08	0.89	4.11	0.91	4.14	0.93	3.80	1.09
근무기관	대학병원/치과병원	10	4.90	0.32	4.70	0.48	4.70	0.67	4.70	0.48
	치과의원	191	4.04	0.89	4.06	0.92	4.10	0.94	3.75	1.09
	보건소	6	4.00	0.89	4.67	0.52	4.50	0.55	3.83	1.17
	F-value			4.645		3.571		2.468		3.673
	p			0.011*		0.030*		0.087		0.027*
청구형태	직접청구	197	4.09	0.88	4.09	0.91	4.14	0.94	3.80	1.10
	대행청구/외부인	10	3.90	1.10	4.50	0.85	4.10	0.88	3.80	0.79
	t-value			0.666		-1.389		0.139		0.006
	p			0.506		0.166		0.889		0.995
직책	치과의사	24	3.75	0.99	4.04	1.00	4.00	1.02	2.96	1.23
	치과위생사	114	4.22	0.86	4.13	0.95	4.22	0.95	3.93	1.05
	조무사/진료보조	41	3.93	0.85	4.20	0.84	4.00	0.84	3.88	1.08
	원무전담사무원	21	4.05	0.74	3.81	0.68	4.14	0.91	3.95	0.86
	대행청구/담당부재	7	4.00	1.29	4.43	0.98	4.14	1.07	3.71	0.95
	F-value			1.898		0.926		0.568		4.421
	p			0.112		0.450		0.686		0.002**
보험청구 담당년수	3년 미만	59	4.07	0.85	4.20	0.87	4.27	0.74	4.02	0.96
	3~5년	33	4.18	0.77	4.03	0.81	3.85	1.00	3.85	1.09
	5년 이상	106	4.07	0.93	4.06	0.96	4.15	0.99	3.67	1.17
	대행청구	9	4.00	1.12	4.44	0.88	4.22	0.97	3.78	0.83
	F-value			0.180		0.817		1.505		1.311
	p			0.910		0.486		0.214		0.272
보험청구 비용비율	10% 미만	28	4.04	0.88	4.07	0.90	4.14	0.97	3.89	0.92
	10~30%	99	4.16	0.84	4.05	0.90	4.13	0.90	3.78	1.03
	30~50%	60	3.97	0.88	4.22	0.87	4.15	0.90	3.82	1.21
	50% 이상	17	4.29	1.10	4.35	1.06	4.29	1.10	3.94	1.30
	F-value			0.940		0.826		0.151		0.160
	p			0.422		0.481		0.929		0.923

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

하게 치과병의원의 요양급여비용 청구업무에서의 치과위생사의 역할도 간호사와 동등하게 중요성이 있음을 인식할 수 있었다. 따라서 전문심사치과위생사가 양성되기 이전이라도 이들에 대한 건강보험요양급여 청구에 대한 교육을 통해 합법적인 범위 내에서 요양급여비용 청구의 극대화를 위해 심사기준을 정확히 파악하고 이

표 9. 치료내용과 진료비를 열람하는 제도에 대한 의향

변수	구분	찬성	편의성이 선행된다면 실행 가능	반대	잘 모르겠다	기타	전체	
	전체	40(19.3)	118(57.0)	37(17.9)	11(5.3)	1(.5)	207(100)	
근무기관	대학병원/치과병원	1(10.0)	8(80.0)	1(10.0)	0(.0)	0(.0)	10(100)	χ^2=11.527
	치과의원	35(18.3)	109(57.1)	35(18.3)	11(5.8)	1(.5)	191(100)	p=0.174
	보건소	4(66.7)	1(16.7)	1(16.7)	0(.0)	0(.0)	6(100)	
청구형태	직접청구	36(18.3)	115(58.4)	35(17.8)	10(5.1)	1(.5)	197(100)	χ^2=4.180
	대행청구/외부인	4(40.0)	3(30.0)	2(20.0)	1(10.0)	0(.0)	10(100)	p=0.382
직책	치과의사	3(12.5)	8(33.3)	12(50.0)	0(.0)	1(4.2)	24(100)	χ^2=35.554
	치과위생사	25(21.9)	70(61.4)	13(11.4)	6(5.3)	0(.0)	114(100)	p=0.003**
	조무사/진료보조원	6(14.6)	23(56.1)	8(19.5)	4(9.8)	0(.0)	41(100)	
	원무전담사무원	5(23.8)	14(66.7)	2(9.5)	0(.0)	0(.0)	21(100)	
	대행청구/담당부재	1(14.3)	3(42.9)	2(28.6)	1(14.3)	0(.0)	7(100)	
보험청구 담당년수	3년 미만	9(15.3)	36(61.0)	11(18.6)	3(5.1)	0(.0)	59(100)	χ^2=8.767
	3~5년	3(9.1)	24(72.7)	4(12.1)	2(6.1)	0(.0)	33(100)	p=0.723
	5년 이상	26(24.5)	54(50.9)	20(18.9)	5(4.7)	1(.9)	106(100)	
	대행청구	2(22.2)	4(44.4)	2(22.2)	1(11.1)	0(.0)	9(100)	
보험청구 비용비율	10% 미만	7(25.0)	14(50.0)	5(17.9)	2(7.1)	0(.0)	28(100)	χ^2=10.533
	10~30%	17(17.2)	63(63.6)	13(13.1)	6(6.1)	0(.0)	99(100)	p=0.569
	30~50%	12(20.0)	29(48.3)	16(26.7)	2(3.3)	1(1.7)	60(100)	
	50% 이상	4(23.5)	10(58.8)	3(17.6)	0(.0)	0(.0)	17(100)	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

기준 내에서 가능한 한 많은 진료비를 청구할 수 있는 방안을 필연적으로 마련하여야 할 것으로 사료되었다. 또한 보험청구경력은 51.2%가 5년 이상으로 업무에 대한 전문성을 키울 수 있는 인력으로서 자리매김이 가능한 것으로 보여지며, 보험청구비율은 10~30%가 47.8%였는데 이는 대체로 25~50%라고 한 장의 연구보다 낮게 나타났다. 이는 최근 임플란트 등 건강보험급여가 적용되지 않은 치과진료가 더 많이 늘어난 것으로 추정되었다[6]. 본 조사에서 현재의 진료비 심사기준이 적절한지에 대한 의견은 '적절' 12.6%에 그쳐 '보통' 57.0%, '부적절' 23.7%, '매우 부적절' 6.8%로 과반수가 보통 수준 또는 부적절하다는 응답이 더 많이 나타나 현재 의료보험심사평가원의 심사기준에 부정적인 반응을 보였는데 이는 개원치의를 공정하고 적절한 심사를 한다는 생각이 극소수에 불과했다는 장 등[6]의 연구와 심사기준을 명확히 하여 불이익을 최소한으로 줄여야 한다고 한 김[13]의 연구와도 유사한 결과를 보였다. 이 진료비심사 규정이 난해하고 부당한 현재의 진료비 심사기준에 대한 부정적 인식의 이유로는 '진료현실을 반영하지 못한 심사기준'이 40.6%로 가장 높았고 '보험재정을 고려한 심사'가 28.0%, '심사사례마다 다르게 적용되는 심사기준'이 18.4%, '의료의 획일화'가 6.8% 등이었다. 이렇게 요양급여비용의 심사기준과 내용이 심사자에 따라 다르게 이루어지고 있는 점에 대해 요양기관의 불만이 가시화 되자 건강보험심사평가원은 심사일관성 향상을 위해 심사자 또는 심사부서별 심사조정정보를 공유하는 심사조정정보공유시스템을 2008년부터 구축 운영하여 심사조정내역, 심사소견, 심사의뢰서 등 심사관련 주요

정보를 데이터베이스에 누적 관리하는 것으로 밝힌 바 있다[14]. 그러나 의료계에서는 여전히 심사의 일관성 문제가 해결되지 않고 있다는 의견이 지배적이다. 따라서 치과의원을 포함하여 대다수를 차지하는 의원급 개원의 및 청구자를 위한 교육내용의 실정 파악이 시급하며 교육장소가 요양기관과 근접한 거리에서 실시되는 것은 물론 진료시간 이후 또는 주말 · 공휴일을 이용하여 교육함으로써 시간선택의 범위를 넓혀야 할 것이며 교육내용을 이메일 등으로 송부하는 등 서비스 제공에 적극적인 조치가 필요할 것으로 사료된다. 특정기관에 적용된 심사사례 미공개에 대한 인식은 '투명한 심사를 위해서 모두 공개해야 한다'가 58.9%로 가장 높은 데 반해 '대행청구 및 외부인은 잘 모른다'와 '공개할 필요가 없다'가 무려 80%로 나타나 공개에 대해 적극적인 입장을 나타내지 않았다. 현재 공개적으로 명시되는 심사고시 이외에 구체적인 심사사례 부분에 대한 의료계측의 공개요구에 대하여 건강보험심사평가원은 홈페이지 · 서적을 통해 심사기준(보건복지부 고시, 행정해석, 심사지침)만을 외부 공개할 뿐 심사사례는 소수건만 공개하고 있고 대부분의 심사사례는 전체 요양기관에 보편타당하게 적용할 수 없다는 이유로 내부공개를 원칙으로 하고 있으며, 2004년 3월 8일 첫 심사사례를 건강보험심사평가원 홈페이지에 게재하기 시작한 후 치과관련 분야 심사사례 공개건수를 조사해본 결과 2004년 2안건, 2005년 2안건, 2006년 0안건, 2007년 5안건, 2008년9건, 2009년 2안건만을 공개한 것을 확인할 수 있었다[15].

보험 청구 심사조정의 이유로는 '심사기준을 잘 알지 못해서' 46.9%, '병명 · 코드 프로그램 오류'가 42.0%의 순으로 나타났는데 심사기준을 잘 알지 못하거나 병명, 코드 프로그램 오류로 인해 심사조정되는 사유가 대부분을 차지하고 조정된 경험이 상대적으로 높았고 유의한 차이가 있었다. 따라서 향후 심사기준 교육 시스템 보완이 필요하며 정확한 진료기록부 작성과 프로그램 세트화 청구의 보완이 시급하였으며, 심사조정 후 대처방법으로 '심평원 지인에 심사조정 사유를 알아본 후 다음 청구 시 반영'이 50.2%, '이의신청한다'가 24.6%로 적극적인 대응을 하는 요양기관이 '대처하지 않는다' 19.8%의 요양기관에 비해 매우 높았고 근무기관, 직책, 보험청구비용의 비율은 유의한 차이를 보였다. 특히 근무기관 중 대학부속치과병원과 치과병원은 매우 적극적으로 대처하고 있었고 직책에서는 치과의사 '대처하지 않는다'가 37.5%로 가장 높아 다른 직책과 차이를 보였는데 이는 대행청구자가 적극적으로 이의신청 업무를 맡아 처리하고 있기 때문인 것으로 사료되나 목[16]의 연구에서 60.9%의 치과의사가 귀찮아서 이의신청을 하지 않는다는 비율보다는 약간 낮아졌음을 알 수 있었다. 또한 치과요양기관은 심사조정 발생 시 그 사유 인지에 대해 적극적인 반응을 보였는데 특히 대학부속치과병원 및 치과병원은 청구업무 전담 직원을 통해 이의신청 및 심사조정 사유 인지에 적극적인 자세를 취하고 있었다. 이의신청을 하지 않은 이유는 '치과 착오 청구이므로' 28.9%. '기타' 27.4%, '심평원과의 대화가 불편해서' 20.9%, '심사기준을 잘 몰라서' 11.4%, '귀찮아서' 11.4%순으로 1994년 목의 연구[16]에서보다 '귀찮아서'는 많이 줄어들었으나 요양기관과 건강보험심사평가원의 의사소통이 좀 더 필요하며 심평원은 다양한 요양기관의 요구에 주목해야 할 필요성을 보였다. 청구오류 개선 방안에 대한 인식은 대학부속치과병원 및 치과병원이 '보험 심사기준 강의 참여 및 확대'와 '청구 프로그램 세팅 보완', '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 부분이 타 근무기관에 비해 상대적으로 높은 점수를 보여 청구오류 개선에 대해 매우 많은 관심을 갖고 있었다. '치과 내 보험청구 자체심사 전문인력 양성' 문항에서 직책별로는 치과의사가 2.96으로 자체심사 전문인력 양성에 대한 필요성을 크게 느끼는 것으로 나타났고 치과위생사나 간호조무사 · 진료보조원 · 원무전담사무원 · 대행청구 등 담당자 부재인 경우에 비해 낮았는데 이는 치과운영의 주체인 치과의사는 자체심사 전문인력 채용에 따른 경제적 부담감을 배제할 수 없었기 때문에 나타난 결과로 해석된다. 또한 전자의무기록 · 전자건강기록 등을 통한 진료내역 · 진료비 열람에 대해서는 '편의성이 선행된다면 실행 가능'이 57.9%, '찬성' 9.3%, '반대' 17.9%로 과반수 이상이 정보 열람에 긍정적인 대답을 하였는데 이는 국가 입장에서는 건강보험 재정의 누수를 막아 합리적인 재정 집행을 이루고, 심사평가기관은 근거중심의 적정 심사평가기준을 마련하여 요양기관 교육지원 확대 및 의료의 질 평가 확대로 국민의 건강증진을 도모하며, 요양기관의 업무효율성 증대

와 도덕적 해이를 방지하기 위해서도 필요한 것으로 사료되었다[17]. 진료내역 · 진료비 열람에 대해 치과의사는 '반대' 의견이 50.0%로 높아 다른 집단과 큰 차이를 보였는데 이는 개원치의들이 현실적으로 실천하기 어려운 심사규정지침에 부정적 견해가 많다고 한 장의 연구[6]에서 그 이유를 알 수 있었다. 하지만 정보 열람을 통한 진료내역 및 진료비 내역을 환자에게 공개하는 것은 허위 · 부당 · 착오 청구 등의 청구 오류를 방지할 수 있고 요양기관과 진료수급자, 심사기관 상호 간에 신뢰를 구축할 수 있을 것으로 사료되는 바 열람제도는 반드시 필요한 것으로 사료되었다.

5. 결론

본 연구에서는 요양급여비용 청구제도의 문제점과 개선방안에 대한 인식도를 알아보기 위해 2010년 5월 현재 건강보험심사평가원에 등록된 대전광역시 및 충청남 · 북도 소재 치과 요양기관의 치과 요양급여비용 청구자를 대상으로 1,135매의 설문지를 발송하고 그 중 회신된 설문지 중 비교적 답변에 성실했다고 판단된 207매의 설문지를 분석해 본 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 응답자의 대부분이 치과의원 소속이었으며 주로 치과 내부 직원의 청구경력은 5년 이상이 가장 많았으며 청구비율은 10~50%가 대부분이었다.
2. 진료비 심사기준에 대한 인식은 보통수준이었으며, 부정적 인식은 일당수가제로 청구하는 보건소가 행위별 수가제로 청구하는 대학부속치과병원과 치과병원에 비해 높았고, 직책상으로는 치과의사가 부적절하다는 의견이 가장 높았으며 모두 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 인식의 이유로 대다수가 공정하고 객관적인 심사가 이루어진다는 생각보다는 진료현실에 부합하는 등 부정적인 이유를 나타냈다.
3. 심사사례의 공개는 투명한 심사를 위해 해야 한다고 생각하고 있으며, 보험청구의 심사조정에 대해서는 '심사기준을 잘 알지 못해', '병명, 코드 프로그램 오류' 두 가지 모두 해당한다는 의견이 대부분으로 이와 관련해서 조정된 경험이 상대적으로 높았고 유의한 차이가 있었다($p<0.05$).
4. 심사조정 후 대처방법은 '심사평가원 지인에 심사조정 사유를 알아본 후 청구 시 반영한다'가 가장 높았고 대학부속치과병원/치과병원이 가장 적극적으로 대처하고 있었으며 직책상으로는 대행청구자가 이의신청 업무를 가장 적극적으로 처리하고 있었고 유의한 차이가 있었다($p<0.05$).
5. 이의신청을 하지 않은 이유로는 '심사평가원과의 대화가 불편해서'가 20.9%로 건강보험심사평가원과 요양기관 간의 의사소통 다양화와 요양기관 중심의 대화로 변화할 것을 요구하는 것으로 보이나 유의한 차이는 없었다.
6. 청구오류 개선방안에 대한 인식은 병명/치료내용의 정확한 차팅, 청구 프로그램 세팅 보완이 우선순위였으며 대학부속치과병원/치과병원의 인식이 가장 높았고 보건소가 상대적으로 낮았으며 유의한 차이가 있었다($p<0.05$). 보험청구 자체심사 전문인력 양성 의견은 대학부속치과병원/치과병원이 높았고 직책상으로는 치과의사가 가장 낮았다.
7. 진료내역 · 진료비 열람에 대한 인식은 긍정적 응답이 대다수였으나 치과의사는 50%가 반대를 하고 있어 다른 집단과 큰 차이를 보였으며 유의한 차이가 있었다($p<0.05$).

결론적으로 이번 연구에서 치과(대학)병원과 치과의사가 진료비심사기준에 대한 인식이 부정적이고, 심사기준을 알지 못하거나 병명, 코드 프로그램 오류 등으로 인한 조정경험이 높았으며, 대학부속치과병원/치과병원과 대행청구자가 이의신청업무를 적극적으로 처리하고 있었고 치과의사가 진료내역 · 진료비 열람에 대해서 반대입장을 갖고 있고 각각의 유의한 차이가 있어 이들 지표를 참고하여 요양급여비용 청구 시 반영할 수 있다면 요양기관과 진료수급자, 심사기관 상호 간에 신뢰를 구축할 수 있을 것으로 사료되었다.

참고문헌

1. 감신, 강길원, 김창엽 외 8인. 보건의료개혁의 새로운 모색. 파주:한울아카데미;2006:269-279.
2. 한국보건사회연구원. 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 서울:한국보건사회연구원;2005.
3. http://blog.peoplepower21.org 공적노인요양보장제도,사회복지위원회./검색일자.2010.1.2.
4. 양동현, 정두채, 서원식, 박효길. 의료환경변화에 대한 연구. 서울:대한의사협회의료정책연구소;2009.
5. 건강보험심사평가원. 서울:건강보험의 심사와 평가;2005:24
6. 장용석, 안용우, 박준상, 고명연. 건강보험 중 구강요양급여의 청구 및 심사에 관한 치과의사의 견해. 대한구강내과학회지 2005;30(2):226
7. 김용준, 신승철, 이건수. 노인틀니 보험급여를 위한 틀니수가 산정법에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 1988;22:91-119.
8. 정현순. 건강보험 진료비 삭감예방을 위한 사전심사 의사결정지원 시스템구축[석사학위논문]. 서울:연세대학교 보건대학원;2002.
9. 건강보험심사평가원. 건강보험심사평가제도. 2002.
10. 김광희. 치위생사의 구강건강보험급여 청구실태 조사[석사학위논문]. 광주:조선대학교 환경보건대학원;2004.
11. 이영숙. 의사 및 간호사의 의료보험수가 인식에 관한 조사연구[석사학위논문]. 서울:한양대학교 행정대학원;1999.
12. 김경희. 임상간호사의 건강보험수가 적용에 대한 인지도와 실천에 관한 연구[석사학위논문]. 서울:경희대학교 행정대학원;2002.
13. 김용태. 진료비 삭감 및 이의신청에 따른 개선방안에 관한 연구[석사학위논문]. 서울:한양대학교 경영행정대학원;2003.
14. 건강보험심사평가원. 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항과 심사 지침. 2008.
15. 건강보험심사평가원 홈페이지 http://www.hira.or.kr
16. 목채상. 구강진료보험의 청구 및 심사실태에 관한 조사연구[석사학위논문]. 광주:조선대학교;1994.
17. 건강보험심사평가원. 고객의 요구에 대한 조치사항. 2009.