예방의학회지 제36권 제1호(2003년 2월)
Korean J Prev Med 2003;36(1):33-38

건강보험과 의료급여 환자간의 정신요법 진료량 차이 비교 - 정신병원 입원환자를 대상으로 -

이대희, 박은철, 남정모, 이상규, 이동한, 유승흠

연세대학교 의과대학 예방의학교실, 연세대학교 보건정책 및 관리연구소

Comparing Difference of Volume of Psychiatric Treatments between the Patient with Health Insurance and Those with Medical Assistance - For Inpatients of Korean Psychiatric Hospitals -

Dae Hee Lee, Eun-Cheol Park, Chung Mo Nam, Sang Gyu Lee, Dong Han Lee, Seung Hum Yu

Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Republic of Korea
Institute of Health Services Research, Yonsei University, Seoul, Republic of Korea

Objectives : To assess the difference in the volume of psychiatric treatments provided to health insurance inpatients, compared with those on medical assistance(the medical aid program) Korean psychiatric hospitals, and to determine factors which affect the volume of the services.

Methods : 21 psychiatrists, from 3 Korean psychiatric hospitals recorded the frequencies psychiatric treatments provided to inpatients in one week (February18-24,2002).The records of 329 patients were analyzed through t-tests, and random effectmixed model analyses to define the difference between the two groups, and to find other factors affecting the volume of service.

Results : A significant difference in the volume of psychiatric treatments provided was observed between the health insurance and medical assistance groups.The variation in the volume of service between hospitals was prominent, and other factors (gender, agegroup, length of stay and mental disorder)were also found to be significant. The patients on medical assistance received only 70% of the psychiatric treatments of those on health insurance.

Conclusions : More effort is required to improve the methods of payment to increase the level of fee scheduling for medical assistance. Further studies on the mechanisms causing these differences in the volume of service are required.

Korean J Prev Med 2003;36(1):33-38

Key Words: Psychiatri chospital, Health insurance, Medical assistance, Fee schedules

서 론

우리 나라의 의료보장제도는 1977년 건강보험과 의료급여의 도입 이후 빠른 성장을 해 왔다. 전국민의료보험실시와 각종 의료기술의 발달, 인구의 고령화 의료비 상승 요인들과 건강보험 통합과 의약분업이라는 대대적 구조조정을 거치면서도 국민의 의료접근도 향상과 보건의료 서비스의 발달 등에 기여했다 [1]. 그러나, 그 동안 제도 도입 초기부터 고수해 온 행위별 수가제로 인한 불필요한 비용 증가와 의료의 왜곡 등 여러 가지 문제점들을 겪으면서도 의료비 상승의 억제와 제공되는 보건의료서비스의 질적 수준 유지 등을 위해 근본적인 지불방식의 변화나 개선보다는 건강보험 수가의 통제나 사후 심사제도의 강화 등 보조적인 방법에 의존해 왔다 [1,2]. 현재 1994년 의료보장개혁위원회에서 권유한 DRG 지불제도의 도입을 눈앞에 두고 있지만, 여러 연구자들의 선구자적인 노력에도 불구하고 지불방식이 의료서비스 제공에 미치는 영향에 대한 실증적인 연구가 부족했던 것이 사실이다.

우리나라 건강보험 제도 실시 초기에 건강보험 환자와 일반환자간의 의료서비스 제공량의 차이를 살펴보는 연구는 건강보험 환자가 일반환자보다 약 1.56배의 진료를 받는 것을 확인하여 진료비가 상대적으로 낮은 건강보험 환자의 진료수준 저하가 있을 것이라는 우려를 불식시키는 결과를 제시하였다 [3]. 그밖에 의료자원의 대부분을 사용하는 고액진료비 환자의 특성에 대한 연구에서 건강보험과 의료급여 환자간의 차이를 비교하였으며, 의료급여 환자에서는 재입원 환자보다 장기입원 환자가 고액진료비 환자에서 더 많은 현상을 관찰하여 의료비 절감의 방향을 제시하였다 [4]. 최근 DRG 지불제도에서의 의료서비스 제공량과 만족도를 조사한 연구에서 환자들의 진료나 진료비 수준 만족도가 지불제도에 영향을 받지 않는 결과를 얻었고, 제도변화에 따른 홍보의 중요성을 확인할 수 있었다 [5].

한편 우리 나라 의료보장의 한 축을 이루고 있는 의료급여제도에 대해서도 새로운 관심이 요구된다. 의료급여제도는 국가가 저소득층에 제공되는 의료서비스의 재원을 부담하여 의료서비스를 받을 수 있는 기회의 형평을 보장한다는 측면

접수 : 2002년 8월 31일, 채택 : 2002년 11월 11일
책임저자 : 유승흠(서울시 서대문구 신촌동 134, 전화 : 02-361-5340, 팩스 : 02-392-8133, E-mail : seunghumyu@yumc.yonsei.ac.kr)

에서 높은 평가를 받고 있지만 [6], 건강보험보다 상대적으로 낮은 수가를 지불하고 있어 과연 진료의 결과에 대해서도 동등한 목표에 이르도록 할 수 있을지에 대한 의문은 해결되지 않고 있다. 특히 다른 의료급여수가와는 달리 정신질환자에 대한 입원진료수가는 혈액투석에 대한 진료수가와 함께 정액제 방식으로 지급되고 있으며, 그 수가의 수준도 일부의 주장에 의하면 건강보험환자의 약 60%수준에 머무르고 있어 주의가 요구된다 [7]. 정액제 지불방식과 낮은 수가는 의료서비스 제공에 대한 유인을 감소시켜 급성기에 집중적인 입원치료를 통해 사회로 복귀해야 할 정신질환자들이 제대로 진료를 받지 못하고 장기 입원하게 되고, 이는 의료비 증가로 이어져 국가 재정에까지 부담을 주는 악순환을 초래하고 있다 [8].

최근 전국적으로 실시된 정신질환에 대한 역학조사에서 만18세에서 64세의 알코올과 니코틴 사용장애를 제외한 모든 정신질환의 일년유병율이 8.4%라고 발표되어 [9], 정책적 차원률에서 이들 정신질환 환자들의 관리를 위한 대책마련에 더욱 관심을 기울여야 할 것으로 생각되며, 현재 의료기관의 정신질환 환자에 대한 서비스 제공의 실태를 파악하는 것과 지불제도에 대한 근본적인 검토가 필요하다고 판단된다.

본 연구는 정신병원 입원환자를 대상으로 지불방식과 수가의 차이가 의료서비스 제공에 미치는 영향에 대하여 살펴보고자 한다. 정신병원 입원환자 중 건강보험과 의료급여에 의해 보상받는 환자군을 구분하여, 이들에게 제공되는 정신요법의 종류와 양을 조사 분석하므로서, 향후 정신질환 입원환자에 대한 지불방식이나 수가수준의 결정에 도움을 주고자 한다.

연구대상 및 방법

1. 연구 대상 및 자료수집 절차

본 연구의 자료수집은 3개 정신병원의 입원환자를 대상으로 이루어졌다. 병원장에게 먼저 연구와 관련하여 협조를 요청하고, 연구자가 직접 방문하여 연구의 취지와 자료수집 내용 및 방법 등을 설명하고 해당 병원 정신과 의사들의 참여를 부탁했다. 21명의 정신과 의사가 일주일간 (2002년 2월 18일부터 24일까지) 담당 환자에게 시행한 정신요법의 횟수를 시행시마다 직접 조사표에 기록하였다(시행 시간도 기재를 요청하였으나 1개 병원에서만 기록하였음). 성별 또는 의료보장 프로그램(의료급여 또는 건강보험)에 따라 병동별로 환자들이 구분되었으므로, 조사대상 환자는 병동단위로 추출하였다. 조사대상 환자에는 건강보험과 의료급여에서 보상받는 환자들만 포함하였고, 일반환자는 제외하였다. 수집된 총 388명분의 조사표 중에서 진단명이 정신분열증, 알코올 의존증이며 자료 이용이 가능한 329명의 것을 본 연구의 최종 분석 대상으로 하였다. 정신병원 입원환자 중 가장 많은 비중을 차지하는 2개 질환을 가진 환자들로 대상을 제한한 이유는 동일 진단명을 가진 환자군 내에서 의료보장 프로그램에 따른 진료량 차이와 진료량에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 각 질환별로 충분한 수의 대상 환자가 필요했기 때문이다.

2. 조사표 구성

환자의 진료량 조사표는 환자 개인별로 성별, 출생연도, 진단명, 담당의사, 병원, 병동, 의료보장 프로그램, 입원일자, 최초증상발현시점 등의 내용과 환자에게 시행된 정신요법의 종류와 횟수를 기록하도록 구성하였고, 한 페이지 내에 모든 내용을 구성하여 환자의 의무기록지 사이에 끼워두고 기록할 수 있도록 하였다. 환자의 개인신상과 관련된 정보의 유출을 방지하기 위해 조사표에는 각 병원에서 자체적으로 부여한 환자번호만을 적도록 하였다. 진료량 측정의 단위인 정신요법은 건강보험요양급여비용의 '정신요법료' 장의 20개 항목을 기준으로 하였다.

3. 자료분석

본 연구에서는 SAS 8.01 version을 사용하여 자료를 분석하였다. 의료보장 프로그램 별로 대상 환자군 간의 성별, 연령, 재원기간, 최초증상발현 후 시간 등의 차이는 t검정과 카이제곱검정 등으로 분석하였고, 각 병원별 혹은 질환군별로 의료보장 프로그램에 따른 환자간의 진료량 차이는 t검정과 혼합모형(mixed model)을 사용하여 분석하였다. 혼합모형을 사용한 이유는 병원간 혹은 의사간의 진료량 차이가 매우 크다고 판단했기 때문이다. 혼합모형에서 병원과 의사는 랜덤효과로 분석하였고, 특히 의사는 병원에 깃들어(nested) 있으므로 이들 두 변수는 깃들인 관계의 모형으로 분석하였다. 진료량 분석에 사용한 혼합모형은 아래와 같으며 진료량에 영향을 미칠 수 있는 설명변수들을 포함하였다. 환자별 진료량은 비교가 쉽도록 각 정신요법에 대하여 2002년 보건복지부에서 고시한 상대가치 점수에 일주일간의 시행 횟수를 곱하여 구한 값들의 합으로 표시하였다.

$$\text{Volume} = \alpha + \beta_1\text{Comp} + \beta_2\text{Gend} + \beta_3\text{Age} + \beta_4\text{Leng} + \varepsilon$$

- Volume(Volume of psychiatric treatments) : 환자별로 일주일간 받은 정신요법 진료량, 상대가치 점수로 표시
- Comp(Compensation program) : 의료보장 프로그램 종류, 여기서는 의료급여를 기준으로 함.
- Gend(Gender) : 성
- Age : 연령('30세 미만', '30~60세', '60세 이상' 의 3개군으로 구분)
- Leng(Length of stay) : 재원기간('1년 미만', '1년 이상' 의 2개군으로 구분)

※ random effect: hospitals, doctors/nested

연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

대상 병원은 개원 후 5년 이상된 약 200~850병상 규모의 민간정신병원이었고, 61~87%가량의 환자가 의료급여 환자로 비교적 일반적인 정신병원의 양상과 크게 다르지 않았다. 정신과 의사 일인

이 담당하는 평균 환자수는 52.7~76.5명이었다 (Table 1).

최종 분석대상자 중에서 건강보험 환자는 136명(41.34%), 의료급여 환자는 193명(58.66%)이었다. 남성(72.64%)이 여성(27.36%)보다 2.7배 가량 많았으나, 의료보장 프로그램별 성비에는 의미있는 차이는 없었으며, 정신 질환별로는 정신분열증 240명(72.95%), 알코올 의존증 89명(27.05%)이었다. 건강보험 환자군과 의료급여 환자군 간의 연령에는 별다른 차이가 없었으며, 재원기간은 의료급여 환자군이 1.7배 가량 길었고, 최초증상발현 후 기간 역시 의료급여 환자군이 1.2배 정도 더 경과한 양상을 보였다 (Table 2).

2. 진료량 분석

병원별로 건강보험 환자군과 의료급여 환자군간의 진료량을 비교해 보면 3개 조사대상 정신병원 모두에서 유의한 차이를 발견할 수 있었다 (Table 3). A병원이 다른 병원에 비하여 약 30%에서 50% 정도로 현저히 적은 진료량을 제공하며, 건강보험 환자의 진료량이 의료급여 환자의 약 1.3배로 가장 적은 것으로 조사되었다. 다른 병원에서는 건강보험 환자군에 대한 진료량이 의료급여 환자에 대한 진료량보다 2배까지 많았다.

2개 주요 정신질환별로 조사한 건강보험 환자군과 의료급여 환자군간의 진료량 역시 의료보장 프로그램에 따른 유의한 차이를 발견할 수 있었다 (Table 4).

각 주요 정신요법 별로 건강보험 환자군과 의료급여 환자군간의 차이 여부를 보면 '개인정신치료(지지요법)'와 '개인정신치료(심층분석요법)', '가족치료(개인치료)' 등에서 유의한 차이를 보였다. 일주일간 각 환자군의 환자 개인에게 시행되었던 정신요법의 상대가치의 합은 건강보험 환자가 1132.50점으로 의료급여 환자(819.64점)보다 1.4배 정도 많아 유의한 차이를 보였다. 그밖에 한 개 병원에서만 측정된 정신요법의 시행시간의 합은 역시 건강보험 환자의 경우 주간 평균 156.20분으로 의료급여환자(81.90분)에 비해 1.9배 가량 긴 시간동안 정신요법을 받은 것으로 조사되었다 (Table 5).

정신요법 진료량에 미치는 요인들에 대한 혼합모형분석 결과를 살펴보면 여성에 대한 진료량이 남성보다 많은 것을 알 수 있었다. 연령에 따른 정신요법 진료량은 연령이 증가할수록 감소하는 양상을 보여 30세 미만 환자군에 대한 진료량이 60세 이후 환자에 대한 진료량보다 유의하게 많은 것을 알 수 있었다. 그밖에 재원기간이 1년이 지나지 않은 환자군에 대한 진료량이 1년이 지난 환자군에 비해 유의하게 많은 것으로 조사되었다. 질환별로는 알코올 의존증 환자에 대한 진료량이 정신분열증 환자에 비해 유의하게 많은 것을 알 수 있었다 (Table 6). 따라서 진료량에 영향을 미치는 다른 요인들을 통제한 상태에서도 건강보험 환자에 비하여 의료급여 환자가 현저히 적은 량의 진료를 받은 것을 확인할 수 있었다.

그밖에 최초증상발현 후 기간에 따른 진료량 분석에서도 최초증상발현 후 10년까지는 건강보험 환자가 의료급여환자보다 더 많은 량의 진료를 받았으나, 그 이후로는 두 군간의 차이가 없는 것을 확인하였다.

Table 1. General Characteristics of Hospitals Which Participated in the Survey

	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Number of Inpatients(%)			
Health insurance	187(32.3)	82(9.8)	24(12.7)
Medical aid	354(61.0)	629(74.8)	165(87.3)
Others	39(6.7)	130(15.4)	
Number of psychiatrists	11*	11	3
Patients/psychiatrist(Mean±SD)**	52.7±7.6	76.5±9.4	63.0±5.6

* Only 7 among 11 psychiatrists participated in the survey
** Number of inpatients who were assigned to each psychiatrists

Table 2. General characteristics of health insurance and medical aid groups

	Health insurance	Medical aid	χ^2 or t value* (p-value)
Gender			
Men	103	136	1.1146
Women	33	57	(0.2911)
Mental disorders			
Schizophrenia	81	159	21.0619
Alcohol dependency	55	34	(<0.0001)
Age (years, mean±SD)	44.1± 13.3	43.0± 10.4	0.82*(0.4152)
Length of stay**	490.4±1024.2	831.1±1288.0	-2.65*(0.0084)
Days after the first symptom**	3849.9±2946.3	4649.1±2991.8	-2.40*(0.0169)

* t value
** (days, mean±SD)

Table 3. Differences of volume of services between health insurance and medical aid patients in sample mental hospitals(mean relative value±SD)

Hospital	Volume of services(relative value)/week		t value(p-value)
	Health insurance patient	Medical aid patient	
A	589.77±323.18	461.42±230.45	2.53(0.0129)
B	1751.50±488.57	1066.60±479.67	7.26(<0.0001)
C	1740.30±464.00	862.24±327.64	8.53(<0.0001)

Table 4. Differences of volume of provided psychiatric treatments over two major mental disorders(mean relative value±SD)

Disorder	Volume of services(relative value)/week		t value(p-value)
	Health insurance patient	Medical aid patient	
Schizophrenia	1123.50±736.59	842.31±431.80	3.10(0.0025)
Alcohol dependency	1146.60±662.89	709.82±442.24	3.56(0.0006)

Table 5. Differences of frequencies of provided psychiatric treatments between health insurance and medical aid patients within a week(mean±SD)

Disorder	Frequency of psychotherapy/week		t value(p-value)
	Health insurance	Medical aid	
Individual PTx*(supportive)	3.29± 2.29	2.81± 1.08	2.01(0.0460)
Individual PTx(intensive analytic)	0.75± 0.88	0.31± 0.57	4.89(<0.0001)
Group PTx(general)	1.27± 1.05	1.17± 0.92	0.88(0.3817)
Group PTx(analytic)	0.02± 0.20	0.03± 0.18	-0.39(0.6994)
Group PTx(psychodrama)	0.23± 0.42	0.18± 0.39	1.04(0.2971)
Family therapy(individual)	0.22± 0.50	0.05± 0.27	3.44(0.0007)
Occupational or recreation therapy	2.51± 2.40	2.86± 2.02	-1.33(0.1851)
Psychiatric rehabilitation	0.39± 0.74	0.25± 0.47	1.96(0.0515)
Total sum of relative value**	1132.50±706.22	819.64±435.28	4.44(<0.0001)
Total sum of time for PTx***	156.20±236.66	81.90±139.15	3.17(0.0018)

* PTx : psychotherapy
** Total sum of relative values of provided psychiatric treatments
*** Total sum of time for provided psychiatric treatments

Table 6. Result of mixed model analysis of factors on volume of provided psychiatric treatments(N=329, random effect; hospitals, doctors/nested)

Independent variables	Total patients	
	regression coefficient	t (Probability>ltl)
Women(than men)	104.32	2.84(0.0048)
Age		
<30 years*	138.95	2.02(0.0438)
30~60years*	18.96	0.37(07110)
Medical Aid**	-373.56	-10.46(<0.0001)
Alcohol Dependency***	153.44	3.72(0.0002)
Length of Stay(<1yr)$	1442.22	9.08(<0.0001)

* It notifies the volume(relative value/week) of psychiatric treatments which were provided to the age group compared with that of age group >60 years.
** It notifies the volume(relative value/week) of psychiatric treatments which were provided to medical aid patients compared to that of health insurance patients.
*** It notifies the volume(relative value/week) of psychiatric treatments which were provided to alcohol dependency patients compared to that of schizophrenia patients.
$ It notifies the volume(relative value/week) of psychiatric treatments which were provided to patients who stayed not more than 1 year.

고 찰

1. 연구의 제한점

본 연구는 정신병원 입원환자의 정신요법 진료량을 조사하였다. 연구대상이나, 연구방법상의 여러 가지 제한점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 측정의 단위였던 정신요법을 정의하는 명확한 객관적 규정이 마련되어 있지 못하다는 점이다. 이러한 문제는 특히 전기충격요법의 실시 여부, 약물 사용이나 마취 등의 추가적 행위가 없는 개인정신요법에서 두드러지는데, 건강보험요양급여기준에서 진료시간 이외에는 지지요법과 심층분석요법을 구분할 수 있는 객관적 기준이 없다 [10]. 그러므로 정신요법 실시 횟수를 측정함에 있어서 담당 정신과 의사의 판단에 전적으로 의존할 수밖에 없는 상황을 감안해야 할 것이다.

둘째, 진단명의 정확성을 입증하기 위한 연구진의 노력이 부족했다. 이는 아직까지 정신과 질환에 대한 객관적 검사도구가 없고 [11], 의료급여 환자의 의무기록의 상세한 기록이 부족한 이유 등으로 연구진이 별도로 환자와 면담을 하거나, 의무기록을 검토하는 등의 검증과정을 거칠 수 없었던 어려움에서 기인한다. 그렇지만, 동일한 환자에 대하여 서로 다른 의료기관간에 외래진료후 부여한 상병기호의 일치율이 15.8% 정도밖에 되지 않았다는 다른 연구의 결과 등을 참고할 때 [12], 병원간 혹은 의사간 진단명 부여에 있어서의 차이는 주의해야 할 부분이라고 생각한다. 본 연구에서 진료량 조사 대상으로 정한 정신분열증, 알코올 의존증 등은 비교적 분명한 특성을 보이는 질환들이고, 담당의사들이 모두 정신과 전문의이므로 진단에 있어서의 문제가 크지는 않았을 것으로 추측한다.

셋째, 진료량 조사의 기간이 짧았고, 조사에 참여한 병원도 3개소밖에 되지 않았고, 대상 질환도 2가지로 제한한 이유 등으로 연구결과를 우리나라 정신병원 전체 혹은 정신질환자 전반에 대한 것으로 일반화하기에는 어려움이 있다. 다만 정신질환이 대체로 만성적인 양상을 보이기 때문에 진료에 있어서 급격한 변화가 적다는 점등을 감안하여 본 연구의 결과를 참고한다면 도움이 될 것으로 생각한다.

넷째, 환자의 특성에 대한 조사가 부족했다. 진료량에 영향을 미칠 수 있는 투여약물의 종류나 양, 질환의 경중도(severity)나 경과에 대한 정보에 대한 조사가 부족했다. 기타 직업, 결혼여부, 교육수준 등의 일반적 특성도 예후 등에 영향을 미칠 수 있으므로 환자와 관련된 보다 많은 조사가 필요했다고 생각한다 [13]. 그러나, 환자의 개인정보를 쉽게 얻기 어려운 상황에서 담당의사에게 너무 많은 양의 정보를 기입하도록 하기에는 한계가 있었다. 참고로 최근 국내 병원에 입원한 정신질환자들을 대상으로 조사한 연구에서는 캐나다에서 개발된 RAI-MH(Resident Assessment Instrument-Mental Health)를 사용하여 측정한 정신질환의 경중도(severity)와 진료량 사이에는 정신병원의 건강보험 환자군 중 폭력성이 강하거나 강박 처치를 요하는 일부환자에서만 약한 상관관계를 발견할 수 있었다 [14].

다섯째, 진료량에 영향을 미칠 수 있는 병원이나 담당 정신과 의사의 특성에 대한 조사가 부족했다. 향후 보다 많은 연구로 우리나라 정신병원과 의사의 특성에 따른 진료의 차이 유무와 그 정도를 밝혀내야 할 것이다.

마지막으로, 조사시의 정신요법 진료량이 평상시의 것에 비하여 많았거나 혹은 건강보험과 의료급여 환자군간의 차이가

줄었을 가능성이 있다. 하지만, 실제 조사된 결과를 살펴보았을 때 여전히 뚜렷한 차이를 보이는 것으로 미루어 연구진의 조사자체가 결과를 뒤바꿀 정도의 큰 차이는 유발하지 못했을 것으로 예상한다.

2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구는 정신병원 입원환자들을 대상으로 일정기간 제공되었던 정신요법의 종류와 양을 조사하여 향후 지불방식이나 수가수준, 혹은 지불단위의 결정에 도움을 주고자 하였다. 조사결과 건강보험 환자와 의료급여 환자간에 제공되었던 정신요법의 양에 유의한 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 이는 이전에 종합병원 및 정신병원의 정신질환자들을 대상으로 의료서비스 제공량에 영향을 미치는 요인을 연구했던 국내 논문의 결과와 일치하는 것이다 [14]. 그러나, 세부적인 항목별로 살펴보면 본 연구에서는 정신분열증과 알코올 의존증 환자군간의 유의한 진료량 차이를 발견할 수 있었다. 그밖에 이전 연구가 연령, 성, 경중도와 같은 환자 특성이 진료량에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타난 반면에 본 연구에서는 성별에 따른 진료량의 차이 및 재원기간에 따른 진료량의 차이가 존재함을 확인할 수 있었고, 30세 미만의 젊은 연령군에 대한 진료량이 60세 이상 연령군에 대한 것보다 유의하게 많은 것으로 조사되었다. 이러한 연구결과의 차이가 조사 대상군의 차이로 인한 것인지 아니면, 기타 다른 원인으로 인한 것인지의 여부 등은 향후 보다 폭넓은 대상자들에 대한 정밀한 연구들을 통해서 검증되어야 할 것이다.

이전의 연구가 서비스 제공량에 미치는 전반적인 요인들을 확인하는데 큰 기여를 했다면, 본 연구는 건강보험과 의료급여간의 차이를 비교하는 데 더 비중을 두고 있다고 할 수 있겠다. 그럼에도 불구하고, 본 연구의 결과만으로는 어떤 기전에 의하여 건강보험 환자와 의료급여 환자간의 정신요법의 진료량 차이가 발생하는지 정확히 밝혀낼 수 없었다. 그 이유는 두 의료보장제도간의 진료량 차이의 가장 큰 원인으로 지불방식의 차이(행위별수가제와 일당정액제)와 수가수준의 차이 등을 들 수 있는데, 건강보험과 의료급여간에 지불방식의 차이와 수가수준의 차이가 동시에 존재하므로 어떤 요인이 얼마나 영향을 미치는지 구분하기 어렵기 때문이다. 하지만 우리 나라의 다른 사례들을 참고하여 지불방식이 의료서비스에 미치는 영향을 어느 정도 판단할 수도 있다. 1종 의료급여 환자의 경우 진료비 부담이 없으므로 도덕적 해이가 발생하여 재원기간이 장기화되거나, 의료이용률 등이 증가하는 것을 볼 수 있었다 [4,15]. 또한 건강보험 적용자가 비적용자보다 총 의료이용량이 더 많은 것을 관찰할 수 있었고 [3], 그러한 경향을 환자가 진료비의 일부만 부담하므로 생기는 가격인하 효과로 설명하는 연구가 있었다 [16]. 위의 내용들을 종합하면, 추가적인 진료에의 유인이 없는 일당정액제로 보상받는 의료급여 환자들에 대한 진료량이 줄어들 수밖에 없을 것이다. 더군다나 수가 측면에서도 건강보험에 비해 보상받는 정도가 낮다는 인식을 고려한다면, 병원이나 의사가 의료급여 환자에게 보다 많은 진료를 제공할 유인은 매우 줄어든다고 볼 수 있다. 특히 정신과 질환의 특성으로 의사의 주관적 판단에 의해 대부분의 진단과 치료가 이루어지고 [11], 다른 질환에 비해 치료에 대한 환자의 직접적 요구가 적은 것을 감안하면 더더욱 의사의 양심적 진료가 어려워질 소지가 있다. 그러므로 본 연구에서 의료급여 환자에 대한 진료량이 건강보험 환자의 70% 수준으로 조사된 것은 기대 이상이었다고 생각한다.

정신병원 입원환자들에게 제공되는 정신요법을 살펴보면 집단적으로 시행되는 '집단정신치료' 나 '작업및오락요법' 에서는 건강보험과 의료급여 환자간의 차이가 없었으나, 환자 개인의 지지나 분석을 위한 '개인정신치료' 나 가정으로의 복귀를 위한 '가족치료(개인치료)' 의 경우에는 의료급여 환자가 건강보험 환자에 비하여 현저히 적은 횟수의 진료를 받는 것으로 조사되었고, 정신요법 시행 시간에 있어서는 그 격차가 더욱 커지는 것으로 정신병원에 입원한 의료급여 환자들이 건강보험 환자에 비해 제대로 진료를 받지 못하고 있음을 알 수 있었다. 이러한 진료에 있어서의 차별은 기회의 불평등 뿐만 아니라 진료 결과의 불평등으로까지 이어질 수 있으므로 이에 대한 대책이 시급하다고 판단된다. 또한 우리나라에서도 1990년대부터 여러 연구자들에 의해 지역사회정신의학의 개념이 뿌리를 내리기 시작한 것을 감안할 때[17-19], 지금이라도 전체 정신의료체계 내에서 정신병원의 역할을 재정립하고, 정신병원이 제기능을 할 수 있도록 제도적 측면에서의 지원이 필요할 것이다.

본 연구의 결과를 바탕으로 정신병원 입원환자 진료에 대한 지불방식이나 수가수준의 결정에 도움이 되는 사항들을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 현재의 정신병원 의료급여 입원환자에 대한 일당정액제와 수가수준은 의료급여 환자에게 적정수준의 진료를 제공하도록 설정되어있지 않다. 또한 추가적 진료에의 유인이 적어 급성기에 집중적인 진료를 받아야 할 환자들이 제때 진료를 받지 못해 입원이 장기화되어 의료비 증가를 유발하고, 이차적으로 장기입원에 따른 수용화증후군(institutionalization syndrome)으로 환자의 사회적 복귀가 어려워져 사회적 비용이 발생하는 등 형평성과 비용-효과적 측면에서 여러 가지 문제를 발생시킬 수 있다. 그러므로 입원초기에 적절한 진료와 함께 환자들을 다시 사회로 복귀시킬 수 있는 일련의 준비과정이 함께 이루어지도록 유인하는 제도의 마련이 시급하다.

둘째, 병원간의 진료의 질적수준과 양적 차이를 감안한 보상이 필요하다. 질환별로 약 2~3배의 차이가 나는 진료량을 감안할 때, 질적 측면을 고려하더라도 현저히 적은 양의 진료를 제공하는 병원에 대한 보상이 많은 양의 진료를 제공하는 병원에 대한 것과 같을 수는 없다고 본다. 보다 양질의 진료를 하는 병원에 더 많은 보상이 이루어질 수 있도록 하는 제도의 마련으로 병원들이 진료의 질적 수준을

높일 수 있는 유인이 필요하다.

요약 및 결론

본 연구는 지불방식과 수가의 차이가 진료량에 미치는 영향에 대하여 살펴보고자 3개 정신병원의 입원환자들이 일주일간(2002년 2월 18일부터 24일까지) 받은 정신요법의 양을 조사하였다. 조사 방법은 21명의 정신과 의사가 환자별로 시행한 정신요법의 횟수를 매번 직접 조사표에 기록하도록 하였다. 총 388명의 환자에 대한 조사표가 수거되었으며 그중 자료의 활용이 가능하다고 판단되는 329명의 것을 분석에 사용하였다. 지불방식과 수가의 수준이 다른 건강보험과 의료급여에 의해 보상받는 환자군간의 차이를 비교하기 위해 병원별로, 질환별로, 정신요법별로 t검정으로 두 환자군간의 차이를 분석하였으며 최종적으로 진료량에 영향을 미칠 수 있는 다른 요인들과 함께 혼합모형분석을 실시하였다.

분석결과 건강보험 환자와 의료급여 환자간에 제공되었던 정신요법의 양에 유의한 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 그 밖에 성, 진단명, 재원기간 등의 차이도 진료량에 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 이러한 차이가 발생하는 기전에 대해서는 본 연구의 결과만으로는 추측하기 어렵지만, 두 의료보장 제도간의 주요한 차이인 지불방식과 수가수준의 차이로 인한 것으로 예상된다.

본 연구를 통해 정신병원의 의료급여 입원환자들이 건강보험 환자에 비해 현저히 적은 량의 진료를 받는 것과 그 수준이 입원치료에 요구되는 정도에 못 미치는 것으로 밝혀져 형평성과 비용-효과 측면에서 향후 정신병원 의료급여 입원환자의 진료에 대한 지불방식이나 수가수준의 개선이 절실히 필요함을 알 수 있었다. 또한 정신요법 진료량에 영향을 미치는 요인들을 참고하여 지불제도의 개선에 반영해야 할 것이다. 향후 진료량 뿐만 아니라 진료결과에 영향을 미칠 수 있는 요인 등에 대한 폭넓은 연구와 지불방식이나 수가수준의 영향에 대한 다양한 연구가 이루어져 의료급여 대상에 해당되는 저소득층이 양질의 진료를 받을 수 있도록 뒷받침해야 할 것이다.

감사의 글

정신병원의 현황파악과 자료수집에 도움을 주신 대한정신병원협의회와 해당병원 관계자분들, 그리고 현지에서 자료수집에 애써주신 연세대학교 대학원 보건학과 김정인, 이동현, 박지은님께 진심으로 감사드립니다.

참고문헌

1. 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 계축문화사; 2002, (600-605, 668-672쪽)
2. Choi BH. Study on The Introduction of Prospective Payment System Based on DRG Classification. *Res Health Soc Affairs* 1998; 18(2): 54-82 (Korean)
3. Yu SH, Cho WH, Oh DK. Hospital Services Utilization by Insured and Non-insured Patients for Cesarean Section in a University Hospital. *Korean J Prev Med* 1981; 14(1): 53-58 (Korean)
4. Kang SH, Moon OR. Comparative Analysis on the Characteristics of High Cost Medical Users between Health Insurance and Medical Assistance Program. *J Korean Sci Quality Assurance Health Care* 1995; 2(2): 112-129 (Korean)
5. Kim JS, Park HY. A Study on Patients' Satisfaction and Service Utilization in the DRG Based Payment System. *J Korean Sci Quality Assurance Health Care* 2000; 7(2): 190-202 (Korean)
6. 문옥륜 등. 의료서비스의 배분적 정의. 서울대학교출판부; 1999, (49쪽)
7. 대한정신병원협의회. 정신보건법 시행에 따른 정신과 의료보호수가의 문제점. 2001. 5
8. 한국보건산업진흥원. 정신병원의 운영효율화 및 수가체계 개선에 관한 연구. 1999, (23-26쪽)
9. 이충경 등. 정신질환실태 역학조사. 보건복지부; 2001, (60-82쪽).
10. 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2002, (210-213쪽)
11. Lee YM, Kim HS, Lee HY. An Analysis for Appropriate Psychiatric Hospitalization in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assc* 1999; 38(5): 973-984 (Korean)
12. Moon OR, Kim CY, Kim MK. Individual Variations in the Code of the International Classification of Disease for Similar Outpatient Conditions among General Practitioners. *Korean J Health Policy Admin* 1992; 2(1): 66-79 (Korean)
13. 민성길 등. 최신정신의학. 일조각; 2000, (235-254, 261-262, 274-277, 401-407쪽).
14. Kim Y, Park JI, Kang WC, Hong JP. Factors Affecting Supply of Mental Health Care Services in Korea. *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 2000; 39(3): 860-869 (Korean)
15. Kim JH. Medical Care Utilization Pattern of Medical Aid Program Beneficiaries. *Korean J. Prev Med* 1984; 17(1): 37-45 (Korean)
16. 한창현, 황병덕. 문헌고찰을 통한 의료이용분석. 보건복지연구(경산대학교 보건복지연구소) 1999; 3: 183-198
17. 신영수 등. 지역사회 정신보건 사업체계 개발. 서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 서울대학교 지역의료체계 시범사업단; 1994, (13-30, 281-301쪽).
18. 이호영 등. 1997 경기도 지역정신보건사업 기획평가보고서. 경기도, 경기도지역정신보건사업기획평가단, 아주대학교의과대학; 1997, (3-19쪽)
19. Lee JH, Ji SH, Oh SB. An Investigation on Characteristics of the Home-resident Mentally Ill Covered by the Governmental Medical Security Program. *Yong-In Psychiatry Bull* 1994; 1(2): 75-83 (Korean)