

가감지급사업에 대한 요양병원의 인식도 조사

이진용*, 이상일**, 손우승**, 김현주***, 옥민수**, 조민우**†

건양의대 예방의학교실*, 울산의대 예방의학교실**†
건양대학교 대학원 보건학과***

<Abstract>

Awareness of long-term care hospital on pay-for-performance

Jin Yong Lee*, Sang-il Lee**, Woo-Seung Son**, Hyun Joo Kim***,
Minsu Ock**, Min-Woo Jo**†

Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Konyang University,
Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine**,
Department of Public Health, The Graduate School of Konyang University****

The purpose of this study was to investigate the awareness of long-term care hospitals on pay for performance(P4P) program in Korea. We conducted a cross-sectional, self-administered, the internet based survey from September to October in 2010. The questionnaire was consisted of the levels of awareness and agreement about the program, their preferred design and its possible effects and unintended consequences etc. Among 837 eligible long-term care hospitals in Korea, 114 hospitals(13.6%) were participated in the survey. About one-thirds of long-term care hospitals were not aware of P4P, namely it is important to heighten an awareness of P4P. There were pros and cons on introduction of P4P in Korea. The two major reasons of objections of P4P were the concerns of unintended consequences and the

* 투고일자 : 2013년 1월 8일, 수정일자 : 2013년 3월 14일, 게재확정일자 : 2013년 3월 20일

† 교신저자 : 조민우, 울산의대 예방의학교실, 서울특별시 송파구 올림픽로 43길 88,
전화번호 : 02-3010-4264, Fax : 02-477-2898, E-mail : mdjominwoo@gmail.com

possibility of strengthening government control by implementing P4P. In conclusion, to successfully implement P4P to long-term care hospitals, the Health Insurance Review & Assessment Service(HIRA) in Korea should obtain the long-term care hospitals' opinion as to implementation of P4P.

Key word : pay for performance, long-term care hospital, awareness.

I. 서 론

성과기반지불제도(pay-for-performance, P4P)는 의료공급자가 제공한 의료의 질에 따라 인센티브를 제공하는 지불보상제도를 말한다(Spitzer, 2010). 이러한 P4P 제도는 의료의 질이 높다고 평가받은 의료공급자에게 인센티브를 제공함으로써 의료공급자가 자발적인 의료의 질 향상 노력을 하게 한다는 장점을 가지고 있다. 우리나라에서는 건강보험심사평가원(이하 심평원)이 지난 2007년부터 가감지급사업(Health Insurance Review & Assessment Service-Value Incentive Program, HIRA-VIP)이라는 이름으로 성과기반 지불제도를 운영하고 있다(OECD, 2010; OECD, 2011). 심평원이 가감지급사업을 도입한 목적은 의료기관의 질적 수준을 평가하고 평가등급에 따라 경제적 인센티브를 지급함으로써 의료기관의 자발적인 행태변화를 유도하는 것이다. 물론 가감지급사업 이전부터 심평원은 의료기관의 질적 수준을 평가하기 위해 요양급여적정성평가라는 제도를 운영하고 있었지만(건강보험심사평가원, 2010), 이는 의료기관의 자발적인 행태변화를 요구할 뿐 의료의 질 향상을 위한 지원이나 혜택이 없었다는 비판을 받았다.

이에 심평원은 2007년부터 가감지급사업을 시작하여, 의료의 질적 수준이 우수한 기관과 이전보다 의료의 질이 향상된 기관에게 요양급여비용의 1%를 추가로 인센티브로 제공하였다. 반면 최하 등급을 받는 의료기관에게는 디스인센티브 1%를 적용하도록 하였다. 이후 2010년까지 시범사업의 형태로 상급종합병원을 대상으로 급성심근경색증과 제왕절개분만에 대한 가감지급사업을 진행하였고, 두 영역 모두에서 전반적인 질 향상 및 의료기관 간의 질적 격차가 감소한 것을 확인하였다(OECD, 2010; OECD, 2011). 이러한 시범사업의 결과를 바탕으로 심평원은 2011년부터 급성심근경색증과 제왕절개분만의 경우, 가감지급사업의 대상 의료기관을 종합병원 이상으로 확대하고, 급성기 뇌졸중을 가감지급사업에 포함시켰다. 또 2011년부터 실시하는 가감지급 본 사업에서는 인센티브 가감률을 $\pm 1\%$ 에서 $\pm 2\%$ 까지로 확대하였다.(OECD, 2010; OECD, 2011; 건강보험심사평가원, 2011a).

이렇게 가감지급사업을 지속적으로 확대하여 의료기관의 자발적 질 향상 활동을 장려하는 시점에, 요양병원의 경우에는 최근 급속한 양적 증가와 더불어 요양병원의 부실한 운영, 의료서비스의 과소제공 가능성, 진료비 급증 등 여러 가지 질적인 문제가 제기되고 있다(건강보험심사평가원, 2011b). 이에 심평원은 요양병원에 대해서도 가감지급사업 시행을 검토 중이다(청년의사, 2012년 5월 4일자). 하지만 대상 병원들의 의견에 대한 수렴 없이 사업을 일방적으로 진행하는 것은 바람직하지 않다. 왜냐하면 이 제도는 공급자들의 자발적인 질 향상 활동을 유도한다는 측면에서, 관계자들의 제도에 대한 올바른 인식과 협조가 가감지급사업의 성패에 매우 중요하다고 볼 수 있기 때문이다(Casalino, 2007). 이에 미국 및 영국(McDonald 등, 2009), 미국(Young 등, 2007), 캐나다(Kaczorowski 등, 2011)에서는 성과기반지불제도에 대한 의료공급자들의 의견 수렴을 위한 설문 조사를 시행하였지만, 우리나라에서는 아직 요양병원을 대상으로 가감지급사업에 대한 병원들의 인식 조사를 수행한 연구가 아직 없었다. 따라서 앞으로 가감지급사업이 확대될 것으로 예상되는 요양병원 관계자들이 가감지급사업에 대해 어떤 의견을 가지고 있는지, 만약 사업을 시행한다면 어떠한 방식으로 이를 수행하면 좋을지 파악하기 위하여 이 연구를 수행하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

2010년 6월 30일 기준으로 현재 개설 중인 837개 요양병원 전체를 연구 대상으로 하였다. 이들 전체 요양병원에 대해 심평원에 등록된 요양기관의 공식 이메일 주소로 가감지급사업 내용에 대한 병원의 공식적인 대표 의견을 묻는 설문지를 병원장을 수신자로 한 설문 참여 요청 공문과 함께 발송하였다.

가감지급사업에 대한 인식 및 찬반여부와 관련한 3문항, 바람직한 가감지급사업의 방향과 관련한 12문항, 가감지급사업이 요양기관에 미칠 영향과 관련한 8문항 그리고 의도하지 않은 부작용과 관련한 2문항 등을 포함하여 총 34개의 자기기입식 문항으로 설문지를 구성하였다. 설문조사는 인터넷 기반의 SurveyMonkey™ 프로그램을 이용하여 이루어졌다. 구체적인 설문항목 및 변수 구성은 <표 1>과 같다.

설문조사 기간은 2010년 9월부터 11월까지 약 두 달간이었다. 9월 초 각 병원에 이메일을 발송한 후 설문에 응답하지 않은 기관에 대해서 2주 간격으로 세 차례 이메일을 재발송 하였다. 6주 후까지 응답하지 않은 기관에 대해서는 직접 전화 연락을 한 차례 더 하여 설문에 참여하도록 요청하였다.

〈표 1〉 설문영역별 설문항목 및 변수

설문영역	설문항목 및 변수
응답자 일반사항	기관명칭, 응답자 연락처, 응답자 소속 등
가감지급사업에 대한 인지도 및 찬반 여부	가감지급사업 인지도, 가감지급사업 찬반 여부
바람직한 가감지급사업의 방향	참여형태, 평가의 단위, 보상방식, 인센티브 지급대상, 의료기관 성과평가 방식, 중점 평가영역, 가장 중요한 평가영역, 필요재원 조달방식, 가감지급사업 시행단계, 평가대상 자료원, 참여비용 부담방식, 평가결과 공개
가감지급사업이 요양기관에 미칠 영향	재정적 영향, 합리적인 가감지급률, 의료기관 진료형태 변화여부, 진료형태 변화의 원인, 의료의 질에 대한 영향
의도하지 않은 부작용 발생 가능성	고위험 환자의 기피, 평가 이외의 항목에 대한 소홀, 필수 의료서비스의 미제공, 자료 조작 가능성

2. 자료 분석

설문 문항에 대한 요양병원의 의견을 먼저 빈도와 백분율로 분석하였으며, 이 때 각 항목의 결측값은 제외시켜 표시하였다. 그리고 바람직한 가감지급사업의 방향, 영향, 그리고 의도하지 않은 부작용에 대하여 요양병원의 가감지급사업에 대한 찬반 및 기타 의견에 따른 차이를 비교하기 위하여 피셔의 정확한 검정을 이용하였다. 유의확률이 0.05 미만인 경우를 통계적으로 유의하다고 하였다. 그리고 SPSS 통계 소프트웨어 (version 18.0 K for Windows; SPSS Inc, Chicago) 패키지를 이용하여 모든 통계 분석을 시행하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 요양병원의 가감지급사업에 대한 인지도 및 찬반여부

총 837개 요양병원 중 인지도에 대한 응답을 보내준 114개 요양기관을 기준으로 한 응답률은 13.6%이었고, 응답자의 소속은 행정직(84.8%)이 가장 많았다. 응답자 중 가감지급사업에 대해 ‘알고 있다’라고 응답한 기관이 76곳(66.7%), ‘모른다’고 응답한 기관이 38곳(33.3%)이었다<표 2>. 이 중 찬반의견을 제시한 기관이 94곳(82.5%)이었고, 중립이나 무응답을 의견으로 낸 기관은 20곳(17.5%)이었다.

<표 2> 가감지급사업에 대한 인식

	구분	빈도	백분율
인지여부	알고 있다	76	66.7%
	모른다	38	33.3%
	소계	114	100.0%
찬반여부	찬성	49	43.0%
	반대	45	39.5%
	중립/무응답	20	17.5%
	소계	114	100%

가감지급사업에 찬성하는 요양병원 49곳(39.4%)이 제시한 찬성의 주요 이유로는 ‘이 사업이 전체 의료기관의 질 향상을 유도하는 긍정적인 효과가 있기 때문에’가 29곳(59.2%)으로 가장 많았다<표 3>. 그 다음으로 ‘성과(performance)가 좋은 기관이 경제적 인센티브를 받는 것은 당연하기 때문에’가 24곳(49.0%), ‘평가결과가 국민에게 공개되면 이를 통해 국민들의 의료기관 선택에 도움을 줄 수 있기 때문에’가 17곳(34.7%), ‘평가결과가 공개되면 좋은 평가를 받은 의료기관은 인지도 상승 등의 마케팅 효과를 거둘 수 있기 때문에’가 13곳(26.5%) 순이었다.

<표 3> 가감지급사업에 대한 찬반 이유*

	이유	빈도	백분율
찬성 (N=49)	질 향상을 유도하는 긍정적 효과	29	59.2%
	성과 우수 기관에 경제적 인센티브는 당연	24	49.0%
	의료기관 선택권 시 도움	17	34.7%
	마케팅 효과 발생	13	26.5%
반대 (N=45)	부작용 발생가능성	26	57.8%
	정부의 또 하나의 통제수단	22	48.9%
	질 향상의 어려움	21	46.7%
	불완전한 평가기준	19	42.2%
	평가 자료의 부정확성	10	22.2%
	추가 업무 부담	8	17.8%
	평가시점과의 시간차	5	11.1%

* 이 문항은 중복응답을 허용하였음.

반면에 가감지급사업에 반대하는 요양병원 45곳(45.5%)이 제시한 반대의 주요 이유로는 ‘의료기관이 현재의 평가기준을 충족하기 위해서만 노력할 것이므로 평가에 적용되지 않는 임상적으로 중요한 과정을 소홀히 하는 부작용 발생할 가능성이 있기 때문에’가 26곳(57.8%)으로 가장 많았다. 그 다음으로 ‘궁극적으로 정부가 가감지급사업을 의료기관 통제를 위한 또 하나의 수단으로 사용할 가능성이 있기 때문에’가 22곳(48.9%), ‘현재 평가기준을 모두 따른다고 해도 궁극적으로 의료의 질 향상이 이루어진다고 보기 어렵기 때문에’가 21곳(46.7%), ‘현재 평가기준이 완벽하지 않아 의료기관의 질이나 질 향상 정도를 평가하기에는 미흡하기 때문에’가 19곳(42.2%), ‘의료기관이 제출하는 평가 자료가 정확하지 않을 가능성이 있기 때문에’가 10곳(22.2%), ‘평가 자료를 제출하는데 의료기관의 추가적인 업무 부담이 크게 증가하기 때문에’가 8곳(17.8%), ‘평가 대상 진료 시점과 가감지급의 시점 사이의 시간 차이가 매우 크기 때문에’가 5곳(11.1%)이었다.

2. 요양병원 관계자들이 선호하는 가감지급사업의 형태

요양병원 관계자들이 선호하는 가감지급사업 형태에 대해 조사한 결과는 다음과 같다. 참여대상 의료기관의 선정방법에 대해서는 ‘일정 요건을 갖춘 의료기관들은 모두 의무적으로 참여하도록 해야 한다’가 58곳(68.2%), ‘자발적으로 참여하겠다는 의료기관만을 대상으로 가감지급사업을 시행해야 한다’가 27곳(31.8%)으로 의무적인 참여를 선호하였다<표 4>. 평가단위 선정은 ‘의사 개인에 대한 평가를 하는 것이 아닌 의료기관을 하나의 단위로 보고 그 성과를 평가해야 한다’가 77곳(87.5%), ‘의료기관에 근무하는 의사 개인에 대한 평가를 해야 한다’는 11곳(12.5%)으로 의료기관 단위의 평가를 선호하였다.

가감지급사업 평가결과에 따라 인센티브 혹은 디스인센티브를 받을 수 있는데 어떤 보상방식을 선호하는가에 대해서는 ‘평가결과가 좋은 의료기관만 경제적 인센티브를 받고, 성과가 좋지 못하더라도 경제적 불이익을 주어서는 안 된다’가 59곳(67.8%)으로 가장 많았다. 그 다음으로는 ‘경제적 인센티브와 경제적 불이익을 병용하여 사용한다’가 24곳(27.6%), ‘평가결과가 나쁜 의료기관만 경제적 불이익을 받고 성과가 좋은 의료기관일지라도 경제적 인센티브를 받아서는 안 된다’가 4곳(4.6%) 순이었다. 인센티브 지급대상은 ‘성과가 뛰어난 의료기관과 이전 년도에 비해 질 향상의 정도가 큰 기관에 대해 모두 경제적 인센티브를 제공해야 한다’가 51곳(57.3%)으로 가장 많았고, ‘평가결과가 뛰어난 의료기관에만 경제적 인센티브를 제공해야 한다’가 22곳(24.7%), ‘이전 년도에 비해 질 향상의 정도가 큰 기관만 경제적 인센티브를 제공한다’가 16곳(18.0%) 순으로 나타났다.

곳(95.5%), 환자 중심지표(예: 환자만족도)를 평가해야 한다고 응답한 기관은 77곳(86.5%), 효율성(예: 진료비용)을 평가해야 한다고 응답한 기관은 72곳(81.8%)이었다.

가감지급 사업을 위한 필요재원 조달방식으로는 '이 사업의 궁극적인 목표는 의료의 질 향상에 있으므로 평가결과가 좋은 의료기관에 지급할 경제적 인센티브 제공에 필요한 재원을 지원해야 한다' 라고 응답한 기관이 67곳(76.1%), '평가결과가 좋지 않은 의료기관에서 삭감한 금액만큼 평가결과가 좋은 의료기관에 지급함으로써 건강보험의 추가 재원이 필요하지 않도록 설계해야 한다' 라고 응답한 기관이 21곳(23.9%)이었다 <표 5>.

<표 5> 요양병원 관계자들이 선호하는 가감지급사업의 형태 - II

설계 형태	구분	찬성, N (%)	반대, N (%)	기타, N (%)	$p^{\$}$
재원조달*	재정중립	11 (29.7)	6 (15.0)	4 (36.4)	0.178
	추가재원	26 (70.3)	34 (85.0)	7 (63.6)	
	소계	37 (100.0)	40 (100.0)	11 (100.0)	
시행단계*	지연실행 방식	20 (54.1)	29 (70.7)	8 (72.7)	0.261
	단계적 실행 방식	17 (45.9)	12 (29.3)	3 (27.3)	
	소계	37 (100.0)	41 (100.0)	11 (100.0)	
평가 자료*	심평원 청구자료	12 (32.4)	16 (39.0)	6 (60.0)	0.286
	심평원 청구자료+임상자료	25 (67.6)	25 (61.0)	4 (40.0)	
	소계	37 (100.0)	41 (100.0)	10 (100.0)	
참여 비용 부담*	심평원 부담	30 (83.3)	35 (87.5)	8 (72.7)	0.062
	의료기관 부담	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (18.2)	
	심평원+의료기관 부담	6 (16.7)	5 (12.5)	1 (9.1)	
	소계	36 (100.0)	40 (100.0)	11 (100.0)	
평가결과 공개*	찬성	34 (91.9)	36 (87.8)	9 (81.8)	0.585
	반대	3 (8.1)	5 (12.2)	2 (18.2)	
	소계	37 (100.0)	41 (100.0)	11 (100.0)	

* 결측값을 제외한 통계 결과임.

$\$$ 피셔의 정확한 검정에 따른 유의확률.

가감지급의 시행단계에 대해서는 세 가지 평가영역(임상적 질, 환자중심지표, 효율성)의 주요 지표가 모두 생성될 때까지 기다렸다가 모든 지표가 생성되는 시점에서 평가를 시행하는 지연 실행방식을 선호하는 기관이 57곳(64.0%), 세 가지 영역의 주요 지표가 모두 생성되지 않았을지라도 우선 생성된 지표로 평가를 시행하고 향후에 생성되는 지표를 추가하는 단계적 실행방식을 선호하는 기관이 32곳(36.0%)으로 지연 실행방식을 선호하였다. 가감지급사업의 정확한 평가를 위해서 어떤 자료를 이용해야 할 것인가에 대해서는 '의료기관이 진료비 청구를 위해 건강보험심사평가원에 제출하는 행정 및 전산자료 외에 의무기록 등의 임상자료도 함께 이용해야 한다' 라고 응답한 기

관이 54곳(61.4%)으로 가장 많았고, ‘의료기관이 진료비 청구를 위해 건강보험심사평가원에 제출하는 행정자료만을 이용해야 한다’라고 응답한 기관이 34곳(38.6%)이었다.

가감지급사업 평가를 위한 자료 수집 등을 위해 소요되는 행정비용 또는 전산비용의 부담을 누가해야 할 것 인가에 대해서는 ‘건강보험심사평가원이 전적으로 부담해야 한다’고 응답한 기관이 73곳(83.9%)으로 가장 많았다. 그 다음으로는 ‘건강보험심사평가원과 의료기관이 비율을 정해 공동으로 부담해야 한다’가 12곳(13.8%), ‘의료기관이 전적으로 부담해야 한다’가 2곳(2.3%) 순이었다. 마지막으로 평가결과 공개에 대해서는 찬성하는 기관이 79곳(88.8%), 반대하는 기관이 10곳(11.2%)이었다.

3. 가감지급사업이 요양병원에 미칠 영향

가감지급사업이 미칠 영향에 대해 조사한 결과 전체 의견은 다음과 같았다<표 6>.

첫째, 가감지급사업으로 인한 경제적 효과에 대해서 ‘경제적으로 큰 영향을 미치지 않을 것이다’라고 응답한 기관이 41곳(50.0%)으로 가장 많았고, ‘경제적으로 이익이 될 것이다’라고 응답한 기관이 21곳(25.6%), 반대로 ‘경제적으로 손해를 볼 것이다’라고 응답한 기관이 20곳(24.4%)이었다.

둘째, 현재 가감지급사업의 가감 비율에 대해서는 ‘적당하다’라고 응답한 기관이 55곳(67.1%), ‘낮다’와 ‘높다’라고 응답한 기관이 각각 14곳(17.1%), 13곳(15.9%)이었다.

셋째, 가감지급사업이 시행된다면 사업 이전과 이후에 의료기관의 진료행태가 변화할 것인가에 대하여 조사한 결과, ‘의료기관의 진료행태가 가감지급사업이 지향하는 방향으로 바뀔 것이다’라고 응답한 기관이 60곳(73.2%), ‘의료기관의 진료행태에 변화가 없을 것이다’라고 응답한 기관이 13곳(15.9%), 오히려 ‘의료기관의 진료행태가 가감지급사업이 지향하는 것과 다른 방향으로 바뀔 것이다’라고 응답한 기관이 9곳(11.0%)이었다.

넷째, 가감지급사업으로 인한 의료의 질 변화에 대해 조사한 결과 ‘의료의 질이 향상될 것이다’라고 응답한 기관이 46곳(56.1%), ‘의료의 질은 별 차이가 없을 것이다’라고 응답한 기관이 32곳(39.0%), 오히려 ‘의료의 질이 나빠질 것이다’라고 응답한 기관이 4곳(4.9%)이었다. 다만, 이 영역에서는 가감지급사업에 대한 찬반 의견에 따라, 현재 인센티브의 가감 비율에 대한 항목을 제외한 항목들에서는 서로 의견의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다($p < 0.05$). 특히 의료의 질 변화 항목에서 찬반에 따른 의견의 차이가 크게 나타남을 확인할 수 있었다($p < 0.001$).

<표 6> 가감지급사업이 미칠 영향

질문	내용	찬성, N (%)	반대, N (%)	기타, N (%)	p [§]
경제적 효과*	경제적으로 이익	10 (27.8)	8 (21.6)	3 (33.3)	0.019
	경제적으로 큰 영향 없음	23 (63.9)	14 (37.8)	4 (44.4)	
	경제적으로 손실	3 (8.3)	15 (40.5)	2 (22.2)	
	소계	36 (100.0)	37 (100.0)	9 (100.0)	
현재 인센티브의 가감 비율*	높다	2 (5.6)	8 (21.6)	3 (33.3)	0.094
	적당하다	27 (75.0)	22 (59.5)	6 (66.6)	
	낮다	7 (19.4)	7 (19.2)	0 (0.0)	
	소계	36 (100.0)	37 (100.0)	9 (100.0)	
진료 행태의 변화*	긍정적 변화	33 (91.7)	20 (54.1)	7 (77.8)	0.006
	변화 없음	2 (5.6)	10 (27.0)	1 (11.1)	
	부정적 변화	1 (2.8)	7 (18.9)	1 (11.1)	
	소계	36 (100.0)	37 (100.0)	9 (100.0)	
의료의 질 변화*	질 향상	29 (80.6)	12 (32.4)	5 (55.6)	<0.001
	변화 없음	6 (16.7)	23 (62.2)	3 (33.3)	
	질 저하	1 (2.8)	2 (5.4)	1 (11.1)	
	소계	36 (100.0)	37 (100.0)	9 (100.0)	

* 결측값을 제외한 통계 결과임

§ 피셔의 정확한 검정에 따른 유의확률

4. 가감지급사업 시행에 따른 의도하지 않은 부작용

가감지급사업 시행에 따른 의도하지 않은 부작용 발생 가능성에 대한 조사결과는 다음과 같았다<표 7>.

첫째, 좋은 평가를 받기위해 고위험 환자를 기피할 가능성에 대해서 79.5%(58곳)의 병원이 이에 동의하였다. 둘째, 임상적으로 중요하다고 판단되는 처치 및 시술일지라도 가감지급사업의 평가문항에 포함되어 있지 않으면 평가결과에 영향을 미치지 않으므로 그것을 생략하거나 소홀히 할 가능성에 대해서 71.2%(52곳)의 병원이 이에 동의하였다. 셋째, 경제적 인센티브를 받기 위해 환자에게 필수적인 의료서비스를 아예 제공하지 않거나 생략할 가능성에 대해서 61.6%(45곳)의 병원이 이에 동의하였다. 마지막으로 좋은 평가를 받기 위해 전산자료나 환자자료를 조작할 가능성에 대해서는 47.9%(35곳)의 병원이 이에 동의하였다.

찬반 의견에 따른 차이를 살펴본 결과, 찬성이나 기타 의견을 보인 군이 의도하지 않은 부작용 발생 가능성을 상대적으로 낮게 보는 경향이 있었다. 다만 전체 표본크기가 작아 통계적으로 유의하지는 않았다. 그리고 평가 이외의 항목에 대해 소홀할 수 있다는 것에서는 가감지급사업의 반대 의견군에서는 85.3%가 나타날 수 있다고 하였지만,

가감지급사업의 찬성군과 기타 의견군에서는 각각 61.3%와 50.0%에서만 나타날 것이라고 생각해 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 7> 가감지급사업에 따른 의도하지 않은 결과

질문	동의유무	찬성, N (%)	반대, N (%)	기타, N (%)	P^{\S}
고위험 환자의 기피*	동의함	22 (71.0)	30 (88.2)	6 (75.0)	0.179
	동의하지 않음	9 (29.0)	4 (11.8)	2 (25.0)	
	소계	31 (100.0)	34 (100.0)	8 (100.0)	
평가 이외의 항목에 대한 소홀*	동의함	19 (61.3)	29 (85.3)	4 (50.0)	0.031
	동의하지 않음	12 (38.7)	5 (14.7)	4 (50.0)	
	소계	31 (100.0)	34 (100.0)	8 (100.0)	
필수 의료서비스의 미제공*	동의함	19 (61.3)	24 (70.5)	2 (25.0)	0.072
	동의하지 않음	12 (38.7)	10 (29.4)	6 (75.0)	
	소계	31 (100.0)	34 (100.0)	8 (100.0)	
자료 조작 가능성*	동의함	14 (45.2)	19 (55.9)	2 (25.0)	0.317
	동의하지 않음	17 (54.8)	15 (44.1)	6 (75.0)	
	소계	31 (100.0)	34 (100.0)	8 (100.0)	

* 결측값을 제외한 통계 결과임

§ 피셔의 정확한 검정에 따른 유의확률

IV. 고 찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구에서는 요양병원에 종사하는 개별 응답자의 의견보다는 가능한 기관의 대표 의견을 받고자 하였다. 그래서 설문지와 함께 병원장을 수신자로 하는 설문 참여 요청 공문을 동시에 발송하였고, 더불어 심평원에서 사용하는 요양병원의 대표 이메일을 활용하였다. 그리고 응답을 할 때에도 기관의 대표의견을 보내줄 것을 요청하였다. 따라서 응답자가 기관에 따라 다르긴 하지만, 각 기관별 대표의견으로 간주하고 분석과 그에 따른 해석을 하였다.

하지만 연구 결과의 일반화와 관련하여, 이 연구에서 설문조사의 최종 응답률이 13.6%에 불과하기 때문에 이 연구에서의 결과가 요양병원 전체의 의견을 반영하는지에 대해서는 제한점이 있을 수 있다. 그리고 같은 요양병원의 범주이지만, 병상 규모, 주요 대상 환자군 등의 특성이 응답 결과에 영향을 미칠 수 있다. 그러나 연구 설계의

한계로 인해 그러한 요인들이 어떻게 영향을 미쳤는지는 살펴보지 못하였다. 이러한 측면이 이 연구의 한계점이라고 볼 수 있을 것이다. 그럼에도 불구하고 가감지급사업 시행 전에 사업의 당사자인 요양병원 관계자들의 의견을 처음으로 조사하였다는 데에 이 연구의 의의가 있다고 하겠다.

2. 연구결과에 대한 고찰

연구 결과에서 먼저 살펴볼 점은 요양병원들의 가감지급사업에 대한 인지수준이 여전히 낮다는 것이다. 물론 아직 요양병원을 대상으로 가감지급사업을 시행하고 있지는 않지만, 종합병원 등의 병원에 이 사업이 적용되고 있다는 점을 고려했을 때, 약 1/3의 요양병원이 가감지급사업을 모른다고 응답한 것은 이 사업의 낮은 인지도를 보여준다고 할 수 있겠다. 만약 심평원이 가감지급사업을 요양병원까지 확대 적용하고자 한다면, 이 사업에 대한 요양병원의 이해도를 우선적으로 높이려는 노력이 필요할 것이다. 가감지급사업을 시행하고 있는 외국의 예를 보아도 성과기반지불제도에 대한 인식이 부족한 의사는 제도 자체의 이해 수준 역시 낮다는 보고가 있으며(McDonald 등, 2009), 성과기반지불제도에 대해 이해하지 못하면, 심지어 그들이 받게 될 인센티브가 얼마나 되는지도 모르는 경우도 있었다(Young 등, 2007). 또 Medicare의 암 검진에 대한 성과기반지불제도가 실패한 이유 중의 하나는 의사들의 인식 결여 때문이었다는 보고도 있다(Hillman 등, 1998). 이런 측면에서 가감지급사업의 성공적 운영을 위해서는 요양병원 관계자들이 왜 이 제도에 반대하고 있는지를 의견을 청취하는 것이 필요할 것이다.

이번 연구에서 요양병원 관계자들이 제기한 주요 반대 이유로는 제도 시행 후 의도하지 않은 부작용이 발생할 수 있다는 점(57.8%), 이 제도가 요양병원을 통제하기 위한 또 하나의 수단으로 변질될 것이라는 점(48.9%)을 들고 있었다. 따라서 이러한 반대 이유의 검증을 위해서 심평원과 요양병원, 그리고 현재 가감지급사업을 시행하고 있는 병원들을 대상으로 한 공청회를 통하여 사업 적용상의 문제점을 함께 파악하는 장을 지속적으로 마련해야 할 것이다.

요양병원의 측면에서는 제도 도입에 따른 불이익을 당하지 않기 위해서라도 제도에 대해 이해하는 것이 필요할 것이다. 이 제도는 기본적으로 인센티브와 디스인센티브 구조로 구성되어 있다. 따라서 제도를 적절히 이해하고, 이에 따른 질적 성과를 이루지 못할 경우, 경제적인 디스인센티브를 받을 수 있다. 금액 자체는 크지 않다 하더라도, 평가 결과를 적극적으로 활용하는 타 기관과 대비되어 상대적으로 시장에서 불이익을 당할 가능성도 염두에 두어야 한다. 대다수의 기관들이 평가 결과 공개가 바람직하다는 입장을 가지고 있다는 측면에서 이를 더 고려할 필요가 있을 것이다.

이번 설문조사 결과에서 한 가지 더 주목할 점은 요양병원의 가감지급사업에 대한 인식이 반드시 부정적이지만은 않다는 것이다. 몇 가지 항목을 살펴보면, 요양병원들이 선호하는 가감지급사업의 형태에 대한 응답 중에서 의무적 참여가 더 바람직하다고 응답한 비율이 68.2%로, 가감지급사업에 대한 찬성 비율인 43.0%보다 더 높게 나왔다. 또 평가결과의 공개에 대해서도 88.8%의 요양병원이 찬성하고 있었다. 가감지급사업이 미칠 영향의 설문 항목 중 진료 형태의 변화에 대해서도 긍정적 변화가 나타날 것으로 응답한 요양병원이 73.7%로 나타났다. 즉, 단순히 요양병원들이 가감지급사업에 부정적일 것이고, 사업의 설계에 대해서도 그 의미를 축소시키는 방향을 선호할 것이라기보다는 요양병원들도 좀 더 건설적인 방향으로 가감지급사업을 생각하고 있다는 단서를 확인할 수 있었다. 환언하면, 설문에서 저자들이 의도한 바와 같이, 요양병원의 이익만을 극대화하는 측면보다 현장의 입장에서 제도의 바람직한 도입을 위해 필요한 방향에 대한 의견을 주었다고 볼 수 있을 것이다.

물론 요양병원 관계자들은 자신들의 부담이 적어지는 형태로, 자신들에게 유리한 형태의 응답한 경우도 있었다. 예를 들면, 인센티브는 평가우수 기관뿐만 아니라 질 향상 기관에도 모두 제공해야 한다고 생각하고 있었다. 또 경제적 불이익 없이 경제적 인센티브만을 제공하고, 더불어 가감지급사업을 위한 추가적 비용이 발생할 경우 심평원에서 전적으로 부담해야 한다는 의견이 다수였다는 것이 그러한 측면을 대변한다고 볼 수 있다.

한편 가감지급사업의 재정적 측면과 진료행태 변화 및 질 향상에 미칠 영향에 관해서 요양병원 관계자들은 진료행태 개선과 의료의 질 향상에는 긍정적인 영향을 미칠 것이라고 응답한 반면 경제적 효과는 크지 않을 것이라고 응답하였다. 이러한 응답은 가감지급사업은 질 향상을 위한 책임감을 증대시킨다는 Damberg 등(2009)의 연구결과와 일치하고 가감지급사업과 같은 평가로 조직의 구조와 프로세스의 변화를 유도할 수 있다는 Reiter 등(2006)의 연구결과와 일치한다. 특히 찬반의견에 따라 의료의 질 변화에 대한 예상이 다른 점은 각 요양병원의 질 향상 활동에 대한 인식의 흐름을 유추할 수 있게 해준다고 할 수 있다. 즉, 가감지급사업에 대해 긍정적으로 인식하고 있는 기관은 그에 따른 의료 질 향상 효과를 기대하고 있다고 생각해볼 수 있을 것이다.

심평원이 가감지급사업을 요양병원에 확대한다고 하였을 때, 이 연구결과에서 제시한 요양병원 관계자들의 모든 의견을 반영할 수는 없을 것이다. 하지만 요양병원 관계자들이 가감지급사업에 대해 제시한 의견을 고려했을 때, 저자들은 사업의 원만한 시행을 위하여 다음과 같은 접근전략을 제안하고자 한다.

첫째, 이번 설문에서는 요양병원 관계자들이 의무적인 참여가 좋다고 응답했지만, 미국 의학학술원(Institute of Medicine, IOM)은 가감지급의 성공적인 시행을 위해서 초

기에는 자발적 참여를 유도하고 단계적으로 의무적 전환하는 것을 권고한 바 있다(IOM, 2001). 약 과반수의 요양병원 관계자들이 가감지급사업 시행에 대한 반대하는 현 상황에서 요양병원을 대상으로 하는 가감지급사업의 초기 시행 단계에서는 요양병원의 자발적 참여를 유도하는 것도 고려해볼 수 있을 것이다.

둘째, 제도 시행 초기에는 디스인센티브를 적용하지 말고 인센티브만을 적용하여 제도 수용성을 높인 후 단계적으로 인센티브와 디스인센티브를 모두 적용하는 방식으로 점진적으로 접근하는 것이 바람직할 것이다. 이미 2007년부터 2010년까지 시행한 가감지급시험사업에서는 디스인센티브를 적용하지 않았다. 이러한 접근법을 요양병원의 가감지급사업에도 적용하는 것이 제도의 성공적 안착을 위해서 필요할 것이다.

셋째, 가감지급사업을 시행할 경우 발생하는 추가 비용을 전적으로 요양병원에 전가시키기 보다는 심평원과 분담하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 요양병원 입장에서는 가감지급사업의 평가를 위한 자료 수집과 전산체계 구축 등으로 발생하는 비용 부담을 고려하지 않을 수 없기 때문이다. 이 문제와 관련하여 Goldman 등(2007)은 정부가 평가 자료 수집 비용을 낮추거나 평가로 인해 발생하는 추가 비용을 지원해야 한다고 지적한 바 있다.

마지막으로 만약 가감지급사업을 도입한다면 심평원과 요양병원들은 의도하지 않은 부작용을 발생시키지 않도록 하는 노력을 기울일 필요가 있을 것이다. 기본적으로 지표 관리 시스템에서는 왜곡된 인센티브와 의도하지 않은 결과가 발생할 수 있기 때문이다(Roberts, 1994; Smith, 1995). 가장 대표적인 의도하지 않은 부작용은 고위험 환자를 기피하는 것이다(Casalino 등, 2007; McDonald 등, 2009). 또한 평가항목이 아닌 지표들은 오히려 상황이 악화될 수도 있다(Campbell 등, 2009). 예를 들어, 한 연구에서는 일반내과의사의 61%가 평가 이외의 항목에 대해서는 소홀히 여긴다는 것을 확인하였고(Casalino 등, 2007), 미국의 정형외과 일차 진료의 중 20%가 가감지급사업에 포함되지 않은 항목에 대해서는 소홀히 한다는 사실을 확인하였다(Locke, 2008). 우리나라 요양병원 관계자들도 가감지급사업에 따른 의도하지 않은 결과에 대해 비슷한 우려를 표시하고 있었다. 따라서 심평원은 가감지급사업을 요양병원까지 확대했을 때 의도하지 않은 부작용을 최소화하도록 노력해야 할 것이다. 또 평가항목이 아닌 지표에 대해서도 지속적인 모니터링을 시행해야 할 것이다.

3. 요약 및 결론

이 연구는 가감지급사업이 확대될 것으로 예상되는 요양병원 관계자들이 가감지급사업에 대해 어떤 시각을 가지고 있는지를 파악하기 위해 시행하였다. 요양병원 관계자들은 약 2/3 정도가 이 제도를 인지하고 있었으나, 여전히 약 1/3은 이 제도에 대해서

인지하지 못하고 있었다. 만약 심평원이 요양병원을 대상으로 가감지급사업의 도입을 고려한다면, 요양병원들의 가감지급사업에 대한 인식을 먼저 제고시킬 필요가 있겠다.

더불어 요양병원들의 가감지급사업의 찬반의견은 반반으로 팽팽히 맞서고 있었다. 반대하는 가장 큰 이유로는 제도로 인해 의도하지 않은 부작용이 발생할 가능성과 정부의 통제수단으로 변질될 것 등이 제시되었다. 이러한 요양병원들의 가감지급사업 도입에 대한 반대 이유를 좀 더 구체적으로 살펴보고, 가감지급사업을 성공적으로 수행하기 위해서는 정부, 심평원, 그리고 요양병원이 만나 서로의 의견을 교환할 수 있는 장을 마련하는 것이 필요할 것이다.

향후 요양병원을 대상으로 가감지급사업을 도입하게 된다면, 다양한 측면에서 제도 도입의 성과를 평가하고자 할 때, 이 연구결과를 활용할 수 있을 것이다. 즉, 제도 도입이 요양병원에 어떻게 영향을 주었는지 파악하는 데에 이 연구 결과가 도움이 될 것이라고 기대할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원(2010). 2009 요양급여 적정성 평가결과 종합보고서
- 건강보험심사평가원(2011a). 가감지급 사업의 성과와 발전방향. 한국의료 QA학회지, 17: 5-20
- 건강보험심사평가원(2011b). 요양병원 3차년도 추구 평가 결과
- 보건복지부, 건강보험심사평가원 보도자료(2010). 진료 잘하는 병원 인센티브 지급
- 양보혜(2012). 요양병원 적정성 평가 ‘가감지급제도’ 검토 중, 청년의사 5월 4일자 인터넷판 Available from:
- <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2012050400014>
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M(2009). Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med 361(4): 368-78
- Casalino LP(2007). Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. Health Aff 26(2): 492-9
- Damberg CL, Raube K, Teleki SS, Cruz ED(2009). Taking stock of pay-for-performance: A candid assessment from the front lines. Health

Aff. 28(2): 517-25

Goldman LE, Henderson S, Dohan DP, Talavera JA, Dudley RA(2007). Public Reporting and Pay-for-Performance: Safety-Net Hospital Executives' Concerns and Policy Suggestions. *Inquiry*, 44(2): 137-145

Hillman AL, Ripley K, Goldfarb N, Nuamah I, Weiner J, Lusk E(1998). Physician financial incentives and feedback: failure to increase cancer screening in Medicaid managed care. *Am J Public Health*, 88(11): 1699-701

Institute of Medicine(2001). Committee on Redesigning Health Insurance Performance Measures, Payment, and Performance Improvement Programs Rewarding provider performance: Aligning incentives in Medicare. National Academies Press; Washington, DC

Kaczorowski J, Goldberg O, Mai V. Pay-for-performance incentives for preventive care: views of family physicians before and after participation in a reminder and recall project (P-PROMPT). *Can Fam Physician* 2011;57(6): 690-696

Locke RG, Srinivasan M(2008). Attitudes toward pay-for-performance initiatives among primary care osteopathic physicians in small group practices. *J Am Osteopath Assoc*, 108(1): 21-4

McDonald R, Roland M(2009). Pay for Performance in Primary Care in England and California: Comparison of Unintended Consequences. *Ann Fam Med*, 7(2): 121-127

Reiter KL, Nahra TA, Alexander JA, Wheeler JR(2006). Hospital responses to pay-for-performance incentives. *Health Services Management Research*, May; 19: 123-134

Roberts A(1994). Integrating strategy with performance measures. *Management Development Review*, 7(6): 13-5

Smith P(1995). The unintended consequences of publishing performance data in the public sector. *International Journal of Public Administration*, 18(2): 277-310

Spitzer AR(2010). Pay for performance in neonatal-perinatal medicine-will the quality of health care improve in the neonatal intensive care unit? A

business model for improving outcomes in the neonatal intensive care unit. *ClinPerinatol*, 37(1): 167-77

The Organization for Economic Co-operation and Development(2010). Value for money in health spending, Paris: OECD

The Organization for Economic Co-operation and Development(2011). OECD health ministerial meeting: forum on quality of care. Paris: OECD. 2010: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/27/46098506.pdf> Accessed on Jan.21

Young GJ, Burgess JF, White B. Pioneering Pay-for-Quality: Lessons from the Rewarding Results Demonstrations. *Health Care Financing Review*, 2007; 29(1): 59-70