

심포지움 : 의료의 질 향상을 위한 의료기관평가

의료기관 평가제도 실시의 배경과 내용

이 신 호
한국의료관리연구원

Background of Hospital Quality Assessment

Simho Lee, Ph.D.
Korea Institute of Health Services Management

1. 실시배경

1.1 의료서비스의 현황

1) 의료기관간의 시설격차 심화

우리 나라는 지난 10여년간 소득증대와 의료보장의 확대실시로 인해 의료이용의 장애요인이 완화되자 이에 따른 잠재적 의료수요의 급격한 표출로 인해 수요의 급속한 증가와 아울러 의료기관도 급격하

게 양적으로 증대되어 왔다. 의료기관이 갖추어야 될 요건에 대한 규정이 미비한 상태에서 수요의 우선적인 충족 필요성에 따라 단기간내에 이루어진 의료기관의 급속한 증가는 필연적으로 의료기관간의 현격한 시설격차를 초래하게 되었으며 이러한 격차는 병원경영환경의 악화 등에 의해 오늘날 더욱 심화되고 있다. 다음 (표 1)에서 알 수 있듯이 병상당 면적이 12평 미만인 병원들이 다수를 점하고 있으며 6평 미만으로서 병원으로서 적절한 기능을 수행하기에 절대적으로 협소한 병원도 상당수 존재하고 있는

〈표 1〉 병상규모별 병상당 면적의 분포

(단위 : 개소, %)

규모	면적	6평미만	12평미만	18평미만	24평 미만	24평이상	계
100병상미만		35 15.0	113 48.3	59 25.2	15 6.4	12 5.1	234 100.0
100-199		12 15.0	48 60.0	13 16.3	5 6.3	2 2.5	80 100.0
200-299		6 12.5	36 75.0	6 12.5	-	-	-
300-399		4 11.4	22 62.9	6 17.1	2 5.7	1 2.9	35 100.0
400-499		4 18.2	9 40.9	8 36.4	-	1 4.5	22 100.0
500이상		7 15.9	14 31.8	16 36.4	6 13.6	1 2.3	44 100.0

것이 현실이다.

2) 의료에 대한 권리의식 신장과 양질의 의료 서비스에 대한 요구 증가

생활수준의 향상에 따라 지금까지 시혜적인 측면에 머물렀던 의료서비스가 국민이 당연히 누려야 할 권리라는 인식이 보편화되면서 지금까지 양적 충족 필요성에 머물렀던 의료서비스에 대한 관심이 질적인 측면으로 전환되기 시작하였으며 이에 따라 양질의 의료서비스를 받고자 하는 국민적 요구가 증대되고 있다. 그 일례로 의료관련 분쟁이 증가하고 있으며 의료서비스 관련 소비자의 불만도 급속하게 증가하는 현상을 보이고 있는 실정이다.

3) 대규모 병원으로 환자집중 및 중소규모병원의 유희화 현상 심화

양질의 서비스에 대한 요구와 일부 의료기관에 대한 불신이 가중됨에 따라 대규모 병원으로 환자가 집중하고 이에 따라 일부 중소규모 병원이 유희화됨으로서 의료자원의 효율적인 활용이 저해되고 있을 뿐 아니라 불필요한 의료비의 증가원인이 되고 있다.

1.2 의료기관 관리의 현황

앞서 기술된 제반 문제점을 해소하기 위해서는 의료기관들이 국민들의 기대수준에 걸맞도록 적정한 수준의 의료서비스를 제공토록 국가가 의료서비스의 수준을 관리하는 것이 요구된다. 일반적으로 의료서비스는 인간의 생명에 직접 영향을 미치며 또한 전문적인 지식과 기술이 요구되므로 이를 이용하는 소비자가 서비스의 품질과 결과를 직접 평가하기 어려운 특성을 갖는다. 이러한 소비자의 무지(consumer ignorance)에 의해 공급자에 대한 정부의 규제 또는 관리가 필요해지며 이에 는 서비스의 가격, 양, 질 그리고 투입물의 수준 등이 그 대상이 된다. 이러한 측면에서 현재 우리 나라의 서비스 수준을 관리하기 위한 제도적인 장치의 현황을 살펴보면 다음과 같다.

1) 법정기준에 의한 투입요소의 적정성 확보 곤란

의료기관을 설립 및 운영에 필요한 최소기준으로서 의료기관이 갖추어야 될 시설 및 인력에 관한 기준은 의료법 시행규칙 제28조의 2 및 제28조의 6에 규정되어 있다. 그러나 현재 이러한 기준은 의료기관이 준수하여야 할 사회적 의무를 갖는 강제규범으로서 기능하고 있지 못하고 있는 실정이다. 즉 시설기

〈표 2〉 병원의 의사 및 간호사 법정기준 준수 현황

	의사				간호사			
	3차병원	종합병원	병원	평균	3차병원	종합병원	병원	평균
적합	35	170	235	440	9	32	113	154
	100.0	89.9	75.6	82.2	25.7	16.9	36.3	28.8
미달	0	19	76	95	26	157	198	381
	0.0	10.1	24.4	17.8	74.3	83.1	63.7	71.2

준의 경우 최소한의 필수사항만 규정되어 있을 뿐 아니라 그마저도 규정된 사항이 모호하여 서비스 제공에 필요한 기본적인 시설을 갖추도록 보장하지 못하고 있으며 인력기준은 미준수 의료기관이 다수를 점하고 있어 기준으로서의 의미를 상실한 상태이다. 다음 (표 2)에서 볼 수 있듯이 우리 나라 병원의 상당수가 의사 및 간호사 법정 기준을 준수하고 있지 않음을 알 수 있다.

일반적으로 법정 기준으로서 의료서비스의 수준을 관리하는 것은 법규가 갖는 경직성에 의해 구조적인 한계점을 지니고 있다. 즉 의료서비스의 제공과 관련된 각종 요인들의 변화속도를 고려할 때 적시에 이러한 변화요인을 법규에 반영하여 기준의 효용성 및 타당성을 유지시키는 것은 거의 불가능하다. 따라서 법정기준은 최소한의 수준을 보장하는 기전으로서만 활용하고 신임제도 등 적정 서비스에 대한 소비자의 요구를 충족시킬 수 있는 방안을 부가적으로 실시하는 것이 필요하다.

2) 의료보험 요양기관 관리규정의 기능 미흡

의료법에 규정된 시설 및 인력에 관한 규정 외에 의료기관을 관리하는 규정으로서 의료보험법에 의한 요양취급기관의 지정시 제출하도록 요구되고 있는 현황신고서를 들 수 있다. 현황신고서를 제출하는 이유는 요양취급기관으로서 지정될 의료기관이 적정한 서비스를 제공할 능력을 갖추고 있는지의 여부를 평가하기 위한 것이지만 실제로 이러한 용도로 활용되고 있지도 않을 뿐 아니라 진료비 청구내용과 관계된 일부 장비를 제외하고는 인력과 장비의 변동

등이 파악되지 않아 사후관리 기전도 결여되어 있다. 더욱이 의료보험법 제33조(요양취급기관의 취소)에 규정된 취소요건은 진료비 부당청구와 관련된 경우로 한정되어 있어 보험자 단체로서 당연히 갖추어야 할 피보험자에게 제공되는 의료서비스의 수준을 관리하는 기능이 전무한 상태이다.

3) 병원표준화사업

1980년 대한병원협회가 미국의 신임제도에 기초하여 실시결정하였으며 병원참여를 유도하기 위하여 병원협회에 위탁된 수련병원실태조사에 부가하여(보건사회부 의제 1420-5458(81. 4. 15)[병원표준화심사에 대한 회신]) 현재까지 실시중인 병원표준화 사업은 의료계의 자발적인 서비스 수준의 관리 기전으로서 적정 서비스 제공을 위해 끼친 영향이 지대하다. 특히 적정 의료서비스 제공에 관한 사회적 인식 및 지원이 미비한 시점에서 시작되어 지난 10여년간 의료서비스의 구조적 측면에 대한 점검을 계속함으로써 전반적인 병원수준 향상에 도움을 주었다는 사실은 간과되어서는 안된다. 하지만 이러한 긍정적인 측면에도 불구하고 현재의 병원표준화 사업은 사업의 조직, 참여대상, 심사 및 평가절차, 평가결과에 따른 사후관리 등의 측면에서 다음과 같은 몇 가지 극복되어야 할 문제점과 과제를 안고 있다.

가. 병원서비스 관리사업으로서의 실효성 부족

수련병원 지정 및 전공의 배정을 위한 부수사업으로 실시되어 수련병원지정과 관련되지 않은 병원의 참여동기가 미비하여 현재 종합병원급 이상의

200여개 병원만 참여하고 있다.

나. 사회적 공신력 미흡

병원협회 하부의 조직인 신임위원회는 일부 의료 관련단체로만 구성되어 있을 뿐 아니라 평가 및 신임절차 등이 사회적 공론화 과정을 거쳐 객관성과 자율적인 엄격성을 지니고 있는지의 검증은 거치지 않았으며 더욱이 평가결과 등이 공표되지 않아 의료계 내부적인 사업으로서만 인식되고 있다. 즉 신임을 받은 기관은 적절한 수준의 서비스를 제공할 수 있다는 것을 전문적인 측면에서 뿐 아니라 국가적인 차원에서 인정되고 있지 못하고 있는 실정이다.

다. 전담실무조직의 부족으로 실질적인 활동수행 곤란

병원표준화 관련 업무를 병원협회의 교육훈련부가 담당하고 있어 기존의 평가, 수정 및 필요실무활동(교육, 훈련, 발간사업 등) 서비스 수준의 제고를 위한 표준화 사업의 발전을 위해 필수적으로 요구되는 업무가 체계적, 상시적으로 수행되고 있지 않은 실정이다.

라. 조사절차 미흡

조사기관에 대한 사전 지식이 부족한 상태에서 현장조사는 실제 평가가 불가능할 정도의 짧은 기간(반나절 또는 하루)동안에 수행되어 조사의 실효성이 크게 반감되고 있으며 또한 조사자의 경우 병원 관리 전반을 조사할 행정인력이 미참여하며 조사방법 등에 대한 교육기회가 미흡하여 조사의 전문성 및 적정성이 떨어지고 있다. 그리고 소비자의 의견이 반영될 수 있는 기전이 마련되어 있지 않다.

마. 결과 평가체계 미흡

내부적 심사기준에 의해 채점방식을 택하여 평가하고 있으나 평가기준이 공개되지 않을 뿐 아니라 평가결과에 대한 병원측의 이의제기 및 수정보완 등의 과정이 결여되어 있어 조사절차의 미흡에 따른 평가의 오류가능성이 있으며 평가결과가 공개되지 않아 사회적 검증제도로서의 기능이 상실되고 병원계 내부사업으로 한정되는 결과를 낳고 있다. 더욱이 평가시 발견된 문제점에 대한 고지 및 수정에 대한 강제성이 결여되고 조사결과가 사장되어 병원의 서비스 수준 제고에 실질적으로 활용되는 정도가 미

미한 실정이다.

바. 서비스 수준 제고에 미치는 영향미흡

또한 평가결과에 따른 제재 및 유인조치가 결여되어 적정 서비스 보장제도로서의 기능이 미흡하다.

1.3 본격적인 의료서비스 관리제도의 필요성

현행 의료기관의 관리제도로는 의료서비스의 적정성 및 질을 보장하기가 어려운 상태에서 기관별 서비스의 질적 수준 차이가 해소, 국민의 의료서비스에 대한 불신의 완화, 시설 및 서비스 수준 차이가 감안되지 않은 의료보험수가의 형평성 문제의 해결, 의료기관의 자율적 서비스 관리 및 향상을 위한 동기부여 등의 현안을 해결하기에는 역부족인 상황이다. 따라서 의료기관들이 서비스향상에 관심을 가지고 환자들의 이용편의도를 제고할 수 있는 적절한 제도의 도입이 필요하다.

2. 의료기관 평가방안

2.1 기본방향

1) 의료공급의 관리차원에서 의료기관 평가사업의 실시

정부 및 보험자는 개별 의료기관이 제공하는 의료서비스의 적합성을 확인·평가함으로써 양질의 의료서비스가 소비자에게 제공되도록 정부는 법정규제를 통하여 최소수준의 의료서비스를 보장하고 동시에 별도의 적정 서비스의 제공기전을 도입한다.

2) 의료서비스의 관리 및 향상을 위한 의료계의 자발적인 노력 유도

의료계가 의료서비스에 대한 불신해소 및 제공되는 서비스에 대한 신뢰회복의 주체로서의 역할을 수행할 수 있도록 유인 및 지원하되 의료기관 평가를 통해 의료서비스의 공신력을 높이는 동시에 병원단위의 자발적인 서비스관리사업의 활성화를 도모한다.

2.2 사업내용

1) 평가내용

평가사업 시행의 용이성, 우리 나라 의료기관의 현황 등을 고려하여 우선적으로 의료기관이 제공하는 서비스 산출과정에 투입되는 인적, 물적 요소 등 서비스의 구조적 측면을 객관적 기준에 의하여 평가한다. 즉 다수의 의료기관들이 기본적인 자원으로 인력이나 시설을 충분히 갖추지 못하고 있으므로 이러한 문제점을 개선시키는 데 일차적인 주안점을 두되 구조적 측면의 평가가 의료서비스 질의 평가 및 개선시키는 데 갖는 한계점을 극복할 수 있도록 점차 의료서비스의 제공과정 및 결과로 평가범위를 확대한다.

• 평가내용(예)

① 인력 가용성

- 병상당 보유인력
- 환자당 보유인력

② 기본적인 시설·장비의 가용성

- 병상(환자)당 외래대기실 면적
- 병상당 면적
- 병동의 병상당 환자 휴게실 면적

③ 환자편의제도 등의 적합성

- 진료예약제도의 실시 여부 및 범위
- 외래진료(투약) 및 응급진료시 대기시간
- 은행신용(B/C)카드의 사용 여부
- 모유수유를 위한 모자동실제 활용 여부

④ 환자의 만족도

- 직원들의 친절도
- 의사 및 간호사의 설명 정도
- 식사의 질 및 배식시각
- 진료수속절차의 간편성
- 병원시설의 청결 및 쾌적성

⑤ 기타

- 1, 2차기관 의뢰환자의 회송율
- 서비스 개선을 위한 조직 및 제도의 활용 정도:교육 포함.

2) 대상 및 실시방안

3차진료기관을 대상으로 우선 실시하고 종합병원, 병원 및 의원순으로 순차적으로 확대·실시한다.

3) 유인 방안

기본적으로 제도적 지원과 동기부여 방식에 의존하되 다음의 대안을 고려할 수 있다.

가. 평가결과와 공표를 통하여 해당 기관의 자율적인 서비스 관리를 유도하는 방법

조사·분석된 평가결과를 사회에 공표하여 소비자의 의료기관 선택시 기준으로 삼게하고 해당 의료기관은 상대적으로 경쟁우위를 점하도록 함으로써 의료기관의 자율적인 수준관리를 사회적 압력을 통하여 유도하는 방안이다.

나. 평가결과를 의료보험수가에 차등적용하여 보상하는 방법

〈표 3〉 의료기관 종류별 의료보험 행위료가산 수입(1993년)

(단위 : 백만원)

의료기관		기관당 행위료			
구분	기관수	보험진료비 총액	행위료총액	총액	금액
3차 기관	35	892,361	272,466	7,784	778
종합병원	203	1,027,569	306,930	1,512	151
병원	391	318,436	112,677	288	29
합 계	629	2,238,366	692,073		

* 자료 : 의료보험연합회 "진료행위별 급여경향 조사자료"(92)에서 추정

의료기관별 행위료 가산율을 차등적용하는 방안으로서 의료기관별 상대평가를 원칙으로 하되 추후 서비스 수준이 전반적으로 향상된 경우에는 절대평가제를 도입한다. 의료기관별 가산율의 차등적용은 평가결과 및 서비스 개선을 위한 추가비용 정도를 판단하여 가변적으로 적용한다. 제도시행 초기에는 차등적용에 의한 효과가 과다하지 않도록 3%범위내로 하되 차후 시행결과를 보아 5%에서 10%까지 확대한다.

다. 의료보험요양기관 지정을 위한 기본요건화 하는 방법(특히 3차기관의 경우 지정기준화)

의료보험요양기관 지정을 위한 전제조건으로 평가사업의 참여 및 평가결과에 따른 제재를 명시하여 모든 의료기관이 강제적으로 참여하도록 한다.

라. 금융지원의 우선권 등 각종 지원을 차등화하는 방법

의료발전기금 등 금융지원 대상 선정시 평가결과를 활용하여 평가등급이 높은 병원을 우선적으로 지원하는 방안이다.

4) 평가실시를 위한 준비필요사항

가. 평가사업의 법적 근거 확보

의료법 등에 의료기관 평가사업 실시 근거규정을 마련하거나 또는 의료기관 평가를 의료보험요양기관 지정을 위한 조건으로 명시하는 방안을 고려할 수 있다. 그리고 가산율의 차등적용을 선택할 경우 차등적용에 관한 내용의 보완이 필요하다.

나. 주관기구의 구성 및 법적지위 확립

① 평가기구의 구성

- 주관기구(협의회) : 정부, 보험자, 대한의학협회, 대한병원협회, 관련연구기관, 학계 그리고 소비자 등 의료서비스의 제공과 관련된 모든 이해단체의 대표로 구성하여 실질적으로 평가사업의 최고 의결기구로 기능하게 한다.
- 상설 실무조직 : 협의회 하부에 기준 개발, 교육 및 훈련, 조사·평가 등 실무를 상시적으로 전담하는 조직을 구성한다.
- 자문위원회 : 관련 전문단체에서 파견된 전문

위원으로 구성되는 각종 자문위원회(예, 기준개발위원회, 심사평가위원회, 교육훈련위원회 등)를 운영함으로써 기준 설정 및 조사의 전문성 제고 및 관련 단체의 적극적 참여를 도모한다.

② 평가사업 소요재원의 지출을 위한 근거확보

도입초기에는 소요재원을 정부가 부담하지만 제도가 정착되면 피보험자에게 적절한 진료서비스를 보장하는 사업이므로 의료보험재정에서 충당하는 방안을 고려할 수 있다.

다. 실질적인 사업 실시 기반 형성

평가사업추진위원회를 구성하여 다음의 준비작업을 주관하도록 한다.

① 객관적이고 포괄적인 기준 마련

- 서비스의 적정성 판별을 위한 기준시안 설정
- 기준시안에 대한 전문가 자문위원회의 검토 보완
- 관련 이해단체의 의견 수렴
- 시범사업을 통한 평가 및 수정보완 후 확정

② 체계적이고 객관적인 심사절차 확립

- 관련 단체 추천과 교육 및 훈련을 통한 유능한 조사원의 확보
- 현장조사를 중심으로 하는 적정 조사기간 설정(최소 3일간의 조사기간 부여)
- 소비자 의견 수렴 과정으로 환자면담조사 포함

③ 평가절차 및 차등 등급 결정

- 평가의 객관성 확보를 위한 평가방법 강구
- 평가과정을 관찰할 평가위원회 구성 방안 및 평가절차 확립
(문제점 발견, 수정통보, 이의제기, 재평가 등)
- 평가결과에 따른 등급 결정
- 평가결과 통보 및 추후 관리방안
(신임결과의 공표를 통한 공신력 제고, 사회적 구속력 강화)

④ 참여 동기 부여를 위한 제재 및 유인제도의 확립

- 평가결과에 따른 보험가산율의 차등화, 금융

등 지원의 차별화, 의료보험 요양기관 지정을 위한 필수조건화, 3차진료기관 지정조건화 등 유인방안의 적절한 선택 및 구성

5) 추진일정

- 1995년 중반기 실시
- 실시 3개월전 평가기준, 방법, 평가결과의 적용방법 등의 공표
- 해당 의료기관에 준비기간 부여

3. 기대효과 및 도입시 유의사항

3.1 기대효과

의료기관 평가제도를 도입함으로써 기대되는 효과는 크게 국가의료제도, 서비스의 제공자 그리고 소비자 측면에서 열거될 수 있다.

가. 국가의료제도 측면에서의 기대이점

의료기관 평가제도의 도입을 통해 국가의료제도는 첫째, 전국적으로 적용될 수 있는 의료기관이 갖추어야 될 서비스 산출구조에 관한 기준을 개발하고 이의 적용을 통해 서비스의 수준을 제고시킬 수 있으며; 둘째, 일관성 있게 의료의 질 관리 사업을 수행할 수 있는 기전을 확립할 수 있으며; 셋째, 기준의 설정과정을 통해 정책과제에 대한 국가적인 논의를 유발함으로써 의료제도의 지향목적에 대한 전국민적인 합의를 도출할 수 있는 기회를 가지며; 넷째, 적절한 수준을 만족시키지 못하는 서비스의 파악을 통해 낙후된 특정서비스가 방치되는 위험성을 최소화할 수 있으며; 다섯째, 적절한 서비스의 수준에 대한 서비스 유형간의 공감대를 제고시킬 수 있으며; 여섯째, 의료기관의 서비스 산출구조 현황 및 기준에의 적합성 등에 대한 자료원(database)의 축적을 통해 현황분석 및 문제점 파악이 용이할 뿐만 아니라 앞으로 강화 또는 조정되어야 할 서비스를 결정하기 위한 정확한 정보의 제공이 가능하며; 일

곱째, 각 서비스별 자원활용의 효율성을 상호비교함으로써 자원활용의 효율성을 도모할 수 있는 등의 이점을 가질 수 있다.

나. 제공자 측면에서의 기대이점

의료기관은 본 제도의 도입시 첫째, 의료기관 자체평가 및 외부진단을 받을 수 있는 기회를 갖게 됨으로써 문제점의 발견 및 이의 해결방안의 모색이 용이할 뿐 아니라 이러한 과정을 통해 서비스 향상을 위한 자체동기를 유발시킬 수 있으며; 둘째, 의료기관 내부적인 의사소통을 증진시킬 수 있고 이를 통해 직면하고 있는 내부 현안의 용이한 해결이 가능해지며; 셋째, 형식적이고 불필요한 외부감시기관의 간섭을 최소화시킬 수 있는 명분을 가지게 되며; 넷째, 소비자나 정부당국에 의료기관이 적절한 수준의 의료서비스를 제공하고 있다는 사실을 확인시킬 수 있는 기전과 필요에 따라서는 추가 자원의 투입을 설득시킬 수 있는 객관적이고 합리적인 방법을 가지게 되며; 다섯째, 지역사회 내에서 의료기관의 명성 및 위상을 제고시킬 수 있어 타 의료기관과의 경쟁에서 유리한 위치를 점할 수 있으며; 여섯째, 의료분쟁시 의료기관이 국가적으로 인정된 일정기준을 만족시키고 있다는 사실을 보여줌으로써 의료기관의 입장을 설득시킬 수 있으며; 일곱째, 직원들이 외부평가를 통해 타 기관과의 객관적인 비교기회를 가짐으로써 조직에 대한 자부심 또는 자기개발의 필요성을 느낄 수 있는 기회를 제공하는 등의 이점을 가질 수 있다.

다. 소비자측면에서의 기대이점

소비자는 의료기관 평가제도의 도입을 통해 첫째, 환자의 권리나 안전 등을 보장받을 수 있으며; 둘째, 자신들이 적절한 수준의 진료를 받고 있다는 확신을 가지게 됨으로써 의료서비스에 대한 불신을 감소시킬 수 있으며; 셋째, 소비자 측면에서 요구되는 적정서비스의 수준에 대한 의견 개진 및 영향력을 행사할 수 있으며 궁극적으로 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 이점을 가질 수 있다.

3.2 의료기관 평가제도의 도입시 유의할 사항

가. 제재 및 유인방안 확정시 고려사항

본 제도의 도입시 평가결과에 따른 제재나 유인 장치가 없이 의료기관의 자발적인 참여에 의존하게 되면 평가참여에 대한 구속력이 약화되어 참여율이 떨어질 위험성이 있다. 특히 현재의 수준이 설정된 기준에 적합하지 않은 의료기관들의 참여율이 저하되어 의료서비스의 수준을 제고시키고자 하는 본 제도의 기본목적을 달성하지 못하게 될 가능성이 크다. 한편 일정기준을 만족시키지 못하는 의료기관에 대한 제재가 강하게 작용한다면, 예를 들어 가산율의 차등을 크게 둘 경우 기본적으로 취약한 재정상태를 갖는 병원들이 피해를 많이 보게 되며 수익이 저하된 병원은 기준을 충족시킬 수 있는 투자능력이 더욱 취약해지게 됨으로서 환자들의 이용이 낮아지고 결과적으로 도산해버리게 되는 결과를 낳게 됨으로써 국가적으로 의료자원의 감소가 초래되고 이에 따른 정치 경제적인 파급효과 및 의료기관의 반발 등의 문제로 인해 많은 문제점이 야기될 것이다. 따라서 제재나 유인이 어느 정도로 작용하는가에 따라 평가제도의 향후 진로에 큰 영향을 미칠 수 있으므로 제재나 유인 방식의 도입에는 세심한 고려가 필요하다. 따라서 평가제도의 도입 초기에는 기준 미달 의료기관에 대한 제재책을 도입하기보다는 의료기관들이 일정한 수준의 구조적 요인을 갖출 수 있도록 취약한 구조를 갖는 의료기관을 선정하여 이들에 대한 재정적 지원을 확대하는 방향으로 유인책을 마련함으로써 평가제도 실시에 따른 의료기관의 반발을 최소화하고 적극적인 협조를 이끌어 내는 것이 바람직하다. 이는 대부분의 의료기관이 구조측면에서 일정 수준을 갖추도록 함으로서 국민들의 의료이용상 편의를 제고시키려는 평가제도 본래의 취지에도 부합된다고 볼 수 있다.

나. 기준작성시 유의사항

의료기관 평가제도의 성공여부는 일차적으로 기준을 어떻게 설정하는가에 달려있다. 기준자체는 발

전하는 의료기술을 신속히 반영하여 정기적으로 개정될 수 있어야 하며 서비스 제공방식의 차이를 수용할 수 있는 융통성을 가질 뿐 아니라 설정된 기준에 의해서 서비스 제공방식의 개선이 저해 받지 않도록 고안되어야 한다. 또한 기존 의료기관들의 현황이 고려되어 적용가능하여야 할 뿐 아니라 기준의 설정 시에는 최소한의 필수기준(minimum standards)에 기초할 것인지 또는 적정기준(optimum standards)에 기초할 것인지가 명확히 결정되는 것이 선행되어야 한다. 기준은 한번 설정되면 준법률적인 위상을 갖게 되므로 최초 설정시 충분한 고려가 필요하며 과연 설정된 기준을 준수함으로써 서비스 수준의 제고가 이루어져 결과적으로 환자에게 이득이 될 수 있는지가 검토되어야 한다. 그리고 기준의 설정은 관련 전문가에 의해서 뿐만 아니라 기준에 대한 이해관계가 상이한 모든 집단이 참여하여 공론화 과정을 거치도록 하여 서비스수준을 제고시킬 수 있는 효과를 극대화시키는 것이 필요하다.

다. 기타 고려사항

평가제도가 정례화되었을 경우 발생할 수 있는 위험은 제도자체가 관료화됨으로써 제도의 탄력성이나 융통성을 상실하게 되고 이에 따라 서비스 수준의 향상을 방해하게 될 가능성이다. 따라서 변화하는 의료환경에 맞추어 평가제도 자체가 지속적으로 변화할 수 있는 가변성을 유지할 수 있도록 유의하여야 한다. 특히 평가제도가 초기에는 부득이하지만 지속적으로 서비스 제공과정 보다는 측정이 용이한 구조요인에 집착하게 되면 실질적으로 제공되는 의료기관의 서비스 수준을 반영하기가 어렵게 되거나 불필요한 투자를 유발하게 될 위험이 있으므로 대상 의료기관들의 구조요건이 일정한 수준에 도달하게 될 경우 점차 기준 및 심사절차를 과정적 요인을 중심으로 변화시키는 것이 요구된다. 또한 본 평가제도가 실제 서비스 수준의 제고에 미치는 영향을 객관적으로 평가할 수 있는 조사가 정기적으로 수행됨으로써 제도자체의 평가가 이루어져 기준의 충족을 위해 소요되는 비용 및 조사에 소요되는 비용과 이

에 따른 서비스의 개선 및 파생 효과를 반영한 실질적인 비용효과 측면이 반드시 검토되어야 한다. 그리고 조사원들에 의한 심사의 신뢰성과, 기준에의 일치여부 판정이 바로 서비스의 제공수준을 타당하

게 평가할 수 있는 척도가 될 수 있는지에 대해서도 주기적이고 객관적인 자체 평가가 있어야 할 것이다.