간호행정학회지 제13권 제1호, 2007년 3월
J Korean Acad Nurs Admin Vol.13 No.1, 40-52, March, 2007

의료기관 평가제도에 대한 인식조사와 개선방안 고찰

김은경[1] · 강민아[2] · 김 윤[3] · 박재현[4] · 박종혁[4]

서 론

미국을 비롯한 선진국들은 일찍부터 의료제공의 질적 수준을 평가하고자 하는 시도를 해왔으며, 언론 매체 또한 의료기관평가 결과에 따른 순위를 발표하는 등 의료서비스의 질적 수준에 대한 평가가 사회적으로 미치는 영향력은 적지 않다. 우리나라도 의료서비스의 질에 대한 국민의 관심이 증가하면서 의료기관이 제공하는 의료서비스 수준의 평가를 통해 의료서비스 수준의 향상을 도모하고 의료기관 이용 상의 불편을 개선함으로써 양질의 의료서비스를 국민들에게 제공하고자 의료기관평가를 실시하고 있다.

의료기관평가제도는 1994년 6월 의료보장개혁위원회에서 처음으로 도입이 건의되었고, 1995년 이후 7년간 총 227개 병원에 대한 시범평가를 거쳐 2004년부터 의료법 제 47조 2항 및 의료법시행령 제 20조에 따라 처음 시작되어, 3년 주기로 종합병원 및 300병상 이상의 병원에 대하여 실시하게 되었다(보건복지부와 한국보건산업진흥원, 2003, 2004). 의료기관평가제도는 1995년 39개의 종합전문요양기관을 대상으로 시범평가를 실시한 이래 지속적인 개선과정을 거쳐서 의료의 질 문제에 대한 사회적인 관심을 불러일으킴으로써 이를 정책의제화 하는데 이바지 하였고, 의료기관에서 실질적인 질 향상을 유도하도록 하는 촉매역할을 수행하였으며, 질 향상 문화 형성의 단초를 제공 등 다양한 성과를 거두어왔다. 의료기관평가제도는 의료기관의 자발적 질 향상 노력을 활성화하고, 제도적으로 국민들에게 의료의 질적 수준을 보장하는 것을 목표로 하는데, 이 두 가지 목표 중 어느 것을 더 중시하느냐에 따라 의료기관 평가제도의 모습은 크게 달라질 수 있다. 그런데 의료계는 '의료기관의 자발적 질 향상' 목표를 강조하는 반면, 정부는 '국민들에 대한 양질의 의료 보장' 목표를 강조하고 있어 의료계와 정부가 의료기관평가제도의 목표를 서로 다르게 이해하고 있기 때문에, 평가기준의 개발 및 제도 운영 방안 등에 대해 여러 가지 이견이 표출되고 있다.

우리나라에 비해 일찍이 의료기관 평가제도를 도입하여 시행하고 있는 외국의 경우는 평가 경험이 많이 축적되었고, 꾸준히 평가시스템의 발전이 있어왔다. 그럼에도 불구하고 이들 나라들은 현재까지도 평가주체, 평가기준, 평가기구, 평가방법, 결과공표 및 활용, 평가재원조달 등에서 많은 변화와 발전을 거듭하고 있다(WHO, 2003). 그러나 우리나라의 경우는 1995년부터 시작되어 그동안에 의료계의 많은 지적이 있었음에도 불구하고 시범평가의 틀에 큰 변화가 없었으며 평가기준과 방법에서도 큰 보완이 없었다. 이러한 이유 때문에 평가대상 의료기관들은 현재의 평가기준, 평가방법, 평가과정, 평가결과 및 결과활용 등에 많은 문제점이 있음을 피력하였다(이선희, 2005; 현석균, 2005). 이처럼 그동안 의료기관평가에 대해 이해 당사자 간의 불신과 갈등이 지속되어 온 것이 사실이다.

따라서 의료기관평가를 통한 성과가 지속적으로 순기능을 하기 위해서는 현재의 문제점을 직시하고 개선할 필요가 있다. 이에 본 연구는 2004년 500병상 이상 종합병원 78개소를 대상으로 실시된 의료기관평가에 대해 대상기관의 병원장과 실무자의 의견을 중심으로 의료기관평가 전반에 대한 인식도

주요어 : 의료기관평가, 의료서비스, 질 향상, 신임
1) 을지대학교 간호대학 교수
2) 이화여자대학교 사회과학대학 행정학과 교수(교신저자 E-mail: minahkang@ewha.ac.kr)
3) 서울대학교 의과대학 의료관리학교실 교수, 4) 국립암센터 암관리정책연구부 연구원
투고일: 2007년 1월 23일 심사완료일: 2007년 2월 21일

를 살펴보고, 향후 개선방안에 대해 고찰해 보고자 하였다.

문헌고찰

보건의료의 질에 대한 관심이 증가함에 따라 전 세계적으로 최근 의료기관 신임 사업을 시행하는 나라들이 증가하는 추세를 보이고 있다. 1991년 이전에는 1951년 미국에서 Joint Commission on Accreditation of Hospitals(JCAH)가 신임 사업을 시작한 이후 40년간 캐나다, 호주, 미국, 대만, 뉴질랜드, 영국의 8개 사업이 시작되었으며, 그 후 급속하게 증가하여 2000년에는 33개의 신임 사업이 운영되고 있다(Shaw, 2004). 의료기관 평가제도를 도입하고 있는 국가의 약 1/3 정도는 신임사업에 대한 법적 근거를 가지고 있다. 프랑스, 이탈리아, 스코틀랜드는 신임 사업의 참여를 법으로 의무화하고 있으나, 다른 나라들은 신임사업을 시행할 수 있는 법적인 근거만을 갖추고 있다. 법으로 사업참여를 의무화하면 의료기관의 신임 사업 참여율을 높일 수 있으나, 신임을 종착점으로 생각하여 과정의 지속적인 개선을 추구하지 않는 경향이 나타날 수 있다. 반면 독일, 포르투갈, 스페인, 영국은 특별한 입법 조치 없이 자발적 참여에 의하여 신임사업을 운영하고 있다. 자발적 참여를 전제로 신임 사업을 운영하는 경우 인센티브가 없으면 의료기관의 신임사업 참여율이 낮을 가능성이 있으므로, 자발적 참여를 유도하기 위한 인센티브가 필요하다. 보스니아, 불가리아, 아일랜드, 라트비아, 리투아니아, 네덜란드, 폴란드와 스위스는 신임사업의 참여를 의무화하고 있지는 않으나, 신임기구의 기능 등을 법으로 정하고 있다(WHO, 2003).

의료기관평가를 원활하게 수행하기 위해서는 재원의 안정적 확보가 필수적이다. 대부분의 나라에서 자발적으로 민간 기구가 평가를 수행하는 경우에는 의료기관으로부터 신임과정 또는 이에 관련된 교육 훈련의 대가로 비용을 받고, 정부가 주관하여 평가를 의무화한 경우에는 정부가 비용을 부담하는 경향이 있다. 일부 국가에서는 새로운 평가 프로그램을 개발하면서 조직 및 재정 측면에서 독립성을 갖추는데 필요한 일정 기간(2~5년간) 동안 정부가 비용을 지원하기도 한다(Shaw, 2003; WHO, 2003).

의료기관평가의 목적은 크게 의료의 질 향상과 의료의 질에 대한 사회적 책임을 증대시키는 것으로 나눌 수 있다. 첫 번째 목적인 의료의 질 향상을 위해서는 개별 의료기관에 대한 평가를 시행하며, 평가기준을 준수하도록 함으로써 환자 진료 및 서비스의 질을 직접적으로 향상시키는 기능을 수행한다. 이는 개별 의료기관에 특성화된 평가를 시행할 필요가 있으며, 실제로 병원 진료의 질 향상에 도움이 될 수 있어야 한다. 두 번째 목적인 의료의 질에 대한 사회적 책임을 증대시키기 위해서는 평가 결과를 공표하고 병원 간 평가결과를 비교할 수 있게 함으로써 소비자의 선택에 도움을 주는 정보를 제공하는 것이다. 그렇기 위해서는 병원 간 평가결과의 비교에 있어 평가의 타당도와 신뢰도를 엄밀히 유지할 필요가 있다(이선희, 2005). 의료의 질에 근거한 의료이용자의 선택은 결국 개별 의료기관으로 하여금 자발적인 질 향상 활동을 촉진하게 만들 것이다(Veillard et al., 2005). 하지만 이 두 가지 목표는 서로 대립되는 것이 아니라 동시에 달성되어야 하는 명제이다. 의료기관평가제도는 평가결과를 의료기관에게 피드백(feedback)을 해주고 질 향상 활동을 지원해줌으로써 자발적인 질 향상 노력을 유도하는 동시에 평가결과를 소비자에게 공개함으로써 소비자의 의료기관 선택을 도울 수 있다.

ISQua(International Society for Quality in Health Care, 2004)에서는 국제적으로 사용되는 외부평가 프로그램에 적용할 수 있는 5가지의 평가기준의 원칙을 소개하였다. 첫째, 평가기준은 의료의 질 향상과 수행성과의 향상에 기여할 수 있어야 한다. 둘째, 평가기준의 범위는 고객에게 초점을 둔다. 셋째, 평가기준의 내용은 포괄적이면서 질의 다양한 측면을 고려해야 한다. 넷째, 평가기준은 확인된 과정을 통해 기획되고, 공식화되며, 평가되어야 한다. 이는 평가기준의 개발과 개선, 전문가 및 소비자의 참여, 평가기준이 익숙해지도록 교육 및 정보제공을 포함한다. 다섯째, 평가기준은 변함없이 측정될 수 있어야 한다. 많은 선진국들은 평가기준의 핵심적 부분으로 임상질지표 도입을 통해 실제적으로 의료의 질이 향상되었다고 보고하고 있다(Harvey, 2004; Gibberd, Hancock, Howley, & Richards, 2004). 가장 많은 임상 질 지표를 도입하고 있는 호주의 경우 적용되는 전체 임상질지표는 300개 이상(2005년 기준)로 21개 전문과에 적용되고 있으며, 제출된 자료들은 비교·분석되어 벤치마킹의 자료로 활용되고 있다(ACHS, 2005). 일반적으로 의료체계의 성과수준을 평가하는 지표를 선정하는 기준은 지표의 중요성, 과학적 수용성, 사용용이성, 시행가능성을 얼마나 만족하는 가에 있다(McGlynn & Asch, 1998; McGlynn, 1998).

미국을 비롯하여 호주, 캐나다 등 의료기관 신임제도를 일찍 시작하여 정착시킨 나라에서는 신임제도의 중점을 현장평가와 그 준비 과정으로부터 병원들이 평가의 기준을 일상적 운영의 지침으로 활용하여 지속적인 질 향상을 하도록 동기를 부여하고 촉진하는 방향으로 옮겨가는 추세이며, 이러한 변화에서 가장 핵심적인 기전이 바로 자체평가이다(ACHS, 2005; CCHSA, 2000; JCAHO, 2004a, 2004b). 자체평가를 시행함으로써 대상 의료기관의 질향상 활동이 단기간의 일회성 활동으로 그치는 것을 보안할 수 있으며, 표준화된 기준과 기관의 서비스 및 운영 방법을 상세하게 비교해 보는 과정을 통해 피평가기관의 구성원들이 평가 기준, 해당 의료기관의 현재 상황을 충분히 이해하고, 장점과 개선이 필요한 부분을

스스로 찾아내서 향후 활동 계획을 수립하는 근거를 획득하고, 평가에 대비한 준비 상태를 점검하는 등의 효과를 기대할 수 있다.

환자만족도조사는 객관적인 의료서비스의 수준을 평가하기 위한 방법으로 의료기관평가에서 중요한 부분을 차지하고 있다. 그러나 자칫 환자들의 주관적 인식을 측정하는 도구로써 의료기관평가에 대한 객관성을 저해할 수 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 미국의 보건의료기관 환자만족도 평가도구인 H-CAHPS의 경우는 초점집단이나 밀접한 개인 면담 등의 다양한 질적 연구방법을 통하여 의료서비스의 중요한 구성요소를 먼저 결정하고 있다(Morales, Elliott, Brown, Rahn, & Hays, 2004). 이는 타당도와 신뢰도가 검증된 평가문항으로 환자의 주관적 만족도보다는 응답자들이 보다 정확하고 정밀하게 자신들의 경험을 구체적 행동으로 옮길 수 있는 사항에 대한 빈도수를 측정함으로써 소비자가 제시하는 문제점들에 대해 올바로 이해하고 해석하여 구체적인 개선전략으로 실현할 수 있는 보다 직접적인 지침을 제공해 줄 수 있다.

평가결과 종합방법은 국가에 따라 다양하며, 미국 JCAHO의 경우는 모든 기준을 충족했을 경우 '신임'을 부여하고, 미충족 기준의 개수가 동일 유형 기관에서의 미충족 기준의 평균 개수와 비교하여 2~3 표준편차 사이에 있는 경우 조건부 신임(conditional accreditation)을 부여하고, 미충족 기준의 개수가 동일 유형 기관에서의 미충족 기준의 평균 개수와 비교하여 3 표준편차가 넘는 경우 비신임 전단계(preliminary denial of accreditation)를 부여하고 있다(JCAHO, 2005). 호주의 경우는 4년 신임, 최우선 권고가 없는 2년 신임, 최우선 권고가 있는 조건부 2년 신임, 비신임으로 구분하며(ACHS, 2005), 캐나다의 경우에는 신임, 조건부 신임, 비신임 등으로 구분하고 있다(CCHSA, 2004). 이러한 평가결과 종합방방에 근거한 평가결과의 공개방식은 전 분야 점수를 총괄하여 종합 점수와 병원별 순위 발표, 전 분야를 종합하여 총괄 등급 발표, 종합결과를 발표하지 않고 부문별 등급만 발표, 신임, 조건부 신임, 불신임 등과 같이 신임 상태만을 발표하는 방식이 있을 수 있다(WHO, 2003).

의료기관평가의 투명성을 보장하고 국민들에 대한 책무를 다하기 위해서는 평가기준, 평가과정 및 평가결과를 공개할 필요가 있다. 그러나 평가결과에 따라 의료기관에 직접적으로 불이익을 주게 되면, 평가제도가 개선을 최대화하기보다 불이익을 최소화하는 방향으로 작동하게 되므로 시장 또는 사회적 영향력을 통하여 결과가 나쁜 기관이 자동적으로 일정 수준의 불이익을 받도록 하는 것이 바람직하다(Shaw, 2004). 평가결과 공개의 효과 및 영향에 관하여 의문시되는 연구결과들도 발표되고 있으나, 평가결과의 공개에 대한 요구를 막을 수는 없으므로 평가결과는 일반인들이 이해하기 쉬운 방식으로 공개하되, 공개의 순기능을 극대화하면서 부작용을 최소화하도록 노력하여야 한다(Marshall, Romano, & Davies, 2004). 의료기관 평가 결과의 공개는 첫 번째 경로를 통하여 의료의 질 개선을 촉진할 수 있다. 이와 아울러 다른 기관과의 비교자료 등 상세한 평가 결과를 의료기관에 제공함으로써 '의료제공자 스스로의 변화'에 의한 질 개선을 지원하는 역할도 할 수 있다.

연구 방법

본 연구는 의료기관평가제도에 대한 인식도를 파악하기 위해 의료법에 근거한 의료기관평가를 처음 받은 2004년 평가대상 기관인 500병상 이상 78개 의료기관의 병원장과 담당실무자를 대상으로 2005년 7월에 우편 설문조사를 실시하였다. 설문내용은 연구자들이 앞서 의료기관 평가제도를 도입한 국가들의 의료기관평가 시행에 따른 경험과 핵심 요소들을 고찰하여 구성하였으며, 이에 대한 내용으로는 의료기관평가제도 전반에 대한 인식, 평가기준, 평가방법, 평가과정, 환자만족도조사, 평가조직 및 평가재원, 평가결과 산출방식 및 공개, 평가결과 활용 등 의료기관평가에 대한 평가대상 병원장과 실무책임자의 포괄적 의견조사가 포함되었다. 전체 설문대상인 78개 의료기관의 병원장 중 75명이 응답하여 응답률은 96.1%이었으며, 78개 대상병원 실무담당자 중 77명이 응답하여 응답률은 98.7%이었다. 모든 결과분석은 빈도에 따른 백분율로 살펴보았다.

연구 결과

의료기관평가 대상기관 및 설문대상의 일반적 특성

● 대상기관의 일반적 특성

2004년 의료기관평가 대상기관은 총 78개소이었다. 의료기관종별로는 종합전문요양기관이 42개소(53.8%)이었으며, 종합병원이 36개소(46.2%)이었다. 병상규모별 분포는 78개소 중 1,000병상 이상이 9개소, 500병상 미만 3개소였으며, 84.6%의 병원이 500병상~1,000병상 사이이었다. 의료기관의 유형별로는 공공기관이 18개소(23.1%), 민간기관이 60개소(76.9%)로 공공기관에서는 특수법인이 72%를 차지하며, 민간 기관에서는 학교법인이 65%를 차지하였다. 평가대상 78개 병원 모두 전공의 수련병원으로, 전체적으로는 대학병원(64.1%)이 비대학병원(35.6%)보다 높은 비율을 차지하였다. 평가대상병원의 소재지별 분포는 대도시 소재병원이 52개소(67%), 중소도시 소재 병원이 26개소(34%)로 대도시 소재 기관이 더 많았다 <표 1>.

<표 1> 의료기관평가 대상기관의 일반적 특성 단위: 명(%)

구분		대상수	백분율
의료기관종별	종합전문	42	53.8
	종합병원	36	46.2
병상규모	1000병상 이상	9	11.6
	700~999병상	33	42.3
	500~699병상	33	42.3
	500병상 미만	3	3.8
설립유형	공공	18	23.1
	민간	60	76.9
교육기관 여부	대학병원	50	64.1
	비대학병원	28	35.9
소재지별	대도시	52	66.7
	중소도시	26	33.3
계		78	100.0

● 설문대상자의 일반적 특성

설문응답자의 일반적 특성은 다음 <표 2, 3>과 같다. 병원장은 남성이 98.6%이었으며, 연령대는 50~59세가 전체 응답자의 63.4%로 가장 많았다. 근무연한은 20년 이상이 44.4%로 가장 많았으며, 병원장으로 재직한 기간은 2년 미만이 응답자의 58.9%를 차지하였다. 병원 내 의료기관평가 업무를 담당하는 실무자의 62.3%가 여성이었으며, 연령대는 40~49세가 51.3%로 가장 많았다. 병원 근무연한은 10~19년 사이가 전체 응답자의 45.5%로 가장 많았으며, 20년 이상도 27.3%이었다. 직종별로는 간호사가 50.6%로 가장 많았으며, 다음으로 행정직(40.3%), 의사(6.5%)의 순이었다. 실무자의 근무부서는 질관리실이 59.7%로 가장 많았으며, 다음으로 기획실(18.2%), 총무과(14.3%), 진료행정실(3.9%)의 순이었다.

의료기관평가제도 전반에 대한 인식

의료기관평가제도 전반에 대해 병원장의 27.0%, 실무자의 23.0%는 전폭적 수정이 필요하다고 응답하였으며, 병원장의 73.0%, 실무자의 77.0%는 부분적 수정이 필요하다고 응답하였다. 가장 수정이 필요한 부분에 대해서는 병원장의 68.0%, 실무자의 67.5%가 '평가기준'이라고 응답하였으며, 다음으로는 평가자 선정과정 및 교육, 평가점수 산정 및 종합방법, 평가결과의 공개 및 활용방법, 병원의 평가준비를 위한 사전교육 및 지원 등의 순으로 응답하였다. 의료기관평가 결과가 병원들의 의료서비스 수준을 얼마나 정확하게 반영하느냐는 질문에는 '비교적 정확하지 않았음'이 병원장의 66.7%와 실무자의 59.2%로 모두 가장 많았다. 의료서비스 수준을 정확하게 반영하지 못하는 이유로는 '평가도구 및 기준의 부적절성'을 병원장의 69.3%와 실무자의 54.5%가 가장 많이 들었다. 다음으로는 '평가자의 전문성 부족', '병원의 일시적 대응'의 순이었다.

<표 2> 병원장의 일반적 특성 단위: 명(%)

구분		병원장
성별	남	73(98.6)
	여	1(1.4)
연령	40~49세	1(1.4)
	50~59세	45(63.4)
	60세 이상	25(35.2)
근무연한	9년 이하	22(30.6)
	10~19년	18(25.0)
	20년 이상	32(44.4)
병원장 재직기간	1년 미만	21(28.8)
	1년~2년 미만	22(30.1)
	2년~3년 미만	11(15.1)
	3년 이상	19(26.0)
계		74(100.0)

주) * missing data 제외한 백분율임

<표 3> 실무자의 일반적 특성 단위: 명(%)

구분		실무자
성별	남	29(37.7)
	여	48(62.3)
연령	40~49세	25(32.9)
	50~59세	39(51.3)
	60세 이상	12(15.8)
근무연한	9년 이하	21(27.3)
	10~19년	35(45.5)
	20년 이상	21(27.3)
직종	의사	5(6.5)
	간호사	39(50.6)
	행정직	31(40.3)
	기타	2(2.6)
근무부서	질관리실	46(59.7)
	기획실	14(18.2)
	총무과	11(14.3)
	진료행정실	3(3.9)
	기타	3(3.9)
계		77(100.0)

주) * missing data 제외한 백분율임

정부에서 의료기관 평가제도를 통해 의도한 의료서비스 개선의 목적이 달성되었다고 생각하느냐는 질문에 병원장의 70.8%, 실무자의 64.0%는 달성되지 못했다고 응답하였다. 목적이 달성되지 못한 가장 큰 이유로는 병원장의 48.0%, 실무자의 41.6%가 '서비스 개선에 직접적으로 도움이 되지 못하는 평가결과의 내용 및 정보'를 들었으며, 다음으로는 '병원의 일시적 대응', '평가결과에 대한 병원들의 신뢰부족', '평가결과만으로는 서비스 개선을 구체적으로 어떻게 해야 할 지 알 수 없음'을 들었다. 의료기관평가 결과에 따른 인센티브 제도의 도입에 대해서는 병원장의 72.0%, 실무자의 70.1%가 필요하다고 응답하였다. 또한 병원장의 86.7%, 실무자의 91.0%는 인센티브 제도가 의료기관의 서비스 개선노력에 영향을 미칠 것이라고 응답하였다. 2004년에 시행한 의료기관평가 전반에

<표 4> 의료기관평가제도에 대한 전반적 인식 단위: 명(%)

구분		병원장		실무자	
의료기관평가제도의 수정필요성	전폭적 수정 필요	20	(27.0)	17	(23.0)
	부분적 수정 필요	54	(73.0)	57	(77.0)
	수정이 필요하지 않음	0	(0.0)	0	(0.0)
수정요구 부분*	평가기준	51	(68.0)	52	(67.8)
	평가자 선정과정 및 교육	21	(28.0)	27	(35.1)
	평가점수 산정 및 종합 방법	21	(28.0)	15	(19.5)
	평가결과의 공개 및 활용 방법	18	(24.0)	16	(20.8)
	병원의 평가준비를 위한 사전교육 및 지원	12	(16.0)	15	(19.5)
	평가과정 및 방법	12	(16.0)	9	(11.7)
	환자만족도 조사	8	(10.7)	6	(7.8)
	평가 전담기구	7	(9.3)	14	(18.2)
의료서비스수준의 결과반영 정확성	매우 정확하였음	0	(0.0)	0	(0.0)
	비교적 정확하였음	18	(25.0)	20	(26.3)
	비교적 정확하지 않았음	48	(66.7)	45	(59.2)
	매우 정확하지 않았음	6	(8.3)	11	(14.5)
의료서비스개선 목적의 달성정도	달성되고 있음	21	(29.2)	27	(36.0)
	달성되지 못하고 있음	51	(70.8)	48	(64.0)
평가결과에 따른 인센티브 부여 필요성	반드시 필요함	15	(20.0)	15	(19.5)
	비교적 필요함	39	(52.0)	39	(50.6)
	별로 필요하지 않음	12	(16.0)	14	(18.2)
	전혀 필요하지 않음	9	(12.0)	9	(11.7)
인센티브제도가 미치는 영향정도	매우 큰 영향을 미칠 것임	32	(42.7)	35	(45.5)
	조금 영향을 미칠 것임	33	(44.0)	35	(45.5)
	별로 영향을 미치지 않을 것임	9	(12.0)	7	(9.1)
	전혀 영향을 미치지 않을 것임	1	(1.3)	0	(0.0)
의료기관평가에 대한 평점(10점만점)	0~3점	6	(8.0)	13	(16.9)
	4~6점	57	(76.0)	46	(59.8)
	7~9점	12	(16.0)	18	(23.3)

주) * 복수응답

대해 최저 0점부터 최고 10점으로 평가한 결과, 병원장의 76.0%, 실무자의 59.8%가 중간정도(4~6점)의 평가를 하였으며, 병원장은 평균 5.36점, 실무자는 5.29점을 주었다<표 4>.

평가기준에 대한 인식

평가기준의 보완이 필요한가의 질문에 실무자의 96.1%가 보완이 필요하다고 응답하였다. 평가기준의 가장 큰 문제점으로는 실무자의 57.1%가 '평가자 및 평가대상자의 주관이 개입될 개연성'을 들었으며, 다음으로 평가기준의 정의가 불분명함(36.4%), 현실과 동떨어진 문항이 많음(36.4%), 평가기준간 조사내용 범위와 깊이의 편차가 심함(32.5%) 순이었다. 의료기관의 서비스를 적절하게 평가하기 위해 강화 또는 보완되어야 하는 부분으로는 임상질지표 도입이 54.5%로 가장 높았으며, 다음으로 환자 진료, 병원경영 및 리더십, 인적자원관리 순이었다. 의료기관평가에 임상질지표를 도입하는 것에 대해서 실무자의 94.8%, 병원장의 88.0%가 중요하다고 응답하였다. 평가문항수의 적절성에 대해서는 실무자의 54.7%가 문항수가 많다고 응답하였다. 평가기준의 유형에 대해서는 실무자의 45.5%가 명시적 기준을 선호하는 것으로 나타났으며, 명시적 기준을 선호하는 이유로는 '객관적 평가가 가능하다(71.0%)'는 답변이 가장 많았다<표 5>.

평가과정 및 평가방법에 대한 인식

평가준비 과정에서 평가전 통보기간의 적절성에 대해서는 실무자의 55.8%가 너무 짧다고 응답하였으며, 평가기준집의 배포시기에 대해서는 실무자의 81.8%가 너무 늦었다고 응답하였다. 또한 평가준비를 위해 배포된 자료의 유용성에 대해서는 실무자의 80.5%가 도움이 된다고 응답하였다. 의료기관평가준비를 위해 현재 제공되고 있는 평가설명회가 도움이 되었는지에 대해서는 실무자의 51.6%가 도움이 되었다고 응답하였으며, 실무자의 100%는 평가준비 시 평가지침이나 방법에 대한 문의를 한 적이 있으며, 77.7%는 문의에 대한 답변에 만족한다고 응답하였다. 현재 1개 기관을 2일에 걸쳐 평가하고 있는 평가기간에 대해서는 실무자의 44.7%가 적절하다고 응답했으며, 40.8%는 너무 짧다고 응답하였다. 짧다고 생각하는 실무자의 51.6%는 3일이 적절하다고 응답하였다. 정

<표 5> 평가기준에 대한 인식 단위: 명(%)

구분		실무자	
평가기준의 보완 필요성	있음	73	(96.1)
	없음	3	(3.9)
평가기준의 문제점1)	평가자 및 평가대상자의 주관이 개입될 개연성이 높음	44	(57.1)
	평가 기준의 정의가 불분명함	28	(36.4)
	현실과 동떨어진 문항이 많음	28	(36.4)
	평가 기준간 조사 내용 범위와 깊이의 편차가 심함	25	(32.5)
	의료기관의 한시적 과잉대응으로 해결 가능한 문항이 많음	24	(31.2)
	필요한 자료를 정확히 명시하지 않는 경우가 많음	5	(6.5)
평가기준 강화 부문1)	임상질지표	42	(54.5)
	환자진료	25	(32.5)
	병원경영 및 리더십	22	(28.6)
	인적자원	22	(28.6)
	질 향상 활동	11	(14.3)
	환자안전 및 위험관리	10	(13.0)
	환자의 권리	10	(13.0)
	정보관리	6	(7.8)
	병원환경	5	(6.5)
임상질지표 적용의 중요성	중요함	73	(94.8)
	중요하지 않음	4	(5.2)
평가문항수의 적절성	적음	8	(10.7)
	적절함	26	(34.7)
	적절하지 않음	41	(54.7)
평가기준의 선호유형	명시적 기준	35	(45.5)
	묵시적 기준	9	(11.7)
	두 기준 동일 비율	33	(42.9)

주: 1) 2개 복수응답, missing data 제외한 백분율임

기평가 이외에 일부 평가기준의 불시평가 도입의 필요성에 대해서는 실무자의 51.9%는 필요하다고 응답하였다. 불시평가가 필요한 이유로는 '일시적인 과잉대응 방지(80.0%)'를 가장 크게 꼽았으며, 필요하지 않다는 이유로는 '병원의 부담가중(50.0%)'을 가장 크게 꼽았다. 정기평가 후 보완이 필요한 부분에 대한 개선여부를 점검하기 위한 확인평가(재평가) 방식의 도입에 대해서는 실무자의 68.8%가 필요하다고 응답하였다. 확인평가 후 등급 재조정에 대한 의견으로는 실무자의 63.1%가 필요하다고 응답하였다<표 6>.

자체평가에 대한 인식

평가대상기관의 93.5%는 자체평가를 실시하였다고 응답하였으며, 85.9%는 2회 이상 실시한 것으로 나타났다. 평가전담기관에서 자체평가의 절차 및 방법에 관한 지침을 제공하고 이에 대한 교육을 해주며, 각 병원의 자체평가 결과를 정기평가 및 등급산출에 반영하는 것과 같은 자체평가제도를 공식화하는 것에 대해서는 실무자의 51.9%가 동의한다고 응답하였다. 평가준비에 소요된 시간은 45.3%가 3~4개월이 소요되었다고 응답하였으며, 15.7%는 4개월 이상 소요되었다고 응답하였다. 평가준비 기간 중 평가기준 준수를 위해 추가로 시

<표 6> 평가과정 및 평가방법에 대한 인식 단위: 명(%)

구분		실무자	
평가전 통보기간의 적절성	너무 짧음	43	(55.8)
	적절함	29	(37.7)
	너무 김	5	(6.5)
평가기준집 배포시기의 적절성	너무 일렀음	2	(2.6)
	적절함	12	(15.6)
	너무 늦었음	63	(81.8)
평가준비에 배포된 자료의 유용성	도움이 됨	62	(80.5)
	도움이 안됨	15	(19.5)
설명회의 도움정도	도움이 됨	34	(51.5)
	도움이 안됨	32	(48.5)
평가관련 문의여부	문의함	77	(100.0)
	문의안함	0	(0.0)
문의답변의 만족성	만족함	59	(77.7)
	만족하지 못함	17	(22.3)
평가기간의 적절성	너무 김	11	(14.5)
	적절함	34	(44.7)
	너무 짧음	31	(40.8)
불시평가 도입의 필요성	필요함	40	(51.9)
	필요하지 않음	37	(48.1)
확인평가 도입의 필요성	필요함	53	(68.8)
	필요하지 않음	24	(31.2)
확인평가 후 등급재조정의 필요성	필요함	48	(63.1)
	필요하지 않음	28	(36.9)

주) missing data 제외한 백분율임

설, 인력, 장비 등에 투자한 비용과 본 평가에 소요된 비용은 기관에 따라 1천만원 미만(19.1%)에서 5억 이상(8.5%)까지 다양하게 나타났다<표 7>.

<표 7> 자체평가에 대한 인식 단위: 명(%)

구분		실무자	
자체평가 실시여부	있음	72	(93.5)
	없음	5	(6.5)
자체평가 실시횟수	1회	10	(14.1)
	2회	28	(39.4)
	3회	30	(42.3)
	4회 이상	3	(4.2)
자체평가제도의 공식화	동의함	40	(51.9)
	동의하지 않음	37	(48.1)
평가준비 소요시간	2개월 미만	8	(10.7)
	2~3개월 미만	22	(29.3)
	3~4개월 미만	34	(45.3)
	4~5개월 미만	6	(8.0)
	5개월 이상	5	(6.7)
평가준비 비용	1천만원 미만	9	(19.1)
	1~2천만원 미만	7	(14.9)
	2~5천만원 미만	7	(14.9)
	5천만~1억 미만	5	(10.6)
	1~2억 미만	7	(14.9)
	2~5억 미만	8	(17.0)
	5억 이상	4	(8.5)

환자만족도조사에 대한 인식

환자만족도 조사에 대한 실무자들의 인식도를 조사한 결과, 실무자의 52.6%는 조사대상자수가 적절하다고 응답한 반면, 39.5%는 너무 적다고 응답하였다. 환자만족도 조사자의 숙련도에 대해서는 68.0%가 적절하다고 응답하였으며, 대상환자 선정에 대해서는 80.0%가 적절하다고 응답하였다. 환자만족도 설문지 구성에 대해서는 실무자의 76.0%가 적절했으며, 환자 면담시간에 대해서는 80.0%가 적절했다고 응답하였다. 현재의 평가제도에서는 환자설문조사 점수를 각 평가부문에 합산하고 있어 환자만족도 결과를 별도로 발표하고 있지 않은데, 실무자의 56.2%는 이러한 방법대신 환자만족도 결과만을 별도로 발표하는 것을 선호한다고 응답하였다. 또한 현재는 의료기관 평가와 동일한 시기에 평가단이 환자만족도조사를 직접 실시하고 있는데, 실무자의 75.3%가 현재처럼 평가와 동시에 실시하는 것이 좋다고 응답하였다<표 8>.

<표 8> 환자만족도조사에 대한 인식 단위: 명(%)

구분		실무자	
환자만족도 조사대상 환자수의 적절성	너무 많음	6	(7.9)
	적절함	40	(52.6)
	너무 적음	30	(39.5)
면담자의 환자면담 기술 숙련도	적절함	53	(68.0)
	부적절함	24	(32.0)
면담 대상환자 선정의 적절성	적절함	60	(80.0)
	부적절함	15	(20.0)
환자만족도 설문지 구성의 적절성	적절함	57	(76.0)
	부적절함	17	(24.0)
환자 면담시간의 적절성	적절함	60	(80.0)
	부적절함	15	(20.0)
환자만족도 결과 공개방식의 선호도	합산하여 발표하는 현행 방식 선호	32	(43.8)
	따로 시행하는 방식 선호	41	(56.2)
환자만족도 별도 조사방식의 선호도	동시에 실시하는 현행방식 선호	58	(75.3)
	따로 시행하는 방식 선호	19	(24.7)

주) missing data 제외한 백분율임

평가조직 및 평가재원에 대한 인식

의료기관평가에 참여한 평가단의 객관성에 대한 의견으로는 실무자의 51.3%는 객관적이지 않았다고 응답하였다. 평가단의 전문성에 대해서는 59.7%가 전문적이지 못하다고 응답하였다. 평가운영방식에 대해서는 실무자의 59.2%가 평가를 전담하는 독립적인 기구를 설치하는 것이 타당하다고 응답하였다. 향후 의료기관들이 평가비용을 부담하는 것에 대해서는 실무자의 94.7%가 동의하지 않는다고 응답하였다<표 9>.

평가결과 공개 및 결과활용에 대한 인식

현재의 의료기관평가 점수산정방식에 대해 실무자의 52.0%

<표 9> 평가조직 및 평가재원에 대한 인식 단위: 명(%)

구분		실무자	
평가단의 객관성	객관적임	32	(48.7)
	객관적이지 않음	44	(51.3)
평가단의 전문성	전문적임	31	(40.3)
	전문적이지 못함	46	(59.7)
운영방식의 타당성	현행 방식대로 운영하는 것이 타당함	5	(6.6)
	평가를 전담하는 독립적인 기구를 설치하는 것이 타당함	45	(59.2)
	기존 기구 중 한 곳에서 평가업무를 전담 수행하는 것이 타당함	26	(34.2)
피평가기관의 평가비용 부담	동의함	4	(5.3)
	동의하지 않음	72	(94.7)

가 이해하지 못하고 있다고 응답하였으며, 부문별 평가결과 공표방식의 적절성에 대해서는 실무자의 57.1%가 부적절하다고 응답하였다. 평가 후 대상기관들에게 제공되는 평가결과 보고서의 내용 및 정보의 유용성에 대해서는 실무자의 67.5%가 유용하다고 응답하였다. 의료기관평가 결과에 대한 경영진의 관심도에 대해 실무자의 92.2%가 관심이 있었다고 응답하였으며, 89.6%는 평가결과에 대해 경영진 차원에서 의료기관 평가결과에 따른 제도나 업무개선의 조치를 취했다고 응답하였다. 의료기관평가의 분야별 결과에 대해 실무자의 96.1%는 해당 부서의 직원들에게 공식적으로 통보하였으며, 97.4%의 해당 부서에서 결과에 대한 논의가 있었고, 87.0%는 업무개선 조치를 취했다고 응답하였다. 의료기관평가 결과를 병원 홍보나 광고의 목적으로 사용한다는 병원은 32.0%로 주로 병원소식지나 현수막을 이용하는 것으로 나타났다<표 10>.

<표 10> 평가방법, 평가결과 공개 및 결과활용에 대한 인식

단위: 명(%)

구분		실무자	
점수산정 방법의 이해	이해함	37	(48.0)
	이해하지 못함	40	(52.0)
부문별 평가결과 공표방식의 적절성	적절함	33	(42.9)
	부적절함	44	(57.1)
평가결과 보고서의 내용 및 정보의 유용성	유용함	52	(67.5)
	유용하지 않음	25	(32.5)
경영진 차원의 업무개선 조치	조치가 있음	69	(89.6)
	조치가 없음	8	(10.4)
평가결과에 대한 해당 부서에의 통보	통보되었음	74	(96.1)
	통보되지 않았음	3	(3.9)
평가결과에 대한 해당 부서별 논의	논의되었음	75	(97.4)
	논의가 없었음	2	(2.6)
평가결과에 따른 부서별 업무개선 조치	개선조치 있음	67	(87.0)
	개선조치 없음	10	(13.0)
의료기관 광고 및 홍보의 목적으로의 사용	사용하였음	24	(32.0)
	사용하지 않았음	51	(68.0)

논 의

의료기관평가제도의 목표 정립

의료기관평가제도의 목표를 의료기관의 자율적 개선에 둘 것인지, 국민의 의료기관 선택의 정보제공 등 정책적 수단으로 활용할 것인지에 따라 평가기준의 내용, 측정방법, 결과산정방법 등이 달라질 수 있기 때문에 이에 대한 정책목표의 우선순위가 필요하다. 의료기관평가제도의 초기 적용단계에 있는 우리나라의 경우 의료기관들이 결과의 공표, 서열화의 두려움으로 지나치게 방어적인 대응을 하는 바람에 현재의 질적 수준을 허심탄회하게 드러내어 질 개선 영역을 파악하는 기회로 활용하기보다는 외부공표에 대비한 질적 수준을 과대 포장하는 경향이 있었으며, 단기적이고 미봉적 조치가 가능한 항목에 노력이 치우치는 결과를 초래하였다는 비판을 받고 있다(이선희, 2005). 의료기관 신임제도의 역사가 깊은 호주나 미국도 의료기관 평가 초기에는 의료기관 스스로의 질 개선에 대한 계기로 활용하는 데 일차적 목표를 두었으나 근래에 와서는 소비자 중심의 의료를 천명하며 소비자들의 의료기관 선택정보 제공과 양질의 의료보장을 목표에 포함하고 있다(ACHS, 2005; JCAHO, 2005). 궁극적으로는 '의료기관의 자발적 질 향상'과 '국민들에 대한 양질의 의료보장'의 두 가지 목표가 균형을 이루는 것이 중요하다.

본 설문결과에서 병원장의 68.0%, 실무자의 67.5%가 의료기관평가제도에서 평가기준을 수정해야 한다고 응답한 것은 의료기관평가 시행 이전에 정부와 의료기관이 동의한 평가 목적을 정립하지 않은 상태에서 기준이 만들어졌기 때문이다. 이는 병원장의 70.8%, 실무자의 64.0%가 의료기관평가가 의료서비스 개선의 목적을 달성하지 못하고 있다고 응답한 결과와 무관하지 않다. 향후 의료기관평가제도의 발전을 위해서는 이러한 두 가지 목표를 모두 달성해야 한다는 명제에 대해 의료계와 정부, 국민이 모두 공감대를 가지는 것이 필요하다.

평가기준에 대한 개선방안

우리나라의 현 평가기준은 평가할 수 있는 것에 대한 평가에 치중한 결과 의료서비스의 질적 수준을 평가하는 데 중요한 부분임에도 불구하고 임상결과 지표와 같은 평가하기 어려운 부분들이 누락되어 있다. 응답자들의 대부분은 의료서비스 수준을 적절하게 평가하기 위해서 포함되어야 할 요소들이 평가기준에 누락되어 있다고 판단하고 있다. 또한 현재의 평가기준이 객관적 평가가 가능한 영역에 초점을 맞추고 있어, 일부 진료 외적인 평가기준은 지나치게 상세한 반면, 오랜 기간 의료기관평가를 시행하고 있는 선진국들이 강조하는 임상질지표, 환자 진료, 질 향상 활동, 경영 및 리더십, 안전 및 위험관리 등의 영역에 대해서는 매우 빈약하다. 의료기관들은 평가기준의 구조적 문제와 함께 핵심적인 환자 진료의 임상적 질보다는 주변적인 서비스(예: 환자의 진료 대기시간)의 질을 평가하는 데 치우쳐 있다고 비판하고 있다(이선희, 2005; 현석균, 2005). 본 조사에서도 병원장과 실무자들은 의료기관평가에 도입되어야 할 가장 중요한 평가기준으로 '임상질지표'를 꼽고 있었다. 따라서 진료 외적인 측면에 치우친 평가보다는 평가문항의 구조적 검토와 함께 임상질지표 도입 등을 통한 진료의 질을 측정하는 평가기준을 개발해야 한다. 임상질지표의 도입 필요성은 설문조사 결과에서도 병원장의 88.0%, 실무자의 94.8%가 동의하고 있어 빠른 시일 내에 임상질지표의 개발과 적용이 가능할 것으로 보인다. 이러한 선

정기준에 맞추어 우리나라 상황에 적합하고, 의료기관평가의 목적을 달성할 수 있도록 전문가들을 중심으로 의료계, 학계, 정부가 동의한 지표를 결정하고, 지표의 타당성과 신뢰도를 검증하는 단계를 거쳐 도입해야 할 것이다.

평가방법 및 평가과정에 대한 개선방안

현재의 의료기관평가는 등급 산출을 위한 일회적 평가보다는 지속적 질 향상을 위한 평가방법으로 전환해야 한다. 즉, 일회적으로 평가 성적을 산출하는데 초점을 두는 것이 아닌 좋은 평가 성적을 받을 수 있도록 도와주는 평가방법으로 전환하는 것이다. 또한 병원의 일시적 대응이 가능한 평가보다는 불시평가와 확인평가를 통해 일시적 대응이 불가능한 평가로 전환해야 한다. 본 설문조사에서 의료기관평가가 의료서비스 개선의 목적이 달성되지 못한 이유로 실무자의 52.1%가 "병원의 일시적 대응"때문이라고 응답하였으며, 또한 실무자의 68.8%는 확인평가가 필요하다고 인식하였다. 병원의 일시적 대응문제를 해결하기 위한 효과적인 대응 전략으로 자체평가제도 도입의 필요성이 제기되고 있다.

자체평가는 대상 의료기관이 정기평가에만 과잉 대응하는 등, 의료기관의 질 향상 노력과 활동이 단기간의 일회성 활동으로 그치는 것을 보완하기 위해 정기평가 사이의 기간이나 준비 기간 중에 스스로 평가를 시행함으로써 지속적인 질 향상 활동을 수행할 수 있도록 하기 위한 방법으로 도입을 검토할 필요가 있다. 평가기구의 입장에서는 자체 평가 결과에 대한 점검과 평가를 통해서 현장 실사 부담을 덜게 되는 효과도 기대할 수 있다. 2004년 의료기관평가 대상병원의 경우 정기평가 전에 스스로 평가를 시행해본 경우가 93.5%인 것으로 나타나, 많은 의료기관에서 이미 자체적으로 평가를 시행하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 자체평가 제도를 공식화(평가전담기관에서 자체평가의 절차 및 방법에 관한 지침을 제공하고 이에 대한 교육을 해주며, 각 병원의 자체평가 결과를 정기평가 및 등급 산출에 반영하는 것)하는 방안에 대해 병원장의 82.4%와 실무자의 51.9%가 동의함으로써 의료기관 역시 자체평가제도의 필요성에 대해 인식하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 우리 의료기관 평가제도에서도 자체 평가를 기본적인 절차와 단계의 한 부분으로 공식화하여 정착시킬 필요가 있을 것이다.

환자만족도조사의 개선방안

현재 의료기관평가의 환자만족도조사는 환자들이 중요하게 생각하는 영역 중 통증관리, 환자 존중, 투약에 대한 문항이 포함되어 있지 않은 반면 중요도가 낮았던 시설, 병원식사, 입퇴원절차는 상대적으로 많은 비중을 차지하고 있다. 이처럼 우리나라의 환자설문 조사방식은 환자에게 병원이용에 대한 만족도를 제시하도록 하는 질문의 유형은 객관적인 의료서비스의 수준을 평가하기보다는 환자들의 주관적인 인식을 측정하는 도구로써, 환자의 기대수준, 문화적 차이, 환자의 인구·사회학적 특성, 입원목적, 입원기간 등의 외부적 요소의 영향을 많이 받을 수 있다. Bruster et al.(1994)이 무작위 추출한 5,150명의 영국 NHS(National Health Services) 환자를 대상으로 실시한 설문조사에서도 만족도 조사와 환자경험보고 설문결과 간의 이러한 차이가 첨예하게 나타나고 있다. 이는 높은 환자만족도 점수가 반드시 양질의 의료서비스를 의미하는 것은 아니며, 단순히 환자의 만족도에 관한 결과만을 발표하는 경우 부분적 정보만을 제시할 수 있음을 보여주었다. 미국이 환자만족도의 측정방법으로 구체적인 경험을 보고하도록 하는 HCAHPS 설문방식을 이용하고 있는 이유와 맥을 같이하고 있다고 볼 수 있다.

따라서 설문조사 결과에서도 지적하고 있듯이 환자만족도조사에 있어 면담자의 면담숙련도, 대상선정의 방법, 대상자수 등의 문제와 전문가 의견에만 근거한 평가 문항이 아닌 엄격한 과학적 연구방법을 통해 타당도와 신뢰도가 검증된 평가문항으로 환자의 만족도보다는 환자의 경험을 평가하는 문항으로 전환하고, 표준화된 과학적 설문조사 방법을 도입해야 한다.

평가조직 및 재원조달에 대한 개선방안

역사가 오랜 신임 사업들은 정부와 무관하게 독립적으로 운영되어 왔으나, 최근에 시작된 대부분의 신임 사업들은 정부의 후원을 받고 있다. 신임 사업들 중 반 정도는 자발적인 자기 개발이라기보다는 규제 및 공적 책무를 다하기 위한 수단의 하나로 정부가 신임 사업에 대한 자금을 지원하거나 직접 관리하고 있다. 우리나라의 의료기관평가도 의료기관의 질적 수준 향상이라는 목표와 함께 일반 국민들의 알 권리를 보장하고 정보를 이용한 의료 제공자의 합리적인 선택(informed choice)에 필요한 정보를 제공하여야 한다는 공적인 책무를 가지고 있다(WHO, 2003). 따라서 의료기관평가제도의 전반적인 설계 및 운영에 있어 양자의 목표 사이에 적절한 조화를 모색할 필요가 있다. 우리나라도 장기적으로는 민간이 주도적으로 의료기관평가를 수행하는 것이 바람직하지만, 의료기관평가에 대한 사회적인 요구를 적절한 시점에 수용하지 못한 의료계에 대한 사회적 불신이 해소되기까지 일정 기간 동안은 정부가 주도하는 현재의 의료기관평가의 틀을 유지하여야 할 것으로 판단된다. 의료기관평가의 틀이 정착되고 의료계가 자율적으로 평가를 시행할 수 있는 여건을 갖추게 되

면, 현재 법적으로 의무화되어 있는 의료기관평가를 민간이 주도하는 신임 사업으로 전환하는 것이 바람직할 것이다.

우리나라의 의료기관평가제도는 보건의료기본법 제52조(보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다)와 의료법 제47조의 2(보건복지부장관은 의료의 질 향상을 촉진하기 위하여 대통령령이 정하는 바에 따라 의료기관에 대한 평가를 실시하여야 한다)에 따라 보건복지부가 주관하고 있으며, 대한병원협회와 한국보건산업진흥원이 평가기준의 개발, 평가 요원의 교육, 평가 대상 병원을 대상으로 한 설명회 개최, 현지 조사의 실시, 평가결과의 분석 및 종합 등의 실무를 지원하고 있다. 현재의 의료기관평가는 1년 단위의 용역 연구 방식으로 재원을 조달하고 있어, 평가 업무의 연속성 유지 및 경험 축적, 평가 인력의 전문성 확보, 평가에 관한 장기적인 연구 개발 등을 수행할 수 없다. 따라서 체계적이고 지속적으로 의료기관평가를 수행하고, 의료기관의 질 향상 활동을 지원하기 위해서는 이를 전담할 기구가 필요하다. 본 설문 조사에서도 전담기구 설립이 아닌 현행 방식의 운영을 지지하는 의견은 병원장의 9.3%와 실무자의 6.6%로 전담기구의 필요성에 대해서는 큰 이견이 없는 것으로 판단된다. 평가요원의 전문성과 객관성을 향상시켜 평가대상기관의 신뢰를 받을 수 있는 평가 조직을 구성하는 것이 필요하다.

평가의 전담 기구로는 독립적인 기구를 설치하는 방안과 기존 기구 중 한 곳에서 평가 업무를 전담하여 수행하도록 업무를 위탁하는 방안을 고려하여 볼 수 있다. 의료법 시행령에 따르면, 한국보건산업진흥원, 건강보험심사평가원, 정부가 설립하거나 운영비용의 전부 또는 일부를 지원하는 의료기관평가업무와 관련된 비영리법인, 그 밖에 의료기관평가에 관한 전문 인력과 능력을 갖춘 비영리 법인에 의료기관평가 업무를 위탁할 수 있다. 본 설문조사에서도 평가를 전담하는 독립기구를 설치하는 것에 동의하는 의견이 병원장의 46.7%와 실무자의 59.2%로 다수 의견이었다. 현재의 의료기관평가의 대상 기관은 종합병원 및 300병상 이상의 병원으로 현재 약 360여개 병원이 이에 속하고 있다. 우리나라 의료기관의 전반적인 질적 수준의 제고라는 측면에서 볼 때 앞으로 평가 대상 병원을 소규모 병원으로까지 확대할 필요성이 있으며, 많은 나라들에서 1차 진료를 평가 대상에 포함하고 있다는 점을 고려하여 본다면 장기적으로 볼 때 평가 대상이 크게 증가할 것으로 전망된다. 따라서 의료기관평가의 안정적인 발전뿐 아니라, 앞으로 평가 대상 기관이 지속적으로 확대되어 갈 것이라는 점을 고려할 대도 독립적인 전담기구가 필요할 것이다.

우리나라의 의료기관평가제도는 일정 규모 이상의 의료기관들이 의무적으로 평가를 받도록 되어 있어, 평가 대상 병원이 평가비용 전액을 부담하도록 하기 어려우며, 평가를 통하여 발생하는 편익이 평가 기관에 국한 되지 않고 일반 국민들에 대한 정보제공 등의 외부 효과(external effect)가 있으므로 공공 재원의 지원이 필요하다고 판단된다. 본 설문조사에서도 의료기관의 평가비용 부담에 대하여 병원장의 93.3%와 실무자의 94.7%가 동의하지 않고 있다. 의료기관평가에 대한 교육훈련을 통한 수익 사업을 고려하여 볼 수는 있겠으나, 그 비중이 미미하여 큰 의미가 없는 것으로 판단된다. 정부 예산은 특성상 지원 규모가 제한적이며, 활용의 경직성으로 인하여 평가기관의 예산을 전적으로 이에 의존할 경우 제도의 원활한 운영에 장애 요인으로 작용할 가능성이 있다. 따라서 건강증진기금 또는 건강보험 재정에서 제도 운영비용의 일부를 부담하는 방안을 고려하여 볼 필요가 있다.

평가조직이 설립되면 평가단의 객관성과 전문성에 대한 논란도 어느 정도는 해소되리라 생각된다. 2004년 평가위원들은 50% 정도가 평가경험이 없는 인력들이었으며, 평가 전 2일간의 오리엔테이션만을 받은 것이 전부여서 많은 의료기관들이 평가단의 객관성과 전문성에 대해 불만을 토로하였다(이선희, 2005). 미국의 JCAHO에서는 평가를 위해서 3주간의 교육과 시험을 거쳐 최종 조사자를 선발하고 있으며, 호주의 ACHS에서는 별도의 훈련된 조사책임자를 상근으로 보유하고 이들을 멘터(mentor)로 현장 실습을 실시하고 있다(ACHS, 2005; JCAHO, 2005). 또한 캐나다의 CCHSA에서는 중견 이상의 보건의료전문가들로 현직에 근무하는 인력만으로 구성하여 2주간의 별도 인턴십과 4단계의 과정을 거쳐 최종 선발하고, 4일간의 오리엔테이션과 매년 2~3일의 보수교육을 시키고 있다(CCHSA, 2004). 평가단의 전문성은 평가를 전담하는 전문적 평가조직이 설립과 함께 충실한 평가위원의 양성 교육프로그램이 마련되어야 한다.

결과산정방법 및 결과공개에 대한 개선방안

평가지침과 결과산정에 대해 가장 밀접한 업무를 담당하고 있는 실무자의 52.0%도 평가점수의 산정방식을 이해하지 못한다고 응답한 결과는 모두가 납득할 수 있는 객관적 산정방식을 도입할 필요를 대변한다고 하겠다. 현재 평가결과 종합방법을 평가기준에 대한 점수 합산방식이 아닌 평가기준의 충족개수의 비율로 전환함으로써 병원으로 하여금 모든 평가기준에 대해 높은 점수를 받으려고 하기보다는 평가기준을 균형 있게 준수할 수 있도록 유도해야 한다.

본 설문조사 결과에 따르면, 의료기관이 선호하는 방식은 신임 여부만 발표, 부문별 등급 발표, 종합등급 발표, 종합점수 발표, 종합순위 발표의 순으로 나타났다. 가능한 한 의료

기관들 사이의 평가결과의 구분이 어렵게 하기를 원하는 이러한 태도는 '의료기관평가를 통해서 환자가 의료기관에 대한 선택권을 보장하기 위해서는 각 문항에 대한 점수와 순위를 모두 공개하는 것이 당연하다'는 일반 국민들의 요구와 상당한 차이가 있는 것이다. 현재의 우리나라 의료기관평가의 공개 방식은 평가 부문(subdomain)별로 결과를 공개하고 있으나, 해당 평가 부문을 구성하고 있는 평가 분야(grid) 및 평가 기준(standard)을 일반인들이 알 수 없도록 되어 있다. 이에 따라 평가 결과에 대한 오해를 유발할 가능성이 있어 공개 방식의 개선이 필요하다.

공개의 방식은 일반인이 언제든지 원하는 때에 평가 결과에 쉽게 접근할 수 있도록, 이해가 가능한 형태로 공개하여야 평가결과 공개의 효과를 높일 수 있을 것이다. 의료기관평가 결과의 공개는 소비자의 합리적인 의료기관/의사 선택에 도움이 되는 정보를 공개하되, 소비자를 오도할 수 있거나 정보의 양이 너무 많지 않은 범위 내에서 정보를 공개하는 것이 바람직할 것이다. 평가 결과의 타당도와 신뢰도가 검증되지 않은 상태에서 종합 총점 또는 순위의 공개는 일반 국민들의 판단을 오도할 가능성이 있고, 환자가 판단할 때 의료기관의 선택에 있어 중요하게 생각하는 영역이 평가 영역별로 다를 수 있으며, 종합 점수 또는 등급이 환자가 이용할 진료 영역의 질적 수준을 대표하지 못할 가능성이 있으므로 이와 같은 방식의 결과 발표는 현 시점에서는 적절하지 않다고 판단된다. 이러한 이유로 종합 총점 및 부분별 등급 평가결과를 일반인에게 공개하던 미국의 JCAHO도 2004년 7월에 이러한 공개방식을 변경한 바 있다(JCAHO, 2005). 이상을 요약하면, 평가결과는 기관별 신임등급의 형태로 일반인에게 공개하되, 환자안전, 특정 목표질환/시술에 대한 진료 성과지표 등은 상세하게 공개하는 방식(2004년 7월 이후 JCAHO의 공개 방식)이 바람직할 것으로 판단된다. 또한 평가기준과 결과를 상시 조회할 수 있도록 홈 페이지 등을 개설하여 적극적으로 정보를 제공할 필요가 있다.

평가결과 활용에 대한 개선방안

가장 널리 사용하고 있는 결과 활용방안은 평가결과의 공개로 볼 수 있다. 의료의 질 측정을 통하여 질적 수준을 향상시키는 기전은 의료소비자, 구매자, 규제자 등의 '의료제공자 선택'을 통하는 것과 '의료제공자 스스로의 변화'에 의한 것으로 구분할 수 있다. 본 설문조사 결과에 따르면 '의료기관평가를 통하여 의료 서비스 개선이 잘 이루어지지 않는 이유'로 차등수가와 같은 경제적인 인센티브의 부재를 선택한 사람은 병원장의 9.8%와 실무자의 4.2%로 그리 많지 않았다. 그러나 의료기관평가에서 우수한 등급을 받은 병원 또는 평가 결과가 향상된 병원에 대한 인센티브 부여의 필요성에 대해서는 60~70%가 긍정적으로 응답을 하였다. 또한 인센티브 부여가 의료기관의 서비스 개선에 미칠 영향에 대해서는 80% 이상이 긍정인 영향을 미칠 것 예상하고 있어, 의료기관들이 평가 결과에 따른 인센티브에 부여에 대하여 상당히 높은 관심을 가지고 있음을 알 수 있다.

우리나라에서는 의료기관평가를 다른 프로그램과 연계하여 인센티브를 부여하는 방안으로 다음과 같은 것을 고려하여 볼 수 있다. 첫째, 건강보험에서 요양기관을 개별 기관 단위로 계약하는 제도를 도입하는 경우, 의료기관평가에서 일정한 등급 이상의 기관만을 계약의 대상으로 할 수 있을 것이다. 미국의 CMS가 Medicare 요양 기관 계약조건으로 JCAHO의 신임 평가를 요구하는 것과 유사한 것이다. 둘째, 현재의 건강보험 요양기관 종별 진료비 가산율은 요양기관이 제공하는 진료 수준에 무관하게 모든 기관에 대하여 일정한 가산율을 적용하고 있다. 요양기관의 종별 가산율의 범위를 정하고, 해당 요양기관의 평가 등급에 따라 진료비 가산율을 차등 지급하는 방안을 고려하여 볼 수 있다. 최근 활발하게 논의가 되고 있는 '성과에 따른 지불(pay for performance)'의 원칙에 부합하는 방안으로 판단된다. 셋째, 의료기관평가 결과를 건강보험의 종합전문요양기관 지정기준 또는 전공의 수련기관 지정 요건의 하나로 활용할 수도 있을 것이다. 대만, 캐나다 등에서 의료기관 신임 결과를 수련 병원 지정에 활용하고 있다(CCHSA, 2000; 醫院評監鑑醫療品質策進會, 2004) 넷째, 의료기관평가에서 우수한 기관에 대한 공식적인 시상제도를 도입하고, 우수 사례 공개 발표회, 우수 사례 모음집의 발간 등을 통하여 다른 기관들에게 벤치마킹의 기회를 제공하거나, 우수기관의 개선 경험을 공유할 필요성이 있다(AHA, 2005; JCAHO, 2005; ISQua, 2004).

요약 및 결론

본 연구는 2004년 의료기관평가 대상기관의 병원장과 실무자 대상의 의료기관평가 전반에 대한 인식도 설문조사결과를 중심으로 우리나라 의료기관 평가제도의 장기적 발전방안을 다각도로 모색하였다.

첫째, 병원장의 70.8%, 실무자의 64.0%가 의료기관평가가 의료서비스 개선의 목적을 달성하지 못하고 있다고 응답하여, 향후 의료기관평가제도의 발전을 위해서는 의료의 질 향상과 의료의 질에 대한 사회적 책임을 증대시키는 두 가지 목표를 동시에 달성하도록 의료계와 정부, 국민이 모두 공감대를 가지는 것이 필요하다.

둘째, 실무자의 96.1%가 평가기준을 수정할 필요가 있다고 응답하여, 향후 평가기준은 의료기관평가의 목적을 대변할 수

있도록 전문가들을 중심으로 의료계, 학계, 정부가 동의한 평가기준과 임상질지표를 결정하고, 지표의 타당성과 신뢰도를 검증하는 단계를 거쳐 도입할 필요가 있다.

셋째, 실무자의 68.8%는 확인평가가 필요하다고 인식하였으며, 대상병원의 93.5%는 자체평가를 실시한 것으로 나타났다. 따라서 평가기간동안 의료기관들의 일회성 대응활동을 개선하기 위해 불시평가나 확인평가 방식을 도입하며, 자체평가 방식을 공식화함으로써 의료기관이 지속적 질 향상 활동을 하도록 동기를 부여하고 촉진시켜야 한다.

넷째, 환자만족도조사에서 제기된 대상자수, 대상선정의 적절성, 면담자의 숙련도, 문항구성의 적절성 등의 문제를 해결하고, 객관적인 의료서비스의 수준을 평가할 수 있도록 엄격하고 과학적 연구방법을 통해 타당도와 신뢰도가 검증된 평가문항을 개발하고, 조사방법상에서도 표준화된 과학적 설문조사방법을 도입해야 한다.

다섯째, 병원장의 46.7%와 실무자의 59.2%는 평가만을 전담하는 독립 기구의 설치에 동의하는 것으로 나타났다. 따라서 향후 평가전담기구의 설치를 통해 평가전문요원을 구성하고, 이들의 전문성과 객관성을 향상시키도록 교육훈련 프로그램이 마련되어야 한다.

여섯째, 의료기관의 평가비용 부담에 대하여 병원장의 93.3%와 실무자의 94.7%가 동의하지 않고 있는 것으로 나타났다. 현재는 일정규모 이상의 의료기관들이 의무적으로 받아야 되는 상황에서는 의료기관에의 부담보다는 공공재원의 조달이 필요하며, 장기적으로는 일부 평가대상 의료기관도 공동부담하는 방식으로 가야한다.

일곱째, 현재의 평가결과 공개방식에 대해 실무자의 57.1%가 부적절하다고 응답하였다. 향후 공표방식은 신임등급의 형태로 일반인에게 공개하되, 임상질지표와 같은 진료성과 지표는 상세히 공개하는 방식을 제안한다.

여덟째, 평가결과에 따라 부서별 개선조치를 취한 병원은 87.0%로 나타나, 향후 평가결과의 활용방안은 의료제공자들의 변화를 통한 의료 질 개선에 반영될 수 있도록 여러 형태의 인센티브 부여방식과 연결함으로써 질 향상 활동에 대한 유인을 명확히 제시하도록 한다.

본 연구는 우리나라 500병상 이상의 대규모 의료기관을 대상으로 한 설문조사를 중심으로 의료기관평가제도의 다방면의 문제점과 개선방안을 살펴보았다. 그러나 500병상 미만의 소규모 의료기관의 환경과 입장은 다를 수 있다. 따라서 앞으로의 연구는 전체 의료기관을 포괄하고, 공감할 수 있는 의료기관평가 전반의 발전적 전략을 모색할 필요가 있다.

참고문헌

보건복지부, 한국보건산업진흥원 (2003). *의료기관 평가 지침서.* 서울: 한국보건산업진흥원.

보건복지부, 한국보건산업진흥원 (2004). *의료기관 평가 지침서.* 서울: 한국보건산업진흥원.

이선희 (2005). 2005년 의료기관 평가의 문제점과 개선방안. *대한병원협회지, 9,* 32-43.

현석균 (2005). 2004년 의료기관 평가기준 및 지침의 문제점과 개선방안. *대한병원협회지, 9*, 44-50.

醫院評監鑑醫療品質策進會 (2004). *醫院評鑑及教學醫院評鑑標準.* 臺灣: 醫院評監鑑醫療品質策進會 出版部.

ACHS (2005). *Performance and outcomes service information package*. Ultimo NSW: ACHS Press.

AHA. (2005). *Awards and recognition*. Available from: URL:http://www.aha.org/

Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., & Delbanco, T. L. (1994). National survey of hospital patients. *BMJ, 309*(6968), 1542-1546.

CCHSA. (2000). *AIM achieving improved measurement*. Ontario: CCHSA Press.

CCHSA. (2004). *Learning and Development*. Available from: URL:http://www.acchsa.ca/

Gibberd, R., Hancock, S., Howley, P., & Richards, K. (2004). Using indicators to quantify the potential to improve the quality of health care. *Int J Qual Health Care, 16*(1), 137-143.

Harvey, R. (2004). Using clinical performance information to improve the quality of care in a specialist NHS trust. *J Nurs Manag, 12*(6), 427-435.

ISQua. (2004). *Toolkit for Accreditation Programs.* East Melbourne: International Society for Quality in Health Care.

JCAHO. (2004a). *Comprehensive accreditation manual for hospitals.* Washington: Joint Commission.

JCAHO. (2004b). *Tracer methodology.* Washington: Joint Commission.

JCAHO. (2005). *2005 Accreditation process guide for hospitals.* Washington: Joint Commission Press.

Marshall, M. N., Romano, P. S., & Davies, H. T. (2004). How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care? *Int J Qual Health Care, 16*(1), 157-163.

McGlynn, E. A. (1998). Choosing and evaluating clinical performance measures. *Jt Comm J Qual Improv, 24*,

470-479

McGlynn, E. A., & Asch, S. (1998). Developing a clinical performance measure. *Am J Prev Med, 14*(3), 14-21.

Morales, L. S., Elliott, M., Brown, J., Rahn, C., & Hays, R. D. (2004). Preferred Provider Organizations in the United States. The applicability of the Consumer Assessments of Health Plans Survey (CAHPS) to Preferred Provider Organizations in the United States: a discussion of industry concerns. *Int J Qual Health Care, 16*(3), 219-27.

Shaw, C. D. (2003). Evaluating accreditation. *Int J Qual Health Care, 15*(6), 455-456.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. L. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care, 17*(6), 487-496.

WHO. (2003). *Quality and accreditation in health care services: A global review*. Geneva: WHO.

Opinions and Strategies on the National Hospital Evaluation Program

Kim, Eun-Kyung[1] · Kang, Minah[2] · Kim, Yoon[3] · Park, Jea Hyun[4] · Park, Jong Hyock[4]

1) Professor, School of Nursing, Eulji University, 2) Professor, Department of Public Administration, Ewha Womans University
3) Professor, Department of Health Policy and Management, Seoul National University, 4) Researcher, National Cancer Center

Purpose: The purpose of this paper was to investigate opinions and experiences of hospital CEOs' and QI managers toward the National Hospital Evaluation Program which was implemented in 2004 and to recommend various strategies to improve the program. **Methods:** We conducted a mail survey with CEOs and QI managers' of 78 hospitals with 500 beds or more that participated the 2004 National Hospital Evaluation Program. **Results:** About 70.8% of the participating CEOs and 64.0% of the QI managers felt that the objectives of the evaluation program weren't fully achieved. Most respondents said that the current program required a partial or an overall change. Evaluation Criteria was the most often cited area for a change. Many respondents pointed out the importance of including clinical quality indicators in the evaluation tool. **Conclusions:** To upgrade hospital services with better quality, it is most important to first reach consensus on objectives and approaches of the evaluation program among various players. For a consistent planning and implementation, it is urgent to set up a more systematic organization and financing mechanism. Also, evaluation approaches, including evaluation criteria, methods, patient satisfaction assessment, as well as ways to summarize and publicize each hospital's performance should be improved.

Key words : Accreditation, Standards, Health care quality, Access, Evaluation

• *Address reprint requests to : Kang, Minah*
Ewha Womans University, Department of Public Administration
11-1 Daehyun Dong, Seodaemun-Gu, Seoul, Korea
Tel: 82-2-3277-4100 Fax: 82-2-3277-4010 E-mail: minahkang@ewha.ac.kr