

# 환자경험 평가와 의료 현장의 변화: 의료기관 환자경험 업무 담당자의 관점

송영채<sup>1,2</sup>, 윤은실<sup>2</sup>, 한세영<sup>3</sup>, 태지연<sup>3</sup>, 유수경<sup>4</sup>, 도영경<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>서울대학교 의과대학 의료관리학교실, <sup>2</sup>서울대학교 의학연구원 의료관리학연구소, <sup>3</sup>서울대학교병원 의료혁신실 CS팀, <sup>4</sup>분당서울대학교병원 경영혁신팀

## Implementation of Patient Experience Assessment and Subsequent Changes at the Ground Level in Health Care: Patient Experience Employees' Perspective

Yeong-Chae Song<sup>1,2</sup>, Eun-Sil Yoon<sup>3</sup>, Se-Young Han<sup>4</sup>, Ji-Yeon Tae<sup>5</sup>, Soo-Kyeong You<sup>6</sup>, Young-Kyung Do<sup>7,8</sup>

<sup>1</sup>Graduate Student, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, <sup>2</sup>Senior Researcher, Institute of Health Policy and Management, Seoul National University Medical Research Center, Seoul, <sup>3</sup>Senior Researcher, Institute of Health Policy and Management, Seoul National University Medical Research Center, Seoul, <sup>4</sup>CS Team Leader, Department of Medical Innovation, Seoul National University Hospital, Seoul, <sup>5</sup>CS Team Staff Member, Department of Medical Innovation, Seoul National University Hospital, Seoul, <sup>6</sup>Registered Nurse (Staff), Department of Quality Improvement & Patient Safety, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam, <sup>7</sup>Professor, Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, Seoul, <sup>8</sup>Director, Institute of Health Policy and Management, Seoul National University Medical Research Center, Seoul, Republic of Korea

**Purpose:** To examine whether the Patient Experience Assessment (PEA) has led to perceptible changes at the ground level of health care, as a way of evaluating PEA as a policy intervention for quality improvement.

**Methods:** Four focus group discussions (FGDs) were conducted, each comprising six to eight participants who were employees responsible for patient experience at their respective hospitals. The primary focus of the FGDs was on questions such as: 1) How do hospitals respond to PEA? 2) What significant changes were observed after the implementation of PEA? 3) What were the unintended consequences of implementing PEA, if any? 4) What areas of improvement have been identified for maximizing the potential of PEA?

**Results:** Two broad themes emerged out of the FGDs: changes observed post implementation of PEA, and areas for improvement of PEA. Four significant changes were reported by participants: changes in perception and attitude regarding patient experience in hospital employees, increased active involvement by the hospital leadership, enhanced efforts to improve patient experience, and increased cooperation between such activities. Furthermore, eight areas of improvement were identified, which have been grouped in three categories: improving the process of data collection for PEA, introducing additional catalysts to facilitate further changes, and paying attention to structure- and patient-level constraints that must be addressed in parallel.

**Conclusion:** The implementation of PEA led to perceptible changes within hospitals, which implies that it can serve as an effective catalyst for improving patient experience. A number of areas of improvement that would aid in maximizing the potential of PEA were also identified.

**Keywords:** Patient experience, Focus groups, Process evaluation, Qualitative research

**Received:** Apr.18.2022    **Revised:** May.04.2022    **Accepted:** May.23.2022

**Correspondence:** Young-Kyung Do

Department of Health Policy and Management, Seoul National University College of Medicine, 103, Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul, 03080, Republic of Korea

**Tel:** +82-2-2072-3124    **E-mail:** ykdo89@snu.ac.kr

**Funding:** This study was conducted as part of the contract research funded by the Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA, 2020). An earlier version of the study results appeared in the final report of the contract, entitled "Mid- to Long-term Development of Patient-Centeredness Assessment" (Report No. G000ECE-2020-160).    **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.28 no.1

© The Author 2022. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

## 1. 서론

의료의 질을 구성하는 핵심 요소로 환자중심성(patient centeredness)이 명시적으로 포함되고 보건의료체계가 달성해야 할 중요한 목표로 반응성(responsiveness)이 강조됨에 따라, 여러 나라에서 환자 관점의 의료의 질 평가가 수행되고 있다[1-5]. 한국에서도 건강보험심사평가원이 2017년 500명상 이상 종합병원을 대상으로 제1차 환자경험 평가(Patient Experience Assessment, PEA)를 시행한 이후, 2019년 300명상 이상 종합병원, 2021년 100명상 이상 종합병원으로 대상을 단계적으로 확대해 왔다[5,6]. 환자경험 평가는 의료기관별 성과 측정치(환자경험 평가 결과)의 대중적 공개(public reporting of performance measure)를 통하여 의료체계와 의료기관 수준에서 환자경험 향상을 목적으로 삼는 의료의 질 향상 정책으로 볼 수 있다. 이 정책은 건강보험 청구 자료 등의 행정 자료를 주로 활용하는 기존의 다수 요양급여 적정성 평가와는 달리, 환자가 보고하는 경험에 대한 응답을 기초로 의료의 질을 평가하는 새로운 접근법을 취한다. 새로운 접근법의 평가 도입에 따르는 다양한 방법론적 과제를 해결하는 데 그 동안 대부분의 정책적 노력이 집중되어 왔으며, 상대적으로 환자경험 평가 정책이 환자경험 향상이라는 기대 효과를 거두고 있는지, 또는 최소한 향후 환자경험 향상에 긍정적으로 기여할 수 있는 변화를 유도하고 있는지에 대한 검토는 소홀하였던 것이 사실이다. 이러한 배경에서, 이 연구는 의료 질 향상 정책으로서의 '환자경험 평가'를 평가하고자 한다.

의료 질 향상 정책으로서의 환자경험 평가의 궁극적인 목표는 환자경험 향상이나, 원인으로서의 환자경험 평가 정책 시행이 결과로서의 환자경험 향상을 이루어내었는지와 같은 최종 평가 또는 총괄 평가(summative evaluation) 성격의 물음에는 답하기가 어렵다. 왜냐하면, 환자경험 평가에서는 환자경험의 측정 자체가 질 향상 개입의 요소로 포함되기 때문에 정책 시행 대상 또는 시기에 해당하지 않는 집단의 측정치를 확보할 수 없고, 따라서 일반적인 결과 중심의 정책 효과 평가에서 실시하는,

비교군을 포함한 타당한 분석을 수행하는 것이 일반적으로는 가능하지 않기 때문이다. 또한 환자경험 향상 결과를 평가하기에 충분하고 적절한 시기를 특정하는 것도 쉽지 않다. 그러나 총괄 평가를 수행하는 것이 어렵다고 해서 정책 평가 자체가 불가능한 것은 아니며, 총괄 평가만이 유일하게 의미있는 정책 평가인 것도 아니다. 정책 평가의 대표적인 두 유형 중 총괄 평가와 대별되는 또다른 유형인 과정 평가(process evaluation)가 의미있는 경우가 많다. 과정 평가란 정책이 집행 과정에 있을 때, 이를 검토하여 바람직한 집행 전략을 수립하는 데 도움이 되는 정보를 얻고자 하는 것을 말한다[7]. 과정 평가는 정책이 의도한 대로 작동하는지, 정책이 성공하거나 실패하는 원인이 무엇인지, 의도하지 않은 결과는 없는지, 정책 효과에 영향을 미치는 맥락은 무엇인지 등에 대한 정보를 파악할 수 있게 한다[7-11]. 또한 성과가 높은 기관과 낮은 기관의 차이가 왜 발생하였는지, 의사소통은 어떠한 방식으로 이루어졌는지, 다양한 행위자들의 상호작용은 어떠한 것인지 등을 포착할 수 있다. 따라서 과정 평가 내용은 향후 정책 설계를 최적화하는 데 중요한 정보와 통찰을 제공한다[10,11]. 과정 평가가 적절히 이루어지지 않는다면 실질적 효과가 없는 정책이 지속될 수 있으며, 이를 개선할 수 있는 기회의 상실로 이어지게 된다[8]. 따라서 향후 환자경험 평가를 지속하고 평가의 대상과 영역을 지속적으로 확장해 나가자 한다면 정책의 집행 과정을 면밀하게 검토하고 모니터링 하여 정책의 효과와 부작용, 제약 조건을 평가할 필요가 있다[9,12,13].

이러한 배경에서 이 연구는 정책의 과정 평가로서, 환자경험 평가 정책과 환자경험 향상을 연결하는 인과적 기전을 심층적으로 조명하고자 한다. 일반적으로 환자경험 평가 정책에서 이루어지는 것과 같은 성과 측정치의 대중적 공개는 크게 선택 경로(selection pathway)와 변화 경로(change pathway)라는 두 가지 기전을 통하여 기대한 질 향상 효과를 거둘 수 있다는 이론에 기반하고 있으며[14-17], 실제 의료의 질 향상을 위한 정책 수단으로 다양하게 활용되고 있다[3,14,17,18]. 각각의 경로를 환자경험 평가에 적용하자면, 먼저 선택 경로는 더 좋은 환

자경험 평가 결과를 보인 의료기관으로 상대적으로 더 많은 환자들이 방문하는 선택을 통하여 의료체계 수준에서 평균적인 환자경험이 향상되는 기전을 가리키며, 변화 경로는 의료기관 경영진과 의료인의 노력을 통하여 개별 의료기관 수준에서 환자경험이 향상되는 기전에 해당한다. 다른 추가적 기전을 고려하기가 어렵다면, 궁극적으로 이러한 경로가 효과적으로 작동해야만 환자경험 평가가 환자경험 향상으로 귀결될 수 있을 것이다. 따라서 과정 평가로서 이 연구는 이러한 경로가 작동하고 있는지를 검토하는 데 초점을 맞춘다.

이러한 접근법은 환자경험 향상이라는 의도한 궁극적 효과를 평가하기 어려운 상황에서 취할 수 있는 차선책이라고 할 수 있다. 그러나 이와 같은 정책 평가 접근법이 차선책이라는 소극적인 의미만 있는 것은 아니다. 오히려, 궁극적인 지표화된 결과에만 집중하기보다는 환자경험 평가의 정책과 환자경험 향상을 연결하는 인과적 기전의 작동(또는 비작동과 제약 조건)에 대한 심층적 지식을 확보하는 데 도움을 줄 수 있다는 적극적인 의미가 있다. 이 점은 특히 환자경험 평가가 비교적 최근에 도입되었고 지속적인 개선과 조정이 필요한 정책임을 고려할 때 더욱 중요한 의미를 지닌다. 일반적으로도 정책 평가에서 과정 평가 유형은 형성 평가(formative evaluation)의 성격을 지니는 경우가 많다.

이와 같은 맥락에서 과정 평가로서의 이 연구는 또한 인과적 기전의 이질성과 다양성을 포착하는 것을 추가적인 목표로 삼는다. 여기에는 주요 경로 아래 세부적인 기전의 작동, 긍정적인 부수적 효과 또는 부정적인 의도하지 않은 결과(unintended consequence)에 대한 검토도 포함된다. 이러한 작업은 다음과 같은 이유에서 중요하다. 실제 정책의 집행 과정과 그 결과는 복잡한 현실의 맥락의 영향을 받으며, 다양한 목표를 추구하는 행위자들의 이해와 인식, 선호, 신념에 의해 조정되므로[7, 18-20], 이론적으로는 환자경험 평가의 도입이 환자경험 향상이라는 목적을 달성하도록 설계되었더라도 현실의 맥락에서는 정책의 효과가 제한될 가능성이 있다. 심지어 환자경험 평가의 도입이 의도하지 않은 결과를 초래할 가

능성도 있다[12,13]. 이를테면, 환자경험 향상이라는 본질적 가치를 추구하는 방향으로 변화가 이루어지는 것이 아니라, 평가 점수 자체에만 초점을 맞추어 행동을 변화시킬 가능성이 있다. 더 구체적으로는, 평가되지 않는 영역은 등한시된다거나 상대적으로 단기적 개선이 쉬운 영역에만 초점이 맞추어질 수 있으며, 특히 환자경험 향상에 드는 비용과 노력에 비해 환자 유치와 같은 보상이 크지 않거나 평가의 결과가 좋지 않은 경우, 환자경험 향상에 무관심하거나 사기가 저하되는 현상이 나타날 수도 있다[12,13,18-22]. 따라서 세부적인 기전이 어떠한 방식으로 작동하는지, 어떤 기전이 상대적으로 더 활성화되고 다른 기전은 그렇지 않은지, 기대 효과를 실현하는 데 어떠한 제약 요건이 있는지 등을 파악하는 것은 현재 정책의 효과를 평가하고 향후 정책의 지속적인 개선에 도움이 될 수 있다. 특히 매우 포괄적이며 그 아래 다수의 세부적인 기전을 포함하는 변화 경로(change pathway) [17]에서는 이러한 작업이 더욱 가치가 있다.

이 연구에서는 환자경험 평가와 환자경험 향상을 연결하는 두 가지 이론적 기전 중 주로 변화 경로를 조명하고자 하였으며, 환자경험 평가 시행 후 의료기관은 어떻게 반응하였는지, 의료기관 현장에서는 어떤 실질적인 변화가 있었는지, 의도하지 않은 결과는 없었는지, 향후 필요한 개선점은 무엇인지를 파악하고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구 설계

정량적 자료만으로는 정책 집행 과정에서 나타나는 현실의 맥락 정보를 파악하기 어려우므로 정책 과정 평가에서는 질적 접근법이 효과적이라고 알려져 있다[7-11]. 따라서 이 연구에서는 질적인 접근을 시도하였으며 그 방법으로 초점집단토의(focus group discussion, FGD)를 사용하였다. 초점집단토의는 토의 참여자의 상호작용을 통해 더 많은 내용이 드러나도록 유도하는 질적 연구 방법이다. 비슷한 경험을 공유하는 토의자들이 서로의 경

험을 공유하면서 자연스럽게 맥락을 드러내므로, 정책 과정 평가에 있어 귀중한 통찰력을 제공한다는 장점이 있다 [10,11,23,24]. 기대했던 결과를 얻고 있는지, 기대했던 결과가 나타났다면 이러한 변화에 영향을 미친 요인은 무엇이었는지, 그렇지 않았다면 어떤 식으로 개선할 수 있는지에 대한 정보를 제공하기 때문에 정책의 과정 평가에 유용하게 사용된다[24]. 의료기관 내에서 환자경험 평가 업무 담당자라는 동일한 경험을 공유하는 대상자들이 서로의 이야기를 들으면서 자극되어 더 많은 정보를 드러낼 수 있으므로 이 연구에 적절한 자료 수집 방법이라고 판단하였다.

## 2. 연구 참여자 선정과 초점집단토의 구성

연구의 주제와 목적에 부합하는 연구 대상자를 선정하기 위해서 의도적 표집(purposive sampling) 전략을 사용하였다. 의도적 표집은 기준에 기반한 표집으로, 연구의 대상을 목적에 따라 의도적으로 선택하는 방법이다 [23]. 연구의 주제와 목적에 가장 적절하게 부합하는 연구의 모집단은 의료기관 현장에서 환자경험 평가와 관련된 업무를 수행하는 담당자이다. 의료기관 현장에서 환자경험 평가와 관련된 업무를 수행하며 다양한 조직 구성원들과 접촉하고 환자경험에 관한 의사소통을 하게 되므로, 환자경험 평가의 집행 과정을 가장 심도있게 파악하고 있는 핵심 정보원이라 판단하였다.

본 초점집단토의에서 개인의 인구사회학적 특성은 토론의 상호작용과 질적 수준에 크게 영향을 미치지 않을 것으로 판단하여 연구 참여자 선정 및 배제 기준으로 고려하지 않았다. 다만, 환자경험 평가의 영향은 기관의 규모, 유형 등과 같은 의료기관 특성에 따라 다르게 나타날 수 있을 것이라는 전제 하에 병원 특성에 따라 총 네 개의 집단으로 초점집단을 구성하였다. 대형 상급종합병원 5개소 집단(Group 1), 첫 번째 집단에 포함된 기관을 제외한 상급종합병원 및 500병상 이상 종합병원 집단(Group 2), 300병상 이상의 종합병원 집단(Group 3), 300병상 미만 병원 집단(Group 4)이다(Table 1). 첫 번째 집단

과 두 번째 집단은 2017년에 실시한 1차 환자경험 평가의 대상이었던 의료기관 집단으로서, 이 중 첫 번째 집단은 병상 규모가 가장 큰 다섯 개 의료기관으로 구성하였다. 세 번째 집단은 2019년에 실시한 2차 환자경험 평가만 참여한 의료기관 집단이며, 네 번째 집단은 연구 수행 당시 시점까지는 아직 환자경험 평가 대상에 포함되지 않았으나 이후 잠정적으로 환자경험 평가의 대상이 될 수 있었던 의료기관 집단이다. 각 집단은 6~8명의 참여자로 구성하였다.

연구 참여자를 선정을 위해 연구자 1명이 초점집단 구성을 바탕으로 연구 대상 의료기관을 임의로 선정하고, 해당 의료기관에 근무하고 있는 환자경험 평가 업무 담당자에게 직접 전화로 연락하였다. 연락이 닿는 경우, 해당 대상자에게 연구의 목적 및 내용 등을 설명한 뒤 참여의향을 물었다. 참여를 희망하는 자에 한해 연구 참여를 요청하였으며, 토의 시작 직전 다시 한 번 연구 목적과 내용에 대한 자세한 설명을 마친 뒤 연구 참여 동의를 받았다. 참여자의 특성은 아래와 같다(Table 1).

## 3. 자료 수집 및 분석 방법

연구 목적을 기반으로 초점집단토의에서 다루어질 4개의 질문을 설정하고, 이를 다루는 반 구조화된 질문지를 활용하여 초점집단토의를 진행하였다(Table 2). 모든 토의는 2020년 8월부터 10월 사이에 약 2시간 동안 진행되었다. 토의 내용은 향후 분석을 위해 녹취되었다. 이 연구는 서울대학교병원 의학연구윤리위원회의 연구 심의를 거쳐 승인받았다(승인번호: C-2006-213-1138).

Table 1. Characteristics of participants.

Group	Participant	Age	Gender
Five large tertiary hospitals (Hospitals subject to 1st and 2nd PEA)	A-1	40s	Female
	A-2	40s	Female
	A-3	40s	Female
	A-4	40s	Female
	A-5	40s	Female
	A-6	50s	Male
	A-7	40s	Female
	A-8	40s	Female
Tertiary hospitals and general hospitals with more than 500 beds (Hospitals subject to 1st and 2nd PEA)	B-1	40s	Female
	B-2	40s	Female
	B-3	30s	Male
	B-4	40s	Female
	B-5	20s	Female
	B-6	40s	Male
	B-7	50s	Female
General hospitals with more than 300 beds (Hospitals subject to 2nd PEA)	C-1	50s	Female
	C-2	30s	Female
	C-3	40s	Female
	C-4	50s	Female
	C-5	50s	Female
	C-6	20s	Female
General hospitals with under 300 beds (Hospitals subject to 3rd PEA)	D-1	50s	Female
	D-2	50s	Female
	D-3	30s	Female
	D-4	50s	Female
	D-5	50s	Female
	D-6	50s	Female
	D-7	30s	Female
	D-8	30s	Female

Table 2. Questions of focus group discussions.

1. How do hospitals respond to the Patient Experience Assessment (PEA)?
2. What are significant changes observed with the implementation of PEA?
3. What are unintended consequences in the process of implementing PEA, if any?
4. What are areas for improvement for maximizing the potential of PEA?

녹취된 내용을 바탕으로 주제 분석(thematic analysis)을 시행하였다. 주제 분석은 자료에 익숙해지기(familiarization), 주제별 초기 틀 구성(constructing an initial thematic framework), 색인화와 분류(indexing and sorting), 자료 추출물 검토(reviewing data extracts), 틀을 활용한 자료 요약 및 배치(data summary and display, using framework), 추상화 및 해석(abstraction and interpretation)의 과정을 거쳐 수행되었다[23]. 먼저, 연구자 1명이 전체 자료에 익숙해지고 충분한 이해를 가질 때까지 녹취된 초점집단토의 내용을 청취하고 전사된 내용을 읽는 과정을 반복하여 수행하였다. 이후 초점집단토의에서 다루어진 4개의 핵심 질문을 주요 주제로 하여 주어진 주제에 관해 중요한 발언을 한 인용을 각각의 주제에 따라 분류하고, 그 안에서 유사한 인용을 모아 별도의 범주로 만들어 가는 일련의 과정을 통해 초기 주제 틀을 구성하였다. 다음으로 구성된 초기 주제 틀을 바탕으로 텍스트 내용에 코드를 부여하는 색인화 과정을 거쳤다. 색인화 단계를 완료한 후에는 전체 내용을 살펴볼 수 있도록 유사한 내용을 가진 자료를 재조합하는 분류 과정을 거쳤다. 마지막으로 자료 추출물을 검토하며 초기에 구성한 주제 틀을 보완하는 과정을 거쳤다. 이 과정에서 초점집단토의의 전반적 내용을 반영하지 못한다거나, 언급이 매우 적어 불필요하다고 판단된 하위 주제는 삭제되었다. 중복되는 하위 주제는 하나의 하위 주제로 병합하였다. 그 외에도 중요한 내용을 반영하는 하위 주제가 누락되지 않는지 검토하였다. 변경된 주제 틀에 따라 새로이 색인화 과정을 거쳤다. 이후 연구자 1이 구성한 주제 틀을 바탕으로 생성한 12개 코드와 286개의 텍스트를 연구자 2에게 공유하여 텍스트에 코드를 부여하도록 하였다.

두 연구자의 최초 코딩을 비교한 결과, 전체 286개 중 일치가 192개(67.1%), 불일치가 94개(32.9%)였다. 불일치의 주된 원인은 다음과 같았다. 첫째, 연구자 1이 코딩한 텍스트를 연구자 2에게 공유하는 과정에서 발생한 문제이다. 코딩된 텍스트가 의미하는 바를 이해하기 쉽도록 연구자 2에게 공유하는 텍스트의 단위를 하나의 문

장으로 하였으나, 하나의 문장에는 다양한 의미를 내포하고 있는 경우가 많기 때문에 연구자 간 코딩 지점의 차이가 발생하였다. 둘째, 구두로 진행된 초점집단토의 내용을 문서화함에 따라 발생한 문제이다. 초점집단토의 중에는 토의의 전체 맥락을 알고 있으므로 토의자가 잘못된 단어를 사용하거나 일부 단어를 생략하더라도 말하고자 하는 바를 이해하기 어렵지 않다. 그러나 토의 내용을 문서화하여 개별 문장별로 살펴보는 경우 단어 선택의 오류나 생략으로 인해 정확한 맥락을 이해하기 어려운 표현이 많았다. 이러한 문제를 해결하기 위해 연구자 1은 코딩된 텍스트가 의미하는 바를 이해하기 쉽도록 공유하는 텍스트의 단위를 하나의 문장으로 하되, 코드를 부여한 지점을 별도로 표시하였다. 또한 잘못된 단어 선택이나 생략으로 인해 이해하기 어려운 문장에는 이에 대한 해설을 달아 텍스트 이해의 오류가 없도록 하였다. 이를 바탕으로 연구자 1이 새로이 생성한 텍스트 286개를 연구자 2에게 공유하여 코드를 부여하도록 하였다. 두 연구자의 코딩을 다시 비교한 결과, 전체 286개 텍스트 중 일치가 278개(97.2%), 불일치가 8개(2.8%)였다. 최종 코딩의 불일치는 환자경험 평가 시행으로 인한 의료기관 내 행위자들의 '변화'를 어떻게 해석하느냐에 관한 연구자 간 관점에 차이에 의해 발생하였다. 전체 코딩 일치도가 97.2%로 높기 때문에 연구의 신뢰성에 큰 문제가 되지 않을 것이라 판단하였으나, 전체 자료를 해석하기 위한 틀 매트릭스를 구성하기 위해 불일치된 텍스트는 두 연구자의 토론을 거쳐 일치시켰다. 이후 코딩된 텍스트를 주제 틀에 따라 배치하여 틀 매트릭스를 구성하였으며, 이를 바탕으로 자료의 추상화 및 해석 과정을 거쳤다.

### III. 연구결과

초점집단토의로부터 얻어진 자료를 분석한 결과, 2개의 주제와 12개의 하위 주제가 도출되었다(Table 3). 아래에는 도출된 주제와 하위 주제별로 상세 내용을 기술하였다.

Table 3. Themes and subthemes.

Themes	Subthemes
1. Changes along with PEA implementation	1-1. Changes in perception and attitude regarding patient experience in hospital employees 1-2. Increased active involvement by the hospital leadership 1-3. Enhanced efforts to improve patient experience 1-4. Increased cooperation in patient experience improvement activities
2. Areas for improvement	2-1. Improving the sampling process 2-2. Preventing the exploiting loopholes of PEA 2-3. Improving the methods for results assessment and public reporting 2-4. Providing actionable information and feedback to hospitals 2-5. Support for dedicated patient experience personnel 2-6. Introducing a supplementary motivation program (e.g. pay for performance) 2-7. Addressing structural problems of the health care system 2-8. Improving patient awareness

### 1. 환자경험 평가 시행으로 인한 변화

환자경험 평가의 시행은 의료기관 수준에서 다양한 변화를 유도한 것으로 나타났다. ‘환자경험에 대한 인식 및 태도 변화’, ‘경영진의 적극적 개입 증가’, ‘환자경험 개선 노력 및 관련 활동 증가’, ‘환자경험 향상 활동에 대한 협조도 증가’의 4개 하위 주제가 도출되었다.

#### 1) 환자경험에 대한 인식 및 태도 변화

토의 참여자들은 대체로 환자경험 평가의 시행이 환자경험의 개념과 가치를 인식하게 하는 계기가 되었다고 이야기하며, 환자경험 평가 시행 이후 환자경험과 환자중심성 의료 문화에 대한 인지도가 크게 향상되었다고 말하였다.

환자경험 평가가 저희 병원에 제시했던 의미는 제가 보기에는 크게 환자중심성 문화가 무엇인지 인식하기 위한 계기였던 거 같아요. (B-7)

평가 결과가 공개된 이후 본인이 속한 의료기관의 취

약한 환자경험 영역이 무엇인지 알게 되고, 다른 기관과의 비교를 통해 상대적 수준을 확인하게 되면서 환자경험 향상 필요성에 대한 인식이 확산되고 있는 것으로 나타났다.

2차 때 점수가 ★★병원과 막상막하 그런 수준이었고. 특히 간호사 점수가 많이 낮았어요. 간호부장님이 난리가 난 거죠. ‘웬일이냐. 뭐가 문제냐.’, ‘잘 나온 병원은 어떻게 점수가 잘 나온 것이냐.’ ‘무엇을 해야 될 것이냐’ 이렇게. (B-6)

의료기관 내부에서는 환자경험 평가에 대응하기 위해 평가 문항을 상세히 살펴보고 대책을 마련하기 위한 노력을 기울이게 되었고, 이러한 과정에서 점차 환자경험의 중요성에 공감하고, 환자경험 향상이 필요한 일이라는 것을 받아들이기 시작했다고 말하였다.

사실 이런 문항을 과에 보내드렸을 때 거부감이 심했지만 점점 당연하게 받아들이고 그리고 그 문항에 있는 걸 환자가 충족하게 해 줘야 한다, 이런 문화가 잡혀 가고 있는데. (A-5)

또한 환자경험 평가에서 다루는 다양한 측정 지표들은 ‘좋은 의료’에 대한 규범적인 표준을 제시하는 효과를 내고 있음을 확인할 수 있었다. 토의 참여자들은 환자경험 평가에서 다루는 문항들이 양질의 의료 제공하기 위해 중요한 것은 무엇이고, 앞으로 무엇을 개선해야 하는지, 누가 책임을 갖고 이에 대한 노력을 기울여야 하는지 등에 관한 판단 기준을 제시해주고 있다고 말하였다.

환자중심성 문화를 이루기 위해서 구체적으로 무엇을 해라, 라고 설문 문항을 통해서 제시를 해 준 부분이 있기 때문에. (B-1)

하나의 예시로, 현행 환자경험 평가에서는 문항의 특성에 따라 그 영역을 간호사, 의사, 치료 및 투약 등으로 구분하고 있는데, 이러한 영역의 구분이 특정 환자 경험에 대해 누가 책임을 지고 행동할 것인지에 대한 가이드라인을 제공하는 효과가 있다고 이야기하였다. 특히, 환자경험 평가 결과에서 가장 취약한 것으로 보고되는 회진과 관련된 문항이 의사 영역에 포함되면서 회진에 대한 의사들의 인식이 크게 제고되었음을 확인할 수 있었다.

의사 항목이 있음으로 인해서 (중략) 의사 별로 점수가 다 가거든요. 그런 부분들이 어느 정도는 인식을 하고 그래도 회진을 한 번 더 가야겠다, 내지는 환자랑 더 해 줘야겠다는 인식이 어느 정도 자리 잡고 있지 않나 생각이 들거든요. 의사 항목이 있는 게 정말 큰. (앞으로는) 더 늘려야죠. (B-5)

## 2) 경영진의 적극적 개입 증가

모든 토의 참여자들이 일관되게 보고하는 것은 환자 경험 평가 결과가 공개된 이후, 환자경험에 대한 관심이 즉각적으로 증가하였다는 것이다. 특히, 의료기관 관리의 책임이 있는 경영진과 관리자를 중심으로 두드

러졌으며, 환자경험 향상 활동을 계획하고 추진하는 것에 대해 경영진이 적극적으로 개입하기 시작했다고 이야기하였다.

점수들이 나오니까 그래서 ‘이건 어떻게 할 거야, 다음에 어떻게 할 거야.’ 사실상은 굉장히 모든 문항이 다 떨어진 거죠. 그러다 보니 그 다음에 대한 아까 말씀하신 것처럼 그래서 ‘대책은 어떻게 돼’라고 물어보시는 데. (A-5)

환자경험 향상에 대한 경영진의 적극적 개입은 평가의 대상이었던 기관뿐만 아니라 그렇지 않은 기관에서도 증가한 것으로 나타났다. 향후 잠정적으로 평가의 대상이 될 수 있는 기관에서도 관심을 가지고 향후 평가에 대처하기 위한 준비를 시작하고 있다고 진술하였다.

병원 자체에 병원장님이 서비스 수준에 대해서 비교를 하고 싶은 내용이 있으시잖아요. 본인들이 생각하시기에 서비스 수준이 어느 정도 좋고 혁신을 이끈다고 생각하지만 객관적인 기준이 없기 때문에 객관적인 기준이 어느 정도 수준인지 파악하고 싶어 하시니까 작년 19년도부터. 어쨌든 병원급이기는 하지만 19년부터는 환자 경험 평가 도구 다 발표 하시니까. 그 도구로 평가하고 계시고 어느 정도 수준인지 비교하시려고 19년부터 준비를 하신 내용입니다. 외부 평가하고 상관없이 자체적으로 그 내용을 준비하고 있었습니다. (D-8)

토의 참여자들은 경영진의 개입이 적극적일수록 의료기관의 환자경험 향상 노력이 크게 촉진될 수 있다고 보았다. 경영진이 적극적으로 개입하게 되면서 환자경험 향상이 의료기관의 목표로 다루어지고, 의료진에게 책임과 권한을 부여하는 등 조직 차원에서 인력 관리나 자원 투자가 증가하였다고 진술하였다.

의사 선생님들은 관심 없고 경영진들도 의사 터치 못하시고 그랬는데 0.3점으로 떨어질 수 있는 이 절박함



속에서 의사도 이렇게 나 몰라라 할 수 없다, 그래서 병원 평가 최고 관리자를 병원장님께서 의사부장으로 세우셨고 의사 4명을 투입했고 병원장님 진두지휘 아래 의사 4명이 붙어서 움직이기 시작한 거예요. (중략) 예를 들면 자동 침대도 ‘전체를 다 바꿀 수는 없다.’ ‘비용이 엄청나다.’ 했던 게 미래를 위한 투자로 바뀌어서 보시는 거죠. 마인드 자체가 바뀌는 거죠. 환자가 이렇게 원하는데 저들의 소리를 경청해서 자동 침대로 싹 바뀌준다면, 우리 병원이 발전할 수 있다면 해야지. 이렇게 바뀌었다는 것 자체가. (C-5)

3) 환자경험 개선 노력 및 관련 활동 증가

의료기관 내 가장 큰 가시적인 변화는 개선 노력 및 관련 활동의 증가였다. 환자경험 평가의 시행이 단순히 이에 대한 관심을 끄는 것에만 그치는 것이 아니라 이를 개선하기 위한 실질적인 노력 증가 또한 촉진한 것으로 나타났다. 업무 담당자들은 환자경험 평가에 대응하기 위해 회진 지침 및 시스템 개선, 내부 교육 추진, 원내 자체 조사 및 결과 피드백 등 다양한 노력을 기울였다고 보고했다.

저희가 안에서든 모의 평가를 하면서도 점수가 나오지 않아서 쇼쇼가 회진 알림시스템이 있잖아요. 그걸 바탕으로 EMR에서 시스템 개발을 했어요. (B-2)

전공의 1년차들만 커뮤니케이션 코칭을 시키는데 경험 평가에 맞춰서 시키거든요. 그런데 그 회진 할 때 대화하는 걸 관찰해서 어떻게 하시면 좋겠다, 코칭해 드리는데. (A-8)

원내에서 자체적으로 환자경험을 원내 고객만족도 조사할 때 환자경험 평가 문항을 넣었어요. 상·하반기. 만족도 조사 상·하반기 결과 내고 거기 안에 환자경험 따로 떼서 진료과별로, 병동별로 공문을 뿌렸죠. 당신들 점수가 낮습니다, 라고. (B-6)

한편, 이러한 개선활동은 기관 수준에 따라 큰 차이가 있는 것으로 나타났다. 비교적 규모가 크고 자원이 많은 의료기관은 교육이나 시설의 개선, 업무 프로세스를 개선하는 데 많은 투자가 이루어진 반면, 그렇지 못한 기관은 교육과 같은 개선활동 추진에 어려움을 겪고 있었다.

의사 선생님들이 진료 볼 때 영상 촬영해서 코칭해 주고 이런 개별적 코칭 교육하고 일반직 간호사도 다 하거든요. 병동 간호사나 전공의 1년차 상대로 의무교육처럼 1:1코칭을 합니다. 환자를 보는 자세 이런 것들을 4-5년 됐거든요. 이게 꾸준히 해서 문화가 다른. (A-8)

간호본부 직원이 1,000명이 넘는데 1,000명을 전 직원 하려면 2-3천만원씩 나가는 거예요. 그런데 간호본부 교육은 수십 번 넘잖아요. 사실 CS만 해도 수십 번 하거든요. 그 돈을 감당할 수 있는 그런 교육을 제공할 수가 없어요. (B-3)

4) 환자경험 향상 활동에 대한 협조도 증가

토의 참여자들은 환자경험 향상 노력에 대한 의료기관 내 구성원들의 협조도가 점진적으로 높아지고 있음을 체감한다고 이야기하였다. 이러한 협조도 향상에는 환자경험에 대한 인식의 변화, 담당부서의 지속적인 협조 요청 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이제는 본인들이 환자를 볼 때 필요하다고 생각 하시니까 들으러 오고 파견 가신 분들도 자기 해 달라고 연락 오고. (A-7)

이건 정해진 거니까 계속 피드백 해 드리다 보면 그래도 예전에 비해서는 연락이 덜 오거든요. (A-8)

특히, 기존의 의료 문화와 행태에 익숙하지 않은 신규 의료진일 경우 더 적극적인 태도를 보인다고 이야기하며, 평가가 지속되는 경우 환자중심 문화가 자연스럽게

자리잡을 수 있을 것이라는 의견도 있었다.

노교수님들은 안 변하는 분들이. 마음이 딱딱한 분들이 많은데 중간 아래층부터는 그래도 이 부분에 대해서 내 점수가 왜 낮아요, 하고 찾아 와서 분석을 요청하세요. '나 이거 열심히 하는데 왜 낮아요.'라고 했을 때 그런 게 받아들여지는 분들이 많고 (중략) 이런 평가를 계속해서 젊은 세대로 올라오시는 선생님들은 훨씬 더 이런 것들을 받아들여시거나 당연하게 할 수 있는 부분이 많기 때문에. (B-5)

## 2. 개선되어야 할 점

환자경험 평가의 현재 긍정적인 효과를 배가하기 위해 개선이 필요한 다양한 문제가 식별되었다. '표본 추출 과정 개선', '자료 수집 과정의 편법 가능성 방지', '평가 결과 산출 및 공개 방식 개선', '환자경험 향상 활동에 도움이 되는 정보와 피드백 제공', '환자경험 전담인력 지원 방안 마련', '성과에 대한 보상 등 부가적 동기부여 체계 마련', '의료체계의 구조적 제약 조건 개선', '환자의 인식 개선 동반'의 8개 하위 주제가 도출되었다.

### 1) 표본 추출 과정 개선

토의 참여자들은 환자경험 평가의 표본 추출 과정을 개선할 필요가 있다고 이야기하였다. 현행 환자경험 평가는 표본 추출 과정에서 해당 표본에 대한 전화번호 정보를 의료기관에 요청하고 있는데, 이러한 과정에서 의료기관에서 부정적인 응답을 할 것이라고 예상되는 환자의 정보를 선별할 수 있는 가능성이 존재한다는 것이었다.

전화번호를 환자 명단을 선생님들한테 다 병동에 뿌려 '이 사람은 별로야' 이렇게 찍어줄 수 있잖아요. 그렇기 때문에 번호가 먼저 나와서는 안 되는 거 같아요. (B-3)

이러한 가능성은 병상 규모가 작고 환자 수가 적어 비교적 환자 특성 정보의 파악이 쉬운 의료기관에서 발생할 가능성이 더 클 것이라는 의견도 있었다.

작은 병원은 어떤 환자인지 다 정보를 알고 있고 누가 VOC 냈는지 다 알고 있기 때문에 컨트롤 가능한 정도인데 저희는 그걸 검토할 시간이 없어서. (A-1)

토의 참여자들은 이러한 문제가 해결되지 않는 경우 평가에 대한 신뢰도 하락으로 이어질 수 밖에 없으므로 향후 표본 추출 과정을 개선할 필요가 있다고 주장하였다.

대상자를 미리 대상자에서 점수 낮을 걸 예상 되는 사람들은 미리 빼고 그렇게 되면 오염이 되는 거니까. 모집단이 오염 되는 거니까 대안을 찾아야 될 거 같아요. (D-6)

### 2) 자료 수집 과정의 편법 가능성 방지

의료기관 현장에서 환자경험 향상을 위한 실질적인 노력보다 자료 수집 과정의 편법을 우려하는 목소리도 있었다. 예를 들어, 입원 환자에게 미리 좋은 점수를 달라고 부탁하거나, 퇴원 환자에게 전화 혹은 문자로 좋은 점수를 달라고 요청하는 것이다.

작은 병원들은 평가 기간에 앞에 그거 할 거예요. '10점 주세요.' '항상 그랬다' 해 주세요. (A-1)

토의 참여자들은 본인의 기관이 낮은 점수를 받을 것이라고 예상하는 의료기관에서 이러한 문제가 더욱 크게 나타날 것이라고 보았다. 평가 결과에 대한 지나친 부담으로 인해 단기간에 개선하기 어려운 병원 환경이나 진료 체계 등을 변화시키려는 노력보다 부적절한 방식으로 행동을 변화시킬 가능성이 있는 것이었다.

실무 부서에서는 300병상 이하에 우리가 사람의 힘으

로 안 되는 것들을 갖고 있어서 점수가 낮을 거라고 미리 예측되는 부분들은 당연히 스트레스 일 수밖에 없죠. 아니면 아까 말씀 드린 것처럼 평가를 받을 대상자한테 미리 부탁을 해서 대답을 잘 해 달라고 한다든가 이런 걸 할 수밖에 없죠. (D-8)

의료기관은 환자경험 평가 점수 향상에 대한 강한 동기가 있으므로, 평가의 허점을 악용하는 것을 방지할 수 있는 별도의 지침이나 규정이 마련될 필요가 있다는 의견이 있었다.

이 부분에 대해서 공지나 약속이 되지 않으면 개선 활동 보다는 이런 방법으로 해서 점수를 높이는 편법인지 좋은 방법인지 모르겠지만 이런 방법을 통해서라도 병원에서 점수를 높이려고 각 병원에서 하지 않을까라는 의견은 있어요. (B-6)

### 3) 평가 결과 산출 및 공개 방식 개선

평가 결과 산출 및 공개 방식과 관련하여 환자경험 평가 업무 담당자가 갖는 주된 불만 중 하나는 의료기관 간의 차이와 특성을 고려하지 않은 채 점수에 따라 ‘줄을 세우는’ 방식으로 결과를 제시하는 언론의 보도 형태였다. 의료기관들이 동일한 기반 시설을 가지지 못한 상황에서 일률적인 점수로 결과가 공개되는 것을 불공평하다고 인식하고 있었으며, 이러한 공개 방식은 자칫 특정 의료기관의 피해로 이어질 수 있다는 우려를 나타내었다.

언론 보도에 나오는 양상이 모든 병원이 똑같은 조건이 공평하게 언론보도화 되는 게 아니잖아요. 운이 좋은 병원은 언론 보도에서 좋게 부각이 되는 경우가 많고 운이 나쁜 병원은 예를 들어서 5개 영역은 점수가 낮는데 전반적 평가가 높으면, 처음에 1차 평가 때에는 전반적 평가가 종합 점수로 알았기 때문에 전반적 평가가 그걸 줄 알고 그걸로 ‘나래비 세워서’ 피해를 본 병원도 있어요. 그게 공평한지. 타당성이 떨어지고 신뢰가 떨어지는

이러한 정보들이 환자들에게, (B-1)

또한 이는 의료기관의 환자경험 향상 활동 의지 저하, 혹은 부정행위 증가로 이어질 수도 있다고 진술하였다. 토의 참여자들은 일반적으로 규모가 크고 자원이 많은 의료기관에서는 환자중심성 향상 활동에 활용할 수 있는 자원이 많고 이미 많은 투자가 이루어지고 있는데, 이러한 점을 고려하지 않은 채 단순히 점수만으로 순위가 나열되다보니 자원이 없고 순위가 낮은 의료기관은 환자경험 향상 활동에 대한 노력 자체를 포기하거나, 단기간에 이를 향상시키기 위해 편법을 사용하게 될 위험이 있다는 의견이었다.

환자경험 평가도 점수로만 나타나게 되면 결국 어떤 그런. 예를 들어 정수기 점검 왔는데 ‘고객님 며칠 뒤면 전화가 올 거예요. 잘 부탁드립니다.’ 이런 트릭이라든지 표면적인 그런 액션만 하지 않을까. (B-6)

이해하기 어려운 결과 공개 방식에도 불만이 표출되었다. 전반적 평가 점수와 전체 점수 평균이 무엇을 의미하는지 대중들이 쉽게 이해하기 어렵기 때문에 부적절한 해석으로 이어질 수 있고, 이는 결국 의료기관의 피해로 이어질 수 있다는 것이었다.

언론보도사도 1차 경험이 있다 보니까 2차에서는 종합 점수를 자기네들이 점수를 내서 순위를 내더라고요. (중략) 언론보도에서 그렇게 인식 했다는 건 일반 국민들이 인식을 그렇게 한다는 거고 그건 저희 평가 자체가 가지는 문제점이라고 생각 하거든요. (B-1)

### 4) 환자경험 향상 활동에 도움이 되는 정보와 피드백 제공

토의 참여자들은 환자경험 향상을 위해 어떤 활동을 계획하고 추진해야 하는지에 대한 정보가 부족하여 어려움을 겪고 있다고 이야기하였다. 이러한 문제는 비교적 규모가 작고 역량이 낮은 의료기관에서 더욱 심각한 것

으로 나타났다.

아무것도 알려주는 사람도 없고 뭘 해야 될지 모르는데 하라고 하니깐. 시험공부 하듯이 이걸 이렇게 해, 이걸 이렇게 해, 하다 보니까. 하는 사람도 힘들고 직원들도 그런. (C-3)

환자경험 향상 활동을 촉진하기 위해 무엇이 중요하고 필요한지 알 수 없어 막막함을 느끼고 있다고 이야기 하며, 우리나라 의료체계의 전반적 환자경험 수준 향상을 목적으로 한다면 환자경험 관련 교육, 성공적 사례 공유, 지침 및 가이드라인 제공 등의 지원이 필요하다는 의견을 표출하였다.

저는 직원들이 공감을 하려면 그냥 '이렇게, 이렇게 하자' 라는 어떤 구호나 이런 것보다는 사례가. 이런 문제가 생겼을 때 이렇게 해결했다, 라는 좋은 사례를 모아서 간호는 간호 영역에서, 의사는 의사 영역에서, 이제 영역 별로 어떤 사례가 있으면 훨씬 공감이 쉽지 않겠는가, 라는 생각이 들어요. (C-2)

환자경험 평가를 하고 난 다음에 사례발표를 로 해서 공유하고 있기는 하지만 구체적인 그런 것들을 표준지침처럼 각 항목에 있는 내용들이 표준화 된 건 공유를 하면 어떨까. (D-8)

환자경험 평가가 시행된 배경과 목적, 비전, 내재된 의미와 가치 등 인식과 태도를 변화시켜 내재적 동기를 부여할 수 있는 정보를 제공해줄 필요가 있다는 의견도 있었다.

평가 처음 시작 했을 때 브로마이드 보내줬잖아요. 그거 보내 주기 전에 '환자경험이 혁신이다' 같은 우리 내면을 변화시킬 수 있는 좋은 책을 나눠줬으면 좋지 않을까. 그리고 아까 말한 것처럼 우수교육 의무화처럼 이 책을 읽고 해서 잘 한 사람은 상도 주고 감상문을 잘 쓰고 개선한 사례를 올리고 이랬으면 포상도 주고 이런 식

으로 선 교육이 먼저 이뤄졌으면 좋았을까, 라는 생각도 들거든요. (C-5)

토의 참여자들은 의료기관으로 결과를 피드백해줄 때 의료기관의 환자경험 향상 활동에 실질적인 도움이 될 수 있는 분석 결과가 제공되기를 원하였다. 전국 및 지역 수준에서 어느 위치에 해당하는지, 여러 영역 중 어떤 영역이 상대적으로 미흡한지, 미흡한 영역과 관련된 요인은 무엇인지 등에 대한 정보를 제공함으로써 구체적으로 개선이 필요한 지점과 이를 개선하기 위한 향후 방향을 제시해줄 필요가 있다고 이야기하였다.

시야를 확대해서 볼 수 있는. (중략) 전체적인 항목 중에서 우리 병원이 잘 하는 건 뭐고 떨어지는 건 뭔지. 그러면 앞으로는 어느 쪽에 중점적으로 더 많은 것들을 집중적으로 개선해 나가야 할지 향후 계획이나 방향을 잡을 때도 도움이 되는 데이터. (중략) 점수가 높은 점수는 인프라가 어떻게 구축 되었는지 여기는 이런 부분이 확보 되니까 이게 높더라. 조금 열악한 데는 확실히 이게 점수가 낮더라, 이런 것. 동등한 조건에서 평가를 받는 게 아니니까 갖고 있는 각각의 조건들이 다 다르니까 그 조건과 평가 결과와 상관관계는 평가 기간에서 분석해서 나올 수 있는 부분이라고 생각해요. (D-6)

### 5) 환자경험 전담인력 지원 방안 마련

토의 참여자들은 규모가 큰 일부 의료기관을 제외한 대부분의 의료기관에서는 환자경험 관련 업무를 전담하는 의료 질 향상(Quality Improvement, QI) 담당자가 명확히 지정되어 있는 경우가 드물고, 유사한 업무를 수행하던 직원에게 환자경험 관련 업무가 추가로 주어지고 있는 상황이기 때문에 담당자의 업무 부담이 매우 높다고 이야기하였다.

조사는 둘째 치고 저희처럼 이걸 담당하는 담당자조차 없을 거예요. 중소병원 뿐만 아니라 상급종합병원 중에

서도 규모가 작은 데는 QI 담당하는 직원 하나가 안전, 인증 담당하면서 환자경험 평가까지 담당해서 그 직원에 대한 부담이. 직원의 업무 부담이 엄청나게 증가되어있는 상태예요. (A-4)

환자경험 향상이 직접적인 수익 증가로 이어지는 것이 아니므로, 대부분의 의료기관에서 담당 부서 및 전담 인력 지원에 대한 투자가 거의 이루어지지 못하고 있었다. 이로 인해 환자경험 향상 활동을 위한 업무가 여러 부서에서 분절적으로 이루어지고 있으며, 통합적이고 지속적인 개선 노력을 기울이기 어려운 상황에 놓여있는 것으로 나타났다.

뭔가 조직적으로 접근하는 위원회라든지 이런 게 없이, 조사 활동 각자, 각자. 이렇게 하고 있다 보니까. (B-6)

토의 참여자들은 뚜렷한 환자경험 향상을 위해서는 축적된 지식을 가진 전담인력이 필수적이라는 것을 강조하며, 법적 근거 마련이나 인건비 지원과 같이 의료기관 내 고객만족(Customer Satisfaction, CS) 담당자 등의 전담인력 지원을 위한 정책 방안이 마련될 필요가 있다고 주장하였다.

CS하시는 분들도 전문 인력. 축적된 이런 게 있어야 접근하는 게 다르거든요. 그런데 아마 다 코칭도 개별코칭도 다 해 보시고 다른 데에서도 다 해 보셨을 거예요. 이런 것도 축적된 노하우가 있어야 되고 스킬도 가르쳐야 되고 여러 가지를 병원 여정이라고 하는 것에 대한 내용도 파악하려면 축적된 인력이 있어야 되거든요. 경험이 풍부하고 그런 것들에 대해서 교육 받은. 그러니까 전담 인력은 퀄리티를 높이려면 기본이라고 봅니다. (D-8)

6) 성과에 대한 보상 등 부가적 동기부여 체계 마련

토의 참여자들은 환자경험을 측정하고 공개하는 것만

으로는 충분한 동기부여가 이루어지지 못한다고 이야기하며, 환자경험 평가 시행과 동시에 별도의 동기부여 체계가 마련될 필요가 있다고 주장하였다.

기사 되는 것 외에는 지금 내부적인 동력을 끌어내는 뭔가가 요인이 부족해서 저희 부서에 힘으로 무엇을 어떻게 할지 그게 굉장히 힘들고 어렵고 굉장히 부담스러운 상황인 거 같아요. (A-5)

의료기관의 환자경험 향상 촉진을 위한 한 가지 방안으로 환자경험 평가 결과를 진료비 지불과 연계하는 방안이 논의되었다. 모든 토의 참여자가 전반적으로 공감하는 것은 의료기관의 환자경험 향상의 핵심은 경영진이라는 것이었다. 이러한 상황에서 경영진에게 동기를 부여할 수 있는 가장 좋은 방법은 성과에 대한 보상이 이루어지는 것이라고 이야기하였다. 성과에 대한 적절한 보상이 있어야만 인력이나 장비에 대한 투자가 이루어질 수 있고, 경영진의 의지와 목표의식을 향상시킬 수 있다고 이야기하였다.

직원들 아무리 담당자들이 직원 교육 하고 해도 위에서 최고경영자가 해야 됩니다. 관리를 해야 됩니다. 오더가 있어야지 진행 되는 거거든요. 그러려면 오너를 움직이려면 결국에는 병원의 이득이 있어야 움직이는 거지 병원에서 이득이 없는데 이걸로 쪼거나 그러지는 않거든요. (C-1)

환자경험 향상을 위해서는 인력이나 시설에 많은 투자가 이루어져야 하므로, 환자경험 성과에 대한 보상이 이루어지는 것이 정당하다는 의견도 제시되었다.

우리가 아까 말씀하신 그런 항목들로 문제가 있다고 했을 때 서비스 개선을 위해서 시설 투자도 필요할 거고 인력 투자도 필요할 거란 말이에요. 그러면 당연히 수가를 주는 게 맞다고 생각 하거든요. (D-2)

다만, 보상의 정도가 너무 과도한 경우 편법 사용 등의 부작용 가능성이 커질 위험이 있다고 말하며, 의료기관 내 내부 동력을 이끌어낼 수 있는 적절한 수준에서 성과에 대한 보상이 이루어질 필요가 있음을 강조하였다.

지불 방향으로 가는 건 맞지만 비율은 최소한으로 해서 일단은 중요도에 인지도를 높이는 수준으로 측정하는 게 맞지 않겠나 생각 합니다. (A-2)

### 7) 의료체계의 구조적 제약 조건 개선

토의 참여자들은 환자경험 평가의 시행으로 다양한 환자경험 향상 활동이 촉진된 것은 분명하지만, 의료체계의 구조적 문제가 해결되지 않고서는 환자경험 향상에 제한이 있을 것이라고 지적하였다. 특히, 의료인력 부족과 이로 인한 짧은 진료시간이 주요 문제로 지적되었다. 의료 인력이 부족한 경우 진료 시간은 짧아질 수밖에 없고 이로 인해 의사와 이야기할 기회, 회진시간 관련 정보 제공, 불만제기의 용이성 등 의사소통에 대한 요구를 만족시키기 어렵다는 것이었다.

의사와 만날 기회는 특히나 의료진들이 제가 봐도 만나기 어려워요. (중략) 회진도 겨우 오고 회진 시간도 많은 환자를 보기 때문에 많은 질문을 하면 끊고 가시잖아요. 그래서 지금 구조적으로 환자가 너무 많습니까. 입원 환자가 의료진에 비해서 너무 많고요. 그래서 지금 수준으로는 저희가 정말 열심히 해도 아마 이 수준을 크게 벗어나기는. 다른 방법을 쓰지 않는 한. (C-3)

수간호사들이 계속 접근하면서 이걸 물어야 되는데 왜 간호사들이 안할까. 말 하고 나면 해결해 줘야 되니까. 업무 로딩이 있으니까 물어보지 않는다. (B-6)

토의 참여자들은 의료 인력 부족으로 인한 과도한 업무량도 문제가 된다고 말하였다. 업무의 과중으로 인한 감정적 피로와 소진(burnout)이 높아져 있는 상태이며,

그 결과로 충분한 설명이나 위로와 공감과 같은 요구를 충족시키기 어려워지는 상황에 놓여있다고 주장하였다.

약간 번 아웃 같은 것도 있죠. 환자는 많고 인력은 제한돼 있고 꼭 말씀 드릴 때 한 번만 더 물어봐 주세요, 라고 하는데 사실 한 번 더 묻기 쉽지 않잖아요. (A-7)

이러한 문제는 병상 규모가 작은 기관일수록 심각한 것으로 나타났다.

현실적인 여건. 의료 인력이나 수련의들의 있고 없고. 저희 300병상 이하의 병원급들은 수련의가 없기 때문에, 예를 들어서 단적으로 질의사항 중에 의사의 대면. 아니면 회진 이런 것에 대한 만족도가 동등한 환경에서 평가 될 수 없다는 점. (중략) 300병상 미만의 인력을 갖고 운영하는 데 있어서 간호집단 의사집단을 개인한테 짐을 지우는 면이 있어요. 그 병원의 시스템으로 그 사람들이 그 역할을 충분히 할 수 없는 여건이 없는 상태에서 간호 직군이나 의사 직군에게 뭔가 그걸 짐을 많이 지우게 되는 거예요. (D-2)

### 8) 환자의 인식 개선 동반

토의 참여자들은 '명의'에 대한 과도한 집착, 불만 제기가 어려운 환자와 의료진 간의 관계 등 환자경험 향상의 제약이 되는 제도적·문화적 요인이 있음을 보고하였다.

저희도 그 부분에서 인식을 바꿔보려고 회진팀으로 운영한다. 그런 것도 인식 시키려고 안내문이나 했지만 의미 없더라고요. 전혀 없고 교수를 만나야 되는 거예요. (A-2)

불만을 쉽게 표출하게 하기 위해서 고객 소리함 만들고, 홈페이지 만들고 모바일도 있죠. 그 다음에 1층에 고객 안내데스크에도 바로바로 표출할 수 있게 그 통로를 만들어 놔는데, 그 질문인지 모르시고 불만을 쉽게 표출할

수 있게 여기 저기 루트를 만들어 놔는데, 내가 불만을 어떻게 의사한테 얘기해, 어떻게 간호사한테 얘기해 이 건 아니지 이렇게. (C-5)

전반적으로, 환자경험 평가가 간접적으로 전달하는 메시지와 개별 의료기관의 노력만으로는 오랫동안 지속되어 온 환자의 선호와 인식을 개선하기 어려우므로, 이를 개선하기 위한 사회적 노력이 지속적으로 이루어져야 할 필요가 있다는 주장이 제기되었다.

#### IV. 고찰 및 결론

환자경험 평가 정책과 환자경험 향상을 연결하는 두 가지 경로 중 주로 의료기관 수준에서의 ‘변화 경로’가 작동하는지를 검토하기 위해 의료기관 내 환자경험 평가 업무 담당자를 대상으로 수행된 이 연구에서, 의료기관들은 환자경험 평가에 민감하게 반응하고 있으며 변화된 상황에 따라 환자경험 평가 결과 개선을 위한 실제적인 변화를 추구하고 있는 것으로 드러났다. 환자경험 평가의 시행은 의료기관 내부 구성원들로 하여금 환자경험의 개념과 가치를 인식시키고, 개선이 필요한 영역과 상대적 수준을 식별하도록 하여 환자경험 향상에 대한 인식 및 태도를 변화시키고 있는 것으로 나타났다. 환자경험 평가에 대응하기 위해 의료기관 경영진은 조직 내 활동에 적극적으로 개입하기 시작하였고, 환자경험 평가 업무 담당자는 다양한 환자경험 향상 활동을 추진하였으며, 이에 따라 의료기관 내부 구성원 역시 환자경험 향상 활동에 점차 협조적으로 변화하고 있음을 확인할 수 있었다.

이러한 결과는 환자경험의 측정과 공개가 다양한 기전을 통해 환자경험 향상을 유도할 수 있다는 이론 및 선행 연구 결과를 뒷받침한다[14-17]. Berwick 등 [15], Hibbard [16], Contandriopoulos 등 [17]에 따르면 성과 측정치의 대중적 공개는 환자의 의료기관 선택, 의료기관의 평판에 대한 의식, 의료기관 자체적인 변화를 유도할 수 있는데, 국내의 환자경험 평가 역시 이러

한 기전이 작동하고 있음을 확인하였다. 환자경험 평가 결과와 같은 외부의 평판을 민감하게 의식할 수밖에 없는 의료기관 경영진의 노력을 특히 강조하여 평판 경로(reputation pathway)가 또하나의 기전으로 제시되기도 하였으나, 의료기관의 자체적인 개선 시도라는 면에서는 일반적인 변화 경로의 성격과 차이가 없으므로 최근 문헌에서는 평판 경로를 경영진의 개입이라는, 변화 경로의 특수한 기전 중 하나로 포괄하고 있다. 세부적 기전의 작동을 비교하기는 어려우나, 환자의 의료기관 선택과 의료기관 평판이 의료기관 수준의 변화를 유도하는 주요 동인이었다. 환자경험 평가 결과 공개가 실제로 환자의 인식에 어떤 영향을 주었는지에 대한 정보가 불분명한 상황임에도 의료기관에서는 환자 선택에 따른 의료기관 수익 변화와 평판 변화에 민감하게 반응하고 있었다. 이에 따라 의료기관에서는 환자경험 향상을 위한 다양한 변화가 촉진된 것으로 나타났다.

연구 결과에서 특히 주목할 사항으로, 환자경험 평가의 시행이 환자경험 향상으로 이어지는 인과 기전이 활성화되는 정도가 의료기관의 특성에 따라 차이가 있었다는 점이다. 환자경험 평가 시행 이후 비교적 규모가 크고 투자할 자원이 풍부한 의료기관에서는 자원 투입이 적극적으로 이루어지고 다양한 활동이 추진된 반면, 규모가 작고 자원이 부족한 의료기관에서는 이러한 업무를 담당하는 별도의 직원조차 없으며, 자원과 정보의 부족으로 충분한 활동이 이루어지기 어려운 것으로 드러났다. 현재의 평가 방식이 지속되는 경우, 기반 시설과 자원 부족으로 인해 충분한 환자경험 향상 활동이 어려운 낮은 성과의 기관은 사기가 저하될 가능성이 높고, 환자경험 향상 노력을 포기할 위험이 있을 것이라 판단된다 [18]. 초점집단토의 결과에서 규모가 작은 기관일수록 인력과 자원 부족으로 인한 제한점이 있음을 호소하는 경우가 많았다는 점을 고려하였을 때, 이러한 문제는 이후 환자경험 평가의 대상으로 새롭게 포함될 규모가 상대적으로 작은 의료기관에서 더욱 심각하게 나타날 것이라 예상할 수 있었다.

연구 결과에서 도출한 두 번째 주제인 ‘개선되어야 할

점' 아래 8개 하위 주제는 현재 환자경험 평가의 한계를 드러냄과 동시에 향후 환자경험 평가가 보완해야 할 점을 시사한다. 이 8개의 하위 주제는 크게 세 가지 범주로 다시 묶어볼 수 있다. 먼저 상단의 2개 하위 주제 '표본 추출 과정 개선', '자료 수집 과정의 편법 가능성 방지'는 조사 대상자 선별과 편법 사용 가능성이라는 문제점을 드러내며 조사수행 체계의 보완 필요성을 제시한다. 조사 대상자 선별은 부정적인 응답을 할 것으로 예상되는 환자의 정보를 선별하여 이러한 환자의 정보가 누락된 조사 대상자 목록을 평가 기관에 보고하는 것을 의미한다. 즉, 잠재적으로 부정적인 결과를 보고할 수 있는 환자가 조사 대상에서 누락되는 것이다. 이러한 문제가 지속되면 향후 환자경험 평가의 신뢰성과 수용성을 크게 저하시키는 요인이 될 가능성이 높다. 또한 조사 대상자 선별에 비해 심각성은 낮을 것으로 판단되나, 환자에게 좋은 평가 점수를 권유하거나 홍보하는 등 평가 체계의 허점을 악용하는 것 역시 향후 환자경험 평가 정책의 효과를 저해할 수 있는 문제이다. 실질적인 환자경험 향상에 기여하지 못할 뿐 아니라 불필요한 곳에 시간과 자원이 투자되게 된다. 또한 평가의 공정성 시비를 불러일으킬 가능성도 있다. 결과적으로 목표한 성과 점수를 달성하게 되더라도 환자경험 향상이라는 요점을 놓치게 되는 것이다[12]. 이러한 문제는 잠재적으로 더욱 심각해질 수 있다. 환자경험 평가 결과가 낮은 의료기관은 이에 대응하기 위해 단기에 성과를 향상시키기 위해 부적절한 방향으로 행동을 변화시킬 가능성이 높기 때문이다[18]. 이러한 문제가 발생하는 것을 사전에 방지할 수 있도록 데이터 수집 절차를 개선하고, 환자경험 평가 참여 대상 기관이 준수해야 할 지침이나 규정을 마련하는 등의 노력이 필요하다.

다음 4개의 하위 주제 '평가 결과 산출 및 공개 방식', '환자경험 향상에 도움이 되는 정보와 피드백 제공', '환자경험 전담인력 지원 방안 마련', '성과에 대한 보상 등 부가적 동기부여 체계 마련' 등은 환자경험 측정과 공개를 통한 환자경험 향상의 기전을 강화할 수 있는 방안이라고 볼 수 있다.

첫째, '평가 결과 산출 및 공개 방식' 개선이다. 현재의 평가 결과 공개 방식은 의료기관 간 인프라의 차이가 전혀 고려되지 못하였으므로 공평하지 못한 평가라고 인식되는 경우가 있었다. 이는 인프라 부족으로 인해 충분한 환자경험 향상 활동이 어렵고 평가 점수가 낮은 의료기관 내 구성원들의 사기 저하로 이어지며, 대상자 선별이나 편법 등의 부정행위를 시도할 가능성을 높이는 것으로 나타났다. 이러한 문제가 발생하지 않도록 결과 산출 및 공개 방식 개선에 대한 논의가 이루어질 필요가 있다. 예를 들어, 초점집단토의에서 논의된 것과 같이 기관별 특성을 고려하여 집단을 구분하고 이에 따라 결과를 제시하는 등의 방안을 생각해 볼 수 있다. 더불어 공개된 결과가 부적절한 해석으로 이어지지 않도록 별도의 해석 지침을 마련하거나 환자가 이해하기 쉬운 방식으로 결과가 공개될 필요도 있다. 환자들이 환자경험 평가 결과에 쉽게 접근할 수 있고, 이러한 결과가 무엇을 의미하는지 쉽게 이해할 수 있도록 하는 것은 환자의 의료기관 선택을 도와 환자경험 향상 기전인 선택 경로를 강화하는 데 도움이 될 수 있을 것이다.

둘째, '환자경험 향상에 도움이 되는 정보와 피드백 제공'이다. 의료기관 수준에서 환자경험 활동 담당자에 대한 교육 및 훈련, 성공적 사례 공유, 지침 및 가이드라인 제공, 환자경험과 관련이 있는 요인 분석 결과 제공 등 환자경험 향상 활동에 도움이 되는 정보 제공에 대한 요구가 있음을 확인할 수 있었다. 이러한 정보의 제공은 환자경험 향상 동기가 있으나 정보 부족 등의 문제로 충분한 활동을 시도하지 못한 의료기관의 환자경험 향상 촉진에 크게 도움이 될 것으로 보인다. 또한 이러한 노력은 경영진과 의료진의 인식과 태도를 변화시켜 환자경험 향상에 대한 내재적 동기를 강화하는 데 기여할 수도 있을 것이다.

셋째, '환자경험 전담인력 지원 방안 마련'이다. 전담인력은 비용과 크게 연관되어 있으므로 개별 의료기관에서 이에 대한 투자가 이루어지기 쉽지 않다. 그러나 의료기관 수준에서 환자경험 향상 활동을 지속적으로 촉진하기 위해서는 이를 전담하는 인력의 역할이 매우 중요



할 것으로 보인다. 물론 현재의 상황에서 전담인력을 강제하는 법적 근거나 수가를 마련하는 것은 전문가와 대중의 동의를 얻어내기 쉽지 않을 수 있다. 인센티브 제공과 같은 금전적 지원을 통해 해당 부서에 대한 지지도를 향상시키는 방안을 고려해볼 수 있을 것이다[5].

넷째, ‘성과에 대한 보상 등 부가적 동기부여 체계 마련’이다. 성과에 대한 보상은 환자경험 측정과 공개와 함께 활용할 수 있는 성과 향상 기전 중 하나이다. 환자경험 향상에 수반되는 비용을 보상해주고 의료기관의 수익을 향상시킴으로써 환자경험 향상에 관한 의료기관의 동기를 강화할 수 있다. 일례로, 미국 메디케어 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)는 의료기관이 제공하는 의료의 질에 따라 인센티브를 지불하는 가치 기반 구매(Value-Based Purchasing, VBP) 프로그램을 시행하고 있는데, 이에 환자경험 성과를 반영하기도 하였다[25]. 다만, 성과 측정 결과와 연계된 지불제도 도입 시에도 역시 의도하지 않은 결과가 발생할 가능성을 고려해야 한다. 예를 들어, 영역별 점수를 합산하여 산출한 결과에 보상을 제공하면 자칫 병상 규모에 따른 양극화의 문제를 심화시킬 수 있다. 이미 성과가 높은 의료기관에만 보상이 이루어지게 되는 것이다[26]. 이는 결국 성과가 낮은 의료기관의 향상 의지를 저하시키게 될 가능성이 높다. 따라서 성과와 연계된 지불제도 정책 도입 시에는 세심한 설계가 필요하며 이를 위한 별도의 연구가 수행될 필요가 있다.

마지막 2개의 하위 주제 ‘의료체계의 구조적 제약 조건 개선’, ‘환자의 인식 개선 동반’은 환자경험 평가 시행이 환자경험 향상을 위한 의료기관 수준의 변화를 촉진하는 것에서 나아가 그 이상의 수준으로 환자경험 향상을 달성하기 위해 의료체계 수준에서 개선해야 할 점이라고 볼 수 있다. 첫째, 환자경험 향상에 제약이 되는 의료체계의 구조 개선에 대한 논의가 이루어지는 것이 매우 중요하다. 의료인력 부족과 같은 구조적 문제가 개선되지 않고서는 환자경험 향상에 제한이 있을 수밖에 없기 때문이다[5]. 상대적으로 단기적 개선이 쉬운 환자

경험에만 노력을 기울이게 되며, 환자경험 향상에 대한 논의 역시 표면적인 수준에 머무를 가능성이 높다. 또한 초점집단토의 결과에서 드러나듯 이러한 문제는 환자경험 평가 결과를 전면적으로 수용하지 못하고 부정적인 태도를 보이는 원인이 될 수 있다. 환자경험 평가를 통한 촉진 노력과 더불어 의료체계의 구조적 문제 개선에 대한 사회적 논의가 더욱 적극적으로 이루어져야 할 것으로 보인다. 둘째, 환자를 대상으로 환자경험의 개념과 가치를 더욱 확산시킬 필요가 있다. 환자경험 평가의 시행과 의료기관의 노력만으로는 지금까지 지속되어 온 환자의 선호나 인식을 단순히 바꾸어나가기 쉽지 않은 것으로 나타났다. 예를 들어, 의료기관에서 불만 제기 용이성을 높이기 위해 다양한 소통 창구를 마련하는 등의 노력을 기울이더라도 환자는 여전히 의료진에게 불만을 표현하기 어려워함을 알 수 있었다. 의료기관의 노력만으로 이를 개선하기 어려운 경우, 개선 노력을 포기하게 될 위험이 높아지게 되며 이는 결국 환자중심 의료의 장벽이 된다. 환자경험 평가와 더불어 환자 및 일반 대중을 대상으로 교육이나 홍보를 실시하여 환자의 선호와 인식을 변화시키는 별도의 노력이 병행될 필요가 있다.

이 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 환자경험 평가라는 의료체계 수준의 거시적(macro) 정책적 개입이 중간(meso) 수준인 의료기관에 미친 영향에 집중하였다는 점이다. 환자경험 평가의 일차적 정책 대상(target)인 의료기관 수준의 변화를 포착하였다는 장점이 있으나, 그 하위 미시(micro) 수준인 의료인의 변화를 직접적으로 관찰하지 못하였다. 즉, 주요 행위자인 의사와 환자, 간호사와 환자 사이에서 발생하는 상호작용의 변화를 관찰하지는 못하였다는 한계이다. 의료기관 수준에서의 변화, 특히 경영진의 적극적 개입이 증가한 변화 등이 있었다 하더라도 의료인과 환자의 상호작용의 실질적 내용이 크게 바뀌지 않는다면 환자경험 향상으로 이어지기는 어려울 것이다. 향후 환자경험 평가가 진료 현장의 의료인에게 어떤 영향을 미치고 있는지를 분석하기 위해서는 추가 연구가 필요할 것이다. 둘째, 연구의 대상을 의료기관 내 환자경험 평가 담당자로 한정하였다는

점이다. 해당 주제에 대한 이해도가 가장 높다는 장점이 있으나, 반면 환자경험 평가 업무 담당자는 환자경험 평가에 대한 특정한 관점을 대변하였을 수 있다. 예를 들어, 본인이 수행하고 있는 업무이므로 환자경험 평가의 중요성과 위상을 강조하였을 가능성이 있고, 환자경험 평가의 영향을 실제보다 긍정적으로 보고하였을 가능성이 있다. 개선해야 할 점으로 전담인력 및 부서의 지원과 성과 보상 기전의 마련이 중요한 하위 주제로 드러난 것은 이 때문일 수도 있다. 셋째, 환자경험 평가 결과의 대중적 공개가 환자경험 향상으로 이어지는 다른 하나의 경로인 선택 경로 역시 풍부한 분석이 필요하나, 그 두 가지 경로는 인과적 설명, 질 향상 효과를 거두기 위한 주요 필요 조건, 주요 행위자, 분석 단위, 분석에 필요한 자료원 등 여러 면에서 상이하야[16], 이 연구에서는 변화 경로에 우선 집중하고 선택 경로에 대한 연구는 향후 과제로 미루고자 하였다.

이러한 제한점이 있으나 이 연구는 환자경험 평가 이후 의료기관 현장 수준에서 이루어진 변화를 포착하고 다양한 맥락 정보를 식별하여 정책의 효과를 파악하고, 향후 정책 집행 전략 수립 시 활용할 수 있는 다양한 근거를 생성하였다는 점에 의의가 있다. 특히, 상이한 규모의 의료기관 환자경험 평가 업무 담당자로부터 의견을 수렴하였다는 것이 큰 강점이다. 전반적으로 환자경험 평가에 의료기관은 민감하게 반응하고 있으며, 환자경험 평가는 의료기관 수준에서 다양한 변화 기전을 활성화하여 환자경험 향상 노력에 효과적인 촉매 역할을 하고 있는 것으로 드러났다. 그러나 동시에 현재의 환자경험 평가 정책에서 다양한 개선책 역시 필요함을 밝혔다. 이러한 개선책은 크게 조사수행 체계의 보완, 의료기관 수준의 변화 기전을 더욱 활성화할 수 있는 방안, 의료체계 및 환자 수준의 개선이라는 세 가지 범주 아래 8가지 하위 주제로 파악되었다. 환자경험 평가가 실질적인 환자경험 향상으로 이어지기 위해서는 이 연구에서 밝힌 바와 같이, 환자경험 평가가 의료기관 수준의 변화에 촉매 역할을 수행한 것을 넘어 다수준의 노력이 지속적으로 필요할 것이다.

## V. 참고문헌

1. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st Century. Washington D.C, United State: National Academies Press; 2001.
2. Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. International Journal for Quality in Health Care. 2006;18(suppl\_1):5-13.
3. World Health Organization. The world health report: 2000: health systems: improving performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
4. Agency of Healthcare Research and Quality. What is patient experience? [Internet]. Rockville, United State: Agency of Healthcare Research and Quality. 2021 [cited 2021 November 11]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>.
5. Do YK, Kim BS, Kim HB, Ahn KJ, You SK, Jung KH, et al. Mid- to long-term development of patient-centeredness assessment. Wonju, Korea: Health Insurance Review & Assessment Service; 2021.
6. Health Insurance Review & Assessment Service. Notice on 「2021(3rd) Patient-Centeredness Assessment」 implementation plan and information session. [internet]. Wonju, Korea: Health Insurance Review & Assessment Service; 2021 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltno=4&brdBltno=8672&pageIndex=1#none>.
7. Lee SU, Kwak BH, Oh SG. Significance of qualitative evaluation and its congruence in evalu-

- ating social policy. *Korea Social Policy Review*. 2015;22(3):165-96.
8. Kim NS, Oh YS, Park S, Park UJ, Jung Y, Kim DU, Choi JH. Development of evaluation model for health policy (I): analysis of the current status and priority setting of evaluation area. Sejong, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016.
  9. Savigny D, Adam T. *Systems Thinking for health systems strengthening*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.
  10. Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *British Medical Journal*. 2008;337:a1655.
  11. Skivington K, Matthews L, Simpson SA, Craig P, Baird J, Blazeby JM, et al. A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of medical research council guidance. *British Medical Journal*. 2021;374:n2061.
  12. Mannion R, Braithwaite J. Unintended consequences of performance measurement in health-care: 20 salutary lessons from the English National Health Service. *Internal Medicine Journal*. 2012;42(5):569-74.
  13. Mitchell P, Cribb A, Entwistle V. Made to Measure: the ethics of routine measurement for healthcare improvement. *Health Care Analysis*. 2021;29(1):39-58.
  14. Raleigh VS, Root C. *Getting the measure of quality: opportunities and challenges*. London, United Kingdom: The King's Fund; 2010.
  15. Berwick DM, James B, Coye MJ. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*. 2003;41(suppl\_1):I30-8.
  16. Hibbard JH. What can we say about the impact of public reporting? inconsistent execution yields variable results. *Annals Internal Medicine*. 2008;148:160-1.
  17. Contandriopoulos D, Champagne F, Denis JL. The multiple causal pathways between performance measures' use and effects. *Medical Care Research and Review*. 2014 Feb;71(1):3-20.
  18. Marshall MN, Romano PS, Davies HTO. How do we maximize the impact of the public reporting of quality of care?. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16(suppl\_1):i57-i63
  19. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Cooper C, et al. Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(2):101-2.
  20. Baldie DJ, Guthrie B, Entwistle V, Kroll T. Exploring the impact and use of patients' feedback about their care experiences in general practice settings—a realist synthesis. *Family Practice*. 2018;35(1):13-21.
  21. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damberg C, Shekelle PG. Systematic Review: The Evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of Internal Medicine*. 2008;148:111-23.
  22. Metcalfe D, Rios Diaz AJ, Olufajo OA, Massa MS, Ketelaar NA, Flottorp SA, et al. Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018;9(9):CD004538
  23. Ritchie J, Lewis J, Nicholls CM, Ormston R. *Qualitative research practice: A guide for social science students & researchers (2nd Edition)*. California, United States: SAGE Publications; 2013.

24. Krueger RA, Casey MA. Focus Groups: A practical guide for applied research (4th Edition). United States: SAGE Publications; 2008.
25. Center for Medicare & Medicaid Services. The hospital value-based purchasing (VBP) program [Internet]. Baltimore, United State: Center for Medicare & Medicaid Services; 2021 [cited 2021 November 11]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing>.
26. Casalino LP, Elster A, Eisenberg A, Lewis E, Montgomery J, Ramos D. Will pay-for-performance and quality reporting affect health care disparities?. *Health Affairs*. 2007;26(Suppl\_2):w405-14.