

Special

2004년 의료기관 평가기준 및
지침의 문제점과 개선방안

글 · 현 석 균 |
삼성서울병원 QA팀 차장

I. 서론

1995년부터 국민들의 의료 이용상의 불편을 제거하고 쾌적한 진료환경을 조성함과 아울러 의료기관 수준의 질적 향상을 도모하기 위하여 '의료기관서비스평가' 제도를 도입하여 10년 동안 시범 운영하던 것이 2002년 3월 의료기관평가관련 의료법 제46조2에 의거해 신설된 의료법 시행령 중 개정령 및 개정시행규칙이 공표(2003. 8)되면서 3년마다 평가하도록 법제화되었으며, 이에 따라 지난해 대한병원협회에서 만든 지침서 안을 1장으로 하고, 보건산업진흥원이 10년간 시범 평가한 문항을 일부 조정하여 2장으로 구분, 2004년도 '의료기관평가지침서'로 확정 배포되었다.

의료기관서비스평가라는 취지 하에 실시된 '의료기관 평가'는 그동안 환자들이 병원 방문시 문턱이 높고 불친절하다는 등 의료기관 중심의 시스템을 환자를 위한 시스템으로 변하게 되었고, 누구나 의료기관을 편안하게 찾아올 수 있도록 직간접적으로 큰 영향을 미치게 되었으며, 특히 환자들의 알권리에 대한 환자권리 보호, 환자의 사생활보호, 의료진의 각종 검사, 마취, 수술 등의 설명을 강화하는데 많은 도움을 주었다. 또한 환자 안전관리에 관한

문항을 추가하므로써, 안전에 대한 인식과 시스템을 구축하는데 많은 영향을 미치게 되었다. 단지 아쉬운 면이 있다면, 의료기관들이 각종 위험관리 활동을 스스로 운영하는데 있어 법적인 보호를 전혀 받을 수 없다는 것이다. 이러한 안전관리의 질적 향상을 도모하기 위해서는 의료기관 스스로 지표를 개발, 문제점을 찾아내고, 적극적으로 해결할 수 있도록 보호하고 지원하는 것이 필수적인 것이다. 이런 법적 장치가 없는 상황에서 이 부분을 강조하게 되면, 의료기관에서는 개선활동에 많은 제약과 한계를 가지게 된다. 이러한 긍정적인 면 이외에 2004년도 의료기관평가가 너무 시급히 진행되다보니 문항에 대한 세부 점검없이 시행되어 지침이 배포된 상황에서 지속적으로 내용이 수정 보완되었다. 이러한 내용을 근거로 하여 구조적인 부분, 문항의 세부내용, 평가기준으로 구분하여 문제점을 제시해 보고자 한다.

II. 평가문항의 구조적 문제

먼저 구조적인 면을 살펴보면 첫째로, 각 부문마다 문항 구성수의 편차가 너무 크다는 점이다. 예를 들면, 1, 2장을 포함하여 총 18개 부문으로 구성되어 있는데, '1.1 환자의 권리와 편의' 부문은 19문항으로 구분되어 평가하고 있는 반면, '1.5 시설관리', '1.7 질 향상체계'은 각각 3문항으로 구성되어 18문항과 3문항의 차이가 너무 크다. 내용을 비교하면 '시설안전 관리체계', '설비시스템 관리체계', '의료장비관리' 3개 문항이 장비관리의 전체를 대변하고 있으며, 질 향상 체계 역시 '질 향상 활동 지원체계', '교육실적', '직원이해도' 3문항이 질 향상 활동을 대표하므로써 한개 문항에 의하여 평가 등급이 바뀌는 현상이 발생하게 되었다. 둘째로, 시설적인 면이 너무 강조되어 있다. 시설 중에서도 특히 화장실과 관련된 문항은 7문항(1.1.12 장애인 편의시설, 1.1.14 공용화장실 관리, 1.1.18 화장실 이용만족도, 2.1.7 병동청소, 2.1.15 병동위생시설, 2.5.8 응급실 시설수준, 2.8.7 방사선 편의시설 및 편의서비스)으로 1.3 진료체계, 1.6 안전관리 등의 6문항보다 많은 비중을 차지하고 있다. 셋째, 1.2 인력관리에서 간호사를 제외한 모든 신규인력을 합해도 10명 이내로 전 직원의 1% 미만인 신규인력 교육이 비중있는 반면, 기존 인력에 대한 교육관리는 타 부문에 일부포함(질 향상교육, 감염관리교육, 환자권리존중 등)한 것을 제외하면 전혀 반영되지 않고 있다. 신규교육도 중요하지만 기존 직원에 대한 직

무교육 등의 여러 프로그램이 무시된 경향이 있다. 넷째, 심폐소생술 수행능력이 ‘인력관리’에 관한 문항인지, ‘안전관리’에 관한 문항인지 목적 자체가 불분명하다. 일반적인 의견으로 심폐소생술은 환자안전을 위한 체계가 잘 갖추어지고 운영되어야 한다면 분명히 ‘안전관리’에 포함되지 않을까 생각되며, 단순 교육에 중점을 둔다면 그대로 두어도 된다. 또한 의료정보/의무기록에 재무와 의료수익이 의무기록에 포함될 내용은 아닌 것 같다. 꼭 필요한 문항이라면 1.3.6의 의료기관의 회계투명성 준수에 넣거나, 하나의 문항을 만들어 1.3.7 로서 만드는 것이 현실적이지 않을까 생각한다. 다섯째, 한 기관(보건복지부)에서 응급실에 대한 중복된 평가와 발표를 들 수 있다. 응급의료에 관한 사항은 매년 별도의 평가 도구에 의하여 평가를 받고 있으며, 이에 따라 신문지상에 발표되고 있고, 의료기관 평가 역시 응급부문으로 발표되는 실정이다. 이런 상황에서는 의료기관의 과중한 업무부담과 중복 발표로 인해 국민의 혼란을 유발하는 요인이 되고 있다. 여섯째, 조사병원의 특성이 파악되지 않은 상황에서 짧은 시간에 너무 많은 양을 조사하다보니 조사자나 수검자 역시 큰 부담이 되고 있다. 이는 각 문항에 대한 조사 목적을 명확히 하여, 조사를 위한 조사는 배제하고 목적에 부응하는 문항으로 축소하여 조사에 충실할 수 있는 방안의 검토가 필요하다. 또한 조사방법에서 사람이 바뀌어도 동일하게 평가될 수 있도록 정의가 명확하고, 누구나 쉽게 이해할 수 있어야 한다.

Ⅲ. 평가문항의 세부내용

다음은 문항 세부내용을 몇 가지 지적한다면, 첫째, 불만 및 고충처리 체계에서 고충처리 이용안내와 환자의 숙지여부를 ‘병원내 방송안내’를 하고 있는가의 질문에 의료기관은 환자의 안정과 소음을 줄이기 위하여 응급상황이 아니면 방송을 자제하고 있으며, 방송을 한다 해도 환자들이 방송을 듣지 못하는 경우에는 평가 자체가 의미가 없는 것이다. 두번째, 환자들의 알 권리에서 설명여부를 들었는지에 대해서는 좋겠지만 수술후의 마취와 수술관련 설명, 검사 관련 설명 등에 어떤 내용을 들었는지 환자에게 기억력을 테스트하는 형태는 취하지 말아야 할 것이다. 셋째, 공용화장실 관리에서 화장실 바닥의 건조여부는 객관적이지 못하다. 물이 많아서 모든 사람이 인정하는 수준은 모르겠는데, 애매한 경우 건조하다는

것의 개념이 어디까지인지가 객관적이지 못하기 때문이다. 넷째, 매점은 환자 편의를 위하여 점차적으로 24시 매점으로 전환하는 시점에서 전국 동일한 가격을 두고 비싸다, 싸다 논한다는 자체가 의미가 없지 않은가. 환자의 생각은 항상 대형 할인점을 염두에 두고 하는 것이기 때문이다. 다섯째, 신규교육 항목 중 설립목적과 현황을 비롯하여 8가지로 구분되어 있는데, 이런 항목을 구체적으로 제시한 것에 대해서는 긍정적이다. 하지만 실질적으로 의료기관에서 각각의 시간을 책정하기는 한계가 있다. 교육 내용에서 각 문항별로 20분, 30분을 분리하는데 현실적으로 불가능하기 때문이다. 교육을 시킨 내용을 담당자가 임의로 시간을 배정하기 때문에 이런 항목이 포함되었는지 총 교육시간의 관리가 필요하리라 본다. 교육을 한 그 자체가 중요한 것이지 항목별 몇 시간을 시킨 것이 중요한 것은 아니라 생각한다. 여섯째, 심폐소생술 교육에 있어서는 전문의의 경우 대상인원에서 제외가 필요하다. 본인들이 직접 강의를 하는데 교육을 들어야 한다는 논리로 대상인원에 포함된다는 것은 형식에 불과하기 때문이다. 일곱째, 병실 청소에 있어서 병실 바닥, 쓰레기통 등 하루에 몇 번 청소를 하는지 환자는 정확히 알 수 없으며, 횟수를 평가한다는 것이 의미가 없다. 또한 개인 사물함은 환자가 입실해서 퇴실까지 환자의 개인 사물함이므로 다른 직원이 사물함에 손을 댄다는 것은 서로 오해를 가질 수 있으며, 개인 물품에 손을 대는 일이기 때문에 환자도 불쾌히 생각하고, 현실적으로 어렵다. 여덟째, 환자복 갈아입히는 것은 환자의 거동이 불편하거나 필요하면 갈아 입히는데 환자가 거부하게 되면 개인적인 프라이버시 문제이기 때문에 불가능한 것이다. 아홉째, 예약환자에 대한 예약 불이행율은 환자가 예약해 놓고 본인이 지키지 않는 환자 귀책 사항을 평가한다는 것이 개선의 여지가 없으며, 평가를 하지 않아도 손실을 줄이기 위해 의료기관마다 노력을 해야만 하는 사항이기 때문에 평가 항목으로 필요한 사항에서 제외하여야 한다. 열번째, 각종검사 보고시간, 검체의 신속성 등 각종 신속성을 평가하는 경우에는 기준을 명확히 해주어야 한다. 주 40시간을 운영하는 현실에서 토, 일요일의 경우 직원이 근무하지 않기 때문에 응급을 제외한 모든 검사는 2일을 손해볼 수 있고, 샘플 과정에서 1~2사례에 의하여 불합리한 결과를 얻을 수 있기 때문이다. 휴일의 검사결과 보고의 신속성을 보고자 한다면, 토, 일요일을 기준으로 해야 하나 그렇지 않은 경우 평일에 한정되어야 한다는 것이다. 열한번째, 응급 이송서비스에서는 의료인의 동승여부가 의료진의 판단하에 탑승여부를 결정하게 되며, 의료진의 탑승이 필요하지 않은 환자까지 강제로 탑승케

하는 것은 인력의 낭비이다. 열두번째, 혈액 반납 등에 대하여 진료비와 맞추는 일은 쉽지 않다. 보험청구하고, 환자에게 청구하는 것은 합쳐서 집계하여 청구하며, 반납된 경우 반납 수만큼 감액을 하기 때문에 정확히 그 혈액 코드와 일치되어 일정기간 진료비와 일치시키기가 현실적으로 곤란하기 때문이다. 문항이 꼭 필요하다면 대상 환자의 입원기간 내 총 수와 진료비 청구 총 금액을 확인하는 것이 바람직하다.

IV. 평가기준

마지막으로 평가기준에 대해서는, 첫째, 평가전 각 문항에 대한 평가기준과 배점에 대한 가이드 라인이 공지되지 않았으며, 의료기관에서는 평가도구 자체를 인지 못한 상황에서 평가를 받아야 하는 현실이었다. 둘째, 평가 결과로서 우리가 얻고자 하는 목적의 명확한 제시가 필요하다. 평가에 대한 배점의 가이드 라인이 명확하여야 하며, 평가시마다 결과에 따른 배점이 달라지는 기준이라면, 어디를 목표를 둘 것인가가 불분명하기 때문이다. 또한 배점의 가이드 라인이 결국 환자에게 얼마나 영향을 미치는가가 중요한 요소인데, 무조건 평가 결과를 기준으로 강제 배분하는(Mean±1SD) 형태를 지양하여야 한다. 바라는 이상치가 있다면 이상치(Min, Max)에 대한 가이드 라인을 주고, 이에 따라 각 의료기관 또는 환자의 질을 높이기 위한 목표치가 될 터인데, 어디에 목표를 둘 것인가에 대한 기준, 이상치가 없다는 것이다. 셋째, 각종 교육의 효과를 높이고 질적 향상을 위하여 단체교육보다 개별교육을 장려해야 하는데, 실제 평가는 개별교육보다 단체 교육을 시키는 것이 좋은 점수를 받을 수 있다는 것이다. 무조건 많은 시간, 많은 인원이 받은 경우가 좋은 점수를 받도록 되어있기 때문이다. 그러다보면 각 의료기관의 경향은 점수를 잘 받기 위하여 개별 심화교육보다는 전체 교육으로 대체하는 경향으로 갈 가능성이 크다는 것이다. 상황에 따라 필요성은 인정하지만 과연 어느 것이 바람직한 방향인가 한번 생각해 볼 필요가 있다. 넷째, 하나의 평가 항목에 의하여 부문의 평가 등급이 조정되는 일은 없어야 한다. 그렇다고 그 문항이 그 부문의 평가 등급을 좌우할 만큼 큰 비중이 있는가에 대해서는 한번 생각해 볼 필요가 있다. 이러한 것을 방지하기 위해서는 각 부문에 대해서 최소한 6~7개의 문항은 되어야 하지 않을까 생각한다. 문항이 적다보면, 다른 부문과 형평성이 결여되기 때문이다. 다섯째, 모든 수치 평가문항에

서 평균, 중위수, 표준편차, 3분위수를 이용하여 평가하는 것이 바람직하지는 않다고 본다. 과연 필름 15개를 찾는 데 기준(3분, 5분, 10분, 15분)과 검체검사 혹은 기능검사에서의 1~2일 차이의 의미가 과연 환자에게 얼마나 불편을 초래하고 있는지에 대한 현실성 문제이다. 응급환자는 모르겠는데, 일반 환자의 경우 5분, 10분의 차이는 1개 필름당 40초의 차이므로 환자가 느끼는 것은 전혀 문제가 없으며, 일반 환자의 경우 1~2일에 전혀 문제가 되지 않기 때문이다. 과연 이와 같은 평가결과로 얻고저 하는 것은 무엇인지 생각해 볼 필요가 있다. 여섯째, 기능검사 항목 중에서 통합 예약검사의 경우 예약이 필요없이 본인이 필요할 때 방문하여 검사하는 것이 가장 이상적이다. 그런데 당일검사 가능한 항목도 꼭 예약검사의 틀에 넣어야만 점수를 배점하는 것은 환자에게 더욱 더 불편을 주게 되기 때문이다.

V. 결론

결론적으로 이러한 구조적인 부분, 문항 세부내용, 평가기준에 대하여 일개의 단체에 모든 권한을 위임한 것이 가장 큰 문제라 생각한다. 문항에 대하여 각 전문 단체에 자문을 받아 조정하였다고 하나, 실질적으로 받아들인 경우는 미미하다. 한 기관이 부족하다기 보다는 이런 전국 병원의 지침이 되는 프로젝트에 대해서는 공동 연구를 진행하여 타 연구기관과 서로 견제, 문항의 타당성, 충족성, 현실성 등을 다각적으로 검토하여야 한다. 이러한 문제를 보완하기 위하여 평가가 시행되기 전에 몇 차례의 공청회는 가졌지만 공청회로 끝난 감이 있으며, 그러다 보니 많은 의견이 있다 하여도 의견을 제기할 창구가 없으며, 각 문항에 대해 여러 분야에서 재고하고 공유할 수 있는 기회가 부족한 것이 사실이다. 그리고 문항 각 요소에 대한 정확한 기준의 정립하기 위해서는 문항별 정보(조사목적, 평가요소, 문항구분, 조사유형, 조사자, 조사장소 등), 조사대상(대상 및 방법 등), 조사방법(정의, 심사방법, 준비사항 등), 배점기준(각 문항에 대한 배점기준, 가이드 라인 등)의 틀로서 구성하여 의료기관의 준비과정에서 혼란을 막을 수 있도록 하는 것이다. 10년 동안 시범적으로 운영한 결과가 있으니 어느정도 가이드 라인이 나와 있을 것으로 본다. 또한 각 장별로 최소 문항을 주어 일정 문항이 안되면, 다른 장과 합하는 것도 고려할 필요가 있다.

의료기관 평가 지침은 의료기관에 큰 영향력을 행사하게 된다. 그만큼 병원계나 사회에서

관심을 가지고 있고, 지속적으로 평가, 발표되기 때문에 의료기관으로서 평가 항목 하나 하나에 의하여 정책을 실현하는 가이드 라인이 되기 때문이다. 앞으로 이번 평가를 계기로 본래의 취지에 맞도록 ‘국민들의 의료 이용상의 불편을 제거하고 쾌적한 진료환경을 조성함과 아울러 의료기관 수준의 질적 향상도모’를 위하여 성숙된 방향제시가 되길 바라마지 않는다. 본 내용을 부정적인 사항 위주로 열거하였지만 좋은 문항, 현재는 부족하지만 지속적으로 의료기관이 노력하여 발전해 나아가야 하는 문항도 많은 것을 부인할 수 없다. 처음부터 완벽할 수 없고, 향후 많은 수정 보완이 되리라는 것은 알지만 본 내용이 부정적인 이미지만큼은 향후 지침의 방향을 결정하는데 많은 도움이 되었으면 한다. **KHA**