

의료질평가지원금 평가기준 개선방안: 공공성영역을 중심으로

김현주*, 은상준**, 이진용***,****†

*신성대학교 간호학과, **충남대학교 의학전문대학원 예방의학교실, ***서울대학교 보라매병원 공공의료사업단,
****서울대학교 의과대학 의학연구원 의료관리학연구소

A new proposal for the incentive scheme for quality evaluation of hospital services focusing on publicness areas

Hyun Joo Kim*, Sang Jun Eun**, Jin Yong Lee***,****†

*Department of Nursing Science, Shinsung University, **Department of Preventive Medicine, Chungnam National University School of Medicine, ***Public Health Medical Service, Boramae Medical Center, Seoul National University College of Medicine, ****Institute of Health Policy and Management, Medical Research Center, Seoul National University

I. 서 론

의료질평가지원금제도는 의료기관이 제공하는 의료서비스 수준을 측정하여 질이 우수한 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하는 제도로 2015년부터 시행되고 있다[1-3]. 하지만 이 제도가 시행된 현실적 이유는 보건복지부에서 천명한 단계적 선택진료비 축소로 인해 발생하는 의료기관의 손실분을 보전해 주기 위한 제도가 필요했기 때문이다. 즉, 박근혜 정부는 의료보장성 강화를 보건의료분야의 주요 국정과제로 삼고 4대 중증질환 및 3대 비급여에 대한 제도적 개선 방안을 추진하는 가운데, 3대 비급여 중 선택진료비를 단계적으로 축소하여 2017년에는 폐지할 예정이기 때문이다[4]. 선택진료비의 단계적 축소로 확보한 재원을 이용하여 2014년에는 전반적인 수가 신설 및 수가 인상을 시행하였고, 이로 인해 고난이도 수술에 대한 수가 인상, 중증 의료서비스에 대한 수가 신설, DRG 수가 인상 등이 이루어졌다. 2015년에는 개별 의료기관의 수준에 따라 우수한 의료기관이 더 많은 수가

인상분을 가져갈 수 있도록 의료질향상분담금 신설, 환자안전관리에 대한 수가 신설, 특수병상 입원료 수가 현실화 등이 이루어졌다[1]. 이 중 의료질향상분담금의 명칭이 2015년 9월부터 의료질평가지원금으로 변경되어 시행되고 있는 것이다.

의료질평가지원금제도의 시작은 단순히 선택진료비를 대체하여 그 손실분을 보전해 주기 위해서였을지 몰라도 향후 의료기관의 재정적 측면뿐만 아니라 운영원칙에도 상당한 파급력을 행사할 것이 분명하다. 먼저 재정적 측면에서 2015년에는 1,000억원 수준에 불과했던 지원금은 2016년에는 5,000억원 수준으로 대폭 인상되었고 향후 더 증가할 가능성이 있다[3,5]. 또한 5개 평가대상 영역에 의료질과 환자안전, 공공성, 의료전달체계, 교육수련, 연구개발 등 의료의 전 부분이 포함됨으로써 개별 의료기관들에게 재정적 보상을 매개로 현재의 의료행태를 변경해 달라는 강력한 유인 신호를 보건복지부가 보내고 있다고 해석할 수 있다. 개별 의료기관의 입장에서도 이 제도를 통해 의료의 질이 우수하다는 대외적 평판도를 제

* 투고일자 : 2016년 11월 23일, 수정일자 : 2016년 12월 01일, 게재확정일자 : 2016년 12월 13일

† 교신저자 : 이진용, 서울대학교 보라매병원, 전화 : 02-870-2165, e-mail : jylee2000@gmail.com

고하면서 동시에 재정적 인센티브를 최대한 확보하겠다는 동인이 강력하게 작동할 것이며 현실적인 전략으로 최소의 행태변경으로 최고의 점수와 인센티브를 확보하고 싶어질 것이다. 따라서 평가영역과 기준을 어떻게 설정하느냐에 따라 개별 의료기관의 평가에 유리하거나 불리하게 작용할 수 있고 그 유리함과 불리함이 재정적 보상과 직결되어 있으므로 평가영역과 평가기준을 설정하는데 치열한 논쟁과 다툼이 발생할 가능성이 있다.

필자는 의료질평가지원금의 5개의 평가영역 중 특히 공공성분야는 2015년 기준에 비해 2016년 기준이 극단적으로 변경되어 의료기관 입장에서 완전히 다른 평가결과를 받았을 가능성이 너무 크다는 점을 인지하게 되었다. 앞서 기술한 것처럼 의료질평가분담금은 정부의 신호이다. 공공성영역에 배정된 9개 평가기준에서 좋은 점수를 받는다는 것은 해당 의료기관이 공공성이 높은 의료서비스를 제공하고 있다는 증거로 인식될 수 있기 때문이다. 의료기관의 기본 행태는 변경되지 않은 상태에서 평가기준의 변경으로 인해 공공성영역에서 2015년 좋은 평가를 받았던 의료기관이 2016년 평가기준에서는 나쁜 평가를 받았다면 또는 이와 정반대의 경우가 발생했다면 왜 이런 일이 발생했는지에 대한 분석이 필요하고 이를 바탕으로 향

후 평가의 개선이 이루어져야 한다. 이 글의 목적은 의료질평가지원금의 평가영역 중 공공성분야의 평가기준을 분석하여 잠재적으로 발생할 수 있는 문제점을 지적하고 향후 개선방안을 제안하기 위해서이다. 특히 개선방안에는 향후 공공성영역의 평가에 적용해야 할 기본원칙과 적용 가능한 일부 평가기준을 제안할 것이다.

II. 의료질평가지원금 산정을 위한 의료질 평가영역, 가중치, 평가지표

의료질평가의 대상은 43개 전체 상급종합병원과 선택진료제 운용요건이 되는 종합병원, 병원 및 전문병원들이다. 하지만 의료질평가지원금의 배분액을 기준으로 보면 질적, 양적으로 우수하다고 할 수 있는 전체 상급종합병원 43개와 규모가 큰 종합병원을 주 대상으로 한다고 보아야 한다. 2016년 의료질 평가는 의료 질과 환자안전(가중치 65%), 공공성(10%), 의료전달체계(10%), 교육수련(10%), 연구개발(10%) 등 크게 5가지 평가영역으로 구분하며 각 부분에 59개 세부 평가지표로 이루어져 있다(표 1).

<표 1> 의료질평가지원금 산정을 위한 평가영역, 가중치, 평가지표(2016년 기준)

평가영역	가중치	평가지표(총 59개)		
의료 질과 환자안전 (30개 지표)	65%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료기관 인증 여부 ▶ 입원환자당 의사수 ▶ 입원환자당 간호사수 ▶ 성인·소아 중환자실 병상당 의사수 ▶ 성인·소아 중환자실 병상당 간호사수 ▶ 환자안전전담인력 구성 여부 ▶ 환자안전학습보고체계 운영 여부 ▶ 입원시 상병(POA, Present on admission) 보고체계 운영 여부 ▶ 의사당 일평균 외래환자 진찰횟수 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 수술의 예방적 항생제 사용 ▶ 전국병원감염감시체계 참여 여부 ▶ 항생제 처방률 ▶ 주사제 처방률 ▶ 항생제내성 감시체계 참여 여부 ▶ 의료기관 입원환자 병문안 관리체계 ▶ 음압격리병상 설치 여부 ▶ 대장암 ▶ 유방암 ▶ 위암 ▶ 폐암 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 관상동맥수술 ▶ 뇌졸중 ▶ 폐렴 ▶ 중환자실 ▶ 혈액투석 ▶ 만성폐쇄성폐질환 ▶ 천식 ▶ 소아중증질환 환자수 ▶ 희귀난치질환 구성비 ▶ 고위험임신부 입원구성비
공공성 (9개 지표)	10%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료급여 입원 중증환자 비율 ▶ 의료급여 외래 경증환자 비율 ▶ 응급실 전담전문의당 내원환자수 ▶ 응급실 전담간호사당 내원환자수 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 중증응급환자 구성 표준화지수 ▶ 중증응급환자 응급실 재실시간 ▶ 분만실 운영 여부 ▶ 출생체중 1500그램 미만 입원환자수 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 신생아 중환자실 전담전문의 배치 여부
의료전달체계 (7개 지표)	10%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 성인·소아 중환자실 운영비율 ▶ 신생아 중환자실 운영비율 ▶ 입원 전문진료질병군 비율 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 외래환자 대비 입원환자 비 ▶ 외래 경증질환 비율 ▶ 진료협력센터 설치 여부 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 중증응급환자 재전원율
교육수련 (8개 지표)	10%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 전공의 수련교육위원회 ▶ 전공의 확보율 ▶ 전공의 수 대비 적정 지도전문의 확보 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 진료실적 대비 적정 지도전문의 확보 ▶ 전공의 수련 및 포상규정 ▶ 전공의 의견 및 건의사항 처리규정 ▶ 전공의 학술활동 지원 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 수련환경 모니터링
연구개발 (5개 지표)	5%	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 임상시험센터 설치 여부 ▶ 연구비 계정 운영 여부 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 연구전담의사 수 ▶ 의사당 지식재산권 수 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 임상시험 실시 여부

<표 2> 의료질평가분담금 산정을 위한 공공성 평가영역의 지표 변화

2015년 평가지표	2016년 평가지표	2017년 추가 검토지표
<ul style="list-style-type: none"> ▶ 입원환자 중 의료급여 환자비율 ▶ 외래환자 중 의료급여 환자비율 ▶ 응급실 전담전문의당 내원환자수 ▶ 응급실 전담간호사당 내원환자수 ▶ 중증응급환자 구성비 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 의료급여 입원 중증환자 비율 ▶ 의료급여 외래 경증환자 비율 ▶ 응급실 전담전문의당 내원환자수 ▶ 응급실 전담간호사당 내원환자수 ▶ 중증응급환자 구성 표준화지수 ▶ 중증응급환자 응급실 재실시간 ▶ 분만실 운영 여부 ▶ 출생체중 1500그램 미만 입원환자수 ▶ 신생아 중환자실 전담전문의 배치 여부 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 응급실내원 환자당 응급의학전문의 수 ▶ 응급실내원 중증소아환자의 응급수술·시술 ▶ 응급실내원 중증소아환자 입원율 ▶ 신생아중환자실 병상당 간호사수 ▶ 중증도보정 평균재원일수

III . 공공성 영역의 평가기준 변화와 파급효과

1. 제도 설계 당시 공공성 평가를 포함한 이유

의료질평가지원금이 설계될 당시 공공성 영역이 포함된 이유는 취약계층 의료이용의 형평성 및 필수의료서비스의 접근성 보장을 장려하기 위해서이다. 이는 민간의료기관이 공급을 주도하는 국내 현실을 고려했을 때 의료서비스의 공적 속성을 강조하기 위해서였다. 특히 응급실과 중환자실 등 필수 의료서비스 분야의 공급이 감소하고, 취약계층에 대한 의료서비스 불평등이 심화되는 현상을 완화시키기 위한 목적도 있었다고 보아야 할 것이다 [6,7].

2. 공공성 영역 평가변화로 인한 파급 효과

그렇다면 제도 설계 당시의 공공성 평가 목적은 현재 달성되고 있을까? <표 2>는 공공성 영역의 2015년도 평가지표와 2016년 평가지표, 그리고 향후 확대될 가능성이 있는 2017년 추가 검토지표까지 정리한 것이다. 눈에 띄는 차이점은 2015년에는 입원환자 중 의료급여 환자비율과 외래환자 중 의료급여 환자비율이 포함되어 있었는데 반해 2016년에는 해당 두 지표가 삭제되고 의료급여 입원 중증환자 비율과 의료급여 외래 경증환자 비율로 대체되었다는 것이다. 그리고 2015년에 평가되었던 응급실 및 중증응급환자관련 지표는 2016년에는 더 세분화, 전문화된 평가기준으로 분화하여 응급실, 분만실, 신생아

중환자실 등의 필수 의료서비스 분야의 질, 특히 중증도 서비스를 제공할 수 있는지를 측정하고 있다. 또한 2017년에 확대될 예정으로 검토되고 있는 지표들도 필수 의료서비스의 질(중증도)과 관련이 있다. 표면적으로 보았을 때 이러한 평가지표의 변화는 설계 당시의 목적을 일견 달성한 것으로 평가할 수 있다.

이러한 공공성 영역의 평가기준 변화가 의료기관의 평가결과에 어떤 영향을 미쳤고 향후 이러한 기준 변화가 개별 의료기관에게 어떤 신호를 보낼지에 대한 분석이 필요하다. 먼저 2015년 평가지표를 살펴보자. 입원 및 외래환자 중 의료급여 환자비율이 포함되어 있다. 전체 5개 평가기준 중 의료급여 환자를 몇 %나 진료했느냐를 평가하는 항목이 2개나 있다. 2015년 공공성 영역 평가지표는 상대적 또는 절대적으로 의료급여 환자비율이 높은 지방의료원에 절대 유리했을 것이다. 전국 국공립병원의 평균 의료급여 환자비율은 입원의 8.5%, 외래의 5.6%였다[8]<그림 1>. 하지만 이는 진료량이 절대적으로 많은 국립대병원과 대형 공공병원이 포함되어 평균을 낮추었기 때문이고 지방의료원의 경우에는 대략 15~35% 정도이고 심지어 50%를 상회하는 공공병원도 존재한다. 전국적으로 의료급여 대상자는 전 인구의 3~4% 정도인 150만에서 200만 사이에서 일정하게 유지되고 있다. <그림 1>에서 보는 바와 같이 국립대병원 중에서도 서울대병원이나 분당 서울대병원은 약 3% 내외의 의료급여 환자 비율을 보이는데 다른 민간 상급종합병원이나 대형 민간 종합병원도 이와 비슷한 양상을 보일 것이라고 추정할 수 있다. 즉, 2015년 평가기준에 따르면 의료급여 진료비율이 높은 지방의료원이 공공성 부분에서 2016년보다 상대적으로 높은 점수를 획득했을 가능성이 높았다. 그리고 대부분의 상급중

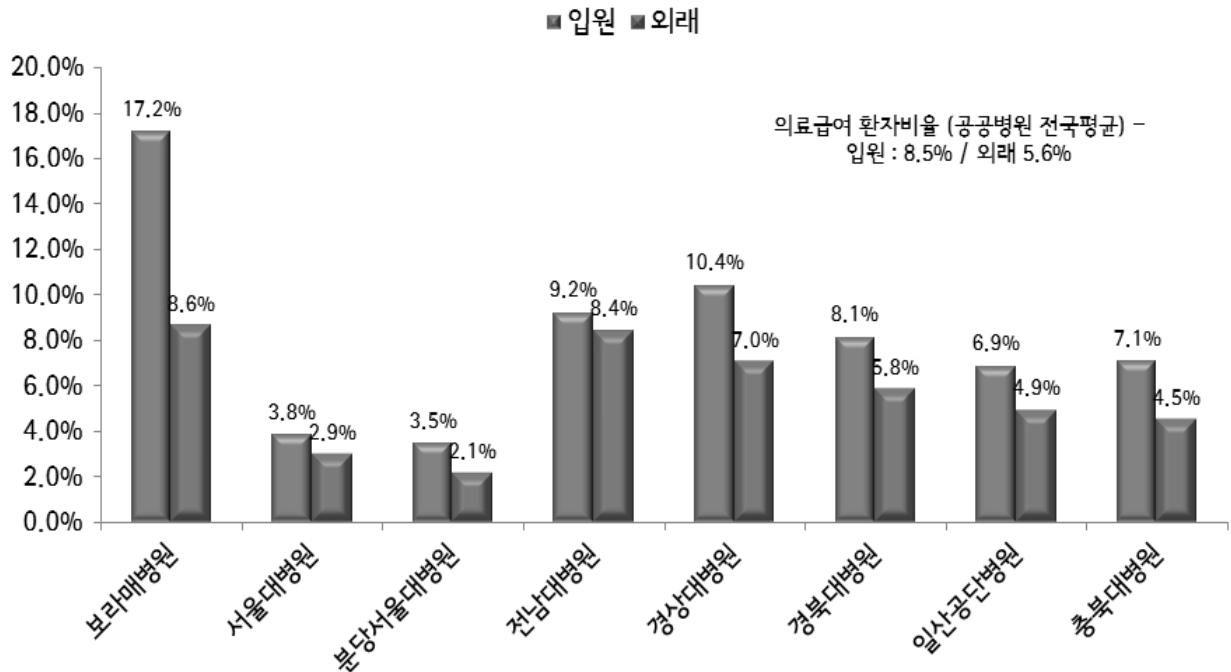
합병원은 이 부분에서 높은 점수를 얻지 못했을 것이다. 하지만 그 보다 더 큰 문제는 대부분의 상급종합병원이나 대형병원이 공공성이 없다 혹은 부족하다라는 평판을 공식적으로 받는다는데 있다. 여기에는 정도의 차이만 있을 뿐 국립대병원도 비슷한 평가를 받았을 것이다. 즉, 이 평가기준을 통해서 실리와 명분을 취하기 위해서는 의료급여 환자 비율을 올려야 하고 이 평가기준을 통한 정부의 신호도 이와 맥을 같이 한다고 봐야 한다. 하지만 비공식적으로 상급종합병원이나 대형 종합병원은 의료급여 환자를 그리 환영하지 않는다는 점이 문제로 제기되고 있는 상황이고, 의료급여 환자도 상급종합병원이나 대형 종합병원의 서비스에 많이 포함되어 있는 비급여서비스와 이로 인한 높은 진료비 때문에 쉽게 접근하지 못한다는 지적도 있어 왔기 때문에 이를 개별 의료기관의 책임으로 돌리고 의료급여 환자 비율을 올리라고 요구하는 것도 쉬운 일은 아니었을 것이다.

하지만 2016년 평가기준을 적용하면 이 결과는 완전히 정반대의 결과로 나타난다. 의료급여 환자의 진료비율이 빠지고 대신 의료급여 환자의 중증도지표로 대체되었을 경우 지방의료원의 경우 평가결과가 심각하게 나빠졌을

가능성이 높다. 예를 들어, 상급종합병원 지정기준에 포함되어 있는 중증도 기준은 A, B, C로 나누어져 있는데 가장 중증도가 높은 A의 경우 상급종합병원은 최소 21%를 넘어야 하며 만점을 받기 위해서는 중증도 A 질환 비율 35%를 넘겨야 한다. 하지만 지방의료원의 경우 의료급여 환자의 진료량은 많지만 대부분의 질환이 B나 C에 속해 있을 가능성이 높으므로 새로운 평가기준 하에서는 전년에 비해 심각한 타격을 입었을 것이다.

그리고 새롭게 추가 되거나 전년도에 비해 세분화되고 전문화된 평가기준의 도입은 지방의료원의 경우 완전히 공공성이 없는 공공병원이 되는 사태에 직면하게 되었다. 공공병원의 경우(특히 지방의료원), 높은 의료급여 환자 비율을 내세워 공공성을 강조하고 적자에도 불구하고 존재해야 할 당위성을 주장했었는데 2016년의 평가기준으로는 존재 자체에 대한 회의라는 신호를 정부로부터 받는다고 해석할 수 있는 것이다.

또한 2017년에 도입하는 것을 검토하고 있는 지표들도 양이 아닌 질적 수준이 높은 필수 의료서비스 지표들이 대부분이므로 시간이 지날수록 공공병원의 공공성 영역 평가점수는 하락할 가능성이 높다.



출처 : 2015 공공의료통계집 (보건복지부, 국립중앙의료원)

<그림 1> 주요 국공립병원의 의료급여 환자 비율

3. 진료량(volume) 지표는 당분간 유지하고 중증도(severity) 지표로 보정해야

2015년의 평가기준을 이용하면 지방의료원이 상대적으로 높은 점수를 받게 되었을 것이다. 하지만 이 평가기준은 몇 가지 맹점을 가지고 있다. 예를 들어, 지방의료원 A가 2014년에 1000명의 환자를 진료했는데 300명이 의료급여였고 2015년에는 500명의 환자를 진료했는데 변함없이 300명이 의료급여 환자였다고 가정해 보자. 2014년 의료급여 환자비율은 30%인데 2015년에는 60%로 더 좋은 평가를 받고 공공성이 높은 병원이라는 평판을 얻었을 것이다. 하지만 이것은 옳지 않은 최악의 사례이다. 문제는 이러한 사례가 매우 극단적인 예이기는 하지만 실제로 발생하고 있다는 것이다. 또한, 일부 지방의료원은 의료의 질 향상과 지역사회 평판도 향상에 힘쓴 결과 중산층 환자 비율이 증가하게 되었는데 이로 인해 의료급여 비율이 감소하여 공공성이 훼손되었다는 비난을 지방의회로부터 받는 경우도 종종 발생하고 있다. 앞서 언급한 것처럼 의료급여 대상자는 고정되어 있기 때문에 중산층 환자가 증가하는 만큼 의료급여 환자가 급격히 증가할 수가 없기 때문이다. 이러한 문제점은 공공의료기관 평가나 공공보건의료계획평가, 또는 서울특별시 산하병원 평가에서 지속적으로 제기되고 있는 문제다. 따라서 이러한 맹점을 보완할 수 있는 지표의 보완책이 필요한 것이지 지표를 폐지하는 것은 적절치 않다. 대신 지방의료원의 경우 의료의 질적 수준을 올리는 노력이 필요할 것이다.

2016년 기준은 진료량에 대한 기준 없이 의료급여 환자 중 중증입원환자의 비율을 측정하고 있다. 상급종합병원에 입원하는 의료급여 환자는 중증도가 높을 가능성이 많다. 의료비용의 차이를 감안하고 입원할 정도라면 중증일 가능성이 높기 때문이다. 하지만 상급종합병원의 경우 의료급여 환자비율은 여전히 의미 있는 지표가 될 수 있다. 대략 3% 정도 내외의 의료급여 환자를 상급종합병원에서 진료하고 있다고 했을 때 이는 적절한 수치일까? 최근 척추골절로 진료를 받은 환자의 의료이용과 수술 여부를 분석한 결과에 따르면 수술 비율은 건강보험이나 의료급여나 차이가 없는데 반해 이용한 의료기관에 차이가 분명히 존재하고 있었다. 건강보험환자는 상급종합병원을 이용한 비율이 9.2%인 반면 의료급여환자는 2.4%에 불과했다[9]. 의료급여 환자는 3%에 불과하지만 질병의 중

중도가 일반 인구보다 높기 때문에 실제 상급종합병원에서 진료를 받아야 할 비율은 3% 보다는 높다고 보아야 한다. 따라서 상급종합병원의 경우에는 의료급여 환자에 대한 진료량을 늘려주는 노력이 필요할 것이다. 즉 여전히 진료량(volume)이 중요한 평가지표가 되어야 하고 중증도(severity) 지표와 함께 사용함으로써 더 큰 의미가 있을 것이다.

IV. 공공성영역 평가기준 개선 방안

공공보건의료의 관한 법률 개정으로 공공의료기관 뿐만 아니라 민간의료기관도 공공보건의료를 수행할 수 있다는 방향으로 공공의료에 대한 개념이 소유 주체에서 제공 서비스의 내용으로 변경되었고 기본적으로 의료는 공공성을 띄기 때문에 공공이든 민간의료기관이든 정부나 지방자치단체는 재정적·행정적 지원을 할 수 있도록 해야 한다는 주장이 설득력을 얻어가고 있는 시점이다. 그리고 의료질평가지원금의 공공성 평가영역은 양질의 적정진료를 비차별적으로 제공하는지를 평가하는 과정이 되어야 하며, 이 평가를 설계할 때 고려했던 “취약계층 의료이용의 형평성 및 필수 의료서비스의 접근성 보장”이란 목적 또한 달성해야 한다. 따라서 이를 반영할 수 있는 다섯 가지 평가원칙을 제안한다.

1. 의료급여 혹은 취약계층에 대한 진료량(Volume)

앞서 기술한 것처럼 취약계층은 상급종합병원이나 대형 종합병원을 이용하는데 제약이 있다. 따라서 이러한 의료이용의 형평성이 개선될 때까지 진료량 지표는 공공성 영역 평가지표에 존치시키는 것이 바람직하다. 대신 2015년에 쓰인 의료급여 환자의 단순 비율 지표가 아니라 의료기관 의사 1인당 연간 의료급여 환자 수 (경우에 따라 실인원 혹은 연인원 수)를 보정치표로 사용하는 것을 검토하는 것이 좋을 것이다. 대부분의 상급종합병원은 이 지표가 존치될 경우 일부 평가점수의 손해가 예상되지만 다른 지표들에서 좋은 평가를 받아 상쇄할 수 있을 것이다. 즉, 현재보다 의료급여 환자에 대한 진료량을 늘려주는 것이 필요하다는 것은 부인할 수 없을 것이다. 다만 의료급여 환자의 상급종합병원 진료를 막는 구조적인 요

인은 정부에서 해결해 주는 노력 또한 필요하다.

2. 중증도(Severity)

2016년 공공성영역의 평가기준이나 2017년 예비평가 지표 모두 공공성을 반영하는 중증도 지표라고 할 수 있다. 더 이상 의료기관 공공성 평가를 의료급여나 취약계층에 대한 진료량 위주로 판단해서는 안 되기 때문이다. 기본적으로 좋은 의료기관은 중증 환자를 진료하고 치료할 수 있어야 한다. 따라서 중증도 지표(예: 의료급여 입원 환자 중 중증환자 비율)는 포함되는 것이 합당하며 이에 미흡한 공공병원은 이를 향상시키기 위해 각고의 노력을 기울여야 할 것이다.

3. 필수 의료서비스에 대한 접근(Access to essential services)

수요에 비해 공급이 부족하거나 필수 서비스임에도 불구하고 여러 요인에 의해 개별 의료기관들이 꺼리는 서비스에 대해 이를 제공할 경우 적자를 상쇄할 정도의 보상을 해 주는 기전이 필요하며 의료질평가분담금의 공공성 평가영역의 중요한 평가기준이 되어야 한다. 현재 응급실, 중환자실, 분만실, 신생아 중환자실 등이 포함되었거나 포함될 예정이며 이는 바람직한 방향설정이라고 볼 수 있다. 음압 격리병상의 경우 의료 질 및 환자안전 영역에 포함되어 있기는 하지만 향후 중앙 혹은 권역 단위에서 감염병센터를 별도로 설치하는 병원의 경우에도 추가적인 인센티브를 제공하는 것도 검토할 필요가 있다.

4. 의료의 질(Quality)

공공성 영역에서 의료의 질을 원칙으로 다룬다는 것이 이상해 보일 수 있지만 공공성의 핵심 속성이 양질의 적정진료를 비차별적으로 제공한다고 정의한다면 그 의미가 이해가 될 것이다. 따라서 의료 질과 환자안전영역으로 구분되어 있지만 이들 30개 지표 중 상당 부분은 공공성 지표로 전환해서 사용할 수 있다. 예를 들어, 30개 의료 질과 환자안전영역의 평가지표는 건강보험심사평가원의 요양기관 적정성 평가를 그 모태로 하고 있는 것이 많다. 개별 의료기관의 질적 수준이 높다고 말하기 위해서는 요

양기관 적정성 평가결과가 1등급이어야 한다. 하지만 이러한 단순 의료의 질적 평가영역을 공공성 영역으로 확대하기 위해서는 대상이 된 모수를 다시 건강보험환자와 의료급여환자로 구분했을 때도 동일한 결과가 나오는지를 재평가를 해야 한다. 예를 들어, 뇌졸중 평가 1등급인 의료기관이 있다고 가정했을 때, 그 해당 환자는 심평원에 의해 무작위 추출이 되었을 것이므로 건강보험환자와 의료급여환자로 구분이 될 것이다. 이렇게 두 그룹으로 구분한 후 다시 뇌졸중 평가를 실시했을 때 건강보험환자군이나 의료급여환자군 모두 1등급이 나와야 전체 의료의 질이 높으면서 공공성도 동시에 달성하고 있다고 평가할 수 있는 것이다. 이렇게 의료의 질 부분을 다시 세분화하여 공공성 영역으로 확대하고자 하는 이유는 첫째 의료기관은 기본적으로 의료의 질적 수준이 높아야 하기 때문이다. 공공병원의 경우 아직 요양기관 적정성 평가 1등급을 받지 못하는 기관이 여전히 있기 때문이다. 이럴 경우 아무리 의료급여 환자를 많이 진료한다고 해도 그 기관의 설립목적은 달성하지 못하는 것이기 때문이다. 둘째, 1등급의 평가를 받더라도 의료급여환자나 취약계층의 경우 1등급을 받지 못할 수도 있지 않을까라는 의심이 생기기 때문이다. 왜냐하면 외국의 경우, 일반 환자와 취약계층의 서비스 수준이 다르고 결과도 다르다는 보고가 많기 때문이다[10-12].

5. 형평성(Equity)

공공성 평가에서 또 하나 중요한 요소는 형평성을 반영하는 것이다. 앞서 기술한 의료의 질 부분을 구분하여 재평가하는 것도 형평성을 반영한 의료의 질 평가방법이기는 하지만 여기서는 의료의 질 부분으로 구분하여 기술하였다. 요양기관 적정성 평가뿐만 아니라 의료기관에서 행해지는 의료서비스는 의학적 이유를 제외하고는 차이가 나서는 안 된다는 것이 형평성의 기본 개념이다. 하지만 외국의 경우, 사회경제적 수준이 같더라도 인종에 따라 제공받는 의료서비스가 다르고 그 결과도 다르다는 보고가 계속되고 있다[10-13]. 우리나라의 경우에도 이에 대한 평가를 시도할 시점이 되었다고 판단하고 있다. 우리나라의 경우 인종보다는 의료급여와 건강보험환자 여부에 따른 의료서비스 제공 또는 이용에 차이가 있는지를 평가해야 할 것이다. 여기에는 의료기관의 행태뿐만 아니라

<표 3> 건강보험심사평가원이 고려하고 있는 환자경험평가 항목

영역	항목	영역	항목	
간호사 서비스	1. 존중/예의	병원경영	15. 청결	
	2. 경청		16. 안전/편안한 환경	
	3. 병원생활 설명		17. 불만 접수 방법 안내	
	4. 업무 조정/요구 처리		18. 불만 제기	
의사 서비스	5. 존중/예의	권리 보장	19. 환자 이익 최우선 고려	
	6. 경청		20. 퇴원 후 주의사항 설명	
	7. 의사와 만나 이야기할 기회		21. 퇴원 후 치료 계획 제공	
	8. 회진시간 관련 정보 제공		22. 불공평한 대우 받은 경험	
일반 치료과정	9. 투약/검사/처치 전 설명	퇴원	23. 입원 경험 평가	
	10. 투약/검사/처치 후 부작용 설명		24. 타인 추천 여부	
	11. 치료 결정 과정 참여	공평한 대우	25. 입원 경로	
	12. 수치감 느끼지 않도록 배려		26. 성별	27. 나이
	13. 통증 조절 노력		28. 주관적 건강수준	
	14. 정서적 지지		29. 학력	

건강보험심사평가원, 서울대학교(2015) : 환자중심성 평가모형 개발 연구

의료급여환자나 건강보험환자의 행태가 어느 정도 기여할 것인지를 보정하기 위한 노력이 필요할 것이다. 마지막으로 취약계층의 환자경험(patient experience) 지표도 공공성 지표로 포함시킬 것을 고려해야 할 것이다. 환자경험지표는 심평원에서 2017년 이후 시행을 목표로 개발 중인 일종의 환자중심성(patient centeredness) 지표로서 의료기관에 입원했던 환자경험을 측정하기 위한 도구이다[14] <표 3>. 환자경험을 측정하게 될 경우 어떤 의료기관의 환자경험 평가점수는 전체, 건강보험환자, 의료급여환자로 구분하여 측정되어야 하며 보험종류에 차이에 상관없이 좋은 점수를 받아야 좋은 의료기관이라고 할 수 있을 것이다. 알게 모르게 의료급여 환자나 취약계층 환자들이 차별받는다는 느낌이 들지 않도록 해 주기 위해 필요한 평가기준이 될 것이다.

V. 맺음말

의료질평가지원금은 이전의 어떤 평가와 비교할 수 없을 만큼의 파급력을 보일 것이다. 평가기준에 들어가는 동시에 개별 의료기관에 그 기준을 맞추기 위해 행태를 바꿔 달라는 강력한 신호가 될 것이기 때문이다. 그런 의

미에서 2015년과 비교해 변경된 2016년의 공공성영역 평가기준은 개별 의료기관에게 잘못 해석될 수 있는 신호를 포함하고 있기 때문에 이를 개선해야 할 것이다. 공공성영역의 평가는 취약계층에 대한 진료량, 중증도, 필수 의료서비스, 의료의 질, 그리고 형평성 등을 종합적으로 반영하여 평가되어야 하며 그렇게 해야만 양질의 적정진료 서비스를 비차별적으로 제공한다는 공공성의 의미에 부합하는 평가기준이 될 것이다. 더불어 취약계층 의료이용의 형평성 및 필수 의료서비스의 접근성 보장이란 이 제도의 원래 취지를 달성할 수 있을 것이다.

<References>

1. Lee SH, Evaluation on the Validity of Reimbursement for Quality Improvement for Hospitals, Korea Journal of Hospital Management 2015;20(4): 72-77.
2. Chae YM, Evaluation of Quality Improvement for Hospitals and Patient Safety issues, Journal of Hospital Management&Policy 2016;5(2):6-13.
3. Ministry of Health and Welfare, Ministry of health and Welfare notice 2016-218(Apr 1, 2016).

4. Kim YE. Seontaekjinryoje gaepyeone ttareun yeonghyanggwa jeongchaekgwaje. Korean Institute of Hospital Management; 2015.
5. Yang BH. This Year Evaluation of Quality Improvement for Hospitals increased by 400 billion won[Internet]. Seoul: MPress; 2015 [cited 2016 Apr 7]. Available from <http://www.mpress.kr/news/articleView.html?idxno=5008>.
6. Shin Y, Kang H, Shin H, Kim Y, Joe M, Yun Y. Seontaekjinryoryo gaepyeone ttareun uiryojil-hyangsangbundamgeum jedo sihaengbangan gaebalyeongu. Korea Institute for Health and Social Affairs; 2015.
7. Kim Y, Joe M, Oh M, Lee C, Ok M. Evaluation of Quality Improvement for Hospitals 2-step model development - Focusing on the area of medical quality. Health Insurance Review&Assessment Services, Seoul National University Academic-Industrial Cooperative Group; 2015.
8. Ministry of Health and Welfare, National Medical Center. 2015 Public Health and Medical Statistics; 2015.
9. Park S, Kim J, Jeong J, Lee J, Chin D, Chung C, et al. Prevalence and Incidence of osteoporosis and Osteoporotic Vertebral Fracture in Korea: Nationwide Epidemiological Study Focusing on Differences in Socioeconomic Status. *Spine* 2016;41(4):328-386.
10. Betancourt JR, Green AR, King RR, Tan-McGrory A, Cervantes M, Renfrew M. Improving Quality and Achieving Equity: A Guide for Hospital Leaders. The Disparities Solutions Center, Massachusetts General Hospital; 2008.
11. Institute of Medicine (US) Committee on Understanding and Eliminating Racial and Ethnic Disparities in Health Care; Editors: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003.
12. Weinick RM, Flaherty K, Bristol SJ. Creating Equity Reports: A Guide for Hospitals. The Disparities Solutions Center, Massachusetts General Hospital; 2008.
13. Linda CC, Bernice AB, Amy EB, Edward LM. Assuring Healthcare Equity: A Healthcare Equity Blueprint. National Public Health and Hospital Institute; 2008.
14. Do Y, Kim J, Lee J, Lee H, Joe M, Kim E, et al. hwanjajungsimsung pyeonggamohyeong gaebalyeongu. Health Insurance Review&Assessment Services, Seoul National University Academic-Industrial Cooperative Group; 2015.