

의료기관평가제도에 대한 메타평가(meta-evaluation)와 정책적 함의 : 문헌조사방법을 이용한 시론적 접근*

김 선 희** · 정 주 용***

◁ 요약 ▷

본 연구의 목적은 2004년부터 시행되고 있는 의료기관평가제도의 문제점을 메타평가(meta-evaluation)의 관점에서 평가하고, 향후 제도적 개선책을 제시하는데 있다. 메타평가를 위해 본 연구에서는 평가환경, 평가투입, 평가과정, 평가산출, 평가환류 등 5가지 요소를 중심으로 연구모형으로 구성하였다. 분석결과 평가환경에서 평가목표의 명료성이 인정되지만 평가방향에서 정부는 규제, 의료기관은 자율성을 강조하는 것으로 나타났다. 평가투입 측면에서 볼 때 평가조직의 체계성과 독립성, 평가인력의 전문성·공정성·적절성, 평가예산의 충분성 측면에서 문제점이 있는 것으로 나타났다. 평가과정에서는 지표의 과다와 복잡성 문제, 단기 또는 시설 중심의 평가지표 편향성 문제, 평가의 중복성 등이 지적되었다. 평가산출과 관련하여 의료기관의 낮은 수용성, 일반인의 활용 가능성 등이 문제로 분석되었으며, 평가환류와 관련해서는 결과의 활용정도가 낮다는 점, 관련 인센티브가 부

* 논문 심사과정에서 세심한 논평을 해 주신 익명의 심사위원 선생님들께 감사드립니다.

** 경기복지재단 정책연구팀 책임연구원(shkim7675@hanmail.net)

*** 고려대학교 정부학연구소 선임연구원(juyongjeong@naver.com)

족하다는 점이 지적되었다. 이와 같은 분석을 토대로 본 연구에서는 의료기관평가제도의 발전을 위한 향후 정책적 제언을 하고 있다.

주제어: 의료기관평가제도, 메타평가, 의료의 질 평가

1. 서론

보건복지부에서는 지난 1995년부터 의료기관의 질적 향상을 도모하기 위한 의료기관평가제도를 시행하고 있다.¹⁾ 의료기관평가제도는 1994년 의료보장개혁위원회에서 개혁과제의 일환으로 제기되었을 당시 ‘의료기관서비스평가제도’라는 명칭이었으나, 2002년 3월 의료법 법제화과정에서 ‘의료기관평가’라는 명칭으로 변경되었다. 의료기관평가제도는 의료기관이 제공하는 의료서비스 수준의 평가를 통해 의료서비스 향상을 도모하고 의료기관 이용상 환자의 불편을 최소화하여 국민들이 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 하기 위한 것이다.

2010년 6월 현재에는 의료기관 평가제도를 개편하기 위한 방법으로 유사 의료기관평가제도의 통합 및 미국의 JCI(Joint Commission International) 등 국제수준의 인증제로 전환하기 위한 방안이 다각도로 모색되고 있다.²⁾ 의료기관평가제도 개편에 대한 다양한 대안들이 검토되고 있는 상황이라는 점을 감안하면, 무엇보다 지금까지의 의료기관평가제도가 가지는 문제점을 체계적으로 검토할 필요성이 제기된다.

물론 평가제도에 대한 문제점 제기가 없었던 것은 아니다.³⁾⁴⁾ 그러나 기존 대부분

1) 우리나라는 보건의료기본법 제52조(보건의료서비스의 평가)에서 ‘보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령이 정하는 바에 의하여 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다’라고 서비스평가를 명문으로 규정하고 있다.

2) 보건복지가족부는 2009년 6월 4일, 의료기관평가와 관련한 브리핑을 통해 의료기관평가, 치과병원평가, 한방병원평가 등 기관평가를 통합하고자 하는 의료기관평가제도 개선방안이 발표되기도 하였고(메디게이트뉴스, 6.22일자), 의료기관 인증제를 도입하기 위한 시범사업이 2010년 5월에 계획되어 있음을 발표하기도 하였다(의약뉴스, 2010.3.11일자). 이와 같은 정부의 입장에 대해 보건의료노조 및 건강세상네트워크 등 시민단체에서는 성명서를 통해 정부의 책임을 강화하는 의료기관평가인증제도 추진을 주장하고 있다(건강권 보장과 의료공공성 강화를 위한 희망연대, 2009.11.5 성명서).

3) 일례로 보건의료노조가 의료기관평가의 문제점을 파악하기 위하여 총 18개 병원을 대상으로 노조 자체적으로 실태조사를 실시한 결과에 따르면, 대부분의 병원이 급작스런 시설 개·보수, 과도한 연장근무, 아르바이트 직

의 연구들에서는 이해관계자의 입장에서 바라보거나, 단편적인 사항에 초점을 두으로써 평가시스템 전반에 대한 체계적인 분석이 부족하다는 한계를 드러내고 있다. 따라서 의료기관 평가제도에 대한 포괄적 이해를 위해서는 통합적 연구모형에 근거한 체계적 분석 및 평가가 요구된다. 본 연구는 메타평가(meta-evaluation)라는 시각에서 문헌조사 방법을 활용하여 현행 의료기관평가제도를 분석하고, 향후 이 제도가 어떻게 개선·운영되어야 하는지와 관련된 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

2. 이론적 고찰 및 분석모형

1) 메타평가의 의의

일반적으로 메타평가는 ‘평가에 대한 평가(evaluation of evaluations)’로 정의된다(Orata, 1940; Stufflebeam, 1974). 이는 현재 행해지고 있거나 이미 행해진 평가에 대한 재평가, 즉 평가가 잘 되었는가를 체계적으로 점검하는 것으로, 평가가 소기의 목적을 달성하지 못할 경우 평가활동의 적합성 여부를 검토하기 위해 수행하는 평가를 말한다⁵⁾.

메타평가는 본질적으로 다른 평가에 상위에 존재하는 특징을 가진다. 메타평가는 기존의 평가이론에 기초하여 추진된 평가 상황과 수행과정 및 결과를 재점검하여 평가 결과의 내용뿐만 아니라 평가절차 등 평가수행 전반에 대하여 적합성 여부를 평가하는 것이다. 따라서 메타평가는 평가의 한 유형으로서의 의미도 있지만 아울러 평가에 대한

원 동원, 가짜환자 동원 등 각종 편법을 동원한 것으로 밝혀졌다. 이에 대해 보건의료노조는 “평가대상 병원에서 올해의 의료기관 평가가 병원측의 파행적인 평가준비로 말미암아 ‘평가를 위한 평가’로 끝났으며, 직원들의 노동강도 강화만 부쳐졌을 뿐 실제 환자를 위한 의료서비스 질 향상에는 별다른 기여를 하지 못했다”면서 혹평했다(메디팍스투데이 2004.12.16).

4) 언론에서 의료기관 평가의 문제점을 고발하는 내용을 다루기도 하였다(2007. 11.17. MBC 9시뉴스 현장출동, “병원, 속 보이는 친절”).

5) 메타평가에 대한 정의는 메타평가의 구체적인 범위와 대상에 따라 다양하다. 최협희의 개념으로 Chelimsky(1985)는 평가결과의 종합으로 정의하고 있으며, Cook and Gruder(1978)는 평가자체에 대한 평가만을 의미하는 것으로 시스템적인 조사설계를 이용하여 이미 수행된 경험적 총괄평가만을 한정한다. 반면 Larson and Berliner(1983)는 메타평가를 광의로 정의하여 전체적인 평가체계 및 절차에 대한 평가로 정의하고, 평가요소를 평가투입, 평가과정, 결과로 구분하였다.

상위개념을 내포하고 있다(김명수, 2003; 오철호, 2007).

메타평가는 평가자체를 보다 과학적인 방법으로 개선하는데 일차적 목적이 있고, 부가적으로는 메타평가를 수행하는 과정에서 평가자와 평가 관련자 간의 의사소통을 활성화시켜 평가결과를 정책과정에 활용하자는 의도가 깔려 있다. 일차적으로 메타평가는 진행 중이거나 완료된 평가 활동의 내용·결과·절차에 대한 객관적이고 합리적인 정보를 제공하여 평가활동을 개선하고 평가결과의 활용을 증진시키기 위하여 수행하는 것이라 할 수 있다(라휘문, 2007; 류영아, 2007).

메타평가의 유용성은 메타평가는 평가주체가 실시한 일차적인 평가에 대해 평가자체의 강점과 약점은 물론 그 평가의 전반적인 유용성, 정확성, 타당성, 실현가능성 등에 대한 비평적 평가(Stufflebeam, 1981; Davidson, 2005)라는 점에 있다. 따라서 메타평가는 평가자체의 강점과 약점을 공개적으로 보고하기 위하여 어떤 평가활동의 효용성, 실제성, 윤리성, 기술적 적정성에 관한 설명적이며 판단적인 정보를 구분, 획득, 이용하는 과정이다. 메타평가는 평가시스템에 대한 전반적인 점검을 통해 문제점을 도출하고, 이를 개선함으로써 평가의 활용가치를 제고하기 위해 수행된다(김명수, 2003; 노화준, 2006; 류영수 외, 2007). 하지만 메타평가가 가지는 위험성도 존재하는데, 이와 관련하여 Stufflebeam(1974)은 개념상의 문제, 사회정치적 문제, 계약 및 법적 문제, 기술적 문제, 관리상 문제, 도덕·윤리·유용성의 문제 등을 제시하고 있다.

본 연구에서는 메타평가에 대한 광의의 개념적 정의를 수용하여, 메타평가를 평가 환경, 평가투입, 평가과정, 평가산출 및 활용 등을 포함하는 전반적인 평가시스템에 대한 평가로 정의하고자 한다. 따라서 본 연구의 대상인 의료기관평가제도에 대한 메타평가는 의료기관평가제도를 둘러싼 평가환경, 평가투입, 평가과정, 평가산출 및 활용 전반에 대한 평가로 규정하기로 한다.

2) 메타평가 및 의료기관평가제도 관련 선행연구 검토

여러 학자들이 메타평가에 관한 이론적 논의를 시작하였으며, 국내에서도 정책분야의 학자들을 중심으로 메타평가에 대한 개념화와 메타평가 지표구축(문영세, 1996; 김명수, 2003) 및 메타평가를 적용한 실증연구가 이루어졌다. 행정학 및 정책학 분야의 메타

평가 관련 실증연구들은 연구대상이 대부분 국가연구개발사업(이찬구, 1997; 한미경, 2006; 황명구, 2008; 류영수 외, 2009), 정부기관 및 업무평가제도(공병천, 2003; 문영세, 2005, 제갈돈·송건섭, 2008), 정부출연연구기관 평가를 중심으로 이루어졌으나(황병상·강근복, 2005; 김병철, 2008), 최근에는 중앙부처의 혁신평가와 공공기관의 혁신평가를 대상으로 한 연구(장현주, 2006; 김명환·김상묵, 2007) 및 지방자치단체 평가(박희정·조성호, 2004; 라휘문, 2007; 권혁인, 2008), 지방공기업 경영평가(최용환, 2006; 김인자·전진석, 2009; 신열·박충훈, 2009) 등으로 확대되고 있다. 이 밖에 사회복지 시설 평가사업에 대한 메타평가 관련 연구도 부분적으로 수행되었으며(김통원, 1997; 정선욱·김진숙, 2000; 임성욱, 2003), 학교 및 대학평가에 대한 메타평가 연구(김순남, 2003, 2004)도 있다.

그러나 의료기관평가제도를 대상으로 메타평가를 수행한 연구는 거의 없다. 의료기관평가제도를 주제로 한 논문들 대부분이 의학 및 보건학계이며, 초기의 연구들은 의료기관평가제도의 내용소개가 주를 이루고 있다⁶⁾. 이후 의료기관평가제도에 대한 평가를 주제로 한 연구들은 의료기관평가제도의 문제점을 체계적인 분석틀 없이 원론적 수준에서 진단하고 개선방안을 제시하는 논문이 다수를 이루고 있다. 강혜영(2005), 이선희(2005), 강민아(2006)는 정책 및 사업평가의 관점에서 평가기준을 제시하고 의료기관평가제도의 문제점을 진단하고 개선방안을 제시하고 있으며, 보건복지부·서울대 의과대학(2005)에서는 우리나라 평가결과 고찰, 외국 의료기관 평가사례조사, 발전방안 제안 등을 주요 내용으로 하여 의료기관 평가제도의 장기적 발전방안을 다루고 있다. 이상락(2006)의 연구에서는 의료기관서비스평가에 초점을 두고, 시행중인 의료기관 평가제도의 내용 가운데 고객만족도 조사를 새롭게 구성한 후 조사결과를 제시하였다. 안형식(2006)은 의료기관 평가의 방향이 의료서비스 질적 수준을 반영하는 내용으로 구성되어야 한다는 것을 주요 주장으로 하고, 의료기관 질 평가를 위한 구체적 방안을 논의하고 있다.

⁶⁾ 김창엽(1994)의 연구는 1995년부터 시행될 예정인 의료기관평가제도의 목적과 내용 및 방법 등을 소개하면서, 유사한 제도로 1981년부터 대한병원협회에 의해 시행되고 있는 병원표준화심사와 비교하고 있다. 이신희(1994)는 의료기관 평가제도 실시의 배경과 내용을, 김세철(1994)은 의료기관 평가실시에 따른 대처방안을 다루고 있다. 김수경(1995)은 환자진료와 성과측정 중심으로 이루어지는 미국과 캐나다의 의료기관평가제도의 동향을 소개하는 정도였다.

의료기관평가제도를 대상으로 메타평가 연구와 유사한 것으로 감사원 평가연구원 (2006)에서 수행한 『공공부문 평가제도 실태조사』가 있지만 의료기관평가제도의 일부분만을 연구대상으로 하였다. 이 보고서는 2005년도 평가자료에 근거하여 각 항목의 내용을 기술하는데 그쳤고, 항목별 내용을 구체적으로 분석하지 않았다는 한계도 있다. 뿐만 아니라 의료기관평가제도 시행 이후 변화추이에 대한 평가가 없고, 무엇보다 ‘의료의 질’이라는 중요항목을 측정하지 않았다는 근원적인 한계를 가지고 있다.

3) 메타평가 구성요소의 설정

메타평가를 실제로 수행하기 위해서는 메타평가의 구성요소가 평가대상의 특성에 맞게 적절하게 구성해야 한다. 이를 위해서는 먼저 국내외 여러 학자들이 강조하고 있는 메타평가의 구성요소들을 정리함으로써 공통적인 요소들을 도출하고, 그 다음 이를 의료기관평가제도 메타평가에 적용할 수 있는지를 확인하여야 할 것이다.

메타평가의 초기적 접근인 Larson과 Berliner(1983: 155-160)는 메타평가의 구성요소를 평가투입(input), 평가과정(process), 평가결과(output)의 3가지 요소로 제시하였다. Scriven(1991)은 메타평가의 방법으로 KEC(Key Evaluation Checklist)를 제안하고, 기반(foundation), 하위평가(sub-evaluation), 결론(conclusion) 등의 3개 영역의 세부 평가항목을 제시하고 있다. 국내에서는 행정학 및 정책학 영역에서 메타평가를 활용한 연구가 지속되고 있다⁷⁾. 메타평가의 대상이 무엇이냐에 차이 혹은 연구자의 분류관점에 의해 다소간의 차이가 있지만, 대체적으로 환경, 투입, 과정, 산출, 환류의 5개 구성요소가 일반적이라고 할 수 있다.

7) 이찬구(1997)는 메타평가의 구성요소를 평가기조(paradigm), 평가자원(resource), 평가수행(process), 평가활용(utilization) 등 4개의 영역으로 구분하였다. Hong(2000)은 메타평가에서 평가메커니즘을 둘러싼 환경을 중요한 요소로 파악하였고, 평가과정 전반을 평가대상으로 제시하였는데, 이는 평가의 상황적 맥락(context), 평가절차(mechanism: evaluation procedure), 평가결과(output), 평가활용(utilization) 등 4개의 영역으로 구분하였다. 박중수(2003)는 정보화 사업을 대상으로 실시한 평가실태분석에서 메타평가의 주요항목으로 평가 상황(context), 평가투입(input), 평가수행(process), 평가결과(output), 평가활용(utilization) 등 5개의 영역으로 구성하였다. 그러나 Hong(2000)은 6개국의 R&D 프로그램을 비교평가하는 연구에서 평가절차를 평가투입과 평가수행이라는 두 개의 영역으로 구분하여 분석하였다. 류영수(2007)도 기술영향평가에 대한 메타평가에서 구성요소를 평가기획(planning), 평가투입(input), 평가수행(process), 평가결과(output), 평가활용(utilization) 등 5개의 영역 구분하여 대동소이하다고 평가할 수 있다. 김병철(2008)도 정부출연연구기관 평가에 대한 메타평가를 실시하였는데, 평가환경(environment), 평가투입(input), 평가수행(process), 평가활용(utilization) 등 4개 영역으로 구분하였다.

본 연구에서는 메타평가를 수행한 기존의 연구와 의료기관 평가제도의 특성을 감안하여 메타평가의 구성요소를 환경, 투입, 과정, 산출, 환류의 5가지로 구분하고, 각 단계별 세부 구성요소를 다음과 같이 설정하였다.

먼저 평가환경(environment)은 평가시스템의 전반적인 기반이 되는 평가자의 의도와 기본정향을 비롯하여, 평가의도를 구체화하는 과정을 의미하는 것으로 평가주체와 관련된 요소이다. 의료기관평가제도의 목표가 의료서비스의 질적인 향상이라면 이것이 누구를 위한 평가인지를 확인하고, 이를 바탕으로 구체적인 평가계획을 수립하여야 한다. 또한 평가계획의 수립과정에는 평가와 관련된 이해관계자들의 수요를 파악하는 것이 매우 중요하다. 평가주체와 피평가주체 간에 공감대 형성이 중요하고, 이를 바탕으로 평가계획 및 준비를 철저히 할 필요가 있다.

둘째, 평가투입(input)은 평가를 위해 동원되는 조직과 인력, 예산 등의 자원을 의미한다. 평가조직에서 우선적으로 고려해야 할 것은 평가기관의 체계적인 구성과 독립성의 확보이다. 의료기관평가의 결과가 의료기관의 순위를 정하는 것이어서 평가기관의 조직역량이 확보되지 않으면 평가의 신뢰성에 치명적인 손상을 입을 수 있다. 더욱 문제가 되는 것은 잘못된 평가정보가 의료서비스 수요자들에게 전달될 경우 의료기관의 이미지 하락은 물론이고, 막대한 경제적 손실을 감수할 수밖에 없다. 따라서 이러한 조직역량을 강화시키기 위해서는 평가위원회의 구성과 운영에 객관성을 유지할 수 있도록 하는 다양한 조치들이 뒤따라야 할 것이다. 의료기관의 평가에는 의료에 관한 사전 지식도 매우 중요하다. 즉, 평가자격을 갖춘 자만이 평가활동에 포함되어야만 한다. 이 때문에 조직의 역량뿐만 아니라 평가인력 개개인의 역량도 매우 중요한 요소라고 할 수 있다. 뿐만 아니라 평가인력과 예산의 충분성이 보장되지 않으면 평가업무가 과다와 평가보상의 미흡으로 형식적인 평가로 전락될 수 있어 평가결과의 무용성이 등장할 수도 있다.

셋째, 평가과정(process)은 평가집행 활동 그 자체로, 평가과정의 방법 및 절차에 대한 적절성을 의미한다. 평가지표에 있어 의료기관평가는 평가목적에 부합하고, 다양한 의료기술적 특성이 반영된 분별력 있는 평가기준의 적용을 요한다. 전문성에 기반한 질적 평가지표가 중요하기도 하지만 많은 경우 기술성 평가 등 객관화할 수 있는 양적지표의 적용도 필요하다. 또한 평가주기가 적절히 고안돼 있어야 하고, 유사평가제도와의

중복이 있을 경우 이를 통합하거나 평가요소들이 중복되지 않게 함으로써 피평가자의 평가부담을 경감시켜야 한다. 평가결과 점수산정에 있어서도 객관성 및 타당성을 확보해야 한다. 앞서 언급하였듯이 이것이 피평가기관의 이미지와 경제적인 손실로 연결될 수 있기 때문이다. 평가일정은 특별한 예외가 인정되지 않는 한 외부적인 영향력을 최소화하기 위해 계획대로 실시하는 것이 좋은데, 다만 충분한 평가가 이루어질 수 있도록 평가기간을 적절히 책정할 필요가 있다. 또한 평가과정 중이라도 피평가기관의 의견 수렴 절차가 포함되어 가능한 평가오차(evaluation error)를 줄이고, 평가결과에 대한 피평가자의 수용성(acceptance)을 제고할 수 있도록 해야 한다.

넷째, 평가산출(output)은 의료기관평가제도에서 핵심적인 구성요소라고 할 수 있다. 평가과정을 통해 얻어진 결과에 대한 객관성 및 타당성이 담보되어야만 그 결과를 피평가자들이 수용할 수 있고, 평가자는 이를 일반에 공개할 수 있기 때문이다. 평가결과의 수용성은 피평가기관이 평가결과에 대해서 수용하는 정도를 의미하는데, 수용성이 낮을 경우 평가결과에 대한 신뢰성 문제가 부각될 수 있고, 향후 그 결과를 활용하는데 제약이 따를 수밖에 없다. 예를 들어 평가결과를 좋지 않았을 경우 향후 평가를 고려하여 피평가자가 의료의 질적 개선에 힘을 기울이도록 유도하려면 평가결과에 대한 수용성이 높아야 하는 것이다. 또한 일반인들에 대한 평가결과 공개를 위해 적절한 방법을 활용하고, 충분한 공개를 통해 평가의 의도를 충족시킬 필요가 있다. 의료기관평가제도의 목적에 의료의 질적 평가를 통해 의료소비자로 하여금 소비자인여를 확대시키는 것이 포함된 만큼 평가결과를 일반인들이 적극적으로 활용할 수 있는 장치가 반드시 필요하다.

다섯째, 평가환류(feedback)는 평가결과의 활용도를 의미한다. 평가결과의 활용성을 제고하기 위해서는 평가결과에 따라 인센티브 및 제재를 통해 피평가기관의 향후 행동을 유도할 수 있어야 한다. 즉 피평가자에 대한 동기부여를 통해 더욱 질 높은 의료서비스를 제공할 수 있도록 해야만 한다. 또한 피평가기관의 입장에서는 평가내용들이 실제 조직내 제도개선에 도움을 될 수 있어야 한다. 결국 위와 같은 의료기관 메타평가의 전과정이 순차적으로 진행될 수 있어야만 평가주체, 피평가자인 의료기관, 의료소비자가 모두 신뢰할 수 있는 평가가 가능하고, 평가결과의 활용도를 높일 수 있을 것이다. 중요한 것은 평가환류를 모니터링하고, 환류가 제대로 이루어지지 않을 때는 평가방식의

변경이나 인센티브 및 제재를 강화하는 등의 후속조치를 취해야 할 것이다.

아래의 [표 1]은 기존의 연구와 의료기관평가제도의 특성을 감안하여 본 연구가 제시하는 의료기관평가제도의 메타평가 구성요소 및 평가지표를 나타낸 것이다.

[표 1] 의료기관평가제도의 메타평가 구성요소 및 평가지표

메타평가 구성요소		평가지표
평가환경	평가기반	- 평가목표의 명료성 - 평가의 기본정향(basic orientation)
	계획	- 평가목적 및 계획의 구체화 정도 - 평가계획 수립시 관계자의 수요파악 정도
평가투입	조직역량	- 평가주관기관의 체계성과 독립성 - 평가위원회의 구성 및 운영의 객관성
	인력	- 평가위원의 전문성, 공정성 - 평가위원수의 적절성
	예산	- 평가예산의 적절성
평가과정	지표	- 평가자료의 양적·질적 충분성 - 평가대상사업의 특성 고려 정도 - 평가지표의 구체성, 체계성, 타당성
	방법	- 평가주기의 적정성 - 다른 평가와의 중복성 - 평가분석 및 등급산정 방법의 타당성
	절차	- 평가기간의 적절성 - 평가일정의 준수 - 피평가기관의 의견반영 여부
평가산출	결과수용성	- 피평가기관의 평가결과 수용 여부
	결과공개	- 평가결과의 공개방법, 시기 및 기간의 적절성 - 일반인들의 활용가능성
평가환류	결과활용	- 평가결과를 통한 피평가기관 제도 개선의 정도 - 인센티브 및 제재를 통한 피평가기관 동기부여 정도

3. 의료기관서비스평가제도의 개요⁸⁾

의료기관서비스평가제도는 의료기관의 평가를 통하여 쾌적한 진료환경을 조성하고, 의료기관 이용상 환자의 불편을 최소화하여 궁극적으로는 의료기관의 질적 향상을 도모하고자 하는 것이다. 의료기관 서비스 평가제도는 우리나라 보건의료 전반의 문제점을 검토하고, 개혁과제를 도출하기 위해 1994년 의료보장개혁위원회의 제안에 따라 1995년부터 시험적으로 시행된 제도이다. 보건복지부(2004)에서는 “의료기관의 서비스 수준 향상을 도모하고, 환자의 의료기관 이용상의 불편사항을 개선함으로써 국민의 의료이용 편의도를 제고하기 위한 방안의 일환으로 의료기관 서비스 평가제도를 시행한다”고 이 제도의 배경을 밝히고 있다.

정부는 1994년 의료보장개혁위원회의 건의에 따라 의료기관의 서비스 내용을 평가하고, 평가에 따라 국가지원에 차등을 두어 병원서비스의 개선을 유도하기 위하여 의료기관서비스평가제도의 도입을 추진하였다. 보건복지부는 의료기관서비스평가제도를 실질적으로 추진하기 위해 예규 제684호로 「의료기관서비스평가협의회규정(1994.11.16)」을 제정하고, 그 해 12월 7일 의료기관서비스평가협의회를 구성하였다.

2002년 본 평가가 실시되기 전까지는 매년도 시험평가를 통하여 평가기준 및 세부 평가지침 개발, 기준별 기준치 설정 등 종합평가 방안 및 유인보상책 등을 준비하였다. 시험평가는 보건복지부가 병원의 규모에 따라 무작위로 선정되었는데, 우선 대형병원을 시작으로 단계적으로 확대해 나가기로 하였다. 1999년 12월에는 보건의료기본법 제52조에 보건의료서비스평가 근거가 마련되었고, 2000년도에는 지난 5년간의 시험평가 결과를 분석하였다. 2001년 12월 공공의료기관 33개 병원을 대상으로 시험평가를 실시한 것을 근거로 하여 2002년 3월 의료기관 평가 관련 의료법 제47조 제2항이 신설되었다. 2003년 8월 의료법 시행령 중 개정령 및 개정 시행규칙이 공포되고 이를 근거로 보건복지부와 병원협회 주관으로 2004년부터 의료기관평가 정규사업을 시행하였다.

2004년부터 2006년까지 1주기 동안, 2004년에는 종합전문요양기관 및 500병상 이상 종합병원 78개소, 2005년에는 260-500병상 규모 종합병원 79개소, 2006년에는 260

⁸⁾ 본 장의 내용은 보건복지가족부-한국보건산업진흥원(2009)의 「2008 의료기관평가 결과분석 보고서」 및 보건복지가족부-한국보건산업진흥원(2009)의 「2009 의료기관 평가 지침서」의 내용을 정리한 것이다.

병상 미만 종합병원 및 300병상 이상 병원 118개소 등 총 275개소의 의료기관에 대하여 평가를 실시하였다.

2007년부터는 의료기관별로 3년을 주기로 한 2주기(2007-2009) 평가가 시작되었는데, 2007년의 경우 2004년과 동일한 종합전문요양기관 및 500병상 이상 종합병원 86개소, 2008년은 2005년과 평가대상기관과 동일한 260-500병상 규모 종합병원 76개소, 2009년에는 2006년과 동일한 260병상 미만 종합병원 및 300병상 이상 병원을 대상으로 평가를 실시하였다.

4. 의료기관서비스평가제도에 대한 메타평가적 분석

1) 평가환경

(1) 평가기반

의료기관 평가의 기본적인 목표에 대해 정부와 의료기관은 ‘국민들에 대한 양질의 의료 서비스를 보장’한다는 데 합의하고 있다. 그러나 문제는 정부와 의료기관이 각기 상이한 기본정향(basic orientation)을 가지고 있다는 점이다.

정부는 서비스 향상이라는 목표달성에 초점을 두고, 대외적 기관간 비교에 초점을 두고 이를 위해서 규제의 정당성을 강조하고 있는, 반면 의료기관은 기관 내부의 서비스 향상을 위한 정보제공 또는 점검의 의미로 받아들이면서 규제가 아닌 자율권을 강조한다.

정부입장의 핵심에 있는 보건복지부는 의료기관서비스평가의 목적을 의료서비스 제공 관행을 환자 중심으로 변화시키고, 의료기관의 질적 향상을 도모하고 동시에 정부의 의료기관 질적 관리를 가능케 한다는 데 두고 있으며, 서비스 평가 수행의 객관성과 공정성을 위하여 정부가 해야 한다는 입장을 견지하고 있다. 보건산업진흥원(2005년)의 ‘의료기관평가 결과분석보고서’에서는 정부의 이러한 인식을 극명하게 보여준다.

“평가제도가 실시되면 국민들의 의료기관 이용 편의도가 제고되며 양질의 서비스에 대한 욕구 충족도가

높아질 것으로 예상된다. 국가적으로는 의료서비스의 질적 수준이 향상되며 의료기관 선택기준이 제시됨으로써 의료자원 이용 효율성을 제고시킬 수 있다. 의료기관 역시 서비스의 질 관리를 위한 자체 노력을 경주하게 됨으로써 환자 만족도 제고 및 경쟁력 확보가 가능하다.” 〈보건산업진흥원, 2005년 의료기관평가 결과분석보고서, 2006〉

그러나 의료기관의 입장에서는 의료기관 평가제도가 정부에 의하여 주도됨에 따라 평가가 병원에 대한 일종의 규제 수단이 될 수 있다고 인식한다. 심사자체가 수직적·관료적으로 진행될 경우 ‘병원의 자율성(autonomy)’을 침해할 우려가 있음을 주장하는 것이다. 의료기관의 입장에서는 평가란 정부의 규제 및 관리활동에 속하는 허가(license)나 검사(inspection)와 달리 민간의 자발적인 활동으로 이루어지는 것이 일반적이며, 정부의 규제적 측면에서 수행되어서는 안 된다고 주장한다. 2004년과 2005년 이화여대 의과대학 예방의학교실(2004: 34)이 평가대상병원의 병원장을 대상으로 한 설문조사에서 의료기관평가의 목적을 묻는 질문에 대해 80% 이상에서 ‘병원 내부의 질관리 노력을 유도’하는 것을 목적으로 답하고 있는 것이 이에 대한 증거일 것이다.

평가에 대한 의료기관의 자율성 강조는 크게 두 가지 논거에 근거하고 있는데 첫째, 이미 의료계 내 자율적으로 수행되는 평가제도들이 있다는 점에 있다. 피평가대상인 의료기관의 입장에서는 정부주도의 서비스평가가 병원표준화신임제도와는 별도로 시행되고 있어 유사한 성격의 평가가 중복 시행됨에 따라 해당 병원들이 어려움을 겪고 있다고 본다⁹⁾. 둘째, 의료기관의 전문성 영역에 대한 평가 가능성이다. 의료기관의 의료서비스의 질 향상은 규제보다 자율과 교육, 그리고 전문가에 의한 지속적인 개선노력에 의하여 달성될 수 있는데, 그동안 규제행정 중심의 정부기관이 이러한 전문성을 확보하고 있다고 보기는 어렵다는 것이다.

결과적으로 볼 때 현재 정부는 ‘국민들에 대한 양질의 의료보장’ 목표를 강조하고 있는데 반해, 의료기관은 ‘의료기관의 자발적 질 향상’ 목표를 강조하고 있음을 알 수 있다. 의료기관과 정부가 본 제도의 목표를 서로 다르게 해석하고 있어 평가기준 개발

⁹⁾ 의료기관서비스평가와 유사한 병원표준화심사제도가 민간기관인 대한병원협회의 병원신임위원회에서 매년 실시되고 있으며, 표준화심사는 수련병원 지정의 한 과정으로 병원을 신임하고 수련을 지정하는 자료로 활용되고 있다. 규제를 받는 의료기관 입장에서는 의료기관 평가를 중복규제의 일부로 받아들이는 경향이 있다. 김준식(2009)에 따르면 응급의료기관평가, 한국의료영상품질관리원평가, 대한임상검사정도관리협회 평가, 대한진단검사의학회 검사실 신임위원회 평가, 대한병리학회 병리검사실 운영평가 등이 의료기관평가와 중복된다고 지적하고 있다.

및 제도 운영 방안 등에 대해 여러 가지 이견이 표출되고 있다(보건복지부·서울대학교 의과대학, 2005: 225). 결국 정부와 의료계가 의료기관평가제도에 대한 평가목표를 공감하였다고 할지라도 평가의 기본적인 정향에서 불일치를 보임으로써 평가결과에 대한 상호신뢰를 담보할 수 없다고 할 수 있다. 뿐만 아니라 피평가기관인 의료계에서는 이미 시행중에 다른 제도에 정당성을 부여함으로써, 정부에서 주관하고 있는 의료기관 서비스평가제도 자체를 불필요한 규제로 인식하고 평가에 큰 의미를 부여하지 않고 있다. 이는 의료기관들로 하여금 평가를 위한 체계적인 준비를 유도하지 못하여 평가결과에 대한 신뢰도를 확보하는데 치명적인 오류를 만들어낼 수도 있다. 따라서 평가에 앞서 정부는 이 제도가 다른 제도와 갖는 차별성을 피평가자가 충분히 인식할 수 있도록 하거나 다른 평가와의 통합을 추진함으로써 평가정향의 간극을 줄여야 할 것이다.

(2) 평가계획

의료기관 평가제도는 장기적 계획 하에서 실시된 제도라고 볼 수 있다. 제도의 시작점은 1994년 의료보장개혁위원회에서부터 논의와 의료기관서비스 평가협의회 구성에서 찾아볼 수 있다. 따라서 본격적으로 평가가 시작된 2004년까지 10년 이상 평가기준 개발과 배포, 시험평가, 법률 개정, 불시평가 등의 작업을 수행했다는 점에서 장기적인 계획을 바탕으로 운영되고 있는 제도라고 평가할 수 있다.

의료기관 평가제도는 장기적 계획하에 시범사업과 1주기를 거쳐 2주기 사업을 진행하였음을 알 수 있다. 특히 보건복지부에서는 2주기 평가를 시행하면서, 부서중심에서 환자진료과정 중심으로 평가의 초점이 바뀌었음을 강조한다. 구체적으로 2주기 평가에서 새롭게 달라지는 점으로 1주기 때 시설과 구조 중심에 대한 평가를 축소하고, 임상질지표를 도입하였으며, 환자만족도 조사는 면담조사방식으로부터 전문기관에 의뢰하여 퇴원환자에 대한 전화설문으로 변경하였다. 그리고 환자 안전과 의료서비스 질 기준을 강화하면서 중복 평가를 배제하고, 현지 확인평가의 축소 및 평가반 구성을 변경하였다고 밝히고 있다(이신호, 2008; 김준식, 2009).

그러나 연도별 평가부문의 구성변화를 살펴보면, 1주기와 2주기 평가항목에 있어 큰 진전없이 초기의 평가항목들이 유지되고, 일부 평가항목 들에서만 약간의 변화가 나타났음을 알 수 있다¹⁰⁾. 또한 평가문항 구성에 있어 평가문항의 수가 너무 많다는 주장

과 동시에 너무 부족하다는 비판이 동시에 존재하며, 임상 질 지표의 경우 임상현장을 고려하지 않은 무리한 평가라는 지적과 함께 진료과정이 아니라 결과를 평가해야 한다는 지적도 있다(이진석, 2008).

다음으로 참여형 평가시스템 구축이 미흡하다는 점을 지적할 수 있다. 평가의 수용성의 향상을 위해서는 평가기준의 합리성이 보장되어야 하며, 이를 위해서는 평가체계의 준비단계에서 의료현장에서 이해관계자의 참여가 보장되어야 한다. 하지만 평가 시행단계에서 각 병원관계자의 의견수렴이 보장되는 구조를 갖고 있는 것에 반해, 실제 평가 준비단계에서 이해관계 주체인 의사, 간호사, 약사, 영양사 등 병원관계자의 참여가 부족했다는 점이 여러 문헌들에서 지적되고 있다. 또한 평가준비단계에서 피평가기관인 병원관계자들의 참여가 부족하기 때문에, 평가의 항목 및 제도개선사항들에 대해 병원의 현실을 반영하지 못하는 한계가 있다는 병원관계자들의 비판이 끊임없이 나타나고 있다¹¹⁾.

2) 평가투입

(1) 조직역량

평가의 성공을 위해서는 평가주관기관의 평가역량이 필요하며 이를 위해서는 평가조직의 체계성과 독립성이 확보되어야 하지만, 현행의 의료평가조직은 크게 세 가지 측

¹⁰⁾ 평가부분에서 1주기에 평가대상이었던 진료 및 운영체계에서 안전관리, 부분별 업무성과에서 방사선과 외래 부분 등은 2주기에는 제외되고 있다. 이와 같은 평가항목의 변화에 대해 변화가 미흡하다는 시민단체 등의 입장에서는 평가의 일관성을 위해 평가대상, 평가조직, 평가기준 등 전체적인 평가시스템이 안정적 지속적으로 유지되어야 하지만, 제도상 미흡한 부분이 보완되어야 할 필요가 있음을 강조한다(보건의료노조, 2007.10.8. 성명서).

¹¹⁾ 일례로 보건복지가족부가 의료기관평가제도의 개선을 위해 소비자, 공급자, 학계, 정부 등이 참여하는 의료기관평가제도 발전위원회와 이 위원회를 실무적으로 뒷받침할 실무사업단을 구성해 세부개선사항을 마련할 계획이라고 발표한 것에 대해서 학계와 의료계의 비판이 있었다. 한 의대 교수는 “명확한 비전도 없이 위원회만 만들면 평가가 향상된다는 것은 안이한 사고방식이다”고 비판하였으며, 또 다른 의사는 “의료기관을 평가하는 이유부터 불명확하다. 이해당사자의 의견을 구하고, 여기에 따라 정책의 큰 틀을 결정해야 하는데 순서가 잘못돼도 한참 잘못됐다”고 주장했다(KorMedi, 2009.6.22일자). 의료계 뿐만 아니라 시민단체에서도 의료기관평가위원회 구성에 있어 노조와 시민단체의 참여를 확대하고, 위원회의 법제화를 통해 회의를 정례화해야 하며, 평가주체 및 방법, 지표 개발 등 의료기관 평가 전반을 지휘·감독해야 한다는 주장을 하기도 하였다(보건의료노조, 2008.5.28 성명서).

면에서 문제점을 내포하고 있다.

먼저 전체적인 평가조직의 구성에 있어 별도의 전담기구가 없으며, 의료기관평가위원회가 이를 대신하고 있다. 그러나 위원들은 비상임직으로 평가활동에 전념할 수 없으며, 위원회의 속성상 위원들의 교체 가능성이 높고, 평가 전문인력이 아닌 사람들이 참여할 가능성을 배제할 수 없다. 뿐만 아니라 위원을 관련 단체 및 협회에 위원추천을 요청하여 보건복지부에서 위촉하고 있는데, 이는 전문성을 제고하기 위함이지만 관련 단체 및 협회 추천인사를 선정한다는 점에서 위원선정의 편향성이라는 논란을 일으킬 수 있다. 이 때문에 상임위원의 선발과 평가를 전담할 수 있는 독립적인 기구의 구축이 없이는 평가결과에 항상 잡음이 개입될 수밖에 없다. 보건복지부의 위탁을 받은 대한병원협회가 의료기관 및 관련 단체가 추천하는 전문가들로 평가단을 구성한다. 그러나 이들의 구성은 지역별 원칙으로 하기 때문에 전문성의 정도가 평가단 별로 차이를 보일 수밖에 없고, 이것이 평가결과에도 영향을 미칠 수밖에 없다는 문제가 있다.

둘째, 평가조직의 체계성과 관련해 평가와 관련된 주체가 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 대한병원협회 등으로 삼분화되어 있다. 현재 공식적인 평가주체는 보건복지부이지만, 실질적인 평가(평가기준 개발 및 평가결과분석)업무는 한국보건산업진흥원이며, 실제 현장에서 평가단 구성, 평가일정 등 현지평가 업무는 대한병원협회가 담당하고 있다. 평가기준 개발과 평가 실무를 각각 보건산업진흥원과 병원협회에 위탁하고 있는데, 이는 업무의 전문성 제고를 위한 것으로, 문제는 업무의 분리 그 자체로 인한 혼란의 문제이기보다는 전문성을 갖춘 평가위원을 확보하지 못하고 있고, 평가조직기간 원활한 연계 및 조정이 이루어지지 못하고 있기 때문에 발생한다.

셋째, 평가조직의 독립성 부족이다. 2003년 전담기구 선정 당시 의료발전특별위원회 의료정책 전문위원회와 시민단체는 객관성과 공공성을 담보할 수 있는 제3의 평가기구를 요구하였다. 그러나 보건복지부에서 예산부족의 이유를 들어 지난 20년간 269개 전문의 수련병원을 대상으로 병원표준화심사를 담당했던 대한병원협회를 평가주관기관으로 선정하였다. 그러나 병원협회는 평가대상인 의료기관의 이익단체로서, ‘평가당사자가 평가를 하는’ 셈으로 공정성과 객관성을 유지하기 어렵다. 평가 주관기구는 현재 대한병원협회로서 주관기구 선정 당시부터 ‘고양이에게 생선을 맡기는 격’이라며 많은 논란이 있었다. 평가대상인 의료기관들의 평가에 대한 협조를 이끌어내기에 좋은

위치이긴 하나, 객관성이나 공정성에 있어 문제가 있을 수밖에 없다¹²⁾.

(2) 인력 및 예산

평가의 성공을 위해서는 인력의 전문성, 공정성, 적절성 등이 확보되어야 하며, 자원으로 적절할 수준의 예산확보가 필요하다.

먼저 인력의 전문성을 살펴보면 다음과 같다. 평가단의 평가요원은 일정 자격요건¹³⁾을 충족하는 자로서, 관련 단체의 추천을 받아 평가요원으로의 활동의사를 표명한 자이고, 이들은 일정기간의 교육을 거쳐 평가에 투입된다. 평가 담당자들은 평가전문가라기 보다는 현장전문가의 성격이 강하다. 이와 관련하여 평가요원의 전문성 및 객관성 부족에 대해서는 기존 연구들에서도 많이 언급되었는데, 2004년 평가대상병원 실무자 대상 설문조사에 의하면 평가단이 전문적이지 않다는 의견이 59.7%, 객관적이지 않다는 의견이 51.3%를 차지하였다(보건복지부·서울대학교, 2005: 225). 너무 짧은 기간에 평가위원이 선정되었고, 평가위원도 평가항목의 지표내용의 올바른 의미를 파악하지 못한 상태에서 평가가 이루어짐으로써 78개 병원 중 44개 병원에서 260건의 이의신청이 들어왔다. 실제 평가를 주도했던 보건산업진흥원 발표에서도 평가위원 중 유경험자가 16%에 불과했고, 평가경험이 없는 위원들의 경우 평가 하위점수 비율이 높게 나타났다(류재광, 2005).

2004년 평가참여요원 대상 설문조사에서도 전문적인 조사요원을 교육하고 양성하는 것이 좋다는 의견이 64.5%로 가장 많았다. 보건의료노조의 설문조사(2007)의 경우,

¹²⁾ 실제로 2005년 서비스산업 관계장관 회의에서 ‘의료기관평가원 설립’이 제도개선과제로 선정된 만큼 독립된 기구로서의 ‘의료기관평가원’ 설립이 빠른 시일 내에 이루어져야 할 것으로 본 것은 결국 맥락일 것이다. 또한 보건의료노조(2007)의 조사결과에 따르면, 독립성에 대한 요구가 높다는 점을 알 수 있는데, 평가주관기구로서 적합한 기관을 묻는 질문에서 현행 대한병원협회에 응답한 경우는 거의 없었고, ‘정부+민간 합동기구’로 답한 경우가 73.9%, 보건산업진흥원 등 기타 기구들이 10% 이하를 각각 차지하였다. 김준식(2009)도 독립된 평가기구 신설의 필요성을 제기하고 있으며, 보건복지부(2010a, b) 스스로도 평가가 보건산업진흥원과 병원협회에 위탁하여 수행함으로써 평가의 연속성과 효율성이 저하되었으며, 평가 전담기구 및 전담인력 부재로 인해 전문성과 객관성이 결여되어 평가의 신뢰성 확보에 미흡했다는 점을 인정하고 있다.

¹³⁾ 평가요원의 자격요건으로는 의사는 500병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상이며, 전문의 이상인 자이어야 하고, 간호사는 500병상 이상 병원의 근무경력이 10년 이상이며 수간호사급 이상이어야 하며, 약사는 500병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상이어야 한다. 의무기록사는 500병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상, 영양사는 500병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상이며 주임영양사 이상의 경력을 가져야 하며, 병원관리자는 500병상 이상 병원의 근무경력이 7년 이상인 병원관리행정담당자이어야 한다.

전문평가요원제도의 도입에 관해 물었는데, ‘도입이 필요하다’는 의견이 92.9%를 차지해 전문평가요원제도에 대한 높은 요구를 드러냈다. 공정한 평가를 위해 전담기구인 ‘의료기관평가원’의 설립과 더불어 ‘전문요원제’ 도입을 통해 의료기관 평가를 다각도로 발전시킬 필요성에 공감하고 있는 것으로 볼 수 있다. 병원협회(2010a)의 조사에서도 의료기관평가를 위한 전문조직의 필요성과 관련해 86.1%가 찬성하고 있다. 조우현 외(2006)에 따르면 평가조직이 임시운영체제로 인해 전문성이 결여되어 있으며, 평가위원회는 각 이해주체들 대표들이 모인 정치적 성격을 가지고 있어 전문성이 부족하다하는 점이 지적되고 있다. 이선미 등(2008)도 이와 같은 지적을 하고 있는데, 평가위원들을 대상으로 한 설문조사결과를 보면 평가위원 스스로도 평가위원들의 전문성 및 공정성, 객관성 등을 평가하기 위한 절차가 필요하다는 비율일 의료서비스 평가위원은 78.9%, 임상질 평가위원은 100%가 동의하고 있다. 보건복지부(2010a) 스스로도 평가위원은 의료기관 종사자를 일시 차출, 평가능력에 대한 검증 과정없이 평가에 투입함으로써 평가인력간 차이가 발생하고, 평가의 전문성과 객관성 시비가 빈번했다고 인정하고 있다.

평가위원들의 대부분은 평가업무자체의 전문가가 아니기 때문에 교육을 통해 이를 보완하고 있지만, 이것이 평가의 전문성을 확보해줄 수 있을지에 대해서는 긍정적이지 않다¹⁴⁾. 이선미 등(2007)의 평가자에 대한 설문조사 결과를 보면 평가를 위한 교육내용이 평가자의 임의적 해석을 최소화하고 객관적으로 평가가 수행될 수 있을 만큼 자세하고 실제적이었는지에 대해서 단지 43.2%의 위원만이 ‘그렇다’고 답하고 있으며, 평가지침서나 교육이 부족하여 독자적 판단을 하거나 다른 평가위원과 상의한적 있다고 답한 비율이 의료서비스 부분의 평가위원은 53.6%, 임상질 평가위원의 54%로 나타났다. 이와 같은 교육부족은 평가기준과 평가방법에 대한 해석의 차이를 가져오게 된다는 점에서 문제가 있다(김준식, 2009). 이와 관련하여 2009년 평가의 경우 평가위원위촉에 있어 ‘04-’08년 평가유경험자를 1순위로, 2008년 현지평가위원 교육이수자를 평가자로 해서 전문성 문제를 해결하려고 노력하고 있다(병원협회, 2010b).

둘째, 공정성 문제와 관련해 평가단의 구성에 있어서 현직 근무병원의 이해관계가 평가결과에 영향을 미치지 않도록 평가지역 및 평가대상 병원규모 등을 고려하여 교차

¹⁴⁾ 실무평가단의 평가요원은 당해 연도 평가를 위해 일정기간의 교육을 받아야 하는데, 주로 의료기관평가제도의 목적과 내용, 평가기준 및 평가방법, 평가요원의 책임과 권한, 전문분야별 평가부분 및 평가요원 간 업무조정, 병원 내 조사일정의 조정 등과 관련된 내용을 중심으로 한 교육이 이루어진다(감사원, 2006: 460-461).

배치하고 있는 등의 노력을 기울이고는 있다. 또한 2005년 평가에서는 평가요원 간 편차를 줄이기 위하여 간호사 평가요원 중 일부는 퇴직간호사를 활용하여 1인이 4개 병원을 조사하도록 하였다. 그러나 보건의료노조(2007)에 따르면, 현재 평가요원의 문제점으로 가장 많이 지적된 것은 ‘특정 병원 소속이므로 공정성에 문제가 있다’는 점과 ‘500병상 이상 근무자이므로 중소병원의 실정에 대한 이해가 부족하다’는 점이 각각 42.9%였다. 이는 평가의 공정성, 독립성, 전문성에 문제가 있음을 의미하는 것이라고 볼 수 있다. 평가상 존재할 문제점과 관련해 김준식(2009)은 평가자가 자신이 근무하는 의료기관에 준하여 평가기준을 적용할 위험성, 이진석(2008)은 평가자에 따라 평가결과가 들쭉날쭉 한다. 이해집단에 의해 평가문항과 평가결과 공개가 좌지우지된다는 점을 지적하고 있다.

셋째, 인력의 적절성 문제가 제기될 수 있다. 평가조직 인력의 구성을 보면 2005년의 경우, 위탁기관(대한병원협회)의 실무평가단 410명, 의료기관평가위원회 위원 17명(내부 2명, 외부 15명), 한국보건산업진흥원의 연구용역 참여자 8명, 병원협회의 의료기관평가 담당자 9명 등 총 446명이 투입되었다(감사원, 2006: 460). 그러나 피평가기관들이 많아 실제 1개팀당 현장평가 인력구성은 의사 1명, 간호사 3명, 병원관리자·의무기록사·약사·영양사 각 1명, 면담조사원 2명 등 총 10명 정도이다. 소규모의 인력으로 많은 평가대상기관들을 평가하다보니, 업무량이 과중하다는 의견이 제시되기도 하였다¹⁵⁾.

마지막으로 평가와 관련된 적절한 예산의 확보가 필요한데 실제 평가예산을 보면 2004년에 8억 4천만원(78개 병원), 2005년에 8억 4천만원(79개 병원), 2006년에 8억 6천 5백만원(130개 병원)이 배정되었다. 2004년의 경우 한국보건산업진흥원이 수행한 평가기준개발, 평가자교육 및 평가결과산출 부문에 4억 1천만원이 책정되었고, 현장평가를 수행한 대한병원협회에 4억 3천만원이 책정되어(감사원, 2006: 460) 현장평가의 한계를 보여주고 있다. 또한 2005년보다 51개의 평가기관이 늘어난 2006년의 예산증액은 2천 5백만원에 그쳤다. 이와 관련해 보건의료노조(2007)는 적절한 평가를 위해서는 사업비 약 7억 8천만원(130개소, 1개소 당 소요경비 약 600만원), 인건비 및 경상운영비 약

¹⁵⁾ 대한병원협회(2009)에서 의료기관 평가위원들에 대한 설문조사에 따르면, 평가위원 위촉시 참여하지 않는 이유와 관련하여 ‘근무하는 병원의 사정’이 37.5%이고, ‘평가업무량의 과중’이 18.75%로 조사되었다.

15억 4천만원(최소 22명 인력확보, 1인당 7천만원 기준) 등 총 23억 2천만원이 필요하다고 주장하고 있다.

3) 평가과정

(1) 평가지표

보건복지가족부·한국보건산업진흥원(2009)의 「2009의료기관평가지침서」에서는 의료서비스의 구성요소를 구조, 과정, 결과로 3가지 측면으로 구분하고 있다. 구조영역은 투입자원(인력, 시설 및 장비)으로, 과정영역은 업무수행(서비스의 제공 절차 및 성과)으로, 결과영역은 만족도(환자만족도)로 구성된다. 평가유형 중 환자의 권리와 업무수행 및 성과는 환자의 만족도를 기반으로 조사하고, 시설 및 인력수준은 의료기관을 대상으로 하여 조사하는 것으로 제시되어 있다.

평가지표와 관련해 다양한 문제점이 지적되고 있는데, 현행 의료기관평가의 문제점으로 의료현실을 외면한 평가 기준, 평가의 객관화·전문화·과학화 부족, 진료외적 서비스평가(구조부분 문항) 치중, 진료·연구·교육능력 등 의료의 질 평가 부족, 강제적인 참여, 과다한 서류업무로 인한 업무방해 및 지연 등이 제시되었다(메디컬데일리, 2003/5/22일자). 이중 가장 큰 문제점으로 지적되는 것은 평가기준이 과다하고 복잡하다는 것이다¹⁶⁾.

많은 평가기준 수 외에도 평가기준의 정의가 불분명하거나 현실과 동떨어져 있어 평가항목의 의미 자체를 담당의사조차도 이해하기 힘들고, 기술능력 평가항목으로 타당성을 확보하기 곤란하다는 문제가 있다. 이에 대해 감사원(2006: 42)은 평가지표의 과다에도 불구하고 평가의 사각지대가 존재해 평가가 제대로 이루어지지 않고 있는 분야, 영역, 항목이 있어 의·약학적 진료수준 평가가 미흡함을 지적하였다¹⁷⁾¹⁸⁾.

¹⁶⁾ 2004년 500병상 이상 병원은 150문항, 2005년 260병상 이상 병원은 138문항, 2006년 260병상 미만 종합병원 및 300병상 이상 병원은 101문항으로 평가문항이 많고, 복잡하게 구성되어 있다. 이후 2주기에서는 2007년 119문항, 2008년 118문항, 2009년 112문항으로 다소 평가기준수의 축소가 있기는 하였지만, 여전히 많은 평가기준이 유지되고 있다(한국보건산업진흥원, 2009).

¹⁷⁾ 실제 병원지부장들을 상대로 한 조사(보건의료노조, 2007)에서도 평가기준의 문제점으로 평가기준의 정의가 불분명함(36.4%), 평가기준간 조사 내용 범위와 깊이의 편차가 심함(32.5%), 현실과 동떨어진 문항이 많음(36.4%), 의료기관의 한시적 과잉대응으로 해결 가능한 문항이 많음(31.2%), 평가자 및 평가대상자의 주관이 개

두 번째 평가기준의 문제점으로 지적되었던 것은 1주기 평가의 경우, 기능(진료과정)에 대한 평가가 아닌 부서 중심의 평가 방식이었다. 의료기관 평가기준이 부서별로 이루어짐에 따라 평가준비 및 부서별 업무파악이 용이하다는 장점이 있지만 진료체계, 검사, 응급으로 각각 나뉘어져 있어서 환자의 진료과정을 종합적으로 파악하기 곤란한 문제가 있었다. 이와 같은 문제점을 해결하기 위해 2주기 평가에서는 부서 중심이 아닌 과정 중심의 평가로 전환하였으며, 구체적으로 진료과정 중심의 환자설명을 강화하고 의무기록을 통한 진료과정을 평가하는 항목을 추가하였다. 또한의료의 질을 직접 측정하기 위한 임상질 평가가 추가되었다(병원협회, 2010b). 그럼에도 불구하고 여전히 평가기준에 대한 논란은 계속되고 있다. 의료기관 평가에서 올A를 받은 기관에서도 의료의 질 평가 기준에 대해 불만을 토로하고 있기 때문이다(데일리메디, 2009.7.1). 임상 질 평가와 관련하여 김준식(2009)은 폐렴 5개, 수술 감염 예방적 항생제 3개, 중환자실 6개, 퇴원시 초유 수유율 1개 평가로 의료기관 전체의 질을 평가하는 것에 문제가 있음을 지적한다.

세 번째 시설중심의 평가항목 선정으로 인한 평가사각지대의 존재이다. 의료기관 평가 평가문항 선정시 평가결과에 미치는 구조부문의 영향을 최소화하여 시설 및 장비에 과도한 투자가 이루어지지 않게 하였고, 제한된 자원 내에서 업무의 효율적 수행을 통해 환자진료를 신속·정확하게 제공하는 병원이 나은 평가결과를 얻을 수 있도록 업무수행평가 위주로 평가기준을 개발하였다고 설명하고 있지만, 시설 중심의 평가문항이 많다는 문제점이 여전히 문제가 있다. 2004년 당시 언론에서도 이와 같은 시설 중심의 평가방식에 대해 문제점을 지적하고 있었으며, 이러한 비판은 이후에도 지속적으로 제기되었고, 2009년 의료기관평가시행과정에서도 여전히 지적되었다. 병원협회

입될 개연성이 높음(57.1%) 등이 지적되어 평가기준에 많은 문제점을 존재함을 알 수 있다. 병원협회(2010a)의 설문조사결과도 이 문제를 언급하고 있는데, 2009년 의료기관평가 기준의 문제점과 관련해 "의료기관의 한시적 과응 대응으로 해결가능한 문항이 많다", "현실과 동떨어진 문항이 많다(2007년 1순위)" 등이 응답비율에서 높은 순위를 보이고 있다.

¹⁸⁾ 김은경 등(2007)이 평가대상기관 78개소에 대한 설문조사 결과에 따르면 가장 수정이 필요한 부분은 병원장의 68%, 실무자의 67.5%가 '평가기준'이라고 답했다. 아울러 의료서비스 수준을 정확하게 반영하지 못하는 이유로는 '평가도 및 기준의 부적절성을 병원장의 69.3%, 실무자의 54.5%가 지적해 가장 높은 비율을 보였다. 평가기준의 보완의 필요성과 관련해 96.1%가 보완이 필요하다고 응답하고 있다. 이선미 등(2008)이 피평가 대상 기관(n=43개소)을 대상으로 한 설문조사결과에 따르면, 평가지표의 타당성과 관련해서도 69.8%가 타당한 방식으로 수행되었다고 보기 힘들다고 답했다. 김준식(2009)은 평가기준의 비현실성과 관련하여 위생시설관리, 응급실 체류시간, 중증 응급환자 입원소요시간 등의 기준은 병원의 현실을 반영하지 못하고 있다고 지적한다.

(2010a)의 설문조사결과에 따르면 의료기관의 수준을 적절하게 평가하기 위해 축소 통합되어야 할 내용으로 ‘인력관리’ 및 ‘시설환경관리’가 가장 높게 나타났다.

〈의료기관평가 ‘평가 위한 평가’ 전략 우려 – 대형병원들 ‘화장실물기가 의료 질과 무슨 관계’ 불만〉
복지부는 응급실 시설수준을 평가한다며 보호자 대기공간에 음료용 자판기, 잡지대, 텔레비전, 식수시설, 공중전화, 응급실 전용 화장실 유무, 주차장 주차가능대수 등을 조사하도록 했다. 이와 함께 응급실 의료 기기수준을 평가한다면서 앰부백, 후두경, 흉강삽관술세트, 윤상갑상연골절개술세트, 척추받침대, 제세동기, 심전도기록지, 환자감시장치, 초음파검사기 등 16가지 장비 구비여부를 조사한다(데일리메디, 2004/8/16일자).

네 번째 문제점으로 측정지표들이 의료기관들이 단기적·한시적으로 대응이 가능한 지표들로 구성돼 있어 장기적 발전 지표들이 상대적으로 간과되었다. 가장 대표적인 것이 단기적으로 개선이 가능한 시설과 인력에 대한 평가이다. 보건의료노조의 2004, 2005년 실태조사에 따르면 2004년 대상 18개 병원 중 16개(88%)에서, 2005년 대상 17개 병원 중 13개(76%)에서 시설 개보수의 급조가 있었다. 2004년 대상 18개 병원 중 7개(38.9%)에서, 2005년 대상 17개 병원 중 2개(12%)에서 임시인력 고용이 있었다.¹⁹⁾²⁰⁾ 이는 평가지표들이 장기적으로 의료의 질적 수준을 향상시킬 수 있는 지표이기보다는 임시방편으로 평가점수를 높게 받을 수 있는 지표들로 구성돼 있다는 비판에서 자유로울 수 없음을 드러낸 것이다. 이와 관련하여 2008년 의료기관평가에 대한 결과발표를 하는 과정에서 보건복지가족부가 스스로 병원평가의 한계를 알면서도 평가를 했다는 실

¹⁹⁾ 보건의료노조(2007)에 따르면, <시설 개보수의 급조 사례>로 평가기간에 외래 일정이 없는 진료실을 임시로 사무실 집기를 모두 빼고 보호자 대기실로 꾸밈, 오염물 세탁관리를 평가기간 중에만 한시적으로 실시, 엘리베이터 칠, 병실 침상용 커튼, 응급실 복도 TV, 외래진료실의 진료순위 표찰, 수술실 현황판, 피난계획도 등의 평가를 위해 급히 만들었음, 전 시설에 대해 개·보수 진행하여 공사로 인한 냄새·소음·먼지로 환자들의 항의가 있었음, 계단 미끄럼방지턱 구입해 설치했다가 평가 이후 없앴, 혈액보관냉장고, 혈액물품운반 스티로폼 믹스 구입했으나 평가 후 이용하지 않음, 배선실, 세탁물 수거실, 수유실 등이 없었으나 평가항목이기 때문에 급하게 설치 등이 지적되었으며, <임시인력 고용사례>로는 공익요원, 자원봉사자 이용해 차트운반업무 담당케하거나 안 내데스크에 배치, 2003년 1월부터 5명을 시간제로 고용하고 있다가 10월 한 달간 시간제 10명 고용했음, 환자 머리감기는 업무를 임시직 고용해 시행, 병동에 간호사와 조무사 임시직으로 고용해 1개월 배치, 주차관리원 추가 배치 등이 지적되었다.

²⁰⁾ 이선미 등(2008)이 실시한 피평가 대상기관(n=43개소)에 대한 설문조사에서도 피평가 대상기관 (n=43개소)의 74.4%가 시설투자, 71.8%가 장비투자를 한 것으로 나타났다. 보건의료노조에서 2004년도에 평가병원 실무자를 대상으로 시행한 설문조사에 따르면, 평가준비기간 중 기준 준수를 위해 추가로 시설, 인력, 장비 등에 투자한 비용과 본평가에 소요된 비용을 합친 총 비용(회의비, 자체평가비용 포함)을 묻는 질문에 종합전문병원인 평균 1억8천만원, 종합병원은 8천만원으로 평균 1억 2938만원을 평가에 소요한 것으로 조사되었다(보건복지부서울대학교의과대학, 2005: 593).

토를 하여 비난을 받기도 하였다(KorMedi, 2009.6.22일자).

마지막으로 서비스 평가의 핵심인 환자 만족도 조사에 대한 문제점이다. 1주기 환자 만족도 문항구성에서도 시설 만족도에 대한 평가경향이 지배적이었다.²¹⁾ 환자만족도를 구성하는 내용이 의료서비스의 본질적 요소인 의료행위가 아니라 의료행위를 지원하는 하부시스템인 의료시설이나 의료인력의 태도 등에만 초점을 두고 의료서비스에 대한 만족도를 측정해 의료의 질적 향상이라는 본질적 목적을 달성하기에는 한계가 있을 수밖에 없다. 또한 실제 경험과 행동이 아닌 자의성이 강한 만족도를 평가함으로써 의료기관간 비교를 어렵게 만들 수도 있다. 예를 들어 ‘설명만족도’는 의사의 설명여부보다 본인의 치료결과나 상태에 따라 만족도에 영향을 주고, 조사대상 환자의 연령, 교육정도, 이해력 및 기억력에 따라 평가하는 양태가 다르기 때문에 설명유무에 따른 지표 등으로 변경해야 한다는 의견도 있다(설재성, 2006).

조사방법상의 문제점도 지적되었다. 설문결과를 얻기 위해서는 설문도구를 이용해 개별 환자를 대상으로 자료를 수집하는 실사의 과정에 있어서도 전 과정에 대한 철저한 계획과 면접을 직접 담당하는 면접원에 대한 엄격한 감독과 훈련해야만 평가의 정확성을 기해야 한다. 그러나 2004년 평가병원을 대상으로 설문조사를 실시한 결과 응답자 중 32%가 면담자의 환자면담 기술 숙련도가 매우 또는 대체로 부적절하다고 응답하였다. 그러나 설문조사가 불가능한 영역에서 설문조사에 과도하게 의존하는 것도 문제라고 할 수 있다. 예를 들어 진료결과를 객관적으로 측정하기 위한 도구인 임상 질 지표 등은 당장에 적용하기가 불가능하므로 진료과정 등에 대한 환자의 만족도를 결과지표로 대신 활용하는 문제가 있어 정확한 진료결과를 측정하였다고 보기도 어렵다.

이와 같은 환자만족도 설문조사의 문제점을 개선하기 위하여 조사방법에 있어서는 면담조사 대신에 전문 조사요원에 의한 전화설문으로 변경되었으며, 환자만족도 설문 구성에 있어 시설만족도 중심의 평가경향은 시설만족도 비중이 낮아지고 일반만족도에 경험만족도 비중을 높인 설문으로 변경되었다²²⁾(보건복지가족부·한국보건산업진

21) 2004년도 의료기관평가 환자설문 구성을 보면 병원환경 및 시설에 대한 설문이 11개로 다른 항목들에 비해 상대적으로 많다.

22) 2009년도 환자만족도 설문조사의 경우, 입원환자에 대해서는 간호사의 의료서비스(5), 의사의 진료서비스(4), 병원환경(2), 병원내 서비스(8), 퇴원절차(1), 병원에 대한 전반적 평가(4), 일반질문(건강상태와 학력, 2), 외래환자에 대해서는 예약 및 접수절차(5), 의사의 진료서비스(5), 검사 및 처방(2), 병원내 환경(7), 병원에 대한 전반적 평가(3), 일반질문(2)으로 구성되어 있다.

홍원, 2009). 그렇지만, 환자만족도 조사의 경우 신뢰성 및 타당성 측면에서 문제가 여전히 지속되고 있는 것으로 나타났다²³⁾.

(2) 평가방법

평가방법과 관련해서는 평가주기, 다른 평가와의 중복성, 평가분석 및 등급산정 등의 문제점을 지적할 수 있다. 먼저 평가주기와 관련하여, 보건복지부는 2002년 의료법 개정으로 시행된 ‘의료기관평가’ 사업을 2004년부터 시작해 3년에 걸친 1주기 사업을 완료하였고, 2007년부터 2주기 사업을 진행하고 있다. 3년을 주기로 2004년과 2007년에 종합전문요양기관 및 500병상 이상종합병원을 대상으로 하였고, 2005년과 2008년에는 260병상 이상 500병상 미만의 종합병원을 대상으로 평가를 시행하였으며, 2006년과 2009년에는 260병상 미만 종합병원 및 300병상 이상 병원을 대상으로 평가를 시행하였다. 이와 같은 3년을 주기로 한 평가제도는 피평가기관의 대응성 제고를 위한 시간적 간격을 두고 있다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있다. 이에 대해 보건복지부(2010)에서는 1주기와 비교하여 2주기 평가제도의 평가기준이 개선되었고, 평가결과가 향상되었다고 밝히고 있다. 그러나 2주기 평가가 완료된 2009년 이후 의료기관 평가제도의 개편과 관련하여 명확한 입장이 정해지지 않는 것을 볼 때, 평가의 연속선 상에서 기존 의료기관 평가제도를 더 연장해서 시행하는 것을 고려하지 않고 평가제도의 개편만을 논의하는 것은 타당하지 않다고 생각된다.

둘째, 평가제도간 중복도 문제이다. 의료기관평가제도는 병원신임위원회의 병원표준화심사와 의료기관서비스평가의 평가내용에서 유사성과 중복성의 문제가 있다. 물론 이 같은 평가중복이 보다 엄정한 평가가 가능하고, 다양한 평가정보 획득이 용이하다는 찬성논거도 있다. 그러나 상이한 평가결과로 평가의 신뢰성 훼손, 평가준비로 인해 과중한 평가부담을 초래한다는 문제점이 존재한다. 감사원(2006: 40)도 의료기관평가와 응급의료기관평가가 중복의 문제를 가지고 있음을 지적하였다. 김준식(2009)은

²³⁾ 이진석(2008)은 환자만족도 부문과 관련해 입원, 외래환자 각각 50명을 대상으로 조사하였기 때문에, 평가결과에 신뢰성에 대해 문제가 있음을 제기하고 있다. 이선미 등(2008)이 피평가기관을 대상으로 실시한 설문조사에서도 2007년 의료기관평가의 만족도 평가가 타당한 방식으로 수행되었다고 생각하는가에 대해 ‘그렇다’가 20.9%, ‘보통이다’가 32.6%, ‘그렇지 않다’가 46.5%로 긍정적 응답보다는 부정적 응답비율이 높은 것으로 나타났다.

의료기관평가가 응급의료기관평가 이외에도 한국의료영상품질관리원평가, 대한임상검사정도관리협회평가, 대한진단검사의학회 검사실 신입위원회 평가, 대한병리학회 병리검사실 운영평가 등이 있음을 제시하면서, 의료기관평가와 중복되는 평가가 너무 많다고 지적하였다.

셋째, 평가위원들이 조사과정에서 자의적인 판단을 할 가능성이 높은 평가기준의 불명확성이라는 문제도 있다. 대한병원협회 의료기관평가사무국이 평가위원들을 대상으로 설문조사를 실시한 결과, ‘동일항목 적용시 평가결과에 차이가 날 수 있다’고 한 응답이 70.5%였고, ‘평가시 독자적 판단이나 의논 필요성을 느낀 경험이 있다’는 응답에 대해 58% 정도가 그렇다는 응답을 하였다(Medifonews, 2008.1.28.).

넷째, 점수부여 방법은 절대평가와 상대평가를 혼용하고 있다. 평가점수는 일반적으로 0점에서 4점까지의 5점 척도를 사용하여 도출하였다. 평가기준과 평가분야는 모두 동일한 가중치를 갖는 것을 전제로 한 충족률 개념을 도입하여 산출하였다. 평가점수는 등급화 하는데, 평가부문별 점수구간별로 90점 이상은 A(우수), 70-90점 미만은 B(양호), 50-70점 미만은 C(보통), 50점 미만은 D(미흡)로 구분해 놓고 있다. 문제는 평가대상 병원 중 평가 전항목에서 모두 A를 받은 기관의 비중이 2007년도의 경우 86개 조사기관 중 35개로 높게 나타나, 환자들 입장에서 병원을 선택할 때 필요한 정보를 제공하는 것에 한계가 있다는 지적(조선일보, 2008.5.23)과 함께 기관 및 항목의 서열공개로 병원간 지나친 경쟁을 부추긴다는 지적이 있다(이진석, 2008).

(3) 평가절차

의료기관서비스평가의 시행절차는 평가위원회 및 평가단 구성, 평가대상 병원 설명회 개최, 평가실시, 평가결과의 분석 및 결과종합, 평가결과의 발표, 평가결과에 대한 이의 제기 절차 및 조치로 이루어진다.

절차와 관련된 문제점 중의 하나는 일정한 절차가 제시되어 있지만 이와 같은 절차가 정해지지 않아 피평가자에게 안정성을 주지 못하고 있다는 점이다. 보건산업진흥원(2006)은 평가시기 및 절차와 관련해 평가 일정 및 지침이 평가 50일전에 공표되고 있지만, 공표이후에도 지속적으로 수정되고 있다는 점을 문제점을 지적한다.

현지평가 후부터 평가결과 공표 전까지 평가과정에서의 객관성 및 투명성 확보를

위하여 평가대상기관이 이의신청을 할 수 있는 절차를 둔다.²⁴⁾ 이의신청을 받은 보건복지부는 한국보건산업진흥원으로 하여금 이의신청의 내용을 검토하게 하고, 필요시 해당 분야에 대한 재조사 등을 실시하여 이의신청 수용여부를 결정하고, 평가대상 병원으로 통보한다. 그러나 이러한 절차에는 문제가 있을 수 있다. 현장평가 이전단계에서 설명회를 개최하고, 평가진행과정에서 병원 측의 의견수렴 절차가 있음에도 불구하고, 또 다시 이의신청을 받는다는 것은 오히려 평가결과의 왜곡을 초래할 수 있다는 문제가 있다. 평가결과에 이의를 신청할 수 있는 인적·물적 능력이 충분한 피평가기관이 더 좋은 평가를 받을 수 있기 때문이다.²⁵⁾

4) 평가산출

(1) 결과수용성

의료기관평가 결과발표 이후 대부분의 의료기관들은 병원 외벽에 ‘복지부 주관 의료기관평가 우수 의료기관 선정’이라는 현수막을 설치하여 병원마케팅에 활용한다. 그럼에도 불구하고 평가결과에 대한 수용성 측면에서 의료기관 관계자들은 부정적으로 접근하고 있다. 보건의료노조의 <2004년 의료기관평가 지부 실태조사>에 따르면, 의료기관평가의 목적이 잘 달성되지 못하는 이유로 ‘서비스 개선에 직접적으로 도움이 되지 못하는 평가결과의 내용 및 정보(병원장: 70.6%, 실무자: 66.7%)’라고 답하고 있어 결국 평가결과에 대한 유용성이 수용성에 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

또한 평가를 위한 준비작업에 들어가는 낭비적 요소들이 결과수용성에 저해요인으로 작용하고 있다. 보건의료노조(2007)에서 병원 노조 지부장들을 상대로 한 조사결과에 의하면²⁶⁾ 전체 병원의 74.1%에서 시설의 임시 개·보수가 있었다고 밝혔으며 66.7%는 근무시간을 일방적으로 조정하거나 평소 하지 않던 업무를 해야 했다고 밝혔고,

²⁴⁾ 평가대상 병원은 평가요원의 평가방식 및 조사표 작성에 이의가 있을 경우, 현지평가 종료 후 2주일 이내에 이의신청을 할 수 있다. 최종 평가결과 공표 전에 평가대상 병원으로 송부된 병원별 결과분석보고서를 참고로 결과종합방식에 이의가 있을 경우에도 이의신청이 가능하다.

²⁵⁾ 실제로 대형병원이 문제제기를 함으로써 평가의 결과가 변경되는 사례(“병원 평가순위 막판 뒤집기 의혹”-서울신문 2008.5.24, “메이저 병원 입김작용?”-서울신문 2008.5.26)가 있었다.

²⁶⁾ 보건의료노조에서는 2004년-2006년 평가대상병원 중 보건노조 지부가 있는 병원의 지부장을 대상으로 의료기관평가 실태조사를 실시하였다.

37.0%에서는 일방적 배치전환이 있었다고 응답하였다. 평가를 잘 받기 위해 임시인력을 고용한 경우도 22.2%로 나타났고, 지인을 동원해 환자만족도 조사에 응하게 하는 등의 편법 사례도 33.3%로 나타났다. 환자 및 보호자 편의시설로 응답한 경우 점수받기 쉽고, 가시적으로 눈에 보이는 지표라는 점을 꼽았다. 그리고 환자 서비스 개선으로 응답한 경우 기본간호제공 등 평가항목인 환자 서비스가 늘어났으나, 평가 이후 인력부족으로 지속시키기 어려운 면을 지적한 의견도 있었다.

피평가기관인 병원들이 평가과정에서 자신들이 높은 평가를 받기 위해 어떤 행동을 했는지를 잘 알고 있는 상황에서 ‘의료기관서비스평가를 신뢰할 수 있겠는가?’ 라는 질문을 해보면 평가과정과 평가지표가 평가의 객관성 확보는 물론이고, 평가의 수용성에 어떠한 영향을 미칠 수 있는지 쉽게 알 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 평가지표 중 병원 경영상 노력을 통해 개선이 불가능한 요소들도 있다. 특히, 지방의료원 등 중소병원들에서는 경영상의 어려움으로 시설에 관한 투자를 할 수 없는 것이 현실임을 고려할 때, 일원화된 도구를 활용하는 경우 결국 중소병원들이 평가결과를 수용하기에 방해요인으로 작용하게 된다²⁷⁾. 이 때문에 평가대상기관을 더욱 세분화하는 것이 필요하고, 항목별 평가순위와 전체합산 순위를 별도로 산출하는 방법 또한 고려해 볼 수 있다.

(2) 결과공개

의료기관평가는 환자의 알 권리 보장 및 의료기관 선택권 신장을 위하여 평가기준별 결과를 종합하여 다음해 상반기 내에 공표하고 결과보고서를 발간·배포한다. 공표의 범위와 방법은 의료기관평가위원회에서 심의·결정한다. 보건복지부장관은 의료기관평가의 결과를 해당 의료기관별로 통보하여야 한다. 의료기관평가 결과가 우수한 의료기관에 대하여 행정·재정적 지원을 할 수 있다(의료법 제47조의 2).

현재 평가결과는 항목별로 A·B·C·D등급으로 공개하는데, 의료기관평가 결과는 평가부문별 최대기대치를 ‘100’으로 볼 때 충족하는 수준을 나타낸 충족률에 따라 ‘우수(90 이상)’, ‘양호(70 이상~90 미만)’, ‘보통(50 이상~70 미만)’, ‘미흡(50 미만)’ 등의 그룹으로 분류된다. 항목별 등급만을 공개하는 것은 병원의 줄 세우기를 피하여 과도한

²⁷⁾ 외국의 경우에도 병원규모와 무관하게 동일한 기준을 적용하고 있다는 점에서 이와 같은 주장에 대해 비판이 있을 수 있다.

경쟁을 방지하지는 취지이다. 그러나 아래의 기사에서 볼 수 있듯이 수도권·대형 병원 이 높은 점수를 받을 수 있었던 것에 비추어 보면, 환자들의 수도권 집중 현상이 심화될 가능성이 높다는 문제점을 드러낸다. “종합병원 평가, 삼성서울병원 최고 점수, 대기업 이 세운 병원들 좋은 점수 받아(조선일보, 2008.5.23)” 등의 기사를 보면, 이와 같은 문제가 2주기 평가기간에도 여전히 나타나고 있음을 알 수 있다.

〈재정상태에 따라 병원계 재편되나?〉

의료기관 평가결과가 발표되자마자 언론계는 18개 항목별 등급을 고려해 자체적으로 종합순위를 매겨 발표하거나 우수등급 획득 수로 의료기관의 줄을 세웠다. 의료기관평가 결과가 발표되면 어떤 형태로든 서열화가 이뤄질 수밖에 없을 것이란 병원계의 우려가 현실로 나타난 것이며, 이 과정에서 일부 대형병원 중심으로 환자집중 현상이 두드러지고, 규모가 작은 병원에는 심각한 경영위기가 초래될 것이란 전망도 나오고 있다.(병원신문, 2005/4/15일자).

국민의 입장에서는 평가 결과를 제대로 이해하고 병원선택의 정보원으로 활용할 가능성이 떨어진다는 문제점이 존재한다. 특히 ‘진료 및 운영체계’의 7개 항목과 ‘부서별 업무성과’의 11개 항목 즉, 18개 항목에 대해 각각 우수(A), 양호(B), 보통(C), 미흡(D)의 4개 등급을 공개하기 때문에 일반 시민의 입장에서 18개를 종합적으로 판단하기가 쉽지 않다. 이 때문에 아래와 같이 의료소비자의 알 권리 보장 측면에서 더 많은 정보공개가 요구되고 있는 실정이다.

〈객관성과 신뢰성을 상실한 의료기관평가를 즉각 보완·개선하라〉

‘의료기관평가’를 통해서 환자가 의료기관에 대한 선택권을 보장하기 위해서는 각 문항에 대한 점수와 순위를 모두 공개하는 것이 당연하다고 본다. 하지만 정부의 ‘2004년 의료기관평가 결과’ 발표에서는 18개 영역에 대해 4등급으로 결과를 공개하였다. 이는 환자가 각 병원에 대한 정확한 분별력을 가질 수 없게 하였다. 당초 정부는 순위와 점수를 공개할 예정이었으나, 평가대상자인 병원의 모임인 병원협회의 끈질긴 압력에 정부가 이를 받아들여 발표 내용을 변경함으로써 환자의 알권리를 포기하였다는 비판을 면하기 어렵게 됐다. 이에 우리는 각 문항에 대한 점수와 순위를 즉각 공개할 것을 요구한다(건강세상네트워크 성명서, 2005. 4. 20.).

이와 관련하여 “알맹이 빠진 종합병원 평가: 임상질 지표 공개 안해(경향신문, 2008.5.23)”라는 기사에서도 알 수 있듯, 2주기 평가기간인 2007년도 의료기관 평가의 경우 임상질 지표 평가에서 높은 점수를 받은 일부 의료기관만 공개했을 뿐, 점수가 낮은 병원에 대한 공개를 하지 않았다는 문제가 있었다. 이로 인해 의료소비자의 알 권리

및 의료서비스 개선과 관련된 의료기관 평가제도가 본래의 목표를 달성하지 못하고 있다는 비판이 제기되고 있는 것으로 볼 수 있다.

5) 평가환류

평가환류 차원에서 우선적 쟁점은 평가결과가 단순히 등급 부여를 통한 의료 소비자의 선택권 강화라는 차원 뿐만 아니라 피평가기관인 의료기관의 운영에 도움을 줄 수 있는 정보를 제공해야 한다는 데 있다. 병원심사결과가 공개되어 심사를 받은 의료기관이 사회의 신뢰를 획득할 수 있는 무형의 압력으로 작용할 수 있도록 하는 방안이 강구되어야 한다는 취지에서 출발한 의료서비스평가제도의 취지를 감안하더라도, 심사결과를 병원으로 환류하여 자율적인 노력이 이루어지도록 유도하는 단계가 필요한 것이다.

그러나 의료기관평가의 결과가 환류되어 이후 병원에서 의료의 질 개선에 활용되고 있지 않다. 대부분의 의료기관에서는 의료기관평가에서 좋은 점수를 받아 병원의 명성을 높이고, 환자를 유치하는 것에만 치중하고 있기 때문이다. 환류가 미흡한 의료기관 평가제도에 대해 병원관계자 및 시민단체에서는 ‘1회성 평가’, ‘눈가림 반쪽쇼’, ‘평가를 위한 평가’라는 표현들로 부정적 견해를 표출하기도 한다.

이와 같은 현실을 반영하듯 보건의료노조(2007)의 설문조사 결과에서도 평가환류가 필요하다는 의견이 지배적이었다. 평가결과를 활용하는 방법과 관련하여 ‘병원에 피드백하여 질 개선의 지표로 삼도록’ 하자는 의견이 76.1%로 나타났기 때문이다. 현재의 의료기관서비스평가제도가 서비스 평가결과의 활용대책과 자문기능이 없어 평가를 통한 의료서비스의 질적 향상과 신뢰도 향상이라는 제도의 목표를 달성하지 못하고 있다는 평가에 따른 것으로 볼 수 있다. 김은경 등(2007) 등의 의료기관 평가 대상 병원에 대한 조사결과에 따르면 병원관계자들은 의료평가 평가제도가 의도한 서비스 개선을 달성하지 못한 이유와 관련해 가장 큰 이유로 ‘서비스 개선에 직접적으로 도움이 되지 못한 평가결과’를 들었다²⁸⁾. 보건복지부(2010a)도 평가결과와 서비스 질 향상과 연계가

²⁸⁾ 또한 보건의료노조의 설문조사(2007)에 따르면, 평가 후 달라진 점을 인력보강, 업무체계, 환자편의시설, 환자 서비스 4개 영역에 대해 리커트 5점 척도 사용하여 ① 크게 개선됨, ② 조금 개선됨, ③ 보통임, ④ 개선되지 않음, ⑤ 전혀 개선되지 않음으로 물어 보았다. 그 결과 평가 이후 가장 개선된 점은 환자 편의시설(2.72), 환자 서비스(2.74), 업무체계(3.04), 인력보강(3.61) 순으로 나타났다. 인력보강의 경우 개선 수준이 ‘보통 이하’로 나타나

미흡했다는 점을 인정하고 있다.

평가결과의 활용과 관련해 두 번째 쟁점이 될 수 있는 것이 평가결과에 대한 인센티브 또는 제재를 통한 동기부여이다. 의료기관에 입장에서는 이와 같은 인센티브에 대해서 민감하게 반응하는데, 보건의료노조의 설문조사(2007)에 따르면 ‘인센티브 도입시 어떤 형태가 적절한가’ 하는 질문에 대해서는 다음 평가 면제가 17.4%, 수가차등지급 19.6%, 정부예산지원 20.4%, 기타 및 무응답이 28.3%로 나타났다. 그러나 현재의 상태에서 의료기관 평가는 단순히 의료 소비자에 대한 정보제공 수준에 머물고 있으며 평가 결과에 따른 제재나 유인이 수반되고 있지 않다는 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 보건복지부(2010b)의 스스로도 평가결과의 활용과 관련해 종합전문요양 인정 요건으로만 활용하고 있고, 우수시관, 미흡기관에 대한 정책활용 부재 등 평가결과의 활용이 미흡했다는 점을 인정하고 있다. 병원장과 실무자들을 대상으로 설문조사를 실시한 김은경 등(2007)의 연구결과에 따르면 의료기관평가결과에 대한 인센티브 도입에 대해서 병원장의 72.0%, 실무자의 70.1%가 필요하다고 인정하고 있다.

셋째, 평가정보가 실제로 시민들에 도움이 되어야 함에도 불구하고, 그렇지 못한 것이 현실이다. 한국산업보건진흥원(2006)의 연구결과에 따르면 17개 평가부문별 등급정보의 공개로 인해 소비자 판단준거로 활용되지 못하고 병원과 시민들에게 필요한 정보가 혼재되어 있어 정보과부하 문제가 발생하고 있다. 이진석(2008)도 임상질지표 평가에서 높은 점수를 받은 기관만 공개하고 낙제병원은 공개하지 않아 병원을 선택할 수 있는 정보로 활용되지 못하고 있다고 지적한다.

5. 연구의 요약 및 제도개선 방안

의료기관평가제도는 의료기관으로 하여금 쾌적한 진료환경을 조성하도록 하여, 환자의 불편을 최소화하고 서비스 수준의 질적 향상을 도모하도록 유도하는 것이다. 그 결

평가결과의 환류가 제대로 이루어지지 않고 있음을 알 수 있었다. 또한 2004년, 2005년, 2006년 평가대상 병원, 즉 병원 규모별로 평가환류를 조사한 결과 전반적으로 2004년(2.99), 2005년(2.89), 2006년(3.13)과 같이 변화를 보였다. 특히 중소병원일수록 개선된 정도를 낮게 평가하고 있는 것으로 나타났다. 이 같은 경향은 ‘인력보강’ 문항에서 특히 심하여 2006년 병원은 3.75점에 머물렀고, 2005년 병원은 3.78, 2004년 병원은 3.35로 나타났다. 이러한 결과는 중소병원일수록 평가 결과를 반영할 수 있는 자원이 부재하기 때문으로 해석된다.

과 국민들은 의료기관 이용편의도를 제고할 수 있으며, 양질의 서비스에 대한 욕구를 충족시킬 수 있다는 데 그 제도적 의의가 있다. 이와 같은 의료기관서비스평가제도는 선진국에서는 일반화된 제도로서 우리나라에서도 제도도입의 충분한 정책적 의의와 필요성이 있는 제도라고 생각된다. 그러나 우리나라의 경우 그러나 의료기관서비스평가제도 자체가 갖는 중요성에도 불구하고, 평가문항의 부적정성과 병원계가 이를 불필요한 정부의 ‘규제’로 인식하는 등의 이유로 여전히 제대로 정착되었다고 볼 수는 없다.

국민들에게 양질의 의료서비스를 제공하기 위해 정부가 실시하고 있는 이 제도의 성공적인 정착은 제도 그 자체보다는 평가결과를 어떻게 활용하느냐에 달려있다고 해도 과언이 아닐 것이다. 평가를 위한 평가에서 벗어나 제도가 추구하는 본래의 목적을 달성하기 위해서는 평가결과를 바탕으로 평가의 문제점을 분석하고, 이를 정책의 환류 과정에 재투입함으로써 목적에 부합한 평가를 실시하도록 유도해야 할 것이다. 이러한 노력은 정부가 의도하였던 의료서비스의 질적 향상이라는 본래의 정책효과를 높이는 방법일 것이다. 이러한 측면에서 본 연구가 실시한 의료기관서비스평가제도에 대한 메타평가는 현재 추진되고 있는 의료기관평가제도의 문제점을 체계적으로 분석할 수 있다는 장점을 지닌다.

의료기관의 서비스 수준을 향상시키기 위해서는 의료서비스 제공의 전 과정을 지속적으로 평가하고, 그 결과를 환류 및 시정해 나갈 수 있도록 보다 체계적인 평가시스템을 확립해야할 것이다. 메타평가를 통해 본 연구에서 제안하는 정책적 조치를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 평가환경 측면에서 정부와 의료기관 간에 평가에 대한 이해의 공유가 필요하다. 이를 위해서는 실제 평가준비와 집행과정에서 양자 간의 활발한 의사소통과 상호작용을 제도화할 수 있는 방안이 필요하다. 둘째, 평가투입과 관련해 평가기관의 독립성과 공정성을 제고할 수 있는 방안의 마련이 필요하며, 인력의 전문성과 예산의 충분한 지원이 필요하다. 셋째, 평가과정상의 기술적인 측면에서 양적지표에서 질적 지표로의 지표조정이 필요하며, 평가방법론적 측면에서 평가주기의 조정과 평가의 중복성을 줄일 필요가 있다. 넷째, 평가산출과 관련해 일반국민들의 선택권 보장에 기여할 수 있도록 평가정보는 보다 자세히 제공될 필요가 있으며, 피평가기관의 수용성 제고를 위해 평가과정 전반에 대한 합의가 선행되어야 할 것으로 본다. 다섯째, 평가환류 측면에서

의료기관이 자발적으로 서비스의 개선에 동참할 수 있도록 유인과 동기를 부여하는 것이 필요하다.

이러한 개선점들을 체계적으로 바로잡아 제도 본래의 목적으로 달성하기 위해서는 기관별로 분산된 기능을 하나로 모으는 방법이 필요한데, 이는 독립적인 구조의 새로운 조직을 만드는 것이라고 할 수 있다²⁹⁾. 독립적인 기구의 출범은 피평가자가 평가를 실시하는 것을 방지함으로써 평가의 객관성을 유지할 수 있도록 하고, 안정적인 예산지원이 가능하며, 체계적인 지표개발을 가능케 할 것이다. 새로운 조직에는 반드시 의료 3주체가 상시적으로 평가에 관해 논의할 수 있는 제도적 장치를 마련하고, 이를 바탕으로 상호신뢰를 바탕으로 한 평가를 수행해야 할 것이다. 상호신뢰에 기반한 평가는 그 결과에 대한 수용성을 높일 뿐만 아니라 의료서비스의 질적 개선에 대한 의지와 높여 우리나라 의료서비스의 질적 수준을 향상시킬 것이다. 이러한 제도적 개선은 장기적으로 외국 의료기관과의 경쟁에서도 유리한 위치를 점하는데 있어서도 기여할 수 있다.

아울러 의료의 공공성 지표를 평가항목에 포함해야 하는 측면도 고려되어야 한다. 우리나라와 같이 의료서비스 공급구조가 민간 병원 중심으로 이루어진 환경에서는 민간병원도 의료의 공공성에 대한 책임을 강화시킬 필요가 있다. 이 대안 중 하나로 의료기관 평가에 공공성 지표를 포함시켜 민간병원으로 하여금 공공성을 높일 유인을 갖도록 하는 방법을 고려해 볼 수 있다.

결국 의료기관평가제도가 소기의 목적을 다하기 위해서는 무엇보다 ‘누구를’ 그리고 ‘무엇을’ 위한 평가임을 명확히 하고, 평가절차를 ‘어떻게’ 고안해야 할 것인가가 근본적으로 고려되어야 할 것이다.

²⁹⁾ 국무총리실에서는 2009년 4월 20일에 유사 의료기관평가제도를 통합하고, 독립적 평가전담기구로 의료기관통합평가위원회를 확대·개편할 것이라는 내용을 골자로 한 ‘의료기관평가제도 개선방안’을 발표하기도 하였다(매일경제, 2009.4.21일자). 그러나 1년이 지난 현재까지도 평가주체 및 방법, 인증방식 등 다양한 제도개선 관련 논점들에 대한 정부의 명확한 입장이 아직까지 제시되고 있지 못하고 있어 의료제도 평가제도 자체가 표류하고 있는 실정이다.

■ 참고문헌 □

- 감사원 (2006). 공공부문 평가제도 실태조사. 서울: 감사원 평가연구원.
- 강민아 (2006). 의료기관평가제도에 대한 이론적 고찰 및 적용. 보건행정학회 동계학술대회 발표논문집.
- 강혜영 (2005). 현행 의료기관서비스 평가 및 평가결과 발표에 대하여. 의료정책포럼. 3(3), 107-112.
- 김대원, 박철민 (2002). 공공의료서비스의 질 구성요인과 고객만족도 분석. 한국지방자치학회보. 14(4), 1-22.
- 김병철 (2009). 메타평가론. 서울: 한국학술정보.
- 김세철 (1994). 의료기관 평가실시에 따른 대처방안. 한국의료QA학회지. 1(2), 30-33.
- 김수경 (1995). 환자진료와 성과측정 중심의 의료기관 평가제도. 한국의료 QA학회지. 2(1), 136-143.
- 김순남 (2003). 학교평가의 메타평가 준거 개발. 교육행정학연구. 21(2), 229-402.
- 김은경, 강민아, 김윤, 박재현, 박종혁 (2007). 의료기관 평가제도에 대한 인식조사와 개선방안 고찰. 간호행정학회지. 13(1), 40-51.
- 김준식 (2009). 의료기관평가. 2008년 의료기관평가 평가회 토론회 자료집.
- 김창엽 (1994). 의료기관 평가의 방법. 한국의료QA학회지. 1(2), 12-29.
- 김통원 (1997). 사회복지시설의 표준 평가지표 개발에 관한 연구. 한국사회복지학회 1997년 춘계학술대회 자료집.
- 류영수, 최병대 (2007). 기술영향평가에 대한 메타평가 분석. 한국행정학보. 41(3), 345-372.
- 류영아 (2007). 지방자치단체 메타평가 시스템 구축방안. 서울: 지방행정연구원 연구보고서.
- 류재광 (2005). 2005년 의료기관 평가에 바란다. 대한병원협회지. 34(5), 51-54.
- 박경호 (2001). 의료기관 서비스 평가제도. 대한병원협회지. 30(1), 8-14.
- 병원협회 (2010a). 2009의료기관평가 설문조사 결과. 2009년도 의료기관평가 평가회 발표자료집.
- 병원협회 (2010b). 의료기관평가 평가회. 2009년도 의료기관평가 평가회 발표자료집.
- 보건복지가족부, 한국보건산업진흥원 (2009a). 2009 의료기관평가 지침서.
- 보건복지가족부, 한국보건산업진흥원 (2009b). 2008 의료기관 결과분석 보고서.
- 보건복지부 (2010a). 의료기관평가제도 개선방안: 의료기관인증제 추진현황 및 계획.
- 보건복지부 (2010b). 의료기관평가 선진화방안. 2008년 의료기관평가 평가회 토론회 자료집.
- 보건복지부, 서울대학교 의과대학 (2005). 의료기관 평가제도 장기적 발전방안 연구.
- 윤경일 (2000. 4). 병원심사제도의 현황과 개선방안. 보건복지포럼, 20-32.
- 이상락 (2006). 의료기관의 서비스평가와 고객만족도 조사. 진주산업대학교 논문집. 26, 93-128.

- 이선미, 김지윤, 조우현 (2008). 2007년도 의료기관평가에 대한 의견조사. 한국의료QA학회지. 14(2), 89-100.
- 이선희 (2005). 2004년 의료기관 평가의 문제점과 개선방안. 대한병원협회지. 9, 32-43.
- 이신호 (1994). 의료기관 평가제도 실시의 배경과 내용. 한국의료QA학회지. 1(2), 2-10.
- 이신호 (2003). 의료기관평가 시행방안 정책토론회 자료집. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 이신호 (2008). 의료기관평가 진행경과와 개요. 정책토론회(의료기관평가 무엇이 문제인가) 자료집.
- 이용균 (2002). 병원표준화심사제도 및 의료기관서비스평가제도 통합운영방안. 서울: 병원경영연구원.
- 이진석 (2008). 의료기관평가 문제점과 개선방안. 민주노동당곽정숙 의원실 정책토론회(의료기관평가 무엇이 문제인가) 자료집.
- 이혜승 · 강기춘 · 어민선 · 김동근, 2006, 지방공기업 경영 및 평가제도 개선방안연구, 서울: 감사원평가연구원.
- 임성욱 (2003). 중앙정부의 사회복지시설 평가에 대한 비판적 분석: 메타평가를 중심으로. 정부학연구. 9(2), 261-296.
- 전국보건의료산업노동조합 (2007. 9). 올바른 의료기관평가 방안 연구.
- 정선욱, 김진숙 (2000). 정신요양시설 평가에 대한 메타평가적 접근: 유용성 기준을 중심으로. 상황과 복지. 8, 131-156.
- 조우현 외 (2006). 의료기관 평가체계 정책방향 및 평가체계 개선방안 연구. 서울: 한국보건산업진흥원.
- 한국보건산업진흥원 (2009. 4. 23). 2009 의료기관평가 기준의 개요 및 활용방안.
- 현석균 (2005). 2004년 의료기관 평가기준 및 지침의 문제점과 개선방안. 대한병원협회지. 9, 44-50.
- Chelimsky, E. (1985). *Program evaluation: patterns and directions*. Washington DC: American Society for Public Administration.
- Cook, T. D., & Gruder, C. L. (1978). Metaevaluation. *Evaluation Quarterly*, 2(1), 15-46.
- Davidson, E. J. (2005). *Evaluation methodology basics: The nuts and bolts of sound evaluation*. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.
- Larson, R., & Berliner, L. (1983). On evaluating evaluations. *Policy Sciences*, 16(2), 147-163.
- Scriven, M. (1991). *Evaluation thesaurus* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stufflebeam, D. (1974). *Meta-evaluation. Occasional Paper Series 3* (Western Michigan University's the Evaluation Center. <http://www.wmich.edu/>).
- Stufflebeam, D. (1981). Metaevaluation: *Concepts, standard and uses*. In Berk, R. A. (Eds.). *Education methodology*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

Stufflebeam, D. (1999). *Program evaluations metaevaluation checklist: Based on the program evaluation standard*. (Western Michigan University's the Evaluation Center, <http://www.wmich.edu/>).

Analysis of Meta-evaluation of Hospital Quality Assessment

Kim, SunHee* · Jung, JuYong**

This study aims to analyze the Hospital Quality Assessment, which have implemented by Korea government since 2004, through using the metaevaluation framework. Evaluation standard for metaevaluation consists of five factors, such as environment, input, process, output and feedback. As a result of the meta-evaluation, first, there are conflicts around the basic orientation of evaluation between evaluator and evaluatee. From input sides, there are lacks of systemic construction, independence in evaluation organization, of expertise, fairness and appropriateness in evaluation staffs and of sufficiency in budget. In evaluation process, there are too many or complex evaluation indicators, heavily focusing on quantitative or physical sides. In output side, both lower acceptance and utilization of evaluation information are noticed without demanding incentive system.

Key words: Hospital Quality Assessment, Meta-evaluation

◆ 2010.3.15. 접수 / 2010.4.22. 1차수정 / 2010.5.24. 게재확정

* Ph. D., Researcher, Policy Research Team, Gyeonggi Welfare Foundation(shkim7675@hanmail.net)

** Ph. D., Senior Researcher, Institute of Governmental Studies, Korea University(juyongjeong@naver.com)