

임상질지표 평가의 문제점과 당면과제

Problems and Policy Recommendation for Clinical Indicator Evaluation



이 선 희 | Sun Hee Lee, MD

이화의대 예방의학교실

Department of Preventive Medicine, Ewha Womans University College of Medicine

E-mail : lsh0270@ewha.ac.kr

J Korean Med Assoc 2007; 50(6): 478 - 480

Abstract

Quality Improvement(QI) is the policy agenda rising rapidly at the health policy field. Recent policy trends like hospital evaluation with public reporting and evaluation of appropriateness in health insurance areas show that QI become the hot agenda of government. Recently, government are planning to introduce clinical indicator in 2nd term of hospital evaluation. Especially, medical societies should give their attention about this policy change because clinical Qualities are closely related to the credibilities of medical professionals for public. Medical professionals should monitor and respond actively to the problems which are confronted and ask for modification as follows: the duplication at several evaluation areas, ineffective evaluation approaches, etc. First of all, collaborating and organizational approaches of medical societies are needed to solve the policy problems.

Keywords : Clinical indicator; Quality improvement; Policy

핵심용어 : 임상질지표; 질 향상; 정책

최근 복지부는 2007년도 2주기 의료기관 평가방안을 발표하면서 특별히 2주기 평가에서는 임상질 평가를 위해 임상질지표를 평가기준으로 도입하겠다고 밝힌 바 있다(1). 이러한 복지부의 ‘임상질지표 도입 및 평가방안’은 다음의 측면에서 정책적 파장이 클 것으로 예상된다. 첫째, 2004년도 이후 지속적으로 추진해온 의료기관 평가 등 정

부의 평가업무가 임상의료 영역까지 강화되고 확장됨을 의미한다. 그렇게 될 경우 응급진료나 중환자 진료, 감염관리 등 주요 부문에 있어 수가 수준이나 시설 투자에 대한 정부 지원이 충분하지 않은 상태에서 질평가의 결과에 대한 책임을 의료기관에게만 묻는 것이 타당한 접근인지에 대한 반발과 논란이 야기될 수 있겠다. 둘째, 복지부 의료정책팀이 발

표한 임상질지표 상당 내용이 현재 심사평가원이 평가하겠다고 공표한 내용과 중복되고 향후 정부의 여러 팀에서도 임상의료의 질평가를 계획하고 있어 정부에서 동일한 업무를 중복 시행함에 따른 행정력 낭비가 문제점으로 대두될 전망이다. 이는 정책 시행과정에서 충분한 계획과 조정 없이 단편적으로 실시되다 보니 야기되는 문제점으로 복지부가 질평가를 확대하기에 앞서 우선적으로 해결하지 못할 경우 질평가의 긍정적 정책 취지도 살리기 어려울 것으로 판단된다.

임상질평가 확대에 의해 야기되는 이상의 총론적 문제점 외에도 올해 평가하겠다고 도입한 임상질지표는 구체적인 시행내용에 있어서도 다음과 같은 문제점들을 안고 있다.

첫째, 대부분의 임상질지표들이 의학적 타당성을 갖추고 있지 못하다. 외국의 기준을 그대로 적용하는 과정에서 국내 임상적 현실이 제대로 반영되지 않아 의학적 적절성을 확보하지 못하였으며 임상전문가들의 의견을 충분히 반영하지 못함으로써 관련된 주요 전문학회에서도 현재 지표로 올해 평가를 하는 것은 부적절하다는 공식견해를 밝히고 있는 실정이다.

둘째, 임상질 평가지표 중 상당수가 건강보험 급여기준에 제대로 반영되지 못하고 있다. 즉, 급여심사기준에서 인정되지 않거나 급여항목에 누락되어 있는 내용을 평가지표에 포함시킴으로써 국가가 재정적 책임은 지지 않으면서 서비스 제공의 책임을 민간기관에게 전가시킨다는 비판이 제기될 수 있다. 아울러 동일한 정부 주체(의료정책팀과 급여기획팀)의 정책방침간 상반된 지침을 민간 기관들에게 제시함으로써 의사결정에 혼란을 초래하고 정책적 신뢰도를 떨어뜨린다는 비판을 면하기 어렵다.

셋째, 자료조사에 드는 행정적 노력이 과다하다. 즉 평가지표에 관련된 행위가 진료관행으로 정착되어 있지 않아 기록이 불충분하고 실제로 해당 지표자료를 수집하기 위해서는 의무기록 전체를 검토해야 하는 등의 문제로 자료수집에 과다한 노력이 소요될 것으로 예상되며, 특히 의사인력 등 진료인력이 자료수집에 대거 동원되어야 하는 문제점이 있다. 이는 이미 시범사업 결과 가장 주된 문제점으로 제기된 바 있다. 넷째, 평가기준과 입력지침이 충분히 정비되지 않

아 사례별 대처를 하기에 불확실하며 상당부분 임의적 자료 입력으로 인해 자료 비교의 신뢰성을 떨어뜨릴 수 있는 바, 향후 기관간 비교자료로 사용하기에 부적절하다. 다섯째, 전반적으로 평가지표들이 국내 기관들의 주요한 질적 문제라고 판단하기 어려울 정도로 지엽적이고 부수적 내용들이 많아 질적 우선순위나 중요성이 떨어진다. 시범사업에 참여한 대다수 기관들이 평가자료를 수집하는 노력에 비해 실제 병원에서 활용하기에는 의미가 떨어진다고 지적하고 있는 현장의 목소리에 귀 기울일 필요가 있겠다.

따라서 이러한 문제점들이 보완되지 않고 시행될 경우, 정책효과를 기대하기 어려운 동시에 지속적인 정책 추진의 토대가 되는 정책수용도를 떨어뜨릴 소지가 있으므로 현재의 추진방안을 재고할 필요가 있다. 무엇보다도 지표 전반에 걸쳐 타당성에 대한 심층적 검증이 필요하며 나아가 국내 우선순위와 현실에 필요한 한국형 지표들을 새롭게 개발함으로써 자료수집 등 기관들의 행정적 노력이 사장되지 않도록 임상질지표 개발방향이 재설정되어야 할 것이다. 아울러 문제점에서 지적된 건강보험급여 심사기준의 미비사항들을 정책 시행 전 먼저 정비하는 것은 물론이고, 질지표의 기관별 인프라와 정보체계를 정비하고 구축하는 단계를 거쳐 평가하도록 해야 자료수집과 과다한 행정노력을 줄일 수 있을 것이다. 가장 중요하게 고려되어야 할 사항은 의료기관마다 안고 있는 질적 문제와 우선순위가 다른 만큼 이러한 특성을 반영할 수 있는 질 개선방안이 마련되어야 하며 현 단계에서 임상질지표는 국내 병원의 역량과 현실에 맞게 단계적으로 접근되어야 한다는 점이다.

의료의 질은 의료전문가들의 책임이자 권한이며 국민으로부터 신뢰를 받을 수 있는 가장 중요한 요건이다. 특히 최근 들어 의료의 질 개선 및 양질의 의료기관 선택을 위한 정보요구를 놓고 사회적 기대와 관심은 더욱 높아져가고 있으며 정부의 질평가 확대는 이러한 사회적 요구에 대처하려는 불가피한 정책노력이라고도 볼 수 있는 바, 의료의 질에 대한 문제는 이미 중요한 정책 아젠다가 되고 있다. 그러나 구체적인 질평가 정책의 타당성은 평가기준의 적절성에 달려 있으며 질평가 정책이 제대로 시행되고 있는지를 감시하고 판단하여 개선을 요구하는 것은 결국 의료전문가들의 몫일

수 밖에 없다. 잘못된 평가기준에 의거한 의료의 질정보 확산은 궁극적으로 국민에게도 잘못된 판단을 호도하는 피해를 초래하겠지만 직접적인 피해당사자는 성실히 진료하는 의료전문가 집단이 될 수 있기 때문이다. 더욱이 질평가 결과를 가감지급으로 연계하겠다는 심사평가원의 공지는 향후 질평가 정책의 향방을 시사한다는 점에서 각별한 관심이 필요한 시점이다.

이에 반해 그간의 질평가 정책에 대해 의료계의 대처는 무관심하거나 극히 미흡하였으며 이러한 행태가 개선되지 않는다면 현재의 질평가 정책의 문제점은 고착화되어 지속적인 부담으로 작용할 것이다. 따라서 이제라도 질평가 정책이 제대로 시행되는지를 감시하고 개선시키기 위해서는 의료계의 조직적 대응이 필요하며 구체적으로는 범의료계 협의체가 구성될 필요가 있겠다. 질평가의 시작은 병원 중심으로 시행되고 있으나 평가가 정착될 경우 대상범위는 확대될 수 밖에 없다는 측면에서 개원가에게도 강건너 불처럼 무관한 사항이 아니기 때문이다. 지금까지 정부의 주요 질평가 정책을 추진하는 과정에서 주요 의견수렴은 직역단체와 세부 전문학회들을 통해서 이루어져 왔다. 전문성이나 행정적 용이성 때문에 불가피한 측면이 있으나, 평가지표가 일부 직역단체의 위상 강화를 위해 악용될 소지도 있고 전체 진료현장의 현실이 균형있게 반영되지 못하는 부정적 측면도 제기되고 있다(2).

무엇보다도 질평가 정책의 큰 흐름 속에서 의료전문가로서 능동적 역할과 책임을 수행하기에는 세부 단체들 중심의 창구로는 미흡하다. 현재 의협, 병협에는 건강보험에 대한 전담 대응부서가 있으나 질평가에 대한 대응부서는 부재하여 정책대응에 공백이 우려된다. 특히 임상질지표가 도입될 경우에는 주요 전문학회의 역할이 더욱 중요해질 것인 바, 의협, 병협 외 전문학회 협의체인 대한의학회를 포함하여 범의료계적인 대응창구를 만들고 질평가 정책에 대한 정책들을 주도하며 정책에 대한 합리적 조정자 역할을 모색할 필요가 있다.

정책은 시행단계에서 고치지 않으면 잘못된 정책으로 인한 피해는 물론 고착된 정책을 개선시키기 위한 노력이 배가될 수 밖에 없다는 점을 다시 한번 강조하면서 질평가에 대한 의료인들의 관심을 촉구해 본다.

참고문헌

1. Ministry of Social Welfare & Health. Proceeding Materials for Introduction for Adopting Process of Clinical Indicator. 18th Feb 2007.
2. Lee SH. Trends and challenges of health policy for quality improvement. KAMA 2006; 49: 652-654.
3. Lee SH, Kim HM, Kim JH, Kim JB. Problems and recommendation on hospital evaluation policy. Ewha University of Medical College. Mar. 2006.