

종 설

Hospital-CAHPS®: 병원 의료 서비스에 대한 환자의 평가시스템

강민아

이화여자대학교 사회과학대학 행정학과

Hospital-CAHPS®: The standardized surveys for
measuring patients' hospital experiences

Minah Kang Kim

1. 들어가는 글

소비자가 자신이 받은 서비스의 질적수준에 대해 평가하는 고객만족도 조사를 통해 고객의 의견과 요구를 반영하여 서비스를 개선하고자 하는 소비자 평가 제도

가 의료서비스에도 도입되어 그 중요성이 부각되고 있다¹⁾. 의료서비스에 대한 소비자평가제도는 의료서비스를 공급자의 측면이 아닌 소비자의 측면에서 평가함으로써 의료기관이 사용자의 기준에 근거한 양질의 서비스를 제공하도록 유도하는 것을 목적으로 한다²⁾.

* 교신저자 : 강민아, 이화여자대학교 사회과학대학 행정학과.
Tel: (02) 3277-1100, Email) minahkang@ewha.ac.kr

그 동안의 환자만족도 조사가 주로 병원 자체내의 의료서비스의 개선을 위해 실시되어온 반면, 의료기관의 서비스에 대한 객관적이고 과학적인 비교 평가를 위해서는 표준화된 설문조사 시스템이 필요하다^{15, 16)}. 국내에서도 이미 오래 전부터 병원경영전략의 측면에서 병원 자체적으로 환자만족도를 측정하려는 노력이 산발적으로 존재하고 있으나 많은 경우 타당성이나 신뢰성이 검증되지 않은 설문도구를 사용하고 있으며^{17, 18)}, 병원간이나 지역간의 비교를 가능하게 하는 표준화된 설문조사 시스템은 아직 미비하다¹⁹⁾. 병원간의 이러한 설문도구나 설문실시 방법의 차이는 실제의 의료 서비스 수준의 차이가 아닌 조사 방법론상의 차이로 인해 편향된 결과를 초래하게 되어 의료서비스에 대한 객관적이고 과학적인 비교를 불가능하게 한다.

이 글은 환자들의 관점에서 의료기관서비스의 질적 수준을 평가하기 위한 자료 수집 시스템을 표준화함으로써 의료 서비스의 수준을 객관적으로 비교 가능하도록 하기 위해 미국 연방정부 기관인 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)와 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)가 1995년부터 개발하여 1999년부터 전국적으로 실시하고 있는 의료보험 서비스에 대한 환자의 평가 설문 시스템인 CAHPS®(Consumer Assessment of Health Plans Surveys¹¹⁾)와 병원의 의료서비스에 대한 환자의 평가시스템으로 최근에 개발되고 있는 Hospital-CAHPS®(HCAHPS®)에 대해 소개한다. 우선, 의료보험회사의 서비스에 대한 평가를 목적으로 개발된 본래의 CAHPS®에 대해서 개괄적으로 소개한 후, 우리나라 의료계의 특성상 보다 적합한 HCAHPS®에 대해 주로 초점을 맞추어 설명하고자 한다.

II. CAHPS®와 HCAHPS®의 개발

1. CAHPS®의 개발 및 시행경험

CAHPS®는 의료서비스의 수준에 대한 소비자의 평가를 공개 비교함으로써 의료서비스 구매에 있어 환자들이 보다 합리적인 선택을 할 수 있도록 돕고 의료기관들에게 의료서비스의 질적수준을 높이고자 하는 동기를 부여하고자 개발된 표준화된 종합적 설문시스템이다. 의료서비스의 질에 대한 공개적이고 객관적인 정보를 얻고자 하는 환자들의 요구가 급속도로 증가됨과 동시에, 의료이슈에 관한 가장 권위 있는 연구 기관인 IOM(Institute of Medicine)이 미국 의료서비스의 질적 수준에 대해 엄중히 경고한 보고서를 미 의회에 제출함을 계기로 1995년 AHRQ는 Harvard Medical School, Rand, the Research Triangle Institute(RTI)의 학자들로 구성된 대규모의 컨소시엄 팀을 형성하여 CAHPS®(Consumer Assessment of Health Plans Studies)의 개발을 시작하였다.

CAHPS®는 1999년부터 본격적인 실사가 시작된 후 의료 서비스의 질적수준을 평가하는 전국적인 산업표준(industry standard)으로 공인되어 사용되어 왔고, 급속도로 참여가 증가하여 2003년에는 약 350,000명의 성인 환자와 아동환자의 보호자를 대상으로 설문조사가 실시되었다(표 1). 본래 CAHPS®는 Managed Care에서 제공하는 의료서비스에 대한 소비자의 우려가 증가함에 따라 표준화된 도구를 사용하여 의료보험 서비스의 질적 수준을 비교, 측정함으로써 소비자가 의료보험 선택 시 유용한 정보를 제공하고자 하는 목적에서 개발된 후 의료보험 서비스뿐만 아니라 장기 노인 요양원이나 아동환자진료 서비스 등 다양한 분야의 의료서비스를 대상으로 점차 범위가 확대되어 왔다.

1) 본래 의료보험을 평가하기 위해 개발된 CAHPS®는 Consumer Assessment of Health Plans의 약자였으나, 최근 다른 의료서비스 제공기관이나 환자집단에 대해 설문조사로 기존의 CAHPS®의 범위가 확대됨에 따라 CAHPS®는 일반적인 명칭으로 사용되게 되고, 의료보험서비스에 대한 평가 시스템에 대해서는 CAHPS® Health Plan Assessment라고 별도로 명하게 되었다.

Table 1. Number of Survey Respondents and Health Plan Samples: 2000-2003

NCBD Year (CAHPS® Version)	Commercial		Medicaid		Medicare
	Adult	Child	Adult	Child	Adult
NCBD 2003 (3.0)	114,063(216)	1,866(4)	39,275(112)	31,081(69)	141,421(295)
NCBD 2002 (2.0)	94,546(219)	5,600(10)	48,109(136)	60,534(122)	153,172(321)
NCBD 2001 (2.0)	165,500(266)	9,913(24)	45,127(142)	36,940(124)	179,451(381)
NCBD 2000 (2.0)	135,479(270)	2,760(8)	49,327(156)	41,400(140)	166,072(367)

Source: The National CAHPS® Benchmarking Database, 2004.

Note: Numbers in the parentheses denote number of participating health insurance companies.

2. HCAHPS®의 개발 및 시행계획

미국 병원 재정수입의 가장 중요한 지불자이자 연방 정부 병원 규제 기관인 CMS는 병원 의료서비스의 질적 수준을 향상하고자 하는 목적 하에 2002년 HCAHPS®의 개발을 시작하여 2005년 여름부터 전국적인 설문조사의 실시를 목표로 하고 있다¹². HCAHPS®는 CMS가 병원의료서비스의 질적 향상을 위해 2003년부터 여러 의료 기관과 공동으로 추진하고 있는 Hospital Quality Initiative의 일환으로서, 그 initiative의 첫 단계로서 CMS는 우선 2004년 여름을 기하여 각 병원들에게 급성 심근경색(Acute Myocardial Infarction), 심장부전(heart failure)과 폐렴(pneumonia)에 관한 10개의 임상적 지표에 대한 성과를 보고하도록 의무화하였다. CMS는 추후 단계에서 다른 의학적 상태(medical condition)에 대한 추가적인 지표들과 함께 HCAHPS® 설문조사의 결과를 보고하도록 요구할 계획이다¹².

3. HCAHPS®의 설문구성

CAHPS® 개발팀이 추구해온 설문도구 개발원칙은 다음과 같다¹³. 1) 다양한 의료시스템의 질적 수준에 대한 비교를 가능하게 하고, 2) 소비자로부터 직접 얻을 수 있는 정보를 측정하는 질문으로 구성되며, 3) 소비자가 의료기관이나 보험서비스의 선택 시 가장 유용한 정보를 제공하며, 4) 응답자의 부담을 최소화함으로써 응답률을 높일 수 있고, 5) 엄격한 과정의 인지적 테스트

트와 사전조사의 실시를 통해 신뢰도와 타당성을 검증하며, 6) 가능한 한 적은 비용과 쉬운 방법으로 실시할 수 있으며, 7) 전화조사와 우편조사에 모두 적합한 설문도구를 개발한다.

HCAHPS® 설문도구는 IOM 보고서에 제시된 개념적 틀과 이론적 접근방법을 기초로 하여 개발된 후 여러 피드백과정을 거쳐 수정, 보완되어 간호사의 의료서비스, 간호사와의 의사소통, 의사와의 의사소통, 물리적 환경, 통증관리, 약품에 대한 의사 소통, 퇴원절차의 7개 차원으로 확정되었다. 의료비용, 응급실, 감정적 지원(emotional support), 가족, 음식, 프라이버시의 보장, 기술적 편이성 등의 차원은 제외되었다. 현재 최종적인 사전조사의 과정을 거치고 있는 HCAHPS®의 설문지는 24개의 핵심문항과 8개의 응답자의 사회경제학적 특성에 관한 질문을 포함하고 있다¹³.

HCAHPS®의 설문도구는 전반적인 의료서비스에 대한 3문항의 총괄평점(overall ratings)과 경험보고형식의 개별적 질문들(individual report)을 포함하고 있다. 총괄평점(overall ratings)은 해당기간내의 의료서비스를 여러 측면에서 종합적으로 평가하고자 포함된 질문으로서 담당의사나 간호사의 의료서비스, 이용한 병원에 대한 종합적인 평가를 0(최하)에서 10(최상의 질적 수준)점까지의 척도를 이용하여 평가하는 측정 방법이다. 대부분의 환자 만족도 조사 결과와 같이 CAHPS®의 사전조사 결과에서도 총괄평점은 대개 높은 점수에 치우친 경향을 나타내어 AHRQ는 0-7.8-9.10점의 3범주로 나누어

결과를 보고하도록 제시하고 있다. 이러한 총괄평점은 종합적이지자 축약적인 평가기준을 제공하는 동시에 인지적, 감성적 양 측면에서의 평가를 제공하고자 하는 목적에서 포함되었다. 한편, 경험보고형식의 개별 질문들(individual reports of patient experiences)은 각 환자들의 세부적인 의료서비스의 경험에 대한 질문 방식으로 개선이 필요한 의료서비스의 구체적인 분야에 대한 유용한 정보를 보다 객관적인 방법으로 측정하고자 하는 목적에서 포함되었다¹¹⁾.

III. HCAHPS®의 특징

1. 환자평가시스템의 표준화와 공개화

HCAHPS®와 기존의 환자만족도 조사간의 가장 대표적인 차이점은 설문조사의 목적이라고 할 수 있다. 즉, 기존의 환자만족도조사는 소비자의 기대가 얼마나 충족되었는가를 측정함으로써 병원의료서비스의 질적 수준을 높이고 각 병원의 의료 서비스 개선전략을 수립한다는 것을 주 목적으로 하는 한편, HCAHPS®의 근본적인 목적은 병원의료서비스의 질적수준을 측정하는 시스템을 표준화함으로써 1) 소비자가 의료서비스에 대해 보다 합리적인 선택을 할 수 있도록 돕는 동시에 2) 의료 서비스 기관들간의 경쟁을 통해 보다 적극적으로 고객의 요구에 부합하는 의료서비스를 제공하고자 하는 동기를 부여하고자 하는 것이다.

특히 미국 내 설문조사 전문 회사들이 그 동안 경쟁적인 차원에서 각 병원의 특성에 맞는 차별화된 환자만족도 설문지나 설문방법을 개발하는 데 중점을 맞추었다면, HCAHPS®는 설문도구뿐만 아니라 설문실시방법, 자료의 처리 절차 등 전과정을 표준화하는 시스템을 설립함으로써 병원간의 과학적이고 객관적인 비교를 가능하게 하고, 의료서비스의 질적 수준에 대한 객관적인 벤치마크를 제공하며, 운영모델(best practice) 선정을 위한 객관적인 기준을 제공하고자 하는 데에 초점을 맞추고 있다¹²⁾. 즉, 이미 많은 병원이 자체적으로 영리적인

목적이나 병원경영의 효율화차원과 같은 사적인 이유에서 환자만족도 조사를 실시해왔지만, HCAHPS®는 전국적이나 지역적인 의료수준을 파악하고 지역간의 의료수준 차이를 해소하는 등 보다 전략적인 정책결정을 위한 정보를 제공하며, 의료시스템에 대한 국민의 신뢰를 구축하고 정부의 책임감을 고양시킨다는 정책적인 목적에서 개발된 범국가적인 설문조사 시스템이라고 할 수 있다.

이와 같이 객관적이고 과학적인 비교가 가장 중요한 목적인 만큼 HCAHPS® 개발팀은 엄밀한 과학적 연구를 통한 설문지의 개발 및 신뢰도와 타당도의 검증 등의 과정에 많은 노력을 기울여 왔다. 예를 들어, 그 동안 Arizona, Maryland와 New York의 3개 주에서 약 17,000명의 응답자를 대상으로 실시된 사전조사의 결과를 바탕으로 현재 최종적인 수정과 보완의 단계를 거치고 있는 HCAHPS® 설문도구는, 이러한 사전조사 외에도 수 차례의 초점집단 토의(focus group discussion), 환자와의 밀접한 개인 면접조사(in-depth individual interviews), 여러 차례에 걸친 설문지의 인지적 테스트(cognitive interview)¹³⁾ 등의 엄격한 과학적 연구과정을 거쳐 신뢰성과 타당성을 검증받고 있다.

또한 HCAHPS® 개발팀은 보다 객관적인 비교평가를 위해, 설문도구만이 아니라 설문조사의 실시 방법, 자료의 수집과 분석, 결과의 발표 등 설문조사의 전과정에 걸쳐 표준화된 지침을 개발하고 있다. 예를 들어, 설문을 실시하는 의료기관이나 보험회사에게 설문도구 외에도 설문조사 실시방법과 자료처리, 분석에 대한 자세한 지침서, 설문지에 동반하는 표지서신(cover letter), CATI 스크립트(computer assisted telephone interviewing script), 조사원 훈련 지침서와 그 밖의 기술적인 보조와 지원이 제공된다¹⁴⁾. 또, 최근에는 CAHPS®에 참여하는 의료 기관들이 설문조사의 결과에서 소비자가 제시한 문제점들을 파악하고 그에 대한 서비스를 개선할 수 있는 구체적인 전략을 제시해주는 지침서(CAHPS® Improvement Guide)를 개발하여 제공하고 있다.

한편, HCAHPS®는 우편, 전화, 또는 우편과 전화를 혼용하는 방식 중 각 병원의 실정에 가장 적합한 방법을 선택하도록 허용하고 있다. 단, 실시방법의 차이에 따른 결과의 차이를 최소화하기 위해 설문실시 방안을 다음과 같이 표준화 하고 있다. 우편조사를 이용하는 경우 3차례의 추적우편을 사용해야 하며, 전화조사를 이용하는 경우 10회까지의 추적(follow-up)을, 두 가지 방법을 혼용하는 경우에는 2차례의 추적우편과 5차례의 전화추적을 의무화하고 있다. HCAHPS®는 비용 압박으로 인한 체계적 오류를 피하기 위해 적어도 50%의 응답률을 요구하고 있으며, 이 수준의 응답률을 달성할 수 있는 경우 보다 간략한 우편조사 방법 (예: 2차례의 추적 우편)의 사용을 허용하고 있다. 전화조사를 이용할 경우, 응답률을 높이고 응답자의 대표성을 기하기 위해 다양한 시간대와 요일에 실시하도록 권장하고 있다.

HCAHPS®는 매월 각 병원에서 정신과, 소아과, 산이나 유산인 산부인과 환자들을 제외한 퇴원 환자들 중 80명씩(연간 약 1,000명) 단순무작위 추출하여 환자가 퇴원 후 48시간에서 12주 사이에 설문조사를 실시하도록 제시하고 있다. 50%의 응답률을 예상할 때 각 병원 당 500개 정도의 자료를 수집하게 되고 이렇게 1년간의 모아진 자료를 매 4분기마다 지정된 파일형식을 이용하여 CMS에 제출하도록 규정하고 있다¹⁶⁾. 1년에 1,000명의 설문조사가 현실적으로 불가능한 소규모 병원에 대해서는 보다 적은 수의 표본추출을 허용하는 방안도 고려중이다. 응답자에게 설문에 대한 보상(급품이나 선물)은 제공하지 않는 것을 원칙으로 한다.

2. 환자만족도조사 대 환자경험보고 설문방식

HCAHPS®의 다른 대표적인 특징중의 하나는 기존의 환자만족도 조사 방식대신에 병원치료중의 경험에 대해 빈도를 보고하는 설문방식을 채택한 결정이라고 할 수 있다. (표 2)에서 볼 수 있듯이 전형적인 환자만족도 조사방식은 환자에게 병원이용에 대한 만족도를 제시하도록 하는 질문의 유형을 사용하는 반면, HCAHPS®는 초점집단이나 밀접한 개인 면담 등의 질적인 연구방법을 통하여 병원 의료서비스의 중요한 구성요소를 먼저 결정한 후¹⁷⁾ 이러한 각 요소에 대한 구체적인 경험을 보고(report)하도록 하는 설문방식을 사용하고 있다^{18, 21)}.

환자 만족도조사에 대해서는 그 동안 다수의 연구에서 논의가 제기되어 왔다^{12, 36)}. 이들 연구에 의하면, 환자들은 자신들이 받은 의료서비스에 대해 여러 가지 구체적인 문제점들이 있었다고 보고하는 경우에도 정작 전반적인 만족도에 대해 질문을 받을 경우 그에 상응하는 낮은 만족도 점수를 부여하거나 그 병원을 추천하지 않겠다는 의사표현을 하는 대신 차별화 없이 일괄적으로 높은 만족도를 표현하는 것으로 나타났다. 즉, 소비자는 의료서비스에 대해 다차원적인 개념을 가지고 있는 경우에도 전반적인 만족도를 보고할 때에는 구체적인 측면에 대한 다차원적인 평가를 정확히 반영하지 않는 경우가 많았다^{11, 17, 20, 31)}.

예를 들어 Bruster(1994)가 무작위 추출한 5,150명의 영국 NHS(National Health Services) 환자를 대상으로 실시한 설문조사에서는 만족도 조사와 환자경험보고 설

Table 2. Examples of patient satisfaction approach and patient experience approach

Patient Satisfaction	Patient Experience (Hospital-CAHPS®)
How well did your physicians keep you informed?	During your hospital stay, how often did doctors explain things in a way you could understand?
a) Excellent	a) Never
b) Very Good	b) Sometimes
c) Good	c) Usually
d) Fair	d) Always
e) Poor	

문 결과간의 이러한 차이가 첨예하게 나타나고 있다³⁷⁾. 높은 비율의 응답자들이 각 의료서비스의 세부적인 여러 항목에 대해서는 문제가 있었다고 대답한 반면, 만족도에 관해 질문을 받은 경우 병원에서 제공된 음식에 대한 만족도를 제외하고는 전 23개의 항목에 대해 적어도 80%이상의 응답자들이 상당히 만족했다고 응답하였다. 특히 스테프와의 의사소통에 있어서 필요한 정보를 제공해주거나, 통증관리, 퇴원 시 주의사항에 관한 정보제공에 있어 가장 심각한 문제가 있음을 보여주고 있으나 이러한 문제점들이 만족도 점수에서는 전혀 반영되지 않았다. 이러한 결과는 높은 환자만족도 점수가 반드시 양질의 의료서비스를 의미하는 것은 아니며, 단순히 환자의 만족도에 관한 결과만을 발표하는 경우 부분적인 정보만을 제시할 수 있음을 보여주었다.

결론적으로, CAHPS® 개발팀은 환자만족도 조사 질문방식은 객관적인 의료서비스의 수준을 평가하기 보다는 환자들의 주관적인 인식을 측정하는 도구로서, 환자의 기대수준, 문화적 차이, 또는 환자의 인구사회학적 특성, 또는 기타 입원의 목적(예: 출산 또는 수술)이나 입원기간 등의 외부적인 요소의 영향을 많이 받는 반면³⁸⁾, 경험보고형식의 설문방식은 일정한 행동양식이나 절차의 빈도수에 대해 질문하므로 응답자들이 보다 정확하고 정밀하게 자신들의 경험을 보고할 수 있다고 평가하고 있다. 또한, 경험 보고 형식 측정 방법은 이렇게 보다 객관적이며 구체적으로 행동으로 옮길 수 있는 사항에 대한 빈도수를 측정함으로써 소비자가 제시하는 문제점들에 대해 올바르게 이해하고 해석하여 구체적인 개선전략으로 실현할 수 있는 보다 직접적인 지침을 제공해줄 수 있다고 말한다.

이러한 CAHPS®팀의 결정에 대해 그 동안 환자만족도 조사를 실시해오던 설문 조사 전문 회사들은 환자의 보고에 의거한 측정은 본질적으로 주관적인 수밖에 없으며, 오직 3사적인 관찰만이 완전히 객관적인 측정방법이라고 주장하고 있다³⁹⁾. 그들의 주장에 의하면 HCAHPS®와 같은 환자의 경험보고 방식의 설문도구에서도 빈도수의 측정을 위해 사용된 "sometimes"와 같은 응답범주

는 다분히 주관적이어서 응답자의 해석에 따라 그 범주가 넓은 범위를 포함할 수 있다. 이들은 결국 응답자의 어떤 답변이든지 자신의 기억, 기대수준, 인성, 인지범주, 관점의 영향을 받게 되므로 경험보고 방식의 설문도 완전히 객관적인 측정방법은 아니라고 주장하고 있다.

3. 정치적 상황에 대한 HCAHPS®의 대처방안

의료보험서비스의 질적 수준을 평가하기 위한 CAHPS® Health Plan Assessment의 실시 경험과는 달리, 병원서비스의 평가를 위한 HCAHPS®는 개발 시초부터 이미 미국 국내 대다수의 병원들이 자체적으로 실시하고 있던 환자만족도 설문조사와의 병행가능성 문제로 논의와 쟁점의 대상이 되어왔다. 이러한 상황은 구체적으로 다음과 같은 몇 가지의 이유에 기인하고 있다.

우선 설문조사 결과의 공개에 대한 지역 병원들의 반발이 거세며, 이미 자체적인 설문조사를 실시하고 있는 병원들도 HCAHPS®의 실시를 추가적인 재정적, 절차적 부담으로 간주하고 있다. 게다가 연방정부의 간섭에 대해 민감한 미국적 정치사회적 문화에서 연방정부의 주도하에 환자의 경험을 측정하여 공개적으로 발표하고자 하는 노력은 여러 이해 관계자들로부터 많은 반대에 부딪힐 수밖에 없다. 또한, 무엇보다도 그 동안 병원들의 자체적인 환자만족도 조사를 위해 경쟁적으로 차별화된 설문기법과 도구를 개발해온 설문 전문조사 회사들은 HCAHPS®의 개발을 자신들의 환자 만족도 조사 산업에 대한 위협으로 인식하고 가장 거세게 반발하고 있다. 즉, 환자의 관점에서 본 의료서비스의 질적 수준에 대한 평가의 필요성에 대해서는 정부, 의료기관, 그 밖의 모든 이해관계자에 걸쳐 합의가 이루어지고 있으나 실제로 어떤 절차를 통하여 어떻게 환자의 평가를 객관화하느냐 하는 방법론에 대해서는 개발 초기부터 병원들과 설문조사기관의 거센 반대에 부딪혀 온 것이다.

이러한 상황에 대해 CMS와 AHRQ는 HCAHPS®의 개발초기부터 모든 설문 개발과정을 투명하게 공개하고 여러 이해관계자나 사용자들과의 긴밀한 협의과정과

여러 차례의 공개적인 의견수렴 과정을 거쳐 설문지의 내용과 구성을 결정하도록 절차화 하였다³¹⁾. 예를 들어, 개발초기에 CMS는 연방관보 공고(Federal Register Notice)를 통해 관심이 있는 기관이나 개인이 설문항들을 제출할 수 있도록 하였으며, 이러한 과정을 통해 9개의 팀에서 공동으로 또는 독자적으로 7개의 설문지를 제출, 총 204개의 설문항들이 모집되었다. 거기에서 기존의 CAHPS® 중심 설문지의 항목들과 문헌연구를 통해 수집한 문항들을 더한 후 여러 차례의 토의와 의견수렴을 거쳐 1차적으로 66개의 문항으로 축약되었고 그 후 현재의 32개의 문항 (24개의 본 설문지와 8개의 응답자 특성에 관한 항목)으로 축소되었다. 이렇듯, 처음 설문항 모집 단계에서부터 최종적인 사전조사의 단계를 거치기까지 모든 절차와 설문항 선별기준이 인터넷 사이트, web chat, Q&A, Listserv와 Stakeholder's meeting과 공공관보를 통해 가능한 한 최대한 투명하게 공개되고 발표되도록 여러 방면의 노력을 기울여 왔다.

IV. HCAHPS®에 대한 기타논의 사항

1. 설문지의 실시로 인한 비용과 부담

소비자와의 여러 차례에 걸친 초점집단토의(focus group discussion)이나 설문조사에 의하면 소비자들은 의료서비스의 각 부문에 대한 상세한 정보를 원한다³²⁾. 한편 설문 조사 회사들이나 병원들은 현재 HCAHPS®의 32개의 문항은 설문을 실시하는 병원에게 너무 큰 경제적이나 운영상의 부담을 초래할 것이라고 우려하고 있다. 특

히 Jackson organization이나 Press-Ganey Association등의 대표적인 소비자만족도 설문조사 회사들은 HCAHPS®를 실시하기 위해서는 각 병원들이 연 \$5,000 정도의 비용을 소요하게 될 것이라 주장하며 이러한 추가적인 비용은 결국 병원들이 의료수준의 질을 향상시키는 데 사용할 수 있는 비용을 낭비하도록 하는 것이라고 비판하고 있다. 이들은 HCAHPS®의 실시로 인해 그 동안 병원들이 이미 자체적으로 실시하고 있는 환자만족도 조사와 의료서비스 향상 노력을 돕기보다는 오히려 중단시키는 결과를 가져올 수 있다고 주장하고 있다³³⁾.

이러한 주장을 바탕으로 병원협회를 비롯한 의료서비스 기관이나 설문조사 전문회사에서는 현재의 32문항의 HCAHPS® 대신 이미 자신들이 자체적으로 실시하고 있는 환자만족도 조사설문지에 소수의 표준화된 질문들을 추가하는 방안을 제시하고 있다. 즉, 이들은 만약 HCAHPS®의 항목수가 5-6개의 주요 항목만으로 대폭 감소된다면 병원들에게 큰 추가적인 부담을 주지않게 되고 따라서 병원의 HCAHPS® 참여율이 높아질 수 있는 효과도 얻을 수 있다고 주장하고 있다.

2. 응답자 특성 분포에 대한 조정 (casemix adjustment)

객관적이고 공정한 비교를 위해서는 설문조사를 통하여 수집한 응답 자료들에 대해 설문실시 방법, 비회수율, 응답자 특성, 입원이유나 중증도 등의 차이가 소비자의 응답경향에 미치는 영향을 반영하는 통계학적인 조정절차를 거쳐야 한다^{34) 35)}. 즉, 병원간에 응답자 특성의 분포가 많이 다른 경우, 실제적인 의료수준의 차이가 아닌 이러한 응답자의 특성에 따른 차이에 의해서 다른 평가결과가 나올 수 있기 때문이다. 예를 들어, 보다 심각한 병세의 환자들이 병원 A보다 병원 B를 많이 이용했는데 병원 A가 더 높은 평가를 받은 경우 그 이유가 실제로 그 병원의 의료서비스가 더 높은 수준이어서인지, 아니면 일반적으로 부정적인 평가를 하는 경향이 있는 중증의 환자들이 병원 B에 더 많았기 때문에 병원 B

1) 예를 들면, 미국 병원 협회(American Hospital Association), 미 병원 연방 협회(the Federation of American Hospitals), 미국 의과대학 협회(the Association of American Medical Colleges), the National Quality Forum, the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations(JCAHO), 미 의사협회(American Medical Association: AMA), Consumer Purchaser Disclosure Project, AFL, CIO, 미 노인협회(American Association of Retired Person: AARP), Ford Motor Company, The national Partnership for Women and Families, the American Nurses Association, 등의 모든 이해관계자와의 계속되는 회의와 워드백의 과정을 통해 설문도구를 개발하였다.

가 더 낮은 평가를 받았는 지 파악할 수가 없다. 이러한 해석상의 오류를 줄이기 위해서는 병원간에 응답자 특성의 분포를 동일화하기 위해 통계학적인 조정이 필요하며, 어떤 변수를 사용하여 통계적인 조정을 해야 할지에 대해서는 보다 엄밀한 통계학적 연구가 필요하다.

기존연구에 의하면 일반적으로 나이가 많거나, 건강상태가 좋을수록, 또한 교육수준이 낮을수록 보다 긍정적인 응답경향을 보여주는 것으로 나타났다^{15, 20, 25, 26}. CMS는 HCAHPS®의 "About You" section에 있는 응답자특성에 관한 자료와 함께 환자입원기록을 이용하여 응답자 특성에 대한 분포를 통계학적으로 조정할 예정이다¹⁶.

3. 설문조사의 표준화와 신축적 운영간의 균형

주지한 바와 같이, 새로 개발되는 표준화된 설문조사가 병원들이 이미 이용하고 있는 환자만족도 측정 체계와 상충되는 경우 병원들은 필요이상의 부담을 느낄 수 있다. 이에 HCAHPS® 개발팀은 병원의 자발적 참여의지를 제한하지 않도록, 표준화의 목적을 저해하지 않는 범위에서, 신축적인 운영을 도모하고 있다.

예를 들어 이미 환자만족도 조사를 실시하고 있던 병원들에게 기존자료의 추세분석을 허용하면서 동시에 HCAHPS®로 인한 이중적인 부담을 줄이기 위해 HCAHPS® 개발팀은 HCAHPS® 표준설문 뒷부분에 각 병원마다 최대 30개까지 필요한 설문항들을 추가할 수 있도록 허용하고 있다. 단, 객관적인 비교가 가능하도록 하기 위해 HCAHPS®의 문항이나 지시사항의 변경은 허용하지 않는다. 응답자의 특성에 관한 표준 설문항에 대해서는 HCAHPS® 문항 뒤쪽 설문지 어느 곳이나 위치할 수 있도록 허용하고 있다. 또한 설문실시 방법에 있어서도 각 병원들이 현재 사용하고 있는 설문조사의 방식을 최대한 활용하기 위해 설문실시 방법에 있어서, 우편, 전화, 또는 우편과 전화를 혼용하는 방식 중 각 병원의 실정에 가장 적합한 방법을 선택하도록 허용하고 있다.

V. 맺는 글

이 글에서는 HCAHPS® 설문시스템의 개발 목적과 원칙, 설문지의 구성과 설문 실시 방법에 관한 논의와 함께, 병원이나 설문 조사 전문 회사들로부터 받은 정치적인 도전에 대한 미국연방정부 기관의 경험을 소개함으로써 국내의 의료서비스에 대한 환자평가제도의 방향에 지침을 제시하고자 하였다. 우리나라에서도 의료기관 서비스 수준의 질적 향상을 도모하고 환자의 의료기관 이용상의 불편사항을 개선함으로써 국민의 의료이용 편의도를 제고하기 위한 정책의 일환으로서 의료기관 평가제도를 시작하였으나 충분한 정책적 의의와 필요성에도 불구하고 평가주체, 평가기준, 평가절차, 평가결과 의 활용 등에 있어서 아직 미흡한 점이 많다. 병원계에서는 제도 도입단계에서부터 이러한 평가제도에 대해 병원서비스의 질이나 운영효율성 향상에 직접적인 도움을 주지 못하고 요식적인 절차에 불과한 불필요한 정부의 규제라고 비판하고 있으며, 병원서비스 소비자들은 병원평가 과정에 있어서 소비자의 참여가 미진하고 평가결과가 공표되지 않아 소비자 정보제공 측면에서 기여하는 바가 미흡하다고 지적하고 있다.^{1,27}

CAHPS® 개발 경험에 대한 CAHPS®개발팀의 교훈은 다음과 같이 정리될 수 있다²⁸. 첫째, 가능한 한 초기의 단계에서부터 중요 이해 관계자들의 의견을 수렴하고 개발과정에 참여시키며 설문지 개발의 전과정을 투명하게 공개한다. 둘째, 필요한 자원, 정치적인 요소, 그리고 기술에 대한 장벽을 예상하고 어떻게 그러한 장벽들을 해결할 것인지에 대해 가능한 한 미리 파악한다. 셋째, 방법론적으로 정확하고 객관적인 설문지와 설문 방법을 개발하는 데 중점을 둔다. 넷째, 설문지, 지침서, 보조적인 참고 자료들을 하나의 패키지로서 개발하여 사용자에게 제공하고 사용자의 편이를 위한 지속적인 지원을 제공한다. 마지막으로, 가능한 한 모든 개발과정에서 지속적인 평가를 실시한다.

CAHPS®의 설문조사 도구나 실시 방법, 그들이 제시한 교훈이 의료계의 실정과 의료계도나 문화가 다른 우

리나라에 그대로 적용될 수는 없을 것이며 국내에서는 우리의 실정에 맞는 조사시스템이 개발되어야 할 것이다. 한편, 객관적이고 표준화된 환자의 평가 시스템을 구축하기 위해 HCAHPS®팀이 선택한 접근방법과 원칙, 그리고 그들의 정치적인 대처방법에 대한 이해는 우리가 국내 병원서비스의 실질적인 질적 개선을 도모하고 소비자에게 유효 적절한 의료서비스 관련정보를 제공한다는 정책 목표를 달성하는 데에 조금이나마 유용한 지침이 될 수 있으리라 본다.

HCAHPS® 설문도구는 현재 마지막 확정단계에 있지만, 앞으로 설문조사 실시에 필요한 자세한 사항에 대한 결정에 있어 설문조사 산업과 병원들의 압력으로 인한 추가적인 변경이 있을 수도 있다. 이런 설문 조사 회사와 병원들의 강경한 반대와 비판은 한편으로는 병원 서비스를 객관적으로 비교 평가하고자 하는 CMS의 노력을 지연시키는 부정적인 면이 있는 것이 사실이지만, 다른 한편으로는 모든 개발과정을 투명하게 공개하고 최대한 이해관계자의 의견을 수렴하며 보다 객관적이고 과학적인 도구의 개발을 위해 엄격한 연구절차를 거치도록 하는 계기가 되었음을 주지할 필요가 있다.

우리도 의료서비스에 대한 표준화된 평가시스템을 효과적으로 구축하고 정착시키기 위해서는 국가적인 정책차원에서 보다 체계적인 계획과 원칙이 정립되어야 하며, 이를 위해서는 여러 의료기관과 의료 서비스 제공자 집단, 보건·의료정책학계, 보건복지부 및 기타 정부 기관, 보험관리공단과 소비자집단 등 여러 이해관계자 간의 충분한 토의와 투명한 절차를 통한 의견수렴과 협조가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

1. 강소영. 의료서비스에 대한 만족도 측정도구의 개발. 한국의료QA학회지 1996; 3:104-124.
2. 서강석, 감신, 박정배, 이정현, 김중근 등. 응급실 내원환자의 만족도 평가 및 관련 요인에 대한 연구. 대한응급의학회지 1998; 9:523-532.

3. 이상일. 병원외래 방문환자의 만족도 평가 및 관련 요인에 관한 연구. 예방의학회지 1994; 27:366-376.
4. 이선희, 조우현, 최귀선, 강명근. 병원 고객만족도 측정방법에 대한 비교분석. 예방의학회지 2001; 34: 55-60.
5. 문기태, 유승흠, 조우현, 김동기, 이윤환. 의료소비자가 인지하는 의료서비스 질의 구성차원. 예방의학회지 2000; 33:495-504.
6. 최귀선, 조우현, 홍재석, 이선희, 강명근. 환자만족도 조사설문지의 설문문항 배열에 따른 신뢰도 분석. 한국의료QA학회지 2000; 7:180-188.
7. Ware J, Davies A. The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of recent literature. Health and Medical Care Service Review 1978; 1:1-15.
8. Croften C, Lubalin JS, Darby C. Foreword to the CAHPS Supplement to Med Care. Med Care 1999; 37:MS1-MS9.
9. AHRQ. Hospital-CAHPS: Web chat transcript, January, 2003. (Accessed June 16, 2004 at <http://www.ahrq.gov/qual/cahps/hcabpstrans.htm>).
10. 이선희, 김지인, 조우현, 이지전. 국내 종합병원 환자 만족도 조사현황 분석. 한국의료Q학회지 1998; 5: 42-57.
11. Agency for Health Care Policy and Research. CAHPS 2.0 Survey and Reporting Kit. Rockville, MD: Agency for Health Care Research and Policy, 1999.
12. AHRQ. Hospital CAHPS (HCAHPS). Fact Sheet. AHRQ Publication No. 04-P012: Agency for Healthcare research and Quality, Rockville, MD, 2004, March.
13. AHRQ. HCAHPS three-state pilot study analysis results, December, 2003. (Accessed June 2, 2004, at http://www.cms.gov/quality/hospital/3State_Pilot_Analysis_Final.pdf).

14. Harris-Kojetin L, Fowler J, Brown J, Schnaier JA, Sweeney SF. The use of cognitive testing to develop and evaluate CAHPS 1.0 core survey items. *Med Care* 1999; 37:MS10-MS21.
15. CMS. Questions and answers regarding Hospital CAHPS (HCAHPS). Available from http://www.cms.hhs.gov/quality/hospital/HCAHPSq_a.pdf. 2004, February.
16. CMS. National implementation of Hospital CAHPS (HCAHPS) -- OMB Paperwork Reduction Act (PRA) Submission, 2003.
17. Jenkinson C, Coulter A, Bruster S, Richards N, Chandola T. Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:335-339.
18. Cleary P, Edgman-Levitan S, McMullen M, Delbanco T. Using patient reports to improve medical care: a preliminary report from 10 hospitals. *Qual Manage Health Care* 1993; 2:31-38.
19. Cleary P, Edgman-Levitan S. Health Care Quality: Incorporating consumer perspectives. *JAMA* 1997; 278:1608-12.
20. Cleary P. Satisfaction may not suffice: A commentary on 'A patient's perspective'. *Int Journal of Technology Assessment for Health Care* 1998.
21. Sitzia J. How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11:319-328.
22. Avis M, Bond M, Arthur A. Questioning patient satisfaction: An empirical investigation in two outpatient clinics. *Social Science & Medicine* 1997; 44:85-92.
23. Avis M, Bond M, Arthur A. Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 1995; 22:316-322.
24. Cleary P, Lubalin JS, Hays R, Short PF, Edgman-Levitan S, Sherican S. Debating survey approaches. *Health Affairs* 1998; 17:265-266.
25. Cleary P, McNeil B. Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry* 1988; 25:25.
26. Gold M, Wooldridge J. Surveying consumer satisfaction to assess managed-care quality: current practices. *Health Care financing Review* 1995; 16:155.
27. Ware J, Snyder M, Wright W, Davies A. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6:247.
28. Ware J, Hays R. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care* 1988; 26:393-402.
29. Williams S, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital practice settings. *Social Science and Medicine* 1991; 33:707-16.
30. de Silva A. A framework for measuring responsiveness. GPE Discussion Paper #32. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2000.
31. Dougall A, Russell A, Rubin G, Ling J. Rethinking patient satisfaction: Patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social Science & Medicine* 2000; 50:53-62.
32. Williams B, Coyle J, Healy D. Meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 1998; 47:1351-1359.
33. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine* 1997; 45:1829-1843.

34. Wensing M, Elwyn G. Research on patient's views in the evaluation and improvement of quality of care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11:153-157.
35. Allen H, Rogers G. The consumer health care value survey: Round two. *Health Affairs* 1997; 16:156.
36. 조우현, 이선희, 최귀선, 임은주, 강명근. 조사자에 따른 환자만족도 조사결과의 차이분석. *한국의료QA학회지* 1999; 6:108-119.
37. Bruster S, Jarman B, Bosanquet N, Weston D, Erens R, Delbanco T. National survey of hospital patients. *BMJ* 1994; 309:1542-1546.
38. Press Ganey Associates. Press Ganey and HCAHPS: Measuring experience from the patient's perspective, 2004, May.
39. THENRC-PICKERGROUP. The NRC_PICKER Group News, February, 2004 (Accessed May 26, 2004, at <http://thenrcpickergroup.com/default.aspx?DN=180.LDocuments>).
40. Edgeman-Levitan S, Cleary P. What information do consumers want and need? *Health Affairs* 1996; 15:41.
41. Zaslavsky A, Hocheimer J, Schneider E, et al. Impact of socio-demographic case mix on the HEDIS measures of health plan quality. *Medical Care* October 2000; 38:981-92.
42. Zaslavsky AM, Zaboriski L, Ding L, Shaul J, Cioffi M, Cleary PD. Adjusting performance measures to ensure equitable plan comparisons. *Health Care Financing Review* 2001; 22:109-126.
43. Kim M, Zaslavsky AM, Cleary P. Adjusting pediatric CAHPS scores to ensure fair comparison of health plan performances. *Medical Care* 2004; Accepted for publication.
44. Elliott MN, Swartz R, Adams J, Spritzer KL, Hays RD. Consumer Evaluations of Health Plans and Health Care Providers: Case-mix adjustment of the National CAHPS Benchmarking Data 1.0: A violation of model assumptions? *Health Services Research* 2001; 36:555-573.
45. Zhan C, Sangl J, Meyer GS, Zaslavsky AM. Consumer assessments of care for children and adults in health plans: How do they compare? *Medical Care* 2002; 40:145-154.
46. Zaslavsky AM, Zaboriski L, Cleary PD. Does the effect of respondent characteristics on consumer assessments vary across health plans? *Medical Care Research Review* 2000; 57:379-394.
47. Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction : What we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev Spring* 1993; 50:49-77.
48. Hall J, Donnan M. Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science and Medicine* 1990; 30:811-818.
49. Hall J, Dorman M. Meta analysis of satisfaction with medical care: Description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine* 1988; 27:637-44.
50. Hall J, Melbroune M, Epstein A. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care* 1993; 31:84-93.
51. Hargraves JL, Wilson IB, Zaslavsky AM, et al. Adjusting for patient characteristics when analyzing reports from patients about hospital care. *Medical Care* 2001; 39:635-641.
52. 보건복지부, 정책토론회 자료집: 의료법 개정에 따른 시행령, 시행규칙 마련을 위한 정책토론회, 2003.
53. AHRQ. Exploring a national standard for measuring patients' Hospital care experiences, n.d. (Accessed May 25, 2004, at <http://www.ahrq.gov/qual/mtg3902.htm>).

