

醫療機關 信任制度 導入方案

政策報告書 99-08, 발간부수: 1,200부

ISBN 89-8187-190-6 93510

尹京一

鄭宇鎭

朴泳澤

李旻浩

韓國保健社會研究院

머 리 말

病院信任制度란 병원진료의 질적 향상과 서비스개선을 위해 일정한 기준을 충족하는 병원을 사회적, 전문적 측면에서 인정함으로써 병원의 적정서비스 제공 능력을 보장하는 제도이다. 고도의 전문성을 가지고 급격히 발전하는 醫療技術을 기반으로 제공되는 병원 서비스는 공급자와 소비자간의 정보의 비대칭으로 인하여 시장의 역할만으로도 그 질과 운영의 효율성을 확보하기에는 한계가 있다. 따라서 전문성과 객관성을 갖춘 신임기관이 병원서비스의 질을 평가하고 지속적인 서비스개선을 유도하는 제도의 구축은 국민에게 良質의 醫療서비스를 제공하기 위하여 필수적인 것이다.

醫療機關의 信任制度는 미국에서 처음 시작되어 이제는 미국, 캐나다, 호주, 영국 등에서는 이미 제도화되어 그 활동이 다양하며 일본의 경우도 최근에 오랜 동안의 준비기간을 거쳐 1995년부터 본격적인 신임사업을 실시하기에 이르렀다. 우리 나라도 이와 유사한 제도로 1981년부터 大韓病院協會에 의하여 시행되고 있는 病院標準化事業이나 1995년부터 정부에 의하여 시범적으로 시행되고 있는 의료기관서비스평가제도 등이 있다.

그러나 현재 시행되고있는 이러한 사업들은 평가를 받고 있는 병원계나 의료서비스를 받고 있는 소비자들로부터 많은 불만을 사고 있는 것이 사실이다. 병원계는 이러한 사업들이 병원의 서비스의 질이나 效率性의 向上에 직접적인 도움을 주지 못하고 요식적인 절차에 그치고 있어서 불필요한 운영상의 불편과 자원의 낭비를 초래하고 있다고 보고 있다. 한편 병원서비스의 소비자들은 病院評價 過程에 있어서 소비자의 참여가 미진하고 평가결과 또한 공표되지 않으므로 소비자

정보제공 측면에서도 기여하는 바가 미흡하다는 견해를 보이고 있다.

따라서 본 연구는 객관성과 전문성을 확보하여 병원들의 실질적인 서비스 질 향상과 病院運營의 效率性 提高에 이바지하고 소비자에게 유효 적절한 정보를 제공할 수 있는 병원신임제도 도입방안의 제시를 목적으로 윤경일 책임연구원의 책임하에 정우진 부연구위원, 박영택 주임연구원 및 이경호 연구원이 참여하여 수행되었다.

연구수행을 위하여 연구진은 병원을 대상으로 設問調査를 실시하여 현행 병원표준화심사와 의료기관서비스평가제도를 중심으로 우리 나라 제도의 현황과 문제점을 고찰하였으며, 외국의 신임제도 운영현황과 우리 나라 醫療傳達體系의 特徵을 고려한 신임제도 도입방안을 제시하였다. 신임제도 도입방안은 제도의 목적, 수행주체, 평가내용, 평가실시 및 결과 활용방안을 제시하고 이러한 사업을 수행하기 위한 기구로 의료기관신임위원회의 설립을 건의하고 있다.

본 보고서의 연구결과가 효과적인 신임제도 구축을 위한 基礎資料로 활용될 수 있기를 기대하며, 병원관련 정책담당자, 병원운영 실무자, 병원경영과 의료의 질 분야에 관심을 갖고 있는 학자에게 일독을 권하고 싶다.

연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 보고서의 초안을 읽고 유익한 助言을 준 본 원의 장원기 부연구위원과 황나미 부연구위원에게 깊이 감사하고 있다. 또한 바쁜 와중에서도 設問調査에 대하여 세심하게 답변해 주신 전국의 병원장들께도 감사를 드리고 있다.

마지막으로 본 연구에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭敬培

目次

要約	11
I. 序論	27
1. 研究의 背景	27
2. 研究方法	29
II. 醫療機關 評價制度의 現況과 問題點	32
1. 病院標準化審査制度	32
2. 醫療機關서비스評價制度	48
3. 標準化審査와 서비스評價에 관한 意見調査 結果 比較	68
4. 獨立 信任機構 設立에 관한 意見調査 結果	73
III. 外國의 醫療機關 信任制度 現況	81
1. 美國의 JCAHO	81
2. 濠洲의 ACHS	109
3. 日本의 JCQHC	118
IV. 醫療機關 信任制度 導入方案	134
1. 信任制度의 目的	135
2. 信任制度의 施行主體	138
3. 病院信任 評價의 內容	141
4. 評價遂行 및 評價結果 活用	155
5. 政策的 提言	157

V. 醫療機關信任委員會 設立方案	161
1. 組織計劃	161
2. 業務分擔	165
3. 各種 會議 與 委員會 運營	170
4. 人力計劃	172
參考文獻	173
附 錄	177

表 目 次

〈表 I - 1〉 應答病院의 標準化審査 參與 與否	30
〈表 I - 2〉 應答病院의 醫療機關서비스評價 參與 與否	31
〈表 II - 1〉 標準化審査對象病院 分類基準	35
〈表 II - 2〉 標準化審査를 위한 病院의 審査準備程度 現況	36
〈表 II - 3〉 審査에 대한 財政的·時間的 負擔程度	37
〈表 II - 4〉 標準化 審査者의 專門性	38
〈表 II - 5〉 病院群別 審査委員數 및 審査期間	38
〈表 II - 6〉 標準化 審査의 日程·方法의 效果性	39
〈表 II - 7〉 審査結果의 病院現況 反映程度	40
〈表 II - 8〉 病院群別 信任認定點數와 點數의 變化 推移(1981~1998)	41
〈表 II - 9〉 標準化審査의 病院協會 主導에 따른 審査의 客觀性關聯 病院長 應答	42
〈表 II - 10〉 調查問項의 適切性	44
〈表 II - 11〉 標準化審査의 診療의 質 改善 寄與程度	46
〈表 II - 12〉 標準化審査의 患者滿足度 改善與否	47
〈表 II - 13〉 專攻醫 配定制度 없이도 審査申請 意思與否	48
〈表 II - 14〉 保健福祉部 醫療機關서비스 評價事業 施行計劃	50
〈表 II - 15〉 年度別 醫療機關서비스 評價 實施對象 및 評價內容	52
〈表 II - 16〉 評價委員의 資格基準	53
〈表 II - 17〉 서비스評價 調查者의 專門性(參與 病院)	55
〈表 II - 18〉 서비스評價準備 程度 現況(參與 病院)	55

〈表 II-19〉 서비스평가에 대한 時間的·財政的 負擔程度 (參與 病院)	56
〈表 II-20〉 大型病院의 病院別 調査日程	56
〈表 II-21〉 '98年 中小病院의 病院別 調査日程	57
〈表 II-22〉 서비스평가 訪問審査의 日程·審査方法의 效果性 (參與 病院)	58
〈表 II-23〉 서비스 評價의 醫療의 質 改善의 寄與與否 (參與 病院)	59
〈表 II-24〉 서비스 評價의 患者滿足度 改善의 寄與與否 (參與 病院)	59
〈表 II-25〉 審査結果의 病院現況 反映程度(參與 病院)	60
〈表 II-26〉 서비스 評價의 政府主導에 대한 意見(全體)	61
〈表 II-27〉 서비스 評價의 政府主導에 대한 意見(評價參與 機關)	62
〈表 II-28〉 서비스 評價의 政府主導가 妥當한 理由	62
〈表 II-29〉 醫療機關 서비스 評價의 政府主導가 妥當하지 않은 理由	63
〈表 II-30〉 서비스평가 調査問項의 適切性(參與 病院)	65
〈表 II-31〉 政府指定이 없는 경우의 서비스평가 申請與否	67
〈表 II-32〉 標準化審査와 서비스평가의 審査準備 程度 比較	68
〈表 II-33〉 標準化審査와 서비스평가의 評價에 대한 負擔程度 比較	69
〈表 II-34〉 標準化審査와 서비스평가의 審査者 專門性 比較	70
〈表 II-35〉 標準化審査와 서비스평가의 日程·方法의 效果性 比較	70
〈表 II-36〉 標準化審査와 서비스평가의 調査問項 適切性 比較	71
〈表 II-37〉 標準化審査와 서비스평가의 診療의 質改善 寄與程度 比較	72
〈表 II-38〉 標準化審査와 서비스평가의 患者滿足度 改善與否 比較	72

〈表 II-39〉 標準化審査와 서비스평가 審査結果의 病院現況 反映程度 比較	73
〈表 II-40〉 獨立된 信任機構의 設立 必要性에 관한 病院界의 意見(全體)	74
〈表 II-41〉 獨立된 信任機構 設立方案에 관한 病院界의 意見	75
〈表 II-42〉 獨立된 信任機構 運營에 醫療需要者 參與與否(全體)	75
〈表 II-43〉 獨立된 信任機構의 設立時期에 대한 病院界의 意見(全體)	76
〈表 II-44〉 獨立된 信任機構 設立 및 運營에 대한 政府의 費用負擔(全體)	76
〈表 II-45〉 評價項目 重要度(全體)	77
〈表 II-46〉 獨立된 信任機構의 評價對象 決定方式(全體)	78
〈表 II-47〉 獨立된 信任機構의 評價結果 算出方式(全體)	79
〈表 II-48〉 獨立된 信任機構의 評價結果 公開方式(全體)	79
〈表 III- 1〉 美國醫療機關信任制度의 主要 變化(1910~1987)	83
〈表 III- 2〉 美國醫療機關信任制度의 主要 變化(1988~1998)	87
〈表 III- 3〉 醫療機關信任調查日程(例. 調查期間이 3日인 경우)	99
〈表 III- 4〉 日本에서의 醫療의 質 評價 推進沿革	118
〈表 III- 5〉 評價對象 病院과 그 種類	122
〈表 III- 6〉 一般病院의 病床規模에 의한 分類	122
〈表 III- 7〉 病院機能의 現況調查 現況	123
〈表 III- 8〉 自己評價表의 例示 基本的 事項의 例 (Standard Version 1. 1991年)	124
〈表 III- 9〉 病院種別 病院機能 評價料	125
〈表 III-10〉 一般病院의 病院機能評價 對象領域別 項目數	127
〈表 III-11〉 精神科 病院의 醫療評價 基準	127

〈表 III-12〉 一般病院의 病院機能評價 對象領域에 따른 訪問調査項目	129
〈表 III-13〉 日本醫療評價機構의 最近實施 主要事業	132
〈表 IV- 1〉 信任을 받은 病院에 대한 政策的 支援方案 關聯 應答(全體)	158
〈表 V- 1〉 委員會의 階層分化 職列 構成	162
〈表 V- 2〉 委員會의 組織單位別 主要 業務內容	164
〈表 V- 3〉 委員會 開催 委員會 類型	171
〈表 V- 4〉 委員會에서 必要한 人力의 職種 分類	172
〈表 V- 5〉 委員會의 年度別 人力構成 計劃(案)	172

그림 目次

[그림 I -1] 研究의 틀	31
[그림 III-1] 病院·長期療養施設에 대한 Oryx事業의 遂行日程	107
[그림 III-2] EQulP Cycle	113
[그림 III-3] 日本 醫療機能評價 機構組織圖	120
[그림 III-4] 病院機能評價事業의 過程	126
[그림 IV-1] 信任制度의 目的	138
[그림 IV-2] 病院運營基準의 基本 體系	146
[그림 IV-3] Focus-PDCA循環圖	153
[그림 V-1] 醫療機關信任委員會의 組織圖(案)	163

要 約

I. 序論

- 의료기관 신입제도란 의료기관 진료의 질적 향상과 서비스개선을 위해 일정한 기준을 충족하는 의료기관을 사회적, 전문적 측면에서 인정함으로써 의료기관의 적정서비스 제공 능력을 보장하는 제도임.
- 의료기관 신입제도의 첫 시발은 1919년 미국외과학회(American College of Surgeons)에서 병원의 시설을 표준화하려는 노력의 일환으로 위원회를 조직하여 활동한 병원표준화사업(Hospital Standardization Program)이라고 할 수 있음.
- 이렇게 시작된 병원의 서비스 개선사업은 이제는 병원신입사업으로 자리잡아 미국, 캐나다, 호주, 영국 등에서는 이미 제도화되어 그 활동이 다양하며 일본의 경우 최근에 오랜 동안의 준비기간을 거쳐 1995년부터 본격적인 신입사업을 실시하고 있음.
- 우리 나라의 경우 병원서비스 개선을 위한 사업으로 대한병원협회에 의하여 1981년부터 실시되고 있는 병원표준화심사와 1995년부터 보건복지부에 의하여 실시되고 있는 의료기관서비스평가사업이 있음.
- 그러나 이러한 사업들은 평가주체, 평가기준, 평가절차, 평가결과의 활용 등에 있어서 미흡한 점이 많아 평가의 대상이 되는 병원계는 평가가 병원 서비스의 질이나 운영 효율성 향상에 직접적인 도움을 주지 못하고 요식적인 절차에 그치고 있어 병원들로 하여금 불필요한 운영상의 불편과 자원의 낭비를 초래하고 있다고 보는 경향이 있음.

- 한편 병원서비스의 소비자들은 병원평가 과정에 있어서 소비자의 참여가 미진하고 평가결과 또한 공표 되지 않으므로 소비자 정보 제공 측면에서도 기여하는 바가 미흡하다는 견해를 보이고 있음.
- 따라서 병원서비스의 실질적인 개선을 도모하고, 소비자에게 유효 적절한 의료서비스 관련정보를 제공하며, 정부의 의료정책 목표달성에 이바지하며 할 수 있는 의료기관신임제도의 도입을 위한 정책개발이 필요함.
- 이러한 목적의 연구의 수행을 위하여 본 연구는 외국의 문헌과 국내 자료를 검토하고 전국의 886개 병원을 대상으로 병원표준화심사와 의료기관서비스평가제도 및 독립된 신임기관 설립에 관한 설문조사를 실시하였음.
- 본 연구는 설문조사 결과 분석을 통하여 우리 나라 의료기관 평가사업의 현황과 문제점을 고찰하고, 미국의 JCAHO 사업, 호주의 ACHS 사업, 일본의 JCQHC 사업 등 외국의 신임제도를 참고하여 우리 나라의 신임제도 도입방안을 제시하였음.

II. 醫療機關評價制度의 現況과 問題點

1. 病院標準化審査制度

- 병원표준화심사제도는 대한병원협회가 병원의 진료수준을 향상시킬 것을 목적으로 ‘병원표준화사업’을 도입하기로 하고 미국의 병원합동신임위원회의 병원대상 설문내용을 참조하여 ‘병원표준화심사요강’을 확정된 후 1981년에 118개 병원을 대상으로 제1차 심사를 실시함으로써 시작되었음.

- 병원표준화심사제도의 심사대상은 의료기관 개설 허가를 받은 병원으로 1년 이상의 환자 진료실적 및 수련병원 구비 조건을 갖추고 대한병원협회에 심사를 신청한 병원임.
- 병원표준화심사 도입 이래로 심사를 받은 병원은 병원급 의료기관 중 약 30%를 차지하고 있으며 1999년도에는 244개 병원과 32기관을 대상으로 심사가 실시되었음.
- 표준화심사의 결과는 수련병원 지정 및 전공의 배정에 사용되며 심사 성적이 일정기준(일반레지던트 수련병원은 70%, 인턴수련병원 및 가정의학과 레지던트 수련병원은 60%, 단과레지던트 수련병원은 50%)에 미달하는 경우 수련의 정원을 전년도 이상 증원할 수 없고, 신규 수련병원인 경우 수련병원지정에서 탈락됨.
- 또한 심사 후 심사결과보고서와 함께 개별 병원의 시정 보완 필요사항을 첨부하여 병원에 송부하며, 일정 기준을 충족한 경우 신임인정서를 병원에 교부함.
- 이러한 표준화심사는 대한병원협회의 주도하에 대한의학협회와 대한간호사협회가 참여하는 방식으로 이루어지고 있어 평가가 의료의 공급자의 시각으로 한정되어 있으며 공급자 스스로가 평가를 시행하므로 객관성에 문제가 있다는 지적을 받고 있음.
- 본 연구의 조사결과도 설문이 병원장을 대상으로 하였음에도 불구하고 응답병원 중 29.3%가 평가가 객관적이지 못하다는 응답을 하고 있는 것으로 나타났으며 의료기관종별로는 3차 의료기관의 25.0%, 종합병원의 28.1%, 병원의 41.2%가 비객관적이라고 답하고 있어 규모가 작을수록 평가의 비객관성을 지적하는 경우가 많았음.
- 병원표준화심사의 심사문항 내용은 대부분 구조적 측면 위주로 구

성되어 있어 의료서비스의 최종결과에 대한 질 평가나 질 향상을 위한 방안 제시에 한계가 있으며 전반적인 내용이 환자의 시각보다 서비스 제공자의 시각으로 편성되어 있음.

- 문항체계에 있어서도 시행초기의 문항에 대한 지속적인 개편이 이루어지지 못하고 의료환경변화에 따른 단편적인 개편만이 이루어지고 있어 전반적인 체계가 조직적이지 못하고 중복된 내용이 많음.
- 본 연구에서 실시한 조사결과에 의하면 심사내용이 병원서비스 향상에 꼭 필요한 항목으로 구성되었다고 생각하는가? 에 대한 질문에 ‘그렇지 않음’ 또는 ‘전혀 그렇지 않음’으로 응답한 병원들이 20.4%에 달하고 있음.
- 또한 심사대상이 수련병원에 국한되어 시행되고 있고 심사일정도 촉박하여 실질적인 서비스 개선을 목표로 하는 진정한 의미에서의 병원신입사업 역할 수행에는 미흡한 것으로 사료됨.

2. 醫療機關서비스評價制度

- 정부는 1994년 1월부터 6월까지 운영된 「의료보장개혁위원회」의 건의에 따라 의료기관의 서비스 내용을 평가하고 평가에 따라 국가의 지원에 차등을 두어 병원서비스의 개선을 유도하기 위하여 의료기관서비스평가제도의 도입을 추진하였음.
- 보건복지부는 이러한 제도의 도입을 위한 근거마련을 위해서 1994년 11월에 보건복지부 예규 제648호로 ‘의료기관서비스평가협의회 규정’을 제정하여 의료기관서비스평가제도 시행을 위한 근거를 마련하였음.
- 의료기관서비스평가사업의 대상 병원은 보건복지부에 의하여 선정

되는데 병원의 규모에 따라 무작위로 선정되어 제1차로 실시된 1995년에는 3차 진료기관 39개소, 1996년에는 400병상 이상 병원 중 3차 진료기관을 제외한 56개소, 1997년에는 300병상 이상 규모 병원 40개소, 1998년에는 300병상 미만 병원 중 종합병원을 대상으로 30개소를 선정하여 수행되었음.

- 서비스평가 결과는 세부 문항별로 분석된 다음 그 결과를 해당 의료기관에 통보하게 되며, 통보되는 내용은 동일시기에 평가를 받은 유사규모병원들의 전반적인 경향과 분야별로 개별 병원이 평균 점수에 미달하는 내용을 중심으로 제시되고 있으며 평가결과에 따른 제재나 유인은 수반되고 있지 않음.
- 의료기관서비스평가가 정부에 의하여 주도됨에 따라 병원계는 평가가 일종의 규제의 수단이 될 수 있으며, 심사자체가 수직적·관료적으로 진행될 경우 병원의 자율성을 침해하게 될 것이라는 우려를 보이며 평가에 비협조적이어서 평가가 효과적으로 수행되고 있지 못함.
- 본 연구의 조사에서 의료기관서비스평가의 정부주도에 대한 각 병원의 의견을 물어보는 질문에 대한 응답은 찬성이 19개병원(10.1%)에 불과한데 비해 반대가 116개 병원(61.7%)으로 반대가 압도적으로 많았음.
- 의료기관서비스평가의 평가내용을 보면 병원표준화심사에 비하여 구조적인 측면이 차지하는 비율이 많이 감소하고 주로 서비스 제공 과정에 중점을 두고 있으나 문항내용이 환자의 이용상 편의 측면을 강조하고 있어 진료의 질 등 의료의 본질적인 내용이 미흡함.
- 또한 평가내용이 병원운영에 있어서 상황에 따라 상당한 차이를 보일 수밖에 없는 수치를 무리하게 계량화하기 위한 시도를 하고

있어 적절한 신입기준의 제시에 어려움이 있을 뿐만 아니라 병원이 지속적인 질 향상을 추구하는 데 있어서 전반적인 방향을 제시하는 역할이 미흡함.

- 한편 현지조사에서 조사자가 서류조사나 종사자에 대한 조사를 위하여 표본을 추출하는 과정상에서의 임의성으로 인하여 평가결과의 유효성에 문제가 있으며 이러한 평가방법은 평가대상 병원의 과잉대응을 유발하고 있음.

3. 獨立評價機關 設立에 관한 意見調査

- 병원신입사업의 객관성과 자율성 확보를 위한 방안으로 독립된 신입기구 설립 필요성에 대한 본 연구의 조사에 ‘필요하다’ 또는 ‘매우 필요하다’고 응답한 병원이 전체의 60.0%를 차지해 응답병원의 대다수가 독립된 신입기구의 설립을 찬성하는 것으로 나타났음.
- 독립된 신입기구의 설립을 위한 방법에 있어서는 현재 병원계 자체적으로 이루어지고 있는 표준화심사제도 중심통합 방법(31.0%)보다 독립된 신입기구설립(38.0%)을 더 선호하고 있었으며 의료기관서비스평가제도 중심 통합의 경우 11.2%만이 찬성하였는데 이는 정부주도의 제도라는 인식 때문인 것으로 사료됨.
- 이에 비하여 현재와 같은 병원표준화사업과 의료기관서비스평가사업을 병행하여 실시하자는 내용에는 8.6%만이 응답하여 현행의 중복된 병원평가체계에 대한 불만을 표시하고 있었음.
- 독립된 신입기구의 설립 및 운영에 있어서 정부의 비용부담 필요성에 대한 질문에는 73.4%의 병원이 ‘필요하다’라고 응답했는데 독립된 신입기구는 궁극적으로 재정적인 자생력을 갖추어야 하지만 설립이나 초기의 운영과정에서 정부의 재정적인 협조가 필요할

것으로 사료됨.

- 한편 독립된 신임기구의 평가대상 결정방식에 대한 의견조사 결과를 보면, 70.1%의 병원이 자율적 참여를 원칙으로 해야 한다는 견해를 보였고 27.0%의 병원이 부분적으로 강제되어야 한다는 의견을 보였음.

Ⅲ. 外國의 醫療機關 信任制度 現況

1. 美國의 JCAHO

- 미국의 의료기관신임제도는 미국외과학회가 1919년에 공식적으로 병원표준화프로그램을 구축함으로써 시작되었으며, 1951년에 미국의사협회, 미국병원협회 등이 참여하면서 병원합동신임위원회(JCAH: The Joint Commission on Accreditation of Hospitals)로 개편되었고 병원뿐만 아니라 장기요양시설, 가정간호 등 신임영역의 확장과 함께 1987년에 보건의료기관합동신임위원회(JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)로 개칭함.
- JCAHO는 의료기관 신임사업을 수행하고 신임에 관련된 의료기관 운영의 개선을 위한 서비스를 제공하여 대중에게 제공되는 의료서비스의 질을 향상시키는 것을 목적으로 함.
- JCAHO의 구체적인 사업내용을 보면, 병원 및 기타 보건의료시설의 표준화된 운영기준을 설정하고 이러한 기준에 의하여 환자서비스제공 및 병원운영이 수행되고 있는가를 조사하여 조사결과에 따라 공식적인 신임을 부여하며, 이와 관련된 연구, 교육 및 출판사업을 시행하는 것으로 하고 있음.
- 신임결과는 신임조사과정에서 나타난 문제점의 개선을 위한 자료

로 활용되고, 심사결과를 공표함으로써 소비자에게 정보를 제공하고 있음. 또한 정부의 메디케어 의료기관 지정 기준으로도 활용됨.

- 미국의 JCAHO의 발전단계는 크게 나누어 신임사업을 메디케어 요양기관 지정요건과 연결하는 1965년도의 정부조치 이전과 이후로 나누어 볼 수 있는 바, 전반에는 주로 공급자적 시각에서 신임이 이루어졌고 1965년 이후 사회적인 인식이 높아짐에 따라 소비자적 시각이 강화되며 객관성을 확보하게 되었다고 볼 수 있음.
- 미국 의료기관신임제도가 우리에게 주는 신임제도 시행주체에 대한 시사점으로는 신임제도를 민간주도로 운영하여 의료서비스의 전문성과 자율성을 인정하고, 정부는 민간신임기구의 신임결과를 의료정책의 수립 및 정책달성 수단으로 이용하므로 이 제도의 객관성 확보를 위한 간접적인 영향력을 행사하는 방향으로의 제도 정립이라 할 수 있음.

2. 濠洲의 ACHS

- 호주의 신임제도는 1974년에 호주의학협회 뉴사우스웨일즈 분회와 호주병원협회 빅토리아분회에 의하여 호주병원표준화위원회(The Australian Council on Hospital Standards)가 설립됨으로부터 시작되었다고 볼 수 있는 바, 이후 신임을 추구하는 보건의료조직이 점차 다양해짐에 따라 이를 반영하기 위하여 1988년에 호주보건의료기관표준위원회(ACHS: Australian Council on Healthcare Standards)로 개칭하였음.
- 1994년에는 신임제도에 있어서 의료서비스의 질 향상사업과 신임평가의 개념을 통합하기 위하여 질평가/향상프로그램(EQuip: The Evaluation and Quality Improvement Program)을 개발하여 의료기관 신임사업에 적용하고 있음.

- ACHS의 설립목적은 보건의료서비스기관에 의하여 제공되는 서비스질의 수준을 지속적으로 증진시키는 것이며, 이를 위하여 의료서비스의 질에 대한 표준 및 질 개선 프로그램 개발, 진료의 질 평가지표의 수집 분석, 보건의료 질 향상에 대한 상담 및 정보제공 등의 사업을 수행하고 있음.
- ACHS의 신입심사과정은 4년을 한 주기로 하여 의료기관 자체평가, ACHS의 자체평가지원, 주기적 검토, ACHS 현지 조사, 질 향상 활동계획 검토, ACHS 신입장 발급 등의 과정으로 이루어지는 EQuIP과정을 통하여 이루어지고 있음.
- 신입위원회는 신입결과를 직접 공표하고 다양한 홍보활동을 통하여 신입제도의 사회적 권위 확보를 위하여 노력하고 있으며, 정부는 신입제도 운영을 위한 재정지원과 공공병원의 신입제도 참여 권장 등을 통하여 신입제도 활성화를 위하여 지원하고 있으나 신입결과를 정책에 연결하는 등의 적극적 역할은 하고 있지 않음.

3. 日本의 JCQHC

- 일본의 병원신입제도는 1995년에 후생성, 일본 의사회, 일본 병원회, 전국 자치단체 병원협의회, 전일본병원협회, 일본 의료법인협회, 일본정신병원협회, 일본치과의사회, 일본간호협회, 일본약제사회, 건강보험조합연합회, 국민건강보험 중앙회 등이 공동으로 재단법인 일본의료기능평가기구를 설립함으로써 시작됨.
- 일본의료기능평가기구의 설립목적은 일본의 의료기관을 학술적·중립적으로 평가하고, 신입과정에서 발견된 병원운영상의 제반 문제점을 개선 해결하도록 하여 국민의 의료에 대한 신뢰를 확립하고 의료의 질을 향상시키는 것임.

- 이를 위한 사업으로서 병원기능평가와 이와 관련된 연구개발, 병원의 문제개선 지원을 위한 제반사업, 의료기관뿐만 아니라 국민을 대상으로 한 의료기관 서비스 질에 관한 정보제공 등의 활동을 수행하고 있음.
- 신임 평가과정은 병원이 평가를 신청한 후 한 달 이내에 서면심사가 이루어지고 서면심사 후 병원의 규모에 따라 3~6인의 조사팀이 병원을 직접 방문하여 하루 동안 병원직원과의 면접, 원내 각 부서의 상황확인, 자료나 의무기록지 검토 등을 통하여 평가기준 준수여부를 판정함.
- 신임결과에 따라 신임인정증을 받은 병원을 대상으로 한 제도적인 혜택은 아직 고려되지 않고 있으나 신임인정을 받은 병원은 은행용자나 병원의 물품납품업체와의 거래에 있어 좋은 조건을 부여받고 있으며 환자수도 대폭 증가하는 등의 효과를 보이고 있고, 정부는 병원들의 자발적인 참여유도를 위해 심사신청병원에 일정액을 보조해주고 있음.

IV. 醫療機關 信任制度 導入方案

- 현재 우리 나라에서 시행되고 있는 병원평가제도는 전반적으로 볼 때 병원서비스 개선에 효과적이지 못하여 표준화심사는 전공의 배정에 관련한 근거를 마련하는 절차로서의 역할에 그치고 있고 의료기관서비스평가제도는 평가주체나 평가내용상의 문제점으로 인해 아직도 시범실시에 머무르고 있는 실정임.
- 평가를 주도하는 주체에 관하여는 표준화심사의 경우 서비스를 받는 고객의 입장을 반영하지 못한 전문가 집단 위주의 폐쇄성에 대

한 지적을 받고 있고 의료기관서비스평가의 경우 정부주관이라는 인식 때문에 병원들의 반감을 사고 있음.

- 또한 평가내용 개발을 위한 지속적인 연구의 부재로 표준화심사의 경우 심사내용이 '80년대 초의 미국병원신임위원회의 기준에 크게 벗어나지 못하고 있으며 의료기관서비스평가의 경우 지난 4년간 시범평가를 시행하고 있는데도 불구하고 내용에 별다른 발전이 없이 대상의료기관의 규모에 따라 약간의 변화를 주고 있는 데 그치고 있음.
- 이밖에 평가절차 및 수행상의 전문성 미흡, 개별 병원에 대한 서비스 질 개선을 위한 구체적인 방향제시 미흡 등의 다양한 문제점을 노출하고 있음.
- 현행제도의 문제점을 개선하기 위하여 객관성과 전문성을 가지고 평가자나 규제자의 시각이 아닌 조연자의 시각에서 병원의 지속적인 서비스의 질과 효율성 제고를 위한 역할을 할 수 있도록 독립된 병원신임기구의 설립이 필요한 것으로 사료됨.
- 이러한 병원신임기구는 병원의 진료의 질과 환자만족도를 향상시키고 병원운영에 있어서의 효율성 제고를 통해 국민에게 양질의 병원서비스를 보장하며 보건의료자원의 효율적 사용에 기여함을 목적으로 하여야 할 것임.
- 이를 위하여 병원신임기구는 1) 병원들이 공통적으로 추구해야할 병원 운영기준의 설정, 2) 지속적 서비스 질 향상 추구 유도, 3) 운영기준 준수여부와 지속적 서비스 향상노력에 대한 평가를 바탕으로 한 신임부여, 4) 병원운영관련 연구, 교육 및 출판사업, 5) 소비자 정보제공 및 정부의 의료정책 달성수단 제공 등의 기능을 수행함.

- 병원 서비스의 질 개선을 유도하기 위한 신입평가의 내용은 병원이 통상적으로 갖추어야 할 적정수준에 대한 평가를 위한 ‘병원운영기준’ 부문과 병원들의 자율적 서비스 개선활동의 결과를 평가하는 ‘지속적 서비스 질 개선’ 부문으로 제시되는 것이 바람직한 것으로 사료됨.
- 병원운영기준 개발을 위한 기본체계는 환자에게 제공되는 직접서비스를 병원내 환자의 흐름중심으로 보아 환자진료체계를 구성하고 환자진료체계의 원활한 운영을 위한 최고위층의 지도력, 인력관리체계, 안전 및 환경관리체계, 병원정보관리체계, 수행향상체계로 나누어 구성함.
 - 환자진료체계는 환자의 흐름에 따라 병원서비스로의 진입, 진단, 치료계획, 치료, 환자교육, 퇴출 및 지속관리 과정으로 구성됨.
 - 최고위층의 지도력 부문에는 환자의 권리보장 및 병원윤리 준수, 부서간 협조체계 확립, 질 개선활동의 주도 등이 포함됨.
 - 인력관리체계는 인력계획, 신규임용 및 퇴직관리, 인력교육, 직원복리후생 등을 포함함.
 - 병원정보관리체계는 정보관리계획, 자료의 수집, 자료의 분석 및 정보의 환류로 구성됨.
 - 안전 및 환경관리체계는 환자와 병원종사자의 안전과 쾌적한 진료환경의 조성에 관련된 사항을 명시하며 위기관리계획, 전염관리, 의료기기 및 비품관리, 시설 및 기자재의 유지 보수 등이 포함됨.
 - 수행향상체계는 효율적인 질 향상을 위한 계획, 모니터링 체계, 수행분석 및 결과 환류 등에 관한 사항이 제시됨.

- 이상과 같은 여섯 가지 분야의 병원운영기준에 대한 평가를 위한 조사도구 개발은 문헌고찰과 사전조사 등을 통한 치밀한 연구를 기초로 신뢰성(reliability), 유효성(validity), 측정가능성(feasibility) 및 민감성(sensitivity)을 고려하여 개발되어야 함.
- 지속적 서비스 개선 부문의 평가를 위해서는 먼저 병원들로 하여금 1) 사안이 병원전체에 미치는 기대효과, 2) 위험률 및 다빈도 또는 문제가 많은 것으로 인정되는 시스템, 3) 병원운영기준에서 제시되는 항목과의 연관성, 4) 인적·물적 자원의 확보 가능성 등을 고려하여 질 개선 분야를 정하도록 함.
- 개선 분야가 결정되면 병원의 서비스 개선 방법론으로 TQM개념을 이용하여 미국에서 개발된 FOCUS-PDCA 순환모델을 적용함으로써 병원들이 자율적으로 질 개선활동을 하도록 하고 이 결과를 신임기구에 보고하도록 함.
- 이러한 활동에 관한 보고는 간단한 사업배경, 대상 시스템선정 논리, 질 개선 팀 구성원칙, 과정분석, 시스템 안정성 분석 및 개선을 위하여 취한 조치와 최종 성과 등을 내용으로 작성하도록 하고 신임위원회는 서면 검토와 현지조사시 보고회를 통하여 이를 검토함.
- 신임기구의 병원에 대한 정규적인 신임평가는 2년이나 3년에 한 번씩 시도하되 무작위 수시조사와 개별병원과의 수시 접촉 등을 제도화하여 지속적인 질 향상을 유도하고, ‘지속적 서비스 개선’ 부문은 1년에 2회 정도 실시하여 이 부문에서의 누적된 평가결과를 2년이나 3년에 한 번씩 수행하는 정기적 평가에 반영하도록 함.
- 평가의 전문성을 확보하기 위해서 평가기구는 분야별 전문가를 평가위원으로 영입하고 평가위원들에 대한 정기적인 교육을 실시하여 평가의 전문성제고와 평가자간 차이를 최소화할 수 있도록 함.

- 평가결과의 활용방안은 신임제도에 병원들의 적극적 참여, 소비자 의 신임제도에 대한 신뢰성 확보 등에 중점을 주어 개발하여야 할 것임.
 - 신임을 받은 개별 병원이 공식적으로 소비자에게 홍보할 수 있는 방안을 모색하도록 하고 의료기관신임위원회도 신임에 대하여 적극적으로 홍보함.
 - 신임평가기법의 발전에 따라 개별 병원의 신임여부와 함께 각 병원의 분야별 전문성에 대한 평가내용도 공표하여 소비자의 적절한 의료기관 선택에 기여함.
 - 또한 정부도 신임제도 운영에 적극 참여하여 효과적인 신임제도의 운영에 기여하고 신임결과를 기준으로 신임을 받은 기관에게 정책적인 배려를 하여야 할 것임.
 - 본 연구의 조사에서 병원들은 설비, 인력, 교육 및 경영자문 등에 대한 직접적 재정지원, 보험수가차등화, 세계혜택, 금융지원 등 간접적 재정지원, 전공의나 공중보건의 배정에서의 혜택, 조사결과 홍보지원 등에 대해 정부의 배려를 건의하고 있음.

V. 醫療機關信任委員會 設立方案

- 독립된 병원신임기구는 병원협회, 의사협회, 간호사협회 등 공급자 측과 정부, 보험자, 소비자 등 병원서비스의 수요자 측이 공동으로 참여하여 사단법인 의료기관신임위원회를 설립하도록 함.
- 의료기관신임위원회의 주요 의사결정은 이사회가 수행하며 이사회는 각 참여단체의 대표로 구성하고 이사 중에서 이사장을 선출하며 이사장은 이사회에 의하여 임명된 위원회의 위원장으로 하여금 실무적인 의사결정을 행사할 수 있도록 권한을 위임함.

- 의료기관신임위원회의 조직은 신임관련 제반 실무사항을 결정하여 이사회의 제가를 받는 신임평가위원회를 비롯하여 위원회내부인사와 외부전문가로 구성되는 평가지표개발위원회, 교육·자문위원회 등 3개의 위원회를 두고, 실무조직으로 사무행정실, 신임평가실, 연구개발실의 3개 실과 실 산하에 7개의 팀으로 구성함.
 - 신임평가위원회는 위원회위원장이 위원장이 되며 위원회 내부인사 6인, 정부, 의료계, 병원계, 소비자단체, 학계 등 관련 분야 전문가 각 1인 등 총 11인으로 구성되며, 병원신임, 병원운영기준 및 기타 신임제도 관련 사항을 최종 검토하여 최종안에 대한 이사회의 추인을 받음.
 - 평가지표개발위원회는 위원회 내부인사 4인 병원계, 의료계, 학계 등 관련분야 각 1인 등 총 7인으로 구성되며 위원장은 위원중에서 선임하고 병원운영기준의 부문별 개발 지침마련 및 개발 실무진 위촉 등의 업무를 수행함.
 - 교육·자문위원회는 위원회 내부인사 4인 병원계, 의료계, 학계 등 관련분야 각 1인 등 총 7인으로 구성되며 위원장은 위원중에서 선임하고 ‘지속적 서비스 개선부문’의 효과적 수행을 위한 병원지원, 개별병원 운영자문, 병원운영관련 교육개발 및 실시 등의 역할을 담당함.
 - 사무행정실 산하 행정지원팀은 기획 및 예산관리, 인사 및 급여관리 등의 업무를 수행하고, 전산지원팀은 평가절차의 전산화, 병원업무 정보화 지원, 수집자료 DB 관리, 위원회내 S/W개발, H/W유지보수, 네트워크 구축, 홈페이지 개발 등의 업무를 수행함.
 - 신임평가실 산하 신임조사팀은 병원신임평가 기획, 전국 병원현황관리, 병원신임평가 실시 등의 업무를 수행하고, 평가자관리팀은 평가단 구성 및 계속관리, 내부 위원회관리 등의 기능을 수행함.

- 연구개발실 산하 평가지표개발팀은 평가지표개발을 위한 제반 자료수집, 신임평가를 위한 평가지표 개발, 평가지표에 대한 선행평가, 대외 의견수렴의 업무를 수행하고, 결과분석연구팀은 DB자료분석 및 분석결과 평가, 종합결과보고서의 작성의 업무를 수행하며 교육·자문팀은 개별 병원 질 향상활동 지원, 개별 병원 운영 자문, 병원운영자 대상 교육 등을 수행함.
- 의료기관신임위원회의 운영을 위한 비용은 위원회의 신임사업, 병원운영자문, 교육 및 연구보고서 발간사업 등을 통하여 자체 조달하는 것을 원칙으로 하되 초기에 설립 및 운영을 위해서 정부가 적정한 범위에서 보조함.

I. 序論

1. 研究의 背景

병원신입제도란 병원진료의 질적 향상과 서비스 개선을 위해 일정한 기준을 충족하는 병원을 사회적, 전문적 측면에서 인정함으로써 병원의 적정서비스 제공 능력을 보장하는 제도이다.

19세기까지만 하더라도 의료서비스는 대부분 환자의 가정에서 제공되었다. 병원은 주로 시혜기관으로 치료가 필요한 빈곤층을 대상으로 무료서비스가 제공되는 기관이었다. 그러다가 19세기 말경 의료에 있어서 마취술, 소독법, 수술 등의 과학적 방법이 적용됨에 따라 병원의 역할은 변화하기 시작하였다. 병원이 과학적 서비스를 제공하게 되자 병원의 서비스는 좀더 안전하게 되고 이에 따라 빈곤층뿐만 아니라 중산층도 병원의 서비스를 받게되는 등 병원서비스에 대한 사회적 인식이 변화하기 시작했다. 이러한 새로운 기술의 적용과 함께 병원의 운영상에 비용이 증가하게되자 병원들은 환자들에게 공식적으로 서비스에 대한 대가를 지불하도록 하게되고 의사들에게 병원의 시설을 개방하여 의사들이 자신들의 환자진료에 이용하도록 하여 이에 대한 대가를 받게 되자 병원들의 숫자가 급격히 증가하게 되었다. 미국의 예를 들면 1873년의 178개 병원에서 1909년에 4,359개로 급증하였다.

이러한 병원의 수적 증가와 의사들이 자신들의 환자에게 의료서비스를 제공하기 위해서 병원시설에 의지하는 경우가 많아지고 이와 함께 병원에서의 수술이 증가하게 되었다. 병원에서의 서비스 제공과정에서 의사들, 특히 외과의사들은 병원의 열악한 환경에 대한 문제점을 인식

하게 되고 병원의 진료환경개선의 필요성을 제기하게 됨에 따라 병원 신입제도가 미국에서 처음 시작되게 되었다. 따라서 신입제도의 첫 시발은 1919년의 미국외과학회(American College of Surgeons)에서 병원의 시설을 표준화하려는 노력의 일환으로 위원회를 조직하여 활동한 병원 표준화사업(Hospital Standardization Program)이라고 할 수 있다.

이렇게 시작된 병원의 서비스 개선사업은 이제는 병원신입사업으로 자리잡아 미국, 캐나다, 호주, 영국 등에서는 이미 제도화되어 그 활동이 다양하며 일본의 경우 오랜 동안의 준비기간을 거쳐 1995년부터 본격적인 신입사업을 실시하기에 이르렀다. 우리 나라의 경우 병원서비스 개선을 위한 사업으로 대한병원협회에 의하여 1963년부터 시행되고 있던 수련병원 지정을 위한 심사를 1981년에 확대, 발전시켜 매년 전국의 수련병원을 대상으로 실시하고 있는 병원표준화사업이 있다. 이와 함께 쾌적한 진료환경의 조성과 의료기관 이용상 환자 불편의 최소화를 목적으로 1994년 의료보장개혁위원회에서 제안되어 1995년부터 실시해오고 있는 의료기관서비스평가제도가 시행되고 있다. 이밖에 3차 의료기관 지정을 위한 평가 등 목적에 따라 제한적으로 병원의 서비스에 대한 평가가 이루어지고 있다.

그러나 현재 시행되고있는 이러한 평가들은 평가를 받고 있는 병원계는 의료서비스를 받고 있는 소비자들로부터 많은 불만을 사고 있는 것이 사실이다. 병원계는 평가가 병원 서비스의 질이나 효율성의 향상에 직접적인 도움을 주지 못하고 요식적인 절차에 그치고 있어서 병원들로 하여금 불필요한 운영상의 불편과 자원의 낭비를 초래하게 하고 있다고 보고 있다. 한편 병원서비스의 소비자들은 병원평가 과정에 있어서 소비자의 참여가 미진하고 평가결과 또한 공표되지 않으므로 소비자 정보제공 측면에서도 기여하는 바가 미흡하다는 견해를 보이고 있다.

고도의 전문성을 바탕으로 하는 의료서비스는 그 특성상 서비스공급자와 수요자간의 정보의 비대칭으로 인하여 소비자의 서비스의 질에 대한 판단능력에는 한계가 있다. 또한 의료서비스가 가지는 국민 건강에 대한 직접적인 영향력을 고려할 때 병원서비스의 질을 평가하고 운영현황을 분석하여 서비스의 질 개선을 위한 방향을 제시할 수 있는 효과적인 제도의 확립은 국민의 건강권 보장을 위하여 필수적이라고 하겠다. 따라서 본 연구는 현재 진행되고 있는 병원표준화심사와 의료기관서비스평가제도를 중심으로 우리 나라 관련 제도의 현황과 문제점을 고찰하고, 외국의 신임제도 운영사항과 우리 나라 의료전달체계의 특징을 고려한 효과적인 신임제도의 도입방안을 제시하고자 한다. 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 현행 의료기관평가제도의 수행주체, 평가내용, 평가방법 및 평가결과의 활용에 관한 현황과 문제점의 고찰
- 둘째, 의료기관 신임제도에 관한 외국의 사례 고찰
- 셋째, 신임제도 도입을 위한 기본 방향의 제시
- 넷째, 독립된 병원신임기구의 설립방안 제시

2. 研究方法

연구의 수행을 위하여 본 연구는 외국의 문헌고찰과 국내 자료를 검토하고 전국의 886개 병원의 병원장을 대상으로 현행 의료기관평가제도 관련 설문조사를 실시하였다. 설문의 대상을 병원장으로 한 이유는 병원평가 사업의 소비자는 병원이며 또한 병원장은 병원을 대표하는 사람으로서 병원의 임상담당자 및 행정담당자의 의견을 취합하여 답변할 수 있는 위치에 있다는 점에서 병원장을 대상으로

설문을 실시하였다.

설문지는 병원표준화심사 관련 10문항, 의료기관서비스평가 관련 10문항, 독립된 평가기구 설립관련 10문항 등 총 30문항으로 구성되었다. 현행 병원평가제도관련 문항은 두 제도가 시행하고 있는 조사내용에 대한 의견, 심사를 받기 위하여 병원이 준비하는 조사준비 상태 및 제도가 의도하고 있는 바를 달성하고 있는지 여부에 대한 병원들의 의견을 조사하고 있다. 또한 신입제도 도입방안의 하나로 제시되고 있는 독립된 평가기구의 필요성, 운영주체, 설립시기, 운영방법, 평가내용 등에 대한 병원장들의 의견을 수렴하였다.

설문조사 응답률은 25.3%로 총 886개 의료기관 중 224개소가 응답하였다. 응답의료기관의 구성을 의료기관 종별로 보면 3차 의료기관 25개소(11.2%), 종합병원 102개소(45.5%), 병원 97개소(43.3%)였다. 응답한 병원 중 표준화심사 경험이 있는 병원은 128개소로 3차 종합병원 25개소, 종합병원 86개소, 병원 17개소이다(表 I-1 참조).

〈表 I-1〉 應答病院의 標準化審査 參與 與否

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
반 음	25(100.0)	86(84.3)	17(17.5)	128(57.1)
받지 않음	0(0.0)	16(15.7)	80(82.5)	96(42.9)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

의료기관서비스평가의 경우 응답병원의 34.8%인 78개소에서 서비스평가경험이 있었고, 의료기관 종별로 보면 3차 진료기관이 23개소, 종합병원은 55개소였으며, 병원급 의료기관 중 서비스평가의 경험있는 병원은 없었다(表 I-2 참조).

〈表 I-2〉 應答病院의 醫療機關서비스評價 參與 與否

(단위: 개소, %)

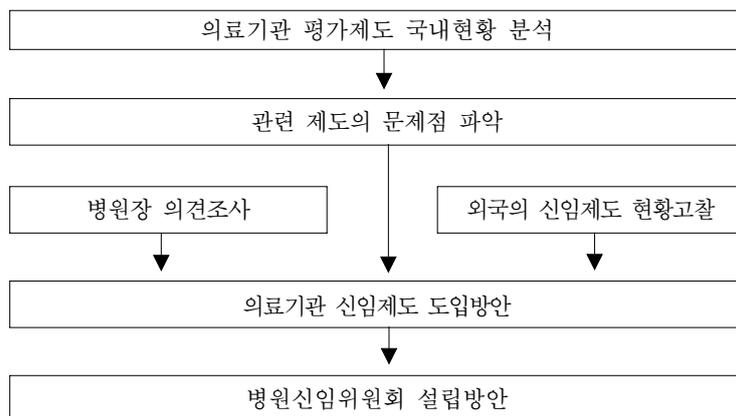
구 분	3차 진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	102(100.0)	97(100.0)	224(100.0)
있 다	23(92.0)	55(53.9)	0(0.0)	78(34.8)
없 다	2(8.0)	47(46.1)	97(100.0)	146(65.2)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

본 연구는 설문조사 결과의 분석을 통하여 우리 나라 의료기관 평가사업의 현황과 문제점을 병원표준화심사제도와 의료기관서비스평가제도를 중심으로 고찰하고, 외국의 의료기관 신임제도 현황고찰을 위하여 미국의 보건의료기관합동신임위원회 사업, 호주의 보건의료기관 표준위원회 사업, 일본의 의료기능평가기구 사업의 실시현황과 최근 동향을 고찰하였다.

이러한 분석을 바탕으로 본 연구는 신임제도의 목적, 제도의 수행주체, 신임평가의 내용 및 신임평가 결과 활용방안을 내용으로 하는 병원신임제도 도입방안을 모색하였다. 연구의 틀을 그림으로 나타내면 [그림 I-1]과 같다.

[그림 I-1] 研究의 틀



II. 醫療機關 評價制度의 現況과 問題點

1. 病院標準化審査制度

가. 發展過程

우리 나라 병원에 대한 평가 제도의 효시는 1961년에 당시 보건사회부가 대한의학협회에 위임하여 실시하였던 수련병원 인정관련업무로 볼 수 있다. 이 제도의 주요 내용은 수련병원 인정 기준에 관한 사항, 수련병원 실태 조사에 관한 사항, 수련병원 과목별 사정에 관한 사항 등으로 구성되어 대한의학협회에 의하여 실시되었다. 그러다가 업무의 성격상 의학협회보다는 대한병원협회가 수행하는 것이 보다 효율적일 것으로 보고 1967년부터 병원협회로 이관되어 실시되었다. 그러나 수련병원 인정관련 업무는 병원들이 제공하는 의료서비스의 질적 수준을 조사하여 평가하기 위한 것이라기보다는 병원들이 전공의 수련병원으로서의 기본 요건을 갖추었는지를 심사하는 성격을 가지고 있었다.

1977년 의료보험 도입 이후 급격한 의료 수요의 증가에 따라 이를 충족하기 위한 의료기관 증설현상이 나타났다. 이러한 과정에서 의료기관의 요건을 적정하게 구비하지 못하여 병원서비스의 질이 저하될 경우 병원서비스의 신뢰성에 문제가 발생할 수 있다는 의견이 병원계에서 대두되었다. 이에 따라 병원협회는 1980년에 ‘병원윤리강령’을 제정함과 동시에 병원의 진료수준을 향상시킬 것을 목적으로 ‘병원표준화사업’을 도입하기로 하고 ‘병원표준화사업 추진위원회’를 발족시켜 사업 시행에 대한 준비 작업에 착수하였다.

병원표준화사업 추진위원회는 미국 병원합동신임위원회의 병원대상 설문내용을 참조하여 ‘병원표준화심사요강’ 시안을 작성한 후 관련 전문가의 심의를 거쳐 요강을 확정하였다. 심사요강의 확정에 따라 1981년에 118개 병원을 대상으로 제1차 병원표준화심사가 실시되었는데 병원표준화심사를 독립적으로 시행할 경우 병원이 사업에 참여할 유인이 없다는 점과 기존의 수련병원 실태 조사와 목적 및 내용이 유사하다는 점을 고려하여 정부의 승인을 받아 ‘수련기관실태조사’와 병행하여 실시하였다.

1985년에는 관련 전문가들을 중심으로 ‘표준화 연구위원회’를 구성하여 그 동안 심사과정에서 인지되었던 문제점과 심사요강을 평가하여 심사요강을 개정하였으며, 1991년부터 표준화심사 성적을 근거로 우수 병원에 대하여 점수에 따라 2년이나 3년간 현지조사를 생략하고 서류심사로 대체하는 제도를 도입하였다. 1995년에는 의료기관 이용에 따른 환자의 불만이 증가함에 따라 이의 개선을 유도하기 위하여 환자만족도를 강조하는 서비스평가 부문을 심사요강에 신설하였다. 1996년에는 3개 신설 전문과목(응급의학과, 핵의학과, 산업의학과)에 대한 조사항목을 임상 각과에 추가하였으며, 1997년에 심사요강의 정도관리 부문을 전면 개정하였고, 1998년에는 보건복지부의 감사 지적에 따라 전공의 수련 현황 항목을 보완하여 ‘수련병원 실태 조사서’와 ‘병원표준화심사요강’을 통합하여 실시하였다.

나. 事業 現況

1) 事業 組織

병원표준화사업은 대한병원협회 내에 조직되어 있는 병원신임위원회에 의하여 수행된다. 병원신임위원회는 대한의학협회, 대한병원협

회, 대한의사협회 및 대한군진의학협회에서 추천한 전문가들로 구성되며, 병원표준화를 위하여 관련 분야 전문가를 추가 위촉할 수 있도록 되어 있다. 1999년 현재 대한의학협회 대표 26명, 대한병원협회 대표 15명, 대한의사협회 대표 4명 및 대한군진의학협회 대표 1명 등 총 46인으로 구성되어 있다. 신임위원회의 위원장은 당연직으로 병원협회장이 되며 부회장은 위원 중에서 호선된다. 병원신임위원회 아래에 4개의 실행위원회가 구성되어 있고 사업 실무를 담당하는 사무국은 별도로 설치되어 있지 않고 대한병원협회의 교육수련부에서 이를 담당하고 있다.

병원신임위원회의 임무는 대한병원협회 정관 제33조에 명시된 바에 따라 ① 병원표준화에 관한 사항, ② 수련병원 및 수련기관의 심사, 수련과목과 전공의 정원 책정에 관한 사항, ③ 전공의 수련 교육 기준에 관한 사항을 관장하도록 되어 있다.

병원신임위원회에는 수련교육 실행위원회, 병원표준화 실행위원회, 병원표준화심사 및 수련조사 실행위원회와 1991년에 구성된 특별 실행위원회인 병원신임 실무위원회 등 4개의 실행위원회가 구성되어 있다. 수련교육 실행위원회는 수련병원 및 수련기관의 지정기준과 지정에 관한 사항, 수련교육 및 전공의 수련 제도에 관한 사항, 전공의 정원책정, 등록 및 수련에 관한 사항 등을 그 임무로 하고 있으며, 병원표준화 실행위원회는 병원표준화 심사평가에 관한 사항, 병원표준화 신임에 관한 사항 등을 다루고 있다. 병원표준화심사 및 수련조사 실행위원회의 임무는 병원표준화 심사 계획, 수련병원 및 수련기관 실태조사 계획에 관한 사항 등이며, 병원신임 실무위원회는 병원신임위원회에 상정할 안건의 준비 및 조정, 신임위원회 결의 사항에 대한 실행 및 결과보고, 신임 업무의 조사 및 연구, 기타 위임된 업무의 실행을 담당하고 있다.

2) 事業 過程

가) 審査의 對象

병원표준화심사의 심사대상은 의료기관 개설 허가를 받은 병원으로서 24시간 지속적으로 환자진료업무가 유지되고 1년 이상의 환자 진료 실적 및 수련 병원의 구비조건을 갖춘 병원으로 수련병원 지정신청 마감일(매년 3월 31일)까지 병원협회에 심사를 신청한 병원이다. 표준화심사 실시 이래로 심사를 받은 병원은 병원급 의료기관 중 약 30%를 차지하고 있으며 1999년도에는 244개 병원과 32기관이 참여하여 실시되었다. 심사 대상 병원은 병상 규모와 수련 과목의 수를 기준으로 5개 군으로 분류(表 II-1 참조)하고 있으며, 병원군의 분류에 따라 심사반의 편성, 심사 시간, 심사 요강의 적용 항목, 신입 인정 점수가 달라진다.

〈表 II-1〉 標準化審査對象病院 分類基準

분류군	A	B	C	단 C	D
분류기준	대학병원 및 500병상 이상	300~499병상	200~299병상	단과 레지던트 수련병원	100병상 이상의 인턴수련병원

資料: 대한병원협회, 1998년도 병원표준화심사 결과 보고서, 1998. 12. 31.

나) 審査의 過程

병원표준화심사는 현지심사와 서류심사로 나뉘어 진행되는데 현지심사는 심사반이 심사대상 병원을 현지 방문하여 심사를 실시하는 것으로 심사위원은 심사요강 내용을 현지 확인하여 심사평가기준에 의거하여 평가한다. 서류심사는 1991년부터 시행되었는데 병원표준화심사를 계속 5년 이상 수검받은 병원 중 심사성적이 70% 이상인 병원

은 2년, 80% 이상인 병원은 3년간 신입을 인정하여 그 기간동안 현지 심사를 생략하고 서류심사로 대체하고 있다.

현지심사의 경우 심사반은 문서를 통하여 수련 병원 지정 기준 충족 여부, 전공의 수련교과과정, 전속 전문의를 확인하며, 필요한 경우 현장 방문을 하여 확인을 하도록 되어 있다. 심사 과정에서 심사 위원들은 병원표준화심사 평가기준을 이용하여 개별 문항별로 2점 또는 3점 척도로 평가를 하며 필요시 심사 의견을 기록하도록 되어 있다.

이러한 현지심사는 심사자체에도 의미가 있지만 심사대상 병원들이 심사를 받기 위하여 준비하는 과정에서 실질적인 개선이 이루어진다고 볼 수 있다. 본 연구에서 실시한 조사에 의하면 표준화심사의 경우 심사를 위한 준비정도는 표준화심사경험이 있는 응답병원의 과반수 이상인 97개 병원(76.4%)이 심사를 위해서 일부 또는 많은 준비를 하는 것으로 나타나 심사자체가 병원들로 하여금 병원운영 현황을 파악하고 나름대로의 문제점을 도출하는 데 기여하고 있다고 볼 수 있겠다(表 II-2 참조).

〈表 II-2〉 標準化審査를 위한 病院의 審査準備程度 現況

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	85(100.0)	17(100.0)	127(100.0)
많은준비	11(44.0)	35(41.2)	3(17.7)	49(38.6)
일부대비	8(32.0)	32(37.7)	8(47.1)	48(37.8)
그대로	6(24.0)	18(21.2)	6(35.3)	30(23.4)

註: 무응답 제외

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

한편 심사에 따른 재정적·시간적 부담정도에 대한 질문에 표준화심사경험이 있는 응답병원 중 58(45.3%)개소의 병원이 ‘보통’이라고 응답

했으며, 54(42.2%)개소의 병원이 ‘그림’이라고 응답해 과반수 이상의 병원이 심사를 병원운영상 부담으로 느끼는 것으로 나타났다(表 II-3 참조). 이러한 심사는 병원들에게 운영상의 문제점을 확인하게 하는 긍정적인 효과도 있지만 한편으로는 병원들에게 심자자체에 따른 시간적, 재정적인 부담과 정상적인 진료활동에 지장을 초래하는 부정적인 효과도 있는 것으로 사료된다. 따라서 유사한 내용의 심사가 여러 기관에 의하여 중복 실시되는 것은 지양해야 할 것이다.

〈表 II-3〉 審査에 대한 財政的·時間的 負擔程度

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우그림	0(0.0)	2(2.3)	2(3.1)	4(3.1)
그림	12(48.0)	37(43.0)	5(29.4)	54(42.2)
보통	10(40.0)	42(48.8)	6(35.3)	58(45.3)
그렇지않음	3(12.0)	5(5.8)	4(23.5)	12(9.4)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

한편 표준화심사의 경우 심사를 수행하는 심사위원은 관련 단체에서 추천을 받은 전문인력을 위촉하여 활용하고 있다. 심사 위원은 당연직과 추천직으로 구분되는데 당연직은 병원신임위원회 위원이고, 위촉직은 병원협회, 26개 진료과목 학회 및 대한간호협회가 추천한 의사, 간호사, 병원행정관련자 등의 전문가로 병원협회 회장이 심사 위원으로 위촉한다. 이들 심사위원은 병원운영에 대한 지식과 경험이 풍부하다고 인정되는 병원장급 위원을 심사반장으로 하여 심사기간 중 현지 심사와 서류 심사를 수행한다.

이러한 심사자의 전문성에 관한 본 연구의 조사결과에 의하면 병원

들이 전반적으로 심사자의 전문성을 인정하고 있었다. 표준화심사 경험이 있는 응답병원 중 61개(47.6%) 병원에서 ‘전문적’ 또는 ‘매우 전문적’으로 응답하였고 57개(44.5%) 병원에서 ‘보통’이라고 응답하였다. ‘전문적’이라고 응답한 병원을 의료기관종별로 보면 종합병원 42개소(48.8%), 3차 진료기관 10개소(40.0%), 병원 5개소(29.4%) 순 이었다(表 II-4 참조). 그러나 전문성이 ‘보통’으로 답한 경우가 상당히 많은 것을 고려할 때 심사가 평가위주가 아닌 질 향상 지도 방향으로 이루어지기 위해서는 심사자들의 전문성 제고가 시급하다고 할 수 있다.

〈表 II-4〉 標準化 審査者の 専門性

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우전문적	1(4.0)	1(1.2)	2(11.8)	4(3.1)
전문적	10(40.0)	42(48.8)	5(29.4)	57(44.5)
보 통	11(44.0)	38(44.2)	8(47.0)	57(44.5)
전문성미흡	3(12.0)	5(5.8)	0(0.0)	8(6.3)
비전문적	0(0.0)	0(0.0)	2(11.8)	2(1.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

심사일정을 보면 A군, B군, C군, D군 및 신규수련 신청병원은 1일 1개소, 단과레지던트 수련병원은 1일 2개소를 심사하는 것을 원칙으로 하고 있다(表 II-5 참조).

〈表 II-5〉 病院群別 審査委員數 및 審査期間

군 분류	심사반 편성	심사시간
A	5명(반장 1, 학회 2, 간호 1, 행정 1)	1일
B	4명(반장 1, 학회 1, 간호 1, 행정 1)	1일
C	4명(반장 1, 학회 1, 간호 1, 행정 1)	1일
단C ¹⁾	4명(반장 1, 학회 1, 간호 1, 행정 1)	½일
D	4명(반장 1, 학회 1, 간호 1, 행정 1)	1일

註: 1) 단과레지던트 수련병원

資料: 대한병원협회, 『1998년도 병원표준화심사 결과 보고서』, 1998. 12. 31.

이러한 심사일정이나 심사방법 등을 고려할 때 심사가 효과적으로 이루어지고 있다고 생각하느냐에 대한 의견조사 결과를 보면 아래와 같은 바, ‘보통’이라고 응답한 병원이 62개소(48.4%), ‘그림’이라고 응답한 병원이 54개소(40.6%)로 나타났다(表 II-6 참조). 이러한 심사일정은 대개 병원 당 3일을 투입하는 외국의 경우를 볼 때 세밀한 심사를 수행하기에는 너무 촉박한 것으로 사료된다. 그러나 표준화심사는 매년 3월 1일까지 심사결과를 참고하여 수련병원에게 전공의를 배정하는 목적을 동반하고 있어 심사 대상기관 전체에 대한 심사를 일정 기간 내에 마쳐야 하므로 병원 당 심사기간을 연장하기는 어려운 실정이다.

〈表 II-6〉 標準化 審査의 日程·方法의 效果性

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우그림	1(4.0)	1(1.2)	0(0.0)	2(1.6)
그림	12(48.0)	34(39.5)	6(35.3)	52(40.6)
보통	10(40.0)	44(51.2)	8(47.1)	62(48.4)
그렇지않음	2(8.0)	7(8.1)	2(11.8)	11(8.6)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	1(0.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

3) 審査 結果의 評價 및 活用

가) 審査 結果의 評價

심사 결과는 심사반의 현지 확인 및 기타 관련 정보, 전년도 심사시 지적된 기준 미달 사항에 대한 시정여부, 적정진료보장 활동 실적, 시정을 요하는 기준 미달 결격 사항 등을 검토하여 심사 평가 기준에 제시된 심사 문항별 배점 기준을 적용하여 계량화된 점수를 산출한

다. 병원군별로 심사 대상 문항, 부서 및 평가 문항별 배점이 다르고, 이에 따라 총점도 A군에서 D군으로 갈수록 작아진다. 따라서 병원신임여부에 관한 판단은 각 병원군별로 총점 중 획득한 점수의 백분율을 산출하여 결정한다.

이러한 평가과정에 의하여 결정되는 내용에 대한 병원들의 의견을 알아보기 위하여 제시한 표준화 심사결과가 병원의 실제 현황을 잘 반영하는가? 라는 질문에 대해 병원들은 대체로 긍정적인 응답을 하여 44.9%가 ‘매우 그럼’ 또는 ‘그럼’으로 응답하였다(表 II-7 참조).

〈表 II-7〉 審査結果의 病院現況 反映程度

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	24(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	127(100.0)
매우그럼	0(0.0)	1(1.2)	1(5.9)	2(1.6)
그럼	13(54.2)	38(44.2)	4(23.5)	55(43.3)
보통	10(41.7)	42(48.8)	7(41.2)	59(46.5)
그렇지않음	1(4.2)	5(5.8)	4(23.5)	10(7.9)
전혀안그럼	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	1(0.8)

註: 무응답 제외

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

병원신임 여부 및 신임기간에 관한 사항은 심사결과 평가에 기초하여 병원신임위원회가 결정한다. 병원표준화심사를 5년 이상 받은 병원 중 심사 성적이 70% 이상인 경우 2년, 80% 이상인 경우 3년 신임을 인정하여 1년 또는 2년간 서류 심사만 실시한다. 1991년에는 29.9% (60/201), 1998년에는 53.7%(131/244)의 대상 병원이 서류 심사를 받았으며, 1999년에는 대상 병원 중 22.0%(54/245)가 서류 심사를 받고 있다. 〈表 II-8〉은 병원군별 신임인정 점수와 신임인정 점수의 연도별 추이를 나타내고 있다.

〈表 II-8〉 病院群別 信任認定點數와 點數의 變化 推移(1981~1998)

병원군	신임인정점수	1981 평균점수	1991 평균점수	1998 평균점수
A	70	69.5	80.4	79.9
B	70	66.3	75.0	76.5
C	70	63.4	74.9	75.7
D	60	53.9	71.0	67.5

資料: 이상일, 『병원표준화사업의 현황과 문제점』, 『의료정책토론회자료집』, 한림대학교 사회의학연구소, 1999.

나) 評價 結果의 活用

병원표준화심사 성적은 수련 병원의 지정 및 전공의 정원 책정의 근거 자료로 이용되고 있으며, 병원별 평가 결과는 공개되지 않고 있다. 인턴수련병원의 경우 당해 심사연도 병원표준화심사 성적이 60% 미만인 병원은 전년도 정원 이상 증원할 수 없고, 신규신청병원은 표준화심사성적이 60% 미만일 경우 수련병원지정에서 탈락된다. 레지던트 수련병원의 경우 일반레지던트 수련병원 70%, 가정의학과레지던트 수련병원 60%, 단과레지던트 수련병원은 50%에 미달인 경우 전년도 정원이상 레지던트인원을 증가할 수 없고, 심사성적이 70% 미만인 신규레지던트 수련신청 병원은 지정에서 탈락된다.

또한 병원협회는 병원표준화심사 결과에 시정 보완이 필요한 사항을 첨부하여 병원표준화심사 결과 보고서와 함께 병원에 송부하며, 일정 기준을 충족한 경우 신임인정서를 병원에 교부한다.

다. 病院標準化審査의 問題點

1) 評價主體

표준화심사는 앞에서 논의된 바와 같이 대한병원협회가 주도하고 있으며 여기에 의학협회 및 간호사협회가 참여하는 방식으로 이루어지고 있다. 따라서 병원서비스의 특성상 병원의 평가는 전문성을 고

려하여 시행되어야 한다고 하더라도 표준화심사는 평가가 의료 공급자의 시각으로 한정되어 있으며 공급자가 내부적으로 평가를 시행하므로 객관성에 문제가 있다는 지적을 받을 수밖에 없을 것으로 사료된다. 심사위원선정 위촉규정상 심사대상 병원에 재직중인 위원을 당해 병원의 심사위원으로 편성할 수 없다라고 규정하고 있어 심사위원이 자신의 병원을 평가하는 예는 없다고 할 지라도 심사대상병원에 재직하는 자가 차후에 심사위원이 재직하는 병원의 심사에 위원으로 참여하는 예가 많은 상황에서 평가가 객관적으로 수행되기에는 한계가 있는 것으로 사료된다.

표준화심사를 병원협회가 실시함에 따른 평가의 객관성에 관한 조사에 대한 응답결과는 <表 II-9> 와 같다. 표에서 나타난 바와 같이 설문이 병원장을 대상으로 하였음에도 불구하고 응답병원 중 29.3%가 비객관적이라는 응답을 하고 있는 것으로 나타났다. 병원종별로는 3차 진료기관의 25.0%, 종합병원의 28.1%, 병원의 41.2%가 비객관적이라고 답하고 있어 규모가 작을수록 평가의 비객관성을 지적하는 경우가 많았다.

<表 II-9> 標準化審査의 病院協會 主導에 따른 審査의 客觀性關聯 病院長 應答
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	24(100.0)	82(100.0)	17(100.0)	123(100.0)
비객관적	6(25.0)	23(28.1)	7(41.2)	36(29.3)
객관적	16(66.7)	52(63.4)	7(41.2)	75(61.0)
잘모름	2(8.3)	7(8.5)	3(17.6)	12(9.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

2) 評價內容

표준화심사요강의 기본체계는 병원개요부서편, 기본부서편, 지원부서편, 특별진료부서편, 조사평가부서편, 임상각과 진료 및 수련부서와 부록으로 서비스평가 부문을 포함하여 구성되어 있다. 각 편은 병원의 조직체계에 근거하여 해당 부서별로 관련 문항을 제시하고 있다. 이러한 체계는 1980년대 초 미국 병원합동신임위원회의 기본구조를 참고하여 구성한 것인데 미국의 경우 '80년대 이후에 환자의 시각에서 병원 서비스 제공 과정을 중심으로 지속적인 개편을 시도한 반면 표준화심사요강은 그 동안 단편적인 개편만을 이루고 있어 중복된 내용이 많고 전반적인 체계가 조직적이지 못한 형편이다. 또한 각 문항의 질문의도나 문항에서 사용되는 용어의 정의 등이 모호하여 답변자나 평가자가 자의적으로 판단할 여지가 많아 문항의 제시 방법이 미흡한 것으로 사료된다.

한편 문항의 내용을 보면 심사요강에 포함된 문항들이 구조적 측면 위주로 구성되어 있어 의료서비스의 최종결과에 대한 질 평가나 질 향상을 위한 방안 제시에 한계가 있는 것으로 사료된다. 개념적으로 병원서비스의 구조적 측면, 과정적 측면 및 최종결과간의 실증적인 상호연관성이 미흡할 뿐더러 구조적인 측면만을 강조하는 질 향상 전략은 효율적이지 못한 경우가 많기 때문이다. 따라서 표준화심사의 효과성 제고를 위해서는 외국의 의료기관 신임제도와 같이 진료 과정에 대한 문항을 개발하여 과정상의 문제점 고찰을 통한 질 향상 방안을 제시하고, 서비스의 최종결과를 계량화하여 평가할 수 있는 질 지표(quality indicator)나 성과지표(performance indicator)를 개발하여 서비스의 질에 대한 직접적인 평가가 이루어 질 수 있도록 보완할 필요가 있다.

또한 표준화심사의 내용에 관하여 지적되어야 할 것은 평가내용상 미국의 병원운영환경에 맞추어져 있다는 것이다. 초기의 심사문항 개발에 있어서 기존의 평가도구를 참고할 수는 있다. 그러나 그 동안 지속적으로 수행되고 있는 표준화심사의 결과를 분석하여 우리 나라 병원운영 환경에 맞는 평가도구를 개발하려는 노력이 미흡했던 것으로 사료된다.

이러한 심사내용에 대하여 병원들의 반응을 보면 심사내용이 병원서비스 향상에 꼭 필요한 항목으로 구성되었다고 생각하는가? 라는 질문에 대하여 ‘그렇지 않음’ 또는 ‘전혀 그렇지 않음’으로 응답한 병원들이 20.4%에 달하고 있다. 이러한 반응은 표준화심사관련 타 질문에 대하여 부정적으로 답한 비율보다 상당히 높은 수치로 심사요강에 대한 병원들의 불만을 표시한 것이라고 볼 수 있다(表 II-10 참조).

〈表 II-10〉 調査問項의 適切性

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우그림	1(4.0)	2(2.3)	0(0.0)	3(2.3)
그림	11(44.0)	29(33.7)	4(23.5)	44(34.4)
보통	8(32.0)	39(45.4)	8(47.1)	55(43.0)
그렇지않음	5(20.0)	16(18.6)	3(17.7)	24(18.8)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	2(11.8)	2(1.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

이러한 평가내용상의 문제는 근본적으로 신임제도의 목적에 대한 기본시각의 재정립의 필요성을 말하고 있다. 즉 병원이 기본적으로 갖추어야 할 사항을 표준적으로 갖추게 한다는 시각에서 이러한 기본적 사항과 함께 지속적인 질 향상을 유도한다는 시각으로의 기본시각의 확

대가 필요한 것이다. 모든 의료기관이 일정기준에 맞추도록 유도하는 ‘표준화’의 접근방법만으로는 지속적인 질 향상을 달성하기는 어렵다. 모든 병원을 대상으로 하는 ‘표준화’는 그 성격상 최소 또는 적정기준 일 수밖에 없고 질 향상을 위한 여지는 항상 존재하기 때문이다.

3) 評價節次

평가의 절차상의 문제점으로는 앞에서 제기된 심사위원 위촉상의 문제 외에도 심사위원대상 사전교육과 심사위원간 상호 의견조율의 미흡으로 심사의 공정성이나 일관성에 문제가 발생하는 것이 있다. 이러한 문제점은 근본적으로 심사 일정이 너무 촉박한 데 기인한다고 할 수 있다. 병원당 1일로 정해진 일정은 조사표상의 답변에 대한 확인을 하기에 충분한 시간이 되지 못하고 있다. 이러한 일정으로는 심사위원과 피심사기관의 관계자간의 상호이해 및 문제점 상담 등을 위한 여유가 없을 뿐더러 심사자체가 피상적으로 진행될 우려가 있다. 이것은 상근 심사위원이 현지심사 전에 심사대상기관과 긴밀한 조율을 통하여 현지심사의 주요부문을 설정하고 약 3일간의 일정으로 심사를 수행하며 심사 시행 중에 심사대상기관의 담당자들과 충분한 의견교환을 시행하고 있는 외국의 경우와 비교된다 하겠다.

한편 심사대상의 범위와 관련하여 병원표준화사업은 수련병원에 국한되어 시행되고 있어 진정한 의미에서의 병원신입사업 역할 수행에 제한이 되고있다. 표준화사업 착수 시점인 1981년에 전체 병원 중 32.0%(110/344)의 병원에 대해서 병원표준화심사가 시행되었으며, 그 이후에 병원표준화사업의 대상 병원 수는 꾸준히 증가하였지만 1999년의 경우 전체 병원 중 31.6%의 병원만이 병원표준화심사에 참여하고 있어 전체 병원 중 약 2/3에 해당하는 병원이 사업 대상에서 제외

되고 있다. 물론 수련병원지정과 관련 없이 심사를 요청할 수도 있지만 비수련기관의 참여실적이 극히 미흡하다는 것은 표준화심사가 병원에게 제공하는 서비스의 필요성에 대한 병원들의 인식이 그리 크지 않기 때문인 것으로 보인다.

4) 評價結果의 活用

병원표준화사업은 ‘병원의 진료윤리, 건물 및 기능의 안전도, 의사 업무의 조직화, 진료수준, 시설·장비 및 경영 관리 면에서 일정한 기준을 설정하여 모든 병원이 여기에 도달하도록 동기를 부여함으로써 병원의 수준을 향상 발전시켜 환자에게 최선의 진료를 제공’하는 것을 목적으로 수행되고 있다. 이를 달성하기 위하여 ① 적정 진료 보장, ② 최신 진료수준의 수용성 증대, ③ 병원 경영 관리의 효율성 제고, ④ 회원 병원 권익 향상을 위한 정보체계 확립을 구체적인 세부 목적으로 설정하고 있다.

그러나 이러한 사업 목적이 얼마나 달성되고 있는지에 대한 구체적인 실증적 연구는 거의 이루어진 바가 없다. 다만 전반적인 병원의 질 개선 기여도에 관한 본 연구의 조사에 의하면 병원들 중 56.3%의 병원이 ‘매우 그림’이나 ‘그림’으로 응답하고 있다(表 II-11 참조).

〈表 II-11〉 標準化審査의 診療의 質 改善 寄與程度

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우그림	3(12.0)	4(4.7)	1(5.9)	8(6.3)
그림	12(48.0)	45(52.3)	7(41.2)	64(50.0)
보통	8(32.0)	34(39.5)	7(41.2)	49(38.3)
그렇지않음	2(8.0)	3(3.5)	1(5.9)	6(4.7)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	1(5.9)	1(0.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

그러나 문항 및 평가 기준의 변화 때문에 직접적인 비교에 제한이 있기는 하지만 연도별 표준화심사 성적의 변화 추이를 볼 때 사업 초기에 성적이 급격히 향상되었으나 그 이후 일정 수준을 유지하고 있다(表 II-8 참조). 이러한 결과는 병원표준화사업이 병원의 실제적인 질적 수준 향상에 지속적인 기여를 하고있지 못하다는 것을 보여주고 있다. 또한 본 연구의 조사에서 병원들 중 43.8%에 해당하는 병원이 ‘보통’, ‘그렇지 않음’ 또는 ‘전혀 그렇지 않음’으로 답하고 있어 현행 병원표준화심사가 진료의 질 향상에 큰 도움이 되지 않거나 무관한 것으로 보고 있다는 점도 이러한 가능성을 시사하고 있다.

한편 표준화심사의 환자만족도 개선 기여도에 관한 문항도 진료의 질 개선 문항의 답변과 비슷한 양상을 보이고 있다(表 II-12 참조).

〈表 II-12〉 標準化審査의 患者満足度 改善與否

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
매우그림	2(8.0)	4(4.7)	0(0.0)	6(4.7)
그림	10(40.0)	45(52.3)	7(41.2)	62(48.4)
보통	13(52.0)	33(38.4)	9(52.9)	55(43.0)
그렇지않음	0(0.0)	4(4.7)	1(5.9)	5(3.9)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

따라서 병원표준화사업에 참여하는 대다수 병원의 주된 동기는 병원 서비스의 질 향상을 위한 노력이라기보다는 수련병원 지정 및 전공의 정원을 배정 받는 데 목적을 두고 있다고 볼 수 있다. 본 연구의 조사에서 표준화심사 결과에 따른 전공의 배정이 없는 경우에도 표준화 심사를 신청할 의사가 있는가에 대한 질문에 표준화심사 경험이 있는 병

원 중 39.8%에 달하는 병원이 참여의사가 없는 것으로 답변을 하고 있어 이러한 동기를 뒷받침하고 있다(表 II-13 참조).

〈表 II-13〉 專攻醫 配定制度 없이도 審査申請 意思與否

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	86(100.0)	17(100.0)	128(100.0)
신청함	18(72.0)	52(60.5)	7(41.2)	77(60.2)
신청안함	7(28.0)	34(39.5)	10(58.8)	51(39.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

병원표준화심사 평가 결과의 활용이 전공의 배정 책정에 국한됨으로써 수련병원 지정 및 전공의 정원 책정에서 요구하는 일정 수준 이상의 점수를 획득한 병원들로서는 1~2년간 현지 심사가 서류 심사로 대체된다는 행정적 처리의 간소화 이외에는 질 향상을 위한 지속적인 노력을 통하여 점수를 향상시키기 위하여 적극적으로 노력할 유인이 거의 없다. 또한 1999년의 경우 수련병원 지정을 신청한 244개 병원 중 97.5%에 해당하는 238개 병원이 수련병원으로 지정을 받고 있는 상황에서 표준화심사가 병원의 서비스 개선 동기유발에 미치는 효과는 미약하다고 할 수 있다.

2. 醫療機關서비스評價制度

가. 發展 過程

전국민의료보험의 실시와 함께 국민의 의료서비스에 대한 접근성 문제가 완화되면서 의료서비스에도 소비자의 시각이 강조되어 서비스의 질이 주요이슈로 대두하였다. 이러한 상황에서 의료서비스의 특성상 소비자정보는 제한되어 있고 소비자의 주된 평가 요소는 병원의

규모가 되어 3차 의료기관이나 대형병원으로 환자가 집중되게 되었다. 일부 대형병원으로의 환자집중은 소비자 불편을 초래하고 이러한 문제점에 대한 인식이 사회적인 여론으로 형성되자 정부는 1994년 1~6월까지 운영된 의료보장개혁위원회의 건의에 따라 의료기관의 서비스 내용을 평가하고 평가에 따라 국가의 지원에 차등을 둔다는 목적으로 의료기관서비스평가제도를 도입하여 1995년부터 시범실시하고 있다.

의료기관서비스평가제의 주요골자는 ‘병원의 인력 및 시설수준, 환자의 편의도 등을 종합 평가하여 이를 공표함으로써 병원의 자율적인 서비스향상을 촉진할 수 있도록 평가제도를 ’95년부터 도입하고 이 제도의 실효성을 도모할 수 있도록 평가등급에 따른 진료비 보상을 차등화 하는 방안을 ’96년부터 실시한다’는 것이다(의료보장개혁위원회, 1994). 그리고 장기적으로는 ‘의료기술의 향상·발전과 국민에 대한 적정 의료의 보장을 위하여 의료기관이 제공하는 의료의 질 평가제를 도입하되 우선 응급실과 중환자실을 대상으로 실시하고 점차적으로 각 전문 진료과 및 진료기관으로 확대한다는 질 평가 활동에 대한 계획도 제시되었다.

보건복지부는 이러한 제도의 도입을 위한 근거마련을 위해서 1994년 11월에 예규 제648호로 ‘의료기관서비스평가협의회 규정’을 제정하여 의료기관서비스평가협회의 기능, 평가협의회와 실무협의회 그리고 평가단의 기능과 구성 등 제도의 운영 조직과 관련된 사항을 규정하였다. 이에 따라 구성된 평가협의회는 의료기관서비스평가 문항의 개발에 착수하여 시안을 작성하고 이 시안에 따라 예비평가를 실시하고 1995년 6월에 제7차 실무협의회 회의에서 상정한 196개 문항 중 참고문항 7개를 제외한 189개 문항을 의료기관서비스 평가문항으로 확정하였다.

한편, 보건복지부는 ’96년 6월에 의료기관서비스평가사업의 장기적

인 계획을 발표하여 '95년부터 '97년까지는 평가기준의 개발 및 보완과 평가근거 규정 마련 등을 위한 시범평가를 실시하고, '98년부터 2001년까지는 제3의 전담기구가 평가를 관장하며, 전체 병원 중 시험평가동안 참여하지 않은 병원 및 정부사업과 연계가 가능한 병원을 평가하는 준비평가기간 갖고 평가를 원하는 병원을 대상으로 조사결과를 공표하고, 결과에 따라 일정한 보상을 제공하는 본 평가를 2002년부터 시행하는 것으로 하는 계획을 발표한 바 있다(表 II-14 참조).

〈表 II-14〉 保健福祉部 醫療機關서비스 評價事業 施行計劃

구 분	시험평가('95~'97)	준비평가('98~2001)	본평가(2002~)
목 표	<ul style="list-style-type: none"> · 평가의 필요성 확산 · 기준·방법 개발 · 결과 분석기법 개발 	<ul style="list-style-type: none"> · 병원교육 강화: 서비스 수준제고 · 제도의 법적 근거 정비 · 적부 판정기준 제시 · 정부사업연계방안검토 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료기관서비스 수준의 적부 판정 및 공표 · 평가결과에 따른 보상적용
평가대상	<ul style="list-style-type: none"> · 3차진료기관 · 400병상 이상 병원 · 400병상 이하 병원 일부 	<ul style="list-style-type: none"> · 시험평가 미적용 병원 · 정부사업 참여 희망병원 	<ul style="list-style-type: none"> · 희망병원 · 신입만료 병원
주관기구	<ul style="list-style-type: none"> · 의료기관서비스평가 협의회 	<ul style="list-style-type: none"> · 의료기관서비스평가 협의회(※ 독립평가전담 기구설립) 	<ul style="list-style-type: none"> · 독립 평가전담 기구
평가결과 활용	<ul style="list-style-type: none"> · 병원별 평가결과 통보(자체개선자료) · 종합 평가결과 공표 	<ul style="list-style-type: none"> · 병원별 평가결과 통보(자체개선자료) · 적부여부 시험판정 	<ul style="list-style-type: none"> · 평가결과 공표 · 평가결과별 보상 · 정부사업 연계
재원부담	<ul style="list-style-type: none"> · 정부예산 · 평가병원 일부 부담 	<ul style="list-style-type: none"> · 정부예산 · 평가병원 일부 부담 	<ul style="list-style-type: none"> · 일부 정부예산 · 평가병원 부담

資料: 한국보건의료관리연구원, 『의료기관서비스평가제도』, 1998. 12. p.8.

나. 事業現況

1) 事業 組織

의료기관서비스 평가를 위한 사업조직은 위원장 1인을 포함하여 15인 이하의 위원으로 구성하도록 되어 있는 의료기관서비스평가협의회를 근간으로 이루어져있다. 보건복지부는 이를 규정하고 있는 평가협의회 규정에 따라 '94년 12월에 보건복지부내에 의료기관서비스평가협의회를 설치하고 '95년 1월에 정부, 보험자, 의료계, 학계, 연구기관, 언론계 및 소비자 등을 포함하는 임기 2년의 12인의 위원으로 평가협의회를 출범시켰다. 협의회는 평가내용, 평가방법, 평가기준 및 절차와 평가 결과의 판정 등 중요 의사결정을 담당하며 기타 위원장이 부의 하는 사항에 대한 심의·의결을 기능으로 하고 있다.

한편 사업의 실무적인 추진을 위하여 협의회 산하에 10인 이내의 의료관계 전문가로 구성된 실무위원회를 두도록 되어있는데 실무위원은 협의회 의 위원장이 임명하며 임기는 2년이다. 이렇게 구성된 제 1기 평가협의회의 위원의 임기는 1996년 12월에 종료되었으나, 의료기관서비스평가제도의 시행에 관한 의료계의 반발로 인해 새로운 위원이 선임되지 않아 평가협의회가 구성되지 못하였으며 그 결과 현재 보건복지부가 제도의 시행을 직접 관장하고 있다.

2) 評價遂行

가) 評價對象

의료기관서비스평가사업의 대상은 보건복지부의 주도하에 병원의 규모에 따라 무작위로 선정되고 있다. 제1차로 실시된 1995년에는 189개 문항을 가지고 3차 의료기관 39개소를 대상으로 조사를 실시하

였다. 1996년에는 평가대상이 400병상 이상 규모의 종합병원으로 확정되자 평가대상병원의 병상규모 및 기능상의 차이를 반영할 수 있도록 기준수정작업을 수행하여 '95년에 비하여 4개 문항이 증가한 193개 문항으로 평가를 실시하였으며 400병상 이상 39개 병원에 대한 조사를 완료하였다. 1997년은 400병상 이상 병원 18개소를 조사하였고, 300병상대 병원 40개소를 대상으로 1996년도 문항을 수정·보완하여 198개 문항으로 평가를 실시하였다. 한편 1998년에는 300병상 미만의 병원을 대상으로 실시하기 위하여 평가기준의 수를 140개로 축소하여 30개 병원을 대상으로 평가를 실시하였다(表 II-15 참조).

〈表 II-15〉 年度別 醫療機關서비스 評價 實施對象 및 評價內容

실시연도	실시대상	문항구분	문항내용			
			환자관리·편의	업무수행 및 성과	기본구조	계
1995	3차 의료기관 39개소	정규문항	60(37.5)	80(50.0)	20(12.5)	160(100.0)
		시범문항	1(3.4)	31(93.2)	1(3.4)	29(100.0)
		계	61(32.3)	107(56.6)	21(11.1)	189(100.0)
1996	400병상 이상 40개소	정규문항	53(34.9)	77(50.6)	22(14.5)	152(100.0)
		시범문항	3(7.3)	37(90.2)	1(2.4)	41(100.0)
		계	56(29.0)	114(59.1)	23(11.9)	193(100.0)
1997	300병상 이상 58개소	정규문항	56(34.4)	81(49.7)	26(15.9)	163(100.0)
		시범문항	3(8.6)	31(88.6)	1(2.8)	35(100.0)
		계	59(29.8)	112(56.6)	27(13.6)	198(100.0)
1998	300병상 이하 30개소	정규문항	45(34.9)	63(48.8)	21(16.3)	129(100.0)
		시범문항	1(9.1)	10(90.9)	0(0.0)	11(100.0)
		계	46(32.9)	73(52.1)	21(15.0)	140(100.0)

資料: 한국보건의료관리연구원, 『의료기관서비스평가제도』, 1998. 12. p.15.

나) 評價團의 構成

평가단은 병원을 방문하여 기준문항에 따라 직접 조사를 실시하므로 서비스평가제도의 객관성 및 전문성을 확보할 수 있도록 전문적인 지식 및 경험을 갖춘 인력으로 구성한다는 원칙에 따라 구성되었다. 이러한 평가단의 구성원칙을 보면 다음과 같다.

- 첫째, 기준 문항별 조사의 전문성과 객관성을 보장한다.
- 둘째, 의료기관서비스평가제도에 대한 각 분야 전문 단체의 자발적 참여를 제고한다.
- 셋째, 조사과정 및 조사결과의 타당성을 확보한다.

이러한 구성원칙에 따른 구체적인 평가요원의 자격요건은 <表 II-16> 같은 바 전문분야별로 자격요건을 갖춘 자를 해당 협회에서 추천을 받은 후 근무 병원의 동의를 얻어 평가위원에 위촉된다.

<表 II-16> 評價委員의 資格基準

직 종	경 력
의사	400병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상이며 전문의 이상
간호사	400병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상인 수간호사급 이상
약사	400병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상인 약사
의무기록사	400병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상인 의무기록사
영양사	400병상 이상 병원의 근무경력이 5년 이상인 주임영양사 이상
병원관리자	400병상 이상 병원의 근무경력이 10년 이상인 병원관리행정담당자

資料: 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 『1998 의료기관 서비스평가 결과 분석 보고서』, 1999.7. p.20.

위촉된 평가요원의 조사수행 능력을 제고하기 위하여 이들을 대상으로 조사와 관련한 교육을 다음과 같은 내용으로 2일간에 걸쳐 실시한다.

- 서비스평가제도의 목적 및 내용
- 평가기준 및 평가방법

- 평가요원의 책임과 권한
- 전문 분야별 평가부문 및 평가요원간 업무 조정
- 병원내 조사일정 조정방법
- 기타 서비스평가와 관련된 사항

평가요원 교육이 끝난 후 확정된 조사일정에 따라 평가단을 구성하여 조사를 실시하며 1개 평가단은 각 분야 전문가로 구성하되 평가대상 병원의 규모에 따라 분야 및 인원을 달리하여 구성한다. 1995년 3차 진료기관 평가 시에는 평가반장 1명, 의사 1명, 간호사 4명, 약사 1명, 소비자 2명, 의무기록사 1명, 영양사 1명, 병원관리자 1명 및 지원단 1명 등 총 13명으로 구성하였다. 1996년 및 1997년의 평가 시에는 평가반장 1명, 의사 1명, 간호사 2명, 병원관리자 1명, 의무기록사 1명, 약사 1명, 영양사 1명 및 면담조사원 2명 등 총 10명으로 1개 평가단이 구성되었다. 1998년의 300병상 미만의 종합병원 평가 시에는 예년과는 달리 약사 및 영양사를 제외한 평가반장 1명, 의사 1명, 간호사 4명, 의무기록사 및 병원관리자 각 1명 등 총 8명으로 구성되었다.

한편 이렇게 구성된 평가단의 전문성에 관하여 본 연구가 실시한 조사에 의하면 서비스평가를 받은 경험이 있는 병원의 41.1%가 ‘매우 전문적’ 또는 ‘전문적’으로 답하여 조사자의 전문성을 어느 정도 인정하는 견해를 보였다(表 II-17 참조). 그러나 표준화심사의 경우와 마찬가지로 반 수 이상의 병원에서 보통이하로 응답하고 있어 심사위원의 전문성 제고를 위한 보다 근본적인 조치가 필요하다고 보겠다.

〈表 II-17〉 서비스평가 調査者의 專門性(參與 病院)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우전문적	0(0.0)	2(3.6)	2(2.6)
전문적	7(30.4)	23(41.8)	30(38.5)
보 통	12(52.2)	25(45.5)	37(47.4)
전문성미흡	4(17.4)	5(9.1)	9(11.5)
비전문적	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

다) 評價 實施

전체적인 조사 일정이 확정되면 조사실시 약 1~2개월 전에 평가대상 병원에 이를 통보하고 조사실시 약 1개월 전에 평가대상 병원을 대상으로 서비스평가제도에 대한 이해와 사전준비를 위한 설명회를 개최한다. 설명회에서는 평가지침서를 사전에 배포함과 동시에 서비스평가제도의 목적, 실시방법, 준비사항, 서비스 평가결과의 활용방안 등의 내용에 관해서 교육이 실시된다. 평가를 준비하는 과정에서 병원들이 실질적인 서비스 개선노력을 하고 있다고 볼 때 이러한 교육 내용은 병원들의 개선노력에 방향을 제시하고 있는 것으로 사료된다.

〈表 II-18〉 서비스평가準備 程度 現況(參與 病院)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합계
계	23(100.0)	54(100.0)	77(100.0)
많은 준비	12(52.2)	23(42.6)	35(45.5)
일부대비	7(30.4)	22(40.7)	29(37.7)
그대로	4(17.4)	9(16.7)	13(16.9)

註: 무응답 제외

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

본 연구가 조사한 바에 의하면 서비스 평가의 경험이 있는 병원에 대해 서비스 평가에 대한 준비정도를 조사한 결과, 많은 준비를 한다고 답변한 병원이 45.5%에 달하여 이러한 교육이 실제의 심사준비 과정에서 병원들이 취해야할 조치 등에 관하여 방향을 제시하는 데 효과적인 것으로 보인다(表 II-18 참조).

〈表 II-19〉 서비스평가에 대한 時間的·財政的 負擔程度(參與 病院)
(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합 계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우그림	5(21.7)	6(10.9)	11(14.0)
그림	10(43.5)	32(58.2)	42(53.9)
보통	7(30.4)	12(21.2)	19(24.4)
그렇지않음	1(4.4)	3(5.5)	4(5.1)
전혀 안그림	0(0.0)	2(3.6)	2(2.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

〈表 II-20〉 大型病院의 病院別 調査日程

구 분	시 간	소요 시간(분)	조 사 내 용
조사 1일째	오전	9:00~ 9:15	15 · 평가개요 및 병원현황 설명
		9:15~ 9:30	15 · 부서별 조사 분담 및 순서 확정
		9:30~10:00	30 · 조사 준비 및 자료 점검
	오후	10:00~12:30	150 · 부서별 조사 및 입원환자 일반면담
		13:30~18:00	270 · 부서별 조사, 입원 및 외래환자 일반면담
		19:30~20:30	60 · 중간평가 종합 및 추가 조사부문 협의(평가단)
		21:00~24:00	180 · 응급실, 의사당직체계, 의료인력 기술수준 평가
조사 2일째	오전	9:00~12:30	210 · 부서별 조사, 외래환자 일반면담(진료대기시간)
		13:30~15:30	120 · 부서별 조사, 입원·외래환자 일반면담, 추가조사
	오후	15:30~16:30	60 · 평가단 조사 의견 종합
		16:30~17:00	30 · 조사결과 종합보고
		17:00~18:00	60 · 필요시 문제 부문 재조사

資料: 보건복지부, 한국보건산업진흥원, 『1998 의료기관 서비스평가 결과 분석 보고서』, 1999.7. p.22.

한편 이러한 준비과정이 병원에게 주는 재정적 시간적 부담정도에 대한 질문에 대해서는 ‘그렇다’, ‘매우 그렇다’라고 응답한 병원이 각각 42개 병원(53.9%), 11개 병원(14.0%) 등으로, 서비스 평가의 경험이 있는 응답병원들은 전반적으로 서비스 평가를 운영상의 부담으로 느끼는 것으로 나타났다(表 II-19 참조).

이러한 준비과정을 거쳐서 수행되는 방문심사의 일정을 보면 대형 병원의 경우 2일간에 걸쳐 조사가 진행되며 중소병원은 1.5일 정도로 구체적인 일정은 다음과 같다(表 II-20, II-21 참조).

〈表 II-21〉 '98年 中小病院의 病院別 調査日程

구 분	시간	소요 시간(분)	조 사 내 용	
1 차 평 가				
조사 1일째	오전	8:30~ 9:00	30	· 평가요원 소개 및 병원현황 설명
		9:00~ 9:15	15	· 부서별 조사분담 및 순서 확정
		9:15~ 9:30	15	· 조사 준비 및 자료 점검
	오후	9:30~12:30	180	· 부서별 조사 및 외래환자 일반면담
		13:30~18:00	210	· 부서별 조사 및 입원환자 일반면담
		18:00~18:30	30	· 평가 종합 및 추가 조사부문 협의(평가단)
		20:00~22:00	120	· 필요시 추가조사
야간	22:00~23:00	60	· 의사당직, 야간지원서비스체계 평가, 추가조사	
	조사 2일째	오전 9:00~ 9:30	30	· 평가결과 요약보고회, 평가단 이동
2 차 평 가				
조사 1일째	오후	13:00~13:30	30	· 평가요원 소개 및 병원현황 설명
		13:30~13:45	15	· 부서별 조사 분담 및 순서 확정
		13:45~14:00	15	· 조사 준비 및 자료 점검
	야간	14:00~18:30	270	· 부서별 조사 및 입원환자 일반면담
		20:00~21:00	60	· 부서별 조사 및 필요시 추가조사
		22:00~23:00	60	· 의사당직, 야간지원서비스체계 평가, 추가조사
조사 2일째	오전	9:00~12:00	180	· 부서별 조사 및 외래환자 일반면담
		13:30~14:00	30	· 평가종합(평가단)
	오후	14:00~14:30	30	· 평가결과 요약보고회

資料: 보건복지부-한국보건산업진흥원, 『1998 의료기관 서비스평가 결과 분석 보고서』, 1999.7. p.23.

이러한 방문심사의 일정, 심사방법을 고려할 때 방문심사가 효과적으로 이루어지고 있다고 생각하는가라는 내용의 조사결과, 서비스 평가의 경험이 있는 65개(83.4%) 응답병원이 '보통 이상'으로 응답하였다. '그렇다'라고 응답한 병원은 종합병원 17개소(30.9%), 3차 진료기관 5개소(21.7%) 등이었다(表 II-22 참조).

〈表 II-22〉 서비스평가 訪問審査의 日程·審査方法의 效果性(參與 病院)
(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합 계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우그림	0(0.0)	1(1.8)	1(1.3)
그 림	5(21.7)	17(30.9)	22(28.2)
보 통	12(52.2)	30(54.5)	42(53.9)
그렇지않음	6(26.1)	7(12.7)	13(16.7)
전혀 안그림	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

3) 調査結果의 評價 및 活用

조사결과는 의료기관서비스평가협의회에 제출되어 세부 문항별로 분석된 다음 그 결과를 해당 의료기관에 통보하게 되며 병원별 종합평가나 순위 등은 제시되지 않는다. 개별병원에게 통보되는 내용은 동일시기에 평가를 받은 유사규모병원들의 전반적인 경향과 분야별로 개별병원이 평균점수에 미달하는 내용을 중심으로 제공되고 있고 이전 해에 실시된 평균값을 함께 제시하고 있다. 그러나 이러한 평가결과의 내용으로는 타 병원과 비교하여 열위에 속한 병원들이 자신들의 현황을 파악할 수 있는 정도의 정보는 될 수 있을 지라도 병원의 지속적 질 개선을 위한 적절한 목표나 방향성을 파악하는 데는 적절치 못하다. 따라서 조사되는 내용에 관한 일정한 적정기준을 제시하지 못하고 있는 의료기관서비스평가는 엄밀한 의미에서의 병원신입제도의 역할을 하고 있

지 못하고 있다고 보겠다. 이러한 적정기준 미비는 서비스평가 문항내용이 부분적으로 병원운영상 상황에 따라 많은 차이가 있을 수 있는 지표를 무리하게 계량화하려는 시도를 하고 있기 때문인 것으로 사료된다.

〈表 II-23〉 서비스 評價의 醫療의 質 改善의 寄與與否(參與 病院)
(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합 계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우그림	1(4.4)	1(1.8)	2(2.6)
그 립	12(52.2)	23(41.8)	35(44.9)
보 통	7(30.4)	24(43.6)	31(39.7)
그렇지않음	3(13.0)	6(10.9)	9(11.5)
전혀 안그림	0(0.0)	1(1.8)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

의료기관 서비스 평가가 병원서비스 개선에 도움이 되고 있는가에 대한 본 연구의 조사 결과, 진료의 질의 경우 ‘매우 그렇다’와 ‘그렇다’의 답변이 47.5% 이었으며 환자만족도의 경우에는 56.4%로 진료의 질 보다 높게 나타났다(表 II-23, 表 II-24 참조). 이러한 결과는 진료의 질 자체보다는 환자만족도 제고에 더 초점을 맞추고 있는 서비스평가의 문항내용의 성격을 나타내고 있는 것으로 사료된다.

〈表 II-24〉 서비스 評價의 患者滿足度 改善의 寄與與否(參與 病院)
(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합 계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우그림	2(8.7)	2(3.6)	4(5.1)
그 립	12(52.2)	28(50.9)	40(51.3)
보 통	8(34.8)	22(40.0)	30(38.5)
그렇지않음	1(4.4)	2(3.6)	3(3.9)
전혀 안그림	0(0.0)	1(1.8)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

한편 서비스 평가 결과가 실제 병원현황을 잘 반영하고 있는가 하는 질문에 대해서는 ‘매우 그렇다’와 ‘그렇다’의 답변이 31.2%에 불과한 것으로 나타나 평가내용이나 평가방법의 타당성과 객관성의 제고를 위한 개선이 필요하다고 하겠다(表 II-25 참조).

〈表 II-25〉 審査結果의 病院現況 反映程度(參與 病院)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합 계
계	23(100.0)	54(100.0)	77(100.0)
매우그림	0(0.0)	1(1.9)	1(1.3)
그림	8(34.8)	15(27.8)	23(29.9)
보통	10(43.5)	32(59.3)	42(54.6)
그렇지않음	4(17.4)	5(9.3)	9(11.7)
전혀 안그림	1(4.4)	1(1.9)	2(2.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

다. 醫療機關서비스評價制度의 問題點

1) 評價主體

의료기관서비스평가제도는 앞에서 논의된 바와 같이 의료기관으로 하여금 쾌적한 진료환경을 조성하도록 하여 의료기관 이용상 환자의 불편을 해소하고 서비스 수준의 질적 향상을 도모하도록 유도하는 것을 목적으로 정부의 주도하에 이루어지고 있다. 정부 주도의 법적근거는 보건사회부 예규인 ‘의료기관서비스평가협의회 규정’이다. 그러나 이렇게 의료기관서비스평가를 정부에서 주도하는데 있어 그 명분이 나 사업의 효과성과 효율성에 있어서 타당한지에 대해서는 논란의 소지가 있을 것으로 사료된다.

국민건강에 직접적인 영향을 미치고 또한 그 특성상 소비자의 서비

스의 질에 대한 판단능력이 제한되어 있는 의료서비스의 질에 대한 정부의 관여는 어느 정도 타당성을 갖는다. 따라서 정부는 의료법 등의 수단을 가지고 의료기관의 인력, 시설 등에 대한 기준을 정하고 모든 의료기관은 이에 준하여 운영하도록 하고있다. 그러나 의료기관의 신임 제도는 그 개념상 국가가 정하고 있는 최소한의 기준을 준수하도록 하는 것이 아니고 지속적인 서비스의 질의 개선을 유도하는데 있다. 신임 제도가 목적하는 바는 정적인 것이 아니고 동적인 것이며 따라서 미래 지향적인 것이며 어떤 상한선이나 표준적인 기준의 달성에 그치는 것이 아니다. 따라서 국가가 직접적으로 의료기관의 서비스평가를 담당하는 것은 그 효과성을 위하여 득 보다는 실이 더 많을 것으로 사료된다.

〈表 II-26〉 서비스 評價의 政府主導에 대한 意見(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	병 원	합 계
계	24(100.0)	90(100.0)	74(100.0)	188(100.0)
찬 성	2(8.3)	10(11.1)	7(9.5)	19(10.1)
반 대	20(83.3)	58(64.4)	38(51.4)	116(61.7)
잘모름	2(8.3)	22(24.4)	29(39.2)	53(28.2)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

본 연구의 조사에서 현행 의료기관서비스평가제도의 정부주도에 대한 질문에 전체 188개 병원 중 찬성이 19개 병원(10.1%), 반대가 116개 병원(61.7%)으로 반대가 압도적으로 많았다.

반대의견을 보인 결과를 병원형태별로 보면 3차 진료기관이 20개 소(83.3%), 종합병원이 58개소(64.4%), 병원이 38개소(51.4%) 순으로 병원규모가 클수록 반대의견이 많았다(表 II-26 참조). 또한 서비스평가의 경험이 있는 병원의 경우에도 찬성 6개 병원(8.1%)에 비해 반대

가 59개 병원(79.7%)으로 압도적으로 많았으며 병원형태별로 보면 3차 진료기관이 19개소(86.4%), 종합병원이 40개소(76.9%)로 나타났다 (表 II-27 참조).

〈表 II-27〉 서비스 評價의 政府主導에 대한 意見(評價參與 機關)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합계
계	22(100.0)	52(100.0)	74(100.0)
찬 성	1(4.6)	5(9.6)	6(8.1)
반 대	19(86.4)	40(76.9)	59(79.7)
잘모름	2(9.1)	7(13.5)	9(12.2)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

한편 〈表 II-28〉 과 〈表 II-29〉 는 정부가 주도해야 하는 이유와 정부가 주도하지 않아야 하는 이유에 대한 병원들의 의견제시 결과를 요약하여 보여 주고 있다.

〈表 II-28〉 서비스 評價의 政府主導가 妥當한 理由

내 용	응답(%)
계	19(100.0)
1. 정부주도를 통해 객관성과 공정성이 우선 보장되도록 하고 소비자 입장에서 평가하도록 함.	8(42.4)
2. 정책에 실질적으로 병원사정이 반영될 것으로 봄.	4(11.1)
3. 예산확보의 측면에서 유리함.	2(10.6)
4. 정부주도로 실시해도 큰 문제가 없을 것으로 판단됨.	1(5.3)
5. 정부가 실질적으로 주도하지 않고 있음.	1(5.3)
6. feed back이 지속적으로 이루어지게 됨.	1(5.3)
7. 민간단체주도의 의료기관 서비스평가는 봐주기식 평가로 판단되며, 정부주도의 평가는 공정성이 있을 것으로 추정됨.	1(5.3)
8. 현재 의료서비스평가를 할 수 있는 객관성과 전문성을 가진 단체가 없으므로 정부(관) 주도로 하되 평가의 전문성은 확보되어야 한다고 생각함.	1(5.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

정부주도의 정당성에 대한 이유로 가장 많은 의견을 보인 항목은 정부주도로 평가를 실시하면 공정성과 객관성이 보장된다는 의견이 42.4%로 가장 많은 의견을 보였고 그 다음이 평가에 따른 정책이 실질적으로 반영된다는 의견이 11.1%를 차지했다.

〈表 II-29〉 醫療機關 서비스 評價의 政府主導가 妥當하지 않은 理由

내 용	응답(%)
계	93(100.0)
1. 강제성이 있을 수 있으며, 정부정책에 있어서 규제의 수단이 될 우려가 있음. 자율적으로 유도하는 것이 효과적일 수 있음.	32(32.7)
2. 병원의 특성과 개성이 반영되지 못하고, 수직적, 관료적인 심사가 이루어 질 수 있음.	17(17.5)
3. 민간 또는 시민단체에 의한 평가가 공정하다고 생각됨(현행제도를 질적으로 발전시킬 필요가 있음).	9(9.3)
4. 각 부서별 전문인이 관리하는 것이 요구됨. 독립된 민간부분에서 주도하여 통합관리하는 것이 필요함.	5(5.2)
5. 공정성, 객관성 보장이 곤란	5(5.2)
6. 서비스평가 전문업체에 위임하여 서비스가 개선되도록 권장, 권유할 필요가 있음.	3(3.1)
7. 전문성 결여 및 신뢰도 미흡(형식, 편견, 행정편의주의, 관료적)	3(3.1)
8. 병원협회와 의사협회, 병원관련기관에서 주도하고 면밀하게 평가하여 의료, 경영개선과 연계시켰으면 함.	2(2.1)
9. 전문인으로 구성된(현장에서 근무한 사람들) 단체로부터 평가받아야 함.	2(2.1)
10. 자율적인 서비스 평가방법으로 의료기관별 등급제를 도입해야 함.	2(2.0)
11. 시행근거가 미약하고 정부의 확고한 정책방향이 제시되지 못함(평가사업의 법적인 뒷받침이 부족).	2(2.1)
12. 민간병원의 경영애로, 경영 노하우에 의한 최적경영 등에 대한 면을 수용하기 어려움.	1(1.0)
13. 의료기관이 갖는 특성상 정부 주도의 평가가 의료인에 의한 평가보다 정확할 수 없음.	1(1.0)
14. 전문가 입장을 고려하지 않고, 경영사정과 맞지 않고 서비스 측면만 강조하므로 타당하지 못한 점이 너무 많음.	1(1.0)
15. 의료서비스는 자율적인 시행으로 이루어져야지 강제성이 내포된 방법은 단기적으론 유효하지만 장기발전에 효과가 적기 때문임.	1(1.0)
16. 적자운영의 폭을 더욱 심화시킬 것이고 대한병원협회 일임을 해야 함.	1(1.0)
17. 정부평가는 결국 의료계의 부익부, 빈익빈 현상을 초래함.	1(1.0)
18. 조사내용이 현실과 동떨어진 것이 많음.	1(1.0)
19. 평가대상내용이 외형적인 면에만 치우쳤던 느낌. ISO인증처럼 기준을 세우고 여기에 충족하기 위하여 병원들이 자체 노력하도록 하는 것이 바람직함.	1(1.0)
20. 병원급 이상 병원이라도 규모, 시설, 운영주체 등의 차이가 심하여 일률적인 기준으로 평가가 제대로 되지 않을 것임.	1(1.0)
21. 지역사회, 병원별로 환경의 차이를 고려하기 어려움(척도측정곤란).	1(1.0)
22. 현 의료제도의 모순점에 대한 시정노력이 필요하며 정부주도에 대한 기본적인 신뢰도에 문제	1(1.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

정부주도가 타당치 않은 이유로는 서비스평가가 규제의 수단으로 사용될 우려가 있다는 답변이 가장 많아 32.7%를 차지하고 있었고 심사의 관료적 경직화에 대한 우려가 17.5%이었으며 그밖에 전문성결여, 공정성 객관성 보장 곤란, 신뢰성 미흡 등이 이유로 제시되고 있다.

2) 評價內容

의료서비스평가는 '95년부터 '98년까지 4회에 걸쳐 이루어 졌으며 정부는 이러한 시범평가 기간 동안에 평가결과를 분석하여 평가내용을 개선을 시도하고자 하였다. 그러나 실질적으로는 평가대상병원의 규모가 변화함에 따라 약간의 보완만 했을 뿐 평가내용에는 큰 변화가 없었다. 이러한 결과는 우선 평가전담조직이 없어서 평가도구 개발을 위한 전문적이고 지속적인 연구개발을 수행하지 못한 것이 주요 원인 중 하나라고 볼 수 있다. 그러나 보다 근본적으로는 모든 병원이 공감할 수 있으며 병원 서비스의 질을 직접적으로 나타낼 수 있는 지표의 개발이 병원들의 적극적인 참여에 의한 현실적인 상황의 고려 없이 단순히 일부 전문가들의 합의에 의하여 이루어 질 수 있는 간단한 문제가 아니기 때문인 것으로 사료된다.

서비스평가는 전반적으로 평가내용이 병원표준화심사에 비하여 구조적인 면보다 주로 과정에 중점을 두고 있으나 문항내용상 환자의 이용상 편의 측면을 강조하고 있어 진료수준 등 의료의 본질적인 내용이 미흡하다. 따라서 진료와 직접적인 관계가 있는 사항에 대한 내용의 보완이 필요하고 또한 앞에서 거론된 바와 같이 최종결과에 대한 내용을 보강할 필요가 있다.

서비스평가문항의 적절성에 대한 본 연구의 조사에 의하면 보통이하로 응답한 65.5%를 차지하고 있어서 문항내용 개선의 필요성을 말하고 있다(表 II-30 참조).

〈表 II-30〉 서비스평가 調査問項의 適切性(參與 病院)

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합계
계	23(100.0)	55(100.0)	78(100.0)
매우그림	0(0.0)	1(1.8)	1(1.3)
그 림	6(26.1)	20(36.4)	26(33.3)
보 통	13(56.5)	29(52.7)	42(53.9)
그렇지않음	4(17.4)	4(7.3)	8(10.3)
전혀 안그림	0(0.0)	1(1.8)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

또한 앞에서 논의된 바와 같이 서비스평가는 평가분야별로 적절한 기준점수를 제시하지 못하고 있어 병원이 평가결과를 참고하여 지속적인 질 향상노력을 하는데 있어서 구체적인 방향을 제시하고 있지 못하다. 이는 병원운영에 있어서 상황에 따라 상당한 차이를 보일 수밖에 없는 수치를 무리하게 계량화하기 위한 시도에 그 원인이 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 관점에서 볼 때, 우리 나라의 병원운영 현실을 반영하며, 보편성과 변별력 등이 뛰어난 평가도구의 개발을 위해서 일선 의료기관이 적극적으로 참여할 수 있는 환경의 조성과 전문적이고 지속적인 연구가 수행될 수 있는 상설 평가기구의 설립이 시급하다고 볼 수 있다.

3) 評價節次

의료서비스 제공 과정의 적절성 평가를 위해 시행되고 있는 조사자에 의한 현장조사는 서류조사 등에 비해 직접적인 업무수행과정을 평가한다는 의미에서 상당한 성과가 있으나 조사기간동안 한시적인 병원의 과잉대응을 유발하는 측면이 없지 않다. 이러한 피평가 병원의 과잉대응과 함께 현지조사에서 조사자가 서류검사나 종사자에 대한

조사를 위하여 표본을 추출하는 과정상에 임의성이나 표본수에 있어서 대표성에 문제가 있는 것으로 사료된다.

한편 의료기관서비스평가를 수행하기 위해서는 앞에서 언급된 평가도구의 개발이외에, 평가실시를 위한 실무작업, 평가결과의 환류를 위한 연구 및 교육 등의 다양한 업무가 수반된다. 현재 이러한 실무작업을 지금은 복지부의 산하기관이 대행하고 있으나 예산 및 인력부족 등에 의해 결과분석이 지연되는 등 제약점을 안고 있다. 따라서 이러한 전제 조건들이 충족되지 않을 경우 평가제도 자체의 신뢰성이 저하될 뿐 아니라 평가결과를 활용한 정책수행의 정당성에 대한 문제가 제기될 수 있다.

평가의 비용 부담에 관련하여서는 정부는 평가를 받는 병원들이 평가비용의 일부를 부담하도록 할 계획이었으나 평가대상 병원들의 반발로 병원은 비용부담을 하지 않고 평가수행에 필요한 인력을 제공하는 대신 정부는 평가수행기관에 일정한 예산을 배정하여 진행하고 있다. 평가대상병원들로서는 대상지정이 강제지정이고, 평가결과에 따라서 정부가 일정한 법적 특권을 보장하는 것도 아닌 서비스평가에 자신들이 비용을 부담한다는 것은 공정치 못하다는 주장이다.

이렇게 볼 때 앞으로 정부의 계획대로 본 평가실시시 평가 참여를 자율적으로 하고 평가대상병원이 비용을 부담하도록 할 경우에도 병원의 반발이 있을 수 있을 것으로 사료된다. 즉 정부가 수행하는 의료기관서비스평가제도의 최종목적이 평가결과에 따라 유인과 제재를 가하여 의료기관의 서비스의 질을 높이고 국민들에게 소비자정보를 제공하는 것이라면 이것은 정부의 사업이고 이러한 사업을 위해서 병원이 비용을 부담할 필요가 없다는 것이다. 따라서 평가결과를 바탕으로 개별병원의 특성을 고려한 서비스의 질 개선 및 경영개선의 방안을 제시해주는 경우라면 병원들이 자율적으로 참여하여 이러한 서

비스에 대하여 대가를 지불할 수 있겠지만 정부의 정책수단의 하나로 일방적인 평가만을 수행한다면 병원으로서는 비용지불에 비협조적일 수밖에 없을 것이다. 이러한 시각은 본 연구의 조사에서 정부의 평가 대상 지정 없이 자율적으로 참여하도록 할 때 서비스평가에 참여 여부에 관한 질문에 서비스 평가를 받은 경험이 있는 응답병원 중 39개소(52.7%)가 ‘신청하지 않겠다’라고 답한 결과를 보아도 알 수 있다 (表 II-31 참조).

〈表 II-31〉 政府指定이 없는 경우의 서비스평가 申請與否

(단위: 개소, %)

구 분	3차 진료기관	종합병원	합계
계	21(100.0)	53(100.0)	74(100.0)
신청함	12(57.1)	23(43.4)	35(47.3)
신청안함	9(42.9)	30(56.6)	39(52.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

4) 評價結果의 活用

평가결과 of 活用은 아직 시험평가기간으로 평가결과에 따른 조치가 시행되고 있지 않고 있는 상태이지만 정부는 장기적으로 ① 사회적으로 공표하여 소비자의 의료기관 선택기준이 되게 하는 방법, ② 의료보험 수가를 차등 적용하여 보상함으로써 질 개선을 유인하는 방법, ③ 의료보험요양기관 지정요건 및 3차 진료기관 인정기준으로 활용하는 방법 등을 고려하고 있다. 그러나 이러한 시책들은 우선 평가결과 of 보편 타당성을 전제로 하여야 하며 이러한 전제가 검증되었다 하더라도 이러한 시책이 미칠 영향을 세밀히 검토한 후에 시행되어야 할 것이다. 특히 보험수가 차등적용은 의료기관의 운영에 직접적인 영향을 미치는 것으로서 제도의 운영에 따라서는 병원내 의료자원의

배분상의 비효율, 병원계에 부익부 현상 등의 역효과를 가져올 수 있으며, 서비스 평가 결과의 사회적 공표도 일부병원에 환자집중 등 의료전달체계에 미치는 영향을 고려하여야 할 것이다.

3. 標準化審査와 서비스評價에 관한 意見調査 結果 比較

본 절에서는 병원표준화심사와 의료기관서비스평가에 대한 결과를 요약하여 분석·비교하므로 병원신입제도 도입에 시사점을 도출하기로 한다. 앞에서 논의 된 바와 같이 병원들의 심사준비는 행정적인 준비 활동도 포함되겠지만 병원들의 실질적인 서비스 질 제고 활동이 이루어진다고 볼 수 있다. 본 연구의 조사에 의하면 서비스평가가 표준화심사 보다 많은 준비를 수반하고 있는 것으로 나타났다. 일부 또는 많은 준비를 한다고 응답한 병원이 표준화심사의 경우는 76.4%, 서비스 평가는 83.2%이었다(表 II-32 참조).

〈表 II-32〉 標準化審査와 서비스評價의 審査準備 程度 比較

(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	127(100.0)	77(100.0)
많은준비	49(38.6)	35(45.5)
일부대비	48(37.8)	29(37.7)
그대로	30(23.4)	13(16.9)
해당없음	0(0.0)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

이는 표준화심사가 지속되어 오는 동안 병원들이 준비과정에 어느 정도 숙달되었기 때문인 것으로 볼 수도 있지만 병원에 따라서는 전연도 사항을 참고하여 반복적으로 서류심사에 대처하는 등 준비과정

이 소홀히 되고 있는 경향도 있기 때문인 것으로 사료된다.

평가가 병원운영상 시간적·재정적 부담이 되고 있는가에 대한 질문에는 ‘그렇다’ 또는 ‘매우 그렇다’라고 응답한 경우가 서비스 평가는 67.9%인 반면에 표준화심사는 45.3%로 나타났다(表 II-33 참조). 이러한 결과는 심사준비 정도와 시간적·재정적 부담의 정도가 같이 비례하고 있음을 보여 주고 있다. 그러나 이러한 부담이 병원의 서비스 제고를 위한 투자에 의한 바도 있겠지만 평가에서 요구하는 형식적인 절차에 의하여 유발되고 있는 경우도 있다고 볼 때 이러한 평가의 증복은 지양할 필요가 있는 것으로 사료된다.

〈表 II-33〉 標準化審査와 서비스評價의 評價에 대한 負擔程度 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	144(100.0)	78(100.0)
매우그림	4(3.1)	11(14.0)
그 립	54(42.2)	42(53.9)
보 통	58(45.3)	19(24.4)
그렇지않음	12(9.4)	4(5.1)
전혀 안그림	0(0.0)	2(2.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

심사자 전문성에 대한 비교에서는 심사자가 ‘전문적’이라고 응답한 병원이 표준화심사는 44.5%, 서비스평가는 38.5%로 표준화심사 조사자가 전문성에 약간의 우위를 보이고 있는 것으로 나타났다(表 II-34 참조). 이러한 차이는 표준화심사가 의료기관서비스평가 보다 더 오랫동안 지속되어 왔고 이에 따라 조사자들의 경험이 축적되어 있기 때문인 것을 사료된다. 그러나 앞에서 논의된 바와 같이 두 평가 모두 조사자 전문성에서 ‘보통’이나 ‘전문성 미흡’ 또는 ‘비전문적’으로 답한 병원이 반수가 넘는 것을 고려할 때 조사자의 전문성의 제고의 필

요성을 보이고 있다고 하겠다. 조사에 대한 전문성은 분야별 전문성도 필요하겠지만 조사대상병원에게 실질적으로 서비스개선방안을 제시할 수 있도록 질 개선 자체에 대한 경험과 지식이 함께 필요한 것으로 사료된다.

〈表 II-34〉 標準化審査와 서비스評價의 審査者 專門性 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	128(100.0)	78(100.0)
매우전문적	4(3.1)	2(2.6)
전문적	57(44.5)	30(38.5)
보 통	57(44.5)	37(47.4)
전문성미흡	8(6.3)	9(11.5)
비전문적	2(1.6)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

조사의 일정·방법들의 효과성에 대한 질문에서 표준화심사는 40.6%, 서비스평가는 28.2%의 병원에서 ‘그렇다’라고 응답하고 있어 의료기관서비스 평가에 비하여 표준화심사가 우수한 것으로 응답하고 있다. 특히 ‘매우 그럼’이나 ‘그럼’에 응답한 병원들의 수치는 서비스평가의 경우 29.5%에 불과한 반면 표준화심사의 경우 42.2%에 달하는 것으로 나타났다(表 II-35 참조).

〈表 II-35〉 標準化審査와 서비스評價의 日程·方法의 效果性 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	128(100.0)	78(100.0)
매우그럼	2(1.6)	1(1.3)
그 럼	54(40.6)	22(28.2)
보 통	62(48.4)	42(53.9)
그렇지않음	11(8.6)	13(16.7)
전혀안그럼	1(0.8)	0(0.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

이러한 차이는 의료기관서비스평가의 심사방법에 있어서 평가자가 조사를 위하여 실시하는 표본추출 및 수치 측정과정에 있어서 발생하는 불합리성에 대한 병원들의 반응으로 볼 수 있다.

조사문항의 적절성에 대한 질문에 대하여 문항이 ‘적절하다’고 평가를 내린 경우는 표준화심사와 서비스평가가 각각 34.4%, 33.3%로 나타났으며 ‘보통’이라고 응답한 병원은 표준화심사와 서비스평가가 각각 43.0%, 53.9%로 나타나 두 조사의 조사문항에 대한 평가가 비슷한 것으로 볼 수 있다(表 II-36 참조). 그러나 평가내용이 적절치 않다고 응답한 경우가 표준화심사의 경우 20.4%, 서비스평가의 경우 11.6%로 나타나고 있는 것을 고려해 볼 때 표준화심사문항에 대한 부정적인 인식이 많은 것으로 사료된다.

〈表 II-36〉 標準化審査와 서비스評價의 調査問項 適切性 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	128(100.0)	78(100.0)
매우그림	3(2.3)	1(1.3)
그림	44(34.4)	26(33.3)
보통	55(43.0)	42(53.9)
그렇지않음	24(18.8)	8(10.3)
전혀안그림	2(1.6)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

각각의 평가가 진료의 질 개선에 기여하는가에 대한 질문에 표준화심사는 50.0%, 서비스 평가는 44.9%가 ‘그렇다’라고 응답하였다(表 II-37 참조). 반면에 환자만족도 개선에 미치는 영향에 대해서는 ‘그렇다’라고 응답한 결과가 표준화심사는 48.4%, 서비스 평가는 51.3%로 나타났다(表 II-38 참조).

〈表 II-37〉 標準化審査와 서비스評價의 診療의 質改善 寄與程度 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	128(100.0)	78(100.0)
매우그림	8(6.3)	2(2.6)
그림	64(50.0)	35(44.9)
보통	49(38.3)	31(39.7)
그렇지않음	6(4.7)	9(11.5)
전혀안그림	1(0.8)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

이러한 결과는 비록 그 차이가 크지는 않지만 표준화심사의 경우 병원의 진료에 중점을 두었고 서비스평가의 경우 환자 만족도에 중점을 두고 있는 문항내용상의 차이점을 반영하고 있다고 보겠다.

〈表 II-38〉 標準化審査와 서비스評價의 患者満足度 改善與否 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	128(100.0)	78(100.0)
매우그림	6(4.7)	4(5.1)
그림	62(48.4)	40(51.3)
보통	55(43.0)	30(38.5)
그렇지않음	5(3.9)	3(3.9)
전혀안그림	0(0.0)	1(1.3)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

한편 각각의 심사결과가 실제 병원현황을 잘 반영하고 있는가에 대한 질문에 ‘그렇다’라고 응답한 경우를 살펴보면 표준화 심사는 43.3%, 서비스 평가는 29.9%로 표준화심사가 병원 현황반영의 측면에서 약간의 우위를 나타냈다(表 II-39 참조). 이러한 결과는 앞에서 평가내용 및 방법의 적절성과 같은 맥락으로 볼 수 있는 바 서비스평가의 조사 과정에서 발생하는 문제점에 대한 병원들의 불만이 표출되고 있는 것으로 사료된다.

〈表 II-39〉 標準化審査와 서비스評價 審査結果의 病院現況 反映程度 比較
(단위: 개소, %)

구 분	표준화심사	서비스평가
계	127(100.0)	77(100.0)
매우그림	2(1.6)	1(1.3)
그 림	55(43.3)	23(29.9)
보 통	59(46.5)	42(54.6)
그렇지않음	10(7.9)	9(11.7)
전혀 안그림	1(0.8)	2(2.6)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

4. 獨立 信任機構 設立에 관한 意見調查 結果

주지하는 바와 같이 오랜 역사를 갖고 그 권위가 인정되고 있는 외국의 의료기관 신임기구는 대체로 정부나 전문가단체가 주관하는 것이 아니고 독립된 기관이 관련 전문단체와 정부, 소비자 등과의 협력 하에서 운영되고 있다. 병원신임제도가 독립기관에 의하여 시행되고 있는 것은 병원신임에 있어서 객관성과 전문성을 확보하는 방안으로 이러한 형태의 운영이 효과적이라는 이유에서 일 것이다. 우리 나라에서도 병원신임을 위하여 독립된 기관을 설립하는 것을 보건복지부가 장기적 대책으로 고려하고 있는 것으로 알려지고 있다. 따라서 본 절에서는 신임제도도입방안에 반영하고자 실시한 독립평가기관의 설립에 대한 병원계의 의견조사 결과를 요약하여 제시하고자 한다.

가. 獨立된 信任機構의 必要性

독립된 신임기구의 필요성에 대한 질문에 ‘필요하다’ 또는 ‘매우 필요하다’ 고 응답한 병원이 전체의 60.0%를 차지해 응답병원의 대다수가 독립된 신임기구의 설치를 찬성하는 것으로 나타났다(表 II-40 참조).

병원형태별로 살펴본 결과에서도 병원의 규모별로 별 차이를 보이지 않았다. 이러한 결과로 미루어 볼 때 우리 나라의 병원제도 병원서비스의 개선을 위하여 외국과 같은 독립된 신임기관에 의한 병원서비스의 외부자 평가 필요성에 대한 인식이 강한 것으로 사료된다.

〈表 II-40〉 獨立된 信任機構의 設立 必要性에 관한 病院界의 意見(全體)
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	계
계	25(100.0)	89(100.0)	71(100.0)	185(100.0)
매우필요	3(12.0)	4(4.5)	6(8.5)	13(7.0)
필요함	14(56.0)	47(52.8)	37(52.1)	98(53.0)
필요하지 않음	8(32.0)	33(37.1)	18(25.4)	59(31.9)
잘 모르겠음	0(0.0)	5(5.6)	10(14.1)	15(8.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

나. 獨立된 新任機構의 運營主體

독립된 신임기구의 설립을 위한 방법에 있어서는 현재 병원계 자체적으로 이루어지고 있는 표준화심사제도를 중심으로 통합하는 방법(31.0%)보다 독립된 신임기구설립(38.0%)을 더 선호하고 있다(表 II-41 참조). 이에 비하여 현재와 같은 병원표준화사업과 서비스평가사업을 병행하여 실시하자는 내용에는 8.6%만이 응답하여 현행의 중복된 병원평가체계에 대한 불만을 표시하고 있다. 의료기관서비스평가제도 중심 통합의 경우 11.2%만이 응답하였는데 이는 정부주도의 제도라는 인식 때문인 것으로 사료된다.

〈表 II-41〉 獨立된 信任機構 設立方案에 관한 病院界의 意見
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	25(100.0)	90(100.0)	72(100.0)	187(100.0)
각각 병행시행	1(4.0)	5(5.6)	10(13.9)	16(8.6)
병원표준화사업 중심통합	13(52.0)	34(37.8)	11(15.3)	58(31.0)
서비스평가제도 중심통합	1(4.0)	10(11.1)	10(13.9)	21(11.2)
독립된 평가기구 설치	10(40.0)	34(37.8)	27(37.5)	71(38.0)
잘 모르겠음	0(0.0)	7(7.8)	14(19.4)	21(11.2)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

독립된 신입기구 운영에 있어서 의료수요자의 참여가 필요한가에 대한 조사에서는 전체병원 중 찬성이 45.1%이었고 반대는 41.1%를 보이고 있다(表 II-42 참조). 응답병원의 형태별로 살펴보면 3차 진료기관과 종합병원이 각각 65.2%와 50.6%의 반대 의견을 보였고 병원은 참여에 대한 반대응답이 20.9%를 보이고 있어 규모가 큰 병원일수록 소비자참여를 반대하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 외국의 경우 미국의 JCAHO, 호주의 ACHS 등 대다수의 신입기구가 이사회에 소비자단체를 포함하고 있다. 이렇게 의료서비스도 일반서비스와 같이 소비자의 시각이 강조되는 추세이고 특히 우리 나라의 경우 그 동안 의료서비스 관련 소비자 시각의 반영이 미흡했던 현실을 고려할 때 의료기관 신입사업에 소비자의 적극적인 참여가 바람직하다고 보겠다.

〈表 II-42〉 獨立된 信任機構 運營에 醫療需要者 參與與否(全體)
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	23(100.0)	85(100.0)	67(100.0)	175(100.0)
찬 성	8(34.8)	33(38.8)	38(56.7)	79(45.1)
반 대	15(65.2)	43(50.6)	14(20.9)	72(41.1)
잘 모르겠음	0(0.0)	9(10.6)	15(22.4)	24(13.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

이러한 독립된 신임기구의 설립 시기로는 2002년(29.3%)을 가장 적합한 시기로 응답하였다(表 II-43 참조).

〈表 II-43〉 獨立된 信任機構의 設立時期에 대한 病院界의 意見(全體)
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	22(100.0)	82(100.0)	63(100.0)	167(100.0)
2000년	0(0.0)	4(4.9)	18(28.6)	22(13.2)
2001년	7(31.8)	20(24.4)	7(11.1)	34(20.4)
2002년	10(45.5)	22(26.8)	17(27.0)	49(29.3)
2003년	2(9.1)	21(25.6)	11(17.5)	34(20.4)
2004년	3(13.6)	15(18.3)	10(15.9)	28(16.8)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999

다. 獨立된 信任機構의 運營方案

독립된 신임기구는 병원의 서비스 개선관련 사업을 통하여 궁극적으로 재정적인 자생력을 갖추어야 하지만 설립이나 초기의 운영과정에서 정부의 재정적인 협조가 필요할 것으로 사료된다.

〈表 II-44〉 獨立된 信任機構 設立 및 運營에 대한 政府의 費用負擔(全體)
(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	23(100.0)	83(100.0)	67(100.0)	173(100.0)
필요	14(60.9)	60(72.3)	53(79.1)	127(73.4)
불필요	7(30.4)	17(20.5)	7(10.5)	31(17.9)
잘 모르겠음	2(8.7)	6(7.2)	7(10.5)	15(8.7)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

본 조사에서도 독립된 신임기구의 설립 및 운영에 있어서 정부의 비용 부담 필요성에 대한 질문에 73.4%의 병원이 ‘필요하다’라고 응답하

였고 병원형태별로 살펴본 결과에서도 각각 과반수 이상의 병원이 정부의 비용부담이 필요하다고 응답하였다(表 II-44 참조).

독립된 신임기구가 평가를 실시하는 경우 평가항목을 구성함에 있어서 우선시 되어야 하는 내용 6가지를 제시하고 이들에 대하여 중요도에 따라 순위를 제시하라는 질문에 대하여 환자만족도를 가장 중요하다고 응답한 경우가 38.0%로 가장 높았고, 다음으로 의료인의 자질이 36.3%의 응답을 보였다(表 II-45 참조).

〈表 II-45〉 評價項目 重要度(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	첫 번째	두 번째	세 번째	네 번째	다섯 번째	여섯 번째
의료인의 자질	62(36.3)	38(22.2)	24(14.1)	31(18.1)	8(4.7)	9(5.3)
진료결과	14(8.2)	33(19.3)	44(25.9)	37(21.6)	25(14.6)	15(8.8)
시설 및 설비	16(9.4)	28(16.4)	30(17.7)	28(16.4)	46(26.9)	23(13.5)
환자만족도	65(38.0)	35(20.5)	29(17.1)	22(12.9)	16(9.4)	6(3.5)
환자의 권리보호	7(4.1)	30(17.5)	33(19.4)	34(19.9)	39(22.8)	27(15.8)
재정적 건전성	7(4.1)	7(4.1)	10(5.9)	19(11.1)	37(21.6)	91(53.2)
합 계	171(100.0)	171(100.0)	170(100.0)	171(100.0)	171(100.0)	171(100.0)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

한편 우선 순위가 가장 낮은 여섯 번째로 응답한 항목 중 빈도수가 가장 많았던 항목은 병원의 재정적 안정성으로 53.2%를 보이고 있으며 다음으로 환자 권리 보호가 15.8%로 나타났다. 이렇게 볼 때 우리 나라 병원계에도 환자만족도에 대한 의식이 제고되고 있으며 의료의 공공성에 대한 의식도 강하다는 것을 알 수 있으나 환자의 권리보호에 대한 개념은 아직도 일반화되지 않고 있는 것으로 보인다. 그러나 전문가 위주의 일방적인 진료서비스 제공에서 환자나 보호자의 의견을 존중하여

진료서비스에 이들이 적극적으로 참여하는 것이 강조되고 있는 전반적인 추세와 함께 급격히 증가하고 있는 의료분쟁 사례를 고려할 때 병원들의 환자권리에 대한 인식이 제고되어야 할 것으로 사료된다.

한편 독립된 신임기구의 평가대상 결정방식에 대한 의견조사 결과를 보면, 70.1%의 병원이 자율적 참여를 원칙으로 해야 한다는 견해를 보였고 27.0%의 병원이 부분적으로 강제되어야 한다고 응답했다(表 II-46 참조). 독립된 신임기구가 신뢰성 있는 신임제도를 운영하고 이에 따라 정부가 신임기구의 평가 결과를 의료정책의 입안이나 정책달성 수단으로 사용하며, 병원들이 서비스향상과 병원경영의 합리화를 위한 적절한 서비스를 신임기구가 제공한다면 병원들의 적극적인 참여 유도는 그리 어려운 과제는 아닐 것으로 사료된다.

〈表 II-46〉 독립된 信任機構의 評價對象 決定方式(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	23(100.0)	84(100.0)	67(100.0)	174(100.0)
강제적	1(4.4)	3(3.6)	1(1.5)	5(2.9)
부분적 강제	5(21.7)	22(26.2)	20(29.9)	47(27.0)
자율적	17(73.9)	59(70.2)	46(68.7)	122(70.1)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

독립된 신임기구가 병원에 대해 평가를 실시한 경우 그 결과를 산출하는 적절한 방식을 묻는 질문에 대해서는 59.4%의 병원이 등급제로 실시되어야 한다는 견해를 보였고 그 다음으로는 점수제, 합격/불합격제도 등으로 실시되어야 한다고 응답했다(表 II-47 참조).

〈表 II-47〉 獨立된 信任機構의 評價結果 算出方式(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	22(100.0)	82(100.0)	66(100.0)	170(100.0)
점수제	1(4.6)	14(17.1)	16(24.2)	31(18.2)
순위제	0(0.0)	1(1.2)	1(1.5)	2(1.2)
등급제	12(54.6)	50(61.0)	39(59.1)	101(59.4)
합격/불합격	6(27.3)	12(14.6)	8(12.1)	26(15.3)
기타	3(13.6)	5(6.1)	2(3.0)	10(5.9)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

병원신입의 목적이 평가 그 자체에 있는 것이 아니라 지속적인 질 개선에 있다면 점수제에 의한 등수를 주어 불필요한 경쟁을 유발하는 것보다는 외국의 경우와 같이 다양한 형태의 신입등급을 주어 질 개선을 유도하는 것이 타당한 것으로 사료된다.

〈表 II-48〉 獨立된 信任機構의 評價結果 公開方式(全體)

(단위: 개소, %)

구 분	3차진료기관	종합병원	병원	합계
계	24(100.0)	84(100.0)	69(100.0)	177(100.0)
완전공개	3(12.5)	17(20.2)	25(36.2)	45(25.4)
병원자율	11(45.8)	47(56.0)	37(53.6)	95(53.7)
비공개	6(25.0)	16(19.1)	7(10.1)	29(16.4)
기타	4(16.7)	4(4.8)	0(0.0)	8(4.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

독립된 신입기구에 의해 실시된 평가의 결과를 공개하는 적절한 방식에 대해서는 53.7%의 병원이 병원자율에 맡겨야 한다고 응답하였다(表 II-48 참조).

그러나 병원신입제도의 소비자 정보제공 목적의 측면으로 볼 때 환자에게 양질의 서비스를 제공하고 의료전달체계의 원활한 운영에 긍정적인 영향을 미칠 수 있는 사안에 대해서는 신입기관이 공공서비스의 제공의 차원에서 평가결과를 공개하는 것이 타당한 것으로 사료된다.

Ⅲ. 外國의 醫療機關 信任制度 現況

본 장에서는 외국의 의료기관 신임제도를 미국, 호주, 일본 등을 중심으로 고찰하기로 한다. 병원신임제도를 처음으로 시도한 미국의 경우 우리 나라 신임제도의 도입과 관련하여 시사하는 바가 크므로 신임제도의 형성과정에 관하여 자세히 살펴보고 우리 나라 신임제도 도입방안 마련에 참고하고자 한다. 호주의 신임제도는 미국의 구체적인 병원운영기준에 의한 신임체제와는 달리 유연성을 갖고 병원들이 자율적으로 질 향상에 노력하는 방향으로 유도하고 있다는 면에서 그 특징이 있다고 보겠다. 한편 일본의 신임제도의 경우 우리 나라와 의료전달체계의 성격이 유사하다는 면에서 우리가 참고할 사항이 많은 것으로 사료된다.

1. 美國의 JCAHO

가. 一般現況

1) 發展過程

병원 서비스의 질 향상을 위한 외부기관의 노력은 민간에 의하여 자발적으로 시작되었다(McGeary, 1990). 1912년에 설립된 미국외과학회(ACS: American College of Surgeons)가 카아네기 재단의 지원을 받아 병원 진료의 표준화를 시도한 것이 그것이다. ACS는 1919년에 공식적으로 병원표준화프로그램(HSP: Hospital Standardization Program)을 구축하였으

며, 1951년 병원합동신임위원회(JCAH)에 의해 그 역할이 대체되기 전까지 존재하였다(Davis, 1960; Jost, 1994; Mcgeary, 1990)(表 III-1 참조).

병원서비스의 표준화 필요성을 인식한 ACS는 자체적으로 마련한 병원서비스의 최소기준을 가지고 1918년에 671개 병원에 대하여 실태조사를 실시한 결과 단지 89개 병원만이 이러한 기준에 부합하고 있었다. 이러한 결과에 따라 병원서비스의 개선의 필요성에 대한 인식이 증가하자 ACS는 효율적으로 조직화된 병원들을 기준으로 하여 모든 병원이 따라야 할 병원운영의 최소기준을 마련하고 이러한 기준 따른 병원들의 개선과정에 대한 정기적인 감사를 시도하였다. 이렇게 시작된 병원표준화프로그램은 1926년에서 1941년 사이에 표준화를 위한 기준을 7번 개정하였으며 그 내용의 분량은 18페이지에서 110페이지로 증가했다(L. Davis, 1960; Jost, 1994).

한편 1946년에 Hill-burton 법에 따라 병원의 열악한 시설에 대한 문제가 제기되자 연방정부는 병원건립에 예산을 지원하게 되고 이러한 예산지원은 병원의 설립 및 운영에 있어서 정부의 규제가 시작되는 계기가 되었다. 연방예산의 지원기준은 정부가 제시하는 병원의 설립 및 운영에 관한 최소한의 기준을 준수하도록 하는 것이었다. 따라서 미국병원협회(AHA: American Hospital Association)는 미국공적부조협회(APWA: American Public Welfare Association)와의 공조하에 병원운영허가를 위한 규정을 정립하여 각 주정부가 이에 준한 병원운영허가 지침을 제정하도록 하고 이러한 기준에 부합하는 경우에만 병원건립에 연방예산 지원을 받을 수 있도록 하였다(Jost, 1994).

〈表 III-1〉 美國醫療機關信任制度的 主要 變化(1910~1987)

연도	내 용
1910	· Ernest Codman, 병원표준화에 관한 ‘최종결과보고서’ 발표
1912	· 미국외과학회(American College of Surgeons; ACS) 설립
1917	· 미국외과학회 한 페이지로 된 ‘병원의 최소기준(Minimum standard for hospitals)’ 작성
1918	· 미국외과학회 병원에 대한 방문조사 실시, 692개 병원 중 89개만이 ‘병원의 최소기준’을 충족시키고 있는 것으로 조사됨
1926	· 18페이지에 해당하는 1차 표준화지침서(The first standards manual) 출간
1950	· 의료서비스에 대한 제반 표준화기준에 대한 개선. 이러한 프로그램기준에 따라 3,200여 개 병원이 승인을 받음
1951	· 미국의사협회, 미국병원협회, 미국의학협회, 캐나다의학협회는 미국외과학회와 공동으로 병원합동신임위원회(JCAH: The Joint Commission on Accreditation of Hospitals) 신설
1952	· ACS는 병원기준프로그램(HSP)을 공식적으로 JCAH로 이전
1959	· 캐나다의학협회 병원합동신임위원회로부터의 분리독립(자체조직 구성)
1964	· 평가대상 의료기관에 평가비용 부과
1965	· JCAH로부터 신임을 받은 병원은 메디케어, 메디케이드 프로그램에 참여가 가능한 조항이 들어있는 메디케어법 통과
1966	· 장기입원시설에 대한 신임평가 실시
1969	· JCAH는 신임기준 및 평가과정개발을 위한 4개의 신임위원회를 설립 · 발달장애 관련서비스 제공시설에 대한 신임 시작
1970	· ‘최소수준의 질’에서 달성 가능한 ‘최적의 질’로 신임기준 변경 · 정신과시설신임위원회 설치, 신임시작(정신병원, 약물남용수용시설, 지역사회정신시설) · 간호사들과 병원 행정가들이 의사들과 함께 신임조사에 참여
1971	· 장기요양시설에 대한 신임위원회 설립
1972	· 연방보건부(DDHS)가 JCAH의 신임사업에 대한 타당성을 조사검토하도록 사회보장법 개정
1975	· 외래진료에 대한 신임위원회가 설립, 외래진료에 대한 신임이 시작 · 신임요건에 충족되지 않는 병원은 기존에는 1년주기의 신임을 받았지만 부족한 사항의 개선을 조건으로 2년주기의 신임을 받을 수 있게 됨
1979	· 미국 치과 의사회는 JCAH와 협조체계를 구축 · 전문기술자문위원회(PTAC)가 각 신임사업마다 구성되고 기존의 신임위원회는 해체
1982	· 최초로 공공대표가 JCAH의 이사회에 참여 · 병원, 정신과시설, 알코올과 약물남용치료프로그램, 지역사회 정신보건 센터에 대한 신임주기 2년에서 3년으로 연장
1983	· 장기입원시설에 대한 신임주기가 2년에서 3년으로 연장 · 호스피스기관에 대한 신임이 시작
1986	· Quality Healthcare Resource가 JCAH의 비영리 상담보조기구로 설립
1987	· 조직 활동영역이 확대됨을 반영하기 위해 명칭을 JCAH에서 보건의료기관합동신임위원회(JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)로 개명

資料: 인터넷 http://www.jcaho.org/trkhco_frm.html. 1999년 11월 기준.

이러한 병원운영에 관한 정부의 규제와는 별도로 ACS는 1951년까지 자신들의 HSP를 지속적으로 수행하여 수많은 병원에 대한 신임평가 활동을 해왔다. 이렇게 병원표준화사업이 확대되자 ACS는 이 사업의 원활한 수행을 위하여 미국의사회, 미국병원협회, 미국의사협회(AMA: The American Medical Association) 등과 협력하여 미국병원합동신임위원회(JCAH: The Joint Commission on Accreditation of Hospitals)를 설립하기에 이르렀다. JCAH는 ACS가 추구하던 보건의료전문가간의 합의에 따른 병원운영개선의 기본 원칙을 이어 받아 비공개로 진행되는 병원현지조사에서의 평가, 교육, 자문 등을 수행함으로써 병원운영개선을 시도하였다(McGeary, 1990). 이러한 원칙은 병원 신임평가의 전문성을 강조하는 것으로 근래에까지 그 원칙이 유지되고 있었으나 최근의 환자권리신장, 전문집단의 폐쇄성에 대한 사회의 비판적 시각 등으로 인하여 신임절차의 개방 및 신임결과의 공표 등의 방향으로 신임사업의 성격이 변화되고 있다.

병원신임조사를 위한 조사원확보를 위하여 ACS와 AMA의 인력지원을 받아 오던 JCAH는 1961년부터 자체적인 조사요원을 선발했으며 1964년부터는 신임평가를 받는 병원에게 심사에 따른 비용을 부담하도록 하여 재정적인 자립을 위한 기틀을 만들었다. 이러한 적극적인 신임제도의 운영에 따라 JCAH는 1965년까지 미국의 전체병상의 66퍼센트, 병원수로는 60퍼센트에 달하는 병원에 대해 신임사업을 실시하였다. 이러한 성장과 함께 신임대상을 병원으로 한정하지 않고 1965년에는 미국장기요양원협회(American Nursing Home Association)와 노인요양시설협회(American Association of Homes for the Aging) 등을 신임위원회 위원에 포함하여 장기요양시설에 대한 신임평가를 시작하였고, 1960년에는 정신요양시설, 1967년에는 재활시설을 신임대상에 포함하였다(Jost, 1994; McGeary, 1990).

이러한 순수 민간 조직으로의 JCAH 활동은 1965년 메디케어 관련 법안의 의회 통과를 계기로 보건의료기관 운영이나 재정에 대한 정부 정책달성의 중요한 수단으로 역할을 수행하게 된다. 1965년 사회보장법에 따르면 JCAH의 신임을 받은 병원은 적정진료에 관한 사항, 정신병원에 대한 특별요구조항, 장기입원요양시설의 특별요구사항을 제외한 메디케어 프로그램에 참여를 위한 모든 보건 및 안전상의 요구사항을 충족하는 것으로 인정(deemed status)하게 되었다. 이렇게 JCAH의 신임이 메디케어 참여 요건을 가름하게 됨으로 결국 의료기관들은 자체적으로 형성한 조직에 의하여 규제를 받는 형식이 되었다. 메디케어의 입법을 주도한 의원들은 메디케어 요양기관의 지정을 위해서 정부가 단독적으로 면허제도를 운영하는 것을 찬성하지 않았다. 이는 정부가 지정을 단독적으로 운영하는 경우 각 주마다 상이한 기준을 제시할 수밖에 없기 때문이었다. 그러나 아직도 상당수의 병원이 JCAH에 참여하지 않고 있는 현실을 감안하여 결국은 메디케어의 요양지정을 관할 주정부나 JCAH에서 같이 시행하는 방향으로 정하였다(McGeary, 1990).

이렇게 메디케어에서의 JCAH의 역할이 증대됨에 따라, JCAH는 정부와 소비자 단체 등에서 나오는 다양한 비판의 대상이 되었다. 1970년대 초에는 전국 사회보장권조직(National Welfare Rights Organization)과 소비자단체들은 JCAH신임과정에 있어서 더 많은 환자권리와 소비자 참여에 대한 요구사항을 피력했다. 또한, 운영상에 심각한 문제가 있는 대형병원에 대하여 신임을 부여하였다는 언론의 비난도 받게 되었다. 이에 대하여 JCAH는 소비자의 권리를 인정하는 내용을 JCAH 목적에 추가시키고, 소비자로부터 나온 공공정보를 신임과정에 포함시킴으로써 신임과정의 객관화를 추구하였다. 그러나 JCAH는 근본적으로 JCAH의 역할을 의료기관에 대한 규제자로서의 역할보다는 상담자

로서의 역할을 견지하였다.

이러한 조치에도 불구하고 추가적인 불만사항들이 메디케어보험자 급여검토위원회(HIBAC: Health Insurance Benefits Advisory Council)의 보고서를 통해서 표출되었다. 1969년 7월 작성된 이 위원회의 보고서는 JCAH의 조사빈도가 의료기관의 진료의 질을 보장한 만한 수준에 미치지 못하고 조사자들의 전문성도 미흡한 편이며 평가기준의 몇 가지 부문은 메디케어에서 요구하는 보건·안전 기준에 미치지 못하고 있다고 보고하였다. 또한 JCAH는 진료의 질 평가에 있어서 환자진료의 질에 대하여 초점을 맞추기보다는 의료기관의 구조적인 측면과 행정적 절차(서비스제공 능력)에 초점을 맞추고 있다는 지적을 받았다. 이러한 비판에 대처하여 JCAH는 1970년대 초반부터 환자에게 제공된 의료서비스에 대한 직접적 결과를 평가하는 성과평가프로그램(PEP: Performance Evaluation Program)을 개발하여 진료서비스 개선유도를 시도하였다(表 III-2 참조).

1977년과 1978년 사이에 JCAH는 조직내의 책임소재 불분명으로 인한 문제점을 개선하기 위하여 조직개편을 시도하였다. 1960년대 중반부터 분야별로 설치되기 시작한 신임위원회(Accreditation councils)는 그 운영상 자율권이 점차 증대하여 사업수행 실무자들은 JCAH의 경영진과 각 신임위원회에 이중적인 통제를 받게되므로 결국은 조직내의 책임소재가 불분명하게 된 것이다.

〈表 III-2〉 美國醫療機關信任制度의 主要 變化(1988~1998)

연도	내 용
1988	· 업무성과 측정체계의 개발, 수행, 가정간호기관(home care organization) 신임 시작
1990	· 두 명의 소비자대표가 이사회에 참여
1992	· 성과향상개념에 중점을 두는 병원 신임매뉴얼작성작업 시작 · 간호계의 대표와 공공대표 1명이 이사회에 추가로 참여 · JCAHO는 신임을 받은 모든 병원은 병원 내에서의 금연을 제도화하는 기준 마련
1993	· 환자치료와 조직의 기능을 중심으로 병원신임매뉴얼을 개편 · 소비자들의 불만사항 신임평가에 반영 · 신임을 받은 전국 의료기관의 5퍼센트에 대해 무작위, 비통보 형식의 중간평가 실시 · 연방정부는 JCAHO로부터 신임을 받은 가정간호사무소에 대해 불시조사 실시 (JCAHO 신임의 메디케어 참여조건에 충족하는 것으로 간주된다고 발표)
1994	· JCAHO의 신임을 수여 받은 의료기관의 수행평가결과 공표지침 및 무작위불시조사지침 마련 · 최초로 1994년 1월 1일 이후에 조사를 받은 기관의 구체적인 성과보고서 공개(12월) (신임을 받은 기관의 성과영역별 점수와 전국적인 비교 등 수록) · 1995년 병원, 가정간호, 약물중독, 정신지체/발달장애 서비스평가 신임매뉴얼 발간 · 보건의료네트워크 신임 시작, 중소/지방 병원 신임을 위한 태스크포스 신설 · 외국 의료기관 대상 교육과 상담을 제공하기 위하여 JCAHO 국제부를 만들음. · 두 명의 소비자대표를 이사회에 둠(공공대표는 총 6명이 됨).
1995	· 임상검사실 신임을 위해 1988년에 제정된 JCAHO 임상검사실신임평가기준 연방정부 인정 · 신임 받은 의료기관의 서비스 향상을 위해 ‘활동계획(Action plan)’을 이행 · ‘활동계획’의 일부분으로써 Orion Project 도입(신임평가 된 서비스가 환자에게 전달되는 것을 향상시키기 위한 실험계획) · 최초로 소비자대표가 이사회에 간부로서 활동 · 외래, 보건의료 네트워크, 장기입원시설, 임상병리 연구서비스에 대한 1996년판 신임 매뉴얼을 발간했으며 환자치료에 중점을 둔 성과중심의 기준마련을 기본으로 함
1996	· 보건의료재정부(HCFA)는 JCAHO로부터 신임을 받은 외래외과센터가 메디케어 프로 그램에서 요구하는 사항을 충족하고 있는 것으로 발표 · JCAHO의 홈페이지를 개설, 신임감시관리부서 신설 · 지역사회가정간호보건신임프로그램(CHAP)과 공동으로 신임평가 시작 · ‘예비적 신임’ 판정기준이 새로이 신임범주에 포함(대상기관이 1개 또는 그이상의 비 신임요건을 갖추고 있을지라도 최종신임결정까지는 평가유보)
1997	· ORXY사업을 착수(평가결과와 성과측정을 신임과정에 통합한 새로운 평가체계) · 이사회에 ‘보건의료의 질 교육기관’ 설립 사업계획 승인(보건의료 질의 측정, 관리, 향상의 측면에서 대학원 수준의 인증 프로그램) · 국가 보건지표에 관한 총서(NLHI) 발간 및 JCAHO의 Ernest A. Codman상 제정
1998	· JCAHO와 국가질보장위원회는 전체 보건의료체제 내에서의 성과측정활동에 대한 공 조체계 발표(성과측정조정협의회 설립, 15인의 임원으로 구성) · 장기치료 또는 가정간호 서비스를 제공하는 중소병원을 대상으로 하는 통합조사과정 (Integrated Survey Process)개발 · 보건의료기관에 의해 제공된 정보의 보호를 강화하기 위해 법적쟁점관련감시단(The sentinel event legal issue task force)이 설립 · 미국 방사선학회와 향후 방사선 종양학 현장평가 중복을 줄이기 위해 상호협조한다는 동의안 체결

資料: 인터넷 http://www.jcaho.org/trkhco_frm.html 참조

이러한 문제점을 제거하기 위하여 JCAH는 신입위원회를 폐지하고 JCAH의 대표와 보건의료기관의 대표자들로 구성된 4개 분과의 전문 기술자문위원회(PTAC: Professional Technical Advisory Committee)를 신설하였다. 이러한 조직체계 하에서 PTAC와 JCAH의 실무진은 공동으로 신입결정에 관한 기준을 개발하고 이 기준을 이사회에서 승인하는 절차로 조직운영이 개선되었다. 이사회는 또한 PTAC의 대표들로 구성된 정책자문위원회(PAC: Policy Advisory Committee)와 보건의료서비스 공급자 및 관련 전문가들의 자문을 받도록 하였다(The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996).

이러한 일련의 조치에 따라 1970년대 중반에서 1980년대 초반까지, JCAH와 보건부(HEW: Dept. of Housing, Education and Welfare)와의 관계는 개선되었다. 1979년 연방정부감사국(Government Accounting Office)의 보고서는 메디케어 요양기관 지정업무를 JCAH가 지속적으로 수행할 것을 권고하였다. 연방정부감사국은 보고서에서 보건부가 각 주정부를 통하여 시행하고 메디케어 요양기관지정 관련 업무는 그 신뢰성에 있어서 문제가 있으며 오히려 JCAH의 결과가 더 신뢰성이 있다는 결론을 내렸다. 이러한 결론에 따라 레이건 행정부는 1981년에 메디케어, 메디케이드 프로그램에 참여하기를 원하는 장기요양시설(Nursing Home)에 대한 지정업무를 JCAH가 수행할 것을 제안하기도 했다(Government Accounting Office, 1979). 그러나 1983년에 HCFA와 의회는 의학연구소(IOM: Institute of Medicine)에 의해 지명된 위원회에서 그 문제를 연구하고 권고안을 제출할 때까지 이러한 사항에 대한 논의를 연기하기로 합의하였다(Institute of Medicine. Committee on Nursing Home Regulation, 1986).

JCAH 신입평가의 구조위주 신입기준에서 성과 및 결과중심 신입기준으로의 개선사업은 1978년부터 지속적으로 수행되고 있다. 먼저 의

학적 감사의 수행여부를 묻는 질문을 병원 업무 전체에 대한 문제점의 발견을 위한 정도관리의 지속적 수행상태의 점검으로 대체하였다. 이러한 사항을 포함한 새로운 기준은 1979년에 승인되고 1981년부터 실행되었다(McGeary, 1990). 정도관리에 대한 기준의 기본지침은 환자 진료에 중요하다고 인식되는 분야에 대한 지속적이고 객관적인 점검과 이러한 과정에서 발견된 문제점에 대한 적절한 조치를 통하여 환자진료의 질을 제고할 수 있는 체계적으로 잘 조직되어 있는 업무를 수행한 증거를 제시하여야 한다는 것이다. 1984년에 개정된 신임기준에는 이러한 내용을 반영하여 진료의 질의 모니터링, 진료의 질의 평가 및 적정진료에 대한 기준과 정도관리 수행기준 등의 구체적인 기준을 명시하였다.

1982년에 최초로 공공대표가 이사회(Board of Commissioner)에 참여하게 되었고 병원신임의 기간이 2년에서 3년으로 연장되었으며 1985년에는 정도관리 수행사항을 모니터링하기 위한 이행사항점검 프로그램을 도입하였다. 또한 1970년대 이후 장기입원서비스, 외래, 가정간호, 호스피스, 정신보건서비스 등에 대한 신임사업이 추가되는 등 업무영역이 확장되자 이를 반영하기 위하여 1987년에는 그 명칭을 JCAH에서 보건의료기관합동신임위원회(JCAHO: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)로 개정하였다.

1994년에 JCAHO는 신임인정을 받은 의료기관의 수행평가결과 공표지침 및 무작위불시조사지침을 마련하였다. 수행결과 공표는 지금까지 신임결과 관련 내용에 대한 공표를 의료기관의 자율에 맡기던 것을 JCAHO가 개별 병원의 평가결과를 공표하는 것이다. 소비자에게 공개되는 정보는 성과영역별 점수와 특정병원의 점수가 병원전체에서 차지하는 위치 등을 포함하도록 되어 있다. 무작위 불시조사방식이란 신임을 거친 의료기관 중 5%에 달하는 병원을 무작위로 추출하여 재

신입하는 것을 말한다. 이러한 조사의 모든 비용은 JCAHO가 부담하고 있으며, 신입평가 종결 후 18개월이 경과한 병원을 대상으로 한다.

1997년부터는 평가결과와 성과측정을 신입과정에 통합한 새로운 평가체제로 ORXY사업을 추진하고 있다. 이에 대해서는 뒤에서 구체적으로 기술하기로 한다. 이어서 1998년에는 장기치료와 가정간호 서비스를 제공하는 중소병원을 대상으로 하는 통합조사과정(Integrated Survey Process)이 개발되었는데, 해당 기관에서 제공되는 다양한 서비스에 대한 신입평가가 종합적으로 이루어지는 것이다.

지금까지 살펴본 미국의 JCAHO의 발전단계는 크게 나누어 메디케어 요양기관 지정과 연결하는 1965년도의 정부조치 이전과 이후로 나누어 볼 수 있겠다. 1965년 이전의 병원신입제도는 민간에 의한 자발적인 병원표준화사업으로 출발하여 지속적인 양적인 성장하였으며 이 동안의 신입은 주로 전문적인 의료공급자의 시각에서 신입제도가 이루어지고 있었다고 볼 수 있다. 한편 1965년 이후 변화과정을 보면 요양기관 지정요건과 신입결과를 연결하므로 JCAHO의 사회적인 위상이 높아짐과 동시에 사회에 대한 책임 또한 명백하게 되었다. 이에 따라 정부는 직접적 또는 간접적인 방법으로 JCAHO에 대한 영향력을 행사하게 되었고 JCAHO는 이러한 영향력에 적극적으로 대처하여 전문성과 자율성을 지키는 동시에 사회적 객관성을 확보하게 되었다. 따라서 의료기관 서비스 향상을 위한 정부의 정책적의지가 병원들에게 직접적으로 행사되지 않고 JCAHO에 의하여 한번 걸러져서 행사되므로 정부는 서비스 질에 대한 직접적 관리에서 야기될 수 있는 전문성과 자율성 침해에 대한 의료기관의 반발 없이 정책의 성과를 이룰 수가 있었다. 한편 병원들은 JCAHO라는 전문적이고 중립적인 기관에 의하여 서비스 개선에 관한 철저한 통제를 받고 있는 반면 JCAHO에 자신들의 시각을 직접적으로 반영할 수 있기 때문에 자신들이 제공하는 서비스에 대하여 자율적인 개선노력을 할 수 있게된 것이다.

이러한 정부, JCAHO 및 의료기관간의 상호 역학관계의 정립은 우리 나라의 병원의 서비스 개선을 위한 제도의 정립에도 상당한 시사점을 주고 있는 것으로 사료된다. 특히 민간병원 위주로 구성되어 있는 우리 나라의 병원계는 정부의 서비스 질 개선 유도를 위한 직접적인 개입에 대하여 극히 부정적인 시각을 가지고 있다. 이러한 상황에서 정부에서 무리한 직접적 개입을 시도한다면 이러한 제도는 병원계에게는 일종의 규제로 받아들여질 것이다. 병원서비스의 질 개선은 그 성격상 규제적인 통제보다는 당사자의 적극적인 의지를 기본 조건으로 한다고 볼 때 이러한 제도는 요식적인 절차로 전락하여 실질적인 질 개선의 효과를 거두기 어렵게 될 것이다. 따라서 민간주도의 신임제도를 운영하여 의료서비스의 전문성과 자율성을 인정하되 정부는 민간신임기구의 신임결과를 의료정책의 수립 및 정책달성 수단으로 사용하므로 이 제도의 객관성과 효과성 확보에 대한 간접적인 영향력을 행사하는 방향으로의 병원신임제도 관련 정책방향을 정하는 것이 타당할 것으로 사료된다.

2) 病院信任合同委員會의 目的

JCAHO는 의료기관 신임사업을 수행하고 신임에 관련된 의료기관 운영사항의 개선을 위한 서비스를 제공하여 대중에게 제공되는 의료서비스의 질을 향상시키는 것을 목적으로 한다. JCAHO의 정관에 제시되어 있는 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 병원 및 기타 보건의료시설의 표준화된 운영기준을 설정한다. 둘째, 보건의료 관련 인력과 병원 및 기타 건강관련 시설의 서비스 담당자가 자발적으로 1) 의료과학이 제공할 수 있는 최적의(optimum)의 혜택을 환자에게 제공할 수 있도록 고양하며, 2) 시설의 안전성 관리와 조직의 행정관리 기능이 효율적으로 이루어 질 수 있도록 의료

기관 운영의 기본 원칙을 적용하고, 3) 의료기관의 경영진과 실무자간에 상호협조 하에서 의료기관이 제공해야 하는 기본적인 서비스를 지속적으로 제공할 수 있도록 하기 위한 조사 및 신임사업을 실시한다. 셋째, 조사와 신임사업의 과정에서 수행된 평가를 바탕으로 신임장을 발행하여 대상기관이 모든 조건에 합당함을 공식적으로 인정한다. 마지막으로 병원의 신임사업과 관련된 연구, 교육 및 출판사업을 시행하는 것으로 하고 있다.

위에서 제시되고 있는 JCAHO의 설립목적이 의도하고 있는 바를 분석해 보면, 첫째 의료기관의 자율적인 노력이 강조되고 있고, 둘째 의료기관의 서비스 질과 함께 운영의 효율성 제고를 함께 고려하고 있으며, 셋째 조사 및 평가에 그치지 않고 의료기관 대상교육 및 연구기능을 강조하고 있음을 볼 수 있다. 여기서 주목되는 것은 JCAHO의 업무내용이 자율성에 근거를 둔 의료기관 운영 전반에 광범위한 업무라는 것이다. 이러한 업무는 정부의 규제나 보험자의 입장에서는 관심의 대상이 아닐 수 있는 분야이나 합리적 병원운영을 위해서는 필수적인 사항이다. 이러한 역할은 JCAHO가 병원운영관련 전문적 능력을 확보하고 정부나 의료단체의 영향력으로부터 벗어나 독자적으로 운영되므로 가능한 것으로 보겠다.

3) 組織의 構成

JCAHO의 외부 협력기관으로는 미국의사협회, 미국외과학회, 미국치과의사협회, 미국병원협회, 미국의학협회가 있다. JCAHO를 움직이는 내부적인 협의체로서는 신임이사회가 있다. 여기서 신임이사회는 JCAHO의 정책방향 정립이나 운영상황에 대한 감독업무를 수행한다. 신임이사회는 보건의료관련 사업 및 공공정책에 관한 다양한 경험을 가지고 있는 의사, 간호사, 소비자, 병원행정가, 보건정책

입안자, 의료서비스의 질 평가자, 의료보험행정가, 교육자 등을 포함한 28명의 개인들로 구성되어 있다. 신입이사회는 1년에 3회의 정기 모임을 가지며 이사회의 구성원들의 임기는 일반적으로 3년이다.

이사회내에는 실행위원회(executive committee), 신입위원회(accreditation committee), 표준·조사수행위원회(standards and survey procedures committee), 재무감사위원회(finance and audit committee), 인사위원회(nominating committee)와 같은 5개의 상임위원회가 있다. 또한 1999년에 구성된 태스크포스와 기타 위원회로는 2000년 운영계획·예산 태스크포스, 행동장애치료의 표준설정태스크포스, 위원회상정사안검토위원회, 지속적인 교육위원회, 업체운영태스크포스, 50주년기념계획위원회, 인적자원 및 보상위원회, 신입과정개선감독위원회, 전략계획위원회 등이 있다.

JCAHO에 고용되어 조사와 행정업무를 수행하는 실무진으로는 500명의 의사이외에 간호사, 보건행정가, 의료기사, 심리학자, 약사, 사회사업가 등이 있다. 이외에도 거의 500명에 가까운 보조인력이 중앙과 지역사무소에 배치되어 근무하고 있다.

4) 信任實施現況

JCAHO는 보건의료서비스에 대한 미국에서 가장 큰 신입기관으로 자리잡고 있으며, 자발적인 신입과정절차를 통하여 총 18,000여 개의 의료기관 및 보건의료서비스 제공 프로그램에 대해 신입을 부여하였다. 현재는 약 6,800개의 의료기관이 심의위원회로부터 신입절차를 받고 있다. 신입의 대상이 되는 기관은 병원, 보건의료서비스네트워크, 장기입원시설, 간호요양원 및 호스피스기관, 응급의료서비스기관, 보건의료에 관한 실험연구실, 정신보건의료서비스기관이다.

나. 病院信任過程

1) 信任對象

일반적으로 평가를 받고자 하는 대상기관이 심의위원회의 신입평가를 받기 위해서는 다음의 조건을 충족해야 한다. 첫째, 병원이 미국 또는 미국령 안에 있거나, 그렇지 않은 경우에는 미국의회의 현장이거나 미국정부의 방침에 따르는 지역에 위치하거나 그 밖에 기타 예외 규정에 해당하며, 둘째, 제공하고 있는 의료서비스의 질을 스스로 평가하고 결과에 따른 개선업무를 수행하고 있으며 셋째, 타 의료기관과의 협조에 의하여 제공되고 있는 서비스를 포함한 전반적인 서비스의 내용을 정확하게 명시할 수 있으며, 넷째, 이러한 서비스의 내용이 JCAHO의 신입범위에 해당되는 경우에 신입신청을 할 수 있다.

그러나 JCAHO는 1994년부터 합동위원회국제부(JCI)를 두어 전세계를 서유럽, 중동 및 아프리카, 라틴 아메리카 및 카리브해 지역국가, 중앙 및 동부유럽, 아시아 및 태평양 연안의 국가, 새로운 독립국가연합의 6개 부문으로 나누고 총 35개국 이상 나라의 정부, 병원, 기타 보건의료서비스 기관에 대하여 상담서비스를 제공해 오고 있다. 이러한 의미에서 JCAHO에서 신입평가를 실시하고 있는 대상은 미국뿐만 아니라 전세계에 있는 모든 보건의료서비스 제공시설이라고 볼 수 있으므로 일반적인 대상자의 제약은 없다고 볼 수 있다.

보건의료기관 종류별로 보면 JCAHO의 신입평가는 크게 외래진료시설(Ambulatory Care), 정신 및 발달장애진료시설(Behavioral Health Care), 보건의료네트워크(Health Care Networks Home Care), 병원(Hospitals), 장기요양시설(Long Term Care Facilities), 임상연구시설(Clinical Laboratories)의 6개부문으로 나누어진다. 향후 2001년부터는 어시스트리빙시설(Assisted Living)

에 대하여 신입평가를 제공할 예정으로 있다. 이상의 서비스 중한 기관이 복합적인 서비스를 제공하고 있을 경우 JCAHO는 서비스별 운영기준을 가지고 분리하여 조사를 실시한다.

2) 申請書의 作成

신임을 받고자 하는 보건의료기관은 제일 먼저 신입조사신청서를 작성하여야 한다. 신입조사신청서는 JCAHO로 우편이나 전화를 통하여 송부를 요청하면, 1~2주 이내에 신입조사신청서를 교부 받게 되며, 이를 작성하여 JCAHO에 송부하면 된다.

중요한 것은 보건의료기관합동신임위원회로부터 방문조사를 받고자 하는 날로부터 최소한 6개월 이전에 신입조사신청서를 송부하여야 한다는 것이다. 신청서를 접수시킨 이후 해당 병원의 소유권, 지역, 서비스 규모의 중요한 변화, 추가적인 신규서비스의 제공 형태, 기존 서비스의 중단 등에 대하여 주요 내용에 변경이 있을 경우 30일 이내에 이를 보건의료기관합동신임위원회로 통지하여야 한다.

3) 信任準備 調査書의 送付

신입조사가 이루어지기 대략 4개월 전에, JCAHO는 신입준비조사서를 의료기관으로 송부한다. 신입준비조사서는 신입대상의료기관에 관하여 평가될 내용의 선정을 위한 것으로 설문조사 활동들에 참여할 의료기관측 담당자, 실제조사가 진행되는 동안 확인이 필요한 자료 목록 등을 포함하고 있어 신입대상의료기관이 현지조사에 대비할 수 있도록 한다. 신입준비조사서에 제시된 일반적인 평가내용을 근간으로 하여 JCAHO는 의료기관과 공동작업을 통하여 잠정적인 평가목록을 작성한다. 이러한 잠정적인 평가내용으로 조사일정, 조사인원 등을

결정하여 구체적인 평가 계획을 세운다. 일반조사항목은 동일한 조사 기간이나 조사팀에 의하여 수행되는 설문조사에 대하여 조사의 일관성을 향상시킨다. 시험적인 조사항목이 한번 작성되면, 해당 의료기관과 합동위원회의 관련 당사자들이 신입조사에 사용될 최종 조사항목을 최종 협의하여 개발한다.

4) 訪問調査

방문조사는 의료기관이 신입조사를 신청하였을 때 혹은 신입 후 3년이 경과하여 재신입이 필요한 경우 시작한다. 그러나 신입기간 만료 전에도 신입조사를 받아야 할 경우가 있는데, 이러한 경우에 JCAHO는 병원에 의하여 이미 제출되었던 각종 자료에 대한 갱신을 요청할 수 있다. 조사가 실시되기 6주전에, 의료기관은 JCAHO가 파견하는 전문가와 협조하에 지원서에 있는 내용들을 검토조정하고 현지조사 항목에 개별적으로 수용될 내용들을 결정한다.

방문조사를 위한 평가단은 일반적으로 의사, 간호사, 행정가로 구성되며 규모가 작은 의료기관의 경우 두 명의 조사요원이 파견되는데, 대개 병원행정 전문가와 의사이다. 추가적으로, 평가대상 의료기관의 서비스 구성에 따라서 해당 분야에 대한 전문지식을 갖춘 전문조사요원이 파견되는데, 장기입원시설, 방문간호시설, 또는 외래서비스시설 등에 관한 전문가가 대상이 된다. 평가단 구성시 조사단 일원 중한 명을 팀리더(team leader)로 지정하게 되는데 팀리더는 현지조사 활동과 관련된 사항에 대해 조정하는 역할을 하기도하고, 의료기관의 관계자와 설문에 관련된 제반 문제점들에 대하여 의견교환을 하는 역할을 수행한다. 평균조사기간은 2~3일이 소요되는데 이러한 조사 기간은 조사대상 기관이 제공하는 서비스의 범위에 따라 차이가 있다. 일반적으로 모든 의료기관에 적용될 수 있는 조사과정은 다음과 같다.

가) 調査始作會議(Opening conference)

조사는 조사시작회의를 필두로 시작하며, 여기서 병원의 주요 의료진 및 책임자들에게 조사팀의 소개가 이뤄지고, 기타 조사계획과 일정이 제시된다. 이렇게 조사시작회의를 개최함으로써, 평가대상기관은 조사팀이 의료기관의 각 부서에 접근하는 것을 용이하게 한다. 병원장은 의료진 및 행정책임자와 함께 대강 30여 분 정도가 소요되는 이 회의에 참석하여야 한다.

나) 資料檢討(Document review)

조사팀은 조사를 받는 병원의 제반사항이 기록된 문서를 검토한다. 이 문서는 병원의 업무수행에 초점이 맞추어지며 제 위원회회의록, 의료기관의 성과 및 활동평가 보고서, 정관, 병원의 향후 계획에 관한 문서, 기타 업무수행 문서들이 해당된다. 이러한 문서의 검토는 사전에 조사원들을 위하여 준비되어져야 한다. 조사원들은 병원의 모든 조사활동이 종결 될 때까지 병원의 조사 호응도에 대하여 평가하지 않지만 조사의 마지막단계에서 평가하여 실제로 점수를 환산한다.

다) 病院責任者面談(Interviews with hospital leaders)

조사원은 조사에 앞서 병원장과의 면접을 실시하며, 최고경영책임자들이 환자진료의 서비스 개선을 위하여 어떻게 계획을 세우고, 실천하고, 노력하는지 중점적으로 질문한다. 다른 조사원은 병원장, 의료진, 간호감독 그리고 부서 책임자들의 역할에 대하여 면밀한 조사를 실시한다. 병원책임자면담에서는 병원장을 비롯하여 기획 및 자원배치 책임자, 진료각과 과장, 간호부장, 행정부서 책임자에 대한 면담이 이루어진다.

라) 診療施設訪問(Visits to patient care settings)

조사팀은 환자들이 진료를 받는 진료실과 병실 등의 장소를 방문하는데 조사의 많은 시간을 할애한다. 진료현장 방문은 조사원들이 환자를 위해 병원진료가 어떻게 이루어지는지를 보는 것이다. 조사원들은 병원이 서비스 개선을 어떻게 계획했고, 이행하고, 향상시켰는지를 조사한다. 진료시설 방문에는 입원실, 외래진료실, 응급센터, 재활시설, 병리 및 임상검사 서비스시설, 수술실, 마취실, 방사선과, 진료실, 기타 시설이 해당된다(表 III-3 참조).

조사팀이 이 시설들을 방문하는 동안 환자를 진료하는 의료진 뿐만 아니라 환자들과도 면담을 한다. 조사팀은 의무기록을 검토하며, 다른 한편으로 진료환경, 감염통제, 환자치료, 의료진의 의사소통(협진), 환자권리 문제를 점검하기도 한다. 각각의 조사자는 예정에 있는 의료진과의 면담결과와 시설방문결과에 대하여 일차적으로 책임을 지는 한편, 조사결과에 대하여 상호 의견교환을 통하여 조사자간의 평가의 편차를 줄이도록 노력한다.

〈表 III-3〉 醫療機關信任調查日程(例. 調查期間이 3日인 경우)

구 분	조 사 자	조 사 내 용	
첫째날	오 전	조사자공동 · 조사시작사전회의 · 개괄적인 성과개선 발표 · 관련문서검토 · 기관장 면담	
	오 후	의 사	· 환자진료시설방문 · 마취과 방문 · 응급의료서비스시설방문
		간 호 사	· 환자진료시설방문 · 마취과방문
		행 정 가	· 재활서비스시설방문 · 건물시찰
	조사자공동	· 조사팀 자체 회의	
둘째날	조사자공동	· 하루일정 소개	
	오 전	의 사	· 임상병리검사실 방문 · 의료진 신입관련 인터뷰 · 의료진 관리자 인터뷰 · 의료진 회의 (선택적)
		간 호 사	· 환자진료시설 방문 · 감염관리 인터뷰 · 간호관리 책임자 인터뷰
		행 정 가	· 환자진료시설 방문 · 병원부서장 인터뷰 · 의료관련 행정서류 관리현황조사
	조사자공동	· 조사팀 자체 회의	
	오 후	행 정 가	· 병원장과의 병원장기전략계획 수립, 자원배분관련 인터뷰(병원윤리인터뷰 포함) · 약제과 시설조사
		의사·간호사	· 의무기록 관련 인터뷰
		의 사	· 환자진료시설 방문 · 병원홍보서비스 인터뷰
		간호사·행정가	· 인적자원관리 관련 인터뷰
		조사자 공동	· 조사팀 내부회의
셋째날	오 전	조사자공동	· 하루일정 소개 · 환자진료관련 인터뷰 · 성과개선조정관련 집단인터뷰
		의 사	· 병원업무개선팀 인터뷰
		간 호 사	· 병원업무개선팀 인터뷰
	행 정 가	· 병원정보관리 관련 인터뷰	
	오 후	조사자공동	· 조사결과 종합을 위한 팀 회의 · 병원장 인사 및 조사종료 회의

資料: 인터넷 http://www.jcaho.org/trkhco_frm.html 참조.

마) 各 部署責任者 面談

조사자들은 각 부서에서 중요한 책임을 지고있는 병원 각과의 직원들과 일련의 면담을 통하여 문서 검토에서 확인된 논점들에 대해 질문을 하며, 환자진료시설을 방문한다. 각과에서의 면담은 약제 및 영양관련 업무, 마취, 수술, 다른 방사선 치료업무, 감염관리업무, 인적자원 과 의료인력 평가업무, 환자치료업무, 환자 및 환자가족 교육업무, 지속적인 진료의 질 관리 업무, 병원경영정보업무, 성과 개선업무, 병원윤리업무를 담당하는 담당자와 이루어진다.

바) 其他 活動評價

필요에 따라서는 입원서비스 방문조사, 약제서비스 방문조사, 의무기록에 대한 인터뷰, 건물안전관리 점검, 진료관련 문서 상황에 관한 사항들에 대하여도 현지조사 및 관련자 면담 등을 시행한다.

사) 檢討會議

각 조사원이 분야별로 조사활동을 마친 후에는 조사에서 밝혀진 사항을 종합하기 위한 검토회의를 갖는다. 검토회의를 통해서 조사결과 보고서 초안을 작성하며 또한 최종 신입판단에 영향을 수 있는 사항에 대한 의견조율을 시도한다. 여기서 작성된 초안은 조사를 종결하기 전에 병원의 책임자들과 갖는 회의의 자료로 사용된다.

아) 調査責任者 調査終了會議

조사책임자 조사종료 회의는 조사마지막 날에 이루어진다. 조사자들은 병원측에 조사결과 보고서 초안을 제시하고 조사결과에 대한 이들의 의견을 수렴한다. 최종 결정은 조사자들의 문서화된 조사결과를 분석한 후에 JCAHO 본부에서 이루어지게 된다. 그러나 조사종료회의에서 조사내용을 검토하는 동안 병원은 이의를 제기할 수 있고 조사

자들이 간과했다고 생각되는 추가적인 사항을 제시할 수도 있다.

자) 最終信任決定

의료기관에 대한 현지조사결과는 JCAHO 본부에서 최종검토 된다. 특히 조사과정에서 문제가 제기된 사항에 대해서는 JCAHO의 신임위원회(joint commission's accreditation committee)에서 재검토되며 여기서 최종신임여부가 결정된다.

5) 信任調査의 費用負擔

JCAHO는 그 운영비용을 충당하기 위하여 필요한 신임조사의 비용을 매년 책정하고 있으며 조사병원의 규모, 제공하는 서비스의 형태, 조사기간에 따라 의료기관조사비용을 차등하여 적용하고 있다.

다. 實施結果 活用

신임결과의 활용은 세 가지 측면에서 이루어지고 있다고 볼 수 있다. 첫째, 신임결과에서 나타난 문제점의 개선을 위한 자료로 활용하고 둘째, 심사결과를 공표하므로 소비자 정보 제공에 사용되며 셋째, 메디케어 의료기관 지정 기준으로 활용된다.

신임결과는 5종의 신임수준으로 제시되는데 1) 우수신임(Accreditation with Commendation)은 JCAHO의 의료기관운영기준에 맞추어 모범적으로 운영된 병원에 수여되고, 2) 신임(Accreditation without type I recommendation)은 모든 사항이 병원운영기준에 맞추어 운용되고 있는 기관, 3) 가신임(Accreditation with type I recommendation)은 운영기준의 각 부문 중 하나 이상의 부문에 지적사항이 있는 기관으로 일정한 시간 내에 이를 개선하여 이 부분에 대한 재조사를 받아야 하는 기관에게 부여되고, 4) 조건부 신임(Conditional Accreditation)은 운영기준에 비

추어 볼 때 심각한 문제를 가지고 있으나 일정한 기간 내에 이러한 문제점을 개선할 능력이 있다고 인정되는 기관에 부여되며, 5) 잠정신임(Provisional Accreditation)은 새로이 개설하여 진료실적이 미비한 의료기관이 필요에 따라 조기심사를 요청하여 조기심사결과가 기준에 적합하다고 인정된 의료기관에게 부여되며, 마지막으로 비신임(Not accredited) 운영기준에 따르지 않거나, 다른 이유로 신임이 무효화되거나, 또는 자발적으로 신임을 반려한 경우에 부여된다.

이러한 기준에 대한 신임현황을 '97년도 기준으로 보면 우수신임 11%, 신임 3%, 가신임 85%, 조건부 신임, 잠정신임, 비신임 모두 1% 미만이었다. 여기서 보는 바와 같이 가신임이 85%를 차지하고 있는 것은 신임제도가 평가 그 자체보다는 지속적인 질 개선을 위한 문제점의 파악과 개선방향의 제시의 효과를 가지고 있다고 보겠다.

한편, JCAHO는 그 전까지 평가결과의 공표를 신임을 받은 의료기관의 자율에 맡기었다. 그러나 1994년에 평가결과 공표정책(Public Disclosure Policy)을 채택하여 신임을 받은 각 의료기관의 수행평가결과를 JCAHO가 직접 공표하고 있다. 공표에 포함되는 내용은 다음과 같다.

- 최근 신임평가를 받은 날짜
- 최근 신임평가 결과에 의한 신임내용
- 현재의 병원의 신임등급 및 신임에 동반되는 조건
- 조건부 신임을 받은 경우 이러한 조건에 대한 병원의 개선 내용
- 신임평가에서 의료기관에게 부여된 총점과 전체의료기관과 비교수치
- 각 부문별 점수와 전체의료기관과 비교수치
- 개선이 필요한 것으로 지적된 분야

이러한 내용들은 공표 전에 개별 의료기관에 통보되고 개별 의료기관은 내용을 검토한 후 내용에 관한 자신들의 입장을 첨부하도록 하며 JCAHO 또한 공표내용이 의미하는 바와 공표내용 자체의 한계점을 첨부하여 공표된다. 이러한 조치는 의료서비스 제공자들이 서비스 개선에 보다 적극적으로 대처하게 할 뿐만 아니라 소비자들에게 올바른 정보를 제공하므로 소비자의 정확한 판단에 도움을 주고자 하는 것이다.

마지막으로 앞에서 논의된 바와 같이 JCAHO의 신임결과는 메디케어 요양기관 지정요건으로 활용되고 있다. 메디케어 요양기관으로 지정받기 위해서는 의료기관은 주 정부에서 시행하는 조사에 의하여 지정을 받거나 JCAHO의 신임을 받도록 되어 있다. 주정부의 조사를 받는 경우 조사비용은 주정부가 부담하게 된다.

라. 最近動向

최근 들어 JCAHO는 ORYX사업을 추진하고 있다. ORYX는 JCAHO가 보건의료기관의 운영에 따른 실질적인 결과를 보건의료기관 심사과정에 반영하기 위하여 추진하고 있는 사업이다. JCAHO는 ORYX사업을 통하여 운영결과 관련 통계자료에 기반을 둔 지속적인 설문조사와 심사를 시행하므로 현행의 일정한 운영기준 중심으로 단속적으로 시도하고 있는 평가방법의 보완을 시도하고 있다. 한편, 이러한 운영결과와 관련된 통계자료를 바탕으로 하여 평가를 받는 보건의료기관은 객관적으로 측정된 운영결과를 이용하여 자체적인 질 향상 사업을 추진할 수 있으며 대외적으로 자신들이 제공하는 서비스의 질에 대한 신뢰성을 인식시킬 수 있다. ORYX사업은 현재 병원과 장기요양시설, 의료네트워크, 검사실 및 재택의료 등 18,000 개소의 보건의료기관을 대상으로 운영결과에 관련된 통계자료를 수집하여 JCAHO에 정기적

으로 제출하도록 하고 있다. 본 절에서는 이러한 ORYX 사업 내용을 개괄적으로 알아보기로 한다.

1) ORYX 事業의 推進背景

JCAHO가 실시하고 있는 현행의 제도에 대한 비판을 두 가지로 요약해 보면 평가내용이 의료기관의 구조 위주로 되어 있어서 과정이나 결과 부분에 대한 평가가 미흡하다는 지적과 평가절차에 있어서 대개 3년마다 시행되는 신입조사는 조사의 단속성으로 인하여 급격히 변화하는 의료환경에 지속적으로 대처하고 있지 못하고 있다는 지적이다. 이러한 문제점을 개선하기 위하여 JCAHO는 임상적 결과 즉 환자가 특정의료기관의 치료에 어떠한 임상적 효과를 보았는가에 기준을 둔 평가를 위하여 지난 10여 년 간 부단히 노력한 바 있다. 그러나 그 동안의 시도는 임상적 결과의 계량화를 위한 지표개발에 있어서 많은 문제점을 노출하였고 또한 각각의 특성이 다른 의료기관을 통일된 일정한 지표에 의하여 평가한다는 데 있어서 병원들의 반발이 심하여 의료기관 평가에 임상적 결과지표를 반영하는 데 많은 어려움이 있었다. 한편 현행의 신입제도는 1회성의 성격을 띄고 대부분 병원들이 3년에 한번씩 신입평가를 받게 되어있어 병원들이 지속적으로 서비스의 질을 개선하고자하는 동기부여에 있어서 문제점이 지적되고 있었다.

이러한 문제점을 보완하기 위하여 병원신입위원회는 ORYX사업을 추진하고 있다. ORYX사업의 기본방침은 개별 의료기관들로 하여금 자신에 적합한 임상지표를 선정하도록 하고 이를 매 3개월마다 신입위원회에 보고토록 하는 것이다. 이렇게 보고된 자료는 JCAHO에서 검토하여 문제점이 발견되면 병원에 검토결과를 통보하여 병원에서 필요한 조치를 취하도록 하며 이러한 과정을 지속적으로 반복한 후 3년간의 기록을 신입평가지 반영하도록 하는 것이다.

2) 事業概要

JCAHO는 1997년 2월 임상결과와 기타 수행 지표 자료를 신입과정에 포함하는 ORYX사업의 시행계획을 발표하였다. ORYX사업의 목표는 앞에서 언급된 바와 같이 지속적이며 실질적인 서비스의 결과 자료에 근거하여 신입사업을 수행하므로 보건의료기관에 종사자나 이용자 모두에게 포괄적이고 유용한 정보를 제공하고자 하는 목적에서 출발하였다. ORYX사업을 통하여 신입위원회는 결과 및 수행지표의 추이분석과 이러한 추이에 대한 원인을 평가대상의료기관과 공동으로 분석하고 원인분석에 따른 개선방안의 도출을 통하여 보건의료기관의 지속적인 서비스개선에 기여하는 역할을 한다. 따라서 ORYX사업에서 생산되는 수행지표는 현재 신입평가가 일정기준의 준수여부를 측정하는 방법을 보완하여 보건의료기관이 지속적인 질 향상 사업을 수행할 수 있는 근거를 제시한다. 이러한 ORYX사업의 개요를 병원신임을 중심으로 알아보면 다음과 같다.

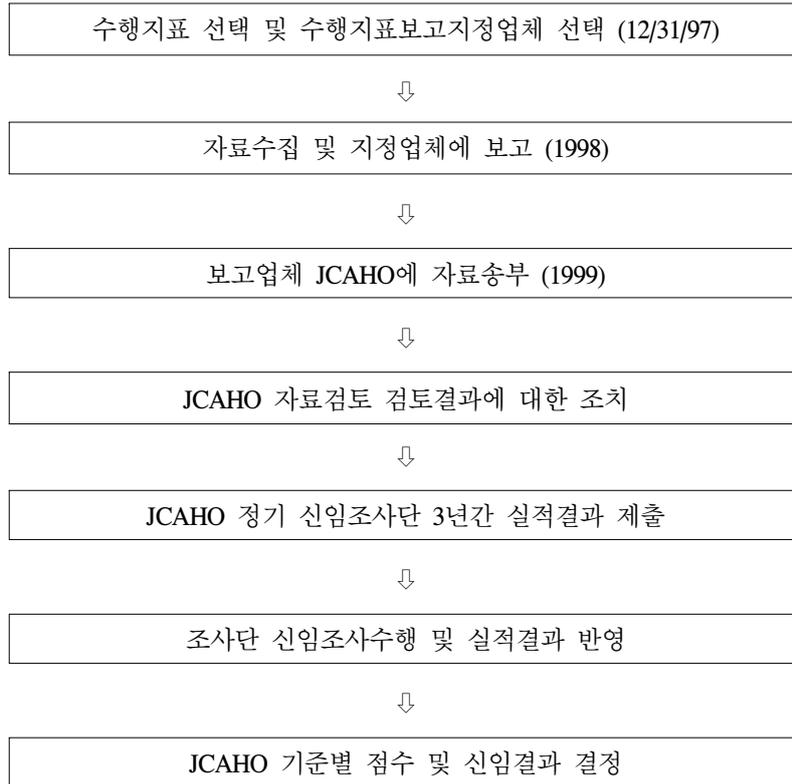
JCAHO의 신임을 받은 의료기관은 자신들이 선택한 6종의 결과지표나 수행지표를 수집하여 이에 대한 자료를 매 분기마다 신입위원회에 제출하여야 하며 만약 평가대상 기관이 원할 경우 제출하는 지표의 수는 6개를 초과할 수 있다. 제출하고자하는 결과 및 수행지표는 각 의료기관의 전략적 목적 및 의료기관이 서비스를 제공하고 있는 지역의 의료수요의 특징 등에 기반을 두고 현재 의료계나 학계에서 사용되고 있는 모든 종류의 결과 및 수행관련 지표 중에서 선택한다. JCAHO가 초기에 제시한 지표선택 지침 중 각 의료기관의 서비스 제공 환자의 20% 이상을 포함할 수 있는 지표라는 제한은 의료기관들의 지표선택 폭을 제한하고 개개 의료기관의 특성을 고려하는데 있어서 제한이 될 수 있다는 견해에 따라 철회되었다. 따라서 의료기관들

은 지표선택에 있어서 각각의 특성에 따라 최대한의 유연성을 부여받고 있다고 하겠다.

한편 각 의료기관들은 자신들이 선택한 지표보고를 위하여 JCAHO에서 지정하는 수행지표보고지정업체(Performance Measurement Systems)들과 계약을 체결하여 이들을 통하여 신임위원회에 자료를 제출하도록 하고 있다. 수행지표보고지정업체는 결과 및 수행지표 관련자료의 수집, 분석 및 배포를 효율적으로 수행할 수 있는 전산화된 데이터베이스를 갖춘 기관으로 자료처리서비스를 계약한 의료기관의 지표에 대한 변화추이를 분석하고, 타병원과 지표를 비교 분석하여 각 계약의료기관에게 제시한다. 한편 신임위원회는 분기별로 보고되는 자료를 분석하여 1년에 2회씩 평가지표에 대한 신임위원회의 의견을 제시하므로 병원의 서비스의 지속적인 향상을 유도한다.

JCAHO는 데이터베이스 기술적 성능, 수행지표수집의 정확성, 수행지표분석에 영향을 미칠 수 있는 요인의 고려방안, 수행지표분석결과 환류방안, 수행지표의 의료기관신임요건과 관련성 등을 고려하여 1999년 현재 약 300여 개의 수행보고 업체를 지정하고 있다. 따라서 의료기관들은 먼저 자신들이 신임위원회에 제출할 지표를 결정하고 이러한 지표를 취급하고 있는 수행지표보고지정업체와 계약을 체결하여 이들을 통하여 JCAHO에 보고를 해야한다. 보고지정업체를 통하여 의료기관들은 자신들이 정한 특정지표와 관련하여 분석내용을 환류받음으로써 관련서비스의 지속적인 향상을 기대할 수 있고 한편 JCAHO는 보고되는 자료를 규격화된 내용으로 보고 받을 수 있어 평가 수행을 원활히 할 수 있도록 하는 효과를 얻고 있다(그림 III-1 참조).

[그림 III-1] 病院·長期療養施設에 대한 Oryx事業의 遂行日程



資料: JCAHO 내부자료, 1999. 10.

3) 向後 展望

신임위원회는 지금까지 300여 개의 수행지표보고업체를 선정하였고 이들이 제시하고 있는 수행평가 지표가 15,000여 개에 달하고 있다. 이러한 다양성은 한편으로 ORYX사업의 제한점으로 지적되고 있다. 먼저 수행지표보고업체들간의 자료요소의 정의, 평가지표 산출식, 위험요소 보정방법 등이 서로 달라 상호간의 비교가 어렵다는 점이다.

따라서 상호간의 비교는 동일한 수행지표보고업체에 등록된 병원들간에만 가능하게 되어 전체병원간의 비교는 어렵게된다. 한편 수행지표 선택에 자율성을 보장함에 따라 의료기관들은 자신이 상대적으로 우수한 분야의 지표를 선택하거나 질 개선에 별로 중요하지 않은 지표를 선택하므로 신임결과에 신뢰성을 떨어지게 하고 지속적인 질 향상에 효과성을 약화시키는 결과를 초래할 수 있다.

이에 따라 JCAHO는 향후 ORYX사업이 계속됨에 따라 현행의 결과 및 평가지표를 분석하여 2002년까지 표준화된 결과 및 수행지표(standard core performance measures)를 확정하여 모든 보건의료기관에 공통적인 지표의 제출을 요구할 수 있도록 계획하고 있다. 이를 위하여 신임위원회는 의사, 간호사 등 임상전문가, 보건의료기관, 의료서비스 소비자, 수행지표 전문가 등의 의견을 종합하여 잠정적인 중요분야를 결정하였다. 여기서 결정된 분야로는 1) 급성심근경색증(관상동맥질환), 2) 선천성심장질환, 3) 폐렴, 4) 수술 및 합병증, 5) 임신 및 관련 분야(신생아와 산모관리) 등이 있다. 따라서 이러한 분야별로 우선적으로 공통 수행지표를 개발하여 병원들로 하여금 2002년부터 보고하도록 할 계획이다.

이러한 공통적인 지표의 사용은 앞으로 의료기관의 지속적 질 향상을 위하여 다음과 같은 방향으로 사용될 수 있다. 첫째, JCAHO의 문제점으로 지적되고 있는 신임평가의 단속성이 완화될 수 있다. 즉 3년마다 시행되고 있는 신임평가에 보완하여 3년간 지속적으로 병원들의 수행상태를 점검하며 점검결과가 매 분기마다 환류되고 또한 매 분기마다의 결과가 종합되어 정기평가시에 반영되게 된다. 둘째, 공통적 지표는 병원에서 가장 보편적이면서도 중요한 분야에 집중하게 되므로 서로 상이한 지표를 사용하는 경우보다 병원의 지속적인 질 향상에 미치는 영향이 크다. 셋째, 공통적 지표는 전국적으로 의료기관

상호간에 비교할 수 있는 기준을 제공하여 질 향상을 위한 벤치마킹을 가능하게 하고, 효과적인 보건서비스 연구를 가능하게 한다. 또한 동일한 기준에 의한 평가결과를 공표하므로 소비자의 의료기관 선택상의 결정을 용이하게 한다.

2. 濠洲의 ACHS

가. 一般現況

1) 發展過程

호주의 의료기관신임에 대한 관심은 1926년에 뉴사우스웨일즈주와 빅토리아주 정부가 미국의 신임제도를 도입하고자 시도한데서부터 출발한다. 이 제도의 도입을 위해 당시 미국 외과학회의 병원표준화사업 담당자가 초청되기도 했으나 신임제도는 현실화되지 못하였다. 1946년에 설립된 호주병원협회(Australian Hospital's Association)는 호주 외과학회와 함께 신임제도에 관심을 가지고 기준을 개발하고자 시도하였으나, 이 또한 실제 사업으로 진행되지는 못하였다.

1959년에 호주의학협회 뉴사우스웨일즈 분회는 신임사업을 도입하기로 하고 호주외과학회, 내과학회, 의학회 및 시드니대학교 의학대학원 대표자들과 함께 위원회를 만들었다. 이듬해 미국의 신임기준을 이용한 신임사업을 뉴사우스웨일즈주에서 시작하였다. 그러나 이 사업은 뉴사우스웨일즈주의 병원위원회로부터 지원을 받지 못하였을 뿐만 아니라 공공병원은 대부분 행정위원회(Ministerial Committee)가 시행하는 감사를 받고 있었던 관계로 별 실효를 거두지 못하고 곧 위원회는 해체되었다).

1) 이상은 Scrivens, 1995, 한국보건의료관리연구원, 『의료기관서비스 평가제도』, 1998.
12. p.40 에서 재인용하였다.

이후 1974년에 호주의학협회 뉴사우스웨일즈 분회와 호주병원협회 빅토리아 분회에 의하여 보건의료기관에 의하여 제공되는 서비스 질의 지속적인 개선을 목적으로 호주병원표준화위원회(The Australian Council on Hospital Standards)가 설립되었고 1975년에 최초로 기롱병원(Geelong Hospital)에 대하여 신임을 부여하였다. 신임을 추구하는 보건의료기관이 점차 다양해짐에 따라 이를 반영하기 위하여 호주병원표준화위원회는 1988년에 호주보건의료기관표준위원회(Australian Council on Healthcare Standards)로 개칭되었다. 1년 후인 1989년에는 연방정부와 외부 기관으로부터 재정지원을 받아 환자관리 및 치료의 결과를 보다 객관적으로 평가할 수 있는 지표개발사업인 임상진료평가프로그램을 개발하기도 하였다.

1994년에는 신임사업에 있어서 의료서비스의 질 향상 개념과 성과측정의 개념을 통합하기 위하여 지금까지 가져왔던 표준화 기준에 대한 전반적인 검토를 시작하였다. 이러한 노력은 새로운 프로그램의 도입으로 귀결되었으며, 그 결과 질평가/향상프로그램(EQuip: the Evaluation and Quality Improvement Program)을 개발하게 되었다. EQuip는 회원제로 운영되고 있는데 1998년 현재 760개의 병원 및 기타 보건의료기관이 참여하고 있다²⁾.

2) 設立目的

호주보건의료표준화위원회의 설립목적은 보건의료서비스기관에 의하여 제공되는 서비스의 질과 수준을 지속적으로 증진시키는 것이며, 이를 위하여 보건의료서비스의 질에 대한 기준제시, 질 개선 프로그램 개발 및 신임사업 등을 통하여 보건의료산업, 정부, 지역사회에 의

2) 이상은 인터넷 <http://www.achs.org.au/about01.htm> 참조.

하여 그 권위가 인정되므로 적극적인 지원을 받도록 하는 것을 설립의 비전으로 하고 있다.

이를 달성하기 위하여 공공 및 민간병원, 지역보건기관, 장기요양원, 외래진료소, 정신요양원, 재활기관 등 다양한 고객들에 대한 조사와 연구를 통하여 그들의 욕구(need)를 확인하고 기존에 제공되고 있는 ACHS의 제품 및 서비스의 수준을 지속적으로 향상시킴으로써 최선의 소비자 만족을 성취하는 것을 추구하고 있다.

이처럼 호주보건의료표준화위원회는 공공 및 민간보건의료기관을 그들의 고객으로 보고 이들이 지속적인 질 향상을 성취하는 데 필요한 서비스를 제공하는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 이러한 시각은 규제자나 평가자로서의 역할보다는 의료기관의 서비스 향상을 위한 조언자로서의 역할이 강조되고 있는 면에서 다른 나라의 제도가 갖는 시각과는 비교가 된다고 하겠다. 그들이 비전으로 갖고 있는 보건의료산업, 정부, 지역사회에 의해 인정받는 조직체로서의 존재는 서비스에 대한 평가가 자발적인 참여를 기조로 한다는 측면에서 매우 중요한 의미를 담고 있다고 보겠다.

3) 組織構成

호주의 신임사업을 주관하는 호주보건의료표준위원회(ACHS: Australian Council on Healthcare Standards)는 보건의료분야에서 주체적인 역할을 수행하는 22개 회원기관의 대표자들로 구성되어 있으며, 실질적으로 위원회를 운영하게 된다. 여기에 참여하는 기관으로는 병원협회 등 병원관련단체, 의학협회 등 의사단체, 의료기관관리자단체, 정부기관, 소비자단체 등이 있다. ACHS의 이사회는 11명의 이사로서 구성되며 이사진은 위원회에서 선출한다.

이사회는 산하에 교육자문위원회(Education Advisory Committee), 서비스평가운영위원회(Care Evaluation Committee), 표준위원회(Standard Committee), 조사위원회(Survey Committee) 등 4개 위원회를 두고 있다. 실제 사업을 수행하는 조사요원은 의료현업에 종사하며 각 전문분야에서 인정을 받고 있는 경험이 풍부한 자들로 구성되어 있으며, 1998년 6월 30일을 기준으로 총 334명이 근무하고 있는 바 대부분의 경우 자원봉사자들로 구성되어 있다. 조사자들은 1년에 10일간을 조사에 종사하며 정기적으로 ACHS서 제공하는 교육과정에 참여하고 있다. 조사자들의 자격조건은 최근 5년간의 의료기관 간부로서 근무한 경력이 있어야 하며 매 4년마다 이들의 자격이 재검토되어 재임명된다. 또한 조사자들은 윤리강령을 준수할 의무를 가지며 매 조사시 대상의료기관으로부터 조사자의 행위에 대한 평가를 제출 받아 재임명시 참고자료로 사용한다. 의료기관 및 제반 시설에 대한 방문조사의 경우 그 구성은 일반적으로 의사, 간호사, 행정관리자 3명을 기본으로 하고 있으며, 병원이나 시설의 규모에 따라 인원배치를 달리하고 있다.

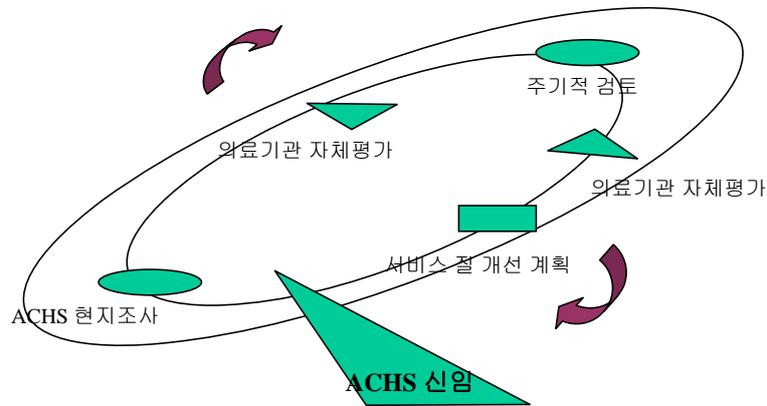
4) 實施現況

호주보건의료표준심의위원회의 EQuIP회원 기관은 1998년 1월 기준으로 지역보건서비스사무소(Area Health Services)(장원기 외, 한국보건사회연구원, 1998: 80~81), 병원군 등을 포함하여 총 769개 기관이 있으며 이는 전년대비 24%가 증가한 수치이다. 위원회의 평가를 통하여 신임을 받는 보건의료기관 수는 1997년 대비 34%가 증가하였으며, 1999년 4월 1일 현재 774개 기관이 있다.

나. 信任過程

ACHS의 신임평가 과정은 전적으로 EQUIP과정을 통하여 이루어지고 1999년 7월 현재는 4년을 한 주기로 하여 실시되고 있다. 본 조사는 2년마다 현지방문조사를 실시하고 있으며, 평가를 받고자 하는 보건의료기관은 2년제 또는 4년제 신임을 받아야 한다. 최고신임은 2년 이후에 재평가되고 있으며, 관련 보고서는 기관전체조사를 실시한 후 12개월 이후에 작성된다. 이러한 단계는 지속적으로 이루어지는데 이러한 과정을 그림으로 나타내면 [그림 III-2]와 같다.

[그림 III-2] EQUIP Cycle



資料: ACHS, *The Equip Guide*, 1999.

한편, EQUIP과정은 회원제를 기준으로 하고 있기 때문에 신임평가를 받고자 하는 기관은 신임평가 12개월 이전에 회원으로 가입하여야 한다. 일반적인 신임평가 과정을 구체적으로 보면 다음과 같다.

1) 自體評價(Self-Assessment)

신임평가를 받고자 하는 기관은 회원으로 등록한 후 자체적인 업무 수행을 향상시키기 위하여 정기적으로 자체적인 실적이나 성과평가를 수행하여야 한다. 자체평가는 EQUIP 질계획지침서(Quality Planning Workbook)의 내용을 기준으로 시행하며 이러한 과정이 계속됨에 따라 ACHS의 기준과 그들의 업무수행 성과를 비교·검토할 수 있다.

2) 自體評價支援서비스(Self-Assesment Support Service)

ACHS의 현지조사와 주기적 검토가 끝난 뒤 12개월 이후에 의료기관은 자체 평가를 완료하고 그 결과를 ACHS에 제출하여야 한다. EQUIP 담당자는 실제 방문조사를 실시한 조사원들에 의하여 발견된 문제점들에 대한 제안사항, 서비스향상에 있어서의 애로점, 추가적인 논의가 필요한 사항 등 프로그램을 통하여 나타나는 전반적인 문제점들에 대하여 의료기관에 조언과 상담서비스를 제공한다.

3) 週期的 檢討

ACHS의 현지조사가 끝난 후 24개월 안에 ACHS조사원에 의해 실시되는 것으로써, 이전 조사기간 동안 제안된 사항들에 대하여 해당 조치가 취해지는지, 질 향상 활동계획과 관련하여 조직이 그 성과를 평가하고 검토하고 있는지 등이 조사된다.

4) ACHS 現地 調査

ACHS 현지조사는 훈련된 ACHS의 조사원들에 의하여 수행되는데 전체적인 업무수행에 대한 전문지식을 갖고 있는 일선 실무진이 조사에 참여하게 된다. 본 조사에는 평가대상 기관에서의 주요부문 성과

향상정도 발표, ACHS 기준에 준한 질 개선 목표달성 정도 확인, 조사 결과요약, 서비스 개선을 위한 제언, 기타 향후 취해야 할 조치들에 대한 내용이 조사된다.

5) 調査報告

각 조사와 주기적 검사 이후에 각각의 조사결과를 수집, 정리하여 보고서가 작성되며, 이렇게 정리된 보고서는 의료기관에 제공된다. 여기에는 업무성과가 충족되는 부문, 추가적인 조치가 필요한 부문, 우수한 성과를 보이는 부문에 대한 평가와 더불어 보건의료서비스 개선을 위한 제언 등이 수록된다.

6) 質 向 上 活 動 計 劃(Quality Action Plan)

조사보고서를 받은 후에, 의료기관은 일정 기간 안에 조사원의 제안 사항에 수록된 질 내용에 대한 향상활동 계획서를 작성하여야 한다. 여기에는 의료기관이 향후 이행하여야 할 사항이 포함되어야 하며, 주어진 기간 동안에 제안사항을 이행하지 않으면 신임은 철회된다.

7) ACHS 信任狀 發給

EQuIP에 참여하여 최종결과가 ACHS의 기준에 성공적으로 도달한 의료기관은 ACHS로부터 신임장을 받게 된다. 신임장은 지속적인 질 향상 활동계획을 이행한다는 의료기관의 약속에 대한 공식적인 인정으로서 ACHS 현지조사 이후에 주어지는 것이다. EQuIP 프로그램을 통하여 ACHS로부터 신임을 받은 기관은 ACHS의 신임인증서와 함께 서명이 기재된 명판을 받게 된다.

8) ACHS 信任公告

신임을 받은 의료기관이 ACHS의 신임을 받았음으로 대외적으로 공표하도록 돕는 것과 동시에 관련 보고서가 제출된다. 최근에는 신임된 의료기관의 명단이 ACHS홈페이지를 통하여 인터넷상에 올려지고 있다.

다. 實施結果 活用

호주의 신임평가 결과는 정부의 병원에 대한 관리활동이나 병원에 대한 재정지원차등화 등에 적극적으로 활용되지 못하고 있다(Scrivens, 1995; 한국보건의료관리연구원, 1998: 43). ACHS의 신임사업에 대하여 지역보건사무소(Area Health Services)가 참여하고 있는 것을 고려하면 주정부가 회원단체로 참여하고 있는 것으로 볼 수 있으나, 정부는 사업운영에 상당한 재정지원을 하고 있음에도 불구하고 공공병원들에게 신임사업에 참여하도록 권장하고 있는 정도에 그치고 있을 뿐이다.

이렇게 신임평가 결과가 정부의 의료정책 수립 및 수행에 연계되고 있지는 않지만 ACHS는 자체적으로 신임을 받은 기관에 대한 적극적인 홍보활동을 펼치고 있다. 이러한 방법으로는 인터넷을 통한 신임기관의 홍보를 들 수 있는데, 사용자가 지역별 신임기관에 대한 정보를 인터넷을 통해 접할 수 있다.

라. 最近動向

호주정부는 ACHS에서 수행하고 있는 평가사업을 정부사업과 직접적인 연계시키려는 시도를 하고 있다. 정부는 향후 ACHS가 호주내 모든 정신보건시설에서 제공되는 정신보건서비스에 대하여 평가하고 분석하도록 하는 기관으로 지정하였다(Media Releases, 1999. 10. 28).

과거 정부에서 관련 공공시설, 지역보건사무소내 의료시설과 기타 의료기관으로 하여금 ACHS의 평가를 받도록 권고한 바는 있으나 이렇게 직접적으로 정부정책과 ACHS 신입사업을 연계한 바는 없었다.

이러한 정부의 결정은 정신보건서비스에 대한 국가표준을 설정한 국가정신보건시설관리전략(National Mental Health Strategy)에 따른 것이다. NMHS는 인간의 권리, 최상의 치료, 통합관리, 선택, 포괄적 보건의료서비스, 조정관리, 최대한의 소비자 참여를 통한 치료결과 개선 등의 영역에 대해서 정책, 서비스의 질 개선, 입법활동 등을 구체적으로 기술하고 있다. 현재 ACHS는 900여 개의 보건의료시설에 대하여 평가를 하고 있고, 그 중 200개는 정신보건시설이다. 따라서 이들은 향후 모두 ACHS의 EQUIP 질 개선 및 평가프로그램에 참여하게 된다.

최근 연방정부는 병상시설 투자자금을 지원 받고자 하는 노인거주 보건의료시설은 노인보건표준심의기관(ACSA: Aged Care Standard Agency)에 의해 신임을 받도록 하는 규정을 신설하였다. 이러한 규정은 기존의 ACHS에 가입하여 신임을 받고 있는 노인거주보건의료시설의 운영자들에게 자원의 낭비라는 비난을 받고 있다. ACHS는 1978년부터 노인거주보건의료시설에 대해 최초로 신입평가를 수여한 이래, 현재는 EQUIP에 가입하여 ACHS의 신임을 받고 있는 150개의 시설운영자들을 가지고 있다.

이러한 정부 정책에 맞추어 ACHS는 고령자표준심의기관과 협력하고 있으며, 소속 회원 기관들이 해당 부문에 대해 정부로부터 재정 지원을 받을 수 있도록 ACSA와 연계를 모색하고 있으며, 해당 시설에 대한 요구하는 기준에 맞추기 위하여 ‘장기거주보건의료시설지침서’를 개발하기도 하였다.

3. 日本의 JCQHC

가. 一般現況

1) 發展過程

일본에 있어 병원신입제도 실시를 위한 시도가 구체적인 형태로 나타난 것은 1985년 일본후생성과 일본 의사회가 공동으로 병원기능평가 연구위원회를 설치한 것이라고 볼 수 있다.

〈表 III-4〉 日本에서의 醫療의 質 評價 推進沿革

연도	내 용
1985	- 일본 의사회와 후생성 합동으로 병원기능평가에 관한 연구회 설치
1989	- 병원기능평가 매뉴얼 발간
1990	- 미국 Joint Commission Surveyor Training에 참가 - 11월, 병원의료의 질(質)에 관한 연구회(研究會) 발족과 더불어 평가 매뉴얼의 개발에 착수(현재 version 5까지 개정)
1989	- 후생성에 병원기능평가 기본문제 검토회 설치
1995	- 7.27 재단법인 일본 의료기능평가기구 설립
1995 ~ 1996	- 샘플병원 선정 및 운영조사 실시
1997	- 본조사 실시

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』, 1999. 3.

병원기능평가위원회는 1989년 병원기능평가 매뉴얼을 발간하고, 장기간의 준비기간을 거쳐 1995년에 후생성, 일본 의사회, 일본 병원회, 전국 자치단체 병원협의회, 전일본 병원협회, 일본 의료법인협회, 일본 정신 병원협회, 일본 치과의사회, 일본 간호협회, 일본 약제사회, 건강보험조합 연합회, 국민건강보험 중앙회 등이 참여하는 재단법인 일본 의료기능평가기구를 참여단체와 기타 보건의료, 복지관련 기업 및 일반기업 등의 출연기금을 바탕으로 발족하였다(表 III-4 참조).

정부와 많은 의료관계단체의 지원을 바탕으로 설립된 이 기구는 약 1년 반의 운영 타당성조사(Feasibility Study) 기간동안 병원기능에 대한 평가도구의 개발, 평가대상 및 범위, 정부 정책과 연계방안 및 평가수행을 위한 조직과 운영체제 등에 관한 규정을 정립하고, 1997년에 일반병원 및 정신병원 등 125개 의료기관을 대상으로 본격적인 신임평가가 실시된 바 있다.

2) 設立目的

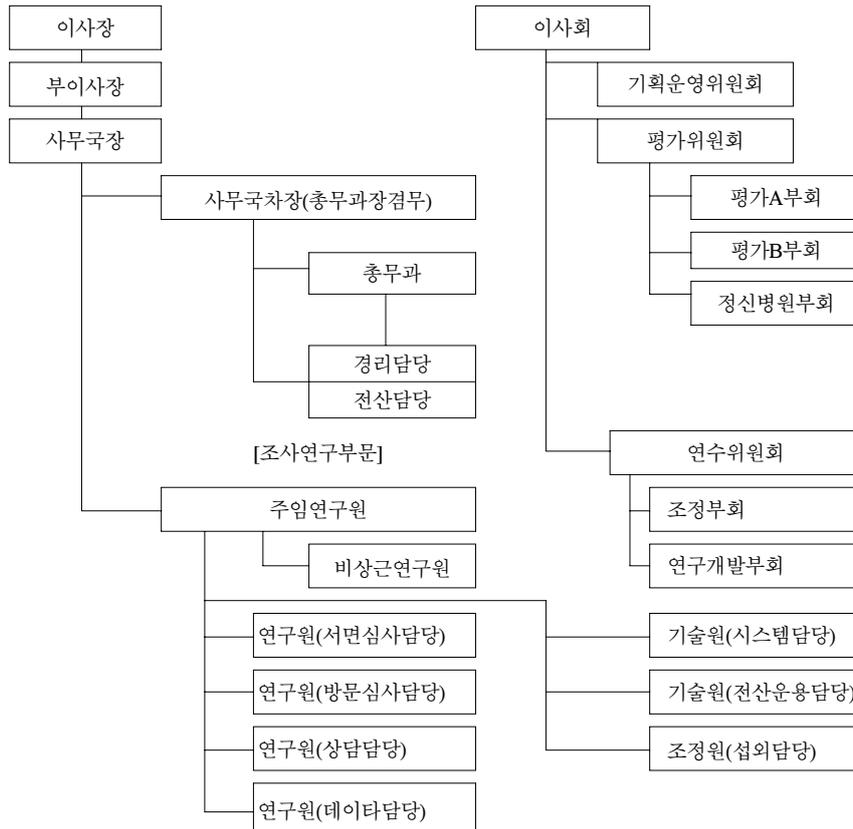
일본의료기능평가기구(JCQHC: Japan Council for Quality Health Care)의 설립목적은 일본의 의료기관을 학술적·중립적으로 평가하고, 제반 문제점을 개선, 해결하도록 하여 국민의 의료에 대한 신뢰를 확립하고 의료의 질을 향상시키는 것이다.

이를 위한 구체적인 사업내용을 보면, 첫째, 의료서비스의 질 향상을 통하여 국민의 의료기관에 대한 신뢰 구축, 둘째, 타당성 있는 방법론을 사용하여 중립적인 입장에서 병원을 평가하고 평가결과에 따른 신임인정, 셋째, 각 분야별 전문가와 조사요원들을 대상으로한 보건의료 관리 교육 및 수련, 넷째, 지도와 자문을 통한 의료기관의 서비스 개선 보조, 다섯째, 신임평가관련 연구개발 등이다.

3) 組織構成

일본의료기능평가기구의 운영주체는 이사회이며, 이사회 산하에 기획운영위원회, 평가위원회 및 연수위원회를 두고 있고, 평가위원회는 그 하부에 평가A부회, 평가B부회, 정신병원부회 등 3개의 소분과를 두며, 연수위원회는 조정부회와 연구개발부회 등 2개의 소분과를 두고 있다.

[그림 III-3] 日本 醫療機能評價 機構組織圖



資料: 남상요, 『의료기능평가와 ISO도입에 관한 일본 연수결과』, 미발표 원고.

평가기구는 위원회와 별도로 사무조직을 두고 산하에 사무국과 연구부서를 두어 평가 및 조사업무의 수행을 지원하고 있다. 사무국에서 근무하는 상근 직원수는 약 20여 명이며 그 밖에 평가시 참여하는 비상근직이 약 400여 명이다(그림 III-3 참조).

4) 實施現況

일본의 의료평가기구는 미국이나 호주의 경우와 마찬가지로 정부가 직접적으로 의료기관의 신입사업을 운영하기보다는 의료기관 스스로 경쟁력을 높이고 환자만족도를 향상시키기 위해서 노력할 수 있도록 지원해 주는 방향으로 의료기관 신입평가제도를 운영하고 있다. 1997년에 본격적으로 실시된 병원신입평가제도에서 총 131개 병원이 심사를 신청하여 이 중 125개 병원(일반병원 120개소, 정신병원 4개소, 일반·정신복합병원 1개소)에 대하여 신입심사가 실시되었다. 1999년 3월 현재 총 216개 병원에 대한 기능평가가 진행되었는데 대부분의 평가에서 우수관정을 받아 인정증을 받은 병원은 186개 병원으로 총 심사병원의 약 86.1%를 차지하고 있다.

나. 病院信任評價 過程

1) 評價對象

일본의료기능평가기구는 설립 된지가 오래 되지 않았기 때문에 미국이나 호주처럼 병원을 비롯한 제반보건의료시설 전반에 대하여 평가를 시행하는 것이 아니라 의료기관에만 한정하여 평가업무를 수행하고 있다. 우선 의료기관을 일반 종합병원과 정신병원으로 각각 나누고 그 크기와 역할에 따라 다시 A, B로 나누어 평가를 실시한다(表 III-5 참조).

〈表 III-5〉 評價對象 病院과 그 種類

종 류	대 상 병 원
일반병원 A	지역에 밀착하여 주민에게 친근한 의료기관으로 2차기능까지를 의료에 대응하고 있는 비교적 규모가 작은 병원
일반병원 B	지역이 필요로 하는 각 영역의 의료에 있어 기간적 중심적 역할을 담당 하는 고차의료 대응하는 일종의 규준을 가지고 있는 병원
정신병원 A	정신의료를 담당하는 것을 주된 역할로 하는 병원 중시설·조직의 규모가 중규모, 혹은 소규모의 병원
정신병원 B	정신의료를 담당하는 것을 주된 역할로 하는 병원 중시설·조직의 규모가 일정규모이상으로 다양한 기능을 보유한 병원

資料: <http://www.jcqh.or.jp/index1.html>.

일반적으로 일본의 병원수는 일반병원의 경우 약 9,000개에 이르고 있는데, 이를 A와 B타입으로 구분해 보면 이 중 300병상 이하는 일반 병원 A에 속하며 300병상 이상은 일반병원 B에 속한다. 일반병원은 A가 압도적으로 많은데, 전체의 86%를 점하고 있고 병상수로 56%에 달하고 있다(表 III-6 참조).

〈表 III-6〉 一般病院의 病床規模에 의한 分類

(단위: 개소, %)

종 별	병상규모	병원수	비율	병상수	비율
A	20 ~ 99	4,329	48.5	237,605	16.8
	100~299	3,312	37.2	556,593	39.4
B	330~499	835	9.4	308,344	21.8
	500 이상	442	4.9	310,450	22.0
계		8,918	100.0	1,412,992	100.0

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』, 1999년 미발표 원고.

2) 申請書의 作成

의료기관의 기능평가를 받고자 하는 의료기관은 병원의 자발적 의

사결정으로 언제든지 필요한 때 이를 신청할 수 있다. 평가를 받고자 하는 의료기관은 소정의 지원양식에 해당 사항을 기입하여 평가기구에 접수하면 된다. 병원들에 대한 평가는 서면심사와 직접방문조사 두 가지가 행해진다.

〈表 III-7〉 病院機能의 現況調査 現況

구 분	조 사 내 용
시설기본표	병상수, 환자수, 직원수 등
부문별조사표	외래부문으로부터 방문간호부문까지 15개 부문에 대하여 각 부문의 설치와 배치 직원수 등을 조사
진료기능조사표	각 진료과에서 대응이 가능한 의료의 범위(구체적인 진료행위를 예시하여 대응하고 있는 상황을 파악)
경영조사표	의업수지비율과 인건비 비율 등
병별조사표	퇴원환자의 진단명과 재원일수 등

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』에서 재정리.

서면심사는 평가를 받고자 하는 의료기관이 병원기능현황조사 항목과 자기평가조사항목을 작성하여 평가기구에 제출하는 것이다. 병원기능현황조사에 관한 사항은 시설기본표, 부문별조사표, 진료기능조사표 등의 항목들이 포함되어 있다(表 III-7 참조). 반면 자기조사표는 방문심사의 평가체계와 기본적으로 같은 체계에 기준한 설문형식으로 관리자에 대한 의견조사이다(表 III-8 참조).

〈表 III-8〉 自己評價表의 例示(基本的 事項의 例(Standard Version 1. 1991年))

1. 기본적 사항 (병원의 이념과 조직적 기반)	자기평가
1.1 환자의 권리에 대한 배려	a b c NA
1.1.1 종업원 및 의료종사자에 대한 환자의 권리에 대하여 교육이 행해지고 있다.	a b c NA
1.1.2 환자에 대해 그 권리를 알려주고 있다.	a b c NA
1.2 직업윤리가 확립되어 있다.	a b c NA
1.2.1 직원에 대해 직업윤리에 관한 교육·지도가 행해지고 있다.	a b c NA
1.2.2 환자로부터 진료비 이외의 금전을 받지 않도록 직원에게 주지시키고 있다.	a b c NA
1.2.3 병원과 업자간에 정상적인 거래가 이루어지도록 체재를 갖추고 있다.	a b c NA
1.3 병원의 기본방침이 있다.	a b c NA
1.3.1 기본방침이 명문화되어 있다.	a b c NA
1.3.2 기본방침이 명시되어 있다.	a b c NA
1.3.2.1 기본방침이 대합실 등에 명시되어 있다.	a b c NA
1.3.2.2 기본방침이 진료실, 간호대기실 등에 명시되어 있다.	a b c NA
1.3.3 기본방침에 준한 계획인 세워져 있다.	a b c NA
1.3.3.1 연도계획이 명문화되어 있다.	a b c NA
1.3.3.2 중장기계획이 명문화되어 있다.	a b c NA
1.3.4 부문별 목표가 세워져 있다.	a b c NA
1.3.4.1 진료부문의 목표가 세워져 있다.	a b c NA
1.3.4.2 간호부문의 목표가 세워져 있다.	a b c NA
1.3.4.3 관리부문의 목표가 세워져 있다.	a b c NA
1.3.5 부문별 목표의 실시에 관한 평가가 행해지고 있다.	a b c NA
1.3.6 기본방침에 준한 부문간 연락조정이 행해지고 있다.	a b c NA
1.4 의료에 관한 통계적 분석을 행하고 있다.	a b c NA
1.4.1 과별 혹은 질환별로 필요한 통계자료의 분석이 행해지고 있다.	a b c NA
1.4.1.1 입원·외래별 환자수(월)	a b c NA
1.4.1.2 신환/재진의 비율(월)	a b c NA
1.4.1.3 환자수의 추이(년)	a b c NA
1.4.1.4 평균재원일수	a b c NA
1.4.1.5 병상이용률(월)	a b c NA
1.4.1.6 연령별 환자수	a b c NA
1.4.1.7 지역별 환자수	a b c NA
1.4.2 이상의 자료가 정기적(97년/매월)으로 분석되고 있다.	a b c NA
1.4.3 이상의 자료분석에 관한 평가가 행해지고 있다.	a b c NA

※ 병원평가는 이 평가표에 의해 행해짐. 평가표는 Standard와 별도로 작성되었으나 내용은 Standard에 준함(Standard에는 항목에 대한 평가 의도가 첨부되어 있음).

※ 병원방문 당일은 각 위원회별로 그룹을 구성하여 원내견학을 행함. 견학과 병원으로부터의 자료를 통해 각자 판단하여 평가함. 타 위원과는 상담하지 않고 각자 판단에 따라 평가함.

※ 각 항목은 a, b, c의 단계를 평가(a: 조건을 완전히 만족, b: a, c 이외의 경우, c: 전혀 만족시키지 못함, NA: 평가 대상이 되는 기능을 병원이 보유하지 않고 있는 경우로 분석시 분석대상으로부터 제외시킴).

※ 코멘트란에는 평가항목에는 포함되지 않으나 반드시 평가하고 싶은 사항, 느낀 점 등을 기입함.

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』에서 재인용

〈表 III-9〉 病院種別 病院機能 評價料

종	별	병상수	조사자수	평가료(산정료)
일반병원	A	200병상 이하	3명	120만엔(30만엔)
일반병원	B	200병상 이상	6명	180만엔(50만엔)
정신병원	A	400병상 미만	4명	140만엔(30만엔)
정신병원	B	400병상 이상	6명	180만엔(50만엔)

資料: 인터넷 <http://www.jcqh.or.jp/fee.html> 1999. 11. 기준.

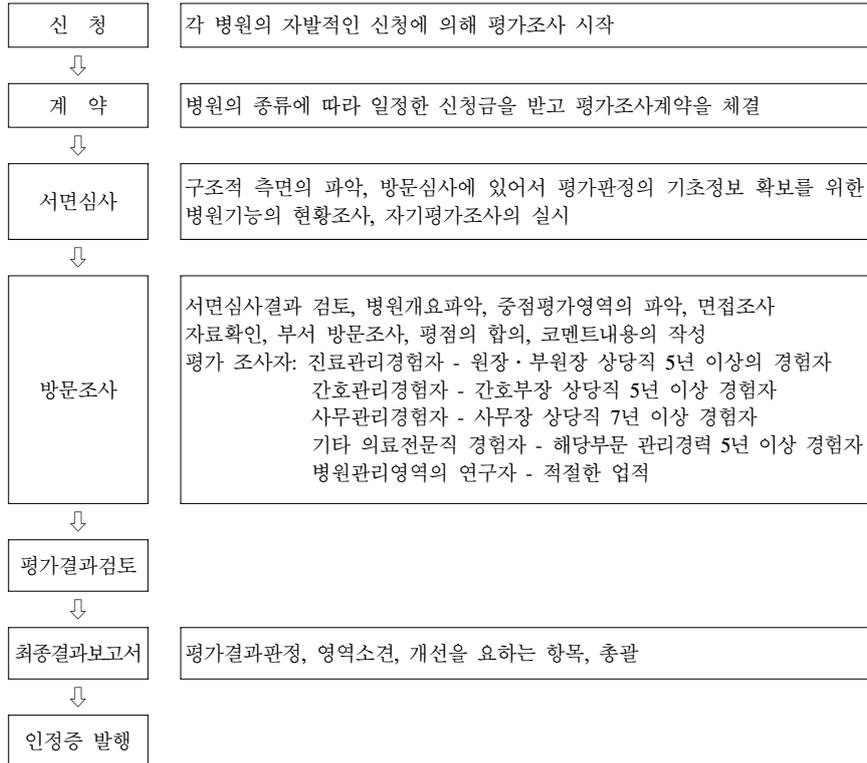
이러한 서면심사는 계약체결 이후 약 1개월에 걸쳐 행해진다. 서면심사 자료는 향후 방문심사의 기초자료로서 활용된다. 이러한 평가를 위한 병원종별 평가료는 〈表 III-9〉와 같다.

3) 調査過程

평가신청후 한 달 이내에 서면심사가 끝나면 필요한 데이터를 보완한 후 조사원들이 병원을 직접 방문하여 하루 동안에 평가를 하게 된다. 방문심사에서는 평가대상병원의 규모를 고려하여 평가조사자 3~6인으로 팀을 구성하여 병원을 방문하고 병원직원과의 면접과 원내 각 부서의 상황확인, 자료나 의무기록지 등의 확인을 통해 정보를 수집하고 소정의 평가내용에 관하여 평가관정을 행한다.

일반적으로 일본의료기능평가기구의 병원기능평가사업은 [그림 III-4]와 같은 순서로 실시되고 있는 바 크게 심사의 신청과 계약, 서면심사, 방문심사, 보고서 및 인정증(認定証)의 발행 등의 4단계로 구분할 수 있다.

[그림 III-4] 病院機能評價事業의 過程



資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』에서 재인용

방문조사자가 방문을 통하여 평가하는 내용은 크게 <表 III-10> 에서 보는 바와 같이 병원이념 및 조직기반의 적절성, 지역의 의료수요 반영정도, 진료 서비스의 질, 간호 서비스의 질, 환자만족도 및 병원운영 관리의 합리성 등의 6개 분야(정신병원의 평가는 7개 분야)로 나뉘어진다. 각각의 영역에서는 서면심사 때와 동일한 형식의 구체적인 평가 항목이 설정되어 있다(表 III-8 참조).

〈表 III-10〉 一般病院의 病院機能評價 對象領域別 項目數

평가대상영역	일반병원 A			일반병원 B		
	대항목	중항목	소항목	대항목	중항목	소항목
1. 병원의 이념과 조직기반	5	9	24	6	13	28
2. 지역 나-드의 반영	5	9	23	5	18	41
3. 진료의 질의 확보	12	17	52	15	38	97
4. 간호의 적절한 제고	4	10	27	4	12	41
5. 환자의 만족과 안심	8	15	44	5	27	96
6. 병원운영관리의 합리성	7	9	27	8	22	67
합 계	41	69	197	43	130	370

註: 정신병원의 경우는 보호와 격리에 관한 시설을 포함한 7개 영역에 대하여 평가함.
 資料: 인터넷 <http://www.jcqh.or.jp> 1999년 11월 기준.

의료기능평가기구의 장기요양병원과 정신병원에 대한 기준은 일반 종합병원의 기준에 각각 1개 항목이 추가되는데, 정신병원에 대한 기준은 일반 종합병원의 기준에 격리제한 시설분야가 추가되고, 장기요양병원 역시 종합병원의 기준에 재활시설과 삶의 질이 추가된다(表 III-11 참조)

〈表 III-11〉 精神科 病院의 醫療評價 基準

주요 기준	세부내역
정신과 의료전반 관련 항목	- 지역의 타 시설과의 연계와 지역네트워크의 구축 - 지역내의 mental health care 보급과 계몽활동 - 정신과 Rehabilitation 활동 - 입원환자에 대한 인권과 Privacy 배려 - 적절한 보증금 관리
요양생활에 관련되는 항목	- Variety 풍부한 식사의 제공 - 입욕 횟수 등의 배려 - 생활중시의 요양환경, 설비의 중시와 서비스제공
보호와 격리에 관련된 항목	- 전반적인 보호와 배려 - 입원환자의 적절한 처우 - 적절한 통행규제 - 보호자나 가족과의 정기적 연락 연계 - 입원환자에의 적절한 행동제한 - 정신과 격리실의 정비와 적절한 운용

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례』에서 재인용

평가방법은 평가기준(Standard)에 준한 제3자 평가방식을 채택하고 있는데, 기준의 구성은 대항목, 중항목, 소항목의 3계층 트리구조로 되어 있다. 각 중항목 별로 평가의 주된 목적과 판단기준에 대한 설명이 주어지며 구체적 상황을 열거한 소항목이 제시된다. 소항목은 중항목을 평가하기 위한 요소로서 소항목의 평가내용을 종합하여 중항목을 평가하게 된다. 각 항목별로 판단 기준이 애매한 경우에 평가자가 참고할 수 있도록 평가판정지침이 준비되어 있다. 평가판정지침에는 각각의 소항목 판정을 위한 기준이 문장으로 명시되어 있어 이에 준해 소항목을 판정하고 또한 소항목의 판정내용을 종합하여 중항목을 5단계로 평가하도록 되어있다.

일반병원의 경우 지역밀착형으로 2차 의료까지를 담당하는 병원(일반병원 A) 방문심사시 평가 조사자는 약 200개 항목을 체크하고 최종적으로 이를 집약한 약 70개의 중항목을 평가 판정한다. 지역중핵형 일반병원(일반병원 B)의 경우는 약 370항목을 체크하고 최종적으로 약130개의 중항목에 관한 평가판정을 한다. 병원기능평가 대상영역은 1985년 고안된 병원기능평가 메뉴얼의 영역설정에 준한 것으로 간호부문이 독립되어 설정된 것이 특징이라 하겠다(表 III-12 참조).

이 작업은 6인의 팀에 의해 적절히 분담되어 실시되며 최종 평가판정시에는 미리 설정된 판정기준에 의해 담당 평가조사자팀의 회합을 거쳐 결정하므로 최종결과에 대한 평가자간의 차이를 최소화하여 평가의 객관성을 확보하고 있다. 6인의 평가조사자가 현지를 방문하여 합의에 의해 방문심사 결과를 재단에 보고하고 재단은 심의를 거친 뒤 이를 해당병원에 통보한다.

〈表 III-12〉 一般病院의 病院機能評價 對象領域에 따른 訪問調査項目

일반병원 A	일반병원 B
1. 병원의 이념과 조직적 기반	1. 병원의 이념과 조직적 기반
1.1 병원의 이념과 기본방침	1.1 지역에 있어서 역할·기능의 명확화
1.2 병원조직과 관리체제	1.2 병원의 중·장기 계획
1.3 각종법령의 업수	1.3 병원조직과 관리체제
1.4 병원직원의 교육·연수와 활동의욕	1.4 병원직원의 교육·연수
1.5 병원의 장래상	1.5 환자권리의 존중
	1.6 의료의 질의 평가·개선활동에의 참여
2. 지역니드의 반영	2. 지역니드의 반영
2.1 지역에 있어서의 역할과 연계체제	2.1 지역에 있어서의 역할·기능의 인식
2.2 재택지원과 장기요양시설과의 연계	2.2 지역의 타 시설과의 연계
2.3 응급의료활동	2.3 병원이 지역에 개방되어 있을 것
2.4 보건활동	2.4 구급의료활동
2.5 홍보활동	2.5 의료의 계속성
3. 진료의 질의 확보	3. 진료의 질의 확보
3.1 진료의 책임체제	3.1 진료의 책임체제와 질의 확보
3.2 진료내용의 평가·검토	3.2 진료정보의 관리
3.3 의사의 교육·연수	3.3 의사의 교육·연수
3.4 의무기록의 관리	3.4 도서실의 기능
3.5 임상검사 부문	3.5 임상검사
3.6 화상진단부문	3.6 화상진단
3.7 약제부문	3.7 방사선치료
3.8 수혈용 혈액제제	3.8 약제의 사용·관리
3.9 수술실부문	3.9 수혈혈액 등의 관리
3.10 재활부문	3.10 수술·마취의 체제
3.11 원내감염방지대책	3.11 집중치료실
3.12 긴급시의 대응	3.12 병리학적검토
	3.13 재활부문
	3.14 원내감염방지체제
	3.15 원내응급체제
4. 간호의 적절한 제공	4. 간호의 적절한 제공
4.1 간호부문의 조직운영	4.1 간호부문조직의 확립
4.2 간호케어의 제공	4.2 간호케어의 제공
4.3 간호케어의 질 향상	4.3 간호케어의 질 향상노력
4.4 간호직원 및 간호보조자의 연수교육	4.4 간호직원 및 간호보조자의 능력개발

資料: 남상요, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』에서 재인용.

〈表 III-12〉 계속

일반병원 A	일반병원 B
5. 환자의 만족과 안심	5. 환자의 만족과 안심
5.1 환자의 입장과 의견의 존중	5.1 환자의 입장과 의견의 존중
5.2 급식서비스	5.2 환자식사에의 배려
5.3 대기시간	5.3 환자서비스의 배려
5.4 정보의 제공	5.4 원내환경의 정비
5.5 원내환경의 청결관리와 쾌적성	5.5 안전체제의 확립
5.6 시설적배려	
5.7 병원의 안전의 확보	
5.8 환자서비스	
6. 병원운영관리의 합리성	6. 병원운영관리의 합리성
3.6 화상진단부문	3.6 화상진단
3.7 약제부문	3.7 방사선치료
3.8 수혈용 혈액제제	3.8 약제의 사용·관리
3.9 수술실부문	3.9 수혈혈액등의 관리
3.10 재활부문	3.10 수술·마취의 체제
3.11 원내감염방지대책	3.11 집중치료실
3.12 긴급시의 대응	3.12 병리학적검토
	3.13 재활부문
	3.14 원내감염방지체제

4) 信任評價

현지조사가 완료되면 조사원은 각 부분별 채점과 지적사항을 내용으로 하는 평가보고서를 2주 이내에 기능평가위원회에 제출해야 한다. 이 보고서는 평가기구 내 2개의 담당위원회에서 신중하게 검토된 후 심사결과보고서로 작성되어 해당병원에 제출된다. 심사의 결과 중대한 문제점이 없는 것으로 판명된 병원에 한해서는 인정증을 발행한다.

일반적으로 일본신입제도의 목적은 병원을 분류하기 위한 것이 아니고 평가결과 나타난 제반 문제점에 대한 개선의욕을 높이기 위한 것이다. 따라서 최종신입판정도 ‘신입인정’과 ‘신입유보’의 두 종류로 제시되고 있다. 각 평가항목의 평점이 3점 이상일 경우 특별한 이유가 없는 한 ‘신입인정’으로 판정하여 유효기간이 5년인 인정증이 발행

되며, 평점이 1점 또는 2점을 얻은 경우는 일반적으로 개선이 필요한 경우로 이러한 분야에 대한 문제의 원인, 병원의 특성, 전체적인 경향 등에 대한 신입위원회의 토의를 거쳐 인정증을 발행하거나 신입유보의 결정을 내린다. 신입유보를 결정을 받은 의료기관은 심사결과 수령 후 1년 이내에 문제점을 개선한 후 재심사를 신청하여야 한다.

5) 調査者들의 教育

조사자들은 의사, 간호사, 병원관리자 등으로 구성되며, 최소한 5~7년 동안 각 분야에 종사한 전문가로 구성된다. 현재는 약 4백명의 조사자들이 활동하고 있으며 이들에 대한 교육프로그램은 조사 시물레이션을 포함하여 매년 5일 동안 시행되며 조사자들은 4년동안 계속하여 이 교육을 이수해야 한다.

다. 實施結果 活用

1995년에 시작된 의료기관기능평가사업은 점차적으로 대상 병원수를 확대하면서 1997년에서 1998년까지 2년 동안 신입유보 판정을 받고 재평가를 받은 병원을 포함하여 약 220개 병원에 신입인정증을 수여하고 있다. 인정증을 받은 병원에 대한 정부의 제도적인 혜택은 아직 고려되지 않고 있으나 병원의 은행융자나 물품납품업체와의 거래에 있어 좋은 조건을 부여받고 있으며 환자수도 대폭 증가하는 등의 효과를 보이고 있다. 또한 보다 많은 병원들이 병원신입제도에 참여하도록 하기 위해서 정부는 심사비용의 일정액을 보조해주고 있으며, 의료기관기능평가원도 피심사 병원을 위한 상담창구 운영, 해당병원에 전문상담원 배치, 예비심사 사업 등을 통해 보다 많은 병원들이 신입제도에 참여하도록 유도하고 있다(表 III-13 참조).

〈表 III-13〉 日本醫療評價機構의 最近實施 主要事業

구 분	내 용	
병원기능개선 지원사업	개 요	병원기능의 개선에 대해서 상담원이 개별적으로 상담에 응함
	상담시간	1병원 1시간 이내
	요 금	무료
병원기능평가 예비심사사업	개 요	병원기능평가(본심사)의 심사판정 준비로서, 진료·간호·행정에 대한 조사자의 예비심사, 그 결과에 근거해서 현장에서 조언함
	심사시간	1회에 3시간 정도
	파견요원	진료·간호·행정 담당의 조사자 3명
	요 금	일반 500,000엔(기본료 200,000엔 + 조사자 3명 300,000엔) 찬조회원 300,000엔(조사자 3명분) ※ 교통비와 숙박비에 대해서는, 별도 기구 규정의 요금부과
전문상담원 파견사업	개 요	진료·간호·행정의 문제점에 대해서, 전문 상담원이 병원을 방문하여 개별상담에 응하고 조언을 줌
	상담시간	1회에 3시간 정도
	파견요원	진료·간호·행정 담당의 전문상담원 각 1명
	요 금	일반 300,000엔(전문 상담원 1명), 찬조회원 100,000엔(전문 상담원 1명) ※ 전문 상담원 1명 추가마다 100,000엔씩 가산, 교통비와 숙박비에 대해서는, 별도 기구 규정의 요금부과

資料: <http://www.jcqh.or.jp> 1999년 11월 기준.

라. 最近 動向

일본의료기능평가기구는 병원기능평가사업을 활성화하기 위하여 평가사업에 대한 대외적인 홍보와 보다 전문적인 평가사업을 위한 평가방법개발 및 평가자 교육사업을 적극 추진하고 있다. 이는 향후 의료질 평가 및 신입업무와 더불어 개별 병원을 대상으로 컨설팅 사업을 병행함으로써 의료기능평가기구의 재정적 자생력의 확보 및 활동영역의 확대를 달성하기 위함이다.

이러한 목적으로 수행되고 있는 구체적인 사업을 보면 ‘의료기능평가에 대한 연구개발사업’, ‘의료기능평가보급사업’, 및 ‘평가 조사자의

양성 사업' 등을 들 수 있다. 의료기능평가에 대한 연구개발 사업은 서면심사 및 현지조사 평가 항목의 개발, 의료기능평가 방법론의 연구 및 『의료기능평가연구포럼』의 정기적인 개최 등을 사업내용으로 하고 있다. 의료기능평가 보급사업은 정기 홍보지 『NewsLetter』발간, 병원 기능 개선 지원 세미나 개최, 병원 기능 평가 매뉴얼을 판매 등이 포함되며 인정증을 받은 병원을 메스컴을 통해 공개하기도 한다. 한편 현재 전임조사자가 없어 병원 평가 시 타 병원의 직원이 평가에 참여하는 상황에서 비밀보장에 대한 불안이 야기됨에 따라 전문 평가조사자 양성사업을 추진하여 전임조사자의 확보를 위하여 노력하고 있다.

IV. 醫療機關 信任制度 導入方案

우리 나라의 병원서비스 개선을 위한 대표적인 제도로 병원표준화 심사와 의료기관서비스평가제도를 들 수 있고 이들의 실시현황은 전장에서 살펴본 바와 같다. 전반적으로 볼 때 두 제도는 의도하였던 만큼의 병원서비스 개선에 영향을 미치고 있지 못하고 있다는 것이 본 연구의 시각이다. 두 제도가 다같이 병원서비스의 질적 향상을 궁극적인 목표로 하고 있으나 표준화심사는 전공의 배정에 관련한 근거를 마련하는 절차로서의 역할에 그치고 있고 의료기관서비스평가제도는 평가주체나 평가내용상의 문제점으로 인해 아직도 시범실시에 머무르고 있는 실정이다.

두 제도의 평가내용을 비교해 보면 대한병원협회에서 주관하는 표준화심사는 공급자적인 시각을 가지고 있고 정부에서 시행하고 있는 서비스평가제도는 소비자의 시각이 강조되고 있다. 이러한 편향적인 시각에서의 평가내용은 표준화심사의 경우 서비스를 받는 고객의 입장을 반영하지 못한 전문가 집단 위주의 폐쇄성에 대한 지적을 받고 있고, 의료기관서비스평가의 경우 정부주도라는 인식 때문에 병원들의 반감을 사고 있으며 평가내용도 병원의 현실적인 여건에 대한 고려와 병원서비스의 본체인 진료 자체에 대한 내용이 미흡하다는 비판을 받고 있다. 결국 이러한 평가내용의 편향성은 평가를 주도하는 주체의 시각 차이에서 나타나는 결과로 객관성과 전문성을 갖는 독립된 병원신입기구의 필요성을 대변하고 있다.

또한 평가 수행을 위한 상설기구의 부재는 평가수행상의 효과성과 전문성에 대한 논란의 원인이 되고 있다. 상설기구의 부재에 따라 평

가내용의 지속적인 개선을 위한 전문적 연구가 미흡하여 표준화심사의 경우 심사내용이 '80년대 초의 미국병원신임위원회의 기준에 크게 벗어나지 못하여 우리 나라 병원운영 현실과는 차이가 많고 병원서비스 제공의 과정이나 결과에 대한 평가가 미흡하다. 의료기관서비스평가의 경우 지난 4년간의 시범평가 결과에 대한 심도 있는 분석을 통한 진료의 질 부분을 포함하는 포괄적인 평가내용의 개발을 이루지 못하고 있으며 병원들이 따라야할 구체적인 지표 기준을 제시하고 있지 못하고 있는 실정이다. 상설기구의 부재는 또한 평가결과의 전문적인 분석과 이를 바탕으로 개별 병원들과의 지속적인 연계에 의한 서비스개선의 효과를 거두고 있지 못하여 병원들은 평가참여에 대한 필요성을 느끼고 있지 못하고 있는 상태이다.

이렇게 볼 때 우리 나라는 아직 진정한 의미의 병원신임제도가 정립되어 있지 않다고 볼 수 있다. 병원신임제도는 의료서비스의 공급자적 측면만을 강조하는 시각이나 소비자의 편익만을 강조하는 시각에서 벗어나 객관적인 시각에서 운영되어야 한다. 또한 평가자나 규제자로서의 입장에서가 아니고 전문성을 가지고 개별병원의 서비스 질과 효율성의 지속적인 제고를 위한 조언자의 역할을 해야한다. 따라서 본 장에서는 병원의 지속적인 서비스 질 개선과 운영 효율화를 위한 신임제도의 구체적인 목적, 운영주체, 평가내용, 평가절차 및 평가결과 활용방안을 제시하고 다음 장에서는 이러한 역할을 수행하기 위한 독립된 신임기구의 설립방안을 제시하기로 한다.

1. 信任制度의 目的

병원신임제도는 병원의 진료의 질과 환자만족도를 향상시키고 병원 운영에 있어서의 효율성 제고를 통해 국민에게 양질의 병원서비스를

보장하고 보건의료자원의 효율적 사용에 기여함을 목적으로 하여야 한다. 이를 위하여 병원신임제도는 1) 병원들이 공통적으로 추구해야 할 병원 운영기준의 설정, 2) 지속적 서비스 질 향상 추구 유도, 3) 운영기준 준수여부와 지속적 서비스향상 노력에 대한 평가를 바탕으로 한 신임평가, 4) 병원운영관련 연구, 교육 및 출판사업, 5) 소비자 정보제공 및 정부의 의료정책 달성 수단 제공 등의 기능을 수행한다.

병원서비스의 본체는 환자의 질병에 대한 진단 및 치료에 있다. 따라서 병원이 제공하는 진료서비스의 질을 ‘환자의 건강상태에 바람직한 결과를 이루어내는 정도’로 보고 이를 성취하기 위하여 제공되어야 하는 서비스의 일반적 기준을 마련할 필요가 있다. 이러한 기준을 가지고 개별 병원들이 제공하는 서비스와 진료 결과와의 인과관계 분석을 통한 문제점과 개선방안을 도출할 수 있도록 전문적인 조언을 제공하는 것을 병원신임제도의 일차적인 목적으로 한다.

병원서비스의 질의 또 다른 측면으로 환자의 권리보장과 환자로서 뿐만 아니라 고객으로서의 고객만족도 향상도 병원들이 추구해야 할 중요한 과제이다. 병원의 생산품은 서비스이고 서비스는 고객과 서비스제공자간의 상호교류에서 이루어진다는 인식하에 환자와 직접적으로 접촉하는 병원종사자의 윤리의식, 전문인으로서의 자세 및 전문인 상호간의 협조체계와 진료환경 및 편의시설과 등에 대한 기준을 제시하여 병원이 환자중심으로 운영될 수 있도록 유도하는 방향으로 병원운영기준이 제시되어야 한다.

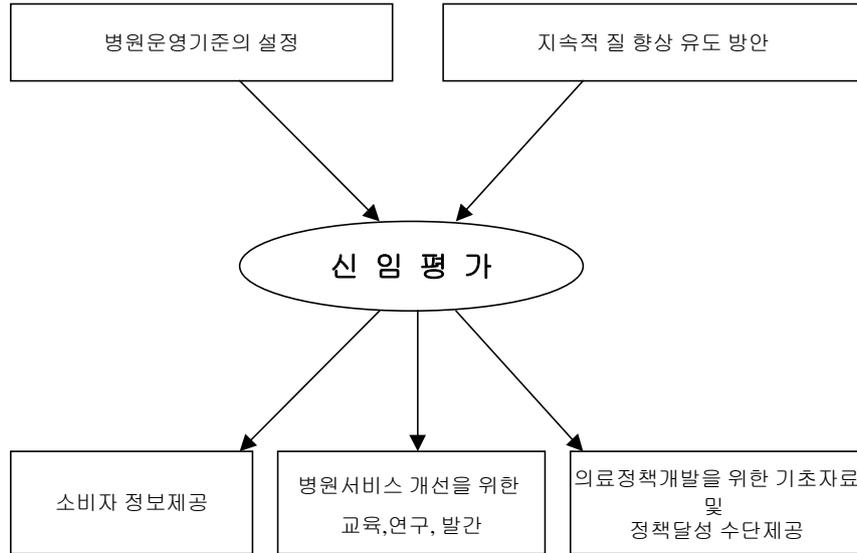
신임제도가 정하는 병원운영기준은 적정의 기준이라고 볼 수 있다. 즉 주어진 환경하에서 병원들이 보편적으로 따라야 할 기준이다. 병원신임제도는 이러한 보편적 기준에 더하여 병원들이 자율적으로 서비스의 질을 향상시킬 수 있는 동기부여의 목적도 추구하여야 한다. 이러한 자율적인 서비스 개선은 ‘서비스의 질은 항상 개선의 여지가

있으므로 지속적인 개선노력이 필요하다'는 총체적질관리(TQM: Total Quality Management) 개념을 병원신임과정에 접목시키므로 가능할 것이다.

TQM적 접근은 JCAHO의 기준에도 업무능률향상을 측정하기 위한 항목으로 포함되어 있다. 이 밖에 신임기준 전반에 걸쳐서 TQM 개념을 도입한 것으로 호주의 ACHS가 운영하는 EQuIP제도를 들 수 있다. 그러나 호주와 같은 방향으로 신임제도를 운영하려면 신임기구가 분야별로 고도의 전문성을 갖추어야 하며 병원의 내부적인 환경도 이러한 방향을 뒷받침해야 한다. 따라서 우리 나라의 경우 현실적인 여건을 고려하여 미국과 같은 구체적인 병원운영기준과 호주의 TQM개념을 기본으로 하는 자율적 질 개선유도를 병행하는 형태의 신임제도를 갖추는 것이 효과적일 것으로 사료된다.

병원신임기구가 마련한 병원운영의 적정기준 준수상태와 자율적인 질 향상사업의 효과성을 기준으로 신임기구는 평가를 신청하는 병원을 심사하여 이들에게 신임장을 수여하므로 병원서비스의 수준을 공식적으로 인정하는 기능을 한다. 또한 신임대상기관들의 수행 자료에 대한 분석을 바탕으로 연구보고서 발간, 교육 등을 통하여 병원계 전반적인 질 개선을 위한 방향을 제시하고 동시에 개별 병원과 지속적인 연계를 통한 교육 및 자문을 실시하여 개별 병원의 서비스개선에 이바지한다. 이러한 신임, 교육, 연구 등의 활동을 종합하여 소비자에게 병원의료서비스에 대한 정보를 제공하고 동시에 정부와 협력하여 국가의 의료정책 수립을 위한 기초자료를 생산하고 정책목표 달성을 위한 수단을 제공하므로 효율적인 의료전달체계 운영에 기여함과 동시에 병원들이 병원신임사업에 적극적으로 동참하도록 하는 유인을 제공할 수 있을 것이다(그림 IV-1 참조).

[그림 IV-1] 信任制度의 目的



2. 信任制度의 施行主體

병원신임제도를 누가 주관하느냐에 대하여는 정부, 보험자 및 병원 단체 등이 각각 자신이 담당해야만 하는 이유에 대한 타당한 근거를 제시할 수 있을 것이다. 그러나 각각의 주체에 따라 병원서비스의 질 향상 방향에 대한 시각이 다를 것이고 또한 질 향상을 성취하기 위하여 사용하는 방법이 다를 것이다.

정부의 경우 의료서비스를 제공받는 국민의 권리를 보호하는 시각에서 행정적 규제 권한을 성취수단으로 하여 접근을 한다. 현재 진행되고 있는 의료기관서비스평가는 이러한 유형으로 병원신임을 접근하고 있다고 볼 수 있다. 이러한 접근은 병원서비스 평가의 객관성 확보와 제도 참여에 대한 의무규정이나 암묵적인 압력에 의한 제도추진

의 효율성 면에서는 그 타당성이 인정된다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 유형은 앞에서 지적된 바와 같이 병원서비스의 전문성에 대한 고려가 미흡할 수밖에 없으며 또한 정부규제가 수반하는 강제성은 자율성을 강조하는 지속적인 질 향상의 개념과 상치되어 신임제도의 궁극적인 목적을 달성하기에는 적당치 않은 것으로 사료된다. 즉 정부의 규제적 접근은 병원서비스가 기본적으로 갖추어야 할 최소기준을 법으로 규정하여 모든 병원이 이를 의무적으로 따르도록 하는 데에는 효과가 있지만 지속적인 병원서비스 수준 개선을 유도하는 데는 효과적일 수 없다는 것이다. 왜냐하면 병원서비스는 자율성을 전제로 하는 고도의 전문성이 수반되며 또한 질 향상에는 상한선이 존재할 수 없기 때문이다.

신임제도는 또한 운영에 유연성을 가지고 급격히 변화하는 의료계의 기술적·제도적 추세에 대처하여 병원들이 따라야할 질 향상사업의 방향을 제시하여야 하나 정부조직의 관료적 특성을 볼 때 이러한 사업을 권장하기에는 적당치 않은 것으로 사료된다. 한편 재정적인 문제에 있어서도 정부가 국가의 예산을 가지고 개별 병원의 질 향상에 직접적으로 관여하는 것은 무리가 있다. 사회보험체제하에서 의료서비스 소비자의 역할을 대행하고 있는 입장에서 적절한 의료의 질 확보를 위한 정부의 역할이 어느 정도 인정되지만 신임제도의 목적을 적정수준의 질 확보 차원을 넘어서 지속적인 질 개선이라고 본다면 이것은 병원의 자율적인 사항이기 때문이다. 그렇다고 해서 정부가 신임사업을 수행하면서 신임사업 대상병원들로 하여금 그 비용을 지불하도록 하는 것도 명분이 미약하다. 미국의 경우 병원이 메디케어 서비스 제공기관으로 지정 받기 위해서는 JCAHO의 신임을 받든지 주정부의 검사를 받아야한다. 이때 주정부의 검사는 국가의 예산에 의하여 시행되며 병원에게 주어지는 금전적 부담은 없다. 한편 병원

신임위원회의 심사비용과 주 정부의 심사비용을 비교한 미국 정부의 감사결과에 의하면 주정부의 비용이 훨씬 큰 것으로 나타나 민간주도의 병원신임위원회가 이러한 사업을 주관하는 것이 비용·효과적이라는 결론을 내리고 있다.

보험자는 의료보험 가입자의 위임을 받아 병원으로부터 서비스를 구입하는 당사자로서 양질의 서비스를 낮은 가격에 구매할 권리가 있다는 면에서 신임제도를 주도할 권한이 있다고 볼 수 있다. 그러나 우리나라 보험제도상 정부가 실질적인 보험자의 역할을 하고 있는 상황을 고려할 때 앞에서 논의된 정부주도시의 문제점에서 크게 벗어날 수는 없을 것으로 사료된다. 이에 더하여 보험자는 보험재정의 안정성 확보라는 시각에서 병원을 보게 되므로 신임제도가 의도하는 목적에 부합되지 않는 경우도 있을 것이다. 보험자는 보험재정의 보호를 목적으로 현행의 행위별수가제에서는 병원의 과잉진료 방지에 초점을 맞출 것이고 앞으로 질병군별 포괄수가제가 확대 실시됨에 따라 과소진료의 지적에 중점을 두는 등 객관적인 시각에서의 병원서비스 개선방안 제시에는 한계가 있을 수 있다. 이러한 현상은 미국의 동료심사기구(PRO: Peer Review Organization)의 경우 병원진료의 질에 대한 업무에 중점을 두려했던 처음 의도와는 달리 병원의 진료실적 심사에 무게를 두어 운영되고 있는 사례를 통해서도 예상할 수 있다.

한편 병원계는 나름대로 병원서비스의 질 향상은 자발적으로 이루어져야한다는 당위성과 그들이 가지고 있는 전문성 및 병원운영 현황에 가장 접근해 있는 당사자로서 신임제도의 자체 운영을 주장할 수 있다. 그러나 병원서비스의 공익적인 성격을 고려할 때 객관성이 결여된 병원신임제도는 정부나 소비자에게 설득력이 부족하다. 이러한 지적은 현재 대한병원협회가 주도하여 운영하고 있는 병원표준화심사에 대한 평가에서도 잘 나타나고 있다. 특히 전문성보다는 서로간의

인간관계가 중시되고 있는 우리 나라의 현실과 실질적으로 공동이익이 달려있는 현안에 대하여 객관적인 평가가 이루어지기를 기대하는 것은 어려울 것으로 사료된다. 따라서 병원신임제도 결과의 사회적인 공신력을 확보 측면에서 신임제도 자체를 병원계가 운영하는 데는 문제가 있는 것으로 사료된다.

이러한 모든 여건을 고려해 볼 때 병원신임제도를 효과적이고 효율적으로 운영하기 위해서는 의료계, 병원계, 정부 및 보험자가 공동으로 참여하여 운영하는 독립적인 기구를 설립 운영하는 것이 가장 타당한 것으로 사료된다. 이러한 독립적인 설립주체에 의한 운영으로 어느 쪽에도 치우치지 않고 과학적인 근거를 바탕으로 병원을 평가하며 동시에 지속적인 질 개선 방향을 제시할 수 있도록 해야 할 것이다.

3. 病院信任 評價의 內容

평가의 내용은 의료기관신임의 궁극적인 목적이 병원서비스 질의 지속적 향상이라는 목적에 부합하는 방향으로 제시되어야 한다. 서비스 질의 향상은 앞에서 논의된 바와 같이 상한선이 존재할 수 없다. 따라서 서비스 질 개선을 유도하기 위한 신임평가의 내용은 병원이 통상적으로 갖추어야 할 적정수준에 대한 평가와 이에 더하여 병원들이 자율적으로 유연성을 가지고 서비스질의 지속적인 개선을 추구하는 활동에 대한 평가를 포함하여 제시되는 것이 바람직한 것으로 사료된다.

한편 이러한 두 부문에 있어서의 평가내용은 최종결과에 대한 평가와 함께 그러한 결과를 가져오게 하는 원인을 같이 파악할 수 있는 방향으로 제시되어야 한다. 평가의 편의를 위해서 구조적인 측면을 일방적으로 강조한다거나 병원운영상 나타나는 단편적인 지표를 계량화하는 방향으로 내용을 구성하는 것은 평가만을 위한 목적에는 타당할 수

있을지라도 서비스의 질 향상에는 그다지 도움을 줄 수 없기 때문이다. 즉 평가결과가 ‘무엇(what)이 문제인가’는 보여 줄 수 있다하더라도 ‘어떻게(how) 향상시킬 수 있는가’에 대한 답을 줄 수 는 없다는 것이다. 물론 문제점의 인식 자체도 그 나름대로 의미를 갖는다. 그러나 ‘무엇이 문제인가’에 대한 답만을 가지고 추구할 수 있는 ‘어떻게 향상시킬 것인가’에 대한 답변은 ‘시설 및 인력에 대한 투자의 증가’가 일반적인 대책으로 제시되고 병원경영진은 재정형편상 현실적으로 어렵다는 결론을 내리게 되고 마는 것이다.

따라서 병원신입제도의 평가내용은 원인과 결과를 같이 고찰할 수 있는 시스템적인 시각에서 개발되어야 할 것이다. 즉 병원의 서비스를 환자의 이동의 연결선상에서 보고 이러한 연결선상에서 수행되어야 하는 사항이 적절하게 이루어지고 있는가를 확인하므로 원인과 결과간의 관계상에서 병원의 상황을 파악하는 것이다. 환자가 병원에 진입하는 과정에서의 결과는 환자를 진단하는 과정에 영향을 미치고 진단과정에서의 결과는 환자의 치료에 영향을 미치며 환자의 치료는 최종적인 치료의 질이나 환자 만족도에 영향을 미치게 되는 것이다. 시스템적 시각은 병원의 모든 서비스를 원인과 결과의 측면에서 고찰하여 문제점의 원인을 규명하고, 단편적인 향상이 아니라 종합적인 고찰에 의한 서비스의 향상방안을 도출하게 한다. 병원의 서비스 향상을 이러한 시각을 가지고 접근할 때 문제점의 증상에 대처하여 재정적 낭비와 피상적인 개선효과를 얻는다거나 단편적 서브시스템의 수행능력 극대화에 의한 전체시스템의 병목현상 초래 등의 부작용을 최소화 할 수 있게 되는 것이다. 이러한 시각에서 병원 서비스의 향상방안을 고찰하는 경우 질 향상이 반드시 재정적인 지출의 증가를 수반해야만 하는 것은 아닐 수도 있으며 오히려 서비스의 질 향상과 효율성 향상을 동시에 만족시킬 수 있는 개선방안을 도출할 수 있는 가능성이 높다.

이러한 관점에서 볼 때 현행의 각 부문이 체계적이지 못하고 산발적이며 구조위주로 구성되어 있는 병원표준화심사 문항이나 단편적인 지표산출을 위주로 하고 있는 의료기관서비스평가 문항의 평가기준은 질향상에 직접적인 도움을 줄 수 없는 것으로 사료된다.

따라서 본 연구는 이러한 시스템적인 기본시각을 가지고 병원신임평가의 내용을 병원신임위원회에서 설정한 병원운영기준 부문과 개별병원들의 지속적 서비스개선 부문으로 구성한다는 전제하에 이러한 두 가지의 기준이 포함해야 할 내용에 대한 기본적인 구조를 제시하고자 한다.

가. 病院運營基準

현재 수행되고 있는 병원표준화심사나 의료기관서비스평가의 문항체계를 고찰해 보면 표준화심사의 경우 병원의 기능별 조직에 따라 7개의 편으로 구성하여 병원개요, 기본부서, 지원부서, 특별진료부서, 조사평가부서, 임상각과·진료·수련 교육부서 및 부록으로 서비스평가 부문으로 구성되어 있다. 그러나 전체적인 구조가 기본적인 원칙하에 구성되어 있지 못하고 상황에 따라 내용을 부가한 것이 많다. 표준화심사 문항의 경우 병원의 표준화사업 관련 내용에 이와 성격이 유사한 수련병원실태부분이 포함되었고, 이어 적정진료(utilization review), 정도관리(quality assurance) 부분이 첨가되었으며, 환자만족도가 주요 관심 대상이 되자 서비스평가부문이 부록으로 첨가되는 등 전반적으로 목적에 부합되는 일관된 구조를 갖추고 있지 못하고 있다. 이에 따라 중복되거나 불필요한 문항들이 많은 부분을 차지하고 있는 실정이다.

의료기관서비스평가의 경우 표준화심사문항에 비하여 비교적 조직적인 체계를 갖추고 전문인력서비스, 일반관리 및 지원서비스, 부서별 서비스로 나누어 분야별로 환자만족도, 업무수행 및 성과, 시설·인력수준

관련문항으로 구성되어 있으나 전체적 구조가 서비스의 부서별 구분의 형태를 탈피하고 있지 못하고 있다. 평가내용도 개별 병원의 필요성이나 현실적 조건에 대한 고려 없이 일률적으로 병원운영상의 하위 지표를 무리하게 계량화하여 조사하는 방향으로 개발되어 있다. 이러한 지표들은 현지확인 과정에서 임의로 선정된 소수의 표본에 근거하여 조사되고 있어 평가를 받는 병원들의 과잉대응을 유발하므로 평가결과의 유효성에 문제가 제기되고 있다.

이렇게 병원의 부서 위주로 되어 있는 우리 나라의 문항체계와 비교하여 미국이나 호주의 문항체계는 환자의 시각에서 병원서비스의 인과 관계를 반영하고 있다. 미국 의료기관심의위원회의 경우 대항목으로 환자중심기능(patient-focused functions), 조직기능(organization function), 및 조직체계(structure with functions)로 구성되어 있다. 이는 병원업무로서 서비스 제공자의 시각에서 병원의 부서별로 보는 것이 아니라 환자의 시각에서 환자에게 제공되는 직접진료와의 관계의 정도에 따라서 문항을 구성하고 있는 것이라 하겠다. 즉 병원내 각 부서가 각각의 기능을 수행하여 환자에게 서비스를 제공한다는 시각이 아니라 환자에게 직접적으로 제공되는 서비스가 시발점이 되어서 환자에게 직접적인 서비스를 제공하는 기능과 이러한 기능의 원활한 수행을 위한 상호 협조체계, 그 다음으로 전반적인 조직체계를 보는 시각으로의 전환이 시도된 것이라 볼 수 있다. 이러한 노력은 근래 논의되고 있는 환자중심의 의료서비스(patient focused care)적 개념을 병원의 수행평가에 적용한 것으로 사료된다.

한편 호주의 문항체계도 이러한 시각을 반영하고 있는데 문항의 대부분을 진료의 연속성(continuum of care), 병원경영(leadership and management), 인사관리(human resource management), 정보관리(information management), 환경 및 시설의 안전성(safe practice and environment), 수행향상(improving

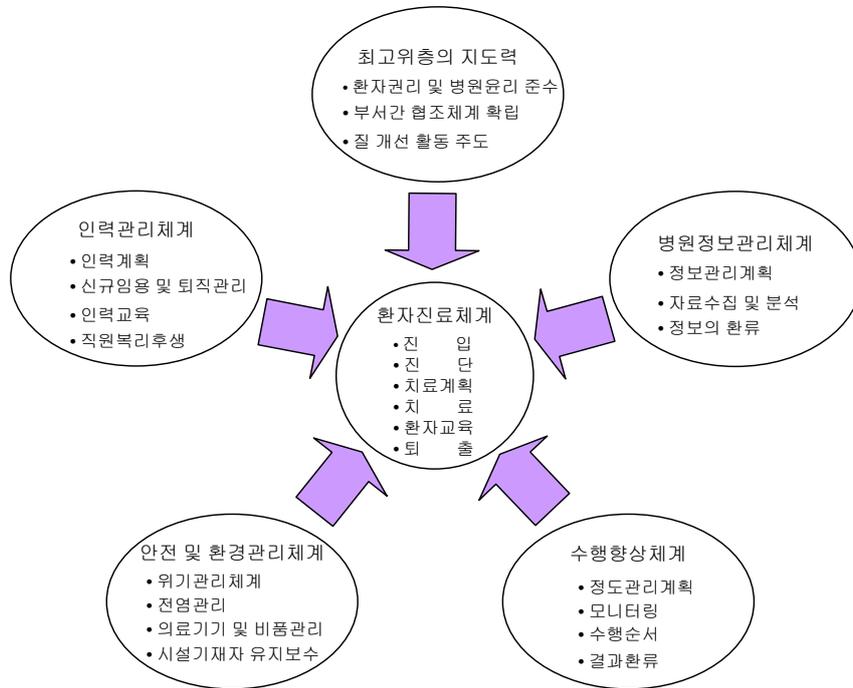
performance)으로 구성하고 있다. 이러한 구조는 미국의 문항과 마찬가지로 환자의 흐름을 중심으로 한 병원서비스의 연결과정을 기본으로 하여 이 부문의 질 향상을 위한 병원의 지도자들과 경영자의 활동, 인력이나 정보시스템 등 보조기능의 효율성, 서비스 제공환경의 안전성 및 최종적으로 이들을 종합적으로 보는 시각에서의 서비스 개선노력에 대한 사항을 조사하고 있다.

대분류에 이어서 중분류로 들어가면 환자관리의 부문에서는 병원내의 환자의 흐름에 따라 분류하여 환자관리의 연속성을 중심으로 기준을 제시하고 있다. 미국의 평가기준은 환자중심기능 부문을 환자의 권리 및 병원윤리(Patient Rights and Organization Ethics)를 서두로 하여 환자의 진단(Assessment of Patients), 환자의 치료(Care of Patients), 환자교육(Education), 진료의 연계(Continuum of Care) 등의 부문으로 나누고 있다. 호주의 기준의 경우 동일한 내용을 좀더 세부적으로 구분하여 환자의 의료기관에 대한 접근성(Access), 병원서비스로의 진입(Entry), 환자평가(Assessment), 치료계획(care planning), 치료수행(Implementation of Care), 평가(evaluation), 병원서비스로부터의 퇴출(Separation), 지역사회 서비스(Community Management)로 나누고 있다. 한편 직접적인 환자관리 이외의 기능은 주로 기획, 실천, 평가, 개선의 순서로 기준을 제시하여 병원업무의 체계적인 수행과 이에 대한 평가와 개선을 지속적으로 수행하는 방향으로 기준을 제시하고 있다.

두 나라의 평가기준의 체계를 우리 나라의 병원표준화심사나 의료기관서비스평가의 체계와 비교해보면 우리 나라의 체계는 병원서비스의 구성요소를 중심으로 되어있는 반면 외국의 경우에는 이러한 구성요소들을 횡적으로 연결하는 개념으로 체계를 구상하였다고 볼 수 있다. 즉 병원서비스의 특성이 다양한 전문인 및 보조인력 상호간의 협조에 의하여 이루어지며 서비스의 개선은 참여자의 공동적인 노력에 의하여

이루어 질 수밖에 없다는 특성을 반영한 것이다. 이러한 접근은 직능 간의 분업에 의한 효율성을 중요시하는 Taylor적인 관점에서 효과성을 중시하는 TQM적 개념을 도입한 것으로 볼 수 있다.

[그림 IV-2] 病院運營基準의 基本 體系



따라서 서비스의 질 개선을 목적으로 하는 병원운영기준 개발을 위한 기본체계는 환자진료에 대한 사항을 환자중심으로 본 다음 이러한 서비스를 보조하는 서비스에 관한 사항을 보는 방향으로 개발되어야 할 것이다. 이러한 방향으로 개념화한 병원운영기준의 체계는 [그림 IV-2]와 같다.

환자진료체계는 환자의 흐름에 따라 병원서비스로의 진입, 진단, 치

료계획, 치료, 환자교육, 퇴출 및 지속관리 과정으로 구성된다. 입원, 응급실, 외래 등을 통하여 이루어지는 병원서비스로의 진입 과정은 행정절차의 효율화와 환자관련 기초정보의 수집 및 배포가 신속하게 이루어질 수 있도록 하는 것을 주요 과제로 하여 이에 대한 기준이 제시된다. 진단과정에는 환자의 생리학적 상태뿐 아니라 환자의 정신적, 사회적인 여건을 고려하여 치료계획에 반영할 수 있도록 한다. 또한 이 과정에서는 진료과와 검사실 검사, 방사선검사, MRI실 등 검사관련 부서와의 적절한 협조체계에 의한 신속하고 적절한 조치가 이루어 질 수 있도록 하는 기준이 제시된다. 진단 결과를 기초로 치료계획이 수립되어 치료과정에 진입하게되며 이 과정에서는 관련 전문가들 간의 유기적 협조체제하에서 시의 적절한 치료가 환자 및 보호자의 적극적인 동참 하에서 수행될 수 있는 기준이 제시된다. 이어서 환자와 보호자 대상의 교육과 병원서비스로부터의 퇴출 및 가정이나 의원 및 요양원에서의 치료계획 등 퇴출 후 조치사항에 대한 기준이 제시된다.

최고위층의 지도력 부문에는 환자의 권리 및 병원윤리 준수, 부서간 협조체계 확립, 질 개선활동의 주도 등이 포함된다. 환자의 권리와 병원윤리의 준수는 지금까지의 권위적인 병원서비스 제공 행태를 벗어나 환자의 권한을 적극적으로 인정하고 공공기관으로서 병원의 역할을 강조하므로 환자진료의 최종결과 향상과 병원의 이미지를 개선을 목적으로 하는 것이다. 이를 위해서는 기존의 병원 조직문화 자체를 변화시키는 것이 필요한 바 최고경영자의 적극적인 수행의지가 필수적이다. 또한 병원의 지속적인 질 개선 활동은 진료에 참여하는 전문인력의 상호 협력 하에서만 가능하다. 따라서 경우에 따라 전문인이 전문영역에서 갖는 자율성과 병원이라는 조직의 최종적인 산물의 질 향상과는 경우에 따라 상충될 수 있는 바 전문인력간 상호협력의 제고를 위해서는 최고경영진의 질 향상에 관한 강력한 의지가 뒷받침되는 것이 필수적

이다. 부서간의 협조체계 또한 병원운영의 효율성 및 효과성의 확보를 위한 필수적인 사항으로 최고경영자의 주요업무가 된다고 볼 수 있다. 따라서 이러한 사항을 포함하는 최고경영자의 지도력 관련 기준이 제시되어야 한다.

인력관리체계는 인력계획, 신규임용 및 퇴직관리, 인력교육, 직원복지후생 등을 포함한다. 인력관리는 병원운영에 있어서 중요한 역할을 한다. 병원서비스는 고도의 전문성을 요하는 직접적 대인서비스이다. 따라서 종사자의 업무수행을 위한 기본능력과 전문분야에 대한 계속교육이 수행되어야 할 뿐 아니라 전문성을 충분히 발휘할 수 있는 업무설계, 업무환경 개선 등을 통한 종사자의 업무만족도 향상을 확보하여야만 진정한 의미에서의 환자만족도의 제고가 이루어 질 수 있을 것이다. 물론 친절교육이나 병원환경 개선 등이 환자만족도에 어느 정도의 긍정적인 영향을 미칠 것이나 병원 종사자의 업무만족도가 뒷받침되지 않는 한 그 효과가 지속적일 수는 없을 것으로 사료된다. 즉 자신이 종사하는 업무에 대한 사명감과 보람의식에서 나타나는 업무태도만이 자율적이며 지속적인 환자만족도 제고에 효과가 있다는 것이다.

사명감과 보람의식의 고취를 위해서 병원은 인력의 전문분야에 대한 능력제고, 효과적 업무수행체계의 설계 및 업무수행 관리의 세 가지 분야가 상호 상승작용을 가질 수 있도록 하여야 한다. 즉 종사자 개인의 능력이 아무리 뛰어나다 하더라도 업무수행 시스템이 뒷받침되지 못하면 업무의 효과성과 효율성이 저하될 수밖에 없고, 또한 업무시스템이 잘 되어 있을 지라도 개인의 능력이 따르지 않으면 안된다는 것이다. 이에 더하여 적절한 업무수행관리 즉 급여, 승진 등의 인센티브가 공정하게 배분될 때 시스템의 전반적인 능률과 질 향상을 가져올 수 있는 것이다. 따라서 인력관리 측면에서는 병원내 적정인력의 확보를 위한 계획, 신규인력 채용기준, 종사자에 대한 계속교육체계 및 평

가체계와 수행평가의 환류방안 등의 기준이 제시되어야 한다.

병원정보관리체계는 정보관리계획, 자료의 수집, 자료의 분석 및 정보의 환류로 구성된다. 병원내의 의사결정을 위하여 정확하고 적절한 시기에 병원운영관련 정보를 제공하는 것은 병원서비스의 질, 운영의 효과성, 효율성에 결정적인 영향을 미친다. 우리 나라의 경우 아직도 정보의 중요성에 대한 인식이 부족하여 병원정보를 의무기록의 관리, 의료보험의 청구, 그 밖의 사무체계의 전산화 정도로만 인식하고 있는 경우가 많다. 그러나 정보관리의 기본 목적은 자료처리의 전산화 단계에서 그치는 것이 아니라 병원내의 임상이나 행정에 관련한 모든 의사결정을 위한 정보를 제공하는 것이다. 이러한 넓은 의미에서의 병원정보에 관한 인식과 이에 따른 시스템의 구축이 병원의 서비스 질 향상과 효율성의 제고를 위해서 필수적이다. 따라서 이러한 시각에서 정보관리계획을 수립하고 병원내 자료의 흐름을 따라서 정확하고 시의 적절한 자료를 포괄적으로 수집하고 자료의 분석과 분석결과의 효과적인 환류를 위한 사항들이 병원운영기준에서 제시되어야 할 것이다.

안전 및 환경관리체계는 환자와 병원종사자의 안전과 쾌적한 진료환경의 조성에 관련된 사항을 명시하며 위기관리계획, 전염관리, 의료기기 및 비품관리, 시설 및 기자재의 유지 보수 등을 포함한다.

마지막으로 수행향상체계는 병원의 서비스제공 과정을 체계적으로 관찰 분석하여 업무수행상의 효율성과 효과성을 제고하므로 최종적인 진료결과의 향상을 목적으로 한다. 병원에서 이러한 기능은 병원의 정도관리(Quality Assurance) 기능으로 볼 수 있으나 협의의 정도관리 활동을 말하는 것이 아니라 병원전체의 시스템과 그에 부속되는 서브시스템의 모니터링과 분석을 말하고 있다. 따라서 효율적인 질 향상을 위한 계획, 모니터링 체계, 수행분석 및 결과 환류 등에 관한 사항이 제시되어야 한다. 병원운영기준에는 이러한 활동을 수행하기 위한 체

계 및 활동내용에 대한 기준이 제시되고, 활동의 구체적인 실행과정 및 결과는 신입평가의 ‘지속적 서비스 개선 부문’에서 병원들이 자체적인 활동사례를 보고하여 이를 평가하도록 한다.

이상과 같은 여섯 가지 분야의 평가를 위한 조사도구 개발은 문헌고찰과 사전조사 등을 통한 치밀한 연구를 기초로 신뢰성(reliability), 유효성(validity), 측정가능성(feasibility), 민감성(sensitivity)을 고려하여 개발되어야 할 것이다. 다양한 조건을 가지고 있는 병원들에 대한 조사를 통하여 조사결과가 동일한 결과를 나타낼 수 있는 신뢰성을 확보하고, 조사결과가 병원들의 현 상황을 정확히 진단할 수 있으며, 또한 측정하고자 하는 지표에 대하여 병원간의 차이를 명확히 할 수 있는 조사도구의 개발은 병원신입제도의 효과성과 효율성의 확보를 위해서 필수적인 사항이다.

나. 持續的 서비스 改善

신입제도는 일회성의 평가가 아니라 개별병원의 지속적인 서비스 질 개선과 운영의 효율성을 추구한다. 미국의 JCAHO나 호주의 ACHS의 경우도 평가위주의 신입제도에서 보다 포괄적인 지속적 질 개선으로 전환하여 신입제도 운영의 기본방향을 채택하고 있다. 여기서 지속적인 개선은 TQM(Total Quality Management)의 이론을 근간으로 하는 바 의료기관에서의 TQM 적용을 위한 기본개념을 간단히 소개하면 다음과 같다.

일반 산업분야에서 품질개선을 위하여 널리 적용되어오던 TQM개념은 1980년도 중반부터 의료기관 서비스 개선의 방법론으로 미국에서 적용되기 시작하였다. TQM의 개념은 슈와트, 데밍, 파이젠펠, 후란, 크로스비, 이시가와 등 다수의 학자에 의하여 지속적으로 발전되었지만 특히 데밍의 심오한 지식 체계(Profound Knowledge System) 관련 개

넘은 병원의 서비스향상에 시사하는 바가 크다. 데밍(1993)은 품질 개선을 위해서는 경영방법의 근본적인 개선이 필요하다고 주장하면서 한 조직이 변화하는 환경에 성공적으로 적응하기 위해서는 조직의 종사자가 심오한 지식체계를 추구해야 한다고 주장하였다. 그가 주장하는 심오한 지식체계의 4요소는, 첫째 시스템의 이해(Appreciation for a System), 둘째 변이에 대한 통계적 지식(Knowledge about Variation), 셋째 지식에 대한 논리(Theory of Knowledge), 넷째 심리학적 지식(Psychology)으로 구성되어 있다. 여기서 시스템에 대한 이해는 조직을 구성하는 시스템간의 상호관계에 대한 이해를 바탕으로 한 조직 전체적 시각에서의 최적의 질 개선 방안을 찾는 것을 의미한다. 통계적인 지식은 시스템이 생산하고 있는 재화의 질의 차이가 실질적으로 시스템자체의 문제(common cause)인가 아니면 종사자의 실수나 기계고장 또는 단순한 사고에 의한 문제(special cause)인가에 대한 판단에 필요하다. 지식에 대한 논리는 시스템의 활동 현상에 대한 논리적 체계에 의한 예상이나 해석에 필요하다. 이는 통계적인 방법에 의하여 추출된 시스템의 현황을 논리적으로 해석하여 시스템의 개선방안을 도출하기 위하여 필요하다. 마지막으로 심리학적 지식은 시스템의 종사자들에 대한 이해를 바탕으로 이들의 개인차를 고려한 교육이나 재배치 등을 통하여 개인의 잠재력을 최대한으로 발휘할 수 있도록 하는데 필요하다.

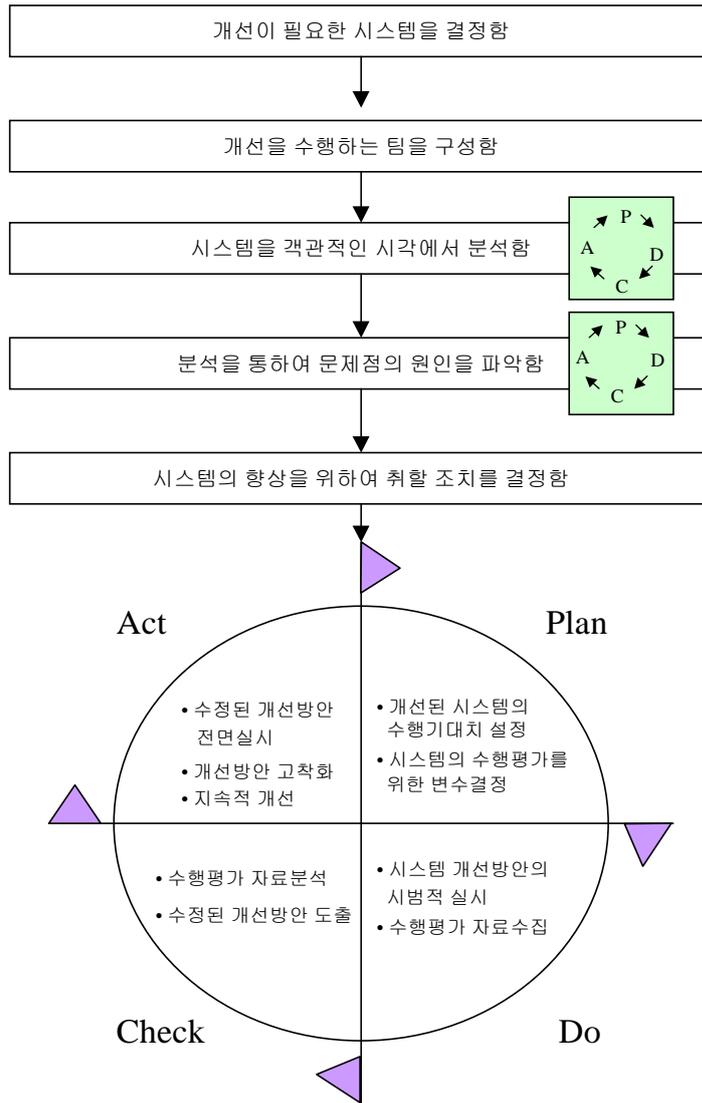
이러한 지식을 근간으로 해서 병원의 종사자는 1) 병원이 개선하고자 하는 분야는 무엇인가, 2) 개선이 되었다는 판단은 어떻게 할 수 있는가, 3) 개선을 위해서는 어떠한 부문에 변화가 필요한가, 4) 이러한 변화를 어떠한 방법으로 시험 운행할 것인가, 5) 이러한 시험운행 통해서 무엇을 배울 수 있을 것인가, 6) 시험의 과정에서 수집되는 관련 자료를 통해서 무엇을 배울 것인가, 7) 변화에 의한 결과가 긍정적이면 그 이유는 무엇이며 부정적이면 다음에 어떠한 조치를 취할 것인가

가, 8) 개선을 위한 전 과정을 통하여 무엇을 얻었으며 이것이 향후의 질 개선사업에 어떻게 적용될 것인가 등에 대한 질문에 답을 하는 과정에서 질 개선의 방안이 수립되게 된다는 것이다.

이러한 데밍의 이론을 바탕으로 하여 미국의 다수병원 체제인 HCA (Hospital Corporation of America)는 병원의 서비스개선을 위한 FOCUS-PDCA 순환모델을 개발하였다(그림 IV-3 참조). 이 순환모델에서 F(Find)는 시스템적인 시각에서 과정상의 문제점을 분석하여 질 향상이 필요한 부문을 발견하는 것이다. 이어서 O(organize)는 이 과정에서 실제로 업무에 종사하는 종사자와 질 향상을 주도할 팀리더로 TQM전문가를 포함하여 질 개선 프로젝트의 팀을 구성하는 것이다. C(Clarify)는 지금까지 진행해오던 기존의 업무에 대한 시각에서 벗어나 객관적이고 논리적인 방법으로 과정을 분석하여 문제점을 명확히 하는 것이다. 이어서 U(Understand)는 현황분석의 과정에서 나타난 서비스 질의 차이점에 대한 이해를 갖는 것이다. 즉 이러한 차이점이 시스템의 문제인지 또는 시스템과 구별되는 종사자 개인이나 독립된 원인에 의한 것인지에 대한 이해를 하는 것이다. 다음으로 S(Select)로 시스템의 향상을 위하여 취할 최선의 조치를 선택하는 것이다.

이상과 같은 과정의 다음 단계로 실질적인 개선 활동의 순환을 나타낸 것이 PDCA모형으로 계획(Plan)-실행(Do)-확인(Check)-조치(Action)의 4단계로 이루어져 있으며 개념적으로 쉽고 간단하다는 장점이 있는 모형이다. 계획단계에서는 개선된 시스템으로부터 기대하는 수행능력을 결정하고 수행능력 평가를 위하여 어떠한 자료를 수집할 것인가를 결정한다. 실행단계는 시스템 개선을 위하여 선택된 방안을 시험적으로 실시하고 수행능력평가를 위한 자료를 수집한다.

[그림 IV-3] Focus-PDCA循環圖



資料: McLaughlin, C. P., Kaluzny, A. D., "Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory", *Implementation, and Application*, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 1994. p.20.

확인단계에서는 시험실시에 대한 수행능력을 평가하고 평가결과를 바탕으로 기존에 실시하였던 시스템개선 방안을 수정한 후 조치단계에서 최종적으로 수정된 개선방안을 전면적으로 실시하게 된다. 이러한 PDCA모형은 반복 순환되면서 시스템의 지속적인 향상을 추구하게 된다.

위에서 논의된 TQM의 이론의 각 단계별 수행사항과 최종결과를 내용으로 하는 지속적 서비스 개선부문에 대하여 병원은 정기적으로 신입위원회에 보고하고 신입위원회는 이를 평가하여 병원운영기준에 의한 평가와 함께 종합적으로 신입여부를 결정 짓는 것이다.

위와 같은 활동을 수행하여 신입평가를 준비하기 위하여 적용할 수 있는 방법론의 예를 간단히 소개하면 다음과 같다. 먼저 질 개선 사업의 대상 시스템을 결정하는 기준으로 1) 사안이 병원전체에 미치는 기대효과, 2) 위험률 및 다빈도 또는 문제가 많은 것으로 인정되는 시스템, 3) 병원운영기준에서 제시되는 항목과의 연관성, 4) 인적·물적 자원의 확보 가능성 등을 고려하여 우선적으로 질 향상을 추구할 시스템을 선정한다.

선정된 시스템을 중심으로 이 시스템이 포함하는 업무에 실제로 종사하는 직원을 확인하고 이들과 TQM에 관한 전문가를 포함하는 팀을 구성한다. 한편 팀장은 병원장 등 최고위층의 적극적인 협력을 이끌어 낼 수 있는 직원이 맡도록 한다. 질 향상 대상 시스템은 업무범위에 따라 병원내 여러 부서와 연관된 경우가 많다. 따라서 질 개선 사업은 기존의 권한의 한계(chain of authority)를 벗어나 수행되어야 할 경우가 많으며 이러한 경우에 병원의 최고위층의 지원이 필요한 것이다.

팀 구성 후에 대상이 되는 시스템의 업무수행 과정을 일반적으로 사용되는 업무흐름도(flow chart)나 과정에 대해 원인과 결과의 관계를

이해하는데 도움을 주는 이시가와 특성요인도(fishbone diagram) 등을 이용하여 분석한다. 업무분석 다음에는 시스템 문제점의 원인의 분석을 수행한다. 문제점 분석을 위한 기법으로는 시스템의 수행성과에 상위한계(UCL)와 하위한계(LCL)를 주어 시스템의 안정성을 분석하는 관리도(Control chart), 두 변수간의 관계를 그래프로 표시하여 결과와 원인 사이의 관계가 어느 정도 인가를 검토하는데 사용되는 산포도(scatter diagram), 과정에서 무작위로 추출한 자료의 분포를 도수분포로 정리하여 과정상태에 관해 결론을 내릴 수 있는 양식으로 표현해주는 막대그래프(Histogram), 시간의 흐름에 따른 변수의 변화를 그래프로 보여주는 경향도(run chart) 등을 사용할 수 있다.

시스템 분석 후에 분석결과를 바탕으로 개선방안을 도출하고 이를 실시하며 실시한 결과를 분석하여 다시 교정을 하는 과정을 반복적으로 시행하므로 지속적인 질 개선을 위한 활동이 순환적으로 이루어지게 된다.

이러한 제반의 활동을 보고하는 신입위원회의 보고는 간단한 사업 배경, 시스템선정 논리, 팀 구성원칙, 과정분석, 시스템 안정성 분석 및 개선을 위하여 취한 조치와 최종 성과 등을 작성하여 보고하며 신입위원회는 서면 검토와 현지조사시 보고회를 통하여 이를 검토한다. 보고회의 주안점은 병원이 어떻게 수행능력을 향상시켰으며 이러한 수행능력의 제고가 최종결과에 어떠한 영향을 미쳤는지에 대한 사항이 된다.

4. 評價遂行 및 評價結果 活用

위에서 논의된 평가내용이 실질적으로 신입평가의 목적에 부합하도록 하기 위해서는 신입활동의 지속성과 평가자의 전문성이 확보되어

야 할 것이다. 신임활동의 지속성 확보를 위해서는 신임평가가 일회성으로 끝나지 않고 병원신임위원회와 병원간의 지속적이고 유기적인 관계 속에서 이루어져야 할 것이다. 미국의 경우 3년마다의 재신임되는 제도에 대하여 메디케어 주도하는 HCFA(Health Care Financing Administration)가 문제점을 제기하여 현재 수시 조사를 강화하는 추세에 있고 호주의 경우에는 신임기간동안 개별 병원의 질 향상 사업에 대하여 신임기관이 지속적으로 지도하므로 신임효과의 지속적 유지를 위하여 노력하고 있다. 우리 나라의 신임제도도 정규적인 신임평가는 2년이나 3년에 한번씩 시도하되 수시 임의 조사와 개별병원과의 수시 접촉 등을 제도화하여 지속적인 질 향상을 유도할 필요가 있다. 이러한 방안의 하나로 ‘지속적 서비스 개선’ 부문을 1년에 2회 정도 실시하여 이 부문에서의 누적된 평가결과를 2년이나 3년에 한 번씩 수행하는 정기적 평가에 반영하는 것도 방법이 될 수 있겠다.

병원평가자의 전문성확보는 신임제도의 효과성 제고를 위하여 필수적이다. 따라서 평가를 전담하는 인력을 평가기구의 전임직원으로 보유하지는 못한다하더라도 일정 기준에 합당한 평가위원으로 평가단을 조직하여 지속적으로 관리하는 것이 필요하다. 평가기구는 분야별 전문가를 영입하여 병원운영기준 개발 및 평가위원들에 대한 정기적인 교육을 실시하여 평가의 전문성제고와 평가자간 차이를 최소화할 수 있도록 하여야 할 것이다.

평가결과의 활용방안에 있어서는 신임을 받은 개별 병원이 공식적으로 소비자에게 홍보할 수 있는 방안을 모색하도록 하고 병원신임위원회도 신임에 대한 홍보를 통하여 소비자들이 신임기관에 대하여 신뢰감을 갖도록 하여야 할 것이다. 이러한 신임활동에 대한 대 국민 홍보는 소비자 정보 제공뿐만 아니라 신임제도의 사회적 신뢰확보를 통하여 신임제도의 건전한 발전에 중요한 바탕이 된다. 또한 신임평가

기법의 발전에 따라 개별 병원의 신임여부와 함께 각 병원의 분야별 전문성에 대한 평가내용도 공표하여 소비자의 적절한 의료기관 선택에 기여하도록 하여야 할 것이다. 이러한 적극적인 소비자 정보제공은 소비자가 양질의 의료를 받도록 할 뿐만 아니라 우리 나라 의료전달체계의 효율성 제고 측면에서도 많은 기여가 있을 것으로 사료된다.

5. 政策的 提言

현행의 다원화된 병원평가를 일원화하고, 효과적인 신임제도의 운영을 위해서는 앞에서 논의된 바와 같이 객관성과 전문성을 갖춘 독립된 신임기구의 설립이 필요하다. 따라서 정부는 대한병원협회, 대한의사협회, 대한간호사협회 등 의료의 공급자와 의료보험연합회와 소비자단체 등 의료 수요자의 대표 및 학계 전문가로 구성된 가칭 ‘신임기구설립추진위원회’를 구성하여 독립된 신임기구의 설립 추진을 위한 방안을 마련하여야 할 것이다.

신임기구설립추진위원회는 우선적으로 신임기구의 목적을 정의하고 목적인 바를 달성할 수 있는 최적의 시행방안을 결정하여야 할 것이다. 이를 위해 먼저 고려될 수 있는 방안은 현행의 제도를 통합하는 방안이다. 현행의 병원표준화심사나 의료기관서비스평가는 여러 가지 문제점도 있지만 각각의 장점 또한 갖고 있으므로 이러한 두 제도의 장점이 서로 보완관계를 이루면서 통합되는 방향으로 추진한다면 독립된 조직을 이룰 수 있을 것으로 사료된다. 이러한 독립된 기구의 조직 및 인력에 대한 사항은 본 연구의 다음 장에서 제시되고 있다.

일단 독립된 신임기구가 설립되면 정부는 신임제도의 신뢰성확보와 병원들의 적극적인 참여 유도를 위하여 운영에 적극 참여하여 효과적인 운영에 기여하고 신임결과를 기준으로 신임을 받은 기관에게 정책적인 배려를 하여야 할 것이다. 특히 자율적인 신임참여를 전제로 하

는 만큼 신임결과에 대한 정부의 신뢰는 필수적이라고 할 수 있다.

〈表 IV-1〉 信任을 받은 病院에 대한 政策的 支援方案 關聯 應答內容(全體)
(단위: 개소, %)

내 용	응답(률)
전 체	201(100.0)
1. 재정적 지원(설비, 인력, 경영자문, 운영자금, 의료기기구입 등), 행정적지원	63(31.3)
2. 의보수가 등의 차별화, 할증료 인정	22(10.9)
3. 세제혜택, 세제지원, 세금감면	16(8.0)
4. 환자의 우선순위 배정, 용자지원, 신용보증 지원	13(6.5)
5. 의료인력(staff, 정책행정전문가)에 대한 교육지원, 경영진단, 외국병원 견학기회 등	7(3.5)
6. 전공의 인원배정	6(3.0)
7. 좋은 평가결과를 바탕으로 지역사회 홍보지원	6(3.0)
8. 의료 질 평가 및 서비스평가, 환자만족도 등을 조사해서 평가에만 그치지 않고 인센티브제를 줌으로써 동기부여 유도	5(2.5)
9. 정부시책 시범사업기관 우선 지정	4(2.0)
10. 진료비 수가 중 가산적용(기본진료료, 의료인 행위료 등, 지정진료료의 확대실시)	4(2.0)
11. 의료장비도입자금 우선배정	2(1.0)
12. 직원 서비스, 친절교육 훈련 확대지원	2(1.0)
13. 의료시설개보수자금 우선배정.	2(1.0)
14. 심사회수를 줄여줄 것(심사와 심사사이 기간연장).	2(1.0)
15. 평가등급별 국가지원차 등	2(1.0)
16. 평가등급판 설치	2(1.0)
17. 근무자의 애로사항 개선에 보조, 우수 근무자 포상	2(1.0)
18. 새로운 의료기술 및 의료서비스기술 도입시 우선 시행하게 하고 지원	2(1.0)
19. 진료비 차등수가제 도입.	2(1.0)
20. 정부에서 지원하고 있는 병원(치매병원, 응급의료센터) 평가결과를 토대로 이루어져야 하고, 아울러 재정적인 지원도 평가결과를 토대로 정해져야 함	2(1.0)
21. 평가결과와 공표계제지원.	1(0.5)
22. 정보지원(예 : 책자) - 최근 의학적 지식과 활용을 위해	1(0.5)
23. 해외우수병원과 협력추진을 도와줌.	1(0.5)
24. 행정의 편의제공(병원시설 증·개축시 도시계획 등의 문제), 제도적인 뒷받침이 필요.	1(0.5)
25. 경영자문.	1(0.5)
26. 모자병원의 활성화를 유도하여 모델화.	1(0.5)
27. 일정기간 서비스평가 유보(II-3년간 인정제).	1(0.5)
28. 2,3차병원 구별화하여 될 수 있는 데로 허약한 중소병원의 발전 및 특화를 지원하는 것이 절대적으로 필요.	1(0.5)
29. 보험자가 선택할 수 있는 근거마련(사보험이 도입될 경우 대비)	1(0.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

〈表 IV-1〉 계속

내 용	응답(률)
30. 행정적인 규제사항 완화(의료시설투자)	1(0.5)
31. 의료보호진료비 차액보전	1(0.5)
32. 공보의 우선배치 등	1(0.5)
33. 평가결과가 취약한 병원을 중점 지원함	1(0.5)
34. 경영상 애로사항 해소방안 건의 수용	1(0.5)
35. 진료비에 일정률 가산지급	1(0.5)
36. 병원운영자율성 보장	1(0.5)
37. 복잡한 의료서비스를 일정한 성적에 도달한 병원에서만 시술토록 허가	1(0.5)
38. 의료보험진료비 우선 지급 및 진료비 심사시 반영	1(0.5)
39. 견학대상 병원으로 지정, 후발 병원 견학	1(0.5)
40. 의료수가인상 및 의료미수금 조기상환	1(0.5)
41. 서비스우수의료기관에 대한 정부인증서 교부	1(0.5)
42. 현 병협에서 자율적으로 실시하는 것을 확대 발전시킴	1(0.5)
43. 병원환경 개선지원.	1(0.5)
44. 의료수요자에 공표된 명의로써 충분.	1(0.5)
45. 금리를 낮추어 시설 등을 개선하게 유도.	1(0.5)
46. 현재 병원의 재정상태에 따라 순위가 정해질 수밖에 없으므로 그 자체를 인정해줌	1(0.5)
47. 의료보험 가산을 추가인정.	1(0.5)
48. 각종 정부기관과의 연관관계에서 우선 혜택을 주어야 함(특별대우 필요)	1(0.5)
49. 대외적인 감사 면제	1(0.5)
50. 신입기관에 대하여 정부차원에서 홍보 지원	1(0.5)
51. 신입기관에 대하여 조건 없이 지원함	1(0.5)
52. 병원간 교류협력 지원	1(0.5)
53. 평가 좋은 병원은 격년제로 평가	1(0.5)
54. 의료기관 종별 가산을 적용	1(0.5)

資料: 한국보건사회연구원, 의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사, 1999.

미국의 경우 JCAHO의 신임을 메디케어 프로그램 참여 조건으로 하므로 병원들의 참여도를 높이는 동시에 신임제도의 효과성과 효율성에 대하여 정부가 간접적으로 통제를 할 수 있는 근거를 삼고 있다. 따라서 정부에서 직접적으로 신임제도를 운영하지는 않지만 이러

한 간접적인 방법으로 신임제도를 관리하므로 정부의 직접적 운영에 대한 의료기관의 반발을 완화하는 동시에 신임제도의 객관성을 확보하는 효과를 거두고 있는 것이다.

한편 의료기관 신임제도 결과를 바탕으로 정부가 병원들에 제공할 수 있는 정책적 배려에 대한 병원장들의 의견조사를 요약한 결과를 보면 <表 IV-1> 과 같다.

병원들이 제시한 내용들은 설비, 인력, 교육 및 경영자문 등에 대한 직접적 재정지원, 보험수가차등화, 세제혜택, 금융지원 등 간접적 재정지원, 전공의나 공중보건의 배정에서의 혜택, 조사결과 홍보지원 등의 분야에 정부의 배려를 건의하고 있다. 이와 함께 우수한 병원에 대한 정부의 행정적 편의 제공 및 규제완화 등도 제시되고 있다.

V. 醫療機關信任委員會 設立方案

전 장에서는 병원신입제도의 목적, 신입제도 수행주체, 신입평가내용, 신입평가수행 및 결과활용방안이 논의되었다. 본 장에서는 이러한 병원신입제도를 시행하기 위하여 대한병원협회, 대한의사협회, 대한간호사협회 등 공급자 측과 정부, 보험자, 소비자 등 병원서비스의 수요자 측이 공동으로 참여하는 가칭 『의료기관신입위원회』를 사단법인 형태로 설립한다는 가정 하에 위원회의 조직, 인력, 업무분담 등을 구체적으로 제시하도록 한다.

1. 組織計劃

가. 意思決定 體系

의료기관신입위원회의 이사회는 각 참여단체의 대표로 구성하고 위원회의 운영에 관한 중요사항을 결정하며 이사 중에서 이사장을 선출한다. 이사장은 이사회에 의하여 임명된 위원회의 위원장으로 하여금 실무적인 의사결정을 행사할 수 있도록 권한을 위임하고, 위원회의 위원장은 신입평가, 평가지표의 개발, 교육 및 자문과 관련된 사업계획 및 예산·결산의 심의와 주요 사항에 대한 업무내용을 이사장에게 보고하도록 한다. 위원회의 인사권, 예산편성 및 집행권, 대표권은 이사장에게 전적으로 위임하도록 하며, 위원장은 이사장을 대신하여 이를 수행한다.

나. 組織設計

1) 組織設計 基本方針

위원회는 신입평가, 평가지표개발, 교육 및 자문의 업무를 수행하되 재정자립과 재무적 안전성을 지향하도록 한다. 따라서 위원회는 그 운영효율성의 극대화를 도모하기 위하여 다음과 같은 세 가지 조직설계 방침을 설정하도록 한다. 첫째, 인력구성은 실무위주로 구성하며 행정 관리조직을 최소화한다. 둘째, 위원회의 소요인력 설정은 정관이나 직제규정에 따라 구성하는 것으로 하되 직종별 인력은 가급적 전문인력 위주로 충원한다. 셋째, 비상임 인력을 최대한으로 활용하도록 한다.

2) 階層分化

조직의 계층분화는 위원장을 중심으로 하고 직렬은 그 하부에 책임 연구원, 주임연구원, 연구원으로 분화하며, 계층분화의 수는 최소한으로 설정하는 것을 원칙으로 한다(表 V-1 참조).

〈表 V-1〉 委員會의 階層分化 職列 構成

구 분	전체통합	부분통합	기초통합	실 무
직책구성	위 원 장	책임연구원	주임연구원	연구원

3) 組織의 業務統合

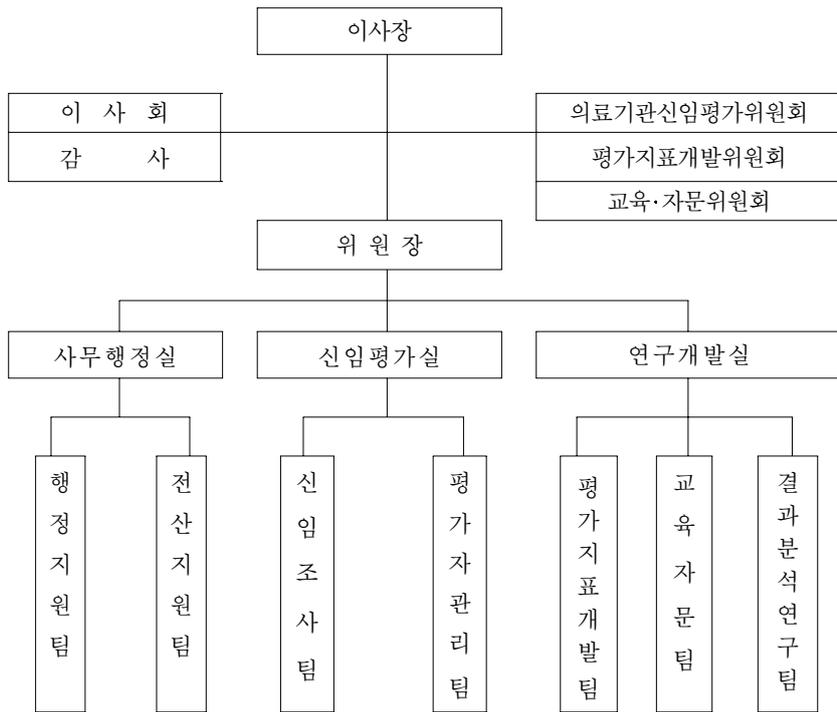
위원회의 운영에 따른 조직의 업무 통합은 다음과 같은 원칙에 따라 수행하도록 한다. 첫째, 각 부문 업무의 통합은 각과의 책임연구원이 일차적으로 통합조정 기능을 담당한다. 둘째, 위원회내 각과의 참여와 협력이 요구되는 사항의 통합조정은 회의체를 설치·운영하여

수행하도록 한다. 셋째, 직제·인사·회계와 관련하여 위원회 전반에 공통적으로 적용되어야 하는 사항은 제반 규정을 제정하여 통합 조정한다.

4) 組織機構表의 設計

위원회의 설립을 위해 구성한 조직기구표의 설계안은 다음과 같다 (그림 V-1 참조). 위원회는 이사장을 그 대표자로 하며 실질적인 업무는 위원장이 총괄하도록 한다.

[그림 V-1] 醫療機關信任委員會의 組織圖(案)¹⁾



註: 1) 초기의 조직 모형도이며 점차적으로 인력을 충원하는 것으로 함.

이사장은 협의체로서 협의회에 대한 제반 사항을 협의하는 신입평가위원회를 위시하여 산하에 평가지표개발위원회, 교육·자문위원회를 두도록 한다. 위원회의 실무조직은 사무행정실, 신입평가실, 연구개발실로 한다.

〈表 V-2〉 委員會의 組織單位別 主要 業務內容

조직단위		주요 업무
위원장		<ul style="list-style-type: none"> ○ 평가 및 지표개발 업무총괄 및 직원통솔 ○ 이사장 위임사항 총괄
사무행정실	행정지원팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 기획, 예산, 인사, 급여관리 ○ 기타 위원회의 업무 총괄
	전산지원팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 신입평가 절차의 전산화 ○ 병원업무 정보화 지원 ○ 수집 자료 DB 관리 ○ H/W유지보수, 네트워크 구축
신입평가실	신입조사팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 전국병원 현황관리 ○ 신입평가 기획 ○ 신입평가 실시
	평가자관리팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 평가단 구성 및 관리 ○ 평가자 사전교육 및 실사지원 ○ 내부 위원회 관리
연구개발실	평가지표개발팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 평가지표개발을 위한 제반 자료수집 ○ 신입평가를 위한 평가지표 개발 ○ 평가지표에 대한 평가 ○ 대외 의견수렴
	결과분석연구팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ DB자료 분석 및 분석결과 평가 ○ 보고서 작성 ○ 우수의료기관 지원방안 마련
	교육·자문팀	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개별병원 질 향상활동 지원 ○ 개별병원 운영 자문 ○ 병원 인력 대상 교육

2. 業務分擔

위원회의 조직단위별 기능은 직능별 분화원칙에 따라 설정된 조직단위에 맞추어 업무기능을 배정하되 업무의 중복과 공백을 피하고 내부견제원리보다는 능률의 원리에 따라 기능을 배분하였다. 이러한 기준에 따라 설정한 조직단위별 기능은 다음과 같다(表 V-2 참조).

가. 事務行政室

1) 行政支援팀

- 기획 및 예산관리
 - 위원회의 연간소요 예산의 편성, 집행, 관리, 정산, 결산, 예산집행의 목간전용, 예비비사용 등 전반적인 기획예산관리 업무를 수행한다.
 - 위원회운영에 따른 시설 자재의 구입, 설치 관련 업무를 추진한다.
- 인사 및 급여관리
 - 위원회의 인건비, 관리비의 출납, 각종 대외적인 공문을 접수, 관리, 발송한다.
 - 위원회의 운영에 따른 정관 및 제규정 제정과 개폐업무를 수행한다.
 - 타기관에 의한 감사 결과의 처리 및 제반 규정의 유권해석 업무를 수행한다.
- 위원회업무 총괄
 - 위원회의 운영에 관계되는 제반 행사의 준비, 연간 계획의 수립 등의 업무를 수행한다.
 - 위원회의 운영과 관련된 대외기관 또는 관계자와 협조의뢰 및 협력관계를 유지하는 업무를 수행한다.

2) 電算支援팀

- 평가절차의 전산화
 - 의료기관 신임조사과정의 전산화를 위하여 현지조사 전산 프로그램, 서류심사 전산 프로그램 등을 개발 보수하고 이의 보편화를 위한 교육프로그램을 운영한다.
 - 평가절차상 필요한 문서, 서식 등을 전산화하여 각 병원과의 정보교환체계를 표준화한다.
- 병원 업무 정보화 지원
 - 병원간 정보교환의 활성화를 위하여 병원이 사용할 수 있는 표준 S/W를 개발, 보급한다.
 - 병원의 전산화 및 정보화에 필요한 기준 및 표준시스템을 개발하고 개별병원 전산화를 위한 자문을 수행한다.
- 수집자료 DB 관리
 - 의료기관 신임평가를 통하여 수집되는 제반 변수들의 관리를 위한 DB를 설계·구축한다.
 - 기 구축된 DB범위 내에서 데이터베이스가 원활하게 운영될 수 있도록 관리한다.
 - 수집 조사된 조사표에 대하여 관련 부서로부터 자료를 넘겨받아 입력하는 업무를 수행한다.
 - 자료입력요원을 모집, 교육, 관리하며 자료의 입력이 원활하게 수행될 수 있도록 한다.
- 위원회내 S/W개발, H/W유지보수, 네트워크 구축
 - 위원회 내에서 필요로 하는 운영S/W를 자체개발 하거나 자체개발이 불가능한 경우에는 관련 외부용역업체에 업무를 일임하도록 한다.

- 위원회에서 필요로 하는 제반 H/W를 선정, 구입, 검수하는 업무를 수행하며, 기타 운영 전반에 걸쳐 나타나는 문제점을 해결하는 업무를 수행한다.
- 대외 기관과의 네트워크를 구축하고, 정보 공유에 따른 문제점의 해결을 위하여 협력관계를 유지하는 업무를 담당한다.
- 위원회의 설립목적, 조직구성, 보유정보 등을 설명하는 홈페이지를 개발하는 업무를 담당한다. 또한 위원회가 보유하고 있는 주요 정보를 외부 이용자가 쉽게 접근하여 다운로드 받을 수 있도록 관련 업무를 수행한다.

나. 信任評價室

1) 信任調査팀

- 전국 병원현황 관리
 - 전국 병원의 분포, 운영현황, 신임평가 현황 등을 관리하여 신임제도운영을 위한 기초자료를 제공한다.
- 병원신임평가 기획
 - 본 평가를 위하여 신임평가의뢰 접수, 평가전 평가대상 병원의 사전 준비 사항 점검, 평가수행 일정 조정 등의 업무를 수행한다.
 - 수시평가 및 보완평가의 평가범위 결정과 평가일정의 조정 등의 업무를 수행한다.
- 병원신임평가 실시
 - 일정에 따라 평가를 실시한다.

2) 評價者 管理팀

- 평가자 사전교육 및 실사지원
 - 조사대상 의료기관 및 방문조사의 평가자를 대상으로 신입평가와 관련된 각종 교육을 실시하며, 조사업무를 지원한다.
- 평가단 구성 및 계속관리
 - 신입평가와 관련된 평가자를 선정하는 작업을 실시하고, 최종적인 인원, 대상을 확정한다. 또한 평가와 관련된 평가자의 인적사항을 기록, 관리한다.
- 내부위원회관리
 - 신입평가위원회, 평가지표개발위원회, 교육·자문위원회 관련 공문작성, 회의소집, 회의개최, 회의록작성 등의 업무를 수행한다.

다. 研究開發室

1) 評價指標開發팀

- 평가지표개발을 위한 제반 자료수집
 - 의료신입평가의 평가방법 개선을 위하여 국내·외의 자료를 수집한다.
- 신입평가를 위한 평가지표 개발
 - 국·내외 수집된 자료를 통하여 기존의 신입평가항목 개선, 신규 항목의 개발업무를 수행한다.
- 평가지표에 대한 평가
 - 내·외부전문가 활용 및 사전조사 등을 통하여 신규개발 평가지표에 대한 평가업무를 수행한다.

- 대외 의견수렴
 - 신입평가제도를 통하여 의료서비스의 수준을 향상시킬 수 있도록 대외적인 의견수렴의 창구역할을 수행한다.

2) 結果分析研究팀

- DB자료분석 및 분석결과 평가
 - 신입평가를 위하여 DB로 구축된 통계자료를 분석, 출력하여 분석결과를 평가하는 업무를 수행한다.
 - 분석결과를 종합하여 신입평가위원회에 보고하므로 신입여부를 결정을 위한 기초자료를 제공한다.
- 보고서의 작성
 - 종합적인 분석결과를 통하여 평가된 병원을 상호 비교할 수 있는 최종종합보고서를 발행한다.
 - 병원서비스 질 개선에 관련한 연구를 통하여 연구보고서를 작성하여 병원운영자나 관련 학계가 참고 할 수 있도록 한다.
- 우수의료기관 지원방안 마련
 - 신입평가를 통하여 나타난 우수의료기관에 대한 종합적인 지원방안을 마련한다.
 - 의료기관 운영상 문제점을 취합하여 대 정부건의사항 등을 마련한다.

3) 敎育·諮問팀

- 개별 병원 질 향상활동 지원
 - 신입평가의 지속적 질 개선 부문을 시행하는 데 있어서 필요한 기술적 지원을 수행한다.

- 개별 병원 운영 자문
 - 개별 병원의 필요에 따라 병원운영 관련 컨설팅 업무를 수행하여 병원의 서비스 개선과 운영의 원활화를 지원한다.
- 병원운영자 대상 교육
 - 병원운영의 효율성과 효과성을 제고하기 위하여 병원의 주요의사 결정자를 대상으로 병원운영 기법 및 이의 적용방안을 교육한다.

3. 各種 會議 및 委員會 運營

가. 主要 內部會議 運營

위원회는 내부 의사결정의 합리화를 위해 내부회의로서 ‘간부회의’와 ‘업무지원회의’를 운영하도록 한다. 이는 부서간 합리적인 의사결정을 위한 업무조정 및 합의도출을 위하여 설치하는 것이다. 특히 후자의 경우는 업무협의를 통하여 소요인력을 최소화함으로써 제반 비용을 절감할 수 있다.

간부회의 참석자는 각 부서 팀장으로 하며 주요안건은 위원회의 운영에 따라 발생하는 제반 기획, 예산, 인사, 기타 제반문제의 협의로 하며 개최시기는 매주 특정 일을 설정하여 개최한다. 업무지원회의는 필요 부서의 요청에 따라서 실시하며 참석자는 각 부서 팀장으로 하고 주요 안건은 신입평가 및 평가지표위원회 회의 개최시 업무지원 방안을 논의한다.

나. 委員會 運營

위원회는 의료기관신임위원회 운영상 주요사안을 이사회에 건의하는 역할을 한다. 각 위원회의 위원은 의료기관신임위원회 내부인사와 외부 전문인으로 구성하여 의사결정에 있어서 의료기관신임위원회의

전문성과 객관성을 제고한다. 각 위원회의 건의 사항은 이사회의 최종재가를 받는다(表 V-3 참조). 위원회의 의결사항은 회의록으로 작성하여 이사장의 결재를 받아 보관하여야 한다.

〈表 V-3〉 委員會 開催 委員會 類型

구 분	내 용	
신입평가위원회	위원장	의료기관신입위원회 위원장
	위원구성	11인
	위원	신입위원회 내부인사 6인(위원장 포함), 정부, 의료계, 병원계, 소비자단체, 학계 등 관련분야 전문가 각 1인
	목적 회의	신입평가 심의, 전반적 신입위원회 운영방안 협의 신입여부 결정을 위한 정기회 및 필요시 수시 개최
	기능	- 병원신입 최종안 건의 - 병원운영기준 검토 및 최종안 건의 - 기타 신입제도 운영방안 건의 - 대정부 정책건의
평가지표개발 위원회	위원장	위원중에서 위촉
	위원구성	7인
	위원	신입위원회 내부인사 4인, 병원계, 의료계, 학계 등 관련분야 전문가 각 1인
	목적 회의	평가지표 개발 관련 업무 필요시 수시 개최
	기능	- 부문별 평가지표 개발 지침마련 - 부문별 평가지표 개발 실무진 위촉
교육·자문 위원회	위원장	위원중에서 위촉
	위원구성	7인
	위원	신입위원회 내부인사 4인 병원계, 의료계, 학계등 관련분야 전문가 각 1인
	목적 회의	교육 및 자문에 관련 사항협의 필요시 수시 개최
	기능	- '지속적 서비스 개선 평가 부문'의 효과적 수행을 위한 사항 건의 - 개별 병원 컨설팅 기능 운영에 대한 기본 지침건의 - 전반적 병원계의 현실을 고려한 교육내용 및 교육을 위한 전문강사 초빙사항 결정

4. 人力計劃

신임위원회에 필요한 인력을 구성하는데 있어서 직원의 직종분류는 직무수행요건의 동질성을 기준으로 분류하되 가급적 단순화할 수 있도록 하였다(表 V-4 참조).

〈表 V-4〉 委員會에서 必要한 人力의 職種 分類

직 종	전 문 분 야
행 정 직	행정, 경제, 보건 등을 전공한자로 신임위원회의 기획, 예산, 인사, 경리, 구매, 서무 등 운영과 관련된 사무에 종사하는 자
전 문 직	의료, 간호학, 보건학, 병원경영학 분야의 석사학위 이상 전문가
전 산 직	전산기의 운용, 유지, 보수나 전산개발에 관한 기술적인 작업을 수행하는 자
비 상 임 전 문 직	의료, 간호학, 보건학, 병원경영학 등의 석사학위 이상 전문가로서 현직에 종사하는 자

신임위원회의 개원 초기 3년간의 인력구성을 팀별로 추계하면 〈表 V-5〉와 같다. 여기서 제시된 인원은 최소의 기준으로 신임평가업무의 증가에 따라 인력을 보강하도록 한다.

〈表 V-5〉 委員會의 年度別 人力構成 計劃(案)

조직단위		1차년도	2차년도	3차년도
원 장		1	1	1
사무행정실	행정지원팀	1	2	2
	전산지원팀	1	2	2
의료서비스조사실	서비스조사팀	1	2	3
	평가자관리팀	0	1	1
연구개발지원실	평가지표개발팀	2	2	2
	결과분석연구팀	1	2	2
	교육·자문팀	1	1	1
합 계		8	13	14

註: 향후 신임위원회의 업무 확대에 따라 조직구성 및 인원은 변동될 수 있음.

參 考 文 獻

- 김세철·신영수·장현숙·이상일·김창엽·이영성·김수경, 『병원표준화심사와 의료의 질 향상 활동에 대한 연구』, 한국의료QA학회, 1994. 10.
- 남상요, 『의료기능평가와 ISO도입에 관한 일본연수결과』, 미발표원고.
- _____, 『선진국 병원의 질 향상 사업 사례[일본의 경우]』, 미발표 원고, 1999.
- 대한병원협회, 『1999년도 병원표준화심사요강』, 1999.
- 보건복지부, 『1998 의료기관서비스평가지침서』, 1998.
- _____, 의료기관서비스평가협의회, 『1997 의료기관서비스평가 지침서』, 1997. 12.
- _____, 『1998 의료기관 서비스 평가 지침서(중소병원용)』, 1998. 11. 26.
- 보건복지부·한국보건산업진흥원, 『'98 의료기관서비스 평가결과 분석 보고서』, 1999.
- 이상일, 『병원표준화사업의 현황과 문제점』, 『의료정책토론회자료집』, 한림대학교 사회의학연구소, 1999.
- 하사시 오미치, 『병원 창립 40주년 기념, 병원경쟁력 강화 국제회의』, 『병원신문』, 1999. 7. 8.
- 한국보건의료관리연구원, 『의료기관서비스평가제도』, 1998. 12.
- _____, 『의료기관 신입제도의 현황과 과제: 의료기

- 관 서비스 적정화사업 1차 보고서』, 1993.
- Australian Council on Healthcare Standards, *The EQUIP Guide*, 2nd edition, 1999.
- Davis, L., *Fellowship of Surgeons: A History of the American College of Surgeons*, 1960.
- Duncan, W. J., Ginter, P. M., & Swayne L. E., *Strategic Management of Health Care Organizations*, Blackwell Business, 1995.
- General Accounting Office. *The Medicare Hospital Certification System Needs Reform*. HRD-79-37. Washington, D. C.: GAO. 1979. Jost, op. cit.
- Griffith, J. R., *The Well-Managed Health Care Organization*, 3rd edition, AUPHA/Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1995.
- Hisashi Ohmichi, *Current Practice and Outlook of Quality Improvement in Japan: Activities of Japan Council for Quality Health Care*, unpublished manuscript, 1999.
- Institute of Medicine. Committee on Nursing Home Regulation., *Improving the Quality of Care in Nursing Homes*. Washington, D. C.: National Academy Press. 1986.
- JCAHO 내부자료, 1999. 10.
- Joint Commission on Accreditation of healthcare Organizations. *1996 Accreditation Manual for Hospitals*. Oakbrook, IL, 1996.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, 1999. 1.
- Jost, T. S., "Medicare and the Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizations: A Health Relationship?" 57 *Law and Contemporary Problems*, 1994. pp.15 ~ 16.

McGeary, M.G.H., "Medicare Conditions of participation and Accreditation for Hospitals," in *Medicare: A Strategy for Quality Assurance Volume II Sources and Methods*. Washington, DC: National Academy Press, 1990.

McLaughlin, C.P., Kaluzny, A.D., *Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementation, and Application*, An Aspen Publication, Gaithersburg, Maryland, 1994. p.20.

Neave, R. H., *The Deming Dimension*, SPC Press, Inc., 1990.

Office of Inspector General DHHS, U.S. Government, *The External Review of Hospital Quality Holding the Reviewers Accountable*, Internet Search, 1999.

Rakich S. J., Longest, B. B. & Darr, K., *Managing Health Services Organizations*, 2nd edition, W. B. Saunders Company, 1985.

The EQuip Guide, ACHS, 1999.

Wheeler, D. J., Chambers D. S., *Understanding Statistical Process Control, Statistical Process Controls*, Inc, Knoxville, Tennessee, 1986.

http://www.jcaho.org/trkhco_frm.html.

<http://ww.achs.org.au/abou01.htm>.

<http://www.jcqh.or.jp/index1.html>.

<http://www.jcqh.or.jp/fee.html>.

<http://www.jcqh.or.jp> 1999.

附 錄

- 附錄 1. 醫療機關評價制度 改善을 위한 病院長 設問
調查 / 179
- 附錄 2. JCAHO의 病院信任基準 / 186
- 附錄 3. ACHS의 病院信任基準 / 226

附錄 1.

조사표 번호 : _____

조사기관	한국보건사회연구원
과제명	의료기관 서비스평가체계 개선방안

의료기관평가제도 개선을 위한 병원장 설문조사

1999. 10.

한국보건사회연구원

안녕하십니까?

국민의 질병치료 및 건강증진을 위하여 노력하고 있는 귀하의 노고에
진심으로 감사드립니다.

본 조사는 병원협회에서 매년 실시하고 있는 병원표준화사업과 정부
의 주관하에 실시되고 있는 의료기관서비스평가제도의 개선방안 연구를
위하여 작성된 것입니다.

두 제도가 의료서비스의 질 향상과 병원업무의 효율성 제고를 위한
목적으로 실시되고 있으나 평가의 주체, 평가방법, 평가설문내용, 평가결
과의 활용 등에서 여러 가지 개선의 여지가 많다고 하겠습니다. 이에 보
다 효과적이고 효율적인 평가업무의 수행을 위해서 병원장님의 의견을
수렴할 수 있도록 설문지를 작성하였사오니, 번거로우시겠지만 연구의
중요성을 이해하시어 적극 협조해 주시면 감사하겠습니다.

이 조사결과는 익명으로 통계처리되어 정책개발에 사용할 뿐 그 외
다른 목적에는 사용하지 않음을 밝혀 둡니다.

끝으로 귀원의 무궁한 발전을 기원합니다.

감사합니다.

1999. 10. 1.

한국보건사회연구원장

1. 작성하신 설문지는 1999년 10월 18일까지 아래 주소로 보내주시면 감사하겠습니다.
2. 제출처 : 1211-705 한국보건사회연구원
서울특별시 은평구 불광동 산 411-14
보건의료연구실 병원경영팀
3. 연락처 : Tel 355-8003~7(교환 213, 264)

3. 귀 원은 의료기관서비스평가를 받기 위하여 어떻게 준비를 하셨습니까?¹⁷⁾
- ① 평가결과가 타 병원에 뒤지는 것이 우려되어 많은 준비를 하였다
 - ② 현실적으로 시행 가능한 부분에 관하여만 일부 대비하였다
 - ③ 현재의 운영실태가 그대로 평가될 수 있도록 하였을 뿐 별다른 대비가 없었다
 - ④ 해당사항이 없다
4. 의료기관서비스평가를 받기 위한 준비가 귀 원에게 재정적·시간적 부담이 되었습니까?¹⁸⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
5. 의료기관서비스평가 방문심사 조사자의 전문성에 대해서는 어떠한 생각을 가지고 계십니까?¹⁹⁾
- ① 매우 전문적이다 ② 전문적이다 ③ 보통이다 ④ 전문성이 미흡하다 ⑤ 전문성이 전혀 없다
6. 의료기관서비스평가 방문심사의 일정, 심사방법을 고려할 때 방문심사가 효과적으로 이루어지고 있다고 생각하십니까?²⁰⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
7. 의료기관서비스평가 설문조사서 문항의 내용이 병원서비스 향상에 꼭 필요한 항목으로 구성되어 있다고 생각하십니까?²¹⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
8. 의료기관서비스평가가 의료의 질과 환자만족도 개선에 기여하고 있다고 생각하십니까?
- 8-1. 진료의 질 개선²²⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
- 8-2. 환자 만족도 개선²³⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
9. 의료기관서비스평가 결과 귀 병원에 주어진 평가가 귀원의 현황을 잘 반영하고 있다고 생각하십니까?²⁴⁾
- ① 매우 그렇다 ② 그렇다 ③ 보통이다 ④ 그렇지 않다 ⑤ 전혀 그렇지 않다
10. 의료서비스평가는 정부가 일정규모의 의료기관을 대상으로 일괄적으로 지정하여 실시하고 있습니다. 이러한 정부의 일괄적 지정이 없어도 자발적으로 평가를 신청하시겠습니까?²⁵⁾
- ① 예 ② 아니오

8. 평가결과의 공표는 어떻게 하여야 한다고 생각하십니까?³³⁾

- ① 일괄적으로 공표한다
- ② 병원의 자율에 맡긴다
- ③ 공표하지 않는다
- ④ 기타 : _____

9. 독립기관의 평가에 포함되어야 할 내용을 다음항목 중 중요성의 순서대로 1부터 6까지 기록해 주십시오.

- ① 의료인의 자질³⁴⁾ () ② 진료의 결과³⁵⁾ () ③ 의료기관의 시설 및 설비³⁶⁾ ()
- ④ 환자의 만족도³⁷⁾ () ⑤ 환자의 권리보호³⁸⁾ () ⑥ 병원의 재정적 건전성³⁹⁾ ()

10. 정부가 병원 서비스 질 향상 동기부여를 위하여 독립된 기관의 서비스 평가 결과를 근거로 좋은 평가를 받은 병원에 지원을 한다면 어떤 종류의 지원이 좋겠습니까?^{40), 41), 42), 43), 44), 45)}

* 주요 정책지원 사항 :

▶ 긴 시간 동안 자세히 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ◀

附錄 2. JCAHO의 病院信任基準³⁾

환자권리와 의료기관의 윤리

RI.1 의료기관은 환자에게 의료서비스를 제공함에 있어서 나타날 수 있는 모든 윤리적인 문제점들을 설명하고 있다.

RI.1.1 치료 및 제반 의료서비스 제공과 관련된 환자의 권리를 존중한다.

RI.1.2 환자는 그들이 받는 모든 의료서비스의 제공과정에 참여한다.

RI.1.2.1 진료관련 모든 의사결정은 환자의 주지적동의(*informed consent*)⁴⁾에 의하여 이루어진다.

RI.1.2.1.1 치료대상환자는 치료효과에 대한 설명을 받는다.

RI.1.2.1.2 치료대상환자는 이러한 치료에의 참여로 인하여 발생할 수 있는 모든 잠재적인 불편사항과 위험요인에 대하여 설명을 받는다.

RI.1.2.1.3 치료대상환자는 그들의 치료에 유리할 수 있는 대체치료법에 대하여 설명을 받는다.

RI.1.2.1.4 치료대상환자는 환자가 따라야 하는 모든 절차에 관하여 충분한 설명을 받아야 하며, 치료과정이 본질적으로 실험적으로 이루어지는 경우에는 더욱 그러하다.

RI.1.2.1.5 치료대상환자는 자신이 해당 치료를 받는 것을 거부 할 수 있으며, 이러한 치료거부가 계속적인 서비스를 제공받는데 지장을 받지 않음을 설명 받는다.

RI.1.2.2 환자가죽은 환자의 치료가 진행됨에 따라 발생하는 의사결정에 참여한다.

3) 본 자료는 'The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook*, 1999. 1.'의 내용을 요약한 것이다.

4) 환자가 자신의 질병과 관련된 진단, 치료 등 모든 사항에 관하여 의료진으로부터 충분한 지식을 전달받아 숙지된 상태에서 이루어지는 의사결정이다.

RI.1.2.3 환자는 치료가 진행됨에 따라 발생하는 의사결정의 애로사항을 해결하기 위하여 치료에 참여한다.

RI.1.2.4 의료기관은 질병의 치료와 관련된 진행경과 및 향후 계획에 대하여 환자에게 설명한다.

RI.1.2.5 의료기관이 인공호흡기를 환자에게서 제거한 경우 그 이유에 대하여 환자가족에게 설명한다.

RI.1.2.6 의료기관이 생명유지장치를 환자에게 부착 또는 제거한 경우에 그 이유에 대하여 환자가족에게 설명한다.

RI.1.2.7 의료기관은 임종간호서비스에 대하여 설명한다.

RI.1.3 의료기관은 다음과 같은 환자의 니드(need)와 관련된 사항에 대하여 설명한다.

RI.1.3.1 비밀유지

RI.1.3.2 사생활 보호

RI.1.3.3 신변안전

RI.1.3.4 환자의 불만사항에 대한 해결

RI.1.3.5 종교적 및 기타 영적 서비스

RI.1.3.6 의사교류

RI.1.3.6.1 의료기관이 환자방문객, 우편물, 전화 등과 같은 교류수단을 제한하는 경우에 이것이 치료에 미치는 효과를 평가한다.

RI.1.3.6.1.1 환자의 교류에 대한 어떠한 제한(restrictions)도 환자와 그 가족에게 충분히 설명되어지며, 그 결정은 그들의 참여에 의하여 이루어진다.

RI.1.4 환자들은 그들의 권리가 수록된 문서를 받는다.

RI.1.5 의료기관은 환자의 권리가 보호받을 수 있도록 지원한다.

- RI.2 의료기관은 의료진의 참여를 통하여 장기 및 기타 조직의 기증, 조달에 관한 정책을 세우고 그 세부사항을 이행한다.
- RI.3 의료기관은 환자의 권리를 보호할 뿐만 아니라 임상검사나 기타 임상 시험이 진행되는 동안 환자의 권리를 존중한다.
- RI.3.1 모든 동의서식은 RI.1.2.1.1에서부터 RI.1.2.1.5까지에서 제시된 정보에 기초한다(설명을 제공한 사람의 성명, 서명 날짜, 사생활 보호, 비밀유지, 신변안전에 대한 환자의 권리 설명 등).
- RI.4 의료기관은 기관의 윤리규정에 따라 운영된다.
- RI.4.1 규정에는 마케팅, 입원, 전원, 퇴원, 그리고 비용청구에 관한 내용이 다루어진다.
- RI.4.2 규정에는 의료기관과 그 직원, 타 보건의료기관, 교육기관, 보험자와의 관계가 명시되어 있다.
- RI.4.3 재원기간이 긴 환자를 수용하고 있는 의료기관은 그 규정에 환자의 권리뿐만 아니라 의료기관이 부득이한 경우 환자치료를 거부할 수 있는 권리를 명시한다.
- RI.4.4 의료기관 및 의료전문인의 행동윤리 규정은 의료기관이 병원장, 관리자, 의료진, 외부 개원의 등과의 관계에서 직면할 수 있는 보상이나 재정적 위협에 관계없이 환자치료와 관련한 임상적 의사결정에 있어서 상호 협력을 보장하는 내용을 담고 있다.

환자상태평가

- PE.1 각 환자의 신체적, 정신적, 사회적 건강상태가 평가된다.
- PE.1.1 심층평가의 범위나 강도는 환자진단, 치료시설, 치료에 대한 환자의 요구, 이전의 치료에 대한 환자의 반응 등에 따라서 이루어진다.
- PE.1.2 환자의 영양상태 평가는 환자의 니드나 상태변화에 따라서 이루어진다.
- PE.1.3 환자의 신체적 기능상태 평가는 환자의 니드나 상태 변화에 따라서 이루어진다.

- PE.1.3.1 의뢰된 모든 환자는 재활서비스를 위하여 기능적 평가를 받는다.
- PE.1.4 환자의 치료적 니드를 확인하는 데 필요한 진단적 검사가 이루어진다.
 - PE.1.4.1 검사보고서에 임상적 해석이 요구될 때는, 관련 전문가의 지원과 임상정보가 제공된다.
- PE.1.5 퇴원계획평가 의뢰에 관한 사항이 있다.
- PE.1.6 입원환자의 최초평가는 의료기관 내부규정에 정해진 시간계획에 따라 이루어진다.
 - PE.1.6.1 입원환자의 병력, 신체검사, 간호, 검사 등에 대한 평가는 입원 후 24시간 이내에 이루어진다.
 - PE.1.6.1.1 입원전 30일 이내에 환자병력조사와 신체검사 등이 있었다면 그에 대한 기록은 환자의 의무기록상에 남아있으며, 추가적인 변동사항은 입원시 의무기록에 첨부된다.
- PE.1.7 수술에 앞서 환자의 신체검사와 의학적 소견, 주요 진단검사, 수술 전 진단 등이 완료되고 의무기록에 기록된다.
 - PE.1.7.1 마취가 필요한 환자는 사전에 마취학에 근거한 평가를 받는다.
 - PE.1.7.2 마취가 실시되기 전에 마취계획이 환자에게 적절한지를 결정한다.
 - PE.1.7.3 마취유도 직전에 환자는 재평가를 받는다.
 - PE.1.7.4 환자의 수술 후 상태는 마취실에 들어왔을 때와 회복실에서 나올 때까지에 걸쳐 측정된다.
- PE.1.8 의료기관은 약물과용으로 인한 피해에 관한 일정한 기준을 정하고 있다.
- PE.1.9 임상병리, 임상검사 서비스는 환자의 요구에 맞게 준비되어 있다.

- PE.1.9.1 의료기관의 임상병리과, 임상검사서비스와 관련된 해부병리학, 혈액학, 화학, 미생물학, 현미경검사학, 기생충학, 면역혈액학, 혈청학, 바이러스학, 핵의학과에서는 적절한 검사를 신속하게 제공하고 있다.
- PE.1.9.2 환자가 의료기관에서 치료를 받는 동안 모든 검사는 의료기관의 실험실이나 공인된 관련 외부 기관에서 이루어지고 있다.
- PE.1.9.2.1 의료기관이 자체적으로 임상병리검사서비스를 제공하지 않을 경우에 적절한 외부기관이나 계약을 통하여 실험실서비스를 제공하는 기관을 지정하고 있다.
- PE.1.9.2.2 적절한 외부기관이나 계약을 통하여 실험실서비스를 제공하는 기관은 임상실험실에 관한 연방정부기준을 준수한다.
- PE.1.10 의료기관은 검사결과를 환자진료에 적용하는 범위를 규정하고 있다.
- PE.1.11 의료기관은 검사를 감독, 수행하는 책임자를 지정하고 있다.
- PE.1.12 검사업무를 수행하는 담당자는 적절하고 구체적인 훈련과 검사실 시에 따른 사전교육을 받은 사람이며, 그의 자격요건은 충분히 검증되고 있다.
- PE.1.13 특정 검사과정을 관리하는 지침과 절차가 존재하며, 이용되고 있다.
- PE.1.14 의료기관에 의해 정립된 질 관리 확인 작업이 각 단계에서 수행되고 있다.
- PE.1.14.1 검사관련 장비의 생산자 준수사항이 지켜지고 있다.
- PE.1.14.2 적절한 질 관리와 검사에 관한 기록이 보존, 관리되고 있다.
- PE.2 환자는 의료기관이 정한 특정 시점에 다시 평가를 받는다.
- PE.2.1 재평가는 치료과정 중에서 일정한 간격을 두고 이루어진다.
- PE.2.2 재평가는 환자의 치료에 대한 반응의 결과를 나타내는 것이다.
- PE.2.3 환자상태에 중요한 변화가 있는 경우에 재평가가 이루어진다.
- PE.2.4 환자진단 결과에 중요한 변화가 있는 경우에 재평가가 이루어진다.

PE.3 환자의 치료에 대한 요구사항을 파악하고 그에 대한 우선 순위를 정하기 위해 여러 가지 환자 검사결과로부터 나온 정보가 의료인에 의하여 종합적으로 검토, 관리, 분석된다.

PE.3.1 의사는 확인된 환자의 요구와 치료의 우선 순위에 근거하여 치료 결정을 내린다.

PE.4 의료기관에는 환자평가 활동들에 관한 사항들이 문서로 규정되어 있다.

PE.4.1 의료기관은 제반 활동지침에 따라 운영되고 있으며, 부문별 평가영역을 가지고 있다.

PE.4.2 의료행위에 대한 면허를 갖고 있는 개업의는 응급상황 발생시 환자치료·평가범위를 결정한다.

PE.4.3 등록 간호사(Registered Nurse)는 간호서비스가 제공되는 모든 진료시설에서 환자간호 필요성이 있는 부분에 대하여 평가를 실시한다.

PE.5 영아, 유아, 청소년 환자를 위한 평가과정은 개별적으로 이루어진다.

PE.6 정신적, 신체적 발달장애로 치료받고 있는 환자에게 특별히 요구되는 사항은 평가과정을 통하여 도출된다.

PE.7 알코올 및 약물중독 치료를 받고 있는 환자에게 특별히 요구되는 사항은 평가과정을 통하여 도출된다.

PE.8 알레르기, 약물남용 환자나 건망증이 의심되는 환자는 평가과정을 통하여 이들에게 필요한 니드를 파악한다.

환자진료

TX.1 진료, 치료, 재활서비스는 환자의 요구, 병세의 중증도, 상태, 손상, 장애 상태에 따라 계획된다.

TX.1.1 환자치료에 필요한 부서 및 시설은 규정에 맞게 계획, 관리되고 있다.

TX.1.1.1 환자진료가 모든 규정된 요구에 부합되지 않는 경우에도 관련 기록을 남긴다.

TX.1.2 환자진료는 자격을 갖춘 전문가에 의해 협동적이고 유기적 방법으로 계획되어 이루어진다.

TX.1.2.1 예를 들어 환자에게 목욕을 시키는 과정은 환자의 사생활을 침해하지 않는 방법으로 이루어진다.

TX.1.3 환자의 치료과정은 치료목표와 치료계획을 기준으로 하여 주기적으로 평가되고 있으며, 지적되는 사항이 나오는 경우 목표와 계획도 수정된다.

TX.2 마취전 평가는 각 환자에 대해 마취유도 이전에 이루어진다.

TX.2.1 환자의 마취치료가 계획된다.

TX.2.2 마취실시 이전에 마취실시 여부, 잠재적인 위험요인에 대해 환자와 그 가족과 논의한다.

TX.2.3 각 환자의 신체상태는 마취 과정 중에도 계속 점검된다.

TX.2.4 환자의 수술 후 상태는 회복실에서 나올 때까지 계속해서 평가된다.

TX.2.4.1 환자의 퇴원은 면허가 있는 개업의나 의료진이 인정한 기준에 의해 결정된다.

TX.3 의약품 사용평가 과정은 의료기관 전체에 체계적으로 조직되어 있다.

TX.3.1 의료기관은 처방 의약품이 적절하게 선택되었는지 확인한다.

TX.3.2 의료기관은 처방, 주문, 납품이 되어서는 안되는 약품에 대한 사항을 규정하고 있다.

TX.3.3 의료기관의 정책과 제반 행정절차는 약품의 안전한 처방 및 주문을 원칙으로 한다.

TX.3.4 의료기관의 약품 조제와 투여는 관련 법, 규제, 면허, 기타 전문적 진료기준을 따르고 있다.

TX.3.5 약품의 조제와 투여는 적절하게 통제되고 있다.

TX.3.5.1 환자의 약물 사용량평가 시스템이 운영되고 있다.

TX.3.5.2 약사는 모든 처방 및 주문서를 확인, 점검한다.

TX.3.5.3 환자에 대한 약물의 조제 및 투여시, 중요 의약품 정보가 고려된다.

TX.3.5.4 약제부서가 업무를 끝냈거나 업무가 불가능 할 때에도 약제서비스는 이용 가능하다.

TX.3.5.5 비상약품은 항상 이용가능하고 통제관리 되고 있으며, 약제부·환자진료부 내에 안전하게 비치되어 있다

TX.3.5.6 사용중단 되거나 회수토록 요청된 약품의 회수 및 안전한 처리를 목적으로 하는 약품회수시스템이 운영되고 있다.

TX.3.6 약품의 처방 또는 주문을 확인하고, 환자에게 전달되기 전에 해당 환자가 맞는지 확인한다.

TX.3.7 의료기관은 대체약품투약 행정시스템을 가지고 있다.

TX.3.8 시약은 안전하게 통제되고, 사용되고, 폐기된다.

TX.3.9 환자에 대한 약물의 투여효과는 계속적으로 점검된다.

TX.4 각 환자에 대한 영양치료가 계획되어진다.

TX.4.1 과별로 통합된 영양치료계획이 개발, 적용되고 있으며, 영양상태에 문제가 있는 환자들을 위해 주기적으로 개선된다.

TX.4.1.1 적절한 시기에 치료목적에 맞는 식사와 간식이 입원환자들에게 제공된다.

TX.4.2 시기 적절하게 음식과 영양에 관한 식단처방이 전문가에 의해 이루어진다.

TX.4.3 식품과 영양의 안전하고 정확한 공급과 관련된 활동들에는 각각 책임자가 명시되어 있다.

TX.4.4 식품과 영양이 안전하고 정확하게 시기 적절한 방법으로 분배·공급된다.

TX.4.5 영양치료에 대한 각 환자의 반응사항들이 모니터 된다.

TX.4.6 영양치료서비스는 특별한 식단이 요구되는 환자의 니드를 맞출 뿐만 아니라 시간 변경의 요구도 수용하고 있다.

TX.4.7 영양치료의 시행은 의료기관 전체적으로 표준화되어 있다.

TX.5 의료진은 수술 및 기타 절차에 대한 평가 영역을 갖는다.

TX.5.1 환자를 위한 치료절차의 적절성 여부평가는 부분적으로 아래와 같은 사항에 기초를 둔다.

TX.5.1.1 환자병력

TX.5.1.2 환자의 신체상태

TX.5.1.3 진단자료

TX.5.1.4 치료에 따른 긍정적 효과와 잠재적 위험요인

TX.5.1.5 혈액 또는 그 구성요소에 대한 수혈 필요성

TX.5.2 환자로부터 주지적 동의를 얻기 전에, 치료절차와 관련된 위험요인, 장점, 잠재적 합병증 등이 환자와 그 가족들과 논의된다.

TX.5.2.1 이와 관련하여 제반 대안이 고려된다.

TX.5.2.2 환자가 수혈이 필요한 경우 수혈의 필요성, 위험, 대안에 대해 환자 및 그 보호자와 상의한다.

TX.5.3 치료계획은 수술이나 기타 절차가 진행되기 전에 세워지며, 환자의 의무기록에 기록된다.

TX.5.4 환자는 수술 이후 일정기간 동안 계속 모니터 된다.

TX.6 자격이 있는 전문가가 관련법에 맞는 재활서비스를 제공한다.

- TX.6.1 환자 요구조사에 맞춰 전문가가 개발한 재활치료계획에는 재활서비스의 치료(공급)방안이 나타나 있다.
 - TX.6.2 재활치료 전문가는 환자와 그 가족, 사회적 연결체계 또는 지원체계와 함께 재활프로그램을 수행한다.
 - TX.6.3 환자의 재활프로그램은 환자의 기능, 능력, 독립성, 삶의 질을 이상적인 수준으로 회복, 향상, 유지시키는 것을 목적으로 한다.
 - TX.6.4 환자의 재활서비스 종료는 문서상으로 되어있는 퇴원기준에 근거하여 이루어진다.
- TX.7 의료기관은 특별치료절차가 안전하고 적절하게 시행되도록 노력한다.
- TX.7.1 의료기관내에서의 환자에 대한 활동제한이나 격리는 임상적으로 충분히 정당화 될 수 있는 경우에 한해서 이루어진다.
 - TX.7.1.1 의료기관장은 아래와 같은 사항을 만족시킬 때 부분적으로 환자 격리를 승인한다.
 - TX.7.1.1.1 치료계획, 의료기관방침, 우선 순위
 - TX.7.1.1.2 인력자원 계획
 - TX.7.1.1.3 위험의 예방 등
 - TX.7.1.1.4 환자 그리고 환자가족의 교육
 - TX.7.1.1.5 잠재적인 행동위험요인 평가과정
 - TX.7.1.1.6 환자치료 설계와 서비스제공
 - TX.7.1.1.7 예방전략의 개발, 개선, 안전하고 효과적인 대안의 사용
 - TX.7.1.2 성과개선과정은 환자의 제한과 격리를 줄이는 기회가 되도록 한다.
 - TX.7.1.3 의료기관의 방침과 절차는 환자의 격리와 활동제한이 안전하고 적절하게 이루어지도록 한다.
 - TX.7.1.3.1 활동제한 또는 격리에 대한 개별적인 처방은 의료기관방침에 따라 일관되게 한다.

TX.7.1.3.1.1 환자에 대한 활동제한과 격리가 진행될 때에도 환자권리, 존엄성, 정신적 안정성은 보호받는다.

TX.7.1.3.1.2 환자의 활동제한과 격리는 환자의 니드 평가에 근거하여 이루어진다.

TX.7.1.3.1.3 환자의 활동제한과 격리는 최소한으로 이루어지도록 하고, 그 방법은 안전하고 효과적이어야 한다.

TX.7.1.3.1.4 환자의 활동제한과 격리는 훈련된 자격이 있는 전문가에 의해 정당한 방법으로 이루어진다.

TX.7.1.3.1.5 활동제한 또는 격리되어 있는 환자는 적절하게 모니터되며 재평가된다.

TX.7.1.3.1.6 활동제한과 격리가 진행되는 동안에도 환자의 요구는 계속해서 수용된다.

TX.7.1.3.1.7 활동제한과 격리는 면허가 있는 개업의의 처방에 의해서도 이루어진다.

TX.7.1.3.1.8 활동제한이나 격리의 처방은 일정한 시간범위(시간계획) 내에서 이루어진다.

TX.7.1.3.2 의무기록에 있는 문서에는 환자격리나 활동제한에 관한 의료기관의 운영방침이 반영되어 있다.

TX.7.2 전기진동이나 기타 다른 형태의 진동치료는 타당성, 관련 연구문헌, 환자에 대한 안전을 고려하여 수행한다.

TX.7.3 감정적, 정신적, 행동장애로 정신과 수술 또는 기타 수술을 받는 경우 그 타당성 관련 연구문헌, 환자안전이 고려되어 수행된다.

TX.7.4 행동장애 치료관리절차는 환자치료계획과 의료기관방침을 따른다.

TX.7.4.1 자질을 갖춘 전문가가 모든 행동장애 관련 치료를 점검, 평가, 승인한다.

TX.7.5 의료기관장은 비정신과 환자에게 활동제한을 가하는 것의 여부를 결정한다. 이러한 활동제한은 임상적으로 타당성이 있는 환자에만 한해서 적용된다.

TX.7.5.1 성과개선과정은 예방적 전략, 혁신적 대안, 과정개선 등의 도입을 통해 환자의 활동제한, 위험요인을 줄일 수 있는 기회가 되도록 한다.

TX.7.5.2 의료기관의 방침과 절차에 따라 환자의 활동제한이 적절하고 안전하게 이루어진다.

TX.7.5.3 환자의 활동제한은 개인적인 처방(기준 TX.7.5.3.1)이나 승인규정(TX.7.5.3.2)을 준수하도록 한다.

TX.7.5.3.1 활동제한 처방주문이나 활동제한에 대한 개선사항은 의료기관의 내부 방침이나 절차와 일치하여야 하며, 환자의 요구와 임상적 상태에 대해서도 일치한다.

TX.7.5.3.2 환자의 활동제한을 내용으로 하는 규정에는 오직 임상적으로 정당성이 입증된 경우에만 적용 가능하도록 하는 내용이 담겨져 있다.

TX.7.5.4 일정한 활동제한이 이루어지고 있는 환자는 계속해서 모니터링된다.

TX.7.5.5 환자의 활동제한에 대한 내용들은 의무기록에 기록되고 그 운영 상태는 의료기관의 방침이나 규정과 일치한다.

교육

PF.1 환자의 욕구, 능력, 선호, 준비정도가 평가된다.

PF.1.1 환자평가를 실시하는 경우 학습에 대한 문화적, 종교적 관습, 감정적 장벽, 학습욕구 및 동기, 신체적·인지적 한계, 언어장벽, 치료선택의 경제적 배경이 고려된다.

PF.1.2 환자의 나이, 재원기간에 따라 의료기관은 환자의 정규교육에 대한 욕구를 평가하고 관련 서비스를 제공한다.

- PF.1.3 환자는 관련 법과 환자자신의 요구에 따라 안전하고 효과적인 약물사용에 대해 교육을 받는다.
- PF.1.4 환자는 의료기구의 안전하고 효과적인 사용에 대해서도 교육을 받는다.
- PF.1.5 환자는 약과 음식물간의 잠재적인 상호작용에 관한 교육과 영양, 식이요법에 관한 상담을 받는다.
- PF.1.6 환자들은 그들 자신이 주어진 환경에서 좀더 독립적으로 적용할 수 있는 재활기술에 대해 교육을 받는다.
- PF.1.7 환자들은 그들이 지역사회에서 이용할 수 있는 추가적인 의료시설 자원에 관해서 교육을 받는다.
- PF.1.8 환자들은 그들이 필요로 하는 향후 치료의 시기와 방법에 대해 교육을 받는다.
- PF.1.9 의료기관은 환자의 가족들에게 그들의 책임은 환자의 지속적인 보건의료니드를 예의 주시하는 것임을 분명히 하고, 그들의 책임을 숙지하는 데 필요한 기술과 지식을 제공한다.
- PF.1.10 의료기관은 환자의 사생활 측면을 고려하면서, 환자의 목욕, 칫솔질, 머리와 손톱소제, 변기사용을 포함한 개인위생에 관하여 교육하고 도움을 제공한다.
- PF.2 환자교육은 의료기관과 상호작용하는 형태를 띈다.
- PF.3 의료기관이 환자나 그 가족에게 퇴원후의 유의사항을 제공할 때 이러한 유의사항에는 환자의 지속적인 치료를 위한 개인과 의료기관간의 책임에 관한 사항도 들어가 있다.
- PF.4 의료기관은 환자 및 그 가족을 대상으로 교육활동을 계획하고 자료를 제공하며 지원한다.
- PF.4.1 의료기관은 교육목표달성을 위해 필요한 교육자료를 비치하고 제공한다.
- PF.4.2 환자와 가족의 교육과정은 치료계획에 적절히 부합되도록 진료과 별로 상호 유기적으로 이루어진다.

진료의 계속성

- CC.1 환자는 치료에 가장 적합한 진료과로 입원한다.
- CC.2 의료기관이 환자에게 특정서비스나 진료시설의 이용을 허가했을 때, 그러한 결정은 평가절차의 결과에 근거해서 이루어진다.
 - CC.2.1 이러한 기준에는 적절한 치료시설이나 어떤 서비스를 받을 것인가를 결정하는 데 필요한 환자정보가 포함되어 있다.
- CC.3 환자와 그 가족은 입원수속이 진행되는 동안 제안된 치료관련 정보를 제공받는다.
- CC.4 의료기관은 환자에게 관련 서비스를 제공함에 있어서 각 서비스 단계에서 요구되는 진료의 시간적 연속성을 보장한다.
- CC.5 의료기관은 환자치료와 관련이 있는 의료기관내의 부서 또는 진료시설간에 상호 협력이 잘 이루어지도록 한다.
- CC.6 의료기관은 환자의 니드를 평가하며, 의료기관의 치료제공 능력에 근거하여 다른 진료과나 전문의에게 환자를 의뢰, 이송, 퇴원 조치한다.
 - CC.6.1 환자의 퇴원은 니드 평가에 근거하여 이루어지며, 퇴원 후에도 계속적인 치료 서비스를 제공한다.
- CC.7 의료기관은 환자의 입원, 의뢰, 이송 또는 퇴원시 환자에게 치료와 입상에 관한 적절한 정보가 교환될 수 있음을 인지시킨다.
- CC.8 치료거부로 인한 갈등, 과잉진료, 의료기관 진료비 부과 등에 대한 문제는 의료기관내의 행정절차를 통하여 해결한다.

업무성과개선

- PI.1 의료기관장은 업무성과를 측정, 분석, 개선시키기 위하여 체계적이며 조직적인 전략을 수립한다.
 - PI.1.1 의료기관에서 이루어지는 모든 활동은 상호 협동적인 방법으로 이루어진다.

PI.2 업무성과 개선을 위하여 신규 절차가 도입되거나 기존의 방식이 수정되기도 한다.

PI.2.1 신규 절차나 수정된 기존의 방식들에는 성과기대치가 제시되어 있다.

PI.2.2 신규 절차나 수정된 기존의 방식들에 대하여 성과가 측정된다.

PI.3 기존 방식의 안전성을 모니터하고 업무성과개선을 위하여 자료를 수집한다.

PI.3.1 의료기관은 자체성과를 모니터하기 위해 자료를 수집한다.

PI.3.1.1 의료기관은 위험이나 큰 사고를 초래할 수 있는 사항들을 모니터하기 위해 자료를 수집한다.

PI.3.1.2 의료기관은 그들이 목표로 하는 특정 부문의 업무성과 개선을 위해 관련 자료를 수집한다.

PI.3.1.3 의료기관은 성과개선을 모니터하기 위해 자료를 수집한다.

PI.4 자료는 체계적으로 수집되고 계속성에 근거하여 분석된다.

PI.4.1 자료를 분석하고 게시하기 위해 적정통계기법이 사용된다.

PI.4.2 의료기관은 시간경과에 따른 성과개선 사항을 다른 정보자원과 비교한다.

PI.4.3 의료기관은 성과에 있어서 기대하지 않았던 패턴이나 추세 그리고 중대 사건이 일어났을 경우 이를 집중적으로 분석한다.

PI.4.4 의료기관은 성과개선을 유도하고 중대한 의료사고의 발생위험을 줄일 수 있는 변화들을 파악한다.

PI.5 의료기관의 개선된 업무성과는 계속적으로 유지된다.

리더쉽

LD.1 각 부서의 리더는 의료기관의 기획업무를 수행한다.

LD.1.1 기획을 통해 의료기관에 사명·비전·가치가 제시되며, 이러한 사명과 비전을 달성하기 위하여 전략적·운영적·프로그램적 방안을 마련한다.

- LD.1.1.1 의료기관은 기획을 통해 환자치료 관련 기능 중에서 최소한으로 중요하다고 여겨지는 것들을 제시한다.
- LD.1.1.2 다중의료기관시스템(multi-hospital system)내의 의료기관 리더들은 의료기관에 대한 전체적인 정책의사결정에 참여한다.
- LD.1.1.3 의료기관은 법적 또는 자체 규정안에서 적절한 환자 치료를 위한 계획을 마련한다.
- LD.1.2 병원장은 의료기관의 사명·비전·계획을 홍보한다.
- LD.1.3 계획에는 환자 니드에 근거하여 서비스를 제공한다는 내용이 포함되며, 의료기관의 사명에도 일치한다.
 - LD.1.3.1 리더, 지역사회내의 주요 인사들은 지역사회 내에서 보건의료서비스를 공급하는 것과 관련하여 상호 협력한다.
 - LD.1.3.2 의료기관이 궁극적으로 제공하고자 하는 의료서비스는 환자에 의해 요구되는 영역과 그 수준이 일치한다.
 - LD.1.3.3 의료서비스는 환자와 그 가족의 니드와 기대에 맞게 제공된다.
 - LD.1.3.3.1 의료기관의 리더들은 서비스를 받는 환자와 그 가족의 만족을 고려하여 정보를 수집하고, 평가하며, 그에 따라 기관을 운영할 책임이 있다.
 - LD.1.3.4 의료기관은 환자의 니드를 충족시키기 위해 시기 적절한 방법으로 서비스를 제공한다.
 - LD.1.3.4.1 환자치료서비스는 직접적으로 이루어지거나 의뢰, 상담, 계약, 기타 합의를 통하여 제공된다.
 - LD.1.3.4.2 의료진은 의료기관 외부에서 제공되는 환자치료 시설자원을 인정한다.
- LD.1.4 기획과정을 통해 성과개선의 우선 순위를 설정하며, 돌발적이거나 긴급한 상황이 발생할 경우에 어떻게 우선 순위를 조정할 것인가를 명확히 한다.

- LD.1.5 의료기관의 리더들은 제반 계획의 수행상황을 모니터하고, 전략을 포함하여 연간 운영예산과 장기자본 지출계획을 세운다.
- LD.1.5.1 의료기관의 운영주체는 연간 운영예산과 장기자본 지출계획을 승인한다.
- LD.1.5.2 예산점검 과정을 통해 환자 니드를 충족시키는 서비스가 제공되고 있는 지를 적절하게 평가한다.
- LD.1.5.3 규정상에 명시되지 않은 경우, 기업회계사가 의료기관 재정의 연간감사를 수행한다.
- LD.1.6 리더들은 환자치료 과정의 '표준성과'를 제시한다.
- LD.1.7 의료기관의 각과에 의해서 제공되는 서비스의 범위는 문서로 명시되어 있으며, 의료기관행정부서, 의료진, 기타 모두에게 적절한 방식으로 승인을 받는다.
- LD.1.7.1 임상 각과는 문서화된 목표와 서비스범위에 따라 환자에게 치료서비스를 제공한다.
- LD.1.8 의료기관의 리더들과 관련 직원들은 의사결정에 상호 협력한다.
- LD.1.9 의료기관의 리더들은 의료기관내의 모든 의료인에 대한 모집, 계속적인 근무, 훈련 프로그램을 개발하고 지속적으로 교육시킨다.
- LD.1.9.1 의료기관의 리더들은 의료진의 직무개선과 목표달성을 촉진하는 프로그램을 실시한다.
- LD.2 의료기관의 각과는 효율적으로 운영된다.
- LD.2.1 각 부서의 장은 해당 부서의 서비스를 의료기관의 일차적인 기능을 중심으로 통합한다.
- LD.2.2 각 부서의 장은 그들이 속한 과와 타과의 서비스를 통합·조정한다.
- LD.2.3 각 부서의 장은 의료서비스의 공급을 지원하며, 관련 정책과 절차를 개발한다.
- LD.2.4 각 부서의 장은 환자치료를 담당할 자격을 충분히 갖춘 인력을 추천한다.

- LD.2.5 각 부서의 장은 개업의를 제외하고 환자치료를 담당하는 직원의 자질과 자격을 결정한다.
- LD.2.6 각 부서의 장은 지속적으로 소속과의 성과를 평가·향상시킨다.
- LD.2.7 각 부서의 장은 적절한 질 관리 프로그램을 유지하도록 한다.
- LD.2.8 각 부서의 장은 과내 모든 직원들에 대한 오리엔테이션, 훈련, 지속적 교육을 실시한다.
- LD.2.9 각 부서의 장은 해당 과 내에서 요구되는 공간과 자원을 상급 부서에 제안한다.
- LD.2.10 각 부서의 장은 서비스제공에 필요한 외부자원 선택에 관한 의사 결정에 참여한다.
- LD.2.11 의사 없이 환자에게 의료서비스를 제공하는 부서는 1명 이상의 유자격 전문의로부터 지도, 감독을 받는다.
 - LD.2.11.1 행정적, 임상적 감독에 관한 책임은 문서로 규정되어 있다.
 - LD.2.11.2 적절한 임상훈련에 관한 경험이 있는 전문의는 환자치료에 관한 제반 지시사항에 대해 책임을 진다.
 - LD.2.11.3 한 부서 내에 한 명 이상의 부서 책임자가 있는 경우, 그들의 책임사항은 문서로 규정되어 있다.
- LD.3 환자진료 서비스는 의료기관 전 부문에 걸쳐 통합적으로 제공된다.
 - LD.3.1 환자진료서비스의 제공과 관련된 제반 계획에는 조직과 부서간의 기능적 관계가 언급되어 있다.
 - LD.3.2 의료기관의 리더들은 직원 개인과 각 부서간의 의사소통을 조정하거나 원활하게 한다.
 - LD.3.3 의료기관의 리더들은 의료기관과 연관되어 있는 타보건의료기관의 리더들과 상호 협동적, 기능적으로 교류한다.
 - LD.3.4 의료기관내 모든 부서는 관련 있는 부서와 공동으로 각종 방침과 절차를 개발한다.

- LD.4 의료기관의 리더들은 기대치를 설정하고, 계획을 세우며, 의료기관의 관리, 운영, 임상 및 각종 지원활동의 질을 측정, 평가, 향상시키기 위한 제반 과정들에 참여한다.
- LD.4.1 의료기관의 리더들은 성과개선 방법에 대해 이해하고 있다.
- LD.4.2 의료기관의 리더들은 성과개선의 방안을 실천한다.
- LD.4.3 의료기관의 리더들은 제반 의료서비스 제공 활동들이 의료기관 전 부문에 걸쳐 체계적으로 측정, 평가되고 개선되도록 한다.
- LD.4.3.1 의료기관의 모든 리더들은 분야간, 부서간 성과개선활동에 참여한다.
- LD.4.3.2 성과개선 관련 정보가 각 부서의 리더와 성과개선 활동을 조정하는 책임자에게 제공된다.
- LD.4.3.3 성과개선 활동을 통해 나온 제안사항들에 대한 이행사항이 관련 책임자에게 부여되며 문서로서 명문화된다.
- LD.4.3.4 의료기관의 리더들은 의료서비스 제공에 주요 문제점을 발견하고 관리하는 과정을 마련하며 이의 개선을 위해 노력한다.
- LD.4.4 의료기관의 리더들은 의료기관의 성과를 측정, 평가, 향상시키기 위하여 적정자원을 배분한다.
- LD.4.4.1 의료기관의 리더들은 성과개선 활동을 수행하는데 있어서 필요한 인력을 적시 적소에 배치한다.
- LD.4.4.2 의료기관의 리더들은 성과개선활동에 참여하는 각 직원들에게 적절한 시간을 제공한다.
- LD.4.4.3 의료기관의 리더들은 지속적 성과개선 활동을 위하여 정보시스템 및 데이터관리 프로그램을 운영한다.
- LD.4.4.4 의료기관의 리더들은 성과개선의 기본적인 접근방법에 대해 의료진에게 교육을 실시한다.
- LD.4.5 의료기관의 리더들은 성과개선이 기여한 부분의 효과성에 대해 측정하고 평가한다.

진료환경관리

EC.1 의료기관은 조직의 목적, 제공 서비스, 기타 관련법, 규제에 맞는 안전하고 효율적인 진료환경을 조성한다.

EC.1.1 새로운 건축이나 기존의 진료환경은 ‘안전제일’의 원칙을 준수하여 설계·관리한다.

EC.1.2 진료환경을 설계할 경우에 의료기관은 보건의료전문가집단으로부터 설계기준에 관한 자문을 받는다.

EC.1.3 관리계획에는 안전에 관한 사항이 있다.

EC.1.4 관리계획에는 보안에 관한 사항이 있다.

EC.1.5 관리계획에는 위험물질과 폐기물관리에 관한 사항이 있다.

EC.1.6 관리계획에는 응급대비책에 관한 사항이 있다.

EC.1.7 관리계획에는 인명안전에 관한 사항이 있다.

EC.1.8 관리계획에는 의료장비에 관한 사항이 있다.

EC.1.9 관리계획에는 이용시스템에 관한 사항이 있다.

EC.2 의료기관은 조직의 목적, 제공 서비스, 기타 관련법, 규제에 맞는 안전하고 효율적이며 효과적인 진료환경을 조성한다.

EC.2.1 의료기관의 스태프구성원은 진료환경 조성을 위해 노력하고 그와 관련된 교육을 받으며, 제반 관리계획하에서 책임을 이행할 수 있는 지식과 기술을 가지고 있다.

EC.2.2 안전관리계획이 수행된다.

EC.2.3 보안관리계획이 수행된다.

EC.2.4 위험물질 및 폐기물 관리계획이 수행된다.

EC.2.5 응급대비관리계획이 실행된다.

EC.2.6 인명안전관리계획이 실행된다.

EC.2.7 의료장비 관리계획이 실행된다.

EC.2.8 제반 시설 이용시스템 관리계획이 실행된다.

- EC.2.9 응급상황 대비 정도를 점검하기 위해 정기적으로 훈련이 이루어진다.
 - EC.2.10 화재훈련이 정기적으로 시행된다.
 - EC.2.11 진료환경에서의 안전사항이 유지, 관리, 점검된다.
 - EC.2.12 진료환경에서 인명안전사항이 유지, 관리, 점검된다.
 - EC.2.13 의료장비의 안전성이 유지, 관리, 점검된다.
 - EC.2.14 시설이용시스템의 안전성이 유지, 관리, 점검된다.
- EC.3 진료환경의 상태를 평가하고 향상시키기 위해 정보가 수집되고 있으며, 평가시스템이 개발·이용된다.
- EC.3.1 의료기관은 진료환경관리의 문제점을 찾아 개선시키고, 부족한 부분에 대한 정보를 수집하며, 정도관리를 수행할 전문가를 임명한다.
 - EC.3.2 의료기관은 진료환경 관리에서 나타나는 문제점을 찾고, 해결하기 위한 방안을 마련하며, 이를 승인한다.
 - EC.3.3 안전프로그램을 지도하는 전문가는 권고사항을 수행해야 하는 스텝을 지원하며, 권고사항을 수행하는 데 있어서의 효과성을 모니터 한다.
- EC.4 의료기관은 추구하는 목적에 부합하는 적절한 진료환경을 조성하고 제공한다.
- EC.4.1 환자진료서비스를 지원하기 위한 적절한 진료공간을 제공한다.
 - EC.4.2 환자에게 긍정적인 이미지를 주고 존엄성을 보존하는 분위기가 조성되어 있다.
 - EC.4.3 진료환경은 환자의 사생활을 적절하게 보장한다.
 - EC.4.4 진료환경은 환자의 관심을 증대시키고, 의료기관 입장에서는 의료 기술의 향상, 자기개발의 기회를 제공한다
- EC.5 의료기관내 금연정책이 의료기관 전체적으로 전달되고 강제된다.

EC.5.1 환자의 금지사항에 대해 예외를 인정하는 것은 면허를 갖고있는
개업의에 의해서 이뤄지며 그 기준 또한 원내 의료진에 의해서 인
정된 것에 한정한다.

인적자원관리

- HR.1 병원장은 모든 직원의 직책에 대해 그 자질과 성과 기대치를 설정한다.
- HR.2 의료기관은 적절한 스텝 수를 정하며, 스텝의 자격요건은 업무상 책임
과 일치한다.
- HR.3 의료기관은 모든 스텝의 능력을 평가, 유지, 검증하며 지속적으로 개
선되도록 한다.
 - HR.3.1 의료기관은 모든 스텝들이 스스로 자신을 개발하고 배울 수 있도
록 하는 환경을 조성하고 지원한다.
- HR.4 오리엔테이션 과정을 통해 직책과 관련된 훈련과 정보가 제공되고 있
으며, 특정 스텝의 능력이 평가되기도 한다.
 - HR.4.1 의료기관은 법률변호담당스텝이 의료기관의 환자진료 관련 책임사
항에 대하여 숙지할 수 있도록 교육, 훈련시킨다.
 - HR.4.2 계속적인 교육과 훈련을 통해 직원들의 능력이 향상·유지된다.
 - HR.4.3 의료기관은 직원들의 학습욕구를 파악하고 이에 부응하기 위하여
직원의 능력과 경향에 관한 자료를 정기적으로 수집한다.
- HR.5 의료기관은 직무기술서에 언급된 성과기대치에 각 스텝들이 도달할
수 있도록 유도하기 위해 그들의 능력을 평가한다.
- HR.6 의료기관은 환자진료에 참석하기를 원치 않는 의료진의 사유를 파악한다.
 - HR.6.1 의료기관이 환자진료에 참석하기를 원치 않는 의료진의 요구를 들어
주었을 때 그것이 환자진료에 부정적인 영향이 미치지 않도록 한다.

HR.6.2 의료기관은 의료진의 문화적 가치, 종교적 믿음이 환자진료 측면과 상충될 수 있음을 인정한다.

정보관리

IM.1 의료기관은 내·외적 정보요구에 부응하기 위해 정보관리과정을 계획하고 운영한다.

IM.1.1 내·외적 정보관리과정은 의료기관의 규모, 서비스 제공범위를 고려하여 적절하게 이루어지고 있다.

IM.1.1.1 의료기관은 그들이 제공하는 서비스의 영역과 범위에 근거하여, 정보관리를 위한 경영체제를 유지하고 직원 및 물적 자원을 배치하고 있다.

IM.1.1.2 해당분야의 전문가가 의료기관의 정보 필요성 평가, 정보기술 선택, 통합, 이용하는 작업에 참여한다.

IM.2 자료와 정보의 신뢰성, 안전성, 통합성이 유지된다.

IM.2.1 자료와 정보에 대한 안전성과 신뢰성의 적정수준을 정한다.

IM.2.2 자료에 대한 수집·저장·검색 시스템을 통해 안정성과 신뢰성을 수시로 확인하지 않고서도 정보와 자료가 쉽고 적절하게 이용되도록 한다.

IM.2.3 기록들과 정보는 손실, 손상, 간섭, 허가되지 않은 접근과 사용으로부터 보호된다.

IM.3 각종 데이터에 대한 정의와 자료수집방법은 가능한한 언제든지 이용될 수 있도록 한다.

IM.3.1 자료의 형태, 정의, 코드, 분류, 전문용어는 표준화되어 있다.

IM.3.2 적절하고 경제적이며 효율적인 방법을 통해 의료기관이 쓰고자 하는 의도에 정확히 일치하는 정보가 수집되고 있다.

IM.3.2.1 의무기록은 정보의 완벽성과 적시성에 근거하여 검토되어지며, 의료기관은 환자진료에 영향을 주는 문서의 질과 정확성 개선에 관한 관련 조치를 취한다.

IM.3.2.1.1 일부 의무기록이 무작위로 추출되어 재검토되어 진다.

IM.4 의사결정자와 기타 관련 의료진이 정보관리원칙에 대한 교육과 훈련을 받는다.

IM.5 정보와 자료의 전송은 적시에 정확하게 이루어진다.

IM.5.1 정보와 자료의 전송에 관한 형식과 방법은 최대한 표준화 되어있다.

IM.6 의료기관은 각종 자료를 통합하고 해석할 수 있는 인력을 보유하고 있다.

IM.6.1 의료기관은 관련 법, 규제, 이용빈도, 연구나 교육의 목적에 따라 얼마나 오랫동안 의무기록을 유지할 것인가를 결정한다.

IM.7 의료기관은 환자의 치료과정, 치료결과에 관한 자료와 정보를 수집, 분석, 보고한다.

IM.7.1 의료기관은 검사와 치료를 받은 모든 사람에 대한 의무기록을 작성하고 보관한다.

IM.7.1.1 의료기관에 의해 허가된 사람만이 의무기록을 취급한다.

IM.7.2 의무기록을 통해 환자 진단에 관한 정보를 제공받으며, 의무기록에는 치료행위를 정당화 할 수 있는 정보를 담고 있을 뿐만 아니라 치료경과, 치료결과, 진료의 연속성에 관한 기록도 담겨있다.

IM.7.3 의무기록에는 수술 및 마취제 사용 등에 관한 사항이 철저하게 기록되고 있다.

IM.7.3.1 수술전 진단에 대한 내용은 환자진료에 대해 책임이 있는 개원의에 의해 수술 전에 기록된다.

IM.7.3.2 수술직후에 기록되거나 구술된 수술보고서에는 수술 의사명과 보조인, 발견사항, 사용된 치료기술, 제거된 조직, 수술후 진단 내용 등이 기록된다.

IM.7.3.2.1 수술보고서는 수술의로부터 확인을 받아 수술 후 최대한 빠른 시간 내에 의무기록에 첨부된다.

- IM.7.3.2.2 수술후 수술보고서를 즉시 의무기록에 첨부시킬 수 없는 경우 수술과정을 기록한 노트가 즉시 의무기록에 첨부된다.
- IM.7.3.3 수술후 기록에는 환자의 신체상태, 지각정도, 약물반응, 혈액과 그 구성요소 상태, 비정상적인 상황발생 여부, 수술후의 합병증과 그러한 상황에 대한 관리사항 등이 기록된다.
- IM.7.3.4 수술후 기록지는 환자의 회복실 퇴실에 관한 사항을 기록하며, 담당주치의(개업의)가 작성하거나 관련 퇴실기준에 따라서 작성된다.
- IM.7.3.4.1 회복실 퇴실기준에 대한 환자의 적합성 정도가 의무기록에 모두 기록된다.
- IM.7.3.5 수술후 기록지에는 환자의 회복실 퇴실에 책임이 있는 주치의(개업의)의 이름이 기록된다.
- IM.7.4 지속적인 외래서비스를 받는 환자의 경우에는, 의무기록 안에 요약된 주요진단 리스트, 환자상태, 치료절차, 약물알레르기, 약물관련 사항이 기록된다.
- IM.7.4.1 그러한 환자에 대한 리스트는 세 번째 의료기관방문시 작성되며 이후부터 유지관리 된다.
- IM.7.5 응급, 긴급, 즉각적 치료가 실시되는 경우에도 환자이동수단과 도착시간은 의무기록에 기록된다.
- IM.7.5.1 응급치료를 받은 환자가 의학적인 조언을 받아들이지 않고 의료기관에서 떠났을 때에도 의무기록에 남는다.
- IM.7.5.2 응급·긴급치료를 받은 환자의 의무기록에는 최종적인 치료, 퇴원시 상태, 질병에 대한 추후관리지침을 포함한 치료종료시의 결과가 기록된다.
- IM.7.5.3 응급상황시 환자에게 제공된 서비스내역에 대한 의무기록 사본을 차후에 개업의나 타 의료기관에서 치료를 받을 때 이용할 수 있다.

- IM.7.6 의무기록 및 관련 정보는 시기 적절한 방법으로 관리된다.
- IM.7.7 의사의 구두진단은 의료진에 대한 규칙과 규제에 대하여 잘 알고 있는 유자격 전문가에 의하여 기록된다.
- IM.7.8 모든 의무기록에는 날짜와 작성자가 기록되고 필요시에는 결재과정을 거친다.
- IM.7.9 환자가 입원했거나 외래 또는 응급치료를 받은 경우 의료기관은 필요에 따라 관련 의료진을 신속히 소집할 수 있고 환자기록에 관한 정보를 제공한다.

- IM.8 의료기관은 환자진료와 수술을 지원하기 위해 자료를 수집하고 분석한다.
- IM.9 의료기관은 환자진료, 교육, 연구, 관리에 있어서 지식기반 정보의 요구를 충족시키기 위해 정보 시스템, 자원, 서비스 등을 제공한다.
 - IM.9.1 의료기관의 지식기반 정보자원은 이용이 용이하고 신뢰 할만하며 최신자료로 구축되어 있다.
 - IM.9.2 지식기반 정보자원 구축은 서비스내용, 자원, 시스템 등의 니드 평가에 근거하여 이루어진다.
- IM.10 비교를 목적으로 하는 데이터와 정보는 호환성과 연결성측면에서 연방정부와 주정부 규정에 맞게 정의, 수집, 분석, 전송, 보고, 사용된다.
 - IM.10.1 의료기관은 정보의 비교분석을 위해 외부 데이터 베이스를 이용하고 있다.
 - IM.10.2 의료기관은 법, 규정 등에 의해 적용되거나 의료기관에 필요하다고 판단이 될 경우 외부 데이터 베이스를 지원한다.
 - IM.10.3 자료와 정보의 보안성과 기밀성은 외부데이터베이스를 사용하거나 지원하는 경우에도 계속 유지가 된다.

감염감시, 예방, 관리

IC.1 의료기관은 감염관리 과정을 두어 환자나 의료기관종사자가 풍토병, 전염병에 감염되는 위험을 최소화한다.

IC.1.1 감염관리과정은 한 명 이상의 자격이 있는 전문가에 의해 이루어진다.

IC.2 인구학적으로 중요한 질병감염이나 감염사례를 근거로 질병감시통계자료를 제공한다.

IC.3 의료기관은 감염에 관한 정보를 내부적으로 뿐만 아니라 외부의 공공보건국에 보고한다.

IC.4 의료기관은 환자, 종사자, 방문객의 질병감염위험을 예방하거나 최소화하기 위해 일련의 조치를 취한다.

IC.5 의료기관은 확인된 질병감염의 확산을 통제하기 위한 일련의 조치를 취한다.

IC.6 감염관리과정은 위험을 최소화하고 역학적으로 중요한 질병감염의 비율이나 수치적 동향이 잘 파악될 수 있도록 되어있다.

IC.6.1 일반관리시스템에서도 감염관리과정이 지원된다.

IC.6.2 감염관리과정에는 환자와 의료기관 근무자사이의 질병감염 예방을 위한 최소한의 조치가 포함된다.

의료기관경영

GO.1 의료기관은 경영방식과 의료기관운영주체의 구성에 대한 사항을 명시하고 있다.

GO.2 의료기관운영주체는 정책을 세우고 성과개선활동을 증진시키며 조직관리 계획을 수립한다.

- GO.2.1 의료기관운영주체는 환자에 대한 법적 책임과 의무를 제시하는 내규를 정립한다.
- GO.2.2 의료기관운영주체는 의료기관 경영에 있어서 적절한 의료진 참여가 이루어지도록 한다.
 - GO.2.2.1 다수의 의료진을 대표해서 선발된 1명 이상의 의료진 대표자는 경영주체회의에서 그들의 의견을 제시할 권리를 가진다.
 - GO.2.2.2 의료진의 구성원은 법적인 결격사유가 없는 한, 의료기관운영주체로서의 자격을 가진다.
- GO.2.3 의료기관운영주체는 능력과 자질을 갖춘 최고경영자를 선발하기 위한 일정한 기준과 절차를 수립한다.
- GO.2.4 의료기관운영주체는 의료기관에 적용되는 법과 규제를 준수한다.
- GO.2.5 의료기관운영주체는 경영관련 규정과 절차를 개발, 검토하고, 개정 시에는 임원들과 상호 협의한다.
- GO.2.6 의료기관운영주체는 제반 분류에 대한 갈등해결책을 제시한다.

의료기관관리

- MA.1 의료기관운영주체로부터 선발된 의료기관장은 운영주체로부터 위임받은 권한을 통해 의료기관을 운영할 책임이 있다.
 - MA.1.1 의료기관장은 책임을 수행하는 데 필요한 학력과 경험을 가지고 있다.
- MA.2 의료기관장은 법과 규제를 준수한다.
 - MA.2.1 의료기관장은 각종 보고서에 대해 검토하고 신속하게 지시를 내리며, 의료기관운영주체가 정하고 있는 기획·규제·감사기관으로부터 자문을 받는다.
- MA.3 의료기관장은 기관의 관리, 임상, 행정부문에 대하여 책임을 지며, 의료기관의 관리가 잘 이루어지도록 의료기관내 각과와 행정부서간의 책임과 권한을 명확하게 한다.

MA.4 의료기관장은 관리·임상·행정책임자와 함께 인적·물적·재정적 자원과 정보자원의 보호를 위해 조직을 통제·관리한다.

의료진

MS.1 하나 또는 그 이상의 부서에 대해 자체운영권을 가진 책임자는 개별 근무자에 의하여 제공된 의료서비스의 질에 대하여 책임을 진다.

MS.1.1 의료기관내 의료진은 아래와 같은 특성이 있다.

MS.1.1.1 의료진은 독자적인 환자진료서비스를 제공할 수 있는 법적인 면허를 갖고 있으며 또한 의료기관으로부터도 승인을 받는다.

MS.1.1.2 모든 의료진은 임상적 권한을 위임받음으로서 의료기관내에서의 독자적인 환자진료 영역을 갖는다.

MS.1.1.3 임상진료에 대하여 권한을 가진 모든 의료진과 해당과는 관련된 내규, 규칙, 방침 등에 따라야 하며, 성과개선활동을 위해 점검 받는다.

MS.2 의료진은 자신들의 독립적인 의료활동 보장과 경영주체와의 관계에 대한 것을 주요 사안으로 하는 내규와 규정을 작성한다.

MS.2.1 의료인 내규·규칙·규제는 의료진에 의해 채택되고 경영진에 의해 승인됨으로써 그 효력이 발휘되며 경영진은 단독으로 이에 관한 사항을 수정하지 못한다.

MS.2.2 의료인에 관한 내규, 규칙, 규약은 의료인의 활동범위를 규정하며, 의료인들은 그 범위 내에서 일정 수준 이상의 자율성을 갖는다.

MS.2.3 의료인에 관한 내규는 다음과 같은 사항을 내용으로 한다.

MS.2.3.1 의료진들로 구성된 운영위원회

MS.2.3.2 의료인의 고충처리 체계

MS.2.3.3 의료인의 자격과 의료활동 권한을 자동적 또는 잠정적으로 정지시키는 절차와 지침

- MS.2.3.4 의료인 자격의 범주, 직책 등의 내용을 포함한 의료인 조직에 관한 전반적인 규정
 - MS.2.3.4.1 위의 규정은 다음과 같은 사항을 포함한다.
 - MS.2.3.4.1.1 간부진 선발방법
 - MS.2.3.4.1.2 간부의 자질과 책임, 신분보장
 - MS.2.3.4.1.3 간부의 직위해제 조건과 체계
- MS.2.3.5 회의의 빈도, 회의참석 등과 관련된 사항
- MS.2.3.6 의료진, 행정부서, 경영진사이의 효과적인 의사소통을 위해 다음과 같은 일련의 체계가 마련되어 있다.
 - MS.2.3.6.1 의료기관내에 다수의 경영관리 집단이 있는 경우에 의료진이 환자치료에 영향을 미치는 정책결정에 참여하여 그들과 의사 교류를 할 수 있는 체계가 있다.
- MS.2.3.7 의료인에 관한 내규와 규정을 제정·개정하는 일련의 체계
- MS.2.3.8 의료인의 책임면제와 관련한 심의가 이루어지는 경우 의료진의 참여와 진술기회 부여
- MS.2.4 의료인 관련 내규, 규정, 규제는 필요시 현 수행업무를 반영하기 위해 개정된다.
 - MS.2.4.1 의료인에 관한 내규, 규정, 규제는 관련된 경영진의 내규와 상호 배치되지 않는다.
 - MS.2.4.2 의료인에 관한 내규, 규정, 규제, 방침 등의 개정사항이 정리된 후 임상적 권한을 가진 의료인에게 제공된다.
- MS.2.5 의료전문가양성교육 프로그램에 참여하고 있는 의료기관의 경우 교육에 참여하고 있는 의료인의 환자진료 관련 책임사항은 담당과의 부서장에 의하여 통제됨을 명시하는 내규와 절차가 있다.
- MS.3 의료진은 주어진 역할을 충실하게 이행할 수 있는 방향으로 구성된다.
 - MS.3.1 의료진들로 구성된 운영위원회가 상존한다.
 - MS.3.1.1 운영위원회의 기능, 규모, 구성, 임원 선발방법은 의료인 내규에 명시되어 있다.

- MS.3.1.2 의료기관의 최고경영자는 각 운영위원회 회의에 참석한다.
 - MS.3.1.3 의료기관에서 근무하는 의료직 종사자는 그들 고유의 전문담당과가 있기 때문에 단독적으로도 운영위원회의 회원자격이 된다.
 - MS.3.1.4 투표를 실시하는 운영위원회 구성원중 대다수는 의료기관에서 근무하는 면허가 있는 의사이다.
 - MS.3.1.5 운영위원회는 의료진을 위하여 제반 역할을 대신할 수 있는 권한을 부여받는다.
 - MS.3.1.6 운영위원회는 의료인의 의견이나 권고사항을 직접적으로 의료기관의 운영주체에게 전달하는 역할을 한다.
 - MS.3.1.6.1 그러한 의견이나 권고사항에는 아래와 같은 것이 있다
 - MS.3.1.6.1.1 의료진의 구성
 - MS.3.1.6.1.2 의료인의 신입검토, 의료활동과 관련된 권한 위임
 - MS.3.1.6.1.3 보직임명과 관련된 개별 의료인 추천
 - MS.3.1.6.1.4 보직 책임자의 임상적 권한 추천
 - MS.3.1.6.1.5 의료기관 성과개선활동에의 의료진 참여
 - MS.3.1.6.1.6 보직의 종결에 따른 후속조치 체계
 - MS.3.1.6.1.7 공정한 의견수렴절차에 대한 체계
 - MS.3.1.7 운영위원회는 의료와 관련된 각종 위원회, 임상 각과, 업무위임 단체들로부터 보고나 추천을 받고 그에 따른 조치를 취한다.
- MS.4 임상진료 부서의 존재
- MS.4.1 각각의 임상진료 부서는 효과적인 리더에 의해 운영된다.
 - MS.4.1.1 각과의 장은 전문가 위원회로부터 추천을 받은 사람이거나 신입과정을 통해 능력을 인정받은 사람이다.
 - MS.4.2 임상진료 부서장의 책임은 의료진 내규와 규칙 등에 명시되어 있다.
 - MS.4.2.1 각과의 장은 다음과 같은 책임이 있다.
 - MS.4.2.1.1 부서의 모든 임상 관련 활동
 - MS.4.2.1.2 부서의 모든 행정 관련 활동

- MS.4.2.1.3 의료인들의 전문적인 의료행위에 대한 지속적인 감독
 - MS.4.2.1.4 의료활동과 관련하여 제반 기준들을 잘 지켜질 수 있도록 의료인에 대한 주의, 권고
 - MS.4.2.1.5 각과 의료인을 위한 임상적 권한 추천
 - MS.4.2.1.6 각과나 의료기관내에서 제공되지 않는 환자치료서비스가 있을 경우, 다른 의료기관을 통해 제공할 수 있는 방안 마련
 - MS.4.2.1.7 부서 및 서비스의 통합과 같은 일차적 기능
 - MS.4.2.1.8 부서내·외부의 서비스 조정과 통합
 - MS.4.2.1.9 의료서비스나 기타 정책이나 절차 개선
 - MS.4.2.1.10 진료 또는 의료 서비스 제공과 관련된 우수한 인력의 추천
 - MS.4.2.1.11 의료인의 자질과 능력에 대한 판단
 - MS.4.2.1.12 의료서비스와 의료활동의 질에 대한 지속적 평가, 성과개선 지원
 - MS.4.2.1.13 의료서비스의 질 관리 프로그램의 적절성 유지
 - MS.4.2.1.14 각과의 직원들에 대한 지속적인 교육과 훈련
 - MS.4.2.1.15 각과에서 필요로 하는 자원과 공간의 파악 및 지원
- MS.5 의료기관은 의료인의 임명, 재임명이나 임상적 권한을 부여, 갱신, 수정하는 체계를 수립한다.
- MS.5.1 의료기관의 운영주체는 의료진을 임명하거나 재임명, 임상적 권한을 부여하는 것이 내부의 정책, 규정, 규칙에 합당한지를 검토한 후 이를 실행한다.
 - MS.5.1.1 의료진이 되기를 원하는 사람은 정책, 내규, 규칙 등에 관해서 교육받고, 향후 의료인으로 활동하면서 그러한 규칙을 준수할 것을 서명하여야 한다.
 - MS.5.1.2 의료진 멤버가 되기를 원하거나 임상적 권한을 부여받기를 원하는 경우에도 위와 똑같은 절차를 따른다.
 - MS.5.2 임상 권한의 부여, 갱신에 관하여 현재의 의료진에게 반대의견을 제시할 수 있는 공정한 의견수렴과 탄원절차 등의 체계가 마련되어 있다.

- MS.5.2.1 이러한 체계들은 의료인, 기타 개인이 보유하고 있는 임상적 특권에 따라서 유동적으로 적용된다.
- MS.5.3 임명 및 재임명 그리고 임상적 권한의 승인과 갱신, 수정에 관한 체계는 다음과 같이 운영된다.
- MS.5.3.1 그러한 체계는 의료진과 운영위원회에서 승인되고 시행된다.
- MS.5.3.2 의료진 내규, 규칙들은 문서로써 정립되어 있다.
- MS.5.3.3 체계에 대한 내용들은 각 지원자들에게 설명되어 진다.
- MS.5.4 위와 같은 체계를 통해 전문화된 기준이 도출되며 이러한 기준은 의료진 내규에 기술되어 있고, 의료진 멤버십을 원하는 사람이나 의료진 임원, 임상적 권한을 원하는 사람에게 적용된다. 이러한 기준들은 임상적 권한의 신규, 갱신 기타 권한의 수정시 기초자료로 이용된다.
- MS.5.4.1 진료부서들은 임상적 권한에 관한 전문화된 기준들을 의료진들에게 설명한다.
- MS.5.4.2 전문화된 기준을 통해 의료진과 의료기관 운영주체는 환자들이 질 높은 의료서비스를 제공받을 수 있도록 한다.
- MS.5.4.3 전문화된 기준에는 현 보유면허, 업무관련 훈련정도나 경력, 업무능력, 임상적 권한 수행능력 등의 최소사항이 포함되어 있다.
- MS.5.4.3.1 의료진의 신규임명이나 임상적 권한을 부여하는 경우, 의료기관은 지원자의 면허유무, 특정부문의 훈련정도, 관련경험과 함께 지원자가 본인의 능력과 관련하여 제출한 정보를 확인하여야 한다.
- MS.5.4.3.1.1 신규 임명이나 임상적 권한의 부여시, 관련 조치는 개인정보가 확인되고 가용하게 된 후에 취해진다.

- MS.5.4.3.2 의료기관은 지원자에 관한 사항을 파악하기 위해 의사인력데이터뱅크⁵⁾를 포함한 기타 정보제공 매체로부터의 자료를 받아 검토한다. 위와 같은 작업을 통해 나온 지원자 관련 정보가 지원자의 지원서 내용과 맞는지 또는 새로운 사항은 없는지를 확인한다.
- MS.5.4.4 임상적 권한의 재부여나 취소, 수정, 갱신들에 대한 결정을 내릴 때는 의료의 질과 연관된 기준들이 반드시 고려되어야 한다.
 - MS.5.4.4.1 그러한 결정은 공정한 의견수렴과 검증과정을 거친다.
- MS.5.4.5 임명과 임상적 권한의 부여와 관련된 결정을 내릴 때는 의료의 질과 직접적으로 연관된 기준이 반드시 고려되어야 한다.
- MS.5.5 의료진 내규, 규칙, 규정은 의료진에 대한 보직임명 또는 재임명, 임상적 권한의 신규부여, 갱신, 개정을 포함하여 최소한 다음과 같은 항목에 관한 정보를 담고있다.
 - MS.5.5.1 이미 취득했거나 현재 취득준비를 하고 있는 자격 또는 등록사항
 - MS.5.5.2 자발적·비자발적인 의료진 멤버십의 해지 또는 자발적·비자발적인 임상적 권한의 제한, 축소, 해지
 - MS.5.5.3 의료진 내규, 규칙, 규정과 관련하여 과거 규정위반의 연루정도
 - MS.5.5.3.1 (최소한) 규정위반과 관련된 최종 판결 또는 합의사항
- MS.5.6 의료진으로의 임명, 재임명, 임상적 권한의 신규 승인, 갱신은 모두 지원자의 능력에 관한 정보에 근거를 두고 있다.
- MS.5.7 의료진의 임명, 해지, 신규 임상적 권한의 부여, 수정, 취소에 대한 심사시 지원자의 동료들 통해 제출된 정보를 확인한다.
- MS.5.8 의료진 내규, 규칙과 같은 구조화된 절차를 통한 임명, 재임명과 임상적 권한의 신규부여, 갱신, 취득사항이 신속하게 처리되고 있다.
 - MS.5.8.1 의료진 구성이나 임상적 권한을 필요로 하는 사람들을 위하여 각각의 기록들이 개인별로 분류되어 관리된다.

5) 이러한 의사인력데이터 뱅크에는 ‘Federation of State Medical Boards Physician Disciplinary Data Bank’ 등이 있다.

- MS.5.8.2 모든 지원서는 의료진 내규에 나와있는 바와 같이 정해진 시간 내에 이루어진다.
- MS.5.9 의료진 멤버쉽이나 임상적 권한을 승인 또는 거부하는 의사결정은 성별, 인종별, 종교별, 출신국가에 따라 차별 받지 않는다.
- MS.5.10 각 지원자에 대한 사항
- MS.5.10.1 각 지원자는 면허, 특정 훈련사항, 경력, 임상적 권한의 수행능력에 관한 사항 조사에 동의하며 필요시 인터뷰에도 응한다.
- MS.5.10.1.1 의료진에 대한 내규, 규칙, 규정, 정책은 보직의 책임명이나 임상적 권한을 재부여 받고자 하는 지원자가 요구할 수 있는 범위를 나타낸 것이다.
- MS.5.10.2 각 지원자는 환자에 대해 지속적으로 의료서비스를 제공할 것을 서약해야 한다.
- MS.5.10.3 각 지원자는 의료진 내규의 모든 조항을 수용해야 한다.
- MS.5.11 의료진의 임명이나 책임명, 임상권한의 승인, 갱신, 조정들은 모두 2년 미만을 주기로 이루어진다.
- MS.5.12 의료진의 책임명이나 임상권한의 갱신, 조정에 대한 평가는 개인에 관한 정보에 바탕을 둔다.
- MS.5.12.1 전문적 업무수행에 관한 정보
- MS.5.12.2 의사결정
- MS.5.12.3 임상이나 전문적 기술
- MS.5.13 해당 부서나 기타 다른 임상 진료과의 추천사항은 의료진의 계속적인 자격부여, 임상적 권한 위임 또는 부여를 위한 기초자료로 이용된다.
- MS.5.14 법이나 의료기관으로부터 환자진료를 독립적으로 할 수 있도록 허가 받은 모든 의료인은 그들이 의료진 멤버든 아니든 임상적 권한을 가진다.
- MS.5.14.1 의료인의 임상적 권한에 관한 사항은 환자입원, 환자의 활동제한에 관한 사항을 포함한다.

- MS.5.14.2 임상권한을 가진 의료인이 허용된 범위 내에서 의료서비스를 제공할 수 있게끔 지원하는 체계가 마련되어 있다.
- MS.5.14.3 임상적 권한을 부여받기에 충분한 의사가 의료서비스를 공급하도록 의료기관에 의해 고용되어 질 때, 환자를 입원시키고 퇴원시키는 그들의 임상적 권한은 기존의 의료진의 체계 내에서 동일하게 이루어진다.
- MS.5.14.4 최고 경영자 또는 최고 경영자가 지명한 상급관리자는 임상 각과의 과장 또는 다른 임상부서 과장의 추천을 받아 제한된 기간과 범위 내에서 의료인에게 잠정적인 임상적 권한을 부여할 수 있다.
- MS.5.15 임상적 권한의 부여, 갱신, 개정에 대한 체계가 의료기관내에 운영되는 경우에, 임상적 권한은 병원의 특성, 권한을 부여받는 의료인의 검증된 능력에 근거하여 객관적으로 이루어지고 있다.
 - MS.5.15.1 권한은 다음과 관련이 있다.
 - MS.5.15.1.1 진료나 치료에 관한 임상경험
 - MS.5.15.1.2 환자치료 결과
 - MS.5.15.1.3 성과 개선 활동으로부터의 결과
 - MS.5.15.2 임상적 권한 부여시 위원회로부터의 인증서 교부는 최상의 기준이 되며, 임상적 권한을 부여할 경우 이를 고려한다.
 - MS.5.15.3 임상적 권한의 부여가 일차적으로 경력에 근거해서 이루어질 때 개인의 신임기록은 그의 특수한 경력을 반영하는 것이며, 권한부여의 근거를 제공한다.
 - MS.5.15.4 의료진에게 주어진 권한의 영역은 명확하게 제시되어져 있다.
 - MS.5.15.5 의료인이 필요한 임상부서가 존재하는 경우에, 해당 과에 배치된 전문의는 그 과에서 치료와 관련되어 주어지는 모든 임상적 권한을 부여받는다.
 - MS.5.15.5.1 현재 임상적 권한을 가지고 있는 의료인이 해당영역에서 치료와 관련된 권한을 요구하는 경우, 임상적 권한의 부여, 갱신, 사정을 결정하는 체계가 마련되어 있다.

- MS.5.15.6 각과에서 임상적 권한을 이행하는 것은 해당과의 규칙, 규제, 부서장의 권한하에서 이루어진다.
- MS.5.15.7 의료인력이 없는 임상과에서는 모든 직원이 추천을 통해 임상적 권한을 갖게 되고, 그들이 제공한 의료서비스의 질은 일반 의료인의 평가기준, 진료기준, 의료기관 운영주체기준, 제 규정 및 기준과 동일하게 적용된다.
- MS.6 환자를 입원시키는 의료인은 입원과 관련된 특정한 임상적 권한을 부여받는다.
- MS.6.1 개별 의료인은 입원서비스를 제공하기 위하여 환자를 입원시킬 수 있는 권한을 부여받으며, 이러한 권한은 주정부의 법 기준에 맞을 뿐만 아니라 의료기관내에서 의료인에 의하여 제정된 의학적 (medical care) 기준에도 부합된다.
- MS.6.2 입원서비스를 제공받기 위하여 입원한 입원환자는 자신이 받은 진료에 대한 의무기록을 가지고 있으며, 의사에 의하여 수행되어 지는 적절한 신체검사를 받는다.
- MS.6.2.1 유자격 구강 및 악안면 외과외사가 병력청취와 신체검사 실시에 관한 권한을 가지고 있다면 수술에 따른 외과적·내과적·마취과적 위험을 평가하기 위하여 환자에 대한 병력청취와 신체검사를 수행할 수 있다.
- MS.6.2.2 독립적으로 환자진료서비스를 제공할 수 있도록 허가받은 개업의가 관련 권한을 부여받았다면 의무기록의 일부 또는 전부를 작성할 수도 있고 신체검사도 일부 또는 전체적으로 실시할 수 있다.
- MS.6.2.2.1 환자에 대한 위험요인의 발견, 평가, 결론은 좀더 심층적인 검사나 치료를 수행하기 이전에 자격을 갖춘 선임의사에 의해 자문이 이루어진다.
- MS.6.2.2.2 치과외사는 치과진료와 관련된 병력조사와 신체검사 부분에 대해서 책임이 있다.

MS.6.2.2.3 足전문의사는 足과 관련된 병력조사와 신체검사 부분에 대해 서 책임이 있다.

MS.6.3 MS.2.1에서 MS.6.2.2.3까지의 경우를 제외하고는, 통원수술과 같은 비입원 서비스에서도 권한을 가진 의사를 통해 환자의 병력이 파악 이 되고 적절한 신체검사가 이루어진다.

MS.6.4 각 의료인은 위임된 권한의 범위 내에서 치료를 제공하고 수술 및 제반 서비스를 제공한다.

MS.6.5 적절한 임상적 권한을 가지고 있는 개업의는 각 환자의 진료관리 에 대하여 책임을 진다.

MS.6.5.1 환자의 일반적인 상태를 관리하는 것은 진료의 자격을 갖춘 의 사의 책임이다.

MS.6.5.2 의료진은 일정한 체계를 통해서 다른 의사나 개업의가 상담이 나 의료서비스를 제공할 수 있는 환경을 조성한다.

MS.6.6 정신과 및 약물남용자 치료에 관한 서비스를 제공하는 의료기관이 다중치료계획⁶⁾의 적절성을 평가하고자 할 경우에, 의료기관의 관 련 규정에는 다중치료계획에 대한 내용이 있어야 한다.

MS.6.6.1 의료기관의 관련 규정에는 치료에 참여하는 적정 의사수, 다중 치료계획의 승인에 관한 사항이 담겨져 있다.

MS.6.7 정신과 및 약물중독서비스를 제공하지 않는 의료기관인 경우, 의 료진의 역할, 정신질환이 있거나 재원기간 동안에 정신적으로 문 제를 일으킬 수 있는 환자에 대한 대책, 음주나 약물남용으로 고 통받고 있는 환자의 적절한 의뢰, 관리체계 등이 수립되어 있다.

MS.6.8 임상적 권한을 가진 모든 의료인은 진료부서 내·외에서 뿐만 아니 라 진료의 책임권한 유무에 관계없이 양질의 의료서비스를 제공하 도록 하는 체계가 마련되어 있다.

6) 환자의 질병이 여러 임상진료부서의 의견을 통하여 치료될 수 있는 경우에 해당 부서가 상호 협력 하에 관련 서비스를 제공하는 것을 말한다. 여기서는 편의상 ‘다중치료계획’으로 기술하였으며, 포괄적신입기준 매뉴얼 상에 나타난 영문용어는 ‘the multidisciplinary treatment plans’이다.

MS.7 임상적 권한을 가진 모든 의료인은 지속적으로 교육을 받는다.

MS.7.1 의료기관은 제반 교육활동을 지원한다.

MS.7.1.1 위와 같은 활동은 다음과 같은 사항과 관련된다.

MS.7.1.1.1 의료기관이 제공하는 진료서비스

MS.7.1.1.2 성과개선 활동을 통해 나타난 사항

MS.7.2 지속적인 교육에 있어서 각 개인의 참여정도가 기록되어 있다.

MS.7.2.1 교육에의 참여 정도는 의료진의 책임용, 권한의 갱신을 결정할 경우에 판단 기준으로 이용된다.

MS.8 임상부서 책임자는 아래와 같은 사항을 지향하는 조직의 성과개선 활동에 참여하여 주요 역할을 담당한다.

MS.8.1 부서의 업무성과개선이 특정 의료인에 의하여 이루어지는 경우에도, 부서 책임자는 성과개선 과정을 측정하고, 평가하며, 업무향상을 위해 노력한다. 이러한 과정은 제한적이지는 않다고 하더라도 다음의 사항을 포함한다.

MS.8.1.1 환자에 대한 평가와 치료

MS.8.1.2 약물의 사용

MS.8.1.3 혈액 또는 그 구성요소의 사용

MS.8.1.4 수술 및 기타 절차의 시행

MS.8.1.5 진료방식의 효율성

MS.8.1.6 기존의 임상진료 행태로부터의 탈피

MS.8.2 임상부서 책임자는 환자진료 과정을 개선시키고자 하는 과정에 참여한다. 그러한 과정에는 다음과 같은 사항들이 관련되어 있다.

MS.8.2.1 환자 및 그 가족의 교육

MS.8.2.2 환자 치료와 관련하여 개업의와 의료기관 인력간의 진료협조

MS.8.2.3 규정에 맞는 환자의무기록의 작성

MS.8.3 평가과정을 통해 도출된 사항이 의료인 개인의 성과개선과 연관이 있을 때, 동료심사나 개업의의 지속적인 평가를 통해 임상권한의 갱신, 연장근무 등이 결정된다.

MS.8.4 조직의 성과를 향상시키기 위해 취해졌던 활동과 발견사항, 결과, 추천사항에 대해서 의료진 임원들간에 상호 의견교환이 이루어진다.

MS.8.5 의료진은 부검이 필요한 사망에 대한 기준을 개발하고 이용한다.

MS.8.5.1 의료진은 모든 사망이 그 기준에 부합되는지를 파악하기 위하여 노력한다.

MS.8.5.2 부검 실시에 대한 명문화된 허가체계가 규정되어있다.

MS.8.5.3 부검이 실시되는 경우, 의료진에게(특별한 경우 개업의에게도) 해당 사실이 통보되는 시스템이 구축되어 있다

간호부

NR.1 등록간호사이면서 높은 교육수준과 관리경험을 가진 간호부장이 간호 서비스를 관할한다.

NR.2 간호부장은 간호실습기준의 수립에 대한 권위와 책임을 동시에 가지고 있다.

NR.3 간호에 대한 정책, 절차, 간호기준, 간호실습 기준들은 간호부장 또는 간호부장이 지명한 사람에 의해 이루어진다.

NR.4 간호부장과 간호부서의 리더들은 의료기관 운영주체, 경영진, 의료진, 임상 각 부서의 리더들과 함께 기회, 승진, 조직 전체적인 성과개선 활동에 참여한다.

附錄 3. ACHS의 病院信任基準⁷⁾

호주의 의료기관신임기구 평가기준은 크게 치료의 연속성, 리더쉽과 경영관리, 인력자원관리, 정보관리, 안전 및 환경관리, 업무성과개선의 6개 부문으로 되어 있다. 각 부문별 주요 평가내용은 다음과 같으며, 평가에 따라 세부적으로 요구되는 문제점(Issue), 실행조치(Action), 결과(Outcome)에 관한 사항은 항목별로 구체적인 개념정의가 요구되기 때문에 여기서는 생략하기로 한다.

치료의 연속성

본 기준에 의해 의료기관이 제공한 서비스의 질이 평가된다. 진료평가기준은 진료과정에 따라 8단계에 걸쳐 점검되는데 접근도, 환자수속, 환자상태 평가, 치료계획, 치료의 수행, 평가, 퇴원, 지역사회의료관리이다.

1.1 접근도

- 1.1.1 의료기관은 지역사회의 요구에 맞는 의료서비스 접근도를 제시하며 건강의 유지 및 증진에 기여한다.
- 1.1.2 의료기관은 지역사회주민들에게 그들이 제공하는 서비스에 대하여 홍보한다.
- 1.1.3 의료기관과 그들이 제공하는 서비스는 누구나 손쉽게 찾을 수 있어야 하며, 물리적 접근성은 지역사회의 요구와 일치해야 한다.
- 1.1.4 다양한 서비스를 제공하는 의료기관의 운영시간은 의료기관 자체뿐만 아니라 소속 지역사회의 주민들에게도 합당하여야 한다. 의료기관은 지역사회주민들에게 그들의 운영시간을 홍보한다.
- 1.1.5 의료기관이 24시간 응급서비스를 제공하지 않을 경우, 지역사회주민이 응급시 취할 수 있는 대처방안에 대한 정보를 제공한다.

7) 본 내용은 'The Australian Council on Healthcare Standards, *The EQUIP Guide: Standards and Guidelines for the ACHS*, 2nd edition, 1999. 1.'의 내용을 요약한 것이다.

1.2 환자수속

환자수속은 환자·소비자의 요구를 충족시키고 있으며, 적절한 환경과 효과적 시스템에 의해서 이루어지고 있다.

- 1.2.1 입원수속과정은 환자나 보호자의 필요를 충족시키고 있으며 적절하고 신속한 입원과정이 이루어지고 있다.
- 1.2.2 입원 전에 필요한 정보가 수집되고 관련 담당자에게 제공된다.
- 1.2.3 환자진료에 대해 책임을 지고 있는 담당자는 치료시 환자로부터 주지적 동의(informed consent)를 얻는다.
- 1.2.4 환자 진료에 이루어지는 동안 환자는 그들의 권리와 책임에 관하여 설명을 듣는다.
- 1.2.5 의료기관은 진료과정에서 환자가 그들의 가족, 친구, 보호자와 함께 할 수 있는 기회를 제공하고 있다.
- 1.2.6 의료기관은 환자진료에 필요한 정보를 명확히 제공하고 이러한 정보를 환자나 진료담당자들이 쉽게 이용할 수 있도록 한다.
- 1.2.7 환자진료 담당팀들에 의하여 작성된 관련 진료기록들은 상호 공유되어야 하며 진료의 연속성이 있어야 한다.
- 1.2.8 퇴원계획은 가장 먼저 환자와 상의된 후 진료부서간 의견종합이 이루어지며, 퇴원과 이에 따른 지속적 진료관리 방안이 마련된다.

1.3 환자상태평가

포괄적인 환자상태평가는 환자치료 계획과 서비스 제공을 용이하게 한다.

- 1.3.1 의료기관의 전문가가 환자에 대하여 종합적인 평가를 시행하며, 이러한 평가는 불필요한 의료서비스의 반복적 제공을 최소화한다.

1.4 치료계획

의료진과 환자의 상호 협력을 통하여 일정한 목표를 갖는 치료계획을 수립한다.

- 1.4.1 치료계획은 환자나 보호자와의 상호 협의를 통하여 개발되며, 치료 계획에는 환자의 임상적, 사회적, 감정적, 정신적 니즈가 설명되고 있다.
- 1.4.2 치료계획에는 달성목표, 제공되는 서비스, 환자교육전략, 치료일정계획, 투입자원, 책임사항 등이 포함된다.
- 1.4.3 환자에 대한 치료계획은 의료기관 운영정책에 맞게 수립되어야 한다.

1.5 치료의 수행

환자의 치료절차는 그 결과가 가능한 최상이 될 수 있도록 조정한다.

- 1.5.1 환자치료는 전문가적, 법의학적 관점에서 뿐만 아니라 제도적 관점에서 시간적으로 안전하고 적절하게 제공된다.
- 1.5.2 의료진은 환자 및 그 보호자와 상호 협력하에 의료서비스를 제공하며, 환자의 치료경과에 따라 목표와 치료계획을 수정한다.
- 1.5.3 환자의 권리와 요구는 모든 의료진에 의하여 고려되고 존중되어진다.
- 1.5.4 환자의 치료는 지속적으로 이루어지며 중복되지 않는다.
- 1.5.5 환자에 대한 교육은 자격을 갖춘 전문가에 의해 이루어지며, 환자와 그 보호자가 진단이나 질병의 경과, 대안적 치료방안, 건강상태 호전 여부, 질병예방법에 대해 알 수 있도록 돕는다.

1.6 평가

의료진은 환자에게 제공된 의료서비스가 효과적이고 효율적이었는지를 평가한다.

- 1.6.1 환자치료 목표나 치료결과와 관련된 데이터는 치료향상을 위한 정보 제공을 위하여 분석된다.
- 1.6.2 지표자료가 수집되고, 환자치료와 서비스관리의 향상을 위하여 비교 분석 되어진다.
- 1.6.3 의료진은 성과개선을 위해 필요한 사항에 대해 일정한 조치를 취한다.

1.7 퇴원

환자와 그 보호자가 퇴원 후에도 지속적으로 의료기관에 의해 관리될 수 있는 방안이 마련되어 있다.

1.7.1 환자와 그 보호자는 의료기관의 지속적인 환자관리방안과 자신들의 책임에 대하여 알고 있다. 의료기관의 지속적 환자관리방안은 환자의 임상기록지에 기록된다.

1.8 지역사회의료관리

퇴원환자의 니드를 충족시킬 수 있도록 지역사회내의 의료기관간에 통합적인 보건의료서비스 제공체계가 구축되고 서비스가 제공된다.

1.8.1 의료기관은 환자의 비밀과 사생활을 보호하면서 환자, 보호자, 지역사회 보건의료서비스 공급자들에게 해당 의료기관의 지속적인 환자관리계획에 관한 정보를 제공한다.

1.8.2 의료기관은 퇴원환자에게 필요시 언제라도 지역사회내의 기타 관련 의료기관을 이용할 수 있음을 주지시키고, 퇴원전에 환자에게 필요한 서비스가 무엇인지를 알 수 있도록 한다.

리더쉽과 경영관리

리더는 조직의 하부구조를 보다 확고히 하는데 일차적인 책임이 있을 뿐만 아니라 의료기관이 보다 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 하는 지원 체제를 구축한다.

2.1 의료기관의 운영주체

의료기관은 조직의 목표와 가치, 양질의 의료서비스 제공을 위하여 효율적·효과적으로 관리·운영된다.

- 2.1.1 의료기관 운영주체⁸⁾의 임원들은 특정한 자격요건을 갖추어야 하며 일정한 임기아래(terms of office)에서 임명된다. 또한 정기적으로 회합을 갖고 조직의 운영에 관한 사항을 논의한다.
- 2.1.2 의료기관의 운영주체는 의료기관의 존재 목적과 의료기관이 달성하고자 하는 목표를 상세히 제시하고 있다. 목적과 목표는 의료기관의 활동과 방침을 나타낸다.
- 2.1.3 의료기관의 운영주체는 기관의 운영전반에 관한 권한을 위임하며, 조직의 목표달성, 양질의 의료서비스 제공, 조직의 운영전략에 관하여 전반적으로 책임을 진다.
- 2.1.4 의료기관의 운영주체는 조직내부, 지역사회, 기타 개인들과 효과적인 업무협력관계를 가질 수 있도록 한다.
- 2.1.5 의료기관 운영주체나 의료기관 내부의 모든 제 위원회가 회의를 개최할 경우에는 회의명칭, 참석자 자격, 회의 절차에 대하여 명확히 한다. 모든 회의의 회의록이 작성되며, 작성된 회의록은 결재되어 보관된다.
- 2.1.6 의료기관 운영주체의 신규 임원은 그들의 책임과 의무를 확실히 이행할 수 있도록 교육받는다. 뿐만 아니라 그들의 역할수행에 관한 교육에 지속적으로 참여한다.
- 2.1.7 의료기관의 운영주체는 조직의 업무성과와 자신들의 업무성과를 정기적으로 평가한다.

최고경영자, 상급관리자, 중간관리자

- 2.1.8 의료기관의 운영주체는 기관의 최고경영자, 상급관리자, 중간관리자에게 권한을 위임하며, 이러한 권한위임에 따른 책임은 조직을 효과적으로 관리하기 위해 규정된 것들이다. 따라서 최고경영자의 부재시에도 조직관리의 계속성은 유지된다.

8) 'The EQUIP Guid'의 'the governing body'는 '의료기관의 운영주체' 또는 '이사회'로 번역될 수 있으나 본문에서는 '의료기관의 운영주체'로 기술하였다.

- 2.1.9 최고경영자, 상급관리자, 중간관리자는 리더십을 가지며, 의료기관의 정책, 위임된 권한, 운영주체가 추구하는 가치, 사명, 목적에 따라서 조직을 운영한다.

전략적·운영상의 계획

- 2.1.10 의료기관의 전략적·운영상의 계획은 해당 지역사회의 요구에 부응하는 통합된 것이며, 내부 관리자, 의료진, 지역사회, 기타 관련된 의료서비스제공자, 정부당국과 상호 협력체계로 구축된다.
- 2.1.11 의료기관의 전략적·운영상의 계획은 수행되고 필요시 개정된다. 의료기관의 운영주체는 계획의 달성정도를 점검하고 개선이 필요한 경우에 관련 조치를 취한다.
- 2.1.12 의료기관이 특정 지역에서 보건의료서비스를 제공하는 역할을 담당하거나 통합적 보건의료서비스를 제공하는 역할을 하는 경우에 현재 및 향후의 지역사회 운영과 관련된 제반회의에 참석한다.

조직구조

- 2.1.13 조직구조, 의사결정라인, 관계자, 의사소통체계는 조직의 리더십, 단결력, 의료기관 내·외부의 서비스 통합을 지원한다.
- 2.1.14 조직구조는 정기적으로 또는 조직의 역할이나 의료기관이 제공하고 있는 서비스 내용에 상당한 변화가 있을 경우에 재검토된다.

정관, 정책, 절차

- 2.1.15 의료기관내규, 의료기관내 각 단체의 설립조항, 임상 각 부서의 운영방침과 절차는 의료서비스의 제공을 지원하며, 조직의 목표, 법적 요구사항이나 기준, 조직환경, 지역사회의 책임과 일치한다.
- 2.1.16 의료기관의 정책이나 절차에 대한 원칙준수는 의료기관 전반에 걸쳐 적용된다. 정책이나 절차는 필요시 검토되고 개정된다.

의료기관 운영주체의 책임

- 2.1.17 의료기관의 운영주체는 의료서비스의 제공, 인적자원관리, 정보관리, 안전한 진료환경 조성, 업무성과 개선에 대하여 리더십을 제공한다.
- 2.1.18 의료기관 운영주체, 최고경영자, 상급관리자, 중간관리자는 의료기관이 그 운영의 목적을 달성할 수 있도록 의료기관의 재정적 자원관리에 리더십을 제공한다. 이러한 사항들은 제반 기준과 절차에 맞는 적절한 예산배정이나 보고체계, 감사과정을 통하여 이루어진다.
- 2.1.19 의료기관의 운영주체는 조직의 니드에 부응하는 위기관리계획이 수립되도록 한다. 그 계획에는 임상적, 비임상적 부작용의 발생 최소화 전략, 근무공간의 위생 및 안전관리, 비리방지, 감사, 보험, 고정자산관리프로그램이 포함되어있다.

2.2 환자·소비자권리, 책임과 윤리적 문제들

환자와 관련된 권리, 의무, 윤리적 문제들이 자세하게 제시되어 있다.

환자와 소비자의 권리와 책임

- 2.2.1 환자와 소비자의 권리와 책임은 의료기관의 내부에서 존중되고 개선되고 있다. 이러한 소비자의 권리와 책임은 의료기관의 가치, 관련법, 직업적 윤리강령이나 제반 규정과 일치하며 의료기관의 정책과 행정절차과정에서도 나타난다.

의료기관윤리

- 2.2.2 윤리적 문제점들을 분명하게 해결할 수 있는 기전(mechanism)이 존재하여 임상적 윤리적 문제점들을 평가하고 해결하도록 한다. 이러한 과정들은 환자, 보호자뿐만 아니라 의료기관 직원들에게도 적용된다.
- 2.2.3 제반 연구사업들은 국가보건의료 연구기준평가위원회 기준(NHMRC: National Health and Medical Research Council's Guidelines)과 일치하여야 한다.

소비자

- 2.2.4 의료기관 운영주체는 의료기관의 운영정책, 절차, 교육, 지원사업에 소비자의 참여를 용이하도록 한다.
- 2.2.5 환자, 소비자, 지역사회구성원은 불편을 호소할 수 있는 절차를 잘 알고 있으며, 불만을 제기할 수 있는 적절한 방법들을 제공받는다. 소비자의 불만사항들은 모니터 되고 평가되며, 추가적인 문제발생이 일어나지 않도록 조치가 취해진다.

2.3 대외적인 서비스

의료기관은 외부공급자가 계약에 의해 제공한 보건의료서비스가 적절한 기준을 충족시키도록 노력한다.

- 2.3.1 문서화된 합의서나 계약서에는 외부의 의료서비스 공급자가 제공한 모든 서비스에 대한 사항을 담고 있으며, 이들에 의하여 제공된 서비스의 질은 적절한 기준에 부합되어야한다. 합의서나 계약서는 외부의 의료서비스 공급자가 ACHS의 신입조사에 기꺼이 참여할 것을 명시한다.
- 2.3.2 의료기관은 외부 공급계약자의 업무성과를 평가하고, 개선이 요구되는 사항에 대해서는 필요한 조치를 취한다.

인력자원관리

3.1 인력자원계획

인력자원계획은 의료기관이 본연의 역할을 수행하고 목적을 달성할 수 있도록 인력배치를 확고히 하는 것이다.

- 3.1.1 인력자원계획은 조직의 전략적·운영적 계획에 부합되도록 한다.
- 3.1.2 인력계획은 적절한 훈련과 일정한 자격을 갖춘 신입된 의료인력들이 의료기관이 수행하여야 할 제반 활동을 수행하는 것이다. 여기에는 여러 가지 상담서비스를 제공하는 사람들도 포함된다.

3.1.3 업무량 모니터링은 적정 인력의 규모를 파악하는데 이용되며, 전문가 집단의 부서 배치를 통하여 환자와 의료기관이 추구하는 목표를 달성할 수 있도록 한다.

3.2 직원모집, 선발, 임명, 책임부여

의료기관은 직원을 모집, 선발하고, 의료기관의 규정이 요구하는 절차에 따라서 직원을 임명하며, 기관의 인사관리정책과 일관되도록 한다.

3.2.1 직원모집, 선발, 임명, 재임명 절차는 모든 직원이 적절한 능력, 훈련, 경험, 등록, 신입, 전문가적 보상을 받을 수 있도록 한다.

3.2.2 임명과정에서 직원들은 그들의 역할, 목표달성 방법, 양질의 의료서비스를 유지하기 위해 요구되는 책임과 의무가 명시된 문서를 부여 받는다. 그 문서는 필요시 다시 주지되도록 한다.

3.2.3 직원들은 그들에게 부여된 책임에 비추어 자신들이 제공한 치료와 제반 서비스에 대하여 책임을 진다.

3.2.4 모든 서비스와 프로그램들은 적절한 자격과 경험, 훈련을 받은 해당 분야 전문가에 의하여 관리된다.

3.2.5 의료기관은 직원 개개인의 인사기록카드를 작성·관리한다. 인사기록 카드는 담당자를 포함하여 허가 받은 직원들만이 열람할 수 있다.

3.3 직원의 훈련 및 인력개발

포괄적인 직원의 훈련과 인력개발 프로그램은 직원 개인은 물론 조직의 니드를 충족시킨다.

3.3.1 의료기관 경영주체, 최고경영자, 상급관리자, 중간관리자들은 직원에 의하여 기여되는 부분들을 인정하고 그들에게 적절한 지원과 자기개발의 기회를 제공한다.

3.3.2 조직과 모든 직원들의 교육필요성은 관련 오리엔테이션, 훈련, 자기개발 프로그램을 통해서 이루어진다. 의료기관은 이러한 프로그램이 조직적, 지역사회적, 개인적 니드를 충족시키고 있는지를 평가한다.

3.3.3 교육생, 자원봉사자, 신규졸업자, 외부의 의료서비스 공급계약자를 포함한 인력은 자격을 갖춘 직원에 의해 적절하게 관리된다.

3.3.4 모든 의료진은 평가 관련 스텝이 참여한 구조적 성과평가시스템을 통하여 정기적으로 평가됨으로써 자기개발의 기회를 갖는다.

3.4 산업관계

효과적인 작업환경의 조성은 조직의 가치와 목표를 조화시키는 전략을 통해서 이루어진다.

3.4.1 산업관계 관련 사항에 관하여 법적 규정을 준수하고 있으며, 관계개선이 요구될 때에는 관련 조치를 취한다.

3.4.2 관리자나 근로자, 또는 각 집단을 대표하는 단체는 인사관련 문제가 발생하였을 경우에 능동적으로 참여하여 사건의 확대를 사전에 예방한다.

3.5 직원지원

직원에 대한 지원은 의료기관에 의하여 이루어지고 있으며, 모든 의료진에게도 적용되어진다.

3.5.1 의료진은 그들의 니드에 맞는 직원지원프로그램에 대해서 알고 있으며 쉽게 이용할 수 있다.

3.5.2 관리자는 직원들이 지원해주기를 원하는 요구사항을 파악하고 있을 뿐만 아니라 거기에서 관리자들이 해야할 역할에 대해 이해하고 있으며, 사생활의 노출 없이 소속직원이 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 한다.

정보관리

수많은 정보관리 관련 기준들은 치료의 지속성 기준들과 매우 밀접한 연관을 가지고 있다.

4.1 정보관리시스템계획

정보관리시스템 계획은 정보를 관리하는 시스템이 조직의 내·외적 니드를 충족시키도록 하는 것이다.

- 4.1.1 의료기관은 기관의 전략적, 운영적 제반계획을 지원하도록 정보를 관리한다.
- 4.1.2 정보관리의 전략적 계획은 효과적인 환자치료와 서비스관리를 위하여 정보자원을 보다 효율적·통합적으로 이용하게 한다.
- 4.1.3 의료기관은 정보시스템이 내적·외적인 니드를 충족시켰는지 파악하기 위해 정기적으로 평가한다.

4.2 자료수집, 취합, 사용

데이터의 수집, 취합을 통해 환자치료, 서비스의 관리, 연구를 용이하게 한다.

- 4.2.1 관련이 있는 정확하고 양적, 질적인 데이터가 수집되고, 이는 다시 서비스 제공 및 관리를 위하여 효율적인 방식으로 이용된다.
- 4.2.2 자료의 수집과 정보의 보고는 전문가적 요구사항, 연방법기준, 법적 요구사항을 따른다.
- 4.2.3 자료의 입출력을 용이하게 하기 위하여 수집된 자료에 색인작업을 한다.
- 4.2.4 의료기관의 목표를 달성하고 직원들과 환자에게 이용하기 위하여 참고자료와 연구정보가 수집되고 관리된다.

임상기록

- 4.2.5 의료기관은 신생아를 포함한 모든 환자를 체계적으로 구별하도록 한다.
- 4.2.6 모든 환자는 치료의 계속성, 교육, 조사, 평가, 법의학적, 제도적 요구사항을 지원 받을 수 있는 구체적이고도 충분한 임상기록지를 가지고 있다.
- 4.2.7 의료기관은 임상기록지에 세부사항을 정리한다. 모든 기록은 읽기 쉬워야 하며 날짜와 서명이 되어있다.

4.2.8 임상기록부문이 전산화되어있는 환경에서는 모든 직원이 자료의 존재를 알 수 있도록 하는 메커니즘이 있다.

4.2.9 임상기록 데이터는 시기적으로 양질의 환자치료 정보를 생산할 수 있도록 부호·색인화 된다.

4.3 문서관리

제반기록의 통합성, 안전성, 접근성, 보안성은 계속 유지되며 법적 요구사항에도 부합되어야 한다.

4.3.1 임상기록은 기밀과 안전성이 유지되고 모든 관련 규정과 실행규정 및 기준에 부합함과 동시에 환자치료를 용이하게 할 수 있도록 쉽게 접근할 수 있다.

4.3.2 모든 기록들은 환자치료, 서비스관리, 교육, 연구뿐만 아니라 철저한 보안기능을 유지하면서도 손쉽게 입출력이 가능하도록 관리된다.

4.4 정보기술관리

정보관리 기술은 조직의 정보관리 능력을 향상시켜 정보관리 목표를 달성할 수 있도록 한다.

4.4.1 의료기관은 치료와 서비스를 효과적이고 효율적으로 환자에게 전달하기 위하여 제반 계획과 적정 정보기술의 사용을 통합한다.

4.4.2 정보기술에 이용되는 시스템은 다음과 같은 사항을 포함한 적절한 기준이 있다.

- (a) 구입과 업그레이드
- (b) 면허
- (c) 시스템과 정보의 보안
- (d) 오류에 대한 복구
- (e) 응급상황 조치 기준
- (f) 유지비용 관리
- (g) 필요시 업데이트될 수 있는 시스템

- 4.4.3 지속적인 유지관리 프로그램은 정보기술과 시스템의 효과적인 운영을 지원한다.

안전 및 환경관리

환자나 직원의 안전을 도모하고 근무환경을 안전하게 유지하는 것은 모든 관리자의 책임이다.

5.1 환자·소비자 및 의료인의 안전

의료기관 내에서 노출된 위험은 모든 사람들에게 최소화되어 있다.

위기관리프로그램

- 5.1.1 의료기관은 관련 법적, 제도적 기준들에 맞는 원칙을 적용한 위기관리 프로그램을 운영하고 있다. 본 프로그램은 의료기관의 운영정책, 시설, 자원, 직원의 책임 등을 내용으로 한다.
- 5.1.2 최고경영자와 상급관리자, 중간관리자들은 의료기관내 안전조치에 대해 책임을 진다. 모든 안전조치에 관한 조정, 감사, 평가, 보고업무 등이 적절하게 업무분담 되어 있다.
- 5.1.3 의료기관에 있는 모든 의료진은 안전조치에 관하여 이해하고 있으며 그들의 역할을 수행한다.
- 5.1.4 위험요소들은 확인·평가되고 적절히 통제된다. 위험요소가 제거되지 않거나 대안이 없을 경우 적절한 경고나 보호조치가 취해진다.
- 5.1.5 사고보고체계는 잠재적인 위험요인을 파악하고, 그 원인과 발생요인을 평가하며, 사고예방을 위하여 마련된다.
- 5.1.6 근무중 직원들이 당할 수 있는 사고에 대해서는 우선적으로 의학적 치료와 재활서비스를 제공한다.
- 5.1.7 환자, 의료기관직원, 방문객, 의료기관의 물적자산에 대한 보호가 관련 기준과 법의 범위안에서 적절한 방법을 통하여 통합적으로 이루어지고 있다.

5.1.8 의료기관은 자신의 안전을 지킬 수 없는 환자에 국한하지 않고 위험의 가능성⁹⁾이 있는 모든 환자들을 모니터 한다.

5.1.9 화재위험은 다음과 같은 활동으로 최소화한다.

- (a) 관련 법규정, 진료기준, 호주 연방법 기준 준수
- (b) 화재의 위험소지가 있는 사항을 없애거나 최소화 또는 안전하게 하도록 함
- (c) 매 3년을 주기로 또는 건물을 신축하거나 개축할 경우에 소방당국의 조사를 받음
- (d) 소방당국의 조사 후에 나온 지적사항들에 대해 조치를 취함

응급상황대처계획

5.1.10 의료기관은 내부적인 응급상황이나 외부재난에 대해 종합적으로 대처할 수 있는 계획을 갖고 있고 이를 지키기 위해 노력한다.

5.1.11 응급상황 대처계획은 법적기준, 진료기준, 호주연방법 기준을 준수하고 있으며, 정부나 기타 민간단체와 협력하고 있다.

방사선안전관리

5.1.12 의료기관의 경영자는 방사선 안전관리가 법적기준, 진료기준, 호주연방법의 기준에 부합되도록 한다.

5.2 감염관리

감염의 효과적인 예방, 관리는 체계적이고 조직적으로 이루어지고 있다.

5.2.1 여러 부서의 다각적인 감염관리협력 프로그램을 통하여 모든 서비스 부문에 걸쳐 감염관리와 예방체계가 확립되어 있다.

5.2.2 청결, 소독, 건조, 포장, 장비의 살균, 주위환경의 청결 유지에 관한 사항은 법적 기준, 진료기준, 호주연방법의 기준을 준수한다.

9) 정신적으로 불안정하여 자신의 안전을 지킬 수 없거나 타인에게 영향을 줄 수 있는 사람을 지칭하는 것이다.

5.3 의료장비 및 기타 물품들

- 5.3.1 시설계획, 장비 및 기타 물품의 선택에는 관련 직원을 참여시킬 뿐만 아니라 유자격 전문가에 의하여 이루어지도록 한다.
- 5.3.2 적절한 장비와 물자의 공급을 통해서 운영상의 안전과 효율성이 보장되도록 한다. 최소한의 고려사항은 다음과 같다.
 - (a) 사용목적
 - (b) 비용편익
 - (c) 감염관리
 - (d) 안전
 - (e) 폐기물의 발생과 처리
 - (f) 물품의 보관
- 5.3.3 특수장비는 유자격 전문가에 의해서 운영, 관리된다.
- 5.3.4 1회용으로 쓰이도록 제작된 물품은 법적기준, 진료기준, 호주연방법에서 요구하는 재사용 규정이나 지침이 없으면 사용되지 않는다.

5.4 건물의 기능적 설계와 배치

- 5.4.1 의료기관은 건물의 기능적, 지리적 측면을 고려하여 설계·배치하고 법적기준, 진료기준, 호주연방법기준에 부합되도록 한다.
- 5.4.2 환자거주 공간은 환자의 안전, 편안함, 사생활 보호, 응급상황을 고려하여 충분히 확보한다.

5.5 건물의 유지관리

- 5.5.1 응급상황을 위한 비상등, 전력, 물, 환기시스템은 관련 법적기준, 진료기준, 호주연방법 기준에 맞도록 한다.
- 5.5.2 안전하고 청결한 환경을 확립하기 위하여 관련 법 기준, 진료기준, 호주연방법 기준에 맞게 토지, 시설, 장비를 정기적으로 유지보수한다.
- 5.5.3 각종 장비는 해당장비의 관리에 대해서 충분히 훈련을 받은 전문가에 의해 운영된다. 장비의 등록, 사용, 보수 관련 기록들은 유지된다.

- 5.5.4 의료기관이 쓰고 있는 장비관련 최신정보와 자료들은 설비와 장비의 운영 및 유지보수를 위하여 유용하게 쓰이고 있다.
- 5.5.5 건물, 시설, 장비 등의 교체와 성능향상을 목적으로 한 프로그램은 기능적인 면과 안전성의 측면, 이용상의 편리함, 근무자의 사생활 보호 측면을 고려하여 설치·운영된다.

5.6 에너지관리와 폐기물

- 5.6.1 폐기물의 취급·수집·처리는 법적기준, 진료기준, 호주연방법 기준에 따른다.
- 5.6.2 의료기관은 폐기물의 재사용, 발생최소화, 재활용 프로그램실시 등을 통하여 그 처리를 행한다.
- 5.6.3 환자와 직원의 안전과 복지는 의료기관의 에너지 효율화 전략과는 별도로 우선하여 보장된다.

업무성과개선

지속적으로 업무성과를 개선시키려고 하는 조직문화는 양질의 환자치료와 의료서비스를 제공하려는 조직에 있어서 필수적이다.

6.1 성과개선

- 6.1.1 의료기관의 경영주체, 최고경영자, 상급관리자, 중간관리자들은 의료기관의 목표와 가치에 부합되는 전략적, 운영적 계획과 통합된 지속적인 성과개선의 문화를 만드는데 책임이 있다.
- 6.1.2 최고경영자는 의료기관 전체적으로 포괄적인 질 향상 프로그램을 수행함과 동시에 일상의 조직관리에 대해 적절하게 권한을 위임할 책임이 있다.
- 6.1.3 의료기관의 모든 부서와 직원들은 내·외부 고객들에게 더 나은 서비스를 제공하는 업무성과개선에 참여할 책임이 있으며 또한 이를 위해 노력한다.

- 6.1.4 중간관리자와 스텝들은 의료서비스 질 개선 프로그램의 효과성을 평가하고, 개선이 필요한 사항에 대해서는 관련 조치를 취하도록 한다.
- 6.1.5 의료기관은 업무성과를 개선시키는데 소비자 참여가 용이한 체계를 가지고 있다.
- 6.1.6 의료기관의 질 개선 활동은 문서로 정리되어 있고, 지속적인 질 개선을 가능하게 하고 있으며, 다음과 같은 요소들을 포함하고 있다.
 - (a) 제반 활동들에 대한 모니터링, 심사, 분석, 평가
 - (b) 시기 적절한 조치
 - (c) 실시된 조치의 효과성 평가
 - (d) 결과에 대한 활용
- 6.1.7 의료기관은 질 개선 활동을 통해 치료와 의료서비스의 수준이 향상될 수 있도록 한다.
- 6.1.8 의료기관은 질 개선 활동을 진행하는 동안에 얻은 환자와 소비자, 의료진, 기타 의료서비스공급자에 관한 기밀사항을 보호한다.

□ 著者 略歷 □

● 尹 京 一

美國 Texas A&M University 經營情報學 碩士
美國 Virginia Commonwealth 大學院 病院經營學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『標準藥局 模型開發 研究』, 韓國保健社會研究院, 1997.(共著)
『製藥産業의 賣出債權 回轉期間 現況分析』, 韓國保健社會研究院,
1998.(共著)

● 鄭 宇 鎮

延世大學校 經濟學 碩士
美國 卞州州立大學校 經濟學 博士
現 韓國保健社會研究院 副研究委員

● 朴 泳 澤

延世大學校 大學院 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 主任研究員

● 李 炅 浩

延世大學校 保健行政學科 卒業
現 韓國保健社會研究院 研究員

政策報告書 99-08

醫療機關 信任制度 導入方案

Developing Healthcare Organization Accreditation System in Korea

1999年 12月 日 印刷 畧: 6,000원

1999年 12月 日 發行

著 者 尹 京 一 外

發行人 鄭 敬 培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登 錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印 刷 高麗文化社

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-190-6 93510