

의료기관평가

박재현

I. 의료기관평가

1. 서론

- 의료기관 신입제도는 의료제공의 질적 수준을 평가하고자 하는 대표적인 노력은 의료기관 신입제도(accreditation)임. 의료기관의 질적인 수준을 완전히 계량화하지는 않지만 적절한 의료서비스를 제공하는 데에 충분한 여건과 체계를 갖추었는지를 평가하는 것임.
- 병원신입제도는 1917년 미국의 외과학회(American College of Surgeons)가 병원 표준화 프로그램(Hospital Standardization Program)을 시행한 데에서 출발하여 1919년부터 공식적으로 시행되었고 현재는 미국의 병원신입 프로그램으로 JCAHO(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations)가 주관하며 전체 6,500여개의 병원중 5,000개가량과 2,800여개의 관련 기관을 심사하는 대규모 프로그램으로 발전하였음. 우리나라의 경우 1981년부터 대한병원협회에 의해 시행되고 있는 병원표준화심사는 일종의 병원 평가제도라고 할 수 있음.
- 근래 들어 다른 수준의 의료기관 평가 움직임이 나타나고 있는데 즉, 최소 기준(minimum standard)이나 적정 기준(optimum standard)을 충족시키는지 판단하던 종래의 경향에서 각 의료기관의 질적 수준을 구체적으로 평가하고자 하는 시도가 나타나고 있음. 이와 같은 의료기관 평가의 대표적인 시도는 미국 보건부 산하 HCFA(Health Care Financing Administration)의 병원별 사망률 발표임¹⁾.
- 의료기관의 질 수준에 대한 평가는 일반 대중에게도 큰 관심사가 될 만함. 그 결과 나타난 것이 일부 언론 매체에 의한 의료기관 평가의 시도임. 외국의 예로서 대표적인 것은 미국 U.S. News and World Report가 1990년부터 매년 발표하고 있는 미국 병원의 평가임. 사회적 영향력이 큰 언론매체가 구체적인 의료기관 이름을 명시해서 공표하는 형식을 취하고 있기 때문에 대중에게 미치는 영향력은 적지 않다고 함.

1) Graham NO(eds). Quality Assurance in Hospitals(2nd ed.). Aspen Publishers, 1990.

- 우리 나라에서 의료기관 평가는 1994년 의료보장개혁위원회(이하 ‘의개위’)가 제시한 안에서 촉발되었음. 1994년 1월 구성된 의개위는 6월에 최종보고서를 내고 개혁과제의 하나로 ‘의료기관 서비스 평가제도’의 도입을 제시하였음.²⁾ 실제 의료기관의 평가, 혹은 질의 평가는 평가 자체가 쉽지 않을 뿐더러 평가방법의 타당성(validity)을 확보하기가 매우 어려운 것이 사실임. 더구나 이러한 평가를 하나의 제도로 시행하고 그 결과를 어떤 형식으로든 활용하고자 할 때에는 사전에 검토하여야 할 문제가 적지 않다고 할 것임.

2. 의료기관 평가의 목적

- 의료기관 단위의 질 평가는 보다 다양한 목적을 가질 수 있음. 이는 병원신입제도의 목적을 원용할 수 있는데, 일반 대중이 받을 수도 있는 피해를 사전에 예방하고, 최소한의 의학적 기준을 확보하도록 유도하며, 보건의료의 효율성을 증대시키는 것 등이 목적이 될 수 있음.³⁾ 그러나 종래의 신입제도가 표방하던 이와 같은 목적은 지나치게 공급자(provider) 위주의 관점이라는 비판이 제기되었고, 최소 기준이라는 말에서도 알 수 있듯이 소극적인 질 보장에 머무르고 있다는 비판을 받게 되었다.
- 이에 따라 최근에는 의료기관 평가에서 환자 혹은 지역사회 주민의 관점이 강조되고 의료기관의 질적 수준을 개별화, 계량화하는 경향이 나타나고 있음. 예를 들어 미국 HCFA의 병원별 사망률 발표도 각 병원의 질을 공표하고 이를 일반인이 충분히 알 수 있도록 함으로써 양질의 의료를 선택할 수 있게 유도하는 것이 목적임.⁴⁾ 일본에서는 다소 포괄적이기는 하지만 ‘지역의료의 관점’을 병원기능평가의 목적으로 부각시키고 있음.⁵⁾
- 최근 의료기관 평가의 목적으로 주목받고 있는 것은 의료기관 내부 조직 변화임. 내부 조직 변화가 평가의 명시적인 목적으로 규정되어 있지 않지만, 평가과정에서 내부 조직에 대한 평가에 초점을 맞추으로써 사실상 조직의 개선을 지향하고 있는 것이 현실임. 예를 들어 미국의 JCAHO는 종래의 개인이나 부서 단위의 평가에서 나아가 1994년부터는 조직의 업무수행 개선(improving organization performance)을 평가 범주의 하나로 포함하여 체계적이고 지속적인 조직 전체의 업무수행 향상을 강조하게 되었음.⁶⁾

3. 평가의 대상

2) 의료보장개혁위원회. 의료보장 개혁과제와 정책방향. 1994.

3) Vuori HV. Quality Assurance of Health Services. p.61, WHO Regional Office for Europe, 1982.

4) Sisk JDM, Dougherty PM, Ehrenhaft G, et al. Assessing information for consumers on the quality of medical care. Inquiry 1990;27:263-272.

5) 日本醫師會, 厚生省健康政策局指導課. 病院機能評價 アニュアル. 金原出版株式會社, 1989.

6) Gilmore CM. The accreditation process: an overview. unpublished paper, 1993.

3.1 평가 대상 선정

- 평가를 전제로 하고 질의 구성요소를 분류할 때 매우 유용한 개념이 Donabedian의 개념임. Donabedian은 질의 요소를 다음과 같이 나누었음.
 - ① 기술적 부문(technical domain): 의과학과 기술을 개인의 건강 문제에 적용하는 것.
 - ② 대인관계의 부문(interpersonal domain): 환자와 치료자 간의 사회적, 심리적 상호 작용을 관리하는 것.
 - ③ 쾌적함(amenity): 쾌적한 대기실, 편안하고 따뜻한 진찰실, 깨끗한 입원실 침대, 침대 곁의 전화, 좋은 음식 등으로 묘사될 수 있는 것. Donabedian은 쾌적함은 질의 독립된 구성 요소라기보다는 대인 관계의 한 부분으로 보는 것이 타당하다는 의견을 제시하였음.

- 문제는 관련 당사자에 따라 이러한 질의 다양한 요소에 대한 강조점이 틀릴 뿐더러 때로는 상충되는 경우도 나타날 수 있다는 사실임. 따라서 각 주체에 따라 질 평가의 대상이 되는 사항이 달라지는 것은 당연한 결과라 할 것임. 예를 들어 환자는 적절성이나 효과에 많은 관심을 가지는 반면 의료기관의 경영자나 정부는 효율성에 강조점을 두기 마련임. 따라서 질의 다양한 측면이 모두 고려되어야 한다.

- 질의 다양한 요소가 평가의 대상이 될 수 있는 것과 마찬가지로 의료를 하나의 시스템으로 보고 투입-산출과정으로 이해하면 투입-산출과정을 구성하는 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)가 모두 평가의 대상이 될 수 있다. 구조, 과정, 결과의 구분에 대해서는 이미 잘 알려져 있으므로 구체적인 기술은 생략하기로 함.

3.2 어떤 부문을 평가할 것인가

- 의료기관에 대한 질 평가는 원칙적으로는 모든 부문에서 이루어져야 함. 따라서 외래, 입원, 응급실, 중환자실 등 모든 부문을 포괄하여야 할 것임. 특별히 주목할 것은 앞에서 언급한 바 있는 조직(의료기관) 자체에 대한 평가가 시도되고 있다는 것임. 예를 들어 JCAHO의 최근 심사기준에는 다음과 같은 조직 기능이 주요 평가대상으로 되어 있다.
 - 지도력
 - 정보 관리
 - 인력 관리
 - 진료 환경 관리

- 감염에 대한 조사, 예방, 관리
- 업무 수행능력의 향상
- 한편 최근에 나타나고 있는 경향으로 지역의 요구에 대한 부응 정도, 환자의 만족도 등도 평가대상으로 포함될 수 있을 것임.⁷⁾

4. 평가의 내용과 방법

4.1 평가의 주체

평가자, 즉 평가의 주체는 다음과 같이 나눌 수 있음.

- 외부 평가(external evaluation)
 - 정부기관(health authority)
 - 전문가 단체(professional association)
 - 기타
- 내부 평가(internal evaluation)
 - 행정부서(administrative body)
 - 전문가(profession)
- 일반적으로 평가는 내부 평가에서 시작하여 제3자 평가로 발전하는 것이 지금까지의 일반적인 경향이었다고 할 수 있음. 예를 들어 미국 JCAHO의 경우에는 당초 임상분야 학회에서 출발하여 내부 평가의 성격이 강하였으나, 현재는 미국의사협회, 내과학회, 병원협회 등이 같이 참여하여 사실상 제3자적 기구라 할 수 있음. 일본의 병원기능평가도 시작 단계에서는 일본의사회가 주도하는 형식을 취하고 있지만 장기적으로는 제3자 기구로의 발전을 전망하고 있는 상태임.

4.2 평가 지표와 표준

1) 평가 지표

7) 日本醫師會, 厚生省健康政策局指導課. 病院機能評價 アニュアル. 金原出版株式會社, 1989.

- 구체적으로는 질 평가의 지표는 다음과 같은 속성을 가지는 것이 바람직함.⁸⁾
 - 자료 획득이 가능할 것
 - 특정한 의료(진료)와 연관이 있을 것
 - 측정할 수 있을 것
 - 의료공급자(기관)가 합리적인 것으로 인정하고 받아들일 수 있는 것
 - 문제를 발견하고 나타내는 역할을 할 수 있는 것

2) 표준(standard)

- 의료기관 평가에서 표준을 인정할 것인가의 문제는 논의를 필요로 함. 예를 들어 미국 HCFA의 사망률 발표에는 표준의 개념이 존재할 수 없음. 최근에 질 관리 방법의 하나로 주목받고 있는 총체적 질 관리(Total Quality Management) 개념에서도 표준의 개념은 바람직하지 않은 것으로 받아들여지고 있다. 의료의 질이란 지속적인 향상이 가능하기 때문에 ‘충분한 수준’이 개념적으로 있을 수 없다는 것임.
- 그러나 현실적으로는 많은 경우에 표준을 설정하는 것이 불가피함. 표준은 현실적으로 성취 가능한 질적 수준을 반영하기 때문임. 의료기관 평가에서의 표준에는 최고의 의료(best care)보다는 적정 의료(optimal care)가 지향점이 됨.
- 종래의 의료기관 평가의 표준은 대부분의 경우 최소기준(minimum standard)을 사용하였음. 의료기관 신입제도가 지향하는 표준의 수준이 바로 이 최소 기준이라고 할 수 있고, 호주의 Clinical Indicator에서의 ‘역치(threshold)’라는 이름으로 불리고 있는 표준도 일종의 최소기준이라고 할 수 있을 것임. 그러나 최근에는 의료기관 평가에서도 최소기준보다는 달성할 수 있는 최고 수준의 표준(maximum achievable standard)을 지향하는 방향으로 발전하고 있음.⁹⁾
- 현실적으로는 표준의 수준을 결정하는 것이 매우 중요한 과정임. 일반적으로 표준의 개발과정에 적용되는 원칙은 다음과 같음.¹⁰⁾
 - 모든 의료기관에 적용할 수 있을 것
 - 질적 수준과 연관성이 높을 것
 - 합의(consensus)에 의해 정할 것
 - 기구(mechanism)보다는 목적(objective)을 반영할 것

8) The ACHS Care Evaluation Program. Clinical Indicators-A User's Manual(2nd version). The Australian Council on Healthcare Standards, 1993.

9) Gilmore CM. The accreditation process: an overview. unpublished paper, 1993.

10) Jessee WF. Standards Development. Unpublished paper, 1994.

- 달성 가능한 수준일 것
- 조사가 가능할 것(surveyable)

○ 표준을 정하고 개발하는 과정을 개략적으로 살펴보면 다음과 같음.¹¹⁾

제1단계	<ul style="list-style-type: none"> - 요구(need)와 문제의 파악 - 과제 팀의 구성 - 표준 안의 개발
제2단계	<ul style="list-style-type: none"> - 실무위원회의 구성과 위원회에서의 표준 안 검토 - 현장조사 및 검토(field review/test) - 위원회(의사결정기구)의 검토
제3단계	<ul style="list-style-type: none"> - 실행 - 효과의 평가 - 지속적인 수정

4.3 평가 방법

1) 평가의 자료

○ 예비조사서(pre-survey questionnaire)와 현장 조사를 기초로 하는 병원신입제도와 달리 의료기관 평가에서는 대상과 내용에 따라 여러 가지 평가자료를 활용할 수 있을 것임. 평가의 객관적 자료를 충분한 정도로 확보하기 위해서는 이에 합당한 정보체계(information system)를 갖추어야 함. 그것이 의료보험과 관련된 자료이든 혹은 행정적 자료이든 결과 관련된 자료가 상시적으로 취합되고 정리되는 체계가 필요함.

2) 현장조사(on-site survey)

가. 조사자(surveyor)의 선정과 훈련

○ 일단 조사자가 선정되면 조사자에 대한 훈련이 이루어져야 함. 오리엔테이션 프로그램, 가상 조사, 평가 등이 이루어져야 하며 워크샵이나 계속 교육으로 조사자의 자질을 유지할 수

11) Jesse WF. Standards Development. Unpublished paper, 1994.

있는 체계를 갖추어야 함.

나. 현장 조사과정

- 일반적으로는 면담과 예비조사서를 통하여 확보된 자료를 확인하고 보충하는 것이 주 내용을 이루게 됨. 그밖에 관련 임직원과의 면담, 직접 관찰(observation), 기록의 검토, 의무기록의 검토 등이 현장 조사에서 이루어질 수 있음.¹²⁾ 필요한 경우에는 주민이나 환자들과의 직접 면담을 통하여 지역사회나 환자의 의료기관에 대한 평가를 청취하는 과정을 추가할 수 있음.

3) 평가의 단위

- 평가의 단위는 개별 부문에 대한 평가와 종합평가로 나눌 수 있음. 개별 부문의 평가를 기초로 하여 종합평가를 시행하는 것은 이론적으로는 그리 어려운 일이 아니나 한 의료기관이 가지는 질의 여러 속성을 하나의 지표로 종합한다는 것은 방법론상의 어려움은 고려하지 않더라도 잘못된 결론을 이끌어 내기 쉬움. 동시에 종합평가로 나타난 의료기관의 질적 수준이 어떻게 활용될 수 있을지도 미지수임.

5. 평가 결과의 활용

- 평가 결과가 평가대상이 된 의료기관에 아무런 영향도 주지 않는 것이라면 평가는 질의 향상에 사실상 도움을 주지 못하는 제도로 끝날 것임.
- 평가 결과의 활용을 범주별로 나누면 유인(incentive)과 규제(regulation)로 나눌 수 있음. 예를 들어 병원신입제도만 하더라도 미국에서는 Medicare 계약병원의 지정이나 의료기관 개설 허가를 대치하는 유인을 제공하고 있음. 우리 나라 병원신입제도는 전공의 정원 책정과 밀접한 관련이 있는데, 이것도 일종의 유인이라고 할 수 있을 것임.
- 유인이든 규제든 평가 결과를 진료비 보수지불과 직접 연결시키는 경우는 유례를 찾기 힘들. 이는 직접적으로는 평가의 객관성을 충분한 정도로 확보하기 힘들다는 사실에 연유함. 즉, 아무리 정확하고 복잡한 지표를 사용하더라도 한 의료기관의 질을 논란 없이 객관적으로 평가하는 것은 어려운 것임.
- 평가 결과의 활용과 직접적인 연관을 가지는 것이 평가 결과를 나타내는 형식과 공표 문제 이임. 평가 결과를 나타내는 형식은 외국의 병원신입제도와 마찬가지로 범주(category)로 나타내던가 혹은 의료기관별 수치로 나타내는 방법이 있을 것임. 평가단위별로는 종합평가로 나타낼 수도 있지만 개별 부문별로 나타내는 것도 가능함.
- 평가 결과의 공표라는 측면에서는 가장 큰 논란을 불러일으킨 것이 미국 HCFA의 병원별

12) Jessee WF. The Survey Process. Unpublished paper, 1994.

사망률 발표임. 이는 구체적인 유인이나 규제를 시행한 것은 아니었지만 일반 대중으로 하여금 각 병원의 질을 구체적인 순서로 받아들이게 하여 의료 이용에 많은 영향을 미쳤음. 현재는 방법의 정확성에 대한 논란 때문에 공식적으로 출판하는 것은 중지되어 있는 상태이지만 요구하는 사람에게는 누구에게나 자료를 제공하기 때문에 여전히 각 병원의 질을 나타내는 지표의 하나로 이용되고 있음.

6. 결론

- 의료기관 평가의 경우 우리 나라에서는 이제 막 제도를 출범하는 단계에 있기 때문에 신중하게 접근할 경우 바람직하지 않은 결과를 최소한으로 줄일 수 있을 것임. 이를 위해 고려해야 할 과제 몇 가지를 정리해보면 다음과 같음.
- 첫째, 평가가 의료의 어느 한 측면에만 치우치는 것은 곤란함. 예를 들어 의학적 질은 전혀 문제로 삼지 않고 의료 이외의 측면만을 평가하는 것은 방법상의 어려움을 고려하더라도 바람직하지 않음.
- 둘째, 투입 요소(구조) 중심, 혹은 질의 여러 측면 중 의료자원의 존재여부를 나타내는 가용성(availability) 중심의 평가가 되는 것은 가급적 피하여야 함. 현재 우리의 의료 여건상 투입 요소 중심의 평가는 과도한 시설과 장비 경쟁으로 귀결될 가능성이 큼. 더구나 최근에는 의료기관의 질이란 다양한 방법으로 의료의 결과(outcome)를 비교함으로써 평가할 수 있다는 주장이 강하게 제기되고 있음.¹³⁾ 따라서 장기적으로는 타당성 있는 결과 지표를 질 평가에 활용하도록 하여야 할 것임.
- 셋째, 평가 자체도 중요하지만 평가를 통해 의료기관의 발전을 유도할 수 있는 평가체계와 방법을 고안하여야 함. 예를 들어 현재 제공하고 있는 의료의 질적 수준에만 관심을 가지기 보다는 질 향상을 위해 노력하고 있는 정도와 같은 조직적(organizational) 차원의 수준을 평가하기 위하여 노력하는 것이 필요함.
- 넷째, 평가 결과를 직접적으로 공표한다든가 진료보수 지불과 연결하는 것은 당분간 피하여야 함. 평가결과의 객관성을 확보하는 데에 상당한 시일이 걸릴 것이라는 점은 제외하더라도 우리 국민의 의료관행상 바람직하지 않은 의료이용행태가 더욱 강화될 가능성이 있음.
- 다섯째, 지역사회 요구나 환자의 의견이 반영되는 평가가 되는 것이 바람직함. 물론 이 경우 초래될 수 있는 주관적 평가의 위험은 최소화하는 것이 필요함.

13) Smith GR. Using a state-of-the-art approach. Business and Health 1988;5(11):20-23.

II. 선진 외국의 질 향상 활동 현황

1. 미국

1.1 질 관리 사업배경

1) 병원신임제도(Hospital Accreditation)

- 미국의 경우 다른 나라에 비해 의료의 질 관리에 있어 외부감사(external audit)가 큰 비중을 차지하고 있음. 이는 네델란드를 비롯한 유럽 국가들이 병원의 자율적인 내부사업 위주로 질 관리 사업을 전개하는 것과는 대조적임.
- 1952년 병원표준화사업은 미국외과학회 외에도 미국내과학회(American College of Physicians)와 병원협회(American Hospital Association), 미국의학협회(American Medical Association), 캐나다 의학협회(Canadian Medical Association)가 참여하여 병원신임합동심의회(Joint Commission on Accreditation of Hospitals; JCAH)로 발전함. 병원신임합동심의회는 1987년에 의료제공조직의 다양화에 따라 병원 이외의 다른 보건의료기관까지 포괄하는 의료기관신임합동심의회(Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; JCAHO)로 개편되었음.
- JCAHO의 의료기관신임제도는 성격상 독립적인 전문가단체의 자율적 질 관리 사업임. 이 사업은 법적인 강제사항은 아니지만 강력한 법적, 경제적 유인력이 있음. 신임을 받지 못한 병원은 Medicare의 요양취급기관이 되지 못하며 신임을 받지 못한 의과대학의 졸업생들에게 주정부가 학위인정을 하지 않기 때문임.
- 초기에 JCAH는 최소필수기준(minimum essential standards)을 설정하고 그 충족여부를 평가해 왔음. 1919년에 만들어진 이 최소기준은 5가지 내용으로 이루어져 있는데, 모든 병원에서 적절한 진료를 위해 꼭 필요한 요소만을 담고 있음. 그러나 1966년에 JCAH는 최소필수 기준 대신에 '적정하고 달성 가능한 기준(optimal achievable standards)'으로 바꾸는 중대 결정을 하였음. 그 이유는 대부분의 병원들이 최소기준은 이미 달성하고, 이를 유지하고 있었기 때문이었음. 따라서 기존의 기준은 더 이상 병원들이 달성하고자 하는 목표가 될 수 없었음. 또 그전까지는 JCAH가 의료의 질 관리에서 지도적, 독점적 지위를 점했으나 연방 정부, 주정부, 기타 기관들도 질 관리에 참여하게 됨에 따라 새로운 변화의 필요성이 제기되었기 때문임.
- 1979년에 다시 질 관리의 기준들이 새로이 제정되었음. 기존의 질 관리가 형식적인 감사에 너무 치우쳐 있어서 병원들의 질 관리 사업이 JCAH의 요구를 충족시키기 위한 서류작업에 그치고 있다는 비판이 많았기 때문임. 새로운 기준은 양적인 감사기준은 제외하고 모든 질 평가 작업을 총괄할 수 있는 전병원적 사업을 개발하도록 하고 있다.
- 그 동안 신임제도의 대상기관도 늘어나 1965년에는 장기요양기관에 대해서, 1969년에는 장

애자기관, 1970년에는 정신질환 진료기관, 약물중독사업 및 지역사회 정신보건사업, 1975년에는 외래진료, 1983년에는 임종시설인 호스피스로까지 대상범위를 넓혔음.

○ 현재 미국의 의료기관 신임 프로그램은 전체 6,500여개의 병원 중 5,000개 가량과 2,800여개의 관련 기관을 심사하는 대규모 프로그램으로 발전하였으며, 민간기구인 JCAHO가 주관하고 있으나 시행에 있어 정부의 규제가 상당히 작용하는 특징을 가짐. 우선 정부 관장 사업인 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid)에 참여할 수 있는 요건으로 JCAHO가 의료기관에 부여하는 신임을 전제로 하고 있음.

- 평가기준 및 평가내용은 책 1.4 평가기준 및 평가내용(JCAHO) 참고

- 평가결과의 적용은 다음과 같음.

가. 평가등급

- Accreditation with Commendation(우수신임) : 모든 분야에서 탁월한 성적
- Accreditation without Type I Recommendation(신임) : 모든 분야에서 불충분함이 없는 성적
- Accreditation with Type I Recommendation(수정신임) : 1개 분야에서 불충분한 경우
- Provisional Accreditation(예비신임) : 예비평가에서 선별된 기준에 대해 충족한 경우로 6개월 후에 본평가를 받아야 함
- Conditional Accreditation(조건부 신임) : 평가결과 기준에 적합하지 않으나 일정기간 후 적합할 수 있다고 판단되는 경우로 신임 후 문제 발생 시 수정계획을 제출하여 승인을 받고 단기추가조사를 받음
- Preliminary Nonaccreditation(예비 비신임) : 평가과정에서 심각한 부적합 사항이 있는 경우, 최종 결정 전에 내려지는 신임
- Not Accredited(비신임) : 기준에 대한 중대한 부적합 사항

나. 불시평가

- 신임을 받은 기관이 환자진료나 안전 상에 중대한 문제가 있음을 알게 된 경우
 - 업무 수행 상 중대한 퇴보가 있는 경우
 - 환자진료 및 안전에 즉각적인 위협이 되는 경우
 - 예외적 사건(sentinel event) 발생시
 - 잘못된 신임정보에 대한 신빙성있는 주장이 있는 경우
 - 1-2일 전에 고지하고 전 분야 혹은 문제되는 분야만 대상으로 할 수 있음
 - 문제가 발견되거나 조사가 거부되는 경우에는 신임 박탈 가능
- 신임을 받은 병원 중 무작위로 5%를 선정하여 시행
 - 1-2일전에 고지

- 1인의 조사자가 1일간 조사 시행: 이 전해 평가시행상 가장 문제가 된 5개 분야 조사
- 5개 분야는 해마다 변경되며 사전에 목록을 알 수 있음

2) 의료이용감사제도(Utilization Review)

- 의료기관신입제도와 함께 미국 의료의 질 관리의 대표적인 사업으로 거론될 수 있는 것은 의료이용감사제도(utilization review, UR)이다. 1965년 Medicare/ Medicaid가 시행되면서 의료분야에서 연방정부가 차지하는 비중과 역할(특히 재정분야에서)이 급격히 늘어나게 되었고, 연방정부는 의료의 질 관리 문제에 관심을 기울이게 되었음. 그 결과 정부는 Medicare/Medicaid의 참여를 위해서는 병원들이 UR사업을 시행하도록 요구하였다. 70년대에 와서는 의료비 증가억제와 의료의 질과의 관계가 의료분야의 가장 중요한 과제가 되었음.

3) Professional Standards Review Organization(PSRO)

- 1972년 Medicare/Medicaid 환자들에게 의학적으로 필요한 의료서비스가 효율적, 효과적으로 전달되도록 보장하기 위한 목적으로 Professional Standards Review Organization(PSRO)가 만들어졌음. 그러나 의료인들의 자신들에 대한 침해라는 반대의견과 비용절감효과에 대한 국회의 부정적 평가로 인해 '81년부터는 정부의 예산지원이 중단되고 1982년에 이르러서는 완전히 폐지되었음.

4) Peer Review Organization(PRO)

- 1982년부터 PSRO의 기능을 대신하는 의료이용감사조직으로 Peer Review Organization(PRO)이 생겨났음. PRO 역시 메디케어 환자의 진료가 의학적으로 필요한 것인지, 적절한 환경에서 의료서비스가 제공되는지, 전문가들이 설정한 기준을 충족시키는지를 확인하고 보장하는 것을 그 목적으로 하고 있음. PRO는 PSRO와 달리 주당 하나 꼴로 조직되어 있으며, 성과급제로 정부와 계약을 맺고 활동을 전개하고 있음. PRO는 전체 진료건수의 일부만을 검사하지만 비적정진료를 찾아내는데 효과적인 것으로 평가되고 있음¹⁴⁾.
- PRO는 보건재정청(Health Care Financing Administration, HCFA)과 계약을 맺고 감사를 수행하는데, 객관적 업적기준에 근거하여 계약을 체결함. HCFA는 PRO의 결정이 정확한지를 평가하기 위해서 별도의 독립적 기관('Super PRO')과 계약을 체결하고 있음. 이 Super PRO는 PRO의 전반적 평가를 하지 않고 단지 PRO의 의학적 결정이 정확한지만을 평가하여 이를 HCFA에 보고하는 역할을 수행함.

14) 제8장 동료심사 부문에 자세히 소개되어 있음

- PRO는 HCFA와 마찬가지로 대상병원들과도 협약을 체결함. 협약 내용에는 평가항목과 과정, 감사장소, 시간, 제출요구문서 등이 포함됨. 이 협약에 따라 병원측은 정해진 시간에 PRO 직원들이 방문해서 감사를 할 수 있는 장소와 의무기록을 준비해야 함. 그러나 대개는 병원 밖의 장소에서 감사가 시행되며 병원은 요구받은 의무기록의 사본과 필요정보를 제출함.
- 일단 PRO가 감사대상을 선정하면 보통 다음과 같은 여러 측면들을 검토하게 된다.
 - 입원의 타당성 여부를 검토하는 입원 감사
 - 퇴원시 환자가 의학적으로 안정된 상태였는지를 평가하는 퇴원 감사
 - 환자에게 제공된 의료서비스가 의료의 질적인 측면에서 기준을 충족하는지를 평가하는 질 평가 활동
 - 병원진료의 결과를 측정하는 것으로 사망률과 이환율을 측정하는 Generic Quality Screens
 - 환자질병분류가 타당하였는지를 평가하는 DRG Validation
 - 입원기간 동안에 제공된 모든 종류의 의료서비스들이 의학적으로 필요하고 타당한 것이었나를 평가하는 Items/Services Coverage Review

2. 호주

1) ACHS 신임 프로그램

- 호주는 유럽이나 미국에 비해 의료의 질 관리 시작이 조금 늦게 이루어졌음. 의료의 질 관리가 본격적으로 시행되기 시작한 계기는 의료의 질에 대한 직접적인 관심이 아니라 의료비 증가에 대한 연방정부의 대책으로부터 시작되었음. 1976년 국회에서 당시 보건성 장관은 의사들의 과잉진료를 언급하면서 의료계가 동료감사(peer review)의 형태로 의료의 질 관리를 시작하지 않으면 정부가 개입하겠다는 강력한 의지를 표명하였음.¹⁵⁾
- 이에 호주의학협회(Australian Medical Association)는 미국과 유럽의 질관리사업을 검토한 후, 1979년 보건의료표준심의회(Australian Council on Healthcare Standards, ACHS)와 함께 동료감사사업(peer review program)을 전담할 기구로 Peer Review Resource Center를 세웠음. 이 기구는 의사와 다른 의료인들의 동료감사 사업을 지원하고 시행상의 장애물을 찾아내는 역할을 수행하였음. 그리고 의료의 질 관리 전문학술잡지인 Australian Clinical Review를 발간하기 시작하였음. 보건의료표준심의회는 1974년부터 미국의 JCAH와 같이 민간차원에서 병원신임사업을 시행하기 위해 만들어진 단체였음. 호주의 각 병원이 질 관리 사업을 활발히 시행하게 된 가장 강력한 자극은 1983년 이 보건의료표준심의회(ACHS)가 병원신임을 위한 기본조건 중의 하나로 병원단위의 정규적인 질관리사업 시행을 포함시킨

15) Collopy BT. Audit activities in Australia. British Medical Journal 1991;303:1523-1525.

조치였음.

- 호주는 병원보다 더 많은 수의 요양원(nursing home)이 있지만, 의료의 질관리는 주로 일반 병원(acute hospital setting)에 초점을 맞추고 있음. 정부의 주된 관심사는 초기에는 민간부문(전체 병원의 30%가 민간병원)의 과잉진료 통제였으나 오늘날에는 공공부문의 과소이용(생산성 중대 문제)에 관심을 기울이고 있음.
- 호주내 의료기관의 질 향상활동은 당연히 의무적으로 행해야 하는 활동으로 인지되고 있다. 대도시 소재 대규모 대학병원으로부터 지방소재 중소병원, 보건소, 외래수술 전문기관(day surgery center), 노인을 위한 주간보호센터(day care center)까지 질 향상 활동 담당자가 있음. 이는 자발적 노력의 질 향상 활동보다 사보험의 확대, 신임평가에 따른 차등 보상제도, DRG지불제도 실시 등의 급변하는 의료환경의 영향으로 효율적인 자원 활용과 환자 중심의 서비스를 제공하기 위하여 기관 내 질 향상 활동이 활성화되고 있다.

2) CEP(Care Evaluation Program)

- CEP는 임상 평가지표의 개발과 결과평가로 얻어진 자료수집과 분석을 주 기능으로 하고 있음. 임상 평가지표의 개발은 1989년부터 시작되었으며 진료결과에 중점을 두는 지표이며 현재 17개 학회가 참여하여 실무진을 구성하고 정부 지원을 받아 지표를 개발하고 있음.

3) 병원 내 질 관리 활동 사례

- 병원 내 질 관리 계획과 프로그램은 병원 내에서 전 분야에 걸쳐 제공되는 서비스의 효과, 질 향상과 질 평가를 지속적으로 하도록 고안되었으며 그 결과 조직의 목적을 실현하기 위하여 질 향상 팀은 다음의 기능을 수행하고 있음.
- 감사(audit)
- 조사(surveys)
- 사례검토(case review)
- 후향적 연구(retrospective studies)
- 사망률 및 유병률 조사(mortality and morbidity reviews)
- 질병구성 분석(DRG/casemix analysis)
- 환경조사(environmental surveys)
- 진료처치 및 과정 분석(analysis of procedures & processes)
- 이용도 조사(utilization reviews)
- 비용효과 분석(cost-benefit analysis)
- 감염관리효과 조사(infection control effectiveness reviews)
- 만족도 설문(satisfaction questionnaires)

- 위와 같은 분야에서 질 향상 활동 수행 시에 호주보건의료표준위원회(ACHS; Australian Council on Health Care Standards)와 전문가 단체 등에서 정의를 내린 질 향상과 객관적인 평가요소를 반드시 포함하고 있음.

3. 일본

3.1 질 관리 사업의 배경

- 일본에서 병원 평가의 효시는 1989년 일본의사회에 주관하고 후생성에서 발간한 ‘병원평가 기능 매뉴얼’이며 1995년 제3자 평가기관인 재단법인 일본의료기능평가기구가 발족되면서 활성화되었음. 이 기구는 행정부와 의료기관 단체의 지원으로 설립되었으며 타당성 조사를 실시하였음. 1995년에 110개 병원, 1996년 200개 병원이 참여하였으며 환자만족도 조사 및 임상 평가지표는 개발 중에 있다.

3.2 질 관리 사업의 내용

1) 평가방법

① 서면심사

방문심사 전에 행해지며 병원의 평가담당자나 관리자가 소정의 조사표 및 설문서를 기입하여 회신하고, 필요한 서류를 사전에 준비하여 제출

- 병원기능의 현황조사
 - 시설기본표 : 병상수, 진료과, 환자수, 직원수, 병상이용률, 평균재원일수 등
 - 부문별 조사표 : 약제부문 및 임상검사부문 등의 설비, 기기 정비상황, 배치직원수 및 운영상황
 - 진료기능조사표 : 진료각과 또는 진료영역에 대하여 대응가능한 진료기능과 수행 상황
 - 경영조사표 : 수지비율 및 인건비 비율 등의 경영관련 지표
- 자기평가조사

② 방문심사

- 방문심사는 제3자의 입장에서 복수의 평가자가 현지를 방문하여 전문적인 견지에서 중립적이고 객관적인 평가 및 판단을 하도록 함.

3.3 평가 기준 및 내용(병원기능평가기구)¹⁶⁾

16) 病院醫療の質に關する研究會. 病院機能平價. Ver. 4.5, 1995.

- 가. 병원의 이념과 조직적 기반
- 나. 지역 수요의 반영
- 다. 진료의 질의 확보
- 라. 간호의 적절한 제공
- 마. 환자의 만족
- 바. 병원 운영 관리의 합리성

4. 네덜란드

4.1 질 관리 사업의 배경

- 네덜란드는 의료의 질 관리분야에서 매우 앞선 나라로 평가됨. 70년대 중반부터 적은 수이지만 병원에서 의료인들의 자발적 사업이 이루어지고 있었음. 본격적인 시작은 1976년 전국 전문의기구(National Specialists Organization)가 의료의 질 관리를 의료인들의 임무로 공식적으로 선언한 데서 비롯됨.
- 임상인들이 의료의 질 관리 활동을 본격적으로 펼칠 수 있도록 지원기구를 만들게 되었는데, 이것이 바로 CBO(Centraal Begeleidingsorgan, the National Organization for Quality Assurance in Netherlands)임. 이 CBO는 의료의 질 관리와 관련된 기술적 지원, 교육과 훈련, 연구와 개발, 공청회 개최 등 광범위한 일들을 수행하는 의료의 질 관리의 중추적인 조직임. 그리고 이 기구는 다른 여러 나라의 의료의 질 관리 전담기구의 모형이 되고 있음.¹⁷⁾

4.2 질 관리 정책의 방향

- 네덜란드에서는 의료인들이 의료의 질 관리를 의료서비스 제공자 자신들의 책임으로 인식하고 있음. 그리고 정부는 직접 주도하지 않고 의료의 질 관리가 가능하도록 지원하고 도와주는 정책을 시행하고 있음. 따라서 CBO의 활동에 있어서도 정부가 직접 개입하지는 않고 이를 지원하는 역할을 수행하고 있음.

4.3 질 관리 사업내용

1) CBO(Centraal Begeleidingsorgan)의 조직

- CBO의 설립에는 여러 유관기관들이 참여하였음. 전국병원심의회(National Hospital

¹⁷⁾ Reerink E. Improving the quality of hospital services in the Netherlands : the role of CBO—the National Organization of Quality Assurance in the Netherlands. Quality Assurance in Health Care 1990; 2(1):13-19.

Council), 병원관리자협회(Association of Hospital Directors), 보건부, 보건의료재정기구(민간의료보험, 질병기금) 등이 참여하였음. 따라서 CBO의 이사회(Supervisory Board of CBO)는 이 참여기관들과 몇 개 기구(의사협회 등)의 대표자로 구성되어 있음. 이사장은 반드시 병원의 의사여야 하며 이사는 임기가 4년이고 관련단체에 의해 임명됨. 이사회는 일년에 3번 개최되며 실행이사회는 격월제로 열림.

- CBO의 활동은 병원에 근무하는 전문인력을 대상으로 하고 있기 때문에 전문인단체와 긴밀한 연계관계가 필요함. 이를 위해 의과학협의회(Medical Scientific Councils)가 조직되어 있는데, 여기에는 26개의 전문과목학회가 참여하고 있음. 이 조직은 주로 진료의 표준개발에 참여하고 있음. 그리고 최근에는 간호부문에다 같은 조직이 생겼음.
- CBO에는 7명의 전임의사와 4명의 간호사가 있어 각 병원의 의사들과 간호사들의 활동을 지원하고 있음. 최근에는 물리치료사들도 참여하기 시작했음. 그리고 이들의 일을 도와주는 하부조직으로 행정직, 비서(3명), 사서(1명)와 정보관리자가 있음. 전임직원의 인건비를 포함한 운영비는 전국의 병원들이 분담하고 있음.

2) CBO의 기능

CBO의 기능은 크게 다섯 가지로 구분할 수 있음.

가. 병원에 대한 기술적 지원

- CBO의 직원들은 전국의 각 병원을 직접 찾아가 질관리위원들을 만나 교육을 하고 조언을 해 줌

나. 교육과 훈련기능

다. 정보제공기능

- 도서 및 문서센터가 CBO 내에 세워져 의료의 질 관리에 대한 정보를 널리 보급하고 있음.

라. 연구와 개발기능

마. 공청회(forum) 개최

- CBO는 의료인들간의 의료의 질에 관한 논의와 결정을 활성화시키는 기능을 수행하고 있음. 또 중요한 기능은 합의도출을 위한 모임을 조직하고 운영하는 것임. 이 모임은 전문학회가 주최하고 CBO에서 기술적 지원을 하는 식으로 운영되는데 성공적인 합동모임으로 평가되고 있음.

3) CBO 활동의 평가

- 지난 10년간 CBO의 활동결과를 평가해 보면, 처음의 목표대로 각 병원에 질 관리사업이 만들어지고, 계속해서 운영되고 있다는 점에서 긍정적임. 또 의사와 간호사들의 질 관리에 대한 인식수준이 높아졌고, 널리 구독되는 전문잡지와 전산화된 문헌검색체계의 개발, 연구

와 개발에 대한 많은 문의 등 상당한 산출물을 만들어 내었음.

- 이러한 CBO 형태의 질 관리사업은 다른 여러 나라들에도 많은 영향을 주었음. 스웨덴, 프랑스, 영국에서는 기존의 질 관리 연구기관에 CBO와 같이 전문인력들에 대한 지원, 합의를도출 모임 개최 등의 기능을 추가하고 있고, 스페인, 오스트리아, 유고의 경우에는 보건부 산하 기관에, 이태리에서는 개별 병원에 이런 기능을 부여하고 있음. 의료의 질 관리 분야에 있어 세계보건기구의 협력기관으로서 CBO의 영향은 앞으로 더욱 많은 나라에 미치게 될 것임.

5. 핀란드

5.1 질 관리 사업의 배경

- 핀란드는 다른 유럽 국가보다 빨리 70년대 초에 의료의 질 관리 사업을 시작하였음. 71년도에 핀란드 병원협회는 회원 병원들에 대해 의료감사활동(medical audit)을 시작하도록 촉구하였음. 사업의 시작 계기는 Vuori가 미국에서 의료의 질 관리 연구를 수행한 후 귀국하여 이를 핀란드에 적용시켜 보려는 의도에서 시작되었음. 그러나 초기의 질 관리 사업은 성공을 거두지 못하였음. 의료의 질 관리 사업은 그 필요성을 보여줄 때 시작이 가능한데, 핀란드의 의사들은 당시의 현실에 만족하여 질 관리의 필요성을 인식하지 못하였음. 즉, 핀란드와 같이 작은 나라의 경우 의학교육기관의 숫자가 적고, 교과과정도 거의 동일하고, 의료기관들도 거의 비슷하게 양질의 수준을 유지하고 있으므로 의료의 질 관리가 필요하지 않다는 생각이 지배적이었음.
- 그러나 현실적인 질적 수준의 차이를 보여주는 연구결과들이 나오면서 이러한 믿음은 무너지게 되었음.(지역간 변이(small area variation), 지역간 영아사망률, 병원간 동일진단 환자당 방사선 촬영건수, 의원간 수술부위 감염률, 병동간 욕창률 등 의료의 질적 수준의 차이)
- 진료의 각종 지침서(guideline, protocol)들이 개발되기 시작했음.
- 이러한 지침서 개발의 노력은 의료의 전 부문에 걸쳐 포괄적 지침서 개발을 위한 Model Health Care Programme이라는 사업으로 결집되었음. 이 사업은 70년대에 활발히 시행되었으나 지금은 중단된 상태임. 그러나 이 사업의 결과로 의료의 질 관리에 대한 인식과 관심이 제고되어 최근에 들어서는 의료의 질 관리 사업의 새로운 도약시기를 준비하고 있음.

5.2 질 관리 사업의 내용

- Model Health Care Programme(a cousin of QA)은 스웨덴과 핀란드에서 70년대에 시도된 포괄적 진료지침서를 개발하는 사업이었음. 이 사업은 어느 정도 목표를 달성하였으나 양국 모두에서 발전이 중단된 상태임. 개발된 지침들은 널리 알려져 있으나 의료인들이 일상적으

로 진료에 지침서를 이용하고 있지는 않음.

5.3 질 관리 관련 제도

○핀란드에서는 최근 병원단위 의료의 질 관리 사업 실시를 위한 기반이 조성된 것으로 판단하고 있음. 이러한 기반조성에는 다음과 같은 노력들이 기여를 하였음. 첫째, 의료의 질 개선이 필요함을 보여주는 연구결과들이 계속해서 나오고 있고, 둘째, 의료인들에 대한 의료의 질 관리 훈련의 결과로 이들의 인식과 관심이 높아졌고, 셋째, 중앙정부와 지방정부 및 병원당국이 의료의 질 관리 사업을 지원하고 있으며 연구를 위한 기금도 마련되어 있음.

5.4 질 관리 사업의 평가

○70년대 초에 처음 시작했던 의료의 질 관리 사업의 경험(실패)에서 나타난 문제점과 교훈들은 다음과 같음.

첫째, 젊은 의사들은 협조적인 반면 장년층 특히 교수들은 비협조적이고 의료의 질 관리에 대해 우려를 표명하였음.

둘째, 의료의 질 관리는 환자 진료에서 나타난 문제점을 해결하는 실제적인 시도이기 때문에 학문적 관심은 최상의 출발점이 되지 못함.

셋째, 다른 분야의 전공자들은 임상 의사들에게 환영받지 못하는 침입자로 간주되었음. 임상 의사들에게 정보를 주고 사업에 참여시키는 것만으로는 부족하고, 대부분의 일들이 이들에 의해 수행되어야 할 필요가 있음.

넷째, 병원협회를 통해 사업을 시행하려 했던 것은 시행착오였음. 병원협회는 병원소유주들을 대표하는 단체이기 때문에 임상 의사들은 의료의 질관리 사업을 그들에 대한 병원 소유주들의 통제로 간주하였음.

핀란드와 스웨덴에서 70년대에 시행한 Model Health Care Programme의 경험결과 다음의 조건들이 충족될 때 프로그램의 개발과 시행이 성공함을 알 수 있었음.

첫째, 모든 기관의 모든 수준의 의료에 대해 모두가 관심을 가져야 한다.

둘째, 전문적 지식을 가지고 동기를 가진 사업의 지도자가 있어야 한다.

셋째, 프로그램의 사용자들이 잘 훈련을 받은 사람이어야 한다.

넷째, 정치인들이 사업을 지원하여야 한다.

다섯째, 사업의 개발과 시행에 많은 충분한 시간과 자원이 있어야 한다.

여섯째, 결과를 적절하게 평가하여야 한다.

지금까지 핀란드의 의료의 질 관리 사업 경험에서 얻을 수 있는 소중한 교훈들을 요약해 보면 다음과 같음.¹⁸⁾

첫째, 필요성을 보여주어야 함. 의료의 질관리사업이 성공을 거두기 위해서는 의료제공자들이 의료의 질관리의 필요성을 느끼는 것이 필수조건임. 이를 위해서는 의료의 질 관리가 좋다는 설득이 아니라 의료의 질에 문제가 있음을 보여주는 명백한 증거를 제시하여야 함. 이를 위해서는 결과의 변이(outcome variation)를 제시하는 것이 좋은 방법이 됨.

둘째, 작게 시작하여야 함. 실현 가능한 목표를 가진 작은 사업부터 시작하는 것이 좋음. 소규모 사업은 실패의 부담을 덜어 주어 사업에 필요한 중요 인물들로부터의 지원을 받기가 쉽다는 장점이 있음.

셋째, 관련된 의료전문인들이 모두 참여하여야 함. 일부 부문의 참여만으로는 성공을 거두기가 어려움.

넷째, 처벌보다는 유인책을 사용해야 함.

다섯째, 포괄적이고 체계적인 의료의 질 관리가 모든 의료기관에서 시행되기 위해서는 법적 토대가 필요하지만 초기에는 의료인들의 자발적 행태로 시작되어야 함.

6. 스페인 ¹⁹⁾

6.1 질 관리 사업의 배경

- 스페인은 1986년 이전까지는 우리 나라와 같이 국민의료보험을 실시하였으나 1986년부터는 조세에 의한 국가보건의료체계(NHS)로 바뀌었음. 이러한 의료체계의 근본적 변화는 의료의 질 관리부문에서도 큰 발전을 가져오고 있음(Sunol et al., 1991).
- 스페인의 의료의 질 관리 역사는 1980년대 초부터 시작되었다고 할 수 있음. 1981년 Catalonia 주에서 처음으로 병원신임제도가 실시되었음. 이 제도는 주정부의 주도로 시작되었는데, 1988년부터는 스페인 전국에서 실시되고 있음. 병원 내 질 관리 사업도 80년대 초부터 의료인들의 자발적 노력으로 시작되었음. 현재는 관련 법의 제정으로 많은 병원에서 일상적 업무의 하나로 질 관리사업이 시행되고 있음.

6.2 질 관리 정책의 방향

18) Vuori H. Quality Assurance in Finland. British Medical Journal 1992;304:162-164.

19) Sunol R, et al. Medical audit: the Spanish experience. British Medical Journal 1991;303: 1249-1251.

- 현재까지 스페인의 병원신임제도는 독립적인 전문가 단체가 아니라 정부측의 주도로 이루어지고 있음. 전문가 단체의 주도로 시행하는 방안을 검토하고 있으나 스페인의 현 상황에서는 큰 영향력을 발휘하기 어려운 것으로 판단되고 있음.
- 스페인 정부는 지금까지 하나의 단일 질 관리체계를 구축하기 보다는 필요에 따라 적합한 사업들을 개발하는 정책을 채택하고 있음. 의료계에서도 의료의 질 관리사업이 중앙화된 의무사업으로 진행되지 않기를 바라고 있음. 그리고 너무 급하게 시행해서 의료의 질 관리사업이 '새로운 감시자(new inspectorate)'를 만들어 내는 일이 되지 않기를 원하고 있음.

6.3 질 관리 사업의 내용

- 스페인의 질 관리 사업은 외부사업과 내부사업으로 구분할 수 있음. 외부사업은 병원신임제도로 1981년 Catalonia지방에서 시작된 이후 1988년부터는 병원과 일차의료기관의 신임을 위한 전국적인 체계가 갖추어졌음. 이 신임제도는 직접적인 재정적 실행수단은 없지만 의료기관으로 하여금 양질의 의료를 제공할 수 있도록 하는 유인책(특혜, 자원 등)을 가지고 있음.
- 내부 질 관리 사업은 80년대 초부터 각 병원의 병원장들에 의해 병원관리수단의 하나로, 그리고 주요문제의 발견과 해결수단으로 시작되었음. 질 관리 사업이 본격적으로 시작되면서 위원회는 새로이 조직되어 정확한 평가항목(explicit criteria)을 만들고, 모든 활동결과는 함께 묶어 보고서를 만든 뒤 병원 각 부서의 책임자에게 회람을 시키게 되었음. 이 질 관리 사업은 병원장에 대한 자문의 기능을 가지며 의사들은 자발적으로 교대로 참여하고 있음. 주로 다루고 있는 대상은 진료의 과정과 결과, 의료자원이용감사, 위험관리(risk management), 환자들의 의견 등임. 이 중 환자의 의견과 불만을 받아들이는 것이 중요한 사업으로 인식되고 있음. 실제로 1984년부터 스페인의 전 병원에서는 환자의견청취서비스가 시행되고 있음.

6.4 질 관리 사업의 평가

- 스페인의 경우 환자진료의 결과와 병원관리의 분권화에 주로 초점을 맞추게 됨에 따라 의료의 질 관리 사업도 과단위 사업의 개발이 늘어나고 있는 추임다. 가까운 장래에 기관단위와 과단위(혹 병동단위)의 두 가지 수준의 의료의 질 관리 사업이 공존할 전망이다.
- 스페인에서는 의료의 질 관리 사업을 전문인력들의 자발적 참여와 순환을 조장하도록 만들었기 때문에 이들의 참여에는 큰 문제가 없었음. 그리고 병원경영자들도 전문인력들의 주도적 역할을 받아들였음. 질 관리 사업의 시행과 개발에 대한 경영자들의 관심은 계속 높아지고 있고, 몇몇 병원에서는 질관리분임조(quality circle)까지 설치하고 있음. 그러나 지금까지 의료인 단체의 협력은 미흡한 수준이었고 반면에 학계에서는 많은 협조가 있었음.
- 스페인의 의료의 질 관리에서 아직 해결해야 할 가장 중요한 문제로는 질평가에 있어서 환

자와 가족들의 역할보다 분권화된 관리체계에서 질 관리 사업의 역할 문제가 거론되고 있음.

III. Accreditation and the regulation of quality in health services

Accreditation and licensing

- Accreditation: 의료조직의 질 개선을 위한 보조와 참여에 초점. optimal level
- Licensure: 정부에 의한 혹은 정부의 투자로 운영되는 의무적 조사. minimum level
- US: JCAHO는 초기에는 자발적인 시장에서 생겨났지만 HCFA가 이를 licensing의 용도로 사용함. 메디케어나 메디케이드는 JCAHO의 평가 결과에 따라 협약을 함.

The shape of accreditation(figure 1)

- External review: 전문가의 평가 필요. 전문가는 대부분 동료 의사임.
 - Expert inspection: 표준과 신임을 사용한 조사. senior professor 의 질적 평가
 - Written statement: 조직의 구조와 기능에 대한 기술
 - Accreditation: 표준에 기반한 전문가의 판단에 의거. 준수 여부를 판단 -> grade와 점수로 표시됨
- Internal review: 조직 내부에서 평가. 조직에 속한 전문가의 판단에 기초함.
- 신임제도에 대한 3가지 접근 방법
 - Market based: USA의 JCAHO, 신임제도의 시작
 - Professionally self-regulated: 대다수의 나라가 사용. 신임제도가 사용하는 표준보다는 동료의사의 전문적 판단에 기초함. 최근에는 표준 개발
 - Government-owned: 최근에 대두됨. 정부가 질 향상의 목적보다는 licensing 용도로 사용. 의무로 규정. 최소기준을 제시하고 준수여부를 확인함. 질 향상의 목적에서 규제의 목적으로 변질됨.
- Dimensions in the construction of accreditation systems(table 4.1)
 - original model: JCAHO, CCHSA, ACHS
- Local variation: UK. 지방정부가 자체 개발. 상이한 의료기관의 특성 반영
- 자발적 참여 VS 정부의 규제
 - 원래의 목적이 어디에 있었는가
 - 누가 주도를 하는가에 의해 결정

The European experience of accreditation

- 영국의 경험
 - King's fund의 CCHSA 기준 개발(1980) : 병원들에 적용
 - 이후 NHS 병원 평가 기준으로 사용하는 ACHS로 바뀜. 자발적인 참여. 병원이 참가비를 지불함. 민간병원은 중요한 고객임. 민간병원이 경쟁력을 갖추기 위한 수단으로 사용 -> 표준화 활성화에 기여
 - 다른 나라에 전수됨. -> 핀란드, 포르투갈, 스웨덴. 정부의 관심에도 불구하고 정착에는 실패
 - 영국정부는 병원 대기시간과 환자의 알 권리 충족 등을 기준으로 제시함, 참여하는 기관에 대한 상급. 질 관리 기구 설립(National Institute for Clinical Effectiveness, Commission for Health Improvement)
- 체코, 독일, 헝가리, 폴란드, 포르투갈, 스페인, 스위스: 받아들여려는 시도가 있었지만 단명함. 정부는 다른 방법을 도입함.
- 실패한 이유는? - 짧은 시간에 복잡한 시스템을 도입하려고 함. 도입시에는 많은 시간이 요구됨. 대부분 미래 개발된 기준을 번역하여 적용함
- 동유럽에는 JCAHO의 국제기준을 적용함. 헝가리: 시험 적용하였지만 지속되지는 못함
- 체코: 1998년 관련 기구 설립. 자발적 참여. 하지만 제 3자 기구에 의한 의무적 조사로 바뀌어야 한다는 여론도 있음
- 스페인: Catalonia 지역의 병원 신임 프로그램은 16년 지속됨. 대부분 병원은 민간소유. 정부의 강제 규정. 계약을 맺으려는 병원은 신임을 통과해야 함.
- 기타 국가: 책 참고
- 방법은 각각 상이 self-regulation VS government inspection
 - 프랑스처럼 정부가 규제목적으로 쓰는 나라가 있는 반면, 정부가 질 관리 평가 방법 개발에만 관여하기도 함.
- 헝가리와 이탈리아는 정부가 최소 기준 제시. 허가 기준으로 사용.
- 중앙정부의 주도로 운영되는 나라: 벨기에, 프랑스, 스코틀랜드. 강제적 참여, 보험자와 계약을 하기 위한 전제조건 등으로 사용.
- 프랑스의 경우 ANAES가 표준과 신임 프로세스 개발
- 스코틀랜드의 경우 임상적 우선순위가 높은 분야에 우선 적용(암, 허혈성 심질환, 중풍, 당뇨병, 정신질환)
- 소규모의 임상적 분야에 대한 신임활동이 활발해짐(암) - 영국의 NHS, 프랑스, The Federation of European Cancer Societies.
- 벨기에와 프랑스는 external review system 도입. 나머지 국가는 internal review system 도입. 의료조직은 자신이 직접 평가기준 개발. 한 예로 아이스 랜드는 JCAHO의 기준으로 자체 평가기준으로 사용함. 이러한 방식은 ISO 9000과 같은 기준 개발의 활성화와 연결됨. 대부분 유럽나라들은 후자 쪽임. 네덜란드는 많은 자체평가 활동들을 통합하는 노력을 하고

있음.

Approaches to monitoring quality

- 각각 나라들은 서로 다른 질 관리 모델을 도입함. - 서로 다른 funding, accountability structure. 강제적 - 자발적. 개발된 표준 사용 - 조사자의 판단.
- 최근 미국은 메디케어, 메디케이드 계약과 관련해 주 단위의 평가가 허용되고 있음. 자발적인 참여이며 반(quasi)-규제적인 방식으로 시행되고 있음.
- 캐나다의 CCHSA는 국가보험 전체와 관련된 의료조직에 대한 질 모니터링을 시행하고 있는 독립적인 기구임. 영국의 경우 지방 NHS 사무국은 암 질환 관련 서비스의 질을 모니터링하기를 요청받고 있음. 이 요청에 부응하기 위해 이들 사무국은 스페인의 Catalonia와 마찬가지로 강제적인 신입제도를 개발하였음.

Accreditation and regulation

- 각 나라마다 사회, 정치, 기술적 환경의 특성에 따라 신입제도의 모습이 달라짐.
- 각 나라 정부는 신입제도를 규제의 목적으로 사용하려 했음에도 불구하고 소수의 나라만이 성공함. 그 이유는 신입제도가 매우 다양하고 적용하기 힘들고 복잡함. 또한 다른 나라의 독립적인 민간기구에서 만들어진 기준을 적용하게 될 때 대부분 기준을 지키지 못함. 프랑스의 ANAES와 영국의 새로운 제도는 정부로부터의 반 독립적인 기구임. 신입제도에서의 판단은 정부와 연계되어 시행되며 정부로부터 보조를 받지만 여전히 외부 인사들은 모두 정부로부터 독립적임. 이러한 관계는 정부가 일방적으로 통제할 수 없음. 신입을 직접 하는 사람들이 해당 기구에 너무 밀착되어 있으면 공정성을 상실할 수도 있음. 정부로서는 복잡한 신입제도 이외의 다른 간단한 규제도구를 찾아볼 필요가 있음.
- 신입제도는 참여가 강제적인지, 자발적인지 여부, 기준이 있는지 여부, 합격 불합격 여부를 제시하는 평가시스템이 있는지 여부 등에 의해 결정됨. 프랑스는 기준에 의한 평가를 하며 강제적 참여제이나 엄격한 평가보다는 질적인 리포트 형식을 취하고 있음. 영국의 경우는 강제적인 조사제도를 쓰고 있으며 기준이 없는 평가이며 질적인 리포트 형식을 취하고 있음. 또 하나의 factor는 평가는 평가 결과의 공표여부임. 병원의 공공성이 높은 나라에서는 만약 평가 결과가 좋지 않게 나오면 병원에 대한 보조를 강화해야 한다는 압력이 작용하게 되기 때문에 정부는 나쁜 결과를 공표하기 어렵게 됨. 정부는 이 때문에 평가와 관련하여 지방정부와 의논하고 협상하게 됨
- 만약 정부가 의료기관의 부적합을 발견해내는데 이 제도를 사용한다면 이를 해결하기 위한 메커니즘이 있어야 함. 특히 공공병원의 경우 더 그러함. 종종 공공병원은 정부의 기금을 얼마나 받는지에 의해 제한을 받게 됨. 따라서 이러한 경우 독립적인 기구에 의한 신입제도가 의미가 더 적합함. 더구나 자체 평가에 의한 신입은 그들 자체의 과정과 기능에 대해 더

잘 알고 있고 문제점을 더 잘 발견하고 해결할 수 있음.

- 중앙정부가 평가를 지방정부로 이관할 경우 중앙 정부와 지방 정부 사이에 갈등이 있을 수 있음. 지방 의료기관간의 서비스에 차이가 없어야 한다는 압력이 있고 이는 중앙정부로 하여금 모니터링 과정을 중앙집권화 하려고 하게 만들. 지방정부에 더 많은 자율권이 주어 질수록 지방정부는 중앙의 통제에 저항하고 자신들만의 질 유지 과정을 가지려고 함. 이탈리아와 스페인의 경우 지방정부의 자율권이 강화되어 있고 영국의 경우 지방정부가 완전히 자율적이지는 않고 정부와 보조를 맞추고 있음.
- 외부의 규제 위주인 평가는 의료관리 전문가에게 처벌적이며 동기-억제적이라고 비난받았음. 하지만 정부의 평가는 점점 필수적인 것이 되어가고 있음. 그렇지만 이와 동시에 의료 제공자의 질 향상을 위한 동기를 억제시키지 않아야 할 것임. 따라서 평가 기준으로 적절한 수준을 제시하고 여기에 도달하는 것에 그치지 않고 이를 능가할 수 있게 북돋아줄 수 있어야 함.

IV. Accreditation and the regulation of quality in health services

Context and objectives

○ 배경 및 목적

- 1) health plan의 신임여부와 health plan의 과정에 대한 질 평가 결과의 연관성이 별로 알려져 있지 않음. 이 연구에서는 HEDIS와 환자보고 질 평가 결과를 사용하여 이를 분석함.
- 2) 신임평가는 자발적인 참가에 의함. 따라서 참가를 한 health plan과 하지 않은 health plan이 어떻게 다른지 분석함.
- 3) health plan이 신임을 받는 목적은 더 많은 회원을 모집하기 위한 전략임. 따라서 신임여부와 회원 증가가 상관관계가 있는지 분석함.

○ NCQA는 1990년 MCOs(managed care organizations)의 performance를 평가하기 위해 설립된 비영리기관임. 현재 50% 정도의 HMO를 신임 평가함(가입자의 75% cover)

○ 평가 기준: Table 1 - 구조와 과정에 대한 평가. 결과에 대한 평가는 아님.

○ 평가결과 공표 양식: Table 2

○ 평가에 대한 참여는 자발적이지만 몇몇 대형 구매자들은 이를 계약의 조건으로 사용함. (10개 주 이상의 메디케이드)

○ 만약 NCQA의 신임평가 결과가 의료의 질과 환자의 평가 결과와 양의 상관관계가 있다면 신임평가를 의무적인 것으로 하는데 대한 주장이 더 큰 설득력을 얻게 될 것임.

Results

Accreditation and Plan Characteristics

- Table 3

Accreditation and HEDIS performance

- Table 4, Table 5

Accreditation and Patient-Reported Quality and Satisfaction

- Table 6, Table 7

Accreditation and Health Plan Enrollment

- Table 8 - 이전 기간과 지역적 변수, 가입자 수를 보정함 ->correlation

Discussion

- 신임을 받은 health plan과 그렇지 않은 health plan은 여러 가지 항목에서 차이를 보임. 신임에 실패한 health plan은 신임평가를 신청하지 않은 health plan보다 신임을 받은 health plan과 더 비슷함. 이는 신임을 신청하는데 있어 쉬운 특징들을 양자가 공유한다는 것을 뜻함.
- 신임결과는 HEDIS의 질 평가 결과와 양의 상관관계가 있지만 신임결과가 health plan 가입자들에게 질 낮은 서비스를 제공하는 것을 막지는 못함.
- 신임결과는 환자의 질과 접근성 평가 결과와 상관관계를 보이지 못함.
- 신임결과와 HEDIS의 질 평가 결과 및 환자의 질과 접근성 평가 결과가 상관성이 없다는 것은 신임평가가 의료의 질과 환자가 생각하는 의료의 질을 제대로 반영하지 못하는 것을 뜻함. 1999년 NCQA는 HEDIS 평가와 소비자 평가 설문을 신임평가 기준에 포함시켰음. 따라서 이를 평가하는 다른 연구가 있어야 할 것임.
- 신임결과는 초기에 health plan 가입자의 증가와 관계가 있었지만 최근에 와서는 그렇지 못했음. 신임 실패는 가입자의 증감과 큰 관계가 없었음. - 이는 초기에는 신임평가 결과가 가입자 증가에 영향을 미쳤지만 나중으로 갈수록 health plan들이 이에 대한 필요성을 느끼지 못했음을 뜻함.
- NCQA는 평가 기준을 개선하고 최근 변경된 평가기준에 따라 시행한 결과가 어떻게 달라졌는지에 대한 연구가 더 필요함.

U.S. News 의 "America's Best Hospitals" 선정

- 15년 전부터 시작하여 매년 선정
- 각 17개의 카테고리(암, 심장, 소아과, 비뇨기과 등)별로 선정
- 6,012개의 대상 병원(군병원 포함) 중 130-177 개의 병원만이 high-enough quality를 갖춘 병원으로 선정되며 14개의 병원만이 very high-enough quality를 갖춘 병원을 선정됨.

- 선정되기 위한 전제조건
 - 순위에 들기 위해서는 우선 다음의 3가지 조건 중 한 가지 조건을 만족해야 함.
 - 1) 교육병원의 회원
 - 2) 의과대학 회원
 - 3) 17개의 key technology-related services (예> positron emission tomography) 중 적어도 9개를 시행하여야 함.
 - 6,012의 병원 중 2,113의 병원만이 이에 해당됨.

- 선정 기준
 - 점수 산정: 명성도, 사망률, 치료관련 사항(간호, 환자 서비스 등)이 같은 비중으로 산정됨. 점수가 높은 50개의 병원만이 순위에 들어감.
 - 본 기준은 1993년 시카고 대학의 National Opinion Research Center에서 만든 것을 기초로 한 것임.
 - 1) 명성도
 - American Medical Association 명부에 있는 전문의 811,000에 설문지를 보내서 치료비용이 나 지역에 상관없이 가장 좋다고 생각되는 병원 5개를 선정하도록 함. 설문에 응한 의사는 각 전문과별로 2004년과 2003년에는 150명, 2002년에는 180명이었음. 의사의 선정 여부 %를 기록함. 2004년에는 2,550명의 의사가 설문에 응답했음.
 - 2) 사망률
 - 2000-2002년 중 특정 condition에 있는 메디케어 환자에 대해 중증도를 보정한 후 예측 사망률과 비교함. 1보다 낮으면 좋은 것이고 1 보다 높으면 나쁜 것임.
 - 3) 치료 관련 사항(care-related factors)
 - American Hospital Association에서 2002년 의사들을 대상으로 한 설문조사를 기초로 하여

만든 항목이며 조금씩 항목이 바뀌기도 함.

예시> 암 치료 기관에 순위

CANCER

Researchers are testing medications that target specific cancers

Rank	Hospital	U.S. News Score	Reputation (%)	Mortality ratio	Discharges (3 years)	R.N.'s to patients	Nurse Magnet hospital	Key Technologies (of 7)	Patient/community services (of 15)	Hospice, palliative care	NCI Cancer center
1	University of Texas, M. D. Anderson Cancer Center, Houston	100.0	76.1	0.77	5,352	1.85	Yes	6.0	6	P	Yes
2	Memorial Sloan - Kettering Cancer Center, New York	97.5	73.7	0.71	5,399	1.64	No	6.0	7	H, P	Yes
3	Johns Hopkins Hospital, Baltimore	67.2	35.0	0.49	1,859	2.10	Yes	7.0	15	H, P	Yes
4	Dana - Farber Cancer Institute, Boston	66.9	45.3	0.72	274	0.87	No	6.0	7	H, P	Yes
5	Mayo Clinic, Rochester, Minn.	64.2	32.6	0.58	4,361	3.30	Yes	7.0	15	H, P	Yes
6	Duke University Medical Center, Durham, N.C.	39.9	11.9	0.77	2,955	2.10	No	7.0	14	H, P	Yes
7	University of Michigan Medical Center, Ann Arbor	36.8	6.4	0.57	1,480	2.13	No	7.0	15	P	Yes
8	UCLA Medical Center, Los Angeles	36.8	7.7	0.67	1,291	2.08	No	7.0	13	H, P	Yes