

원저

주요 국가의 의료기관 신임제도 비교연구

- 미국, 영국, 캐나다, 호주, 한국을 중심으로 -

신영수, 이신호, 김수경, 이영성
한국의료관리연구원

A Comparative Study on Hospital Accreditation
Programme

United States of America, United Kingdom, Canada, Australia, Republic of Korea

Young-soo Shin, Sin-ho Lee, Su-kyeong Kim, Young-sung Lee
Korea Institute of Health Services Management

Abstract Hospital Accreditation Programme(HAP) has been introduced in many countries in the world for these recent years. This article reviews the HAP in the aspects of the organization, survey and evaluation process, evaluation criteria, and its impact to the hospital quality improvement. The nations included in this study are USA, UK, Canada, Australia, and Korea.

To carry out this comparative study, the authors have reviewed articles and accreditation manuals having been issued in many countries. An expert panel of medical doctor, nurse, pharmacist, administrator, and specialist in health facilities formulated a study framework.

The results of this study enhance understanding about hospital accreditation activities according to each nation's health care system. In recent years, the Korean government has launched the plan to improve the quality of health services by strengthening the hospital accreditation programme.

This study results can provide useful information in development and implementation of the national hospital accreditation programme in Korea.

Key Words: hospital accreditation programme, quality assurance, organization audit, standards

I. 서론

우리 나라는 지난 20여 년 간 소득 증대와 의료 보장의 확대 실시로 인해 의료 이용의 장애 요인이 완화되자 이에 따른 잠재적 의료 수요의 급격한 표출로 인해 급속한 수요 증가와 아울러 의료기관도 급격하게 양적으로 증대되어 왔다. 의료기관이 갖추어야 될 요건에 대한 규정이 미비된 상태에서 수요의 우선적인 충족 필요성에 따라 단기간내 이루어진 의료기관의 급속한 증가는 필연적으로 의료기관간의 현격한 시설 격차를 초래하게 되었으며 이러한 격차는 병원 경영 환경의 악화 등에 따른 제공자 자체의 개선 능력의 미비로 인해 해소되기가 곤란한 실정이다.

또한 생활 수준의 향상에 따라 지금까지 시혜적인 측면에 머물렀던 의료서비스가 국민이 당연히 누려야 할 사회복지의 일환이라는 인식이 보편화되면서 양질의 의료서비스를 받고자 하는 국민적 요구도 증대되고 있다. 의료서비스에 대한 국민의 불만이 증가되고 있으며, 양질의 진료를 받기 위해 3차 대학병원으로 환자가 집중하고 있는 것도 이러한 현상과 무관하지 않다. 일차의료기관과 중소 규모의 병원에서는 오히려 시설의 유향화 현상이 초래되고 있는 등 의료이용과 의료제공체계 전반에 걸친 문제점이 점차 심화되고 있는 추세이다.

이러한 문제점의 해결 방안의 일환으로서 의료

기관이 제공하는 의료서비스 수준을 우리 나라가 감당할 수 있는 경제적인 범위 내에서 적정화하는 것을 고려할 수 있다. 양질의 의료서비스를 제공할 수 있도록 의료기관이 제공하는 의료서비스의 수준을 적정화하는 여러 가지 방안들 중 광범위하게 활용되고 있을 뿐 아니라 역사적으로 가장 먼저 사용된 방안이 의료기관 신임제도이다. 의료기관 신임 제도는 양질의 의료서비스를 제공하는 의료기관을 국가적, 전문적인 측면에서 인정하는 것으로서 의료기관이 적정한 능력을 갖춘 전문 인력과 적정한 수준의 서비스를 산출할 능력을 갖추고 있음을 공적으로 보장하는 것이다. 다시 말해 의료기관 신임 제도는 서비스를 제공하는 여건을 제대로 갖추면 제공되는 서비스의 수준도 제고될 것이라는 전제 아래 서비스가 제공되는 구조와 내용을 평가하여 적정 서비스의 수준을 보장하는 것이다.¹⁾ 구조적 측면의 평가를 위주로 하여 발전하여 온 의료기관 신임제도는 의료서비스의 수준을 평가하고 개선시키는 데 한계점을 지니고 있음에도 불구하고 의료기관간의 시설 격차가 현저한 상황 아래서는 유효한 방법이 될 수 있으며 또한 시행이 비교적 용이한 방법이다.

이미 우리 나라에서는 의료기관 신임제도의 일환으로 1981년부터 대한병원협회의 주관 하에 병원표준화사업이 실시되어 왔다²⁾. 그러나 기존의 병원표준화사업은 사업의 조직체계, 실행 방법, 사업의 영

향 측면에서 여러 가지 문제점을 지니고 있어 실질적으로 의료기관이 적절한 수준의 의료서비스를 산출할 수 있음을 사회적으로 공인하는 제도로서 활용되고 있지 못한 실정이다. 그 뿐만 아니라 이 사업은 각 의료기관들에게 양질의 서비스를 제공하도록 유인하는 효과도 미흡한 실정이다. 우리 나라의 병원표준화사업이 실질적인 의료기관신입제도로서 정착하여 발전하기 위해서는 이미 오래 전부터 실시하고 있는 각국의 다양한 신입제도의 경험과 국내의 환경을 동시에 고려하여 연구해 볼 필요성이 있다. 국내에서 의료기관 신입제도에 대한 체계적인 고찰을 수행한 연구는 매우 빈약하거나 전무한 실정이다. 1980년대 초에 병원표준화심사 제도의 도입과 관련하여 의료 분야와 간호 분야에서 일부 연구가 있었으며,^{2),6)} 1991년도 적정 의료의 질보장을 위한 노력의 일환으로 의료기관 신입제도에 대한 연구가 있었다.⁷⁾

본 연구는 이러한 필요성에 따라 주요 국의 의료기관 신입제도를 몇 가지 측면에서 비교·평가하고자 한다. 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 의료기관 신입제도의 개념을 정립한다. 둘째, 주요 국의 의료기관 신입제도를 조직체계 등의 구조적 측면, 조사 및 신임 과정 측면, 사업의 효과 측면으로 비교 평가한다. 셋째, 우리 나라 병원신입제도의 발전을 위한 주요 방향 및 원칙을 제시한다.

본 연구는 일부 국가의 신입제도를 비교 검토하고 있어 연구 결과의 일반화에는 다소 제한점을 가지고 있다. 그러나 본 연구에서 포함된 비교 국가 모두가 의료기관 신입제도의 발전 과정에서 매우 중요한 위치에 있는 국가들인 점과, 아직도 의료기관 신입제도를 국가적인 수준에서 실행하고 있는 국가가 많지 않고 대부분의 국가에서 현재 준비 중이거나 시험적인 사업을 하고 있는 단계라는 점, 그리고 현지 방문을 통해 수집된 다양한 자료를 근거로 각국의 제도를 비교 평가할 수 있었다는 점 등을 고려할 때 본 연구의 의의는 충분하다 하겠다.

II. 연구 방법

1. 평가의 요소

의료기관 신입제도의 평가는 본 연구진과 전문가의 패널 토의를 통해서 크게 조직체계와 조사 및 신임평가 과정, 신임평가 사용의 기준과 신임사업의 효과 측면으로 구분하였다. 각 항목별 비교에서 영국과 캐나다의 경우에는 수집된 자료가 제한적이어서 비교 가능한 항목에서만 기술하였다.

1) 조직체계

의료기관 신입제도의 조직체계를 신임사업을 관장하는 조직(기구)의 성격에 관한 것으로 국가보건 의료체계 하에서의 위치, 기구의 법적 근거, 조직의 성장 과정, 조직 구성원의 특성, 조직의 의사결정 구조 등을 포괄한다. 본 연구의 경우 조직체계의 유형은 전문가(의사, 간호사 등) 집단 및 비전문가(소비자 단체 등) 집단의 참여의 정도를 기준으로 전문가 위주형 국가(예: 한국), 혼합 형태에 해당하는 국가(예: 미국과 캐나다, 영국), 비전문가 참여를 장려하는 개방형 국가(예: 호주)의 3가지 유형으로 구분하고 그 유형의 조직체계에 대해서 고찰하였다.

2) 조사 및 신임평가 과정

의료기관 조사 및 조사 이후의 신임평가 과정은 크게 조사의 종류, 조사의 방식, 기준에 대한 적합도의 평가, 신임평가 과정 및 신임의 내용으로 구분하였다. 조사의 종류는 다시 조사 시기, 조사 내용, 대상 기관의 특성 등으로 세분하였다. 조사의 방식 측

1) 우리나라에서의 병원표준화심사의 역사는 1963년 수련병원 지정을 위한 심사 제도의 도입에서부터 시작한다. 수련병원 지정 심사 제도는 형식적인 심사에 대한 그 동안의 비판과 진료 윤리와 병원의 질적 향상을 기할 필요성이 제기되면서 1980년부터 병원표준화사업을 중점 사업으로 하는 준비 단계(1980년 병원표준화사업 추진 본부 및 추진 위원회 구성)를 거쳐 1981년에 본격적인 병원표준화사업으로 발전하였다(하호욱, 1985).

면은 조사 과정에 관한 것으로 현지 방문과 서류 심사 여부와 세부적인 조사 일정 등을 고찰한 것이다. 기준에 대한 적합도의 평가는 조사 과정에서 취합된 정보를 근거로 기준에 대한 적합성을 평가하였다. 또한 조사원의 평가 수준도 단순한 항목별 관점에서 조사 평가 요약서 작성까지로 구분하였다. 신임평가 과정 및 신임의 내용 측면은 신임 판정의 결정 자와 그 결정된 신임의 내용, 신임 결과 불복시 절차 등의 항목으로 구성하여 평가하였다.

3) 신임의 기준

신임 및 평가 시에 사용되는 기준의 형식(기준집의 특징 등), 내용(구체적인 항목의 특성)을 특성별로 구분하였다. 특히 신임과 평가의 구체적인 근거가 되는 신임기준은 그 구성 항목에 따라 구조, 과정, 결과적 측면에서 평가하였다.

4) 신임제도의 효과

비교 국가에서 시행되고 있는 신임제도의 효과에 대한 정형적인 평가의 틀은 아직 개발되지 않았다. 따라서 각 국가별 제도의 효과에 대한 평가는 각 국가별로 자체에서 신임제도를 평가하고 있는 수준에서 정리하였다.

2. 연구 방법

본 연구에서 사용된 자료는 기존 문헌의 조사와 의료기관 신임제도를 실시하고 있는 대표 국가에 대한 현지 방문 관찰 결과, 그리고 전문가의 패널을 통한 토론 자료를 사용하였다. 현지 방문 조사는 의사, 간호사, 시설 및 건축 전문가로 구성하여 호주의 의료기관 신임제도 기구와 관련 의료시설을 직접 관찰 조사하였다. 비교 국가의 평가 틀을 개발하기 위하여 의사, 간호사, 약사 그리고 시설 및 건축 전문가 5인의 패널을 구성하였다.

III. 연구 결과 및 고찰

1. 의료기관 신임제도의 개요

1) 의료기관 신임제도의 개념

의료기관 신임제이란 일정한 기준을 충족하는 의료기관을 사회적, 전문적 측면에서 인정함으로써 의료기관의 적정 서비스 제공 능력을 보장하는 제도이다.¹⁾ 신임제도는 의료의 질관리(혹은 질 향상)의 3대 구성 측면인 구조, 과정, 결과적 측면에서 볼 때

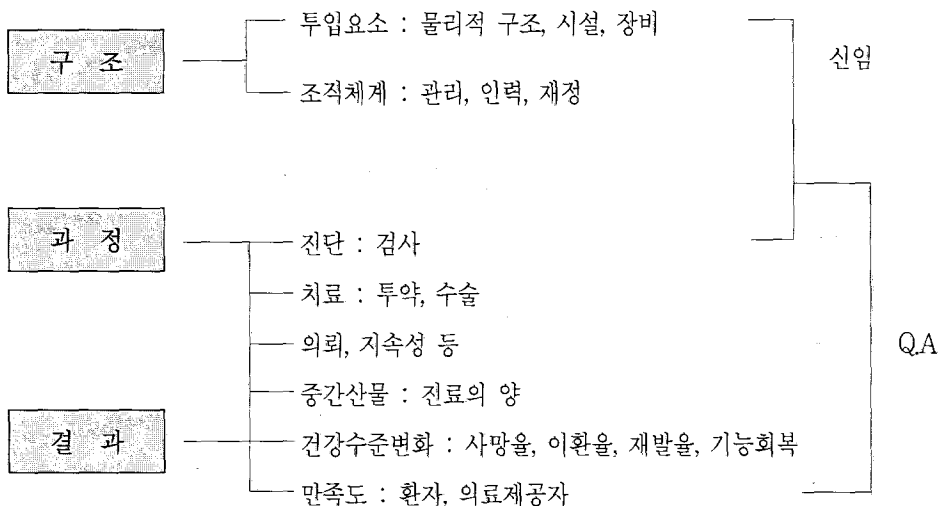


그림 1. 의료 서비스 평가(의료기관 신임제도와 의료의 질관리)

주로 구조를 주요 평가 대상으로 하고 있다. 따라서 의료기관 신입제도에서 주로 평가를 실시하는 것은 의료기관의 물리적 구조나 시설, 장비 등의 투입 요소와 병원관리, 인력, 재정 등의 조직 체계적 측면 모두가 해당된다(그림 1 참조). 현재 외국의 신입사업은 구조적 측면의 평가에서 과정 및 결과에 대한 평가로 전환하고 있으나 의료기관간의 시설 격차가 현격한 우리 나라에서는 구조 개선이 우선적으로 요구된다고 하겠다.

2) 신입 과정

신입 과정은 의료기관의 신청에 따라 공인된 기준에 대한 충족 여부를 현장에서 조사한 후 조사 결과의 평가에 따라서 신입을 차등 부과하는 것으로 구성되어 있다. 기본 절차는 그림 2와 같다. 신입 등급에 따라 신입 기간이 1년에서 3년으로 차등화 되며, 조사의 시점에 따라 정기조사(신규 신청 및 신입기간 만료시)와 한정조사(조건부 신입시) 등으로 구분할 수 있다.

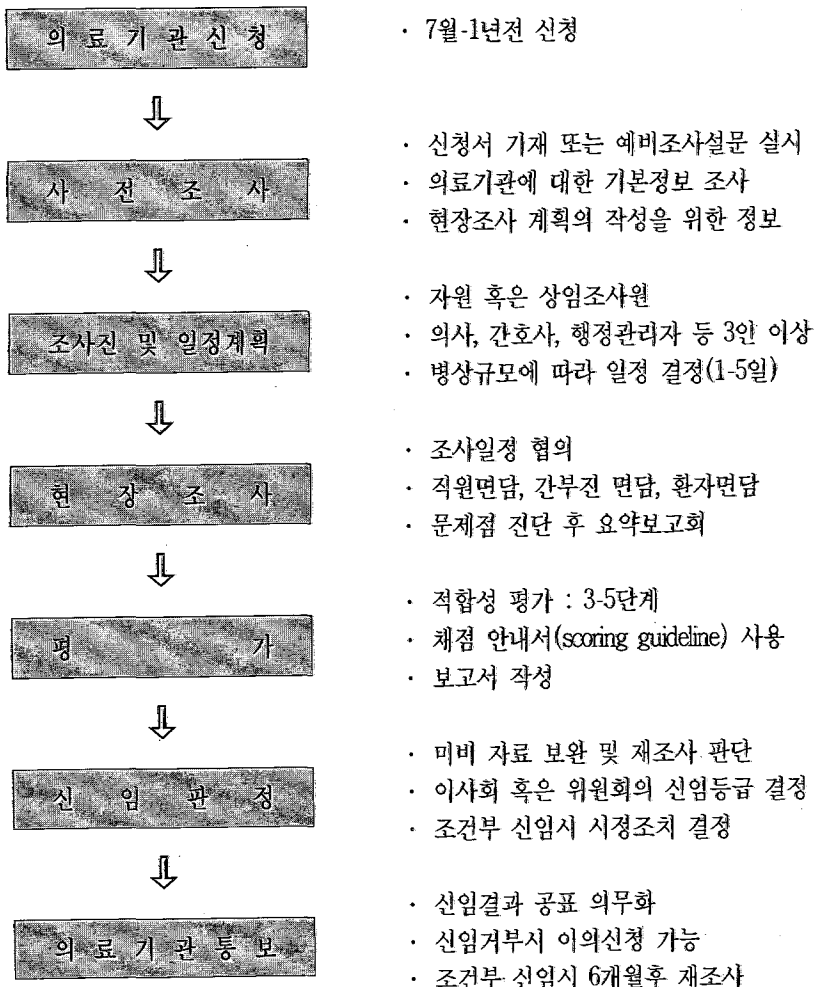


그림 2. 의료기관 신입 과정

3) 국가별 신임제도의 개요

신임사업의 국가별 발전 과정과 조직체계를 관장하는 주관 기구의 특성(운영 주체), 국가별 의료체계 하에서의 정책적 합의 등을 중심으로 비교·평가하였다.

가) 미국의 신임제도

세계적으로 가장 오랜 역사를 가진 미국 병원신임제도의 개념은 구체적으로는 외과 의사 코드만(Codmann)이 환자 진료의 최종 결과에 관한 체계적인 정보 수집 및 평가의 필요성을 주장한 것으로부터 모태 되었으나⁸⁾ 당시 의학교육의 수준에 대한 전반적인 평가인 플렉스너 보고서(Flexner report)에 의해 의료서비스의 관리가 필요함이 제기되어 있었던 사실이 배경이 된다. 1912년 창설된 미국외과학회는 1915년 전공의 지원자들이 제출한 의무기록이 임상 능력을 증명하는데 크게 미흡하다는 것을 인식하고 이의 시정을 위하여 진료 기록의 유지, 사체부검의 시행, 병원조직을 주요 골자로 하는 기준을 도입하였다.

이와 같이 전문가적 관심으로부터 촉발된 서비스 관리의 필요성은 이후 카네기 재단으로부터 기금을 지원 받아 구체적인 사업을 실행할 수 있는 재정적인 기초를 마련하였고^{8)·9)} 1917년 12월에 미국외과학회(American College of Surgeons)를 중심으로 병원표준화사업(Hospital Standardization Program)이라는 신임제도의 모태가 발족하게 되었다. 1918년에 실시된 첫 조사 결과가 매우 저조하여²⁾ 사회에 충격을 주었으나 이후 병원 설립에 대한 각종 법규의 제정, 병원 수의 증가, 의학기술의 발전과 병원 조직의 복잡화, 비외과전문의의 급속한 출현 등 외적 환경의 변화에 따라 병원표준화사업은 그 필요성이 증대되어 사업 범위의 확대와 기준 개정이 이루어졌다. 1952년 병원표준화사업은 미국외과학회 외에도 미국 의학협회(American College of Physicians)와 병원협회(American Hospital Association), 내과학회(American Medical Association), 캐나다의학협회(Canadian Medical Association)가 참여하여 병원신임

합동심의회(Joint Commission on Accreditation of Hospitals: 이하 JCAH)로 발전한다. 이중 캐나다의학협회는 1959년 합동심의회를 탈퇴하여 독자적인 신임기관을 설립하고 캐나다 병원들을 대상으로 신임사업을 실시하고 있다. 병원신임합동심의회는 1987년에 의료 제공 조직의 다양화에 따라 병원 이외의 다른 보건의료기관까지 포함하여 의료기관신임합동심의회(Joint Commission on Accreditation of Health Organization : 이하 JCAHO)로 개편되었다.

미국의 신임사업은 민간 기구인 JCAHO가 주관하고 있으나 시행에 있어 정부의 규제가 상당히 작용하는 특징을 가진다. 우선 정부 관장 사업인 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid)에 참여할 수 있는 요건으로서 JCAHO가 의료기관에 주는 신임을 전제로 하고 있다. 아울러 39개주 및 컬럼비아 특별지구에서는 주의 병원 허가 요건과 신임 요건이 거의 일치되어 있어 주 허가 기관은 JCAHO의 조사 결과를 검토한 후 병원 허가를 준다.

그러므로 미국 의료의 발전 초기에 그 당시 의사의 주류였던 외과의사의 환자관리 차원에서 출발한 미국 신임제도는 민간 의료를 중심으로 하는 의료체계의 발전 과정을 따라 의료 전문인의 자발적인 의료기관 관리사업으로 발전하였고 이후 정부의 보건 의료사업이 증대됨에 따라 신임제도를 적극 활용하고 이를 정책적으로 반영하는 양식으로 발전해왔다고 평가할 수 있다. 미국의 신임사업은 현재 상당히 체계적인 구조를 갖추고 전문적인 조사원을 활용하여 대부분의 의료기관을 대상으로 하는 커다란 사업으로 발전하고 있다.

나) 호주의 신임제도

호주의 신임제도는 미국의 신임제도를 모델로 하여 시작되었다. 1960년 미국의 병원신임합동심의회(Joint Commission on Accreditation of Hospitals)의 사례를 감안하여 호주 의학협회와 병원협회가 주축이 된 병원신임위원회(Joint Committee on Hospital

2) 100병상 이상의 692개 병원 중 기준을 만족시킨 병원은 89개에 불과하였다.

Accreditation)가 설립되었으나 초기에는 활동이 미미하였고¹⁰⁾ 단순 연구가 수행되는 정도에 그쳤다. 1973년에 정부가 재정을 지원하고 병원신임위원회의 위원장이 임명되면서부터 신임위원회의 활동이 활성화되어 1974년에는 병원신임위원회의 명칭이 호주병원표준위원회(The Australian Council on Hospital Standards, ACHS)로 바뀌게 되면서 본격적으로 조사를 실시하였다. 조사는 일시에 전국을 대상으로 이루어진 것이 아니라 1974년에는 빅토리아(Victoria)주만을 대상으로 하였으며 1978년에 뉴사우스웨일즈(New South Wales)주와 남오스트레일리아(South Australia)주가 참여하였고 1983년 타스마니아(Tasmania)주, 1984년 서오스트레일리아(West Australia)주 그리고 최근에 퀸스랜드(Queensland)주가 참여하는 순으로 확대되었다.

사업의 범위도 초기에는 병원을 주대상으로 하였으나 병원 이외에도 간호요양시설(Nursing home), 지역보건의료서비스(Community Health Services), 낮병원(Day Procedure Service)으로 신임 대상을 확대하였다. ACHS는 1988년에 호주 보건의료표준위원회(The Australian Council on Health Care Standards, ACHCS)로 변경되어 현재에 이르고 있다. 특히 의료기관 개설 허가를 대신하는 등 강력한 제도적 유인 장치를 가진 미국 신임제도와는 대조적으로 호주의 경우 신임사업에 대한 참여는 전적으로 의료기관의 자발성에 근거하고 있다. 참여는 공공병원에서 우세하며 대규모 병원의 참여가 높다. 공공병원의 경우는 신임사업에 대한 정부의 참여가 있었던 만큼 정부의 참여 권고에 따른 것으로 평가된다.¹⁰⁾

호주의 의료기관 신임제도의 특성은 초기부터 정부의 참여가 있었고 의료기관의 자발적인 참여를 전제로 한 만큼 특별한 유인(incentive)제도가 없을 수 있다. 그러나 자발적인 참여를 통해서도 전체 병원의 32%(병상 수 대비 59%)나 되는 병원이 참여하고 있는 것은 상당한 성과라고 할 수 있다. 이는 호주의 보건의료체계가 민간과 복합적으로 구성된 구조를 가지고 있으나 공공이 우세한 편이며 정부가 신임사업에 적극 참여함으로써 공공병원을

중심으로 한 자발적인 참여의 유도가 비교적 용이했던 때문인 것으로 평가할 수 있다. 이와 같은 자발성은 또한 전문가적 관심을 충분히 활용하는 구조, 즉 조사원을 병원의 권위 있는 전문 인력으로 구성하고 그들에게 상당한 명예를 줌으로써 전문가적 평가를 가능하게 하는 체제에서도 기인하는 것으로 평가할 수 있다.

다) 캐나다의 신임제도

캐나다는 미국과 함께 북미의과임상학회(Clinical Congress of Surgeons of North America)를 구성하였고 초기 외과학회가 주축이 된 병원표준화사업과 1952년의 병원신임합동심의회에 주관 단체로서 함께 참여하였다. 이와는 별도로 캐나다의학협회 내에 캐나다병원신임위원회(Canadian Committee on Hospital Accreditation)가 운영되고 있었는데 이후 의학협회 외에도 캐나다 내의과학회(Royal College of Physicians and Surgeons), 캐나다 병원협회(Canadian Hospital Association), 프랑스모국어 의사협회(Canada and L'Association des Medecins de Langue Francaise)가 참여하여 캐나다병원신임심의회(Canadian Commission on Hospital Accreditation)로 발전하였다.¹¹⁾

1954년 병원신임합동심의회는 캐나다 병원의 참여를 적극적으로 유도하기 위해 캐나다 병원에 대한 실제 조사 및 재정 지원은 캐나다병원신임심의회가 담당하도록 하였고 실제 참여 병원의 수는 상당히 증가하게 되었다. 그러나 미국 내 병원에 비해 신임을 받는 병원의 비율이 낮았고 규모가 작은 병원이 신임을 받기가 어려운 점, 각종 문서에 불어를 사용하지 않거나 조사 내용이 캐나다의 상황에 부합되지 어려운 점 등이 지적되면서 1959년에 독자적인 신임 업무를 수행하고자 캐나다병원신임위원회(Canadian Council on Hospital Accreditation: CCHA)를 설립 운영하기에 이르렀다. 그러나 추후에도 다양한 교류를 통해 서로가 영향을 미치게 되었다.

캐나다의 경우 신임에 대한 제도적 보상은 크지 않은 편이다. 인턴, 레지던트 및 기타 의료 전문인의

수련병원으로 지정 받기 위한 전제조건으로 신임을 받아야 하며 직접 연계된 것은 아니지만 신임 받은 병원은 신규사업에 대한 재정 지원을 보다 용이하게 받을 수 있는 것으로 알려져 있다. 특히 도시 지역에서는 신임 여부가 환자 유치의 한 수단이 되고 있다. 1986년말 현재 종합병원의 약 70%(병상 수 대비 92%), 정신병원의 약 80%(병상 수 대비 61%) 및 장기 요양시설의 약 31%가 신임을 받은 것으로 알려져 있는 만큼 비교적 규모가 큰 사업이다.

캐나다의 신임제도는 미국과 그 출발을 같이하였으나 이후 발전 과정에서는 적극적인 제도적 보상을 도입하고 있는 것은 아니다. 그러나 상당한 의료기관이 신임사업에 참여하는 성과를 보이고 있다.

라) 영국의 신임제도

영국은 신임제도를 최근에 도입하여 실시하고 있다. 킹기금질향상프로그램(King's Fund Quality Improvement Programme)의 일환으로 1988년 영국에 적용 가능한 신임제도의 도입 검토가 제안되어 6개 지역보건국 운영병원과 2개 민간병원의 참여로 1991년부터 조직감사(Organizational Audit) 사업을 시작하였다. 91년에는 18개 병원이 참여하였으며 92년에는 70개 병원이 참여하였다.¹²⁾ 현재 병원심사제도는 단기병원(acute hospitals)만을 대상으로 하고 있으며 병원들의 자발적인 참여를 전제로 하고 있다. 또 다른 신임사업으로서 일개 지역(region)에서 지역병원(communitary hospitals)을 대상으로 실시하는 병원신임사업(Hospital Accreditation Programme: 이하 HAP)이 있다.¹³⁾

영국의 신임사업 추진 과정을 살펴보면 앞에서 언급한 미국, 호주, 캐나다 등과는 역사적으로나 추진 주체 상에 상당한 차이가 있다. 우선 신임제도의 도입에 대한 제안이 연구 기관인 킹기금센터(King's Fund Center)를 통하여 이루어졌다는 점이며 사업의 추진 또한 연구 기관과 지역보건국의 병원 및 민간병원 대표로 구성된 추진 팀에 의해 이루어진 점이다. 의료 전문인 단체의 역할은 주로 작성된 기준을 전문적으로 검토하는 것이다. 영국에는 기본적인 의

료감사(medical audit)가 있고 이는 전문가 단체와 지역보건기관을 통하여 의료 행위에 대한 보고 및 검토를 주로 한다. 의료인의 교육 및 졸업 후 보수 교육에 대한 관리는 전문가 단체 소관으로 기본적인 서비스 질관리 및 개원의의 서비스 관리를 주로 하고 있어¹³⁾ 신임제도는 연구기관 및 병원관리의 주체가 주관을 하도록 사회적으로 여건이 조성되어 있다고 할 수 있다. 또한 국가적으로는 의료체계의 개혁 시기에 병원간 서비스 경쟁을 조장하고 지역 단위로 서비스 관리 권한을 이양하는 과정에서 신임제도가 도입됨으로써 지역보건국 소관 병원이 초기부터 추진 주체로 참여하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

마) 국가별 신임제도 요약

각 국가별 의료기관 신임제도의 조직적 특성을 각 국의 도입 시기, 운영의 주체, 재정 원과 유인책, 병원의 참여 정도를 중심으로 표 1에 정리하였다.

표1에서 제시한 국가들 외에도 1993년 현재 시범사업(pilot programme)을 실시하고 있는 국가들로는 대상 병원을 선정 중에 있는 체코슬로바키아와 파리의 공공병원을 중심으로 실시 중인 프랑스, 병원 뿐만 아니라 의원(clinic)과 공공사무소(national office)까지 신임사업의 대상으로 하고 있는 헝가리, 응급 의료시설을 중심으로 하고 있는 이탈리아, 일부 국립병원을 중심으로 실시하고 있는 남아 공화국, 연구기관(SPRI)과 공동으로 대학병원을 중심으로 실시하고 있는 스웨덴, 그리고 신임제도를 구상 중인 사우디 아라비아 등 다수이다.¹⁴⁾⁻¹⁹⁾

3) HAP는 킹기금(King's Fund)에서 수행하는 조직감사(Organizational Audit)와는 달리 소규모의 지역병원을 대상으로 하고 사업의 범위도 남서부지역(South Western Region)에 국한하고 있다. 영국에서는 최근 대규모 단기병원은 킹기금의 조직감사가, 소규모 지역 병원은 HAP사업이 담당하도록 하는 국가 수준의 병원신임사업을 추진 중에 있다(Shaw CD, 1993).

표 1. 국가별 의료기관 인증제도의 특성

구분	국가	미 국	캐 나 다	호 주	뉴질랜드	스페인	네덜란드	유고슬라비아	영 국
도입시기	1917	1954	1974	1987	1981년 시범실시, 1988년 부터 전국 확대	1970년대 후반	1980	1991	
운영주체	민간(JCAHO)	민간(CCHFA)	민간(ACHS)	시범사업중	정부기관	이원화(신임:정부 허가사업, 질관리 사업:CBO)	정 부	합계 시범사업 장기사업추진 중	
재 정	- 연 3,500만불 - 자체수입(조사비 60%차지)	- 연 177만불 - 자체수입(조사비 79%차지)	- 자체수입(조사비 54%차지)		정 부	정부/병상1일당 10센트 부담	정 부		
유 인 력	- 의료기관실질 허가 대체 - 정부의료사업 참여조건 - 보합계약조건	- 전공의 및 타 보건의료인력 수련병원 지정 조건 - 신규사업에 대한 금융지원	- 병원의 자체평가사업 - 환자유도효과 - 사립병원에 대해 1일 10불 추가지불	개발 중	의료보험취급 지정조건	의료보험취급 지정조건	문제발견시 의료기관폐쇄	병원경쟁력 제고	
참여정도	병원의 84% 기타 의료기관	병원 621개 기타 의료기관	병원의 32% (병상수의 60%)	3개 기관 시범사업 중	카탈로니아주 병원의 82%	민간병원은 예외	모든 의료기관	70개병원(92)	

* JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

CCHFA : Canadian Council on Health Facilities Accreditation

ACHS : Australian Council on Healthcare Standards

CBO : 전국병원질관리협회 (National Organization for Quality Assurance in Hospitals)

2. 조직체계

신임사업의 주관 기구에 소속된 조직의 특성에 따라 다음의 3가지 유형으로 구분하였다. 전문가 뿐만 아니라 소비자 단체 등 비전문가의 참여를 장려하고 있는 호주와 전문가, 특히 의사 집단을 위주로 참여시키고 있는 한국, 그리고 이들 유형의 혼합형에 속하는 국가(예: 캐나다, 미국)와 최근 시도하고 있는 영국에 대해서 각 국가별 조직체계의 특성을 고찰하였다. 신임기구의 조직체계는 크게 신임사업의 참여 단체들로 구성되어 사업의 주요 결정을 맡아 하는 의사결정 기구와 이러한 의사결정에 따라 실질적인 신임 업무를 담당하는 즉 신임사업을 행정적으로 관리하고 실질적으로 진행하는 실무 조직으로 구분할 수 있다. 의사결정 기구로는 신임사업의 주요한 의사결정을 담당하는 최고 의사결정 단위와 이들의 의사결정을 돕고 사업의 절차나 기준의 개발 및 개정 등에 관한 지침을 마련하는 각종 위원회 활동을 들 수 있다. 실무 조직은 신임사업의 행정적인 관리와 실질적인 진행을 담당한다.

가) 호주

호주의 의료기관 신임사업은 보건의료와 관련한 다양한 이해 당사자들이 참여하고 있는 특징을 보이고 있다. 보건의료서비스의 제공자인 보건의료 단체 외에도 정부와 소비자 단체 등이 주체로 참여하고 있는 것이다. 호주의 신임사업을 주관하는 호주보건의료표준위원회(the Australian Council on Healthcare Standards : 이하 ACHS)의 이사회에는 호주병원협회, 호주민간병원협회 등 병원 관련 단체, 호주의학협회, 외과학회, 일반의학회, 내과학회, 산부인과학회 등 의사 단체, 호주의료행정학회(Royal College of Medical Administrators), 호주보건행정학회(Australian College of Health Service Administrators) 등 의료기관 관리자 단체, 그리고 호주간호협회(Royal Australian Nursing Federation)와 호주보건기사협회(Australian Council of Allied Health Professionals) 등 다양한 보건의료 관련 단체가 참여하고 있다. 정부 기관으로 연방보건성, 연방보훈처(Federal Department

of Veterans' Affairs), 남오스트레일리아주 보건국(Department of Health in South Australia), 빅토리아주 보건국(Department of Health in Victoria), 서오스트레일리아주 보건국(Department of Health in Western Australia), 뉴사우스웨일즈주 보건국(Department of Health in New South Wales)이 참여하고 있으며, 소비자 단체로는 소비자 대표가 참여하고 있다.¹⁰⁾

호주의 신임사업을 주관하는 호주보건의료표준위원회의 이사회는 보건 의료계 뿐만이 아니라 정부와 소비자의 대표로 구성된 19개 단체에서 위촉한 24명의 이사가 맡는다. 이사회는 의장 아래 실행위원회(Executive Committee)를 두고 조사위원회(Survey Committee), 표준위원회(Standard Committee), 자문위원회(Advisory Committee)의 3개 위원회와 의료평가운영위원회(Care Evaluation Programme Steering Committee), 질관리운영위원회(Quality Management Steering Committee)의 2개 운영위원회를 설치하고 있다. 3개 위원회 중 표준위원회는 새로운 기준의 개발과 기존 기준의 개정 업무를 주관하며 이는 이사회 의장의 최종 승인을 받도록 되어 있다.²⁴⁾ 실무 조직은 원장 아래 기준개발 부서(Standard Development Department), 조사부서(Survey Department), 교육자원개발부서(Education and Resource Unit), 관리부서(Administration Department)로 구성되어 있다. 이 중에서 교육자원개발부서는 교육과 자문서비스를 담당하는 부서로서 신임사업 및 질관리 개선사업과 관련된 정보를 제공하며 다양한 워크숍이나 세미나, 토론회 등을 개최하고 개별 보건의료기관에 대하여 신임조사에 대한 준비 및 효과적인 의료서비스 질관리 사업 수행을 지원하는 역할을 담당한다.²⁴⁾

4) 병원신임위원회 규칙 제5조(위원 및 임기)에 의하면 위원회는 전문의 자격으로 병협, 의협, 의학회 및 군진의학회에서 추천을 받아 대한병원협회 회장이 위촉하는 위원으로 구성하도록 되어 있다. 단, 협회 회장은 병원표준화를 위하여 관련 분야의 전문가 2인을 위원으로 추가로 위촉할 수 있다.

나) 우리 나라

우리 나라의 병원표준화사업은 대한병원협회의 내부 조직인 병원신임위원회가 주관하고 있으며 이에 참여하는 단체는 대한병원협회와 대한의학협회, 대한의학회, 대한군건의학회이다.²⁰⁾ 즉 우리 나라의 병원표준화사업은 별도의 주관 기관이 설립되어 있지 않고 대한병원협회 내에 병원신임위원회를 만들어 진행하고 있는 실정이다. 병원신임위원회의 위원 수는 정관 제33조의 규정에 의해 전문의 자격을 지닌 15인의 위원으로 구성되며 대한병원협회에서 7인, 그리고 분과학회 및 군건의학회를 포함하여 대한의학협회에서 8인의 위원을 추천을 받아 대한병원협회 회장이 위촉한다.²⁴⁾ 병원신임위원회의 역할은 병원표준화에 관한 사항 외에도 수련병원 및 수련기관의 심사, 수련 과목과 전공의 정원 책정에 관한 사항, 전공의 수련 교육 기준에 관한 사항을 담당하고 있다. 병원신임위원회에는 수련교육실행위원회, 병원표준화실행위원회, 병원표준화심사 및 수련조사실행위원회, 병원신임실무위원회의 4개 실행위원회가 설치되어 있다.²⁵⁻²⁶⁾ 현재 실행위원회의 위원은 대한병원협회의 10명, 대한의학회 23명, 대한의학협회 4명, 군건의학회 1명으로 총 38명이다. 이 중에서 병원신임실무위원회를 제외한 다른 3개 위원회의 활동은 실제로 미미한 편이다. 현재 병원신임실무위원회가 심사 일정 및 심사반 편성 원칙의 결정, 심사 위원²⁷⁾ 위촉, 심사 대상 병원 확정, 심사 기준 검토 및 조정, 심사 방법의 결정, 심사 지침 및 중점 심사 사항의 결정, 신임 연한 차등 적용 방법과 그 기준 등 표준화사업의 업무 전반을 총괄하고 있다. 표준화사업의 실무 업무는 별도의 독립된 실무 기구가 없이 병원협회의 교육훈련부서가 담당하고 있다.

다) 미국

미국의 경우 신임사업을 주관하는 의료기관신임합동심의회(JCAHO)의 참여 단체는 미국의학협회, 미국병원협회, 미국의과학회 및 미국 내과학회이다. 참여 단체들은 최고 의사결정 기구인 이사회(Board of Commissioner)를 구성하며 이들 단체 외에 미국

치과의사회(American Dental Association)와 공공 부문에서도 이사가 참여하고 있다.⁹⁾ 이에 따라 의료기관신임합동심의회의 이사회는 주로 의학 관련 단체로 구성되어 기타 보건 단체의 참여가 미미하다. 그러나 신임사업의 대상 기관이 다양화됨에 따라 기준의 개발과 개정 과정에서 다양한 전문 인력의 자문을 구하고 있기 때문에 내용적으로는 참여가 이루어지고 있다고 볼 수 있다.

의결기구인 상임위원회에는 의료기관의 신임을 판정하고 재조사 시행을 결정하는 등 신임 결정 과정을 관장하는 신임위원회(Accreditation Committee)와 기준의 개발과 검토 및 수정을 담당하는 기준 및 조사절차위원회(The Standards - Survey Procedure Committee), 기준의 개발과 수정 업무를 지도하는 자문기관인 전문기술자문위원회(Professional and Technical Advisory Committee)가 있다.²¹⁾ 신임사업의 실무 조직은 실무행정 대표 1인을 두고 그 하부에 신임 업무의 행정을 담당하는 사무국²⁶⁾, 의료기관별로 신임사업을 관장하는 신임사업부, 질관리 사업과 관련한 다양한 자료의 기획 및 발간을 담당하는 질관리지원센터, 전문인력 등과 연계하여 기준의 수정 및 보완의 실무를 담당하는 대외협력부로 구성되어 있다.²¹⁾⁻²³⁾

라) 캐나다

캐나다의 신임사업은 캐나다병원신임위원회(Canadian Council on Hospital Accreditation)가 주관하고 있다.¹¹⁾ 참가 단체로 캐나다의학협회(Canadian Medical Association), 캐나다 병원협회(Canadian Hospital Association), 캐나다간호협회(Canadian

- 5) 병원표준화 심사위원은 병원심임위원(38명)을 당연직으로 하고 대한병원협회 각 시도병원회장(5명), 의과대학 부속병원 및 이에 준하는 수련병원의 병원장(25명), 수련부장 및 진료부장(22명), 대한간호협회의 추천위원(40명)을 위촉직 심사위원으로하여 총 130명으로 구성되어 있다(대한병원협회, 1993).
- 6) 여기에는 신임조사 신청의 접수와 일정을 담당하는 부서(Scheduling Department), 재정 및 기획을 담당하는 부서(Department of Planning and Financial Affairs)가 포함된다.

Nurses Association), 캐나다의사학회(Royal College of Physicians and Surgeons), 캐나다요양진료협회(Canadian Long Term Care Association)의 5개 단체가 구성되어 있다. 특히 이사회와 자문위원회에는 이사회와 참여 단체가 아닌 보건의료 단체의 대표들로 구성되며 현재 물리치료협회(Canadian Physiotherapy Association), 식이요법협회(Canadian Dietetic Association), 노인학협회(Canadian Association of Gerontology)의 3개 단체가 참여하고 있어 비교적 다양한 보건직의 참여가 이루어지고 있다. 특히 캐나다의 온타리오 주에서는 캐나다병원신임위원회와는 별도로 독자적인 신임사업을 진행하고 있는데 온타리오지역의료신임위원회(Ontario Council on Community Health Accreditation)가 관장하고 있다. 이 기구에는 더욱 다양한 보건직종이 참여하고 있으며 온타리오 공중보건협회(Ontario Public Health Association), 공중보건치과의사회(Ontario Society of Public Health Dentists), 보건영양사회(Ontario Society of Nutritionists of Public Health), 지역의료기관협회(Association of Local Official Health Agencies), 지역 의료기관 간호관리자 협회(Association of Nursing Directors and Supervisors of Ontario Official Health Agencies), 가정진료협회(Association of Ontario Home Care Associates), 의사관리자회(The Society of Medical Officers of Health of Ontario), 공중보건감사관협회(The Association of Supervisors of Public Inspectors)가 이사회를 구성하고 있다.

라) 영국

현재 킹기급질향상사업(King's Fund Quality Improvement Programme)의 일환으로 1988년 영국에 적용 가능한 신임제도의 도입이 제안되어 1991년부터 실시되고 있다. 시작 당시 6개 지역보건국 운영 병원과 2개 민간병원이 참여하였다. 참여기구의 대표들로 구성된 사업추진팀은 다른 나라의 신임제도를 검토한 결과 자발적인 참여를 골간으로 하는 호주의 신임제도를 영국 신임제도의 기초가 되는 것으로 평가하고 명칭을 '조직감사(organizational audit)'로

정하였다. 사업추진팀은 초기 목표로 전국 병원에 적용 가능한 포괄적인 기준을 개발하였다. 전문가 단체 및 보건성의 검토와 참여 병원에서의 환자 및 직원업무 환경에 대한 실질적인 영향 평가를 거쳐 1989년에 기준 개발을 완료하였다. 조사원은 참여 병원의 자문의사, 수간호사 및 지역보건관리자가 한 팀이 되어 3개 팀으로 구성하고 있다.

3. 조사 및 신임평가 과정

의료기관의 신임 여부를 평가하기 위하여 대상 기관의 설정 기준에 대한 적합 여부를 확인하는 여러 가지 형태의 조사가 이루어지게 된다. 조사 방식은 각 나라별로 상이한 점이 있으나 대부분의 나라에서는 기본적으로 현장조사를 활용하고 있다. 조사 과정은 활용되는 조사의 종류, 조사 진의 구성과 조사 일정, 조사가 이루어지는 방식 및 과정, 기준에 대한 적합도 평가 방법으로 나누어 고찰하였다.

1) 조사의 종류

미국은 신임사업의 역사가 간단함에서 실시되는 조사의 종류도 다양하다. 우선 정규조사로는 처음으로 신임사업에 참여하는 기관을 대상으로 실시되는 신규 조사와 신임된 기관의 재신임을 위하여 3년마다 실시하는 정기조사(Triennial Survey)가 있다. 대상 기관의 유형에 따라서는, 합동심의회가 주관하는 신임사업 중 두 가지 이상의 기능을 제공하는 기관을 대상으로 하는 변형조사(Tailored Survey), 두 개 이상의 병원을 소유 혹은 임대하고 있는 경우에 공동 오리엔테이션, 연속조사, 공동종합보고회로 이루어지는 통합조사(Modified Survey Process) 등이 있어 기관의 특성에 맞게 조사양식을 선택할 수 있게 되어 있다.²¹⁾

이와 같은 정규조사는 기관 내의 모든 서비스를 대상으로 하는 전체 조사인데 비하여 신임결정서 수정 권고를 받은 경우나 조건부 신임의 경우에는 지적된 부분만을 대상으로 개선 여부를 확인하는 한정 조사(Focus Survey)가 있다. 조사 결과 신임거부 판

정을 받은 기관이 과거 2년 동안 신입사업에 참여한 적이 없는 경우에 한하여 신입조사가 아닌 자문과 교육을 목적으로 하는 방문이 이루어지기도 한다.²¹⁾

호주의 경우에는 일반 정규조사 외에 1년신임 판정을 받은 의료기관에 대하여 결격 분야만을 대상으로 한정조사(Focus survey)가 실시되고 있다.²⁴⁾ 아울러 호주에서는 신입조사를 신청한 기관의 현황에 관한 조사를 위한 예비조사 설문서가 마련되어 있으며 이는 미국에서 신입조사를 받고자 하는 기관이 그들의 현황을 적어 보내도록 되어 있는 신입조사 신청양식보다 체계화된 것이라 할 수 있다.

우리 나라의 경우 특별히 조사의 종류가 분류되어 있지는 않으며 단지 91년부터 2년 또는 3년신임을 받은 병원에 대해 신입 2년째 되는 해에는 조사를 서류조사로 대체하고 있다.²⁶⁾ 우리 나라에서 실시하고 있는 서류조사는 외국에서 선례를 찾아 볼 수 없는 특이한 조사방식으로서 병원 측에서 작성한 자료의 신뢰도가 떨어질 경우 많은 문제를 초래할 가능성이 있다.

2) 조사 진의 구성과 조사 기간

미국의 경우 조사원은 상근 전담조사원으로서 그 숫자는 약 250-275명에 달한다.⁹⁾ 대상 기관의 특성에 따라 조사 진의 구성은 달라지나 의사, 간호사, 행정관리자 출신이 기본적으로 참여하며 병원의 요구가 있거나 제공되는 서비스의 유형에 따라서는 특정 분야의 전문가가 추가되기도 한다. 조사 기간은 대상 기관의 유형이나 제공되는 서비스의 내용에 따라 달라지나 일반적으로 2-4일이 소요된다. 조사 진의 구성 및 조사 기간은 신입조사 신청서 작성된 신청양식에 기록된 의료기관의 전반적인 현황을 토대로 결정되며 사전에 해당 기관에 통보되어 동의를 구한다.²¹⁾

호주의 경우 조사원은 현재 의료 업무에 종사하며 각 전문 분야에서 인정을 받고 있는 경험이 풍부한 비상근 자원자들로서 1991년 현재 약 250명의 조사원이 위촉되어 있다. 호주에서 조사원으로 발탁되는 것은 상당한 명예로 인식되고 있으며 조사 업무

와 관련하여 별도의 보수는 받지 않으나 경비 일체는 표준위원회로부터 보상을 받는다. 이들은 연간 약 10일 정도를 조사 업무에 할애하고 있으며 처음 조사원으로 위촉할 경우 2일간 조사 업무와 관련한 교육을 받으며 정기적으로 조사원을 위한 워킹샵에 참여한다. 조사 진의 구성은 일반적으로 의사, 간호사, 행정관리자 3명을 기본으로 하며, 대규모 병원의 경우에는 추가로 조사 인원이 배정되며 임상외사가 포함된다. 조사반 중에서 적어도 한 명은 조사 대상 의료기관과 동일한 유형, 유사한 규모의 기관에 근무하고 있어야 한다. 아울러 조사 기간은 해당 보건 의료기관의 규모에 따라 달라지는데 일반적으로 1-5일이 소요된다.²⁴⁾

영국의 킹기금센터(King's Fund Centre)가 행하는 병원감사의 경우 의사와 간호사, 관리자로 구성된 조사 팀에 의해 실시된다. 조사 기간은 대상 병원의 병상 수와 전공과목에 따라 결정되는데 일반적으로 500병상 규모의 종합병원(district general hospital)에 4일 정도 걸린다. 최종 조사 완료 6주 내에 조사결과를 실행책임자에게 보고된다.²⁷⁾

우리 나라의 경우 심사원은 병원신임위원회 위원(당연직)과 위촉직으로 1994년 현재 총 130명으로 구성되어 있다(주4 참조). 임명직 심사원들은 1회적으로 위촉되는 경우가 대부분이며 대개 심사 실시 1주일 전에 심사계획 및 일정을 통고 받고 간단한 오리엔테이션을 받은 후 심사에 임하기 때문에 조사만을 전담하거나 아니면 정기적인 워킹샵 등 다양한 교육기회를 가지는 다른 나라의 조사원에 비하여 전문성이 결여될 수 있다. 심사반의 구성은 의과대학부속병원 및 500병상 이상의 병원은 5명, 그 이하의 병상을 갖는 병원은 4명(반장 1명, 위원 2명, 행정 1명)이 1개반이 된다.^{25),28)} 심사반의 구성은 다른 나라와 유사하나 행정직의 경우 병원협회 직원이 담당하여 심사에 필요한 연락 등의 실무를 담당하기 때문에 실질적인 병원행정직의 참여는 이루어지지 않고 있다. 조사 기간은 현장조사 실시 5일 전까지 해당 병원에 통보하게 되는데 일정은 대상 기관의 규모에 따라 150병상 이상인 병원은 하루, 150병상 미

만 및 단과 병원은 하루에 2개 병원이 대상이 된다. 조사 기간은 실질적인 심사가 이루어지기에는 짧아서 현장조사가 형식적으로 이루어질 가능성이 크다.

3) 조사 방식

미국의 현장조사는 조사원들이 의료기관의 직원이나 간부진, 소비자 등을 대상으로 다양한 면담과 회합을 개최하여 정보를 취합하며 기준의 준수와 관련한 문서를 제출 받거나 현장에서 직접 관찰하는 방법 등을 통하여 수행된다. 면담에는 의료기관의 직원이나 환자, 의료기관 주변의 소비자들로부터 해당 기관에 관한 평가를 청취하는 면담(Public Information Interview), 의료기관의 간부들이 정책과 사업의 운영에 있어서 상호 협조하는 정도와 역할의 수행 정도를 평가하는 면담(Leadership Interview)을 실시하고 있다. 회합으로는 조사 완료 후 조사과정에서 발견된 문제점과 신임에 미칠 영향 그리고 개선을 위한 권고 사항 등을 의료기관의 간부진을 대상으로 제시하는 최고경영진회의(Chief Executive Officer Conference)와 조사를 시작할 때 조사 절차를 설명하거나 조사 완료 후 해당 기관의 장단점을 지적해 주고 의료기관측의 설명을 듣는 종합회의(Summation Conference)가 있다.²¹⁾ 이는 신임조사가 단지 일회적인 평가로 그치는 것이 아니라 조사 결과에 기초하여 대상기관 측과 충분히 협의를 통해서 서비스 수준이 향상될 수 있도록 실질적인 효과를 갖는 방식이라고 볼 수 있다.

호주의 경우 조사 시작 전에 병원 측과 관련 직원의 면담 일정표를 협의하여 작성하며 조사 첫날 병원경영진이 참석하는 회의를 개최하여 전반적인 조사 일정을 최종 결정하여 조사를 진행하게 된다. 조사 과정은 신임조사에 관한 전반적인 오리엔테이션, 의무기록 조사, 통계자료 및 회의록 등의 검토, 직원 면담 및 의료기관 시설 점검의 순서로 이루어지게 된다. 미국과 다른 점은 환자나 소비자의 의견을 들을 수 있는 과정이 없다는 점이다. 또한 필요시 의료기관과의 협의를 거쳐 야간 방문을 실시하기도 한다. 조사가 완료되면 대상 기관의 간부진에게

주요 조사 결과에 관한 평가와 조언 및 개선 지침을 제시하며 조사원의 판단에 대한 대상 기관의 의견이 제시되는 종합회의를 가진 후 조사 결과를 조사보고서로 작성하여 표준위원회에 제출한다.²⁴⁾

영국의 경우 조사가 있기 전에 사전 설문지를 각 대상 병원에서 작성한다. 사전 설문지에는 병원의 현황에 관한 자료와 병원이 자체적으로 평가를 하여서 기록하여야 할 내용으로 구성되어 있다. 항목은 기준집의 항목과 동일하게 구성되어 있다. 작성된 사전 설문지는 킹 기금(King's Fund)으로 보고되며, 조사 팀은 설문지의 응답 내용을 분석한다.²⁷⁾

캐나다의 경우 1992년부터 신임제도의 방향을 환자 중심으로 대폭 수정하였다.¹⁸⁾ 신임제도가 국가체계(national system)이면서 자발적으로 참여하는 것은 전과 동일하나 신임의 표준이나 기준을 대폭 수정한 것이라든지 조사의 방식을 2단계로 구분하여 진행하는 것이 크게 달라진 것이다. 신임제도의 주관 기구는 캐나다 의료기관 신임위원회(The Canadian Council on Health Facilities Accreditation: 이하 CCHFA)에서 실시하며 새로운 환자 중심 프로그램의 핵심 요소로 환자에 초점(client focus)을 둔다는 것과 팀적인 개념으로 진료를 수행한다는 것(emphasis on team delivery of care), 진료의 과정과 결과를 중심으로 한다는 것(focus on the quality of care process with ultimate consideration of outcome), 질 향상 철학의 지속적인 발전(continuous improvement philosophy), 진료부문과 행정부문 모두에서 상호 협조적인 기능을 수행하는 것(both clinical and administrative, as a corporative-wide function)을 설정해 놓고 있다. 결과적으로 신임의 새로운 개념을 의료의 질 향상(quality improvement)에 두었으며 표준과 평가 척도의 점수체계를 새롭게 개발하였다. 조사 과정은 300명의 조사요원이 참여하는 것으로 1단계 조사는 병원이 자체적으로 평가(self-assessment)를 실시하는 것이고 2단계로 동료에 의한 감사(peer review)가 진행된다.

우리 나라의 경우 현장조사는 외국의 예와 유사하게 대상병원으로부터 현황을 안내 받고 각 부서를

시찰하여 병원에서 작성한 심사요강의 내용을 현장에서 확인하는 형식으로 조사를 진행하게 되는데 이러한 일정이 최대한 하루에 끝나게 되어 있기 때문에 충분한 현장 확인이 되지 못하는 단점이 있다.²⁰⁾ 아울러 공식적으로 환자나 소비자의 의견을 청취할 수 있는 기회가 없으며 문서의 확인이나 직원 면담 등 세밀한 분석이 이루어지지 못하는 단점을 지니고 있다. 조사가 끝나면 심사 결과에 대한 총평과 의견 교환을 하게 되어 있는 것은 다른 나라와 유사하나 짧은 조사 일정으로 인하여 형식적으로 이루어질 수 있다.

4) 기준에 대한 적합도의 평가

조사 과정을 통하여 취합된 정보를 근거로 조사원들은 기준에 대한 적합성 여부를 판단하게 된다.

미국의 경우에는 조사원의 판단에 일관성을 부여하기 위하여 추상적인 기준에 대한 충족 요건을 사례로 제시하는 채점지침서(Scoring Guideline)가 있다. 조사원은 채점지침서에 의거, 각 기준 및 세부 항목별로 적합 여부를 판단하여 등급을 매기게 되며 1개 서비스나 부서의 조사가 끝나면 간략한 평가와 아울러 권고사항을 기록한다. 채점 등급은 1(기준조항을 일관되게 만족시키는 경우:substantial compliance), 2(기준조항의 대부분을 만족시키는 경우:significant compliance), 3(기준조항을 일부 만족시키는 경우:partial compliance), 4(기준조항을 거의 만족시키지 못하는 경우:minimal compliance), 5(기준조항을 만족시키지 못하는 경우 : non-compliance)의 다섯 등급이며 적용불가(not applicable : NA) 항이 있다. 조사원이 기준에 대한 적합 여부와 권고사항 등을 기록한 조사 보고서는 관련되는 문건 및 자료들과 함께 합동심의회에 제출되어 신임 결정 과정을 거쳐게 된다.²¹⁾

호주의 경우 평가척도는 일관되게 적합(substantially complies:SC), 부분적으로 적합(partially complies:PC), 적합하지 않음(does not comply:NC)의 3등급과 적용불가(not applicable:NA)로 나누어진다.¹⁰⁾ 호주에 있어서 특기할 점은 조사원들이 각 기

준과 해당 항목의 적합 여부를 판단한 뒤 부서별로 권고사항이나 평가 내용을 적는 외에도 이를 종합하여 신임 여부에 대한 의견을 첨부하는 조사평가요약서를 작성하는 점이다. 신임 판정에 대한 조사원의 의견을 적는 것은 다른 나라와 달리 조사원에게 상당한 권위를 부여하고 있는 것으로 평가할 수 있다.

우리 나라의 경우 병원표준화심사 요강의 각 문항에 해당 병원이 이미 기입한 사실을 심사위원이 현지조사를 통하여 일차 여부를 확인하여 적합(Y), 적당(M), 비적합(N)으로 평가하고 있다. 아울러 문항의 사이에 배치된 공간에 간략한 심사위원의 의견을 기록할 수 있다.²⁰⁾

5) 신임의 평가 및 신임의 종류

미국의 경우 신임 판정은 신임 담당 직원과 신임 위원회가 담당하고 있다. 신임 담당 직원은 일차적으로 신임위원회가 제정한 신임 규칙에 의거하여 신임을 판정하거나 신임위원회에 판정을 의뢰하게 된다. 이때 내리는 신임의 종류는 추천신임(accreditation with commendation), 신임(accreditation), 수정신임(accreditation with recommendation), 조건부신임(conditional accreditation), 신임거부(denial of accreditation)로 나누어지며 자료가 불충분한 경우 이를 보완할 때까지 판단을 보류할 수도 있다. 이러한 일차 결정은 해당 기관에 통보되며 병원이 이러한 판정에 이의를 갖는 경우 추가 자료를 제출하거나 문제된 부문에 대한 재조사를 요청할 수 있다. 이러한 과정을 거쳐 신임위원회가 재판정을 내리게 되는데 최종 결정은 신임, 조건부 신임, 신임 거부로 나누어진다. 신임의 경우 기간은 3년이며 조건부 신임의 경우 해당 기관은 문제가 된 부문에 대한 수정 계획을 30일 이내에 작성하여 제출하여야 하며 6개월 이내에 수정 계획의 실현 여부를 평가하기 위한 한정조사(Focus survey)가 이루어진다. 그리고 신임 거부된 경우 이에 불복하는 경우 해당 병원은 자기 변호의 기회를 가질 수 있으며 이의 공청회 개최 등의 기회가 주어지게 되어 신임평가에 대한 해당 기관의 이의를 제기할 기회가 제도적으로 마련되어 있

다. 의료기관은 신임평가 결과를 공표할 의무를 지니고 있다.²¹⁾

호주의 경우는 조사 반의 조사보고서에 기초하여 이사회의 투표로 신임 여부를 판정하게 된다. 조사원이 작성한 조사보고서는 투표용지와 함께 직접 이사회의 위원들에게 우편으로 전달되고 이사들은 이를 검토하여 3주일 이내에 투표하여 우편으로 송부하게 되어 있다. 이사회에는 2개의 투표팀이 구성되어 있어 한팀의 투표 결과가 신임 여부를 결정하기에 곤란한 경우에는 다른 투표팀에서 추가로 투표를 실시하게 된다. 판정 결과는 해당 기관에 조사보고서와 함께 통보되며 의료기관이 판정에 불복하는 경우에는 이의를 제기할 수 있다. 신임 판정은 신임거부, 1년신임, 3년신임, 5년신임으로 구분된다. 1년신임의 경우에는 문제가 되었던 부문에 대하여 한정 조사를 요청할 수 있으며 조사결과 개선된 경우에는 신임기간을 2년 연장하여 3년신임과 동일한 결과를 주게 된다. 특히 5년신임은 9년 동안 연속신임을 받고 다시 3년신임을 받게 된 의료기관 중 이사회가 환자진료 수준이 탁월하다고 인정하는 경우에 한하여 부여된다. 호주 역시 미국처럼 의료기관은 신임평가 결과를 공표할 의무를 지니고 있다.^{10), 24)}

우리 나라의 경우 심사 반이 제출한 표준화심사요강집을 평가위원회에서 문항별 평가기준에 따라 점수를 채점한다. 현재 문항별 채점 기준은 병원협회 내부 자료로서 외부에 공개되지 않고 있다. 채점이 끝나면 총득점과 이전의 조사에서 취득한 점수를 고려하여 신임 여부를 판정하게 된다. 신임은 1년신임, 2년신임, 3년신임으로 나누어지는데 1990년부터 2년신임, 1992년부터 3년신임이 도입되었다. 3년신임은 병원표준화사업에 5년 이상 참여해 왔으며 득점율이 총점의 80% 이상인 병원에 대하여 주어진다. 2년신임은 3년제 신임대상병원으로서 전체 평균성적이 70% 이상인 병원에 적용된다. 신임의 결정은 평가위원회에서 산정된 점수가 기준이 되기 때문에 특별한 판정 과정을 거치지 않는다. 2년 또는 3년신임의 경우에는 2년째 되는 해의 신임조사가 서류 조사로 대체되는 외에 다른 차이점은 없다. 신

임이 판정되면 해당 병원에 신임장이 수여되나 결과는 공표되지 않는다.²⁶⁾

외국의 경우 신임판정이 조사대상기관의 수준 차이를 합리적으로 반영할 수 있도록 최고 의사결정기구를 통하여 다양한 등급으로 판정을 내리며 문제가 있는 부문을 개선시킬 수 있는 기전을 지니고 있다. 또한 신임이 거부된 기관에 대해서는 일정 기간 동안 신임에 응하지 못하게 하는 등 신임평가를 받은 의료기관의 서비스 수준을 관리하기 위한 방안들이 체계화되어 있다. 이와 비교할 때 우리 나라의 경우 병원의 수준 차이를 반영할 수 있는 신임평가 절차 및 평가 등급이 체계화되어 있지 않음을 알 수 있다. 즉 1991년부터 도입된 2년신임의 경우 2년째 되는 해에는 서류 조사를 받게 되기 때문에 엄밀하게 신임기간이 2년이라고 보기 어려울 뿐 아니라 1년신임의 경우에도 심사사업에 계속 참여해 온 병원은 총점의 70%미만의 점수라는 규정 외에는 하한선이 없어 신임 여부가 의료기관의 진료 수준을 엄밀하게 차등 반영하고 있지 않다. 또한 조사시 발견된 문제 부문에 대한 추후 조치가 전무하며 신임 결과가 사회에 공표되지 않음으로서 신임제도가 병원의 질적 수준을 보장하는 사회적 제도로써 정착되지 못하는 한계점으로 볼 수 있다.

6) 신임사업의 제도적 유인 및 제재

의료기관 신임사업은 보건의료기관을 대상으로 제공되는 서비스에 대한 전반적인 관리를 통해 의료서비스의 적정 수준을 보장하는 것이다. 그러나 신임사업에의 참여는 의료기관의 입장에서는 많은 비용과 시간이 소요되므로 이에 상응하는 효과를 의료기관이 갖지 못할 경우 신임사업에의 참여 동기를 가질 수 없다. 앞서 보았듯이 신임사업은 자발적 민간조직을 통하여 실시되고 있으나 보건의료자원의 효율적인 이용과 동시에 양질의 의료서비스에 의한 국민건강보장의 필요성의 증대에 따라 신임사업의 필요성에 대한 사회적 인식이 증대하였다. 따라서 의료기관이 자발적 또는 제도적으로 신임사업에 참여하는 것을 조장하기 위한 다양한 노력들이 이루어

지고 있으며 신임의 결과에 따르는 유형, 무형의 유인 및 제재 조치가 활용되고 있다.

미국의 경우 신임을 받게 되면 메디케어와 메디케이드 사업에 참여할 수 있게 된다. 이와 같은 제도적인 신임사업에의 참여 필요성에 의해 전체 병원의 약 84%에 이르는 대부분의 종합병원과 간호요양원 및 장기 요양소, 기타 보건의료기관이 참여하고 있다. 그 외에도 신임 여부는 보험자의 진료비 지불 결정에 영향을 미치며 신임을 받게 되는 경우 환자에게 신뢰를 얻고 전문인력을 고용하는 것이 용이하게 된다. 또한 의료서비스와 관련한 소송으로부터 보호를 받는 효과를 얻기도 한다. 따라서 미국의 신임사업은 신임 여부가 의료기관의 허가에까지 영향을 미치며 국가 의료사업에 대한 참여를 좌우하기 때문에 상당히 강력한 유인책을 가지고 있다고 평가할 수 있다.

호주의 신임사업은 미국과 달리 신임사업의 주체로서 정부의 보건부처가 참여하고 있다. 공공의료기관을 신임사업에 적극적으로 참여토록 독려하고 있다. 그러나 신임에 따르는 제도적인 유인책은 구체적으로 없다. 호주에서 신임사업이 의료기관의 자발적인 참여로 가능한 데에는 신임 결과가 공개된다는 점에서도 이유를 찾을 수 있다. 즉, 양질의 의료서비스의 제공을 통하여 환자를 유인할 수 있다는 것과 신임 결과의 공표를 통해 이를 인정받을 수 있다는 인식이 초기부터 호주 보건의료계에 있었기 때문이다.

현재 우리 나라의 병원표준화사업은 미국과 같이 신임평가에 따른 구체적인 유인책이 존재하지 않으며 또한 신임 결과가 공개적으로 공표되지 않기 때문에 호주에서처럼 병원의 질적 수준을 나타내는 척도로써도 활용되지 못하고 있다. 즉 심사 결과가 수련병원 지정 및 전공의 정원 책정에만 활용되며 이 또한 전체심사문항에 대한 심사 결과가 적용되지 않고 별도로 규정된 수련병원지정기준과 관련된 몇 가지 사항만 한정적으로 이용됨으로서 심사 결과 자체는 큰 의미를 지니지 못하고 있다.

4. 신임의 기준

1) 기준의 특징과 경향

의료기관 신임 평가 과정에서 사용되는 각종 표준(standards)이나 기준(criteria)들은 국가별로 다소 차이가 난다. 그러나 주로 시설, 인력의 수, 인력의 자격이나 능력 등을 평가하는 구조적(structure) 측면의 기준과 평가 단위별 관리운영이나 절차 등의 과정(process) 측면을 평가하는 기준, 그리고 해당 부서별 최종 결과(outcome)적인 측면을 평가하는 기준 등으로 구성되어 있는 특징이 있다.⁷⁾

심사 기준의 발전 과정에서 보면 21세기 초 의과 의사 코드만(Codman)에 의해 처음으로 질 평가를 실시하던 시기에는 의사 전문가들에 의해 최종 결과(end result) 기준이 사용되었다.⁸⁾ 그 이후 병원신임 협동심의회(JCAH)의 출현과 더불어 외재적(explicit) 기준으로 변화되면서 의료기관의 시설, 인력, 조직의 구성 등 구조적 측면에 대한 조사가 강화되었다.²⁰⁾ 이러한 기준은 구조적 측면에 대한 평가가 주로 이루어 졌다는 점과 그 결과 조사과정에서 서류에 대한 심사가 큰 비중을 받게 되었다는 점에서 많은 비판을 받아 왔다. 최근에는 의료의 질 향상에 대한 관심이 증대되면서 과정과 결과적 측면에 대한 평가가 점차 강조되고 있다.³⁰⁻³²⁾ 이러한 경향은 최근 병원관리 분야에서 확산되고 있는 총체적 질관리(total quality management) 개념과 무관하지 않은 것으로 보인다. 병원관리자의 지도력을 평가하는 항목과 각종 조직 혹은 기구의 효율성 측면, 최종적인 결과 측면을 평가하는 항목을 새로 추가하는 추세에 있

7) 신임의 기준으로 최근 진료의 과정과 결과에 관한 지표를 개발하고 있어 진료의 질적 측면에 대한 평가가 강화되고 있음을 알 수 있다. 호주의 경우 보건의료표준위원회에서 진료평가프로그램(Care Evaluation Program)을 운영하면서 임상결과평가지표(clinical indicator)를 개발하였고 이를 의료기관 심사과정에서 적용하고 있다. 미국과 영국의 경우에서도 신임기준점에 의료의 질적 측면에 대한 기준을 점차 강화하고 있다.

다. 사용 기준의 성격도 과거의 최소 수준(minimum acceptable)에서 가능한 최적의 진료 수준(optimal achievable level of care)으로 변화되고 있다.

2) 기준 내용의 국가별 일반적인 구성과 특징

신임의 기준에 대한 비교에서는 미국, 영국, 호주 를 중심으로 하였으며 캐나다의 경우는 자료 구득이 어려워 제외하였다. 호주의 경우 1993년부터 신임기준집에 의료의 질 활동(quality activities)을 평가하는 장.절을 편성하면서 모든 부서의 평가기준에 의료의 질 활동 기준을 공통으로 적용하도록 하고 있다. 미국의 경우도 1992년부터 의료의 질 활동에 대한 평가를 강화하였으며 주로 의료의 질 향상을 위해 병원의 역할 특히, 관리자의 역할을 강화하는 방향으로 수정.보완하고 있다. 영국은 의료기관 신임제도의 역사가 매우 짧아 사용 기준의 구성과 내용을 대부분 호주의 기준집에서 응용하고 있어 호주와 크게 다르지 않은 특징을 가지고 있다. 국가별 세부적인 기준의 내용은 다음과 같다.

가) 미국

미국의 경우에는 신임사업의 대상이 되는 기관의 유형별로 별도의 기준집이 마련되어 있다.²⁸⁾ 여기서는 병원 기준집을 주로 검토하였다(표 2 참조). 구성을 보면 크게 기준의 내용을 열거하고 있는 기준집(Manual)과 조사원이 기준에 대한 적합도를 평가할 수 있도록 그 지침을 수록한 지침서(Scoring Guideline)가 있다. 기준집의 내용은 주요 서비스의 특성에 따라 표2와 같이 분류하고 있다. 각 장은 병원의 규모와 목적에 적합한 서비스의 제공, 조직관리, 타 부서와의 연계, 문서화된 정책 및 절차, 시설 및 장비, 기록관리 및 질관리 기전을 기본 내용으로 하고 있다. 질관리 사업은 별도의 장으로 분류되어 있을 뿐만이 아니라 매 서비스 내에도 기준으로 적용되고 있다. 특히 미국의 기준은 약자 및 분류 시스템을 사용하고 있어 개정시 기준집의 변화가 용이하며 변화 내용을 찾아보기 용이한 구조이며 기준에 대한 적합도는 5단계로 되어 있다.

나) 호주

호주의 경우에는 모든 보건의료시설에 동일하게 적용할 수 있도록 포괄적인 기준집을 마련하고 있다(표 3 참조). 이를 위해 각 의료기관에서 제공 가능한 모든 서비스가 별도의 장으로 구성되어 있는 한편 각 기관에 공동으로 적용되는 내용을 별도로 분류하여 제시하고 있다. 호주에서는 조사원이 의료 현직에 종사하고 있고 상당한 권위를 인정받는 인력으로 구성되기 때문에 조사원 판단의 권위를 인정하는 방식으로 기준의 내용이 구성되어 있어 개개 기준도 상당히 포괄적인 내용인 점이 특징이다. 아울러 모든 기관에 공통으로 적용되는 일반적인 조직관리, 인력관리, 정책 및 절차, 직원교육, 시설장비, 질관리 활동이 일반 적용을 위한 표준(Standards for General Application)장에 별도로 분류되어 있다. 장별로 살펴보면 호주의 기준은 미국만큼 세분화되거나 상세한 구조는 아니며 기준의 구성도 표준(standard)과 이것의 세부 분류에 해당되는 기준(criteria)으로 나누고 상세한 설명이 필요한 경우에 별도의 내용을 제시하고 있다. 최근에는 의사들의 진료 기능(과정과 결과 측면)을 의료의 질 향상 측면에서 평가하는 기준 개발이 활발히 진행되고 있다.³¹⁾ 과정과 결과 측면을 평가하기 위해 개발된 것으로는 임상결과평가지표(Clinical Indicator)가 있다.²⁹⁾

8) 현재 JCAHO에서 발간되는 기준집은 병원기준집 외에도 외래서비스(Ambulatory Health Services), 장기요양진료(Long Term Care), 가정진료(Home Care), 정신보건(Mental Health Care) 등에 관한 기준집이 있으며 최근에는 병리 및 임상실험서비스(Pathology and Clinical Laboratory Services), 보건의료체계(Health Care Networks) 등에 대한 기준집도 마련되어 있다.(JCAHO, 1994)

9) 1991년에 임상결과 평가지표에 대한 사용자 지침서를 개발하여 각 병원에 보급하였고 1993년부터 신임사업의 심사과정에 포함하고 있다. 환자를 대상으로 평가가 이루어지며 모든 환자를 대상으로 하지 않고 특정 환자만을 대상으로 평가한다. 자료 수집 기간은 일정하지 않으나 약 3개월분의 자료를 요구하고 있다. 평가는 마취후 24시간 이내의 사망환자, 수술후의 창상

표 2. 미국 병원신입기준집의 구성

- 알콜중독 및 기타 약물의존성에 관한 서비스(Alcoholism and Other Drug Dependence Services)
- 진단방사선 서비스(Diagnostic Radiology Services)
- 급식서비스(Dietetic Services)
- 응급서비스(Emergency Services)
- 관리부문(Governing Body)
- 병원 외래서비스(Hospital-Sponsored Ambulatory Services)
- 감염관리(Infection Control)
- 행정부문(Management and Administrative Services)
- 의무기록서비스(Medical Record Services)
- 의료진(Medical Staff)
- 핵의학서비스(Nuclear Medicine Services)
- 간호(Nursing Care)
- 병리 및 임상실험서비스(Pathology and Clinical Laboratory Services)
- 환자의 권리(Patient Rights)
- 약제서비스(Pharmaceutical Services)
- 재활서비스(Physical Rehabilitation Services)
- 건물, 기술 및 안전 관리(Plant, Technology, and Safety Management)
- 전문 도서 및 의료정보 서비스(Professional Library and Health Information Services)
- 질평가 및 개선(Quality Assessment and Improvement)
- 방사선 암치료서비스(Radiation Oncology Services)
- 호흡요법서비스(Respiratory Care Services)
- 사회사업서비스(Social Work Services)
- 특수진료서비스(Special Care Units)
- 수술 및 마취서비스(Surgical and Anesthesia Services)
- 이용 평가(Utilization Review)

3) 영국

영국은 다른 국가에 비해 신입제도의 역사가 짧은 만큼 호주와 미국의 기준집을 주로 참고하여 자체 기준으로 삼고 있다(표 4 참조). 기준집의 내용은 크게 병원관리 및 지원서비스(Management and Support Services)와 전문 인력관리(Professional Management), 부서관리(Departmental Management)로 나누어진다.

영국의 기준집은 전체적으로 간결하나 주제별로 잘 분류된 체계를 가지고 있는 것으로 평가할 수 있다. 각 장별 구성은 진료부서인 경우 부서의 철학과

목적(philosophy and objective), 관리 및 인력 배치(management and staffing), 인력개발 및 교육(staff development and education), 정책 및 절차(policies and procedures), 시설 및 장비(facilities and equipment), 환자진료(patient care), 평가 및 질관리(evaluation and quality)를 기본 내용으로 각 부서별

감염 환자, 특정 수술의 합병증(예: 담낭적제술 후의 담즙누출 등) 등 임상 진료의 결과 혹은 중간 결과에 대한 지표가 사용된다. 평가 지표 중 일부 항목에 대한 평가결과는 병원과 의료기관표준위원회에만 보관하고 외부에는 공개하지 않는다(ACHS, 1992).

표 3. 호주 의료기관신임기준집의 구성

-
- 응급서비스(Accident and Emergency Services)
 - 지원서비스(Allied Health Professional Services)
 - 마취서비스(Anesthetic Services)
 - 임상부서(Clinical Departments / Units)
 - 지역보건서비스(Community Health Services)
 - 낮병원서비스(Day Procedure Services)
 - 급식서비스(Dietetic / Nutrition Dept & Food Services)
 - 환경서비스(Environmental Services)
 - 화재안전(Fire Safty)
 - 안전사업(Safety Programs)
 - 건물기구안전(Engineering & Building Services)
 - 재해관리(Disaster Plan)
 - 감염 관리(Infection Control)
 - 중앙멸균서비스(Central Sterilizing Services)
 - 기타 보건기관 기준(Extended Care Facilities Guidelines for ACHS Accreditation)
 - 경영 및 관리(Governing Body & Management)
 - 실험실서비스(Laboratory Services)
 - 도서 및 정보서비스(Library and Information Services)
 - 모성 및 신생아 서비스(Maternal and Neonatal Services)
 - 의무기록내용(Medical Record Content)
 - 의무기록서비스(Medical Record Services)
 - 의료서비스(Medical Services)
 - 핵의학(Nuclear Medicine)
 - 간호서비스(Nursing Services)
 - 수술실서비스(Operating Suite Services)
 - 약제서비스(Pharmacy Services)
 - 정신과서비스(Psychiatric Services)
 - 임상심리서비스(Psychology Services)
 - 방사선/조영서비스(Radiology and Medical Imaging Services)
 - 재활서비스(Rehabilitation Services)
 - 사회사업서비스(Social Work Services)
 - 특수진료부(Special Care Units)
 - 일반 적용 기준(Standards for General Application)
-

표 4. 영국 병원신임 기준집의 구성

병원 관리 및 지원 서비스(Management and Support Services)
병원관리(Hospital management)
급식 서비스(catering service)
호텔 서비스(Hotel Services)
감염관리(Infection Control)
보건과 안전(Health and Safety)
도서 서비스(Library Service)
의무기록 정보 제공 서비스(Medical Record service)
의무기록의 내용(Medical Record Content)
전문 인력관리(Professional Management)
의사직(Medical), 간호직(Nursing)
기타 의료 관련 전문직(Professions Allied to Medicine)
부서 관리(Departmental Management)
사고 및 응급 서비스(Accident and Emergency Service)
급성 낮병원 서비스(Acute Day Care Service)
임상검사 서비스(Laboratory Service)
수술실 서비스(Operating Theatre Service)
외래 서비스(Out-Patient Service)
약제 서비스(Pharmaceutical Service)
진단방사선 서비스(Radiology service)
특수진료 서비스(Special Care Service)

특정에 따라 기준을 세분화하고 있다. 기준의 내용 중에는 특히 평가 및 질관리 부문이 다른 나라에 비해 상당히 세분화된 기준을 적용하는 것이 특징이다. 기준의 구조 및 분류는 미국과 유사한 형태이나 평가 척도는 예, 아니오로 구성되어 있다. 특히 평가는 병원과 조사원이 각각 기록할 수 있도록 하여 제도 실시 초기인 만큼 병원의 참여를 장려하고 있다. 최근 병원 단위 외에도 지역사회 의 일차진료 부분에 대한 기준이 개발되고 있다.²⁾

4) 우리 나라

우리 나라의 경우 병원표준화심사요강집은 병원 표준화 사업과 수련병원 지정과 관련된 내용이 함께 수록되어 있다. 병원표준화심사와 관련된 내용은 병원 개요 부서, 기본 부서, 지원 부서, 특별 진료부서, 조사 평가 부서의 5개 편으로 구성되어 있고 수련병원 실태조사를 위한 내용은 임상 각과 진료, 수련, 교육 부서 1개편으로 되어 있다. 각 부서들은 다시 해당 부문으로 구성되는데 그 내용은 표 5에 요약되어 있다.²⁵⁾

표 5. 우리 나라 병원표준화심사요강의 구성

-
- A. 병원개요부서 : 병원조직부문, 진료통계부문
 - B. 기본부서 : 병원경영주체부문, 병원행정 및 관리부문
 건물 및 시설물의 안전성부문
 기능안전도 및 위생시설상태 부문, 감염관리부문
 임상과장회의부문, 병원외래진료부문, 응급진료부문
 의무기록부문, 마취부문, 임상병리부문, 해부병리부문
 방사선부문, 간호부문 (14개 부문)
 - C. 지원부서 : 약제부문, 중앙공급부문, 직물과 세탁부문
 청소 및 소독부문, 환자급식부문
 의료사회사업부문, 병원도서실부문 (7개부문)
 - D. 특별진료부서 : 특별진료부문(총괄 및 7개 단위)
 호흡요법부문, 산원부문, 재활의료부문, 핵의학부문(5개 부문)
 - E. 조사평가부서 : 이용평가(utilization review)
 질관리(quality assurance)
 - F. 임상각과진료·수련·교육부서 : 수련교육부문, 내과, 소아과, 일반외과, 산부인과, 정신과,
 신경과, 결핵과, 피부과, 정형외과, 신경외과, 흉곽외과, 성형외과, 안과,
 이비인후과, 비뇨기과, 마취과, 임상병리과, 해부병리과, 진단방사선과,
 치료방사선과, 재활의학과, 가정의학과 (23개 부문)
 (총 6개부서 53개 부문)
-

5. 신임사업의 효과

신임사업의 목적은 의료서비스의 수준을 궁극적으로 향상시키는 데 있다. 따라서 신임사업의 효과에 대한 평가는 의료서비스의 질적 수준이 신임사업의 실시로 더 향상되었음을 입증함으로써 가능하다. 본 장에서는 신임제도의 효과를 의료기관 신임제도에의 병원의 참여와 병원 단위에서의 영향으로 구분하여 고찰하고 각 국가별 세부 사항을 제시하였다.

1) 국가 단위에서의 평가

의료기관 신임제도가 보건의료서비스의 질적 수

준에 미친 영향을 국가적 차원에서 검토한다는 것은 매우 방대한 자료를 필요로 할 뿐만 아니라 국가 수준의 서비스 개선과 신임제도와와의 인과관계를 규명한다는 것은 불가능하다. 본 연구에서는 신임제도에 대한 의료기관의 참여 정도를 봄으로써 간접적으로 평가를 하고자 한다. 의료기관 신임사업이 대부분 민간조직에서 주관하면서 자발적으로 시작하고 있기 때문에 참여 정도는 바로 신임사업의 효과를 반영한다고 볼 수 있다.

미국의 경우를 보면 합동심의회는 미국 병원의 84%에 이르는 5,119개의 종합병원과 1,306개의 요양시설(nursing home) 및 장기 요양소, 기타 2,000여개

의 보건의료기관을 그 대상으로 하고 있다. 기준집의 규모도 1970년대 첫 발간 시 1 쪽에 불과하던 것이 1993년 현재 152 쪽의 명문화된 기준집으로 발전하였다. 호주의 경우 1974년 이후 신입사업의 범위가 계속 확대되고 있으며 1991년 현재 호주병원의 전체 병상 수의 59%, 병원 수의 32%(357개)가 신입을 받고 있다. 병원의 소유 형태별로 보면 공립병원이 54%, 민간병원이 46%를 차지하고 있다.

호주의 경우 정부 차원에서의 병원에 대한 제도적인 유인책이 없음을 고려하면 신입사업이 매우 활성화되어 있다고 평가된다. 캐나다의 경우는 1958년 도입 이래 국가 수준의 신입제도로 계속 발전하여 1993년 현재 전체 병원의 75%, 병상 수의 95%가 자발적으로 참여하고 있다.¹⁴⁾

영국의 경우에는 최근 신입사업을 도입한 국가로 도입 첫해인 91년에는 18개 병원이 참여하였으며 92년 말까지 모두 70개의 병원이 참여하고 있다.^{12),33)} 영국의 조직심사제도는 단기병원(acute hospitals)만을 대상으로 출발하였으나 최근 지역병원(community hospitals)을 주 대상으로 하는 HAP의 범위가 점차 국가 수준으로 발전하면서 전체 병원이 신입사업의 대상이 되고 있다.³³⁾

2) 병원 단위에서의 효과

개별 병원 단위의 개별 부서 혹은 프로그램별 신입사업의 효과는 개별 단위 부서별 특정 지표를 통해 평가할 수 있어 비교적 구체적으로 이루어져 있다. 신입사업의 영향이 부서별 업무의 효율성과 질적 서비스의 개선에 긍정적으로 작용하였다는 보고는 신입사업이 실시된 이래 꾸준히 보고되고 있다. 병원 전체적으로 의사 결정 과정과 부서간의 대화가 신입사업의 실시로 전보다 더 활성화되었으며 일부 부서 특히 응급실과 진단방사선과, 임상병리과, 간호부서, 시설 및 장비 관리부서, 약품 관리부서, 물리치료, 정신병동 등에서 효과적인 것으로 보고되고 있다.³⁴⁻³⁹⁾ 신입사업에 참여한 병원과 참여하지 않은 병원을 대상으로 신입사업의 효과를 평가한 연구에 의하면 신입사업의 결과 병원의 조직기구, 업무 기

술서, 규정집, 업무지침서, 위원회의 회의록 등이 보완되었으며, 체계적인 의사결정과정의 수립되고, 위원회가 증설되었음을 보고하고 있다. 또 공식적인 진료체계가 갖추어지고 감염관리위원회와 병리조직 감사위원회 등과 같은 임상평가 활동이 활성화되었으며 기타 도서관 기능, 안전관리, 물리적 재해 및 사고 예방 등에 관한 방침이 현저히 발전되었음을 보고하고 있다. 그러나 신입사업에서 사용하는 기준들이 주로 외형적인 지표들로 구성되어 있어 임상진료의 과정에 대한 변화나 의료진들의 동기 부여에 대한 효과는 타 부서 혹은 인력에 비해 저조한 것으로 나타났음을 보고하고 있다. 구조 위주의 심사기준이 가지는 문제점은 최근 과정과 결과적 측면에 대한 평가 기준의 개발과 함께 많이 개선되고 있다.

3) 국가별 개별 평가

가) 미국

신입사업의 실시로 의료진의 조직 개선, 병원이나 기타 의료기관에서의 의사의 시술 상의 권한 보장, 의무기록의 개선 등 진료 서비스 수준의 제고와 연관되어 많은 변화가 있었다. 그러나 신입된 병원의 질적 수준과 관련하여 신입을 받은 병원에서 전문가 표준심사기구(Professional Standards Review Organization: 이하 PSRO)^{주10)}에 의해 메디케어 참여가 중지된 경우나 의료사고로 피소 중인 병원이 있어 아직도 질적 수준의 완전한 보장으로까지는 발전하고 있지 못한 것으로 보인다. 그 예로 신입을 요

10) PSRO는 1972년 메디케어/메디케이드 환자들에게 의학적으로 필요한 의료서비스를 효과적으로 전달하기 위해 설립되었다. 주요 기능은 각 병원의 입원진료결정, 입원계속결정이 타당한지, 의료의 질은 적절한지를 평가하는 것이다. PSRO는 82년까지 전국에 약 200개의 조직이 있었으나 사업자체의 비용지출 과다와 사업효과에 대한 비판이 제기되면서 1982년 동료심사기구(Peer Review Organization: PRO)로 개편되었다. PRO는 PSRO와 유사 기능을 가지나 각 주별로 1개씩 설치되어 있으며 성과급제로 연방 정부와 계약을 맺고 사업을 수행하고 있다. PRO는 전체 진료건 수의 일부만을 감사하지만 비적정 진료를 찾아내는 데 효과적임 것으로 평가되고 있다.

청한 병원이 신임조사를 받은 후에 실제로 신임이 거부된 사례가 매우 드물다는 사실과 실제로 질적인 수준에서 차이가 현저한 공공 및 민간병원에서 신임 기준의 적합도에 있어서는 큰 차이가 없었다는 점 등을 들 수 있다. 전담 조사요원에 의한 조사도 조사요원의 임상 경험 부재로 조사 결과에 대한 신뢰도 측면에서 문제가 제기되고 있으며, 문서화 및 과정 지표를 결과 지표보다 더 중시하는 것도 현 신임 제도의 문제점으로 지적되고 있다.⁹⁾

나) 호주

정부 차원에서 별도의 유인 효과를 주지 않고 있는데도 1991년 현재 전체 병원의 32%, 병상 수의 59%가 자발적으로 참여하고 있다는 것은 의료기관 신임제도가 충분히 인정을 받고 있음을 뜻한다. 신임제도가 실시된 10년 동안 의료기관의 신임평가 결과를 보면 의료진의 조직 분야에서 1979년에는 43%가 신임조사에서 불만족스러운 것으로 나타났는데, 1983년에는 11%로 감소되었다. 질 보장(quality assurance/ clinical review)항목에서는 1979년의 78%에서 1983년에는 33%로 감소하였다. 그리고 의무기록 관리, 약품관리 제도(pharmacy drug control systems), 약품관리 방침, 전기 안전관리 등의 분야에서 서비스도 향상되었다.¹⁰⁾ 호주의 신임제도는 신임 여부가 의료기관의 질적 수준에 대한 일반 소비자의 판단 기준으로서 활용됨으로서 의료기관으로 하여금 적정한 비용 범위 내에서 효율적인 관리체계를 갖추고 직원의 자발적인 노력을 이끌어 내어 양질의 서비스를 환자에게 제공하도록 하는 동인으로서 기여하고 있다고 평가할 수 있다.⁹⁾

개별 병원 단위에서의 영향을 평가한 결과에 의하면 의료기관 신임사업을 통해 타 병원과 객관적인 비교 평가 수행 가능, 지역사회 내에서의 의료기관의 위상 인정, 질적 서비스 향상을 위한 직원의 참여 동기 유발, 서비스의 체계적 평가의 이점이 있음을 보고하고 있다. 신임기준이 구조적인 측면을 강조하고 있는데서 생기는 문제점은 최근 의료의 질을 평가하는 항목의 강화로 크게 개선되고 있다.

그러나 모든 병원이 신임사업에 대해 긍정적이지 않은 것은 아니므로 평가되고 있다. 몇몇 병원은 신임 조사와 관련하여 소요된 업무와 시간 등에 비해 신임조사에 따른 이득이 크지 않았으며 조사 과정 및 이에 따른 시정 사항의 도출도 조사 자에 의해서라기보다는 병원 직원에 의해서 이루어지고 있다는 문제점 보고가 있다. 그리고 신임 조사시 지적되었음에도 불구하고 환자 만족도를 공식적으로 측정하고 있는 병원은 거의 없었으며, 병원의 이사진의 기능 및 의료진이 누리는 불필요한 특권 등이 신임사업에도 불구하고 전혀 변화되지 않고 있는 것으로 평가되고 있다.

다) 영국

영국의 의료기관 신임사업은 1991년도에 시작하는 것으로 아직 체계적인 평가를 내리기에는 이르다. 런던을 중심으로 킹지금센터에서 실시하는 조직감사(Organizational Audit)는 단기병원을 중심으로 실시 중이며 공공 및 민간병원을 포함하여 전 국가 수준으로 진행 중에 있다.¹²⁾ 남서부지역(South Western Region)을 중심으로 지역병원을 대상으로 실시하고 있는 HAP는 최근 대상 지역을 점차 확장하는 추세에 있다. 이들 두 사업은 점차 국가 수준으로 통합될 전망이다.²⁷⁾

영국에서 신임제도가 도입되고 특별한 강제나 보상 제도가 없는 초기 단계임에도 확산되어 가고 있는 이유는 영국의 국가보건의료체계(National Health System) 전반에 대한 검토 결과 그 개선 방향을 제시한 백서 '환자를 위한 진료(Working for Patients)'에 따라 의료 개혁이 진행된 것에서 비롯되는 것으로 판단된다.¹³⁾ 1991년 개혁의 주요 내용은 국가 보건의료서비스의 수준을 향상하기 위하여 내부적인 경쟁을 조장하고 자원 이용의 효율성을 도모하는 것인데 이에 따라 병원의 독자적인 운영이 가능해지고 타 지역 서비스의 이용이나 민간병원의 이용이 가능해졌고 환자 이용에 따라 병원에 재정이 지불되는 것이다. 이에 따라 전반적으로 병원들이 서비스 수준 관리 및 환자 서비스에 관심을 기울이게 된 것은

신임제도와 같은 서비스 관리 제도가 도입되고 자발적으로 참여하게 만드는 주요한 동기로 평가된다.

라) 우리 나라

우리 나라 병원표준화 심사 제도는 의료기관으로 이루어진 단체가 주체가 되어 자발적으로 양질의 의료서비스 제공과 효율적인 병원관리를 목적으로 수행해 왔다는 점에서 긍정적으로 평가할 수 있다. 특히 적정 의료서비스 제공을 위한 제도적 장치나 지원이 부재한 상태에서 10년이상 의료서비스의 구조적 측면에 대한 심사를 실시하였던 것은 병원의 수준 향상에 크게 기여했던 것으로 평가된다. 현재 우리나라 전체 병원의 30%인 207개 수련병원이 사업에 참여하고 있다.

그러나 의료기관 심사가 보다 합리적이고 객관적인 평가 과정을 거치지 못하였다는 점과 평가의 내용이 조직, 시설·장비 등 구조적 측면에 치중하고 있다는 점, 평가 결과의 활용이 제한되어 있다는 점 등에서 개선의 필요성이 제기된다. 그리고, 병원표준화 사업이 의료기관 신임제도로서 정착되기 위해서는 기존의 병원표준화 사업의 조직이나 내부 절차, 사업에 대한 병원의 인식, 신임에 다른 유인 및 제재 등의 측면에서 보완이 필요할 것으로 보인다.

6. 우리 나라 신임제도 도입시 고려사항

각 국의 신임제도의 비교 연구의 결과는 우리나라의 병원표준화 사업의 활성화와 그 발전적 형태로서의 신임제도의 정착에 기여할 것이다. 우리나라에 의료기관 신임제도가 도입될 때 예상되는 효과와 고려해야 할 사항은 다음과 같은 것이 있을 수 있다.

1) 신임제도 도입시의 예상 효과

신임제도가 도입됨으로서 국가 의료 제도 측면에서는 전국적으로 적용할 수 있는 의료기관의 서비스 산출 구조에 관한 기준 개발이 용이하며 이를 국가적 차원의 자원 배분의 기준으로 활용할 수 있게 된

다. 이는 궁극적으로 국가 수준의 의료의 질적인 향상을 가져올 것이다. 또, 일관성 있게 의료의 질관리 사업을 수행할 수 있는 기전을 확립할 수 있다. 객관적인 지표를 기준으로 의료서비스를 평가할 수 있으며 이를 지속적으로 관리할 수 있다.

의료서비스 이용자에게 의료 공급자에 관한 정보를 제공함으로써 의료기관 이용의 신뢰도와 만족도를 제고시킬 수 있다. 신임제도의 운영 방식에 따라서는 소비자 측면에서 요구되는 적정 서비스의 수준에 대한 의견 개진과 영향력 행사를 할 수 있어 궁극적으로는 양질의 의료서비스를 제공받을 수 있는 이점이 있다.

의료공급자 측면에서는 신임제도를 적극적으로 수용하게 될 때 다음의 이점이 있을 수 있다. 첫째, 의료기관의 자체 평가 혹은 외부 전문가의 진단을 받을 수 있어 문제점 파악과 적절한 해결 방안의 모색이 용이하다. 둘째, 의사 소통이 원활해지는 기전을 가질 수 있어 의료기관의 내부 관리가 효율적일 수 있다. 셋째, 형식적이고 불필요한 외부 감시 기관의 간섭을 최소화시킬 수 있는 명분을 가질 수 있다. 넷째, 지역사회 내에서 의료기관의 명성과 위상을 제고시킬 수 있어 타 의료기관과의 경쟁에 유리한 위치를 점할 수 있다.

2) 신임제도의 도입시 고려사항

신임제도의 도입시 고려해야 할 사항은 다음과 같다. 첫째, 신임사업 주관 기구(이사회)가 구성되어야 한다. 합리적이고 목적 지향적인 사업을 추진하기 위해서는 의료 관련 단체 및 정부, 보험자 그리고 소비자 등 의료서비스의 제공과 관련된 이해 단체가 범 국가적으로 참여하여야 할 것이다. 이사회 의 하부에 기준 개발, 교육 및 훈련, 조사·평가 등을 담당할 상설 실무 조직이 구성되어야 한다. 또한 신임제도의 전문성 제고와 적극적인 참여를 유도하기 위하여 관련 전문 단체에서 파견된 대표자로 구성되는 각종 자문위원회(기준개발, 심사, 교육 훈련 등)의 운영이 필요하다. 현재 표준화사업 조직의 활성화를 통해 신임 기능의 일부를 담당할 수도 있을 것

이다.

둘째, 객관적이고 포괄적인 기준이 설정되어야 한다. 신임기준은 신임제도의 가장 주요한 척도로서 실질적으로 신임 여부를 좌우하는 지표가 된다. 따라서 객관적이고 포괄적인 기준의 개발은 필수적이다. 이를 위해 전문가 자문위원회의 검토 보완 및 관련 이해 단체의 의견 수렴 과정이 필요하다.

셋째, 체계적 심사 절차가 확립되어 있어야 한다. 평가의 객관성과 공정성을 보장할 수 있도록 경험 있는 심사 인력이 확보되어야 한다. 평가위원회의 활용과 함께 이의 제기 절차 또한 확립되어야 한다.

넷째, 신임 결과는 공표 되어 신임제도가 사회적 공인과 구속력을 가질 수 있어야 한다. 신임의 결과가 실질적으로 활용되기 위해서는 제도권 내에서의 유인과 제재 뿐만 아니라 일정한 정도의 사회적 구속력이 필요하다. 신임 결과의 공표는 지역사회에 해당 의료기관의 질적 수준을 공개하는 효과가 있어 이용 빈도는 물론 이용의 신뢰도와 만족도에 심각한 영향을 미친다.

다섯째, 참여 동기 부여를 위한 제재 및 유인 제도가 확립되어야 한다. 우리 나라에서 고려할 수 있는 것으로 신임 결과에 따른 보험가산율을 차등화 하거나 의료보험 요양기관 지정을 위해서는 신임평가를 받도록 하는 방안, 금융 등 재정 지원의 차별화, 3차진료기관 지정의 조건화 등이 고려될 수 있다.

3) 신임제도에 대한 의료계의 인식 전환의 필요성

의료기관 신임제도의 발전 과정을 살펴보면 의료기관에서 제공되는 서비스의 수준을 평가하고 이와 관련된 문제점의 발견 및 보완을 통해서 환자에게 적절한 수준의 서비스를 제공하기 위한 의료계의 자발적인 노력의 일환으로 진행되어져 왔다. 의료기관이 신임을 받는다는 것은 그 기관이 적절한 수준의 의료서비스를 제공할 수 있다는 것을 전문적인 측면에서뿐만 아니라 국가적인 차원에서 인정하는 것이다. 따라서 적절한 수준의 서비스를 제공하기 위해서 갖

추어야 될 요건을 사회적 공론화 과정을 거쳐서 설정하고 이와 같이 설정된 기준을 각 의료기관이 실질적으로 만족시키고 있는지의 여부를 자발적인 심사를 통해 표명하는 것이다. 이러한 측면에서 볼 때 국가에서 강제적으로 실시하는 면허 제도라든지 법적 규제와는 상이한 성격을 띄고 있다. 이는 다시 말해서 전문성을 갖는 이해집단의 자발적인 평가 결과를 사회적으로 공인함으로써 집단의 자율성을 최대한 보장함과 아울러 사회적 공익도 성취하는 일종의 사회적 약속이다. 따라서 이러한 이해집단의 내부적 규제는 전문성을 이유로 이해집단의 이익만을 위해 편의적으로 실시되어서도 안되며 엄격함과 객관성을 유지시킬 필요가 있다. 우리 나라의 표준화 심사제도가 가장 결여되고 있는 부분이 바로 이러한 집단 내부적 엄격성과 객관성의 유지 부분이다. 이러한 원인으로 지금까지 의료계가 병원표준화사업을 표준화 자체보다는 수련병원 인정 여부와 각 전문분야 수련의사의 숫자 책정의 지표를 산정 하는 수단으로 인식하여 왔다는 것을 들 수 있다. 표준화사업에 있어서도 의료계 자체의 편의성 확보 및 외적 규제에 대한 방어적 성격에만 머물러 있었다는 점 또한 원인으로 제시할 수 있을 것이다. 따라서 향후 표준화사업이 실질적인 의료기관 신임제도로 정착하기 위해서는 이에 대한 기본적인 인식의 전환이 우선적으로 필요하다.

7. 결 론

세계 각국의 신임제도는 다양한 발전 과정을 거쳐왔으며 실제 국민 의료의 질의 적정성을 보장하고 또한 의료의 질 향상을 도모함에 있어 가장 주요한 분야로 자리잡고 있다. 1910년 초기 미국의 한 외과 의사로부터 시작된 의료기관 신임사업은 80년이 더 지난 1990년대 현재까지 호주, 캐나다, 영국, 스페인, 뉴질랜드, 스웨덴, 일본, 네덜란드, 유고슬라비아, 헝가리, 이탈리아, 남아 공화국 등지에서 시범사업이나 국가 차원의 제도로 발전하고 있다. 현재 신임제도

가 가지고 있는 문제점을 상당 부분 인정하더라도 의료기관이나 의료인력들의 자발적인 참여 과정을 통해 의료서비스의 질적 향상에 기여한 효과는 매우 긍정적으로 평가할 수 있겠다. 이 연구의 결과는 비록 포함된 국가의 수가 적다는 제한점을 가지고 있지만, 비교 국가 모두 의료기관 신임제도의 발전 과정에서 주요한 위치를 점하고 있어 본 논고에서 제기한 신임제도의 비교 검토 내용은 향후 우리 나라의 의료기관 신임제도의 정책 개발과 실행에서 기초적인 정보로 활용될 수 있을 것이다.

IV. 감사의 글

본 연구는 한국의료관리연구원의 연구진이 참여 하여 진행되었다. 현지 방문을 통한 자료 수집과 수집된 다양한 자료를 정리하는데 참여한 장현숙 연구위원과 권순정, 권영대, 이선희 연구원들께 감사의 뜻을 표한다. 각 국가별로 상세한 현황은 본 연구원에서 발행한 '의료기관 신임제도의 현황과 과제(1993년 1월 발행)'편을 참조 바란다.

V. 참고문헌

- 1) Weitzman BC. The quality of care: Assessment and assurance, In Kovner AR. The Health Care Delivery in the United States, 4th ed. USA: Springer Publishing Company, 1990:353-380.
- 2) Kim YY, Significance of Hospital Accreditation Services and standards of nursing services. Taehan Kanho 1981; 20(5):7-12.
- 3) Kim JY, Lee YS. Opinion of hospital accreditation services. Taehan Kanho 1981; 20(5):30-1.
- 4) 하호욱. 병원표준화사업 추진방향. 대한병원협회지 1985; 14(4):29-33.
- 5) 하호욱. 병원표준화사업의 실태와 미래. 대한병

- 원협회지 1985; 14(9):42-51.
- 6) 하호욱. 병원표준화사업의 실태와 미래. 병원연구 1985; 8:19-28.
- 7) 신영수, 김용익, 김명기, 정두채, 배상수, 김창엽 등. 적정진료보장을 위한 의료의 질관리 연구. 서울: 서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 1991:198-212.
- 8) Roberts JS, Coale JG, Redman RR. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. JAMA 1987; 258(7):936-940.
- 9) The Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organization(JCAHO). Accreditation in the United States. In Sketris I. Health services accreditation - An international overview. UK: King's Fund Centre, 1988:4-10.
- 10) The Australian Council on Health Care Standard(ACHCS). Accreditation in Australia. In Sketris I. Health services accreditation - An international overview. UK: King's Fund Centre, 1988:11-17.
- 11) The Canadian Council on Hospital Accreditation (CCHA). Accreditation in Canada. In Sketris I. Health services accreditation - An international overview. UK: King's Fund Centre, 1988:18-24.
- 12) King's Fund Centre. Organizational Audit(Accreditation UK) - Standards for an acute hospital. London: King's Fund Centre, 1990:i-iii.
- 13) The Health Services. Working for Patients - Presented to Parliament by the Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland. London: Her Majesty's Stationary Office, 1991:1-46.
- 14) 한국의료관리연구원. 제 11차 ISQua 학술대회 참가보고(내부자료). 서울: 한국의료관리연구원, 1994.
- 15) Cedergen L, Jamlo GB. Organisational audit in Sweden - A pilot project. In Proceedings of the

- 11th International ISQua Conference, Venice:IRCCS, May 24-28, 1994.
- 16) Deighan M, Lombarts MJMH. External (peer) review in the UK and the Netherlands. In Proceedings of the 11th International ISQua Conference, Venice:IRCCS, May 24-28, 1994.
 - 17) Carroll JG. Saudi Arabia: Planning an accreditation program. In Proceedings of the 11th International ISQua Conference, Venice:IRCCS, May 24-28, 1994.
 - 18) Heidemann EG. A client-centered accreditation program. In Proceedings of the 11th International ISQua Conference, Venice:IRCCS, May 24-28, 1994.
 - 19) Koolen Y. Dutch accreditation system for hospitals. In Proceedings of the 11th International ISQua Conference, Venice:IRCCS, May 24-28, 1994.
 - 20) 대한병원협회. '91병원표준화심사 '92 수련병원 지정.전공의 정원책정 보고서, 1992.
 - 21) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Accreditation manual for hospitals. Vol 1. Illinois: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1992:i-xxix.
 - 22) Tousignant DR. JCAH accreditation standards. In Smith MC. Handbook of institutional pharmacy practice. 1979:25-33.
 - 23) The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. Publications Catalog. Illinois: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 1994.
 - 24) The Australian Council on Healthcare Standards. The ACHS accreditation guide - Standards for Australian health care facilities. 6th ed, Zetland NSW: The Australian Council on Healthcare Standards Ltd, 1992:8a-32a.
 - 25) 대한병원협회. 1993년도 병원표준화심사요강. 서울: 대한병원협회, 1993.
 - 26) 대한병원협회. '93년도 제 1차 병원신임위원회 전체실행위원회 회의자료. 서울: 대한병원협회, 1993.
 - 27) Shaw CD, Brooks TE. Health services accreditation in the United Kingdom. Qual Assur Health Care 1991; 3(3):133-140.
 - 28) 대한병원협회. 표준화심사업무지침. 서울: 대한병원협회, 1993.
 - 29) McCleary D. Joint Commission on Accreditation of Hospitals - twenty-five years of promoting improved health care services. Am J Hosp Pharm 1977; 34(Sep):951-954.
 - 30) O'Leary DS. Accreditation in the quality improvement mold - A vision for tomorrow. QRB Qual Rev Bull 1991; 17(3):72-77.
 - 31) O'Connor PT, Wolff AM. Preparation for hospital accreditation: An efficient and practical approach. Aust Clin Re 1993; 13:157-163.
 - 32) O'Leary DS, O'Leary MR. From quality assurance to quality improvement. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization and Emergency Care. Emerg Med Clin North Am 1992; 10(3):477-92.
 - 33) Shaw CD. Quality assurance in the United Kingdom. In Proceedings of the 10th International ISQA Conference, Maastricht:CBO, June 20-23, 1993.
 - 34) Duckett SJ. Changing hospitals: The role of hospital accreditation. Soc Sci Med 1983; 17(20):1573-1579.
 - 35) Duckett SJ, Coombs EM. The emphasis and effect of hospital accreditation on nursing services. Int J Nurs Stud 1981; 18(3):177-184.
 - 36) Rooney AL, Biere DM. Demonstrating excellence in home care through Joint Commission accreditation. J Nurs Adm 1992; 22(9):31-6.
 - 37) Hendrick RE. Quality assurance in

- mammography. Accreditation, legislation, and compliance with quality assurance standards. *Radiol Clin North Am* 1992; 30(1):243-55.
- 38) Jensen GM. The work of accreditation on-site evaluators. Enhancing the development of a profession. *Phys Ther* 1988; 68(10):1517-25.
- 39) Hadley TR, McGurrin MC. Accreditation, certification, and the quality of care in state hospitals. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39(7):739-42.