

☒ 연구논문

의료부문에의 TQM 적용가능성에 관한 연구

유한주

삼육대학교 경영학과

A Study on the Applicability of TQM to Health Care Sector

Hanjoo Yoo

Dept. of Business Administration, Sahmyook University

Abstract

Total quality management (TQM) is regarded as a tool for improving the competitiveness not only for a manufacturing sector, but also for overall national economy. Especially, TQM is recently implemented in public sector such as government, education, and health care.

In this paper, the applicability of TQM to health care sector is examined.

For this study, the movements of TQM implementation in health care sector in developed countries such as United States and Japan are reviewed through literature study.

As the result of this study, the TQM model in health care is suggested and the characteristics of the model are explained, and finally several steps to implement TQM in health care are summarized.

1. 서론

품질 위주의 기업문화를 창출함으로써 기업의 경쟁력을 제고하고자 하는 경영혁신 운동인 TQM이 기업의 장기적인 성장을 위한 도구로 관심을 끌고 있는 것은 경쟁전략무기로서의 품질의 중요성이 최근에 들어와서 특히 강조되고 있기 때문이다[Banks, 1992]. TQM을 성공적으로 추진한 국가 중의 하나인 미국의 경우 자동차산업을 비롯

한 여러 제조부문에 약 10여년 동안 TQM을 체계적으로 추진함으로써 미국경제 재건의 기틀을 다져 왔다. 최근 미국에서는 TQM이 제조업의 경쟁력 강화수단으로서 뿐만 아니라 국가경제 전반의 경쟁력 강화를 위한 수단으로 활용되는 추세이다. 즉, 정부조직, 교육부문, 의료부문 등의 공공부문에서의 경영혁신을 위한 도구로서 TQM 도입에 관한 시도가 이루어지고 있다.

공공부문 중에서 의료부문의 경우에는 의료기관간의 경쟁이 날이 갈수록 치열해지고 의료비 지출이 증대됨에 따라 TQM의 중요성이 더욱 강조되고 있다. 캐나다의 경우 1990년대 초에는 예산의 3분의 1 이상을 의료비로 지출한 수가 상당수 있어 재정적인 어려움을 겪은 바 있다[Morgan and Murgatroyd, 1994]. 미국의 경우 국민총생산(GNP)대비 보건의료비는 1960년에는 5.3%였던 것이 1991년에는 13%까지 증가하였으며 2000년에는 17.3%까지 계속해서 상승할 것으로 예상된다. 만약 현재의 증가율이 계속된다면, 2030년경에는 국민총생산(GNP)의 35% 수준에 도달할 것이다. 이와 같이 과거 30여년간 의료비 지출이 기하급수적으로 증가하고 있다는 사실을 통하여 [Stamatis, 1996] 의료부문내에서 각종 문제가 발생할 가능성이 있음을 알 수 있다. 또한, “미국은 평균 기대수명이 다른 15개국보다 짧고, 영아 사망률은 다른 22개국보다 높다”[Hilts, 1991]는 사실에 의하여 미국의 보건의료 수준은 개인당 보건의료비가 훨씬 적은 나라들의 건강 수준보다 낮다고 할 수 있으므로 보건의료에 돈을 많이 쓰는 것이 중요한 것이 아니라, 오히려 보건의료비 명목으로 얼마나 가치 있게 쓰여지는가 여부가 보다 중요한 것이다.

이러한 관점에서 의료부문에서의 TQM도입 필요성은 더욱 높아지고 있는 것이다. 특히, 하버드 커뮤니티 헬스 플랜의 품질위원회 회장인 Donald M. Berwick과 주란연구소의 회장인 A. Blanton Godfrey는 그들의 저서인 「*Curing Health Care*」에서 “건강을 다루는 거의 모든 곳에서 의료행위의 변덕스러운 행태가 만연되어 있다”라고 말한 바 있으며[Main, 1994] 이 조직의 대표이사인 Heinz Galli는 “미국의 의료는 보잘 것 없는 질에 비해 막대한 비용을 지불하고 있다. 가끔씩 나는 미국의 보건의료 체계는 낮은 질의 특징인, 낭비와 재작업, 그리고 비효율을 낳기 위해서 계획된 것이 아닌가 할 때가 있다”[Galli, 1991]라고 말한 바와 같이 인간의 생명과 관련된 의료활동의 편차가 극심함은 TQM 도입의 필요성을 더욱 강조하고 있는 것이다.

이하에서는 미국과 일본을 비롯한 선진국의 의료부문에서의 TQM 추진현황과 관련 연구를 문헌연구를 통하여 분석함으로써 의료부문에 대한 TQM의 적용가능성을 검토하고자 한다. 또한, 의료부문 TQM 모형의 특징을 제시하고 의료부문에서 TQM이 적용될 경우의 추진단계를 제시하고자 한다. 마지막으로 이 분야에서의 앞으로의 연구 방향을 제시함으로써 의료부문 TQM 연구의 활성화에 도움을 주고자 한다.

2. 의료부문에서의 TQM 연구와 추진현황

2.1 국가시범프로젝트에 의한 TQM적용 연구

미국에서 의료부문에서의 TQM 적용에 관한 최초의 연구는 1987년에 시행된 국가시범프로젝트(National Demonstration Project: NDP)이다(Main, 1994). NDP는 약 100여명의 내과 의사, 건강관리 행정관, 품질 전문가들이 모여 의료조직에 대한 TQM의 적용가능성을 조사한 프로젝트이다. NDP에 의하여 밝혀진 다음과 같은 몇가지 사항들은 의료조직에도 TQM이 적용되어야 함을 보여준다.

- 보스톤에 있는 아동병원은 위급한 상황에 지체 있는 아이들을 실어오기 위한 앰블런스의 95%가 통화 후 30분이 지난 때까지 병원에서 출발조차 하지 않은 것을 알았다. 앰블런스가 출발하기 위해서는 의사로부터 허락을 받아야 했지만 어느 특정 의사도 그 책임을 맡고 있지 않았기 때문이었다.
- 일리노이의 에반스톤병원은 의사의 부족으로 주간수술계획이 지연되고 있다고 믿고 있었으나 사실은 당일의 첫 번째 환자의 기록이 늦게 도착하여 하루종일 지연되도록 만든다는 것을 발견하였다. 일단 병원이 당일의 기록을 전달 미리 가지다 두도록 조치함으로써 그러한 지연은 더 이상 발생하지 않게 되었다.

2.2 미시간대학 의료센터의 TQM 적용사례

NDP는 미국내의 병원경영혁신의 촉매제 역할을 하였다. NDP의 일부로 1987년에 TQM 프로세스를 시작한 미시간대학 의료센터의 성공사례를 요약하면 다음과 같다(Main, 1994). 이 의료센터는 1980년대 중반까지 다음과 같은 문제점을 지니고 있었다.

- 입원을 위해 병원에 도착한 환자들은 대기실에서 평균 2시간을 기다려야 하였다.
- 환자의 기록 중 5%가 의사에게 적시에 전달되지 않았다.
- 매년 87만건의 예약 중 5%가 이행되지 않았다.
- 연기나 취소, 잘못된 일정 등으로 인하여 이루어지지 않은 수술의 비율은 13%에 달하고 있었다.
- 환자가 상담을 위하여 전화를 걸 경우 32%가 통화중이었다.

이 의료센터는 입원과 퇴원시의 지연문제를 과제로 선정하고 이 과제를 해결하기 위한 품질개선팀을 간호사와 삼역부대표, 행정 및 입원수속부서의 대표자로 구성하였다. 이 품질개선팀은 흐름도, 원인결과도표, 파레토도 등을 활용하여 개선책을 마련하였다. 즉, 입원실을 신속히 청소하기 위하여 입원실 청소부들에게 호출기를 지급하였고 환자의 가족에게 퇴원예정날짜와 가정에서 미리 준비해야 할 필요가 있는 사항들을 알려 주는 등의 대책을 마련하여 시행하였다. 그 결과 이 의료센터의 입원지연시간은 1988년 10월에는 평균 22분, 그리고 1992년에는 10분으로 줄어들게 되었다. 이외에도 청구서상의 오류나 전화서비스의 개선 등의 과제도 TQM접근법에 의하여 상

당한 성과를 실현하였다.

이 의료센터는 TQM추진에 4백만불을 지출하여 4년간 1,770만불의 손실을 절감하였으며, 이러한 금전적인 효과 외에도 개선된 간호로 인한 환자들의 만족감 증대나 종업원들의 사기진작, 그리고 대외적인 이미지 개선 및 홍보효과 등의 무형의 효과를 실현할 수 있었다.

이 프로젝트에서 얻은 교훈 중의 하나는 “의사들의 참여없이 TQM을 시작하는 의료기관은 목숨을 내놓고 있는 것과 마찬가지이다”라는 것이다. 미시간대학 의료센터의 19개 품질개선팀 가운데 가장 성공적인 팀은 의사가 포함된 팀이었다. 이 의료센터의 사무책임자인 Ellen Gaucher가 “의사들의 참여를 유도하는데 많은 시간이 걸렸다”라고 말한 바와 같이 TQM 추진에 있어서 의사들의 참여는 실망스러운 수준이었다. 인터마운틴 헬스케어사의 품질지도자인 Brent C. James는 의사들에게 표준을 제시하는 대신 차이(variation)를 보여줌으로써 그 차이가 극복될 수 있다고 제안하였다.

2.3 미국내 의료기관의 TQM 추진상황

1990년대에 들어와서 TQM이 의료부문에 효과적인 시스템이 될 수 있다는 인식이 확산되기 시작하였다. 노스웨스턴대학이 실시한 조사에 의하면 1993년 조사대상인 3,303개 병원 중 68.9%가 TQM을 추진하고 있는 것으로 나타났다(Main, 1994). 그러나 TQM을 추진한 병원 중에서 73.4%가 추진한 지 2년도 지나지 않아 성과가 미약하여 어려움을 겪고 있으며 의사의 16.2%만이 TQM 교육을 이수하였고 10%만이 품질개선팀에 참여하고 있는 등 TQM을 추진하는 병원이라 할 지라도 소수의 의사들과 함께 TQM을 추진하고 있는 상황이다.

유뱅크스(P. Eubanks)가 781개의 병원을 대상으로 조사한 결과 그 중 58.5%의 병원이 TQM 프로그램을 추진하고 있는 것으로 나타났다[Eubanks, 1992].

런과 클라우징(B. Lin and J. Clousing)은 1993년 북루이지애나 지역에서 TQM을 추진하고 있는 31개 병원을 대상으로 TQM 추진행태에 관한 조사를 하였다[Lin and Clousing, 1995]. 이 조사결과 TQM을 추진하는 대부분의 병원에서 TQM의 일부분만을 도입하고 있을 뿐 종합적인 TQM 시스템을 갖춘 병원은 거의 없는 것으로 밝혀졌다. 즉, 품질개선을 위한 도구로 몇 가지 기법을 활용하고 있을 뿐 품질목표와 전략 그리고 성과측정 등을 종합적으로 다루는 TQM 시스템이 개발되지 않았다는 것이다. 이들은 그 이유로서 첫째, 최고경영자의 관심과 열의 부족, 둘째, 전사적인 참여가 아닌 부분적인 참여 등을 지적하고 있다.

2.4 기타 연구

의료부문에서의 TQM에 관한 연구의 상당 부분은 팀을 중심으로 한 연구이다. 블라이스(P.L. Blyth)는 동부 오레곤에 소재하고 있는 성 찰스메디컬센터가 어떻게 조직개편을 단행하여 팀제 조직으로 성공하였는지를 설명하였다. 그는 이 메디컬센터의 팀구성원들이 교차훈련을 받고 팀리더에 대한 평가(자기평가, 동료평가, 팀평가)를 철

저하게 시행함으로써 성공하였음을 보여주었다[Blyth, 1995].

게이츠(J.L. Gates)는 TQM기법을 활용하여 종기를 예방하기 위한 연구를 수행하기 위하여 의사와 간호사, 간호보조원 그리고 수술요원으로 구성된 팀을 구성하고 그 과정을 소개함으로써 의료활동 개선에 팀이 얼마나 효과적인지를 보여주었다[Gates, 1996].

위맥 등(J.L. Womack, C.S. Wasyk, and M. Conner)은 오하이오주에 소재한 사마리탄병원의 정형외과에서 팀을 활용한 품질개선을 시도하였다. 그들은 환자간호의 개선, 병원대기시간의 감축, 비용의 절감 등을 목표로 설정하고 다양한 품질도구를 구사하여 개선활동을 하였다. 팀에 의한 개선활동을 하는데 있어서 가장 중요한 것은 의사를 팀활동에 실질적으로 참여시키는 것이었다. 그러나 의사들이 바쁜 시간을 쪼개어 팀활동에 참여한다는 것은 매우 어려웠다. 그러므로 의료기관에서의 팀활동에서는 시간적인 부담이 되지 않는 범위내에서 의사를 참여시킬 수 있는 창조적인 방안이 반드시 강구되어야만 한다. 팀활동을 하는데 있어서의 또 다른 어려움으로는 설문지를 개발하고 자료를 처리하는데 있어서의 경험 부족이었다. 따라서 자료처리방법에 관한 교육이 필수적이라 할 수 있다. 또한 팀의 활동영역범위를 제한하지 않으면 병원내의 모든 문제를 해결하려고 하여 결국은 아무 것도 달성하지 못하는 결과가 발생할 수 있다는 점을 주의해야 한다고 지적하고 있다[Womack, Wasyk, and Conner, 1994/95].

일본에서도 의료기관의 TQM 도입이 이루어지고 있다. 그 중 동경의 練馬종합병원이 가장 대표적이다[飯田修平, 1997]. 이 병원은 1995년 3월부터 병원의 질향상을 목적으로 한 활동의 일환으로 MQI(Medical Quality Improvement)활동을 전개하고 있다. 이 활동의 모체는 간호사와 직원 등 5-6명으로 구성된 팀이며 각 팀에는 업무경험이 풍부한 리더를 두고 업무개선활동의 지도와 조언을 담당할 의사를 1명씩 두고 있다. 구체적인 활동은 각 팀의 정기적인 회합과 발표회를 중심으로 이루어지고 있다.

일본에서의 의료부분에 대한 체계적인 연구로는 사회경제생산성본부 생산성연구소가 1994년에 실시한 서비스기업의 생산성, 고객만족, 직무만족 실증연구를 들 수 있다[社會經濟生産性本部 生産性研究所, 1995].

이 연구는 생산성연구소 산하의 서비스기업 생산성연구위원회에 의하여 수행되었다. 이 연구에서는 <표 1> 및 <표 2>와 같이 외래환자와 입원환자별로 의사와 간호사의 품질요인을 요인분석에 의하여 추출한 바, 환자와의 의사소통, 의료능력, 환자에 대한 태도 등이 주요요인으로 추출되었다. 또한, 각 품질요인이 종합만족도에 미치는 영향을 분석한 결과 의사의 경우 외래환자, 입원환자 공히 환자와의 의사소통이 가장 높은 영향변수로 나타났으며, 간호사의 경우에는 외래환자에 대하여는 환자에 대한 태도, 입원환자에 대하여는 간호능력이 가장 영향력있는 변수로 나타났다. 이러한 사실은 「3시간 대기, 3분 진료」라는 우리나라 의료업계의 문제점이 일본에서도 동일하게 나타나고 있음을 보여준다.

< 표 1 > 의사와 관련된 품질평가요인

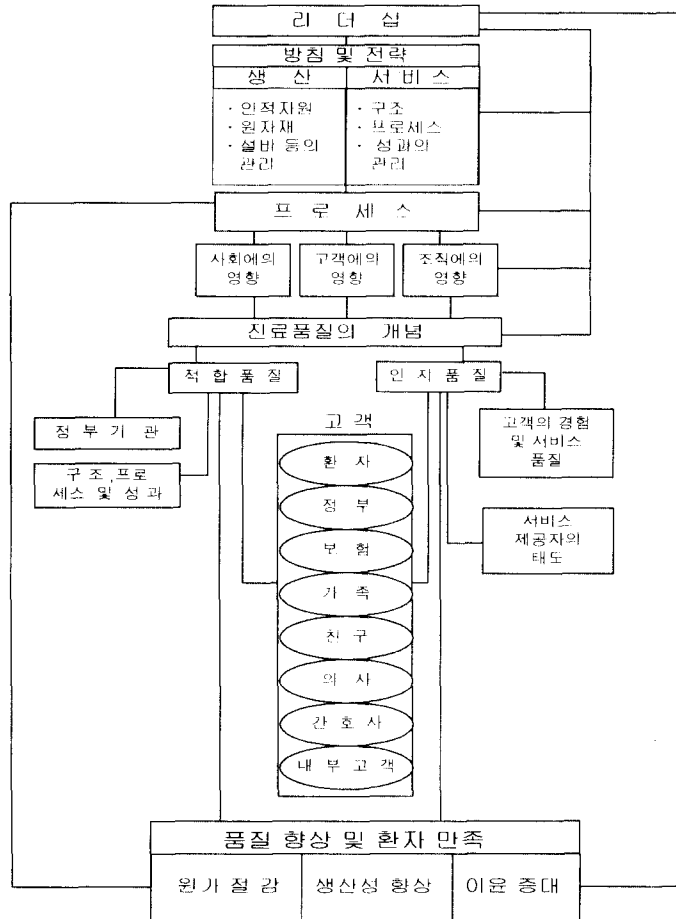
외래환자	환자와의 의사소통	충분한 시간을 두고 설명, 설명의 이해정도, 질문의 난이도, 약에 관한 충분한 설명, 질문에 대한 반응 등
	의료능력	치료에 대한 노력, 치료에 필요한 지식과 능력의 신뢰성, 환자의 불안감을 해소하는 능력, 치료의 충분한 시간 등.
	환자에 대한 태도	친근감, 환자에 대한 평등한 대우, 환자의 사생활 보호 등.
입원환자	환자와의 의사소통	질문에 대한 응대, 충분한 설명, 질문의 난이도, 설명의 이해 정도 등
	환자에 대한 태도	환자에 대한 평등한 대우, 환자의 사생활보호, 환자의 불안감 해소능력 등.
	환자와의 접촉시간	충분한 치료시간, 회진의 빈도수, 치료에 필요한 지식의 보유 등.
	의료능력	치료기술, 치료에 대한 최선의 노력 등.
	의사간의 능력	의사간의 지식과 능력의 차이

< 표 2 > 간호사와 관련된 품질평가요인

외래환자	환자에 대한 태도 및 간호능력	신뢰성, 환자와의 공감대 형성, 질문의 난이도, 환자의 불안감 해소노력, 질문이나 요청에 대한 응대, 개개환자에 대한 충분한 주의, 간호에 필요한 지식보유 등.
	간호사간의 능력	간호사간의 지식 및 능력의 차이
입원환자	환자에 대한 태도	환자에 대한 평등한 대우, 개개 환자에 대한 충분한 주의, 질문의 난이도 등.
	간호능력	환자의 불안감 해소노력, 문명객에 대한 호의적 태도, 간호에 필요한 지식과 능력의 보유 등.
	환자와의 의사소통	신뢰성, 질문 및 요청에 대한 응대 등.
	간호사간의 능력	간호사간의 지식과 능력의 차이, 설명과 처치의 차이 등

3. 의료부문 TQM모형의 개요

TQM이란 개선을 추구하고 궁극적으로는 고객을 만족시키기 위하여 처음부터 올바른 일을 적시에 행하는 것이다. TQM의 주요 특성인 고객초점, 전원참여, 지속적 개선, 평가 및 지원 등을 의료부문에 적용하여 의료부문 TQM모형을 제시하면 <그림 1>과 같다. 의료부문 TQM모형이 기존의 TQM모형과 다른 점은 환자 뿐만 아니라 환자의 가족, 보험업계, 정부 그리고 의사, 간호사 등의 내부고객 등 다양한 고객을 고려해야 한다는 것이다. 특히, 보건복지부와 같은 정부부처의 정책이나 규제가 의료활동에 직접적으로 영향을 미치므로 품질에 대한 접근방법이 제조업의 경우와는 상이하다. 즉, 의료부문에서의 TQM은 보다 규범적이며 평가지향적이 될 것이다. 이러한 특성을 반영한 부분이 <그림 1>의 좌측부분의 품질의 적합성이다.



< 그림 1 > 의료부문 TQM 모형

4. 의료부문 TQM활동의 추진단계

의료부문에 TQM활동을 추진하는데 있어서 어려운 점중의 하나는 의료활동에서 중추적 역할을 하는 의사의 참여를 유도하는 것이다. 대부분의 의사들은 TQM에 대하여 회의적이고, TQM이 환자진료와 연구 그리고 교육에 직접적인 영향이 있어 보이지 않는 새로운 철학이라고 생각한다. 즉, TQM이 창조하려는 품질문화와 현재의 사들이 기능하고 있는 문화 사이에 충돌이 발생하는 것이다.

그러나 TQM은 의사와 환자간의 상호작용을 지원하기 위해 일하는 사람들과 의사들이 새로운 태도를 갖게 하는데 최선의 작용을 할 수 있다. 본 절에서는 의사의 참여를 얻는다는 목표를 달성하기 위하여 TQM을 어떻게 추진해야 할 것인가를 제시하고자 한다. 여기에서 제시된 각 단계는 각각 별개의 과정이 아니고 임상적인 의사결정과 임상진료, 그리고 환자의 진료성과를 향상시키기 위한 TQM의 이점들을 강화시키는 연속적인 과정이다.

(1) 1단계: 환경시험

첫 번째 단계는 환경을 시험하기 위해 임상분야에서 TQM을 적용시킬 수 있는 준비 정도를 조직 차원에서 평가하는 단계이다. 대부분의 조직은 차후에 임상노력을 통합할 수 있으리라는 기대를 가지고 행정 및 지원 서비스 분야에서 TQM 활동을 먼저 시작한다. 그러나 행정상의 TQM과 임상분야의 TQM을 동시에 계획해야 그 성과가 높아질 수 있다.

(2) 2단계: 기반 다지기

이 단계의 목적은 조직 내의 의료진들이 TQM을 임상진료에 적용시키는 데 대한 인식을 높이는 것이다. 행정과 임상 지도자들이 임상진료와 관련된 TQM 적용에 대해 더 많은 지식을 갖게 될 때, 임상 팀들과 함께 계획 실행을 위한 전략을 개발해야 한다. 세부적인 활동은 다음과 같다.

- ① 우선 임상진료에 대한 TQM의 적용가능성을 입증해야 한다.
- ② 의사들 중에서 TQM 옹호자를 파악해서 지원해야 한다.
- ③ 의사인 TQM 옹호자가 전체 회의와 부서 회의에서 개론적인 발표를 하게 한다.
- ④ TQM에 대한 의사들의 인식과 임상 진료에 대한 TQM의 적용을 향상시키기 위해서, 임상분야의 장들과 부서의 장들이 함께 회의를 한다.
- ⑤ 임상 팀에 의하여 조사가 가능한 문제점들을 파악하기 위해서 의료 간부 직원, 특히 임상 활동이 가장 활발한 의사들과 만남의 시간을 가져야 한다.
- ⑥ 가능한 한 프로세스에 대한 인식을 향상시키기 위해서 의사들에게 영향을 미치지 않지만 그들의 임상 자율권에는 위협이 되지 않는 범위내에서 프로세스 개선 팀에 의사들을 참여시켜야 한다.

(3) 3단계: 지원 구조와 환경 조성

이 단계는 임상분야의 TQM에 관한 실제적인 실행과 관련된 단계이다. 조직이 시간과 돈 그리고 다른 자원을 의사들이 하는 실직 노력을 지원하는데 투입할 것이기 때문에 여러 과정에서 가장 중요한 단계가 된다. 조직은 두 번째 단계에서 의료진이 제안한 임상에서의 프로세스 향상 가능성을 충분히 검토해야 한다. 초기의 예비 노력을 얼마나 실제적으로 실행하고 효과적으로 지원하느냐가 전체적인 노력에 대한 성과를 결정한다. 그 세부적인 활동내용은 다음과 같다.

- ① 먼저 임상분야의 TQM을 담당할 선두 팀을 조직해야 한다. 이 팀은 조직 내에서 임상 진료의 질 향상에 관심이 있고, 영향력이 있는 자발적인 의사들로 구성하는 것이 이상적이다.
- ② 임상분야의 TQM 선두 팀들은 자료에 의하여 확인될 수 있는 주제, 그리고 임상 간부직원이 선택한 아이디어에 근거한 시범사업의 주제를 선택해야 한다.
- ③ 팀의 노력을 지원하기 위해서 의사팀의 지도자와 밀접하게 일할 스템을 임명해야 한다.
- ④ 가능하다면, 품질관련 도구와 같은 기술의 사용은 임상 예비 팀의 모임에 효과적이므로 이를 도울 수 있게 훈련받은 요원을 임명하여 팀 지도자들과 함께 일하게 한다.
- ⑤ 과정상의 진전에 대해 임상 팀과 최신 정보를 공유해야 한다.

(4) 4단계: 현재의 병원 구조 및 의료 구조와 임상 TQM 사업의 연계

이 단계는 조직의 임상 진료와 실행을 위한 진행 과정의 한 요소로 임상의 TQM 노력이 통합되는 단계이다. 이 단계에서 임상 팀은 진료에 대한 연구와 주요 임상 과정에 대한 지원 뿐만 아니라 임상의 질적인 문제에 대한 대책을 인식해야 한다.

- ① 추가적인 임상 팀의 노력과 지도를 시작하기 위해 의사들을 격려해야 한다.
- ② 조직 구성원들에 대한 훈련을 개발하는 수단을 강구해야 한다.
- ③ 질 향상에 초점을 맞춘 질 관리노력을 재확성화하여야 한다.
- ④ 의사들이 동료들과 비교할 수 있도록 임상 활동에 대한 자료를 제공하기 위한 방법론을 확립해야 한다.
- ⑤ 임상적인 실행을 계획함에 있어서 변화에 대한 혁신적인 생각들을 지원하는 소규모 지원계획을 수립해야 한다.

이상에서 설명한 절차는 TQM에 의사의 참여를 유도하는 하나의 전략이 될 수 있다. 그러나 이런 전략의 성공기반은 TQM이 임상 과정과 진료에 적용할 수 있다는 의사 집단내의 믿음에 의지한다. 임상 분야의 노력이 성공적으로 실행된 거의 모든 조직들이 이용한 주된 전략은 의사인 옹호자들의 성공에 대한 확신과 지원에 기초하고 있다.

5. 결론

미국과 일본을 비롯한 많은 선진국에서 의료부문의 경쟁력을 제고하기 위하여 TQM을 추진해 오고 있고 이에 관한 연구도 비교적 활발한 편이지만, 의료부문에서의 TQM의 미래는 밝다고 할 수만은 없다. 지금까지 수행된 각종 연구를 종합하여 그 이유를 요약하고 앞으로의 방향을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 최고경영자의 지원이 제한되어 있다는 점이다. TQM을 추진한 대부분의 의료기관 중 최고경영자가 강력한 리더십을 바탕으로 TQM을 추진한 기관은 극소수에 불과하며 간호사와 직원 등 일부 조직구성원을 중심으로 이루어진 부분적인 TQM이었음이 밝혀졌다.

둘째, 최근 기업의 인원감축노력으로 품질부서의 스태프가 줄어들고 기능이 약화된다는 점이다. 의료기관의 경우도 마찬가지로 병원경영 합리화라는 이름으로 다운사이징을 실행에 옮기는 기관이 많으며, 의료기관의 경우에도 병원경영에 단기적으로는 영향을 미치지 않을 것으로 간주되는 품질부서를 축소하는 경우가 많은 것이다.

셋째, TQM의 성과를 극대화하기 위해서는 전사적인 관심과 열의가 필요함에도 불구하고 의료기관에 속한 모든 구성원들의 협력하에 TQM이 추진되는 경우가 드물다. 특히, 의료부문에서 가장 중추적인 역할을 하는 구성원이 의사임에도 불구하고 이들은 TQM에 대하여 냉소적인 편이다. 따라서 의료기관 내에서 가장 중요한 역할을 담당하는 구성원인 의사들의 협력이 무엇보다도 필요하다.

넷째, TQM은 품질계획(quality planning), 품질개선(quality improvement), 품질보증(quality assurance)으로 구성된다. 그러나 의료부문에서의 TQM은 이들 중 품질개선에만 비중이 두어져 온 경향이 있다. 따라서 전략적 품질계획의 수립과 ISO 9000 시리즈에 의한 품질보증시스템의 구축이 필요한 시점이다.

다섯째, TQM이 의료활동 자체에만 국한되어 적용되는 경향이 있다. 병원의 질은 의료의 질에 의해서만 결정되는 것이 아니라 병원에서 이루어지는 모든 업무(시설정비, 청소, 안내)의 질에 의해서 결정되므로 병원에서 이루어지는 모든 활동에 초점이 맞추어져서 TQM이 추진되어야 한다.

참고문헌

- [1] 飯田修平(1997), “病院の質向上により, 医療における「信頼の創造」と「サービス産業」の現実へ,” 品質管理, vol. 48, no. 5, pp.15-20
- [2] 社會經濟生産性本部 生産性研究所(1995), 「サービス企業における生産性・顧客満足・職務満足」, pp. 53-85
- [3] Banks, J.(1992), *The Essence of Total Quality Management*, Prentice-Hall, p. 3.
- [4] Blyth, P.L.(1995), “Reengineering or Rebirth?,” *Health Facilities Management*,

- May, pp. 101-103.
- [5] Eubanks, P.(1992), "The CEO experience TQM/CQI," *Hospitals*, pp. 24-36.
- [6] Galli, H.(1991), "Health Care's 'Quality Dividend'," *Boston Globe*, July 30, p. 1.
- [7] Gates, J.L.(1996), "TQM Pressure Ulcer Prevention," *Nursing Management*, vol. 27, no. 4, p. 48
- [8] Hiltz, P.J.(1991), "Say Ouch: Demands to Fix U.S. Health Care Reach a Crescendo," *Wall Street Journal*, May 19, sec. 4, p. 1.
- [9] Lin, B. and Clousing, J.(1995), "Total Quality Management in Healthcare: a Survey of Current Practices," *Total Quality Management*, vol. 6, no. 1, p. 75
- [10] Morgan, C. and Murgatroyd, S.(1994). *Total Quality Management in the Public Sector*, Open University Press, p. 68
- [11] Stamatis, D.H.(1996), *Total Quality Management in Healthcare*, Irwin, p. 3
- [12] Womack, J.L., Wasyk, C.S., and Conner, M.(1994/95), "Making Improvements in Good Samaritan Hospital's Orthopedic Unit," *National Productivity Review*, Winter.