

미국 의료의 질 향상을 위한 주요활동 고찰

- 성과에 따른 보상, 근거 중심 의료, 고신뢰조직을 중심으로 -

김 광 점

가톨릭대학교 의료경영대학원

<Abstract>

An essay on quality improving efforts in US healthcare system and implications for Korean healthcare system

Kwang-Jum Kim

Graduate School of Healthcare Management and Policy, The Catholic University of Korea

Quality of care and patient safety have become today's agenda for healthcare industry in worldwide. This paper describes experiences to improve quality of care and patient safety in USA and identifies some future tasks for better implementation of quality improvement efforts. The paper concludes with a discussion of the implications for Korean healthcare system.

Key Words : Quality of care, Medical error, Evidence-based medicine, Performance based pay, high reliability organization

I. 서 론

2001년도 기준으로 미국은 GDP의 약 14%, 화폐 금액으로는 1,400억 달러에 달하는 엄청난 의료비용을 사용하고 있다(Reinhardt, et al, 2004; Shortell, 2004). 그러나 미국의 건강 지표는 영아사망률과 기대 수명에서 미국보다 훨씬 적은 의료비를 사용하는 일본 등에 현저하게 뒤진다.¹⁾ 이런 비효율을 안고 있는 미국의 의료시스템은 의료기술과 제약 산업에서 혁신을 주도한다는 점과 높은 수준의 의료의 질을 지니고 있다는 점에서 위로를 얻고 있었다.

의료의 질은 ‘개인과 특정 집단에게 제공되는 보건의료서비스가 바람직한 건강 결과를 산출하는 정도 및 그 보건의료서비스가 현재의 전문적인 지식과 일치하는 정도’²⁾를 의미한다. 이 정의는 두 가지 측면을 담고 있다. 첫째는 보건의료서비스가 바람직한 건강 결과를 산출하는가의 측면으로 의료 과실이 없는 상태를 간접적으로 표시하며, 둘째는 보건의료서비스가 현재의 전문적인 지식과 일치하는 정도로서 근거에 기초를 둔 치료를 표시한다.

의료 과실이 얼마나 발생하고 있는지 정확하게 파악하는 것은 어렵다.³⁾ IOM 보고서(2000)에서는 연간 44,000명에서 98,000명의 환자가 과실로 인하여 사망한다고 두 연구결과를 인용하여 보고하였는데, 이에 대해서는 방법론적 측면에서 많은 의문이 제기되고 있다(Student et al., 2003).

의료의 질에 대한 정의의 둘째 측면, 즉 현존 지식과의 일치 정도에서도 문제가 크다고 보고되고 있다. 미국에서 제공되는 시술 중 1/6~1/3이 부적절한 시술이며(Chassin et al., 1987), 특정 질환에 대해서 시행할 필요가 있는 것으로 권고되는 시술이 실제로 시행되는 정도는 50%를 약간 초과하는 것으로 나타났다(McGlynn et al., 2003). 지역에 따라서 시행되는 시술의 빈도도 서로 큰 차이를 보이는데, 이러한 차이는 환자의 건강 상태를 보정한 이후에도 여전히 존재하여, 환자의 건강 상태의 차이 때문에 서로 다른 처방이 실행되었다고 보기 어려운 수준이다(Wennberg, 1987).

1) 영아사망률의 측정기준이 되는 영아를 정의하는 것이 나라마다 차이가 있고, 미국에서는 다른 나라에서는 사산으로 분류되는 경우도 출산으로 간주되기 때문에 영아사망률이 높게 나타난다는 주장도 있지만, 그러한 차이를 보정한 이후에도 미국의 영아사망률은 높은 수준이다(Liu et al., 1992).

2) www.qualitymeasures.ahrq.gov/resources/glossary.aspx

3) 우리나라의 경우 연간의료사고사망자가 1만~2만7천명에 달하고, 의료과실로 인한 사망자는 연간 4,500~1만 명에 달한다는 추정이 있었다(테일리메디, 2005. 6. 2일자).

미국 의료의 질이 높다는 자부심은 앞서 언급한 IOM 보고서(2000)를 계기로 완전히 무너지고 말았다.⁴⁾ 이러한 위기의식은 의료의 질 문제가 의료비 상승 억제 이후 새로운 화두가 되도록 만들었고, 다양한 해결책을 시도하게 하였다.

우리나라에서도 의료과실로 인한 분쟁의 건수가 급증하고 있고, 환자의 안전에 대한 관심도 높아지고 있다. 의료의 질 향상을 위한 노력의 일환으로 정부에서는 의료서비스평가제도를 도입하였으며 그 결과 공개여부가 쟁점이 되고 있다. 의료기관에서는 의료보장(Quality Assurance) 내지는 의료의 질 향상(Quality Improvement) 활동을 활발하게 시행하고 있다. 그러나 QI 활동의 구체적인 성과는 아직 판단하기 어려운 상태에 머물러 있고, 이를 임상진료의 질 향상으로 연결되지는 못하고 있는 것으로 판단된다(이선희 외, 2001).

이 글에서는 미국에서 나타난 이러한 질 향상 노력과 성과를 고찰하고, 이를 통해서 우리나라의 의료에 주는 시사점을 찾아보려고 한다. 이를 위하여 먼저 미국에서는 의료의 질 문제를 어떻게 인식하고 있으며, 이를 해결하기 위해서 어떤 노력을 기울이고 있는지를 주요한 활동 중심으로 정리할 것이다. 그 후 이들 활동의 성과를 평가하고 질 향상을 위해서 새롭게 대두되고 있는 과제를 요약할 것이다. 마지막으로 미국의 경험이 한국의 의료에 던지는 시사점이 무엇인지 제시할 것이다.

II. 질 문제 해결을 위한 활동과 평가

의료 인력에 대한 면허 제도와 의료 기관에 대한 신임 제도는 의료공급의 질을 담보하기 위한 최소한의 조치라 할 수 있다. 그러나 유자격자와 신임의료기관 사이에서도 진료 행태와 진료 결과가 다르다는 데서 알 수 있듯이 자격증 제도와 신임 제도는 의료의 질 문제 해결

4) 이 보고서는 보고서 자체가 ‘의료 과실’ 이라고 할 만큼 문제투성으로 비판받고 있다. 비판의 내용을 보면, ‘의료과실’ 에 대해서 조사 참여자들이 공통된 정의를 내리지 않은 채 연구를 진행하여 개념상 혼란이 있다는 점이 우선 지적된다. 또한 현실을 고려하지 않고 행동을 요구하고 있고, 자료 분석이 치밀하지 못하며, 아무런 근거 없이 새로운 모델을 제시하고, 비현실적인 마감시한을 정하는가 하면, 행동을 실행하는 데 필요한 자원을 언급조차 하지 않고, 신뢰성이 확보되지 않은 기술의 도입을 주장하고 있다는 것이다. 가장 큰 문제는 의료계를 변화시키는 데 따를 조직적 및 문화적 저항을 지나치게 축소시킨 데 있다(Rosenthal and Sutcliffe, 2003, p.238). 그럼에도 불구하고 이 보고서는 ‘정치적’ 으로는 매우 성공적이어서 의료의 질과 의료 과실 문제에 미국 사회가 관심을 기울이도록 하는 데 크게 기여하였다.

을 위한 최소한의 요구에 불과하다고 하겠다.⁵⁾ 그러므로 의료의 질을 확보하기 위하여 다른 추가적인 방법들이 시도되고 있다. 아래에서는 질 측정과 정보 공개, 성과에 따른 보상 (performance based pay), 근거 중심 의료(Evidence-Based Medicine), 조직적인 접근을 중심으로 미국의 경험을 살펴보고자 한다.

1. 질 측정과 정보 공개⁶⁾

의사와 의료기관에 따라서 적절한 의료를 행하는 정도에 차이가 있다는 점 때문에 그러한 차이 정보를 의료 소비자들에게 제공하기 위한 시도가 다양한 형태로 나타났다. 소비자들은 진료의 결과에 대해서 지대한 관심을 지니고 있음에도 불구하고 자신들에게 진료서비스를 제공하는 기관이나 의료진의 진료 결과에 대해서 아무런 정보를 가지고 있지 못할 뿐 아니라 일부 정보가 있다고 해도 그것을 활용해서 바른 판단을 할 수 있는 능력도 부족하다. 이러한 소비자의 알 권리 충족을 위해서 의사와 의료기관의 진료 결과에 대한 정보를 제공하려는 활동이 이루어져 오고 있다. 그러나 문제는 의료 제공자의 질에 차이가 있는 것처럼, 의료의 질에 대한 정보를 제공하는 정보의 질에도 차이가 있다는 데 있다.

소비자들에게 의료제공자의 질에 대한 정보를 제공하기 위해서는 우선 의료의 질을 측정할 수 있어야 한다. 이를 적절하게 측정하기 위한 시도는 상당히 오래되었고, 지금도 계속하여 개발되고 있다. 예를 들면, 의료비의 효율적 사용을 위하여 개발한 지표인 Quality Adjusted Life Year(QALY)는 소비자가 어떤 의료기관을 선택할 때 가장 큰 QALY를 얻을 수 있는지를 판단할 수 있는 지표로 활용될 가능성을 지니고 있다.

1980년대까지만 해도 의료의 질 측정에서는 구조 측면과 과정 측면의 질 지표만 한정적으로 사용되었다. 그리고 이 두 측면의 지표는 JCAHO(Joint Commission on Accreditation for Healthcare Organizations)에서 평가하는 주된 항목을 구성하고 있다. 문제는 구조 측면의 지표와 과정 측면의 질 지표가 최종 결과 측면의 질 지표와 밀접하게 연결되어 있다는 확실한 근거가 없다는 데 있다. 이에 따라서 의료의 결과 측면에 따른 질을 평가하기 위한 시도가 나타났다.

5) 면허 제도와 신입 제도에 대한 내용은 매우 중요한 주제이기는 하지만 최근의 활동을 중심으로 정리하려는 본고의 목적상 논의대상에서 제외하였음을 밝혀둔다.

6) 이 부분은 Dranove, D.(2000), *The Economic Evolution of American Health Care* Princeton University Press.의 7장을 주로 참고하였다.

의료제공자에 대한 질 평가와 병원 순위

결과 측면을 중심으로 하여 의료공급자들의 순위를 매기기 위한 최초의 시도는, 1984년 HCFA⁷⁾에서 Medicare 환자에 대하여 병원의 사망률을 공개한 것이었다. HCFA는 미국의 모든 병원에 대하여 “기대” 사망률과 실제 사망률을 발표하였고, 누구라도 이 결과를 가지고 병원의 순위를 매길 수 있었다. 그러나 이 방법은 가장 중요한 지표인 “기대” 사망률을 산정할 때 환자의 중증도를 적절하게 보정하지 못한 결과 3차 의료기관들이 아주 낮은 순위를 차지하게 되었고, 그로 인하여 신뢰를 잃어버리고 말았다. HCFA의 이 시도는 민간 부문에서 사망률 정보 공개가 증가하는 한편, 의료공급자들의 저항이 높아짐에 따라서 1992년 중단되었다. 그러나 이후 민간 컨설팅업체, 신문과 잡지, 주 정부 산하 기관 등에서는 사망률 기준을 한 병원의 질에 대한 순위 정보를 공개하고 있다.⁸⁾

결과 측면의 질 지표는 겉보기에는 매우 간단하다. 특정 의료제공자의 중증도 보정 질 지표를 계산하는 것은 실제 사망건수 또는 이환 건수를 기대 사망 또는 이환 건수로 나누어 주면 되는 것이다. 문제는 기대 건수를 조정하는 것이 너무 어렵다는 데 있다. 이러한 점 때문에 의료공급자들은 이러한 평가 보고가 부정확하고 불공정하다고 주장하고 있다. 환자의 중증도를 적절하게 반영하지 못하기 때문에 중증의 환자를 진료할수록 병원의 순위가 낮아질 위험이 있다는 것이다.⁹⁾

의료제공자의 질에 대한 정보 제공이 효과가 있으려면, 소비자들이 이 정보를 활용하여 의료서비스 이용결정을 내려야 한다. 그러나 초기 몇몇 연구 결과 소비자들은 이들 정보를 활용하지 않는 것으로 드러났으며, 의사들도 환자를 입원시킬 때 이들 정보를 무시하는 것으로 드러났다(Schneider and Epstein, 1996). 그 이유는 현재까지 의료공급자의 질 지표 대부분이 심장 질환의 치료에 대한 사망률지표에 한정되어 있기 때문에, 다른 대부분의 환자에게는 활용할 정보가 전혀 없는 것과 마찬가지라는 것이다.

이 문제를 해결하기 위하여 수술 후 재원일수, 수술합병증 발생 비율과 같은 지표를 활용

7) CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)의 전신

8) *U.S. News and World Report*지는 1990년 이래 사망률 자료와 평판 자료를 결합하여 미국 대표적 병원들의 순위를 매기고 있으며, 1998년 *America's Health Network*는 미국 내 주요 도시에 소재한 병원들의 순위를 발표하였다. 1999년 *Modern Healthcare*지는 Center for Healthcare Industry Performance Studies(CHIPS)의 결과를 인용하여 병원들의 순위를 공개한 바 있다.

9) 병원들이 순위가 낮아지는 것을 우려하여 중증 환자의 진료를 기피하고 성공가능성이 높은 환자만 진료하려 할 것이라는 문제도 지적되고 있다. 이러한 문제를 극복하기 위해서는 치료건수 대비 사망률을 보고하는 대신 특정질환의 환자진료건수 대비 사망률을 보고하도록 하는 방법이 제시되고 있다.

하는 방안과 SF-36¹⁰⁾을 활용하는 방안이 모색되고 있지만 아직까지 자료의 축적은 매우 미흡한 실정이다.

MCO에 대한 질 평가와 HEDIS

미국에서는 의료소비자와 공급자를 매개하는 역할을 담당하는 관리의료조직(Managed Care Organization)에 대하여 질적 수준을 평가함으로써 의료의 질을 높이려는 시도도 이루어지고 있다. 그 결과 나타난 조직이 1991년 결성된 National Committee for Quality Assurance(NCQA)이다. 이 조직의 결성을 주도한 사람들은 소비자들이 적절한 MCO를 선택하도록 하기 위하여 각 MCO에 대하여 객관적인 정보를 제공할 필요가 있다고 생각하였다. NCQA가 각 MCO의 질을 평가한 결과는 HEDIS(Health Plan Employer Data and Information Set)에 실려 있다.

HEDIS는 매우 광범위한 자료를 담고 있지만 다음과 같은 몇 가지 점에서 문제점이 나타나고 있다. 첫째, HMO(Health Maintenance Organization)에 대한 자료만 담고 있을 뿐 최근 HMO를 급격히 대체하고 있는 PPO(Preferred Provider Organization)에 대한 자료가 없다. 둘째, 자료의 양이 방대하고 복잡하여 실질적인 판단에 도움을 주지 못하고 있다. 그 결과 HEDIS의 상세한 자료는 건강보험을 선택하는 데 활용되지 못하고 다만 최종점수인 인증 여부만 활용되는 데 머무르고 있다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 HEDIS는 1999년 접근성과 서비스(access and service), 공급자의 질(provider quality), 건강관리(health maintenance), 서비스 개선(getting better), 만성병 관리(living with illness)와 같은 다섯 분야에 대하여 별의 개수로 등급을 표시하는 방식으로 변화하였다. 이러한 개선에도 불구하고 HEDIS는 의료의 결과 지표를 직접적으로 평가하지 못하고 있다는 비판을 받고 있다.

10) John Ware와 Cathy Sherbourne에 의해서 개발된 환자대상 설문지로서, 8영역의 진료 성과에 대한 36개의 질문으로 구성되어 있다. 질문항목은 신체적 기능(예, 계단을 오르내릴 수 있는가), 사회적 기능(예, 일을 할 수 있는가), 정신 건강, 신체적 고통 등으로 구성되어 있다. 그러나 공급자들이 이 설문을 많이 활용하지 않고 있기 때문에, 결과 지표로는 사망률을 사용할 수밖에 없는 실정이다.

2. 성과(질)에 따른 보상: LeapFrog Group의 경험¹¹⁾

미국의 의료시장에서 기업은 건강 보험의 구매자라는 독특한 지위를 지니고 있다. 이 지위를 활용하여 2000년 몇 개의 대기업은 기존 건강보험시장이 각 보험 상품의 질, 곧 각 보험 상품이 보장하는 의료서비스의 질을 적절하게 반영하지 못하는 한계를 극복하기 위하여 Leapfrog Group을 결성하였다. 이들의 의도는 건강보험 상품 구매 원칙을 개발하고 이를 시장에 적용함으로써 건강보험사와 의료제공자들에게 기존 시장에서와 같은 낮은 수준의 가치를 받아들이지 않을 것이라는 메시지를 전달하려는 것이었다. 이들은 의료공급자에 대한 정확한 질 정보를 토대로 하여 소비자들이 보험 상품을 선택할 수 있도록 하는 한편, 의사와 병원에 대한 지불 제도를 우수한 질과 효율성을 지닌 공급자에게 유리하도록 변경하고자 하였다. 말하자면 성과에 따른 보상이 이루어지도록 함으로써 의료공급자에게 질 향상을 위하여 노력할 유인을 제공하자는 것이었다.

Leapfrog Group에는 약 160개의 구매자가 참여하였으며 이들은 CMS와 연계하여 활동을 전개하였다. 이들의 주요한 활동은 두 가지로 나타났다. 첫째는 병원의 질과 환자 안전에 대한 조사를 실시하는 것이다. 이는 Leapfrog Group의 가장 핵심 활동으로서 Web 기반으로 병원의 질과 환자 안전에 대한 지속적인 조사가 자발적으로 이루어지도록 하는 것이다. 이들은 의료의 질과 환자의 안전과 밀접한 관계가 있는 것으로 밝혀진 조치들, 예를 들어 컴퓨터를 활용한 처방 입력(computerized physician order entry; CPOE), 중환자실 의사 총원, 근거 기준 환자 이송 등과 같은 내용을 조사하였다. Leapfrog Group에서는 병원에서 자발적으로 보고한 내용을 조사하는 대신 각 병원의 최고경영자가 보고 내용의 정확성을 보증하도록 하는 방식을 채택하고 있다. 둘째는 인센티브 및 보상 프로그램을 변화시키는 것이다. 병원들이 자체적으로 보고한 자료는 병원에 대한 인센티브 및 보상시스템의 기초 자료로 활용된다. 인센티브와 보상은, 소비자들의 병원 선택에 영향을 주는 방법과 의료공급자의 성과에 따라서 보상의 수준에 차등을 두는 방식으로 이루어지고 있다.

Leapfrog Group의 활동 결과 상당수의 병원에서 CPOE를 선택하고 중환자실에 대한 의사 총원 비율을 높였다는 보고는 있지만, 이들의 활동이 질 향상에 긍정적인 영향을 미쳤다는 확실한 보고는 아직 없다. 그 이유는 이 활동에 참여하고 있는 병원의 수가 아직 너무 적기

11) 이 부분은, Galvin, R.S. et al.(2005), Has the Leapfrog Group had an impact on the health care market? *Health Affairs* 24(1)를 주로 참고하였다.

때문으로 보인다. 이 그룹의 활동의 확산이 늦어지는 이유로는, Leapfrog Group에서 지나치게 급진적인 변화를 요구하고, 의료 공급자의 입장에서 볼 때 이 프로그램에 참여하는 것이 경영개선에도 도움이 된다는 사례가 아직 없으며, 건강보험 구매자들의 관심이 부족하기 때문이라고 지적된다.

3. 근거 중심 의료(Evidence Based Medicine)

‘근거 중심 의료’는 현존하는 최선의 근거를 의식적이고 분명하게 활용하여 환자 진료에 대한 결정을 내리는 것을 의미한다(Sachett et al., 1996). 본래 의료 의사결정은 엄격한 의학 교육을 받고 개인적인 경험, 학술지, 동료와의 교류를 통해서 적절한 의사결정을 내릴 수 있다고 여겨지는 의사들의 고유한 영역에 속하는 것으로 여겨져 왔고, 그렇게 함으로써 적절한 진료가 이루어질 수 있는 것으로 생각해 왔다. 그러나 1970년대 들어서면서 의사들의 의료 관행에 광범위한 변화가 존재하는 것이 드러나게 됨에 따라서 이러한 가정의 타당성이 의심을 받게 되었고, 이에 따라서 최선의 근거에 토대를 둔 의료의 실현이 이루어지도록 할 수 있는 방안을 강구할 필요성이 대두됨에 따라서 근거 중심 의료라는 개념이 등장하게 된 것이다.

근거 중심 의료에서는 무작위 통제 실험(Randomized Controlled Trials)을 통해서 보고된 사례를 기준으로 하여 임상 가이드라인을 개발한다. 이러한 활동은 영국 Oxford에 있는 Cochrane Collaboration과 미국의 Agency for Healthcare Research and Quality(이하 AHRQ)안에 설치된 Evidence-Based Practice Centers를 중심으로 이루어지고 있다. Cochrane Collaboration은 보건의료 전문가, 연구자 소비자의 국제적인 네트워크로서 무작위 통제 실험 설계를 통해서 보고되는 연구결과들을 정기적으로 조사하여 항상 최신의 근거를 유지하려고 노력하고 있다. AHRQ에서는 12개의 Evidence-Based Practice Center를 중심으로 임상 조건 및 문제에 대한 과학적 연구결과를 체계적으로 분석하고 종합하는 일을 수행하고 있다. 이러한 결과들은 여러 전문 학술지에 게재되며 온라인상으로도 접근할 수 있게 되어 있다(IOM, 2001, pp.149~151).

근거 중심 의료를 적극적으로 지지하는 입장에서는 근거중심의료가 원가의 상승, 의료 이용의 불평등, 진료 행위의 변이로 대표되는 질적 문제를 모두 해결할 수 있는 대안이라고 생각한다. 이들의 견해에 따르면 근거 중심 의료는 다음과 같은 장점을 지니고 있다(Timmermans and Mauch, 2005). 근거 중심 의료는, (1) 과학적 표준에 맞는 근거에 토대를 두고 임상적 시술이 이루어지도록 함으로써, 그러한 시술의 효율성을 측정할 수 있는 방안을

제공해준다. (2) 가장 효과적인 임상 기술을 결정할 때 개인의 축적된 경험에 전적으로 의존하는 대신 EBM을 활용함으로써 의사들은 객관적으로 입증된 과학적 표준 기술을 선택할 수 있게 된다. (3) 임상 기술 효능이 개선되면, 의사나 병원은 최소한 자원을 비효과적인 임상 관행에 사용하는 대신 효과성이 확실히 입증된 관행에 투입함으로써 효율성을 높일 수 있다. (4) EBM은 특정 임상 절차에 대하여 개별적인 특성으로 인한 변이를 제한함으로써 의료 기술의 통일성을 높일 수 있으며, 표준 절차의 확산을 촉진할 수 있다. (5) EBM은 기술 대안에 대하여 합의된 표준을 공개적으로 제공하기 때문에 환자들이 적절한 정보를 가지고 의사결정에 참여할 수 있도록 해준다. (6) 환자들의 이익을 해칠 수도 있는 진료 관행 변화를 경영자가 요구할 때, 의사들은 임상 가이드라인을 활용하여 효과적으로 대항할 수 있다. 한편, 관리 의료 회사들은 임상 가이드라인을 의사들의 진료를 평가하고 비용 절감 방안을 실행하는 도구로 활용할 수 있다. (7) EBM은 의료 정책 수립을 할 때 과학적인 근거를 제공해준다.

이렇게 많은 장점이 있는 것으로 여겨지는 근거 중심 의료에 대해서 우려하는 주장도 적지 않다(Timmermans and Mauck, 2005). 이들 주장의 핵심은 확실한 표준 지침을 개발할 수 있을 만큼 근거가 충분하지 않은 질환이 많이 존재한다는 것이다. 또한 EBM을 적용하게 되면 의료 현장에서 창의적인 접근이 어려워지고 의사간 경쟁이 낮아져서 의료의 기술 혁신이 저해된다고 한다. 그 결과 EBM은 의료를 개혁하는 것이 아니라 오히려 퇴보시키고 소위 ‘요리교본 의료(cookbook medicine)’가 되고 말 것이라고 한다. 이뿐 아니라 EBM의 획일적인 적용은 환자 안전 표준의 최저한도를 맞추는 수준으로 임상가들의 기술을 퇴보시키고, 그 결과 실제 임상 현장에서 부딪치는 환자들 사이의 다양한 차이에 제대로 대응할 수 없게 만들 것이라고 한다.

4. 조직적 접근

의료기관의 외부에서 의료기관에 대한 규제와 유인을 제공하여 의료기관의 행태를 변화시키려고 하는 시도만 있는 것은 아니다. 의료기관들은 경영시스템과 조직관행을 변화시켜서 의료의 질을 향상시키고 의료 과실을 막기 위해서 노력하고 있다. 이러한 활동을 TQM(Total Quality Management), 고신뢰조직(High Reliability Organization), 통합 의료제공체계(Integrated Delivery System)를 중심으로 고찰한다.

TQM

의료 과실이 발생하는 주된 이유는 개인적인 과실이 아니라 시스템 적인 문제가 있다는 신념을 토대로 하여 조직과 시스템, 업무프로세스를 개선하려는 활동이 TQM이다. 사람은 누구나 실수를 할 수가 있기 때문에 사람들이 실수를 할 경우에 대비해서 시스템적으로 의료 과실의 발생을 막아야 한다는 것이다. 의료 보장(Quality Assurance) 활동으로 시작되어 TQM으로 발달한 의료기관의 시스템 개선 활동은 많은 성과를 거둔 것으로 보고되고 있으나, 아직도 몇 가지 점에서 활동의 한계를 드러내고 있다.

첫째는 이 활동이 의사들의 진료 행위 자체와 관련된 부분까지 들어가지 못하고 있다는 점이다. 시스템의 개선을 위해서는 활동을 표준화하는 것이 필요한데 의사들은 이에 대해서 매우 비판적이고 비협조적인 태도를 지니고 있기 때문에, 진료 활동의 표준화는 거의 이루어지지 못한 실정이다. 이러한 현실은 과연 TQM 활동이 목표로 하는 것이 ‘의료’의 특수성을 반영하고 있는가 하는 반성을 하게 만든다. 본래 ‘품질 관리’가 어느 특수한 활동에서 ‘분산(variance)’을 감소시키기 위한 것인데 반하여, 의료에서 발생하는 현상은 ‘분산 ‘이 아니라’ 다양성(variety)’이기 때문에, 다른 방식의 접근이 필요하다는 것이다(Lillrank, 2003).

둘째, 진료 현장에서 TQM이 뿌리 내리지 못하는 데는 매우 권위주의적 위계가 뚜렷한 진료문화도 하나의 원인으로 지적된다(Jones, 2003). 진료 현장에서 의사들의 의료 행위를 가장 가까이에서 관찰하고 위험한 상황이 있을 경우 적절한 조언을 할 수 있는 위치에 간호사들이 있지만, 의사들의 진료에 관여할 수 없게 하는 강압적인 문화로 인하여 감히 말할 수 없는 처지에 있다는 것이다.

고신뢰조직(High Reliability Organization)

IOM 보고서(1999)에서는 의료의 질을 개선하기 위해서 다른 산업, 특히 항공 산업에서 사고를 예방하기 위한 활동을 통해서 사고를 크게 낮춘 사례를 들고, 그러한 특성을 지닌 시스템을 갖출 것을 제안하였다.

항공 산업에서는 사고 예방을 위하여 자발적인 사고 보고시스템을 도입하였다. 발생한 사고와 가까스로 사고를 모면한 사례를 수집하여 분석하는 것은 사고를 예방하기 위하여 어떤 활동을 해야 하는지를 알 수 있는 가장 좋은 자료원이 되기 때문에, 사고의 사례를 자료로 축적하는 것은 사고 예방을 위해서 매우 중요한 자료가 된다. 이를 위하여 항공 산업에서는 정상적인 비행에 대한 자료를 폭넓게 수집할 뿐 아니라, 조종사와 항공 승무원들을 대상으로 안전에 대한 인식도와 몰입 정도, 그리고 이들 사이의 팀워크, 리더십, 사고 경험 등에 대해

여 무기명 설문조사를 실시하고 있다. 나아가서 발생한 사고에 대해서 보고하는 것 때문에 아무런 불이익을 받지 않도록 하는 보고 체계를 마련하여 두고 있다. 한편, 조종사에 대해서는 모의 비행 훈련을 통하여 발생할 수 있는 사고의 유형에 적절히 대응하도록 훈련을 시키는 한편, 승무원 훈련을 통하여 피로와 스트레스로 인하여 사고 발생 가능성이 높은 상황에서 사고를 막는 데 필요한 리더십, 상황 보고, 모니터링과 상호 점검, 의사결정, 계획의 수정 등이 적절하게 이루어지도록 노력하였다. 이러한 활동을 통하여 항공 산업에서는 사고율을 크게 낮출 수 있었다(Thomas and Helmreich, 2003).

항공 산업의 경험은 다른 유형의 고신뢰 조직의 경험과 함께 의료 과오 예방을 위한 좋은 대안으로 여겨지고 있다. 그러나 고신뢰조직의 경험을 의료 과오 예방을 위한 이론으로 도입하는 데는 의료 조직과 다른 고신뢰조직의 차이가 반드시 고려되어야 한다(Schulman, 2003). 우선 의료는 다른 고신뢰조직과는 전혀 다른 사회적인 압력 상황에 놓여 있다. 원자력 발전이나 항공의 경우는 사고의 발생가능성이 높은 위험한 상황에서는 발전과 운항을 중단하는 것이 사회적으로 적절한 것으로 받아들여진다. 그러나 의료는 전혀 그렇지 않다. 오히려 의료에서는 위험을 무릅쓰고 개입하는 것이 위험하다고 해서 개입을 중단하는 것보다 분명하게 선호되고 있다. 둘째로, 사용하는 기술의 특성이 다르다. 고신뢰조직의 경우에는 과정과 부품의 표준화 정도가 높고 기계적인 시스템을 예측 가능한 수준에서 통제할 수 있는 지식 기반이 마련되어 있다. 그러나 의료의 경우에는 의료 서비스 생산 과정에 투입되는 원재료인 환자가 모두 독특한 성격을 지니고 있다. 사람의 몸에 대한 우리의 지식은 기계 시스템의 운영에 대한 지식의 수준에 비해서 매우 불완전한 수준에 머물러 있다. 그렇기 때문에 의료 과실은, 시간적인 압박이 있고 환자의 행동을 예측할 수 없으며 불완전한 정보가 존재하는 위기 조건 속에서 의료 행위를 수행해야 하는 데서 발생하는 ‘강제적 과오’ (forced errors)에 해당하는 경우도 많다. 셋째로 고신뢰조직에서는 무엇이 과실인지를 명확하게 정의할 수 있고 과실이 발생한 경우 누구라도 분명하게 알 수 있다. 그렇지만, 의료에서는 과실이 무엇이며 그것이 피할 수 있는 것이었는지에 대해서 명확하게 알기가 어렵다. 그렇기 때문에 의료에서 과실은 본질적으로 논쟁이 생길 수밖에 없는 개념으로 여겨진다(Bosk, 2003).

조직화된 전달 체계와 팀 진료 방식

미국의 의료제공시스템이 지나치게 분절화되어 체계적인 의료 서비스 제공이 불가능하고 그로 인하여 질 향상이 어렵다는 주장이 제기되었다. 이와 함께 의료전달체계상에 자리 잡은 각 의료기관을 기능별로 수직적으로 통합하는 통합의료시스템(Integrated Delivery System)

내지는 조직화된 의료시스템(Organized Delivery System)으로 의료제공시스템을 발전시켜야 하는 것으로 생각하였다. 이러한 주장의 배후에는 Kaiser Permanente와 Intermountain Healthcare와 같이 우수한 수준의 성과를 보이는 의료 시스템의 존재가 있다.

이들의 우수한 성과에 자극을 받아서 1990년대 들어서면서 많은 의료 시스템(health system) 또는 의료 네트워크(health network)가 형성되었다.¹²⁾ 그러나 기대했던 성과는 나타나지 않았고, 이후 통합된 의료체계는 해체되기 시작했다. 그리고 이들에 대한 관심은 급격히 줄어들었다(Burns and Pauly, 2002). 통합적 의료제공체계가 성공하기 위해서는 경영측면의 통합뿐 아니라 진료 측면의 통합이 필수적으로 요구되고, 진료 측면의 통합은 의사들의 적극적인 협조와 행동 변화가 없이는 불가능한 것이었다(Shortell et al., 2000). 결국 겉모양으로는 통합된 의료체계를 갖추었음에도 불구하고 내용과 운영에서는 통합을 이루지 못하고 갈등만 발생하여 통합된 의료 제공이라는 당초의 목표는 달성하지 못하고 말았다.

III 질 향상 활동의 개선 노력

앞서 살펴본 것처럼 다양한 형태의 의료의 질 향상이 진행되어 왔고 나름대로 성과를 거두어 왔다. 그럼에도 불구하고 질 향상 프로그램이 의료기관 및 의사에게 확산되지 않고 의도한 대로 실행되지도 않아서 기대한 만큼의 성과를 거두지 못하고 있다. 이러한 상황에서 의료의 질 향상이 더욱 활발하게 이루어지도록 하기 위해서 다음과 같은 개선이 시도되고 있다.

1. 정보기술의 적극적 활용

정보기술은 의료 지식에 대한 접근도의 제고, 의료 의사결정 지원, 임상정보의 수집과 전달, 실수의 방지, 환자-의사간 의사소통의 개선 등 의료의 질 향상에 기여할 많은 장점을 가지고 있다(IOM, 2001). CPOE와 전자의무기록(EMR)의 활용은 인간적인 한계로 인하여 발생하는 과실을 예방할 수 있는 가장 기본적인 수단이 된다. 그럼에도 불구하고 미국의 의료시

12) 시스템은 소유관계로 연결된 형태를 가리키며, 네트워크는 소유관계가 없이 연결된 형태를 가리킨다.

시스템에서 이들이 도입되는 것은 무척이나 느리다. 초기에 필요한 큰 금액의 투자비가 일차적인 장애요인임에 분명하지만, 그보다 더 큰 장애요인은 의사들의 저항이다(Goldsmith et al., 2003). 의사들의 저항을 극복하기 위해서는 의사들이 일상적인 활동에서 시스템을 활용하도록 만드는 것이 중요하다고 한다(Miller and Sim, 2004). 앞으로 정보기술의 확산을 저해하는 장애요인이 무엇인지에 대해서 더욱 세밀한 연구가 뒷받침 될 필요가 있으며, 정보기술의 도입 과정에서 우려되는 개인비밀의 침해가 발생하지 않도록 하는 방안도 강구되어야 한다(Fernandopulle et al., 2003).

2. 믿을 수 있는 측정 도구의 개발

의료의 질 향상을 위해서 가장 필요한 요소는 믿을 수 있는 측정도구이다. 정확한 측정도구가 없기 때문에 의료의 질 향상 활동을 평가하고 추진하는 데 어려움이 있을 뿐 아니라 어떤 방법이 효과적인지 연구하는 것도 어렵기 때문이다. 측정도구의 개발은 적절한 지표를 선정하는 것에만 한정되지 않는다. 어떤 조직이 어떻게 측정을 실행하는 것이 바람직한지와 같은 실행의 문제도 동시에 고려되어야 한다(Fernandopulle et al., 2003).

3. Business Cases의 개발

의료기관에서 의료의 질 향상 활동이 중요하다는 것을 알면서도 이에 자원을 투여하지 않는 데는 질 향상 활동이 경영성과의 개선에도 긍정적인 영향을 미친다는 확신이 없기 때문이다. 이 때문인지 의료의 질과 환자의 안전에 대한 경영자들의 관심은 경영수지와 같은 문제보다 우선순위에서 밀리는 경향이 있다.¹³⁾ 그렇기 때문에 의료의 질 향상 활동이 경영수지의 개선에도 도움이 된다는 사례를 개발할 필요성이 대두되고 있다(Fernandopulle et al., 2003). 의료 사고가 발생함으로써 인해서 추가되는 비용이 상당한 금액이 된다는 보고는 있지만, 질 향상 활동 자체로 인하여 의료기관의 수익성이 개선되었다는 보고는 아직 부족한 실정이다.¹⁴⁾ 이러한 맥락에서 의료의 질 수준에 따라서 수가 보상의 수준이 달라져야 한다는

13) ACHE에서 2002년도에 조사한 자료를 보면, 병원들은 인력부족과 수가문제를 가장 중요한 문제로 인식하고 있으며, 환자의 안전과 의료의 질을 경영상 중요한 문제 다섯 가지에 포함시킨 병원의 비율은 각각 14%, 5%에 불과하다(*Health Executive*, Mar/APR, 2003).

14) Leatherman 등(2003)은 4개의 의료시스템을 대상으로 의료의 질 향상의 효과에 대한 사례연구를 실시하였는데, 연구 결과 경영성과 개선의 증거를 찾지 못하였고 그것이 질 향상 프로

주장이 힘을 얻고 있다.¹⁵⁾

4. 근거 중심 의료의 개선

근거 중심 의료는 개념상 훌륭하지만, 두 가지 점에서 개선이 요구되고 있다. 첫째는 충분한 ‘근거’ 를 개발하는 것이며, 둘째는 개발된 ‘근거’ 를 현장에 적용하는 과정을 개선하는 것이다. 근거 중심 의료의 확산되기 위해서는 먼저 충분한 ‘근거’ 가 부족한 질병에 대해서 지속적으로 근거를 개발하는 노력이 필요하다. 하지만 일부 질환은 무작위 통제 실험에 필요한 만큼의 충분한 사례가 부족하여 근거 개발에 어려움이 존재한다. 이뿐 아니라 의료의 기술이 매우 빠른 속도로 발전하고 있기 때문에 근거를 개발하는 데 필요한 만큼의 사례가 개발되지 않을 뿐 아니라, 개발되더라도 그것이 표준으로 만들어질 즈음이면 이미 새로운 기술이 출현하는 경우도 예상된다는 문제도 나타나고 있다(Horn et al., 2003).

개발된 근거를 현장에 적용하는 것도 자율성 침해로 여기는 의료진의 저항 때문에 어려움이 따르고 있다. 아무리 훌륭한 표준이라고 해도 그것을 개별 환자에게 적용하기 위해서는 환자의 개인적 특성에 대한 의사들의 독립적 판단이 필요하기 때문이다. 이에 따라서 EBM에 대한 대안으로 등장하는 것이 다차원적 임상관행개선(Multidimensional Clinical Practice Improvement; 이하 MCPI) 방법이다(Horn et al., 2003). MCPI란 결과 연구(outcome research)의 한 유형으로 환자의 증증도에 대한 세부 정보 및 기타 환자 정보, 세부적인 진단 및 치료 단계 정보, 그리고 진료 결과를 측정하여 결과와 긴밀하게 연결된 투입 요소를 발견하는 과정이다. 이는 아무리 강력한 근거가 있는 표준이라도 임상 의사의 전문적인 능력과 판단을 대체할 수는 없다는 인식을 토대로 하여 객관적인 표준과 환자의 고유한 특성에 대한 의사의 판단을 결합함으로써 최선의 진료성과를 기대할 수 있다는 입장을 취하고 있다. 특히 이 활동에는 개별 의료기관의 의사들이 적극적으로 참여하게 되므로, EBM의 확산을 저해하는 문제 중 하나인 의사들의 저항을 극복하기 쉽다는 장점이 있다.

그램 자체의 문제인지 아니면 프로그램을 제대로 실행하지 못했기 때문인지 판단하기 어렵다고 하였다.

15) 질에 따른 보상으로 인하여 부작용이 발생할 수도 있다. 예를 들면, 질 평가 항목으로 포함되는 부분에 대해서 집중적으로 관심을 기울이는 결과, 질의 다른 부분이 악화되는 일이 발생할 수 있다는 것이다. 이는 의료의 질에 대한 정확하고 객관적인 측정이 불가능한 데 따르는 문제이다.

5. 실수에 대해서 관용적인 문화의 구축

의료의 질 향상을 위해서는 발생한 사고를 충분히 분석하여 다음에 같은 실수가 발생하지 않도록 예방하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 발생한(또는 발생할 뻔한) 사고에 대하여 두려움 없이 보고를 하도록 하여 자료를 축적해야 한다. 다른 산업의 사례에서 볼 수 있는 것처럼, 축적된 사고 자료는 사고 예방 활동에 매우 유용하기 때문이다. 그럼에도 불구하고 의료계에는 사고를 은폐하는 문화가 팽배되어 있다. 자칫 보고한 내용이 드러나면 소송을 당하여 엄청난 정신적 재정적 피해를 입게 될 위험이 있기 때문이다. 의료인 내지 의료기관의 과실로 인하여 입은 피해를 보상해야 하는 것은 당연한 일이겠지만, 이러한 관행이 질 향상을 막고 있는 점도 분명하게 인식되어야 한다. 따라서 피할 수 없는 과실을 용납하는 문화를 구축하는 것은 매우 중요한 과제가 되고 있다(IOM, 2000).

6. 현상에 대한 깊은 이해

앞서 언급한 바와 같이 IOM 보고서(2000) ‘To err is human’ 은 미국에서 의료 과실에 대해서 전 국민적 관심을 불러일으켰다. 이 보고서에 대해서 많은 비판이 뒤따르고 있지만, 자료 측면에서 문제가 되는 것은 자료의 신빙성이 매우 낮은 의무기록자료를 활용하였다는 점과 자료 검토에 참여한 연구원 사이에 의료과실 ‘에 대해서 통일된 정의가 없었다는 점이다(Studdert et al., 2003).

의료 과실에 대해서는 아직도 통일된 정의가 없으며, 어느 과실이 예방 가능한 것이었는지 아니면 불가피한 것이었는지에 대해서 객관적으로 판단할 수 있는 기준도 없다. 이뿐 아니라 의료 과실을 일으키는 원인에 대해서도 다양한 시각에서 다양한 주장이 제기되어 혼란스러운 상태이다. 이러한 상황이 지속되는 이유는 ‘의료’ 에 기본적으로 ‘불확실성’ 과 ‘모호성’ 이 내재되어 있기 때문이다(McNeil, 2001). 어떠한 것이 과연 과실인지 아닌지를 판단하는 것이 의료인만이 할 수 있기 때문에, 의료 과실을 객관적으로 정의하는 것은 원천적으로 불가능하다(Bosk, 2003). 그렇기 때문에 의료 과실을 정의하는 것도 불확실하고 모호하며, 이를 개선하기 위한 방법을 찾는 것도 불확실하고 모호할 수밖에 없다. 이러한 이유로 인하여 현재 상태에서는 의료 현장에서 벌어지는 현상에 대해서 더욱 깊이 있는 이해로 부터 다시 시작해야 한다는 것이다(Rosenthal and Sutcliffe, 2003).

7. 의료기관 차원의 개선 노력

의료기관 차원에서도 의료의 질 향상을 위한 활동은 앞서 살펴본 TQM 활동을 개선하는 형태로 나타나고 있다. 특히 프로세스 혁신의 관점에서 접근하여 의료제공 프로세스의 신뢰성을 개선함으로써 비용과 동시에 질의 향상을 꾀할 수 있는 방법을 모색하는 형태가 대표적이다. 의료계에서 최초로 Malcolm Baldrige 상을 수상한 SSM Health Care에서는 CQI의 추진 과정상 나타난 장애요인을 극복하기 위하여 Malcolm Baldrige의 기법과 함께 IHI(Institute for Healthcare Improvement)의 Breakthrough 방식을 도입하여 큰 성과를 거둔 바 있다(Sr. Mary Jean Ryan, 2004).

또한 진료과정에서의 과실 방지를 위해서는 의료진 사이, 특히 의사와 간호사 사이에 원활한 의사소통이 필수적인데도 불구하고, 진료과정에서 간호사는 의사에게 자신의 의견을 제시하지 않는 것이 불문율로 받아들여지고 있다. 고신뢰조직에 대한 연구에 의하면 과실 예방을 위해서 의사소통을 표준화하는 것은 매우 중요하다. 이를 모방하여 Kaiser Permanente에서는 의사와 간호사 사이에 의사소통이 이루어지는 방식을 표준화하였다. 그 결과 간호사와 의사 사이에 의사소통이 크게 개선되었으며, 특히 간호사들로 하여금 자신들의 의견을 적극적으로 표현할 수 있도록 함으로써 의료의 질이 높아질 것으로 기대하고 있다(Leonard M. et al., 2004).

IV. 한국 의료에 주는 시사점

우리나라에서도 의료의 질 향상을 위한 활동이 다양한 형태로 이루어지고 있다. 정부에서는 의료서비스평가제도를 도입하고 있고, 심사평가원에서는 적정 진료를 확산하기 위하여 노력하고 있다. 한편, 의료기관에서는 QA 또는 QI의 형태로 질 향상 활동에 힘 써 왔다. 의료기관에서 시도하고 있는 질 향상 활동은 임상 진료의 질 향상 측면에서는 주관적인 측면에서도 QI 활동의 성과가 높지 않게 나타났으며 주로 고객만족도의 향상, 진료절차의 개선, 진료지원부서의 질 향상에 질 향상 활동의 초점이 있는 상태이다(이선희 외, 2001).

앞으로 우리나라의 경우에도 환자의 의식 수준 향상과 함께 의료 과실에 대한 관심이 증대될 수밖에 없을 것이며, 이와 함께 고객 만족 차원을 넘어서는 진료의 측면에서 의료의 질

향상이 강조되어야 할 것이다. 이에 미국의 경험에서 우리나라의 의료시스템에 적용할 수 있는 시사점을 정부의 정책적 측면과 개별 의료기관의 경영 측면에서 제시하고자 한다.

1. 정책적 시사점

우리나라의 경우 아직 의료의 질과 의료 과실이 논의의 초점이 되지는 않고 있다. 그렇다고 해서 이 문제가 대두될 때까지 기다리기보다는 미리 준비를 하는 것이 필요하다. 미국의 경험에서 배울 수 있는 가장 큰 시사점은 의료가 제공되는 현장의 조직적이고 사회적인 특성에 대한 깊은 이해를 통하여 의료 과실 및 의료의 질에 대해서 깊이 있는 이해를 진척시켜야 한다는 점이다.

이를 위해서는 첫째, 정부에서 의료 과실 및 의료의 질에 대한 기초연구를 지원하는 것이 일차적으로 필요하다. 기초연구에는 의료 과실의 예방책을 마련하는 데 필수적으로 요구되는 의료과실 사례의 수집과 축적을 효과적으로 실행하는 방안에 대한 연구도 포함되어야 할 것이다. 기초 연구의 축적은 의료의 질과 의료 과실에 대한 깊은 이해를 가능하게 하여, 향후 적절한 정책을 개발하고 선택하는 데 필수적으로 요구되는 측정 도구를 개발하는 것으로 연결되어야 한다.

둘째, 의료의 질에 따른 차등 보상 방안을 고려해야 한다. 적절한 도구의 개발은 의료의 질에 따라서 의료기관에게 차등 보상을 할 수 있는 가장 좋은 준비가 될 것이다. 아무리 의료의 질이 중요하다고 해도 개별 의료기관에서는 그것이 경영상 중요한 영향을 미치는 문제가 되기 전에는 질 문제를 소홀하게 여긴다는 것이 미국의 경험이다. 의료의 질이 경영의 핵심문제가 되도록 만들 수 있는 중요한 수단이 의료의 질에 따라서 차등보상을 하는 것이므로, 이에 대한 준비를 시작하는 것이 매우 중요하다고 하겠다. 간호등급보상제와 같은 투입 수준의 지표에 따른 차등보상이 아니라 진료 결과를 기준으로 한 차등보상이 되어야 의료의 질 향상에 훨씬 효과적일 것이다.

셋째, 조금씩 문제가 대두되고 있는 의료 분쟁 문제로 인하여 의료 과실에 대한 객관적 자료의 축적이 방해받지 않도록 제도적 장치를 개발해야 한다. 의료 분쟁으로 인한 두려움 때문에 의료계에 의료 과실을 은폐하려는 문화가 자리 잡지 않도록 노력하여야 할 것이다. 의료 분쟁에서 환자의 권리를 보호하는 것과 사고 예방 대책 마련을 위한 객관적인 자료 축적 사이의 균형을 추구해야 한다는 말이다.

넷째, 근거 중심 의료의 확산과 함께 질 향상에 도움이 되는 방향으로 진료제공 조직의 변

화를 유도하기 위한 정책도 개발되어야 한다. 진료의 질은 개별적인 진료 지침 또는 가이드라인의 준수와 관련되어 있는 것이 아니라, 어떠한 조직과 개인이 진료 서비스를 제공하는지에 따라서도 영향을 받기 때문이다.

2. 의료기관의 경영에 주는 시사점

의료의 질을 향상시키고 의료의 과실을 방지하기 위한 각종 노력은 현재의 의료제공을 위한 조직 운영시스템과 의료진 행동 패턴의 변화를 요구한다. 특히 진료의 질 향상을 위해서는 IT의 적극적인 활용과 함께 전통적인 진료과 중심의 진료 대신 팀 진료, 협진 등이 광범위하게 요구된다. 이러한 변화는 쉽게 이루어질 수 있는 것이 아니다. 그것이 컴퓨터를 활용하여 진료 지시를 내리는 것이든, 전자의무기록(EMR)을 도입하여 활용하는 것이든, 혹은 의사와 간호사간 의사소통을 개선하기 위한 방법을 강구하는 것이든지 기존의 방식을 버리고 새로운 방식을 도입하는 데는 기존방식에 익숙한 조직구성원의 저항이 따르기 마련이라는 사실을 인식하고 변화의 과정을 세밀하게 관리하는 것이 필요하다.

의료기관에서 외부에서 개발된 기법을 도입할 때는 겉으로 보이는 제도를 그대로 모방하는 데서 그치지 않도록 조심해야 한다. 외부의 제도를 도입할 때는 일차적으로 의료의 특성에 맞는 제도인지 확인해야 하고 부적합한 부분은 그 의도는 살리면서 의료의 특성에 맞도록 수정해야 한다. 이러한 활동을 적절하게 수행하기 위해서는 의료기관의 학습 능력을 향상시켜야 한다.

개별 의료기관 수준에서 의료의 질 향상 활동의 개선을 위하여 가장 힘써야 할 사항은 진료의 핵심 영역으로 질 향상 활동을 확대하는 것이다. 물론 질 향상 활동에 주로 활용되는 기법인 TQM을 높은 수준의 불확실성과 모호성이 존재하는 의료의 전 과정에 전면적으로 적용할 수는 없다. 그렇지만 의료의 단계를 세분화하면 일부 단계에 대해서는 얼마든지 TQM 방법론을 적용할 여지가 생길 것이다.

이 때 의사들이 세분화된 진료 영역에서 질 향상 활동에 책임을 지고 참여하도록 유도하는 것이 중요하다. 그 이유는 의사들이 참여하지 않고는 적절한 개선안을 도출하는 것이 어렵기도 하거니와 개선안의 실행도 어렵다는 것이 일차적인 이유이다. 하지만 이보다 더욱 중요한 것은 질 향상 활동의 작은 성공이 향후 새로운 변화를 시도해야 할 경우가 있을 때 의사들의 참여를 유도할 수 있는 좋은 경험이 되기 때문이다.

또한 의료진 사이의 의사소통 방식을 표준화하는 것도 고려해볼 만 하다. 응급실이나 병실

에서 간호사가 의료진에게 긴급히 연락을 할 때 긴급성 정도를 판단하는 데 도움이 될 수 있도록 환자의 상태와 필요한 조치에 대한 의견을 제시할 수 있도록 표준화된 의사소통 양식을 개발하는 것은 불명확한 의사소통으로 인한 질 저하의 방지뿐 아니라 직종간 갈등의 예방에도 큰 도움이 될 것이다.

의료시장의 개방이 어떤 방향으로 진행될 지는 명확하게 나타나지 않았지만, 이미 국내적으로 치열한 경쟁이 진행되고 있는 가운데, 국제적인 경쟁에도 노출될 시기가 다가오는 가운데, 의료기관들은 새로운 건물과 새로운 진료장비, 서비스의 개선을 위하여 노력할 뿐 아니라, 의료기관의 본원적 활동인 진료 성과의 측면에서 환자들의 신뢰를 얻을 수 있도록 질 향상을 위하여 노력하는 것이 매우 중요할 것이다. 그리고 나아가서 의료의 질 향상 활동 자체를 향상시킬 수 있는 방안을 연구하고 개선하는 활동으로까지 연결되어야 할 것이다.

V. 결 론

환자의 안전과 의료의 질 향상은 현재 전 세계적으로 의료계가 안고 있는 중요한 문제의 하나이며, 앞으로 우리나라에서도 점점 중요성이 커질 것이 분명하다. 이 문제는 윤리적으로도 매우 중요할 뿐 아니라 경제적으로도 매우 중요하다. 특히 정부가 의료서비스 산업을 미래 성장 동력으로서 생각한다면, 국제적인 경쟁력을 높여야 할 필요성에서도 우리나라의 의료제공시스템이 얼마나 환자의 안전을 시스템적으로 보장하고 있으며, 얼마나 효과적으로 의료의 질 향상 활동이 이루어지고 있는지가 중요하다고 할 것이다.

우리보다 앞서 이 문제가 사회적 이슈로 대두되고 이 문제를 해결하기 위하여 노력하고 있는 미국의 경험은 우리나라의 의료시스템이 이 문제를 효과적으로 다루는 데 많은 교훈을 주고 있다. 본고에서는 질 향상을 위한 여러 가지 활동을 한꺼번에 고찰한 결과 세부적인 사항에 대하여 심도 있는 논의를 하지 못하였다. 앞으로 세부영역별로 더욱 깊은 이해와 분석이 필요하다고 판단된다.

참 고 문 헌

이선희, 강혜영, 조우현, 채유미, 최귀선(2001), 질 향상 활동성장에 영향을 미치는 요인, 보건

행정학회지, 11(4):54~69.

데일리메디, ‘의료사고로 최대 연 27,000명 사망,’ 2005. 6. 2.

Bosk, C.L.(2003), *Forgive and Remember: Managing medical failure*, 2nd ed. The University of Chicago Press.

Burns, L.B, and M.V. Pauly(2002), Integrated delivery networks: A detour on the road to integrated health care? *Health Affairs*, 21(4):128~43.

Chassin, M.R., J. Kowecoff, R.E. Park, et al.(1987), Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *Journal of the American Medical Association*, 258:2533~7.

Clancy, C.M., K. Cronin(2005), Evidence-Based Medicine Making: Global evidence, Local decisions, *Health Affairs*, 24(1):151~62.

Dranove, D.(2000), *The economic evolution of American health care*, Princeton University Press.

Eddy, D.M.(2005), Evidence-Based Medicine: A unified approach. *Health Affairs*, 24(1):9~17.

Fernandopulle, R., T. Ferris, A. Epstein, B. McNeil, et al.(2003), A research agenda for bridging the ‘quality chasm.’ *Health Affairs*, 22(2):178~

Galvin, R.S. et al.(2005), Has the Leapfrog Group had an impact on the health care market? *Health Affairs*, 24(1):228~33.

Goldsmith, J., Blumenthal, D. and Rishel, W.(2003), Federal Health Information Policy: A case of arrested development, *Health Affairs*, 22(4):44~55.

Horn, S.D., Hickey, J.V., Carrol, T.L., and France, A.(2003), Can Evidence-Based Medicine and Outcomes Research contribute to error reduction? in Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M.(eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass, pp.157~173.

Institute of Medicine(2000), *To err is human*, National Academy Press.

Institute of Medicine(2001), *Crossing the Quality Chasm*, National Academy Press.

Jones, B.(2003), Nurses and the “Code of Silence” , in Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M. (eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass,

pp.84~100.

- Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D., Lewin, L. S. et al.(2003), The business case for quality: case studies and an analysis, *Health Affairs*, 22(2).
- Leonard, M, Graham, S, and Banacum, D.(2004), The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1): 85~9
- Lillrank, P.(2003), The quality of standard, routine and nonroutine processes, *Organization Studies*, 24(2):215~33.
- Liu, K, Moon, M, Sulvetta, M. and Chawia, J.(1992), International infant mortality rankings: A look behind the numbers, *Health Care Financing Review*, 13(4):105~18.
- McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. and Kerr, E. A.(2003), The quality of health care delivered to adults in the United States, *New England Journal of Medicine*, 348(26):2635~45.
- McNeil, B. D.(2001), Shattuck Lecture - Hidden barriers to improvement in the quality of care, *New England Journal of Medicine*, 345(22):1612~20.
- Miller, R.H. and I. Sim.(2004), Physician' s use of Electronic Medical Records: barriers and solutions. *Health Affairs*, 23(2):116~126.
- Reinhardt, U.E., Hussey, P.S., and Anderson, G.F.(2004), U.S. Health care spending in an international context, *Health Affairs*, 23(3):10~25.
- Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M.(2003), Struggling to understand, struggling to act. in Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M. (eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass, pp.237~266.
- Sachett, D.L. et al.(1996), Evidence Based Medicine: What it is and what it isn' t, *British Medical Journal*, 32(7023):71~72.
- Schneider, E., and A. Epstein.(1996), Influence of Cardiac-Surgery performance reports on referral practices and access to care: A survey of cardiovascular specialists. *New England Journal of Medicine*, 335:251-6.
- Schulman, P.R.(2003), Medical Errors: How reliable is reliable theory? in Rosenthal, M.M.

and Sutcliffe, K.M. (eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass, pp.200~216.

Shortell, S.M.(2004), Increasing Value: A Research agenda for addressing the managerial and organizational challenges facing health care delivery in the United States. *Medical Care Research and Review*, 61(3), (Supplement to September 2004), 12S~30S.

Shortell, S.M., R.R. Gillies, D.A. Anderson, K.M. Erickson, and J.B. Mitchel(2000), *Remaking Health Care in America: The evolution of Organized Delivery Systems*. Jossey-Bass.

Sr. Mary Jean Ryan(2004), Achieving and sustaining quality in healthcare, *Frontiers of Health Services Management*, 20(3):3~11.

Studdent, D.M., Brennan, T.A., and Thomas, E.J.(2003), What have we learned since the Harvard Medical Practice Study? in Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M.(eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass, pp.3~33.

Thomas, E.J. and Helmreich, R.L.(2003), Will airline safety models work in medicine? in Rosenthal, M.M. and Sutcliffe, K.M. (eds.) *Medical Error: What do we know? What do we do?* Jossey-Bass, pp.217~234.

Timmermans, S. and Mauck, A.(2005), The promises and pitfalls of Evidence-Based Medicine, *Health Affairs*, 24(1):18~28.

Wennberg, J., J. Freeman, and W. Gulp.(1987), Are hospital services rationed in New Haven or Over-utilized in Boston? *Lancet* 1:1185~8.