

의 료 감 사

MEDICAL AUDIT

RICHARD D. O'HALLARON, BSC, MHA, FACHA, FAAMA

Executive Vice President

St. Mary's Hospital

Richmond, Virginia U.S.A.

1. 의료감사—적정의료보장 (Medical Audit-Quality Assurance)

오늘 여기서는 의료감사(medical audit)에 대하여 대개 다른분이 말씀하시는 바와는 조금 다른 각도에서 관찰해 보려고 하는데 통상적인 의료감사에만 초점을 국한시키지 않고 적정 의료보장(Quality Assurance) 전반에 걸쳐 거론해 보려고 한다.

적정의료보장의 개념은 의료감사보다도 더 광범위하다.

이는 미국병원들이 관심을 모으고 있는 새로운 초점이되며, 병원내에서의 의료행위분야에 있어서의 문제점을 찾아내려고 하는 것 뿐만 아니라, 병원내에서의 낮은 수준의 의료행위로 인하여 환자와 직원과 의사들에게 결과적으로 미칠 수 있는 손상을 방지해 보려는 노력을 말한다.

여기서 의료감사와 적정 의료보장의 용어를 혼용하려고 하나 결국은 병원내에서의 의료의 질적인 면을 검토하는 제도에 관한 사항을 논하려고 한다.

2. 의료감사의 내역

의료감사나 적정의료보장의 내역을 살펴 본다는 것은 매우 흥미있는 주제이다. 고대 예집트 시대로 거슬러 올라가서, 당시 의사가 오늘날의

과오진료(malpractice)와 같이 진료를 잘못하여 기대했던 결과를 걸지 못하게 될때, 그 벌칙으로서 의사의 손을 자른다던가 생명을 빼앗는 일이 있었다는 내용을 여러분이 다 읽었을 것으로 생각된다. 미국에서는 1900년대 초반에 와서야 정식 의료감사제도가 생겼다. 당시 미국외과학회는, 전 미국병원에서 행해진 수술의 심층적인 검토를 하는 제도를 완성하였으며 그 보고서의 결과가 가끔 간담을 서늘하게 하곤 했다. 미국외과학회의 관심의 결과로서 심사기준이 설정되었으며 미국내 병원의료의 수준을 향상시키는 방안의 일환으로서 자의에 의거 적용되어 졌다.

3. 병원 표준화심사(지역 : 병원심사합동위원회) (The Joint Commission on Accreditation of Hospitals, JCAH)

1951년에 들어서 위의 의료감사는 병원표준화심사 제도에 포함되게 되었다. 합동심의위원회는 미국 외과학회(ACS), 미국의사협회(ACP), 미국의학협회(AMA)와 미국병원협회(AHA)의 대표로서 구성되었다. 해가 지남에 따라, 미국내 병원에 자발적 적용력을 가진 심사기준이 설정되고 점차 발전되어 왔다.

위에서 언급한 바와 같이, 병원표준화심사는 자의에 의한 사립집단이다. 환언하면 이는 정부의 제도가 아니라는 것이다. 개인병원이 의무적

으로 예측될 필요가 없는 자의적 조직이다. 그러나, 적어도 미국내에서의 문제는 Medicare(정부주도, 한국의 의료보호와 유사한 의료보험제도)나 대부분의 의료보험회사나 기타 사설 의료보험회사들은 계약병원이 이 표준화심사에 합격되지 않는 한 의료보험 가입자들의 진료비를 지급하지 않는 데 있다.

미국에 있는 그 어느 병원도 이 표준화심사에 합격되지 않는한, 미국의학협회 의학교육위원회의 교육병원인증을 받을 수 없다. 결국, 병원표준화심사의 승인이란 자의에 의한 것이라고는 하지만 병원들이 그 어떤 최소한의 수준을 유지해야 하며 또한 그 병원의 재정적인면으로서의 생존여부의 필수적 요건이 되었다는 것이 사실이다. 병원표준화 심사규정의 심각성으로 볼때 그 기준은 최소한도의 수준이며 언제나 과오진료문제를 생각할 정도의 심각한 정도가 아니라면 표준화심사에 대하여 그리 신경을 쓰지 않아도 될 수준이라고 생각된다.

그러나 병원표준화 심사보다도 더 중요한 것은 의료감사에 따른 결과로서 역사적으로나 또는 다른 사례가 있는 것이다. 이런 경우는 불필요한 의료행위나 또는 원치않았던 결과를 초래한 의료행위에 대한 법적인 견지에 그 초점이 모아지는 경우이다.

4. 법적 문제

25년전만 해도 전 미국내 대부분의 병원들은 보통법상 이른바 “자선면책권(charitable immunity)”이란 특권을 누려왔다.

이 자선면책권이란 병원의 기본목적이 자선으로서, 환자가 무료진료 혜택을 받았던 안 받았던 간에 자선병원의 의료서비스를 받았다면, 혹 잘못된 결과가 생겼다 해도 소송을 제기할 수 없는 법률을 말한다. 만약 병원이 피소되었다면 이런 경우에는 병원이 “지역사회의 덕행(community good)”이라는 미명하에 상반된 효과를 나타내었다.

그러나 25년 전에 제정된 이법은 여러 주의 주법이 병원시설의 불비로 인하여 중대한 의료문제가 야기된다고 생각되어 사립 또는 비영리

병원체제에 적용되던 자선면책특권을 인정하지 않기 시작하였다.

이와 우연한 일치로서 법정에서도 이 특권을 인정하지 않게 되었다. St. Mary's Hospital은 Virginia 주 Richmond에 있는데 Virginia 주도 5년전에 이 자선면책특권을 폐기하였다.

그 후 일어난 소송사건의 대부분은 병원에 타격을 주었으며, 법정은 병원직원이 과오진료사건에 직접 관련이 되지 않은 한, 의사 또는 간호원의 “Professional Act”에 의거 병원자체는 책임을 면케 해주었다. 대부분의 경우 의사나 간호원들에게 불리하게 판결이 나서, 원고의 승소로 결말이 지어졌다. 그래서 대개의 경우 병원은 소송사건에 관련이 되지 않았다.

그러나 약 15년전에 역사적인 사건이 발생하였는데, 이는 Illinois 주법이 의사와 간호원이 관련된 과오진료 소송에서 병원 이사회가 책임이 있다는 판결을 내린 일이다. 법정은 의사와 간호원의 태만에 해당되는 사건인데 이사회로 하여금 의사와 간호원의 부주의로 인해 다리를 절단하게 되었던 18세 소년의 치료에서 잘못된 환자 취급으로 병원의 의사진, 지도층, 또는 병원행정부에게 적시에 보고하지 않았다는 책임을 묻게 되었다.

병원내 의사들의 과오진료로 인해 제소자에게 많은 금액을 합의금조로 지급하게 되면서 병원의 이사회와 경영자는 이에 직접 개입을 시작하게 되었고, 의사의 경력심사와 임상적 점검 및 의료감사등에 지대한 관심을 경주하지 않을 수 없게 되었다. 또한 병원표준화 심사위원회도 마찬가지로 이를 실감하게 되었다.

“오늘날 미국에서 제기되는 모든 과오진료소송의 8할은 병원내에서 발생되고, 그 중의 3분의 2는 의사의 진료행위와 관련이 있다.”고 한다.

병원의 이사회나 소유주는 의료감사와 적정 의료보장에 대하여 강경한 자세를 취하였다. 이는 규제적, 법적 또는 역사적 사건들이 그렇게 만들었다고 본다. 그래서 그 옛날 사고방식은 변해버리고 말았다.

5. 적정의료보장 (Acceptance of Quality Assurance)의 용법

“품질의 평가는 어느 생산체계를 막론하고 최우선적으로 도입되어 졌다. 수준과 기준, 수준을 인정하는 데 대한 일치성의 평가 및 이러한 일치성을 시행하기 위한 제도적 사업적 변화가 일반기업에 있어서 이미 오래전부터 제고되어 왔다. 병원에 있어서 지난 10년간 우리는 기술적인 면이나 적어도 용어면에 있어서도 순탄치 않은 변천을 보아온 것이 사실이다.

적지 않은 병원 재정이 환자진료를 평가하고 심사하는데 할애되고 있다. 의무 기록을 random으로 뽑아 검토하던 과거의 제도는 전문가로 하여금 현대 자료처리법을 사용한 복잡한 문제 중심적 분석 방법으로 처리 해야만 하게 되었다.

불리하게 나타난 결과와 병원의 법적책임간의 불가피한 관계는 적정 의료보장 자체로 하여금 제도와 인간의 위임분석이라는 분신을 만들게 하였다. 손실의 예방과 이윤의 증대는 경제적으로 보아 동격으로서 노력이 경주되어야 한다는 것이 정당화되고 있는 것이다.

이에 또 다른 압력이 의부기관으로 부터 왔다. 연방정부는 의료전문기준검토기구(Professional Standard Review Organization, P. S. R. O. —연방정부와 계약한 의사중 심의사립 기관으로서 의료의 질적향상을 꾀하려고 1972년에 만든 기관)을 통하여 계속적인 검토를 명하고 있다.

Medical, Title 22 및 California 의학협회 모두가 특별한 준수사항을 제정하였다. 미국내 모든 주가 다 그리 했듯이, 또한 미래의 정책적인 의료보장이 80년대 중에 병원표준화심사의 방침을 바꾸어 놓을 것이 명백하게 보인다.

가능할 수있을런지는 모르겠으나, 적정의료보장제도와 수익—비용관계(cost-benefit relationship)를 예측한다는 것은 아직은 시기상조일 것이다. 현 단계에 있어서의 이 제도의 기술적인 국면은 매우 원시적이고 가변적이다. 준수사

항들은 실용적이건 명령에 의하건간에 아직 확실하지 못하다. 법정 소송에 관한 경우는 제외하고, “당신이 더 잘하면 사업의 확대와 더 많은 이윤획득의 기회가 보상으로 주어질것”이라고 하는 보통 개념이 있기는 하지만, 여기서 얻어지는 결과는 매우 측량하기 어렵다. 이것은 California 주 Culver City에 있는 Brotman Medical Center의 의무부장인 Dr. Daniel A. Lange의 말씀이다.

한국에서의 과오진료에 대한 법적 함축성이 어느정도인지는 잘 모르나 저자가 추측컨대, 법적인 사고방식이란 세계 어느곳을 가든지 매우 흡사하며, 불만스런 진료결과나 의료상 불법행위의 꼬투리를 한국변호사들이 찾아내는데 더욱더 명수가 될 것이며, 법정은 재판 절차상 의사로 하여금 매우 세밀한 증언 요구를 더욱 심하게 할 것이며, 미국에서 행해진 것과 같은 전철을 한국에서도 밟게 되지 않을까 생각된다.

6. 서론 요약

우리는 의료감사를 해야 한다는데 합당한 이유가 많이 있다고 할 수 있다. 그 하나는 병원가료를 받고 있는 환자에 대한 우리의 전문인으로서의 책임이요, 둘째는 어떤 병원이든 그 병원 또는 개인의 재산을 축낼 수 있는 엄청난 소송으로부터 병원의 경영주와 기타 의사등 병원사업에 종사하고 있는 사람들을 보호하기 위한 방안으로서의 의료 감사에 대하여 그 필요성을 매우 신중히 고려해 보아야 한다는 점이다.

의료감사와 적정진료 보장이라는 주제를 놓고 볼때, 다만 우리는 그것을 수박 겉 핥듯이 볼 수 밖에 없는데, 이는 그 주제 자체가 많이 많고 복잡하여 오늘 여기서는 그표면 관찰정도 밖에 취급할 수가 없다. 실은 지난 12월초에 저희 병원 의무과장과 의사 회장을 모시고 Arizona 주 Scottsdale에서 개최되었던 연수회의에 참석하여 적정진료보장에 대하여 좀 더 배워 보고자 한 바 있다. 그 회의에는 미국 여러 곳으로부터 병원의 이사, 의사회장, 원장, 병원교문변호사들이 참석하였다. 프로그램은 3일에 걸쳐 깊이 있는 교육을 실시하였는데 그것을 여기서는 단

20분 이내에 말씀드려야만 한다는 것이 무리인 줄로 안다.

그러나 저자의 의도는 오늘 참석하신 여러분을 의료감사의 전문가가 되도록 하고자 함이 아니라, 미국에서 지난 수년간 어떠한 사건이 발생하였는가 하는 역사적인 고찰과, 미국에서 시행되고 있는 의료감사에 대한 전망에 대하여 말씀드리고, 한국의료계가 검토하여 전망을 고려해 보시도록 격려를 드리며, 나아가서 이 사업이 앞으로 어떻게 전개될 것인가 하는데 대한 약간의 예언적인 충고를 드리려 하는데 있다.

7. 우리가 과거에 알고 있던 의료감사

여기서 우리는 과거에 우리가 알고 있던 의료감사에 대하여 약간 논의코저 한다. 1918년부터 1970년까지 미국에서는, 위에서 말씀드린 바와 같이 의사가 행한 모든 의료행위의 질적인 면에 있어서 의사가 병원이사회와 행정부에 대해 책임을 진다는 사상이 팽대해 가는 것을 볼 수 있었다. 환자진료를 검토할 수 있는 효과적인 방법과 함께 동심사의 지적사항에 대한 적절한 조치를 포함한 계속적인 의료감사 제도를 행정부의 의사들로 하여금 설정하게 하고 지시하도록 하는 책임을 이사회가 지게 되었다. 1970년대까지는 의사의 기능인 의사자격심사, 정기 의무기록심의, 정상·비정상조직심사, 약국 및 조제심의 의료이용심사(utilization review) 및 감염관리등을 시행함으로써 양질의 의료조달완수에 대한 노력을 경주하였다.

병원들은 진료의 적정성에 대한 답변에 있어서 비교적 훌륭한 대답을 하기 위하여 위에서 말한 기능에서 얻어진 보고내용을 이용하였다.

사실상 “지금까지 병원은 진료의 적정성에 대한 질문에 대답하기 위하여 적정진료보장 활동으로부터 지나치게 많은 대답을 요구하여 왔다.

이 대답을 하도록 한 각종 심사는 P. S. R. O 심사, 의료감사위원회의 감사, 간호부의 간호감사, 의사보수교육프로그램, 조직, 사망, 약사위원회등이 그 일부이다. 그러나 그 많은 활동량 만큼 효과가 컸던것은 아니라는 것이 들어났다.

병원적정진료보장 활동이 진료의 질적인 향상을 가져왔다고 말할 수 있는 병원의 수는 너무나 적거나 아니면 없었다고 해도 과언은 아닐 것이다. 한 병원이 colecystectomy 환자의 재원일수를 0.5일 단축시켰다고 할때 이 사실을 가지고 의료의 질을 향상시켰다는 것을 나타내 보여 줄 수는 없는 것이다. 적정진료보장은 의료감사에 초점을 두고 있다. 병원표준화심사는 병원의 규모에 따라 일정한 회수 이상의 의료감사실시를 요구하고 있다.

그 결과로서 의사들이 많은 시간을 기준설정과 “결격사항(deficiency)”을 가려내기 위한 위원회모임에 소비하였다. 의무기록조사자는 뽑아낸 산더미 같은 의무기록속에서 엄청나게 많은 자료를 수집하였다.

다시 한번 말씀드리지만 이 모든 일을 하므로써 의료의 질에 긍정적인 효과를 가져왔다는 사실을 입증하기는 매우 어려웠다.

“Thompson씨가 말씀하듯이 강압적으로 요구하는 방식은 실패작이다. 이는 배정된 감사건수를 채우는 것이 감사 지적사항을 발견해내는 것보다 더 중요하게 되었기 때문이다.”

그리하여 St. Mary's Hospital에서의 병원표준화심사는 10가지 심사를 주요진료과의 비율로 배정하여 요구하였었다. 병원표준화심사위원회는 각 지방별로 순회하면서 시행할 특별한 교육방법을 개발하였다. “감사를 위한 향위평가절차(The Performance Evaluation Procedure for Audit)”는 환자진료상의 문제를 발견하고 수정하기 위하여 고안된 결과 위주로 소급심사하는 방법(retrospective outcome oriented approach)이었다.

8. 의료 감사업무의 현실

1979년에 와서야 병원표준화심사위원회가 새로운 방안을 고시하였다. 신규기준과 구기준의 1차적 차이는 그 결과중의 하나를 말하는 것이 아니라 문제지향적 접근방법간의 협동을 통한 여러가지 적정진료보장의 방법에 있다. 그 이론에 의하면 의사들이 수집한 자료 전부를 사용하여 적정진료보장위원회가 해 놓은 것과 함께 내

어 놓고 볼때, 환자진료상의 문제점을 제시한 쪽을 지지 또는 택할 것이다. 예를들면 비용—효과면을 중시하는 사람이 모든 맹장절제수술에 문제가 있는가에 대한 감사를 시행하였다면 과연 비용—효과면에 있어서 그 감사가 타당한가 하는 질문을 하게 될 것이다. 그러나 갑자기, 수술후의 감염율과 사망율이 급증하였다면 이를 조사 연구하는데 대하여 이론을 제기할 사람은 극히 드물것이다. 이전의 의료감사절차 역시도 환자 진료상의 문제발견으로부터 시작했기는 하나, 실제에 있어서 감사위원회는 의사 각자에게 별로 영향을 미치지 않으면서도 흥미있는 주제로서 간혹 의료감사에 대신하는 예가 있었던 것이 사실이다.

새로운 기준하에서, 병원은 적정진료보장계획서를 작성하고 다음과 같은 사항을 시행하기 위한 합동활동을 조직해야 한다.

- 1) 발생 가능성이 있는 문제점을 발견한다.
(홍미위주 지양)
- 2) 문제별 해결을 위한 우선순위를 정하므로써 환자진료에 가장 중요한 문제를 해결하는데 최대한의 재원이 사용되도록 한다.
- 3) 의료감사 또는 기타 방법을 동원하여 문제점을 연구한다.
- 4) 연구결과에 의거 개선 또는 해결방안을 제시한다.
- 5) 제시된 방안이 시행되고 있는가를 확인하고 의료의 질적 향상 측정에 대한 결과를 항시 감시한다.

신규기준은 양질의 의료란 진료의사, 시설, 환자가 각각 독립된 요소의 산물이라는 인식을 가지고 있다.

구 기준은 편협하고 규정적이거나, 신규 기준은 병원이나 의사들로 하여금 문제발견과 연구방법에 있어서 혁신적이기를 종용하고 있다. 신규 기준은 사고보고서, P.S.R.O., 병원이용심사자료, 조직심사, 사망 및 발병율자료, 감염관리, 병원의 사회 및 안전 관리 위원회 기록, 환자병상기록의 질병별 검토등의 다양한 자료로부터 문제를 발견할 것을 요구하고 있다.

9. 신규기준

“신규기준은 병원에 있어서 처음으로 정도관리(quality control)를 분명하고 중요한 기능으로서 인식하고 있다. 이에 비하면 일반기업에서는 이미 오래전부터 회사의 생산품이나 서비스에 특히 적용시킨 정도관리 제도의 필요성을 인정하였다.”

1981년도 병원표준화심사의 적정진료보장기준을 살펴보자. 그 목표는 다음 세가지를 달성하도록 되어 있다.

- 1) 적정진료보장 또는 의료감사를 위하여 병원 각 부서별 임무 및 권위를 분명히 설정한다.
- 2) 의사 및 병원직원의 시간을 효율적으로 사용할 수 있는 프로그램을 작성한다.
- 3) 이러한 접근의 목적은 의료의 질적평가를 위한 적절한 정보를 수집하는데 있다.
다음은 위의 기준을 요약한 것이다.

병원 표준화 심사 기준표

- (1) 프로그램 설정 및 조직
 - 가. 행정부와 의사에게의 위임을 통한 이사회의 책임
 - 나. 효과에 대한 문서화된 증거
 - 다. 총괄적이고 통합적일 것 (comprehensive and integrated).
 - 라. 향상가능성이 있다고 생각되는 알려진 또는 의심나는 문제 또는 영역 결정에 초점을 둘 것.
 - 마. 평가방향에 있어서 혁신과 다양성을 줄 수 있도록 융통성이 있을 것.
- (2) 서면화된 계획서
 - 가. 총괄적이며 통합적임을 나타낼 것.
 - 나. 임무, 권위, 책임 및 의사소통계층을 명시할 것.
 - 다. 의사 및 기타 전문직의 책임한계를 설정할 것.
- (3) 적정진료보장제도의 필수요소
 - 가. 내적, 외적자료를 이용한 문제점 발견.

나. 문제. 관심점의 범위 및 연유의 객관적 평가.

○환자가료에 미칠수 있는 영향의 정도에 따른 문제점의조사 및 해결방안.

○조사기간의 개방(소급, 현재, 예상적용 허용)

○주요 진료의 평가(충분한 표본추출)

○의사는 의사의 진료부문을 평가하고, 기타 전문직 또는 비전문직은 그들의 기여한 바를 평가하며, 필요에 따라 합동평가 시행.

○구조, 절차 또는 결과를 반영하는 대내적 대외적으로 부터 조성된 임상적 효력이 있는 서면화된 기준.

다. 발견된 문제의 해결 또는 감소를 위하여 계획된 고안 및 시행조치.

라. 시정조치 결과의 기간별 감시.

마. 경우에 따라 의사회, 원장, 이사회 및 관련임상 및 병원부서에게 문제발견사항을 문서로 보고할 것.

바. 위원회, 집단 또는 개인에 의한 적절한 적정진료보장 주관.

사. 다음 분야에 확증을 위한 적정진료보장 프로그램의 연도별 재평가.

○계속성

○총괄성 및 통합성

○환자진료와 의료행위 향상에 있어서의 효과

○비용효율성

10. 기본 원리

위의 접근방법으로 볼때, 우리는 여러가지 주요 계획원칙을 항상 염두에 두어야 한다.

첫째, 우리는 이러한 사업을 하는데 있어서 앞으로 2년후라면 의사들이 과연 어떻게 해 주기를 바라는지를 알아내는데 노력을 경주하기 시작해야 할 것이다. 또 한가지 주요 고려사항은 효과적인 적정 의료보장사업이란 case by case 분석이 아니라는 점이다.

병원이 만약 case by case로 분석을 한다면

이 제도는 와해되고 말것이다. 적정진료보장사업이 바라는 것은 의료의 추세와 유형이다. 자료를 집성해 놓는 것은 중요하다. 적정진료보장이란 의사를 개별적으로 추궁하는 것이 아니라 어떤 특정한 의료행위에 대하여 의문을 제기하고난 다음 그런 행위에 대한 정당성을 요구하는 것이다.

사망환자심사에 있어서 우리는 의사문제뿐만 아니라 병원문제도 검토를 하게 된다. 이러한 문제들은 병원이나 직원 또는 제도에 있어서 양질의 의료를 시행하는 길목의 방해물이 되는 것을 의미한다.

11. 조직표

미국의 적정진료보장 분야 전문가들이 제안한 이론적인 조직표를 살펴보자(조직도 참조).

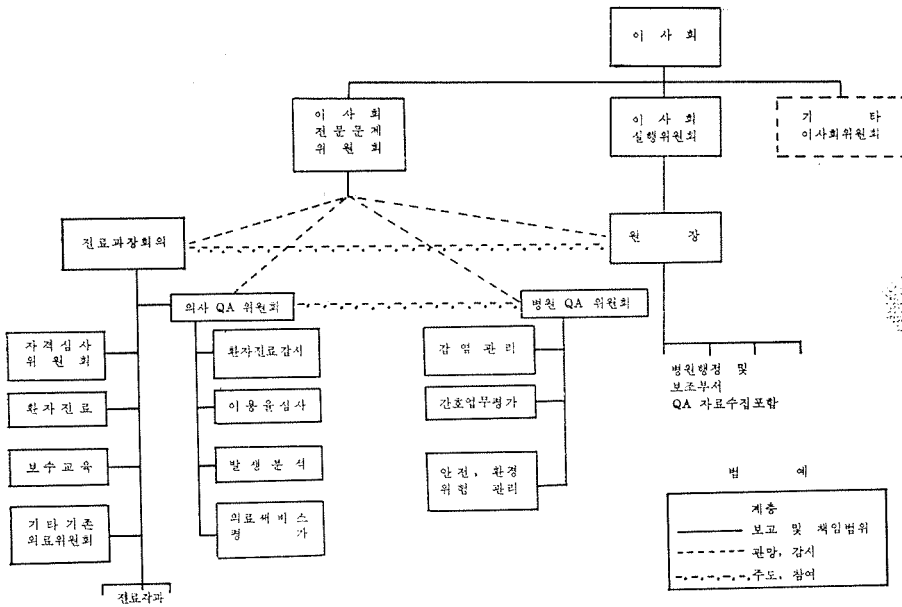
여기서 우리는 적정진료보장 기능이 두가지로 나누어져 있는 것을 볼 수 있다. 왼편에 있는 부분은 의료행위부문에 관심을 두고 있다. 상부기관은 의료 실행 위원회(Medical Executive Committee)이다.

오른편에 있는 병원 적정진료보장 위원회는 간호 업무와 병원환경에 관심을 두고 있다. 우리는 이제 의사의 적정진료보장쪽을 살펴보기로 한다.

훌륭한 적정진료보장은 많은 기능이 수반되며 특별한 위원회를 조직해서 운영해야만 하는 것은 아니다. 우리는 조직표 좌편에 있는 인사위원회가 각 의사로 하여금 그들이 감당해 낼 수 있는 한도내에서의 환자를 입원시킬 수 있는 특권(privilege)이 있는 자격있는 의사만이 병원 의사회원으로 위촉될 수 있다는 확인을 하는 것을 알 수 있다.

그 다음 칸에서 우리는 환자진료면을 보게 되는데, 이는 병원에서 진료한 실적을 심사하는 것이다. 그 다음에 있는 기능은 의사들의 위원회로서 조직위원회, 혈액은행위원회, 여러 진료 각과 및 병리검사실, 방사선과, 핵의학과, 응급실등에 관한 사항이다. 의료실행위원회 밑의 우편에는 환자진료감시, 병원이용심사, 발생분석

모범 적정진료보장계획에 반영된 적정진료보장조직 구조도



등 비법한 상황에 대한 자료 및 분석과 과오진료라고 주장하는 사건에 대한 배상청구나 임상서비스 평가라고 명시된 기능에 대하여 조언을 제시해야 하는 제위원회가 있다. 이러한 각 기능에 대하여 자세히 토의하는 것은 별도 강연의 흥미진진한 제목이 되고도 남음이 있을 것이다.

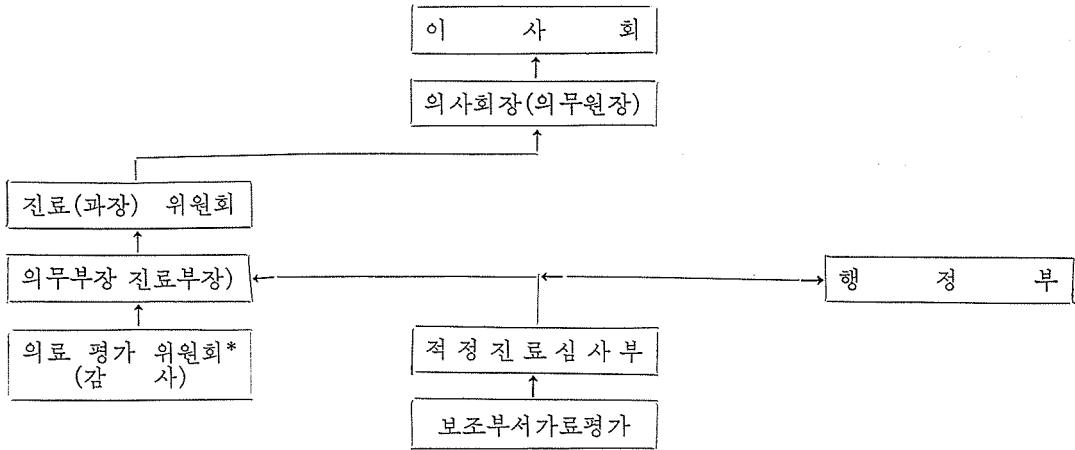
그 다음 칸은 환자가료의 기능의 예를 들고 있다. 이 위원회는 임상적으로 제규칙, 의사회 규정 또는 이에 해당되는 임상부서나 보조서비스 부서와 의무기록업무나 약국 및 약품규정 및 절차등에 있어서 필요한 변경을 제안하거나 요청에 관한 적정진료보장 관계 정보를 입수하여, 특정한 개정안을 작성하고 이를 의료실행위원회에 회부하여 승인을 받으며 진료과장, 기타 의사회 정관(Medical Staff Bylaws)이 정하는 바에 따라 그 기능을 수행한다. 위원회의 밑의 우편에 보면 적정진료보장위원회가 있는데 이는 연간 적정진료보장의 활동을 계획하며, 등 사업의 효과에 대한 연도별심사를 주관하며, 적정진료보장에 의한 발견사항을 주관, 통합하며 적정진료보장주업무부서와 병원표준화심사 주무위원회에 대한 연락역할을 하며, 적정진료보장 활동에 있

어서 의료실행위원회와 행정부에 조언을 하는 역할을 한다. 환자진료감시기능은 항생제 및 기타 약품의 사용, 혈액 및 수혈반응, 수술의 적정성 관찰 및 의무기록의 적시 완성등 제반사항을 수집하고 분석보고한다. 병원이용심사위원회의 결의사항은 병원 이용계획상의 요구사항이 된다. 발생위원회(occurrence committee)는 비법한 사건의 발생과 과오진료라고 주장하는데 관련된 소청등에 대한 자료수집과 분석을 담당한다. 그 기능은 사건과 소청에 있어서의 의료적연관성에 대하여 위험 관리자(risk manager)에게 증언을 한다. 임상진료분석(clinical service analysis) 위원회는 방사선과, 임상병리과등 임상활동평가의 계획과 감독을 담당한다. 여기서 이 모든 기능 또는 위원회에 대한 상세한 토론은 사정상 별도기회로 미루기로 한다.

12. St. Mary's 병원의 적정진료보장 사업

이제 St. Mary's병원에서 볼 수 있는 적정진료보장의 보고계통 기능을 살펴보자. 이는 매우 간략하며 본 병원의 목적에 부합 충분한 방법으로 책임을 다할 수 있는 방안이다. 하급조직

적정진료심사 보고절차 순위도



*적정진료심사부내에 의료평가 위원회를 둔다.

- #의료위원회
- 의사추천위원회
- 감사위원회
- 내규위원회
- 재무위원회
- 기획및시설위원회
- 인사위원회

에서 보조부서의 환자가료평가를 볼 수 있다. 다시 한편 말씀드리지만 보조부서 또는 병원시설의 어느 부분에서 일어나는 문제의 발견이나 어떤 특정한 문제가 적정진료심사과에 의해 수집되고 조사되는 것이다.

이 부서는 병원의 의무부장(진료과장)의 휘하에 있으며 전담직원을 둔다.

적정진료심사과의 보고 형태는 2가지중 한가지 방향으로 보고된다. 행정조치가 필요하거나 의사의 심사를 필요로 하지 않을때 이 보고서는 행정부로 가게 된다. 어떤 경우라 할지라도 의사가 심사해야 할 진료에 관한 문제는 의무부장(진료부장)에게로 보내져서 결국은 이 문제들이 의료평가 심의 위원회의 정식안건으로 제시되어야 하는 것이다. 의료평가위원회는 그 자체가 자격심사, 환자진료, 보수교육, 환자진료감시, 이용심사, 사건분석 및 임상서비스평가등을 포함한 모든 문제를 취급한다. 평가후에는 권고사항이 의무부장(진료부장)을 통하여 의료실행위원회, 이사회사무위원회, 행정부 부총재(원장) 및 이사회회의를 받게 된다.

의료평가위원회야 말로 적정진료보장사업의

진정한 맥박과 같다고 할 수 있으며, 이 기능을 좀 더 면밀히 살펴보기 위하여 동위원회가 1981년 11월에 제시한 두가지 권고사항을 살펴 보기로 한다.

이 위원회는 의사 13명과 간호원 2명, 보조행정관(assistant administrator)과 적정진료심사과 직원 2명으로 조직되어 있으며 2명의 직원이 동 위원회의 사무업무를 담당한다. 그날의 회의에서 제시된 14개항의 권고사항중 2개사항을 소개하면 다음과 같다.

“권고 4호. Dr. Mitchell Reese의 조영제의 독성에 관한 방사선과 감시 위원회의 최근 연구 내용 보고가 있었으며, 그가 설명한 본건에 대한 권고사항은 조영제촬영술에 앞서 환자에게 적용될 탈수량의 제한에 요점을 두었으며 둘째로는 매 촬영시마다 sticker를 의무기록 표지위에 부착하므로써 조영제 독성의 가능성이 높은 환자를 식별하게 하는 방안이다.

입원환자 한사람에게서 두개 이상의 이러한 sticker가 동일 입원기간중에 붙어있는 것을 보게되면 이는 방사선과 의사에게 신부전(kidney failure) 위험성의 증거로 보아 의무기록을 세

심히 검토해야 한다는 경고가 되는 것이다. 의료평가위원회는 이 문제점과 이에 따른 위험성을 감식하고 수정조치를 취하기 위하여 방사선과가 어떤 조치를 제시하였는가 하는 내용을 설명하는 한 페이지짜리 적정진료보장 회보를 발행하여 전체 의사들에게 배포할 것을 요구하였다. 동 위원회는 이러한 노력이 조영제촬영술에 따른 신부전 문제를 해결하지는 못할 것이라는 데 대한 관심을 표명하고, Dr. Reese에게 이러한 예방조치의 효과면에 대한 그의 계획에 대하여 질문하였다. 교유시행 6개월 후에 환자에게 hydration를 독려하고, sticker 부착제도를 시행하고, 그리고 나서 그 효과를 평가하는 계획을 재고한다는 데 대하여 의견이 일치되었다.”

“권고 6호. 환자 intubation에 관한 여러가지 관심사를 논의하였다. e-t-tube가 환자의 우측 main stem bronchus에 잘못삽입장치 되었으나 이 사실을 발견하지 못했다는 사고보고에 중점을 두었다. Dr. Youn이 이러한 complication을 방지하기 위하여 마취과가 사용하고 있는 새로운 tube의 시범을 보여 주었다. 이 새로운 tube를 사용하면 junction이 분명하게 나타나므로 너무 깊이 삽입될 수 없다고 하였다.

위원회는 이 새로운 tube의 효과에 대하여 만족하게 느꼈으나 간호원과 호흡기 전문의사들이 이 기능에 대한 교육을 받아야만 할 것이라고 생각하였다. Sally Gammon 간호원은 e-t-tube가 잘못 삽입되었을 때 그 위치 조정을 하려고 하지않을 것이 예상된다고 하였다.

Dr. Youn은 주요의사와 간호원과 더불어 새로운 tube의 사용과 적절한 적용에 대하여 논의할 것을 동의하였다. 그리고 12월에 의료평가위원회때에 다시 보고를 하기로 하였다.

“권고 7호. 위원장이 이사회가 요구한 morbid obesity의 gastroplasty 감사에 관하여, 이사회는 적정진료심사과가 complication과 revision에 특별한 관심을 가지고 매 6월마다 gastroplasty를 검토하며, 환자교육방법을 포함하고, gastroplasty에 관한 과오진료사태에 대하여 연구하기 바란다는 권고사항을 낭독하였다.

Quality Assurance는 1980년 9월까지 기록된 gastroplasty에 관한 본래의 연구를 종결하였다고 보고하였다. 의료평가위원회는 1980년 10월부터 시작하여 이달까지 계속하여 검토할 것을 요청하였다.

위원장은 외과로 하여금 complication record를 검토할 외과분과위원회 위원의임명을 요청할 것이며, 적정진료심사과는 Virginia Hospinial Insurance Reciprocal을 통하여 과오진료 사례 연구를 실시하기로 한다.

본 위원회에서 취급한 사항중의 일부와 회의록에 기재된 추후 회의안건은 다음과 같다.

- 1) 외과 case 검토
- 2) 사망 및 complication report, 1981. 6.
- 3) Rubella vaccine
- 4) 산부인과 의료수요 측정
- 5) Case Referral #21-77-91
- 6) Hysterectomy 감시위원회
- 7) 부당한 소아과 입원
- 8) Upper GI endoscopy
- 9) Hyperalimentation
- 10) Dialysis, heparinise 환자의 blood gas.

13. 일반적인 논평

이상 말씀드린 것이 적정진료보장사업 또는 동 위원회가 담당할 사업의 유형을 훑어본 것이다. 과거에 “의사의 과오는 의사들이 간여할 바요, 간호원의 과오는 간호부에서 간여할 바라는 개념”에 비추어 위에서 설명드린 모든것을 항상 염두에 두어야 할 것이다. 의사들은 적절한 법적절차와 공정한 청문회의 기회가 있다. 간호원은 면직을 당할 것이고 의사가 식별해 낸 간호원의 실수는 즉각행동(summary action)을 불러일으킬 수 있다. 간호원이 발견한 의사의 불충분한 의료행위는 장기간 토론으로 이끌어 간다. 좌절감은 쌓이게 되고, 상호간의 노여움의 정도가 긴장감을 좌우한다.

이런 상태에 개입한다는 것은 쉬운 일이 아니다. 긴장과 전문의식(목표)의 상충과, 피차의 전문적 책임의식의 의미상의 차이에서 생겨나는

태도가 양측의 문제성격에 따라 어느정도 각자 주권의 양보를 필요로 하는 어떤 해결책을 강구하도록 만들어 준다. 행정부는 의사들이 병원 일반직원들을 해고시키도록 해서는 안 될 것이고 의사 이외의 사람들이 의사를 징계한다는 것도 역시 위험천만한 일일 것이다.

이러한 난관을 타결하는 첫걸음은 걱정진료보장이란 것이 어쩔수 없는 도전자라는 점을 잘 인식시키는 것이다.

의견 상충에 의한 사고나 실패작품이 생겨서 병원내부의 예민한 전문분야 상호간의 화목을 손상시키는 또 다른 요인이 되도록 허용해서는 절대로 안 된다. 걱정진료보장제도의 초점은 처음부터 환자가료의 향상에 있어야 한다. 잘못을 고쳐 나가는데도 이와같은 생각으로 되어 저야 한다. 전문적인 면에서 실수가 있을 때 필요에 따라 상호 합동하여 공정하고 객관적인 견지에서 문제가 조심스럽게 제시되어야 한다.

의사들은 그들의 의료행위상의 결함을 조사하거나 수정조치 행위가 의사들의 관할영역 안에서 이루어지는 한은 환자가료 평가에 있어서 병원의 행정부가 간호원, 의료기사, 기타 병원직원들과 대등한 위치에서 함께 협력하려고 할 것은 확실하다. 걱정진료보장사업은 전문직의 개인별 결함 하나하나를 들추어 내는 것이 아니라, 주로 환자진료 구분상의 경향과 형태와 의료실적을 집단적으로 취급해야 한다. Peer Review의 원칙이 병원에 의해 Gode화 되어 있다면 진료상 엄격히 준수되어야 한다. 개인적 지적사항이 결코 전체(다수)징계 위원회 수준에 회부되어서는 안된다. 걱정진료 보장사업에 의한 조사에서 나타난 의사개인적인 부실한 행위에 대하여는 걱정진료보장 위원회에 제시하지 않고 적절한 Peer Group 심사에서 직접 다루어 저야만 한다.

14. 이 득

걱정진료보장사업으로부터 얻어지는 것이 과연 무엇인가? 몇가지 이득을 열거해보면 다음과 같다.

가. 의사들의 주된 흥미는 각 전문분야내에서

의 의료행위의 평가와 조정을 유지하는데 긴밀히 봉사하게 된다.

나. 공중(지역사회)에 대하여 우리의 모든 활동이 환자의 이익을 위주로 하되 최양질의 의료를 시행하고 있다는 확증을 제시해 준다.

다. 환자가료의 계획과실천에 있어서 의사와 간호원간의 보다 높은 협동심을 고취하게 한다.

라. 지식의 부족이 결함의 원인임을 일깨워주는 감사로부터 유발된 뜻있는 보수교육사업을 개발하게 한다.

마. 의사가 실적평가임무를 완수할 수 있게하는 장치를 마련해 준다.

바. 진료의사들이 자격있고 신빙성이 있음을 확증해 준다.

사. 병원전반에 걸친 제규정과 절차상의 결함을 발견하여 개선하게 한다.

아. 이사회로 하여금 양질의 환자진료에 대한 책임 수행방법을 마련해 준다.

15. 요약

이상에서의 내용을 요약함에 있어서 저자는 한국이나 미국에 있는 어느병원이든간에 현재뿐만 아니라 미래에는 걱정진료보장의 필요성이 더욱 증대될 것을 감히 예언적으로 말씀드릴 수 있다고 본다. 그러나 바라는 미국병원들이 고생하며 배운것을 교훈삼아, 우리가 걱정진료보장에 많은 시간과 노력을 드렸음에 비하여 그리 특출한 결과를 얻지 못한 그런 전철을 밟지 않기를 바란다. 그 대신, 한국의 의사와 병원경영인들이 우리가 개발한 새로운 접근방법을 교찰하고, 개선하여 병원환자가료의 질을 보다 잘 평가할 수 있는 방안을 개발하여 우리에게 가르쳐 주시기를 바란다. 그렇게 하기 위하여는 3가지 중요한 필요성에 주의를 경주해야 하는 바,

“첫째는 병원의 걱정진료보장사업의 목표달성에 간여할 사람들의 지성적인 결심이 필요하다.

그 둘째는 실천에 관계되는 바, 이는 병원이 이방면의 사업을 성공적으로 수행하는데 있어서 대부분 제도적 골격과 기반을 갖고 있지 못 하더

라도 귀병원은 새로운 multi-disciplinary system을 조성해야 한다. 의사와 간호원은 서로 옆에서 가까이 일하는 데는 익숙해 있으나 함께 더불어 일한다는 뜻은 아니다. 의사들도 각기 다른 전문분야별로 볼 때 이와 마찬가지로 일 것이 사실이다.

세 번째로 중요한 부분은 훌륭한 적정진료보장사업이 환자가료상의 문제 해결 활동의 감시를 요구한다 해도, 사업 그 자체는 관계책임자들이 마지못해서 억지로 하는 행동태도를 개선하려고 할 것인지는 의문이다. 궁극적으로 훌륭한 적정진료 보장사업의 산성시험*은 책임있는 인사들—즉 이사회, 의료실행위원회, 의사 적정진료보장위원회, 또는 병원행정부등—이 의료의 질을 향상하기 위하여 필요하다면 거치른 조치라도 취할 것인가 하는데 달려 있다고 본다. 만약 예를 들어, 이사회가 과거에 의사의 privilege 갱신에 앞서 그 의사의 실적에 대한 조심스러운

정밀조사를 강요하는 것을 마지못해서 해 왔다면 새로운 기준하에서도 전과같이 주저하는 상태가 유지되기 십상이다.

확실히, 훌륭한 적정진료보장사업을 시행하려면 책임자 측이나 정보를 제공하는 측 모두의 새로운 형태를 요구하는 주요조직의 개편이 필요하다.

이것으로서 저자의 논평을 끝맺으려 한다. 매우 짧은 시간에 이 어려운 주제를 다 말씀드리려고 했으나 인내로서 경청하여 주신 데 대하여 감사사를 드린다. 이것은 병원경영자나 의사나 이사들에게 매우 어려운 주제이며 한국의 여러분들에게도 틀림없이 마찬가지로 일 것이다. 그러나 적정진료보장에 관련된 문제점들을 제시해 보려고 노력해 보기는 하였으나 본인의 노력이 앞으로 여러분의 관심사가 되고 조금이나마 도움이 될 것을 바라는 바이다.

대단히 감사합니다.

주 : *산성시험비율 = $\frac{\text{현금} + \text{준비금} + \text{수익}}{\text{총유동부채}} \times 100$