

# 대학병원 질 향상 관련 위원회 소속 의사들의 의료 질 관리 활동에 대한 인식 및 태도

이 상 일  
울산대학교 의과대학 예방의학교실

Attitudes toward Quality Improvement Activities of  
QA Committee Member Physicians in Korean University  
Hospitals

Sang-Il Lee  
Department of Preventive Medicine  
University of Ulsan College of Medicine

## Abstract

**Background** : The purpose of this study was to understand general attitudes of physicians toward hospital quality improvement activities who have been members of QA committee in 32 Korean university hospitals.

**Methods :** A postal survey about opinions of hospital quality improvement activities and desirable policy directions was sent to 328 QA committee member physicians. The questionnaires were composed of 48 items. In total 152 physicians responded to this survey(response rate: 49.3%). This study was carried out from January to February 1996.

**Results :** Most physicians(97.5%) recognized the necessity of hospital QA activities. The most dominant supporting reason for quality activities was to improve clinical outcome. Two thirds of physicians regarded their own hospital activities for quality improvement as inactive. They considered that the obstacles were too little concern(33.6%), unclear objectives(28.9%), lack of human resources(14.3%), and insufficient education and training for quality improvement(10.1%). The most favoring policy among respondents was to give health care providers economic incentives. Provision of education and training for implementing quality improvement was the next to it. Physicians revealed their preferences for professional society, government, health insurance societies, consumer groups, hospital labor unions, and mass media in sequence as sponsoring agencies for hospital accreditation program.

**Conclusion :** These study suggested that the concrete means for motivating physicians and promoting constructive partnership among related parties should be developed in order to activate current hospital quality activities in Korea.

**Key words :** quality assurance, attitude of health personnel, physicians in Korea, health policy

## I. 서론

우리 나라의 공식적인 의료 질 관리에 관련된 제도로는 1974년에 시작된 임상병리검사의 정도관리사업으로 볼 수 있으며, 대한병원협회가 1980년에 병원표준화사업을 채택하고 1981년부터 전공의 수련병원에 대하여 병원표준화심사를 시행함으로써 의료의 질 관리가 우리나라 병원에 보편화되기 시작한 것으로 볼 수 있다(1). 그 후 전국민의료보험의 실시에 따라 의료에 대한 접근도가 향상되면서 의료에 대한 관심이 양적인 측면에서 질적인 측면으로 변화하고 있다. 또한 소득 수준의 상승, 소비자의 권리 의식 증가 등 의료 외적 요인의 변화도 양질의 의료에 대한 국민의 요구에 상당한 기여를 한 것으로 판단된다. 의료계에서도 이러한 사회적 요구에 부응하여 '의료의 질 향상에 관한 연구와 실천을 통하여 의학과 의료 발전에 기여함'을 목적으로 1994년 한국의료QA 학회가 창립되어 자료집 발간, 연수프로그램의 시행, 학술지 발간, 질 지표를 이용한 조사 연구 등 활발한 활동을 전개하고 있다. 또한 정부는 1994년 의료보장개혁위원회에서 제기한 개혁 과제 중 의료기관서비스평가를 공식적으로 채택하여 1995년에 39개 3차 의료기관을 대상으로 의료기관서비스평가를 시행하였으며, 시행 상에 나타난 문제점을 보완하여 소규모 병원으로 대상을 확대하여 가고 있다(2). 이러한 환경 변화에 따라 의료의 질 관리 활동에 대한 병원들의 관심이 크게 증가하여 1993년에 최초로 의료 질 관리 전담 부서를 설치한 병원이 출현하였으며, 1997년까지 400병상 이상의 종합병원 중 28개 병원이 의료 질 관리를 위한 전담 부서를 만들거나 전담자를 배치하고 있다(3).

우리 나라에서 의료의 질 관리 활동의 활성화를 위한 구체적인 방안을 모색하기 위해서는 현황을 정확하게 파악할 필요가 있다. 이에 따라 의료의 질 관리 활동에 대한 병원 종사자의 인식과 태도(4) 또는 병원의 질 향상 전담 부서의 설치 현황과 활동 내용 및 이에 영향을 미

치는 요인에 대한 조사가 수행된 바 있다(3). 병원의 의료 질 관리 활동이 성공적으로 수행되기 위해서는 의사의 참여 또는 주도적 역할이 필수적이기 때문에 의료의 질 관리 활동에서 의사 중심의 접근법의 개발이 절실하게 요구되고 있다(5). 기존의 연구들은 다양한 직종으로 구성된 병원 종사자를 대상으로 하였거나 질 관리 담당자를 대상으로 하고 있어 의사들의 질 관리 활동에 대한 인식과 태도를 정확하게 파악할 수 없었다. 의사를 대상으로 한 연구는 1990년에 시행된 연구(6)가 있으나 그 이후 의료의 질 관리에 관련된 병원 외부 환경 및 내부 여건이 크게 변화하여 그 결과를 현재 시점에 적용하기는 어려울 것으로 판단된다.

이 연구는 병원의 의료 질 관리 활동 및 이에 관련된 의료 정책에 대한 의사들의 인식과 태도를 파악하여, 앞으로 병원의 질 관리 활동을 활성화시키는 방안의 도출에 필요한 기본적인 정보를 수집하기 위하여 수행하였다. 구체적으로 의료의 질 관리 활동에 대한 개념적 이해, 소속 병원의 질 관리 활동 현황, 의료의 질 관리 정책 방향에 대한 의견을 조사하였으며, 의사의 일반적 특성 및 의료의 질 관리에 관련된 경험별로 인식과 태도에 차이가 있는지를 파악하였다. 의사의 개인적인 경험이 의료의 질 관리에 대한 인식과 태도에 영향을 미치는지를 확인하기 위하여 질 관리에 대한 교육과 의료분쟁 경험을 조사하였다. 교육은 정보 환류, 참여, 행정적 변화, 유인, 벌칙 등과 함께 의사의 행태 변화를 위하여 널리 사용되는 방법 중의 하나라는 점을 고려하여(7), 질 관리에 대한 교육이 의사의 인식과 태도에 영향을 미치는지를 알아보았다. 의사의 의료분쟁 경험 또는 이의 발생 가능성에 대한 우려는 방어진료를 조장하는 것으로 알려져 있으며, 또한 의사의 질 관리에 대한 인식 및 태도에 영향을 미칠 수 있을 것으로 판단된다. 이 연구에서는 이러한 점을 감안하여 의료분쟁 경험 여부에 따른 의사의 질 관리에 대한 인식 및 태도에 차이가 있는 지를 검토하고, 이를 토대로 앞으로 의료의 질 관리 정책에 있어 고려하여야 할 점에 대한 저자의 의견을 제시하였다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 대상

1996년 1월 1일을 시점을 기준으로 설립되어 있는 32개 의과대학 중 각 의과대학 의 중심 교육 병원이라고 생각되는 병원을 1개씩 선정하였다. 이 병원에 설치되어 있는 의료 질 관리 관련 위원회의 위원 명단을 입수하여 이 중 의사만을 연구 대상 집단으로 설정하였다. 연구 대상 집단은 330명이었으며 이 중 장기 해외 연수로 응답할 수 없었던 2명을 제외한 328명이 최종적인 연구 대상에 포함되었다.

연구 대상을 이와 같이 대학 병원으로 국한한 이유는 대학 병원이 의료 질 관리에 관련된 위원회 조직을 보유한 역사가 다른 병원들에 비하여 상대적으로 길고, 부분적으로나마 의료의 질 관리 활동에 대한 나름대로의 경험을 가지고 있기 때문에 위원회 소속 의사들이 의료 질 관리에 대한 관심과 개념적 이해가 일반 의사에 비하여 상대적으로 높을 것으로 판단하였기 때문이다.

### 2. 조사 도구

조사 도구로는 기존의 연구(6)에 사용된 설문지를 참조하여 총 48개 문항으로 구성된 별도의 자기기입식 설문지를 개발하였다. 설문지는 크게 나누어 의료의 질 관리와 관련된 과거 경험, 의료의 질 관리 활동에 대한 개념적 이해, 소속 병원의 질 관리 활동 현황, 의료의 질 관리 정책 방향에 대한 의견의 4가지 부분으로 구성하였다.

의료의 질 관리에 관련된 과거 경험은 병원표준화사업 심사위원 참여 경험, 병원 내부 및 외부의 교육 훈련 프로그램 참여 경험, 의료분쟁 경험 여부에 대한 문항을 통하여 파악하였다. 의료 질 관리에 활동에 대한 개념적 이해는 병원 내 질 관리 활동의 필요성 및 목적을 질문하

였으며, 질 관리 활동의 목적은 진료의 질적 수준 향상(기술적 측면), 병원 경영의 개선(효율성 측면), 의료분쟁의 감소(위험관리 측면)와 환자만족도의 증진(만족도 측면) 중 가장 중요하게 생각하는 항목을 선택하도록 하였다. 소속 병원의 의료 질 관리 활동 현황은 위원회 활동의 활성화 정도를 주관적으로 평가하고 문항에 연구자가 제시한 장애 요인 중 가장 중요한 것을 고르도록 하였다. 앞으로의 정책 방향에 대한 의견은 병원의 질 관리 활동의 활성화에 필요한 정책적 조치 중 가장 중요하다고 생각하는 문항을 선택하도록 하였고, 의료의 질 관리와 관련된 주요한 의사 결정에 참여하여야 할 집단과 질 평가 및 개선 활동의 주제는 '매우 적절'에서 '매우 부적절'에 이르기까지 5점 척도를 이용하여 판단하도록 하였다. 질 평가 및 개선 활동의 주제는 새로 개정된 병원표준화심사 요강에 대한 수용도를 평가하기 위하여 개정안에서 제안한 항목(8)을 중심으로 설문문을 구성하였다.

조사 대상자의 성, 연령, 직급, 전공과목, 소속 병원 등 일반적인 사항은 응답자의 신분의 노출에 따른 응답의 비뚤림을 배제하기 위하여 설문지에 포함시키지 않고 다른 자료원(9)을 이용하여 파악하였다.

### 3. 조사 방법

조사 대상자 328명 전수를 대상으로 1996년 1월에 설문지를 반송용 봉투와 함께 우편으로 발송하였으며, 1차 설문에 응답하지 않은 사람들에 대해서는 같은 해 2월과 3월에 걸쳐 동일한 설문지를 다시 발송하였다. 설문에 대하여 1996년 3월 말 까지 162명이 응답을 하여 전체적인 응답률은 49.3%이었다.

### 4. 자료 분석

수집된 자료는 전산 코드화하여 개인용 컴퓨터에 입력한 후 PC-SAS를 이용하여 분석하였다. 자료의 분석 단위는 대부분의 경우 응답자 개개인으로 하였으며, 병원의

위원회 활동의 활성화 정도의 분석에만 병원을 분석 단위로 설정하였다.

조사 대상자의 일반적 사항 중 전공과목은 내과계, 외과계와 진료지원계로 재분류하였고, 소속 병원의 특성은 소재지에 따라 서울과 지방으로, 운영 주체에 따라 국립과 사립으로 구분하였다. 5점 척도를 이용하여 의견을 표시한 2개 문항에 대해서는 '매우 적절'과 '적절한 편'이라고 응답한 것만을 긍정적인 응답으로 간주하였으며 나머지 3개 범주는 부정적인 응답으로 간주하여 분석하였다.

결과는 교차표를 이용하여 제시하였고 변수들 간의 관련성에 대한 통계적 검정은  $\chi^2$ -검정 또는 Fisher's exact test를 이용하였으며 여러 독립 변수 각각의 영향

을 평가할 필요가 있는 경우에만 다중 선행 로지스틱 회귀분석을 이용하였다. 통계적 유의성은  $\alpha=0.05$ 를 기준으로 판단하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 연구 대상 집단 및 응답자의 일반적 특성

연구 대상 집단과 응답자의 일반적 특성은 표 1에 제시한 바와 같다. 응답자 162명의 직급은 교수, 부교수, 조교수와 전임강사가 각각 68명, 50명, 23명, 21명이었으며, 응답률은 45.9%, 52.1%, 46.0%, 61.8%이었다. 응답자의 성별 분포는 남자 153명, 여자 9명이었고,

표 1. 조사 대상자의 일반적 특성별 응답률

일반적 특성	응답(%)	무응답(%)	계(%)	p-value*
직급				
교수	68(45.9)	80(54.1)	148(100.0)	0.349
부교수	50(52.1)	46(47.9)	96(100.0)	
조교수	23(46.0)	27(54.0)	50(100.0)	
전임강사	21(61.8)	13(38.2)	34(100.0)	
성				
남자	153(49.0)	159(51.0)	312(100.0)	0.574
여자	9(56.3)	7(43.7)	16(100.0)	
전문과목				
내과계	59(50.0)	59(50.0)	118(100.0)	0.158
외과계	54(43.6)	70(56.4)	124(100.0)	
기타	49(57.0)	37(43.0)	86(100.0)	
병원 소재지				
서울	61(44.5)	76(55.5)	137(100.0)	0.136
지방	101(52.9)	90(47.1)	191(100.0)	
병원 운영 주체				
국립	30(44.8)	37(55.2)	67(100.0)	0.397
사립	132(50.6)	129(49.4)	262(100.0)	
계	162(49.4)	166(50.6)	328(100.0)	-

\* : Fisher's exact test or chi-square test

응답률은 각각 49.0%와 56.3%이었다. 전문과목별로는 내과계 59명, 외과계 54명, 진료지원계 49명이었고 응답률은 50.0%, 43.6%와 57.0%이었다. 지역별로는 서울이 61명, 다른 지역이 101명이었으며 응답률은 44.5%와 52.9%이었다. 소속 병원의 운영 주체별로는 국립대학병원과 사립대학병원이 각각 44.8%와 50.6%의 응답률을 나타냈다. 전체 조사 대상자의 직급별, 성별, 전문과목별, 병원의 지역 및 운영 주체별 응답률에는 통계적으로 유의한 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

## 2. 의료 질 관리 관련 경험

### 1) 병원표준화사업 심사위원

응답자 162명 중 27명(16.7%)이 대한병원협회가 주관하는 병원표준화사업에 심사위원으로 참여한 경험이 있다고 응답하였다(표 2). 직급과 지역에 따라 심사위원으로 참여한 경험에 차이가 있었는데, 직급이 높을수록 ( $p=6.7*10^{-3}$ ), 서울 지역에 소재한 병원에 근무하고 있는 사람에서 참여율이 높았다( $p=0.003$ ). 성별, 전문

표 2. 응답자의 질 관리 관련 경험

일반적 특성	질 관리 관련 경험(%)			
	병원표준화심사	병원 내 교육	병원 외 교육	의료분쟁
직급	*			*
교 수	18/68(26.5)	55/68(80.9)	36/68(52.9)	38/68(55.9)++
부 교 수	8/50(16.0)	43/50(86.0)	18/50(36.0)	34/50(68.0)++
조 교 수	1/23(4.4)	15/23(65.2)	9/23(39.1)	11/23(47.8)
전임강사	0/21(0.0)	15/21(71.4)	7/21(33.3)	5/21(23.8)+
성				*
남자	26/153(17.0)	122/153(79.7)	68/153(44.4)	87/153(56.9)
여자	1/9(11.1)	6/9(66.7)	2/9(22.2)	1/9(11.1)+
전문과목				*
내과계	11/59(18.6)	45/59(76.3)	21/59(35.6)	25/59(42.4)+
외과계	7/54(13.0)	42/54(77.8)	23/54(42.6)	38/54(70.4)++
기 타	9/49(18.4)	41/49(83.7)	26/49(53.0)	25/49(51.0)
병원 소재지	*			
서울	17/61(27.9)	49/61(80.3)	27/61(44.3)	31/61(50.8)
지방	10/101(9.9)	79/101(78.2)	43/101(42.6)	57/101(56.4)
병원 운영 주체				
국립	7/30(23.3)	23/30(76.7)	14/30(46.7)	16/30(53.3)
사립	20/132(15.2)	105/132(79.6)	56/132(42.4)	72/132(54.3)
계	27/162(16.7)	128/162(79.0)	70/162(43.2)	88/162(54.3)

\* :  $p < 0.05$  (Fisher's exact test or chi-square test)

+ : reference group in multiple linear logistic regression

++:  $p < 0.05$  (multiple linear logistic regression)

과목별 및 소속 병원의 운영 주체별로는 병원표준화사업 심사위원 참여 경험에 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

2) 의료 질 관리 관련 교육 또는 훈련

의료의 질 관리를 주제로 소속 병원에서 개최하는 연수, 세미나, 심포지움 또는 워크샵에 참석한 경험이 있는 사람은 128명(79.0%)이었다(표 2). 조사 대상자의 특성별로 병원 내 교육 또는 훈련 프로그램에 참석한 경험에는 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

병원 외 단체가 주최하는 의료의 질 관리와 관련된 연수, 세미나, 심포지움 또는 워크샵에 참석한 경험이 있는 사람은 70명(43.2%)이었다(표 2). 조사 대상자의 특성별로 병원 외 단체가 주최하는 교육 또는 훈련 프로그램에 참석한 경험에는 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

병원 내부 또는 외부의 교육 훈련을 받은 경험이 있는 사람은 137명(84.6%)이었으며, 조사 대상자의 특성별로 병원 외 단체가 주최하는 교육 또는 훈련 프로그램에 참석한 경험에는 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

3) 의료분쟁

본인이 진료한 환자에서 의료사고로 인하여 발생한 분쟁을 경험한 비율은 54.3%(88명)이었으며(표 2), 직급별, 성별, 전문과목별로 의료분쟁 경험률에 차이가 있었고, 소속 병원의 지역과 운영 주체별로는 차이가 없었다( $p>0.05$ ). 직급, 성 및 전문과목이 서로 관련이 있기 때문에 교란작용을 배제한 의료분쟁 경험률의 차이를 확인하기 위하여 이 변수들을 가변수(dummy variable) 처리하여 독립변수로, 의료분쟁 경험 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 그 결과 직급과 전문과목만이 통계적으로 유의한 변수로 나타났으며 성별 차이는 없었다( $p>0.05$ ). 직급별로는 전임강사의 의료분쟁 경험을 기준으로 할 때 교수와 부교수의 대응위험도(odds ratio)가 각각 3.9 ( $p=0.0213$ )와 5.6( $p=0.0058$ )으로 통계적으로 유의하게 높게 나타났으며 조교수는 전임강사와 통계적으로 유의한 차이가 없었다( $p>0.05$ ). 전문과목별로는 내과

계 의사의 의료분쟁 경험을 기준으로 할 때 외과계 의사의 대응위험도가 2.4로 통계적으로 유의하였으며( $p=0.0401$ ), 진료지원계 의사는 내과계 의사와 의료분쟁 경험률에 통계적으로 유의한 차이가 없었다( $p>0.05$ ).

3. 병원의 의료 질 관리 활동에 대한 태도

1) 질 관리 활동의 필요성

응답자 중 97.5%(158명)가 병원 내에서의 질 관리 활동이 필요하다고 응답하였다. 직급별, 성별, 소속 병원의 지역별로는 응답 양상에 차이가 없었으며( $p>0.05$ ), 사립대학병원에 근무하는 의사 중 99.2%(131/132)가 필요성을 느낀다고 응답하여 국립대학병원에 근무하는 의사의 90.0%(27/30)에 비하여 질 관리 활동의 필요성을 느낀다는 응답이 통계적으로 유의하게 많았다( $p=0.02$ ). 질 관리 활동이 필요하지 않다고 응답한 4명 중 3명은 의료분쟁의 증가 가능성, 1명은 진료의 자율성을 침해할 그 이유로 제시하였다.

2) 질 관리 활동의 목표

병원 내 질 관리 활동이 필요하다고 응답한 사람 158명 중 질 관리 활동의 목표를 '진료의 질적 수준 향상', '병원의 경영 개선', '의료분쟁의 감소'와 '환자 만족도 증진'으로 응답한 사람은 각각 105명(65.5%), 5명(3.2%), 5명(3.2%)과 41명(26.0%)이었다(표 3).

이를 '진료의 질적 수준 향상'과 기타 응답으로 2가지

표 3. 병원 내 질 관리 활동의 목표

활동의 목표	빈도 (%)
진료의 질적 수준 향상	105 (65.5)
병원의 경영 개선	5 (3.2)
의료분쟁의 감소	5 (3.2)
환자만족도 증진	41 (26.0)
무응답	2 (1.3)
계	158 (100.0)

범주로 구분하여 응답자 특성별 응답 양상을 비교하여 보면 단변수 분석에서 성별로만 차이가 있는 것으로 나타났다(p=0.029), 직급별, 소속 병원의 지역 및 운영 주체, 병원표준화심사 참여 경험별, 교육 및 훈련 경험 여부별, 의료분쟁 경험 여부별로는 응답 양상에 차이가 없었다(p>0.05). 성별로 전문과목 분포에 차이가 있음을 고려하여 선형 로지스틱 회귀분석을 이용하여 전문과목의 영향을 보정한 결과 성별 응답 양상의 차이가 소실되었다(p>0.05).

### 3) 병원 의료 질 관리 위원회의 활동 현황

162명의 응답자 중 병원 내 의료 질 관리와 관련된 위원회의 활동이 활발하다고 응답한 사람은 43명(26.5%)이었다. 병원 내 질 관리 활동에 대한 주관적인 평가는 직급, 성, 전문과목 및 개인적 경험별로는 응답 양상에 차이가 없었으며(p>0.05), 소속 병원의 지역과 운영 주체별로 응답 양상에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 서울 지역에 위치한 대학 병원에 근무하는 의사의 55.8%(24/61)가 활발한 활동을 하고 있다고 응답하였으나, 지방에 위치한 대학 병원에 근무하는 의사는 18.8%(19/101)만이 위원회 활동이 활발하다고 응답하였다(p=0.004). 국립 대학병원의 경우는 50%(15/30), 사립 대학병원의 경우는 21.2%(28/132)에서 위원회 활동이 활발하다고 응답하였다(p=0.001).

병원 의료 질 관리 활동의 활성화 정도에 대한 평가 자료는 의사 개개인의 특성 보다는 병원별 활동 상황에 따라 크게 좌우될 것이라는 점을 감안하여 병원을 하나의 분석 단위로 사용하여 추가적인 분석을 시행하였다. 소속 병원의 의사들 중 위원회 활동이 활발하다고 응답한 사람의 비율이 50% 이상인 병원을 위원회 활동이 활발한 병원으로 정의하였을 때 32개 병원 중 5개 병원(15.6%)의 위원회 활동이 활발한 것으로 나타났다. 동일한 정의를 이용하여 병원의 위원회 활동이 활발한 병원의 비율은 병원의 소재 지역별로 살펴보면 서울은 33.3%(3/9), 지방은 8.7%(2/23)이었고, 운영 주체별

로는 국립이 37.5%(3/8), 사립이 8.3%(2/24)이었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다(p>0.05).

소속 병원의 위원회 활동이 활발하지 않다고 응답한 119명에게 그 이유를 질문한 결과 '활동의 목표, 책임 및 권한이 불명확'(28.9%), '필요성에 대한 직원의 인식 부족'(22.7%), '실무 담당 인력의 부족'(14.3%), '직원들의 관심 부족'(10.9%), '활동 수행에 필요한 지식 및 기술의 부족'(10.1%), '기타'(13.4%)의 순으로 나타났다(표 4).

표 4. 병원의 의료 질 관리 활동 침체 이유

침체 이유	빈도(%)
활동의 목표, 책임 및 권한이 불명확	34(28.9)
필요성에 대한 직원의 인식 부족	27(22.7)
실무 담당 인력의 부족	17(14.3)
직원들의 관심 부족	13(10.9)
활동 수행에 필요한 지식 및 기술의 부족	12(10.1)
기 타	16(13.4)
계	119(100.0)

## 4. 의료 질 관리 정책의 방향

### 1) 기존 의료 제도의 영향에 대한 평가

기존 의료제도가 병원 진료의 질적 수준 향상에 미친 영향에 대하여 응답자의 50%이상이 긍정적으로 응답한 비율은 의사국가시험의 출제 경향 변화(79.1%), 임상병리검사의 정도관리(77.2%), 전공의 수련기관 심사(70.4%), 지정진료제도(60.3%), 병원표준화심사(58.0%), 의료광고의 제한(57.9%), 의료보험 환자의뢰체계의 시행(50.0)의 순이었다. 반면에 의료보험 수가 통제(6.9%), 의료보험 진료비 심사(11.0%), 언론 매체의 의료기관 평가(31.8%), 의사보수교육(39.7%), 대한의사협회의 자체 징계 활동(42.1%)에 대해서는 긍정적이라고 응답한 비율이 50% 미만이었다(표 5).



표 5. 기존 의료제도가 병원 진료의 질적 수준에 미친 영향

단위: (%)

의료 제도	긍정적 평가 비율
의사국가시험	79.1(125/158)
임상병리검사의 정도관리	77.2(105/136)
전공의 수련기관 심사	70.4(112/159)
지정진료제도	60.3( 94/156)
병원표준화심사	58.0( 87/150)
의료광고의 제한	57.9( 81/140)
의료보험 환자의뢰체계	50.0( 78/156)
대한의사협회의 자체 정계 활동	42.1( 59/140)
의사보수교육	39.7( 62/156)
언론 매체의 의료기관 평가	31.8( 48/151)
의료보험 진료비 심사	11.0( 17/155)
의료보험 수가 통제	6.9( 11/159)

참조 : 무응답자 제외

2) 병원의 질 관리 활동 활성화를 위한 정책적 조치

앞으로 병원 내에서의 질 관리 활동의 활성화를 위한 조치에 대해서는 '진료수가와의 연계를 통한 경제적인 유인의 제공'이 필요하다고 응답한 비율이 31.5%로 가장 높았으며 다음으로는 '의료의 질 관리 활동에 필요한 교육 및 훈련 프로그램의 제공'이 16.0%로 나타났다. '의료기관 신임제도의 시행', '의료 질 관리 활동 자료에 대한 법적인 비밀 보호', '병원의 질 관리 사업 시행의 의무화'는 각각 5.6%, 3.1%와 1.2%로 낮게 나타났다(표 6).

표 6. 병원의 질 관리 활동 활성화를 위한 정책적 조치

필요한 조치	빈도(%)
경제적 유인 제공	51(31.5)
질 관리에 대한 교육 및 훈련	26(16.0)
의료기관 신임제도의 시행	9( 5.6)
질 관리 활동 자료에 대한 법적 보호	5( 3.1)
병원의 질 관리 사업 시행의 의무화	2( 1.2)
무응답	69(42.0)
계	162(100.0)

3) 질 관리 활동의 주도 집단에 대한 태도

병원을 대상으로 한 전국적인 질 관리 사업을 시행하게 될 경우 주요한 의사 결정에 참여하여야 할 집단으로 긍정적으로 응답한 비율은 의사 단체 99.4%, 한국의료QA학회 91.4%, 대한병원협회 89.6%, 비의사 의료인(간호사, 의무기록사) 단체 88.5%, 연구기관 72.1%, 정부 55.5%의 순으로 나타났다. 언론기관, 기타 공익대표, 병원 노조, 소비자 단체와 의료보험자의 의료 질 관리에 대한 주요한 의사결정 참여에 대해서는 각각 14.0%, 26.1%, 39.0%, 46.6%와 49.7%만이 긍정적으로 응답하였다(표 7).

표 7. 병원의 질 관리 사업의 정책 방향 설정에 참여에 대한 태도

단위 : (%)

참여 대상 집단	긍정적 평가 비율
의사 단체	99.4(156/157)
한국의료QA학회	91.4(138/151)
대한병원협회	89.6(138/154)
비의사 의료인 단체	88.5(139/157)
보건의료 연구기관	72.1(106/147)
정부	55.5( 86/155)
의료보험자 단체	49.7( 76/153)
소비자 단체	46.6( 69/148)
병원노동조합	39.0( 60/154)
공익 대표	26.1( 31/119)
언론기관	14.0( 21/150)

참조: 무응답자 제외

일반적 특성 및 경험이 정부와 소비자의 참여에 대한 태도에 미치는 영향을 검토하였다(표 8). 정부의 참여에 대해서 교수의 39.7%, 부교수의 65.3%, 조교수의 65.2%, 전임강사의 70.0%가 긍정적으로 평가하여, 직급이 낮을수록 정부의 참여를 긍정적으로 평가하는 경향을 보였다(p=0.012). 또한 소비자의 참여에 대해서는 외과계 의사의 32.0%, 내과계 의사의 48.1%, 진료지원계 의사의 61.4%가 긍정적인 시각을 가지고 있었다

표 8. 의료 질 관리 사업의 주도 집단에 대한 태도

일반적 특성 및 경험	참여에 대한 긍정적 태도(%)			
	정부	p-value*	소비자	p-value*
직급				
교수	25/63(39.7)	0.012	23/57(40.3)	0.667
부교수	32/49(65.3)		23/47(48.9)	
조교수	15/23(65.2)		12/23(52.2)	
전임강사	14/20(70.0)		11/21(52.4)	
성				
남성	81/148(54.7)	0.463	65/140(46.4)	0.844
여성	5/7(71.4)		4/8(50.0)	
전문과목				
내과계	29/56(51.8)	0.074	26/54(48.1)	0.016
외과계	24/51(47.1)		16/50(32.0)	
기타	33/48(68.7)		27/44(61.4)	
병원 소재지				
서울	33/57(57.9)	0.645	25/54(46.3)	0.952
지방	53/98(54.1)		44/94(46.8)	
병원 운영 주체				
국립	17/30(56.7)	0.885	13/29(44.8)	0.829
사립	69/125(55.2)		56/119(47.1)	
표준화사업 심사위원				
경험 유	13/23(56.5)	0.914	8/20(40.0)	0.523
경험 무	73/132(55.3)		61/128(47.7)	
교육 및 훈련				
경험 유	73/130(56.1)	0.702	55/125(44.0)	0.136
경험 무	13/25(52.0)		14/23(60.9)	
의료분쟁				
경험 유	45/85(52.9)	0.483	33/80(41.2)	0.155
경험 무	41/70(58.6)		36/68(52.9)	
계	86/155(55.5)	-	69/148(46.6)	-

\* : Fisher's exact test or chi-square test

참조 : 무응답자 제외

( $p=0.004$ ). 정부 및 소비자의 참여에 대한 태도는 다른 변수별로는 차이를 보이지 않았다( $p>0.05$ ).

4) 질 평가 및 개선 활동의 주제에 대한 평가

병원 내에서 수행하여야 할 의료의 질 평가 및 개선 활동의 주제로서의 설문에서 제시한 16개 영역의 적절성에 대한 평가는 62.1%~98.1%의 범위 내에 있었다. 감염관리와 환자 간호에 대해서 응답자의 98.1%가 적절한 주제라고 응답하여 가장 높게 평가하고 있었다. 그 다음으로는 응급 환자 진료(95.0%), 의무기록(94.4%), 중환자 진료(93.1%)의 순으로 각 주제에 대하여 응답자의 90% 이상이 질 관리 활동의 주제로서 적절하다고 응답하였다. 의료의 질 관리 활동의 다른 영역에 대하여 적절한 주제라고 응답한 비율은 외래 진료 88.7%, 환자 불편 및 불만 사항 88.1%, 정도관리 86.3%, 수술 합병증 84.3%, 이용도 조사 81.6%, 수혈 및 혈액제제 이용 78.8%, 침습적 시술의 합병증 77.5%, 심폐소생술 73.1%, 약제 이용 72.7%, 계획에 없던 재수술 63.1%, 계획에 없던 재입원 62.1%의 순으로 나타났다(표 9).

표 9. 질 평가 및 개선 활동의 주제에 대한 평가

단위:(%)

질 관리 활동 주제	긍정적 평가 비율
감염 관리	98.1(159/162)
환자 간호	98.1(158/161)
응급환자 진료	95.0(153/161)
의무기록	94.4(152/161)
중환자 진료	93.1(149/160)
외래 환자 진료	88.7(141/159)
환자 불편 및 불만 사항	88.1(141/160)
임상병리검사의 정도관리	86.3(138/160)
수술 합병증	84.3(134/159)
이용도 조사	81.6(124/152)
수혈 및 혈액 이용	78.8(126/160)
침습적 시술의 합병증	77.5(124/160)
심폐소생술	73.1(117/160)
약제 이용	72.7(117/161)
계획에 없던 재수술	63.1(101/153)
계획에 없던 재입원	62.1( 95/153)

참조: 무응답자 제외

## IV. 고찰

### 1. 연구 대상의 선정

우편 설문 조사의 경우 설문지의 작성 및 회신에 개인적인 노력이 필요하기 때문에 의료의 질 관리 활동에 대하여 회의적 또는 부정적인 태도를 가지고 있는 사람들이 응답을 하지 않을 가능성이 있으며, 이러한 경우 연구 결과의 대표성에 문제가 있어 일반화를 할 수 없게 된다. 이러한 비편람의 심각성을 파악하기 위하여 연구 대상 집단 중 응답군과 무응답군 간에 일반적 특성의 분포에 차이가 있는지를 검토하였으나, 두 군간 적급, 성, 전문과목, 병원의 소재지 및 운영 주체별 분포에 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이로 미루어 판단할 때 연구 대상인 대학 병원의 의료 질 관리 관련 위원회 위원들 중 특정한 속성을 가진 집단만이 선택적으로 연구에 포함되었을 가능성은 그리 크지 않은 것으로 판단된다.

설문의 응답률은 49.3%로 비슷한 집단을 대상으로 시행한 기존의 연구(6)의 응답률인 50.7%와 비슷한 수준이었다. 병원종사자를 대상으로 한 다른 연구에서(4) 진료과장의 응답률 21.4% 보다 높은 것으로 보아 의료 질 관리에 관련된 위원회의 위원으로 활동하고 있는 의사들이 다른 의사들에 비하여 의료의 질 관리에 관한 관심이 상대적으로 더 높을 것이라는 점을 시사하고 있다.

그러나 이 연구는 연구 대상을 대학 병원의 의료 질 관리에 관련된 위원회에 소속된 의사들로 국한하였기 때문에 이 연구의 결과를 의사 집단 전체로 일반화하기는 어렵다는 제한점을 가지고 있다.

### 2. 의료의 질 관리 관련 경험

병원표준화사업 심사위원으로 참여한 경험은 16.7%로 기존 연구(6)의 28.3%로 보다 낮았으나 특별한 의미는 없는 것으로 판단된다. 직급이 높을수록, 소속 병원이 서울에 위치할수록 심사위원으로 참여한 비율이 높게 나타

나고 있는데 이는 기존의 병원표준화사업에서 심사 위원 선정 과정의 특성에 기인한 것으로 판단된다.

병원 내에서 시행하는 교육 훈련에 참여한 경험은 79.0%로 병원 외 교육 훈련에 참여한 경험의 43.2%보다 높게 나타났다. 이는 대부분의 병원들이 의료의 질 관리에 관한 교육을 외부 기관을 통하여 시행하기보다는 자체적으로 시행하는 것을 선호하고 있다는 점과 한국의료QA학회나 연구기관 등이 교육 훈련 프로그램을 운영한지 그리 오래 되지 않아 나타난 결과로 해석할 수 있다. 병원 내부 또는 외부에서 의료의 질 관리와 관련된 교육을 받은 경험이 있는 사람은 84.6%로 비교적 높은 편이었다. 전반적으로 교육을 받은 의사들의 비율이 그리 낮지 않다는 점은 최근 의료기관서비스평가의 실시 또는 병원표준화심사의 질 관리 관련 항목의 개정 등에 따라 병원들에서 의료의 질 관리에 관한 교육 훈련에 대한 관심이 증가하고 있음을 반영하는 것으로 판단된다.

의료분쟁 경험률은 54.3%로 기존 연구(6)에서 본인이 경험한 경우 39.6%, 소속 진료과에서 발생한 경우 37.8%보다 높았다. 진료지원계에서의 의료분쟁 경험률이 51.0%로 일반적인 예상치 보다 높을 뿐 만 아니라 환자 진료를 직접 수행하는 내과계보다 높게 나타난 현상은 전문과목의 분류에서 의료분쟁이 빈발하는 마취과를 진료지원계로 분류하여 나타난 현상으로 생각된다. 진료지원계의 의료분쟁 경험자 25명 중 15명이 마취과 의사로 나타난 것이 이러한 추정을 뒷받침하고 있다. 교수와 부교수의 의료분쟁 경험률이 높게 나타난 것은 이들이 환자 진료에 종사한 기간이 길기 때문으로 판단된다. 외과계 의사가 내과계 의사에 비하여 의료분쟁 경험률이 높은 것은 침습적인 시술을 주로 시행하는 진료의 특성을 나타내고 있는 것으로 판단된다. 여성이 남성에 비하여 의료분쟁 경험률이 낮았으나 이는 여성이 내과계 또는 진료지원계에 속하여 나타난 현상으로 진료과목의 영향을 보정한 후 성별 의료분쟁 경험률에 차이가 없었다.

### 3. 병원의 의료 질 관리 활동에 대한 태도

병원 내에서 의료의 질 관리 활동이 필요하다는 의견은 97.5%로 의사를 대상으로 한 기존 연구(6)의 97.2%, 병원종사자를 대상으로 한 조사(4)의 98.6%와 비슷하게 매우 높게 나타났다. 병원의 의료 질 관리 활동의 필요성에 대한 인식은 병원의 운영 주체를 제외한 다른 변수에 대해서는 차이가 없었다. 국립 대학병원이 사립 대학병원에 비하여 필요성에 대한 인식이 낮은 이유는 공공기관이 민간기관에 비하여 사회적 환경의 변화에 비교적 덜 민감하기 때문으로 해석할 수도 있으나, 필요하지 않다는 응답 건수가 4건으로 매우 작아 극단치에 의한 영향으로 판단되어 큰 의미를 부여할 수는 없는 것으로 생각된다. 의료의 질 관리에 대한 교육과 의료분쟁 경험은 병원의 질 관리 활동의 필요성에 대한 인식에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 전반적으로 병원의 질 관리 활동의 필요성에 대한 인식 수준이 매우 높으며 교육이 이에 미치는 영향이 거의 없는 것으로 보아 앞으로 의료 질 관리에 대한 교육에 있어 필요성에 대한 강조보다는 구체적인 실행 방법에 더 중점을 두어야 할 것으로 판단된다.

병원 내 질 관리 활동의 목표로는 진료의 질적 수준을 가장 중요하게 생각하는 비율이 65.5%로 가장 높았으며, 그 다음으로는 환자만족도 증진이었다. 다른 연구(6)에서도 의사들의 76.2%가 기술적 측면의 질을 중요하게 생각하고 있어 일반적인 병원 종사자들의 40.4%(4) 보다 상대적으로 높아 의사들이 다른 직종의 병원 직원에 비하여 진료의 기술적 측면을 더 중요하게 생각하고 있음을 보여 주고 있다. 이는 일반적으로 보건의료 제공자들이 정책 당국이나 소비자와는 달리 의료의 질의 여러 차원들 중 기술적 측면에 가장 큰 관심을 가지고 있으며 (10), 의사의 일반적 특성이나 개인적 경험이 이에 큰 영향을 미치지 못하고 있음을 나타내고 있다.

병원의 의료 질 관리 활동이 활발하다고 응답한 비율은 26.5%로 기존의 연구(6)의 12.3%에 비하여 높아졌다. 병원 단위로 활동의 활성화 정도를 평가하였을 때는 개인을 단위로 평가하였을 때 보다 다소 낮은 15.6%

이었다. 이는 의료의 질에 대한 사회적 관심이 증가함에 따라 병원들의 의료 질 관리를 위한 노력이 이전에 비하여 증가하고 있음을 반영하고 있는 것으로 생각된다. 병원의 질 관리 활동의 활성화 정도에 대한 평가는 개인을 분석 단위로 설정하였을 때는 소속 병원의 특성에 따라 차이를 보였으나, 병원을 분석 단위로 설정하였을 경우에는 차이가 없었다. 이는 응답자 개인의 평가의 주관성 또는 병원별 응답률의 차이에 기인한 것으로 판단된다.

활동이 활발하지 못한 이유로는 병원의 경영진의 책임으로 분류할 수 있는 '활동의 목표, 책임 및 권한이 불명확', '실무 담당 인력의 부족', '활동 수행에 필요한 지식 및 기술의 부족'이 차지하는 비율이 53.3%로 직원들의 문제로 생각되는 '필요성에 대한 인식 부족'과 '직원들의 관심 부족'이 차지하는 비율인 33.6% 보다 더 큰 비중을 차지하고 있었다. 다른 연구들(4, 6)에서도 이와 비슷한 현상이 관찰되었다. 앞으로 병원 내 질 관리 활동의 활성화를 위해서는 병원의 진료진 또는 실무자의 능력 개발을 위한 교육뿐만 아니라 질 관리를 위한 병원 내 제반 여건의 마련이 필요한 것으로 생각된다.

#### 4. 의료 질 관리 정책의 방향에 대한 태도

의료의 질적 수준 향상에 대한 기존의 의료제도의 영향은 의료인 단체가 주관하여 시행하는 정도관리, 수련기관 심사, 병원표준화심사, 대한의사협회의 자체 징계 활동 및 의사보수교육을 언론 매체의 의료기관 평가에 비하여 상대적으로 더 긍정적으로 평가하고 있었다. 이는 우리 나라 의사들이 의료직의 기능적 중요성은 매우 강하게 인식하고 있지만 방어적인 속성을 내포하고 있다는 기존의 연구 결과(11)와 부합하는 태도로 생각된다. 의료보험제도 중 지정진료제도와 환자의뢰체계가 의료의 질에 미친 영향은 비교적 긍정적으로 평가하고 있는 반면 수가 통제 및 진료비 심사에 대해서는 부정적인 시각을 보였다. 이로 미루어 볼 때, 우리나라의 의사들은 현

재의 의료보험제도에 대하여 전반적으로 불만을 가지고 있기는 하지만(12), 자신에게 경제적인 측면에서 이익이 되거나 전문직의 자율성에 대한 침해 정도가 낮은 영역에 대해서는 상대적으로 불만의 강도가 낮다는 것을 알 수 있다.

병원의 질 관리 활동 활성화를 위한 정책적 조치에 대해서는 '진료수가와의 연계를 통한 경제적 유인의 제공'을 가장 중요하게 생각하고 있었으며, 다음으로는 '의료의 질 관리 활동에 필요한 교육 및 훈련 프로그램의 제공'을 원하고 있었다. 이는 일반적으로 의사들이 의료과정에서 전문가적 지식과 경험에 근거한 전문적인 자율성과 판단이 존중되어야 한다는 주장(13)과 일치하는 것으로 의료의 질 관리에 있어서도 규제보다는 지원을 중심으로 한 정책적 조치를 선호하고 있음을 보여 주고 있다.

전국적인 의료의 질 관리 사업을 시행하는 경우 이의 주도 집단에 대한 선호도는 의료인 단체, 연구기관, 정부, 의료보험자, 소비자, 언론기관의 순으로 나타났다. 기존의 연구(6)에서도 대한병원협회, 독립적인 의료 질 관리 기구, 의료보험자, 정부, 소비자의 순으로 나타나 이 연구의 결과와 매우 유사한 양상을 보였다. 이는 앞서 언급한 정책적 조치에 대한 응답 양상과 유사하게 의료 전문직의 자율성을 보장을 강조하는 경향을 보이고 있는 것으로 판단된다. 정부의 참여에 대해서는 직급이 높을수록 부정적인 태도가 증가하는 경향이 나타났다. 이는 기존 조사(14)에서 젊은 연령층의 의사들은 현재 의료계의 위기 상황의 원인을 의료계 내부에서 찾고, 장년층은 정부 또는 보험자 단체와 같은 외부에 찾는 경향을 보였다는 점을 고려하여 보면 젊은 층의 의사일수록 정부의 참여에 대하여 상대적으로 덜 민감하게 반응하여 나타난 현상으로 해석된다. 이 연구의 조사 대상자들은 의료의 질 관리 활동에 대한 소비자나 언론 매체의 참여에 대하여 대체적으로 부정적인 태도를 가지고 있다. 이는 이들 집단이 전문적 의학 지식에 대한 정보가 부족함에도 불구하고 전문직의 자율성을 침해할 가능성을 우려하여 나타난 현상으로 해석할 수 있다. 의료의 질 관리에 있어

소비자는 표준의 설정자, 평가자, 정보제공자로서 의료의 질적 수준 모니터링에 기여할 수 있고, 진료의 동반자(coproducer of care), 의사에 대한 통제의 주체 또는 수단(subjects or vehicle of control)으로 모니터링의 목표 집단이 될 수 있으며, 의료의 질에 대한 정보의 이용자가기 때문에 참여가 필수적이다(15). 소비자는 의료인과 함께 의료 제공에 있어 중요한 당사자의 하나이기 때문에 의료의 질 관리에 대한 의사결정에 있어 소비자를 배제하는 것은 이론적인 측면 뿐 만 아니라 현실적인 측면에서도 타당하지 않은 것으로 생각된다. 앞으로 합리적인 의료 질 관리 정책 수립, 집행 및 평가를 위해서는 소비자와 의료인 간의 상호 불신을 해소하기 위한 노력이 필요하다. 소비자의 참여에 대한 태도는 진료지원계, 내과계, 외과계로 갈수록 참여에 대하여 부정적인 시각을 가지고 있었다. 이는 환자와의 직접 접촉 및 의료사고의 발생 가능성이 높은 진료과의 의사일수록 소비자의 참여를 기피하는 것으로 해석할 수 있으며, 의사-환자 관계 모형에 있어 외과 환자의 진료에서는 능동-수동 모형이나 지도-협조 모형이, 내과 환자의 진료에서는 상호 참여 모형이 적합하다는 주장(16)과 부합하는 소견이다. 교육 및 훈련 또는 의료분쟁 경험 여부는 의료의 질 관리에 있어 정부와 소비자의 참여에 대한 태도와 관련이 없는 것으로 나타나 교육이나 개인적인 경험보다는 전문직의 사회화 과정에서 형성된 집단의 자율성에 대한 기대가 더 큰 영향을 미치고 있음을 시사하고 있다.

질 평가 활동 및 개선 활동의 주체에 대해서는 대부분의 항목에 대하여 적절하다고 평가하여, 현재 병원표준화 심사에서 사용하고 있는 심사 항목이 의사들의 수용성이라는 측면에서는 큰 문제가 없음을 확인하였다.

## 5. 병원의 질 관리 활동 활성화를 위한 제언

병원의 질 관리 관련 위원회 의사들 중 거의 대부분이 병원 내에서의 질 관리 활동이 필요하다는 점을 인식하고 있으나 실제로 활동이 활발하게 이루어지고 있는 병

원은 그리 많지 않은 것으로 나타났다. 이러한 이유로는 병원이 처해 있는 의료 환경이 최근 급격하게 변화함에 따라 질 관리 활동이 중요하다는 점을 인식하고는 있으나, 병원들이 질 관리 활동에 우선 순위를 부여할만한 의료제도 상의 실질적인 유인이나 압력이 없거나 미약하였기 때문으로 생각된다. 또한 병원들이 이전부터 형식적으로 수행하여 왔거나 미약하였던 의료의 질 관리 활동에서 탈피하여 이를 병원 경영 전략의 하나로 구체화시키지 못하고 있는 것도 주요한 장애 요인이 되고 있다.

병원의 의료 질 관리 활동의 활성화를 위한 정책은 규제보다는 유인과 지원을 중심으로 하고, 의료인의 자발적 참여를 유도하는 방향으로 수립되어야 한다는 점이 강조되고 있다(17). 이 연구에서도 의사들이 경제적인 유인을 가장 필요한 정책적 조치라고 느끼고 있으며, 의료인 단체가 의료의 질 관리 활동을 주도하여야 한다고 생각하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나 현재까지는 대한의사회나 임상학회 등이 의료의 질 관리를 위하여 적극적인 노력을 하고 있다고 보기 어렵다. 정부의 의료의 질 관리 정책이 성과를 거두기 위해서는 의료의 질 관리 분야에 대한 연구비 지원, 의료의 질과 의료보험 수가의 연계 등 의료인 단체의 자발적인 활동을 유도할 수 있는 구체적인 정책 방안이 마련되어야 할 것이다.

의료의 질 관리 분야에 대하여 병원들이 느끼고 있는 가장 큰 어려움은 의료의 질 관리를 위한 실행 전략의 수립 능력의 부족으로 요약할 수 있다. 이 때문에 활동의 목표, 책임 및 권한을 명확하게 설정하지 못하고 있으며, 활동에 필요한 인적 및 물적 자원 투입이 이루어지지 못하고 있다. 이는 대부분의 병원들이 공통적으로 당면하고 있는 문제로서 자체적인 능력으로 해결하기 어려운 실정에 있는 것으로 생각된다. 앞으로 의료 질 관리에 관련된 연구기관 또는 학회가 중심이 되어 우리나라에 적합한 병원 질 관리 활동 모형 및 지침서를 개발하고, 교육 및 훈련 프로그램을 통하여 이를 전파함으로써 병원들의 질 관리 노력을 적극적으로 지원하여야 할 것이다(3).

의료기관 간 경쟁이 심화되고 있는 환경 하에서 병원

들은 원가 절감과 의료의 질 향상이라는 다소 상충되는 두 가지 목표를 동시에 달성하지 않으면 안될 것이다. 외국의 경우 일반 기업의 질 관리에 사용되고 있는 총체적 질 관리(Total Quality Management) 또는 지속적 질 개선(Continuous Quality Improvement)을 병원에 적용하여 적은 비용으로 양질의 진료를 제공하기 위한 노력을 진행하고 있다. 이러한 활동에 있어 의사의 참여 유도는 어렵지만, 지속적 질 개선 활동에 일단 의사가 적극적으로 참여하면 진료 원가 뿐 만 아니라 환자의 진료 결과 측면에서도 긍정적인 효과를 거둘 가능성이 증가한다고 한다(18, 19). 우리 나라 병원에서도 의료의 질 관리 활동에 의사의 참여를 유도하기는 쉽지 않을 것으로 판단된다. 이러한 문제점을 극복하기 위해서는 병원의 질 관리 책임자 또는 전담 요원이 의사를 의료 질 관리 활동의 내부 고객으로 인식하여 이들을 지원하는 역할을 담당하는 방향으로 활동을 전개하여야 할 것이며 (20), 병원 경영진은 의사들의 질 관리 활동을 유도할 수 있는 내부 유인 체계를 개발하여야 할 것으로 생각된다.

## 참고문헌

1. 유승흠. 양질의 의료관리. 서울: 수문사, 1993:17-28.
2. 의료기관서비스평가협의회·한국보건의료관리연구원, 1996 의료기관 서비스 평가 결과 분석 보고서, 1997:3-50.
3. 조성현, 김화중, 김창엽. 우리나라 병원의 질 향상 사업에 관한 연구. 한국의료QA학회지 1997; 4(2):196-209.
4. 황정해, 조성현, 김창엽, 서정돈, 한만청, 이정예. 의료 질 관리 활동에 대한 병원종사자들의 태도와 인식. 한국의료QA학회지 1996; 3(2):86-97.
5. 김창엽. 의사중심의 의료의 질 관리 사업. 대한의학협회지 1992; 35(10):1271-1274.
6. 권영대. 일부 대학병원 의료질관리위원 의사들의 의료의 질 관리에 대한 태도에 관한 연구. 서울대학교대학원 의학석사 학위논문, 1991.
7. Eisenberg JM. Doctors' Decision and the Cost of Medical Care. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1986:87-142.
8. 김세철, 신영수, 장현숙, 이상일, 김창엽, 이영성 등. 병원표준화심사와 의료의 질 향상 활동에 대한 연구. 대한병원협회·한국의료QA학회, 1994:106-114.
9. 한국의과대학장협의회, 의과대학 교육 현황 제 8, 9 집(1994~1996년도). 1994, 1995.
10. Vuori HV. Quality Assurance of Health Services. Regional Office for Europe WHO, Copenhagen, 1982:5-16.
11. 김문조. 한국 의사의 직업 의식. 현상과 인식 1989; 13(1):26-52.
12. 조병희. 한국 의사의 위기와 생존 전략. 명경, 서울, 1994:224-263.
13. Freidson E. The Profession of Medicine. Chicago, University of Chicago Press, 1970: 134.
14. 김용익, 김창엽, 김윤. 청장년 의사들의 의료제도 및 대한의학협회에 대한 의견 조사. 대한의학협회·서울대학교 의과대학 의료관리학교실, 1994:27-33.
15. Donabedian A. Reflections on the Effectiveness of Quality Assurance In Palmer RH, Donabedian A & Povar GJ(eds.). Striving for Quality in Health Care. Ann Arbor, Health Administration Press, 1991:59-128.
16. Szasz TS, Hollander MH. A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of doctor-patient relationship. Archives of Internal Medicine 1956; 97:585-592.
17. 신영수. QA 관련 정책. 한국의료QA학회 창립기념 학술대회 연세집, 1994:33-44.
18. Berwick D, Godfrey AB, Roessner J. Curing

- Health Care. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990:144-158.
19. Shortell SM. Physician Involvement in Quality Improvement In Blumenthal D, Scheck AC(eds.). Improving Clinical Practice. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1995: 205-228.
20. 곽경덕. QA활동에서의 마케팅 개념 활용. 한국의료 QA학회지 1997; 4(2): 286-293.