

특별기고

QA 활동의 세계적인 추세

Q.A. ACTIVITY DEVELOPMENT - A GLOBAL PERSPECTIVE

Brian T. Collopy

Clinical Director, ACHS Care Evaluation Program, Australia

I shall deal with the development according to the processes which I think are having the most influence on the development of activities and I shall indicate the trends. I apologise in advance that because of my limitation to one language, English, my global perspective is limited. However, the influences in development are, as I see them,

- Accreditation programs
- Government Interest
- Q.A. Associations(Journals)
- The Industrial Model
- and Performance Indicators.

제가 생각하기에 QA 활동의 발전에 가장 큰 영향을 미친 과정을 소개하고 세계적인 추세를 말씀드리려고 합니다. 말씀드리기에 앞서서 제가 구사할 수 있는 언어가 영어밖에 없기 때문에 세계적인 관점이라고 해도 제한적일 수밖에 없다는 것을 양해를 구하고자 합니다. 그래도 제가 보기에 QA 활동의 발전에 영향을 미친 과정은 다음과 같은 것들입니다.

- 병원신입제도
- 정부의 관심
- Q.A.협회(학회지)
- 산업모델
- 임상 진료 지표

**ACCREDITATION OF HOSPITALS
(Healthcare facilities)**

The formal inspection of hospitals was begun in 1919 by the American College of Surgeons (ACS) following a survey, by Codman and Bowman, of American Hospitals which revealed that very few Hospitals could meet basic standards which addressed their medical records, the qualifications of their medical staff, their organization, their pathology departments and their ability to review care. The task of review became too large for the ACS and in 1954 the Joint Commission on Accreditation of Hospitals was formed, by the American Medical Association, their Colleges of Surgeons and Physicians and the American Hospital Association, to conduct a voluntary program of accreditation. Canada was initially part of the Joint Commission but it subsequently developed its own accreditation program and since that time Australia, Spain,

Taiwan, New Zealand and England have developed similar programs. Initially only acute hospitals were surveyed but programs have been extended to other types of healthcare facilities such as nursing homes and day procedure centres.

The Australian Council on Healthcare Standards which has 21 health organisations represented on its Board, uses currently employed health administrators and clinicians to survey health facilities according to a manual of standards developed by the various healthcare organisations and providers.

병원신임제도

병원에 대한 공식적인 조사는 1919년 미국외과학회(ACS)에 의해 시작되었습니다. 코드만과 보우만이 미국 병원을 조사하여 그 결과 거의 대부분의 병원에서 의무기록의 보관, 의료요원의 자격, 병원의 조직, 병원의 병리학 분야와 치료를 검토할 만한 능력 등과 같은 기본적인 기준을 지키지 못하고 있다는 사실을 알고 난 후였습니다.

병원감사를 미국외과학회가 하기에는 너무 커지자, 미국의학협회, 외과학회, 미국병원협회가 1954년 병원신임 합동위원회(JCAH)를 만들어 병원신임의 자발적인 프로그램을 수행하였습니다. 캐나다는 처음에 합동위원회에 참여했으나 후에는 독자적인 신임 프로그램을 개발했습니다. 그 이후 오스트레일리아, 스페인, 대만, 뉴질랜드와 영국 등도 비슷한 프로그램을 개발하였습니다.

처음에는 병원만을 조사했으나, 후에는 요양원(nursing home)이나 통원치치센터(day procedure centre)와 같은 타 보건의료기관까지 프로그램이 확대되었습니다.

21개 의료조직을 대표하는 위원회가 설치되어 있는 오스트레일리아 보건의료기준 의의회(ACHS)에는 여러 보건의료 조직과 공급자에 의해 개발된 기준의 지침에 맞춰 의료기관을 조사하는 보건행정가와 임상수가 고용되어 있습니다.

These initially addressed the structures and processes within a hospital but as I shall indicate later they have moved to address the outcomes of care as well. The only mandatory standard of the ACHS is that healthcare facility has a formal Quality Assurance program and this has been the largest influence on development of Quality Activities in Australian hospitals.

GOVERNMENT INTEREST

World wide health costs are rising, as I am sure is the case in Korea, and has led governments to introduce efficiency measures which include utilisation review i.e. the review of resources. However, as efficiency measures are introduced, governments have recognised the need to ensure that there is an effectiveness of care, that is, that there is no trade off in quality of care. Thus governments are becoming interested in outcomes of care.

In the United States and subsequently in Australia, Case- mix funding has been introduced i.e. hospitals are funded according to the through put of their patients, the patients being divided into approximately 500 hundred categories known as Diagnoses Related Groups (DRGs). This has led hospital administrators to take an interest in the quality of care, for if a patient's stay is prolonged because of complications of care, hospitals may suffer a financial loss.

In the United Kingdom and New Zealand purchaser/provider agreements have been

ACHS의 활동은 초기에는 병원 안의 구조와 과정을 다루었지만 나중에는 치료의 결과까지도 다루게 되었습니다. 자세한 것은 뒤에 말씀 드리겠습니다. ACHS의 표준 중에서 유일한 의무사항은 의료기관이 공식적인 Q.A. 프로그램을 갖는 것입니다. 이 의무사항은 오스트레일리아 병원의 QA의 발전에 가장 큰 영향을 미쳤습니다.

정부의 관심

한국도 마찬가지겠지만 전세계적으로 의료비가 증가하고 있습니다. 이 때문에 정부에서 이용 감사 즉 자원의 감사를 포함한 효율성의 측정을 도입하고 있습니다. 그러나 효율성 측정을 도입함에 따라 정부는 치료 효과, 즉 치료의 질이 낮아지지 않도록 해야할 필요가 있다는 것을 인식하게 되었습니다. 따라서 정부에서도 치료의 결과에 관심을 갖게 되었습니다.

미국에서 그리고 계속하여 오스트레일리아에서도 CASEMIX에 의한 진료비 보상 방식이 도입되었습니다. 즉 각 병원에서 치료한 환자를 진단명 기준 환자군(DRGs)로 알려진 약 5만개의 범주로 나누고 그 구성비에 따라서 진료비를 보상해주는 방식입니다. 이 제도로 인해 병원 행정가들이 진료의 질에 관심을 갖게 되었습니다. 왜냐하면 치료의 합병증 때문에 환자의 체원일수가 길어지면 병원이 재정적 손실을 입게 되기 때문입니다.

영국과 뉴질랜드에서는 수요자/공급자의 계약이 개발되었습니다. 즉 지역보건부와 그 지역의 병원사

developed i.e. contracts between area health department and the hospitals in their regions for certain health services are being established. This is not unlike the American system of health maintenance organisations (HMO) in which the health insurers contract with hospitals for the delivery for certain services for a set price. All of these schemes necessitate systems for the evaluation of quality in relation to the cost of care.

Q.A. ASSOCIATIONS

Many countries have developed national associations which address the quality of care. Some of these have been developed by health care providers, as in Australia, and others such as the CBO-Netherlands, had partly government and partly provider development.

The International Society for Quality Assurance (ISQA) was developed in the early 1980's and now has members from more than 30 nations.

Such organisations allow a great exchange of information and methods in quality assurance as do the quality assurance journals which have been developed.

THE INDUSTRIAL MODEL

In the last few years there has been enthusiasm for the industrial model of quality assurance as exemplified by W. Edwards Deming who had so much success in Japan in the post world war II

이에 특정의료 서비스를 위한 계약을 하는 것입니다.

이것은 의료보험회사가 병원과 일정한 가격으로 특정한 의료서비스를 받기로 계약하는 방식인 미국의 HMO과 별반 다르지 않은 것입니다.

이러한 것들은 모두 치료의 비용과 관련되어 의료의 질을 평가하기 위한 체계를 필요로 합니다.

Q.A. 전달 기구

많은 나라에서 치료의 질을 전담하는 전국적인 협회가 설립되어 있습니다. 오스트레일리아와 같이 의료공급자들로 기구가 구성되어있는 곳도 있고, 네덜란드의 CBO와 같이 정부와 공급자가 공동으로 설립한 곳도 있습니다.

국제QA.학회(ISQA)는 1980년대 초에 창립되어 지금은 30개국 이상에서 회원 단체가 가입되어 있습니다.

이런 조직을 통해서 질 관리에 관한 정보와 방법론을 서로 교류할 수 있게되었습니다. 학회지를 통해서도 이러한 일들이 가능하게 되었습니다.

산업 모델

최근 몇년간 제2차 세계대전 이후 일본의 산업을 재건하는데 성공한 에드워드 데밍의 예를 따라 Q.A.의 산업모델에 대한 관심이 높아졌습니다.

reconstruction of Japanese industry.

His model places emphasis on commitment by senior management, the use of statistics and constant improvement. Coupled with this is an emphasis on customer satisfaction.

I believe that this last point, as does Donabedian, may result in "peripheral review" with concentration upon service delivery rather than the outcomes of care. This change has been supported to some extent by Donald Berwick and others who believe that the earlier forms of quality assurance in the United States were looking for "bad apples", instead of looking towards the achievement of improvement in the system of health care delivery and outcomes.

테밍의 모델은 QA 활동에 대한 고위 경영자의 승인, 통계 수치의 사용과 지속적인 질 향상을 강조하고 있습니다. 이와 함께 고객의 만족에도 중점을 두고 있습니다.

Donabedian이 지적한 바와 같이 내 생각에는 고객의 만족에 대한 강조는 결국 치료의 결과보다는 의료서비스의 전달에 대한 집중과 함께 "주변적인 감사"로 귀착되게 될 것으로 보입니다. 이러한 변화는 어느 정도 Donald Berwick과 미국의 초기 Q.A. 활동이 의료전달체계의 개선과 진료의 결과의 개선을 이루어내기 보다는 벌레 먹은 사과(bad apples) 질 낮은 진료를 골라내는 데에만 치중하였다고 믿고 있는 사람들은 어느 정도 이러한 변화에 지지를 보내고 있습니다.

CLINICAL (PERFORMANCE) INDICATORS

A major change in the United States, and in Australia, in the last few years have been a move towards the establishment of objective measures of care through which a hospital's clinical performance can be judged.

In Australia the ACHS has established its Care Evaluation Program to develop, with the Medical Colleges, Clinical Indicators so that a hospital's performance can be compared with a national standard. For the procedural groups, these mainly concentrate on the outcome of care, such as complication rates after gall-bladder surgery.

The College of physicians, i.e. internists,

임상 (진료) 지표들

최근 몇년간 미국과 오스트레일리아에서 일어난 가장 큰 변화는 병원의 임상진료를 평가할 수 있는 치료의 객관적인 측정도구를 만드는 쪽으로 나아갔다는 것입니다.

오스트레일리아의 ACHS는 치료평가 프로그램을 만들고, 의과대학과 함께 병원의 진료를 전국적인 표준과 비교할 수 있는 임상지표를 개발하였습니다. 이 지표들은 예를 들어 담낭수술 후의 합병증 비율과 같은 치료의 결과에 주로 관심을 두고 있습니다.

내과학회에서는 치료의 과정과 관련된 지표, 예를

have developed indicators relating to process of care, such as the management of a severely ill diabetic patient or the management of a diabetic who is being prepared for surgery.

When such indicators are included in the ACHS Accreditation process we have a method where by professionally developed standards can be introduced into a hospital and the means of determining whether the hospital is meeting the appropriate standards.

As each hospital is surveyed its results or indicators are coded into a national data base which will allow for the adjustment of thresholds with a continued improvement of standards. In this way the providers of care's "clinical impression" of their level of performance is replaced by factual evidence of performance with an accompanying stimulus to improve results if the national threshold is not reached.

들어 중증의 당뇨병환자 관리나 수술예정 당뇨병환자의 관리의 임상 진료 지표 등을 개발하였습니다.

이런 지표가 ACHS의 신임과정에 포함되자 전문적으로 개발된 표준을 병원에 소개하는 방법과 병원이 적당한 표준에 부합한지 아닌지를 결정하는 방법을 갖게 되었습니다.

각 병원을 조사해서 그 결과 즉시표들을 전국적인 데이터 베이스로 전산화시키면 진료 표준의 지속적인 향상과 임계점의 조정이 가능하게 됩니다. 이러한 방법으로 의료 제공자들은 자신의 진료 수준을 "임상적 직관" 대신에 실제적인 증거로 평가할 수 있게 됩니다. 또한 만일 자신의 진료 수준이 전국적인 최소 기준치(임계점)에 미치지 못하면 결과를 개선시킬 자극을 받게 됩니다.