

연구보고서 2016-02

환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안



서제희 · 송은솔 · 최성은 · 우경숙

【책임연구자】

서제희 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

2015 메르스 백서
보건복지부·한국보건사회연구원, 2016(공저)

【공동연구진】

송은솔 한국보건사회연구원 연구원
최성은 한국보건사회연구원 연구원
우경숙 한양대학교 건강과 사회 연구소 박사

연구보고서 2016-02

환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

발행일 2016년 12월 31일
저자 서제희
발행인 김상호
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처 고려씨엔피
가격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2016
ISBN 978-89-6827-361-2 93510

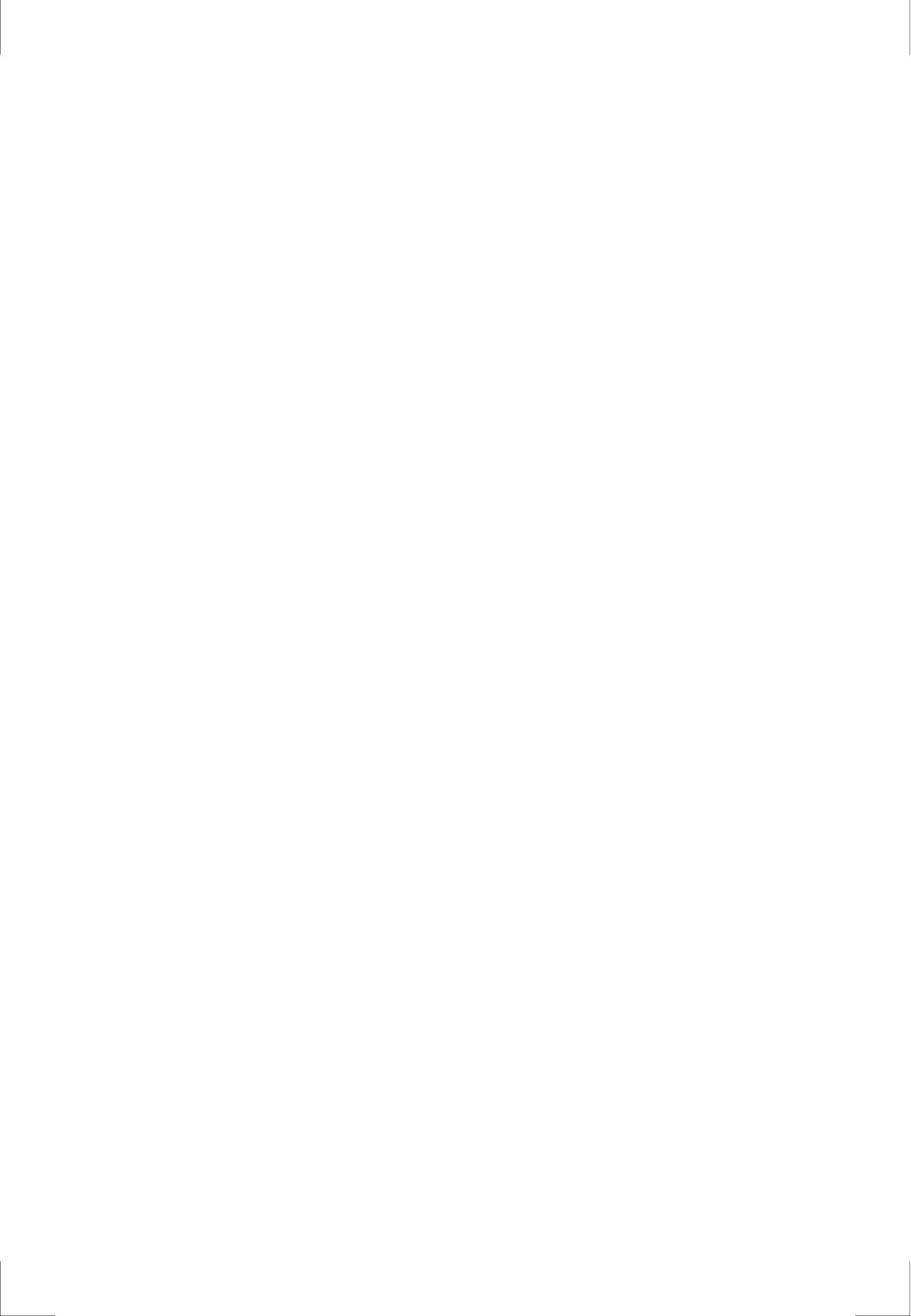
발간사 <<

2010년 국내에서 항암제 투약 오류로 인해 백혈병 환아가 사망한 이후 환자안전에 대한 제도적 논의가 시작되었고 환자안전법이 제정되어 2016년 7월에 시행되었다. 환자안전법의 제정은 의료기관의 환자안전 문제에 대해 정부가 적극적으로 개입하려는 의지를 보여준 것인 동시에 환자안전 문제 시스템 차원에서 접근하게 되었다는 점에서 의의가 있다. 그러나 법 시행 초기인 현재 환자안전법과 의료기관의 환자안전 현황에 대한 다양한 이슈들이 제기되고 있다.

이러한 배경에서 이 연구는 문헌 고찰을 통해 국내외 법·제도 현황과 의료기관의 환자안전 현황, 환자안전 사각지대 의료기관의 현황과 문제 점을 분석하였다. 그리고 의료 제공자와 의료 이용자의 환자안전에 대한 인식을 질적으로 조사하여 분석하였다. 이를 통해 얻어진 결과를 바탕으로 국내 환자안전의 주요 쟁점을 도출하고 개선 방안을 제시하였다.

이 연구는 한국보건사회연구원의 서제희 부연구위원이 주도하였고, 한양대학교 건강과 사회 연구소의 우경숙 박사, 최성은 연구원, 송은솔 연구원이 참여하였다. 보고서가 발간되기까지 연구의 내용과 구성에 대해 충실한 조언을 해 주신 은상준 충남대학교 교수, 본 연구원의 김남순 연구위원께 감사드린다. 마지막으로, 본 보고서의 내용은 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2016년 12월
한국보건사회연구원 원장
김 상 호



목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	9
제1절 연구 배경 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	15
제2장 국내 환자안전 현황과 문제점	25
제1절 환자안전 법제도 현황 분석	27
제2절 의료기관의 환자안전 현황과 인식 분석	37
제3절 의료 이용자의 환자안전 경험과 인식 분석	49
제4절 환자안전 사각지대 의료기관 현황 분석	71
제5절 소결	108
제3장 국외 환자안전 현황과 시사점	115
제1절 미국의 환자안전 관리 현황	117
제2절 호주의 환자안전 관리 현황	132
제3절 영국의 환자안전 관리 현황	139
제4절 국내외 환자안전 현황 비교와 시사점	143
제4장 환자안전의 주요 쟁점과 개선 방안	147
제1절 환자안전의 주요 쟁점과 개선 방안	149
제2절 결론	157

참고문헌	159
------------	-----

부 록	165
-----------	-----

부록 1. 200병상 미만 병원급 의료기관 대상 설문 동의서 및 조사지	165
---	-----

부록 2. 의원급 의료기관 대상 설문 동의서 및 조사지	174
--------------------------------------	-----

부록 3. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 이용자의 인식 조사 선정 질문지	179
--	-----

부록 4. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 이용자의 인식 조사 인터뷰 질문지	184
---	-----

부록 5. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 제공자의 인식 조사 선정 질문지	193
--	-----

부록 6. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 제공자의 인식 조사 인터뷰 질문지	198
---	-----

부록 7. 200병상 미만 의료기관 규모별 환자안전 현황 분석결과	209
--	-----

부록 8. 의원급 의료기관의 입원실 여부에 따른 환자안전활동 현황	211
--	-----

표 목차

〈표 1-1〉 연구 범위 및 연구 내용	17
〈표 1-2〉 연구 방법과 주요 연구 내용	18
〈표 1-3〉 의료 제공자 대상 초점집단인터뷰 주제 및 내용	22
〈표 1-4〉 의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 주제 및 내용	23
〈표 2-1〉 환자안전법 및 하위법령의 내용 요약	27
〈표 2-2〉 2016년 보건복지부 보건의료 부문 예산 운용 계획	33
〈표 2-3〉 환자안전위원회 설치 의무와 전담인력 배치 의무 적용 의료기관 현황	37
〈표 2-4〉 의료기관 병상 규모에 따른 환자안전위원회 유무	38
〈표 2-5〉 의료기관 병상 규모에 따른 환자안전 전담인력 겸직 여부	39
〈표 2-6〉 의료기관 규모별 환자안전인력 교육 및 지표	40
〈표 2-7〉 의료기관 규모별 환자안전사고 보고체계	40
〈표 2-8〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안	41
〈표 2-9〉 병원안전 개선 노력 주제	42
〈표 2-10〉 환자안전문화 국내외 연구결과 비교	43
〈표 2-11〉 의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 참여자 특성	44
〈표 2-12〉 최근 이용한 의료기관에 따른 의료오류 경험 유무	50
〈표 2-13〉 최근 이용한 의료기관에 따른 의료사고 경험 유무	51
〈표 2-14〉 의료기관의 전반적인 환자안전 관리 수준이 낮은 이유	51
〈표 2-15〉 최근 이용한 의료기관에 따른 환자안전 확보 수준 인식	52
〈표 2-16〉 의료기관의 환자안전 확보를 위한 과제별 필요성 인식	53
〈표 2-17〉 환자안전 위험요인 발생 시 의료기관 보고를 위한 과제	54
〈표 2-18〉 의료 이용자 대상 초점집단그룹인터뷰 참여자 특성	55
〈표 2-19〉 일반적 사항: 응답기관 특성	72
〈표 2-20〉 일반적 사항: 응답자 특성	73
〈표 2-21〉 지난 1년 동안 보고된 환자안전 관련 사건 수	74
〈표 2-22〉 환자안전법 인지: 의료기관 종별·인증 여부별	75

〈표 2-23〉 환자안전 활동 조직 현황: 의료기관 종별	76
〈표 2-24〉 환자안전 활동 조직 현황: 인증 여부별	77
〈표 2-25〉 의료기관 종별 환자안전활동 현황: 전담인력 배치	78
〈표 2-26〉 의료기관 환자안전 전담인력 배치 현황: 종별·인증 여부별	79
〈표 2-27〉 환자안전활동 교육 현황: 종별	80
〈표 2-28〉 환자안전활동 교육 현황: 인증 여부별	81
〈표 2-29〉 환자안전 관리지표: 종별	82
〈표 2-30〉 환자안전 관리지표: 인증 여부별	82
〈표 2-31〉 환자안전 관리지표가 있을 경우, 현재 관리 중인 지표: 종별	83
〈표 2-32〉 의료기관 종별 환자안전사고 보고체계	84
〈표 2-33〉 의료기관 종별 환자안전사고 보고방법, 피드백, 기밀보장: 종별	85
〈표 2-34〉 병원안전사고의 주요 원인 인식: 종별	86
〈표 2-35〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안: 종별	87
〈표 2-36〉 병원안전 개선 노력 주체: 종별	88
〈표 2-37〉 병원안전사고의 주요 원인 인식: 종사자별	89
〈표 2-38〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안: 종사자별	89
〈표 2-39〉 병원안전 개선 노력 주체: 종사자별	90
〈표 2-40〉 환자안전문화 인식도: 종별, 규모별	91
〈표 2-41〉 환자안전문화 인식도: 종별, 인증 여부별	94
〈표 2-42〉 응답기관 일반적 사항	97
〈표 2-43〉 응답자 일반적 사항	98
〈표 2-44〉 의원 구분에 따른 환자안전법 인지	99
〈표 2-45〉 응답자 직종별 환자안전법 인지	99
〈표 2-46〉 의원급 의료기관의 환자안전활동 현황	101
〈표 2-47〉 의원 구분에 따른 병원안전사고의 가장 주요한 원인 인식	102
〈표 2-48〉 응답자 직종별 병원안전사고의 가장 주요한 원인 인식	102
〈표 2-49〉 의원 구분에 따른 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법	103
〈표 2-50〉 응답자 직종별 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법	104

〈표 2-51〉 의원 구분에 따른 병원안전 개선을 위한 노력 주체	104
〈표 2-52〉 응답자 직종별 병원안전 개선을 위한 노력 주체	105
〈표 2-53〉 환자안전문화 인식도	106
〈표 3-1〉 진실말하기 프로그램 가이드라인: 시카고 일리노이 주립대학	127
〈표 3-2〉 외래진료의 국가 환자안전 목표	129
〈표 3-3〉 캘리포니아 주 간호단위별 최소 배치기준	131
〈표 3-4〉 호주 환자안전계획 2012-2017	133
〈표 3-5〉 호주 진료보상제도 인센티브 종류	136
〈표 3-6〉 환자안전 인센티브에 대한 영국의 다양한 접근	142
〈표 4-1〉 환자 및 보호자가 의료기관 환자안전에 참여하기 위한 접근들	155

부표 목차

〈부표 7-1〉 환자안전활동 조직 현황: 종별·규모별	209
〈부표 7-2〉 의료기관 환자안전활동 인력 현황: 종별·규모별	209
〈부표 7-3〉 의료기관 환자안전활동 교육 현황: 종별·규모별	210
〈부표 7-4〉 환자안전 관리지표: 종별·규모별	210
〈부표 8-1〉 의원급 의료기관의 환자안전활동 현황: 입원실 여부	211

그림 목차

[그림 2-1] 의료기관인증 획득 의료기관 현황(2015년 4월 보도자료 기준)	35
[그림 3-1] 미국 주별 환자안전기구(PSOs)의 분포	118
[그림 3-2] 미국 환자안전기구(PSOs)와 계약한 의료기관 분포	118
[그림 3-3] HAC 프로그램 점수 산출 방법	124
[그림 3-4] SPEAK UP 프로그램	128

Abstract <<

Patient Safety in Korea: Current Status and Policy Issues

Patient safety, a relatively recent concept, is oriented toward a patient-centered approach. In Korea, the Patient Safety Act came to effect on July 29, 2016 for the purpose of ‘contributing to the enhancement of the quality of patient protection and medical care by setting forth necessary provisions for patient safety.’ Before the establishment and enforcement of Patient Safety Act, there was a surveillance system related patient safety. However, it was limited in function, especially in terms of information sharing. Also, the patient safety practice of health care institutions varied depending on their size and types. After the establishment of the Patient Safety Act, an exclusive medical team was and a Patient Safety Committee was established mandatorily in medical institutions of a specified size in order to reduce this kind of variation. But other hospitals and clinics that were smaller than that were excluded from this legal obligation. Although there is a risk that these institutions can be placed out of reach of an established patient safety policy, sufficient consideration was not given to this aspect. Hence, this study on current situation of patient safety in healthcare organizations was carried out by dividing organizations that

2 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

carry legal obligations and it that do not carry such obligations for the purpose of survey and analysis. Research topics were drawn on the basis of the above result and a discussion has been carried out on strategies of improvement.

The Patient Safety Act has political implication in that it approached the subject in terms of a system instead of focusing on individual of a medical team regarding on negative events that occur to a patient in healthcare organizations. However, as there are many aspects to be considered for promotion of patient safety in Korea, a mid- and long-term master plan should be devised together with a necessary strategy. Especially, for grasping the level of patient safety in Korea, government should be conduct a large scale survey on actual condition of patient safety and legal arrangement should be instituted urgently in terms of confidentiality and non-punitive for promoting of a Patient Safety Reporting and Learning System.

1. 연구 배경 및 목적

2010년 항암제 투약 오류로 환아가 사망한 사건 이후 관련 법 제정 움직임이 시작되었다. 이후 2015년에 환자안전법이 제정되고 2016년 7월, 법이 시행되어 환자안전사고 예방과 의료의 질 향상을 위한 정책의 근간을 마련하였다. 그러나 제도 및 정책 시행을 위한 예산 확보 문제와 몇몇 법조항의 의미가 명확하지 않음으로 인한 일선 의료기관의 혼란 야기 가능성 등 여러 이슈들이 제기되고 있다. 그리고 환자안전법에서 환자안전위원회 설치와 전담인력 배치 의무 대상 의료기관을 병상 규모와 의료기관 종별 기준으로 명시하여 법·제도의 사각지대 의료기관이 발생할 가능성이 있다.

이 연구의 목적은 국내 환자안전 관련 법·제도의 정착과 발전을 위해 국내의 관련 제도와 의료기관의 환자안전활동 현황, 환자안전에 대한 의료 제공자와 이용자의 인식, 국외 사례 등을 심층적으로 파악하여 주요 쟁점을 도출하고 환자안전 증진을 위한 개선 방안을 제안하는 것이다.

2. 주요 연구결과

가. 환자안전 사각지대 의료기관 조사 결과

200병상 미만 병원을 대상으로 환자안전 현황에 대한 설문조사를 한 결과 환자안전 관련 조직이나 전담인력의 배치는 요양병원에서 높게 나

4 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

타났으나 전담인력의 겸직은 병원이 낮게 나타났다. 이 결과는 요양병원이 의료기관인증제의 의무평가 대상인 반면, 병원은 자율참여 대상이기 때문에 나타나는 현상으로 보인다. 즉 요양병원은 인증을 받아야 하므로 조직과 인력을 갖추기는 하지만 요양병원의 인력 특성상 겸직을 하지 않고 환자안전만 전담하는 비율은 병원보다 상대적으로 낮게 나타나는 것이다.

일차의료기관 대상으로 설문조사를 한 결과 병원급 의료기관보다 전반적으로 환자안전활동과 환자안전법에 대한 인식 수준이 낮은 것으로 나타났다. 설문조사 분석 결과 일차의료기관의 특징 중 하나로 나타난 것은 의원이나 치과의원 모두 간호사 비율이 의료기관 당 평균 1명이 되지 않는다는 것이다. 대신 간호조무사 또는 치과위생사가 높은 비율을 차지하는데, 간호사 비율은 환자안전과 밀접한 관련이 있는 것으로 알려져 있으므로 환자안전사고 예방을 위해 간호사 비율에 대한 정부 차원의 접근이 필요하다. 마지막으로 의원급 의료기관 대상 설문 결과 환자안전법에 대하여 모른다는 응답이 200명상 미만 병원급 의료기관보다 많았다. 사각지대 의료기관이지만 의원급과 병원급은 많은 차이가 있음을 나타내는 부분이다. 또한 의원급 의료기관은 환자안전에 대한 교육 경험률도 낮아 전반적으로 환자안전에 대하여 정확한 인식을 가질 수 있는 기회가 필요하다.

나. 환자안전에 대한 의료 제공자와 이용자의 인식 조사 결과

인터뷰 결과 현재 환자안전 담당 간호사들은 제도적인 측면의 문제에 집중하고 있어 환자 중심으로 의료에 접근하는 환자안전의 본래 목적은 우선순위에서 떨어져 있는 것으로 보인다. 환자는 의료기관에서 정확하고 풍부한 정보를 제공받는 것이 환자안전의 중요한 영역이라고 인식하

고 있으며 또한 진료 과정에 적극적으로 참여하길 원하고 있다. 반면 환자안전 전담 간호사들은 환자와 환자안전 문제에 대하여 적극적으로 관계를 맺게 되면 그것이 본인 또는 의료기관에 부정적 영향을 미칠 것을 걱정하고 있어 의료 제공자와 의료 이용자 간의 입장 차이가 크게 나타났다. 환자안전법이 시행되고 법에서도 환자 참여에 대하여 명시하고 있으므로 의료 이용자와 의료 제공자 간의 입장 차이를 줄이려는 노력이 필요하며 이를 위해 정부가 적극적으로 지원하여야 한다.

다. 환자안전에 대한 국외 사례 고찰의 시사점

국외 현황을 고찰한 결과 환자안전 관리체계 측면에서의 시사점은 미국, 영국, 호주 모두 환자안전 관련 정책 시행 초기부터 독립기구 성격의 환자안전 전담기구가 존재하였다는 것이다. 이를 국내 현실에 바로 적용하기는 어려움이 있겠으나 중장기적으로는 환자안전 관련 정책, 사업, 연구를 포괄하는 전담기구 마련을 고려해야 한다. 그리고 보고·학습시스템 측면에서의 시사점은 보고 내용에 있어 의무보고 조항을 포함할지 여부에 대한 검토가 필요하다는 것과 보고·학습시스템으로 축적된 데이터를 적절히 분석하고 정보를 환류하기 위해서는 전문적인 인력이 보고·학습시스템 운영 조직에 포함되어 있어야 한다는 것이다. 그리고 지불보상제도 측면에서의 시사점은 환자안전 정책 초기에는 성과 기반 지불 방식을 택하였으나 그 효과가 뚜렷하지 않아 다른 방안을 모색하고 시도하였다는 것이다. 즉 수가 차원의 지원이 아닌 다른 방안도 동시에 고려하는 것이 필요하다. 미국과 영국의 네거티브 인센티브 제도나 유럽연합의 포괄수과제(DRG) 확대 전략 등을 적용하는 것도 방안이 될 수 있다. 마지막으로 일차의료 측면에서의 시사점은 일차의료기관을 미국, 호주, 영국의 경우 환자안전 정책 시행에서 제외하지 않았다는 것이다. 현재 국내 환자

안전법에서는 병상 규모와 의료기관 종별 구분을 기준으로 적용 대상을 규정하여 일차의료기관인 의원이 배제될 수 있는 구조이다. 물론 환자안전법의 일부 법조항 즉, 의료기관 내 환자안전위원회 설치·운영과 전담인력 배치 관련 조항에서만 의료기관의 병상 규모와 종별 구분으로 법조항 적용 기준을 규정하고 있어, 엄밀히 말하면 모든 조항에서 일차의료기관인 의원이 배제되었다고 말하기는 어렵다. 그러나 현재 환자안전법이 의료기관의 책무로 받아들여지는 상황에서 해당 법조항의 적용 대상이 아닌 일차의료기관이 자발적으로 환자안전 관련 제도 특히, 보고·학습시스템에 적극적으로 참여할 것이라고 기대하기 힘들다.

3. 결론 및 시사점

이 연구를 통하여 국내 환자안전 제도 및 정책에 대한 쟁점을 여섯 가지로 도출하였다. 여섯 가지 쟁점은 첫째, 환자안전 중장기 목표 설정 및 발전 방안 구축을 위해 국내 환자안전 수준에 대한 근거 자료를 마련하고 있는가, 둘째, 환자안전법에 근거한 보고·학습시스템과 같은 관련 제도에 의료기관의 자발적 참여를 어떻게 활성화시킬 것인가, 셋째, 환자안전법 사각지대 의료기관의 환자안전에 대한 향후 정책을 어떻게 구상할 것인가, 넷째, 환자와 보호자가 환자안전증진에 참여할 수 있도록 하기 위해 필요한 지원과 방안은 무엇인가, 다섯째, 환자안전 법·제도 시행을 위한 중앙 정부 차원의 예산 확보와, 환자안전 향상을 위하여 의료기관에 대한 지불 체계 측면의 현실적 방안을 어떻게 구상할 것인가, 여섯째, 환자안전과 관련하여 기존에 시행되고 있던 제도들과의 연계를 어떻게 할 것인가이다.

도출된 여섯 가지 쟁점들에 대한 개선 방안으로 국내 의료기관의 환자 안전 수준 파악을 위해 대규모 실태조사를 시행, 의료기관의 보고·학습시스템 참여 활성화와 법·제도 사각지대 의료기관에 대한 단기 및 중장기 방안 마련, 환자 및 보호자의 참여 장려 등을 제시하였다.

환자 중심 관점에서 의료기관들이 안전하고 질 높은 의료서비스를 환자에게 제공하기 위해서는 발생 가능한 ‘오류’를 사전에 차단할 수 있는 시스템이 중요한데 이는 의료기관의 노력만으로 달성하기 어렵고 정부 및 환자와의 유기적인 연계와 협력을 통하여 이룰 수 있다. 환자안전법은 ‘환자안전’에 대해 정부가 적극적으로 한 걸음 나아간 것이라고 할 수 있으므로 이 법의 본래 목적 달성을 위해 앞으로가 중요하다.

*주요 용어: 환자안전, 환자안전법, 자율보고, 보고·학습시스템, 환자 참여



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법



제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성

‘환자안전(patient safety)’은 비교적 최근에 등장한 개념으로 1999년 미국의 의학한림원(Institute of Medicine)이 발간한 ‘사람은 누구나 잘못할 수 있다: 보다 안전한 의료 시스템 구축(To Err is Human: Building a Safer Health System)’ 보고서에서 시작하였다고 볼 수 있다. 이 보고서는 미국에서 의료 오류(medical error)로 사망하는 환자가 연간 44,000명에서 98,000명이라고 제시하였고, 예방 가능한 위해 사건으로 인한 국가의 사회경제적 손실 규모가 당시 미국 총 보건의료비의 절반을 넘는 수준이라고 보고하였다(Kohn, 2000, pp.26-27). 이러한 사실이 알려지면서 환자 안전에 대한 사회적 관심이 증가하였고 환자안전이 중요한 보건의료 문제로 대두되기 시작하였다(이재호, 이상일, 2009, pp.12-13).

미국 의학한림원의 이 보고서 이후 여러 나라에서 비슷한 연구 조사를 시행하였고 이 결과들은 환자안전 문제가 국민 건강을 위협하는 중요한 문제이며 전 세계적으로 관심을 가져야 하는 문제임을 알 수 있게 해주었다. 미국의 일부 주, 캐나다, 덴마크 등의 나라에서는 환자안전 관련 법률을 제정하였다. 호주는 국가 차원의 환자안전종합계획을 세워 환자안전 증진을 위해 노력하기 시작하였다. 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 환자안전 문제의 중요성과 심각성을 인지하고, 2002년 제55차 세계보건기구 총회에서 이에 대한 결의안을 채택하기도 하였다.

12 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

국내에서 환자안전에 대한 제도적 차원의 논의가 본격적으로 시작된 계기는 2010년에 백혈병 치료 중이던 환아가 항암제 투약 오류로 사망한 사건¹⁾이라고 할 수 있다. 이 사건을 계기로 환자안전법 제정을 위한 움직임이 시작되었고 2015년 1월 환자안전법이 제정되어 공포되었으며 2016년 7월 29일 환자안전법과 관련 하위법령이 시행되었다. 그러나 국내에서는 미국과 같은 의료기관의 환자안전 실태에 대한 대규모 조사가 수행된 바가 없다. 일부 병원을 대상으로 수행된 연구 결과에서 유해 사례(adverse event) 발생이 국외의 체계적 문헌 고찰 결과와 비슷한 수준인 8.3%와 7.2%임을 확인할 수 있을 뿐이다(이상일, 2015, p.90). 이 수치를 2013년 국민건강보험연보 통계에 적용하여 유해 사례로 인해 사망한 입원 환자 수를 추정하면 낮게는 연간 5,469명으로 그해 연간 운수사고 사망자 수(6,024명)와 비슷한 수준이다(이상일, 2015, p.90). 이 결과에 비추어 볼 때, 국내 환자안전 수준 또한 국외와 크게 다르지 않으며 환자안전 문제가 국내에서도 중요한 보건의료 정책 영역이 되어야 함을 알 수 있다.

의료기관 내에서 발생할 가능성이 있는 유해 사례의 반 정도가 예방할 수 있는 것으로 알려져 있다. 예방 가능한 오류는 의료인 개개인의 부주의 또는 과실로 인한 것이라는 개인적 차원의 접근보다 이를 예방하기 위한 시스템, 즉 의료를 제공하는 환경 자체의 속성에 대한 접근이 오류 발생을 예방하거나 또는 감소시키는 것에 더 효과적이라고 여겨지고 있다(옥민수, 김장한, 이상일, 2015, p.174). 시스템적 접근은 예방 가능한 오류의 발생을 방지할 수 있도록 절차를 마련하거나 오류 발생 시 원인을 파악하여 서로 공유하고 학습함으로써 향후 발생을 최소화시키려 노력하

1) 안기중(2011. 5. 20.). 항암제 ‘빈크리스틴 의료사고’ 논란... 병원 측 “주사는 정확했다”. 오마이뉴스. http://www.ohmynews.com/NWS_Web/view/at_pg.aspx?CNTN_CD=A0001568276에서 2016. 9. 1. 인출.

는 것이라 할 수 있다. 이를 위해 우선적으로 의료기관 내에 환자안전문화가 정착되어야 하며 환자안전 관련 사건 보고와 보고 내용 분석을 통한 학습 시스템을 국가 차원에서 마련하여 전체 의료기관이 공유하도록 하는 것이 중요하다. 이러한 시스템의 정착은 의료기관의 자발적 참여가 바탕이 되어야 이뤄질 수 있는데, 자발적 참여에는 법제도적인 지원이 필요하다. 즉 오류 사건의 보고에 대한 기밀성과 함께 비처벌에 대한 법 차원의 보장과 환자안전문화 정착을 위한 중앙정부 차원의 기술적·재정적 지원이 있어야 한다.

「의료법」 제47조와 제58조에 따른 ‘감염관리위원회와 감염관리실 설치·운영’과 ‘의료기관인증제도’, 「의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률」에 ‘의료사고예방위원회 설치’ 등이 환자안전법 시행 전 환자안전과 관련된 법으로 볼 수 있다(서제희, 2016b, p.85). 그러나 이들 법제도는 환자안전 전반에 대한 시스템적 접근이라고 보기 어렵다. 의료기관인증제도는 평가를 기반으로 하여 의료기관의 의료 질과 안전을 향상시키고자 하였으나 요양병원과 정신병원만 의무 인증제이고 그 외 의료기관은 자율 인증제로 운영되고 있어 인증 대상이 제한적이다. 의료기관 내 의료사고예방위원회 설치하는 의료사고를 예방하기 위해 의료기관 스스로가 행동하도록 했다는 측면에서 긍정적인 측면이 있다. 그러나 중앙정부는 의료사고와 같은 의료 분쟁 발생 시 조정하는 소극적인 역할을 할 뿐 의료사고 예방과 환자안전 증진을 위해 적극적으로 개입하는 것과는 거리가 멀다(서제희, 2016b, p.85).

환자안전법은 이들 법제도와는 달리 환자안전 문제에 대하여 정부가 시스템적 접근의 중요성을 인지하고 의료기관에서 환자안전문화가 정착되어 환자안전 수준을 개선하기 위해 정책적으로 개입하려는 움직임이라 할 수 있다. 그러나 환자안전법이 제정되어 시행되었고 관련 정책들이 시

14 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

작되고 있음에도 불구하고 여전히 국내 환자안전에 대한 우려가 존재한다. 환자안전 관련 보건복지부 예산의 확보 문제, 환자안전법상 용어의 문제, 환자 참여에 대한 문제, 타 관련 제도와의 연계 방안에 대한 문제, 의료기관 내 전담인력 문제, 보고·학습시스템에 대한 의료기관의 자발적 참여, 의료기관에 대한 재정적 보상 문제, 환자안전 사각지대 의료기관 발생 우려 등이 제기되고 있으며 환자안전 영역 전반에서 이슈들이 등장하고 있는 실정이다.

환자안전 관련 법·제도와 정책이 국내에서 이제 시작하는 걸음마 단계이므로 환자안전법을 비롯한 환자안전 관련 제도들의 현황과 문제점, 국내 의료기관의 환자안전 현황, 환자 및 보호자의 인식도 등 환자안전 관련 현황을 분석하여 문제점을 진단할 필요가 있다. 또한 환자안전법의 환자안전위원회 설치 및 운영 조항과 환자안전 전담인력 배치 조항에 명시되지 않아 환자안전의 사각지대에 놓일 우려가 있는 중소 병원과 의원급 의료기관에 대한 현황 분석이 필요하며 이에 대한 정책적 과제를 논의하여야 한다. 그리고 현황 분석과 함께 문제점들을 파악하고 환자안전 관련 주요 쟁점들을 도출하여 국내에 환자안전 법·제도가 정착되고 발전하기 위한 개선 방안과 전략 개발이 필요한 시점이다.

2. 연구 목적

이 연구의 목적은 국내 환자안전 관련 법·제도의 정착과 발전을 통한 환자안전 수준 향상을 위해 국내의 관련 제도와 변화 현황, 의료기관 내 환자안전 현황, 환자안전에 대한 의료 이용자와 제공자의 인식, 국외 사례 등을 분석하여 환자안전 영역의 주요 쟁점을 도출하고 이를 바탕으로 환자안전 증진을 위한 방안을 제안하는 것이다.

이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 국내 환자안전과 관련된 법·제도 현황과 문제에 대해 심층적으로 파악한다.
- 둘째, 국내 의료기관의 환자안전 현황과 의료기관 종사자(의료 제공자)의 환자안전 관련 법·제도 및 의료기관의 환자안전 문제에 대한 인식을 파악한다.
- 셋째, 의료 이용자들의 환자안전 관련 긍정적, 부정적 경험과 의료기관 환자안전 수준 및 환자안전 관련 법·제도에 대한 인식을 파악하고 주요한 정책적 시사점을 도출한다.
- 넷째, 환자안전 관련 법제도의 사각지대 의료기관의 환자안전 현황을 직접 조사하고 문제점을 파악한다.
- 다섯째, 외국의 환자안전 관련 제도와 활동을 파악하여 주요한 시사점을 도출한다.
- 여섯째, 환자안전 증진을 위한 주요 쟁점을 도출하고 환자안전 제도의 정착과 발전을 위한 방안을 제안한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

가. 주요 연구 내용

이 연구는 크게 다섯 가지 범위로 구분할 수 있다. 우선 국내 법제도 현황 분석을 통해 문제점을 파악하고, 의료기관의 환자안전 현황을 파악하

여 문제점을 진단하는 것이다. 그리고 환자안전에 대한 의료 제공자와 의료 이용자의 인식을 파악하고 국외의 환자안전 관련 법·제도 현황과 관련 활동을 고찰하여 시사점을 도출하는 것이다. 이를 바탕으로 환자안전 증진을 위한 주요 쟁점을 도출하고 이에 대한 개선 방안을 마련하는 것이 이 연구의 범위에 해당하며 연구 범위별 주요 연구 내용은 <표 1-1>과 같다.

다섯 가지 연구 범위 중 국내 법제도 현황 분석은 환자안전법을 중심으로 진행하고 그 외 의료기관인증제나 의료 관련 감염 관리 등의 환자안전 관련 제도 또는 정책을 분석하고 문제점을 파악하는 것이 주요 연구 내용이다. 의료기관의 환자안전 현황 분석은 전담부서 설치 및 전담인력 배치와 같은 의료기관의 환자안전활동, 환자안전에 대한 의료기관 종사자의 인식과 의료기관 내 환자안전문화 현황을 파악하는 것이다. 특히 이 연구에서는 환자안전 관련 법·제도의 사각지대라 할 수 있는 소규모 병원과 의원급 의료기관의 환자안전 현황을 파악하는 것이 주요 과제이다. 마지막으로 국외 환자안전 현황 분석은 환자안전 관리체계를 파악하고 관련 정책을 다양한 측면에서 고찰하여 국내 환자안전 관련 제도를 위한 시사점을 도출하는 것이 주요 연구 내용이다. 여러 나라 중 미국, 호주, 영국을 선정하여 조사하였다. 그 이유는 미국의 경우에는 환자안전 개념이 처음 등장하고 오랫동안 관련 제도들이 개발되어 다양한 측면에서 시사점을 얻을 수 있을 것이라 기대하였기 때문이다. 영국은 의료기관의 환자안전 관련하여 다양한 지불보상제도를 시도하여 왔기 때문에 의료기관에 대한 재정적 지원 부분에서 시사점을 얻기 위해 선정하였고 호주의 경우 일차의료기관을 적극적으로 환자안전 제도권 내로 포함시키려 노력하였기 때문에 선정하였다.

〈표 1-1〉 연구 범위 및 연구 내용

연구 범위	주요 연구 내용
국내 법제도 현황 분석	- 환자안전 관련 법제도 현황 분석 및 문제점 파악
의료기관 환자안전 현황 분석	- 환자안전활동 현황, 환자안전에 대한 인식 분석 및 문제점 파악 - 환자안전에 대한 의료기관의 인식 파악 - 국내 의료기관의 환자안전문화 파악 - 환자안전 사각지대 의료기관 현황 분석 - 환자안전에 대한 의료 제공자의 인식 심층 분석
환자 및 보호자의 인식 파악	- 환자안전 관련 부정적/긍정적 경험 - 의료기관의 환자안전 수준에 대한 인식 정도 파악 - 환자안전 법제도에 대한 인식 정도 파악
국외 환자안전 현황 분석	- 주요 국가의 환자안전 관련 법·제도 현황, 의료기관의 환자 안전활동, 환자 참여, 지불보상제도 등 고찰
정책 과제 및 개선 방안 제언	- 법제도 측면의 개선 방안 - 의료기관의 자율적 참여 방안 - 의료 이용자 참여 제고 방안 등

이 연구에서 ‘환자안전 사각지대 의료기관’이란 환자안전법의 환자안전위원회 설치 및 운영 조항과 환자안전 전담인력 배치 조항에 명시되지 않은, 다시 말해 ‘종합병원 또는 200병상 이상 병원급 의료기관’에 해당하지 않는 중소 규모 병원과 일차의료기관인 의원급 의료기관으로 환자안전 관련 법제도의 사각지대에 놓일 가능성이 높은 의료기관을 말한다.

2. 연구 방법

연구 내용을 수행하고 연구 목적을 달성하기 위해 문헌 고찰, 사례 조사 및 분석, 양적 설문조사, 질적 조사(초점집단인터뷰) 등의 연구 방법을 활용하였다. 연구 내용에 따른 구체적인 연구 방법은 〈표 1-2〉와 같다.

18 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 1-2〉 연구 방법과 주요 연구 내용

연구 방법	주요 연구 내용
문헌 고찰 및 웹사이트 조사·분석	<ul style="list-style-type: none"> - 주요 국가의 환자안전 현황 조사 및 분석 - 법 시행 전 의료기관의 환자안전활동 실태, 환자안전에 대한 인식, 환자안전문화 수준 파악
전화 설문조사	<ul style="list-style-type: none"> - 사각지대 의료기관의 환자안전활동 현황, 환자안전에 대한 인식과 문화 조사 - 환자안전 관련 제도에 대한 인식도 조사
초점집단인터뷰	<ul style="list-style-type: none"> - 환자안전에 대한 의료 제공자와 이용자의 인식 심층 분석 - 의료 이용자의 환자안전 관련 부정적/긍정적 경험 - 의료기관의 환자안전 수준에 대한 인식 - 환자안전 법·제도에 대한 인식
전문가 자문회의	<ul style="list-style-type: none"> - 국내 환자안전 영역의 주요 쟁점 및 정책 과제와 환자안전 관련 정책의 개선 방안에 대한 전문가 자문

가. 문헌 고찰 및 웹사이트 조사·분석

환자안전법과 국내 논문, 보고서, 학회 및 토론회 자료, 신문 기사 등을 바탕으로 국내 법제도 현황과 문제점을 파악하고, 환자안전법 시행 전 의료기관의 환자안전활동, 환자안전에 대한 인식, 환자안전문화와 의료 이용자의 환자안전 관련 경험과 인식에 대하여 파악하고 문제점을 진단하였다.

국외의 환자안전 관련 법과 제도, 의료기관의 환자안전활동과 환자안전문화 등을 분석하는 틀로써 Wachter(2010, p.166) 논문을 활용하였다. 이 논문에서는 환자안전 현황을 파악하기 위한 열 가지 핵심 영역을 거시적 관점에서 제시하였다. 이 틀을 근간으로 하여 문헌과 웹사이트의 자료를 고찰하였다. 특히 열 가지 핵심 영역 중 규제 및 인증, 보고시스템, 인력 및 훈련에 대한 이슈, 환자 참여, 공급자 조직 리더십의 참여, 지불보상제도 영역에서의 조치와 환자 참여 측면을 중심으로 고찰하였다.

나. 사각지대 의료기관의 환자안전 현황에 대한 설문조사

환자안전법 일부 조항의 의무 적용 대상이 아닌 사각지대 의료기관에 대한 환자안전활동, 환자안전에 대한 인식 및 환자안전문화 현황을 파악하기 위해 전화 설문조사를 실시하였다. 조사는 2016년 9월 20일부터 10월 12일까지 한국리서치에 의뢰하여 진행하였다.

200병상 미만 병원급 의료기관 300개와 의원급 의료기관 300개가 설문조사 대상이었다. 병원급 의료기관은 병원, 요양병원, 한방병원, 치과병원을 포함하였으며 의원급 의료기관은 의원과 치과의원을 대상으로 하였다. 전화 설문조사를 위한 의료기관의 병상 수, 전화번호 등의 정보는 건강보험심사평가원의 전국 병의원 및 약국 데이터셋을 공공데이터포털을 통해 구매하여 한국리서치에 제공하였다.²⁾

조사 내용은 의료기관의 환자안전 관련 조직과 인력, 환자안전활동(지표 관리, 교육, 보고시스템 등) 현황, 환자안전에 대한 의료기관 종사자의 인식과 환자안전문화에 대한 내용으로 구성하였다. 환자안전문화에 대한 설문 문항은 의료질 및 환자안전 센터(Agency of Healthcare Research and Quality, AHRQ)의 설문을 바탕으로 구성하였고 그 외 영역의 설문 문항은 기존 관련 연구를 바탕으로 구성하였다(부록 1, 부록 2 참조).

조사에 참여한 200병상 미만 의료기관 총 300개, 의원급 의료기관 300개 중 전국 병의원 약국 데이터셋의 종별 구분과 병의원 이름, 조사에 응답한 병원 담당자의 종별 구분을 검토하여 기준에 적합하지 않은 의료기관을 제외한 총 284개 병원급 의료기관과 총 300개 의원급 의료기

2) 공공데이터포털에서 구매한 건강보험심사평가원의 의료기관 데이터셋 내 정보는 2015년 4월 기준이다.

관에 대한 설문조사 결과를 분석하였다.

다. 의료 제공자 및 의료 이용자에 대한 초점집단인터뷰(FGI)

의료 제공자와 의료 이용자의 환자안전 관련 경험과 환자안전에 대한 인식을 분석하기 위하여 각각을 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)를 진행하였으며 사전에 연구윤리위원회(IRB) 승인을 받았다.

1) 연구 설계

환자안전에 대한 의료 제공자와 의료 이용자의 경험과 인식에 대한 심층적 이해를 위해서 질적 연구 방법을 적용한 초점집단인터뷰를 진행하였다. 여러 가지 질적 접근법 중에서 참여자 간 상호작용을 통하여 환자안전에 대한 인식과 경험을 심층적으로 파악하기 위해서 초점집단인터뷰를 활용하였다. 이 연구 방법은 개인의 신념과 태도, 인식뿐만 아니라 그들의 행위와 그 행위를 선택하게 된 이유 등을 파악하는 데 유용한 방법으로써 최근 보건의료 연구 분야에서 활용이 점차 증가하고 있다 (Rabiee, 2004, pp.655-660).

2) 연구 참여자

의료 제공자 대상 초점집단인터뷰 참여자는 환자안전법 적용 대상인 200병상 이상 의료기관에 근무하고 의료 질 관리 또는 환자안전 업무를 담당하는 간호사를 대상으로 하였다. 병상 규모와 의료기관 종별 특성을 반영하기 위하여 이를 고려하여 대상을 선정하였으며 최종적으로 인터뷰

참여를 허락한 8개 의료기관(3개 요양병원 포함)의 환자안전 전담 간호사를 대상으로 선정하였다.

의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 참여자는 일정 기간 입원과 수술, 방사선 치료 등 침습적 치료가 요구되는 암 환자 또는 그 가족을 대상으로 하되, 그들의 경험을 충분히 반영하기 위하여 최근 5년 이내 관련 질환으로 의료기관을 이용한 경험이 있는 환자와 그 가족으로 선정하였다. 또한 대상자의 성, 연령, 질병 유형을 고려하여 구성하였다. 마지막으로, 전화 통화로 연구 목적과 조사 방법을 설명한 후 인터뷰 참여를 허락한 7명을 최종 대상으로 선정하였다.

3) 자료 수집

초점집단인터뷰를 수행하기 이전에 면담 일정, 면담 장소, 좌석 배치, 연구자들 간의 역할 분담 및 인터뷰 내용 등 자료 수집에 대하여 체계적인 준비 과정을 거쳤다. 면담은 모든 연구 참여자가 참석 가능한 일정으로 하되, 자료 수집과 분석을 동시에 할 수 있도록 여유 있게 진행하였다. 면담 장소로는 조용하면서 참여자들이 편안하게 인터뷰에 임하고 그룹 토의를 할 수 있는 전용 회의실을 이용하였으며, 좌석은 모든 참여자들이 서로 잘 보이고, 자유롭게 대화할 수 있도록 원탁형으로 배치하였다.

초점집단인터뷰에는 조정자(moderator)와 참관자(observer)가 배치되어 역할을 배분하였다. 조정자는 환자안전과 환자안전 관련 제도에 능통한 연구자가 맡았으며, 조정자가 토의를 함께 진행하였다. 인터뷰를 시작하면서 초점집단인터뷰의 수행 목적, 진행 과정 및 주요 질문 등을 설명하였고, 참여자에게 연구 참여 및 녹음에 대해 서면화된 사전 동의를 받은 후 진행하였으며, 심층 인터뷰는 2시간 정도 소요되었다.

22 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

인터뷰는 연구 주제와 관련하여 크게 ‘의료기관의 안전에 대한 의료 제공자와 의료 이용자의 인식 정도’, ‘의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험’, ‘의료기관 안전에 필요한 요소 및 환자안전법과 관련 제도에 대한 인식 정도’ 등의 내용으로 구성하였고, 참여자가 진솔하고 자유롭게 자신의 의견과 경험을 말할 수 있는 분위기를 조성하였다(표 1-3, 표 1-4 참조).

〈표 1-3〉 의료 제공자 대상 초점집단인터뷰 주제 및 내용

인터뷰 주제	인터뷰 내용
의료기관의 안전에 대한 의료 제공자의 인식	- 의료기관의 환자안전에 대한 전반적 인식 - 환자안전 문제의 원인과 개선을 위한 주요 주체에 대한 인식
의료기관의 환자안전활동	- 근무 중인 병원의 환자안전활동 전반 - 환자안전 업무 수행 시 어려움 - 환자안전법 시행 전/후 병원의 변화
환자안전 문제에 대한 경험	- 환자안전 관련 문제에 대한 경험 - 환자안전 관련 문제 발생 시 의료기관의 대처
의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의견	- 환자의 안전을 보호하는 안전한 병원이란? - 안전한 병원에 필요한 요건/제도: 정부/의료기관/의료인/환자 및 보호자
관련 법제도에 대한 의견	- 환자안전법의 목적 달성을 위하여 개선이 필요한 점

〈표 1-4〉 의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 주제 및 내용

인터뷰 주제	인터뷰 내용
의료기관의 안전에 대한 의료 이용자의 인식 정도	<ul style="list-style-type: none"> - 병원 선택 시 고려요인: 유명 의사? 친절도? 안전? 인증 병원? - 의료기관에 대한 전반적 인식: 긍정적? 부정적? - 암 치료 시 이용한 의료기관의 환자안전 수준에 대한 인식 - 암 치료 경험 후 의료기관 자체 또는 환자안전에 대한 인식 전환 정도
의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험	<ul style="list-style-type: none"> - 병원에서 입원 치료 과정 중 우려되는 상황 - 환자안전에 대한 설명 및 공지에 대한 경험 - 환자안전에 대한 의료기관/병원과 환자/보호자 간 상호작용 - 암 치료 과정에서 부정적 경험 여부/종류/의료진의 대처 - 본인이나 주변의 의료사고, 의료분쟁 경험 여부
의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의견	<ul style="list-style-type: none"> - 환자의 안전을 보호하는 안전한 병원이란? - 안전한 병원에 필요한 요건/제도: 정부/의료기관/의료인/환자 및 보호자
환자안전법과 관련 제도에 대한 인식 정도	<ul style="list-style-type: none"> - 의료분쟁조정위원회와 환자안전사고 자율보고에 대한 인식 - 환자안전 정책 과정에서 환자 또는 일반 국민의 참여 정도와 향후 참여 가능성에 대한 인식

4) 자료 분석

인터뷰 내용이 기록된 녹취록(raw data), 진행자가 기록한 면담 내용 및 현장 노트를 중심으로 자료를 분석하였다.

녹음된 내용은 참여자들의 언어를 그대로 전사한 후 분석에 활용하였다. 먼저 인터뷰 내용과 현장 노트를 반복적으로 읽으면서 전체적인 내용과 그 의미를 파악하였다. 자료 분석은 기술된 짧은 문장 성분(phrases)과 개념(concepts)의 차원을 발견하고, 이를 근거로 연구자가 일반적이면서 추상적인 형태로 진술하여 의미를 구성하는 방법으로 진행하였다. 그런 다음 유사한 개념들을 범주화(categories)하여 주제를 도출하였고, 이에 해당하는 인용구(quotes)를 정렬하되, 참여자 개별 단위로 비교하

24 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

여(comparisons) 구성하였다. 또한 참석자들이 언급한 내용이 모든 범주에 포함되었는지, 언급된 내용의 중요도 및 빈도를 중심으로 확인하는 과정을 거쳤다. 마지막으로 분석된 자료를 주제에 따라 나눈 뒤 참여자의 환자안전에 대한 경험과 환자안전 관련 제도에 대한 의견을 총체적으로 기술하였다.

라. 전문가 자문회의

국내의 환자안전 현황 분석과 문제점 진단을 통해 드러난 주요 쟁점을 개선하기 위한 방안 도출을 위해 전문가 자문회의를 진행하였다.

제 2 장

국내 환자안전 현황과 문제점

제1절 환자안전 법제도 현황 분석

제2절 의료기관의 환자안전 현황과 인식 분석

제3절 의료 이용자의 환자안전 경험과 인식 분석

제4절 환자안전 사각지대 의료기관 현황 분석

제5절 소결



2

국내 환자안전 현황과 문제점 <<

제1절 환자안전 법제도 현황 분석

1. 환자안전법의 주요 내용과 관련 논의

가. 환자안전법의 주요 내용

환자안전법의 주요 내용은 1) 환자안전종합계획 수립 및 국가환자안전위원회 설치, 2) 병원급 의료기관의 환자안전위원회 설치·운영 및 전담인력 배치, 3) 환자안전사고에 대한 자율적 보고체계 구축, 4) 환자안전 기준 설정 및 환자안전지표 개발, 5) 환자안전 전담자의 의무 교육 등이다. 환자안전법 내용 중 향후 추가적인 검토가 필요한 조항을 중심으로 살펴보면 다음 표와 같다(표 2-1 참조).

<표 2-1> 환자안전법 및 하위법령의 내용 요약

환자안전법	환자안전법 시행령/시행규칙	내용
제2조(정의)		- '환자안전사고'와 '환자안전활동'에 대한 정의
제7조 (환자안전종합 계획 수립 등)	시행규칙 제3조 (환자안전종합계획 내용)	- 보건복지부 장관은 5년마다 수립하고 시행하여야 함. - (내용) 기본 목표 및 추진 방향, 추진 계획 및 방법, 환자안전활동 실패 파악, 보고·학습시스템 운영 및 관리, 전문인력 양성 지원, 환자안전에 관한 기준, 환자 보호자의 환자안전활동 참여 방안

28 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

환자안전법	환자안전법 시행령/시행규칙	내용
제11조 (환자안전위원회)	시행규칙 제5조 (환자안전위원회의 설치 기관) 시행규칙 제6조 (환자안전위원회의 구성) 시행규칙 제7조 (환자안전위원회의 운영) 시행규칙 제8조 (환자안전위원회의 업무)	<p><설치 기준></p> <ul style="list-style-type: none"> - 병상 수가 200병상 이상인 병원급 의료기관은 환자안전위원회 설치, 종합병원의 경우 100병상 이상인 경우 설치 <p><구성 및 운영></p> <ul style="list-style-type: none"> - 위원장(해당 의료기관의 장)을 포함하여 5명 이상 30명 이하로 구성 - 연 2회 이상 정기회의 개최 <p><업무 내용></p> <ul style="list-style-type: none"> - 환자안전활동에 필요한 사항에 대하여 논의함(환자안전기준 준수, 환자안전지표의 운영, 환자안전사고의 보고 활성화, 환자안전활동의 교육 등)
제12조 (전담인력)	시행규칙 제9조 (전담인력)	<p><배치 기준></p> <ul style="list-style-type: none"> - 200병상 이상의 병원급 의료기관(종합병원 제외)은 1명 이상 - 100병상 이상 500병상 미만 종합병원은 1명 이상 - 500병상 이상 종합병원은 2명 이상 <p><자격 기준></p> <ul style="list-style-type: none"> - 의사, 치과 의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 자 - 간호사 면허를 취득한 후 보건의료기관에서 5년 이상 근무한 자 <p><업무 범위></p> <ul style="list-style-type: none"> - 환자안전 및 의료의 질 향상 관련 업무 포괄
제13조 (환자안전활동에 대한 교육)	시행규칙 제10조 (환자안전활동에 관한 교육)	<ul style="list-style-type: none"> - 전담인력은 환자안전에 대하여 정기적인 교육을 받아야 함 - 매년 12시간 이상 교육 필수 - 신규 배치된 경우에는 6개월 이내에 대면교육으로 24시간 이상 교육 이수 필수
제14조 (환자안전사고의 자율보고 등)	시행규칙 제12조 (환자안전사고의 자율보고)	<ul style="list-style-type: none"> - 환자안전사고를 발생시켰거나 발생한 사실을 알게 된 보건의료인이나 환자 등 보건복지부령으로 정하는 사람은 보건복지부 장관에게 그 사실을 보고할 수 있음 - 자율보고를 환자안전사고를 발생시킨 사람이 한 경우에는 행정처분을 감경하거나 면제할 수 있음

환자안전법	환자안전법 시행령/시행규칙	내용
제16조 (환자안전사고 보고·학습 시스템 등)	시행령 제8조 (환자안전사고 보고·학습시스템 운영의 위탁 등)	<ul style="list-style-type: none"> - 자율보고된 환자안전사고 정보와 수집된 자료에 대한 조사·연구, 공유에 필요한 환자안전 보고·학습시스템 구축·운영(보건복지부) - 새로운 유형의 환자안전사고 또는 환자안전에 중대한 위해 발생 우려가 있는 사건 발생 시 보건의료기관 대상 주의경보 발령(보건복지부) - (운영 위탁 가능 기관), 의료기관 인증 전담기관, 건강보험심사평가원, 한국의료분쟁중재원
제17조 (자율보고의 비밀보장 등)		<ul style="list-style-type: none"> - 자율보고를 한 보고자의 의사에 반하여 보고자 정보 공개 불가, 환자안전사고를 자율보고한 보건의료기관의 동의 없이 정보 공개 불가 - 자율보고된 환자안전사고 정보와 자료는 개인식별 정보 삭제가 원칙 - 환자안전사고 정보를 다루는 업무에 종사하거나 종사하였던 사람은 관련 비밀 누설 금지 - 보건의료기관 장은 자율보고를 한 자에게 불리한 조치를 취할 수 없음 - ‘비밀 누설 금지’와 ‘불리한 조치 금지’ 조항 위배 시 징역 또는 벌금에 처함

자료: 환자안전법 법률 제13113호(2015.1.26. 제정)과 그 하위법령.

나. 환자안전법과 하위법령 관련 논의

환자안전법과 그 하위법령 관련 주요 논점은 크게 ‘용어 정의’ 문제, ‘환자안전종합계획’ 조항 내 포함 사항, 의료기관 환자안전위원회 설치 및 환자안전 전담인력 배치 기준과 교육 관련 내용, 의료기관의 자율적 참여와 이에 대한 법적 보호 장치에 대한 것이다.

1) 환자안전법에서 다루는 용어의 정의 문제

환자안전법에서는 환자안전사고를 ‘보건의료인이 보건의료서비스를

제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령이 정하는 위해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고'로 정의하고 있다(환자안전법 제2조제1항). 그러나 이는 외부요인이나 기저질환으로 인한 사고 발생 가능성을 배제한 정의로 모든 환자안전사고가 의료기관 또는 의료인의 과실로 인한 것으로 비칠 우려가 있다. 이러한 우려로 인해 적극적이고 자발적으로 환자안전사고를 보고하고 공유해야 하는 의료기관과 의료기관 종사자들이 자발적 보고에 적극적으로 참여하지 않을 가능성이 있다. 환자안전 정책의 주요 전략이 '자율적 보고·학습시스템'임을 감안하면 이는 중요한 문제이다.

2) 환자안전종합계획 수립 조항의 문제

환자안전법에서는 환자안전종합계획을 5개년마다 수립하도록 규정하고 있으며 포함되어야 할 내용으로 '기본 목표 및 추진 방향, 추진 계획 및 방법, 환자안전활동 실태 파악, 보고·학습시스템 운영 및 관리, 전문인력 양성 지원, 환자안전에 관한 기준, 환자 보호자의 환자안전활동 참여 방안'을 명시하고 있다. 그러나 환자안전에 대한 체계적 접근에 있어 가장 중요한 단계는 국내 의료기관의 환자안전 수준과 실태를 파악하는 것임에도 불구하고 이에 대한 내용이 명시되어 있지 않다.

환자안전 수준과 실태를 파악하는 조사가 필요하고 중요한 이유는 조사 결과를 바탕으로 현재의 수준을 진단해야 환자안전 제도와 정책의 적절한 목표와 목적을 설정할 수 있기 때문이다. 또한 목표를 달성하기 위한 전략 마련에도 이 조사의 결과가 기여할 수 있다. 이 조사는 가능한 한 전국 대표성을 가질 수 있도록 대규모로 이루어져야 하고 환자의 의무기록 분석을 통해 진행되어야 한다. 그러기 위해서는 상당한 예산이 투입되

어야 하고 환자 개개인의 동의와 더불어 의료기관의 적극적인 협조가 바탕이 되어야 한다. 따라서 개별 연구자의 연구를 통해 이뤄지기 어려우며 정부 주도로 이뤄지는 것이 가장 적절하다고 볼 수 있다.

이 조사가 환자안전종합계획 수립 과정에서 진행되는 것이 시기상 적절해 보이나 현재 정부 차원의 대규모 조사는 진행되지 않고 있어 향후 발표될 '제1차 환자안전종합계획'에 관련 내용이 포함될 수 없겠지만 조사 계획에 대한 내용은 포함되어 있어야 한다.

3) 의료기관의 자발적 참여 위축 가능성 내재

환자안전법에 환자안전사고 발생 관련 처벌 조항이 없음에도 불구하고 앞서 언급한 환자안전사고에 대한 환자안전법상 정의가 가지는 문제점으로 인해 의료계 일부에서는 이를 의료기관을 규제하려는 것으로 받아들이기도 한다. 그리고 환자안전 기준과 지표에 대한 내용이 법에 명시되어 있어 '의료기관인증 기준의 법제화'가 아니냐는 우려 또한 존재한다.

환자안전법의 본래 취지는 의료기관의 환자안전사고 자율보고를 활성화하여 수집된 데이터를 바탕으로 환자안전 문제를 모든 의료기관이 공유하고 학습함으로써 국가 환자안전 수준과 의료의 질을 향상시키고자 하는 것이다. 이를 위해 보고자의 기밀성과 보고자에 대한 비처벌 원칙을 법적으로 보장하여야 한다. 그러나 현 법령에 비밀 누설 금지와 보고자에 대한 불리한 조치 금지 관련 조항이 있으나 보고한 자료의 법적 증거 채택 금지와 같은 보고자를 위한 법률적 특권에 대한 규정은 포함되어 있지 않다. 환자안전법 제정안에는 해당 내용이 포함되어 있었으나 최종적으로 누락되어 환자안전사건 보고자에 대한 민·형사상 책임은 남아 있게 되었다(김주현, 2015, p.13). 게다가 환자안전 보고·학습시스템 위탁 가능

기관에 건강보험심사평가원, 한국의료분쟁조정중재원과 같이 의료기관을 평가하거나 처벌 여부를 결정하는 기관이 법에 명시되어 있어 의료기관 입장에서는 자율보고에 소극적일 가능성이 높다.

4) 환자안전 전담인력 배치에 대한 의료기관의 부담

환자안전법상 종합병원 또는 200병상 이상 병원급 의료기관은 환자안전위원회를 설치·운영하고 환자안전 전담인력을 배치해야 한다. 또한 전담인력에 대한 사항을 법에 근거하여 정부에 보고해야 하며 동시에 전담인력에 대한 교육이 의무적으로 이뤄져야 한다.

의료기관 입장에서는 환자안전위원회의 설치·운영보다 전담인력의 배치가 훨씬 부담일 가능성이 높다. 새로운 인력을 투입하는 것에는 당연히 비용이 따르므로 의료기관에 인건비는 재정적 부담이 될 수밖에 없다. 그러나 이에 대한 적절한 재정적 지원 방안이 거의 없는 실정에서 제도가 시행 중이다.

2. 환자안전 관련 정부 예산 확보 현황과 문제점

환자안전법이 제정되었던 2015년의 환자안전 관련 예산은 10억 원이었으며 해당 사업은 임상연구인프라조성사업 내 ‘환자안전연구사업’이었다. 법이 시행된 2016년 환자안전 예산은 18억 원으로 증가하였으나 해당 사업 영역은 여전히 2015년과 같다(표 2-2 참조).

환자안전 관련 예산의 수준은 다른 보건의료 부문 사업들 예산에 비하여 현저하게 적은 비중을 차지할 뿐만 아니라 예산 전체가 R&D 관련 예산으로 환자안전법 관련 제도를 시행하기 위한 기본적인 운영비조차 갖

추고 있지 않은 것이 현실이다. 2016년 환자안전과 관련하여 보건복지부가 진행하고 있는 정책은 환자안전종합계획 수립, 보고·학습시스템 구축, 환자안전 전담인력 교육, 환자안전법 소개 등으로 다양하고 상당한 예산이 필요한 것들이다.

〈표 2-2〉 2016년 보건복지부 보건의료 부문 예산 운용 계획

보건의료 부문	예산 (억 원)	보건의료 부문	예산 (억 원)
임상연구인프라조성사업(R&D) (환자안전연구사업 예산 18억 포함)	520	연구중심병원 육성	263
		해외환자 유치 지원	86
지역거점공공병원 공공성 강화	660	의료시스템 수출 지원	92
의료 및 분만 취약지 지원	64	제약산업 육성 지원	91
취약지역 응급의료기관 육성	298	범부처 전주기 신약 개발	100
국가 암 관리	263	원격의료 제도화 기반 구축	11
자살예방 및 지역정신보건사업	447	의료인력 양성 및 적정 수급관리	85
국가 금연지원서비스	1365	한약산업 육성	98
검역관리	123	정신요양시설 운영 지원	734
감염병 예방관리	126	한센인촌 주거환경 개선사업(신규)	176
신종감염병 대응, 대책	559	의료기술시험훈련원 구축(신규)	40
감염병 표준실험실 운영	58	국내외 재난의료 지원	138
국가 예방접종 실시	2787	중증외상 전문진료체계 구축	443
국가 결핵예방	393	노인건강관리	174

주: 보건 부문 예산 전체 중 건강보험 예산을 제외한 예산 계획 중 보건복지부(2015. 12.) 공개 자료에서 확인할 수 있는 내용으로 구성하여 보건의료 전체 예산액과 합이 차이가 날 수 있음.

자료: 보건복지부(2015). 2016년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. pp.11-22, 65-75(보건의료부문 예산 운용 계획 내용을 재구성).

2017년 보건복지부의 예산(안)에서도 비슷한 문제가 발견된다. 2017년 보건복지부 소관 예산에 대한 보건복지위원회의 예비심사검토보고서에서 환자안전 관련 예산은 ‘의료기관 안전 및 질 관리’ 사업의 한 부분으로 편성되어 있다(보건복지위원회, 2016, pp.144-146). 구체적으로 살펴보면 ‘환자안전 관리체계 구축 사업’ 명목으로 35억 5900만 원이 편성

되었는데 이는 2015년, 2016년에는 없었던 예산이다. 그러나 기존에 R&D 사업의 일부로 편성되어 있던 18억 원의 예산이 2017년에 편성되어 있지 않아 실제 증액은 17억 원 정도이다. 더욱이 보고·학습시스템 구축 예산 외에 의료기관 재정 지원 등과 같은 다른 예산이 편성되어 있지 않아 여전히 예산 측면의 문제는 지속적으로 제기될 것으로 보인다.

3. 의료기관인증제도 현황 및 한계

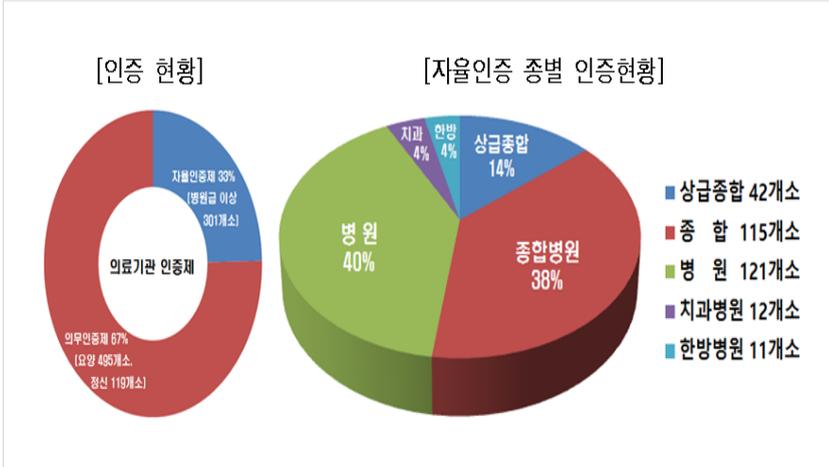
환자안전법 시행 이전 정부 차원의 정책적 접근은 2010년 의료 질 향상과 환자안전을 목표로 시작된 의료기관인증제도 외에는 거의 없었다(이상일, 2013, p.15). 제도 시행 초반에는 의무가 아닌 의료기관이 자율적으로 신청하는 것이었다가 2013년부터 요양병원과 정신병원은 의무적으로 평가를 받도록 하였다. 그러나 그 외 병원급 의료기관은 여전히 자율적으로 인증을 신청할 수 있어 대다수 의료기관이 인증에 참여하지 않고 있고 의원급은 평가 대상에 포함되어 있지 않아 제도의 실효성에 대한 문제가 제기되고 있다.

2016년 1월을 기준으로 자율인증제 대상 의료기관 중 286개, 의무평가 대상 기관인 요양병원 중 942개만이 인증을 획득하였다.³⁾ 자율인증제 대상 의료기관은 2015년 301개보다 감소하였고 요양병원은 2015년 495개보다 증가하였으나⁴⁾ 인증 획득 기관이 전체 요양병원의 70%에도 미치지 못하고 있으며 자율인증제 대상 의료기관 중 병원급 의료기관(치과병원과 한방병원 포함)의 참여율이 현저하게 낮다(그림 2-1 참조).

3) 의료기관평가인증원. 보도자료(2016. 2. 22.). 인증의료기관, 전국에 1,372개소.

4) 의료기관평가인증원. 보도자료(2015. 4. 6.). 인증의료기관, 전국 900개소 넘어섰다.

[그림 2-1] 의료기관인증 획득 의료기관 현황(2015년 4월 보도자료 기준)



자료: 의료기관평가인증원, 보도자료(2015. 4. 6.). 인증의료기관, 전국 900개소 넘어섰다.

4. 기존 관련 제도 현황과 정보 연계 문제

환자안전법 시행 이전에는 의료서비스 제공 과정 전반에서 발생할 가능성이 있는 환자안전사건을 공유하고 이를 통하여 학습할 수 있도록 하는 외부 보고시스템이 없었다. 환자안전과 관련 있는 감시체계 또는 보고 체계라고 볼 수 있는 한국혈액안전감시체계, 전국병원감염감시체계, 의약품이상사례시스템 등이 운영되고 있었으나 환자안전사건 전반을 총괄적으로 관리하는 시스템은 없었고(이상일, 2013, p.17), 더욱이 이들 제도는 ‘학습’과 ‘공유’ 기능을 갖고 있지 않아 ‘보고·학습시스템’으로써 기능하기 어렵다. 더 큰 문제는 향후 환자안전 전반을 포괄하는 ‘보고·학습 시스템’이 구축되어 운영될 때, 기존에 운영하던 이들 시스템 내 정보를 어떻게 연계할 것인가이다. 상호 시스템 간 정보 공유가 가능하도록 구축

되지 않을 경우 의료기관 입장에서는 같은 업무를 중복해서 해야 하는 상황이 발생하여 이 또한 부담으로 여길 수 있다. 결국 ‘환자안전 보고·학습 시스템’의 활성화를 위해 이러한 문제를 해결할 수 있는 방안을 마련해야 한다.

5. 환자안전 법제도 사각지대 의료기관 문제

의료기관이 환자안전위원회를 설치하고 환자안전 전담인력을 배치해야 하는 기준이 환자안전법상 종합병원 또는 200병상 이상의 병원급 의료기관으로 명시되어 있다. 이로 인해 200병상 미만 소규모 의료기관과 의원급 의료기관은 환자안전의 사각지대에 놓일 가능성이 높다.

의료기관의 수용성이나 법·제도 시행 초기 행정적 편의성을 고려할 때 일면 이해가 가지만 문제는 이 기준에 대한 객관적 근거가 미흡하다는 것이다. 즉, ‘200병상 이상’이라는 기준과 ‘종합병원 전체’라는 기준이 이들 병원에서 발생하는 환자안전사고가 더 많거나 더 심각해서라는 근거가 부족하다. 이 기준은 환자안전법 이전에 시행되던 다른 법령의 기준을 참고하였을 가능성이 크다.⁵⁾

법 적용 의료기관과 전체 의료기관을 숫자로 파악하면 <표 2-3>과 같다. 종합병원을 제외하고 대부분의 의료기관은 환자안전법 일부 법 조항에서 제외되고 있음을 알 수 있다. 이들 의료기관이 실제로 종합병원보다 환자안전 문제가 적을까? 그렇다고 확인하기는 어렵다. ‘2015년 의료분쟁 조정·중재 통계’의 보건의료기관 종별 조정·중재 접수 현황에 따르면 2015년 기준 상급종합병원은 335건(19.8%), 종합병원은 479건(24.2%),

5) 중환자실을 운영하는 200병상 이상의 병원급 의료기관 또는 종합병원은 의료법상 감염병 관리위원회와 감염관리실을 설치해야 함. 의료사고예방위원회의 경우 종합병원 이상일 경우 설치하도록 ‘의료사고 피해구제 및 의료분쟁 조정 등에 관한 법률’에 명시되어 있음.

의원급 의료기관(의원, 치과의원, 한의원)은 531건(31.2%)으로 종합병원급 의료기관이 아닌 의료기관에서 신청한 건도 적지 않다.

이 통계를 고려하지 않더라도 최근 의원급 의료기관에서 발생한 여러 건의 C형 간염 집단 감염을 보더라도 이들 기관의 환자안전 문제를 고려해야 함을 알 수 있다. 게다가 의원급 의료기관은 일반 국민들이 쉽게, 자주 접하는 곳이기 때문에 더욱 그러하다.

〈표 2-3〉 환자안전위원회 설치 의무와 전담인력 배치 의무 적용 의료기관 현황

(단위: 개, %, 진)

구분	종합병원	병원	치과병원	한방병원	요양병원	의원	합계
법 적용 의료기관 수	339	300	0	1	340	0	980
전체 기관 수	341	1,519	222	285	1,416	60,899	64,682
법 적용 의료기관 비중	99.4 ¹⁾	19.7	0.0	0.4	24.0	0.0	1.5
의료분쟁 조정·중재 접수 건수	745	357	15	8	38	528	1,691

주: 1) 종합병원 전체가 법 적용 대상이나 위 표의 현황 중 법 적용 기관 수는 의료기관평가인증원이 건강보험심사평가원의 2016년 6월 말 의료기관 정보 기준으로 분류한 것을 인용하였고 전체 기관 수는 2016년 9월 기준 정보로 분류한 것이어서 차이가 있음.

자료: 1) 보건복지부, 의료기관평가인증원(2016). 2016년 환자안전법 운영 매뉴얼. p.7.

2) 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템 홈페이지 의료통계정보(<http://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapMdclRcStatsInfo.do>에서 2016. 10. 24. 인출)

3) 한국의료분쟁조정중재위원회(2016). 2015년도 의료분쟁 조정·통계 연보. p.92.

4) 서제희. (2016b). 중소병원 및 일차의료기관의 환자안전 현황과 정책과제. p.87.

위의 네 가지 자료를 바탕으로 재구성.

제2절 의료기관의 환자안전 현황과 인식 분석

의료기관의 환자안전 현황은 문헌 고찰 및 양적·질적 조사, 전문가 자문의 방법을 이용하여 정리하였다.

1. 법 시행 전 의료기관의 환자안전 현황과 문제점: 선행연구 고찰

가. 환자안전활동 현황

환자안전활동은 국가, 지방자치단체, 보건의료기관, 보건의료인, 환자 및 환자의 보호자가 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위하여 행하는 모든 활동을 의미한다(환자안전법 제2조 제2항). 환자안전법 시행 전 개별 의료기관의 이와 같은 부분에 대하여 실태 조사는 거의 이루어지지 않았으나 신현희, 정석훈, 유제웅(2015) 조사연구에서 일부 내용을 확인할 수 있다.

환자안전위원회가 설치된 의료기관은 전체 조사 대상 의료기관의 91.4%에 해당하였고, 종합병원의 97.5%, 상급종합병원의 100%에 환자안전위원회가 설치되어 있어 병상 규모가 클수록, 상급병원일수록 환자안전위원회가 있는 비율이 높았다(표 2-4 참조).

〈표 2-4〉 의료기관 병상 규모에 따른 환자안전위원회 유무

구분		상급종합	종합병원	병원	전체
병상 규모	환자안전위원회	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
30~150 병상	있음	-	2(100.0)	10(71.4)	12(75.0)
	없음	-	0(0.0)	4(28.6)	4(25.0)
	계	-	2(100.0)	14(100.0)	16(100.0)
151~300 병상	있음	-	11(100.0)	11(78.6)	22(88.0)
	없음	-	0(0.0)	3(21.4)	3(12.0)
	계	-	11(100.0)	14(100.0)	25(100.0)
301병상 이상	있음	22(100.0)	26(96.3)	3(100.0)	51(98.1)
	없음	0(0.0)	1(3.7)	0(0.0)	1(1.9)
	계	22(100.0)	27(100.0)	3(100.0)	52(100.0)

주: 환자안전위원회와 동일한 명칭이 아니더라도 환자안전위원회 역할을 수행하는 조직이 있을 경우 환자안전위원회로 간주.

자료: 신현희, 정석훈, 유제웅(2015). 의료기관의 환자안전활동 현황조사와 환자안전 활성화 방안. pp.49-50(보고서 내용을 재구성). 서제희(2016a) p.12. 재인용.

전체 조사 의료기관의 62.4%에서 환자안전 업무를 담당하는 인력이 다른 업무와 겸직을 하고 있었고 병상 규모가 작을수록 환자안전 업무와 다른 업무를 겸직하는 비율이 높았다(표 2-5 참조).

〈표 2-5〉 의료기관 병상 규모에 따른 환자안전 전담인력 겸직 여부

병상 규모	구분	상급종합	종합병원	병원	전체
	겸직 여부	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
30~150 병상	함	-	2(100.0)	11(78.6)	13(81.3)
	하지 않음	-	0(0.0)	3(21.4)	3(18.7)
	계	-	2(100.0)	14(100.0)	16(100.0)
151~300 병상	함	-	9(81.8)	9(64.3)	18(72.0)
	하지 않음	-	2(18.2)	5(35.7)	7(28.0)
	계	-	11(100.0)	14(100.0)	25(100.0)
301병상 이상	함	13(59.1)	13(48.2)	1(33.3)	27(51.9)
	하지 않음	9(40.9)	14(51.8)	2(66.7)	25(48.1)
	계	22(100.0)	27(100.0)	3(100.0)	52(100.0)

주: 환자안전 업무와 다른 업무를 겸직하는 인력은 다른 부서의 업무와 환자안전 업무를 병행하여 수행하는 인력을 의미.

자료: 신현희, 정석훈, 유제웅(2015). 의료기관의 환자안전활동 현황조사와 환자안전활동 활성화 방안. pp.40-41(보고서 내용을 재구성). 서제희(2016a) p.13. 재인용.

환자안전인력에 대한 교육은 병상 규모에 상관없이 81.7%가 실시하였다고 응답하였으며, 환자안전지표는 병상 규모와 관계없이 대부분의 의료기관에서 있었고, 병상 규모가 클수록 환자안전지표가 있는 비율이 높았다(표 2-6 참조).

환자안전 보고체계는 병상 규모에 상관없이 있는 것으로 보이며(표 2-7), 300병상 이하 의료기관의 경우 최초 보고자를 간호사로 하는 비율이 높고, 301병상 이상의 의료기관에서는 의사, 간호사, 행정직원을 최초 보고자로 지정하는 경우가 많았다.

40 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-6〉 의료기관 규모별 환자안전인력 교육 및 지표

(단위: 빈도, %)

구분		30~150병상		151~300병상		301병상 이상		전체	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
교육 실시 여부	함	12	(75.0)	18	(72.0)	46	(88.5)	76	(81.7)
	하지 않음	4	(25.0)	7	(28.0)	6	(11.5)	17	(18.3)
환자안전 지표 유무	있음	12	(80.0)	22	(95.6)	50	(98.0)	84	(94.4)
	없음	2	(13.4)	1	(4.4)	1	(2.0)	4	(4.5)
	지표 있지만 활용하지 않음	1	(6.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.1)

주: 무응답은 결측치 처리함.
 자료: 신현희, 정석훈, 유제웅(2015). 의료기관의 환자안전활동 현황조사와 환자안전 활성화 방안. pp.35-64.

〈표 2-7〉 의료기관 규모별 환자안전사고 보고체계

(단위: 빈도, %)

구분		30~150병상		151~300병상		301병상 이상		전체	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
보고체계 유무	있음	16	(100.0)	24	(96.0)	52	(100.0)	92	(98.9)
	없음	0	(0.0)	1	(4.0)	0	(0.0)	1	(1.1)

주: 무응답은 결측치 처리함.
 자료: 신현희, 정석훈, 유제웅(2015). 의료기관의 환자안전활동 현황조사와 환자안전 활성화 방안. pp.35-64.

나. 환자안전에 대한 인식

김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015)이 의료기관 종사자 대상으로 ‘병원안전’에 대한 인식을 조사한 연구에서 병원의 안전 정도에

6) 환자안전이 제품, 기관 및 절차와 관련하여 발생하는 모든 문제를 내포하고 있으나 실제 안전 문제는 많은 부분 제품이나 기술 자체와 구분하기 어려워 환자안전 현황 조사를 대상 장소(병원)를 중심으로 조사하였다.

대하여 설문한 결과, 종사자의 평균 점수는 5.6이었다(만점 10점).⁷⁾ 한국 보건의료연구원(2015) 연구에서 환자안전법을 인지하고 있는 의료기관 종사자는 33.5%에 불과하였다.

병원안전사고의 주요 발생 원인으로 인력 부족을 가장 많이 응답하였고, 그다음으로 안전관리시스템 미흡(12.1%), 부주의(11.1%) 등을 주요 원인으로 인식하였다. 종사자를 대상으로 병원의 안전을 개선하기 위한 효과적인 방안을 설문한 결과, 예산 투입이 가장 효과적이라는 응답이 51.4%였다. 다음으로 교육 확충(20.3%), 사회적 공감대 마련(12.6%), 관련법 제정(10.1%) 등으로 응답하였다(표 2-8 참조).

〈표 2-8〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안

구분	전체		의사		간호사		약사	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
관련법 제정	45	(10.1)	7	(6.5)	27	(9.8)	11	(19.3)
교육 확충	90	(20.3)	23	(21.5)	57	(20.7)	8	(14.0)
예산 투입	228	(51.4)	53	(49.5)	147	(53.5)	25	(43.9)
사회적 공감대 마련	56	(12.6)	20	(18.7)	26	(9.5)	10	(17.5)
기타	25	(5.6)	4	(3.7)	18	(6.5)	3	(5.3)
계	444	(100.0)	107	(100.0)	275	(100.0)	57	(100.0)

주: 김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015)의 병원안전 개선 방안 설문조사 결과 재구성.
자료: 김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015). 이용자 및 종사자의 병원안전 인식도 조사연구. p.104.

병원안전 개선을 위한 노력 주체 설문 결과, 의사(25.2%)와 병원 경영자(24.5%)를 가장 중요한 주체로 생각하였고, 의사의 경우 의사(31.8%)와 간호사(21.0%)를, 간호사의 경우 병원 경영자(25.0%)와 간호사(23.6%)를 중요한 주체로 간주하였으며 약사는 병원 경영자와 의사를 주

7) 이용자의 평균 점수는 3.7이고, 이용자가 병원을 더 안전한 곳으로 인식하고 있었다.

42 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

요 주체로 인식하였다(표 2-9 참조).

〈표 2-9〉 병원안전 개선 노력 주체

구분	종사자							
	전체		의사		간호사		약사	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
의사	229	(25.2)	68	(31.8)	127	(22.2)	32	(28.3)
간호사	194	(21.3)	45	(21.0)	135	(23.6)	13	(11.5)
보건복지부	162	(17.8)	36	(16.8)	95	(16.6)	28	(24.8)
병원 경영자	223	(24.5)	43	(20.1)	143	(25.0)	35	(31.0)
환자/보호자	90	(9.9)	19	(8.9)	67	(11.7)	2	(1.8)
대중매체	12	(1.3)	3	(1.4)	6	(1.0)	3	(2.7)
계	910	(100.0)	214	(100.0)	573	(100.0)	113	(100.0)

주: 김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015)의 병원안전 개선 방안 설문조사 결과 재구성.
 자료: 김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015). 이용자 및 종사자의 병원안전 인식도 조사연구. p.59, 107.

다. 환자안전문화

환자안전문화는 환자안전 문제에 대해 환자안전을 강조하는 리더십, 효율적 의사소통을 통한 팀워크, 정책과 절차, 효율과 인력 관리, 사건 보고 등을 강조하는 개념이라고 할 수 있다(김숙경, 이해정, 오익금, 2010, p.57).

정연이, 박일태, 이순교, 최윤경(2015)의 연구에서 긍정응답 비율을 산출하여 국내의 환자안전문화 현황과 국외의 결과를 비교했다. 국내의 환자안전문화 측정 결과 부서 내에서의 팀워크가 82%로 12개 차원 중에서 가장 높았으며, 이는 인증 병원과 미인증 병원 모두 부서 내에서의 팀워크가 가장 높으며 국외 결과에서도 유사했다. 국내 결과에서 가장 낮은

차원은 직원 배치(27%)와 오류에 대한 비처별적인 대응(28%)이었다. 직원 배치는 미국 55%, 대만 39%, 네덜란드 59%, 스코틀랜드 45% 등 비교 대상인 모든 국가에서 국내보다 점수가 높았다. 오류에 대한 비처별적인 대응도 국내 결과보다 현저히 높았다. 또한 조직학습-지속적 개선, 환자안전을 위한 경영진의 지원도 국외보다 낮은 편이었다(표 2-10 참조).

〈표 2-10〉 환자안전문화 국내외 연구결과 비교

(단위: 긍정응답 %)

구분	국내			미국	대만	네덜란드	스코틀랜드
	인증병원	미인증병원	계				
1. 부서 내에서의 팀워크	82	79	82	81	94	85	73
2. 직속상관/관리자의 기대&행동	74	71	73	76	83	63	65
3. 조직학습-지속적 개선	60	53	59	73	84	47	64
4. 환자안전을 위한 경영진의 지원	55	45	53	72	62	60	38
5. 환자안전에 대한 전반적인 인식	67	62	66	66	65	49	56
6. 오류에 대한 피드백과 의사소통	76	71	75	67	59	52	45
7. 의사소통의 개방성	58	57	57	62	58	68	54
8. 사건 보고 빈도	68	64	67	66	57	36	56
9. 부서 간의 협조체계	56	49	55	61	72	28	39
10. 직원 배치	25	30	27	55	39	59	45
11. 인수인계와 환자 이동	54	51	53	47	48	42	32
12. 오류에 대한 비처별적 대응	27	29	28	44	45	66	44

주: 1) 국내: 2015년 인증 병원 28개 1,327명, 미인증 병원 13개 414명, 총 41개 1,741명의 조사 결과를 분석함.

2) 미국: 2014년, 미국 내의 653개 병원 405,281명 조사.

3) 대만: 2006년 1월~2008년 2월, 대만 내의 42개 병원 788명 조사.

4) 네덜란드: 2005년 6월~2007년 12월, 네덜란드의 45개 병원 3,779명 조사.

5) 스코틀랜드: 2009년 스코틀랜드 내의 6개 National Health Service(NHS) acute 병원 1,866명 조사.

자료: 정연이, 박일태, 이순교, 최윤정(2015). 의료기관인증과 환자안전문화에 대한 인식. p.52.

2. 의료 제공자의 환자안전 관련 인식: 초점집단인터뷰(FGI)

의료 제공자의 의료기관 환자안전 수준과 환자안전활동 경험, 관련 법·제도에 대한 인식 조사 결과는 ‘환자안전 전담인력 배치의 어려움’, ‘환자안전법 시행 후 의료기관 내 변화와 그 의미’, ‘의료기관의 환자안전 증진을 위한 개선 방안’ 등으로 제시하였다.

가. 인터뷰 대상 특성

인터뷰 참여자는 의료기관에 종사하는 간호사로 총 8명이었고 병원 근무 경력은 9~24년으로 다양하였다. 참여자 중 5명은 종합병원, 3명은 요양병원에 근무하였으며 근무하는 병원의 병상 규모는 200병상 이상이 4명, 300병상 이상이 2명, 500병상 이상이 1명, 700병상 의료기관이 1명이었다. 참여자 모두 현재 환자안전과 관련된 업무를 하고 있었으며 과거 의료 질 관리(QI) 업무 경험이 있는 경우는 4명이었다(표 2-11 참조).

〈표 2-11〉 의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 참여자 특성

구분	의료기관 구분	병상 규모	현재 담당 업무	과거 QI 업무 경험	경력
A	종합병원	200병상 이상	환자안전	없음	18년
B	종합병원	200병상 이상	환자안전	없음	14년
C	종합병원	200병상 이상	환자안전	있음	24년
D	종합병원	700병상 이상	환자안전	있음	9년
E	종합병원	500병상 이상	환자안전, QI	있음	32년
F	요양병원	300병상 이상	환자안전, QI	없음	25년
G	요양병원	200병상 이상	환자안전	없음	20년
H	요양병원	300병상 이상	환자안전, QI	있음	23년

나. 인터뷰 결과 분석 내용

1) 환자안전 전담인력 배치 관련 문제

환자안전법 시행 이후 종합병원 또는 200병상 이상 의료기관에서는 환자안전 전담인력을 배치해야 하는데, 요양병원이나 규모가 작은 병원은 인력 수급과 간호등급의 문제로 겸직을 하거나 서류상으로만 환자안전 전담인력을 배치하는 경우들이 발생하기도 한다. 이러한 현상은 병원 경영진의 환자안전에 대한 태도에 따라 병원마다 다르게 나타난다. 전담인력 배치로 인한 비용 문제에 민감할 경우에는 인력 채용에 소극적이고, 환자안전의 중요성에 대하여 인지하고 환자안전활동을 한 후 개선됨을 경험한 경우에는 병원 경영진이 인력에 투자를 한다.

“저도 겸임을 하고 있는 게 있고요. 지금 수술실에서 액팅하고 있고... (중략)...원장님이 추천해서 들어가긴 했는데 지금 어려움이 상당히 있고요. 겸임을 해야 되니까.”

“수가 문제가 걸리니까 아무래도 이게 비용하고 관련된 부분이라서 안 뽑아주더라구요. 감염처럼 수가로 가면 부서가 생길 것 같은데.”

“저희는 QI하시는 지표 관련 분하고 QI만 하시는 분 한 분 있고 저는 환자안전하고 CP 개발 쪽... (원장님이) QI나 감염 쪽으로 인력 투자를 많이 했는데 효과를 많이 보셔서 투자를 과감하게 하는 편이예요. 감염도 두 사람으로 충원하시고.”

환자안전 전담인력과 관련하여 또 다른 쟁점은 법에서 규정한 환자안

전 전담인력의 역할이 모호하다는 것이다.

*“환자안전 전담자에 대한 역할이 좀 더 명확해야 되는데 너무 두루
뭉술해요. (환자안전 하위법령상)…(중략)…여러 가지 하위법령이 있
잖아요”*

2) 환자안전법 시행 후 변화

환자안전법 이후 의료기관에서 발생한 특이한 현상 중 하나는 근접오류 보고가 증가한 것과 직종 간 갈등이 생긴 것이다. 이는 환자안전 관련 사고 발생 시 과오를 피해 가기 위하여 사전에 방어적으로 신고하여 나타난 현상으로 보인다.

가) 근접오류 보고 증가

이전에는 근접오류에 대한 보고가 많지 않았는데 보고가 늘어났고, 의사의 보고가 늘어난 것이 특징이다. 이러한 현상은 자신을 보호하기 위하여 다른 사람이 하기 전에 자신이 보고하는 것일 수 있다.

“저희는 근접오류가 굉장히 많이 늘어났어요. 유해 사건보다 근접오류. 환자안전법에서 처벌 규정은 없지만 이 환자가 이것에 대해 소송을 했을 때 규정을 지키지 않았을 때 (문제가 될 수 있으니 미리 보고를 하는)…(중략)…(그래서 보고가) 늘고 있어요”

나) 의료기관 내 직종 간 갈등 조성

업무의 특성상 의사의 경우 간호사의 오류를, 간호사의 경우 약제팀 약사의 오류를, 약사의 경우 의사의 오류를 발견하기 어렵지 않기 때문에 서로 책임을 회피하려고 할 경우, 서로의 오류를 적극적으로 보고하는 것으로 인하여 보고 건수가 늘어나고 이로 인해 직종 간 갈등이 생기는 문제가 발생하기도 한다.

“간호 파트에서 약이 잘못 올라오거나 한 걸 다 근접오류로 보고하는 거예요....(중략)... (병원 내) 약국에 조심스럽게 가서 이런 일이 있었다고 하는데 (병원 내) 약국에서 발끈한 거죠. 아니 이걸 근접오류를 낸 거예요? 그럼 나도 앞으로 병동에서 하는 거 다 낼 거예요. 이렇게 된 거예요.”

3) 의료기관의 환자안전 증진을 위한 개선 방안

가) 의료진에 대한 교육과 전 직원 교육 필수

안전한 진료환경을 조성하기 위해서는 진료를 담당하는 의료진의 인식이 변화되어야 하며, 인식 변화를 위해서는 환자안전의 전반적인 사항에 대한 교육이 필요하다. 교육 대상은 의료진을 포함한 전 직원이 되어야 하며, 면담 참여자들은 실무자 대상의 교육뿐 아니라 병원 운영의 주요한 의사결정을 통해 진료문화에 영향을 미치는 경영진 대상의 교육이 필요하다고 언급하였다.

“요양병원은 필수교육이 있어야 해요. 필수교육 안에 환자안전 전반

적인 내용들을 넣어서...

“그런 프로그램이. 간호사만 교육하지 말고, 진료부장님도 가셔야 되고, 원장님도 가셔야 되고.”

나) 보다 적극적인 법적 보호 장치 마련 필요

환자안전법상 의료기관에서 보고하는 정보에 대하여 기밀성을 보장한다고 되어 있지만 실제 의료기관에서 근무하는 종사자들은 기밀성 보장만으로는 적극적으로 보고하기 어렵다고 말한다. 기밀성 보장 외에 비처벌성에 대한 보다 적극적인 제도적 장치가 마련되어 있지 않을 경우 사실대로 보고를 하지 않거나 축소해서 보고할 가능성이 높다는 것이다.

“사실 제가 하고 싶은 이 말이 제가 여기를 오게 만든 거거든요. 법적인 보호 관련 부분인 거예요... (중략)... (공공의료기관의 경우) 국회의원들이 요구하는 자료가 원내 안전사고 건수, 그리고 이것에 대한 개선 활동, 그리고 피해자들에 대해서 어떤 조치를 했는지까지 다 원하는 상황... (중략)... 그게 얼마나 이슈화되기 좋아요? 안 그래도 환자들은 병원에서 우리는 약자야, 우리는 의료사고 나도 아무도 몰라 이런 생각을 갖고 있는데 ... (중략)... 반드시 (보고 내용과 보고자가) 보호되지 않으면 ... (중략)... 절대 활성화될 수 없다고 생각해요.”

다) 보고·학습시스템 운영 기관의 전문성 제고

보고·학습시스템이 활성화되기 위해서는 의료기관에서 자발적으로 보고를 하는 것도 중요하지만 보고를 통해 축적된 데이터를 잘 활용하는 것도

중요하다. 축적된 데이터를 분석하여 의미를 도출하고 이를 전체 의료기관과 공유하고 개선 활동을 하는 것이 환자안전 법·제도의 핵심이라 할 수 있다. 그러므로 보고·학습시스템을 운영하는 조직은 전문성을 갖춰야 한다.

“인증원에서 보고를 받는데, 이분들이 피드백하고 분석을 하고 이것에 대한 내용을 발표하시는 이분들이 전문교육을 받은 전문인력인지...(중략)...전문인력이 아닌 분들이 분석해서 잘못되면 더 큰 문제가 될 것 같은 거예요.(통계값) 이상하게 피드백을 주거나 이상하게 공표가 돼서 통계값을 이상하게 활용하면 안 되잖아요.”

라) 재정적 지원 필요

환자안전에 대한 경영진의 투자를 확대하기 위해서는 규제뿐 아니라 인센티브가 필요함을 제시하였다.

“(감염예방관리료 수가 생긴 후) 감염관리 간호사 한 명을 뒤 봤자 1년 연봉이 그것 몇 배가 나오더라고요.”

제3절 의료 이용자의 환자안전 경험과 인식 분석

1. 의료 이용자의 환자안전 관련 경험 및 인식: 선행연구 고찰

가. 환자안전 관련 경험

환자의 환자안전과 관련된 경험과 인식을 파악하기 위하여 김재영, 황

은애(2014)가 시행한 연구에 따르면⁸⁾ 최근 1년 이내 본인과 가족이 외래/입원 시 의료오류를 경험했다고 응답한 경우는 18.2%였으며 종합병원이 21.5%, 대형병원이 20.5%, 병원급이 21.4%로 높았다(표 2-12 참조).

〈표 2-12〉 최근 이용한 의료기관에 따른 의료오류 경험 유무

(단위: 명, %)

구분	전체	의료오류 경험 있음		의료오류 경험 없음	
		N	(%)	N	(%)
보건소	35	7	(20.0)	28	(80.0)
동네의원급(치과, 한의원 포함)	605	99	(16.4)	506	(83.6)
병원급(전문병원, 요양병원 포함)	140	30	(21.4)	110	(78.6)
종합병원(100개 병상 이상)	93	20	(21.5)	73	(78.5)
대형병원(대학병원, 상급종합병원)	127	26	(20.5)	101	(79.5)
계	1,000	182	(18.2)	818	(81.8)

주: 의료오류란 “의료 제공 과정에서 착오나 실수 등으로 의료서비스가 잘못 제공되는 것”을 의미함.
 자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.77.

최근 1년 이내 본인과 가족이 외래/입원 시 의료사고를 경험했다고 응답한 경우는 5.2%였으며 병원급이 7.9%, 동네의원급이 5.1%로 높은 편으로 의원급에서의 의료오류 경험은 낮았으나 의료사고 경험은 상대적으로 높았다(표 2-13 참조).

나. 환자안전 관련 인식

한국소비자원(2014)의 조사에서 국내 의료기관 전반의 환자안전 관리

8) 최근 1년 이내 국내 의료기관을 이용한 경험이 있는 서울 및 6대 광역시에 거주하는 20~70대 성인 남녀 1000명을 대상으로 조사한 연구로 주요 조사 내용은 환자안전 관련 경험과 인식, 우리나라의 환자안전 관련 제도 인식, 우리나라의 환자안전 관리체계, 환자 안전 확보 방안 등이다(김재영, 황은애, 2014, pp.69-71).

수준에 대해 관리 수준이 ‘매우 높다’ 2.0%, ‘대체로 높다’ 22.6%, ‘대체로 낮다’ 39.2%, ‘매우 낮다’ 12.1%로 ‘낮다’고 인식하는 경우가 50% 이상이었다(김재영, 황은애, 2014, p.86). 관리 수준이 낮은 이유는 병원의 환자안전 필요성 인식 부족이 34.7%로 가장 높았고, 환자안전 문화 및 의식 부족이 18.4%, 환자안전을 위한 법·제도 미흡이 17.5%로 환자안전 관리 수준이 낮은 이유로 병원의 인식과 법·제도를 꼽았다(표 2-14 참조).

〈표 2-13〉 최근 이용한 의료기관에 따른 의료사고 경험 유무

(단위: 명, %)

구분	전체	의료사고 경험 있음		의료사고 경험 없음	
		N	(%)	N	(%)
보건소	35	2	(5.7)	33	(94.3)
동네의원급(치과, 한의원 포함)	605	31	(5.1)	574	(94.9)
병원급(전문병원, 요양병원 포함)	140	11	(7.9)	129	(92.1)
종합병원(100개 병상 이상)	93	4	(4.3)	89	(95.7)
대형병원(대학병원, 상급종합병원)	127	4	(3.1)	123	(96.9)
계	1,000	52	(5.2)	948	(94.8)

주: 의료사고란 “의료 제공 과정에서 생명·신체의 피해 발생(상해, 질병 등)이 발생하는 것”을 의미함.
자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.79.

〈표 2-14〉 의료기관의 전반적인 환자안전 관리 수준이 낮은 이유

(단위: 명, %)

구분	N	(%)
병원의 환자안전 필요성 인식 부족	307	(34.7)
환자안전 문화 및 의식 부족	163	(18.4)
환자안전을 위한 법·제도 미흡	155	(17.5)
국가의 관리감독 소홀	114	(12.9)
병원의 운영여건 열악	80	(9.0)
환자 및 소비자의 환자안전 요구 미흡	65	(7.4)

자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.86.

52 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

최근 이용한 의료기관의 환자안전 확보 수준에 대한 조사 결과 ‘우수하다(매우 우수 또는 우수)’ 35.3%, ‘미흡하다(매우 미흡 또는 미흡)’ 39.4%, ‘잘 모르겠다’ 25.3%로 미흡하다는 응답이 높았고, ‘잘 모르겠다’는 응답도 높은 편이었다. 최근 이용한 의료기관 종류에 따른 환자안전 확보 수준 인식은 대학병원과 종합병원을 이용한 경우 우수하다는 인식이 각각 46.5%, 41.9%로 높은 편이었고, 병원과 동네의원을 이용한 경우 미흡하다는 인식이 40% 이상으로 의료기관에 따라 차이가 나타났다(표 2-15 참조).

〈표 2-15〉 최근 이용한 의료기관에 따른 환자안전 확보 수준 인식

(단위: 명, %)

구분	계	우수함		미흡함		잘 모르겠음	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
보건소	35	12	(34.3)	14	(40.0)	9	(25.7)
동네의원급(치과, 한의원 포함)	605	189	(31.4)	245	(40.5)	170	(28.1)
병원급(전문병원, 요양병원 포함)	140	53	(37.9)	57	(40.7)	30	(21.4)
종합병원(100개 병상 이상)	93	39	(41.9)	33	(35.5)	21	(22.6)
대형병원(대학병원, 상급종합병원)	127	59	(46.5)	45	(35.4)	23	(18.1)
계	1,000	353	(35.3)	394	(39.4)	253	(25.3)

자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.80.

다. 의료기관 내 환자안전 확보 방안에 대한 인식

김재영, 황은애(2014)의 연구에서 의료기관 내 환자안전 확보를 위한 정책적 과제의 필요성에 대해 조사한 결과, 국가의 관리감독 강화가 ‘매우 필요하다’는 인식이 52.7%로 제일 높았고 환자안전 기준 마련과 병원의 준수가 46.2%, 병원의 환자안전 확보를 위한 국가적 지원이 43.8%, 환자안전에 대한 병원 평가와 인증이 43.6%로 높았다(표 2-16 참조).

〈표 2-16〉 의료기관의 환자안전 확보를 위한 과제별 필요성 인식

(단위: 명, %)

구분	매우 필요		필요		필요 없음		전혀 필요 없음		잘 모르겠다	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 기준 마련과 병원의 준수	462	(46.2)	431	(43.1)	17	(1.7)	4	(0.4)	86	(8.6)
국가적 지원	438	(43.8)	440	(44.0)	241	(24.1)	14	(1.4)	68	(6.8)
국가의 관리감독 강화	527	(52.7)	382	(38.2)	29	(2.9)	3	(0.3)	59	(5.9)
위험요인 발생 시 정보의 수집분석제공	423	(42.3)	415	(41.5)	62	(6.2)	5	(0.5)	95	(9.5)
병원 평가와 인증	436	(43.6)	418	(41.8)	56	(5.6)	5	(0.5)	85	(8.5)
의료인과 환자 대상 학습과 교육	392	(39.2)	411	(41.1)	81	(8.1)	15	(1.5)	101	(10.1)

자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.89.

김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015)도 의료기관 이용자를 대상으로 병원안전 인식에 대해 조사하였는데,⁹⁾ 병원안전 개선을 위하여 중요성이 높은 항목은 ‘의료인의 교육 훈련 확대’였고, ‘법과 규칙’, ‘심각한 병원안전사고 공개’ 순이었다. 그리고 병원안전 문제를 개선하기 위한 노력 주체에 대한 설문 결과는 병원 경영자 31.4%, 보건복지부 30.1%로 나타났다(김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진, 2015, pp.81-82). 이는 국가의 관리감독 강화 및 지원, 제도 개선에 대한 필요성을 크게 인식하고 있는 것으로 볼 수 있다.

환자안전 위험요인이 발생했을 때 병원이 이에 대해 보고하기 위한 선결 과제로는 환자안전 중시 문화 및 분위기 확산이 47.6%로 가장 높았으며, 병원 및 보고자에 대한 비밀보장이 21.8%로 높았다(표 2-17 참조).

9) 2015년 서울 소재 병원급 이상 5개 의료기관의 이용자와 종사자를 대상으로 조사하였으며, 의료 이용자는 병원에 입원한 지 3일 이상 된 만 19~69세의 환자 및 보호자를 대상으로 조사하였고, 환자 278명, 보호자 204명 등 488명이 응답하였다(김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진, 2015, p.33, 62).

54 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-17〉 환자안전 위험요인 발생 시 의료기관 보고를 위한 과제

(단위: 명, %)

구분	N	(%)
환자안전 증시 문화 및 분위기 확산	865	(47.6)
병원 및 보고자에 대한 비밀보장	396	(21.8)
보고 우수병원에 대한 인센티브 제공	227	(12.5)
보고 장려를 위한 병원 예산 지원	170	(9.4)
보고자에 대한 처벌 감면	158	(8.7)
기타	2	(0.1)

주: 중복 응답임(n=1,818).
 자료: 김재영, 황은애(2014). 의료서비스 소비자 안전 개선방안연구. p.90.

위험요인이 발생했을 때 모든 병/의원이 보고가 필요하다고 응답한 경우는 62.3%였고, 일정 규모 이상의 병원급 이상이 23.2%, 환자안전이 시급히 요구되는 병원(요양병원, 정신병원 등)이 8.7%, 대학병원이 5.8%로 모든 의료기관이 보고의 대상이 되는 것이 바람직하다는 의견이 다수였다(김재영, 황은애, 2014, p.91).

라. 환자안전 관련 제도에 대한 인식과 경험

김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진(2015)의 연구에서 병원에서 안전 문제나 의료 사고 발생 시에 어떤 법이나 규칙이 적용되는지 알고 있는지에 대해 조사하였을 때 응답자의 16.5%만이 '알고 있다'고 응답하였다. 또한 환자안전법이 통과된 것을 알고 있다는 응답도 14.4%로 현재 환자안전 관련 제도에 대한 인식이 전반적으로 낮은 편이라는 것을 알 수 있다(김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진, 2015, p.85). 의료기관 선택 시 의료기관평가제도를 이용한 경험이 있다고 응답한 경우도 34.3%¹⁰⁾로 환자안전 관련 제도에 대한 인식과 경험이 낮은 편임을 알 수 있었다(김재영, 황은애, 2014, p.84).

2. 의료 이용자의 환자안전에 대한 인식: 초점집단인터뷰(FGI)

의료 이용자의 환자안전 관련 경험과 인식 조사 결과는 ‘국내 의료기관 환자안전 수준에 대한 의료 이용자의 인식 정도’, ‘치료 과정에서의 환자 안전 문제 경험’, ‘의료기관 이용 시 환자안전 문제 발생 우려 정도와 이유’, ‘환자안전 문제 발생 시 환자-의료진 상호 대응 경험’, ‘환자안전을 위한 요건 및 제도 개선의 필요성’으로 구성되었다. 또한 인터뷰 내용은 암 질환에 대한 본인 또는 보호자로서의 경험에만 국한하지 않고, 환자안전과 관련된 모든 질환과 의료기관 이용 경험을 포함하였다.

가. 인터뷰 대상 특성

인터뷰 참여자는 총 7명(남자 3명, 여자 4명)이었고, 평균 연령은 49.0세였다. 환자와의 관계에서는 본인이 암 경험자인 경우는 5명, 부모님이 암 경험자인 경우는 3명이었다(표 2-18 참조).

〈표 2-18〉 의료 이용자 대상 초점집단인터뷰 참여자 특성

구분	암 치료 경험	암 종류/병기	발병시기	현재 상태	암 치료 방법	거주 지역
A	본인	대장암/2기	2014년	추적관찰	수술	서울
B	본인	대장암/4기	2015년	추적관찰	수술, 항암, 고주파	서울
C	부모님	췌장암/2기	2015년	치료 중	수술, 방사선	서울 (환자: 전주)

10) 조사 대상자 중 의료기관평가제도에 대해 ‘알고 있다’는 응답이 20.7%였고, 알고 있는 응답자 중 의료기관 선택 시 의료기관평가제도를 이용한 경험이 있다고 응답한 경우가 34.3%임(김재영, 황은애, 2014, p.84).

56 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

구분	암 치료 경험	암 종류/병기	발병시기	현재 상태	암 치료 방법	거주 지역
D	본인	유방암/2기	2013년	치료 중	수술, 방사선, 항암	서울
E	본인	유방암/3기	2016년	치료 중	수술, 항암	서울
F	부모님	방광암/2기	2011년	치료 중	수술, 방사선	서울
G	부모님	폐암/4기	2016년	치료 중	항암	서울

주: 대상자 F는 본인도 췌장암으로 치료를 받았으며 추적관찰 중임.

나. 인터뷰 결과 분석 내용

1) 국내 의료기관 환자안전 수준에 대한 의료 이용자의 인식 정도

가) 의료기관 선택과 이용 시 환자안전 미고려

인터뷰에 참여한 대부분의 의료 이용자들은 의료기관 선택과 이용 시, 물리적 접근성과 해당 분야의 유명한 의료진 여부, 병원의 인지도를 고려하는 반면, 환자안전은 고려하지 않았다.

“저는 유명한 병원이기도 하고, 집이랑 가깝기도 하고... 교통이 제일 중요요.”

“저는 췌장암에 걸려서 수술을 받았거든요. 수술을 하기로 정해졌으니까, 수술 명의를 찾게 되죠. 손놀림이 좋으신 분을 찾아야 되니까.”

나) 의사와의 의사소통 부재 또는 부족

의료기관에서 진단 및 수술을 받은 환자들은 현재 본인의 질병 상태와 향후 치료 계획에 대한 의사의 불충분한 설명과 그로 인해 생기는 불안감을 언급했다.

“저는 이번에 수술을 했어요. 수술한 입장에서는 주치의 선생님의 한마디가 되게 기다려지잖아요. …(중략)… 간호사실에 가서 물어보면 그분들도 선생님의 스케줄을 몰라요. …(중략)… 이런 게 불안한 거죠.”

“환자는 지금 내가 뭘 해야 될 때라는 걸 정확하게 모르는 거예요. 그리고 선생님마다 병원마다 진단이나 치료가 다 다르기 때문에 매뉴얼도 없고… 저희는 의사가 시키는 대로 할 수밖에 없는 약자거든요.”

한편, 의사들이 진단 결과와 치료 계획을 환자에게 설명하는 과정에서 이해하기 어려운 의학용어 및 전문용어를 사용하고, 그에 대한 구체적인 설명을 하지 않는 등 일 방향적인 의사소통을 한다고 지적하였다.

“저는 의료용어에 대해서 잘 모르잖아요. …(중략)… 무슨 종양이다’ 이런 얘기를 할 때도 ‘이게 악성이다’ 이런 설명이 없었어요. 그런데 집에 와서 그 용어를 찾아보니까 엄청 심각한 거예요. 그런 것들이 되게 속상했어요.”

다) 요양병원의 시설 및 환경 관리 문제

요양병원에 입원한 경험이 있는 환자들은 요양병원의 부족한 간호인력과 적절하지 않은 시설 관리, 청결하지 않은 위생 상태 등 전반적인 상황에 불만을 가지고 있었고, 이에 대한 개선의 필요성을 언급하였다.

“제가 요양병원에도 입원했었는데, 250병상 이상은 크지 않습니까. 그 정도 병상인데도 밤이 되면 간호사 선생님은 한 명, 조무사 세 명 내지 네 명이에요.”

“저도 요양병원에 입원해 봤었는데, 요양병원 다인실에는 장기로 입원하는 사람들이 굉장히 많아요. …(중략)… 보호자는 왔다가 바로 가야 되고, 그런 곳에서 환자들이 생활하는 거고…”

라) 환자안전법 제정에 대한 미인지

연구진은 참여자들에게 환자안전법 제정과 그 시행 사실을 알고 있는지, 현재 시행되고 있는 법 내용에 대한 의견을 공유하였다. 대부분의 참여자들은 법 제정 사실을 모르고 있었고, 환자들이 직접적으로 제도에 참여하기에는 어려움이 있다고 했다.

“법이 이미 만들어진 거예요? 그런데 이걸 저희들한테 알려준 사람이 없고, 저희는 모르는데…”

“환자하고 환자 보호자가 이걸(환자안전사고 보고서) 작성하는 거잖아요. 뒤에 ‘사고 발생 당시의 상황에 대한 육하원칙’ 이걸 수술하다

사고가 났으면, 알 수 있는 방법도 없고... 실제로 치료를 목적으로 병원에 있는 환자가 직접적으로 관여하기는 쉽지 않을 것 같은 데...”

2) 치료 과정에서의 환자안전 문제 경험

가) 진단 및 시술 과정에서의 부작용 발생

대형 병원에서 진단 검사를 받은 환자는 동일 병원 내에서도 진료과 간에 검사의뢰 내용이 공유되지 않고, 사전에 환자의 진단제 부작용 정보도 기록되지 않는 등 환자의 임상 정보 전달이 제대로 이루어지지 않은 상황에 대한 불만을 토로하였다.

“제가 최근에 흉부 CT 촬영을 했어요. 그런데 그때 CT 조영제 부작용을 처음 겪었어요... (중략)... 그 다음 한 달쯤 뒤에 검사를 또 했어요... (중략)... 다른 CT인 줄 알고 갔던 거예요. 그런데 똑같은 부작용이 또 나왔어요... (중략)... 일주일 후에 종양내과 선생님을 만나서 보더니 ‘똑같은 CT 왜 두 번 찍으셨어요?’ 하더라고요. 종양내과에서 오터를 냈는데 유방외과에서 또 오터를 내서 오터가 중첩이 됐다는 거예요.”

또 다른 참여자는 자녀의 피부과 시술 과정에서 부작용이 발생한 적이 있었고, 의료분쟁조정위원회에 중재를 의뢰하려고 했으나 주변의 만류 때문에 신고하지 않았다고 했다.

“저도 큰애가 의료사고였어요. 고등학생 여자아이인데, 피부과에서

레이저 시술로 제모를 했는데...레이저 과다 투여로 여기에 화상을 입은 거예요. 그때 의료분쟁위원회라는 걸 들어본 적이 있었기 때문에 그렇게 할까 했는데 주변에서 말려서..."

나) 수술 시행 관련 의료 오류

한 참여자는 대형 병원에서 자녀의 질병에 대해 수술이 필요하다는 진단을 받았고, 입원 후 수술 준비를 다 마친 상태였는데, 하루 전날 수술을 하지 않아도 된다는 병원 측의 일방적인 통보를 받은 경험이 있었다.

"우리 아들이 중이염을 오래 앓아서...(중략)...수술을 해야 된다고 해서 입원까지 해서 전날 저녁에 머리를 다 밀고 수술 부위를 볼펜으로 다 표시하고... 그리고 수술 전날에 내과에서 검사를 하잖아요. ...(중략)... 검사를 하니깐 그렇게 할 정도가 아니라서 안 해도 된다는 거예요. 무슨 세상에 이런 경우가 다 있냐고."

또 다른 환자는 초기 단계의 암 진단을 받았고, 수술을 시행하기로 예정된 전날에 한 의사를 통해 심각한 수술이라는 잘못된 수술 정보를 제공 받은 경험을 진술하였다. 결과적으로는 의사의 의무기록 판독 오류로 밝혀졌으나, 이러한 작은 실수 하나에 의해 환자는 더욱 큰 불안과 초조함을 가지고 수술을 받아야 했고, 이는 병원에 대한 신뢰가 떨어지는 계기가 되었다.

"검진을 받다가 S자 결장암이 발견돼서, 큰 병원으로 가서 조직검사를 받았는데, 진단하신 분이...(중략)...절제만 하면 된다고, 크게 걱정 안 해도 된다고 했어요. 근데, 저녁에 항문을 옆구리로 빼야 한다

고 하더라고요. …(중략)… 너무 황당해서 다시 알아보라고.. 근데 나중에 다시 전화가 오더라고요. 미안하다고 차트를 잘못 봤다고, 번복을 하더라고요. 그걸 듣고 수술을 들어갈 생각을 하니깐 밤새 잠을 못 잤어요. 수술실 들어갈 때도 내가 다시 깨어날 수 있는지도 의문스럽고, 차트를 잘못 읽어서 수술도 제대로 했는지도 고민스럽고.”

다) 진료 과정에서 감염성 질환의 감염

자녀를 둔 두 명의 참여자들은 과거에 있었던, 자녀의 병원 내 감염 경험을 언급했다. 두 사례 모두 병원 내 감염이라도 단정 지을 수 없는 상황이지만, 위생 및 환자 관리 소홀 등 병원 내 감염 위험성을 의심하고 있었다.

“저희 큰애가 3개월 때부터 중이염을 앓아서 저희 동네에서는 큰 병원을 다녔어요. …(중략)… 진료를 기다리고 있었는데, 병원에 조금 별긋별긋한 애가 있더라고요. (진료 후) 일주일 정도 지나니까 애가 38~39도가 넘어가는 고열 상태가 된 거예요. 놀라서 병원에 돌아다녔더니 홍역이더라고요. 병원에서 감염됐던 것 같아요.”

“우리 아기 낳았을 때, 동네병원에서 출산을 했는데, 애가 빈 호흡이라고 해서 인큐베이터에 들어가야 된다고 하더라고요. 그래서 다른 소아아동병원까지 갔어요. 거기서 치료를 받고 퇴원을 했는데, 퇴원하자마자 애가 이상해서 가까운 큰 병원에 갔더니 장염에 걸렸다는 거예요. 이전 병원에서 뭘 잘못 먹었나, 위생적으로 문제가 있었나, 추측만 하지 그것에 대한 조치를 취하지는 못하잖아요. 그냥 의심… 완치돼서 왔는데 하루 만에 애가 이상해져서 병원 이동한 거…”

라) 환자 식별 오류로 인한 잘못된 주사제 투여

감기로 한 의원을 방문한 참여자는 주사실에 여러 환자를 한꺼번에 대기시키는 과정에서 환자를 일일이 확인하지 않고, 주사실로 안내하면서 잘못된 주사제를 투여받은 경험이 있다고 했다.

“저는 작년 말에 몸살에 걸려서 병원에 갔는데, 병원에 사람이 참 많더라고요. 진료받으니까 주사 한 대 맞고 가라고 해서 맞고 가려는데 뒤에 사람이 ‘저 독감예방주사 맞으러 왔다’고 하더라고요. 간호사가 ‘네?’ 하길래, 제가 나가다가 ‘제가 맞은 게 뭐냐’고 물어봤더니 독감예방주사라고...”

마) 의약품 처방전 발행 오류

병원의 의약품 처방전 발행 오류가 있었는데, 약국의 중재로 처방전을 재발행받은 경험이 있었던 참여자는 그 상황을 통해서 약사 조제료의 필요성을 느꼈다고 했다.

“예전에 약국에서 약사가 처방전을 보더니 확인 좀 해야겠다고 하더니 병원으로 전화를 걸더라고요. 다시 올라가 보시라고 해서 병원에 갔더니 처방전을 다시 해 주더라고요. 약이 뭔가 잘못된 것 같았어요. 그래서 그 약은 안 먹었습니다.”

바) 환자안전에 대한 긍정적 경험

일부 참여자들은 진료과 간 협진을 통한 종합적·체계적인 진료와 환자

의임상 상태와 치료 정보를 충분히 제공 받은 경험들을 통해 의료기관을 신뢰하게 되었다.

“장인어른이 작년에 췌장암 수술을 들어가는데…종합병원이라서 그런지, 협진이라는 게 참 좋더라고요. 췌장암 수술을 하기로 했다가 심장 기능이 떨어져 있다고 해서 일단 스톱시키고 심장 쪽 협진 들어가서 그거 치료하고 예전에 어깨 탈골된 거 치료하고…(중략)… 췌장암도 수술 잘 끝나고…(중략)…지금 완치 상태로 가고 있는데, 관련된 문제의 과들이 다 모여서 회의를 하는 그 자리에 보호자를 부르더라고요. 회의하는데 중간중간에 궁금한 거 있으면 얘기하시라고… 물어보시라고 하면서 참석을 시켜주신 적이 있어서 그때는 사실 내용은 들어도 잘 모르겠는데 일단 안심이 되더라고요. 과마다 신경 써서 얘기하는 부분들이…”

암 수술을 받은 환자들은 신체뿐만 아니라 심리적으로도 상당히 약해져 있는 상태이다. 이때, 의료진과 환자의 상호작용, 특히 의사와 환자 간 적극적인 의사소통은 환자의 심리적 안정감과 의료기관에 대한 신뢰감을 형성하는 데 중요한 요인이 되고 있었다.

“제가 입원한 병원은 진짜 환자 중심이구나. 인간 중심이구나, 이런 걸 느꼈어요. 종양외과 교수님들은 크리스마스, 연말, 휴일 전부 회진을 하시는 거예요. 누가 연휴에 안 쉬고 싶겠어요. 공휴일에 나와서 환자 체크하고, 그리고 항암을 받으면 고통스러울 거 아닙니까, 와서 손을 잡아주면서 어떻게 물어보고… 물론 간호사들이 알아서 체크해 났겠지만, 한 가지 완화제라도 더 해 주라고 지시하고…너무 좋은 점만 보였어요.”

3) 의료기관 이용 시 환자안전 문제 발생 우려 정도와 이유

가) 의료기관의 환자안전에 대한 불충분한 설명

병원 내에서 낙상을 비롯한 시설안전 문제, 그리고 병원 내 감염과 같은 환자안전에 관하여 충분한 교육과 설명이 이루어지지 않았으며, 주로 서면으로 된 공지를 통해 정보 제공이 이루어지고 있었다.

“연세 많이 드신 분한테는 설명을 해 줄지 모르겠는데…병원의 시설, 여기는 뭐가 있고, 데리고 다니면서 얘기해 주시더라고요. 그런데 낙상이나 안전은…”

“프린트한 거 주고, 화장실에 붙어 있고…”

나) 의사 1인당 많은 환자 수로 인한 실수 및 오류 발생 가능성

참여자들은 의료기관 이용 시 의사 1인당 많은 환자 수, 그로 인한 짧은 진료시간과 의사의 불충분한 정보 제공 등이 환자안전 문제를 발생시킬 수 있다고 우려하였다.

“대형 병원은 환자를 다섯 명 정도씩 스크린에 띄워놓잖아요. 그거 볼 때마다 그런 생각을 해요. (의사들이) 뒤에 환자들이 계속 대기하는 거 아니까 마음이 쫓기겠다는 생각이 들고, 의사들이 많은 사람들을 상대하다 보니까 헛갈리지 않을까라는 생각이 들어요. 내가 이 병원에 온 이유, 증상이라든지 충분히 얘기한 건지도 불안하고, 의사 선생님은 제대로 들었을까. 짧은 시간, 규정된 시간 지키면서 가야 되는. 그래서 형식적인 부분들…”

한편, 한 참여자는 의사의 수술 당일 컨디션이 수술 성공 여부에 큰 영향을 미친다는 생각에 수술 당일에 집도 의사의 전체 수술 건수와 자신의 수술 순서까지 걱정하였다.

“저는 채장암에 걸려서 수술을 받았거든요. …(중략)… 선생님의 손놀림이 되게 중요한데, 너무 바쁘지 않았으면 좋겠다, 그날 수술이 몇 개가 있는데 내가 첫 번째로 했으면 좋겠다, 이런 생각을 해요. 마지막에서는 선생님이 장시간 서서 해야 하는데 피곤할 것 같고, 그래서 나는 마지막이 아니었으면 좋겠다, 이런 계산을 스스로 하죠.”

다) 수술 및 진료 과정에서의 대리 의료행위

일반적으로 환자들은 자신의 질병 상태와 치료에 대한 정보를 제공한 의사에게 의료서비스를 받을 것이라고 생각한다. 그러나 실제 의료 현장에서는 상담 의사가 아닌 다른 의사, 즉 ‘대리 의사(surrogate doctor)’를 통해 시술 및 처치를 받았다고 했다.

“위내시경을 했는데 수면을 안 했었거든요. …(중략)… 굉장히 힘들더라고요. 그런데 끝났다 싶었는데, 웬 사람이 오더니 ‘이제 할까요?’ 하더라고요. ‘무슨 소리냐, 했다’고 하니까, 옆에 있는 사람한테 ‘네가 했니?’ 하더라고요. 제 느낌으로는 내가 연습 상대가 된 게 아닌가…그 느낌이 들어서, 그때 생각한 게 대리 시술이라고 해야 되나요? 대리 의료인이라고 해야 되나요?”

또한 간호조무사의 업무에 대한 규정이 있음에도 불구하고, 간호인력이 부족한 요양병원에서 간호보조인력에 의해 여러 가지 처치가 이루어

지고 있는 상황을 우려하였다.

“요양병원에 있어 봤는데, 제가 알기로는 간호사 선생님이 아니면 주사를 못 놓는 걸로 알고 있거든요. 그런데 거의 간호조무사들이 주사를 놓는단 말입니다. 간호조무사가 혈당이나 혈압 재는 건 괜찮은데, 링거 주사 주고, 이런 건 불안하죠. 병원 생활을 오래 하다 보니까 알고 있죠. 간호사 선생님들은 차트만 정리해요. 조금 개선돼야 할 것 같아요.”

라) 통제하지 않는 환자 보호자 문제

병원 다인실에 장기로 입원한 경험이 있는 참여자들은 면회객들로 인한 소음뿐만 아니라 음식물 반입으로 인한 냄새 등으로 정신적인 스트레스가 크다고 지적하였다.

“병원에 있을 때 한 가지 불편한 점이 뭐냐면, 환자 보호자들이 음식 벌여놓고 떠들고, 통제가 안 되죠. 이것 때문에 스트레스 받아서 못 있어요. 항암 받을 때 한 시간 동안 휴게실에 가든지 지하실에 가서 뱅뱅 돌다가...거기에서 나는 스트레스 받아서 정신과 치료도 받았어요.”

마) 요양병원 다인실의 환자 미분류 입원

일부 요양병원에서는 입원 환자들을 유사 질환으로 분류하여 입원실에 배정하는 것이 아니라 다양한 질병의 환자들을 구분 없이 동일 병실에서 생활하도록 하였다. 이로 인하여 생기는 환자들의 불편함과 감염을 우려하였다.

“요양병원에서 제일 안 좋았던 점이 대장암 환자들은 화장실을 자주 가야 되잖아요. 폐가 안 좋은 사람은 기침을 계속하잖아요. 같은 과 별로 각각 분류해야 되는데 환자가 섞여 있어요. 그건 굉장히 안 좋아요. 병원 크기에 따라서 그러기에는 어려움이 있겠죠. 그런데 최소한 비슷한 사람들을 모아놔야 되거든요. 그런데 폐암 환자, 대장암 환자…섞여 있었어요. 환자 입장에서는 서로 되게 미안한 거예요.”

4) 환자안전 문제 발생 시 환자-의료진 상호 대응 경험

가) 과오에 대한 의료기관의 무반응

참여자들은 병원에서 발생한 의료진의 실수 및 오류에 대해서 병원 측에서 잘못을 인정하지 않고, 회피하거나 오히려 문제의 발생을 환자의 잘못으로 돌린다고 했다.

“다음 진료에 와서 ‘선생님 무슨 이런 일이 다 있냐, 어떻게 큰 병원에서 이런 일이 있을 수 있냐’고 했더니 피식 웃고 말아요. 말 한마디도 안 하더라구요. 그래서 제가 그 길로 그 병원을 끊고…”

“저는 조영제 부작용이 전혀 없었던 상태인데 병원에서 처음 한번 겪고, 놀란 상태에서 이번에 또 한번 겪었다고 했더니, 잘못했다는 말은 절대 안 해요. 자기네 실수를 인정하는 게 아니라 저더러 왜 말하지 않았내요. 굉장히 억울하고 화가 났었어요.”

나) 의료사고에 대한 환자의 무대응

의료과실 또는 의료사고가 발생했을 때, 치료를 받기 위해 병원을 이용하는 환자가 직접적으로 문제에 관여하기 어려울 뿐만 아니라 해결 절차와 방법을 알지 못하기 때문에 대응을 포기하는 경우가 많다고 했다.

“환자들 입장에서 그냥 그러려니 받아들이는 감이 없지 않아 있어요. 우리 애가 병원에서 감염된 상태인데 그걸 누구한테 책임을 물을 수도 없고.”

“저희도 고소할까 별생각을 다 했어요. 근데, 너무 무지해서 그런지 어떻게 해야 할지... 어떤 사람은 병원비 잘못 나온 거 가지고도 따져서 오히려 몇 십만 원을 받아낸 사람도 있더라고요. 안 그래도 진짜 이걸 인터넷에 올려서 선생님 이름까지 거론해서 망신을 줄까 그런 생각도 했는데 막상... 못 했어요.”

또한 환자들은 병원 내에서 발생한 의료사고에 대하여 의료기관을 상대로 의료분쟁을 진행하더라도 공정하게 중재될 것이라는 기대를 하지 않고 있었다.

“의료분쟁위원회라는 데 신고를 하려고 해도 어차피 위원회 사람들도 의사들이고, 의사 손을 들어주지, 환자 손을 들어주는 비율이 굉장히 낮다는 거예요. 그래서 주변에서 하나 마나 하다고 하더라고요.”

5) 환자안전을 위한 요건 및 제도 개선의 필요성

가) 의료기관 민영화 추진 반대

참가자들은 지속적으로 논의되고 있는 의료기관 민영화 추진을 지적하였다. 의료기관 민영화가 도입되면 과잉 진료가 늘어나게 될 것이며, 결과적으로는 의료사고 발생도 함께 증가하게 될 것이라는 의견이다.

“민영화 추진하려고 정부에서 하잖아요. 저는 그건 반대예요. 지금도 선생님하고 얼굴 마주 보고, 몇 분 말하기도 바쁜데...그런 식으로 한다고 하면 저희 같은 환자는 지금보다 더 열악할 수밖에 없잖아요. 선생님은 선생님대로 스트레스가 있을 것이고.”

나) 대형 병원의 환자 집중 현상 분산

참여자들은 환자가 대형 의료기관으로 집중되는 현상을 막고, 의사 1인당 환자 수 배정을 줄이는 것이 의료사고를 줄이고, 환자안전 수준을 높이는 선행 요건으로 보고 있었다.

“대형 병원으로 환자가 몰리는 걸 분산시키는 게 현실적인 대안이지, 그걸 그대로 놔두고 안전, 안전 하는 건 앞뒤가 안 맞는 게 아닌가 생각이 들어요. 근본적으로 그게 되지 않으면...안전보다는 진료가 바쁘지 않을까?”

다) 환자안전 제도 홍보 및 단체 구성의 필요성

참여자들은 환자안전법 시행에 대한 정보가 환자들에게 전달되지 않았

다는 지적을 하였다. 따라서 제도에 대한 적극적인 홍보가 필요할 뿐만 아니라, 서비스를 제공하는 의료인 중심이 아닌 환자들로 구성된 시민 단체 또는 지역사회 단체를 통해 환자의 입장을 대변해야 한다고 했다.

“이런 법을 시행하고 있다고 말씀하셨는데…(중략)…이런 걸 병원에 서 적극적으로 홍보하고, 외부 단체나 기관에서…그러니까 어떤 단체에서 지속적으로 관리를 하면서 결과에 대해서도 대부분의 사람들이 알 수 있게 많이 알려주고 홍보하는 게 필요하다고 생각해요.”

라) 병원 내 감염 방지 노력 필요

최근에 발생한 메르스(중동호흡기증후군) 사태를 비롯하여 병원 내에서 일어난 여러 집단 감염 사고들을 접하면서 참여자들은 병원 내 감염 방지 노력이 필요하다고 언급하였다.

“감염병 구분이 굉장히 힘들지 않나. 지난 메르스 때도 마찬가지였고…지금 OO병원은 아직도 열 있는 사람은 입구가 달라요. 다른 큰 병원도 그렇고, 이런 구분이 필요할 것 같아요.”

마) 의료기관 간 연계체계 개선

의원 및 중소 병원에서 진료를 받는 과정에서 응급 상황 발생으로 인하여 상위 의료기관으로 전원해야 하는 상황에 대하여, 한 참여자는 의료기관 간 특히, 의원 및 중소 병원과 대형 병원 간 유기적인 연계체계 강화를 제시하였다.

“문제가 생길 때 중소 병원하고, 큰 병원하고 연계체계가 잘돼 있으면…그게 좀 아쉬웠어요. 동네에 큰 병원들도 있었는데, 거기가 다 꽉 찼다는 거예요. 제가 일산에 살았는데 다른 지역의 병원까지 갔어요. 큰 병원도 주변에 분명히 있었어요. 그런데 자기 환자들에게 우선이 있다는 거예요. 자리가 분명히 있었던 것 같아요. 두 병원이 있었는데 분명히 있었다. 그런데 안 받아준 것 같다 해서…저는 몸이 안 좋으니까 남편이 화가 났더라고요.”

제4절 환자안전 사각지대 의료기관 현황 분석

환자안전법의 환자안전위원회 설치 및 운영 조항과 환자안전 전담인력 배치 조항은 종합병원과 200병상 이상의 의료기관이 적용 대상이다. 따라서 이 조항의 적용 대상이 아닌 200병상 미만의 병원급 의료기관과 일차의료기관은 환자안전의 사각지대에 놓일 우려가 있다. 이에 이 연구에서는 200병상 미만 병원급 의료기관과 의원급 의료기관을 대상으로 환자안전 현황을 파악하고자 의료기관 대상의 전화 설문을 시행하였다. 설문 영역은 환자안전활동 현황, 환자안전에 대한 인식, 환자안전문화로 구성하였으며, 200병상 미만 의료기관 284개, 의원급 의료기관 300개의 응답 결과를 분석하였다.

1. 200병상 미만 병원의 환자안전 현황 분석: 설문조사

가. 일반적 사항

분석 대상 의료기관은 총 284개 기관으로, 병원 종별로는 병원 167개 (58.8%), 요양병원 95개(33.5%), 한방병원과 치과병원은 22개(7.7%)가

포함되었다. 이 중 의료기관평가인증원의 인증을 획득한 기관이 총 133개(46.8%)였으며, 인증을 획득한 의료기관의 비율은 병원(24%)보다 요양병원(90.5%)에서 많았다. 응답한 의료기관의 병상 규모는 100병상 이상 200병상 미만이 171개(60.2%), 100병상 미만이 113개(39.8%)였으며, 병원의 경우 100병상 미만과 이상의 비율이 유사하였으나, 요양병원의 경우 응답한 기관 중 100병상 미만이 13.7%(13개), 100병상 이상 200병상 미만이 86.3%(82개)였다.

〈표 2-19〉 일반적 사항: 응답기관 특성

(단위: 명)

구분		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
계		284	(100.0)	167	(58.8)	95	(33.5)	22	(7.7)
인증 획득 여부	1주기인증획득	112	(39.4)	30	(18.0)	78	(82.1)	4	(18.2)
	2주기인증획득	12	(4.2)	6	(3.6)	4	(4.2)	2	(9.1)
	1,2주기인증획득	9	(3.2)	4	(2.4)	4	(4.2)	1	(4.5)
	해당 없음	151	(53.2)	127	(76.0)	9	(9.5)	15	(68.2)
병상 규모	100병상 미만	113	(39.8)	83	(49.7)	13	(13.7)	17	(77.3)
	100 ~ 199병상	171	(60.2)	84	(50.3)	82	(86.3)	5	(22.7)

주: 1) 의료기관 구분은 건강보험심사평가원의 전국 병원 및 약국 데이터셋(2015. 4.)의 종별 구분을 주로 따르되, '병원'으로 등록된 의료기관 중 전화 설문 시 기관 분류를 '요양병원, 한방병원, 치과병원'으로 응답한 경우는 이를 반영하였음.

2) 의료기관인증 획득 여부는 '의료기관평가인증원의 인증 획득 여부'를 의미함.

3) 병상 규모는 건강보험심사평가원의 전국 병원 및 약국 데이터셋(2015. 4.)의 허가 병상 수를 기준으로 분류하였음.

자료: 전국 병원 및 약국 데이터셋(2015. 4.). 건강보험심사평가원.

응답자의 직종 구성은 간호사가 34.2%(97명), 행정직원이 65.1%(185명)였으며, 그 외에 의료기사 등의 직종이 응답하였다. 응답자 중 67.3%(191명)가 환자안전 담당자였으며, 간호사 중 환자안전 담당자의 비율(81.4%)이 행정직원 중 환자안전 담당자의 비율(60.0%)보다 높았다. 근

무부서는 행정실, 병동, 간호행정 관련, 외래, 의료질관리실 순으로 많았으며, 간호사의 경우는 병동(43.3%)이, 행정직원의 경우 행정실(93.0%)이 가장 많았다. 조사에 응답해 준 담당자의 연령대는 40대(39.4%)가 가장 많았으며, 응답자의 의료기관에서의 경력은 평균 18.4년이었고, 간호사의 평균 경력은 26.3년, 행정직원의 평균 경력은 14.5년으로 일정 수준 이상의 경력이 있는 종사자가 설문에 응답하였다.

〈표 2-20〉 일반적 사항: 응답자 특성

(단위: 명, %)

구분		전체		간호사		행정직원	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
직종		284	(100.0)	97	(34.2)	185	(65.1)
환자 안전업무 담당 여부	그렇다	191	(67.3)	79	(81.4)	111	(60.0)
	아니다	90	(31.7)	18	(18.6)	71	(38.4)
	모르겠다	3	(1.1)	0	(0.0)	3	(1.6)
근무부서	병동	44	(15.5)	42	(43.3)	1	(0.5)
	외래	12	(4.2)	11	(11.3)	1	(0.5)
	기타 진료 관련 부서	3	(1.1)	2	(2.1)	0	(0.0)
	의료질관리실	8	(2.8)	6	(6.2)	2	(1.1)
	환자안전 전담부서	10	(3.5)	2	(2.1)	8	(4.3)
	감염관리실	1	(0.4)	1	(1.0)	0	(0.0)
	간호행정 관련	26	(9.2)	25	(25.8)	1	(0.5)
	행정실	180	(63.4)	8	(8.3)	172	(93.0)
연령대	20~29세	11	(3.9)	0	(0.0)	11	(6.0)
	30~39세	73	(25.7)	10	(10.3)	61	(33.0)
	40~49세	112	(39.4)	32	(33.0)	80	(43.2)
	50세 이상	88	(31.0)	55	(56.7)	33	(17.8)
		mean	sd	mean	sd	mean	sd
의료기관에서의 경력		18.4	13.3	26.3	14.9	14.5	10.5

- 주: 1) 근무부서 중 '행정실'은 기타 란에 '행정부서', '총무과', '행정실' 등으로 응답한 경우로 정 의하여 분석하였음.
 2) 의료기관에서의 경력은 의료기관에서 근무한 전체 연수로, 현재 재직 중인 기관에서의 근무연수를 의미하는 것은 아님.
 3) 기타 직종(보호사, 의료기사)의 응답은 '전체'에만 포함되어 있으며, 총 2명이므로 따로 제시하지 않았음.

74 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

보고된 환자안전사건 횟수에 대해서는 지난 1년간 보고된 환자안전사건이 없는 의료기관은 129개(45.4%)이며, 1~5회를 보고한 의료기관은 120개(42.3%), 6~10회를 보고한 의료기관은 17개(6.0%), 11~20회를 보고한 의료기관은 12개(4.2%), 21회 이상을 보고한 의료기관은 6개(2.1%)였다.

〈표 2-21〉 지난 1년 동안 보고된 환자안전 관련 사건 수

(단위: 횟수, %)

구분	계		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
없다	129	(45.4)	87	(52.1)	30	(31.6)	12	(54.5)
1~5회	120	(42.3)	66	(39.5)	47	(49.5)	7	(31.8)
6~10회	17	(6.0)	8	(4.8)	7	(7.4)	2	(9.1)
11~20회	12	(4.2)	4	(2.4)	8	(8.4)	0	(0.0)
21회 이상	6	(2.1)	2	(1.2)	3	(3.2)	1	(4.5)
계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)

주: '2015년 1년 동안 보고된 환자안전사고(사건)는 몇 건입니까?' 라는 질문에 대한 응답임.

나. 환자안전법 인지 정도

의료기관 종별로 환자안전법 인지도를 분석한 결과 병원보다 요양병원에서 잘 알고 있다고 응답한 비율이 높았으며(각 31.8%, 43.9%), 의료기관 종별과 인증 여부를 함께 고려할 때, 미인증 병원보다 인증 병원에서 '잘 알고 있다', '아주 잘 알고 있다'고 응답하는 비율이 높았다(표 2-22 참조).

〈표 2-22〉 환자안전법 인지: 의료기관 종별·인증 여부별

(단위: 개, %)

구분	병원			요양병원						
	전체		미인증	인증		미인증	인증			
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
전혀 모른다	1	(0.9)	1	(1.2)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
모른다	9	(8.4)	8	(9.8)	1	(4.0)	1	(1.8)	0	(0.0)
대략적으로 알고 있다	63	(58.9)	49	(59.8)	14	(56.0)	31	(54.4)	7	(87.5)
잘 알고 있다	32	(29.9)	23	(28.1)	9	(36.0)	22	(38.6)	1	(12.5)
아주 잘 알고 있다	2	(1.9)	1	(1.2)	1	(4.0)	3	(5.3)	0	(0.0)
계	107	(100.0)	82	(100.0)	25	(100.0)	57	(100.0)	8	(100.0)

주: 유효 응답(N=181) 중 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 제시하지 않음.

다. 환자안전활동 현황

환자안전활동 현황은 환자안전 관련 조직 설치 유무, 전담인력 현황, 교육 현황, 관리지표, 보고체계의 영역으로 구분하여 살펴보았다.

1) 환자안전 조직

조사에 응답한 의료기관 중 환자안전 전담부서를 설치한 의료기관이 34.5%(98개)였으며, 종별로는 요양병원보다 병원에서 환자안전 전담부서가 설치된 비율이 소폭 높았다. 환자안전 전담부서가 없다고 응답한 181개 의료기관 중, 설치계획이 있는 기관은 37개(20.4%)였으며, 설치계획이 없다고 응답한 의료기관의 비율은 요양병원(67.2%), 병원(54.7%), 기타 병원(45.5%) 순으로 나타났다(표 2-23 참조).

병원 내 환자안전위원회가 구성된 의료기관의 비율은 53.5%(152개)로 환자안전 전담부서를 설치한 의료기관의 비율보다 높았다. 의료기관 종별로 살펴보면, 요양병원(66.3%), 병원(47.3%), 기타 병원(45.4%) 순

으로 환자안전위원회가 구성되어 있다고 응답하였다(표 2-23 참조).

〈표 2-23〉 환자안전활동 조직 현황: 의료기관 종별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 전담부서	있음	98	(34.5)	59	(35.3)	29	(30.5)	10	(45.5)
	없음	181	(63.7)	106	(63.5)	64	(67.4)	10	(50.0)
	모름	5	(1.8)	2	(1.2)	2	(2.1)	1	(4.5)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)
환자안전 전담부서 설치계획	있음	37	(20.4)	24	(22.6)	11	(17.2)	2	(18.2)
	없음	106	(58.6)	58	(54.7)	43	(67.2)	5	(45.5)
	모름	38	(21.0)	24	(22.6)	10	(15.6)	4	(36.4)
	계	181	(100.0)	106	(100.0)	64	(100.0)	11	(100.0)
환자안전 위원회	있음	152	(53.5)	79	(47.3)	63	(66.3)	10	(45.4)
	없음	124	(43.7)	82	(49.1)	30	(31.6)	12	(54.6)
	모름	8	(2.8)	6	(3.6)	2	(2.1)	0	(0.0)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)
환자안전 위원회 설치계획	있음	33	(26.6)	20	(24.4)	9	(30.0)	4	(33.3)
	없음	60	(48.4)	40	(48.8)	16	(53.3)	4	(33.3)
	모름	31	(25.0)	22	(26.8)	5	(16.7)	4	(33.3)
	계	124	(100.0)	82	(100.0)	30	(100.0)	12	(100.0)

의료기관인증 여부별로 살펴보면 병원급 인증 병원에서 환자안전 전담 부서를 설치한 비율이 높았고, 전담부서가 없는 경우에 설치계획이 있다고 응답한 비율이 높았다. 그리고 인증 병원의 환자안전 전담부서 설치 비율(57.5%)은 인증을 받은 요양병원의 환자안전 전담부서 설치 비율(30.2%)보다 높았다. 환자안전위원회 설치도 같은 양상을 나타냈으나 종별 차이는 크기 않았다(표 2-24 참조).

의료기관 규모별 환자안전 전담부서 설치 유무는 특별한 경향성을 보

이지 않았다(부록 7, 부표 7-1 참조).

〈표 2-24〉 환자안전활동 조직 현황: 인증 여부별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원				요양병원			
				미인증		인증		미인증		인증	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 전담부서	있음	98	(34.5)	36	(28.4)	23	(57.5)	3	(33.3)	26	(30.2)
	없음	181	(63.7)	89	(70.1)	17	(42.5)	6	(66.7)	58	(67.4)
	모름	5	(1.8)	2	(1.6)	0	(0.0)	0	(0.0)	2	(2.3)
	계	284	(100.0)	127	(100.0)	40	(100.0)	9	(100.0)	86	(100.0)
환자안전 전담부서 설치계획	있음	37	(20.4)	17	(19.1)	7	(41.2)	5	(83.3)	6	(10.3)
	없음	106	(58.6)	54	(60.7)	4	(23.5)	1	(16.7)	42	(72.4)
	모름	38	(21.0)	18	(20.2)	6	(35.3)	0	(0.0)	10	(17.2)
	계	284	(100.0)	89	(100.0)	17	(100.0)	6	(100.0)	58	(100.0)
환자안전 위원회	있음	152	(53.5)	50	(39.4)	29	(72.5)	2	(22.2)	61	(70.9)
	없음	124	(43.7)	72	(56.7)	10	(25.0)	6	(66.7)	24	(27.9)
	모름	8	(2.8)	5	(3.9)	1	(2.5)	1	(11.1)	1	(1.2)
	계	284	(100.0)	127	(100.0)	40	(100.0)	9	(100.0)	86	(100.0)
환자안전 위원회 설치계획	있음	33	(26.6)	17	(23.6)	3	(30.0)	3	(50.0)	6	(25.0)
	없음	60	(48.4)	39	(54.2)	1	(10.0)	1	(16.7)	15	(62.5)
	모름	31	(25.0)	16	(22.2)	6	(60.0)	2	(33.3)	3	(12.5)
	계	124	(100.0)	72	(100.0)	10	(100.0)	6	(100.0)	24	(100.0)

주: 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 제시하지 않음.

2) 환자안전 관련 인력

조사 대상 의료기관 중 환자안전 전담인력이 배치되었다고 응답한 의료기관은 43.3%였으나, 이 중 82.9%의 전담인력이 겸직을 하는 것으로 나타났다. 전담인력이 없는 의료기관 중 22%의 기관에서 전담인력 배치계획이 있다고 응답하였으나, 57.3%의 기관은 배치계획이 없다고 응답하였다. 병원과 요양병원의 응답 경향이 유사하게 나타났다(표 2-25 참조).

78 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-25〉 의료기관 종별 환자안전활동 현황: 전담인력 배치

(단위: 개, %)

구분		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 전담인력 ¹⁾	있음	123	(43.3)	73	(43.7)	42	(44.2)	8	(36.4)
	없음	150	(52.8)	85	(50.9)	51	(53.7)	14	(63.6)
	모름	11	(3.9)	9	(5.4)	2	(2.1)	0	(0.0)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)
환자안전 전담인력의 겸직 여부 ²⁾	있음	102	(82.9)	59	(80.8)	36	(85.7)	7	(87.5)
	없음	20	(16.3)	14	(19.2)	5	(11.9)	1	(12.5)
	모름	1	(0.8)	0	(0.0)	1	(2.4)	0	(0.0)
	계	123	(100.0)	73	(100.0)	42	(100.0)	8	(100.0)
환자안전 전담인력 배치계획 ³⁾	있음	33	(22.0)	21	(24.7)	10	(19.6)	2	(14.2)
	없음	86	(57.3)	48	(56.5)	32	(62.8)	6	(42.9)
	모름	31	(20.7)	16	(18.8)	9	(17.7)	6	(42.9)
	계	150	(100.0)	85	(100.0)	51	(100.0)	14	(100.0)

주: 1) '환자안전 전담인력이 있습니까?'에 대한 응답.

2) 환자안전 전담인력이 있는 123개 의료기관을 대상으로 '배치된 환자안전 전담인력은 다른 업무를 겸직합니까?'에 대한 응답.

3) 환자안전 전담인력이 없는 150개 의료기관을 대상으로 '환자안전 전담인력이 없다면 배치계획이 있습니까?'에 대한 응답.

인증 여부별로 환자안전활동 인력 현황을 살펴보면 병원의 경우 인증 병원에서 환자안전 전담인력이 있다고 응답한 비율이 60%로 미인증 병원의 38.6%보다 높았다. 인증 요양병원의 경우 전담인력을 배치한 경우가 44.2%로 인증 병원보다 낮았다. 환자안전 인력의 겸직 여부는 병원의 경우 인증 병원의 겸직 비율은 58.3%, 미인증 병원의 겸직 비율은 91.8%로 미인증 병원의 경우 전담인력을 배치하였다고 하더라도 대부분이 겸직인 것으로 나타났다. 인증 요양병원의 경우 전담인력이 겸직인 경우가 92.1%로 인증 병원의 겸직 비율보다 약 35% 포인트 높게 나타났다(표 2-26 참조).

의료기관 종별·규모별 인력 현황을 살펴보았으나 요양병원의 경우 100병상 미만의 의료기관 수가 적어서 유의한 결과로 보기 어렵다(부록 7, 부표 7-2 참조).

〈표 2-26〉 의료기관 환자안전 전담인력 배치 현황: 종별·인증 여부별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원				요양병원			
				미인증		인증		미인증		인증	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 전담인력 ¹⁾	있음	123	(43.3)	49	(38.6)	24	(60.0)	4	(44.4)	38	(44.2)
	없음	150	(52.8)	70	(55.1)	15	(37.5)	5	(55.6)	46	(53.5)
	모름	11	(3.9)	8	(6.3)	1	(2.5)	0	(0.0)	2	(2.3)
	계	284	(100.0)	127	(100.0)	40	(100.0)	9	(100.0)	86	(100.0)
환자안전 전담인력의 겸직 여부 ²⁾	있음	102	(82.9)	45	(91.8)	14	(58.3)	1	(25.0)	35	(92.1)
	없음	20	(16.3)	4	(8.2)	10	(41.7)	2	(50.0)	3	(7.9)
	모름	1	(0.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(25.0)	0	(0.0)
	계	123	(100.0)	49	(100.0)	24	(100.0)	4	(100.0)	38	(100.0)
환자안전 전담인력 배치계획 ³⁾	있음	33	(22.0)	16	(22.9)	5	(33.3)	1	(20.0)	9	(19.6)
	없음	86	(57.3)	42	(60.0)	6	(40.0)	2	(40.0)	30	(65.2)
	모름	31	(20.7)	12	(17.1)	4	(26.7)	2	(40.0)	7	(15.2)
	계	150	(100.0)	70	(100.0)	15	(100.0)	5	(100.0)	46	(100.0)

주: 1) '환자안전 전담인력이 있습니까?'에 대한 응답.

2) 환자안전 전담인력이 있는 123개 의료기관을 대상으로 '배치된 환자안전 전담인력은 다른 업무를 겸직합니까?'에 대한 응답.

3) 환자안전 전담인력이 없는 150개 의료기관을 대상으로 '환자안전 전담인력이 없다면 배치계획이 있습니까?'에 대한 응답.

4) 유효 응답(N=284) 중 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 제시하지 않음.

5) 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 인증, 미인증 비교 분석에서 제외함.

3) 환자안전 관련 교육

환자안전 관련 교육은 243개(85.6%)에서 시행하고 있으며, 환자안전 주제에 대하여 직원 대상으로 교육을 시행하는 기관의 비율은 병원보다

요양병원이 높았다. 환자안전 교육을 실시하는 경우 병원 내 여러 직군을 대상으로 하며, 간호사(92.6%), 행정직원(84.4%), 의사(81.5%) 순으로 교육 대상에 포함되는 경우가 많았다(표 2-27 참조).

〈표 2-27〉 환자안전활동 교육 현황: 증별

(단위: 개, %)

구분		전체							
		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 관련 교육 ¹⁾	있음	243	(85.6)	137	(82.0)	87	(91.6)	19	(86.4)
	없음	31	(10.9)	21	(12.6)	7	(7.4)	3	(13.6)
	모름	10	(3.5)	9	(5.4)	1	(1.1)	0	(0.0)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)
교육 대상 ²⁾	의사	198	(81.5)	110	(80.3)	72	(82.8)	16	(84.2)
	간호사	225	(92.6)	124	(90.5)	84	(96.6)	17	(89.5)
	행정직원	205	(84.4)	113	(82.5)	76	(87.4)	16	(84.2)

주: 1) (환자안전법 시행 전) 환자안전 주제에 대하여 직원 대상으로 시행한 교육에 대한 설문입니다. 환자안전 관련 교육을 실시한 적이 있습니까?에 대한 응답.

2) 교육을 시행한 적이 있는 243개 기관을 대상으로 '교육을 시행한 적이 있다면 교육 대상은 누구였습니까?'라는 질문에 대하여 복수 응답을 받음.

3) 교육 대상 중 기타 직종은 제외하였음.

의료기관인증 여부에 따른 교육 현황을 살펴보면 병원과 요양병원 모두에서 의료기관인증을 받은 기관의 교육 시행 비율(95.0%, 93.0%)이 높았다. 교육 대상을 살펴보면 의사의 경우 환자안전 교육을 시행하는 인증 병원의 89.5%, 미인증 병원의 76.8%에서 교육 대상에 포함하였으며, 인증 요양병원의 83.8%, 미인증 요양병원의 71.4%에서 교육 대상에 포함하여 인증 병원과 미인증 병원에서의 편차가 있었다(표 2-28 참조). 의료기관 규모별 교육 시행 여부와 교육 대상 포함 범위는 큰 차이가 없었다(부록 7, 부표 7-3 참조).

〈표 2-28〉 환자안전활동 교육 현황: 인증 여부별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원				요양병원			
				미인증		인증		미인증		인증	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자 안전 관련 교육 ¹⁾	있음	243	(85.6)	99	(78.0)	38	(95.0)	7	(77.8)	80	(93.0)
	없음	31	(10.9)	21	(16.5)	0	(0.0)	1	(11.1)	6	(7.0)
	모름	10	(3.5)	7	(5.5)	2	(5.0)	1	(11.1)	0	(0.0)
	계	284	(100.0)	127	(100.0)	40	(100.0)	9	(100.0)	86	(100.0)
교육 대상 ²⁾	의사	198	(81.5)	76	(76.8)	34	(89.5)	5	(71.4)	67	(83.8)
	간호사	225	(92.6)	90	(90.9)	34	(89.5)	7	(100.0)	77	(96.3)
	행정직원	205	(84.4)	79	(79.8)	34	(89.5)	5	(71.4)	71	(88.8)

- 주: 1) '(환자안전법 시행 전) 환자안전 주제에 대하여 직원 대상으로 시행한 교육에 대한 설문입니다. 환자안전 관련 교육을 실시한 적이 있습니까?'에 대한 응답.
 2) 교육을 시행한 적이 있는 243개 기관을 대상으로 '교육을 시행한 적이 있다면 교육 대상은 누구였습니까?'라는 질문에 대하여 복수 응답을 받음.
 3) 유효 응답(N=284) 중 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 제시하지 않음.
 4) 교육 대상 중 기타 직종은 제외하였음.
 5) 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 인증, 미인증 비교 분석에서 제외함.

4) 환자안전 관리지표

조사에 참여한 의료기관 중 56.7%에서 환자안전 관리지표가 있다고 응답하였다. 종별로는 요양병원(73.7%), 기타(59.1%), 병원(46.7%) 순으로 환자안전 관리지표가 있다고 응답한 기관의 비율이 높았으며(표 2-29 참조), 규모별로는 병상 규모가 큰 기관에서 환자안전 관리지표가 있다고 응답한 비율이 높았다(부록 7, 부표 7-4 참조).

인증 여부별로는 인증받은 병원의 77.5%, 인증받은 요양병원의 75.6%에서 환자안전 관리지표가 있다고 응답하였고, 미인증 병원의 37.0%, 미인증 요양병원의 55.6%에서는 환자안전 관리지표가 있다고 응답하여 병원과 요양병원 모두 인증 병원에서 환자안전 관리지표가 있는 비율은 높았으나 미인증 병원에서의 지표 관리 비율이 낮게 나타났다. 요양병원 중

82 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

인증 병원의 비율이 높고(90.5%) 병원 중 인증받은 비율이 낮음으로 인해(24.0%) 병원보다 요양병원에서 환자안전 관리지표가 있다고 응답한 비율이 높게 나타났다(표 2-30 참조).

〈표 2-29〉 환자안전 관리지표: 종별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원		요양 병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자 안전 관리 지표	있음	161	(56.7)	78	(46.7)	70	(73.7)	13	(59.1)
	없음	78	(27.5)	54	(32.3)	17	(17.9)	7	(31.8)
	모름	45	(15.9)	35	(21.0)	8	(8.4)	2	(9.1)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)

〈표 2-30〉 환자안전 관리지표: 인증 여부별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원			요양병원				
				미인증		인증	미인증		인증		
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자 안전 관리 지표	있음	161	(56.7)	47	(37.0)	31	(77.5)	5	(55.6)	65	(75.6)
	없음	78	(27.5)	51	(40.2)	3	(7.5)	4	(44.4)	13	(15.1)
	모름	45	(15.9)	29	(22.8)	6	(15.0)	0	(0.0)	8	(9.3)
	계	284	(100.0)	127	(100.0)	40	(100.0)	9	(100.0)	86	(100.0)

주: 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 인증, 미인증 비교 분석에서 제외함.

환자안전 관리지표가 있다고 응답한 의료기관을 대상으로 현재 관리 중인 지표의 종류를 물어본 결과, 낙상 관련 지표(98.1%), 손위생수행 관련 지표(97.5%), 직원교육 지표(94.4%), 투약 확인지표(88.8%) 등이 관리지표에 포함되는 비율이 높은 것으로 나타났다. 종별로는 감염, 검사/처치/시술 등을 환자안전지표로 포함하는 것은 병원에서, 환자확인, 손위생, 낙상, 욕창, 투약, 직원교육 등을 환자안전지표로 포함하는 비율은 요양병원에서 높았다.

〈표 2-31〉 환자안전 관리지표가 있을 경우, 현재 관리 중인 지표: 종별

(단위: 개, %)

범주	병원						요양병원					
	전체		미인증		인증		전체		미인증		인증	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자확인	61	(78.2)	33	(70.2)	28	(90.3)	63	(90.0)	3	(60.0)	60	(92.3)
손위생	75	(96.2)	44	(93.6)	31	(100.0)	70	(100.0)	5	(100.0)	65	(100.0)
낙상	78	(100.0)	47	(100.0)	31	(100.0)	70	(100.0)	5	(100.0)	65	(100.0)
욕창	62	(79.5)	34	(72.3)	28	(90.3)	69	(98.6)	5	(100.0)	64	(98.5)
투약	68	(87.2)	40	(85.1)	28	(90.3)	64	(91.4)	3	(60.0)	61	(93.9)
감염	65	(83.3)	37	(78.7)	28	(90.3)	51	(72.9)	3	(60.0)	48	(73.9)
검사/처치/시술	50	(64.1)	30	(63.8)	20	(64.5)	36	(51.4)	2	(40.0)	34	(52.3)
직원교육	72	(92.3)	45	(95.7)	27	(87.1)	68	(97.1)	5	(100.0)	63	(96.9)
수혈	57	(75.0)	33	(73.3)	24	(77.4)	-	-	-	-	-	-
분만	10	(15.9)	6	(15.0)	4	(17.4)	-	-	-	-	-	-
수술/마취	55	(73.3)	32	(71.1)	23	(76.7)	-	-	-	-	-	-

주: 1) 환자안전 관리지표가 있다고 응답한 의료기관(N=161) 중 기타(한방병원, 치과병원 13개)를 제외하고 병원과 요양병원의 현황을 분석하였음.

2) 환자안전 관리지표가 있는 병원 중 수혈, 분만, 수술/마취 서비스를 제공하지 않는 경우가 각각 2개, 15개, 3개 있었으며, 백분율 산출시 해당 서비스를 제공하지 않는 기관은 분모에서 제외하고 계산하였음.

3) 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 인증, 미인증 비교 분석에서 제외함.

5) 환자안전 보고체계

조사에 참여한 의료기관 중 93.7%의 기관에서 환자안전 보고체계가 있다고 응답하였다. 최초 보고자는 누구나 가능한 경우가 가장 많았고(71.2%), 다음으로 간호사(17.0%), 기타(6.8%) 순으로 나타났다. 보고 내용은 근접사고, 의료과실, 위해사건, 적신호사건 모두를 보고하는 경우(80.1%)가 가장 많았다. 종별로는 보고체계가 있는 비율이 요양병원(99.0%), 병원(91.6%), 기타(86.4%) 순으로 나타났고, 최초 보고자에 대하여서는 종별 차이가 크지 않았다.

84 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-32〉 의료기관 종별 환자안전사고 보고체계

(단위: 개, %)

구분		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
보고 체계 유무 ¹⁾	있음	266	(93.7)	153	(91.6)	94	(99.0)	19	(86.4)
	없음	11	(3.9)	9	(5.4)	0	(0.0)	2	(9.1)
	모름	7	(2.5)	5	(3.0)	1	(1.1)	1	(4.6)
	계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)
최초 보고자 ²⁾	의사	3	(1.1)	0	(0.0)	2	(2.2)	1	(5.3)
	간호사	45	(17.0)	27	(17.8)	17	(18.3)	1	(5.3)
	행정직원	5	(1.9)	2	(1.3)	1	(1.1)	2	(10.5)
	기타	18	(6.8)	10	(6.6)	7	(7.5)	1	(5.3)
	의사간호사	1	(0.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
	의사행정직원	1	(0.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
	간호사행정직원	1	(0.4)	1	(0.7)	0	(0.0)	0	(0.0)
	의사간호사행정직원	2	(0.8)	0	(0.0)	1	(1.1)	1	(5.3)
	누구나 가능	188	(71.2)	110	(72.4)	65	(69.9)	13	(68.4)

주: 1) '의료기관 내 환자안전사고(사건) 보고체계가 마련되어 있습니까?'에 대한 응답임.

2) '환자안전사건(사고)을 누가 보고(최초 보고)하도록 되어 있습니까?'에 대해 ①의사 ②간호사 ③행정직원 ④환자 ⑤기타 ⑥누구나 가능함 ⑦모름으로 복수 응답을 받은 결과를 묶어서 제시하였음.

환자안전사고에 대한 최초 보고는 구두(유선)로 하는 경우가 가장 많았으며(79.2%), 다음으로 서면보고(20.4%) 순으로 나타났다. 이메일 또는 구두 보고 후 서면 또는 전산으로 보고하는 비율은 요양병원이 병원보다 높게 나타났으며 환자안전사건 내용을 공유하는 비율도 요양병원이 높았다(표 2-33 참조). 환자안전사고를 내부에서 보고할 경우 기밀성이 보장된다고 응답한 비율은 64.3%로 요양병원보다 병원에서 기밀성이 보장된다고 응답하는 비율이 소폭 높게 나타났다.

〈표 2-33〉 의료기관 종별 환자안전사고 보고방법, 피드백, 기밀보장: 종별

(단위: 개, %)

구분		전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
최초 보고방법 ¹⁾	서면보고	58	(20.4)	32	(20.9)	23	(24.5)	3	(15.8)
	구두(유선)	225	(79.2)	134	(87.6)	74	(78.7)	17	(89.5)
	전산보고(OCS 또는 EMR)	12	(4.2)	6	(3.9)	2	(2.1)	4	(21.1)
	이메일	4	(1.4)	3	(2.0)	0	(0.0)	1	(5.3)
이메일 또는 구두 보고 이후 서면/전산 보고 ²⁾	그렇다	128	(86.5)	76	(84.4)	43	(93.5)	9	(75.0)
	아니다	18	(12.2)	13	(14.4)	2	(4.4)	3	(25.0)
	모름	2	(1.4)	1	(1.1)	1	(2.2)	0	(0.0)
	계	148	(100.0)	90	(100.0)	46	(100.0)	12	(100.0)
환자안전사건 관련 내용 공유 및 피드백 여부 ³⁾	그렇다	154	(92.2)	88	(90.7)	53	(94.6)	13	(92.9)
	아니다	8	(4.8)	7	(7.2)	0	(0.0)	1	(7.1)
	모름	5	(3.0)	2	(2.1)	3	(5.4)	0	(0.0)
	계	167	(100.0)	97	(100.0)	56	(100.0)	14	(100.0)
기밀보장 여부 ⁴⁾	그렇다	171	(64.3)	99	(64.7)	58	(61.7)	14	(73.7)
	아니다	63	(23.7)	34	(22.2)	27	(28.7)	2	(10.5)
	모르겠다	32	(12.0)	20	(13.1)	9	(9.6)	3	(15.8)
	계	266	(100.0)	153	(100.0)	94	(100.0)	19	(100.0)

주: 1) '환자안전사고(사건) 최초 보고방법은 무엇입니까?'에 대해 ①서면보고 ②구두(유선) ③전산 보고(OCS 또는 EMR) ④이메일 ⑤기타 ⑥모름의 보기를 선택하도록 하였음. 보기 중 '기타', '모름'을 선택한 응답자가 없어서 결과 표에는 제시하지 않았으며, 최초 보고가 한 가지 이상의 방법으로 이루어지는 경우 중복 응답을 받았고, 백분율은 응답 기관 수를 분모로 하여 산출하였음.

2) '이메일 또는 구두(유선) 보고 후 서면 또는 전산 보고(OCS 또는 EMR)를 하십니까?'에 대한 응답임.

3) '귀하가 근무하는 의료기관에서는 보고된 환자안전사고(사건) 관련 내용을 병원 내 직원들과 공유하고 피드백이 이루어집니까?'에 대한 응답임(N=167).

4) '환자안전사고(사건) 내부 보고 시 보고자의 신분을 보호할 수 있도록 기밀성이 보장됩니까?'에 대한 응답이며, 무응답 18건을 제외하고 분석하였음.

라. 환자안전에 대한 인식

1) 근무기관별(종별)

병원안전사고의 주요 원인에 대하여 물어본 결과, 부족한 인력 및 지나친 업무 과중(53.2%), 원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유(15.1%), 병원의 안전 관련 투자 부족(12.3%), 의료진 중심의 병원 문화(5.6%), 환자 및 보호자의 부주의(4.9%) 순으로 응답하였다. 종별로 살펴보면, 병원과 요양병원 모두 전체 순위와 동일한 순서로 나타났다.

〈표 2-34〉 병원안전사고의 주요 원인 인식¹⁾: 종별

구분	전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
의료인 중심의 병원 문화	16	(5.6)	9	(5.4)	7	(7.4)	0	(0.0)
병원의 안전 관련 투자 부족	35	(12.3)	18	(10.8)	10	(10.5)	7	(31.8)
원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유	43	(15.1)	28	(16.8)	15	(15.8)	0	(0.0)
부족한 인력 및 지나친 업무 과중	151	(53.2)	92	(55.1)	47	(49.5)	12	(54.6)
충분하지 않은 진료시간	2	(0.7)	1	(0.6)	1	(1.1)	0	(0.0)
환자 및 보호자의 부주의 ²⁾	14	(4.9)	7	(4.2)	7	(7.4)	0	(0.0)
기타	23	(8.1)	12	(7.2)	8	(8.4)	3	(13.6)
계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)

주: 1) '다음 항목들 중 병원안전사고의 가장 주요한 원인은 무엇이라고 생각하는지 골라 주십시오'에 대한 응답이며, 설문 문항의 보기에는 '환자 및 보호자의 부주의가 표기되어 있지 않았음.
2) 환자 및 보호자의 부주의는 기타 응답 중 '환자 실수', '우리 병원은 정신병원의 특성상 환자들의 돌발행동', '아동병원이어서 환자 특성상 보호자가 항상 있는데 보호자의 부주의', '연령이 높은 고령자들이 많아서', '환자 과실', '환자 부주의', '정형외과 특성상 골절로 입원하신 연로하신 분들이 보호자가 없어서 낙상하거나 넘어지는 경우', '환자 개인적인 사고(넘어짐)', '요양병원이다 보니 고령 환자들의 자의적인 안전사고, 고령의 어르신들이 잠깐 사이에 주의를 하지 않아서 발생된다', '안전교육 부족', '환자의 의식', '안전 불감증'이라고 응답한 경우로 정의하였음.

효과적인 병원안전 개선 방안에 대하여 물어본 결과, 병원은 정부 예산 지원(31.7%), 업무 감소(19.8%), 교육 확충(18.6%) 순으로 응답하였으나, 요양병원에서는 정부 예산 지원(34.7%), 교육 확충(24.2%), 업무 감소(13.7%) 순서로 응답하였다. 이를 통해 모든 기관에서 정부의 예산 지원을 가장 중요한 방안으로 생각하며, 병원은 교육 확충보다 의료진의 업무 감소를, 요양병원은 업무 감소보다 교육 확충을 더 주요한 요소로 여김을 알 수 있다.

〈표 2-35〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안: 종별

구분	전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 내 문화 개선	37	(13.0)	24	(14.4)	12	(12.6)	1	(4.6)
교육 확충	57	(20.1)	31	(18.6)	23	(24.2)	3	(13.6)
정부 예산 지원	93	(32.8)	53	(31.7)	33	(34.7)	7	(31.8)
병원의 투자	42	(14.8)	24	(14.4)	12	(12.6)	6	(27.3)
의료인의 업무 감소	50	(17.6)	33	(19.8)	13	(13.7)	4	(18.2)
기타	5	(1.8)	2	(1.2)	2	(2.1)	1	(4.6)
계	284	(100.0)	167	(100.0)	95	(100.0)	22	(100.0)

주: '병원안전 개선을 위하여 다음 중 가장 효과적인 방법은 무엇이라고 생각하십니까?' 에 대한 응답임.

병원안전 개선을 위해 노력해야 하는 주체에 대하여 물어본 결과, 의료기관 종별에 관계없이 병원 경영자(30.6%)를 선택한 경우가 가장 많아 병원과 요양병원 모두 '경영자'의 의지가 가장 중요하다고 생각하는 것으로 나타났다. 두 번째로 응답률이 높은 주체는 병원과 요양병원이 다른데 병원은 의사나 보건복지부, 환자 또는 보호자라고 응답한 반면 요양병원은 간호사라고 응답하여 병원과 요양병원의 상황이 다를 수 있다.

〈표 2-36〉 병원안전 개선 노력 주체: 종별

구분	전체		병원		요양병원		기타(한방병원, 치과병원)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 경영자	174	(30.6)	97	(29.0)	62	(32.6)	15	(34.1)
의사	74	(13.0)	51	(15.3)	19	(10.0)	4	(9.1)
간호사	104	(18.3)	50	(15.0)	52	(27.4)	2	(4.5)
보건복지부(정부)	93	(16.4)	51	(15.3)	27	(14.2)	15	(34.1)
환자/보호자	79	(13.9)	51	(15.3)	23	(12.1)	5	(11.4)
대중매체	12	(2.1)	9	(2.7)	2	(1.1)	1	(2.3)

주: 1) 병원안전을 개선하기 위해 노력해야 하는 주체를 2개 선택함.
 2) 응답자 중 1개의 주제만 선택한 경우가 있었으나, 백분율은 모든 응답자가 2개의 주제를 선택한 것으로 가정하고 무응답을 포함하여 계산하였음.

2) 종사자별

조사에 응답한 병원 종사자들은 안전사고의 주요 원인이 부족한 인력 및 지나친 업무 과중이라고 생각하는 비율이 가장 높았으며(53.2%), 다음으로 원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유(15.1%), 병원의 안전 관련 투자 부족(12.3%) 등으로 응답하였다(표 2-37 참조).

직종별로는, 간호사와 행정직원 모두 부족한 인력 및 지나친 업무 과중, 원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유, 병원의 안전 관련 투자 부족 순으로 응답하였으며, 간호사 집단에서 환자 정보 공유가 원활히 되지 않고, 환자 및 보호자의 부주의가 병원안전사고의 주요 원인이라는 인식이 소폭 높았다.

가장 효과적인 병원안전 개선 방안에 대해서는 정부 예산 지원(32.8%), 교육 확충(20.1%)이라고 응답하였으며, 선행연구 결과 ‘예산 투입’(43.9%), ‘교육 확충’(20.3%)을 가장 효과적인 개선 방안으로 응답한 것과 유사한 결과를 보였다(표 2-38 참조).

〈표 2-37〉 병원안전사고의 주요 원인 인식: 종사자별

구분	전체		간호사		행정직원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
의료인 중심의 병원 문화	16	(5.6)	5	(5.2)	11	(6.0)
병원의 안전 관련 투자 부족	35	(12.3)	11	(11.3)	24	(13.0)
원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유	43	(15.1)	17	(17.5)	26	(14.1)
부족한 인력 및 지나친 업무 과중	151	(53.2)	53	(54.6)	97	(52.4)
충분하지 않은 진료시간	2	(0.7)	0	(0.0)	2	(1.1)
환자 및 보호자의 부주의	14	(4.9)	7	(7.2)	6	(3.2)
기타	23	(8.1)	4	(4.1)	19	(10.3)
계	284	(100.0)	97	(100.0)	185	(100.0)

주: 1) 환자 및 보호자의 부주의는 기타 응답 중 '환자 실수', '우리 병원은 정신병원의 특성상 환자들의 돌발행동', '아동병원이어서 환자 특성상 보호자가 항상 있는데 보호자의 부주의', '연령이 높은 고령자들이 많아서', '환자 과실', '환자 부주의', '정형외과 특성상 골절로 입원하신 연로하신 분들이 보호자가 없어서 낙상하거나 넘어지는 경우', '환자 개인적인 사고(넘어짐)', '요양병원이다 보니 고령 환자들의 자의적인 안전사고, 고령의 어르신들이 잠깐 사이에 주의를 하지 않아서 발생된다', '안전교육 부족', '환자의 의식', '안전 불감증'이라고 응답한 경우로 정의하였음.

2) 기타 직종(보호사, 의료기사)의 응답은 전체에만 포함되어 있음.

〈표 2-38〉 가장 효과적인 병원안전 개선 방안: 종사자별

구분	전체		간호사		행정직원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 내 문화 개선	37	(13.0)	14	(14.4)	23	(12.4)
교육 확충	57	(20.1)	15	(15.5)	41	(22.2)
정부 예산 지원	93	(32.8)	24	(24.7)	69	(37.3)
병원의 투자	42	(14.8)	16	(16.5)	26	(14.1)
의료인의 업무 감소	50	(17.6)	27	(27.8)	22	(11.9)
기타	5	(1.8)	1	(1.0)	4	(2.2)
계	284	(100.0)	97	(100.0)	185	(100.0)

주: 기타 직종(보호사, 의료기사)의 응답은 전체에만 포함되어 있음.

병원안전을 개선하기 위해 노력해야 하는 주체가 누구인지를 물어본 결과, 병원 경영자(30.6%), 간호사(18.3%), 보건복지부(16.4%) 순으로 응답하였다. 병원의 경영자와 정부의 정책 등 제도적 측면이 중요하며,

그 다음으로는 의료인, 환자, 보호자의 역할이 중요하다고 인식하였다.

〈표 2-39〉 병원안전 개선 노력 주체: 종사자별

구분	전체		간호사		행정직원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 경영자	174	(30.6)	66	(34.4)	107	(28.9)
의사	74	(13.0)	26	(13.4)	47	(12.7)
간호사	104	(18.3)	38	(19.8)	64	(17.3)
보건복지부(정부)	93	(16.4)	26	(13.5)	66	(17.8)
환자/보호자	79	(13.9)	25	(13.0)	54	(14.6)
대중매체	12	(2.1)	3	(1.6)	9	(2.4)

주: 1) 병원안전을 개선하기 위해 노력해야 하는 주체를 2개 선택함. 응답자 중 1개의 주체만 선택한 경우가 있었으나, 백분율은 모든 응답자가 2개의 주체를 선택한 것으로 가정하고 무응답을 포함하여 계산하였음.

2) 기타 직종(보호사, 의료기사)의 응답은 전체에만 포함되어 있음.

마. 환자안전 문화

종별·병상 규모별로 긍정응답분율을 살펴보면 조직상관/관리자의 기대와 행동, 조직학습-지속적 개선, 환자안전에 위한 경영진의 지원, 오류에 대한 피드백과 의사소통, 오류에 대한 비처벌적 대응 등의 영역에서 병원보다 요양병원의 긍정응답분율이 높게 나타나고, 환자안전에 대한 전반적 인식 영역에서는 병원의 긍정응답분율이 높게 나타난다.

종별·인증 여부별 긍정응답분율을 볼 때 의료기관의 인증 여부가 규모보다 환자안전 문화에 더욱 큰 영향을 미치며, 인증 병원의 문화적 여건이 비인증 병원보다 안전한 진료 제공에 적합한 것으로 여겨진다.

〈표 2-40〉 환자안전문화 인식도: 종별, 규모별

(단위: 긍정응답분율(%))

구분	전체	병원		요양병원	
		전체	100병상 미만	100~200병상 미만	100~200병상 미만
		전체	100~200병상 미만	100~200병상 미만	100~200병상 미만
1. 조직상관/관리자의 기대와 행동	74.0	73.8	77.4	70.2	75.6
나의 직속상관과 경영진은 환자안전 절차에 따라서 업무가 진행되는 것을 보면 칭찬해준다.	61.6	60.5	66.3	54.8	63.4
나의 직속상관과 경영진은 환자안전을 개선시키기 위해서 직원들이 제안하는 것을 신중하게 받아들인다.	68.3	67.7	75.9	59.5	74.4
나의 직속상관과 경영진은 업무량이 많아질 경우, 지름길을 택해서라도 그 일을 빨리 처리하기만을 원한다.(*)	68.7	70.1	69.9	70.2	65.9
나의 직속상관과 원장은 환자의 안전과 관련한 문제가 지속적으로 발생해도 그냥 지나친다.(*)	97.5	97.0	97.6	96.4	98.8
2. 조직학습-지속적 개선	75.2	73.4	76.7	69.4	81.0
직원들은 환자안전을 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다.	82.9	82.2	79.3	85.7	84.0
환자안전 개선을 위한 변화를 시도한 후 효과를 측정한다.	67.4	64.5	74.1	53.1	78.0
3. 환자안전을 위한 경영진의 지원	66.7	63.3	66.3	60.3	75.6
경영진은 환자의 안전을 개선시키기 위한 업무분담기를 조성한다.	66.9	61.7	67.5	56.0	81.7
경영진의 활동은 환자안전이 최우선임을 보여준다.	63.7	59.3	60.2	58.3	73.2
경영진은 잘못된 사건이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다.(*)	69.4	68.9	71.1	66.7	72.0

92 환자안전에 대한 환자 만족도 개선 방안

구분	전체	병원			요양병원		
		전체	100명상 미만	100~200명상 미만	전체	100명상 미만	100~200명상 미만
4. 환자안전을 위한 전반적 인식	78.1	80.4	83.6	76.5	76.8	78.6	76.5
더 심각한 실수가 일어나지 않는 것은 순전히 우연이다.*	87.3	90.7	94.8	85.7	82.5	85.7	82.0
더 많은 일을 하는 것보다 환자안전이 우선이다.	85.1	82.2	82.8	81.6	89.5	100.0	88.0
현재 환자안전에 관련한 문제가 있다.*	68.5	74.8	79.3	69.4	61.4	57.1	62.0
우리 병원의 절차나 시스템은 과실 예방에 도움이 된다.	71.3	73.8	77.6	69.4	73.7	71.4	74.0
5. 오류에 대한 피드백과 의사소통	65.8	63.1	66.3	59.9	70.5	59.0	72.4
직원들은 사건보고서를 근거로 변화된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	65.8	62.9	65.1	60.7	71.6	69.2	72.0
병원에서 일어난 과실에 대하여 직원들에게 알린다.	64.4	62.3	63.9	60.7	67.4	46.2	70.7
과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원들이 의논을 한다.	67.3	64.1	69.9	58.3	72.6	61.5	74.4
6. 의사소통의 개방성	69.6	70.1	73.5	66.7	70.9	71.8	70.7
직원들은 환자 치료에 부정적인 영향을 미칠 만한 것을 보았을 때에는 자유롭게 의견을 말한다.	66.5	65.9	69.9	61.9	69.5	61.5	70.7
직원들은 원상의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	59.5	59.3	61.4	57.1	62.1	61.5	62.2
무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.*	82.7	85.0	89.2	81.0	81.1	92.3	79.3
7. 직원 배치	59.8	60.8	64.7	56.1	61.0	53.6	62.0

구분	전체	병원			요양병원		
		전체	100명상 미만	100~200명상 미만	전체	100명상 미만	100~200명상 미만
업무일을 소화할 정도의 충분한 인력이 있다.	33.7	30.8	32.8	28.6	45.6	42.9	46.0
환자 케어를 위한 적절한 근무시간을 초과하여 일하고 있다.(*).	55.2	55.1	63.8	44.9	54.4	42.9	56.0
임시직원의 수가 환자안전에 적절한 수준 이상이다.(*).	63.0	66.4	67.2	65.3	61.4	42.9	64.0
직원들은 많은 것을 빨리 처리하기 위해 쫓기듯 바쁘게 일한다.(*).	87.3	90.7	94.8	85.7	82.5	85.7	82.0
8. 오류에 대한 비차별적 대응	51.2	49.5	53.4	44.9	55.0	42.9	56.7
직원들은 실수하면 이로 인해 비난받을 수 있다고 느낀다.(*).	40.9	35.5	41.4	28.6	52.6	42.9	54.0
직원들은 실수했을 때 보고를 두려워하지 않는다.	60.8	61.7	60.3	63.3	64.9	42.9	68.0
직원들은 그들의 실수가 인지기록에 남는 것을 걱정한다.(*).	51.9	51.4	58.6	42.9	47.4	42.9	48.0

주: 1) 긍정응답분율은 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 비율이며, (*) 표시는 '그렇지 않다' 또는 '전혀 그렇지 않다'고 응답한 비율임.
 2) 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 병상 규모별 비교 분석에서 제외함.

〈표 2-41〉 환자안전문화 인식도: 종별, 인증, 인증 여부별

(단위: 긍정응답분율(%))

구분	전체	병원			요양병원		
		전체	미인증 병원	인증 병원	전체	미인증 병원	인증 병원
1. 조직상관/관리자의 기대와 행동	74.0	73.8	73.3	75.6	76.1	77.8	75.9
나의 직속상관과 경영진은 환자안전 절차에 따라서 업무가 진행되는 것을 보면 칭찬해준다.	61.6	60.5	59.1	65.0	63.2	77.8	61.6
나의 직속상관과 경영진은 환자안전에 개선키기 위해서 직원들이 제안하는 것을 신중하게 받아들인다.	68.3	67.7	67.7	67.5	73.7	77.8	73.3
나의 직속상관과 경영진은 업무량이 많아질 경우, 지름길을 택해서라도 그 일을 빨리 처리하기만을 원한다.(*)	68.7	70.1	69.3	72.5	68.4	55.6	69.8
나의 직속상관과 원장은 환자의 안전과 관련한 문제가 지속적으로 발생해도 그냥 지나친다.(*)	97.5	97.0	96.9	97.5	98.9	100.0	98.8
2. 조직학습-지속적 개선	75.1	73.4	70.2	84.0	80.7	68.8	82.7
직원들은 환자안전에 개선키기 위해 적극적으로 노력한다.	82.9	82.2	80.5	88.0	84.2	75.0	85.7
환자안전 개선을 위한 변화를 시도한 후 효과를 측정한다.	67.4	64.5	59.8	80.0	77.2	62.5	79.6
3. 환자안전에 관한 경영진의 지원	66.7	63.3	63.8	61.7	73.7	63.0	74.8
경영진은 환자의 안전을 개선키기 위한 임무분위기를 조성한다.	66.9	61.7	63.8	55.0	77.9	77.8	77.9
경영진의 활동은 환자안전이 최우선임을 보여준다.	63.7	59.3	59.8	57.5	71.6	66.7	72.1
경영진은 잘못된 사건이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다.(*)	69.4	68.9	67.7	72.5	71.6	44.4	74.4

구분	전체	병원			요양병원		
		전체	미인증 병원	인증 병원	전체	미인증 병원	인증 병원
4. 환자안전에 위한 전반적 인식	78.0	80.4	79.3	84.0	76.8	78.1	76.5
더 심각한 실수가 일어나지 않는 것은 순전히 우연이다.(*)	87.3	90.7	90.2	92.0	82.5	87.5	81.6
더 많은 일을 하는 것보다 환자안전이 우선이다.	85.1	82.2	80.5	88.0	89.5	100.0	87.8
현재 환자안전에 관련한 문제가 있다. (*)	68.5	74.8	73.2	80.0	61.4	62.5	61.2
우리 병원의 절차나 시스템은 과실 예방에 도움이 된다.	71.3	73.8	73.2	76.0	73.7	62.5	75.5
5. 오류에 대한 피드백과 의사소통	65.9	63.1	63.3	62.5	70.5	92.6	68.2
직원들은 사건보고서를 근거로 변화된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	65.8	62.9	62.2	65.0	71.6	100.0	68.6
병원에서 일어난 과실에 대하여 직원들에게 알린다.	64.4	62.3	63.0	60.0	67.4	88.9	65.1
과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원들이 의논을 한다.	67.3	64.1	64.6	62.5	72.6	88.9	70.9
6. 의사소통의 개방성	69.6	70.1	71.4	65.8	70.9	74.1	70.6
직원들은 환자 치료에 부정적인 영향을 미칠 만한 것을 보았을 때에는 자유롭게 의견을 말한다.	66.5	65.9	66.1	65.0	69.5	77.8	68.6
직원들은 원장의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	59.5	59.3	61.4	52.5	62.1	77.8	60.5
무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.(*)	82.7	85.0	86.6	80.0	81.1	66.7	82.6
7. 직원배치	59.8	60.8	59.1	66.0	61.0	56.3	61.7
업무량을 소화할 정도의 충분한 인력이 있다.	33.7	30.8	30.5	32.0	45.6	37.5	46.9

구분	전체	병원			요양병원		
		전체	미인증 병원	인증 병원	전체	미인증 병원	인증 병원
환자 케어를 위한 적절한 근무시간을 초과하여 일하고 있다.(*)	55.2	55.1	51.2	68.0	54.4	62.5	53.1
임시직원의 수가 환자안전에 적절한 수준 이상이다.(*)	63.0	66.4	64.6	72.0	61.4	37.5	65.3
직원들은 많은 것을 빨리 처리하기 위해 쫓기듯 바쁘게 일한다.(*)	87.3	90.7	90.2	92.0	82.5	87.5	81.6
8. 오류에 대한 비처벌적 대응	51.2	49.5	47.2	57.3	55.0	33.3	58.5
직원들은 실수하면 이로 인해 비난받을 수 있다고 느낀다.(*)	40.9	35.5	31.7	48.0	52.6	25.0	57.1
직원들은 실수했을 때 보고를 두려워하지 않는다.	60.8	61.7	59.8	68.0	64.9	37.5	69.4
직원들은 그들의 실수가 인사기록에 남는 것을 걱정한다.(*)	51.9	51.4	50.0	56.0	47.4	37.5	49.0

주: 1) 긍정응답분율은 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 비율이며, (*) 표시는 '그렇지 않다' 또는 '전혀 그렇지 않다'고 응답한 비율임.
 2) 기타 기관(한방병원, 치과병원)은 해당하는 경우가 적어 인증, 미인증 비교 분석에서 제외함.

2. 의원급 의료기관의 환자안전 현황 분석: 설문조사

가. 일반적 사항

조사에 응답한 의료기관은 의원 192개(64%), 치과의원 108개(36%)로 총 300개이다. 응답한 의원을 진료과별로 보면 내과 20.8%, 피부과 9.4%, 안과 8.9%, 소아과 7.3% 등이었다. 의료기관별 인력 구성 현황을 보면 의원은 의사 평균 1.33명, 간호조무사 2.74명, 간호사 0.38명, 기타 1.46명이었으며, 치과의원은 의사 1.26명, 간호조무사 1.18명, 간호사 0.66명, 기타 1.83명이었다.

〈표 2-42〉 응답기관 일반적 사항

(단위: 개, %)

구분	전체		의원		치과의원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
진료과	내과	40 (13.3)	40 (20.8)	-	-	-
	소아과	14 (4.7)	14 (7.3)	-	-	-
	외과	13 (4.3)	13 (6.8)	-	-	-
	산부인과	13 (4.3)	13 (6.8)	-	-	-
	안과	17 (5.7)	17 (8.9)	-	-	-
	피부과	18 (6.0)	18 (9.4)	-	-	-
	신경외과	4 (1.3)	4 (2.1)	-	-	-
	정형외과	11 (3.7)	11 (5.7)	-	-	-
	성형외과	14 (4.7)	14 (7.3)	-	-	-
	마취통증의학과	9 (3.0)	9 (4.7)	-	-	-
	치과	108 (36.0)	-	-	108 (100.0)	-
	이비인후과	13 (4.3)	13 (6.8)	-	-	-
	가정의학과	12 (4.0)	12 (6.3)	-	-	-
기타	14 (4.7)	14 (7.3)	-	-	-	
계	300 (100.0)	192 (100.0)	108 (100.0)	-	-	
병원 시설	입원실	31 (6.4)	31 (8.7)	-	-	-
	물리치료실	47 (9.8)	45 (12.6)	2 (1.6)	-	-
	x-ray 촬영실	192 (39.9)	85 (23.7)	107 (87.0)	-	-
	재활치료실	17 (3.5)	17 (4.7)	-	-	-
	주사실	194 (40.3)	180 (50.3)	14 (11.4)	-	-
	계	481 (100.0)	358 (100.0)	123 (100.0)	-	-

98 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

구분		전체		의원		치과의원	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
인력 구성 (명)	의사	1.31	(0.81)	1.33	(0.89)	1.26	(0.65)
	간호조무사	2.18	(2.23)	2.74	(2.43)	1.18	(1.34)
	간호사	0.48	(1.15)	0.38	(0.99)	0.66	(1.38)
	기타	1.60	(2.19)	1.46	(2.24)	1.83	(2.08)

주: 1) 병원 시설과 인력 구성은 중복 응답임. 무응답 제외함(간호조무사 N=1, 간호사 N=1).
 2) 진료과 기타에는 비뇨기과(N=4), 영상의학과(N=3), 정신과(N=2), 재활의학과(N=2), 신경내과(N=1), 일반의(N=1), 내과&외과(N=1)가 포함됨.

응답자의 직종은 의원은 간호조무사 65.1%, 기타(행정직) 12.0%, 간호사 10.4%, 치료사 및 위생사 8.9% 순으로 간호조무사의 비율이 높았고, 치과의원은 치료사 및 위생사 41.7%, 간호조무사 28.7%, 기타(행정직) 9.3% 순으로 치위생사가 응답한 경우가 높았다.

〈표 2-43〉 응답자 일반적 사항

(단위: 명, %)

구분		전체		의원		치과의원	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
직종	의사	10	(3.3)	7	(3.6)	3	(2.8)
	간호사	39	(13.0)	20	(10.4)	19	(17.6)
	간호조무사	156	(52.0)	125	(65.1)	31	(28.7)
	치료사, 위생사	62	(20.7)	17	(8.9)	45	(41.7)
	기타	33	(11.0)	23	(12.0)	10	(9.3)
연령	20~29세	90	(30.0)	56	(29.2)	34	(31.5)
	30~39세	109	(36.3)	63	(32.8)	46	(42.6)
	40~49세	74	(24.7)	52	(27.1)	22	(20.4)
	50세 이상	27	(9.0)	21	(10.9)	6	(5.6)
계		300	(100.0)	192	(100.0)	108	(100.0)
		평균	(S.D)	평균	(S.D)	평균	(S.D)
의료기관 근무경력(년)		10.63	(7.9)	10.84	(8.7)	10.26	(6.3)

주: 1) 직종 중 치료사, 위생사에는 치위생사, 물리치료사, 방사선사, 의료기사, 안경사, 피부관리사가 포함되며 기타에는 관리, 총무, 원무, 상담, 복지사, 코디네이터 등이 포함됨.
 2) 의료기관 근무경력은 현재 근무하는 의료기관 이전에 근무한 경력도 포함함. 무응답 제외함(N=6).

나. 환자안전법 인지

환자안전법에 대해 인지하지 못하는 경우(‘전혀 모른다’ 또는 ‘모른다’)는 26.3%였고, 잘 알고 있는 경우(‘잘 알고 있다’ 또는 ‘아주 잘 알고 있다’)는 20.7%였다. ‘잘 알고 있다’는 응답은 의원이 25.0%, 치과의원이 13.0%로 의원에서 더 높았다.

〈표 2-44〉 의원 구분에 따른 환자안전법 인지

(단위: 명, %)

구분	전체		의원		치과의원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
전혀 모른다	13	(4.3)	6	(3.1)	7	(6.5)
모른다	66	(22.0)	37	(19.3)	29	(26.9)
대략적으로 알고 있다	159	(53.0)	101	(52.6)	58	(53.7)
잘 알고 있다	54	(18.0)	40	(20.8)	14	(13.0)
아주 잘 알고 있다.	8	(2.7)	8	(4.2)	0	(0.0)
계	300	(100.0)	192	(100.0)	108	(100.0)

응답자 직종별로는 의사 중 ‘잘 알고 있다’고 응답한 경우가 30.0%로 의사의 환자안전법 인지도가 다른 직종에 비해 높았다.

〈표 2-45〉 응답자 직종별 환자안전법 인지

(단위: 명, %)

구분	전체		의사	간호사	간호 조무사	치료사, 위생사	기타					
	N	(%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)					
전혀 모른다	13	(4.3)	0	(0.0)	4	(10.3)	5	(3.2)	3	(4.8)	1	(3.0)
모른다	66	(22.0)	3	(30.0)	7	(17.9)	30	(19.2)	16	(25.8)	10	(30.3)
대략적으로 알고 있다	159	(53.0)	4	(40.0)	23	(59.0)	83	(53.2)	33	(53.2)	16	(48.5)
잘 알고 있다	54	(18.0)	2	(20.0)	3	(7.7)	33	(21.2)	10	(16.1)	6	(18.2)
아주 잘 알고 있다.	8	(2.7)	1	(10.0)	2	(5.1)	5	(3.2)	0	(0.0)	0	(0.0)
계	300	(100.0)	10	(100.0)	39	(100.0)	156	(100.0)	62	(100.0)	33	(100.0)

다. 환자안전활동 현황

의원급 의료기관의 환자안전활동 현황을 파악하기 위해 환자안전 관련 교육 경험 여부, 환자안전을 위한 절차, 환자안전 관리지표, 실수나 사고 발생 시 기록 관리 여부를 조사하였다. 지난 1년간 환자안전 관련 교육을 받거나 내부 교육을 진행한 경우는 55.0%였으며, 의원 59.4%, 치과의원 47.2%로 의원과 치과의원 모두 높지 않은 수준이었고, 의원보다 치과의원이 더 낮았다. 환자 확인 절차나 부작용 발생 시 대처 절차 등 환자안전을 위한 절차가 있는 경우는 57.7%였고, 의원 62.5%, 치과의원 49.1%로 치과의원의 절반 이상이 환자안전을 위한 절차가 없었다. 환자안전을 위해 관리하는 지표가 있는 경우는 46.7%였으며, 의원이 48.4%, 치과의원이 43.5%로 의원과 치과의원의 차이가 크지 않았다. 진료 과정 중 예기치 않은 실수 또는 사고 발생 시 재발을 막기 위해 기록으로 남기고 관리하는 경우는 65.3%로 다른 환자안전활동 영역에 비해 높았다. 전반적으로 의원의 환자안전활동이 저조하였고, 근무하는 의료기관에서 시행하고 있는 환자안전활동에 대해 모른다고 응답한 경우도 문항별로 상이하지만 대략 10% 안팎에 이르러 높은 편이었다.

환자안전활동 현황을 입원실 여부에 따라 구분하여 살펴보면, 의원 중 입원실이 있는 곳보다 입원실이 없는 곳이 환자안전 교육을 진행한 경우가 많았다. 그렇지만 환자안전을 위한 절차, 환자안전 관리지표, 기록 및 관리 문항에서는 입원실이 있는 의원이 입원실이 없는 의원보다 높은 수준이었다(부록 8, 부표 8-1 참조).

〈표 2-46〉 의원급 의료기관의 환자안전활동 현황

(단위: 명, %)

구분		전체		의원		치과의원	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 교육	있음	165	(55.0)	114	(59.4)	51	(47.2)
	없음	103	(34.3)	61	(31.8)	42	(38.9)
	모름	32	(10.7)	17	(8.9)	15	(13.9)
환자안전을 위한 절차	있음	173	(57.7)	120	(62.5)	53	(49.1)
	없음	92	(30.7)	54	(28.1)	38	(35.2)
	모름	35	(11.7)	18	(9.4)	17	(15.7)
환자안전 관리지표	있음	140	(46.7)	93	(48.4)	47	(43.5)
	없음	131	(43.7)	81	(42.2)	50	(46.3)
	모름	29	(9.7)	18	(9.4)	11	(10.2)
기록 및 관리	있음	196	(65.3)	128	(66.7)	68	(63.0)
	없음	79	(26.3)	50	(26.0)	29	(26.9)
	모름	25	(8.3)	14	(7.3)	11	(10.2)
계		300	(100.0)	192	(100.0)	108	(100.0)

라. 환자안전에 대한 인식

의원급 의료기관의 환자안전에 대한 인식을 파악하기 위해 병원안전사고의 주요한 원인, 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법, 병원안전 개선을 위한 노력 주체에 대해 조사하였다.

의료기관에서 안전사고가 발생하는 가장 주요한 요인으로 의원과 치과의원 모두 ‘부족한 인력 및 지나친 업무 과중(의원 29.2%, 치과의원 29.6%)’과 ‘원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유(의원 26.0%, 치과의원 33.3%)’라고 응답한 경우가 가장 많았다. ‘환자 특성 및 환자/보호자의 부주의’를 환자안전사고의 주요한 원인이라고 응답한 경우도 2.7%였다.

102 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-47〉 의원 구분에 따른 병원안전사고의 가장 주요한 원인 인식

(단위: 명, %)

구분	전체		의원		치과의원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
의료인 중심의 병원 문화	33	(11.0)	24	(12.5)	9	(8.3)
병원의 안전 관련 투자 부족	34	(11.3)	24	(12.5)	10	(9.3)
원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유	86	(28.7)	50	(26.0)	36	(33.3)
부족한 인력 및 지나친 업무 과중	88	(29.3)	56	(29.2)	32	(29.6)
충분하지 않은 진료시간	30	(10.0)	15	(7.8)	15	(13.9)
환자 특성 및 환자/보호자 부주의	8	(2.7)	6	(3.1)	2	(1.9)
기타	21	(7.0)	17	(8.9)	4	(3.8)
계	300	(100.0)	192	(100.0)	108	(100.0)

주: 기타에는 없음(N=14), 모름(N=4) 등이 포함됨.

병원안전사고가 발생하는 가장 주요한 요인을 응답자 직종별로 구분해서 보면, 의사와 간호사는 ‘부족한 인력 및 지나친 업무 과중’을 가장 주요한 원인으로 인식하고 있었고, 다른 직종에서는 ‘원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유’를 가장 주요한 원인으로 인식하고 있어서 직종 간 차이가 나타났다.

〈표 2-48〉 응답자 직종별 병원안전사고의 가장 주요한 원인 인식

(단위: 명, %)

구분	의사		간호사		간호 조무사		치료사, 위생사	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
의료인 중심의 병원 문화	1	(10.0)	7	(17.9)	18	(11.5)	5	(8.1)
병원의 안전 관련 투자 부족	0	(0.0)	4	(10.3)	26	(16.7)	4	(6.5)
원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유	2	(20.0)	9	(23.1)	40	(25.6)	21	(33.9)
부족한 인력 및 지나친 업무 과중	5	(50.0)	16	(41.0)	37	(23.7)	20	(32.3)
충분하지 않은 진료시간	0	(0.0)	2	(5.1)	18	(11.5)	8	(12.9)
환자 특성 및 환자/보호자 부주의	2	(20.0)	0	(0.0)	2	(1.3)	2	(3.2)
기타	0	(0.0)	1	(2.6)	15	(9.6)	2	(3.2)
계	10	(100.0)	39	(100.0)	156	(100.0)	62	(100.0)

주: 기타에는 없음(N=14), 모름(N=4) 등이 포함됨.

병원안전 개선을 위한 효과적인 방법에 대해서는 의원에서는 ‘정부의 예산 지원(24.5%)’, ‘의료인의 업무 감소(24.5%)’가 가장 높았으며, ‘병원 내 문화 개선(21.4%)’도 높았다. 치과의원에서는 ‘병원 내 문화 개선(30.6%)’이 가장 높았으며, ‘의료인의 업무 감소(23.1%)’, ‘교육 확충(21.3%)’이 높은 편이었다. 의원과 치과의원 모두 병원 내 환자안전문화 개선과 의료인의 업무 감소를 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법으로 인식하고 있었다.

〈표 2-49〉 의원 구분에 따른 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법

(단위: 명, %)

구분	전체		의원		치과의원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 내 문화 개선	74	(24.7)	41	(21.4)	33	(30.6)
교육 확충	56	(18.7)	33	(17.2)	23	(21.3)
정부 예산 지원	61	(20.3)	47	(24.5)	14	(13.0)
병원의 투자	30	(10.0)	20	(10.4)	10	(9.3)
의료인의 업무 감소	72	(24.0)	47	(24.5)	25	(23.1)
기타	7	(2.3)	4	(2.1)	3	(2.8)
계	300	(100.0)	192	(100.0)	108	(100.0)

주: 기타에는 없음(N=3), 모름(N=4)이 포함됨.

병원안전 개선을 위한 효과적인 방법에 대해서 응답자 직종별로 구분해서 보면 의사와 간호사는 ‘의료인의 업무 감소(의사 40.0%, 간호사 33.3%)’를 가장 효과적인 방법으로 응답하였으나 간호조무사와 치료사 및 위생사는 ‘병원 내 문화 개선(간호조무사 25.6%, 치료사 및 위생사 29.0%)’을 가장 효과적인 방법으로 인식하고 있었다.

104 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 2-50〉 응답자 직종별 병원안전 개선을 위한 효과적인 방법

(단위: 명, %)

구분	전체		의사		간호사		간호 조무사		치료사, 위생사		기타	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 내 문화 개선	74	(24.7)	0	(0.0)	7	(17.9)	40	(25.6)	18	(29.0)	9	(27.3)
교육 확충	56	(18.7)	3	(30.0)	7	(17.9)	26	(16.7)	14	(22.6)	6	(18.2)
정부 예산 지원	61	(20.3)	2	(20.0)	6	(15.4)	38	(24.4)	9	(14.5)	6	(18.2)
병원의 투자	30	(10.0)	0	(0.0)	6	(15.4)	12	(7.7)	5	(8.1)	7	(21.2)
의료인의 업무 감소	72	(24.0)	4	(40.0)	13	(33.3)	37	(23.7)	15	(24.2)	3	(9.1)
기타	7	(2.3)	1	(10.0)	0	(0.0)	3	(1.9)	1	(1.6)	2	(6.1)
계	300	(100.0)	10	(100.0)	39	(100.0)	156	(100.0)	62	(100.0)	33	(100.0)

주: 기타에는 없음(N=3), 모름(N=4)이 포함됨.

병원안전 개선을 위하여 누구의 노력이 가장 중요한지에 대해 조사했을 때 의원에서는 병원 경영자 22.9%, 의사 22.3%, 간호사 21.5%, 보건복지부(정부) 18.2%, 환자/보호자 12.6% 순이었다. 치과의원은 의사 30.7%, 간호사 23.6%, 병원 경영자 19.6%, 보건복지부(정부) 11.1%, 환자/보호자 11.1%, 대중매체 3.0% 순이었다.

〈표 2-51〉 의원 구분에 따른 병원안전 개선을 위한 노력 주체

(단위: 명, %)

구분	전체		의원		치과의원	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
병원 경영자	121	(21.7)	82	(22.9)	39	(19.6)
의사	141	(25.3)	80	(22.3)	61	(30.7)
간호사	124	(22.3)	77	(21.5)	47	(23.6)
보건복지부(정부)	87	(15.6)	65	(18.2)	22	(11.1)
환자/보호자	67	(12.0)	45	(12.6)	22	(11.1)
대중매체	15	(2.7)	9	(2.5)	6	(3.0)
기타	2	(0.4)	0	(0.0)	2	(1.0)
계	557	(100.0)	358	(100.0)	199	(100.0)

주: 중복 응답(2개 항목 선택)

응답자 직종별로 보면 의사는 병원안전 개선을 위해서 간호사(27.8%), 병원 경영자(22.2%), 환자/보호자(22.2%)의 노력이 중요하다고 응답한 경우가 높았다. 반면에 의사 이외의 다른 직종은 의사의 노력이 가장 중요하다고 인식하고 있었다(간호사 26.7%, 간호조무사 25.0%, 치료사 및 위생사 25.2%, 기타 27.9%). 또한 환자/보호자의 노력이 중요하다고 응답한 경우도 전체의 12.0%에 달했다.

〈표 2-52〉 응답자 직종별 병원안전 개선을 위한 노력 주체

(단위: 명, %)

구분	전체		의사		간호사		간호조무사		치료사, 위생사		기타	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
병원 경영자	121	(21.7)	4	(22.2)	16	(21.3)	62	(21.5)	25	(21.7)	14	(23.0)
의사	141	(25.3)	3	(16.7)	20	(26.7)	72	(25.0)	29	(25.2)	17	(27.9)
간호사	124	(22.3)	5	(27.8)	18	(24.0)	65	(22.6)	26	(22.6)	10	(16.4)
보건복지부(정부)	87	(15.6)	1	(5.6)	13	(17.3)	49	(17.0)	18	(15.7)	6	(9.8)
환자/보호자	67	(12.0)	4	(22.2)	6	(8.0)	34	(11.8)	11	(9.6)	12	(19.7)
대중매체	15	(2.7)	1	(5.6)	1	(1.3)	6	(2.1)	6	(5.2)	1	(1.6)
기타	2	(0.4)	0	(0.0)	1	(1.3)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(1.6)
계	557	(100.0)	18	(100.0)	75	(100.0)	288	(100.0)	115	(100.0)	61	(100.0)

주: 중복 응답(2개 항목 선택)

마. 환자안전문화

의원급 의료기관의 환자안전문화를 측정하기 위해 병원 전반, 근무환경, 직속상관/관리자, 의사소통 등의 영역에 대한 인식과, 근무하는 의료기관의 전반적인 환자안전도, 사고 횟수 등을 질문하였다.

환자안전문화에 대한 인식은 26개 문항을 8개의 차원으로 구분하여 분석하였다. 8개 차원 중 오류에 대한 피드백과 의사소통이 86.4%로 가장 높았고 이는 선행연구(정연이, 박일태, 이순교, 최윤경, 2015, p.52)

에서 국외 결과보다 국내 결과가 높은 영역이었다. 또한 의사소통의 개방성 84.3%, 환자안전에 대한 전반적 인식 82.9%, 조직상관/관리자의 기대와 행동 82.4%, 환자안전에 대한 경영진의 지원 81.2%, 조직학습-지속적 개선 73.2% 순으로 높았다. 반면에 오류에 대한 비처벌적 대응은 49.8%로 가장 낮았고, 직원 배치도 52.7%로 다른 영역에 비해 월등히 낮았다. 이는 오류에 대한 처벌적 인식이 강한 편이고 환자안전에 대한 적절한 직원 배치가 되어 있지 못하다는 것을 시사한다.

의원과 치과의원을 비교했을 때 8개 차원에서 모두 의원이 치과의원보다 높았으며, 환자안전에 대한 경영진의 지원, 조직학습-지속적 개선 차원에서 의원과 치과의원의 차이가 다른 차원보다 컸다.

〈표 2-53〉 환자안전문화 인식도

(단위: 긍정응답분율(%))

구분	전체	의원	치과의원
1. 조직상관/관리자의 기대와 행동	82.4	84.8	78.2
근무하는 병원의 원장은 환자안전 절차에 따라서 업무가 진행되는 것을 보면 칭찬해준다.	79.0	84.4	69.4
근무하는 병원의 원장은 환자안전에 개선시키기 위해서 직원들이 제안하는 것을 신중하게 받아들인다.	88.7	90.1	86.1
근무하는 병원의 원장은 업무량이 많아질 경우, 지름길을 택해서라도 그 일을 빨리 처리하기만을 원한다.(*).	66.0	69.3	60.2
근무하는 병원의 원장은 환자의 안전과 관련한 문제가 지속적으로 발생해도 그냥 지나친다.(*).	96.0	95.3	97.2
2. 조직학습-지속적 개선	73.2	76.3	67.6
직원들은 환자안전에 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다.	86.7	88.5	83.3
환자안전 개선을 위한 변화를 시도한 후 효과를 측정한다.	59.7	64.1	51.9
3. 환자안전에 대한 경영진의 지원	81.2	84.4	75.6
원장은 환자의 안전을 개선시키기 위한 업무분위기를 조성한다.	77.7	84.4	65.7

구분	전체	의원	치과의원
원장의 활동은 환자안전이 최우선임을 보여준다.	90.7	92.2	88.0
원장은 잘못된 사건이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다.(*).	75.3	76.6	73.1
4. 환자안전에 위한 전반적 인식	82.9	84.3	80.4
더 심각한 실수가 일어나지 않는 것은 순전히 우연이다.(*).	80.7	82.3	77.8
더 많은 일을 하는 것보다 환자안전이 우선이다.	86.7	89.6	81.5
현재 환자안전에 관련한 문제가 있다.(*).	90.0	89.1	91.7
우리 병원의 절차나 시스템은 과실 예방에 도움이 된다.	74.0	76.0	70.4
5. 오류에 대한 피드백과 의사소통	86.4	87.9	83.6
직원들은 사건보고서를 근거로 변화된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	73.7	75.0	71.3
병원에서 일어난 과실에 대하여 직원들에게 알린다.	91.7	92.2	90.7
과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원들이 의논을 한다.	93.7	96.4	88.9
6. 의사소통의 개방성	84.3	85.8	81.8
직원들은 환자 치료에 부정적인 영향을 미칠 만한 것을 보았을 때에는 자유롭게 의견을 말한다.	87.3	88.0	86.1
직원들은 원장의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	80.3	81.3	78.7
무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.(*).	85.3	88.0	80.6
7. 직원 배치	52.7	55.0	48.6
업무량을 소화할 정도의 충분한 인력이 있다.	59.0	65.6	47.2
환자 케어를 위한 적절한 근무시간을 초과하여 일하고 있다.(*).	52.0	52.1	51.9
임시직원의 수가 환자안전에 적절한 수준 이상이다.(*).	43.0	44.3	40.7
직원들은 많은 것을 빨리 처리하기 위해 쫓기듯 바쁘게 일한다.(*).	56.7	57.8	54.6
8. 오류에 대한 비처벌적 대응	49.8	52.6	44.8
직원들은 실수하면 이로 인해 비난받을 수 있다고 느낀다.(*).	25.7	28.1	21.3

구분	전체	의원	치과의원
직원들은 실수했을 때 보고를 두려워하지 않는다.	65.3	70.8	55.6
직원들은 그들의 실수가 인사기록에 남는 것을 걱정한다. (*)	58.3	58.9	57.4

주: 긍정응답분율은 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 비율이며, (*)는 '그렇지 않다' 또는 '전혀 그렇지 않다'고 응답한 비율임.

제5절 소결

1. 의료기관의 환자안전 현황의 차이

가. 병상 규모별 환자안전 차이

환자안전법 시행 전 조사 결과를 보면 병상 규모가 클수록 환자안전 관련 부서 또는 위원회가 설치되어 있는 경우가 많았고 환자안전 전담인력이 겸직인 경우가 낮았다. 300병상 초과일 경우 전담인력의 겸직 비율은 300병상 이하보다 현저히 낮았다. 환자안전법 시행 전 이러한 차이는 두 가지 요인을 생각할 수 있다. 첫째, 의료기관평가인증의 요인이 작용했을 가능성이 있다. 의료기관인증제도의 평가 기준에는 환자안전과 관련한 내용이 포함되어 있다. 그런데 병상 규모가 작은 의료기관보다 병상 규모가 큰 의료기관이 평가인증제도에 더 많이 참가하기 때문에 나타나는 현상인 것으로 파악할 수 있다. 둘째, 건강보험심사평가원의 적정성 평가, 공공의료기관의 경우 공공의료기관 평가 등 관련한 평가로 인한 결과일 가능성이 있다.

2. 의료기관 종사자와 의료 이용자의 인식 차이

가. 환자안전에 대한 의료 이용자의 인식

의료기관에 대한 인식과 환자안전에 대한 의료 이용자의 경험을 심층적으로 파악한 결과, 의료기관 또는 환자안전에 대한 긍정적인 인식도 일부 있었으나 환자들이 의료기관 또는 의료인에 대해 가지고 있는 기본적인 인식은 '본인들은 상대적 약자'라는 것이다. 병원에서 이루어지는 진단과 치료 과정에서 의료인의 권위적인 태도, 임상 정보뿐만 아니라 의료 사고 발생 시 사후 처리 절차에 대한 정보와 대응력 부족이 환자 입장에서 '안전'을 의미하는 핵심적인 내용이라 할 수 있다.

환자안전에 대한 인식도를 의료기관 유형별로 봤을 때, 요양병원은 시설 관리 및 위생 상태, 의료인력의 부족 문제가 지적되었다. 요양병원 입원 환자는 주로 노인들로 특성상 인지 기능에 손상이 있거나, 장기적으로 치료가 요구되는 환자들로서 응급 상황의 발생도 빈번하기 때문에 의료 종사자들의 신속한 대처와 환자안전에 대한 노력이 필요함에도 불구하고, 안전에 대한 관리는 취약한 상태였다.

한편, 환자들의 대형 병원 선호로 인한 대형 병원 집중화 현상과 환자의 대기시간을 고려하지 않은 의료기관 측의 예약체계가 맞물려 짧은 진료시간과 그로 인한 불충분한 정보 제공으로 환자들의 의료기관에 대한 불신과 환자안전에 대한 잠재적인 불안감이 존재하고 있었다.

의료서비스는 사람이 직접 관여하고, 노동 집약적인 분야이기 때문에 환자들은 불가피하게 의료 사고 및 오류들이 발생할 수 있다고 인식하고 있었다. 단지, 의료오류 및 의료사고가 발생했을 때, 병원과 의료인들의 잘못에 대한 회피 또는 소극적인 대처에 불만을 가지고 있었다.

이번 인터뷰를 통해 환자들이 생각하는 환자안전은 의료진과의 신뢰를 기반으로 한다는 것을 확인하였다. 즉, 환자안전을 위한 제도나 특정 서비스보다는 현재 환자의 상태와 향후 치료 계획에 대한 충분한 정보 제공과 정서적 교류를 통한 상호작용이 의료서비스의 질이나 환자안전을 확보하는 데 중요한 요소라는 것이다. 환자안전을 위해서는 법과 제도의 체계적인 정비도 중요하지만 그에 앞서 의료기관 및 의료인들이 환자를 존중하고, 상호 소통하는 문화의 확산이 선행되어야 할 것이다.

마지막으로 환자안전법의 안정적인 정착을 위해서는 정부와 의료기관 차원에서 환자 및 보호자를 대상으로 제도에 대한 적극적인 홍보와 교육이 필요하며, 환자의 적극적인 참여를 유도할 수 있는 환자 단체 또는 지역사회 단체를 구성하고 지원하는 방안을 마련하는 것이 요구된다.

나. 환자안전에 대한 의료기관 종사자의 인식

환자안전법이 시행된 지 얼마 지나지 않은 시점에서 환자안전법 적용 대상인 의료기관의 환자안전 업무 담당자에 대한 인터뷰 조사 결과 제도에 대한 불만이 여러 측면에서 나타났다.

우선 환자안전 전담인력의 기준과 업무 범위가 모호하여 환자안전 전담인력 배치를 위해 병원 경영진 설득이 어렵다는 것이다. 겸직 가능 여부에 대한 명확한 규정 또는 설명이 없어 한 사람을 전담으로 배치하는 것에 경영진이 적극적으로 임하지 않는다. 그리고 감염예방관리료 수가와 같은 지원이나 또는 다른 방식의 재정적 지원 없이 전담인력을 배치하도록 하여 의료기관이 소극적으로 임하고 있다. 반면, 감염관리의 경우 메르스(중동호흡기증후군) 유행 이후 감염예방관리료 수가가 생긴 뒤 의료기관에서 적극적으로 전담 간호사를 배치하고 있다.

다. 의료 이용자와 의료 제공자의 인식 차이

인터뷰 결과 현재 환자안전 담당 간호사들은 제도적인 측면의 문제에 집중하고 있어 환자 중심으로 의료에 접근하는 환자안전의 본래 목적은 우선순위에서 떨어져 있는 것으로 보인다. 환자는 의료기관에서 정확하고 풍부한 정보를 제공받는 것이 환자안전의 중요한 영역이라고 인식하고 있으며 또한 진료 과정에 적극적으로 참여하길 원하고 있으나 환자안전 전담 간호사들은 환자와 환자안전 문제에 대하여 적극적으로 관계를 맺게 되면 그것이 본인 또는 의료기관에 부정적 영향을 미칠 것을 걱정하고 있어 의료 제공자와 의료 이용자 간의 입장 차이가 크다. 환자안전법이 시행되고 법상에서도 환자 참여에 대하여 명시하고 있으므로 의료 이용자와 의료 제공자 간의 입장 차이를 줄이려는 노력이 필요하며 이를 위해 정부가 적극적으로 지원하여야 한다.

3. 환자안전 사각지대 의료기관 현황 및 문제점

가. 환자안전 사각지대의 의료기관 종별 차이

200병상 미만 병원을 대상으로 환자안전 현황에 대한 설문조사를 한 결과 환자안전 관련 조직이나 전담인력의 배치는 요양병원에서 높게 나타났으나 전담인력의 겸직은 병원이 낮게 나타났다. 이 결과는 요양병원이 의료기관인증제의 의무평가 대상인 반면, 병원은 자율참여 대상이기 때문에 나타나는 현상으로 보인다. 즉 요양병원은 인증을 받아야 하므로 조직과 인력을 갖추기는 하지만 요양병원의 인력 특성상 겸직을 하지 않고 환자안전만 전담하는 비율은 병원보다 상대적으로 낮게 나타나는 것

이다. 요양병원의 경우 병원보다 간호사 배치 기준이 낮아 같은 환자 수 대비 간호사 수가 현저히 적다. 또한 간호등급을 유지해야 하는 요양병원에서 간호사를 병동이나 진료 관련 부서에서 환자안전 담당부서로 옮기는 일은 병원 경영진의 의지가 없다면 쉽지 않은 일이다.

나. 환자안전에 취약한 일차의료기관의 문제

의원급 의료기관은 하루에도 수많은 환자들이 진료를 받는 곳이지만 환자안전법상 사각지대에 놓인 의료기관이라고 볼 수 있다. 물론 의원급을 배제하는 것으로 명시된 규정은 없으나 종합병원 또는 200병상 이상 병원으로 규정하였기 때문에 의원급 의료기관은 정책의 우선순위가 아닌 것으로 보인다.

이 연구에서 일차의료기관 대상으로 설문조사를 한 결과 병원급 의료기관보다 전반적으로 환자안전활동과 환자안전법에 대한 인식 수준이 낮은 것으로 나타났다. 환자안전문화 영역에서는 일차의료기관이 병원급 의료기관보다 높은 수준이었으나 이것은 실제로 환자안전문화가 조성되었다고 판단하기는 어렵다. 오히려 일차의료기관이 환자안전에 대하여 제대로 인식하고 있지 못하여 나타난 결과라고 볼 수 있다. 환자안전 관련 사고가 발생하는 원인으로 직종 간 정보 공유가 원활하지 못한 점을 많이 응답하였다는 것이 이를 반증하는 결과이다. 그리고 사고 발생 원인으로 환자나 보호자의 부주의로 응답하는 경우가 많았는데, 이는 환자안전 문제를 의료기관 내 시스템의 문제로 인식하지 않고 있다는 것을 의미한다. 이러한 인식은 결국 해당 일차의료기관 시스템을 환자와 안전 중심으로 개선하는 것에 장애요인으로 작용하여 환자안전 관련 사고 발생의 위험을 높일 수 있다. 이러한 결과들은 일차의료기관 종사자 대상으로 환

자안전에 대한 교육이 반드시 이뤄져야 한다는 것을 의미한다. 실제로 설문조사 결과 일차의료기관의 환자안전에 대한 교육 경험률이 낮게 나타나 전반적으로 환자안전에 대하여 정확한 인식을 가질 수 있는 기회가 필요하다.

설문조사 분석 결과 일차의료기관의 특징 중 하나는 의원이나 치과의원 모두 간호사 비율이 의료기관 당 평균 1명이 되지 않는다는 것이다. 대신 간호조무사 또는 치과위생사의 비율이 높는데, 간호사 비율은 환자안전과 밀접한 관련이 있는 것으로 알려져 있으므로 환자안전사고 예방을 위해 간호사 비율에 대한 정부 차원의 접근이 필요하다.

마지막으로 일차의료기관 대상 설문 결과 환자안전법에 대하여 모른다고 응답한 경우가 200명상 미만 병원급 의료기관보다도 낮게 나타났다. 이 결과는 환자안전에 취약한 구조를 가지고 있는 소규모 병원보다 일차의료기관이 환자안전문제에 있어 향후 더 문제가 될 수 있음을 시사한다. 또한 소규모 병원과 일차의료기관 모두 환자안전 정책에서 사각지대에 놓일 가능성이 높은 의료기관이지만, 일차의료기관이 더 취약할 수 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다.



제 3 장

국외 환자안전 현황과 시사점

제1절 미국의 환자안전 관리 현황

제2절 호주의 환자안전 관리 현황

제3절 영국의 환자안전 관리 현황

제4절 국내외 환자안전 현황 비교와 시사점



3

국외 환자안전 현황과 시사점 <<

제1절 미국의 환자안전 관리 현황

1. 환자안전 관리체계

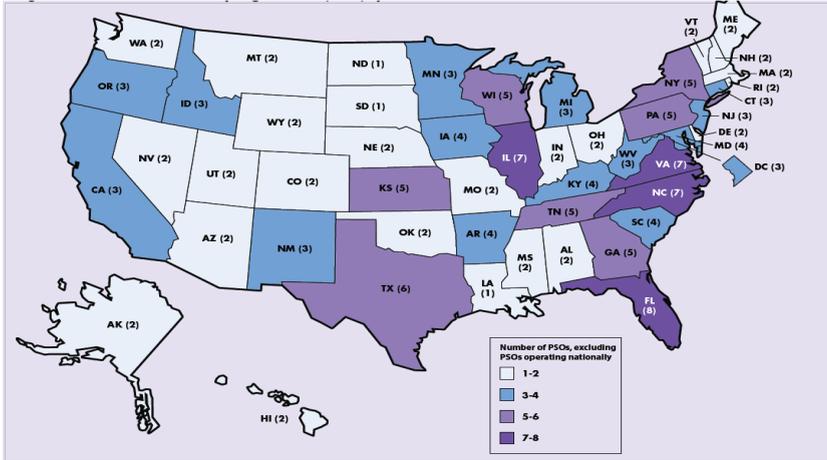
AHRQ(Agency of Healthcare Research and Quality)는 환자안전 기구 프로그램(Patient Safety Organization program, PSO program)을 운영하는데,¹¹⁾ 환자안전기구(PSOs)는 의료기관 종사자로부터 환자안전사고에 대한 보고를 받고, 개별 사건에 대하여 분석하여 의료기관과 정보를 공유하는 역할을 하는 환자안전법의 핵심 요소이다(National Academies of Science, Engineering, and medicine, 2015, p.14). 환자안전기구(PSOs) 운영자로 신청 가능한 기관은 독립기관 또는 기관의 소속부서, 공공/민간 기관, 영리/비영리 기관이다. 보험사 또는 규제 기관과 관계가 있는 조직은 신청할 수 없다. 2014년 말 기준으로 81개의 환자안전기구(PSOs)가 지정되어 있으며, 1만 9000개의 의료기관(공급자)과 계약을 맺고 서비스를 제공하고 있다(그림 3-1 참조).¹²⁾

환자안전기구(PSOs)와 계약한 의료기관은 치료기관(Specialized Treatment Facilities)이 전체의 36.2%, 일반 병원이 34.2%이며, 이외에 약국, 외래수술센터 등이 있다(그림 3-2 참조).

11) https://www.pso.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/npsd_portfolios-summary-profile-2014.pdf. 2016. 10. 15. 인출.

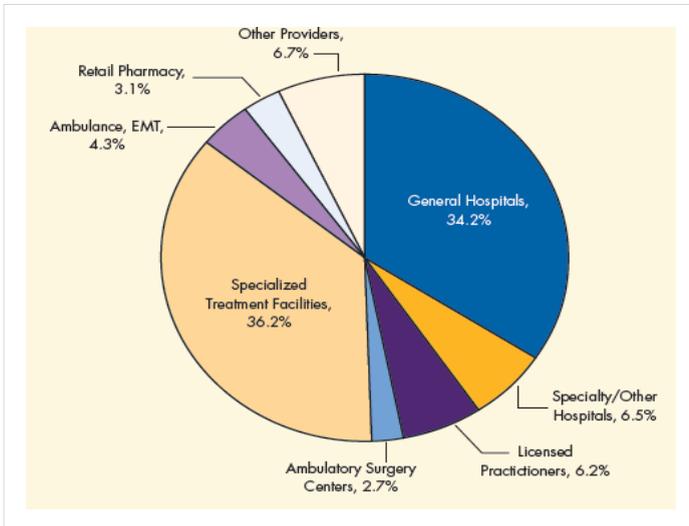
12) AHRQ(2016b). Patient Safety Organizations: A Summary of 2014 Profiles. Network of Patient Safety Databases Brief. Rockville, MD: Author. p.3

[그림 3-1] 미국 주별 환자안전기구(PSOs)의 분포



자료: AHRQ(2016b). Patient Safety Organizations: A Summary of 2014 Profiles. Network of Patient Safety Databases Brief. Rockville, MD: Author. p.3.

[그림 3-2] 미국 환자안전기구(PSOs)와 계약한 의료기관 분포



자료: AHRQ(2016b). Patient Safety Organizations: A Summary of 2014 Profiles. Network of Patient Safety Databases Brief. Rockville, MD: Author p.4.

환자안전 관련 데이터베이스는 AHRQ에서 운영하는 환자안전사건 중심의 데이터베이스와 CDC에서 운영하는 의료 관련 감염 중심의 데이터베이스가 있다. AHRQ는 전국에서 개인 식별이 불가능하도록 모아진 환자안전 정보를 분석하고 보고하는 국가 환자안전데이터베이스(Network of Patient Safety Databases, NPSD)를 관리하고 있다. CDC는 의료기관이 자발적으로 의료 관련 감염사건을 보고할 수 있도록 국가보건의료안전망(National Healthcare Safety Network, NHSN)을 운영한다. 이는 본래 신종감염병과 항생제 내성 등을 위한 감시체계였으나, 의료 관련 감염을 포함하는 감시체계로 확대되었다. 기구나 시술과 관련된 감염만을 감시 대상으로 하며, 문제 지역을 확인하여 의료 관련 감염을 낮추기 위한 데이터를 제공한다.

주정부 차원에서는 펜실베이니아 주, 텍사스 주에서 환자안전법과 관리체계를 마련하였다. 펜실베이니아 주는 주법에 의거하여 독립적인 주정부 기관인 환자안전국(Pennsylvania Patient Safety Authority, PPSa)을 설치하였다. 또한 펜실베이니아 기반의 비영리 의료서비스 연구기관인 ‘응급의료연구소(Emergency Care Research Institute, ECRI)’, ‘투약안전연구소(Institute for Safe Medication Practices, ISMP)’와 함께 웹 기반의 환자안전 보고시스템을 구축하여 심각한 사건과 사고에 대하여 보고하도록 하고, 연례 보고서와 소식지 등을 통해 지역 데이터의 상세한 분석을 개별 기관에 제공한다. 텍사스 주는 국가보건의료안전망(NHSN)에 참여하며, 2015년도 1월부터 의료기관이 주정부 보건부에 ‘예방 가능한 위해사례’를 의무 보고하도록 규정하였다. 기관마다 라이선스 갱신의 일환으로 전년도에 대한 연차 보고를 하며, 근본원인 분석을 시행하고 행동계획을 짜도록 지정하였다.

2. 환자안전 관련 규제 및 인증

의료기관에 대한 인증은 독립적인 민간 비영리 기관인 TJC(the Joint Commission)에서 제공한다. TJC는 보건의료 종사자들이 양질의 안전하고 효과적인 진료를 하여 공공의 건강을 향상시키는 데 기여하도록 돕기 위해 일정 수준 이상의 의료서비스를 제공하는 병원(hospital), 홈케어(home care), 간호기관(nursing care center) 등을 대상으로 인증 프로그램을 운영한다. 이는 1951년 미국 외과의사협회, 의사협회, 병원협회 등에 의해 자발적으로 시작되었으며, 미국 내 2만 1000개의 의료기관이 인증을 받았다.¹³⁾

연방 차원에서는 연방법에 근거하여 의료인 자료은행(National Practitioner Data Bank)을 운영한다. 이는 보건의료 종사자, 공급자, 기관에서 의료사고(medical malpractice) 또는 특정 부작용 등이 일어난 것을 기록하여, 의료기관과 의료인이 인증, 증명서 발행, 채용 등의 과정에 참고할 수 있도록 정보를 제공한다.

3. 보고시스템과 의료과오 책무성

환자안전법(Patient Safety & Quality Improvement Act)에 따라 기밀성이 보장되는 자발적 보고체계가 운영되고 있다. 주마다 있는 환자안전기구(PSO)에서는 공통보고양식(Common Format)으로 사건, 근접 오류, 불안전 상황에 대한 정보를 수집하며, 환자안전데이터베이스(NPSD)에 등록한다. 데이터베이스 등록 시 개인 정보 보호를 위해

13) https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx

AHRQ에서 환자안전기구 개인정보보호센터(Patient Safety Organization Privacy Protection Center, PSOPPC)를 설립하여 환자안전기구(PSO)가 보고받은 환자안전 정보를 개인 식별이 불가능하도록 변환하는 과정에 기술적인 지원을 하고, NPSD에 제출하는 환자안전사건 양식에 대하여 교육을 하는 등 환자안전기구(PSO)의 활동을 지원하도록 하였다.

환자안전기구, 보건의료 제공자 및 관계 기관으로부터 수집 및 분석된 환자안전 자료는 환자안전데이터베이스(NPSD)에 등록된다. 공통보고양식은 모든 환자안전을 보고하는 데 사용하는 일반양식(Generic Common Format)과 심각한 특정 다빈도 사건에 대한 사건유형별 양식(event-specific common format)으로 나뉘져 있다. 일반양식은 보건의료사건 보고양식과 환자 정보 양식, 초기 보고 요약으로 구성된다. 응급의료연구소 환자안전기구(ECRI institute PSOs)는 AHRQ에서 인증한 연방 환자안전기구 중 한 곳으로, 수집한 환자안전 자료를 분석하여 교육 자료를 만들고, 다른 환자안전기구(PSOs)에 기술, 프로그램, 분석을 지원한다.

더불어 미국의 의료기관평가 인증기관(The Joint Commission, TJC)에서는 TJC 인증 병원에서 적신호 사건(sentinel event)이 발생할 경우 5일 이내에 보고를 하고 30일 이내에 근본원인분석(root cause analysis) 결과 보고서와 위험 감소를 위한 개선 계획을 제출하도록 하며, 이를 기반으로 적신호 사건 경보(Sentinel Event Alert)라는 자료를 만들어 보급한다(이재호, 이상일, 2009, p.16).

환자안전 보고시스템에 보고된 의료 과오에 대해서 연방법에서는 환자안전법에 의해 보고된 자료는 법정에서 증거로 채택되지 않도록 보호한다. 의료 과오에 대한 의료인의 책임과 관련해서는 주별로 사과법(apology law)을 제정하였다. 진료 과정에서 위해사건이 발생했을 때 환

자에게 알리고 위로와 동감의 말을 전하는 것은 윤리적인 행동이지만, 이러한 언행이 법정에서 불리한 증거로 사용될 수 있는 점을 고려하여 의료진의 공감의 표현 및 사과를 과실의 인정으로 보지 않는다는 것이 주 내용이다(이상일, 2013, pp.88-89). 사과법(apology law)은 1986년 매사추세츠 주에서 처음 채택한 이후 미국의 36개 주에서 도입하였으며, 공감, 위로, 애도, 연민의 표현에 대해서만 법적인 책임을 묻지 않는 부분적인 사과법(partial apology law)은 31개 주에서 도입하였고, 과실, 실수, 오류, 책임에 대해서도 법적 특권을 부여하는 완전한 사과법(full apology law)은 5개 주에서 도입하였다(Ho & Liu, 2011, pp.147-167).

4. 지불제도 또는 재정적 지원

환자안전지표를 반영한 지불제도와 인센티브를 통해서도 규제와 지원이 이루어지고 있다. 연방 정부 사업의 일환으로 메디케어(Medicare)에서 병원 진료로 인한 부정적 상태(Hospital Acquired Conditions, HAC)¹⁴⁾가 발생한 경우에 대해서는 진료비를 상환하지 않는 지불정책을 시행하고 있으며, 이 외에 가치 기반 지불(Hospital Value-based Purchasing, VBP) 프로그램,¹⁵⁾ 병원 전자건강기록(EHR) 인센티브 프로그램¹⁶⁾ 등의 정책이 있다.

병원 진료로 인한 부정적 상태(HAC) 발생에 대한 미지불정책은 입원

14) 재정연도 2014-2015 기준으로 욕창, 낙상과 손상, 수술 부위 감염, 수술 후 이물질 잔존, 공기 색전증 등 11개의 합병증 목록이 해당됨.

15) 2012년부터 도입된 프로그램으로, 양질의 진료에 대하여 재정적 인센티브를 제공함. 보상의 근거로는 병원 관련 감염 예방, AHRQ 환자안전 종합지표, 중심정맥관 혈류감염지표 등을 포함하며, 미국 전역의 3500여 급성기 병원이 의무 참여하고 있음.

16) 건강정보 기술 통합, 보건의료의 질과 효율성, 환자안전 개선을 목적으로 EHR의 의미 있는 사용에 대하여 2011년부터 인센티브를 제공함.

치료의 질을 높이고 필요한 서비스에 대해서만 메디케어가 지불한다는 원칙을 기반으로 2005년 적자 감축법(Deficit Reduction Act of 2005)에 의해 2008년도 10월 1일(재정연도 2009년)부터 입원 환자 지불 시스템(Inpatient Prospective Payment System)의 일부로 도입되었다(CMS, 2015).¹⁷⁾ 입원 시 진단에 포함되지 않은 10가지의 증상에 대해 병원 입원 중 치료가 이루어졌다고 하더라도 이에 대한 추가적인 치료비를 지불하지 않는다(CMS, 2008).¹⁸⁾ 이후 재정연도 2013년도부터 2015년도까지 14개의 증상을 대상으로 확대하여 시행하였다(CMS, 2015).

또한 이러한 노력의 일환으로 입원환경에서의 의료서비스 질에 따라 메디케어의 지불 비용을 차별화하는 HAC 지불보상정책(HAC Reduction Program)을 건강보험개혁법안¹⁹⁾(Affordable Care Act)을 기반으로 2014년 10월 1일(재정연도 2015년)부터 도입하였다. HAC 지불보상정책은 환자안전과 병원 내 감염 두 개의 영역을 중심으로 각 병원의 점수를 산출하여, 결과가 좋지 않은 25%의 병원을 대상으로 1년간 입원 환자의 의료비를 1% 감액하여 지불한다.

HAC 프로그램의 병원별 점수 산출 방법은 측정지표별로 병원의 상대적 순위를 반영하여 1에서 10까지의 점수를 매겨 점수를 측정한 뒤, 이를 이용하여 도메인 1과 2의 점수를 결정하고, 전체 HAC 점수는 가중치가 적용된 도메인 1과 2의 점수를 반영하여 결정한다(그림 3-3 참조).²⁰⁾

17) CMS(2015. 8. 19.). Hospital-Acquired Conditions.

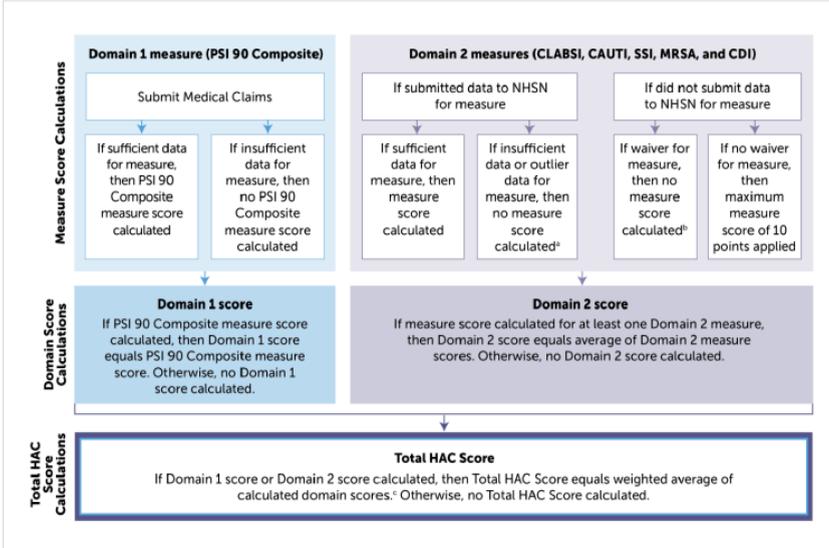
https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Hospital-Acquired_Conditions.html에서 2016. 11. 25. 인출.

18) CMS (2008. 8. 4.) Medicare takes new steps to help make your hospital stay safer. <https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2008-Fact-sheets-items/2008-08-045.html?DLPage=1&DLFilter=hospital%20care&DLSort=0&DLSortDir=descending> 에서 2016. 11. 25. 인출.

19) 또는 부담적정보험법, 환자보호-건강보험 개혁법안(Patient Protection and Affordable Care Act).

20) 회계연도 2017년에는 도메인 1의 가중치 15%, 도메인 2의 가중치 85%로 적용하며 도

[그림 3-3] HAC 프로그램 점수 산출 방법



자료: CMS(2016). Hospital-Acquired Condition Reduction Program Fiscal year 2017 Fact Sheet. p.4.

5. 공급자 참여

환자안전운동이 시작되던 시점에 의료기관의 경영진을 대상으로 한 교육 프로그램이 시행되었다(이상일, 2013, p.27). 의료기관이 의료서비스의 위해에 중요한 역할을 한다는 것을 인식하면서부터, 학계, 의료계, 정부, 대학²¹⁾이 모여 Executive Session on Medical Error and Patient Safety 프로그램을 시작하였다. 하버드 케네디 스쿨의 학자와 연구자가 주도하여 프로그램을 개발하였고, 미국 보건의료계에서 리더의 역할을

메인 중 하나에 대한 점수만 있는 경우 해당 도메인에 100%의 가중치 적용함.

21) Agency for Health Research and Quality, Veterans Health Administration, National Patient Safety Foundation, American Society of Health-System Pharmacists와 WK Kellogg and Robert Wood Johnson Foundation 등이 지지하였음.

하는 개인들을 초청하여 워킹그룹 형태의 비공개 포럼을 운영하였다. 프로그램의 참여자는 병원 또는 보건의료기관의 CEO였으며, 프로그램을 통해 참여자로 하여금 그들의 기관에서 환자안전을 향상시킬 수 있는 새로운 전략을 수립하고 그룹 내에 공유하는 것이 목적이었다. 이 프로그램은 국가적인 리더십을 형성하여 미국 내에 다양한 시도를 촉진하고, 기술을 확산시키는 데 기여하였고, 참여자들이 환자안전을 개인과 기관의 주요 우선순위로 고려하게 되었다.²²⁾

또한, 5 million lives 캠페인의 “Boards on Board”, Patient Safety Goal 등이 경영자의 인식 향상에 도움을 준 것으로 알려졌다. 이뿐만 아니라, CMS는 입원 후 병원에서 발생한 질병(hospital acquired condition)에 대해 2008년부터 추가적인 진료비를 지급하지 않기로 하였으며, 이러한 지불보상 정책의 변화도 공급자 리더십이 환자안전에 대하여 관심을 기울이는 데 영향을 미쳤다고 평가된다(이상일, 2013, p.27).

공급자 중 의료진의 참여는 진실말하기 프로그램(disclosure program)을 기반으로 한 Sorry Works 캠페인이 있다. 진실말하기 프로그램은 켄터키 주의 렉싱턴 재향군인병원(the Veterans Affairs Medical Center)에서 개발되었고(Kraman, Cranfill, Hamm, Woodard, 2002, pp.646-650), 2005년 Sorry Works Coalition이라는 민간단체 설립과 캠페인으로 확대되었다. 이는 의학적으로 정당한 치료가 예상치 못한 나쁜 결과나 부작용을 일으켰을 때, 의료 제공자가 환자 또는 가족에게 사과하고 잘못을 인정하며, 어떤 상황이 일어났는지, 병원이 앞으로 사고 재발 방지를 위해 어떤 노력을 할 것인지를 설명하고, 적절한 보상을 하는 것을 포함한다. 크고 작은 실수를 공개적으로 토론하는 것은 배움의 계기가 될 수 있으며, 전체 과정을 통해 환자안전사건 발생 시 환자

22) <https://archive.ahrq.gov/quic/summit/wweingart.htm>. 2016. 10. 29. 인출.

와 병원의 관계가 법적인 소송만을 고려하는 갈등 관계에서 사과를 기반으로 하는 갈등 해소 관계로 전환하고, 병원과 환자 간의 소통에서 중요한 갈등 조정의 도구이지만 패자의 언어로 인식되어 온 사과를 승자의 언어로 전환하고자 하였다(이상일, 2013, p.86).

진실말하기 프로그램을 도입한 후의 결과를 살펴보면, 켄터키 주의 렉싱턴 재향군인병원의 배상 청구건은 다른 재향군인병원과 비교하여 상위 25%에 속할 정도로 많았지만, 전체 배상액은 하위 25%에 속하여 배상 금액이 감소하였다. 미시간 대학에서는 진실말하기 프로그램 도입 이후 소송 건수가 절반 이상으로 감소하였으며, 연간 소송 비용은 3분의 1로 줄어들었고, 소송 기간도 짧아졌다는 보고가 있다(Wojcieszak, Saxton, Finklestein, 2009, pp.149-152).

진실말하기 프로그램은 환자의 알 권리를 추구한다는 점에서 의미 있는 프로그램이지만, 의료적인 처치 후 예상치 못한 결과나 부작용으로 인한 환자와 가족의 고통에 공감을 표현하는 것(sorry)과 의료행위의 오류가 밝혀진 후에 의료진의 잘못에 대하여 책임을 지고 사과의 표현을 하는 것(apology)이 다르다는 점을 유의해야 한다. 이와 관련하여, 시카고 일리노이 주립대학교의 메디컬센터에서는 <표 3-1>과 같이 진실말하기 프로그램의 가이드라인을 제시하였다(Wojcieszak, Saxton, Finklestein, 2009, p.155).

몇몇 선행연구에서 의료 관련 사고 발생 시 환자에게 유감을 표명하는 것이 환자와 의료진 간의 신뢰 관계를 유지하고, 의료비 배상과 의료분쟁으로 인한 비용을 줄이는 데 영향을 준다는 것을 밝혔다(Wu, 1999; Hickson, Glayton, Githens, Sloan, 1992). 이뿐만 아니라 의료진의 오류를 밝히지 않은 경우 소송을 하겠다는 환자가 더 많음을 확인하였다(Witman, Park, Hardin, 1996).

〈표 3-1〉 진실말하기 프로그램 가이드라인: 시카고 일리노이 주립대학

- 1) 우리는 환자에게 나쁜 결과가 발생하였을 때, 환자 및 가족과 효과적인 의사소통을 실시한다.
- 2) 의료서비스로 인하여 피해가 발생하였다면, 신속하고 공정하게 사과하고 보상한다.
- 3) 의학적으로 적절한 진료에 대해서는 강력하게 방어한다.
- 4) 사고가 반복되지 않게 하고 법적 책임 사례를 감소시키기 위하여, 실수로부터 배운다.

자료: Wojcieszak D., Saxton J.W., Finklestein M.M(2009). 소리웁스: 의료분쟁 해결의 새로운 패러다임. p.155.

6. 환자 참여

환자의 참여를 촉진하기 위해, SPEAK UP 프로그램을 시행하고 있다. 이는 2002년 CMS와 The Joint Commission(TJC)이 함께 시작한 캠페인으로, 의료오류를 방지하기 위해 환자가 진료 과정에서 적극적인 역할을 하도록 권고한다. 현재 40개국으로 확대되었으며, 2015년 조사 결과 참여기관 중 83%가 Speak Up 프로그램이 환자를 교육시키고 권한을 주어(empower) 치료의 파트너가 되게 하며, 이해하고 사용하기에 간단하고, 의료기관의 입장에서도 효과적이라고 응답하였다(그림 3-4 참조).²³⁾

소비자 병원이용경험평가(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey, CAHPS)를 통해 정보를 제공하여 환자의 참여를 독려한다. CAHPS는 병원 이용 후 경험을 바탕으로 다음의 항목들에 대해 평가하고, 평가 결과를 공유하는 것으로, 간호사와 의사소통, 의사와 의사소통, 항상 도움을 받을 수 있는지, 통증이 잘 관리되는지, 투약 전 약에 대해 설명하는지, 병실과 화장실이 청결한지, 집에서 회복하는 것에 대해 정보를 제공하는지, 다른 사람에게 이 병원을 추천하는

23) https://www.jointcommission.org/facts_about_speak_up/,
http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Facts_Speak_Up.pdf

지 등의 질문에 대한 응답을 공유한다.

[그림 3-4] SPEAK UP 프로그램



자료: 인하대병원 소식지 2015. 0708(vol. 112). p.29.
https://www.inha.com/healthy_info/pdf/20150831.pdf.

7. 일차의료에서의 환자안전

대부분의 치료는 외래(outpatient, ambulatory care)에서 진행됨에도 불구하고, 환자안전 향상 노력은 입원환경을 중심으로 진행되어 왔다. 이러한 문제점을 바탕으로 최근 몇 년간 외래진료에서의 환자안전에 대한 연구가 증가하였으며, 이를 반영하여 TJC에서는 최근 외래진료에 초점을 맞춘 국가 환자안전 목표(National Patient Safety Goals, NPSG)를 발표하였다(표 3-2 참조).²⁴⁾

〈표 3-2〉 외래진료의 국가 환자안전 목표

영역	내용	
정확한 환자 식별 (Identify patients correctly)	NPSG.01.01.01	각 환자가 올바른 약물과 치료를 받게 하기 위해 두 가지 방법 이상을 사용하여 환자를 확인할 것(환자의 이름과 생년월일 등).
	NPSG.01.03.01	수혈을 받을 때 올바른 대상 환자가 정확한 혈액을 받았는지 확인 필요.
의약품 안전 사용 (Use medicines safely)	NPSG.03.04.01	시술을 시작하기 전, 약품과 소모품보관소에서 레이블이 없는 약품에 레이블을 표기할 것.
	NPSG.03.05.01	혈액을 묻게 하는 약품을 섭취하는 환자에게 특별히 주의를 기울일 것.
	NPSG.03.06.01	환자의 약품에 대해 정확한 정보를 기록하고 전달할 것. 환자가 복용하고 있는 약과 새로운 약을 비교해야 함. 환자가 집에서 어떤 약을 먹어야 하는지 알려 주어야 하고, 의사를 방문할 때마다 최신 의약품 목록을 가져오는 것이 중요함을 설명해야 함.
감염 방지 (Prevent infection)	NPSG.07.01.01	CDC 또는 WHO의 손 세정 지침 사용. 손위생 수행률을 높이기 위한 목표 설정.
	NPSG.07.05.01	수술 후 감염을 예방하기 위한 지침 사용.
수술 중 실수 방지 (Prevent mistakes in surgery)	UP.01.01.01	정확한 환자에게, 필요한 위치에서 수술이 이루어졌는지 확인.
	UP.01.02.01	수술을 할 환자의 몸에 정확한 수술 위치 표시.
	UP.01.03.01	실수가 일어나지 않도록 수술 전에 잠시 멈추기.

자료: TJC(2015). Ambulatory Care National Patient Safety Goals.

www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_AHC_ER.pdf에서 2016. 11. 23. 인출.

AHRQ는 일차의료의 질 향상을 위해, 역량 향상(capacity building), 통합 진료(care coordination), 의료기관-지역사회 연결, 환자와 가족의 참여, 의료 제공 시스템 재디자인, 의료-IT 통합 등의 노력들이 이루어져야 함을 언급하였다.²⁵⁾

24) <https://psnet.ahrq.gov/primers/primer/16/patient-safety-in-ambulatory-care>

25) <http://www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/index.html>.

8. 인력 및 훈련

간호사는 환자에게 직접적인 의료서비스를 제공하고, 안전을 감시하는 중요한 역할을 담당하며, 입원 세팅에서 간호인력이 제공하는 서비스의 비율이 환자의 위해사건 발생 가능성과 연관이 있다는 것이 증명되면서 간호인력의 중요성이 강조되었다(Blegan, Goode, Reed, 1998, pp.43-50). 또한, 간호사당 환자 수가 증가하면 입원 후 30일 내 사망 발생률과 구조 불이행률이 증가하고, 간호사의 소진 경험과 직업 불만족이 증가한다는 연구가 발표되었다(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, Silber, 2002, pp.1987-1993).

법적으로는 연방법(42 Code of Federal Regulations, 42CFR 482.23)에 따라 메디케어 참여 병원이 충분한 수의 간호인력을 확보해야 한다고 규정되어 있다(유선주, 2013, pp.380-389). 주별로는 2013년도 기준으로 15개 주에서 간호인력 배치에 대한 법률을 마련하였다(유선주, 2013, pp.380-389). 이 중 가장 먼저 간호사 배치 기준을 도입한 캘리포니아에서는 1992년부터 간호인력에 대한 환자 수 비율을 공론화하였으며, 2004년부터 법제화하여 의료서비스의 종류별로 간호인력 대 환자 수 비(RN to patient Staffing ratios)를 지정하였다.²⁶⁾ 이에 따르면 환자 대 간호사의 최소 비율을 중환자실은 1:2, 수술실은 1:1, 회복실은 1:2, 응급실은 1:4, 외과계는 1:5로 배치해야 하며, 외과계의 경우 초기 법 제정 시에는 1:6의 비율로 지정하였으나, 2008년 이후 1:5로 기준을 상향하였다.²⁷⁾

26) California RN Staffing ration law, AB394

27) <https://www.cga.ct.gov/2004/rpt/2004-r-0212.htm>에서 2016. 11. 29. 인출.

〈표 3-3〉 캘리포니아 주 간호단위별 최소 배치기준

간호단위		배치기준
중환자실	중환자실(Intensive/Critical Care)	1:2
	신생아 중환자실(Neonatal intensive care)	1:2
수술장	수술실(Operating room)	1:1
	회복실(Post-anesthesia Recovery)	1:2
분만	분만장(Labor and delivery)	1:2
	회복(Antepartum)	1:4
소아	소아(Pediatrics)	1:4
응급구역	응급실(Emergency room)	1:4
	응급중환자실(ICU patients in the ER)	1:2
	외상응급환자(Trauma patients in the ER)	1:1
내외과계	내외과계(Medical/Surgical)	1:5
기타	특수 분야	1:4
정신	정신병동(Psychiatric)	1:6

자료: 유선주(2013). 간호사 배치기준에 대한 정책적 함의. p.385.

의료인력의 훈련과 관련하여 The Joint Commission(TJC)에서는 환자안전 향상을 위한 표준화된 의사소통 방법으로 상황(Situation), 배경(Background), 사정(assessment), 제안(Recommendation)의 네 가지 영역으로 구조화하여 간호사 간의 인수인계 및 의사에게 보고하도록 훈련하는 것을 제안하였다.²⁸⁾

28) <http://www.saferhealthcare.com/sbar/what-is-sbar>에서 2016. 11. 29. 인출.

제2절 호주의 환자안전 관리 현황

1. 환자안전 관리체계

보건의료 안전 및 의료의 질 위원회(The Australian Commission for Safety and Quality in Health Care, ACSQHC)는 2006년 주정부에 의해 설립되었다. 보건의료 안전 및 의료의 질 위원회는 2011년 ‘국민 건강개혁법(The National Health Reform Act 2011, NHR Act)’에 의해 연방 기구로 운영되기 시작하였다. 보건의료 안전 및 의료의 질 위원회는 환자안전, 환자, 소비자 및 지역사회와의 협력, 품질 비용과 가치, 안전하고 질 높은 서비스 제공을 위한 의료 전문가 지원을 우선순위로 두고 있으며, 지속 가능하고 안전한 의료시스템을 달성하기 위해 환자, 소비자, 임상 전문가, 정책 입안자 및 의료기관과 협력한다.²⁹⁾

보건의료 안전 및 의료의 질 위원회는 국가 환자안전계획을 수립하고, 환자안전 기준을 개발하였다. 2011년 호주 보건부 자문위원회(Australian Health Ministers Advisory Council)의 요청으로 환자안전과 질에 관한 국가 차원의 환자안전계획(Australian Safety and Quality Goals for Health Care 2012-2017)이 개발되었다. 환자안전 계획은 환자안전과 의료의 질에 대하여 세 가지 목표와 다섯 가지 우선순위로 구성되어 있으며, 환자안전과 의료의 질에 대한 국가적 접근에 초점을 두고 있다.³⁰⁾

29) <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance>에서 2016. 11. 15. 인출.

30) Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian Safety and Quality Goals For Health Care Development and Consultation Report. 2012.

〈표 3-4〉 호주 환자안전계획 2012-2017

목표	우선순위
안전한 치료 (Safety of Care)	1.1 의약품 안전(Medication Safety)
	1.2 보건의료 감염(Healthcare associated infection)
	1.3 증상 악화에 대한 반응과 대응(Recognizing and responding to clinical deterioration)
진료의 적절성 (Appropriateness of care)	2.1 급성심근경색증(Acute coronary syndrome)
	2.2 일과성 허혈발작 및 뇌졸중(Transient ischemic attack and stroke)

환자와 협력(Partnering with Consumers)

자료: Overview of the Australian Safety and Quality Goals for Health Care.

<https://www.safetyandquality.gov.au/publications/overview-of-the-australian-safety-and-quality-goals-for-health-care>에서 2016. 11. 15. 인출.

국가 안전 및 의료의 질 표준(National Safety and Quality Health Service Standards, NSQHS Standards)은 보건서비스 기관들이 안전하고 높은 질의 의료서비스를 제공하도록 지원하는 것을 목적으로 하며, 호주 보건부 장관의 승인을 거치는 ‘호주 보건서비스 안전 및 품질 인증 체계(Australian Health Services Safety and Quality Accreditation Scheme, AHSSQA Scheme)’의 인증 기준이다. NSQHS는 환자안전과 의료의 질 향상을 위한 체계, 환자 및 보호자와 동반자적 관계, 병원 감염 예방과 관리, 의약품 안전, 환자 확인, 의료진 간 소통, 혈액 제제 및 수혈, 욕창 예방과 관리, 급격한 임상 변화를 보이는 환자 파악, 낙상 예방과 관리 등 열 가지로 구분된다(김민정, 김수경, 박정수, 최하진, 2014, pp.57-58).

환자안전과 관련된 비영리 기구로는 환자안전재단(Australia Patient Safety Foundation, APSF)이 있다.³¹⁾ APSF는 1988년 설립된 비영리

31) <http://www.apsf.net.au/about.php>에서 2016. 11. 15. 인출.

독립기구로 호주 연방 및 주 정부, 연구기관, 대학, 의료 전문가 및 소비자
자와 협력한다. APSF는 환자안전에 관한 정보 수집, 저장, 처리, 검색, 분
석 및 보급을 위한 정보센터로서의 역할을 수행하며, 관련 교육 및 훈련
을 제공하고 연구를 수행한다. APSF는 안전 정보를 수집 및 분석하기 위
하여 ‘고급 사건관리체계(Advanced Incident Management System,
AIMS)’를 개발하여 데이터베이스를 구축하였다(김민정, 김수경, 박정수,
최하진, 2014, p.59).

2. 환자안전 관련 규제 및 인증

Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)는 비영리 독
립조직으로 의료 관련 평가 및 인증 단체이다. ACHS에서는 국가 안전과
의료의 질 기준(National Safety and Quality Health Services
(NSQHS) Standards)을 제공하고, 인증 프로그램(EQulP, Evaluation
and Quality Improvement Program)을 운영하여 인증받은 기관에 조
직 차원의 평가 및 품질 개선 프로그램, 컨설팅, 교육 프로그램 제공 등을
수행한다. 인증 기준은 보건의료 전문가, 정부 및 소비자 대표가 포함된
위원회에 의해 결정되며, 평가 기준 및 인증시스템은 국제적으로 비교가
가능하다.³²⁾

3. 보고시스템

호주에서는 의료의 질과 안전에 관한 자료나 부작용 등을 의무적으로
보고하거나 등록하지 않는다. 2004년 호주 보건부는 공공병원의 환자안

32) <http://www.achs.org.au>에서 2016. 9. 20. 인출.

전 관련 사건 모니터링 및 보고 체계를 개발하고, 각 주정부 장관들이 공공병원에서 발생하는 주요 부작용을 보고하게 했으나 강제성은 없다(이평수, 2014, p.28).

보고시스템은 기본적으로 근접오류, 의료장비 결함, 자살 등을 포함한 모든 위해사건에 대해 자발적인 보고시스템이지만, 자율보고시스템과 의무보고시스템을 병행하고 있다. 보고는 병원, 장기요양시설, 의료 전문가, 환자 및 가족이 할 수 있으며, 문서 및 전화, 웹에 기반을 둔 Australian Incident Monitoring System(AIMS)을 통해 보고가 가능하다. AIMS는 비교를 위한 표준화된 자료를 제공하여 보고에 대한 분석을 가능하게 하며, 빅토리아 주에서는 보고받은 적신호 사건에 대해서 연보를 작성한다. APSF에서는 보고된 사건에 대해 뉴스레터, 출판물 등을 간행하고, 보건의료기관에 공개한다(이상일, 2013, pp.59-80).

4. 지불제도 또는 재정적 지원

호주 인적서비스부(Department of Human Service)는 의료의 질과 환자 건강 결과의 향상을 위해서 일반의(general practitioner)에게 경제적 인센티브를 제공하는 진료보상제도(Practice Incentive Program, PIP)을 운영하고 있다(표 3-5 참조). PIP의 목적은 일반의들의 진료 효과를 증진시키고 환자의 접근성을 개선하여 의료의 질을 향상시킬 수 있도록 지원하는 것이다. PIP에 참여하기 위해서는 인증기관인 Australian General Practice Accreditation Limited(AGPAL), General Practice Australia(GPA)의 인증을 받아야 하며, 인증에는 자체 평가, 시설 방문에 따른 동료평가(peer review), 품질 개선을 위한 지속적인 평가가 포함된다.³³⁾

136 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈표 3-5〉 호주 진료보상제도 인센티브 종류

구분	내용
천식 인센티브	- 심한 천식 환자 관리 인센티브 - 대상자: 거의 매일 증상이 있거나, 예방약을 사용하거나, 주 3회 이상 기관지 확장제를 사용하거나, 급성으로 병원 진료를 받은 환자
일과 후 인센티브	- 진료시간에 방문할 수 없는 환자에게 진료를 제공한 데 대한 인센티브 - 평일 오전 8시~오후 6시 이외의 시간, 토요일 오전 8시~오후 12시 이외의 시간, 일요일, 공휴일
자궁암 검사 인센티브	- 최근 4년간 자궁암 검진을 하지 않은 20~69세 여성을 대상으로 자궁암 검진을 한 경우
당뇨병 인센티브	- 당뇨 환자의 조기 진단과 효과적인 관리에 대한 인센티브 - sing-on payment, outcomes payment, service incentive payment로 구성됨
e-health 인센티브	- 진단과 처방에 전자기록을 활용하는 등 e-health 활용 활성화를 위한 인센티브
노인 간호 인센티브(Aged Care Access Incentive, ACAI)	- RACFs(Residential Aged Care Facilities, RACFs)를 활성화하기 위한 인센티브
원주민 건강 관리 인센티브	- 원주민의 만성질환 관리, 의료서비스 제공에 대한 인센티브
Quality Prescribing Incentive(QPI)	- 효과적인 처방을 위하여 National Prescribing Service(NPS)에 가입하여 활용하는 경우 제공하는 인센티브
농어촌 진료 인센티브	- 농어촌 지역 진료에 대한 인센티브
교육 인센티브	- 의과대학 학생에게 교육 및 실습을 제공한 데 대한 인센티브

주: 진료보상제도 인센티브(Practice Incentive Program)

자료: <https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/medicare/practice-incentives-program>에서 인출함.

PIP는 의료의 질(Quality Stream), 역량(Capacity Stream), 농어촌 지지(Rural Support)의 세 가지 영역으로 구분되어 있으며 의료의 질 범주에는 Quality Prescribing Incentive(QPI), 천식 인센티브, 당뇨병

33) <https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/services/medicare/practice-incentives-program>에서 2016. 10. 10. 인출.

인센티브, 자궁암 검사 인센티브, 원주민 건강 관리 인센티브가 포함된다(Cashin&Chi, 2011, p.4). 이 중 QPI와 이외에 전자의무기록을 활용할 경우 주어지는 e-health 인센티브가 환자안전과 관련 있는 것으로 보인다. QPI는 안전한 약물 관리와 관련이 있으며 전자의무기록은 환자안전에 긍정적인 것으로 알려져 있다.

PIP에서 일반의에게 지불하는 인센티브는 프로그램 참여에 따른 기본 보상(Practice Payments), 프로그램별로 제공하는 서비스에 대한 보상(Service Incentive Payments), 프로그램 대상자에게 제공한 특정 서비스(실적)에 대한 보상이 있다. 보상액은 건강보험(Medicare) 진료비 청구서를 근거로 한 SWPE(Standardised Whole Patient Equivalent)라는 지표를 활용하여 산출한다(이평수, 2014, p.111).

5. 공급자 참여

진실말하기는 위해사건이 발생했을 경우 환자 및 보호자에게 진실을 알리면서 공감의 표시 하기, 사건 조사 진행하기, 환자에게 적절하게 보상하기의 과정을 거치면서 같은 실수를 반복하지 않도록 하는 것이다. 호주에서는 2003년 진실말하기 표준(Open Disclosure Standard)을 지정한 이후 보건의료 안전 및 의료의 질 위원회에서 표준 지침을 개정하고 있다(이상일, 2013, p.45, p.88).

퀸즐랜드 주에서는 환자안전을 향상시키기 위한 전략 중 하나로 Healthcare Culture and Leadership Service(HCLS) 프로그램을 운영한다. HCLS는 보건의료 서비스 제공자들이 긍정적인 환자안전문화를 형성할 수 있게 지원하는 것을 목적으로 한다. 2006년부터 2년마다 보건의료 제공자들을 대상으로 조사를 진행하고, 조사 결과를 바탕으로 실행

계획을 작성한다. 2010~2011년에 2400명 이상의 보건의료 제공자들이 참여하였고, 리더십과 협업 부분에서 개선이 나타났다.³⁴⁾

6. 환자 참여

국가 환자안전 기준(National Safety and Quality Health Service Standards)에는 환자와의 협력(Partnering with Consumers)이 포함되며, 환자가 보건의료 조직의 시스템과 과정들에 참여하는 것에 초점을 맞추고 있다. 이는 환자의 경험이 안전한 의료서비스 제공을 돕고, 환자 중심의 접근 방법이 환자와 의료서비스 제공자의 안전과 의료서비스 질의 개선으로 이어진다는 것을 확인하게 한다. 의료서비스 제공자는 환자의 요구와 선호도를 묻고, 환자의 의사결정에 필요한 정보를 제공한다.³⁵⁾

7. 일차의료에서의 환자안전

보건의료 안전 및 질에 관한 위원회(ACSQHC)의 일차진료 소위원회에서는 일차진료 부문의 성과에 영향을 미치는 주요 안전과 질 문제에 대한 정보를 제공한다(이운규, 허윤정, 김소윤, 지영건, 윤도흠, 2016, p.10). 소위원회에는 치과, 물리치료, 간호학, 심리학, 의료소비자 단체, 약국, 대학 등의 관계자가 포함되어 있으며 기존의 안전 및 의료의 질 향상 전략을 일차의료 분야에 적용할 수 있는 방법을 고려하여 프레임을 개발하고 자문을 제공한다.³⁶⁾

34) State of Queensland (Queensland Health), 2012, Patient safety: from learning to action 2012, p.44.

35) <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/patient-and-consumer-centered-care>에서 인출함.

36) <https://www.safetyandquality.gov.au/our-work/primary-health-care>에서 2016. 10.

8. 인력 및 훈련

호주는 간호사-환자 최소 배치기준을 주법을 통하여 법제화하였다(한국보건산업진흥원, 대한간호협회, 2013, p.108). NWS 주에서는 서비스 유형 및 듀티별로 간호인력 배치기준을 상세하게 규정하고 있으며(한국보건산업진흥원, 2014, p.57), NWS 주 간호사 및 조산사 협회(NSW Nurses and Midwives' Association)에서는 2010년 이후로 안전한 환자 관리를 위한 공립병원에서의 간호사-환자 비율의 증가에 대한 캠페인을 진행하고 있다(한국보건산업진흥원, 대한간호협회, 2013, p.5). 이 캠페인은 주요 대도시의 공립병원뿐만 아니라 농촌 및 지역사회, 소아과와 중환자실 등까지 간호사 비율을 확대하기 위해 지속되고 있다.³⁷⁾

NWS 주에서는 주정부의 규정에 따라 신규로 면허를 취득한 간호사에 한해 임상 적응 교육 프로그램을 제공하여 각기 다른 유형의 근무환경을 체험하도록 하고 있으며, 간호사 1인당 1200달러를 지원한다(한국보건산업진흥원, 2014, p.61).

제3절 영국의 환자안전 관리 현황

1. 환자안전 관리체계

2016년 4월 이전에 영국 잉글랜드의 환자안전 관련 업무를 담당하는 정부의 조직은 NHS England였으나 2016년 4월, NHS 조직이 개편되면

11. 인출.

37) <http://www.nswnma.asn.au/get-involved/ratios-put-patient-safety-first>에서 2016.

10. 11. 인출.

서 NHS Improvement로 이관되었다. NHS Improvement는 보고·학습시스템(National Reporting and Learning System, NRLS) 업무 외에 환자안전 전반을 관장하고 있다.

2. 환자안전 관련 규제 및 인증

영국은 Care Quality Commission(CQC)라는 독립적인 규제 기구가 있다. CQC는 질과 안전 측면에서 보건의료와 사회 서비스에 대한 규제를 담당하는데(이상일, 2013, p.15) 미국의 TJC의 인증 방식과는 다르다. CQC는 개별 의료기관을 규제하기보다는 개별 의료기관을 관리하는 지역의 NHS 트러스트의 성과에 대하여 평가하는 역할을 담당한다.

3. 보고·학습시스템

영국은 국가 차원의 보고·학습시스템인 NRLS(National Reporting and Learning System)가 있으며 2012년 이전에는 National Patient Safety Agency(NPSA)에서 담당하였으나 2012년 6월 NHS 조직 개편 이후 NHS England로 업무를 이관하였다.

이 보고·학습시스템의 보고 대상은 근접오류를 포함한 환자에게 위해가 가해진 모든 사건을 포함한다. 2014년부터 국가가 규정하는 심각한 위해사건(Serious reportable event, SRE)에 대해서는 의무적 보고를 하고 그 외에는 자발적 보고이다. 위해사건의 보고는 의료기관에 종사하는 직원뿐만 아니라 환자도 가능하며 기본적으로 웹 기반 보고시스템이다. 보고된 사건에 대해서는 비밀을 유지해 준다. 보고·학습시스템에 축적된 데이터는 NHS에서 전체적인 경향을 분석하고, 일반인을 포함하여

일 년에 두 번 발표한다.

4. 지불제도 또는 재정적 지원

영국(England)에서는 환자안전 정책을 시행하면서 지불제도와 관련하여 다양한 시도를 하였다(표 3-6 참조). 초기에는 성과 기반 지불(pay-for-performance, P4P) 방식으로 의료기관에 직접 지불하였다. 영국은 P4P를 다양한 수준과 방식으로 시도하였다. 모든 지불 방식이 보너스 개념의 인센티브인 것은 아니다. 영국 보건부가 2009년에 도입한 CQUIN(Commissioning for quality and innovation)은 성과 기반 지불이지만 보너스 개념의 인센티브로 받아들이기에는 적절하지 않고 오히려 페널티에 가까운 네거티브 인센티브에 가깝다. 그 이유는 질 차원에서 특정한 목표 달성 여부를 반영하여 성과 금액을 책정하기 때문에 미리 약속한 성과 수준을 충족시키지 못할 경우 기대했던 인센티브 전액을 받지 못하는 제도이기 때문이다. CQUIN 제도는 안전성, 효과성, 환자 경험 세 영역에 대해 평가한다. 안전성 지표는 욕창, 낙상, 카테터 관련 요로감염, 정맥혈전색전증으로 구성된다(김명화, 박춘선, 황수희, 정휘중, 2015, p.63).

환자안전에 대한 이러한 재정적 지원 접근의 효과를 평가하였으나 P4P의 경우 효과가 다양하게 나타나 한마디로 결론 내리기 어려웠다. 초기에는 긍정적인 효과를 보이는 듯했으나 최근에는 P4P 접근 방식과 질 향상 간 연관성의 근거가 불확실하다는 연구 결과들을 바탕으로 질과 안전을 장려하는 요소로 재정적 인센티브를 중요하지 않은 것으로 나타내고 있다. 재정적 인센티브 대신 규제 수단과 모니터링 결과 발표로 달성하는 것으로 보고 지역의 일차의료 트러스트, NHS 트러스트를 지원하는

방식으로 접근하고 있다.

〈표 3-6〉 환자안전 인센티브에 대한 영국의 다양한 접근

	QOF	AQ	CQUIN	BPT	NPP
Year of introduction	2004	2008	2009	2010	2009
Targeted providers	Primary care practices	Hospital clinical teams	Hospitals	Hospitals	Hospitals
Participation	Voluntary	Voluntary	Mandatory	Mixed	Mandatory
Incentive	Bonuses	Bonuses	Penalties	Mixed	Penalties
Form of reward	Income	Budget	Revenue	Revenue	Revenue
Payment schedule structure	Linear	Tournament	Target payment	Per-patient	Per-patient
Rewards based on	Absolute performance	Relative performance	Absolute performance	Absolute performance	Absolute performance
Size of incentive	25% of total income	2 - 4% of tariff	0.5 - 2.5% of contract	5 - 43% of tariff	100% of tariff
Monitoring	Self-reported	Self-reported	Mixed	Admin data	Admin data
Frequency of payment	Annual	Annual	Annual	Continuous	Continuous
Supporting levers	Public reporting	Public reporting Provider engagement Shared learning	None	None	None

자료: Meacock R., Kristenesen S., Sutton M.(2014). Paying for improvements in quality: recent experience in the NHS in England. Nardic Journal of Health Economics. p.242.

5. 일차의료에서의 환자안전

영국에서는 일차의료에서의 환자안전 문제를 줄이기 위해 전자의무기록 사용을 일차의료에서 확대하고 이를 활용하여 투약 오류 등을 줄이고자 하였다. 전자의무기록시스템 내의 알람 기능을 활용하여 예방 가능한 오류를 잡아낼 수 있도록 하였다. 또한 영국은 일반의(general practice, GP)도 근접오류를 포함한 환자안전 관련 사건 발생 시 GP e-form을 통해 관련 내용을 보고하도록 하고 있다.

제4절 국내외 환자안전 현황 비교와 시사점

1. 환자안전 관리체계에서의 시사점

미국과 호주, 영국 사례를 살펴본 결과 중앙 차원의 환자안전 관리체계에서 현재 국내 상황과 다른 점은 환자안전을 전담하는 조직이 독립적인 형태로 존재한다는 것이다. 영국의 경우 현재는 환자안전을 전담하는 독립기구 대신 NHS 당국의 특정 부서에서 담당하고 있으나 환자안전제도 시행 초기에는 독립기구 형태의 전담조직을 두었다.

독립기구 성격의 환자안전 전담조직이 필요한 중요한 이유는 의료기관의 자발적 참여 활성화와 관련이 있다. 의료기관을 규제하는 성격을 가진 조직이 이 업무를 담당할 경우 의료기관 입장에서는 자발적 참여를 꺼릴 가능성이 있다. 환자안전 관련 전담조직을 당장 설치하는 것은 어렵기 때문에 보고·학습시스템은 의료기관평가인증원에, 전담인력 교육은 대한병원협회에 위탁한 상황이지만 장기적으로는 전담기구 설치를 고려해 봐야 할 것이다.

2. 보고·학습시스템 측면에서의 시사점

국내에서 구축되고 있는 보고·학습시스템은 의무보고 내용이 정해져 있지 않으나 미국, 영국은 심각한 위해사건은 의무보고로 되어 있고 호주는 퀸즐랜드 주의 경우 일부 의무보고 사건이 규정되어 있다. 의료기관과의 협조체계가 잘 구축되어 있지 않은 상태에서 법이 시행되었기 때문에 제도 시행 초기부터 의무보고 사건을 규정할 경우 의료기관의 자발적 협조를 얻기 힘들 수 있으므로 의무보고 사항을 정하고 시행하는 것은 무리

가 있다. 그러나 장기적으로 봤을 때는 의무보고 사건에 대한 고려를 해야 한다.

보고·학습시스템으로 축적된 데이터를 제대로 분석하고 환류하기 위해서는 전문적인 인력이 보고·학습시스템 운영 조직에 포함되어 있어야 한다. 데이터를 잘못 분석하여 잘못된 정보를 전체 의료기관과 공유할 경우 문제가 발생할 수 있으므로 데이터 축적을 활성화하는 방안과 동시에 활용하는 것에 대한 논의가 필요하다.

3. 지불제도 측면의 시사점

국외 사례를 살펴본 결과 환자안전 정책 초기에는 대부분의 나라가 성과 기반 지불 방식을 택하였다. 영국의 경우 제도 도입 초기에는 효과가 나타나는 것처럼 보였으나 명백히 성과 기반 지불 방식의 인센티브 효과라고 단언하기 어려워 다른 방안을 모색하고 시도하였다. 현재 국내에 비슷한 제도로는 선택진료비 개편 방안의 일부로 2015년에 도입한, 건강보험재정으로 '의료 질' 평가에 기반을 두고 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하는 '의료질평가지원금제도'가 있다. 정부는 이를 통하여 의료기관의 적극적 참여를 이끌어 의료 질 향상을 통한 환자안전을 제고하고자 하였다. 그러나 현재의 제도는 절대적인 질적 기준을 제시하는 대신 상대평가 방식으로 의료기관을 평가하고 있어 평가한 등급의 차이가 실제 질적 차이인지는 판단하기 어렵다(채유미, 2016, p.12). 그리고 외국은 질 향상 달성 점수와 성과 향상 점수를 반영하여 인센티브를 지급하는 방식인데 비하여 국내의 제도는 질 향상 노력에 대한 보상 차원의 인센티브라고 보기 어렵다. 따라서 의료기관들이 지속적으로 질 관리에 노력을 기울이도록 유도하기 위해 의료기관들의 질 관리 노력에 대하여 보상할 수 있도록

록 의료질평가지원금제도의 평가 방식을 재구성할 필요가 있다.

이외에 영국이나 미국에서 시행하고 있는 보너스 방식이 아닌 네거티브 인센티브(negative incentive) 방식의 제도(CQUIN, HAC)를 고려해 볼 수 있겠으나 이 제도를 도입하기 위해서는 전제되어야 할 조건이 있다. 이 제도가 성공적으로 도입되기 위해서는 의료기관과의 합의가 필수적이다. 즉 어떤 사건에 대한 진료비를 지불하지 않을 것인가에 대한 합의와 그 사건 발생 시 진료비를 건강보험공단에서 지불하지 않을 것인가?, 아니면 일정액을 감액할 것인가?, 감액한다면 어떤 기준으로 얼마만큼 감액할 것인가에 대한 논의와 합의가 선행되어야 한다. 그러나 현재는 의료기관이 환자안전법 자체를 규제로 인식하기도 하고 보고·학습시스템에 대한 자율보고를 적극적으로 하고 있지 않은 상황이므로 이 제도를 바로 도입하는 것은 시기상조이며 신중히 고려해야 한다. 환자안전 관련 제도 시행 초기에는 네거티브 인센티브 방식보다는 보너스 방식을 고려하는 것이 의료기관의 참여를 촉진하는 데 도움이 될 것이다. 따라서 우선은 자발적 보고가 활성화되고 보고된 내용을 공유하여 환자안전 또는 의료의 질이 향상되는 결과를 이끌어 내어 환자안전의 중요성을 함께 인지한 후 접근해 나가야 할 것이다. 이러한 방식의 제도를 시작할 수 있게 된 단계에서도 미국처럼(2008년 HAC 기준) 열 가지가 넘는 사례에 대하여 지불하지 않는 것으로 시작하는 것 대신 누가 봐도 명백한 의료오류로 인한 환자안전사고라 규정할 수 있는 한 두 가지의 사고로부터 시작할 것을 제안한다.

4. 일차의료 측면에서의 시사점

국내보다 앞서 환자안전 관련 제도를 시행한 미국, 호주, 영국의 경우 일차의료기관을 배제하지 않는다. 반면에 우리나라는 환자안전법상 병상

규모를 규정해 일차의료기관인 의원이 배제될 수 있는 구조이다. 법 규정에서 의료기관 내 환자안전위원회 설치와 전담인력 배치에 대한 것에서만 병상 규모를 규정하고 있어, 엄밀히 접근하면 그 외의 부분에서는 의원이 배제되었다고 말하기는 어렵다. 그러나 현재 법이 의료기관 입장에서 규제로 받아들여질 가능성이 높은 상황에서 일차의료기관인 의원이 자발적으로 환자안전 관련 제도 특히, 보고·학습시스템에 적극적으로 가담할 것이라고 기대하기 힘들다.

영국은 일차의료에서 발생한 환자안전 관련 사건을 보고할 수 있는 별도의 시스템을 마련하였고 대학의 전문가와 협조해 일차의료기관을 위한 환자안전 툴킷(toolkit)를 개발하기도 하였다. 호주에서는 일차의료로 위한 소위원회를 구성하여 정보를 제공하고 필요시 기술적 자문을 해 준다. 미국은 최근에 외래진료에 초점을 맞춘 국가 환자안전 목표를 제시하기도 하였다.

제 4 장

환자안전의 주요 쟁점과 개선 방안

제1절 환자안전의 주요 쟁점과 개선 방안

제2절 결론



4

환자안전의 주요 쟁점과 << 개선 방안

제1절 환자안전의 주요 쟁점과 개선 방안

1. 국내 환자안전의 주요 쟁점

국내 환자안전 관련 법·제도 현황과 의료기관의 환자안전 현황 분석, 법·제도 사각지대 의료기관에 대한 조사, 의료 이용자의 인식 조사 등을 통하여 연구한 결과, 국내 환자안전 관련 제도 정착과 발전을 위해 도출된 주요 쟁점은 여섯 가지이다.

- **쟁점 1.** 환자안전 증장기 목표 설정 및 발전 방안 구축을 위해 국내 환자안전 수준(의료과오 실태)에 대한 근거 자료를 마련하고 있는가? 이를 위해 국내 의료기관의 환자안전 수준에 대한 전국 규모의 조사가 시급하다.
- **쟁점 2.** 환자안전법에 근거한 관련 제도에 의료기관의 자발적 참여를 어떻게 활성화시킬 것인가? 자발적 보고에 대한 기밀보장 및 자율보고자에 대한 법률적 특권 부여에 대한 규정과 의료기관의 부담 완화를 위한 재정적 지원 방안을 마련해야 한다.
- **쟁점 3.** 환자안전법 사각지대 의료기관의 환자안전에 대한 향후 정책을 어떻게 구상할 것인가? 법·제도 테두리 안으로 포함하는 시기, 접근 전략 등 이에 대한 증장기 계획을 마련하여야 한다.
- **쟁점 4.** 환자와 보호자가 환자안전에 참여할 수 있도록 하는 필요한 지원

내용과 방안은 무엇인가? 환자(사람) 중심 관점에서 환자안전 접근 방안에 대하여 논의가 이루어져야 한다.

- **쟁점 5.** 환자안전 법·제도 시행을 위한 중앙정부 차원의 예산을 어떻게 확보해 나갈 것인가?
- **쟁점 6.** 환자안전과 관련하여 기존에 시행되고 있던 제도들과의 연계를 어떻게 할 것인가? 환자안전과 관련된 조직 또는 기관들이 환자안전과 관련하여 적절한 역할을 하고 동시에 의료기관의 부담을 줄이기 위해서 해결되어야 하는 영역이다.

2. 주요 쟁점별 개선 방안

쟁점 1. 환자안전 증장기 목표 설정 및 발전 방안 구축을 위해 국내 환자안전 수준(의료과외 실태)에 대한 근거 자료를 마련하고 있는가?

현재 환자안전법은 선언적 성격이 강하므로 실제적으로 환자안전 질을 높이기 위해서는 실효성 있는 정책들이 구상되어야 한다. 그러나 현실은 '환자안전종합계획'이 마련되기도 전에 환자안전 보고·학습시스템이 구축되고 의료기관 내 전담인력에 대한 국가 차원의 교육을 실시하는 등 관련 정책이 진행되고 있다. 국내의 현재 환자안전 수준에 대한 정밀한 평가와 그것을 바탕으로 한 단계적 발전 방안이 마련되어야 하나 그러한 과정 없이 진행되고 있는 일련의 환자안전 관련 정책들이 얼마나 효과적인지는 의문일 수밖에 없다.

현시점에서 가장 중요한 것은 환자안전의 증장기적 발전 방안 마련을 위해 환자안전 현황에 대한 조사가 시급히 이루어져야 한다는 것이다. 현재 상황을 정확하게 조사하여 문제의 심각성을 파악하여야 환자안전을

위한 제도 시행 시 목표 수준을 정하고 장기적인 로드맵을 구상할 수 있을 것이므로 환자안전사건의 전국적 규모를 가능한 한 빠른 시일 내에 파악하여야 한다. 그러나 국내에서는 지금까지 의료기관에서 발생하는 위해사례의 규모나 그 심각성에 대한 체계적인 조사가 이루어지지 않았다. 이 조사는 의무기록을 바탕으로 이루어져야 하기 때문에 연구자 개인이 수행하기 어렵다. 정부 차원에서 조사가 이루어져야 개인 정보 문제나 의료기관의 협조 문제 등을 해결할 수 있어 대규모 조사가 가능하다.

그 외 단기에 도달하여야 하는 목표는 5개년 환자안전종합계획과 더불어 중장기 발전 방안을 마련하는 것이다. 특히 환자안전 제도 및 정책 시행을 위한 예산 확보, 보고·학습시스템 구축, 의료기관에 대한 재정적 지원 방안 등은 단기에 해결되어야 할 과제이다.

쟁점 2. 환자안전법에 근거한 관련 제도에 의료기관의 자발적 참여를 어떻게 활성화시킬 것인가?

환자안전법의 목적을 달성하기 위하여 중요한 영역이라고 할 수 있는 환자안전사고의 자율보고와 그 정보를 활용한 학습시스템인 ‘환자안전 보고·학습시스템’을 현재 의료기관평가인증원이 주도하여 구축하고 있으나 활성화되기 위해서는 지속적인 노력이 필요하다.

활성화를 위해 가장 중요한 것은 자발적 보고에 대한 기밀보장 및 자율 보고자에 대한 법률적 특권 부여에 대한 규정과 의료기관의 부담을 완화하기 위한 재정적 지원 방안의 마련이다. 보고·학습시스템의 핵심은 자율 보고이므로 의료기관이 자율적으로 보고하는 것에 부담을 느끼지 않도록 보고자 및 보고된 자료에 대한 비밀 보호를 위한 법적 보호 조치를 강화하고 보고가 많이 된 의료기관은 오히려 환자안전활동을 성실히 수행하

고 있으므로 불이익을 받지 않도록 하는 방안을 명시적으로 마련해야 한다. 인사상의 불이익에 대한 법적 보호뿐만 아니라 미국의 '증거사용금지 규정'과 같이 보고된 자료가 재판에서 사용되지 못하도록 하는 보고자에 대한 법률적 특권을 법에 포함하는 것 또한 고려해 볼 필요가 있다.

의료기관의 자발적 참여를 활성화하기 위한 또 다른 방안으로 환자안전 전담 독립기구를 설치하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 환자안전의 핵심인 환자안전 보고·학습시스템이 원활히 작동하기 위해 가장 중요한 것은 의료기관의 자발적 보고이나 의료기관을 평가하거나 또는 처벌을 결정하는 기구가 이 시스템을 관리할 경우에는 익명성을 법적·기술적인 측면에서 보호한다 하더라도 의료기관이 적극적으로 참여하기 어렵다. 이러한 측면에서 독립기구 설치가 의미가 있다. 현재는 의료기관평가인증원이 보고·학습시스템을 위탁받아 운영 중이나 장기적 관점에서는 미국, 호주, 영국의 사례처럼 독립기구를 설치하는 방안을 고려해야 한다.

의료기관 참여 활성화는 정부의 노력도 중요하지만 의료기관 자체의 노력과 인식 변화 또한 중요하다. 환자안전은 의료의 질의 필수 요소일 뿐 아니라 환자 중심형 진료를 행함에 있어 핵심적인 영역이다. 따라서 의료기관 내 환자안전문화를 정착시키기 위한 노력과 소속 직원들에 대한 교육 등을 의료기관 스스로가 자발적으로 행해야 하며, 환자가 참여할 수 있는 방안 또한 스스로 마련해야 한다. 미국의 Sorry works나 Speak up 프로그램이 대표적인 사례라 할 수 있다.

쟁점 3. 환자안전법 사각지대 의료기관의 환자안전에 대한 향후 정책을 어떻게 구상할 것인가?

최근 C형 간염 감염은 주로 일차의료기관에서 의료 관련 감염 양상으

로 발생한 것으로 사각지대에 놓인 의료기관의 환자안전 또한 중요하게 다뤄져야 할 영역이다. 체계적 문헌 고찰에 따르면 일차의료 분야에서는 투약 관리와 진단 지연 또는 누락이 주요 환자안전 문제였으며 환자와 의료진 사이의 의사소통, 행정적 과정, 치료 또는 상담과 관련한 의료인의 지식과 기술이 일차의료의 환자안전 문제에 영향을 미치는 요인으로 언급된다(이상일, 2015, p.91).

이 연구에서 진행한 설문조사도 체계적 문헌 고찰과 일부 비슷한 결과를 나타냈다. 특히 일차의료기관의 의사소통에 대한 부분을 의료진이 아닌 다른 직종에서 중요하게 생각하였다. 일차의료기관의 환자안전 증진을 위한 단기 전략은 우선 적극적으로 환자안전 보고·학습시스템에 가담하도록 홍보하는 것이다. 그리고 환자안전 관련 교육을 일차의료기관 종사자들에게 필수교육으로 지정하여 면허 신고 시 이를 반영하도록 하는 방안이 가능할 것이다. 그러나 중장기 측면에서는 일차의료기관의 환자안전활동과 관련된 재정적 지원 방안이 마련되어야 하며 특히 일차의료기관에서 평균 1명도 근무하고 있지 않은 간호사의 비율을 높이기 위해 의료기관 인력 기준 개선 노력이 필요하다.

소규모 병원에 대한 설문조사 결과를 살펴보았을 때 단기적 방안은 인증제도를 최대한 활용하는 것이다. 사각지대 병원의 환자안전활동과 환자안전문화는 병상 규모보다는 인증 여부에 따라 차이가 났으므로 병원급 의료기관을 적극적으로 인증에 참여하도록 만드는 것이 단기적 방안이 될 수 있다. 의원급 의료기관의 경우 의원과 치과의원 등 의원 구분에 따라 환자안전 현황 차이가 두드러지므로 이 차이를 줄이도록 노력하고 의원급 의료기관의 환자안전에 대한 인식을 높일 필요가 있다. 이를 위하여 가장 중요한 것은 환자안전 교육을 제공하는 것이다.

쟁점 4. 환자와 보호자가 환자안전에 참여할 수 있게 하기 위해 필요한 지원 과 방안은 무엇인가?

환자 및 보호자가 환자안전 영역에 참여하는 것은 여러 가지 형태로 가능하다(표 4-1 참조). 우선 환자와 보호자가 환자안전에 대하여 이해하고 환자안전사고에 대하여 의료기관 종사자뿐만 아니라 환자 및 보호자도 보호할 수 있음을 적극적으로 홍보해야 하며 정부는 이러한 홍보가 지속될 수 있도록 기술 및 재정적 지원을 해야 한다. 2017년 예산(안)을 살펴보면 홍보를 위한 포털사이트 구축 예산이 포함되어 있다. 단순히 사이트 구축으로 그치지 않고 적극적인 오프라인 홍보로 이어져야 한다. 미국의 ‘speak up’과 같은 프로그램을 개별 의료기관이 진행할 수 있도록 정부가 지원해야 한다.

또 하나의 방안은 건강보험심사평가원의 의약품안심서비스(Drug Utilization Review, DUR)을 활용하는 것이다. 투약 오류는 환자안전에서 중요한 영역이며 환자에게 투약에 대한 정보를 제공하는 것은 가치 있는 것으로 받아들여지기 때문에 DUR을 활용하여 국민에게 투약 관련 정보를 제공하는 것은 의미가 있을 것이다. 현재 DUR은 홈페이지뿐만 아니라 스마트폰으로도 제공되고 있기 때문에 이를 효율적이고 효과적으로 활용할 수 있다(김명화, 박춘선, 황수희, 정휘중, 2015, pp.75-76).

환자 또는 보호자가 정보 수여자로서의 소극적 참여를 넘어 적극적으로 환자안전 문제에 참여하는 방안으로 단기적 전략은 환자단체를 활용하는 방안이 가장 현실적이라고 할 수 있다. 의료기관 내 환자안전위원회에 환자단체를 통하여 지역의 주민이 포함되는 것 등을 추진해 볼 수 있다. 그러나 향후 중장기 전략으로 <표 4-1>과 같은 환자참여 접근틀을 활용하여 다양한 측면에서 환자참여 제도 또는 프로그램을 개발하는 것을

고려해야 한다.

〈표 4-1〉 환자 및 보호자가 의료기관 환자안전에 참여하기 위한 접근들

	정보(information)	관여(involve)	파트너십/리더십 (partnership or shared leadership)	
환자참여에 대한 관점	<ul style="list-style-type: none"> - 환자: 정보 수여자로서의 수동적 역할 - 일방향 의사소통 - 권력은 전문가/제공자/체계에 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자: 환자안전에 대해 요구하는 적극적 역할 - 양방향 의사소통 - 권력은 여전히 공급자/체계에 있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 환자: 환자안전 증진을 위해 의료 제공자와 함께 역할 수행 - 양방향 의사소통 - 전문가/공급자/체계와 권력 공유 	
사례	환자	- Being Open(일종의 진실말하기) (UK, National Patient Safety Agency)	- SPEAK UP patient safety programme (US, TJC)	- ThinkSAFE (UK, Newcastle University)
	제공자	- NHS mental health safety thermometer (UK, NHS)	- Trust board meetings (UK, Mid Staffordshire NHS Foundation Trust)	- Patient-led training on patient safety (UK)
	보건 의료 체계	- 대국민 홍보	- Choosing Wisely - Patient for Patient Safety Network (UK)	- National advisor on patient safety, cultural and quality(UK)

자료: Yorkshire Quality and Safety Research Group(2016). Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS. p.6.의 표를 재구성.

쟁점 5. 환자안전 법·제도 시행을 위한 중앙정부 차원의 예산을 어떻게 확보해 나갈 것인가?

의료기관에 대한 재정적 지원을 위한 예산 확보 방안으로 현재 시행 중인 의료질평가지원금제도를 정비하는 것을 고려할 수 있다. 선택진료비 개편 방안의 일부로 건강보험재정으로 ‘의료 질’ 평가에 기반을 두고 의료기관에 경제적 인센티브를 제공하는 ‘의료질평가지원금제도’를 2015

년부터 도입하여 의료 질 향상을 통한 환자안전을 제고하고자 하였으나 현재의 제도는 절대적인 질적 기준을 제시하는 대신 상대평가 방식으로 의료기관을 평가하고 있어 평가한 등급의 차이가 실제 질적 차이인지는 판단하기 어렵다(채유미, 2016, p.12). 외국은 질 향상 달성 점수와 성과 향상 점수를 반영하여 인센티브를 지급하는 방식인 데 비하여 국내의 제도는 질 향상 노력에 대한 보상 차원의 인센티브라고 보기 어렵다. 따라서 의료기관들이 지속적으로 질 관리에 노력을 기울이도록 유도하기 위해 의료기관들의 질 관리 노력에 대하여 보상할 수 있도록 의료질평가지원금제도의 평가 방식을 재구성해야 한다.

인구 구조의 지속되는 변화 및 보험금 부과체계의 변화로 국민건강보험재정이 계속 안정적일 것이라고 기대하기가 어렵기 때문에 환자안전에 대한 인센티브를 건강보험재정을 활용하여 지급하는 것 외의 방안에 대해서도 고려해야 한다. 건강보험재정 외에 가능한 재정은 일반세금을 활용하는 방안과 기금을 조성하는 방안이 있다. 그러나 환자안전에 사용될 세금이나 기금을 마련하기 위해서는 고려해야 할 사항이 적지 않다. 예를 들어 환자안전기금을 누가 낼 것인가, 환자안전 관련 세금은 어떤 방식으로 걷을 수 있는가 등 재원 마련 방법에 대하여 심도 있는 논의가 이뤄져야 한다.

쟁점 6. 환자안전과 관련하여 기존에 시행되고 있던 제도들과의 연계를 어떻게 할 것인가?

기존에 환자안전 관련한 보고시스템과 환자안전 보고·학습시스템과의 연계는 중복 업무로 인한 의료기관의 부담을 줄이기 위해서라도 해결되어야 하는 문제이다.

환자안전법상 환자안전에 해당하는 영역에 진단 및 검사, 시술 및 마취, 의약품의 처방, 조제, 투약 및 관리와 감염병의 예방 및 관리가 포함된다(환자안전법 시행령 제6조 제3항). 따라서 환자안전법 시행 이전에 제도적으로 운영되던 한국혈액안전감시체계, 전국병원감염감시체계, 의약품 위해사례 보고관리 시스템 등도 환자안전 관련 제도라고 할 수 있다. 그러나 이들 시스템에는 보고 기능은 있으나 ‘학습’ 기능은 없어 이들 보고 내용 또한 분석을 통하여 필요시 학습 형태로 전체 의료기관에 공유되는 것이 필요하다. 즉, 이 제도들의 정보가 환자안전 보고·학습 시스템 상에서 공유될 수 있도록 기술적인 방안을 마련하여야 한다.

연계에 장애요인은 이들 제도를 관할하는 부처가 다르다는 것이다. 그러나 이 제도들과 정보를 공유하지 못할 경우, 의료기관은 해당 사건을 환자안전 보고·학습시스템에도 보고하여야 하므로 부담이 가중될 것이어서 의료기관의 적극적인 자율보고를 기대하기 어려울 수 있다. 이외에도 의료기관평가인증원의 인증 결과와 건강보험심사평가원의 적정성 평가 결과 등 환자안전과 관련 있는 제도 또는 시스템과의 연계도 장기적인 측면에서 고려해야 할 사항이다.

제2절 결론

‘환자안전’이라는 개념 등장 이전에 의료기관에서 주로 사용하던 ‘오류(error)’, ‘유해 사례(adverse event)’, ‘의원성(iatrogenic)’ 등의 용어가 제공자 시각에서의 부정적 사건으로 접근하고 있어 실제로 이로 인하여 위해(harm)를 받거나 안전에 위협을 받는 환자를 중심에 두고 있는 개념이 아니었다. 그러나 ‘환자안전’이라는 개념은 의료 제공자의 ‘오류’ 자체보다는 환자가 받는 위해나 위협에 초점을 맞추는 환자 중심 개념이

라는 측면에서 의미가 있다. 즉, 환자안전이란 결국 의료기관에 내원한 환자에게 해를 입히면 안된다는 히포크라테스적 선언(do no harm)이라고 할 수 있다(염호기, 2013, p.454).

환자 중심 관점에서 의료기관들이 안전하고 질 높은 의료서비스를 환자에게 제공하기 위해서는 의료진 개개인의 역량만큼이나 발생 가능한 ‘오류’를 사전에 차단할 수 있는 시스템이 중요한데 이는 의료기관의 노력만으로는 달성하기 어렵고 정부 및 환자와의 유기적 연계와 협조, 협력을 통하여 이를 수 있다. 환자안전법의 제정과 시행은 ‘환자안전’에 대해 정부가 적극적으로 한 걸음 나아간 것이라고 할 수 있으므로 이 법의 본래 목적 달성을 위해 앞으로가 중요하다.

가장 먼저 고려해야 하는 것은 국내 환자안전 수준을 파악하기 위한 의료기관 대상 대규모 실태 조사가 정부 주도로 이루어져야 시급히 이뤄져야 한다는 것이다. 그리고 이를 바탕으로 환자안전 중장기 발전 방안을 세워야 하는데, 이때 중요한 것은 중앙정부 차원의 환자안전 거버넌스 체계를 구축하고 예산을 확보하는 것과 의료기관의 환자안전활동에 대한 재정적 지원 방안 또는 지불보상 정책을 마련하는 것이다. 동시에 의료기관의 자발적 참여 활성화를 위해 지금보다 강화된 법적 보호 장치를 마련한다. 마지막으로 환자 스스로가 환자안전 문제에 적극적으로 참여할 수 있도록 제도를 마련하고 기술적·재정적 지원을 해야 한다.

참고문헌 <<

- 건강보험심사평가원. (2015). 보건의료빅데이터개방시스템 의료통계정보. <http://open-data.hira.or.kr/op/opc/olapMdclRcStatsInfo.do>에서 2016. 10. 24. 인출.
- 김명화, 박춘선, 황수희, 정휘중. (2015). 의료의 질 향상과 비용의 적정성을 위한 환자안전관리방안 기초연구. 건강보험심사평가원.
- 김민정, 김수경, 박정수, 최하진. (2014). 보건의료 안전관리체계 분석 연구. 한국보건의료연구원.
- 김수경, 유명순, 박정수, 고은비, 최하진. (2015). 이용자 및 종사자의 병원안전 인식도 조사연구. 한국보건의료연구원.
- 김숙경, 이혜정, 오의금. (2010). 수술실의료진의 환자안전문화 인식수준 및 관련요인. 임상간호연구, 16(2), pp.57-67.
- 김재영, 황은애. (2014). 의료서비스 소비자안전 개선방안 연구. 한국소비자원.
- 김주현. (2015). 환자안전법상 보고시스템의 활성화에 대한 검토. 연세의료·과학기술과 법, 6(2), pp.1-26.
- 보건복지부. (2015). 2016년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요. 보건복지부.
- 보건복지부·의료기관평가인증원. (2016). 2016년 환자안전법 운영 매뉴얼. 의료기관평가인증원.
- 보건복지위원회. (2016). 2017년 회계연도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고: 보건복지부 소관(I)(총괄, 보건분야). 대한민국 국회.
- 서제희. (2016a). 병원의 환자안전 현황과 과제. 보건복지포럼, 10월호, pp.6-16.
- 서제희. (2016b). 중소병원 및 일차의료기관의 환자안전 현황과 정책과제. 보건복지포럼, 12월호, pp.84-94.
- 신현희, 정석훈, 유제웅. (2015). 의료기관의 환자안전활동 현황조사와 환자안전활동 활성화 방안. 한국병원경영연구원.

- 염호기. (2014). 환자안전 관리와 전망. 대한의사협회지, 56(6). pp.454-458.
- 옥민수, 김장한, 이상일. (2015). 환자안전 관련 법의 구조와 현황. 보건행정학회지, 25(3), pp.174-184.
- 유선주. (2013). 간호사 배치기준에 대한 정책적 함의, 한국콘텐츠학회논문지, 13(6), pp.380-389.
- 의료기관평가인증원 보도자료. (2016. 2. 22.). 인증의료기관, 전국에 1,372개소.
- 의료기관평가인증원 보도자료. (2015. 4. 6.). 인증의료기관, 전국 900개소 넘어섰다.
- 이상일. (2013). 환자안전 증진을 위한 제도적 개선 방안 개발. 질병관리본부.
- 이상일. (2015). 환자안전 개선 활동의 접근법. 대한의사협회지, 58(2), pp.90-92.
- 이운규, 허윤정, 김소윤, 지영건, 윤도흠. (2016). 환자안전체계구축. 보건복지부.
- 이재호, 이상일. (2009). 환자안전의 개념과 접근 방법론. 한국의료질향상학회지, 15(1), p. 9-18.
- 이평수. (2014). 호주의 보건의료제도 고찰. 의료정책연구소.
- 인하대학교병원. (2015). Speak Up Campaign 의료진에게 거리낌 없이 말하세요. 인하대병원 소식지, 112, p.29. https://www.inha.com/healthy_info/pdf/20150831.pdf 에서 인출.
- 정연이, 박일태, 이순교, 최윤경. (2015). 의료기관인증과 환자안전문화에 대한 인식-의료기관종사자 중심으로. 의료기관평가인증원.
- 채유미. (2016). 의료의 질 평가와 환자안전과제. 병원경영·정책연구, 5(2), pp. 6-13.
- 한국보건산업진흥원. (2014). 간호사 활동현황 실태조사. 한국보건산업진흥원.
- 한국보건산업진흥원·대한간호협회. (2013). 인력기준법 제도 개선방안 연구. 한국보건산업진흥원·대한간호협회.
- 한국의료분쟁조정중재위원회. (2016). 2015년도 의료분쟁 조정·통계 연보. 한국보건의료연구원.
- 환자안전법, 법률 제13113호 (2015)

- 환자안전법 시행규칙, 보건복지부령 제427호 (2016).
- AHRQ. (2016a). 2016 Hospital Comparative Database Report.
- AHRQ. (2016b). *Patient Safety Organizations: A Summary of 2014 Profiles. Network of Patient Safety Databases Brief*. Rockville, MD: AHRQ. p.3
- AHRQ. (2016c). Survey on Patient Safety Culture. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/index.html>에서 2016. 8. 26. 인출.
- Aiken L. H, Clarke S. P, Sloane D. M., Sochalski J., Silber J. H., (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*, 288(16), pp.1987-1993.
- Aron, D. C., & Headrick, L. A. (2002). Educating physicians prepared to improve care and safety is no accident: it requires a systematic approach. *Qual Saf Health Care*, 11, pp.168-173.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). *Australian Safety and Quality Goals For Health Care Development and Consultation Report*.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2016). <https://www.safetyandquality.gov.au/about-us/governance>에서 2016. 11. 15. 인출.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2016). <https://www.safetyandquality.gov.au>에서 2016. 11. 15. 인출.
- Australian Council on Healthcare Standards. (2016). <http://www.achs.org.au>에서 2016. 9. 20. 인출.
- Australian Government Depart of Human Services. (2016). <https://www.humanservices.gov.au/health-professionals/service/s/medicare/practice-incentives-program>에서 2016. 11. 15. 인출.

- Australian Patient Safety Foundation. (2016). <http://www.apsf.net.au/about.php>에서 2016. 11. 15. 인출.
- Blegen M.A, Goode C.J., Reed L. (1998). Nurse Staffing and Patient Outcomes. *Nursing Research*, 47(1), pp.43-50.
- Cashi C. & Chi Y. L. (2011). *Australia: the Practice Incentives Program(PIP)*. The World Bank.
- CMS. (2008. 8. 4) Medicare takes new steps to help make your hospital stay safer. [https://www.cms.gov/Newsroom/MediaRelease Database/Fact-sheets/2008-Fact-sheets-items/2008-08-045.html?DLPage=1&DLFilter=hospital%20care&DLSort=0&DLSortDir=descending](https://www.cms.gov/Newsroom/MediaReleaseDatabase/Fact-sheets/2008-Fact-sheets-items/2008-08-045.html?DLPage=1&DLFilter=hospital%20care&DLSort=0&DLSortDir=descending)에서 2016. 11. 25. 인출.
- CMS. (2015. 8. 19) Hospital-Acquired Conditions. [https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcq Cond/Hospital-Acquired_Conditions.html](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/HospitalAcqCond/Hospital-Acquired_Conditions.html) 에서 2016. 11. 25. 인출.
- CMS. (2016). Hospital-Acquired Condition Reduction Program Fiscal year 2017 Fact Sheet. p.4.
- Hickson GB, Clayton EW, Githens PB, Sloan FA. (1992). Factors that prompted families to file medical malpractice claims following perinatal injuries. *JAMA*. 11;267(10):1359-63. PubMed PMID: 1740858.
- Ho B. & Liu E. (2011). Does sorry work? The impact of apology laws on medical malpractice. *Journal of Risk and Uncertainty*, 43(2), pp.141-167.
- Kraman, S.S., Cranfill, L., Hamm, G., Woodard, T. (2002). John M. Eisenberg Patient Safety awards advocacy: The Lexington Veterans Affairs Medical Center. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 28(12), pp.646-650.
- Kohn L. T., Corrigan J. M., Donaldson M. S., (2000). *To Err Is Human:*

- Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press and Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine, National Academy of Science.
- Meacock R., Kristenesen S., Sutton M., (2014). Paying for improvements in quality: recent experience in the NHS in England. *Nordic Journal of Health Economics*, 2(1), pp.239-255.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2015). *Improving diagnosis in health care*. Washington, DC: The National Academies Press. pp.14, 311-314.
- NWS Nurses and Midwives' Association. (2015). <http://www.nswnma.asn.au/get-involved/ratios-put-patient-safety-first>에서 2016. 11. 15. 인출.
- Qualitynet. Hospital-Acquired Condition Reduction Program Fiscal year 2017 Fact Sheet. https://www.qualitynet.org/dcs/BlobServer?blobkey=id&blobnocache=true&blobwhere=1228890618603&blobheader=multipart%2Foctet-stream&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=attachment%3Bfilename%3DFY_2017_HACRP_FactSheet%2C0.pdf&blobcol=urldata&blobtable=MungoBlobs에서 2016. 11. 23. 인출.
- Rabiee F. (2004). Focus-group interview and data analysis. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63, pp.655-660.
- State of Queensland(Queensland Health). (2012). Patient safety: from learning to action 2012.
- TJC. (2015). *Ambulatory Care National Patient Safety Goals*. www.jointcommission.org/assets/1/6/2016_NPSG_AHC_ER.pdf에서 2016. 11. 23. 인출.
- Wachter R. M. (2010). Patient Safety At Ten: Unmistakable Progress, Troubling Gaps. *Health Affairs*, 29(1), pp.165-173.

- Witman AB, Park DM, Hardin SB. (1996). How do patients want physicians to handle mistakes? A survey of internal medicine patients in an academic setting. *Arch Intern Med*, 9-23:156(22): 2565-9. PubMed PMID: 8951299.
- Wojcieszak D., Saxton J.W., Finklestein M.M. (2009). 소리웁스-의료분쟁 해결의 새로운 패러다임. (박재영, 박형욱, 김호 역). 서울: 청년의사. (원서 출판 2007).
- Wu AW. (1999). Handling Hospital Errors: Is Disclosure the Best Defense? *Ann Intern Med*, 131:970-972. doi: 10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00012.
- Yorkshire Quality and Safety Research Group. (2016). *Patient Engagement in Patient Safety: A Framework for the NHS*.

부록 1. 200병상 미만 병원급 의료기관 대상 설문 동의서 및 조사지

조 사 개 요

- 조사명
 - 의료기관의 환자안전 실태조사
- 조사 목적
 - 의료기관의 환자안전활동, 환자안전에 대한 인식, 환자안전문화 현황에 대하여 파악하고 이를 분석하여 환자안전 영역의 향후 발전방향을 도출하고자 함
- 조사 대상
 - 200병상 미만 병원 또는 종합병원 또는 요양병원
 - 300개소: 병원 또는 종합병원
 - 300개소: 요양병원
- 조사 방법
 - 전화 설문
- 조사 영역
 - 환자안전활동: 환자안전위원회, 환자안전 전담인력 배치, 환자안전 관련 교육, 환자안전지표, 환자안전 보고시스템
 - 환자안전에 대한 인식
 - 환자안전문화

설문지 일련번호	담당 조사원
	성 명:
	연락처:

의료기관의 환자안전 실태조사

안녕하십니까?

본 조사는 국무총리 산하의 한국보건사회연구원의 [환자안전에 대한 현황분석과 개선방안] 과제 하에 실시되는 것으로서, 의료 제공자들을 대상으로 의료기관의 환자안전 활동 영역, 환자안전에 대한 인식, 환자안전 관련 문화 등을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.

본 조사는 약 20분 정도 소요될 예정이며, 조사 참여에 따라 예상되는 위험 및 손실, 이득은 없습니다. 또한 연구윤리위원회의 지침 하에, 여러분의 개인정보(이름, 연락처, 주소) 등은 수집하지 않으며 설문에 응답해주신 내용은 연구에 사용될 예정입니다.

조사 내용은 의료기관에서의 환자안전 활동 현황과 이에 대한 인식, 문화를 파악하여 정책대안 수립과 연구를 목적으로만 사용하고 다른 목적으로는 사용하지 않을 것이며, 조사가 진행되는 도중이라도 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하셔도 되며, 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

책임연구자: 한국보건사회연구원 서제희 부연구위원

연구에 대하여 궁금하신 사항은 다음으로 연락주시기 바랍니다.
 연구원 송은솔 (T.044-287-8196)
 연구원 최성은 (T.044-287-8150)

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

년 월 일

동일자 서명 : (인)

168 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

〈환자안전 관련 교육〉

4. (환자안전법 시행 전) 환자안전 주제에 대하여 직원 대상으로 시행한 교육에 대한 설문입니다.
환자안전 관련 교육을 실시한 적이 있습니까?

- ① 있음. (≡ 4-1 문항으로) ② 없음. (≡ 5번 문항으로)
③ 모름. (≡ 5번 문항으로)

4-1. 교육을 시행한 적이 있다면 교육 대상은 누구였습니까?(복수응답 가능)

- ① 의사 ② 간호사 ③ 행정직원 ④ 기타()

〈환자안전 관리지표〉

5. 환자안전활동 관련 관리지표가 있습니까?

- ① 있다. (≡ 6번 문항으로) ② 없다. (≡ 8번 문항으로)
③ 모르겠다. (≡ 8번 문항으로)

6. 다음 환자안전지표 중 귀하의 의료기관에서 관리 중인 지표에 체크해주시시오
(‘관리 지표 내용’과 관련된 지표를 관리 중일 경우 ‘있다’에 체크.)

범주	실문 내용(관리 지표 내용)	관리 지표 유무
환자확인	환자확인 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
손위생	손위생수행 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
낙상	낙상 발생 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
욕창	욕창 발생 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
투약	조제 오류, 투약 오류와 같은 투약 관련 관리 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
감염	오로카테터 관련 오로감염, 혈류감염, 수술부위 감염과 같은 감염 관련 관리지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
검사/처치/시술	검사나 처치 과정에서 체내 이물질 잔존이나 돌발적 천자 또는 열상 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
직원 교육	심폐소생 교육 이수, 소방안전 교육과 같은 직원 대상 안전교육 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
수혈	수혈 부작용, 혈액형 오류 등 수혈 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 수혈 제공하지 않음 (≡ 다음 문항으로) <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
분만	질식분만의 산과적 손상 또는 분만 시 신생아 손상과 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 분만 서비스 제공 안함 (≡ 다음 문항으로) <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다
수술/마취	마취 전 환자 평가 또는 타임아웃 수행, 수술 과정 중 이물질 잔존, 수술 후 출혈 또는 혈중, 수술 무위 감염, 마취합병증 관련하여 관리하는 지표가 있습니까?	<input type="checkbox"/> 수술 서비스 제공 안함 (≡ 다음 문항으로) <input type="checkbox"/> 있다 <input type="checkbox"/> 없다 <input type="checkbox"/> 모른다

〈환자안전 보고체계〉

7. 의료기관 내 환자안전사고(사건) 보고체계가 마련되어 있습니까?
 ① 있다. ② 없다. (≡ '환자안전에 대한 인식' 설문 영역으로)
 ③ 모르겠다. (≡ '환자안전에 대한 인식' 설문 영역으로)
8. 환자안전사고(사건)를 누가 보고(최초 보고) 하도록 되어 있습니까?(복수응답 가능)
 ① 의사 ② 간호사 ③ 행정직원 ④ 환자
 ⑤ 기타() ⑥ 누구나 가능함 ⑦ 모름
9. 어떤 환자안전사고(사건)을 보고하십니까?(복수응답)
 ① 근접사고(near miss) ② 의료과실(medical negligent)
 ③ 위해사건(adverse event) ④ 적신호 사건(sentinel event)
 ⑤ 기타() ⑥ 모름
10. 환자안전사고(사건) 최초 보고방법은 무엇입니까?
 ① 서면보고 ② 구두(유선) (≡ 10-1 문항으로) ③ 전산보고(OCS 또는 EMR)
 ④ 이메일 (≡ 10-1 문항으로) ⑤ 기타() ⑥ 모름
- 10-1. 이메일 또는 구두(유선) 보고 이후 서면 또는 전산보고(OCS 또는 EMR)를 하십니까?
 ① 그렇다. ② 아니다. ③ 모르겠다.
11. 귀하가 근무하는 의료기관에서는 보고된 환자안전사고(사건) 관련 내용을 병원 내 직원들과 공유하고 피드백이 이루어 집니까?
 ① 그렇다. ② 아니다. ③ 모르겠다.
12. 환자안전사고(사건) 내부 보고 시 보고자의 신분을 보호할 수 있도록 기밀성이 보장됩니까?
 ① 있다. ② 없다. ③ 모르겠다.

환자안전에 대한 인식

1. 다음 항목들 중 병원 안전사고의 가장 주요한 원인은 무엇이라고 생각하십니까? (다중 선택)
- ① 의료인 중심의 병원 문화
 - ② 병원의 안전 관련 투자 부족
 - ③ 원활하지 않은 의료인 간 환자 정보 공유
 - ④ 부족한 인력 및 지나친 업무 과중
 - ⑤ 충분하지 않은 진료시간

환자안전 문화

◆ 다음은 환자안전문화에 관한 질문입니다. 다음의 문항을 읽고 해당되는 란에 ✓ 표시하여 주십시오. 해당 항목이 귀하의 상황과 관련이 없거나 잘 모르는 경우,

1. 근무하는 부서와 귀하의 외기기관의 진료과정 전반, 근무 환경 등을 고려하여 다음 문항에 대해 응답자 분께서 각각 어느정도 동감하시는지 응답해 주십시오.

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다	
병원 전반						
1	경영진은 환자의 안전을 개선시키기 위한 업무분위기를 조성한다.	①	②	③	④	⑤
2	경영진의 활동은 환자안전이 최우선임을 보여준다.	①	②	③	④	⑤
3	경영진은 잘못된 사건이 일어난 후에야 환자의 안전에 관심을 가지게 되는 것 같다.	①	②	③	④	⑤
근무환경						
4	업무량을 소화할 정도의 충분한 인력이 있다.	①	②	③	④	⑤
5	환자 케어를 위한 적절한 근무 시간을 초과하여 일하고 있다.	①	②	③	④	⑤
6	직원들은 환자안전을 개선시키기 위해 적극적으로 노력한다.	①	②	③	④	⑤
7	임시직원의 수가 환자안전에 적절한 수준 이상이다.	①	②	③	④	⑤
8	직원들은 실수하면 이로 인해 비난받을 수 있다고 느낀다.	①	②	③	④	⑤
9	더 심각한 실수가 일어나지 않는 것은 순전히 우연이다.	①	②	③	④	⑤
10	직원들은 실수했을 때 보고를 두려워하지 않는다.	①	②	③	④	⑤
11	환자안전 개선을 위한 변화를 시도한 후 효과를 측정한다.	①	②	③	④	⑤
12	직원들은 많은 것을 빨리 처리하기 위해 쫓기듯 바쁘게 일한다.	①	②	③	④	⑤
13	더 많은 일을 하는 것보다 환자안전이 우선이다.	①	②	③	④	⑤
14	직원들은 그들의 실수가 인사가복에 남는 것을 걱정한다.	①	②	③	④	⑤
15	현재 환자안전에 관련한 문제가 있다.	①	②	③	④	⑤
16	우리병원의 절차나 시스템은 과실 예방에 도움이 된다.	①	②	③	④	⑤
직속상관/관리자						
17	나의 직속상관과 경영진은 환자안전 절차에 따라서 업무가 진행되는 것을 보면 칭찬해준다.	①	②	③	④	⑤
18	나의 직속상관과 경영진은 환자안전을 개선시키기 위해서 직원들이 제안하는 것을 신중하게 받아들인다.	①	②	③	④	⑤
19	나의 직속상관과 경영진은 업무량이 많아질 경우, 지름길을 택해서라도 그 일을 빨리 처리하기만을 원한다.	①	②	③	④	⑤
20	나의 직속상관과 경영진은 환자의 안전과 관련한 문제가 지속적으로 발생해도 그냥 지나친다.	①	②	③	④	⑤
의사소통						
21	직원들은 사건보고서를 근거로 변화된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	①	②	③	④	⑤

172 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

22	직원들이 환자 치료에 부정적인 영향을 미칠만한 것을 보았을 때에는 자유롭게 의견을 말한다.	①	②	③	④	⑤
23	병동에서 일어난 과실에 대하여 직원들에게 알린다.	①	②	③	④	⑤
24	직원들은 상관의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	①	②	③	④	⑤
25	과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원들이 의논을 한다.	①	②	③	④	⑤
26	무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.	①	②	③	④	⑤

6. 환자의 안전도

환자의 안전과 관련해서 선생님이 근무하시는 의료기관에 대해 전반적인 평가를 해 주십시오.	이주 나쁘다	나쁘다	받아들일 만하다	훌륭하다	이주 훌륭하다
	①	②	③	④	⑤

7. 보고된 사건 횟수 : 2015년 일년동안 보고된 환자안전사고(사건)은 몇 건입니까?

- ① 없다
 ② 1~5회
 ③ 6~10회
 ④ 11~20회
 ⑤ 21회 이상(회)

일반적 사항

<병원 관련>

◆ 의료기관 구분

① 병원 ② 요양병원 ③ 한방병원 ④ 치과병원 ⑤ 기타()

◆ (보건복지부 산하) 의료기관평가인증원의 인증 획득 여부

① 1주기 인증 획득 ② 2주기 인증 획득 ③ 1,2주기 인증 모두 획득 ④ 해당없음

◆ 병상 규모

100병상 이상 200병상 미만 50병상 이상 100병상 미만 50병상 미만 기타
(허가병상수를 구체적으로 말씀해주세요 ())

<응답자 관련>

◆ 귀하의 직종은 무엇입니까?

① 의사 ② 간호사 ③ 행정직원 ④ 기타()

◆ 현재 환자안전 업무를 담당하고 있습니까?

① 그렇다. ② 아니다. ③ 모르겠다.

◆ 현재 근무하는 부서는 어디입니까?

병동 외래 수술실 마취과 중환자실 의료질관리실(☑실)
 환자안전전담부서 감염관리실 기타()

◆ 귀하의 연령대는 어떻게 되십니까?

① 20~29세 ② 30~39세 ③ 40~49세 ④ 50세 이상

◆ 귀하는 언제 면허를 받으셨습니까? (년) 해당없음

◆ 의료기관에서의 경력이 몇 년입니까? (년)

*** 끝까지 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.***

부록 2. 의원급 의료기관 대상 설문 동의서 및 조사지

설문지 일련번호	담당 조사원
	성 명:
	연락처:

의료기관의 환자안전 실태조사(의원급)

안녕하십니까?

본 조사는 국무총리 산하의 한국보건사회연구원의 [환자안전에 대한 현황분석과 개선방안] 과제 하에 실시되는 것으로서, 의료 제공자들을 대상으로 의료기관의 환자안전 활동 영역, 환자안전에 대한 인식, 환자안전 관련 문화 등을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.

본 조사는 약 15분 정도 소요될 예정이며, 조사 참여에 따라 예상되는 위험 및 손실, 이득은 없습니다. 또한 연구윤리위원회의 지침 하에, 여러분의 개인정보(이름, 연락처, 주소) 등은 수집하지 않으며 설문에 응답해주신 내용은 연구에 사용될 예정입니다.

조사 내용은 의료기관에서의 환자안전 활동 현황과 이에 대한 인식, 문화를 파악하여 정책대안 수립과 연구를 목적으로만 사용하고 다른 목적으로는 사용하지 않을 것이며, 조사가 진행되는 도중에라도 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하셔도 되며, 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

책임연구자: 한국보건사회연구원 서재희 부연구위원

연구에 대하여 궁금하신 사항은 다음으로 연락주시기 바랍니다.

연구원 송은솔 (T.044-287-8196)

연구원 최성은 (T.044-287-8150)

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며, 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인합니다.

년 월 일

동일자 서명 : (인)

17	근무하는 병원의 원장은 환자안전 절차에 따라서 업무가 진행되는 것을 보면 칭찬해준다.	①	②	③	④	⑤
18	근무하는 병원의 원장은 환자안전을 개선시키기 위해서 직원들이 제안하는 것을 신중하게 받아들인다.	①	②	③	④	⑤
19	근무하는 병원의 원장은 업무량이 많아질 경우, 지름길을 택해서라도 그 일을 빨리 처리하기만을 원한다.	①	②	③	④	⑤
20	근무하는 병원의 원장은 환자의 안전과 관련한 문제가 지속적으로 발생해도 그냥 지나친다.	①	②	③	④	⑤
의사소통						
21	직원들은 사건보고서를 근거로 변화된 사항들에 대하여 피드백을 받는다.	①	②	③	④	⑤
22	직원들은 환자 치료에 부정적인 영향을 미칠만한 것을 보았을 때에는 자유롭게 의견을 말한다.	①	②	③	④	⑤
23	병원에서 일어난 과실에 대하여 직원들에게 알린다.	①	②	③	④	⑤
24	직원들은 원장의 결정이나 행동에 대하여 자유롭게 의견을 개진한다.	①	②	③	④	⑤
25	과실이 재발하지 않도록 하는 방법에 대하여 직원들이 의논을 한다.	①	②	③	④	⑤
26	무엇인가가 옳지 않다고 보일 때에도 직원들은 질문하기를 꺼린다.	①	②	③	④	⑤

6. 환자안전도

환자안전과 관련하여 선생님이 근무하시는 의료기관에 대해 전반적인 평가를 해 주십시오.	이주 나쁘다	나쁘다	받아들일 만하다	훌륭하다	이주 훌륭하다
	①	②	③	④	⑤

7. 귀하의 의료기관에서 2015년 일년 동안 발생한 환자안전사고(사건)은 몇 건입니까?

- ① 없다
- ② 1~5회
- ③ 6~10회
- ④ 11~20회
- ⑤ 21회 이상(회)

178 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

일반적 사항

<병원 관련>

◆ 의료기관 구분

① 의원 ② 한의원 ③ 치과의원 ④ 기타()

◆ 진료과

① 내과 ② 소아과 ③ 외과 ④ 산부인과 ⑤ 안과 ⑥ 피부과 ⑦ 신경외과
 ⑧ 정형외과 ⑨ 성형외과 ⑩ 미취통증의학과 ⑪ 치과 기타()

◆ 인력 구성(중복응답)

의사 ()명 간호조무사 ()명
 간호사 ()명 기타 ()명

◆ 병원 시설(중복응답, 있는 시설에 체크)

① 입원실 ② 물리치료실 ③ x-ray 촬영실 ④ 재활치료실 ⑤ 주사실

<응답자 관련>

◆ 귀하의 직종은 무엇입니까?

① 의사 ② 간호사 ③ 간호조무사 ④ 기타()

◆ 귀하의 연령대는 어떻게 되십니까?

① 20~29세 ② 30~39세 ③ 40~49세 ④ 50세 이상

◆ 귀하는 언제 면허취득 또는 자격을 받으셨습니까?

()년 해당없음

◆ 의료기관에서의 근무 경력이 몇 년입니까? (현재 근무하는 의료기관 이전에 근무한 의료기관 모두 포함)

()년

***** 끝까지 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다.*****

부록 3. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 이용자의 인식 조사 선정 질문지

환자안전 관련 제도와 환자안전사고에 대한 인식 조사 선정 질문지
<p>안녕하십니까?</p> <p>한국리서치에서는 환자안전에 대한 다양한 의견을 듣기 위해 본 조사를 진행하고 있습니다.</p> <p>본 조사는 여러분의 다양한 의견을 수렴하여, 환자안전에 대한 현황 및 정책적 개선 사항을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.</p> <p>바쁘시더라도 잠시만 시간을 내주셔서 이번 조사에 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.</p> <p>응답하신 모든 내용은 통계분석의 목적으로만 이용되며 통계법 33조 규정에 따라 비밀이 보장됩니다.</p> <p>다시 한 번 참여와 협조에 진심으로 감사합니다.</p> <p style="text-align: right;">(주)한국리서치 정성조사팀 서울 강남구 논현동 192-19 H-Tower (02) 3014-1071</p>

[그룹구성]

구분	특성1	인원	일시
Gr1	1) 45~65세 2) 최근 5년 이내에 암(갑상선 암 제외)을 경험한 환자 또는 보호자 3) 암 병기는 2기 이상 4) 치료종류가 항암/수술/방사선 중 하나 이상이어야 함	6명	9월 28일(수) 10:00 8층

[그룹 세부 쿼터]

1순위	명수
남자	최소 2명 이상
여자	무관

선정 질문

Q1. 귀하께서는 현재 어느 지역에 거주하고 계신가요?

- 1) 서울
- 2) 경기
- 3) 인천
- 4) 강원도 → 대상자 탈락
- 5) 충청도 → 대상자 탈락
- 6) 전라도 → 대상자 탈락
- 7) 경상도 → 대상자 탈락
- 8) 제주도 및 그 외 지역 → 대상자 탈락

→ 단, 서울/경기/인천이 아니지만 FGI 참석이 가능하다면 조사 진행해도 무방함.

Q2. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

- 1) 남성
- 2) 여성

Q3. 귀하의 나이는 올해 만으로 어떻게 되십니까? 만()세

→ 35~65세만 참여 가능(리쿠르팅 과정에서 어려움이 있을 경우, 보호자는 35세 미만도 가능)

Q4. 귀하 또는 귀하의 가족 구성원 중에서 최근 5년 이내에 “암”에 걸려 입원치료를 하셨던(혹은 현재 치료 중인) 분이 계십니까?

※ 가족 구성원이란, 어머니, 아버지, 배우자, 배우자의 어머니, 배우자의 아버지, 형제, 자매를 의미합니다. 그 외의 가족관계는 포함하지 않습니다.

※ 양성종양 제거는 “암”에 포함되지 않습니다.

- 1) 예
- 2) 아니요 → 대상자 탈락

Q5. 귀하께서는 해당 “암” 경험자와의 관계가 어떻게 되십니까?

- 1) 본인 → Q8로 이동
- 2) 본인의 어머니

- 3) 본인의 아버지
- 4) 본인의 배우자
- 5) 배우자의 어머니
- 6) 배우자의 아버지
- 7) 본인의 형제
- 8) 본인의 자매

Q6. 귀하께서는 해당 “암” 경험자의 의료 활동(병원 선정, 치료 방법, 간병 등)에 대해 결정을 하거나 지원하는 역할을 하셨습니까?/하고 계십니까?

1	2	3	4	5
전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다

→ 1,2,3의 경우 대상자 탈락

Q7. 해당 “암” 경험자의 나이는 올해 만으로 어떻게 되십니까? 만()세

→ 나이를 응답한 경우) Q8로 이동

→ 돌아가신 경우, 현재 나이를 받을 수 없기에, Q7은 Skip하고, Q7-1로 이동

Q7-1. “암” 경험자께서는 “암”으로 인해 돌아가셨습니까?

- 1) 예
- 2) 아니요 → 대상자 탈락

Q7-2. “암” 경험자의 출생연도와 사망연도는 어떻게 되십니까?

출생연도: ()년 사망연도: ()년

→ 사망연도가 2012년 이전(2012년은 가능)인 경우 대상자 탈락

Q8. 어떤 “암”에 걸리셨습니까? 여러 가지 암에 걸리신 분의 경우, 가장 병기가 좋지 않았던 “암”을 선택해 주시기 바랍니다.

- 1) 갑상선 → 대상자 탈락
- 2) 유방암
- 3) 대장암
- 4) 위암
- 5) 폐암
- 6) 간암
- 7) 자궁암
- 8) 난소암
- 9) 전립선암
- 10) 방광암

182 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

11) 웨장암

12) 기타()

[Q7에서 환자가 돌아가신 경우 Q11으로 이동]

Q9. 현재도 “암”에 걸리신 상태이십니까?

- 1) 예
- 2) 아니요

["Q9에서 1)예"는 “완치연도” 물어보지 않음]

Q10. 해당 “암”의 발병시작연도와 완치연도를 알려주시기 바랍니다.

발병시작연도:()년

완치연도:()년

→ “Q9에서 2)아니오”의 완치연도가 2012년 이전(2012년은 가능)인 경우 대상자 탈락

Q11. 해당 “암”의 병기는 어떻게 되십니까? 가장 좋지 않았던 상태를 기준으로 응답해 주시기 바랍니다.³⁸⁾

- 1) 1기 → 대상자 탈락
- 2) 2기
- 3) 3기
- 4) 4기 이상

Q12. 해당 “암”을 위해 어떤 치료를 하셨습니까? 치료 방법을 모두 선택해주시기 바랍니다.

- 1) 수술
- 2) 항암치료
- 3) 방사선치료
- 4) 기타()

→ 4) 기타만 선택한 경우 대상자 탈락

<<참석 여부>>

Q13. 귀하께서는 저희가 찾고 있는 분이십니다. 귀하를 모시고 환자안전에 관련해 귀하의 의견을 듣고 싶은데요. 참석 가능하신가요?

38) 대상자 선정이 어려울 경우 1기도 포함 가능합니다. 단, 수술, 항암, 방사선치료 중 하나 이상의 치료를 경험하여야 하는 조건은 그대로 유지하여야 합니다.

좌담회에 참석하시어 귀하의 의견을 자유롭게 말씀해 주시면 됩니다.

조사 시간은 2시간 정도 소요될 예정입니다. 참석해 주시는 분께는 소정의 사례금을 드립니다.

- 1) 예
- 2) 아니요 → 설문중단

부록 4. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료
이용자의 인식 조사 인터뷰 질문지

참고 자료

**의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에
대한 의료 이용자의 인식 조사**
- 포커스 그룹 인터뷰 -

2016. 9. 28.

한국보건사회연구원

<포커스 그룹 인터뷰 개요>

- 일 시: 2016. 9. 28(수). 10:00 ~ 12:00
- 장 소: 한국리서치 8층
- 참 석 자
 - 좌 장: 서 제 희(한국보건사회연구원 부연구위원)
 - 참여자: 암 치료 경험자 본인과 보호자 7인
- 포커스 그룹 인터뷰 진행 순서
 - 인사말
 - 참석자 소개
 - 연구 배경 및 주요 논의 내용 설명
 - 의료기관의 환자안전과 관련 제도에 대한 인식도 및 의견
 - 결과 요약 및 정리

「의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 이용자의 인식」 포커스 그룹 인터뷰

1. 연구 배경 및 주요 논의 내용 설명

□ 연구 배경

- 2010년 정종현 군이 백혈병 항암치료 과정에서 투약 오류로 사망
- 이 사건을 계기로 관련 법 제정 논의가 활발하게 진행되어 2015년 ‘환자안전법’이 제정되었고 2016년 7월 29일 법이 시행되었음
- 정종현 군 사건 이외에도 최근 이슈화되는 의료기관 내 C형 간염 집단 감염, 주사기 재사용으로 인한 C형 간염 감염, 메르스 유행과 같은 의료기관 내 감염 유행 등 병원이 과연 안전한 곳인가에 대한 논의가 지속되고 있음
- 환자안전법 제정을 계기로 환자 중심의 논의가 활발해졌으나 아직 정책적 추진 상황은 미진함
- 또한 환자안전법의 핵심은 의료기관의 자율보고와 보고된 사건에 대한 정보 환류 및 교육이나 자발적인 보고를 활성화하기 위한 구체적인 방안이 마련되어 있지 않음

□ 주요 논의 내용

- 의료기관의 안전에 대한 의료 이용자의 인식 정도
- 의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의료 이용자의 의견
- 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험 공유
- 병원과 환자 및 환자 보호자 간 상호작용

- 환자안전법과 관련 제도에 대한 인식 정도

2. 용어 설명

- 환자안전
 - 환자안전은 '진료 또는 오류로 인한 사고성 손상이 없는 것'을 의미하는 것으로 환자 중심에서 의료를 바라보는 개념임
- 환자안전활동
 - '환자안전활동'이란 '국가, 지방자치단체, 「보건의료기본법」 제3조 제4호의 보건의료기관, 보건의료인, 환자 및 환자의 보호자가 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위하여 행하는 모든 활동'(환자안전법)
- 환자안전사고
 - '환자안전사고'란 '보건의료인이 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령이 정하는 위해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고'(환자안전법)
- 위해
 - 보건복지부령으로 정하는 '위해'란 '사망·질환 또는 장애 등 환자의 생명·신체·정신에 대한 손상 또는 부작용'(환자안전법 시행규칙)
 - 엄밀히 말해 이때의 '부작용'에는 약물이나 치료 과정 중 나타날 수 있는 반응은 포함되지 않으며 의료과오로 인해 나타난 부정적 상황을 의미함
 - 예를 들어, 주사기 재사용으로 인한 C형 간염 감염, 수술 위치 바뀔, 투약 오류 등의 사례를 의미

3. 인터뷰 주제

- 의료기관의 안전에 대한 의료 이용자의 인식 정도
 - 병원 선택 시 고려 요인: 유명 의사? 친절도? 안전? 인증병원?
 - 의료기관에 대한 전반적 인식: 긍정적? 부정적?
 - 암 치료 시 이용한 의료기관의 환자안전 수준에 대한 인식
 - 암 치료 경험 후 의료기관 자체 또는 환자안전에 대한 인식 전환 정도

- 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험 공유
 - 병원에서 입원 치료 과정 중 우려되는 상황
 - 환자안전에 대한 설명 및 공지에 대한 경험
 - 환자안전에 대한 의료기관/병원과 환자/보호자 간 상호작용
 - 암 치료 과정에서 부정적 경험 여부/종류/의료진의 대처
 - 본인이나 주변의 의료사고, 의료분쟁 경험 여부

- 의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의료 이용자의 의견
 - 환자의 안전을 보호하는 안전한 병원이란?
 - 안전한 병원에 필요한 요건/제도: 정부/의료기관/의료인/환자 및 보호자

- 환자안전법과 관련 제도에 대한 인식 정도
 - 의료분쟁조정위원회와 환자안전사고 자율보고에 대한 인지
 - 환자안전정책 과정에서 환자 또는 일반 국민의 참여 정도와 향후 참여 가능성에 대한 인식

[별첨]

■ 환자안전법 시행규칙 [별지 제3호서식]

환자안전사고 보고서															
(환자·환자보호자 제출용)															
<p>※ □, ○에는 해당하는 곳에 √표시를 합니다.</p> <p>※ 보고서 작성 시 작성란이 부족한 경우에는 별지를 이용하여 주십시오.</p> <p>※ 보고서에 포함된 정보는 엄격하게 보호됩니다(「환자안전법」 제18조제1항에 따라 비밀을 누설하거나 직무 외의 목적으로 사용한 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다).</p> <p>※ 보고서 내용은 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위한 기초 자료로 활용되며, 처리결과 회신 등 민원 처리 목적으로 사용되지 않습니다.</p> <p>※ 보고서 내용에 대해서는 보건복지부장관의 검증 후 개인을 식별할 수 있는 정보는 모두 삭제되며, 해당 보고서 내용은 「환자안전법」에 명시된 목적으로만 사용됩니다.</p>															
사고정보	사고 발생일시	년 월 일 / 시	사고 발견일시												
	의료기관 소재지	<input type="checkbox"/> 서울 <input type="checkbox"/> 부산 <input type="checkbox"/> 대구 <input type="checkbox"/> 인천 <input type="checkbox"/> 광주 <input type="checkbox"/> 대전 <input type="checkbox"/> 울산 <input type="checkbox"/> 세종 <input type="checkbox"/> 경기 <input type="checkbox"/> 강원 <input type="checkbox"/> 충북 <input type="checkbox"/> 충남 <input type="checkbox"/> 전북 <input type="checkbox"/> 전남 <input type="checkbox"/> 경북 <input type="checkbox"/> 경남 <input type="checkbox"/> 제주													
	의료기관 구분	<input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 치과병원 <input type="checkbox"/> 한방병원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 정신병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 치과의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 조산원 <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 보건지소 <input type="checkbox"/> 기타 : ()													
	사고 발생 장소	<input type="checkbox"/> 외래진료실 <input type="checkbox"/> 입원실 <input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 검사실 <input type="checkbox"/> 주사실 <input type="checkbox"/> 처치실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 회복실 <input type="checkbox"/> 기타 ()													
	위해 정도	<input type="checkbox"/> 치료 후 후유증 없이 회복 <input type="checkbox"/> 일시적인 손상 또는 부작용 <input type="checkbox"/> 장기적인 손상 또는 부작용 <input type="checkbox"/> 영구적인 손상 또는 부작용 <input type="checkbox"/> 사망													
사고의 종류 (중복선택 가능합니다)	<input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 분만 <input type="checkbox"/> 처치/시술 <input type="checkbox"/> 마취 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 수혈 <input type="checkbox"/> 투약(주사) <input type="checkbox"/> 감염 <input type="checkbox"/> 전산장애 <input type="checkbox"/> 의료장비/기구 <input type="checkbox"/> 식사 <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 진료재료 오염/불량 <input type="checkbox"/> 환자의 자살/자해 <input type="checkbox"/> 기타														
환자정보	환자나이	_____ 년도 출생 또는 만 _____ 세	연령대 (정확한 연령 정보가 없는 경우에 적습니다.) <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 0세</td> <td><input type="checkbox"/> 50-59세</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1-9세</td> <td><input type="checkbox"/> 60-69세</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 10-19세</td> <td><input type="checkbox"/> 70-79세</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 20-29세</td> <td><input type="checkbox"/> 80세 이상</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 30-39세</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 40-49세</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 0세	<input type="checkbox"/> 50-59세	<input type="checkbox"/> 1-9세	<input type="checkbox"/> 60-69세	<input type="checkbox"/> 10-19세	<input type="checkbox"/> 70-79세	<input type="checkbox"/> 20-29세	<input type="checkbox"/> 80세 이상	<input type="checkbox"/> 30-39세		<input type="checkbox"/> 40-49세	
	<input type="checkbox"/> 0세	<input type="checkbox"/> 50-59세													
	<input type="checkbox"/> 1-9세	<input type="checkbox"/> 60-69세													
<input type="checkbox"/> 10-19세	<input type="checkbox"/> 70-79세														
<input type="checkbox"/> 20-29세	<input type="checkbox"/> 80세 이상														
<input type="checkbox"/> 30-39세															
<input type="checkbox"/> 40-49세															
성별	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자														
환자 진료과목															

190 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

	사고발생 진료과목 (중복선택 가능합니다)			
	진단명			
보고자정보	보고자	<input type="checkbox"/> 환자		<input type="checkbox"/> 환자 보호자
	연락처		전자우편	
<p>※ 사고발생 당시의 상황, 사고발생 경위 및 내용 등을 육하원칙에 따라 구체적으로 적어 주십시오.</p>				
<p>※ 재발방지를 위한 개선방안을 구체적으로 적어 주십시오.</p>				
<p>「환자안전법」 제14조제1항 및 같은 법 시행규칙 제12조제2항제2호에 따라 위와 같이 환자안전사고를 보고합니다.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p>보건복지부장관 귀하</p>				

210mm×297mm[일반용지 70g/㎡(재활용종이)]

4. 인터뷰 질문(질문자와 참여 연구자용)

□ 의료기관의 안전에 대한 의료 이용자의 인식 정도

- 1) 병원 선택 시 고려사항. 의사 중심으로 선택하나? 친절병원? 안전 병원? 인증병원? 대형병원? 암 치료 시에는 어떤 사항을 최우선으로 고려하였나?
- 2) 의료기관 전반 또는 환자안전에 대한 정보 출처는: 치료 이전 정보 경험/경로 대중매체? 지인?
- 3) 병원에 자주 다녔던 경험을 바탕으로 병원에 대한 인식(부정적 vs 긍정적)
- 4) 병원이 안전한 곳이라고 생각하는가?/사고가 발생하지 않는다면 병원은 안전한가?
- 5) 질병 치료를 위해 환자는 어느 정도 위험을 감수하여야 하나?
- 6) 병원에서 실수가 발생하더라도 사람이 하는 일인 이상 그럴 수 있다고 생각하나?
- 7) 의료인이 노력하고 환자가 참여하면 병원의 환자안전 수준은 향상되리라 기대하나?
- 8) 의료기술의 발전은 병원의 환자안전에 긍정적인 영향을 끼쳤다고 생각하나?
- 9) 암 경험 후 병원에 대한 인식이 바뀌었나. 병원안전에 대한 인식이 바뀌었나
- 10) 본인이 이용한 병원의 환자안전 수준이 어떠하다고 생각하는지?
: 시설이 안전한지? 욕창관리, 병원감염, 장비, 사고 안전 수준이 얼마라고 생각하는지

□ 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험 공유

- 1) 병원에서 입원 치료 과정 중 우려되는 것은 무엇인지?
- 2) 입원 시 동의서: 낙상 안전 등. 병원에서 일어날 수 있는 안전사고에 대한 사전 공지를 받은 기억이 있는가?
- 3) 환자안전에 대해 의료진이 고려해준다고 생각한 적이 있는지? 또는 의료진과 안전에 대한 이야기를 나눈 적이 있는지? 의료진의 반응은? 공감해주고 설명을 해주는가? 개선의 의지가 있었나? 실제 개선되었음을 느꼈나?
- 4) 투약 오류, 환자 이름 뒤바뀜, 혈액형 오류, 감염, 낙상, 욕창 등 부정적 경험 여부?
- 5) 부정적 경험을 하였을 때 느낀 것. 병원 또는 의료진과 이에 대한 논의가 이루어졌나?
- 6) 본인이나 주변에서 의료사고, 의료분쟁을 경험한 적이 있는가?

□ 의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의료 이용자의 의견

- 1) 어떤 병원이 안전한 병원이라고 생각하나?
- 2) 안전한 병원에 필요한 요건?
- 3) 환자안전 개선을 위하여 효과적인 방법: 교육 투자, 정부 재정적 지원, 병원의 투자, 인력 확충, 병원의 환자안전문화 개선 등
- 4) 환자안전 개선을 위하여 누구의 노력이 가장 중요하다고 생각하는가?

□ 환자안전법과 관련 제도에 대한 인식 정도

- 1) 의료분쟁조정위원회라는 것이 있는지 아시는지?
- 2) 환자안전정책 과정에서 환자 또는 일반 국민이 참여하고 있다고 생각하나? 향후 참여가 어떤 식으로 가능하다고 생각하나?
- 3) 환자안전사고 경험 시 보고할 수 있다는 것을 아는가? 별첨의 보고양식을 스스로 작성할 수 있겠는지?

부록 5. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 제공자의 인식 조사 선정 질문지

환자안전 관련 제도와 환자안전사고에 대한 인식 조사 선정 질문지
<p>안녕하십니까?</p> <p>한국리서치에서는 환자안전에 대한 다양한 의견을 듣기 위해 본 조사를 진행하고 있습니다.</p> <p>본 조사는 여러분의 다양한 의견을 수렴하여, 환자안전에 대한 현황 및 정책적 개선 사항을 파악하는 데 목적을 두고 있습니다.</p> <p>바쁘시더라도 잠시만 시간을 내주셔서 이번 조사에 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.</p> <p>응답하신 모든 내용은 통계분석의 목적으로만 이용되며 통계법 33조 규정에 따라 비밀이 보장됩니다.</p> <p>다시 한 번 참여와 협조에 진심으로 감사합니다.</p> <p style="text-align: right;">(주)한국리서치 정성조사팀 서울 강남구 논현동 192-19 H-Tower (02) 3014-1071</p>

[그룹구성]

구분	특성1	특성2	인원	일시
Gr2	1) 30세 이상 2) 현재 QI업무/환자안전 을 담당하고 있는 간호 사(의사)	QI업무인 경우 : QI업무를 1년 이상 환자안전인 경우 : 의원이 아닌 병원 이상 의 의료기관에서 경력이 5년 이상인 경우 또는 : QI업무 경력 1년 이상인 경우	6명	10/19(수) 19시 30분 한 국 리 서 치 8층

[그룹 세부 쿼터]

상급종합병원	1명
200병상 이상의 병원 또는 종합병원	2~3명
200병상 이상의 요양병원	2~3명

196 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

Q1-1. 귀하께서는 현재 의료기관에서 QI업무를 담당하신 적이 있으십니까?

- 1) 네, 담당한 적이 있습니다
- 2) 아니요, 담당한 적이 없습니다

Q2. 귀하께서는 환자안전 전담인력입니까?

- 1) 그렇다 → Q2-1로 이동
- 2) 아니다 → Q3로 이동

Q2-1. 환자안전 전담인력으로 보건복지부(의료기관평가인증원)에 보고하셨습니다?

- 1) 그렇다
- 2) 아니다
- 3) 모르겠다

Q3. 귀하께서는 현재 의료기관에서 어떤 직종으로 근무하고 계십니까?

- 1) 의사
- 2) 간호사
- 3) 기타 → 대상자 탈락

Q4. 귀하께서 현재 의료기관에서 근무하고 있는 부서는 어디이십니까?

- 1) 의료질관리실(QI실)
- 2) 환자안전 전담부서
- 3) 병동
- 4) 외래
- 5) 수술실
- 6) 마취과
- 7) 중환자실
- 8) 기타()

Q5. 귀하의 나이는 올해 만으로 어떻게 되십니까? 만()세

→ 30세 이상만 참여 가능

Q6-1. 귀하께서는 의원이 아닌 병원 이상의 의료기관에서 간호사(의사)로 근무하신 지 몇 년 정도 되셨습니까? 약()년

→ Q1에서 1) QI업무를 경우, 근무 경력 관계없음

→ Q1에서 2) QI업무 경험이 없거나 1년 미만인 환자안전 담당의 경우, 5년 이상만 참여 가능

Q6-2. 귀하께서는 현재 의료기관에서 해당 업무(Q1)를 담당하신 지 몇 년/개월 정도 되셨습니까? 약()년/개월

- Q1에서 1) Q1업무의 경우, 1년 이상만 참여 가능
- Q1에서 2) 환자안전의 경우, 근무 경력 관계없음

Q6-3. 귀하께서는 현재 의료기관에서 간호사(의사)로 근무하신 지 몇 년 정도 되셨습니까? 약()년

Q7. 귀하께서는 현재 어느 지역에 거주하고 계신가요?

- 1) 서울
 - 2) 경기
 - 3) 인천
 - 4) 강원도 → 대상자 탈락
 - 5) 충청도 → 대상자 탈락
 - 6) 전라도 → 대상자 탈락
 - 7) 경상도 → 대상자 탈락
 - 8) 제주도 및 그 외 지역 → 대상자 탈락
- 단, 서울/경기/인천이 아니지만 FGI 참석이 가능하다면 조사 진행해도 무방함.

Q8. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?

- 1) 남성
- 2) 여성

<<참석 여부>>

Q9. 귀하께서는 저희가 찾고 있는 분이십니다. 귀하를 모시고 환자안전에 관련해 귀하의 의견을 듣고 싶은데요. 참석 가능하신가요?

좌담회에 참석하시어 귀하의 의견을 자유롭게 말씀해 주시면 됩니다.

조사 시간은 2시간 정도 소요될 예정입니다. 참석해 주시는 분께는 소정의 사례금을 드립니다.

- 1) 예
- 2) 아니요 → 설문중단

(응답자)

① 이름: _____
② 집 전화: _____
③ 휴대폰: _____

부록 6. 의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료
제공자의 인식 조사 인터뷰 질문지

참고 자료

**의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에
대한 의료 제공자의 인식 조사**
- 포커스 그룹 인터뷰 -

2016. 10. 19.

한국보건사회연구원

<포커스 그룹 인터뷰 개요>

- 일 시: 2016. 10. 19(수). 19:30 ~ 21:30
- 장 소: 한국리서치 8층
- 참 석 자
 - 좌 장: 서 제 희(한국보건사회연구원 부연구위원)
 - 참여자: 200병상 이상 종합병원 5개, 요양병원 3개 근무 간호사
(환자안전 또는 QI 담당 간호사)
- 포커스 그룹 인터뷰 진행 순서
 - 인사말
 - 참석자 소개
 - 연구 배경 및 주요 논의 내용 설명
 - 의료기관의 환자안전과 관련 제도에 대한 인식 및 의견
 - 결과 요약 및 정리

「의료기관의 환자안전과 환자안전 관련 제도에 대한 의료 제공자의 인식」 포커스 그룹 인터뷰

1. 연구 배경 및 주요 논의 내용 설명

□ 연구 배경

- 2010년 정중현 군이 백혈병 항암치료 과정에서 투약 오류로 사망
- 이 사건을 계기로 관련 법 제정 논의가 활발하게 진행되어 2015년 '환자안전법'이 제정되었고 2016년 7월 29일 법이 시행되었음
- 정중현 군 사건 이외에도 최근 이슈화되는 의료기관 내 C형 간염 집단 감염, 주사기 재사용으로 인한 C형 간염 감염, 메르스 유행과 같은 의료기관 내 감염 유행 등 병원이 과연 안전한 곳인가에 대한 논의가 지속되고 있음
- 환자안전법 제정을 계기로 환자 중심의 논의가 활발해졌으나 아직 정책적 추진 상황은 미진함
- 또한 환자안전법의 핵심은 의료기관의 자율보고와 보고된 사건에 대한 정보 환류 및 교육이나 자발적인 보고를 활성화하기 위한 구체적인 방안이 마련되어 있지 않음

□ 주요 논의 내용

- 의료기관의 안전에 대한 의료 제공자의 인식 정도
- 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험 공유
- 의료기관의 환자안전활동 현황 및 업무상 어려움 공유
- 병원과 환자 및 환자 보호자 간 의사소통 및 의견 공유 경험

- 병원 내 환자안전에 필요한 요소에 대한 의료 제공자의 의견
- 환자안전법과 관련 법·제도에 대한 의료 제공자의 의견

2. 용어 설명

- 환자안전
 - 환자안전은 ‘진료 또는 오류로 인한 사고성 손상이 없는 것’을 의미하는 것으로 **환자 중심**에서 의료를 바라보는 개념임
- 환자안전활동
 - ‘환자안전활동’이란 ‘국가, 지방자치단체, 「보건의료기본법」 제3조제4호의 보건의료기관, 보건의료인, 환자 및 환자의 보호자가 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위하여 행하는 모든 활동’(환자안전법)
- 환자안전사고
 - ‘환자안전사고’란 ‘보건의료인이 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령이 정하는 위해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고’(환자안전법)
- 위해
 - 보건복지부령으로 정하는 ‘위해’란 ‘사망·질환 또는 장애 등 환자의 생명·신체·정신에 대한 손상 또는 부작용’(환자안전법 시행규칙)
 - 엄밀히 말해 이때의 ‘부작용’에는 약물이나 치료 과정 중 나타날 수 있는 반응은 포함되지 않으며 의료과오로 인해 나타난 부정적 상황을 의미함

3. 인터뷰 주제

- 의료기관의 안전에 대한 의료 제공자의 인식 정도
 - 의료기관에 대한 전반적 인식: 긍정적? 부정적?
 - 환자안전 관련 문제 발생 시 원인에 대한 인식

- 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험
 - 병원에서 입원 치료 과정 중 우려되는 상황
 - 환자안전에 대한 의료기관/병원과 환자/보호자 간 상호작용
 - 환자안전 관련 문제 발생 경험과 발생 원인, 발생 후 관리

- 의료기관의 환자안전활동 현황 및 업무상 어려움
 - 환자안전 관련 조직 및 인력, 지표 관리, 보고체계 등 현황
 - 환자안전법 시행 후 달라진 점, 업무상 어려움 등

- 의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의료 제공자의 의견
 - 환자의 안전을 보호하는 안전한 병원의 조건
 - 안전한 병원에 필요한 요건/제도: 정부/의료기관/의료인/환자 및 보호자

- 환자안전법과 관련 법·제도에 대한 의견
 - 보고·학습시스템에 대한 의견: 자율보고 가능한가? 자율보고 활성화에 대한 의견
 - 환자안전 전담인력에 대한 의견
 - 환자안전에 환자 또는 보호자가 참여하는 것에 대한 의견

[별첨]

■ 환자안전법 시행규칙 [별지 제2호서식]

환자안전사고 보고서 (보건의료인·보건의료기관장·전담인력 제출용)																																					
<p>※ □, ○ 에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다. ※ 보고서 작성 시 작성란이 부족한 경우에는 별지를 이용하여 주십시오. ※ 보고서에 포함된 정보는 엄격하게 보호됩니다(「환자안전법」 제18조제1항에 따라 비밀을 누설하거나 적위 외의 목적으로 사용한 사람은 3년 이하의 징역 또는 3천만원 이하의 벌금에 처해집니다). ※ 보고서 내용에 대해서는 보건복지부장관의 검증 후 개인을 식별할 수 있는 정보는 모두 삭제되며, 해당 보고서 내용은 「환자안전법」에 명시된 목적외에만 사용됩니다.</p>																																					
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">사고 발생일시</th> <th style="width: 40%;">년 월 일 / 시</th> <th style="width: 20%;">사고 발생일시</th> <th style="width: 20%;">년 월 일 / 시</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>의료기관 소재지</td> <td> <input type="checkbox"/> 서울 <input type="checkbox"/> 부산 <input type="checkbox"/> 대구 <input type="checkbox"/> 인천 <input type="checkbox"/> 광주 <input type="checkbox"/> 대전 <input type="checkbox"/> 울산 <input type="checkbox"/> 세종 <input type="checkbox"/> 경기 <input type="checkbox"/> 강원 <input type="checkbox"/> 충북 <input type="checkbox"/> 충남 <input type="checkbox"/> 전북 <input type="checkbox"/> 전남 <input type="checkbox"/> 경북 <input type="checkbox"/> 경남 <input type="checkbox"/> 제주 </td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>의료기관 구분</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 치과병원 <input type="checkbox"/> 한방병원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 정신병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 치과의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 조산원 <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 보건지소 <input type="checkbox"/> 기타 : () </td> </tr> <tr> <td>병상 수</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 200병상 미만 <input type="checkbox"/> 200병상 이상 500병상 미만 <input type="checkbox"/> 500병상 이상 </td> </tr> <tr> <td>사고 발생장소</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 외래진료실 <input type="checkbox"/> 입원실 <input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 검사실 <input type="checkbox"/> 주사실 <input type="checkbox"/> 처치실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 회복실 <input type="checkbox"/> 기타 () </td> </tr> <tr> <td>사고정보</td> <td colspan="3"> <p>관련 직원 (중복선택 가능합니다)</p> <input type="checkbox"/> 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 치과 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 한의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 간호조무사 <input type="checkbox"/> 약사 <input type="checkbox"/> 한약사 <input type="checkbox"/> 의료기사 (<input type="checkbox"/> 임상병리사 <input type="checkbox"/> 방사선사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 작업치료사 <input type="checkbox"/> 치과기공사 <input type="checkbox"/> 치과위생사) <input type="checkbox"/> 의무기록사 <input type="checkbox"/> 기타 () </td> </tr> <tr> <td>위해 정도</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 치료 후 후유증 없이 회복 <input type="checkbox"/> 일시적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 장기적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 영구적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 사망 </td> </tr> <tr> <td>사고의 종류 (중복선택 가능합니다)</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 분만 <input type="checkbox"/> 처치/시술 <input type="checkbox"/> 마취 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 수혈 <input type="checkbox"/> 투약 <input type="checkbox"/> 감염 <input type="checkbox"/> 전산장애 <input type="checkbox"/> 의료장비/기구 <input type="checkbox"/> 식사 <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 진료재료 오염/불량 <input type="checkbox"/> 환자의 자살/자해 <input type="checkbox"/> 기타 </td> </tr> <tr> <td>환자에 대한 사고 발생 후 조치사항 (중복선택 가능합니다)</td> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> 조치 <input type="checkbox"/> 기관 내 전과나 전동, 전원, 외래환자의 경우 응급실 방문/입원 등 <input type="checkbox"/> 모니터링(관찰, 영상판독 등) <input type="checkbox"/> 검사 추가 </td> </tr> </tbody> </table>	사고 발생일시	년 월 일 / 시	사고 발생일시	년 월 일 / 시	의료기관 소재지	<input type="checkbox"/> 서울 <input type="checkbox"/> 부산 <input type="checkbox"/> 대구 <input type="checkbox"/> 인천 <input type="checkbox"/> 광주 <input type="checkbox"/> 대전 <input type="checkbox"/> 울산 <input type="checkbox"/> 세종 <input type="checkbox"/> 경기 <input type="checkbox"/> 강원 <input type="checkbox"/> 충북 <input type="checkbox"/> 충남 <input type="checkbox"/> 전북 <input type="checkbox"/> 전남 <input type="checkbox"/> 경북 <input type="checkbox"/> 경남 <input type="checkbox"/> 제주			의료기관 구분	<input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 치과병원 <input type="checkbox"/> 한방병원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 정신병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 치과의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 조산원 <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 보건지소 <input type="checkbox"/> 기타 : ()			병상 수	<input type="checkbox"/> 200병상 미만 <input type="checkbox"/> 200병상 이상 500병상 미만 <input type="checkbox"/> 500병상 이상			사고 발생장소	<input type="checkbox"/> 외래진료실 <input type="checkbox"/> 입원실 <input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 검사실 <input type="checkbox"/> 주사실 <input type="checkbox"/> 처치실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 회복실 <input type="checkbox"/> 기타 ()			사고정보	<p>관련 직원 (중복선택 가능합니다)</p> <input type="checkbox"/> 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 치과 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 한의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 간호조무사 <input type="checkbox"/> 약사 <input type="checkbox"/> 한약사 <input type="checkbox"/> 의료기사 (<input type="checkbox"/> 임상병리사 <input type="checkbox"/> 방사선사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 작업치료사 <input type="checkbox"/> 치과기공사 <input type="checkbox"/> 치과위생사) <input type="checkbox"/> 의무기록사 <input type="checkbox"/> 기타 ()			위해 정도	<input type="checkbox"/> 치료 후 후유증 없이 회복 <input type="checkbox"/> 일시적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 장기적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 영구적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 사망			사고의 종류 (중복선택 가능합니다)	<input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 분만 <input type="checkbox"/> 처치/시술 <input type="checkbox"/> 마취 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 수혈 <input type="checkbox"/> 투약 <input type="checkbox"/> 감염 <input type="checkbox"/> 전산장애 <input type="checkbox"/> 의료장비/기구 <input type="checkbox"/> 식사 <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 진료재료 오염/불량 <input type="checkbox"/> 환자의 자살/자해 <input type="checkbox"/> 기타			환자에 대한 사고 발생 후 조치사항 (중복선택 가능합니다)	<input type="checkbox"/> 조치 <input type="checkbox"/> 기관 내 전과나 전동, 전원, 외래환자의 경우 응급실 방문/입원 등 <input type="checkbox"/> 모니터링(관찰, 영상판독 등) <input type="checkbox"/> 검사 추가		
사고 발생일시	년 월 일 / 시	사고 발생일시	년 월 일 / 시																																		
의료기관 소재지	<input type="checkbox"/> 서울 <input type="checkbox"/> 부산 <input type="checkbox"/> 대구 <input type="checkbox"/> 인천 <input type="checkbox"/> 광주 <input type="checkbox"/> 대전 <input type="checkbox"/> 울산 <input type="checkbox"/> 세종 <input type="checkbox"/> 경기 <input type="checkbox"/> 강원 <input type="checkbox"/> 충북 <input type="checkbox"/> 충남 <input type="checkbox"/> 전북 <input type="checkbox"/> 전남 <input type="checkbox"/> 경북 <input type="checkbox"/> 경남 <input type="checkbox"/> 제주																																				
의료기관 구분	<input type="checkbox"/> 상급종합병원 <input type="checkbox"/> 종합병원 <input type="checkbox"/> 병원 <input type="checkbox"/> 치과병원 <input type="checkbox"/> 한방병원 <input type="checkbox"/> 요양병원 <input type="checkbox"/> 정신병원 <input type="checkbox"/> 의원 <input type="checkbox"/> 치과의원 <input type="checkbox"/> 한의원 <input type="checkbox"/> 조산원 <input type="checkbox"/> 약국 <input type="checkbox"/> 보건소 <input type="checkbox"/> 보건지소 <input type="checkbox"/> 기타 : ()																																				
병상 수	<input type="checkbox"/> 200병상 미만 <input type="checkbox"/> 200병상 이상 500병상 미만 <input type="checkbox"/> 500병상 이상																																				
사고 발생장소	<input type="checkbox"/> 외래진료실 <input type="checkbox"/> 입원실 <input type="checkbox"/> 중환자실 <input type="checkbox"/> 응급실 <input type="checkbox"/> 검사실 <input type="checkbox"/> 주사실 <input type="checkbox"/> 처치실 <input type="checkbox"/> 수술실 <input type="checkbox"/> 회복실 <input type="checkbox"/> 기타 ()																																				
사고정보	<p>관련 직원 (중복선택 가능합니다)</p> <input type="checkbox"/> 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 치과 의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 한의사 (<input type="checkbox"/> 인턴 <input type="checkbox"/> 일반의 <input type="checkbox"/> 전공의 <input type="checkbox"/> 전문의) <input type="checkbox"/> 간호사 <input type="checkbox"/> 간호조무사 <input type="checkbox"/> 약사 <input type="checkbox"/> 한약사 <input type="checkbox"/> 의료기사 (<input type="checkbox"/> 임상병리사 <input type="checkbox"/> 방사선사 <input type="checkbox"/> 물리치료사 <input type="checkbox"/> 작업치료사 <input type="checkbox"/> 치과기공사 <input type="checkbox"/> 치과위생사) <input type="checkbox"/> 의무기록사 <input type="checkbox"/> 기타 ()																																				
위해 정도	<input type="checkbox"/> 치료 후 후유증 없이 회복 <input type="checkbox"/> 일시적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 장기적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 영구적인 손상이나 부작용 <input type="checkbox"/> 사망																																				
사고의 종류 (중복선택 가능합니다)	<input type="checkbox"/> 수술 <input type="checkbox"/> 분만 <input type="checkbox"/> 처치/시술 <input type="checkbox"/> 마취 <input type="checkbox"/> 검사 <input type="checkbox"/> 수혈 <input type="checkbox"/> 투약 <input type="checkbox"/> 감염 <input type="checkbox"/> 전산장애 <input type="checkbox"/> 의료장비/기구 <input type="checkbox"/> 식사 <input type="checkbox"/> 낙상 <input type="checkbox"/> 진료재료 오염/불량 <input type="checkbox"/> 환자의 자살/자해 <input type="checkbox"/> 기타																																				
환자에 대한 사고 발생 후 조치사항 (중복선택 가능합니다)	<input type="checkbox"/> 조치 <input type="checkbox"/> 기관 내 전과나 전동, 전원, 외래환자의 경우 응급실 방문/입원 등 <input type="checkbox"/> 모니터링(관찰, 영상판독 등) <input type="checkbox"/> 검사 추가																																				

204 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

	<input type="radio"/> 투약 치료 <input type="radio"/> 산소투여, 인공호흡기 치료 등 <input type="radio"/> 심리치료 ※ 사고발생부터 조치까지 기간 : <input type="checkbox"/> 미조치	<input type="radio"/> 수술, 시술 <input type="radio"/> 수혈 <input type="radio"/> 기타	
	내부보고 여부 <input type="checkbox"/> 보고 수행 <input type="checkbox"/> 보고 미수행		
환자정보	환자 나이 _____ 년도 출생 또는 만 _____ 세	연령대 (정확한 연령 정보가 없는 경우에 적습니다)	<input type="checkbox"/> 0세 <input type="checkbox"/> 50~59세 <input type="checkbox"/> 1~9세 <input type="checkbox"/> 60~69세 <input type="checkbox"/> 10~19세 <input type="checkbox"/> 70~79세 <input type="checkbox"/> 20~29세 <input type="checkbox"/> 80세 이상 <input type="checkbox"/> 30~39세 <input type="checkbox"/> 40~49세
	성별	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자	
	환자 진료과목		
	사고발생 진료과목 (중복선택 가능합니다)		
	내원 시 진단명 [한국표준질병사인 분류(KOD) 또는 수기 진단명을 적습니다]		
환자의 상태 (기저질환)			
보고자 정보	보고자	<input type="checkbox"/> 보건의료인 <input type="checkbox"/> 보건의료기관의 장 <input type="checkbox"/> 전담인력	
	연락처	전자우편	
※ 사고발생 당시의 상황, 내용 및 조치사항 등을 육하원칙에 따라 구체적으로 적어주시요.			

<p>※ 사고원인을 구체적으로 적어주십시오.</p>	
<p>※ 사고예방 및 재발방지를 위한 개선방안</p>	
<p>국가 수준</p>	
<p>의료기관 수준</p>	
<p>「환자안전법」 제14조제1항 및 같은 법 시행규칙 제12조제2항제1호에 따라 위와 같이 환자안전사고를 보고합니다.</p>	
<p>년 월 일</p>	
<p>보건복지부장관 귀하</p>	

4. 인터뷰 질문

□ 의료기관의 안전에 대한 의료 제공자의 인식 정도

- 1) 병원이 안전한 곳이라고 생각하십니까? 사고가 발생하지 않는다면 병원은 안전한 곳이라고 생각하십니까?
- 2) 환자가 질병 치료를 위해 어느 정도 위험을 감수하여야 한다고 생각하십니까?
- 3) 병원에서 실수가 발생하더라도 사람이 하는 일인 이상 그럴 수 있다고 생각하십니까?
- 4) 의료인이 노력하고 환자가 참여하면 병원의 환자안전 수준이 향상 될 것이라고 기대하십니까?
- 5) 의료기술의 발전이 병원의 환자안전에 긍정적인 영향을 끼쳤다고 생각하십니까?
- 6) 재직 중인 의료기관의 환자안전 수준에 대하여 말씀해 주십시오.
- 7) 환자안전 문제 발생의 원인이 무엇이라고 생각하십니까?

□ 의료기관의 환자안전 문제에 대한 경험

- 1) 병원에서 입원, 외래 등 치료 과정 중 우려되는 것은 무엇입니까?
- 2) 환자안전 관련 문제 발생 경험이 있습니까? 발생 원인은 무엇이었습니까?
- 3) 환자안전 관련 문제 발생 시 어떻게 대처하십니까?: 보고체계, 피드백 등
- 4) 환자안전 관련 문제 발생 후 의료기관 내의 달라진 점에 대하여 말씀해 주십시오.

□ **의료기관의 환자안전활동 현황 및 업무상 어려움**

- 1) 환자안전 관련 조직과 인력 현황이 어떠합니까? 전담인력 현황이나 채용 형태에 대하여 말씀해 주십시오.
- 2) 환자안전 관련 문제 시 보고체계와 문제 해결 과정이 있습니까? 있을 경우, 자유롭게 보고하십니까?
- 3) 환자안전 관련 관리지표가 있습니까? 있다면 주로 어떤 지표를 활용하는지 말씀해 주십시오.
- 4) 환자안전법 시행 후 달라진 점 또는 발생한 업무상 어려움이 있습니까?

□ **의료기관 안전에 필요한 요소에 대한 의료 제공자의 의견**

- 1) 어떤 병원이 안전한 병원이라고 생각하십니까? 안전한 병원에 필요한 요건은 무엇인지 말씀해 주십시오.
- 2) 환자안전 개선을 위하여 효과적인 방법이 무엇이라고 생각하십니까? 일반적으로는 교육투자, 정부 재정적 지원, 병원의 투자, 인력 확충, 병원의 환자안전문화 개선 등의 영역을 이야기합니다만, 이외의 영역을 포함해서 자유롭게 말씀해 주십시오.
- 3) 환자안전 개선을 위하여 누구의 노력이 가장 중요하다고 생각하십니까?

□ **환자안전법과 관련 제도에 대한 의견**

- 1) 환자안전법의 본래 목적이 무엇이라고 생각하십니까?
- 2) 환자안전법의 본래 취지를 달성하기 위하여 무엇이 가장 중요하다고 생각하십니까?
- 3) 환자안전 전담인력이 꼭 필요하며 이 인력이 의료기관의 환자안전 증진에 도움이 될 것이라고 생각하십니까?

- 4) 환자안전법이 자율보고를 보장, 보호하고 있다고 생각하십니까?
그렇지 않다고 생각하시는 경우, 그 이유를 말씀해 주십시오.
- 5) 자율보고를 활성화하기 위해서는 어떤 방안이 필요하다고 생각하십니까?
- 6) 환자안전을 위해 교육을 한다면, 누구를 대상으로 어떤 내용의 교육을 해야 한다고 생각하십니까?
- 7) 현재의 환자안전 제도는 200병상 이상 규모의 병원만을 관리 대상으로 포함하고 있습니다. 200병상 미만 규모의 병원은 환자안전 관리 범위에 포함시키지 않는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?
- 8) 현재의 환자안전제도가 도입되고 시행되는 과정에서 환자 또는 일반 국민이 어느 정도로 참여하고 있다고 생각하십니까? 환자안전 정책에 환자 또는 일반 국민의 참여가 필요하다고 생각하십니까? 환자 또는 일반 국민의 참여가 필요하다면, 향후 어떤 식의 참여가 가능하다고 생각하시는지 말씀해 주십시오.

부록 7. 200병상 미만 의료기관 규모별 환자안전 현황 분석결과

〈부표 7-1〉 환자안전활동 조직 현황: 종별·규모별

(단위: %)

구분		전체		병원				요양병원			
				100병상 미만		100~200병상 미만		100병상 미만		100~200병상 미만	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
환자안전 전담부서	있음	98	(34.5)	30	(36.1)	29	(34.5)	3	(23.1)	26	(31.7)
	없음	181	(63.7)	52	(62.7)	54	(64.3)	9	(69.2)	55	(67.1)
	모름	5	(1.8)	1	(1.2)	1	(1.2)	1	(7.7)	1	(1.2)
환자안전 전담부서 설치계획	있음	37	(20.4)	11	(21.2)	13	(24.1)	3	(33.3)	8	(14.6)
	없음	106	(58.6)	30	(57.7)	28	(51.9)	4	(44.4)	39	(70.9)
	모름	38	(21.0)	11	(21.2)	13	(24.1)	2	(22.2)	8	(14.6)
환자안전 위원회	있음	152	(53.5)	35	(42.2)	44	(52.4)	8	(61.5)	55	(67.1)
	없음	124	(43.7)	45	(54.2)	37	(44.1)	5	(38.5)	25	(30.5)
	모름	8	(2.8)	3	(3.6)	3	(3.6)	0	(0.0)	2	(2.4)
환자안전 위원회 설치계획	있음	33	(26.6)	11	(24.4)	9	(24.3)	2	(40.0)	7	(28.0)
	없음	60	(48.4)	21	(46.7)	19	(51.4)	1	(20.0)	15	(60.0)
	모름	31	(25.0)	13	(28.9)	9	(24.3)	2	(40.0)	3	(12.0)

〈부표 7-2〉 의료기관 환자안전활동 인력 현황: 종별·규모별

구분		전체		병원				요양병원			
				100병상 미만		100~200병상 미만		100병상 미만		100~200병상 미만	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
환자안전 전담인력	있음	123	(43.3)	32	(38.6)	41	(48.8)	8	(61.5)	34	(41.5)
	없음	150	(52.8)	47	(56.6)	38	(45.2)	5	(38.5)	46	(56.1)
	모름	11	(3.9)	4	(4.8)	5	(6.0)	0	(0.0)	2	(2.4)
환자안전 전담인력의 겸직 여부	있음	102	(82.9)	27	(84.4)	32	(78.1)	7	(87.5)	29	(85.3)
	없음	20	(16.3)	5	(15.6)	9	(22.0)	1	(12.5)	4	(11.8)
	모름	1	(0.8)	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)	1	(2.9)
환자안전 전담인력 배치계획	있음	33	(22.0)	12	(25.5)	9	(23.7)	0	(0.0)	10	(21.7)
	없음	86	(57.3)	26	(55.3)	22	(57.9)	3	(60.0)	29	(63.0)
	모름	31	(20.7)	9	(19.2)	7	(18.4)	2	(40.0)	7	(15.2)

210 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안

<부표 7-3> 의료기관 환자안전활동 교육 현황: 종별·규모별

(단위: %)

구분		전체		병원				요양병원			
				100병상 미만		100~200병상 미만		100병상 미만		100~200병상 미만	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
환자안전 관련 교육	있음	243	(85.6)	67	(80.7)	70	(83.3)	13	(100.0)	74	(90.2)
	없음	31	(10.9)	10	(12.1)	11	(13.1)	0	(0.0)	7	(8.5)
	모름	10	(3.5)	6	(7.2)	3	(3.6)	0	(0.0)	1	(1.2)
교육대상	의사	198	(81.5)	56	(83.6)	54	(77.1)	10	(76.9)	62	(75.6)
	간호사	225	(92.6)	60	(89.6)	64	(91.4)	13	(100.0)	71	(86.6)
	행정 직원	205	(84.4)	57	(85.1)	56	(80.0)	11	(84.6)	65	(79.3)

주: 교육 대상 중 기타는 제외하였음.

<부표 7-4> 환자안전 관리지표: 종별·규모별

(단위: %)

구분		전체		병원				요양병원			
				100병상 미만		100~200병상 미만		100병상 미만		100~200병상 미만	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
환자안전 관리지표	있음	161	(56.7)	36	(43.4)	42	(50.0)	7	(53.9)	63	(76.8)
	없음	78	(27.5)	31	(37.4)	23	(27.4)	4	(30.8)	13	(15.9)
	모름	45	(15.9)	16	(19.3)	19	(22.6)	2	(15.4)	6	(7.3)

부록 8. 의원급 의료기관의 입원실 여부에 따른 환자안전활동 현황

〈부표 8-1〉 의원급 의료기관의 환자안전활동 현황: 입원실 여부

(단위: 명, %)

구분		전체		입원실 있음		입원실 없음	
		N	(%)	N	(%)	N	(%)
환자안전 교육	있음	114	(59.4)	18	(58.1)	96	(59.6)
	없음	61	(31.8)	10	(32.3)	51	(31.7)
	모름	17	(8.9)	3	(9.7)	14	(8.7)
환자안전을 위한 절차	있음	120	(62.5)	23	(74.2)	97	(60.2)
	없음	54	(28.1)	6	(19.4)	48	(29.8)
	모름	18	(9.4)	2	(6.5)	16	(9.9)
환자안전 관리 지표	있음	93	(48.4)	17	(54.8)	76	(47.2)
	없음	81	(42.2)	11	(35.5)	70	(43.5)
	모름	18	(9.4)	3	(9.7)	15	(9.3)
기록 및 관리	있음	128	(66.7)	21	(67.7)	107	(66.5)
	없음	50	(26.0)	7	(22.6)	43	(26.7)
	모름	14	(7.3)	3	(9.7)	11	(6.8)
계		192	(100.0)	31	(100.0)	161	(100.0)

주: 의원만 해당됨.



간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |