

의원 인증제 도입에 대한 소고

신 의 철¹ · 김 호 중¹ · 김 지 윤² · 박 성 희^{3*} | ¹가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실, ²혜전대학교 간호학과, ³배재대학교 아펜젤러 대학 간호학과

Benchmarking leading countries' accreditation programs for ambulatory healthcare organizations

Euichul Shin, MD¹ · Hojong Kim, MPH¹ · Ji-Yoon Kim, PhD² · Seong-Hi Park, PhD^{3*}

¹Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, ²School of Nursing, Hye Jeon College, Hongseong, ³School of Nursing, Pai Chai University, Daejeon, Korea

*Corresponding author: Seong-Hi Park, E-mail: shpark@pcu.ac.kr

Received September 3, 2013 · Accepted October 10, 2013

Healthcare accreditation, which in the Republic of Korea is based on Article 58 of the Medical Service Act of July 2010, is an evaluation system designed to improve the quality of medical services and secure patient safety. Although ambulatory health organizations such as clinics comprise the majority of all health facilities, because they are not currently evaluated, securing quality and patient safety nationwide is not possible under the existing system. This article reviewed the accreditation programs of ambulatory health organizations in leading countries such as the United States and Australia in order to propose a successful model for Korea. The Accreditation Association for Ambulatory Health Care of the United States is a private, non-profit organization established in 1979. Similarly, Australian General Practice Accreditation Limited is a non-profit organization established in 1997 to deliver services to support general practices in Australia. Both are independent professional organizations and perform accreditation programs by a self-regulatory system. As healthcare quality improvement and accreditation have the characteristics of professional service activities, a self-regulatory approach rather than a government-controlled one, and process-oriented evaluation rather than structure-focused evaluation, are known to be effective. We expect an accreditation program for clinics in Korea to be established using a self-regulatory approach by an independent professional organization, not by the government, in the near future.

Keywords: Accreditation; Clinics; Ambulatory care facilities; Quality improvement; Patient safety

서 론

2010년 7월 개정된 의료법에 의해 시행된 의료기관 인증제는 의료의 질과 환자안전의 수준을 높이기 위하여 병

원급 의료기관에 대해 수행된 자율참여 평가체계이다[1]. 의료기관 인증제는 의료기관 스스로 평가를 자원한다는 점에서 제공자 중심의 의료문화가 소비자 중심으로 전환되는데 기여했으며, 새로운 의료문화를 조성하였다는 평가를 받고

© Korean Medical Association

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Table 1. Accrediting bodies for ambulatory healthcare organizations by ownership

Ownership/ country	Accrediting body	Year	Target organizations
Private organization			
USA	Accreditation Association for Ambulatory Health Care, Inc	1979	Ambulatory health care settings, including ambulatory and office based surgery centers, etc.
	Joint Commission International	1999	Outside of US: hospitals, ambulatory care, etc.
	The Joint Commission	1951	Hospitals, ambulatory care, home care, etc.
Australia	Quality Improvement Council	1997	Primary and community health care services, etc.
Brazil	Australian General Practice Accreditation Limited	1997	Australian general practices
Canada	Consortium for Brazilian Accreditation	1998	hospitals, ambulatory care, primary care, etc.
New Zealand	Accreditation Canada	1958	Diverse health care and service areas, including: acute care(hospital), ambulatory care, etc.
South Africa	Designated Audit Agency (DAA Group)	1990	Acute, long term and private surgical hospitals, primary care, etc.
Spain	Council for Health Service Accreditation of Southern Africa	1995	Hospitals, primary health care clinics, etc.
UK	Avedis Donabedian University Institute (FAD)	1998	Hospitals, primary care centers, ambulatory care centers, etc.
	Caspe Healthcare Knowledge Systems (part of Capita plc)	1989	Whole healthcare organizations and individual services in the UK and internationally, including acute hospital trusts, independent hospitals, primary care organizations, nursing homes, etc.
Government			
Kuwait	Kuwait Health Care Accreditation Programme	2001	Hospitals, primary health centers
Poland	National Center for Quality Assessment in Healthcare	1994	Hospitals; primary care practices

있다[2]. 또한 개편된 인증제는 전문 전담기구가 설립되고, 의료기관들이 자율적 신청에 의해 참여하며, 인증기준이 환자안전 및 진료과정 중심으로 개편되었으며, 현장조사가 의료전문가에 의해 지속적으로 전문성을 고취시킬 수 있는 방

식으로 운영되고 인증여부가 종합적 결과로 발표, 활용되는 등 매우 획기적인 개선이 이루어졌다고 평가되었다[3].

그럼에도 불구하고 몇 가지 문제점이 제기되고 있다. 첫째는, 구조적인 측면에서 볼 경우, 의료기관평가인증 제도는 민간의 독립적인 전문기구에 의해 운영되는 방식을 취하지만, 실제 인증은 보건복지부장관이 하는 정부 인증 프로그램이라는 점이다. 즉, 의료기관평가인증제도는 인증의 운영적 요소 전반과 특히 인증의 주요정책이 정부로부터 결정적인 영향을 상당히 받을 수 있음을 의미한다[3]. 국제의료 질관리학회인 ISQua (International Society for Quality in Health Care)는 정부가 신임사업을 운영하는 경우, 일반적으로 안정성(stability), 신뢰성(credibility), 적응성(adaptability), 이해관계 상충(conflict of interest), 경계 설정 및 합의(demarcation and consensus) 등의 측면에서 어려움이 있음을 지적하였다. 안정성 문제는 정권이 바뀔 경우 인증사업과 정책에 일관성이 유지되기 힘들며, 신뢰성 문제는 일반대중이 정부 자체에 대한 신뢰도가 낮을 경우 발생한다. 적응성 문제는 대부분의 자발적 신임 프로그램이 1, 2년에 한 번씩 기준 등을 갱신하는데 반해 정부는 변화와 적응에 느리기 때문에 발생된다. 이해관계 상충의 문제는 정부가 의료서비스의 규제자, 보험자, 구매자의 역할을 하게 되기 때문에 제3자로서의 독립성을 보장할 수 없기 때문에 나타난다[4]. 둘째 문제점으로 경제협력개발기구가 2012년 발표한 의료의 질 검토 보고서에서 의하면, 우리나라의 의료기관 인증제는 2010년 자발적 프로그

램으로 변경된 이후 인증 방법론으로 진일보하였으나, 인증의 대상이 대형병원 중심으로 되어 있어, 일차의료기관으로의 확대가 필요하다고 지적한 점이다[5]. 2013년 6월 현재, 총 183개의 의료기관이 인증을 받았는데, 세부적으로는 상급종합병원 44개소, 종합병원 71개소, 병원급 44개소로 의료기관 종별에 따라 인증 여부의 차이를 보이고 있다[6]. 우리나라의 의원급 의료기관은 2012년 기준 국내 총 28,033개소로 전체 의료기관(요양병원 제외) 중 94.1%를 차지하고 있으며, 국제적인 관점에서도 급증하는 의료관광객의 약 50%가 내과, 검진센터, 피부 및 성형외과 등의 의원급 의료기관의 외래를 이용하는 경증환자인 점을 고려할 때 의원급 의료기관을 대상으로 하는 질 관리 노력은 필수적이라 할 수 있다[7]. 그동안 해외환자 진료 의료기관을 중심으로 홍보에 활용하기 위해 인증평가를 요청하는 사례가 많았으며, 또한 2014년 시행되는 전문병원의 지정평가에서도 인증제를 적극 활용할 방침에 있기 때문에 의원급 의료기관에 평가대상 범위를 확대하는 것은 시대적 요구로 받아들여지고 있다[8-10]. 최근 국무조정실에서는 ‘2013년 규제정비 종합계획’을 통해, 현재 병원급 이상 의료기관을 대상으로 하고 있는 평가인증대상 기관을 오는 5월까지 의원급 의료기관으로 확대하는 방안이 추진될 것이며, 대상기관을 의원 2만 8,033곳, 치과의원 1만 5,365곳, 한의원 1만 2,075곳 등으로 확대한다고 밝혔다.

의료기관 인증제 관련 국제적인 추이를 살펴보면, 대부분 병원서비스를 대상으로 시작하여 점차 지역보건서비스나 예방서비스 그리고 병원급 의료기관에서 의원급 의료기관을 대상으로 포함함으로써 일차의료 및 공공보건 전반에 대한 질로 인증을 확장하고 있는 경향을 보인다[11]. World Development Group이 발표한 바에 의하면, 의료기관에 대한 인증제는 현재 총 25개국이 시행하고 있는 것으로 나타났다는데, 이 중 의원급 의료기관인증제를 시행하고 있는 국가는 10개국(40.0%)인 것으로 보고되고 있다[12]. 의원급 의료기관 인증제도 운영국가들을 운영주체에 따라 살펴보면 정부주도로 운영되는 쿠웨이트와 폴란드를 제외하면 모두(80.0%)가 민간기관에 의해 시행하고 있었으며, 그 중 영국은 민간회사(영리)에서 병원, 일차의료기관, 너싱홈뿐 아

니라 건강서비스를 제공하는 모든 보건의료기관에 대해 인증을 시행하고 있다(Table 1).

미국과 호주는 병원급 의료기관뿐 아니라 의원급 의료기관 인증제도와 관련 그 경험과 성과가 뛰어난 사례로 손꼽히는 것은 이미 주지의 사실이다. 미국은 의원급 의료기관의 인증을 1970년대 후반부터 자율적으로 실시해왔으며, 이것이 의료의 질 향상에 기여해 왔다는 근거들이 제시된 바 있다[13]. 미국의 의원인증협회(The Accreditation Association for Ambulatory Health Care, AAAHC)는 1979년 3월 설립된 이후 현재 5,000개소 이상의 외래진료기관을 인증하고 있으며, 국제의료기관평가위원회(Joint Commission International)는 1975년부터 외래진료기관을 대상으로 인증업무를 시작하였다. 호주는 의원인증협회(Australian General Practice Accreditation Limited, AGPAL)가 1997년부터 일차의료기관 인증을 실시하였고, 그 결과를 진료비 지불 인센티브와 연계하고 있다.

이 글에서는 의원급 의료기관 인증제도를 운영하고 있는 선도국인 미국과 호주 사례를 구조와 운영적 측면에서 살펴보고, 우리나라의 현황과 비교함으로써, 향후 시행될 의원급 의료기관 인증제도의 성공적인 정착과 발전을 위해 고려할 사항이 무엇인지 논의해 보고자 한다.

선도국 의원 인증제 사례

1. 미국의 의원인증제

1) 의원인증제 소개

미국의 의료기관 인증 기구들로는 우리에게 잘 알려진 TJC (The Joint Commission)를 비롯하여, 관리의료기구에 주로 인증을 부여하는 NCQA (National Committee on Quality Assurance)뿐만 아니라, URAC (Utilization Review Accreditation Commission) 등 다양하며, AAAHC는 외래 의료기관만을 대상으로 한 인증기관이라 할 수 있다[6]. AAAHC는 전문가 중심의 인증과정과 교육, 연구 및 기준개발을 통해 외래진료에 대한 환자안전과 의료의 질을 선도하고 증진시키기 위한 사명 하에 1979년 3월 22일 설립된 민간 비영리 독립기구이다[14].



1960년대 중반 미국의학단체협회(American Medical Group Association)는 고품질 의료제공을 보장하기 위해 국가 단위의 인증프로그램에 대한 논의를 시작하였고, 1968년 위원회를 설립하여 인증기준과 적용방법을 개발하였으며, 1969년에 첫 인증사업을 시작하였다. 이러한 과정을 거치며 미국의학단체협회를 포함한 6개 단체가 창립회원으로 참여하면서 AAAHC가 발족되었고, 이후 미국대학보건협회(American College Health Association)와 외래수술센터협회(Ambulatory Surgery Center Association)는 AAAHC 프로그램을 전적으로 지원하기 위하여 각 협회에서 따로 실시되던 인증프로그램을 중단하였다. 이렇듯 AAAHC의 설립은 동료에 의한 질적 판단이 중요함을 하다고 느꼈던 전문가 그룹으로 구성된 위원회를 통해 발족되었고, 이러한 동료기반 접근방식(peer-based approach)은 아직도 독특한 AAAHC의 특징으로 남아있다[14]. 2013년 2월 현재 AAAHC는 5,000여 개 이상의 외래진료기관을 주요 대상으로 인증을 부여하고 있으며, 이사회는 18개 기관위원 31명과 민간위원 2명(총 33명)으로 구성되어 있다[15].

AAAHC 인증서는 당해 의료기관이 높은 품질의 의료서비스를 제공하기 위해 최선을 다하고 있으며, 인증협회의 높은 기준으로 측정된 결과, 타인에게 기준 충족의 약속을 증명할 수 있다는 상징이다. 따라서 인증서는 의료시장에서 경쟁적 우월성을 부각시켜 주며, 지역사회에 신뢰감을 증진시켜 준다. 캘리포니아, 뉴욕 등의 일부 주에서는 주정부의 법적규제를 충족하는 방법의 하나로서 AAAHC 인증을 받아야만 한다.

2) 운영방식

(1) 인증대상

조사 자격기준(survey eligibility criteria)에 해당되는 기관은 인증조사를 신청할 수 있다. 주로 의원, 외래수술센터, 대학 내 보건소 및 지역사회 보건소, 치과, 영상진단센터, 내시경 센터, 마취 및 통증관리센터, 여성건강센터 등 다양한 유형의 외래진료기관이다. 법적으로 설립된 외래진료기관이 현장조사 최소 6개월 전에 의료서비스를 제공하였다면 인증협회의 인증조사를 받을 수 있다.

(2) 주요 인증프로그램

인증협회는 주로 3가지 인증프로그램을 운영한다. 첫째는

외래진료기관 인증프로그램으로 이는 AAAHC의 주된 관심사이다. 각 조직의 강점과 질 향상 방법에 대해 자문과 교육적인 피드백을 제공하며, 가장 높은 수준의 의료서비스를 제공할 수 있도록 보장한다. 둘째는 1983년부터 시행된 관리의료기관(managed care organizations) 인증프로그램이다. 의사소통 시스템, 불만사항과 불만해결 시스템 등이 포함되며, 질 관리 및 질 향상과 의료제공자 자격증명과 재인증 시스템 등이 중요한 평가영역이다. 셋째는 2001년에 개발된 외래수술센터 인증프로그램이다. 이 프로그램은 4명 이하의 의사나 치과 의사가 근무하고, 2개 이하의 수술실을 갖는 기관에 적용된다. 인증협회는 메디케어 우대 프로그램(Medicare Advantage Program)을 통해 관리의료기관 및 외래수술센터의 인증에 대해 CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)로부터 Medicare Advantage Deemed Status을 받았다.

(3) 인증기간

인증기간은 AAAHC의 기준충족 평가결과에 따라 결정된다. 가장 긴 인증기간은 3년이며, 조사결과에 따라 1년 또는 6개월의 인증기간을 부여받게 된다. 인증기준에 부합되고 조사결과와 신뢰성에 대해 위원회의 의의가 없을 때 3년의 인증기간이 부여된다. 해당기관의 전반적인 상황 등은 수용 가능하지만 일부 분야에서 기준을 충족하기에 시간이 필요하거나 역점을 두어 해결할 필요가 있을 때 1년의 인증을 부여하며, 인증기준을 충족하긴 하지만 이를 지속적으로 유지하기에 충분하지 않다고 판단될 때 6개월의 인증을 부여할 수 있다. 또한, AAAHC는 해당기관에 사전 통보 없이 인증을 철회할 수 있는 기전을 갖고 있다. 환자진료에 대한 중대한 문제나 위태로운 상태가 발생될 때, AAAHC에 자료와 정보를 제공하는 과정에서 신뢰를 잃었을 때, 해당기관의 재정적 변화, 소유권 및 통제권의 변화를 30일 내에 AAAHC에 통보하지 않았을 때, 인가에 대한 허위사실, 면허나 자격 상태 변화, 연방 및 주법을 위반한 사실을 30일 이내에 AAAHC에 통보하지 않았을 때 등이 해당된다. 인증 해지는 법 위반이 있거나 인허가에 대한 문제가 발생한 날로부터 소급 적용될 수 있다. 해당 기관이 항소나 재심 권리를 행사하지 않는 한 그 결정이 유효하다.

Table 2. The Accreditation Association for Ambulatory Health Care standards

Standards	Chapters
Core standards	Chapter 1. Rights of patients
	Chapter 2. Governance
	Chapter 3. Administration
	Chapter 4. Quality of care provided
	Chapter 5. Quality management and improvement
	Chapter 6. Clinical records and health information
	Chapter 7. Infection prevention and control safety
	Chapter 8. Facilities and environment
Adjunct standards	Chapter 9. Anesthesia services
	Chapter 10. Surgical and related services
	Chapter 11. Pharmaceutical services
	Chapter 12. Pathology and medical laboratory services
	Chapter 13. Diagnostic and other imaging services
	Chapter 14. Dental services
	Chapter 15. Other professional and technical services
	Chapter 16. Health education and health promotion
	Chapter 17. Behavioral health services
	Chapter 18. Teaching and publication activities
	Chapter 19. Research activities
	Chapter 20. Overnight care and services
	Chapter 21. Occupational health services
	Chapter 22. Immediate/urgent care services
	Chapter 23. Emergency services
	Chapter 24. Radiation oncology treatment services
	Chapter 25. Managed care organizations
	Chapter 26. Lithotripsy services
	Chapter 27. Medical home

적용되는 핵심기준(core standards)과 제공하는 서비스에 따라 선택적으로 적용되는 부속기준(adjunct standards)으로 구분된다[17]. 인증조사에서 부속 기준 중 어떤 항목을 적용할지는 해당 기관이 제출한 서류 등에 따라 인증협회가 제시한다. 예를 들어 외래 수술센터의 경우 핵심기준과 아울러 마취와 수술 관련서비스 부속기준이, 치과의원은 핵심기준과 치과서비스에 대한 부속기준이 적용될 수 있다. 핵심기준은 총 8개로 구성되어 있는데 환자권리와 책임, 조직구조, 조직관리, 제공된 의료의 질, 의료 질 향상과 관리, 의무기록과 건강정보, 감염예방과 안전, 시설과 환경이 속한다. 부속기준은 19개로 구성되어 있다(Table 2). 모든 기관에 적용되는 핵심기준의 주요내용을 일부 소개하면 다음과 같다[17].

제1장 환자권리와 책임에서는 환자 진료 시 존중과 배려여부, 진단, 평가, 치료법 및 예후 등에 관한 완전한 정보를 제공하고 환자가 자신의 치료과정에 참여할 기회를 제공하는지, 환자의 권리와 책임에 대한 정보와 해당 기관의

서비스, 지불정책과 진료비 및 의료인의 자격에 대한 정보를 공개하는지 여부 등을 다룬다. 제2장 조직구조에서는 부작용 발생에 대한 식별, 분석, 보고체계 등의 실천계획과 절차가 있는지, 의료서비스를 제공하는 의사, 간호사 등 전문가의 자격을 확인하고, 이에 따라 제공할 전문 의료서비스 유형을 결정하는 적절한 절차가 있는지를 조사한다. 제3장 조직관리는 안전한 의료정보 시스템, 인사규정, 정기적인 환자 만족도 조사 수행여부를 제4장 제공된 의료의 질에서는 환자의 심각한 문제나 비정상 검사결과를 적시에 보고하는 규범, 적절한 이송 메커니즘을 갖고 있는지를 확인한다. 제5장 의료 질 향상과 관리는 의료의 질을 검토하는 부서와 절차, 질 향상에

(4) 인증비용

조사비용의 가격결정요소는 병원규모, 서비스의 유형과 범위 등에 의한다. 인증 조사비용의 범위는 의원(office-based practice)을 기준으로 할 때 약 4,000달러 정도이고(2011년도 기준), 시술과 제공되는 의료서비스 유형이 다양한 큰 규모의 기관일 경우 더 많은 비용이 부과될 수 있다[15].

3) 인증기준

AAAHC의 의원 인증기준은 인증 핸드북(Accreditation Handbook for Ambulatory Health Care)으로 발간되며, 매해 3월을 기준으로 갱신된다[16]. 인증기준은 높은 질의 환자진료를 가장 중요한 필수요소로 규정하고 모든 기관에

의 지속적 참여여부, 환자 및 직원의 생명과 복지를 보호하는 위험관리 프로그램을 다루며, 제6장 의무기록은 환자기록의 보관 및 보안 시스템 구비, 알레르기나 약물 부작용에 대한 환자반응을 규정된 위치에 기록하는지 여부, 환자이송 시 양도 기록 등을 다룬다. 제7장 감염예방과 안전은 해당 기관이 국가감염관리지침을 준수하는지, 기능적인 위생환경을 유지하는지, 감염예방과 안전에 대한 프로그램이 있는지를, 제8장 시설과 환경에서는 관련 법 준수여부, 긴급 상황 발생 시 대처방법 등을 다룬다. 또한, 핵심기준은 아니지만, 의료인의 교육활동을 보장하고 참여를 권장하는지, 해당기관이 지속적으로 전문 인력의 면허유지를 모니터링 하는지 등을 포함하고 있다.

4) 인증조사방법

인증조사의 범위와 조사일정은 신청서와 구비서류를 검토하여 해당 의료기관과 협의 하에 인증협회가 결정한다. 조사계획이 수립되면 AAAHC는 조사일자, 조사위원, 조사계획과 기타 관련된 정보를 확정하여 송부한다. 다만 Medicare Deemed Status의 경우에는 조사일자와 조사위원의 이름은 제공하지 않는다. 현장조사는 인증협회 기준에 대한 충족여부를 종합적으로 평가하며, 동시에 그 속성을 분리하여 평가한다. 현장조사 후 조사위원들은 기관장과 부서장들에게 조사결과를 제시하는 회의를 개최한다. 조사 1주일 이내 기관은 조사과정의 다양한 내용에 대해 피드백을 제공받는다. AAAHC는 적용된 기준에 대한 기관의 실질적 충족을 평가하며, 기준 충족여부는 문서화된 근거, 의료서비스 수행에 관한 상세한 질문에 대한 답변, 조사위원의 현장조사와 면담을 통해 평가된다.

(1) 조사유형

인증협회는 다양한 유형의 조사를 제공한다. 초기 인증조사(initial accreditation survey)는 6개월 이상 의료서비스를 제공한 기관으로 첫 번째 AAAHC 인증을 받고자 할 때나 기존 AAAHC 인증이 만료된 기관에게 적용된다. 재인증 조사(reaccreditation survey)는 인증만료일자 5개월 전에 인증을 재신청하는 것으로, 최소 3년에 한번은 정기적인 조사를 받아야만 한다. 재조사(resurvey)는 6개월 또는 1년 인증을 받은 후 재조사를 신청하는 것으로, 인증만료 12주 전에 신청서와 아울러 이전 조사에서 기준에 충족되지 못한 사항

에 대해 각각 수정 보완한 내용과 이전 조사 이후 2개의 질 향상 활동을 수행한 기록 자료를 제출하여야만 한다. 초기 선택조사(early option survey)는 개원 6개월이 경과되지 않은 기관에서 첫 번째 AAAHC 인증조사를 신청하는 것이며, 일반적인 AAAHC 자격기준과 동일하다. 컨설팅(consultative survey)은 AAAHC의 기준, 인증 준비 등에 대한 이해를 돕기 위해 부가적으로 수행된다. 이는 인증 결정과 관계없이 문제들을 확인하고 향상을 위한 자문을 제공하는 방법이다. 또한 AAAHC는 독창적인 인증품질을 유지하기 위해, 인증조사 후 9-30개월 사이에 인증 받은 기관을 무작위 조사(random survey)할 수 있다. 무작위 조사는 통보되지 않으며, 조사대상 기관은 실무환경, 지역분포 및 인증결정 범주에 따라 선택되어진다. 이러한 무작위 조사는 1명의 조사위원에 의해 1일간 수행된다. 이는 AAAHC 프로그램의 일관성과 조사의 질을 평가·유지하는 수단이다. 임의조사(discretionary survey)는 인증 받은 기관이 기준을 지속적으로 충족하는지에 대해 의심이 제기될 때 수행되며, 그 시기는 AAAHC의 판단에 의한다. 무작위 및 임의조사는 해당 기관에게 비용을 요구하지 않는다.

(2) 인증조사의 과정 공개

AAAHC/Medicare Deemed Status와 컨설팅, 무작위 및 임의 조사를 제외한 모든 조사에 대해 AAAHC는 관련규정에 따라 조사예정일 30일 전에 통보하게 되며, 의료기관은 30일 동안 그 통지문을 게시하여야 한다. 통지문에는 조사일자와 적절한 정보를 제공하는 관련자의 참여를 권유하는 내용이 포함된다. 이를 통해 현장 조사기간 동안 일반 대중뿐 아니라 의료기관 직원들에게 인증협회의 기준 충족여부와 기관이 제공한 의료서비스가 타당하고 적절하다는 유효한 정보를 알려주는 기회를 제공하게 된다.

(3) 조사위원

AAAHC의 조사위원들은 일반적으로 외래진료 및 실무환경에 전문적 경험을 가진 의사, 치과 의사, 간호사와 행정가 등이다. 적절한 자격증명서와 구비서류를 포함하여 채용원서를 제출하면, 조사자 훈련 및 교육위원회(Surveyor Training and Education Committee)의 검토와 면접을 통해 선발되고, 이사회의 승인을 받은 후 인증협회에서 수행하는 훈련을

받아야 활동할 수 있다. 조사위원을 위한 훈련프로그램은 3개 부문으로 구성된다. 우선 2-3시간 정도의 자가학습과 예비 과제를 제출함으로 시작된다. 이후 2-3일 정도의 심층 학습과정으로 인증협회의 철학, 기준과 조사과정에 대한 교육을 받는다. 또한 첫 1-2회 조사에서 신규 조사위원은 경험 있는 조사위원의 관리감독을 받는다. 새로운 인증기준, 조사절차와 인증협회의 활동과 연관되는 조사위원의 지속적 교육은 웹세미나, 소식지와 연 2회 참석이 필요한 추가 프로그램 등 다양한 방법을 통해 이루어진다.

5) 인증결과 환류

인증기준에 대한 각 조사결과는 완전충족, 부분충족, 미충족, 미해당의 4가지 유형으로 평가된다. 인증조사 보고서는 이를 토대로 3가지 부문으로 구분하여 약 120여 쪽의 광범위한 분량으로 제공된다. 첫째 부문은 조사개요로 이전 조사에서 권고된 각 인증항목의 지적사항에 대한 현재의 조사결과와 변화가 있었는지가 다루어진다. 둘째, 인증기준의 충족여부에 대한 검토결과가 제시되고, 챕터별로 현 조사에서 해당 조사팀이 기술한 조사평이 기술되며, 하단에 권고안(consultative comments)이 기술된다. 셋째, AAAHC 핸드북의 챕터별 충족여부를 요약한 표가 제시된다. 인증결과는 AAAHC 웹사이트를 통해 공개되는데 해당 의료기관의 명칭을 직접 입력하여 검색할 수도 있으며, 주 및 지역과 아울러 해당 의료기관의 진료유형 등을 선택하여 찾아볼 수 있다. 인증 받은 기관의 명단이 게시되고, 기관명을 클릭하면, 해당기관의 세부정보에 대한 인터넷 링크 지원을 제공받을 수 있다.

2. 호주의 의원인증제

1) 소개

호주에도 다양한 의료기관 인증 프로그램이 있다. Australian Council on Healthcare Standards가 가장 대표적인 기관이며, 이외에도 Aged Care Standards and Accreditation Agency와 Royal Australian College of General Practitioner (RACGP) 등이 있다. 대부분의 인증 프로그램이 의료기관의 종류나 규모에 관계없이 인증서비스를 제공하고 있으나 AGPAL은 일차의료기관(general practice)을 주요 대상으로 인증을 수행하는 비영리 민간조직이다[18].

1997년 설립되어 인증서비스를 시작한 AGPAL은 호주일반의사협회(Australian Association of General Practitioners)를 비롯하여 10개의 전문가 단체로 구성되어 있다. 호주 일차의료 제공기관의 약 80% 이상이 AGPAL의 인증을 받았으며, 이외에도 100개 이상의 원주민 진료소(aboriginal medical services), 유사 의료기관(medical deputizing services), 근무 시간의 진료서비스(after-hours services) 등에 대해 인증을 부여하고 있다. 또한 2000년 설립한 자회사인 Quality in Practice를 통해 1,500개소 이상의 영상진단기관(diagnostic imaging)과 물리치료기관(physiotherapy practice) 등의 서비스에 대해 인증업무를 수행하고 있다.

일차의료기관의 인증에 대한 동기부여를 위해 호주 연방 정부는 진료비 인센티브 프로그램(Practice Incentive Program, PIP)을 적용하고 있다. PIP는 의료의 질, 환자의 접근성 및 건강결과를 향상하기 위해 제공되는 재정 인센티브로서, PIP를 참여하기 위해서는 AGPAL의 인증을 받거나 RACGP의 기준에 따른 인증준비과정에 등록해야 하며, 신규기관의 경우 12개월 이내 인증을 받아야만 한다. PIP는 인증을 받은 일반의에게 환자 수당(patient payment), 메디케어 환급(Medicare rebate) 등에 의한 수입에 추가적으로 제공되는데 그 범위는 환자에게 제공되는 서비스의 규모에 따라 달라진다[18].

2) 운영방식

AGPAL 인증은 RACGP 기준에 의거 시스템, 진료과정, 시설에 대한 조사를 통해 주어진다. 일차의료기관은 인증에 참여함으로써 진료의 효율성 제고, 양질의 의료서비스 제공 그리고 지속적인 질 향상 노력을 수행하는 것으로 인정받는다. AGPAL은 인증기관으로서의 책임사항과 인증 진행과정을 안내하고 홈페이지를 통해 포털서비스를 제공한다. 'Accreditation Pro'라는 온라인 인증도구를 제공하고 자체 평가 방법과 인증과정에 필요한 정보와 자원을 제공한다. 인증주기는 3년이며, 인증을 받기 위해서는 가장 최근의 기준에 따라 자체평가를 실시하고, 현지조사를 받게 된다. 현지조사는 충분한 준비를 할 수 있도록 시간을 부여하며, 미충족 기준이 있을 경우 이에 대한 정보와 평가결과를 제공하

고 해당 기관이 중재활동을 할 수 있게 지원하며 그 결과를 인증결정에 반영한다. 인증결과는 인증, 조건부인증, 불인증으로 세 가지로 구분하며 인증을 받지 못했거나 조건부인증 받은 경우 21일 이내 서면으로 AGPAL에 재검토를 요청할 수 있다. AGPAL은 이의신청에 대해 검토 후 30일 이내 서면으로 회신하며, 재검토 결과 인증이 부여되지 않은 경우 6개월 이내에는 인증신청을 할 수 없다. 인증여부 결정에 앞서 확인이 필요한 경우 조사위원이나 조사관리자가 해당 기관에 재조사를 요청할 수 있다. 또한, 해당기관은 조사위원에 대한 거부권을 행사할 수 있는데 현장조사위원이 해당 기관에 컨설팅을 제공한 적이 있거나 해당 기관에 근무한 적이 있어 공정한 조사를 하기 어렵다고 판단될 때에는 조사위원 변경을 요청할 수 있다. 뿐만 아니라 인증준비 과정이나 현지조사 일정 등에 중요한 문제가 발생한 경우에는 인증신청을 철회할 수 있다. 이 경우 AGPAL과 해당 기관이 사전에 긴밀한 협의를 거쳐 적극적인 대안을 모색하여 문제를 해결한다. 이 과정은 서면으로 이루어지며 공개된다.

인증 받은 기관은 인증확인증명서, 인증패, 인증 홍보에 활용할 수 인증 키트(accreditation kit)를 받게 된다. 인증확인증명서에는 기관명, 지역, 인증일자, 유효기간이 명시되며 3년간 인증마크를 병원홍보 등에 사용할 수 있다. AGPAL은 원칙적으로 인증기간의 연장을 허가하지 않는다. 다만, 불가피한 사정이 있는 경우 서면으로 인증기간의 연장을 신청할 수 있으며, 이에 대해 면밀한 검토를 거쳐 결정된다. 인증비용은 등록비, 인증비 및 추가비용으로 구분된다. 최초 인증을 신청하거나 유효기간이 종료된 후 다시 인증을 신청하는 기관은 등록비를 지불해야 한다. 인증비에는 현지조사비용, 인증과정에 소요되는 각종 지원서비스 및 관리비용이 포함된다. 조사비용의 가격결정요소는 병원규모, 등록환자수, 지리적 위치에 따라 산정된다. 또한, 자가평가 결과를 서면으로 제출 시, 현지조사기간의 연장을 요구하거나 현지조사를 취소하는 경우, 인증여부를 결정하기 위한 재조사, 인증유효기간을 연장 신청할 경우에는 추가비용이 부과된다. AGPAL과 계약은 매년 9월을 기준으로 갱신된다. 계약을 갱신하지 않을 경우 인증유효기간이 끝나면 회원자격은 자동 소멸된다. AGPAL은 해당 기관이 인증기준에 부합하

지 않을 때나 인증을 받은 기관이 부정이나 실수로 인증 받은 사실을 알게 되었을 때 계약이나 인증을 종료할 수 있다. 또한 해당 기관이 주어진 기준에 대한 준수 의무를 다하고 있지 못할 경우나 해당 기관이 AGPAL 인증에서 요구하는 의무를 중지한 경우, 위반사실에 대해 통지를 하게 되며 통보한 날로부터 10일 이내에 시정하지 않을 경우 계약이나 인증종료를 서면으로 통보할 수 있다.

3) 인증기준

AGPAL은 RACGP에서 개발한 인증기준을 사용한다. 2013년 6월 현재 4번째 개정된 인증기준(standards for general practices, 4th edition)이 사용되고 있다. AGPAL은 인증기준을 개발하지 않지만 환자안전과 의료 질 향상 및 의료전문직과 관련하여 일반적인 실무와 교육을 지원하는데 적극적인 역할을 담당한다. RACGP의 인증기준은 5개 영역, 12개 기준, 41개 조사항목(5 section, 12 standards, 41 criteria)으로 구성되어있다(Table 3). 개정 3판과 비교할 때 영역과 기준 수에서는 변화가 없으나 조사항목 3개와 38개 지표가 감소되었다. 각 영역은 실무 서비스, 환자의 권리와 요구, 질 보장과 교육, 행정관리와 시설부문으로 이루어져 있다[19].

세부적으로 인증기준은 하나의 조사항목에 3-5개정도의 지표가 있다. 예를 들어 기준 1.1 진료접근성(access to care)은 적시에 진료와 상담을 제공하고 있는지 여부를 3개의 지표로 측정한다. 자세히 기술하면 지표 1은 해당기관이 긴급진료, 일반진료, 복잡진료, 계획된 만성질환 관리, 예방관리 및 장기 상담을 제공하기 위해 환자의 요구를 수용하고 이를 처리하기 위한 유연한 시스템을 갖고 있는지, 지표 2는 생명위험이나 긴급을 요하는 의료적 문제를 구별하고 우선순위를 정하며 이에 대응하는 방법을, 지표 3은 의료제공의 적시성과 질에 대한 피드백을 얻고 있는지를 측정한다.

4) 인증에 따른 상호 권리와 의무

인증을 신청한 기관과 AGPAL은 상호 서비스에 대한 권리와 책임이 있다. 우선 AGPAL은 각 일차의료기관에 배정된 AGPAL 컨설턴트로 하여금 3년의 인증기간 동안 지속적으로 서비스를 제공케 해야 하며, 인증 프로그램과 절차를 안내하고 인증기준에 대한 접근권한을 부여하며, 인증단계 별로 적용할 수 있는 온라인 도구를 제공하고 현지조사를 통

Table 3. Australian General Practice Accreditation Limited standards

Section	Standards	Criteria
Section 1 Practice services		
1.1 Access to care		1.1.1 Scheduling care in opening hours 8
		1.1.2 Telephone and electronic communications
1.2 Information about the practice		1.1.3 Home and other visits
		1.1.4 Care outside normal opening hours
		1.2.1 Practice information
		1.2.2 Informed patient decisions
1.3 Health promotion & prevention of disease		1.2.3 Interpreter and other communication services
		1.2.4 Costs associated with care initiated by the practice
1.4 Diagnosis and management of health problems		1.3.1 Health promotion and preventive care
		1.4.1 Consistent evidence based practice
1.5 Continuity of care		1.4.2 Clinical autonomy for general practitioners
		1.5.1 Continuity of comprehensive care and the therapeutic relationship
		1.5.2 Clinical handover
1.6 Coordination of care		1.5.3 System for follow up of tests and results
		1.6.1 Engaging with other services
1.7 Content of patient health records		1.6.2 Referral documents
		1.7.1 Patient health records
		1.7.2 Health summaries
Section 2 Rights and needs of patients		
2.1 Collaborating with patients		1.7.3 Consultation notes
		2.1.1 Respectful and culturally appropriate care
		2.1.2 Patient feedback
Section 3 Safety, quality improvement and education		
3.1 Safety and quality		2.1.3 Presence of a third party
		3.1.1 Quality improvement activities
		3.1.2 Clinical risk management systems
		3.1.3 Clinical governance
3.2 Education and training		3.1.4 Patient identification
		3.2.1 Qualifications of general practitioners
		3.2.2 Qualifications of clinical staff other than medical practitioners
Section 4 Practice management		
4.1 Practice systems		3.2.3 Training of administrative staff
		4.1.1 Human resource system
4.2 Management of health information		4.1.2 Occupational health and safety
		4.2.1 Confidentiality and privacy of health information
		4.2.2 Information security

Table 3. (Continued)

Section	Standards	Criteria
Section 5 Physical factors		
5.1 Facilities and access		5.1.1 Practice facilities
		5.1.2 Physical conditions conducive to confidentiality and privacy
		5.1.3 Physical access
5.2 Equipment for comprehensive care		5.2.1 Practice equipment
		5.2.2 Doctor's bag
5.3 Clinical support processes		5.3.1 Safe and quality use of medicines
		5.3.2 Vaccine potency
		5.3.3 Healthcare associated infections

해 조사항목에 대한 기관의 이행정도를 평가하고 인증보고서를 제공할 책임과 의무가 있다. 인증을 받은 일차의료기관 또한 AGPAL에 대해 책임을 가지는데 합의된 일정 내에 자가 평가를 완료하는 것, 현지조사 시 조사위원이 요구하는 의무기록, 규정, 설비 등에 대한 자료를 제공하는 것, 이슈가 되거나 문제 소지가 있는 부분에 대해 요구하는 자료를 제공할 의무, 그리고 관할지역과 이해관계자들에게 인증상태에 대한 정보를 공개하는 것 등이 해당된다.

5) 인증결과 환류

인증결과는 AGPAL 웹사이트를 통해 공개된다. 이를 통해 해당 의료기관의 명칭을 직접 입력하여 검색할 수도 있으며, 주 및 지역과 아울러 해당 의료기관의 진료유형 등을 선택하여 찾아볼 수 있다. 인증 받은 기관의 목록이 게시되고, 기관 명을 클릭하면 해당기관에 대한 세부 정보에 대한 인터넷 링크 지원을 제공받을 수 있다.

결론 및 고찰

이상에서 살펴본 바와 같이 선도국의 경우 이미 1970년대 후반부터 의원급 의료기관을 대상으로 인증제를 도입, 시행하였으며, 30여년 이상의 상당히 오래된 역사와 경험을 갖고 있다. 의료기관 인증제도는 의료의 질 향상과 환자안전을 담보하는 국민의 건강과 직결된 문제로 의료선진국은 물론 국제적으로 관심이 높은 보건의료분야의 주요 주제이다. 미국과 호주의 선도국 사례에서 살펴볼 수 있었듯이 이

들이 의원급 의료기관에 전문가 동료기반 접근방식의 인증제를 자율적으로 도입하게 된 배경은 의원급 의료기관이 국민이 보건의료를 접하는데 게이트웨이로서의 역할을 담당하는 중요한 위치에 있었기 때문이다. 우리나라의 경우, 1994년 의료보장개혁위원회에서 개혁과제의 일환으로 제기되어 이후 시범평가를 거쳐 2002년 300명 이상 병원급 의료기관을 대상으로 의무적인 의료기관평가제도가 실시되었으며, 의료기관의 자발적인 참여에 의한 전문적 인증제 도입은 2010년에서야 법제화되었다. 이로 인해 전문가들에 의한 전담기구의 설립, 의료기관의 자율적 신청에 의한 참여, 진료과정 중심의 인증기준, 조사방식의 전문화, 인증여부에 대한 종합적 결과발표 등 과거 의료기관평가제와 비교하여 긍정적으로 평가되고 있다.

그러나 앞서 기술한 바와 같이 인증의 실질적 주체가 정부(보건복지부장관)이기 때문에 자발성에 한계가 있는 점, 그리고 만성질환과 관리와 건강유지가 보건의료체계의 주요 관심사인 현 시점에서 가장 주요한 의원급 의료기관이 인증제도에 포함되지 않은 점은 해결해야 할 주요한 정책과제라고 할 수 있다. 더욱이 의료서비스의 국제화 등과 맞물려 싱가포르, 태국 등 주변국이 의료관광산업을 주된 국가 보건의료산업으로 양성하고 있는 현 시점에서 의원급 의료기관의 내실을 다지는 인증제의 요구는 더욱 커지고 있다고 할 수 있다.

이러한 관점에서 이 글에서는 미국과 호주를 중심으로 의원급 의료기관 인증제의 발전 과정과 아울러 의원급에서 다루어야 할 구조적인 특성과 운영방법에 대해 살펴보았다.

우선 미국의 AAAHC는 외래 의료기관을 대상으로 하는 인증제도로서 국가수준에서 인정된 기준을 토대로 외래 의료기관의 서비스 수행정도에 대한 질을 측정하고, 인증기준은 인증 핸드북에 게시되어 있으며, 이는 3월을 기준으로 매해 갱신된다. 인증협회 조사위원은 외래진료 및 실무환경에 전문적 경험을 가진 의사, 치과 의사, 간호사와 행정가 등이며, 조사위원은 인증협회에서 수행하는 훈련을 받아야 한다. 인증결과는 완전충족, 부분충족, 미충족, 미해당 4가지 유형으로 평가되며, 인증기간은 인증협회의 기준 충족에 대한 기관의 평가에 따라 결정된다. 호주의 의원인증제도인 AGPAL은 주요 인증대상기관이 일차의료기관, 의료서비스 대행기관, 원주민진료기관 등이며, 일차의료기관들의 인증참여를 유인하기 위하여 호주 연방정부에서 인증을 받은 1차 의료기관에 대해 PIP라는 인센티브제도를 적용하고 있다. AGPAL에서 인증에 적용하는 기준은 RACGP에서 개발한 기준으로, 인증유효기간은 3년이며, 인증등급은 인증, 조건부인증, 불인증의 3단계로 평가되고 있다. 미국과 호주의 의원 인증제를 중심으로 우리나라의 인증제도와 비교해 보았을 때, 주요 운영적 측면, 즉 진료과정 중심의 인증기준, 전문가에 의한 조사, 의료기관의 자율참여 등의 큰 틀에서는 차이가 없는 것으로 판단된다. 그러나 인증제의 지배구조를 비교했을 때 큰 차이가 있는데, 외국의 보편적인 사례가 정부로부터 독립적인 민간 비영리기관 중심인데 반해 우리나라는 정부의 개입이 큰 것을 확인할 수 있다.

이상을 바탕으로 살펴볼 경우, 우리나라가 향후 의원 인증제 도입 모형으로 고려해야 할 형태는 독립적인 민간 전문기구에 의한 것으로 판단된다. 즉, 현행 의료기관 평가인증제의 보건복지부장관 인증방식을 의원급에 확대, 적용하는 방식은 바람직한 형태로 보기 어렵다. 인증제도의 주요 방향과 운영에 정부의 영향을 배제할 수 없기 때문이며, 상급병원급 의료기관을 제외한 다른 병원급 의료기관의 참여율이 저조한 것도 보건복지부 인증으로 인한 의료기관의 순수한 자발성과 전문성이 훼손된 것 때문으로 판단된다. 그러나 독립적인 민간 전문기구에 의한 자발적 인증제도 도입과 성공 또한 쉬운 일은 아니다. 이를 위해서는 장기적인 시각에서 점진적이고 단계적인 전략적 접근법이 필요할 것으로

예상되는데, 우선 특정 시범지역에 한하여 자발적 자원자를 중심으로 실시하고, 이후 다양한 제도적 인센티브를 통해 전국으로 확대해 나가는 전략을 검토해 볼 수 있다. 인증의 내용 측면에서는 법적 의무사항에 대한 인증을 우선 시작하고, 그 후 관리 및 질 향상 영역으로 확대하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 다시 한 번 요약하면, 의원 인증제의 장기적으로 추구해야 할 미래모형은 민간 전문가 조직에 의한 독립적 운영 방식, 의료제공자에 의한 자발적 재원조달이 기본적으로 구축되어야 할 것으로 판단된다. 향후 성공적인 의원 인증제 도입으로 국내적으로는 의원급 의료기관의 의료서비스 질 향상을 도모하고, 국민의 신뢰도를 회복하고, 환자 만족도를 향상시킬 뿐 아니라 국제적으로도 의료서비스 경쟁력 확보가 가능할 것으로 기대된다.

이 글의 제한점으로는 우리나라와 사회경제적 정서가 유사한 대만, 일본 등 아시아 국가의 의원 인증제에 대한 고찰을 포함하지 못하였다는 점이다. 일본의 경우 의료기능평가 기구가 존재하지만 20병상 이상 병원에 대해서만 평가를 하고 있기 때문에 제외하였으나, 향후 다양한 국가의 의원급 인증제에 대한 고찰이 도움이 될 것으로 사료되며, 특히 미국이나 호주에 있어서는 더욱 다양한 의원 인증프로그램에 대한 세부적인 고찰이 필요할 것으로 판단된다. 그러나 앞서 제시한 몇 가지 한계에도 불구하고 본 연구는 선진국의 의원급 의료기관 인증제에 대해 조직체계, 인증기준, 조사방법, 인증결과 분류법, 결과 활용법 등을 체계적으로 고찰하여, 머지않아 도입될 우리나라의 의원급 의료기관 인증제도 도입과 발전에 도움이 될 것으로 기대한다.

Acknowledgement

This study was supported by a grant (2011-14) from the Research Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association.

핵심용어: 인증; 의원; 외래진료시설; 질향상; 환자 안전

REFERENCES

1. Lee KS, Shin MK. Goals and assignments of healthcare

- accreditation program in Korea. *J Korean Med Assoc* 2012; 55:7-16.
2. Han SW. The era of healthcare accreditation. *J Korean Med Assoc* 2012;55:5-6.
 3. Shin EC, Kim JY. Accreditation programs for healthcare organizations in leading Countries. *J Korean Hosp Assoc* 2010; 9/10:48-58.
 4. Shaw CD. Toolkit for accreditation programs. East Melbourne: International Society for Quality in Health Care; 2004.
 5. Organisation for Economic Cooperation and Development. OECD review of health care quality: Korea 2012—assessment and recommendations. Paris: OECD Publishing; 2012.
 6. Korea Institute for Healthcare Accreditation. The present state of hospital accreditation [Internet]. Seoul: Korea Institute for Healthcare Accreditation; 2013 [cited 2013 Feb 18]. Available from: <https://www.koiha.or.kr/certification/doList.act>.
 7. Kim WJ, Choi YM. The present state of medical tourism and growth strategy in Korea. Seoul: The Korea International Trade Association, Institute for International Trade; 2010.
 8. Ministry of Health and Welfare. Provide the purser's hospital opened revocation of license or closure based medical law revision promotion. Press release of Ministry of Health and Welfare. 2012 Nov 11.
 9. Lee JH. Expands clinics beyond the hospital, healthcare accreditation program. *Medical Times*. 2012 Sep 19.
 10. Hong SW. Expand healthcare accreditation system 'clinics.' *Digital BOSA*. 2012 Sep 19.
 11. Kim Y, Lee SI, Kim CH, Kang MA, Kim EK, Kwon YD. The study of long-term developing plan for hospital accreditation. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2005.
 12. World Development Group. Quality management resources directory (QMRD): *Opin Anaesthesiol* 2012;25:648-653.
 14. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Annual report 2012: meeting the evolving needs of health care [Internet]. Skokie: Accreditation Association for Ambulatory Health Care; 2013 [cited 2013 Nov 9]. Available from: https://www.aaahc.org/Global/pdfs/Annual%20Report/AnnRpt_2012_FINAL.pdf.
 15. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Board of directors & association members [Internet]. Skokie: Accreditation Association for Ambulatory Health Care; 2013 [cited 2013 Feb 1]. Available from: <http://www.aaahc.org/about/member-organizations-board-of-directors/>.
 16. Al-Assaf A. Certification, licensure and accreditation. In: Al-Assaf A, Akgun S, editors. *Healthcare accreditation handbook: a practice guide*. 2nd ed. Istanbul: Turkish Standards Institute; 2009. p. 20-22.
 17. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Accreditation hand book for ambulatory health care. Skokie: Accreditation Association for Ambulatory Health Care; 2008.
 18. Australian General Practice Accreditation Limited. Practice Incentive Program (PIP) [Internet]. Queensland: Australian General Practice Accreditation Limited; 2013 [cited 2013 Feb 1]. Available from: <http://www.agpal.com.au/accreditation/pip/>.
 19. Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices. 4th ed. South Melbourne: Royal Australian College of General Practitioners, 2011.



Peer Reviewers' Commentary

2010년 의료기관 전문적 인증제도의 법제화 시행 이후 최근 의료계의 관심과 우려가 커지고 있다. 특히 향후 자발적 참여가 아닌 강제 인증과 의원급 의료기관을 대상으로 인증 제도가 확대 하는 경우, 의료계에 미치는 영향은 매우 클 것이기 때문에 인증제도의 문제점과 추진 방안에 대한 논의는 매우 중요하다. 예를들어 미국과 호주의 의원 인증제와는 달리 인증 기관과 제도의 지배구조를 비교했을 때 큰 차이가 있는데, 외국의 경우 대부분이 정부로부터 독립적인 민간 비영리기관 중심인데 반해 우리나라는 정부가 주도하는 것이 가장 큰 문제점이라 할 수 있다. 저자는 향후 의원 인증제 도입 모형으로 고려해야 할 형태로 독립적인 민간 전문기구에 의한 것이 바람직하고, 현행 보건복지부장관 인증방식을 의원급에 확대, 적용하는 방식은 부정적인 것으로 평가하고 있다. 또한 현행 의료기관평가제도에 상급병원급 의료기관을 제외한 다른 병원급 의료기관의 참여율이 저조한 것 역시 보건복지부 인증으로 인한 의료기관의 순수한 자발성과 전문성이 훼손된 것과 같은 맥락이라는 점에서 시사하는 바가 크다고 판단된다.

[정리: 편집위원회]