

전 사원이 알아야 할 의료정보 실무교육

1차시 변화하는 의료 환경과 의료서비스의 패러다임 전환

● 저출산 • 고령화 사회

- 우리나라는 지난 1960년 이후, 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에서 가장 빠른 속도로 평균 기대수명이 증가하고 있으며, 2013년 기준으로 남자 78.5세 여자 85.06세로 인구구조의 선진화를 이루게 되었다.(통계청, 2015)
- 하지만 구체적으로 유병기간 제외 기대여명인 건강수준별 기대여명의 경우 남자 65.2세, 여자 66.7세였으며, 주관적 건강 기대여명도 남자 66.8세, 여자 66.0세로 노인 개인별 약 13~19년 정도는 일상생활을 유지하기 위해서는 지속적으로 의료서비스가 필요하다고 하여, 앞으로 노인 의료서비스에 대한 요구가 확대될 것으로 예상할 수 있다.
- 우리나라는 지난 10여 년간 압축 경제성장 기간을 거치면서 다른 선진국들과 마찬가지로 출산율과 평균 수명률의 변화를 경험하고 있다.
- 구체적으로 한국, 중국, 일본의 출산율과 인구 고령화 수준 및 속도를 비교하여 보면 우리나라의 출산율은 2001년에 1.3명 미만으로 감소한 후, 2005년에는 1.076명까지 감소하면서 현재 지속적인 감소율을 유지하고 있다.
- 반면에 노인 인구는 급속도로 증가하고 있어서 2016년에는 노인 인구가 전체 인구의 약 20%에 달하는 초고령화 사회로 진입하게 되었다.
- 특히 우리나라의 초고령화 비율이 2060년을 기준으로 일본과 유사하거나 다소 초월할 것으로 예상되면서 우리나라는 동아시아 삼국 중에서 가장 짧은 시간에 고령화를 경험하는 나라가 되었다.

▶ 우리나라의 의료서비스의 선진화

- 의료기술의 성공률이나 특허율도 미국 등 선진국 수준으로 향상되어 의료서비스를 위한 토대를 마련하게 되었다.
- 공공 의료비 지출의 경우 지난 10년 동안 가장 빠른 속도로 증가하였음을 알 수 있다.
- 의사와 간호사 등 전문 교육이나 훈련 프로그램 등이 충분하게 준비되지 못한 실정이다.
- 의료서비스 선진화 정착을 위하여 의료서비스에 대한 패러다임 전환과 구체적 실천방안 등 지속적 노력이 병행되어야 할 것이다.
- 세계보건기구(WHO)에 의하면 전 세계 사망자 5,600만 명 중에서 약 68%인 3,800만 명이 비감염성 질병으로 사망하고 있음을 알 수 있다.
- 이와 같이 급속도로 진행되는 우리나라의 고령사회 및 초고령 사회로의 진입과 비감염성 만성질환 비율이 증가하면서, 장기요양보험에서 제공하는 장기요양서비스 수요가 급속하게 증가할 것으로 예상되고 있다.
- 우리나라는 전체 사망 원인 중에서 가장 높은 질병군인 암 및 종양을 앓고 있는 환자와 가족들을 위하여 암관리법에 따라 부분적으로 의료서비스를 제공하고 있으며, 보건의료정책으로 4대 암에 대한 의료비 지원을 대폭 확대하였다.
- 또한 보건복지부는 2015년 7월 15일 기준으로 말기 환자를 위한 의료지침서를 개발하고, 말기 암 환자들에게 호스 피스 • 완화 의료서비스를 지원하고자 호스피스 의료 추가제를 실시하게 되었다.
- 전체 사망자 중에서 절반 이상이 병원에서 사망하고 있으며, 특히 중증 암질환 및 중증 희귀 난치성질환 등록 사망자의 경우 대부분 병원에서 임종을 맞이하였다.
- 하지만 기타 질환 사망자의 경우 아직도 집에서 임종을 맞이하고 있으며, 중증 환자도 집에서 사망하는 경우가 있어서 병원 중심이 아닌 지역사회 중심의 간호, 간병, 요양 서비스의 개발 및 활성화를 위한 노력이 필요하다.

▶ 보건의료체계 정보화의 전망과 과제

- 의사들의 인지체계, 의사결정과정, 경제적 유인, 법적 규제 등의 다양한 부문에 대한 이해를 높인다.
- 의사 세대의 변화는 의사들의 정보화에 대한 수용성을 크게 변화시킬 것이다.
- 개인 의사들이 개별 환자들을 치료한 경험에 의료가 기반하는 기존의 패러다임과 다른, 과학적 의료와 과학적 의료 의사결정의 논리에 대한 새로운 패러다임을 의사들이 수용할 필요가 있다.
- 건강정보에 대한 접근의 형평성을 높이려는 노력, 건강정보를 소비자가 좀 더 쉽게 이해할 수 있도록 하기 위한 접근법, 교육 그리고 정책적 배려가 요구된다.

2차시 의료정보관리 질 향상 계획하기

● 의료정보 분야의 질 평가

1. 건강보험심사평가원의 요양급여 적정성평가

- 국민건강보험법을 근거로 의약학적 측면과 비용·효과 측면에서 요양급여를 적정하게 하였는지를 입원진료, 외래진료, 포괄수가, 장기진료로 평가

2. 응급의료기관평가

- 응급의료의 질과 응급의료기관의 기능을 개선하여 응급환자의 사망과 장애를 줄이고자 시설, 인력, 장비는 물론 응급진료의 질을 평가하는데 그 근거를 의료정보/의무기록평가를 시행함으로써 의료정보관리의 질을 향상시키도록 하고 있음

● 지표의 정의

- 질적 수준이나 목표달성 정도를 나타내는 측정 가능한 변수나 특성
- 진료 또는 의료서비스의 영역 중 개선의 여지가 있는 부분을 찾는 도구로 사용
- 분자와 분모가 있는 비 또는 비율의 형태로 표시
- 지표를 정의하기 위해서는 사전에 분자와 분모를 명확하게 규정

● 질 향상 성과평가 방법 선정하기

1. 우선순위에 입각한 질 향상 활동 주제를 선정하였는가를 평가
2. 지표의 종류에 따라 적절한 평가방법을 선정
 - 구조적 평가
 - 과정평가
 - 결과평가
3. 질 향상 활동 평가도구를 활용

▶ 지표 선정 시 고려사항

- 명확하게 정의되어야 하며 중복되지 않으면서 가치있는 정보를 제공해야 함
- 임상적으로 타당하며, 진료/서비스의 결과와 관련이 있어야 함
- 가능한 비율의 형태로 표시하며 분자와 분모를 명확하게 규정해야 함

● 고객 만족

- 고충처리 및 민원 환자 상담을 통한 환자, 보호자 불만을 해결하는 의료의 질 향상 대상

▶ 목표설정 방법 중 Egan이 "목표는 SMART하게 설정"한다고 했을 때 구체적이어야 하며 측정 가능해야 하고 시간 제한을 두어야 한다.

3차시 의료정보관리 질 향상 활동과 성과 평가

● 척도의 종류

1. 명목척도
 - 변수 값이 범주형으로 주어지며 범주 간에 서열을 부여할 수 없는 척도
2. 순서 척도
 - 변수 값이 범주형으로 주어지며 범주 간에 서열이 있음
3. 구간 척도
 - 변수 값은 서열 뿐 아니라 의미 있는 차이를 가짐

4. 비율 척도

- 상호간의 서열, 차이, 비율이 의미 있음

● RM, 위험관리

- 의료기관에서의 위험관리는 위험을 관리하여 앞으로의 유사한 사건의 발생을 감소시키며, 병원의 자산을 보호하고 환자 안전을 유지하는 것을 목표
- 위험관리 활동의 범위는 환자, 보호자, 의료진의 안전과 안녕에 관련되는 모든 요소에 적용할 수 있으며 환경 위험관리, 산업안전 관리, 환자 안전관리, 배상 청구관리 등 다양한 활동을 포함

▶ BSC(균형성과표)의 4가지 관점

- 재무적 관점
- 고객 관점
- 내부 비즈니스 프로세스 관점
- 학습과 성장 관점

● 기존 성과평가 시스템과 BSC의 차이점

- 네 관점의 평가지표들 간에 인과관계가 있어야 함
- 바람직한 성과평가시스템은 내부 프로세스와 고객 서비스 및 제품의 개선이 어떻게 재무적 성과적 개선을 가져오는지 명확하게 기술할 수 있어야 함
- 결과 평가지표와 동인 평가지표가 균형을 이루어야 함
- 평가지표는 조직의 행동과 프로세스를 변화시킬 수 있어야 함

4차시 질 향상 활동 지원하기

● ADDIE 모형

- 교육진행에 있어 교육적인 어떤 요구를 분석하여 해결대안을 찾아내고, 찾아낸 해결대안을 실행하기 위한 교육목표, 내용, 방법, 매체를 설계하고, 개발하며, 실행하고 그 결과를 평가하는 체계적 접근 방법이다.
- ① 분석단계 : 학습과 관련된 요인들을 분석하는 것으로, 학습에 들어가기전에 반드시 선행되어야 한다.
- ② 설계단계 : 분석과정에서 나온 결과를 토대로 교육 제반 사항에 대해 설계하는 것이다.
- ③ 개발단계 : 설계명세서 또는 수업 청사진이 수업에 사용될 교수자료를 실제로 개발하고 제작한다.
- ④ 실행단계 : 설계되고 개발된 교육훈련프로그램을 실제의 현장에 사용하고 이를 교육과정에 설치하며 계속적으로 유지하고 변화 관리하는 활동이 포함된다.
- ⑤ 평가단계 : 실행과정에서의 모든 결과를 평가하는 것이다.

● CP

- 특정 질환에서 최상의 치료 목표를 달성하기 위해 진료 순서와 치료의 과정을 표준화 시킨 행동지침으로, 적시에 제공되는 효율적으로 일관성 있는 진료과정을 제시하여 의료의 질과 환자안전을 향상시키고 진료의 경제성을 도모하는 것

5차시 고객 관계 유지를 위한 애호도 구축

● 관계마케팅의 의의

- 신규고객의 창출보다는 기존고객의 유지, 관리에 주안점을 두는 전략 지향적 사업철학으로서 일종의 데이터베이스 마케팅의 혼성판
- 데이터베이스에 입각한 1:1 마케팅(one-to-one marketing)이 필요

- 고객들은 병원을 전환하기보다는 한 병원과 지속적 관계유지를 가정, 병원과 고객 사이의 장기적 관계로 브랜드 및 병원 충성도 구축을 목표
- 연속적 거래나 브랜드나 서비스의 전환비용이 높은 경우 효과적

● 관계마케팅의 목표

1. 고객창출(customer creation)
 - 병원은 장기적으로 병원에 공헌도가 크고 지속적으로 관계를 가질 확률이 높은 고객들을 탐색하고 고객관계를 맺고자 한다.
2. 고객유지(customer retention)
 - 병원과 관계를 갖게 되면, 고객들은 고품질 서비스와 가치를 지속적으로 제공받는 한 그 관계를 유지하고자 한다.
3. 고객관계 제고(build-up customer relationship)
 - 브랜드 충성도를 지닌 고객을 만든다. 충성스러운 고객은 그 병원 제공의 의료서비스를 장기간에 걸쳐 많이 이용한다.

● 관계마케팅의 유형

1. 거래마케팅 : 고객확보 후 경쟁서비스보다 자신의 서비스 선택
2. 상호마케팅 : 고객 유지 후 고객만족과, 시장점유율 확보를 목표
3. 관계마케팅 : 고객과 신뢰유지 후 고객확장, 마음속으로 다가감

● 가치창출

- 고객 및 병원을 위해 비즈니스 및 고객전략을 특별한 가치제안으로 전환하는 작업을 의미하는 것

6차시 서비스 품질 향상과 생산성 리더십 구축

● 서비스품질의 관점

1. 선험적 관점
 - 품질은 선험적인 우월성과 같은 개념으로 사람들은 반복적 노출을 통해 품질을 인식
2. 상품 중심적 관점
 - 품질을 정확하고 측정가능한 변수로 파악하여 품질의 차이는 상품이 소유하는 속성이나 구성요소의 양적 격차를 반영
3. 사용자 중심적 관점
 - 품질은 고객의 관점에 달려있다는 견해, 고객에 따라 품질을 제각각 받아들여지는 것으로 인식하여 품질과 고객만족을 동일시하는 것
4. 제조 중심적 관점
 - 품질이 공급 기반적이며 주로 품질 수준은 엔지니어링과 제조과정에 달려있음
5. 가치 중심적 관점
 - 품질을 가치와 가격적 측면에서 보고 가치와 가격 차원에서 품질을 정의

▶ **서비스리더**는 변화를 위한 힘을 가져다 줄 수 있는 긴장감 조성을 할 줄 아는 역할이 필요하다.

● 서비스생산성 향상 절차

- 고객의 인식하는 양질의 서비스품질의 구성에 대한 이해
- 양질의 서비스품질 산출을 위하여 병원 내의 각종 자원들(인적, 물리적, 기술적 자원 및 고객)을 어떻게 운영하고 이중에서 필요하고 불필요한 것은 무엇인지 구분
- 시스템이 효율적으로 운영되어질 것인가에 대한 철저한 분석이 필요
 - * 서비스생산성과 품질을 동시에 달성하기 위한 절차

▶ 조직의 방향을 재정립하고 전략을 시행하는데 장애가 되는 요소

① 인지적 장애

현 문제에 대한 원인과 변화의 필요성에 대해 일치하지 않을 경우에 발생

② 자원 장애

조직이 제한된 재원으로 곤란을 겪게 되는 경우에 발생

③ 동기적 장애

직원들이 필요로 하는 변화에 대해 거부감을 느끼게 되는 경우에 발생

④ 정치적 장애

강력한 권한을 가져 자신들의 위치를 보전하고자 조직적 저항시 발생

7차시 조직 활성화와 인적자원 유지관리의 중요성 인식

● 일반적 갈등의 정의

- 갈등은 「오직 하나만이 점유할 수 있는 어떤 상태나 공간을 둘 또는 그 이상의 실체가 점유하려는 상태」로 정의

● 라이츠의 갈등의 정의

- 「갈등은 관련된 개인이나 집단이 함께 일하는데 애로를 겪는 상태로, 정상적인 활동이 방해되거나 파괴되는 상태」라고 정의

● 토마스-킬만의 갈등반응 유형

- 독단과 합력이 2차원 요소에 의해 5가지 갈등유형으로 구분되는 유형

- 경쟁형(대립형), 협력형(이상형), 회피형(보류형), 수동형(동조형), 타협형(절충형)등으로 나뉘어짐

- 경쟁-대립형 : 자신의 목표를 위해 자신의 입장을 고수하며 상대방을 압도함으로써 갈등을 해결하는 유형

- 회피-보류형 : 갈등문제로부터 물러나거나 이를 피함으로써 자신뿐만 아니라 상대방의 관심마저 무시하는 유형

- 수용-동조형 : 갈등은 필연적으로 생기게 되지만 훌륭한 인간관계를 유지하기 위하여 자신의 관심사는 버려두고 상대방의 관심사를 충족시켜주기 위해 상대방의 요구나 입장을 주로 수용하여 갈등을 해결하는 유형

- 타협-절충형 : 상호간의 실익을 생각해 상호교환과 희생을 통해 부분적 만족을 취함으로써 갈등을 해결하는 유형 즉, 적당한 선에서 타협점을 찾음

- 협력-이상형 : 서로의 목표도 추구하면서 동시에 좋은 관계도 유지하면서 갈등을 해결하는 유형

● 과정갈등

- 과업수행방법과 관련하여 상호 간에 의견을 달리하여 생기는 갈등

● 개인적 갈등

- 접근-접근 갈등

둘 이상의 대상이나 목표가 개인에게 모두 매력적이거나 긍정적 결과를 가져다 줄 때 발생하는 갈등

- 회피-회피 갈등

개인이 둘 이상의 부정적이며, 바람직하지 않은 목표 간에 선택해야 할 경우에 발생

- 접근-회피 갈등

개인 내 갈등 중 가장 흔한 형태로 각각의 대상이 좋은 점과 나쁜 점을 모두 가지고 있을 때 느끼는 갈등

8차시 의료정보 서식과 규정 이해하기

● 의료법, 의료법 시행규칙

- 의무기록은 진료를 담당하는 의사가 환자의 상태와 치료의 경과에 대한 정보를 빠뜨리지 않고 정확하게 기록
- 이는 이후에 계속되는 환자치료에 이용하고, 환자가 적절한 치료를 받을 수 있도록 정보를 제공하기 위한 목적으로 작성되는 것
- 의료분쟁이나 소송 시 의료사고의 원인을 입증해줄 중요한 자료로 사용
- 의무기록 서식을 제정할 때는 의료법 및 의료법시행규칙에 따라 법의 세부조항 및 항목조건을 이해하고 적용하여야 함

● 의료정보보호와 관련된 법률과 해당기관의 관련 규정 지침

- 의료법, 시행령 등 의료정보보호와 관련되어 요구되는 필수 내용과 관리 절차를 파악한다.
- 기관의 의료정보보호와 관련된 규정·지침을 파악한다.
- 개인정보보호법과 의료법의 내용을 비교, 검토하여 기관에서 의료정보보호를 위해 필요한 항목과 내용을 파악한다.
- 파악된 내용을 의료정보보호 규정·지침 제정의 기반으로 이용한다.
- 의료법에 따른 종이문서 형태의 의무기록과 전자적 형태의 전자의무기록에 모두 적용될 수 있는 일괄되고 통합적인 의료정보보호 계획을 수립하고 추진하는 방법을 학습한다.

● 서명 등록 및 관리

- 개인건강정보보호 업무규정에 따른 해당자별 직무기술서 내용과 기준에서 제시하는 역할 및 책임을 비교 검토하여 관리 방안 수립한다.
- 관련 직원의 명단 및 서약서의 내용, 작성일자, 서명을 확인하고 서명을 등록한다.
- 서명등록자의 인사이동, 퇴사 등의 자료를 관련부서로부터 입수하여 내용을 업데이트하고 관리한다.

● 환자 추적평가의 세부사항

- 의무기록검토
- 환자, 보호자, 의료진 등 인터뷰
- 시설 및 환경 점검

▶ 접근권한관리

- 접근권한부여를 위한 업무의 특성을 파악해야 한다.
- 개인정보 처리시스템의 접근을 업무 수행에 필요한 최소한의 범위로 업무 담당자에 따라 차등적으로 부여한다.
- 접근한 정보에 관련된 이벤트에 대하여는 반드시 로그를 남겨 보안감사를 수행해야 한다.
- 조건에 부합하지 않는 접근이 있어서는 안 되고, 접근통제를 통하여 조직 자원을 적절히 보호해야 한다.

9차시 의료정보 제공하기

● 개인 요청 의료정보 열람/사본발급 규정 작성하기 및 자격 요건 검증

- 의료법, 개인정보 보호법, 가이드라인, 각종 평가 등의 관련 내용 중 준수해야 할 내용을 이해하고, 필수적으로 적용해야 할 핵심 내용을 추출
- 개인요청 의료정보 열람/사본발급 규정을 만들기 위하여 관리해야 하는 항목을 파악하고 검토하여 정리
 - * 열람/사본 신청 대상자의 기준과 범위를 검토하여 정리하고, 열람/사본 발급대상자는 환자 본인과 환자 본인 외로 구분하는 것이 대표적
 - * 열람/사본 발급 시 필요한 구비서류 파악하여 정리하고, 이때 관련법을 참고하여 필요 구비 서류를 목록화
- ▶ 개인이 요청한 의료정보 열람/사본발급 제공 사항
 - 열람/사본발급 담당자는 열람/사본발급 신청 내역 및 신청자의 신분을 확인

- 열람/사본발급 담당자는 의료정보 열람/사본발급 내용을 제공
 - 의료정보 열람/사본발급 내역을 관리
 - 열람/사본발급 담당자는 신청자, 신청일시, 신청목적, 열람/사본발급 내용, 열람/사본발급 제공일 등의 열람/사본발급 이력을 관리
- 경영지원, 임상연구, 정규 업무 수행, 부서별 정보요청과 연관된 법 조항
- 의료법 제 19조 1항 (비밀누설의금지)
 - 의료법 제 19조 2항 (비밀누설의금지)
 - 보건의료법제13조(비밀보장)
- 진료과정에서 환자의 개인정보 처리기준
- 진료과정에서 수집한 환자의 개인정보는 진료목적을 위해서만 이용하여야 하고, 환자로부터 별도의 동의를 받거나 법령에서 해당 개인정보의 처리를 요구하거나 허용하는 경우를 제외하고는 제3자에게 제공 등을 하여서는 아니 되며, 환자의 개인정보는 안전성 확보에 필요한 조치를 하여야 한다.

10차시 병원 조직의 운영1

- 병원조직의 정의
- 외래 및 응급환자, 입원환자를 수용하여 진료할 수 있는 시설과 인력을 갖추어 진단, 치료, 재활, 예방을 포함한 완전한 의료를 제공하고 의료 인력의 교육·훈련과 의학연구를 수행하는 공식적 사회조직
- ▶ 병원 조직의 구성에서 병원최고 행정가-병원장
- 이사회로부터 병원업무의 총체적 관리책임을 위임 받은 자
 - 이사회에서 결정 한 정책을 집행하는 일을 수행
 - 병원장은 병원의 여러 부서장들에게 매일매일 발생하는 각 부서의 업무를 병원정책과 규정의 테두리 내에서 처리할 권한을 주어 운영
- ▶ 세계보건기구가 정의한 병원의 정의
- 병원은 사회적인 기능과 의료적인 기능을 통합한 역할을 수행하는 기관
 - 병원이라는 조직의 궁극적 목적은 모든 환자들에게 양질의 의료를 제공하는 것
 - 의료에 대한 개념이 변하고 사회보장제도가 확대되면서 의료수요가 증가
 - 지역사회 주민들에게 치료와 예방만을 제공하는 총괄적인 의료를 서비스
- 병원조직의 특성
- 경영체로서 병원 조직은 고도로 자본 집약적이면서 노동집약적
 - 진료와 교육, 연구기능 등 다양한 사업목적을 가지고 있음
 - 의사, 간호사, 약사, 의료기사, 의무행정직, 기능직 및 단순 노무직 등 여러 종류의 전문·비전문 인력으로 구성
 - 다른 조직체보다도 여성 인력의 구성비가 높음
 - 조직체제와 의사결정 과정이 행정관리체제와 진료 체계로 이원화되어 있음(환자 진료와 경영적 측면이라는 상충되는 조직의 목표로 인하여 계량적 목표설정이나 조직구성원들의 행동지침 설정이 어려움)
 - 다양한 직종들로 구성되어 있어서 조직 구조 간에 갈등요인이 상존함
 - 일정한 규격의 물품을 생산하는 것이 아니므로 병원 조직이 산출해 내는 의료서비스의 척도를 표출하기 어렵고 산출된 서비스의 질 및 구성원의 업적 평가가 어려움(다기능, 다양한 전문 직종, 복잡한 시설을 가진 특수 조직인 병원이 효율적으로 잘 운영되려면 전문인력과 보조인력이 협동적 체제하에 필요한 물적 시설을 보유, 유용하게 활용할 수 있는 조직체로 구성)
- ▶ 병원 조직의 기획실의 업무는 기획업무, 감사업무, 예산업무가 있다.

11차시 병원조직의 운영2

● 효과적인 의사전달의 원칙

- ① 피전달자가 명확히 이해할 수 있게 해야 함
 - 간절하고 평이한 용어와 체계화된 내용을 전해야 함
- ② 양과 질이 적절
 - 양이 많으면 부담을 주고 양이 적으면 오해의 가능성이 있음
 - 지나치게 자세한 내용은 초점을 흐리게 하고 너무 간단하면 내용 전달이 부족해짐
- ③ 적시에 이루어져야 함
- ④ 신축성과 개별성이 있으면서도 일관성과 통일성이 있어야 함
- ⑤ 피전달자의 반응을 얻어야 함

▶ 의사전달의 구성요소

- 발신자, 내용, 통로, 수신자로 구성
- 상의하달 형식이란 조직의 계층에 따라 상위자로부터 하위자에게 정책결정과 지시사항을 전달하는 것
- 하의상달 형식이란 부하 직원이 관리자에게 보고나 제안을 전달하는 것
- 의사전달의 방법으로 말 또는 그림, 행동이 사용

● 의사결정의 단계

- ① 문제의 확인
 - 표면에 나타난 어떤 증상만 보는 것이 아니라 그 증상을 일으킨 문제의 성격, 소재를 깊이 조사
- ② 문제의 분석
 - 관련 자료를 수집하고 문제를 분석하여 이유를 확인
- ③ 대안의 고안
 - 문제를 해결할 수 있다고 판단되는 여러 가지 대안을 고안
- ④ 최적안의 선택
 - 각 대안의 장단점을 비교 평가하여 최적안을 선택
 - 무조건 경험에 집착하는 것은 위험하나 경험이 풍부하면 상황이나 조건의 변화 등을 고려하여 결정하는 조절기능이 생김
 - 규정에 얽매어 해당 규정 사항이 없으면 '안된다'고 하는 부정적 태도보다 그때그때 바람직한 의사결정 기술을 발휘하여 문제를 처리해 나가는 것이 유능한 관리자, 유능한 직원

● 문서관리

- 조직 내·외로 발송하거나 접수하는 문서는 중요한 의사전달 및 소통의 수단
- 문서 관리는 한 기관이 목적달성, 업무활동, 기관 운영의 과정에서 생산, 입수, 이관, 저장, 보관하고 있는 문서, 기록물, 자료들을 체계적으로 분석하고 운영하는 전문 분야
- 문서 관리의 기본 기능은 생산(획득), 등록, 분류, 이용 및 접근성 부여, 보존기간 결정, 저장, 이용과 추적장치, 폐기처분 등
- 문서는 정보의 전달과 보관의 기능을 가짐
- 잘 작성된 문서는 자기가 전하고자 하는 내용이 충분히 전달되고 상대방의 이해를 쉽게 함
- 거의 모든 기관들이 시행 문서나 기안 문서의 서식을 만들어 그 서식 파일을 이용하여 각 부서에서 문서를 작성

12차시 함께 알아보는 병원 기능에 대한 이해1

● 기획이란?

지식과 정보를 종합하여 목표의 정확한 소재를 파악하고 그 목표의 달성을 위한 여러가지 대안을 모색하여 그 가운데서 최선의 대안을 선택하는 지속적인 의사결정 과정

● 기획의 목적

- ① 목표 달성을 위하여
- ② 항상 준비된 상태가 되기 위하여
- ③ 조절과 통제를 할 수 있기 위하여
- ④ 변화하는 상황에 대처할 수 있기 위하여

● 기획의 원칙

- ① 목적이 구체적으로 명시
 - 애매한 목적에 따라 작성된 계획의 실시 결과는 비능률과 낭비를 가져옴
- ② 계획을 세워야 함
 - 직원들의 이해와 협조를 쉽게 얻을 수 있는 단순성이 필요
- ③ 표준화된 절차나 방법을 선택
 - 표준화된 절차나 방법은 계획을 용이하게 하고 경제적
- ④ 신축성이 있어야 함
 - 계속 변화하는 상황에 쉽게 대처 가능
- ⑤ 안정성이 있어야 함
 - 보다 정확한 정보의 수집과 예측을 통하여 안정성을 기하며 지나친 수정은 삼가
- ⑥ 경제적이어야 함
 - 가능한 한 현재 이용 가능한 인적·물적 자원을 최대한 이용하도록 작성
- ⑦ 예측성이 있어야 함
 - 과학적 조사방법에 의한 자료의 분석과 평가를 통하여 장래에 대한 예측에 기초를 두고 계획을 작성

● 목표관리

- 상위 관리자와 하위 구성원 사이의 공동 목표설정과 실적 평가를 통하여 보다 높은 성과를 유도하는 경영관리의 기법 특히 기획의 한 기법
- 목표 관리의 근본 목적은 상위 관리자와 하위 구성원의 공동 목표설정을 통하여 조직체의 경영 목적과 구성원 개인의 목적을 통합시키고 나아가서 조직체와 개인의 효율적 통합을 이루는 것

13차시 함께 알아보는 병원 기능에 대한 이해2

● 조직의 기능

- 계획된 목표를 달성하기 위하여 인원을 배치하고 업무를 배정하는 기능

● 통제의 기능

- 모든 업무가 결정된 계획, 하달된 명령 및 설정된 여러 원칙하에 수행되고 있는가를 체크하여 어긋나는 사항이 발견되면 그 원인을 확인하고 계획의 수정이나 직원교육, 업무의 효율화 등을 통하여 업무를 올바르게 수행할 수 있게 하는 기능
- 목적한 바와 시행되는 것이 일치하도록 감시하는 과정

● 지도의 기능

- 직원들 모두가 부서의 공동 목표를 향하여 자발적으로 정열적으로 일할 수 있게끔 자극을 주고, 업무체계를 잡아 직원들과 함께 일을 수행하여 나가는 기능
- 지도자는 소속원들이 자발적으로 일할 수 있도록 동기를 부여

▶ 지도의 기능 중 리더십

① 권위형

- 지도자가 중요한 결정을 내리고 직원 들로 하여금 이에 따르게 하는 형태
- 직원들의 자발적 참여와 능력 발휘가 어렵게 되며 지도자의 부재 시에는 혼란이 야기

② 자유방임형

- 지도자의 결정에 따르게 하는 것이 아니라 직원들의 재량이 최대한도로 인정되는 형태
- 직원들의 능력이 골고루 우수하고 업무내용이 고도로 전문화되어 자율성이 있는 경우에는 좋으나 그렇지 못할 때는 규율이 서지 않고 일의 진전이 늦어져 성과가 저하

③ 민주형으로 위의 두가지 형의 중간 형태

- 지도자가 직원들의 창의성과 의견을 반영하여 결정하는 것

▶ 기구조직표

- 기구 전체의 조직을 한눈에 알 수 있고 자신의 위치와 책임, 직원 상호 간의 업무 관련성을 알 수 있고 권한의 체계를 바로 알아 책임의 혼동 및 기능의 중복을 피할 수 있고 조직상의 문제점을 쉽게 발견할 수 있는 것

● 기능적 권한

- 어떤 전문적 지식을 가진 전문가로서 관련된 업무 한도 내에서 갖게 되는 권한
- 의무기록부서장의 직책으로서 staff authority와 비교하여 볼 때 영향을 미치는 범위가 좁고 반면에 자문의 역할을 넘어서 관련 업무에 대하여는 어떤 사항을 요구하고 행동을 취할 수도 있는 권한

14차시 병원업무 전산화 관리 배워보기

● 병원정보시스템, 의료정보시스템(통합의료정보시스템)이란

1) 전자의무기록

- 환자의 진단이나 치료에 관련되는 사항들을 종이에 기록하는 대신 모두 컴퓨터에 입력하여 필요시 쉽게 화면에서 불러 이용하는 시스템

2) 처방 전달과 결과보고

- 의사가 투약, 검사 등의 처방을 처방 또는 검사 용지에 기록하는 대신 컴퓨터에 입력하면 그 정보가 약국, 임상병리검사실, 또는 방사선검사실 등 해당부서로 전달, 신속한 처리가 가능
- 각 검사실에서 검사결과를 전자의무기록으로 입력하거나 자동으로 interface 가능
- 일정 시간 또는 날짜 단위로 검사종류별로, 시행순서별로 flow sheet로 출력

3) 데이터 제시 및 지식 제공

- 진료에 필요한 자료를 언제, 어디서든지 즉시 접근할 수 있도록 환자에 관한 체계적이고 포괄적인 자료를 제시
- 즉시 유용하게 사용할 수 있는 전문지식 또는 시스템의 한 부분으로서의 지식을 편리하게 이용

▶ 데이터는 가공 또는 정리되지 않은 어떤 사실이나 숫자를 의미

4) 임상 의사결정지원

- 진료가 기준에 미치지 못할 때 자동적으로 경고 또는 주의를 생성하여 제공함. 양질의 진료를 제공

5) 환자 접점 간호

- 가장 많은 형태는 각 병동 간호사 station에 단말기가 있어 병실에서 측정한 사항 등을 입력

6) 원격진료시스템

- 광 케이블로 연결된 컴퓨터, 오디오, 비디오, 정보통신망 등의 최첨단 멀티미디어 기술을 이용, 멀리 떨어진 지역 간에 생생한 동화상을 통해 환자를 진료하는 시스템
- 농촌지역의 환자가 대도시 병원에 직접 가지 않고 지역 보건소에서 대도시 병원 전문의사의 진료를 받으면서 검사 기록과 방사선 필름의 영상을 보냄

▶ 전산화

- 의료시장의 무한 경쟁과 어려운 경영환경을 극복하기 위한 최선의 방안

▶ 병원 전산화 환경에서 입퇴원관리업무는 입원예약관리 업무, 입원등록 업무, 급식관리 업무가 있다.

15차시 전자의무기록의 개념과 현황 이해

● 전자의무기록의 정의

- 정확한 자료를 제공하고 의료인에게 필요한 정보를 주어 임상 결정을 도와주기 위한 병원 정보시스템이나 처방전달시스템 내부에 포함되어 있는 전자적 형태의 환자 기록(미국의학협회)
- 종이 매체에 기록되어 온 모든 의무기록을 그 업무처리 구조나 정보의 범위, 정보 내용에 있어 변함없이 동일하게 전산화를 통해 업그레이드시킨 디지털화된 형태
- 환자의 진료행위를 중심으로 발생한 업무상의 자료나 진료 및 수술, 검사기록을 약속된 코드 등 활용 가능한 형태로 전산에 기반하여 입력, 정리, 보관하며 입력된 자료를 통해 의사소통을 하는 시스템을 통칭(미국 Medical Record Institute, MRI)

● 전자의무기록의 기능

1) 자료입력 기능

- 종이의무기록에서 수기하는 내용을 컴퓨터에 입력하는 기능
- 심전도나 초음파 같은 그림정보, 경과기록 같은 단순문서자료, 검사결과와 병명 코드와 같은 구조화된 문서자료 등의 입력을 위해서는 여러 가지의 입력수단을 지원
- 그림 정보를 위해서는 문서영상처리기술이나 영상보관 및 전송체계 등이 필요
- 현재 의무기록에 기록자의 서명을 하는 것과 같이 전자서명을 해야 하며 인증이 필요

2) 자료저장 기능

- 물리적으로 자료를 보관하는 것
- 전자의무기록체계 하에서는 자료가 여러 장소에 분리 보관되기 때문

3) 정보처리 기능

- 전자의무기록이란 다양한 정보매체의 형태로 건강에 대한 모든 정보를 함축한 시스템
- 저장된 자료를 가공하여 유용하게 쓸 수 있도록 하는 기술이 포함되어 있어서 처방한 약들에 대한 상호작용을 보여주는 것과 같은 전문가 시스템이 가능하여야 함

4) 정보교환 기능

- 한 의료기관 내, 국가 내 다른 의료기관 간에, 다른 나라에 있는 의료 기관의 전자의무기록 체계 간의 자료의 교환과 공유가 가능하도록 하는 것

5) 보안기능

- 전자의무기록의 작성, 관리, 이용 등에 있어서 직종별, 직급별, 담당 업무별 등을 기준으로 여러 형태의 접근 권한을 설정, 권한을 부여 받은 사람만이 자료의 접근이 가능하도록 하는 기능

6) 자료의 제시 기능

- 저장된 자료를 원하는 형태로 보여주는 기능
- 경과기록, 수술기록을 볼 수 있거나 혈당 검사결과를 날짜별, 항목별로 볼 수 있는 기능

▶ **전자 의무기록 시스템을 구축하기 위한 전제조건**

- 표준화된 내용 항목과 논리적인 구조를 결정해야 한다.
- 전자 의무기록 자료와 주변 전산 시스템을 효율적으로 연계시켜야 한다.
- 용어, 정의, 코드 등을 표준화해야 한다.
- 국가 간에 정보를 교환하기 위하여서는 세계적으로 표준화된 방식을 따라야 한다.

16차시 전자 의무기록의 관리와 기대효과

● **전자 의무기록의 안전관리**

- 기밀성 : 암호화 키의 안전한 전달 수단 확보로 환자의 개인정보를 보호함
- 무결성 : 의료정보의 위, 변조 위험 메시지 인증으로 위, 변조가 불가능하도록 불변성을 확보함
- 위조 방지 : 전자서명생성키를 소유한 합법적인 서명자 외에는 전자서명 생성이 불가능함
- 신원 확인 : 송신자가 전자서명 행위자, 전자서명행위자는 전자서명생성키 소유자
- 부인 방지 : 전자서명생성키 소유자의 기록 작성 내용은 부인할 수 없음

▶ **전자 의무기록의 안전관리 관련 사항**

- 사용자별 데이터 접근 권한 지침을 마련하여 엄격히 적용
- 비밀 유지 측면에서 의료정보를 분류하여 사용 목적에 따라 제공 가능한 정보를 구분, 제공할 수 있는 지침 필요
- 진료기록을 업데이트 하는 단계 등 단계별 운영절차와 보안기법이 마련
- 전산화된 진료정보는 그 내용의 완전성과 정확성이 보장될 수 있도록 관리
- 정확하고 신뢰할 수 있는 정보가 적시에 생성되고 있는지, 안전하게 저장되고 관리되고 있는지 등을 평가하여 의료정보의 질을 지속적으로 모니터할 수 있는 시스템을 갖추어야 함

● **전자 의무기록의 기대효과**

1) 정보의 이용도 향상

- 진료서비스 제공현장에서 자료가 입력되고 정보가 이용자들의 필요에 따라 즉시 전송 가능
- 전자 의무기록 환경에서는 시간과 장소를 초월하여 완전하고 정확한 환자 정보의 사용 가능
- 입력된 진료 데이터를 이용하여 다양한 진료통계 작성과 경향 분석을 쉽게 할 수 있어서 행정과 연구 등에 필요한 다양한 정보를 만들어 사용할 수 있음

2) 자료의 질 향상

- 데이터의 표준화로 데이터베이스 기법 등을 통해 다양한 논리적 방식에 의거하여 입력 에러를 방지->체계적인 양질의 정보 관리가 가능
- 과별 특성을 반영한 필수 기재항목을 선정하여 빠짐없이 기재되도록 프로그램화->필수 정보의 누락을 방지하고 자료의 충실도를 향상

3) 임상적 효율성 증가

- 임상자료의 체계적인 정리를 통해 다양한 진료정보를 이해하기 쉽게 신속히 이용할 수 있음-> 임상진료에 기여하여 진단과 치료의 질 향상
- 여러 의사들이 환자 기록을 조회할 수 있고, 진료일자,진단,검사,수술,처치,의사 등의 변수에 따라 유용한 자료를 제공
- 임상병리검사, 활력 증상, 섭취량과 배설량 등을 텍스트, 표 및 그래프 형식으로 볼 수 있고 검사의 이상소견을 제시해 주며, 환자 자료의 발생 시간별 누적 정보를 제공
- 치료법의 예상효과를 알려주는 등 임상 의사 결정을 도와주며, 진료지침이나 약물, 알레르기 반응 등 그 환자에 관한 주요 사항들을 저장하여 지속적으로 진료에 참고하도록 제공해 주는 시스템 가능(임상적 효율성 및 의료사고를 예방할 수 있는 안전장치의 구현도 가능)

4) 의학연구 수준 향상

- 체계적으로 구축된 방대한 데이터베이스로부터 풍부한 연구 자료를 검색, 사용 의학 연구 수준을 향상시킬 수 있는 것
- 표준화된 의료정보가 인구학적 자료와 연계되어 역학조사에 따른 시간과 비용 면에서도 효과적으로 이용할 수 있음

5) 진료의 질 평가 활동 활성화

- 행정 관련 자료와 임상자료를 이용하여 의료의 질 향상을 위한 QI 활동을 활성화
- 정상범위에 속하지 않거나 위험이 있는 질 향상 활동 대상을 다양하고 쉽게 선정
- 선정된 대상 자료의 접근성과 다양성이 양호, 질 향상 활동에 필요한 자료 수집이 용이

6) 의료 관련 행정 및 관리의 효율성 증진

- 수기의무기록 보관과 관리에 따른 인력, 비용 및 장소의 절감, 진료비청구비용 절감으로 행정, 관리 부분의 효율성을 높일 수 있으며 최첨단 병원의 이미지 구현 가능

7) 투자회수효과의 최대화

- EMR 도입 시 기대되는 효용으로는 3단계로 나뉜다.

- (1) 1단계: 업무 자동화 및 효율성 제고로 불필요한 중복 업무를 배제
- (2) 2단계: 환자 정보에 신속한 접근과 지원으로 진료의 질 향상, 개선 및 생산성 증대로 병원의 이윤 증대 효과
- (3) 3단계: 능동적 진료 및 업무수행으로 환자 만족도 향상, 경쟁력 향상, 비용 감소, 대환자 맞춤 의료서비스 제공

17차시 전자의무기록의 미래

● 보건의료정보관리 부서의 전자의무기록 관리의 역할

- 정보시스템의 구축 및 활용에 대한 지식 습득
- 접근성의 향상
- 의무기록 데이터의 질 관리
- 기획의 수립 지원
- 각종 통계 및 의학연구를 위한 데이터베이스 관리
- 임상시험 등의 고도의 분석 활동 등

● 전자의무기록시스템 설계 시 고려사항

- 경제성 : 시스템 초기 구축비용과 향후 유지비용 및 교육 훈련비용을 포함, 계속 증가되는 유지보수 비용 및 전문 인력의 고용비 등 여러 사항을 고려하여 도입에 필요한 비용을 산출해야 함.
- 신뢰성 : 개발기업의 평판과 실제현장에서 운영된 솔루션으로서 안정적인 응답시간, 보안체계를 보장하고 있는지 판단
- 유지보수 : 전문적인 유지보수 인력이 조직화되어 있는 체계적인 유지보수체계를 갖추고 있으며 신속한 유지보수가 가능한지를 판단하고 기술이전을 통한 자체유지 보수능력을 판단
- 기술력 : 전문성 있는 개발인력이 충분하고 고객의 요구사항을 기술적으로 충분히 반영할 수 있으며 기술발전에 따른 계속적인 성능 향상이 가능한지를 판단
- 기능성 : 업무에 필요한 기능의 충족성 및 정보제공 기능의 적절성 판단해야 하며, 새로 도입되는 EMR과 기존에 설치했던 시스템들이 연동되는지 확인 필요.
- 사용성 : 잘못된 시스템 환경이나 교육으로 사용자가 부정적인 태도와 의식을 가진다면 EMR 도입의 효과가 충분히 발현될 수 없으므로, 사용자가 직접 시스템을 쓰기 위한 환경이 편리한지 판단해야 함.

18차시 의무기록 이용 및 기본서식에 대한 이해

● 의무기록/정보의 용도

- 환자에게 일관성 있는 계속적인 치료를 제공할 수 있는 근거자료가 됨
- 환자 치료를 담당한 여러 치료자들 사이의 의사전달 도구가 됨
- 의학 연구 및 교육에 필요한 임상자료가 됨
- 법적 문제가 발생했을 경우 증거자료가 되어 병원, 의사 및 환자를 보호함
- 환자에게 제공된 의료의 질을 검토하고 평가하는데 기본 자료로 쓰임

▶ 개인적 자료(Personal data)로서의 이용

- 1) 재입원이나 재진료 시에 과거 병력을 파악하고 진단과 치료의 방향을 세우는데 참고로 이용되는 경우
 - 의료인은 해당 기관의 다른 의료인 또는 타 기관의 의료인으로부터 진료기록의 내용 확인이나 환자의 진료 경과에 대한 소견 등을 요청 받은 경우, 해당 환자나 환자 보호자의 동의를 받아 송부해야 함.
 - 해당 환자의 의식이 없거나 응급 환자일 경우 또는 환자의 보호자가 없어 동의를 받을 수 없는 경우는 환자나 환자 보호자의 동의 없이 송부할 수 있음
- 2) 법적 문제와 관련되어 참고 자료로 제시하라는 법원의 제시 명령을 받은 경우, 환자의 동의 없이 제시할 수 있으며, 주치 의사에게는 이 사실을 알려야 한다.
- 3) 법적 문제와 관련되어 참고 자료로 환자, 가족 또는 변호사가 이용하려고 하는 경우, 환자의 동의와 주치의사의 승낙이 반드시 필요함
- 4) 진단서 발급을 하기 위해 이용되는 경우, 환자의 동의와 주치의사의 승낙이 반드시 필요함

▶ 비개인적 자료(Impersonal data)로서의 이용

환자식별 개인정보는 제외하고 의무기록/정보의 내용만 이용되는 경우, 이용 권한이 있는 자는 환자의 동의나 주치의사 승낙 없이 이용할 수 있다.

- 1) 보건의료정보관리부서에서 업무 처리를 하기 위해 사용하는 경우(통계나 질병분류 등 기본 업무 처리할 때)
- 2) 전문의, 전공의, 간호사 등이 의학 연구를 하기 위해 의무기록/정보를 검토하는 경우
- 3) 임상과에서 집담회용으로 증례보고 자료를 만들기 위해 이용하는 경우
- 4) 의료의 질 평가를 하기 위해 병원 내에 조직되어 있는 위원회에서 이용하는 경우

● 의무기록의 기재내용

- 의무기록에 기록되는 모든 내용들은 완전하게, 알아보기 쉽게 기록해야 하며, 날짜와 기록자의 서명이 반드시 있어야 한다.
- 1. 행정/인구통계학적 자료 : 환자 이름, 주소, 전화번호 등의 개인정보로써 모든 환자들에게는 고유한 식별자로서 등록번호가 부여되어 이 번호로서 환자를 확인하거나 컴퓨터에서 쿼리할 때 사용
- 2. 임상자료 : 환자의 상태, 치료 경위 및 경과에 관한 정보를 포함함으로써 입원 또는 진단의 타당성을 입증할 수 있고 의료기관에 맞게 법적 의무기록에서 요구되는 내용과 그 내용의 무결성을 유지하기 위한 표준을 정하여 운영한다.

19차시 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리1

● 입퇴원기록

- 환자와 연고자의 인적사항은 환자에게서 직접 얻는 것이 가장 좋고, 불가능한 경우는 입원 시 환자를 동반한 직계가족에게서 얻어야 한다. 부정확한 인적사항은 연계성 있는 진료를 방해하고, 추후 환자 관리와 환자 진료정보처리에도 혼란을 가져오니 주의한다. 진찰등록 번호, 이름, 생년월일은 한 자의 오기도 없어야 하며, 이를 위해 원무과와 보건의료정보관리 부서의 긴밀한 협조체제가 필요하다.
- 1) 최종진단명 : 모든 검사를 마친 후 종합적으로 결론지어진 진단명이며, 원인과 병태를 모두 나타내는 정식 의학용어로 기록함
- 2) 수술, 처치, 검사명 : 입원기간 중 시행한 주 수술명, 기타 수술명, 주요 처치, 검사명을 기록함. 수술명은 수술 종류와 수술 부위를 다 나타낼 수 있는 용어로 기록한다.
- 3) 치료결과와 퇴원형 : 환자를 치료한 결과 퇴원 시의 상태가 완쾌, 불변, 진단뿐, 치료중단, 사망 중 어떤 것인지와 의사의 퇴원지시를 받고 퇴원하는 지, 자의퇴원인지, 탈원인지 기록한다.
- 4) 부검 시행여부 : 사망환자의 경우 부검 시행 여부를 기록
- 5) 추후 진료계획: 퇴원후 진료계획이 있는 경우 약속일시 등을 기록
- 6) 분류번호 부여 : 퇴원과 명, 주치의사 및 담당 전공의사의 서명 환자 퇴원후 보건의료정보관리사는 의무기록 확인을 통해 진단명과 수술 처치명을 확인하여 분류번호를 부여하여 기재함

● 퇴원요약

1) 입원기간 동안 환자 질병의 경과, 검사, 치료 및 결과에 대한 것을 한눈에 볼 수 있게 요약해 놓은 기록이다. 주치의사나 담당 전공 의사가 환자 퇴원 시점에 기록해야 하며 다음과 같은 내용이 포함되어야 한다.

- ① 주호소 및 질병상태 : 입원을 한 이유, 입원 당시의 질병상태, 병력 및 가장 괴로운 점이 무엇인지 파악하여 간단히 기록
- ② 임상검사, 방사선검사, 특수검사, 신체조사의 결과 : 입원 기간에 시행한 모든 검사의 결과를 기록
- ③ 최종진단명 : 각종 검사결과 최종 확인된 진단명들을 기록하며, 입퇴원기록에 있는 진단명과 일치해야 함
- ④ 치료내용과 그 효과 : 내과적, 외과적으로 시행한 치료 및 그 결과 환자의 반응과 합병증 발생 유무, 협의 진단을 누가 시행했으며, 어떤 결론을 얻었는지 등 퇴원 시 환자의 상태를 기록
- ⑤ 추후 관리계획 : 식사, 약, 운동량 등 퇴원 후의 주의사항 및 치료지시와 약속 등을 기록
- ⑥ 퇴원 후 응급상황일 때 대처방안
- ⑦ 퇴원약 : 퇴원 시 처방되는 약(약품명, 투여방법, 기간, 횟수)을 기록한다.
- ⑧ 전원 시 전원되는 기관명, 전원되는 기관의 담당자명, 전원 사유, 제공할 치료사항
- ⑨ 기록자의 서명, 입퇴원일 : 인턴이 기록한 경우 레지던트나 주치의사가 확인 서명(countersign)할 것.

2) 퇴원요약을 작성하는 목적

- 의무기록의 내용을 짧은 시간에 효과적으로 검토하여 환자 진료에 참고하는 것
- 전공의사들이 전문의 시험에 응시할 때 구비서류로서 필요함
- 보험회사에서 진료비 지불액을 산정할 때 참고자료로 사용하는 등 진료목적 이외에 진료내용을 필요로 하는 경우 쉽게 사용할 수 있음

● 병력 기록

환자의 병력을 자세하게 기록하여 진단과 치료 방향을 계획하는데 도움을 주며, 입원 후 24시간 이내에 작성하는 것이 원칙 (수술이 예정된 환자는 수술 전에 작성함)

1) 주호소

- 환자가 가장 불편하다고 호소하는 문제점이나 증상이 무엇이며 얼마동안 느껴왔는가를 기록하고 환자가 진술한 그대로 기록
- 주소가 두 가지 이상인 경우는 조목별로 기록

2) 현재 질병상태

- 처음 증상이 나타나서 현재까지의 질병 양상과 경과를 자세히 순서대로 기록
- 발병일,환부,경과와 기간, 다른 증상과의 관련성, 증상의 악화 또는 호전 상태 등을 기록

3) 과거병력

- 과거에 앓았던 질병과 치료의 내용을 요약한 것으로, 어떤 질병, 사고, 수술, 투약 등의 사실을 언제, 어떻게 받았고 그 결과가 어떠하였나 약에 대한 과민성이나 알레르기 반응 등을 기록

4) 개인력

- 가정환경, 성장과정,직업,결혼상태, 생활습관(흡연,음주,기호식품)등을 기록함

5) 가족력

- 환자를 중심으로 하여 가족들과의 질병의 연관성을 기록
- 부모 형제의 병력, 가족의 건강상태, 가족 중 사망자의 사인, 유전성 질환 유무, 정신질환, 심장질환, 암, 전염성 질환, 신장 질환 등 가족의 중요한 질병력을 기록
- 환자의 증상이나 추측되는 질병과 관계되는 사항은 자세히 기록함

6) 통증평가

- 환자가 호소하는 통증의 부위, 종류, 척도, 양상, 기간,빈도, 악화요인 등을 기록
- 통증의 척도는 숫자통증 등급과 얼굴 통증등급 등 환자에게 적절한 통증평가 도구를 선택하여 통증의 강도를 0~10까지 구분하여 기록

7) 계통 문진

- 빠진 점이나 환자가 중요하지 않다고 생각하여 진술하지 않은 주관적인 증상의 확인을 위해 실시

● 경과 기록

- 입원기록 : 입원 당시 환자의 상태 또는 현 증세, 입원의 이유, 과거병력, 계통문진, 신체검사, 추정진단, 치료(진단)계획 등을 간단히 기록
- 경과기록 : 환자의 임상경과를 발생순서대로 기록하고 환자 상태에 따라 수시로, 매시간 또는 매일 기록
- 인수/인계기록 : 담당 근무를 마치는 의사가 다음 번 교대 근무자에게 인계하는 기록
- 전과기록 : 환자가 진료받던 과에서 다른 과로 전과 될 때 환자를 보내는 과
- 최종 경과기록 : 퇴원 당시 환자의 상태를 요약한 기록

20차시 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리2

● 협의진단기록 및 치료계획

- 환자의 상태가 위급할 때
- 진단이 잘 내려지지 않을 때
- 합병증이 생겨서 다른 분야의 전문적 의견이 필요할 때
- 정신의학적 증상이 나타났을 때
- 환자나 그의 가족이 원할 때
- 어떤 질환이나 상태가 현재 계획하는 치료에 문제가 될 염려가 있을 때

● 수술기록

- 수술 집도 의사와 수술기록지를 작성한 보조의사의 이름과 서명
- 수술을 시작하기 전에 예상했던 진단명
- 수술을 마친 후 확인한 진단명
- 수술명
- 자세한 수술 절차 및 발견 사항
- 수술 종료 시 환자의 상태
- 수술일자

● 간호정보조사 기록

- 환자의 일반정보, 입원과 관련된 정보, 신체검진 및 건강력, 입원시 간호 및 교육에 대한 내용을 기록하는 것

● 협의진단기록 및 치료계획

1) 협의진단기록

- 협의진단 결과 확인된 진단명은 입퇴원기록과 퇴원요약에 기록, 협의진단 의뢰 내용과 회신 내용도 의무기록에 포함

2) 치료계획

- 의료서비스 제공 시 계획 및 진행 과정을 관련 부서 모두가 공유하고 치료계획에 반영하는데 이용되는 기록
- 의사, 간호사, 약사, 영양사, 물리치료사 등 환자 치료에 참여하는 모든 의료진이 작성
- 입원 24시간 이내에 계획, 환자의 주요 상태 변화에 따라서 재평가, 그 결과에 근거하여 치료계획을 수정, 보완
- 치료계획에 영향을 줄 수 있는 환자의 상태 변화, 특수검사 결과, 처치, 수술 및 침습적 시술 후 환자 상태 변화 등을 의미

21차시 함께 배워보는 의무기록서식 개발관리3

● 영상의학검사보고서

① 영상의학기록

- 진단을 위하여 방사선 촬영을 한 결과가 PACS에 저장된 것을 영상의학과 전문의사가 판독을 하여 그 내용을 방사선 검사보고서에 기록

- 전문의사의 서명이 있어야 함
- 보고서 원본이 의무기록으로 저장
- 보건 의료정보관리사는 환자의 인적사항과 판독의사의 서명은 물론 판독내용상 확인된 진단명이 최종진단명에 포함되어 있는가를 검토

② 방사선치료기록

- 방사선 치료를 시행한 경우, 광선의 종류, 양, 치료받은 부위 등을 자세히 기록하여 방사선종양학과 전문의사가 서명
- 치료기록 또는 치료요약은 의무기록에 포함, 자세한 치료기록은 방사선종양학과에서 보관
- 병원 처방전달시스템상에서 기타 전산시스템을 이용하여 전산으로 저장

● 심전도검사보고서

- 심장질환의 진단을 위하여 심장의 박동 상태를 그래프로 그리는 심전도검사
- 그래프, 심장내과 전문의사가 판독한 내용이 포함
- 판독한 심장내과 전문의사의 서명이 있어야 함
- 뇌파의 변화를 그래프로 나타낸 것
- 뇌와 신경계의 질환을 진단하는 데에 중요한 진단방법
- 신경과 전문의사가 판독한 뇌파검사 결과와 판독한 의사의 서명이 있는 보고서가 의무기록에 포함

● 산과기록

1) 산전기록

- 임신초기에 산과 외래를 방문할 때 시작되어 분만 전까지 정기적으로 와서 기본적인 산전관리를 받을 때마다 기록

2) 진통 및 분만기록

- 병력, 신체조사 결과를 기록하고 진통과 분만과정을 기록

3) 산후기록

- 산후경과기록 및 퇴원요약기록: 제왕절개를 했거나, 분만합병증 또는 산후합병증이 심한 경우에는 산모의 경과를 기록하며, 퇴원요약기록은 모든 산모들의 의무기록에 다 포함한다. 입퇴원날짜, 산전상태, 진통과 분만, 산후경과, 신생아 상태 등을 요약하여 기록하고, 수술을 했거나 합병증이 심한 산모의 경우 일반 퇴원요약을 기록한다.
- 산후간호기록: 산후 재원기간 동안 산모의 상태를 간호사가 그래프로 그린 것.

● 외래진료기록

1) 외래초기평가기록

- 환자가 직접 기록한 문진 설문지 및 간호사가 확인한 사항도 초기평가기록으로 사용
- 환자의 요구를 확인하고 치료를 시작하는데 중요한 요소를 기록
- 외래진료과의 초진 환자는 환자의 상태 및 내원사유 등을 담당의사가 계통문진 및 신체조사 등을 통하여 기록

2) 외래재진기록

- 초진 및 신환환자를 제외한 재진환자에 대하여 환자의 상태 및 치료 내용을 담당의사가 기록
- 환자 상태, 검사 및 치료내용, 통증평가, 추후관리, 진료일자, 담당의사 서명 등

22차시 진료정보의 활용 및 데이터의 질 관리

● 데이터의 조건

1) 적절성

- 그 기관의 여러 용도와 목표에 부합되는 적절한 자료수집과 정보 작성

2) 체계성

- 정해진 흐름이나 순서에 의하여 자료가 수집되고 체계화된 방법에 의하여 정보화
- 과거의 정보와 비교하거나 더욱이 다른 의료기관 간의 비교를 하기 위하여서는 정보의 구조와 내용이 표준화되어 있어야 한다.

3) 시한성

- 언제 필요로 하는가를 파악, 그 시간 안에 정보를 제공

4) 정확성과 안전성

- 의사결정의 중요한 기준으로 이용되는 정보는 정확하고 신뢰성이 있어야 함
- 정확한 자료수집과 체계화된 처리방법은 정확한 정보 생성의 필수조건

5) 효율성

- 자료수집과 정보 작성에 투입되는 비용과 그 정보의 이용가치를 비교하여 비용 효과성이 합리적이어야 함

● 데이터의 분석

1) 데이터 웨어 하우스

- 운영계시스템을 운영하면서 생성된 운영계 데이터와 필요시 외부 데이터까지를 주제별로 통합하여 별도의 프로그래밍 없이 즉시 여러 각도에서 분석을 가능하게 하는 통합 시스템

2) 데이터 마트

- 데이터 마트는 주로 조직의 특정 세부 조직의 특정 업무 분야에 초점을 맞추어 만들어진 의사결정용 데이터의 부집단

3) 데이터 마이닝

- 보건 분야에서도 처방전달시스템, 전자의무기록 등으로 축적된 다량의 진료 관련 데이터를 데이터 마이닝을 이용하여 분석

● 임상 의사결정지원시스템

- 경영진 등의 의사결정권자가 데이터 모델을 활용할 수 있도록 지원해주는 시스템이며, 어느 한 개인의 의사로 중요한 결정을 하지 않고 DSS에 의한 조직 전체의 과학적인 의사결정이 가능함

★ 임상 의사결정 지원의 활용 영역

- 1) 경고 : 의료진에게 즉각적으로 환자에 관한 문제를 알려주는 기능
- 2) 해석: 특정 데이터를 해석하는 기능
- 3) 보조: 의료진과 컴퓨터의 상호작용을 빠르게 하거나 단순화하는데 활용되는 기능
- 4) 진단: 기존 데이터를 활용해서 진단을 제안하는 기능
- 5) 관리: 기존 데이터나 진단으로부터 컴퓨터가 처치나 치료계획을 생성하고, 의료진은 컴퓨터가 제시한 결과에 대해 평가하는 기능

● 데이터의 질 기준

- ① 완전성 ② 유일성 ③ 유효성 ④ 일관성 ⑤ 정확성

23차시 병원통계의 개념에 대해 알아보자

● 통계학

1) 통계학의 정의

- 통계학 statistics이란 관심을 갖는 어떤 대상에서 자료를 수집하여 이를 정리·요약하고, 수집된 자료를 분석함으로써 불확실한 사실에 대하여 과학적이고 합리적인 판단에 의하여 좀 더 사실적이고 명확하게 방향을 제시하는 학문

2) 통계학의 필요성

- 관심의 대상이 되는 자료를 수집하고 정리·요약하여 쓸모 있는 정보로 가공하고, 이러한 정보를 토대로 현장에서 필요한 판단을 내리거나 미래를 위한 전략으로 사용할 수 있는 방법을 제시

● 통계자료

1) 질적 자료 Qualitative Data

- 기본적으로 숫자로 나타낼 수 없는 자료로 측정 대상의 특성을 분류하거나 확인할 목적으로 숫자로 부여하는 경우가 있지만 그 숫자는 양적인 크기를 나타낼 수 있는 것은 아니며 범주형 자료(categorical data)라고도 함

2) 양적 자료 Qualitative Data

- 양적 자료는 자료의 크기나 양을 숫자로 표현할 수 있으며 수치 자료(metric data)라고도 함
- 이는 자료가 숫자로 표현되는 것으로 그 속성을 그대로 반영

● 통계와 관련된 기본용어

1) 모집단 population

- 연구자의 관심대상이 되는 모든 개체의 집합, 즉 자료를 수집하고자 하는 연구대상 전체

2) 표본 sample

- 통계적 처리를 위하여 모집단에서 실제로 추출할 관측 값이나 측정 값의 일부분

3) 모수 parameter

- 모집단에 대한 정보를 숫자로 나타낼 수 있는 특성 값으로 모집단을 따르는 고유의 상수로 변하지 않은 일정한 값

4) 오차 error

- 표본오차 sampling error : 모집단의 일부인 표본에서 얻은 자료를 통해 모집단전체의 특성을 추론함으로써 생기는 오차를 말하며, 표본오차에 영향을 미치는 요인은 표본의 정확성과 표본의 크기
- 비표본 오차 nonsampling error : 표본오차를 제외한 조사의 전체과정에서 발생할 수 있는 모든 오차로 실무적 오차라고도 하며 비표본 오차를 줄이기 위해서는 조사자 선정과 조사를 위한 선행교육 및 훈련이 필요

● 병원통계

1) 병원통계의 정의 : 병원에서 이뤄지는 모든 사실들을 숫자로 표시한 것을 의미함

2) 병원통계의 분류

- 행정통계 : 경영통계, 원무통계, 재무통계, 회계통계, 인적자원통계, 시설통계 등
- 진료통계 : 환자·진료 서비스, 진료결과에 관한 사항 등

3) 병원통계의 작성 목적

- (1) 효율적인 병원운영에 필요한 자료 제공
- (2) 의학연구에 필요한 자료 제공
- (3) 외부기관에 보고해야 할 통계자료 제공
- (4) 진료의 적정성 평가

24차시 병원통계 관련 용어의 이해

● 의료기관의 구분

- 우리나라 의료법(제3조)에서는 의료기관을 '의료인이 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료·조산의 업(의료업)을 하는 곳'이라고 폭넓게 정의한 후 진료과목·수용시설 및 입원·외래 기능에 따라 다음과 같이 구분
- 종합병원: 의사 및 치과의사가 의료를 행하는 곳으로 다음의 요건을 갖추고 주로 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관
- 병원·치과병원·한방병원 및 요양병원 의사 및 치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳으로서 입원환자 30인 이상을 수용 할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관을 말함(단, 치과병원은 입원시설 제한을 받지 않음)
- 의원·치과의원·한의원 의원,치과의원,한의원이라 함은 의사·치과의사 또는 한의사가 각각 그 의료를 행하는 곳으로서 진료에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말함
- 조산원은 조산사가 조산과 임부·해산부·산욕부 및 신생아에 대한 보건과 양호 지도를 행하는 곳으로서 조산에 지장이 없는 시설을 갖춘 의료기관을 말함
- 국(공립)병원의 종류로 경찰병원, 지방공사의료원, 국립대학병원 등이 있음

● 환자 관련 용어

1) 입원환자 Inpatient

- 병원에서 제공하는 시설에 입원하여 진단과 치료를 받기 위해 입원수속을 끝낸 환자(병실배정이 완료)를 말함
- 입원한 당일 퇴원하거나 입원 당일 사망한 경우도 입원환자에 포함

2) 신생아 입원환자

- 병원에서 출생과 동시에 질병 때문에 입원하는 신생아를 말함
- 병원신생아란 그 병원에서 출생한 신생아를 말하며, 병원 도착 전 •자가용 •구급차 등에서 출산 후 병원에 도착하여 입원했다면 소아청소년과 환자로 분류
- 이는 분만실을 이용하지 않았으므로 병원 신생아로 산정하지 않음

3) 외래환자 Outpatient

- 외래환자는 입원수속을 하지 않고 진료과 외래진료실에서 진단 및 치료를 받는 환자를 말하며 통원환자와 같은 말로 사용하기도 함
- 외래환자는 내원 동기에 따라 특별한 진단이나 치료를 위해 타병원에서 의뢰한 환자, 해당 병원에서 진단이나 치료를 받기 위해 내원하는 일반환자로 구분
- 진료에 따라 일반진료 - 전문진료 - 응급진료- 보건지도
- 내원 경험에 의한 외래환자를 분류하면 신환과 구환으로 분류되며, 진찰료 산정기준에 의해 초진환자와 재진환자로 구분

4) 응급환자 Emergency patient

- 질병이나 분만 또는 각종 사고 및 재해로 인한 부상이나 기타 응급 상태에서 즉시 필요한 응급 처치를 하지 않으면 생명을 보존할 수 없거나 심신상 중대한 위해가 초래될 것으로 판단되는 환자로 정의

● 임신, 분만 및 출산전후기 관련 용어

1) 주산기 용어

- (1) 출생 : 임신기간 33주 이후나 출생 체중 500g 이상의 임신 결과로서 모체 밖에서 생명의 기미를 보이는 출산
- (2) 태아 사망: 수태에 의한 생성물이 그 모체로부터 완전히 만출 또는 적출되기 전에 사망한 경우
- (3) 배아 : 수정란에서 아이가 되기까지의 사이를 말하고, 가장 빨리 발생분화가 진행되며, 사람에서는 수정 후 약 2주부터 8주까지 발육한 생체를 말함
- (4) 태아: 수태 후 7~8주부터 태어날 때까지 뱃속의 아기
- (5) 신생아: 생후 28일 이하의 아기를 말하며, 신생아기란 출생일(0일)부터 만 27일이 되는 날까지 정확하게 4주일, 만 28일 간을 말함
- (6) 영아: 출생 후부터 1년까지를 말하며, 초생아는 출생 후부터 1주(7일)까지, 신생아 출생 후부터 4주(28일)까지
- (7) 주산기: 임신 20주~분만 후 4주(28일)까지

2) 산과적 용어

- (1) 임신 = 수태 : 일반적으로 임신의 시작을 의미, 수태는 난자와 정자의 수정을 뜻하며 난자가 자궁 내면에 착상하는 것
- (2) 재태연령=임신기간 : 난자가 수정된 시기부터 출산이나 유산의 발생으로 나타난 임신종결까지의 기간
- (3) 유산: 출생체중이 500g 미만의 아이를 말하며, 임신기간이 22주 미만에 해당하는 용어로 생존할 수 없는 태아를 자궁에서 성숙 전에 만출하는 것이 말함
- (4) 출산: 태중의 절단이나 태반의 부착 여부와 관계없이 모체에서 태아가 완전히 나오거나 적출된 경우
- (5) 분만: 태아가 태어나는 실제과정을 말하며, 여기에는 출생과 사산이 포함

25차시 보건의료정보의 법률적 측면

● 의무기록의 법률적 성격 및 관련 법규

- 의료인과 환자 간에 주고받은 대화내용, 환자의 건강에 관한 내용 등 비밀정보이며 그 비밀 정보의 주인은 환자라는 특수한 성격을 가지고 있음
- 국가에서는 관계법을 제정하여 환자의 사생활을 보호해 주고 부당한 노출로 인한 환자의 피해나 불이익을 방지해 주는 한편 필요에 따라 합법적인 경우에는 그 비밀정보를 제공해 주어야 하는 의무도 부과

1) 작성의 의무

- 진료를 직접 담당하였던 의사나 간호사 등이 환자의 상태, 치료 경과, 검사 결과 등에 관한 정보를 정확하고 완전하게 기록하여 그 환자의 계속되는 치료에는 물론 다른 여러 용도에 이용할 수 있게 하고자 함
- 각 병원에서는 병원 내규로 작성 시한에 관하여 규정하고 있으며 그 시한을 넘긴 미완성 기록에 관하여 여러 가지 규제를 함으로써 신속 정확한 기록을 유도
- 의료기관에서는 해당 평가에서 요구하는 의무기록 작성 항목을 의무기록 완결성 관리대상으로 삼아 관리

2) 보고의 의무

- 의료행위는 환자와 의료인 간의 계약에 의한 법률행위로 인식됨으로 환자 진료에 관한 내용을 기록한 의무기록은 환자에게 진료내용을 정확하고 성실하게 알려주는 보고 문서의 성격을 가짐

3) 비밀유지의 의무

- 그 환자의 건강에 관계되는 개인의 특수 기록이며 환자와 의사와의 의사전달의 기록이므로 그 내용이 비밀로 보장되어야 함
- 환자들의 비밀 정보가 부당하게 노출되지 않도록 관리

4) 정보제공 또는 제출의 의무

- 「의료법」 제21조(기록 열람 등)에 해당될 때
- 「응급의료에 관한 법률」 제11조(응급환자의 이송) 제2항, 제28조(정보센터에 대한 협조 등), 「동법 시행령」 제2조(응급환자가 아닌 자에 대한 이송기준 및 절차) 및 「동법 시행규칙」 제4조(응급환자의 이송절차 및 의무기록의 이송)에 해당될 때
- 법원에 제출 의무를 갖게 된 때
 - ① 법원에 의하여 문서 제출 의무를 갖게 된 때 「민사소송법」 제344조(문서의 제출 의무)
 - ② 법원에서 증거보전신청이 받아들여졌을 때 「민사소송법」 제375조(증거보전의 요건)

5) 의료관계기관의 직무수행상 요청이 있을때

- 의료지도원의 열람요청이 있을 때 : 「의료법」 제61조(보고와 업무 검사 등)
- 마약감시원의 직무수행상 요청이 있을 때 : 「마약류 관리에 대한 법률」 제52조(마약류 관계 자료의 수집)
- 의료기관에 대하여 진료, 약재의 지급 등 급여에 관한 관계서류의 제출을 요청할 때 : 「국민건강보험법」 제97조(보고와 검사)

6) 공공의 이익을 위하여 필요한 경우

- 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제11조(의사 등의 신고)
- 「암관리법」 제14조(암등록통계사업)
- 개인정보보호법 제15조(개인정보의 수집·이용)

7) 보존의 의무

- 「의료법」 제22조(진료기록부 등), 제23조(전자의무기록), 제87조(벌칙)
- 「응급의료에 관한 법률」 제49조(출동 및 처치기록)
- 「의료법 시행규칙」 제15조(진료에 관한 기록의 보존), 제16조(전자의무기록의 관리, 보존에 필요한 시설과 장비)

26차시 적정 진료보장 관리하기1

● 미국 JCAHO 감시 및 평가모델

- QA 프로그램은 잠재하고 있는 문제의 확인이 가능해야 함
- 문제의 범위를 평가할 수 있어야 함
- 그 문제를 해결할 수 있도록 어떤 시정 행위를 실시할 수 있는 체계가 되어 있어야 함
- 실제로 존재하던 문제가 해결되었는지 다시 조사 또는 감시할 수 있어야 함
- 그 프로그램 의 과정, 결과 및 효율성이 문서화 될 수 있어야 함

● 의료 감사

- 1972년에 미국의 JCAHO가 개발한 의료의 질 평가방법
- 의사들이 환자의 의무기록을 정기적으로, 조직적으로 검토 • 조사하여 환자 치료의 질을 평가하고 문제점을 확인하여 해결하도록 조치함 → 진료의 질적 향상을 가져오도록 하는 프로그램
- 1972년 이후 미국에서 강조되어 1974년 미국 병원협회에서는 병원의 주요 진료부서에서 연 2회의 medical audit을 실시하라는 규정을 병원심사규정에 만든 후에 본격적으로 강조되고 의무화되어 1979년도경까지 미국에서 상당히 활발히 진행
- 의무기록/정보 위원회 또는 medical audit committee에서 주관
- 시행 방법이 실용적이고 객관적이어서 평가기준이 잘 설정되면 신뢰성이 높은 방법
- Medical audit이 상당 기간 동안 미국 의료계의 진료평가사업을 발전시키는 데에 많은 공헌
- 부분적인 확인과 잘못을 범하는 사람을 확인할 수 있을 뿐 양질의 진료를 방해하는 모든 문제들과 좋지 않은 시스템을 확인할 수 없음
- 80년대에 들어와서는 문제가 되는 모든 건들을 검토하고 잘못된 시스템을 확인할 수 있는 방법으로 대체

★ **적신호사건 지표:** 단 한건이 발생했어도 검토해야 하는 것으로, 입원 24시간 이내 사망, 수술 중 사망, 수술 후 24시간 이내 신경마비 등에 해당됨.

● 의료이용도관리

- 진료의 질적 수준은 유지하면서 인적, 물적 의료자원을 효율적으로 활용하도록 조절하는 활동

27차시 적정 진료보장 관리하기2

● 안전관리(Risk management, RM)

1) 환자안전 사고

- 보건의료인이 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자의 생명 • 신체 • 정신에 대한 손상, 부작용이 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고
- 병상 수가 200병상 이상인 병원급 의료기관, 종합병원인 경우에는 100 병상 이상 의료기관은 환자안전위원회를 설치 • 운영, 환자안전 전담인력을 배치하고 운영

2) 환자안전관리시스템의 도입

- 환자안전 전담 인력의 주요 업무
- 환자안전사고 정보의 수집 • 분석 및 관리 • 공유
- 환자안전사고 예방 및 재발 방지를 위한 보건의료인 교육
- 환자와 환자 보호자의 환자안전활동을 위한 교육
- 환자안전활동 보고
- 환자안전기준의 준수 점검 및 환자안전지표의 측정 • 점검

3) 안전관리의 업무 범위 및 관리 단계

- 원내 각처에서 발생 가능한 사고에 대비하여 안전관리과와 시설과의 협조 필요
- 의료진, 병원 직원 및 환자와 보호자들이 지켜야 할 안전수칙과 규정을 확실히 하고 일반 안전 및 비상 시에 대처할 수 있는 교육을 시켜야 함
- 위험관리는 방지 가능한 사고를 예방하고 기관이 책임져야 할 사고를 최소화 할 수 있어야 함
- 처해있는 상황에서 최적의 방안을 선택하고 선택한 방안을 실시
- 사고경위를 확인하고 발생한 상황에 대처할 수 있는 여러 방안을 고안, 검토
- 모든 상황이 종결된 시점에서 선택하여 실시한 방안의 효과를 검토

● D*A*T 모델

- 자료, 태도, 도구의 세 요소가 상호작용을 하여 지속적 질 향상이 이루어지고 이 3가지 질 요소가 고르게 상호작용해야 조직 내 질 향상 효과를 낼 수 있다는 것

● 의료서비스 질 관리 도구

1) 아이디어 짜내기(Brain storming)

- 그룹 또는 개인별로 시행하며, 주어진 주제 및 문제의 아이디어를 창출하는 것
- 비판을 삼가고 자유로운 분위기에서 아이디어와 창의력을 최대한 발휘하도록 진행
- 팀의 역량을 결집하고 개인의 창의성을 살리는 방법으로 짧은 시간에 최대한의 아이디어를 얻고자 하는 방법

2) 고객만족도 조사(Customer satisfaction survey)

- 조직 내에서 수행되는 제반 활동, 제도 및 과정에 있어서 고객의 편의나 만족을 향상을 위한 개선점을 확인하고 이를 환류시키도록 자료를 수집, 조사함

3) 흐름도(Flow chart)

- 업무수행 과정의 각각의 단계
- 행위, 의사결정, 대기기간, 문서화 등의 과정을 도식화하여 일이 진행되는 실제의 과정을 일목요연하게 파악할 수 있어, 병목현상이 발생하는 부분을 확인하고 개선의 방안을 알게함

4) 원인·효과도(Cause and effect diagram)

- 결과의 요인을 파악하여 문제의 해결방안을 찾을 수 있도록 하는 것
- Ishikawa의 “원인·효과도”, 인과관계도 또는 어골도(Fish bone diagram) : 진료결과에 영향을 줄 수 있는 모든 요인을 그림으로 나타낸 것

5) 체크 시트(Check sheet)

- 파레토도표, 막대그래프, 런 차트 등을 그리기 위한 자료로, 어떤 종류의 문제가 어떤 형태로 발생하는가를 확인할 수 있음

6) 파레토 도표(Pareto chart)

- 문제 해결 시 우선순위를 결정하고, 성과 향상을 효과적으로 파악할 수 있게 하는 막대그래프
- 문제의 원인을 파악하고 상호 간 여러 요인이 미치는 영향을 파악

7) 히스토그램(Histogram)

- 변이와 그 유형에 관한 파악을 용이하게 하는 막대그래프(예: 시간대별 수술실 이용률 등)

8) 런 차트(Run chart)

- 질적 수준을 나타내는 특성을 장기간 관찰하여 간단히 표시해 주는 꺾은선 그래프
- 월별 평균 입원 대기시간을 런 차트로 생성하여 대기시간의 변화추세를 한눈에 볼 수 있음

9) 관리도(Control chart)

- 제품의 품질 분포가 허용범위 내에 있는지 감시하는 데 사용

10) 스캐터 도표(Scatter diagram)

- 두 변수 간의 관계 및 서로 어떻게 작용하지를 보여주는 도표(예: 약물 투여 후 시간대별 혈액검사 결과)

28차시 표준진료지침에 대한 이해

● 표준진료지침 도입 배경 및 정의

1) 표준진료지침의 정의 및 목표

- 환자의 입원기간 중 최상의 의료 결과를 얻는 데 목표를 두고 의료진이 이 목표를 성취할 수 있도록 병원 전 직원의 행위를 대상으로 작성되는 다원적 지침
- 특정 질환 또는 동종의 질환을 가진 환자들에 대한 환자 본인/가족, 의료진의 예상되는 의료행위를 제시한 시간 틀로서 의사 및 모든 관련 부서에서 제공하는 최상의 의료 패턴을 나타내며, 이는 각 분야의 참여자들이 의료를 계획, 전달, 모니터, 기록 및 검토하는 데 사용

● 표준진료지침 적용대상과 범위

- CP의 적용대상을 선정함에 있어서 관심을 가져야 할 내용은 그 대상이 다빈도, 고위험, 고비용의 진단 및 시술이 되어야 한다는 점
- CP 적용 대상 환자수가 많고 진행과정이 비교적 일정하며 의료 결과가 임상적으로 예측 가능한 진단명을 선택함이 타당
- 노동집약적으로 효율화의 여지가 있는 것과 환자진료에 문제점이 적은 질병을 선택하여야 하며 재원 일수를 단축하기를 원하거나, 의료비 청구 시 변상의 문제가 되며 의료의 전 과정에 대해 설명을 명확하게 하고 싶은 환자를 대상으로 함이 적절하다고 할 수 있음

● 표준진료지침의 장점

- 표준화된 의료서비스 제공으로 실수로 누락 될 수 있는 처치나 처방 등을 방지
- 불필요한 자원 제공이 의료서비스 제공 전에 미리 제거됨
- 개발과정과 의료서비스 제공 과정에서 전체적인 의사소통이 증대

● 표준진료지침 적용의 성공 요건

- 경영진의 적극적 참여 및 지원 필요
- 의료진의 적극적인 참여 필요
- 표준진료지침 적용 결과와 과정에서의 문제점 개선을 통해 성과를 향상시킬 수 있는 시스템 마련
- 병원의 질 향상 활동과 연계

29차시 보건의료서비스 구축

● 의료전달체계의 정의

- 1989년 전국민의료보험과 동시에 시행한 의료전달체계는 국가의료제도를 국민 모두에게 동등하게 제공하려는 방법이며 제한적인 의료자원을 효율적으로 운영함으로써 의료서를 적시에, 적정인에 의해, 적정진료를 필요로 하는 국민 모두가 이용할 수 있도록 마련된 제도로 정의됨

★ 의료전달체계의 원칙

- ① 효율적인 의료자원을 활용할 수 있는 장치 마련
- ② 포괄적인 양질의 의료서비스의 제공
- ③ 적정량의 총괄적인 의료서비스 제공
- ④ 전체적인 시스템을 파악하여 종합적인 체계를 마련

● 1차 의료, 2차 의료, 3차 의료

- 1차 의료 : 의료서비스의 첫번째 단계로 지역사회 환자와의 접촉이며 질병중심보다는 환자에 초점을 맞추어 지속적인 의료 서비스를 제공하며 통상적이고 일반적인 환자에 대한 서비스를 제공하고 조정·통합하는 것
- 2차 의료 : 입원환자를 진료·치료하는 병원과 종합병원의 규모는 100병상 이상의 입원실을 갖추고 내과, 일반외과, 산부인과, 진단방사선과, 소아과, 마취과, 임상병리과 또는 해부 병리과, 치과 등 7개과 300병상 이상인 경우 정신과 포함

- 9개과 이상의 진료과목과 일정수준의 인력, 시설 및 장비 등을 갖춘 것을 2차 의료2단계 의료에 대한 내용으로 규정
- 3차 의료 : 중증의 고난이도의 질병과 희귀병질환의 환자들에 대한 의료 행위를 주로 하는 것을 말하며 3차 의료기관 선정기준에 합당하는 대학병원이 상급종합병원의 명칭을 사용

● 의료기관 종별에 따른 역할

- 의료기관 기능 규정, 진료권 설정, 의료기관 투입요소, 의료기관 종별 분류 등

30차시 건강보험제도에 대해 알아보기

● 사회보장의 정의

- 사회보장을 '실업 질병 또는 부상으로 인하여 수입이 중단된 경우에 대처하기 위하여, 노령에 의한 퇴직이나 부양 책임자의 사망으로 인한 부양 상실에 대비하고, 나아가서는 출생 사망 및 결혼 등에 관련된 특별한 지출을 감당하기 위한 소득보장'을 의미
- '질병, 부상, 출산, 실업, 노령, 폐질, 사망 등으로 인한 소득의 중단 또는 감소에 의하여 야기되는 경제적, 사회적인 고난에 대하여 사회가 그 구성원들에게 마련해주는 소득보장, 의료보장, 복지 서비스 등 일련의 공적 조치'라고 정의

● 사회보장의 목적

- ① 기본적인 경제보장 ② 최저 생활보장(소득 및 의료) ③ 소득재분배 효과 ④ 사회적 연대감의 증대

● 건강보험제도 목적

- 국민의 질병, 부상에 대한 예방, 진단, 치료, 재활과 출산, 사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건을 향상시키고 사회보장 증진함을 목적으로 한다.

● 우리나라의 민간보험제도

- 사회보험과 사보험은 상호보완적인 관계
- 실손보험으로 인한 의료 왜곡현상이 심함
- 본인부담금과 비급여를 대상으로 하는 실손보험

31차시 요양급여적용기준

● 종별 가산율을 적용하지 아니하는 요양기관

- 약국 및 한국희귀의약품센터
- 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소
- 의료법 제35에 의한 부속 의료기관

● 요양기관 종별가산율

- 치과의원, 한의원, 보건의료원의 의사, 치과의사, 한의사 1인당 1일 진찰횟수를 기준으로 진찰료에 대해 차등지급
- 75건 이하 : 100%
- 75건 초과 100건까지 90%
- 100건 초과 150까지 75%
- 150건을 초과한 건 50%

● 약제의 지급

1) 처방 및 조제

- 의약품은 약사법령에 의하여 허가 또는 신고된 사항(효능·효과 및 용법·용량 등)의 범위 안에서 처방·투여
- 중증환자에 대한 약제의 처방·투여 시, 허가 사항을 초과하나, 해당 환자의 치료를 위하여 특히 필요한 경우에는 건강보

협심사평가원장이 중증질환심의위원회의 심의를 거쳐 인정하는 범위 안에서 실시

- 식품의약품안전처장이 긴급한 도입이 필요하다고 인정한 품목의 경우에는 식품의약품안전처장이 인정한 범위 안에서 처방·투여
- 항생제 스테로이드제제 등 오남용의 폐해가 우려되는 의약품은 환자의 병력 투약력 등을 고려하여 신중하게 처방·투여
- 진료상 2품목 이상의 의약품을 병용하여 처방·투여하는 경우에는 1품목의 처방·투여로는 치료효과를 기대하기 어렵다고 의학적으로 인정되는 경우에 한함

● 주사

- 동일 효능의 내복약과 주사제는 병용하여 처방, 투약해서는 안 됨
- 경구투약 치료효과를 기대할 수 없는 경우 사용
- 경구투약을 할 수 없는 경우 사용
- 혼합주사는 치료효과를 높일 수 있다고 의학적으로 인정되는 경우 사용

● 행위급여 일반원칙

- 행위에 대한 비용을 산정할 때에는 분류항목의 상대가치점수에 점수당 단가를 곱하여 10원 미만은 반올림한 금액으로 산정
- 요양기관 종별가산율에 의하여 산출된 금액에 대하여는 원 미만을 반올림
- 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총점수를 산출
- 각종 가감률에 의하여 산출된 금액에 대하여는 상대가치점수에 가감률을 곱하여 총 점수를 산출하는데 이 경우에는 가감률이 중복 적용될 경우에는 중복가산하지 않음

32차시 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침1

● 진찰료

1) 외래에서 환자를 진찰하는 경우, 처방전의 발행과는 관계없이 산정한다. 초진환자는 초진진찰료를, 재진환자는 재진진찰료를 산정한다. 진찰료는 기본 진찰료와 외래 관리료의 소정점수를 합하여 산정한다.

- (1) 해당 상병의 치료가 종결되지 아니하여 계속 내원하는 경우, 내원 간격에 상관없이 재진환자, 완치 여부가 불분명하여 치료의 종결 여부가 명확하지 아니한 경우 90일 이내에 내원 시 재진환자
- (2) 해당 상병의 치료가 종결된 후 동일 상병이 재발하여 진료를 받기 위해서 내원한 경우는 초진환자, 다만 치료 종결 후 30일 이내에 내원한 경우는 재진환자
- (3) 치료의 종결이라 함은 해당 상병의 치료를 위한 내원이 종결되었거나, 투약이 종결되었을 때를 말함
- (4) 진찰료 중 기본 진찰료는 병원 관리 및 진찰권 발급 등, 외래관리료는 외래환자의 처방 등에 소요되는 비용 포함

2) 다음의 경우는 진찰료 1회 산정

- 동일 의사가 동시에 2가지 이상의 상병을 진찰
- 하나의 상병에 대한 진료를 계속 중에 다른 상병이 발생하여 동일 의사가 동시에 진찰(재진진찰료)
- 동일한 상병에 대한 2인 이상의 의사가 동일한 날 진찰

3) 2개 이상의 진료 과목이 설치되어 있고, 해당과의 전문의가 상근하는 요양기관에서 동일 환자의 다른 상병에 대해 전문과목 또는 전문분야가 다른 진료담당 의사가 각각 진찰한 경우는 진찰료를 각각 산정

4) 진료담당의사가 검사·방사선 진단 등을 처방하지 하였으나 요양기관의 사정에 의하여 진료 당일에 검사·방사선 진단 등을 실시하지 못한 경우 검사·방사선 진단을 실시한 당일의 진찰료는 산정하지 아니함

5) 의료기관의 의사 또는 치과의사가 작성·교부한 처방전에 따라 요양기관인 약국 또는 한국희귀의약품센터에서 조제 받은 주사제를 투여 받기 위해서 당해 요양기관에 당일 재 내원 하는 경우에는 진찰료를 별도 산정하지 아니 함

6) 평일 18시(토요일 13시)~익일 09시 또는 공휴일(법정)에는 진찰료 중 기본진찰료(초진 또는 재진) 소정점수의 30%를 가산

7) 외래 진료시 종합병원 이상의 내과는 세부 전문분야별로 초·재진 진찰료를 산정한다.

● 입원료 산정방법

- 1) 1일이라 함은 12시(정오)부터 다음 날 12시(정오)까지
- 2) 0~6시 사이에 입원하거나 18~24시 사이에 퇴원한 경우에는 입원료 소정점수의 50%를 별도 산정
- 3) 6~12 사이에 입원하거나, 12~18시 사이에 퇴원한 경우에는 동기간의 입원료는 별도 산정하지 아니함
- 4) 입원과 퇴원이 24시간 이내에 이뤄진 경우는 전체 입원 시간이 6시간 이상인 경우에 한하여 1일의 입원료 산정
- 5) 입원료는 입원 16일째부터 30일째까지 해당 점수의 90% 산정
- 6) 입원료는 입원 31일째부터 해당 점수의 85% 산정

★ 입원 환자 간호 관리료 차등제

- 1) 일반병동의 직전 분기 평균 병상 수 대 병동에서 간호 업무에 종사하는 간호사 수(일반 병상 수/일반 병상 간호사 수)에 따라 1~7 등급으로 구분함
- 2) 간호 인력 확보 수준에 따라 간호 관리료 차등제 적용
 - 상급종합병원, 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원)
 - ① 1등급-입원료 소정 점수의 50% 가산
 - ② 2등급-입원료 소정 점수의 40% 가산
 - ③ 3등급-입원료 소정 점수의 30% 가산
 - ④ 4등급-입원료 소정 점수의 20% 가산
 - ⑤ 5등급-입원료 소정 점수의 10% 가산
 - ⑥ 6등급-입원료 소정 점수로 산정

● 전문병원 관리료

- 의료법에 따라 전문병원으로 지정 받은 의료기관에서 산정
- 1분야는 뇌혈관, 수지 접합, 심장, 알코올, 유방, 화상, 주산기 질환 및 소아청소년과, 재활의학과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 2분야는 중풍 질환 및 산부인과, 안과, 외과, 이비인후과, 신경과, 한방부인과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 3분야는 관절, 대장항문, 척추 질환으로 지정 받은 전문병원에서 산정
- 전문병원 외래관리료는 안과, 이비인후과 진료과목으로 지정 받은 전문병원에서 산정

33차시 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침2

● 검사료 산정지침

- 검사료 산정지침에 기재되지 아니한 검사로서 외관, 취기, 색도 등의 간단한 검사 또는 계산방법에 의하여 검사치를 얻는 경우에는 검사료를 산정하지 아니함
- 대칭기관에 대한 양측검사를 하였을 때에도 "편측"이라는 표기가 없는 한 소정점수만 산정
- 인체에서 채취한 가검물에 대한 검사를 수탁기관으로 위탁하는 경우에는 10%를 '위탁검사 관리료'로 산정

● 영상진단 및 방사선치료 산정지침

- 1) 영상진단 및 방사선 치료에 사용된 다음의 약제 및 재료대는 "약제 및 치료 재료의 비용에 대한 결정 기준"에 의하여 별도 산정
 - 조영제, 방사선 필름, 플라로이드 필름 및 SPECT 시 사용된 칼라프린터 인화지, 맥관조영용 카테터, 혈관조영용 가이드와이어, 1회용 방사성 입자 및 방사성 동위원소, 부하검사 시 사용된 약제, 인체에 주입된 약제, 운동 부하 검사 시 사용된 EKG Paper 및 1회용 Electrode, 기타 장관이 별도로 인정한 약제 및 재료
- 2) 조영제 주입료와 방사선 필름 현상료는 소정 방사선 진단료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함
- 3) 영상 진단을 실시한 경우, 반드시 판독 소견서를 작성·비치함
- 4) 영상진단료의 소정 점수에는 판독료(소정 점수의 30%)와 촬영료 등(소정 점수의 70%)이 포함
- 5) 판독 소견서를 작성, 비치하지 아니한 경우에는 촬영료 등(소정 점수의 70%)만 산정

● 의약품 처방조제 지원 서비스

- 환자가 여러 의료기관을 방문하는 경우에는 의사와 약사가 환자가 복용하고 있는 약을 알지 못하고 처방, 조제하여 환자가 약물 부작용에 노출될 수 있기 때문에 DUR(Drug Utilization Review)은 의약품을 처방하고 조제할 때 함께 복용하면 부작용이 발생할 수 있거나 연령금기 약물, 중복투약 되는 약 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 의사와

약사에게 컴퓨터 화면에 팝업창으로 실시간 제공하여 부적절한 약물 사용을 사전에 점검하는 서비스

● DUR

- 의약품을 처방하고 조제할 때 함께 복용하면 부작용이 발생할 수 있거나 연령금기 약물, 중복투약 되는 약 등의약품 안전성과 관련된 정보를 의사와 약사에게 컴퓨터 화면에 팝업창으로 실시간 제공하며 부적절한 약물 사용을 사전에 점검하는 서비스

34차시 알아두면 편리한 의료행위수가 산정지침3

● 마취료 산정지침

- 마취제 주사 시 사용한 1회용 주사기 및 주사침 등의 재료대는 마취료 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니함
- 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 마취를 행한 경우에는 소정점수의 50%를 가산
- 동일 목적을 위하여 2가지 이상의 마취를 병용한 경우 또는 마취 중에 다른 마취법으로 변경한 경우에는 주된 마취 소정점수만 산정
- 표면마취, 침윤마취 및 간단한 전달마취의 비용은 소정 시술료에 포함되므로 별도 산정하지 아니함

● 정신요법료 산정지침

- 정신요법료는 정신건강의학과 전문의가 정신건강의학과 환자에게 행한 경우에 산정
- 정신건강의학과 전문의 지도 하에 정신건강의학과 전공의가 실시한 경우에도 산정. 다만, 심층분석요법(아-1-다), 분석집단 정신치료(아-2-나), 약물이용면담(아-5)은 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정
- 위의 내용에서 규정한 분류항목 이외는 정신건강의학과 전문의 지도하에 정신건강 의학과 전공의 또는 상근하는 전문가가 실시한 경우에도 산정

● 처치 및 수술료 산정지침

- 18~09시 또는 공휴일에 응급진료가 불가피하여 처치 및 수술을 행한 경우에는 소정점수의 50% 가산, 다만, 22~06시에 분만(자-435, 자436, 자438, 자-450, 자-451)을 시행한 경우에는 소정점수의 100%를 가산
- 동일 피부 절개 하에 2가지 이상 수술을 동시에 시술할 경우 주된 수술은 소정점수에 의하여 산정하고 제2의 수술부터는 해당 수술 소정점수의 50% 산정(상급종합병원, 종합병원은 70% 산정)
- 캐스트 산정지침에서 만 1세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 50%를 가산하며, 만 1세 이상 6세 미만의 소아에 대하여는 소정점수의 30% 가산
- 대칭기관에 관한 처치 및 수술 중 "양척"이라고 표기한 것은 "양측"을 시술할지라도 소정점수만 산정
- 화상범위가 수개부위일 경우 화상범위를 합산하여 산정
- 창상봉합과 절개술에서의 근접부위 중 4x4인치 거즈 한 장 범위 내는 둘 이상의 절개창 또는 창상 길이를 합산하여 산정