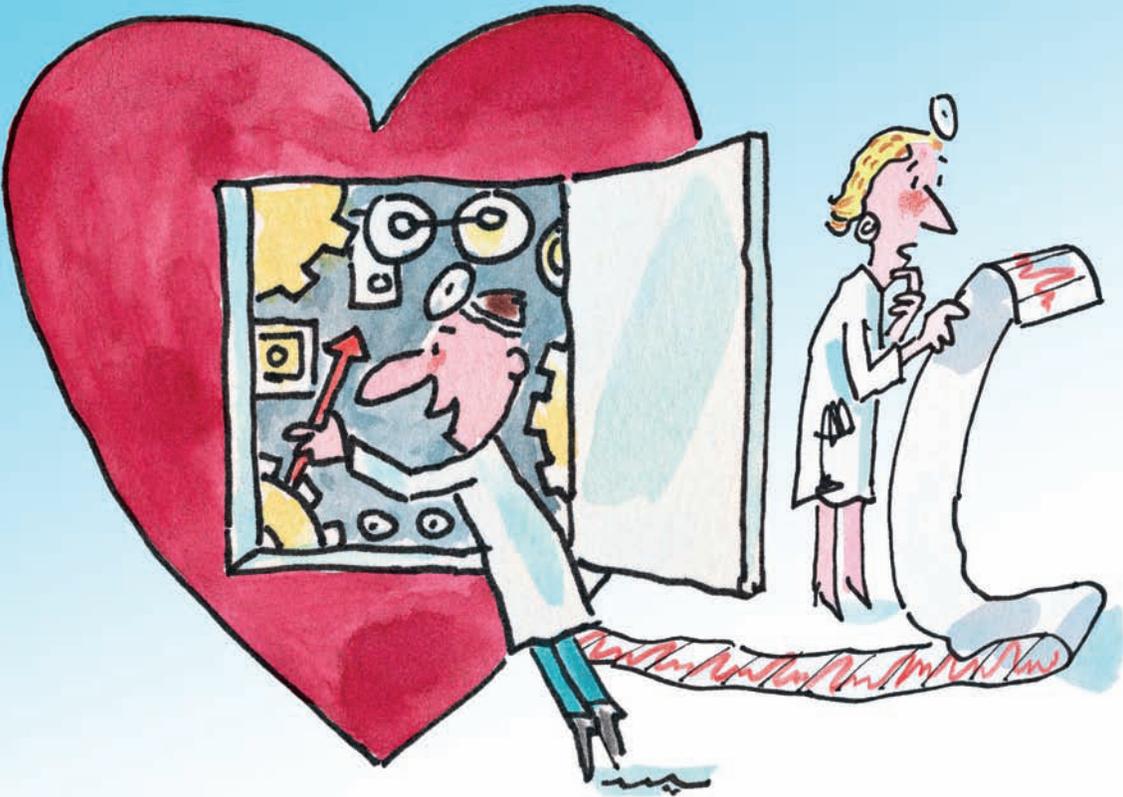




OECD 보건의료의 질 평가 : 한국편

OECD Reviews of Health Care Quality : Korea
Raising Standards



OECD/Korea Policy Centre
Health and Social Policy Programme



건강보험심사평가원
Health Insurance Review & Assessment Service

OECD 보건의료의 질 평가 : 한국편

OECD Reviews of Health Care Quality : Korea

Raising Standards



OECD/Korea Policy Centre
Health and Social Policy Programme

이 보고서의 원본은 OECD 사무총장의 책임 하에 출판되었다. 여기에 표현된 견해와 채택된 주장은 OECD 또는 회원국 정부의 공식적인 의견을 반영하는 것은 아니다.

본 보고서와 여기에 포함된 지도는 영토, 도시 또는 지역의 이름과 국경 및 경계, 영토의 주권이나 그 지위에 불이익을 주지 않는다.

본 보고서의 원본은 다음과 같이 인용하여 주십시오:

OECD(2012), OECD Reviews of Health Care Quality : Korea—Raising Standards, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>

이스라엘에 대한 통계자료는 해당 이스라엘 당국의 책임 하에 제공되었다. OECD는 국제법에 따라 골란 고원, 동 예루살렘, 서안의 이스라엘 정착지역의 지위를 침해하지 않고 이러한 자료를 사용한다.

이 보고서의 원본은 파리의 경제협력개발기구(OECD)에서 다음의 영문 제목으로 발간하였습니다.

OECD Reviews of Health Care Quality : Korea - Raising Standards

이 보고서의 원본의 저작권은 OECD에 있습니다.

본 한국어판은 파리의 OECD와 계약에 의해 발간되었으며, 저작권은 OECD대한민국정책센터에 있습니다. 한국어 번역의 품질 및 원본과 일치 여부는 OECD대한민국정책센터의 책임하에 있습니다.

〈OECD 보건의료 질 평가 : 한국편〉 번역서 발간에 즈음하여

한국은 1996년 OECD 가입 이후, OECD의 여러 활동분야에 적극적으로 참여해 왔습니다. OECD에서 수집한 통계와 발간 보고서는 국내 보건의료 발전에 있어 소중한 정책 자료로 활용되고 있습니다.

지난 10년간 한국의 참여수준이 제고되는 동시에, OECD 보건의료분야 활동도 성장을 거듭했습니다. 대표적인 예로, 보건의료의 질 지표(Health Care Quality Indicators, 이하 HCQI) 프로젝트는 국가간 성과비교 목적으로 2001년에 시작된 이래, OECD국가의 적극적인 참여와 활동에 힘입어 성공적으로 안착되었습니다. OECD에서는 2010년 개최된 보건장관회의를 기점으로 통계비교에서 한걸음 나아가, 정책 영역의 활동범위를 확대하였습니다.

이러한 배경 하에, OECD 사무국 보건부(Health Division)에서는 2011년부터 개별 회원국의 보건정책을 의료의 질 관점에서 조망하고, 개선권고안을 제시하는 보건의료 질 검토(Health Care Quality Review) 사업을 시작하게 되었습니다. 한국 정부는 수십 년 간 지속된 건강보험의 문제점을 객관적으로 진단하고 개선안을 마련하고자, OECD의 보건의료 질 검토사업의 첫 번째 국가로 참여하였습니다.

보건의료 질 검토사업은 국내 다양한 보건의료기관과 전문가, 전문가단체의 협조 하에 성공적으로 진행되었습니다. 이 과정에서, 건강보험심사평가원은 고도의 정보시스템과 전문적 역량에 기반하여 HCQI 프로젝트에 적극적으로 참여해 온 것이 계기가 되어, 이번 보건의료 질 검토사업에서 실무기관의 역할을 수행하였습니다.

한국 정부, OECD, 그리고 건강보험심사평가원을 비롯한 국내 여러 관련 기관에서 탐 흘린 결과, 2012년 3월 보건의료 질 검토보고서가 영문으로 발간되었습니다. 과거 OECD는 한국의 보건의료체계를 분석하여 정책대안을 제시한 보고서를 두 차례 발간한 바 있습니다.

그러나 이번 보고서는 광범위한 자료 수집을 통하여 한국의 보건의료체계 현황을 분석하고, 집필진이 한국을 방문하여 다양한 보건의료 전문가의 의견을 반영하였다는 점에서 기존에

발간된 보고서에 비해 진일보했다고 할 수 있습니다. 이번 보고서는 보건의료체계 현황분석을 통하여 논리적이고, 구체적인 정책권고안을 제시하였다는 평가를 받고 있습니다. 또한 보고서를 접한 OECD 회원국에서도 한국의 건강보험에 대해 높은 관심을 보이고 있습니다.

건강보험심사평가원에서는 OECD대한민국정책센터와 협력하여 이 보고서를 한글로 번역하게 되었습니다. 이 보고서가 국내 보건의료 관련 정책 당사자와 전문가, 그리고 보건의료 정책을 연구하는 많은 분들에게 보급되어 더 나은 보건의료체계를 향한 변화에 널리 활용되기를 바랍니다.

보고서 출간과 번역에 이르기까지 땀 흘린 OECD 보건부 직원, 보건복지부 관련 공무원과 국내 관련 기관의 직원들, 아낌없는 조언을 주신 전문가, 번역서 출간에 도움 주신 OECD 대한민국정책센터 직원들, 그리고 실무를 담당한 건강보험심사평가원의 직원들께 깊은 감사의 말씀드립니다.

2012년 7월

건강보험심사평가원 원장 강 윤 구

서문

이 보고서는 일부 OECD 국가를 대상으로 보건의료의 질을 평가하여 그 결과를 보고하는 새로운 시리즈에서 첫 번째로 발표되는 것이다. 보건의료비가 계속 증가함에 따라 정책결정자들은 보건의료에 대한 많은 지출이 그 비용에 합당한 가치를 제공할 수 있게 하는 과제에 직면하고 있다. 동시에 환자들에게 제공되는 보건의료의 질이 떨어지는 경우가 많다는 지적에 따라 더 큰 투명성과 책임성이 요구되고 있다. 그렇지만, 안전하고 효과적이며 환자에게 좋은 경험이 되는 보건의료를 제공하는데 있어 가장 큰 기능을 발휘하는 정책들이 무엇이며, 또 최소의 비용으로 최고의 의료를 제공하는데 도움이 되는 질향상 전략이 무엇인지는 아직 확인되지 않고 있다. OECD 보건의료의 질 평가(Reviews of Health Care Quality)에서는 보건의료의 질 향상에 가장 도움이 되는 정책들을 확인하고 그러한 정책을 개발할 수 있도록 지원한다. 그리고 보건의료에 투입되는 많은 자원들이 주민들의 건강을 위해 효과적으로 사용될 수 있도록 도움을 주고자 한다.

한국은 이러한 새로운 시리즈를 시작하기에 가장 적절한 대상 국가라 할 수 있다. 지난 30여 년 동안 의료 보장을 한국처럼 크게 확대한 국가는 거의 없다. 그리고 한국은 다른 OECD 국가들에 비해 상대적으로 적은 비용으로 이러한 성과를 이룩하였기에 더욱 의미 있다. 그러나 한국에서도 여러 가지 어려운 과제가 점점 크게 나타나는 상황에 직면하여-인구의 고령화, 보건의료 비용의 급속한 증가 및 만성질병에 의한 부담 확대-보건의료의 더 큰 개혁을 추구하고 있다. 한국이 직면하고 있는 과제들은 많은 다른 OECD 국가들에서도 공통적으로 나타나고 있으며, 이는 정책결정자들에게 보건의료의 비용을 억제하면서 동시에 질향상을 강조하는 방향으로 정책적 우선순위를 재설정할 것을 요구할 것이다. 이 보고서는 OECD 각국의 여러 가지 경험들에서 얻은 정보를 토대로 이러한 노력들을 확대하기 위해 건설적인 조언을 제공한다.

감사의 글

한국에 관한 이 보고서 작성에는 Ankit Kumar가 책임자로서 여러 저자들의 작업을 종합하였다. 그 외의 다른 저자들로는 Gerrard Abi-Aad, Y-Ling Chi and Niek Klazinga가 있다. 이 보고서의 저자들은 John Martin, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo 그리고 OECD 사무국의 Michael Borowitz가 여러 가지 조언과 제안을 제공해 준 데 감사를 표한다. 그리고 편집 과정에 노력을 아끼지 않은 Marlène Mohier과 Lucy Hulett, 여러 가지를 지원해준 Judy Zinemann에게도 감사드린다.

한국 관계자들의 많은 도움이 없었더라면 이 보고서는 완성되지 못했을 것이다. 2011년 5월 OECD 평가팀이 한국 실무방문 때 만났던 보건 의료 공무원과 보건 의료 학자 및 전문가들은 많은 경험과 자료를 제공해 주었으며 이는 이 보고서 작성에 큰 도움이 되었다. 이들은 정부 여러 부서의 공무원들과 여러 기구의 인력들로서 특히, 보건복지부, 건강보험심사평가원(HIRA), 국민건강보험공단(NHIC), 그리고 한국보건의료연구원(NECA) 등이다. 그리고 대한병원협회, 대한의사협회, 대한간호협회, 등의 전문가 조직들에게도 감사를 표하고 싶다. 많은 대학들과 보건 의료 전문가들 및 소비자 대표들에게도 감사를 드리는데 그들은 한국에서 의료의 질 향상과 관련된 관점을 저자들과 공유했다. 특히 박민수 과장(보건복지부)과 건강보험심사평가원의 김선민 박사는 평가팀의 실무방문을 준비하고 의료의 질 정책에 관한 방대한 설문 응답 내용을 정리하여 주었으며, 평가팀은 이에 대해 진심으로 감사드린다. 이 보고서가 나오기까지 한국의 많은 관계자들 및 전문가들이 초고를 검토하고 매우 가치 있는 조언을 제공해 주었다.

OECD 한국센터 서문

OECD대한민국정책센터(www.oecdkorea.org)는 OECD와 대한민국 정부 간에 양해각서(Memorandum of Understanding)를 체결하여 설립된 국제협력기구로서 OECD의 주요정책과 문제의식을 아시아-태평양 지역 비회원국과 공유하고 이들 국가에게 전파하는 역할을 수행하고 있습니다.

이와 관련하여 OECD대한민국정책센터 사회정책본부에서는 보건, 사회복지, 연금 등 사회정책 분야에 관하여 OECD에서 발간하는 주요 자료들을 한국어판으로 번역하여 보급하고 있습니다.

이번에 출간하는 ‘OECD Reviews of Health Care Quality : Korea Raising Standard’ 한국어판은 건강보험심사평가원 김선민 평가위원께서 번역하여 주셨고, OECD대한민국정책센터 사회정책본부 이한울 연구원의 협조와 함께 연세대학교 정형선 교수님께서 감수해 주셨음을 알려드립니다.

목차

약어	13
요약	14
정책 평가 및 권고	17
의료의 질에 대한 거버넌스에 초점을 둔 정책이 필요하다.	19
한국에서 일차의료의 강화	23
의료의 질을 향상시키기 위해 재정적 수단을 활용한다.	27
심혈관질환 진료 향상	31
결론	35
제1장 한국 보건의료체계에서 의료의 질	41
1.1. 의료의 질 관련 정책들의 분류를 위한 틀과 배경	43
1.2. 보건의료체계의 설계	47
1.3. 한국 보건의료에 있어서 투입 영역들	52
1.4. 보건의료 체계 모니터링 : 진료의 표준화와 측정	60
1.5. 의료의 질 향상을 촉진하기 위한 정책들	70
1.6. 결론 : 의료의 질 향상과 관련하여 정부의 우선과제들	74
제2장 의료의 질 개선을 위한 재정보상	79
2.1. 한국의 보건의료 개혁을 위한 경제적 과제	80
2.2. 한국은 보건의료와 병원 서비스를 낮은 가격으로 높게 공급한다.	85
2.3. 질 향상을 위한 재정보상의 주요 과제들	89

2.4. 의료의 질을 강조하면서 동시에 병원의 효율성을 더욱 향상시키기 위하여	96
2.5. 일차 의료의 재정보상	103
2.6. 한국 보건의료체계에서 성과지불제도(pay for performance)	105
2.7. 결론	110
제3장 일차의료의 강화	113
3.1. 왜 일차의료이 중요한가?	115
3.2. 한국인의 종합적 건강 상태 : 변화와 향후 과제들	116
3.3. 한국에서 증가하는 만성질환으로 인한 과제	119
3.4. 한국의 일차의료	125
3.5. 한국 일차의료체계의 강화	127
3.6. 결론	134
제4장 한국의 심·뇌혈관 질환의 의료의 질	137
4.1. 한국의 CVD 결과	138
4.2. 한국의 CVD에 대한 의료의 질 향상 정책	146
4.3. 결론	160

표목차

표 1.1. 의료의 질에 영향을 미치는 보건의료 정책	47
표 1.2. HIRA의 의료의 질 정책 시행의 연혁	51
표 1.3. HIRA의 진행중인 의료의 질 평가 프로그램 평가 대상 기관	63
표 1.4. HIRA의 평가항목별 자료원 및 자료수집대상, 2010년	64
표 1.5. HIRA에 의해 수집된 질지표의 결과 요약표	65
표 2.1. 한국에서 규모에 따른 병원의 분포	90
표 2.2. 한국의 의료기관 종별 DRG제도 참여 현황	99
표 2.3. 가감지급 시범사업에서 급성심근경색의 지표와 성적 변화	107
표 3.1. 한국의 의원에서 진료하는 의사 전문과목, 2005년~2009년	126
표 3.2. 한국 의원의 단독운영과 집단운영(2010년)	127
표 4.1. 한국 보건소 제공 검진후 활동	150
표 4.2. 상급종합병원 및 종합병원 내 뇌졸중집중치료센터의 운영	156

그림목차

그림 1.1. OECD 국가들의 평균수명, 2009년	43
그림 1.2. 조절되지 않는 당뇨병 환자의 입원율, 15세 이상, 2009년(혹은 최근 연도) ...	45
그림 1.3. 천식환자의 입원율, 15세 이상, 2009년(혹은 가장 최근 연도)	45
그림 1.4. 급성심근경색으로 병원입원 후 30일 이내의 사망률, 입원기준 및 환자기준, 2009년(혹은 가장 최근 연도)	46
그림 1.5. 인구 1,000명당(활동 중인)간호사 수, 2009년과 2000년~2009년 사이의 변화 ...	54
그림 1.6. 임상 지침 개발과정	60
그림 2.1. 2010년 OECD 국가의 GDP대비 보건의료비용 지출	82
그림 2.2. OECD 국가의 1인당 보건의료비용 지출과 1인당 보건의료지출의 증가 (2002년~2009년)	82
그림 2.3. 한국의 공공, 민간부문에서의 보건의료지출, 2001년~2010년	83
그림 2.4. 만성질환 영역별 지출의 전체 국민건강보험 지출에서의 비율	83
그림 2.5. OECD 국가의 1인당 병원 비용의 연간 평균 성장(2002-2009)	84
그림 2.6. 1인당 보건의료 지출 성장의 주요 동력(2004년~2009년), OECD 17개국과 한국의 비교	85
그림 2.7. 인구 100만 명당 병원 수, 2000년~2009년	86
그림 2.8. OECD 국가의 인구 1000명 당 병원 병상 수, 2009년	86
그림 2.9. 인구 100만명 당 CT 수, 2009년	87
그림 2.10. 인구 100만명 당 MRI 수, 2009년	87
그림 2.11. 모든 OECD 국가의 입원환자의 평균 재원일수, 2000년 및 2009년	93
그림 2.12. 모든 OECD 국가의 1인당 의사 진찰건수, 2009	94

그림 2.13. 정상출산 1000건 당 제왕절개, 2009년(또는 최근 연도)	106
그림 2.14. 가감지급 시범사업에서 급성심근경색 성적의 향상	108
그림 3.1. 기대수명 연평균 변화와 보건의료비 연평균 변화와의 잠재적 연관성	117
그림 3.2. 의존 인구(65세 이상)의 비율 : 총 인구에 대한 비율	118
그림 3.3. OECD 국가의 여성과 남성의 매일 흡연, 2009년(혹은 최근년도)	119
그림 3.4. 2010년 당뇨병자 1인당 평균 보건지출	120
그림 3.5. OECD 국가의 당뇨 유병률과 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원과의 관련성 ..	121
그림 3.6. 한국에서 피할 수 있는 병원 입원	122
그림 3.7. 주요 만성질환의 평균입원일수, 한국과 OECD 평균의 비교(1998년~2010년) ..	123
그림 3.8. 예방조치를 취할 수 있는 만성질환으로 인한 사망에 따른 잠재적 수명손실년수 ..	124
그림 3.9. OECD 국가의 1인당 의사진찰 회수, 2009년 또는 최근 연도	126
그림 4.1. 일부 OECD 국가들의 허혈성 심장 질환 사망률 추세, 1980년~2005년	139
그림 4.2. 허혈성 심장질환 사망률, 2009년(또는 가장 최근 연도)	140
그림 4.3. 급성심근경색증 입원 후 30일 내 병원 내 치명률(같은 병원), 2009년(또는 가장 최근 연도)	140
그림 4.4. 뇌졸중 사망률, 2009년 (또는 최근 연도)	141
그림 4.5. 허혈성 뇌졸중 입원 후 병원 내 30일내 치명률, 2009년(또는 최근 연도)	141
그림 4.6. 매일 흡연하는 성인 인구의 비율, 2009년 및 1999년~2009년(혹은 최근 연도) 흡연율의 변화	144
그림 4.7. OECD 국가의 증가하는 비만율	145
그림 4.8. 조절되지 않는 당뇨병 입원율과 당뇨병의 유병률, 2009년	146
그림 4.9. HIRA가 수집한 CVD의 성과 지표 결과	155
그림 4.10. 권역 심뇌혈관센터의 주요 기능 요약	157

약어

ADL	Activities of daily living
AMI	Acute myocardial infarction
APN	Advanced practice nurse
CABG	Coronary artery bypass graft
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
CT	Computed tomography
CVD	Cerebrovascular diseases
DRG	Diagnosis-related group
DUR	Drug Utilisation Review
EDI	Electronic Data Interface
EQMASS	Quality Measurement of Stroke of Care System
GDP	Gross domestic product
GMP	Good manufacturing practices
HEDIS	Healthcare Effectiveness Data and Information Set
HIRA	Health Insurance Review and Assessment Service
ICD	Implantable cardioverter defibrillator
IHI	Institute for Healthcare Improvement
IND	the Investigational New Drug
IDF	International Diabetes Federation
IHI	Institute for Healthcare Improvement
KABON	Korean Accreditation Board of Nursing
KAMS	Korean Academy of Medical Science
KCDC	Korean Centre for Disease Control
KFDA	Korea Food and Drug Administration
KHA	Korean Hospital Association
KMA	Korean Medical Association
KNHANES	Korean National Health and Nutrition Examination Survey
KOIHA	Korea Institute for Healthcare Accreditation
KRW	Korea won
MAP	Medical Aid Programme
MOHW	Korean Ministry of Health and Welfare
MRI	Magnetic resonance imaging
NECA	National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency
NHI	National Health Insurance
NHIC	National Health Insurance Corporation
NSCR	National Strategic Co-ordinating Centre for Clinical Research
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
SNUBH	Seoul National University Bundang Hospital
TIA	Transient ischemic attack
VIP	Value Incentive Programme

요약

이 보고서는 한국 보건의료체계에서 보건의료의 질에 관해 평가한다. 먼저 다양한 정책 및 활동을 개관하고, 이들이 현재 한국에서 보건의료의 질을 확보하는데 있어 담당하는 역할들을 살펴본다(제1장). 그리고 다음과 같은 3가지 핵심적 영역을 중점적으로 검토한다: 보건의료의 질 향상을 촉진하기 위한 보건의료 재원의 활용(제2장), 한국에서 일차의료 강화(제3장), 그리고 심혈관계질환 관리의 질 향상(제4장). 보고서에서는 이러한 영역들을 검토하면서 모범사례를 강조하고 한국에서 보건의료의 질 향상을 위한 제안을 한다.

과거 한국은 보건의료 인프라가 열악하고, 분절된 보건의료 재정체계는 상대적으로 소수의 주민들을 담당하는 복수의 조합으로 구성되었지만, 불과 30년도 안 된 기간 동안 보편적 의료보장 및 많은 급성기 의료 시설로 특징되는 보건의료체계를 구축할 수 있었다. 그리고 1989년 보편적 의료보장이 달성된 이후에도 한국 보건의료체계의 개혁 속도는 느려지지 않았다. 20세기에 들어서면서는 약물의 처방 및 조제 기능이 분리되고(처방은 의사, 조제는 약사가 담당), 많은 수의 독자적 의료보험조합들이 단일 국가보험으로 통합되었다. 이와 같이 여러 가지 변화가 계속되었지만 의료의 질 향상을 위한 노력이 한국 보건의료체계에 내재화되지 않는 결과가 생겨났다. 공급자 차원에서는 의료의 질에 커다란 관심을 가진 개인들이 질 향상의 노력을 주도하는 경우가 많다. 국가 차원에서는 정책결정자들이 의료의 질 향상을 추진할 수 있는 조직적 구조를 가지고 있지만 질 향상이 다른 목표들과 우선순위를 놓고 경쟁해야 하는 경우도 자주 생긴다.

한국은 인구의 급속한 고령화가 시작되었으며 만성질환이 빠르게 증가하고 있다. 그러므로 보건의료체계도 급성기 의료서비스의 지속적 확대중심에서 벗어나 이러한 경향에 대응할 필요가 있다. 이와 같은 과제에 대처하기 위한 재정적 출발점은 한국 보건의료 개혁을 더욱 절실히 요구한다: 한국의 일인당 보건의료비 지출은 OECD 국가들 중에서도 가장 빠르게 증가하여 지난 10년 동안 그 증가 속도는 OECD 국가들의 평균보다 2배나 빨랐다. 그러나 보건의료비 지출이 늘어난다고 해서 반드시 의료의 질이 높아지는 것은 아니다. 실제로 그 반대도 가능하다—

현재 한국의 병원들은 환자에게 보건의료 서비스를 과도하게 제공할 가능성이 있으며 이는 의료의 질에 커다란 문제가 되고 있다. 정책결정자들은 환자가 병원을 방문할 때 그들에게 적정한 양의 의료서비스가 제공될 수 있게 하는 지불체계를 도입해야 한다. 이러한 개혁은 병원의 전체 재정에 대한 더욱 엄격한 통제와 함께 이루어져야 한다. 이와 같은 방법으로 정책결정자들은 비용이 지출되는 영역에 대해 영향력을 행사하고, 증가하는 보건의료비지출이 병원 영역을 넘어 좀 더 비용-효과적인 서비스로 향하도록 만들 수 있다. 이것은 환자들이 처음부터 병원에 입원(혹은 재입원) 하지 않는데 도움이 될 수 있다. 단일보험자는 한국에서 의료의 질향상을 위한 이러한 개혁을 성취하는데 최상의 제도적 강점이다. 하지만 그렇게 하기 위해서는 단일보험자가 단순한 지불자에 머무르지 않고 적극적인 구매자가 되어야 한다.

한국에서 의료의 질 향상을 위해서는 강력한 일차의료 영역의 발전에 중점을 둔 정책이 가장 우선되어야 한다. 이것은 환자들이 여러 가지 다양한 보건의료 서비스를 계속적으로 필요로 할 때 스스로 이를 조정하여 자신들의 질환의 위험도를 감소시키는 행동을 취할 수 있도록 한국보건의료체계가 도와주는 기능을 하기 위해 필수적이다. 이를 위해서는 일차의료 영역에 투자가 확대되어야 한다. 예를 들어, 성공적인 의료 모델의 확대를 지원하고, 환자 상담이나 생활양식 개선과 같이 비용효과적인 환자 서비스에 대해서는 보상 수준을 높이는 것이다. 일차의료 영역이 강력해지기 위해서는 일차의료 전문하는 인력이 대규모로 양성되어야 한다. 이러한 투자는 장기적으로 일차의료 시설 개발과 함께 할 필요가 있다. 가장 먼저, OECD 국가들의 사례로 볼 때 집단 개업(Group practice)이 의료서비스들을 조정하고 질을 향상 시키는데 도움이 된다. 그리고 지역 조직들이 이러한 활동을 지원해야 한다. 이를 통해 구체적 자원들을 가장 필요로 하는 지역사회에 배치하는 수단을 보험자가 가지게 된다. 이렇게 하기 위해 한국은 지역적 차원에서 의료의 질과 관련된 측정 도구를 향상시킬 필요가 생기게 된 것이다.

현재 한국에는 보건의료의 질 향상을 도모하는 구체적이고도 영향력 큰 프로그램들이 요구된다. 가장 절실한 것은 개별적 임상인들의 성과를 보다 잘 모니터링할 수 있는 시스템인데, 이러한 시스템에서는 환자 안전의 위험과 같은 문제들이 확인되고, 환자들로 하여금 자신들이 받은 진료의 질에 대해 피드백을 제공할 수 있는 수단이 제공된다. 여기에는 지속적인 교육을 통해 그들의 기술을 항상 최상으로 유지하려는 임상인들의 노력이 수반되어야 한다. 한국은 이미 병원 인증을 위한 우수한 시스템을 보유하고 있지만 인증의 대상이 되는 병원들이 소수에 불과하다. 이러한 인증제를 병원 영역을 넘어 확대시킬 것을 권고하며 앞으로 일차의료에 대한 인증으로까지 확대되어야 한다. 마찬가지로, 의약품처방조제지원서비스(Drug Utilisation Review)에서 볼 수 있듯이, 한국은 세계 수준의 정보기술을 보유하고 있다. 그러나 이러한 정보

인프라는 약물 영역을 넘어 그 활용이 확대되어야 한다. 환자의 병력이 활용 가능한 데이터로 만들어져서(프라이버시 보호의 테두리 내에서), 공급자들이 자신들이 제공하는 의료의 적정성을 개선시키는데 도움을 줄 수 있어야 한다.

한국 보건의료체계 전반의 질 향상을 위한 영역과 원동력은 심혈관계질환 관리의 질에 반영되어 있다. 한국의 병원 부분은, 전국적으로 편차가 있기는 하지만, 질 높은 심혈관계 치료를 제공하고 있다. 이것은 한국 보건의료체계가 전반적으로 병원 중심적 접근방식을 취했던 것이 심혈관계질환의 의료와 관련된 정책에서도 마찬가지로 반영된 결과이기도 하다. 그러나 장래의 심혈관계질환 관리의 중심은 병원을 벗어나야 한다: 건강위험 행동을 수정하여 질환을 예방하고, 환자들이 병원에 입원하기 전에 자신들에게 발생한 문제를 관리할 수 있도록 도우며, 응급차 서비스를 개선하고, 포괄적인 재활 서비스를 제공하여 회복을 돕는 것 등이다.

특정한 취약점을 개선하는데 초점을 맞춘 개혁과 보건의료체계 전체에 걸친 개혁을 병행함으로써, 한국 보건의료체계에서 의료의 질이 크게 향상될 수 있다. 이 보고서에는 한국이 이러한 개혁을 추진하는데 도움이 되는 제안이 담겨 있다.

정책 평가 및 권고

한국은 지난 30년 동안 눈부신 경제성장을 이루었고 인재 개발에서도 성과를 거두었다. 또한 보건의료 서비스의 가용성이 향상되고 건강 보험 보장성이 빠르게 확장되면서 삶의 수준도 높아졌다. 놀랍게도, 현재 한국은 OECD 국가 중 의료 서비스 지출은 가장 낮은 편이면서(2009년 기준 GDP의 6.9%) 기대 수명은 가장 높은 국가 중 하나다. 대부분의 OECD 국가들에 비해 병원을 쉽게 이용할 수 있고, 병원은 최첨단 의료 장비를 갖추고 있다. 지난 20년 동안, 한국은 의료 서비스 개혁을 통해 그 보장 범위를 확장하였을 뿐만 아니라, 보험자들을 공공기관인 국민건강보험공단(National Health Insurance Corporation)으로 통합함으로써 행정 절차를 간소화하였다. 지난 20년 간의 의료 체계의 발전은 사회 보험을 통해 합리적 비용으로 보편적인 의료 서비스를 제공하고자 하는 나라들에게 본보기가 되고 있다.

한국의 보건의료체계는 이러한 성과를 더욱 공고히 하는 한편, 단순하게 급성기(acute) 의료 서비스의 지속적 확대를 지원하는 것에서 벗어나, 이제는 그 초점을 바꿀 시기가 되었다. 소득 수준이 높아지고 노령인구가 늘어남에 따라 중요하게 대두되는 만성질환 및 장애의 문제에 대응하기 위해서는 급성기 중심의 보건의료체계로는 충분치 않기 때문이다. 식생활의 서구화 등 최근의 생활양식의 변화에 따라 지방섭취량과 비만수준이(아직 낮은 수준이기는 하나) 지속적으로 증가하고 있다. 또한 다른 OECD 국가들에 비해 낮은 편이기는 하나 알코올 소비량도 증가하고 있다. 흡연율도 여전히 높아서, 매일 흡연하는 남성의 비율은 터키와 그리스를 제외한 다른 모든 OECD 회원국에 비해서 높다. 이렇게 높은 건강위험 행위비율은, 만성 질병과 노화라는 심각한 문제와 복합적으로 작용해서 의료 체계에 계속해서 큰 부담으로 작용할 것이다. 한국의 1인당 의료비 지출은 2002년 이후 이미 연간 8%씩 증가하고 있으며, 이는 같은 기간 OECD 평균인 3.6%의 2배 이상으로, 회원국 가운데 가장 빠른 증가율을 보이고 있다. 이러한 속도로 지출이 증가한다면, 분명 그 체계는 지속가능하지 않다는 점이 한국 정책 결정자들이 직면한 과제이다. 현재와 같이 급성 의료 서비스에 초점을 맞춘 의료 체계를 유지한다면, 의료 서비스 지출의 급격한 증가는 앞으로도 계속될 것이다.

한국의 보건의료체계는 지금까지 급격하게 투자를 늘리고 물적 자원을 확충해 왔지만, 그에 상응하는 양질의 의료를 제공하고 있다는 근거는 분명하지 않다. 천식과 만성 폐색성 폐질환(COPD)과 같은 흔한 호흡기 질환으로 인한 예방 가능한 입원율이 가장 높은 수준이다. 이와 마찬가지로 (관리 가능한 질환인) 고혈압 환자의 입원율도 최근 몇 년 동안 계속해서 증가하여 현재는 OECD 국가 중 네 번째로 그 비율이 높다. 급성 심근경색증으로 병원에 입원하여 30일 이내에 병원에서 사망하는 비율은 OECD 회원국 가운데 가장 높다. 일반적으로 병원에 일단 입원을 하게 되면, OECD 국가 환자들은 평균 9일 동안 입원하는데 비해, 한국의 환자들은 그 2배의 기간 동안 병원에 입원한다. 이렇게 상대적으로 저조한 성과는, 보장성을 급속히 확대하고 본인부담금을 낮추는데 초점을 두었던 한국의 보건의료체계가 정책적 과제에 당면하고 있다는 사실을 반영한다. 따라서 향후 10년 간 한국 보건의료체계의 가장 큰 과제는 ‘의료의 질과 비용대비가치’를 보건정책의 작동 원리로 삼는 것이어야 한다.

한국 의료의 질 향상 정책은 일관성이 부족하다. 이것은 의료의 질을 높이기 위한 세 가지 핵심 과제에 반영되며, 이 보고서에서 계속 다룰 것이다.

- 한국은 강력한 지역사회 기반 일차의료 체계를 갖고 있지 않다. 그 결과, 소비자들은 병원서비스를 더 선호하며 찾게 되고, 이러한 경향은 보건의료 공급자들 사이의 치열한 경쟁으로 인해 더 심화된다. 이를 보건의료 공급자들은 장기적 관점에서 환자 건강에 적합한 의료를 제공하기보다는 공급자 자신들이 할 수 있는 서비스를 제공하는 경우가 많다.
- 의료 체계의 거버넌스는 의료의 질을 핵심 우선순위로 충분히 강조하고 있지 않다. 보건의료 공급자들 전체가 성과를 모니터링하고 향상시키기 위한 정책을 채택하고 있지는 않으며, 일부 선택된 공급자 및 기관들만 이러한 노력을 주도해 가는 경향이 있다.
- 보건의료 체계는 가용한 자료를 충분히 활용하고 있지 않다. 한국은 정보기술 인프라와 데이터를 충분히 확보하고 있기 때문에 이를 이용하여 보건의료 체계에서 우수한 부분과 취약점을 찾아낼 수 있다. 이러한 정보를 활용하면 비용대비 가치가 높은 서비스를 제공하는 부분 및 환자의 보건의료 욕구에 적절히 대응하는 부분에 재정을 지원할 수 있을 것이다.

이러한 문제에도 불구하고 현재까지 한국에서는 커다란 보건의료 개혁이 진행되었으며, 그 결과 앞으로 더 많은 개혁을 추진할 수 있도록 이상적인 제도적 장치를 마련할 수 있었다. 단일 보험자체계를 확립함으로써 한국 보건의료체계는 독점적 구매력을 사용하여 보건의료의 질을

향상시킬 수 있는 여건을 갖추었다. 단일보험자로서 가진 이러한 재정적 도구를 더 향상시키면 한국에서 변화하는 보건의료 수요에 대응할 수 있는 보건의료 서비스 구조로 개선하는 데 활용할 수 있을 것이다. 수명이 늘어남에 따라 복합적 만성질환을 가진 주민들이 증가하고 있는 한국 상황에 효과적으로 대응하기 위해서는 이와 같은 변화가 필수적이다.

한국의 국민건강보험 재정적자는 앞으로 더욱 확대될 것으로 전망되며, 이것은 추가적 개혁을 위한 기회의 창을 제공할 것이다. 다른 OECD 국가들과 마찬가지로, 정부가 어려운 재정 여건에 대응하면서 개혁을 추진해야 할 것이다. 인구의 고령화와 노동력의 축소는 이러한 상황을 더욱 심화시킬 것이다. 이 보고서는 한국 보건의료체계는 신중한 개혁이 필요하며 의료의 질 향상이 핵심적 목표가 되어야 한다고 주장한다. 보고서는 의료의 질 향상과 관련된 모범 사례를 확인하고, 한국에서 의료의 질을 더욱 향상시키기 위한 방법에 대해 조언한다.

의료의 질에 대한 거버넌스에 초점을 둔 정책이 필요하다.

한국에서 의료의 질 관련 정책들은 의료체계 내에서 우수성을 확립하기 위해 동기부여가 된 몇 명의 개인과 기관에 의존하는 경우가 너무 많았다. 이러한 보건의료체계가 모범 사례를 필요로 하고 또 그것을 체계 전체로 확산시키고자 할 때도 그 속의 개인과 기관들은 제대로 그 역할을 수행하지 못하는 것으로 보인다. 보건의료체계를 향한 한국의 접근은 산업개발의 정책 마인드에 기초를 두고 있다. 그것은 공급자의 성장과 그들 사이의 경쟁을 장려하지만, 사회보험에 기반을 둔 다른 OECD 회원국들의 보건의료체계가 추구하고 있는 더 넓은 사회적 목표를 제공하는 데는 그만큼의 비중을 두지 않는다. 의료체계의 초점은 산출물의 질에 주어지고, 체계의 질에는 초점이 덜 주어져 있다. 즉, 개별적인 사안은 각기 잘 수행되고 있으나, 직면한 여러 문제들을 고려할 때 최선의 선택은 아닐 수 있다.

의료의 질 향상을 위한 보건의료체계 전체 차원에서의 노력은 거버넌스의 초점이 의료서비스에 대한 상환에서 벗어나 주민들의 건강향상으로 전환하는데서 시작되어야 한다. 현재의 법적 틀을 넓히고, “질의 으뜸기관(*institutional champion for quality*)”을 만들어냄으로써 한국은 이를 달성할 수 있다. 현재 한국 보건의료의 법적 틀은 보험 적용이 되는 (*insured*) 서비스의 제공을 보장하는 것에 중심을 두고 있다. 이는 헌법이나 주요 보건법안에서 국민건강을 보호하는 (때로는 향상시키는) 보다 넓은 목적을 정부의 책임으로 하고 있는 다른 주요 OECD 국가들에 비해서 협소한 범위이다. 가장 즉각적인 함의는, 기본 보험급여권 밖에서

제공되는 많은 의료서비스의 질 보장에 대한 책임성이 모호하다는 것이다. 그 결과 건강보험 심사평가원(HIRA)의 역할은 현재 공격적으로 지불되는 의료서비스의 질을 평가하고 심사하는 것에만 주어져 있다.

HIRA가 역할을 넓혀서 보험 적용이 되는 서비스에 국한하지 않고 모든 서비스의 질 향상을 주도하도록 할 필요가 있다. 이를 위해서는 한국 의료체계 제공자들의 문화를 의료현장에서 의료의 질에 우선순위를 두도록 변화시키는 노력이 지속적으로 이루어져야 한다. HIRA는 이에 솔선수범해야 한다: HIRA는 개별 공급자에게 피드백을 주고, 의료의 질에 대한 정보를 사려깊게 발표함으로써 체계 전반에 걸쳐 질 향상을 위한 으뜸기관으로서 스스로를 자리매김해야 할 것이다. 이것은 (NECA와 협력하여) 근거중심의료에 대한 HIRA의 현재 역할과, 보건의료기술평가와 약제 평가 조직과의 느슨한 연계에 기반하여 구축할 수 있을 것이다. 한국 보건의료의 질을 관리하는 체계를 강화하도록 하는 법제화가 도움 될 것이다.

의료의 질 향상을 추구하는 정책은 특히 병원 영역에 이미 존재한다. 그러나 개별 의사들이 수행하는 진료의 질을 모니터링하지 않으면 기대만큼의 효과를 거두지 못한다.

의사협회와 병원협회는 의료기관 인증과 임상 교육의 절차를 개발했지만, 개별 임상진료에 대한 자율적 규제는 부족하다. 새로운 의사들을 위한 의학교육과 병원 내 훈련 프로그램은 의료의 질을 유지하는 기반이 된다. 이것은 해당 의사간호사 전문가 단체가 제공하는 보수교육 프로그램에 의해 가능하다. 의료 전문인들의 면허 재발급(re-certification)을 통하여 보수교육 이수율을 높이고, 면허를 강화하고자 하는 보건복지부의 최근 정책적 노력은, 제공되는 진료의 질을 개선하는 데 있어 환영할만한 것이다.

한국 보건의료체계 안에서 가장 우려되는 문제는 환자의 안전을 보장하는 명확한 기전이 부족하다는 점일 것이다. OECD 국가들은 지난 20년에 걸쳐 임상진료의 바람직하지 않은 경향을 파악하고, 이를 줄이기 위해서 개별 의사들의 성과를 모니터링하는 방법을 강구해 왔다. 그러한 체계는 (적신호 사건과 같은) 환자 안전에 있어서의 문제점을 모니터링하고, 환자들로 하여금 (의료의 질과 관련된 문제를 포함해서) 보건의료서비스에 대한 그들의 경험을 피드백할 수 있는 방법을 제공했다. 한국에서는 환자안전에 대한 국가 프로그램의 일부로 이와 유사한 체계를 구축하기 위한 노력이 수행되어야 한다. 이것은 개별 병원들이 스스로의 절차를 마련하도록 하는 기존의 질 보장 기전 위에 구축될 수 있다.

환자 안전에 대한 그러한 체계는 전형적으로, 의사단체들이 그들의 전문가적 표준을 유지하도록 하는 피드백 기전을 갖고 있다. 대부분의 OECD 국가들에서는 의사단체들이 심각한 질의 문제와 잠재적인 전문가적인 진료 오류 사례를 조사하고, 필요한 경우 의사면허를 박탈하는데 있어서 중요한 자체적인 규제 역할을 행사하고 있다. 한국의 의료전문가 단체들은 한국 간호사협회가 채택한 절차와 체계를 배울 필요가 있다. 의료전문가 단체가 그런 일을 하지 않는다면, 정부가 그런 것들을 조사하는 기전을 마련한 사례가 많다. 이런 분야의 행동이 부족한 경우, 의료 과오와 관련된 법률적 분쟁이 급격하게 늘어날 것이다. 벌써, 이와 관련된 비용이 보건의료 지출의 1 퍼센트에 달하는 것으로 추정되고 있고, 매년 15 퍼센트의 속도로 증가하고 있다.

다른 OECD 국가들과 마찬가지로, 한국도 오랜 역사의 의료기관 인증 프로그램을 갖고 있으며, 최근 일부 변화가 있었다. 한국의 새로운 인증 과정은 엄격하지만, 병원급 의료기관 안에서 충분히 광범위하게 적용되지 않고 있으며, 병원을 넘어서 확대하려는 초기단계이다. 한국의 병원 인증은 미국, 대만, 호주의 프로그램을 모델로 삼아 광범위한 영역을 포괄하고 있다. 인증을 통하여 병원과 질 향상의 파트너십을 구축하는 바람직한 접근 전략을 추구하고 있다. 그러나 2011년 말기준, 인증은 44개 상급종합병원과 단지 12%의 종합병원(33개), 0.6%의 소규모 병원(8개)만이 참여하였다. 물론 이러한 사실은 새로운 인증이 걸음마 단계라는 것을 반영하기는 하지만, 의무적인 인증에서 자발적 인증으로의 변화는, 특히, 인증이 가장 필요한 중소규모 병원의 질을 보장하기 위한 전략으로서의 스스로의 역할을 약화시켰다. 인증은 재정보상과 연계하여 소규모 병원과 종합병원들이 인증을 받도록 하는 압력으로 작동하도록 해야 한다. 2013년부터 인증을 확대하여 요양병원과 정신병원까지 포괄하려는 노력도 훌륭하다고 할 수 있다. 이를 넘어서서 한국의 의료기관 전반에 걸쳐 질에 대한 관심을 형성하도록 인증은 일차의료기관으로 확대되어야 한다.

또한 의료의 질을 향상시키기 위해 다른 다양한 정책들도 강화해야 한다. 최근 한국은 임상진료지침을 개발하기 위한 역량 강화에 힘써 왔다. 하나의 프로그램은 대한의학회를 통해서 운영된다. 또 다른 프로그램은 정부의 지원을 받아 임상 연구의 맥락 안에서 운영되고 있다. 이 프로그램들은 여러 다양한 영역의 전문 연구집단에 의해서 주도되어 왔다. 연구기관들과 NECA와 함께 수행된 의미 있는 연구들도 있지만, 이것이 임상적인 진료나 서비스에 대한 재정적 보상(financing)의 의사결정에 미친 영향은 제한적이다. 그러한 기관들이 재정적 의사결정에 영향을 주고, 임상진료지침에 대한 정보를 제공할 수 있는 절차를 확립하는 것이 바람직할 것이다.

한국은 세계적 수준의 정보기술 인프라와 보건의료 정보를 갖고 있다. 질을 향상시키고 정책을 추진하기 위해서 이러한 것을 잘 활용하여야 한다.

한국은 다른 OECD 국가들이 직면해 있는 도전과제들을 극복하고, 세계 최고 수준의 보건정보기술 인프라를 구축하였다. 특히, 한국의 처방조제시스템(DUR)은 OECD 국가에서 볼 수 있는 처방모니터링시스템 중 가장 광범위한 것에 속한다. 이 체계는 환자가 현재 복용하고 있는 약과 중복되거나 병용금지인 약을 처방 받게 될 때 개인식별번호를 이용하여 점검한다. 이 시스템은 의원에서 약을 처방하고 약국에서 판매하는 두가지 상황 모두를 점검한다. 하지만, 이 시스템을 위해 발달된 기술적 인프라에 상당한 투자를 했음에도 불구하고, 이 체계의 임상적 근거는 약물의 화학적 성분의 금기에 국한하고 있을 뿐, 처방된 약의 치료군 간의 금기는 평가하지 못하고 있다(후자의 경우 불필요한 처방을 찾아내고 부적절한 의약품 관리를 예방할 수 있는 여지를 넓힌다). 이렇듯 체계의 범위를 좁힌 것은 잠재적인 영향력을 불필요하게 제한하였다. 세계의 어떤 다른 체계에 비해서도 범위와 깊이가 앞서는 이 기술기반의 활용을 극대화하기 위한 노력이 가해져야 한다. 마찬가지로, 궁극적으로 이 체계를 주요 병원들로 확대한다면, 약제 관리 문제에 대처하고, 비용을 절감하는데 도움이 될 것이다.

HIRA가 이미 이용할 수 있는 자료 가운데서 더 많은 가치를 창출해야 한다. 청구 정보와 임상 질 지표, 다른 기록자료에서 활용할 수 있는 정보들을 연계하여 한국은 보건의료체계 성과를 더 잘 분석하고 특정한 필요에 부응하는 서비스를 설계할 수 있다. 예를 들어, 한국은 복합 질환이나 만성질환을 가진 환자들을 추적하여 그들이 어떤 서비스를 얼마나 자주 이용하고 있으며, 이런 것들이 진료의 연속성이나 재입원율, 사망률에 어떤 영향을 주는지를 이해할 수 있는 역량을 갖고 있다. 그러한 모니터링을 통해 얻은 지식으로부터, 한국의 조기검진프로그램에 대한 추적으로서 어떠한 서비스가 환자에게 가장 잘 제공되었는지를 알아낼 수 있다. 마찬가지로 암 진료의 질을 개선하기 위해서 더 나은 정보는 필수불가결한데, 암 등록에서는 다양한 환자들의 코호트를 추적하여, 환자의 치료결과와 사망률에 대한 정보를 파악할 수 있다. 환자의 성과와 서비스에 대한 정보를 신중하고 조화롭게 활용하면, 지역 단위의 정보를 제공하여 정책결정자와 소비자가 적절한 자원을 필요한 지역에 적절하게 배분되었는지를 판단할 수 있도록 할 수 있다.

한국은 간단한 수준의 전자적인 환자 이력정보를 구축 할 수 있는 기술적 역량을 이미 갖추고 있으며, 그렇게 해야 한다. 개인환자식별번호는 DUR의 근거가 되었고, 건강보험혜에 지불되는 서비스의 청구정보에 기록되어 있다. 이러한 환자식별번호의 전자기록 시스템은 간단한 수준의 전자적인 환자 이력정보를 구축하는 토대가 될 수 있으며, 환자의 약물투여와

보건의료서비스 이용에 대한 기왕력 정보를 기록할 수 있다. 적절한 시기에 이것을 확장하면, 진단명과 다른 검사결과의 전자적 저장을 포괄하여 같은 날 한 체계 안에서 중복으로 제공된 서비스의 비용을 줄이는데 기여할 수 있다. 한국의 이러한 방향에 대한 노력은 프라이버시에 대한 우려 때문에 저항이 있다. 이러한 기술은 의사가 의료의 질을 높이고 제공하는 진료의 적절성을 높이는 데 상당히 기여할 수 있기 때문에, 한국은 프라이버시와 관련된 다른 OECD 국가들의 노력을 눈여겨 보아야 한다.

한국의 병원분야에서 어떤 서비스들이 제공되고 있으며, 병원들의 수익이 얼마나 되는지에 대한 정보의 질을 개선하면, 재정적 의사결정이 보다 합리적으로 될 수 있을 것이다. 이미 병원들은 의료서비스를 보험에서 지불하는 것과 소비자가 직접 부담하는 것들로 나누어 관리하는 체계를 갖추고 있다. 정부는 현재 소비자가 부담하는 부분은 정보를 받지 못하고 있는데, 이에 대한 정보를 받게 되면 건강보험 기관들이 의료체계 안에서 신의료기술이 활용되는 정도를 이해하는데 도움이 될 것이다. 장기적으로는 프랑스와 영국, 캐나다, 호주 등과 같이, 특정 첨단 의료장비의 도입에 대해 인증제를 실시하면, 적절한 기술사용과 비용 절감을 얼마나 달성할 것인지를 판단하는데 유용한 수단이 될 것이다. 동시에, 병원의 재정적인 보고 방식이 개선되면, 병원들의 운영상 문제점과 비용 압박요인이 무엇인지를 알아내는데 도움이 될 것이다. 이러한 병원들이 보험서비스를 제공하는 과정에서 지원되는 공적 보조금에 대한 정부 내부의 가용 정보와 연계한다면, 이 정보들은 병원들이 보험권 이외의 재원으로부터 어느 정도의 수익을 올리는지 규모를 파악하는 데 있어 투명성을 높일 수 있을 것이다. 병원분야에서 상당한 공적인 재정지원이 있다는 점을 감안하면, 추가적인 재정적 투명성에 대한 추구는 비합리적인 기대가 아니고, 보험의 지불 조건으로 의무화되어야 한다.

한국에서 일차의료의 강화

만성질환에 대응하기 위해서는 일차의료를 강화하여 환자들이 적절한 의료 서비스를 받을 수 있게 해야 한다.

급속한 경제개발과 생활양식에서 새롭게 나타나는 위험요인, 그리고 인구 노령화로 인해 한국의 미래에는 만성 질환 유병률이 증가할 것이다. 한국은 OECD 국가 중 인구 노령화가 가장 빠르고, 출산율이 가장 낮은 나라에 속한다. 그와 동시에 너무나도 많은 사람들이 예방 가능한 건강 문제로 인하여 병원을 찾고 있다. 2009년, 고혈압, 협심증, 당뇨병, 심부전, 만성 폐색성폐질환

(COPD), 천식으로 인한 입원은 약 326,000 건이 발생했는데, 이는 만성 폐색성폐질환, 천식, 조절되지 않은 당뇨병과 관련하여 예방 가능한 입원율이 OECD 국가 중 최상위 가운데 있다는 것을 의미한다. 이렇듯 불필요한 입원건들과 그에 따르는 의료비용이 높다는 사실에서 지역사회 환경에서 만성질환을 적절하게 관리하는 것을 구체적인 행동 목표로 할 필요가 있다는 것을 알 수 있다.

많은 다른 OECD 국가에서 나타나듯이 한국 보건체계에서는 나이 많고, 가난한 환자들은 하나 이상의 건강문제를 가지고 살아갈 가능성이 높고, 복수의 의료서비스와 전문가를 필요로 할 가능성이 높다. 그러한 경우에 효과적으로 대처하려면 진료의 연계(coordination of care)가 더 잘 이뤄져야 하고, 건강문제의 위험도를 낮추는 행동을 취하도록 지원하는 것이 필요하다. 한국의 보건의료체계는 환자를 도와서 다양한 전문가 서비스영역에 걸친 건강상의 필요를 조화롭게 연계하고, 진료의 연속성이 잘 보장되도록 하여야 한다. 특히, 필수불가결한 상황이 아니면 급성기 진료를 피할 수 있도록 환자를 지원해야 한다. 현재의 체계는 그 반대로서, 병원 부문에서의 진단과 의료이용을 장려하고 있다. 이것은 의학적으로 바람직하지 않고 불필요하며, 비용이 많이 든다. 병원에 대한 의존도가 높다는 것은 병원에 기반한 진료에 더 많은 가치를 부여하는 오래된 건강추구행위 전통에 의해 가중되고 있다. 치료서비스의 과잉제공은 한국에서의 중요한 질 문제 가운데 하나이다.

한국 보건의료 시스템에서 일차의료의 발전은 가장 우선될 투자 영역이 되어야 한다.

현재 한국의 지역사회 기반 가정의학 분야는 너무도 개발되지 않았다. 좀 더 복잡한 외과적, 내과적 시술로 가는 창구로서의 일차의료라는 현재의 역할에서, 근거에 기반한 건강증진과 예방서비스를 제공하는 방향, 그리고 환자와 파트너십을 구축하여 그들의 필요에 맞는 적절한 서비스를 선택하도록 돕는 방향으로 전환되어야 한다. 현재의 상환 수준은 이를 더 어렵게 하고 있어서, 보다 복잡한 다른 서비스는 과잉공급 되면서도 가정의학과 개업은 매력적이지 않은 것으로 만들고 있다. 그 결과 일차의료 공급자는 (종종 적절하거나, 안전하지 않은 경우에도) 외과적 치료를 제공하는 작은 병원으로 변하고자 하는 재정적 동기를 가지게 된다. 이러한 상황을 교정하기 위해서는 특히 일차의료와 예방적 서비스에 대한 투자를 지속적으로 늘려야 한다.

일차진료의 효과적인 모형 확대를 지원하는 방향으로 충분한 투자가 이뤄져야 한다. 오늘날 한국에 모범적인 일차의료 모형에 부합하는 소규모의 질 향상 사업과 시범사업이 많이 있지만, 전국에 충분한 규모로 확대하기 위한 재정적 지원과 제도적인 뒷받침이 부족하다. 성공적인

사업이 공통적으로 갖고 있는 특징들은 다음과 같다. 지역사회 중심이며, 재정적 지원이 있는 환자 등록, 예방적 서비스, 진료의 연속성, 환자의 추적관리, HIRA 및 국민건강보험과의 정보 교류이다. 이러한 현상은 강건한 일차의료체계를 갖추고 있는 OECD 국가들에서 특징적인 양상이다. 지역사회 프로그램의 좋은 사례는 고혈압과 당뇨 관리에 초점을 둔 ‘경기도 평방시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리사업(고당사업)’이다(3장에서 제시한 바와 같이).

이러한 서비스를 다양하게 개발하기 위해서는 국내 정책결정자들이 “모범 사례의 특성”을 제시하고, 지역의 건강수요에 부응하면서 그러한 특징들에 부합하는 서비스를 제공하는 지역 공급자들에게 재정적인 지원을 하여야 한다. 그러한 정책은 한국의 26,000명 단독 개원의들의 집단개원을 장려하여 진료의 연계(care coordination)와 동료 심사(peer review)를 수행하기 쉽도록 하는데도 활용되어야 한다. 유용하고 적절하다고 판단되는 경우에는 기존의 인프라 위에 그러한 접근을 구축하여서, 전국에 걸쳐 지역사회에서 필수적으로 검진서비스를 커버하도록 지원하여야 한다. 즉, 건강상의 필요가 파악된 환자들에 대한 추적관리서비스가 되어야 한다는 것이다. 장기적으로, 이러한 접근은 한국 내 일차의료의 지역적 구조를 형성하여, 건강보험 기관들이 건강상의 필요도가 가장 높은 지역을 발견해 내고, 재정적 지원을 하는 것에 도움이 될 것이다.

일차의료의 강화를 위해서는 일차의료 인력 구축을 위한 노력 증대 및 정보의 향상이 요구된다.

일차의료 전문가가 잘 조정되고 적절한 환자 의뢰를 하게되면, 병원 서비스의 과도한 이용을 줄이는데 도움이 될 것이다. 많은 OECD 국가들은 환자를 적절한 서비스에 연계하기 위해서—그것이 병원 전문의 진료이든 협력을 이룬 보건서비스이든 간에—가정의에 의존한다. 개념적으로는 전문의 진료를 받기 전에 가정의학과 전문의나 일반의로부터의 의뢰가 반드시 있어야 하지만, 한국에서의 문지기 역할은 엄격하게 강제화되고 있지 않고, 환자는 상대적으로 쉽게 급성기 서비스를 이용할 수 있다. 많은 병원들은 가정의학과를 설치해 왔는데, 이것은 환자들이 쉽게 병원에 가는 창구로서 작동해 왔다. 적절한 의뢰로 관리되는 문화를 형성하는 것은 한국 보건의료체계의 복잡하고 장기적인 과제로서, 양질의 정보를 조합하고, 전문의료인력들이 일차의료의 가치를 더 잘 이해하고, 더 많은 재정적인 투자와 진료비 상환 방식의 변화를 필요로 한다.

기존의 정보를 활용하여 일차의료의 질을 더 잘 평가하게 되면 정책개발과 재정적 지원에 도움이 될 것이다. 일차의료 질 평가 방법 개발은 질의 경향을 분석하는 것을 촉진할 것이며, 그

대처 방안에 대한 정보의 근거를 제공할 것이다. 현재 HIRA는 보유한 광범위한 정보 인프라 내에 예방 가능한 입원으로 병원에 입원하는 환자 수와 유형을 모니터링할 수 있는 역량을 갖추고 있다. 그러한 정보는 어떤 지역에서 일차의료서비스가 조정된 적절한 의뢰로 연결되지 않고 있는지를 찾아내는데 있어 매우 활용 가치가 있다. 이와 유사하게 HIRA는 응급실에서의 외래 진료 이용양상을 모니터링할 수 있다. 약제분야에 있어서, HIRA는 항생제와 임상적 가치가 낮은 약물의 처방, 일반의약품과 브랜드 약품의 비율을 모니터링할 수 있는데, 이는 질에 있어서 수준미달이 어디서 발생하는지 (그리고 어디서 불필요한 비용이 발생하는지), 지도를 그리는데 도움이 되는 정보이다. 중요한 것은 HIRA는 전국에 걸친 성과의 지역적 격차를 지도로 그릴 수 있는 역량을 갖고 있다는 점이다. 일차의료서비스의 확대와 함께, 지역 경계선을 따라 그러한 지도를 그림으로써 건강보험 기관들이 필요도 평가를 수행하고, 부족분이 어디서 발생하는지를 확인할 수 있다. 그러한 정보는 필요도는 높고, 자원은 부족한 농어촌 지역사회에 초점을 두어야 한다. 보다 광범위하게, 이러한 지표들은 일차의료의 편익을 보다 분명히 부각시켜서, 양질의 진료를 제공하는 문화를 장려하게 될 것이다.

더 강한 일차의료체계를 개발하기 위해서는 일차의료 전문 인력의 개발에 힘을 쓰는 것이 필수적이다. 현재 한국에서 새로 졸업하는 의과대학생들 다수는 전문의 자격을 취득하는 것을 선호하고 병원 기반의 환경에서 대부분의 수련이 이루어진다. 이와 동시에, 일차의료에 종사하는 독립적인 전문의로 인력은 그들의 생존을 위하여 기초적인 외과적 서비스와 입원서비스를 제공할 필요를 자주 느낀다. 보건의료 체계 안의 보다 명시적인 역할부여와 투자를 통하여 가정의학과 의사의 전문가적 지위를 높이는 한편, 한국은 의료 전문가들 사이에서 일차의료의 중요성에 대한 인식을 높일 필요가 있다. 더 많은 의과대학생들에게 일차진료에서의 훈련 경험을 제공하여 일차의료의 역할과 중요성에 대한 이해를 높일 수 있다. 정책결정자들은 의사단체, 대학과 협력하여 일차의료 시설에서의 의무적인 순환 훈련제도를 도입하여야 한다. 그러한(일정 기간 동안의) 프로그램은 일부 의과대학에서 이미 운영 중인 훈련 프로그램을 바탕으로 구축할 수 있다. 특히, 이를 통해 일차의료 인력의 수를 증가시킬 수 있는데, 지역사회 기반 전문의로인력 수가 서울에 비해 상대적으로 계속 감소하고 있는 시골 지역에서 특히 그러하다. 적절한 훈련보조금을 지급하면 전국에 걸쳐 일차의료 훈련 문화를 발전시킬 수 있다. 동시에, 전문간호사들을 더욱 장려함으로써, 즉각적인 변화를 유도할 수 있는데, 이들은 의사들의 예방적 진료과정을 도와 만성질환의 발생위험이 높은 환자를 관찰하고, 복잡한 보건의료 필요를 가진 환자에 대한 진료연계계획을 세울 수 있다.

의료의 질을 향상시키기 위해 재정적 수단을 활용한다.

규모가 큰 병원 부문이 보건의료비 지출 상승을 주도하고 있다.

과거 10년 동안 한국에서 의료비 증가분의 거의 절반은 병원에서 발생했고 이는 병원이 추가 의료지출의 약 3분의 1을 차지하는 다른 OECD 국가들에 비해 유의하게 높은 수치이다. 인구 규모에 대비한 병원 수, 병상 수, 첨단기술의 의료장비 어느 것으로 측정해도, 한국은 오늘날 OECD 국가들 사이에서 가장 자원이 풍부한 병원 분야를 갖고 있다.

부분적으로, 이것은 의료서비스 지불방식이 효율적이지 않으며, 양질의 의료에 대해 보상하지 않는다는 사실을 의미한다. 한국의 행위별수가제 지불방식은 보다 복잡한 의료행위를 제공하는 의사에게 이익을 주지만, 많은 OECD 국가와 비교하여 낮은 서비스당 수가를 지불한다. 이런 상황은 의료 서비스 제공을 위해 치열하게 경쟁하는 민간 시장에 의해 악화된다. 의료 공급자는 서비스의 양과 복잡성을 늘리거나, 건강보험 급여권 밖의 (가격이 규제 받지 않는) 서비스를 제공하는 식으로 경쟁을 추구해왔기 때문에, 소규모 의원과 병원의 외래 부서에서 제공하는 서비스 사이의 경계가 점점 더 희미해졌다. 이것은 지역사회에 기반한 일차의료 서비스에 적절히 재원을 조달하지 못하는데 따른 결과이다. 한국 의사는 이러한 시장구조 안에서 수익을 창출하기 위한 욕구와 적절한 의료를 제공하려는 욕구 사이에 균형을 유지하여야만 한다. 그 결과 종종 더 많은 비용을 초래한다. 예를 들면, 이 비용은 예외적으로 긴 입원환자 평균재원일수에 반영되는데, 한국은 일본과 더불어 OECD 평균의 두 배 이상인데다 바로 다음 상위 국가보다도 두드러지게 높다. 재정문제에 있어 주요 과제는 적정 의료에 대해 더 많은 인센티브를 제공하는 것이다.

재정적으로 어려운 환경에서는 급성기 의료서비스의 비대를 억제해야 의료의 질을 향상시키고 비용을 억제할 수 있다.

병원 서비스의 과다 공급에 대한 유인동기 문제를 해결하면 의료의 질을 개선할 수 있고, 비용은 억제할 수 있다. 한국은 제공하는 '사례' 당 기준 가격으로(Diagnosis Related Group, DRG) 전환하기 위한 병원분야의 재정지출 개혁과정에서 최근 몇 년 동안 어려움을 겪었다. DRG는 기준 가격보다 더 효율적인 서비스를 제공하는 제공자에게 유리하게 작용하며, 모든 이들에게 적절한 비용지출을 추구하는 유인동기를 제공한다. 상당한 협상을 거친 후 한국의 현행 DRG 제도가 수립되었으며, 소수의 임상 범주만을 포함했다. 그러나 이 제도에 3차 병원이

불참하여 질과 효율을 추진하려는 잠재력을 약화시켰다. 오늘날 한국 병원은 사례 당 적정 진료에 대한 인식이 결핍되어 있는데, 사례당 적정수가를 장려하는 가격 신호를 주기 위해 병원 전 부문에 걸쳐 DRG를 도입하여야만 한다.

병원에 대한 재정지출 개혁은 더 나은 안전성과 질 관리로 보완하여야 한다. 이런 지불제도를 시행하고 있는 호주, 캐나다, 프랑스, 미국과 같은 OECD 의료체계는 적절한 입원과 퇴원 기준을 설정하고, 제공되는 서비스 강도와 양에 대한 엄격한 감시체계를 추구해왔다. 또한 이들 국가중 일부는 이차진단명 코드와 병원입원시 진단명(present-on-admission flags) 보고와 같은 의료의 질에 대한 정보수집을 개선하기 위해 재정시스템을 사용하기도 한다. 이러한 것들은 한국에서 DRG기반 지불시스템이 안정적으로 실행되기 전이라도 수집할 가치가 있을 것이다. 사실 한국의 3차 병원들은 DRGs 도입에 반대하면서 질의 악화를 둘러싼 우려를 제기했지만, 그들은 비뚤어진 결과를 점검하고 교정하는 데 필요한 질 관리 프로그램과 체크 리스트를 종합병원과 소형병원에 비해 더 빨리 제도화할 수 있다. 정책 결정자의 과제는, DRG에 기초한 지불방식을 선택하는 경향을 보인 대다수 중소형 규모의 병원들이 그와 같은 체계를 사용하도록 장려하는 것이다. 이런 의료의 질 모니터링은 구매에 의료의 질을 통합하는 데에도 필요한 정보구조를 제공할 것이다. 이것은 건강보험 기관들이 병원의(혹은 병원 그룹의) 질 성과와 효율적 서비스 제공 수준을 근거로 지불을 달리할 수 있는 권한을 더 가지게 함으로써 제도화되어야 한다. 매년 정해지는 수가에 따라 후향적으로 보상하는 현재 체계에서 역동적이고 계속적인 교섭과정으로 변화함으로써, 한국은 단일보험자의 가장 최상의 구매력을 행사할 수 있다.

DRG 기반 재정 지불방식은 더 나은 거시적 예산 관리 개발에도 사용되고, 급성기 진료와 일차의료 간 재정 균형에 영향을 줄 수 있다. DRGs는 상이한 의료 서비스 유형들 사이에서 일단의 상대가격을 제시할 뿐 아니라, 전반적 가격 수준을 조정하는 능력을 제공하는데, 이는 병원 서비스의 총 지출액에 영향을 미치는 중요한 지렛대가 된다. OECD 국가에서 DRGs를 사용하는 의료체계는 흔히 해당연도 내에서 서비스의 조합과 양의 예측치에 근거를 두고, 1년 앞서 예측한 총액 예산을 제시한다(또는 목표로 정한다). 이 방법은 총비용에 대한 시그널을 정부에 제공하고 서비스 양을 늘리려는 공급자의 요인 관리를 돕는다. 한국은 제도상 단일 보험자 체계이기 때문에 급성기 병원을 위한 총 예산을 명시하기에 좋은 위치에 있다. 만일 예산을 초과할 경우(서비스에 대한 지불제한 또는 지불 차감과 같은) 확실한 패널티를 줄 수 있다면, 그러한 접근은 추가적 효율을 위한 체계 전반의 자극제가 된다. 장기적으로 이 방식은 한국의 급성기 진료와 일차의료 부문 사이 자원배분에 영향을 줄 것이다.

재정 운영의 최우선 순위에 일차의료이 위치할 때 적정 의료가 시작된다.

적정 진료를 추구하기 위해서 국민건강보험은 한국 의료 체계의 재정적 무게 중심을 병원에서 일차의료 쪽으로 이동하여야 한다. 한국은 단일 보험자로서 의료의 질 향상을 추진하기 위한 구매력을 행사하기에 좋은 상황에 놓여 있다. 그러나 현재 한국의 보건의료 재원조달 체계는 행위별수가제의 사고방식과 운영모델에 깊이 빠져 있다. 국민건강보험이 수동적 지불자가 아니라, 선제적 구매자가 되려면 이 방식은 변화하여야 한다. 국민건강보험은 가장 필요한 환자와 지역에 재정을 연결시키는 방안을 개발할 필요가 있다. 이는 효과적인 일차의료 서비스 쪽으로 방향을 잡아야 하는데, 이것은 보합적인 만성 질환자들의 증가하는 건강문제에 대하여, 잠재적으로 더 낮은 비용으로, 더 잘 부합하는 역량을 유지하는 길이다.

한국에서 일차의료에 제도적 우선 순위를 두고, 일차의료의 범위를 확장하려는 투자는 국민건강보험 지출의 독특한 구성요소가 되어야 한다. 정책 입안자는 양질의 일차의료 제공에 있어 비용대비 효과가 최고인 제안들을 평가하고 투자할 재정적 재량권을 가져야 한다. 국민건강보험에 기금을 확립하여 단일보험자에 의한 장기적 지출을 줄인다는 제도적 과업에 부합하는 새로운 투자가 이뤄지게 할 수 있다. 이것은 만성질환 환자의 관리를 지원하는 프로그램에 대한 국민건강보험의 책임을 강화하는 현재의 노력들에 근거하여 구축할 수 있다. 넓은 수준에서 보면 그것은 보험자가 단순한 지불기관이 아니라, 의료의 질을 향상시키기 위해 시스템 변경을 주도하는 재정 대리인으로 자리잡게 하는 문화를 만들어 줄 것이다. 한국에서 병원 부문의 발전에 기여한 바 있는 보험 확장과 같은 동일한 방식으로 국민건강보험은 일차의료 발전을 위한 주요 재원으로서 활용되어야 한다. 한국 정책 입안자들은 앞으로 이러한 목적을 위해 국민건강보험재정이 점진적으로 증가될 수 있도록 해주기를 기대할 수 있다. 지속적인 재정을 확보하는 것이 한국의 보건의료 서비스공급자들의 구조를 변경하는데 중요한 역할을 할 것이다.

이러한 양상의 제도 개혁은 장기적인 목표이다. 빠른 시일 내에 한국 정책 입안자들은 만성질환에 대한 환자자가관리와 예방을 위한 재정적 지원을 높여야 한다. 이를 위해서는 일차의료 의사가 의사교육과 상담의 제공에서 수입의 대부분을 확보할 수 있도록 하는 효과적인 유인 수단을 개발하고, 소득원으로서 가벼운 외과적 시술과 진단검사를 위한 의뢰나 처방을 감소시키는 것이 필요하다. 그들의 소득을 높일 수 있는 일차의료 전문가에게 인센티브를 주는 효과적인 방법이 개발되어야 할 것이다. 한국의 광범위한 재정적 개혁의 적정 출발점은 병원 규모에 기반하여 서비스에 가산 지불하는 (규모가 큰 병원은 소규모 병원보다 동일한 서비스에

대해 더 많이 지불받는다) 현재의 행위별 수가제 구조를 고치는 것이다. 이것은 양적 확대를 추구하는 공급자들에게 보상하는 대규모의 지출이다. 이러한 투자의 일부분을 (규모에 상관없이) 높은 의료의 질과 적절한 진료를 제공하는 병원에 대해 제공함으로써 더 높은 비용대비 가치를 달성할 수 있을 것이다. 그와 동시에, 정책 결정자는 병원 입원과 합리적인 분량의 입원 전후서비스를 전향적으로 결합한 포괄화된 수가제도(bundled payments)의 시범적인 활용을 고려할 필요가 있다. 이를 통해 병원들이 임상적 강도가 상대적으로 낮은 재활서비스에 투자하도록 유도하고, 복잡한 급성기 의료서비스를 더 저렴한 (그리고 더 적절한) 가족 중심 의료서비스(family-based medical care)로 대체하는 병원에 재정적인 유인책을 제공할 수 있을 것이다.

한국 병원에 대해 성과지불제도(pay for performance)는 비교적 긍정적인 결과를 낳았으며, 대상 영역들을 효과적으로 확대시킬 필요가 있다.

한국이 43개 상급종합병원에 성과지불제도를 도입한 것은, 전체 OECD 국가 가운데서 의료의 질을 향상시키기 위해 재정적 인센티브를 이용한 매우 혁신적인 정책들 중 하나이다. 한국의 가감지급사업(Value Incentive Program)은 다른 OECD 국가와 비교하여 상대적으로 성과가 안 좋은 두 영역인 급성심근경색과 제왕절개 분만율에서의 개선을 목표로 하고 있다. 사업이 시작된 이래 과거 3년 동안 프로그램에 참여한 병원들의 급성 심근경색 치료 성과가 향상되었다. 마찬가지로 제왕절개 분만율도 눈에 띄는 감소를 보였다. 특히 병원 간의 성과 편차가 감소하였으며, 가장 낮은 성과를 보였던 집단에서 유의미한 향상을 보였다.

사업의 초기단계라 공식적 평가가 없기는 하나, 이렇듯 특정영역을 대상으로 한 성과지불 제도는 자료를 수집하고 특정 부분의 의료의 질 향상을 유인하는 유용한 방법으로 보인다. 한국의 가감지급사업은 양질의 진료 과정, 병원의 진료가 사망률에 미치는 영향, 기대치에 비교한 제왕절개분만의 감소와 관련된 지표 측정을 통하여, 한국의 상급종합병원들의 상대적인 성과를 비교하고 있다. 이 사업에서 관련 데이터를 수집하고 발표하는 것을 통하여, 정책 결정자와 소비자가 의료의 질을 평가하기 위해 어떤 종류의 정보를 획득하여야 하는지를 보여주는 혁신적인 사례가 제시되었다. 정보의 명성효과 만으로도, 특히 고도로 경쟁적인 한국의 병원 시장에서, 병원관리자가 성과를 개선하는 강력한 동기가 될 수 있다. 하지만, 공식적인 평가가 없기 때문에 성과지불제도가 어느 정도로 성과를 개선하였는지, 혹은 반대로 이 제도를 도입하기 전에 이미 존재한 개선효과를 반영한 것인지를 판단하기는 어렵다. 한국이 이 모형의 모델로 삼은 미국의 연구에서는 성과지불제도를 도입하면, 참여한 병원이 다른 병원에 비해서 상대적으로

질의 향상을 보였지만, 그 차이는 5년 경과한 후에 없어졌다. 이 결과는 특정 영역을 목표로 한 성과지불제도가 특정 기간 동안 질 향상을 촉진한다는 다른 국제적인 연구결과와 일치한다. 더욱이 성과지불제도가 부작용 없이 수입을 극대화하기 위하여 진료패턴을 바꾸는 행동을 유인하는지는 확실하지 않다. 이 때문에, 한국의 적절한 재정적 인센티브의 균형을 맞추고 자료 수집에 초점을 둔 것이 이 프로그램의 가장 큰 가치일 수 있다.

심혈관질환 진료 향상

한국에서 심혈관계질환의 의료의 질은 모순된 결과를 보이고 있다.

다른 OECD 국가와 비교했을 때, 한국의 심혈관질환 진료의 질 지표에는 흥미로운 모순이 존재한다. 일반적으로 한국은 다른 OECD 국가에 비해 급성심근경색(AMI)으로 인한 사망률이 낮지만, AMI로 입원한 환자들의 치명률은 OECD 국가 중 가장 높다. 동시에 한국인은 대부분의 OECD 국가에 비해 뇌졸중으로 인한 사망률이 높지만, 뇌졸중으로 입원하면 이로 인한 치명률은 다른 OECD 국가보다 낮은 수준이다(입원 30일 이내 치명률은 OECD 국가의 환자 100명당 평균 5.2명과 비교해서 한국은 100명당 1.2명 수준).

대부분의 OECD 국가에서는 혈관질환과 관련된 두가지 급성기 질환-급성심근경색증과 뇌졸중-으로 인한 병원 내 치명률은 상대적으로 좋거나, 나쁘거나 비슷하다(예를 들어, 덴마크, 노르웨이와 미국에서 급성심근경색과 뇌졸중 사망률은 OECD 국가 중에서 가장 낮았다). 두 질환의 인구집단 사망률(population-based mortality)의 경향 또한 유사하다. 실제로 인구집단 사망률이 높은 국가는 대체로 치명률도 높은 편이다-두 질환 모두 높거나 낮거나 어느 쪽이다. 비록 병원에서의 높은 치명률은 높은 인구 집단 사망률의 근본적인 원인이라 주장하기에는 주의가 필요하지만, 인구집단 사망률이 높은 국가는 높은 치명률을 보인다!

그러나, 이러한 모순은 한국의 심혈관질환 진료의 질을 둘러싼 두 가지 이슈를 보여준다. 첫 번째는 높은 치명률이 병원의 낮은 의료의 질을 반영하는지이다. 지난 10년간 OECD 국가들의 치명률은 전반적으로 감소하는 경향이 보였으며, 급성기 진료의 질 향상이 영향을 줄 수 있다는 것을 보여준다. 두 번째는 병원 밖에서 심혈관질환을 줄이기 위한 정책이 적절하게 제공되고 있는지 여부이다.

급성기 의료가 제공하는 심혈관계 의료는 대체로 질이 높다. 그러나 전국에 걸쳐 질의 큰 차이가 존재한다.

심혈관질환 의료(특히 급성심근경색증 사망률)에 대한 병원 내 치명률 차이가 한국 병원들의 진료 성과가 저조하다는 것을 의미하지는 않는 것으로 보인다. 한국 정부의 심뇌혈관질환 진료의 질 검토와 건강보험심사평가원과 질병관리본부에서 수집하는 성과자료를 보면, 급성심근경색과 뇌졸중의 의료의 질은 OECD 국가 중 최고수준이라는 것을 알 수 있다. 적절한 병원에 도착한 후 한국에서 시행하는 진료는 다른 OECD 국가의 임상 지침에 나오는 최고 수준의 진료와 대체로 일치한다. 이것은 병원에 도착한 후 아스피린 투약, 급성심근경색증 환자의 퇴원 시 적절한 처방 등 진료과정 지표에서의 좋은 성과를 통해 알 수 있다. PCI, CABG와 같은 급성기 그리고 선택적(비응급성) 심혈관 중재에 대한 진료량과 수용능력은 지난 몇 년간 크게 증가한 반면에, 진료량과 환자의 결과(outcome) 사이의 명확한 관련성을 규정하기는 어렵다. 이러한 성과지표와 최근 수용능력의 확장을 감안하면, 낮은 수용능력 혹은 질 낮은 과정(poor process) 때문에 다른 국가에 비해 한국의 급성심근경색증 치명률이 높다고 할 수는 없을 것이다.

대신 급성심근경색 급성기 진료의 낮은 성과에 대한 가장 설득력있는 설명은 사실상 비급성기부문에서의 실패이다. 병원에 있는 환자의 구성(case mix)은 진전된 단계(advanced stage)의 급성심근경색 그리고 더욱 복잡한 상태로 이루어졌을 것이다. 활성화되지 않은 일차 의료체계에 대한 리뷰의 주요 결론처럼 병원 밖(예방에 대한 일차의료, 급성기 이후 재활)에서 진료와 지지(support)가 충분하게 제공되지 않는 것이 낮은 병원 성과의 원인으로 보인다. 많은 재입원 환자를 초래하는 심장재활서비스의 부재로 이러한 상황이 더 악화되는 것으로 보인다.

심혈관질환에 대한 병원의 질 높은 진료와 병원 외부에서의 빈약한 관리 사이의 대조적인 모습은 정책의 결과이다. 정부는 예방과 병원 내 진료를 강화시켜 심혈관질환에 대한 의료의 질을 향상시키는 능동적인 전략을 가지고 있지만, 심혈관질환에 대한 최상의 임상진료모형을 채택하는 병원들을 지원하는 데에 더 노력을 쏟고 있다. 한국 정부의 심혈관질환 종합계획은, 주로 지역 심혈관센터의 설립을 지원함으로써, 심혈관질환의 의료 질 향상을 도모하고자 하는 주요 국가 정책이다. 이상적으로 본다면 이런 센터들은 (전문 의사와 맞춤 상담을 가진) 건강증진부터 급성기 진료와 재활서비스를 포괄하는 수직적 기관으로서의 역할을 담당해야 한다. 그러나, 이 사업을 진행하면서, 지정된 지역센터에 대한 재정적 지원은 (24시간 응급 뇌졸중집중치료실(stroke units)과 같은) 새로운 의료서비스 혹은 급성기 심혈관질환 진료와 관련된 운영 및 유지비용에 집중되고 있다. 예방과 건강증진 핵심업무에 대한 투자는 더욱 미미하다.

한국의 심혈관질환 종합계획 하에서는, 선정된 일부 기관에 대해서만 뇌졸중집중치료실(stroke units) 보장을 하기 위한 재정적, 기술적 지원을 한다. 그 동안 서울 이외의 지역에 위치한 병원을 지원하려는 노력들이 시행되었고, 2008년 이후 9개 기관(3개의 대학병원 포함)이 지역센터로 지정되었다. 이것은 부분적 우수성(pockets of excellence)을 만드는 효과가 있었지만, 급성기 의료 분야 전체로 볼 때 심혈관질환 의료의 질을 개선하는 데는 큰 진전을 가져오지 못했다. 그들은 신기술 의료장비에 투자를 해왔지만, 한국의 많은 병원은 심혈관질환 진료의 질 향상에 있어 실질적인 차이를 줄 수 있는 비교적 간단한 쇠신인 뇌졸중집중치료실을 설치하지 않았다. 오늘날 상급종합병원의 절반 정도와 종합병원의 90%가 뇌졸중집중치료실을 구비하지 못하고 있다. 더욱이 전국적으로 농촌지역에 많은 사람들이 살고 있는데, 심뇌혈관질환 종합계획의 혜택을 받는 소수의 센터로는 도시와 농촌 사이의 심각한 불균형을 해소하지 못하고 있는 실정이다. 농촌 지역 주민들에게는 근접한 거리의 병원이 뇌졸중집중치료실을 갖췄는지의 여부가 급성 심혈관 치료의 질을 결정하는 주요한 요인이 될 것이다. 재정 투자의 초점을 높은 수준의 기술을 보유한 몇 안 되는 병원에 집중하는 것에서 벗어나 급성기 심혈관질환에 대한 치료과정과 뇌졸중집중치료실을 의료체계 전체에서 광범위하게 설립하는 방향으로 선회하는 노력을 계속해나가야 한다. 이것은 지역간 불균형과 상급종합병원과 종합병원의 불균형을 해결하는 데 도움을 줄 것이다.

심혈관계질환에 대한 의료의 질을 향상시키는데는 급성기 전과 후의 의료가 중요하다.

병원 밖의 심혈관질환 진료를 향상시키는 것은 한국인의 심혈관질환 진료 성과의 향상을 도모한 우선순위 정책이 되어야 한다. 한국인은 현재 트랜스지방과 소금 섭취 증가와 같은 식생활의 변화를 겪고 있으며, 이는 심혈관질환과 관련된 만성질환이 갈수록 확산될 것이라는 우려를 낳고 있다. 또한 한국은 인구의 노령화가 빠르게 진행되고 있는 나라이며, 심지어 2050년에는 총 인구 중 65세의 비율이 37%에 달할 것으로 예상된다(현재, 65세 이상의 인구 점유율은 전체 인구의 11%). 노령화가 심혈관질환의 주요 위험 요인(증상이 거의 없거나, 매우 높은 고혈압, 당뇨병, 흡연 등)이기 때문에 이는 한국 전역에 심혈관질환 유병률 증가를 가져올 수 있다.

이런 위험한 생활 방식을 개선하고 환자의 건강관리를 지원하는 예방 활동과 능동적인 일차의료서비스에 초점을 맞추므로써 앞으로 심혈관질환 부담(그리고 당뇨병 부담)을 줄일 수 있을 것이다. 현재 한국의 예방 정책은 주로 국민건강보험공단과 보건복지부가 주관하는 두 가지 검진프로그램을 중심으로 진행되고 있다. 이 프로그램이 환자를 확인하기 위한 기본적 토대가

되지만, 장기적으로는 위험에 있는 환자에게 진료조정(coordinate care)을 돕고, 사례관리(case management)를 제공하는 공식적인 메커니즘을 수립함에 있어 이 프로그램을 토대로 할 필요가 있다. 한국은 일차 의료를 강화하는 광범위한 노력의 일환으로 위험에 있는 환자를 등록(registration)하는 방안을 고려해야 한다(앞에서 자세히 언급). 대구시와 광명시에서 진행한 몇 가지 시도들은 환자 중심의 보건 서비스를 조직하고 환자와 의료 전문가 모두에게 높은 만족도를 줄 수 있다는 가능성을 보여준다. 이 프로그램들의 성공 여부는 환자가 입원하기 전에 건강의 악화를 방지할 수 있는 위험요인의 정기적 모니터링에 달려 있다.

이를 보완하여, 중재(intervention) 시간을 최소화하고, 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 발병과 병원 도착시간 차이를 최소화하는 노력을 해야 한다. 응급차 서비스는 급성심근경색증, 뇌졸중 발생과 병원 도착까지의 시간을(최대 6시간) 상세히 평가하며, 두 가지 핵심 과제에 대한 실행의 필요성을 지적한다. 첫째, 뇌졸중과 급성심근경색증 발생을 확인하고, 신속히 치료를 받을 수 있도록 대중과 환자의 인식을 제고할 것. 둘째, (특히 농촌 지역에서) 응급차 서비스의 질과 대응(responsiveness)을 강화하기 위하여 (필요한 경우) 혈전 용해제와 같은 치료적 중재를 신속하게 시행함으로써, 환자의 생존 기회를 높여주는데 도움이 된다.

급성심근경색증과 뇌졸중에 대한 공식적인 재활치료과정을 수립함으로써 한국에서 비용대비 가치를 높게 될 것이다. 포괄적인 재활치료를 제공하는 것은 심장마비, 관상동맥우회로술, 뇌졸중으로 고통 받는 환자의 회복에 필수적이다. 운동, 교육, 사회 심리적 건강, 재활치료를 환자에게 지원함으로써, 2차 합병증을 예방하고, 사망률을 감소시키며, 환자의 건강 결과를 향상시킬 수 있다. 한국에서 재활치료는 두 가지 영역에서 지원된다. 건강보험에서는 장기요양병원 입원급여를 제공하고 (주로 아급성기치료 제공), 장기요양보험에서는 지속적 케어니드가 있는 환자에 대한 장기요양시설입소 급여를 제공한다. 일반적으로 한국의 재활서비스는 개발 초기 단계이며, 급성심근경색증과 뇌졸중으로 생존한 환자만을 위한 재활치료 서비스를 제공하는 시설은 거의 없다. 최근 장기요양병원의 성장은 중요한 서비스 확장을 돕는다는 측면에서 환영할만한 일이다. 정책 결정자는 지역 사회에 기반을 둔 재활치료를 (특히 뇌졸중의 후유증을 보유한 채 살아야 하는 특별한 환자를 위한 가정간호서비스) 단순히 장기요양보험을 보유한 일부 대상자보다 국민건강보험의 일부로서 구축하도록 해야 한다. 이러한 지역기반 재활서비스는 병원환경보다 더 저렴하게 제공될 수 있으며, 이는 높은 본인부담금으로 어려움을 느끼고 있는 환자의 재정적 접근도를 높여 줄 수 있을 것이다. 이는 한국에서 심혈관질환 진료를 향상시킴에 있어 비용대비 가치를 높이는 결과를 가져온다. 이는 재입원율을 감소시킬 것이며, 고가의 심장중재에 불필요한 지출을 줄이는 효과를 가져올 것이다.

결론

한국에서의 심혈관 진료의 질에 있어 강점과 약점은 한국 보건의료체계 전반의 장단점을 반영한다. 지난 20여 년간 한국의 급여범위 확대 달성의 과정에서, 비용대비 가치는 보건의료산업 발전에서 이차적인 것이었다. (주요 도시에 있는) 많은 국민들을 위해 세계적 수준의 병원이 만들어 졌지만, 급성기 의료가 한국 보건의료체계의 확고한 위치를 접하게 되는 결과를 가져왔다.

한국의 이와 같은 경험은 OECD 국가들뿐만 아니라 보편적 의료보장을 추구하는 다른 중진국들에게도 중요한 교훈이 된다. 첫째, 강력한 재정통제가 중요하다. 재정 통제나 공급에 대한 규제가 없으면 잘 조직된 병원 부문이 보건의료 서비스의 전달을 거의 독식하게 되며, 이는 의료의 질 저하로 이어진다. 둘째, 정부는 초기부터 일차의료 인프라의 발전을 위해 행동을 취해야 하며 일차의료 전문가들로 문지기 시스템을 단단히 구축하여 보건의료체계의 기초로 만들어야 한다. 마지막으로, 정부와 보험자는 보건의료 공급자들에게 상당한 크기의 지불을 해 주는 대가로 의료의 질 향상과 비용에 대한 책임을 요구하여야 한다.

한국의 이러한 상황은 특이하지 않다—대부분의 OECD 국가들은 건강한 생활습관을 형성하고, 건강한 삶을 살고, 병원 방문을 피하려는 사람들을 돕기 위하여 비용-효과적인 일차의료와 예방 건강서비스를 강화하는 방향으로 가기 위해 노력하고 있다. 그러나 병원서비스의 과다 제공 양상은 한국의 보건의료체계에서 너무 단단히 자리 잡고 있어서 한국의 의료비는 OECD의 다른 국가들보다 훨씬 빠르게 증가하고 있다.

한국은 전반적으로 의료비가 낮은 상태에서 이러한 도전에 직면해서 다행이지만, 추가적인 보건의료 지출은 올바른 길로 가도록 해야 한다. 이 보고서는 향후 높은 의료의 질을 제공하는 보건의료체계로의 전환을 위해서는 세가지 영역-강력한 지역 기반 일차의료 체계 수립, 서비스를 더욱 효과적으로 목표설정 하기 위한 그리고 피보험자가 비용대비 가치있는 서비스를 받는지 평가하기 위한 정보의 사용, 건강보험뿐만이 아닌 건강의 지속적인 향상에 정책결정의 초점을 재설정함-에 지속적인 관심이 요구된다는 점을 주장한다.

한국 보건의체계에서 의료의 질 향상을 위한 정책 제언

대한민국의 보건의료 체계는, 그 수가 점점 증가하고 있는 만성질환 및 복합질환 환자들의 지원에 중심을 두는 방향으로 전환해야 할 과제를 안고 있다. 이를 위해서는 의료의 질 향상이 향후 개혁의 핵심적 목표가 되어야 하며, 다음과 같은 변화가 요구된다.

1. 의료의 질 및 거버넌스 향상 전략을 위해 :

- 개별 의사들의 성과 모니터링 시스템을 통하여 환자 안전 상 위험요인 등의 문제들을 감시한다. 이를 위해 환자들이 자신들의 의료서비스 경험을 피드백하고 의료과오를 보고할 수 있는 장치를 마련해야 한다.
- 보건의료 전문가 단체가 의료의 질에 발생하는 문제 및 전문적 과실을 조사할 수 있게 해야 하며, 심각한 과실이 확인된 경우에는 보건복지부 장관에게 면허 취소를 권고하는 방안을 도입한다.
- 종합병원 및 중소병원의 인증제를 시행하고, 요양병원 인증제는 지속적으로 확대하며, 일차의료기관에 대해서도 인증 프로그램을 도입한다.
- 임상진료지침의 개발을 촉진하고 임상진료지침을 재정적 의사 결정에 연계시키는 절차를 마련한다.
- 치료군 간 처방적정성을 검사하는 방식으로 의약품처방조제지원서비스(Drug Utilisation Review)를 시행하며, 향후 이를 확대하여 대형병원의 처방 약물들도 포함시킨다.
- 이용 가능한 데이터를 적극 활용하여 보건의료 시스템의 성과를 분석하고 환자의 요구에 적합한 의료를 제공할 수 있도록 한다. 예를 들어, 건강보험심사평가원(이하 심평원)은 재원이 적절히 배분되고 있는지 판단할 수 있도록 지역 차원에서 환자에게 제공된 서비스 및 그 결과에 관한 정보를 제공해야 한다.
- 심평원에 이미 도입되어 있는 기술과 정보를 이용하여 환자의 병력 전산 데이터를 구축하되, 프라이버시가 침해되지 않도록 노력한다.
- 심평원은 한국 보건의료시스템에서 의료의 질을 최종적으로 관리하는 제도적 모범기관으로서, 모든 보건의료 서비스(건강보험 급여 대상이 아닌 서비스도 포함하여)의 질을 담당한다. 그리고 그 결과를 각각의 의료 공급자들에게 피드백해 주며, 소비자들을 위해 그 정보를 제공해 줄 책임을 가지고 있다.

2. 일차의료 역량의 강화를 통한 질병 예방 및 만성질환 환자 지원을 위해 :

- 지역사회중심의학 및 가정의학의 발전을 한국보건의료 체계의 최우선 투자 분야로 설정한다.
- 모범적인 진료특성들을 명시하고, 지역에서 이를 활용하여 지역의 보건의료 수요에 부응하는 의료공급자들을 지원함으로써, 효과적인 일차의료 모형을 확대하는 방향으로 신규투자를 확충한다. 가능하다면 이미 구축되어 있는 검진 서비스 인프라를 활용하며, 집단개업을 장려한다.
- 재정적으로 지원을 필요로 하는 지역을 확인하고, 일차의료의 지역적 구조를 구축하는 방향으로 일차의료에 대한 재정적 투자를 집중한다.
- 일차의료에서 의료의 질 평가방법을 개선하여 정책개발 및 재정지원에 도움이 될 수 있게 하며, 지역의 보건의료 수요 및 부족에 대한 평가를 이에 포함시킨다.
- 한국 의학교육의 일부로 일차의료 시설에서의 의무적 순환훈련제를 도입하고, 이러한 프로그램을 지원하기 위해 훈련보조금 지급도 고려한다.
- 전문간호사 수를 확대하고 의사와 협력하여 일차의료 서비스를 제공하는데 있어 그들의 기술을 더 잘 활용할 수 있게 한다.
- 일차의료 전문가들이 적절히 진료를 의뢰할 수 있게 하는 대책을 강구한다.

3. 의료의 질 향상을 촉진하기 위해 재정적 수단을 효과적으로 사용한다 :

- DRG에 의한 지불제도를 한국의 전체 병원 영역으로 확대하고, 임상적으로 가능한 한 많은 서비스들을 DRG 기반 지불제의 대상으로 한다.
- 적절한 입원 및 퇴원 기준을 마련하고 입원시 진단명과 제공된 서비스의 구성 및 양에 대한 엄격한 감시 등의 질 측정을 통해, DRG기반 지불제도를 보완한다.
- 국민건강보험 기관들이 지불제도 운영 방안을 개발하고 서비스의 질 및 효율성 개선 성과에 따라 병원의 지불보상을 달리 할 수 있도록 하여, 장기적으로 서비스의 구매에 질이 더 많이 반영되도록 한다.
- DRG 지불제를 활용하여 병원 서비스 전체에 대한 예산 제한을 고려한다. 예산 초과분에 대해서는 벌칙을 부여하며, 이것은 장기적으로는 급성기 의료와 일차의료 사이의 예산 배분에 활용하여야 한다.

- 일차의료의 확대를 위해 국민건강보험 재정 가운데 일부를 투자하고, 이러한 목적의 예산 비중의 점진적 확대를 명문화할 것을 고려한다.
- 만성질환의 예방과 자가관리를 지원하는 일차의료 서비스(의사의 교육 및 상담)에 대한 재정적 지원을 늘려, 간이수술이나 진단적 검사 및 처방 등이 일차의료기관의 주요 소득원이 되지 않도록 한다.
- 병원의 규모에 따라 행위별수가 지불이 증가하는 현재와 같은 인센티브제를 재조정하여, 의료의 질에 따라 보상하는 방향으로 전환한다.
- 병원 입원뿐만 아니라 입원 전과 퇴원 후 서비스의 상당부분에 대한 지불을 사전에 미리 결합해 두는 '포괄화된 지불제(bundled payments)'를 시범 실시하여, 병원이 임상적 집중도가 낮은 재활 서비스에 대해서도 적극적으로 투자하도록 유도한다.
- 특정 영역을 대상으로 하는 현행 성과지불제도를 계속 존치할 것인지 판단하기 위해 가감지급사업(Value Incentive Program)을 공식적으로 평가한다.
- 병원 영역의 투명성 향상을 위해, 병원들이 비급여 서비스에 대한 정보를 정부에 제공하고 병원들의 재정 공개 의무화를 강화한다.

4. 심혈관계질환에 대한 의료의 질 향상을 위해 :

- 건강증진과 심혈관계질환의 예방에 투자를 확대한다.
- 소수의 병원들이 첨단기술장비를 갖추도록 집중투자하는 방식에서 나아가, 보건의료 시스템 전체에 걸쳐 심혈관계질환 임상 경로(critical pathway)를 확립하고 뇌졸중집중치료실(stroke unit)을 설치하는 방향으로 투자의 중심을 전환한다.
- 고위험군 환자 등록제를 도입하여 정기적 모니터링 및 사후관리 서비스를 제공한다.
- 급성심근경색과 뇌졸중 발생시 신속한 발견과 치료가 가능하도록 대중과 환자들의 인식을 높인다.
- 응급차서비스(특히 농촌지역)의 대응성과 질을 강화한다.
- 다양한 영역의 보건의료 전문가들이 참여하는 지역사회중심 재활서비스 등을 통해 한국 보건의료체계의 재활 역량을 확대한다.

주

1. 인구집단 사망률은 사회경제적 건강결정요인, 예방진료, 그리고 이차적 진료에 대한 접근성에 따른 인구집단의 전반적인 건강을 나타내는 지표이다. 반면에 치명률은 병원의 의료의 질을 나타내는 지표이다-복잡하고, 더욱 진전된 질환을 가진 환자의 비율이 높은 병원은 결과가 좋지 않을 것이다. 환자 구성의 차이를 보정하는 적합한 국제적 방법론이 없기 때문에, 정확한 국가간 비교는 어렵다.

제1장

한국 보건의료체계에서 의료의 질

이 장은 한국 보건의료체계에서 의료의 질을 향상시키기 위한 정책과 전략들에 대해 개관한다. 의료의 질 정책에 있어 핵심이 되어야 할 부분을 찾을 것이다. 그리고 보건의료의 질을 높이기 위해 OECD의 여러 국가들에서 많이 이용하는 정책들 중 한국이 채택하여 시행한 정책들을 벤치마킹할 것이다. 이를 위해 정책들을 몇 가지 범주들로 분류할 것이다 : 즉, 보건의료에 투입되는 자원과 관련된 정책, 제공되는 서비스의 모니터링 관련 정책, 지속적인 질향상을 추구하는 정책 등. 한국의 보건의료체계는 민간에서 제공하는 서비스가 많은 부분을 차지하고, 급성기 의료 영역이 비대하며 의료의 질 관련 정책이 관련된 동기를 가진 개인 혹은 기관이 주도하는 경우가 많은 특징을 가진다. 체계 전체 차원의 정책을 수립하려는 노력은 아직 진행 중에 있으며, 어떤 경우에는 더 많은 지원이나 이를 위한 제도적 장치의 채택이 도움이 될 수 있을 것이다.

한국의 보건 의료 체계는 지난 수십 년 동안 빠르게 성장해 왔다. 보건의료인력과 보건의료 시설 수의 증가, 신규 기술과 치료법의 발전으로 볼 때 한국은 최근 현대적인 보건 의료 체계가 가장 빠르게 발전하고 있는 국가 가운데 하나이다. 이러한 급속한 성장은 -특히 재정부분은- 전국민에 대한 기본적인 보건의료서비스 보장을 확장하려는 정부의 지속적인 노력의 결과이다.

점진적으로 건강보험의 보장범위를 확장하는 것을 통해서, 한국의 건강보험은 민간 공급자가 압도적으로 많은 보건의료시장에 대해 안정적인 재정지원을 하고 있다. 이러한 민간부문에 대해 과도한 의존은, 첨단 치료 서비스 공급자들의 성장을 촉진시키기 위해 역대 정부가 시행한 일련의 규제 정책과 함께, 현재 한국 의료 체계의 구조적 특징을 잘 보여 주고 있다. 의료의 질에 많은 관심이 모아지고 있지만, 의료의 질 측정을 보건의료의 가치 향상의 수단으로 인식하는 체계수준의 접근법은 아직 개발 중이다.

이 장에서는 양질의 의료서비스를 보장하기 위해 OECD 국가들이 펼치고 있는 다양한 정책을 설명하고 한국이 어느 정도까지 벤치마킹 하는 것이 좋은가에 대해 중점적으로 설명할 것이다. 이를 위해, 이 장에서는 다음과 같은 개요에 대해 검토할 것이다.

- 한국 보건체계 거버넌스는 의료의 질을 운영에 고려하는가, 그리고 어떻게 고려하고 있는가?
- 보건 의료에 대한 투입요소(사람, 기술, 물리적 인프라)가 양질의 의료 제공하기 위해 적절하게 이용되고 있는가?
- 제공되는 의료의 질을 모니터 하기 위한 정책이 준비되어 있는가?
- 보건체계가 지속적인 의료의 질 향상에 대응할 수 있도록 정책이 준비되어 있는가?

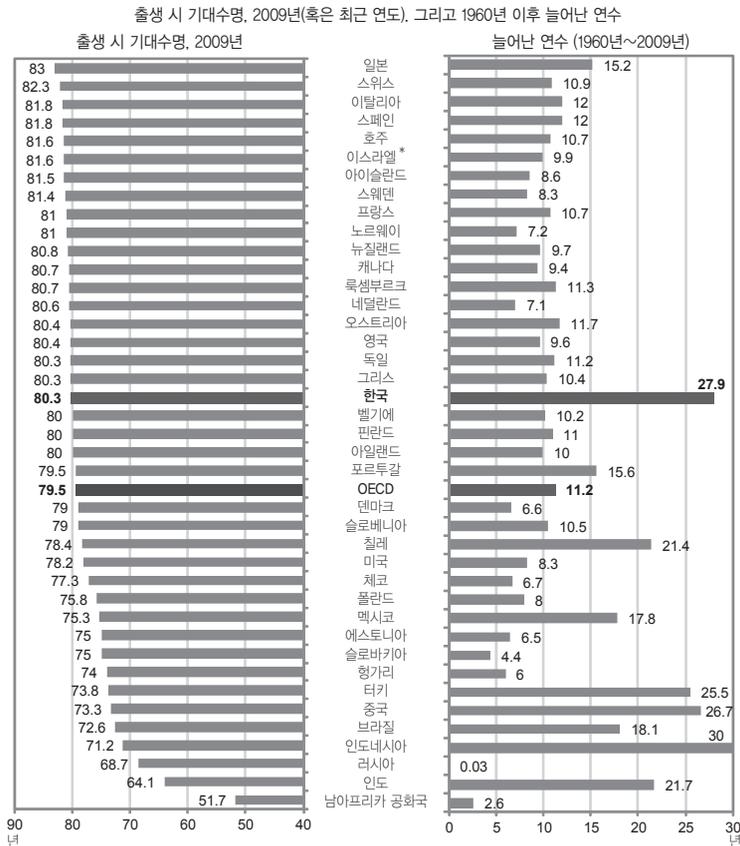
이 장(그리고 이 보고서)에서는 한국보건의료체계가 어떻게 의료의 질을 향상시키는가를 이해하는데 중요한 범위 안에서, 제도적 구조를 요약할 것이다. 구조를 광범위하게 살펴보기 위해, 한국 보건의료체계의 제도와 재정, 과거의 개혁, 한국 보건의료체계에 대한 OECD 보고서(OECD, 2003), 그리고 European Observatory's Health Systems in Transition Report on the Republic of Korea(2009)를 유용한 자료로 활용했다.

1.1. 의료의 질 관련 정책들의 분류를 위한 틀과 배경

최근 한국인들의 평균수명은 급격히 증가했으며 이는 중요한 만성질환들에 대한 의료의 질과 관련하여 점차 커지는 우려를 희석시키고 있다.

한국에서는 최근 몇 년 동안 평균수명이 크게 늘어났다. 한국의 평균수명은 80.3세로, OECD 평균 기대수명인 79.5세보다 약간 높다. 아래 그림1.1에서 알 수 있듯이, 한국의 기대수명은 1960년에서 2009년 사이에 27.9세가 늘어났으며, 이는 OECD 국가 중 가장 크게 증가한 수치이다. 지난 수십 년 동안의 한국의 경제 발전이 기대수명 연장에 중요한 역할을 한 것으로 보인다.

그림 1.1. OECD 국가들의 평균수명, 2009년

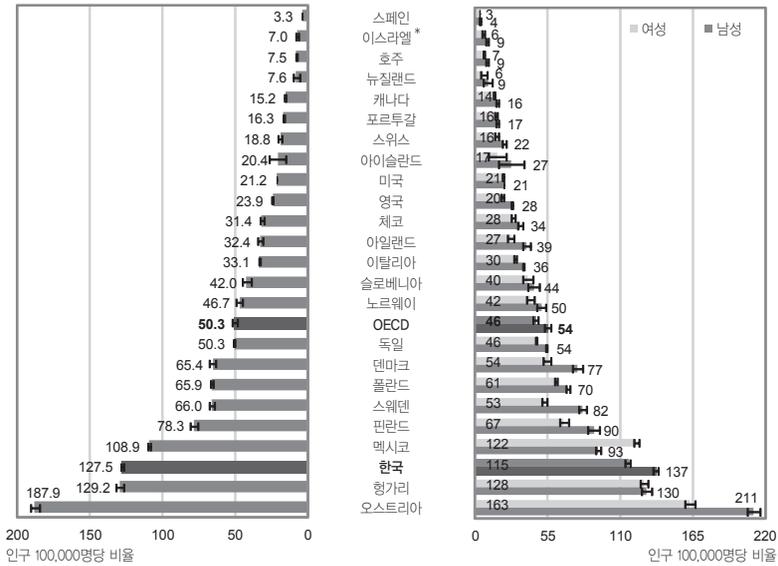


출처 : OECD, 2011

한국의 보건의료 서비스에서 의료의 질을 측정해 보면 다른 OECD 국가들보다 개선의 여지가 있다는 것을 알 수 있는데, 특히 만성심부전, 당뇨병, 류마티즘, 만성 폐색성 폐질환, 천식과 같은 만성질환에서 그러하다. 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율에 관한 보고는 국가에서 제공한 일차의료 서비스에서의 의료의 질을 측정하는 데 유용한 지표이다. 당뇨병 환자는 적절한 약물치료와 식이요법을 병행해 잘 관리하면 당뇨병성 혼수와 같은 계획되지 않은 병원 입원을 피할 수 있다. 일차의료 서비스를 통해서 당뇨병 환자를 지속적으로 모니터링 함으로써 적절한 관리를 할 수 있는 것이다. 한국의 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율은 인구 100,000명당 127.5 명으로, OECD 국가(헝가리와 호주 다음)중에서 세 번째로 높다. 이는 그림 2.2에서 보듯이 OECD 국가 평균인 인구 100,000명당 50.3명보다도 2.5배 더 높은 수준이다(그림 1.2 참조).

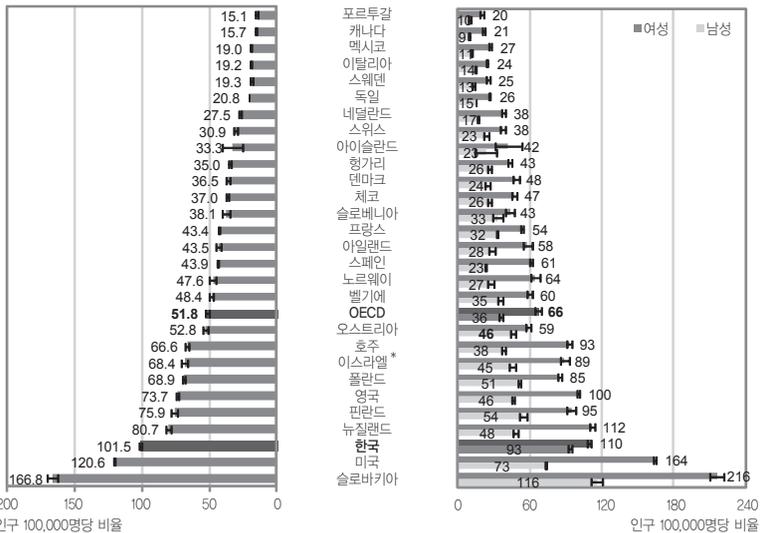
또한 한국은 만성 폐색성 폐질환(COPD)과 천식과 같은 호흡기 환자의 계획되지 않은 입원율도 다른 OECD 국가와 비교해 높은 수준이다. 천식으로 인한 계획되지 않은 입원율은 인구 100,000명당 101.1명으로 OECD 국가 평균보다 두 배 정도 높다(그림 1.3 참조). 입원하지 않고 관리할 수 있는 최악의 상태에 대한 범위를 정해 일차의료 기관에서 적절한 치료를 함으로써, 조절되지 않는 당뇨환자와 두 가지 호흡기질환자의 계획되지 않은 재입원도 줄일 수 있다. 더불어 3개 지표에 대한 한국의 성과는 다른 OECD 국가들과 비교할 때 일차의료의 질 향상에 있어서 상당한 여지가 있다는 것을 보여주고 있다.

그림 1.2. 조절되지 않는 당뇨병 환자의 입원을, 15세 이상, 2009년(혹은 최근 연도)



참고 : 2005년 OECD 인구에서 나이 성별을 표준화 한 것. 95%의 신뢰범위
출처 : OECD 보건데이터, 2011

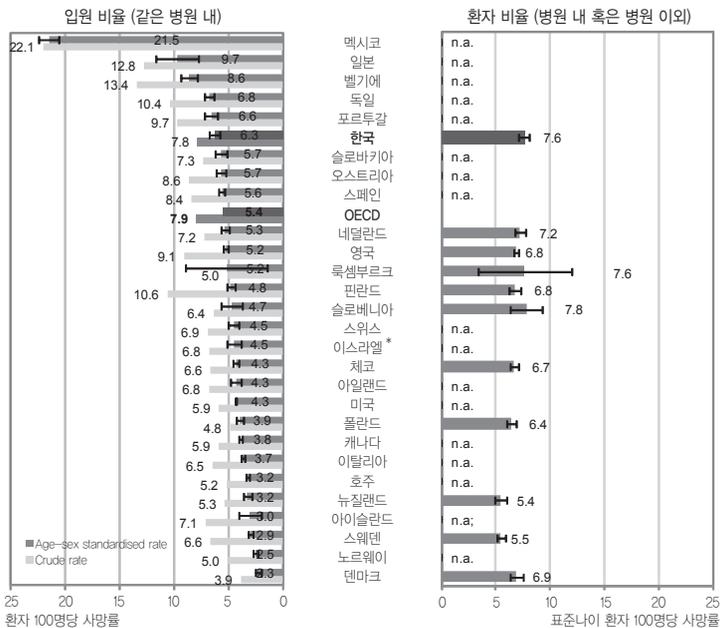
그림 1.3. 천식환자의 입원을, 15세 이상, 2009년(혹은 가장 최근 연도)



참고 : 2005년 OECD 인구에서 나이 성별을 표준화 한 것. 95%의 신뢰범위
출처 : OECD 보건데이터, 2011

병원영역 의료의 질에 대한 한국의 성과도 개선의 여지가 상당히 있다는 것을 보여준다. 급성심근경색증 환자의 병원 내 치명률을 보면 급성기 진료의 질을 유용하게 측정할 수 있다. 대부분의 선진국들은 지난 30년간 관상동맥질환의 사망률을 감소시키는 데 큰 진전을 이뤘으며, 급성기 진료에서 급성심근경색증(AMI)의 치명률을 낮추었다. 상당수의 AMI 환자들이 근거중심의 치료를 받지 못했다는 것이 최근에 이뤄진 많은 연구들에서 나타나고 있다. 한국에서 AMI의 병원 치명률은 2009년 환자 100명당 6.3명으로(그림 1.4 참조) OECD 국가 중 가장 높은 수준이다. OECD 국가의 평균이 5.4명이고, 한국은 환자 100명당 영국 5.2명, 미국 4.3명, 호주 3.2명보다 높은 수준이다. 이런 분야에서의 한국의 상대적으로 낮은(relatively poorer) 성과는 급성기 병원진료의 질을 개선해야 한다는 점을 시사한다.

그림 1.4. 급성심근경색으로 병원입원 후 30일 이내의 사망률, 입원기준 및 환자기준, 2009년(혹은 가장 최근 연도)



참고 : 2005년 OECD 인구에서 나이 성별을 표준화 한 것. 95%의 신뢰범위
출처 : OECD 보건데이터, 2011

최근 OECD 국가에서 의료의 질은 매우 중요한 문제로 부각되고 있는데, 의료의 질 향상은 환자의 치료결과를 개선하기 위해 더 많은 것을 할 수 있을 뿐 아니라, 이러한 치료결과는 종종

투자한 수준만큼 향상시킬 수 있다는 것을 알려주고 있다. 사실 한국에서 의료의 질 정책은 국가 보건의료지출의 급격한 증가에 직면해서 특별히 중요해졌다.

다른 OECD 국가들과 마찬가지로 한국 보건정책에서 의료의 질 문제는 특별한 관심분야가 되었고, 또한 국가보건의료 지출 증가 문제에 직면하고 있다. 한국도 다른 OECD 국가와 마찬가지로, 보다 더 제한된 예산환경에서 국민건강을 향상시키려는 도전에 직면하고 있다. 또한 노령화 인구의 인구학적 맥락과 출산 감소 등의 도전에 직면하고 있다. 한국에서 65세 이상 노인 인구는 2050년 38.2%에 이를 것으로 예상되며, 이는 다른 선진국들의 예측치보다 훨씬 더 높은 수준이다(한국 통계청, 2006년).

의료의 질과 관련된 정책 분류를 위한 틀

이 장에서 의료의 질 정책을 설명하고 윤곽을 잡는 것은 의료의 질 정책을 분류하는 틀에 따라 구성된다. 그 틀은 아래 표 1.1에 자세히 나와 있다. 정책 질의서의 초안을 작성하여 관련 공공기관에 답변을 요청했다. 정책 질의에 대한 답변을 제공한 정보는, 사무국의 국가평가 방문 기간 동안 수집한 자료와 함께 이 장에서 근거로 제공된다.

표 1.1. 의료의 질에 영향을 미치는 보건의료 정책

정책 종류	예
보건 체계 설계	관계자의 책무, 책임 할당, 입법
보건 체계 투입 (전문가, 조직, 기술력)	전문가 면허제도, 보건의료 기관의 인증, 약제와 의료기기에서 의료의 질 보장
의료체계의 모니터링과 진료 표준화	의료의 질 측정, 국가 표준과 지침, 국가 감사 연구와 성과에 대한 보고서
향상(국가 프로그램, 병원 프로그램과 인센티브)	의료의 질과 안전에 대한 국가 프로그램, 병원의 의료제공에 대한 성과지불제도, 제도 내 개선 프로그램 사례

1.2. 보건의료체계의 설계

한국에서 의료의 질에 대한 전반적인 법제 및 제도적 구조는 보건의료의 투입요소를 규제하는 중요한 초점을 두고 있다. 대부분의 한국 법제기구와 규제기관들은 우수한 의사를 교육하고, 보건 의료 시설과 기술의 안전성을 보증하는 데 많은 노력을 기울인다. 보건의료에 대한

투입요소를 강조함으로써 실질적인 의료서비스 과정상의 규제적 감독을 줄이고 있다. 의사의 진료 수행이나 진료에 사용하기 위해 선택한 기술의 적합성이 과정에 해당한다.

법제도적 틀

한국은 최근 몇 년 동안 의료의 질을 지원하고 향상시키기 위해 포괄적인 법제를 마련했다. 주요 법률로는 「의료법」(Framework Act on Medical Service)과 「국민건강보험법」(National Health Insurance Act)(2000)이 있다. 「의료법」은 보건의료 서비스에서 의료의 질 요건을 보다 광범위하게 다루고 있고(박스1.1 참조), 「국민건강보험법」은 건강보험심사평가원(Health Insurance Review and Assessment Service, HIRA)의 역할을 규정하고 있다. 두 가지 법과 더불어 응급 의료서비스의 질 관리를 포함하는 「응급의료에 관한 법률」(Emergency Medical Service Act)을 별도로 제정했다.

박스 1.1. 한국의 의료법 체계

「의료법」은 보건의료 시설과 전문 의료진들의 질을 규정하고 있다. 일반적으로 이 법은 병원에 상당한 초점을 맞추고 있다. 당해 법은 다음을 규정한다.

- 의사(의사, 치과의사, 한의사 포함)와 간호사의 면허 및 훈련에 관련된 학위와 요구조건
- 보수교육에 대해, 의료인은 질을 관리하고 향상하기 위해 졸업 후 부가적 훈련 프로그램에 참여해야 하는 것을 규정함
- 의료인이 의료 기술과 약물 처방에 대한 안전한 적용 등에 관련된 본 조의 다른 조항들을 위반했을 경우 면허를 취소 또는 정지할 수 있는 보건복지부 장관의 권한
- 의료의 질을 향상하기 위한 수단으로서의 인증의 역할. 인증 받기를 바라는 병원 급 이상의 기관의 장은 자발적으로 신청할 수 있음(소규모 보건의료 시설의 인증에 대한 자세한 정보는 section 1.3 참조)
- 병원 감염 감소를 위한 병원감염 관리위원회(hospital infection control committees)의 의무적 설치와 공급자의 책임
- 질과 안전을 보증하기 위한 신 의료기술에 대한 평가 규정(보건의료연구원 포함). 그러나 당해 법은 비용 대비 효과 분석 시행 여부와 같은 신 의료기술의 평가 방법을 정하지 않음

한국 보건체계에서 「의료법」은 환자의 권리를 위한 기초를 제공하지만, 많은 다른 OECD 국가들은 독립적인 법으로 환자의 권리를 보장하고자 한다. 당해 법에서 환자의 권리와 안전 기준은 병원에 대한 인증 기준에 포함되어야 한다고 명시하고 있다. 환자 안전 기준은 구두 처방을 포함한 의료전문가들 사이에서의 정확한 의사소통, 수술과 침습적 치료의 정확성, 환자 낙상(patient falls) 방지 활동 및 손 위생 등이 포함된다. 환자의 권리 기준은 환자의 프라이버시, 노인과 기타 취약한 환자의 안전과 권리 보호, 불만 처리와 치료 절차에 대한 서면 동의서 등이 있다. 한국의 환자 안전과 권리에 대한 규정은 다른 OECD 보건 체계보다 협소한데, 이런 환자 관점에 대해서는 인증기준을 통해 간접적으로 방안을 마련하고 있다. 최근 덴마크, 네덜란드와 같은 OECD 국가들은 의료의 질을 향상하기 위한 노력의 중심에 환자의 관점을 두기 위해서 노력한다. 종종 독립적인 법을 통해서 보건 의료 공급자들이 의료의 질을 향상시키기 위해 펼치는 전반적인 노력의 중심에 환자의 권리와 안전을 고려하기도 한다.

「국민건강보험법」은 한국의 보건 의료 시설이 제공한 의료의 질을 규정하기 위한 또 다른 중요한 법이다. 본법은 한국인이 받을 수 있는 의료서비스 급여혜택을 정해두고 있다. 의료기관이 제공하는 서비스의 급여범위, 요양급여의 적정성평가, 의료서비스 급여의 합리성 등을 정하였다. 이를 통해 이 법안은 한국인이 서비스를 받을 수 있는 의료 공급자와 의료 서비스의 범위를 규정하고 있다. 또 당해 법은 건강보험심사평가원(HIRA)의 역할을 규정하고 있는데, HIRA는 「국민건강보험법」에 따라 제공된 의료의 질을 평가하는 책임 있는 중요 정부기관으로 2000년에 설립되었다. 또한 당해 법은 의료서비스 급여 제공에 따라 청구와 지불을 어떻게 해야 하는지도 자세하게 규정하고 있다.

위에서 설명한 두 법의 주요 조항으로 인해 대형 의료 서비스(예: 병원)가 제공하는 의료의 질은 작은 의원보다 더 많은 주목을 받는다. 이것은 한국에서 보건의료의 보장성을 점진적으로 확장하고, 보건산업을 개발하기 위해서 지속적인 개혁을 추진할 수 있도록 법제 체계가 설계되었다는 점을 반영한 것으로 보인다. 이런 맥락에서 새로운 법의 주요 초점은 공급자가 국민건강보험 하에서 시행한 서비스를 보상받기 위해 기본적인 요구사항을 지킴으로써 암묵적으로 의료의 질을 보장하도록 하고 있다.

이러한 규제 접근 방식은 국민들이 받고 있는 다양한 서비스에 있어 의료의 질을 향상하는 것에 대해 오히려 관심을 덜 받게 한다는 우려를 갖게 한다. 사실, 복합적인 만성질환을 가진 노인인구의 증가는 다양한 서비스간에 통합과 진료의 연계 및 지속성 강화가 보건시스템의 주요 도전이 되고 있다. 환자의 진료 연계와 지속성에 대한 능력은 법에서 제한되는 반면, 현재 한국 법

구조에서 보건의료 공급자들은 자신들의 시설을 벗어나는 진료의 지속성에 대한 의무가 없다. 더 직접적으로 말해서, 의료의 질을 자체적인 권리로 인식하기보다는 정부에서 관리하는 국민건강보험 하에서 의료서비스가 제공되고 보상되기 때문에, 법에서는 의료의 질을 감시하는 것을 정부가 추구해야 할 역할로 보고 있다. 이 법의 실용적 의미는 보험의 범위 밖에서 제공된 서비스는 동일한 수준으로 의료의 질에 대한 감독을 받지 않는다는 것이다. 한국은 공적 보험이 적용되는 서비스뿐만 아니라 체계 전반의 의료의 질에 초점을 맞추는 방향으로 현재의 법을 개선함으로써 이익을 얻을 수 있다.

한국에서 의료의 질과 관련하여 책임을 가진 조직 및 그들의 핵심적 정책들

많은 다른 나라와 마찬가지로 한국에서 의료의 질에 대한 관심은 전문가단체의 적극적인 노력으로 시작되었다. 예를 들어 한국에서 병원 인증의 역사는 대한병원협회(Korean Hospital Association)와 대한의사협회(Korean Medical Association)가(1966년 보건복지부 장관이 위임함) 수련병원을 신임하기 위한 협력으로부터 시작되었다. 대한병원협회는 주요 수련병원을 대상으로 하여 1981년 병원 표준화 프로그램을 수립하였다. 양질의 의료 서비스에 대한 신임과 인증과 관련된 노력들을 기반으로, 1980년대 한국의 의료의 질에 대한 정책 구조를 명확히 하는 방향으로 큰 발전을 이루었다. 위에서 설명한 바와 같이, 법제의 취지와 맥을 같이하여, 한국에서 의료의 질 정책 실행은 보건의료제공자들과 대한의사협회나 대한병원협회와 같은 단체들의 책임을 광범위하게 확장하는 것에 놓여있다. 의료서비스에 대한 법제 체계를 운영하고 유지하며, 국민건강보험에 관한 중요한 기능의 수행을 HIRA에 위임함으로써, 보건복지부 장관은 의료의 질을 충분히 감독하여야 할 책임을 갖고 있다. 환자 또는 소비자 단체의 역할은 다른 OECD 국가보다 덜 두드러져 보인다.

기능적으로 볼 때 HIRA는 한국 의료체계에서 의료의 질을 평가하고 향상을 주도하는 중심적인 역할을 하고 있다. HIRA의 이러한 위치는 2000년 7월, 의료공급자가 제공하는 건강보험 급여가 적절하게 제공되고 있는지를 평가하는 권한이 주어지면서 자리잡았다. HIRA는 보험가입자에게 제공된 의료와 약제 서비스의 비용 대비 효과와 적정성을 검토하는 과정을 통해서 급여에 대한 의료의 질 평가를 실시한다.

수년간에 걸쳐 HIRA는 정보 인프라를 만들어 의료의 질에 대한 고유한 데이터를 제공해 왔고, 이를 세계적으로 선도적인 수준으로 발전시켜왔다. 독특한 성과 측정 역량에 부가적으로 HIRA는 전국적인 의료의 질 향상 노력을 조정하는 조직을 최근에 더 확대하고 있다. HIRA

운영의 점진적인 성장은 표 1.2의 역사에서 잘 설명되어 있다. 아래의 표에서 요약한 많은 정책들은 이 보고서를 통해서 논의되고 있다.

표 1.2. HIRA의 의료의 질 정책 시행의 연혁

2000년	국민건강보험법에 적정성평가 기능 도입
2001년	요양급여의 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급기준 제정 - 사회복지법인요양기관, 조혈모세포이식기관, 제왕절개분만 평가 - 약제급여 적정성 평가, 항생제와 주사제 처방률, 투약일당약품비(총량적 평가)
2002년	전산화단종촬영, 혈액 투석 평가 - 약제(처방건당약품 수 추가), 상병별 평가
2003년	수혈, 슬관절치환술, 집중치료실, 의료급여정신과 평가 - 약제급여평가 고가약 처방비중 추가
2004년	허혈성 심장 질환 평가 약제급여평가 호흡기질환의 부신피질호르몬제 처방률 추가
2005년	주사제 처방률 실적이 우수한 기관의 목록 공개 시작 - 위험도가 보정된 제왕절개 분만율이 낮은 기관 명단 공개 - 약제급여평가 골관절염의 진통소염제 중복, 부신피질호르몬제 처방률 추가
2006년	급성상기도감염 항생제처방률 평가 대상 전체기관의 명단공개 시작 - 웹 기반 평가자료 수집 시스템 도입 - 급성기 뇌졸중 평가 - 전향적 평가 방식 도입
2007년	요양급여비용가감지급시범사업 기준 제정 - 요양급여비용가감지급시범사업 시작(급성심근경색증, 제왕절개분만을) - 제왕절개분만을 평가 결과 통계청 승인 - 진료량, 수술의 예방적 항생제 사용, 급성심근경색증 적정성 평가 - 수술의 예방적 항생제 국내 진료가이드 개발 연구용역
2008년	의료비 절감을 위한 시범사업 기준 공표 - 요양 병원 급여 적정성 평가 - 수술의 예방 항생제 사용 평가 결과 통계청 승인
2009년	항목별 평가 결과 종합화 및 등급화 - 기관별 종합결과 공개 - 만성질환으로 평가영역 확대(고혈압 평가) - 혈액 투석과 의료급여 정신과 적정성 평가 - 급성심근경색증과 급성기 뇌졸중 평가 결과 통계청 승인 - HIRA 가감지급 시범사업 1등급 및 질 향상기관에 대한 가산 지급
2010년	평가결과 공개 확대(11개 평가항목, 52항목의 진료정보 공개) - 병원별 수술진료비 및 입원일수 정보 공개(38개 수술) - 고혈압 적정성 평가 - 요양병원, 혈액투석 등 평가 결과 통계청 승인 - 당뇨병, 대장암 예비평가

출처 : 요양급여 적정성 평가결과 종합보고서 2010년, HIRA

1.3. 한국 보건의료에 있어서 투입 영역들

의사와 간호사의 전문직 신임과 면허

OECD 국가 전체의 표준처럼 의사와 간호사를 교육하고 면허를 주는 한국 정책은 의료의 질을 보장하는 기본적인 정책이다. 의사와 간호사의 숫자뿐만 아니라 특히 역량을 갖추는 것도 양질의 의료를 제공하는 기초를 만든다. 서비스의 효과성과 안전성은 전문가의 기술과 (근거 중심)지식에 따라 좌우되고, 전문가의 태도와 의사소통 능력은 의료의 질에 대한 환자경험의 중요한 필수조건이 된다. OECD 국가들의 훈련과 교육 정책은 일반적으로 교육과정에서 큰 차이가 있는데, 여러 단계에서 훈련에 대한 책임이 누구에게 있고, 훈련받은 전문가가 어떻게 신임을 받는가 하는 것을 의미한다. 직업의 시작단계에서의 교육뿐만 아니라 전문적인 보수교육을 의무적으로 꾸준히 받음으로써, 의료 전문지식과 기술은 최신의 경향을 유지할 수 있다. 많은 나라에서 지속적인 전문 교육에 대한 의무는 전문적인 성과와 재면허/재신임을 평가하는 정책의 일부로 시행된다. 본 절에서는 의학 교육과 신임에 대한 한국의 체계에 대한 주요 기능을 간략하게 설명할 것이다.

OECD 국가에서 하듯이 초기의 학술적 훈련을 대학에서 제공한다. 이것은 의과대학이 있는 한국의 41개 대학에서 시행되고 있다. 대학공부를 하면서 또 그 이후에, 대부분의 한국 의과 대학생들은 수련병원에서 교육을 받는다. 한국에는 2011년 현재 총 275개의 수련병원이 있는데, 1957년 60개에서 큰 폭으로 늘어난 것이다. 오늘날 이런 수련병원은 인턴 3,877명(1975년 838명의 인턴에 비해)과 4,063명(1975년 708명의 1년차 전공의에 비해)의 1년차 전공의를 양성한다. 이러한 수치는 과거 수십 년 동안 한국에서 훈련을 받은 의료 인력의 수가 매우 많이 증가했다는 것을 보여준다. 그러나, 2009년 한국 인구 1,000명당 보고된 활동의사 수는 OECD 평균(1.9 vs. 3.1)보다 적지만, 2000~2009년 사이 연간 활동의사 수 증가(4.3%)는 OECD 국가 중에서 최고 수준이며, 칠레, 터키 정도가 최고 수준이다(OECD, 2011a) 한국 인구 100,000명당 의대생 졸업 수는 여전히 OECD 평균인 9.9(OECD, 2011a)보다 적은 8.8명이나 의사의 수에 비해 졸업 의대생의 비율은 높다(OECD 평균인 32.5명에 비해 45.5명)(OECD, 2011a). 의료 인력의 급속한 증가로 인해, 오랜 기간 동안 다른 OECD 국가에서 달성한 의료 인력의 수준을 따라 잡은 것으로 보인다.

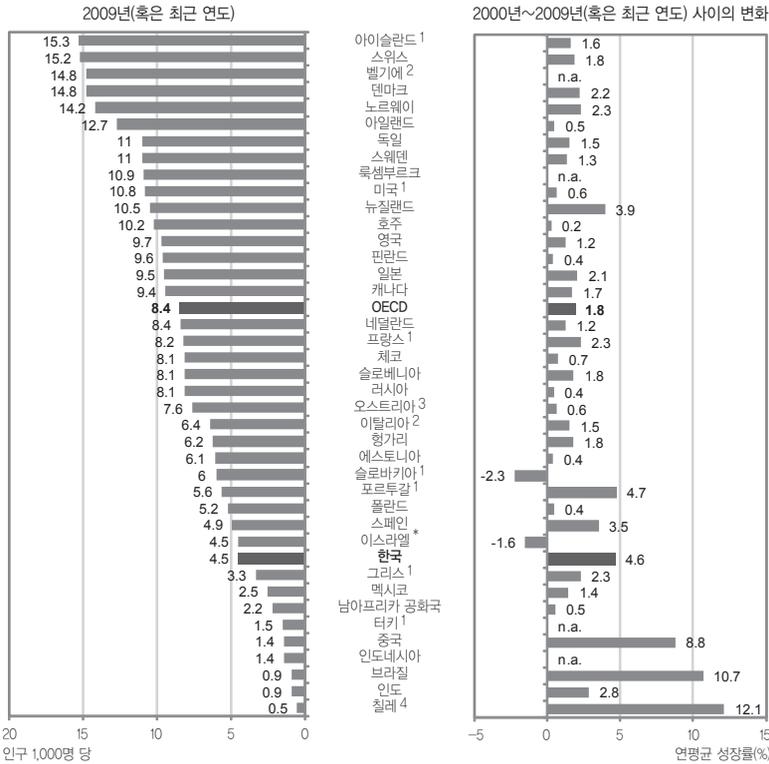
의료 교육은 대부분의 OECD 국가와 마찬가지로 6년 또는 8년 프로그램으로 이뤄진다. 의사 자격을 얻기 위한 국가시험에 합격한 후 1년 인턴을 하고 다시 선택하여 또 다른 국가시험을

치르고, 4년 전공의 교육을 받는다. 4년간 전공의 프로그램이 통상적인 규정이지만, 가정의학과와 같은 더 짧은 프로그램도 있다. 전체 의학 교육 모델은 미국의 모델과 매우 비슷하다.

다른 OECD 국가와 마찬가지로 한국에서 전문의로 인정받기 위해서는 추가 교육과 면허가 필요하다. 전문의가 되고자 하는 의사는 보건복지부가 지정한 기관에서 교육을 이수해야만 하고, 대한의사협회가 주관한 전문의 국가시험에 합격해야 한다. 대한병원협회는 수련병원을 지정하고 연간 수련의 수를 정하여 이런 과정을 지원한다. 대학병원의 인가는 대한병원협회, 대한의사협회, 대한의학회, 관련 전문의 조합 등으로 구성된 병원신임위원회에서 실시하고 있다. 교육을 마치고 나서, 전문의는 대한의사협회가 실시하는 시험을 봐야 한다. 보건복지부는 새로운 전문의의 수를 조절하고 면허를 발행함으로써, 전문의 교육에 광범위한 영향력을 유지한다. 전문의의 자격과 면허에 대한 대통령령에 따르면, 보건복지부는 전문과목과 효과적인 교육에 필요한 환자수의 확보 등 전문의 수련기관의 기준을 규정할 수 있다. 일단 의료전문인력이 교육과 전문적 면허요구사항을 완료하면, 전문적인 성과에 대한 지속적인 평가는 대한의사협회와 그들의 직장에서 책임을 진다. 2010년 현재 한국에서는 26개 전문과목이 있으며, 73,500명의 전문의가 등록되어 있다. 이는 전체 의사수의 72%에 달한다. 전문의가 등록 의사의 대부분인 이 프로파일은 많은 다른 OECD 국가와 비교된다(OECD, 2011).

한국 보건 체계에서 간호사 교육은 대부분의 OECD 국가와 같이 대학교와 전문대학으로 구분된다. 2010년 현재, 173개 대학교/전문대학에 간호학과와 간호교육프로그램에 입학한 14,183명의 학생이 있다. 간호사 인력은 지난 10년간 OECD 국가에서 가장 많이 증가했다 (그림 1.5).

그림 1.5. 인구 1,000명당(활동 중인)간호사 수, 2009년과 2000년~2009년 사이의 변화



출처 : OECD, 2011a

간호사가 되기 위해 학생들은 종합대학이나 단과대학에서 3년 또는 4년 과정의 프로그램을 이수해야 한다(대학 유형에 따라 프로그램의 기간이 결정됨). 의사와 마찬가지로 간호사도 교육을 마친 후 국가시험을 통과해야 한다. 현재 290,000명의 간호사가 대한간호협회의 신임을 받고 등록되어 있다. 이들은 지난 10년간 간호사의 전문성을 강화시켜왔다. 이는 간호학 석사 프로그램의 증가를 반영한 것으로서, 지금 40개의 대학원(잠정적으로 54개)이 있으며, 연 813 명의 학생이 교육을 받고 있고, 지금까지 8,339명의 간호사가 대학원 수준의 교육을 받고 있다. 실제로 34개 대학원에서 지금까지 총 1,529명 졸업생에게 간호학 박사 학위를 수여했다. 교육에서의 전문화뿐만 아니라 간호사는 그들의 현장에서도 전문화할 수 있는 기회를 점점 더 많이 가질 수 있다. 한국의 법에서 전문 간호사로 인정받으려 하는 사람은 국가 인증 시험을 통과해야 한다. 현재 한국에는 간호사 분야에 13개 전문분야가 있으며, 11,998명의 전문

간호사가 일하고 있다(HIRA, 2011). 전문의와 마찬가지로 간호사에 대한 교육기관에 대해 2년마다 실시하는 인증 체계는 한국간호평가원에서 담당한다. 간호의 전문화는 노화와 만성 질환자의 복합적인 보건 요구를 들어줄 잘 훈련된 간호사에 대한 요구가 늘어남을 보여준다. 이런 부분에 대한 의료의 질은 충분히 잘 훈련된 간호사에 따라 많은 부분이 좌우된다. 특히 한국 의료 인력의 빠른 증가와 더불어, 의사, 간호사와 같은 보건의료 전문인력을 적절히 혼합하는 것은 의료의 질 측면뿐만 아니라 적절한 (높지도 낮지도 않은) 능력 수준의 전문가가 서비스를 제공하여 전반적인 효율성을 향상시키기 위해서도 중요하다.

보수교육은 한국의 의사와 간호사 모두가 이용할 수 있으나, 어느 정도의 전문인력이 이런 교육을 이행하고 있는지는 확실하지 않다. 매년 보건복지부는 지속적인 전문가 교육에 대한 지침을 제공하는데, 대한의사협회와 대한간호협회가 각각의 회원들의 과정 이행에 대한 게이트키퍼역할을 한다. 두 단체는 이런 과정의 결과를 보고하고 있지만, 현재는 의무적이지 않거나 전체적인 등록 체계에 연결되지 않고 있으며, 교육을 이수한 전문가 범위에 대한 정보는 미미하다. 많은 OECD 국가(예 : 호주, 영국, 뉴질랜드, 네덜란드)가 보건서비스 전문직의 재신임과 지속적 전문교육을 연계하는 것과 달리, 현재 한국에서는 공식적 요구사항은 아니다. 보건복지부는 현재 전문 의료진이 정기적으로 자신의 면허 상태를 보고하고 지속적인 전문 교육을 실시하는 것을 의무화하는 면허 보고 프로그램을 도입할 계획이다. 이를 통해 환자과 건강 보험자를 향한 보건의료 공급자의 최신 전문 자격증에 대한 투명성을 증가시킬 것이다. 이 프로그램은 2012년 시행 예정이며, 지속적인 전문 교육 준수 비율을 향상시킬 수 있는 가치 있는 수단을 제공할 것이다. 이러한 면허재발부 정책을 수립하는 것은 보건복지부가 한국의 의료 인력 지식과 관련성을 적극적으로 향상시킬 수 있는 지렛대를 제공할 것이다.

보건의료기관에 대한 인증제

보건의료기관의 인증은 한국에서 의료의 질을 보증하는 주요 정책이다. 하지만 대부분 규모가 큰 상급종합병원에서만 실시된다. 한국의료기관평가인증원은 현재 보건의료시설에 대한 인증 프로그램의 실행을 담당하고 있다. 한국의료기관평가인증원(KOIH)에 의한 인증 프로그램은 국제 표준에 따라 개발되었으며, 의료의 질을 보증하는데 잠재적으로 중요한 역할을 할 수 있다. 이 프로그램은 미국(Joint Commission International, Joint Commission International), 대만(Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation)과 호주(Australian Council on Healthcare Standards)의 인증 프로그램을 모델로 하였다. 어떤 형태로든 인증 프로그램이 최근 10년간 한국에서 존재해 왔지만, 인증이 한국의 주요 의료법안의

일부가 된 것은 지난 2004년에 이르러서이다. 병원에 대한 의무 인증 프로그램을 도입하기 위한 정부의 초기 노력은 과정을 받아들이기를 거부하는 의료 제공자들의 저항에 부딪히고 있다.

2010년 인증관련 정책은 병원성과에 대한 일반적 표준을 가진 자발적인 프로그램으로 변경되었으며, 병원의 의료의 질 개선 파트너로 인가된 인증기관에 더욱 초점을 집중했다. 인증 방법론은 표준 기반 항목에 대한 자세한 점수화 체계와 명시적인 최소 기준에 기반을 두고 있으며, Joint Commission에 근거한 추적 방법(tracer method) 을 활용하고 있다. 현재 이 프로그램은 30개 이상의 병상을 가진 병원에 초점을 맞추고 있으며, 중간 크기의 병원, 혹은 더 큰 병원에 대한 별도의 접근 방법이 있다. 인증 과정의 결과의 하나로, '조건부 인증'을 병원에게 허용하고 있는데, 이것은 소규모 병원의 참여를 장려하고 스스로 오랜 기간 동안 의료의 질을 높일 수 있도록 하는데 특히 적합하다.

현재 급성기 진료에 대한 인증 활동은 주로 규모가 큰 상급종합병원을 중심으로 수행되었다 (물론 수련기관에 대한 인증의 일부도 그러한 것으로 평가되었다). 2011년 12월까지 인증은 모든 상급종합병원(44개), 병원(33개 병원)의 12%과 0.6%의 중소병원(8개병원)에서 실시되었다 (HIRA, 2011). 의료 공급자들이 좀 더 쉽게 접근할 수 있는 인증 방식을 채택했지만, 현재의 체계는 병원과 중소병원에서 성공을 거뒀다고 할 수 없다. 이것은 중소병원이 인증에 참여하도록 하는 인센티브(혹은 페널티)가 거의 없다는 것을 반영한다. 이것은 규모가 큰 상급종합병원과 병원, 그리고 중소병원 사이의 의료의 질 격차를 더욱 심화시킬 것이다. 광범위한 인증참여가 없기 때문에, 한국 병원들의 진료의 질의 차이는 정책결정자와 소비자에게 알려지지 않은 채로 남아 있을 것이다. 인증기관과 정부가 장기요양 진료(2013년부터 인증 체계 구축), 치과 진료, 정신 건강 시설을 위한 인증 프로그램을 개발하기 위해 노력하고 있지만, 더 많은 병원들이 인증을 받도록 하는 새로운 노력이 보완되어야 한다. 이와 마찬가지로, 한국의 일차의료 공급자에 대한 인증을 도입하는 것은 의료의 질에 대한 광범위한 기준을 수립할 수 있는 가치 있는 방법이다.

한국은 또한 임상진료지침과 보건의료체계 정보의 일관성 있는 적용을 인증 프로그램과 연결하는 국제적 추세를 적극적으로 반영해야 한다. 예를 들어, 한국의 진료지침 프로그램을 수립하기 위한 대한의학회의 작업은 인증을 위해 개발된 표준에 반영되지 못했다. 마찬가지로 인증 프로그램은, HIRA가 수집한 의료의 질 지표와 폭넓게 연결되지 못했다. HIRA와 지침 개발 프로그램, 그리고 병원의 인증 사이에 강력한 관계를 구축하면 인증 과정에서 의학적 효과성, 안전성과 환자 중심성을 강화하는 의미 있는 방법이 될 것이다. 장기적으로 한국은 특정 집단을 위한 지속적이고 통합된 치료를 달성하기 위해 함께 일하는 각기 다른 의료 공급자 그룹의

인증(통합 보건의료제공체계의 인증)도 고려할 수 있다. 예를 들면 미국의 보건의료 효과 측정을 위한 데이터 및 정보 세트(Healthcare Effectiveness Data and Information Set, HEDIS) 프로그램 등과 같다.

약제와 의료기기

여러 OECD 국가의 일반적인 사례와 같이, 한국 정부는 새로운 기술과 의약품에서의 의료의 질을 보증하고 안전하지 않은 제품으로부터 국민을 보호하기 위한 노력을 하고 있다. 의료의 질과 의약품의 안전은 일반적으로 의료 시장에 진입할 때 평가된다. 범위가 더 작기는 하나, 이것은 의료기기에 대해서도 마찬가지다. 이 분야에서 질 보장은 일반적으로 산업체, 전문가 단체와 의료기관과 협력하여 실행된다.

한국식품의약품안전청(KFDA)은 식품과 의약품의 안전, 위생 및 효능을 해결하기 위해 1998년에 만들어진 정부기관이다. KFDA는 약품과 기타 다른 치료와 요법의 생물학적 동등성을 수립하기 위한 평가의 책임을 맡고 있으며, 2002년 설립된 임상시험 계획 승인제도에 따라 임상시험 실태조사 책임도 맡고 있다. 한국 보건의료체계에서 의약품의 임상적 적절성을 계속 유지하기 위해서, KFDA는 새로운 의약품의 개발 단계에서 발견되지 않은 부작용을 모니터링하고 확인하기 위한 재조사 과정(승인 후 4~6년 후)을 실행한다.

의료기기의 질을 확인하기 위해 일련의 정책 즉, 우수 의료기기 제조 및 품질관리 기준을 의료기기 제조업체와 수입업체로부터 기기를 판매하는 업소/기업(「의료기기법」, 2004)으로 점진적으로 확장하는 정책, 의료기기에 대한 임상연구를 규제하는 법적 구조, 의료기기의 추적, 회수, 수리를 위한 법적 요구 사항(「의료기기법」, 2004), 의료기기 품목 허가 일괄 검토제와 안전과 위해 영향에 관한 데이터베이스 개발 정책이 실행된다. 이런 정책은 안전하고 효과적인 기기의 개발과 사용을 보장하기 위해 다른 OECD 국가들에서 볼 수 있는 것들과 매우 유사하다. 언급된 데이터베이스의 개발은 환자 안전을 안전한 기기의 생산에서 기기의 안전한 사용 쪽으로 이전함으로써, 환자의 안전을 더욱 강화할 수 있는 중요한 요소이다.

의약품을 공공 보험으로 상환해야 하는지 여부를 평가하는 메커니즘은 의약품 선별등재목록(Positive list) 작성과 의약품 경제성 평가 제도 도입을 통해 과거 10년 동안 강화되었다. 의약품 선별등재목록은 한국의 약제비 적정화 방안의 일부로 2006년 12월 도입되었다. 이 프로그램에서 임상적 경제적으로 가치가 있어 국민건강보험이 지불을 할만한 것으로 입증된 의약품의 목록이 만들어졌다. 의약품 선별등재 목록 체계는 2000년에서 2006년 사이 네거티브 목록(negative

list, KFDA에 의해 승인된 모든 약물은 자동적으로 보험 상환이 됨)에 기반하여 공식적인 통지 과정을 거친 이후 일정 기간을 지나 실시되었지만, 실제로 네거티브 목록에 포함된 의약품은 거의 없었다. 선별등재 시스템은 시장가격에 기반한 약제비 상환제도 이후에 도입되었다. 실거래가 상환제는 등재된 약품의 실거래가를 2년 마다 조사하여 조정한다. 계속되는 정부 개혁의 결과 급여 대상 의약품 수는 2006년 21,740개에서 2009년 14,900개로 감소하였다. 의약품 선별등재목록에 포함되는 약물은 HIRA가 만든 위원회의 지원으로 결정되며, 가격은 국민 건강보험공단(National Health Insurance Corporation)이 결정한다. 의약품 경제성 평가는 공공 이익에 부합하는 의약품의 임상적, 경제적 가치를 동시에 평가하는 데 있어 매우 가치 있는 노력이었다. 2000년에서 2009년 동안 73개 의약품 경제성 평가가 보험 결정을 내리는 데 근거가 되어 주었다. 또 한국은 의약품의 적절한 사용을 보증하기 위해 세계 최고 수준의 체계를 개발했다(박스 1. 2).

박스 1.2. 한국 의약품처방조제지원서비스
(Korea's National Drug Utilisation Review Programme)

한국의 의약품처방조제지원서비스(Drug Utilisation Review, DUR)는 국가 단위에서 의약품 구매에 관한 의료의 질을 향상하는 데 도움을 주는 정보기술을 활용하는 가장 혁신적인 정책 중의 하나이다. 2008년에 확립된 한국의 DUR은 HIRA의 청구데이터베이스 내에 통합된 목적 기반 프로그램을 사용하여, 처방과 판매의 시점에 약품 처방을 모니터링하고 임상적 안전과 적합성을 확인한다. DUR은 대부분의 의료 서비스 공급자와 약사의 컴퓨터 기반 프로그램이며, 2012년 1월부터 상급종합병원까지 확대될 예정이다.

투약 오류, 이중 처방, 동일 환자의 약품의 부적합성(incompatibility), 고가의 약품 처방(high-price prescriptions), 그리고 일일 평균 약품비가 높은 처방의 상시적 투여 등의 불합리한 일들을 해결하기 위해 이 체계가 실시된다. DUR 체계는 환자식별자(UPI)를 사용하여 주어진 환자의 투약 기록을 추적한다. 환자가 의료 기관을 방문하면, 환자의 처방전은 HIRA로 보내지는데, HIRA의 정보체계는 처방을 평가하여 지침에 반대되거나 개인의 투약 기록(대체로) 상 금기나 중복이 없는지를 확인한다. 문제가 있을 경우, 처방의 시점에 이를 의사에게 알려준다. 환자가 약국에서 의약품을 구매할 때에 유사한 검사가 한번 더 실시되고 문제가 있으면 약사에게

알려주는 것으로 이 체계가 강화된다. 문제가 발생하지 않으면, 약국은 판매 완료 양식을 다시 보내거나, 필요한 경우 HIRA와 환자 의료 서비스에 모두에게 치료 계획 변경을 알려준다. 항생제, 주사제, 골관절염에 대한 NSAIDs 스테로이드 처방 등에 대해서는 특별한 주의를 준다. 30회 이상의 외래환자 처방전을 발행한 의료기관은 모두 청구에 근거한 연간 평가를 받는다.

체계의 포괄성은 전체적이지만, 금기증 처방전의 약 2%, 중복 처방 0.1%를 줄인 것으로 나타났다. 이처럼 놀라울 정도로 낮은 결과는(병원의 투약 부주의로 인한 입원이 높다는 사실에 비하면) DUR에 있는 임상적 요건으로 설명될 수 있다. 현재 DUR은 유사한 치료 군의 약물의(다른 이름을 가졌지만, 유사한 임상적 기능을 하는 약품) 중첩과 상반된 지표를 더 광범위하게 검사하는 것이 아니라, 다른 유형 사이의 약물 사이의 화학적 충돌에 대해서만 엄격한 검사를 적용하고 있다. 한국은 투자의 비용 가치를 극대화하기 위해서 DUR에 포함되는 약물의 요건을 확대하는 것을 고려해야 한다.

마찬가지로, 2012년 1월부터 병원의 입원 영역에 있는 처방전까지 DUR을 확대하려는 보건복지부의 노력은 이러한 기술의 영향을 극대화하여 개선하는 데에 도움이 될 것이다. 이런 노력은 약품의 부작용, 중복 처방과 약품처방의 부적합성을 감소시키기 위해 선구자적인 역할을 해 온 시스템 위에 광범위하게 구축될 것이다. 장기적으로 이 체계는 처방 패턴에 대한 피드백을 의료 공급자에게 제공하는 역량도 개발할 수 있을 것이다.

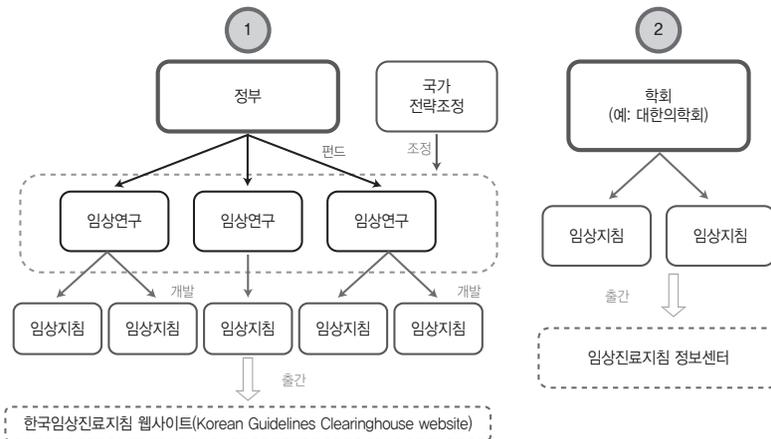
1.4. 보건의료 체계 모니터링 : 진료의 표준화와 측정

임상진료지침의 개발과 사용에 대한 국가 정책들

임상진료지침은 의료의 질을 개선하는 도구로 점점 더 많이 채택되어 왔다. 진료지침은 최선의 진료 방법에 대한 표준화를 장려하는 의료인들의 전문적인 경험 사례와 과학적 근거의 기반을 결합한 것이다. 초기의 진료지침은 전문가가 만든 합의문에 기초를 두었다. 1990년 이후 ‘근거중심의학(evidence based medicine)’의 성장은 기존의 과학문헌을 체계적으로 평가하는 방법을 소개하였으며, 대부분의 OECD 국가에서 지침의 개발에 기초가 되었다. 그 이후 지침은 비용 효과성과 환자를 진료의 중심에 두는 것의 중요성을 인식해 왔다. 지침 개발 범위의 확장과 전문화로 인해 많은 OECD 국가들에서 지침을 개발하고 배포하는 데 전문가와 함께 하는 국가 조직을 설립해 왔는데, 영국 NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)와 프랑스의 HAS(Hauté Autorite de Santé) 등이 이런 조직의 사례이다. 진료지침을 알리는데 참여한 조직-환자, 연구소, 전문가 기구, 보험자 등 - 들이 많기 때문에, 한국 등의 몇몇 나라에서는 서로 다른 조직에 의해 운영되는 국가적인 지침 프로그램을 갖고 있다.

지침의 개발에 초점을 둔다는 것은 한국의 보건의료에 있어 상대적으로 새로운 개념이다. 임상 지침의 개발에 대한 책임 있는 두 주요 관계자는 정부와 학회(즉, 대한의학회)이다. 아래 그림 1.6에서는 한국의 임상지침 개발에 관련된 서로 다른 기관의 역할을 요약한 것이다.

그림 1.6. 임상 지침 개발과정



출처 : Information collected from HIRA, 2011

2004년부터 한국의 임상 연구 센터는 특정 질병 분야에 전문화되어 있다. 이 연구 센터들은 임상 연구 지원 사업(Clinical Research Support Project)의 일환으로 설립되었다. 임상 연구 센터와 조정 기관인, 근거창출임상연구국가사업단(National Strategic Coordinating Centre for Clinical Research, NSCR)의 광범위한 목표는 각각의 분야에서 임상 연구를 촉진하고 조정하는 것이다. 즉 진료지침을 개발하는 것이 이 임상 연구의 파급효과 중 하나이다. 다양한 연구센터가 허혈성 심장질환, 만성 폐색성 폐질환, 천식, 간경화, 우울증, 당뇨병, 치매, 뇌졸중 항생제의 적절한 사용과 류마티스성 관절염과 같은 분야에 초점을 두고 있다. 이런 임상연구센터에서 개발한 지침은 한국임상진료지침 정보센터(Korean Guideline Clearinghouse) 웹사이트에서 찾을 수 있다. 근거창출임상연구국가사업단 내 임상진료지침 지원팀이 있는데, 이곳에서는 진료지침이 표준 형식과 방법론에 따라 개발되었는지 확인하는 역할을 한다. 지원팀은 지침 개발 방법론을 개발하고 추진하고 있다. 이 센터의 전반적인 활동은 한국보건의료연구원(National Evidence Based Healthcare Collaborating Agency, NECA)의 업무 위에 구축되어 있다. 이러한 정부의 재정 지원 사업뿐만 아니라, 대한의학회(KAMS)도 (약 40개의 지침 개발) 진료지침 개발에 일정한 역할을 하고 있다. 2008년 1월 이후, 대한의학회(KAM)는 개발된 지침과 사용된 방법론을 위한 정보센터로 임상진료지침 정보센터(Korean Medical Guideline Information Centre)를 운영하고 있다.

한국의 지침 개발이 최근 몇 년 동안 더 중요해지고 있지만, 이러한 지침이 임상진료에서 실제로 변화를 주도하는지는 분명하지 않다. 임상 연구와 임상 지침에 참여한 센터와 연구 기관이 많아짐에 따라 일정 전문의와 학계의 관심이 성장하고 있다는 것은 분명하다. 지침을 인터넷(한국임상지침 클리어링하우스 및 한국임상진료지침 정보센터 웹사이트와 같은)에서 쉽게 찾을 수 있지만, 임상 의사들이 이러한 지침을 사용하도록 장려하는 것은 거의 지원되지 않는 것으로 보인다. 한국의 진료지침의 사용에 대한 연구를 수행하면, 의료 서비스의 재정보상에서(지침에 명시된) 가장 좋은 진료를 찾도록 하는 기전을 만드는 것 등에 있어서 가치를 발휘할 것이다. 이런 프로그램의 유형들은 과거 10년간 프랑스, 독일, 네덜란드, 영국 등의 국가에서 일반화되고 있다. 한정된 자원으로 적절한 치료를 제공하는 것에 대한 사회적 관심사에 진료지침이 어느 정도까지 부응할지는 분명치 않다. 진료지침과 HIRA(또는 인증에 사용된 이러한 지표)가 수집한 핵심적인 의료의 질 지표를 연결함으로써, 한국에서는 제한된 범위의 전문가 그룹과 동기화된 임상 의사를 넘어서 광범위한 의료인력들에게로 임상 지침을 보급하고 체계적인 사용을 장려할 수 있다. 지침 개발을 위한 여러 국가의 프로그램 설정에서 이미 상당히 강조된 바와 같이, 지금은 양질의 보건의료 서비스를 제공하는 지적 자산을 만드는 것이 새로 대두된 문제이다.

건강보험심사평가원(HIRA)이 수행하는 의료의 질 모니터링

의무기록은 전통적으로 의료의 질을 모니터링할 수 있는 주요 정보원이다. 한국은 잘 개발된 전자문서교환방식(EDI) 청구시스템과 함께 병원에서 전자 의무기록을 사용해 온 오랜 역사를 가지고 있다. 한국의 보건의료 서비스제공자 대다수는 EDI 체계를 사용하는데, 2010년 2,859개의 병원 중 99%, 54,211개의 의원(치과, 한의원을 포함)중 92%, 21,096개의 약국 중 96%, 3,469개 보건기관의 100%가 이를 사용한다. 전자청구는 환자식별자(UPI)로 제공되는 개인의 주민등록번호에 바탕을 두고 있다.

이러한 정보 기술과 데이터 수집 능력의 결과로, HIRA는 행정정보를 활용하여 의료의 질에 관한 광범위한 지표를 산출할 수 있다. 정보의 질 관리와 적시성과 같은 영역의 정보 인프라와 기술 항목은 세계에서 가장 뛰어난 수준이며, 다른 나라의 벤치마킹이 되고 있다. 청구시스템을 통해 제공되는 정기적인 정보 이외에 HIRA는 의료의 질 지표의 범위를 측정하고자 명시적인 노력을 하고 있다. 앞서 이 장에서 제시된 HIRA활동의 연혁 표에는 시간이 지남에 따른 노력의 정도, 범위, 세부 사항이 설명되어 있다. 현재 보고된 의료의 질에 대한 지표는 국제적인 문헌과 일맥상통하며, 데이터의 질을 보증하면서 이렇게 광범위하고 상세한 보고서를 작성한 국가는 거의 없다. 이러한 정보는 보건의료 공급자와 정부에게 성과에 대한 피드백을 제공하는데 활용되며, 또한 일반 대중에게도 공개된다. 의료의 질에 관한 이러한 데이터를 보유한 HIRA는 전 세계에서 선도적인 위치를 점하고 있다.

표 1.3에는 현재 진행 중인 평가 프로그램의 세 가지, 즉 입원 진료(급성심근경색증, 급성기 뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 제왕절개분만)와 장기 요양, 그리고 외래 진료, 주로 약제처방(DUR 프로그램)이 요약되어 있다. 의료의 질을 측정하기 위한 노력은 아래 표에서 설명된 세 가지 핵심 영역(입원, 외래, 장기요양)에 집중되어 있지만, HIRA의 데이터 수집 능력은 이 범위를 넘어서 의원의 약제 평가, 제왕절개분만, 혈액투석과 의료급여 정신과를 포함한 모든 기관에 정보를 제공한다. 데이터 수집 체계의 또 다른 인상적인 기능은 모든 영역을 포괄하는 결과, 구조와 과정 지표의 활용가능성이다.

표 1.3. HIRA의 진행중인 의료의 질 평가 프로그램 평가 대상 기관

평가 영역		평가 대상 기관					평가 부문		
		상급 종합 병원	종합 병원	병원	의원	요양 병원	구조	과정	결과
입원 진료	급성심근경색증	•	•				•	•	•
	급성 뇌졸중	•	•				•	•	
	수술의 예방적 항생제 사용	•	•	•				•	
	진료량 지표	•	•	•	•				•
	제왕절개분만	•	•	•	•		•		•
	관상동맥우회로술	•	•				•	•	•
외래 진료	약제 고혈압*	•	•	•	•			•	
		•	•	•	•			•	
장기 요양	요양병원					•	•	•	•
	의료급여 정신과*	•	•	•	•		•	•	•
	혈액투석*	•	•	•	•	•	•	•	•

출처 : HIRA, 2011

* 2010 신규 평가 항목임

위의 지표 이외에도 HIRA는 행정 정보를 보완하기 위해 조사표 작성을 실시한다. 표 1.4에 정리된 분야에 걸쳐서 실시되며, 제왕절개분만과 약제급여 평가는 그렇지 않다(데이터만 추출한 급성 뇌졸중, 수술 예방 항생제 사용은 예외). 이 조사자료는 누락된 정보를 대신하고, 데이터 검증과정에서 사용된다. 따라서 보고된 데이터의 완성도는 보장할 수 있으며, 검증은 다른 데이터 소스에서 결과를 비교하여 검사할 수 있다.

표 1.4. HIRA의 평가항목별 자료원 및 자료수집대상, 2010년

평가 항목		자료원		대상기간	자료수집대상
		행정자료	조사표		
급성심근경색증		•	•	연간	전수 조사
급성기 뇌졸중		•	•	3개월	표본 추출
수술의 예방적 항생제 사용		•	•	3개월	표본 추출
제왕절개분만		•		연간	전수 조사
진료량	위장암, 대장암 수술 고관절치환술 경피적관동맥중재술	•		1년간 진료분	전수 조사
	식도암, 췌장암 수술 간암수술 조혈모세포이식술	•		2년간 진료분	전수 조사
관상동맥우회술(CABG)		•	•	2년	전수 조사
약제급여		•		연간	전수 조사
고혈압		•		6개월	전수 조사
요양병원		•	• (기관단위)	3개월	전수 조사
의료급여 정신과		•	• (기관단위)	3개월	전수 조사
혈액투석		•	•	3개월	표본 추출

출처 : HIRA, 2012

표 1.5는 현재 수집된 급성기 진료, 장기요양과 약제에 대한 지표를 광범위하게 보여준다.

이러한 지표는 구조, 과정, 결과에 대한 데이터의 적절한 혼합으로 구성된다. 비록 결과 데이터(30일 이내 치명률(30-day case fatality rates))가 다른 OECD 국가와 비교해 다소 높지만, 급성심근경색증과 뇌졸중 환자에 대한 과정 데이터는 인상적이다. 지역간 차이의 범위가 어느 정도인지 파악하는 것은 흥미로운 것이다. 예방적 항생제, 제왕절개분만 및 진료량 데이터는 심층 분석을 해야 하며, 세분화된 변이와 시간에 따른 추세를 분석하면 더 의미를 가질 것이다. 수술을 위한 최소 건수와 관련된 기준을 갖는 것은 긍정적이지만, 준수율을 보면 의료의 질을 보장하기 위해 추가조치가 필요함을 시사한다. 앞으로 다양한 병원의 진료량과 결과를 연계하는 것도 흥미롭다. 장기요양 지표는 주로 구조 및 과정을 바탕으로 한다. 장애 지표나 장기요양자가 스스로 기입한 환자경험과 같은 결과지표로 이런 것들을 보완하면 좋을 것이다.

HIRA에게 인상적인 데이터 수집능력이 있지만, 정보 수집의 범위는 의료의 질 향상에 있어 활용정도가 낮을 가능성이 있다. 수집된 데이터의 대부분은 병원 분야나 외래환자 약제 처방 부문에 초점을 맞추고 있다. 이것은 HIRA가 소규모 의원에서 데이터를 수집하는 데 도전에 직면했음을 반영하는 것일 수 있다. 2011년부터 HIRA의 의료의 질 평가 역량을 강화하고, 의료제공자들에게 HIRA가 활용 가능한 정보를 제출하는 것을 의무화하는 법안이 국회에서 논의 중이다.

광범위한 정보를 대중에게 공개하고 병원에 제공하고 있지만, 실제 의료행위가 크게 개선되고 있다는 증거는 거의 없다. 이는 영향에 초점을 맞춘 특정 연구가 부족하며, 성과 변화의 원인을 데이터 피드백으로 돌리기가 어렵다는 사실에 부분적으로 기인한다. 데이터를 수집하고 가감지급 사업에 그것을 사용하여 성과를 개선하기 위해서 투입된 최근의 노력은 몇 가지 고무적인 결과를 보여주고 있지만, 이는 소수의 대형 상급종합병원에 한정된다.

표 15. HIRA에 의해 수집된 질지표의 결과 요약표

평가항목	지표	2010 결과(%)	
급성심근경색증	병원도착 30분 이내 혈전용해제 투여율	81.9%	
	병원도착 120분 이내 Primary PCI 실시율	91.7%	
	병원도착시 아스피린 투여율	98.6%	
	퇴원시 아스피린 처방률	99.3%	
	퇴원시 베타차단제 처방률	95.7%	
	원내사망률	7.0%	
	입원 30일내 사망률	7.7%	
급성기 뇌졸중	허혈성 & 출혈성 뇌졸중	흡연력 조사율	94.0%
		신경학적 검사 실시율	93.7%
		연하장애 선별 고려율(2일 이내)	87.2%
		뇌영상검사 실시율(24시간 이내)	98.7%
		뇌영상검사 실시율(1시간 이내)	92.5%
	조기재활치료 고려율(3일 이내)	89.4%	
	허혈성 뇌졸중	지질검사 실시율	96.0%
		정맥내 혈전용해제(t-PA) 투여 고려율	93.5%
		정맥내 혈전용해제(t-PA) 투여율	74.0%
		항혈전제 투여율(48시간 이내)	95.9%
항응고제 퇴원처방률(심방세동 환자)		99.1%	
항혈전제 퇴원처방률	98.5%		
수술의 예방적 항생제 사용	피부절개 1시간 이내 최초 예방적 항생제 투여율	75.6%	
	아미노글리코사이드 계열 투여율	26.5%	
	3세대 이상 세팔로스포린 계열 투여율	7.0%	
	예방적 항생제 병용 투여율	37.3%	
	퇴원시 항생제 처방률	35.9%	
	예방적항생제 총 평균 투여일수	5.7 days	
제왕절개분만	제왕절개분만율	36.0%	

진료량	위암수술 기준진료량 이상 기관 점유율		28.5%	
	대장암수술 기준진료량 이상 기관 점유율		27.60%	
	간암수술 기준진료량 이상 기관 점유율		43.5%	
	고관절치환술 기준진료량 이상 기관 점유율		21.60%	
	경피적관상동맥중재술 기준진료량 이상 기관 점유율		60.60%	
요양병원 입원급여	구조	기본시설	병상당 병실의 평균면적	6.5 (m ²)
			다인실 병상의 비율	48.7%
			화장실이 있는 병실 비율	48.4%
			적정육실 유무	76.5%
			환자용 편의시설 구비율(휴게실, 식당)	19.8%
	안전시설		바닥의 턱 제거율 (병실, 욕실, 화장실)	50.1%
			바닥의 미끄럼방지시설 설치율 (욕실, 화장실, 계단)	50.7%
			응급호출시스템 구비율 (병상, 욕실, 화장실)	13.1%
			안전손잡이 설치율 (욕실, 화장실, 복도)	35.1%
			의사	의사 1인당 병상수 야간/휴일 당직의사 유무
	간호사		간호사 1인당 병상수	13.2
			간호인력 1인당 병상수	6.0
			간호인력 이직률	35.7%
	기타인력		물리치료사 1인당 병상수	68.1
			약국(약사 포함) 유무	32.3%
			방사선촬영실(방사선사 포함) 유무	61.0%
			임상검사실(임상병리사 포함) 유무	39.8%
	의료장비		사회복지사 유무	47.5%
			100병상당 심전도 모니터(EKG monitor) 보유대수	2.7
			100병상당 혈중산소포화도 감시장비 보유대수	3.7
100병상당 산소공급장비 보유대수			22.2	
100병상당 흡인기 보유대수			21.2	
진료	과정	유치도뇨관이 있는 환자분율 (고위험군/저위험군)	24.1% / 3.6%	
		65세이상 노인의 입원시 MMSE 검사 실시 환자분율	58.6%	
		당뇨환자 중 당화혈색소(HbA1c) 검사 실시 환자분율	45.6%	

HIRA는 이미 사용 가능한 데이터에서 더 많은 가치를 추출하고자 노력해야 한다. 청구 정보와 임상진료를 위한 질 지표, 등록에서 이용 가능한 정보를 연결함으로써, 한국은 보건의료체계의 성과를 분석하고 특정한 수요에 맞는 진료를 제공하는 것을 더 잘할 수 있다. 예를 들어 한국은 복합질환자나 만성질환자를 추구 관리하여 어떤 보건의료서비스를 얼마나 자주 사용하고 있는지, 이런 것들이 진료의 지속성과 재입원, 사망률에 어떻게 영향을 주는지를 분석할 수 있는 역량을 현재 갖고 있다. 당뇨병과 만성 폐색성 폐질환은 이러한 질병에 대한 잠재적으로 피할 수 있는 입원과 관련된 지표에서 한국의 성과를 잘 나타내주고 있다.

이러한 모니터링에서 얻은 정보는 한국의 검진 프로그램의 추후관리로써 어떤 서비스가 환자에게 제공되었는지 알려주며, 따라서 필요한 보건의료 서비스와 실제로 제공된 서비스에 대한 시계열적인 통찰을 제공한다. 마찬가지로 더 나은 정보는 암 진료의 질 향상에 필수 불가결한 것인데, 여기서 등록체계가 환자의 다양한 코호트, 치료 결과와 사망을 추적할 수 있다. 암 성과의 차이와 암 거버넌스와의 관계를 분석한 최근 OECD의 연구에서는 그러한 접근 방식의 중요성을 강조하고 있다(OECD, 2011a). 의료의 질에 관한 체계 단위의 정보는 전체 체계 모니터링을 위해 활용될 수 있고, 질병에 근거한 가치의 사슬을 통해 실제적인 가치를 낚는 장단기 보건의료정책을 위한 중요한 정보를 제공한다.

장기적으로 한국은 보건의료 환경에 맞는 간단한 전자환자이력을 구축해야 한다. 한국은 이미 이 혁신을 위한 기술적 능력을 가지고 있다. 건강보험 하에서 제공된 서비스에 대한 청구가 이루어질 때, 개별환자번호는 DUR의 근거가 되고 있다. 이 두 정보가 결합되면, 현재 처방 받은 약품이 무엇인지, 그리고 최근 이용한 의료 서비스가 무엇인지에 대한 전자환자이력을 의료전문가에게 간단하게 제공할 수 있다. 그리고, 이러한 체계는 진단명과 기타 검사 결과의 전자 보관을 포함하여, 현 시스템에서 서비스의 중복으로 인한 비용을 줄이는 데 도움을 주는 등의 영역까지 확장될 수 있다. 이러한 시스템을 제공하기 위해서 한국은 전자 환자 기록의 개인정보에 대해 논의를 해야 하고 우려를 해소해야 한다. 전자 환자 기록을 추진하는 캐나다와 호주와 같은 다른 OECD 국가들은 안전 및 건강 정보의 공개를 통하여 개인정보가 공개되는 것과 관련한 안전장치와 환자의 통제체계를 구축하기 위해 소비자와 개인정보 보호단체와 함께 협력하고 있다. 이러한 접근 방식이 한국에서도 실시되어야 한다. 잠재적인 효율성 향상과 임상 의사에게 더 나은 정보를 제공하고 환자에게 맞춤 치료를 제공하기 위한 환자기록의 유용성은 전자환자기록의 현재 장애물을 재검토할 만큼 가치가 있어야 한다.

환자 안전과 환자 경험 측정과 관련된 정책들

한국의 의료체계와 보건정책은 다른 OECD 국가들 만큼 환자의 안전과 환자의 경험들을 중시하고 있지는 않는 것 같다. 상당한 수준의 정보 인프라에도 불구하고, 한국은 지금까지 OECD에 환자 안전 지표 데이터를 보고하지 않았다. 이러한 데이터는 동반상병의 입력이 충분한 수준인 행정데이터베이스에서 구득할 수 있으며, “수술 중 체내 이물질 잔류(foreign bodies left during surgery)”와 “수술 후 패혈증(post-operative sepsis)”(OECD, 2011a)과 같은 피해야 하는 모든 사건을 다룬다. 미국, 캐나다, 덴마크, 호주, 프랑스와 같은 다른 나라에서는 병원의 위해 사건 발생의 기초 현황을 파악하여 지속적으로 성과를 모니터링 할 수 있도록 국가적인 연구를 수행해

왔다. 이러한 국가적인 차원에서의 연구는 한국에서 시행되지 않았다. 이것은 개별 제공자 및 국가 정책 사이의 분리를 반영하는 것일 수 있다. 한국의 많은 상급종합병원은 환자 안전과 치명적인 오류를 모니터링하는 내부 시스템을 가지고 있는 것처럼 보이나, 이는 병원이 주도적으로 수행한 것으로 보이며, 내부의 의료의 질을 통제하고 개선하기 위해 사용되었다. 그러나 병원과 소규모 의원에서 발생한 위해 사건에 대해 모니터링하고 보고하도록 하는 의무를 모든 제공자에게 부과하는 국가적인 시스템은 아닌 것으로 보인다.

한국의 많은 보건의료시설에서 환자의 경험을 측정하지만, 전국적으로 비교 가능하지는 않다. 측정 방법이 (국가적으로) 표준화되지 않기는 했으나, 환자의 경험을 측정하는 서식을 준비해야 하는 것은 병원에 대한 인증 과정에서 법적으로 요구하는 기준 중 하나이다. 이 측정치가 특정 병원에서는 가치 있는 정보를 생산하고 있지만, 그것은 보건의료 서비스들간의 비교 용도로 사용할 수 없고, 소비자들이 기관을 선택할 때 정보로도 사용할 수 없다. 인증뿐만 아니라, 공공기관 운영에 관한 법률(2004)은 모든 공공 기관이 (공립 병원 및 진료소 포함) 관리 및 직원의 성과에 대한 보고를 해야 한다고 명시하고, 여기에는 환자 만족도 평가도 포함하고 있다. 환자 경험에 대한 체계적 측정이 부족하여 규제적 감독의 주요 초점이 종종 의학적 효과성 측정에 두어져 있다. 한국은 의료의 질 개선을 위한 중요한 정보원으로 환자의 경험을 활용해야 한다. 이러한 것은 협정된 기준에 따른 환자경험의 체계적인 측정을 장려함으로써 수행할 수 있으며, 건강보험 심사평가원(HIRA)은 이를 수행할 이상적인 기관이다.

성과(의료의 질 평가 결과)의 대국민 정보 공개와 관련된 정책들

한국은 의료의 질에 대해 공개적으로 보고하기 위한 많은 계획을 추진했다. HIRA와 한국의료기관평가인증원은 보건의료 제공자에 대한 대국민 정보 공개의 임무를 맡고 있다. 초기에 HIRA는 성과에 대한 요약 데이터만을 공개했는데, 2005년 실적이 우수한 의료기관의 목록을 공개하고, 2006년부터 웹사이트에 긍정적인 결과와 부정적인 결과를 보인 모든 서비스 제공기관의 광범위한 목록을 게시하였다.¹ 이런 초기의 노력 이후, 평가 항목의 수가 확장되었으며, 병원에 대한 점수화 체계가 2009년부터 정착되기 시작했다. 이 점수화 체계에서는 각 병원마다 별 한 개부터 다섯 개까지 부여한다. 별을 부과하는 체계는 공개적으로 관심을 받고 있지만, 기본 정보를 제대로 제공하지 않거나 비중을 두지 않을 경우 잘못될 수도 있다.

1. <http://www.hira.or.kr>

HIRA는 38개 수술에 대한 평균 진료비와 입원기간을 공개하고 있다. 또한, 위치, 인력, 장비 및 장기기식과 같은 특정 치료 제공 정보도 공개하고 있다. 제공병원 유형과 지역에 소재한 병원 사이들 사이의 적절한 구분이 가해졌다. 결정적으로, 이러한 대국민 정보 공개는 대부분 병원 부문만 적용된다. HIRA는 일차의료에서 급성상기도 감염에 대한 항생제 처방, 고혈압 진료, 당뇨 진료에 대해서도 측정하고 공개하고 있지만, 전반적으로, 소규모 의원과 개별 임상외사가 제공한 의료의 질을 모니터링하고 측정하는 것은 한국에서 아직 불충분한 상태이다.

인증에 대한 정보 공개는 KOIHA에서 하고 있는데, 인증 받은 의료기관의 명단을 공개하는 것이다(지금까지는 주로 병원). 뿐만 아니라 응급의료법에 따르면, 보건복지부는 매년 한국의 응급의료 서비스(450개 응급의료기관)의 평가 결과를 공개해야 한다.²

한국에서 의료의 질 성과에 대한 공개는 더 광범위하게 의료 행위에 영향을 미치도록 활용되어야 한다. 특히 한국처럼 경쟁적인 의료서비스 제공 시장에서 성과를 공개적으로 보고하는 것은 보건 의료 공급자가 의료의 질을 향상시키도록 하는 영향력 있는 방법이 될 수도 있다. HIRA와 KOIHA는 소규모 의원을 포함하고 개별 임상외사의 성과를 모니터링하여 성과 보고를 확대하는 현재의 노력을 더 늘려야 한다. 이런 활동은 보험자와 보건의료 서비스제공자가 의료의 질을 제공하는 성과를 평가하는 데 더 많은 도움을 준다. 또한 한국은 국가 수준에서의 보건의료체계의 성과에 대한 국가 보고서의 제작을 고려해야 한다. 미국, 네덜란드, 스웨덴과 같이 정기적으로 실행하면, 이런 국가 성과 보고서를 통해서 중요한 개요를 파악할 수 있으며, 정부 내 의사 결정 시 정보를 얻을 수도 있다. 이와 같은 출판물에 가장 근접한 것은 HIRA의 2009년 요양급여 적정성 평가결과 종합 보고서(HIRA, 2011)인데, 전체 의료체계의 관점은 아직 적다. 보건의료체계에서의 성과 보고서를 정기적으로 발행하여, 한국 보건의료 체계 가운데 어떤 부분이 양질의 의료를 제공하고 어떤 부분이 그렇지 못한지에 대해 강한 초점을 둘 수 있을 것이다. 이러한 보고서는 또한 지역 단위의 성과를 알아보는데 사용될 수 있으며, 특정 영역의 제공자들에게 그들의 상대적인 성과에 대한 피드백을 줄 수 있다.

2. <http://www.mw.go.kr>

1.5. 의료의 질 향상을 촉진하기 위한 정책들

국가 환자 안전 프로그램

“사람은 누구나 잘 못 할 수 있다 : 보다 안전한 의료 체계의 구축(To err is human : building a safer health system)”(Kohn L.T. et al., 2000)이라는 미국의학원(Institute of Medicine)의 보고서 발표 이후 많은 OECD 국가들이 환자의 안전 문제를 개선하기 시작했다. 병원 부문에서 위해 사건(adverse event)에 대한 보고 체계와 더불어, 많은 국가에서 환자 안전을 위한 국가기관을 설립하고, 환자의 안전 프로그램을 시작해 안전 문제에 더 많은 관심을 기울였으며, 환자 안전 문화를 육성하고, 수술 체크 리스트와 같은 의료 안전을 강화하는 중재를 하기 시작했다(WHO 2009). 국가의 노력은 세계보건기구(WHO)가 대규모 국제적인 환자 안전 프로그램을 시작함으로써 보완되었다. 앞서 강조했듯이 한국의 공공 보건 당국은 환자 안전에 관심을 덜 기울인 것으로 보인다.

특히 한국에는 의료 과실(medical malpractice)을 모니터하고 해결하는 특정한 모니터링 체계 또는 법안이 없다. 이러한 상황은 1990년대 이후 의료 분쟁에 대한 법률을 제정하기 위해 다양한 이해 관계자들이 반복적으로 시도함에도 불구하고 해결되지 않고 있다. 따라서 의료 공급자가 책임 보험을 가입할 필요가 없으며, 환자를 위한 기본 수단은 의료 과실의 경우 손해에 대한 법적 소송을 하는 것이다. 환자는 의료심사조정위원회(「의료법」에 근거한)의 도움을 요구할 수 있으나 이 위원회는 분쟁 해결에 관여할 수단이 없다. 일반적으로, 환자는 법적 조치 관련 비용과 의료 공급자가 만든 손해를 입증해야 하는 비용부담에 부딪치게 되며, 이것은 환자의 추가적인 의료 과실 공개에 대해 상당한 재정적 장애가 될 수 있다. 영국 같은 나라는 의료 과실에 대한 공공 보고를 위한 시설을 개발해두고 있다. 이것은 일반적으로 환자가 쉽게 접근할 수 있는 기관을 설치하는 것이며, 환자에게 비용 부담 없이 상황을 검토할 수 있도록 해준다. 한국소비자보호원은 의료 오류(medical error)를 비정기적이고 표준화되지 않은 방법으로 공개하고 있다.

한국은 위해 사건을 보고하는 체계를 조성하도록 노력해야 한다. 이는 의료의 질과 환자의 안전을 향상시키는 중요한 도구가 될 수 있다. 이러한 체계의 구축에 관한 방안은 한국 정부 안에서 잘 알려져 있으며, 의료공급자의 책임보험에 관한 특정 법안도 국가 전문가들이 권고하였다(이상영, 윤강재, 2009). 이러한 정책은 의료 과실의 보고 상황을 보다 더 효율적이고 효과적인 방법으로 조사할 수 있으며, 의료 과실에 대한 한국의 비용이 상당히 증가하는 것을

막을 수 있다. 광범위한 수준에서 한국 정부는 과실에 대한 입법, 위해사건에 대한 측정, 성과를 개선하기 위한 전용 정책을 통해 환자의 안전에 더 많은 관심을 가져야 한다. 한국에서 이런 많은 문제들의 크기를 설정하기 위한 가치 있는 출발점은 기초 연구가 될 것이며, 이는 미국, 덴마크, 네덜란드, 호주와 같은 많은 OECD 국가에서도 수행되었다.

보건의료 서비스 내에서 및 서비스들 사이의 임상 경로와 관련된 정책들

환자가 다양한 의료 서비스를 통해 진료연계를 받을 수 있도록 하는 것은 의료의 질에 있어서 중요한 구성요소이다. 모든 OECD 국가들은 만성질환자들에게 보다 나은 의료를 제공하기 위해 보건의료체계를 재구성하고 있다. 이 영역에서 의료의 질을 향상시키기 위한 해결책은 보건 의료 서비스 간의 전달체계를 개선하고, 보건 의료 공급자들 간의 상호 역할과 책임감을 구축하고, 환자 중심의 의료의 질을 모니터할 수 있는 정보 체계를 수립하고, 적절한 개입으로 의료의 질을 보장하는 것 등을 포함한다. 조직적인 대응에는 공급자들에 의한 자발적인 노력 혹은, 의무나 재정, 포괄화된 수가제도나 책임 보건의료기관의 재정지불과 같은 구매 제도를 통한 노력을 통해서 다양한 보건의료서비스 간의 공식적인 협력을 강화하는 것도 포함된다. 이런 정책은 이 장 다른 절에서 논의될 예정이지만(본 장은 개괄적인 부분이다), 환자의 경험을 개선시키기 위해 활용할 수 있는 특별한 전략은 임상경로(**clinical pathway**)를 추적하는 것이다.

한국은 현재 임상경로에 대한 국가적인 표준화된 접근 방식을 가지고 있지 않다. 그러나 이 분야에서 업무를 수행하고 있는 몇몇 연구기관과 병원이 있다. 아래 박스 1.3에서는 임상 질 지표를 통해 의료의 질을 평가하고 있는 분당서울대학교병원에서의 임상경로 활동을 잘 설명해 주고 있다.

박스 1.3. - 분당서울대학교병원(SNUBH)의 의료의 질 향상 프로그램

SNUBH는 554명의 의사와 939명의 간호사를 고용한 대형 대학병원이다. 의료의 질 프로그램에서 선두 주자인 한국 병원 가운데 하나이며, 최신 기술 기기를 사용한다(고유의 환자 식별장치 및 무선 주파수 식별 및 바코드 사용). 총 98개의 임상경로가 연계된 255개의 임상 질지표를 활용한 서비스 내용의 지속적인 평가를 통해서 의료의 질이 조절된다.

SNUBH는 급성심근경색증(Acute Myocardial Infarction, AMI)과 뇌졸중 환자 모두를 위한 통합적인 임상경로(critical pathway)와 의료의 질 향상 프로그램을 개발해 왔다. 임상경로는 환자 주변의 치료를 조직화 하는 것으로, 흉통으로 인한 응급실 방문과 관상동맥 집중치료실 입원 사이의 시간을 90분으로 줄일 수 있다. 또한 응급 호출 시스템도 적절하게 해 준다.

급성심근경색증에 대한 비슷한 임상경로에 더하여, SNUBH는 뇌졸중의 징후가 있는 환자가 응급실에 처음 도착한 후 3시간 이내 뇌졸중집중치료실(stroke unit) 입원을 할 수 있도록 하기 위해 의사와 팀 구성원(SMS를 사용하는)이 서로 협력하는 치료 시스템인 뇌졸중의 의료 질 측정(EQMASS)에 기반을 두는 전자의무기록도 개발했다. 주간 보고와 피드백도 팀에게 제공된다.

마지막으로, SNUBH는 급성 흉통에 대한 입원 전 평가와 관리 시스템을 개발하였으며, 이는 치료의 다른 수준과 분야간 연결을 조성한다. 시스템의 목적은 응급의료 호출시간을 단축시키고, 환자 이송을 최소화하며, 치료 방향의 효과적인 도구를 개발하고, 병원 입원 전과 입원 중에 얻은 정보를 통합하는 데 있다. 이 시스템은 성남시에서만 시행되고 있다. 프로그램은 3G 무선 네트워크를 통해 성남시 일반 병원에 직접 환자의 상태에 관한 정보를 보낼 수 있는 장비를 갖춘 12대의 응급차에 구비되었다(이후에는 PCI팀 구성원의 기관으로 활성화될 수 있다). 향상된 의사소통으로 호출 후 재관류 실시까지 걸리는 시간(call to balloon time)을 40분까지 줄일 수 있도록 했다.

출처 : OECD 제출용 자료, SNUBH 의료의 질 향상 프로그램, 2011. 05. 11

국가 수준에서는 임상경로를 수행하는 심뇌혈관질환을 위한 국가 관리 프로그램이 있다. 이 프로그램은 보건복지부에 의해 처음 시작되었으며, 심뇌혈관질환의 예방, 치료, 재활을 위한

허브역할을 할 9개의 지역 대학 병원과 긴밀한 협력관계에 있는 한국 질병관리본부에서 실행한다. 심뇌혈관질환을 위한 이런 프로그램과는 별도로, 임상 경로에 관련된 여러 가지 다른 전략은 한국에 있는 것으로 파악되나 의료의 질 향상에 어느 정도 영향을 주는지, 그리고 어느 정도로 질 향상이 체계의 일부가 되었는지는 분명하지 않다. 일차의료 시설과 병원 사이의 경로를 감시하는 것은 더 예외적이다. 이는 한국의 보건의료 서비스 제공 체계가 더 통합적일 필요가 있다는 것을 말한다. 한국은 많은 기관이 특정 주제에 관한 의료의 질 개선 노력을 동시에 실행하려고 하는 미국, 영국, 덴마크, 프랑스와 같은 국가 프로그램을 배워야 한다.

국가 의료의 질 향상 프로그램

여러 OECD 회원국은 미국의 의료 향상을 위한 기관인 **Institute for Healthcare Improvement(IHI)**가 실행한 프로그램을 모델로 하여 국가 의료의 질 향상 프로그램을 시작하였다. 이런 프로그램은 특정한 의료의 질 향상 주제에 일정 기간 동안 여러 그룹의 기관이 협력하여 의료의 질을 향상시키는 데 목적이 있다. 비록 이런 프로그램의 효과에 대한 문헌은 여전히 확신할 수 없는 수준이지만(Ovretveit, J and Klazinga, N., 2010), 이런 노력은 의료의 질을 향상시키는 일을 하는 보건의료 공급자, 환자, 지불자 및 정부에 가치 있는 협력의 기회를 제공한다.

한국은 그러한 정부 주도의 프로그램을 아직 시작하지 않았고, 정부 주도의 연구 프로그램들은 이와 같은 실천 지향적인 접근을 갖고 있지 않는 것으로 보인다. 그러나 다른 나라에서 정부와 국가의 의료의 질 기관에 의해 시도된 많은 활동을, 한국에서는 **HIRA**가 시작하였다. 현재 **HIRA**의 활동은 의료의 질에 관한 결과를 공개하고, 의료의 질 향상 커뮤니티 작업, 의료의 질 개선을 위한 질 향상 우수사례 발표회 및 시상 개최, 의료의 질 향상 교육 활동 및 컨설팅 의료의 질 전담자 회의 등을 실행한다. **HIRA** 정책 문서에서는, 단순히 의료서비스 공급과 지불의 적정성을 평가하는 데서 범위를 확대하여 의료제공자를 도와 의료의 질을 개선하려는 야망을 보여주고 있다. 이러한 변화는 **KOIHA**(병원 인증)과 **NECA**(신의료기술)과 같은 의료의 질 향상 활동에 책임이 있는 다른 조직과 협력하여 수행되어야 한다. **HIRA**는 한국 보건의료체계에서 의료의 질과 관련된 제도적 으뜸기관으로 스스로를 정립해야 하며, 큰 병원뿐만 아니라 모든 의원, 일차의료 시설, 요양병원, 정신 의료시설 그리고 다른 보건 전문 의료진을 위한 기관이어야 한다.

1.6. 결론 : 의료의 질 향상과 관련하여 정부의 우선과제들

OECD 국가에서 의료의 질 관련 보건 정책에 대한 관심이 갈수록 증가하고 있고, 그들 중 다수가 의료 체계 성과를 향상시키는 것을 중점 목표로 삼았다. 강력한 정보 인프라, 유용하고 신뢰할 수 있는 지표, 의료의 질을 보장하는 프로그램과 의료의 질을 향상시키기 위한 프로그램 등을 통해 의료의 질 평가에 많은 관심이 모아졌다. 한국에서는 체계에 대한 정부의 규제적인 감독의 전략적 초점은 건강보험의 범위 아래에서 제공되는 급여의 적정성을 평가하는데 주로 놓여져 있다. (특히 HIRA의) 초점은 평가에 주목할 뿐 향상에 주목하지는 않는다.

그럼에도 불구하고 한국은 의료의 질에 대한 강력한 기반을 가지고 있다. 의료의 질 지표 산출을 용이하게 하는 한국의 선진 정보 기술 인프라는 다른 나라의 벤치마킹 대상이 되고 있다. 동시에 전문적 교육과 지속적인 교육은 인적 자원의 질을 보증하는 튼튼한 토대를 만들 것이며, 전문가 단체와 병원 협회를 통해 구성된다. 이러한 활동은 다른 OECD 국가가 수행하는 것들과 비교할 만하다. 그러나 한국은 OECD 국가 중 전문 의료진을 다시 인증하는 것에 관한 모범사례가 부족하며, 전문가 성과 평가와 환자의 안전 그리고 의료체계에 주요 초점을 맞춘 환자의 경험을 개선하는 것 등도 대체로 부족하다. 사실 개별 임상주의 성과에 영향을 주고 최선으로 향상시키는 것을 추구함에 있어, 한국의 전문가 단체는 다른 영역들의 조직들에 견줄만한 전문가적인 리더십을 발휘하고 있지는 않다. 다른 OECD 국가에 비교해 환자와 소비자 그룹이 약하다는 점이 이를 보충하고 있다. 인증이 전문적으로 확대되고 있지만, 여전히 한정적이다. 임상진료지침 개발도 비슷한 상황이다.

이러한 구체적 전략 가운데에는 한국 의료체계에서 의료의 질을 보장하기 위한 법적 및 제도적 구조가 있다. 한국의 정책결정자들은 의료의 질 보장을 체계화함에 있어 건강보험 서비스의 전달을 보장하는 데 그치지 않고 한국인의 건강향상을 위한 의료법 체계까지 초점을 확대해야 한다. 더 광범위한 접근 방식은 환자의 안전과 경험에 더 많은 초점을 맞출 수 있는 여지를 허용한다. HIRA를 의료의 질 개선을 위한 국가 선도기관으로 만드는 방향으로 제도적 설계를 변경하는 법제의 변화도 수반되어야 한다.

이 장에서는 한국 의료체계에서 의료의 질에 대한 중요한 개요를 제시하였고, 다음 장들에서는 특정 분야의 개선에 직접적으로 초점을 맞출 것이다. 개선된 규제 구조의 구축과 특정한 방식으로 의료의 질을 보장하는 합리적인 정책을 마련하는 것을 넘어서서, 질 향상을 위하여 보다 효율적이고 적극적으로 재정을 사용하는 것이 필요하며, 이것은 2장의 내용이 될

것이다. 재정과 정책 입안 두 가지 모두의 주요 목표는 한국에서 보다 나은 일차의료를 제공하기 위한 필요에 있으며, 이것은 3장의 주요 내용이다. 마지막으로 본 보고서는 한국인의 가장 큰 건강 문제의 하나인 심혈관질환(4장)의 예방, 진단 치료에 관련된 의료의 질에 관한 개략적인 내용을 제공한다.

참고문헌

Chun, C.B., S.Y. Kim, J.Y. Lee and S.Y. Lee(2009), “Republic of Korea:Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 11, No. 7.

HIRA(2011a), “Response to the OECD Questionnaire on Quality of Care in Korea, Health Insurance Review and Assessment Service”, Seoul(unpublished).

HIRA(2011b), *Comprehensive Quality Report of National Health Insurance 2009*, Health Insurance Review and Assessment Service.

HIRA(2012), *Comprehensive Quality Report for National Health Insurance 2010*, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul.

Kohn L.T., J.M. Corrigan and M.S. Donaldson(2000), *To Err Is Human:Building a Safer Health System*, National Academy Press, Washington, DC.

Korean Bureau of Statistics(2006), “Long-term Population Projection in Korea”, Government of the Republic of Korea, Daejeon, Korea(in Korean).

Lee, S.Y. and K.J. Yun(2009), “Policy Recommendations for the Advancement of Health Care”, Working Paper No. 2009-03, Korean Institute for Health and Social Affairs.

OECD(2010), *Improving Value in Health Care : Measuring Quality*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2011), *Health at a Glance*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2012), “Performance of Systems of Cancer Care in OECD Countries : Exploration of the Relationship between Resources, Process Quality, Governance and Survival in Patients with Breast, Cervical, Colorectal and Lung Cancers”, Social, Employment and Migration Working Paper, OECD Publishing, Paris(forthcoming).

Ovretveit, J. and N. Klazinga(2010), “Meta-evaluation of Ten National Quality Improvement Programmes in the Netherlands 2004-2009”, Netherlands Organization for Health Research and Development(ZonMw), The Hague.

Seoul National University Bundang Hospital(2011), “SNUBH Quality Improvement Programs”, Presentation prepared for OECD on 5 Nov. 2011.

World Health Organization(2009), “Safe Surgery Saves Lives : Implementation Manual WHO Surgical Safety Checklists”, World Health Organization, Geneva.

제2장

의료의 질 개선을 위한 재정보상

본 장에서는 한국 보건의료체계의 조직 및 지불제도에 대해 분석하고 이것이 의료의 질향상을 지원하는 구조인지 검토한다. 한국에서는 현재 보건의료비가 급속히 증가하는 등, 국민건강보험이 재정적 어려움에 처해 있으며, 매우 경쟁적인 환경의 병원 영역이 그러한 어려움을 초래한 주요 원인이다. 그리고 병원 영역은 의료서비스의 과잉공급 및 그에 대한 행위별수가제 상환방식에 크게 의존하고 있다. 한국이 보건의료체계 전체에 걸쳐 의료의 질을 크게 향상시키기 위해서는 단일보험자를 적극 활용하여야 한다. 이를 위해 먼저, 병원에 대한 상환을 DRGs에 의한 지불방식으로 전환하여 환자 한 명당 서비스의 과잉공급을 줄여야 한다. 좀 더 포괄적으로는 병원 지출에 대한 강력한 재정적 통제를 통해 재정의 균형이 장기적으로 일차의료 위주로 변화되도록 해야 한다. 이러한 맥락에서 한국의 독특한 성과에 따른 지불 프로그램은 의료의 질을 평가하기 위해 가치있는 정보를 얻어낼 수 있음을 확인시켜 주었다. 앞으로의 개혁은 의료의 질에 대한 평가를 지불에 연계시키는 방식을 토대로 하여 추구해야 한다.

이 장에서는 한국의 보건의료 서비스 조직과 지불제도가 의료의 질을 지원하는지를 검토한다. 그리고 급성기 의료 서비스가 한국 보건의료체계의 주된 관심사가 된 이유를 설명하기 위해 한국의 보건 지출을 개략적으로 살펴본다. 이는 보건의료서비스 제공자 조직과 자원에 의해 더욱 심각해지며, 더욱 복잡하고 많은 서비스에 대해 보상하는 현재의 지불보상체계에 의해 강화된다.

이 체계에서 의료의 질을 향상하려면 불필요한 서비스(병원에서 더 자주 공급되는)로 인한 지출을 줄이는 데 집중하고, 장기적으로는 의료의 중심을 일차의료 서비스로 이동시켜 한국인들이 만성 질환을 더 잘 관리할 수 있도록 해야 한다. 이러한 변화는 한국 보건의료체계의 효율을 끌어올리는 데에도 도움이 된다. 이러한 폭 넓은 개혁의 맥락에서 한국의 혁신적인 성과지불제도는 의료의 질 평가를 위한 소중한 정보를 확보하는 데 능력을 발휘해 왔다. 미래의 개혁은 이러한 공동의 지식을 기반으로 의료의 질을 공급하는, 성과에 따른 평가를 보건의료의 재정보상에 포함해야 한다.

2.1. 한국의 보건의료 개혁을 위한 경제적 과제

한국의 보건 의료체계는 최근 수 년 사이에 중대한 개혁을 이뤘다.

한국의 보건 의료체계는 지난 반세기 동안 꾸준히 발전해왔고 최근 몇 년 동안에는 매우 의미 있는 중대한 개혁을 이루었다. 1977년, 500명 이상 종업원이 있는 사업장에서 건강보험이 처음 도입되었을 때 가입자 수는 320만 명에 불과했다. 1990년에는 의료보험이 4,410만 명의 한국 인구를 포함했다(이상영, 윤강재, 2009). 이처럼 지난 20년 동안 급속히 이뤄낸 보장성 확대는 사회보험을 통해 보건의료에 대한 보편적 건강보험을 추구하는 여러 나라들에게 모범 사례가 된다.

20년 동안 보장성을 확대한 이후 2000년대에 들어서는 두 가지의 중대한 개혁을 수행하였다. 첫째, 건강보험이 다수의 지불자에서 국민건강보험공단 아래 단일 보험자로 통합되었다. 둘째, 의약품의 처방과 조제 기능이 의사와 약사로 분리되었다(의약분업). 이 개혁의 결과로 한국의 보건 의료체계는 복잡한 변화기를 겪었다. 특히 의약분업의 도입으로 국민건강보험 내에 경쟁적인 협상과 재정적 어려움이 초래되었다. 이 개혁의 규모는 그 시행 속도와 함께 놀랄 만한 것이다. 한국이 실행한 이 개혁의 과정과 진화에 대해서는 광범위한 문헌이 이미 나와있다(“Making

Reform Happen”-정형선, Hurst J, 2010). 이 장에서는 이러한 개혁을 통해 수립한 한국의 보건의료체계가 앞으로 어떻게 의료의 질을 향상시키도록 조정될 수 있는지에 대해 중점을 둘 것이다.

한국의 국민건강보험은 빠르게 상승하고 있는 보건 의료 비용을 해결해야 한다는 어려운 예산환경에 직면하고 있다. 이것이 의료의 질 개선에 집중하는 일을 단념하게 해선 안 된다.

한국은 다수의 OECD 국가들과 마찬가지로 재정적 제약을 받는 환경에서 의료의 질을 개선해야 한다는 어려운 도전에 직면하고 있다. 한국의 국민건강보험은 2002년까지 연이어 적자를 기록했다. (이상영, 윤강재, 2009) 이것은 진행 중인 보건 개혁의 능률을 향상하고 비용 억제에 필요성에 정책 담당자들의 관심을 집중시켰다. 최근 몇 년 동안 재정사정은 어느 정도 회복됐지만 국민건강보험은 2010년 말에 1300억 원의 단기 적자를 볼 것으로 예상되었다 (HIRA, 2011).

제한된 예산환경 안에서 운영해야 하는 한국 정부의 정책목표가 효율성 추구라는 것은 (그러면서 잠재적으로 수익을 높이는 추가 방안을 모색하는 것은) 분명하다. 한국의 현 보건체계의 구조는 이 정책방안이 수월할 것 같지는 않다. 그러나 이러한 재정 상황을 고심해서 다루는 과정에서 개혁을 위한 독특한 기회의 창문이 열린다. 향후 수년간 착수하는 개혁이 재정적 여건에 의해 영향을 받는다고 하더라도 개혁의 핵심 과제는 장기적인 의료의 질 향상에 미치는 영향력을 일관되게 보장하는 것이어야 한다.

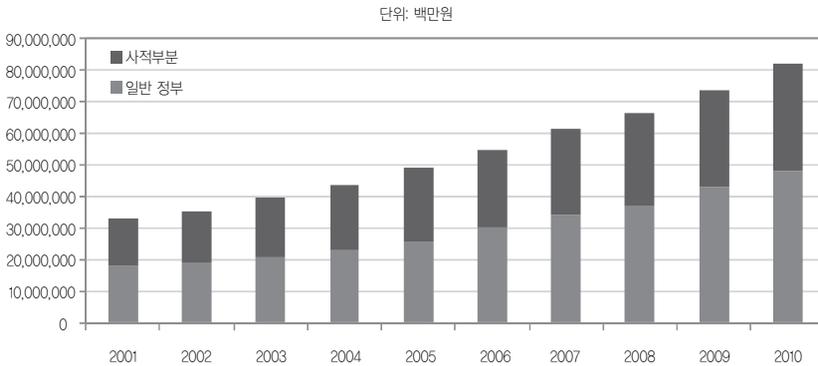
OECD 국가에 비해 한국의 보건의료에 대한 비용지출이 적지만, 증가속도는 빠르다.

한국의 재정적 과제는 대다수 OECD 국가보다 보건부문에 적게 지출하는 상황에서 출발했다. 2010년 한국은 GDP의 7%를 보건의료부문에 지출했는데, 이는 에스토니아와 함께 OECD 국가 중 두 번 째로 낮은 수준이다. 이 수치는 GDP의 6.1%를 지출한 멕시코와 터키에 앞서지만, 두 나라는 아직까지 보편적 보건의료체계를 갖추고 있지 않다. 같은 해 대부분의 OECD 국가들이 보건의료에 지출한 평균비율은 GDP의 9.5%였다(그림 2.1). 이와 같이 상대적으로 낮은 수준의 보건의료 지출 비율은 1인당 지출로 보더라도 그대로 나타난다. 한국의 2010년 보건의료 지출은 1인당 1,980 달러(USD PPP)였고 다른 대다수 OECD 국가는 1인당 평균 3,246 달러(US PPP)를 지출했다. 이 수치는 1인당 보건의료 지출에서 OECD 국가 중 여섯번 째로 낮은 수준이며, 헝가리, 폴란드, 에스토니아, 칠레, 멕시코, 터키만을 앞선 것이다(그림 2.2).

것으로 예측한다(이상영, 윤강재, 2009). 이러한 상당한 증가수준은 만성질환의 적절하고 비용효과적인 관리에 중점을 두는 것이 필요하다는 것을 시사하고 있다.

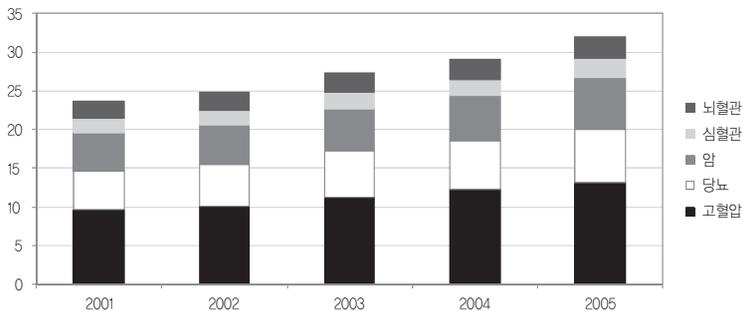
다른 OECD 국가들에 비해 상대적으로 낮은 한국의 보건의료 지출을 감안해보면 높은 증가율이 반드시 나쁜 것만은 아니다. 보건 의료 지출의 증가가 한국사회의 보건의료체계를 향상시키는 방향으로 가는 것이라면 추가적인 지출은 과거 20년 동안 한국이 경제발전에서 거둔 상당한 성과를 반영하는 것이다. 그러나 최근 수년 간 보건의료부문에 들어간 추가적인 지출이 비용의 가치를 높였다는 것을 의미하지는 않는다. 보건의료의 급속한 성장이야말로 돈이 어디에 쓰이는지를 왜곡시키고 있는 한국 보건의료체계의 불균형을 반영하는 것이 아닐 수 없다.

그림 2.3. 한국의 공공, 민간부문에서의 보건의료지출, 2001년~2010년



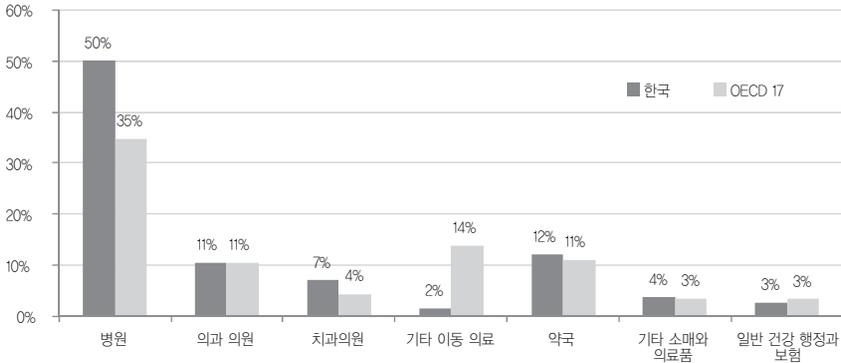
출처 : OECD 보건자료, 2011

그림 2.4. 만성질환 영역별 지출의 전체 국민건강보험 지출에서의 비율



출처 : 이상영, 윤강재, 2009

그림 2.6. 1인당 보건의료 지출 성장의 주요 동력(2004년~2009년), OECD 17개국과 한국의 비교



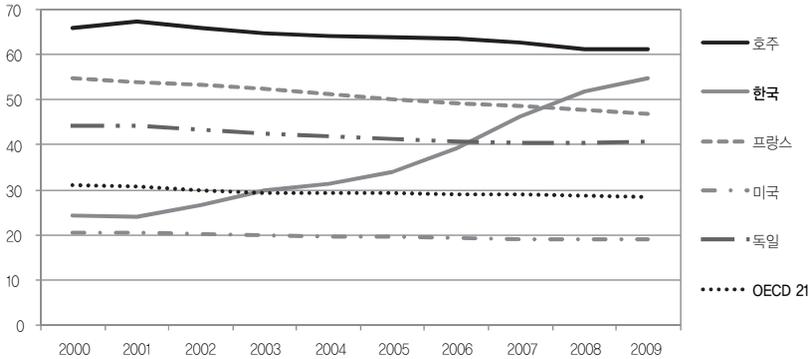
출처 : OECD 보건자료, 2011

2.2. 한국은 보건의료와 병원 서비스를 낮은 가격으로 높게 공급한다.

한국은 OECD 국가 중 병원과 첨단기술 의료장비의 공급 수준이 가장 높은 나라 가운데 하나이다.

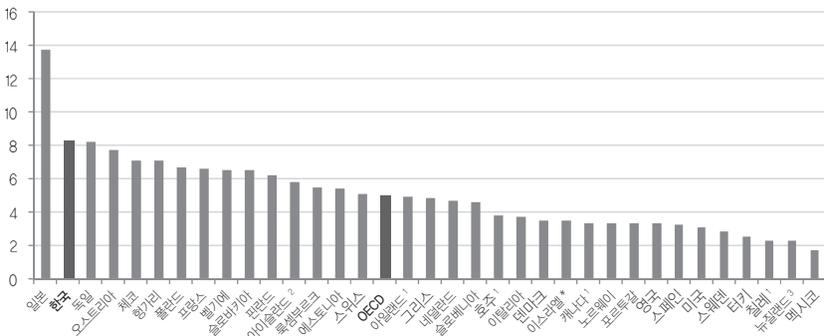
오늘날 OECD 국가 중 한국은 인구에 비해 병원 분야가 가장 큰 비중을 차지하고 있는 나라이다. OECD 국가들이 지역사회 중심 서비스를 발전시키면서 점진적으로 병원의 병상 수를 줄여간 시기에, 한국은 병원 분야 자원의 공급과 가용성에서 상당한 확장을 거듭해왔다. 이것으로 인해 한국은 과거 20년 사이에 거의 모든 OECD 국가들을 '추월'하여 인구에 비해 최다 병원과 병상을 갖춘 나라가 되었다(그림 2.7). 인구 100만 명당 55개의 병원이 있는 한국은 일본(100만 명당 69개)과 호주(100만 명당 61)에 이어 최고 수준이다. 이 숫자는 100만 명당 평균 31개의 병원이 있는 OECD 국가들을 훨씬 앞선다. 마찬가지로 한국의 1,000명당 8.3 개의 병상 수는 1,000명 당 13.7개의 병상이 있는 일본에 이어 두 번째이며 1,000명당 평균 5.0개인 OECD 국가들보다 훨씬 많다(그림 2.8). 한국보건사회연구원이 발간한 보고서를 보면 2004년에 30,000개의 급성기 의료 병상이 과잉 공급된 반면 장기 요양 병상은 대략 70,000개가 부족하다고 평가하고 있다(이상영, 윤강재, 2009).

그림 2.7. 인구 100만 명당 병원 수, 2000년~2009년



출처 : OECD 보건자료, 2011

그림 2.8. OECD 국가의 인구 1000명 당 병원 병상 수, 2009년

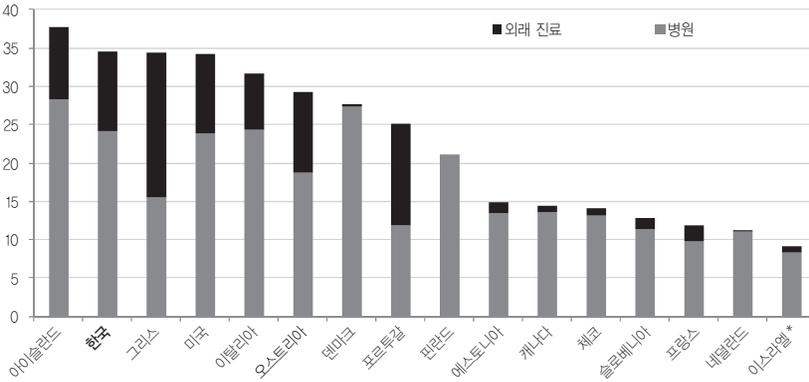


주 : (1) 2008 자료;(2) 2007 자료;(3) 2010 자료
출처 : OECD 자료, 2011

또한 한국은 OECD 국가 중, 가장 높은 수준의 첨단기술과 의료장비를 갖춘 나라에 속한다. 그림 2.9에 나타나듯이 한국은 인구 100만 명당 34.5개의 컴퓨터단층촬영관독기(CT)를 갖추고 있는데, 이는 일본(100만 명당 97.3), 호주(100만 명당 42.5), 아이슬란드(100만 명당 37.7)에 이어 네 번째로 많은 것이다. 이와 마찬가지로 한국은 100만 명당 평균 12개의 자기공명촬영기(MRI)가 있는 OECD 국가들과 비교해 여섯 번째로 많은 100만 명당 19.5개를 보유하고 있다(그림 2.10). 이처럼 상당한 수준을 갖춘 한국 보건 의료체계의 기술력은 다수의 병원을 보유한 의료환경과 의료기술을 비교적 앞서서 수용한 한국 의료의 역사에 기인한 것이다. 국제적인

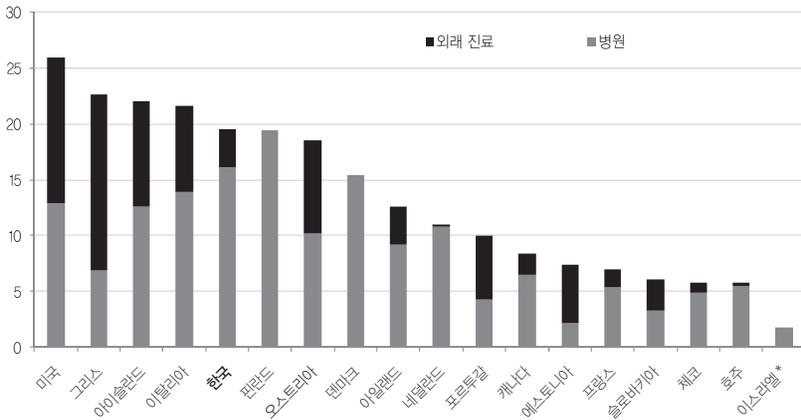
수준의 높은 병원 공급과 첨단 의료기기는 한국이 급성기 의료 수용능력을 갖춘 보건의료 체계를 갖추었다는 것을 증명한다.

그림 2.9. 인구 100만명 당 CT 수, 2009년



출처 : OECD 보건자료, 2011

그림 2.10. 인구 100만명 당 MRI 수, 2009년



출처 : OECD 보건자료, 2011

한국의 의료 종사자의 수는 대다수 OECD 국가들보다 대단히 낮다.

한국은 병원과 기술의 공급이 상당함에도 불구하고 보건의료 종사자의 수는 대다수 OECD 국가들보다 상당히 적다. 인구 1000명 당 의사의 수가 1.9명으로, 이 자료에 나오는 OECD 26개국 가운데 가장 낮은 수준이다. 마찬가지로, 한국의 인구 1000명 당 간호사 4.5명은 이 자료에 나오는 OECD 26개국 가운데 세번째로 낮은 수준이다(OECD, 2011). 넓은 의미에서 이 지표들은, 노동강도는 상대적으로 낮으면서 인프라와 기술수준은 상당하다는 보건의료서비스 제공의 특징을 보여준다. 흔히 인건비가 보건 지출의 가장 의미 있는 부문임을 감안해보면, 이 점은 왜 한국이 다수의 OECD 국가들보다 보건 의료 지출의 수준이 낮은지를 설명해준다.

한국은 가격수준이 상대적으로 낮다.

한국은 보건의료의 공급 수준이 높은 동시에 많은 OECD 국가 중 가격수준이 상대적으로 낮다. 과거 10년 동안 한국정부는 의료서비스 수가의 상승을 억제하는 정책을 성공적으로 시행했으며, 경제 전반의 인플레이션 수준보다 낮추기까지 했다. 최근 들어 수가가 크게 올랐는데, 의약분업에 반발하는 의사들의 파업에 대응하기 위한 선택이었다. 2001년까지 3년 동안 정부는 수가를 약 43% 인상했다(WHO, 2009). 그러나 수가의 단가만으로 한국 의료전문가들이 자신들의 일에 적정하게 보상받는지 여부를 판단하기는 충분하지 않다. 낮은 의사수가는 한국이 대다수 OECD 국가들보다 낮은 가격 구조에 깊이 자리잡아 왔던 상황을 반영한다. 만약 공공부문의 투자에 의한 의료가 적정하고 질이 높다면 낮은 가격은 한국 보건체계의 강점일 것이다. 한편 한국의 상대적으로 낮은 가격은 보건체계의 다른 핵심적 특성의 맥락에서 파악해야 한다는 점도 중요하다. 낮은 의료수가, 낮은 의사강도, 병원자원의 높은 공급, 이 세 가지의 결합은, 한국 의료전문가의 전반적인 보수에서 진료량이 중요한 역할을 한다는 점을 암시한다. 행위별수가제 지불체계 하에서는 공급한 서비스 양에 따라 의료공급자와 의사의 수입이 결정되므로, 낮은 수가는 서비스의 과다공급으로 이어지는 위험이 있다. 이 점이 한국의 중요한 의료의 질 이슈이다.

2.3. 질 향상을 위한 재정보상의 주요 과제들

물리적 자원과 보건 의료의 투자에 더하여, 한국에서 서비스의 조직과 운영, 그에 따른 보상이 어떻게 되는지는 높은 의료의 질 공급 여부를 결정하는 데 핵심 요소이다. 오늘날 의료의 질을 향상시키기 위해 쓰이는 재정보상에는 네 가지의 핵심과제가 있다.

1. 전문의와 병원 의료로 사람들을 이끄는 취약한 게이트키퍼
2. 개인 소유의 공급자에 의해 지배되는 격심한 경쟁시장 구조
3. 서비스의 과잉공급을 장려하는 행위별수가제에 의한 지불보상
4. 체계 개혁을 주도하는 국민건강보험의 영향력을 제약하는 주요 제도들

이 장에서는 의료의 질 향상을 위해 어떻게 정책을 조정하고 효율적으로 사용할지에 대한 맥락을 짚어보면서 네 가지 과제별로 각각 밑그림을 그린다.

한국 보건 의료체계의 게이트키퍼가 취약하다.

한국에서 환자들이 적절한 양의 의료를 받을 수 없게 만드는 주요 요인으로 한국 보건체계의 약한 문지기 기능을 들 수 있다. 환자는 아무런 제약 없이 의료 공급자를 선택할 수 있고 서양과 동양 의학 사이에서 고를 수 있다(OECD, 2003). 개념상으로는 전문의를 방문하기 이전에 가정이나 일반의의 추천을 받아야 하는 요건이 있다. 하지만 한국에서는 문지기의 역할이 엄격하게 시행되고 있지 않아 환자들이 상대적으로 쉽게 3차 병원과 전문의에게 접근할 수 있다(Chun et al, 2009). 실제로 병원의 외래부서와 간단한 수술시설을 갖춘 작은 의원들(위에서 기술한 바와 같은) 사이에서 벌어지는 상당한 수준의 경쟁 때문에 많은 보건 의료 공급자들은 가정의학과를 더 복잡한 서비스를 위한 단순한 ‘진입지점’으로 간주하는 것 같다. 그 복잡한 서비스란 진단검사, 검진, 규모가 작은 시술 같은 것을 말한다.

한국의 많은 병원들은, 전문의 진료 전에 의뢰를 받아야 하는 요건의 효과가 거의 유명무실해진 진료상황에 익숙해 졌다. 그러한 사례에는 가정의학과 센터(또는 부서)가 때때로 대형 병원에서 진료를 위한 ‘창구’ 역할을 하고 있는 상황을 들 수 있다. 환자가 경험한 건강결과에 대해 장기적으로 구축한 정보가 없기 때문에, 약한 게이트키퍼로 인해 불필요한 의료공급이 얼마나 발생했는지 파악하기 어렵다. 그러나 약한 게이트키퍼는 한국의 의사 1인당 진찰 수가 매우 높은 현상을 설명한다.

매우 경쟁적인 보건의료 서비스 공급시장은 민간 공급자로 하여금 급성기 의료 서비스 공급을 제공하는 경향을 부추길 수 있다.

한국의 보건의료 서비스는 매우 경쟁적인 시장에서 일하는 민간 공급자가 낮은 수가로 공급한다. 대부분 공공이 소유한(또는 경영하는) 보건의료 서비스 기관이 공급하는 다른 OECD 국가들과는 달리, 한국의 대다수 보건의료 서비스는 개인이 운영하는 의원과 민간 비영리 병원에서 공급한다. 병원은 일반적으로 대형 '3차 병원', 큰 규모의 '종합병원', 상대적으로 작은 '병원'으로 분류된다(아래 그림 2.1). 종합병원은 최소 100개의 입원환자용 병상과 최소기준의 전문진료과가 있어야 한다. 입원환자용 병상을 갖춘(평균 3.6) 27,469개소의 소규모 의원은 한국 보건의료의 두드러진 특징이다(HIRA/NHIC, 2011).

표 2.1. 한국에서 규모에 따른 병원의 분포

	상급종합병원	종합병원	병원	의원
2006	43	253	1 322	25 789
2007	43	261	1 639	26 141
2008	43	269	1 883	26 528
2009	44	269	2 039	27 027
2010	44	274	2 182	27 469

수많은 의원과 종합병원들이 유사한 서비스를 공급할 능력이 있기 때문에, 의료기관들 사이에 벌어지는 경쟁은 대단하다. 많은 작은 의원과 종합병원은 기초적인 외과 수술과 제한된 범위의 입원환자 서비스를 제공하고, 대부분의 대형병원들은 대규모 외래진료부서를 두고 있다. 의료서비스 시장은 개인소유로 병원과 의원을 설립할 수 있기 때문에 진입장벽이 낮고, 이러한 낮은 진입장벽이 경쟁을 더욱 강화시키고 있다. 이 시장에서 대형병원은 흔히 광범위하고 복잡한 서비스를 제공하고 최신 기술을 활용하는 능력을 보유한 것으로 구별된다. 이런 능력이란, 유명한 전문의들로 조직을 구성하고, 모든 의료 수요를 해결할 수 있는 '단일' 목적지로서 기능한다는 것을 뜻한다. 지난 역사를 살펴보면 대부분의 한국 병원은 기업정신을 갖춘 의사들의 진료실에서 출발해서 시간이 지남에 따라서 입원환자 서비스로 범위를 넓히면서(그리고 정교한 서비스를 제공하면서) 발전해 왔다. 이런 방식의 성장 추구로 해서 복잡한 서비스의 양을 늘려 수익을 높일 뿐만 아니라, 더 높은 중별가산율로 높은 수가를 받을 수 있었다. 현행 지불체계는 작은 병원의 경우 서비스 당 수가를 20% 가산해주고 종합병원과 3차병원은 각각 25%와 30%를 가산해준다.

작은 의원은 행위별수가제 기준의 보수를 받으면서 독립적으로 진료하는 일반의와 전문의에 의해 운영되고 있다. 실질적으로 작은 의원은 영리를 목적으로 한 시설로서 개인 의사는 보험급여(그리고 관련 환자 본인부담금)와 의료 서비스 공급 비용 사이에서 생기는 차액을 수익으로 삼는다. 법률제정에 의해 병원들은 비영리 민간 단체여야 하고 통상적으로 시설과 새로운 기술의 확장에 수입을 재투자하는 의사들의 법인으로 운영되고 있다. 병원은(재단으로서) 보험급여에서 수입(그리고 환자 본인부담금)을 얻는 반면에 대다수 직원은 급여를 받는다. 이처럼 영리 위주의 의원이 다수인 현재의 의료 환경은 병원이 시장에서의 경쟁력을 유지하기 위해 영리를 추구하는 단체처럼 운영하도록 압력을 가한다. 병원에 고용된 의사의 수입은 전국의 평균 노동자 수입을 상회하지만, 독립적으로 진료하는 의사 평균수입보다 여전히 낮은 사실은 주목해야 할 대목이다(Chun et al, 2009). (언제나 독립 진료할 능력이 있는) 의사 급여의 경쟁력을 유지하기 위해 병원은 서비스 양, 특히 의원에서 제공하기 힘든 복잡한 기술을 늘림으로써 수익을 증가시키려는 경향이 있다. 실제로 대한병원협회가 지적하였듯이, 대다수의 병원이 자금조달의 문제에 부딪히고 있는 반면, 오늘날 서울의 5대 3차 병원은 한국의 병원 분야에서 확장하기 위해 매진하고 있다.

흔히 비판 받고 있듯이, 크건 작건 한국의 많은 보건의료 시설은 보험혜택이 주어지지 않는 의료 서비스의 수입에 의존하고 있다. (WHO, 2009; OECD, 2003). 이 서비스들은 아무런 규제 없이 수요와 공급에 의해 가격이 결정되며 환자 개인의 호주머니(또는 민간 보험)에서 비용이 지출된다. 보험이 적용되지 않는 이들 서비스들에 의해 벌어들이는 수수료는 시설마다 그 규모가 서로 다르다. 하지만, 재정적 정보가 없기 때문에 이 같은 진료가 각각의 의료기관에서 수익의 원천으로 얼마나 중요한 역할을 하는 지를 파악하기가 매우 어렵다. 대형 병원은 신기술에 대한 투자를 늘릴 수 있는 재정적 능력을 갖고 있기 때문에, 보험 적용이 되지 않는 서비스의 공급으로 인한 혜택을 더 많이 받고 있다. 반면 작은 의료시설은 전문화의 규모가 작고 전문분야가 협소하기 때문에, 보험 적용을 받는 서비스에 더 집중하고 있다. 이것은 보건의료 서비스의 접근성에 영향을 끼친다. 더 가난한 의료급여환자들은 자신들이 찾아가길 병원을 선택할 수 있고 한국의 얼마 안 되는 공공병원에서 진료를 받는 경우가 많은데, 이것은 공공병원이 비급여 서비스를 낮은 가격으로 제공하고 있기 때문이다(OECD, 2003).

경쟁이 심한 한국 보건의료체계에서 지불체계의 특성은 경쟁을 더욱 촉진시킨다. 서비스 양과 복잡한 의료행위를 늘리는 것이 의료 공급자의 이익을 극대화하는 좋은 방법이기 때문이다. 한국의 보건의료 서비스 시장의 구조는 OECD 보건체계에서도 매우 독특하다. 대다수 OECD 국가들의 경우 보건 의료체계가 공적인 서비스 공급자로 구성되어 있어 대체로 공급에서의 비용 압박을 완화시키거나 불필요한 복잡한 기술을 제한하는 역할을 한다. 그러나 개인 소유가

대부분인 한국의 보건서비스 공급자는 이런 종류의 제한을 받지 않는다. 이런 점에서 한국 보건 의료 서비스 시장의 공급방식은 독일과 네덜란드 제도와 유사하다. 두 나라에서도 개인이 소유한 비영리 서비스 공급자가 의료 시장의 상당수를 차지하고 있다. 그러나 이들 두 나라에서는 의료의 자금조달이 복수의 보험자 체계(한국의 단일 보험자 대신)를 통해 이뤄진다. 독일과 네덜란드와 달리 한국은 총량을 제한하지 않고 의료행위마다 늘어난 서비스에 따라 개인 소유 공급자에게 보상하는 행위별수가제를 유지하고 있다. 한국에서 이 제도는 병원분야의 가용성을 보증한다는 장점이 있는 반면, 치열한 경쟁시장에서 항상 경제적 압박에 직면하는 많은 공급자들에게 가능한 복잡하고 다수의 서비스를 공급하도록 만드는 제도적 인센티브로 고착된다. 이 시장구조 내에서 한국의 의사들은 자신들이 제공하는 의료를 스스로 규제하여야 하는 동시에 이익을 쟁겨야 하는 제도적(또는 개인적) 의무 사이에서 균형을 잡아야 하는 이중의 어려운 과제를 안고 있다. 이러한 상황에서, 재정보상을 활용하여 의료의 질을 높이기 위한 주요 과제는 적정 진료에 대해 더 많은 인센티브를 제공하는 것이다.

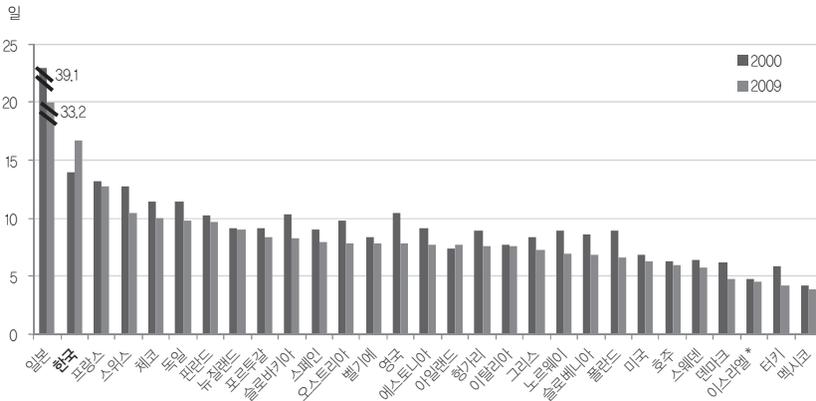
한국 보건 체계에서 행위별수가제 지불보상은 의료 서비스의 과잉공급을 부추길 것이다.

한국의 보건의료 서비스 공급시장은 매우 경쟁적인 데다가, 보건의료 서비스의 과잉공급을 부추기는 행위별수가제 지불제도를 유지하고 있다(WHO, 2009 and OECD, 2003). 행위별수가제 지불은 진료과정을 기준으로 하고 있으며, 전문의의 활동의 수와 형태에 따라 보상한다. 전체 체계의 차원에서 보자면, 이 지불방식은 의료 공급자가 서비스 양과 강도에 의존해서 수익을 극대화할 수 있기 때문에, 과잉공급에 인센티브를 줄 위험을 안고 있다. 환자의 입장에서 보면 이런 방식은 흔히 진료 건당 더 많은 수의 서비스를 받는다는 것을 뜻한다. 게다가, 행위별수가제는 대개 진찰, 교육, 안내와 같은 서비스에 대해 보상하지 않는다(또는 상대적으로 적게 보상)(Fujisawa and Lafortune, 2008). 한국은 질병 부담이 만성질환으로 이동하고 있고, 이에 따라 지속적인 만성 의료서비스와 환자 스스로 관리하도록 권장하는 의사의 지원이 더욱 필요한 시점에 놓여있어서, 행위별수가제 상환 구조는 양질의 만성 진료를 장려하기에는 적절하지 않다.

한국의 평균 재원일수는 예외적으로 매우 높는데, 이는 행위별수가제 지불방식이 병원 의료서비스의 과잉공급에 영향을 주었다는 사실을 반영하는 것으로 보인다. 평균 재원일수는 효율성의 지표에 가까운데, 상대적으로 짧은 재원일수는 퇴원 비용을 줄여주고, 때로는 입원환자가 상대적으로 저렴한 급성기 이후 환경으로 이동함에 따라 나타나는 효율성 향상을 반영한다. OECD 국가 중 한국은 일본에 이어 최장의 평균 재원일수를 가진 나라이다. 한국의 평균

재원일수는 2008년 입원 건당 16.7일인데, 이는 같은 해 입원환자 입원당 9일인 OECD 평균의 거의 두 배에 달한다. 아래 그림 2.11에서 볼 수 있듯이 한국은 2000년과 2009년 사이 입원환자의 평균 재원일수가 14일에서 16.7일로 늘어난 유일한 나라이다. 반면 모든 OECD 국가들에서 입원환자의 평균 재원일수는 같은 기간 10일에서 8.8일로 줄어들었다. 평균 재원일수의 변이는 환자구성(case mix)의 차이와 특정 외과 시술의 사용과 같은 운영상의 요소와 지역적 특성을 반영한다. 다른 OECD 국가들과 비교해 한국의 수치는 이상치를 보이고 있다. 이러한 한국의 상황은 일본과 매우 유사한데, 실제로 일본도 행위별수가제 지불체계가 병원 병상이 과잉 공급되고 있다. 이런 사정이 암시하는 바는 진료 횟수를 기준으로 한 지불체계가 보건 의료 공급자들이 환자의 재원일수를 늘리는 것을 통해 인센티브를 받는 것이 가능하다는 점이다.

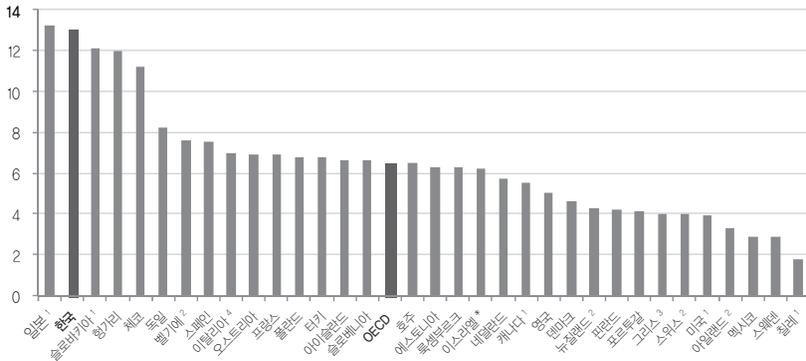
그림 2.11. 모든 OECD 국가의 입원환자의 평균 재원일수, 2000년 및 2009년



출처 : OECD 보건자료, 2011

행위별수가제 지불보상은 한국 의사들의 높은 진찰 회수에도 영향을 줄 수 있다. 한국은 일본을 제외하고 OECD 가운데 1인당 의사 진찰 회수가 가장 높은 국가이다. 2010년 1인당 의사진찰 건수는 13건으로(그림 2.12) 나타났는데, 이는 같은 해 1인당 평균 6.5건인 OECD보다 두 배나 높은 수치이다. 한 기초 연구에 따르면 행위별수가제 체계를 유지하고 있는 OECD 국가들은 대부분 높은 진찰건수를 보이는 경향이 있다(Fujisawa and Lafortune, 2008). 평균 재원일수와 마찬가지로 이런 경향은 일본에서도 특히 눈에 띈다. 일본은 대다수 OECD 국가들보다 1인당 의사 진찰 건수가 높으며 한국과 마찬가지로 매우 높다.

그림 2.12. 모든OECD 국가의 1인당 의사 진찰건수, 2009



주 : (1) 2008 자료; (2) 2007 자료; (3) 2006 자료; (4) 2005 자료
출처 : OECD 보건자료, 2011

한국의 행위별수가제 지불체계는 의료 서비스 공급의 종류에도 영향을 주는 것으로 보인다. 특히 독립적으로 진료하는 의사들은 고수익을 보장하는 서비스를 공급하고자 하는 강한 경향을 갖는다. 잘 알려진 대로 특정 서비스의 수익성의 변이는 한국에서 제공되는 서비스의 양상에 영향을 끼쳤다(Mathauer 등, 2009). 개념상으로, 수가는 상대가치 척도에 근거를 두는데, 이것은 복잡성의 정도에 따라 모든 서비스의 순위를 매긴 것으로서, 더 강도 높은 서비스에 더 많은 비용을 준다. 하지만 2001년 이 상대가치점수가 도입됐을 때 복잡한 서비스에 대한 수가는 인상됐지만 덜 복잡한 서비스의 수가는 별로 낮춰지지 않았다. 최근 건강보험심사평가원은 자원의 강도를 반영하기 위해 특정 전문분야 내에서 수가를 조정함으로써 이러한 수가 구조를 수정하려고 노력하고 있지만, 처음부터 이 입장을 유지하여 높은 수가를 누리는 전문분야가 그대로 유지되는 상태이기 때문에 서로 다른 진료과목들 사이에 존재하는 왜곡은 지속될 것이다(Mathauer 등, 2009). 그 결과, 행위별수가제 지불제도는 정신과, 안과, 피부과 같은 특정 전문분야에 대해서는 매우 관대하게 보상하지만, 반면 방사선과, 흉부외과, 마취과 같은 분야에 대해서는 보상의 수준이 상대적으로 낮다(권순만, 2003).

한국의 제도적 구도는 강점이 되어야 하지만 국민건강보험은 실제로 체계개혁을 밀고 나갈 도구가 거의 없다.

한국의 국민건강보험은 단일 보험자로 통합을 달성했으므로 의료의 질 향상을 견인하는 구매력을 행사하기에 유리한 위치에 있다. 단일 보험자는 제공자 집단과의 협상에서 유리한

위치에 있어야 마땅하고, 구매의 통합으로 인해 행정적으로도 절약이 되어야 마땅하다. 환자들이 다른 보험으로 이동할 수 있는 위험이 없으므로, 단일 보험자는 예방과 조기 개입에 집중하도록 경제적 인센티브를 행사할 수 있다—즉, 개인의 현재 건강에 대한 투자는 미래에 더 적은 보험청구(또는 지출)로 비용을 절감할 수 있을 것이다. 한국 국민건강보험의 구조는 높은 의료의 질에 재정적 보상을 하는 강한 제도적 틀을 제공해야 한다.

지금까지 이러한 일은 이루어지지 않고 있다. 한국의 단일 보험자는 질을 향상시키고 비용을 줄이기 위해 자신의 전권을 행사하는 적극적 구매자로 변환하지 않았다. 대신 한국에서 국민건강보험의 재정보상은 지속적으로 다음과 같은 특징을 지닌다.

- 행위별수가제 지불체계의 지속으로, 의료 공급자는 자신이 공급한 서비스가 국민건강보험공단에 의해 보상받을 것을 보장받는다(서비스 자체가 건강보험 급여범위에 있다면).
- 수가 수준 이외의 영역은 공급자와 협상의 대상이 되지 않는, 연단위로 수행하는, 후향적이고 상한을 제한하지 않는 지불제도의 특성을 가지고 있다.
- 전체 체계에 영향을 주는 중앙집권화한 건강보험정책심의위원회를 통해 정해지는 수가 수준. 이런 중앙집권화한(그리고 연간 단위로) 과정의 결과, 의료의 질 향상에 관한 협의는 정확히 실행되어야 할 시점에 적용되지 못하는 가능성이 있다.
- 힘없는 협상기관이 모든 공급자를 대신해서 진행하는 연간 협상. 이로 인해 공급자들 사이에서 의료의 질 향상이나 비용절감을 위한 경쟁을 조성할 여지를 주지 않는다. 구매자(국민건강보험공단)가 병원과 병원간에 당연계약을 다양화할 수 있는(예를 들어, 가격이나 질적 책임성에 따라) 역량이 없어서 한국의 건강보험은 예산통제 능력이 약하다.

실제로 현재 보건복지부는 수가를 협상할 때 건강보험의 전반적 예산을 결정한다. 의료 체계가 양질의 의료서비스를 공급할 수 있도록, 보다 선도적으로 병원과 계약하는 관계가 필요하다.

의료의 질을 관리하는 권한과 공급자에 대한 보상권한이 두 기관 사이에 나뉘어져 있기 때문에 이 같은 상황을 더 복잡하게 만든다. 현재 제도 하에서는 국민건강보험공단(NHIC)이 보험 가입자에게 제공된 치료에 대한 보상 책임을 진다. 또 다른 기관인 건강보험심사평가원(HIRA)은 급여 청구의 적정성을 평가할 책임이 있고 필요한 경우 이의를 제기할 수 있다. 한국의 보건 체계에서 건강보험심사평가원은 의료의 질을 추동하는 제도적 지도자의 역할을

하지만, 청구에 대한 후향적 평가와 성과에 관한 자료의 수집과 성과 보고 이외에 기능적인 지렛대가 거의 없다. 건강보험심사평가원은 성과지불제도를 통해 성과를 보수지불에 연계하기 위해 노력을 기울여 왔지만, 이 조치는 국민건강보험 체계하에 제공되는 서비스에 대한 재정보상 제도에 부가적인 것에 국한된 것으로서, 그 크기는 상대적으로 적은 편이었다. 동시에 건강보험공단의 권한은 지불보상에 있어 의료의 질을 적극적으로 반영하기에는 충분하지 않다. 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단 간의 이러한 기능적 분리는 의료의 질에 대한 사항을 구매 과정에서 적극적으로 반영시킬 수 있도록 지불체계를 설계하고 시행하는 데 앞장설 수 있는 자체능력을 갖춘 (또는 동기를 갖춘) 기관이 없다는 결과를 초래한다.

중앙기관으로서의 제도적 장치 이외에 한국의 건강보험은 현재 필요한 환자나 지역에 직접 자금을 지원할 때 필요한 도구를 갖추지 못했다. 대표적으로 지역사회 중심의 일차의료 서비스 개발을 위해 직접적으로 자금을 조달할 수 있는 수단이 없다는 점에서 분명하게 나타난다. 임상적 고밀집도의 서비스에 대해서 필요한 별도의 상황을 해 주는데 지장을 받지 않으면서도 일차의료에 재정적 유인 동기를 높일 수 있도록 상대수가를 변화시키기에는 한계가 있다. 더욱이 지역사회 공공보건의료 하부구조에 지원하는 자금은 의료급여환자로 제한된 대상인구, (검진 프로그램과 같은) 제한된 특정 활동, 공공 보건의료시설을 지원하는 협의회에 배당된 적은 예산 등으로 인해 흔히 축소된다. 이로 인해, 국민건강보험은 일차의료 및 이차예방 보건서비스를 강화하는데 필요한 재정적 지지기반이 되거나 지역적 구매조직을 형성하여 자원을 재배치할 의료인력의 단단한 토대가 없는 상황에서 일차의료산업을 발전시켜야 할 과제를 안게 되었다.

2.4. 의료의 질을 강조하면서 동시에 병원의 효율성을 더욱 향상시키기 위하여

한국 의료체계는 예산과 재정적 제약으로 인해 앞으로 수년간에 걸쳐 지불제도의 개혁을 이뤄나가야 하는 상황에 놓여있다. 먼저 급속하게 늘어나고 있는 지출을 저지하기 위한 한국 보건의료체계의 개혁이 필요하다. 또한 현재의 보건의료 지출이 의료의 질을 비용 효과적으로 향상시키는 방안이어야 한다. 이 장에서는 한국이 비용 절감은 물론 의료의 질 향상의 원동력이 될 수 있는 강력한 제도적 구조를 갖추도록 하는 지불제도와 제공체계의 개혁에 대해 상세하게 설명하고 있다.

출발점은 병원 서비스의 과잉제공과 공급을 부추기는 인센티브를 저지하는 것이어야 한다. 급증하는 급성기 분야의 효율성을 대상으로 하는 것은 한국 의료의 질 개선과 맥을 같이 한다.

위에서 언급한 것처럼 민간 공급자가 우위에 있는 보건의료 서비스체계를 갖는 국가에서는 과잉공급 경향을 저지할 수 있는 지불체계를 진작부터 수용해 왔다. 그러나 최근 한국정부는 의약분업과 건보통합의 개혁 체계를 세우는 데 역량을 집중했고, 병원에 대한 지불보상 개혁은 도입하기 어려웠다. 두 개의 핵심 제안이 병원에 대한 재정보상의 능률성을 촉진하기 위해 논의되었다. 즉, 포괄수가제(DRGs)에 근거한 지불과 병원에 대한 재정보상을 위한 총액예산의 이용이다. 이 제안들은 잘 알려져 있으므로, 이 보고서에서는 단순한 설명이 아니라 최선의 방향을 찾기 위한 평가에 초점을 맞추려고 한다.

최근 몇 년 동안 포괄수가제에 기반한 재정보상은 어려웠다.

병원에 대한 재정보상 노력은 최근 몇 년 동안 힘든 과정을 거쳤다. 그 이전에 정부는 DRG에 근거한 서비스 지불 방식으로 이동하려고 노력해 왔다. 이 제도는 처음에 의무적 기준으로 도입된 것이지만, 공급자들의 저항으로 인해 시범사업으로 시행되었다. 이 시범사업은 긍정적 효과를 발휘해서, 의료비, 재원일수, 항생제의 사용, 입원환자 진료검사 건수 감소로 나타났다. 의료의 질에 미친 효과 측정은 이 시범사업을 둘러싼 질적 자료가 거의 없는데다가 시범사업에 포함된 외과 시술이 덜 복잡한 분야를 위해 선정되었기 때문에 판정하기 어렵다(상세한 내용은 박스 2.1 참조).

박스 2.1. 한국의 DRGs 시범사업

한국 정부의 DRG 시범사업은 1997년 54개 보건의료 기관을 대상으로 처음 시행된 후 점차 확대되어 2000년에는 798개 기관이 참여하였다. 당시 9개의 질병 범주에 적용되었다 : 백내장수술, 편도선/아데노이드절제술, 충수절제술, 제왕절개술, 질식분만, 치질수술, 서혜/대퇴 탈장수술, 자궁수술, 그리고 정상폐렴.

이와 같은 자발적 참여 프로그램에서 DRG 지불은 모든 의료 비용을 대상으로 하였지만, 식대, MRI, 초음파, 그리고 자격을 갖춘 전문의 특진비, 6인 이하 병실의 추가 비용, 등은 제외되었다. 실질적으로는 당시 행위별수가제의 지불대상이 되는 서비스의 범위를 확대하였다. 공급자에 대한 지불의 대부분은 사전에 정해졌으며(prospectively), 예외사례(outlier)에 대한 지불과 환자의 직접 지불도 병행되었다.

시범사업에 대한 평가에서는 공급자들이 인센티브에 반응을 나타내는 것으로 나타났다:

- 의료비 지출은 평균 8.3% 감소했으며, 특히, 백내장수술과 충수절제술의 비용이 가장 많이 감소했다.
- 입원일수는 평균 3% 감소했으며, 특히, 서혜부/대퇴 탈장수술과 단순 충수절제술의 입원일수 감소가 가장 컸다.
- 보건의료 기관의 유형 차이를 통제했을 때, DRG 지불방식의 순수한 효과는 의료비 지출 감소가 14%, 그리고 입원일수 감소가 5.7%로 나타났다.
- 입원환자 진료 및 퇴원시의 항생제 사용은 크게 감소했지만(25% 이상 감소), 퇴원 후의 항생제 사용은 증가했다(약 27%)
- 입원환자 진료에서 평균 검사 건수는 5.06에서 3.85로 감소한 반면, 입원 전의 평균 검사 건수는 3.51에서 4.46으로 증가했다.
- 입원 전의 외래환자 방문 건수는 증가했으며(1.22에서 1.30로), 입원후 방문 건수 역시 증가했다(1.16에서 1.39로). DRG 체계의 도입과 함께 외래환자 서비스가 증가한 것으로 나타난 경우도 많았다-이것은 입원이 외래로 변화된 크기에 해당하며, 효율성 상승의 지표가 될 수 있다.

한국에서 DRG 도입 시범사업은 소수 항목만을 대상으로 하였지만, 그 결과는 다른 OECD 국가들에서와 마찬가지로 효율성 및 의료의 질 지표의 향상으로 나타났다. 실제로 이 시범사업에서 나타난 긍정적 효과는, OECD 국가들에서 DRG 이용이 크게 확산되고 있는 경향과 함께, 한국 병원 영역 전체에서 서비스 효율성과 질을 향상시킬 수 있음을 시사해 준다.

출처 : 권순만(2003), "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea", Health Policy and Planning, Vol. 18, No. 1, pp. 84-92.

포괄수가제는 시범사업에 대한 세 차례의 수정 이후, 2002년 일곱 가지 범주의 주요 질병을 대상으로 자발적 참여를 기반으로 도입되었다. 일곱 가지 질병군은 다음과 같다. 즉, 제왕절개, 맹장수술, 수정체 시술, 편도선과 아데노이드 절제술, 사타구니와 넓적다리 탈장, 비약성 종양의 자궁과 자궁부속기 시술, 항문 시술 등이다. 포괄수가제는 의원과 작은 병원들이 주로 참여하였다.

아래 표 2.2에서 대략적으로 설명하고 있는 것처럼 의원의 81%, 39%의 병원과 27%의 종합병원이 이 재정보상 형식을 수용하였다. 하지만 3차 병원들 사이에서는 낮은 수용 비율을 보였다. 정부 소유의 일산병원만이 이러한 지불제도를 수용하였다.

표 2.2. 한국의 의료기관 증별 DRG제도 참여 현황

	2002 참여율	2003 참여율	2004 참여율	2005 참여율	2006 참여율	2007 참여율	2008 참여율	2009 참여율	2010 참여율
계	1 839 [57.5%]	1 965 [59%]	2 066 [60.6%]	2 213 [62.8%]	2 277 66.4%	2 350 69.0%	2 365 69.6%	2 283 68.0%	2 325 69.9%
상급종합병원	4 [9.5%]	2 [4.8%]	2 [4.8%]	1 [2.4%]	1 2.30%	1 2.30%	1 2.30%	0 0.00%	0 0.00%
종합병원	109 [45.2%]	112 [46.5%]	102 [42.2%]	101 [40.6%]	96 37.90%	101 38.70%	93 34.60%	77 28.60% ²	75 7.40%
병원	153 [49%]	174 [47.9%]	184 [42.9%]	188 [40.5%]	201 44.00%	198 41.70%	189 40.80%	175 38.80%	174 39.20%
의원	1 573 [80.5%]	1 677 [62.5%]	1 778 [66%]	1 923 [69.5%]	1 979 74.00%	2 050 78.00%	2 082 79.30%	2 031 78.30%	2 076 80.90%

출처 : Kang, G. (2011)

한국의 DRG는 소수의 임상 영역에 부분적으로 적용되었고, 다수의 3차 병원이 참여하지 않은 결과, 효율성과 의료의 질을 높일 수 있는 잠재력을 약화시켰다. DRG는 입원환자의 4분의 1 정도만이 대상이 될 것으로 추정되었다(권, 2003). 행위별수가제와 비교하여 DRG 지불에 상당한 프리미엄이 있음에도 불구하고 이 제도를 수용하지 않는 일이 벌어졌다. 평균적으로 시범사업에서 DRG 지불은 비슷한 행위별수가제 수준보다 23.8% 높은 수준이었다(권, 2003). 실제로 저가의 제공자들(예 : 의원)은 이 제도를 통해 더 넉넉한 수입과 더 큰 수익을 거둘 수 있다는 점을 발견하고 대형 병원보다 더 많이 포괄수가제로 전환하였다. 그러나 대형 3차 병원은 DRG에 참여하지 않고 계속 버텼다. 이것은 대부분의 3차 병원들은 높은 비용구조와 더 복잡한 환자구성(case mix)을 통해 행위별수가제 요율을 기준해서 보험료를 더 많이 받기 위해, 상대적으로 높은 DRG 요율도 고려하지 않는다는 것이다(WHO, 2008). 마찬가지로, 병원협회가 제시한 비참여 이유를 보면, 포괄수가제가 특정 기술과 진료의 사용을 금지함으로써 임상적 자율권을 제약할지 모른다는 두려움에서였다. 더 솔직하게는, 임상의 및 공급자들이 포괄수가제가 중앙에서 비용관리의 목적으로 이용될 것이고 이는 의료 질의 악화로 이어질 수 있다는 믿음을 갖고 있다.

DRG 기반 지불보상은 과잉공급을 타겟으로 한 주요 개혁으로서 추구해야 한다.

DRG기반 지불제도로 전환하여 운영해온 OECD 국가 중 상당수가 DRG가 의료의 질 향상을 추동하는 여지가 있다는 것을 보여주었다. 행위별수가제 기준의 지불체계에서 의사는

가능하면 더 많은 의료를 제공하려는 동기를 갖고, 시술의 회수를 줄여서 비용효과적인 서비스를 제공하려는 것에 대한(자기규제 이외의) 동기는 적다(Fuchs, 2011). 반면 DRG 기반 지불체계는 적절한 서비스 공급 수준에 맞춰나갈 수 있는 가격 신호를 도입하는 것으로, 바로 이것이 오늘날 한국의 보건 체계에 부족한 점이다. DRG 지불은 진단이 유사한 서비스에 대해 기준 ‘가격’을 보상한다. 그러한 가격 설정 속에서, 특정한 조건의 조합에 ‘적절한’ 치료가 무엇인가에 대한 암묵적인 판단이 내려진다.

DRG기반 수가제도는, 일반적인 상황에서 특정 시술에 대해 적절한 진료 강도에 대한 재정적 신호를 제공하기 때문에, 한국에서 더 광범위하게 사용되어야 한다. 예를 들면, (이전에 설명하였듯이) 한국은 다른 OECD 국가에 비하여 고가장비와 진단 검사의 공급이 많다. DRG 기준 체계에서는 보증되지 않은 추가적인 진단검사나 불필요한 장비 사용이 수익을 감소시키게 된다. 이런 점에서 DRG는 불필요한 서비스의 과잉공급을 줄이는 것을 통해 공급자에게 가치 있는 경제적 인센티브를 마련해준다. 특히 DRG 지불 체계는 한국의 현행 체계에서 잠재적으로 ‘게임 규칙’을 바꿀 수 있을 것이다. 그 체계란 병원이 더 많은 서비스를 제공하고 건당 내원 일수를 늘려 이익을 극대화하는 방식에서, 임상적으로 적절한 서비스를 효율적으로 공급하여 이익을 극대화하는 쪽으로 집중하는 방식이다. 그 결과로 더 효율적인 병원은 재정적으로 이익을 볼 것이고 효율이 떨어지는 병원은 효율성을 향상시켜야 하는 경제적 압박에 직면할 것이다. 급성기 병원 서비스의 높은 공급수준을 (과잉일 수도 있는) 저지하기 위해서 한국은 DRG 기준의 지불보상을 한국의 전 병원 분야에 그리고 임상적으로 적절하다면 가능한 많은 서비스 범주에까지 확대해야 한다.

환자안전대책과 재정적 인센티브로 DRG를 보완하여, 보건의료체계하에서 의료의 질을 감시하고 보장해야 한다.

더 나은 안전과 의료의 질에 대한 감시는 DRG 지불 체계의 광범위한 도입에 필수적이다. DRG는 임상 입원 건당 공급비용에 가격을 책정하기 때문에 건당 서비스를 적게 공급하거나 입원 건 자체를 늘림으로써 이익을 극대화하려는 병원들에게 잘못된 인센티브가 될 수 있다. 따라서 DRG의 시행은 질병 분류와 보건의료 자원의 활용, 지출을 위한 정보체계와 병행할 필요가 있다(권, 2003). 이러한 정보체계 위에 DRG를 수립한 OECD 국가는 입원과 퇴원 기준, 공급 서비스의 강도와 양을 감시하는 전략을 쓰고 있다. 다수의 OECD 국가는 의료의 질에 관한 자료를 효과적으로 수집하기 위해 부상병 코딩과 입원 시 진단명 입력(present-on-admission flags, PoA)을 재정보상 정보의 하부구조로서 활용해왔다. 그러한 정보들은 한국이 DRG

지불로 이동하기 전이라도 수집할 만한 가치가 있다. 개혁의 상당부분을 성취하기 위해서는 임상자에게 최선의 진료방법을 알려주는 노력을 동반하면서 DRG로 이동해야 한다.

한국의 대형 병원들은 포괄수가제의 추가 도입에 의료의 질 악화를 내세워 반대했지만, 정작 소규모 경쟁자들(이미 DRG포괄수가제 지불을 받고 있는) 보다 앞서서 잘못된 결과를 감시하고 수정하는 데 필요한 의료의 질 관리 프로그램을 제도화해 왔다. 한국의 주요 3차 병원들은 가장 일반적인 질환에 대한 진단과 치료 분야에서 다양한 보건의로 전문인들을 위한 일련의 임상경로와 필수적 점검표를 개발하였다. 의료 질을 감시하는 이런 체계는 사람의 실수를 줄이고 의료의 질의 문제점을 식별하는 안전망 기제를 제공해 문제가 확대되지 않도록 예방한다. 이 체계는 가끔 심혈관 질환이나 암 진료와 같은 매우 복잡한 시술에도 적용된다. 실제로 보건 체계 전반에 걸쳐 광범위하게 DRG를 도입하는데 있어서, 병원의 DRG 지불방식에 대비하여 어떠한 질의 표준이 추구되어야 하는지에 대한 정보를 제공하기 위해서, 삼차병원에서 이 제도가 작동하도록 하는 방법을 찾아야 한다. 다른 OECD 국가들과 마찬가지로 DRG 지불이 적절하지 않은 특정 서비스 분야가 계속 남아 있다. 그와 같은 서비스는 정신건강 서비스, 응급실 서비스, 대단히 복잡한 특정 서비스이다. 이러한 서비스는 병원에 직접 지불하는 방식으로 도입해야만 하고 가능한 제한된 범위에서만 규정되어야 한다.

현재 한국에서 의료의 질에 대한 우려사항은 질 감시와 보상체계가 상대적으로 덜 발달한 중소 규모의 병원들이 DRG를 압도적으로 도입했다는 점이다. 적절한 규모의 병원이 의료의 질을 감시하는 체계를 갖추려면 DRG 지불을 받을 때 의료의 질 감시체계도 갖추도록 정부가 노력해야 한다. 광범위한 DRG 지불체계 도입은, 의료의 질과 안전에 대한 정보 수집을 촉진하기 위해 재정보상을 활용하는 기회를 제공할 수 있는데, 이러한 정보로 한국의 병원 분야에 걸친 비교가능한 보고서를 작성할 수 있다.

DRG 지불체제로의 이동은 주요한 정책 변화이지만 한국은 진행중인 재정보상 개혁을 통해서 좀더 빠른 시기에 의료의 질을 향상시켜야 한다. 앞에서 자세히 설명하였듯이 한국은 현재 병원 규모에 따라 높은 행위별수가제를 적용하고 있다(중별가산율). 이 방식은 진료과정에서 서비스의 양과 복잡성을 증대시키는 공급자에게 보상을 하는 체계로서, 지출의 규모가 상당하다. 이 투자의 일부를 높은 질과 적절한 서비스를 공급하는 병원(규모와 상관없이)에 보상하도록 전용하는 것은 더 나은 비용대비 가치를 실현하는 일일 것이다. 또한 그러한 개혁을 통해 중소 병원과 종합병원이 의료의 질을 제대로 감시하도록 재정적 인센티브를 제공하게 된다.

DRG 기준의 지불은 한층 강력한 예산관리 기전의 개발에 쓰일 수 있고 급성기와 일차 의료 사이 자금조달의 균형을 잡게 해준다.

DRG는 과소제공의 위험성이 있지만, 질을 훼손할 정도로 행위량을 늘리려는 제공자의 위험에 대처하기 위해서 실시할 수 있다. 공급자는 흔히 수익의 전체 규모를 유지(또는 증가)함으로써 DRG의 도입에 대응한다. 즉, 제공자는 서비스의 제공 비용은 줄이더라도, 치료의 양을 늘리고자 한다. 이런 이유로 전체 OECD 국가가 도입한 최선의 DRG모형에서는 양과 입원의 증가에 대처하는 대응 전략을 세웠다. 예를 들면, 미국 메디케어에서 DRG를 처음 도입했을 때, 초기 단계에서 미국은 입원 건수가 극적으로 늘어나면 제재를 가하는 감시와 경고 제도를 도입했다(Böcking 외, 2005). 보건의료 지출을 관리하는 재정적 역량을 개선하는 것은 DRG 실시에 반응하여 진료량이 증가하는 것에 대처하는 필수 전제조건일 것이다.

DRG 지불체계의 운영 속에 내포된 것은, 현재 한국의 후향적 행위별수가제 지불체계가 허용하는 것보다는 전반적으로 급성기 보건의료 예산을 더 잘 억제하는 능력이다. DRG는 상대가격에 관한 명세표는 물론 가격의 전반적 수준을 조정하는 능력을 제공한다. 이에 따라 정부는 병원 서비스의 지출에 대응하여 전반적인 예산을 제약(또는 목표로)할 수 있다. 몇몇 정부는 사전에 포괄 예산을 정한 다음 가격의 전반적 수준과 연계하여 조정함으로써 이러한 목적을 달성한다. 이런 방법은 프랑스에서 실행하였는데, 병원 의료에 설정한 건강보험 지출 목표가 초과되는 경우 포괄수가제 협정요율(tariff)은 하향 조정된다(Ministère de la santé et des sports, 2010). 또 하나의 접근은 지역적으로 정한 병원 집단을 대상으로 사전에 예산을 정하고 예산을 초과하면 벌금이나 할인된 지불을 받도록 하는 것인데, 호주의 빅토리아주도 이 방식을 채택하고 있다. 한국과 같이 광범위한 정보기술과 서비스 공급자료 구축의 역사, 단일 보험자가 있는 나라에서는, 국민건강보험이 서비스의 양과 종류를 예측하는 DRG지불제도를 활용함으로써, 해당 연도의 병원 진분야에 걸친 예산을 정할 수 있다. 만약 예산을 초과하면 지불 할인이나 가격수준을 낮추는 조치를 통해 패널티가 가해지도록 하는데, 이런 방식은 추가적인 효율성을 위해 체계 전반에 걸친 추진력을 제공한다. DRG 체계가 가진 가격수준 변화 능력은 시간이 흐르면서 급성기 서비스의 전반적 가격 수준상승을 억제해서 일차 의료에 자금을 더 할당할 수 있도록 국가 재정상의 여지를 줄 것이다.

2.5. 일차 의료의 재정보상

의료의 질을 개선하려면 더 강한 일차 의료 체계를 수립하여야 한다. 제3장에 기술한 바와 같이 지역사회 중심의 가정의 서비스는 한국의 보건의료 체계에서 상대적으로 개발 정도가 낮다. 그와 동시에 한국이 당면한 주요 보건 과제는 공급할 준비를 마친 병원서비스보다는, 중증도 낮고 빈도 높은 서비스공급을 필요로 하는 만성질환일 것이다. 한국의 맥락에서, 예방과 건강증진, 질병관리와 재활에 초점을 맞추도록 보건체계의 균형을 잡을 필요성은 최근 정책 연구의 핵심 사안이었고(이상영, 윤강재, 2009) 국제적으로도 마찬가지이다(OECD, 2003, WHO, 2009). 일차 의료가 한국 보건체계의 투자 우선순위 영역이 되어야 한다는 지적은 정책 담당자들 사이에서 널리 인정받는다. 효과적인 일차 의료는 만성질환이라는 인구집단의 건강문제 증가에 더 잘 맞는 서비스를 제공하는 잠재력을 지닌다. 효과적인 일차의료는 불필요한 병원 입원을 줄일 수 있어 잠재적으로 비용까지도 낮출 수 있다. 여기서는 어떤 방법으로 일차의료의 지불보상을 한국의 보건의료 재정보상 속에 정립할 것인지에 대한 의견을 제시하고자 한다.

한국의 일차의료 서비스를 강하게 하려면 재정의 중심을 병원에서 일차 의료로 이동하도록 정부가 노력을 쏟아야 한다. 이것은 추가적이고 장기적으로 한국에서 일차 의료 분야에 자금을 조달하는 것을 의미한다. 앞서 설명했듯이 현재 보건 지출의 성장궤도는 병원분야의 지속적 팽창에 의해 강하게 진행되고 있는데, 그것은 새로운 지출 비중의 측면에서나, 진행중인 병원과 병상 확대의 측면에서 볼 때도 마찬가지다. 그와 동시에 간단한 수술이나 기타 급성기 의료서비스가 의원에서 흔히 제공된다는 것은, 일차 의료에 할당되는 재정의 일부만이 환자 상담이나 일차와 이차 예방과 같은 서비스에 쓰인다는 것을 의미한다. 또한, 심지어 지역사회 의원에서까지, 추가적이고 더 복잡한 서비스의 이용을 부추기는 한국의 현행 지불체계와 의료 서비스구조가 복합적으로 작용해서, 상당한 경로 의존이 있는 것 같다. 이것은 정책 담당자들에게, 시간이 흐르면서 일차 의료를 향해 인적 재정적 자원을 재할당하는 과제뿐 아니라 일차 의료의 필수 하부구조를 개발하기 위해 재정보상을 활용해야 하는 과제까지 안겨준다.

일차 의료를 개발하려면 국민건강보험이, 가장 필요도가 높은 환자나 지역에 자금을 조달하는 데 필요한 도구를 개발해야 한다. 건강보험 내에 일차의료를 제도적인 우선순위로 확립하기 위해 선택할 수 있는 방법 가운데 하나는 국민건강보험 지출의 뚜렷한 구성부문으로서 일차 의료의 규모를 늘리는 것이다. 정책 결정자는 양질의 일차 의료를 공급함에 있어 최선의 비용 대비 가치를 낚는 제안을 평가하고 투자하는 재정적 자유를 가질 수 있어야 한다. 국민건강보험공단 내에 자금을 배치하면 단일 보험자에 의한 장기적 지출을 줄이는 제도적

의무와 함께 새로운 투자를 설계할 수 있을 것이다. 이것은 시간이 흐르면 국민건강보험이 일차 의료와 병원 전 분야에 걸친 자금의 배분을 더 잘 관리하는 능력을 갖게 할 것이다. 그리고 보험자의 존재를 그저 지불어음을 교환해주는 곳이 아니라 의료의 질을 위해 체계 변화를 꾀할 수 있는 재정적 대리인으로 인식하는 문화를 조성할 것이다.

보험이 점진적으로 확대되면서 한국 병원분야의 개발을 촉진한 것과 마찬가지로 방법으로, 국민건강보험공단은 재정적인 의무를 다하여, 앞으로 더 강한 일차 의료분야의 개발을 돕기 위한 주요 자원이 되어야 한다. 이러한 자금지원은 초기에는 크지 않을 수 있지만, 시간이 흐르면서 국민건강보험공단의 전반적 지출에서 뚜렷한 비중을 차지하는 수준까지 규모를 늘려야 한다. 이런 목적에서 국내 정책담당자는 국민건강보험공단의 수익을 점차적으로 늘리는 것을 고려할 수 있다. 이것은 일차 의료를 위한 투자를 지속적으로 증가시키는 원칙이 될 것이고, 급성기 의료 서비스 분야의 지출을 억제하는 방향의 정책적 동인이 될 것이다.

한국의 정책 담당자는 이런 성격의 제도적 개혁이 장기 목표임을 인식하면서 일차 의료 전문가의 보수를 증가시켜나가야 한다. 이런 움직임은 가까운 시기에 일차의료 서비스의 구성(profile)과 수익성의 정도를 높힐 것이다. 일차의료 환경에서 주로 제공되는 서비스 종류(일반적 상병의 치료와 의사 상담과 같은)는 전문의 서비스보다 상대적으로 수가가 낮아서, 현재의 지불체계 구조는 한국의 일차의료가 높은 수가의 추가 서비스를 제공하도록 유인할 수 있다. 예산 제약의 환경에서 이러한 상황에 대처할 수 있는 한 가지 방법은, WHO가 권고해온 것처럼(2009), 일반의 서비스(특히 상담과 안내에 소요되는 의사 시간)에 대한 상대 가격은 올리고 초과 공급되는 전문의에 대한 상대 가격은 내리는 방안을 고려해 볼 수 있다. 대신 다른 형식의 지불로 인해 증가하는 일차의료전문가의 보수에 대해 추가적으로 측정함으로써, 보다 비용 효과적인 생활습관 교정이나 예방을 위한 조언, 그리고 환자들이 자신의 건강과 그들이 이용하는 서비스 선택을 지원하는 데 더 많은 시간을 할애하도록 독려할 수 있는 가치있는 방법이 될 수 있다.

동시에 한국은 시범적인 지불제도를 통해 병원들이 일차 의료와 재활 서비스에 투자하도록 추진하여야 한다. 의료의 연속성에 집중하고 병원 의료의 강도를 줄이기 위해 일부 OECD 국가가 수용하고 있는 주목 받는 정책은 ‘포괄화된 수가제도(bundling payments)’이다. 이 유형의 재정보상은 입원 전후에 필요한 의료 서비스의 지불을 전향적으로 결합하고 전체 지불을 한 번에 보상한다. 예를 들면, 무릎관절치환술의 에피소드는 병원에 입원하기 사흘 전부터 시작해서 퇴원 후 30일에 끝나며, 병원서비스와 수술에 따른 가정의 서비스, 일부 가정간호

(home care)을 전부 합하여 단일 지불금을 보상한다(Mechanic, R., 2011). 미국과 네덜란드에서 채택한 이 정책은 병존하는 건강 조건을 감안해서 관리하고 설계하는 것이 어려울 수가 있다(Mechanic, 2011). 그럼에도 불구하고 이들 국가는 진료의 연계, 프로토콜 준수, 다학제적 팀 접근의 활용을 향상시켰다는 점을 입증해 왔다.

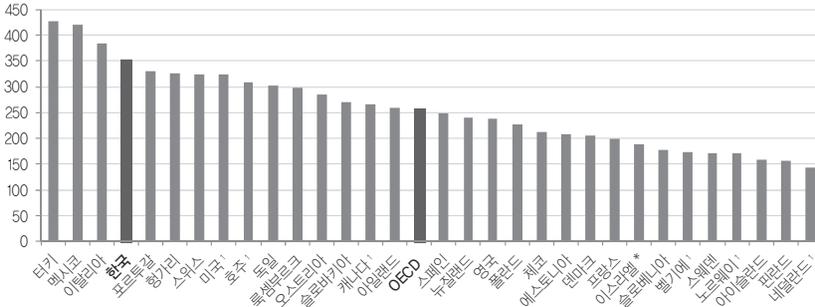
한국에서 포괄화된 수가제도는 병원보다 더 싸게 추구관리를 제공할 가능성이 있는 일차 의료 공급자와 병원이 계약을 맺는 방향으로 추진해야 한다. 병원이 재정적 이득을 누릴 수 있다는 것을 깨닫는다면, 포괄화된 수가제도를 한국이 도입할 경우, 일차의료, 임상적으로 강도가 덜한 환경에서의 재활, 가정간호(home care)와 같은 서비스를 제공하는데 필요한 하부구조를 확립하는데 병원이 투자를 하는 것을 촉진할 수 있을 것이다. 또한 국민건강보험을 통한 단순한 정부의 투자 이외에 일차 의료시설을 개발하는 추가 자원을 제공할 수 있다. 한국은 성과지불제도의 경험이 상당하므로 포괄화된 수가제도를, 피할 수 있는 재입원율과 같은 의료의 질 지표에 연계시킬 수 있을 것이다. 장기적으로 일차의료의 역량이 발전하면, 네덜란드나 독일과 같이 일차의료서비스를 포괄화된 서비스로 받는 재정적 실체로 만들고, 진료의 과정에서 일차의료의 진료의 연계와 문지기 기능을 강화하는 모형을 추구하는 것을 고려해야 한다.

2.6. 한국 보건의료체계에서 성과지불제도(pay for performance)

한국에서 병원 성과지불제도는 독보적이며 임상의료와 환자 진료결과의 향상을 보상하기 위해 설계한 것이다.

한국 병원 성과지불제도 도입은, 의료의 질 향상을 위해 재정보상을 활용했던 OECD 국가들의 혁신적인 정책 가운데 하나이다. 2007년에 시작된 가감지급 시범사업(Value Incentive Program, VIP)은, OECD 국가 중 상대적으로 성과가 안 좋은 두 영역, 즉 급성심근경색증과 제왕절개분만율의 성과를 향상시키기 위해 3차 병원에 대해 우선적으로 도입되었다. 자료를 구할 수 있는 OECD 19개 국가에서 한국은 급성심근경색증으로 인한 입원 후 30일 내 병원 치명률이 가장 높았다(OECD, 2011). 이와 비슷하게, 한국은 OECD 국가 중 제왕절개분만율이 네 번째로 높아서, 그 비율은 전체 분만의 3분의 1 이상(그림 2.13)이었다. 제왕절개 분만은 산모 사망, 산모와 영아의 질병이환율, 뒤따른 출산에 이은 합병증을 모두 증가시키는 결과를 낳는다. 마찬가지로 제왕절개술은 보건의료체계에서 재정적 비용 수준을 증가시키는 요인이다.

그림 2.13. 정상출산 1000건 당 제왕절개, 2009년(또는 최근 연도)



주 : (1) 2008 자료; (2) 2007 자료
출처 : OECD 보건자료, 2011

성과지불제도는 OECD 국가 사이에서 상대적으로 새로운 개발이며, 의료의 질 향상에 재정보상을 더 명시적으로 활용하려는 계획을 반영한다. 오늘날 대부분의 OECD 국가들은 성과지불제도를 통해 일차의료 강화를 목표로 하는 것에 견주어, 한국의 가감지급 시범사업은 급성기 의료에 초점을 두고 있다. 한국 보건의료의 성과지불제도는 상대적으로 새로운 개념이지만 한국경제의 여러 부문에는 성과와 관련된 오랜 전통이 있어, 최근 조사에 의하면, 100명 이상 근로자가 있는 한국 기업의 45%가 개인 실적에 근거한 보상방식을 시행하고 있었다(Park, W. and G. Yu, 2002).

가감지급 시범사업은 양질의 의료와 환자 결과를 제공하는 병원의 실적에 따라 등급을 매기는 제도이다. 한국의 44개 3차 병원은 의무적으로 가감지급 시범사업에 참여한다. 가감지급 시범사업은 급성심근경색과 제왕절개분만술에서 나타난 성과와 관련해 각 병원에 ‘질 점수’를 산정하는 것을 통해 작동한다. 급성심근경색의 경우, 충분한 임상 절차가 지켜졌는지 (즉, 치료요법과 의약품이 때맞춰 공급됐는지) 환자의 결과가 어떻게 나왔는지(환자의 사망률)를 평가한 다섯 가지 지표에 근거하여 종합점수를 산출한다. 이 자료들은 아래 표 2.3 에서 상세히 설명한다. 제왕절개 부문에서 가감지급 시범사업은 실제 제왕절개분만술과 예측 제왕절개 분만술 사이의 차이를 근거로 하여 표준점수를 산출한다(표준점수는 아기의 몸무게, 쌍둥이 출산처럼 아기와 산모에 관한 16개의 임상적 위험 요인을 반영하여 산출한다). 이와 같은 종합점수는 연간 단위로 측정하고 2007년을 기준연도로 해서 병원의 이전 실적과 비교한다.

표 2.3. 가감지급 시범사업에서 급성심근경색의 지표와 성적 변화

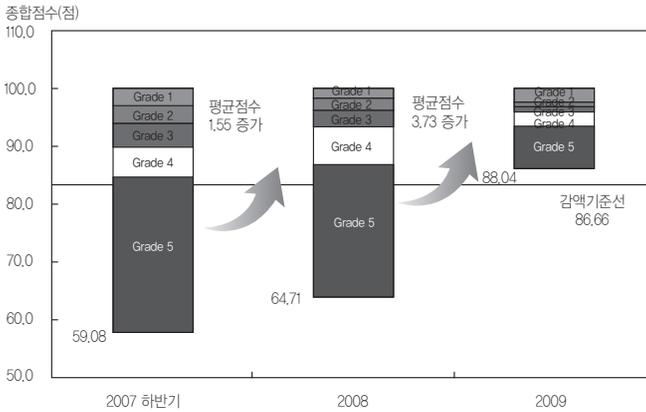
		Baseline (late 2007)	2008	2009
		Percentage		
급성심근경색	병원 도착 후 60분 이내에 혈전용해제 투여율	70%	86%	91%
	병원 도착 후 120분 이내에 1차PCI 시행률	85%	89%	96%
	병원도착시 아스피린 투여율	98%	99%	100%
	퇴원시 아스피린 처방률	100%	100%	100%
	퇴원시 베타차단제 처방률	96%	98%	99%
	30일 이내 사망률	8%	8%	6%
제왕절개술	위험도 보정 제왕절개 분만률	35%	34%	33%

가감지급 시범사업에서 성과를 올리는 데 중요한 지렛대 역할을 하는 것은 첫째, 병원 점수를 매체에 발표하고 둘째, 성과가 좋은 병원을 보상하는 것이다. 급성심근경색과 제왕절개분만에 대한 평가 결과는 건강보험심사평가원의 웹사이트에 발표되고 병원은 결과 보고서를 받는다. 매년 각 병원은 자신의 점수에 따라 다섯 개의 등급 중 하나에 균등하게 배치된다. 이 등급은 병원이 좋은 성과에 대한 보상으로 받는 재정적인 보너스를 받을지를 결정하는 데에 결정적이다. 2007년, 5등급의 상한선(병원의 최저 20%)은 감액기준선(performance floor)으로 책정됐다. 2008년, 병원들은 자신들의 점수가 '감액기준선' 위여야만 하고 그렇지 못하면 2010년부터 재정적 패널티를 받을 것이라고 통보 받았다. 2009년부터는 최고 등급에 해당하는 병원은 재정적 보너스를 받기 시작했다. 이 보너스는 2009년 21개의 병원에 대해 4억 5,300만원에 달했고 2010년에는 26개의 병원에 대해 4억 400만원이었다. 감액기준선 아래로 매겨진 병원에 대해서는 공단부담금의 1%에 해당하는 감산을 적용하게 되는데, 성과개선의 결과로 실제 그런 병원은 없었다.

가감지급 시범사업의 결과는 고무적이지만 현재 시점으로 이 프로그램이 어디까지 성과를 향상시켰는지 판단하기는 어렵다.

가감지급 시범사업의 결과는 병원의 성과가 향상하고 있다는 것을 시사한다. 이 사업에 참여한 대형 3차 병원들은 급성심근경색증 치료 성과를 향상시켰으며 그 결과는 프로그램 시행 이후 지난 3년 동안 입증되었다. 2007년과 2008년 사이, 급성심근경색증의 의료의 질 점수는 1.55점 올라갔고 2007년부터 2009년까지 3년 동안 누적 개선비용은 5.28점이었다(아래 그림 2.14 참조). 마찬가지로, 제왕절개 부문에서도 2007년과 2008년 사이 0.56점 감소했는데, 이는 괄목할만한 수치이다(HIRA, 2011).

그림 2.14. 가감지급 시범사업에서 급성심근경색 성적의 향상



그러나 공식적인 평가가 없었기 때문에, 성과지불제도가 어디까지 향상된 성과를 이끌었는지를 판단하기는 어렵다. 참여한 병원에 대해 측정된 향상치와 불참한 다른 ‘비슷한’ 병원의 성과를 비교함으로써, 가감지급 시범사업이 성과 향상에 결정적이었는지에 대해 공식적인 평가를 할 수 있다. 제도에 대한 평가가 없기 때문에 가감지급 시범사업이 성과를 향상시켰는지, 아니면 제도와 상관없이 발생할 수도 있었던 점진적인 성과향상의 궤적을 단순히 포착한 것인지를 구분하기가 어렵다. 한국의 가감지급 시범사업이 애초에 모형으로 삼았던 성과지불제도(미국의 **Centres for Medicare and Medicaid**에서 운영한)에 대한 공식 평가결과에서는 엇갈린 결과를 나타냈다. 상대적으로 새로운 제도인 한국의 가감지급 시범사업과 달리, 미국 **CMS**의 프로그램은 이미 여러 해 동안 운영되고 있다. 미국의 연구에서는 성과지불제도 프로젝트에 참여한 **260**개의 병원과 프로젝트에 불참한 **780**개 병원의 비교군을 분석하였다. 연구에 따르면 성과지불제도 프로젝트에 참여한 병원의 다수는 초기에는 높은 성과를 달성했는데, 이에 비해 대조군의 경우 **1/3**도 안 되는 기관만이 동일한 성과를 달성했다. 그러나 **5**년이 지나자 이 차이가 없어졌다 (**Werner 외, 2011**). 따라서 기준연도인 **2007**년 말부터 나온 점수와 과거 **2**년 동안 시작했을 뿐인 재정적 보너스와 패널티를 감안한다면 한국의 가감지급 시범사업의 효과를 판단하기에는 아직 이르다.

상대적으로 새로운 프로그램임에도 불구하고, 한국정부는 3차 병원 이외 모든 종합병원을 포함하여 가감지급사업을 확대하려고 한다. 이 움직임은 가감지급사업이 병원 내에서 성과를 비교하는 유용한 수단이 되도록 해야 한다. **2011**년이면 가감지급사업은 상당히 확대되어, 모든

종합병원을 포함할 것이다. 평가대상 또한 급성기뇌졸중과 수술예방적 항생제 사용으로 확대될 예정이다. 이 프로그램은 병원을 9개 등급의 범주로 나누는 것으로 수정될 것이며, 인센티브는 국민건강보험공단 지불금의 1%에서 2%로 올라간다. 정부가 가감지급사업을 더 확대해 나가고 있으므로, 프로그램의 비용 효과성을 조명하려면 실험적 설계를 이용한 공식 평가가 필요하다.

양질의 의료를 구성하는 진료과정에 대한 자료 수집이 이 프로그램의 핵심이다.

가감지급사업은 양질의 임상과정과 환자 결과에 관한 자료 수집을 위한 유용한 방법이며, 이는 제공하는 재정적 보너스보다 더 중요하다. 가감지급사업 체계 내에서 상대적으로 높지 않은 재정 보상은 성과를 올리는 주요 요인은 아닌 것 같다. 보너스 규모는 병원마다 다르지만 2009년 병원당 평균 21,580,000원(미화 18,500달러)과 2010년 15,540,000원(미화 13,320달러) 이었는데, 이 정도 규모의 보너스는 주요 3차 병원의 입장에서는 매우 적은 규모이다. 보너스가 3차 병원에서 어떻게 쓰였는지를 확인하는 공식 조사는 없었다. 그런데 건강보험심사평가원과 병원 사이 이루어진 논의에 의하면 보너스가 전공의들에게 배분된 것으로 보인다. 보너스가 상대적으로 소규모였기 때문에, 의료기관들이 인센티브를 극대화하고자 자원을 전환하여 특정영역에 집중하는 공급자의 위험 행동을 야기하지 않았을 것으로 보인다.

이 프로그램의 일부로 진행되는, 의료의 질에 관한 자료를 수집하고 공개하는 평판 효과는 성과를 향상시키는 적절한 추동 요인이 될 수 있다. 프로그램 진행 과정에서 수집한 자료들에 의하면 공급자들 사이에서 의료의 질 점수의 변이가 감소한 것으로 나타난다. 이것은 최저성과등급(5등급)에서 가장 눈에 띄는데, 이는 성과가 가장 낮은 공급자들 사이에서 향상이 가장 컸다는 것을 말해주는 것이다. 병원 동료들과 비교해서 정해진 자신의 등급에 대해서, 병원 관리자에게 피드백을 제공하는 자료를 수집하고 발표함으로써, 이 프로그램은 최저 성과자에게 질 향상의 추진력을 제공한 것으로 보인다. 실제로 이러한 자료의 수집과 외부 공개는, 정책 담당자와 소비자가 의료의 질을 평가하기 위해 반드시 알아야 할 모범적인 임상과정(그리고 그 결과)의 엄격한 준수를 이끌어 낼 수 있는 개혁적인 사례이다. 비록 소비자가 이런 자료를 통해 어디에서 진료를 받을지를 결정하지는 않는다고 하더라도, 특히 한국 병원들의 격심한 경쟁을 감안하면, 이 정보를 통한 평판 효과는 성과를 향상시키는 추진력이 될 수 있을 것이다. 이런 이유로, 한국이 크지 않은 재정적 인센티브와 자료수집에 대한 집중 사이에서 균형을 잡는 것은 가감지급사업의 핵심이 될 것이다.

2.7. 결론

한국 보건의료체계는 급성기 서비스 제공체계를 확립하는데 많은 노력을 기울여 온 가운데, 이제는 정책결정자들이 보건의료시스템을 재정립하여야 하는 어려운 도전에 직면해 있다. 이를 위해서는, 특히 급성기 영역의 불필요한 서비스에 대한 지출 감소가 필요하다. 또한 일차의료에 대한 지출을 증가시켜 미래의 만성질환을 더 잘 관리할 수 있는 방향으로 개선해야 한다. 한국의 단일보험자체계는 이러한 개혁을 이루는데 이상적인 제도적 구도이다. 보건의료 재정에 질 평가를 통합시킴으로써, 정부는 한국 보건의료체계가 직면하고 있는 문제들을 해결해 나갈 수 있는 강력한 기반을 확보할 수 있을 것이다.

참고문헌

Böcking, W., U. Ahrens, W. Kirch and M. Milakovic(2005), “First Results of the Introduction of DRGs in Germany and Overview of Experience from Other DRG Countries”, *Journal of Public Health*, Vol. 13, pp. 128-137.

Chun, C.-B., S.-Y. Kim, J.-Y. Lee and S.Y. Lee(2009), “Republic of Korea : Health System Review”, *Health Systems in Transition*, Vol. 11, No. 7, pp. 1-184.

Fuchs, V.R. (2011), “The Doctor’s Dilemma – What Is ‘Appropriate’ Care?”, *New England Journal of Medicine*, Vol. 365, pp. 585-587, 18 August.

Fujisawa, R. and G. Lafortune(2008), “The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 Countries”, OECD Health Working Papers, No. 41. OECD Publishing, Paris.

HIRA(2010), *Report on Value Incentive Program 2010*, Health Insurance Review and Assessment Service, 30 November, Seoul.

HIRA(2011), “Response to the OECD Questionnaire on Quality of Care in Korea”, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul(unpublished).

HIRA/NHIC(2011), *National Health Insurance Statistical Yearbook 2010*, Health Insurance Review and Assessment Service/National Health Insurance Company, December.

Jeong, H.S. and J. Hurst(2010), “Making Health System Reform Happen : What Can Other Countries Learn from Korea?”, in Y.J. Lim(ed.), *Making Reform Happen : Lessons from Korea since the 1987 Democratization*, OECD and Korea Development Institute(KDI).

Kang, G. (2011), "Experience & Prospect of DRG-based Payment in Korea", International Symposium for DRG-based Payment, 16 December.

Kwon, S. (2003), "Payment System Reform for Health Care Providers in Korea", *Health Policy and Planning*, Vol. 18, No. 1, pp. 84-92.

Lee, S. and K. Yun(2009), "Policy Recommendations for the Advancement of Health Care", Working Paper No. 2009-03, Korea Institute for Health and Social Affairs.

Mathauer, I., X. Ke, G. Carrin and D. Evans(2009), *An Analysis of the Health Financing System of the Republic of Korea and Options to Strengthen Health Financing Performance*, World Health Organization, September.

Mechanic, R. (2011), "Opportunities and Challenges for Episode-based Payment", *New England Journal of Medicine*, Vol. 365, pp. 777-779, 1 September.

Ministère de la Santé et des Sports(2010), "Rapport au Parlement sur la tarification à l'activité(T2A) ", Ministère de la Santé et des Sports, Paris.

OECD(2003), *OECD Reviews of Health Systems : Korea*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2010), *Value for Money in Health Spending*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2011), *OECD Health Data*, Paris.

Park, W. and G. Yu(2002), "HRM in Korea : Transformation and New Patterns", in Z. Rhee and E. Chang(eds.), *Korean Business and Management : The Reality and the Vision*, Hollym Corp., Seoul.

Werner, R.M., J.T. Kolstad, E.A. Stuart and D. Polsky(2011), "The Effect of Pay-for-Performance in Hospitals : Lessons for Quality Improvement", *Health Affairs*, Vol. 30, No. 4, pp. 690-698, April.

제3장

일차의료의 강화

이 장에서는 일차의료의 강화가 앞으로 한국 보건의료의 핵심적 과제가 되어야 하는 이유를 설명한다. 한국은 세계에서 인구의 고령화와 만성질환 증가가 가장 급속히 진행되는 국가들 중 하나다. 이것은 이미 보건의료 체계가 마주한 중요한 과제가 되었으며 이는 중요한 만성질환들로 인한 그러나 피할 수 있었던 입원이 매우 많으며, 만성질환과 관련된 의료에 지출되는 비용이 크게 증가하고 있는데서 확인할 수 있다. 이와 동시에, 한국 보건의료는 현재 문지기(gate-keeping) 기능이 부재하고 많은 의원들이 좀 더 많은 “급성기” 서비스를 공급하려 노력하는 상황에 있다. 이로 인해 환자들은 자신들의 건강을 보호하고 유지하는데 있어 기술중심은 아니지만 매우 비용효과적인 상담이라는 방법을 이용하지 못하는 경우가 많이 있다. 한국 보건의료체계에서 의료의 질을 높이기 위해 정책결정자들은 지역사회에서 효과적인 일차의료 서비스의 성장을 지원해야 한다. 이를 위해서는 더 많은 일차의료 시설과 가정의학에 대한 상환 개선이 필요할 뿐만 아니라 건강보험에서 필요한 영역을 대상으로 재정지원을 할 수 있는 지역 보건의료체계를 구축해야 한다. 정보수집의 향상과 일차의료인력의 확대라는 두 가지 근본적인 개혁은 한국에서 일차보건의료를 강화하고 향상시키는데 중요한 기여를 할 것이다.

현재 한국은 세계에서 가장 빠르게 노령화가 진행되고 있는 국가이다. 또한 1960년대 초에 펼친 산아제한정책으로 인해 출산율이 매우 낮은 나라이기도 하다. 이러한 인구학적 상황은 머지않은 미래에 보건의료적인 측면에서 심각한 위기상황에 직면할 수 있음을 보여준다. 실제로 노령인구가 증가함에 따라 만성질환이 의료체계를 위협하는 심각한 문제로 대두되고 있다. 갈수록 증가하고 있는 복합질환도 새롭게 대두되고 있는 문제이다.

과거 수십 년 동안 한국은 큰 경제발전을 이뤘지만, 다른 한편으로 생활 방식 면에서 위험요인도 많이 증가해왔다. 특히 서구화된 식습관을 지닌 젊은 한국인들 사이에서 이런 추세가 많이 나타나는데, 실제로 과다체중과 비만 등 건강상의 문제에 이미 직면해있다. 게다가 한국 남자들 사이에서 흡연비율은 아직 높은 수준이다(OECD, 2011). 만약 이와 같은 위험한 상황을 그대로 방치해 둔다면 앞으로 만성질환은 더욱 빠른 속도로 증가할 것이다.

노령인구의 증가와 생활방식의 변화에 따른 만성질환의 발병이라는 두 가지의 과제는 건강 증진과 만성질환의 예방, 그리고 건강 증진을 위한 보건 시스템 지향에 주력하는 것이 필요할 것이며, 만성질환의 악화위험을 줄일 수 있는 의료 서비스에 대한 수요를 증대시킬 것이다. 보건의료 시스템은 또한 우수한 진료연계와 진료의 지속성에 필수적인 즉각 대응이 필요할 것이다. 이러한 과제들을 고려해 볼 때, 지역 사회 중심의 일차의료이 자리잡지 못한 것이 현재 한국 보건서비스 체계의 큰 약점으로 볼 수 있다. 이 장에서는 현재 한국이 처한 핵심 의료과제에 대한 개요를 살펴봄으로써, 한국의 정책 담당자들에게 일차의료서비스를 강화하는 것을 왜 우선순위로 삼아야 하는지를 강조하고자 한다.

3.1. 왜 일차의료이 중요한가?

보건서비스체계는 만성질환과 복합질환이라는 전 세계적인 유행에 의해 점점 더 도전을 받고 있다. 당뇨병과 만성 폐색성 폐질환(COPD) 같은 만성질환은 현재 의료비 지출의 주요 부분이며 이런 현상은 인구의 노령화와 생활방식의 변화로 인해 널리 퍼져가고 있다. 만성질환과 복합질환의 확산을 저지하려면 숙련된 진료연계와 전달체계, 그리고 지역사회 중심의 효과적인 일차의료와 급성기 병원 사이의 보건체계에 균형이 잡혀야 하며 재활 치료의 확립이 꼭 필요하다.

OECD 국가에서 만성질환자들의 건강상태의 특징은, 두 가지 이상의 질병을 동시에 지닌 '복합질환'이 증가한다는 것이다. 노령인구의 증가와 생활방식의 변화로 인해 이 범주에 속한 환자들이 그 어느 때보다 많다. 네덜란드에서 조사한 한 연구결과(Fortin, 2010)에 의하면 복합질환(두 개 이상의 질환을 갖고 있는 환자) 환자가 20세에서 39세까지의 인구 안에서는 17%에 불과했으나, 80세 이상 노령층 환자에서는 무려 77%에 육박한 것으로 나와 있다. 복합질환이 건강에 미치는 영향은 삶의 질이 악화되고, 임상적 결과가 나빠지고, 환자들의 보건으로 필요가 복잡하고 다양하다는 사실 등으로 설명할 수 있다. 이런 복합질환 환자들은 반복적으로 병원에 입원하는 경향이 있으며, 입원 후에도 오래 머물고, 집중 치료와 관리 필요도가 높고, 덜 복잡한 질환을 앓고 있는 환자들보다 관련 비용이 상당히 높다.

현재 지역사회 중심의 일차의료는 국민 보건을 유지하고 보건 불평등을 줄이는 데 필수적인 것으로 널리 인정받고 있다. 더욱이 연구 결과에 따르면 지역사회중심 일차의료는 양질의 진료 연계와 지속적인 진료, 접근성이 좋고 지역중심으로 제공되는 진료, 오랜 기간 동안 제공되는 진료, 질병이 아닌 사람에 초점을 맞추는 진료를 통해서 그 효과를 나타내는 것으로 나타났다(Starfield, B., 2005, Kringos, D., 2010). 만성질환과 복합질환을 앓고 있는 사람들은 일반적으로 전 생애에 걸쳐서 의료상 여러 가지 증상과 특징을 보이기 때문에, 이와 같은 상황은 매우 중요하다. 복합질환의 증가는 또한 단순히 특정시간에 현재 발생한 상태의 욕구뿐만 아니라 개인 건강욕구에 대한 총체적 고려의 중요성이 증가하고 있음을 의미한다(Guthrie, B., 2011). 일차의료 서비스의 효과적인 적용은 만성 상태에서 급성으로 악화되는 것을 줄이는 데도 매우 유용한데, 이를 통해서 비싼 비용을 지불해야 하는 불필요한 입원을 막을 수 있다. 영국, 덴마크, 뉴질랜드처럼 일차의료체계를 잘 갖춘 나라들에서는 일반의와 가정의가 대개 일상적인 진료와 전문적인 진료를 조정하는 중재자로서의 역할을 한다. 이러한 일차의료 환경에서는 전형적으로 진료가 필요한 사람들이 가장 먼저 방문하는 최초의 접촉이며, 또한 건강증진과 교육, 예방활동을 통해 건강위험을 점검하고 예방한다.

지역사회중심 일차의료체계는 건강을 증진하고 질병을 예방함으로써, 또한 진료의 연계와 지속적인 진료를 통하여 만성질환과 복합질환의 악화를 최소화하고 사람들의 건강상 욕구를 심신 통합적으로 평가함으로써 보건과 의료의 질을 향상시키는 데 주요한 역할을 수행한다. 이렇게 해서 이것은 비용부담이 크고 불필요한 입원치료에 대한 수요도 잠재적으로 줄일 수 있다. 효과적인 일차의료는 정기적이고 잘 연계된 건강검진을 통해 질병의 진행을 완화시킴으로써 만성 상태에 놓인 사람들의 삶의 질을 향상시킬 수 있으며, 궁극적으로는 조기 사망을 방지함으로써 생존 손실 연수를 줄일 수 있다.

3.2. 한국인의 종합적 건강 상태 : 변화와 향후 과제들

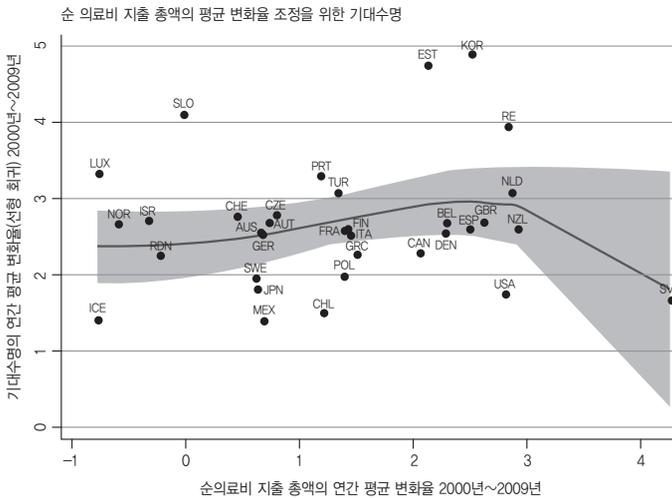
한국은 전반적인 국민건강에서 주요한 진전을 이룩했다. 하지만 이러한 성과가 보건체계 발전의 결과인지는 분명하지 않다.

한국은 지난 수 년 동안 국민의 전반적인 건강수준을 향상시키는 데 큰 진전을 이뤘다. 1960년 당시 한국인의 평균 기대수명은 51세 수준이었다. 2009년 들어 한국인의 평균 기대수명이 80.3세로 상승했는데, 이는 57% 증가한 것으로 최근 OECD 평균인 79.3세를 넘는 수준이다. 다른 여러 OECD 국가들처럼 65세 한국인의 기대수명도 상당히 빠른 속도로 증가하고 있는데, 2000년 이후 이 연령집단에서 한국의 증가율은 (자료를 찾을 수 있는) 모든 OECD 국가를 앞선다. 2009년 65세 한국인 남녀의 평균수명은 각각 17.1년과 21.5년 더 증가한 것으로 나타났는데, 같은 기간 OECD 평균 증가율인 17.1년과 20.4년보다 높은 수준이다. 또한 주민 건강의 또 다른 핵심지표인 영아사망률에서도 괄목할 만한 진전이 있었다. 1970년 한국의 영아사망률은 1,000명당 45명이었다. 2009년에는 1,000명당 3.5명으로 그 비율이 떨어졌는데, 이는 OECD 평균보다 약간 높으며 독일, 벨기에, 이탈리아와 비슷한 수준이다(OECD, 2011).

두 요소를 함께 묶어서 본다면 한국인의 기대수명 증가는 의료비 지출 증가분을 상당히 앞지른다. 아래 그림 3.1를 보면 연간 기대수명의 변화와 국민의 연간 의료비 지출의 평균적 변화 사이의 연관성을 찾아볼 수 있다. 기대 수명의 연 평균 변화는 보건 부문에 대한 연평균 총지출 변화율로 보정되었다. 기대 수명의 예상 변화율, 즉, 기대수명의 변화 가운데 보건의료의 가용성을 높이는데 기여한 지출 증가로 설명할 수 있는 정도를 연속선과 그림자 부분으로 표시하면, 추정치가 존재하는 95%의 신뢰구간으로 나타낼 수 있다. 그림에서는 한국의 기대수명은 다른 몇 개국과 함께 비용 증가에 상응하는 구간범위보다 벗어나서 높다. 동시에, 대부분의 OECD

국가들은 의료비 지출의 증가율과 비례해서 기대수명이 변화하고 있다. 이는 최근 한국에서 나타난 기대수명의 급속한 증가가 보건의료 체계의 급속한 발전을 뛰어넘는 수준이라는 것을 시사한다. 이러한 상당한 증가로 해서, 최근의 한국 공중보건정책의 영향으로 유아, 전염병, 기생충 질병으로 인한 사망률이 최근 극적으로 감소했다는 사실을 알 수 있다. 한국 전쟁 이후 눈부신 경제발전과 그에 따른 한국인 개개인의 사회, 경제적 지위의 잇따른 변화가 이런 보건분야의 성과를 이끌어낸 것은 의심할 바 없는 사실이다(Lee, J., 2010).

그림 3.1. 기대수명 연평균 변화와 보건의료비 연평균 변화와의 잠재적 연관성



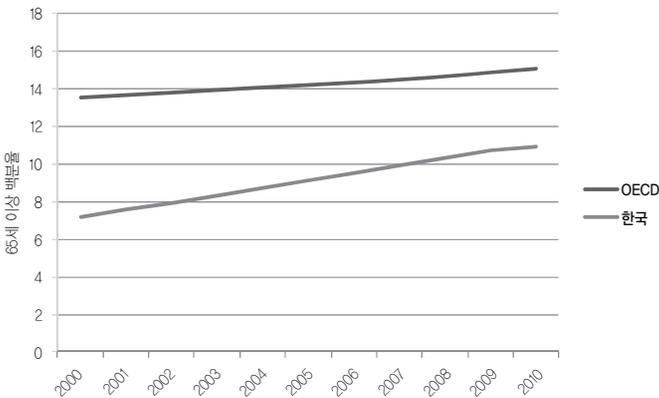
출처 : 2011 OECD 보건자료 분석

주요 요인은 아니었겠지만, 현대적인 국민보건 체계의 개발과 모든 한국인을 대상으로 하는 의료보장의 확대는 조기사망 방지와 기대수명이 향상되도록 영향을 준다. 1984년과 2004년 사이 한국인 사망 원인의 유형 변화에 대한 연구를 보면, 예방 가능한 사망률이 20년이라는 연구대상기간에 걸쳐 극적으로 감소하고 있다는 것을 알 수 있다(Song, YM., 2008). 흥미롭게도, 동일한 연구에서, 일차와 이차 예방으로 예방 가능한 사망률은 직접적 진료에 의한 예방 가능한 사망률보다 더 느리게 감소한다는 사실과, 이러한 질병으로 인한 사망률은 증가하기도 했다는 결론을 내렸는데, 이는 일차와 이차 예방을 향해 더 많은 노력을 쏟을 필요가 있음을 시사한다.

한국 노령인구의 상당수는 더 오래 살 것이며, 복합적인 만성질환을 겪을 것으로 보인다.

지난 10년간 한국인의 기대수명 증가는 다른 OECD 국가들처럼 한국이 급속하게 노령화가 진행되는 나라임을 보여준다(그림 3.2 참조). 2010년, 한국의 65세 이상 인구는 전체 인구의 11%였으며 이는 노인인구 부양비(즉, 65세 이상 인구/15세에서 64세까지 인구비율)로 하면 15%에 해당한다. 한국은 2030년에 노인인구 부양비는 약 38%까지 증가할 것으로 추정하고 있다(통계청, 2011). 이러한 상황은 한국이 세계적으로 낮은 출생비율 때문에 더욱 심해질 것으로 보인다. 2010년 한국의 합계 출산율은 1.2¹이다(통계청, 2010). 이러한 인구학적인 변화는 이미 확대된 의료체계에 상당한 부담으로 다가올 것이다. 예컨대 다양한 의료 욕구를 지닌 환자들이 복합 의료시설의 이용을 원하는 것은 물론이고, 중세 악화를 피하기 위해 임상 및 비임상 전문분야를 가리지 않고 진료횟수를 늘일 것이며, 진료계획과 의약품 요법의 검토에 대한 요구가 증대하는 등 보건 분야의 부담으로 나타날 것이다.

그림 3.2. 의존 인구(65세 이상)의 비율 : 총 인구에 대한 비율



출처 : OECD 보건자료, 2011

좋지 않은 건강 습관으로 인해 더 많은 한국인들이 만성질환을 지니고 살게 될 것이다.

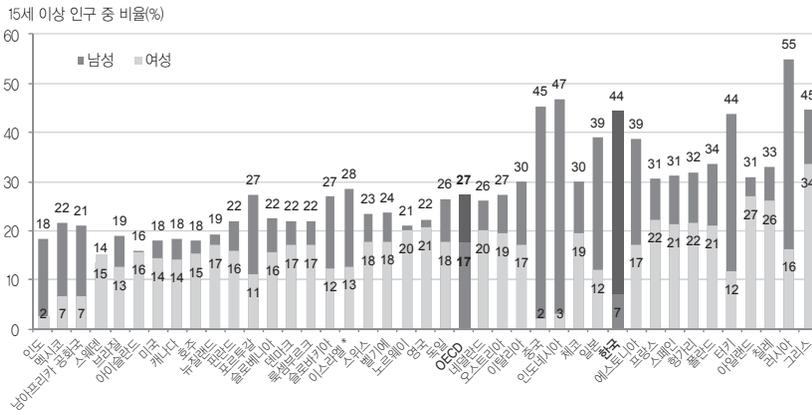
한국인들 사이에서 위험한 식습관이 증가하고 있는 것은 걱정할 만한 일이다. 많은 OECD 국가의 사례에서 볼 수 있듯이 한국의 급속한 경제발전은 한편으로는 지방섭취의 꾸준한 증가를 포함한 식습관의 변화를 가져왔다. 한국의 국민건강영양조사 자료에 따르면 북부비만의 유형은

1. 한국의 가임 여성이 전 기간 동안 현재의 출산율을 유지했을 경우 여성 한 명의 출산 수

당뇨를 포함한 만성질환의 다양한 형태와 함께 20세 이상 성인연령에서 1998년~2007년 사이에 거의 9% 가량 증가하였음을 보여주고 있다(Lim, S., 2011). OECD에서는 한국의 현재 비만 비율이 10년 내에 5% 더 늘어날 것으로 전망하고 있다(Sassi, F., 2010). 이처럼 비만과 과다체중의 증가는 필연적으로 한국인들 사이에서 당뇨병, 암, 심혈관 질환, 호흡기 질환과 같은 만성질환을 증가시킬 것이다(Berry, D et al., 2011).

한국의 흡연비율 또한 공중보건 분야의 관심사다. 한국 남성의 흡연비율은 아래의 그림 3.3과 같이 OECD 전체 국가 중 가장 높다. 한국 여성의 흡연 비율은 이보다 적지만 대부분 어린 나이에 시작하고 있어 흡연으로 인한 피해가 적지 않은 상황이다. 이 자료는 남녀 모두 종합적인 건강증진과 예방활동이 중요함을 강조하고 있다. 흡연은 심혈관 질환, 암, 만성 폐색성 폐질환, 천식 등을 일으키는 위험요소이다.

그림 3.3. OECD 국가의 여성과 남성의 매일 흡연, 2009년(혹은 최근년도)



출처 : OECD 보건자료, 2011

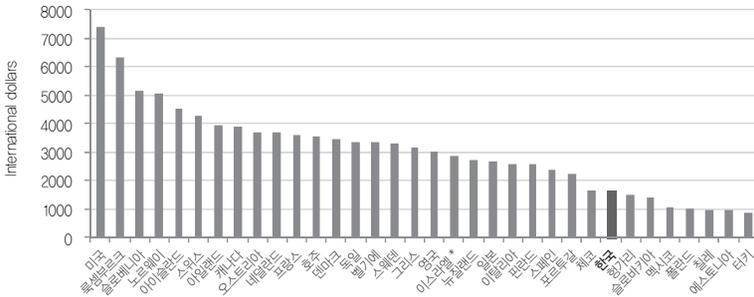
3.3. 한국에서 증가하는 만성질환으로 인한 과제

현재 한국은 증가하는 만성질환으로 인해 건강과 재정조달의 커다란 과제에 직면하고 있다. 한국에서는 노령인구에 대한 보건의료비 지출의 많은 부분을 만성질환에 쏟고 있는데, 비용의 증가추세만 봐도 2004년에서 2008년까지 4년간 5조 1천 90억원에서 10조 4천 900억원으로

증가했다. 노령인구는 현재 국민건강보험 총 가입자의 약 10%에 해당하며, 총 건강보험 지출의 약 32%를 차지하고 있다(홍재석 2010, 건강보험심사평가원, 2008).

당뇨병을 예로 들면 최근 국제당뇨연합(IDF)에서는 2010년 한국의 당뇨병에 대한 총지출을 54억에서 95억 달러 사이로 예상했는데, 이는 한국 전체 보건예산의 11%에서 14%를 차지하는 것이다. 또한 국제당뇨연합(IDF)에서는 한국의 당뇨병으로 인한 총지출이 2010년 73억 달러에서 2030년에는 103억 달러 사이로 증가할 것으로 예상하고 있다(Zhang, 2010). 한편 한국에서는 당뇨병 환자의 관리 때문에 보건예산의 상당 부분을 사용하면서도 정작 당뇨병 환자 개인에 대한 지출은 적다(그림 3.4). 이와 같은 사실은 한국 일차의료 하부구조의 취약성과 함께, 특정 만성질환으로 인한 입원 중 피할 수 있었던 입원이 많은 현상을 설명하는 중요한 요인이 된다.

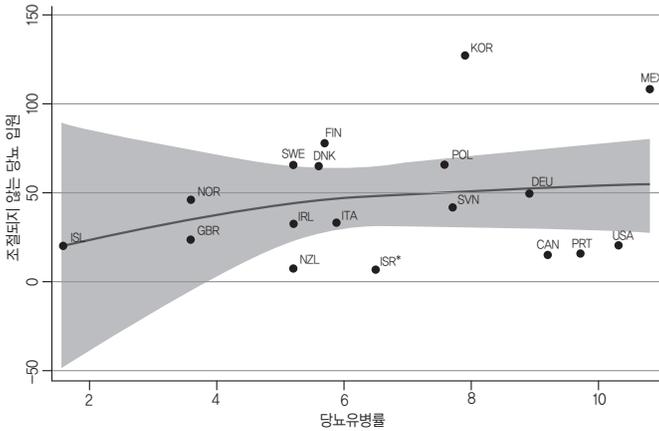
그림 3.4. 2010년 당뇨병자 1인당 평균 보건지출



출처 : 국제당뇨연합, Diabetes Atlas, 4판

예를 들어, 아래의 그림 3.5는 빈약한 질병관리의 표시로서, 당뇨병 유병률과 조절되지 않는 당뇨 입원과의 관련성을 보여주고 있다. 한국의 당뇨 유병률은 중등도로 높고, 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원율도 높다. 이와 관련해서 그림 3.5에서는 한국의 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원 건수는 당뇨 유병률을 보정한 후에도 기대보다 상당히 높음을 보여주고 있다.

그림 3.5. OECD 국가의 당뇨 유병률과 조절되지 않는 당뇨로 인한 입원과의 관련성



출처 : 2011 OECD 보건자료와 국제당뇨연합(2009) 자료분석.

이것은 임상적으로 잘 알려진 만성질환- 여기서는 당뇨병의 악화를 막기 위한 조치가 더 수행되어야 할 여지가 있음을 보여주는 것이다. 당뇨병 진료 결과는 일차의료시스템 성과분석에 있어 기초적이지만 유용한 정보를 제공한다. 진료연계, 진료의 지속성과 정보역량이 높은 환자는 일차의료시스템의 주요기능이며, 당뇨와 관련된 잠재적 입원에 대해 상당한 차이를 가져올 수 있다. 당뇨 유병률과 관련된 입원 부분에서 한국의 좋지 않은 결과는 당뇨 의료의 질, 특히 일차의료 질의 문제를 시사하고 있다.

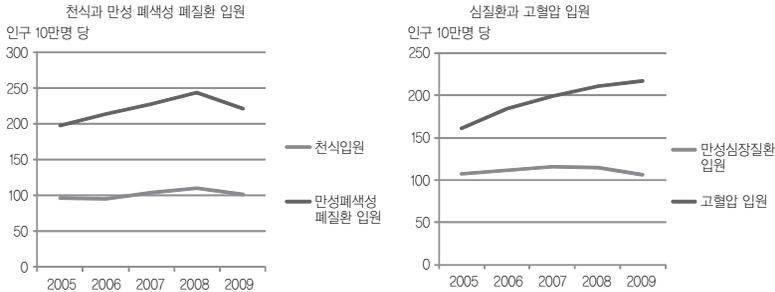
만성질환으로 인한 입원 중 피할 수 있는 입원

당뇨관리의 질과 일차의료에서 이러한 관찰들의 강화는 만성질환 분야에서 잠재적으로 피할 수 있는 입원이 지표들이다. 대부분의 만성질환은 비싸고 불필요한 병원진료 없이도 치료받을 수 있고 완화 될 수 있기 때문에, 잠재적으로 예방 가능한 입원은 일차의료의 질에 대한 간접적인 지표가 될 수 있다. 만약 만성질환이 병원의 응급치료를 받아야 하는 상황으로까지 악화되었다면 지역사회로의 보건의로 체계 어딘가에 심각한 문제(적어도 입원 비율에 대해서는)가 있다고 합리적으로 가정해 볼 수 있다. 여기에는 적절한 시기에 지속적 진료 또는 진료 연계를 하지 못했거나 중단했다는 것 등이 포함된다.

천식, 만성 폐색성 폐질환, 만성심질환과 고혈압에서의 잠재적으로 피할 수 있는 입원율은 병원 밖에서 의료의 질을 의미한다. 그림 3.6에서 보듯이 한국은 만성 폐색성 폐질환과 천식

입원율이 지속적으로 높는데, 천식은 특별한 변화가 없으며, 만성 폐색성 폐질환으로 인한 입원은 증가하는 것으로 나타났다. 현재 이들 두 질병으로 인한 입원율은 OECD 평균보다 상당히 높는데, 이는 OECD 평균보다 높은 한국내 흡연율(특히 남성)이 반영된 것으로 보인다. 고혈압 입원율 또한 높으며, 지난 몇 년 동안 꾸준히 증가하고 있다.

그림 3.6. 한국에서 피할 수 있는 병원 입원



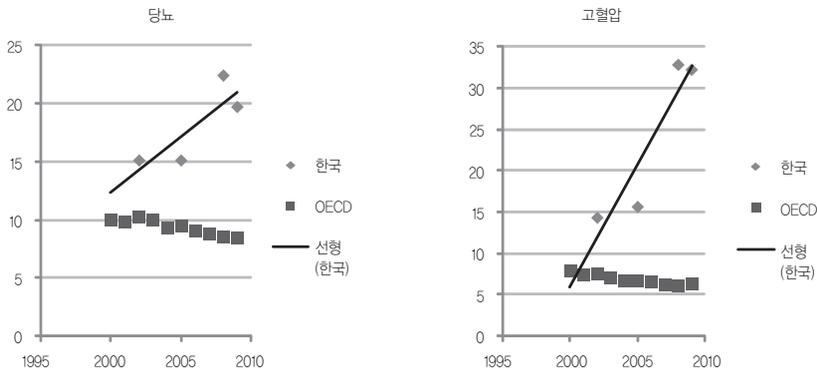
출처 : OECD 보건자료, 2011

본 장에서 살펴본 모든 상황은, 질병관리와 치료에 있어 명백하고 증거에 입각한 지침을 갖고 있는 질환이다. 특히 이 자료를 통해 드러나는 만성 폐색성 폐질환, 고혈압에 관한 수치는, 현재 한국이 늘어나고 있는 만성질환에 대해서 효과적으로 대처하지 못하고 있다는 점을 지적하고 있다. 잠재적으로 피할수 있는 입원 관찰에 대하여, 노령 환자 4가지 만성질환(당뇨병, 고혈압, 천식, 만성 폐색성 폐질환)에 대한 의료 지속성의 효과를 조사한 한국의 연구자에 의하면, 진료의 지속성이 증가하면 네 가지 질병 모두에서 입원과 응급실 방문의 위험이 줄어드는 것을 발견할 수 있다. 또한 그 연구에서는 환자와 지속적인 관계를 유지하고 있는 의사의 경우 환자의 상황을 지속적으로 관리함으로써 질병의 진전을 억제하는 역할을 할 수 있다는 점을 말하고 있다. 같은 연구에서 의료급여 수급자(인구의 하위 2%를 위한 건강보험제도)는 국민건강보험(NHI) 가입자와 비교해 볼 때 의료 지속성점수가 한결같이 낮은 것으로 나타났다. 이러한 관찰에도 불구하고 의료급여 수급자의 본인부담금이 적거나 아예 없다는 사실은, 재정 손실 없이 다양한 의료기관을 방문할 수 있다는 것을 의미한다(홍재석 외, 2010).

만성질환에서의 평균 입원일수

더욱이, 총 입원 건수와 비교해 볼 때 불필요한 입원의 절대 수는 적지만, 이들 진료에 피소드와 관련된 입원기간은 길고, 그 결과 병상 점유율이 높고, 보건의료 비용이 높다는 사실에서 지역사회 환경에서 만성질환을 적절하게 관리하기 위한 목표를 가진 행동이 필요하다는 것을 알 수 있다. 한국의 입원일수는 OECD 국가보다 유의하게 높으며, 당뇨, 고혈압, 심부전, 만성 폐색성 폐질환과 천식의 입원일수 추이는 그림 3.7과 같다. 한국에서는 평균 입원일수가 높을 뿐만 아니라 다른 대부분의 OECD 국가들에서 입원일수가 점차 감소하는 추세를 보일 때에 한국에서는 이와 같은 증가 경향을 이어갔다.

그림 3.7. 주요 만성질환의 평균입원일수, 한국과 OECD 평균의 비교(1998년~2010년)



출처 : OECD 보건자료, 2011

이처럼 한국의 지나치게 긴 입원일수에 대해서는 여러 가지 이유가 있다. 한국은 병상수가 많은 국가이며 1,000명 당 총 병상수의 비율이 일본 다음으로 많다. 인구 1,000명 당 병상수는 지난 10년 동안 꾸준히 증가해왔으며 2000년 이후에만 그 비율이 두배로 증가했다. 더욱이 장기 요양 병상, 즉 만성장애와 자립성이 떨어진 환자를 위한 병상은 65세 이상 인구 1,000명 당 17.24개로 OECD 도표에서 최고 수준이다(OECD, 2011). 병상 공급이 많다는 이러한 결과로 볼 때, 한국에서 병상을 채우기 위한 압력(*bed occupancy pressures*)이 높은 것은, 다른 OECD 국가들의 경우처럼 급한 문제가 아님을 뜻할 수도 있으나, 보건의료시스템은 급성기진료 서비스 방향으로 맞춰질 것이다.

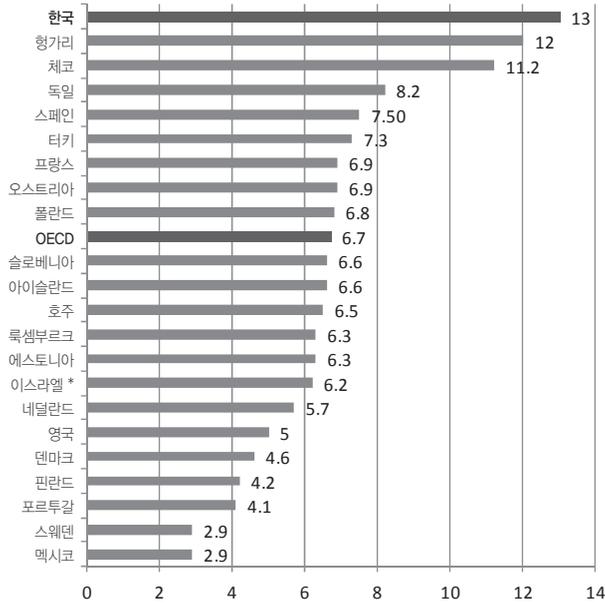
있지 않다. 그러나 한국은 분포도의 높은 쪽에 위치하고 있으며, 노화와 만성질환의 증가로부터 역학적 이행의 효과가 충분히 나타나고 있다는 사실과, 빈약한 일차의료 체계에 의해 악화될 것이며, 이것은 아마 만성질환으로 인한 조기 사망의 생존손실년수가 극단치를 보이게 되는 것은 시간 문제일 것이다.

3.4. 한국의 일차의료

가정의나 일반의가 이끄는 지역사회 기반 팀에 근거한 전통적인 일차의료의 모형은 한국에서는 작동하지 않는다. 30,000명 가량의 임상 의사들 대다수가 전문의이며, 이들은 보통 통상적으로 일차의료로 분류되는 의료행위를 하지 않는다. 지역사회 보건의로 기반시설은 흔히 입원과 외래 일차의료서비스 제공을 포함하여 정의한 기관시설 방향으로 왜곡되어 있다. 더욱이, 진료 단계별로 의료기관의 이용을 조정하는 게이트 키핑(gate keeping)이 부실하거나 전무하기 때문에, 환자들이 지역사회 중심 의원에서 전문기관에 이르는 다양한 시설에서 치료를 받고자 하는 것에 대한 통제가 부실할 수밖에 없다. 이것은 지역사회 중심의 일차의료 환경에서 더 적절하게 치료를 받을 수 있는 환자들이 굳이 대형병원에서 치료받고 있다는 것을 의미한다.

행위별수가제 지불보상 체계, 그리고 의원과 병원들이 최적의 조건을 찾아 의료 쇼핑을 하는 환자에게 대해 상업적으로 광고를 한다는 사실과 더불어, 기능적인 게이트 키핑이 없다는 사실은, 수요 창출의 체계를 만들어내는 경향이 있다. 경쟁적인 보건의로 시장이라는 것이 원래 잘못된 것은 아니며, 특히 경쟁이 의료의 질을 추구하거나, 진료의 연속선상 전반에 걸친 보건의로 수요에 부응하는 균형 잡힌 체계를 제공하는 것이라면, 더욱 그렇다. 그러나 경쟁이 단지 수익만을 목적으로 서비스 제공을 높이는 것을 부추기고, 기술 수준이 낮지만 효과적인 지역사회 기반 보건의로가 내몰리는 경우라면, 그 결과로 나타나는 비효율성이 진료의 지속성과 진료의 연계를 방해하고 건강상의 결과를 나쁘게 할 수 있다. 이러한 결과 낮은 진료의 지속성과 진료연계 그리고 건강의 저하를 가져온다. 이처럼 규제 받지 않는 한국의 보건의로 시장은 분야별 의료시장에도 영향을 끼쳐서, 그림 3.9에서 OECD 국가 중 한국의사들은 1인당 진찰 회수가 세번째로 높다.

그림 3.9. OECD 국가의 1인당 의사진찰 회수, 2009년 또는 최근 연도



출처 : OECD 보건자료, 2011

한국에서는 일차와 이차의료 사이에 분명한 경계가 없다. 지역사회 의원에서 진료하는 의사들은 자신들의 진료환경에서 전문적 서비스의 양과 전문화 수준을 자유롭게 결정할 수 있다. 보통 의원은 일반의와 내과의, 가정의, 소아과 의사에 의해 운영된다(HIRA, 2011). 아래의 표 3.1은 의원에서 진료하는 의사들의 전문 분야를 보여주고 있다. 일반의는 의사 면허는 있지만, ‘가정의 (많은 OECD 국가들에서는 넓게 ‘일반진료(general practice)’를 전공한 의사를 의미한다)’를 전공하지 않은 의사를 의미한다.

표 3.1. 한국의 의원에서 진료하는 의사 전문과목, 2005년~2009년

전문과목	2005		2006		2007		2008		2009	
	No	(%)								
일반의	7 851	26.25	8 165	26.43	8 466	26.81	8 803	27.32	9 179	27.81
내과	4 041	13.51	4 220	13.66	4 317	13.67	4 384	13.61	4 505	13.65
정형외과	2 008	6.72	2 060	6.67	2 067	6.55	2 051	6.37	2 057	6.23
산부인과	2 674	8.94	2 591	8.39	2 539	8.04	2 499	7.76	2 484	7.52
소아과	2 536	8.48	2 570	8.32	2 541	8.05	2 558	7.94	2 601	7.88
이비인후과	1 992	6.66	2 088	6.76	2 146	6.80	2 194	6.81	2 284	6.92
가정의학과	774	2.59	789	2.55	773	2.45	751	2.33	777	2.35

출처 : HIRA, 2010

이러한 의원은 아래와 같이 독립적으로 운영하는 경향이 있어 서로 경쟁 사업자로 인식할 수 있다. 일차의료체계의 두드러지는 또 하나의 특징은 의원의 다수(약 94%)가 단독 개원이라는 점이다(표 3.2). 의료의 질적인 관점에서 볼 때, 그리고 일차의료 내에 환자등록체계가 없다는 점을 고려할 때, 이런 점은 의료의 지속성과 진료의 연계, 그리고 일차의료체계의 기능이 정상적인 궤도를 벗어났다는 명백한 문제점을 드러낸다. 단독 개인 소유 의원은 환자들이 병원환경에 있기를 선호하는 시장에서 경제적으로 어려운 상황을 헤쳐나가는 생존능력이 부족하다. 한국의 보건의료시스템에서 의원에 가해지는 이러한 압력은 폐업률을 증가시키고, 2006년 약 7%에서 2008년에는 약 8% 폐업이 증가하였으며, 이것은 의료기관 사이에서 1%의 폐업률과 비교하여 의원이 재정적으로 어려운 수준에 직면하였음을 강조하고 있다(Cho, IS., 2009).

표 3.2. 한국 의원의 단독운영과 집단운영(2010년)

	단독운영		집단운영	합계
	개인	법인		
수	24 792	629	1 606	27 027
(%)	91.70%	2.30%	5.90%	100.00%

출처 : 건강보험심사평가원 요양기관현황 신고자료, 치과의원, 한의원 제외

또한 인구 1인당 의사와 간호사의 비율, 그리고 4개 전문진료 의원(일반, 내과, 가정의학, 소아과)의 측면에서 결정적으로 대도시와 지방간에 큰 격차가 있다. 이 같은 격차가 보건의료 욕구의 측면에서 나타난 것인지를 알려주는 문헌자료는 구할 수가 없지만, 시골 지역 인구가 뚜렷하게 노령화하였으므로 특히 만성질환에 대한 일차의료 수요가 증가했다는 점만큼은 분명하다(Lee, WJ et al., 2009).

3.5. 한국 일차의료체계의 강화

본 장에서 상세하게 언급한 광범위한 과제들을 보면 현재 한국의 일차의료는 분명히 나라 전체로 볼 때 제대로 기능하지 못하고 있다. 앞으로 인구가 갈수록 노령화하고 복합적인 건강 조건의 환자들은 가난하며, 이들의 욕구는 한국의 복합적인 보건 서비스와 전문의에게 동시에 걸쳐 있기 때문에, 이러한 과제들은 한층 복잡해질 것이다. 이런 과제를 해결하려면, 진료의 연계를 더 잘 할 수 있고 환자 스스로 자신의 위험을 완화하는 행동을 취하도록 도와주어야 한다.

현재 한국의 일차의료체계는 이와 같은 방식으로 운영되고 있지 않고, 가정의학 분야에서

경험을 쌓은 임상 의사는 전문적인 진료를 일반적인 진료인 것처럼 제공할 가능성이 있다. 더욱이 급성기 의료가 압도적이고, 진료비 지불제도가 첨단 질병 중심의 기술을 하도록 장려하기 때문에, 동기가 부여된 사람들이 양질의 일차의료를 제공하고자 하는 노력을 하게 되지 않는다. 실제로, 앞으로 수십 년 후에는, 의료 문화가 질병에 근거한 보건의료에서 사람을 중심으로 한 접근 방식으로 이동해야 하는데, 이런 방식에서는 질병 조건에 근거하기보다는, 개인의 보건의료 필요(needs)를 적절하게 평가하였다.

과거의 경험과 연구 결과에 의하면 효과적인 일차의료는 환자가 최초로 접촉하는 지점이며 필요할 때 환자를 전문의에게 의뢰하는 일반적인 진료로 정의할 수 있다. 또한 질병이 아닌, 사람에게 초점을 두는 진료를 제공하고자 노력해야 하고, 일정기간 동안, 혹은 환자의 보건의료 필요가 변할 때에, 환자와의 관계를 지속적으로 유지하기 위해 노력해야 한다. 이런 정신을 지니고 의료를 제공할 수 있는 의료서비스를 구축하는 일은 정부와 보건의료 분야의 중심 기관이 공통의 비전을 갖고 함께 추구해야 할 장기적인 과제이다.

본 장에서는 미래 한국인의 보건의료 욕구를 충족시킬 수 있고 일차의료 서비스의 개발을 위해 취해야 할 광범위한 보건의료 체계 차원의 문제에 대해 초점을 맞추었다. 특히, 아래 사항을 고려한 정책적인 노력을 권장한다.

- 일차의료를 우선 투자대상으로 확립하고, 효과적인 일차의료 모형이 성장하도록 투자를 이끈다.
- 건강상의 우선순위와 필요 분야에 대한 공급자의 노력을 조정할 수 있는 지역적 구조를 개발한다.
- 전국적인 건강상의 과제와 병원 밖에서 제공하는 의료의 질에 관한 정보 수집을 개선한다.
- 일차의료 전문의료인력을 강화한다.

일차의료 투자 우선순위를 수립하고 효과적인 의료 모형 지원

현재 한국의 지역사회 중심의 가정의학 분야는 비참할 정도로 발달하지 않았다. 따라서 복잡한 외과적 의학적 진료의 관문으로서의 역할을 수행하고 있는 현재 '일차의료'의 위치는 변해야 하며, 환자와 파트너가 되어 그들의 필요에 맞는 적절한 서비스를 선택하도록 돕는 것과 함께, 근거 기반 건강 증진과 예방 서비스 수행자로서의 역할을 해야 한다. 현재의 수가 수준은 이러한 일을 하기가 어렵게 만들어서, 가정의 진료의 매력을 떨어뜨리는 반면, 복잡한 의료서비스의 과잉 공급을 부추긴다. 그 결과, 일차의료 공급자는 외과적 기술을 제공하는 작

은 병원이 되고자 하는 경제적 압박을 느낀다(심지어 부적절하거나 불안정한 때에도). 이런 상황을 개선하기 위해서는 특별히 일차의료와 예방서비스에 대한 지속적인 투자가 진행되어야 할 것이다.

한국은 이미 세계적 수준의 일차의료 모형의 개발에 필요한 구성요소들을 모두 갖추고 있다. 한국에는 지역 의원에서 일하는 일차의료진의 수가 충분하고 기술혁신을 위한 기록이 훌륭한데, 이것은 컴퓨터 시스템에 기반한 현대적인 일차의료체계를 개발하는 데 꼭 필요하다. 건강을 증진하고 건강에 대한 인식을 제고하고, 만성질환의 악화를 방지하는 것을 통해 효과적인 일차의료의 필요요소가 어떻게 작동하는지를 알려주는 사례로 활용할 수 있는 개별 프로젝트 사례들도 충분하다. 한국의 과제는 이처럼 이미 잘 형성되어 있는 일차의료의 구성요소들이 앞으로 더 잘 성장할 수 있도록 재정적으로 뒷받침하고, 이 모형이 전국적인 규모로 확장할 수 있도록 제도적인 조건들을 실제로 갖춰나가는 것이다. 이를 위해서는 전용투자가 필요한데, 이것은 불필요한 급성기 의료서비스를 제공하는 방향으로 전환되어서는 안되고, 병원 입원을 부추기는 서비스로 투자되어서는 안 된다.

그렇게 해서, 정책 담당자는 양질의 일차의료의 ‘중요한 특징’이 무엇인지를 명시함으로써 새로운 투자가 효과적인 일차의료의 규모를 확대하는 데 기여할 수 있도록 유도해야 할 것이다. OECD 국가의 경험과 한국에서 성공한 프로젝트를 보면 효과적인 지역사회 중심의 일차의료 시설이야말로 이런 역할을 수행할 수 있음을 시사한다.

- 지역사회 중심-지역적으로 접근하기 쉽고 환자의 요구에 적절하게 반응하는 보건의료는 환자들이 급성기 병원 환경을 찾기 전에 한국인에게 일차 보건의료 수요를 평가하고, 충족시킬 수 있는 기회를 제공할 것이다. 때로는 그것은 환자들의 요구 전체일 수도 있지만, 급성기 의료로 의뢰하는 경우라면, 환자의 보건 의료 요구를 총체적으로 고려하는 방식으로 실천할 수 있다.
- 재정지원이 뒷받침 되는 환자등록 - 이것은 상당한 작업이지만, 전국적인 일차의료에 기반한 등록 체계를 통해 얻는 잠재적 혜택은 다양해서, 여기에는 의료의 질과 결과를 감시하기 위한 종적인 건강기록을 개발하고, 진료의 연계와 최적화를 목적으로 이 정보를 급성기와 일차의료 분야에서 교환하는 것이 포함된다. 궁극적으로 그러한 체계는 성공적인 결과를 위한 자원의 필요와 우선순위를 설정하는 데 도움이 된다.

- 방문보건서비스- 한국의 등록 사업은 능동적인 방문이 만성질환으로 이어질 수 있는 위험한 건강행위에 대한 인식을 제고하고, 만성 질환자의 건강습관을 개선하는데 편익을 입증하였다. 또한 방문하기 어렵거나, 건강상의 위험이 큰 지역을 평가하는데 있어서도 명백한 편익이 있다.
- 의료의 지속성-복잡한 약물 치료를 포함한 복잡한 보건의료 중재의 등장과 복합질환의 유병률 증가에 더불어, 환자들이 서로 다른 제공자로부터 다양한 보건의료 서비스를 다양한 시간에 제공받을 가능성은 전보다 훨씬 높아졌다. 따라서, 환자의 안전과 효과성을 위해 진료가 시간에 따라 적절하게 연계되는 것이 매우 중요해 졌다. 가정의가 더 복잡한 서비스에 대한 연계의 매개체 역할을 하는 기능적인 일차의료 체계는, 시간에 따라 환자의 약물과 치료 처방을 적절하게 평가하는 것을 보장하기 때문에, 만성질환과 복합질환에 기인한 복잡한 진료가 적정 수준의 건강상의 결과를 낳도록 하는 것을 보장할 것이다.

이 같은 특성의 대부분은 강건한 일차의료체계를 갖춘 OECD 국가에서 이미 나타난 것이다. 오늘날 한국에서 지역사회 프로그램의 모범 사례는 당뇨병과 고혈압 관리에 초점을 맞춘 광명 등록 프로젝트이다(아래 박스 3.1 참조).

박스 3.1. 광명시의 고혈압 당뇨병 등록 관리 프로젝트

이 시범 사업은 두 개의 초점은 당뇨병과 고혈압 관리이다. 이 시범 사업은 경기도청이 운영하며 보건복지부, 한국질병관리본부, 경기도, 광명시 보건소, 지역 의료기관과 약국, 그리고 고혈압 당뇨병 관리센터 사이의 협력에 기반한다. 이 프로젝트는 광명시 보건소를 통해 조정된다. 2011년 8월 현재, 65세 이상 의심 환자 중 81%인 총 17,679 명이 고혈압, 당뇨병 환자로 등록하였으며 115개 약국과 84 개의 병원과 의원이 이 프로젝트에 참여한다. 등록관리센터는 4명의 직원으로 구성된다(센터장 1, 팀장 1, 간호사 2). 프로그램은 3개의 핵심 요소로 구성된다.

1. 홍보-출판, 광고, 임상센터를 통한 등록 유인
2. 개인 의원 참여-환자가 등록을 권유 받은 곳에서 환자는 보건소에 의뢰되고, 식이요법과 전반적인 건강 의식에 관한 '집단' 교육을 받는다.

3. 학술적 투입-프로젝트의 평가를 위하여

등록된 환자는 리콜/리마인더 서비스(recall/reminder services), 개별 교육과 상담, 건강 인식 훈련과 지역사회 건강 프로그램과 연계된 교육을 포함한 고도의 집중 의료의 혜택을 받는다. 등록비와 치료비 일부는 상환 받는다.

잠재적 등록자는 의료비와 의약품비가 한 달에 '일시불 1500원 + 3000'원으로 구성된 재정적 인센티브를 제공받는다. 뿐만 아니라 참여한 병의원은 65세 이상 환자 등록당 1000원, 65세 미만 환자 등록당 5000원을 제공받는다. 이 제도에 대한 자금조달은 정부(50%), 지방정부(15%), 광명 지방자치도시(35%)가 나눈다. 이 프로그램은 2009년 이후에 운영되어왔으며, 한국의 다른 3개 도시에 확대할 것이다. 이 프로젝트의 총 비용은 2011년 약 12억이다.

프로젝트는 지역 학술센터가 주도하는 공식 평가를 받고 있는 중이다. 평가는 6개 영역에 초점을 맞출 것이다.

1. 고혈압과 당뇨병 환자의 지속 치료비율
2. 사용자와 전문가 만족도(의사와 약사) + (환자)
3. 이 프로그램이 사용자의 등록 프로그램 참여를 독려한 정도
4. 의료 기관을 이용하면서 나타난 등록 환자 행위의 변화
5. 등록 환자의 건강과 관련 행위의 변화
6. 고혈압과 당뇨병 유병을 평가하기 위한 지역 차원의 조사

위탁기관은 아주대학교 예방의학교실에 의해 운영되고, '광명시 고혈압 당뇨병 등록관리 센터'로 보건소 내에 위치하고 있다.

지역사회에 근거를 둔 일차의료 센터는 건강 증진과 위험 예방 프로그램을 제공하는 조정 중재자로서의 역할을 담당하는데, 이 같은 활동은 자연적인 평형상태가 개발될 때까지 기존의 등록 프로그램과 병행해서 작동할 수 있다. 적어도 일차의료 환자 등록체계의 개발단계에, 주요 만성질환의 위험요인을 등록할 수 있는 적절한 기능성을 포함시키는 것이 신중한 일일 것이다. 전국 단위 등록 프로젝트에서 얻은 경험과 교훈에서, 이러한 서비스의 개발에서 '실천과제'를 찾아낼 수 있어야 한다. 지역사회 안에서 제공되고 있는 일차의료 서비스가 발전하면, 한국은 중장기적으로 만성질환과 복합질환에 대한 보건 의료 수요를 충족시키는 최선의 기회를 맞이하게 될 것이다. 그러한 서비스가 효과적인 진료를 장려하고 제공하기 위해서는, 지역위원의 체계는 가정의가 이끌어야 하고, 적절하게 훈련된 간호사에 의해 지원을 받아서, 환자들과의 접촉을 유지하고 그들의 건강상의 필요에 부응해야 한다.

지역사회의 체계 내에 일차의료를 자리잡게 하고, 단독 의사들을 조직화한다.

일차의료 진료의 개발을 재정적으로 지원함에 있어, 한국의 26,000명 단독 개원의들이 집단진료의 발전을 향해 움직이는 지렛대로 활용되도록 투자가 이뤄져야 한다. 위에서 상세하게 언급한 모범적인 진료 특성에 덧붙여, 재정적 지원은 단일 소재지에서 서비스 통합의 의향이 있는 의사들에게 제공되어서, 그들이 집단적으로 일하고 진료의 연계와 동료평가를 수행하기 쉽도록 해야 한다. 최근 호주에서 다 부문 의원(multi-disciplinary clinics)을 확립하기 위해 지원한 하부구조 지원금의 노력은 한국 정책 담당자들이 고려해야 할 모범 사례가 될 것이다. 유용하고 적절하다고 평가될 경우, 이러한 서비스는 전국에 걸친 지역사회 검진 서비스를 반드시 포함하도록 지원하는 기존의 하부구조 위에 수립되어야 한다.—필연적으로 건강상의 필요가 파악된 환자들을 위한 추구관리 서비스의 중심이 되어야 한다. 장기적으로 이 접근 방식은 한국의 일차의료를 위한 지역적 구조를 구축하는 데 도움을 줄 것인데, 이 구조 안에서 국민건강보험이 가장 필요도 높은 지역을 파악해서 자금을 지원할 수 있다.

한국의 지방자치 단체들은 복지와 공중보건 체계를 명확하게 책임지는 주체로서 오랫동안 행정적 책임을 수행해왔다. 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단 사이의 적절한 정보 흐름과 더불어, 일차의료에 대한 책임을 공식화하게 되면, 지역의 보건 수요에 맞는 지역 차원의 프로그램 개발을 포함하여, 일차의료의 질과 긴급한 보건의료 수요를 충족하고 제어할 수 있는 잠재력을 더욱 키워줄 것이다. 이러한 움직임은 보건의료 재정정보상의 측면에서도 현재의 불균형을 바로잡는 역할을 할 것이다. 특히 국가 검진 프로그램과 연계된다면, 한층 광범위한 등록 프로그램 활동이 개발될 경우 국가질병 등록의 개발의 가능성도 높아질 것이다.

더 나은 정보

일차의료의 질을 측정하는 도구로서의 기존 자료활용은 정책개발과 자금조달의 길잡이 역할을 한다. 일차의료의 질을 측정하는 방법을 개발하면, 그 추세를 쉽게 분석할 수 있고 개선을 위한 참고 자료가 될 것이다. 건강보험심사평가원은 광범위한 자료 하부구조 안에서, 예방 가능한 입원을 위해 병원에 온 환자들의 수와 유형을 감시하는 능력이 현재도 있다. 그러한 정보는 일차의료 서비스가 관리하고 추천하지 않는 영역을 식별하는 데 있어 매우 귀중하다. 마찬가지로, 건강보험심사평가원은 응급실에서의 외래 서비스 이용을 감시할 수 있다. 제약 분야에서 건강보험심사평가원은 항생제나 임상적 가치가 미미한 약품의 처방, 제네릭 대비 오리지널 의약품 비(ratio of generic to branded drugs)를 감시할 수 있다—이 정보는 어디에서 질의 문제가 발생하는지를 (그리고 체계에 불필요한 비용이 어디서 발생하는지) 파악하는데 도움이 된다.

결정적으로, 건강보험심사평가원은 전국에 걸친 성과의 지리적 격차를 식별하는 능력이 있다. 일차의료 서비스의 규모를 늘리는 일과 일치하는 지역적 경계선을 따라서 (위에서 권유한 대로) 지역 격차를 파악함으로써, 국민건강보험은 지역적 필요도를 평가하거나 어디에서 부족분이 발생하는지 확인할 수 있다. 이런 정보를 통해 농촌사회에서 수요가 많지만 자원이 부족한 지역을 찾아낼 수 있을 것이다. 더 넓게 보면 이 지표들은 일차의료의 편익을 더욱 뚜렷하게 부각시키고 더 높은 의료의 질을 전달하는 문화를 키울 수 있을 것이다.

모범적인 정보 교환과 관련해서, 지역적, 국가적 차원에 기준이 되는 일차의료 질 지표 개발은 다음의 질영역을 포함한다.

- 천식, 만성 폐색성 폐질환, 울혈성 심부전, 당뇨병(단기 및 장기 합병증), 조절되지 않는 당뇨, 고혈압으로 인한 잠재적으로 예방 가능한 입원
- 위에서 말한 만성조건으로 인한 30일과 90일 재입원 비율

일차의료 인력

일차 보건의료 전문가들의 인력 개발에 쏟는 노력은 일차의료체계의 발전을 위해서 필수적인 요소이다. 한국 의과대학 졸업생들의 대부분은 현재 전문화된 분야를 선호한다. 그와 동시에 일차의료에서 일하는 독립적인 의료전문가들은 자신들의 생존능력을 유지하기 위해 기본적인 수술과 입원 서비스를 제공할 필요를 느낀다. 보건 체계에 대한 투자와 더욱 확연해진 역할 설정을 통해 가정의 전문가적 지위를 높일 수 있지만, 한국은 일차의료의 중요성에 대한

의료인들의 인식을 높일 필요가 있다. 의과대학생들에게 일차의료의 업무 경험을 제공하면, 일차의료의 역할과 중요성에 대한 인식이 높아질 것이다.

정책 담당자들은 의사협회와 대학과 협력하여, 일차의료시설에서 실행하는 순환교육을 도입해야 한다. 그러한 (제한된 기간 동안의) 프로그램은 일부 학교에서 활용할 수 있는 기존의 훈련 기회 위에서 만들어질 수 있다. 특히 이 프로그램을 통해서, 서울과 비교해 지역사회 기반 의료 전문가들의 수가 꾸준히 줄어들고 있는 농촌지역에서 일차의료 인력의 규모를 늘릴 수 있다. 전국적으로 적절한 교육보조금을 지원하여 전국에 걸친 일차의료의 교육문화 개발을 지원할 수 있다.

동시에, 전문간호사의 역할을 증대하여, 의사의 예방보건의료서비스 제공을 도와 만성질환이 나타날 위험이 있는 환자를 점검하고, 복합적인 건강상의 필요를 가진 환자들을 위한 진료의 연계를 계획하는 귀중한 역할을 수행할 수 있을 것이다.

3.6. 결론

한국 보건의료가 마주하고 있는 두 가지 어려운 과제-인구의 고령화와 만성질환의 증가-는 한국만의 문제가 아니다. 실제로 대부분의 OECD 국가도 이러한 문제를 겪으며, 많은 국가에서는 그 해결을 위해 일차의료 서비스의 강화에 노력하고 있다. 일차의료의 강화는 주민들이 자신들의 생활 속에서 질환을 피할 수 있도록 도와주며, 만성질환을 가진 주민들이 자신들의 문제를 더욱 잘 관리할 수 있게 해 준다. 그러나 한국 보건의료체계의 현실은 급성기 중심이며, 다른 OECD 국가들에 비해 많이 뒤떨어져 있다. 이러한 상황을 극복하기 위해서는 장기간에 걸쳐 효과적인 일차의료 서비스를 개발하기 위해 일관성 있는 정책적 노력이 경주되어야 한다. 보수체계의 개선과 일차의료 시설의 확충은 이러한 토대를 구축하는데 도움이 되지만 일차의료로 전달할 인력의 뒷받침과 함께 단일보험자가 필요한 곳에 직접 재정지원을 할 수 있도록 정보체계의 개선도 요구된다.

참고문헌

Berry, D. *et al.* (2011), "Overweight, Obesity and Metabolic Syndrome in Adults and Children in South Korea : A Review of the Literature", *Clinical Nursing Research*, Vol. 20, No. 3, pp. 276-291.

CHO, I.S. (2009), "Deteriorating Conditions in Primary Care", *Japan Medical Association Journal*, Vol. 52, No. 6, p. 392.

Denton, F.T. and B.G. Spencer(2010), "Chronic Health Conditions : Changing Prevalence in an Ageing Population and some Implications for the Delivery of Health Care Services", *Canadian Journal on Ageing*, Vol. 29, No. 1, pp. 11-21.

Fortin, M. *et al.* (2010), "Prevalence Estimates of Multimorbidity : A Comparative Study of Two Sources", *BMC Health Services Research*, Vol. 10, No. 1, p. 111.

Guthrie, B. (2011), "Multimorbidity : Impact on Health Systems and their Development", *Health Reform : Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing, Paris.

HIRA(2010a), *Health Care Cost Statistics 2008*, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul.

HIRA(2010b), "HIRA Report on Medical Care Institutions"(in Korean), Seoul, Korea.

Hong, J.S. *et al.* (2010), "Continuity of Care for Elderly Patients with Diabetes Mellitus, Hypertension, Asthma, and Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea", *Journal of Korean Medical Science*, Vol. 25, No. 9, pp. 1259-1271.

International Diabetes Federation(2009), *Diabetes Atlas*, 4th edition, IDF, Brussels(Statlink <http://dx.doi.org/10.1787/888932525096>)

Kringos, D. *et al.* (2010), “The Breadth of Primary Care : a Systematic Literature Review of its Core Dimensions”, *BMC Health Services Research*, Vol. 10, p. 65.

Lee, J. *et al.* (2010), “The Association between the Supply of Primary Care Physicians and Population Health Outcomes in Korea”, *Family Medicine*, Vol. 42, No. 9, pp. 628-635.

Lee, W.J. *et al.* (2009), “Prevalence and Changes in Chronic Diseases Among South Korean Farmers : 1998 to 2005”, *BMC Public Health*, Vol. 9, p. 268.

Lim, S. *et al.* (2011), “Increasing Prevalence of Metabolic Syndrome in Korea : the Korean National Health and Nutrition Examination Survey for 1998-2007”, *Diabetes Care*, Vol. 34, No. 6, pp. 1323-1328.

OECD(2011a), *OECD Health Data*, OECD Publishing, Paris.

Sassi, F. (2010), *Fit Not Fat : Obesity and the Economics of Prevention*, OECD Publishing, Paris.

Song, Y.M. (2008), “Trends in Avoidable Deaths Over 20 Years in Korea”, *Journal of Korean Medical Science*, Vol. 23, pp. 975-981.

Starfield, B. (2005), “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 3, pp. 457-502.

Statistics Korea(2010), *Birth Statistics in 2009*, Statistics Korea, 25 August 2010.

Statistics Korea(2011), *2011 Statistics on the Aged*, Statistics Korea, 29 September 2011.

Zhang, P. *et al.* (2010), “Diabetes Atlas Global Health Care Expenditure on Diabetes for 2010 and 2030”, *Diabetes Research and Clinical Practice*, Vol. 87, pp. 293-301.

제4장

한국의 심·뇌혈관 질환의 의료의 질

이 장은 한국에서 심혈관 및 뇌혈관 질환에 대한 의료의 질을 분석한다. 이들 환자들의 진료결과에 대한 한국의 의료의 질 지표는 모순된 양상을 보인다. 즉, 다른 국가들에서는 이들 질환-급성심근경색증(AMI)과 뇌졸중-의 진료결과가 전체적으로 좋거나 나쁘지만 한국에서는 상반된 형태로 그 편차가 크게 나타난다. 이러한 모순의 원인을 찾고 이에 보건 의료체계와 보건 의료정책이 미친 영향을 분석한 결과 급성기 의료에서 심혈관질환 의료의 질은 높지만 전국적으로 그 질의 편차가 존재하는 것으로 보인다. 보건 의료체계 전체의 개선을 위한 권고 내용에 부합하게, 이러한 질환에 대한 의료의 질 개선을 위한 노력도 입원 전과 후의 관리에 초점을 맞추어야 한다. 특히, 심혈관질환의 예방, 일차의료에서 환자 자신들의 건강관리 지원, 그리고 응급차 서비스 향상은 가치 있는 개혁이 된다. 이와 함께, 급성심근경색 및 뇌졸중 환자의 공식적 재활 과정을 만드는 것도 한국에서 재정을 투자할 가치가 높은 프로그램이다.

심혈관 질환은 대부분의 OECD 국가에서 주요 사망 원인 중 하나이다. 2009년 심혈관 질환은 OECD 국가의 전체 사망 원인 중 35%를 차지했다. 심혈관 질환은 이처럼 현재 세계적으로 주요 사망 원인이지만, 한편으로는 지난 30년간 모든 OECD 국가에서 눈에 띄게 감소하고 있다. 이것은 심혈관 질환의 위험요인을 이해하고 모니터링하며, 급성기 단계에서 향상된 치료를 한 것이 영향을 미친 것이다. 생존율이 높아지면서 뇌졸중과 심장 마비 이후에 발생하는 장애가 부담으로 다가오고 있다.

심혈관 질환은 일반적으로 보건 체계에 상당한 재정부담을 주고 있으며, 이 조사에서 선택된 OECD 국가 중에서 전체 병원 입원환자 지출의 12%~28%를 차지하고 있다. (한눈에 보는 OECD 보건 지표, 2009), 이처럼 인구집단 건강과 보건체계에 실질적인 부담을 받게 되면서, 국내 및 국제 정책 결정자들은 심혈관 질환과 뇌혈관 질환으로 인한 사망률을 줄이는 데 더욱 관심을 갖게 되었다.

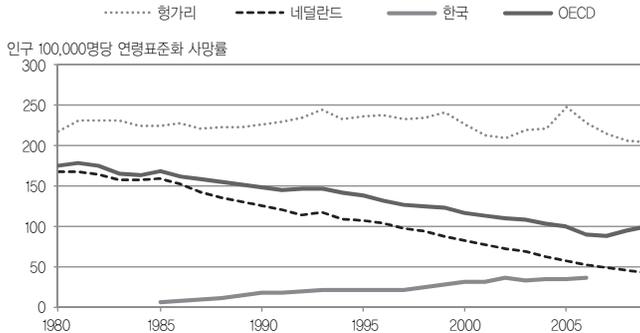
이 장에서는 한국의 심혈관 및 뇌혈관 질환 (Cardio-Vascular Diseases, CVD)에 대한 의료의 질을 검토할 것이다. 이 장의 목적상, CVD는 순환기계 질환과 관련한 넓은 범위의 질병들, 주로 심장마비와 뇌졸중(출처 : OECD 정의) 등을 광범위하게 다룰 것이다. 사망률을 기준해서 CVD에 대한 의료의 질을 고려하고, 적절한 치료, 장애, 삶의 질, 기대 수명과 같은 다른 요소들도 함께 고려할 것이다.

4.1. 한국의 CVD 결과

허혈성 심장 질환과 뇌졸중에 대한 사망률과 치명률 : 한국의 역설(paradox)

한국은 다른 OECD 국가들처럼 허혈성 심장질환으로 인한 사망률 감소 등의 추세를 경험하지 않았다. 한국은 허혈성 심장질환 사망률-일정기간 동안 일반인구집단에서 사망자 수는 OECD 국가 가운데 가장 낮은 국가 중 하나이면서, 사망률은 증가하고 있다. 허혈성 심장질환의 사망률은 1998년 100,000명당 16.2명이던 것이 2007년 100,000명당 29.5명으로 증가해 증가속도가 최고에 달했다(한국 통계청, www.kosat.go.kr). 허혈성 심장질환의 경우 증가하는 사망률에 비해 사망률은 낮은 반면 한국의 뇌졸중으로 인한 사망률(남자 100,000명당 73명)은 OECD 국가에서 가장 높다(OECD, 2011).!

그림 4.1. 일부 OECD 국가들의 허혈성 심장 질환 사망률 추세, 1980년~2005년



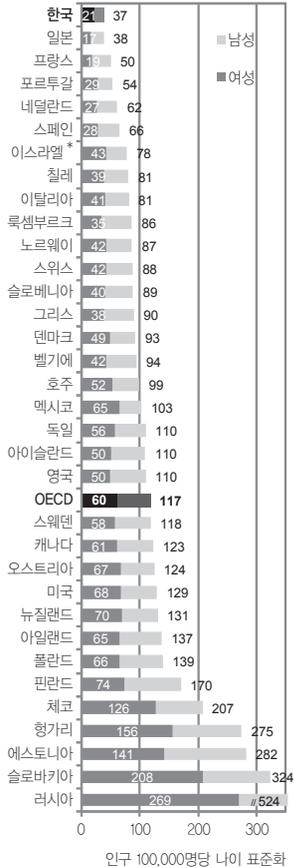
출처 : OECD 보건자료, 2011

일정 기간 동안 전체 인구의 사망률에 영향을 미치는 요인을 분석해보면, 사망률은 생활 방식, 사회 경제적 상태, 보건 교육 수준과 같은 많은 요소들에 의해 영향을 받고 있다. CVD 사망률에 대한 영향을 고려해봐도 다양한 정책이 필요한데, 그 중 대부분은 보건서비스 공급자의 영향권 밖에 있을 가능성이 있다. 이와 관련, 의료의 질을 평가하는 또 다른 유용한 지표는 진행된 심혈관 질환자의 병원 입원 후 치명률이다. 전체 인구 집단에 걸친 질병의 영향과 발생률은 현재 입원해 있는 환자의 수와 강도(intensity)에 영향을 주고 있는 반면, 정부와 보건의료 공급자들은 병원에서의 양질의 서비스를 통해서 치명률을 줄이는데 영향을 주어 왔다. 세계적인 연구들에 따르면, 뇌졸중과 급성심근경색증 후에 혈전용해제와 아스피린, 베타 차단제 등의 효과적인 사용은 환자의 생존 가능성을 높이는 것으로 알려져 있다. 전체 인구사망률과 한국 병원에서 CVD로 인한 치명률을 나란히 비교해보면 흥미로운 역설이 드러난다.

한국인들은 다른 OECD 국가의 사람들보다 허혈성 심장질환으로 적게 사망하는 반면에 급성심근경색증으로 병원에 입원하면, 더 많이 사망한다. 한국의 허혈성 심장질환으로 인한 사망률은 통계 확보가 가능한 모든 OECD 국가 중에서 가장 낮은 수준으로, 2009년 남자 100,000명당 37명이 사망했다. 같은 해 OECD 국가의 평균 사망률이 남자 100,000명당 117명인 것을 감안하면 매우 낮은 수준이다(그림 4.2).

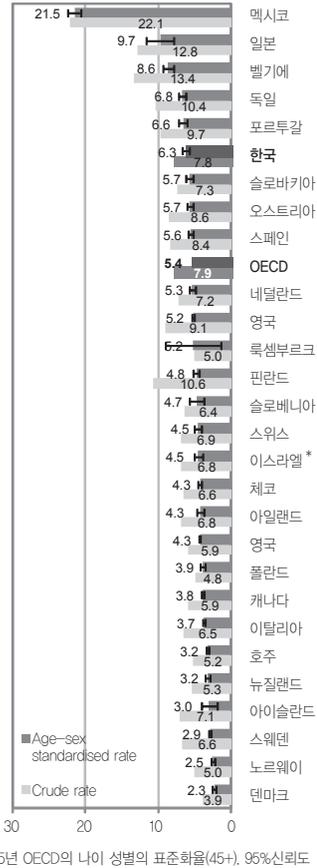
한국은 다른 OECD 국가에 비교해서 병원 내 치명률이 매우 높다. 2009년, 한국의 급성심근경색증 환자의 병원 내 치명률은 입원 100 건당 6.3건으로, OECD의 평균 치명률은 입원 100건당 5.4건이다(그림 4.3). 전체 사망률과 병원 내 30일 사망률의 추이를 비교해 보면, 급성심근경색증 환자는 허혈성 심장질환으로 죽어가는 환자 중에서 병세가 상당히 진전되었거나 복잡한 사례임을 보여준다.

그림 4.2. 허혈성 심장질환 사망률, 2009년(또는 가장 최근 연도)



출처 : OECD 보건자료, 2011, IS-GBE, 2011

그림 4.3. 급성심근경색증 입원 후 30일 내 병원 내 치명률(같은 병원), 2009년(또는 가장 최근 연도)

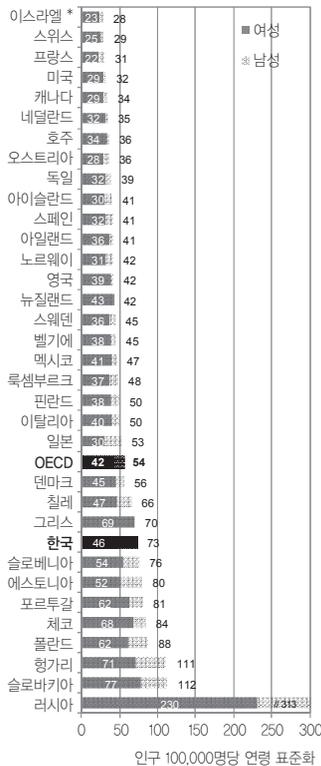


출처 : OECD 보건자료, 2011

뇌졸중은 허혈성 심장질환, 급성심근경색증과 정반대 상황이다. 뇌졸중의 병원 내 30일 치명률은 최근 몇 해 동안 눈에 띄게 감소하고 있지만, 한국은 OECD 국가 가운데 전체 뇌졸중 사망률이 가장 높은 나라 중 하나다. 2009년, 남자 100,000명당 54명이 사망한 OECD 평균에 비해 한국은 남자 100,00명당 73명이 뇌졸중으로 사망했다(그림 4.4). 이처럼 뇌졸중으로 인한 사망률은 높지만, 병원에 입원한 뇌졸중 환자의 치명률은 다른 OECD 국가보다 낮다. OECD 국가의 병원 인프라와 조직의 개선(특히 상급종합병원에서의 별도의 뇌졸중집중치료센터

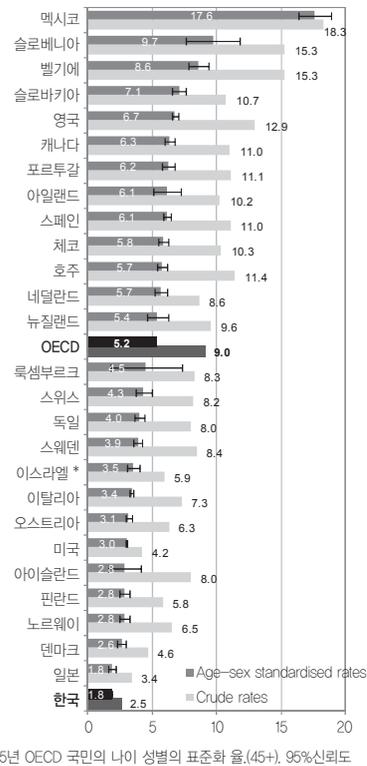
설립)은 뇌졸중 환자의 치료와 회복을 촉진하고 병원에서 제공되는 의료의 질 향상에 광범위하게 영향을 미친 것으로 인정받고 있다. OECD 보건의료 질 지표 프로젝트의 일환으로 수집된 자료에서 2009년 한국의 허혈성 출혈성 뇌졸중 30일 치명률은 입원 환자 100명당 1.8명과 9.8명이었다. 그리고 이것은 현재 OECD 국가 중 가장 낮은 치명률이다(OECD, 2011). 이러한 결과들은 뇌졸중 에피소드에 따른 한국 병원 내 의료체계의 질이 세계 최고수준임을 보여주는 강력한 증거이다.

그림 4.4. 뇌졸중 사망률, 2009년 (또는 최근 연도)



출처 : OECD 보건자료, 2011, IS-GBE, 2011

그림 4.5. 허혈성 뇌졸중 입원 후 병원 내 30일내 치명률, 2009년(또는 최근 연도)



2005년 OECD 국민의 나이 성별의 표준화율.(45+) 95%신뢰도

출처 : OECD 보건자료, 2011

사망률과 치명률을 비교할 때와 허혈성 심장질환에 대한 뇌졸중과 급성심근경색증을 비교할 때 모두, 한국의 결과가 반대로 보이는 것은 특이하다. 대부분의 OECD 국가에서는 두

가지 급성 혈관계 질환(급성심근경색증과 뇌졸중)의 발병으로 인한 병원 내 치명률 수준이 모두 상대적으로 좋거나 나쁘다(예를 들면 덴마크, 노르웨이, 미국은 두 가지 질환으로 인한 치명률이 OECD 국가 중 가장 낮다). 두 질환에 대한 전체 인구집단 사망률 추세도 비슷하다. 실제로 전체 인구집단 사망률에서 사망률이 높으면 대체로 치명률에서도 높은 경향을 보인다.

이러한 데이터를 분석할 때에는 상당한 주의가 필요한데, 특히 치명률이 높다는 것은 전체인구집단사망률이 높은 것의 주요 원인으로 추측할 수 있다. 전체인구집단사망률은 사회경제적 건강결정 요인, 예방과 이차적 진료의 접근성에 좌우되는 전체 인구의 건강지표를 나타낸다. 급성심근경색증이나 뇌졸중으로 입원한 환자의 치명률은 의료의 질을 나타내고 있으나, 복잡하고, 더 악화된 질환을 지닌 환자가 병원에 입원을 하게 되면 더 나쁜 결과를 나타낼 것이다. 더구나 응급차 치료 이전 단계의 진료는 환자가 살아서 필수적 서비스를 받을 수 있을지 없을지를 결정할 것이다. 환자구성(case-mix)의 차이를 보정하는 국제적인 방법이 없기 때문에, CVD 진료에 대한 의료의 질 지표에 관한 이러한 역설을 정확하게 해석하기가 어렵다.

그럼에도 불구하고, 허혈성 심장질환과 급성심근경색증에 대해 합리적으로 추측해 보면, 한국에서는 CVD에 대한 병원 내 진료는 최근 개선되고 있는 반면, 병원 밖에서 CVD를 줄이기 위한 정책은 여전히 취약하다는 결론에 이른다. 예컨대 높은 위험요인을 가진 성인을 일차의료환경에서 감독하고 모니터링하지 못한 결과, 악화된 심혈관 질환 환자가 입원하고, 이에 따라 높은 치명률로 이어진다는 것이다. 특히 나이가 든 성인에 대한 일차 및 예방 진료를 비효과적이고 불충분하게 함으로써, 일반적인 건강 상태의 악화를 초래하며, CVD 위험요인의 잠재적 위협을 더욱 심화시키고 있다. 이것은 특히 보건의료체계를 이용하기가 어려운 빈곤한 인구 집단에서 더 분명하게 나타난다. 추가로 더 복잡한 문제는 이들 인구집단이 비만, 관리되지 않은 당뇨병, 높은 콜레스테롤(Sobar and Stunkard, 1989; Everson et al., 2002; McLaren, 2007)의 위험에 놓여 있다는 점이다.

뇌졸중의 경우, 병원 내 치명률이 낮다는 것은 뇌졸중으로 인한 대부분의 사망이 병원 밖에서 일어난다는 것을 나타낸다. 예컨대 뇌졸중이 발병한 장소에서, 응급차 이송 중에, 또는 응급 치료 과정에서 사망한다. 또한 높은 사망률과 낮은 치명률이라는 대조적인 조합이 시사하는 것은, 급성기 단계에서의 개선이 병원 진료의 질 향상을 이끌었던 반면, 적시에 병원에 이송해야 하는 측면에서의 의료의 질은 적절하지 못하고 충분하지 않은 것을 의미한다. 특히 농촌 지역의 경우 더욱 그러하다. 높은 사망률과 낮은 치명률은 정책 결정자가 지역사회에 있는 뇌졸중

관련 보건의료시설과 대중의 인식 수준 등의 문제에 대해 병원이 어떤 역할을 할 것인가를 병원의 범위를 넘어서서 고민하는 것이 필요하다는 것을 시사한다.

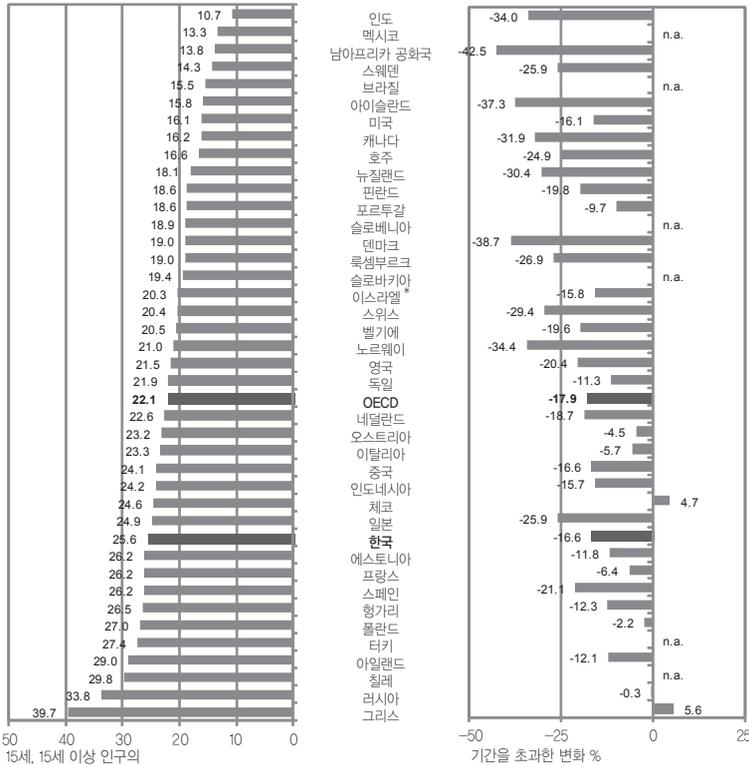
건강위험 요소와 CVD의 부담 증가 가능성

OECD 국가들은 CVD 질병부담의 측면에서 영양적인 면과 신체운동과 흡연의 영향을 갈수록 중요하게 인식하고 있다. 그 결과 OECD 국가의 예방 전략은 CVD 관련 위험 요소에 대한 모니터링과 조정을 개선하기 위해 생활 방식과 행동 변화에 더욱 초점을 맞추고 있다. 뇌졸중의 주요 위험 요소는 고연령, 고혈압, 흡연이다. 덧붙여 심장마비의 위험 요소인 높은 콜레스테롤 수치와 당뇨병(보통 비만과 관련된다)이 포함된다. 이전 급성심근경색증 에피소드는 이후 심장마비 발생의 주요 위험 요소 중 하나다. 대다수 OECD 국가와 마찬가지로, 한국인은 운동과 식습관 변화 등과 관련된 생활 습관의 측면에서 극적인 변화를 경험하고 있다.

흡연

한국의 흡연율은 OECD 평균을 상회하는, 성인 인구의 25.6%에 해당한다(그림 4.6). 한국 남성의 44%와 한국 여성의 7%가 흡연하는 것으로 나타나, 남녀의 흡연율이 상당한 차이가 있음을 보여준다. 그러나 한국의 흡연율은 1999년부터 2009년까지 16.6%가 감소했는데(OECD, 2009), 이는 금연정책이 한국의 CVD의 위험 요소를 감소하는 데 상당한 영향을 발휘했다는 것을 나타내는 것으로 주목할 만하다.

그림 4.6. 매일 흡연하는 성인 인구의 비율, 2009년 및 1999년~2009년(혹은 최근 연도) 흡연율의 변화



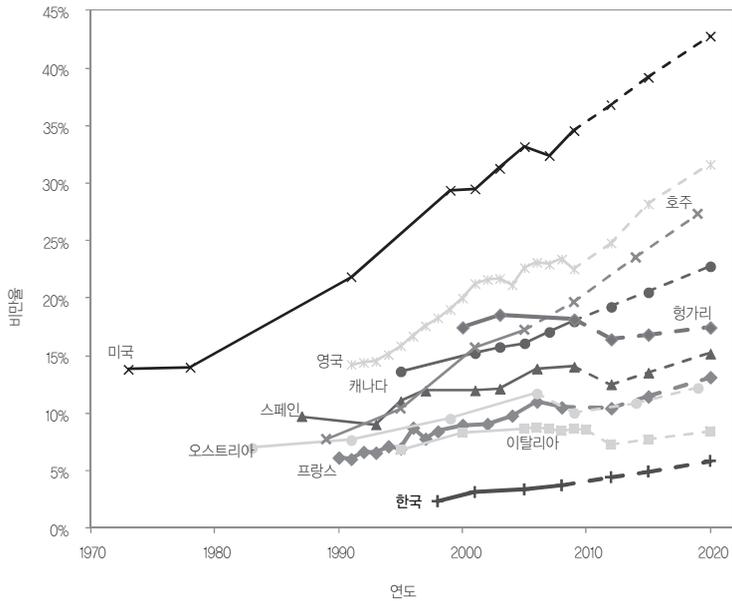
출처 : OECD 보건자료, 2011, 비 OECD 국가의 경우는 각국별 별도 자료

비만

비만은 대부분의 OECD 국가에서 주요 공공 보건 관심사가 되어가고 있지만, 한국에서는 아직까지 덜 주목 받고 있다. 과체중 혹은 비만을 가진 성인은 CVD의 위험요소인 고혈압, 높은 콜레스테롤과 당뇨병 같은 건강상태를 더 많이 겪게 된다. 한국은 OECD 국가에서 비만도가 가장 낮은 국가 중 하나이며, 과체중 혹은 비만한 한국인은 전체 성인 인구의 3.8%에 불과하다. 이는 OECD 국가 평균의 5분의 1 수준이다. 그러나 최근 전망을 보면 한국인의 비만이 꾸준히 늘고 있으며, 2019년에는 6.5%에 도달할 것으로 예측하고 있다(OECD, 2009). 그럼에도 불구하고 비만의 증가는 다른 OECD 국가에서 만큼 놀랄 수준은 아닌 것 같다(예를 들어, 미국의 경우 성인 비만율은 2020년 45%에 도달할 것으로 예상됨). 물론 빠르게 증가하고

있는 어린이의 과체중 비율은 주목할 만하다. 이는 식생활 습관(트랜스 지방 함유가 높은 음식 섭취의 증가)과 운동량이 적은 생활 방식이 영향을 미친 것인데, 이처럼 어린 나이의 과체중은 향후에 CVD에 걸릴 위험을 잠재적으로 높이는 것이다.²

그림 4.7. OECD 국가의 증가하는 비만율

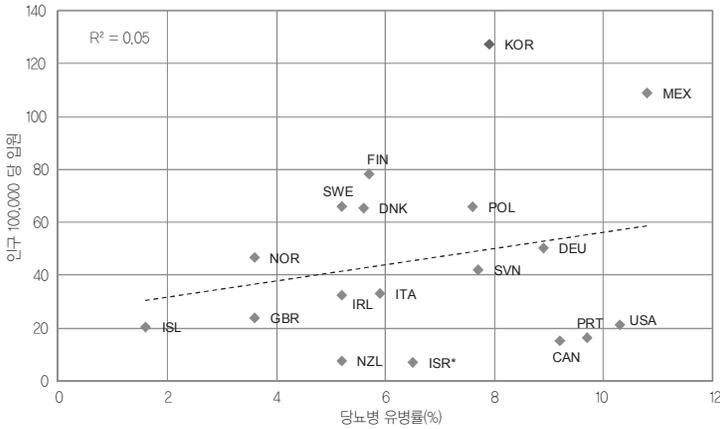


출처 : OECD, 2010

당뇨병

지난 몇 년간 한국에서 당뇨병의 증가는 주목할 만한 일이다. 한국에서 당뇨병 유병률은 OECD 국가 중에서 가장 높은 수준이다. 현재 한국의 당뇨병 유병률은 인구 100,000명당 7.9명으로 OECD 국가 평균인 인구 100,000명당 6.5명에 비해 매우 높은 수준이다(그림 4.8). 조절되지 않은 당뇨병으로 인한 계획되지 않은 병원 입원율은 당뇨병 환자의 발견, 치료 및 관리(follow-up)가 한국에서 매우 취약하다는 것을 보여준다. 2009년 한국의 조절되지 않은 당뇨병 환자의 병원 입원율은 헝가리와 오스트리아 다음이며, OECD 국가에서 세 번째로 높다(OECD, 2011).

그림 4.8. 조절되지 않은 당뇨병 입원율과 당뇨병의 유병률, 2009년



참고 : 유병률은 20세~79세 성인에 관련된 당뇨병을 평가하며, 데이터는 세계 표준 인구에 표준화 됨. 병원 입원율은 15세 이상 인구와 관련이 있으며, 2005년 OECD 인구에 표준화한 연령임

출처 : IDF, 2009년 유병률 ; 2 병원 입원율에 대한 2011년 OECD 보건 데이터

노령화

한국의 노령화 수준은 CVD에서 가장 주목할만한 위험 요소이다. 노령화는 심장에 생리적인 변화(병이 없다 하더라도)를 가져다 주고, CVD의 위험을 증가시킨다. 기존 질환(관상 동맥 심장 질환과 같은)을 갖고 있는 경우, 심장의 이러한 생리적 변화는 심장의 정상적인 작동에 영향을 미치고 심장마비의 위험을 더욱 증가시킨다. 현재 한국의 65세 이상 인구는 10.7%이지만 (OECD 평균 15%에 비교) 기대수명증가, 출산감소로 2050년에는 65세 이상 인구가 37%까지 증가할 것으로 예측된다(OECD, 2007).

4.2. 한국의 CVD에 대한 의료의 질 향상 정책

CVD에 대한 위험요인이 증가하고 있다는 것은 적절한 예방과 일차 의료가 현재의 건강 결과를 향상시키고, 한국의 보건의료체계가 미래 도전을 해결할 수 있도록 도움을 주는데 중요하다는 것을 시사한다. 이는 위험한 환자를 확인하고, 그들의 상태를 모니터링하며, 적절한 의료 서비스를 제공할 수 있는 능동적인 정책의 수립을 요구한다. 이런 체계를 개발하기 위한 출발점은 데이터와 건강결과와 의료의 질이다. 현재 한국에서 수집된 데이터는 주로 급성기

분야에 집중되어 있는데, 현재 한국 병원에서 제공하고 있는 의료의 질이 OECD중에서 최고인 것을 보여준다.

다음 장에서는 현재 한국의 CVD 진료를 뒷받침해주는 주요 정책을 검토하며, 의료의 질을 개선하기 위한 권고사항을 제공한다. 넓은 의미에서 볼 때 병원 밖에서 심혈관 질환의 진료를 개선하는 것은 한국인의 심혈관 질환의 진료 결과를 향상시키기 위한 정책 우선 순위가 되어야 한다. 현재 한국의 예방 정책은 국민건강보험공단과 보건복지부가 제공하는 두 개의 검진 프로그램을 통해서 주로 이뤄진다. 이것이 환자를 확인하기 위한 견고한 기초를 만들어주는 하지만, 진료의 연계를 도와주고, 장기적으로 환자사례관리를 해줄 수 있는 공식적인 기전을 구축할 필요가 있다. 이를 보완하여, 의료적 중재까지 걸리는 시간을 최소화하고, 뇌졸중 또는 급성심근경색증 발병과 환자의 병원 도착 시간 사이의 간격을 최소화하기 위한 노력을 해야 한다. 심혈관 질환에 대한 공식적인 재활치료 과정을 수립하는 것은 한국에서 비용대비 가치를 높이는 일이 될 것이다.

CVD 치료에 대한 의료의 질 측정

한국에서 CVD질환에 대한 의료의 질 측정은 급성기 치료 부문에서는 OECD 국가 가운데 매우 우수하지만, 병원 밖에서의 역량은 부족하다. 대체로 이런 상황은 시스템 전반에 걸쳐 건강결과와 성과를 모니터링하는 것 만큼, 건강보험의료서비스에 대한 모니터링도 중요하다는 것을 의미한다(1장에서 자세히 상술).

건강보험심사평가원(HIRA)은 청구 데이터와 최근에 진행한 보건서비스 성과측정을 위한 개발노력의 결과로, 한국에서 CVD 진료의 질을 측정하는 데 있어 중심적 위치에 있다. HIRA는 세 가지 주요 평가 분야—입원 환자, 외래 환자, 장기 요양—에 대해서 매년 평가를 실시한다. 모든 상급종합병원과 종합병원에서 급성심근경색증, 뇌졸중, 그리고 관상동맥우회로술(CABG)에 대해 광범위한 구조, 과정, 결과지표가 수집된다. 측정 지표는 다음과 같다 : 적시에 적절한 진단 검사, 병원 도착 후 60분 이내 혈전용해제를 투여 받는 환자의 수, 그리고 병원 도착 24시간 이내 급성심근경색증 증상을 보인 환자에게 아스피린 사용, 또는 병원 퇴원 일년 이내 사망한 환자의 수.

HIRA의 노력과 더불어, 질병관리본부는 2006년 정부가 시작한 심뇌혈관 종합계획의 일환으로 자료를 수집하고 의료의 질을 측정 하고 있다. 급성기 진료(주로 결과지표), 장애와 합병증의 감소(그리고 급성심근경색증이나 뇌졸중의 에피소드 재발)에 대한 자료수집은

인구집단 수준의 자료를 이용해서 수행된다. 일차 및 이차 예방의 효과에 대한 데이터도 수집된다(중요한 위험요인을 가진 환자의 치료, 고혈압, 비만, 흡연, 신체 활동 등의 전반적인 감소). 그러나 급성기 진료에 대한 자료수집에서 넘어서 자료수집을 확대하려는 노력들은 현재 초기 수준이다.

HIRA와 **KCDC**를 통한 이러한 두 가지의 데이터 수집 절차는 심뇌혈관 질환 환자의 전체 치료 과정을 부분적으로 반영한 것이며, 그들은 주로 병원 치료에 중점을 둔다(일차 의료의 질 또는 소규모 병원에서 기록으로 남지 않은 치료 등은 보고되지 않은 채). 이것은 일차 의료 부문의 거버넌스 부족을 반영하는 것이며, 데이터 수집이 더 어려운 단독 개원의나 작은 병원들에서 더 문제이다. 일차 의료를 강화하기 위한 전반적인 노력의 일환으로, 한국은 전국에 걸쳐 의료의 질과 건강 결과에 대한 정보를 수집하는 데 더욱 초점을 맞추어야 할 것이다. 특히 한국의 지역별 성과 차이를 구별하는 능력을 갖추게 되면 정책 결정자는 앞으로 더욱 노력해야 하는 분야를 찾는 데 유용한 도구를 갖게 될 것이다.

거시적인 수준에서, **HIRA**와 **KCDC**가 수집한 데이터는 대형 병원의 심뇌혈관 질환 진료의 질이 높고, 지역사회와 일차의료 서비스는 부족하다는 점을 더 드러낸다. **HIRA**의 과정지표의 달성률이 높다는 것은 질병관리본부가 수집한 데이터와 일치한다. 예를 들면, 뇌졸중의 연간 사망자 수는 2001년에서 2008년 사이 20% 감소되었다(**HIRA**, 2010a). 특히 부족한 분야는 위험에 처한 환자를 모니터링하여 만성질환을 관리하는 부분이다. 사용 가능한 일부 지표에서는 당뇨병 과정지표 성과가 불량하다는 것을 보여주는데, 당뇨병 환자의 42.9%만이 신장검사를 하였고, 35.9%가 안저검사를 받았다는 것은 심뇌혈관질환과 관련된 질환 관리가 빈약하다는 것을 보여준다.

건강 증진, 예방 및 일차 의료

건강한 생활방식의 중요성에 대한 대중의 인식은 심뇌혈관 질환 예방에 중요한 역할을 한다. 많은 국가들이 위험요소를 완화하고, 심뇌혈관 질환 환자를 돕기 위한 건강 증진 시설과 프로그램을 가지고 있다. 한국에서 건강 증진과 예방을 위한 노력의 중심 기관은 보건복지부이며, **KCDC**와 함께 비만, 흡연, 신체 운동을 목표로 공공 캠페인을 벌인다. 지역사회 수준에서 한국 전역의 지역 보건소 네트워크의 서비스를 통해 공공 의식 캠페인이 제공된다. 대략 16,037개 민간기관과 145개 보건소에서 암과 심뇌혈관 질환에 관련된 검진 서비스를 제공한다. 보건소의 업무는 중앙 정부와 지방 정부의 합동 평가를 통해 모니터링 된다. 더불어 이들 국가기관과 지방기관은 한국에서 건강 증진과 예방 프로그램을 제공하기 위해 노력한다.

심뇌혈관 질환에 대한 예방 프로그램을 분석함에 있어, 여러 다른 형태의 중재들의 효과를 평가하는 것이 매우 유용하다. 심뇌혈관 질환 예방 프로그램은 전형적으로 다음의 중재를 포함한다.

- 심뇌혈관 질환에 대한 대중의 인식 제고와 위험요인 발견(일차 예방)
- 심뇌혈관 질환 위험요인을 가지고 있는 환자의 모니터링과 관리—예를 들어, 고혈압이 있는—이차 예방
- 이전에 급성심근경색증이나 뇌졸중 에피소드를 지닌 환자의 치료와 모니터링(삼차 예방)

한국에서 1차와 2차 예방은 기본적으로 성인건강검진 프로그램과 생애전환기건강검진 프로그램을 통해서 수행되고, 이들 두 가지 프로그램 모두 NHIC에서 실시한다. 성인건강검진 프로그램은 근로자 집단(및 부양자)을 대상으로 하며, 고혈압, 당뇨병, 고지질혈증과 복부 비만검사와 같은 예방적 중재를 포함한다. 건강 검진은 2년 마다 한번씩 실시된다. 위험이 발견된 이들에게는 건강검진 결과에 관한 상담, 그리고 심뇌혈관 질환과 노령화와 관련 위험요인에 대한 인식을 키울 수 있는 맞춤형 건강 교육을 제공한다. 생애전환기건강검진은 모든 건강보험 가입자에게 44세와 66세에 2회 제공된다. 그것은 더 심도 있는 정신적 육체적 검사와 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 또는 우울증 검사를 포함한다. 만성질환에 대한 위험요소가 발견된 성인은 재검진과 의사의 맞춤형 상담을 받을 수 있다. 2010년 한해 동안 검진자의 35%가 재검진을 받았다. 성인건강검진 프로그램과 생애전환기건강검진 프로그램을 통한 검진율은 각각 68.15%와 65.17%였다(HIRA, 2011). 이 두 프로그램은 범위와 설계 면에서 볼 때 종합적으로 구성되었으며, 특히 근로자 집단 가운데 심뇌혈관 질환에 대한 위험 요인을 진단하는 중요한 토대를 제공한다.

검진 과정에서, 위험하다고 확인된 사람은 가정 방문과 건강 증진을 위한 전화 상담, 책과 브로슈어 제공과 같은 후속 관리를 제공받는다. 2010년, 광범위한 후속 치료 제공을 위해 노력한 결과, 여러 형태의 후속 관리를 받은 사람이 22.6%에 달했다(전년도 단지 8.2%에 비해) (HIRA, 2011). 다음 검진에 유용한 후속 관리의 종류는 아래 표 4.1에 상세히 나와 있다.

표 4.1. 한국 보건소 제공 검진후 활동

대상자	내용	
검진검진 후 사후관리 (집중관리군 사례관리)	2차 검진결과 고혈압, 당뇨병 유질환자 중 미치료자 및 과소이용자 (약물투여 300일 이하)	방문 및 유선상담 개인별 요구사정에 의한 문제 목록 도출 문제목록에 따른 중재 계획 수립 중재 및 평가 실시 고혈압, 당뇨의 의료이용관련 상담
검진검진 후 사후관리 (위험관리군 사후관리)	2차 검진결과 공복혈당장애, 고혈압전단계 1차 검진결과 고혈압, 당뇨병 질환 의심, 일반질환의심자 중 이상지질혈증	유선상담(1차 상담 후 3차 추구관리, 최대 4회 상담 가능) 건강문고제공(판정유형별 정보제공, 건강정보, 생활습관지침서)
검진검진 후 사후관리 (일반관리군 사후관리)	비만자(1차, 2차 검진결과 체질량지수(BMI)가 27이상인 자)	문고 또는 리플릿 우편발송
건강증진센터	2차 검진결과 공복혈당장애, 고혈압 전단계 1차 검진결과 고혈압, 당뇨병 질환의심, 일반질환의심자 중 이상지질혈증 비만자	의사 상담 개인별 맞춤형 운동·영양처방 및 지도 등 사전 질병 예방차원의 증진 프로그램 운영

출처 : HIRA, 2011

검진과 사후 관리에 이어서 최근 KCDC에서는 고혈압과 당뇨병으로 확인된 성인의 관리를 쉽게 하기 위해 여러 도시(대구시, 광명시, 남양주시, 안산시)에서 등록사업을 진행했다. 이 프로젝트는 치료 기간에 대한 정보를 공유하기 위한 환자 중심 관리 체계-치료 준수, 개별적인 보건 의료와 고령자에 대한 감소된 치료 비용-를 확립함으로써 민간병원부문의 클리닉과 연계시킨다. 광명시의 더 광범위한 “질병 관리 프로세스(제3장의 박스 3.1 참조)”의 일환인 등록체계는 환자, 의사와 약사들도 성공적인 것으로 평가하고 있다. 즉 환자의 98.2%, 참여한 의사의 90.6%, 참여 약국의 90.4%가 등록 및 관리 프로그램에 대해 만족을 나타냈다. 이러한 제한된 작은 프로젝트가 전체 한국에 영향을 주는 동안, 검진 후에 위험한 환자로 확인된 환자에 대한 사후 관리도 바람직한 방향으로 진전되고 있다.

검진 프로그램이 서비스 제공에 걸맞게 종합적이고, 전국에 걸쳐 잘 분산되어 있지만, 그들이 이차 예방을 위한 서비스 수행 창구로서 역할을 할 수 있을 지는 분명하지 않다. 최근 일부 도시에서 등록을 실행하는 노력에도 불구하고, 검진 후 후속 관리가 어떻게 실행되었는지에 대한 증거가 거의 없다. 예를 들어, 개인이 그들의 상태를 확인한 후 금연 프로그램이나 개별적인 목표 운동 프로그램에 등록하려고 결정할 수 있으나, 이런 비용-효과가 높은 서비스는 건강보험(NHI)에서 급여대상이 되지 않는다. 일부 지방 자치 단체가 산발적으로 건강 증진 프로그램을 운영하고 있지만, 이런 활동에 참여하는 것은 환자의 비용으로 이뤄진다.

건강 검진을 실시하고 있는 공중보건의료시설은 위험한 환자에 대한 모니터링과 환자 상담을 제공할만한 제도적인 능력과 자원을 갖고 있지 않다. 그리고 이런 검진 서비스가 위험한 환자와, 환자의 치료를 책임질 수 있는 일차의료 전문가 사이의 관계를 형성할 창구가 되는 체계적인 방법이 거의 없다. 이것은 다른 OECD 국가들에 비해 조절되지 않은 당뇨병으로 인한 계획되지 않은 입원율이 매우 높다는 것을 반영한다(초반에서 자세히 언급). 한국의 정책 결정자는 지역사회 보건서비스를 통해서 기본적인 일차 예방 조치의 방법을 찾아야만 한다. 이는 우선 NHI의 혜택 속에서 비용-효과가 높은 검진 후 관리사업을 더 포함함으로써 수행할 수 있다. 이미 상당한 검진 인프라가 구축되어, 가장 위험한 환자들을 확인하고, 이 분야에 대한 정부의 추가 투자 자금에 대한 비용대비가치를 극대화하는 유용한 메커니즘을 제공하고 있다. 한국의 젊은 연령층에서 위험요인이 증가하고 있다는 사실에 대해서 특별한 주의가 주어져야 한다.

검진 프로그램 이외에, 건강증진법에 따라 건강증진 프로그램이 수립되었다. 이 프로그램의 재원은 건강증진부담금을 담배에 부과한 건강증진기금에서 나온다(약 1조 9,762억원). 이 프로그램은 보건소에서 금연교육, 건강생활지원, 영양관리, 구강건강관리, 질병 예방에 초점을 둔다.

건강 증진과 심뇌혈관 질환 예방을 더욱 개선하기 위해, 정책 결정자는 일차의료체계의 개발에 초점을 맞추어야 하며, 특히 2차 및 3차 예방을 위한 능력을 길러야 한다. 다른 OECD 국가에서 일차의료는 심뇌혈관 질환 위험요인을 모니터링하는 데 있어 기초를 제공한다. 2차 예방 서비스는 이미 질환이 있는(고지혈증, 고혈압, 협심증 등) 사람들의 위험요인을 완화시켜주는 것과 관련이 있다. 이들은 재난성 질환(급성심근경색증, TIA, 뇌졸중 등)을 겪지는 않았지만, 높은 위험에 있다. 따라서 이 그룹에 대한 위험 완화 조치와 이차 예방 조치는 항상 적절하다. 세 번째 범주 안에 있는 사람들-급성심근경색증, 뇌졸중, 관상동맥우회로술 혹은 경피적 심혈관 중재술 등의 재난성 질환을 앓은 사람들-에게는 재활, 위험완화, 지속적인 치료(베타 차단제, ACE 억제제, 스타틴, 칼슘 채널 차단제 등)가 바람직하다.

한국이 일차 의료 부문과 연관된 서비스 체계를 구축하는 데 많은 어려움을 겪고 있는 것을 감안하면, 정책 결정자는 위험한 환자에게 초점을 맞춰야 하고, 아마도 그것이 비용대비가치를 최대화하는 정책방향일 것이다. 이미 실시되고 있는 등록 프로젝트는 장기적으로 권장할 만하며, 예방가능한 입원, 관상동맥우회로술, 경피적 심혈관 중재술, 뇌졸중, 급성심근경색증, 관리되지 않은 협심증 등으로 이미 입원하고 있는 사람들에게 능동적인 사후 서비스를 제공하기 위해 이미 사용 가능한 정보를 사용함으로써 빠른 성공을 거둘 수 있다. 이 그룹 사람들은 위험한

환자를 광범위하게 등록함으로써 효과적인 역할을 할 수 있다. 장기적인 관점에서 이러한 등록 시스템은 질병이 있으나, 위험요인 완화가 부족했던 사람들을 포함하는 것으로 확대되어야 할 것이며, 지역사회 검진프로그램을 통해 심뇌혈관 질환에 대한 위험 프로파일(비만, 흡연, 혈중지질상승, 고혈압 등)이 확인된 사람들로 확대되어야 할 것이다. 정책 결정자는 병원기반 데이터를 사용하는 광범위한 등록 개발로 일차 의료 기반 위험 등록을 대신하지 못한다는 것을 확실히 인식해야 한다.

응급차 서비스

적절한 시간에 의료 중재(**medical support**)를 받는 것은 급성기 심뇌혈관 질환의 결과에 상당한 성과를 낳는다. 특히 응급차 서비스는 심혈관 질환의 의료의 질에 매우 중요한 역할을 한다. 한국은 효과적인 기술적 체계를 가지고 있지만, 환자의 병원 이송 시간이 너무 긴 것은 우려할만한 상황이다.

대부분의 다른 나라와 마찬가지로, 응급 서비스를 통한 환자의 경로는 환자의 도움 요청에서 응급 콜센터로 명확하게 정의되어 있다. 한국에서 응급 콜센터는 환자의 위치에서 가장 가까운 응급 차량의 위치를 확인하기 위해 통신 위성센터와 긴밀하게 협력하여 환자에게 응급차를 보낸다. 구급 차량은 심전도 판독 또는 생체 신호와 같은 환자 건강상태의 가장 최신 정보를 공유하는 국가 정보 체계와 모두 연결되어 있다. 그들은 또한 환자의 신속한 이송을 위해 가장 가까운 응급병원에 대한 정보를 받는다. 응급의료정보센터는 병원이 환자를 인계 받기 전에 모든 정보를 받을 수 있도록 보장한다. 한국은 이처럼 환자의 위치를 정확히 찾아 내기 위해 위성 기술을 사용함으로써 환자의 경로에 있어 놀라운 기술 혁신을 이루었다. 한국 응급차 서비스는 환자 이송 시간을 줄이고, 생존 기회를 극대화하기 위해 병원과 밀접한 관계를 갖는다. 몇 가지 일반적인 병원 도착 전 업무(적절한 진단, 병원 도착 전 사전 통지), 병원 도착 시 급성기 뇌졸중 진료의 질에 긍정적인 영향을 초래했음을 보여준다(Mosley et al., 2007).

최근 몇 해 동안 한국의 응급차 운영에서 몇 가지 문제가 발생했다. 응급의료법에 따르면, 한국의 응급차 서비스는 별도의 인증 체계에 적용 받지 않는다. 그리고 지방 정부, 병원, 응급환자 이송 사업 면허 보유자, 환자 수송을 위한 비영리 법인 등(보건복지부 장관이 승인한)이 응급차 서비스를 운영할 수 있다. 2008년 보건복지부에서 응급차 서비스의 질에 대한 외부 검토를 의뢰했다. 외부 검토의 첫 번째 결과를 보면, 급성심근경색증과 뇌졸중 발병에서 병원으로 이송하는 데 걸린 시간이 각각 228분과 358분임을 알 수 있다(HIRA, 2011). 이렇듯 이송에

걸린 시간이 긴 것에는 의료지원을 요청할 당시 환자와 그가 처한 환경 요인뿐만 아니라, 특히, 농촌이나 외딴지역의 응급차량이나 응급센터 부족이 영향을 준 것으로 보인다.

이처럼 지나치게 긴 이송 시간은 한국에서 특별히 우려할 만한 것이며, 응급차 서비스 기능은 환자를 병원에 이송하는 목적으로만 사용된다. 응급차의 기능은 응급의료법에 명확하게 규정되어 있는데, 응급차 사용 목적은 응급 환자, 혈액, 의료 진단 장비와 의료 장비의 이송, 의료기관에 사체 운반이라고 적혀있다. 응급차는 환자에게 응급 지원 외 더 이상의 의료 서비스를 제공할 수 없다. 예를 들면, 혈전 용해는 병원에서만 할 수 있다. 국제적 문헌(Bjorklund et al., 2006; Van de Werf et al., 2003)에서는 응급차의 구급 요원이 혈전 용해제를 투여해 병원에서의 치료 지연을 감소시키고, ST절-상승 심근경색증 증상을 나타낸 환자의 사망률을 줄일 수 있다고 설명하고 있다. 이처럼 긴 이송 시간 동안 환자가 구급 지원 그 이상의 치료를 받지 못함에 따라 병원 도착 전 사망률이 높아진다.

급성심근경색증과 뇌졸중 환자의 생존 가능성에 있어서 가장 중요한 시간대는 아주 초기 단계다. 반면 한국에서는 뇌졸중이나 급성심근경색증의 경우 발병과 병원 이송 시간 사이의 시간이 특별히 길다는 것을 보여 주고 있다. 이러한 긴 이송시간은 두 가지 결점을 반영한 것으로 보인다. 첫째, 환자가 뇌졸중과 급성심근경색증의 증상을 인식하지 못하고, 급성기에서 한참 진행된 이후 늦게 병원을 찾는다는 것을 의미하는데, 이는 대중의 인식이 전반적으로 부족하다는 사실과 환자의 추구관리와 교육이 부족하다는 것을 의미한다. 둘째, 이러한 수치는 응급차 치료가 적시에 환자를 이송하는 서비스 제공자로서 효과적이지 않다는 것을 보여주는데, 이는 환자 이송 중 또는 병원 이전에 응급치료센터에 도착하자마자 사망하는 결과를 가져온다. 이러한 요소는 급성심근경색증의 경우 병원에서 치명률이 높다는 것(악화된 상태로 병원에 도착하는 환자)을 부분적으로 설명하며, 뇌졸중에 대한 병원 내 치명률이 낮다는 것(병원에 도착하기 전에 죽어가는 환자)도 일부분 설명한다.

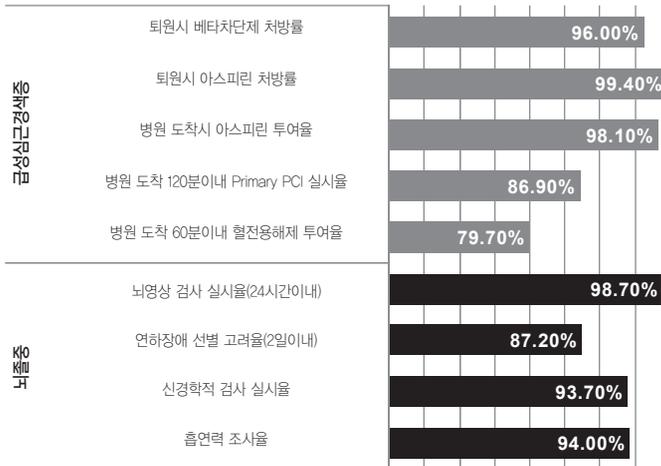
이러한 평가를 바탕으로 해서 한국은 예방과 뇌졸중, 급성심근경색증 증상에 대한 대중의 인식을 향상시키고, 응급차 서비스의 질과 속도를 향상시키는 추가적인 노력을 해야 한다. 응급차 서비스의 질 보장 메커니즘은 응급차와 응급 센터의 더욱더 공평한 할당(특히 농촌지역에 더 나은 혜택을 제공하기 위하여)에 중점을 뒀야 하며, 응급차 종사자에 대한 훈련과 의료 인식을 향상시키며, 특히 급성심근경색증과 뇌졸중이 발생한 환자를 이송 중에 더 높은 수준의 의료(예: 혈전용해제)를 제공하기 위한 가능성을 탐색하고, 응급차 서비스의 인증과 더 나은 감독을 해야 한다.

병원 서비스

심뇌혈관 질환 진료의 질을 향상시키기 위한 한국의 현재 전략은 병원에서 제공하는 치료 중심이다. HIRA가 수집한 과정 지표를 보면(그림 4.9) 환자가 병원에 입원한 후 적절한 심뇌혈관 질환 치료를 받고 있다는 것을 시사한다(도착 시 아스피린 투약, 24시간 이내 신경 검사술, 뇌 영상 촬영 등). 그런데 놀랍게도 병원 도착 60분 이내 혈전 용해제 투여율은 다른 나라보다 더 낮다. 왜냐하면 환자 5명중 한 명이 병원 도착 즉시 혈전용해제를 투여 받지 못하고 있기 때문이다. 다른 의료의 질 지표를 보면 병원 도착과 퇴원 시, 적절한 약과 중재가 수행되고 있다는 것을 보여준다. 예를 들면, 급성심근경색증으로 고통 받은 환자의 96%와 99.4%가 퇴원 시 각각 베타 차단제와 아스피린을 처방 받고 있다(HIRA, 2011).

의료의 과정 지표 외에도, 첨단 외과적 기술을 위한 의료의 질 보증 메커니즘은 한국에서 잘 자리잡고 있다. 관상동맥우회로술, 심장이식 또는 심장제세동기(ICD)과 같은 고도의 수술은 전문의 면허와 고도의 수술을 수행하는 권한기관 인증이 필요하다. 심장제세동기 장치의 질은 식품의약품안전청에서 수행한다. 그러나 정규 경피적 심혈관 중재술, 관상동맥우회로술, 심장제세동기 진료량은 증가하고 있으나, 정확한 결과(outcome)가 알려져 있지 않다. 수술의 증가에 따라, 병원당 진료량과 결과를 모니터링할 필요가 있으며, 그 적절성과 의료의 질을 보장하기 위하여 전문가 단체와 논의하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

그림 4.9. HIRA가 수집한 CVD의 성과 지표 결과



출처 : HIRA, 2009

뇌졸중집중치료센터는 심뇌혈관 진료의 질에 있어 관심분야이다. 병원 내 별도의 뇌졸중집중치료센터는 생존 확률을 높여주고, 일반 병동에 비해 장기적인 삶의 질을 높이는 것으로 알려져 있다(Indredavik et al., 1998; Svendsen et al., 2011). 뇌졸중집중치료센터에서 환자는 초기에 계산된 항혈소판 치료요법, 단층 스캔, 자기공명영상(MRI) 등으로 관리하며, 이것은 더 높은 의료의 질과 그에 따른, 삶의 질 개선으로 이어질 수 있다(Svendsen et al., 2011). 급성심근경색증의 경우 의학적 진료와 간호 전문가의 협력에서 유사한 근거들이 보고되었다(Coronary Care Unit, CCU). 병원에 도착하자마자, 급성심근경색증 또는 뇌졸중 환자는 응급 서비스 혹은 별도의 뇌졸중, 급성심근경색증 시설로 옮긴다. 환자가 병원에 입원할 때 첫 단계 치료가 이뤄지는 내용은 다양하지만, OECD 국가의 많은 병원은 Coronary Care Unit(CCU)와/또는 뇌졸중집중치료센터를 갖추고 있다.

한국에서는 소수의 종합 병원에서만 별도의 뇌졸중집중치료센터를 갖추고 있다. 표 4.2 상급종합병원의 약 54%가 뇌졸중집중치료센터를 갖추고 있지만,(더 작은)종합병원의 경우 9.6%만이 뇌졸중집중치료센터를 갖춘 것으로 보고된다. 2005년과 2010년 사이에, 전국의 뇌졸중집중치료센터는 2곳에서 39곳으로 증가하였다(HIRA, 2011). 뇌졸중집중치료센터는 과거 10년 동안 심혈관 치료의 질을 개선하는 주요한 혁신이며, 병원에 재정적 부담을 주는 고도의 기술적, 조직적 요건은 없다. 한국 병원은 뇌졸중집중치료센터 설치율이 비교적 낮은

편이어서—CVD진료에서 사용된 정교한 기술은 비교적 높은 수준을 종종 가지고 있지만—한국의 CVD진료를 위한 정책 개선이 필요한, 명확한 분야다.

표 4.2. 상급종합병원 및 종합병원 내 뇌졸중집중치료센터의 운영

	2005			2009			2010		
	계	상급 종합병원	종합병원	계	상급 종합병원	종합병원	계	상급 종합병원	종합병원
계	187	42	145	194	43	151	201	44	157

출처 : 급성기 뇌졸중 적정성 평가보고서, 2010 HIRA

뇌졸중집중치료센터 사용을 포함한 의료의 질 보장을 측정하는 노력 또한 경주되어야 한다. 2006년부터 임상 연구 센터에서 심뇌혈관 질환의 진단과 치료에 대한 임상 지침을 개발하고 있다. 뇌졸중 치료와 급성심근경색증 치료에 대해 위에서 보고된 지표는 이미 핵심 요소로 기록된 것을 보여준다. 하지만, 참여한 의사와 간호사의 실질적인 전문지식의 수준에 대해서는 알려진 바가 없으며, 뇌졸중집중치료센터와 CCU에서 협력이 얼마나 이뤄지고 있는지도 알려진 바 없다. 병원인증프로그램과 같은 의료의 질 보장 외부 메커니즘이 급성심근경색증과 급성 뇌졸중 치료의 기능을 보도록 하는 것은 권장할 만하다. 이 방법은 지침 개발, 지표 측정, 전문 지식의 보장과 병원 인증 사이에서 시너지를 나타낼 수 있을 것이다.

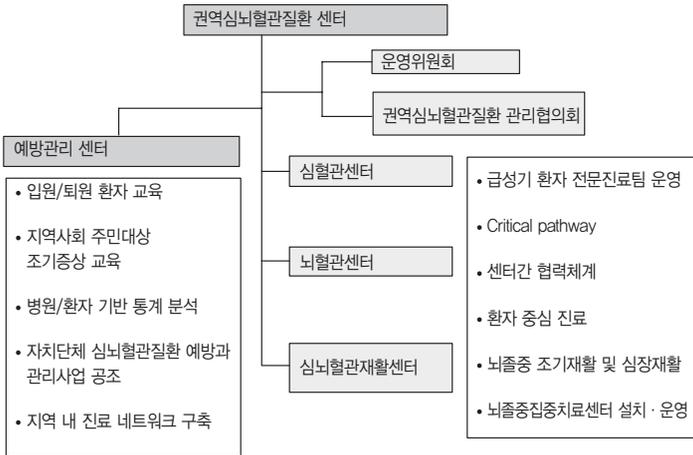
심뇌혈관 질환 종합계획과 수직적 프로그램

심뇌혈관 질환 종합계획은 2006년 보건복지부에 의해 개발되었다. 이 종합계획은 심뇌혈관 질환의 일차진료와 급성기 진료에 대한 위험 프로파일의 관리와 예방을 강화하여 심뇌혈관 질환 진료의 질에 대한 결점을 해결하는데 목표를 두고 있다. 이를 위하여, 종합계획의 일환으로 만들어진 흥미로운 정책은 전국에 지역 심뇌혈관센터를 설립하는 것이다(그 기능은 그림 4.10에 요약되어 있다). 지금까지 서울 이외의 지역에 세 개의 지방 대학 병원을 포함해서 9개의 센터가 있다. 센터 지정은 그 지역 주민들의 잠재적인 위험과 필요도(심뇌혈관 질환에 대한), 병원의 성과, 그리고 여러 경쟁 병원에서 개발한 새로운 서비스 수행계획에 근거해서 이뤄졌다(HIRA, 2011).

종합 계획은 ‘설치’와 ‘운영’ 프로젝트에 대해 5년 기준으로 종합병원과 상급종합병원의 수직적 프로그램에 자금을 지원한다. 기관은 경쟁을 통해서 지역 센터로 지정된다. 지역 센터로 지정받으면, 매년 신속한 진단을 위한 의료 장비를 갖춘 시설과 더 높은 의료의 질, 그리고 철저한 치료 등을 한 단계 향상시킬 수 있는 자금을 지원 받는다. 또 이 계획은 CVD의 진료분야에

대해서도 재정적인 지원을 한다. 예를 들면, 이 계획의 목표 가운데 하나는 전문가로 구성된 팀으로 24시간 의료 체계를 만들고 운영하는 병원에 지원하는 것이었다. 이 두 가지 업무 분야(설립과 운영)에 시설 평균 58억 원과 12억 원을 각각 지원 받았다(그러나 운영과 설립에 적어도 병원 자체 자금의 30%를 재정 지원해야 한다).

그림 4.10. 권역 심뇌혈관센터의 주요 기능 요약



출처: 한국 질의 응답, 2011

이론적으로 종합 계획과 지역센터 건립은 예방과 건강 증진을 포함하고 있지만, 프로젝트 안에서 계획된 중재는 병원에 집중되어 있다. 흥미로운 중재는 뇌졸중과 급성심근경색증에 대한 임상경로 정의와 실시이며, 그리고 심뇌혈관 질환 전문재활병동 설치이다.

병원에 초점을 맞추긴 했으나, 심뇌혈관 종합계획의 영향은 모든 병원에서 향상을 이루는 것보다는 일부 병원의 의료의 질의 문제점을 해결하는 것에 한정되었다. 실제로 심뇌혈관 종합계획에 의해 뇌졸중집중치료센터와 시설 향상을 위해 재정적, 기술적인 지원을 받은 선택된 의료기관은 몇 개 기관에 불과했다. 2008년 이후 지역센터로 지정된 서울 이외의 9개의 의료기관(3개의 대학병원포함)에 지원이 계속되어 왔다. 농촌에 사는 사람들이 전국적으로 분산되어 있기 때문에, 심뇌혈관 질환 종합계획으로부터 혜택 받은 이러한 소수의 센터가 농촌과 도시 사이에 존재하는 상당한 격차를 줄일 수 있는 주요한 과정을 만들 수는 없을 것 같다. 지역적으로 가깝게 있다는 것은 거리가 먼 농촌 지역에서는 보건의료의 질을 결정하는 주요 요인이 될 것 같다. 최신의 인프라를 갖춘 병원과 지역센터에서 임상경로 실시는 CVD

종합계획에 의해 이뤄진 긍정적인 개발이며, 이런 경로는 체계 전반에 걸쳐 장려되어야 한다. 이것은 지역적인 불균형과 상급종합병원과 종합병원의 불균형을 완화시키는데 도움을 줄 것이다.

재활치료

한국에서 재활치료는 건강보험(NHI)내에서 장기요양병원 서비스의 재정적 지원과 장기요양보험 혜택을 받는 사람들을 위한 지원을 통해 이뤄진다. 일반적으로, 한국의 재활치료는 개발 초기단계로, 급성심근경색증이나 뇌졸중 환자를 위한 전문적인 재활서비스를 제공하는 시설은 거의 없다. 장기요양보험은 일상생활 활동(Activities of Daily Living, ADL)에 제한을 받고 있는 환자에게 부분적으로 신체활동을 도와주고, 가정간호를 보장하고 있다. 2011년부터 재활전문병원이 확립되기 시작했는데, 이는 더 광범위한 보건의료시스템 내에 적절하게 자리잡는다면 중요한 서비스 확장에 도움을 주는 것으로 환영 받을 것이다. 심뇌혈관 질환 종합계획은 각 지역별 심혈관 센터 안에 재활치료센터를 만들 것을 요구하지만, 이 계획을 통해 어떤 서비스를 만들 것인가에 대한 정보가 거의 없다.

한국에 심혈관 환자를 위한 정형화된 재활치료절차가 구축된다면 심뇌혈관 질환 진료를 향상시키기 위한 매우 가치 있는 투자가 될 것 이다. 종합적인 재활치료를 제공하는 것은 심장마비, 관상동맥우회로술이나 뇌졸중 등으로 고통 받는 환자의 회복을 위해 핵심적인 것이다. 환자에게 운동, 교육, 심리사회적인 건강을 도와줌으로써, 재활은 이차합병증을 예방하는 데 도움을 주고, 사망률을 줄이고, 환자의 건강결과를 향상시킨다. 심장병과 뇌졸중에 대한 재활치료의 효과와 비용-효과성은 논의할 필요조차 없다. 기존 연구결과에 의하면, 재활치료는 환자의 건강을 향상시키고 일반적인 웰빙을 실현할 뿐만 아니라, 비용과 불필요한 병원 재입원을 줄이는 중요한 역할을 한다고 설명하고 있다 (Briffa 등, 2005; AHA, 2005; Canyon과 Neshgin, 2008). 가정 중심 재활에 대한 한 연구에 의하면, 재입원의 감소율이 30%였다(Sinclair, 2005). 또한 가정에서 재활치료를 받은 환자와 이후 병원에서 치료를 받은 환자들은 재활치료를 받지 않은 환자와 비교해서 입원기간이 더 짧았다고 보고하였다.

이러한 연구결과는 재활서비스가 초창기에 머무르고 있고, 심뇌혈관 질환에 대한 위험요인이 거의 관리되지 않는 한국의 맥락과 매우 밀접한 관련이 있다. 예를 들면,

국민건강영양조사(KNHANES)의 자료에 따르면, 30세 이상 사람들의 고혈압 유병률 추세가 단지 1998년 29.1%에서 2005년에는 27.9%로 감소했음을 보여준다(보건복지부, 2005). 같은 연령대의 고지혈증도 비슷하게 감소했는데, 8.6%에서 8.2%로 떨어졌다. 같은 시기 40대에서의 뇌졸중 유병률은 거의 두 배로 늘었고, 50대와 60대는 50%까지 늘어났다(Kang, 2011). 심혈관 질환의 위험요인이 전혀 통제하지 못한다는 이러한 통계는 한국의 젊은 연령층에서도 높은 위험성을 보여준다. 이들은 효과적인 재활서비스의 혜택을 받을 수 있다.

한국의 재활서비스는 병원에서 제공하는 것과 지역사회에서 제공하는 것들 사이에서 균형을 이룰 필요가 있다. OECD 국가들에는 재활서비스 접근에 관한 정보가 다양하게 있다. 전반적으로 볼 때, 재활서비스가 잘 개발된 나라에서 조차 혜택 받고 있는 비율은 낮다. 영국의 예를 들면, 급성심근경색증, PCI, CABG 환자가 심혈관 재활치료를 받고 있는 비율이 각각 26%, 18%, 72%였다(Bethell, HJN et al., 2007). 미국에서도 이러한 상황은 별반 다르지 않다. 재활치료 혜택을 받는 비율이 낮은 요인으로 환자의 낮은 동기부여, 전문가와 공공부문에서 재활의 필요와 효과에 대한 인식부족 등을 들 수 있다. 심장병과 뇌졸중에 초점을 맞춘 지역사회 개발은 장애를 극복하는 실질적인 기회를 한국에 제공할 것이며, 더 나은 재활서비스를 위해 지역사회 중심 프로그램을 더 많이 확산시켜야 한다는 것을 말해준다. 지역사회기반 재활 프로그램을 성공적으로 시행하고 있는 국가에서는 재활전문간호사가 전반적인 진료 연계자(care coordinator)이며, 직접적으로 재활치료를 제공한다. 적절한 훈련을 받을 수 있는 기회가 제공되고, 이것이 일차의료에서 일하는 전문간호사의 역할을 확장시키는 또 다른 기회를 만든다. 보다 나은 재활치료 서비스는 심장수술의 성공과 실패를 가늠할 정도로 강력한 효과가 있다.

정책결정자는 다양한 분야의 보건의료전문인력에 의한 지역사회 재활(특히 뇌졸중 결과를 가진 채 살아야 하는 환자를 위한 가정간호서비스)에 대한 재정지원을 함으로써, 장기요양병원에서 제공되는 서비스에 대한 지원을 고려해야 한다. 지역사회와 전문재활서비스를 보장하는 노력은 결국 급성 심혈관 질환으로 고통 받고 있는 환자들에게 접근성을 높여줄 것이고, 이러한 노력은 한국에서 CVD 진료를 향상시키는 데 더욱 가치 있는 투자가 될 것이다. 그리고 이런 노력은 재임원율을 감소시켜 줄 것이며, CABG와 PCI같은 고가의 심장병 중재에 대한 지출을 줄이는 잠재력을 보여줄 것이다.

4.3. 결론

여러 관점에서 볼 때, 한국의 심혈관 진료의 질은 한국 보건체계가 직면하고 있는 의료의 질에 대한 광범위한 과제를 그대로 보여주는 것이다. 병원을 잘 이용할 수 있고, 양질의 병원진료서비스를 일반적으로 제공하는 것은 지나칠 정도로 보건의료서비스의 중심으로 자리잡아 왔다. 이러한 제도적인 구조가 보건의료서비스의 실제적인 투자를 위한 비용대비가치를 이동시킬 것 같지는 않다. 효과적인 건강증진, 예방과 일차의료 등이 사람들이 자신의 위험요인을 관리하는 데 영향을 미치고 불필요한 입원을 감소시키는 역할을 할 것이다. 강력한 재활치료 체계를 확립하는 것은—재입원을 가장 많이 필요로 할 것으로 보이는 환자를 지원하기 위하여—삶의 질을 높이고 다른 급성기 질환의 발생 기회를 감소시킬 것이다.

주

1. 이 장에서 인용한 OECD(2011)의 모든 비율은 나이와 성별을 표준화한 것이다.
2. 과체중과 비만은 체질량지수(BMI) > 25으로 정의한다. 혹은 BMI가 25과 30사이면 과체중, 30이상이면 비만으로 정의하기도 한다.

참고문헌

American Heart Association(2005), “Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention of Coronary Heart Disease”, *Circulation*, Vol. 111

Bethell H.J.N., Evans J.A., Turner S.C., and Lewin R.J.P. (2007), The rise and fall of cardiac rehabilitation in the United Kingdom since 1998, *Journal of Public Health*, Vol. 29, Issue 1

Bjorklund E., U. Stenestrand, J. Lindback, L. Svensson, L. Wallentin and B. Lindahl(2006), “Pre-hospital Thrombolysis Delivered by Paramedics is Associated with Reduced Time Delay and Mortality in Ambulancetransported Real-life Patients in ST-elevation Myocardial Infarction”, *European Heart Journal*, Vol. 27.

Briffa, T.G., S.D. Eckermann, A.D. Griffiths, P.J. Harris, M.R. Heath, S.B. Freedman, L.T. Donaldson, N.K. Briffa and A.C. Keech(2005), “Costeffectiveness of Rehabilitation After an Acute Coronary Event : A Randomised Controlled Trial”, *Medical Journal of Australia*, Vol. 183, No. 9.

Canyon, S. and N. Meshgin(2008), “Cardiac Rehabilitation – Reducing Hospital Readmissions Through Community-based Programs”, *Australian Family Physician*, Vol. 37, No. 7.

Everson, S.A., S.C. Maty, J.W. Lynch and G.A. Kaplan(2002), “Epidemiologic Evidence for the Relation between Socioeconomic Status and Depression, Obesity, and Diabetes”, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 53, No. 4.

HIRA(2010a), “Comprehensive Quality Report of National health Insurance : 2009”, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul.

HIRA(2010b), “Reports on Quality Assessment for Acute Stroke”, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul.

HIRA(2011), “Response to the OECD Questionnaire on Quality of Care in Korea”, Section 4 : Health care quality and cardio/cerebrovascular diseases, Health Insurance Review and Assessment Service, Seoul(unpublished).

Indredavik, B., F. Bakke, S.A. Slordahl, R. Rokseth and L.L. Haheim(1998), "Stroke Unit Treatment Improves Long-term Quality of Life : A Randomized Controlled Trial", *Stroke*, Vol. 29.

Kang, H.Y. (2011), "Estimating the Lifetime Economic Burden of Stroke According to the Age of Onset in South Korea : A Cost of Illness Study", *BMC Public Health*, Vol. 11.

Korean Ministry of Health and Welfare Affairs(2005), "The Third Korea National Health and Nutrition Examination Survey : KNHANES III", Korean Ministry of Health and Welfare Affairs, Seoul.

McLaren, L. (2007), "Socioeconomic Status and Obesity", *Epidemiologic Reviews*, Vol. 29, No.1.

Mosley, I., M. Nicol, G. Donnan, I. Patrick, F. Kerr and H. Dewey(2007), "The Impact of Ambulance Practice on Acute Stroke Care", *Stroke*, Vol. 38.

OECD(2007), "Facing the Future : Korea's Family, Pension and Health Policy Challenge", OECD Publishing, Paris.

OECD(2010), *Obesity and the Economics of Prevention : Fit not Fat*, OECD Publishing, Paris.

OECD(2011), *Health at a Glance*, OECD Publishing, Paris.

Sassi, F. (2010), *Fit not Fat : Obesity and the Economics of Prevention*, OECD Publishing : Paris.

Sinclair, A.J., S.P. Conroy, M. Davies and A.J. Bayer(2005), "Postdischarge Home-based Support for Older Cardiac Patients : A Randomised Controlled Trial", *Age and Ageing*, Vol. 34, No. 4.

Sobal, J. and A.J. Stunkard(1989), "Socioeconomic Status and Obesity : A Review of the Literature", *Psychology Bulletin*, Vol. 105.

Statistics Korea, www.kostat.go.kr, 2007(accessed in January 2011).

Svensden, M.L., L.H. Ehlers, M. Frydenberg and S.P. Johnsen(2011), "Quality of Care and Patient Outcome in Stroke Units : Is Medical Specialty of Importance?", *Medical Care*, Vol. 49, No. 83.

Van de Werf, F., D. Ardissino, A. Betriu et al. (2003), "Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting with ST-segment Elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology", *European Heart Journal*, Vol. 24. Poreprecus dolor aute consedi cienis qui aperio. Itatum que doluptat ipitatempor remolendit autat int quate intur, ad quaspiis adignis moluptam, eictatu recus, ommolup tatem. Bus earchit alibero eatur, tem velest et pa as

경제협력개발기구

ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT

OECD는 세계화에 따른 경제, 사회, 환경 문제에 대응하기 위해 각국 정부가 공동으로 노력하는 유일한 장이다. OECD는 또한 기업 지배구조, 정보 경제, 인구고령화와 같은 새로운 변화와 문제에 대처하는 각국 정부를 이해하고 도움을 주는데 앞장서고 있다. OECD는 각국 정부가 그들의 정책경험을 비교하고 공통과제에 대한 해결책을 모색하며 모범사례를 파악하고 국내의 정책을 조화시킬 수 있는 환경을 제공하고 있다.

OECD 회원국은 호주, 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 칠레, 체코, 덴마크, 에스토니아, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국이다. 유럽연합(EU)도 OECD의 작업에 참여하고 있다.

OECD 출판물은 회원국이 동의한 협약, 지침, 기준뿐 아니라 경제, 사회, 환경적 사안에 관하여 수집된 통계와 연구결과를 널리 전파한다.

OECD 보건의료의 질 평가 : 한국편

OECD Reviews of Health Care Quality : Korea
Raising Standards

- 발행처 OECD대한민국정책센터
- 발행인 김상희
- 발행일 2012년 7월
- 인쇄처 아이프리넷

<http://www.oecdkorea.org>

OECD 보건의료의 질 평가 : 한국편

OECD Reviews of Health Care Quality : Korea Raising Standards

의료의 질에 대한 정보를 더 많이 활용할 수 있게 되면, 정책결정자는 숫자 뒤에 숨겨져 있는 정책과 접근방법에 대한 이해를 높여야 하는 과제에 직면하게 된다. 회원국들의 질 – 의료는 안전하고 효과적이며 환자의 필요에 부응하고 있는지를 – 평가하는 새로운 OECD 사업에서, 한국은 첫 번째로 참여한 국가이다. OECD 의료이 질 검토보고사업을 통해, 무엇이 작동하고 무엇이 작동하지 않는지를 볼 예정이며, 이를 통해 국가들의 노력을 벤치마킹하고 의료의 질을 개선하기 위한 개혁에 조언을 제공하고자 한다. 개별국가 검토보고서 시리즈 작성에 이어서 모범적인 정책 사례에서 배운 교훈에 근거하여 최종적인 종합보고서를 발간할 예정이다.

목차

요약

정책 평가 및 권고

제1장 한국 보건의료체계에서 의료의 질

제2장 의료의 질 개선을 위한 재정보상

제3장 일차의료의 강화

제4장 한국의 심·뇌혈관 질환의 의료의 질

본 출판물의 영문 원본은 다음 사이트에서 확인할 수 있습니다.

OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Korea – Raising Standards, OECD Publishing.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264173446-en>

본 간행물은 모든 OECD단행본, 연속간행물 및 통계 데이터베이스를 수집하는 OECD전자도서관에 게재됩니다.

OECD전자도서관 : www.oecd-ilibrary.org