OECD 보건의료의 질 평가 : 한국편

OECD Health Care Quality Review : Korea

2012. 2

건강보험심사평가원

OECD 프로젝트 지원단

주) 이 번역본은 최종본이 아니며, 추후 수정 보완 및 교정이 이루어질 예정이므로, 이점 양지하여 주시기 바랍니다.

보고서를 발간하며.

이 보고서는 OECD 국가들 중 일부를 선택하여 보건의료의 질을 평가하여 그 결과를 보고하는 새로운 시리즈에서 첫 번째로 발표되는 것이다. 보건의료비가 계속 증가함에 따라 정책결정자들은 보건의료에 지출하는 많은 비용이 그에 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(Health Care Quality Reviews)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 30 여 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, 등-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.

한국에 관한 이 보고서 작성에는 Ankit Kumar 가 책임자로서 여러 저자들의 작업을 조정했다. 그 외의 다른 저자들로는 Gerrard Abi-Aad, Y-Ling Chi and Niek Klazinga(알파벳 순서)가 있다. 이 보고서의 저자들은 John Martin, Stefano Scarpetta, Mark Pearson, Francesca Colombo 그리고 OECD Secretariat 의 Michael Borowitz 가 여러 가지 조언과 제안을 제공해 준데 감사를 표한다. 그리고 편집 과정에 노력을 아끼지 않은

Marlène Mohier 과 여러 가지 지원을 제공해 준 Lucy Hulett Zinemann 에게도 감사드린다.

한국 관계자들의 많은 도움이 없었더라면 이 보고서는 완성되지 못했을 것이다. 2011 년 5 월 OECD 평가 팀이 한국 실무방문 때 만났던 보건의료 공무원과 보건의료 학자들 및 전문가들은 많은 경험과 자료를 제공해 주었으며 이는 이 보고서 작성에 큰 도움이 되었다. 이들은 정부 여러 부서의 공무원들과 여러 가지 기구의 인력들로서 특히, 보건복지부, 건강보험심사평가원(HIRA), 국민건강보험공단(NHIC), 그리고 한국보건의료연구원(National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, NECA), 등이다. 그리고 한국병원협회, 대한의사협회, 대한간호협회, 등의 전문가 조직들에도 감사를 표하고 싶다. 많은 대학들과 보건의료 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 설문의 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.

목 차

요약

평가 및 권고

서론

의료의 질에 대한 거버넌스에 초점을 둔 정책이 필요하다.

한국에서 일차의료를 강화한다

의료의 질을 향상시키기 위해 재정적 수단을 활용한다

심혈관계질환 의료의 질을 향상시킨다

결론

제 1 장. 한국 보건의료체계에서 의료의 질

1.1. 의료의 질 관련 정책들의 분류를 위한 틀과 내용

1.2. 보건의료체계의 설계

1.3. 한국 보건의료에 있어 투입 영역들

1.4. 보건의료체계의 모니터링: 진료의 표준화 및 측정

1.5. 의료의 질 향상을 촉진하기 위한 정책들

1.6. 결론: 의료의 질과 관련하여 정부의 우선 과제들

제 2 장. 보건의료의 질 향상을 촉진하기 위한 재정적 도구의 활용

2.1. 한국에서는 경제학적 이유에서 보건의료의 개혁이 시급하다

2.2. 한국은 보건 및 병원 서비스가 낮은 가격으로 공급 과잉 상태. . .

2.3. 의료의 질 향상을 위해 재정적 도구를 사용할 때 마주하는 중요한 문제들..

2.4. 의료의 질을 강조하면서도 병원의 효율성 증진을 촉진하기 위하여

2.5. 일차의료에 대한 재정 지원

2.6. 한국 보건의료체계에서 성과에 따른 지불

제 3 장. 한국 일차의료체계에서 질 향상을 위한 과제들

3.1. 일차의료의 중요성

3.2. 한국인들의 전반적 건강: 현재의 과제와 앞으로의 과제들

3.3. 한국에서 만성질환으로 인한 과제
3.4. 한국에서 일차의료체계
3.5. 한국에서 일차의료의 강화

제 4 장. 한국에서 심뇌혈관 질환 의료의 질

4.1. 한국에서 심뇌혈관질환 의료의 성과
4.2. 한국에서 심뇌혈관질환 의료의 질을 향상시키기 위한 정책들
4.3. 결론

요약

이 보고서는 한국 보건의료체계에서 보건의료의 질에 관해 평가한다. 먼저 다양한 정책 및 활동들에 관해 개관하고, 이들이 현재 한국에서 보건의료의 질을 확보하는데 있어 담당하는 역할들을 살펴본다(제 1 장). 그리고 다음과 같은 3 가지 핵심적 영역을 중점적으로 검토한다: 보건의료의 질 향상을 촉진하기 위한 보건의료 재정 활용(제 2 장), 한국에서 일차의료 강화(제 3 장), 그리고 심혈관계질환 관리의 질 향상(제 4 장). 보고서에서는 이러한 영역들을 검토하면서 최선의 활동이 무엇인지 확인하고 한국에서 보건의료의 질 향상을 위한 조언을 제공한다.

과거 한국은 보건의료 인프라가 열악하고 여러 개로 나누어진 보험체제 및 분산된 보건의료 재정체계로 상대적으로 소수의 주민들에게만 의료보장이 제공되었지만, 불과 30 년도 안 된 기간 동안 보편적 의료보장 및 많은 급성기 의료 시설로 특징되는 보건의료체계를 구축할 수 있었다. 그리고 1989 년 보편적 의료보장이 달성된 이후에도 한국 보건의료체계의 개혁 속도는 느려지지 않았다. 20 세기 말에는 약물의 처방 및 조제 기능이 분리되고(처방은 의사, 조제는 약사가 담당), 많은 수의 독자적 의료보험자들이 단일한 국가 보험으로 통합되었다. 이와 같이 여러 가지 변화가 계속되었지만 의료의 질 향상을 위한 노력이 한국 보건의료체계에 포함되지 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 10 년 동안 그 증가 속도는 OECD 국가들의 평균보다 2 배나 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 의료가 제공될 수 있게 하는 지불체계를 도입하기 위해 노력해야 한다. 이러한 개혁은 병원의 전체 재정에 대한 더욱

엄격한 통제와 함께 하여야 한다. 이와 같은 방법으로 정책결정자들은 비용이 지출되는 영역에 대해 영향력을 행사하고, 증가하는 보건의료비지출이 병원 영역을 벗어나 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 위해 이러한 개혁을 성취하는데 가장 큰 힘을 발휘할 수 있다. 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 영역을 확대시키기 위한 투자가 확대되어야 하며-예를 들어, 성공적인 의료 모델의 확대를 지원하고, 환자 상담이나 생활양식 개선과 같이 비용효과적인 환자 서비스에 대해서는 높게 보상해 주는 방법이다. 일차의료 영역이 강력해지기 위해서는 일차의료를 전문하는 인력이 대규모로 형성되어야 한다. 이러한 투자는 장기적으로 일차의료 시설 개발과 함께 할 필요가 있다. 가장 먼저, OECD 국가들의 사례로 볼 때 집단개업(Group practice)이 의료서비스들을 조정하고 질을 향상시키는데 도움이 된다. 그리고 지역 조직들이 이러한 활동을 지원해야 한다-구체적 자원들이 가장 필요로 하는 지역사회에 배치될 수 있도록 하는 수단을 보험자에게 제공할 수 있다. 이렇게 하기 위해 한국은 지역적 차원에서 의료의 질과 관련된 도구를 향상시킬 필요가 있을 것이다.

현재 한국에는 보건의료의 질 향상을 도모하는 구체적이고도 영향력 큰 프로그램들이 요구된다. 가장 절실한 것은 개별적 임상의들의 성과를 보다 잘 모니터링할 수 있는 시스템인데, 이러한 시스템에서는 환자 안전의 위험과 같은 문제들을 확인하고, 환자들로 하여금 자신들이 받은 진료의 질에 관해 피드백을 제공할 수 있는 수단을 제공해 준다. 여기에는 임상의들에 대한 지속적인 교육을 통해 그들의 기술을 항상 최신으로 업그레이드 하려는 노력이 수반되어야 한다. 한국은 이미 병원 인증제와 관련하여 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 최고 수준의 정보기술을 보유하고 있다. 그러나 이러한 정보 인프라는 약물 영역을 넘어 그 활용이 확대되어야 한다. 환자의 병력이 활용 가능한 데이터로 만들어 져서(프라이버시 보호의 테두리 내에서), 공급자들에게 자신들이 제공하는 의료의 적정성을 개선시키는데 도움을 줄 수 있어야 한다.

한국 보건의료체계 전체에 걸쳐 질 향상을 위한 영역과 원동력은 심혈관계질환 관리의 질로 반영되어 나타난다. 한국의 병원 영역은 국가 전체에서 편차가 존재하지만, 질 높은 심혈관계 의료를 제공하고 있다. 이것은 한국 보건의료체계가 전반적으로 병원 중심으로 접근했던 관점이 심혈관계질환의 의료와 관련된 정책으로 반영되어 나타난 결과이기도 하다. 그러나 장래의 심혈관계질환 관리의 중심은 병원을 벗어나야 한다: 건강위험 행동을 수정하고, 환자들이 병원에 입원하기 전에 자신들에게 발생한 문제를 관리할 수 있도록 도우며, 구급차 서비스를 개선하고, 포괄적인 재활 서비스를 제공하여 회복을 돕는 등이다.

특정한 취약점을 개선하는데 초점을 맞춘 개혁과 보건의료체계 전체에 걸친 개혁을 병행할 때에, 한국 보건의료체계에서 의료의 질이 크게 향상될 수 있다. 이 보고서에는 한국이 이러한 개혁을 추진하는데 도움이 되는 조언이 실려 있다.

정책 평가 및 권고

서론

1. 한국은 지난 30년 동안 눈부신 경제성장을 이루었고 인재 개발에서도 성과를 거두었다. 또한 보건의료 서비스의 가용성이 향상되고 건강 보험 보장성이 빠르게 확장되면서 삶의 기준도 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 의학 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. 이에 따라 한국의 의료 체계는 사회 보험을 통해 합리적 비용으로보편적인 의료 서비스를 제공하고자 하는 나라들에게 본보기가 되고 있다.

2. 한국의 보건의료체계는 이러한 성과를 더욱 공고히 하는 한편, 단순하게 급성기(acute) 의료 서비스의 지속적 확대를 지원한다는 관점에서 벗어나, 이제는 그 초점을 바꿀 시기가 되었다. 소득 수준이 높아지고 노령인구가 늘어남에 따라 중요하게 대두되는 만성질환 및 장애의 문제에 대응하기 위해서는 보건의료체계의 운영에 변화가 요구되기 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 소비량은 증가하고 있다, 흡연율도 여전히 높아서, 매일 흡연하는 남성의 비율은 터키와 그리스를 제외한 다른 모든 OECD 회원국에 비해서 높다. 이렇듯 건강위험 행위를 하는 비율이 높다는 사실은, 만성 질병과 노화라는 심각한 문제와 복합적으로 작용해서 의료 체계에 계속적으로 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.

3. 한국의 보건의료체계는 지금까지 급격하게 투자를 늘리고 물리적 자원을 확충해 왔음에도 불구하고 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 비용대비 가치를 높이는 것을 보건정책의 작동 원리로 삼는 것이어야 한다.

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

    1. 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. 그리고 보건의료 공급자들은 장기적 관점에서 환자 건강에 적합한 의료를 제공하기보다는 공급자 자신들이 할 수 있는 서비스를 제공하는 경우가 많다.

    2. 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.

3. 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.

5. 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 확립함으로 한국 보건의료체계는 독점적 구매력을 사용하여 보건의료의 질을 향상시킬 수 있는 여건을 갖추었다. 단일보험자로서 가진 이러한 재정적 도구를 더 향상시키면 한국에서의 변화하는 보건의료 수요에 대응할 수 있도록 보건의료 서비스 구조를 개선하는데 활용할 수 있을 것이다. 수명이 늘어남에 따라 복합적 만성질환을 가진 주민들이 증가하고 있는 한국 상황에 효과적으로 대응하기 위해서는 이와 같은 변화가 필수적이다.

6. 한국의 국민건강보험 재정적자는 앞으로 더욱 확대될 것으로 전망되며, 이것은 앞으로 개혁의 계기로 작용할 것이다. 다른 OECD 국가들과 마찬가지로, 정부가 긴축재정을 운영하면서 이와 같은 개혁을 추진해야 할 것이다. 인구의 고령화와 노동력의 축소는 이러한 상황을 더욱 심화시킬 것이다. 이 보고서에서는 한국 보건의료체계는 신중한 개혁이 필요하며 의료의 질 향상이 핵심적 목표가 되어야 한다고 주장한다. 보고서는 의료의 질 향상과 관련된 모범 사례를 확인하고, 앞으로 한국에서 의료의 질을 더욱 향상시키기 위한 방법들에 대해 조언한다.

의료의 질에 대한 거버넌스에 초점을 둔 정책이 필요하다.

7. 한국에서 의료의 질 관련 정책들은 의료체계 내에서 우수성을 확립하기 위해 동기부여가 된 몇 명의 개인과 기관에 의존하는 경우가 너무 많았다. 이러한 보건의료체계가 최선의진료를 필요로 하고 또 그것을 체계 전체로 확산시키고자 할 때도 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 OECD회원국들의 보건의료체계가 추구하고 있는 더 넓은 사회적 목표를 제공하는 데는 초점을 두지 않는다. 의료체계의 초점은 산출물의 질에만 주어져 있고, 체계의 질에는 초점이 덜 주어져 있다. 즉, 개별적인 사안은 각기 잘 수행되고 있으나, 여러 과제들이 주어진 상황 하에서는 최선의 선택은 아닐 수 있다.

8. 의료의 질 향상을 위한 보건의료체계 전체 차원에서의 노력은 거버넌스의 초점이 의료서비스에 대한 상환에서 벗어나 주민들의 건강향상으로 향하는데서 시작되어야 한다. 현재의 법률적 기반을 넓히고, 제도적으로 질의 모범(champion for quality)을 만들어내는 것으로 한국은 이를 달성할 수 있다. 현재 한국 보건의료의 법적 틀은 보험적용이 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 보험권 밖에서 제공되는 상당한 부분의 의료서비스 질 보장에 대한 책임성이 모호하다는 것이다. 이에 따른 결과는 건강보험심사평가원의 운영에 반영되고 있는데, 그 기관의 현재 역할은 공적으로 지불되는 의료서비스의 질을 평가하고 심사 하는 것에만 주어져 있다.

9. 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. 이와 함께 HIRA는 개별 공급자에게 피드백을 주고, 의료의 질에 대한 정보를 정확하게 발표함으로써 HIRA는 최대한 체계 전반에 걸쳐 질 향상을 위한 으뜸기관으로서의 스스로를 규정해가야 할 것이다. 이것은 (NECA와 협력하여) 근거중심의료에 대한 HIRA의 현재 역할과, 보건의료기술평가와 약제 평가를 위한 조직과의 느슨한 연계에 기반하여 구축할 수 있을 것이다. 한국 보건의료의 질을 관리하는 체계를 강화하도록 하는 법제화는 그 가치가 있을 것이다.

의료의 질 향상을 추구하는 정책은 특히 병원 영역에 이미 존재한다. 그러나 개별 의사

들이 수행하는 진료의 질을 모니터링하지 않으면 기대만큼의 효과를 거두지 못한다.

10. 의사협회와 병원협회는 의료기관 인증과 임상 교육의 절차를 개발했지만, 개별 의사들의 진료에 대한 자율적 규제는 부족하다. 새로운 의사들을 위한 의학교육과 병원 내 훈련 프로그램은 의료의 질을 유지하는 기반이 된다. 이것은 해당 의사·간호사 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.

11. 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 모니터하는 방법을 강구해 왔다. 그러한 체계는 (적신호 사건과 같은) 환자 안전에 있어서의 문제점을 모니터하고, 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 자신들의 방법을 마련하도록 하는 기존의 질 보장 기전 위에 구축될 수 있다.

12. 환자 안전에 대한 그러한 체계 안에서는 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 박탈하는 데 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..

13. 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 파트너쉽을 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.

14. 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 주도하기 위해서 이러한 것을 잘 활용하여야 한다.

15. 한국은 다른 OECD 국가들이 직면해 있는 도전과제들을 극복하고, 세계 최고 수준의 보건정보기술 인프라를 구축하였다. 특히 한국의 DUR은 OECD회원국들 사이에서

처방을 모니터링하는 가장 광범위한 체계 가운데 하나이다. 이 체계는 환자가 현재 복용하고 있는 약과 중복되거나 병용금기인 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 광범위한 치료군 간의 금기는 평가하지 못하고 있다(후자의 경우 불필요한 처방과 이전 처방의 부적절한 관리 등을 점검하는 보다 광범위한 적용이 가능하다) . 이렇듯 체계의 범위를 좁힌 것은 잠재적인 영향력을 불필요하게 제한하였고, 세계의 어떤 다른 체계에 비해서도 범위와 깊이가 앞서는 이 기술기반의 활용을 극대화하기 위한 노력이 가해져야 한다. 동시에 궁극적으로 이 체계를 병원들로 확대한다면, 약제 관리 문제에 대처하고, 비용을 절감하는데 도움이 될 것이다.

16. HIRA가 이미 이용할 수 있는 자료 가운데서 더 많은 가치를 창출해야 한다. 청구 정보와 임상 질 지표, 다른 등록에서 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.

17. 한국은 간단한 수준의 전자적인 환자 이력정보를 구축 할 수 있는 기술적 역량을 이미 갖추고 있으며, 그렇게 해야 한다. 개인환자식별번호는 DUR의 근거가 되었고, 건강보험하에 지불되는 서비스의 청구정보와 함께 보고되고 있다. 이러한 환자식별번호의 전자보고 시스템은 간단한 수준의 전자적인 환자 이력정보를 구축하는 토대

가 될 수 있으며,, 환자의 약물투여와 보건의료서비스 이용에 대한 기왕력에 대한 정보를 제공할 수 있다. 적절한 시기에 이것을 확장하면, 진단명과 다른 검사결과를 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.

18. 한국의 병원분야에서 어떤 서비스들이 제공되고 있으며, 병원들의 수익이 얼마나 되는지에 대한 정보의 질을 개선하면, 재정적 의사결정이 보다 합리적으로 될 수 있을 것이다. 이미 병원 내에 갖추어져 있는 이 체계는 의료서비스를 보험에서 지불하는 것과 소비자가 직접 부담하는 것들로 나누고 있다. 정부는 현재 소비자가 부담하는 부분은 정보를 받지 못하고 있는데, 이 정보는 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, 적정한 기술사용과 비용절감을 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 지원금에 대하여 정부 안에서 활용할 수 있는 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 투명성을 추구하는 것은 비합리적인 기대가 아니고, 보험의 지불의 조건으로 의무적으로 적용되어야 한다.

한국에서 일차의료의 강화

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

19. 급속한 경제개발과 생활양식에서 새롭게 나타나는 위험요인, 그리고 인구 노령화로 인해 한국의 미래에는 만성 질환 유병률이 증가할 것이다. 한국은 OECD 국가 중 인구 고령화가 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 OECD국가 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.

20. 많은 다른 OECD 국가에서 나타나듯이 한국 보건체계에서는 나이 많고, 가난한 환자들은 하나 이상의 건강문제를 가지고 살아갈 가능성이 높고, 복합적인 건강서비스와 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, 상당한 범위의 병원 분야에서 진단과 의료이용을 장려하고 있다. 이것은 의학적으로 바람직하지 않고 불필요하며, 병원에 대한 의존도가 높다는 것은 병원에 기반한 진료에 더 많은 가치를 부여하는 오래된 건강추구행위(health seeking behavior) 전통에 의해 가중되고 있다. 치료서비스의 과잉제공은 한국에서의 중요한 질 문제 가운데 하나이다.

한국 보건의료 시스템에서 일차의료의 발전은 가장 우선될 투자 영역이 되어야 한다

21. 현재 한국의 지역사회 기반 가정의학 분야는 거의 개발되지 않았다. 좀 더 복잡한 외과적, 내과적 시술로 가는 단순한 창구로서의 일차의료라는 현재의 역할에서, 근거에 기반한 건강증진과 예방서비스를 제공하는 방향, 그리고 환자와 파트너쉽을 구축하여 그들의 필요에 맞는 적절한 서비스를 선택하도록 돕는 방향으로 전환되어

야 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 일차의료와 예방적 서비스에 특정하여 지원하는 투자를 지속적으로 늘려야 한다.

22. 일차진료의 효과적인 모형의 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 지원을 담보하는 환자 등록, 예방적 서비스, 진료의 연속성, 환자의 추적관리, HIRA와 국민건강보험과의 정보 교류이다. 이러한 현상은 강건한 일차의료체계를 갖추고 있는 OECD 국가들에서 특징적인 양상이다. 지역사회 프로그램의 좋은 사례는 고혈압과 당뇨 관리에 초점을 둔 '경기도 광명시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리사업(고당사업)'이다(3장에서 제시한 바와 같이).

23. 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 적절한 곳에는 그러한 접근을 기존의 인프라 위에 구축하여서, 전국에 걸친 지역사회 내에 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 기관들이이 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

24. 일차의료 전문가에 의해 잘 조정되고 적절한 의뢰를 장려하면, 병원 서비스의 과도한 이용을 줄이는데 기여할 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. 조정되고 적절한 의뢰 문화를 형성하는 것은 한국 보건의료체계의 복잡하고 장기적인 과제로서, 양질의 정보를 조합하고, 의료전문인력 사이에서 일차의료의 가치를 더 잘 이해하고, 더 많은 재정적인 투자와 진료비 상환 방식의 변화를 필요로 한다.

25. 기존의 정보를 활용하여 일차의료의 질을 더 잘 평가하는 것은 정책개발과 재정적 지원을 위한 유용한 도구이다. 일차의료 질 평가 방법 개발은 질의 경향을 분석하는 것을 촉진할 것이며, 그 대처 방안에 대한 정보의 근거를 제공할 것이다. 광범위한 정보 인프라 내에서 현재 HIRA는 예방 가능한 입원으로 병원에 입원하는 환자수와 유형을 모니터할 수 있는 역량을 갖추고 있다. 그러한 정보는 어떤 지역의 일차의료서비스가 조정되거나 적절한 의뢰가 이루어지지 않고 있는지를 찾아내는데 있어 매우 가치 있다. 이와 유사하게 HIRA는 응급실에서의 외래 진료 이용양상을 모니터할 수 있다. 약제분야에 있어서, HIRA는 항생제와 임상적 가치가 낮은 약물의 처방, 일반의약품과 브랜드 약품의 비율을 모니터할 수 있는데, 이는 질에 있어서 수준미달이 어디서 발생하는지 (그리고 어디서 불필요한 비용이 발생하는지), 지도를 그리는데 도움이 되는 정보이다. 결정적으로, HIRA는 전국에 걸친 성과의 지역적 격차를 지도로 그릴 수 있는 역량을 갖고 있다. 일차의료서비스의 확대와 함께, 지역 경계선을 따라 그러한 지도를 그림으로써 건강보험 기관들이 필요도 평가를 수행하고, 부족분이 어디서 발생하는지를 확인할 수 있도록 할 수 있다. 그러한 정보는 필요도는 높고, 자원은 부족한 농어촌 지역사회에 초점을 두어야 한다. 보다 광범위하게, 이러한 지표들은 일차의료의 편익을 보다 두드러지게 하여, 양질의 진료를 제공하는 문화를 장려하는 것으로 이어질 것이다.

26. 일차의료 전문 인력의 개발에 들이는 노력은 더 강건한 일차의료체계를 개발하는 데 필수적이다. 현재 한국에서 새로 졸업하는 의과학생들 다수는 전문의 자격을 취득

하는 것을 선호하고 병원 기반의 환경에서 대부분의 수련이 이루어진다. 이와 동시에, 일차의료에 종사하는 독립적인 의료전문 인력은 그들의 생존을 위하여 기초적인 외과적 서비스와 입원서비스를 제공할 필요를 자주 느낀다. 보건의료 체계 안에서 투자와 보다 명시적인 역할부여를 통하여 가정의학과 의사의 전문가적 지위를 높이는 한편, 한국은 의료 전문가들 사이에서 일차의료의 중요성에 대한 자각을 높이기 위해서 노력을 기울일 필요가 있다. 더 많은 의과대학생들에게 일차진료에서의 훈련 경험을 제공하여 일차진료의 역할과 중요성에 대한 이해를 높일 수 있다. 정책결정자들은 의사단체, 대학과 협력하여 일차의료 시설에서 의무적인 훈련제도를 도입하여야 한다. (일정 기간 동안) 그러한 프로그램은 일부 의과대학에서 이미 운영 중인 훈련 프로그램을 바탕으로 하여 구축할 수 있다. 특히, 이를 통해 일차의료 인력의 수를 증가시킬 수 있는데, 지역사회 기반 의료전문인력 수가 서울에 비해 상대적으로 지속적으로 감소하고 있는 시골지역에서 특히 그러하다. 적절한 훈련비용을 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 돌보고, 복잡한 보건의료 필요를 가진 환자진료를 연계하는 것을 계획할 수 있다.

의료의 질을 향상시키기 위해 재정적 수단을 활용한다

규모가 큰 병원 영역이 보건의료비 지출 상승을 주도하고 있다

27. 과거 10년 동안, 한국에서 병원은 모든 추가 지출의 거의 절반을 차지했다. 이는 병원이 추가 의료지출의 약 3분의 1을 차지하는 다른 OECD 국가들에 비해 유의하게 높은 수치이다. 인구 규모에 대비한 병원 수, 병상 수, 첨단기술의 의료장비를 측정한다면, 한국은 오늘날 OECD 국가들 사이에서 가장 자원이 풍부한 병원 분야를 갖고 있다.

28. 부분적으로, 이것은 의료서비스 지불방식이 효율적이지 않으며, 양질의 의료에 대해 보상하지 않는다는 사실을 의미한다. 한국의 행위별수가제 지불방식은 보다 복잡한

의료행위를 제공하는 의사에게 언제나 이익을 가져다 주지만, 많은 OECD국가와 비교하여 낮은 서비스당 수가를 지불한다. 이런 상황은 의료 서비스 제공을 위해 치열하게 경쟁하는 민간 시장에 의해 악화된다. 의료 공급자는 서비스의 양과 복잡성을 늘리거나, 의료보험 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 조달해야 할 재정을 희생함으로써 빚어진 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.

29. 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) 전환하는 것을 추구해오긴 하였으나, 병원분야의 재정지출 개혁은 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 수가에 대한 인식이 결핍되어 있는데, 사례당 적정수가를 장려하는 가격 신호를 주기 위해 병원 전 부문에 걸쳐 DRG를 도입하여야만 한다.

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

30. 병원에 대한 재정지출 개혁은 더 나은 안전성과 질 관리로 보완하여야 한다. 이런 지불제도를 시행하고 있는 호주, 캐나다, 프랑스, 미국과 같은 OECD 의료체계는 적

절한 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 대한정보 수집을 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 종합병원과 소형병원에 비해 비뚤어진 결과를 점검하고 교정하는 데 필요한 질 관리 프로그램과 체크 리스트를 더 빨리 제도화할 수 있다. 정책 결정자의 과제는, DRG에 기초한 지불방식을 선택하는 경향을 가진 대다수 중소형 규모의 병원들이 그와 같은 체계를 사용하도록 장려하는 것이다. 이런 의료의 질 모니터링은 구매에 있어서 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 가질 수 있도록 제도화되어야 한다. 연단위로 진행되고 후향적으로 보상하는 현재 체계에서 역동적이고 진행형 교섭과정으로 변화시킴으로써, 한국은 단일보험자의 가장 최상의 구매력을 행사할 수 있다.

31. 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 양에 근거를 두고, 1년 앞서 예측한 포괄 예산을 제시한다(또는 목표로 정한다). 이 방법은 총비용에 대한 시그날을 정부에 제공하고 서비스 양을 늘리려는 공급자의 요인 관리를 돕는다. 한국은 제도상 단일 보험자 체계 안에서, 급성기 병원을 위한 총 예산을 명시할 수 있는 이상적인 입장에 있다. 만일 예산을 초과할 경우 (서비스에 대한 지불제한 또는 지불 차감과 같은) 확실한 패널티를 줄 수 있다면, 그러한 접근은 추가적 효율을 위한 체계에서 전반적인 자극제가 된다. 장기적 안목으로서 이 방식은 한국의 급성기 진료와 일차의료 부문 사이 재정 할당에 영향을 주기 위해 사용할 수 있다.

재정 운영의 최우선 순위에 일차의료가 위치할 때 적정 의료가 시작된다.

32. 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 재정의 심리와 운영모형은 행위별수가제에 깊이 빠져 있다. 국민건강보험이 수동적 지불자가 아니라, 선제적 구매자가 되려면 이 방식은 변화하여야 한다. 국민건강보험은 환자와 지역의 요구에 맞게 재정을 관리하는 방안을 개발할 필요가 있다. 이는 효과적인 일차의료 서비스 쪽으로 방향을 잡아야 하는데, 이것은 복합적인 만성 질환자들의 증가하는 건강문제에 대하여, 잠재적으로 더 낮은 비용으로 더 잘 부합하는 역량을 유지하는 길이다.

33. 한국에서 일차의료에 제도적 우선 순위를 두고, 일차의료의 범위를 확장하려는 투자는 국민건강보험 지출의 독특한 구성요소가 되어야 한다. 정책 입안자는 양질의 일차의료를 제공함에 있어 비용대비 효과가 최고인 제안들을 평가하고 투자할 재정적 재량권을 가져야 한다. 국민건강보험공단에 기금을 확립하여 단일보험자에 의한 장기적 지출을 줄인다는 제도적 현안을 타개하면서 새로운 투자가 이뤄지게 할 수 있다. 이것은 만성질환 환자의 관리를 지원하는 프로그램에 대한 국민건강보험공단의 책임을 강화하기 위한 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 보험확장과 같은 동일한 방식으로 국민건강보험은 일차의료 발전을 위한 주요 재원으로서 강력하게 영향을 끼치고 있다. 한국 정책 입안자들은 앞으로 이러한 목적을 위해 국민건강보험재정이 점진적으로 증가될 수 있도록 해주기를 기대할 수 있다. 지속적인 재정 지원 약속은 한국의 보건의료 서비스공급자들의 구조를 변경하는데 중요한 역할을 할 것이다.

34. 이러한 양상의 제도 개혁은 장기적인 목표이다. 가까운 미래에 한국 정책 입안자들은 만성질환에 대한 환자자가관리와 예방을 위한 재정적 지원을 높여야 한다. 이는

의사교육과 상담, 그리고 가벼운 외과적 시술과 소득원으로서 진단검사를 위한 의뢰나 처방을 감소시키기 위하여 그들의 소득을 높일 수 있는 일차의료 전문가에게 인센티브를 주는 효과적인 방법이 개발되어야 할 것이다. 한국의 광범위한 재정적 개혁의 적정 출발점은 병원 규모에 기반하여 서비스에 가산하여 지불하는(규모가 큰 병원은 소규모 병원보다 동일한 서비스에 대해 더 많이 지불받는다) 현재의 행위별 수가제 구조에 역점을 두어야 할 것이다. 이것은 양적 확대를 추구하는 공급자들에게 보상하는 상당한 정도의 지출이다. (규모에 상관없이) 높은 의료의 질과 적절한 진료를 제공하는 병원에 대해 투자의 일부를 제공하는 것은 더 높은 비용 대비 가치를 달성할 수 있을 것이다. 그와 동시에, 정책 결정자가 병원 입원뿐 아니라, 합리적인 분량의 입원 전후서비스를 통합하는 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 적정한) 가정의학과 서비스(family-based medical care)로 대체하는 병원에 재정적인 유인책을 제공할 수 있을 것이다.

한국 병원에 대해 성과에 따른 지불은 비교적 긍정적 결과를 낳았으며, 대상 영역들을 효과적으로 확대시킬 필요가 있다

35. 한국이 43개 3차 병원에 성과지불제도를 도입한 것은, 전체 OECD 국가 가운데에서 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 현저한 감소를 보였다. 특히 병원 간의 성과 편차가 감소하였으며, 가장 낮은 성과를 보였던 집단에서 유의미한 향상을 보였다.

36. 사업의 초기단계라 공식적 평가가 없기는 하나, 이렇듯 특정영역을 대상으로 한 성과지불제도는 자료를 수집하고 특정 부분의 의료의 질 향상을 유인하는 유용한 방

법으로 보인다. 한국의 가감지급사업은 양질의 진료 과정, 병원의 진료가 사망률에 미치는 영향, 예측치에 비교한 제왕절개분만의 감소와 관련된 지표 측정을 통하여, 한국의 3차 병원들의 상대적인 성과를 비교하고 있다. 이 사업에서 정보를 비교하고 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 일정 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

한국에서는 심혈관계질환에 대한 의료의 질과 관련하여 모순된 측면이 있다

37. 다른 OECD국가와 비교했을 때, 한국의 심혈관질환 진료의 질 지표에는 흥미로는 모순이 존재한다. 일반적으로 한국은 다른 OECD국가에 비해 급성심근경색(AMI)으로 인한 사망률이 낮지만, AMI로 입원한 환자들의 치명률은 OECD국가 중 가장 높다. 동시에 한국인은 대부분의 OECD국가에 비해 뇌졸중으로 인한 사망률이 높지만, 뇌졸중으로 입원하면 이로 인한 치명률은 다른 OECD국가보다 낮은 수준이다(입원 30일 이내 치명률은 OECD국가의 환자 100명당 평균 5.2명과 비교해서 100명당 1.2명 수준).

38. 대부분의 OECD 국가에서는 혈관질환과 관련된 두가지 급성기 질환-급성심근경색증과 뇌졸중-으로 인한 병원 내 치명률은 상대적으로 좋거나, 나쁘거나 비슷하다(예

를 들어, 덴마크, 노르웨이와 미국에서 급성심근경색과 뇌졸중 사망률은 OECD국가 중에서 가장 낮았다). 두 질환의 인구집단 사망률(population-based mortality)의 경향 또한 유사하다. 실제로 인구집단 사망률이 높은 국가는 대체로 치명률도 높은 편이다. 비록 병원에서의 높은 치명률은 높은 인구집단 사망률의 근본적인 원인이라 주장하기에는 주의가 필요하지만, 인구집단 사망률이 높은 국가는 높은 치명률을 보인다.[1]

39. 그러나, 이러한 모순은 한국의 심혈관질환 진료의 질에 두 가지 문제점을 보여준다. 첫 번째는 높은 치명률이 병원의 낮은 의료의 질을 반영하는지이다. 지난 10년간 OECD국가들의 치명률은 전반적으로 감소하는 경향이 보였으며, 급성기 진료의 질 향상이 영향이 있을 수 있다는 것을 보여준다. 두 번째는 병원 밖에서 심혈관질환을 줄이기 위한 정책이 적절하게 제공되고 있는지 여부이다.

급성기 의료가 제공하는 심혈관계 의료는 질이 높은 경우가 보통이다. 그러나 한국 전체에 걸쳐 그 질에 있어 큰 차이가 존재한다.

40. 심혈관질환 의료(특히 급성심근경색증 사망률)에 대한 병원 내 치명률 차이가 한국 병원들의 진료 성과가 저조하다는 것을 의미하지는 않는 것으로 보인다. 건강보험심사평가원과 질병관리본부에서 수집되는 한국 정부의 심혈관질환 진료의 질 검토와 성과자료를 보면, 급성심근경색과 뇌졸중의 의료의 질은 OECD 국가 중 최고라는 것을 알 수 있다. 적절한 병원에 도착한 후 한국에서 시행하는 진료는 다른 OECD국가의 임상 지침에 나오는 최고 수준의 진료와 대체로 일치한다. 이것은 병원에 도착한 후 아스피린 투약, 급성심근경색증 환자의 퇴원 시 적절한 처방 등 진료과정 지표에서 좋은 성과를 보여준다. PCI, CABG와 같은 급성기 그리고 정규 심혈관 중재에 대한 진료량과 수용력(capacity)은 지난 몇 년간 크게 증가한 반면에, 진료량과 환자의 결과(outcome) 사이의 명확한 관련성을 규정하기는 어렵다. 이러한 성과지표와 최근 수용력 확장을 감안하면, 낮은 수용력 혹은 질 낮은 과정(poor

[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.

process)으로는 다른 국가에 비해 높은 한국의 급성심근경색증 치명률을 설명할 수 없다는 것을 의미한다.

41. 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 복합한 상태로 설명할 수 있을 것이다. 활성화되지 않은 일차의료체계에 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.

42. 심혈관질환에 대한 병원의 질 높은 진료와 병원 외부에서의 빈약한 관리 사이의 대조적인 모습은 정책에 반영된다. 정부는 예방과 병원 내 진료를 강화시켜 심혈관질환에 대한 의료의 질을 향상시키는 능동적인 전략을 가지고 있지만, 심혈관질환에 대한 최상의 임상진료모델(best practice care delivery models)을 찾아내서 이를 채택하는 병원들을 지원하는 노력이 더 많이 필요하다. 한국 정부의 심혈관질환 종합계획은 주로 지역 심혈관센터의 도입을 지지하고 있지만, 심혈관질환의 의료 질 향상을 위한 주요 국가 정책이다. 이상적으로 본다면 이런 센터들은 건강증진(전문의사와 맞춤 상담)부터 급성기 진료, 재활서비스를 포괄하는 수직적 기관으로서의 역할을 담당해야 한다. 그러나, 이 사업을 진행하면서, 지정된 지역센터에 대한 재정적 지원은 급성기 심혈관질환 진료와 관련된 새로운 의료서비스(24시간 응급 stroke units과 같은) 혹은 운영 및 유지비용에 집중되고 있다. 예방과 건강증진 핵심업무에 투자하는 것은 더 많은 한계를 나타낸다.

43. 한국의 심혈관질환 종합계획 하에서는, 선정된 기관에 대해서 stroke units 설치를 위한 재정적, 기술적 지원을 하고, 의료기관을 강화한다. 그 동안 서울 이외의 지역에 위치한 병원을 지원하려는 노력들이 시행되었고, 2008년 이후 9개 기관(3개의 대학병원 포함)이 지역센터로 지정되었다. 이것은 부분적 수월성(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 질을 향상에 있어 실질적인 차이를 줄 수 있는 비교적 간단한 쇄신인 stroke units을 설치하지 않았다. 오늘

날 상급종합병원의 절반 정도와 종합병원의 90%가 stroke unit을 구비하지 못하고 있다. 더욱이 전국적으로 농촌지역에 많은 사람들이 살고 있는데, 심뇌혈관질환 종합계획을 실현하고 있는 소수의 센터로는 도시와 농촌 사이의 심각한 불균형을 해소하지 못하고 있는 실정이다. 농촌 지역 주민들과 근접한 거리의 병원이 stroke unit을 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 심혈관질환과 stroke unit을 의료체계 전체에서 광범위하게 설립하겠다는 방향으로 선회해 불균형을 해소하려는 노력을 계속해나가야 한다. 이것은 지역간 불균형과 상급종합병원, 종합병원의 불균형을 해결하는 데 도움을 줄 것이다.

급성기 전과 후의 의료는 심혈관계질환에 대한 의료의 질을 향상시키는데 중점을 두어야 한다

44. 병원 밖에서 심혈관질환의 진료를 향상시키는 것은 한국인의 심혈관질환 진료 성과의 향상을 도와줄 우선순위 정책이다. 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 10%). 노령화로 인한 심혈관질환의 주요 위험 요인(증상이 거의 없거나, 매우 높은 고혈압, 당뇨병, 흡연 등)은 한국 전역에 심혈관질환 유병률 증가를 가져올 수 있다.

45. 이런 위험한 생활 방식을 개선하고 환자의 건강관리를 지원하는 예방 활동과 능동적인 일차의료서비스에 초점을 맞춤으로써 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 수립해 이 프로그램을 구축할 필요가 있다. 한국은 일차 의료를 강화하는 광범위한 노력의 일환으로 위험에 있는 환자 등록(registration)을 고려

해야 한다(앞에서 자세히 언급). 대구시와 광명시에서 진행한 몇 가지 시도들은 환자 중심의 보건 서비스를 조직하는 것이 환자와 의료 전문가들 사이에서 높은 만족도를 줄 수 있다는 가능성을 보여준다. 이 프로그램들의 성공 여부는 환자가 입원하기 전에 병세 악화를 방지할 수 있는 위험요인 관리 체계를 마련하는 것에 달려 있다.

46. 이를 보완하여, 중재(intervention) 시간을 최소화하고, 뇌졸중 또는 급성심근경색증의 발병과 환자가 병원에 도착시간 차이를 최소화하는 노력을 해야 한다. 구급차 서비스는 급성심근경색증, 뇌졸중 발생과 병원 도착까지의 시간을(최대 6시간)을 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, 구급차 서비스(특히 농촌 지역에서)의 질과 대응(responsiveness)을 강화하기 위하여 혈전 용해제(필요한 경우)와 같은 치료적 중재를 신속하게 시행함으로써, 환자의 생존 기회를 높여주는데 도움이 된다.

47. 급성심근경색증과 뇌졸중에 대한 공식적인 재활치료과정(process)를 수립하는 것은 한국에서 비용대비 가치를 높이는 결과를 가져올 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 영역(avenues)에서 지원된다. 건강보험에서는 징기요양병원에 대한 급여를 제공하고(주로 아급성기에 제공), 장기요양보험에서는 의료가 필요한 환자에 대한 장기요양시설을 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 단순히 장기요양보험을 보유한 일부를 대상으로 하기보다는 국민건강보험의 일부로서 지역 사회에 기반을 둔 재활치료를(특히 뇌졸중의 후유증을 보유한 채 살아야 하는 특별한 환자를 위한 가정간호서비스) 구축하는 것을 고려해야 한다. 이러한 지역기반 재활서비스는 병원에서의 재활보다 더욱 경제적으로 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

48. 한국에서의 심혈관 진료의 질에 있어 장점과 약점은 전반적으로 한국의 보건의료체계를 반영한다. 지난 20여 년간 한국의 급여(coverage) 확대 달성에 있어, 비용대비 가치는 보건의료산업 발전에서 이차적인 것이었다. 많은 국민들(주요 도시에 있는)을 위해 세계적 수준의 병원이 만들어 졌지만, 병원 영역이 급성기 의료의 대부분을 담당하는 주체로 자리잡는 결과를 가져왔다.

49. 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 조직이 잘 갖추어진 병원 영역이 보건의료서비스의 전달을 거의 독식하게 되며, 이는 의료의 질 저하로 이어진다. 두번째, 정부는 초기부터 일차의료 인프라의 발전을 위해 행동을 취해야 하며 일차의료 전문가들로 게이트키핑 시스템을 단단히 구축하여 보건의료체계의 일부로 만들어야 한다. 마지막으로 정부와 보험자는 보건의료 공급자들에게 상당한 크기의 지불을 해 주는 대가로 의료의 질 향상과 비용에 대한 책임을 요구하여야 한다.

50. 한국의 이러한 상황은 특이하지 않다 – 대부분의 OECD 국가들은 질 높은 생활습관 결정, 건강한 삶, 그리고 병원 방문을 모면하려는 사람들을 돕기 위하여 비용-효과적인 일차의료 그리고 예방 건강서비스를 강화하는 방향으로 나아가기 위해 노력하고 있다. 그러나 과도한 병원서비스(over-delivery of hospital services) 양상은 보건지출 비용 증가에 직면하고 있는 한국의 보건의료체계에서 단단히 자리 잡고 있다.

51. 한국은 전반적으로 낮은 지출에서 이러한 도전에 직면해서 다행이지만, 추가적인 보건의료 지출은 올바른 길로 가고 있다는 확신이 있어야 한다. 이 보고서에서는 향후에 높은 의료의 질을 제공하는 보건의료체계의 전환은 세가지 영역-강력한

지역 기반 일차의료 체계 수립, 더욱 효과적인 서비스를 목표로 하기 위한 그리고 피보험자가 비용대비 가치를 받을 수 있는지 평가하기 위한 정보의 사용, 건강보험이 아닌 건강의 지속적인 향상을 위한 정책결정에 초점을 두는 방향-에 지속적인 관심이 요구된다는 것을 제시할 것이다.

한국 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 의료과실을 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:

□ DRG 에 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, DRG 기반 지불제도를 보완한다.

□ 국민건강보험공단과 심평원 등의 국민건강보험 기구가 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.

□ 예방 및 만성병환자들의 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 질을 향상시킨다:

□ 건강증진과 심혈관계질환의 예방에 투자를 확대한다.

□ 소수의 병원들이 첨단기술장비를 갖추도록 집중투자하는 방식에서 나아가, 보건의료 시스템 전체에 걸쳐 심혈관계질환 임상 경로(critical pathway)를 확립하고 뇌졸중 치료실(stroke unit)을 설치하는 방향으로 투자의 중심을
전환한다.

□ 고위험군 환자 등록제를 도입하여 정기적 모니터링 및 사후관리 서비스를 제공한다.

□ 급성심근경색과 뇌졸중 발생시 신속한 발견과 처치가 가능하도록 대중과 환자들의 인식을 높인다.

□ 응급서비스(특히 농촌지역)의 대응성과 질을 강화한다.

□ 다양한 영역의 보건의료 전문가들이 참여하는 지역사회중심 재활서비스 등을 통해 한국 보건의료체계의 재활 역량을 확대한다.