

# 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가

김수진  
김현규·이재은·배재용·김수정



사람을  
생각하는  
사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



**【연구책임자】**

김수진 한국보건사회연구원 부연구위원

**【공동연구진】**

김현규 한국보건사회연구원 연구원

이재은 한국보건사회연구원 연구원

배재용 한국보건사회연구원 연구위원

김수정 서울대학교 보건대학원 박사 수료

연구보고서 2020-36

**한국 의료시스템의 혁신 성과 평가**

발행일 2020년 12월  
발행인 조흥식  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1-5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)  
인쇄처 고려씨엔피

## 발|간|사

국가의 의료시스템의 최종 목적은 국민의 건강수준을 향상하는 것이다. 의료시스템의 성과가 모든 국민에게 차별 없이 돌아가게 하는 것 또한 목적이다. 우리나라는 전 국민 건강보험 도입과 확대를 통해 국민의 의료 접근성 향상을 위해 지속적으로 노력해왔다. 하지만 의료 접근성의 개선이 국민의 건강수준 향상으로 이어지기 위해서는 의료의 질이 중요하다.

의료의 질 향상을 유도하기 위해서는 지속적인 모니터링이 필요하다. 개선되거나 나빠지는 영역에 대한 확인은 의료 질 향상을 위한 첫 번째 과정으로 우리나라 의료시스템의 성과 향상을 점검하는 역할을 할 것이다. 또한 그 결과는 국가 단위에서 정책을 수립하는 근거를 제공하게 될 것이다.

의료시스템의 성과를 측정하고 공개하는 것은 개선을 위한 필수적 과정인 동시에 국가적 책무성의 문제이다. 국가는 모든 국민이 좋은 질의 의료서비스에 얼마나 형평성 있게 접근하고 있는지에 대해 지속적으로 살펴보고 그 결과를 공개해야 한다. 국가 의료 질 보고서의 작성과 공개는 시스템의 질을 국민에게 알리는 과정이며 이를 통해 의료시스템에 대한 국민의 인식과 참여를 확대시킬 것이다. 이는 사람 중심 의료시스템으로의 변화를 위한 기반이기도 하다.

본 보고서는 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가」 5년 차 연구로 건강결과를 중심으로 의료 질 보고체계를 개편하는 것과 함께 한국의 의료 질 관리체계를 전반적으로 조망하였다. 본 보고서가 국가 수준에서 의료의 질 향상을 유도하는 근거 자료와 이정표가 되어 시스템 참여자들의 질 향상 활동을 지속적으로 조화시키고 통합시키는 촉매제 역할을 수행하기를 기대한다.

본 보고서는 김수진 부연구위원의 책임하에 배재용 연구위원, 김현규 연구원, 이재은 연구원, 서울대학교 보건대학원 김수정 연구원의 참여로 작성되었다. 연구진은 바쁘신 중에도 본 연구에 대해 조언을 아끼지 않으신 서울시립대학교 보건대학원 최병호 교수와 한국보건사회연구원 윤강재 연구위원에게 깊은 감사의 뜻을 전한다. 더불어 이 보고서에 대해 좋은 의견을 주신 익명의 검독자들께도 감사드린다. 이 연구보고서를 완성하기까지 많은 분들의 도움이 있었다. 보고서 작성을 위해 맞춤형 데이터를 제공

---

해준 국민건강보험공단 빅데이터운영실에도 깊은 감사의 뜻을 전한다,

2020년 12월  
한국보건사회연구원 원장  
조 흥 식





Abstract ..... 1  
요 약 ..... 5

**제1장 서론 ..... 11**  
제1절 연구의 배경 및 목적 ..... 13  
제2절 연구의 내용 및 방법 ..... 17  
제3절 개념적 고찰 ..... 21

**제1부 한국 의료 질 보고서**

**제2장 한국 의료 질 보고서 설계 ..... 35**  
제1절 국외 의료 질 보고 현황 검토 ..... 37  
제2절 영국 국가보건서비스(NHS) 결과 보고체계 ..... 47  
제3절 한국 의료 질 보고서 설계 ..... 63

**제3장 우리나라 의료 질 현황 ..... 67**  
제1절 효과성: 조기사망 예방 ..... 69  
제2절 효과성: 장기 질환자의 삶의 질 ..... 88  
제3절 효과성: 질병으로부터 회복 ..... 101  
제4절 환자 중심성 ..... 110  
제5절 안전성 ..... 138  
제6절 소결 ..... 140

**제4장 국제 비교로 본 한국 의료 질 ..... 143**  
제1절 효과성 ..... 148

제2절 반응성/환자 중심성 .....	175
제3절 안전성 .....	176
제4절 소결 .....	178
<b>제5장 코로나19 유행 동안 의료시스템의 반응성: 노인의 의료이용 경험 .....</b>	<b>181</b>
제1절 연구 방법 .....	183
제2절 분석결과 .....	187
제3절 소결 .....	203
<b>제6장 한국 의료 질 향상 성과 종합 및 제언 .....</b>	<b>205</b>
제1절 한국 의료의 질 향상 성과 종합 .....	207
제2절 국가 의료 질 측정과 보고 개선을 위한 과제 .....	237
<b>제2부 의료시스템 성과 제고를 위한 의료 질 관리 체계</b>	
<b>제7장 우리나라 의료 질 관리체계 분석 .....</b>	<b>243</b>
제1절 효과성 개선 영역 .....	246
제2절 환자 중심성 강화 영역 .....	270
제3절 안전성 개선 영역 .....	273
제4절 소결 .....	281
<b>제8장 주요 선진국의 의료 질 관리체계 .....</b>	<b>285</b>
제1절 영국 .....	287
제2절 네덜란드 .....	300



제3절 미국 .....	313
제4절 소결 .....	332
<b>제9장 의료 질 관리체계 개선 과제 .....</b>	<b>335</b>
제1절 의료시스템 성과 제고를 위한 정책 과제 .....	337
제2절 제언 .....	341
<b>참고문헌 .....</b>	<b>343</b>
<b>부록 .....</b>	<b>359</b>
[부록 1] 건강결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법 .....	359
[부록 2] 국제 비교로 살펴본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법 .....	375
[부록 3] 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사표 .....	377

# 표 목차

〈표 1-1〉 자료원	20
〈표 1-2〉 OECD 의료 질 정책과 예시	25
〈표 1-3〉 시스템 전체의 질을 위해 필수적인 기본요소	26
〈표 1-4〉 의료 질 전략의 영역과 항목	27
〈표 1-5〉 미국 AHRQ의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 우선순위 및 목표	31
〈표 1-6〉 미국 AHRQ의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 9-levers	32
〈표 2-1〉 OECD Health Care Quality Indicators	39
〈표 2-2〉 WHO 의료 질 구성범주	40
〈표 2-3〉 미국 IOM 의료 질 구성 범주	41
〈표 2-4〉 미국의 2018 국가 의료 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표	42
〈표 2-5〉 네덜란드 보건의료 성과 지표	45
〈표 2-6〉 영국 NHS Outcomes Framework 구성 및 지표	61
〈표 2-7〉 영국 NHS Outcomes Framework 지표와 산출 가능성	64
〈표 3-1〉 치매가 있는 사람의 추정진단을	98
〈표 3-2〉 외래서비스 반응성	111
〈표 3-3〉 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족	112
〈표 3-4〉 외래서비스 전반적 만족 수준	114
〈표 3-5〉 외래 의사서비스: 예의 있는 응대	115
〈표 3-6〉 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명	116
〈표 3-7〉 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회	118
〈표 3-8〉 외래 의사서비스: 환자 의견 반영	119
〈표 3-9〉 외래 의사서비스: 불안에 공감	121
〈표 3-10〉 외래 의사서비스: 충분한 대화	122
〈표 3-11〉 입원서비스 반응성	124
〈표 3-12〉 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성	126
〈표 3-13〉 입원서비스 전반적 만족 수준	127
〈표 3-14〉 입원 의사서비스: 예의 있는 응대	129
〈표 3-15〉 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명	130
〈표 3-16〉 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회	132
〈표 3-17〉 입원 의사서비스: 환자 의견 반영	133
〈표 3-18〉 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대	135





〈표 3-19〉 입원 의사서비스: 불안에 공감 .....	136
〈표 3-20〉 호스피스 기관의 전반적인 평가 .....	138
〈표 3-21〉 보건의료 관련 감염(HCAI)-C. Difficile .....	139
〈표 4-1〉 범주 및 영역별 OECD Health Care Quality Indicators .....	145
〈표 4-2〉 효과성: 일차/이차 예방 영역의 국제 수준 비교 .....	149
〈표 4-3〉 효과성: 치료(급성기) 영역의 국제 수준 비교 .....	153
〈표 4-4〉 효과성: 치료(암 치료) 영역의 국제 수준 비교 .....	158
〈표 4-5〉 효과성: 치료(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교 .....	162
〈표 4-6〉 효과성: 만성상태(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교 .....	163
〈표 4-7〉 효과성: 만성상태(정신질환) 영역의 국제 수준 비교 .....	170
〈표 4-8〉 반응성/환자 중심성 영역의 국제 수준 비교 .....	175
〈표 4-9〉 안전성 영역의 국제 수준 비교 .....	177
〈표 5-1〉 「코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사」 개요 .....	183
〈표 5-2〉 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사 총화 방법 .....	184
〈표 5-3〉 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사 대상자 특성 .....	185
〈표 5-4〉 필요한 치료 혹은 진료를 받지 못한 경험 비율 .....	187
〈표 5-5〉 서비스 유형별 필요한 치료 혹은 진료를 받지 못한 경험 비율 .....	188
〈표 5-6〉 정기 외래서비스를 받지 못한 이유 .....	189
〈표 5-7〉 정기 외래서비스를 대체한 주된 방법 .....	190
〈표 5-8〉 정기 외래서비스를 받지 못한 이후 건강 상태 변화 .....	191
〈표 5-9〉 비정기 외래서비스를 받지 못한 이유 .....	192
〈표 5-10〉 비정기 외래서비스를 대체한 주된 방법 .....	193
〈표 5-11〉 비정기 외래서비스를 받지 못한 이후 건강 상태 변화 .....	194
〈표 5-12〉 의사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	195
〈표 5-13〉 담당 간호사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	196
〈표 5-14〉 의료기관에 대한 평가(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	197
〈표 5-15〉 치료 결과 및 외래서비스 전반에 대한 만족 .....	198
〈표 5-16〉 의사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	199
〈표 5-17〉 담당 간호사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	200
〈표 5-18〉 의료기관에 대한 평가(그렇다, 매우 그렇다 비율) .....	201
〈표 5-19〉 치료 결과 및 입원서비스 전반에 대한 만족 .....	202

〈표 6-1〉 한국 의료의 질 향상 성과 .....	210
〈표 7-1〉 의료 질 전략 분석들의 구성 .....	245
〈표 7-2〉 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률: 예방 관련 규정 .....	248
〈표 7-3〉 건강검진 관련 법령 및 내용 .....	250
〈표 7-4〉 효과성: 일차 예방 및 이차 예방 영역 의료 질 관리 제도 현황 .....	251
〈표 7-5〉 2020년 기준, 요양급여 적정성 평가항목별 평가지표(수), 평가 방법, 대상 기관 .....	255
〈표 7-6〉 면허(자격)신고 수리 및 보수교육 관련 업무 위탁 현황 .....	257
〈표 7-7〉 의료인 보수교육 문제점 .....	258
〈표 7-8〉 의료기관 평가제도별 특성 .....	261
〈표 7-9〉 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 .....	263
〈표 7-10〉 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 .....	264
〈표 7-11〉 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 .....	266
〈표 7-12〉 효과성: 급성 및 만성질환 치료 및 관리 관련 의료 질 관리 제도 현황 .....	268
〈표 7-13〉 의료서비스 통합(연계)관리 시범사업 .....	272
〈표 7-14〉 의료서비스 경험 조사의 환자 경험 관련 항목 .....	273
〈표 7-15〉 안전성 관련 법령 및 내용 .....	276
〈표 7-16〉 국내 의료 질 관련 정부 기관 및 역할 .....	277
〈표 7-17〉 의료기관 평가·인증제도 단위 현황 .....	282
〈표 8-1〉 잉글랜드에서 보건의료서비스의 표준설정 및 이행에 대해 책임 있는 기구 .....	289
〈표 8-2〉 네덜란드 표준 설정 및 시행 담당 주요 기관 .....	301
〈표 8-3〉 미국 CAHPS 환자 경험 조사의 종류 .....	328
〈표 8-4〉 미국의 환자 안전을 보장하는 주요 조직과 역할 .....	330
〈부표 1-1〉 효과성: 조기사망 예방 .....	360
〈부표 1-1-1〉 피할 수 있는 원인으로 인한 사망 .....	362
〈부표 1-2〉 효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선 .....	364
〈부표 1-2-1〉 영국 삶의 질 지표와 국민건강영양조사 삶의 질 .....	366
〈부표 1-2-2〉 외래민감성 질환에 대한 주 진단 코드 .....	367
〈부표 1-3〉 효과성: 질병 회복을 도움 .....	368
〈부표 1-3-1〉 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환 .....	370
〈부표 1-3-2〉 병원 퇴원 후 30일 내 재입원 관련 질환(주 진단 코드) .....	371



---

〈부표 1-4〉 환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 .....	372
〈부표 1-4-1〉 (영국지표) 환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 .....	373
〈부표 1-5〉 환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위험로부터 보호 .....	374

# 그림 목차

[그림 1-1] 보건의료서비스의 질과 건강결과의 관계(Busse, 2017)	13
[그림 1-2] 질 전략들의 세 가지 주요 활동	28
[그림 1-3] 질 전략 설명 및 구분을 위한 포괄적 분석틀	29
[그림 1-4] 미국의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 구조	30
[그림 2-1] OECD 성과 평가 분석틀	38
[그림 2-2] 보건의료 질과 격차 측정을 위해 업데이트된 개념적 분석틀	42
[그림 2-3] 네덜란드 보건의료 성과 보고서(DHCPR)의 개념적 틀	44
[그림 2-4] 영국 NHS, 공중보건, 사회적 돌봄서비스에 대한 프레임워크	49
[그림 2-5] 영국 NHS에서의 질 향상 체계	52
[그림 2-6] 영국 NHS Outcomes Framework 각 영역의 구조	53
[그림 2-7] 조기사망 예방 영역의 총괄지표, 개선 영역, 질 표준	55
[그림 3-1] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인)	69
[그림 3-2] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인)(세부분석)	70
[그림 3-3] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(아동, 청소년)	71
[그림 3-4] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(아동, 청소년)(세부분석)	72
[그림 3-5] 75세에서 기대수명(성별)	73
[그림 3-6] 신생아 사망률	74
[그림 3-7] 75세 미만 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률	75
[그림 3-8] 75세 미만 호흡기 질환으로 인한 사망률	76
[그림 3-9] 75세 미만 간 질환으로 인한 사망률	77
[그림 3-10] 75세 미만 암으로 인한 사망률	78
[그림 3-11] 모든 암으로 인한 1년 생존율	79
[그림 3-12] 모든 암으로 인한 5년 생존율	80
[그림 3-13] 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 생존율	81
[그림 3-14] 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 5년 생존율	82
[그림 3-15] 아동에서 모든 암으로 인한 5년 생존율	83
[그림 3-16] 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률	84
[그림 3-17] 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률(세부분석)	86
[그림 3-18] 영아 사망률	87
[그림 3-19] 만성질환자의 삶의 질	88
[그림 3-20] 만성질환자의 삶의 질(세부분석)	89



[그림 3-21] 만성질환을 가진 사람의 고용률 .....	90
[그림 3-22] 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원 .....	91
[그림 3-23] 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(세부분석) .....	93
[그림 3-24] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동, 청소년) .....	94
[그림 3-25] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동, 청소년)(세부분석) .....	96
[그림 3-26] 정신 질환을 가진 성인의 고용률 .....	97
[그림 3-27] 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질 .....	99
[그림 3-28] 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질(세부분석) .....	100
[그림 3-29] 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원 .....	101
[그림 3-30] 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원(세부분석) .....	103
[그림 3-31] 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원 .....	104
[그림 3-32] 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원(세부분석) .....	106
[그림 3-33] 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원 .....	107
[그림 3-34] 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원(세부분석) .....	109
[그림 3-35] 외래서비스 전반적인 경험 .....	110
[그림 3-36] 외래서비스 반응성 .....	111
[그림 3-37] 입원서비스 전반적인 경험 .....	123
[그림 3-38] 입원서비스 반응성 .....	124
[그림 3-39] 환자 안전사고 보고 건수 .....	140
[그림 4-1] PARC 산출식 .....	147
[그림 4-2] 효과성: 일차/이차 예방 영역의 국제 수준 비교 .....	149
[그림 4-3] 고혈압 입원율 .....	151
[그림 4-4] 자궁경부암 검진율 .....	152
[그림 4-5] 효과성: 치료(급성기) 영역의 국제 수준 비교 .....	154
[그림 4-6] 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 .....	156
[그림 4-7] 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률 .....	157
[그림 4-8] 효과성: 치료(암 치료) 영역의 국제 수준 비교 .....	159
[그림 4-9] 위암 사망률 .....	160
[그림 4-10] 간암 사망률 .....	161
[그림 4-11] 효과성: 치료(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교 .....	162
[그림 4-12] 천식 입원율 .....	165

[그림 4-13] 만성폐쇄성 폐 질환 입원율 .....	167
[그림 4-14] 당뇨 입원율 .....	169
[그림 4-15] 효과성: 만성상태(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교 .....	170
[그림 4-16] 효과성: 만성상태(정신질환) 영역의 국제 수준 비교 .....	171
[그림 4-17] 조현병 진단 환자의 초과사망 .....	173
[그림 4-18] 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망 .....	174
[그림 4-19] 반응성/환자 중심성 영역의 국제 수준 비교 .....	176
[그림 4-20] 안전성 영역의 국제 수준 비교 .....	177
[그림 6-1] 서울: 효과성 영역 지표 종합 .....	214
[그림 6-2] 부산: 효과성 영역 지표 종합 .....	215
[그림 6-3] 대구: 효과성 영역 지표 종합 .....	216
[그림 6-4] 인천: 효과성 영역 지표 종합 .....	217
[그림 6-5] 광주: 효과성 영역 지표 종합 .....	218
[그림 6-6] 대전: 효과성 영역 지표 종합 .....	219
[그림 6-7] 울산: 효과성 영역 지표 종합 .....	220
[그림 6-8] 경기: 효과성 영역 지표 종합 .....	221
[그림 6-9] 강원: 효과성 영역 지표 종합 .....	222
[그림 6-10] 충북: 효과성 영역 지표 종합 .....	223
[그림 6-11] 충남: 효과성 영역 지표 종합 .....	224
[그림 6-12] 전북: 효과성 영역 지표 종합 .....	225
[그림 6-13] 전남: 효과성 영역 지표 종합 .....	226
[그림 6-14] 경북: 효과성 영역 지표 종합 .....	227
[그림 6-15] 경남: 효과성 영역 지표 종합 .....	228
[그림 6-16] 제주: 효과성 영역 지표 종합 .....	229
[그림 6-17] 세종: 효과성 영역 지표 종합 .....	230
[그림 6-18] 효과성: 조기사망예방 영역에서 정신질환 관련 초과사망의 소득수준에 따른 차이 .....	231
[그림 6-19] 효과성: 장기질환자의 삶의 질의 소득수준에 따른 차이 .....	232
[그림 6-20] 효과성: 질병으로부터 회복 영역의 소득수준에 따른 차이 .....	232
[그림 6-21] 효과성: 조기사망예방 영역에서 정신질환 관련 초과사망의 장애상태에 따른 차이 .....	234
[그림 6-22] 효과성: 장기질환자의 삶의 질의 장애상태에 따른 차이 .....	235
[그림 6-23] 효과성: 질병으로부터 회복 영역의 장애상태에 따른 차이 .....	235



---

[그림 7-1] 영양급여 적정성 평가의 단계 및 내용 ..... 254  
[그림 8-1] 환자를 위한 최고의 결과를 위한 네 갈래 접근(Four-pronged approach) ..... 303







## Abstract

### Korea Health Care System Performance

Project Head: Sujin Kim

As medical expenses increase rapidly, countries are facing the challenge of providing valuable services for the cost. It is necessary to evaluate the quality and performance of medical care centering on health outcomes at the system level. This study is to examine the health outcomes of the healthcare quality and system at the national level and to analyze Korea's medical quality management system.

As the first part, a medical quality report was designed by benchmarking the NHS Outcomes Framework in the UK. Our results show that number of years of potential life loss due to avoidable causes, a general indicator of early death prevention (effectiveness), has been shown to have improved steadily over the past 10 years. The quality of life of people with patients was not significantly improved, and emergency readmission within 30 days of hospital discharge deteriorated recently. In the patient-centered area, inpatient service was not significantly improved. Although Korea's health care system has made considerable results in acute medical services, it shows that it does not play a sufficient role in responding to chronic diseases that are increasing along with an aging population and lifestyle changes.

As the second part, we analyzed medical quality management system. The first problem in the area of effectiveness is the segmentation of the system. Strategic plans are divided into diseases, and there is no compre-

## 2 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가

hensive strategy or plan at the healthcare system level. It shows that the current Korean healthcare system remains 'disease-centered', which may lead to the result of the healthcare system focusing on the clinical effectiveness of individual services rather than seeking improvement of health outcomes centering on people. The segmented system is also confirmed in the quality management system for medical institutions. The standard setting function is insufficient. In particular, as the importance of preventing and managing chronic diseases is emphasized, it is necessary to establish a standard for providing evidence-based treatment in the areas of primary and secondary prevention. In addition, quality standards can be effectively used when they are created through cooperation and social consensus between related organizations based on evidence, but this process is insufficient.

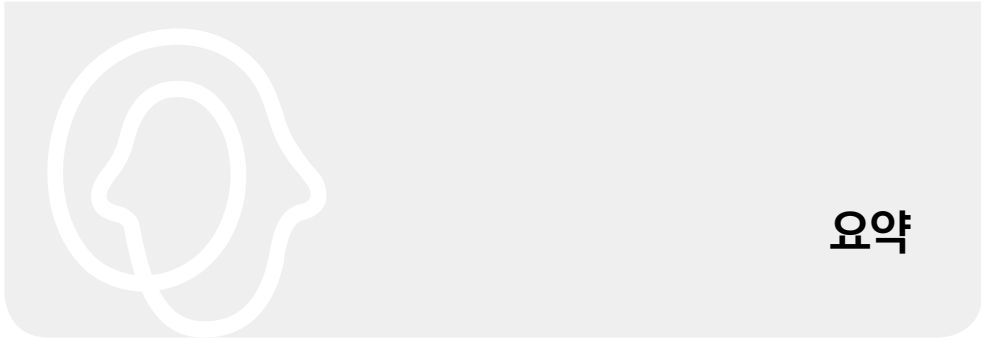
The analysis results provide implications for the areas in which Korea's medical system needs innovation. First of all, as a problem that has been continuously mentioned in several studies, it is necessary to move from acute disease treatment center to chronic disease prevention and management. Temporary results can be achieved by individual specialists or procedures, but the results themselves are achieved through comprehensive care for the patient's condition. Chronic diseases are not the quality of individual outputs, especially in that short-term treatment does not achieve health outcomes. An approach is needed in terms of system quality. Next, it is necessary to diagnose and invest in areas where sufficient investment is not being made in terms of system quality. Comprehensive and systematic continuous monitoring is needed to confirm this.

It is necessary to develop strategies at the national level to improve medical quality. How to set standards, monitor and improve quality in each stage of medical service (prevention, treatment, rehabilitation, terminal

care) to improve the effectiveness, patient-centeredness, and responsiveness of medical services through the establishment of an integrated national medical quality strategy. Long-term planning is needed. Next, In terms of strengthening the accountability of the medical system, it is necessary to prepare a system-level performance monitoring and reporting system. Reinforcing the accountability of the medical system is to disclose to the public so that the public can understand where the Korean medical system is performing and what is insufficient. National-level health care quality strategies, performance reporting and monitoring should be linked to quality management activities in the health care field. For this, quality standards must be developed consistently in all areas. It acts as a kind of standard library.

\*Key words: health care system, quality of care, health system performance, health outcome





## 요약

### 1. 연구의 배경 및 목적

우리나라에서 의료비가 빠르게 증가하면서 보건의료제도는 비용 대비 가치 있는 서비스 제공이라는 도전에 직면하고 있다. 가치 기반 보건의료 개혁의 핵심은 단순한 재정 절감이 아니라 환자와 사회가 추구하는 가치인 건강결과라는 점에서 시스템 단위에서 건강결과를 중심으로 한 의료 질과 성과 평가가 필요하다. 주요 선진국들은 의료 질 향상과 건강수준 향상을 위해 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 지속적으로 모니터링하고 보고하는 체계를 갖추고 있다. 한국에 국가 수준의 의료시스템의 성과를 평가하고 추적, 보고하기 위한 기전은 없다. 강희정 등은 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가」 연구의 일환으로 ‘한국 의료 질 보고서’를 발간하고 우리나라 의료시스템이 좋은 질의 의료서비스를 생산하여 국민의 의료 경험을 지속적으로 향상시키고 양질의 의료를 형평에 맞게 제공하고 있는지 보고하였다. 본 연구는 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가」 5년 차 연구로 두 가지를 목적으로 한다. 우선 건강결과를 중심으로 의료 질 보고체계의 개념적 틀을 갱신하여 국가 수준에서 의료 질과 시스템의 성과를 살펴본다. 다음으로 우리나라의 의료 질 관리체계를 효과성, 환자 중심성, 안전성 측면에서 분석함으로써 현황을 진단하고 개선이 필요한 영역을 확인하고자 한다.

### 2. 주요 연구결과

#### 1) 한국 의료 질 보고서

건강결과를 중심으로 포괄적인 지표체계를 개발하여 보고하고 있는 영국의 NHS Outcomes Framework(이하, NHSOF)를 벤치마킹하여 의료 질 보고서를 설계하였다. 효과성 3가지 영역(조기사망 예방, 만성질환자의 삶의 질, 질병으로부터의 회복), 환자 중심성, 반응성의 총 5개 영역으로 구성된 NHSOF를 이용하여 영역별 총괄지표와 개선 영역 세부지표에서 추이를 확인하였다. 영국 NHSOF를 이용하여 우리나라의

보건의료시스템의 질 수준 변화를 분석한 결과, 조기사망 예방(효과성) 영역 총괄지표인 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 지난 10년간 지속적으로 개선되어 온 것으로 나타났다. 그러나 만성질환자의 삶의 질(효과성) 영역의 총괄지표인 만성질환을 앓는 사람들의 삶의 질은 개선이 뚜렷하지 않았다. 또 질병으로부터 회복(효과성) 영역의 총괄지표인 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원은 최근 소폭이지만 악화된 것으로 나타났다. 환자 중심성 영역에서 입원서비스는 크게 개선이 없는 영역이었다. 한국의 보건의료체계가 급성기 의료서비스에서는 상당한 성과를 만들어왔으나 인구 고령화, 생활습관 변화와 함께 증가하고 있는 만성질환 등에 대응하기에는 충분한 역할을 하지 못하고 있는 것으로 보인다.

본 보고서의 분석결과는 한국 의료시스템의 혁신이 필요한 영역에 대한 시사점을 제공한다. 우선 의료서비스는 급성기 질환 치료 중심에서 만성질환 예방 및 관리로 이동이 필요하다. 특정 치료의 효과와 같은 일시적인 결과는 개별적인 전문가나 기술을 통해 달성될 수 있다, 하지만 건강 결과 그 자체는 환자의 상태에 대한 포괄적인 케어를 통해 달성되는데 만성질환은 특히 단기간의 치료로 건강결과가 달성되지 않는다는 점에서 개별 산출물의 질이 아닌 시스템의 질 차원에서 접근이 필요하다. 다음으로 시스템의 질 차원에서 충분한 투자가 이뤄지고 있지 않은 영역에 대한 진단과 투자가 필요하다. 이를 확인하기 위해서는 포괄적이고 체계화된 모니터링을 지속적으로 해야 한다. 예를 들어 본 연구에서 중증정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망율은 약 10년간 2배 넘게 증가했음을 확인하였다. 이 분석결과와 관련하여 구체적인 개선점을 확인하기 위해서는 해당 지표와 연계된 의료서비스에 대한 종합적인 평가와 이에 근거한 질 개선 활동이 필요하다. 그 외 퇴원 30일 내 응급 재입원이나 하기도 감염을 가진 아동의 응급입원 등 최근 악화된 지표들에서 관련된 문제에 대한 파악이 필요하다.

영국에서 지표가 보고되고 있지만 국내에서 보고되지 않거나 별도의 자료로 산출 가능하지 않은 지표들이 있었다. 우선 의료서비스 이용 경험이다. 의료서비스 이용 경험 조사는 보건의료제도의 사람 중심성을 점검하기 위한 도구로 활용되고 있다. 영국에서 환자 경험과 관련하여 입원과 외래서비스 외에도 모든 치료세팅을 다루어야 한다고 밝히고 있으며, 특히 응급서비스, 출산서비스 등 환자가 취약할 수 있는 치료세팅에 대해서는 집중할 필요가 있다고 밝히고 있다. 미국에서도 입원과 외래 외에 공급자 특성별, 특정 질환별, 건강보험별로 구분하여 환자 경험 조사를 수행하고 있다. 한국은 현재 입

원과 외래를 중심으로 환자 경험 조사가 이뤄지고 있다.

안전성 영역의 의료 관련 감염 지표는 별도로 보고되고 있지 않는데 조작적 정의를 통해 산출이 필요한 지표이다. 또한 일부 지표들은 국내 자료의 한계로 인해 다른 방식으로 산출하였다. 예를 들어 만성질환자의 삶의 질 측정 시 1년 이상 질환을 보유한 경우에 대해 측정하나 국민건강영양조사에서 이를 확인하기 어려워 만성질환 유무로 정의하였다. 정신질환자의 고용률 측정 시 국민건강영양조사는 정신질환 중 우울증만 포함되므로 우울증 환자에서의 고용률을 평가하였는데 앞으로 가용한 자료원에 대한 개발이 필요하다. 이와 같은 문제들은 향후 질 지표를 산출함에 있어 개선이 필요한 영역이다.

## 2) 의료시스템 성과 향상을 위한 의료 질 관리체계

의료 질 강화의 목적인 효과성, 환자 중심성, 안전성과 환자의 니즈에 따라 예방, 치료 및 관리, 장기요양, 생애 말 의료로 구분하여 각 목적을 달성하기 위한 제도 및 정책이 어떻게 구성되어 있는지를 살펴보았다. 각 정책의 기술에 있어 개별 정책이 어떤 전략을 담당하는지(표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동), 주요 정책의 대상은 누구인지를 확인하였다.

효과성 영역에서 첫 번째 문제는 시스템의 분절성이다. 현재 심뇌혈관질환종합계획, 암관리종합계획, 감염병 예방 및 관리계획 등 질환별로 나눠져 계획이 수립되고 있으나 의료시스템 차원에서 전체를 포괄하는 전략이나 계획은 없다. 이는 현재 한국의 의료시스템이 '질병 중심'에 머물러 있음을 보여주는 것으로, 의료시스템이 사람을 중심으로 건강결과의 향상을 추구하기보다는 개별 서비스의 임상적 효과성에 집중하게 하는 결과를 야기할 수 있다. 또한 분절적인 시스템은 의료기관 대상의 질 관리 제도에서도 확인된다. 급만성질환 치료 및 관리 영역에서 현재 8개의 기관 단위 평가가 이뤄진다. 이러한 평가제도들은 개별적으로 발전해온 제도들로 평가별 평가 지표세트가 다르다. 전체를 조정하는 역할이 없으므로 각 제도들 간에 어떤 부분은 중복이 발생하고 어떤 부분은 비어 있게 된다. 의료 질 전략의 세 가지 측면인 표준의 수립, 모니터링, 질 개선 활동 중 특히 표준의 수립과 모니터링은 평가제도 간 중복되는 부분들이 있다. 각 제도별로 분리된 평가는 자원 측면에서도 비효율적이며 의료기관들 또한 평가로 인한

부담이 높다는 점 등을 고려했을 때 통합적 수행이 좀 더 효과적이고 효율적일 수 있다. 분절적인 평가제도는 평가제도의 중복 외에도 의원급 의료기관에 대해서는 질 관리의 공백을 발생시킨다. 의료기관 인증제도 및 대부분의 평가제도는 병원급 이상의 의료기관에 대해 시행되며 의원급 의료기관은 제외된다. 한편, 표준 설정 기능이 미흡하다. 근거 생산은 업무를 담당하는 각 기관에 맡겨져 있는 형태이나 그마저도 명확하지 않은 경우가 많다. 특히 만성질환 예방과 관리의 중요성이 강조되면서 일차 예방, 이차 예방 영역에서 근거 기반 치료 제공을 위한 표준설정이 필요하나 그 책임이 누구에게 있는지 분명하지 않다. 또한 질 표준은 근거에 기반해서 유관기관 간 협력과 사회적 합의를 통해 만들어질 때 실효성 있게 사용 가능한데 이러한 과정이 미흡하다. 의료인력 양성 지원 활동도 미흡하다. 의료서비스 성과에서 의료 인력에 대한 지속적인 교육이 강조되고 있으나 전공의 수련 및 보수교육 등은 관련 학회에 맡겨져 있는 상황이다. 성과를 위해서는 근거에 기반한 최적의 프로그램 개발이 필요하며 이를 위해서는 국가적 차원의 지원이 필요하다.

환자 중심성과 관련하여 의료서비스 경험 조사는 2017년부터 연례적으로 실시되고 있는데 이는 환자 중심성 강화에서 중요한 변화라고 볼 수 있다. 다양한 의료기관 평가제도들에서도 환자 중심성은 하나의 영역으로 포함되어 있다. 즉, 환자 중심성이 보건의료제도의 지향점으로 인식되고 있지는 않다. 안정성과 관련하여 의료기관 내 감염 등 환자 안전 측면에서 일상적인 감시체계가 필요하다. 의료기관 단위 평가제도들에 일부 지표가 포함되어있으나 개별 평가들에서 지표를 개발하여 포함하는 방식이며 통합적인 국가 전략하에 지표세트가 구성되어 있지는 않는다. 또한 모든 의료 영역이 환자 안전 거버넌스의 범위에 포함되어 있지는 않다.

### 3. 결론 및 시사점

국가 수준의 성과 보고체계를 만드는 것은 각 나라의 전략에 기반한다. 현재 우리나라에 국가 수준의 의료 질 전략 및 의료 질 성과 보고체계가 없는 상황에서 본 연구는 영국의 NHSOF를 활용하여 한국의 의료 질을 평가하고자 하였다. 영국의 NHSOF는 건강결과 중심의 포괄적인 지표를 총괄지표로 제시하고 있다는 점에서 국가 수준에서 의료 질을 보고하기 위한 유용한 틀이 될 수 있다. 다만 올해의 연구가 벤치마킹 차원



에서 지표 산출 가능성을 확인하였다면 향후 우리나라의 현황에서 개선이 필요한 영역을 확인하고 개선 영역의 세부지표로 포함하는 방안을 고려할 필요가 있다.

의료 질 향상을 위한 국가 수준의 전략 마련이 필요하다. 통합적인 국가 의료 질 전략 마련을 통해 의료서비스의 효과성, 환자 중심성, 반응성 제고를 위해 의료서비스의 단계별 기능(예방, 치료, 재활, 말기케어)에서 표준설정, 모니터링, 질 개선 활동을 어떻게 할지에 대한 장기적 계획이 필요하다. 향후 투자가 필요한 다양한 영역의 질 개선 활동 중 무엇에 우선순위를 두고 시행할지에 대한 검토가 이뤄져야 한다. 또한 의료시스템의 책무성 강화 측면에서 시스템 수준의 성과 모니터링 및 보고체계 마련이 필요하다. 의료시스템의 책무성 강화는 한국의 의료시스템이 어떤 부분에서 성과가 있고 어떤 부분이 미흡한지 국민이 이해할 수 있게 국민에게 공개하는 것이다. 성과 모니터링 체계는 개선이 필요하고 투자가 필요한 영역을 확인할 수 있도록 돕는다. 마지막으로 국가 수준의 의료 질 전략, 성과 보고와 모니터링은 의료현장에서의 질 관리 활동으로 연계될 수 있도록 질 표준 개발, 평가 환류, 의료인 교육과 훈련 등이 고려되어야 한다.

\* 주요용어: 의료시스템, 의료 질, 의료시스템 성과, 건강결과



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제3절 개념적 고찰



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

### 1. 연구의 배경 및 필요성

고령화와 만성질환 중심의 질병구조 변화, 건강과 의료에 대한 권리 의식 확대 등으로 의료 수요가 증가하고 새로운 고가의 의료기술이 증가하면서 의료비 또한 빠르게 증가하고 있다. 이에 따라 제한된 자원으로 더 효과적인 서비스를 제공하는 것에 대한 관심이 증가하였다. 다른 한편으로 더 많은 혹은 더 비싼 서비스가 더 좋은 건강결과로 이어지는 않는다는 보고들이 이어지면서 양질의 의료서비스 제공에 대한 관심이 증가하였다(Brody, 2010). 건강수준의 향상이 전체 인구집단에서 서비스의 접근성과 제공되는 서비스의 질에 따라 결정된다는 점에서 본다면(Busse, 2017) 의료서비스에 대한 접근성을 보장하는 것 외에도 국민이 양질의 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 것이 결국 국민의 건강수준 향상이라는 의료시스템의 성과 향상을 위해 중요한 문제라고 할 수 있다. 즉, 보건의료를 둘러싼 현재의 환경은 환자가 얻는 비용 대비 가치와 국민 건강의 향상을 동시에 추구하는 의료시스템의 혁신을 요구한다.

[그림 1-1] 보건의료서비스의 질과 건강결과의 관계(Busse, 2017)



자료: Busse (2017). High performing health systems: conceptualizing, defining, measuring and managing. Value in Health Forum Standards, Quality and Economics (January 19th 2017). [https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Edmonton\\_20170119.rb\\_HighPerformingSystems.pdf](https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Edmonton_20170119.rb_HighPerformingSystems.pdf) 에서 2020.3.5. 인출

의료시스템이 건강수준 향상이라는 목표를 지속적으로 실현해가기 위해서는 의료 질과 건강결과를 중심으로 시스템 차원에서의 성과를 꾸준히 평가하는 것이 필요하다(IOM, 2001). 개별 공급자 단위, 개별 정책에 대한 평가도 필요하지만 이러한 개별 단위의 성과가 시스템 차원의 성과로 합산되는 것은 아니다. 예를 들어 많은 국가에서 주요한 사망원인인 심혈관계 질환은 입원한 환자에게 적절한 치료를 제공하는 것도 중요하지만 입원을 예방하기 위한 사전 관리와 수술 후 퇴원한 환자가 포괄적인 재활서비스를 통해 회복하여 일상적인 생활을 진행할 수 있도록 지원하는 것이 중요하다(OECD, 2012, p.16). 즉, 개별 공급자 단위의 성과 평가 및 관리만으로 질병의 사전 예방, 질병의 진행(혹은 건강의 개선)에 따른 관리와 연계 및 기관 간 협력의 성과를 확인하기 어려우며 예방, 관리, 치료, 재활, 연계라는 각 영역의 정책의 효과만으로 파악하기에는 한계가 있다.

비용 대비 가치 있는 의료서비스 제공, 국민의 건강 향상이라는 보건의료제도의 책무성 강화를 위해 미국, 영국 등 주요 선진국들은 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 지속적으로 모니터링하고 보고하는 체계를 구축하였다. 예를 들어 미국 AHRQ는 국가 보건의료 질과 격차 보고서(National Healthcare Quality & Disparity Report)를 매년 발간하고 있으며 영국 NHS는 영국 보건부(이하 UKDH)의 정책방향에 따라 NHSOF(NHS Outcomes Framework)를 개발하여 건강결과를 중심으로 의료시스템의 성과를 보고하고 있다(UKDH, 2010a). 또한 경제협력개발기구(OECD)는 각 나라의 자료를 수집하여 보건의료시스템의 성과를 다각도로 평가하여 연례적으로 보고하고 있다. 이러한 성과 측정과 모니터링은 의료시스템이 혁신해가는 과정의 일부로 의료 질 향상을 추동하고 건강수준 향상을 위해 자원이 효과적으로 이용될 수 있도록 지원한다.

이는 한국에서도 예외일 수 없다. 국가 차원에서 의료시스템의 성과를 통합적으로 모니터링하고 관리함으로써 가치 지향적인 의료제도로의 혁신을 위한 시스템 구축이 가능하다(IOM, 2001). 특히, 최근 건강보험 보장성 강화에 따라 의료서비스에 대한 접근성이 개선되고 의료서비스 이용이 증가하였으나 비용의 증가가 양질의 의료서비스 제공과 더 나아가 건강수준의 향상으로 이어졌는지는 불분명하다. 서비스의 접근성 개선이 서비스의 질 개선과 결합될 때 건강수준의 향상으로 이어진다는 점을 고려한다면 국가 수준에서 의료서비스의 질과 건강결과를 중심으로 시스템의 성과를 추적, 관

리하는 것이 필요하다.

현재 한국에서 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 평가하고 추적, 보고하는 기전은 마련되어 있지 않다. 의료의 질을 파악하기 위해서는 의료시스템을 평가하는 방법과 임상적 관점에서 질을 평가하는 방법이 있는데 그동안 우리나라는 특정 질환이나 의료 서비스에 초점을 맞춘 임상적 평가지표 중심으로 파악해왔다. 또한 그마저도 측정 가능성이 중요한 기준이 되었고 체계적인 질 향상을 위한 평가로 이어지지는 못했다(신영석 외, 2012, p.204). 의료기관 대상의 개별 평가제도, 개별 정책에 대한 평가들을 통해 질 향상을 유도해왔으나 시스템 수준에서 질 향상으로 이어지는 데는 한계가 있었다. 영역별 평가사업들은 정부의 정책기조에 따라 변경되면서, 시행되는 다양한 질 향상 관련 정책들의 성과를 체계적으로 평가하지는 못했다(신영석 외, 2020, pp.196-197).

예를 들어, 급성기 치료의 성과에서 나타난 혁신이 시스템 수준의 혁신으로 전환되기 위해서는 국가 단위에서 전략을 세우고 보건의료시스템의 성과 변화를 지속적으로 추적하는 성과 평가 체계를 구축해야 한다(신영석 외, 2020, pp.196-197). 국가의 의료제공시스템은 국민의 건강 유지와 증진, 질병 치료, 기능 회복, 질병과 장애의 관리, 생애 말기 삶의 질과 같은 결과(Outcomes)를 달성하기 위해 의료서비스가 제공되도록 하는 것이다(강희정, 윤석준, 하솔잎, 고슬기, 서해영, 2013, pp.19-20). 그리고 시스템 수준에서 의료의 질을 평가하는 것은 국가 수준에서 전체 의료서비스의 질 수준을 파악하고 문제영역을 진단함으로써 시스템 수준에서 혁신과 향상을 유도할 수 있게 해준다(강희정 외, 2013, pp.20-21).

가치 기반 보건의료 개혁의 핵심은 단순한 재정 절감이 아니라 환자와 사회가 추구하는 가치인 건강결과라는 점에서 시스템 단위에서 건강결과를 중심으로 한 의료 질과 성과 평가가 필요하다. 구조와 과정에 대한 모니터링도 중요하지만 국가 수준에서 너무 많은 강조점을 둘 경우 임상적 우선순위의 왜곡을 낳을 수 있고 결과보다 수단에 집중하면서 보건의료제도의 궁극적인 목적을 잃을 수 있다(UKDH, 2010b, p.7). 그러므로 일시적 의료서비스 제공 결과가 아닌 환자 건강상태에 대한 전반적이고 장기적인 건강결과와 비용에 대한 평가가 필요하며 지역과 국가 수준의 가치가 평가되어야 한다(Poter & Teisberg, 2006).

강희정 등은 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가」 연구의 일환으로 ‘한국 의료 질 보

고서'를 발간하고 우리나라 의료시스템이 좋은 질의 의료서비스를 생산하여 국민의 의료 경험을 지속적으로 향상시키고 양질의 의료를 형평하게 제공하고 있는지 연례적으로 보고하였다(강희정 외, 2016, 강희정 외, 2017, 강희정 외, 2018). 본 연구는 「한국 의료시스템의 혁신 성과 평가」 5년 차 연구로 건강결과 개선을 위해 의료시스템 수준에서의 혁신<sup>1)</sup>이 필요하다는 관점에서 의료 질 보고체계의 개념적 틀을 갱신하여 한국 의료의 질 현황을 측정하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구는 두 가지를 목적으로 한다. 우선은 국가 수준에서 건강결과를 중심으로 의료 질과 시스템의 성과를 살펴보는 것이다. 우리나라에서 요양기관 단위 평가 혹은 특정 질환에 대한 지표들은 개발되었지만 아직 국가 차원에서 건강결과를 체계적으로 측정하고 보여주기 위한 분석틀은 개발되지 않았다. 이는 의료 질 및 건강성과와 관련하여 국가 차원의 전략적인 목표를 세우고 접근해야 하는 가치 기반 의료시스템 강화를 위해 시스템 수준에서 혁신이 필요한 문제이다. 본 연구는 향후 국가 수준의 의료시스템 성과 보고체계가 개발될 것을 염두에 두고 다른 나라의 성과 보고 분석틀을 검토하여 국가 수준의 의료시스템의 성과 보고에 적합한 체계를 벤치마킹하는 방식으로 우리나라 의료시스템의 성과를 보고하고자 한다.

두 번째 목적은 전반적인 우리나라의 의료 질 관리체계를 점검하는 것이다. 지금까지 의료 질 개선을 위한 다양한 정책과 제도 등 혁신을 위한 노력들이 있었으나 체계적인 틀에 기반해서 의료 질 관리체계를 전반적으로 분석한 연구는 없다. 의료시스템 성과 보고를 통해 국가 수준의 현황을 보다 포괄적으로 보여주는 게 목표라면 시스템 수준에서 어떤 변화가 만들어져 왔는지를 포괄적으로 살피고자 한다. 이를 통해 혁신이 일어난 부분과 향후 개선이 필요한 여러 과제들을 종합적으로 제시함으로써 향후 정책의 우선순위 설정 등에서 고려할 수 있는 기초자료를 제공하고자 한다.

1) 본 연구에서의 혁신은 지불 가능하고 개선된 의료서비스를 전달하기 위한 시스템 수준의 새로운 (Marjanovic et al., 2017, p.1) 정책과 제도의 도입과 시행이다.



## 제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구는 건강결과를 중심으로 의료 질과 시스템의 성과 분석틀과 지표를 제안하여 산출하고 의료 질 관리체계를 분석하는 것을 목적으로 한다. 이러한 목적하에 본 연구에서 다루는 내용은 다음과 같다.

### 1. 연구내용

보고서의 내용은 크게 1부 한국의 의료 질 보고와 2부 한국의 의료 질 관리체계 분석으로 구분되는데 1부와 2부에 앞서 제1장 서론에서는 한국 의료 질 보고서의 작성 배경과 의료 질 관리체계 분석의 필요성을 논의한다.

#### 가. 2020 한국 의료 질 보고서

제1부 2020 한국 의료 질 보고서는 크게 세 파트로 구성된다. 체계적인 분석틀에 근거한 우리나라 의료 질 평가, OECD 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicator)를 활용한 국제적 수준에서 우리나라 의료 질 평가, 최근 코로나19 동안의 노인의 의료이용 경험이다. 각 장별 구체적인 내용은 다음과 같다.

제1부의 첫 번째 장인 제2장 「한국 의료 질 보고서 현황 및 개념적 틀」에서는 본 보고서에서 의료시스템의 성과와 질을 평가하기 위한 분석틀을 제시한다. 의료시스템의 성과와 질을 평가하는 분석틀은 각 나라의 현황과 전략에 맞게 구성될 필요가 있는데 이미 시스템 수준의 성과와 의료 질을 보고하고 있는 다른 나라들의 분석 틀을 활용할 수 있다. OECD의 분석 틀과 국가 수준에서 의료시스템의 성과와 질을 지속적으로 보고하는 영국, 미국, 네덜란드의 사례를 검토하여 본 연구에서 벤치마킹할 분석틀을 결정한다. 올해의 보고서에서는 다른 나라의 분석틀을 활용하여 영역별 지표의 산출 가능성을 검토하고 국내 의료체계 등을 반영하여 가능한 수준에서 일부 지표들은 수정하여 산출한다. 지표 틀 구성을 위해 보다 폭넓은 의견수렴이 필요한 경우는 차년도 연구에서 다루어야 하는 문제로 제시한다. 제3장 「우리나라 의료 질 현황」에서는 2장에서 설정한 성과 측정 틀에 맞추어 영역별로 해당하는 지표의 추세 변화를 평가한다. 국가

수준에서의 추세 변화 평가를 기본으로 하되 분석이 가능한 경우 사회경제적 수준별 혹은 지역별 등 세부 인구집단의 격차 추이를 비교하여 제시한다. 제4장 「국제 비교로 본 한국 의료 질」에서는 한국 의료 질이 국제적 수준에서 어느 정도 위치에 있는지를 평가하는 것을 목적으로 한다. OECD HCQI에서 제시하고 있는 국가별 지표를 이용하여 OECD 국가들의 평균과 한국의 수치를 비교한다. 제5장 「코로나19 유행 동안 의료시스템의 반응성: 노인의 의료이용 경험」은 올해 코로나바이러스감염증-19(이하, 코로나19)의 유행상황과 관련한 분석이다. 코로나19로 의료이용이 감소하였다는 보고가 있으나<sup>2)</sup> 의료서비스가 필요함에도 이용하지 못한 결과일 경우 건강 문제로 이어질 수 있다. 또한 의료서비스를 이용했더라도 전염병 유행과 같은 위기 상황에서 의료서비스를 이용한 환자들의 경험이 악화될 수 있다. 따라서 상대적으로 만성질환이 많아 의료에 대한 필요도가 높은 노인집단을 대상으로 전염병 유행 동안 의료시스템의 반응성 차원에서 필요한 의료서비스를 이용하지 못한 경험과 의료서비스를 이용하였더라도 서비스를 이용하는 과정에서 환자들이 경험한 바를 평가하고자 한다. 제6장 「한국 의료 질 향상 성과 종합 및 제언」은 제1부의 내용을 종합적으로 정리한다. 한국 의료시스템의 성과와 질을 종합적으로 정리하는데, 전체 인구집단 수준에서의 현황과 집단 간 격차 등을 종합적으로 검토한다. 또한 이용한 분석 틀을 평가하고 한국 의료 질 보고의 개선을 위해 향후 고려할 과제를 제시한다.

## 나. 의료시스템 성과 향상을 위한 의료 질 관리체계 개선방향

제2부의 내용은 한국의 의료 질 관리체계에 대한 분석이다. 제7장 「우리나라 의료 질 관리체계 현황진단」에서는 의료 질의 전략적 특성과 영역을 고려하여 한국의 의료 질 관련 제도를 분석한다. 의료법, 국민건강증진법 등 관련 법령을 검토하고 보건의료 영역 주요 기관의 역할을 검토한다. 또한 보건의료 영역에서 의료 질과 관련된 주요 사업을 검토한다. 제8장 「주요국의 의료 질 관리체계」에서는 국가 차원의 의료 질 관리 전략을 수립하고 있고 의료 질 보고체계 등을 갖추고 있는 영국, 미국, 네덜란드의 의료 질 관리 정책 현황을 분석하고 한국에 주는 시사점을 제시한다. 제9장 「의료 질 관

2) 2017년부터 2019년까지 건강보험 진료비는 약 10% 수준에서 증가해왔으나 2020년 건강보험 진료비 증가율은 0%에 가까웠고 진료 인원과 입내원 일수는 감소한 것으로 나타났다(김진이, 2020).

리체계 개선과제 및 제언」에서는 국내 의료 질 관리체계 분석과 주요 외국의 의료 질 관리체계 분석에 기반하여 우리나라 의료시스템의 성과를 제고하기 위한 의료 질 관리체계 개선과제를 제시하고 연구의 한계 및 향후 연구방향을 제시한다.

## 2. 연구방법

### 가. 2020 한국 의료 질 보고서

「2020 한국 의료 질 보고서」 작성을 위해 OECD, WHO에서 제시한 개념적 틀을 검토하였고 국가 수준에서 시스템의 성과와 질을 지속적으로 보고하고 있는 미국, 영국, 네덜란드의 분석틀을 검토하였다. 벤치마킹을 위한 분석틀을 정함에 있어 크게 세 가지를 고려하였다. 우선은 시스템의 성과 분석을 위한 의료 질의 구성범주 혹은 주요 영역인데, 다양한 영역을 나열하는 방식보다는 선행 연구에 기반하여 범주를 가능한 단순화하였다. 다음으로 의료시스템이 근본적으로 국민의 건강수준 향상을 목적으로 한다는 점에서 국가 수준의 성과를 보고함에 있어 건강결과를 중심에 두고 시스템의 질을 평가하는 것이 적절하다고 판단하였다. 이는 구조와 과정지표가 무의미하다는 것이 아니고 구조와 과정이 결과를 위해 구성되고 활용되어야 한다는 의미이다. 마지막으로 의료 질 향상을 통해 추구하는 건강수준의 향상이라는 목표를 총괄적으로 보여줄 수 있는 체계를 고려하였다.<sup>3)</sup> 위의 세 가지는 국가 수준의 의료 질을 가능한 단순화하고 체계화하여 측정하고 공개함으로써 연구결과에 대한 이해도를 높이기 위함이다.

분석 틀에 근거하여 의료 질 수준을 평가하였다. 이를 위해서 가용한 자료원을 활용하였다. 건강결과와 관련해서 통계청의 사망원인통계자료를 분석하였으며 의료이용과 관련된 지표는 국민건강보험공단의 건강보험 맞춤형 자료와 건강보험표본 코호트자료를 이용하였다. 포괄적인 성격의 지표 산출을 위해 질병관리청의 국민건강영양조사를 이용하였다. 환자 중심성과 관련하여 보건복지부, 보건사회연구원의 의료서비스 이용 경험 조사를 이용하였다. 원시 자료가 공개되어 있지 않은 경우 보고서 등에 제시된 수치를 인용하였다. 가능한 모든 지표는 2010~2019년 값을 산출하고자 하였으나 자료

3) 이러한 기준은 영국 NHSOF 구성 과정에서도 활용된 바 있다.

의 가용성으로 인해 포함된 연도는 자료마다 차이가 있다. 지표별 세부적인 자료원과 산출방식은 부록 1에 제시하였다.

〈표 1-1〉 자료원

구분 / 주관	자료 (기간)
연구진 직접 분석	
국민건강보험공단	건강보험맞춤형DB (2010~2019)
질병관리청	국민건강영양조사 (2010~2018)
통계청	사망원인통계조사 (2010~2018)
보건복지부, 한국보건사회연구원	의료서비스경험조사 (2017~2019)
별도 요청 산출자료	
중앙암등록본부	암 생존율 요청자료
통계수치 활용	
국립암센터	호스피스·완화의료 연례보고서 (2017~2018)
국립암센터	암검진통계 (2010~2017)
보건복지부, 환자안전보고학습시스템, 의료기관평가인증원	환자안전통계연보 (2017~2018)
중앙치매안심센터	치매 추정진단율 (2018)

한국의 의료 질의 국제 비교를 위해 OECD HCQI의 국가별 의료 질 지표를 수집하여 이용하였다. 지표의 범주는 OECD HCQI의 틀을 활용하였고 한국의 의료 질 수준을 PARC(Position vAlue for Relative Comparison) 지수를 산출하여 평가하였다(지수에 대한 자세한 설명은 해당 장에서 기술한다.).

코로나19 동안 노인의 의료이용 경험 변화는 위탁조사를 통해 자료를 수집하였다. 만 65세 이상 노인 2000명을 대상으로 위탁업체를 통해 설문조사를 진행하였다. 설문 내용은 크게 건강상태, 시스템 신뢰도, 의료서비스 이용 경험, 의료서비스 만족 등으로 구성되는데 한국의 의료서비스 경험 조사, 한국의료패널, 유럽의 중고령자 패널 등을 참고하여 설문을 구성하였다. 구체적인 조사방법 및 조사내용 등은 제5장에서 기술하였으며 설문지는 부록 3에 제시하였다.

## 나. 의료시스템 성과 향상을 위한 관리체계 개선방향

문헌고찰을 통해 의료 질 향상 전략에 대한 분석틀을 검토하였다. 제시된 개념들을 활용하여 국내 제도를 분석하였다. 국내 제도 분석을 위해 주로 법령 정보를 활용하였고 보다 구체적인 내용을 확인하기 위해 가용한 경우 각 사업에 대한 보고서를 참고하였으며 관련 업무 담당기관의 홈페이지에 제시된 정보를 활용하였다. 또한 관련 기관 종사자와의 간담회를 통해 제도 현황과 개선 방향에 대한 의견을 수집하였다. 주요 선진국의 의료 질 관리체계는 문헌고찰을 통해 작성하였다.

## 제3절 개념적 고찰

### 1. 의료 질의 개념과 영역

#### 가. 의료 질의 개념

의료 질의 개념은 다양하게 제시된다. 도나베디안(Donabedian)은 의료 질을 정의할 때 건강 이익과 위해의 균형을 의료 질의 본질이라고 언급하였다. 다만 의료 질을 정의함에 있어 어려운 부분은 의료인은 이용가능하고 경제적으로 보상이 되는 모든 수단을 동원하는데 이는 의료서비스와 의료서비스의 혜택이 불형평하거나 사회적으로 최적이지 아닌 상태로 제공될 수 있고 이러한 문제는 사회적 조치를 통해서만 해결될 수 있다고 하였다. 이 조치는 의료서비스 이용 전반을 관리하는 것으로, 이를 통해 시스템은 개별 환자의 이해에 가장 잘 반응할 수 있다. 이 과정에서 의료인과 사회적 관리 메커니즘 사이의 긴장은 피할 수 없고, 이는 개인화된 의료 질의 정의와 사회화된 의료 질의 정의 사이의 충돌을 일으킬 수 있다고 하였다(Donabedian, 1980, pp.27-28).

미국 IOM(Institute of Medicine)은 ‘의료 질’을 “전문가들이 현재 가지고 있는 (의료) 수준에 기반하여 의료서비스가 개인과 인구집단이 원하는 건강결과를 얻을 수 있는 가능성을 높이는 것”이라고 정의하였다. 이러한 정의는 다음과 같은 속성이 있다 (괄호 안의 글은 위 정의에 나와 있는 말임). 측정 가능하다(나타내는 정도); 의료서비

스의 다양한 요소를 다 포함하고 있다(의료서비스); 개인과 대중 모두를 질을 높이는 대상으로 삼는다; 건강결과를 높이는 것을 추구한다(원하는 건강결과); 결과가 확률론적(랜덤 혹은 확률)이라는 속성이 있음을 인정하지만 기대하는 순이익에 가치를 둔다(얻을 수 있는 가능성의 정도); 결과의 중요성을 강조하고 건강관리 과정을 결과에 연계한다(의료서비스; 가능성; 결과); 개별 환자 및 사회의 선호와 가치를 중요하게 여기고, 그것이 건강관리 의사결정과 정책결정에서 도출되고 고려되어야 한다(원하는 건강결과); 전문가들은 현재의 기술, 의료 및 과학적 지식의 수준으로 행위할 수밖에 없고, 그 상태는 역동적이며, 그러므로 의료 제공자는 자신이 할 수 있는 최고의 지식을 사용할 책임이 있다(현재의 전문가들이 가지고 있는 (의료) 수준)(IOM, 1990, p. 21).

국제보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 2006년 보고서에서 질을 보건의료와 보건의료제도라는 두 가지 측면 혹은 또 다른 활동 측면에서 정의할 수 있다고 언급하면서 실질적 의미(working definition)로 전체 시스템 관점이 필요하며 서비스 이용자와 지역 사회를 위한 건강결과에 대한 우려를 반영할 필요가 있다고 지적하였다(WHO, 2006, p.9).

이러한 정의들은 각기 다르지만 몇 가지 관통하는 지점을 찾을 수 있는데 의료 질이 개별 제품의 질을 의미하기보다는 개인의 건강문제에 개입하는 과정과 관련되며, 건강 결과라는 목표를 달성하기 위해 중요한 수단이라는 점, 측정 가능하고 단순한 서비스의 투입보다는 건강 개선을 궁극적인 목적으로 한다는 점, 고정되어 있는 상태가 아니라 지식의 발전에 따라 발전하는 영역이라는 점이며 의료 질이 개인을 넘어 인구집단 수준에서 인식되고 사람들의 필요 혹은 기대를 고려해야 한다는 점이다.

## 나. 의료 질의 영역

### 1) Donabedian의 구조-과정-결과

의료서비스의 질을 설명하고 평가하는 도나베디안의 접근 방식은 널리 받아들여져 왔는데 이는 의료 질에 관련된 영역에서 드물게 합의되는 지점 중 하나일 것이다(Ayanian & Markel, 2016). 도나베디안은 1966년에 산업에 사용하던 입력(input)-과정(process)-출력(output) 개념을 기반으로 의료 질 평가를 위한 구조, 과정, 결과

라는 삼각모형을 제안했다. 그는 치료가 이뤄지는 환경의 속성 중 “구조(structure)”에 물질적 자원(시설, 자본, 장비, 약품 등), 지적 자원(의료 지식, 정보 시스템) 및 인적 자원(의료 전문가)과 같이 의료 제공에 필요한 모든 자원을 포함하였다. “과정(process)”은 처방패턴, 의료적 개입 정도, 의뢰 정도와 같은 환자와 관련된 과정과 의약품 조달, 대기자 명단관리, 의료인에 대한 지불, 자금 관리와 같은 조직적 측면(약물 공급, 대기자 명단 관리, 의료진에 대한 지불, 자금 수금 등)을 포함하였다. “결과(outcome)”는 의료서비스가 개별 환자와 인구집단의 건강 상태에 미치는 영향으로 사망률, 이환율, 장애 또는 삶의 질과 같은 최종 결과와 혈압, 체중, 개인 후생, 기능적 능력, 대처 능력 및 지식 향상과 같은 중간 결과를 구분하였다(Donabedian, 1966).

## 2) 의료 질의 세 가지 핵심 영역: 효과성, 환자 중심성, 안전성

의료 질의 영역은 다양하게 제시된다. 때로는 접근성, 적절성, 시의적절함 등과 함께 사용되기도 한다. EU는 질 높은 의료를 “효과적이고 안전하며 환자의 요구와 선호에 부응하는 건강 관리”로 설명하였다(European Commission, 2010). WHO는 양질의 의료 서비스 효과성, 안전성, 사람 중심성이라고 설명하면서 양질의 의료서비스의 이점을 실현하려면 의료서비스가 시의 적절하고 공평하고 통합적이며 효율적이어야 한다고 밝혔다(WHO, 2018).

- 효과적: 증거 기반의 의료서비스를 필요로 하는 사람들에게 제공하는 것
- 안전: 치료 대상자에 대한 피해를 방지하는 것
- 사람 중심: 개인의 선호도, 필요 및 가치에 맞는 치료를 제공하는 것

이러한 개념에서 크게 세 가지로 의료 질의 주요 영역을 제시할 수 있는데 효율성이나 접근성은 양질의 의료서비스의 이점을 실현하는 중요한 특성이지만 의료 질의 핵심 영역으로 보기는 어렵다. 효과성, 환자 중심성, 안전성은 2006년에 처음 발표된 OECD HCQI 프로젝트의 틀을 기반으로 한다(Arah, Westert, Hurst, & Klazinga, 2006). 이 프로젝트의 목적은 의료 질의 국제 비교를 위한 개념적 틀과 해당하는 지표를 개발하는 것이었다. HCQI 프로젝트는 적절성, 연속성, 적시성 및 수용 가능성과 같

은 다른 속성이 이러한 3차원 내에서 쉽게 수용될 수 있다고 주장하면서 효과성, 안전 및 환자 중심의 3가지 차원을 의료 품질의 핵심 차원으로 선택했다. 예를 들어, 적절성은 효과성에 포함될 수 있으며 연속성과 수용성은 환자 중심성에 포함될 수 있다. 접근성, 효율성 및 형평성도 보건 시스템의 중요한 목표로 간주되지만 의료 질과는 구분되어 다뤄질 필요가 있다.

## 2. 의료 질 관리 제도의 영역 및 구성요소

각 국가들은 의료의 질 향상을 위해 국가의 질 정책 및 전략을 수립하고 더 넓은 범위에서 국가 정책과 계획 과정에 긴밀하게 연결시켜야 한다(WHO, 2018, p.10). 보편적 건강보장 달성에 있어 재정 및 의료 제공자에게 지불하는 구조뿐만 아니라 질 구조에 대해 고려하고 낭비와 중복을 줄여 건강성과 개선을 촉진하도록 한다. 효과적인 서비스의 효율적인 사용, 이용 가능한 자원의 최대한 활용과 의료서비스에 대한 평가와 개선을 지속적으로 추구할 수 있는 프로세스와 구조를 개발해야 할 필요성이 있다(WHO, 2018, p.16).

### 가. OECD

OECD(2017, p.8)는 의료 질에 영향을 미치는 핵심 정책과 제도를 제시하였다. 보건의료제도 설계 측면에서 행위자의 책무성과 책임할당, 입법을 예시로 제시하였고 보건의료제도 투입 측면에서 면허, 인증, 기술에 대한 질 관리를 예시로 제시하였다. 모니터링과 진료표준 설정 측면에서 질 평가, 국가 진료표준과 지침, 감사(audit) 연구 및 성과 보고를 제시하였고, 질 향상 프로그램(국가 프로그램, 병원 프로그램, 인센티브) 측면에서 질과 안전에 대한 국가 프로그램, 병원 성과에 기반한 지불제도, 질 향상 프로그램들이 필요하다고 제시하였다.



〈표 1-2〉 OECD 의료 질 정책과 예시

정책	예시
보건의료제도 설계	행위자의 책무성, 책임 할당, 입법
보건의료제도 투입(전문직, 조직, 기술)	전문직 면허, 의료기관 인증, 약제와 의료기기 질 관리
보건의료제도 모니터링과 진료표준 설정	질 평가, 국가 진료표준과 지침, 국가 감사(audit) 연구 및 성과 보고
질 향상 (국가 프로그램, 병원 프로그램, 인센티브)	질과 안전에 대한 국가 프로그램, 병원 성과에 기반한 지불제도, 질 향상 프로그램들

자료: OECD. (2017). Lessons learnt from 15 reviews of health care quality: Caring for Quality in Health. Paris: OECD.

## 나. 세계보건기구(WHO)의 국가 질 정책과 전략을 위한 핸드북

WHO는 국가 질 정책 및 전략 개발 핸드북에서 국가 질 정책 개발을 위한 8가지 요소로 국가 보건 목표와 우선순위, 질에 대한 지역적 정의, 이해관계자 맵핑과 연계, 의료 질 상태에 대한 상황분석, 질을 위한 거버넌스와 조직적 구조, 향상 방법과 도구, 건강관리정보체계, 질 지표와 핵심 측정도구를 제시하였다.

첫째, 국가 보건 목표와 우선순위는 기존의 국가 보건부문 목표와 우선순위를 확인하고 질 정책을 위한 목표와 우선순위를 발전시키고 조정하는 작업이다. 둘째, 질에 대한 정의는 다양하고 국가 수준, 지역 수준, 기관 수준에서 질이 무엇인가에 대한 해석은 다양해질 수 있다. 그러므로 각 영역에서 질의 정의를 확인하고 일반적인 질의 차이를 고려하여 정책과 전략의 개발과 도입을 위한 특화된 정의를 개발하고 이해관계자의 자문을 통해 정의를 정제한다. 셋째, 질은 의료시스템의 산물이라는 점에서 정책개발 과정에서 주요 이해관계자와 함께 함으로써 질에 영향을 미치는 포괄적인 속성을 다룰 수 있다. 관련된 이해관계자를 확인하고 역할을 맵핑하고 이해관계자가 정책개발 과정 참여하도록 계획한다. 넷째, 질 상태에 대한 상황분석이 필요하다. 질 상태, 맥락적 요인, 의료 질 변천 과정 등 다양한 소스에서 관련 정보를 수집하고 결과들을 우선순위와 전략으로 전환하기 위한 다중 이해관계자 분석을 진행한다. 다섯째, 정책이 어디에서 어떻게 개발되고 입법화되고 시행되고 모니터링되는지, 정치적 환경에서 어떻게 영향을 받는지 질에 대한 거버넌스와 조직구조에 대한 이해가 필요하다. 거버넌스에 대한 구조를 맵핑하고 정책 도입과 시행 기전을 확인하고 정책 개발과 질 개선 노력을 위한

거버넌스 구조를 결정한다. 여섯째, 정책의 목표 달성을 위한 개념과 원칙을 설명하는데, 정부가 고려하는 기본적인 요소들은 <표 1-13>과 같다. 도나베디안의 모델에서 의료 질 평가는 구조, 과정, 결과이며 의료 질 정책 개발 시 구조와 과정을 다루는 개입들을 어떻게 포함할지와 정책이 어떻게 궁극적으로 건강결과에 영향을 미칠지를 고려해야 한다. 일곱 번째로 질 향상은 정확한 성과 데이터를 필요로 한다는 점에서 측정, 보고, 피드백을 위한 시스템이 필요하다. 기존의 데이터 소스와 역량을 맵핑하고 질 관련 현재의 정보시스템에서의 갭을 확인하고 질을 위한 보건의료정보시스템을 최적화하기 위한 방향을 제안하고 데이터 시스템 및 보건정보와 관련된 기존의 정책과 계획을 확인한다. 여덟째, 포괄적인 정책은 정규적인 질 모니터링과 피드백, 어떤 진전이 만들어지고 있는지에 대한 전반적인 평가를 포함한다. 수집된 관련 지표들을 평가하고 핵심 지표세트를 개발하기 위한 정책방향을 정한다(WHO, 2018, pp.23-31).

<표 1-3> 시스템 전체의 질을 위해 필수적인 기본요소

구분
질을 위한 우선순위를 정하고 환경을 형성하기 위한 리더십
표준과 타겟 수립
전문가, 면허 교부
검수 및 외부평가
인력 개발 및 유지
인센티브 메커니즘(재정적, 비재정적)
측정, 벤치마킹, 피드백
타겟 집단, 임상적 상태에 따른 대규모 개선 계획
환자, 가족, 지역 사회 연계(참여, 교육, 선택과 피드백)
공공 성과 보고에 대한 투명성

자료: WHO (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO. p.29

#### 다. European Observatory on Health Systems and Policies

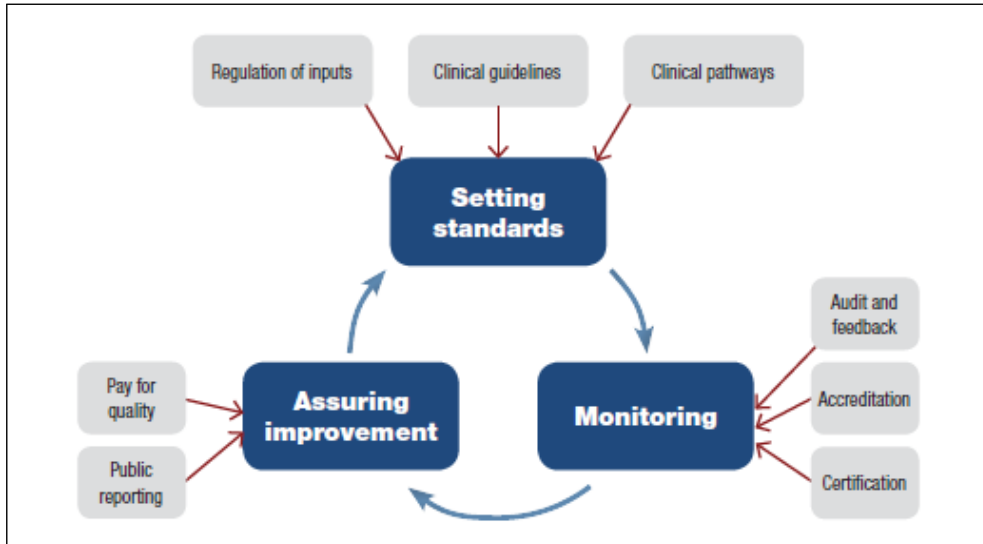
다양한 질 전략의 특성을 체계적으로 비교하는 단일한 개념들은 존재하지 않는데 의료 질 관련 전략들이 어떻게 질을 평가하고 개선하는지를 더 잘 이해하기 위해서는 포괄적인 분석들이 필요하다. OECD HCQI 프로젝트는 질을 1) 효과성, 안전성, 환자 중심성으로 구분하였고, 환자의 2) 보건의료 니즈 측면에서 일차 예방, 회복, 질환을 가지고 생활, 말기 케어로 구분하였다. 지표와 질 전략들은 서비스 유형에 따라 다르게 계획되어야 한다. 예를 들어 입원 환자의 사망은 급성기 치료에 대한 질 지표이지만 말기 케어의 질 지표가 될 수는 없다. 따라서 질 지표 프로젝트 개념들에 근거해서 우선 의료 질의 구성범주와 니즈를 질 전략 설계 및 평가 시 고려해야 한다. 다음으로 PDCA(Plan-Do-Check-Act) 사이클과 WHO가 정의한 질 전략의 일반영역인 법제화와 규제, 모니터링과 측정, 질 보증과 개선을 고려해서 3) 기준설정, 모니터링, 개선 보증의 3가지 주요 활동을 제시했다. 예를 들어 기준설정은 투입에 대한 규제(regulation of inputs), 임상 가이드라인(clinical guidelines), 임상 경로(clinical pathways)를 포함하며 모니터링은 감사 및 피드백(audit and feedback), 승인( accreditation), 인증(certification), 질 보증은 질에 대한 보상(pay for quality), 공공보고(public reporting)를 포함한다. 네 번째는 도나베디언의 의료 질 접근에 따른 4) 구조, 과정, 결과의 구분이다. 다섯 번째는 질 전략의 5) 대상으로 개별전문가, 의료기술(의약품, 의료기기), 공급자 조직(병원, 일차의료센터), 환자와 지불자이다 (Panteli, Quentin, & Busse, 2019, pp.19-26).

〈표 1-4〉 의료 질 전략의 영역과 항목

영역	항목
의료 질의 구성범주	효과성, 안전성, 환자 중심성
환자의 니즈	일차 예방, 회복, 질환을 가지고 생활, 말기 케어
질 전략의 일반 영역	법제화와 규제, 모니터링과 측정, 질 보증과 개선
의료 질 접근법	구조, 과정, 결과
전략의 대상	개별전문가, 의료기술(의약품, 의료기기), 공급자 조직(병원, 일차의료센터), 환자와 지불자

자료: Panteli, Quentin, Busse (2019) . Chapter 2: Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (Ed). Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, WHO, OECD. pp.19-26.

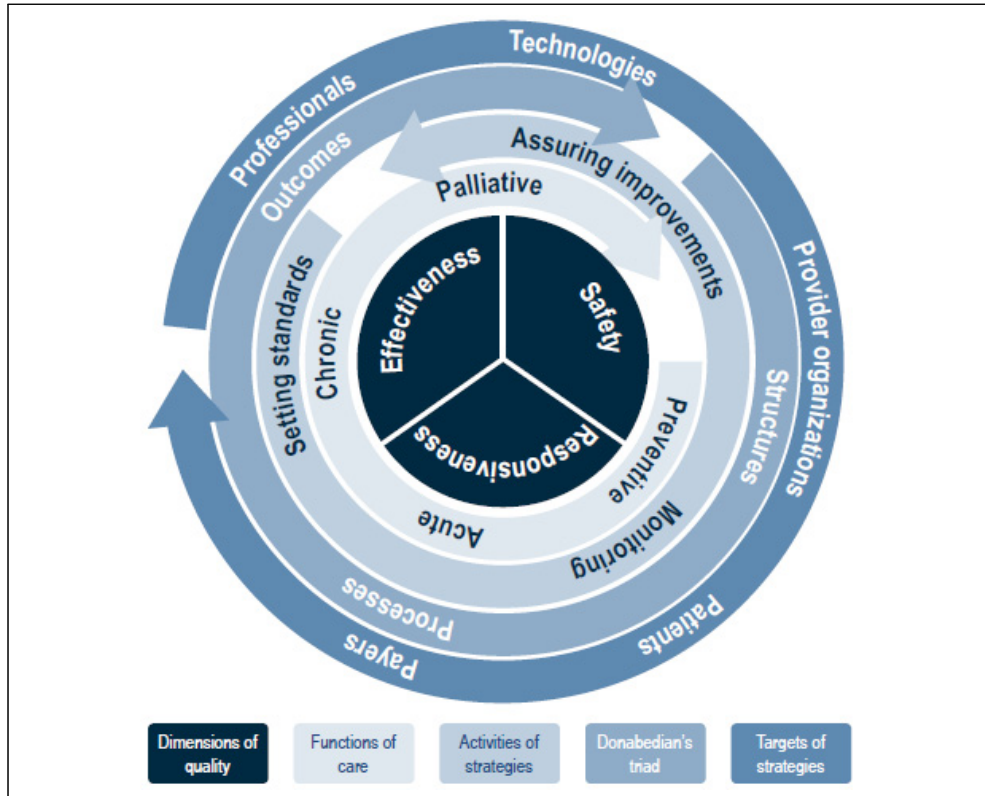
[그림 1-2] 질 전략들의 세 가지 주요 활동



자료: Panteli, Quentin, Busse (2019). Chapter 2: Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (Ed). Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, WHO, OECD. p.23

전략은 분석틀의 렌즈별로 하나의 범주로 명확하게 구분되지 않으며 서로 다른 전략 간에도 중복되는 영역이 발생할 수 있다. 즉, 질 전략을 자연의 분류학적 방법으로 분류하는 것이 목표가 아니고 질 보증 및 개선에 대한 전략들이 기여하고 다른 국가들이 잘 사용하도록 이해를 돕는 방식으로 특성을 설명하는 것이 목적이다. 예를 들어, 감사 및 피드백은 다양한 니즈(2) 영역에서 효과성과 안전성(1)에 포커스를 맞추며 보건의료전문가(5)의 치료과정(4)을 모니터링(3)하는 전략이다. 질에 대한 보상(Pay-for-Quality, P4Q)은 공급자 조직 혹은 전문가(5)의 구조, 과정, 결과(4)에서 질 향상을 보증(3)하기 위해 인센티브를 제공하는 방식으로 예방, 급성, 만성치료(2)에서 효과성과 안전성(1)에 포커스하는 전략이다(Panteli et al. 2019, pp.26-27).

[그림 1-3] 질 전략 설명 및 구분을 위한 포괄적 분석틀



자료: Panteli, Quentin, Busse (2019) Chapter 2: Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (Ed). Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies, WHO, OECD. p.27.

## 라. 미국 AHRQ의 국가 질 전략<sup>4)</sup>

2010년 ACA(Affordable Care Act)는 의료서비스의 제공, 환자의 건강결과, 국민 건강을 향상하기 위한 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)을 수립하도록 규정하였다. 미국에서 국가 질 전략은 민간 및 공공영역의 이해관계자들의 논의 및 합의를 통해 수립되는데, 1차 국가 질 전략은 2011년 3월에 발표되었다. 미국의 국가 질 전략은 '더 좋은 건강(Better Health)', '더 좋은 의료(Better Care)', '더 낮은 비용

<sup>4)</sup> AHRQ (2017)의 내용을 정리함

(Lower costs)'이라는 세 가지 목적을 제시하고 있으며 이를 달성하기 위해 6가지 우선순위를 제시하고 있다. 각 우선순위에 대해 세부적인 장기 목표를 정하고 있으며, 우선순위 및 장기 목표는 9개의 NQS-lever로 지원되는데 NQS-lever는 건강 향상 및 보건의료 질 향상을 위해 무엇을 할 것인가와 관련된 내용으로 조직의 핵심 기능이라고 볼 수 있다.

[그림 1-4] 미국의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 구조



자료: AHRQ (2017). National Quality Strategy - Overview  
<https://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs-tools/national-quality-strategy-stakeholder-toolkit.html> 에서 2020.3.6.에 인출.

미국의 국가 질 전략의 여섯 가지 우선순위는 ‘환자 안전(Patient Safety)’, ‘사람 및 가족 중심 의료(Person-and Family-Centered Care)’, ‘진료 연계 및 효과적 커뮤니케이션(Effective Communication and Care Coordination)’, ‘질병이환 및 주요 사망원인에 대한 예방과 치료(Prevention and Treatment of Leading Causes of Morbidity and Mortality)’, ‘지역 사회 건강증진(Health and Well-Being of Communities)’, ‘양질의 의료에 대한 지출 부담 경감(Making Quality Care More Affordable)’이다. 여섯 가지 우선순위 각각에 해당하는 장기 목표는 아래 표와 같다.

〈표 1-5〉 미국 AHRQ의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 우선순위 및 목표

우선순위(Priorities)	장기 목표(Long-term goals)
<b>(우선순위①)</b> 의료 제공 과정에서 발생하는 위험을 감소시켜 의료 안전 향상	- 예방 가능한 입원 및 재입원 감소 - 의료 관련 부작용 발생 감소 - 불필요하거나 부적절한 의료로 인한 위해 감소
<b>(우선순위②)</b> 의료서비스에서 개인과 가족이 파트너로 참여하도록 보장	- 질, 안전, 접근성 관련 환자, 가족, 보호자의 의료 경험 향상 - 환자, 가족, 보호자 파트너십 형성 및 의사결정과정 공유를 통한 진료계획의 문화적 민감성 및 이해도 제고 - 환자, 가족, 보호자의 적절하고 효과적인 진료 탐색, 연계, 관리 보장
<b>(우선순위③)</b> 효과적인 커뮤니케이션 및 진료 연계	- 치료 환경에서 진료 연계 및 커뮤니케이션 개선 - 통증 및 증상 관리, 심리사회적 요구, 기능상태를 예상 및 관리하는 치료계획으로 만성질환자, 장애인의 삶의 질 향상 - 지역 사회 및 의료시스템 간 통합, 책임 공유로 의료 질 개선 및 격차 감소
<b>(우선순위④)</b> 심혈관 질환을 비롯한 주요 사망원인에 대한 효과적인 예방과 치료서비스 제공 촉진	- 사회경제적, 환경적 요인 개선 등 지역 사회 개입을 통한 심혈관 건강 증진 - 생애주기 전반에 걸친 생활습관 수정 개입을 통한 심혈관 건강 증진 - 의료기관 및 지역 사회에서 생애주기에 걸친 효과적인 임상적 예방서비스 제공을 통해 심혈관 건강 증진
<b>(우선순위⑤)</b> 건강한 생활 보장을 위해 모범 사례 활용 장려를 위한 지역 사회와 함께 일함	- 지역 사회 개입을 통한 사회·경제적, 환경적 요인 개선으로 건강과 웰빙 증진 - 생애주기 전반에 걸친 생활습관 수정 개입을 통한 건강 및 웰빙 증진 - 의료기관 및 지역 사회에서 생애주기에 걸쳐 임상적으로 효과적인 예방서비스를 제공하여 건강 및 웰빙 증진
<b>(우선순위⑥)</b> 새로운 의료전달 모형의 개발·확산을 통해 양질의 의료서비스에 대한 개인, 가족, 사용자, 정부의 지출 부담 경감	- 환자, 가족, 사용자, 정부의 양질의 의료 접근성 및 지불 가능성 개선 - 낭비, 부담지출 감소 및 양질의 의료에 대한 접근성 제고를 위한 지역 사회 지원 강화

자료: AHRQ (2017). National Quality Strategy - Overview

<https://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs-tools/national-quality-strategy-stakeholder-toolkit.html> 에서 2020.3.6.에 인출

NQS의 세 가지 목적(Better Health, Better Care, Lower costs)은 9가지 levers에 의해 지원되는데 ‘성과 측정과 피드백(Measurement & Feedback)’, ‘성과 보고(Public Reporting)’, ‘학습 및 기술 지원(Learning & Technical Assistance)’, ‘인증, 승인 및 규제(Certification, Accreditation & Regulation)’, ‘소비자 인센티브 및 편익 설계(Consumer Incentives & Benefit Designs)’, ‘지불(Payment)’, ‘보건정보기술(Health Information Technology)’, ‘혁신과 확산(Innovation & Diffusion)’, ‘인력개발(Workforce Development)’이다.

〈표 1-6〉 미국 AHRQ의 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)의 9-levers

9-Levers	설명	적용 예시
(Lever①) 성과 측정 및 피드백	-질 개선을 위해 보험자 및 공급자에게 성과 피드백 제공	-장기요양서비스 제공자는 품질 개선이 필요한 영역을 식별하고 해결하기 위해 질 보증 및 성과 개선 데이터 등의 전략 구현
(Lever②) 성과 보고	-치료 결과와 비용, 환자 경험 비교	-지역협력자는 회원 병원 및 의료기관에게 NQS의 목표, 우선순위에 맞춘 성과 보고 요청
(Lever③) 학습 및 기술 지원	-조직의 질 향상 목표 달성 지원을 위한 훈련, 자원, 가이드 등을 제공하는 학습 환경 조성	-질 향상 기관(QIO)은 의원, 병원, 요양시설 등의 질 향상 관련 근거 기반 우수 사례 공유
(Lever④) 인증, 승인, 규제	-안전 질 표준을 충족하는 접근 채택 및 준수	-NQS의 목적과 우선순위를 보수교육, 인증 기준에 통합
(Lever⑤) 소비자 인센티브 및 편익 설계	-소비자의 건강한 생활습관 및 정보에 근거한 의사 결정을 도움	-사용자가 직원의 건강증진을 위해 예방 및 인센티브를 제공하는 직원 건강증진 프로그램 도입
(Lever⑥) 지불체계	-양질의 환자 중심의 의료 제공을 위한 공급자 보상 및 인센티브	-가치 기반 전략을 추구하는 구매자 연합 가입 고려
(Lever⑦) 보건정보기술	-의료 연계 개선을 위해 커뮤니케이션, 투명성, 효율성 제고	-커뮤니케이션 및 진료연계 개선을 위해 병원 및 의료기관의 EHR 시스템 도입
(Lever⑧) 혁신과 확산	-보건의료 질 향상에 있어 혁신 및 조직 내, 조직 간, 지역 사회 내, 지역 사회 간 혁신 도입 장려	-CMS의 다양한 지불제도 및 서비스 전달 모형 시범사업 및 성공사례 공유
(Lever⑨) 인력개발	-의료전문인력에 대한 투자 및 공급자에 대한 지속적 교육 지원	-의료인력의 훈련에 질 향상 원칙 통합

자료: AHRQ (2017). National Quality Strategy - Overview  
<https://www.ahrq.gov/workingforquality/nqs-tools/national-quality-strategy-stakeholder-toolkit.html> 에서 2020.3.6.에 인출



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 부

## 한국 의료 질 보고서





## 제2장

### 한국 의료 질 보고서 설계

제1절 국외 의료 질 보고 현황 검토

제2절 영국 국가보건서비스(NHS) 결과 보고체계

제3절 한국 의료 질 보고서 설계



## 제 2 장 한국 의료 질 보고서 설계

### 제1절 국외 의료 질 보고 현황 검토

#### 1. 국제적 수준에서의 의료 질 보고 및 분석틀

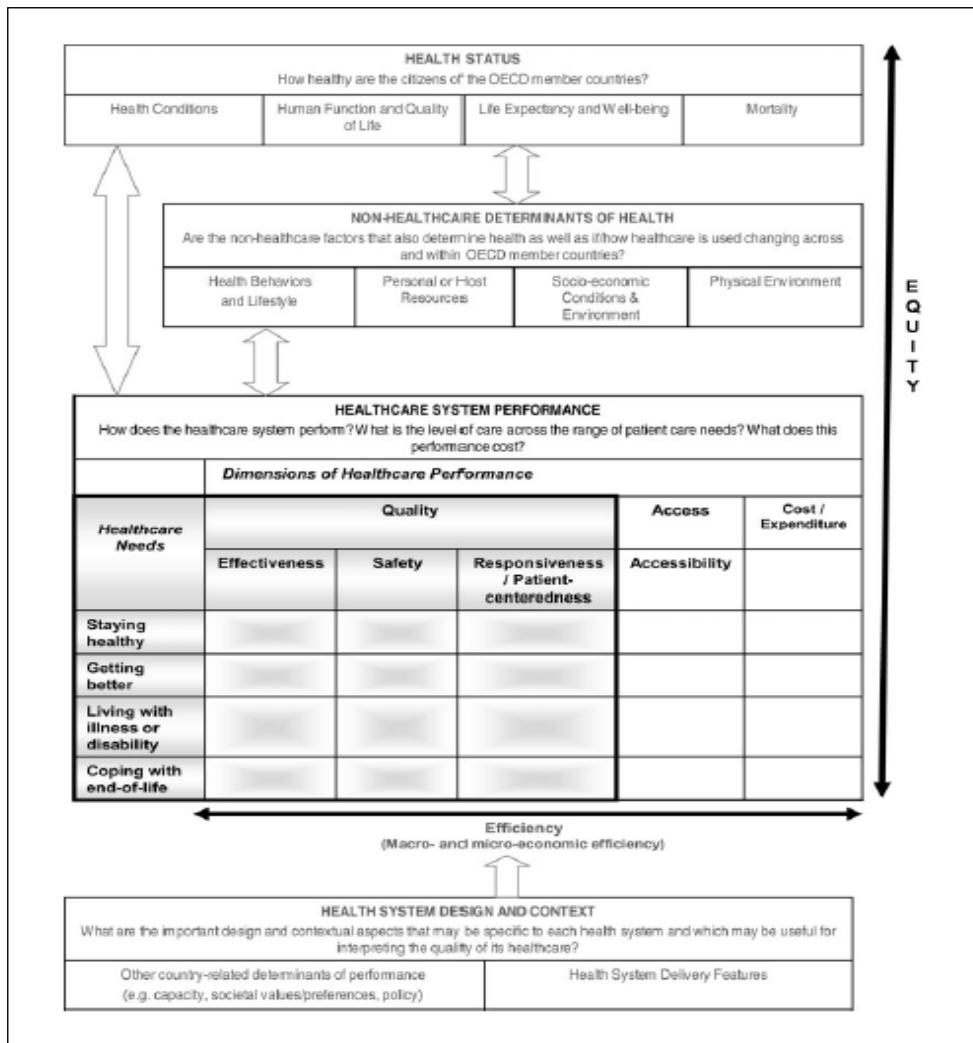
##### 가. OECD

보건의료 질의 국제 비교를 위한 공통 지표를 개발하고 보고하기 위해 OECD는 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicators, HCQI) 프로젝트를 2001년에 시작하였다(Mattke, Epstein, & Leatherman, 2006). 2006년에 OECD는 보건의료시스템의 성과 평가 개념들을 발표했는데 질(Quality), 접근성(Access), 비용(cost/expenditure)을 한 축으로 하고, '건강 유지(예방 및 건강증진)'(staying healthy), '질환의 치료'(getting better), 만성질환 혹은 상태가 있는 사람들을 위한 '질병 혹은 장애 관리'(living with illness or disability), 말기 환자를 위한 '생애 말 관리'(coping with end of life)라는 생애주기에 따른 보건의료 필요를 또 다른 한 축으로 하였다. 질, 접근성, 비용은 효율성 측면에서 성과 수준과 연계되며, 보건의료에 대한 지불의 공정함과 보건의료 분포의 공정함은 형평성과 연계된다(Arah OA et al., 2006, p.10-11).

지난 10년 동안 OECD(Organization for Economic Cooperation and Development)는 효율성, 안전성 및 환자 중심의 3가지 차원으로 통합한 개념을 제시했다(OECD, 2010). 질은 효과성(effectiveness), 환자의 안전(patient safety), 반응성 및 환자 중심성(responsiveness/patient-centeredness)으로 구성되며, 다른 연구들에서 제시된 개념들도 3가지 개념에 포함될 수 있는데, 예를 들어 적절함(appropriateness)은 효과성으로, 연속성(continuity)과 수용성(acceptability)은 환자 중심성으로 포함할 수 있다(Arah OA et al., 2006, p.12). Carinci et al.(2015)은 OECD HCQI 프로젝트의 개념틀, 지표들의 구성을 업데이트하였다(Carinci et

al., 2015). 의료 질의 구성범주 중 하나인 환자 중심성은 ‘개별 환자 경험’과 ‘통합 케어’로 분류했다. 이는 통합 케어의 중요성에 대한 국제적 인식을 반영한 것이다. 서비스 영역의 정확한 구분을 위해 ‘건강 유지’는 ‘일차 예방(primary prevention)’으로 용어가 수정되었고 ‘질병/장애를 가지고 살기’는 ‘질병/장애를 가지고 살기-만성질환 케어’로 수정했다.

[그림 2-1] OECD 성과 평가 분석틀



자료: Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga, N.S., (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. Int J Qual Health Care, 18 (suppl 1):5-13. p.11.

OECD Health at a Glance는 이러한 개념틀 및 지표를 활용하여 국가별 의료시스템 성과를 비교하여 매년 보고하고 있다(OECD, 2019).

〈표 2-1〉 OECD Health Care Quality Indicators

의료 질 구성범주	서비스 영역	구분	지표
효과성	일차/이차 예방	전염성 질환	아동 디프테리아·파상풍·백일해, 홍역, B형 간염 예방접종 노인 인플루엔자 예방접종
		암 치료	50-69세 여성 유방암 검진 20-69세 여성 자궁경부암 검진
	치료	급성기	급성심근경색 30일 사망률 허혈성 뇌졸중 30일 사망률 출혈성 뇌졸중 30일 사망률 병원 입원 후 2일 내 둔부 골절 수술
		일차 의료	항생제 처방량 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방률
		암 치료	유방암 사망률, 5년 상대 생존율 자궁경부암 사망률, 5년 상대 생존율 대장암 사망률, 5년 상대 생존율
	만성상태	일차 의료	천식/COPD/당뇨, 울혈성심부전(CHF) 입원 당뇨 절단
		일차 의료(약제)	당뇨환자에게 콜레스테롤 저하제 적절히 이용 당뇨환자에게 고혈압 약물 선택
정신질환		정신질환 입원 환자의 원내 사망 조현병, 조울증, 심각한 정신질환으로 인한 초과사망 정신질환 퇴원 30일 내/1년 내 자살 사망	
안전성	일차/이차 예방	산과적 외상: 기구 사용/미사용	
	치료		시술 중 남겨진 이물질 수술 후 폐색전증(pulmonary embolism)/심부정맥혈전증(deep vein thrombosis) 수술 후 패혈증(sepsis) 수술 후 창상열개(wound dehiscence)
		일차 의료(약제)	노인 벤조디아제핀 혹은 관련 약물 장기이용 노인 long-acting benzodiazepines 이용
반응성/ 환자 중심성	일차/이차 예방	의사(혹은 주치의)가 상담에 충분한 시간을 사용 의사(혹은 주치의)가 이해하기 쉽게 설명 의사(혹은 주치의)가 질문 혹은 우려를 제기할 기회 제공 의사(주치의)가 치료 결정에 환자 참여 전문의 예약 위해 4주 이상 기다림 비용 때문에 검진, 치료, 상담, 처방 등 못 받음	

자료: OECD (2018). Health Care Quality Outcomes Definitions. Paris: OECD. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2020.6.12.

## 나. WHO

Murray와 Frenk는 1999년에 보건의료시스템 성과 평가를 위한 WHO 분석틀을 제시하였고(Murray & Frenk, 1999) 2000년 세계건강보고서(World Health Report)를 시작으로 WHO(World Health Organization)는 각 국가의 보건의료체계 성과를 보고하기 시작하였다(WHO, 2000). WHO는 보건의료시스템의 목표를 건강, 반응성, 재원조달에서 공정성을 제시하였고 각각을 수준 (Quality, 질)과 분포 (Equity, 형평성)로 구분하였다(Murray CJL, Frenk J, 1999, pp.6-9).

2006년에 WHO는 기대되는 건강효과가 달성되지 못하고 있고 시스템 내, 시스템 간 표준에서 변이가 크다는 점에서 의료 질에 대한 우려가 있으며, 또한 신규 투자로 가능한 한 최상의 결과를 얻기 위해 질을 위한 전략이 필요함을 강조하였다(WHO, 2006, p.3). 치료가 효과적이고 효율적이며 접근 가능하며 수용 가능하며 환자 중심적이며 공평하며 안전해야 한다고 질의 기본 개념을 정의했다(WHO, 2006, pp.9-10).<sup>5)</sup> 최근엔, ‘통합적인 사람 중심 보건의료서비스에 관한 WHO 프레임워크’(WHO framework on Integrated People-centred Health Services)는 ‘높은 수준의 질 관리’를 ‘안전하고, 효과적이며, 사람 중심적이며, 적시성 있고, 효율적이며, 공평하고 통합된 관리’라고 정의했다(WHO, 2018, p.13).

〈표 2-2〉 WHO 의료 질 구성범주

의료 질 구성범주	지표
효과성	필요한 사람들에게 근거 기반 보건의료서비스 제공
안전성	서비스를 받는 사람들에게 위해를 주지 않음
사람 중심성	개인의 선호, 필요, 가치에 부응하는 보건의료 제공
적시성	서비스 제공자와 수혜자에게 해가 되는 지연과 대기시간을 줄임
형평성	성별, 인종, 지리적 위치, 사회경제적 지위와 같은 개인 특성에 따른 질 차이가 발생하지 않게 보건의료 제공
통합성	각 수준과 공급자 간 연계된 서비스를 제공하고 생애주기에 걸쳐 모든 범위에서 보건의료서비스를 이용 가능하게 함
효율성	이용 가능한 자원의 혜택을 최대화하고 낭비를 줄임

자료: WHO (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO. p.13.

5) IOM (2001)과의 차이는 “시의 적절한”보다 더 넓은 목표로 “접근성”이라는 차원을 도입했다는 점이다 (WHO, 2018, p.13).



## 2. 주요 선진국의 의료 질 보고 및 분석들

### 가. 미국

Chassin & Galvin(1998)은 미국 의료체계에 의료의 질 문제가 심각한데, 이는 과소이용(underuse), 과다이용(overuse), 오남용(misuse)이 문제임을 제기하였다. 그리고 서비스 전달방식, 교육과 훈련, 질 평가와 개선을 위한 체계적이고 광범위한 노력이 필요함을 제기했다(Chassin & Galvin, 1998).

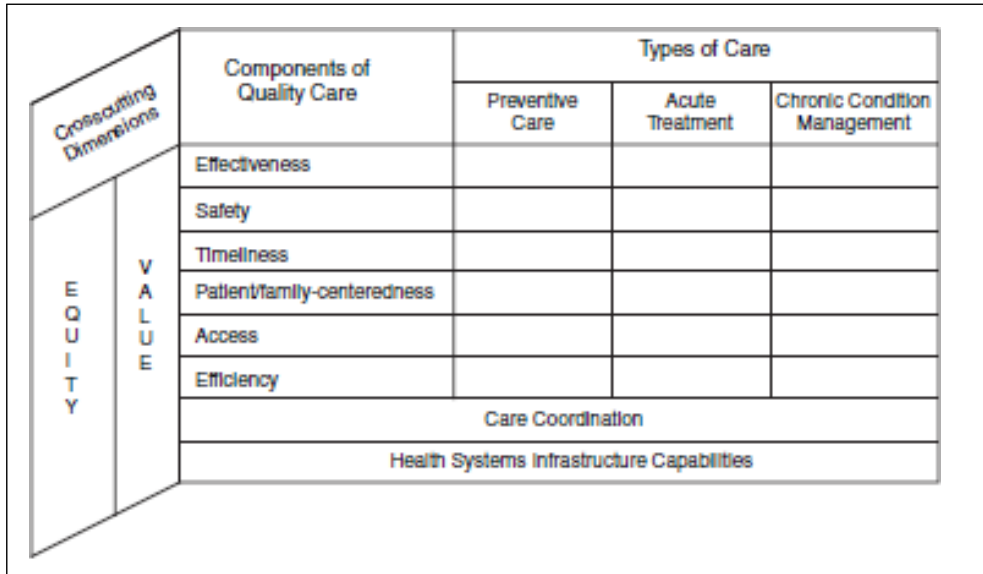
미국 의학연구소는 2001년에 치료가 안전하고 효과적이며 환자 중심적이며 시의적이고 효율적이며 공정해야 한다는 의료 질의 6가지 구성범주를 제시했다(IOM, 2001, pp.39-40). 비용 대비 가치와 의료 질 개선을 위해 광범위한 자원이 투입됨에 따라 보건의료의 상태를 평가하는 역량이 점차 중요해졌다. 따라서 2003년부터 미국 Agency of Healthcare Research and Quality(AHRQ)는 보건의료의 질과 격차 상태에 대한 추이를 보고하는 ‘국가 보건의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report, NHQR)’와 ‘국가 보건의료 격차 보고서(National Healthcare Disparities Report, NHDR)’를 매해 발간하고 있다. 미국 의학연구소는 기존의 NHQR과 NHDR 보고서를 검토하고 보건의료 질 향상과 격차감소를 위한 우선적인 영역에 부합하도록 보고서를 개선할 것을 제안했는데 분석들에 의료 연계와 시스템 인프라를 새롭게 추가했다. 따라서 의료 질의 범주를 효과성, 환자 안전, 적시성, 환자 중심성, 접근성, 효율성, 의료연계, 시스템 인프라의 8가지 차원으로 구분하였다(IOM, 2010).

〈표 2-3〉 미국 IOM 의료 질 구성 범주

의료 질 구성범주	지표
안전성	환자를 돕기 위해 제공되는 보건의료가 환자들에게 해가 되지 않게 함
효과성	편익의 가능성이 없는 사람들에 대한 서비스 제공을 피하고 편익을 줄 수 있는 사람들에게 과학적 지식에 기반을 둔 서비스 제공(과소, 과다이용을 피함)
환자 중심성	개별 환자의 선호, 필요, 가치를 존중하고 반응하는 보건의료를 제공하며 환자 가치에 맞게 모든 임상적 결정이 이뤄지도록 보장함
적시성	서비스 제공자와 수혜자에게 해가 되는 지연과 대기시간을 줄임
효율성	장비, 물자, 아이디어, 에너지의 낭비를 포함하여 낭비를 피함
형평성	성별, 인종, 지리적 위치, 사회경제적 지위와 같은 개인 특성에 따른 질 차이가 발생하지 않게 보건의료 제공

자료: Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press. pp.5-6.

[그림 2-2] 보건의료 질과 격차 측정을 위해 업데이트된 개념적 분석틀



자료: Institute of Medicine (2010). Future Directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports. Washington (DC): National Academies Press. p.42.

<표 2-4> 미국의 2018 국가 의료 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표

구성	지표
의료 접근성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 진료 예약(Getting Appointments for Care)</li> <li>▪ 대기시간(Waiting Time)</li> <li>▪ 건강보험(Health Insurance)</li> <li>▪ 상용치료원(Usual Source of Care)</li> <li>▪ 환자의 필요 인식(Patient Perception of Need)</li> </ul>
환자 안전	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 보건의료 관련 감염(Healthcare-Associated Infections)</li> <li>▪ 수술치료(Surgical Care)</li> <li>▪ 기타 보건의료 합병증(Other Complications of Hospital Care)</li> <li>▪ 약물 합병증(Complications of Medicine)</li> <li>▪ 출생 관련 합병증(Birth-Related Complications)</li> <li>▪ 부적절한 치료(Inappropriate Treatment)</li> <li>▪ 지지 및 완화 의료(Supportive and Palliative Care)</li> <li>▪ 홈 헬스 의사소통(Home Health Communication)</li> </ul>
사람 중심 의료	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 서비스 환자 경험(Patient Experience of Care)</li> <li>▪ 병원 의사소통(Hospital Communication)</li> <li>▪ 홈 헬스 의사소통(Home Health Communication)</li> <li>▪ 호스피스 케어(Hospice Care)</li> </ul>
의료 연계	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 의료 이송</li> <li>▪ 약물 정보</li> </ul>

구성	지표
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 예방 가능한 응급실 방문</li> <li>▪ 예방 가능한 입원</li> <li>▪ 홈헬스와 너싱홈 환자의 예방 가능한 입원</li> <li>▪ 편익이 없는 잠재적 위해 서비스</li> <li>▪ 잠재적으로 피할 수 있는 입원</li> </ul>
의료 효과성	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 암(유방암, 자궁경부암, 대장암, 기타 암)</li> <li>▪ 심혈관 질환(심장 질환 예방, 심근경색 치료, 심부전치료, 심혈관질 환 수술, 뇌졸중)</li> <li>▪ 만성 신장 질환(말기 신장 질환 만성관리)</li> <li>▪ 당뇨(당뇨 관리, 당뇨 조절, 당뇨 입원)</li> <li>▪ HIV/AIDS(HIV/AIDS 관리)</li> <li>▪ 정신건강 및 약물남용(우울증 치료, 약물남용 치료)</li> <li>▪ 근골격계 질환</li> <li>▪ 호흡기 질환(호흡기 감염 치료, 천식 관리)</li> </ul>
건강한 생활	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 모성 및 아동건강</li> <li>▪ 생활습관 교정</li> <li>▪ 기능상태 유지 및 재활</li> <li>▪ 지지 및 완화의료(Supportive and Palliative Care)</li> <li>▪ 임상적 예방서비스(성인예방서비스, 아동 예방접종, 기타 아동 예방서비스, 전반적인 예방서비스)</li> </ul>
지불 가능한 의료	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 의료비용의 재정적 부담</li> <li>▪ 상용치료원(Usual Source of Care)</li> </ul>
우선인구집단	보건의료 자원과 서비스 관리-균일한 데이터 시스템
보조지표	의료 접근성, 사람 중심 의료, 의료 연계, 의료 효과성, 생활습관교정, 지불 가능한 서비스

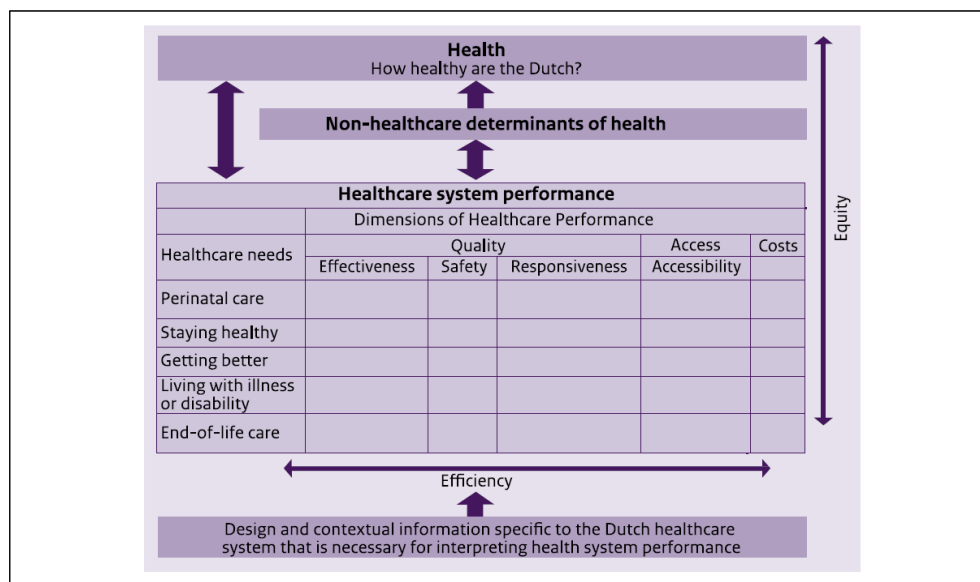
자료: AHRQ (2019). 2018 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

## 나. 네덜란드

네덜란드는 국립보건환경연구원(National Institute for Public Health and the Environment, RIVM)에서 2006년, 2008년, 2010년, 2014년 총 네 차례 네덜란드 보건의료 성과 보고서(Dutch Health Care Performance Report, DH CPR)를 발간하였다. DH CPR의 주요 목적은 국가 수준의 보건의료체계 성과지표를 산출하고 모니터링하여 보건의료정책 의사를 결정하고, 의료의 질을 높이기 위한 근거자료로 사용하기 위한 것이다. 보건의료 필요(Healthcare needs)의 5개 영역인 주산기 의료(perinatal care), 건강 유지(예방 및 건강증진)(staying healthy), 질병의 치료(getting better), 질병 혹은 장애 관리(living with illness or disability), 생애 말 관리(end-of-life care)에 대해 보건의료시스템 성과의 3가지 목표인 질(Quality), 접근

성(Access), 비용 적정성(Cost)을 기반으로 하여 성과지표가 구성되었다. 의료의 질 성과 평가는 효과성(Effectiveness), 안전성(safety), 대응성(responsiveness)으로 세분하여 평가하였다. 보건의료 필요(Healthcare needs)의 5개 영역의 성과 평가와는 별도로 의료비 지출(health expenditure) 및 효율성(eficiency), 건강결과, 형평성(equity)에 대한 평가 결과를 포함하고 있다.

[그림 2-3] 네덜란드 보건의료 성과 보고서(DHCPR)의 개념적 틀



자료: Dutch National Institute for Public Health and the Environment(2015), Dutch Health Care Performance Report 2014. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). p.18.

2014년 이후 네덜란드 보건의료 성과 보고서(DHCPR)는 별도로 발간되고 있지는 않으나, 주요 보건의료 성과지표에 대한 결과를 주기적으로 업데이트하여 온라인상에 공개하고 있다.<sup>6)</sup> 공개되는 성과지표는 주산기 의료(perinatal care), 건강 유지(예방 및 건강증진)(staying healthy), 질병의 치료(getting better), 질병 혹은 장애 관리(living with illness or disability), 생애 말 관리(end-of-life care)의 5가지 영역으로 구성되어 있다.

6) 네덜란드 보건의료 성과지표 값과 추이는 <https://www.volksgezondheidenzorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/alle-indicatoren> 에서 확인할 수 있다.

〈표 2-5〉 네덜란드 보건의료 성과 지표

영역		지표
주산기 의료 (perinatal care)	Quality	Maternity counseling in primary care Smoking during pregnancy Unplanned C-section Babies born prematurely in hospital without nicu Breastfeeding immediately after birth Fetal death Neonatal mortality
	Access	Accessibility of acute obstetric care
건강유지(예방 및 건강증진) (staying healthy)	Quality	Vaccination grade D (K) TP Vaccination rate BMR Vaccination rate HPV Hearing screening Neonatal heel prick screening Bacterial meningitis Smoking cessation advice
	Access	Breast Cancer Population Screening Population screening for cervical cancer Colon cancer population screening
질병의 치료 (getting better)	Quality	Relative 5-year survival in cervical cancer Relative 5-year survival in breast cancer Relative 5-year survival in colon cancer Relative 5-year survival in rectal cancer Hospital admissions for asthma and COPD Hospital admissions for diabetes mellitus Hospital admissions for heart failure Experienced problems in coordination between first and second line Healthcare infections in hospitals Potentially avoidable damage in hospitals Potentially avoidable mortality in hospitals Suicides in mental health care Nurses' satisfaction with quality of care Insufficient quality of care in the own department according to nurses Insufficient qualified staff according to nurses Mental Health Separations General practitioner involves patient in decisions General practitioner spends sufficient time on patient General practitioner gives the opportunity to ask questions Antibiotic prescriptions outside the hospital
	Access	Waiting times for outpatient clinic specialisms longer than the Treek norm Waiting times for treatment in hospital longer than the Treek norm Waiting times for hospital diagnostics longer than the Treek norm

46 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가

영역		지표
		More than 2 years on the waiting list for a donor kidney Forgo care because of the costs Forgo urgent dental care because of costs Defaulters in health insurance
질병의 치료(급성기) (getting better (Acute care))	Quality	30-day mortality after acute myocardial infarction 30-day death after stroke Timely surgery hip fractures Ambulance rides within the standard
	Access	Reach mobile medical team Reach ambulance stations
질병 혹은 장애 관리 (living with illness or disability)	Quality	Nosocomial pressure ulcers Satisfaction nurses and care with quality of care Insufficient quality of care in the own department according to nurses and carers Sufficiently qualified personnel According to nurses and carers
생애 말 관리 (end-of-life care)	Quality	Continuous deep sedation with morphine only Euthanasia morphine and benzodiazepines
Efficiency		Hospital hospital stay Use generics
Affordability		Collective health care expenditure Share of gross domestic product spent on care Collective health care expenditure per worker Growth in private healthcare expenditure Growth of collective health care expenditure Abandonment due to costs Forgo urgent dental care because of costs Defaulters

자료: Dutch National Institute for Public Health and the Environment (2020). Health care performance indicators. <https://www.volksgezondheinzorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/alle-indicatoren#node-alle-indicatoren> 에서 2020.6.1.에 인출.

2018년 네덜란드 보건부(Ministry of Health, Welfare and Sport)는 치료 중심의 보건의료체계를 성과기반 체계로 개편하는 것을 주요 골자로 하는 “Outcome based healthcare 2018-2022” 계획을 수립하였다. “Outcome based healthcare 2018-2022”은 2022년까지 국가 전체 질병 부담의 50% 이상에 해당하는 보건의료 성과에 대한 지표 개발 및 평가를 목표로 (1) 보건의료 결과에 대한 인식 확대(More insight into outcomes) (2) 환자의 진료에 관한 의사결정 참여 강화(More shared decision-making) (3) 성과 중심 조직 및 보상 강화(Promoting outcome based organisation and payment) (4) 보건의료 성과 정보에 대한 접근성 강화(Better

access to relevant and up-to-date outcomes information)의 4대 추진 방향에 따른 정책 과제들을 포함하고 있다(Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, 2018).

## 제2절 영국 국가보건서비스(NHS) 결과 보고체계

### 1. 영국 국가보건서비스 결과 보고 체계(NHS Outcomes Framework, NHSOF) 개발 배경

영국 국가보건서비스 결과 보고 체계(NHS Outcomes Framework, NHSOF)는 보건의료 성과를 세계적 수준으로 개선하고 결과와 질 표준에 부합하는 서비스를 제공하기 위해 시작되었다. NHS는 NHSOF의 목표를 사망률과 이환율을 줄이고 안전성을 높이며 모든 환자의 경험과 결과를 개선하는 것, 과정 목표가 아닌 임상적으로 신뢰할 만한 근거 기반 결과를 측정하는 것, 정보공개 및 적극적인 책임을 통해 환자 안전을 개선하기 위한 것이라고 밝혔다. 이를 위해 NICE(National Institute for Health and Clinical Excellence)에서 개발한 품질 표준은 모든 NHS 관리 및 지불시스템의 커미셔닝에 정보를 제공할 것이고, 진료비가 지불되는 방식은 활동이 아니라 결과를 반영함으로써 더 나은 질을 위한 인센티브를 제공할 것이라고 밝혔다(UKDH, 2010a, p.4).

새로운 NHSOF는 중앙정부가 결정하는 국가의 결과 목표를 포함하고 NHS에 방향을 제공하면서 의료를 전반적으로 향상시킬 것이라고 밝혔다. NHSOF는 다음과 같은 세 가지 질 영역으로 구성된다(UKDH, 2010a, p.22).

- 환자에게 제공되는 치료 및 관리의 효과 - 임상 결과와 환자가 보고한 결과
- 환자에게 제공되는 치료 및 관리의 안전성
- 환자가 받는 치료 및 치료에 대한 폭넓은 경험

예를 들어, 효과 목표에는 다양한 조건에서 피할 수 있는 사망률과 이환율을 국제적으로 비교하는 방법을 포함하고 어린이, 노인 및 정신건강과 같은 주요 집단 및 영역에

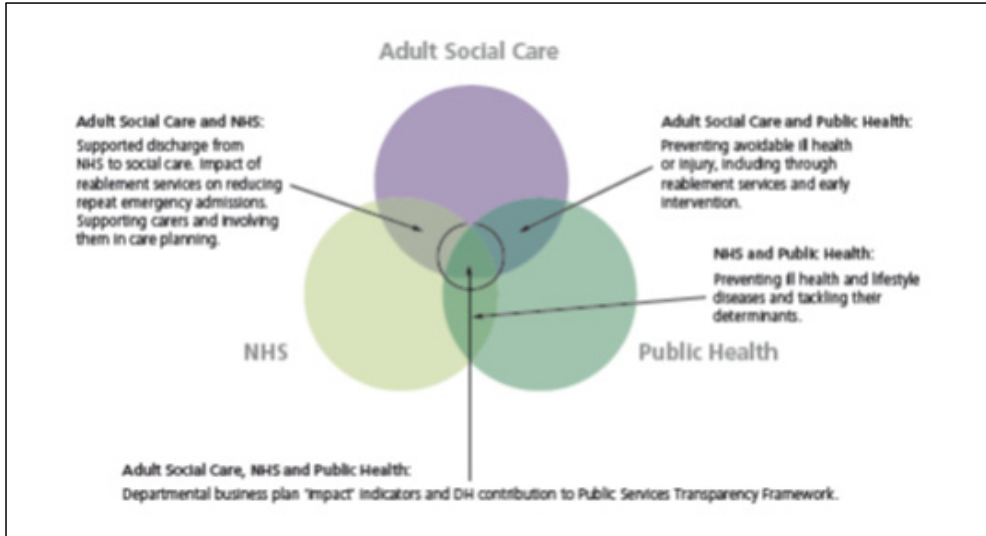
대한 결과를 제외하지 않도록 보장한다(UKDH, 2010a, p.22). NHSOF는 NHS의 전반적인 성과를 표시하는 국가차원의 결과 목표 세트로 구성된다. 이러한 결과 목표는 환자, 국민, 의회, 보건부 장관이 NHS의 전반적인 성과를 설명하도록 할 수 있는 수단으로 활용될 수 있다(UKDH, 2010b, p. 7). NHS 커미셔닝위원회는 시스템의 모든 수준에서 임상, 환자 및 일반 대중과 협력하여 NHSOF를 NICE에서 개발한 품질 표준을 반영하는 포괄적인 지표 세트로 개발하고, 프레임워크와 그 구성 지표는 가능한 한 국제 비교를 가능하게 하고, 의료 결과의 평등을 촉진하고 불평등을 해결하기 위한 의무를 반영해가게 된다(UKDH, 2010a, p.22).

NHS의 책무성은 환자들에게 좋은 질의 결과를 제공하는 것으로 국가 차원에서 가능한 한 한 치료 결과에 중점을 두어야 한다. 지역적으로 치료의 구조와 과정을 모니터링할 필요가 있지만, 국가 차원에서 이들에 너무 집중하면 임상 우선순위가 왜곡되고 결과보다 수단에 더 관심을 갖는 체계를 만들 위험이 생길 수 있다(UKDH, 2010b, pp. 6-7). NHS는 성과측정이 엄밀한 과학의 영역은 아니며 환자에게 가장 중요한 건강결과가 포함되고 지표가 이러한 결과를 가장 잘 포착할 수 있도록 매년 개선해갈 것이라고 밝혔다. 이와 함께 NHS의 책무성 강화를 위해 프레임워크가 목표를 달성하는 정도를 평가하는 것이 필수적이라는 점에서 5년마다 외부 검토를 통해 질 향상을 위한 효과적인 책무 메커니즘을 만들어간다(UKDH, 2010c, p.6).

NHSOF는 NHS가 책임지는 의료 활동에서 나오는 결과들로 구성되지만 궁극적으로 건강결과를 향상시키기 위해서는 보건의료와 공중보건, 사회적 돌봄서비스와 잘 연계되어야 하고 필요한 때에는 통합적으로 서비스로 제공할 수 있어야 한다(UKDH, 2010c, pp.6-7). 이에 따라 성과체제를 (1) 공중보건, (2) 사회적 돌봄(social care), (3) NHS라는 세 가지 축으로 분리된 프레임워크로 대체하였는데, 이를 통해 명확하게 책임을 나누고, 각 영역 간 더 나은 공동작업을 가능하게 하고자 하였다. NHSOF를 설계할 때에 통합과 조정이 필요한 결과와 관련된 지표들은 [그림 2-4]에서 보는 것처럼 세 가지 체계에 걸쳐서 포함된다(UKDH, 2010c, pp.6-7).



[그림 2-4] 영국 NHS, 공중보건, 사회적 돌봄서비스에 대한 프레임워크



자료: UKDH (2010c). The NHS Outcomes Framework 2011/2012. London: Department of Health, p.7.

결과가 진전이 있으려면 품질 표준이 있어야 하는데 NICE는 모든 주요 치료 경로에 대한 포괄적인 표준 라이브러리를 만드는데 각 표준은 해당 문제에서의 의료 질이 무엇인지를 정의하고 관련된 측정지표를 제시한다. 표준은 환자에게 적합한 방식으로 개발되며 보건 영역과 돌봄 영역 사이의 통합된 노력이 중요하므로 두 영역에 걸친 문제들도 고려한다. 또한 장기적으로는 NICE의 역할을 확대하여 돌봄 영역의 질 기준 또한 개발할 것이라고 밝혔다(UKDH, 2010a, p.23).

NHS Outcomes Framework의 원칙은 책무성과 투명성, 균형, 환자와 보건의료전문가에게 중요한 것에 집중, 우수한 수준과 평등 촉진, NHS가 영향을 줄 수 있는, 필요한 경우 다른 영역과 협력할 수 있는 결과에 집중, 국제적 비교 가능성, 시간에 따른 발전을 핵심 원칙으로 제시하였다(UKDH, 2010b, pp.9-10). 첫번째 원칙으로 NHSOF는 더 좋고 더 공평한 결과를 제공하고 시스템의 책임을 명확히 하기 위하여 책무성과 투명성을 강화하였다. 투명성이 보장 되었을 때 시스템의 효율이 상승하기 때문에 NHSOF의 결과는 대중에게 공개된다. 두 번째 원칙으로 NHSOF는 NHS의 전반적인 진전을 정확하게 반영하도록 균형 잡힌 결과세트로 구성된다. NHS 커미셔닝위원회는 포괄적인 보건의료서비스 제공을 감독하는 데 사용한다. NHS가 채택한 질은 효과성,

환자 경험, 안전성으로 정의된다(UKDH, 2010b, pp.10-11). 세 번째 원칙으로 환자 및 의료 전문가에게 중요한 사항에 집중한다는 측면에서 임상적 관점뿐만 아니라 환자 관점에서도 치료 효과를 기록하는 지표를 포함한다, 프레임워크에 포함된 지표는 임상 결과 측정과 환자보고 결과 측정(PROM)을 모두 포함한다. 또한 NHS의 진행상황과 제공되는 치료의 안전성을 판단할 때 환자 경험의 측정이 중요하다는 것을 의미한다. 네 번째 원칙으로 NHSOF의 목적은 NHS가 최소 표준이 아닌 우수성을 달성하도록 유도하는 것이다. 불평등 감소와 평등 증진은 중요한 원칙이다. 대부분의 건강결과에 서사회적 격차가 있기 때문에 취약한 집단 및 지역을 판별하여 문제를 개선함으로써 잠재적 건강 이득을 얻을 수 있다. 따라서 가능한 한 서로 다른 특성과 지역 등의 조건을 고려하여 측정할 수 있는 결과가 선택되어야 한다. 다섯 번째로 가능한 한 NHS가 단독으로 영향을 미칠 수 있는 결과들을 지표로 고려하지만 다른 공공 서비스와 협력이 필요한 영역 또한 포함한다. 관련된 모든 결과지표에 대해 NHSOF는 공중보건 영역 및 사회복지 서비스의 기여와 구분하여 NHS가 책임을 지는 정도를 식별해야 한다. NHS가 새로운 공중보건 서비스 및 사회 복지 서비스와 협력하여 일하는 경우 환자와 간병인에게만 제공될 수 있는 결과가 있다. 이러한 부문의 결과 프레임워크를 구축하여 보완적이고 통합된 서비스를 제공하도록 전략을 개발해야 한다(UKDH, 2010b, pp.11-12). 여섯 번째로 국제 비교 가능성 측면에서 가능하고 적절한 경우 NHSOF에는 OECD 국가, EU 국가들과 국제적으로 비교할 수 있는 결과지표를 포함한다. 마지막으로 NHS를 둘러싼 환경의 변화와 새로운 지표를 개발하기 위해 소요되는 시간을 고려하여 NHSOF는 한 번에 완성된 체계가 아니라 시간이 지남에 따라 발전해 나아가는 것으로 설정하고 있다(UKDH, 2010b, pp.12-13).

NHSOF는 건강결과에 대한 국가 수준의 책무성을 제공하기 위해 개발되었다. NHSOF는 보건의료 제도의 방향을 설정하는 것에 목표를 두고 있으며 NHS가 얼마나 잘하고 있는지 국가 수준의 개요를 국제적 맥락에서 제공하고, 보건부와 NHS 커미셔닝위원회 사이의 책무 메커니즘을 마련하고 결과의 불평등을 줄이는 것에 집중하는 것을 포함해 NHS의 문화, 행동 변화를 촉진하여 질을 높이고 결과를 개선하는 역할을 한다(UKDH, 2010c, pp.2~3).

## 2. NHSOF와 의료 질 관리체계

NHSOF는 크게 효과성, 환자 경험, 안전성의 3가지 범주로 구성되며 효과성은 다시 3가지 영역으로 구분되어 총 5가지 세부 영역으로 구성된다. 첫째 영역은 조기사망 예방, 둘째 영역은 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 증진, 셋째 영역은 질병과 이후의 부상에 대한 회복 지원, 즉 질병으로부터의 회복 지원, 넷째 영역은 보건의료서비스에 대한 사람들의 긍정적인 경험 보장, 다섯째 영역은 안전한 환경에서 치료하고 돌보며 피할 수 있는 위해로부터 보호하는 것이다. 이 중 첫째 영역, 둘째 영역, 셋째 영역은 효과성 범주와 관련되고, 넷째 영역은 환자경험, 다섯째 영역은 안전성과 관련된다(UKDH, 2010b, p.14). 각 영역에서 포괄적인 결과지표 및 각 지표들을 확인할 수 있는데, 이러한 지표들은 NHS 커미셔닝위원회가 포괄적인 보건의료서비스의 커미셔닝을 관리감독하는 역할을 해준다. 각 영역에 대해 NHS 커미셔닝위원회가 결과를 개선할 임무가 있는 구체적인 영역을 식별하는데 이러한 개선 영역은 가능한 근거에 기반해서 선택된다. 각 세부 영역별로 NHS 커미셔닝위원회가 진전을 책임질 결과지표들을 포함하는데 이러한 지표들은 지속적으로 개선된다(UKDH, 2010b, p.15).

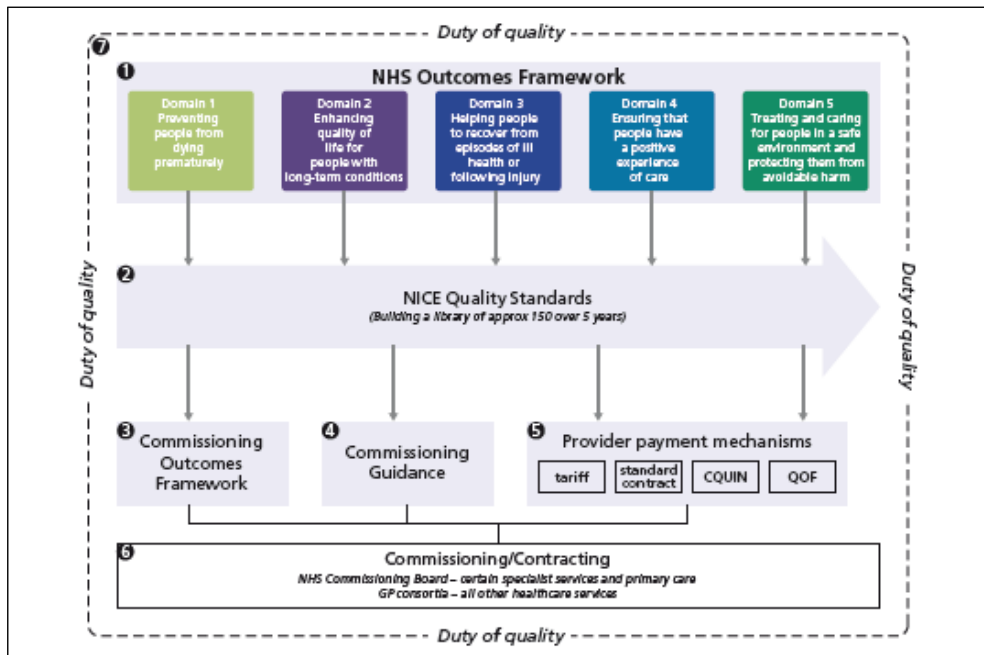
NHSOF는 모든 NHS 서비스에서 질을 높이는 촉매 역할을 하지만, NHS 의료제공자의 성과를 관리하는 도구로 직접적으로 사용되지는 않는다. NHS 커미셔닝위원회는 GP 컨소시엄과 협력하고 다양한 도구를 사용하여 NHSOF의 결과를 개선할 최선의 방법을 결정한다. NICE는 건강결과 개선을 위한 표준을 수립한 후 이에 기반하여 GP, 병원 단위 질 평가가 이뤄진다. NHS 커미셔닝위원회는 NICE의 질 표준을 활용하여 NHSOF에 포함된 국가 수준의 결과 목표를 가장 효과적으로 달성하기 위한 지침을 제공한다. 이사회는 CQUIN 지불체계와 같은 지불 메커니즘 및 인센티브 계획을 설계할 때 이러한 질 표준을 참조할 수 있다. 커미셔닝 위원회는 환자 및 대중과 협력하여 국가 결과목표를 운영하는 데에 사용할 임상 지표 세트를 개발하고 GP 컨소시엄을 위한 커미셔닝 프레임워크를 설계하고 개발한다(UKDH, 2010b, pp. 7-8).

NHSOF의 결과 달성은 NICE ‘지원 질 표준 모음(A suite of supporting Quality Standards)’ 지원을 통해 이뤄진다. NICE Quality Standards는 커미셔닝 과정에 정보를 제공함으로써 결과를 개선하는 데 기여한다. NICE는 이러한 표준들을 생산하며 이후 이 기능은 NHS 커미셔닝위원회로 이전한다. 질 표준은 특정 치료 경로 또는 서비

스에 대한 질 높은 치료에 대한 정의를 제공한다. 임상, 해당 분야의 선도적인 전문가 및 의료 전문가와 협력하여 모범 사례의 증거를 활용하여 NICE가 개발한다. NICE는 NHS 활동의 대부분을 포괄하는 약 150개의 품질표준라이브러리를 생산하는데 이러한 표준은 치료 경로에 초점을 맞추므로 하나의 품질 표준은 NHSOF의 두 개 이상의 영역에 걸쳐 있을 수 있다(UKDH, 2010b, p. 15-16).

결과에 초점을 맞춘 NHSOF가 행동을 왜곡할 위험이 있으므로 이를 방지하기 위해 NHSOF는 모든 환자에게 제공해야 하는 대부분의 내용을 최대한 포괄적으로 다루도록 노력하는 것이 중요하다. 한편 포괄적인 결과지표가 항상 가능하거나 실행 가능하지는 않다는 점에서 단기적으로는 프록시 결과 측정을 사용할 수도 있는데 다양한 지표 간 연결을 포함하여 전체적으로 NHSOF라는 관점에서 행동의 왜곡을 방지하도록 설계하는 것이 중요하다. 결과를 정확하고 대표성 있게 적시에 측정하는 지표의 개발은 복잡하고 시간이 소요된다. 따라서 새로운 지표를 개발하면서 NHSOF를 계속해서 개선해나가야 한다(UKDH, 2010b, p.16-17).

[그림 2-5] 영국 NHS에서의 질 향상 체계

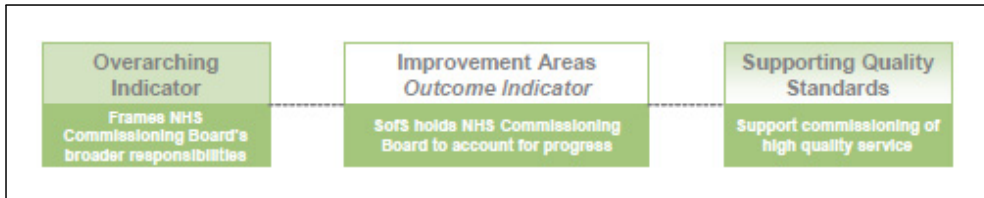


자료: UKDH (2010c). The NHS Outcomes Framework 2011/2012. London: Department of Health, p.8.

### 3. NHSOF의 구성과 지표 개발 현황

NHSOF의 각 영역은 (1) 광범위한 NHS 활동의 진행 상황을 측정하기 위한 포괄적인 결과지표 및 지표 세트, (2) 각 개선 영역에 대한 NHS의 진전을 측정하기 위해 결과 지표를 지원하는 더욱 구체적인 약 5개의 개선 영역, (3) 전체 영역과 영역 내의 특정 개선 영역에서 개선된 결과를 제공할 가능성이 가장 높은 구조와 과정에 대해 NICE에서 개발한 ‘지원 질 표준 모음’을 포함한다(UKDH, 2010b, p.18).

[그림 2-6] 영국 NHS Outcomes Framework 각 영역의 구조



자료: UKDH, (2010b). Transparency in outcomes a framework for the Liberating the NHS. London: Stationery Office, p.15.

#### 가. 조기사망의 예방

우선 NHS의 핵심 기능은 적절한 의료 개입으로 예방할 수 있는 시점에서 사망을 예방하는 것이다. 이를 위해서는 가장 최신의 역량과 기술로 피할 수 있는 사망이 무엇인지 정의해야 한다(UKDH, 2010c, p.13). ‘조기’의 정의는 종종 75세 미만의 사망을 지칭한다. 이러한 일반적인 정의에도 불구하고 어떤 연령의 사망을 이르다고 볼 수 있을지는 상황에 따라 다를 수 있다는 점에서 노인의 개념에 대해서도 적절한 지표가 필요하다. 다음으로 의료서비스 제공만으로 모든 사망을 피할 수 있는 것은 아니므로 NHS가 환자에게 가장 중요한 건강결과 개선을 위해 파트너와 협력이 필요한 업무를 인지하면서 어느 정도까지 향상할 수 있는지, 지점과 수준을 명확히 해야 한다(UKDH, 2010b, pp.19-23).

이러한 원칙에 따라 가장 중요한 지표는 NHS가 차이를 만들 수 있는 영역에서 사망률을 줄이는 것이다. 보건의료로 예방 가능한 사망률은 보건의료를 통해 예방할 수 있

다고 판단되는 사전 정의된 일련의 상태로 인한 사망으로 측정된다(UKDH, 2010b, pp.19-23). 이러한 지표는 74세까지의 사망을 포함하는데, 이는 일반적으로 이 연령 그룹에서 대부분 조기사망이 일어난다고 보기 때문이다. 비록 노인은 다양한 질환을 가지는 경우가 많아 사망의 원인을 결정하기 더 어렵지만, 보건의료 제도가 노인이 피할 수 있는 사망을 줄이기 위한 노력을 해야 하므로, 75세에서의 기대여명을 두 번째 총괄지표로 포함한다. 이러한 지표는 보건의료로 피할 수 있는 사망뿐 아니라 모든 상황을 포함한다(UKDH, 2010c, p.13). 아동의 사망을 별도로 분리하였는데 이는 아동에서 사망률이 낮음으로 인해 보건의료로 예방 가능한 사망률이 노인의 사망에 의해 좌우될 수 있고 이로 인해 개선 영역을 확인하는 과정에서 아동이 무시될 수 있기 때문이다(UKDH, 2010b, pp.19-23). 아동 사망과 관련하여 영아사망률과 주산기사망률을 개선이 필요한 영역으로 간주한다(UKDH, 2010c, p.14)

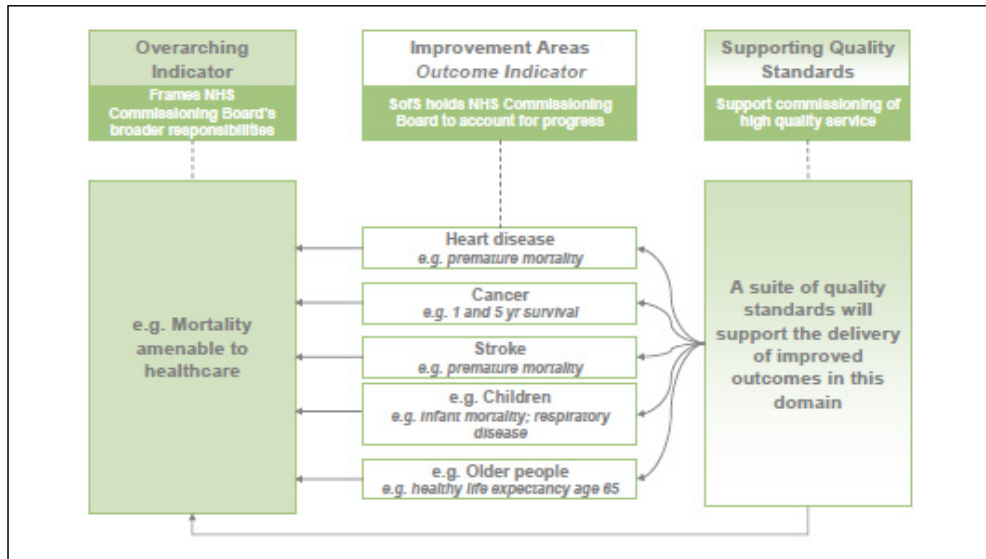
다른 국가들의 특정 상태로 인한 사망률이 낮다는 것은 사망률이 개선 가능성을 의미한다. 국제적으로 비교가 가능한 데이터를 활용할 경우 영국이 다른 나라보다 보건의료로 예방 가능한 특정 사망 상태는 심장 질환과 뇌졸중이다. 암의 경우 영국에서 성과가 좋지 않는데 암은 일반적으로 사망률보다 생존율을 사용하므로 생존율을 개선 영역의 지표로 사용하는 것이 더욱 적절할 것이다(UKDH, 2010b, pp.19-23).<sup>7)</sup> 이러한 지표들을 이용하여 해당 질병들이 진단된 후 사망을 예방하는 데에 NHS가 얼마나 성공적인지 확인할 수 있다(UKDH, 2010c, p.14). 아동의 건강과 관련하여 영국은 주산기 사망이 좋지 않으며 영아사망률 또한 적절한 지표가 되고 있다. 불평등의 측면에서는 심각한 정신질환을 앓고 있는 사람들은 전체 인구보다 사망률이 훨씬 더 높다(UKDH, 2010b, pp.19-23). NHS는 이 프레임워크의 모든 결과지표에서 불평등을 줄이는 것을 목표로 하지만 결과에 불평등 지수가 상당히 높은 일부 개선 영역을 선택하고, 집중해서 개선하는 것이 바람직할 수 있다(UKDH, 2010b, pp.19-23). 특히 심각한 정신질환을 가진 사람들의 조기사망률을 줄이는 결과지표는 두 개의 보고체계에서 보여지는데, 이들이 이 위험요인에 특히 취약한 이유는 보건의료에 대한 접근성 그리고 생활습관과 관련이 있기 때문이다(UKDH, 2010c, p.14).

첫 번째 영역(조기사망의 예방)과 관련된 질 표준은 유방암, 대장암, 폐암, 항암치료, 산전

7) 예를 들어 암으로 인한 사망은 치료의 효과성뿐 아니라 생활습관 요인 등 암의 발생에 의한 영향이 있다는 의견이 제안되었다(UKDH, 2010c, p.14).

관리 등의 치료와 관리 영역을 포함한다. NQB는 일차적으로 이러한 주제들을 질 표준 개발을 위한 개선 영역으로 확인했지만, 해당 주제가 NICE에 보내지기 전에 표준의 실행 가능성과 범위를 평가하기 위한 추가 작업이 이뤄진다(UKDH, 2010c, p.15).

[그림 2-7] 조기사망 예방 영역의 총괄지표, 개선 영역, 질 표준



자료: UKDH, (2010b), Transparency in outcomes a framework for the Liberating the NHS. London: Stationery Office.p.23.

## 나. 장기질환자의 삶의 질 증진

이 영역은 NHS가 정신건강 등을 포함하여 장기질환을 앓고 있는 사람들이 가능한 한 정상적으로 생활할 수 있도록 NHS가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역이다(UKDH, 2010c, p.16-17). 여기에서 결과지표는 세 가지 기본 원칙 하에 제시되었다. 우선 개인의 치료인데 환자는 자신을 하나 이상의 장기적인 건강 문제를 가진 사람으로 스스로 인식한다. 장기질환을 가진 사람들의 29%는 현재 하나 이상의 질환을 지니며 살고 있으며 앞으로 이 비율은 더 높아질 것이다. 그러나 이를 개인의 위협으로 보는 것은 이들의 요구를 무시할 위험이 있으며 정신적, 신체적으로 장기적인 조건을 가진 사람들의 요구와 그들이 원하는 결과에 대하여 일반적으로 관심을

가지는 것이 중요하다.. 기능과 에피소드의 결과라는 측면에서 프레임워크는 장기적인 조건을 가진 사람들에게 중요한 결과에 초점을 맞춰야 한다. 이들이 점차 쇠약해져 신체적으로 활동하거나 일하거나 독립적으로 생활하는 것을 방해하는 요소들과 관련한다. 장기적인 상태로 발전할 수 있는 급성 에피소드는 상태를 잘 관리하면 빈도와 심각도를 줄일 수 있다. 마지막으로 모든 연령대의 요구사항을 적용하는 것이 중요하다. 연령대가 다른 장기적 조건을 가진 사람들은 기능적 결과와 관련하여 별도의 요구사항들이 있으므로 어린이, 성인 및 노인을 위한 적절한 기능적 결과를 따로 구분하여 알아볼 필요가 있다(UKDH, 2010b, pp.23-26).

총괄지표는 장기질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질로 시간에 따라서 만성질환을 가진 사람들의 건강 관련 삶의 질이 개선되고 있는지를 이해하고자 한다(UKDH, 2010c, p.16-17). 현재 장기적인 건강 문제를 가진 사람들의 삶의 질에 대한 포괄적인 척도가 제공되지는 않지만 관련 정보를 수집하는 기존 설문조사를 활용할 수 있다. 예를 들어 일상활동이 영향을 받는 장기질환을 가진 사람들의 비율 등이며 EQ-5D과 같은 삶의 질을 측정하기 위한 표준 설문지 기반 도구가 활용 가능하다(UKDH, 2010b, pp.23-26).

이 영역에서 개선 영역은 특정한 상태에 초점을 맞추지 않고 장기질환을 지닌 사람들에게 문제가 되는 일반적인 결과에 집중한다. 장기질환을 가진 사람들에게 중요한 요소는 근거를 분석하고, 자문을 거쳐 확인하였는데 그것은 자신의 상태가 관리되도록 지원을 받고 있다는 느낌이다. 장기질환을 가진 사람의 고용률과 같은 지표는 그들이 가능한 한 얼마나 정상적으로 생활할 수 있는지 그 정도를 측정한다. 불필요하게 병원에 입원한 자료 등을 이용하여 NHS가 본 결과를 얼마나 성공적으로 관리하는지를 알아볼 수 있다. 그리고 아동과 성인을 구분하여 지표를 선택하였는데 장기질환을 가진 아동의 응급 입원 94%를 차지하는 천식, 간질, 당뇨의 세 가지 조건을 분석하여 계획되지 않은 피할 수 있는 입원 지표를 활용한다. 여기에는 장기질환을 가진 성인과 관련하여 외래민감성 만성질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 포함한다(UKDH, 2010c, p.17-18).

개선 영역은 개선 정도의 추적이 특히 중요한 두 집단을 포함하여 정하였는데 우선 정신질환을 가진 사람들은 신체 질환에 과도하게 초점을 맞추어 배제되지 않아야 하고 그들이 질환을 얼마나 잘 관리할 수 있는지가 중요하다. 이러한 점에서 이들의 삶의 질



을 확인하기 위해 고용률을 이용한다. 광범위한 경제 상황 등이 고용률에 영향을 미칠 수 있다는 점을 고려하여 전체 인구의 고용률과 비교하여 정신질환을 가진 사람들이 얼마나 일하고 있는지를 측정한다. 두 번째는 아픈 사람들을 지지하는 측면에서 돌봄 제공자들의 역할을 인지하는 것이다. NHS의 역할은 돌봄 제공자가 건강한 상태에 있고 그들의 건강과 관련한 삶의 질이 과도한 돌봄으로 인해 악화하는 것을 방지하는 것이다. 따라서 돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질을 지표로 포함한다(UKDH, 2010c, p.18).

질 표준은 우수한 수준의 결과를 달성하기 위해 모든 주요 치료 경로에서 질 높은 치료가 무엇인지를 이해하도록 돕는다. 일차적으로 선정된 주제는 만성 심장 질환, 신장 질환, 만성폐쇄성 폐 질환, 성인에서 우울, 양극성 장애, 당뇨, 간질, 아동에서 천식, 양극성 장애, 당뇨, 간질 등이다(UKDH, 2010c, p.19).

#### 다. 질병으로부터의 회복 지원

이 영역의 역할은 치료 가능한 질병을 가진 사람들을 위해 가능한 최상의 결과를 달성하는 것이다. 크게 두 가지 결과가 중요한데 첫째, 상태가 더 심각해지는 것을 방지한다. 시기적절하고 효과적인 의료는 상태가 악화하는 것을 막으며 질병이 삶에 미치는 영향을 최소화하는 것을 목표로 한다. 두 번째로 사람들이 심각한 질병이나 부상에서 회복하도록 돕는다. NHS는 사망을 예방할 뿐 아니라 가능한 심각한 질병이나 기타 여러 가지 원인으로 쇠약해져 고통받는 사람들을 원래의 건강 상태 또는 그에 근접한 상태로 빠르고 고통 없이 회복하도록 돕는다. 적절한 결과지표를 고려하여 앞서와 마찬가지로 모든 연령대의 요구를 충족시키는 것을 원칙으로 채택했다. 노인들이 NHS 서비스의 가장 큰 사용자이지만 다른 연령대의 니즈 또한 무시하지 않아야 한다는 점에서 연령대별 다양한 의료에 대한 요구를 반영하는 것이 중요하다(UKDH, 2010b, pp.26-30).

총괄지표로 상태가 더 심각해지는 것을 방지하고 사람들이 심각한 질병이나 상해에서 회복할 수 있도록 돕는 것을 사용한다. 외래서비스와 같은 일차 의료에서 관리하는 급성질환 응급 입원은 NHS가 치료 가능한 상태가 더 심각해지는 것을 예방하는 역할을 얼마나 잘 수행하는지 보여준다(UKDH, 2010b, pp.26-30). 일부 응급 입원은 피

할 수 없는 경우도 있으나 일정 비율은 일차 의료로 예방가능한 결과와 연결된다는 점에서 적절한 프록시 지표가 될 수 있다(UKDH, 2010c, p.21). 가능한 효과적으로 사람들의 회복을 돕는 정도는 병원 퇴원 후 28일 내 응급 재입원 지표를 이용한다. 재입원은 보건의료가 환자가 회복하는 것을 돕는 데에 얼마나 성공적인지를 보여주는데, 환자가 회복되지 않는다면 다음 28일 내 병원 치료를 요구하게 된다(UKDH, 2010c, p.21). 즉, 환자가 응급 치료를 위해 재입원하는 경우, 이는 원래 치료의 결과가 예상했던 것만큼 좋지 않았음을 보여준다(UKDH, 2010b, pp.26-30).

개선 영역은 심각해지는 것을 막을 수 있고 NHS가 효과적으로 회복을 도울 수 있는 건강 문제가 무엇인지 구체적인 원인을 분석하여 정한다. 각 연령 그룹에서 가장 중요한 원인을 확인하고 영역을 포괄하는 결과지표를 선택하는 것이다. 아동, 성인, 노인의 각 연령 집단에서 대부분의 응급 입원을 하게 되는 원인들은 아동은 상해, 외상, 하기도 감염이며 성인은 상해, 외상, 뇌졸중이고, 노인은 골절, 뇌졸중이다. 이를 고려하여 하기도 감염을 가진 아동에서의 응급 입원, 아동에서의 상해와 성인에서의 뇌졸중, 20일과 120일 차에 이동성을 이전 수준으로 회복한 환자의 비율을 개선 영역에 포함한다(UKDH, 2010c, p.21-22). 선택적 시술(elective procedures)은 대부분의 병원 입원과 관련된 원인은 아니므로 NHSOF에 포함되지 않을 수 있는데 계획된 치료의 결과를 모니터링하기 위해 환자보고 결과측정(Patient Reported Outcome Measure)을 사용한다(UKDH, 2010b, pp.26-30).<sup>8)</sup> 많은 노인들은 병원 입원 후 독립성을 회복하지 못하는데 이 문제는 본 연령 집단에서 중요한 사안이므로 병원에서 제공하는 재활 서비스는 퇴원한 91일 차에도 여전히 집에 머무르고 있는 노인의 비율을 지표로 이용한다(UKDH, 2010c, p.23).

이 프레임워크의 모든 영역에서의 우수한 결과를 위해 모든 주요 치료 경로에서 질 높은 치료가 무엇인지를 설명하는 일련의 질 표준이 제시될 것이다. 일차적으로 선정된 주제는 기관지염, 골절, 중증외상, 뇌졸중 치료 및 재활, 응급 치료, 아동 수막염 등이다(UKDH, 2010c, p.23)

8) 환자보고 결과 측정(PROM)은 환자가 인식하는 건강결과를 측정하는 강력한 방법이지만 치료 전후에 환자에게 질문을 해야 하므로 급성 치료에는 가능하지 않으며 계획된 치료 에피소드에만 일반적으로 적용 가능하다. 미래에 계획되지 않은 치료에 대해 유사한 조치를 개발하는 것이 가능할 수 있을 것이다(UKDH, 2010b, pp.26-30).

## 라. 보건의료서비스에 대한 사람들의 긍정적인 경험 보장

돌봄(care)의 질에는 케어하는 것(caring)의 질이 포함된다. 환자와 간병인에게 자신의 경험, 치료 및 치료의 질에 대해 직접 피드백을 받는 것은 이제 전 세계 의료시스템에서 표준이 되었다(UKDH, 2010b, pp.30-37). 이 영역은 환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자에게 긍정적인 경험과 관련되는데 환자의 피드백은 의료서비스 질을 더욱 효과적으로 개선하는 데 중요한 역할을 한다(UKDH, 2010c, p.24). 네 가지 기본 원칙 또는 가정을 기반으로 개발되었다. 우선 환자 경험은 NHSOF의 중요한 요소여야 한다. 환자 경험은 가장 중요한 결과로 임상 또는 의학 용어로 사람들을 얼마나 잘 치료하고 있는지를 가지고 확인할 수 없다. 두 번째로 환자 경험 정보를 수집하기 위한 기존 방식이 NHSOF의 요구 사항에 적합하지 않다. NHS가 환자의 경험을 이해하고 개선하는 데 도움이 되는 적절한 환자 피드백 시스템을 만들 수 있다. 세 번째로 개선의 단계적 변화를 주도하기 위해 지금 환자 경험을 측정하는 것이 필요하다. 마지막으로 균형 잡힌 접근이 필요하다(UKDH, 2010b, pp.30-37).

총괄지표는 GP 환자 서베이를 이용한 일차 의료와 입원 서베이를 이용한 병원치료이다(UKDH, 2010c, p.25). 총괄지표 설정에 있어 단기적으로 기존 자료를 활용하되 향후 개발이 필요하다. 환자 경험을 측정하는 다양한 조사들이 있지만, 표준화되어 있지 않아 국가 수준의 지표 산출을 위해 적합하지 않다. 관련 설문 조사에서 일련의 설문을 포함하여 추적하는 방식이다. 질문은 접근성과 대기시간, 안전하고 높은 질의 치료 연계, 더 나은 정보, 더 많은 선택, 긴밀한 관계 구축, 깨끗하고 친근하고 편안한 곳이라는 5개의 테마로 구성한다. 장기적으로 핵심 질문 세트를 기반으로 하는 포괄적인 결과지표 개발이 필요하다. 모든 설문에서 관련 치료 전 과정의 설정을 다루고 환자에게 가장 중요한 결과가 무엇인지 집중한다. 이러한 질문은 환자가 필요한 치료와 서비스를 받았는지, 그리고 전반적인 품질은 어떠하였는지(예: 요구사항을 충족했는지, 건강을 유지할 수 있는지, 삶의 질을 향상했는지 등) 묻는다(UKDH, 2010b, pp.30-37).

개선 영역은 더욱 집중할 필요가 있는 치료영역으로 총괄지표는 포괄하지 못하는 문제와 환경, 환자 집단 등과 관련된다. 외래 치료와 관련된 환자의 경험의 개선, 일차 의료 접근성 개선, 사고와 응급서비스에 대한 환자 경험 개선, 개인의 요구에 대한 병원

의 반응성 개선, 임신·출산에 있어 여성과 가족의 경험 개선 및 말기 치료를 받는 과정에서 사람들의 치료에 대한 경험 개선, 정신질환을 가진 사람에서 보건의료 경험에 대한 개선과 아동 및 청소년의 보건의료 경험 개선이다. 최근에 이 영역에서 다양한 범위의 서비스에 대한 설문이 진행되고 있는데 증장기적으로 환자 경험 환류를 위한 인프라 스트럭처 개발이 필요하다(UKDH, 2010c, pp.26-28).

이 프레임워크의 모든 영역에서 우수한 결과를 의뢰하기 위해 모든 주요 치료 경로에서 고품질 치료가 어떤 모습인지를 설명하는 품질 표준 모음이 있다. 품질 표준에 대한 일차적인 주제는 산전·후 관리, 말기 케어, 환자 경험, 성인 정신건강에서의 환자 경험 등이다(UKDH, 2010c, p.28).

#### **마. 안전한 환경에서 치료하고 돌보며 피할 수 있는 위험로부터 사람들을 보호**

이 영역은 의료의 질과 함께 더 나은 건강결과를 전달하는 데에 환자 안전의 중요성을 인식한다(UKDH, 2010c, p.29). 환자의 상태를 안전하게 유지한다는 것은 치료 환경을 안전하고 깨끗하게 유지하여 약물 오류와 같은 피할 수 있는 피해를 줄이고 의료 관련 감염률을 줄이는 것을 의미한다. 여기에는 세 가지 기본원칙을 고려하였는데 추가 피해로부터 사람들을 보호하는 것, 개방적이고 정직한 문화, 실수로부터 얻는 학습이다(UKDH, 2010b, pp.37-41). 환자 안전에 대한 중요성은 지난 10년간 지속적으로 부각되어 왔지만, 개선의 속도가 느리고 여전히 문화적 장애가 존재한다. 책임공방(blame game)에 대한 두려움, 제도설계와 인적요인, 훈련, 자원, 직원 수와 리더십 문제 등이 안전성 이슈를 개선하는 데에 장애요인이다(UKDH, 2010c, p.29).

총괄지표 설정에 있어 환자 안전은 유해한 사고를 줄이는 것에 있으며 이 외에도 NHS가 안전 문제를 효과적으로 인식하고 보고하여 안전한 치료를 제공하는 방법에 대한 이해를 높이는 것이 중요하다. 즉, 개별 환자를 안전하게 보호하는 적극적인 환자 안전 문화가 조직에 구축되어 있는지 확인해야 한다. 포괄적인 결과지표는 보고된 사고의 수(단기적으로는 증가해야 하며 장기적으로는 다른 서비스와 비교할만한 수준), 피해의 심각도(감소해야 함), 유사한 사건의 수(감소해야 함)일 것이다. 이 지표는 조직 내에서 공정하고 개방적인 안전 문화가 확산되고 있는지, 더 많은 또는 더 적은 수의 환자가 용인할 수 없는 피해를 경험하고 있는지, 조직이 얼마나 잘 학습하고 있는지를

보여준다(UKDH, 2010b, pp.37-41).

개선 영역은 사람들에게 제공되는 실제 치료와 치료가 제공되는 시스템, 치료가 제공되고 치료 시스템이 작동하는 물리적 건물 및 주변(환자 환경)이다. 또한, 안전과 관련하여 특별한 집중 관리를 필요로 하는 취약 계층은 출산하려는 사람들, 어린이, 노인, 정신건강 서비스가 필요한 사람들 및 학습 장애가 있는 사람들이다(UKDH, 2010b, pp.37-41). 선택된 특정 사건은 정맥 혈전 색전증(VTE), NHS 돌봄 과정 동안 심각한 욕창의 발전, 급성 치료, 일차 진료 등에서 약물 오류, 보건의료 관련 감염 MRSA와 C.Difficile 사건이다. 이러한 지표들은 기존의 병원 입원통계(hospital episode statistics, HES)와 의무감염감시체계(mandatory infection surveillance), NRLS로 보고된 데이터로 측정된다. 안전성 영역에서 아동, 임신한 여성과 같이 특정한 니즈를 가진 환자들을 안전하게 유지하는 것을 지표로 포함해야 한다. 아동에게 제공하는 안전한 서비스는 모니터링 실패로 인해 아동에게서 위해가 발생하는 것, 임신 여성에게는 산모와 아이가 안전하고 유지되는 것으로 만삭아의 신생아치료실 입원 등이 포함된다(UKDH, 2010c, p.31). NHS Commissioning Board를 지원하기 위해 NICE 질 표준이 개발되며 다섯 번째 영역과 관련해 일차적으로 선택된 주제는 산전 관리, 낙상, 항암치료, 욕창, 폐색전증 등이다(UKDH, 2010c, p.32).

〈표 2-6〉 영국 NHS Outcomes Framework 구성 및 지표

구성	지표
효과성: 조기사망 예방	피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인, 아동)
	기대여명(남, 여)
	신생아 사망률과 사산율
	심뇌혈관계 질환, 호흡기 질환, 간 질환, 암으로 인한 75세 미만 사망률
	모든 암, 유방암, 폐암, 직장암 1, 5년 생존율
	1, 2기에 진단받은 모든 암 1년, 5년 생존율
	심각한 정신질환, 일반적인 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률
	최근에 NHS 서비스를 이용한 성인에서 자살 및 미확인 부상으로 인한 사망률
	영아사망률
	아동 암 5년 생존율
효과성: 장기 질환자	학습 장애를 가진 성인에서 60세 미만 초과사망률
	장기질환을 가진 사람들의 삶의 질
	자신의 상태를 관리할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율

구성	지표
삶의 질	장기 질환을 가진 사람들의 고용
	만성 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원
	천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)
	돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질
	정신질환을 가진 사람들의 고용
	정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질
	치매를 가진 사람들의 추정진단을
	질병 진단 후 독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 치료의 효과 측정
효과성: 질병, 상해로부터 회복 지원	3가지 이상 장기 질환이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질
	일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성 질환으로 인한 응급 입원
	퇴원 후 30일 내 응급 재입원
	선택적 시술(신체건강 관련, 심리치료 관련)로 인한 환자의 건강 이득
	정신질환을 가진 환자에서 삶의 질 회복
	하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원
	중증외상 이후 생존
	6개월 후 활동/생활습관(Modified Rankin 척도)이 개선된 뇌졸중 환자 비율
	고관절 골절 후 운동·보행 능력 회복한 환자의 비율(30일 차, 120일 차)
	재활서비스로 퇴원 후 91일에 집에 있는 노인(65세 이상)의 비율
급성기 혹은 지역 사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율	
치아우식증, 10세 이하 아동에서 입원 통한 치아우식증 치아 발치	
환자 경험: 환자 경험 개선	일차 의료 환자 경험(GP, out-of-hours services, NHS 치과서비스)
	병원 진료 환자 경험, 외래서비스 환자 경험, 응급의료 환자 경험
	입원 환자의 니즈에 대한 반응성
	GP 서비스, NHS 치과서비스 접근성
	산전후 관리에 대한 여성의 경험, 아동 및 청년의 의료서비스 경험
	생애 말기 환자의 돌봄 경험
	지역 사회 정신건강 서비스 환자 경험, 통합의료 환자 경험
안전성: 안전한 환경 조성	보건의료 문제로 인한 사망 및 심각한 위해(harm)
	정맥혈전증(Venous Thromboembolism, VTE) 관련 사망
	의료 관련 MRSA 발생, C. Difficile 발생
	범주 2, 3, 4 욕창 환자 비율
	병원 낙상으로 인한 고관절 골절
	만삭아의 입원(임신기간이 37주 이상인 출생아 중 신생아 치료실 입원)
환자 안전사고 보고건	

자료: NHS (2019). NHS outcomes framework Indicators; November 2019 Release. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current> 2020.02.18.

## 제3절 한국 의료 질 보고서 설계

### 1. 구성 방향

국가 수준에서 지속적으로 의료 질을 보고하고 있는 영국과 미국의 사례를 살펴보았다. 국민들에게 중요한 것은 건강결과이므로 우리나라의 현 보건의료체계가 건강결과에서 어느 정도의 성과를 가져오는지에 대한 지속적인 보고가 필요하다. 따라서 건강결과를 중심으로 포괄적인 지표를 개발하고 개선이 필요한 특정 영역을 설정하여 지표체계를 개발한 영국의 NHSOF를 벤치마킹하였다.

NHSOF에는 영국의 현황이 반영되어 있지만, 이는 영국만의 특별한 상황은 아니다. 다수의 선진국들은 보건의료로 피할 수 있는 사망을 개선하고, 효과적으로 만성질환을 관리하는 문제에 대한 어려움을 경험하고 있다. 호흡기 질환 및 일부 암으로 인한 사망 및 뇌졸중 등 일부 건강 관련 문제는 공중보건 영역의 개선이 필요한 문제인 동시에 더 효과적인 치료 관리가 필요한 문제이다. 예를 들어, NHS뿐 아니라 한국에서의 당뇨병의 급성 합병증 발생률이나 높은 천식 입원 등은 보건의료시스템의 개선으로 피할 수 있는 문제이다. 환자 안전사고 영역에서 영국의 MRSA 감염률은 유럽 평균보다 더 높고, 매년 25,000명의 사람들이 정맥 혈전 색전증으로 피할 수 있는 사망을 하는 것으로 알려져 있는데 이는 우리나라에서 모니터링 체계의 미흡으로 인해 정확히 보고되지 않을 뿐, 영국보다 더 낮지 않을 수 있다. 또한, 서비스를 제공하는 환자에 대한 반응성 또한 개선이 필요한 영역으로 환자들에게 환자를 중심으로 서비스가 제공되기보다는 서비스를 중심으로 환자가 배치될 것으로 예상되는 상황 또한 다르지 않다(UKDH, 2010a, p.8).

영국과 우리나라의 의료체계가 달라서 발생하는 지표들은 우리나라 현황에 맞는 지표로 대체해야 한다. 예를 들어 효과성, 환자 중심성, 안전성 영역 중 환자 중심성 영역이 대표적으로 우리나라 의료제도에 맞게 지표 활용이 필요하다. 영국의 NHSOF를 벤치마킹하는 첫해의 연구라는 점에서 가능한 영역에서 국내에 적합한 지표로 대체하되 더 심도 있는 자료검토가 필요한 영역은 교체하지 않고 NHSOF에 맞춰 산출하되 향후 제언으로 제시하였다. 단년도 연구의 가능한 수준에서 체계의 차이로 인한 문제를 보완하면서 현재 국내 자료로 지표를 산출하는 것이 가능한 것을 확인하였다. 또한 지표

산출은 가능하지만, 자료가 매우 부정확한 경우에는 분석에서 제외하고 ‘산출 가능한 자료 없음’으로 표기하였다. 영국의 NHSOF가 꾸준히 개발 단계에 있다는 점에서 아직 개발되지 않은 지표는 제외하였다.

## 2. 측정들과 지표 구성

지표는 영국 NHS Outcomes Framework 지표를 활용하되 우리나라 상황에 맞게 일부 수정하였다. 예를 들어 환자 경험 영역은 의료체계에 기반한 지표들은(예를 들어 NHS GP 서비스 이용 경험) 외래서비스 이용 등으로 통합하였다. 일부 지표들은 이후 연구를 통해 추가적인 산출 가능성 확인이 필요하다. 각 지표는 3장에서 국가 수준의 평균치를 제시하였고 5장 심층분석에서 가능한 경우 지역, 소득, 교육 등에 따른 격차 추이를 함께 보고할 계획이다.

〈표 2-7〉 영국 NHS Outcomes Framework 지표와 산출 가능성

NHS Outcomes Framework	자료	산출 가능
효과성: 조기사망 예방		
피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인, 아동)	사망원인통계	○
기대여명(남, 여)	생명표(통계청)	○
신생아 사망률과 사산율	건강보험청구자료	○
심혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
암으로 인한 75세 미만 사망률	사망원인통계	○
유방암, 폐암 및 대장암에서 1년, 5년 생존	중앙암등록본부	○
1, 2기로 진단받은 모든 암 1년, 5년 생존율	지표미개발	
일반적인 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률	지표미개발	
심각한 정신질환, 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률	건강보험청구자료	○
최근 의료서비스를 이용한 성인에서 자살 및 미확인 부상으로 인한 사망률	지표미개발	
영아 사망률	사망원인통계	○
아동 암 5년 생존율	중앙암등록본부	○
학습 장애가 있는 성인의 60세 미만 초과사망률	지표미개발	
효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선		
장기 질환을 가진 사람들의 삶의 질	국민건강영양조사	○



NHS Outcomes Framework	자료	산출 가능
자신의 상태를 관리 할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율		
장기 질환을 가진 사람들의 고용	국민건강영양조사	○
만성 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	건강보험청구자료	○
천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	건강보험청구자료	○
돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질		
정신질환을 가진 사람들의 고용	국민건강영양조사	○
정신질환을 가진 사람의 건강 관련 삶의 질		
치매를 가진 사람들의 추정진단을		
질병 진단 후 독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 치료의 효과 측정	지표미개발	
3가지 이상 장기 질환이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질	국민건강영양조사	○
<b>효과성: 질병 혹은 후유증 회복을 도움</b>		
일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성 질환으로 인한 응급 입원	건강보험청구자료	○
퇴원 후 30일 내 응급 재입원	건강보험청구자료	○
선택적 시술로 인한 환자의 건강 이득: 신체적 치료	지표미개발	
선택적 시술로 인한 환자의 건강 이득: 정신적 치료	지표미개발	
정신질환을 가진 환자에서 삶의 질 회복	지표미개발	
하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원	건강보험청구자료	○
중증 외상 이후 생존	지표미개발	
6개월 후 활동/생활습관(Modified Rankin 척도)이 개선된 뇌졸중 환자 비율	지표미개발	
고관절 골절 후 운동·보행 능력 회복한 환자의 비율(30일 차, 120일 차)		
재활서비스로 퇴원 후 91일에 집에 있는 노인(65세 이상)의 비율		
급성기 혹은 지역 사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율		
치아우식증	지표미개발	
병원 입원 통한 치아우식증 치아 발치(10세 이하)	국민건강영양조사	○
<b>환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험</b>		
병원 진료 환자 경험	환자 경험 조사	-
외래서비스의 환자 경험	환자 경험 조사	-
입원 환자의 니즈에 대한 반응성		
응급의료 환자 경험		
GP 서비스, NHS 치과서비스 접근성		
산전·후 서비스에 대한 여성의 경험		
지역 사회 정신건강 서비스 환자 경험		
어린이와 청소년의 의료서비스 이용 경험	지표미개발	
통합의료 환자 경험	지표미개발	
<b>환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위험로부터 보호</b>		
보건의료서비스 문제로 인한 사망	지표미개발	
보건의료서비스 문제로 인한 심각한 위해	지표미개발	
퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(Venous Thromboembolism)으로 인한 사망		

NHS Outcomes Framework	자료	산출 가능
의료 관련 감염 사건(HCAI)-MRSA		
의료 관련 감염 사건(HCAI)-C. Difficile		
범주 2, 3, 4 욕창 환자 비율	지표미개발	
병원 낙상으로 인한 고관절 골절	지표미개발	
만삭아의 입원(임신기간이 37주 이상인 출생아 중 신생아 치료실 입원)	건강보험청구자료	○
환자 안전사고 보고 건수		○

자료: NHS (2019). NHS outcomes framework Indicators: November 2019 Release. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current> 2020.02.18.

### 3. 작성 과정

해당하는 지표를 기존 자료나 건강보험 청구자료를 이용하여 산출하여 제시하되 제시하기 어려운 지표더라도 지표를 제외하지 않고 남겨두었다. 측정은 개선을 위한 첫 번째 과정이다. 의료시스템 성과 개선을 위해 측정이 되지 않은 문제가 무엇인지를 제시하는 것 또한 중요하다.



## 제3장

### 우리나라 의료 질 현황

제1절 효과성: 조기사망 예방

제2절 효과성: 장기 질환자 삶의 질

제3절 효과성: 질병과 후유증으로부터 회복

제4절 환자 중심성

제5절 안전성

제6절 소결



# 제3장 우리나라 의료 질 현황

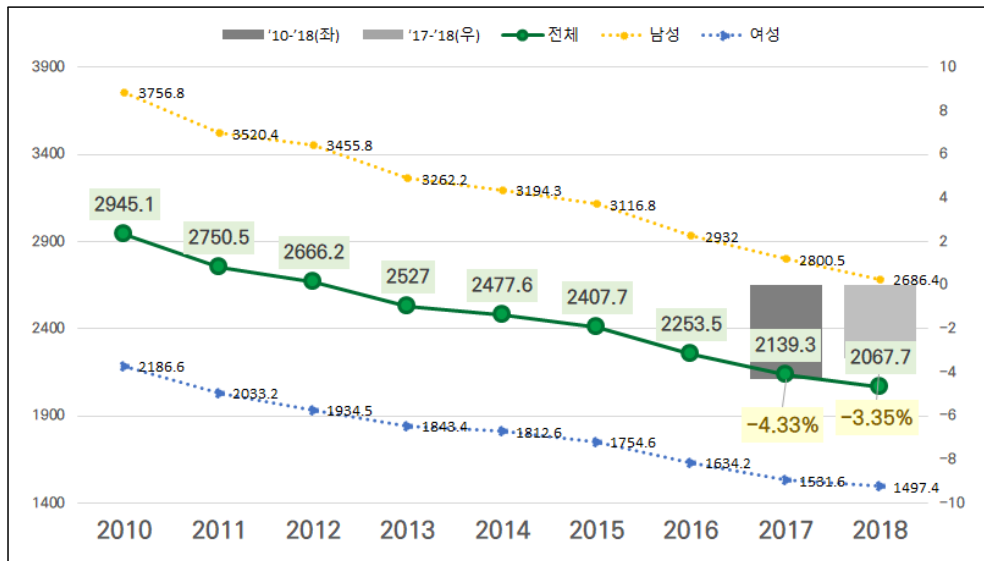
## 제1절 효과성: 조기사망 예방

### 1. [총괄] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)

잠재수명손실연수(성인)는 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2018년 잠재수명 손실연수(성인)는 2,067.7년으로 연평균 4.33% 감소하였고, 전년 대비 3.35% 감소하였다. 2018년 남성의 잠재수명손실연수(성인)는 2,686.4년, 여성의 잠재수명손실연수(성인)는 1,497.4년이었는데 2010년과 비교하였을 때 절대적인 감소량은 남성에서 더 컸다. 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수 감소는 보장성 강화 등 의료서

[그림 3-1] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인)

(단위: 년, %)



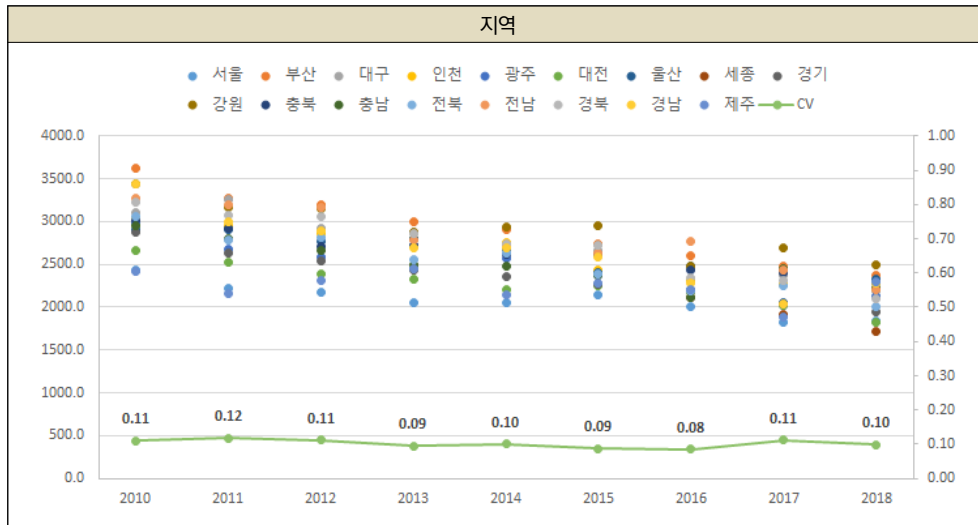
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

서비스 영역에 대한 투자와 건강증진 사업에 따른 효과에서 온 결과로 볼 수 있다. 예를 들어 다른 나라와 우리나라를 비교한 연구는 국민 의료비 증가와 담배소비량, 지방 섭취량 감소 등이 우리나라의 잠재수명손실연수 감소에 기여했다고 밝혔다(박명배, 문지영, 김진리, 남은우, 2018, p. 134).

성인에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수의 지역간 변이는 2010년 0.11이었고 2018년에는 0.10으로 거의 변화 없이 전반적으로 감소하는 양상이었다. 잠재수명손실연수가 가장 높은 지역은 2010년에 부산, 경남 순이었고 2018년에 가장 높은 지역은 강원도, 부산 순으로 부산은 꾸준히 잠재수명손실연수가 높은 편이었다. 잠재수명손실연수가 가장 낮은 지역은 2010년 제주, 서울 순이었고 2018년에 가장 낮은 지역은 세종, 대전 순으로 대전은 지속해서 낮은 편에 속했다.

[그림 3-2] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인)(세부분석)

(단위: 년, %)

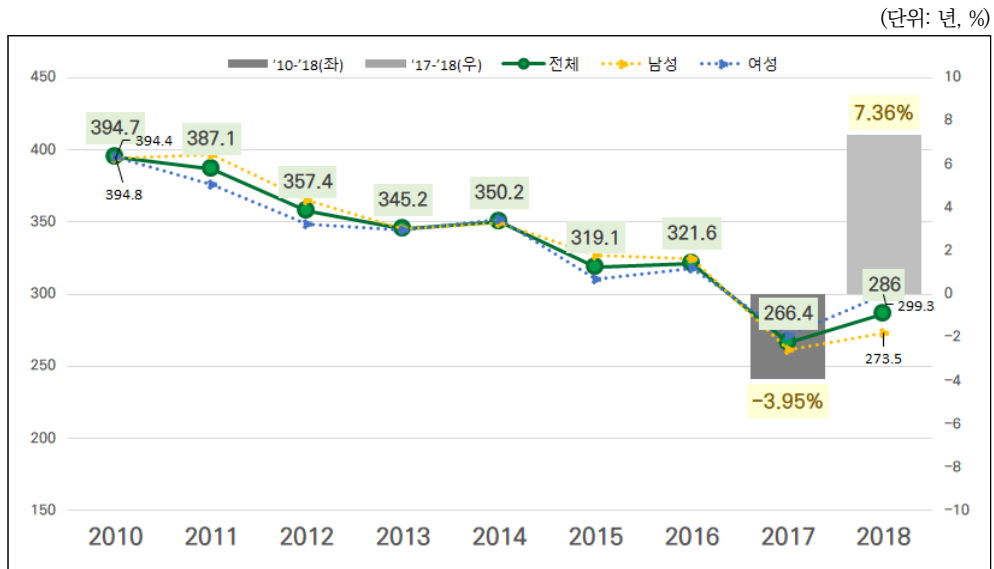


주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

## 2. [총괄] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(아동, 청소년)

2018년 잠재수명손실연수(아동, 청소년)는 286.0년으로 연평균 3.95% 감소하는 추세를 보이거나, 전년 대비 7.36% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 잠재수명손실연수(아동, 청소년)는 2018년에 남아 273.5, 여아 299.3년이었는데 남아와 여아 모두 전체 집단과 비슷한 추이를 보였다.

[그림 3-3] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(아동, 청소년)



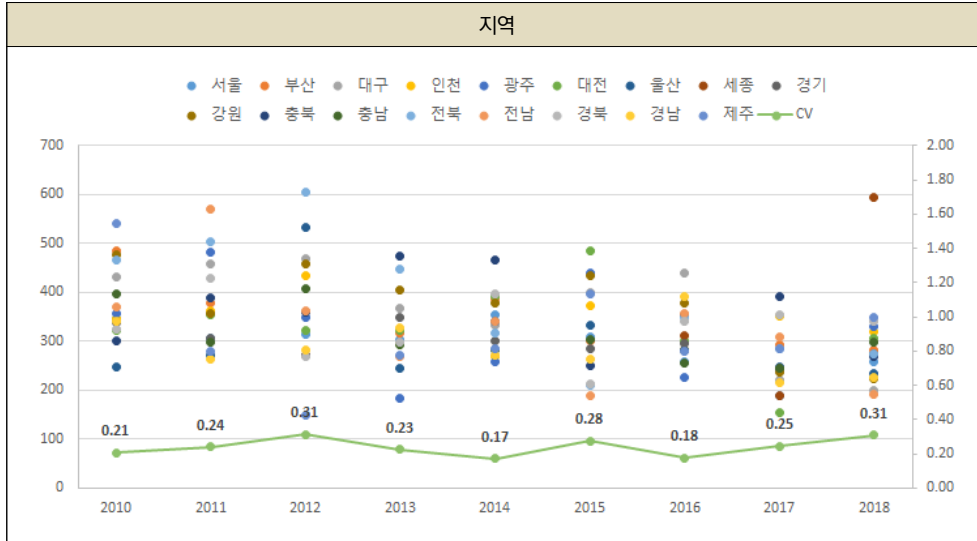
주: 0-19세 대상으로 주민등록연앙인구를 이용해 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

지역에 따라 산출된 아동, 청소년에서의 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수를 살펴보면 지역 간 변이는 2010년 0.21에서 2018년 0.31로 증가하는 양상이었다. 이는 세종에서의 2018년 높은 잠재수명손실연수가 원인으로 보이는데 2010년과 2018년에 다른 지역들을 비교할 경우 전반적으로 지역들의 값의 차이가 2012년에 커졌다가 2016년부터 비슷해지는 양상이다. 잠재수명손실연수가 가장 높은 지역은 2010년에 제주, 부산 순이었고 2018년에 가장 높은 지역은 세종, 제주 순으로 제주도는 두 개연도 모두 잠재수명손실연수가 높은 편이었다. 잠재수명손실연수가 가장 낮은

지역은 2010년 울산, 충북 순이었고 2018년에 가장 낮은 지역은 전남, 대구 순으로 나타났다.

[그림 3-4] 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(아동, 청소년)(세부분석)

(단위: 년, %)



주: 0-19세 대상으로 주민등록연앙인구를 이용해 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

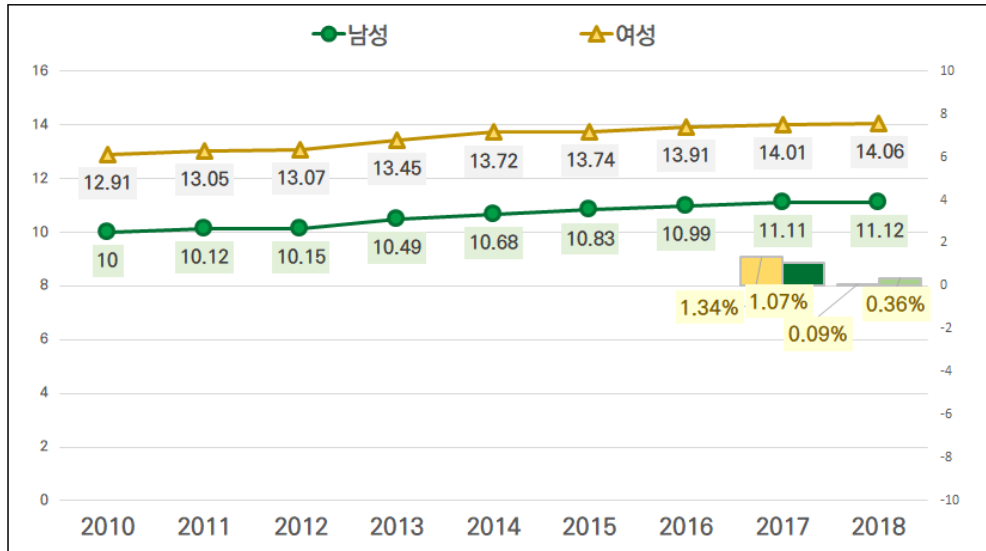


### 3. [총괄] 75세에서 기대수명(성별)

성별에 따라 산출된 75세에서의 기대수명은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 연평균 증가율은 남성(1.34%)이 여성(1.07%)보다 높은 것으로 나타났다. 2018년 남성의 기대수명은 11.12년으로 전년 대비 0.36% 증가하였고, 2018년 여성의 기대수명은 14.06년으로 전년 대비 0.09% 증가하여 전년 대비 증가율은 남성에서 여성보다 컸다.

[그림 3-5] 75세에서 기대수명(성별)

(단위: 년, %)



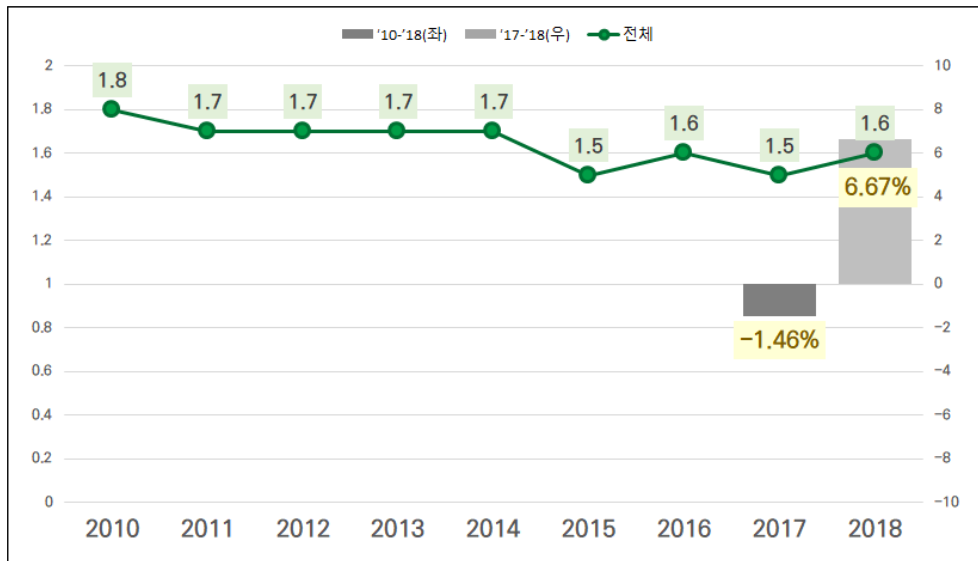
자료: 통계청, 국가통계포털 - 2018년 완전생명표. <https://kosis.kr> 에서 2020.11.21.에 인출.

#### 4. 신생아 사망률 및 사산율

2018년 신생아 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이지만 2016년부터 1,000명당 0.1명 크기로 증가와 감소를 반복한다. 2018년 신생아 사망률은 출생아 1,000명당 1.6명으로 연평균 1.46% 감소하였고, 전년 대비 6.67% 증가하였다.

[그림 3-6] 신생아 사망률

(단위: 출생아 천 명당 명, %)



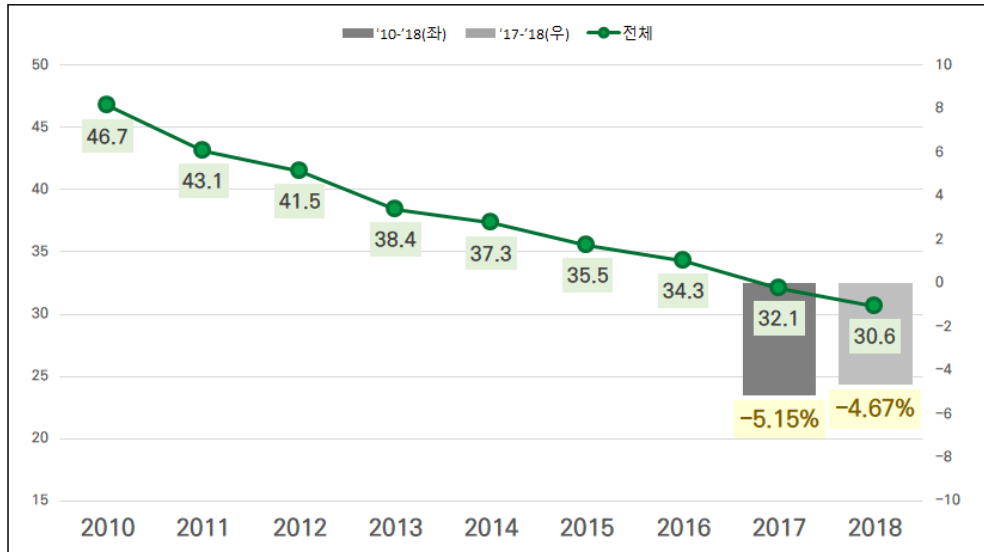
자료: 통계청 (2019). 2018년 사망원인통계. 통계청 보도자료 2019.9.23. p.19.

## 5. 75세 미만 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률

75세 미만 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2018년에 인구 십만 명당 30.6명으로 연평균 5.15% 감소하였고, 전년 대비 4.67% 감소하였다. 건강증진 사업 등을 통한 위험요인 감소, 응급의료에 대한 강화와 심뇌혈관질환종합계획을 통한 해당 영역에 대한 투자가 종합적으로 심뇌혈관 질환 사망률 감소로 이어졌을 것으로 보인다.

[그림 3-7] 75세 미만 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률

(단위: 100,000명당 명, %)

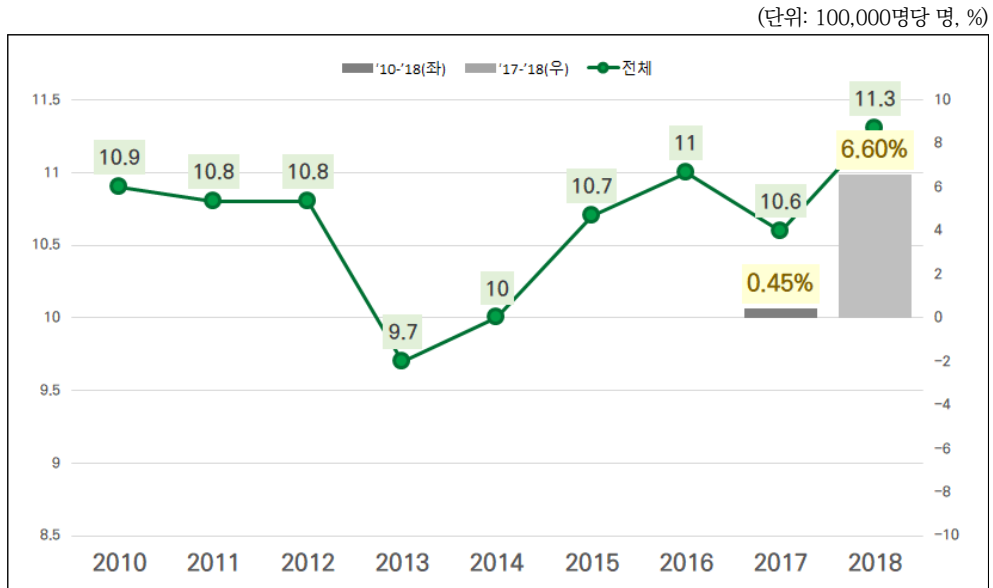


주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

## 6. 75세 미만 호흡기 질환으로 인한 사망률

75세 미만 호흡기 질환으로 인한 사망률은 2013년까지 감소하였다가 그 이후부터 증가하는 추세를 보였다. 2018년에 인구 십만 명당 11.3명으로 2010-2018년 사이 연평균 0.45% 증가하였고, 전년 대비 6.60% 증가하였다. 최근 호흡기 질환으로 인한 사망 증가에 대해서는 미세먼지 증가 등이 관련 원인으로 지적되고 있다(Park, Yoon, Na & Song, 2015).

[그림 3-8] 75세 미만 호흡기 질환으로 인한 사망률



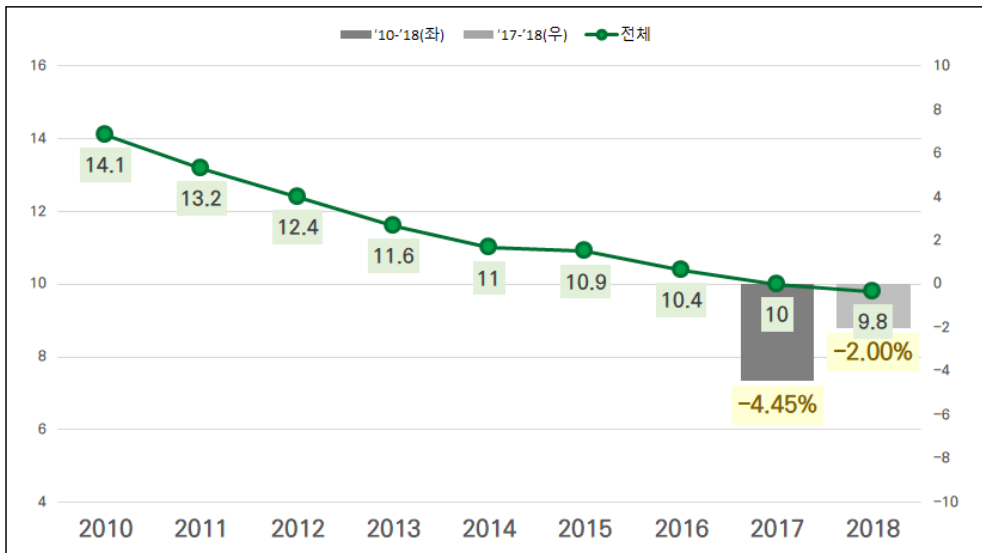
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정치는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

### 7. 75세 미만 간 질환으로 인한 사망률

75세 미만 간 질환으로 인한 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2010년 인구 십만 명당 14.1명에서 2018년 9.8명으로 연평균 4.45% 감소하였고, 전년 대비 2.00% 감소하였다.

[그림 3-9] 75세 미만 간 질환으로 인한 사망률

(단위: 100,000명당 명, %)



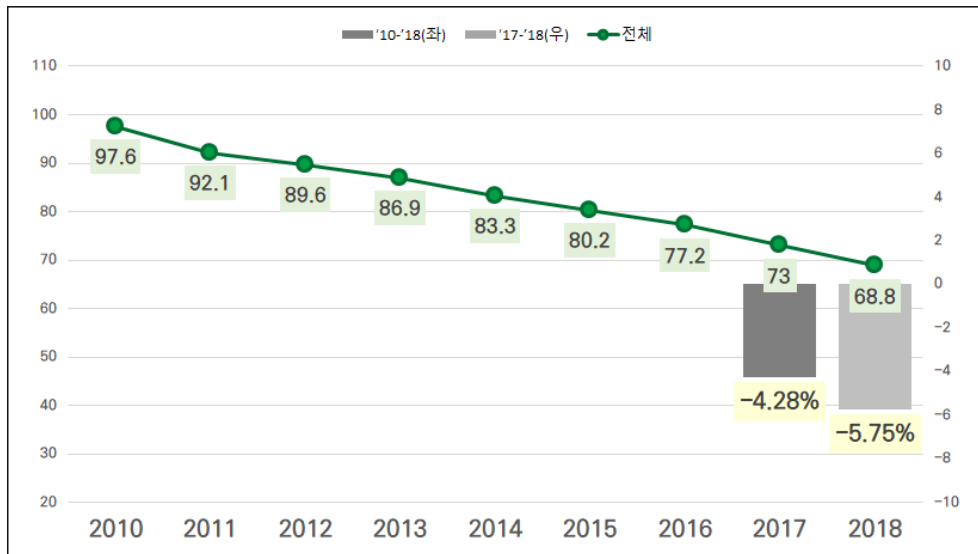
주: 2010년 주민등록 연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

## 8. 75세 미만 암으로 인한 사망률

75세 미만 암으로 인한 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2010년 인구 십만 명당 97.6명에서 2018년에 인구 십만 명당 68.8명으로 연평균 4.28% 감소하였고, 전년 대비 5.75% 감소하였다. 건강보험 보장성 강화에 따른 본인부담 경감을 통한 접근성 개선, 항암치료 등에 대한 급여화 등이 암으로 인한 사망률 개선에 기여했을 것으로 여겨진다.

[그림 3-10] 75세 미만 암으로 인한 사망률

(단위: 100,000명당 명, %)



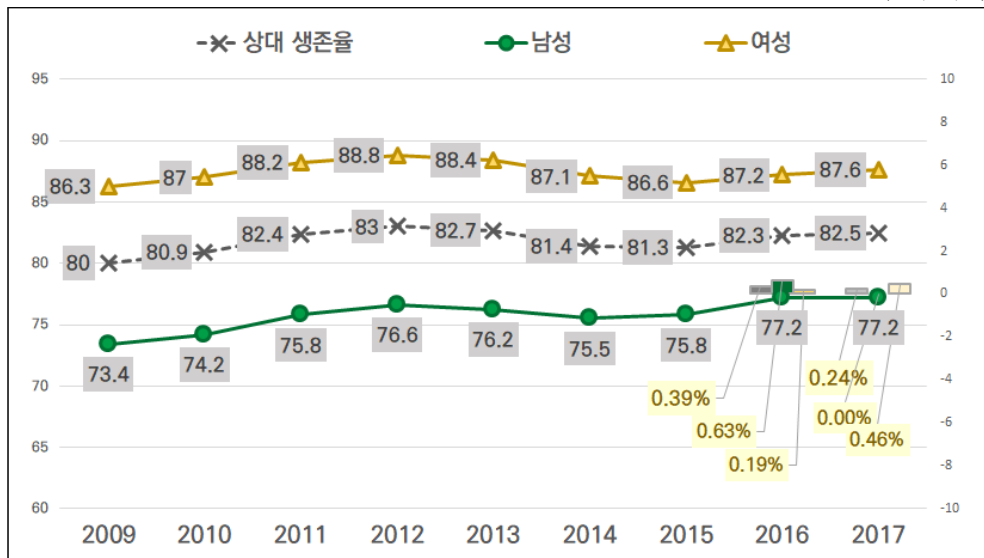
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

### 9. 모든 암으로 인한 1년 생존율

모든 암으로 인한 1년 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2017년에 82.5%로 연평균 0.39% 증가하였고, 전년 대비 0.24% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 모든 암으로 인한 1년 상대 생존율의 연평균 증가율은 남성(0.63%)이 여성(0.19%)보다 높은 것으로 나타났다. 남성의 2017년 모든 암으로 인한 1년 상대 생존율은 77.2%로 전년과 유사한 수준이었고, 여성의 2017년 모든 암으로 인한 1년 상대 생존율은 87.6%로 전년 대비 0.46% 증가하였다.

[그림 3-11] 모든 암으로 인한 1년 생존율

(단위: %, %)



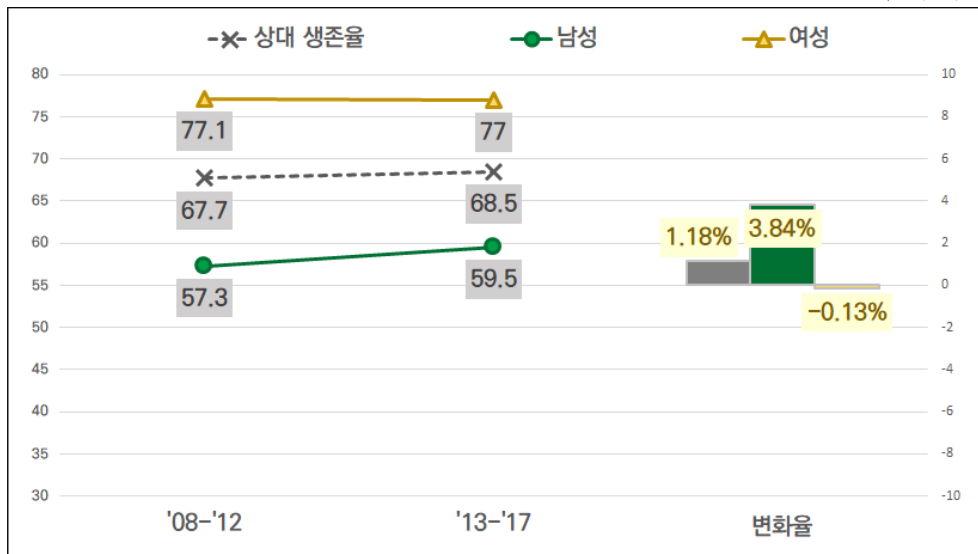
주: 중앙암등록본부에 별도로 요청하여 받은 자료임.  
 자료: 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료.

### 10. 모든 암으로 인한 5년 생존율

모든 암으로 인한 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2013-2017년, 5년 상대 생존율은 68.5%로 2008-2012년 대비 1.18% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 모든 암으로 인한 5년 상대 생존율은 남녀가 다른 추세를 보였다. 남성의 2013-2017년 상대 생존율은 59.5%로 2008-2012년 대비 3.84% 증가하였고, 여성의 2013-2017 상대 생존율은 77.0%로 2008-2012년 대비 0.13% 감소하였다.

[그림 3-12] 모든 암으로 인한 5년 생존율

(단위: %, %)



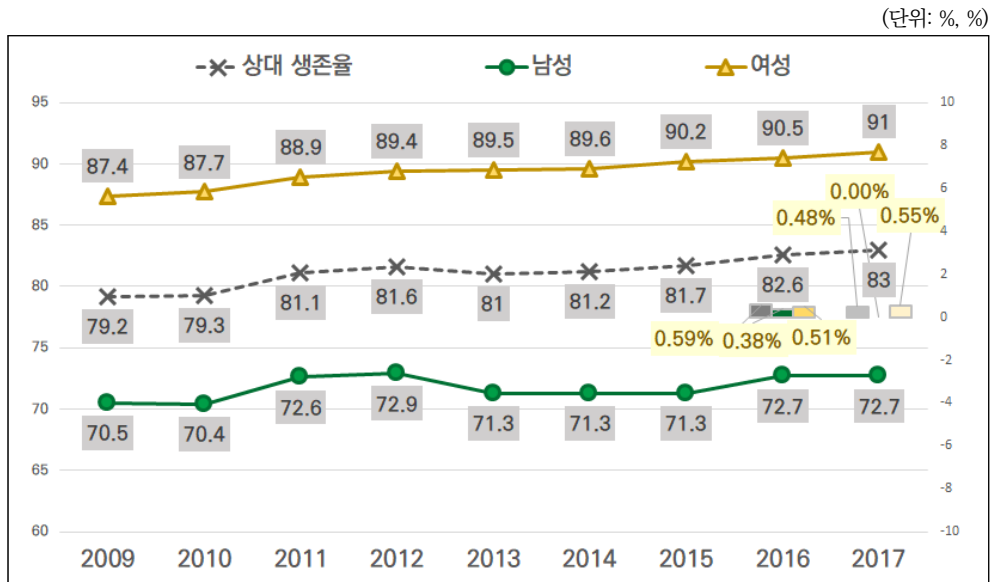
주: 중앙암등록본부에 별도로 요청하여 받은 자료임.  
 자료: 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료.



## 11. 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 생존율

유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2017년에 83.0%로 연평균 0.59% 증가하였고, 전년 대비 0.48% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 상대 생존율의 연평균 증가율은 여성(0.51%)이 남성(0.38%)보다 높은 것으로 나타났다. 남성의 2017년 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 상대 생존율은 72.7%로 전년과 같았고, 여성의 2017년 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 상대 생존율은 91.0%로 전년 대비 0.55% 증가하였다.

[그림 3-13] 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 1년 생존율



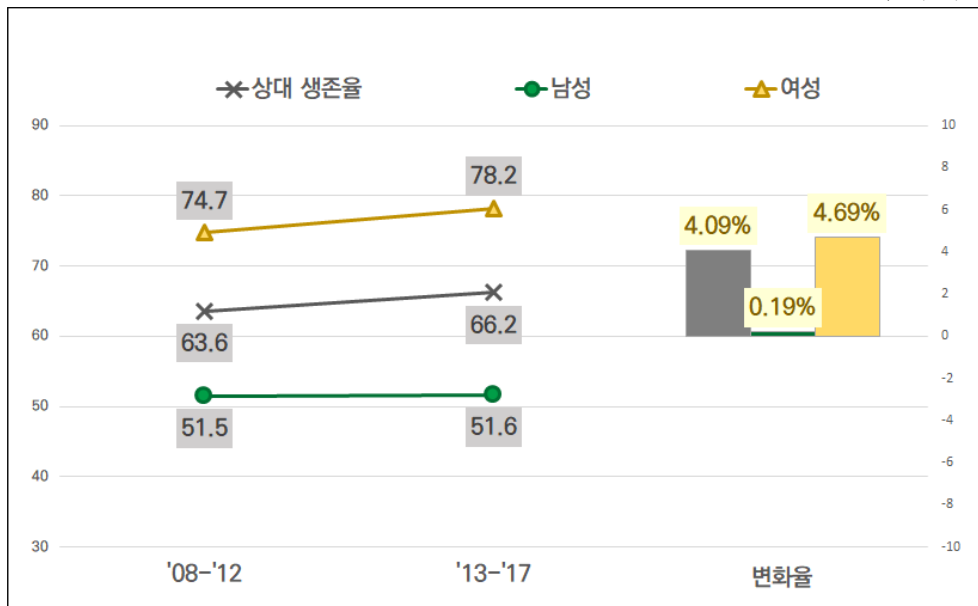
주: 중앙암등록본부에 별도로 요청하여 받은 자료임.  
 자료: 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료.

## 12. 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 5년 생존율

유방암, 폐암, 대장암으로 인한 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2013-2017년, 5년 상대 생존율은 66.2%로 2008-2012년 대비 4.09% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 남성의 2013-2017 상대 생존율은 51.6%로 '08-'12년 대비 0.19% 증가하였고, 여성의 2013-2017 상대 생존율은 78.2%로 '08-'12년 대비 4.69% 증가하여 여성에서 증가율이 큰 것을 알 수 있다.

[그림 3-14] 유방암, 폐암, 대장암으로 인한 5년 생존율

(단위: %, %)



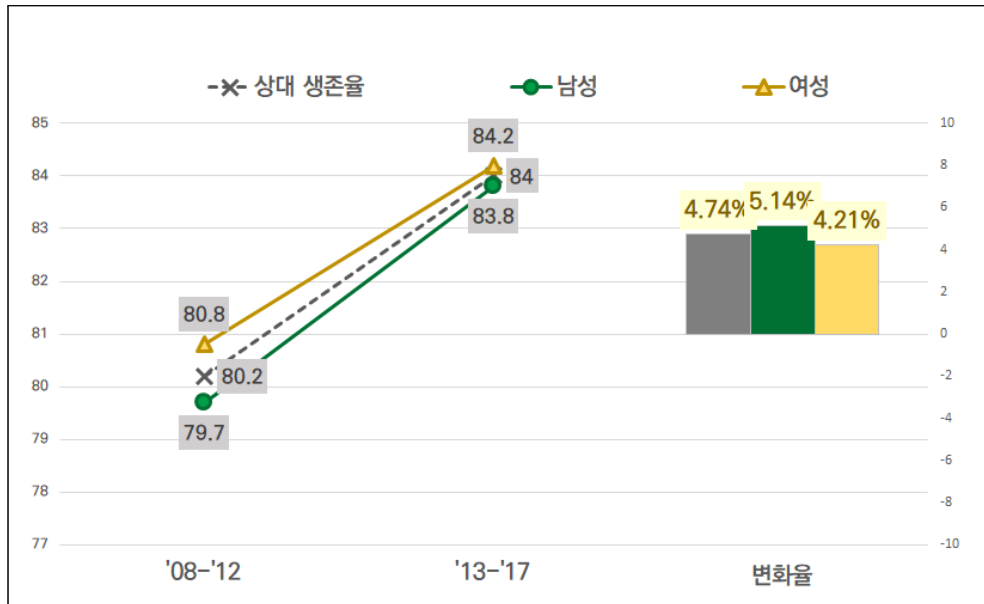
주: 중앙암등록본부에 별도로 요청하여 받은 자료임.  
 자료: 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료.

### 13. 아동에서 모든 암으로 인한 5년 생존율

아동에서 모든 암으로 인한 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2013-2017년에 5년 상대 생존율은 84.0%로 2008-2012년 대비 4.74% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 아동에서 모든 암으로 인한 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 남아의 2013-2017년 상대 생존율은 83.8%로 '08-'12년 대비 5.14% 증가하였고, 여아의 2013-2017년 상대 생존율은 84.2%로 '08-'12년 대비 4.21% 증가하여 남아에서 증가율이 조금 더 컸다.

[그림 3-15] 아동에서 모든 암으로 인한 5년 생존율

(단위: %, %)



주: 중앙암등록본부에 별도로 요청하여 받은 자료임.

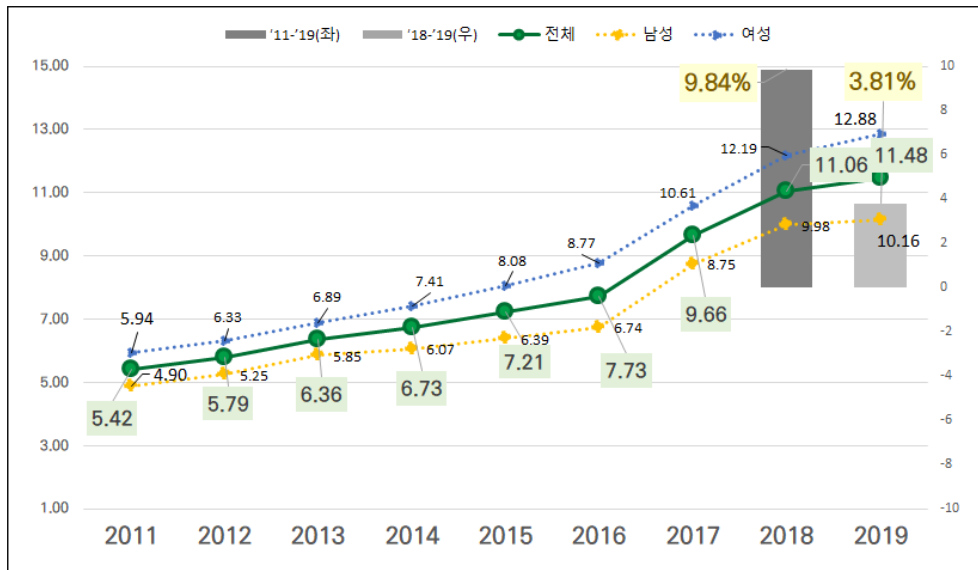
자료: 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료.

### 14. 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률

중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2019년 초과사망은 11.5%로 연평균 9.8% 증가하였고, 전년 대비 3.8% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 여성은 2010년 5.9%에서 2018년 12.9%로 증가하였고 남성은 2010년 4.9%에서 2019년 10.2%로 증가하였다. 소폭이지만 여성에서 남성보다 증가폭이 컸다.

[그림 3-16] 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률

(단위: %, %)



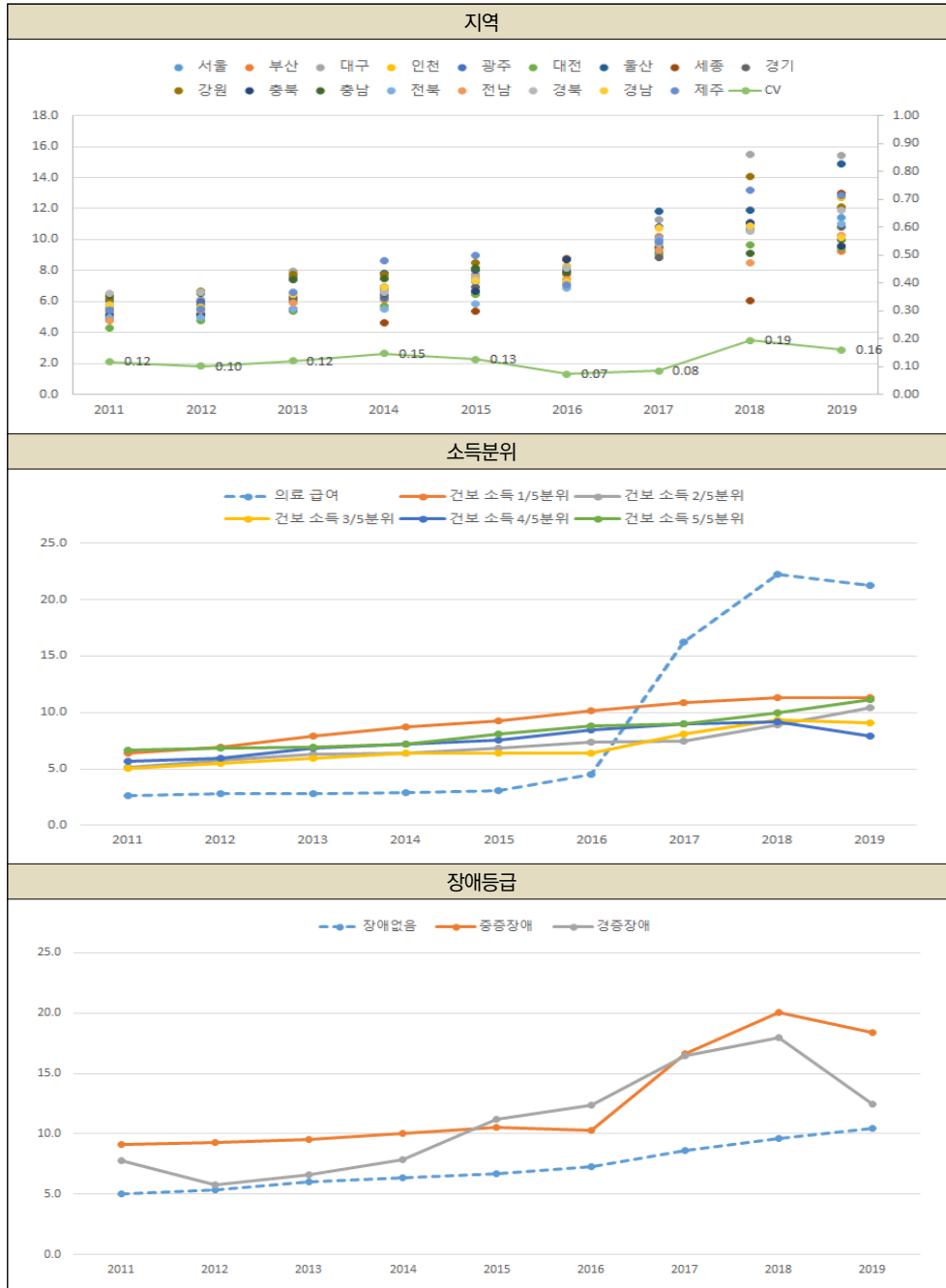
주: 2010년 주민등록 연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

지역에 따라 산출된 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률은 전체적으로 증가하는 추세를 보이는데, 지역 간 변이는 2011년 0.12에서 2019년 0.16으로 소폭 증가하였다. 2011년에 초과 사망률이 높은 지역은 경북, 충남 순이었고 2019년에는 대구, 울산 순이었다. 초과 사망률이 낮은 지역은 2011년 대전, 울산, 전남이었고 2019년에 부산, 대전이었다. 초과 사망률이 높은 지역뿐 아니라 낮은 지역에서도 대부분 2011년부터 2019년 사이에 두 배 가량 증가하였다.

소득분위에 따라 산출된 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률은 전체적으로 증가하는 추세를 보이는데 의료급여에서 2017년도에 급격히 증가하는 양상이었다. 장애 등급에 따라 구분하면 중증장애를 가진 경우 초과사망률이 높고 2011년과 2019년을 비교해 보면 절대적인 증가 정도도 더 크다. 장애없음과 경증장애는 2012~2013년에는 거의 차이가 없다가 2014년부터 경증장애에서 초과 사망률이 증가하였지만 2019에 장애없음과 비슷한 수준으로 감소하였다.

[그림 3-17] 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률(세부분석)

(단위: %, %)



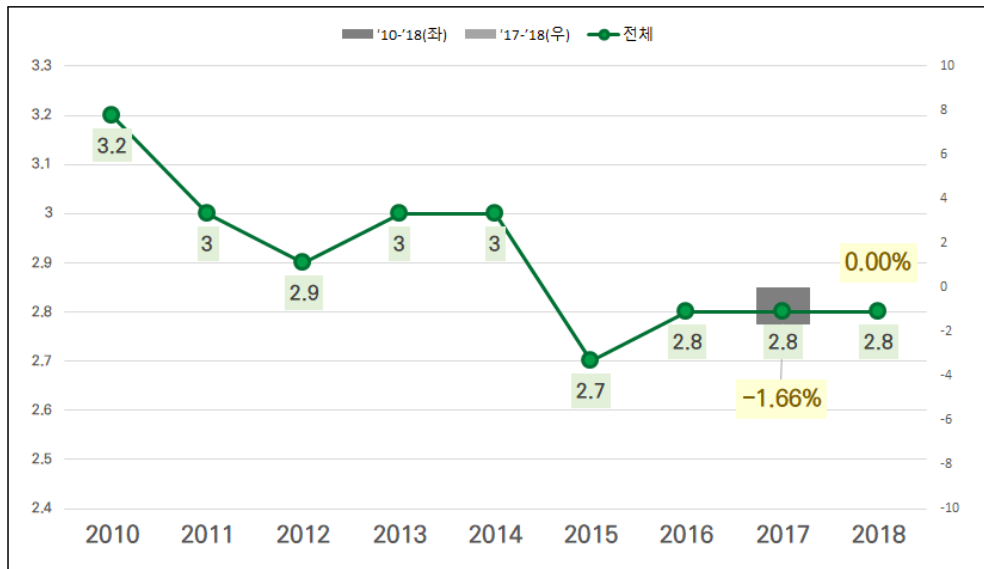
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

### 15. 영아 사망률

영아 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이고, 2018년에 출생아 1,000명당 2.8명으로 2010-2018년 사이에 연평균 1.66% 감소하였으며 2016년 부터는 비슷한 수준을 유지하였다.

[그림 3-18] 영아 사망률

(단위: 출생아 천 명당 명, %)



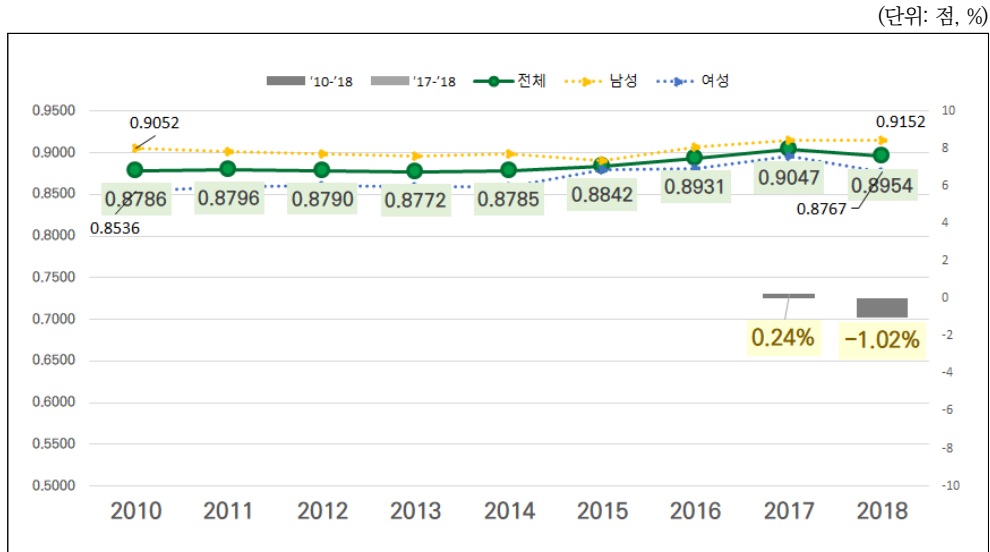
주: 연구진이 직접 산출한 값으로 지표 정의는 부록 참고.  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

## 제2절 효과성: 장기 질환자의 삶의 질

### 1. [총괄] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질

만성질환자의 삶의 질을 산출하기 위하여 국가건강영양조사를 이용하였다. 1개의 만성질환이 있는 대상자<sup>9)</sup>로 하여 삶의 질을 측정하는 EQ-5D index를 이용하여 산출하였다. 만성질환자의 삶의 질은 소폭이지만 증가하는 추세를 보였다. 2018년에 0.8954점으로 연평균 0.24% 증가하였으나, 전년 대비 1.02% 감소한 것으로 나타났다. 성별에 따라 산출된 만성질환자의 삶의 질은 남성과 여성에서 모두 증가하는 추세를 보였는데 남성은 2010년 0.9052점, 2018년 0.9152점으로 연평균 0.14% 증가하였고 여성은 2010년 0.8536점, 2019년 0.8768점으로 연평균 0.33% 증가하였다.

[그림 3-19] 만성질환자의 삶의 질



주: 2010년 인구조성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010-2018.

9) 만성질환의 여부는 NHSOF 지표를 산출하기 위하여 사용한 GP Patient Survey를 참고하여 국민건강영양조사 자료에서 조사하는 질환을 이용하였다. 고혈압, 이상지질혈증, 뇌졸중 심근경색증, 관절염, 천식, 암, 당뇨병, 신부전, 간 질환, 우울증으로 정의하였다.

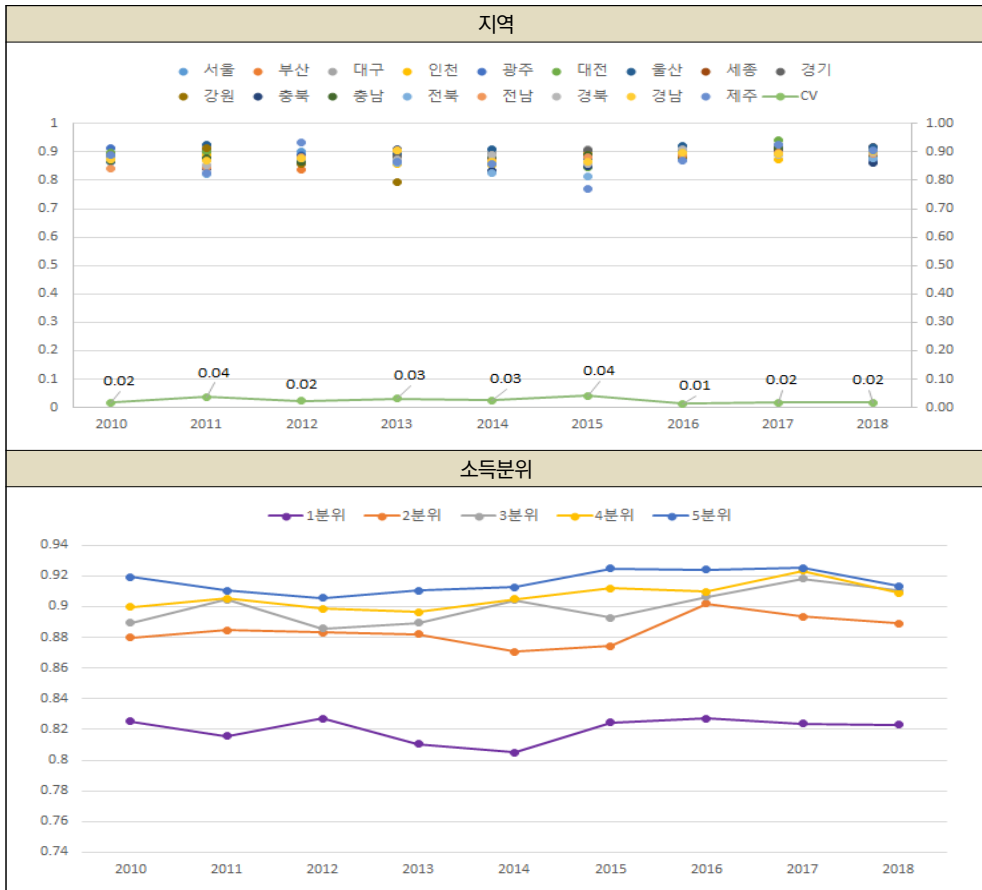


만성질환자의 삶의 질에서 지역 간 변이는 2010년 0.02였고 소폭 증가와 감소를 반복했지만 2018년에 0.02로 2010년과 비슷한 수준이었다. 2010년에 만성질환자 삶의 질 점수가 높은 지역은 광주, 대전 순이었고 2018년에는 울산, 부산 순이었다. 점수가 낮은 지역은 2010년에 전남, 충남 순이었고 2018년에는 충북, 광주 순이었다.

만성질환자의 삶의 질은 가구의 소득수준에 따라 차이가 있었다. 2010년부터 2018년에 걸쳐서 소득 1분위에서 값이 가장 낮고 다른 소득계층과 차이가 컸다. 모든 기간에 걸쳐서 소득5분위가 삶의 질 점수가 가장 높았다.

[그림 3-20] 만성질환자의 삶의 질(세부분석)

(단위: 점, %)



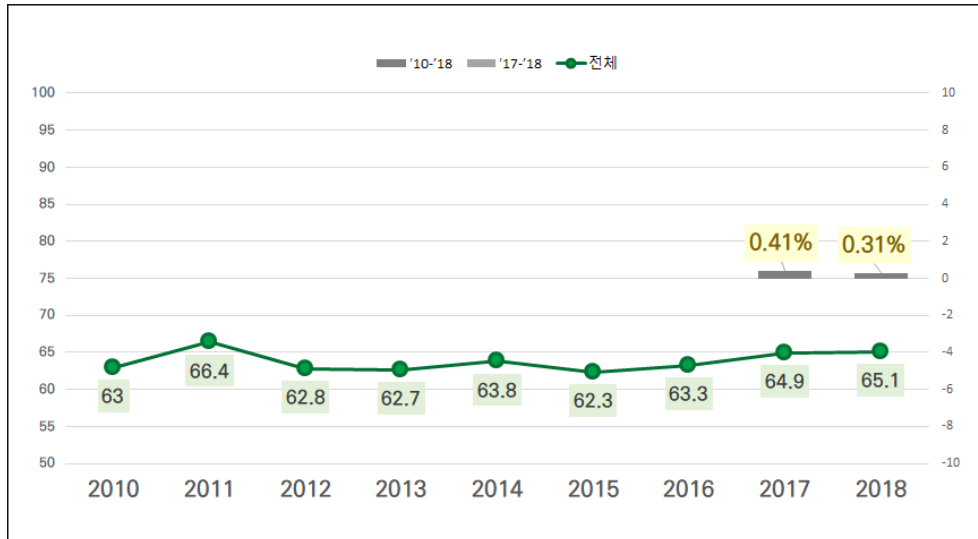
주: 2010년 인구조 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010-2018.

## 2. 만성질환을 가진 사람의 고용률

만성질환자의 취업비율을 산출하기 위하여 국가건강영양조사를 이용하였다. 대상자는 30세 이상이면서 만성질환이 하나라도 있는 자<sup>10)</sup>로 하여 취업자 비율을 산출하였다. 만성질환자의 취업비율은 2011년에 증가했다가 다시 감소하였는데 2013년부터 점차 증가하여 2018년에는 65.1%로 나타났다. 2010년과 2018년을 비교할 경우 연평균 0.36% 증가하였고, 전년 대비 0.41% 증가한 것으로 나타났다.

[그림 3-21] 만성질환을 가진 사람의 고용률

(단위: %, %)



주: 2010년 인구조성, 연령표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010-2018.

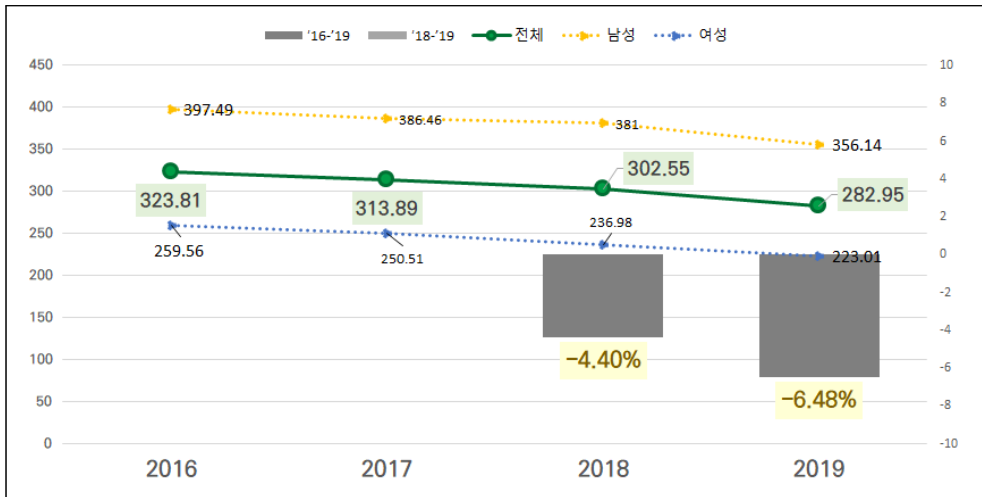
10) 만성질환의 여부는 NHSOF에서 지표 산출 시 활용한 GP Patient Survey를 참고하였는데 만성질환으로 치매, 관절염, 실명, 천식, COPD, 암, 난청, ADHD, 당뇨병, 협심증, 고혈압, 간 질환, 학습 장애, 뇌졸중 등에서 하나 이상 가지고 있는 경우로 정의하였다.

### 3. 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원

외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2016년 입원 10만 건당 323.8건에서 2019년 283.0건으로 연평균 4.40% 감소하였고, 전년 대비 6.48% 감소하였다. 성별에 따라 산출된 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원도 남, 여 모두에서 감소하는 추세를 보였는데, 여성은 2010년 259.6건에서 2019년 223.0건으로 감소했고 남성은 2010년 397.5건에서 2019년 356.1건으로 감소했다.

[그림 3-22] 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원

(단위: 100,000건당 건, %)



주: 10세 이상에 대해 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

지역에 따라 산출된 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 전반적으로 감소하였는데 지역 간 변이는 2016년 0.16, 2019년 0.19로 약간 증가하였다. 외래민감성 질환으로 인한 입원 건수가 많은 지역은 2016년에 강원과 제주 순이었고 2019년에 강원과 충북이었다. 입원 건수가 작은 지역은 2016년 대구, 서울 순이었으며 2019년에 부산, 대구 순이었다. 전반적으로 감소하는 경향임에도 몇몇 지역은 증가한 양상이었다.

소득분위에 따라 산출된 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 의료급여는 2016년에도 그 값이 가장 높았는데 2016년과 2019년 사이에 다른 소득계층보다 계획되지 않은 입원 건수가 더 많이 감소하였지만 2019년에도 다른 건강보험 가입자보다 값이 높았다. 반면 건강보험 가입자 간 소득분위에 따른 차이는 크지 않았지만, 소득이 높은 계층에서 낮고 소득이 낮은 계층에서 높았다.

장애 등급에 따라 산출된 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 중증장애인 경우 값이 가장 높았다. 2016년과 2019년 사이 계획되지 않은 입원 건수는 감소하였지만 2019년에 장애 없음, 경증 장애와 비교했을 때 발생 건수가 높았다. 반면 장애 없음에서 그 값이 가장 낮았는데 2016년과 2019년 사이에 값은 거의 변하지 않았다. 경증장애에서도 2016년과 2019년 계획되지 않은 입원 발생 정도는 비슷한 수준이었다.

[그림 3-23] 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(세부분석)

(단위: 100,000건당 건, %)



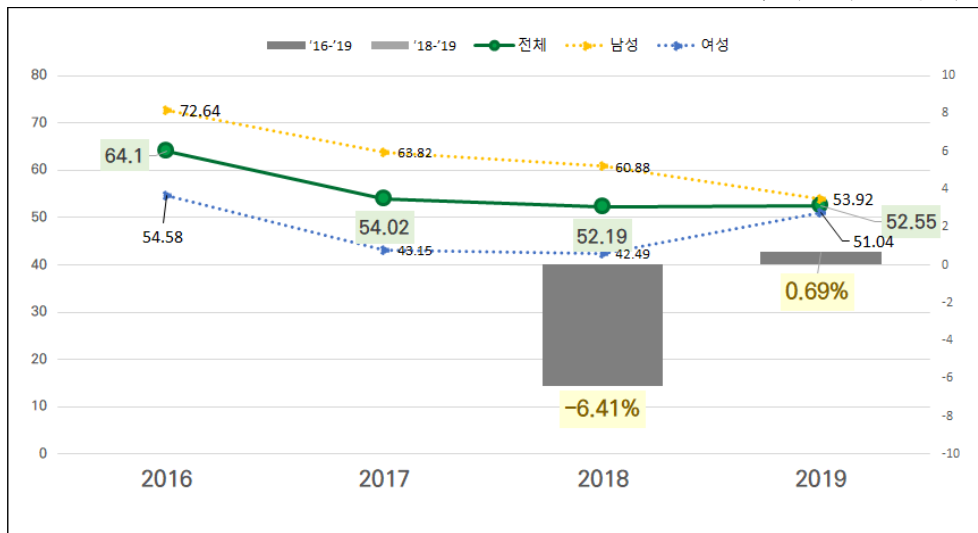
주: 10세 이상에 대해 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

#### 4. 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동, 청소년)

천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2016년에 입원 10만 건당 64.1건, 2019년에 52.6건으로 연평균 6.41% 감소하였고 2018년 대비해서는 거의 변하지 않았다. 성별에 따라 산출된 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이는데 여성에서 감소하다가 2019년에 증가한 양상이었다. 남성에서 2016년 계획되지 않은 입원은 입원 10만 건당 72.6건이었고 2019년 53.9건이었다. 여성에서 2016년 54.6건, 2019년 51.0건으로 남성보다 낮았다.

[그림 3-24] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동, 청소년)

(단위: 100,000건당 건, %)



주: 10-19세 대상으로 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

지역에 따라 산출된 2019년 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원의 지역 간 변이는 2016년에 0.42, 2019년에 0.36으로 약간 감소하였다. 2016년에 계획되지 않은 입원 건수가 가장 많은 지역은 강원, 제주 순이었고 2019년에 강원도는 지속해서 가장 높은 값을 보였고 그 다음은 충북, 제주 순이었다. 계획되지 않은 입원 건수가 가장 작은 지역은 2016년 세종, 대구 순이었고 2019년에 광주, 전남 순으로 낮았다. 지역마다 값의 변화양상도 다른데 예를 들어 강원도는 꾸준히 값이 높은 편에 속했지만 2016년과 2019년 사이에 그 값이 감소하였고 세종은 2016년에 가장 낮았지만 2019년에 값이 증가하였다.

소득분위에 따라 산출된 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였고 전반적으로 소득수준 간 격차 또한 감소하는 양상이었다. 의료급여는 2016년과 2019년 그 값이 가장 높았으나 절대적인 감소 정도도 컸고 2016년과 2019년에 의료급여 다음으로 값이 높은 집단인 소득 1분위의 경우도 절대적인 감소 정도는 다른 소득집단보다 컸다. 한편 2016년에 계획되지 않은 입원 발생이 낮은 집단은 소득 5분위와 4분위였는데 2019년에도 동일하게 소득 5분위와 4분위에서 그 값이 낮았다.

장애 등급에 따라 산출된 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 장애등급에 따라 다른 추세를 보였다. 중증장애인 경우 2016년과 2019년 사이에 그 값이 감소하였지만 장애없음, 경증장애보다는 그 값이 높았다. 중증장애에서 계획되지 않은 입원 발생 건수가 2016년과 2019년 사이 감소한 것과 달리 장애없음에서는 거의 변화가 없었고 경증장애에서는 값이 증가하였다.

[그림 3-25] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동, 청소년)(세부분석)

(단위: 100,000건당 건, %)



주: 10-19세 대상으로 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

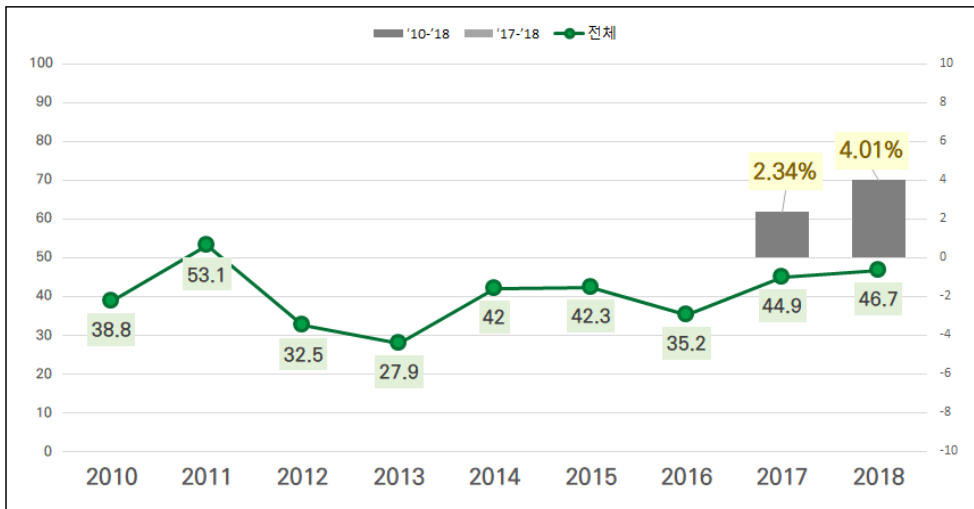


### 5. 정신 질환을 가진 사람의 고용률

정신 질환을 가진 사람의 고용률은 변가아서 증가와 감소를 반복했는데, 2010년에 38.8%와 2018년 46.7%로 2010년에 비해서는 증가하였다. 2010년과 2018년 사이 연평균 증가율은 2.34%였고, 전년 대비 4.01% 증가하였다.<sup>11)</sup>

[그림 3-26] 정신 질환을 가진 성인의 고용률

(단위: %, %)



주: 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010~2018.

11) 우울증 환자 수의 증가가 고용률 수치의 증가로 연결될 수 있어 2010년과 2018년 우울증 환자 비율을 확인한 결과, 각각 1.88%, 2.69%로 크게 변화하지는 않았다.

## 6. 치매가 있는 사람의 추정진단을

60세 이상에서 치매 추정 유병률 대비 건강보험에 진료내역이 있는 치매상병자의 비율을 확인하였다. 2018년 자료만 공개되고 있다.

〈표 3-1〉 치매가 있는 사람의 추정진단을

(단위: %)

	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'10-'18	'16-'18
성연령 표준화									98.4		

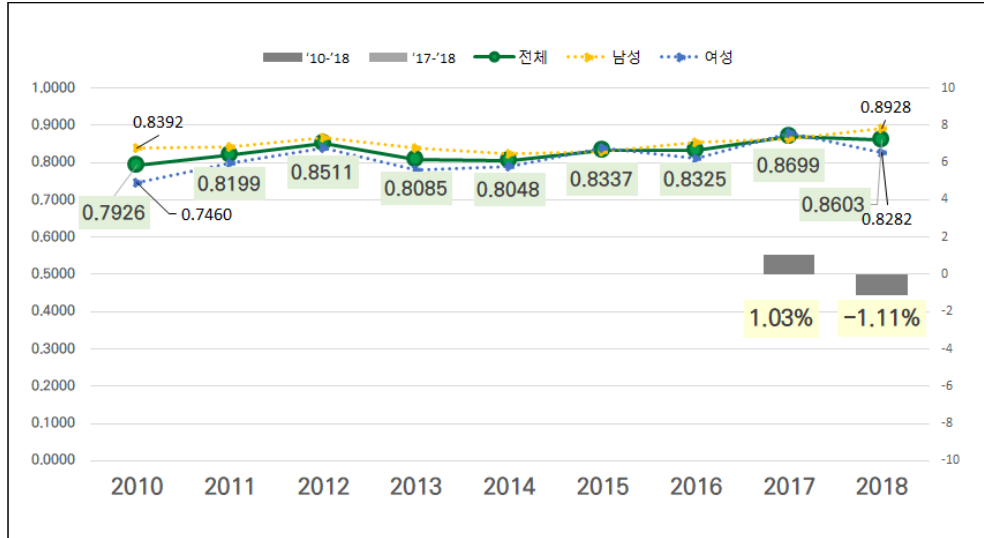
자료: 중앙치매안심센터 (2020) 치매 오늘은. [https://www.nid.or.kr/info/today\\_list.aspx](https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx) 에서 2020.125에 인출.

## 7. 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질

만성질환자의 삶의 질을 산출하기 위하여 국가건강영양조사를 이용하였다. 3개 혹은 그 이상의 만성질환이 있는 대상자로 하여 삶의 질을 측정하는 EQ-5D index를 이용하여 산출하였다. 복합 만성질환자의 삶의 질은 2010년 0.7926점, 2018년 0.8603점으로 증가하는 추세를 보였는데, 2010년과 2018년 사이 연평균 1.03% 증가하였다. 하지만 전년과 대비할 경우 1.11% 감소한 것으로 나타났다. 성별에 따라 산출된 복합 만성질환자의 삶의 질은 유사하였다. 남성의 삶의 질 점수는 2010년 0.8392점에서 2018년 0.8928점으로 증가하였고 여성에서는 2010년 0.7460점에서 2018년 0.8282점으로 증가하였다.

[그림 3-27] 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질

(단위: 점, %)

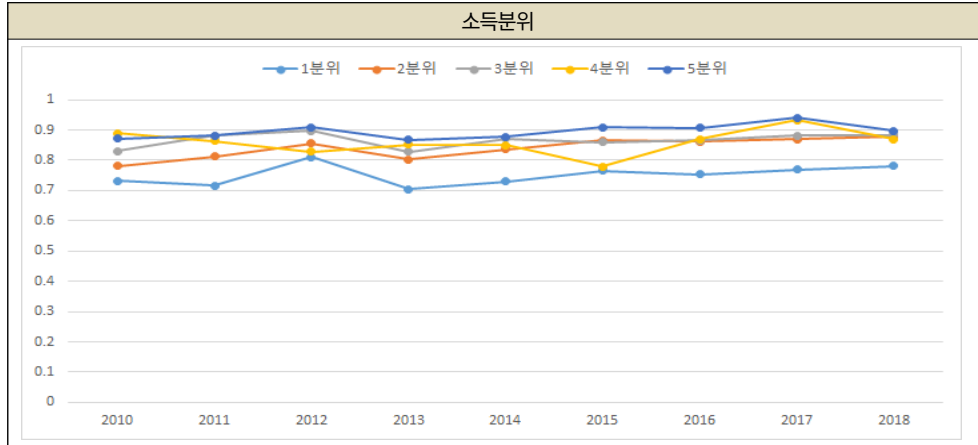


주: 2010년 인구로 성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010-2018.

복합 만성질환자의 삶의 질은 지역에서 성연령 표준화가 가능하지 않아 산출하지 못했다. 소득분위에 따라 산출된 복합 만성질환자의 삶의 질은 전체 기간에 걸쳐 소득 1분위에서 점수가 가장 낮았다. 2010년에는 소득 4분위가 가장 점수가 높고 그 다음이 소득 5분위였는데 2018년에는 소득 5분위가 점수가 가장 높았다. 소득 4분위를 제외하면 소폭이지만 전반적으로 개선되는 추세를 보였다.

[그림 3-28] 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질(세부분석)

(단위: 점, %)



주: 2010년 인구조성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 질병관리청, 국민건강영양조사 2010-2018.

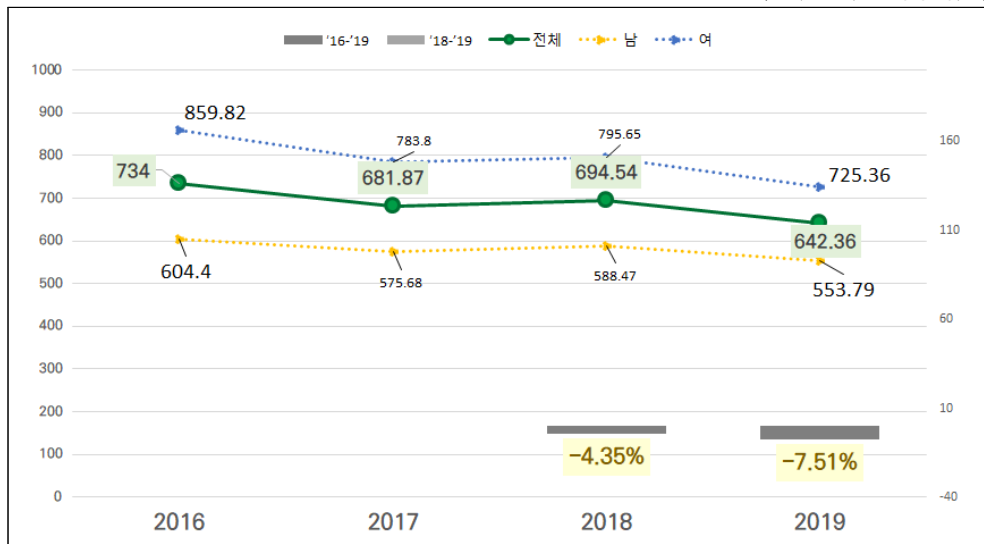
### 제3절 효과성: 질병으로부터 회복

#### 1. [총괄] 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원

병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 감소하는 추세를 보이며, 2010년에 입원 10만 건당 734.0건에서 2019년에 642.4건으로 연평균 4.35% 감소하였고, 전년 대비 7.51% 감소하였다. 성별에 따라 산출된 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 연평균 감소율은 여성이 남성보다 약간 더 컸는데 2016년과 2019년 남성의 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 각각 604.4건, 553.79건이었고 여성의 응급 입원은 각각 859.82건, 725.43건이었다.

[그림 3-29] 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원

(단위: 100,000명당 명, %)



주: 10세 이상 대상으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

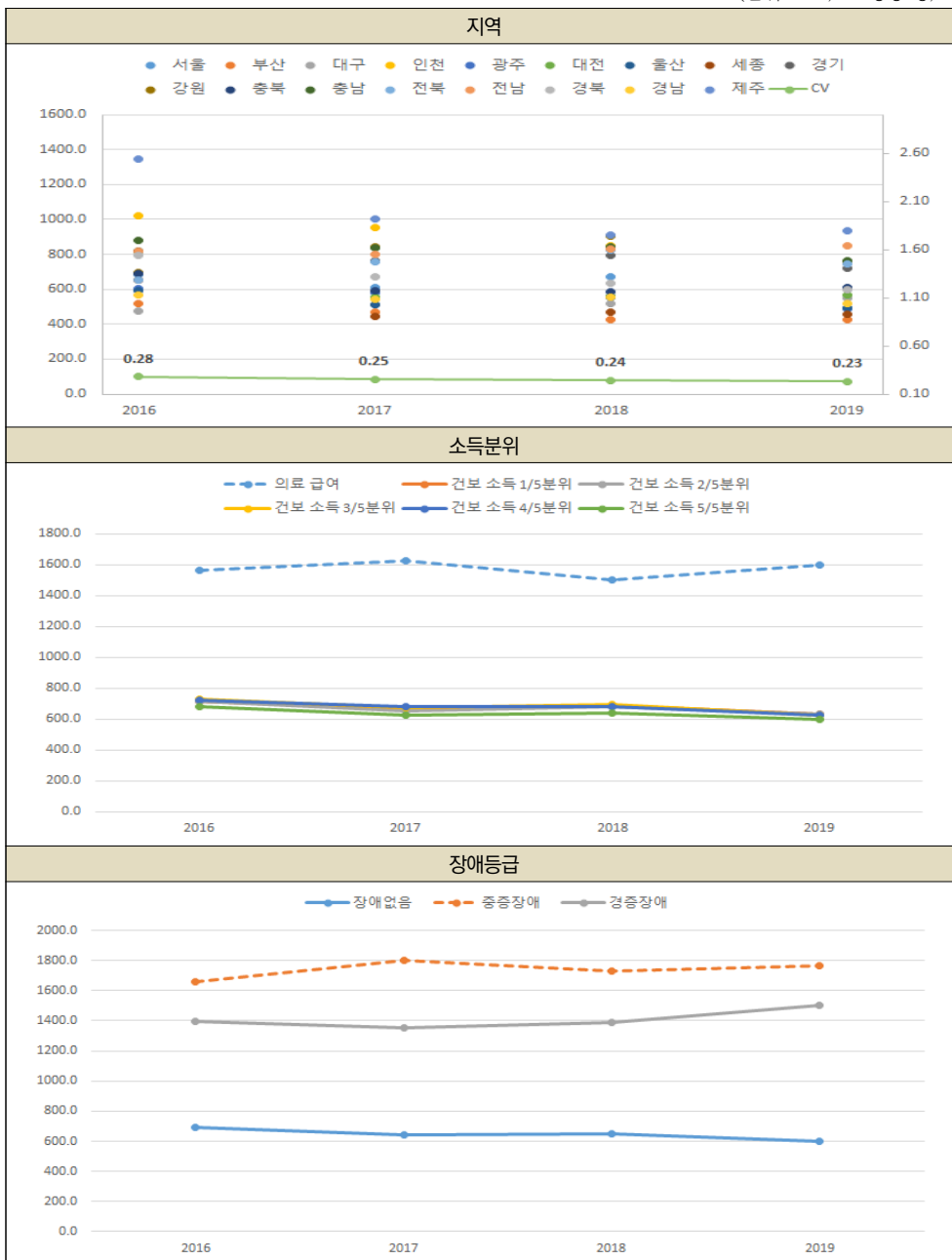
병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원의 지역 간 변이는 2016년에 0.28, 2019년에 0.23으로 약간 감소하였다. 2016년에 응급 입원 건수가 가장 많은 지역은 제주, 인천 순이었고 2019년에 제주도는 지속해서 가장 높은 값을 보였고 그 다음은 전남 순이었다. 급성질환으로 인한 응급 입원 건수가 가장 작은 지역은 2016년 대구, 부산 순이었고 2019년에 부산, 세종 순으로 낮았다. 지역마다 값의 변화양상도 다른데 예를 들어 제주도는 꾸준히 값이 높은 편에 속했지만 2016년과 2019년 사이에 그 값이 감소하였고 대구는 2016년에 가장 낮았지만 2019년에 값이 증가하였다.

소득분위에 따라 산출된 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 소득 1분위부터 소득 5분위까지 감소하는 양상을 보였지만 의료급여에서는 2016년부터 2019년까지 값이 가장 높고 약간 증가하는 양상을 보였다. 2016년과 2019년 모두 값이 가장 낮은 집단은 소득 5분위였는데 2016년에는 소득 5분위, 소득 2분위, 소득 1분위, 소득 4분위, 소득 3분위 순서로 값이 높았고 2019년에는 소득 5분위, 소득 4분위, 소득 3분위, 소득 2분위, 소득 1분위 순으로 값이 높았다.

장애 등급에 따라 산출된 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 2016년부터 2019년까지 모두 중증장애에서 그 값이 가장 높고 경증장애, 장애없음 순이었다. 2016년부터 2019년까지 급성질환으로 인한 응급 입원 건수는 장애상태에 따라 약간 다른 양상을 보였는데 장애없음에서는 감소하는 추세를 보인 반면 중증장애와 경증장애는 모두 소폭이지만 증가하는 양상을 보였다.

[그림 3-30] 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원(세부분석)

(단위: 100,000명당 명, %)

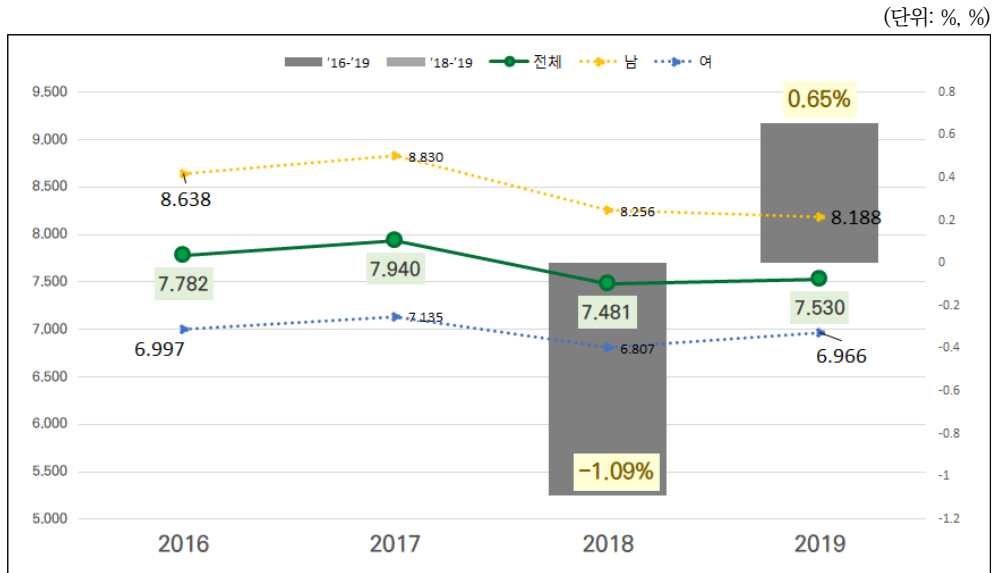


주: 10세 이상에 대해 2010년 인구로 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

## 2. [총괄] 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원

병원 퇴원 30일 내 응급 재입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2016년 7.78%, 2019년에 7.53%로 연평균 1.09% 감소하였지만, 전년 대비 0.65% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였는데 남성은 2016년 8.64%에서 2019년 8.19%로 감소하였고 여성은 7.00%에서 6.97%로 감소하여 절대적인 감소량은 남성에서 큰 편이었다.

[그림 3-31] 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원



주: 10세 이상 대상으로 2010년 인구조성연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.



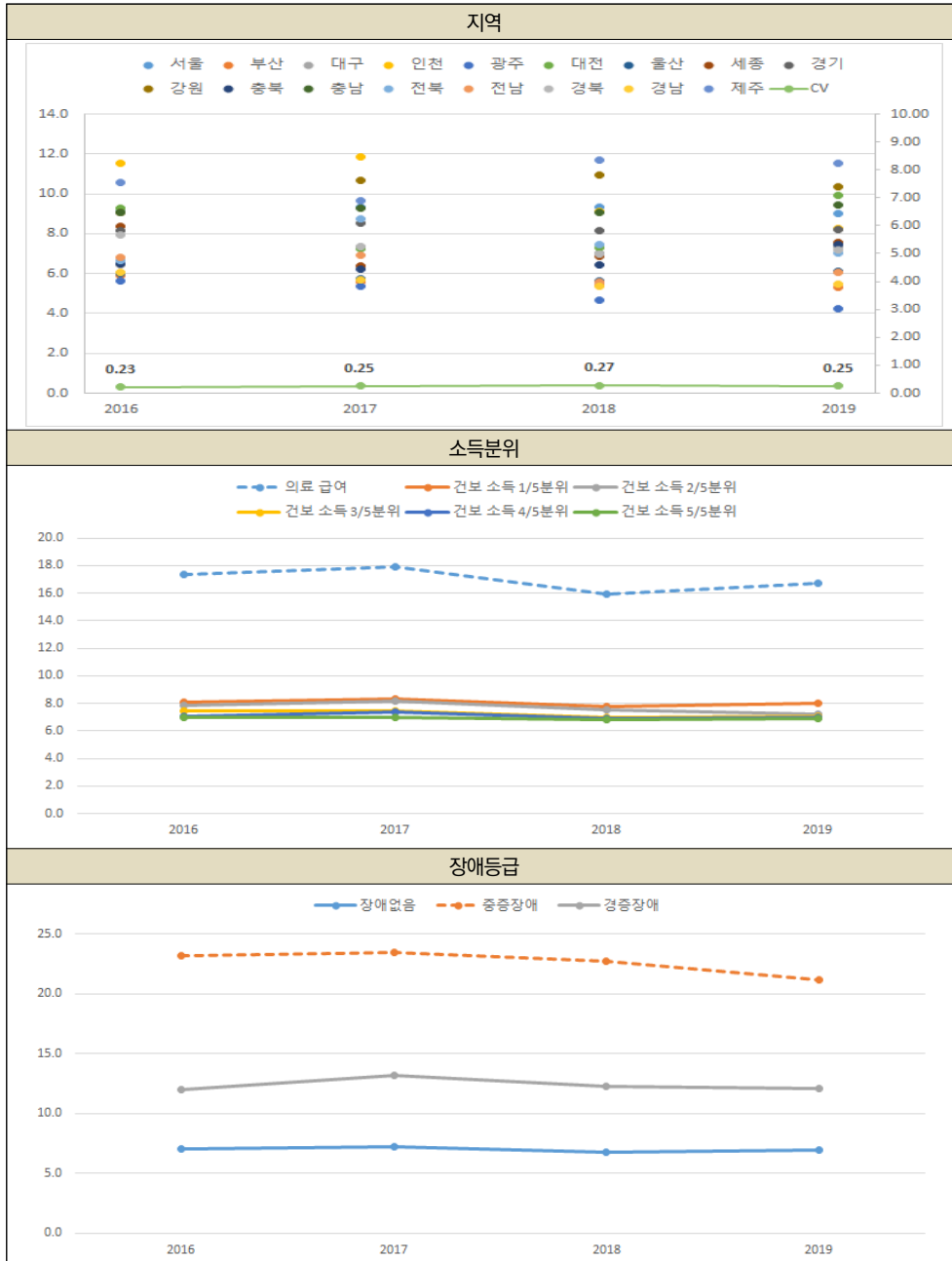
병원 퇴원 30일 내 응급 재입원의 지역간 변이는 2016년 0.23, 2019년 0.25로 비슷한 수준에서 유지되었다. 2016년에 응급 재입원 건수가 가장 많은 지역은 인천, 제주 순이었고 2019년에 제주도는 지속해서 가장 높은 값을 보였고 그 다음은 강원 순이었다. 병원 퇴원 30일내 응급 재입원 건수가 가장 작은 지역은 2016년 광주, 부산 순이었고 2019년에도 광주, 부산 순으로 낮았다. 지역마다 값의 변화양상도 다른데 예를 들어 2016년에 값이 높았던 인천은 2019년에 값이 감소하였고 제주도는 2019년에 값이 증가하였다.

소득분위에 따라 산출된 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였는데 의료급여는 2016년부터 2019년 사이에 값이 가장 높았지만 절대적 감소량은 다른 소득계층보다 컸다. 의료급여를 제외하더라도 응급 재입원 건수는 대체로 소득수준이 낮을수록 높은 편이었는데 2016년에 소득 1분위, 2분위, 3분위, 4분위, 5분위 순으로 값이 작아졌고 2019년에도 이는 동일하였다.

장애 등급에 따라 산출된 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원은 장애등급이 높을수록 건수도 높은 편이었다. 2016년과 2019년 사이 추이를 살펴본 결과 경증장애와 장애없음은 응급 재입원 건수가 거의 변하지 않은 반면 중증장애에서의 재입원 건수를 감소하였다.

[그림 3-32] 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원(세부분석)

(단위: %, %)



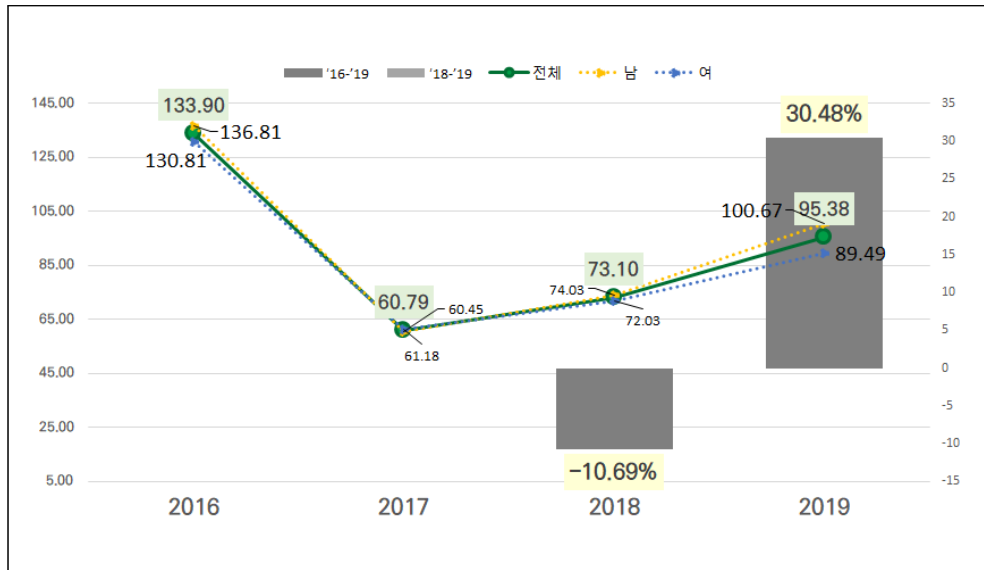
주: 10세 이상에 대해 2010년 인구로 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

### 3. 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원

하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2019년에 10만 건당 95.4건으로 연평균 10.7% 감소하였지만, 전년 대비 30.5% 증가하였다. 남아와 여아에서 하기도 감염을 가진 응급 입원은 비슷한 수준이었고 변화 추이도 비슷하였다. 남아에서 응급 입원 건수는 2016년 136.8건에서 2019년 100.7건으로 감소하였고 여아에서 응급 입원 건수는 130.8건에서 89.5건으로 감소하여 절대적인 감소량은 여아에서 좀더 큰 편이었다.

[그림 3-33] 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원

(단위: 100,000명당 명, %)



주: 10-19세에 대해 2010년 인구로 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원의 지역간 변이는 2016년 0.33, 2019년 0.39로 소폭 증가하였다. 2016년에 응급 입원 건수가 가장 많은 지역은 전남, 인천 순이었고 2019년에 제주, 전남 순으로 전남은 계속해서 높은 편에 속했다. 아동의 응급 입원 건수가 가장 작은 지역은 2016년 세종, 울산 순이었고 2019년에도 대전, 울산 순으로 울산은 계속해서 낮은 편에 속했다. 세종, 충남, 제주를 제외하면 모든 지역에서 2016년 대비 2019년에 값이 감소하다.

소득분위에 따라 산출된 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다, 2016년과 2019년 사이에 의료급여인 아동의 응급 입원 건수가 가장 높았지만 절대적인 감소량도 가장 컸다. 2016년에 의료급여 다음으로 아동의 응급 입원건수가 많은 소득계층은 소득3분위였고 그 다음으로 소득 1분위 순이었다. 2019년에 아동의 응급 입원 건수가 가장 높은 계층은 의료급여 다음으로 소득 5분위였고 그 다음으로 소득 4분위, 소득 1분위 순이었다. 가장 낮은 계층은 2016년에 소득 2분위였고 2019년에도 소득 2분위가 가장 낮은 값을 보였다.

장애 등급에 따라 산출된 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원을 살펴보면 중증장애에서 그 값이 가장 높았다. 중증장애를 가진 아동에서 응급 입원 건수는 2016년 대비 2019년에 그 값이 증가하였다. 반면 경증장애와 장애없음은 전반적으로 감소하는 양상이었다.

[그림 3-34] 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원(세부분석)

(단위: 100,000명당 명, %)



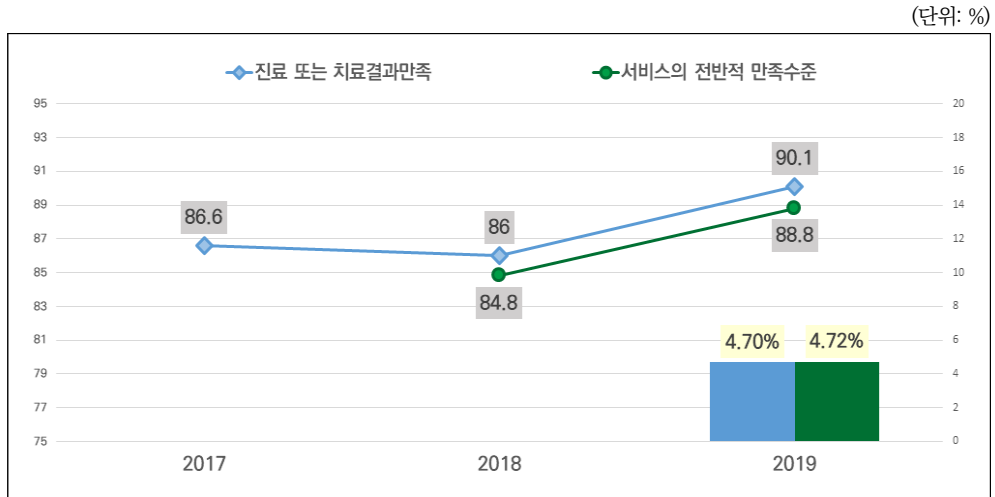
주: 10-19세에 대해 2010년 인구조 성, 연령 표준화 값으로 지표. 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

## 제4절 환자 중심성

### 1. 외래서비스

2019년 진료 또는 치료 결과 만족은 90.1%로 2018년 대비 4.70% 증가하였고, 2019년 서비스의 전반적 만족 수준은 88.8%로 2018년 대비 4.72% 증가하였다.

[그림 3-35] 외래서비스 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

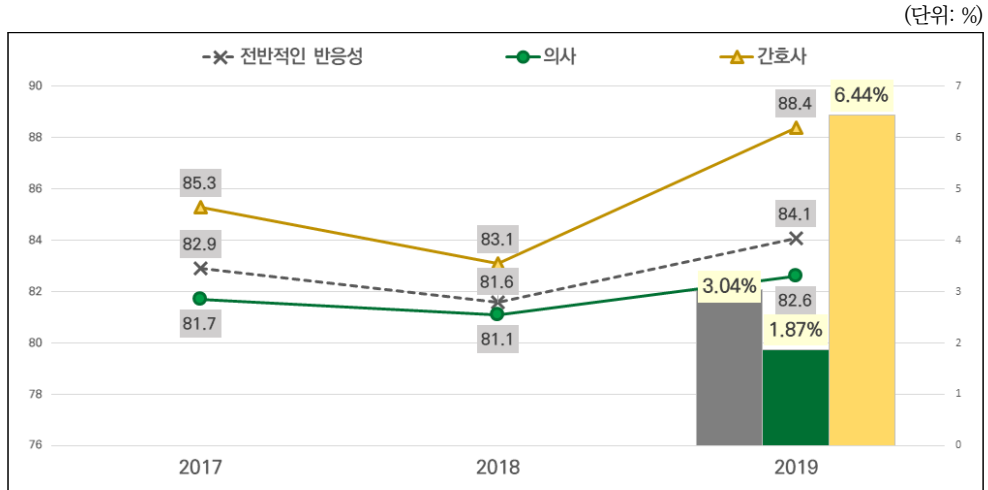
자료: 보건복지부, 보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019를 직접 분석.

2019년 외래서비스 반응성은 84.1%로 2018년 대비 3.04% 증가하였다. 의사의 외래서비스 반응성은 2019년 82.6%로 2018년 대비 1.87% 증가하였지만, 세부적으로는 다른 추세를 보이고 있다. 예의 있는 응대 반응성은 90.7%로 2018년 대비 9.41%, 알기 쉬운 설명 반응성은 86.3%로 2018년 대비 5.25%, 충분한 질문 기회 반응성은 82.7%로 2018년 대비 2.50%, 환자 의견 반영은 83.6%로 2018년 대비 2.37% 증가하였지만, 불안에 공감 반응성은 79.1%로 2018년 대비 1.44%, 충분한 대화 반응성은 73.2%로 2018년 대비 7.32% 감소하였다.

간호사의 외래서비스 반응성은 2019년 88.4%로 2018년 대비 6.44% 증가하였고, 세부적으로 예의 있는 응대 반응성은 88.2%로 2018년 대비 5.41%, 알기 쉬운 설명

반응성은 88.6%로 2018년 대비 7.49% 증가하였다.

[그림 3-36] 외래서비스 반응성



주: 1) 그렇다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구로 성연령 표준화.  
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.  
 자료: 보건복지부, 보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

<표 3-2> 외래서비스 반응성

(단위: %)

구분	'17	'18	'19	'18-'19
전반적인 반응성	82.9	81.6	84.1	3.04
의사	81.7	81.1	82.6	1.87
예의 있는 응대	88.1	82.9	90.7	9.41
알기 쉬운 설명	78.9	82.0	86.3	5.25
충분한 질문 기회	77.1	80.7	82.7	2.50
환자 의견 반영	82.5	81.6	83.6	2.37
불안에 공감	-	80.3	79.1	-1.44
충분한 대화	80.1	79.0	73.2	-7.32
간호사	85.3	83.1	88.4	6.44
예의 있는 응대	87.2	83.7	88.2	5.41
알기 쉬운 설명	83.5	82.4	88.6	7.49

주: 1) 그렇다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구로 성연령 표준화.  
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.  
 자료: 보건복지부, 보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 가. 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족

성별에 따라 산출된 2019년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2018년 대비 증가율은 여성(5.07%)이 남성(4.36%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 90.2%, 여성 89.8%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2018년 대비 증가율은 고등(5.68%)이 중등(4.48%)보다 높게 나타났다. 반면, 초등의 비율은 2018년 대비 12.74%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 62.8%, 중등 88.6%, 고등 89.5%로 나타났다.

2019년 소득에 따라 산출된 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 해당하는 비율은 1분위 82.8%, 2분위 92.7%, 3분위 89.0%, 4분위 90.1%, 5분위 89.5%로 나타났다.

경제활동에 따라 산출된 2019년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2018년 대비 감소율은 자영업, 고용주(5.71%)가 임금근로자(0.59%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외 집단은 2018년 대비 4.09% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 87.3%, 자영업, 고용주 79.3%, 그 외 86.6%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2018년 대비 증가율은 시도(5.06%)가 읍면(2.83%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 90.3%, 읍면 88.7%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 4.90% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 4.99% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 90.0%, 의료급여 86.2%로 나타났다.

〈표 3-3〉 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		86.6	86.0	90.1	4.70
성	남	85.6	86.4	90.2	4.36
	여	87.5	85.5	89.8	5.07
교육	초등	66.8	72.0	62.8	-12.74
	중등	86.8	84.8	88.6	4.48
	고등	87.2	84.7	89.5	5.68
소득	1분위	64.6	77.5	82.8	
	2분위	79.3	78.0	92.7	



구분		2017	2018	2019	2018-2019
	3분위	90.4	74.5	89.0	
	4분위	78.5	62.6	90.1	
	5분위			89.5	
경제활동	임금근로자	88.4	87.8	87.3	-0.59
	자영업, 고용주	87.3	84.1	79.3	-5.71
	그 외	83.9	83.2	86.6	4.09
지역	시도	87.3	86.0	90.3	5.06
	읍면	82.2	86.3	88.7	2.83
	의료보장				
	건강보험	86.6	85.8	90.0	4.90
	의료급여	72.9	90.8	86.2	-4.99

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의로서비스 경험 조사 2017-2019.

## 나. 외래서비스 전반적 만족 수준

성별에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 남성(5.57%)이 여성(3.90%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 89.2%, 여성 88.4%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 비율은 초등을 제외하고 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 고등(5.55%)이 중등(2.79%)보다 높게 나타났다. 반면, 초등의 비율은 2018년 대비 21.03%만큼 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 63.5%, 중등 86.7%, 고등 88.5%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 해당하는 비율은 1분위 82.3%, 2분위 92.1%, 3분위 87.7%, 4분위 88.4%, 5분위 86.8%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 비율은 그 외를 제외하고는 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 자영업, 고용주(7.33%)가 임금근로자(0.79%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 6.00%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 85.8%, 자영업, 고용주 76.1%, 그 외 86.0%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족 수준 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 시도(5.12%)가 읍면(2.34%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 89.4%, 읍면 86.0%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 외래서비스 전반적 만족

수준 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 건강보험(4.61%)이 의료급여(1.75%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 88.8%, 의료급여 82.7%로 나타났다.

〈표 3-4〉 외래서비스 전반적 만족 수준

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체			84.8	88.8	4.72
성	남		84.5	89.2	5.57
	여		85.1	88.4	3.90
교육	초등		80.4	63.5	-21.03
	중등		84.4	86.7	2.79
	고등		83.8	88.5	5.55
소득	1분위		80.6	82.3	
	2분위		76.4	92.1	
	3분위		76.8	87.7	
	4분위		65.5	88.4	
	5분위			86.8	
경제활동	임금근로자		86.5	85.8	-0.79
	자영업, 고용주		82.2	76.1	-7.33
	그 외		81.1	86.0	6.00
지역	시도		85.0	89.4	5.12
	읍면		84.0	86.0	2.34
의료보장	건강보험		84.9	88.8	4.61
	의료급여		81.2	82.7	1.75

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구조 성연령 표준화.  
 3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.  
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 외래서비스 경험 조사 2017-2019.

#### 다. 외래 의사서비스: 예의 있는 응대

성별에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 남성(9.99%)이 여성(8.77%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 90.7%, 여성 90.7%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 고등(10.64%)이 중등(6.11%)보다 높게 나타났다. 반면, 초등의 비율은 2018년 대비 21.95%로 감소하였다. 2019년

에 해당하는 비율은 초등 54.6%, 중등 89.6%, 고등 90.0%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 예의 있는 응대 해당하는 비율은 1분위 89.2%, 2분위 90.6%, 3분위 90.3%, 4분위 90.5%, 5분위 90.8%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 비율 증가량은 임금근로자(7.65%)가 그 외(5.60)보다 높게 나타났다. 반면, 자영업, 고용주의 비율은 2018년 대비 2.54%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 88.6%, 자영업, 고용주 80.9%, 그 외 88.8%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 시도(10.19%)가 읍면(5.39%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 91.0%, 읍면 89.0%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스에서 예의 있는 응대 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 9.79% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 3.36% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 90.6%, 의료급여 89.1%로 나타났다.

〈표 3-5〉 외래 의사서비스: 예의 있는 응대

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		88.1	82.9	90.7	9.41
성	남	86.8	82.4	90.7	9.99
	여	89.4	83.4	90.7	8.77
교육	초등	67.1	70.0	54.6	-21.95
	중등	88.6	84.5	89.6	6.11
	고등	88.6	81.3	90.0	10.64
소득	1분위	81.4	85.0	89.2	
	2분위	81.3	75.8	90.6	
	3분위	92.1	64.9	90.3	
	4분위	76.3	59.4	90.5	
	5분위			90.8	
경제활동	임금근로자	90.5	82.3	88.6	7.65
	자영업, 고용주	85.8	83.1	80.9	-2.54
	그 외	86.3	84.1	88.8	5.60
지역	시도	88.6	82.5	91.0	10.19
	읍면	85.6	84.4	89.0	5.39
의료보장	건강보험	88.2	82.5	90.6	9.79
	의료급여	73.5	92.2	89.1	-3.36

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 라. 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명

성별에 따라 산출된 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 남성(6.99%)이 여성(3.48%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 86.9%, 여성 85.6%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 증가율은 고등(2.45%)이 중등(0.48%)보다 높게 나타났다. 반면, 초등의 비율은 2018년 대비 20.44% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 51.4%, 중등 84.8%, 고등 83.1%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 해당하는 비율은 1분위 87.0%, 2분위 85.1%, 3분위 83.6%, 4분위 85.3%, 5분위 89.4%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 비율 감소율은 자영업, 고용주(2.59%)가 임금근로자(0.11%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 0.07%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 82.8%, 자영업, 고용주 78.9%, 그 외 85.4%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 시도(5.52%)가 읍면(3.48%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 86.5%, 읍면 84.8%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 5.55% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 8.92% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 86.2%, 의료급여 81.7%로 나타났다.

〈표 3-6〉 외래 의사서비스: 알기 쉬운 설명

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		78.9	82.0	86.3	5.25
성	남	78.3	81.2	86.9	6.99
	여	79.6	82.8	85.6	3.48
교육	초등	65.6	64.7	51.4	-20.44
	중등	77.3	84.4	84.8	0.48
	고등	82.9	81.1	83.1	2.45
소득	1분위	71.8	83.9	87.0	

구분		2017	2018	2019	2018-2019
	2분위	71.2	74.5	85.1	
	3분위	82.9	70.3	83.6	
	4분위	79.2	61.1	85.3	
	5분위			89.4	
경제활동	임금근로자	80.9	82.8	82.8	-0.11
	자영업, 고용주	81.6	81.0	78.9	-2.59
	그 외	78.9	85.3	85.4	0.07
지역	시도	80.1	82.0	86.5	5.52
	읍면	73.8	82.0	84.8	3.48
의료보장	건강보험	78.8	81.7	86.2	5.55
	의료급여	79.2	89.7	81.7	-8.92

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 마. 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회

성별에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 여성(3.60%)이 남성(1.41%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 81.9%, 여성 83.5%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율의 2018년 대비 감소율은 초등(11.85%)이 고등(2.03%)보다 높게 나타났다. 반면, 중등의 비율은 2018년 대비 1.73%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 51.5%, 중등 82.2%, 고등 79.4%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 해당하는 비율은 1분위 80.9%, 2분위 82.6%, 3분위 80.3%, 4분위 83.3%, 5분위 83.3%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율의 2018년 대비 비율 감소율은 자영업, 고용주(8.61%)가 임금근로자(5.40%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 1.56%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 78.4%, 자영업, 고용주 69.8%, 그 외 81.0%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 3.29% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 2.06% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 83.2%, 읍면 79.6%로 나타났다.

의료보장에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 3.13% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 24.15% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 82.9%, 의료급여 67.2%로 나타났다.

〈표 3-7〉 외래 의사서비스: 충분한 질문 기회

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		77.1	80.7	82.7	2.50
성	남	75.8	80.8	81.9	1.41
	여	78.5	80.6	83.5	3.60
교육	초등	62.0	58.4	51.5	-11.85
	중등	75.7	80.8	82.2	1.73
	고등	76.1	81.0	79.4	-2.03
소득	1분위	60.7	85.6	80.9	
	2분위	68.5	70.9	82.6	
	3분위	81.3	77.9	80.3	
	4분위	70.4	61.2	83.3	
	5분위			83.3	
경제활동	임금근로자	75.0	82.9	78.4	-5.40
	자영업, 고용주	76.8	76.4	69.8	-8.61
	그 외	73.7	79.7	81.0	1.56
지역	시도	77.6	80.6	83.2	3.29
	읍면	73.5	81.3	79.6	-2.06
의료보장	건강보험	77.2	80.4	82.9	3.13
	의료급여	65.0	88.6	67.2	-24.15

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구조 성연령 표준화.  
 3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.  
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

### 바. 외래 의사서비스: 환자 의견 반영

성별에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 증가율은 남성(3.70%)이 여성(0.88%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 84.1%, 여성 83.0%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 증가율은 고등(1.51%)이 중등(0.58%)보다 높게 나타났다. 반면, 초등의 비율은 2018년 대비 34.29%로 감소하였다. 2019년에

해당하는 비율은 초등 50.7%, 중등 82.1%, 고등 84.4%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 해당하는 비율은 1분위 81.7%, 2분위 80.1%, 3분위 83.3%, 4분위 84.5%, 5분위 85.3%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 비율 감소율은 임금근로자(6.32%)가 그 외(1.53%)보다 높게 나타났다. 반면, 자영업, 고용주의 비율은 2018년 대비 5.28%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 77.0%, 자영업, 고용주 74.8%, 그 외 82.3%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 2.76% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 0.43% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 83.8%, 읍면 81.9%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 외래 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 2.58% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 9.65% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 83.5%, 의료급여 79.9%로 나타났다.

〈표 3-8〉 외래 의사서비스: 환자 의견 반영

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		82.5	81.6	83.6	2.37
성	남	81.7	81.1	84.1	3.70
	여	83.4	82.2	83.0	0.88
교육	초등	65.7	77.1	50.7	-34.29
	중등	82.6	81.6	82.1	0.58
	고등	82.3	83.1	84.4	1.51
소득	1분위	77.5	80.5	81.7	
	2분위	74.9	71.9	80.1	
	3분위	85.7	71.8	83.3	
	4분위	78.0	62.2	84.5	
	5분위			85.3	
경제활동	임금근로자	82.4	82.2	77.0	-6.32
	자영업, 고용주	84.3	71.1	74.8	5.28
	그 외	80.4	83.6	82.3	-1.53
지역	시도	82.9	81.5	83.8	2.76
	읍면	80.5	82.3	81.9	-0.43
의료보장	건강보험	82.7	81.4	83.5	2.58
	의료급여	74.0	88.4	79.9	-9.65

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019

## 사. 외래 의사서비스: 불안에 공감

성별에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 비율은 남녀가 다른 추세를 보이며 남성은 2018년 대비 0.16% 증가하였고, 여성은 2018년 대비 3.15% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 78.6%, 여성 79.7%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 비율은 고등을 제외하고 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 초등(25.90%)이 중등(1.70%)보다 높게 나타났다. 반면, 고등의 비율은 2018년 대비 1.61%로 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 55.2%, 중등 79.7%, 고등 79.7%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 해당하는 비율은 1분위 74.8%, 2분위 80.0%, 3분위 78.0%, 4분위 79.3%, 5분위 80.9%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 비율은 그 외를 제외하고는 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 자영업, 고용주(8.67%)가 임금근로자(4.23%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 0.00%로 전년과 같았다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 77.3%, 자영업, 고용주 70.8%, 그 외 78.4%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 시도(1.66%)가 읍면(0.81%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 79.1%, 읍면 78.9%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 외래 의사서비스: 불안에 공감 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 의료급여(24.18%)가 건강보험(0.95%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 79.2%, 의료급여 68.7%로 나타났다.



〈표 3-9〉 외래 의사서비스: 불안에 공감

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체			80.3	79.1	-1.44
성	남		78.4	78.6	0.16
	여		82.3	79.7	-3.15
교육	초등		74.5	55.2	-25.90
	중등		81.1	79.7	-1.70
	고등		78.4	79.7	1.61
소득	1분위		82.0	74.8	
	2분위		74.0	80.0	
	3분위		75.0	78.0	
	4분위		57.9	79.3	
	5분위			80.9	
경제활동	임금근로자		80.8	77.3	-4.23
	자영업, 고용주		77.5	70.8	-8.67
	그 외		78.4	78.4	0.00
지역	시도		80.4	79.1	-1.66
	읍면		79.6	78.9	-0.81
의료보장	건강보험		79.9	79.2	-0.95
	의료급여		90.7	68.7	-24.18

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 아. 외래 의사서비스: 충분한 대화

성별에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스에서 충분한 대화 비율의 2018년 대비 감소율은 여성(8.36%)이 남성(6.44%)보다 높게 나타났다. 2019년에 남성 73.9%, 여성 72.5%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 충분한 대화 비율의 2018년 대비 감소율은 초등(26.66%)이 가장 높게 나타났고, 중등(8.94%), 고등(2.21%)로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 52.7%, 중등 73.2%, 고등 74.6%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 대화 해당하는 비율은 1분위 79.0%, 2분위 72.2%, 3분위 72.4%, 4분위 73.7%, 5분위 72.9%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 대화 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 자영업, 고용주(18.37%)가 가장

높게 나타났고, 임금근로자(17.10%), 그 외(1.87%)로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 66.8%, 자영업, 고용주 65.7%, 그 외 75.3%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 외래 의사서비스: 충분한 대화 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 읍면(10.83%)이 시도(6.69%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 73.4%, 읍면 71.5%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 2019년 외래 의사서비스: 충분한 대화 비율의 2018년 대비 비율 감소율은 의료급여(11.77%)가 건강보험(7.30%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 73.3%, 의료급여 66.5%로 나타났다.

〈표 3-10〉 외래 의사서비스: 충분한 대화

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		80.1	79.0	73.2	-7.32
성	남	78.7	79.0	73.9	-6.44
	여	81.5	79.1	72.5	-8.36
교육	초등	61.3	71.8	52.7	-26.66
	중등	79.9	80.4	73.2	-8.94
	고등	81.4	76.3	74.6	-2.21
소득	1분위	78.7	77.1	79.0	-
	2분위	72.1	69.6	72.2	-
	3분위	83.7	71.0	72.4	-
	4분위	72.3	62.5	73.7	-
	5분위	-	-	72.9	-
경제활동	임금근로자	81.8	80.6	66.8	-17.10
	자영업, 고용주	80.3	80.4	65.7	-18.37
	그 외	79.0	76.7	75.3	-1.87
지역	시도	79.7	78.7	73.4	-6.69
	읍면	81.2	80.2	71.5	-10.83
의료보장	건강보험	80.2	79.0	73.3	-7.30
	의료급여	72.3	75.4	66.5	-11.77

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

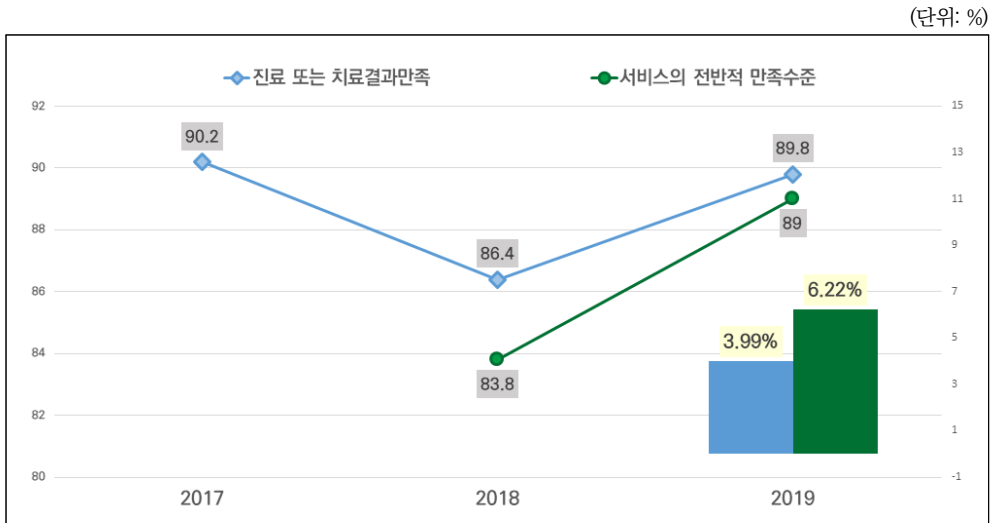
3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 2. 입원서비스

2019년 진료 또는 치료 결과 만족은 89.8%로 2018년 대비 3.99% 증가하였고, 서비스의 전반적 만족 수준은 89.0%로 2018년 대비 6.22% 증가하였다.

[그림 3-37] 입원서비스 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

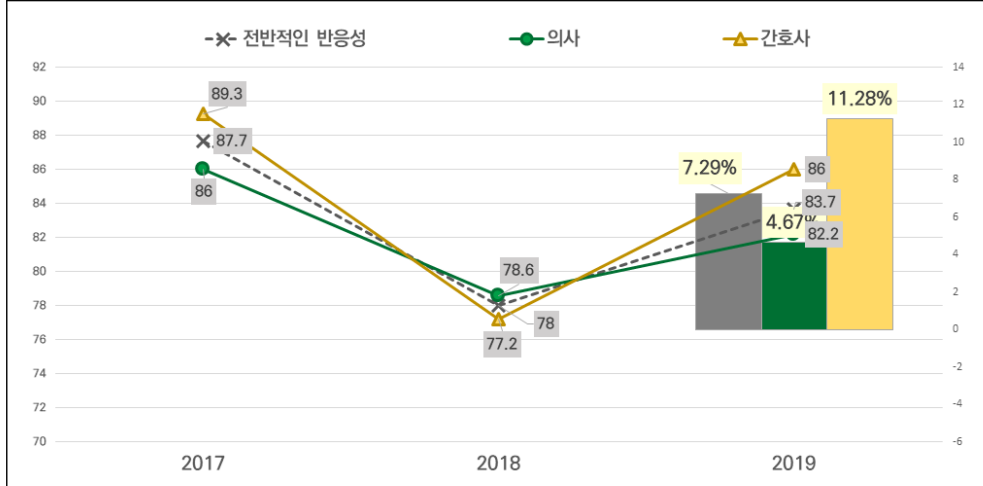
2) 2010년 인구조로 성연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의로서비스 경험 조사 2017-2019.

2019년 입원서비스 반응성은 83.7%로 2018년 대비 7.29% 증가하였다. 의사의 입원서비스 반응성은 2019년 82.2%로 2018년 대비 4.67% 증가하였지만, 세부적으로는 다른 추세를 보이고 있다. 예의 있는 응대 반응성은 89.5%로 2018년 대비 11.53%, 알기 쉬운 설명 반응성은 84.9%로 2018년 대비 14.42%, 충분한 질문 기회 반응성은 81.5%로 2018년 대비 0.56%, 환자 의견 반영 반응성은 80.2%로 2018년 대비 0.17%, 불안에 공감 반응성은 84.2%로 2018년 대비 10.79%로 증가하였지만, 충분한 대화 반응성은 73.1%로 2018년 대비 8.43%로 감소하였다. 간호사의 입원서비스 반응성은 2019년 86.0%로 2018년 대비 11.28% 증가하였고, 세부적으로 예의 있는 응대 반응성은 89.8%로 2018년 대비 18.92% 증가하였고, 알기 쉬운 설명 반응성은 89.4%로 2018년 대비 17.26% 증가하였다.

[그림 3-38] 입원서비스 반응성

(단위: %)



주: 1) 그렇다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구로 성연령 표준화.  
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.  
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

<표 3-11> 입원서비스 반응성

(단위: %)

구분	2017	2018	2019	2018-2019
전반적인 반응성	87.7	78.0	83.7	7.29
의사	86.0	78.6	82.2	4.67
예의 있는 응대	88.4	80.3	89.5	11.53
알기 쉬운 설명	88.9	74.2	84.9	14.42
충분한 질문 기회	82.1	81.1	81.5	0.56
환자 의견 반영	84.8	80.0	80.2	0.17
불안에 공감	-	76.0	84.2	10.79
충분한 대화	-	79.8	73.1	-8.43
간호사	89.3	77.2	86.0	11.28
예의 있는 응대	92.4	75.5	89.8	18.92
알기 쉬운 설명	87.1	76.3	89.4	17.26

주: 1) 그렇다고 응답한 비율  
 2) 2010년 인구로 성연령 표준화  
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.  
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019

## 가. 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성

성별에 따라 산출된 2019년 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성 비율의 2018년 대비 증가율은 남성(6.54%)이 여성(1.66%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 86.9%, 여성 92.7%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성 비율의 2018년 대비 증가율은 초등(43.36%)이 중등(26.88%)보다 높게 나타났다. 반면, 고등의 비율은 2018년 대비 9.65%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 46.2%, 중등 85.6%, 고등 74.8%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성 해당하는 비율은 1분위 81.7%, 2분위 80.6%, 3분위 83.1%, 4분위 73.2%, 5분위 87.7%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성 비율의 2018년 대비 증가율은 임금근로자(8.14%)가 자영업, 고용주(1.31%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 0.74%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 82.3%, 자영업, 고용주 66.6%, 그 외 88.9%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 1.80% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 5.38% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 86.0%, 읍면 79.2%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 2019년 입원서비스 기대했던 치료 결과달성 비율의 2018년 대비 증가율은 건강보험(5.11%)이 의료급여(2.91%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 90.8%, 의료급여 51.3%로 나타났다.

〈표 3-12〉 입원서비스 기대했던 치료 결과 달성

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		90.2	86.4	89.8	3.99
성	남	88.4	81.6	86.9	6.54
	여	92.0	91.2	92.7	1.66
교육	초등	49.3	32.3	46.2	43.36
	중등	90.0	67.5	85.6	26.88
	고등	82.4	82.8	74.8	-9.65
소득	1분위	60.7	38.3	81.7	
	2분위	80.0	71.2	80.6	
	3분위	76.2	61.1	83.1	
	4분위	62.5	74.7	73.2	
	5분위			87.7	
경제활동	임금근로자	84.0	76.1	82.3	8.14
	자영업, 고용주	64.5	65.8	66.6	1.31
	그 외	89.6	89.6	88.9	-0.74
지역	시도	90.6	84.5	86.0	1.80
	읍면	87.9	83.7	79.2	-5.38
의료보장	건강보험	90.3	86.4	90.8	5.11
	의료급여	64.7	49.9	51.3	2.91

주: 1) 대체로 그렇다, 매우 그렇다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 나. 입원서비스 전반적 만족 수준

성별에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 남성(6.36%)이 여성(6.23%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 86.3%, 여성 91.5%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 비율은 고등을 제외하고 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 초등(47.04%)이 중등(18.71%)보다 높게 나타났다. 반면, 고등의 비율은 2018년 대비 5.57%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 45.8%, 중등 85.6%, 고등 72.1%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 해당하는 비율은 1분위 75.9%, 2분위 79.3%, 3분위 84.0%, 4분

위 74.7%, 5분위 83.1%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 비율은 그 외를 제외하고는 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 임금근로자(14.21%)가 자영업, 고용주(2.10%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외의 비율은 2018년 대비 0.60%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 81.4%, 자영업, 고용주 66.4%, 그 외 85.6%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 4.79% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 8.87% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 85.6%, 읍면 76.6%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 입원서비스 전반적 만족 수준 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 7.41% 증가하였고, 의료급여는 2018년 대비 3.59% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 89.8%, 의료급여 50.8%로 나타났다.

〈표 3-13〉 입원서비스 전반적 만족 수준

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체			83.8	89.0	6.22
성	남		81.1	86.3	6.36
	여		86.2	91.5	6.23
교육	초등		31.2	45.8	47.04
	중등		72.1	85.6	18.71
	고등		76.3	72.1	-5.57
소득	1분위		29.8	75.9	
	2분위		72.5	79.3	
	3분위		63.2	84.0	
	4분위		68.8	74.7	
	5분위			83.1	
경제활동	임금근로자		71.3	81.4	14.21
	자영업, 고용주		65.0	66.4	2.10
	그 외		86.1	85.6	-0.60
지역	시도		81.7	85.6	4.79
	읍면		84.0	76.6	-8.87
의료보장	건강보험		83.7	89.8	7.41
	의료급여		52.7	50.8	-3.59

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

#### 다. 입원 의사서비스: 예의 있는 응대

성별에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 남성(12.23%)이 여성(11.57%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 89.1%, 여성 90.0%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 초등(71.41%)이 가장 높게 나타났다, 중등(31.94%), 고등(8.71%)으로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 47.6%, 중등 88.7%, 고등 81.7%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 해당하는 비율은 1분위 83.1%, 2분위 76.1%, 3분위 86.0%, 4분위 79.8%, 5분위 79.4%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 자영업, 고용주(26.25%)가 가장 높게 나타났고, 임금근로자(17.68%), 그 외(0.91%)로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 77.8%, 자영업, 고용주 72.7%, 그 외 92.6%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 9.28% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 5.84% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 87.6%, 읍면 74.4%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 예의 있는 응대 비율의 2018년 대비 증가율은 의료급여(84.78%)가 건강보험(9.34%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 89.0%, 의료급여 72.2%로 나타났다.



〈표 3-14〉 입원 의사서비스: 예의 있는 응대

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		88.4	80.3	89.5	11.53
성	남	86.6	79.4	89.1	12.23
	여	90.2	80.6	90.0	11.57
교육	초등	50.2	27.8	47.6	71.41
	중등	89.5	67.2	88.7	31.94
	고등	79.7	75.1	81.7	8.71
소득	1분위	49.4	38.9	83.1	
	2분위	77.1	62.8	76.1	
	3분위	77.4	53.5	86.0	
	4분위	61.0	73.5	79.8	
	5분위			79.4	
경제활동	임금근로자	81.7	66.1	77.8	17.68
	자영업, 고용주	60.1	57.6	72.7	26.25
	그 외	88.6	91.8	92.6	0.91
지역	시도	89.6	80.2	87.6	9.28
	읍면	82.0	79.0	74.4	-5.84
의료보장	건강보험	88.9	81.4	89.0	9.34
	의료급여	51.0	39.1	72.2	84.78

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의사서비스 경험 조사 2017-2019.

## 라. 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명

성별에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 증가율은 남성(15.48%)이 여성(13.87%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 87.7%, 여성 81.8%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 증가율은 초등(25.15%)이 가장 높게 나타났고, 중등(23.70%), 고등(18.97%)으로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 33.9%, 중등 83.4%, 고등 83.6%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명 해당하는 비율은 1분위 76.4%, 2분위 76.1%, 3분위 87.6%, 4분위 72.8%, 5분위 84.4%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 입원 의사

비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 증가율은 자영업, 고용주(45.17%)가 임금근로자(22.02%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외는 2018년 대비 10.00% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 76.4%, 자영업, 고용주 73.2%, 그 외 79.7%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 19.74% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 8.37% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 86.9%, 읍면 71.6%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명 비율의 2018년 대비 증가율은 건강보험(14.33%)이 의료급여(11.61%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 84.9%, 의료급여 57.4%로 나타났다.

〈표 3-15〉 입원 의사서비스: 알기 쉬운 설명

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		88.9	74.2	84.9	14.42
성	남	88.4	76.0	87.7	15.48
	여	89.4	71.8	81.8	13.87
교육	초등	46.8	27.1	33.9	25.15
	중등	88.4	67.4	83.4	23.70
	고등	82.2	70.2	83.6	18.97
소득	1분위	48.6	33.5	76.4	-
	2분위	82.3	61.1	76.1	-
	3분위	69.1	50.9	87.6	-
	4분위	62.9	71.3	72.8	-
	5분위	-	-	84.4	-
경제활동	임금근로자	83.1	62.6	76.4	22.02
	자영업, 고용주	61.1	50.4	73.2	45.17
	그 외	89.8	88.5	79.7	-10.00
지역	시도	89.5	72.6	86.9	19.74
	읍면	84.5	78.1	71.6	-8.37
의료보장	건강보험	89.0	74.3	84.9	14.33
	의료급여	64.7	51.4	57.4	11.61

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019

## 마. 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회

성별에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율은 남녀가 다른 추세를 보이며 남성은 2018년 대비 8.04% 감소하였고, 여성은 2018년 대비 11.38% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 79.2%, 여성 84.1%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회 의 2018년 대비 증가율은 초등(42.38%)이 중등(14.55%)보다 높게 나타났다. 반면, 고등은 2018년 대비 8.21% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 38.3%, 중등 80.3%, 고등 70.8%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회에 해당하는 비율은 1분위 62.9%, 2분위 70.5%, 3분위 83.4%, 4분위 66.9%, 5분위 74.1%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회의 2018년 대비 증가율은 자영업, 고용주(40.42%)가 임금근로자(1.23%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외는 2018년 대비 7.45% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 76.3%, 자영업, 고용주 68.8%, 그 외 75.2%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회는 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 비율 감소율은 읍면(7.36%)이 시도(3.41%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 78.7%, 읍면 72.4%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 0.94% 감소하였고, 의료급여는 2018년 대비 32.25% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 81.1%, 의료급여 58.2%로 나타났다.

〈표 3-16〉 입원 의사서비스: 충분한 질문 기회

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		82.1	81.1	81.5	0.56
성	남	78.6	86.1	79.2	-8.04
	여	85.5	75.5	84.1	11.38
교육	초등	51.0	26.9	38.3	42.38
	중등	84.8	70.1	80.3	14.55
	고등	75.6	77.1	70.8	-8.21
소득	1분위	45.1	48.9	62.9	.
	2분위	69.9	65.3	70.5	.
	3분위	66.9	67.2	83.4	.
	4분위	53.0	72.9	66.9	.
	5분위			74.1	.
경제활동	임금근로자	76.6	75.4	76.3	1.23
	자영업, 고용주	55.4	49.0	68.8	40.42
	그 외	81.0	81.3	75.2	-7.45
지역	시도	82.2	81.5	78.7	-3.41
	읍면	78.9	78.2	72.4	-7.36
의료보장	건강보험	82.4	81.9	81.1	-0.94
	의료급여	57.5	44.0	58.2	32.25

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 바. 입원 의사서비스: 환자 의견 반영

성별에 따라 산출된 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 남녀가 다른 추세를 보이며 남성은 2018년 대비 12.94% 증가하였고, 여성은 2018년 대비 10.57% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 82.2%, 여성 78.0%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 증가율은 초등(27.09%)이 가장 높게 나타났고, 중등(10.21%), 고등(0.37%)으로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 34.1%, 중등 78.1%, 고등 73.0%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 환자 의견 반영에 해당하는 비율은 1분위 77.1%, 2분위 72.9%, 3분위 82.1%, 4분위 71.1%, 5분위 73.9%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출

된 2019년 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율의 2018년 대비 증가율은 임금근로자(18.06%)가 자영업, 고용주(11.19%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외는 2018년 대비 1.38% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 81.1%, 자영업, 고용주 62.7%, 그 외 78.5%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 2019년 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 3.13% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 16.38% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 82.5%, 읍면 64.7%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 0.37% 감소하였고, 의료급여는 2018년 대비 12.32% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 80.8%, 의료급여 51.7%로 나타났다.

〈표 3-17〉 입원 의사서비스: 환자 의견 반영

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체		84.8	80.0	80.2	0.17
성	남	83.2	72.8	82.2	12.94
	여	86.3	87.2	78.0	-10.57
교육	초등	51.7	26.9	34.1	27.09
	중등	85.8	70.9	78.1	10.21
	고등	78.1	72.8	73.0	0.37
소득	1분위	59.6	43.7	77.1	
	2분위	82.0	66.3	72.9	
	3분위	66.8	51.8	82.1	
	4분위	48.6	57.9	71.1	
	5분위			73.9	
경제활동	임금근로자	76.8	68.7	81.1	18.06
	자영업, 고용주	62.3	56.4	62.7	11.19
	그 외	87.7	79.6	78.5	-1.38
지역	시도	84.6	80.0	82.5	3.13
	읍면	85.3	77.4	64.7	-16.38
의료보장	건강보험	84.8	81.1	80.8	-0.37
	의료급여	56.7	46.1	51.7	12.32

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구로 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 사. 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대

성별에 따라 산출된 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 여성(12.92%)이 남성(9.99%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 83.8%, 여성 84.9%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 초등(43.70%)이 가장 높게 나타났고, 중등(38.45%), 고등(7.16%)으로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 37.3%, 중등 81.4%, 고등 79.9%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대의 비율은 1분위 78.8%, 2분위 76.1%, 3분위 85.3%, 4분위 73.0%, 5분위 67.4%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대 비율은 그 외를 제외하고 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 자영업, 고용주(51.68%)가 임금근로자(8.78%)보다 높게 나타났다. 반면, 그 외는 2018년 대비 4.62% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 70.5%, 자영업, 고용주 69.9%, 그 외 84.8%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대 비율은 시도와 읍면이 다른 추세를 보이며 시도는 2018년 대비 8.96% 증가하였고, 읍면은 2018년 대비 8.69% 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 82.3%, 읍면 66.6%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 전체적으로 증가하는 다른 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 의료급여(83.18%)가 건강보험(8.91%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 83.4%, 의료급여 69.3%로 나타났다.

〈표 3-18〉 입원 의사서비스: 면담 요청 시 적절한 응대

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체			76.0	84.2	10.79
성	남		76.1	83.8	9.99
	여		75.2	84.9	12.92
교육	초등		26.0	37.3	43.70
	중등		58.8	81.4	38.45
	고등		74.6	79.9	7.16
소득	1분위		35.2	78.8	
	2분위		57.3	76.1	
	3분위		52.9	85.3	
	4분위		68.6	73.0	
	5분위			67.4	
경제활동	임금근로자		64.8	70.5	8.78
	자영업, 고용주		46.1	69.9	51.68
	그 외		88.9	84.8	-4.62
지역	시도		75.6	82.3	8.96
	읍면		72.9	66.6	-8.69
의료보장	건강보험		76.6	83.4	8.91
	의료급여		37.8	69.3	83.18

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2010년 인구조 성연령 표준화.

3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화를 미제시.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, 의료서비스 경험 조사 2017-2019.

## 아. 입원 의사서비스: 불안에 공감

성별에 따라 산출된 입원 의사서비스: 불안에 공감 비율은 남녀가 다른 추세를 보이며 남성은 2018년 대비 16.04% 감소하였고, 여성은 2018년 대비 0.48% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 남성 66.4%, 여성 80.5%로 나타났다. 교육 수준에 따라 산출된 입원 의사서비스: 불안에 공감 비율은 고등을 제외하고 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 초등(34.47%)이 중등(1.84%)보다 높게 나타났다. 반면, 고등은 2018년 대비 15.91%로 감소하였다. 2019년에 해당하는 비율은 초등 37.6%, 중등 74.4%, 고등 61.8%로 나타났다. 2019년 소득에 따라 산출된 입원 의사서비스: 불

안에 공감의 비율은 1분위 73.4%, 2분위 70.1%, 3분위 73.7%, 4분위 60.4%, 5분위 52.5%로 나타났다. 경제활동에 따라 산출된 입원 의사서비스: 불안에 공감 비율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며 2018년 대비 증가율은 자영업, 고용주(6.54%)로 가장 높게 나타났고, 임금근로자(0.85%), 그 외(0.15%)로 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 임금근로자 68.0%, 자영업, 고용주 60.6%, 그 외 77.8%로 나타났다. 지역에 따라 산출된 입원 의사서비스: 환자 의견 반영 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2018년 대비 감소율은 읍면(20.97%)이 시도(12.49%)보다 높게 나타났다. 2019년에 해당하는 비율은 시도 70.2%, 읍면 60.6%로 나타났다. 의료보장에 따라 산출된 입원 의사서비스: 불안에 공감 비율은 건강보험과 의료급여가 다른 추세를 보이며 건강보험은 2018년 대비 10.76% 감소하였고, 의료급여는 2018년 대비 63.70% 증가하였다. 2019년에 해당하는 비율은 건강보험 72.2%, 의료급여 66.0%로 나타났다.

〈표 3-19〉 입원 의사서비스: 불안에 공감

(단위: %)

구분		2017	2018	2019	2018-2019
전체			79.8	73.1	-8.43
성	남		79.1	66.4	-16.04
	여		80.1	80.5	0.48
교육	초등		27.9	37.6	34.47
	중등		73.1	74.4	1.84
	고등		73.5	61.8	-15.91
소득	1분위		39.0	73.4	
	2분위		67.1	70.1	
	3분위		51.1	73.7	
	4분위		66.9	60.4	
	5분위			52.5	
경제활동	임금근로자		67.4	68.0	0.85
	자영업, 고용주		56.9	60.6	6.54
	그 외		77.7	77.8	0.15
지역	시도		80.3	70.2	-12.49
	읍면		76.7	60.6	-20.97
의료보장	건강보험		80.9	72.2	-10.76
	의료급여		40.3	66.0	63.70

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.  
 2) 2010년 인구로 성연령 표준화.  
 3) 2017년도, 2018년도 소득 측정방식이 다르므로 변화율 미제시.  
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 2017-2019.



### 3. 입원 응급서비스에 대한 환자 경험

응급의료기관평가 중 환자 중심성 영역에 환자 만족도 조사가 포함되어 있다. 응급실에 방문한 환자 및 보호자에 대한 진료 서비스 향상을 위해 응급진료 서비스의 만족도 조사를 시행하고, 개선 활동 여부를 측정한다.<sup>12)</sup> 하지만 조사를 시행 여부 등이 평가항목으로 포함되어 있을 뿐 결과는 취합되어 공개하지는 않았다(보건복지부, 2019, pp.161-164). 이 조사는 의료기관 방문 시 실시하므로 환자가 긍정적 답변을 할 가능성이 높다. 향후 국가 수준에서 표준화된 지표체계 개발 및 조사 시행 및 결과에 대한 모니터링이 필요하다.

### 4. 치과서비스에 대한 환자 경험

입원과 외래서비스에 대한 의료이용 경험을 조사한 것은 있으나 치과서비스에 대해 별도로 환자의 의료이용 경험을 조사한 자료는 없다. 향후 조사 개발이 필요한 항목이다.

### 5. 임신·출산 서비스에 대한 여성의 경험

입원과 외래서비스에 대한 의료이용 경험을 조사한 것은 있으나 출산서비스에 대해 별도로 여성의 의료이용 경험을 조사한 자료는 없다. 향후 조사 개발이 필요한 항목이다.

### 6. 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가

환자의 사별 가족들로부터 호스피스 이용 만족도를 조사한 결과, 호스피스 기관에서 받았던 의료서비스 중 적어도 하나 이상의 서비스에 대해 '만족'했다고 답한 비율은 2017년 97.0%, 2018년 96.6%였다. 서비스 유형별로 '만족'했다는 응답은 입원형 호

12) 필수 조사항목은 1. 환자 안내/접수/수납 등의 행정절차는 신속하게 진행되었는가? 2. 검사까지의 대기 시간은 적절하였는가? 3. 의료진(의사/간호사)의 충분한 설명이 있었는가?의 세 가지 항목이다(보건복지부, 2019, pp.161-164).

스피스에서 2017년 96.6%, 2018년 96.1%, 가정형 호스피스에서 2017년 98.9%, 2018년 98.2%, 자문형 호스피스에서 2017년 91.4%, 2018년 93.5%였다(보건복지부, 2020, pp.69-70).

〈표 3-20〉 호스피스 기관의 전반적인 평가

(단위: %)

구분	2017	2018	2017-2018
적어도 하나 이상 만족	97.0	96.6	-0.41
입원형 호스피스	96.6	96.1	-0.52
가정형 호스피스	98.9	98.2	-0.71
자문형 호스피스	91.4	93.5	2.30

자료: 보건복지부 (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 중앙호스피스센터. pp.69- 70.

## 7. 지역 사회 정신건강 서비스의 환자 경험

지역 사회 정신건강 서비스에 대해 별도로 환자의 의료이용 경험을 조사하고 있지는 않다. 향후 조사 개발이 필요한 항목이다.

## 제5절 안전성

### 1. 병원 퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(venous thromboembolism, VTE)으로 인한 사망

병원 입원 100,000명당 병원 퇴원 후 90일 내 VTE로 사망한 환자 수 측정이 필요하며 향후 건강보험 청구자료에 사망원인을 연계하여 산출하는 방안을 검토하고자 한다.

### 2. 보건의료 관련 감염(HCAI) - Methicillin-resistant Staphylococcus aureus(MRSA)

영국은 MRSA 감염 발생이 잉글랜드 공중보건(Public Health England)으로 보고되고 있으나 국내에서 발생 건수가 공식적으로 취합되어 보고되고 있지는 않다.

### 3. 보건의료 관련 감염(HCAI) - C. Difficile

영국은 Clostridium difficile(C. Difficile) 감염이 잉글랜드 공중보건(Public Health England)을 통하여 보고되고 있으나 국내는 발생 건수가 공식적으로 취합되어 보고되고 있지 않다. 다만 국내에서 건강보험표본 코호트자료를 이용하여 C. Difficile 감염율을 산출한 연구가 있다(김영아, 손강주, 박윤수, 2019).<sup>13)</sup> 해당 연구에서 감염율은 2010년 0.164%에서 2015년 0.317%로 연평균 14.1% 증가하였다. 향후 산출 방법을 보완하여 C. Difficile 감염 건수를 보고하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

〈표 3-21〉 보건의료 관련 감염(HCAI)-C. Difficile

(단위: %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2010-2019	2017-2019
감염율	0.164	0.166	0.224	0.248	0.245	0.317					14.1	

자료: 김영아, 손강주, 박윤수 (2019). 국민건강보험공단 청구자료를 이용한 Clostridium difficile 감염 의료비용 분석. 국민건강보험 일산병원연구소. p.34.

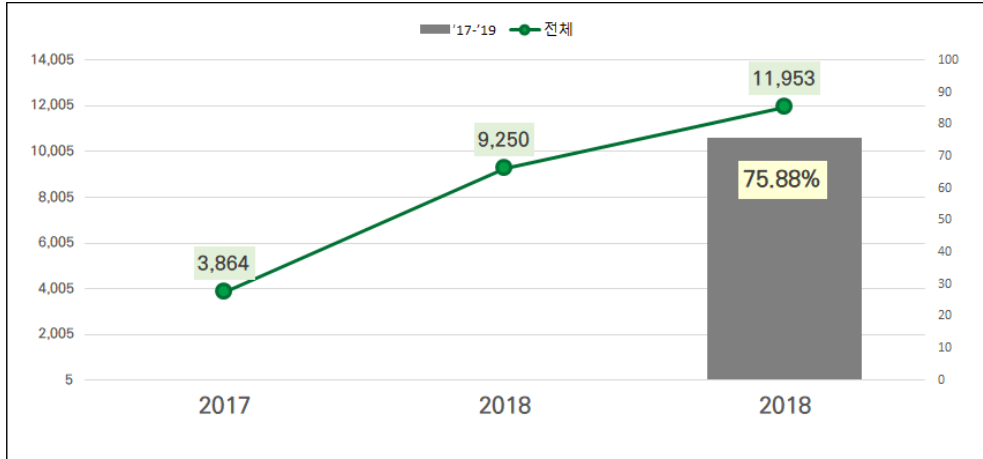
### 4. 환자 안전사고 보고 건수

환자 안전사고 보고 건수는 증가하는 추이지만 자율보고로 인한 영향으로 볼 수 있으며 과거에 잘 드러나지 않았던 사고들이 보고되는 것으로 볼 수 있다. 2017년 3,864건에서 2018년 11,953건으로 약 3배가량 증가하였다. 2018년 보고 건수는 11,953건이며 2018년 기준 주민등록인구(51,826,059명)를 이용하여 산출한 인구 100,000명당 보고 건수는 23.08건이다.

13) 해당 연구에는 경구용 반코마이신(247201ACH, 247202ACH) 처방이 있는 경우와 모든 종류의 메트로니다졸(194101ATB, 194104BIJ, 194131BIJ) 처방 환자 중 C. difficile 감염 질병코드 A047이 주상병과 부상병에 있는 경우로 하였다. 국내에서 경구용 반코마이신이 C. difficile 감염 환자에게만 사용되고 있는 반면, 메트로니다졸이 모든 종류의 혐기성 감염에서 널리 사용되고 있다는 점을 고려하였다. 또한 C. difficile 재발의 정의가 치료 종료 후 8주 이내에 다시 치료를 받는 것임을 고려하여 C. difficile 감염 치료 종료 후 60일 이내에 다시 진단받은 경우를 분석대상에서 제외하였다. 한편 C. difficile 감염 관련 검사가 2017년부터 급여화됨에 따라 검사 유무 변수를 활용하는 방안도 추후 검토 가능하다(김영아, 손강주, 박윤수, 2019, pp.21-22).

[그림 3-39] 환자 안전사고 보고 건수

(단위: 건, %)



주: (좌측) 보고 건수, (우측) 연간변화율, 환자안전법 시행('16.7.29) 이후 자율보고가 시작되었으며 법 시행 이후 2016.12.31.까지 보고 건수는 563건이었음. 2016년 보고 건수는 연간 데이터가 아니므로 제외하고 2017-2019년의 수치를 제시함.

자료: 보건복지부, 환자안전보고학습시스템, 의료기관평가인증원 (2019). 2019년 환자안전통계연보. 보건복지부, 환자안전보고학습시스템, 의료기관평가인증원.

## 제6절 소결

본 장에서는 영국 NHSOF를 활용하여 효과성 3가지 영역(조기사망 예방, 만성질환자의 삶의 질, 질병으로부터의 회복), 환자 중심성, 반응성의 총 5개 영역에서 영역별 총괄지표와 개선 영역 세부지표에서의 추이를 살펴보았다. 우선, 조기사망 예방(효과성) 영역 총괄지표인 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 지난 10년간 지속해서 개선되어온 것으로 나타났으나 만성질환자의 삶의 질(효과성) 영역의 총괄지표인 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 뚜렷이 개선되지 않았고, 질병으로부터 회복(효과성) 영역의 총괄지표인 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원과 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원은 최근 들어 악화한 것으로 나타났다. 환자 중심성 영역에서 입원서비스는 크게 개선이 없는 영역이었다. 한국의 보건의료체계가 급성기 의료서비스에서는 상당한 성과를 만들어왔으나 인구 고령화, 생활습관 변화와 함께 증가하고 있는 만성 질환 등에 대응하기에는 충분한 역할을 하지 못하고 있음을 보여준다.

분석결과는 한국 의료시스템의 혁신이 필요한 영역에 대한 시사점을 제공한다. 우선, 이는 여러 연구들에서 끊임없이 언급되어온 문제로 급성기 질환 치료 중심에서 만성질환 예방 및 관리로의 이동이 필요하다. 일시적인 결과는 개별적인 전문가나 시술에 의해 달성될 수 있지만, 결과 그 자체는 환자의 상태에 대한 포괄적인 케어를 통해 달성되는데(Porter, Larsson, Lee, 2016, p.504) 만성질환은 특히 단기간의 치료로 건강결과가 달성되지 않는다는 점에서 개별 산출물의 질이 아닌 시스템의 질 차원의 접근이 필요하다. 다음으로 시스템의 질 차원에서 충분한 투자가 이뤄지고 있지 않은 영역에 대한 진단과 투자가 필요하다. 이를 확인하기 위해서는 지속해서 포괄적이고 체계화된 모니터링을 해야 한다. 예를 들어 본 연구에서 중증 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률은 약 10년간 2배 넘게 증가하였다. 분석결과와 관련하여 구체적인 개선점을 확인하기 위해서는 해당 지표와 연계된 의료서비스에 대한 종합적인 평가와 이에 근거한 질 개선 활동이 필요하다. 그 외 퇴원 30일 내 응급 재입원이나 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원 등 최근 악화한 지표들에서 관련된 문제에 대한 파악이 필요하다.

또한 영국에서는 지표가 보고되고 있지만, 국내에서 보고되지 않거나 별도의 자료로 산출이 가능하지 않은 지표들이 있었다. 우선 의료서비스 이용 경험이다. 의료서비스 이용 경험 조사는 보건의료 제도의 사람 중심성을 점검하기 위한 도구로 활용되고 있다. 영국의 보고에서는 환자 경험과 관련하여 입원과 외래서비스 외에도 모든 치료세팅을 다루어야 한다고 밝히고 있으며 특히 응급서비스, 출산서비스 등 환자가 취약할 수 있는 치료세팅에 대해서는 집중할 필요가 있다고 한다. 미국에서도 입원과 외래 외에 공급자 특성별, 특정 질환별, 건강보험별로 구분하여<sup>14)</sup> 환자 경험 조사를 수행하고 있다. 한국은 현재 입원과 외래를 중심으로 환자 경험 조사가 이뤄지고 있다. 2019년 의료서비스 경험 조사에서도 다른 국가들의 경험을 참고하여 조사의 범위를 넓힐 것을 제안한 바 있는데 응급실, 중증질환, 아동, 임산부 등을 대상으로 한 심층조사 방식으로 의료이용 경험을 측정할 것을 제안한 바 있다(신정우 외, 2019, pp.199-200).

다음으로 안전성 영역의 의료 관련 감염지표는 별도로 보고되고 있지 않은데 이는 조작적 정의를 통해 산출이 필요한 지표이다. 또한 일부 지표들은 국내 자료의 한계로

14) 제8장 주요 선진국의 의료 질 향상 체계 제3절 미국의 환자 중심성 영역에 미국 CAHPS의 환자 경험 조사 종류를 제시하였다.

인해 다른 방식으로 산출하였다. 예를 들어 만성질환자의 삶의 질 측정 시 1년 이상 질환을 보유한 경우에 대해 측정하나 국민건강영양조사에서 이를 확인하기 어려워 만성질환 유무로 정의하였다. 정신질환자의 고용률을 측정할 때에도 국민건강영양조사는 정신질환 중 우울증만 포함하므로 우울증 환자의 고용률만 평가하였는데 이에 가용한 자료원에 대한 개발이 필요하다. 이와 같은 문제들은 향후 질 지표를 산출하는 데에 개선이 필요한 영역이다.

국가 수준의 성과 보고체계를 만드는 것은 각 나라의 전략에 기반한다. 현재 우리나라에 국가 수준의 의료 질 전략 및 의료 질 성과 보고체계가 없는 상황에서 본 연구는 영국의 NHSOF를 활용하여 한국의 의료 질을 평가하고자 하였다. 영국의 NHSOF는 비록 건강결과 중심의 포괄적인 지표를 총괄지표로 제시하고 있다는 점에서 국가 수준에서 의료 질을 보고하기 위한 유용한 틀이 될 수 있다. 다만 본 연구가 벤치마킹 차원에서 지표 산출 가능성을 확인하였다면, 우리나라의 현황에서 개선이 필요한 영역을 확인하고 개선 영역의 세부 지표로 포함하는 방안들을 향후 연구 항목으로 포함할 필요가 있다.



## 제4장

### 국제 비교로 본 한국 의료 질

제1절 효과성

제2절 반응성/환자 중심성

제3절 안전성

제4절 소결





## 제 4 장 국제 비교로 본 한국 의료 질

본 장에서는 OECD의 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicators, HCQI)을 활용하여 국제적 비교 관점에서 우리나라의 의료시스템의 질의 수준을 평가하였다. <표 4-1>은 OECD의 HCQI 지표들에 대해 Carinci et al(2015)에서 제시한 틀을 참고하여 작성한 것으로, 우리나라를 포함한 OECD 국가 간 비교 분석이 가능한 지표들을 의료의 질 구성의 3개 범주(효과성, 안전성, 반응성/환자 중심성), 의료서비스의 3개 영역(일차/이차 예방, 치료, 만성상태 관리), 세부 구분(전염성 질환, 일차 의료, 암 치료, 급성기, 정신질환, 수술, 환자 경험, 경제적 미충족 의료)으로 분류하였다.

<표 4-1> 범주 및 영역별 OECD Health Care Quality Indicators

의료 질 구성범주	서비스 영역	세부 구분	지표
효과성	일차/이차 예방	전염성 질환	1세 영유아 디프테리아·파상풍·백일해 예방 접종률
			1세 영유아 홍역 예방 접종률
			1세 영유아 B형 간염 예방 접종률
			65세 이상 노인 인플루엔자 예방 접종률
		일차 의료	고혈압 입원율
		암 치료	50-69세 여성 유방암 검진율
	20-69세 여성 자궁경부암 검진율		
	치료	급성기	급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률
			급성심근경색 입원 환자의 병원 내 30일 사망률
			출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률
			출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률
			허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률
			허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률
		암 치료	대장암 사망률
			대장암 5년 상대 생존율
			위암 사망률
			위암 5년 상대 생존율
			간암 사망률
			폐암 사망률
			폐암 5년 상대 생존율
유방암 사망률			
유방암 5년 상대 생존율			

의료 질 구성범주	서비스 영역	세부 구분	지표
			자궁경부암 사망률
			자궁경부암 5년 상대 생존율
			백혈병 사망률
			급성 백혈병 5년 상대 생존율
		일차 의료	진신적 사용을 위해 처방된 항생제의 총처방량
			전체 항생제 중 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방 비율
	만성상태	일차 의료	천식 입원율
			만성폐쇄성 폐 질환 입원율
			울혈성심부전 입원율
			당뇨 입원율
			당뇨병 하지 절단율(입원 단위, 환자 단위)
			당뇨병 환자의 지질저하제 처방률
		당뇨병 환자의 일차선택 항고혈압제 처방률	
		정신질환	조현병 진단 환자의 초과사망비
양극성정동장애 진단 환자의 초과사망비			
안전성	치료	수술	복부 수술 후 패혈증 발생률
			일차 의료 (약제)
		노인 환자의 장기작용 벤조디아제핀계 약물 처방률	
		오피오이드 총처방량	
		오피오이드 만성 복용 환자의 비율	
		향정신병 약을 처방받은 65세 이상 환자의 비율	
		5개 이상의 약을 만성적으로 복용하는 75세 이상 환자의 비율	
		반응성/환자 중심성	일차/이차 예방
의사가 이해하기 쉽게 설명			
의사가 질문이나 걱정을 말할 기회 제공			
의사의 진료/치료 의사 결정에 환자가 참여			
비용 문제로 진료 취소			
비용 문제로 검사, 치료, 추후 관리 취소			
비용 문제로 처방약 취소			

자료: Carinci et al (2015), p.142 Table 3을 연구진이 수정 및 재구성함.

의료시스템 질의 국제 비교를 위해 PARC(Position vAlue for Relative Comparison) 지수를 이용하여 OECD 국가 중 우리나라의 상대적 수준을 분석·제시하였다(Jang, Nam, Choi, & Park, 2014, p.93; 이상아, 박은철 2017, p.89; 강희정 외, 2017, pp.56-57, 170). PARC 지수를 활용한 국가 간 비교는 비교 대상 전체 국가들의 평균값을 0, 가장 높은 수준의 나라의 지표값을 1, 가장 낮은 수준의 나라의 지표값을 -1로 변환하여 우리나라의 상대적 위치를 표시하는 것이다. PARC 지수를 기준으로 우리나라의 지표 수준을 ‘Better’, ‘Worse’, ‘Same’으로 분류하였다(강희정 외, 2017, pp.56-57, 170).

예를 들어, ‘대장암 5년 상대 생존율’과 같이 지표값이 높아야 좋은 지표들은 우리

나라의 지표값이 비교 대상 국가의 평균보다 높으면 PARC 지수 값이 0보다 큰 값으로 산출되어 지표 수준을 'Better'로 분류하였고, 우리나라의 지표값이 비교 대상 국가의 평균보다 낮으면 PARC 지수 값이 0보다 작은 값으로 산출되어 지표 수준을 'Worse'로 분류하였다. 이와 반대로 '대장암 사망률'과 같이 지표값이 낮아야 좋은 지표들은 우리나라의 지표값이 비교 대상 국가의 평균보다 낮으면 PARC 지수 값이 0보다 큰 값으로 산출되어 지표 수준을 'Better'로 분류하였고, 우리나라의 지표값이 비교 대상 국가의 평균보다 높으면 PARC 지수 값이 0보다 작은 값으로 산출되어 지표 수준을 'Worse'로 분류하였다.

[그림 4-1] PARC 산출식

### 【 PARC(Position vAlue for Relative Comparison) 산출식 】

#### ① 지표값이 높으면 좋은 지표(예: 대장암 5년 상대 생존율)

- ▶ 우리나라 지표값이 전체 국가 평균보다 낮은 경우

$$PARC_{Korea} = \frac{VALUE_{Korea} - VALUE_{Avg}}{VALUE_{Avg} - VALUE_{Min}}$$

- ▶ 우리나라 지표값이 전체 국가 평균보다 높은 경우

$$PARC_{Korea} = \frac{VALUE_{Korea} - VALUE_{Avg}}{VALUE_{Max} - VALUE_{Avg}}$$

#### ② 지표값이 낮으면 좋은 지표(예: 대장암 사망률)

- ▶ 우리나라 지표값이 전체 국가 평균보다 낮은 경우

$$PARC_{Korea} = \frac{VALUE_{Avg} - VALUE_{Korea}}{VALUE_{Avg} - VALUE_{Min}}$$

- ▶ 우리나라 지표값이 전체 국가 평균보다 높은 경우

$$PARC_{Korea} = \frac{VALUE_{Avg} - VALUE_{Korea}}{VALUE_{Max} - VALUE_{Avg}}$$

## 제1절 효과성

효과성은 3가지 유형의 서비스 영역(일차/이차 예방, 치료, 만성상태의 관리)으로 구성하였다. 효과성의 일차/이차 예방 영역은 전염성 질환, 일차 의료, 암 치료, 치료 영역은 급성기와 암 치료, 만성상태 관리 영역은 일차 의료와 정신질환으로 세부 구분하였다.

효과성은 3가지 유형의 서비스 영역(일차/이차 예방, 치료, 만성상태의 관리)으로 구성하였다. 효과성의 일차/이차 예방 영역은 전염성 질환, 일차 의료, 암 치료, 치료 영역은 급성기와 암 치료, 만성상태 관리 영역은 일차 의료와 정신질환으로 세부 구분하였다.

### 1. 효과성: 일차/이차 예방

효과성의 일차/이차 예방 영역 중 전염병 질환에 관한 평가지표는 영유아 예방접종률과 노인 인플루엔자 예방 접종률로 구성하였다.

전염병 질환 관련 모든 지표에서 우리나라의 수준이 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났다. 특히, 영유아 B형 간염 예방 접종률(2018년 98%, PARC: 1.0) 및 65세 이상 노인 인플루엔자 예방 접종률(2018년 85.1%, PARC: 1.0)의 경우 OECD 국가 중 최고 수준으로 나타났다(OECD, 2020).

암 치료 관련 지표의 경우 50-69세 여성 유방암 검진율(2018년 69.6%, PARC: 0.40)은 OECD 평균(2018년 60.3%)보다 높은 수준을 보였으나 20-69세 여성 자궁경부암 검진율(2018년 59.9%, PARC: -0.01)은 OECD 평균(2018년 60.2%)보다 약간 낮은 수준으로 나타났다.

일차 의료에 관한 평가지표인 고혈압 입원율은 2017년 10만 명당 91.1명(PARC - 0.03)으로 OECD 평균(2017년 84.3)보다 다소 높아 일차 의료의 수준이 상대적으로 낮은 것으로 평가되었다.

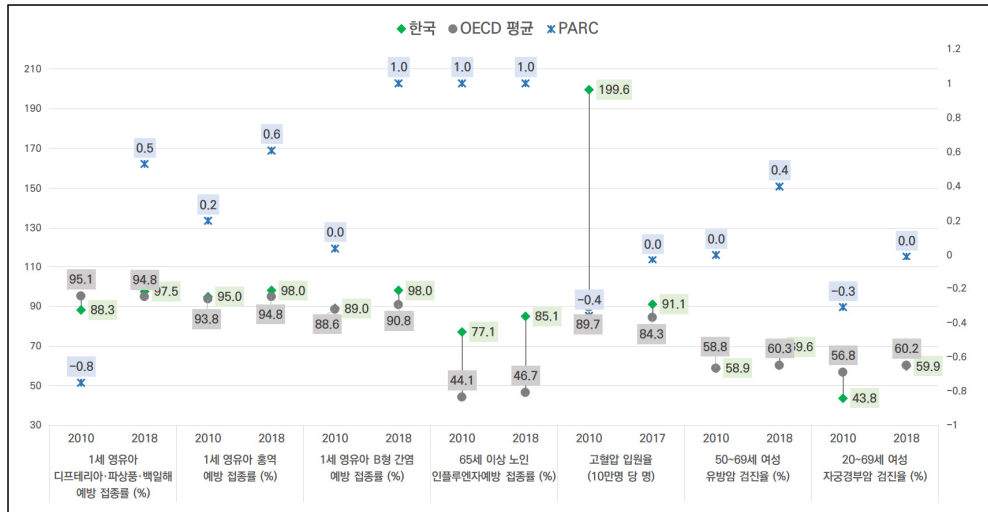
〈표 4-2〉 효과성: 일차/이차 예방 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
전염성 질환	1세 영유아 디프테리아·파상풍·백일해 예방 접종률 (%)	2010	-0.75	88.3	95.1(37)	Worse
		2018	0.53	97.5	94.8(37)	Better
	1세 영유아 홍역 예방 접종률 (%)	2010	0.20	95	93.8(37)	Better
		2018	0.61	98	94.8(37)	Better
	1세 영유아 B형 간염 예방 접종률 (%)	2010	0.04	89	88.6(27)	Better
		2018	1.00	98	90.8(30)	Better
65세 이상 노인 인플루엔자 예방 접종률 (%)	2010	1.00	77.1	44.1(29)	Better	
	2018	1.00	85.1	46.7(27)	Better	
일차 의료	고혈압 입원율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.36	199.6	89.7(25)	Worse
		2017	-0.03	91.1	84.3(21)	Worse
암 치료	50-69세 여성 유방암 검진율 (%)	2010	0.00	58.9	58.8(24)	Better
		2018	0.40	69.6	60.3(22)	Better
	20-69세 여성 자궁경부암 검진율 (%)	2010	-0.31	43.8	56.8(21)	Worse
		2018	-0.01	59.9	60.2(21)	Worse

주: 1) 성·연령 표준화율.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

[그림 4-2] 효과성: 일차/이차 예방 영역의 국제 수준 비교



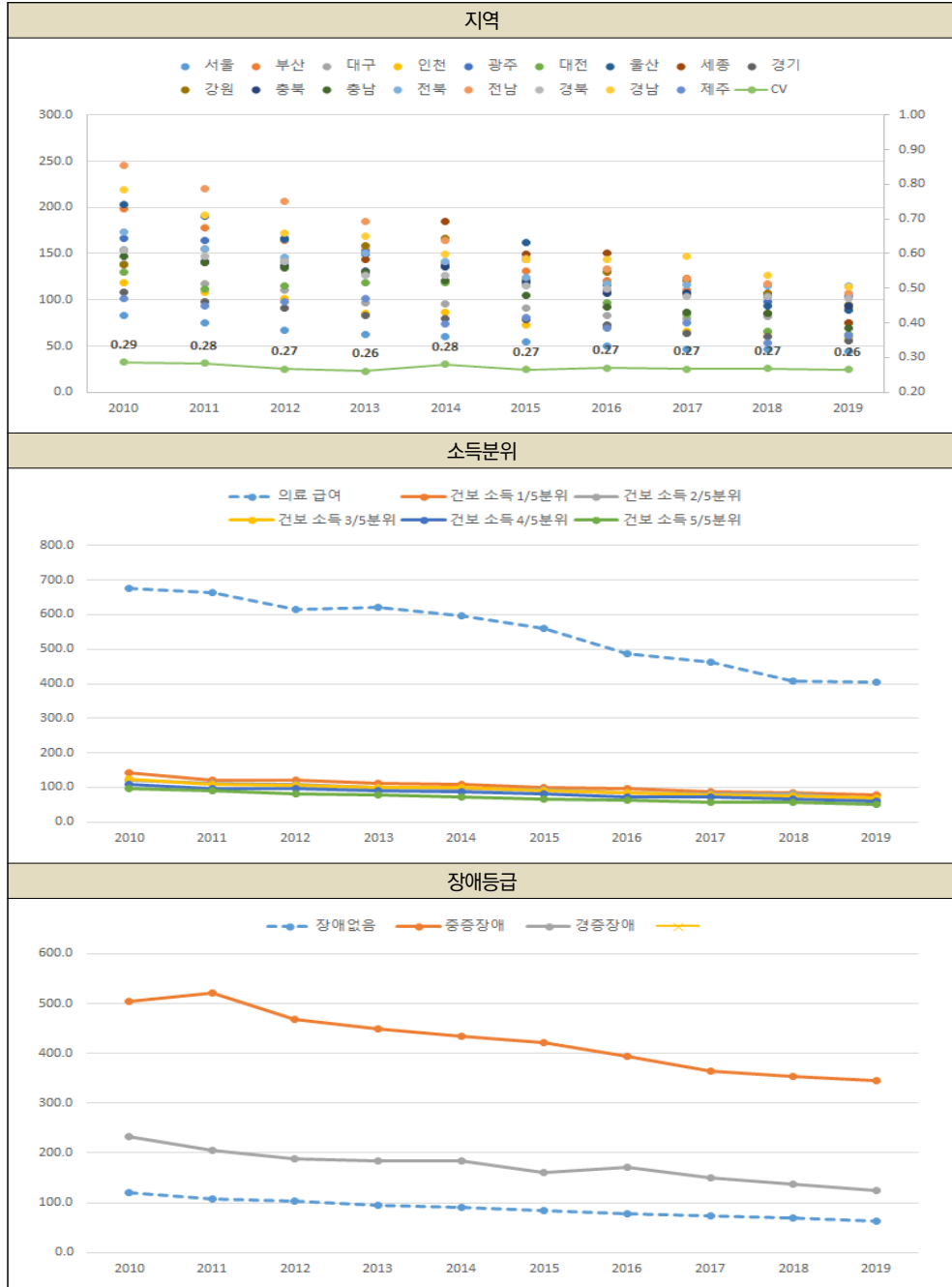
자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

국제 비교 시 우리나라에서 좋지 않은 영역인 고혈압 입원율과 자궁경부암 검진율에 대해 국내 자료를 이용하여 집단 간 격차를 살펴보았다.<sup>15)</sup> 지역에 따라 산출된 고혈압 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 세종특별자치시(8.75%)가 가장 높게 나타났고, 울산광역시(7.96%), 전라남도(7.92%) 등 순으로 높게 나타났다. 감소율이 가장 낮은 지역으로는 강원도(3.65%)로 나타났다. 2019년 세종특별자치시의 고혈압 입원율은 75.5명으로 전년 대비 11.66% 감소하였고, 2019년 강원도의 고혈압 입원율은 94.9명으로 전년 대비 11.54% 감소하였다. 소득분위에 따라 산출된 고혈압 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 5분위(6.30%)가 가장 높게 나타났고, 의료급여(4.98%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 5분위의 고혈압 입원율은 51.0명으로 전년 대비 8.44% 감소하였고, 2019년 의료급여의 고혈압 입원율은 405.4명으로 전년 대비 0.58% 감소하였다. 장애등급에 따라 산출된 고혈압 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 장애 없음(6.24%)이 가장 높게 나타났고, 중증장애(3.73%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 장애 없음의 고혈압 입원율은 63.5명으로 전년 대비 8.74% 감소하였고, 2019년 중증장애의 고혈압 입원율은 344.4명으로 전년 대비 2.39% 감소하였다.

15) 국제비교에 활용된 수치는 OECD 통계자료에서 공표하고 있는 수치이며 심층분석 결과는 저자가 국민건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 직접 산출한 결과로 두 가지 값이 일치하지 않는다.

[그림 4-3] 고혈압 입원율

(단위: 100,000명당 명, %)

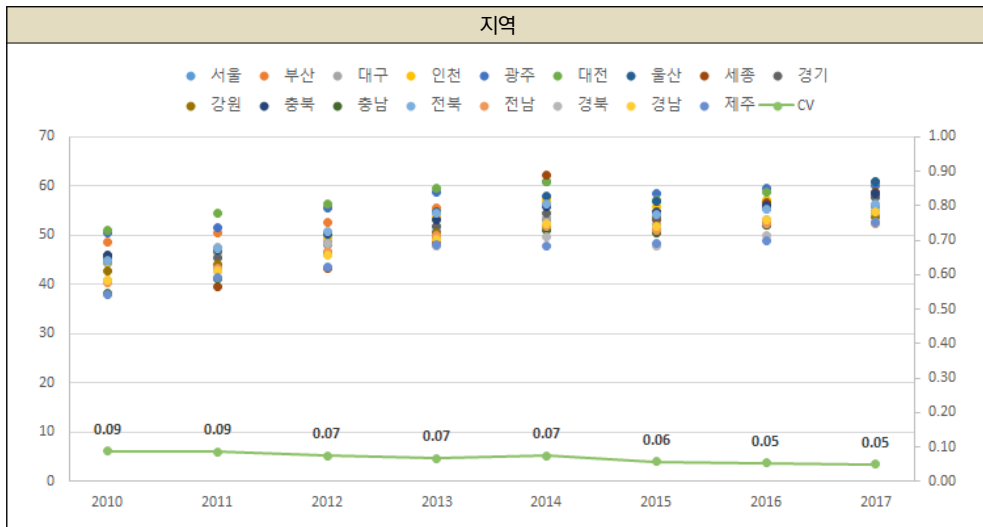


주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB

지역에 따라 산출된 자궁경부암 검진율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 지역 간 변이는 2010년 0.09에서 2018년 0.05로 감소하였다. CV 값이 0.1 이하로 앞서 살펴본 다른 지표들에 비해 지역 간 변이는 작았다. 자궁경부암 검진율이 가장 높은 지역은 2010년에 대전, 광주 순이었고 2018년에 가장 높은 지역은 대전, 울산이었다. 자궁경부암 검진율이 가장 낮은 지역은 2010년 제주, 충남 순이었고 2018년에 가장 낮은 지역은 전남, 제주 순으로 나타났다.

[그림 4-4] 자궁경부암 검진율

(단위: %, %)



자료: 국립암센터. 암검진통계.

## 2. 효과성: 치료(급성기)

효과성의 급성기 치료에 관한 평가지표는 급성심근경색, 출혈성 뇌졸중, 허혈성 뇌졸중 입원 환자의 30일 사망률로 구성되었다.

출혈성 뇌졸중, 허혈성 뇌졸중 입원 환자의 30일 사망률 지표들의 경우 OECD 평균보다 높은 수준으로 나타났다. 특히, 허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률(2017년 6.2%, PARC:1.0) 및 허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률(2017년 3.2%, PARC: 0.96)의 경우 OECD 국가 중 최고 수준으로 나타났다(OECD, 2020).



반면에, 급성심근경색 입원 환자 사망률 지표들의 경우 OECD보다 낮은 수준으로 나타났다. 2017년 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 및 병원 내 30일 사망률은 각각 12.0%(PARC: -0.38), 9.6%(PARC: -0.10)로 급성심근경색에 대한 치료 수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다.

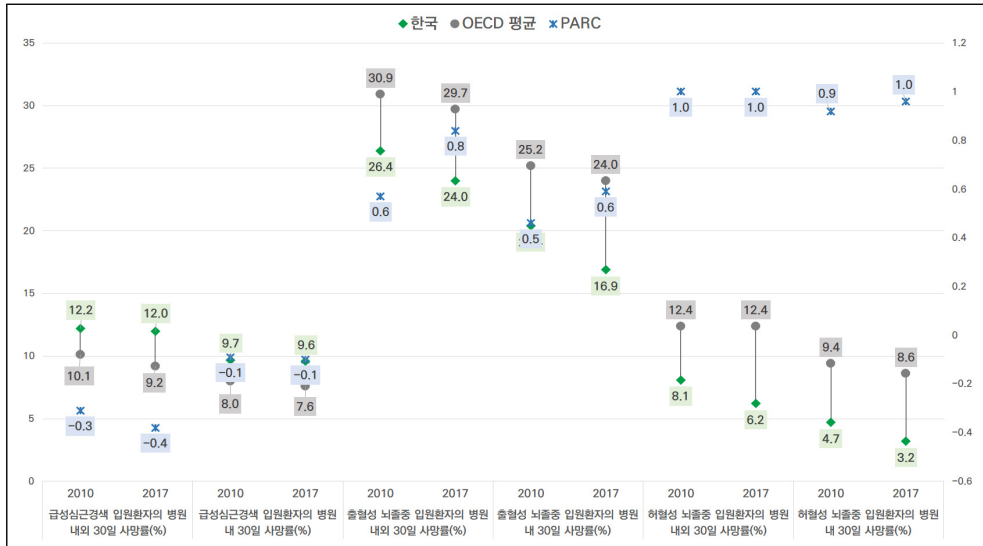
〈표 4-3〉 효과성: 치료(급성기) 영역의 국제 수준 비교

지표 [단위] (연도)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	-0.31	12.2	10.1(17)	Worse
	2017	-0.38	12.0	9.2(19)	Worse
급성심근경색 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	-0.09	9.7	8(27)	Worse
	2017	-0.10	9.6	7.6(25)	Worse
출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	0.57	26.4	30.9(16)	Better
	2017	0.84	24.0	29.7(16)	Better
출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	0.46	20.4	25.2(27)	Better
	2017	0.59	16.9	24(24)	Better
허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	1.00	8.1	12.4(16)	Better
	2017	1.00	6.2	12.4(16)	Better
허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 <sup>1)</sup> (%)	2010	0.92	4.7	9.4(27)	Better
	2017	0.96	3.2	8.6(24)	Better

주: 1) 성·연령 표준화율.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

[그림 4-5] 효과성: 치료(급성기) 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

국제 비교 시 우리나라에서 좋지 않은 영역인 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률 관련하여 국내 자료를 이용하여 지역 간, 소득수준 간, 장애상태에 따른 격차를 살펴보았다.<sup>16)</sup> 지역 간 변이는 2016년 0.55, 2019년 0.52로 소폭 감소하였지만 앞선 3장에서 살펴본 지표들에 비해 지역 간 변이가 큰 편이다. 지역에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 지역에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 울산광역시(27.45%)가 가장 높게 나타났고, 경기도(23.68%), 부산광역시(17.93%) 등 순으로 나타났고, 연평균 감소율이 가장 낮은 지역으로는 경상북도(20.70%)가 가장 높게 나타났고, 경상남도(19.69%), 인천광역시(18.21%) 등 순으로 나타났다. 2019년 울산광역시의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 7.1%로 전년 대비 90.52% 증가하였고, 2019년 경상북도의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 3.6%로 전년 대비 19.74% 증가하였다. 소득분위에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 소득분위에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 2분위(27.26%), 4분위(8.05%) 순으로 나타났고, 연평

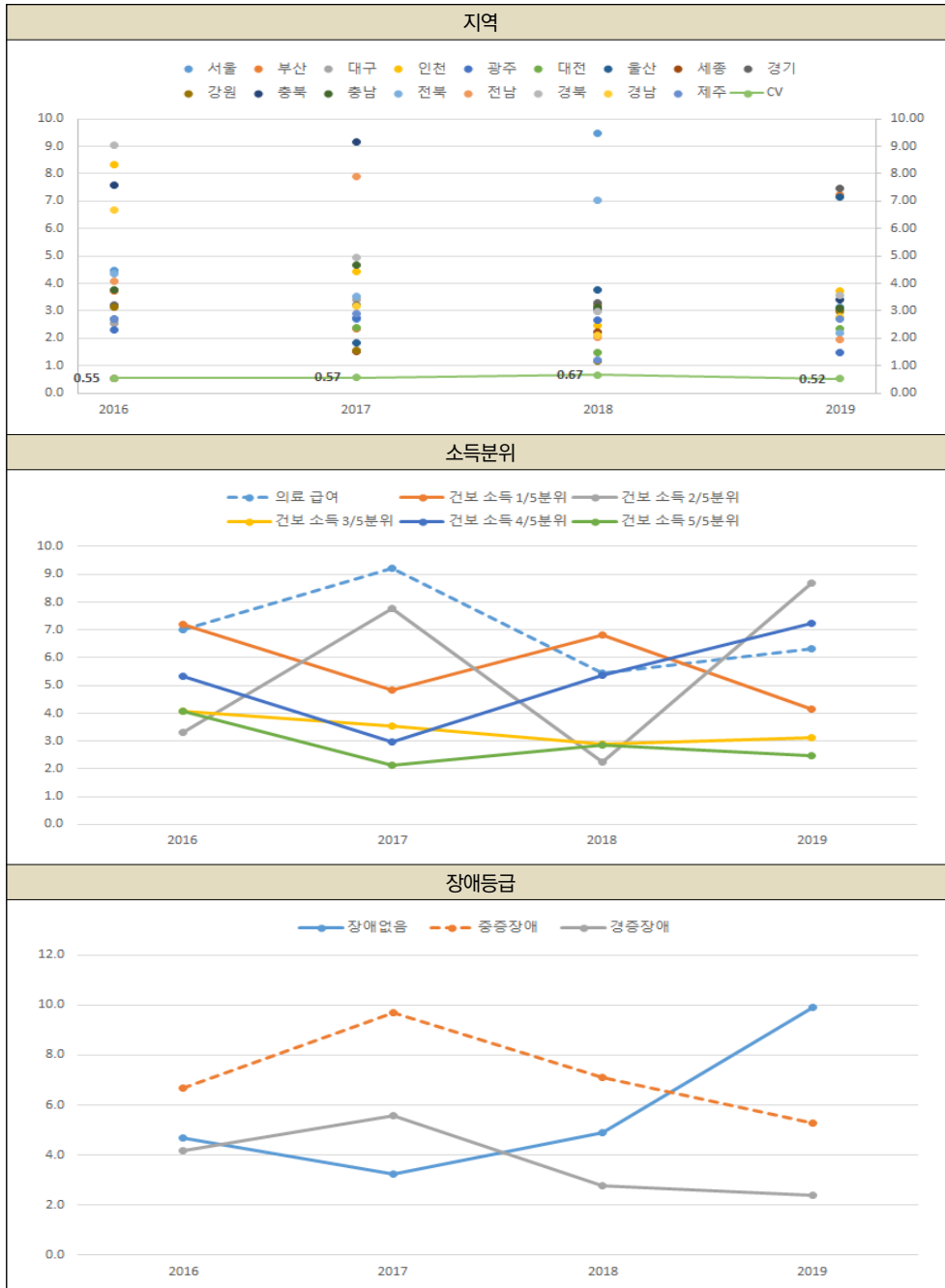
16) 국제비교에 활용된 수치는 OECD 통계자료에서 공표하고 있는 수치이며 심층분석 결과는 저자가 국민건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 직접 산출한 결과로 두 가지 값이 일치하지 않는다.

균 감소율은 1분위(12.93%), 5분위(11.78%) 등 순으로 나타났다. 2019년 2분위의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 8.7%로 전년 대비 286.45% 증가하였고, 2019년 1분위의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 4.1%로 전년 대비 39.55% 감소하였다. 장애 등급에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 등급에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 장애없음이 20.56%로 나타났고, 연평균 감소율은 경증장애(12.98%), 중증장애(5.70%) 순으로 나타났다. 2019년 장애없음의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 9.9%로 전년 대비 102.63% 증가하였고, 2019년 경증장애의 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률은 2.4%로 전년 대비 13.55% 감소하였다.

급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률의 지역 간, 소득수준 간, 장애상태에 따른 격차를 살펴본 결과 우선 지역 간 변이는 2016년 0.70, 2019년 0.74로 소폭 증가하였고 앞서 살펴본 병원내외 30일 사망률에 비해 큰 편이다. 지역에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 지역에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 울산광역시(31.39%)가 가장 높게 나타났고, 경기도(28.41%), 부산광역시(24.72%) 등 순으로 나타났고, 연평균 감소율이 가장 낮은 지역으로는 경상북도(27.50%)가 가장 높게 나타났고, 충청북도(24.58%), 경상남도(23.54%) 등 순으로 나타났다. 2019년 울산광역시의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 6.7%로 전년 대비 173.77% 증가하였고, 2019년 경상북도의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 2.2%로 전년 대비 18.88% 감소하였다. 소득분위에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 소득분위에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 2분위(38.50%), 4분위(13.18%) 등 순으로 나타났고, 연평균 감소율은 5분위(16.15%), 1분위(9.31%) 등 순으로 나타났다. 2019년 2분위의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 7.0%로 전년 대비 358.84% 증가하였고, 2019년 5분위의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 1.6%로 전년 대비 0.09% 증가하였다. 장애등급에 따라 산출된 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 등급에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 장애없음(26.89%), 중증장애(7.84%) 순으로 나타났고, 연평균 감소율은 경증장애가 15.03%로 나타났다. 2019년 장애없음의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 9.0%로 전년 대비 112.93% 증가하였고, 2019년 경증장애의 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률은 1.7%로 전년 대비 13.89% 감소하였다.

[그림 4-6] 급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률

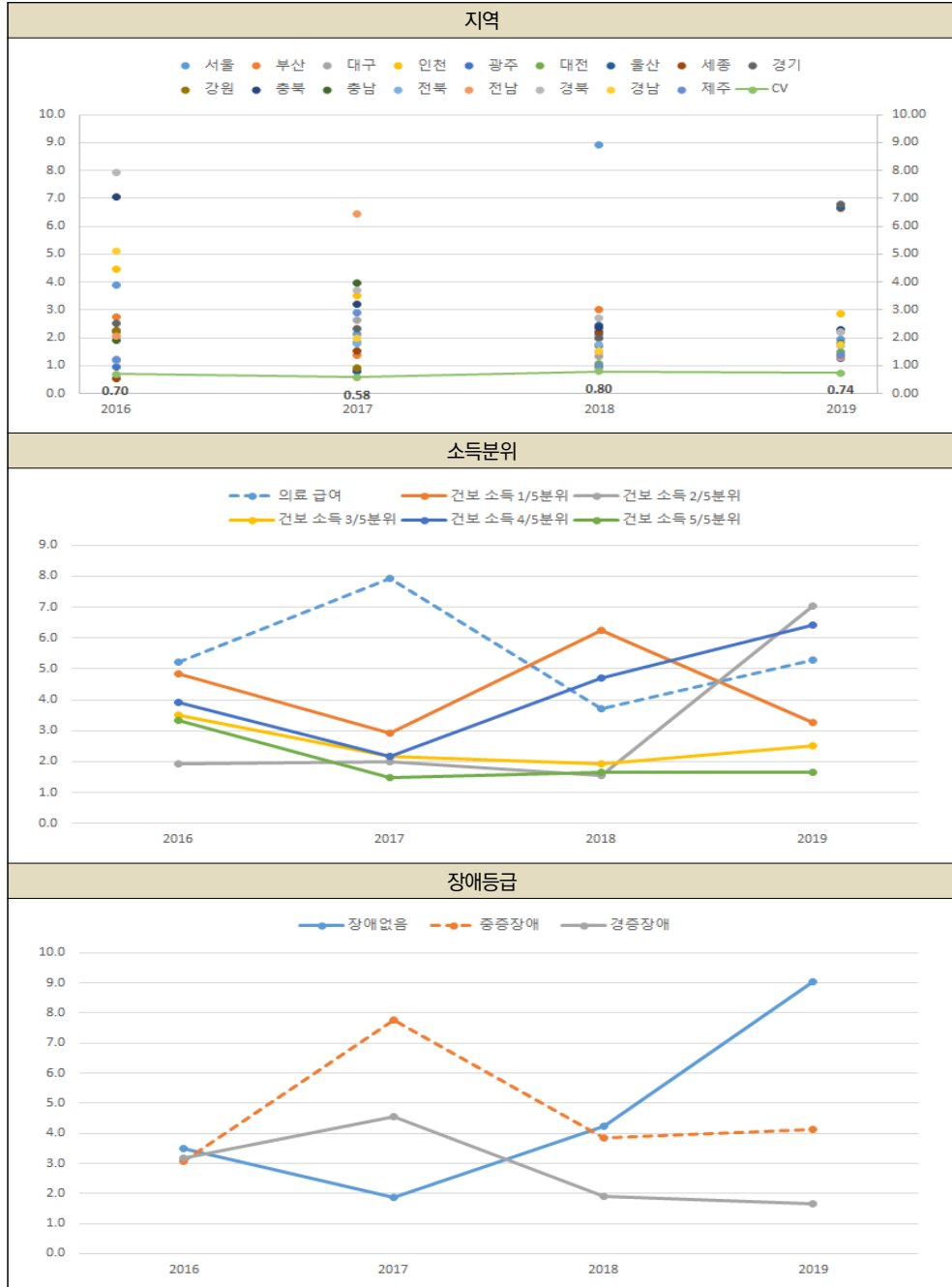
(단위: %, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정치는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

[그림 4-7] 급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률

(단위: %, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

### 3. 효과성: 치료(암 치료)

효과성의 암 치료에 관한 평가지표는 암종별(대장암, 위암, 간암, 폐암, 유방암, 자궁경부암, 백혈병) 사망률 및 5년 상대 생존율로 구성되었다.

우리나라는 대부분의 암 치료 관련 지표에서 OECD 평균보다 높은 수준으로 평가되었다. 특히, 대장암 5년 상대 생존율(2010-2014년 71.8%, PARC: 1.0) 및 위암 5년 상대 생존율(2010-2014년 68.9%, PARC: 1.0)의 경우 OECD 국가 중 최고 수준으로 나타났다(OECD, 2020). 반면에, 급성 백혈병 5년 상대 생존율(2010-2014년 84.4%, PARC: -0.04)은 경우 OECD 평균(2010-2014년 85.8%)보다 약간 낮아 백혈병에 대한 치료 수준이 상대적으로 낮은 것으로 평가되었다.

〈표 4-4〉 효과성: 치료(암 치료) 영역의 국제 수준 비교

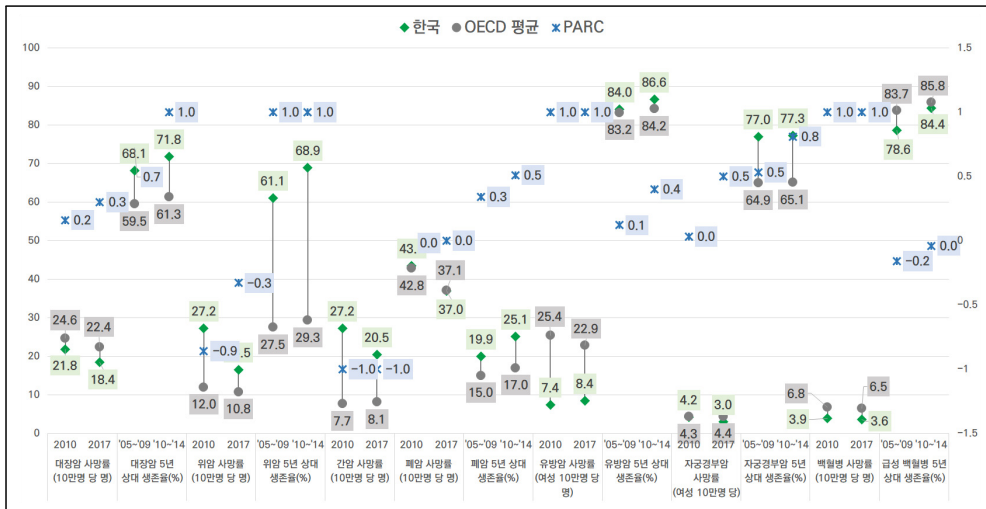
지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
대장암 사망률 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	0.16	21.8	24.6(37)	Better
	2017	0.30	18.4	22.4(23)	Better
대장암 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	0.72	68.1	59.5(33)	Better
	2010 -2014	1.00	71.8	61.3(33)	Better
위암 사망률 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.86	27.2	12(37)	Worse
	2017	-0.33	16.5	10.8(23)	Worse
위암 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	1.00	61.1	27.5(33)	Better
	2010 -2014	1.00	68.9	29.3(33)	Better
간암 사망률 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-1.00	27.2	7.7(37)	Worse
	2017	-1.00	20.5	8.1(23)	Worse
폐암 사망률 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.02	43.5	42.8(37)	Worse
	2017	0.00	37	37.1(23)	Better
폐암 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	0.34	19.9	15(33)	Better
	2010 -2014	0.51	25.1	17(33)	Better
유방암 사망률 <sup>1)</sup> (여성 10만 명당 명)	2010	1.00	7.4	25.4(37)	Better
	2017	1.00	8.4	22.9(23)	Better
유방암 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	0.12	84.0	83.2(33)	Better
	2010 -2014	0.40	86.6	84.2(33)	Better
자궁경부암 사망률 <sup>1)</sup> (여성 10만 명당 명)	2010	0.03	4.2	4.3(37)	Better
	2017	0.50	3	4.4(23)	Better

지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
자궁경부암 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	0.53	77.0	64.9(33)	Better
	2010 -2014	0.81	77.3	65.1(33)	Better
백혈병 사망률 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	1.00	3.9	6.8(37)	Better
	2017	1.00	3.6	6.5(23)	Better
급성 백혈병 5년 상대 생존율 <sup>1)</sup> (%)	2005 -2009	-0.16	78.6	83.7(32)	Worse
	2010 -2014	-0.04	84.4	85.8(33)	Worse

주: 1) 연령 표준화율.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

[그림 4-8] 효과성: 치료(암 치료) 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

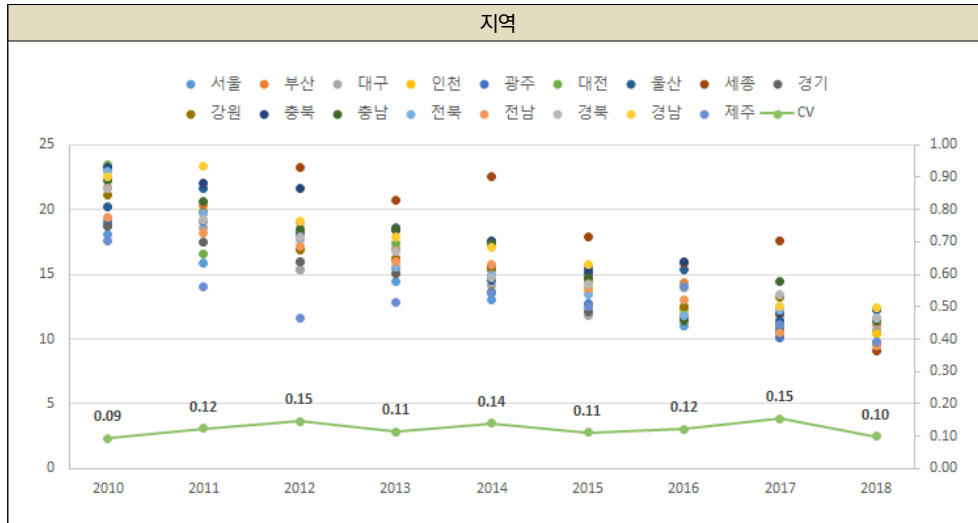
국제 비교 시 우리나라에서 좋지 않은 영역인 위암 사망률, 간암 사망률과 관련하여 국내 자료를 이용하여 지역 간, 소득수준 간, 장애상태에 따른 격차를 살펴보았다.17) 지역에 따라 산출된 위암 사망률을 살펴보면 지역 간 변이는 2010년 0.09에서 2018년 0.10으로 비슷한 수준으로 유지되었다. 위암 사망률이 가장 높은 지역은 2010년에 대전, 충북 순이었고 2018년에 가장 높은 지역은 경남, 울산 순이었다. 위암 사망률이

17) 국제비교에 활용된 수치는 OECD 통계자료에서 공표하고 있는 수치이며 심층분석 결과는 저자가 국민건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 직접 산출한 결과로 두 가지 값이 일치하지 않는다.

가장 낮은 지역은 2010년 제주, 서울 순이었고 2018년에 가장 낮은 지역은 세종, 전남 순으로 나타났다.

[그림 4-9] 위암 사망률

(단위: 100,000명당 명, %)



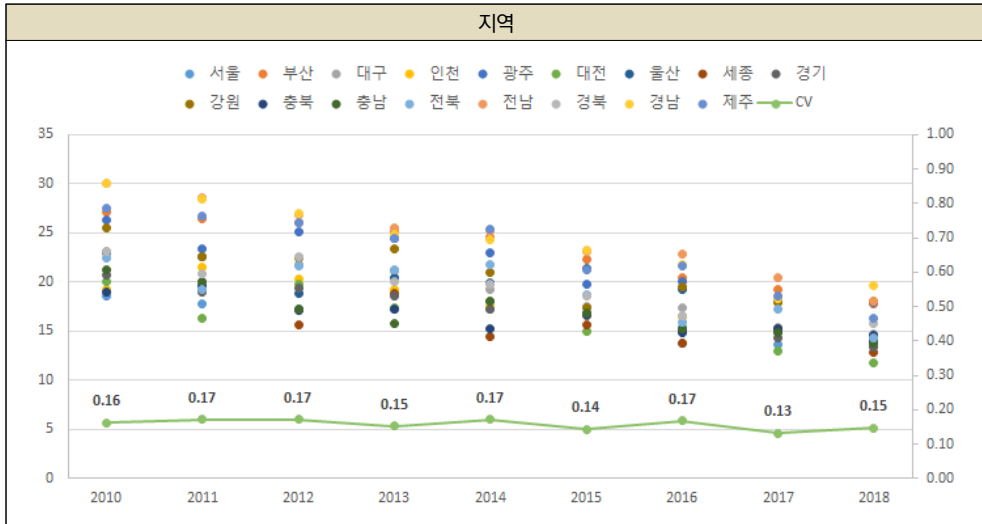
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

지역에 따라 산출된 간암 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 지역 간 변이는 2010년 0.16, 2018년 0.15로 비슷한 수준인 것으로 나타났다. 간암 사망률이 가장 높은 지역은 2010년에 경남, 전남이었고 2018년에 가장 높은 지역은 경남, 전남 순이었다. 다만 두 지역 모두 간암 사망률은 2010년 대비 감소하였다. 간암 사망률이 가장 낮은 지역은 2010년 서울, 충북 순이었고 2018년에 가장 낮은 지역은 대전, 세종 순으로 나타났다.



[그림 4-10] 간암 사망률

(단위: 100,000명당 명, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 통계청, 사망원인통계조사 2010-2018.

#### 4. 효과성: 치료(일차 의료)

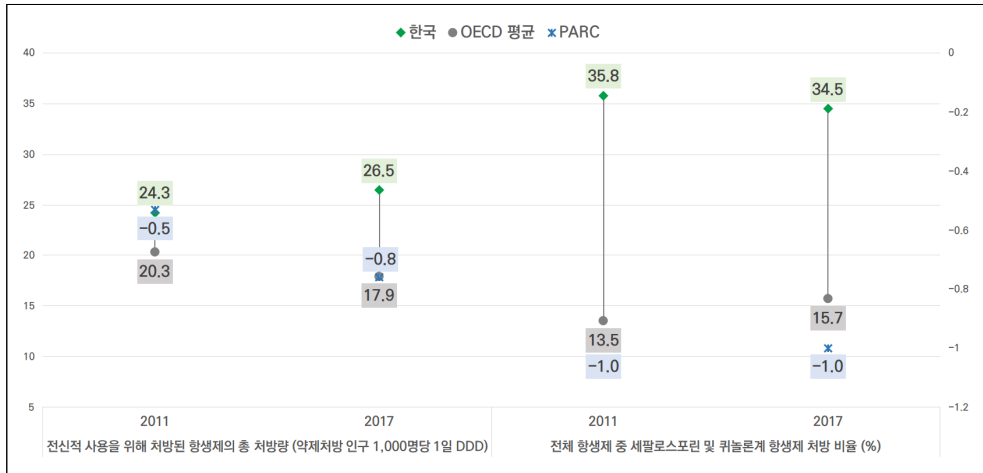
효과성의 일차 의료 치료에 관한 평가지표는 항생제 적절 사용에 관한 2가지 종류의 지표(전신적 사용을 위해 처방된 항생제의 총처방량, 전체 항생제 중 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방 비율)로 구성되었다. 전신적 사용을 위해 처방된 항생제의 총처방량은 2017년 인구 1,000명당 1일 26.5DDD(PARC: -0.76)로 OECD 평균(인구 1,000명당 1일 17.9DDD)보다 매우 높게 나타났다. 또한, 퀴놀론계 항생제 처방 비율은 2017년 34.5%(PARC: -1.00)로 OECD 국가 중 가장 높게 나타나 항생제 적정 사용 수준에 대한 개선이 필요한 것으로 평가되었다.

〈표 4-5〉 효과성: 치료(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
일차 의료	전신적 사용을 위해 처방된 항생제의 총처방량 (약제 처방 인구 1,000명당 1일 DDD)	2011	-0.53	24.3	20.3(8)	Worse
		2017	-0.76	26.5	17.9(21)	Worse
	전체 항생제 중 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방 비율 (%)	2011	-1.00	35.8	13.5(8)	Worse
		2017	-1.00	34.5	15.7(21)	Worse

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

〔그림 4-11〕 효과성: 치료(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

### 5. 효과성: 만성상태(일차 의료)

효과성의 만성상태 관리 영역 중 일차 의료에 관한 평가지표는 4가지 만성질환(천식, 만성폐쇄성 폐 질환, 울혈성심부전, 당뇨)으로 인한 입원율과 당뇨병 관리 관련 4가지 지표(당뇨병 하지절단율(입원 단위), 당뇨병 하지절단율(환자 단위), 당뇨병 환자의 지질저하제 처방률, 당뇨병 환자의 일차 선택 항고혈압제 처방률)로 구성되었다.

우리나라의 만성상태 관리 영역에 관한 평가지표의 수준은 OECD 평균에 미치지 못하는 것으로 나타났다. 2017년 천식, 만성폐쇄성 폐 질환, 및 당뇨병으로 인한 10만 명당 입원율은 각각 81.0(PARC: -0.77), 182.1(PARC: -0.04), 245.2(PARC: -0.97)로 OECD 평균치보다 높게 나타났다. 반면에 2017년 울혈성심부전으로 인한 10만 명당 입원율은 87.9(PARC: 0.81)로 OECD 평균치보다 낮게 나타났다. 당뇨병 관리 관련 지표 역시 당뇨병 하지 절단율(입원 단위)를 제외하고는 모두 OECD 평균 수준보다 낮은 것으로 나타났다.

〈표 4-6〉 효과성: 만성상태(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
일차 의료	천식 입원율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.40	100.5	49.1(28)	Worse
		2017	-0.77	81.0	40.3(24)	Worse
	만성폐쇄성 폐 질환 입원율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.11	216.7	196.1(27)	Worse
		2017	-0.04	182.1	176.2(24)	Worse
	울혈성심부전 입원율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	0.78	105.7	234.5(25)	Better
		2017	0.81	87.9	219.8(21)	Better
	당뇨 입원율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	-0.96	344.8	157.4(24)	Worse
		2017	-0.97	245.2	129.3(24)	Worse
	(입원단위) 당뇨병 하지절단율 <sup>1)</sup> (10만 명당 건)	2010	1.00	2.8	6.9(18)	Better
		2017	0.91	2.1	7.3(20)	Better
	(환자단위) 당뇨병 하지절단율 <sup>1)</sup> (10만 명당 명)	2010	0.98	2.8	7.4(11)	Better
		2017	1.00	2.1	6.9(15)	Better
	당뇨병 환자의 지질저하제 처방률 (%)	2011	-1.00	44.1	67.9(7)	Worse
		2017	0.00	67.4	67.4(13)	Worse
당뇨병 환자의 일차선택 항고혈압제 처방률 (%)	2011	-1.00	74.0	82(7)	Worse	
	2017	-0.19	78.0	82.3(13)	Worse	

주: 1) 성·연령 표준화율.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

국제 비교 시 우리나라에서 좋지 않은 영역인 천식 입원율, 만성폐쇄성 폐 질환 입원율, 당뇨 입원율과 관련하여 국내 자료를 이용하여 지역 간, 소득수준 간, 장애상태에 따른 격차를 살펴보았다.<sup>18)</sup> 지역에 따라 산출된 천식 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 연평균 감소율은 제주특별자치도(9.61%)가 가장 높게 나타났고, 대구광역시(9.60%), 충청남도(8.08%) 등 순으로 높게 나타났다. 감소율이 가장 낮은 지역으로는 세종특별자치시(3.95%)로 나타났다. 2019년 제주특별자치도의 천식 입원율은 25.4명으로 전년 대비 21.24% 감소하였고, 2019년 세종특별자치시의 천식 입원율은 31.7명으로 전년 대비 37.21% 증가하였다.

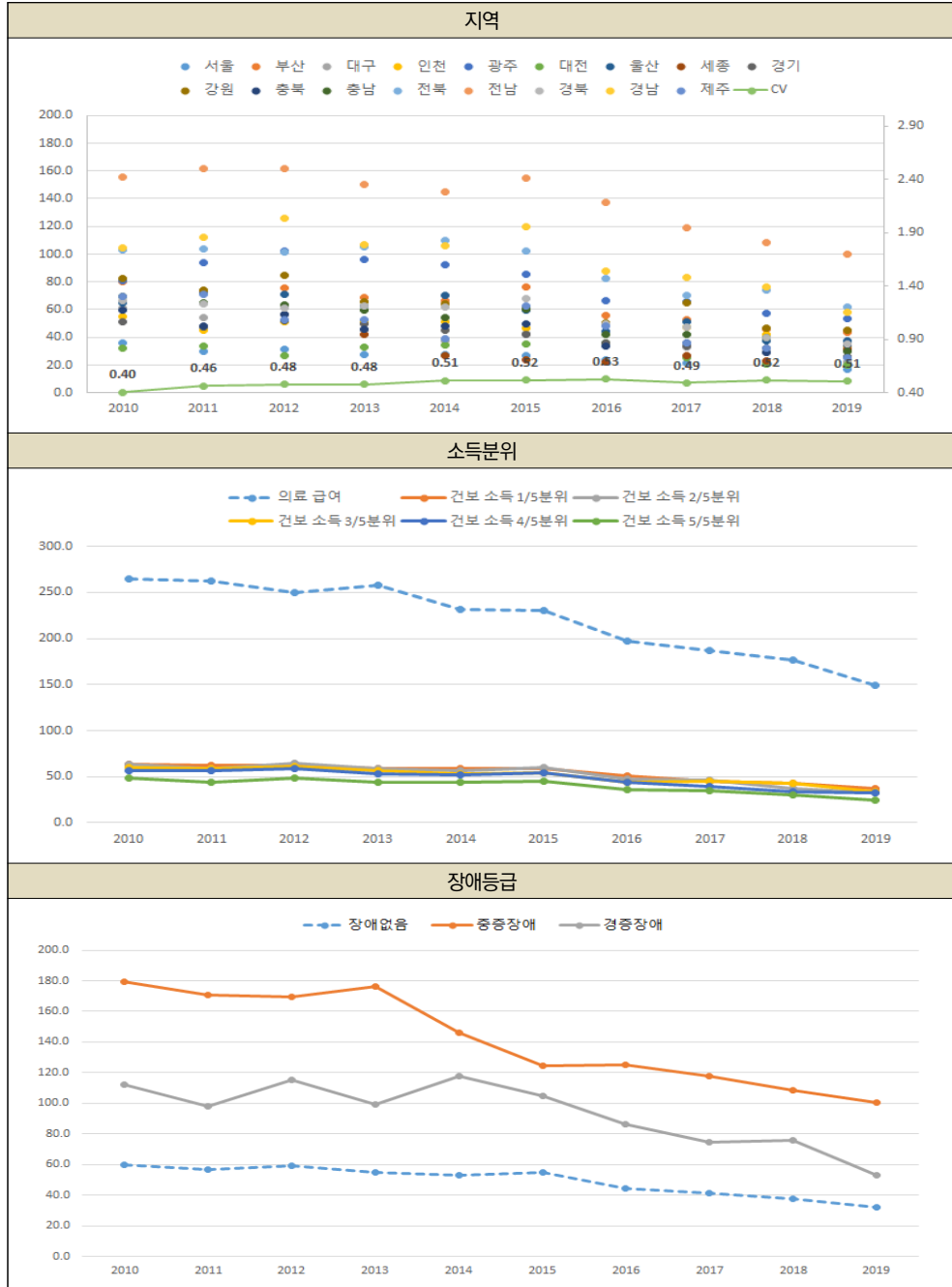
소득분위에 따라 산출된 천식 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 연평균 감소율은 2분위(6.48%)가 가장 높게 나타났고, 1분위(5.32%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 2분위의 천식 입원율은 32.3명으로 전년 대비 13.43% 감소하였고, 2019년 1분위의 천식 입원율은 37.0명으로 전년 대비 13.76% 감소하였다.

장애 등급에 따라 산출된 천식 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 경증장애(7.15%)가 가장 높게 나타났고, 중증장애(5.65%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 경증장애의 천식 입원율은 53.3명으로 전년 대비 29.76% 감소하였고, 2019년 중증장애의 천식 입원율은 100.4명으로 전년 대비 7.24% 감소하였다.

18) 국제비교에 활용된 수치는 OECD 통계자료에서 공표하고 있는 수치이며 심층분석 결과는 저자가 국민건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 직접 산출한 결과로 두 가지 값이 일치하지 않는다.

[그림 4-12] 천식 입원율

(단위: 100,000명당 명, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

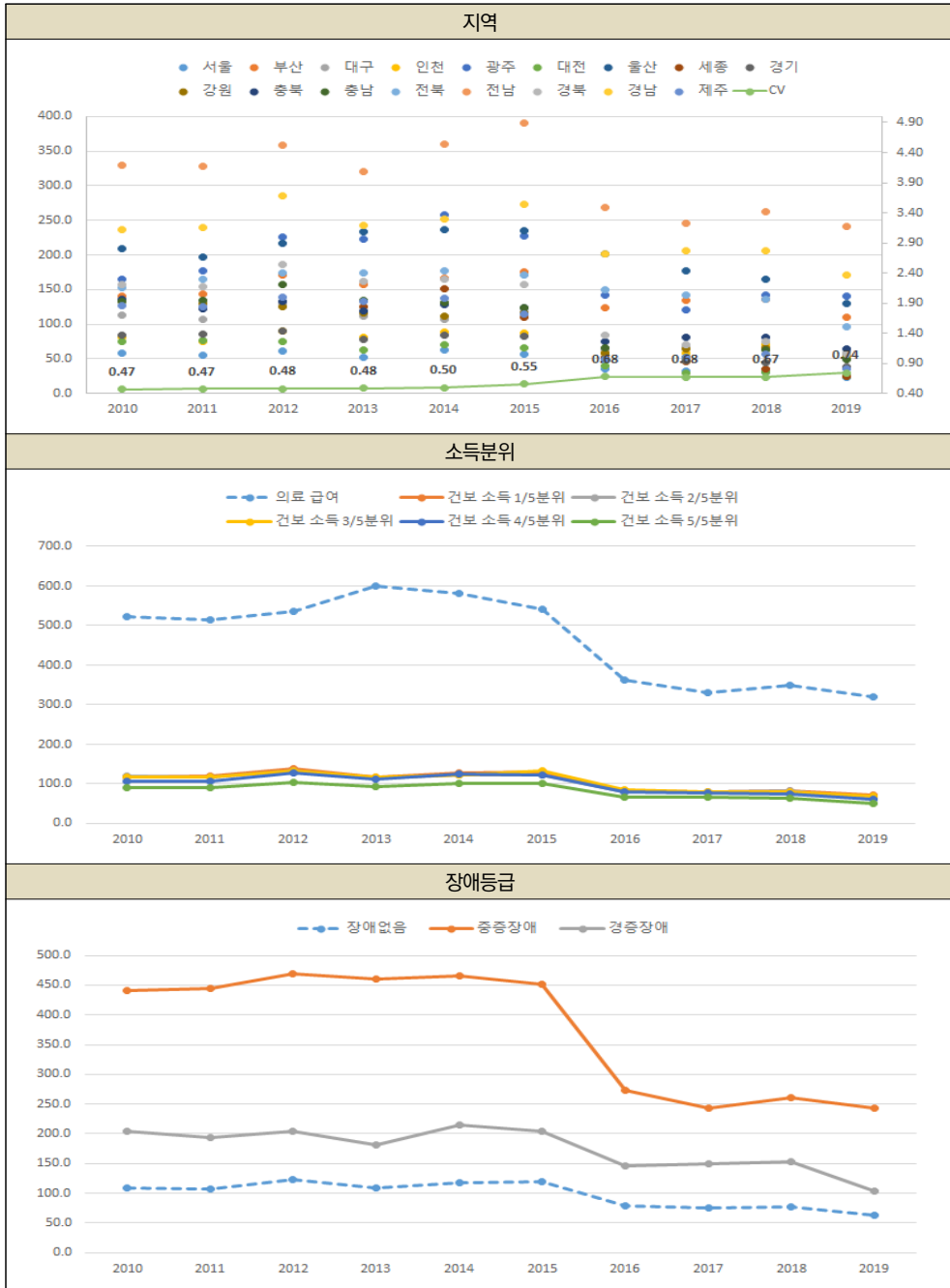
지역에 따라 산출된 만성폐쇄성 폐 질환 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보였지만 지역간 변이는 2010년 0.47에서 2019년 0.74로 증가하는 양상이었다. 지역별로 살펴볼 경우 연평균 감소율은 세종특별자치시(20.40%)가 가장 높게 나타났고, 제주특별자치도(11.83%), 대전광역시(10.46%) 등 순으로 높게 나타났다. 감소율이 가장 낮은 지역으로는 광주광역시(1.62%)로 나타났다. 2019년 세종특별자치시의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 25.3명으로 전년 대비 29.59% 감소하였고, 2019년 광주광역시의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 139.8명으로 전년 대비 1.97% 감소하였다.

소득분위에 따라 산출된 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 연평균 감소율은 2분위(6.25%)가 가장 높게 나타났고, 의료급여(4.78%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 2분위의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 62.4명으로 전년 대비 23.18% 감소하였고, 2019년 의료급여의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 320.6명으로 전년 대비 7.99% 감소하였다.

장애 등급에 따라 산출된 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 경증장애(6.55%)가 가장 높게 나타났고, 장애없음(5.37%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 경증장애의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 103.8명으로 전년 대비 31.86% 감소하였고, 2019년 장애 없음의 만성폐쇄성폐 질환 입원율은 62.2명으로 전년 대비 18.57% 감소하였다.

[그림 4-13] 만성폐쇄성 폐 질환 입원율

(단위: 100,000명당 명, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

지역에 따라 산출된 당뇨 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보였고 지역간 변이는 2010년 0.20에서 2019년 0.28로 소폭이지만 증가하였다. 지역별로 살펴볼 경우 연평균 감소율은 세종특별자치시(8.44%)가 가장 높게 나타났고, 제주특별자치도(4.31%), 울산광역시(4.01%) 등 순으로 높게 나타났다. 감소율이 가장 낮은 지역으로는 전라북도(0.94%)로 나타났다. 2019년 세종특별자치시의 당뇨 입원율은 136.3명으로 전년 대비 6.77% 감소하였고, 2019년 전라북도의 당뇨 입원율은 258.9명으로 전년 대비 0.17% 증가하였다.

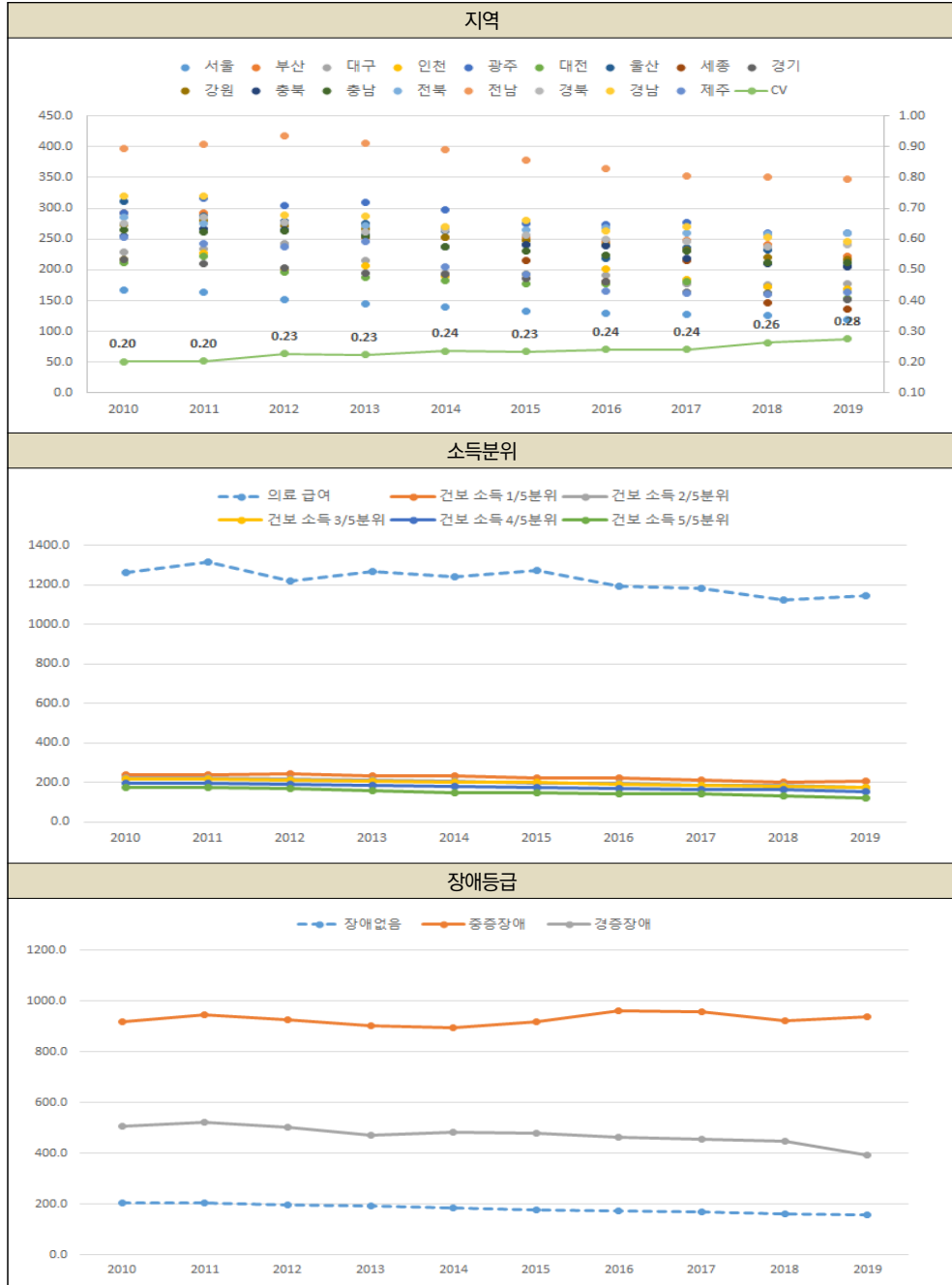
소득분위에 따라 산출된 당뇨 입원율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 연평균 감소율은 5분위(3.61%)가 가장 높게 나타났고, 의료급여(0.93%)가 가장 낮게 나타났다. 2019년 5분위의 당뇨 입원율은 121.4명으로 전년 대비 8.37% 감소하였고, 2019년 의료급여의 당뇨 입원율은 1147.9명으로 전년 대비 2.30% 증가하였다.

장애 등급에 따라 산출된 당뇨 입원율은 등급에 따라 다른 추세로 나타났다. 연평균 증가율은 중증장애가 0.19%로 나타났고, 연평균 감소율은 장애없음(2.49%), 경증장애(2.48%) 순으로 나타났다. 2019년 중증장애의 당뇨 입원율은 937.7명으로 전년 대비 1.57% 증가하였고, 2019년 장애없음의 당뇨 입원율은 158.3명으로 전년 대비 3.19% 감소하였다.



[그림 4-14] 당뇨 입원율

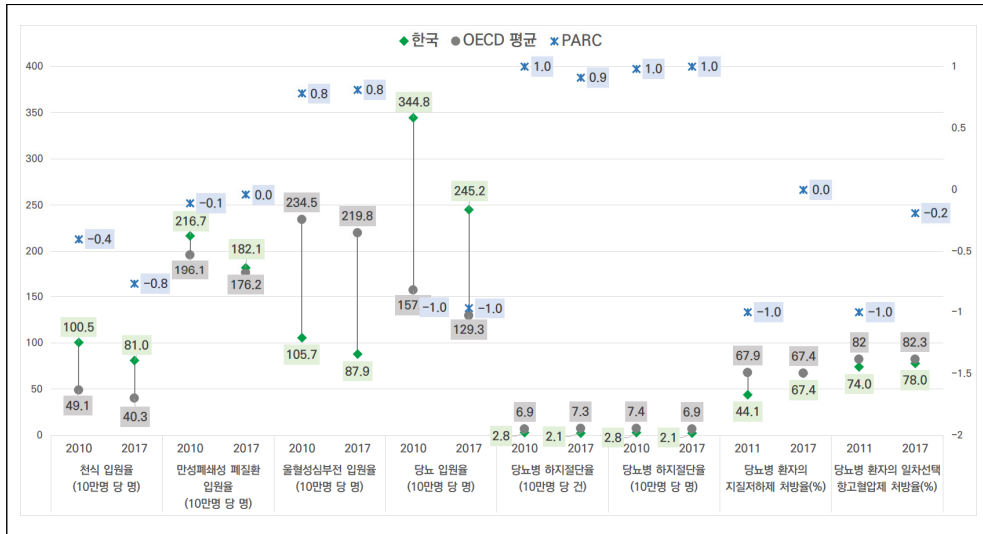
(단위: 100,000명당 명, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

### 6. 효과성: 만성상태(정신질환)

[그림 4-15] 효과성: 만성상태(일차 의료) 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

정신질환 관리에 관한 평가지표는 조현병 진단 환자 초과사망비 및 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망비의 두 가지 지표로 구성되었다. 우리나라의 경우 조현병 진단 환자 초과사망비(2017년 4.4, PARC: -0.20)와 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망비(2017년 4.2, PARC: -0.77) 지표값 모두 OECD 평균치보다 높게 나타나 정신질환 관리에 대한 개선이 필요한 것으로 평가되었다.

<표 4-7> 효과성: 만성상태(정신질환) 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 (단위)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
정신 질환	조현병 진단 환자의 초과사망비 <sup>1</sup> (ratio)	2010	-0.20	4.3	3.6(9)	Worse
		2017	-0.20	4.4	3.8(10)	Worse
	양극성정동장애 진단 환자의 초과사망비 <sup>1</sup> (ratio)	2010	-1.00	3.6	2.7(8)	Worse
		2017	-0.77	4.2	2.9(10)	Worse

주: 1) 성·연령 표준화비.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

[그림 4-16] 효과성: 만성상태(정신질환) 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

국제 비교 시 우리나라에서 좋지 않은 영역인 조현병 진단 환자의 초과사망과 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망과 관련하여 국내 자료를 이용하여 지역 간, 소득수준 간, 장애상태에 따른 격차를 살펴보았다.<sup>19)</sup> 지역에 따라 산출된 조현병 진단 환자의 초과사망을 살펴보면 지역 간 변이는 2010년 0.21에서 2019년 0.42로 증가하면서 전반적으로 커지는 모습이였다. 2010년에 초과사망률 값이 가장 높은 지역은 경북, 전북이였고 2019년에는 충북, 대구였다. 경북과 전북은 충북과 대구 정도는 아니었지만, 여전히 높은 값을 유지하였다. 초과사망률 값이 낮은 지역은 2010년에 울산, 인천 순이였고 2019년에는 세종이 가장 낮고 다음이 제주였다. 지역별로 변화한 양상도 다른데 예를 들어 제주는 2010년과 2019년 사이 초과사망률이 절반 수준으로 감소하였고 충북과 대구는 초과사망률이 50% 이상 증가하였다. 소득분위에 따라 산출된 조현병 진단 환자의 초과사망을 살펴보면 의료급여에서 지속적으로 가장 높은 값을 보였고 2010년 대비 2019년에 초과사망률은 거의 변하지 않고 유지되었다. 건강보험 가입자 중에서는 2010년과 2019년 모두 소득 1분위에서 그 값이 가장 높았다. 소득 1분위 다음으로 초과사망이 높은 집단은 소득 5분위였고 2019년에도 동일하였다. 의료급여를

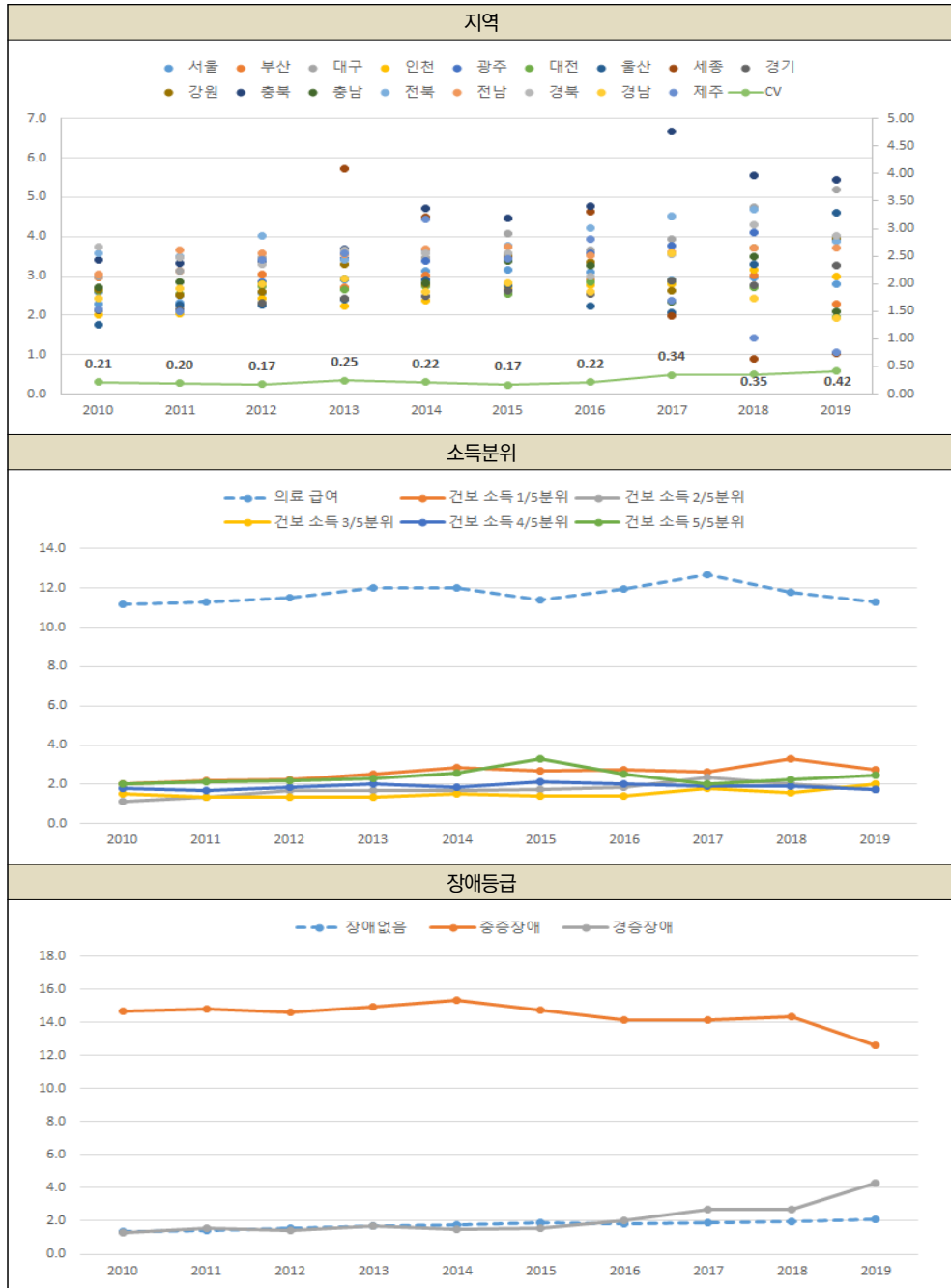
19) 국제비교에 활용된 수치는 OECD 통계자료에서 공표하고 있는 수치이며 심층분석 결과는 저자가 국민건강보험 맞춤형 자료를 이용하여 직접 산출한 결과로 두 가지 값이 일치하지 않는다.

제외하면 전반적으로 소폭이지만 증가하는 모습이었다. 장애등급에 따라 산출된 조현병 진단 환자의 초과사망은 장애 등급마다 다른 추세를 보였는데 중증장애인 경우 2010년도부터 2019년까지 초과사망률이 높았지만 감소하는 추세인 반면 경증장애는 장애없음과 유사한 수준이었지만 증가하는 양상으로 장애없음과 전반적으로 값이 크게 차이 나지 않았지만 2017년을 지나면서 경증장애에서 좀 더 높은 값을 보였다.

지역에 따라 산출된 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망의 지역 간 변이는 2010년 0.28에서 2019년 0.31로 소폭 증가하였다. 전반적으로 지역 간 변이가 커졌지만 특히 울산의 경우 다른 지역보다 값이 더 많이 증가하면서 CV 값을 증가시킨 요인인 것으로 보인다. 울산에서 초과 사망률이 5.0이었던 2017년에 CV는 0.37로 관측한 기간 동안 가장 높은 값을 보였다. 지역마다 증가 정도는 달랐지만 모든 지역에서 초과사망률은 증가하였다. 초과 사망률이 높은 지역은 2010년에 충남, 광주 순이었고 2019년에 울산, 대구 순이었다. 초과 사망률이 낮은 지역은 2010년에 제주였고 그 다음으로 강원, 전북, 전남, 경남이었다. 2019년에는 세종, 경기가 가장 낮은 편이었다. 소득 분위에 따라 산출된 양극성정동장애 진단 환자 초과사망은 전체적으로 증가하는 추세를 보이는데 의료급여에서 2010년과 2019년 모두 그 값이 가장 컸다. 절대적인 증가속도가 빠른 집단도 의료급여였다. 장애등급에 따라 나뉘 볼 경우 세 집단에서 모두 산출된 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망은 증가하였다. 절대적인 증가속도가 빠른 집단은 중증장애였고 경증장애도 장애없음보다 약간 더 빠르게 증가하였다.

[그림 4-17] 조현병 진단 환자의 초과사망

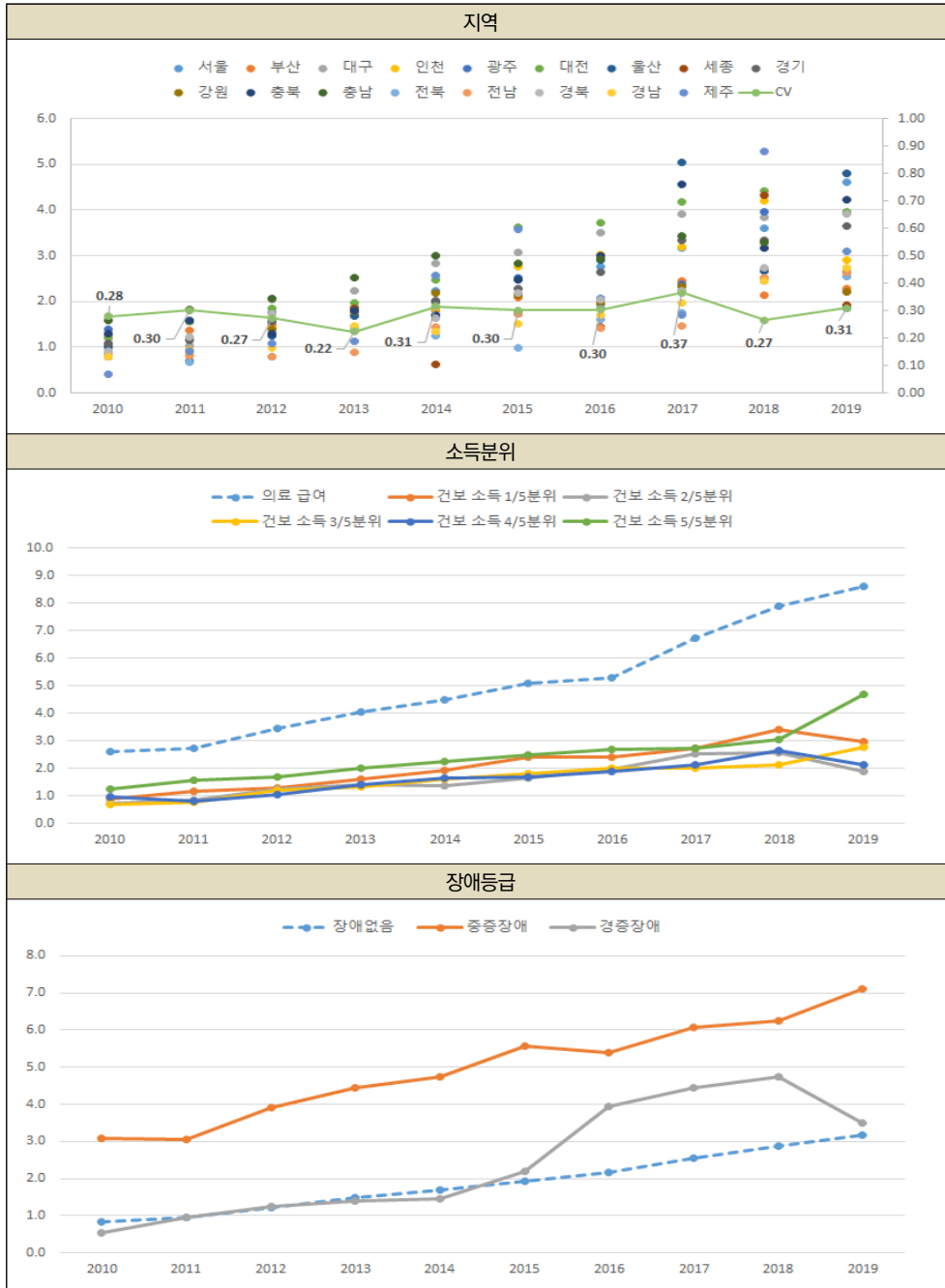
(단위: %, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

[그림 4-18] 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망

(단위: %, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성, 연령 표준화 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출)  
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형 DB.

## 제2절 반응성/환자 중심성

반응성/환자 중심성은 환자 경험 및 경제적 미충족 의료에 관한 지표들로 구성하였다. 환자 경험 관련 4가지 지표(의사가 진료하는 동안 충분한 시간 할애, 의사가 이해하기 쉽게 설명, 의사가 질문이나 걱정을 말할 기회 제공, 의사의 진료/치료 의사 결정에 환자가 참여)의 우리나라 수준은 비교 가능한 OECD 국가 중 가장 낮은 것으로 나타났다(OECD, 2020). 경제적 미충족 관련 3가지 지표(비용 문제로 진료 취소, 비용 문제로 검사·치료·추후 관리 취소, 비용 문제로 처방약 취소)의 경우 우리나라가 OECD 국가들에 비해 높은 수준으로 평가되었다.

〈표 4-8〉 반응성/환자 중심성 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 [단위] (연도)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
일차/이차 예방	의사가 진료하는 동안 충분한 시간 할애 <sup>1)</sup> (%)	2015	-1.00	78.2	87.5 (4)	Worse
		2018	-1.00	80.8	88.1 (3)	Worse
	의사가 이해하기 쉽게 설명 <sup>1)</sup> (%)	2015	-1.00	87.4	91.2 (4)	Worse
		2018	-1.00	82.9	91.2 (3)	Worse
	의사가 질문이나 걱정을 말할 기회 제공 <sup>1)</sup> (%)	2015	-1.00	82.3	87.5 (3)	Worse
		2018	-1.00	81.4	87.1 (3)	Worse
	의사의 진료/치료 의사 결정에 환자가 참여 <sup>1)</sup> (%)	2015	-1.00	82.1	85.7 (4)	Worse
		2018	-0.53	82.4	85 (3)	Worse
	비용 문제로 진료 취소 <sup>1-2)</sup> (%)	2010	-	-	9.5 (15)	-
		2018	0.91	2.8	7.9 (15)	Better
	비용 문제로 검사, 치료, 추후 관리 취소 <sup>1-2)</sup> (%)	2010	-	-	7.9 (12)	-
		2018	0.15	5.5	6.3 (15)	Better
	비용 문제로 처방약 취소 <sup>1-2)</sup> (%)	2010	-	-	9 (13)	-
		2018	1.00	1.9	6.3 (17)	Better

주: 1) 성·연령 표준화율.

2) 2018년에 한국 지표값이 최초 보고됨.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

[그림 4-19] 반응성/환자 중심성 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

### 제3절 안전성

안전성은 수술과 일차 의료(약제)로 세부 구분하였다. 수술 관련 지표인 복부 수술 후 패혈증은 2017년 퇴원 10만 건당 530.1건으로 발생하여 OECD 국가 평균치(퇴원 10만 건당 2169.5 건)보다 낮게 나타나 우리나라의 수술 관련 안전성은 높은 수준으로 평가되었다. 일차 의료(약제)의 안전성에 관한 지표는 오피오이드 처방, 65세 이상 노인 환자의 벤조디아핀계 약물 처방 및 항정신성 처방, 75세 이상 노인 환자의 다약제 약물 처방 관련 지표들로 구성되었다. 우리나라의 오피오이드 처방 관련 안전성은 OECD 국가 평균에 비해 높은 수준으로 나타났다. 65세 이상 노인 환자의 항정신병약 처방률은 2017년 인구 10만 명당 32.4명(PARC: 0.35)으로 OECD 평균치에 비해 낮은 것으로 나타났다. 반면에, 5개 이상의 약을 만성적으로 복용하는 75세 이상 환자의 비율은 OECD 평균치에 비해 높은 것으로 나타났다.



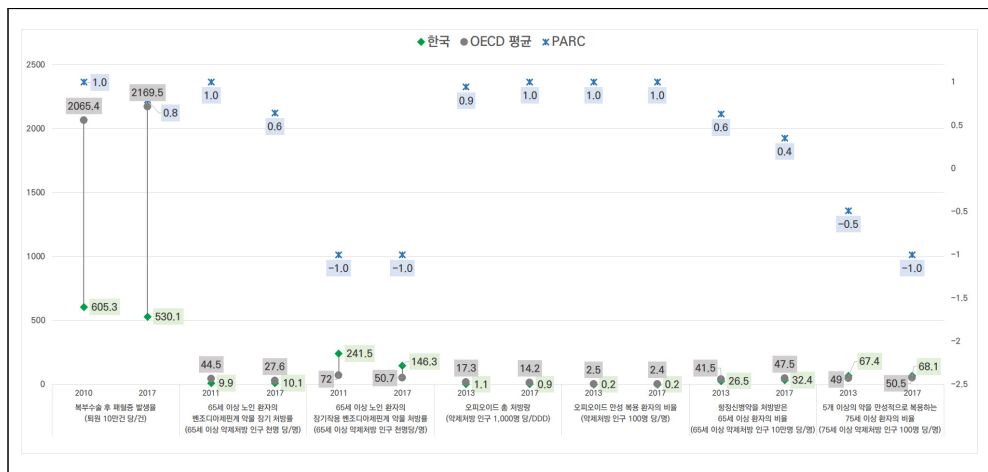
〈표 4-9〉 안전성 영역의 국제 수준 비교

세부 구분	지표 [단위] (연도)	연도	PARC	한국	OECD 평균 (국가 수)	수준
치료: 수술	복부 수술 후 패혈증 발생률 (퇴원 10만 건당 건)	2010	1.00	605.3	2065.4 (8)	Better
		2017	0.79	530.1	2169.5 (15)	Better
치료: 일차 의료 (약제)	65세 이상 노인 환자의 벤조디아제핀계 약물 장기 처방률 (65세 이상 약제 처방 인구 1,000명당 명)	2011	1.00	9.9	44.5 (8)	Better
		2017	0.64	10.1	27.6 (13)	Better
	65세 이상 노인 환자의 장기작용 벤조디아제핀계 약물 처방률 (65세 이상 약제 처방 인구 1,000명당 명)	2011	-1.00	241.5	72 (8)	Worse
		2017	-1.00	146.3	50.7 (14)	Worse
	오피오이드 총처방량 (약제 처방 인구 1,000명당 DDD)	2013	0.94	1.1	17.3 (9)	Better
		2017	1.00	0.9	14.2 (13)	Better
	오피오이드 만성 복용 환자의 비율 (약제 처방 인구 100명당 명)	2013	1.00	0.2	2.5 (6)	Better
		2017	1.00	0.2	2.4 (11)	Better
	항정신병약을 처방받은 65세 이상 환자의 비율 <sup>1)</sup> (65세 이상 약제 처방 인구 10만 명당 명)	2013	0.63	26.5	41.5 (9)	Better
		2017	0.35	32.4	47.5 (15)	Better
5개 이상의 약을 만성적으로 복용하는 75세 이상 환자의 비율 (75세 이상 약제 처방 인구 100명당 명)	2013	-0.49	67.4	49 (9)	Worse	
	2017	-1.00	68.1	50.5 (11)	Worse	

주: 1) 성·연령 표준화율.

자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

〔그림 4-20〕 안전성 영역의 국제 수준 비교



자료: OECD. (2020). OECD Health statistics <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출하여 연구진이 직접 분석.

## 제4절 소결

본 장에서는 OECD의 보건의료 질 지표를 활용하여 국제적 비교 관점에서 우리나라의 의료시스템 질의 수준을 평가하였다. 이를 위해 OECD의 HCQI 지표들을 의료의 질 구성의 3개 범주인 효과성, 안전성, 반응성/환자 중심성 및 의료서비스의 3개 영역인 일차/이차 예방, 치료, 만성상태 관리를 기준으로 분류한 후, 전염성 질환, 일차 의료, 암 치료, 급성기, 정신질환, 수술, 환자 경험, 경제적 미충족 의료를 활용하여 세부 구분하였다.

OECD의 보건의료 질 지표를 이용하여 OECD 국가들과 우리나라의 보건의료시스템의 질 수준을 비교 분석한 결과, 의료시스템 질 평가지표 52개 중에 30개의 결과가 OECD 평균보다 높은 수준으로 평가되었다. 평가 결과를 의료의 질 구성의 3개 범주별로 살펴보면, 효과성의 경우 38개의 평가지표 중 22개의 결과가 OECD 평균보다 높은 수준으로 나타났고, 안정성의 경우 7개 평가지표 중 5개의 결과가 OECD 평균보다 높은 수준으로 나타났으며, 반응성/환자 중심성의 경우 7개의 평가지표 중 절반에 못 미치는 3개의 결과만이 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났다.

의료시스템 질의 효과성 관련 세부 영역 평가 결과를 살펴보면, 일차/이차 예방 영역, 급성기 치료, 암 치료 영역의 효과성은 우리나라의 질 수준이 OECD 평균에 비해 높은 것으로 평가되었다. 일차/이차 예방 영역의 7개 평가지표 중 5개 결과, 급성기 치료 영역의 6개 평가지표 중 4개 결과, 암 치료 영역의 13개 지표 중 10개 결과가 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났다.

암종별 사망률 지표 중 위암 사망률 및 간암 사망률의 경우 우리나라의 결과가 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났다. 이는 우리나라의 위암 및 간암 치료의 효과성 수준이 낮기 때문이기보다는 위암 및 간암의 발생률이 상대적으로 높은 데서 기인하는 것으로 보인다. 세계보건기구 산하 국제암연구소의 2018년 암 발생률 및 사망률 추정치 국제 비교에 따르면 우리나라의 위암 발생률과 간암 발생률은 비교 대상 국가인 185개국 중 1위와 10위로 매우 높게 나타났고, 위암 사망률과 간암 사망률 역시 각각 54위, 21위로 높게 나타났다(Ferlay et al., 2018; 중앙일보, 2018에서 재인용). 반면에 발생 대비 사망률을 살펴보면 위암의 경우 185위, 간암의 경우에도 180위로 우리나라의 위암 및 간암 치료의 효과성이 비교 대상 국가 중 최고 수준으로 나타났다

(Ferlay 2018; 중앙일보, 2018에서 재인용). 또한, 우리나라의 위암 5년 상대 생존율 (2010-2014년 68.9%, PARC: 1.0) 역시 OECD 국가 중 최고 수준으로 확인되었다.

일차 의료 치료 영역 및 만성상태 관리 영역의 효과성의 경우 우리나라의 질 수준이 OECD 평균에 비해 낮은 수준인 것으로 평가되었다. 일차 의료 치료 영역의 경우 2개 평가지표의 결과 모두 OECD 평균에 비해 낮은 것으로 나타났고, 만성상태 관리의 경우 10개 평가지표 중 7개의 결과가 OECD 평균에 비해 낮은 것으로 나타났다.

의료시스템 질의 안전성 관련 세부 영역 평가 결과를 살펴보면, 수술 관련 안정성 및 일차 의료(약제) 관련 안전성 모두 우리나라의 질 수준이 OECD 평균에 비해 높은 것으로 평가되었다. 수술 관련 안정성의 1개 평가지표의 결과는 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났으며, 일차 의료(약제) 안전성의 6개 평가 중 4개 결과가 OECD 평균보다 높은 것으로 나타났다.

의료시스템 질의 반응성/환자 중심성 관련 세부 영역 평가 결과를 살펴보면, 환자 경험 영역의 경우 우리나라의 질 수준이 OECD 평균에 비해 낮은 것으로 평가되었으나, 경제적 미충족 의료 영역은 우리나라의 질 수준이 OECD 평균에 비해 높은 것으로 평가되었다. 환자 경험 영역의 경우 4개 평가지표의 결과 모두 OECD 평균에 비해 낮은 것으로 나타났으나, 경제적 미충족 의료 영역의 경우 3개 평가지표의 결과 모두 OECD 평균에 비해 높은 것으로 나타났다.

OECD 보건의료 질 지표를 활용하여 우리나라의 의료시스템 질을 국제적 비교 관점에서 분석한 결과, 우리나라 의료의 질은 일차/이차 예방, 급성기 치료 및 암 치료의 효과성과 안정성, 그리고 반응성/환자 중심성 중 경제적 미충족 의료 영역에서는 상대적으로 높은 수준으로 평가되었다. 반면에, 일차 의료 치료 영역 및 만성상태 관리 영역의 효과성과 반응성/환자 중심성 중 환자 경험 영역은 OECD 대비 상대적으로 미흡한 것으로 평가되므로, 관련 영역의 질을 향상하기 위한 국가 차원의 지속적인 노력이 필요할 것으로 보인다.





## 제5장

### 코로나19 유행 동안 의료시스템의 반응성: 노인의 의료이용 경험

제1절 연구방법

제2절 분석결과

제3절 소결



# 제 5장 코로나19 유행 동안 의료시스템의 반응성: 노인의 의료이용 경험

## 제1절 연구 방법

### 1. 조사 개요

본 장에서는 만성질환이 상대적으로 많아 일상적인 의료이용이 잦을 것으로 예상되는 노인을 대상으로 「코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사」 결과를 제시한다. 코로나19 유행 동안 환자들은 감염에 대한 두려움, 의료기관의 거부 등의 이유로 필요할 때 의료서비스를 이용하지 못할 수 있으며 의료서비스를 이용하더라도 기존과는 다른 문제를 경험할 수 있다. 특히 노인은 만성질환이 많지만, 사회적 위험에 더욱 취약할 수 있어 코로나 이후 노인집단의 사회적 위험 대응 방식, 의료이용 경험의 변화양상에 대한 모니터링이 필요하다.

조사는 크게 두 가지 측면에서 이뤄졌는데 하나는 의료서비스를 이용하지 못한 경험이며 또 다른 하나는 의료서비스를 이용한 환자의 경험이다. 의료서비스 접근성은 의료 질과 함께 의료시스템의 성과 분석틀의 하나로 필요한 서비스에 적시에 접근하지 못할 경우, 환자의 건강 상태는 악화할 수 있다. 다른 한편으로 전염병 유행 시기 사람들의 니즈에 대한 의료시스템의 반응성 차원에서 평가가 필요하다.

〈표 5-1〉 「코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사」 개요

구분	방법
조사 방법	CAPI 시스템을 이용한 대면조사
조사 기간	2020년 11월 11일(약 1개월)
조사 대상	만 65세 이상 노인 약 2,000명
조사 내용	건강 상태, 의료서비스 이용 경험, 의료서비스 만족, 사회적 접촉, 코로나 인식 등
표본 설계	연령(65-69세, 70-74세, 75세 이상), 지역(17개 시도, 동부·읍면부 고려), 성별

전국의 65세 이상 노인 2,000명을 대상으로 2020년 11월 11일부터 약 1개월 동안 CAPI 시스템을 이용한 대면조사를 실시하였다. 표본은 전국의 대표성을 확보하기 위해 17개 특별·광역시를 30개의 지역으로 층화하였는데 우선 17개 광역시도 단위로 층화하였고 다음으로 인구수가 많은 서울 및 경기도는 4개로, 8개 도지역은 동부와 읍면부로 층화하였다. 총 30개 층별로 2020년 10월 말 기준 행정안전부 「주민등록인구현황」에 따라 제곱근 비례하여 배분하였고 각 층에서 무작위로 실사할 구/군을 선정하고 성별 및 연령대별 사전 할당에 따라 조사 대상자를 선정하였다.

〈표 5-2〉 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사 층화 방법

지역	1차 층화	2차 층화	층 수
서울 및 경기, 7대 광역시, 제주도	서울 및 경기(각 4개 권역), 광역시(7개), 제주도	-	16
도 지역	8개 도 지역	동 지역	7
		읍면 지역	7

설문지는 기존의 설문자료를 참고하여 연구진이 작성하였다. 우선 건강 상태에서 주관적 건강 인식에 대한 문항과 주요 질환은 질병관리청의 「국민건강영양조사」와 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원의 「한국의료패널」 문항을 참조하여 작성하였다. 코로나 확산 이전 건강 상태와 코로나 관련 증상 경험 등은 유럽의 중·고령 대상 패널 조사인 「유럽의 건강, 고령화, 은퇴에 대한 조사(Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)」(이하, SHARE)가 최근 실시한 코로나 설문을 참고하여 작성하였다. 시스템 신뢰도는 한국의료패널을 이용하여 작성하였으며 문항을 변형하여 방역활동에 대한 신뢰도 문항을 작성하였다.

의료서비스 이용 경험 관련 첫 번째 파트로 의료서비스를 이용하고자 했으나 이용하지 못한 경험을 조사하였다. 다음으로 환자 중심성을 평가하기 위해 사용되는 의료서비스 이용 경험 조사 문항을 활용하여(신정우 외, 2019) 의료서비스를 이용한 경우 환자 중심적인 서비스가 이용되었는지를 평가하였다. 의료서비스를 이용하고자 했으나 이용하지 못한 경험은 유럽의 중고령자 대상 패널조사인 SHARE의 코로나19 설문을 한국의 의료시스템에 맞게 변형하여 사용하였다. 의료서비스를 이용한 경우 서비스를 제공하는 과정이 어떠했는지는 보건복지부, 한국보건사회연구원의 「의료서비스 이용



경험 조사」 문항을 활용하였다. 그 외 정신건강, 사회적 접촉, 코로나 인식은 SHARE의 코로나19 설문을, 응답자 기초정보는 SHARE의 코로나 설문과 한국고용정보원의 「고령화연구패널조사」를 참고하였다. 설문지는 부록 3에 제시하였다. 조사는 IRB 심의를 통해 진행되었다(한국보건사회연구원 제2020-76호).

## 2. 조사 대상자의 기본적 특성

전체 조사 대상자 중 남성은 43.4%, 여성은 56.6%였고 연령별로 65-74세는 57.1%, 75세 이상은 42.9%였다. 가구원 수는 2인 경우가 62.4%로 가장 많았고 지역별로는 경기도가 20.8%, 서울이 18.4% 순이었다. 교육 수준은 중졸 이하가 약 71%로 가장 많았고 가구소득은 100-200만 원이 약 31%로 가장 많았다. 주관적 건강 상태는 약 79%가 좋다고 응답하였고 만성질환이 1개인 경우가 32.8%로 가장 많았고 만성질환이 없다는 응답이 31.6%로 그다음이었다. 주된 일자리는 일을 하지 않고 있다는 응답이 64.5%로 가장 많았다.

〈표 5-3〉 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사 대상자 특성

구분		응답자 수	비율(%)
전체		(2000)	100.0
성별	남성	(868)	43.4
	여성	(1132)	56.6
연령	65-74세	(1142)	57.1
	75세 이상	(858)	42.9
가구원 수	1인	(399)	19.9
	2인	(1248)	62.4
	3인 이상	(354)	17.7
지역	서울	(369)	18.4
	부산	(155)	7.7
	대구	(94)	4.7
	인천	(97)	4.8
	광주	(49)	2.4
	대전	(50)	2.5
	울산	(33)	1.7
	세종	(7)	0.3
	경기	(416)	20.8
	강원	(76)	3.8

	구분	응답자 수	비율(%)
	충북	(67)	3.3
	충남	(96)	4.8
	전북	(92)	4.6
	전남	(103)	5.1
	경북	(135)	6.7
	경남	(136)	6.8
	제주	(25)	1.3
교육 수준	중졸 이하	(1412)	70.6
	고졸 이하	(528)	26.4
	대학 이상	(60)	3.0
가구소득	~100만 원	(338)	17.5
	100-200만 원	(600)	31.1
	200-300만 원	(440)	22.8
	300-400만 원	(246)	12.7
	400만 원 초과	(307)	15.9
주관적 건강	좋음	(1571)	78.5
	나쁨	(429)	21.5
만성질환	없음	(632)	31.6
	1개	(655)	32.8
	2개	(482)	24.1
	3개 이상	(231)	11.6
현재 주된 일자리	일을 하지 않음	(1291)	64.5
	임금 근로	(290)	14.5
	자영업	(363)	18.2
	무급 가족 종사자	(56)	2.8

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

다음 절 분석결과에서는 조사 대상자의 특성별 미충족 의료이용 경험과 의료서비스를 이용한 경우의 경험을 중심으로 살펴본다.

## 제2절 분석결과

### 1. 미충족 의료이용 경험

전체 대상자 중 필요한 서비스를 받지 못한 경험이 있는 비율은 10.1%였다. 질문방식의 차이로 인해 직접적인 비교는 어려우나 한국의료패널에서 65세 이상 노인 미충족 의료 경험률이 2017년 11.2%였음을 고려한다면, 예년과 비슷한 수준으로 보인다.

〈표 5-4〉 필요한 치료 혹은 진료를 받지 못한 경험 비율

구분		응답자(N)	1회 이상(%)
전체		(2000)	10.1
성	남	(868)	8.9
	여	(1132)	11.0
연령	65-74	(1142)	9.5
	75 이상	(858)	10.8
가구원 수	1인	(399)	10.9
	2인	(1248)	7.9
	3인 이상	(354)	16.9
교육	중졸 이하	(1412)	11.8
	고졸 이하	(528)	6.0
	대학 이상	(60)	5.9
소득	~100만 원	(338)	9.2
	~200만 원	(600)	9.6
	~300만 원	(440)	7.5
	~400만 원	(246)	8.0
	400만 원 초과	(307)	18.9
주관적 건강	좋음	(1571)	8.7
	나쁨	(429)	15.2
만성질환	없음	(632)	8.3
	1개	(655)	10.4
	2개	(482)	11.6
	3개 이상	(231)	10.8

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

서비스 유형별로 볼 경우 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병·의원 방문과 관련된 정기적인 외래서비스를 받지 못한 비율은 미충족 의료이용 경험이 있는 사람의 52.2%, 새로운 건강상 문제로 인한 병·의원을 방문하는 비정기 외래서비스를 받지 못한 비율은 54.3%였고 응급서비스를 받지 못한 비율은 3.9%, 입원 및 수술 서비스를 받지 못한 비율은 0.5%로 거의 없었다. 입원 및 수술 서비스와 같이 상대적으로 위중한 서비스의 경우 계획대로 진행된 것으로 보인다. 발생 건수가 매우 작은 입원·수술, 응급서비스를 제외하고 정기 외래서비스와 비정기 외래서비스 각각에 대해 서비스를 받지 못한 이유, 대체방법, 이후 건강 상태 변화 등에 대해 살펴보았다.

<표 5-5> 서비스 유형별 필요한 치료 혹은 진료를 받지 못한 경험 비율

구분	응답자(N)	정기 외래서비스		비정기 외래서비스		입원·수술	응급서비스	
		1회 이상 (%)	평균횟수	1회 이상 (%)	평균횟수	1회 이상 (%)	1회 이상 (%)	
전체	(202)	52.2	1.6	54.3	1.3	.5	3.9	
성	남	(78)	55.2	1.4	55.3	1.1	0.0	2.7
	여	(124)	50.2	1.8	53.6	1.3	.9	4.7
연령	65-74	(109)	47.4	1.7	54.6	1.2	0.0	6.0
	75 이상	(93)	57.8	1.5	53.9	1.3	1.2	1.4
가구원 수	1인	(43)	58.6	1.8	41.4	1.1	2.5	7.0
	2인	(99)	52.1	1.3	50.4	1.3	0.0	4.9
	3인 이상	(60)	47.6	2.0	70.0	1.3	0.0	0.0
교육	중졸 이하	(167)	54.1	1.7	53.7	1.2	.6	4.0
	고졸 이하	(31)	38.5	1.3	61.5	1.4	0.0	0.0
	대학 이상	(4)	83.6	1.4	16.4	1.0	0.0	35.4
소득	~100만 원	(31)	69.9	1.6	33.5	1.1	3.5	7.3
	~200만 원	(57)	49.8	1.6	53.0	1.1	0.0	3.7
	~300만 원	(33)	48.0	1.3	60.3	1.2	0.0	5.5
	~400만 원	(20)	53.9	1.2	59.5	1.4	0.0	0.0
	400만 원 초과	(58)	46.1	2.1	62.3	1.4	0.0	2.9
주관적 건강	좋음	(137)	45.8	1.6	57.6	1.2	0.0	4.9
	나쁨	(65)	65.4	1.6	47.2	1.5	1.7	1.9
만성질환	없음	(52)	5.9	1.0	90.7	1.1	0.0	3.5
	1개	(68)	65.8	1.4	43.0	1.3	0.0	8.0
	2개	(56)	67.1	2.0	48.4	1.4	1.9	0.0
	3개 이상	(25)	78.6	1.7	21.6	2.0	0.0	2.7

주: 정기 외래서비스는 만성질환자나 암 환자 등 기존 질환에 대한 치료로 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병·의원 방문을 의미하며 비정기 외래서비스는 새로운 건강상 문제로 인한 병·의원 방문을 의미한다.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

정기 외래서비스를 받지 못한 이유로 본인 스스로 진료 혹은 치료 포기가 78.8%로 가장 많았고 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청도 19.7%였다. 본인 스스로 진료 혹은 치료를 포기한 비율은 여성, 75세 이상인 경우, 가구원 수가 3인 이상인 경우, 교육 수준이 낮은 경우, 소득 수준이 400만 원 초과인 경우, 주관적 건강이 좋은 경우, 만성질환이 1-2개인 경우 높았다(표 5-6).

〈표 5-6〉 정기 외래서비스를 받지 못한 이유

구분		응답 자(N)	본인 스스로 진료 혹은 치료 포기 (%)	의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청(%)	의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부(%)
전체		(170)	78.8	19.7	1.5
성	남	(59)	73.1	25.6	1.3
	여	(112)	81.8	16.6	1.6
연령	65-74	(89)	77.6	19.5	2.9
	75 이상	(81)	80.1	19.9	0.0
가구원 수	1인	(45)	78.9	21.1	0.0
	2인	(68)	73.4	22.8	3.8
	3인 이상	(58)	85.0	15.0	0.0
교육	중졸 이하	(150)	79.3	19.5	1.2
	고졸 이하	(16)	79.2	16.1	4.7
	대학 이상	(4)	59.4	40.6	0.0
소득	~100만 원	(34)	77.4	22.6	0.0
	~200만 원	(44)	70.8	25.1	4.1
	~300만 원	(20)	83.9	16.1	0.0
	~400만 원	(13)	66.3	28.0	5.8
	400만 원 초과	(55)	85.9	14.1	0.0
주관적 건강	좋은	(101)	83.7	13.8	2.5
	나쁨	(69)	71.6	28.4	0.0
만성질환	없음	(3)	57.6	42.4	0.0
	1개	(61)	81.4	15.6	3.0
	2개	(74)	82.6	16.3	1.0
	3개 이상	(33)	67.2	32.8	0.0

주: 정기 외래서비스는 만성질환자나 암 환자 등 기존 질환에 대한 치료로 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병·의원 방문을 의미.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

본인 스스로 정기 외래서비스 이용을 포기한 이유는 코로나 감염 우려가 87.2%로 가장 높았고 진료나 치료가 급하지 않다고 판단했다고 응답한 비율은 10.4%였다. 의

사나 의료기관이 비정기 외래 진료 혹은 치료의 연기를 요청하거나 거부한 이유는 본인의 유증상이 54.4%로 가장 높았고 의료기관의 휴업 또는 폐쇄가 15.4%, 본인의 국내 유행지역 방문 경험이 14.8%였다(한국보건사회연구원, 2020).

정기 외래서비스를 대체한 주된 방법은 진료 또는 치료 연기가 44.7%로 가장 많았고 34.1%는 일반의약품 구입 및 복용이라고 답하였다. 전반적으로 진료 또는 치료 연기가 많은 편이지만 여성인 경우, 1인 가구인 경우, 고졸 이하인 경우 소득이 200-300만 원인 경우 만성질환이 없는 경우 일반의약품 구입 및 복용비율이 더 높았다. 한편 생각해보지 않았다고 응답한 비율은 성별로는 남성에서 높은 편이고 연령이 높은 경우, 1인 가구인 경우, 중졸 이하인 경우, 소득 수준이 낮은 경우, 주관적 건강 상태가 좋은 경우, 만성질환이 1개인 경우 상대적으로 높았다.

〈표 5-7〉 정기 외래서비스를 대체한 주된 방법

구분	응답자(N)	일반의약품 구입 및 복용(%)	민간요법 시행(%)	진료 또는 치료 연기(%)	생각해보지 않음(%)	기타(%)	
전체	(170)	34.1	8.6	44.7	11.6	0.9	
성	남	(59)	21.8	2.3	56.7	16.6	2.6
	여	(112)	40.6	12.0	38.4	9.0	0.0
연령	65-74	(89)	38.1	15.0	38.1	7.9	0.8
	75 이상	(81)	29.8	1.6	51.9	15.7	1.0
가구원 수	1인	(45)	47.2	0.0	38.8	14.1	0.0
	2인	(68)	33.2	4.8	47.1	12.6	2.3
	3인 이상	(58)	25.1	19.8	46.5	8.6	0.0
교육	중졸 이하	(150)	32.9	8.9	44.9	12.7	0.5
	고졸 이하	(16)	43.8	8.3	38.7	4.5	4.7
	대학 이상	(4)	40.6	0.0	59.4	0.0	0.0
소득	~100만 원	(34)	39.0	2.0	45.7	13.3	0.0
	~200만 원	(44)	21.9	3.0	55.9	17.4	1.8
	~300만 원	(20)	47.0	0.0	36.5	12.7	3.7
	~400만 원	(13)	36.4	9.6	44.4	9.6	0.0
	400만 원 초과	(55)	31.6	20.7	40.9	6.8	0.0
주관적 건강	좋음	(101)	34.6	12.7	38.4	13.5	0.7
	나쁨	(69)	33.4	2.6	54.0	8.8	1.1
만성질환	없음	(3)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	1개	(61)	31.0	1.1	51.0	16.9	0.0
	2개	(74)	31.6	16.7	41.1	8.5	2.1
	3개 이상	(33)	39.4	5.6	45.3	9.8	0.0

주: 정기 외래서비스는 만성질환자나 암 환자 등 기존 질환에 대한 치료로 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병의원 방문을 의미.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

정기 외래서비스를 받지 못한 사람 중 73.7%는 변화가 없었다고 응답하였지만 약 19.0%는 서비스를 받지 못한 이후 건강 상태가 악화하였다고 응답하였다. 악화하였다고 응답한 비율은 여성인 경우 65-74세 인 경우, 가구원 수가 많은 경우 대학 이상인 경우, 가구소득이 400만 원 초과인 경우, 만성질환이 있는 경우 상대적으로 높았다.

〈표 5-8〉 정기 외래서비스를 받지 못한 이후 건강 상태 변화

구분	응답자(N)	악화하였음(%)	변화가 없었음(%)	개선되었음(%)	
전체	(170)	19.0	73.7	7.3	
성	남	(59)	7.4	86.0	6.6
	여	(112)	25.1	67.2	7.6
연령	65-74	(89)	24.1	65.5	10.5
	75 이상	(81)	13.5	82.7	3.8
가구원수	1인	(45)	13.8	86.2	0.0
	2인	(68)	13.3	81.7	5.0
	3인 이상	(58)	29.7	54.7	15.6
교육	중졸 이하	(150)	19.5	73.1	7.4
	고졸 이하	(16)	11.3	80.4	8.3
	대학 이상	(4)	29.7	70.3	0.0
소득	~100만 원	(34)	20.1	79.9	0.0
	~200만 원	(44)	10.7	86.3	3.0
	~300만 원	(20)	8.8	87.4	3.8
	~400만 원	(13)	20.3	70.1	9.6
	400만 원 초과	(55)	29.6	54.0	16.4
주관적 건강	좋음	(101)	19.4	69.6	11.0
	나쁨	(69)	18.5	79.7	1.8
만성질환	없음	(3)	0.0	74.8	25.2
	1개	(61)	17.5	79.6	2.9
	2개	(74)	22.2	66.1	11.7
	3개 이상	(33)	16.5	79.7	3.8

주: 정기 외래서비스는 만성질환자나 암 환자 등 기존 질환에 대한 치료로 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병·의원 방문을 의미.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

비정기 외래서비스를 받지 못한 이유로 본인 스스로 진료 혹은 치료 포기가 84.3%로 많았고 다음으로 의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부 8.5%였으며 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청은 7.2%였다. 정기 외래서비스에 비해 본인 스스로 진료 혹은 치료를 포기한 비율이 높고 의사나 의료기관의 진료 또는 치료 거부도 높은 편이다. 고졸인 경우, 소득 수준이 100만 원 이하인 경우, 만성

질환이 2개 이상인 경우, 상대적으로 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정을 연기(변경)할 것을 요청받거나 진료 또는 치료 거부를 경험한 비율이 높았다.

〈표 5-9〉 비정기 외래서비스를 받지 못한 이유

구분		응답자(N)	본인 스스로 진료 혹은 치료 포기(%)	의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청(%)	의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부(%)
전체		(136)	84.3	7.2	8.5
성	남	(49)	83.9	8.8	7.3
	여	(87)	84.5	6.3	9.2
연령	65-74	(71)	87.8	8.4	3.8
	75 이상	(65)	80.4	5.9	13.7
가구원 수	1인	(19)	84.3	6.4	9.3
	2인	(63)	84.7	6.1	9.2
	3인 이상	(54)	83.7	8.8	7.5
교육	중졸 이하	(110)	88.9	5.4	5.7
	고졸 이하	(25)	63.8	15.1	21.0
	대학 이상	(1)	100.0	0.0	0.0
소득	~100만 원	(12)	56.5	28.2	15.3
	~200만 원	(34)	83.1	0.0	16.9
	~300만 원	(23)	100.0	0.0	0.0
	~400만 원	(15)	94.6	5.4	0.0
	400만 원 초과	(51)	80.8	11.2	8.0
주관적 건강	좋음	(92)	88.3	6.8	4.9
	나쁨	(45)	76.1	7.9	16.0
만성질환	없음	(53)	94.9	0.0	5.1
	1개	(36)	79.4	8.4	12.2
	2개	(37)	78.8	18.5	2.7
	3개 이상	(11)	67.1	0.0	32.9

주: 비정기 외래서비스는 새로운 건강상 문제로 인한 병·의원 방문을 의미.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

조사 결과 본인 스스로 비정기 외래서비스 이용을 포기한 주된 이유는 코로나 감염 우려가 66.6%로 가장 높았고 진료나 치료가 급하지 않다고 판단했다고 응답한 비율은 30.2%였다. 의사나 의료기관이 비정기 외래 진료 혹은 치료의 연기를 요청하거나 거부한 이유는 본인의 유증상이 47.9%로 가장 높았고 본인의 국내 유행지역 방문 경험이 30.6%였다(한국보건사회연구원, 2020).

비정기 외래서비스를 대체한 주된 방법은 일반의약품 구입 및 복용이 56.7%로 가장



많았고 진료 또는 치료 연기가 22.4%, 민간요법 시행이 16.0%였다. 정기 외래서비스에 비해 진료 또는 치료를 연기한 비율은 낮고 일반의약품 구입 및 복용한 비율이 높은 편이다. 정기 외래서비스에 비해 대체 방법에 대해 생각해보지 않았다고 응답한 비율도 낮은 편으로 비정기 외래서비스의 경우 상대적으로 다른 방법을 이용하여 의료 필요를 해결한 비율이 높은 것으로 볼 수 있다.

〈표 5-10〉 비정기 외래서비스를 대체한 주된 방법

구분	응답자(N)	일반의약품 구입 및 복용(%)	민간요법 시행(%)	진료 또는 치료 연기(%)	생각해보지 않음(%)	기타(%)	
전체	(136)	56.7	16.0	22.4	4.9	0.9	
성	남	(49)	66.9	15.9	17.2	0.0	2.6
	여	(87)	51.0	16.0	25.3	7.7	0.0
연령	65-74	(71)	61.8	12.1	24.4	1.7	0.8
	75 이상	(65)	51.1	20.2	20.2	8.5	1.0
가구원 수	1인	(19)	58.1	24.7	13.0	4.2	0.0
	2인	(63)	55.2	12.1	27.9	4.7	2.3
	3인 이상	(54)	57.8	17.3	19.4	5.5	0.0
교육	중졸 이하	(110)	54.5	17.2	23.3	5.0	0.5
	고졸 이하	(25)	65.3	11.1	18.9	4.8	4.7
	대학 이상	(1)	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0
소득	~100만 원	(12)	58.2	10.3	24.6	6.9	0.0
	~200만 원	(34)	48.1	19.6	29.1	3.1	1.8
	~300만 원	(23)	54.9	19.0	23.1	2.9	3.7
	~400만 원	(15)	63.7	8.4	20.0	7.9	0.0
	400만 원 초과	(51)	60.0	15.9	18.2	5.8	0.0
주관적 건강	좋음	(92)	60.0	14.2	24.9	0.9	0.7
	나쁨	(45)	49.8	19.6	17.4	13.3	1.1
만성질환	없음	(53)	59.4	14.9	25.7	0.0	0.0
	1개	(36)	63.5	11.8	19.0	5.7	0.0
	2개	(37)	41.4	21.0	27.6	9.9	2.1
	3개 이상	(11)	72.6	17.5	0.0	9.9	0.0

주: 비정기 외래서비스는 새로운 건강상 문제로 인한 병·의원 방문을 의미.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

비정기 외래서비스를 받지 못한 사람 중 약 31.1%가 개선되었다고 응답하였고 52.1%는 변화가 없었다고 응답하였는데 16.7%는 서비스를 받지 못한 이후 건강 상태가 악화하였다고 응답하였다. 시간이 지나면서 개선된 비율이 정기 외래서비스에 비해서는 높은 편이지만 악화하였다는 응답도 16.7%로 적지 않은 편이었다.

〈표 5-11〉 비정기 외래서비스를 받지 못한 이후 건강 상태 변화

구분	응답자(N)	악화되었음(%)	변화가 없었음(%)	개선되었음(%)	
전체	(136)	16.7	52.1	31.1	
성	남	(49)	19.6	39.4	41.0
	여	(87)	15.1	59.2	25.6
연령	65-74	(71)	14.4	49.1	36.5
	75 이상	(65)	19.3	55.4	25.3
가구원 수	1인	(19)	0.0	66.9	33.1
	2인	(63)	19.8	53.3	26.9
	3인 이상	(54)	19.1	45.6	35.3
교육	중졸 이하	(110)	12.5	52.4	35.1
	고졸 이하	(25)	35.4	49.9	14.7
	대학 이상	(1)	0.0	100.0	0.0
소득	~100만 원	(12)	0.0	77.7	22.3
	~200만 원	(34)	18.3	49.7	32.1
	~300만 원	(23)	11.0	41.9	47.1
	~400만 원	(15)	23.7	44.6	31.7
	400만 원 초과	(51)	20.3	54.1	25.6
주관적 건강	좋음	(92)	10.1	53.1	36.8
	나쁨	(45)	30.3	50.0	19.6
만성질환	없음	(53)	4.3	47.4	48.3
	1개	(36)	26.0	46.7	27.3
	2개	(37)	19.0	61.7	19.3
	3개 이상	(11)	39.5	60.5	0.0

주: 비정기 외래서비스는 새로운 건강상 문제로 인한 병·의원 방문을 의미.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

## 2. 의료이용 시 환자 경험

### 가. 외래서비스

코로나19 확산 이후 외래서비스를 이용한 경험이 있다고 응답한 사람은 55.8%로 총 1,116명이었다. 코로나19와 관련된 방문이었는데 대한 질문에 4.2%가 그렇다고 응답하였다. 방문한 의료기관의 형태는 의원이 55.7%로 가장 많았고 병원급 이상 30.4%, 한방병·의원 6.7%, 치과병·의원 4.5%, 기타 2.7%였다(한국보건사회연구원, 2020).

외래서비스 이용 시 담당 의사의 태도와 관련하여 예의 있는 응대, 알기쉬운 설명, 충분한 질문 기회, 의견 경청, 불안에 대한 공감, 충분한 대화 정도에 대해 매우 그렇

다. 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 거의 그렇지 않았다고 답하도록 하였는데 긍정적으로 답한 비율은 <표 5-12>와 같다. 예의 있는 응대에 그렇다고 답한 비율은 89.0%였고, 알기 쉬운 설명에 대한 동의는 82.9%, 충분한 질문 기회에 그렇다고 답한 비율은 83.4%, 의견을 경청했다고 답한 비율은 83.0%, 불안에 공감했다고 답한 비율은 73.7%, 대화가 충분했다고 답한 비율은 75.0%였다. 보건복지부, 한국보건사회연구원의 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 93.6%, 87.2%, 86.6%, 86.1%, 82.7%로(신정우 외, 2019, pp.220-225) 본 조사의 수치는 이보다 낮았는데 충분한 질문 기회나 의견의 반영은 그 차이가 크지 않았지만, 특히 불안 공감과 충분한 대화에 대한 응답에서 차이가 컸다.

<표 5-12> 의사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분	응답자(N)	예의 있는 응대(%)	알기 쉬운 설명(%)	충분한 질문 기회(%)	의견 경청(%)	불안 공감(%)	충분한 대화(%)	
전체	(1116)	89.0	82.9	83.4	83.0	73.7	75.0	
성	남	(477)	88.8	84.3	83.4	81.6	73.9	75.4
	여	(639)	89.1	81.8	83.5	83.9	73.5	74.8
연령	65-74	(604)	88.2	84.2	83.9	81.8	73.9	73.8
	75 이상	(512)	89.8	81.3	82.8	84.3	73.4	76.4
가구원 수	1인	(255)	89.8	83.6	79.6	84.9	74.4	78.5
	2인	(672)	89.7	83.9	84.8	82.7	74.2	75.5
	3인 이상	(189)	85.3	78.3	83.7	81.4	70.9	68.6
교육	중졸 이하	(813)	89.9	80.6	81.8	82.7	74.3	75.8
	고졸 이하	(280)	86.5	88.7	87.3	83.1	70.7	72.3
	대학 이상	(24)	86.2	93.0	92.9	89.5	88.8	82.0
소득	~100만 원	(222)	91.4	76.0	79.6	80.1	72.8	78.0
	~200만 원	(349)	91.6	84.6	85.3	85.0	77.4	77.8
	~300만 원	(212)	85.0	84.7	83.1	83.9	72.5	75.0
	~400만 원	(131)	90.8	89.2	84.9	84.2	75.5	73.7
	400만 원 초과	(175)	85.4	81.3	86.8	83.8	71.1	67.6
주관적 건강	좋음	(793)	90.2	82.2	85.1	83.7	75.1	75.1
	나쁨	(323)	85.9	84.5	79.4	81.1	70.2	74.9
만성질환	없음	(198)	87.4	83.6	75.9	78.6	68.3	65.7
	1개	(430)	89.7	82.8	83.8	82.6	73.4	76.8
	2개	(317)	88.5	83.5	85.6	85.1	76.6	77.8
	3개 이상	(171)	89.8	81.0	87.1	84.9	75.1	76.2

주: 외래서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

외래서비스 이용 시 담당 간호사의 태도와 관련하여 예의 있는 응대에 대해 매우 그렇다, 그렇다로 긍정적으로 답한 비율은 86.5%였고 알기 쉬운 설명에 대한 동의는 77.3%였다 <표 5-13>. 보건복지부, 한국보건사회연구원의 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 91.3%, 89.6%로(신정우 외, 2019, pp.226-227) 본 조사의 수치는 이보다 낮았다.

<표 5-13> 담당 간호사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분	응답자(N)	예의 있는 응대(%)	알기 쉬운 설명(%)	
전체	(1116)	86.5	77.3	
성	남	(477)	85.1	78.4
	여	(639)	87.7	76.6
연령	65-74	(604)	86.5	77.5
	75 이상	(512)	86.6	77.2
가구원 수	1인	(255)	88.9	78.6
	2인	(672)	85.3	78.4
	3인 이상	(189)	87.8	71.9
교육	중졸 이하	(813)	85.2	76.7
	고졸 이하	(280)	89.8	79.0
	대학 이상	(24)	96.3	78.3
소득	~100만 원	(222)	85.8	78.4
	~200만 원	(349)	89.7	78.5
	~300만 원	(212)	82.1	79.5
	~400만 원	(131)	80.2	77.5
	400만 원 초과	(175)	91.5	71.6
주관적 건강	좋음	(793)	87.4	78.5
	나쁨	(323)	84.4	74.5
만성질환	없음	(198)	88.8	74.2
	1개	(430)	86.0	77.5
	2개	(317)	86.2	77.6
	3개 이상	(171)	86.0	80.0

주: 외래서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

외래서비스를 이용할 때 의료기관 시설의 편안함, 행정부서 서비스 만족 정도, 신체 노출에 대한 배려 정도, 개인정보 처리에 대한 주의 정도를 물어본 결과(표 5-14) 각각 긍정적으로 답한 비율은 81.4%, 83.9%, 81.6%, 78.7%다. 보건복지부, 한국보건사회연구원의 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상 응답자가 긍정적으로 답한 비율은 86.5%, 85.8%, 86.0%, 84.7%(신정우 외, 2019, pp.228-231)로, 본 조사의 수치는 이보다 약 5%p가량 낮았다. 타인에 대한 추천 의향은 본 조사에서 79.4%가 긍정적으로 답했는데 의료서비스 경험 조사에 83.2%가 긍정적으로 답했다(신정우 외, 2019, p.232).

〈표 5-14〉 의료기관에 대한 평가(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분		응답자(N)	시설의 편안함(%)	행정부서 서비스 만족(%)	신체 노출에 대한 배려(%)	개인정보 주의(%)	타인 추천 의향(%)
전체		(1116)	81.4	83.9	81.6	78.7	79.4
성	남	(477)	80.2	82.8	82.2	80.0	78.8
	여	(639)	82.3	84.7	81.1	77.7	79.8
연령	65-74	(604)	82.1	83.9	81.9	78.7	80.8
	75 이상	(512)	80.6	83.9	81.1	78.7	77.7
가구원 수	1인	(255)	85.0	85.0	82.1	78.2	80.3
	2인	(672)	80.7	84.1	81.4	78.7	79.0
	3인 이상	(189)	79.1	81.9	81.4	79.2	79.5
교육	중졸 이하	(813)	82.1	83.7	80.3	76.2	78.6
	고졸 이하	(280)	78.9	83.1	84.4	85.2	80.1
	대학 이상	(24)	85.3	100.0	93.3	85.9	96.7
소득	~100만 원	(222)	84.4	85.6	78.2	79.7	77.6
	~200만 원	(349)	82.0	84.2	82.3	74.6	83.1
	~300만 원	(212)	81.9	85.9	80.9	79.6	77.8
	~400만 원	(131)	78.2	80.7	79.5	80.4	77.4
	400만 원 초과	(175)	82.6	84.8	87.7	85.3	80.6
주관적 건강	좋음	(793)	83.7	83.9	81.2	79.9	80.8
	나쁨	(323)	75.8	83.8	82.4	75.7	75.8
만성질환	없음	(198)	79.4	78.9	80.6	81.2	78.5
	1개	(430)	82.0	85.9	80.1	77.8	78.5
	2개	(317)	79.8	82.1	83.5	78.2	80.2
	3개 이상	(171)	85.1	88.1	82.7	78.9	81.1

주: 외래서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

외래 진료 또는 치료 결과에 만족한다고 응답한 비율은 86.2%였고 외래서비스 전반에 대해 만족한다고 응답한 사람들은 이보다 조금 낮은 85.8%였다. 성별, 연령별로 치료 결과에 대한 만족도 차이는 크지 않았고 주관적 건강이 좋거나 만성질환이 1-2 개인 집단에서 치료 결과에 대한 만족도가 상대적으로 높았다. 외래서비스에 불만족했다고 응답한 사람은 1.3%로 14명이었는데 이들 중 36.5%는 짧은 진료시간을, 22.8%는 긴 대기 기간, 22.2%는 감염 안전조치 미흡 순이었다(한국보건사회연구원, 2020). 한편 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상 응답자 중 긍정적으로 답한 비율은 93.1%, 91.5%로(신정우 외, 2019, pp.244-245) 본 조사의 수치보다 각각 6.9%p, 5.7%p 더 높았다.

〈표 5-15〉 치료 결과 및 외래서비스 전반에 대한 만족

구분		응답자(N)	진료 또는 치료 결과		외래서비스 전반	
			만족(%)	불만족(%)	만족(%)	불만족(%)
전체		(1116)	86.2	.9	85.8	1.3
성	남	(477)	85.5	.8	84.6	1.0
	여	(639)	86.7	1.0	86.7	1.5
연령	65-74	(604)	86.6	1.7	86.0	2.0
	75 이상	(512)	85.8	0.0	85.5	.4
가구원 수	1인	(255)	86.4	.7	87.2	1.3
	2인	(672)	86.9	.7	85.7	.8
	3인 이상	(189)	83.6	2.1	84.3	2.7
교육	중졸 이하	(813)	86.3	1.0	87.1	1.5
	고졸 이하	(280)	85.7	.7	82.1	.5
	대학 이상	(24)	89.5	0.0	83.0	3.3
소득	~100만 원	(222)	88.2	0.0	87.6	.3
	~200만 원	(349)	86.2	1.6	87.6	1.8
	~300만 원	(212)	90.3	.7	89.4	.6
	~400만 원	(131)	85.2	1.0	85.9	1.6
	400만 원 초과	(175)	81.1	1.2	76.9	2.2
주관적 건강	좋음	(793)	87.8	1.3	87.2	1.5
	나쁨	(323)	82.2	0.0	82.4	.8
만성질환	없음	(198)	85.2	3.8	82.1	4.2
	1개	(430)	86.9	.6	87.8	.6
	2개	(317)	86.8	0.0	84.5	.8
	3개 이상	(171)	84.6	0.0	87.4	.3

주: 외래서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

## 나. 입원서비스

코로나19 확산 이후 입원서비스를 이용한 경험이 있다고 응답한 사람은 3.8%로 총 77명이었다. 코로나19와 관련된 방문이었는데 대한 질문에 3.0%가 그렇다고 응답하였다. 방문한 의료기관의 형태는 병원급 이상이 88.4%로 다수였다(한국보건사회연구원, 2020).

입원서비스 이용 시 담당 의사의 태도와 관련하여 예의 있는 응대에 그렇다고 답한 비율은 91.1%였고 알기 쉬운 설명에 대한 동의는 81.8%, 충분한 질문 기회에 그렇다고 답한 비율은 88.5%, 의견을 반영했다고 답한 비율은 84.3%, 면담 요청 시 적절히 응대했다고 답한 비율은 85.5%, 불안에 공감했다고 답한 비율은 80.7%였다(표 5-16). 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 94.4%, 86.3%, 88.3%, 84.7%, 82.6%(신정우 외, 2019, pp.251-256)로, 본 조사의 수치는 이보다 낮은 편이었지만 외래서비스와 비교하였을 때 그 차이는 크지 않았다.

〈표 5-16〉 의사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분	응답자(N)	예의 있는 응대(%)	알기 쉬운 설명(%)	질문 기회(%)	의견 반영(%)	면담 요청 응대(%)	불안 공감(%)	
전체	(77)	91.1	81.8	88.5	84.3	85.5	80.7	
성	남	(41)	88.3	75.4	84.9	80.2	86.5	77.9
	여	(36)	94.2	89.1	92.6	89.0	84.4	84.0
연령	65-74	(35)	95.6	82.1	86.2	89.5	90.0	86.5
	75 이상	(42)	87.3	81.6	90.4	79.9	81.8	76.0
가구원 수	1인	(15)	82.8	71.9	85.8	87.3	81.0	73.5
	2인	(40)	95.9	81.9	87.9	79.2	83.2	73.2
	3인 이상	(21)	88.0	88.9	91.6	91.6	93.1	100.0
교육	중졸 이하	(47)	92.5	81.3	86.6	82.6	76.3	80.2
	고졸 이하	(28)	88.2	81.7	91.0	86.3	100.0	80.5
	대학 이상	(2)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
소득	~100만 원	(13)	82.7	69.4	87.2	84.5	65.1	62.9
	~200만 원	(18)	92.5	78.7	77.0	76.6	74.0	86.5
	~300만 원	(9)	100.0	100.0	93.7	63.3	77.4	83.7
	~400만 원	(12)	93.7	100.0	93.7	100.0	100.0	84.7
주관적 건강	400만 원 초과	(25)	89.8	75.2	92.9	89.7	100.0	82.7
	좋음	(37)	90.9	82.8	83.5	85.1	84.9	81.1
	나쁨	(39)	91.3	80.9	93.2	83.5	86.1	80.4

구분		응답자(N)	예의 있는 응대(%)	알기 쉬운 설명(%)	질문 기회(%)	의견 반영(%)	면담 요청 응대(%)	불안 공감(%)
만성질환	없음	(3)	100.0	58.9	100.0	100.0	100.0	100.0
	1개	(24)	91.0	83.8	95.3	90.9	86.2	71.1
	2개	(19)	90.4	95.7	76.8	71.4	79.2	86.0
	3개 이상	(31)	90.7	74.4	89.1	85.4	87.4	83.0

주: 입원서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.  
 자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

입원서비스 이용 시 담당 간호사의 태도와 관련하여 예의 있는 응대에 대해 매우 그렇다, 그렇다로 긍정적으로 답한 비율은 92.2%였고 알기 쉬운 설명에 대한 동의는 83.4%였고 긴급 연락 시 바로 응대했다고 답한 비율은 82.5%였으며 퇴원 시 주의사항을 적절히 설명했다고 답한 비율은 95.7%였다(표5-17). 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 91.1%, 90.0%, 84.7%, 90.8%였다(신정우 외, 2019, pp.257-261).

〈표 5-17〉 담당 간호사의 태도(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분	응답자(N)	예의 있는 응대(%)	알기 쉬운 설명(%)	긴급 연락 시 응대(%)	퇴원 후 주의사항 설명(%)
전체	(77)	92.2	83.4	82.5	95.7
성	남	(41)	90.4	77.4	96.6
	여	(36)	94.3	90.3	94.7
연령	65-74	(35)	96.8	88.4	94.5
	75 이상	(42)	88.3	79.3	96.7
가구원 수	1인	(15)	78.0	77.0	91.5
	2인	(40)	93.5	81.6	96.5
	3인 이상	(21)	100.0	91.5	97.3
교육	중졸 이하	(47)	87.2	82.2	94.6
	고졸 이하	(28)	100.0	84.5	97.3
	대학 이상	(2)	100.0	100.0	100.0
소득	~100만 원	(13)	76.9	82.6	94.2
	~200만 원	(18)	82.8	68.9	93.2
	~300만 원	(9)	100.0	93.7	100.0
	~400만 원	(12)	100.0	89.4	93.7
	400만 원 초과	(25)	100.0	87.5	97.7
주관적 건강	좋음	(37)	91.1	88.0	92.8
	나쁨	(39)	93.3	79.1	98.5
만성질환	없음	(3)	100.0	100.0	100.0
	1개	(24)	89.6	78.1	100.0
	2개	(19)	92.6	85.3	85.5
	3개 이상	(31)	93.1	84.7	98.2

주: 입원서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.  
 자료: 한국보건사회연구원 (2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.



입원서비스 이용 시 의료기관 시설의 편안함, 행정부서 서비스 만족 정도, 신체 노출에 대한 배려 정도, 개인 정보 처리에 대한 주의 정도, 친절한 안내 정도와 타인 추천 의향을 물어본 결과(표 5-18) 각각 긍정적으로 답한 비율은 88.0%, 78.6%, 85.5%, 81.5%, 86.6%였다. 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 86.1%, 87.5%, 82.7%, 80.4%, 88.9%, 81.4%로(신정우 외, 2019, pp.261-266) 타인 추천 의향 등 일부 수치는 본 조사에서 긍정적으로 답한 비율이 더 높았다.

〈표 5-18〉 의료기관에 대한 평가(그렇다, 매우 그렇다 비율)

구분	응답자 (N)	시설의 편안함(%)	행정부서 서비스 만족(%)	신체 노출에 대한 배려(%)	개인 정보 주의(%)	친절한 안내(%)	타인 추천 의향(%)	
전체	(77)	88.0	78.6	85.5	81.5	86.6	84.6	
성	남	(41)	92.5	70.4	86.6	79.1	91.8	85.3
	여	(36)	82.8	88.1	84.3	84.1	80.6	83.8
연령	65-74	(35)	92.9	76.1	90.5	89.5	94.0	89.4
	75 이상	(42)	83.9	80.7	81.4	74.8	80.4	80.6
가구원 수	1인	(15)	86.5	79.4	88.1	71.0	66.6	61.4
	2인	(40)	90.2	77.9	80.4	77.2	91.5	90.1
	3인 이상	(21)	84.8	79.5	93.1	96.9	91.7	91.0
교육	중졸 이하	(47)	87.5	77.6	85.1	77.5	85.1	76.4
	고졸 이하	(28)	88.1	79.2	85.4	87.1	88.3	97.3
	대학 이상	(2)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
소득	~100만 원	(13)	82.4	78.6	65.2	75.3	56.9	69.4
	~200만 원	(18)	82.8	65.6	96.2	58.7	87.0	66.3
	~300만 원	(9)	93.6	93.6	70.4	74.8	100.0	100.0
	~400만 원	(12)	100.0	84.9	84.9	100.0	100.0	100.0
	400만 원 초과	(25)	86.7	79.5	93.7	94.3	89.9	92.4
주관적 건강	좋음	(37)	91.9	76.9	86.6	91.5	89.5	79.4
	나쁨	(39)	84.3	80.3	84.4	71.9	83.7	89.6
만성질환	없음	(3)	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	60.4
	1개	(24)	87.2	80.4	86.3	86.9	97.2	79.8
	2개	(19)	66.6	71.2	77.7	80.3	67.6	87.2
	3개 이상	(31)	100.0	79.6	88.0	76.3	88.5	89.1

주: 입원서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

입원 진료 또는 치료 결과에 만족한다고 응답한 비율은 91.8%, 입원서비스 전반에 대해 만족한다고 응답한 사람들은 이보다 조금 낮은 89.6%였다. 성별, 연령별로 치료 결과에 대한 만족도 차이가 있었는데 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도는 남성에서 높았지만, 입원서비스 전반에 대한 만족도는 여성에서 더 높았다. 연령별로 75세 이상에서 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도가 더 높았으나 입원서비스 전반에 대한 만족도는 65-74세 집단과 크게 다르지 않았다. 주관적 건강이 나쁜 경우, 치료 결과에 대한 만족도와 입원서비스 전반에 대한 만족도가 높았고 만성질환이 없거나 1개이거나 3개 이상인 경우 진료 또는 치료 결과 및 입원서비스 전반에 대한 만족도가 상대적으로 높았다. 2019년 의료서비스 경험 조사에서 60세 이상에서 각각에 대해 긍정적으로 답한 비율은 86.5%, 83.8%로(신정우 외, 2019, pp.288-289) 본 조사에서 더 높았다.

〈표 5-19〉 치료 결과 및 입원서비스 전반에 대한 만족

구분		응답자(N)	진료 또는 치료 결과(%)	입원서비스 전반(%)
전체		(77)	91.8	89.6
성	남	(41)	94.7	87.7
	여	(36)	88.5	91.9
연령	65-74	(35)	86.1	90.5
	75 이상	(42)	96.5	89.0
가구원 수	1인	(15)	95.1	90.7
	2인	(40)	90.7	92.0
	3인 이상	(21)	91.5	84.5
교육	중졸 이하	(47)	98.6	94.0
	고졸 이하	(28)	82.6	81.9
	대학 이상	(2)	53.8	100.0
소득	~100만 원	(13)	94.0	88.7
	~200만 원	(18)	96.2	96.2
	~300만 원	(9)	100.0	100.0
	~400만 원	(12)	93.7	87.5
	400만 원 초과	(25)	83.7	82.8
주관적 건강	좋음	(37)	91.3	85.7
	나쁨	(39)	92.2	93.5
만성질환	없음	(3)	100.0	100.0
	1개	(24)	97.2	93.9
	2개	(19)	73.8	82.5
	3개 이상	(31)	97.6	89.7

주: 입원서비스를 이용한 환자만을 대상으로 분석함.

자료: 한국보건사회연구원(2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료 분석.

### 제3절 소결

전체 대상자 중 필요한 서비스를 받지 못한 경험이 있는 비율은 10.1%로 직접적인 비교는 어려우나 2017년 한국의료패널의 65세 이상 노인 미충족 의료 경험률이 11.2%였음을 고려한다면(국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 2019) 예년과 비슷한 수준으로 보인다. 서비스 유형별로 보았을 때 정기 외래서비스를 받지 못한 비율은 전체 조사 대상자의 8.5%였고 비정기 외래서비스를 받지 못한 비율은 6.8%, 응급서비스를 받지 못한 비율은 0.4%, 입원 및 수술 서비스를 받지 못한 비율은 0.05%로 매우 낮았다. 입원 및 수술 서비스와 같이 상대적으로 위중한 질환에 대한 서비스의 경우 전염병 유행 기간에도 계획대로 진행된 것으로 보인다. 하지만 정기적인 관리가 필요한 질환이 있는 경우 의료기관 방문이 중요한데 약 8.5%는 정기 외래서비스를 받지 못한 것으로 나타났다. 감염병 우려로 본인 스스로 진료 혹은 치료를 포기한 비율이 높았지만 5명 중 한 명은 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청을 받았다. 정기 외래서비스를 받지 못했다고 응답한 대상자 중 19.0%는 의료서비스를 이용하지 못하면서 건강 상태가 악화했다고 응답하였다. 새로운 건강 문제로 인해 의료서비스를 이용하고자 했던 비정기 외래 방문의 경우 의료서비스를 이용하지 못하고 나서 정기 외래서비스를 받았을 때에 비해서 건강 상태가 개선되었다고 응답한 비율이 높아 반드시 의료서비스 이용이 꼭 필요하지는 않은 경우도 볼 수 있다. 다만 코로나19 유행 동안 이외 다른 질환으로 인한 초과사망에 대한 보고가 있어온 점에서 이에 대한 향후 심층분석 및 모니터링이 필요하다. 예를 들어 미국에서 2020년 3-7월 동안 사망자가 전년보다 20%가량 증가했는데 코로나19로 인한 초과사망은 전체의 67%가량이었고 나머지는 다른 비전염성 질환으로 인한 사망자 증가였다(Woolf, Chapman, Sabo, 2020). 전염병 유행으로 보건의료시스템에 과다한 부담이 가해지면서 치료 지연 또는 포기로 인한 사망과 같은 사망이 증가할 수 있다(OECD, 2020, p.7).

의료서비스를 이용한 경우 외래서비스에서 의사서비스에 대한 평가나 간호사서비스에 대한 평가, 전반적인 치료 결과와 외래서비스 전반에 대한 긍정적인 평가는 2019년 의료서비스 경험 조사에서 낮은 편이었다. 입원서비스의 경우 문항별로 달랐는데 일부 수치는 2019년 의료서비스 경험 조사보다 본 조사에서 긍정적으로 답한 비율이 더 높

있고 입원 진료 및 치료 결과에 대한 만족도와 입원서비스 전반에 대한 만족도는 본 조사에서 더 높았다. 그러나, 두 가지 조사의 샘플이 동일하지는 않아 이를 절대 비교하기는 어렵다. 다만 외래서비스 관련 의료기관에 대한 평가에서 개인정보 주의 영역에서 긍정적인 평가가 특히 낮았는데 코로나19가 확산하면서 방문환자에 대한 체온 측정, 여행 이력 확인 등이 공개된 공간에서 이뤄지면서 불편함을 느꼈을 수 있다. 또한, 외래의 경우 의사서비스에서 불안에 대한 공감 정도나 충분한 대화 정도에서 긍정적으로 답한 비율의 차이가 큰 편이었다. 전염병 유행 시기에 그 전보다 환자가 자신의 기저 질환이나 건강 상태에 대한 불안 정도가 더 커질 수 있으므로 의료인이나 의료기관이 같은 수준에서 환자에게 의료서비스를 제공하더라도 이에 대한 긍정적인 평가는 낮을 수 있다. 의료기관에서 제공하는 서비스에서의 변화가 있었는지 등에 대해서는 향후 다른 연구들에서의 확인과 비교가 필요할 것으로 보인다.



## 제6장

### 한국 의료 질 향상 성과 종합 및 제언

제1절 한국 의료의 질 향상 성과 종합

제2절 국가 의료 질 측정과 보고 개선을 위한 과제



## 제 6장

# 한국 의료 질 향상 성과 종합 및 제언

본 장에서는 우선 제1절에서 3장과 4장의 내용을 종합하여 한국 의료의 질 향상 성과를 전반적으로 살펴보고 제2절에서 관련한 함의를 기술하였다.

## 제1절 한국 의료의 질 향상 성과 종합

### 1. 전반적인 성과

#### 가. 효과성: 조기사망 예방

조기사망 예방 측면의 효과성 영역에서 성인에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수는 지속적으로 감소했다. 노인에게서의 성과를 측정하기 위한 75세에서 기대수명은 2010-2018년 사이에 남성과 여성에서 유사한 수준에서 꾸준히 증가했다(연평균 약 1%, 절대적인 증가량은 약 1.1세). 질환별 사망과 관련하여 75세 미만에서 간 질환 사망률과 75세 미만 암으로 인한 사망률은 2010-2018년에 연평균 3-4% 수준에서 감소했고 암으로 인한 1년 상대 생존율도 소폭이지만 증가했다.

조기사망 예방의 효과성 영역에서 전반적인 지표들은 개선되는 양상을 보였지만 악화되는 지표가 있었다. 아동에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수는 2010-2017년 사이 감소했지만 2017년 대비 2018년에 그 값이 증가하였다. 75세 미만 호흡기 질환으로 인한 사망률은 2013년부터 증가하는 양상이었다. 심각한 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률은 2010-2018년 사이 약 2배 증가하였다.

영국 NHS 산출지표와 우리나라의 수치를 비교할 경우 전반적으로 한국의 의료시스템의 성과가 더 나은 수준인 것으로 평가된다. 조기사망 예방 측면에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인과 아동), 영아 사망률, 75세 미만에서 심뇌혈관

질환, 호흡기 질환, 간 질환 혹은 암으로 인한 사망률이다. 거의 차이가 없는 지표는 75세에서의 기대수명이었다.

OECD 지표를 활용할 경우 우리나라가 취약한 영역을 더 많은 국가들과의 비교를 통해 알 수 있다. 효과성 영역의 조기예방 영역에 해당하는 위암 사망률, 간암 사망률의 성과가 우리나라에서 좋지 않다. 심각한 정신 질환을 가진 성인에서의 초과 사망률이 증가한 것으로 나타났는데 OECD 지표에서 세부 질환으로 볼 경우 조현병 진단환자의 초과사망비, 양극성정동장애 진단환자의 사망비는 OECD 평균과 비교했을 때 우리나라가 높다.

#### 나. 효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선 측면에서 의료시스템의 효과성을 평가한 결과 총괄지표인 장기 질환을 가진 사람들의 삶의 질은 2010년과 2018년 사이 연평균 변화율이 1% 미만으로 사실상 거의 변함없이 유지되었다. 만성질환을 가진 사람들의 고용률 또한 거의 변하지 않았다. 만성 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원과 10세~19세 미만의 천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 2016년과 2018년 사이 전체적으로 감소하였다. 다만 10세~19세 미만의 천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 최근 들어 약간 증가하였다. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선 영역의 경우 조사 방식의 차이 등으로 인해 영국과 직접 비교할 수 있는 수치는 거의 없지만 치매추정진단율은 한국이 높은 편이었다. OECD 지표를 활용하여 관련 질병별로 계획되지 않은 입원율을 볼 때 천식 입원율, 만성폐쇄성폐 질환 입원율, 당뇨 입원율 정도는 OECD 평균치보다 우리나라가 높은 편이었지만 전반적으로 감소하는 추이였다.

#### 다. 효과성: 질병 혹은 후유증 회복의 지원

질병 혹은 후유증 회복의 지원 측면에서 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환에 대한 응급 입원은 지속하여 감소하였다. 퇴원 후 30일 이내에 응급 재입원은 2016년과 2019년 사이에 전반적으로 감소하였지만 2019년에 2018년 대비 소폭 증가하였다. 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원 또한 2016년 대비 2019년에 감소하였지만



2017년부터 증가하는 양상이었다. 세 가지 지표 모두 한국이 영국보다 양호하였다.

## 라. 환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험

네 번째 영역인 환자 경험은 전반적으로 개선되었다. 외래 서비스에 대한 전반적인 만족도, 의사의 반응성과 간호사의 반응성도 2017년 대비 2019년에 개선되었는데 간호사의 개선 정도가 컸다. 입원 서비스의 전반적인 만족도, 의사의 반응성과 간호사의 반응성도 개선되었는데 외래 서비스와 동일하게 간호사의 개선 정도가 컸다. 환자 중심성의 경우 OECD 국가들과도 비교 가능하나 전반적으로 보고되는 정도가 낮았는데 보고한 국가들의 평균과 비교할 경우 의사가 진료하는 동안 충분한 시간을 할애했는가, 의사가 이해하기 쉽게 설명했는가, 의사가 질문이나 걱정을 말할 기회를 제공했는가, 의사의 진료/치료의 의사 결정에 환자가 참여했는가라는 항목에서 우리나라의 값이 좋지 않았다. 비용문제로 진료를 취소하거나 처방약을 취소한 비율은 자료를 보고한 OECD 국가들 낮았다.

## 마. 안전성: 안전한 환경에서 치료, 피할 수 있는 위해로부터 보호

안전성 영역의 지표들은 지표개발 중이거나 국내 자료로 산출 가능하지 않은 경우가 많았다. 비교가 가능한 환자 안전사고 보고 건수는 2017-2019년 사이에 크게 증가하였다. 2018년 기준 주민등록인구(51,826,059명)를 이용하여 산출한 인구 100,000명당 보고 건수는 23.08건으로 영국의 1012.9건보다 상당히 낮았다. 환자 안전사고 보고 건수는 안전사고가 투명하게 보고되고 있는가라는 측면에서 중요한 수치로 수치가 너무 낮다는 것은 많은 안전사고가 보고되지 않고 있음을 의미한다.

OECD 지표에서 안전성 관련 과정지표로 볼 수 있는 부적절한 약물 사용 현황에서 전신 사용을 위해 처방된 항생제의 총처방량, 전체 항생제 중 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방비율은 우리나라에서 OECD 국가 평균에 비해 상당히 높은 편이고 거의 개선되지 않고 있는 영역이었다. 65세 이상 노인 환자의 장기 작용 벤조디아제핀계 약물 처방률은 OECD 국가 평균에 비해 2배 이상 높았고 5개 이상의 약을 만성적으로 복용하는 75세 이상 환자의 비율 또한 OECD 평균에 비해 높았다. .

<표 6-1> 한국 의료의 질 향상 성과

영역 및 지표	연평균 변화율(%)	전년 대비 변화율(%)	한국 측정치	영국 측정치
<b>효과성: 조기사망 예방</b>				
[총괄]피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)(연)	-3.85	-3.35	(남)2,686 (여)1,497	(남)3,168.5 (여)2,484.0
[총괄]피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동)(연)	-3.52	7.36	(남)273.5 (여)299.3	(남)543.1 (여)463.2
[총괄]기대여명(남)(연)	0.95	0.36	11.1	11.5
[총괄]기대여명(여)(연)	1.19	0.09	14.1	13.2
신생아 사망률(28일이 되기 전에 사망)(출생아 천명당)	-1.30	6.67	1.6	6.9
심뇌혈관 질환으로 인한 사망률(75세 미만)(100,000명당)	-4.59	-4.67	30.6	70.8
호흡기 질환으로 인한 사망률(75세 미만)(100,000명당)	0.4	6.60	11.3	33.5
간 질환으로 인한 사망률(75세 미만)(100,000명당)	-3.96	-2.00	9.8	18.7
암으로 인한 사망률(75세 미만)(100,000명당)	-3.81	-5.75	68.8	131.8
모든 암 1년 상대 생존율(%)	0.34	0.24	82.5	-
모든 암 5년 상대 생존율(%)	1.18	-	68.5	-
유방암, 폐암 및 대장암에서 1년 상대 생존율(%)	0.52	0.48	83.0	69.5
유방암, 폐암 및 대장암에서 5년 상대 생존율(%)	4.09	-	66.2	51.4
1, 2기에 진단받은 모든 암 1년, 5년 상대 생존율(%)				
일반적인 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률(%)				
심각한 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률(%)	9.84	3.81	11.48	△
최근에 NHS 서비스를 이용한 성인에서 자살 및 미확인 부상으로 인한 사망률(%)				
영아 사망률(1세 되기 전에 사망)(출생아 1,000명당)	-1.47	0	2.8	3.9
아동 암 5년 상대 생존율(%)	4.74	-	84.0	-
학습 장애가 있는 성인의 사망률 (60세 미만)(%)				
<b>효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선</b>				
[총괄]장기 질환을 가진 사람들의 삶의 질(점)	0.24	-1.02	0.895	△
자신의 상태를 관리 할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율(%)				
장기 질환을 가진 사람들의 고용(%)	0.36	0.31	65.1	△
만성 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(100,000명당)	-4.40	-6.48	283.0	△
천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)(100,000명당)	-6.41	0.69	52.6	△
간병인의 건강 관련 삶의 질(점)				
정신질환을 가진 사람들의 고용(%)	2.08	4.01	46.7	△
정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질(점)				
치매를 가진 사람들의 추정진단율(%)	-	-	98.4	61.4
독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 질병 진단 후 치료의 효과 측정				
3가지 이상의 장기 질환이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질(점)	1.03	-1.11	0.860	△
<b>효과성: 질병 혹은 후유증 회복을 도움</b>				
[총괄]일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환에 대한 응급 입원(100,000명당)	-4.35	-7.51	642.4	1,324.0
[총괄]퇴원 후 30일 이내에 응급 재입원(%)	-1.09	0.65	7.53	13.7

영역 및 지표	연평균 변화율(%)	전년 대비 변화율(%)	한국 측정치	영국 측정치
선택적 시술로 인한 환자의 건강 이득: 신체적 치료				
선택적 시술로 인한 환자의 건강 이득: 정신적 치료				
정신질환을 가진 환자에서 삶의 질 회복				
하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원(100,000명당)	-10.69	30.48	95.4	434.5
중증 외상 이후 생존				
6개월에 Modified Rankin 척도에서 활동/라이프 스타일 개선을 보고한 뇌졸중 환자의 비율				
고관절 골절 : 30일, 120일에 그동안의 운동·보행 능력 수준까지 회복한 환자의 비율				
재활서비스로 퇴원한 지 91일이 지난 후에도 여전히 집에 있는 노인(65세 이상)의 비율				
급성기 혹은 지역 사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스 제공비율				
치아우식증				
병원 입원 통한 치아우식증 치아 발치(10세 이하)	추후산출	추후산출	추후산출	409.4
환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험				
외래서비스 전반적인 만족(%)	4.72		88.8	83.8
외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족(%)	4.70		90.1	-
외래서비스 반응성(의사서비스)(%)	1.87		82.6	-
외래서비스 반응성(간호사서비스)(%)	6.44		88.4	-
입원서비스 전반적인 만족(%)	6.22		89.0	-
입원서비스 진료 또는 치료 결과 만족(%)	3.99		89.8	-
입원서비스 반응성(의사서비스)(%)	4.67		82.2	-
입원서비스 반응성(간호사서비스)(%)	11.4		86.0	-
출산서비스에 대한 여성의 경험				
사망자 가족의 케어의 질에 대한 평가				
지역 사회 정신건강 서비스의 환자 경험				
어린이와 청소년의 의료 경험 개선				
통합 치료에 대한 사람들의 경험 향상				
보건의료 관련 문제로 인한 사망				
환자 안전: 안전한 환경에서 치료, 피할 수 있는 위해로부터 보호				
보건의료서비스 문제로 인한 사망				
보건의료서비스 문제로 인한 심각한 위해				
병원 퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(venous thromboembolism, VTE)으로 인한 사망				
의료 관련 감염 사건(HCAI)-MRSA				
의료 관련 감염 사건(HCAI)-C. Difficile				
범주 2, 3, 4 욕창 환자 비율				
병원 치료 중 추락으로 인한 골절(%)				
만삭아의 입원(임신기간이 37주 이상인 출생아 중 신생아 치료실 입원)(%)	-	-	-	-
환자 안전사고 보고 건수(건)	75.9		23.08	1012.9

주: 변수마다 측정 단위와 분석기간이 다르며 구체적인 내용은 3장 참고, △ 산출방식 차이로 영국과의 수치 직접 비교가 적절하지 않음, □ 국내 가용한 자료 없음, ■ 지표 개발 중, 영국의 수치는 2011-2020년 사이에 측정된 값.

자료: 3장의 내용 요약, NHS(2020). NHS Outcomes Framework 2020/21 Indicator and Domain Summary Tables. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework> 에서 2020.11.2.에 인출.

## 2. 집단별 성과

### 가. 지역별 차이

아래 그림들은 지역별로 나온 총괄지표를 전국 평균치와 비교한 값이다. 효과성 관련 3가지 영역의 5가지 총괄지표를 종합하여 2010년(또는 가장 이른 연도)과 2018년(또는 2019년) 최근 시점에 대해 지역별로 지역의 현황과 전체 평균을 비교하였다. 그림에서 조기사망 예방, 질병 회복 지원은 낮을수록 좋은 지표이고 삶의 질은 높을수록 좋은 지표이며 각 값의 스케일이 다르다. 전국 평균값과의 비교를 위해 삶의 질은 역수로 취하여 낮을수록 좋은 지표로 변환하였다. 지표별 위치는 절대적인 값을 의미하지 않는다. 서울은 2010년(또는 가장 이른 연도)와 2018년(또는 2019년)에 피할 수 있는 조기사망, 장기 질환자의 삶의 질, 급성질환 관련 응급 입원 등에서 전반적으로 전국 평균과 비슷하거나 양호한 편이었지만 응급재입원은 2016년과 2018년에 계속 좋지 않았다. 부산은 2010년(또는 가장 이른 연도)에 성인과 아동의 피할 수 있는 조기사망이 전국 평균에 비해 좋지 않았고 최근 연도에 평균치에 근접하는 방향으로 개선되었으며 질병으로부터의 회복 지원 관련 지표(응급 재입원, 급성질환 관련 응급 입원)는 전국 평균보다 양호한 수준이었으나 만성질환자의 삶의 질은 전국 평균과 유사하였다. 대구는 2010년(또는 가장 이른 연도)에 아동과 성인의 피할 수 있는 조기사망, 장기 질환자의 삶의 질이 좋지 않은 편이었으나 최근 연도에 성인의 조기사망과 장기질환자의 삶의 질은 전국 평균 수준으로 개선되었고 아동의 조기사망은 평균 수준 이상으로 개선되었다. 급성질환 관련 응급입원은 지속적으로 전국 평균보다 낮은 수준을 유지하였다. 인천은 2010년에 아동의 피할 수 있는 조기사망이 전국 대비 양호한 편이었으나 최근 연도에 전반적으로 전국 평균보다 악화하였다. 급성질환 관련 응급입원, 응급재입원 모두 전국 평균보다 좋지 않았고 최근에 약간 개선되었으나 전국 평균에 비해 좋지 않았다. 광주 2010년(또는 가장 이른 연도)에 다섯 가지 지표 모두 전국 평균보다 양호하거나 유사한 수준이었다. 하지만 최근 연도에 아동의 조기사망과 장기질환자의 삶의 질은 전국 평균보다 악화되었다. 대전은 2010년(또는 가장 이른 연도)에 성인과 아동의 조기사망, 장기질환자의 삶의 질은 전국 평균과 유사하거나 낮은 수준이었고 응급 재입원, 급성질환 관련 응급 입원은 전국평균보다 좋지 않았다. 최근 연도에 급

성질환 관련 응급입원은 개선되었으나 응급 재입원은 전국 평균보다 높은 상태를 유지하였다. 울산은 2010년(또는 가장 이른 연도)에 장기질환자의 삶의 질을 제외하면 전국 평균과 유사하거나 양호한 수준이었으나 최근 연도에 오면서 성인의 조기사망은 전국 평균보다 나빠졌다. 경기도는 2010(또는 가장 이른 연도)에 급성질환 관련 응급 입원과 응급입원을 제외하면 전반적으로 전국 평균과 유사하거나 양호한 수준이었고 최근 연도에도 비슷한 양상이었다. 강원도는 2010(또는 가장 이른 연도)에 급성질환 관련 응급입원과 장기질환자의 삶의 질을 제외하면 전국평균보다 좋지 않았고 최근 연도에 아동의 조기사망은 개선되었으나 다른 지표들은 전국 평균보다 좋지 않았다. 충북에서 2010년(또는 가장 이른 연도)과 최근 연도에 모든 지표가 전국 평균과 유사하거나 양호한 수준이었다. 충남에서 2010년(또는 가장 이른 연도)에 급성질환 관련 응급입원과 응급재입원이 전국 평균보다 좋지 않았고 최근 연도에도 비슷한 양상이었다. 전북에서 2010년(또는 가장 이른 연도)에 아동의 피할수 있는 조기사망이 좋지 않았으나 최근 연도에 개선되었다. 반면 급성질환 관련 응급입원은 최근 연도에 악화되었다. 전남에서 2010년(또는 가장 이른 연도)에 아동의 피할 수 있는 조기사망과 응급 재입원은 전국평균보다 양호하였고 급성질환 관련 응급입원은 전국 평균보다 좋지 않았다. 최근 연도에 아동의 조기사망은 개선되었으나 좋지 않았던 지표인 급성질환 관련 응급입원은 여전히 전국 평균보다 좋지 않았다. 경북에서 2010년(또는 가장 이른 연도)에 아동의 피할 수 있는 조기사망은 전국 평균보다 양호했고 급성질환 관련 응급 입원은 좋지 않았는데 최근연도에 급성질환 관련 응급 입원은 개선된 반면 아동의 조기사망은 전국 평균보다 악화되었다. 경남에서 2010년(또는 가장 이른 연도)에 성인의 피할 수 있는 조기사망이 상대적으로 좋지 않았으나 최근연도에 개선되었다. 그 외 지표들은 전국 평균과 유사하거나 양호했고 지속적으로 비슷한 수준을 유지하였다. 제주 는 2010년(또는 가장 이른 연도)에 아동의 조기사망과 급성질환 관련 응급입원, 응급 재입원이 전국 평균보다 좋지 않았고 최근연도에 일부 개선되었으나 여전히 전국평균보다 좋지 않았다. 세종에서 최근 연도의 지표 값을 전국 평균과 비교할 경우 성인의 조기사망, 급성질환 관련 응급 입원은 양호하지만 아동에서의 피할 수 있는 조기사망은 전국 평균보다 좋지 않았다. 2010년(또는 가장 이른 연도)에 비해 대부분의 지역에서 전반적으로 지표값이 개선되었는데 특히 부산, 대구, 광주 등에서 개선 정도가 컸다.

[그림 6-1] 서울: 효과성 영역 지표 종합



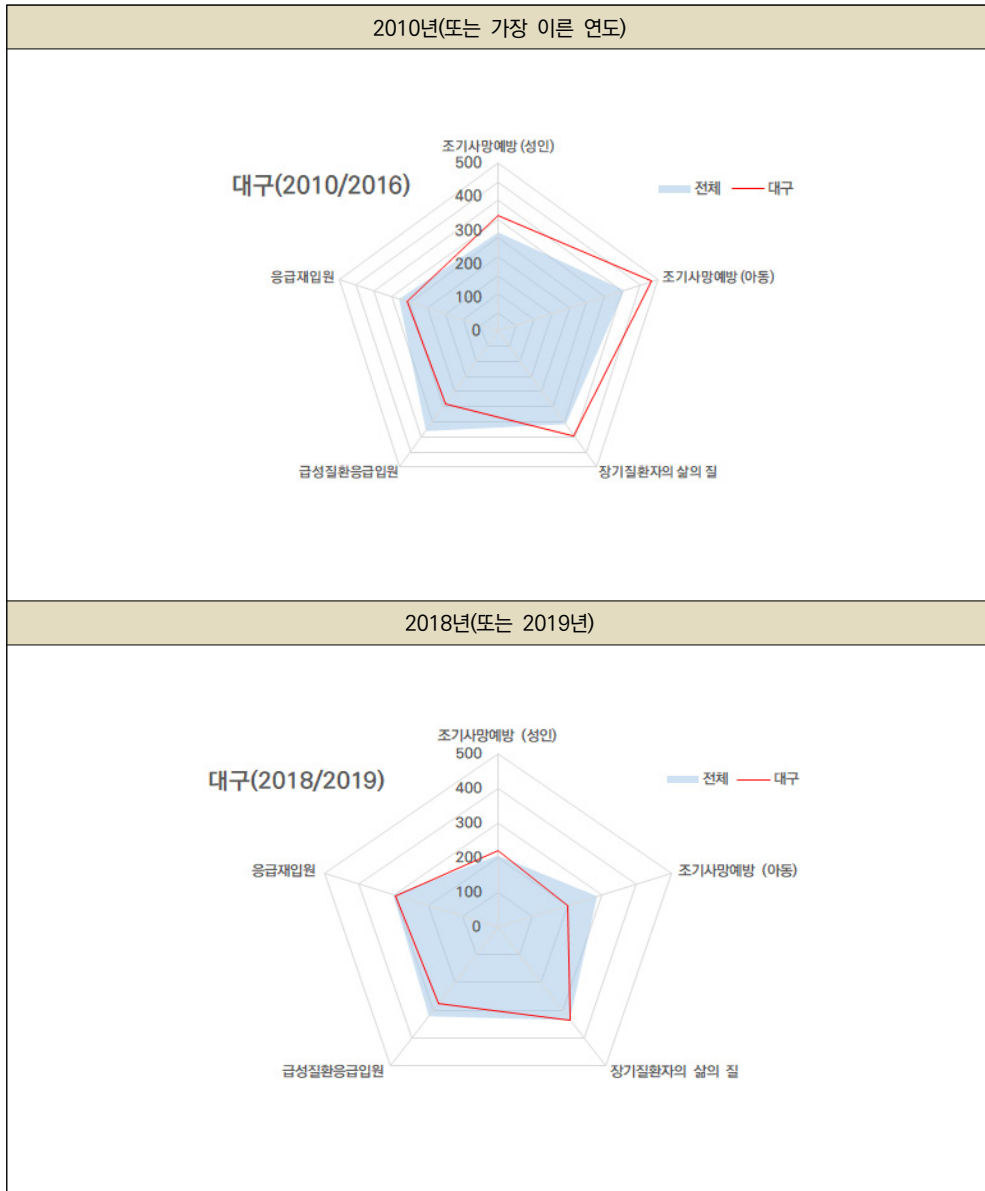
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-2] 부산: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

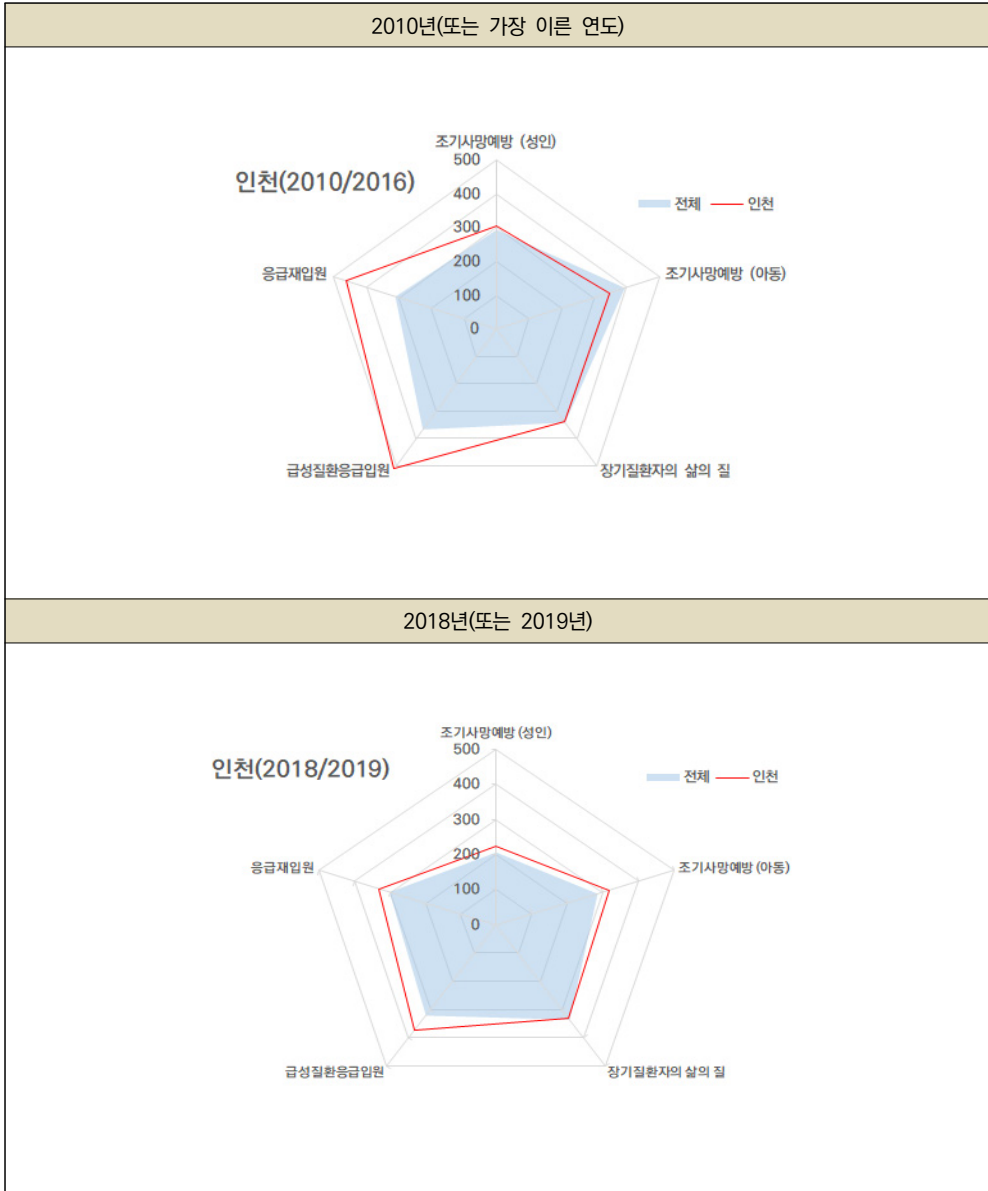
[그림 6-3] 대구: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

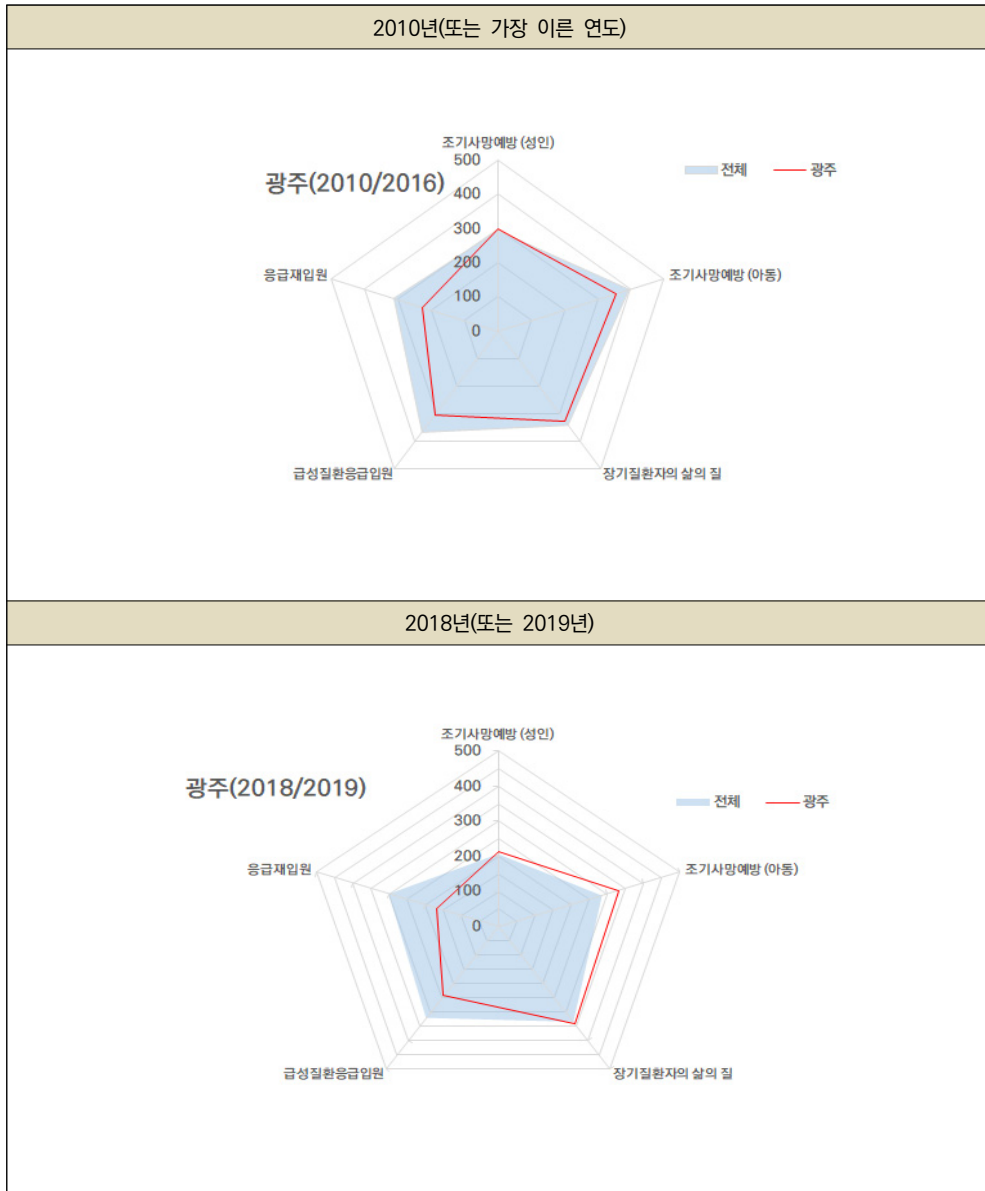


[그림 6-4] 인천: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-5] 광주: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-6] 대전: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-7] 울산: 효과성 영역 지표 종합



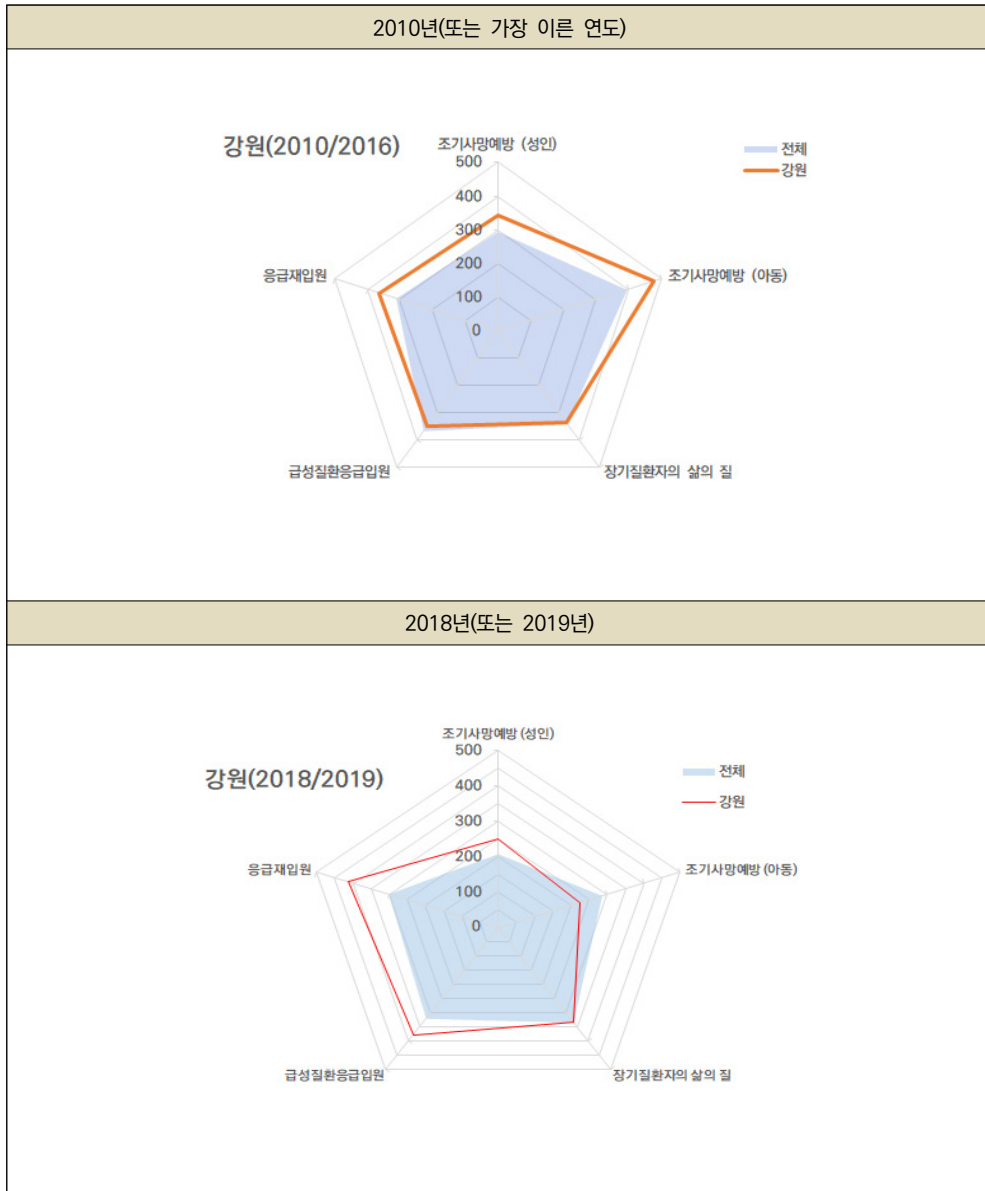
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-8] 경기: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-9] 강원: 효과성 영역 지표 종합



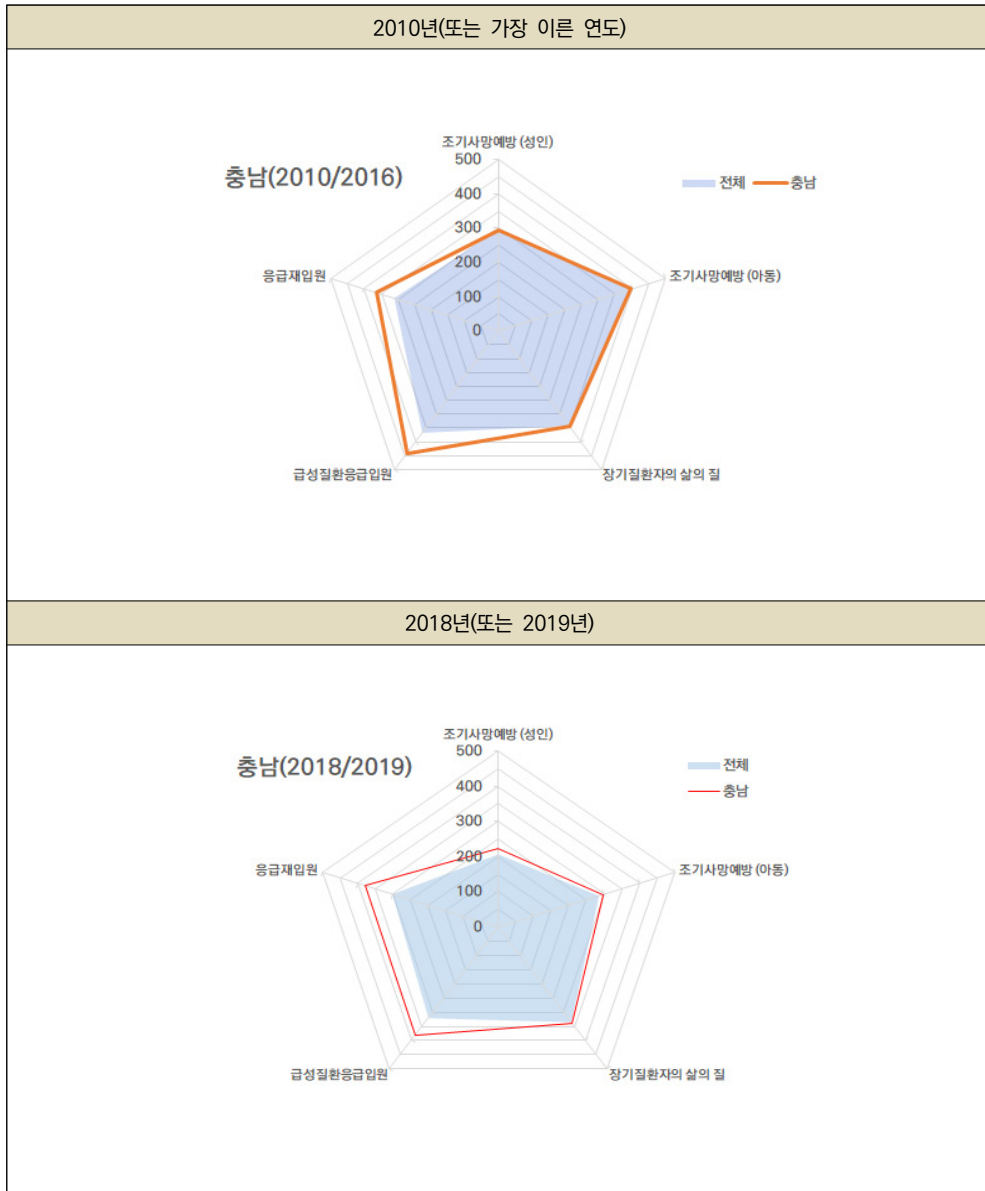
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-10] 총복: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-11] 충남: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.



[그림 6-12] 전북: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-13] 전남: 효과성 영역 지표 종합



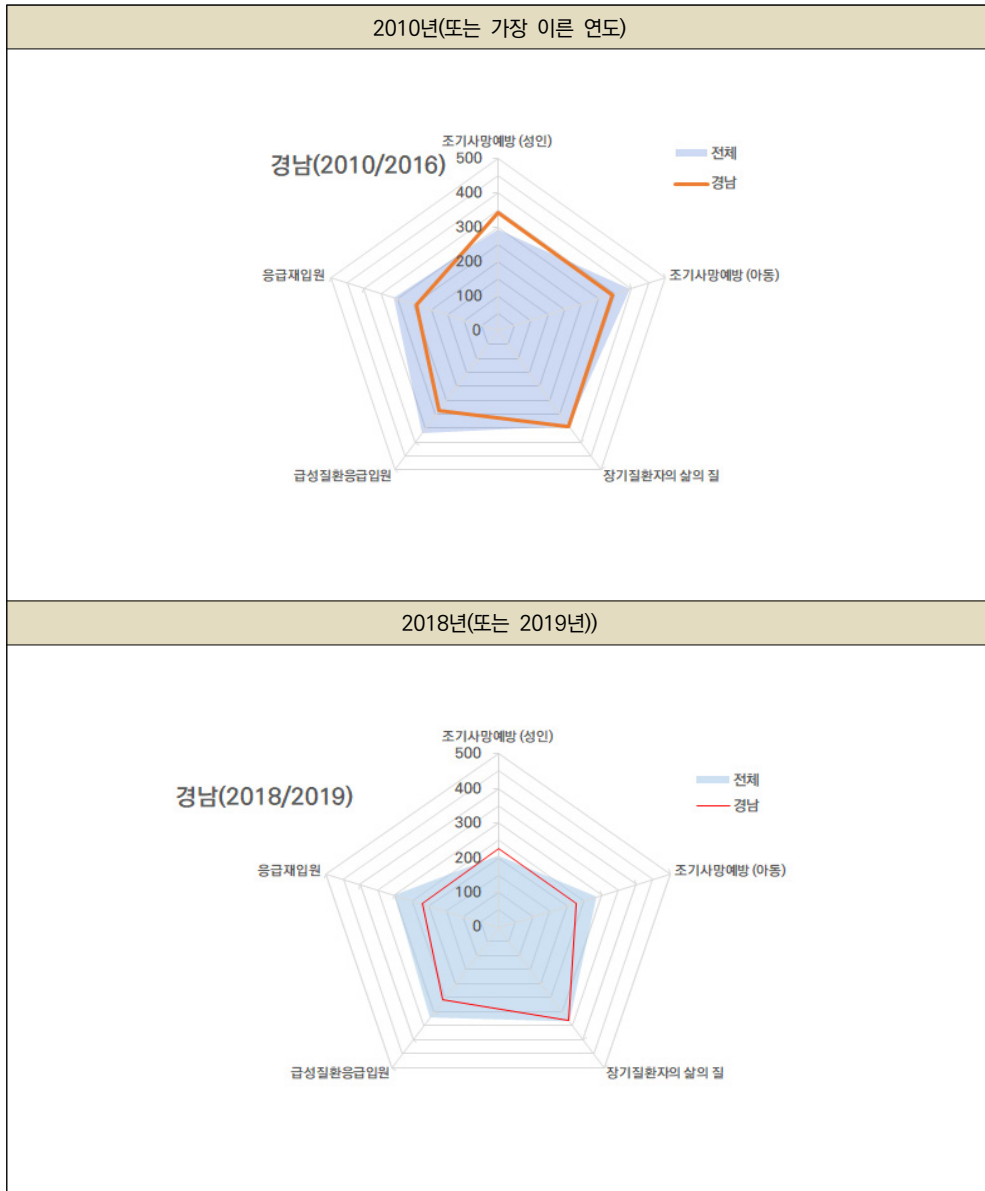
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-14] 경북: 효과성 영역 지표 종합



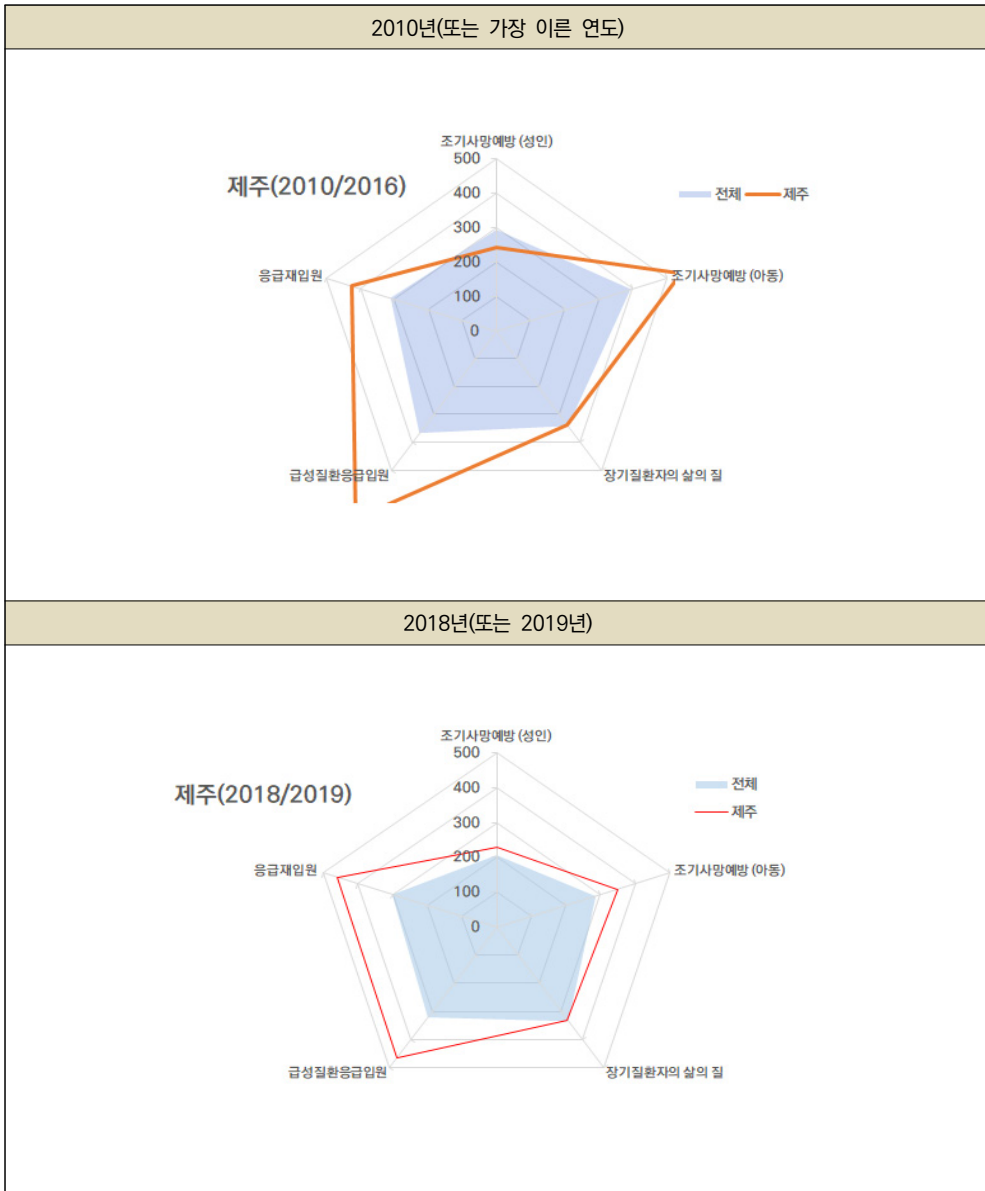
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-15] 경남: 효과성 영역 지표 종합



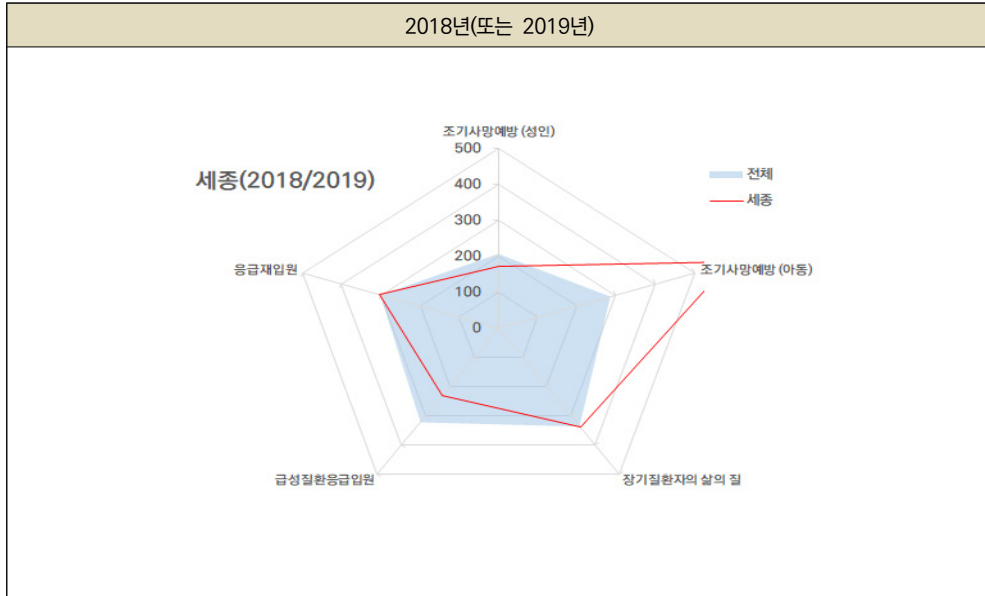
주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-16] 제주: 효과성 영역 지표 종합



주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음. 상단의 응급 재입원과 급성질환 응급 입원은 2016년 수치임.

[그림 6-17] 세종: 효과성 영역 지표 종합

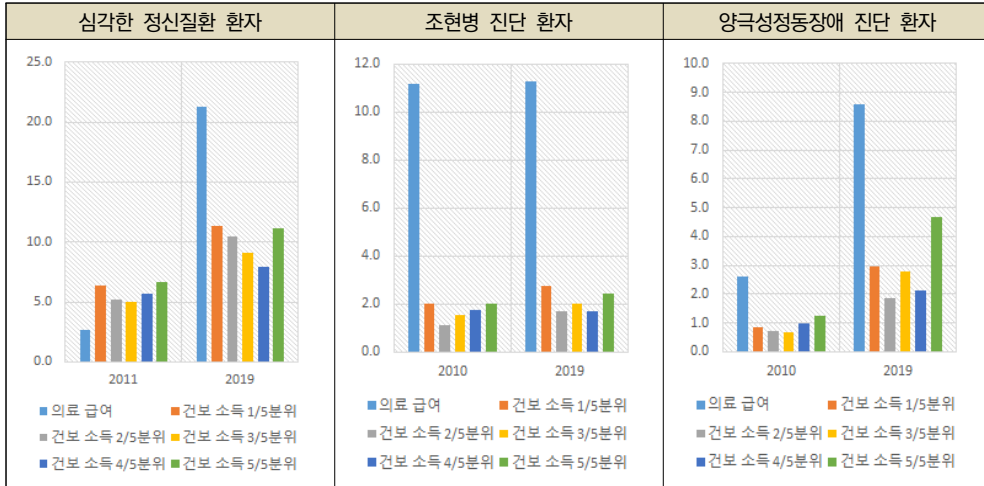


주: 3장의 내용을 이용하여 작성하였으며 전국 평균과 비교할 목적이므로 값 자체가 절대적인 의미를 가지지 않음.

## 나. 사회경제적 수준에 따른 차이

조기사망 예방 영역은 사회경제적 수준 자료로 활용이 가능한 지표의 결과를 살펴보면 우선 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률은 소득 수준에 따른 차이가 있었는데 2019년 의료급여, 건강보험 소득 1분위에서 높았고 2011년 대비 다른 소득 분위보다 빠르게 증가한 양상이었다. 조현병과 양극성정동장애 진단 환자의 초과 사망도 의료급여에서 가장 높았다.

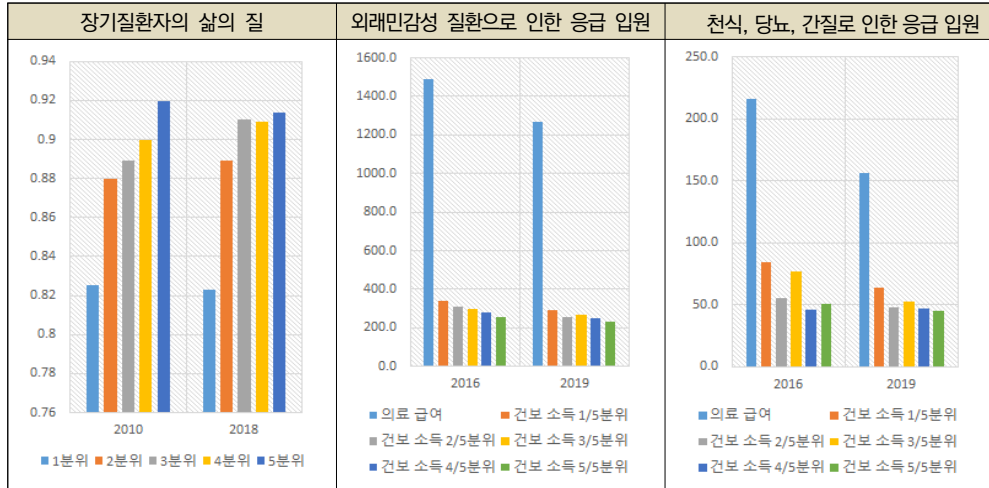
[그림 6-18] 효과성: 조기사망예방 영역에서 정신질환 관련 초과사망의 소득수준에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함

장기 질환을 가진 사람들의 삶의 질 측면에서 건강관련 삶의 질 지표로 본 장기질환자의 삶의 질은 소득 수준이 낮을수록 점수가 낮았다. 2010년과 2018년 사이에 소득 2분위, 3분위, 4분위는 점수가 증가했지만 소득 1분위는 거의 변화가 없었고 소득 5분위는 점수가 낮아졌다. 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 의료급여에서 가장 높았고 건강보험 가입자에서도 소득 분위가 높아질수록 낮은 값을 가졌다. 천식, 당뇨, 간질로 계획되지 않은 입원 또한 의료급여에서 가장 높았는데 최근 연도에 소폭이지만 건강보험 가입자와 비교하면 감소하는 양상이었다. OECD 지표들을 살펴보면 고혈압 입원율, 울혈성심부전 입원율, 당뇨 입원율, 천식 입원율, 만성폐쇄성 폐 질환 입원율은 모두 의료급여에서 가장 높았고 대체로 소득 수준이 낮을수록 높은 양상이었는데 전반적으로 의료급여를 포함해 모든 소득분위에서 감소하는 양상이었고 의료급여에서 감소 정도가 컸다.

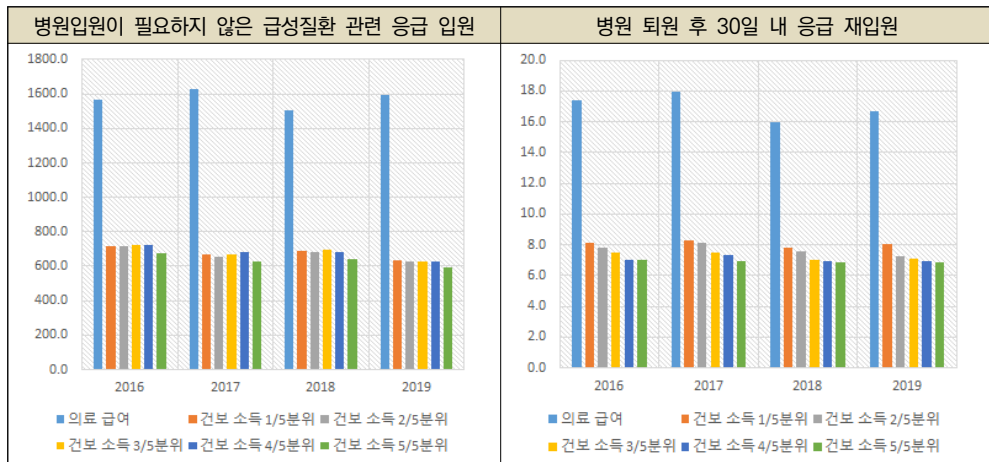
[그림 6-19] 효과성: 장기질환자의 삶의 질의 소득수준에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함

질병 혹은 상해로부터의 회복 지원 영역에서 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원 또한 의료급여에서 가장 높았고 건강보험 소득 5분위에서 가장 낮았다. 병원 퇴원 후 30일내 재입원도 의료급여에서 가장 높았고 건강보험 가입자 중에서는 소득 1분위에서 상대적으로 높았다.

[그림 6-20] 효과성: 질병으로부터 회복 영역의 소득수준에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함



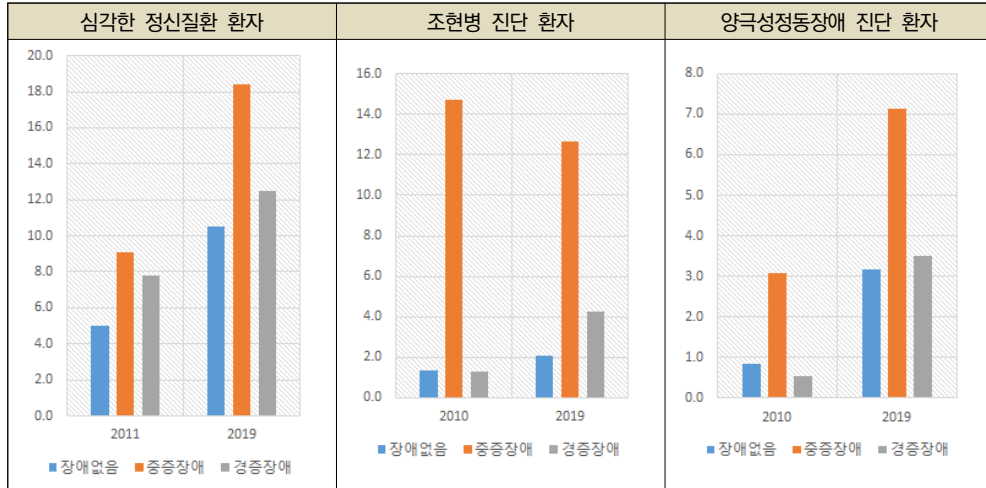
환자 경험은 교육수준이 낮은 경우 긍정적으로 응답하는 비율이 낮았는데 외래 서비스와 입원 서비스의 전 영역에서 이와 같은 양상이 있었다. 소득 수준에 따른 일관된 양상은 없었지만, 의료급여 환자인 경우 전 영역에서 긍정적으로 응답하는 비율이 상대적으로 낮았다.

코로나19 동안 미충족 의료 경험을 살펴보면 전체적으로 미충족 의료 경험은 소득이 높은 계층에서 높았지만, 서비스 영역으로 나누었을 때 정기 외래 서비스, 입원·수술 서비스, 응급 서비스에서 소득이 낮은 계층의 치료를 받지 못한 경험의 비율이 더 높았고 비정기 외래 서비스에서 소득이 높은 계층의 치료를 받지 못한 경험의 비율이 더 높았다. 정기 외래 서비스나 입원·수술 서비스, 응급 서비스가 상대적으로 필요 수준이 더 높다고 볼 때 저소득층에서 반드시 필요한 서비스를 받지 못한 경험이 높은 것으로 파악 된다. 정기 외래 서비스를 받지 못한 이유에 대해 전반적으로 본인 스스로 진료 혹은 치료 포기 응답 비율이 높았는데, 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청은 가구 소득 400만 원 초과 계층보다 가구 소득 100만 원 이하 계층에서 상대적으로 많았다.

#### 다. 장애상태에 따른 차이

장애 상태에 따라 보면 중증 정신 질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과 사망률은 장애없음에 비해 경증장애, 중증장애일수록 값이 높고 더 빠르게 증가하는 양상이었다. 조현병 진단 환자의 초과 사망은 장애없음과 경증장애보다 중증장애에서 10년에 10배 이상 높았고 2019년에 감소하는 양상이었으나 여전히 차이가 컸다. 양극성정동장애 진단 환자의 초과사망 또한 2010년에 중증장애에서 경증장애, 장애없음 보다 높은 수준이었으나 최근으로 오면서 중증장애에서 값이 감소하고 장애없음과 경증장애에서 증가하면서 2019년에는 비슷한 수준이었다.

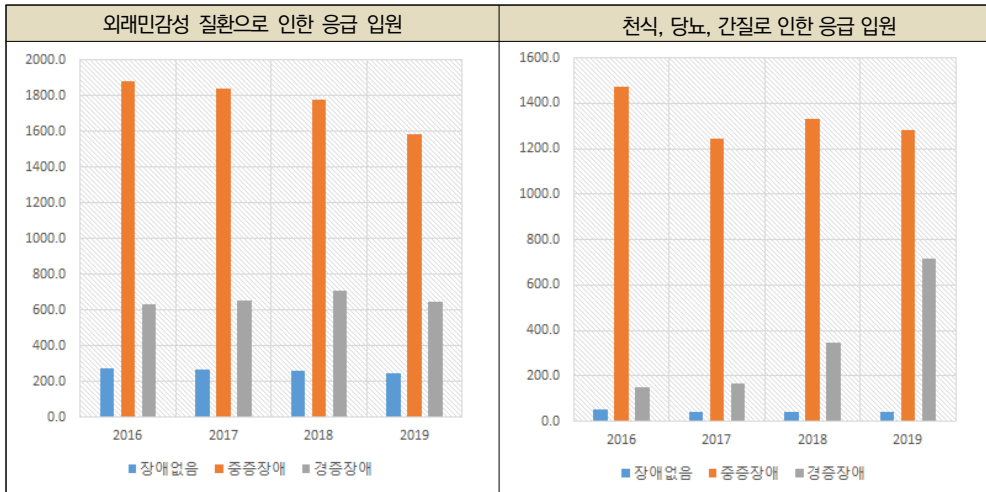
[그림 6-21] 효과성: 조기사망예방 영역에서 정신질환 관련 초과사망의 장애상태에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함

장애 상태에 따라 보면 중증 정신 질환을 가진 성인에서 외래 민감성질환으로 인한 계획되지 않은 입원, 천식, 당뇨, 간질로 계획되지 않은 입원은 장애없음, 경증장애, 중증장애 순으로 높았는데 경증장애에서 천식, 당뇨, 간질로 계획되지 않은 입원의 증가의 정도가 컸다. 고혈압 입원율, 울혈성심부전 입원율, 당뇨 입원율, 천식 입원율, 만성 폐쇄성폐 질환 입원율은 모두 장애없음, 경증장애, 중증장애 순으로 높았고 당뇨 입원율을 제외하면 전반적으로 감소하는 양상이었고 중증장애에서 감소 정도가 컸다. 당뇨 입원율은 경증장애와 장애없음에서는 소폭이지만 감소하는 양상이었지만 중증장애에서는 거의 변화가 없었다.

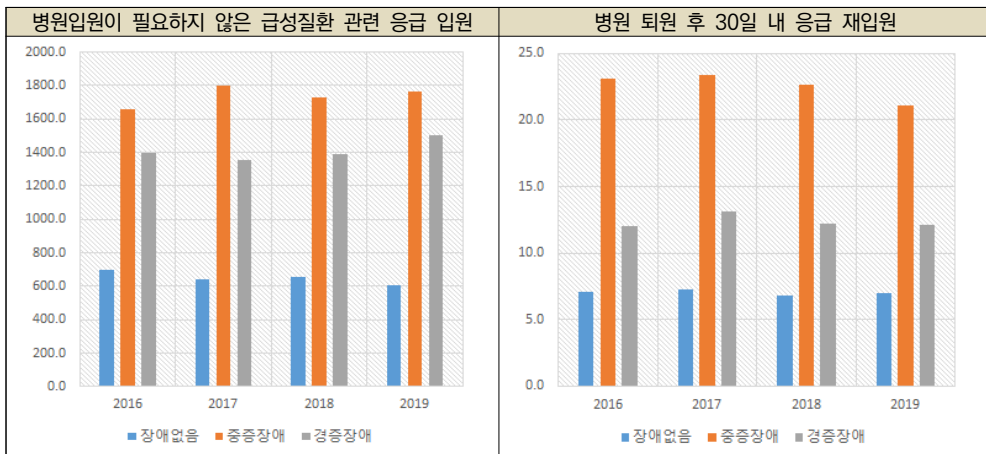
[그림 6-22] 효과성: 장기질환자의 삶의 질의 장애상태에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함

장애 상태로 구분하여 살펴보면 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원은 장애없음, 경증장애, 중증장애 순으로 높았고 앞선 다른 지표들에 비해 경증장애와 중증장애의 차이가 크지 않았다. 병원 퇴원 후 30일 내 재입원도 장애없음, 경증장애, 중증장애 순으로 높았고 상대적으로 경증장애와 중증장애의 차이가 크지 않았다.

[그림 6-23] 효과성: 질병으로부터 회복 영역의 장애상태에 따른 차이



주: 3장의 내용을 이용하여 작성함

### 3. 시사점

전반적으로 한국에서 조기사망 예방의 성과는 좋지만 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선이나 질병 혹은 후유증 회복을 돕는 정도는 미흡하다. 이는 영국 NHSOF를 활용하여 한국의 의료 질 추이를 분석한 결과나 OECD 국가들과의 국제 비교를 통해 살펴본 결과에서 모두 유사하게 확인되었다. 만성질환을 가진 사람들이 증가하면서 질환의 치료가 점점 불가능해지고, 일상적인 관리의 중요성이 강조되고 있다는 점을 고려하면 향후 두 가지 영역에 대한 정책적 관심이 필요함을 시사한다. 사실 이러한 문제는 지속적으로 제기되어 왔던 문제로 최근 몇 가지 정책들이 도입되었다. 예를 들어 질환 관리의 중요성이 증가하면서 건강검진을 할 때 사후 검진을 하도록 지원하기 시작했고 교육과 관리를 강조한 일차 의료만성질환관리 시범사업 등이 시행되고 있다. 이러한 제도들이 실제 만성질환자들의 건강 관리 수준을 높여 삶의 질과 고용률 개선으로 이어지는지 향후 지속적인 모니터링이 필요할 것이다.

지역 간 변이는 전반적으로 증가하거나 변함없이 유지되었고 자궁경부암 검진율의 경우 소폭이지만 감소하였다. 지역 간 의료격차는 끊임없이 문제로 제기되었는데 원인을 보다 구체적으로 파악하기 위해서는 질환별 효과적인 관리 방안 및 예방, 치료, 관리, 재활 등 각 영역에 대한 검토가 필요할 것이다. 사회경제적 수준별로 살펴보면 전반적으로 의료급여를 비롯해 소득 수준이나 교육 수준이 낮은 경우 지표 값이 좋지 않았고 장애 상태에 따라서는 중증장애에서 값이 좋지 않았다. 일부 지표를 제외하면 최근으로 올수록 격차는 줄어드는 양상이었다.

영국의 NHSOF는 가능한 한 포괄적이고 핵심적인 건강지표를 사용하면서 전체 평균으로 봤을 때 잘 드러나지 않는 집단의 양상을 보여줄 수 있도록 구성되었다. 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수 등은 많이 보고되었지만, 상대적으로 건강 수준이 양호하여 문제가 드러나지 않을 수 있는 아동에 대해 분리하여 지표를 산출하는 방식을 제시하였다. 본 분석의 결과, 성인의 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수는 상당히 개선되었지만 최근 들어 아동에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수가 증가한 것으로 나타났다. 정신 질환자와 같은 취약 계층의 초과사망 또한 본 연구에서 확인할 수 있었다. 대부분의 건강 결과 지표가 2010년에 비해 개선되어왔음에도 불구하고 심각한 정신 질환으로 인한 사망은 한국에서 지속해서 증가했다.

포괄적이고 핵심적인 건강 결과를 중심으로 보여준다는 점에서 결과가 나온 원인은 다각도의 분석을 통한 규명이 필요하다. 따라서 영국 NHS도 국가 수준에서 의료 질 전략 하에 NHSOF를 활용해 건강결과에 기반한 시스템의 성과를 보고하면서 개선을 위해 건강결과와 관련된 질 표준을 만들어서 제시하고 지역에서 이를 활용하였다. Care quality Commission이 서비스의 질 평가와 관리를 수행하거나 일차 의료 영역의 질 개선을 위해 Quality and Outcome Framework(QOF)를 통해 결과와 연관된 임상 표준(일종의 과정), 조직 표준(일종의 구조), 환자 경험 등과 같은 의료 질의 분야들을 지불 제도와 연계한다. 본 연구에서 보여준 국가 수준의 건강결과가 시스템과 효과적으로 연계되어 질 개선하는 활동으로 가기 위해서는 각 지표와 관련된 정책과 활동에 대하여 포괄적인 분석이 필요하다. 즉, 본 연구의 분석 결과가 전반적인 시스템의 성과를 보여준다면 결과와 관련된 정책이나 지표를 심층적으로 분석하여 보건의료 제도에서 구체적으로 개선될 분야를 확인하는 연구가 필요하다.

한편 성인에서 전반적으로 피할 수 있는 원인으로 인한 사망이 개선되었음에도 호흡기 질환으로 인한 사망이 증가하였다. 이에 대해 미세먼지 등의 환경오염을 그 원인으로 보고 있는데 한편으로 폐렴으로 인한 사망률 증가도 함께 보고되었다. 이것의 의료서비스 질의 문제인지 환경적 요인의 문제인지 등에 대해서는 지속적인 검토가 필요하다.

## 제2절 국가 의료 질 측정과 보고 개선을 위한 과제

### 1. 한국의 의료시스템 특성을 반영한 지표 개발

한국의 주요한 건강 문제를 반영한 지표의 반영이 필요하다. 다양한 질병에 대한 지표들을 제시할 수도 있으나 개선이 필요한 핵심 영역의 지표를 제시할 수도 있다. 현재 의료시스템이 다루고 있지 않은 영역이라도 국민의 건강수준 향상이라는 목표하에 해결되어야 할 문제일 경우 지표로 포함하는 방안도 가능하다. 이를 위해서는 한국의 의료제도가 무엇에 중점을 둘 것인가에 대한 합의가 필요하다.

패러다임을 사람 중심 보건의료 제도로 전환해야 하는 것의 중요성을 강조하는 환경과 한국의 의료시스템의 특성을 고려한다면 '사람 중심', '환자 중심'에 대한 개념 정의

와 지표 개발이 필요하다. 현재 진행되고 있는 환자 경험은 의료서비스를 이용한 사람을 대상으로 한다. 하지만 보건의료제도의 반응성이라는 측면은 인구집단 수준에서 의료시스템이 가진 역량을 포함한다. 상급종합병원으로의 의료이용 집중현상은 의료 질의 문제로 볼 수 있는데 지역에서 안심하고 이용할 수 있는 의료체계가 있는가 등과 같은 지표의 개발이 가능하다.

## 2. 자료원 개발

장기 질환자에 대한 자료원 개발이 필요하다. 사회의 환경이 변화하면서 만성질환이 증가하고 있다는 점에서 질환의 치료가 가능하지 않더라도 질환을 지니면서 일상생활을 가능하게 하는 것이 중요하다. 이는 만성질환의 관리라는 측면에서 의료서비스가 하는 역할이다. 단기 질환의 경우 그 영향은 작을 수 있지만 특히 장기 질환을 가지고 있는 사람들의 삶의 질이나 경제활동 참여 정도가 중요한 지표일 수 있다. 본 연구에서는 국민건강영양조사를 이용해 만성질환자에의 삶의 질과 고용률을 산출하였는데 여기에서 만성질환자가 정확히 장기 질환자는 아니다.(영국에서는 ‘1년 이상 관리가 필요한 질환이 있습니까?’라는 질문으로 장기 질환 여부를 확인한다) 일부 자료(예를 들어 한국복지패널)가 6개월 이상 치료를 요하는 질환을 묻고 있지만 해당 자료에는 삶의 질 지표를 측정하고 있지 않아 이를 사용할 수 없었다. 또한 정신질환에 대한 자료원 개발이 필요하다. 한국 사회에서 정신질환자가 증가하였음에도 불구하고 이에 대한 사회적 편견은 현재 정신질환자들의 건강수준이 어떠한지를 상대적으로 드러나지 못하게 하는 요인이다. 특히, 대부분의 설문자료에서 우울증 여부는 묻고 있지만 전체적인 정신질환 유병 여부를 묻고 있지는 않다.

의료서비스 이용 경험 조사는 현재 외래와 입원서비스 중심으로 이뤄지고 있으나 환자 경험이 특히 취약할 수 있는 영역을 선정하여 조사하는 방안 등에 대한 검토가 필요하다. 환자 안전성 지표와 관련해서는 상당수가 측정이 가능하지 않았다. 병원 퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(venous thromboembolism, VTE)으로 인한 사망이나 보건의료 관련 감염 중 MRSA, C. Difficile은 건강보험 청구자료를 활용해 지표 산출이 가능하지만, 그 값의 신뢰도가 낮은 것으로 알려져 있다. 보건의료 관련 감염이 투명하게 보고되고 있지 않기 때문이다. 하지만 그러함에도 불구하고 향후 연구에서는 가능한

범위에서 보여주는 것이 의미가 있을 수 있다. 결과값을 절대치로 신뢰할 수 없더라도 전반적인 추이를 보여줄 수 있을 것이다.

### 3. 산출 가능하지 않더라도 측정이 필요한 지표에 대한 지속적인 보고

우선, 측정이 필요하지만 현재는 가능하지 않은 지표에 대한 지속적인 보고가 필요하다. 영국의 NHSOF는 처음부터 완벽한 세트의 결과지표를 제시하지 않았으며 영국 보건부에서 관련 문서들에서 NHSOF는 지속해서 발전해가는 체계라고 밝히고 있다. 일관된 추이 검토를 위해 가능한 지표를 전면적으로 바꾸지는 않지만 측정이 필요한 영역임에도 최적의 지표를 도출하는 데에 시간이 소요되는 경우, 또는 측정이 필요한 지표에 대해 현재 사용 가능한 자료로는 측정이 불가능한 경우 등이 있다. 따라서 이를 지속적으로 개선해간다는 의미이다. 현재까지 우리나라에서 의료 질에 대한 모니터링은 측정 가능한 지표를 중심으로 이뤄져 왔고 측정이 필요함에도 현재 측정이 불가능한 지표를 포괄적인 평가체계 내에서 제시하지 않았다. 그런 점에서 향후 의료 질의 측정과 보고에 있어 측정이 가능하지 않은 지표가 무엇인지를 지속적으로 보고하는 방식이 필요하다.

### 4. 국가 의료 질 전략에 기반한 성과 보고체계 마련

시스템의 성과 보고는 국가의 의료 질 전략을 반영하여 구성될 필요가 있다. 다만 본 연구에서 제시한 영국의 NHSOF는 OECD 등 관련 논의들에서 제시되어온 틀을 발전시킨 방식으로, 총괄지표는 해당 영역을 모두 포괄하는 방향에서 구성되었다. 이를 벤치마킹하더라도 성과 보고의 세부지표는 우리나라의 의료 질 전략의 반영이 필요하다. 현재 우리나라에서는 국가 수준의 의료 질 전략이 수립되고 있지는 않다. 다만 국민건강보험종합계획, 사회보장기본계획 등 주요 국가 계획에서 의료 질 관련 정책의 방향과 이에 기반한 세부지표 제안이 가능할 것이다. 또한 현재 취약한 영역을 검토하여 이에 기반해 측정이 필요한 지표를 포함할 수 있을 것이다. 향후 연구에서 이를 고려할 필요가 있다.





사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제2부

의료시스템 성과 제고를 위한  
의료 질 관리 체계





# 제7장

## 우리나라 의료 질 관리체계 분석

제1절 효과성 개선 영역

제2절 환자 중심성 강화 영역

제3절 안전성 개선 영역

제4절 소결



## 제 7 장 우리나라 의료 질 관리체계 분석

앞서 1장에서 살펴본 것처럼 의료 질 관리체계는 다양한 측면에서 평가할 수 있다. 1부 한국 의료 질 보고에서의 분석틀과 구성요소 일부만 동일하다. 이는 1부가 시스템 수준에서의 성과로 얻은 건강결과를 중심으로 보고한다면 2부에서는 좋은 건강결과를 낳기 위한 구조와 과정, (단기적인) 결과까지도 의료의 관리체계에 포함하기 때문이다. 본 장에서는 국가 수준의 의료 질 관리체계를 분석하는 것에 목적이 있으므로 선행 연구들에서 제시된 의료 질의 다차원적 속성 중 가능한 포괄적으로 정책 및 제도를 분석할 수 있는 속성을 활용하고자 하였다. 이에 따라 의료 질 강화의 목적인 효과성, 환자 중심성, 안전성 측면에서 크게 3개의 절로 구분하여 각 목적을 달성하기 위한 제도 및 정책이 어떻게 구성되어 있는지를 살펴보았다. 하나의 정책이 두 가지 영역에 모두 영향을 미칠 수 있는데 그 때에는 관련된 내용을 중심으로 해당 정책을 중복해서 제시하였다. 한편 3가지 측면은 의료서비스의 기능 혹은 환자의 니즈에 따라 예방, 치료 및 관리, 장기요양, 생애 말기 치료 등 각 영역에서 구현된다. 절별 정책을 검토할 때 이러한 의료서비스의 기능을 적용하여 세부 항목을 구성하였고 각 정책의 기술의 개별 정책이 어떤 전략을 담당하는지(표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동), 주요 정책의 대상은 누구인지를 확인하였으며 가능한 경우 정책이 의료 질의 구조, 과정, 결과를 어떻게 포함하고 있는지를 기술하였다.

〈표 7-1〉 의료 질 전략 분석틀의 구성

영역	항목
의료 질의 구성범주	효과성, 안전성, 환자 중심성
환자의 니즈	일차 예방, 회복, 질환을 가지고 생활, 말기 케어
질 전략의 일반 영역	법제화와 규제(표준 설정), 모니터링과 측정, 질 보증과 개선
의료 질 접근법	구조, 과정, 결과
전략의 대상	개별 전문가, 의료기술(의약품, 의료기기), 공급자 조직(병원, 일차 의료센터), 환자와 지불자

## 제1절 효과성 개선 영역

### 1. 일차 예방 및 이차 예방

일차 예방 및 이차 예방에서는 크게 3가지 측면으로 나눠 살펴본다. 첫 번째는 사전 예방으로 건강 증진 영역이다. 건강 증진은 전통적으로 의료서비스 영역은 아니었지만, 만성질환이 증가하면서 사전 예방의 중요성이 강조되고, 의료시스템에서도 확대되고 있다. 하지만 어느 정도까지 의료서비스가 담당해야 하는지 명확하지 않다. 이와 관련된 내용을 전체적으로 살펴보고자 한다. 두 번째는 감염병 예방이다. 감염병의 발생을 사전에 차단하기 위한 활동과 예방접종이 포함된다. 세 번째는 질환의 조기발견과 관련한 건강검진이다.

우선 사전 예방과 관련한 건강 증진 영역을 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동이라는 세 가지 질 전략 측면에서 살펴본다. 질병의 예방과 관련한 사항을 정한 대표적인 법은 국민건강증진법이다. 국민건강증진법은 ‘건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강 생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진’한다고 목적을 정하고 있는데(국민건강증진법 제1조). 동법 제4조에 따라 보건복지부장관은 국민건강증진의 기본 목표 및 추진 방향, 주요 추진과제 및 추진 방법, 건강 취약 집단 등에 대한 건강 증진 지원 방안, 국민건강증진 관련 통계 및 정보의 관리 방안 등을 담은 국민건강증진종합계획을 5년마다 수립하여야 한다(동법 제4조). 국민건강증진법에서 정하고 있는 국민건강증진사업은 보건교육, 질병 예방, 영양 개선, 신체활동 장려, 건강 관리 및 건강 생활의 실천 등을 포함한다. 관련 사업을 담당하는 대표적인 기관은 한국건강증진개발원이다.<sup>20)</sup> 건강증진개발원은 관련 정책을 수립하기 위해 자료를 개발하고, 종합계획 수립을 지원하며, 지역보건 의료계획에 대한 기술을 지원하고, 국민건강증진과 관련된 연구과제의 기획과 평가를 하는 업무를 담당한다. 국민건강증진법 제4조 ‘국민건강증진종합계획의 수립’에 따라, 성과지표 모니터링 및 평가를 통해 국민의 건강수준 및 건강정책의 효과를 평가하고 국가 건강증진 전략 도출 및 건강증진 정책 개발의 근거를 제공한다(국민건강증진법

20) 국민건강증진사업의 원활한 추진을 위하여 필요한 정책 수립의 지원과 사업평가 등의 업무를 수행할 수 있도록 한국건강증진개발원을 설립하였다(국민건강증진법 제5조의3).

제17761호).<sup>21)</sup> 제4차 국민건강증진종합계획(2016-2020)은 금연, 절주, 신체활동, 영양 등 건강 생활 실천 확산, 암, 건강검진, 관절염, 심뇌혈관 질환, 비만, 정신보건, 구강보건 만성퇴행성 질환과 발병위험요인 관리, 예방접종, 비상방역 체계, 의료 관련 감염, 결핵, 에이즈 등 감염질환 관리, 식품안전, 손상 예방 등 안전환경 보건 등을 포함한다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2015). 국민건강증진법이나 국민건강증진종합계획을 검토할 때 일차 예방 및 이차 예방을 위한 근거 자료를 검토하여 질 표준을 수립하고 모니터링하는 역할은 정확히 규정되어 있지 않다. 한편 권역 심뇌혈관질환센터의 사업 중에는 지역 사회 주민 대상의 심뇌혈관 질환 예방교육이 포함된다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.41-42). 의료기관은 이러한 사업 수행을 할 경우 평가에 반영되어 지원금을 차등 적용받게 된다. 사전 예방 측면에서 심뇌혈관 질환과 관련하여 질의 표준 수립, 질 개선 활동이 일부 있다고 볼 수 있지만 권역 심뇌혈관질환센터의 전체 사업을 놓고 볼 때 그 비중은 크지 않다. 현실적으로 근거 자료 수집 등을 통해 질의 표준을 수립하는 활동을 수행하고 있다고 보기는 어렵다. 정리하면 최근 보건 의료 영역에서 사전 예방의 중요성이 강조되고 있지만 근거 자료를 수집하여 질의 표준을 수립하는 활동은 거의 없다. 국민건강증진종합계획에 성과지표 모니터링 및 평가가 포함되는 등 모니터링과 질 개선 활동이 일부 있지만, 근거 수집 및 표준 수립을 위한 활동이 이뤄지지 않는 상황에서 사업의 효과성이 제한적일 수 있다.

두 번째는 감염병 예방과 관련해서 발생을 사전에 차단하기 위한 활동과 예방접종으로 크게 나뉘어 살펴볼 수 있다. 5년마다 수립되는 감염병 예방 및 관리 계획에는 감염병 예방 관련 사업 계획과 추진 계획을 담도록 정하고 있고 감염병관리위원회는 감염병 예방 관련 지식 보급 등을 담당한다고 정하고 있다. 내성균 관리 대책 등도 감염병 예방법에 포함되어 있다(감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 제17491호). 감염병 예방은 환자 안전과도 관련이 있어 제3절에서 좀 더 살펴보겠다. 의료 관련 감염관리학회가 자체적으로 중환자실에 대한 감염감시를 시작한 사례가 있지만 중앙 정부 차원에서 감염병을 예방하기 위해 표준을 수립하고, 모니터링, 질 개선 활동을 한 바는 명확하게 제시되어 있지 않다. 감염병 예방과 관련하여 예방접종 영역을 구분하여 표준 수립, 모

21) 국민건강증진법 제16조는 국민의 건강 및 영양 상태를 파악하기 위해 정기적으로 국민건강영양조사를 실시한다고 밝히고 있다(동법 제16조). 이러한 자료에 근거해서 만성질환의 현황, 국민의 전반적인 건강 수준이 보고되고 있다.

니터링, 질 개선 활동이라는 세 가지 질 전략 측면에서 살펴보겠다. 예방접종 관련 업무는 질병관리본부 의료안전예방국에서 담당하는데 예방접종 계획의 수립 및 시행과 예방접종 효과 평가 업무를 담당한다(질병관리청과 그 소속기관 직제 제12조).

〈표 7-2〉 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률: 예방 관련 규정

법령	시행령/시행규칙	내용
제7조(감염병 예방 및 관리 계획의 수립 등)		5년마다 기본계획 수립·시행: 감염병 예방·관리의 기본 목표 및 추진 방향, 감염병의 예방·관리에 관한 사업 계획 및 추진 방법, 의약품·장비 등의 비축 및 관리, 감염병 전문인력 양성 방안, 의료기관 종별 감염병 위기대응 역량 강화 방안, 감염병 통계 및 정보 관리 방안, 감염병 관련 정보의 의료기관 간 공유 방안 등
제8조의3(내성균 관리대책)	시행령 제1조의5(내성균 관리대책의 수립)	내성균 관리대책을 5년마다 수립·추진: 정책목표 및 방향, 진료환경 개선 등 내성균 확산 방지를 위한 사항 및 감시체계 강화에 관한 사항 등을 정함
제9조(감염병관리위원회)	시행령 제2조(감염병관리위원회 위원의 임무 및 임기)	기본계획의 수립, 감염병 관련 의료 제공, 감염병에 관한 조사 및 연구, 감염병의 예방·관리 등에 관한 지식 보급, 예방접종의 실시기준과 방법에 관한 사항, 감염병 위기관리 대책의 수립 및 시행, 내성균 관리대책에 관한 사항 등 심의
제17조(실태조사)	시행령 제15조(실태조사의 방법 및 절차 등)	의료기관 감염관리 실태조사, 감염병 실태조사, 내성균 실태조사 등
제24조(필수예방접종)	시행령 제20조(예방접종업무의 위탁)	디프테리아, 폴리오 등 필수 예방접종 실시
제29조(예방접종에 관한 역학조사)	시행령 제12조(역학조사의 내용)	예방접종 후 이상 반응 관련
제30조(예방접종 피해조사반)	시행령 제21조(예방접종피해조사반의 구성 등)	예방접종으로 인한 질병·장애·사망의 원인 규명 및 피해 보상 등을 조사
제32조(예방접종의제 실시시간 및 실시기준 등)	시행규칙 제26조(예방접종의 실시기준과 방법)	예방접종의 실시 대상·시기 및 주의사항
제33조의4(예방접종통합관리시스템의 구축·운영 등)		예방접종 업무에 필요한 각종 자료, 정보의 전산화
제40조의5(감염병관리통합정보시스템)		감염병의 예방·관리·치료 업무에 필요한 자료 또는 정보의 효율적 처리와 업무 전산화 감염병 치료내용, 감염병 환자 등에 대한 예방·관리·치료 업무에 필요한 자료
제49조(감염병의 예방 조치)		교통통제, 집합금지 등

자료: 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제17491호), 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령(대통령령 제 28068호).



세 번째로 질병 조기 발견 측면에서 건강검진을 살펴본다. 건강검진과 관련한 표준은 다음과 같이 정해진다. 「건강검진기본법」에 따라 국가건강검진위원회가 구성되는데 위원회는 건강검진 지침 개발, 검진기관 평가 및 질 관리, 건강검진 사후관리 등 전문적인 사항을 검토하기 위하여 분과별 전문위원회를 구성할 수 있다(건강검진기본법 제9조, 건강검진기본법 시행령 제6조). 위원회는 국가건강검진의 대상자 범위·검사 항목·검진 주기 및 방법의 개발과 개정에 관한 사항, 검진기관 인력·시설 및 장비 등 지정 기준에 관한 사항, 국가건강검진의 질 관리 및 건강검진 결과를 활용한 사후관리에 관한 사항, 국가건강검진에 관련된 통계의 수집 및 정리에 관한 사항, 국가건강검진에 대한 평가 및 개선방안에 관한 사항 등을 결정한다(동법 제10조). 동법 제13조(국가건강검진의 전담)에서 질병관리청장은 국가건강검진 업무를 효율적으로 추진하고 위원회의 업무를 지원하기 위하여 관련 학회 및 민간 전문가 등으로 구성된 검진기준 및 질 관리반을 둘 수 있다고 정하고 있다(동법 제13조).

검진을 수행하는 기관은 제시된 표준에 부합해야 한다. 국가건강검진을 수행하고자 하는 경우에는 검진기관으로 지정을 받아야 한다(동법 제 14조). 검진기관 지정기준에 미달하거나 국가건강검진 실시결과를 거짓으로 판정하거나 무적격자에 의해 국가건강검진을 실시하는 경우 검진기관 지정을 취소하거나 6개월 이내의 기간을 정하여 국가건강검진 업무의 전부 또는 일부의 정지를 명할 수 있다(동법 제16조). 검진기관 지정기준은 일반 검진기관, 암 검진기관(암종별), 영유아 검진기관, 구강 검진기관, 출장 검진기관으로 구분하여 각각에 대한 인력기준, 시설기준(출장 검진기관은 차량 기준), 장비 기준을 정하고 있다(건강검진기본법 시행규칙, 보건복지부령 제672호). 지정기준은 구조, 과정, 결과 중 구조 영역의 표준을 정하고 있다. 국가건강검진기관에 대한 평가는 3년마다 실시하는데 국가건강검진 업무 수행에 적절한 인력·시설 및 장비 등을 갖추었는지와 국가건강검진의 질 관리 실시 현황 등을 평가한다. 구체적인 평가항목은 검진 시 주의사항 및 검진 절차에 대한 안내 여부, 검진 의사의 업무수행 과정, 검진 시설·장비 등의 유지·운영, 검체의 채취·보관·이송 등 검체 관리의 적절성, 검사 결과 및 검진 판정의 정확도와 신뢰도, 검진 결과 통보 이행의 적절성, 검진 인력의 교육 이수 여부를 평가한다. 평가항목에 대한 구체적인 평가지침은 전문위원회의 검토를 거쳐 위원회에서 결정한다. 보건복지부장관은 검진기관에 대한 평가업무를 공단에 위탁하였다. 평가 결과는 지자체 및 공단의 인터넷 홈페이지 등에 공개할 수 있는데(동법

제15조, 건강검진기본법 시행규칙) 2020년 평가 결과는 국민건강보험공단 홈페이지를 통해 공개되었다(보건복지부, 2020b). 2020년 평가는 서면조사와 방문조사로 진행되었는데 구조(검진 인력 교육 이수, 장비의 주기적 점검 등), 과정(혈액검사의 정도 관리, 영상화질 적합성 등), 결과(검진결과 관리, 질병예측도 등)를 포함하여 이뤄졌다(보건복지부, 2020). 「건강검진기본법」 시행령 제10조 제3항에 따라 검진기관 평가에서 가장 낮은 등급(‘미흡 등급’ 또는 ‘교육 미이수’)을 두 번 연속 받은 경우에는 업무정지 3개월, 세 번 연속 받은 경우에는 지정을 취소할 수 있다. ‘미흡 등급’ 검진기관에 대해서는 교육(온라인, 오프라인), 전문가 자문, 방문 점검 등 사후관리를 실시하고, 검진기관의 역량 및 검진의 질 향상을 위한 수시평가를 진행한다(보건복지부, 2020b). 평가 결과는 국민건강보험공단 건강 in에 공개된다. 정리하면 건강검진과 관련해서 국가건강검진위원회가 건강검진 지침을 개발하고 검진기관 평가와 질 관리, 사후관리를 담당한다는 점에서 관련 의료기술, 의료기관을 대상으로 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동은 어느 정도 규정되어 있다고 볼 수 있다.

〈표 7-3〉 건강검진 관련 법령 및 내용

법령	시행령/시행규칙	내용
제8조(국가건강검진위원회), 제9조(위원회의 구성), 제10조(위원회의 기능)	시행령 제2조(국가건강검진위원회의 구성), 제3조(위원회의 임기), 제4조(위원회의 운영), 제5조(간사), 제6조(전문위원회의 구성 및 운영), 제7조(수당 등)	건강검진종합계획 수립 국가 건강검진의 대상자 범위·검사항목·검진주기 및 방법의 개발과 개정 검진기관 인력·시설 및 장비 등 지정 기준 국가 건강검진의 질 관리 및 건강검진 결과를 활용한 사후관리 국가 건강검진에 관련된 통계의 수집 및 정리 국가 건강검진에 대한 평가 및 개선 방안 등
제11조(건강검진 종합계획)	시행령 제8조 (건강검진종합계획의 수립 등), 시행규칙 제3조 (건강검진종합계획의 내용)	국가 건강검진의 기본 목표 및 추진 방향 국가 건강검진의 추진 계획 및 추진 방법 국가 건강검진의 시행을 위한 보건의료자원의 조달 및 관리 방안
제13조(국가건강검진의 전담)	시행령 제9조 (검진기준 및 질 관리반의 운영)	질병관리청장은 국가 건강검진 업무를 효율적으로 추진하고 위원회의 업무를 지원하기 위하여 관련 학회 및 민간 전문가 등으로 구성된 검진기준 및 질 관리반을 둘 수 있음
제14조(검진기관의 지정)	시행규칙 제4조(건강검진기관의 구분 및 지정기준 등), 제5조(검진기관의 지정 절차 등)	검진기관의 인력·시설 및 장비 등 검진기관 지정기준 및 절차를 정함

법령	시행령/시행규칙	내용
제15조(검진기관의 평가)	시행규칙 제7조(검진기관의 평가항목 등), 8조(검진기관의 평가 시기 등), 9조(검진기관의 평가 절차), 제10조(검진기관 평가에 대한 이의신청), 제12조(검진기관 평가 결과의 공개)	국가 건강검진 업무 수행에 적절한 인력·시설 및 장비 등을 갖추었는지의 여부, 국가 건강검진의 질 관리 실시 현황 등
제16조(검진기관의 지정취소 등)	시행령제10조(검진기관의 지정취소 등)	거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 때, 검진기관 지정기준에 미달 등
제19조(국가건강검진 사후관리)	건강검진실시기준(보건복지부 고시 제2019-262호)	건강을 위협하는 요인이나 질병을 의심할 수 있는 요인 등이 발견된 자에 대하여 상담 또는 전문 의료기관 의뢰 등
제20조 (조사·연구사업 등)	-	성·연령별 건강검진 지침 개발 건강검진의 질 관리 및 평가 건강검진 사후관리 건강검진의 경제성 및 장기 효과 평가 건강검진의 홍보 건강검진에 관한 교육 및 상담

자료: 건강검진기본법(법률 제17472호), 건강검진기본법 시행령(대통령령 제31013호), 건강검진기본법 시행규칙(보건복지부령 제672호).

일차 예방 및 이차 예방 영역에서 영역을 구분하여 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동 차원에서 관련 제도 및 규정이 존재하는지 살펴보면 아래와 같다. △는 규정은 있지만 구체성이 떨어져서 실질적으로 수행된다고 보기 어려운 경우이다.

〈표 7-4〉 효과성: 일차 예방 및 이차 예방 영역 의료 질 관리 제도 현황

	표준 수립	모니터링	질 개선 활동
예방(건강 증진)			
전 영역	-	△	△
심뇌혈관 질환	-	△	△
예방(감염병)			
전 영역	-	△	-
예방접종	○	○	-
건강검진	○	○	△

## 2. 급성 및 만성질환 치료 및 관리

급성 및 만성질환 치료와 관리는 다양한 제도와 정책들이 얽힌다. 무엇보다 특정 질환 치료 및 관리가 별도의 법령으로 존재한다. 의료기술, 의료인, 의료기관 등을 질 전략의 대상으로 구분하여 표준 수립, 모니터링, 질 개선 체계를 살펴보되 특정 질환을 대상으로 하는 법령이 존재하는 경우 그 법령 내에서 질 전략의 대상에 대한 정책이 어떻게 구성되어 있는지를 살펴본다. 이와 같이 살펴보는 이유는 특정 질환에 대한 법령이 존재하는 경우 법령 수준에서 규제의 내용을 정확히 규정하고 있지 않아 의료 질 전략의 대상을 명확히 구분하기가 어렵고, 정책의 존재 유무를 확인하기도 어렵기 때문이다. 논의한 내용을 바탕으로 '효과성: 급만성질환 치료 및 관리 요약표'에서 의료기술, 의료인, 의료기관 대상 세 가지 측면에서의 규제 현황과 일반적으로 질병을 분류하는 기준에 따라 만성질환(정신질환 제외), 정신질환, 감염병으로 구분하여 제도 현황을 요약하여 제시한다.

우선 의료기술을 대상으로 하는 질 전략을 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동으로 구분하여 살펴본다. 의료기술에 대한 근거 생산 및 표준 설정(기술의 진입과 퇴출 관련)은「보건의료기술진흥법」등에서 정하고 있다. 한국보건의료연구원은 근거개발 연구(의약품·의료기기를 포함한 의료기술의 임상적 안전성·유효성 및 경제성 등에 관한 과학적 근거 분석)를 수행한다. 「보건의료기술진흥법」 제1조(목적)에는 보건의료기술의 진흥에 관한 기본계획의 수립, 보건의료기술 연구개발사업의 수행, 보건 신기술의 인증 및 보건의료정보 등에 관한 사항을 규정하고 보건의료기술에 대한 분석 등의 업무를 수행하는 한국보건의료연구원을 설립한다고 밝히고 있다(보건의료기술진흥법, 제1조). 동법 제21조(업무)에서 밝히고 있는 관련 업무는 보건의료기술의 안전성·유효성 등에 대한 정보수집·분석·평가 및 경제성 분석, 보건의료기술에 대한 국가적인 근거 개발을 위한 연구의 지원, 국민 건강 개선 효과 분석 및 연구개발 수요 분석, 보건의료기술에 관한 근거 분석 및 평가 결과 보급·확산의 업무를 수행한다, 법에서 정한 업무로 본다면 예방 및 건강 증진, 급성 및 만성질환, 완화의료 등의 모든 영역에서 보건의료기술에 대한 근거를 생산하고 기준을 제시하는 역할을 담당한다. 하지만 실제 수행하고 있는 업무는 법에서 정한 범위에 비해 좁은 편으로 주로 사회적 이슈가 되는 문제들에 대해 대응이 이뤄져 왔다. 이는 인력과 예산의 문제이기도 하다(박기택,

2020.5.19).

임상진료 지침의 개발과 활용은 의료인을 대상으로 한다고 볼 수 있다. 보건의료연구원은 「보건의료기술진흥법」에 따라 근거 기반 임상진료 지침의 개발 및 보급(대한의학회와 함께 임상진료 지침 공동 개발 및 연구방법론 교육 제공)을 담당한다. 진료지침이 만들어져도 심평원 급여기준으로 인정을 받지 못한 상황이 반복되었는데 지침서의 내용이 전문과별로 다르거나 특정 입장을 반영하는 과정에서 사회적 합의가 없어 인정을 받지 못해왔다(허대석, 2010, p.148). 진료 지침의 경우 현재 학회들이 자체적으로 기준을 정하고 운영하지만, 모호한 부분이 있으며 다양한 유관 기관들과 협력이 필요하다(박기택, 2020).

요양급여 적정성 평가(실질적인 평가의 대상은 의료기관이지만) 의료인이 적절한 의료서비스를 사용하도록 표준을 제공하고 모니터링하여 질 개선 활동을 하는 제도이다. 건강보험심사평가원은 질환, 시술 의료서비스 제공 과정과 결과에서 요양급여 적정성 평가를 실시하는데, 주로 구조와 과정지표 중심으로 구성되어 있다. 「요양급여의 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준」, 「요양급여의 적정성 평가업무 운영규정」에 근거하여 요양급여 적정성 평가가 시행되는데 평가 기획, 평가 수행, 결과 활용의 3단계로 진행된다. 적정성 평가의 대상 선정은 적정성 평가의 중·장기 로드맵 등을 따라 평가 기획 단계에 이뤄진다(건강보험심사평가원, 2010). 예비평가 또는 사전 검토(내부 토론·의견 수렴 등을 참고)를 통해 평가대상 선정기준(요양급여 적정성 평가 및 요양급여비용의 가감지급 기준 제6조)에 적합하고, 평가가 필요하다고 여겨질 때 대상 항목으로 결정한다(임지혜, 2016, p.37). 평가항목에 대한 평가지표는 기존의 표준화된 임상진료 지침 및 최근 의약학적 전문지식 및 비용·효과성 등을 반영하되(임지혜, 박춘선, 최효정, 조현민, 2014) 개선이 필요한 주요 문제 및 질적 변이의 확인, 지표 측정을 위한 자료 확보와 분석의 용이성, 기관별 평가 결과 산출 및 질 향상에의 활용 가능성 등을 고려하여 결정한다(임지혜, 2016, p.39).

[그림 7-1] 요양급여 적정성 평가의 단계 및 내용



주: 임지혜(2016)의 그림을 일부 수정함.  
 자료: 임지혜(2016). 요양급여 적정성 평가 질 지표 관리 방안. HIRA 정책동향 10권 3호. p.37.

요양급여 적정성 평가는 「국민건강보험법」 제63조, 「의료급여법」 제33조 및 동법시행령 제20조에 의거하여 2001년부터 시행되었으며, 2001년 5개 항목을 시작으로 평가·모니터링 항목 수를 양적으로 확대하여 2020년 현재 35(계속 33개, 신규 2개)개 항목을 평가·모니터링하고 있다. 또한, 제도 도입 당시에는 평가 결과를 요양기관에 환류하는 방식으로만 평가 결과가 활용되었으나, 2005년부터 평가 결과를 일반 국민에게 공개하여 국민의 알 권리를 증진시켰다. 또한 2007년 요양급여 적정성 평가의 활용도를 높이기 위하여 적정성 평가 결과에 따라 급여를 가산하거나 감산하는 가감지급 시범사업을 착수하였다. 가감지급사업은 2011년 본사업으로 전환되었으며, 평가항목 또한 2011년 2개(제왕절개 분만, 급성기 뇌졸중)를 시작으로 양적으로 확대되어 2020년 현재 8개 항목(제왕절개 분만, 급성기 뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 약제급여 3개 항목, 혈액투석, 당뇨병, 고혈압)으로 확대되었다(강희정 외, 2019, p.77; 건강보험심사평가원, 2020a). 요양급여 적정성 평가의 지표 유형은 크게 구조·과정·결과 지표로 구분되며, 신경계 질환 및 장애, 눈의 질환 및 장애 등 23개 질환군 관련 지표로 구성되는데 건강보험심사평가원 평가운영부에서 담당하고 있다(건강보험심사평가원, 2020a; 건강보험심사평가원 홈페이지, n.d.).

〈표 7-5〉 2020년 기준, 요양급여 적정성 평가항목별 평가지표(수), 평가 방법, 대상 기관

구분	평가영역별 지표(단위: 개)			평가 방법 <sup>1)</sup>	평가대상 기관				
	구조	과정	결과		상급 종합	종합 병원	병원	의원 등 <sup>2)</sup>	
계속 평가지표(33개)									
1) 환자 경험	평가지표	(평가영역: 기타) 6개			①,②	●	●	-	-
2) 관상동맥우회술	평가지표	1개	2개	3개	①~③	●	●	-	-
	모니터링지표	-	4개	4개					
3) 급성기 뇌졸중	평가지표	1개	7개	1개	①~③	●	●	-	-
	모니터링지표	3개	8개	4개					
4) 폐렴 <sup>4)</sup>	평가지표	-	6개	-	①~③	●	●	●	-
	모니터링지표	-	3개	4개					
5) 급성심근경색증	평가지표	1개	2개	3개	협의 예정	●	●	-	-
	모니터링지표	2개	7개	1개					
6) 경피적관상동맥 중재술	평가지표	1개	2개	1개	협의 예정	●	●	-	-
	모니터링지표	3개	1개	4개					
7) 고혈압	평가지표	-	5개	-	①,③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	7개	-					
8) 당뇨병	평가지표	-	7개	-	①,③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	3개	1개					
9) 천식 <sup>3)</sup>	평가지표	-	7개	-	①,③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	1개	2개 <sup>5)</sup>					
10) 만성폐쇄성 폐 질환 <sup>3)</sup>	평가지표	-	3개	-	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	1개	2개	1개					
11) 대장암	평가지표	1개	9개	2개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	1개					
12) 유방암	평가지표	1개	7개	-	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	2개					
13) 폐암	평가지표	1개	8개	1개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	1개					
14) 위암	평가지표	1개	9개	2개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	1개					
15) 간암 진료결과	평가지표	-	-	1개	①	●	●	●	●
16) 결핵	평가지표	-	6/7개 <sup>6)</sup>	-	①	●	●	●	●
17) 의료급여 정신과	평가지표	-	2개	7개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	2개	2개					
18) 정신건강 입원영역	평가지표	-	5개	3개	①	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	2개					
19-22) 약제급여	평가지표	-	9/10개 <sup>7)</sup>		①,③	●	●	●	●

구분		평가영역별 지표(단위: 개)			평가 방법 <sup>1)</sup>	평가대상 기관			
		구조	과정	결과		상급 종합	종합 병원	병원	의원 등 <sup>2)</sup>
적정성 평가	모니터링지표	-	8/7개 <sup>7)</sup>						
23) 수술의 예방적 항생제 사용 <sup>8)</sup>	평가지표	-	4개	-	①~③	●	●	●	-
	모니터링지표	-	1개						
24) 혈액투석 <sup>9)</sup>	평가지표	7개	3개	2개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	-	1개					
25) 마취	평가지표	3개	3개	1개	①	●	●	-	-
	모니터링지표	2개	4개	-					
26) 치과근관 치료	평가지표	-	3개	1개	①	●	●	●	●
27) 진료량	평가지표	1개	-	-	<i>향후 재설정</i>				
28) 요양병원 입원급여	평가지표	4개	4개	7/8개	①~③	●	●	●	●
	모니터링지표	-	1개	2/1개					
29) 중환자실	평가지표	4개	2개	1개	①~③	●	●	-	-
	모니터링지표	2개	1개	4개					
30) 병원 표준화 사망비	평가지표	-	-	1개	①	●	●	-	-
31) 위험도 표준화 재입원비	평가지표	-	-	1개	①	●	●	-	-
32) 신생아 중환자실	평가지표	4개	6개	1개	①~③	●	●	-	-
	모니터링지표	-	1개	2개					
33) 중소병원	평가지표	6개	2개	-	①	-	-	●	-
신규 평가지표(2개)									
1) 수혈	평가지표	6개	2개	-		●	●	●	-
2) 우울증 외래									

주: 1) 평가방법: ① 문항별 점수산출, ② 영역별 점수산출, ③ 평가등급 구분(5등급).

2) 의원 등: 의원, 보건의료원, 보건소, 보건지소.

3) 치과, 한방기관 등은 제외.

4) 요양병원 제외.

5) 천식(7차)에만 적용.

6) 결핵(2차)의 과정지표는 6개, 결핵(3차)의 과정지표는 7개.

7) 약제급여 적정성 평가(20차)의 평가지표 중 과정지표는 9개, 모니터링지표 중 과정지표는 8개, 약제급여 적정성 평가(21차)의 평가지표 중 과정지표는 10개, 모니터링지표 중 과정지표는 7개.

8) 수술의 예방적 항생제 사용의 모니터링 지표 중 '수술 후 감염 관련 제외율'은 구조·과정·결과 영역 외 '기타 영역' 지표에 해당.

9) 요양병원 입원급여(2주기 1차)의 평가지표 중 결과지표는 7개, 모니터링 지표 중 결과지표는 2개, 요양병원 입원급여(2주기 2차)의 평가지표 중 결과지표는 8개, 모니터링 지표 중 결과지표는 1개.

자료: 건강보험심사평가원(2020). 2020년도 요양급여 적정성 평가 계획 안내. pp.4-53을 참고하여 재구성.

보건의료전문가에 대한 표준 설정, 모니터링, 질 개선 활동은 면허제도가 있으며 면허 취득 이후의 보수교육이 있다. 또한, 전문의 등은 별도의 수련과정을 밟아야 한다.



따라서 면허, 보수교육, 전공의 수련 과정으로서 제도 현황을 살펴본다.

우선 보건의료인 국가시험이 이뤄지고 의료인, 의료기사 등의 보수교육에 대한 관리와 지도가 이뤄진다. 이러한 업무는 보건복지부 보건의료정책실 의료자원정책과에서 이뤄지는데 의료인·의료기사 등의 면허(자격)신고 및 보수교육에 관한 지침을 매년 발간하고 있다. 보건복지부장관은 보건의료 인력에 대한 면허(자격)신고 및 수리 업무는 의료법 및 의료기사법에 의거하여 각 협회 중앙회에 위탁하고 있다. 또한 면허(자격)신고업무 수탁기관은 의료법 또는 의료기사법에 의거하여 신고내용 및 결과를 받기 또는 분기 단위로 보건복지부장관에게 보고하도록 규정되어있다. 또한, 의료인 및 의료기사 등에 대한 보수교육 또한 마찬가지로 관련법에 의거하여 보건복지부가 각 협회 중앙회에 위탁하고 있다. 보건의료인력의 면허 발급 및 관리의 기준, 보수교육의 기준(시간, 내용, 유예 관련 사항 등)은 의료법 및 의료기사법에서 규정하고 있다(보건복지부, 2020c, pp.10-74). 보건의료 인력의 연수교육 개선 방안을 분석한 연구는 전문성 향상보다, 형식적 참여에 그친다는 우려와 더불어, 지도 감독과 프로그램 평가 부족, 참석자 관리 부실 문제 등을 제기하였다(오영호, 이난희, 송은솔, 안덕선, 정승은, 2015, pp.145-152).

〈표 7-6〉 면허(자격)신고 수리 및 보수교육 관련 업무 위탁 현황

구분		근거법령	위탁기관
면허 신고 및 수리	의료인	의료법(제2조), 의료법 시행령(제11조)	- 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한조산협회, 대한간호협회
	의료기사 등	의료기사법(제28조)	- 대한임상병리사협회, 대한방사선협회, 대한물리치료사협회, 대한작업치료사협회, 대한치과기공사협회, 대한치과위생사협회, 대한보건의료정보관리사협회, 대한안경사협회
	간호조무사	의료법 시행령(제42조제3항)	- 대한간호조무사협회
의료기사 등, 간호조무사 면허신고시스템 구축·운영		의료기사법(제11조), 의료기사법 시행령(제8조의2), 간호조무사규칙	- 한국보건의료인국가시험원
보수교육 주관	의료인	의료법(제30조)	- 대한의사협회, 대한치과의사협회, 대한한의사협회, 대한조산협회, 대한간호협회
	의료기사 등	의료기사법(제28조), 의료기사법 시행령(제14조)	- 대한임상병리사협회, 대한방사선협회, 대한물리치료사협회, 대한작업치료사협회, 대한치과기공사협회, 대한치과위생사협회, 대한보건의료정보관리사협회, 대한안경사협회
	간호조무사	의료법(제86조), 의료법 시행령(제42조)	- 공모를 통해 선정

자료: 보건복지부(2020c), 2020년도 보건의료인 면허신고 및 보수교육, pp.10-74를 활용하여 재구성.

〈표 7-7〉 의료인 보수교육 문제점

유형	문제점
의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 의사 연수교육 시행규정상 면허유지를 위한 최소 교육 수준 제공</li> <li>▪ 교육계획서에 대한 중앙회의 형식적인 심의 승인</li> <li>▪ 중앙회의 보수교육 실시 기관에 대한 지도 감독과 프로그램 평가 부족</li> <li>▪ 보수교육 프로그램의 학습 목표 부재 및 교육 종류 분류 체계의 모호성</li> <li>▪ 보수교육 내용의 과학적 증거 또는 근거를 평가할 수 있는 준거 미흡</li> <li>▪ 보수교육 프로그램 참석자 관리 부실</li> <li>▪ 보수교육 프로그램 평가의 부재</li> <li>▪ 보수교육에 관한 성과 측정 부재</li> </ul>
치과의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 보수교육 담당 전담 인력 및 전담 기구의 부족</li> <li>▪ 보수교육 프로그램 관리 문제</li> <li>▪ 의료인으로서의 필수적인 보수교육의 부재</li> </ul>
한의사	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 시간이 아닌 내용에 기반한 보수교육 평가</li> <li>▪ 보수교육 내용이 전문적 입상에 치우침(의료인의 기본술기, 감염 및 안전관리, 관련 법규, 의료 윤리 교육 등 고려 필요)</li> </ul>

주: 본 절의 주제에 맞게 재구성.  
 자료: 오영호, 이난희, 송은솔, 안덕선, 정승은(2015). 보건의료인력의 연수교육 개선방안, 한국보건사회연구원, pp.145-152.

전공의 수련 측면에서 2015년 12월 ‘전공의의 수련환경 개선 및 지위 향상을 위한 법률’이 제정되었고, 2017년 12월 전면 시행되면서 전공의 수련 시간은 주당 최대 80 시간으로 수련환경평가위원회가 매년 수련 병원들을 대상으로 지정 기준 유지, 수련 규칙 이행, 수련 교육 과정 제공 여부 등을 서면·현지 조사하고, 수련 병원 지정기준의 중대한 위반, 수련 환경 평가 결과 중대한 문제 발견의 사유가 발생한 경우 수련병원 취소가 가능하도록 규정하였다(신영석 외, 2018, p.515-516). 전공의의 정원 및 전공의 연차별 수련 교과과정은 「전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 규정」 제8조와 제9조의 규정에 의하여 보건복지부 고시로 제시된다(보건복지부 고시 29-34호). 전문과 목별 수련 프로그램은 개별 학회에서 주로 마련하는데, 총 26개 수련과목에 대해 동일 작업을 진행하고 지속적인 개선과 관리를 위해서는 학회에만 의존해서는 안 되며 국가적 지원이 필수적이라는 의견이 제시된 바 있다(김민수, 2019.10.11.). 학회, 병원협회, 전공의, 지도전문의가 프로그램을 개발·운영하고 국가는 그 과정을 관리·감독하고 필요한 재정을 지원하는 형태의 거버넌스가 필요하다는 의견이다.

응급구조사 등 응급의료 종사자 양성 및 관리는 보건복지부 보건의료정책실 응급의료과에서 별도로 이뤄지는데 응급의료에관한법률시행규칙에서 응급구조사 양성과정의 교과목 및 시간, 시험의 범위 및 과목 등을 정하고 있다(응급의료에관한법률시행규

칙 제25조, 제26조, 별표 11, 별표 12). 응급구조사 양성과 관련한 연구는 1급 응급구조사의 역량 강화를 위해 전국 응급구조(학)과의 교육과정 표준화, 교육인증평가체계 마련, 2급 응급구조사 양성기관의 교육 실태에 대하여 관리 감독이 필요하다고 밝혔다(최은숙 외, 2016).

질 전략의 대상 세 번째 영역으로 의료기관 대상의 표준 설정, 모니터링, 질 개선 활동을 살펴본다. 보건의료기본법 제52조(보건의료서비스의 평가)는 보건복지부장관은 보건의료서비스의 질적 향상을 위하여 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료서비스에 대한 평가를 실시하여야 한다고 정하고 있다(보건의료기본법 제52조). 의료기관에 대한 기준을 설정하고 모니터링하는 작업은 기능별로 다양한 기관에서 이뤄진다. 급성 및 만성질환과 관련한 의료기관 평가는 의료 질 평가지원금 산정을 위한 평가(이하, 의료 질 평가), 상급종합병원지정평가, 전문병원지정 평가, 의료기관 인증 평가, 권역심뇌혈관센터 평가, 응급의료기관 평가, 공공병원운영 평가가 있다. 의료 질 평가는 의료 질 제고에 기여한 의료기관(종합병원)을 지원하기 위한 평가로 의료 질, 환자 안전, 공공성, 전달체계 및 지원활동, 교육수련, 연구개발 영역에 대해 평가한다(의료 질 평가지원금 산정을 위한 기준 제1조, 제2조, 별표 1). 2021년 의료 질 평가 영역별 가중치는 환자 안전이 14개 지표로 37%이며, 의료 질이 8개 지표로 18%이다(건강보험심사평가원, 2020b).

상급종합병원지정평가는 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 전문적으로 하는 종합병원을 지정하기 위한 의료법(법률 제17472호)에 근거하여 실시되는 평가로, 기본적인 자격은 의료법에서 정하고 있지만 자원 관리, 의료 질 향상을 위해 평가를 해 재지정하거나 지정을 취소한다(의료법 제3조의4). 상급종합병원지정평가는 보건복지부의 위탁을 받아 건강보험심사평가원에서 주관하고 있으며, 평가항목은 진료 기능, 교육 기능, 인력, 시설, 장비, 환자 구성, 의료서비스 수준, 의료 질, 환자구성상태 관련 지표로 구성된다(상급종합병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙, 보건복지부령 제738호). 전문병원지정평가는 병원급 의료기관 중에서 특정 진료과목이나 특정 질환 등에 대하여 난이도가 높은 의료행위를 하는 병원을 전문병원으로 지정하기 위해 의료법(법률 제17472호)에 근거하여 실시하는 평가로, 전문병원으로 지정되기 위한 요건은 의료법에서 규정하고 있으며 보건복지부장관은 전문병원에 대한 평가 및 재지정을 3년 주기로 수행해야 한다(의료법 제3조의5). 전문병원지정 평가는 보건복지부의 위탁

을 받아 대한병원협회에서 주관하고 있으며, 평가항목은 질환별·진료과목별 환자 구성 비율, 진료량, 필수 진료과목, 의료 자원(인력, 병상), 의료의 질, 의료서비스 수준 관련 지표로 구성된다(전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙, 보건복지부령 제728호). 의료기관 인증제도(급성기, 치과·한방병원, 정신병원 대상)는 의료의 질과 환자 안전의 수준을 높이기 위해 의료법(법률 제17472호)에 근거하여 실시하는 병원급 의료기관에 대한 인증제도이다(의료법 제58조, 제58조의2, 제58조의3). 의료기관 인증제도는 보건복지부장관의 위탁을 받아 의료기관평가인증원에서 시행하고 있으며, 급성기병원의 경우 의료기관 인증을 받고자 하는 의료기관이 '신청'하는 경우에만 평가 및 인증이 이루어지고(단, 상급종합병원과 전문병원의 경우 각각 지정요건으로 필수적으로 인증받도록 규정), 요양병원과 정신병원의 경우 의무적으로 인증을 신청하도록 규정되어 있다. 평가항목은 의료기관 유형(급성기병원, 치과·한방병원, 정신병원)에 따라 상이하 며, 기본가치체계, 환자진료체계, 지원체계, 조직관리체계, 성과관리체계 등의 영역에 대한 세부지표들로 구성되어 있다(의료기관인증평가원 홈페이지). 권역심뇌혈관센터 평가는 구조(조직, 인력, 시설, 장비 등), 과정(운영, 진료실적, CP 개발 및 적용), 결과(사망률, 퇴원 환자 관리율 등)에 대한 평가로 매년 진행하며 성과 평가와 운영사업 계획(인력충원, 입원 환자 교육 실시 등) 심의를 통해 국비를 차등 지원한다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.27-28). 응급의료기관평가는 응급의료기관 등의 시설·장비·인력, 업무 내용·결과 등을 점검하기 위해 응급의료에 관한 법률(법률 제17210호)에 근거하여 실시하는 평가이다(응급의료에 관한 법률 제17조). 응급의료기관 평가는 보건복지부장관의 의뢰를 받아 중앙응급의료센터에서 수행하며, 서면 평가는 매년 모든 응급 의료기관을 대상으로, 현지 평가는 서면평가 결과의 확인이 필요하거나 응급 의료기관 등의 요구 등이 있는 경우에 실시한다. 평가항목은 안전성, 효과성, 환자 중심성, 적시성, 기능성, 공공성 영역 관련 지표로 구성된다. 기관별 평가 결과는 중앙응급 의료센터 홈페이지에 공개되며([https://www.e-gen.or.kr/nemc/business\\_medical\\_institution\\_evaluation.do](https://www.e-gen.or.kr/nemc/business_medical_institution_evaluation.do)) 응급의료 수가에 반영된다. 공공병원운영평가는 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률(법률 제14894호)에 근거하여 지방 의료원 및 적십자병원에 대한 운영 평가를 실시하여 그 결과에 따라 필요한 조치를 마련 하기 위해 매년 실시되는 평가이다(지방의료원 설립 및 운영에 관한 법률 제21조). 현재 국립중앙의료원 공공보건의료지원센터에서 평가를 주관하고 있으며, 평가항목은 양질

의 의료, 공익적 보건의료서비스, 합리적 운영, 책임운영 영역 관련 지표로 구성된다.

이처럼 다양한 평가 사업들이 진행되고 있는데 본 사업들의 분절과 분산운영이 문제로 제기되어 왔다. 공공의 영역에서 이뤄지는 평가 사업임에도 불구하고 국가의 의료 질 향상이라는 장기적인 목표 하에 역할을 하기보다는 평가사업들이 개별적인 목적을 위해 운영되기 때문이다. 신영석 외(2020)는 각기 다른 목적을 고려할 때 분산해서 운영하는 것이 더욱 효과적인 접근일 수 있지만, 사업별 차별성을 인정하면서, 국가 단위로 사업간 일관성을 갖는 것이 중요하며 일관성을 제고할 수 있는 통합 거버넌스와 운영 인프라 구축이 필요하다고 지적하였다(신영석 외, 2020, p.137).

〈표 7-8〉 의료기관 평가제도별 특성

구분	목적	대상	평가항목	평가주기	주관기관
예방, 건강증진					
건강검진기관평가	자원관리, 검진 질 향상	의원급, 병원급 이상	-구조: 교육 이수, 장비 점검 등 -과정: 혈액검사 정도 관리 등 -결과: 검진결과 관리, 질병 예측도 등	3년	국민건강보험공단
급성 및 만성질환					
의료 질 평가	의료 질 평가지원금 산정	종합병원	-의료 질(8개 지표), 환자 안전(14개), 공공성(8), 전달 체계 및 지원 활동(7개), 교육수련(9개), 연구개발(4개)	1년	건강보험심사평가원
상급종합병원지정평가	자원관리, 의료 질 향상	진료권역별 우수 종합병원	-진료 기능, 교육 기능, 인력, 시설, 장비, 환자 구성, 의료서비스 수준, 교육 기능, 의료 질, 환자 구성 상태	3년	건강보험심사평가원
전문병원지정평가	자원관리, 의료 질 향상	특정 질환, 진료과별 구성비 만족	-환자 구성 비율, 진료량, 필수 진료 과목, 의료 인력, 병상, 임상 질, 의 료서 비스 수준	3년	대한병원협회
의료기관 인증제도: 급성기, 치과·한방병원, 정신병원	자원관리, 의료 질 향상	병원급 이상	-급성기병원: 기본가치체계, 환자진료체계, 지원체계, 성과관리체계의 4개 영역 (91개 기준, 520개 조사항목으로 구성) -정신병원: 기본가치체계, 환자진료체계, 조직관리체계, 성과관리체계의 4영역 (50개 기준, 222개 조사항목으로 구성)	4년	의료기관평가인증원
권역심뇌혈관센터 평가	자원관리, 의료 질 향상	권역심뇌혈관센터	-구조: 전문 인력 확보, 조영기 구비 등 -과정: 전문의 원내 당직 등 -결과: 원내 사망률, 약물순응도 등	1년	질병관리본부
응급의료기관평가	자원관리, 의료 질 향상	응급의료기관	-안전성, 효과성, 환자 중심성, 적시성, 기능성, 공공성 영역 관련 지표	1년	중앙응급의료센터
공공병원운영평가	자원관리, 의료 질 향상	지역거점 공공병원	-양질의 의료, 공익적 보건의료서비스, 합리적 운영, 책임운영 영역 관련 지표	1년	공공의료사업지원단

구분	목적	대상	평가항목	평가주기	주관기관
장기요양					
의료기관 인증제도: 요양병원	자원관리, 모니터링·향상	요양병원, 정신병원	-요양병원: 기본가치 체계, 환자 진료 체계, 조직 체계의 3개 영역(55개 기준, 268개 조사항목으로 구성)	4년	의료기관 평가인증원
장기요양기관(정기)평가	자원관리, 모니터링·향상	장기요양기관	-기관 운영, 환경 및 안전, 수급자 권리 보장, 급여 제공 과정 및 결과 영역 관련 지표	3년	국민건강보험공단
생애 말 진료					
호스피스·완화의료 전문기관평가	자원관리, 모니터링·향상	호스피스 완화의료 전문기관	-의료기관 지정요건 충족 여부 -서비스의 질적 수준 등	1년	국립암센터

주: 박춘선(2019), 환자 중심 의료의 질 평가-도전과 과제. 건강보험심사평가원, p.23의 틀을 참조하여 구성  
 자료: 건강검진기본법(법률 제17472호) 제15조, 동법 시행규칙(보건복지부령 제672호) 제7조, 제8조, 건강보험심사평가원(2020), 2020-2021년 의료 질 평가지표 안내, 의료 질 평가지원금 산정을 위한 기준(보건복지부고시 제2018-69호), [별표1] 평가영역별 평가지표, 의료법(법률 제17472호) 제3조의4, 제3조의5, 제58조, 제58조의2, 제58조의3, 상급종합병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙(보건복지부령 제738호) [별표] 상급종합병원의 지정 기준, 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙(보건복지부령 제728호) [별표1] 전문병원의 지정 기준, 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제14217호) 제9조, 보건복지부, 질병관리본부(2018), 권역심뇌혈관질환센터 2018년 운영지침, 응급의료에 관한 법률(법률 제17210호) 제17조, 지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률(법률 제14894호) 제21조, 노인장기요양보험법 시행규칙(보건복지부령 제776호) 제38조제3항, 장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2018-271호) 제3조, 제4조, 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법(법률 제14013호) 제29조, 동법 시행령(대통령령 제29662호) 제13조, 동법 시행규칙(보건복지부령 제512호) 제23조

질병 부담이 높은 심뇌혈관 질환은 「심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률」에 따라 질환의 예방, 진료, 재활 및 연구 등에 대한 정책의 종합적인 수립과 시행을 규정하고 있다(제1조). 즉, 심뇌혈관 질환과 관련하여 예방, 진료, 재활의 모든 단계에 걸쳐 인력, 기술, 기관 대상의 구조, 과정, 결과에 걸친 질 표준을 만들고 이에 근거해 모니터링하고 질을 개선하는 활동은 해당 법령에 근거해 이뤄진다. 심뇌혈관 질환 관리 사업은 보건복지부가 심뇌혈관질환센터 육성전략 수립 및 시행 등의 정책업무를 질병관리본부가 심뇌혈관질환센터 운영 평가 및 기술자문 등의 관리업무를, 위탁대학이 심뇌혈관질환센터 운영, 기술지원 및 연구업무를 담당하는 체계이다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.10-12). 권역심뇌혈관질환센터가 주요 권역별 심뇌혈관 질환 전문치료 및 관리센터 설치·운영을 통해 심뇌혈관 질환 치료의 질을 향상하고 적정 치료와 관리를 통한 사망과 후유장애 최소화, 지역 의료기관을 권역별 심뇌혈관 질환 전문 진료기관으로 육성하는 역할을 수행한다. 사업은 국비 70%, 병원 부담 30% 이상을 조건으

로 이뤄진다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, p.27). 기존사업과 후속사업으로 구분되는데 기존사업은 24시간 전문진료팀 운영을 통한 응급 심뇌혈관 질환자 발생 대비 및 신속하고 집중적인 전문진료 제공과 권역 내 심뇌혈관 질환 예방관리사업(병원 기반, 지역 사회 대상) 등이었고 후속 사업으로 조기재활 지원, 주요 임상경로(critical pathway) 개발 및 관리, 입·퇴원 환자 교육, 지역 응급의료 인력 교육 등을 포함하고 있다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.27-62). 구조(조직, 인력, 시설, 장비 등), 과정(운영, 진료실적, CP 개발 및 적용), 결과(사망률, 퇴원 환자 관리율 등)에 대한 성과 평가와 운영사업 계획(인력충원, 입원 환자 교육 실시 등) 심의를 통해 국비를 차등 지원한다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.27-28).

〈표 7-9〉 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률

법령	시행령/시행규칙	내용
제4조 (심뇌혈관질환관리 종합계획의 수립)	시행령 제2조 (심뇌혈관질환관리 종합계획의 수립)	사업의 기본 목표 및 방향 사업의 추진 계획 및 추진 방법 관련 전문 의료 인력의 양성에 관한 사항 관련 통계 및 정보의 관리 방안에 관한 사항 등
제5조 (심뇌혈관질환연구사업)	시행규칙 제4조 (심뇌혈관질환 연구자문단)	심뇌혈관 질환의 예방, 진료 및 재활 기술의 발전을 위한 연구·개발 사업
제6조 (심뇌혈관질환조사통계사업)	시행규칙 제5조 (심뇌혈관질환조사통계사업)	위험 요인과 질환의 발생, 진료 및 재활에 관한 자료를 지속적이고 체계적으로 수집·분석하여 질환 발생률·재발률, 사망률 등 심뇌혈관 질환 관련 통계를 산출하기 위한 조사·통계사업
제7조 (심뇌혈관질환예방사업)	-	각종 관련 정보 수집, 데이터베이스 구축 및 관리 국민에 대한 관련 정보 제공 및 상담 관련 교육자료 개발 및 교육·홍보 관련 상담 인력의 교육 및 양성
제8조(역학조사)	시행령 제4조(역학조사)	질환의 발생 및 재발의 원인 규명 등을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 역학조사를 실시
제9조 (심뇌혈관질환센터의 지정 등)	시행령 제5조 (심뇌혈관질환센터의 지정 취소), 시행규칙 제6조 (심뇌혈관질환센터의 지정기준 및 지정절차)	관련 예방, 진료 및 재활 등에 대한 조사·연구 조사통계 사업 관련 자료의 수집·분석 및 제공 예방과 관리에 관한 홍보 및 교육 등

자료: 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제14217호), 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령(대통령령 제28068호), 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(보건복지부령 제495호).

감염병에 대한 대응은 질병관리청을 중심으로 이뤄진다. 정부조직법 제38조2항은 방역·검역 등 감염병에 관한 사무 및 각종 질병에 관한 조사·시험·연구에 관한 사무를 관장하기 위하여 보건복지부장관 소속으로 질병관리청을 둔다고 정하고 있다(정부조직법 제38조2항). 질병관리청과 그 소속기관 직제로 보며 감염병 관련 기관은 감염병정책국, 감염병위기대응국, 감염병진단분석국이다(질병관리청과 그 소속기관 직제, 제9조, 제10조, 제11조). 국가는 감염병의 연구·예방, 전문가 양성 및 교육, 환자의 진료 및 치료 등을 위한 시설, 인력 및 연구능력을 갖춘 감염병전문병원 또는 감염병연구병원을 설립하거나 지정하여 운영할 수 있다(동법 제8조의2). 중앙감염병 병원 지정기준은 시설기준(음압격리 병동, 음압격리 병상, 음압설비를 갖춘 수술실 등), 인력 기준(감염병 관련 분야 전문의 6명 이상, 체외막산소공급기를 다룰 수 있는 전문의 2명 이상 등 10명 이상의 전문의, 21명 이상의 간호사), 장비 기준(체외순환장치, 인공호흡기, 체외막산소공급기 등 각각 1개 이상), 운영기준(전체 음압격리 병상 중 일정수 이상을 감염병 대비를 위한 준비 병상으로 운영, 전문의 2명으로 구성된 당직체계의 24시간 운영 등)을 정하고 있다(동법 시행령 별표1). 권역별 감염병 병원의 지정기준에서 시설기준과 장비 기준은 중앙감염병 병원과 동일하며, 인력 기준은 그보다 낮은 수준으로 감염병 관련 분야 전문의 2명 이상을 포함해 총 4명 이상의 전문의, 8명 이상의 간호사를 두도록 규정하고 있으며 운영 기준으로 전문의 1명으로 구성된 당직체계의 24시간 운영 등을 정하고 있다(동법 시행령 별표 1의2). 감염병 관련 의료기관 및 진료에 대한 표준의 설정은 감염병 전문병원, 감염병 관리위원회의 역할로 볼 수 있다.

〈표 7-10〉 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률

법령	시행령/시행규칙	내용
제8조의2(감염병 병원)	시행령 제1조의3(감염병전문병원의 지정 등), 제1조의4(권역별 감염병전문병원의 지정), 제32조(권한의 위임 및 업무의 위탁). 별표1, 별표1의2, 시행규칙 제5조의3(권역별 감염병전문병원의 병상규모)	- 감염병 환자의 진료 및 치료 등을 위하여 권역별로 36병상 이상(음압병상 및 격리병상을 포함)을 갖춘 감염병 전문병원을 설립하거나 지정하여 운영 - 중앙감염병 병원과 권역별 감염병 병원에 대한 시설 기준, 인력 기준, 장비 기준, 운영 기준 - 중앙감염병 병원의 운영 및 지원에 관한 권한을 질병관리청장에게 위임
제36조(감염병관리기관의 지정 등)	시행령 제23조의4(감염병환자 등의 격리 등을 위한 감염병관리기관의 지정), 시행규칙 제28조(감염병관리기관의 지	감염병 관리시설: 300개 이상의 병상을 갖춘 감염병 관리 기관은 음압병실을 1개 이상 설치(설치 기준, 운영 기준), 300개 미만의 병상을 갖춘 감염병 관리기관은 외부와 격리된 진료실 또는 격리된 병실을 1개 이상 설



법령	시행령/시행규칙	내용
	정, 제29조(감염병관리기관이 아닌 의료기관의 감염병관리시설의 설치), 제31조(감염병관리시설 등의 설치 기준 등), 별표 4의2	치할 것 격리소·요양소: 의료기관의 시설 기준 중 의원에 해당하는 시설을 갖추거나 임시 숙박시설 및 간이 진료시설을 갖춘 것 진료소: 의원에 해당하는 시설을 갖추거나 보건지소
제39조(감염병관리시설 등의 설치 및 관리방법)	제31조(감염병관리시설 등의 설치 기준 등)	
제39조의2(감염병관리시설 평가)	시행령 제23조의4(감염병환자 등의 격리 등을 위한 감염병관리기관의 지정), 시행규칙 제31조의2(감염병관리시설 평가)	평가항목: 시설 기준 적합성, 근무 인력 적정성, 진료 및 운영 실적 등(서면 평가, 단 추가 확인 필요 시 방문 평가) 평가 결과에 따라 시정을 요구하거나 운영비를 차등하여 지원할 수 있음

자료: 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제17491호), 감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령(대통령령 제28068호).

‘정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률’(정신건강복지법)은 정신질환의 예방·치료에 필요한 사항을 규정한다(제1조). 법에서 정의하는 정신건강 증진사업은 교육·상담, 정신질환의 예방·치료, 정신질환자의 재활, 정신건강에 영향을 미치는 환경의 개선 등으로 의료서비스와 사회복지 서비스를 망라한다(제3조). 5년마다 보건복지부장관은 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 국가의 기본계획을 수립하여야 하며 시도지사는 국가 계획에 따라 지역 계획을 수립하여야 하는데 의료의 질과 관련되는 내용은 정신질환의 예방, 상담, 조기 발견, 치료 및 재활과 각 활동 상호 간 연계, 적절한 정신건강 증진 시설의 확보 및 운영, 전문인력의 양성 및 관리, 정보체계 구축 등이다(제7조, 제8조). 의료기관 인증제도는 정신의료기관 평가기준을 정하고 있는데 질 향상 관련해서 질 향상과 환자 안전을 위한 위원회 운영 등 운영체계가 있는지를 평가항목으로 포함한다(보건복지부, 의료기관평가인증원, 2020, pp.132-138). 건강보험심사평가원 요양급여 적정성 평가는 의료급여 정신과 입원치료가 2009년부터 포함되었으며, 2020년 11월 최근 평가 결과가 공개되었다. 2019년에는 건강보험 입원 영역을 포함하여 1차 정신건강 입원 영역 적정성 평가가 도입되었다(건강보험심사평가원, 2019).

〈표 7-11〉 정신건강 증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률

법령	시행령/시행규칙	내용
제7조(국가계획의 수립 등)	시행규칙 제3조(국가계획 및 지역계획의 수립절차 등)	5년마다 기본계획 및 지역계획 수립: 정신질환의 예방, 상담, 조기발견, 치료 및 재활과 각 활동 상호 간 연계, 적절한 정신건강 증진시설의 확보 및 운영, 정신질환자의 법적 권리보장 및 인권 보호 방안, 전문인력의 양성 및 관리, 정신건강 관련 정보체계 구축 및 활용, 정신질환자 및 가족 지원, 정신질환자의 건강, 취업, 교육 및 주거 등 지역 사회 재활과 사회참여
제8조(시행계획의 수립·시행 등)	시행령 제3조(국가계획 및 지역계획의 시행 결과 평가) 시행규칙 제4조(시행계획의 수립절차 등)	기본 계획 및 지역 계획에 따라 매년 시행계획수립
제10조(실태조사)	시행규칙 제5조(실태조사)	정신 건강증진시설의 운영 및 이용 현황, 정신질환자의 취업·직업훈련·소득·주거·경제상태 및 정신질환자에 대한 복지 서비스 등
제11조(정신건강 상 문제의 조기발견 등)	시행령 제5조(정신건강증진 사업)	정신건강 복지센터, 정신건강 증진시설 및 의료기관을 연계한 정신건강 상 문제의 조기발견 체계 구축 정신건강 증진시설과의 연계를 통한 진료 및 치료
제12조(국가와 지방자치단체의 정신건강증진사업 등의 추진 등)	시행령 제6조(중앙정신건강복지사업지원단의 구성 및 운영), 제7조(지방정신건강복지사업지원단의 구성 및 운영)	자치구 간 연계체계 구축 및 응급 정신의료서비스 제공 등 광역 단위의 정신건강 증진사업 등을 수행 정신건강 증진사업 등을 시행하는 경우에 정신건강 복지센터, 정신건강 증진시설, 사회복지 시설, 학교 및 사업장의 관련 활동이 서로 연계되도록
제15조(정신건강 복지센터의 설치 및 운영)	시행령 제9조(정신건강복지센터의 운영)	정신건강 증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 광역 정신건강 복지센터를 설치·운영 시장·군수·구청장은 관할 구역에서의 제12조제3항에 따른 소관 정신건강 증진사업 등의 제공 및 연계 사업을 전문적으로 수행하게 하기 위하여 보건소(이하 "보건소"라 한다)에 기초 정신건강 복지센터를 설치·운영
제15조의2(국가트라우마센터의 설치·운영)	시행령 제10조의3(국가트라우마센터의 설치·운영)	심리지원을 위한 지침의 개발·보급 트라우마 환자에 대한 심리상담, 심리치료
제15조의3(중독관리통합지원센터의 설치 및 운영)	시행규칙 제6조의2(중독관리통합지원센터의 설치·운영)	알코올, 마약, 도박, 인터넷 등의 중독 문제와 관련한 종합적인 지원사업
제16조(정신건강 연구기관 설치·운영)	시행령 제11조(정신건강연구기관의 업무)	- 정신건강 증진 서비스 전달체계 개선에 관한 연구 - 정신질환과 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공, - 정신건강 증진 전문가 양성 및 정신건강 증진시설 종사자 훈련 등
제17조(정신건강 전문요원의 자격 등)	시행령 제13조(정신건강전문요원 보수교육의 위탁), 시행규칙 제7조(정신건강전문요원의 수련기관 및 수련과정), 제	보건복지부령으로 정하는 수련기관에서 수련을 받은 사람에게 정신건강 전문요원의 자격(정신건강 임상심리사, 정신건강 간호사 및 정신건강 사회복지사)

법령	시행령/시행규칙	내용
	9조(보수교육), 제10조(정신건강전문요원의 자격 취소 및 정지)	
제19조(정신의료기관의 개설·운영 등)	시행규칙 제11조(정신의료기관의 시설기준 등)	정신 의료기관의 시설·장비의 기준과 의료인 등 종사자의 수·자격에 관하여 필요한 사항은 정신의료기관의 규모 등을 고려하여 정함
제21조(국립·공립 정신병원의 설치 등)		정신건강 증진사업 수행 및 건강증진사업 인력에 대한 교육·훈련 담당
제22조(정신요양시설의 설치·운영)	시행규칙 제14조(정신요양시설의 설치허가 등)	정신요양시설의 설치기준, 수용인원, 종사자의 수와 자격(정신건강의학과 전문의 또는 촉탁 의사 1인 등) 등을 정함
제26조(정신재활시설의 설치·운영)	시행규칙 제17조(정신재활시설의 설치신고 등), 별표8	정신재활 시설의 시설기준, 수용인원, 종사자 수·자격 등을 정함(시설의 장은 정신건강의학과 전문의, 정신건강 전문요원 등 일정한 자격을 갖춰야 함)
제31조(정신건강증진시설의 평가)	시행규칙 제25조(정신건강증진시설 평가), 제26조(정신건강증진시설평가 업무의 위탁 대상)	3년마다(필요시 1년 주기), 시설·장비, 종사자·자격, 운영 현황·실적 의료기관 인증으로 평가를 갈음할 수 있음
제37조(지역 사회거주·치료·재활 등 통합 지원)	시행규칙 제29조(지역 사회거주 및 통합 지원)	정신건강 증진시설에서의 퇴원 등이 필요한 정신질환자에 대한 지역 사회 재활 지원 등 지역 사회 통합 지원

자료: 법률, 시행령, 시행규칙, 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙.

정리하면 의료기술, 의료인, 의료기관으로 나눠 살펴보면 의료기술을 대상으로 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동은 미비하며 요양급여 적절성 평가를 통해 일부 의료인의 기술활용과 관련한 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동이 이뤄지고 있다. 하지만 전반적인 영역을 포괄한다고 보기는 어렵다. 반면 의료기관을 대상으로 하는 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동은 다양하게 이뤄지고 있는데 분절성과 중복의 문제가 발생한다. 질환 범주로 구분하여 살펴볼 경우 만성질환 영역에서 심뇌혈관 질환과 암 질환은 별도의 법령과 계획을 통해 세 가지 질 전략 영역에 걸친 활동이 이뤄지고 있지만, 그 외 전 영역에 걸쳐 체계화된 틀에 근거한 활동은 이뤄지지 않고 있다. 감염병 영역에서는 감염병 발생 시 치료할 수 있는 시설(의료기관)과 관련한 규정을 정하고 있다. 요양급여 적절성 평가에 결핵이 평가지표로 포함되어 있지만, 그 외 다른 질환의 치료에 있어 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동은 미비하다고 볼 수 있다. 정신질환의 경우 관련 법에서 시설에 대한 규정을 정하고 있는 수준이다. 요양급여 적절성 평가에서 입원과 우

울증 외래치료 관련 평가지표를 정하고 모니터링 및 질 개선 활동이 이뤄지고 있지만 정신질환 전체 영역을 아우르는 관리체계를 갖추고 있다고 보기는 어렵다.

〈표 7-12〉 효과성: 급성 및 만성질환 치료 및 관리 관련 의료 질 관리 제도 현황

	표준 수립	모니터링	질 개선 활동
<b>정책대상별</b>			
의료기술	-	-	-
의료인	△	△	△
의료기관	○	○	○
<b>질환 범주별</b>			
<b>만성질환</b>			
전 영역	-	△	△
심뇌혈관 질환	○	○	○
암 질환	○	○	○
감염병	△	△	△
정신질환	△	△	△

### 3. 생애 말 진료

「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하, 연명의료결정법)은 제23조(중앙호스피스센터의 지정 등)에서 말기 환자의 현황 및 진단·치료·관리 등에 관한 연구, 호스피스사업에 대한 정보·통계의 수집·분석 및 제공, 호스피스 사업 계획의 작성, 호스피스에 관한 신기술의 개발 및 보급, 말기 환자 등에 대한 호스피스 제공, 호스피스 사업 결과의 평가 및 활용 업무 수행을 위해 종합병원을 중앙호스피스 센터로 지정할 수 있다고 정하고 있다. 또한 제24조(권역별 호스피스센터의 지정 등)에서 말기 환자의 현황 및 진단·치료·관리 등에 관한 연구, 해당 권역의 호스피스 사업의 지원, 호스피스 전문기관들에 관한 의료 지원 및 평가, 말기 환자 등의 호스피스 제공, 호스피스 사업에 관련된 교육·훈련 및 지원 업무, 호스피스에 관한 홍보, 말기 환자 등록 통계자료의 수집·분석 및 제공을 위해 권역별 호스피스 센터를 지정할 수 있다고 정하고 있다.

현재 중앙 호스피스센터는 국립암센터로 질 향상을 위해 호스피스 지침개발, 서비스 제공원칙 개발, 호스피스 전문기관 평가, 모니터링, 표준 교육 개발 및 운영 지원, 호스

피스 전문기관 현장 방문 교육 등을 수행한다(국립암센터 중앙 호스피스센터, 2020). 즉, 완화의료의 표준 설정과 모니터링, 질 개선 노력을 담당한다고 볼 수 있다. 호스피스 전문 기관은 보건복지부령으로 정하는 시설·인력·장비 등의 기준을 충족하는 경우 입원형, 자문형, 가정형으로 구분하여 지정된다(동법 제25조(호스피스전문기관의 지정 등)). 호스피스전문기관은 지정기준에 미달하거나 평가를 거부하는 경우 지정을 취소하거나 6개월 이내의 기간을 정하여 호스피스 업무의 정지를 결정할 수 있다(동법 제30조(호스피스전문기관의 지정 취소 등)). 호스피스전문기관의 지정기준은 입원형, 자문형, 가정형 각각의 인력 기준, 인력의 교육 이수 기준, 시설기준과 함께 업무 전담, 당직 의사 근무체계 등과 같은 운영기준을 정하고 있다(연명의료결정법 시행규칙, [별표1] 호스피스전문기관의 지정기준, 보건복지부령 제620호). 이러한 내용은 의료 질에서 주로 구조 영역과 관련된다.

보건복지부장관은 호스피스의 질을 향상하기 위하여 호스피스 전문기관에 대하여 시설·인력 및 장비 등의 질과 수준, 호스피스 질 관리 현황 등을 평가할 수 있고 호스피스전문기관의 평가 시기·범위·방법·절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 보건복지부장관은 제1항에 따른 평가 업무를 대통령령으로 정하는 바에 따라 관계 전문기관 또는 단체에 위탁할 수 있다.(동법 제29조(호스피스전문기관의 평가)). 정기 평가는 연 1회 서면조사를 기본으로 하는데 사업실적보고서 및 사업계획서를 제출하면 중앙호스피스 센터와 보건복지부가 평가하여 환류하는 방식이다. 필요한 경우 현지 방문과 수시 평가를 시행할 수 있다(보건복지부, 중앙호스피스센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2019, p.40). 보건복지부장관은 평가 결과를 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 공개할 수 있으며, 지원 및 감독에 반영할 수 있다고 정하고 있는데(동법 제29조) 현재 결과가 공개되고 있지는 않다. 추가로 연명의료결정법 제25조에는 호스피스전문기관은 평가 결과에 따라 호스피스 사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다(동법 제 25조)고 정하고 있는데 현재 차등 지원 방식이 적용되고 있지는 않다.

## 제2절 환자 중심성 강화 영역

환자 중심성은 개별 서비스 전달과정에서 환자가 주체가 되는 것과 함께 의료서비스가 환자를 중심으로 배치되고 조정되어야 함을 의미한다(OECD, 2019). 제1차 국민건강보험종합계획에서도 핵심가치로 환자 중심을 명시하고 있다. 이러한 지향이 현재의 제도에서 어떻게 구현되고 있는지를 살펴본다. 일차 예방과 이차 예방, 급만성질환 치료 및 관리, 생애 말 진료로 구분하여 살펴보면 각 영역에 걸쳐 환자를 중심으로 서비스가 연계되는 사업을 추가로 살펴보았다.

### 1. 일차 예방 및 이차 예방

보건 교육은 환자가 질병 치료의 중심이 된다는 측면에서 넓은 의미의 환자 중심성을 강화하기 위한 노력으로 볼 수 있다. 환자와 그 가족이 질병 치료의 주체가 되도록 하는 교육사업이 가장 일반적으로 수행되는 사업이다. 이와 관련해서 의료기관이 지역사회에서 수행하는 사업을 보면, 권역 심뇌혈관센터의 사업으로 지역 사회 주민을 대상으로 한 교육사업 업무를 정하고 있다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.41-42).

### 2. 급성 및 만성질환

환자와 가족에 대한 교육 사업으로 권역 심뇌혈관질환센터의 사업 중에는 입·퇴원 환자에 대한 교육을 수행한다(보건복지부, 질병관리본부, 2018, pp.41-42). 의료기관은 이러한 사업 수행할 때 평가에 반영되어 지원금을 차등 적용받게 된다.

‘의료서비스 경험 조사’는 보건의료 제도에서 사람 중심성이 강조됨에 따라 환자 경험이 중요한 성과로 간주되면서 2017년에 도입되었는데(신정우 외, 2018, pp.205-206)<sup>22)</sup> 국민의 질병 및 상해 발생 양상과 의료서비스 이용 실태를 파악하여

22) 1953년 국민의 질병·상해 발생 양상과 의료서비스 이용 실태를 파악하여 국가보건의료정책의 기초자료를 산출하기 위해 ‘질병상해 통계조사’를 착수하였으며, 해당 조사는 1986년 ‘환자조사’로 명칭이 변경되어 2016년까지 실시되었다. 약 60년간 실시되어왔던 ‘환자 조사’는 발전 방향을 모색하는 과정에서 2016년 폐지되었고, 2017년 ‘의료서비스 경험 조사’가 새로이 도입되었다(신정우 외, 2017,

국가 보건의료 정책을 수립하기 위한 기초 자료를 생산하는 것을 주목적으로 하고 있으며, ‘환자 반응성’에 관한 정보를 제공하는 데에 의의가 있다. ‘의료서비스 경험 조사’는 보건의료기본법 제53조(보건의료 통계·정보 관리시책) 및 OECD 협정문(경제협력개발기구에 관한 협약(OECD) 다자조약 제1358호), 제3조(상호 간 정보교환과 정보 제공에 동의)를 근거로 하고 있으며, 1년 주기로 실시한다. 의료서비스 경험 조사는 입원과 외래 환자 각각에 대해 의사서비스 경험, 간호사서비스 경험, 의료기관 이용 경험과 함께 의료기관의 안전관리 및 안전사고 경험을 조사하며 그 외로 외래 진료 혹은 입원 대기시간, 외래 진료 접수 후 대기시간, 진료·치료 결과 만족 수준, 서비스의 전반적 만족 수준 등을 조사한다(신정우 외, 2018, pp.93-105). 의료서비스 경험 조사는 전체 의료기관 이용자를 대상으로 해서 시행되므로 국가 수준에서 전반적인 환자 중심성 및 반응성 구현 정도를 확인할 수 있는 조사이다. 다만 아직 입원과 외래라는 두 가지 영역, 즉 급만성 질환 영역,에서 조사가 이뤄지고 있고 특정 환자 집단이나 진료 영역에 관련한 조사는 포함되지 않는다. 한편 의료 질 평가지원금 산정을 위한 의료 질 평가에 환자 경험이 의료 질 영역의 시범지표로 포함되어 있다(건강보험심사평가원, 2020b).

환자를 중심으로 의료서비스를 연계하기 위한 노력은 아직은 초기 단계이다. OECD(2017)은 복잡한 니즈를 가진 환자에게 포괄적 케어를 제공하는 전문화된 서비스로서의 일차 의료와 일차 의료에서 보다 효과적인 일차·이차 예방의 필요성을 강조하였는데 관련해서 일차 의료 만성질환 관리 시범사업 등이 진행 중이다. 또한, 의료와 돌봄서비스의 통합이라는 차원에서 정신질환자 지속치료 지원 시범사업, 지역 사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어), 재가의료급여 시범사업 등이 진행 중이다. 이 외 치과 영역에서 예방 진료 제공 및 환자 중심 포괄적 구강 건강 관리를 목적으로 2020년 장애인 치과주치의 시범사업이 도입되었다. 이러한 사업들이 실제 환자를 중심으로 서비스를 제공하고 있는지에 대해서는 향후 평가가 필요하다.

〈표 7-13〉 의료서비스 통합(연계)관리 시범사업

사업	내용
의료서비스 연계	
고혈압·당뇨병 등록관리사업	- 고혈압, 당뇨병 환자를 개인별로 전산 등록하여 종합적이고 효과적인 서비스 제공(맞춤형 보건교육, 65세 이상 등록환자 치료비 정액 지원 등)
의원급 만성질환관리제도	- 고혈압, 당뇨병 환자가 특정 의원급 의료기관을 정해 관리할 경우, 환자 진찰료 경감 및 요양기관 인센티브 제공
지역 사회 일차 의료 시범사업	- 고혈압, 당뇨 등 지속적 관리가 필요한 질환의 예방, 관리를 위한 체계적 관리 프로그램 마련(등록 ⇒ care plan 수립 ⇒ 교육, 상담, 센터 의뢰)
만성질환 관리수가시범사업	- 고혈압, 당뇨병의 지속 관리체계 구축을 위하여 지속관찰과 상담에 대한 비대면 관리방식 도입(자가관리 유도)
일차 의료 만성질환 관리 시범사업	- 만성질환에 대한 동네 의원의 포괄적 관리체계를 구축하기 위하여 기존 사업의 장점과 연계하여 통합모형 마련(등록 ⇒ care plan 수립 ⇒ 환자관리 ⇒ 점검 및 평가)
의료와 돌봄서비스 연계	
정신질환자 지속치료 지원 시범사업	- 정신질환자의 응급 입원을 포함한 초기 집중 치료부터 지속치료 지원까지 충분한 의료서비스를 받을 수 있도록 '정신응급의료기관 지정 시범사업', '낮병동 관리료 시범사업' 실시
지역 사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어)	- 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹 홈 등)서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역 사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책
재가의료급여 시범사업	- 의료급여에서 기존 의료비 지원뿐만 아니라, 퇴원 후 안정적 재가생활 지원을 위한 돌봄, 식사, 이동지원 등의 재가급여를 제공하는 사업

자료: 질병관리본부(2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침, 김남희(2018). 지역 사회 중심 일차 의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전 방안. 건강보험심사평가원, 보건복지부, 일차 의료 만성질환관리 추진단(2019). 일차 의료 만성질환관리 시범사업 안내, 보건복지부, 건강보험심사평가원(2019). 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 지침, 보건복지부(2019). 지역 사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진 계획, 보건복지부(2019). 재가 의료급여 시범사업 운영 매뉴얼.

### 3. 생애 말 진료

연명의료결정법에 따라 중앙 호스피스센터는 호스피스 사업에 대한 정보, 통계 등을 수집, 분석하여 제공하는데 호스피스 완화의료 연례보고서 중 항목으로 사별 가족 대상 호스피스 만족도 조사를 실시하고 있다. 호스피스 기관에 대한 전반적인 평가와 함께 완화의료에서 환자의 필요에 대한 반응성을 평가하기 위해 개발된 FAMCARE-2 도구(Aoun, Bird, Kristjanson, Currow, 2010)를 사용하여 치료·돌봄서비스에 대한 평가를 보고하고 있다(보건복지부, 2020a, pp.65-79).



〈표 7-14〉 의료서비스 경험 조사의 환자 경험 관련 항목

서비스분류	서비스 영역	문항
의사서비스 경험	입원, 외래	예의 있는 응대, 알기 쉬운 설명, 충분한 질의 기회 제공, 환자의견 반영 진료, 불안에 공감, 충분한 대화
	입원	면담 요청 시 적절한 응대
간호사서비스 경험	입원, 외래	예의 있는 응대, 알기 쉬운 설명
	입원	긴급 연락 시 응대, 퇴원 후 유의사항 설명
의료기관이용 경험	입원, 외래	안락함과 편안함, 행정부서의 서비스, 신체 노출에 대한 배려, 개인정보 보호
	입원	병원 생활에 대한 안내, 야간소음으로 인한 불쾌감
안전 경험	입원, 외래	진료 전 신분확인, 약 부작용, 감염 불안, 안전시설물 확인, 안전 시설물 인지의 용이
	입원	낙상 경험 또는 목격
그 외	입원, 외래	진료 혹은 입원 대기시간, (외래)진료 접수 후 대기시간, 진료·치료 결과 만족 수준, 서비스의 전반적 만족 수준

자료: 신정우 등 (2018). 2018년도 의료서비스 경험 조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원, pp.93-105 저자가 정리함.

### 제3절 안전성 개선 영역

환자안전법은 환자 보호 및 질 향상을 목적으로 제정되었다. 보건복지부장관은 환자 안전 및 의료 질 향상을 위하여 관계 중앙행정기관의 장과 협의하여 환자안전종합계획을 5년마다 수립하고 이를 시행하여야 한다. 환자 안전 종합계획은 환자 안전활동의 실태 파악, 보고·학습시스템의 운영 및 관리, 환자 안전활동을 위한 기술의 연구, 개발, 전문인력의 양성 및 지원, 환자 안전에 관한 기준을 포함해야 한다(환자안전법 제7조). 환자안전법은 또한 환자 안전 및 의료 질 향상에 관한 정책의 수립·시행을 위하여 5년마다 환자 안전사고 실태조사를 실시할 것을 정하고 있다(동법 제7조의2, 2020년 신설). 제1차 환자 안전 종합계획 수립에 따라 2019년에 국내 공공 의료원 15개소를 퇴원 환자 총 7,500명을 대상으로 처음 실시되었다(임술, 2020 한편 환자 안전 종합계획의 내용 중에 환자와 환자 보호자의 환자 안전활동 참여 방안이 포함되어 있고(동법 제7조) 이는 환자 중심성 강화라는 측면으로 볼 수 있다.

정책의 효과적 수행을 위해 중앙 환자안전센터를 지정할 수 있는데 중앙 환자안전센

터(의료기관평가인증원)는 보건의료기관의 시설·장비·관리체계, 보건의료인의 환자 안전을 위한 준수 사항 등 환자 안전 기준 및 의료 질 향상과 관련한 수행 정도를 측정·점검할 수 있는 평가기준 등 환자 안전지표의 개발, 보급을 지원하고 전담인력의 관리를 지원한다. 또한 환자 안전사고의 접수, 검증, 분석 역할을 수행한다(동법 제8조의2, 제9조, 제10조, 동법 시행령 제5조의2). 환자 안전지표는 개별 의료기관에서 자율적으로 관리, 운영하는 지표로 2018년에 4개(환자 확인율, 낙상 발생 보고율, 손 위생 수행률, 욕창 발생 보고율)를 시범 보급하였다(보건복지부, 2018).

(기관 대상) 환자안전법은 의료 질의 구조적 측면에서 의료기관의 환자안전위원회 설치와 전담인력 배치를 정하고 있다. 200병상 이상의 병원급 의료기관과 100병상 이상의 종합병원은 환자 안전 및 의료 질 향상을 위하여 환자안전위원회를 설치·운영해야 하고(동법 시행규칙 제5조) 위원회의 설치 여부 및 구성·운영 현황을 보건복지부장관에게 매년 보고해야 한다. 환자안전위원회는 환자 안전사고의 예방 및 재발 방지를 위한 계획 수립 및 시행, 환자 안전 전담인력의 선임 및 배치 등을 담당하는데(동법 제11조) 전담인력은 환자 안전활동에 관한 교육을 정기적으로 받으며 환자 안전사고 정보의 수집, 분석과 관리, 보건의료인 및 환자와 환자 보호자 교육을 수행한다(동법 제12조). 소규모 의료기관이라도 환자 안전사고는 발생할 수 있는데 환자안전법에서 환자안전위원회 설치와 전담인력 배치 등을 의무로 정하고 있지 않은 200병상 미만 의료기관과 의원급 의료기관은 환자 안전의 사각지대가 될 가능성이 높다(서제희, 송은솔, 최성은, 우경숙, 2016, p.36).

의료기관 차원의 안전성 관련 모니터링과 질 개선 활동은 의료 질 평가지원금과 의료기관 인증제도가 있다. 의료 질 평가는 종합병원 대상으로 시행되는데 2021년 평가 기준 환자 안전 영역 지표는 50개 중 14개이고 영역의 총점대비 비율은 37%로 의료기관 인증, 입원 환자당 의사 수·간호사 수, 수술의 예방적 항생제 사용, 항생제 처방률, 환자안전관리체계 운영, 신생아 중환자실 음압 공조 격리병상 설치 여부, 감염관리체계 운영, 환자 안전학습 보고체계 운영 여부, 주사제 처방률, 의약품 중복처방 예방률, 결핵 초기검사 실시율을 포함하고 있다. 또한, 전달 체계 및 지원 활동 영역에 전국 의료 관련 감염 감시체계 참여, 항생제 내성 감시체계 참여 여부가 평가지표로 포함되어 있다(건강보험심사평가원, 2020b). 의료 질 평가 결과는 의료 질 평가지원금 산정에 활용된다. 의료기관인증제도는 '환자 안전'과 '지속적 질 향상'을 기본 가치로 두고, 3

개 영역(기본가치체계, 환자진료체계, 조직관리체계), 55개 기준, 268개 조사항목을 구성하고 있다. 의료기관 인증제도의 환자 안전지표는 환자 확인율, 낙상 발생 보고율, 손 위생 수행률, 욕창 발생 보고율, 중심정맥관 관련 혈류감염 발생률 등 9개 지표이다(보건복지부, 의료기관평가인증원, 2018). 다만, 의료기관 인증은 의무는 아니므로 그 역할은 제한적일 수 있다. 의료기관 인증제도는 정신 의료기관에 대해 별도의 평가기준을 가지고 있는데 병원급 의료기관에 대해서는 환자 안전과 관련해서 위원회 운영 등 운영체계가 있는지, 환자 안전사건을 관리하는 체계가 있는지, 감염 예방 및 관리를 위한 운영 체계가 있는지 등을 평가항목으로 포함하고 있으며(보건복지부, 의료기관평가인증원, 2020, pp.132-138) 의원에 대해서는 환자 안전사건 관리 규정의 존재 등을 항목으로 포함하고 있다(보건복지부, 의료기관평가인증원, 2020, pp.84-86).

의료 관련 감염과 관련하여 종합병원 및 150개 이상의 병상을 갖춘 병원은 의료 관련 감염 예방을 위하여 감염관리위원회와 감염관리실을 설치·운영하고 감염관리 업무를 수행하는 전담인력을 두어야 한다. 의료인 및 의료기관 종사자에 대한 정기 교육 등을 수행하여야 하고 질병관리청장은 의료 관련 감염 감시 시스템을 구축·운영할 수 있다. 의료 관련 감염이 발생한 사실을 알게 된 의료인, 환자 등은 질병관리청장에게 그 사실을 보고(자율보고)할 수 있다. 수집된 관련 정보를 감염 예방·관리에 필요한 조치, 계획 수립, 조사·연구, 교육 등에 활용할 수 있다(의료법 제47조). 1996년 의료 관련감염관리학회가 중환자실에 대한 감염감시를 시작하였고 2006년 감시체계를 전국으로 확대하여 Korean National Healthcare-associated Infections Surveillance System(KONIS)를 설립하여 운영하고 있는데 KONIS는 질병관리본부의 용역과제 형태로 학회에서 운영을 담당하고 있다(김탁 외, 2020, p.22).

의약품안전관리원은 의약품 안전정보 수집·관리·분석·평가 및 제공, 의약품 부작용의 인과관계 조사·규명, 의약품 안전사용(DUR) 정보 개발, 의약품 부작용 피해 구제 사업 등 의약품 안전관리 업무를 수행함으로써 의약품 안전조치를 위한 과학적 의사 결정을 지원하기 위해 설립되었다(약사법 제68조의3, 4, 한국의약품안전관리원, 2020). 의약품 조제 시 병용 금기, 특정 연령대 금기 또는 임부 금기 등의 성분이 포함되는지 확인하여야 하는데(약사법 제23조의 2) 해당 정보와 효능군 중복, 용량 주의, 투여기간 주의 성분 등이 건강보험심사평가원 DUR 전산시스템(의약품안전사용서비스)을 통해 의료현장에 제공된다(한국의약품안전관리원, 2020).

〈표 7-15〉 안전성 관련 법령 및 내용

법령	시행령/시행규칙	내용
환자안전법 제7조(환자안전종합계획의 수립 등)	시행규칙 제3조(환자안전종합계획 내용)	- 보건복지부장관은 5년마다 수립하고 시행하여야 함. - (내용)목표 및 추진 방향, 추진 계획 및 방법, 환자안전 활동 실태 파악, 보고·학습 시스템 운영 및 관리, 전문 인력 양성 지원, 환자 안전에 관한 기준, 환자 보호자의 환자 안전활동 참여 방안
제7조의2(환자안전사고 실태조사)	시행령 제1조의2(환자안전사고 실태조사의 내용 및 방법)	(주기) 5년마다 실시 (내용) 환자 안전사고의 발생 규모, 유형, 발생 장소, 위해 정도, 예방 가능성 등 사고의 특성에 관한 사항 등
제11조(환자안전위원회)	시행규칙 제5조(환자안전위원회의 설치 기관), 제6조(환자안전위원회의 구성), 제6조의2(환자안전위원회의 설치 등 보고), 제7조(환자안전위원회의 운영), 제8조(환자안전위원회의 업무)	- (대상) 200병상 이상인 병원급, 100병상 이상 종합병원 의료기관 - (구성) 5명 이상 30명 이하, 연 2회 이상 정기회의 - (업무)환자 안전 기준의 준수, 환자 안전지표의 운영, 환자 안전사고의 보고 활성화, 환자안전활동의 교육 등
제12조(전담인력)	시행규칙 제9조(전담인력)	- (대상)200병상 이상 병원급, 100병상 이상 500병상 미만 종합병원 1명 이상, 500병상 이상 종합병원은 2명 이상 - (자격기준) 의사, 치과의사 또는 한의사 면허를 취득한 후 5년 이상 보건의료기관에서 근무한 자, 간호사 면허를 취득한 후 보건의료기관에서 5년 이상 근무한 자 - (업무범위)환자 안전 및 의료의 질 향상 관련 업무 포괄
제13조(환자안전활동에 관한 교육)	시행규칙 제10조(환자안전활동에 관한 교육)	- 전담인력은 환자 안전에 대한 정기 교육 이수 - 매년 12시간 이상(새로 배치: 6개월 내 24시간 이상)
제14조(환자안전사고의 보고 등)	시행규칙 제12조(환자안전사고의 보고)	- 환자 안전사고가 발생하거나 발생할 것이 예상되는 경우 보건의료인이나 환자 등은 보건복지부장관에게 그 사실을 보고할 수 있음
제16조(환자안전사고 보고·학습시스템 등)	시행령 제8조(환자안전사고 보고·학습시스템 운영의 위탁 등)	- 환자 안전사고 보고 내용, 환자 안전지표 개발 관련 자료 등의 조사·연구와 환자 안전사고 보고·학습 시스템 구축 운영 - 새로운 유형의 환자 안전사고, 중대한 위해 발생 우려 사건 발생 시 보건의료기관 대상 주의경보 발령 - 운영을 중앙환자안전센터에 위탁
제17조(환자안전사고 보고의 비밀 보장 등)	-	- 보고자 동의 없이 보고자 정보 공개 불가, 해당 보건의료기관의 동의 없이 정보 공개 불가 - 자율보고된 환자 안전사고 자료는 개인식별정보 삭제 원칙
의료법 제47조(의료관련감염 예방)	시행령 제18조(의료관련감염 감시 시스템 구축·운영 업무의 위탁)	
	시행규칙 제43조(감염관리위원회 및 감염관리실의 설치 등) 시행규칙 제46조의4(의료관련 감염 자율보고의 절차 등)	병원 감염에 대한 대책, 연간 감염예방 계획의 수립 및 시행에 관한 사항, 감염관리 요원의 선정 및 배치에 관한 사항, 감염병 환자 등의 치료에 관한 사항, 병원의 전반적인 위생관리에 관한 사항 등

자료: 의료법(법률 제17472호), 의료법 시행규칙(보건복지부령 제749호), 환자안전법(법률 제16893호), 환자안전법 시행령(대통령령 제30872호), 환자안전법 시행규칙(보건복지부령 제743호).

〈표 7-16〉 국내 의료 질 관련 정부 기관 및 역할

관계자	부서	역할 및 업무
보건 복지부	보건의료정책실 의료자원정책과	- 보건의료인 국가시험의 관리에 관한 사항 - 보건의료 시설 및 장비에 관한 종합계획 수립 및 조정 - 특수의료장비의 수급관리 및 진단용 방사선 장비의 안전관리 - 의료인, 의료기사 등의 보수교육 관리 및 지도 - 신의료기술의 평가·인정에 관한 사항
	보건의료정책실 의료기관정책과	- 의료기관의 인증에 관한 사항 - 상급종합병원의 지정 및 제도개선에 관한 사항 - 보건의료기관에 대한 지도·감독 - 임상진료 지침의 관리 의료의 질 관리 제도의 수립 및 평가
	보건의료정책실 질병정책과	- 의료기관의 감염대책에 관한 사항
	보건의료정책실 응급의료과	- 응급의료기관, 구급차 등 이송체계에 관한 사항 - 응급구조사 등 응급의료종사자 양성 및 관리에 관한 사항 - 응급의료 교육·홍보에 관한 사항 - 응급의료체계에 관한 사항 - 외상전문치료센터/독극물정보센터 구축·관리에 관한 사항 - 야간진료 제공체계 마련 등 비상진료체계에 관한 사항
	보건의료정책실 한의학정책과	- 한의학 관련 인력의 양성·수급 및 지도 - 침사, 구사, 접골사 등 의료유사업자에 관한 사항
	건강보험정책국 보험평가과	- 건강보험요양급여의 사후관리 관련 종합계획 수립 및 시행 - 건강보험요양급여의 적정성 평가 관련 기본계획의 수립 및 시행 - 건강보험요양기관 현지조사계획의 수립 및 시행 - 건강보험요양기관의 감독 및 행정처분 등에 관한 사항 - 건강보험요양기관의 시설, 장비, 인력 등 의료자원의 정보관리에 관한 사항 - 건강보험 치료재료 사후관리에 관한 사항 - 요양급여비용의 가감 지급에 관한 사항
	건강정책국	- (건강증진과) 건강검진기관의 질 관리 및 평가 - (구강생활건강과) 치과 의료기관 및 치과 의료기기 관련 단체의 지원 및 육성, 치과의료기관에 대한 의료지도, 구강보건 자격면허 등 인력 수급에 관한 사항, 치과 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 사항 - (구강정책과) 치과의료기관에 대한 의료지도, 구강보건 자격면허 등 인력 수급에 관한 사항, 치과 전문의의 수련 및 자격 인정 등에 관한 사항
보건산업정책국	- (의료정보정책과) 보건의료정보의 표준화 및 활용 등에 관한 제도의 수립·운영에 관한 사항, 진료정보 교류 시스템의 구축·운영에 관한 사항, 전자의무기록시스템의 인증에 관한 사항	
건강 보험 공단	(급여상임이사) 급여전략실	- 진료비 모니터링 DB테이블 설계 및 구축에 관한 사항 - 진료비 과잉·과소 분석 및 이상신호 감지 개발에 관한 사항
	(급여상임이사) 의료기관지원실	- 개설기준 위반에 관한 사항 - 요양기관 현지조사 요청 및 지원에 관한 사항
	(급여상임이사) 보장지원실	- 간호·간병 통합 서비스에 관한 사항 - 호스피스 완화의료 및 연명의료에 관한 사항 - 만성질환 관리 및 일차 의료에 관한 사항 - 요양병원 기능 강화 등에 관한 사항(입원일수 관리, 환자 지원 제도 운영 및 정

관계자	부서	역할 및 업무
		책지원에 관한 사항 등)
	(장기요양장임이사) 요양기획실	- 장기요양기관 대표자, 종사자 등 직무교육에 관한 사항 - 장기요양기관 종사자 등 치매 전문교육에 관한 사항
	(장기요양장임이사) 요양기준실	- 장기요양기관 종별, 인력 등 자료 연계 및 현황 관리에 관한 사항 - 장기요양기관 표준 모델 개발 및 연계에 관한 사항 - 장기요양기관 종사자 관리 및 지원에 관한 사항 - 방문간호 ICT 시범사업에 관한 사항
	(장기요양장임이사) 요양심사실	- 장기요양급여 현지확인심사에 관한 사항 - 장기요양급여 질 평가에 관한 사항
건강 보험 심사 평가원	(기획상임이사) 의료수가실	- (의료수가 운영부) 보건의료 인력 제도(간호등급차등제, 입원전담 전문의 등) 개선 정책 지원에 관한 사항, 의료행위 급여 전환 항목에 대한 수가 개발 및 모니터링에 관한 사항 - (의료체계 개선부) 일차 의료 만성질환 관리 시범사업 수가 개선 등 정책지원 및 의료전달체계 개선 시범사업에 관한 사항 - (재택의료 수가부) 재택 환자 관리 관련 사업 개발·개선·운영에 관한 사항 - (완화요양 수가부) 호스피스 시범사업 관련 업무에 관한 사항
	(기획상임이사) 포괄수가실	- (포괄수가 운영부) 포괄수가제 및 신포괄수가제 관련 정책지원, 교육, 분석 및 평가 등에 관한 사항 - (포괄수가 개발부) 신포괄수가제 시범사업지침 설정 및 관리에 관한 사항 - (포괄수가 심사부) 포괄수가제 진료비 심사 사후 관리 등 심사 운영 총괄에 관한 사항
	(기획상임이사) DUR관리실	- (DUR 관리부) DUR 관련 급여기준 관리, 약제 관리, 의약품 안전성 관리 등에 관한 사항 - (DUR 정보부) DUR 관련 정보 운영, 시스템 개발 및 운영, 시스템 운영 및 관리 등에 관한 사항
	(업무상임이사) 심사운영실	- (만성질환 심사평가부) 만성질환 분석심사 관련 업무, 고혈압·당뇨 적정성 평가 및 가감지급 등 관련 업무
	(업무상임이사) 평가운영실	- (평가운영부) 적정성 평가 연간계획 수립, 법령 및 제도개선 등에 관한 사항 - (평가개발부) 적정성 평가 모형 개발, 신규항목 발굴 등에 관한 사항 - (평가분석부) 적정성 평가 항목 관리, 의료 질 보고서 발간에 관한 사항 - (평가정보부) 입원 시 상병 수집 관리에 관한 사항, 평가 수행체계 개선에 관한 사항 - (평가보상부) 의료 질 평가지원금 관련 계획 수립 및 수행, 가감지급 결과 관리, 활용 총괄 등에 관한 사항
	(업무상임이사) 평가실	- (평가관리부) 적정성 평가 관리·활용에 관한 사항 - (평가 1-4부) 적정성 평가 항목별 기본계획 수립, 정책지원, 평가 수행, 모니터링 등에 관한 사항
	(업무상임이사) 자원평가실	- (자원운영부) 의료인력·시설·장비(이하 '의료자원') 관련 현황 관리 업무 총괄 및 지원에 관한 사항 - (자원 관리부) 의료자원의 현지확인 총괄에 관한 사항 - (병원지정 평가부) 상급종합병원, 전문병원, 재활의료기관 지정평가 및 난임 시술 의료기관 평가 및 통계 관리 업무수행에 관한 사항
	질병	감염병정책국

관계자	부서	역할 및 업무
관리청		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병 예방 및 관리에 관한 기본계획 수립 및 시행</li> <li>- 감염병관리위원회 운영에 관한 사항</li> <li>- 수인성식품매개감염병등에 관한 예방·관리 계획의 수립·시행, 감시·관리·역학조사 등</li> <li>- 인수공통감염병에 관한 예방·관리 계획의 수립·시행, 감시·관리·역학조사 등</li> <li>- 결핵 예방 관련 정책 및 법령에 관한 사항, 결핵관리 종합계획의 수립 및 시행 등</li> <li>- 후천성면역결핍증, 성매개감염병 예방 및 관리에 관한 사항</li> </ul>
	감염병위기대응국	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병 위기대응 계획 및 상황별 대응절차의 수립과 조정</li> <li>- 감염병 위기 시·민·관 협력체계 운영</li> <li>- 검역에 관한 정책 및 법령에 관한 사항</li> <li>- 검역관리 기본계획의 수립 및 시행</li> <li>- 검역감염병에 관한 검역계획의 수립</li> <li>- 국가 병상 동원계획 수립 및 운영체계 구축</li> <li>- 감염병 전문병원의 지정, 운영 및 협력체계 구축</li> <li>- 국가지정 입원치료 병상 운영 및 관리</li> <li>- 감염병 대비 의약품·장비 등의 비축 및 관리에 관한 사항</li> <li>- 신종감염병 대비 의료장비, 항바이러스제 등 비축·수급 계획 수립</li> <li>- 신종감염병·생물테러감염병 예방 및 관리계획의 수립·시행, 현장 대응 및 예방관리 지침 개발·보급</li> </ul>
	감염병진단분석국	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 감염병 진단검사 관련 제도 운영 및 개선</li> <li>- 국가 감염병 검사 관리체계 구축</li> <li>- 감염병 진단실험에 관한 계획의 수립 및 조정</li> <li>- 감염병 진단업무의 표준에 관한 사항과 국가표준실험실 지정 및 관리</li> <li>- 보건환경연구원 관련 법령에 관한 사항</li> <li>- 세균성 질환·바이러스성 질환·기생충 질환·고위험 병원체 및 신종 병원체의 진단·분석 및 감시</li> </ul>
	의료안전예방국	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 예방접종 계획의 수립 및 시행</li> <li>- 예방접종 도입·실시의 기준과 방법 관리 및 평가</li> <li>- 예방접종 안전관리, 효과 평가 및 관련 시스템 운영</li> <li>- 의료 관련 감염의 예방·관리 계획의 수립·시행 및 표준지침 개발</li> <li>- 의료 관련 감염 감시 시스템의 구축·운영</li> <li>- 항생제 내성 예방·관리 계획의 수립·시행 및 표준지침 개발</li> <li>- 항생제 사용 관리, 항생제 내성 실험실 관리 및 실태 평가</li> <li>- 국가 예방접종 백신의 비축·수급 관리를 위한 계획 수립 및 시행</li> <li>- 국가 예방접종 백신 공급방식, 가격 결정 기준 및 안전관리체계 마련</li> <li>- 국가 예방접종 백신 관련 유관기관 간 협력 체계 구축</li> <li>- 의료방사선 환자 관리·평가 및 관련 지침 등의 제·개정, 의료 방사선 시험 검사 및 시험법 개발, 검사·측정기관에 대한 지도·감독 및 교육</li> <li>- 유전자변형 생물체·고위험 병원체·감염병 병원체 등에 관한 안전관리, 관련 지침·기준 마련 및 시스템 구축·운영</li> </ul>
	만성질환관리국	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 만성질환 조사 및 예방 사업의 기획·조정 및 시행</li> <li>- 만성질환 관련 건강 사항에 관한 감시, 조사 및 통계 관리</li> <li>- 만성질환 관련 정보시스템 개발·운영</li> <li>- 만성질환 조사·관리 및 예방 사업 요원에 대한 교육 훈련</li> <li>- 만성질환 관련 중점 관리 의료기관 지정·관리</li> <li>- 국가 건강검진 검진기준 개발·보급 및 국가 건강검진 검진기관에 대한 평가</li> </ul>

관계자	부서	역할 및 업무
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 「암관리법」에 따른 역학조사에 관한 사항</li> <li>- 희귀질환의 진단·치료 등에 관한 조사·연구 및 지원</li> <li>- 희귀질환 관련 정보·통계의 수집 및 분석</li> <li>- 국민건강·영양조사 기획 및 시행</li> <li>- 국민건강 통계 생산·보급 등 관리</li> <li>- 건강위해요인에 대한 조사·분석 및 정보·통계 관리</li> <li>- 손상 예방을 위한 계획의 수립 및 사업의 기획·조정·시행</li> <li>- 손상 조사·감시 체계 구축·운영 및 관련 시스템 운영</li> <li>- 기후보건영향 평가 계획 수립 및 관련 실태조사에 관한 사항</li> <li>- 미래 질병 관리계획의 수립·시행</li> </ul>
	한국보건의료연구원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (보건의료근거연구) 보건의료기술에 대한 국가적 근거 개발을 위한 연구 지원 건강개선 효과 분석 및 연구 개발 수요 분석, 근거 기반 임상진료 지침의 개발 및 보급에 관한 사항, 보건의료에 관한 통계 정보의 수집·관리 등</li> <li>- (신의료기술평가사업) 신의료기술 평가 관련 업무(위원회 운영 지원, 체계적 문헌고찰 연구 수행, 신의료기술 평가방법 및 기준 개발)</li> </ul>
	한국건강증진개발원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강증진 정책 개발지원, 기획·조정 지원 등에 관한 사항</li> <li>- 건강증진 및 지역 보건 관련 업무(교육, 홍보 등)</li> </ul>
	한국보건복지인력개발원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건복지에 관한 교육, 훈련</li> <li>- 국내외 보건복지 관련 정보·자료수집·분석, 통계작성 및 간행물 발간 등</li> </ul>
	한국보건의료인 국가시험원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 보건의료인 국가시험의 시행 및 관리</li> <li>- 국내외 보건의료인 시험 제도 조사·연구 및 간행물 발간 등</li> </ul>
	의료기관평가인증원	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (정책개발실) 인증 및 평가기준 관리 등</li> <li>- (인증사업실) 인증조사 시행, 사후관리, 중간 현장조사, 민원 및 통계 관리, 인증평가정보시스템 개발 지원관리 등</li> <li>- (환자안전본부) 환자 안전 코디네이팅 센터 운영, 환자 안전 지원 체계 구축 및 운영 등</li> <li>- (교육센터) 조사위원 교육 계획 및 결과관리 등</li> </ul>

주: 각 기관별 홈페이지 내용을 참고하여 저자가 직접 작성함.  
 자료: 보건복지부 홈페이지, <http://www.mohw.go.kr/>, 국민건강보험공단 홈페이지, <https://www.nhis.or.kr/>,  
 건강보험심사평가원 홈페이지, <https://www.hira.or.kr/>, 의료기관평가인증원 홈페이지, <https://www.koiha.or.kr/>,  
 질병관리청 홈페이지, <https://www.cdc.go.kr/>, 한국보건의료연구원 홈페이지, <https://www.neca.re.kr/>,  
 한국건강증진개발원 홈페이지, <https://www.khealth.or.kr/>, 한국보건인력개발원 홈페이지, <https://www.kohi.or.kr/>,  
 한국보건의료인국가시험원 홈페이지, <https://www.kuksiwon.or.kr/>.



## 제4절 소결

### 1. 효과성

#### 가. 분절적인 시스템

질환별 의료기관의 기능과 목적별 정책이 따로 나뉘어져 있다. 심뇌혈관질환 종합계획, 암관리 종합계획이 있고 감염병 예방 및 관리 계획 등으로 분류되어 계획이 수립되는데 의료시스템 차원에서 전체를 포괄하는 전략이나 계획은 부재하다. 현재의 분절적인 계획들은 질환의 예방, 치료 및 관리의 모든 영역을 포괄하므로 사전 예방의 영역도 특정 질환의 범주에서 다뤄지게 된다. 즉, 일반적인 의미의 건강증진보다는 특정 질환의 예방에 중심을 두는 정책이 수립된다. 동일한 지표라도 특정 질환의 계획 차원에서 모니터링되고 관리되므로 효율적이지 않다. 앞서 살펴보았듯 언급한 주요 계획들을 담당하는 기관들도 다르므로 통합적인 전략을 가지고 각 계획이 수립되고 이행되기 어렵다. 또한, 해당 질환이 포함되지 않는 영역은 관리체계가 부재한 결과를 낳게 된다. 이는 현재 한국의 의료시스템이 '질병 중심'에 머물러 있음을 보여주는데, 의료시스템이 사람을 중심으로 건강결과의 향상을 추구하기보다는 개별 서비스의 임상적 효과성에 집중하게 한다.

분절적인 시스템은 의료기관 대상의 질 관리 제도에서도 확인된다. 급만성질환 치료 및 관리 영역에서 현재 8개의 기관 단위 평가가 이뤄진다. 이러한 평가제도들은 최근 부분적으로 자료 연계 등이 추진되고 있지만, 애초 개별적으로 발전해온 제도들이기 때문에 평가별 평가지표 세트가 다르다. 전체를 조정하는 역할이 없으므로 각 제도들 간에 어떤 부분은 중복이 발생하거나 비어있게 된다. 의료 질 전략의 세 가지 측면인 표준의 수립, 모니터링, 질 개선 활동 중 특히 표준의 수립과 모니터링은 평가제도 간 중복되는 부분들이 있고 현재의 각 제도의 인프라가 충분하지 않다는 점, 의료기관들 또한 평가로 인한 부담이 높다는 점 등(신영석 외, 2020)을 고려했을 때 통합적 평가를 시행하는 것이 더욱 효과적이고 효율적일 수 있다. 무엇보다 전체 의료시스템 내에 존재하는 제도라는 점에서 의료의 질을 높인다는 목표를 두고 국가 단위에서 평가제도별로 역할과 책임을 정하고 그것에 맞게 재구성해야 한다.

분절적인 평가제도는 제도의 중복 외에도 의원급 의료기관에 대해서는 질 관리의 공백을 발생시킨다. 대부분의 의료기관 인증제도와 평가제도는 병원급 이상 의료기관에 대해 시행되며 의원급 의료기관은 제외된다. 요양급여 적정성 평가에서 특정 지표를 개발하여 공개하고 있지만, 이는 일차 의료기관의 전반적인 질을 개선하기 위한 목표보다는 특정 지표를 관리하는 목적이 강하다.

〈표 7-17〉 의료기관 평가·인증제도 단위 현황

요양기관 종별	요양급여 적정성 평가	의료 질 평가	상급종합 병원 지정 평가	전문병원 지정평가	의료기관 인증평가	심뇌혈관 센터평가	응급의료 기관평가	지역거점 공공병원 운영 평가	장기요양 기관(정기) 평가
상급종합병원	●	●	●		●	● <sup>1)</sup>	● <sup>2)</sup>	● <sup>3)</sup>	
종합병원	●	●	●	●	●	● <sup>1)</sup>	● <sup>2)</sup>	● <sup>3)</sup>	
병원급	●			●	●		● <sup>2)</sup>	● <sup>3)</sup>	
의원급	●								
기타	●								● <sup>4)</sup>

- 주: 1) 종합병원 이상 의료기관 중 권역심뇌혈관센터로 지정된 의료기관.  
 2) 병원급 이상 의료기관(의료원 포함) 중 응급의료기관(중앙응급의료센터, 권역응급의료센터, 전문응급의료센터, 지역응급의료센터 및 지역응급의료기관)으로 지정된 의료기관.  
 3) 병원급 이상 의료기관(의료원 포함) 중 지역거점공공병원으로 지정된 의료기관.  
 4) 노인장기요양보험법 제2조에 의거, 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 지원·간병 등의 돌봄서비스를 제공하는 기관.

자료: 본문의 내용을 이용하여 저자가 직접 작성함.

## 나. 표준 설정 기능 미흡

업무를 담당하는 각 기관이 근거의 생산을 맡아서 수행하는 형태이나 그마저도 명확하지 않은 경우가 많다. 특히 만성질환 예방과 관리의 중요성이 강조되면서 일차 예방, 이차 예방 영역에서 근거를 기초로 한 치료 제공을 위하여 표준 설정이 필요하나 그 책임이 누구에게 있는지 분명하지 않다. 심뇌혈관 질환과 같은 특정 질환 혹은 예방접종과 같은 특정 서비스의 경우 제한적으로 업무를 담당해야 하는 기관이 명확히 제시되어 있으나 다른 영역의 대부분은 그렇지 않다.

또한, 질 표준은 근거에 기반하여 유관기관 간 협력과 사회적 합의를 통해 만들어질 때 실효성 있게 사용할 수 있는데 이러한 과정이 미흡하다. 예를 들어 임상진료 지침이 개발되었으나 지침서의 내용이 전문과별로 일관되지 않아 결과적으로 심사평가원의

급여기준으로 인정을 받지 못하는 상황이 발생한다.

#### 다. 의료 인력 양성 지원 활동 미흡

의료서비스 성과에서 의료 인력에 대한 지속적인 교육이 강조되고 있으나 전공의 수련 및 보수 교육 등은 관련 학회에 맡겨져 있는 상황이다. 근거에 기반한 최적의 프로그램 개발이 필요하며 이를 위해서는 국가적 차원의 지원이 필요하다.

### 2. 환자 중심성

의료서비스 경험 조사는 2017년부터 연례적으로 시행하고 있는데 이는 환자 중심성 강화에서 중요한 변화라고 볼 수 있다. 다양한 의료기관 평가제도들에서도 환자 중심성은 하나의 영역으로 포함되어 있다. 하지만 현재까지 한국의 의료 질 관리체계에서 환자 중심성은 보건의료 제도를 지향한다기보다는 하나의 영역으로 머물러 있다. 환자 중심의 개념의 확장이 필요한데 의료기관에서 환자의 긍정적인 경험은 환자 중심성의 한 단면이며 OECD의 의료시스템 성과 분석들에서도 제시된 것처럼 환자를 중심으로 의료서비스가 조직되고 연계되는 영역까지 포함한다. 의료시스템의 반응성이라는 개념까지 확장한다면 사람들이 의료시스템을 얼마나 신뢰하는지, 자신이 거주하는 지역에 믿고 갈 수 있는 의료기관이 있다고 생각하는지 등까지 포함한다.

### 3. 안정성

의료기관 내 감염 등 환자 안전 측면에서 일상적인 감시 체계가 필요하다. 의료기관 단위 평가제도들에 일부 지표가 포함되어 있으나 개별 평가들에서 지표를 개발하여 포함하는 방식이며 통합적인 국가 전략하에 지표 세트가 구성되지는 않는다.

환자 안전 거버넌스의 범위에는 모든 의료 설정이 포함되어야 한다. 모든 유형의 보건 시스템에 걸친 안전 거버넌스의 공통적인 특징은 병원에 초점을 맞춘다. 안전 표준, 내부 개선을 위한 일상적인 보고 및 전문가의 지속적인 교육이 병원에서 개발되고 구현되지만, 유사한 표준 및 보고가 의료시스템의 다른 부분(예: 일차 의료 및 장기 요양)

에는 존재하지 않는다. 보건 시스템이 안전 거버넌스 기능을 지속적으로 개선하려면 병원 외의 안전 거버넌스를 확장하고 강화하는 것이 우선순위가 되어야 한다 (Auraaen, Saar, Klazinga, 2020, p.82).

#### 4. 제언

본 장은 한국에서 의료 질 관리 제도와 정책이 존재하는지 구조적 측면에서 살펴보았다. 제도와 정책이 어떻게 작동하고 있는가 과정적 측면이나 제도와 정책이 국민들의 건강결과를 개선시켰는지 결과 측면까지 포함하지는 않았다.

의료 질 관련 정책 및 제도를 살펴보면, 가능한 한 정책의 목표가 의료 질에 어떠한 영향을 주었는지 구조, 과정, 결과로 구분하여 제시하였으나 본 장에서 의료 질 전략의 주요 영역인 효과성, 환자 중심성, 안전성 영역과 대상별 정책, 질 전략의 세 가지 측면인 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동에 초점을 맞춰 분석하면서 구조-과정-결과에 대한 논의를 충분히 포함하지는 못하였다. 향후 연구에서 보다 심도 있는 분석과 논의가 필요하다.

의료 질 정책의 분절화된 구조에 대해 문제를 제기하였으나 본 연구 역시 좀 더 용이한 분석을 위해 각 영역을 분리하는, 다소 기계적인 접근방식을 취하였다. 이는 특정 부분을 놓칠 수 있다는 점에서 추가적인 논의가 필요한 부분이 있을 수 있다.



## 제8장

### 주요 선진국의 의료 질 관리체계

- 제1절 영국
- 제2절 네덜란드
- 제3절 미국
- 제4절 소결



## 제 8장

# 주요 선진국의 의료 질 관리체계

본 장에서는 영국, 네덜란드, 미국 세 나라의 의료 질 관리체계를 살펴보고자 한다. 영국, 미국, 네덜란드는 각각 조세를 기반으로 한 국가보건의료서비스, 민간의료보험 기반, 사회보험 기반이라는 점에서 보건의료 재원조달 방식과 서비스 전달 방식에 있어 차이가 있지만 국가 수준에서 의료시스템의 질을 보고하는 국가들이라는 공통점을 갖는다. 서로 다른 국가들에의 사례를 살펴봄으로써 한국에 주는 시사점을 확인하고자 한다.

## 제1절 영국

### 1. 개요<sup>23)</sup>

영국에서 의료서비스는 NHS에 의해 조직되고 제공된다. 2012 Health and Social Care Act 도입에 따라 의료서비스 조직과 전달방식이 달라졌다. 2013년 3월까지 보건부가 NHS를 감독하였고 150개 이상의 일차 의료트러스트(PCT)가 지리적으로 공통인지역 사회 내 인구집단에게 일차 의료, 이차 의료, 지역 사회 돌봄서비스를 커미셔닝하거나 직접 제공하는 방식으로 서비스했다. 2012년 10월에 NHS Commissioning Board라는 비정부(non-departmental)운영기구가 설립되었고 2013년 4월부터 NHS 재정은 NHS England 로 맡겨졌다. NHS England는 NHS의 서비스 전달을 감독하고 보건부가 앞서 행했던 국가의 역할과 함께 일차 의료서비스의 커미셔닝과 계약에 관한 앞선 일차의료트러스트(Primary Care Trusts, PCTs) 등의 기능을 수행하게 되었다. NHS 커미셔닝 재정의 대부분은 지역 사회에서 보건의료서

23) Schweppenstedde et al, (2018)의 pp.55-59 내용을 정리함.

비스를 커미션하기 위해 함께 활동하는 일반의들의 그룹인 211개의 clinical commissioning groups(CCG)들에 의해 관리된다. 이러한 서비스는 응급의료, 선택적 병원 서비스, 지역 사회 보건의료서비스, 정신건강 서비스 등을 포함한다. 19개의 커미셔닝 지원팀이 CCG를 지원하는데 일부 전문의 서비스와 일차 의료, 군인에 대한 서비스 등에 대한 커미셔닝은 NHS England가 책임을 진다. 새롭게 설립된 Public Health England(PHE)는 공중보건서비스를 커미션하는데 NHS England가 NHS가 제공하던 많은 공중보건서비스를 PHE를 대신하여 커미션한다. 공적으로 재원이 조달되는 NHS 서비스는 대부분 일차 의료의 첫 번째 관문인 일반의와 이차 의료와 삼차 의료를 제공하는 공공병원의 봉직 의사와 간호사가 제공한다. 공적으로 재원이 조달되는 서비스 중 일부는 민간 공급자에 의해 제공된다. 병원 영역에서 재단 신탁(Foundation Trust)은 특정 NHS 병원의 재정과 관리 독립성을 확대를 돕는다.

영국 보건부는 영국의 보건 및 사회복지 시스템에 대한 정책 설정을 주로 담당하는 중앙 정부 기관이며 전염병 통제와 같은 영국 전역의 건강 문제를 담당하는 주요 정부 부서이다. 2012년 보건 사회 복지법(Health and Social Care Act)에 따라 보건부의 역할과 책임은 NHS 전달에 대한 직접적인 책임이 아닌 전략적 방향을 제공하고 보건 및 의료시스템의 관리 역할을 하며 국가 정책을 발전시키고 리더십을 제공하는 것으로 변경되었다. 정부의 사업 계획에서 보건부는 입법 기간 동안 핵심 정책과 실행 계획과 진전을 추적하기 위한 지표를 정의하는 것으로 설정되었다.

NHS England는 비정부 공공기관으로 'NHS에 대한 장관 지침'(Ministerial instruction to the NHS)에 기초하여 광범위한 법적 의무를 가지는데 NHS England는 법적으로 (1) 질병 예방 및 더 나은 조기 진단 및 치료 제공, (2) 지속적인 신체 및 정신 건강 상태 관리, (3) 사람들이 건강이 나빠지거나 부상 후 회복을 지원, (4) 사람들이 긍정적인 치료 경험을 갖도록 보장, (5) 안전한 치료를 제공하고 피할 수 있는 피해로부터 보호라는 목표를 추구해야 한다. 이러한 다섯 가지 목표는 NHS의 진척도를 측정하기 위해 사용되는 NHSOF 에서 정의한 5가지 영역에 해당한다.

2000년 NHS 계획에 따라 NICE와 CQC 같은 기구들을 만들었고 의료 질을 개선하기 위한 노력을 지속하고 있다. 보건의료서비스의 표준 설정 및 이행에 대해 책임을 갖는 주요한 기구로 Care Quality Commission(CQC), Monitor, NICE가 있다. CQC는 보건의료서비스에 대한 독립 규제 기관으로 요양원, 치과의사, 재택 의료, 구급차,



병원 등에 대한 진료표준 설정과 시행에 대한 책임과 의료 제공자 간 표준 준수에 대한 정기(불시) 검사 및 모니터링 역할, 실행 계획 요청, 경고 통지 발행, 서비스 제한, 케어 서비스 제공 중지, 벌금 통지 발행 등의 역할, 서비스 등록 일시 중지 혹은 취소, CQC에 등록되지 않은 의료서비스 제공자 기소 등의 책임을 갖는다. Monitor는 의료서비스 부문 규제 기관으로 재정 및 치료의 질 관련 NHS 재단신탁의 성과를 감독하고 선택과 경쟁이 환자에게 최선의 이익이 되도록 보장하는 역할을 한다. 또한, 재단 신탁이 어려워질 경우 NHS 서비스가 지속될 수 있도록 할 책임을 가지며 재단 신탁의 조직성과에 대한 분기별 및 연간 보고서를 발간하여 제출할 의무가 있다. NICE는 비정부(non-departmental) 공공기관으로 의료서비스, 공중보건 및 사회 서비스 제공자를 위한 지침 및 권고를 생성하는 역할을 수행하고 보건의료서비스, 사회 서비스에 정보를 제공하며 GP 계약의 질 요소인 QOF(Quality and Outcomes Framework) 포함을 위한 잠재적 질 지표와 CCGOIS(Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set)의 개발을 지원한다.

〈표 8-1〉 잉글랜드에서 보건의료서비스의 표준설정 및 이행에 대해 책임 있는 기구

기구	주요 역할과 기능
Care Quality Commission(CQC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건의료서비스에 대한 독립 규제 기관</li> <li>• 요양원, 치과 의사, 재택 의료, 구급차, 병원 등에 대한 진료표준 설정과 시행</li> <li>• 의료 제공자 간 표준 준수에 대한 정기(불시) 검사 및 모니터링</li> <li>• 실행 계획 요청, 경고 통지 발행, 서비스 제한, 케어 서비스 제공 중지, 벌금 통지 발행</li> <li>• 서비스 등록 일시 중지 혹은 취소, CQC에 등록되지 않은 의료서비스 제공자 기소</li> </ul>
Monitor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 의료서비스 부문 규제 기관</li> <li>• 재정 및 치료의 질 관련 NHS 재단신탁의 성과 감독</li> <li>• 선택과 경쟁이 환자에게 최선의 이익이 되도록 보장</li> <li>• 재단 신탁이 어려워질 경우 NHS 서비스가 지속되도록 보장</li> <li>• 신탁의 의무 제출을 통해 재단 신탁의 조직성과에 대한 분기별 및 연간 보고서 발간</li> </ul>
NICE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 비정부(non-departmental) 공공기관</li> <li>• 의료, 공중보건 및 사회서비스 제공자를 위한 지침 및 권고 생성</li> <li>• 보건의료서비스에 정보 제공</li> <li>• GP 계약의 질 요소인 QOF(Quality and Outcomes Framework) 포함을 위한 잠재적 질 지표 개발</li> <li>• CCGOIS(Clinical Commissioning Group Outcomes Indicator Set)의 개발 지원</li> </ul>

자료: Schweppenstedde et al.. (2018). Regulating quality and safety of health and social care. RAND Europe. p.64.

## 2. 의료 질 영역별 주요 정책

### 가. 효과성

#### (1) 일차 예방과 이차 예방

NICE는 공중보건서비스 관련 질 표준에 대한 지침 및 권고를 생성한다(Schweppenstedde et al., 2018, p.64). 일차 예방과 관련한 건강증진 영역 중 모니터링의 측면에서 영국은 국가 단위의 건강 정보 인프라 시스템이 구축되어 모니터링이 잘 이루어지고 있다는 평가를 받는다. 국가 단위의 입원 환자 데이터, 사망 데이터, 전국민 건강 조사 및 질병별 등록 시스템 등을 운영하고 있으며, 개별 의사 단위의 풍부한 정보도 수집하고 있다. 이 시스템에는 일차 예방뿐 아니라 만성질환 관리와 고령자 치료 등에 관한 치료 결과 및 질 지표에 관한 정보를 모두 포함한다(OECD, 2017, pp.44-45).

#### (2) 급성 및 만성질환 치료와 관리

NICE는 전반적인 의료서비스 관련 질 표준에 대한 지침 및 권고를 생성한다(Schweppenstedde et al., 2018, p.64). 의료인을 대상으로 하는 질 향상 전략 중 표준 수립과 관련된 의료인의 교육, 국가시험, 보수 교육 등이 있다. 대부분의 전문의에게 진료를 받기 위해 일반의를 먼저 방문해야 하는 관문(Gatekeeping) 시스템을 가진 영국은 일차 의료 분야 전문의(general practice field specialty)를 위한 임상수련 제도를 운영하고 있다(OECD, 2017, p.14). 현재 GP가 되기 위한 의료자격으로 정규 근무 시간에 최소 3년의 임상 수련이 포함된다(다른 전문분야는 5년에서 7년 사이). 첫 18-24개월 동안은 산부인과, 소아과, 노인의학, 사고 및 응급, 또는 정신과와 같은 전문 분야의 다양한 직업에서 전문등록인(specialty registrar)으로 일한 후, GP 전문등록인으로 12-18개월 일해야 한다. 상당한 비율의 GP 수련인은 후반 GP 수련 기간에 시간제로 수련을 받는다(nhs, n.d.<sup>5</sup>). 또한, 영국은 의료 전문가들이 계속해서 양질의 치료를 제공할 수 있도록 지속적인 의료 교육(Continuous Medical

Education, CME) 및 지속적인 전문성 개발(Continuous Professional Development, CPD) 프로그램을 공적으로 시행하고 있다. 의료 전문가의 CME와 CPD 프로그램은 수행 여부에 대한 적절한 제재가 뒷받침되는 방식인 의료 전문가의 면허 갱신과 연계되어있다(OECD, 2017, p.39).

영국 대부분의 의료 전문가들은 전문적으로 운영되는 법정 기관의 규제를 받는다. 이러한 규제 기관은 보건 전문가가 충족해야 하는 행동, 교육 및 윤리에 대한 표준을 설정하고 업무에 부적합한 전문가에 대한 우려를 해결하면서 대중을 보호하고 안전을 증진한다. 규제 기관은 많은 경우 지속적으로 전문성을 개발하기 위한 요구 사항을 포함하여 훈련 및 교육의 표준을 설정한다. 총 8개의 보건 의료 전문 규제 기관이 존재하며, 카이로프랙틱 전문직을 규제하는 일반 카이로프랙틱 위원회(General Chiropractic Council), 치과의사, 치과 간호사, 치기공사, 치과 위생사, 치과 치료사, 임상 치과 기공사 및 교정 치료사를 규제하는 일반 치과 위원회(General Dental Council), 일반의를 규제하는 일반의 위원회(General Medical Council), 안과 관련 전문가를 규제하는 일반광학 위원회(General Optical Council), 영국의 약사, 테크니션 및 약국을 규제하는 일반 제약 위원회(General Pharmaceutical Council), 보건, 심리 및 사회복지 전문가를 규제하는 Health and Care Professions Council, 간호사와 조산사를 규제하는 간호 및 조산사 위원회(Nursing and Midwifery Council) 등이다(Schweppenstedde et al, 2018, p.70).

한편, 모니터링 및 질 개선 활동과 관련하여 영국은 의료 공급자의 치료 질 수준에 따라 공급자에게 인센티브를 지급하는 시스템(Pay for Quality, P4Q)을 운영하고 있다. OECD 국가들 중 가장 진보된 모니터링 시스템 중 하나로 평가받는 QOF는 80개 이상의 임상 및 기타 지표에 대한 성과를 기준으로 환자를 얼마나 잘 돌보는가에 대해 일차의(GP)에게 추가 보상(소득의 최대치 15%)을 제공하는 인센티브 제도이다. 보너스는 연초 선불 지불(up-front payment) 및 연말 성과 지불(achievement payment)로 구성된다. 각 인센티브화 된 지표의 달성에 대해 포인트가 부여되며, 총 보너스 지불은 QOF 포인트의 금전적 가치, 실무 목록 크기 및 유병률 데이터에 따라 다르게 계산된다. 이 프로그램은 우울증과 같은 정신건강 문제를 포함하여 여러 주요 만성 질환을 다루는 일차 의료가 질 높고 표준화된 서비스를 제공할 수 있도록 지원하기 위해 고안되었다. 또한, 공중보건 및 일차 의료에서 제공되는 기타 서비스(피임, 스크리

닝 및 예방접종)와 관련된 지표도 포함한다. 초기 제도는 임상, 공중보건, 조직 및 환자 경험 분야의 146개의 인센티브 지표로 구성되었으나, 2015년부터 금연 및 골다공증과 같은 새로운 지표가 도입되고, 상당수가 폐지되어 최종 77개로 변경되었다. QOF는 자발적 프로그램이지만, 영국 적격 의사의 96%-99%에 이르는 참여율을 보인다(OECD & WHO, 2019, pp.362-371, OECD, 2017, p.6).

급성 치료 영역의 P4Q 프로그램은 구조에 중점을 두는 일차 의료 P4Q 프로그램보다 과정 및 결과에 중점을 두고 있다. 개선된 치료 효과 또는 환자 안전 등을 질 향상 지표로 포함하여 비용 지불을 질의 결과와 연계시키고 있으며, 영국의 질 향상(Advancing Quality, AQ) 및 질 향상과 혁신 집행위원회(Commissioning for Quality and Innovation, CQUIN)는 프로그램에 환자 경험 또는 환자 만족도 결과를 반응성 지표로 포함하여 역시 비용 지불과 연계되도록 한다. 영국 P4Q 프로그램이 주요 타깃으로 하는 적응증으로는 급성심근경색(AMI), 급성 뇌졸중, 신부전, 고관절 골절 및 고관절 교체 시술 등이 있다. 그 밖에 당뇨와 같은 몇몇 질환도 대상에 포함하고 있다. 급성 치료 성과에 따라 상환을 보류하는 비지불 제도(non-payment scheme) 및 성과 결과에 따라 보너스 혹은 패널티로 비용 지불을 조정하는 방식을 모두 사용하고 있다(OECD & WHO, 2019, pp.362-371).

영국의 의료기관을 대상으로 하는 표준 설정, 모니터링, 질 개선 활동으로는 우선 환자보고결과측정 프로그램이 있다. NHS는 2009년 환자보고결과측정(Patient-reported Outcome Measures, PROMs) 프로그램을 도입했으며 모든 병원의 참여를 의무화하고 있다. NHSOF의 일부인 이 프로그램은 고관절 및 무릎 교체 수술, 서혜부 탈장 수술 및 정맥류 수술 등을 포함한다. 환자는 적응증에 해당하는 외과 시술 후 3-6개월 후 설문 조사에 참여하여 받은 시술이 건강을 개선했는지 여부를 평가한다. 병원 수준의 데이터는 공개적으로 보고되며 증증도 보정을 통해 병원 간 비교를 가능하게 한다(OECD, 2017, p.35).

또한 영국은 지속적인 의료 질 향상을 위한 외부 평가(external evaluation)를 기관 인정 시스템(accreditation system) 과정에 의무로 포함하고 있다. 기관 인정 제도는 급성기 병상 영역에만 국한하지 않고, 일차 의료 및 지역 사회 돌봄 분야에까지 확대하여 운영하고 있다. 영국의 일차 의료 분야에 도입한 종합적인 인정 프로그램(comprehensive accreditation programme)은 2008년 보건사회복지법(Health

and Social Care Act)에 독립 법정 공공기관인 치료 질 위원회(Care Quality Commission, CQC)가 병원, 성인 사회복지, 일차 진료, 정신건강 관리 서비스, 구급차 및 지역 사회 기반 서비스에 대한 조사를 담당한다. '규제된 활동'으로 정의된 모든 치료서비스는 법적으로 치료를 제공할 수 있도록 CQC에 등록하여야 하며, 법률에 따라 등록된 치료를 제공하지 않는 것은 위법 행위로 간주한다. NHS trust, 독립적인 의료 제공자, 구급차 서비스, 1차 치과 진료 제공자 및 GP 등 모든 의료 공급자는 CQC에 등록해야 하며, CQC가 설정한 기본적인 안전 및 질 표준을 준수해야 한다. CQC의 책임은 의료서비스를 모니터링 및 검사를 통해 공급자가 이러한 기본 표준을 충족하는지 평가한다. 이러한 평가 결과는 대중과 공유되며, 또한 시민들은 자신의 경험을 공유하거나 CQC에 불만 사항을 보고하도록 권장된다. 의료서비스가 기준을 충족하지 못할 경우 CQC는 심층조사 수행, 치료서비스의 품질에 대한 보고 등의 조치를 취한다(OECD, 2017: 51-53; Schweppenstedde et al, 2018: 64-65).

NHS는 질병별 별도의 전략을 수립하지는 않으며 전체 의료 질 전략 혹은 보건 의료 계획을 바탕으로 한 치료 및 관리 전략을 포함한다. 예를 들어 NHS 장기계획(Long Term Plan) 내용의 일부인 심혈관 질환(Cardiovascular disease, CVD)을 향후 10년간 생명을 구할 수 있는 가장 큰 단일 영역으로 확인하면서 효과적인 조기 발견과 적극적인 치료 계획을 제시하였다. 지역 당국과의 협력을 통한 NHS Health Check와 같은 접근 방식의 효율성을 높여 신속하게 고위험자를 식별하고 치료하며, 자발적으로 파트너 및 지역 사회 약사 그리고 GP와 협력하여 고혈압 및 기타 고위험 상태에 대한 테스트를 실시하고, 고위험 인구에 대해 적절한 예방 치료를 적시에 제공한다. 심부전 및 심장 판막 질환이 있는 기저 질환자에 대한 일차 진료 네트워크와 다학제적팀을 지원하고, 심장마비자에 대한 즉각적인 심폐소생술 및 제세동기에 의한 고에너지전기충격술을 지역 사회 내에서 구현하며 심혈관 질환 발병에 대한 효과적인 데이터 맵핑을 통해 도움이 가장 필요한 지역을 구분하여 제시하고 있다. NHS Long Term Plan은 2020/21을 시행 1차 연도로 잡고 첫 3년은 NHS England와 NHS Improvement 자금으로 운영될 예정이다(nhs, n.d.<sup>b</sup>)

당뇨 관리의 경우, QOF 프로그램으로 일차의가 증거 기반 치료를 잘 제공하는 경우 재정적 인센티브를 받을 수 있다. QOF는 일차의의 당뇨 관리 성과를 평가하기 위

해 프로세스 측정(모니터링, 처방 및 상담), 중간 임상 결과(당화된 헤모글로빈, 콜레스테롤 및 혈압) 및 환자보고 지표(치료에 대한 환자 경험)를 사용한다(OECD, 2017: 19). 이러한 재정적 인센티브가 영국 당뇨 관리의 질을 향상하는데 효과적이라는 결과들이 보고되어 왔다(Scott, Schurer, Jensen, & Sivey, 2009; Saunders, Schattner, & Mathews, 2008).

암의 조기 진단은 QOF의 Quality Improvement domain 2020-21 두 영역(학습 장애와 암의 조기 진단) 중 하나에 속해있는 부분이다<sup>24</sup>). 암 조기 진단의 개선을 위해 (1) 등록 환자 중 전국 유방암, 자궁경부암 및 대장암 진단 및 예방 검사 프로그램 참여 인구, (2) 암 의심 환자를 위한 의뢰 진료(referral practices) 및 가이드라인 적용, 전문성 개발, 의심되는 암 경로에 대한 안전망 구축, 진단 기간 단축 등의 두 가지 지표를 가진다. NHS는 이를 통해 국가 수준의 치료의 질 측면 및 환자의 경험 측면에서 모두 측정 가능한 개선을 기대하고 있다. 암의 조기 진단은 또한 NHS 장기 계획에도 포함되어 있으며 전체 암 진단 중 1/2단계 진단 비율이 현재 절반 수준에서 2028년까지 약 3/4으로 증가할 계획이 있다(NHS England & NHS Improvement, 2020).

영국의 정신건강 치료 및 관리를 위한 전략 중 하나는 일차 보수 교육의 일부분으로 정신건강 과목의 수련(training)이 의무적으로 포함되어 있다는 것이다. 그리고 정신질환 치료에 대한 접근성 향상(Improving Access to Psychological Therapy) 이니셔티브를 통해 일반의들이 경증 및 중등도 정신질환에 대한 근거기반 치료의 제공을 확대할 목표를 가지고 있다(OECD, 2017, p.22).

### (3) 생애 말 진료

NHS England는 생애 말 진료(End of Life Care) 프로그램을 운영하여 삶의 마지막에 있는 사람들에게 대한 서비스 제공 비율을 늘려 개별적인 필요와 선호도에 따라 생애 말 진료를 개선하는 것이 목표이다. 이를 위해 NHS England 지역 네트워크와 협력하여 더 나은 생애 말 진료를 위한 임상에 참여하고, 지원할 것을 보장한다. 또한, Ambitions for Palliative and End of Life Care: A national framework for lo-

24) QOF의 질 개선 도메인은 매년 변경된다.

cal action 2015-2020을 발간한 바 있다<sup>25)</sup>. 보고서는 생애 말 진료의 방향성을 제시 하는데, 개인에 대한 존중, 공정한 치료의 접근성, 치료의 정기적 검토, 치료의 적절한 조정 등이다(NHS England, n.d.).

## 나. 환자 중심성 강화 영역

### (1) 일차 예방과 이차 예방

예방 분야에서 환자 중심성 강화를 위한 영국의 질 전략으로는 NHS 당뇨 예방 프로그램(NHS Diabetes Prevention Programmes, NHS DPP)을 살펴볼 수 있다. NHS DPP는 NHS England, 영국 보건부 및 Diabetes UK의 합동 위원회로 제2형 당뇨 발생 위험이 높은 사람들을 지원하기 위해 2016년 공식적으로 시작되었다. 대면 프로그램에 초대된 사람들은 생활 방식 선택에 대한 교육, 건강한 식습관으로 체중을 감량하는 방법, 맞춤형 신체활동 프로그램 등 도움을 받았다. 현재 시범사업 중인 디지털 스트림 방식은 대면 프로그램과 유사한 지원 및 안내와 더불어 웨어러블 기술, 사용자가 건강 코치에 접근할 수 있는 앱 사용, 온라인 동료 지원 그룹, 목표를 디지털로 설정하고 모니터링 가능하도록 하는 기능, 활동을 기록하고 진행 상황을 모니터링하는 기능 등을 사용한다. 이 프로그램을 통해 고혈당 수치를 낮추고 제2형 당뇨 발병을 예방하거나 지연하는 데 도움이 될 것을 기대하고 있다(NHS, n.d.<sup>a</sup>;n.d.; Stokes J., Gellatly J., Bower P., Meacock R., Cotterill S., Sutton M. & Wilson P., 2019).

### (2) 급성 및 만성질환 치료 및 관리

#### 1) 환자 권리 규정, 환자 참여 보장 및 환자 경험 측정

영국(NHS 잉글랜드)은 환자의 권리를 NHS 헌법에서 공식적으로 규정하고 있다. 또한 2015-2016년 이후 모든 GP 실무에 환자의 의견을 강화하고, 제공되는 서비스와 실무에서의 환자 경험의 질을 높이기 위하여 환자 참여 그룹을 포함할 것을 요구하

25) 전체 보고서는 <http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf> 에서 다운받을 수 있음.

고 있다. 한편, NHS 스코틀랜드에서는 의료서비스 제공에 대한 환자의 권리와 원칙을 2011년 환자권리법에 구체적으로 정의하고 있다. 이 법은 NHS에게 환자 권리에 대한 피드백을 통해 격려, 모니터링, 조치 및 학습 공유 의무를 부과한다. 또한 스코틀랜드의 Our Voice Framework는 의료서비스 질 향상을 위해 환자와 대중의 참여를 독려한다. 이 프레임워크는 시민 패널을 포함하여 지역 및 국가 차원에서 환자, 가족 및 간병인의 의견을 들을 수 있는 기전이다(OECD, 2017, pp.31-33).

또한, NHS 잉글랜드와 스코틀랜드 모두 환자의 경험을 측정하는 다양한 전국 조사들을 시행하고 있다. NHS 잉글랜드에서는 환자보고경험측정(Patient-Reported Experience Measures, PREMs)이 전체 보건의료 부문(병원 입원 환자, 응급서비스, 외래 환자, 임산부 관리, 지역 사회 정신건강, 일반 진료 및 통합 치료)을 포괄하는 체계적이고 표준화된 국가 조사로 수집된다. 여기에는 당뇨병 및 뇌졸중과 같은 공중보건 우선순위로 확인된 특정 질환 영역도 포함된다. 또한 친구 및 가족 조사(Friends and Family Test)는 환자에게 본인이 제공받은 서비스를 추천할 것인지에 대한 정보를 포함한다. 이 조사는 모든 일차 및 이차 보건의료서비스에서 사용되며 거의 실시간으로 피드백을 제공한다. NHS 스코틀랜드의 설문 조사는 병원 입원 환자, 일차 진료, 사회복지, 출산 관리 및 암 치료 환자 등을 대상으로 포함한다. 특히 시간 외 일차 진료(out-of-hours primary care)에서 환자 경험을 측정하는 경우는 매우 드문 경우이나, 스코틀랜드에서 시행하고 있다(OECD, 2017, pp.31-33). 영국은 GP 진료에 등록된 약 240만 명의 환자는 일 년에 두 차례에 걸쳐 접근성, 진료 약속 잡기, 진료의 질, 개원 시간에 대한 만족도 및 시간 외 국가 보건서비스(NHS) 서비스 경험 등에 대한 설문에 응답한다(OECD, 2017, p.16).

## 2) 보건의료 니즈 전 영역, 개선 보증: 환자의 공급자에 대한 질 평가 정보 이용

영국은 일차 진료, 병원 진료, 산전 관리, 정신건강 서비스 등 광범위한 분야에서 환자의 선택을 지원한다. MyNHS는 병원, GP 진료실, 요양원, 정신건강 서비스 제공자 및 치과 의사 등의 데이터를 바탕으로 서비스들의 성과에 대한 정보를 제공하는 웹사이트이다. 공공 사용에 맞춘 표준화된 정보는 NHS Choices, Care Quality Commission 및 Public Health England에서도 제공한다(OECD, 2017,



pp.36-37).

### 3) 보건의료 니즈 전 영역, 기준설정: 환자 교육 및 자가 관리의 증진

영국에 속한 스코틀랜드는 보건의료 및 사회복지 서비스가 각 시민에게 잘 제공되고 자가 관리(self management)를 촉진할 수 있도록 건강정보 이해 능력 행동 계획(Health Literacy Action Plan)을 개발하여 사용하고 있다(OECD, 2017, p.37).

### 4) 환자 중심성, 일차 의료 및 급성 치료, 모니터링: 정신건강 데이터

영국에서는 개별 환자의 치료 과정 및 결과와 관련된 정신건강 데이터가 일차 의료, 지역 사회 및 이차 의료 환경에서 수집된다. 데이터에는 정신질환 입원 정보, 지역 사회 정신건강 서비스에 대한 환자 경험, 심리치료 접근성, 회복률 및 대기시간 등이 포함된다(OECD, 2017, p.21).

### (3) 생애 말 진료

영국은 The National Survey of Bereaved People(VOICES, Views of Informal Carers- Evaluation of Services)를 통해 지난 3개월 동안 친구나 친척에게 제공된 생애 말 진료의 질에 대한 사별 가족의 견해를 수집한다. 이 설문 조사는 국가 통계국(Office for National Statistics, ONS)에서 관리하여 조사결과를 웹페이지에 게시하고 있다<sup>26)</sup>. 2015년 설문 조사에서는 사망한 가족이 받았던 생애 말 진료의 전반적인 질 수준이 어땠는지, 사망한 장소가 병원일 때 병원 외부의 GP 및 다른 서비스와의 연계가 원활하게 이루어졌는지, 보건 전문가가 제공한 정보가 이해하기 쉬웠는지 질의응답을 하는 데에 충분한 시간이 제공되었는지 등의 질문이 포함되어 있다(Office for National Statistics, n.d.).

26) 2011년부터 2015년까지의 조사 결과가 공개되어 있다.

## 다. 안전성 개선 영역

영국은 급성 치료 영역에서 환자 보고 안전사고 측정(Patient Reported Incident Measures, PRIMs)이라는 틀을 사용하여 병원 사건보고 시스템, 의료 기록 또는 임상 직원이 파악하지 못한 안전사고를 식별하고 있다. 또한 영국의 연간 NHS 직원 설문 조사는 병원 직원들에게 의료오류(near misses)와 조직의 안전 문화에 대한 설문을 실시하며, 2011년 입원 환자 설문 조사에는 의사와 간호사가 환자와 다음 환자를 만지는 중간에 손을 씻었는지 등의 질문이 포함되었다(OECD, 2017, p.35).

2019년 7월 NHS England와 NHS Improvement가 함께 발간한 The NHS Patient Safety Strategy는 NHS가 향후 5년에서 10년간 통찰력(Insight), 참여(Involvement), 개선(Improvement)의 3개 전략을 통해 환자 안전 문화와 시스템을 발전시켜 환자 안전을 계속해서 향상시킬 것을 공표하고 있다. 통찰력(Insight)과 관련한 세부전략으로 (1) 환자안전 관련 주요 측정지표 원칙을 채택하여 홍보하고, 안전한 케어를 보다 잘 이해할 수 있는 문화적 지표의 사용, (2) 국가 보고 및 학습 시스템을 새로운 안전 학습 시스템으로 대체하는 새로운 디지털 기술의 도입, (3) 환자 안전사고 대응 프레임워크(the Patient Safety Incident Response Framework, PSIRF)의 도입, 4) 사망자를 면밀히 조사하기 위한 새로운 의료검사 시스템의 구현, (5) 새로운 National Patient Safety Alerts Committee 지원을 받아 새롭게 대두되는 위험요소에 대한 대응을 개선, (6) 환자 안전 위험요소를 예방하기 위하여 관련 소송으로부터의 통찰력 공유하기 등이 있다. 참여(Involvement)에 해당하는 세부 전략에는 (1) 보다 안전한 치료를 제공하기 위해 환자, 가족, 간병인 및 기타 일반인의 참여에 대한 원칙과 기대치(expectation)의 수립, (2) 시스템 전반에 걸친 일관성 있는 환자 안전 관련 강의 계획서, 연수와 교육 프레임워크 도입. (3) 전반적인 시스템을 통틀어 환자 안전 환경 개선을 이끌 수 있는 환자 안전 전문가 도입, (4) 적절하지 못한 선례를 통해 상황에 적절하게 대응할 수 있도록 준비하기, (5) 전체 의료시스템이 환자 안전이라는 의제에 관여하도록 하기 등이 포함되었다. 개선(Improvement)의 세부전략으로는 (1) 피할 수 있는 악화 예방 및 환자 안전 중재(Intervention)의 채택, 더욱 확대된 국가 환자 안전 개선 프로그램의 개발, (2) 2025년까지 사산, 신생아, 산모 사망 및 신생아 질식성 뇌 손상을 50%로 줄이기 위한 출산 및 신생아 안전 개선 프로그램의 개발, (3) 현재

사용되는 약물 중 가장 위험도가 높은 약물의 안전성 증진을 위한 의약품 안전 개선 프로그램의 개발, (4) 정신건강 안전 개선 프로그램의 제공, (5) 노인 안전, 학습 장애자 안전, 항생제 내성 등과 같은 우선순위 영역에 대한 환자 안전 개선을 위하여 전 NHS 파트너와의 협력, (6) 환자 안전 개선을 지원하는 연구 및 혁신 노력 등이 있다(NHS England & NHS Improvement, July 2019).

한편, 보고서에서는 영국 대부분의 환자들에게 첫 접촉 포인트(the first point of contact for most patients seeking healthcare)인 일차 의료(primary care)의 중요성을 인식하고 환자 안전 개선을 위한 전략을 별도로 제시하고 있다. 먼저 환자 안전 중점을 증가시킬 수 있는 일차 의료 및 지역 사회 케어 분야의 새로운 업무 방식을 언급하고 있다. 한 예로 일차 의료, 지역 사회 및 이차 의료(급·만성 치료를 위한) 간의 무리 없는 연계를 가능하게 하는 통합 치료 경로(integrated care pathways)의 개발을 예고하였다. 이는 지역 시스템(local system)의 책임을 더욱 명확하게 하고, 더 안전하게 치료할 수 있는 임상 거버넌스를 개발하는 기회가 된다. GP(일반의) 혹은 의료인은 지역 사회에서 주로 일하지만, 때로는 그들의 환자를 병원으로 보내기도 하면서 입원과 입원 기간을 감소시키는 것이 가능하다. 또한 GP(일반의) 혹은 A&E 대신에 지역 사회 약사들이 환자에게 적절한 지도를 하는 디지털 경증 전원 서비스(Digital Minor Illness Referral Service)를 예로 들고 있다. 사소한 구강 수술과 같은 전통적으로 이차 치료 세팅에서 이루어진 치과 업무도 점차 일차 및 지역 사회 케어 세팅으로 이동하는 추세로 NHS는 이차 치료 세팅에서 활용되던 환자안전 발의(initiatives)를 일차 의료 세팅에 적용할 필요가 있다고 언급한다. 두 번째로, 안전사고 보고 시스템이 용이한 접근을 보장하고 상호작용하는 반응성을 제공할 수 있도록 시스템을 보완하고 일차의들이 디지털 안전사고 관리 기능(management functionality)을 사용할 수 있게 할 계획이다. 또한 현재 일차 의료 세팅에서 보급하고 시행하는 데에 문제가 있는 환자안전경보(Patient Safety Alerts) 제도를 검토하고 수정하며, 전국 환자안전경보 위원회(The National Patient Safety Alerting Committee)가 일차 의료에서도 경보를 받고 조치를 취하도록 할 예정이다. 의료심사관 시스템은 2021년 3월부터 일차 진료 내 모든 사망자를 대상으로 할 예정이다(NHS England & NHS Improvement, July 2019).

## 제2절 네덜란드

### 1. 개요

네덜란드는 사회보험방식의 건강보험제도, 국가 보건의료제도 및 관리 의료시스템의 특징을 갖는다. 의료시스템은 치료서비스, 장기요양서비스, 공중보건, 사회서비스로 구분된다. 네덜란드의 치료서비스는 중앙에서 관리하고 사회서비스 및 예방 치료는 지방 정부에 위임되었다. 건강보험은 장기요양서비스, 기본 치료서비스에 대한 기본보험, 국가 건강보험에서 보장하는 않는 서비스에 대한 보완적 자발적 보험, 예방 및 사회서비스의 4가지로 구분된다. 일반적으로 입원과 외래서비스는 민간 공급자가 제공하며 2차 의료에 대한 관문 역할을 하는 일반의가 있다. 인두제와 행위별 수가제로 보상받는데 병원에서 제공되는 전문의서비스는 2005년부터 행위에 기반해 보상받는다. 장기요양서비스는 시설 케어는 너싱홈 등에서 제공되며 홈 케어는 민간비영리기관에 의해 주로 제공된다(Schweppenstedde et al., 2018, pp.99-100).

네덜란드에서 의료시스템의 거버넌스는 정부와 기업주의(자치 거버넌스) 부문에서 공유되는데 정부의 역할은 2006년 건강 개혁을 통해 의료 시장 요소를 강화하려는 움직임에 따라 의료시스템 규칙을 감독하고 정의하는 것으로 제한된다. 주에서는 품질 표준에 대한 입법적 틀을 제공하고 세부 사항은 공급자와 전문가가 해결한다. 네덜란드 보건시스템 거버넌스에 대한 이러한 접근 방식은 의료 분야의 '사회적 파트너', 즉 국가, 전문기관, 의료서비스 제공자, 환자 및 보험사 간 협상과 합의에 기반한 코디네이션의 원칙으로 불리며 네덜란드 시스템의 주요 특징으로 간주된다. 정부는 운영 우선순위 설정을 위해 다양한 조직으로부터 조언을 받는데 보건위원회(Gezondheidsraad)는 의학, 보건의료, 공중보건 및 환경 보호 분야의 과학적 측면에 대해 자문을 제공하며 '공중보건 및 건강 관리위원회'(Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, RVZ)는 보건의료, 사회서비스, 공중보건의 모든 영역에 대한 전략적 조언을 제공함으로써 건강 정책 개발을 지원하는 독립적인 자문기구이다. 공급자와 보험사는 연간 책임 보고서(비용, 활동 및 질)를 작성해야 하며 국립 연구 기관인 국립 공중보건 및 환경 연구소(RIVM)는 의료시스템 성과에 대해 2년마다 국가 보고서를 작성한다(Schweppenstedde et al., 2018, pp.99-100).

네덜란드 보건 의료 분야의 표준 설정 및 시행 및 감독을 담당하는 주요 기관으로 보건의료 검사관(Health Care Inspectorat, IGZ), 보건 당국(Dutch Healthcare Authority, NZa), 건강 보험 위원회(Health Care Insurance Board, CVZ)가 있다. 보건의료 검사관(Health Care Inspectorat, IGZ)은 안전하고 효과적이고 환자 중심적인 치료의 향상을 담당하는 독립적 감독 기관으로 최소한의 질 기준을 설정하고 보건의료에 대한 법적 규정을 시행하며, 의료 시설의 사고 및 불만 사항을 조사하고 제공자의 법적 안전 규정 준수 여부를 조사하여 의료서비스의 품질과 접근성을 모니터링한다. 보건 당국(Dutch Healthcare Authority, NZa)은 경쟁을 모니터링하고 구매자와 서비스 사용자의 투명성을 강화하여 의료 부문을 감독하는 독립적인 행정 감독 기관으로 시장 지배력을 가진 행위자에게 의무를 부과하고, 시장 메커니즘이 양질의 치료를 효율적으로 제공하기에 충분하지 않은 것으로 판명될 때 규제를 부과하고 가격을 정할 수 있다. 건강 보험 위원회(Health Care Insurance Board, CVZ)는 건강보험 회사와 제약 분야의 질 관리 및 감독 기능을 갖춘 보건부 산하의 독립 정부 기관으로 건강보험법 시행을 담당하며 보험 시스템의 조건을 개발한다(Schweppenstedde et al., 2018, p.103).

〈표 8-2〉 네덜란드 표준 설정 및 시행 담당 주요 기관

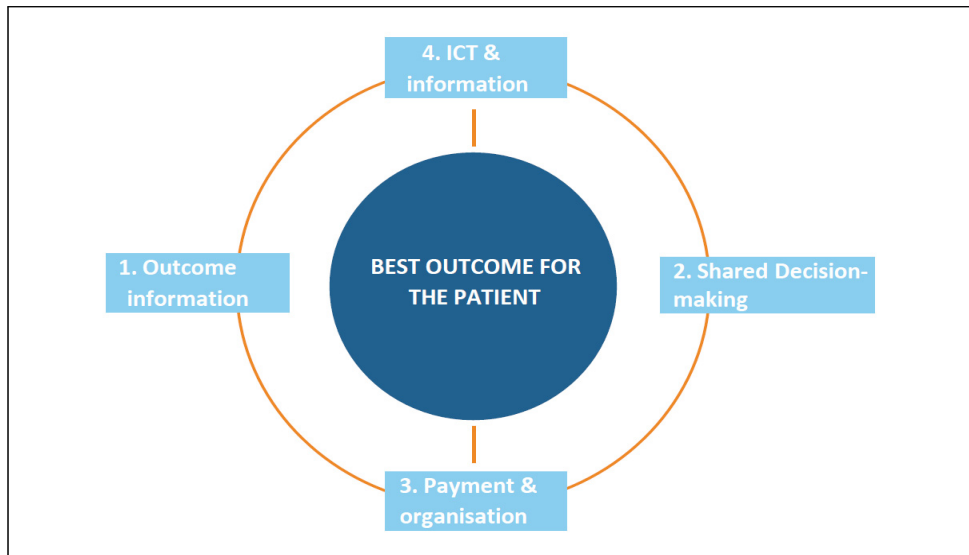
기구	주요 역할과 기능
보건의료 검사관 (Health Care Inspectorat, IGZ)	안전하고 효과적이고 환자 중심적인 치료의 향상을 담당하는 독립적 감독 기관. 최소한의 질 기준을 설정하고 보건의료에 대한 법적 규정을 시행하며, 의료 시설의 사고 및 불만 사항을 조사하고 제공자의 법적 안전 규정 준수 여부를 조사하여 의료서비스의 품질과 접근성을 모니터링함.
보건 당국 (Dutch Healthcare Authority, NZa)	경쟁을 모니터링하고 구매자와 서비스 사용자의 투명성을 강화하여 의료 부문을 감독하는 독립적인 행정 감독 기관. 상당한 시장 지배력을 가진 행위자에게 의무를 부과하고, 시장 메커니즘이 양질의 치료를 효율적으로 제공하기에 충분하지 않은 것으로 판명될 때 규제를 부과하고 가격을 정할 수 있음.
건강 보험 위원회 (Health Care Insurance Board, CVZ)	건강보험회사 / 제약 분야의 질 관리 및 감독 기능을 갖춘 보건부 산하의 독립 정부 기관. 건강 보험법 시행을 담당하며 보험 시스템의 조건을 개발함.

자료: Schweppenstedde et al., (2018). Regulating quality and safety of health and social care. RAND Europe. p.103.

2018년 네덜란드 보건부는 네덜란드 보건의료시스템의 의료 질 향상 정책의 일환으로 “Outcome based healthcare 2018-2022”를 발표하였다. 발표한 보고서의 내용 중 환자를 위한 최고의 결과를 내기 위한 4가지 접근법으로 (1) 결과에 대한 정보, (2) 공동 의사 결정, (3) 결과 기반의 조직 및 비용 지불, (4) 적합하고 최신의 결과 정보에의 더 나은 접근성을 들고 있다. 첫 번째, 결과에 대한 정보, 결과에 대한 더 많은 통찰력(More insight into outcomes)은 현재 네덜란드 보건의료 공급자와 환자 모두 결과에 대한 정보가 적은 상황으로 더 많은 결과 정보가 주어져야 함을 의미한다. 이를 위해서 질병 부담을 야기하는 증상을 정의하고 영향 및 관련된 환자와 보건의료 공급자의 수를 파악하며, 측정지표를 개발 혹은 조정할 예정이다. 결과들은 찾을 수 있도록 만들 것이며, 측정지표의 관리에 대한 합의문을 만들 예정이다. 결과의 사용에 관해서는 환자의 합의를 만들고, 보고되는 결과의 투명성에 대한 합의도 만들 예정이다. 마지막으로 진행 중인 변화 이니셔티브와 의사 결정참여자 분석을 맵핑하여 보건복지부에 권고안을 제출하고, 보건복지부는 필요한 조치(follow-up action)에 대한 결정을 내린다. 두 번째, 치료 과정/결정에서의 환자의 더 많은 의사 결정 참여(공동 의사 결정, Shared Decision-making)를 위해 환자들을 대상으로 하는 캠페인과 독려를 시작하고, 지역 이니셔티브의 지속 및 확대, 상담실에서의 Proof of concept 사용, 치료 과정에서 유용성에 중점을 둔 의사 결정 도구 개발, 네덜란드 의학적 치료법(Dutch Medical Treatment Act) 내 공동 의사 결정 항목 포함, 건강 기술과 공동 의사 결정 간의 연계에 관한 관심 증진을 위한 의료 협력 지원, 필수 의학 보수교육에 공동 의사 결정 확보에 대한 합의 포함, 기존 지식과 경험을 묶고 서로 학습을 촉진하기 위한 플랫폼, 네덜란드 보건의료 기구(Dutch Health Care Institute)에 의한 임상 질 표준 내 공동 의사 결정 장려, 공동 의사 결정에 대한 보상(리워드) 가능성에 대한 명확한 정보 등을 들고 있다. 세 번째, 결과 기반의 조직 및 보상체계를 위하여 환자 결과 개선에 중점을 둔 현장 이니셔티브의 방문, 모니터링, 모범사례 공유, 치료와 관련되어 여러 부문 혹은 조직이 포함된 경우 모든 부문을 조사하기, 결과 기반 보상체계의 시범시행, 결과 기반 보건의료 관련 다년 계약의 영향 검토, 관련 연구(예. 보상 결과에 대한 ICT 지원에 대한 연구) 등을 시행할 예정이다. 마지막으로, 적합하고 최신의 결과 정보에의 접근성 개선을 위해서는 치료 결과 및 피드백 환자 보고가 가능한 스마트 도구 개발의 촉진, 모든 병원과 진료소에 대한 실질적인 구현 지원, 환자의 건강 데이터 관리 보호,

데이터 수집 및 관리 모드의 결과 정보와의 호환성 조사, 데이터 모델 파일럿 세계 경제 포럼 참여, 각 기관으로부터 의료 결과 및 질 등록의 자동 도출을 가속화하기 위한 증거개념(Proof of concept)의 확장, 데이터 수집 및 관리에 대한 시범 시행 촉진, 결과 정보에 대한 기존 소스 사용의 격려, 의료 질 등록 거버넌스에 대한 독립적 탐색 위원회에 의한 정교한 권고안, 환자와의 의사소통 및 의사 결정을 위한 도구 개발의 격려, 의료서비스 제공자용 결과 정보에 대한 사용자 친화적 접근 촉진, 의료기관의 성과에 대한 접근성 촉진, 기존 시스템 등록 및 결과 정보 사용 통합과 구현 지원의 촉진, 데이터 프라이버시 및 데이터 보안 주제의 의제화 등을 시행하기로 하였다(Ministry of Health, Welfare and Sport, February 2018).

[그림 8-1] 환자를 위한 최고의 결과를 위한 네 갈래 접근(Four-pronged approach)



자료: Ministry of Health, Welfare and Sport. (February 2018). Outcome based healthcare 2018-2022. <https://www.government.nl/documents/reports/2018/07/02/outcome-based-healthcare-2018-2022> 에서 2020. 7. 20 인출.

## 2. 의료 질 영역별 주요 정책

### 가. 효과성

#### (1) 일차 예방과 이차 예방

네덜란드의 공중보건법(Public Health Act)은 예방과 건강 증진에 초점을 맞추고 있으며, 위협 발생 시 그리고 감염성 질병 위기 대처의 측면에서 신속하게 대응하는 것을 목표로 한다. 공중보건법은 전염병 통제, 건강검진, 예방 및 건강 증진 프로그램, 청소년 보건의료서비스 등을 포함한다. 전염병 통제, 건강검진 등은 중앙 정부와 지방 당국이 함께 수행하고 생활 환경과 같이 공중보건에 영향을 미치는 요인과 관련된 정책은 지역 당국이 수행한다. 중앙 정부는 필요한 노하우를 개발하고 실행을 위한 충분한(전문적인) 능력을 마련함으로써 지방 당국을 지원한다(Government of Netherlands, 2018).

시민이 받을 수 있는 국가 선별 검사 프로그램(national screening programmes)으로는 주정부가 재정을 지원하고 시행하는 3개의 암(유방, 자궁경부, 대장)과 5개의 산전 및 신생아 선별 검사 프로그램이 있다. National Institute for Public Health and the Environment(RIVM) 국립 공중보건 연구소 및 인구 선별 환경 센터(RIVM-CvB)는 보건·복지·스포츠부를 대신하여 선별 검사 프로그램을 지휘하고 관리한다(National Institute for Public Health and the Environment, 2020).

#### (2) 급성 및 만성질환 치료 및 관리

네덜란드 법률은 의료 질 및 안전 표준에 대한 입법 프레임워크를 제공하지만, 특정 모델이나 표준세트를 규정하지는 않아 부문별 표준, 모니터링, 제어 및 평가 메커니즘을 개발할 수 있도록 되어 있다. 두 가지의 관련 기본 법률로는 1993년 개인 의료전문직법(Individual Health Care Professions Act; Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, BIG)과 1996년 의료 질 법(Quality Act)이다. BIG법은 의사, 간호사 및 기타 (비)의료 전문직을 포함한 8개 직업에 대한 의료전문가의 치



료 제공을 규제한다. 재검증, 징계 절차 및 동료 검토와 같은 질 향상 전략의 규제를 내용으로 담고 있다. 의료 질 법은 모든 의료기관(일차의 및 치과의와 같은 독립적인 전문가를 제외한)에 대한 의료 질 시스템을 의무화한다. 구체적으로는 다음의 네 가지 요구사항을 규정한다. (1) 의료기관은 ‘책임 있는 치료’를 제공해야 한다. (2) 의료기관은 ‘책임 있는 치료’를 제공할 수 있는 구조를 제공하고 ‘책임 있는 치료’를 달성하거나 유지하는 방법을 전달해야 한다. (3) 치료의 질을 체계적으로 모니터링하고 제어하며 개선해야 한다. (4) 의료 질 관리와 1년 동안 제공된 의료서비스에 대한 질 결과에 대한 연례 보고서를 발행해야 한다(Schweppenstedde et al, 2018, p.102).

네덜란드는 가치 기반 보건의료(Value based healthcare, VBHC)를 추구하면서 의료 질 결과와 지불을 연계하고 있다. 한 예로 2007년부터 몇 개의 만성질환(제 2형 당뇨병, 만성폐쇄성 폐 질환, 심혈관계 질환 위험관리)에 대해 시행 중인 번들 지불(bundled payment)이 있다. 제2형 당뇨병에 대한 bundled payment는 모든 표준 당뇨병 관리에 대해서 환자 1명당 한 번의 지불(single payment)만이 이루어지는 시스템이다. 제공자와 지불자의 참여는 자발적이며, 환자에게는 자비 부담 없이 보험에 의해 모두 커버된다. 번들 지불은 케어 그룹에 지급되는데 이 케어 그룹은 개혁의 일환으로 설립된 법인으로 주로 GP로 구성된다. 케어 그룹은 필요한 케어 서비스를 자체적으로 제공하거나 대부분의 경우 의료 전문가에게 하청 계약(sub-contract)하여 제공한다. 번들 지불에 포함된 서비스 요소는 National Diabetes Foundation에 의해 국가 차원에서 정의되었고, 제공자와 환자 협회 간에 합의되었으며, 일차 의료 상황만을 참조하여 결정되었다. 케어 그룹이 다른 의료 전문가와 하청계약을 하는 경우 치료 비용은 케어 그룹과 개별 의료 제공자 간에 협상하며, 제공하는 서비스에 대해 케어 그룹이 의료 제공자에게 지불하는 방법은 FFS(fee-for-service), 고정 요율 또는 급여(salary) 등으로 협상 가능하다(OECD & WHO, 2019, p.366; Srivastava, Mueller, & Hewlett, 2016, p.109-111). 또한 네덜란드는 임상 정보 기술의 조직 및 구현, 기타 컴퓨터 기반 서비스의 제공 등에 인센티브를 지급한다(OECD & WHO, 2019, p.366). 최근 네덜란드 정부는 Outcome based healthcare 2018-2022 계획을 발표하였으며 이를 통해 의료 질 성과에 따른 지불 조정 개혁이 이루어질 예정이다(Ministry of Health, Welfare and Sport, February 2018).

네덜란드는 고등학교 졸업 직후 의학대학에 입학이 가능한 국가로, 의학대학 입학

후 6년, 임상 수련 2년, 전문의 수련은 3년 정도를 수행하도록 기준화되어 있다. 별다른 국가고시 없이 의학대학을 졸업하면 면허가 부여된다. 간호사의 경우, 4년간의 학업 후 간호 학사 학위를 가지면 적격해지며, 더 진보된 임상 수행 수준의 간호 역할을 수행하기 위하여 Nurse Practitioner 제도를 시행하고 있다. 간호사의 보수 교육의 책임은 간호사가 근무하는 의료서비스 제공자에게 있지만, 간호사는 자발적으로 “간호사 질 등록원”(Quality Register for Nurses; Kwaliteitsregister)에서 온라인 교육 및 전문 개발 활동을 기록할 수 있다. 이를 통해 자신의 기술을 전문적으로 합의된 역량 표준과 비교할 수 있다(OECD & WHO, 2019, p.113-130). 의료인을 제재하는 주요 책임 기구는 The Royal Dutch Medical Association(KNMG) 및 위원회이며, 완화된 제재 사항에 대한 책임 기구는 검사관 및 각 병원 책임 위원회, 강력한 제재 사항을 책임지는 기구는 징계위원회로 역할을 구분하고 있다. The Royal Dutch Medical Association(KNMG)는 이밖에도 의사의 대학원 교육(postgraduate training) 규제, 전문의 등록 및 재인증, 교육 기관 인정 및 대학원 교육을 위한 훈련인 규제 등의 책임을 진다(OECD & WHO, 2019, p.130-144). 간호사를 규제하는 국가 기관으로는 교육, 문화 및 과학부(Ministry of Education, Culture and Science)와 Central Information Centre for Professional Practitioners in Health Care(CIBG)가 있으며, 이 기관들은 간호사 교육 표준에 대한 규제 및 간호사 등록 등을 책임진다(OECD & WHO, 2019, p.145).

네덜란드의 임상 가이드라인 개발은 유럽 국가 내에서도 첫 번째 범주인 ‘잘 확립된’ 활동이 있고 가이드라인 개발 및 구현에 대한 폭넓은 경험이 있는 나라에 속한다(벨기에, 영국, 프랑스, 독일 및 네덜란드). 임상 가이드라인 비준수에 대한 처벌은 없지만, 완화의료와 같은 특정 경우에는 의무적으로 사용되고 있다. 임상 가이드라인의 사용의 촉진을 위해 전자 웹 페이지가 사용되며, 일부는 상호작용 학습법(interactive learning)으로 개발되어 있다. 또한, 일부 보험사들이 임상 가이드라인 이행을 지원하기 위한 재정적 인센티브를 제공하지만 대체로 보조 메커니즘으로 사용되고 있다(OECD & WHO, 2019, p.243-248). 한편 표준진료지침(Clinical Pathways, CPWs)은 근거 기반 의료(evidence-based healthcare)를 권장하는데 사용되며, 의료기관의 고유한 문화와 환경 내에서 임상 가이드라인 권장 사항을 임상 과정으로 전환하는 도구이다. 표준진료지침의 목표는 (1) 가이드라인이나 근거를 지역의 시스템

으로 전환하는 데 사용되며, (2) 계획, 경로, 알고리즘, 가이드라인, 프로토콜 또는 기타 ‘행동 목록’ 안의 치료 또는 치료 과정의 단계를 자세히 설명한다. 또한 (3) 특정 집단의 특정 임상 문제, 절차 또는 의료 사례에 대한 치료를 표준화하는 것이다(OECD & WHO, 2019, p.309). 네덜란드의 표준진료 지침 사용률은 대략 15% 정도로 낮은 편이라 알려져 있으며 주로 급성기 병상에 국한되어 있었다. 하지만 최근 표준진료지침과 관련된 활동이 증가하는 추세이다. 2000년 벨기에와 네덜란드의 다학제적 팀에 의해 시작된 “벨기에 네덜란드 표준진료지침(BDCP) 네트워크(Belgian Dutch Clinical Pathway, BDCP; Netwerk klinische Paden)가 한 예이다. 이 네트워크는 벨기에 및 네덜란드 병원들의 CPW의 개발, 구현 및 평가를 지원하는 것을 목표로 한다. 주요 활동으로는 (1) CPW, 환자 안전, 질 관리 및 근거 기반 의약품에 대한 교육 세션 제공, (2) 다학제적 팀워크의 지원, (3) 국제 연구 및 협력 장려 등이 있다. 2018년 네덜란드의 57개 이상의 의료기관(급성 병원 trusts, 재활 센터 및 가정 간호 기관 등)이 BDCP 네트워크의 회원으로 등록되어 있다(OECD & WHO, 2019, pp.313-316).

한편 2003년, 네덜란드 보건부는 Faster Better라는 보완적인 국가 질 향상 협력을 시작하였다. 이 프로그램의 목적은 4년 이내에 네덜란드 병원의 20%에서 환자 안전과 흐름이 크게 개선되는 것을 실현하는 것이었다. 이 프로그램의 구체적인 목표 중 하나는 진단 프로세스 및 치료의 총 기간을 최소 40%에서 최대 90%까지 단축하는 것이었으며, 이를 달성하기 위해 표준진료 지침이 적용되었다. 표준진료 지침을 통해 진단 오류를 예방하여 전체적인 진단 프로세스 및 치료의 기간을 단축시키는 것은 곧 환자 안전의 향상과 의료 질 개선과 맞아있기 때문이다. 이 프로그램을 통해 참여 병원은 첫 해에 32%의 감소를 달성하였다(OECD & WHO, 2019, p.313-316).

네덜란드는 영국과 함께 유럽에서 가장 오랜 감사 및 피드백 역사를 가지고 있다. 감사 및 피드백 이니셔티브는 지역 및 국가 차원에서 수행된다. 이들은 일반적으로 간편하게 측정하기 위하여 효율성 및/또는 안전성에 중점을 두고 있지만, 일부 지역에서는 환자 중심성을 환자 설문조사를 통해 측정 시스템에 포함하기도 한다. 일반적으로 피드백 보고서는 의료 제공자 및/또는 전문가에게 제공되며, 피드백은 종종 인정(accreditation), 재정적 인센티브 또는 질 서클(quality circles)과 같은 다른 질 관련 이니셔티브와 연계된다. 정책적 측면에서 감사 및 피드백의 결과로 나온 데이터를 사

용하여 최소한의 비용으로 의료의 질을 향상하는 데 기여할 수 있다. 그러나 이는 모든 임상 문제에 대한 이상적인 전략은 아니며 감사 및 피드백 개입은 주로 효과성(effectiveness)과 관련이 있다(OECD & WHO, 2019, pp.265-266).

네덜란드의 감사 및 피드백 활동은 일차 진료에서 시작되었으나 최근에는 이차 입원 환자 및 외래 환자 간호로 확대하였으며 보다 광범위한 질 개선 이니셔티브가 포함되었다. 2009년 설립된 네덜란드 임상 감사 기관(Dutch Institute for Clinical Auditing, DICA)을 통해 병원 기록을 이용하여 23개의 치료(직장암, 유방암, 상부 위장관암 및 폐암 등)에 대해 효과성, 환자 안전성, 환자 중심성의 영역에서 구조, 과정, 결과의 지표를 가지고 감사를 실시한다. 피드백은 보통 PDCA(plan-do-check-act) 사이클과 결합한 형태로, 적어도 매달 의료 제공자에게 전달된다. 대부분의 병원은 DICA 피드백 보고서를 기반으로 질 향상 전략을 수립하고 시간이 지남에 따른 개선 사항 측정이 가능하다. 감사를 위한 측정지표는 과학 재단, 병원 조직 및 환자 그룹에 의해 매년 선별된다. 종합적인 임상 및 조직 감사가 일차 의료 인정(accreditation)의 목적으로 시행된다. 대부분의 GP는 GP와 약사로 구성된 전국 600개의 교육적 약물 치료 그룹에 속하며, 처방 데이터에 대한 감사 등을 논의한다(OECD & WHO, 2019, p.272).

네덜란드의 의료기관 대상의 표준 설정, 모니터링, 질 개선 활동과 관련하여 유럽 최초의 국가 인정(accreditation) 프로그램이 1989년 영국에서 도입된 이후, 네덜란드는 1990년대에 국가 인증 프로그램을 시작하였다. 네덜란드는 유럽 전역(스페인, 덴마크, 네덜란드, 노르웨이, 루마니아 및 영국 등)에서 사용하는 ISQua(International Quality for Healthcare)의 자체 인정 프로그램(International Accreditation Programme, IAP)을 통해 프로그램 또는 기관을 인정해왔다. 보스니아, 불가리아, 덴마크, 프랑스, 루마니아 등과 같이 의무적으로 시행해야 하는 국가 인정 프로그램을 가진 나라들과 달리 네덜란드는 자발적 국가 인정 프로그램을 실시하고 있으며, 담당 조직은 외부 인증 독립 기관인 네덜란드 의료 인증 연구소(Netherlands Institute for Accreditation in Health Care, NIAZ)이다. 인정 결과는 4년간 보장된다(OECD & WHO, 2019, pp.212-214). 네덜란드의 의료기관들은 NIAZ 및 인증 전문가를 통해 보건복지의 질 검토 조화를 위한 재단(Foundation for Harmonization of Quality Review in Health Care and Welfare; Stichting Harmonisatie

Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector, Stichting HKZ)의 인증제도에 따라 인증을 받는다. NIAZ는 환자 조직, 보험 회사, GP, 가정 간호 조직 및 요양원과 같은 외부 당사자 및 병원 전문가를 자문위원회와 전문가 패널에 포함하고 이들의 의견을 반영한다. NIAZ의 목표는 의료 질과 질 보증을 향상하는 것이다. 이를 위해 질 표준을 개발하고 동료 평가를 활용하여 요청에 따라 외부 병원을 인증한다. NIAZ 표준은 '캐나다 보건시설 인증위원회' 및 ISO9000 시리즈 시스템을 기반으로 하지만 네덜란드 고유의 상황에 맞게 조정하여 사용된다. 인증 프로세스는 NIAZ에서 교육을 받은 평가자가 수행한 동료 검토(peer review)를 기반으로 하며 PDSA(Plan-do-study-act) 주기를 사용하는 2단계 프로세스를 따르며, 참여 의료기관의 인증 결과는 NIAZ 웹사이트에 게시된다(Schweppenstedde et al, 2018, pp.102-103, 114).

보건 복지 질 검토 조화를 위한 재단(Stichting HKZ)은 의료 제공자, 보험사 및 고객의 주도로 설립되었다. 이 이니셔티브는 보건의료 질 보증 및 개선의 일관된 시스템 구축 필요성을 확인한 1990년 'Leidschendam 컨퍼런스'에서 시작되었다. Stichting HKZ는 질 관리 시스템의 조화와 달성을 목표로 하며 다양한 의료 및 복지 기관을 위한 ISO9001 호환 인증 체계를 개발한다. 인증은 의료 부문 전문가 협회의 승인하에 개발되는데 현재까지 노인, 정신건강 관리, 지역 사회 간호, 약국, 구급차 및 병원 간호 등을 위한 체계들이 개발되었다(Schweppenstedde et al, 2018, pp.102-103, 115).

네덜란드는 질 평가 결과의 공표를 수행하는 데에 '더 나은 선택하기'(Make better Choices, kiesbeter)라는 이니셔티브를 가지고 있다. 이 이니셔티브는 공적 자금으로 운영되며 주로 병원 질 평가 결과를 공표한다. 또한, 이 외에 민간 자금의 지원을 받는 *independer*, *ziekenhuischeck*, *zorgkaartnederland* 등의 이니셔티브가 일차 의료, 병원 진료, 및 전문의에 대한 질 평가 결과를 공표한다. 이니셔티브는 대다수의 의료 제공자를 대상으로 하며 병원 및 의사 진료의 일반 및 전문 치료, 선택적으로 요양원 및 치과 치료 제공자 등을 포함하여 의료시스템의 여러 부문에서 대규모 질 지표 결과에 대해 보고한다. 네덜란드에서는 선택된 질 지표에 대한 보고가 병원 입원 환자 및 외래 환자 치료 분야에서는 필수이며, 일차 의료에 대해서는 의무 규정이 존재하지 않는다(OECD & WHO, 2019, p.331).

### (3) 생애 말 진료

네덜란드 정부는 완화의료의 개선을 정책의 초점으로 삼고 2014년 국가 완화의료 프로그램(National Palliative care Programme, NPPZ)을 시작하였다. NPPZ는 네덜란드 보건 연구 및 개발 기구(Netherlands Organization for Health Research and Development, ZonMw)의 완화의료 프로그램(완화의료에 대한 일련의 품질 지표 개발 프로젝트 등), 지역 파트너십(안심 케어 컨소시엄)에 의한 활동 및 노력을 조정하기 위해 설립되었다. 정부 부처 외에도 관련 전문가 그룹, 보험사 및 조직 등이 참여한다. 네덜란드 정부는 2014년부터 2020년까지 이 프로그램에 5,100만 유로를 투자하기로 하였다(ZonMw, n.d.). 또한 2015년 Palliactief와 IKNL은 NPPZ의 달성을 위해 완화医료를 위한 네덜란드 질 프레임워크(Netherlands Quality Framework for Palliative Care)를 만들었다. 이 프로젝트는 완화의료 분야의 국가 조직을 과학 협회 및 산하 조직, 건강 보험회사 및 정부와 연결하여 적절하게 자금을 조달하면서 완화의료의 발전을 광범위하게 지원하고, 품질 프레임워크를 명료하게 합의하는 것을 목표로 한다. 일관된 수준의 완화医료를 달성하고 생애 말 환자를 보호하기 위하여, 네덜란드 국립 건강 관리 연구소(Netherlands National Health Care Institute)의 참조 프레임워크(reference framework) 요구 사항이 반영된 품질 프레임워크가 개발되었고, 2017년 관련 보고서가 발간되었다(IKNL & Palliactief, 2017).

## 나. 환자 중심성 강화 영역

### (1) 급성 및 만성질환 치료 및 관리

의료서비스 사용자, 즉 환자의 권리와 관련된 네덜란드의 법령으로 1995 의료 계약법(Medical Treatment Contracts Act; Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst, WGBO)이 있다. 이 법령은 사전 동의에서 환자와 의료 제공자 간의 계약 의무를 정의한다. 1994년 건강관리 불만법(Health Care Complaints Act; Wet klachtrecht cliënten zorgsector, Wkcz)은 환자가 접근할 수 있는 불만 처리 절차를 의료 공급자가 수립하고, 그 불만의 수와 유형에 대해 매년 보고하도록 한다. 한편,

1996년 환자 대리법(Client Representation Act; Wet medezeggenschap cliënten zorgsector, Wmcz)은 환자 위원회를 창설하여 의료기관이 환자를 보호하도록 한다(Schweppenstedde et al, 2018, p.102).

또한 네덜란드 보건의료 검사관(Dutch Health Care Inspectorate, IGZ)은 의사의 임상 행위를 감독하는 감독관 역할을 수행한다. 감독 책임에는 예방 및 치료 분야, 정신건강 관리 분야, 제약 및 의료기술 분야 등이 모두 포함된다. 보건의료 검사관은 환자의 권리를 보호하는 공정하고 전문적인 조직으로 의료서비스의 품질, 안전 및 접근성을 모니터링한다. 또한, 모든 의료기관이 환자 안전을 보장하는 활동에 대한 연례 보고를 하고, 안전관리 시스템을 구현할 것을 권고한다. 검사관은 불시 방문 혹은 환자나 가족을 가장하는 게스트 모임을 통한 수사 등과 같은 방법으로 노인과 같은 취약한 사람들에 대한 치료를 면밀히 모니터링한다. IGZ가 가지고 있는 집행 조치 권한으로는 조언과 격려, 시정 조치 및 (강압적) 법적 조치(징계 및 행정또는 형사 소송)를 포함한 처분 등이다. 검사관은 공소 검찰 기관(Public Prosecution Service)에 관여하지 않고 의료인에게 행정 벌금(administrative fines)과 패널티를 부과할 수 있다. IGZ는 불만족, 불편함, 질병, 장애 및 사망 등 위험에 처한 사람의 수, 치료의 제공 방법의 구조, 의료 제공자의 태도(예. 무지, 무능력, 비준수 등) 등을 고려하여 집행 조치를 결정한다(Government of Netherlands, n.d.<sup>3</sup>; Schweppenstedde et al, 2018, pp.103-106).

최근에는 소비자 품질 지수(Consumer Quality Index, CQI)를 개발하여 환자 경험 및 환자 보고 결과에 대한 측정과 보고가 가능하게 하고 있다. CQI는 의료서비스 제공자 및 보험사에서의 환자 경험을 측정하기 위해 표준화된 도구로 보건의료 소비자 경험 센터(Centre for Consumer Experience in Health Care; Centrum Klantervaring Zorg, CKZ)에서 개발한다. CQI 설문조사는 공공 및 민간 자금으로 개발되며 모든 결과는 공개되지만 데이터는 민간 조직이 소유한다(Schweppenstedde et al, 2018, p.103).

## (2) 생애 말 진료

네덜란드 보건 연구 및 개발 기구(ZonMw)가 발간한 완화의료 프로그램인

Palliative Care Programme 2014-2020 중 환자 중심성 강화 영역에 해당하는 부분을 살펴본다. 생애 말 진료(완화의료)에서 삶의 마지막 단계에 있는 사람들과 그 가족이 정확히 무엇을 필요로 하는지 파악하여 애프터케어를 포함한 케어가 가능한 한 환자의 필요와 희망을 충족할 수 있게 준비하는 것이 중요하다. 그러나 소수 민족이나 치매 또는 학습 장애가 있는 특수 그룹의 경우 환자가 필요한 정보가 무엇이며 어떻게 하면 가장 효과적으로 제공될 지 명확하지 않을 수 있다. 소수 민족의 경우 정보를 번역하고 관습에 맞게 조정해야 할 수 있으며, 치매 또는 학습 장애가 있는 사람들에게는 서면 정보가 이상적인 형식이 아닐 수 있으므로 더 나은 의사소통 수단을 고안해야 한다. 노숙자의 경우는 필요한 정보를 어떻게 전달하느냐의 문제가 있다. 따라서 완화의료 프로그램은 모든 사람이 충분히 이해하고, 접근이 가능한 정보를 개발하고자 한다. 프로그램은 의료 제공자의 일반적인 의사 결정이 아닌 환자 및 그 가족이 주치의와 논의하여 특정사안을 결정할 때 가장 효과적이라는 경험을 바탕으로 의견을 소통하여 의사 결정을 하는 것을 목표로 한다. 즉 환자가 특정 사안을 공유하여 함께 결정하는 데 중요한 역할을 맡을 수 있다는 것을 가정한다. 이를 위해 삶의 마지막 단계 치료 과정과 세부 사항에 진지하게 관여한다고 느끼는 환자와 친척의 수를 늘리기 위해 도움이 되는 방법을 개발하겠다는 계획을 발표하였다(ZonMw, 2015).

## 다. 안전성 개선 영역

네덜란드 보건의료의 안전성 개선을 위한 표준 수립, 모니터링 및 질 개선 활동으로 안전관리 프로그램 및 의약품 안전관리 관련 위원회가 있다. 안전관리 프로그램(Safety management programme, VMS)은 병원들이 지속해서 환자 안전에 위협이 되는 위험을 식별하고 개선하며 정책을 수립, 평가 및 수정하는 시스템으로 수술 후 상처 감염 건수를 줄이고, 통증을 조기에 파악하고 치료하는 등 총 10가지 주제에 초점을 맞춘다. VMS는 (1) 투약 오류로 인한 병원 입원, (2) 피할 수 있는 사고와 사망의 수를 줄이는 것을 목표로 하고 있다. 이를 위해 전문가팀이 병원에 대한 안전 표준을 개발하였다. 또한 안전관리 프로그램에 참여한 병원을 위해 VMSzorg라는 플랫폼을 운영하여 안전관리 시스템 및 10가지 주제<sup>27)</sup>에 대한 지식과 정보를 공유한다. VMSzorg는 네덜란드 병원 연합(Dutch Association of Hospitals, NVZ)과 네덜란드 대학 의료



센터 연맹(Dutch Federation of University Medical Centers, NFU)이 공동 운영한다(VMS zorg, n.d., Government of Netherlands, n.d.<sup>b)</sup>).

## 제3절 미국

### 1. 개요

미국의 보건의료 제도는 시장 지향적이므로 대부분 의료서비스는 민간소유 제공자 조직에 의해 제공된다. 연방정부지출은 노인, 장애인, 아동 등 특정 집단에 대한 보험 프로그램을 통해 구성되며 군인들 등 일부 집단에게는 연방정부가 직접 서비스를 제공한다. 의료 질 및 표준에 대한 국가(또는 연방) 감독은 주로 메디케어와 메디케이드 프로그램에서 정의한 '참여 조건'에 대한 요구 사항을 통해 이뤄진다. 메디케어와 메디케이드 프로그램으로부터 자금을 받는 모든 의료시설은 민간 Quality Improvement Organizations(QIO)의 연방 차원의 질 감독을 받고 Joint Commission과 같은 민간 소유의 비영리 조직과 NCQA(National Committee for Quality Assurance)가 운영하는 인증 프로그램에 참여해야 한다. 주 정부와 민간 부문 보험자는 종종 연방 수준에서 수립된 질 표준을 채택한다. 미국의 연방정부 시스템과 보건의료 제도는 거버넌스가 다양한 수준에서 발생하고 여러 조직을 포함하는 특성이 있다. 보건 정책 및 관리는 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services, DHHS)에서 관리하며, 공공 건강보험 프로그램을 관리하는 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS)와 함께 한다. 미국에서 치료의 질과 표준에 대한 규제에 대한 책임은 연방 정부와 주 정부로 나뉜다. 주 정부가 제공자 및 시설의 면허 및 인증에 대한 주요 책임을 부여하는데 대부분의 의료서비스 제공자와 보험은 민간 차원에서 선택적으로 계약을 하며 질 규제를 통해 상환 비율 협상과 같은 시장 지배력을 행사 하도록 한다. 환자 안전 문제는 의료 규제 개입의 주요 동인이다. 의료 품질에 대한 주 정부 규제는 주 면허를 통해 1800년대에 제정되었고 전통적으로 규제는 이사회 인증 및 동료 검토 메커니즘

27) <https://www.vmszorg.nl/vms-veiligheidsprogramma/10-themas/> 에서 구체적인 내용을 확인할 수 있음.

을 통한 전문적 자기 규제 방식에 크게 의존해왔다. 주에서 의료 표준을 보장하는 주된 조직은 보건부로 연방 규정 외에도 주 정부는 의료 시설 운영에 적용되는 개별 법률을 통과시킨다. 메디케어와 달리 메디케이드와 CHIP는 연방 정부와 주 정부에서 모두 자금을 제공하지만, 관리 책임은 주 정부에 있다(Schweppenstedde et al, 2018, pp.121-122).

미국 보건복지부를 대신하여 보건의료 연구 및 질 기구(Agency of Healthcare Research and Quality, AHRQ)가 주도하여 2011년 3월 최초로 발표된 국가 의료 질 향상 전략(National Quality Strategy, NQS)은 모든 미국 국민이 더 나은 건강결과에 도달하고, 건강관리를 할 수 있도록 공공 및 민간 부문 이해 당사자들을 조정하는 법적으로 지원되는 최초의 국가적 노력이다. 이 전략은 전국의 다양한 의료 질 향상 노력의 지침이 되어 미국 의료의 질을 높이기 위해 국가, 연방, 주 그리고 민간 부문 이해 관계자 간의 협력을 촉진한다. 미국의 국가 의료 질 향상 전략은 3가지 주요목표, 6가지 우선순위 및 9가지 레버(lever)를 설정하고 있다(Agency for Healthcare Research and Quality, Nov 2016). 3가지 주요목표로는 (1) 더 나은 치료: 보다 환자 중심적이고, 신뢰할 수 있고, 접근 가능하며 안전한 건강관리로 전반적인 의료 질 향상, (2) 건강한 사람/건강한 커뮤니티: 양질의 치료를 제공할 뿐만 아니라 행동, 사회, 환경 그리고 건강을 결정하는 요인을 다루는 신뢰성 있는 중간 기재들을 지원함으로써 국민의 건강 향상, (3) 지불 가능한 의료: 개인, 가족, 고용주 및 정부를 위한 양질의 의료에 대한 비용 절감 등이다. 이러한 주요목표를 달성하기 위하여 NQS가 중점을 두는 6가지 우선순위는 (1) 더 안전한 진료 환경 만들기: 치료 과정에서 야기되는 위해의 감소, (2) 개인과 가족이 치료 과정에 파트너로 참여하도록 보장, (3) 효과적인 의사소통 및 치료의 협력 증진, (4) 사망의 주요 원인에 대한 가장 효과적인 예방 및 치료 방법의 홍보(심혈관계 질환부터 시작), (5) 지역 사회와의 협력: 건강한 생활을 위한 모범 사례를 확장하여 적용할 것을 장려하기 위함, (6) 새로운 의료서비스를 제공하는 모델의 개발과 확산을 통해 개인, 가족, 고용주 및 정부에 양질로 저렴하게 제공 등이다. 마지막으로 이해관계자는 1장에서 언급된 9가지 레버 중 하나 이상을 사용하여 전략을 달성할 수 있다.

질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC), 메디

케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS), 건강 자원 및 서비스 관리부(Health Resources and Services Administration, HRSA), 지역 사회 거주 관리부(Administration for Community Living, ACL) 등은 보건복지부가 발표한 NQS의 일관성을 유지하기 위해 각 기관의 원칙, 우선순위 및 목표를 NQS의 원칙과 일치하는 방식으로 설명하고, NQS를 구현하려는 기존 및 향후 노력에 대해 설명하였다. 이곳에서는 각 기관의 NQS 목표를 달성하기 위한 전략(기존 노력으로 이룬 성과도 포함)을 소개한다(Agency for Healthcare Research and Quality, April 2017).

### 가. 질병통제예방센터(Centers for Disease Control and Prevention, CDC)

CDC는 심혈관계 질환과 관련하여 (1) 고혈압과 흡연의 치료를 위한 표준화된 치료 프로토콜, 행동 단계(action steps) 및 기타 지원의 개발과 시행, (2) Clinical Quality Measurement(CQM) 대시보드를 통한 적절한 아스피린 사용, 혈압, 콜레스테롤 관리 및 금연 성과 표시, (3) 고혈압 관리에서 뛰어난 성과를 보인 개별 의료인 및 의료기관을 모범 사례로 홍보, (4) 연방 기관 및 기타 파트너와의 협력을 통해 콜레스테롤 치료 및 흡연 치료와 관련된 새로운 성과 측정지표의 효율적인 개발을 전략으로 제시하였다. 당뇨와 연관된 전략으로는 주 보건부 자금과 기술을 지원하여 당뇨 환자의 관리 교육(Diabetes Self-management education, DSME) 프로그램을 확산할 것을 내세웠다. 더 안전한 치료 환경을 만들기 위한 전략으로는 (1) 항생제 내성 박테리아를 퇴치하기 위한(Combat Antibiotic Resistant Bacteria, CARB) 국가 행동 계획(National Action Plan)에서 제시한 활동의 시행을 가속하기 위해 백악관 및 기타 연방 기관과 협력하여 포럼 개최, (2) 요양원에서 항생제 사용 개선을 위한 항생제 관리 프로그램의 핵심 요소를 담은 CDC 가이드라인 발행, (3) NHSN(National Healthcare Safety Network)에 등록된 18,000개 이상의 의료 시설을 지원하여 시설의 데이터 추적 및 사용 등이 있다. 또한 CDC는 병원, 응급의료서비스, 퇴원 후 세팅이 연속성을 가질 수 있도록 급성 뇌졸중 프로그램에 자금을 지원하기도 하였다. 마지막으로 보다 지불 가능하면서 양질의 치료가 가능하도록 하는 노력으로 CMS와 협력하여 데이터와 정보를 제공하고, 많은 주에서 National DPP가 보장되는 혜택을 포

함되도록 공헌하였다(CDC, 2016).

#### 나. 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)

미국의 메디케어 및 메디케이드 수혜자를 관리하는 CMS는 (1) 환자, 가족 및 공급자 간의 의사소통 개선, (2) 부적절한 치료로 인해 발생할 수 있는 피해를 최소화 하는 조치들에 대해 인센티브를 지급하는 지불 시스템,<sup>28)</sup> (3) 연방차원의 건강 및 안전 관련 표준 (의료 질 평가 및 성과 개선이 포함된) 부합성 평가실시를 원칙을 달성할 수 있는 전략으로 제시하였다. 그 외에도 (4) 전자건강기록 등 보건의료기술의 사용, (5) 치료 관련 정보의 수집, (6) 다양한 이해관계자와의 회의 주선, (7) 보건의료 종사자 교육 지원, (8) 치료 경험 관련 서베이 조사 개발, (9) 급성기 케어와 급성기 이후 케어 (post-acute care) 간 연계와 퇴원 계획을 강화, (10) 발전된 일차 의료서비스, medical homes, health homes, (11) 요양시설 거주자의 예방 가능한 입원을 줄이기 위한 발의, (12) 만성질환자 케어를 위해 예방에 중점을 둔 보건의료와 지역 사회의 통합적인 예방 노력과 접근성 강화, (13) 2년마다 CMS 의료 질 향상 전략의 수정 및 업데이트 등을 예시로 들고 있다(CMS, 2016).

#### 다. 건강 자원 및 서비스 관리부(Health Resources and Services Administration, HRSA)

미국의 HRSA는 수백만 명의 의료 소외계층의 보건의료서비스 접근성을 개선하기 위한 일차 연방 기관이다. HRSA는 양질의 서비스 이용, 보건 인력의 숙련성을 강화하고 혁신적인 프로그램 등을 운영하여 건강 형평성을 달성하고자 지역 사회, 주, 비영리 단체 및 기타 이해관계자와 협력하며 교부금 조성 조직(grant-making organization)으로 운영된다. HRSA는 NQS의 목표 및 우선순위와 일치하는 항목들의 주요

28) 가치 기반 구매(Value-Based Purchasing), Medical and Health Homes, 메디케어 어드밴티즈 질 보너스 지불(Medicare Advantage Quality Bonus Payments), 말기 신장 질환 질 인센티브 프로그램 등을 통한 재정적 인센티브이다.

활동/전략을 다음과 같이 예로 들었다(HRSA, 2016). (1) 모든 의료센터에서 수집되었고, 예방 의료, 주산기/태아 관리 및 만성질환 관리지표 등을 포함한 환자의 치료 및 결과 개선을 주도하도록 설계된 임상 성능 측정지표에 기초한 질 향상 기금 어워드(Quality improvement fund award), (2) HRSA에 소속된 보건소들이 일차 의료를 위한 국가 표준을 충족하여 환자 중심 의료가정(Patient-Centered Medical Home, PCMH) 인정을 받을 수 있게 함, 이 과정에서 HRSA는 자금, 교육 및 기술을 지원하여 보건소들이 PCMH 인정을 받도록 도움, (3) 메디케어 수혜자의 의료 질 향상 프로젝트(Medicare Beneficiary Quality Improvement Project, MBQIP)에 참여하는 농촌 지역의 중요 거점 병원(Critical Access Hospitals, CAHs)의 수를 늘려 해당 병원들의 의료 질 데이터가 수집·분석되고, 모니터링을 거쳐, 치료 계획을 세워 환자에게 전달되는 치료의 질을 향상하도록 함, (4) 2014년 시작된 의료 질 향상 공동 작업인 가정 방문 질 향상 협동 작업과 혁신 네트워크(Home Visiting Collaborative Improvement and Innovation Network, HV CoIIN)를 통해 모성, 신생아와 유아가 있는 가정 방문 프로그램을 지원함으로써 (a) 모유 수유의 기간 및 완전 모유 수유 증진, (b) 임신부 우울증 완화, (c) 발달지연아 선별 및 서비스 연계, (d) 가족 참여와 관련된 결과 개선을 기대, (5) National Quality Forum(NQF)에서 “시골지역 소규모 의료기관 및 진료 건수가 적은 의료기관의 성과 측정”이라는 CMS 지원 프로젝트를 담당함, (6) HHS의 측정지표 정책 위원회(Measurement Policy Council, MPC) 권장 사항에 따라 프로그램에서 사용하는 의료 질 의 지속적 모니터링 및 장려, (7) 신규 보건소 중심으로 보건소 데이터 및 의료 질 보고, 임상 및 의료 질 개선, 혁신적 의료 질 활동의 이행을 촉진하는 국가 및 주 차원의 기술 지원 및 훈련 프로그램의 촉진, (8) 비도시 지역 병원 유연성 보조금 프로그램(Rural Hospital Flexibility Grants program) 및 MBQIP 프로젝트를 통한 의료 질 향상 활동을 하는 주(States) 정부에 협조할 지원 및 전문가 제공 등이 그 예이다(HRSA, 2016).

## 라. 지역 사회 거주 관리부(Administration for Community Living, ACL)

ACL은 건강 관련 장기요양서비스를 지원하면서 NQS를 달성한다. ACL은 장애를 가진 사람과 노인 등의 고유한 요구뿐 아니라, 기관보다는 지역 사회에 거주할 선택권지역

사회과 지역에서 생활할 때 생기는 개인들의 공통적인 문제에도 중점을 두어 지원한다. 노인 및 장애를 가진 사람들의 전 생애에 걸친 독립성, 웰빙, 건강을 최대화하기 위해 노력하고 효과적인 정책, 서비스 등의 지원을 강화시켜 그들과 그들의 가족 및 간병인을 돕는 것이 목적이다. ACL은 4개의 하부 기관을 통한 세부 질 향상 전략을 공개하였다(ACL, 2016). 먼저, 통합 프로그램 센터 및 정책 평가 센터(Center for Integrated programs and Center for Policy and Evaluation)를 통해 (1) 이해하기 쉬운 정보 제공, (2) 재가 및 지역 사회 중심의 장기요양서비스 및 자신의 간병인을 직접 고용하고 지시하는 등의 환자 중심 참여 모델의 강조, (3) 가족 간병인에게 정보 제공, 트레이닝, 위탁 간호, 및 동료들의 지원(peer support), (4) 측정 가능한 목표가 포함된 중점 요소의 가이드라인 개발, (5) 4가지의 중점 요소와 질 향상 관리 행동 전략이 포함된 재가 및 지역 사회 중심 서비스 의료 질 프레임워크(Home and Community-Based Services Quality Framework) 시행, (6) NQF에서 공약한 의료 질 지표 리스트를 개발하고 시행하여 질 향상을 계획한다. 한편, 노화부(Administration on Aging)에서는 국가 노화 서비스 네트워크(National Aging Services Network)의 노화 서비스 프로그램(Aging Services Program)을 통해 효율성, 고객 건강결과, 취약 노인을 대상으로 하는 효과적인 서비스에 중점을 둔 지표를 개발한다. 지적 및 발달장애부(Administration on Intellectual and Developmental Disabilities)는 성과 측정 작업 그룹을 설립하고, 전문가의 평가를 통하여 데이터를 더욱 능률적으로 수집할 수 있고, 더욱 좋은 환경에서 성과를 측정하고 데이터 보고 활동을 이어나가면서 측정지표를 수정한다. 이에 발달장애를 가진 대상자와 가족들이 모든 지역 사회 생활에 참여하고 공헌할 수 있도록 노력한다. 마지막으로 국립 장애, 자립 생활 및 재활 연구소(National Institute on Disability, Independent Living, and Rehabilitation Reserch, NIDILRR)는 장애를 가진 사람들의 건강과 장기적 치료 결과를 개선하기 위한 새로운 지식과 연구 기반 도구를 만들어 내는 연구를 후원한다(ACL, n.d.).

#### 마. 보건의료 연구 및 의료 질 기관(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)

보건의료 연구 및 의료 질 기관(Agency for Healthcare Research and Quality,

AHRQ)은 미국 국민을 위한 의료 질, 안전성, 효율성, 효과성을 향상하는 것을 목적으로 하며, 이에 대한 연구를 수행하고 지원하는 기관이다. 환자-중심 건강 연구, 외래 세팅에서의 예방 및 치료 관리 연구, 질 추구 연구, 건강 정보 기술, 환자 안전, 의료 질, 효과성 및 효율성과 관련된 연구 지원 등 총 6가지의 연구 포트폴리오들이 있다. 구체적인 예로 (1) 환자 안전을 유지하고 실천하는 방법에 대한 이해 및 실질적인 접근과 지원을 돕는 지식과 도구 개발, (2) 환자와 가족이 약물, 의료 기기, 검사, 수술 또는 의료서비스 전달 방법 등을 비교할 수 있는 비교 효과 포트폴리오(Comparative Effectiveness Portfolio) 제공, (3) IT가 보건의료 질 향상에 미치는 영향에 대한 증거 및 증거 기반 도구를 개발하는 건강 IT 포트폴리오(Health IT Portfolio) 개발 및 보급, (4) 예방/치료 관리 포트폴리오(Prevention/Care Management Portfolio) 개선 등을 시행하고 있다(AHRQ, November 2016b; AHRQ, 2016).

## 바. 기타

약물 남용 및 정신건강 서비스 관리부(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)는 지불자, 공급자 및 환자 수준에서 예방, 치료 및 회복과 관련된 의료 질을 검토하기 위해 국가 행동 건강 질 향상 프레임워크(National Behavioral Health Quality Framework, NBHQF)를 제공한다. 기관 또는 시스템의 기금(funding), 국가의 건강행동 모니터링 및 치료 전달 체계 등을 수립하기 위한 지침이 되는 문서로 사용한다. 또한 NQF와 함께 작업하여 행동 건강 질 지표 세트를 개발하였다(SAMHSA, 2016).

## 2. 의료 질 영역별 주요 정책

### 가. 효과성

#### (1) 일차 예방과 이차 예방

미국의 질병 예방 및 건강증진과 관련한 업무를 하는 정부 기관으로 질병 예방 및 건

강증진실(Office of Disease Prevention and Health Promotion, ODPHP)이 있다. ODPHP는 U.S. Department of Health and Human Services(HHS), 보건부장관실(Office of the Assistant Secretary for Health) 및 Office of the Secretary와 함께 health.gov라는 사이트를 운영한다. 미국 국민들의 질병 예방과 건강증진을 위해 식이와 영양(Food & Nutrition), 신체 활동(Physical Activity), 건강 정보 이해능력(Health Literacy), 보건의료의 질(Health Care Quality), 건강한 인구(Healthy People) 등의 키워드를 중심으로 하는 건강 정보를 제공하고 있다 (ODPHP, 2020<sup>d</sup>). 미국 예방의료서비스위원회(USPSTF)는 임상적 예방 서비스 권고안을 마련한다. USPSTF의 추천을 받은 경우 필수급여 서비스로 포함되는데 암 검진, 알콜중독 상담, 우울 검사 등이 이러한 서비스에 포함된다(Koh, H. K. & Sebelius, K. G., 2010).

## (2) 급성 및 만성질환 치료 및 관리

의료기술의 효과를 개선하는 프로그램으로 미국 AHRQ의 기술 평가(Technology Assessment, TA) 프로그램을 들 수 있다. 미국의 국립 보건원(National Institutes of Health)은 건강 기술 평가(HTA)를 ‘보건의료기술의 특성, 효과 및/또는 영향에 대한 체계적인 평가’로 정의한다. 기술 평가(technology assessment)를 수행하고 그 결과를 CMS에 제공하는 역할은 AHRQ가 담당하고 있다. CMS는 이러한 기술 평가 결과를 사용하여 메디케어 프로그램에 국가보험 적용 결정 여부를 알리고, 메디케어 환자를 담당하는 보험자/사업자에게 정보를 제공한다(AHRQ, October 2020; National Pharmaceutical Council, n. d.).

미국의 의료인을 대상으로 하는 표준 수립, 모니터링, 질 개선 활동 등의 질 향상 전략으로 전문 위원회(professional board) 및 주 의료 위원회(state medical board)의 활동이 있다. 전문 위원회는 요구되는 사항의 검사를 거친 후, 조건에 충족하는 의사를 인증하고, 그 결과를 제공한다. 전문 위원회의 인증은 자발적인 프로세스이기 때문에 집행 권한은 없다. 최초 인증한 의사에 대한 재인증은 주기적으로 시행한다. 주 의료 위원회는 각 주의 의사 면허 관리를 담당하여 의사가 각 관련 주 내에서 진료를 할 수 있도록 허가한다. 요구 사항에는 졸업 후 경력 및 의료 면허 시험에 응시한 횟수



등이 포함될 수 있다. 또한, 해당 의사에 대한 불만 사항을 조사하고 필요한 경우 의사를 징계할 책임이 있다. 징계 조치는 벌금에서 면허 취소, 중지 및 보호 관찰/제한에 이르기까지 다양하다. 주 의료 위원회는 일반적으로 주 정부에서 고용한 의료 커뮤니티의 구성원으로 구성되며, 일부 주에서는 일반인도 포함된다. 의료 면허위원회(medical licensing board)는 의사의 면허를 취소하고 징계 조치를 관리할 권한이 있다. 연방에서 관리하는 National Practitioner Database는 모든 주의 의사 면허 및 징계 조치를 추적한다(Schweppenstedde et al, 2018, p.124-125, 131).

미국 CMS는 의료인을 대상으로 하는 전략으로 질 평가와 재정적 인센티브를 직접 연계하고, 질 개선 활동에 중점을 두는 Quality Payment Program(QPP)과 Value-based program을 운영한다. 미국은 2015년 The Medicare Access and CHIP Reauthorization Act(MACRA) 법안에 따라 2017년부터 Quality Payment Program(QPP)을 시행하고 있다. MACRA 에 기초하여 기본적으로 의료인들은 성과 기반 지불제도(The Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)를 통해 QPP에 참여하여야 한다. MIPS는 질(Healthcare quality), 개선 활동(Improvement activities), 상호 운용성 증진(Promoting Interoperability) 및 비용(Cost)의 네 가지 영역에서 임상 데이터의 보고를 통해 각 의료인의 최종 성과를 산출하며 최종 점수에 따라 어떻게 지급할 것인지 지불 조건을 결정한다. 각 영역의 가중치는 매해 달라져 왔으며, 2020년 기준으로 질 45%, 상호 운용성 향상 25%, 개선 활동 15%, 비용 15%이다. 매년 제출한 자료를 이용하여 계산된 의료인별 성과 점수는 2년 후 Medicare Part B fee-for-service 수가율 조정에 영향을 미친다. 2017년 데이터를 바탕으로 한 2019년 수가 조정의 범위는 최대 인센티브 4%, 최대 패널티 4%이며 향후 2022년까지 최대 및 최저 9% 조정률로 확대할 예정이다. 수가 조정을 위한 자금은 예산 중립성(Budget neutral)을 지켜야 하므로, 성과점수가 낮은 의료인의 패널티를 조정하여 얻은 이익을 성과점수가 높은 의료인의 인센티브로 사용하는 시스템이다. 이와 별도로, MIPS의 적극적인 참여를 권장하기 위해 의회에서 제도 시행 첫 6년 동안 거둔 뛰어난 성과에 대하여 일시적으로 추가하여 조정금을 지원하고 있다(CMS, n.d.<sup>b</sup>).

CMS는 메디케어 및 메디케이드 대상자에게 의료서비스를 제공하는 보건 의료 공급자를 대상으로 하는 가치 기반 프로그램(Value-based Program)을 실시하고 있다. 이 프로그램은 환자에게 질 높은 의료 서비스를 제공하는 의료 공급자들에게 인센티브를 지급

하여 보상하는 시스템이며, 현재 말기 신장 질환 질 인센티브 프로그램(End-stage Renal Disease Quality Incentive Program(ESRD QIP), 병원 가치 기반 구매 프로그램(Hospital Value-Based Purchasing Program, VBP), 병원 재입원 감소 프로그램(Hospital Readmission Reduction Program, HRRP), 가치 조정 프로그램(Value Modifier, VM), 병원에서 발생한 질환/병원 내 감염 질환 감소 프로그램(Hospital Acquired Conditions Reduction Program, HACRP) 등 5가지의 오리지널 가치 기반 프로그램이 마련되어 있다. 그리고, 숙련된 요양시설 가치 기반 프로그램(Skilled Nursing Facility Value-Based Program, SNFVBP), 재가 서비스 가치 기반 프로그램(Home Health Value Based Program, HHVBP) 등 2가지의 기타 가치 기반 프로그램이 시행되고 있다(CMS, n.d.c).

임상진료 지침 가이드라인(Clinical Pathway Guideline, CPG)은 의료인을 대상으로 표준 수립 및 기준 설정에 중점을 둔 전략이라 할 수 있다. 미국 의학 연구소(Institute of Medicine, IOM)는 임상 가이드라인을 ‘증거에 대한 체계적인 검토 및 평가를 통해 환자 치료를 최적화하기 위한 권장 사항을 포함하는 진술’로 정의한다. 2011년 IOM 위원회는 1990년 개발되었던 임상 가이드라인(CPG)의 정의를 수정하고 신뢰성을 높이는 데에 도움이 되는 항목을 개발하였다. 개발의 원칙은 기존 근거를 기초로 하는 체계적 검토, 다양한 분야의 전문가 패널 및 이해관계자들이 참여, 환자 그룹과 환자 선호도 고려, 투명한 프로세스 기반, 논리적 관계에 대한 명확한 설명 제공 등이다. 또한, 1997년부터 AHRQ에서 제공하였던 2,000개 이상의 지침에 대한 온라인 National Guideline Clearinghouse(NGC)에 대해서도 2011년 IOM 보고서의 결과로 NGC에 포함되는 기준이 수정되었다. 이 기준이 개정되면서 수많은 임상 가이드라인이 제거되거나 수정되었다(OECD & WHO, 2019, p.235 & 241; CMS, Feb 2018).

의료기관을 대상으로 하는 표준 수립, 모니터링 및 질 개선 활동을 살펴보면 우선 개별 주들은 주 정부의 보건부를 통해 병원의 면허를 관리한다. 다만 CMS는 메디케어 및 메디케이드로부터 자금을 받는 모든 의료 시설은 연방 민간 기구인 질 개선 조직(Quality Improvement Organizations, QIO)의 질 감독을 받아야 하며, 공동위원회(Joint Commission)와 국가 품질 보증 위원회(National Committee for Quality Assurance, NCQA)와 같은 민간 비영리 조직에서 운영하는 인증 프로그램에 참여하

도록 하고 있다(Schweppenstedde et al, 2018, p.124). QIO는 메디케어 또는 메디케이드로부터 자금을 받는 병원의 의료서비스를 검토하기 위해 CMS와 계약한 독립적인 민간 조직이다. 외부 검토를 담당하고 치료 프로세스 및 결과 측정에 중점을 둔다. CMS는 각 주마다 QIO 조직과 계약한다. QIO의 법적 목표는 서비스 수혜자의 치료 품질을 개선하여 메디케어 또는 메디케이드가 합리적이고 필요하며 가장 적절한 환경에서 제공되는 서비스 및 상품에 대해서만 비용을 지불하도록 한다. 환자 불만, 의료 제공자 기반 항소 및 QIO 관련 법률에 명시된 기타 관련 책임과 같은 불만을 신속하게 처리하여 수혜자를 보호한다. QIO는 교육자료 제공, 데이터 수집 및 피드백을 활용하여 질 지표의 성과를 추적하고 병원이 시스템 변경(정기 주문, 임상 진료 지침 등)을 구현하도록 지원하는 등 다양한 방식으로 질 향상을 위해 병원과 협력한다(Schweppenstedde et al, 2018, pp.131-132).

국가 품질 보증 위원회(National Committee for Quality Assurance, NCQA)는 건강보험 플랜 및 의료 제공자의 인증을 담당하는 민간 비영리 단체로 의료의 질을 혁신하려는 비전을 가지고 1990년에 설립되었다. NCQA는 독립적인 이사회에 의해 관리되며 15명의 회원과 이사회 의장으로 구성된다. NCQA는 CMS 및 기타 이해관계자들과 협력하여 건강보험 고용주 데이터 및 정보 세트(Health Plan Employer Data and Information Set, HEDIS)를 도입하였다. 건강보험 소비자 평가 조사(Consumer Assessment of Health Plans Survey, CAHPS)와 함께 HEDIS는 건강보험 플랜의 질을 평가하고 지속적으로 질을 개선하기 위해 활용된다. 건강보험 플랜은 60개 이상의 엄격한 기준을 충족하여야 인증되며, 40개 이상의 영역에서 성과를 보고해야 한다. 의료 전달 모델이 발전함에 따라 NCQA는 ACO(Accountable Care Organizations) 및 PCMH(Patient-Centred Medical Homes)의 인증을 추가하고 질병과 사례 관리 모듈을 개발하였다. 또한, Affordable Care Act 관련 인증기관 두 개 중 하나로 인정되었다(Schweppenstedde et al, 2018, p.133).

의료 질에 대한 공공 보고 활동으로 CMS는 2005년부터 매년 Value-based program에 참여하는 4,000여 개의 메디케어 인증 병원별 질 평가 결과를 Hospital Compare 웹페이지를 통해 공개하고 있다. Hospital Compare는 메디케어와 Hospital Quality Alliance(HQA)이 공동으로 주관하여 만들어진다. HQA는 병원의 질 향상 보고를 장려하기 위해 2002년 설립한 공공-민간 협력 단체로 소비자, 병원,

공급자, 고용주, 인증 기관 및 연방 기관을 대표하는 조직으로 구성되어 있다. Hospital Compare를 통해 소비자는 여러 병원의 심장 마비, 심부전, 폐렴, 수술 및 기타 상태 등과 관련된 의료 질 정보를 직접 비교할 수 있다. Hospital Compare를 통해 공개되는 정보는 소비자가 건강관리를 위해 병원을 선택하는 과정에서 ‘정보에 근거한 결정’을 내리는 데 도움을 준다(CMS, n. d.a).

Hospital Compare를 통해 확인할 수 있는 정보에 2016년 종합병원 질 등급(Overall Hospital Quality Star Rating)이 추가되었다. 이는 CMS가 전체 병원 수준의 의료 질 수준을 계산하고 표시할 수 있도록 개발한 방법으로, 여러 차원의 의료 질을 단일 요약 점수로 환산하여 간단한 전체 등급으로 소비자에게 제공하여 제공된 정보를 해석하기 쉽게 하여 편리하게 이용할 수 있도록 개선되었다. Overall Hospital Quality Star Rating은 총 7개의 측정 그룹(일반 정보, 환자 경험 조사, 적시이며 효과적인 치료, 합병증, 재입원 및 사망, 의료 영상의 사용, 치료의 가치와 비용의 지불)에 대한 다양한 측정지표를 잠재 변수 모델을 사용하여 전체 등급으로 계산한다(CMS, n. d.a).

심장 질환은 미국 사망의 주요 원인으로 약 사망자 4명 중 1명의 사망 원인인 것으로 알려져 있다. CDC는 생활 습관의 변화와 적절한 약물 치료를 통해 심장 질환의 위험을 줄이기 위한 노력을 기울이고 있다. 그리고 스스로 심장질환의 위험 정도를 평가하도록 하는 툴, 환자를 대상으로 한 교육 자료, 의료 전문가의 트레이닝과 참고 자료들을 개발한다. 또한, 심장병 및 뇌졸중 예방 부서(Division for Heart Disease and Stroke Prevention, DHDSP)를 운영하여 국민들의 질병에 대한 부담을 줄이기 위하여 심혈관 건강을 개선하고 심장병 및 뇌졸중 치료 과정에서 차별을 제거하기 위해 공중보건 리더십 제도를 제공한다. 추구하는 전략 및 정책은 다음의 세 가지로 (1) 건강한 생활 방식과 행동, (2) 건강한 환경과 지역 사회, (3) 조기에 저렴한 비용으로 발견 및 치료에의 접근성 등이다. CDC는 2018 회계연도 기준으로 심장병 및 뇌졸중 프로그램에 1억 6,500만 달러를 지원하여 각 주들이 심장병 및 뇌졸중 예방 노력을 수행하도록 지원한다. Million Hearts® 2022는 CDC와 CMS가 공동 주도하여 5년 동안 1백만 건의 심장 마비와 뇌졸중을 예방하기 위한 국가 이니셔티브이다. 이 이니셔티브는 심장병, 뇌졸중 및 관련 상태에 미치는 영향을 위해 선택된 몇 가지 우선순위에 대한 실행에 중점을 둔다(CDC, 2018<sup>a</sup>).

CDC의 암 예방 및 통제 부서(Division of Cancer Prevention and Control)는 암 예방, 선별 검사 및 조기 발견, 연구 및 증거 기반 프로그램을 촉진하고자 노력하고 있으며 암 종별로 특성이 매우 다른 암 질환의 경우 다양한 국가 프로그램들을 통해 효과적인 암 예방 및 통제 시스템을 개발하고 구현한다. 이를 위해 주 보건 기관, 각 지역, 부족 및 기타 주요 조직과의 협력이 필수적이다. 주요 프로그램으로는 대장·직장암 통제 프로그램(Colorectal Cancer Control Program, CRCCP), 전국 유방암 및 자궁경부암 조기 발견 프로그램(National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, NBCCEDP), 전국 종합 암 통제 프로그램(National Comprehensive Cancer Control Program, NCCCP), 전국 암 등록 프로그램(National Program of Cancer Registries, NPCR) 등이 있다(CDC, 2019).

미국인 25명 중 1명은 정신분열, 양극성 장애, 또는 주요 우울증 등 심각한 정신질환을 가지고 살아가며, 심각한 정신질환을 앓는 성인은 다른 사람보다 평균 25년 일찍 사망한다고 알려져 있다. CDC는 치료를 필요로 하는 사람 혹은 가족들이 적합한 전문가를 찾을 수 있도록 돕는 자원을 제공하고, 관련 전문가들에게 질환 관련 정보 및 증거 기반의 전략 등을 제시한다(CDC, 2018b). 또한 미국 보건 복지부(HHS) 산하 기관인 약물 남용 및 정신건강 서비스국(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA)은 특히 약물 남용과 정신질환이 미국 지역 사회에 미치는 부정적인 영향을 줄이는 것을 목표로 하며 관련 프로그램에 예산을 지원한다. SAMHSA 전략 계획 FY2019-FY2023은 향후 4년 동안 SAMHSA의 비전과 사명을 수행하기 위한 로드맵을 제공한다. 이 계획은 핵심 원칙, 목표와 측정 가능한 목표가 있는 5가지 우선순위 영역, 핵심 성과 및 결과 측정의 예를 요약하여 제시하고 있다. 비전을 수행하기 위하여 자문위원회를 운영하며 관련 전문가로부터 의견과 조언을 받는다(SAMHSA, n.d.).

### (3) 생애 말 진료

미국 호스피스 및 완화 의학 학회(American Academy of Hospice and Palliative Medicine, AAHPM)는 National Coalition for Hospice and Palliative Care(Coalition) 및 RAND Health와 협력하여 외래 진료실과 클리닉에서

일하는 완화의료팀이 제공하는 치료의 질을 평가하는 두 가지 측정 지표를 개발하고 있다. 두 측정지표는 (1) 완화의료 의사 및 완화의료팀이 의견을 듣고 이해하는 느낌을 받은 환자의 수, (2) 환자가 고통스러울 때 그들이 원하는 도움을 받은 수이다. 또한, CMS의 성과 기반 인센티브 지불시스템(Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)과 대체 지불 모델(Alternative Payment models, APMs)을 포함한 질 지불 프로그램(Quality Payment Program, QPP)을 위한 환자-보고 경험 측정지표를 개발하고 있다. 이 프로젝트는 Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS)와 미국 보건복지부(HHS)에서 2018년 9월부터 2021년 9월까지 3년 동안 총 5510만 달러에 달하는 재정을 지원한다(National Coalition for Hospice and Palliative Care, n.d.).

## 나. 환자 중심성 강화 영역

### (1) 일차 예방과 이차 예방

건강증진 분야에서 환자 중심성 강화 영역은 건강정보 이해능력(Health Literacy)을 향상하는 것이라 할 수 있다. Office of Disease Prevention and Health Promotion(ODPHP)의 미국의 건강정보 이해능력 향상을 위한 국가 행동 계획(National Action Plan to Improve Health Literacy)은 목표 달성을 위해 각 조직, 전문가, 정책 입안자, 지역 사회, 개인과 가족을 다학제적 접근으로 모두 참여시키고자 한다. 실행 계획은 두 가지 핵심 원칙을 기반으로 한다. (1) 모든 사람들은 정보에 입각한 결정을 내리는 데 도움이 되는 건강 정보에 대한 권리가 있다. (2) 건강 서비스는 이해하기 쉽고 건강, 장수 및 삶의 질을 개선하는 방식으로 제공되어야 한다. 실행 계획에는 건강정보 이해능력을 향상시키기 위한 7가지 목표(아래 서술)와 이를 달성하기 위한 전략이 포함되어 있다(HHS & ODPHP, 2010).

1. 정확하고 접근 가능하며 실행 가능한 건강 및 안전 정보를 개발하고 전파한다.
2. 건강 정보, 의사소통 정보에 입각한 의사 결정 및 건강 서비스에 대한 접근을 개선하는 건강관리 시스템의 변화를 촉진한다.
3. 정확하고, 표준에 기반하며, 각 발달 단계에서 적절하게 개발된 건강 및 과학 정

- 보를 보육부터 대학교 수준의 교육 커리큘럼에 통합한다.
4. 성인 교육, 영어 교육 등을 제공하고, 문화적, 언어적으로 적절한 건강 정보 서비스를 제공하기 위한 지역 사회의 노력을 확장하고 지원한다.
  5. 파트너십을 구축하고, 지침을 개발하며 정책을 바꾼다.
  6. 기초 연구와 개발, 건강정보 이해능력을 높이기 위해 실행, 평가 및 증재를 강화한다.
  7. 증거 기반의 건강정보 이해능력 진료 및 증재의 보급과 활용을 확대한다.

한편 Healthy People 2030 위원회는 Healthy People 이니셔티브 최초로 Healthy People 2030의 개발 전반에 걸친 결정에서 건강정보 이해능력을 특별히 고려했다. 이러한 건강정보이해능력에 대한 강조는 Healthy People 2030의 기본 원칙과 중요한 목표에 반영되었으며, HC-HIT(Health Communication and Health Information Technology) work group에서 선택한 6개의 목표는 건강정보 이해능력과 관련이 있다(ODPHP, 2020b).

## (2) 급성 및 만성질환 치료 및 관리

미국 AHRQ의 의료 제공자 및 보건의료시스템에 대한 소비자 평가(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS) 설문 조사는 전달시스템의 여러 수준에서 다양한 보건의료서비스에 대한 환자의 경험을 조사한다. 일부 CAHPS 설문 조사에서는 medical groups, 진료소, 수술 센터와 같은 제공자 또는 특정 건강 상태에 대한 치료 등에 대한 환자의 경험에 대해 묻는다. 다른 설문 조사는 등록자에게 건강보험 및 관련 프로그램에 대한 경험을 묻기도 한다. 또한, 투석 센터 및 요양원 등을 포함한 시설에서 제공되는 치료 경험에 대해서 조사하기도 한다. 공공 보고 또는 환급 프로그램(reimbursement program)의 하나로 조사되는 일부의 CAHPS 환자 경험 설문 조사는 CMS에서 관리하며, CAHPS 설문조사의 예는 다음과 같다(AHRQ, June 2020).

〈표 8-3〉 미국 CAHPS 환자 경험 조사의 종류

조사종류	대상
공급자에 대한 환자 경험	의료인 및 그룹 <ul style="list-style-type: none"> <li>Accountable Care Organizations (ACO) 참여 의료인/그룹 (CMS 주관)</li> <li>Merit-based Incentive Payment System (MIPS) 대상 (CMS 주관)</li> </ul>
	호스피스 (CMS 주관)
	재가 보건 의료 (CMS 주관)
	수술 치료 American Indian
특정 질환 치료에 대한 환자 경험	암 치료
	정신건강 치료      Experience of Care and Health Outcomes (ECHO)
건강보험과 관련 프로그램 등록자 경험	건강보험 <ul style="list-style-type: none"> <li>건강보험 조사 (메디케어 버전)</li> <li>건강보험 조사 (NCQA 버전)</li> </ul>
	치과 보험
	재가 및 커뮤니티 기반 서비스 (CMS 주관)
기관 기반 치료에 대한 환자 경험	응급실
	병원 <ul style="list-style-type: none"> <li>성인 병원 (HCAHPS) (CMS 주관)</li> <li>소아 병원</li> </ul>
	센터 내 혈액투석 (CMS 주관)
	요양원
	외래 및 외래 수술 (CMS 주관)

자료: AHRQ. (August 2019). CAHPS Patient Experience Surveys and Guidance. <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html> 에서 2020. 8. 7 인출.

그중 병원 치료에 대해 환자의 관점을 설문한 미국 최초의 표준화된 공개 조사로 HCAHPS(Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)가 있다. HCAHPS는 환자의 병원 경험에 대한 인식을 측정하기 위한 설문 조사 도구 및 데이터 수집 방법이다. HCAHPS를 통해 병원 수준의 정보 수집이 아닌 지역 및 전국 병원에서 유효한 비교를 할 수 있는 정보를 수집하고 공개적으로 보고할 수 있게 되었다. HCAHPS 설문조사는 퇴원 환자에게 최근 입원에 대한 29가지 질문을 하며, 환자의 병원 경험의 중요한 측면에 대한 19개의 핵심 질(간호사 및 의사와의 의사 소통, 병원 직원의 대응성, 병원 환경의 청결 및 조용함, 의약품에 대한 의사소통, 퇴원 정보, 병원의 전체 만족도 등급 및 추천 의향 정도)이 포함되어 있다. CMS는 참



여 병원의 HCAHPS 결과를 Hospital Compare 웹사이트에 1년에 네 번 게시한다(CMS, 2020).

### (3) 생애 말 진료

앞에서 살펴보았듯이 미국 호스피스 및 완화 의학 학회(American Academy of Hospice and Palliative Medicine, AAHPM)는 National Coalition for Hospice and Palliative Care(Coalition) 및 RAND Health와 협력하여 완화의료의 질 개선을 위해 프로젝트를 실시하고 있다. 이 프로젝트는 완화医료를 받고 있는 환자의 경험을 조사하는 환자보고 경험 측정지표를 개발하여, CMS의 성과 기반 인센티브 지불시스템(Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)과 대체 지불 모델(Alternative Payment models, APMs)을 포함한 질 지불 프로그램(Quality Payment Program, QPP)에 반영할 예정이다(National Coalition for Hospice and Palliative Care, n.d.).

## 다. 안전성 개선 영역

미국은 국가 표준을 만들기 위한 국가 프레임워크가 있지만, 치료의 질을 보장하기 위한 강력한 중앙 감독 및 집행 메커니즘이 없다. 의료의 주요 규제자는 주 정부이며 의료서비스의 구매와 제공은 민간 시장을 통해 이뤄지므로 통합된 국가 품질 표준을 세우는 것을 어렵게 한다. 전통적으로 규제의 초점은 의료서비스를 제공하는 구조와 조직이 최소한의 기능을 충족하는 데에 두고, 품질보증을 해왔다. 일련의 주 및 연방법을 통해 다양한 수준의 정부 및 민간 조직이 결합하여 환자에게 제공되는 치료의 품질을 보장한다. 역할로는 문제 식별, 연구 및 혁신, 위임 설정 및 규정준수 강화 등이 거론된다. 다음 표는 주요 조직과 그 역할을 정리한 것이다(Schweppenstedde et al, 2018, p.123).

〈표 8-4〉 미국의 환자 안전을 보장하는 주요 조직과 역할

	문제 식별	연구·혁신	위임 설정	규정준수강화
의회			✓	✓
CMS			✓	✓
주 입법부			✓	✓
주 면허 위원회			✓	✓
Leapfrog와 같은 민간 구매자	✓	✓	✓	✓
공동위원회(Joint Commission)	✓	✓	✓	✓
보건의료 연구 및 품질기구(AHRQ)	✓	✓		
National Quality Forum, Institute of Medicine	✓	✓		
불법 행위 책임 시스템(Tort liability System)			✓	✓

자료: Schwenpenstedde et al.. (2018). Regulating quality and safety of health and social care. RAND Europe. p.123 Table 8.1.

(1) 병원 감염 예방을 위한 국가 행동 계획(National Action Plan to Prevent Health Care-Associated Infections, National HAI Action Plan)

의료 관련 감염(HAI)이 중요한 보건 및 환자 안전 문제로 인식되면서 미국 보건복지부(HHS)는 병원 감염 예방을 위한 연방 운영위원회(Federal Steering Committee for the Prevention of Health Care-Associated Infections)를 조직하였다. 운영위원회의 임무는 연방정부 전체에서 예방 노력의 효율성을 조정하고 극대화하는 것이다. 운영위원회 구성원에는 임상의, 과학자뿐 아니라 Administration for Community Living (ACL), Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Food and Drug Administration (FDA), Health Resources and Services Administration (HRSA), Indian Health Service (IHS), National Institutes of Health (NIH), Office of the Secretary (OS), National Vaccine Program Office (NVPO), Office of Disease Prevention and Health Promotion (ODPHP), Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation (ASPE), Office of the Assistant Secretary for Public Affairs (ASPA), Office of the National Coordinator for Health Information Technology (ONC), U.S. Department of Defense (DoD), U.S. Department of Labor (DOL), U.S. Department of Veterans Affairs (VA)

등을 대표하는 보건 전문가들이 포함된다. 운영위원회가 발표한 HAI 행동 계획은 급성 치료 병원, 외래 수술 센터, 말기 신장 질환 시설 및 장기 요양 시설에서 HAI를 예방하고, HAI 예방 수단으로 항생제 관리 노력을 이행하기 위한 로드맵을 제공한다(ODPHP, 2020c).

## (2) 약물 부작용(Adverse Drug Events, ADE) 관리

약물 부작용(ADE)은 약물과 관련된 의학적 개입으로 인한 부상(injury)으로 약물 오류, 약물 부작용, 알레르기 반응 및 과다 복용 등이 포함된다. ADE는 병원, 장기 요양 시설 및 외래 환자 세팅 등 어디에서나 발생할 수 있으며 중요한 환자 안전성의 척도로 취급된다. ODPHP는 약물 부작용 예방을 위한 국가 행동 계획(ADE Action Plan)을 통해 ADE를 줄이기 위해 노력하고 있다(ODPHP, 2020<sup>a</sup>). 또한, 미국은 보건 의료기관, 프로그램, 서비스 등의 인정(accreditation) 및 인증(certification)을 의무화하고 있지 않으나, 자발적인 인정 및 인증을 위하여 여러 표준을 설정하고, 이와 관련한 인증기관이 존재한다. 1951년에 설립된 The Joint Commission은 보건의료 조직을 평가하고 최고의 품질과 가치를 세워 안전하고 효과적으로 관리 할 수 있도록 격려하고, 다른 이해관계자와 협력하여 국민의 건강을 지속적으로 개선하려는 목적을 가지고 있다. 미국 외과 의사회(the American College of Surgeon), 미국 의사회(the American College of Physicians, ACP), 미국 병원 협회(the American Hospital Association, AHA), 미국 의학협회(the American Medical Association, AMA) 및 캐나다 의학협회(the Canadian Medical Association, CMA)에 의해 설립되었다. The Joint Commission은 미국의 22,000개 이상의 의료기관 및 프로그램(병원, 개인의, 요양원, 수술 및 시술센터, 행동건강 치료시설, 재택 간호 서비스 제공자 등)을 평가하고 인증한다. 독립적인 비영리 단체인 The Joint Commission은 보건의료 분야에서 미국에서 가장 오래되고 가장 큰 표준 설정 및 인증기관이며, 인증받은 Gold Seal of Approval®을 획득하고 유지하려면 최소한 3년마다 The Joint Commission 설문 조사팀에 의해 현장 조사를 받아야 한다(실험실은 2년마다). 품질 보고서(Quality Reports)는 인증된 기관 또는 프로그램이 The Joint Commission의 요구 사항을 얼마나 잘 준수했는지 개요를 제공한다. 품질 보고서에는 인증 결정일

과 발효일, 전국 환자 안전 목표(National Patient Safety Goal) 준수, 인플루엔자 예방접종, 주 산기 관리, 응급실, 정맥 혈전 색전증, 담배 치료, 약물 사용과 병원 기반 입원 환자 정신과 서비스 등 주요 질 지표에 대한 전국의 질 향상 목표(National Quality Improvement Goals), 성과(병원에 한함) 등의 내용이 포함되며, 분기별로 업데이트된다. The Joint Commission은 새로운 표준을 설립함으로써 인증검사의 질을 향상시킨다. 매년 업데이트되고 게시되는 연간 국가 환자안전 목표의 내용은 의료분야의 문제를 규명하고 이를 해결하는 수단에 중점을 둔다. 이러한 목표는 병원 감염 예방을 강화하고, 의약품 조정 과정을 변화시켜왔다. 국립 질 포럼(National Quality Forum, NQF)은 National Hospital Quality Measures를 승인한다(The Joint Commission, n.d., Schweppenstedde et al, 2018, p.132).

## 제4절 소결

본 장에서 영국, 미국, 네덜란드의 의료 질 향상체계를 살펴보았다. 세 나라의 의료시스템은 상당히 다르지만, 이들 국가들은 국가 수준의 의료 질을 정례적으로 보고하고 있고 전략을 수립하여 운영하고 있다. 영국 잉글랜드는 서비스 질과 관련된 NHS England의 기능을 이사회 문서로 제시하고 있는데 기능과 과정의 초기설계가 어떻게 서비스 질 개선으로 연결할지 제시한다. 네덜란드는 2018년에 결과 기반 의료서비스를 발표하였고 이를 위한 4가지 접근법으로 결과에 대한 정보, 공동 의사 결정, 결과 기반의 조직 및 비용 지불, 결과 정보에 대한 접근성을 제시하였다. 미국은 국가 의료 질 향상 전략을 통해 국가, 연방, 주 및 민간 부문 이해관계자 사이의 협력을 강화하면서 더 나은 치료, 건강한 커뮤니티, 지불 가능성이라는 3가지 주요 목표와 6가지 우선 순위, 9가지 정책 도구를 설정하였다. 이들 국가들은 의료 질 수준은 나라마다 다르지만 국가 차원에서 일관된 전략을 세우고 의료 질을 개선하기 위한 정책과 제도를 운용하고 있다.

각 나라의 제도를 효과성, 환자 중심성, 안전성의 영역으로 구분하여 살펴보면, 우선 효과성 영역에서 질 표준의 수립과 관련해 영국은 다른 국가들과 다른 특성을 갖는데 NICE가 의료 질 개선이 필요한 거의 모든 영역에 걸쳐 질 표준을 만드는 역할을 수행

한다. 이는 영국의 국가의료시스템의 특성을 반영하는 부분이다. 네덜란드는 안전하고 효과적이고 환자 중심적인 치료의 향상을 담당하는 독립적 감독 기관으로 보건의료검사관(IGZ)이 있지만 최소한의 질 기준을 설정하는 역할을 한다. 이는 네덜란드가 다보협방식의 전국민건강보험 제도라는 특성과도 관련되어 있을 것으로 보인다. 미국은 메디케어와 메디케이드를 제외하면 민간의료보험에 의존하는 방식이고 주정부가 주로 규제자 역할을 하므로 국가 차원에서 의료 질의 표준을 수립하는 역할은 약하다.

의료 질 개선활동으로 영국은 QOF를 통해 정신건강과 만성질환을 포함하여 일차 의료에서 질 높은 치료 제공을 장려하고 있으며 과정과 중간 임상 결과를 모니터링하여 인센티브를 제공한다. 영국은 일차 의료 영역에서 질 높은 서비스가 제공될 수 있도록 일반의에 대한 교육을 실시하며 일반의 보수교육에는 정신건강 수련을 포함한다. 의료기관 대상으로 외부평가를 기관 인정시스템 과정에 의무로 포함하는데 기관 인정 제도는 급성기 병상 영역에만 국한하지 않고 일차 의료 및 지역 사회 돌봄 분야에까지 확대하여 운영하고 있다. 미국에서는 AHRQ가 임상진료지침 가이드라인을 제공하고 있으며 CMS가 메디케어와 메디케이드를 대상으로 질 평가와 재정적 인센티브를 연계하는 QPP 프로그램을 시행하고 있다. 네덜란드는 1996년 도입된 의료 질 법을 통해 의료의 질에 대한 모니터링 및 연례보고 등 모든 의료기관이 의료 질 시스템을 갖출 것을 요구한다. VPP 프로그램을 통해 질 평가와 재정적 인센티브를 연계한다. 의료기관의 인증과 관련하여 네덜란드와 미국은 민간의 자발적인 방식에 의존하고 있다.

환자 중심성 측면에서 영국은 환자의 권리를 NHS 헌법에 규정하였고 환자의 경험을 측정하는 다양한 전국 조사가 병원 입원 환자, 응급서비스 환자, 외래 환자, 임산부, 지역 사회 정신건강 영역 등을 포괄하며 공중보건 우선순위로 확인된 특정 질환 영역도 포함된다. 미국은 공급자별 특정 질환별로 구분하여 환자 경험 조사를 진행하고 있다.

안전성 영역에서 영국은 통찰, 참여, 개선의 3개 전략을 통해 환자 안전 문화와 환자 안전시스템을 발전시켜 환자 안전의 지속적 증진을 이뤄낼 것으로 공표하고 있는데, 각 전략은 지표 사용, 기술의 도입 등을 통한 통찰, 교육 등을 통한 참여 확대, 의약품 안전개선 프로그램 등을 통한 개선을 제시하고 있다.





# 제9장

## 의료 질 관리체계 개선 과제

제1절 의료 질 향상을 위한 국가 수준의 전략 마련

제2절 시스템 수준의 성과 모니터링 및 보고체계 마련





## 제 9장

# 의료시스템 성과 제고를 위한 의료 질 정책 과제

### 제1절 의료시스템 성과 제고를 위한 정책 과제

#### 1. 국가 수준의 의료 질 전략 마련

건강수준의 향상은 의료의 질에 의존한다. 많은 국가들이 보편적인 건강 보장의 달성을 위하여 노력하고 있는 가운데 의료서비스의 접근성 개선이 건강결과로 이어지기 위해서는 최적의 의료 서비스 제공이 중요하다. 최적의 서비스 제공은 단순히 의료기관이나 새로운 의료기술이 존재하는 것으로 이뤄지지 않는다. 효과성, 안전성, 환자 중심성이라는 의료서비스의 질에 신중하게 집중해야 한다(WHO, OECD & IBRD, 2018, p.11).

국민의 건강수준을 향상하기 위하여 의료 질이 갖는 중요성에도 불구하고 우리나라에서 그 인식은 높지 않은 편이다. 7장에서 의료 질과 관련한 정책들을 다양하게 살펴 보았지만, 이들 중 의료 질 개선을 명확히 지향하는 제도는 요양급여 적정성 평가, 일부 의료기관 평가제도 등에 불과했다. 다양한 질병별 전략에서도 효과성, 안전성, 환자 중심성의 측면을 고려하면서 의료 질에 대해 접근하고 있지는 않았다. 의료 질은 대체로 개별 서비스의 문제로 인식되거나 개별적인 프로그램으로 인식되고 있는 것으로 보인다.

이는 중증질환 치료서비스 등 일부 영역에서 탁월한 성과가 보고되지만 시스템 수준의 성과로 더 확대되지 않는 것에도 연결된다. 의료체계의 초점은 산출물의 질에 있고, 체계의 질 자체에는 덜 주목하고 있다. 개별적인 치료서비스에서의 성과가 집합적인 시스템 단위의 성과로 이어지기 위해서는 시스템 측면에서 문제를 인식하고 해결하는 과정이 필요하다. 보건의료체계가 추구하는 더 넓은 사회적 목표를 제시하고 이에 맞게 혁신해나갈 필요가 있다(OECD, 2012).

앞서 살펴본 영국, 네덜란드, 미국은 보건의료 제도가 다르고 보건의료제도의 성과

도 다르지만, 국가 수준의 의료 질 전략을 마련하고 시스템 차원에서 문제들을 해결해 나가려는 시도를 하고 있다. 영국은 2000년 NHS 계획에 따라 NICE와 CQC 같은 기구들을 만들었고 2010년 NHSOF를 도입하는 등 의료 질을 개선하기 위한 노력을 지속하고 있다. 네덜란드는 2018년 보건의료시스템의 의료 질 향상 정책의 일환으로 “Outcome based healthcare 2018-2022”을 발표하면서 결과에 대한 정보, 공동 의사 결정, 결과 기반의 조직 및 비용 지불, 적합하고 최신의 결과 정보에의 더 나은 접근성 등 더 나은 건강결과를 위한 혁신의 방향을 제시하였다. 미국은 2011년 국가 의료 질 향상 전략(National Quality Strategy, NQS)에서 의료 질 개선 목표와 우선순위, 이를 실현하기 위한 수단을 제시하였다.

시스템 차원에서 의료 질 개선을 위해서는 국가 수준의 통합적인 목표와 전략이 필요하다. 이러한 전략이 부재한 경우 각 제도들이 분절적으로 운영되는 결과를 가져온다. 또한 어떤 부분에서는 필요성이 강조되지만, 인력과 예산의 문제로 방치되는 경우도 발생한다. 국가 의료 질 전략을 세우고 이에 기반해서 정책과 투자의 우선순위를 결정하는 과정이 필요하다. 통합적인 국가 의료 질 전략 마련을 통해 의료서비스의 효과성, 환자 중심성, 반응성 제고를 위해 의료서비스의 단계별 기능(예방, 치료, 재활, 말기 케어)에서 표준 설정, 모니터링, 질 개선 활동에 대한 장기적 계획이 필요하다. 국가 전략을 중심으로 다양한 요양기관 대상 평가도 그 역할을 정비할 필요가 있으며, 현재 이뤄지고 있는 질 개선 활동에 대한 평가가 필요하다. 향후 투자가 필요한 다양한 영역의 질 개선 활동 중 무엇에 우선순위를 두고 시행할지에 대한 검토가 이뤄져야 한다.

건강증진 영역과 의료서비스 영역, 사회 돌봄 영역에 대한 영역별로 책임을 명확히 하는 것도 중요하다. 심뇌혈관 질환, 감염병의 경우는 하나의 법에 의해 예방부터 건강 회복, 일상으로의 복귀 등 전 영역을 포함하고 있다. 각 영역에서 성과가 통합될 때 긍정적인 결과를 가져올 수 있다는 점에서 필요한 영역에 대한 투자가 이뤄지도록 모니터링과 정책을 결정하는 것이 중요하다. 그렇지 않은 영역에 대해서도 시스템의 질을 개선하기 위해 각 영역의 역할을 명확히 할 필요가 있다.

## 2. 시스템 수준의 성과 모니터링 및 보고체계 마련

건강수준을 개선하기 위해서는 의료서비스의 성과를 지속적으로 개선하기 위해서는

현황에 대한 평가가 필요하다. 이를 해서는 시스템 수준에서 성과를 보고하고 모니터링 하는 체계가 필요하다. 개별 기관들 및 프로그램 차원에서 모니터링하는 지표들을 보고하고 있지만 이는 우리나라 의료시스템의 성과를 체계적인 방식으로 보여주는 것은 아니다. 성과 모니터링 체계는 개선이 필요하고 투자가 필요한 영역을 확인할 수 있도록 돕는다.

어떤 정책이 의료 질과 건강수준 개선에 긍정적인지 알려진 내용이 많지 않다는 점에서도 시스템 수준의 성과 측정이 필요하다. 개별 서비스의 효과성이 시스템의 효과성과는 다르다는 점에서 지속적인 모니터링이 필요하다. 특히, 우리나라에서 요양급여 적정성 평가에 따라 의료기관 단위 성과가 보고되고 있지만, 시스템 단위에서 보고하는 체계는 마련되어 있지 않으며 개별 연구자들이 간헐적으로 연구를 진행하는 정도이다.

시스템 수준의 성과 모니터링 및 보고체계를 마련하는 것이 필요한 이유는 의료시스템의 책무성과도 관련된다. 이는 한국의 의료시스템이 어떤 부분에서 성과가 있고 어떤 부분이 미흡한지 국민이 이해할 수 있게 국민에게 공개하는 것이다. 성과 모니터링 및 보고체계는 기존의 다른 나라들에서 사용해온 체계를 활용할 수 있으나 우리나라의 상황에 맞는 방식으로 적용하는 것이 필요하다. 성과 모니터링 및 보고체계는 국가 수준의 장기적인 의료 질 전략을 반영하여 개발될 필요가 있다.

### 3. 의료현장에서의 의료 질 개선 활동 지원

질 표준이 모든 영역에서 일관성 있게 개발되어 있지 않다. 요양기관의 급여 적정성 평가 차원에서 지표를 생성하여 활용하고 있지만 질 표준이라고 하기는 어렵다. 업무를 담당하는 각 기관이 근거의 생산을 맡아서 수행하는 형태이나 그마저도 명확하지 않은 경우가 많다. 심뇌혈관 질환과 같은 특정 질환 혹은 예방접종과 같은 특정 서비스의 경우 제한적으로 업무를 담당해야 하는 기관이 명확히 제시되어 있으나 다른 영역의 대부분은 그렇지 않다. 특히 만성질환 예방과 관리의 중요성이 강조되면서 일차 예방, 이차 예방 영역에서 근거를 기초로 한 치료 제공을 위하여 표준 설정이 필요하나 그 책임이 누구에게 있는지 분명하지 않다. 일종의 표준 라이브러리 역할을 할 수 있도록 질 표준 개발이 필요하다. 유관기관 간 협력 및 사회적 합의를 통해 실효성 있도록 만드는 과정이 필요하다. 또한 의료 인력의 수련 및 보수교육 등 의료 인력 양성에도

활용될 수 있도록 지원이 필요하다.

#### 4. 의료시스템에서의 사람 중심성 강화

심뇌혈관질환 종합계획, 암관리 종합계획이 있고 감염병 예방 및 관리 계획 등으로 분류되어 계획이 수립되고 있다. 이는 현재 한국의 의료시스템이 '질병 중심'에 머물러 있음을 보여주는데, 의료시스템이 사람을 중심으로 건강결과의 향상을 추구하기보다는 개별 질환의 치료나 개별 서비스의 임상적 효과성에 집중하게 한다. 전통적으로 의료제도는 급성질환의 치료와 생존에 중심을 두었지만 고령화, 만성질환 증가에 따라 패러다임이 변화하고 있다. 즉, 질병의 치료나 생존 자체가 아니라 장애 감소, 삶의 질 제고, 환자가 선호하는 건강결과 지원이 핵심으로 제기되고 있다(Amalberti, Vincent, Nicklin, & Braithwaite, 2019). 이는 보건의료제도 또한 변화가 필요함을 의미한다. 질병과 의료기관을 중심으로 설계되던 보건의료제도가 사람을 위해 설계되는 보건의료제도로 변화해야 한다. WHO, OECD & IBRD, (2018, p.53)은 사람 중심 치료는 의료시스템이 다음 세 가지를 보장해야 함을 의미한다고 하였다.

- 평생 질병 예방에서 완화, 서비스(예: 집중 치료 및 방사선) 및 치료 수준(1 차에서 전문의) 사이의 연속성
- 다양한 치료 환경을 개인과 간병인의 특정 요구를 충족하는 방식으로 조정
- 건강 증진에서 완화의료에 이르기까지 개인과 지역 사회가 사용할 수 있는 치료 포트폴리오를 확장하는 포괄성

우리나라에서 2017년부터 연례적으로 실시되고 있는 의료서비스 경험 조사는 환자 중심성 강화에서 중요한 변화라고 볼 수 있다. '사람중심성'은 '환자 중심성'보다 더 넓은 의미를 포괄한다. 환자 중심의 개념의 확장이 필요한데 의료기관에서 환자의 긍정적인 경험은 환자 중심성의 한 단면이며 OECD의 의료시스템 성과 분석들에서도 제시된 것처럼 환자를 중심으로 의료서비스가 조직되고 연계되는 영역까지 포함한다. 의료시스템의 반응성이라는 개념까지 확장한다면 사람들이 의료시스템을 얼마나 신뢰하는지, 자신이 거주하는 지역에 믿고 갈 수 있는 의료기관이 있다고 생각하는지 등까지 포함한다.

사람들의 관점과 경험에 대한 측정의 중요성과 관련하여 Nolte 등(2020)은 내재적 이유(의료 질의 속성으로서의 사람중심적 케어)와 외재적 동기(의료 질 향상을 위한 수단)를 제시하면서 미시수준(interpersonal level)에서 서비스 전달을 돕고 메조수준에서 의료 질을 강화하는 수단이며 거시수준에서 보건의료 제도의 설계를 가이드한다고 제시하였다(Nolte, Merkur, & Anell, 2020). 하지만 우리나라에서 의료서비스 경험 조사를 넘어서 시스템의 변화가 만들어지고 있지는 않다. 보건의료제도에서 사람중심 강화가 어떻게 이뤄질 수 있을지 고민이 필요하다.

## 제2절 제언

2부에서는 한국의 의료 질 관리체계와 영국, 네덜란드, 미국의 의료 질 관련 정책 현황을 살펴보았다. 의료 질의 3가지 차원인 효과성, 환자 중심성, 안전성 측면과 환자의 니즈에 따른, 제도의 구조적 측면을 짚어보았다. 어떤 제도와 정책이 의료 질과 국민의 건강개선을 이끄는지 잘 알려져 있지 않는지라, 제도와 정책이 어떻게 작동하는지 과정을 살펴보는 것 또한 중요하다. 또한 제도와 정책을 통하여 국민들의 건강결과를 개선시켰는지의 결과까지 포함할 필요가 있다.

의료 질 정책이 어떻게 작동하는가와 관련하여 규제가 작동하는 방식 또한 중요하다. 예를 들어 보건서비스 제공에 있어 질과 안전성을 높이기 위한 정책 도구는 지휘와 통제, 메타 규제, 자기 규제(자발성), 시장기전이 존재한다. 지휘와 통제는 정부에 의한 직접적인 강제력을 의미하는데 표준 준수를 위한 기전으로 면허의 취소 또는 정지, 재검증 등과 같은 패널티를 활용한다. 메타 규제는 외부의 제3자가 자기 규제의 이행을 모니터링하는 접근이다. 순응을 위해 제재와 경제적 인센티브가 있을 수 있다. 외부에서 수행되는 임상 감사, 의무적인 사고 보고 시스템, 소비자 불만 옴부즈맨과 같은 방식을 포함한다. 시장기전은 표준 준수를 장려하는 메커니즘으로 인센티브 지급, 계약에 의한 거버넌스, 성과표 등과 같은 방식이다. 어떠한 방식이 효과적인 접근인가라는 질문에 일지된 견해는 존재하는 않는다는 점에서 향후 분석과 논의가 필요할 것이다 (Schweppenstedde et al., 2018, p.14).





## 제1장

- 강희정, 윤석준, 하솔잎, 고슬기, 서혜영 (2013). 한국 의료의 질 평가와 정책 과제I-한국 의료의 질 보고서 설계. 한국보건사회연구원.
- 강희정, 고제이, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 박종현, 이은주 (2018). 2018 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 성과 평가와 정책 과제. 세종: 한국보건사회연구원
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하솔잎, 김소운, 서은원, 홍재석, 박종현, 조해곤 (2017). 2017 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(II). 세종: 한국보건사회연구원
- 강희정, 하솔잎, 김소운, 홍재석, 최대은, 이광수, 정해민, 서은원 (2016). 2016 한국 의료 질 보고서. 세종: 한국보건사회연구원
- 김진이, (2020). 코로나19 전후 건강보험 진료비 변화와 시사점. NABO포커스 제26호. 서울: 국회예산정책처.
- 신영석, 김미곤, 정영호, 이상영, 강신욱, 강혜균, ...이지혜 (2012). 미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 신영석, 강희정, 황도경, 김수진, 이진형, 이근찬, ... 이수빈 (2020). 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민건강 성과 향상 방안 연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.
- AHRQ (2017). National Quality Strategy - Overview. <https://www.ahrq.gov/working-forquality/nqs-tools/national-quality-strategy-stakeholder-tool-kit.html> 에서 2020.3.6.에 인출
- Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga, N.S., (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care*, 18 (suppl 1):5-13.
- Ayanian & Markel, (2016) Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality. *N Engl j Med* 375(3): pp. 205-207
- Brody, H. (2010). Medicine's Ethical Responsibility for Health Reform-the Top Five List, *New England Journal of Medicine* 362: 283-285
- Busse (2017). High performing health systems: conceptualizing, defining, measuring and managing. *Value in Health Forum Standards, Quality and Economics* (January 19th 2017). <https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/201>

7.lectures/Edmonton\_20170119.rb\_HighPerformingSystems.pdf 에서 2020.3.

5. 인출

- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care: 1966. *Milbank Mem Fund Q Suppl.* 166-206. (Reprinted in *Milbank Q* 2005;83:691-729.)
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Volume 1. The definition of quality and approaches its assessment.* Chicago: Health Administration Press.
- European Commission (2010). *EU Actions on Patient Safety and Quality of Healthcare.* European Commission, Healthcare Systems Unit. Madrid: European Commission
- IOM (1990). *Medicare: A strategy for Quality Assurance.* Washington (DC): National Academies Press.
- IOM (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century.* Washington (DC): National Academies Press.
- Marjanovic, S., Megan Sim, Talitha Dubow, Jennie Corbett, Emma Harte, Sarah Parks, ... Tom Ling. (2017), *Innovation as a driver of quality and productivity in UK healthcare Creating and connecting receptive places.* RAND Europe
- Panteli, D., Quentin, W., Busse, R. (2019) . Chapter 2: Understanding healthcare quality strategies: a five-lens framework. In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W (Ed). *Improving healthcare quality in Europe Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, WHO, OECD. p.23
- Porter, M.E., & Teisberg, E.O.. (2006). *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.* Boston: Harvard Business School Press,
- OECD (2012). *OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012.* Paris: OECD
- OECD. (2017). *Lessons learnt from 15 reviews of health care quality: Caring for Quality in Health.* Paris: OECD
- UKDH (2010a) *Equity and excellence: Liberating the NHS.* London: Stationery Office.
- UKDH (2010b) *Transparency in outcomes a framework for the Liberating the NHS.* London: Stationery Office.
- WHO (2006). *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems.* Geneva: WHO.



WHO (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO.

## 제2장

AHRQ (2019). 2018 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga, N.S., (2006). A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *Int J Qual Health Care*, 18 (suppl 1): 5-13.

Carinci, Gool, Mainz, Veillard, Pichora, Januel, ... OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*. 27(2): 137-46. doi: 10.1093/intqhc/mzv004.

Chassin, M.R., & Galvin, R.W. (1998). The urgent need to improve health care quality. *Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA* 16:280(11):1000-5. doi: 10.1001/jama.280.11.1000.

Dutch Ministry of Health, Welfare and Sport, (2018). Outcome based healthcare 2018-2022. <https://www.government.nl/documents/reports/2018/07/02/outcome-based-healthcare-2018-2022> 에서 2020. 5. 20 인출

Dutch National Institute for Public Health and the Environment(2015), Dutch Health Care Performance Report 2014. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).

Dutch National Institute for Public Health and the Environment (2020). Health care performance indicators. <https://www.volksgezondheidenzorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/alle-indicatoren#node-alle-indicatoren> 에서 2020.6.1.에 인출

IOM (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press.

IOM (2010). Future Directions for the National Healthcare Quality and Disparities Reports. Washington (DC): National Academies Press.

- Mattke S, Epstein AM, Leatherman S. The OECD health care quality indicators project: history and background. *Int J Qual Health Care* 2006; 18 (suppl 1): 1?4. [http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/1.full.pdf+html](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/1.full.pdf+html) (7 January 2015, date last accessed).
- Murray, Christopher J. L, Frenk, Julio (1999). A WHO framework for health system performance assessment. GPE discussion paper seriex no. 6. Geneva: World Health Organization.
- NHS (2019). NHS outcomes framework Indicators; November 2019 Release. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/clinical-indicators/nhs-outcomes-framework/current> 2020.02.18.
- OECD (2010). Improving value in health care: measuring quality. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development
- OECD (2018). Health Care Quality Outcomes Definitions. Paris: OECD. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2020.6.12.
- OECD (2019). OECD Health at a Glance 2019: OECD Indicators.. Paris: OECD
- UKDH (2010a) Equity and excellence: Liberating the NHS. London: Stationery Office.
- UKDH (2010b) Transparency in outcomes a framework for the Liberating the NHS. London: Stationery Office.
- UKDH (2010c). The NHS Outcomes Framework 2011/2012. London: Department of Health
- WHO (2000). World Health Report - Health systems: improving performance. Geneva: WHO.
- WHO (2006). Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO.
- WHO (2018). Handbook for national quality policy and strategy: A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: WHO.

### 제3장

Park, Yoon, Na & Song, (2015) The effects of air pollution on mortality in South

- Korea. *Procedia Environmental Sciences* 26: 62-65
- Porter, M.E., Larsson, S., Lee, T.H. (2016). Standardizing Patient Outcomes Measurement. *N Engl J Med* 374(6):504-6. doi: 10.1056/NEJMp1511701.
- 국립암센터, 암검진통계 (2010-2017)
- 보건복지부 (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 중앙호스피스센터
- 국민건강보험공단, 건강보험맞춤형DB (2010~2019)
- 김영아, 손강주, 박윤수 (2019). 국민건강보험공단 청구자료를 이용한 *Clostridium difficile* 감염 의료비용 분석. 국민건강보험 일산병원연구소. p. 34
- 박명배, 문지영, 김진리, 남은우 (2018). 우리나라와 경제협력개발기구 국가들의 건강결정요인 비교분석. *보건행정학회지* 28(2): 128-137.
- 보건복지부 (2019). 2020년도 응급의료기관 평가 기준집. 중앙응급의료센터, 보건복지부.
- 보건복지부 (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 중앙호스피스센터.
- 보건복지부, 보건사회연구원. 의료서비스 경험 조사 (2017-2019)
- 보건복지부, 환자안전보고학습시스템, 의료기관평가인증원 (2019). 2019년 환자안전통계연보. 보건복지부, 환자안전보고학습시스템, 의료기관평가인증원
- 신정우, 조병희, 최보람, 천미경, 김태민, 신지영, 진재현 (2019). 2019년도 의료서비스 경험 조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 중앙암등록본부, 암 생존율 요청자료
- 중앙치매안심센터 (2020) 치매 오늘은. [https://www.nid.or.kr/info/today\\_list.aspx](https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx) 에서 2020.125에 인출
- 질병관리청, 국민건강영양조사 (2010-2018)
- 통계청, 사망원인통계조사 (2010-2018)
- 통계청, 국가통계포털- 2018년 완전생명표. <https://kosis.kr> 에서 2020.11.21.에 인출
- 통계청 (2019). 2018년 사망원인통계. 통계청 보도자료 2019.9.23.

#### 제4장

- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하슬잎, 김소운, 서은원, 홍재석, 박종현, 조해곤 (2017). 2017 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(II). 세종: 한국보건사회연구원
- 이상아, 박은철 (2017). 건강보험 40주년의 주요 지표. *보건행정학회지* 27(3) : 267-271
- 중앙일보. (2018. 9. 28.). 한국인 위·대장암 발생률 세계 1·2위, 사망률은 세계 최저.

- <https://news.joins.com/article/23003023>에서 2020.11.30. 인출
- Carinci, Gool, Mainz, Veillard, Pichora, Januel, ... OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*. 27(2):137-46. doi: 10.1093/intqhc/mzv004.
- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Pineros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2018). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Retrieved November 30, 2020 from <https://gco.iarc.fr/today>.
- Jang SI, Nam JM, Choi JW, & Park EC. (2014). Disease management index of potential years of life lost as a tool for setting priorities in national disease control using OECD health data. *Health Policy* 115, 92-99.
- OECD (2020). *OECD Health Statics*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 에서 2020.10.25.에 인출

## 제5장

- 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원 (2019). *한국의료패널조사*
- 신정우, 조병희, 최보람, 천미경, 김태민, 신지영, 진재현 (2019). 2019년도 의료서비스 경험 조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 한국보건사회연구원 (2020). '코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사' 자료분석
- OECD (2020). *Excess mortality: Measuring the direct and indirect impact of COVID-19*. OECD Health Working Papers No. 122
- Woolf, Chapman, Sabo, (2020). *Excess Deaths From COVID-19 and Other Causes, March-July 2020*. *JAMA*, 324(15):1562-1564. doi:10.1001/jama.2020.19545

## 제6장

- NHS (2020). *NHS Outcomes Framework 2020/21 Indicator and Domain Summary Tables*. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework> 에서 2020.11.2.에 인출

## 제7장

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제17491호)

감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령(대통령령 제28068호)

강희정, 박은자, 오미애, 지영건, 하솔잎, 신나라 (2019). 가감지급사업 개선방안 연구. 건강보  
험심사평가원, 한국보건사회연구원.

건강검진기본법(법률 제17472호)

건강검진기본법 시행령(대통령령 제31013호)

건강검진기본법 시행규칙(보건복지부령 제672호)

건강보험심사평가원 (2010). 요양급여 적정성 평가 업무 매뉴얼. 서울: 건강보험심사평가원.

건강보험심사평가원 (2019). 2019년도 요양급여 적정성 평가 계획 안내. 원주: 건강보험심사  
평가원

건강보험심사평가원 (2020a). 2020년도 요양급여 적정성 평가 계획 안내. 원주: 건강보험심사  
평가원

건강보험심사평가원 (2020b). 2020-2021년 의료 질 평가 지표 안내. <http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020002000100&brdScnBltno=4&brdBltno=7687>에서 2020.11.28.에 인출

건강보험심사평가원 홈페이지, <https://www.hira.or.kr/>

건강보험심사평가원, 보건복지부, 일차 의료 만성질환관리 추진단 (2019). 일차 의료 만성질환  
관리 시범사업 안내

경제협력개발기구에 관한 협약(OECD)(다자조약 제1358호) <https://law.go.kr/LSW/trtyInfoP.do?mode=4&trtySeq=2263&chrClsCd=010202>

국립암센터 중앙호스피스센터 (2020). 중앙호스피스센터 주요사업내용. [http://hospice.go.kr/center/services.do?menu\\_no=638&brd\\_mgrno=2020.11.17](http://hospice.go.kr/center/services.do?menu_no=638&brd_mgrno=2020.11.17)에 인출

국민건강보험공단 홈페이지, <https://www.nhis.or.kr/>

국민건강증진법(법률 제17761호)

김남희 (2018). 지역 사회 중심 일차 의료 강화를 위한 만성질환관리 사업 소개 및 향후 발전 방  
안.

김민수 (2019.10.11). 전공의 수련개선, “전문과목별 수련 프로그램 개발부터”. 메디칼업저버  
<https://www.monews.co.kr/news/articleView.html?idxno=205641>에서 2020.1  
1.21.에 인출

김탁, 은병욱, 홍기호, 최희경, 김성란, 한수하, ... 이미숙 (2020). KONIS 운영방식 개선을 위  
한 국가별 의료관련감염 감시체계 운영방식에 대한 문헌 조사. 의료관련감염관리 25(1):

21-28.

노인장기요양보험법 시행규칙(보건복지부령 제776호)

박기택 (2020.5.19). “NECA의 역할은 더 커지고 중요해질 수밖에 없다” 청년의사 2020.5.19.  
<https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1080813>에서  
2020.11.17.에 인출

보건복지부 홈페이지, <http://www.mohw.go.kr/>

보건복지부 (2018). 환자안전지표 개발 및 보급 안내. 2018.12.28. [http://www.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1545980740131\\_20181228160540.hwp&rs=/upload/viewer/result/202011/](http://www.mohw.go.kr/upload/viewer/skin/doc.html?fn=1545980740131_20181228160540.hwp&rs=/upload/viewer/result/202011/)에서 2020.11.19.에 인출

보건복지부 (2019). 재가 의료급여 시범사업 운영 매뉴얼

보건복지부 (2019). 지역 사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어) 선도사업 추진계획

보건복지부 (2020a). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. 보건복지부, 중앙호스피스센터.

보건복지부 (2020c), 2020년도 보건의료인 면허신고 및 보수교육

보건복지부 고시 29-34호

보건복지부, 건강보험심사평가원 (2019). 정신질환자 지속치료 지원 시범사업 지침

보건복지부, 의료기관평가인증원 (2018). 3주기 급성기병원 인증기준. 보건복지부, 의료기관평가인증원.

보건복지부, 의료기관평가인증원 (2020). 4주기 정신의료기관 평가기준 - 정신병원 및 병원급 의료기관에 설치된 정신건강의학과. 보건복지부, 의료기관평가인증원

보건복지부, 중앙호스피스센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, (2019) 2019 호스피스·완화의료 사업안내

보건복지부, 질병관리본부 (2018). 권역심뇌혈관질환센터 2018년 운영지침. 보건복지부, 질병관리본부.

보건복지부, 한국건강증진개발원 (2015) 제4차 국민건강증진종합계획(2016-2020). 보건복지부, 한국건강증진개발원

보건의료기본법(법률 제17472호)

보건의료기술진흥법(법률 제15344호)

상급종합병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙(보건복지부령 제738호)

서제희, 송은솔, 최성은, 우경숙, (2016). 환자안전에 대한 현황 분석과 개선 방안. 한국보건사회연구원.

신영석 외 (2018). 보건의료인력 실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원

- 신영석, 강희정, 황도경, 김수진, 이진형, 이근찬, ... 이수빈 (2020). 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민건강 성과 향상 방안 연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원.
- 신정우, 조병희, 최보람, 신지영, 천미경, 이유진 (2018). 2018년도 의료서비스 경험 조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률(법률 제14217호)
- 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행령(대통령령 제28068호)
- 심뇌혈관질환의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙(보건복지부령 제495호)
- 약사법(법률 제17208호)
- 오영호, 이난희, 송은솔, 안덕선, 정승은 (2015). 보건의료인력의 연수교육 개선방안, 한국보건사회연구원. pp.145-152
- 응급의료에 관한 법률(법률 제17210호)
- 응급의료에관한법률시행규칙(보건복지부령 제769호)
- 의료기관평가인증원 홈페이지, <https://www.koiha.or.kr/>
- 의료법 시행규칙(보건복지부령 제749호)
- 의료법(법률 제17472호)
- 의료질평가지원금 산정을 위한 기준(보건복지부고시 제2018-69호)
- 임솔 (2020). “입원 환자 10명 중 1명 꼴 환자안전사고 발생... 예방가능한 사건 28.2-42.9%” 메디게이트 뉴스. <https://www.medigatenews.com/news/2645885496>에서 2020. 11.19.에 인출
- 임지혜 (2016). 요양급여 적정성 평가 질 지표 관리 방안. HIRA 정책동향 10권 3호. p.37
- 임지혜, 박춘선, 최효정, 조현민. (2014). 임상 질 지표 개발 가이드라인 - 질 지표 개념들을 중심으로 -. 서울: 건강보험심사평가원
- 장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2018-271호)
- 질병관리청 홈페이지, <https://www.cdc.go.kr/>
- 전문병원의 지정 및 평가 등에 관한 규칙(보건복지부령 제728호)
- 정부조직법(법률 제17384호)
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(법률 제17794호)
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 시행령(대통령령 제31349호)
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 시행규칙(보건복지부령 제730호)
- 정신요양시설의 설치기준 및 운영 등에 관한 규칙(보건복지부령 제672호)
- 중앙응급의료센터 (2020). 응급의료기관 평가. [https://www.e-gen.or.kr/nemc/business\\_](https://www.e-gen.or.kr/nemc/business_)

medical\_institution\_evaluation.do

지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률(법률 제14894호)

질병관리본부 (2020). 2020년 고혈압·당뇨병 등록관리사업 표준실무지침

질병관리청 홈페이지, <https://www.cdc.go.kr/>

최은숙, 조근자, 고봉연, 박희진, 김효식, 권혜란, ... 홍성기 (2016). 우수한 응급구조사 인력 양성 및 배출을 위한 정책 제안. 한국보건의료인국가시험원.

한국건강증진개발원 홈페이지, <https://www.khealth.or.kr/>

한국보건복지인력개발원 홈페이지, <https://www.kohi.or.kr/>

한국보건의료인국가시험원 홈페이지, <https://www.kuksiwon.or.kr/>

한국보건의료연구원 홈페이지 <https://www.neca.re.kr/lay1/S1T10C30/contents.do>

한국의약품안전관리원, (2020) 홈페이지 <https://www.drugsafe.or.kr/>에서 2020.11.19.에  
인출

허대석 (2010) 공익적 임상연구에서 한국보건의료연구원의 역할. 의료정책포럼 8(1):  
147-149

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법(법률 제14013호)

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법 시행령(대통령령 제  
29662호)

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법시행규칙(보건복지부  
령 제512호)

호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법시행규칙 [별표1] 호스  
피스전문기관의 지정기준, 보건복지부령 제620호)

환자안전법 시행규칙(보건복지부령 제743호)

환자안전법 시행령(대통령령 제30872호)]

환자안전법(법률 제16893호)

## 제8장

ACL. (n.d.). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_acl-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_acl-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 16 인출

AHRQ. (2016). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_ahrq-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_ahrq-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 14 인출



- AHRQ. (November 2016a). National Quality Strategy: Using Levers to Achieve Improved Health and Health Care. <https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/nqs-fact-sheets/nqs-fact-sheet-using-levers.html> 에서 2020. 7. 20 인출
- AHRQ. (November 2016b). The National Quality Strategy: Fact Sheet. <https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/nqs-fact-sheets/fact-sheet.html> 에서 2020. 7. 20 인출
- AHRQ. (April 2017). Agency-Specific Plans. <https://www.ahrq.gov/workingforquality/reports/agency-specific-progress.html> 에서 2020. 7. 20 인출
- AHRQ. (December 2017). Transforming Hospitals. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/hospital/resource/transform.html> 에서 2020. 8. 6 인출
- AHRQ. (August 2019). CAHPS Patient Experience Surveys and Guidance. <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html> 에서 2020. 8. 7 인출
- AHRQ. (June 2020). CAHPS Research on Survey Design and Administration. <https://www.ahrq.gov/cahps/surveys-guidance/index.html> 에서 2020. 8. 7 인출
- AHRQ. (October 2020). Technology Assessment Program. <https://www.ahrq.gov/research/findings/ta/index.html> 에서 2020. 8. 7 인출
- CDC. (2016). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_cdc-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_cdc-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 14 인출
- CDC. (2018a). DHDSP, [https://www.cdc.gov/dhdsp/about\\_us.htm](https://www.cdc.gov/dhdsp/about_us.htm)에서 2021. 1. 9 인출
- CDC. (2018b). Mental Health, <https://www.cdc.gov/mentalhealth/about/index.htm> 에서 2021. 1.9 인출
- CDC. (2019). Cancer, <https://www.cdc.gov/cancer/dcpc/about/>에서 2021. 1. 9 인출
- CDC. (2020). Pandemic Influenza, <https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/index.htm>에서 2021. 1. 9 인출
- CMS. (2016). CMS Quality Strategy 2016. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016-cms-agency-specific-plan.pdf> 에서 2020. 7. 14 인출

- CMS. (February 2018). Measure Management & You. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/MMS/Downloads/Clinical-Guidelines.pdf>. 에서 2020. 8. 4 인출
- CMS. (2020). HCAHPS, <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHCAHPS>에서 2021. 1. 8 인출
- CMS. (n.d.a). Hospital Compare. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare> 에서 2020. 6. 28 인출
- CMS. (n.d.b). Quality Payment Program & MIPS. <https://qpp.cms.gov/mips/overview> 에서 2020. 8. 6 인출
- CMS. (n.d.c) Value-based Program, <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>. 에서 2020. 8. 6 인출
- Government of Netherlands. (2018). <https://www.government.nl/binaries/government/documents/leaflets/2016/02/09/healthcare-in-the-netherlands/healthcare-in-the-netherlands-2018.pdf> 에서 2021. 1.6 인출
- Government of Netherlands. (n.d.a). Monitoring the quality of healthcare. <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/monitoring-the-quality-of-healthcare> 에서 2020. 11. 9 인출
- Government of Netherlands. (n.d.b). Safety and healthcare. <https://www.government.nl/topics/quality-of-healthcare/safety-and-healthcare> 에서 2021. 1. 7 인출
- HHS & ODPHP. (2010). National Action Plan to Improve Health Literacy, Washington, DC: Author, <https://health.gov/our-work/health-literacy/national-action-plan-improve-health-literacy> 에서 2021. 1. 8 인출
- HRSA. (2016). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_hrsa-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_hrsa-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 14 인출
- IKNL & Palliactief. (2017). Netherlands Quality Framework for Palliative Care, [https://palliaweb.nl/getmedia/f553d851-c680-4782-aac2-2520632f2e8d/netherlands-quality-framework-for-palliative-care\\_2.pdf](https://palliaweb.nl/getmedia/f553d851-c680-4782-aac2-2520632f2e8d/netherlands-quality-framework-for-palliative-care_2.pdf)에서 2021. 1. 7 인출
- Ministry of Health, Welfare and Sport. (February 2018). Outcome based healthcare

- 2018-2022. <https://www.government.nl/documents/reports/2018/07/02/outcome-based-healthcare-2018-2022> 에서 2020. 7. 20 인출
- National Coalition for Hospice and Palliative Care. (n.d.). Palliative Care Measures Project, <https://www.nationalcoalitionhpc.org/macra/>에서 2021. 1. 7 인출
- National Institute for Public Health and the Environment. (2020). <https://www.rivm.nl/en/population-screening-programmes>에서 2021. 1. 6 인출
- National Pharmaceutical Council. (n.d.). Health Technology Assessment., <https://www.npcnow.org/issue/health-technology-assessment#:~:text=Health%20Technology%20Assessment.%20In%20the%20United%20States%2C%20the,technologies%20as%20well%20as%20their%20indirect%2C%20unintended%20consequences> 에서 2020. 8. 7 인출
- NHS. (n.d.a). Diabetes prevention, <https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/>에서 2021. 1. 5 인출
- NHS. (n.d.b). Long Term Plan, <https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/chapter-3-further-progress-on-care-quality-and-outcomes/better-care-for-major-health-conditions/cardiovascular-disease/> 에서 2021.1.5. 인출
- NHS. (n.d.c). Training and development(GP). <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/roles-doctors/general-practice-gp/training-and-development> 에서 2020. 11. 9 인출
- NHS England. (2018). NHS England- Board Paper: NHS England's responsibilities for quality. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/03/10-pb-28-03-2018-system-quality-v2.pdf> 에서 2020. 7. 22 인출
- NHS England. (n.d.). End of life care, <https://www.england.nhs.uk/eolc/what-nhs-england-doing-to-improve-end-of-life-care/> 에서 2021. 1. 5. 인출
- NHS England & NHS Improvement. (July 2019). The NHS Patient Safety Strategy; Safer culture, safer systems, safer patients. [https://improvement.nhs.uk/documents/5472/190708\\_Patient\\_Safety\\_Strategy\\_for\\_website\\_v4.pdf](https://improvement.nhs.uk/documents/5472/190708_Patient_Safety_Strategy_for_website_v4.pdf) 에서 2020. 7. 11 인출
- NHS England & NHS Improvement. (2020). QOF Quality Improvement domain 2020 /21-Early diagnosis of cancer, <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/20-21-qof-qi-cancer.pdf> 에서 2021. 1.5. 인출
- ODPHP. (2020a). Adverse Drug Events, <https://health.gov/our-work/health-care-q>

- uality/adverse-drug-events에서 2021. 1. 8 인출
- ODPHP. (2020b). Healthy People 2030, <https://health.gov/our-work/healthy-people/healthy-people-2030>에서 2021. 1. 8 인출
- ODPHP. (2020c). National HAI Action Plan, <https://health.gov/our-work/health-care-quality/health-care-associated-infections/national-hai-action-plan>에서 2021. 1. 8 인출
- ODPHP. (2020d). Our Work. <https://health.gov/>에서 2021. 1. 8 인출
- OECD. (2017). Lessons learnt from 15 reviews of health care quality: Caring for Quality in Health. <https://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm> 에서 2020. 8. 1 인출
- Office for National Statistics. (n.d.). VOICES, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/nationalsurveyofbereavedpeoplevoices/england2015>에서 2021. 1. 6 인출
- OPM. (2016). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_opm-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_opm-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 14 인출
- OECD/WHO. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, Effectiveness and Implementation of Different Strategies, OECD Publishing, Paris/WHO, Geneva 27, <https://doi.org/10.1787/b11a6e8f-en>.
- SAMHSA. (2016). National Strategy for Quality Improvement in Health Care, 2016 Agency-Specific Plans. [https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016\\_samhsa-agencyspecificplan.pdf](https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/workingforquality/2016_samhsa-agencyspecificplan.pdf) 에서 2020. 7. 16 인출
- SAMHSA. (n.d.). <https://www.samhsa.gov/about-us>에서 2021. 1. 9 인출
- Saunders, M., Schattner, P., Mathews, M. (2008). Diabetes 'cycles of care' in general practice: Do government incentives help? *Australian Family Physician*, 37(9), 781-784.
- Schweppenstedde D., Hinrichs S., Ogbu U. C., Schneider E. C. , Kringos D. S., Klazinga N. S., ..., Nolte E. (2018). Regulating quality and safety of health and social care. RAND Europe.
- Scott, A., Schurer, S., Jensen, P. H., Sivey, P. (2009). The effects of an incentive program on quality of care in diabetes management. *Health Economics*, 18(9), 1-33, doi: 10.1002/hec.1536

- Srivastava, D., Mueller, M., Hewlett, E. (2016). Better Ways to Pay for Health Care. Paris: OECD Publishing. [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care\\_9789264258211-en#page111](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en#page111) 에서 2020. 11. 9 인출
- Stokes J., Gellatly J., Bower P., Meacock R., Cotterill S., Sutton M. & Wilson P. (2019). Implementing a national diabetes prevention programme in England: lessons learned, BMC Health Services Research, Open Access, <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4809-3>에서 2021. 1.5 인출
- The Joint Commission. (n.d.), <https://www.jointcommission.org/> 에서 2020. 8. 7 인출
- VMS zorg. (n.d.). <https://www.vmszorg.nl/praktijkvoorbeelden-en-tools/international-toolkit/>에서 2021. 1. 7 인출
- ZonMw. (n.d.). <https://www.zonmw.nl/en/research-and-results/palliative-care/programmas/programme-detail/palliative-care/> 에서 2021. 1. 7 인출
- ZonMw. (2015). Palliative Care: Palliative care programme 2014-2020, [https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Palliantie\\_meer\\_dan\\_zorg/Palliantie\\_programmatekst\\_engels.pdf](https://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Palliantie_meer_dan_zorg/Palliantie_programmatekst_engels.pdf)에서 2021. 1. 7 인출

## 제9장

- Amalberti, R., Vincent, C., Nicklin, W. & Braithwaite, J. (2019) Coping with more people with more illness. Part 1: the nature of the challenge and the implications for safety and quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 31(2), 154-158. doi: 10.1093/intqhc/mzy235
- Nolte, E., Merkur, S., Anell, A. (2020). Achieving Person-Centred Health Systems Evidence, Strategies and Challenges. European Observatory on Health Systems and Policies. DOI 10.1017/9781108855464
- OECD (2012), OECD Reviews of Health Care Quality: Korea . Raising Standards, OECD Publishing.
- Schweppenstedde D., Hinrichs S., Ogbu U. C., Schneider E. C. , Kringos D. S., Klazinga N. S., ..., Nolte E. (2018). Regulating quality and safety of health and social care. RAND Europe.

WHO, OECD, IBRD (2018). World Bank Group, Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. WHO, OECD, World Bank.



## [부록 1] 건강결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법

2장 건강결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표는 영국 NHS Outcomes Framework에서 제시된 방법을 이용하였는데 지표별 구체적인 산출 방법과 해당 지표를 산출하기 위해 사용한 자료원은 다음과 같다. 우리나라 지표를 산출하지 못했더라도 영국 NHS Outcomes Framework에 산출방식이 개발되어 공개된 경우는 함께 표기하였다.

〈부표 1-1〉 효과성: 조기사망 예방

성과지표		지표		자료	담당기관	직접 산출
1a.i	피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)	분자: 20세 이상에서 보건의료로 치료 가능한 원인으로 사망한 20세 이상 성인의 수에 해당 성별과 연령에 대해 특정 연령에 대한 기대여명의 곱 분모: 20세 이상 성인의 수	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1a.ii	피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동, 청소년)	위와 동일 (단, 19세 이하)	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1b.i	75세에서 기대수명(남, 여)	분자: 75세 이후의 총 생존연수 분모: 75세에 총 생존자 수	생명표(통계청)	진국 사망신고자료	직접 산출	
1c	신생아 사망률 및 사산율	분자: 출생 후 28일 내 사망아 수와 사산 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망, 사망원인통계	통계청		
1.1	75세 미만 심뇌혈관 질환 사망률	분자: 심뇌혈관 질환(100-199)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수(10만 명당)	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1.2	75세 미만 호흡기 질환 사망률	분자: 호흡기 질환(100-199)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1.3	75세 미만 간 질환 사망률	분자: 간 질환(K70-K77, B15-B19, C22, I81, I85, T86.4)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1.4	75세 미만 암 사망률	분자: 암(C00-C97)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출	
1.4.i	모든 암 1년 생존율	분자: 암 환자의 1년 생존율 분모: 동일 일반인의 1년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터, 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터	직접 인용	
1.4.ii	모든 암 5년 생존율	분자: 암 환자의 5년 생존율 분모: 동일 일반인의 5년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터, 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터	직접 인용	



성과지표		지표		자료	담당기관
1.4.iii	유방암, 폐암, 대장암 1년 생존율	분자: 유방암, 폐암, 결장 직장암 환자의 1년 생존율 분모: 동일 일반인의 1년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터 보건복지부·중암암등록본부·국립암센터	직접 인용
1.4.iv	유방암, 폐암, 대장암 5년 생존율	분자: 유방암, 폐암, 결장 직장암 환자의 5년 생존율 분모: 동일 일반인의 5년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터 보건복지부·중암암등록본부·국립암센터	직접 인용
1.4.v	1, 2 병기 암 진단 1년 생존율	(영국 지표 개발 중)	-	-	-
1.4.vi	1, 2 병기 암 진단 5년 생존율	(영국 지표 개발 중)	-	-	-
1.5.i	중증 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률	일반 인구에서의 사망률 대비 정신질환을 가진 사람들에서의 사망률 분자: 심각한 정신질환을 가진 사람들에서 사망 수 분모: 심각한 정신질환(사망한 해 혹은 이전 2년 내 2차 정신건강 서비스 이용을 가진 사람 수(18-74세))	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	자체 산출
1.5.ii	일반적 정신질환을 가진 성인에서 75세 미만 초과사망률	(영국 지표 개발 중)	-	-	-
1.5.iii	의료서비스를 최근 이용한 사람 중 자살 혹은 의도 미확인 상해로 인한 사망	(영국 지표 개발 중)	-	-	-
1.6.i	영아사망률	분자: 출생 후 1년 내 사망아 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망조사, 사망원인통계	통계청	직접 인용
1.6.ii	아동에서 모든 암으로 인한 5년 생존율	분자: 아동 암 환자의 5년 생존율 분모: 아동의 5년 기대 생존율	암통계DB	국립암센터	직접 인용
1.7	확습장애를 가진 성인에서 60세 미만 초과사망률	(영국 지표 개발 중)	-	-	-

자료: Clinical Indicators Team (2019) NHS Outcomes Framework: Domain 1 - Preventing people from dying prematurely. London: Health and Social Care Information Centre. 의 지표 산출방식을 참조하여 우리나라 산출방식 작성

〈부표 1-1-1〉 피할 수 있는 원인으로 인한 사망

질환	ICD-10 코드		연령
전염병	A00-A09	Intestinal infectious disease	0-14
	A15-A19, B90	Tuberculosis	0-74
	A35-A36, A80	Other infections (diphtheria, other tetanus, acute poliomyelitis)	0-19
	A37	Whooping cough	0-14
	A38-A41, A46, A48.1, B50-B54, G00, G03, J02, L03	Selected invasive bacterial and protozoal infections	0-74
	B05	Measles	1-14
	B17.1, B18.2	Hepatitis C	0-74
	B20-B24	HIV/AIDS	모든연령
악성종양	C18-C21	Malignant neoplasm of colon and rectum	0-74
	C43	Malignant melanoma of skin	0-74
	C44	Other malignant neoplasms of skin	0-19
	C50	Malignant neoplasm of breast	0-74
	C53	Malignant neoplasm of cervix uteri	0-74
	C54-C55	Malignant neoplasms of corpus uteri and uterus unspecified	0-19
	C62	Malignant neoplasm of testis	0-19
	C67	Malignant neoplasm of bladder	0-74
	C73	Malignant neoplasm of thyroid gland	0-74
	C81	Hodgkin's disease	0-74
	C91, C92.0	Leukaemia	0-44
	D10-D36	Benign neoplasms	0-74
	영양, 내분비, 대사	E00-E07	Disorders of thyroid gland
E10-E14		Diabetes mellitus	0-49
신경 장애	G40-G41	Epilepsy and status epilepticus	0-74
심뇌혈관 질환	I01-I09	Rheumatic and other valvular heart disease	0-74
	I10-I15	Hypertensive diseases	0-74
	I20-I25	Ischaemic heart disease	0-74
	I60-I69	Cerebrovascular diseases	0-74
호흡기 질환	J09-J11	Influenza (including swine flu)	0-74
	J12-J18	Pneumonia	0-74
	J45-J46	Asthma	0-74
	J00-J01, J03-J06, J20-J39, J47-J99	Other respiratory diseases	1-14
소화기 장애	K25-K28	Gastric and duodenal ulcer	0-74
	K35-K38, K40-K46, K80-K83,	Acute abdomen, appendicitis, intesti	0-74

질환	ICD-10 코드		연령
	K85, K86.1-K86.9, K91.5	nal obstruction, cholecystitis / lithiasis, pancreatitis, hernia	
비뇨생식기 장애	N00-N07, N17-N19, N25-N27	Nephritis and nephrosis	0-74
	N13, N20-N21, N35, N40, N99.1	Obstructive uropathy & prostatic hyperplasia	0-74
모성, 영아	P00-P96, A33	Complications of perinatal period	모든연령
	Q00-Q99	Congenital malformations, deformations and chromosomal anomalies	0-74
	O00 - O99	Pregnancy, childbirth and the puerperium	0-19
상해	Y60-Y69, Y83-Y84	Misadventures to patients during surgical and medical care	모든연령

주: \*19세 미만 아동 천식, 당뇨, 호흡기 질환 코드

자료: Clinical Indicators Team (2020). NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-2〉 효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

지표	신출방식	자료원	담당기관
2. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	* 영국 (분자) EQ-5D™을 이용하여 5가지 영역에서 건강 평가. (분모) 자신이 장기 질환을 가지고 있다고 확인한 모든 사람들(18세 이상)의 가중치 적용값(그렇다고 응답한 경우와 잘 모르겠다고 응답한 경우에도 치매, 협심증 혹은 심장질환, 관절염 혹은 관련 질환, 천식 혹은 관련 질환, 심각한 시력상실, 지난 5년간 암, 심각한 청각 상실, 당뇨, 간질, 고혈압, 심장, 간 질환, 장기 하리취추 문제, 장기 정신 질환, 장기 신경학적 문제 등을 확인함)	국민건강영양조사	질병관리청
2.1 상태를 관리하도록 지원을 받는다고 느끼는 사람들의 비율	* 영국 (분자) "지난 1년간 당신의 장기 질환을 관리하는 것을 돕기 위한 지역 서비스와 기관으로부터 충분한 지원을 받았습니까?"라는 질문에 그렇다고 응답, (분모) 잘 모르겠음, 도움이 필요하지 않았음을 제외하고 그렇다, 그렇지 않다고 답한 응답의 가중치 적용값, 질환의 특성에 따라 지표값 확인	없음	산출 불가
2.2 만성질환을 가진 사람들의 고용률	모든 사람들의 고용률과 장기 질환(1년 이상 지속되는 건강 문제 혹은 장애)을 가진 사람들의 고용률 사이의 차이 분자: 피고용인, 자영업, 무급 가족종사자로 응답한 사람 분모: 경제활동 연령층인 응답자 수	국민건강영양조사	직접 산출
2.3.i 외래민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(모든 연령)	분자: 외래민감성 질환을 주 진단으로 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건(*외래민감성 질환 코드 별도 제시) 분모: 전체 인구	국민건강보험공단	직접 산출
2.3.ii 19세 미만에서 천식, 당뇨, 간질로 계획되지 않은 입원	분자: 19세 미만 환자에서 천식, 당뇨, 간질을 주 진단으로 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건 분모: 19세 미만 인구	국민건강보험공단	직접 산출
2.4 간병인의 삶의 질	분자: EQ-5D™을 이용하여 5가지 영역에서 건강 평가 분모: 자기 자신을 돌봄 제공자(carer)라고 확인한 사람들의 가중치 적용값	없음	산출 불가
2.5.i 정신질환을 가진 사람의 고용률	분자: 피고용인, 자영업, 무급 가족종사자로 응답한 사람 분모: 경제활동연령층으로 우울증 있는 응답자 수 * 영국 경제활동연령인 모든 사람들에서의 고용률과 경제활동 연명으로 정신질환(우울, 불안, 중증 또는 특정 학습 장애(정신 장애) 또는 정신질환 또는 공포증, 광황 또는 기타 신경 장애)을 보고한 사람들의 고용률 사이의 차이 분자: 피고용인, 자영업, 무급 가족종사자로 응답한 사람 분모: 경제활동연령층인 응답자 수	국민건강영양조사	직접 산출

지표	산출방식	자료원	담당기관
2.5.ii 정신질환을 가진 사람의 삶의 질	(영국 지표 개발 중)		
2.6.i 치매를 가진 사람들의 추정진단율	분자: WHO의 GDO에 근거한 6개 상병코드(F00, F01, F02, F03, G30, G31)를 추상병으로 당해연도 국민건강보험에서 수진 내역이 확인된 진료 실수진자 분모: 노인 인구의 추정 치매 환자 수 * 영국 (분자) GP Practice's dementia register에 등록된 사람 수, (분모) 치매 추정 유병률(알츠하이머 협회 발표수치로 40세부터 95세까지 5세 단위, 95세 이상에 대해 유병률을 이용하여 전체 치매를 가진 사람 수 추정)	치매오늘은	중앙치매센터 직접 인용
2.6.ii 독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 질병 진단 후 치료의 효과 측정	(영국 지표 개발 중)	-	-
2.7 복합 만성질환(3개 혹은 그 이상)을 가진 사람의 삶의 질	* 영국 (분자) EQ-5D™을 이용하여 5가지 영역에서 건강 평가. (분모) 3개 혹은 그 이상의 장기 질환이 있다고 응답한 사람들의 가중치 적용값(그렇다고 응답한 경우와 잘 모르겠다고 응답한 경우에도 치매, 협심증 혹은 심장질환, 관절염 혹은 관련 질환, 청식 혹은 관련 질환, 심각한 시력 상실, 지난 5년간 암, 심각한 장각 상실, 당뇨병, 간질, 고혈압, 신장, 간질환, 장기 허리척추 문제, 장기 정신 질환, 장기 신경학적 문제 등을 확인함)	국민건강영양조사	질병관리청 직접 산출

자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre. 의 지표 산출방식을 참조하여 우리나라 산출방식 작성.

〈부표 1-2-1〉 영국 삶의 질 지표와 국민건강영양조사 삶의 질

영국 삶의 질(EQ-5D)	국민건강영양조사 삶의 질(EQ-5D)
1. Mobility • I have no problems in walking about • I have slight problems in walking about • I have moderate problems in walking about • I have severe problems in walking about • I am unable to walk about	1. 운동능력 1-1 나는 걷는 데 지장이 없다. 1-2 나는 걷는 데 다소 지장이 있다. 1-3 나는 종일 누워 있어야 한다.
2. Self-Care • I have no problems washing or dressing myself • I have slight problems washing or dressing myself • I have moderate problems washing or dressing myself • I have severe problems washing or dressing myself • I am unable to wash or dress myself	2. 자기관리 2-1 나는 목욕을 하거나 옷을 입는 데 지장이 없다. 2-2 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입는 데 다소 지장이 있다. 2-3 나는 혼자 목욕을 하거나 옷을 입을 수가 없다.
3. Usual Activities (e.g. work, study, housework, family or leisure activities) • I have no problems doing my usual activities • I have slight problems doing my usual activities • I have moderate problems doing my usual activities • I have severe problems doing my usual activities • I am unable to do my usual activities	3. 일상활동 3-1 나는 일상 활동을 하는 데 지장이 없다. 3-2 나는 일상 활동을 하는 데 다소 지장이 있다. 3-3 나는 일상 활동을 할 수가 없다.
4. Pain / Discomfort • I have no pain or discomfort • I have slight pain or discomfort • I have moderate pain or discomfort • I have severe pain or discomfort • I have extreme pain or discomfort	4. 통증/불편 4-1 나는 통증이나 불편감이 없다. 4-2 나는 다소 통증이나 불편감이 있다. 4-3 나는 매우 심한 통증이나 불편감이 있다.
5. Anxiety / Depression • I am not anxious or depressed • I am slightly anxious or depressed • I am moderately anxious or depressed • I am severely anxious or depressed • I am extremely anxious or depressed	5. 불안/우울 5-1 나는 불안하거나 우울하지 않다. 5-2 나는 다소 불안하거나 우울하다. 5-3 나는 매우 심하게 불안하거나 우울하다.

## 〈부표 1-2-2〉 외래민감성 질환에 대한 주 진단 코드

질환	ICD-10 코드	설명
전염병	B180, B181	Chronic viral hepatitis B: Chronic viral hepatitis B with delta-agent (B180). Chronic viral hepatitis B without delta-agent (B181) (부진단으로 D57 sickle-cell disorders 있는 사람 제외)
영양, 대사, 내분비 질환	E10*, E11, E12, E13, E14	Diabetes: Insulin-dependent diabetes mellitus (E10), Non-insulin-dependent diabetes mellitus (E11), Malnutrition-related diabetes mellitus (E12), Other specified diabetes mellitus (E13), Unspecified diabetes mellitus (E14)
혈액질환	D501, D508, D509, D51, D52	Iron deficiency anaemia: Sideropenic dysphagia (D501), Other iron deficiency anaemias (D508), Iron deficiency anaemia, unspecified (D509); Vitamin B12 deficiency anaemia (D51), Folate deficiency anaemia (D52)
정신행동 장애	F00, F01, F02, F03	Dementia: Dementia in Alzheimer disease (F00), Vascular dementia (F01), Dementia in other diseases classified elsewhere (F02), Unspecified dementia (F03)
신경질환	G40*, G41*	Convulsions and Epilepsy: Epilepsy (G40), Status epilepticus (G41)
심뇌혈관계 질환	I110, I50, J81X, I130	Congestive heart failure: Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure (I110), Heart failure (I50), Pulmonary oedema (J81X), Hypertensive heart and renal disease with (congestive) heart failure (I130)
	I20, I25	Angina: Angina pectoris (I20), Chronic ischaemic heart disease (I25)
	I10X, I119	Hypertension: Essential (primary) hypertension (I10X), Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure (I119)
	I48	Atrial fibrillation and flutter
호흡기 질환	J41, J42X, J43, J44, J47X. J20은 부진단으로 J41, J42, J43, J44, J47이 있는 경우만	Chronic obstructive pulmonary disease: Acute bronchitis (J20), Simple and mucopurulent chronic bronchitis (J41), Unspecified chronic bronchitis (J42X), Emphysema (J43), Other chronic obstructive pulmonary disease (J44), Bronchiectasis (J47)
	J45*, J46X*	Asthma (J45). Status asthmaticus (J46)

주: \*19세 미만 아동 천식, 당뇨, 간질 질환 코드.

자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-3〉 효과성: 질병 회복을 도모

성과지표	지표	자료원		
3a 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급 입원	분자: 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환을 주 진단으로 응급실 통해 입원한 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 전체 인구수	국민건강보험공단 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3b 병원 퇴원 후 30일 내 재입원	분자: 퇴원 시점 이후 30일 이내 재입원하는 환자 수 분모: 전체 퇴원 환자 수(전명당 (제외기준) 해당 년도 혹은 365일 내에 암을 진단명으로 의료기관 이용했거나 주 진단 코드가 "O"로 시작하는 경우는 제외함)	국민건강보험공단 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.1.i 신체건강 관련 선택적 기술 (elective procedures)로 환자가 얻은 총 건강 이득	(영국) 지표 개발 중	-	-	-
3.1.ii 심리치로 관련 선택적 기술 (elective procedures)로 환자가 얻은 총 건강 이득	(영국) 지표 개발 중	-	-	-
3.1.iii 정신질환을 가진 환자에서 삶의 질 회복	(영국) 지표 개발 중	-	-	-
3.2 하기도 감염을 가진 아동의 응급 입원	분자: 하기도 감염을 주 진단으로 응급실을 통해 입원한 19세 미만 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 19세 미만 아동 인구	국민건강보험공단 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.3 중증 외상 이후 생존	(영국) 지표 개발 중	-	-	-
3.4 6개월에 Modified Rankin 척도에 서 활동/라이프스타일 개선을 보고 한 뇌졸중 환자의 비율	(영국) 지표 개발 중	-	-	-
3.5.i 고관절 골절: 30일에 이진 수준의 이동성을 회복한 환자의 비율	영국: (분자) 입원 시 골절 전 이동성 점수가 1, 2, 3으로 30일에 이동성 점수가 이보다 더 낮거나, 동일하거나 한 범주 높은 환자의 비율. (분모) 입원 시 골절 전 이동성 점수가 1, 2, 3으로 30일에 이동성 점수가 기록된 입원 환자 수.	없음		산출 불가



성과지표	지표	자료원	산출 불가
3.5.ii 고관절 골절: 120일에 이전 수준 의 이동성을 회복한 환자의 비율	영국: (분자) 입원 시 골절 전 이동성 점수가 1, 2, 3으로 120일에 이동성 점수가 이보다 더 낮거나, 동일하거나 한 범주 높은 환자의 비율. (분모) 입원 시 골절 전 이동성 점수가 1, 2, 3으로 120일에 이동성 점수가 기록된 입원 환자 수.	없음	산출 불가
3.6.i 재활 서비스로 퇴원한 지 91 일이 지난 후에도 여전히 집에 있는 노 인(65세 이상)의 비율	영국 (분자) 분모에 해당하는 사람 중 퇴원 후 91일 차에 집, 추가 요양 시설 혹 은 성인배치계획 설정에 있는 사람, (분모) 급성 또는 지역 사회 병원에서 재활을 위해 자신의 집 또는 주거 또는 요양원 또는 추가 요양 시설로 퇴원한 노인의 수	없음	산출 불가
3.6.ii 급성기 혹은 지역 사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스 제공비율	영국 (분자) 자신의 집(혹은 추가 요양 시설 또는 성인 배치 계획 설정에 있는 자 소)로 간다는 확실한 의도를 가지고 급성 또는 지역 사회 병원에서 재활을 위해 자신의 집으로 퇴원하거나 주거 또는 요양원 또는 추가 요양 시설로 퇴원한 노인 의 수 (분모) 병원에서 퇴원한 65세 이상의 총 환자 수	없음	산출 불가
3.7.i 치아우식증	(영국 지표 개발 중)	-	-
3.7.ii 병원 입원 통한 치아우식증 치아 발치(10세 이하)	분자: 10세 이하에서 주 진단이 충치로 치아 발치에 대한 완료된 상담 건 분모: 10세 이하 인구	국민건강보험 공단 맞춤형 DB	국민건강보험 공단 직점 산출

자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 3 - Helping people to recover from episodes of ill health or following injury.  
London: Health and Social Care Information Centre. 의 지표 산출방식을 참조하여 우리나라 산출방식 작성

## 〈부표 1-3-1〉 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환

질환	ICD-10 코드	설명
Influenza, pneumonia	J10, J11, J13, J14, J153, J154, J157, J159, J168, J181, J188	Influenza due to identified influenza virus, Influenza, virus not identified, Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae, Pneumonia due to Haemophilus influenzae, Pneumonia due to streptococcus, group B, Pneumonia due to other streptococci, Pneumonia due to Mycoplasma pneumoniae, Bacterial pneumonia, unspecified, Pneumonia due to other specified infectious organisms, Lobar pneumonia, unspecified, Other pneumonia, organism unspecified
Other vaccine preventable	A36, A37, B05, B06, B161, B169, B26, M014	Diphtheria, Whooping cough, Measles, Rubella [German measles], Acute hepatitis B with delta-agent (coinfection) without hepatic coma, Acute hepatitis B without delta-agent and without hepatic coma, Mumps, Rubella arthritis
Angina	I240, I248, I249	Coronary thrombosis not resulting in myocardial infarction, Other forms of acute ischaemic heart disease, Acute ischaemic heart disease, unspecified
Dehydration and gastroenteritis	E86, K52, A020, A04, A059, A072, A08, A09	Volume depletion, Other noninfective gastroenteritis and colitis, Salmonella enteritis, Other bacterial intestinal infections, Bacterial foodborne intoxication, unspecified, Cryptosporidiosis, Viral and other specified intestinal infections, Gastroenteritis and colitis of infectious and unspecified origin
Pyelonephritis and kidney/urinary tract infections	N10, N11, N12, N136, N159, N390, N300, N308, N309	Acute tubulo-interstitial nephritis, Chronic tubulo-interstitial nephritis, Tubulo-interstitial nephritis not specified as acute or chronic, Pyonephrosis, Renal tubulo-interstitial disease, unspecified, Urinary tract infection, site not specified, Acute cystitis, Other cystitis, Cystitis, unspecified
Perforated/bleeding ulcer	K250-K252, K254-K256, K260-K262, K264-K266, K270-K272, K274-K276, K280-K282, K284-K286, K20, K21	Gastric ulcer, Duodenal ulcer, Peptic ulcer, site unspecified, Gastrojejunal ulcer, Oesophagitis, Gastro-oesophageal reflux disease
Cellulitis	L03, L04, L080, L088, L089, L88, L980, I891, L01, L02	Cellulitis, Acute lymphadenitis, Pyoderma, Other specified local infections of skin and subcutaneous tissue, Local infection of skin and subcutaneous tissue, unspecified, Pyoderma gangrenosum, Pyogenic granuloma, Lymphangitis, Impetigo, Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle
Ear, nose and throat infections	H66, H67, J02, J03, J06, J312, J040	Suppurative and unspecified otitis media, Otitis media in diseases classified elsewhere, Acute pharyngitis, Acute tonsillitis, Acute upper respiratory infections of multiple and unspecified sites, Chronic pharyngitis, Acute laryngitis
Dental conditions	A690, K02, K03, K04, K05, K06, K08, K098, K099, K12, K13	Necrotizing ulcerative stomatitis, Dental caries, Other diseases of hard tissues of teeth, Diseases of pulp and periapical tissues, Gingivitis and periodontal diseases, Other disorders of gingiva and edentulous alveolar ridge, Other disorders of teeth and supporting structures, Other cysts of oral region, not elsewhere classified, Cyst of oral region, unspecified, Stomatitis and related lesions, Other diseases of lip and oral mucosa
Convulsions and epilepsy	R56, O15, G253	Convulsions, not elsewhere classified, Eclampsia, Myoclonus

자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 3 - Helping people to recover from episodes of ill health or following injury. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-3-2〉 병원 퇴원 후 30일 내 재입원 관련 질환(주 진단 코드)

ICD-10 코드	설명
J100	Influenza with pneumonia, virus identified
J110	Influenza with pneumonia, virus not identified
J111	Influenza with other respiratory manifestations, virus not identified (bronchiolitis with influenza)
J12	Viral pneumonia, not elsewhere classified
J13	Pneumonia due to Streptococcus pneumoniae
J14	Pneumonia due to Haemophilus influenzae
J15	Bacterial pneumonia, not elsewhere classified
J16	Pneumonia due to other infectious organisms, not elsewhere classified
J180	Bronchopneumonia, unspecified
J181	Lobar pneumonia
J189	Pneumonia unspecified
J21	Acute bronchiolitis

자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 3 - Helping people to recover from episodes of ill health or following injury. London: Health and Social Care Information Centre.

<부표 1-4> 환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험

성과지표	지표	자료원
외래서비스 반응성(의사서비스)		의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족		의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
외래서비스 전반적인 만족도	* GP 서비스 환자 경험	의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
입원서비스 반응성(의사서비스)		의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
입원서비스 기대했던 치료 결과 달성		의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
입원서비스 전반적인 만족도		의료서비스이 용경험 조사 보건복지부
입원응급서비스 환자 경험		X
치과서비스 환자 경험		X
임신·출산 관련 여성의 경험		X
사망자 가족의 질에 대한 평가	호스피스 기관에서 받았던 의료서비스에 대한 전반적인 만족도	호스피스완화 의료현황 국립암센터 중앙호스피스 센터
지역 정신건강 서비스 환자 경험	-	X

자료: Clinical Indicators Team (2019) NHS Outcomes Framework: Domain 4 . Ensuring that people have a positive experience of care. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-4-1〉 (영국지표) 환자 경험: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험

성과지표	지표	포함여부
GP 서비스 환자 경험	(진반적인 외래서비스 만족도) 전반적으로 외래서비스에 대한 당신의 경험은 어떠했습니까에 대한 긍정적인 답변	○
NHS 치과서비스 환자 경험	(진반적인 NHS 치과서비스 만족도) 전반적으로 NHS 치과서비스에 대한 당신의 경험은 어떠했습니까에 대한 긍정적인 답변	X
입원서비스 환자 경험	(5가지 영역의 평균) 접근성과 대기 시간, 안전하고 질 높은 통합된 케어, 더 많은 선택을 위한 더 나은 정보, 친밀한 관계 구축, 창결하고 안전하고 편안한 장소	○
외래서비스 환자 경험	(5개의 질문의 평균) 방문 전 예약 경험, 방문 동안 자신이 없는 곳에서 의료진이 얘기한 경우, 의료진들이 서로 다르게 말하거나, 케어에 참여했는지, 떠난 후 병원 직원이 당신의 상태나 치료에 관해 걱정이 있는지 물어봤는지, (5개 질문의 평균) 케어와 치료 결정에 참여, 당신의 걱정에 대한 대화, 충분한 프라이버시, 의약품 부작용 설명, 떠난 후 병원 직원이 당신의 상태나 치료에 관해 걱정이 있는지 물어봤는지.	○
입원 환자의 니즈에 대한 반응성	(5개 질문의 평균) 이해할 수 있게 설명, 의사와 간호사의 신뢰도, 케어와 치료 결정에 참여, 당신의 고통 완화를 위해 모든 것을 했는지, 존중받았다고 느끼는지	X
임원응급서비스 환자 경험	예약 과정에서의 경험	-
GP 서비스 접근성	예약 과정에서의 경험	-
NHS 치과서비스 접근성	(6개 질문의 평균) 산전 진찰 시 어디에서 아이를 출산할지 충분한 정보를 얻었는지, 치료 과정에 충분히 참여했는지, 분만 동안 홀로 남겨져 걱정된 적 있는지, 케어 결정에 충분히 참여했는지, 산후 진찰 시 친절하고 이해심 있게 대응받았는지, 돌봄 제공자들이 수유에 관해 적극적인 지지와 격려를 주었는지.	X
사람자 가족의 질에 대한 평가	지난 3개월간의 서비스에 대한 전반적인 평가(긍정적 평가)	○
지역 정신건강서비스 환자 경험	(4개 질문의 평균) 당신의 말을 주의 깊게 들었는지, 당신의 관점을 고려했는지, 신뢰감 있었는지, 당신을 존중하며 대했는지.	X
아동, 청소년 입원서비스 경험	(영국 지표 개발 중)	
통합 케어에 대한 환자 경험	(영국 지표 개발 중)	

주: ○ 국내 조사 활용 가능, X 국내조사 없음, - 의료시스템 차이로 제외.

자료: Clinical Indicators Team (2019) NHS Outcomes Framework: Domain 4 . Ensuring that people have a positive experience of care. London: Health and Social Care Information Centre.

<부표 1-5> 환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위해로부터 보호

성과지표	지표	자료원	
5a 보건의료서비스 문제로 인한 사망	(영국 지표 개발 중)	-	-
5b 보건의료서비스 문제로 인한 심각한 위해	(영국 지표 개발 중)	-	-
5.1 병원 퇴원 후 90일 내 정맥혈전증 (venous thromboembolism, VTE)으로 인한 사망	성인 입원 100,000건당 조발생율	(검토가능자 료)국민건강보 험청구자료*	국민건강보험 공단
5.2.i 보건의료 관련 감염(HCAI) - MRSA	MRSA 감염 비율	(검토가능자 료)국민건강보 험청구자료*	국민건강보험 공단
5.2.ii 보건의료 관련 감염(HCAI) - C. Difficile	2세 이상에서 C. Difficile 감염의 조발생수(국가 수준, 공급자 단위)	(검토가능자 료)국민건강보 험청구자료*	국민건강보험 공단
5.3 욕창 범주 2, 3 & 4 가진 비율	(영국 지표 개발 중)	-	-
5.4 병원치료 동안 낙상으로 인한 골절	분자: 추락 및 낙상의 발생 장소가 의료시설인 손상 퇴원 환자 수 분모: 전체 퇴원 환자 수 *(영국 지표 개발 중)	퇴원손상심층 조사(KOSIS)	보건복지부
5.5 입신기간이 37주 이상인 출생아 중 신생아 치료실 입원	분자: 분모 중 신생아(출생 후 28일 이내) 신생아 치료실 입원 환자 수 분모: 입신기간이 37주 이상인 출생아 수		
5.6 환자안전사고 보고 건수	의료기관이 국가보고 및 학습 시스템(NRLS)에 보고한 환자 안전사고 수 *환자 안전사고(PSIO): 국가 의료서비스를 받은 한 명 이상의 사람에게 해를 입혔거나 입힐 수 있었던 의도되지 않고 예기치 않은 사고		

주: \*산출은 가능하나 보고의 부정확성으로 인해 검토가 필요한 지표임.  
 자료: Clinical Indicators Team (2020) NHS Outcomes Framework: Domain 2 - Enhancing quality of life for people with long-term conditions. London: Health and Social Care Information Centre. 의 지표 산출방식을 참조하여 우리나라 산출방식 작성.

## [부록 2] 국제 비교로 살펴본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법

지표명	분모	분자
급성심근경색 입원 환자의 병원내외 30일 사망률	주진단명 기준 I21 급성심근경색, I22 속발성 심근경색으로 응급의료수가 청구되거나 입원 경로가 응급실인 입원으로 15세 이상 입원 환자	입원시점을 기준으로 30일 내 병원 내·외에서 사망한 환자 수
급성심근경색 입원 환자의 병원내 30일 사망률		입원시점을 기준으로 30일 내 (동일)병원에서 사망한 입원 건수
천식 입원률	15세 이상 인구 수	주진단명 기준 천식(J45.0주로알레르기성천식, J45.1비알레르기성천식, J45.8혼합형천식, J45.9상세불명의천식, J46천식지속상태)으로 15세 이상 환자의 퇴원 건수 (제외기준) 다른 (급성)의료기관에서 전원되거나 모든 진단에 MDC-14(임신과 분만, 산욕 관련 코드)가 포함된 경우, 모든 진단에 낭포성섬유증 호흡기계 이상 관련 코드가 포함된 경우, 재원기간이 24시간 이내인 경우 또는 재원일수가 0인 경우, 입원 중 사망환자
만성폐쇄성 폐질환 입원률	15세 이상 인구 수	주진단명 기준 J40 상세불명의기관지염, J41.0단순성만성기관지염, J41.1점액농성만성기관지염, J41.8단순성및점액농성혼합형만성기관지염, J42 상세불명의만성기관지염, J43폐기종, J43.0맥로드증후군, J43.1범소엽성폐기종, J43.2중심소엽성폐기종, J43.8기타폐기종, J43.9상세불명의폐기종, J44.0급성하기도감염을동반한만성폐색성폐질환, J44.1급성악화를동반한상세불명의만성폐색성폐질환, J44.8기타명시된만성폐색성폐질환, J44.9상세불명의만성폐색성폐질환, J47세기관지확장증으로 15세 이상 환자의 퇴원 건수 (제외기준) 다른 (급성)의료기관에서 전원된 경우, 모든 진단에 MDC-14(임신과 분만, 산욕 관련 코드)가 포함된 경우, 재원기간이 24시간 이내인 경우 또는 재원일수가 0인 경우, 입원 중 사망환자
당뇨 입원률	15세 이상 인구 수	주진단명 기준 E10, E11, E13, E14으로 15세 이상 환자의 퇴원건수 (제외기준) 다른 (급성)의료기관에서 전원된 경우, 모든 진단에 MDC-14(임신과 분만, 산욕 관련 코드)가 포함된 경우, 재원기간이 24시간 이내인 경우 또는 재원일수가 0인 경우, 입원 중 사망환자

376 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가

지표명	분모	분자
고혈압 입원률	15세 이상 인구 수	주진단명 기준 I10 본태성(원발성)고혈압, I11.9 (울혈성)심장 기능상실(심부전)이 없는 고혈압성 심장병, I12.9 콩팥(신장) 기능상실이 없는 고혈압성 콩팥(신장)병, I13.9 상세불명의 고혈압성 심장 및 콩팥(신장)병으로 15세 이상 환자의 퇴원건수 (제외기준) 다른 (급성)의료기관에서 전원된 경우, 모든 진단에 MDC-14(임신과 분만,산욕 관련 코드)가 포함된 경우, 심장 시술 코드가 포함된 경우, 재원기간이 24시간 이내인 경우 또는 재원일수가 0인 경우, 입원 중 사망환자
양극성정동장애 진단 환자의 초과사망률	일반 인구집단(15~74세)의 사망률(모든 원인)	주진단명 혹은 첫 번째 부진단명이 양극성정동장애(F31.x)로 의료기관 이용한 환자(15~74세)의 사망률
조현병 진단 환자의 초과사망률	일반 인구집단(15~74세)의 사망률(모든 원인)	주진단명 혹은 첫 번째 부진단명이 조현병(F20.x, F21.x, F231, F232, F25.x)으로 의료기관 이용한 환자(15~74세)의 사망률



## [부록 3] 코로나19로 인한 노인의 의료이용 경험 조사표

List				
ID				

본 조사에서 습득된 개인의 비밀은 통계법 제33조에 의해 엄격히 보호되며 통계목적 이외의 사용이 금지되어 있습니다.

### 코로나바이러스감염증-19로 인한 노인의 의료이용경험 조사

안녕하십니까?

한국보건사회연구원은 국무총리 산하의 정책 연구기관으로서, 코로나바이러스감염증-19 (이하, 코로나 19) 확산 이후 우리나라 의료시스템에 대한 환자 경험 변화를 조사하고 있습니다. 본 조사는 의료시스템에 대한 만족도 및 코로나 19 확산에 따른 환자의 의료이용 경험 변화를 조사함으로써 우리나라 의료시스템의 질적 수준을 평가하고 성과 개선 위한 기초자료 및 정책적 시사점을 제공하는데 그 목적이 있습니다.

본 조사는 약 30 분정도 소요될 예정이며, 조사가 진행되는 도중이라도 응답하기 불편한 내용은 답변하지 않으셔도 됩니다. 또한 언제라도 동의를 철회하고 연구 참여를 중단하시더라도 이에 따른 어떠한 불이익이나 차별도 없을 것입니다.

조사 중 수집된 개인정보와 응답 내용은 연구 목적 이외에 다른 목적으로는 사용되지 않을 것이며, 귀하께서 응답해 주신 모든 내용과 개인 정보는 통계법 33 조(비밀의 보호)에 의거하여 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 연구참여자의 비밀 보장을 위해 인적정보 암호화 등 연구에 필요한 개인정보는 별도의 코드로 변환하여 관리됩니다. 책임연구자의 잠금장치가 있는 서류함에 관련 자료 파일을 안전하게 보관하고 대상자의 어떤 개인정보도 노출되지 않도록 할 것이며 자료 처리 후 개인정보로 연계될 수 있는 코딩 가이드는 폐기처리하고 그 외 자료도 3년 보관 후 폐기할 것입니다.

연구와 연구대상자 등의 권익에 관해 추가적인 정보를 얻고자 하거나 연구와 관련이 있는 손상이 발생한 경우, 연구와 관련하여 궁금한 사항이 있으시면 아래의 연락처로 연락주시길 바라며, 바쁘시더라도 본 설문에 협조하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

- 주관기관 : 한국보건사회연구원     
  조사기관 : 글로벌알앤씨(주)  
 문의처 : 최수현 과장 (02-3456-1864)

#### 조사 참여 동의서

본인은 위 사항에 따라 조사 사실을 충분히 설명 받고 숙지하였으며 조사 참여를 거부할 권리가 있다는 사실을 인지하고 있음을 확인하였습니다. 본인은 조사 참여에 동의합니다.

동의                                     
  비동의

년    월    일

동의자 서명 :                                      (인)

응답자 성명		성별	1) 남성    2) 여성
출생 생년월일 (실제 태어난 날 기준)	_____년 ____월	생년월일 기준	1) 양력    2) 음력
응답자 연락처	-                                      -		
응답자 주소	_____ 시도	_____ 구시군	_____ 동읍면

## I. 건강상태

문1. 현재 본인의 전반적인 건강상태가 어떻다고 생각하십니까?

매우 나쁘다	나쁘다	보통이다	좋다	매우 좋다
①	②	③	④	⑤

문2. 다음과 같은 만성질환을 의사로부터 진단받고 현재도 앓고 있습니까? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오.

- |                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1) 고관절 골절                 | 2) 당뇨                     | 3) 고혈압                    |
| 4) 고지혈증(고콜레스테롤혈증)         | 5) 뇌졸중 등 뇌혈관질환            | 6) 관절염                    |
| 7) 심근경색 등 심장질환            | 8) 만성기관지염 등 폐질환           | 9) 암                      |
| 10) 기타1(주관식:            ) | 11) 기타2(주관식:            ) | 12) 기타3(주관식:            ) |
| 13) 현재 앓고 있는 질환 없음(⇒문3으로) |                           |                           |

문2-1. 그렇다면 현재 관리 및 치료를 위해 의료기관을 방문하고 있는 질환은 어느 것입니까? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오.  
(⇒문2에서 선택한 항목 모두 노출)

- |                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1) 고관절 골절                 | 2) 당뇨                     | 3) 고혈압                    |
| 4) 고지혈증(고콜레스테롤혈증)         | 5) 뇌졸중 등 뇌혈관질환            | 6) 관절염                    |
| 7) 심근경색 등 심장질환            | 8) 만성기관지염 등 폐질환           | 9) 암                      |
| 10) 기타1(주관식:            ) | 11) 기타2(주관식:            ) | 12) 기타3(주관식:            ) |
| 13) 치료중인 질환 없음(⇒문3으로)     |                           |                           |

문2-2. 그렇다면 현재 복용하고 있는 약이 있는 질환은 어느 것입니까? 해당하는 것을 모두 선택해 주십시오.  
(⇒문2-1에서 선택한 항목 모두 노출)

- |                           |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1) 고관절 골절                 | 2) 당뇨                     | 3) 고혈압                    |
| 4) 고지혈증(고콜레스테롤혈증)         | 5) 뇌졸중 등 뇌혈관질환            | 6) 관절염                    |
| 7) 심근경색 등 심장질환            | 8) 만성기관지염 등 폐질환           | 9) 암                      |
| 10) 기타1(주관식:            ) | 11) 기타2(주관식:            ) | 12) 기타3(주관식:            ) |
| 13) 약 복용 중인 질환 없음(⇒문3으로)  |                           |                           |

문3. 코로나 확산 이전(2020년 1월까지)에 비해 귀하의 건강상태는 어떻게 변했다고 생각하십니까?

매우 악화되었다	악화되었다	비슷하다	개선되었다	매우 개선되었다
①	②	③	④	⑤

문4. 코로나 확산 이전(2020년 1월까지) 월 평균 몇 번 정도 의료기관(병의원, 보건소, 한방병원, 치과병원 포함)을 방문하십니까?  
\_\_\_\_\_번

**문5. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 귀하 혹은 귀하와 가까운 사람이 코로나 바이러스와 관련된 증상(예를 들어 기침, 열 혹은 호흡곤란)을 경험했습니까?**

- 1) 예 (⇒문5-1로)
- 2) 아니오 (⇒문6으로)

↳ 문5-1. 누구였습니까? (모두 응답)

- 1) 본인
- 2) 배우자
- 3) 다른 가구구성원
- 4) 친척
- 5) 지인

**문6. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 귀하 혹은 귀하와 가까운 사람이 코로나 바이러스 검사를 받고 양성이나왔습니까?**

- 1) 예 (⇒문6-1로)
- 2) 아니오 (⇒문7로)

↳ 문6-1. 누구였습니까? (모두 응답)

- 1) 본인
- 2) 배우자
- 3) 다른 가구구성원
- 4) 친척
- 5) 지인

**문7. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 귀하 혹은 귀하와 가까운 사람이 코로나 바이러스 검사를 받고 음성으로 나왔습니까?**

- 1) 예 (⇒문7-1로)
- 2) 아니오 (⇒문8로)

↳ 문7-1. 누구였습니까? (모두 응답)

- 1) 본인
- 2) 배우자
- 3) 다른 가구구성원
- 4) 친척
- 5) 지인

**문8. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 귀하 혹은 귀하와 가까운 사람이 코로나 바이러스로 입원한 적이 있습니까?**

- 1) 예 (⇒문8-1로)
- 2) 아니오 (⇒문9로)

↳ 문8-1. 누구였습니까? (모두 응답)

- 1) 본인
- 2) 배우자
- 3) 다른 가구구성원
- 4) 친척
- 5) 지인

**문9. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 귀하와 가까운 사람이 코로나 바이러스로 사망한 적이 있습니까?**

- 1) 예 (⇒문9-1로)
- 2) 아니오 (⇒문10으로)

↳ 문9-1. 매우 유감스럽습니다. 누구였는지 말씀해주실 수 있습니까? (모두 응답)

- 1) 배우자
- 2) 부모
- 3) 자녀
- 4) 다른 가구구성원
- 5) 친척
- 6) 지인

## II. 시스템 신뢰도

문10-1~10-6. 다음은 우리나라의 보건의료 제도와 코로나 관련 방역활동과 관련된 질문입니다. 각 문항에 대해 표기해주시시오.

	전혀 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1) 전반적인 보건의료 제도를 잘 알고 있다	①	②	③	④	⑤
2) 보건의료 제도를 신뢰한다	①	②	③	④	⑤
3) 보건의료 제도가 만족스럽다	①	②	③	④	⑤
4) 코로나 관련 방역활동에 대해 잘 알고 있다	①	②	③	④	⑤
5) 코로나 관련 방역활동을 신뢰한다	①	②	③	④	⑤
6) 코로나 관련 방역활동에 대해 만족스럽다	①	②	③	④	⑤

### Ⅲ. 의료서비스 이용경험

문11. **코로나 확산 이후(2020년 2월 이후)** 필요한 치료 혹은 진료를 받지 **‘못한’** 경험이 있습니까?

- 1) 있다 (⇒문11-1로 이동)
- 2) 없다 (⇒ IV.의료서비스 만족' 섹션으로 이동)

↳ 문11-1. 그렇다면 **필요한 치료 혹은 진료를 받지 못한 것**은 ‘어떤 종류’의 의료서비스입니까?  
해당하는 것을 모두 선택해 주십시오.

** 정기외래서비스: 만성질환자나 혹은 암환자 등 기존 질환에 대한 치료로 해당 질병 치료를 받은 적이 있고 계속 받기 위한 병의원 방문
** 비정기외래서비스: 새로운 건강상 문제로 인한 병의원 방문

- 1) 정기외래서비스
- 2) 비정기외래서비스
- 3) 입원 및 수술서비스
- 4) 응급서비스

문12. 그렇다면 **코로나 확산 이후(2020년 2월 이후)** 해당 의료서비스를 몇 번이나 이용하지 못하셨습니다?  
각 항목별로 모두 응답해 주십시오. (⇒문11-1에서 선택한 항목 모두 노출)

A. 정기외래서비스	B. 비정기외래서비스	C. 입원 및 수술서비스	D. 응급서비스
_____ 번	_____ 번	_____ 번	_____ 번

⇒ 모든 의료서비스별 응답 횟수에 맞추어 해당 파트 SET문항을 진행 후 다음 파트의 SET문항 진행  
ex. A. 정기외래서비스 3번, C. 입원 및 수술서비스 2번일 경우, A SET 3회 반복 후, C SET 2회 반복

※ 각 의료서비스별로 필요한 치료 혹은 진료를 받지 못했던 당시 경험을 기준으로 응답하여 주십시오.  
(A, B, C, D 각 파트 상단에 고정)

#### A. 정기외래서비스

문13) 해당 치료 혹은 진료를 받지 못한 것은 언제입니까?                    2020년 \_\_\_\_\_ 월

문14) 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?  
1) 병의원                    2) 한방병의원                    3) 치과병의원                    4) 기타\_\_\_\_\_

문15-A1) 해당 치료 혹은 진료를 받지 못한 이유는 무엇입니까?  
1) 본인 스스로 진료 혹은 치료 포기 (⇒문15-A1-1번 문항으로)  
2) 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청 (⇒문15-A2-1번 문항으로)  
2) 의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부 (⇒문15-A3-1번 문항으로)

문15-A1-1) 본인 스스로 진료 혹은 치료를 포기하신 주된 이유는 무엇입니까?  
1) 코로나 감염 우려  
2) 진료나 치료가 급하지 않다고 판단함  
3) 대체 가능한 치료 방법을 찾음  
4) 기타(주관식)

문15-A1-2) 본인 스스로 포기한 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?  
1) 일반의약품 구입 및 복용  
2) 민간요법 시행  
3) 진료 또는 치료 연기  
4) 생각해보지 않음  
5) 기타(주관식)

문15-A1-3) 스스로 진료 또는 치료를 포기한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문15-A2-1) 의사나 의료기관에서 진료일정을 연기(변경)한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)
- 2) 본인의 해외 방문 경험
- 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험
- 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄
- 5) 이유 없음
- 6) 기타(주관식)

문15-A2-2) 연기(변경)을 요청받은 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 타 의료기관 이용
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문15-A2-3) 의사 또는 의료기관으로부터 진료 또는 치료 변경 요청을 받은 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문15-A3-1) 의사나 의료기관에서 치료를 거부한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)
- 2) 본인의 해외 방문 경험
- 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험
- 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄
- 5) 이유 없음
- 6) 기타(주관식)

문15-A3-2) 거부당한 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 타 의료기관 이용
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문15-A3-3) 치료를 거부당한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

(모든 정기의래서비스에 대해 응답할 때까지 문13부터 반복해서 응답)

**B. 비정기외래서비스**

문16) 해당 치료 혹은 진료를 받지 못한 것은 언제입니까? 2020년 \_\_\_\_\_ 월

문17) 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?

- 1) 병원      2) 한방병원      3) 치과병원      4) 기타 \_\_\_\_\_

문18-B1) 해당 치료 혹은 진료를 받지 못한 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인 스스로 진료 혹은 치료 포기 (⇒문18-B1-1번 문항으로)  
 2) 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 진료일정 연기(변경) 요청 (⇒문18-B2-1번 문항으로)  
 2) 의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부 (⇒문18-B3-1번 문항으로)

문18-B1-1) 본인 스스로 진료 혹은 치료를 포기하신 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 코로나 감염 우려  
 2) 진료나 치료가 급하지 않다고 판단함  
 3) 대체 가능한 치료 방법을 찾음  
 4) 기타(주관식)

문18-B1-2) 본인 스스로 포기한 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용  
 2) 민간요법 시행  
 3) 진료 또는 치료 연기  
 4) 생각해보지 않음  
 5) 기타(주관식)

문18-B1-3) 스스로 진료 또는 치료를 포기한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문18-B2-1) 의사나 의료기관에서 진료일정을 연기(변경)한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)  
 2) 본인의 해외 방문 경험  
 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험  
 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄  
 5) 이유 없음  
 6) 기타(주관식)

문18-B2-2) 연기(변경)을 요청받은 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용  
 2) 민간요법 시행  
 3) 타 의료기관 이용  
 4) 생각해보지 않음  
 5) 기타(주관식)

문18-B2-3) 의사 또는 의료기관으로부터 진료 또는 치료 변경 요청을 받은 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문18-B3-1) 의사나 의료기관에서 치료를 거부한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)
- 2) 본인의 해외 방문 경험
- 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험
- 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄
- 5) 이유 없음
- 6) 기타(주관식)

문18-B3-2) 거부당한 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 타 의료기관 이용
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문18-B3-3) 치료를 거부당한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

(모든 비정기외래서비스에 대해 응답할때까지 문16부터 응답)

### C. 입원 및 수술

문19) 해당 입원 및 수술을 받지 못한 것은 언제입니까? 2020년 \_\_\_\_\_ 월

문20) 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?

- 1) 병의원
- 2) 한방병원
- 3) 치과병원
- 4) 기타\_\_\_\_\_

문21-C1) 해당 입원 및 수술을 받지 못한 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인 스스로 입원 및 수술 포기 (⇒문21-C1-1번 문항으로)
- 2) 의사나 의료기관으로부터 예약되어 있던 입원 및 수술 일정 연기(변경) 요청 (⇒문21-C2-1번 문항으로)
- 2) 의사나 의료기관으로부터 진료 또는 치료 거부 (⇒문21-C3-1번 문항으로)

문21-C1-1) 본인 스스로 입원 및 수술을 포기하신 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 코로나 감염 우려
- 2) 진료나 치료가 급하지 않다고 판단함
- 3) 대체 가능한 치료 방법을 찾음
- 4) 기타(주관식)

문21-C1-2) 본인 스스로 포기한 입원 및 수술을 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 진료 또는 치료 연기
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문21-C1-3) 스스로 입원 및 수술을 포기한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문21-C2-1) 의사나 의료기관에서 입원 및 수술 일정 연기(변경)한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)
- 2) 본인의 해외 방문 경험
- 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험
- 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄
- 5) 이유 없음
- 6) 기타(주관식)

문21-C2-2) 연기(변경)을 요청받은 입원 및 수술을 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 타 의료기관 이용
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문21-C2-3) 의사 또는 의료기관으로부터 입원 및 수술 일정 연기(변경)요청을 받은 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

문21-C3-1) 의사나 의료기관에서 입원 및 수술을 거부한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)
- 2) 본인의 해외 방문 경험
- 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험
- 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄
- 5) 이유 없음
- 6) 기타(주관식)

문21-C3-2) 거부당한 입원 및 수술을 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용
- 2) 민간요법 시행
- 3) 타 의료기관 이용
- 4) 생각해보지 않음
- 5) 기타(주관식)

문21-C3-3) 입원 및 수술을 거부당한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

(모든 입원 및 수술서비스 건에 대해 응답할 때까지 문19부터 반복해서 응답)



**D. 응급(실)**

문22) 해당 치료 혹은 진료를 받지 못한 것은 언제입니까? 2020년 \_\_\_\_\_ 월

문23-D1) 응급(실)으로부터 진료 또는 치료를 거부당하셨습니다가?

- 1) 네 (⇒문23-D1-1번 문항으로)  
 2) 아니요 (⇒V. 의료서비스 만족 섹션으로)

문23-D1-1) 응급(실)에서 치료를 거부한 주된 이유는 무엇입니까?

- 1) 본인의 유증상(발열, 호흡기 증상 등)  
 2) 본인의 해외 방문 경험  
 3) 본인의 국내 유행지역 방문 경험  
 4) 의료기관 휴업 또는 폐쇄  
 5) 이유 없음  
 6) 기타(주관식)

문23-D1-2) 응급(실)에서 거부당한 진료 또는 치료를 대체한 주된 방법은 무엇입니까?

- 1) 일반의약품 구입 및 복용  
 2) 민간요법 시행  
 3) 타 의료기관 이용  
 4) 생각해보지 않음  
 5) 기타(주관식)

문23-D1-3) 응급(실)에서 치료를 거부당한 이후 건강상태의 변화가 있었습니까?

악화되었음	변화가 없었음	개선되었음
①	②	③

(모든 응급실 서비스건에 대해 응답할 때까지 문22부터 반복해서 응답)

**IV. 의료서비스 만족****A. 외래서비스**

문24-A1. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 외래서비스를 이용하신 적이 있습니까?

- 1) 있다 (⇒문24-A1-1로)  
 2) 없다 (⇒문25-B1로)

※ 가장 최근에 이용한 외래서비스 경험 사례를 기준으로 응답해주시시오.

(A. 외래서비스 섹션 끝까지 안내 고정)

문24-A1-1. 귀하께서 가장 최근 방문하신 시기는 언제입니까? 2020년 \_\_\_\_\_ 월

문24-A1-2. 코로나와 관련된 방문이었습니까? 1) 네 2) 아니요

문24-A1-3. 귀하께서 가장 최근에 방문하신 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?

- 1) 병원(상급종합병원, 종합병원 등 병원급 의료기관)  
 2) 의원 3) 한방병의원 4) 치과병원 5) 기타\_\_\_\_\_

문24-A1-4. 의료기관명 (\_\_\_\_\_)

문24-A1-5. 이 의료기관은 평소에 자주 이용하시던 곳입니까? 1) 예 2) 아니요

문24-A2 귀하께서 당시 경험하신 **담당의사**의 태도는 어떠했습니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 담당 의사는 귀하께 <b>예의를 갖추어</b> 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 의사는 어떤 검사를 왜 받아야 하는지, 또는 어떤 치료나 시술을 했을 때 나타날 수 있는 효과와 부작용 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 담당 의사는 귀하께서 질문을 하시거나 관심사를 말씀하실 수 있도록 배려했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 의사는 검사 여부나 치료법을 선택할 때 귀하의 의견을 잘 반영했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 담당 의사는 귀하께서 귀하의 건강 상태에 대해 불안해하실 때 공감했습니까?	①	②	③	④	⑤
6) 담당 의사와 대화를 충분히 하셨습니까?	①	②	③	④	⑤

6-1) 담당 의사가 귀하를 진료한 시간은 얼마나 되었습니까?  
 \_\_\_\_\_ 분 정도 의사의 진료를 받았다.

문24-A3. 당시 경험하신 **담당 간호사**의 태도는 어떠했습니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 담당 간호사는 귀하께 <b>예의를 갖추어</b> 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 간호사가 진료 절차 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤

문24-A4. 당시 경험하신 **의료기관**에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 이용하신 <b>의료기관의 시설</b> 은 안락하고 편안했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 행정 부서(접수, 수납)의 서비스에 만족하셨습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 진료나 검사를 할 때 <b>신체 노출</b> 등으로 인해 수치감이 들지 않도록 의료진이 충분히 배려했다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
4) 귀하께서 의료기관을 이용하시는 동안 의료진이나 직원들이 귀하의 <b>개인정보(연령, 병명 등)</b> 가 노출되지 않도록 주의했다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
5) 주변에 이 <b>의료기관</b> 을 이용하시겠다는 분이 있다면 추천하고 있습니까?	①	②	③	④	⑤

문24-A5. 귀하께서는 해당 의료기관을 이용하시는 동안 다음 내용을 경험하셨습니까?

항목	했다 (있었다)	하지 않았다 (없었다)	모르겠다 (해당 없음)
1) 의료진은 진료 전에 귀하의 신분(성명, 생년월일)을 확인했습니까?	①	②	③
2) 해당 의료기관을 이용하시는 동안 약과 관련된 부작용을 경험하신 적이 있습니까?	①	②	③
3) 의료기관을 이용하시는 동안 감염에 대한 불안감을 느끼신 적이 있습니까?	①	②	③
4) 의료기관을 이용하시는 동안 비상구, 소화기와 같은 안전 시설물을 확인해 보셨습니까?	①	②	
(4에서 ①에 응답한 경우만 작성해 주십시오) 4-1) 의료기관을 이용하시는 동안 비상구, 소화기와 같은 안전 시설물을 쉽게 보실 수 있었습니까?	①	②	
5) 의료진은 주사제 투약 전에, 주사제를 투여해야 하는 이유를 설명했습니까?	①	②	③
6) 의료진은 주사제 투약 전에, 손 소독제로 의료진의 손을 닦았습니까?	①	②	③
7) 주사제 및 주사 의료용품(주사기, 주삿바늘 등)이 새것으로 밀봉되어 있었으며, 귀하가 보시는 앞에서 개봉되었습니까?	①	②	③
8) 주사하기 전에 귀하의 피부를 소독했습니까?	①	②	③

문24-A6. 귀하께서 받은 진료 또는 치료 결과에 어느 정도 만족하셨습니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤

문24-A7. 당시 경험한 외래서비스 전반에 대해서 어느 정도 만족하셨습니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤
(⇒문24-A7-1로)		(⇒문25-B1로)		

문24-A7-1. 불만족했던 주된 이유는 무엇입니까? (문24-A7에서 ②/불만족 또는 ①/매우 불만족에 응답한 사람만)

- 1) 대기시간이 너무 길다
- 2) 환자가 너무 많다
- 3) 진료시간이 짧다
- 4) 장비 및 물자가 부족했다
- 5) 감염에 대한 안전조치가 불충분하다
- 6) 기타(주관식)

※ 가장 최근에 이용한 입원서비스 경험 사례를 기준으로 응답해 주십시오.

(B. 입원서비스 섹션 끝까지 안내 고정)

## B. 입원서비스

문25-B1. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 입원서비스를 이용하신 적이 있습니까?

- 1) 있다 (⇒문25-B1-1로)
- 2) 없다 (⇒V. 정신건강 섹션으로)

※ 가장 최근에 이용한 입원서비스 경험 사례를 기준으로 응답해 주십시오.

(B. 입원서비스 섹션 끝까지 안내 고정)

문25-B1-1. 귀하께서 가장 최근에 의료기관에 입원하신 시기와 기간은 어떻게 되십니까?

입원시기: 2020년 \_\_\_\_\_월, 입원기간: 총 \_\_\_\_\_일

문25-B1-2. 코로나와 관련되어 이용하셨습니까?

1) 네 2) 아니오

문25-B1-3. 귀하께서 가장 최근에 입원하신 의료기관의 형태는 다음 중 어디에 속합니까?

- 1) 병원(상급종합병원, 종합병원 등 병원급 의료기관)  
 2) 의원 3) 한방병원 4) 치과병원 5) 기타\_\_\_\_\_

문25-B1-4. 의료기관명 (\_\_\_\_\_)

문25-B2. 귀하께서 당시 경험하신 **담당의사**의 태도는 어떠했습니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 담당 의사는 귀하께 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 의사는 어떤 검사를 왜 받아야 하는지, 또는 어떤 치료나 시술을 했을 때 나타날 수 있는 효과와 부작용 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 담당 의사는 귀하께서 질문을 하시거나 관심사를 말씀하실 수 있도록 배려했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 의사는 검사 여부나 치료법을 선택할 때 귀하의 의견을 잘 반영했습니까?	①	②	③	④	⑤
5) 입원 중 의사를 만나고 싶으셨을 때 담당의사가 잘 응했습니까?	①	②	③	④	⑤
6) 담당 의사는 귀하께서 귀하의 건강 상태에 대해 불안해하실 때 공감했습니까?	①	②	③	④	⑤

문25-B3. 당시 경험하신 **담당 간호사**의 태도는 어떠했습니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 담당 간호사는 귀하께 예의를 갖추어 대했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 담당 간호사가 진료 절차 등을 알기 쉽게 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 귀하께서 담당 간호사에게 연락(콜)을 했을 경우 바로 응대했습니까?	①	②	③	④	⑤
4) 담당 간호사는 퇴원 후에 지켜야 할 주의사항을 상세히 설명했습니까?	①	②	③	④	⑤

문25-B4. 당시 경험하신 **의료기관**에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

항목	전혀 그러지 않았다	별로 그러지 않았다	보통 이었다	대체로 그랬다	매우 그랬다
1) 이용하신 의료기관의 시설은 안락하고 편안했습니까?	①	②	③	④	⑤
2) 행정 부서(접수, 수납)의 서비스에 만족하셨습니까?	①	②	③	④	⑤
3) 진료나 검사를 할 때 신체 노출 등으로 인해 수치감이 들지 않도록 의료진이 충분히 배려했다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
4) 귀하께서 의료기관을 이용하시는 동안 의료진이나 직원들이 귀하의 개인정보(연령, 병명 등)가 노출되지 않도록 주의했다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
5) 주변에 이 의료기관을 이용하시겠다는 분이 있다면 추천하고 싶으십니까?	①	②	③	④	⑤
6) 병원 생활에 대한 안내(식사 시간, 휴진 시간 등)를 잘 받았다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
7) 의료기관을 이용하시는 동안 밤에 방문객, 텔레비전 소음 등으로 인해 시끄러워서 불편감을 느끼신 적이 있습니까?	①	②	③	④	⑤

문25-B5. 귀하께서는 해당 **의료기관**을 이용하시는 동안 다음 내용을 경험하셨습니다습니까?

항목	했다 (있었다)	하지 않았다 (없었다)	모르겠다 (해당 없음)
1) 의료진은 주사, 검사, 수술(시술) 전에 귀하의 신분(성명, 생년월일)을 확인했습니까?	①	②	③
2) 해당 의료기관을 이용하시는 동안 <b>약과 관련된 부작용</b> 을 경험하신 적이 있습니까?	①	②	③
3) 의료기관을 이용하시는 동안 <b>감염에 대한 불안감</b> 을 느끼신 적이 있습니까?	①	②	③
4) 의료기관을 이용하시는 동안 비상구, 소화기와 같은 <b>안전 시설물</b> 을 확인해 보셨습니까?	①	②	/
<b>(4)에서 ①에 응답한 경우만 작성해 주십시오.)</b> 4-1) 의료기관을 이용하시는 동안 비상구, 소화기와 같은 안전 시설물을 쉽게 보실 수 있었습니까?	①	②	
5) 의료기관을 이용하시는 동안 <b>낙상</b> 하거나(침대에서 떨어지거나), 다른 환자의 낙상을 목격하신 적이 있습니까?	①	②	③
6) 의료진은 주사제 투약 전에 주사제를 투여해야 하는 이유를 설명했습니까?	①	②	③
7) 의료진은 주사제 투약 전에 손 소독제로 의료진의 손을 닦았습니까?	①	②	③
8) 주사제 및 주사 의료용품(주사기, 주사바늘 등)이 새것으로 밀봉되어 있었으며, 귀하가 보시는 앞에서 개봉되었습니까?	①	②	③
9) 주사하기 전에 귀하의 피부를 소독했습니까?	①	②	③

문25-B6. 귀하께서 받은 진료 또는 치료 결과에 어느 정도 만족하셨습니다습니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤

문25-B7. 당시 경험한 입원서비스 전반에 대해서 어느 정도 만족하셨습니다습니까?

매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
①	②	③	④	⑤
(⇒문25-B7-1로)		(⇒V. 정신건강 섹션으로)		

문25-B7-1. 불만족했던 주된 이유는 무엇입니까? (문25-B7에서 ②‘불만족’ 또는 ①‘매우 불만족’에 응답한 사람만)

- 1) 대기시간이 너무 길다
- 2) 환자가 너무 많다
- 3) 진료시간이 짧다
- 4) 장비 및 물자가 부족했다
- 5) 감염에 대한 안전조치가 불충분하다
- 6) 기타(주관식)

## V. 정신건강

문26. 지난 한 달 동안, **긴장·불안·초조**했던 적이 있습니까?

- 1) 예 (⇒문26-1로)
- 2) 아니오 (⇒문27로)

↳ 문26-1. **긴장·불안·초조**한 감정이 **코로나 확산 이전(2020년 1월까지)**과 비교했을 때 어떠합니까?

덜 느꼈다	이전과 다르지 않다	더 느꼈다
①	②	③

문27. 지난 한 달 동안, 슬프거나 우울했던 적이 있습니까?

- 1) 예 (⇒문27-1로)
- 2) 아니오 (⇒문28로)

↳ 문27-1. 우울한 감정이 **코로나 확산 이전(2020년 1월까지)**과 비교했을 때 어떠합니까?

덜 느꼈다	이전과 다르지 않다	더 느꼈다
①	②	③

문28. 지난 한 달 동안 잠을 잘 못 주무신 적이 있습니까?

- 1) 예 (⇒문28-1로)
- 2) 아니오 (⇒VI 사회적 접촉 섹션으로)

↳ 문28-1. 잠을 잘 못자는 것이 **코로나 확산 이전(2020년 1월까지)**과 비교했을 때 어떠합니까?

덜 느꼈다	이전과 다르지 않다	더 느꼈다
①	②	③

### VI. 사회적 접촉

문29-1~문29-4. 이전과 비교했을 때, **코로나 확산 이후(2020년 2월 이후)** 다음과 같은 활동을 얼마나 자주하셨습니다?

	예전보다 줄었음	거의 비슷함	예전보다 늘었음
1) 쇼핑	①	②	③
2) 산책	①	②	③
3) 모임(5명 이상)	①	②	③
4) 다른 가족(친인척 등)의 방문	②	③	④

### VII. 코로나 인식

문30. 귀하는 코로나 감염병이 얼마나 두려우십니까?

전혀 두렵지 않다	두렵지 않다	보통이다	두렵다	매우 두렵다
①	②	③	④	⑤

문31. '내가' 코로나 감염병에 걸릴 가능성이 어느 정도 있다고 생각하십니까?

매우 낮다	낮다	보통이다	높다	매우 높다
①	②	③	④	⑤

문32. '나의 가족이' 코로나 감염병에 걸릴 가능성이 어느 정도 있다고 생각하십니까?

매우 낮다	낮다	보통이다	높다	매우 높다
①	②	③	④	⑤

## Ⅶ. 응답자 기초 정보

**DQ1. [응답자]님은 학교를 어디까지 나오셨습니까?**

- 1) 무학 (⇒DQ2로)
- 2) 초등학교(보통학교) (⇒DQ1-1로)
- 3) 중학교(공민학교, 고입검정고시) (⇒DQ1-1로)
- 4) 고등학교(대입검정고시) (⇒DQ1-1로)
- 5) 대학 이상 (⇒DQ1-1로)

↳ **DQ1-1. 그 학교를 졸업하셨습니다? 졸업여부를 말씀해 주십시오. (DQ1의 2~5번 응답자만)**

- 1) 재학
- 2) 졸업
- 3) 중퇴

**DQ2. [응답자]님은 현재 일을 하고 계십니까? 일을 하신다면 다음 중 가장 주된 일자리는 어디에 해당합니까?**

- 1) 일을 하지 않음
- 2) 타인 또는 회사에 고용되어 임금을 받고 일함
- 3) 내 사업을 함
- 4) 평소 일주일에 18시간 이상 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음
- 5) 평소 일주일에 18시간 미만 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음

**DQ3. [응답자]님은 코로나 확산 이전(2020년 1월까지)에도 동일한 일을 하셨습니까?**

- 1) 예 (⇒DQ4로)
- 2) 아니오 (⇒DQ3-1로)

↳ **DQ3-1. 코로나 확산 이전(2020년 1월까지)에 주된 일자리는 어디에 해당합니까? (DQ3의 2번 응답자만)**

- 1) 일을 하지 않음
- 2) 타인 또는 회사에 고용되어 임금을 받고 일함
- 3) 내 사업을 함
- 4) 평소 일주일에 18시간 이상 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음
- 5) 평소 일주일에 18시간 미만 가족이나 친척의 일을 돈을 받지 않고 돕고 있음

**DQ4. [응답자]님의 현재 결혼상태가 어떻게 되십니까?**

- 1) 혼인
- 2) 사별
- 3) 이혼
- 4) 별거
- 5) 미혼(결혼한 적 없음)

**DQ5. [응답자]님은 자녀와 함께 사십니까?**

- 1) 네
- 2) 아니요

**DQ6. 본인을 포함해 함께 사는 가구원은 총 몇 명입니까?**

- 1) 1명
- 2) 2명
- 3) 3명
- 4) 4명
- 5) 5명 이상

**DQ7. 작년 한해 [응답자] 본인의 월 평균 총소득(세후)은 얼마나 됩니까?**

만약 본인이 정부, 민간, 친척, 지인 등으로부터 지원 받은 경우 모든 지원금을 합산하여 답해주시시오.

- 1) \_\_\_\_\_만원
- 2) 응답거부(⇒DQ7-1로)

↳ **DQ7-1. (DQ7. 응답 거부할 경우) 그렇다면 다음 중 어느 구간에 해당합니까?**

- 1) ~100만원
- 2) 100~200만원
- 3) 200~300만원
- 4) 300~400만원
- 5) 400~500만원
- 6) 500~600만원
- 7) 600~700만원
- 8) 700~800만원
- 9) 800~900만원
- 10) 900만원 이상
- 11) 잘 모르겠다

DQ8. 그럼 앞서 응답한 본인 소득에 함께 사시는 가구원의 월 평균 총소득(세후)까지 합산하면 얼마나 됩니까?  
만약 가구원이 정부, 민간, 친척, 지인 등으로부터 지원 받은 경우 모든 지원금을 합산하여 답해주시시오.

- 1) \_\_\_\_\_만원
- 2) 응답거부(⇒DQ8-1로)

↳ DQ8-1. (DQ8. 응답 거부할 경우) 그렇다면 다음 중 어느 구간에 해당합니까?

- 1) ~100만원
- 2) 100~200만원
- 3) 200~300만원
- 4) 300~400만원
- 5) 400~500만원
- 6) 500~600만원
- 7) 600~700만원
- 8) 700~800만원
- 9) 800~900만원
- 10) 900만원 이상
- 11) 잘 모르겠다

DQ9. 코로나 확산 이후(2020년 2월 이후) 본인을 포함해 함께 사시는 가구원의 총 월소득이 가장 적은 달에 그 금액(세후)은 얼마였습니까?  
만약 정부, 민간, 친척, 지인 등으로부터 지원 받은 경우 모든 지원금을 합산하여 답해주시시오.

- 1) \_\_\_\_\_만원
- 2) 응답거부(⇒DQ9-1로)

↳ DQ9-1. (DQ9. 응답 거부할 경우) 그렇다면 다음 중 어느 구간에 해당합니까?

- 1) ~100만원
- 2) 100~200만원
- 3) 200~300만원
- 4) 300~400만원
- 5) 400~500만원
- 6) 500~600만원
- 7) 600~700만원
- 8) 700~800만원
- 9) 800~900만원
- 10) 900만원 이상
- 11) 잘 모르겠다

▶ 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다 ◀



## 간행물 회원제 안내

### 회원에 대한 특전

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

### 회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

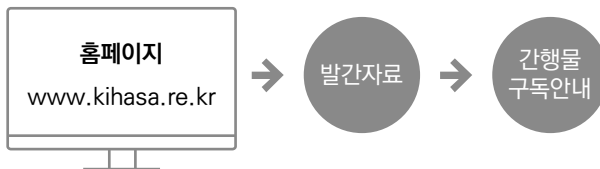
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

### 가입방법



### 문의처

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

## KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>