

한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)

- 2021 한국 보건 의료 질 보고서

김수진

이재은·박은혜·배재용·이경희·윤난희·박종현·이유상



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	김수진	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	이재은	한국보건사회연구원 연구원
	박은혜	한국보건사회연구원 연구원
	배재용	한국보건사회연구원 연구위원
	이경희	두원공과대학교 교수
	윤난희	원광대학교 교수
	박종현	국민건강보험공단 실장
	이유상	국민건강보험공단 주임연구원

연구보고서 2021-32

한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차)

- 2021 한국 보건 의료 질 보고서

발행일 2021년 12월
발행인 이태수
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 고려씨엔피

© 한국보건사회연구원 2021

ISBN 978-89-6827-829-7 93510

<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.32>

발|간|사

국가 의료시스템의 최종 목적은 국민의 건강 수준을 향상하는 것이다. 우리나라는 전 국민 건강보험 도입과 확대를 통해 국민의 의료 접근성을 향상하기 위해 지속적으로 노력해 왔다. 하지만 의료 접근성 개선이 국민의 건강 수준 향상으로 이어지도록 하기 위해서는 제공되는 의료서비스의 질이 중요하다.

의료의 질 향상을 유도하기 위해서는 개선되거나 나빠진 영역이 무엇인지 지속적으로 모니터링을 할 필요가 있다. 우리나라에서는 다양한 평가 제도를 통해 의료서비스의 질을 개선하기 위한 노력이 이뤄지고 있다. 하지만 이러한 제도와 정책들은 대부분 의료기관 단위로 이뤄지며, 사람을 중심으로 의료시스템 수준에서 의료의 질을 평가하지는 못하고 있다.

의료시스템의 성과를 측정하고 공개하는 것은 개선을 위한 필수적인 과정인 동시에 국가적 책무성의 문제이다. 국가 의료 질 보고서의 작성과 공개는 시스템의 질을 국민에게 알리는 과정이면서 이를 통해 의료시스템에 대한 국민의 인식과 참여를 확대시킬 수 있다. 이는 최근의 화두인 사람 중심 의료시스템으로의 개혁을 위한 출발점이기도 하다.

이 보고서는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 6년 차 연구로 5년 차 연구에서 제시한 의료 질 모니터링 체계를 국내의 중요한 건강 문제를 반영하여 개편하고, 의료시스템의 성과에서 중요한 문제로 지적되어 온 일차의료와 만성질환 관리 제도를 평가하였다. 향후 이 보고서가 국가 차원에서 의료 질 향상과 국민의 건강 수준 향상을 유도하는 근거 자료와 이정표가 되어 관련된 다양한 활동을 조화, 통합하는 촉매제 역할을 하기를 기대한다.

이 보고서는 김수진 부연구위원의 책임하에 배재용 연구위원, 이재은 연구원, 박은혜 연구원, 두원공과대학교 이경희 교수, 원광대학교 윤난희 교수, 국민건강보험공단 빅데이터연구실 박종현 실장과 이유상 주임연구원의 참여로 작성되었다. 연구진은 바쁘신 중에도 본 연구에 대해 조언을 아끼지 않으신 서울대학교 의과대학 김윤 교수와 한국보건사회연구원 윤강재 연구위원에게 깊은 감사의 뜻을 전한다. 더불어 이 보고서

에 대해 좋은 의견을 주신 익명의 검독자들에게도 감사드린다.

2021년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수





Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	9
제1절 연구 배경 및 목적	11
제2절 연구 내용 및 방법	17
제2장 사람 중심적 의료제도의 개념과 적용	21
제1절 범주 문헌 고찰	23
제2절 환자·사람·인간 중심 의료의 개념과 적용	28
제3절 소결	44
제3장 건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계	47
제1절 선행연구	49
제2절 지표 체계 설계 및 검토	66
제3절 최종 분석틀 및 지표	80
제4장 건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차	83
제1절 효과성	85
제2절 환자 중심성·반응성	163
제3절 환자 안전	175
제4절 소결	184
제5장 개선 영역 평가: 일차의료 만성질환 관리	195
제1절 일차의료에 대한 국민 인식: 양적 연구	197
제2절 일차의료 만성질환 관리 평가: 질적 연구	240

제3절 고찰 및 제언	286
제6장 결론	293
제1절 주요 연구 결과	295
제2절 정책 과제	301
참고문헌	315
부록	329
[부록 1] 건강 결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법	329
[부록 2] 프레임워크 설계 워킹그룹 1차 설문 자료	341
[부록 3] 일차의료에 대한 국민 인식 조사 조사표	354

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 자료원	19
〈표 2-1〉 분석 대상 연구의 특성	29
〈표 2-2〉 전통적인 의학적 관점과 환자·사람 중심 케어의 관점	32
〈표 2-3〉 환자 중심 케어와 사람 중심 케어의 목표 및 핵심 가치	38
〈표 2-4〉 보건의료 현장에서 사람 중심 케어의 적용 전략	40
〈표 3-1〉 OECD 보건의료 질 지표	51
〈표 3-2〉 영국 NHSOF 구성 및 지표	53
〈표 3-3〉 미국의 2019 국가 의료 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표	56
〈표 3-4〉 통계청 사망 원인 순위 추이(2010~2020년)	57
〈표 3-5〉 통계청 연령별 5대 사망 원인 사망률 및 구성비(2020년 기준)	58
〈표 3-6〉 IHME의 GBD에서 손실연수 상실 상위 원인(2019년)	60
〈표 3-7〉 IHME의 GBD에서 장애보정 생존연수 상위 원인(2019년)	62
〈표 3-8〉 연령대 및 성별에 따라 질병부담이 큰 질환	65
〈표 3-9〉 지표 체계의 구성(안)	67
〈표 3-10〉 한국 의료시스템 결과 프레임워크 개발 워킹그룹 구성	68
〈표 3-11〉 워킹그룹 운영 내용	69
〈표 3-12〉 워킹그룹 자문 결과: 각 영역의 의미 및 총괄 지표(안)	72
〈표 3-13〉 컨센서스 워크숍 주제별 참석자 구성	74
〈표 3-14〉 워크숍 운영 내용	75
〈표 3-15〉 최종 분석틀 및 지표	81
〈표 4-1〉 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방) 지표 분석 내용	85
〈표 4-2〉 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별	87
〈표 4-3〉 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별	90
〈표 4-4〉 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	94
〈표 4-5〉 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률 국제 수준 비교	95
〈표 4-6〉 심뇌혈관 질환 예방·관리 측면 고혈압 및 당뇨병 관련 지표 추이	96
〈표 4-7〉 제1차 심뇌혈관 질환 관리 종합계획의 분야별 성과 지표	96
〈표 4-8〉 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	98
〈표 4-9〉 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	101
〈표 4-10〉 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	104
〈표 4-11〉 자살사망률: 지역별	112

〈표 4-12〉 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	114
〈표 4-13〉 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	117
〈표 4-14〉 정신질환으로 치료받은 환자 수 추이	119
〈표 4-15〉 정신질환 결과 지표	119
〈표 4-16〉 소아 백혈병 5년 상대 생존율	122
〈표 4-17〉 소아과 전문의 인력 수	122
〈표 4-18〉 2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선) 지표 분석 내용	123
〈표 4-19〉 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(세부 항목별 분석)	127
〈표 4-20〉 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별	129
〈표 4-21〉 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별	132
〈표 4-22〉 정신질환 예방·관리, 인력, 의료 이용 관련 지표 추이	137
〈표 4-23〉 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	138
〈표 4-24〉 3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원) 지표 분석 내용	140
〈표 4-25〉 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별	142
〈표 4-26〉 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별	145
〈표 4-27〉 급성심근경색, 출혈성 뇌졸중, 허혈성 뇌졸중 병원 내외 30일 사망률 국제 수준 비교	155
〈표 4-28〉 급성심근경색, 뇌졸중 조기 증상 인지율	156
〈표 4-29〉 급성심근경색 발병 2시간 내, 뇌졸중 발병 3시간 내 응급실 도착 비율(%)	157
〈표 4-30〉 급성심근경색, 뇌졸중 환자의 응급진료 결과가 사망인 비율(%)	157
〈표 4-31〉 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별	161
〈표 4-32〉 4영역(환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선) 지표 분석 내용	163
〈표 4-33〉 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족	165
〈표 4-34〉 외래 서비스에 대한 전반적 만족 수준	166
〈표 4-35〉 외래 서비스 반응성	167
〈표 4-36〉 입원 서비스에서 기대했던 치료 결과 달성	169
〈표 4-37〉 입원 서비스에 대한 전반적 만족 수준	170
〈표 4-38〉 입원 서비스 반응성	171
〈표 4-39〉 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가(세부 문항별)	173
〈표 4-40〉 5영역(환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄) 지표 분석 내용 ..	175
〈표 4-41〉 제1차 환자안전종합계획(2018-2022)의 비전 및 단계적 이행 전략	176
〈표 4-42〉 의료 관련 감염(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별	178



〈표 4-43〉 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별	181
〈표 4-44〉 환자 안전사고 보고 현황	184
〈표 4-45〉 영역별 의료 질 지표 결과(전체)	191
〈표 5-1〉 일차의료에 대한 국민 인식 조사 개요	197
〈표 5-2〉 일차의료에 대한 국민 인식 조사표 개발을 위한 선행연구 검토 결과	198
〈표 5-3〉 일차의료에 대한 국민 인식 조사 영역별 조사 내용	199
〈표 5-4〉 동네의원에 대한 세부 항목별 인식 문항(중요도, 실제 현황)의 일차의료 속성 구분	200
〈표 5-5〉 응답자 일반 현황	202
〈표 5-6〉 응답자 건강 상태 및 의료기관 이용 행태	203
〈표 5-7〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	208
〈표 5-8〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	209
〈표 5-9〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	210
〈표 5-10〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	211
〈표 5-11〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	212
〈표 5-12〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	213
〈표 5-13〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	214
〈표 5-14〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	215
〈표 5-15〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	216
〈표 5-16〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	217
〈표 5-17〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	218
〈표 5-18〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	219
〈표 5-19〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	220
〈표 5-20〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	221
〈표 5-21〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	222
〈표 5-22〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	223
〈표 5-23〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	224
〈표 5-24〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	225
〈표 5-25〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	226
〈표 5-26〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	227
〈표 5-27〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	228
〈표 5-28〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	229



〈표 5-29〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	230
〈표 5-30〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	231
〈표 5-31〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	232
〈표 5-32〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉	233
〈표 5-33〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성	234
〈표 5-34〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능	236
〈표 5-35〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료	237
〈표 5-36〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성	238
〈표 5-37〉 초점집단인터뷰 참여자 구성 및 만성질환 유병 현황	240
〈표 5-38〉 초점집단인터뷰 참여자의 지역별, 전문 과목별 분포	242
〈표 6-1〉 최종 분석틀 및 지표	297
〈부표 1-1〉 효과성: 치료 가능한 사망 예방	329
〈부표 1-1-1〉 치료가능한 원인으로 인한 사망	332
〈부표 1-1-2〉 5세 구간 생명표	334
〈부표 1-2〉 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	335
〈부표 1-2-2〉 외래 민감성 질환에 대한 주 진단 코드	336
〈부표 1-3〉 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원	337
〈부표 1-3-1〉 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환	338
〈부표 1-3-2〉 하기도 감염 아동의 응급입원(주 진단 코드)	339
〈부표 1-4〉 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	340
〈부표 1-5〉 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	341

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 보건의료서비스의 질과 건강 결과의 관계	13
[그림 2-1] 국내 문헌 최종 선정 과정	27
[그림 2-2] 국외 문헌 최종 선정 과정	28
[그림 2-3] 환자 중심 케어 모델	33
[그림 2-4] 일차의료 현장에서의 환자 중심 케어 과정	35
[그림 2-5] 보건의료 현장의 사람 중심 케어 실현을 위한 구조-과정-결과 측면의 개선 요소	41
[그림 2-6] 보건의료 현장에서 사람 중심 케어 적용의 개념틀	42
[그림 3-1] 우리나라 조기사망으로 인한 질병부담 순위(2009년, 2019년)	59
[그림 3-2] 2016년 HAQ 지수 각 질환별 결과(상위 50개 국가)	64
[그림 4-1] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)	87
[그림 4-2] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별	88
[그림 4-3] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 교육 수준별	88
[그림 4-4] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)	89
[그림 4-5] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별	90
[그림 4-6] 75세의 기대여명(성별)	91
[그림 4-7] 신생아 사망률	92
[그림 4-8] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	93
[그림 4-9] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	94
[그림 4-10] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별	95
[그림 4-11] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	98
[그림 4-12] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	99
[그림 4-13] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별	99
[그림 4-14] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	101
[그림 4-15] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	102
[그림 4-16] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별	102
[그림 4-17] 암으로 인한 75세 미만 사망률	104
[그림 4-18] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별	105
[그림 4-19] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별	105
[그림 4-20] 모든 암 5년 상대 생존율(전체)	106
[그림 4-21] 모든 암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	106
[그림 4-22] 폐암 5년 상대 생존율(전체)	107



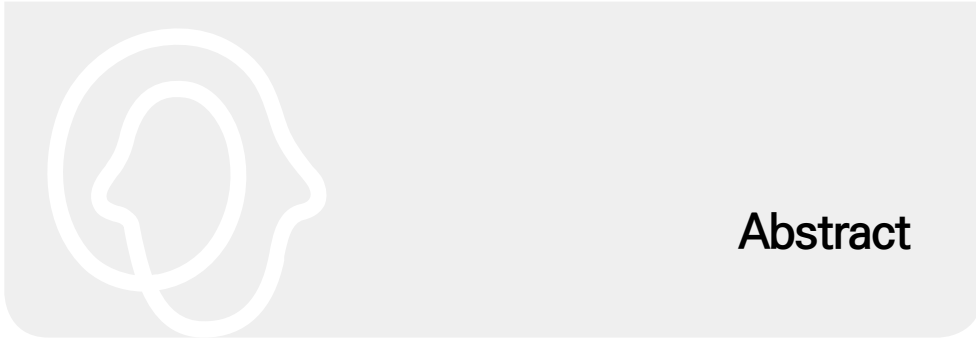
[그림 4-23] 폐암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	107
[그림 4-24] 간암 5년 상대 생존율(전체)	108
[그림 4-25] 간암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	108
[그림 4-26] 대장암 5년 상대 생존율(전체)	109
[그림 4-27] 대장암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	109
[그림 4-28] 유방암 5년 상대 생존율(전체)	110
[그림 4-29] 유방암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별	110
[그림 4-30] 자살사망률	111
[그림 4-31] 자살사망률: 지역별	112
[그림 4-32] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	114
[그림 4-33] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	115
[그림 4-34] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도 별	115
[그림 4-35] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	117
[그림 4-36] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별	118
[그림 4-37] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도 별	118
[그림 4-38] 영아 사망률	120
[그림 4-39] 아동 암 5년 생존율	121
[그림 4-40] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	124
[그림 4-41] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질: 소득분위별	125
[그림 4-42] 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(전체)	125
[그림 4-43] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	129
[그림 4-44] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별	130
[그림 4-45] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 소득수준 및 장애 중증도 별	130
[그림 4-46] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년)	132
[그림 4-47] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별	133
[그림 4-48] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 소득수준 및 장애 중증도 별	133
[그림 4-49] 정신질환이 있는 성인과 일반 성인의 고용률 및 격차	135
[그림 4-50] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질	139
[그림 4-51] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질: 소득분위별	139
[그림 4-52] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	142
[그림 4-53] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별	143



[그림 4-54] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도 별	143
[그림 4-55] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원	145
[그림 4-56] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별	146
[그림 4-57] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 소득수준 및 장애 중증도 별	146
[그림 4-58] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원	147
[그림 4-59] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별	148
[그림 4-60] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별	149
[그림 4-61] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별	150
[그림 4-62] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	151
[그림 4-63] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별	152
[그림 4-64] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별	153
[그림 4-65] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별	154
[그림 4-66] 바람직한 재활의료서비스 제공 모형	159
[그림 4-67] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	160
[그림 4-68] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별	161
[그림 4-69] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도 별	162
[그림 4-70] 외래 서비스에 대한 전반적인 경험	164
[그림 4-71] 외래 서비스 반응성	167
[그림 4-72] 입원 서비스 전반적인 경험	168
[그림 4-73] 입원 서비스 반응성	171
[그림 4-74] 호스피스 환자 만족도	172
[그림 4-75] 응급의료 환자 만족도	174
[그림 4-76] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	178
[그림 4-77] 의료 관련 감염(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별	179
[그림 4-78] 의료 관련 감염(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 소득 분위 및 장애 중증도 별	179
[그림 4-79] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	181
[그림 4-80] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별	182
[그림 4-81] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 소득분위별	182
[그림 4-82] 환자 안전사고 보고 건수	183
[그림 5-1] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❶최초 접촉	204
[그림 5-2] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❷포괄성	205



[그림 5-3] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❸조정 기능	206
[그림 5-4] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❹개별화된 의료	206
[그림 5-5] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❺가족 및 지역사회 지향성	207
[그림 5-6] 동네의원에 대한 세부 항목별 인식(중요도, 실제 현황) 종합	239
[그림 5-7] 만성질환자의 질병 경험·의료 경험·관리 방안 도식	264
[그림 5-8] 일차의료기관(동네의원) 의사의 인식 및 경험	285
[그림 6-1] 의료 질을 중심으로 한 보건의료시스템 성과 논리 모형	314



Abstract

Korea Health Care System Performance

Project Head: Sujin Kim

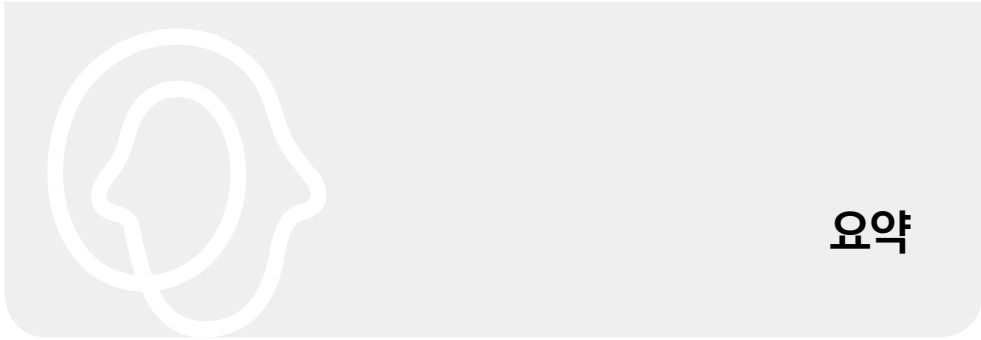
This study aims to examine the health-care quality and the health outcomes at the national level. Aging population, increase in chronic diseases, and rising medical costs are calling for innovation in the people-centered healthcare system for maximizing the health benefits important to the people. Considering that improvement of the health level is determined by the access to and the quality of the services, quality of care services is an important issue for improving the performance of the health-care system. Thus, it is necessary to evaluate the quality of care and the performance of the health-care system by focusing on the health outcomes at the system level. Some developed countries have systems for continuous monitoring and reporting the performance of the health-care system at the national level in order to improve the quality of health-care and health status, while Korea has no mechanism as such. This study aims to strengthen the person-centered care by examining the health-care quality and health outcomes at the national level. First, reviews were done of the concept and implications of the person-centered health-care system discussed as the direction of the system. The next step is to develop the Korea Health-Care System Outcomes Framework to monitor the quality of care and the system performance by focusing on the health outcomes and the gaps in health care quality. Finally, this study is to examine the current status of primary care and chronic disease management as an issue in the Korean

Co-Researchers: Jaeun Lee, Eunhye Park, Jaeyong Bae, Gyeonghui Lee, Nanhe Yoon,
Jongheon Park, Yusang Lee

2 한국 의료시스템의 혁신 성과평가(6년차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서

health-care system, and to suggest implications for improvement.

Keyword : health care system, person-centered, quality of care, health system performance, health outcome, primary health care, chronic care



요약

1. 연구의 배경 및 목적

고령화와 만성질환 증가, 의료비 증가는 재정 제약 상황에서 사람들에게 중요한 건강 이득을 최대화하는 사람 중심 의료제도로의 혁신을 요구하고 있다. 건강 수준 향상이 전체 인구집단에서 서비스의 접근성과 제공되는 서비스의 질에 따라 결정된다는 점을 고려한다면 의료서비스에 대한 접근성과 함께 의료서비스 질에 대한 모니터링이 필요하다. 특히 환자와 사회가 추구하는 가치인 건강 결과를 중심으로 시스템 수준에서 의료 질과 성과를 모니터링할 필요가 있다. 이러한 배경에서 주요 선진국들은 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 지속적으로 모니터링하고 보고하는 체계를 갖추고 있다. 한국에는 시스템 수준 혹은 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 추적하고 평가하는 기전이 없다. 본 연구는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 6년 차 연구로, 사람 중심 의료제도 지향이라는 측면에서 다음을 목적으로 한다.

우선, 의료시스템의 지향으로 논의되는 사람 중심 의료제도의 개념과 시사점을 검토하는 것이다. 다음으로, 환자와 국민들에게 중요한 건강 결과를 중심으로 의료 질과 시스템의 성과를 모니터링하기 위해 한국 의료시스템 결과 프레임워크를 개발하고 가용 자료들을 활용하여 의료 질의 추이와 격차를 모니터링하는 것이다. 마지막으로, 그간 우리나라 의료시스템의 문제로 지적되어 왔던 일차의료 및 만성질환 관리와 관련해 현황을 진단하고 개선 과제를 제시하는 것이다.

2. 주요 연구 결과

전통적인 의학적 관점은 공급자 중심 관점으로, 질병의 특성에 기반한 진료 의사결정, 진료행위와 과정에 기반한 평가를 특징으로 한다면, 환자·사람 중심 의료의 관점은 환자 중심 관점으로 환자의 특성에 기반한 진료 의사결정과 환자가 인식하는 진료 결과의 중요성에 기반한 평가를 특징으로 한다. 환자 중심과 사람 중심의 개념에서 환자 중심 의료가 기능적 삶을 중시한다면, 사람 중심 의료는 의미 있는 삶에 더 포커스를

둔다. 즉, 환자 중심성은 미시 수준에서 개별 환자의 욕구를 중심으로 의료서비스를 통합한다면 사람 중심성은 웰빙을 포함해 개인의 전인적 욕구를 고려하는 개념으로 볼 수 있다. 더 나아가 인간 중심성은 서비스를 제공하는 것뿐 아니라 받는 데 있어서 환자, 가족, 지역사회와 광범위한 참여를 포괄하는 개념으로 볼 수 있다.

국가 수준에서 의료 질을 보고하는 지표 체계와 우리나라의 중요한 건강 문제를 검토하고, 환자 및 전문가 논의를 통해 지표 체계를 확정하였다. 지표 체계는 크게 효과성, 환자 중심성·반응성, 환자 안전 영역으로 구분되며 효과성은 치료 가능한 사망 예방, 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선, 질병 및 손상 치료·회복 지원의 세 가지로 세분화하였다. 각 영역은 총괄 지표와 개선 영역을 포함하도록 구성하였는데, (1) 효과성: 치료 가능한 사망 예방의 총괄 지표는 연령대별로 구분하여 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동), 75세 이상의 기대여명(남, 여), 신생아 사망률이다. (2) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선 영역의 총괄 지표는 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질이다. (3) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원 영역의 총괄 지표는 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원과 퇴원 후 30일 내 응급 재입원이다. (4) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선 영역은 총괄 지표를 별도로 두지 않는다. (5) 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄 영역의 총괄 지표는 환자 안전 사고로 인한 사망, 환자 안전사고로 인한 심각한 위해, 환자 안전사고 발생률이다. 개선 영역의 지표들은 사망 및 질병부담 측면에서 볼 때 우리나라에서 중요한 건강 문제를 중심으로 결정하였다.

각 영역의 지표들을 살펴보면, 우선 '효과성: 치료 가능한 사망 예방' 영역의 총괄 지표인 성인의 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 전반적으로 감소하는 추세를 보였으나, 2019년에 남성의 수치가 증가하였다. 소아·청소년의 잠재수명 손실연수는 일부 지역을 제외하면 전반적으로 감소하였다. 75세의 기대수명은 지속적으로 증가하고, 신생아 사망률은 지속적으로 감소한 것으로 나타났다. 질환별 사망률을 살펴봤을 때, 75세 미만의 심뇌혈관 질환, 호흡기 질환, 간 질환, 암으로 인한 사망률은 지속적으로 감소했는데, 일부 지역에서는 거의 변하지 않거나 증가했고, 중졸 이하에서는 증가한 양상이었다. 모든 암 5년 생존율은 소폭이지만 최근에 감소했는데, 여성의 수치가 감소했고, 대장암의 5년 생존율이 감소했다. 아동의 모든 암 5년 생존율은

개선되었고, 영아 사망률은 감소했다. 자살사망률은 최근 연도에 감소했지만 중증정신 질환인 양극성 정동장애 환자의 초과사망률은 지속적으로 증가했고, 조현병 환자의 초과사망률도 소폭이지만 증가했다.

두 번째, ‘효과성: 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선’ 영역의 총괄 지표인 만성 질환을 가진 사람들의 삶의 질은 여성은 개선되었지만 남성은 악화되었다. 우리나라 의료시스템이 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 충분히 지원하고 있는가라는 질문에 그렇다는 비율이 69.2%였으며, 복합만성질환이 있는 사람들의 삶의 질과 정신질환이 있는 사람들의 고용률 격차는 개선되었다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원, 소아·청소년의 천식·당뇨·간질로 인한 계획되지 않은 입원은 감소했고 치매가 있는 사람들의 추정 진단율은 감소했다. 집단별로 살펴봤을 때 전반적으로 의료급여 혹은 소득 1분위 등 취약계층에서 지표값이 좋지 않았다.

세 번째, ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역의 총괄 지표인 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급입원, 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 지속적으로 감소했다. 울혈성 심부전과 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 퇴원 후 1년 내 사망률은 감소했지만 입원은 증가하였는데 허혈성 뇌졸중은 해당 질환으로 인한 입원은 감소했지만 다른 질환으로 인한 입원이 증가했고 울혈성 심부전은 해당 질환 및 다른 질환으로 인한 입원이 모두 증가했다. 하기도 감염 아동의 응급입원은 최근 연도에 감소한 것으로 나타났다. 앞서와 유사하게 전반적으로 취약계층의 지표값이 좋지 않았다.

네 번째, ‘환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선’ 영역에서 외래 서비스의 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도는 증가했지만 서비스의 전반적인 만족 수준은 낮아졌다. 구체적으로 살펴보면, 의사와의 ‘충분한 대화’에 대한 반응성이 감소했고, 입원 서비스에서는 기대했던 치료 결과의 달성과 서비스의 전반적인 만족 수준 모두 감소했는데, 구체적으로 면담 요청 시 의사의 적절한 응대에 대한 반응성이 감소했다. 호스피스에 대한 환자 만족도는 소폭이지만 감소하는 경향이었고, 가정형 호스피스에서 감소 정도가 컸다. 반면 자문형 호스피스에 대한 만족도는 증가했다. 응급의료에 대한 환자 만족도에서 응급의료서비스에 대한 전반적인 신뢰도가 증가했고 응급실 서비스에 대한 전반적인 만족률도 증가했다.

마지막으로, ‘환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄’ 영역에서 총괄 지표인 환자 안전사고로 인한 심각한 위해와 환자 안전사고로

인한 사망은 측정이 가능하지 않고 환자 안전사고 발생률은 지방의료원에 대해 실시한 조사 결과로 우리나라를 대표한다고 하기에는 한계가 있다. 개선 영역 지표인 보건의료 관련 감염으로 클로스트리디움 디피실 감염증 발생률은 증가하다가 감소하는 경향을 보였고, 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원율은 전반적으로 증가하다가 최근에 감소하는 경향을 보였다. 환자 안전사고 보고 건수는 지속적으로 증가하는 양상이었다. 그 외 환자 안전 영역은 전반적으로 측정이 가능하지 않은 지표들이 많았다.

일차의료에 대한 국민 인식에서는 정보 제공, 접근성, 환자에 대한 이해도, 연계(의뢰), 기본적 진료와 같이 일반적으로 우리나라에서 동네의원이 수행하는 역할에 대해 중요하다고 인식하는 반면, 검진이나 치료 의사결정에 대한 신뢰성 등은 상대적으로 낮게 평가하는 경향성이 확인되었다. 모든 항목에서 중요도에 비해 실제 현황이 낮게 평가되었는데, 특히 중요도와 실제 현황 간 격차는 지역사회활동 참여 > 의료기관 또는 시설로의 연계 > 의뢰 후 관리 > 주변 환경 파악 > 환자 이해 순이었다. 이는 전반적으로 지역사회 및 주변 환경과 관련된 역할, 연계(의뢰) 및 사후 관리, 환자 이해 측면에서 동네의원의 역할 수행이 미흡함을 시사한다. 다섯 가지 범주(최초 접촉, 포괄성, 조정 기능, 전인적 돌봄, 가족·지역사회 지향성)에 따라 비교했을 때, 중요도 및 실제 현황은 최초 접촉 > 전인적 돌봄 > 포괄성 및 조정 기능 > 가족·지역사회 지향성 순으로 높게 평가되었으며, 중요도와 실제 현황 간 격차는 포괄성 및 조정 기능 > 가족·지역사회 지향성 > 전인적 돌봄 > 최초 접촉 순이었다.

일차의료 만성질환 관리에 대한 의료 이용자와 공급자 대상 질적 자료를 분석한 결과, 의료 이용자는 체계적이고 지속적인 관리(계획, 상담과 교육, 검사 등), 전문가의 적극적인 개입과 피드백, 의사와의 치료적·신뢰적 관계 강화, 환자에 대한 이해와 권리 존중, 특화된 팀의 필요성, 데이터 기반 개인별 맞춤형 관리, 원격 만성질환 관리 및 정보 시스템 도입, 만성질환자의 자가 관리 역량 강화, 포괄적인 만성질환 관리, 지역사회 기반 만성질환 관리를 강조하였다. 의료 공급자는 일차의료 중심의 만성질환 관리 모델 구축, 일차의료의 문지기 또는 주치의 기능 강화, 만성질환 단계별·수준별 맞춤 관리, 지역 차원의 만성질환 관리를 위한 협력·연계·조정(역할 분담), 만성질환 관리 수가 등 진료비 지불제도 개선, 일차의료에 대한 정부의 과감한 투자, 만성질환 관리 평가 및 보상에 대한 합리성을 강조하였다. 이러한 인터뷰 결과를 근거로 할 때 의료시스템 관점에서 만성질환 관리 대상자 범위가 제한적이고, 약 처방 위주로 의료 공급자

중심의 만성질환 관리가 이뤄지고 있으며, 지역사회에서 분절적이고 경쟁적인 만성질환 관리, 의료 이용자와 공급자 입장에서 볼 때 만성질환 관리 프로그램에 대한 참여 유인이 낮은 것이 주요 문제점으로 파악되었다. 장기적으로 진료비 지불제도 개선을 통한 만성질환 관리 행태 변화가 필요하며 포괄적인 관리를 위한 팀 접근, 지역사회에 기반한 예방 및 통합적인 만성질환 관리가 필요하다.

3. 결론 및 시사점

고령화와 만성질환 증가, 의료비 증가는 사람들에게 중요한 건강 이득을 최대화하는 사람 중심 의료제도로의 혁신을 요구하고 있다. 현재 우리나라는 국가 수준에서 의료 질이나 건강 성과를 개선하기 위한 전략이나 계획을 가지고 있지 않고, 일부 특정 질환에 대한 계획을 수립한다. 포괄적인 전략이나 계획의 부재와는 별개로 질환 단위 계획에서도 일부 질환들은 건강 결과 지표를 포함하지만 전반적으로 달성하고자 하는 건강 성과를 제시하지는 않고 있다. 급성기 케어 등 특정 치료 영역으로 한정되거나 특정 치료 영역과 관련한 이용 지표가 제시되고 있다. 특정 부분에 초점을 둔 목표와 이에 기반한 정책은 그 부분에서 성과를 가져올 수는 있으나 그 이상을 넘어서기 어렵다. 특히 만성질환과 복합질환이 증가하는 상황에서 급성기 케어만으로 의료시스템의 성과를 보장하기 어렵다. 더 나아가 급성기 케어는 비용이 높아서 급성기 케어에만 집중하는 경우 의료시스템의 지속가능성을 위협할 수 있다. 따라서 건강 결과에 중심을 둔 국가 단위 목표와 계획, 모니터링이 필요하다. 건강 결과에 중심을 둔 국가 수준 목표는 지역 단위 계획으로 구현되어야 한다. 지역 단위가 중요한 이유는 일차의료에서 일상적인 위험 요인 관리가 이뤄지고 환자의 상태가 나빠졌을 때 상급의료기관에서 적시에 치료하며 이후 사후 관리로의 연계 등이 이뤄져야 하는데, 이러한 일련의 과정들은 지역 단위에서 이뤄질 때 가장 효과적이기 때문이다. 지역 단위에서는 지역의 목표를 정해 책임을 지고 기관 간의 역할 분담을 하는 구조를 만들고, 중앙정부는 지방정부가 계획을 수립하고 역할을 수행할 수 있도록 재정적·기술적 지원 등을 제공해야 한다.

주요 용어 : 의료시스템, 사람 중심, 의료 질, 의료시스템 성과, 건강 결과, 일차의료, 만성질환 관리

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경 및 필요성

인구 구조와 질환 구조의 변화와 이로 인한 의료비 증가는 사람들에게 중요한 건강 이득을 최대화하는 사람 중심 의료제도로의 혁신을 요구하고 있다(WHO Europe, 2013). 기대수명의 연장으로 인한 고령인구 증가와 생활 환경의 변화는 비감염성 질환, 정신건강, 상해 등과 같은 건강 문제를 증가시켰고 복합적인 질환을 가진 인구가 증가하게 되었다. 이러한 건강 문제들은 과거의 전염성 질환과 달리 장기적인 치료와 관리를 요구하므로 병원 기반, 질병 기반, 치료 기반의 분절화된 의료시스템은 이러한 요구에 대응하기에 비효과적이고 비효율적이다. 특히 이러한 질환의 치료와 관리를 위해 새로운 의료기술들이 생겨나면서 의료비 증가가 더욱 가속화되고 있지만 더 비싼 혹은 더 많은 의료서비스 이용이 더 좋은 건강 결과로 이어지지 않는다는 근거들을 고려한다면(Brody, 2010) 비용은 절감하면서 양질의 의료서비스를 제공하여 건강 결과를 향상시키는 대응이 필요하다. 시스템 수준에서 공중보건을 강화하고 의료 전달체계를 전환함으로써 질병 구조의 변화라는 도전에 더 낮게 대응해야 하는 과제들이 도출되고 있다(WHO Europe, 2013). 즉, 보건의료를 둘러싼 현재의 환경은 자원의 제약 속에서 국민의 건강 수준 향상이라는 목표를 달성하기 위한 의료시스템의 혁신을 요구한다.

의료시스템이 건강 수준 향상이라는 목표를 지속적으로 실현해 가기 위해서는 의료 질과 건강 결과를 중심으로 시스템 차원에서의 데이터를 활용해 성과를 모니터링해야 한다(IOM, 2001). 보건의료시스템은 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 외, 2013, pp. 19-20). 의료기관 단위, 개

별 정책에 대한 평가는 시스템 차원의 통합적 성과와 일치하지 않는다. 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). 예를 들어 주요 사망 원인 중 하나인 급성심근경색이나 뇌졸중은 발생 시 시의성 있는 효과적인 급성기 케어도 중요하지만 질환의 발생을 사전에 예방하기 위한 위험 요인 관리와 환자의 조기 증상 인지, 급성기 케어 후 재활서비스 등을 통해 일상적인 생활로 돌아갈 수 있도록 지원하는 것이 중요하다(OECD, 2012, p. 16). 즉, 질병의 사전 예방, 질병의 진행(혹은 건강의 개선)에 따른 관리와 연계 및 기관 간 협력을 통한 환자의 건강 회복이라는 성과는 개별 공급자 단위 혹은 예방·관리·치료·재활·연계라는 각 영역의 정책 단위에 대한 모니터링으로는 파악할 수 없다.

보건의료시스템이 추구하는 국민의 건강 수준 향상이라는 목표의 달성 정도를 점검하고 시스템의 책무성을 강화하기 위해 주요 선진국들은 국가 수준에서 데이터를 활용하여 정기적으로 성과를 측정하고 모니터링하는 체계를 구축하였다. 미국에서 보건의료 연구 및 질 관리기구(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)는 미국 의회의 결정에 따라 2003년 이래로 『국가 보건의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report)』와 『국가 보건의료 격차 보고서(National Healthcare Disparity Report)』(2014년 부터는 통합된 보고서인 『국가 보건의료 질과 격차 보고서(National Healthcare Quality & Disparity Report)』를 연례적으로 발간하고 있으며(AHRQ, 2021) 영국 보건부(United Kingdom - Department of Health, 이하 UKDH)는 2010년 국가보건서비스 결과 프레임워크(NHS Outcomes Framework, 이하 NHSOF)를 개발하여 건강 결과를 중심으로 의료시스템의 성과를 보고하고 있다(UKDH, 2010a). 또한 국제적인 수준에서 비교함으로써 국가들의 의료 질과 결과 향상을 추동하고자 경제협력개발기구(OECD)는 각 나라의 자료를 수집 및 분석하여 그 결과를 『한 눈에 보는 보건의료(Health at a Glance)』에 연례적으로 보고하고 있다. 데이터를 활용한 성과 측정과 모니터링은 의료시스템이 혁신해 가는 과정에서 문제점을 진단하고 개선 과제를 도출하도록 함으로써 의료 질과 건강 결과의 향상을 위해 자원이 효과적·효율적으로 이용될 수 있도록 지원한다.

의료비가 증가하는 환경에서 의료비를 줄이면서 국민의 건강 수준을 향상시키고 의

료시스템의 책무성을 강화하기 위해 이러한 성과를 측정하고 보고하는 것은 한국에도 예외일 수 없다. 국가 차원에서 데이터를 활용한 의료시스템의 성과를 모니터링하고 관리함으로써 환자와 국민이 의료시스템에 기대하는 ‘국민의 건강 향상’이라는 목표를 이행해 갈 수 있다. 특히 최근 건강보험 보장성 강화에 따라 의료서비스에 대한 접근성이 개선되고 의료서비스 이용이 증가하였으나 비용의 증가가 양질의 의료서비스 제공을 통한 건강 수준의 향상으로 이어졌는지에 대한 지속적인 모니터링이 필요하다(김수진 외, 2020, p. 14). 또한 의료기관 단위 평가와 의료 질 개선을 위한 다양한 정책이 도입되고 있다는 점을 고려한다면 이러한 정책들이 시스템 수준에서 어떤 성과로 이어졌는지 모니터링이 필요하다. 즉, 서비스의 접근성 개선이 질 개선과 결합하고 정책들이 통합된 성과를 낼 때 국민의 건강 수준 향상이라는 의료시스템의 성과로 이어진다는 점을 고려한다면, 국가 수준에서 의료서비스 질과 건강 결과를 중심으로 시스템의 성과를 추적, 관리할 필요가 있다(김수진 외, 2020, pp. 14-15).

[그림 1-1] 보건의료서비스의 질과 건강 결과의 관계



자료: Busse. (2017). High Performing Health Systems: (Conceptualizing, Defining) Measuring and managing. Value in Health Forum Standards, Quality and Economics. Berlin: Berlin University of Technology. Retrieved from https://www.mig.tu-berlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Edmonton_20170119.rb_HighPerformingSystems.pdf 2020. 3. 5. p. 10 재구성.

그동안 우리나라에서는 특정 질환이나 제공되는 서비스에 초점을 둔 임상적 지표 중심으로 의료의 질을 평가해 왔으며, 국가 수준에서 의료시스템의 성과를 평가하고 추적, 보고하는 기전은 마련되어 있지 않다. 또한 그마저도 측정 가능성이 중요한 기준이 되었고 체계적인 질 향상을 위한 평가가 이뤄지지 않는 못했다(신영석 외, 2012, p. 204). 의료시스템의 궁극적인 목적은 환자와 사회가 추구하는 가치인 건강 결과의 향상이라는 점에서 시스템 단위에서 건강 결과를 중심으로 의료 질과 성과를 평가할 필

요가 있다. 구조와 과정에 대한 모니터링도 중요하지만¹⁾ 국가 수준에서 너무 많은 강조점을 두면 임상적 우선순위에 왜곡을 낳을 수 있고 결과보다 수단에 집중하면서 보건의료제도의 궁극적인 목적을 잃을 수 있다(UKDH, 2010b, p. 7). 그러므로 일시적 의료서비스 제공 결과가 아닌 환자 건강 상태에 대한 전반적이고 장기적인 건강 결과가 지역과 국가 수준에서 평가되어야 한다(Poter & Teisberg, 2006). 국가 수준에서 건강 결과를 중심으로 의료의 질 수준을 측정함으로써 시스템의 문제를 파악하고 혁신과 향상을 유도할 수 있다.

건강 결과로서의 의료 질은 시스템의 종합적인 성과물이다. 만성질환, 복합질환이 증가한 상황에서 비효율성을 줄이면서 건강 결과라는 성과를 개선하기 위해서는 보건 의료 전달체계의 변화가 필수적이다. 일차보건의료를 중심으로 한 만성질환은 대체로 일차의료에서 효과적으로 관리될 수 있는데, 그렇지 않은 경우 응급 또는 입원 치료가 필요하고 의료비가 증가한다. 즉, 효율적인 의료 자원의 활용이라는 측면에서 일차보건의료의 역할이 중요하다. 또한 복합만성질환 증가에 따라 포괄적인 서비스 제공의 필요성과 함께 서비스의 연속성 및 조정의 중요성이 커지면서 많은 국가에서 의료시스템 개혁의 중요한 과제로 일차의료를 보고 있다(IOM, 2002). 특히 OECD는 2012년에 발간한 한국의 보건의료 질에 대한 보고서에서 한국이 의료의 질을 향상하기 위해서는 강력한 일차의료 영역의 발전에 중점을 둔 정책이 가장 우선 되어야 한다고 밝혔다. 소득 수준 상승과 노령인구 증가에 따라 중요하게 대두되는 만성질환 및 장애의 문제는 급성기 중심의 보건의료체계로는 충분하지 않기 때문에 그간 진행해 온 급성기 의료서비스의 확대라는 초점을 바꿀 시기라는 것이다. 일차의료에 대한 강조는 건강 증진과 예방 서비스 강화로 환자가 건강 문제의 위험도를 낮추는 행동을 취할 수 있도록 지원하고 다양한 건강 문제에 대해 포괄적 케어 제공 및 진료 연계를 통해 효과적으로 대처할 수 있도록 지원하는 것을 의미한다(OECD, 2012).

보건의료 전달체계를 개선하기 위해서는 우리나라의 일차의료와 만성질환 관리에 대한 진단이 필요하다. 특히 인구고령화 및 만성질환 유병률 증가, 이에 따른 보건의료비용 증가는 더 효율적인 만성질환 관리를 위한 수요의 증가뿐만 아니라 양질의 서비스

1) 의료의 질은 일반적으로 구조(structure), 과정(process), 결과(outcome)로 구분해서 살펴볼 수 있는데, 구조와 과정은 각각 좋은 결과를 낳을 가능성을 최대화하도록 치료와 케어가 구조화되는 방식과 좋은 결과를 낳을 가능성을 최대화하도록 행해지는 것들로 정의한다면, 결과는 환자가 받는 치료와 케어의 결과로 환자의 건강에 실제로 발생한 것으로 정의할 수 있다(Donabedian, 1966).

요구도 증가를 수반하였다. 일차의료는 한 나라 의료시스템의 근간이며 저렴한 비용으로 효과적인 서비스를 제공하는 수단으로, 지역사회에서 주요 만성질환 관리를 담당하고 있다. 그러나 우리나라 만성질환 관리 정책은 치료 중심의 부분적인 접근에 치중하고 있고 만성질환을 발생시키는 건강 위험 요인의 관리, 보건교육, 복약교육 등에 대해서는 부분적·제한적으로만 접근하고 있어 전체적으로 만성질환 관리 정책은 매우 분절적이고 비효율적이라는 비판을 받아 왔다. 이뿐만 아니라 일차의료기관을 통해 만성질환을 관리하는 환자(대상자)의 의료 이용 접근성·효과성·환자(대상자) 중심성·포괄성·지속성 등의 측면에서 여러 가지 문제를 양산하고 있다. 우리나라 의료시스템이 당면한 혁신의 과제로 일차의료와 만성질환 관리를 분리해서 생각할 수 없다. 사람 중심 의료 제도 지향이라는 측면에서 실제 의료제도의 주체인 의료 공급자와 의료 이용자가 생각하는 지속적이고 효과적인 만성질환 관리를 위해 필요한 변화와 개선이 무엇인지에 대한 검토도 필요하다.

본 연구는 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 6년 차 연구로 의료시스템의 사람 중심성 강화와 건강 결과 개선을 위해 의료시스템 수준에서의 혁신²⁾이 필요하다는 관점에서 의료 질 보고 체계의 개념적 틀을 갱신하여 한국 의료의 질 현황을 측정하고자 한다. 강희정 등은 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’ 연구의 일환으로 『한국 의료 질 보고서』를 발간하고 우리나라 의료시스템이 양질의 의료서비스를 생산하여 국민의 의료 경험을 지속적으로 향상시키고 의료를 형평성 있게 제공하고 있는지 연례적으로 보고하였다(강희정 외, 2016; 강희정 외, 2017; 강희정 외, 2018). 1차 연도부터 3차 연도까지의 『한국 의료 질 보고서』는 주로 정책 전문가를 지원하는 용도로 개발되었는데 미국 AHRQ의 보건의료 질 보고서를 벤치마킹하여 구조, 과정, 결과를 포함한 전반적인 의료의 질을 모니터링하는 데 중심을 두었다. 예를 들어 3차 연도 연구에서는 최근까지 공개적으로 발표되었거나 직접 산출 가능한 의료 질 지표 후보 206개를 정리하여 환자와 보건의료 전문가들을 대상으로 수정 델파이 조사를 통해 190개의 지표를 선정하였다(강희정 외, 2018, pp. 19-56). 200개 가까운 지표들은 구조, 과정 측면을 포함해 의료의 질에 대한 구체적인 정보를 제공함으로써 정책 전문가들에게 유용하게 활용될 수 있으나 시스템 수준에서 중요한 것이 무엇인지 분명하게 드러나지 않는 제한

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

점이 있다. 특히 건강 결과를 중심으로 한 의료의 질 모니터링이 강조되고 의료시스템에 대해 환자와 국민이 기대하는 바가 건강 결과임을 고려할 때, 의료기관 단위의 구조와 과정에 대한 모니터링도 필요하지만 시스템 수준에서 건강 결과를 중심으로 한 의료 질 모니터링이 필요하다. 특히 의료시스템의 책무성 측면에서 의료시스템이 지향하는 목표인 건강 결과의 달성 수준에 대한 모니터링이 중요하다. 이러한 문제의식하에 5년 차 연구인 2020년 ‘한국 의료시스템의 혁신 성과 평가’는 설령 측정이 가능하지 않더라도 측정이 필요한 지표를 포함해 건강 결과를 중심으로 지표 체계를 재구성하였다. 그 과정에서 국가 수준에서 의료의 질을 모니터링하는 사례들을 검토하고 건강 결과를 중심으로 의료의 질과 의료시스템의 성과를 보고하는 영국의 NHSOF를 주로 벤치마킹하였다. 영국 등 의료의 질을 국가 수준에서 보고하는 국가들은 우리나라와 의료시스템도 다르고 주요한 건강 문제도 다르다. 따라서 2020년의 연구가 건강 결과에 기반한 의료 질 모니터링 체계를 재구성하는 데 중점을 두었다면 2021년 연구는 관련 전문가 및 환자단체와의 논의를 통해 우리나라에서 중요한 건강 문제를 지표 체계에 반영하는 데 중점을 두고 진행했다.

2. 연구 목적

본 연구는 사람 중심 의료제도 지향이라는 측면에서 건강 결과를 중심으로 한국 의료의 질을 보고하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 우선 환자 중심, 사람 중심성의 개념을 고찰하고 한국 보건의료제도에 주는 시사점을 검토한다. 다음으로, 환자와 국민들에게 중요한 건강 결과를 중심으로 의료 질과 시스템의 성과를 모니터링하기 위해 한국 의료시스템 결과 프레임워크를 개발하고 가용 자료들을 활용하여 현황을 모니터링한다. 마지막으로, 그간 우리나라 의료시스템의 문제로 지적되어 왔던 일차의료 만성질환 관리와 관련하여 일차의료에 대한 국민의 기대와 현황에 대한 인식, 환자 및 의료 공급자와의 면담을 통해 일차의료 만성질환 관리의 문제점을 분석하고 의료시스템의 질적 혁신을 위한 개선 과제를 제시한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

앞서 제시한 연구 목적에 따라 본 연구는 다음과 같은 내용들로 구성되었다.

우선, 보고서 2장에서는 한국 의료제도의 사람 중심성 강화라는 측면에서 시사점을 얻고자 환자 중심성, 사람 중심성 관련 문헌을 검토하였다. 사람 중심, 환자 중심 케어의 개념, 사람 중심 혹은 환자 중심 케어의 측정, 모델 혹은 프레임워크, 사람 중심 케어 평가 도구, 사람 중심 혹은 환자 중심 케어 모델 혹은 프레임워크에 기반한 사람 중심 케어의 효과, 사람 중심 케어 제공의 장애 혹은 촉진 요인을 확인하고자 하였다.

보고서 3장에서는 2020년에 구성한 의료 질 모니터링 체계를 우리나라의 건강 문제를 반영하여 재구성하였다. 이를 위해 OECD를 비롯해 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 지표 체계들을 검토하였고 우리나라에서 중요한 건강 문제를 파악하기 위해 문헌을 검토하였다. 이를 바탕으로 개발된 모니터링 체계의 전반적인 구성에 대해 환자·전문가 워킹그룹 논의를 통해 검토하였고, 컨센서스 워크숍을 통해 우리나라의 주요 건강 문제와 관련된 지표를 선정하고 문제점을 검토하였다.

보고서 4장에서는 개발된 지표 체계에 기반해 가용 자료들을 활용해 우리나라의 의료 질 수준을 측정하였다. 국민건강보험 청구자료, 사망원인통계 자료, 국민건강영양조사 자료 등 가용한 2차 자료를 분석하여 표와 그래프로 제시하였다. 분석에서 전반적인 평균과 함께 가능한 경우 사회경제적 특성 및 지역에 따른 격차를 함께 보여 주고 현황을 살펴보았다.

보고서 5장에서는 주요한 개선 영역인 일차의료와 관련해 국민들의 인식을 살펴보고 의료 제공자와 의료 이용자 관점에서 만성질환 관리 문제와 개선 방안을 검토하였다. 우선 일차의료 평가 도구를 활용해 접근성, 포괄성, 조정 기능 등 국민들이 중요하다고 생각하는 동네의원의 역할과 실제로 이러한 기대에 부합하는 정도를 평가하였다. 다음으로 일차의료 현장에서 만성질환자를 대상으로 진료 및 처방약에 대한 조제 및 복약지도를 담당하는 의료 제공자인 일차의료(개원)의사를 대상으로 지속적이고 효과적인 만성질환 관리를 위해서는 어떤 변화와 개선이 필요한가를 파악하였고, 일차의료 기관을 통해 만성질환 치료 및 관리를 하고 있는 만성질환자를 대상으로 이들의 만성

질환 진단 후 치료·관리 경험을 토대로 우리나라 만성질환 관리 체계를 평가하고 향후 건강 결과 측면에서 바람직한 만성질환 관리 방안을 논의하였다.

이러한 내용을 종합하여 제6장 결론에서는 우리나라 의료시스템의 성과를 제고하기 위한 정책 과제를 제시하였다.

2. 연구 방법

가. 국내외 문헌 고찰

사람 중심 및 환자 중심의 개념과 관련해 국내외 문헌에 대해 범주 문헌 고찰(scoping review)을 시행하였다. 또한 의료 질 모니터링 체계 설계를 위해 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 OECD와 미국 AHRQ, 영국 보건부 등의 관련 문헌을 검토하였다. 우리나라의 중요한 건강 문제를 확인하기 위해 국가 수준에서 건강 문제를 검토한 국내외 문헌들을 검토하였다. 또한 일차의료에 대한 국민 인식 조사 문항 개발 및 환자와 의료 공급자 면담 설문지 작성을 위해 관련 문헌들을 검토하였다.

나. 워킹그룹 운영 및 컨센서스 워크숍

지표 체계 개발에서는 관계된 다양한 분야의 전문가들에게 자문하여 우리나라 실정에 적합한 분석틀을 개발하고자 하였다. 우선, 학회 및 의료 질 관련 기관의 추천을 통해 환자·전문가 워킹그룹을 구성하였고 전반적인 지표 체계와 총괄 지표, 개선 영역에 포함되어야 할 건강 문제들을 논의하였다. 지표 체계를 마련할 때 전문가 델파이 조사 등이 많이 활용되어 왔지만 본 연구가 의료시스템 전반에 걸쳐 있고 모든 영역을 망라해 적절한 지표를 제안할 수 있는 전문가가 없음을 고려해 컨센서스 워크숍을 운영했다. 워킹그룹 논의와 문헌 검토를 통해 주요 개선 영역에 해당하는 질환 및 건강 문제를 선정하고 해당 주제와 관련해 중요한 건강 결과 지표와 해당 지표 개선을 위한 과제를 도출하고자 워크숍을 운영하였다.

다. 양적 자료 수집 및 분석

의료 질 모니터링을 위해 가용한 2차 자료를 활용해 분석하거나 관련 수치를 수집하였다. 건강 결과와 관련해 통계청의 사망원인통계 자료를 분석하였으며, 의료 이용과 관련된 지표는 국민건강보험공단의 건강보험 맞춤형 자료와 건강보험표본 코호트 자료를 이용하였다(김수진 외, 2020, p. 19). 삶의 질 등의 지표를 산출하기 위해 질병관리청의 국민건강영양조사를 이용하였으며, 환자 중심성과 관련하여 보건복지부, 한국보건사회연구원의 의료서비스 경험 조사를 이용하였다. 원시 자료가 공개되어 있지 않은 경우 보고서 등에 제시된 수치를 인용하였다. 가능한 모든 지표는 2011~2020년 값을 산출하고자 하였으나 자료의 가용성으로 인해 포함된 연도는 자료마다 차이가 있다. 또한 우리나라 의료시스템이 질환 관리를 충분히 지원하고 있다고 인식하는지에 대한 지표를 산출하고 일차의료의 역할 및 현황에 대한 인식을 파악하기 위해 전국의 성인 1,000명을 대상으로 위탁 조사를 통해 전화 조사를 실시하였다.

〈표 1-1〉 자료원

구분/주관	자료(기간)
연구진 직접 분석	
국민건강보험공단	국민건강보험 맞춤형 DB(2011~2020), 국민건강보험 원자료 (2011~2020)
보건복지부, 질병관리청	국민건강영양조사(2011~2018)
통계청	사망원인통계조사(2010~2020), 생명표(2010-2019)
보건복지부, 한국보건사회연구원	의료서비스 경험 조사(2017~2020)
통계 수치 활용	
국립중앙의료원	2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서
중앙암등록본부	국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록통계)
보건복지부, 중앙암등록본부, 국립암센터	호스피스·완화의료 연례 보고서(2017~2019)
보건복지부, 의료기관평가인증원	환자안전통계연보(2017~2020), 환자안전보고학습시스템
중앙치매안심센터	치매 추정 진단율(2019)

주: 연구진이 직접 작성함

라. 질적 자료 수집 및 분석

우리나라 의료시스템의 주요한 문제로 지적되어 온 만성질환 관리와 관련해 사람들의 의견을 듣기 위해 환자와 의료 공급자를 대상으로 인터뷰를 하였다. 일차의료 단위에서 만성질환자를 치료하는 제공자(의사 또는 약사)의 관점에서 우리나라 보건의료시스템은 만성질환 치료 및 관리를 위해 적합한지, 일차의료 제공자는 그간의 진료 경험을 통해 우리나라 만성질환 치료 및 관리를 위한 보건의료시스템을 어떻게 평가하고 있는지, 현 시스템을 통해 만성질환자들에게 기대하는 건강 결과는 무엇인지, 일차의료에서 만성질환 관리를 효과적으로 하기 위해서는 현시점의 보건의료시스템이 어떻게 바뀌어야 하는지를 물었다. 또한 의료 이용자 관점(접근성, 편의성, 효과성, 효율성, 지속성, 포괄성, 연계성, 대상자 중심성 등)에서 우리나라 보건의료시스템은 만성질환 치료 및 관리를 어떻게 하고 있는지, 이러한 의료 이용을 통해 기대하는 건강 결과는 무엇인지, 만성질환자는 자신의 그간 치료 경험을 통해 우리나라 보건의료시스템의 질을 어떻게 평가하고 있는지 환자 및 보호자를 대상으로 인터뷰하였다.

마. 전문가 자문회의

연구 설계 및 의료 질 모니터링을 위한 지표 체계 구성과 측정, 질적 연구 조사 문항 구성을 위해 전문가들의 의견을 수렴하였고, 분석 결과와 관련해 정책 과제를 모색하기 위해 관련 전문가와의 자문회의를 다수 진행하였다.



제2장

사람 중심적 의료제도의 개념과 적용

제1절 범주 문헌 고찰

제2절 환자·사람·인간 중심 의료의 개념과 적용

제3절 소결

제 2 장 사람 중심적 의료제도의 개념과 적용

제1절 범주 문헌 고찰

1. 연구 배경

보건의료 현장의 질 평가 관점에서 점차 환자 경험과 가치 기반 평가 등이 강조되고 있으며, ‘환자 중심성’에 대한 관심이 확대되고 사람 중심 혹은 인간 중심 의료에 대한 중요성이 강조되고 있다. 그러나 ‘환자 중심성’ 혹은 ‘사람 중심성’이라는 개념은 무형의 가치로 정의하기 어려우며, 관련 자료의 수집이 어렵고 구체적인 계량적 지표를 정의하기도 쉽지 않다(도영경, 2017). 이에 국내에서도 점차 사람 중심 의료 혹은 환자 중심성에 대한 영향 요인을 탐색하거나 환자 중심성을 평가하고 임상 현장에 적용하기 위한 연구와 노력이 확대되어 왔다.

특히 간호학 영역에서 환자 중심성 혹은 사람 중심 의료에 대한 연구가 활발하게 진행되어 왔으며, 개념을 정립하거나 현장 적용 가능성을 탐구하기 위한 도구를 개발하여 활용하는 연구가 주로 진행되어 왔다. 이지예 외(2020)의 연구는 이와 같은 간호학 영역의 연구에서 활용된 ‘인간 중심 케어’에 대한 개념을 정리하는 주제 범위 문헌 고찰을 진행하였다. 2001년부터 2020년까지 간호학 분야에서 출판된 국내 문헌들에 대하여 ‘환자 중심’, ‘인간 중심’, ‘대상자 중심’ 키워드로 문헌을 검색하고 주제 범위 문헌 고찰을 통해 총 19편의 문헌에 대한 분석을 진행한 결과, 개념적 틀을 제시한 문헌은 많지 않았다. 인간 중심 케어에서의 이론적 속성과 가치적 요소를 개인 내, 개인 간, 조직적 차원으로 분류하여 정리하면, 개인의 개별성과 존엄성, 진료 과정의 의사결정 참여, 조직의 편안한 환경 등이 중요한 요인으로 도출되었으며, 노인요양시설을 배경으로 진행된 연구가 많았다. 이는 국내 의료 환경과 맥락에서 ‘인간 중심 케어’의 개념이 활용되는 방향을 정리한 연구로 매우 의미가 있으나 국내 간호학 영역의 연구에 국한되어 있다.

이에 본 연구에서는 사람 중심적 의료제도의 측면으로 영역을 확대하여 국내와 국외 문헌에서 언급되고 활용되어 온 연구 사례들에 대한 경향을 비교하고 정리하여 사람 중심적 의료제도에 대한 개념을 정립하고 실제 활용되는 사례들을 살펴보고자 주제 범위 문헌 고찰(Scoping Review) 방법을 활용하여 연구를 진행하였다.

2. 연구 방법

주제 범위 문헌 고찰은 특정 주제에 대해 어떤 논의들이 주로 진행되고 있는지를 파악하기에 유용한 연구 방법이다. 구체적인 연구 주제에 대한 하나의 답을 찾기보다 전반적인 연구 동향과 논의를 탐색하고(Munn et al., 2018), 개별 연구의 결과를 상세히 기술하기보다 특정 영역에 대한 문헌의 범위 조사, 주제와 관련된 대상, 핵심 전략, 주요 결과 등을 파악하여 도출하는 것이 주요 목적이다(Armstrong et al., 2011). 연구 영역을 뒷받침하는 주요 개념이나 주요 정보원, 사용 가능한 근거 유형을 빠르게 매핑하기 위한 목적으로 수행되는 연구 방법으로, 특히 영역이 복잡하거나 이전에 포괄적으로 고찰된 적이 없는 주제에 대하여 독립적 연구로 수행할 수 있는 방법이다(Arksey & O'Malley, 2005).

이에 본 연구에서는 다음의 절차에 따라 주제 범위 문헌 고찰을 진행하였다(Arksey & O'Malley, 2005).

- 1) 연구 질문 도출
- 2) 관련 연구 검색
- 3) 고찰 대상 문헌 선정
- 4) 고찰 결과 기록
- 5) 고찰 결과 수집, 요약, 보고

또한 조안나브릭스기관(The Joanna Briggs Institute, 이하 JBI)의 주제 범위 문헌 고찰 가이드라인(2015)에 따라 문헌 고찰의 결과를 정리하여 제시하였다.

- 1) 연구 목적 및 연구 질문 제시: 명확하고 포괄적인 연구 목적과 연구 질문 선정
- 2) 연구 선정 포함 기준 결정: 연구 대상, 연구 유형, 배경 등의 구체적인 기준 결정

- 3) 관련 연구 검색: 색인 용어 선정 후 모든 데이터베이스를 활용한 포괄적인 검색
- 4) 고찰 대상 제외 기준을 고려한 문헌 선정: 검색 흐름도 및 단계별 제외 문헌 확인
- 5) 문헌 고찰 및 논의 진행: 최종 선정 문헌에 대한 고찰 및 심층 토론 진행
- 6) 문헌 고찰 결과 도출 및 정리: 연구진 내 상호 논의를 통한 최종 연구 결과 도출

가. 연구 질문 도출

3인의 연구진이 논의를 통해 연구 질문을 선정하고 수정 및 보완의 과정을 거쳐 다음과 같이 최종 연구 질문을 도출하였다.

- 1) 환자 중심(patient-centered), 사람 중심(person-centered), 인간 중심(people-centered) 케어의 개념
- 2) 환자 중심(patient-centered), 사람 중심(person-centered), 인간 중심(people-centered) 케어의 측정, 모델 혹은 프레임워크
- 3) 환자 중심(patient-centered), 사람 중심(person-centered), 인간 중심(people-centered) 케어 모델 혹은 프레임워크에 기반한 효과와 영향 요인

나. 관련 연구 검색

고찰할 문헌을 검색하기 위하여 국내 문헌의 경우 KISS, NDSL, Kmbase, Koreamed 검색엔진을 활용하여 검색하였으며, 국외 문헌은 Pubmed(Medline) 검색엔진을 활용하였다.

연구 검색을 위한 키워드는 연구진 3인의 논의를 통해 추가 및 보완하였으며, 최종적으로 다음의 키워드를 포함하여 검색하였다.

1) 국내 문헌 검색 키워드

“이용자 중심” or “수요자 중심” or “환자중심” or “사람중심” or “인간중심”
AND “모형” or “프레임워크” or “분석틀” or “개념” or “정의” or “속성”

2) 국외 문헌 검색 키워드

“patient-centered” or “person-centered” or “people-centered”
AND “framework” or “model” or “concept” or “theory”
or “definition” or “dimension”

다. 고찰 대상 문헌 선정

키워드를 활용하여 검색한 2010~2021년 한국어와 영어로 출판된 문헌 중 원저(original paper) 혹은 문헌 고찰 연구(review paper) 등 동료심사(peer review) 과정을 거친 논문을 최종 고찰 대상 문헌으로 포함하였다.

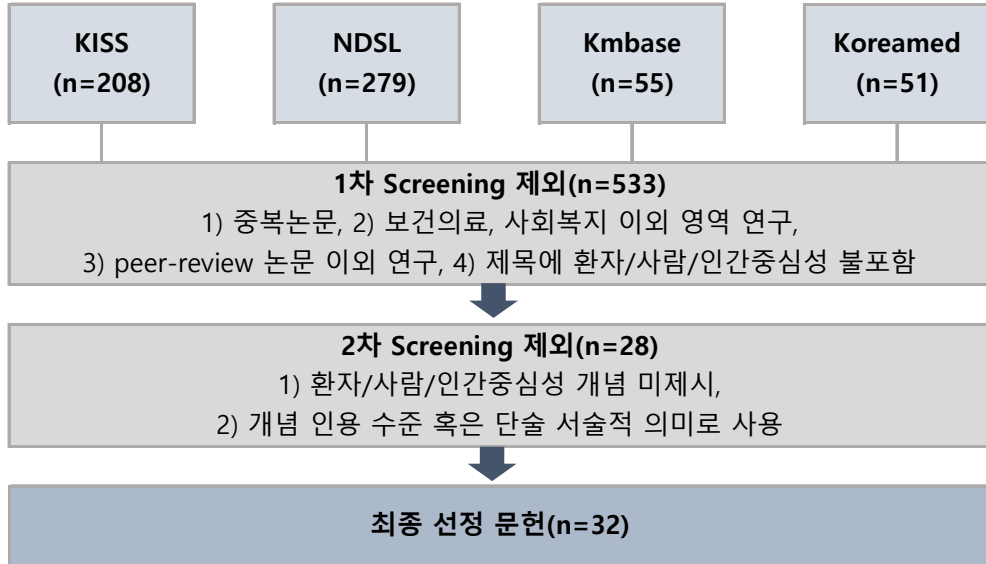
보건의료나 복지 영역의 연구가 아니거나 환자 중심(patient-centered), 사람 중심(person-centered), 인간 중심(people-centered)의 개념을 포함하지 않는 경우, 관련 개념이 인용 수준 혹은 단순 서술적 의미에 한정되어 사용되는 경우는 세부 고찰 대상에서 제외하였다.

검색된 논문의 제목, 초록, 원문 순으로 검토하고 연구진 내 상호 논의를 통해 고찰에 포함할 문헌을 다음과 같이 선정하였다.

1) 국내 문헌 최종 선정 결과

4개의 검색엔진(KISS, NDSL, Kmbase, Koreamed)에서 사전에 결정된 키워드를 이용하여 검색된 연구는 총 593편이다. 그중 중복된 논문이거나 보건의료 및 사회복지 영역 이외의 주제에 대한 연구, 원저 혹은 문헌 고찰 유형이 아닌 연구, 제목에 환자 중심, 사람 중심, 인간 중심 관련 개념이 포함되지 않은 연구 등 533편의 연구를 1차 검토 과정에서 제외하였다. 그리고 원문 검토를 통해 환자 중심, 사람 중심, 인간 중심의 개념을 포함하지 않거나 단순히 개념을 인용하거나 서술적인 의미로 사용한 연구 28편을 추가로 제외하고 총 32편의 문헌에 대한 심층 고찰을 진행하였다(그림 2-1).

[그림 2-1] 국내 문헌 최종 선정 과정

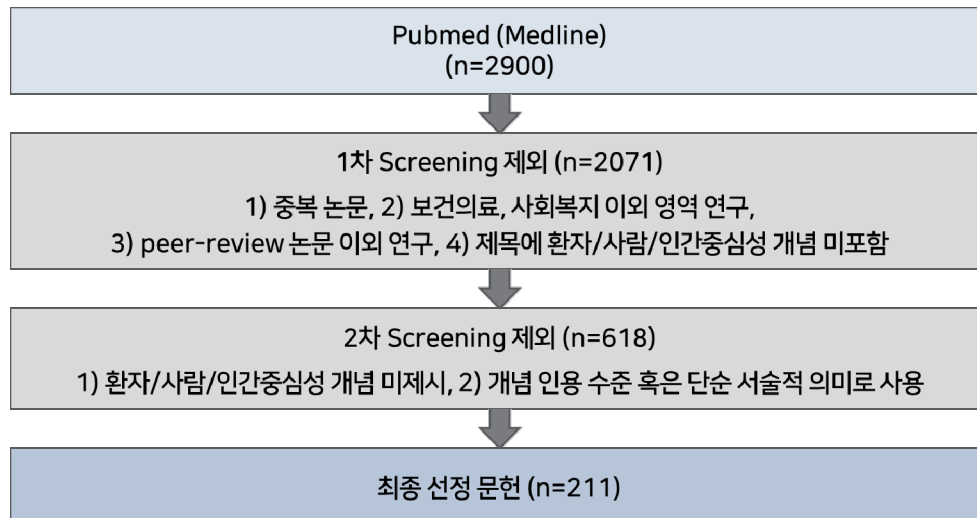


주: 연구진이 직접 작성함

2) 국외 문헌 최종 선정 결과

Pubmed(Medline)를 통해 사전에 결정된 키워드를 이용하여 검색한 연구 중 2010~2021년에 영어로 출판된 연구는 총 2,900편이다. 그중 중복된 논문이거나 보건의료 및 사회복지 영역 이외의 주제에 대한 연구, 원저 혹은 문헌 고찰 유형이 아닌 연구, 제목에 환자 중심, 사람 중심, 인간 중심 관련 개념이 포함되지 않은 연구 등 2,071편의 연구를 1차 검토 과정에서 제외하였다. 그리고 초록과 원문 검토를 통해 환자 중심, 사람 중심, 인간 중심의 개념을 포함하지 않고 있거나 단순히 개념을 인용하거나 서술적인 의미로 사용한 연구 618편을 추가로 제외하고 총 211편의 문헌에 대한 심층 고찰을 진행하였다(그림 2-2).

[그림 2-2] 국외 문헌 최종 선정 과정



주: 연구진이 직접 작성함.

제2절 환자·사람·인간 중심 의료의 개념과 적용

1. 전반적인 국내외 연구 동향

분석에 포함된 총 32편의 국내 논문 중 ‘환자(patient) 중심’이라는 용어를 포함하는 연구는 15편(46.9%), ‘인간(people) 중심’이라는 용어를 포함하는 연구는 18편(56.3%)으로 비슷한 분포를 보인 반면, 211편의 국외 논문 중에는 ‘환자(patient) 중심’ 용어를 포함하는 연구가 149편(70.6%)으로 가장 많았고, ‘사람(person) 중심’ 용어를 포함하는 연구가 60편(28.4%)으로 뒤를 이었으며, ‘인간(people) 중심’ 용어를 포함한 연구는 3편(1.4%)으로 적었다(표 2-1).

연구 방법에 따른 유형을 구분해 보면, 국내 연구는 양적 연구 방법론을 적용한 연구가 20편(62.5%)으로 가장 많았고, 그 외의 질적 연구, 문헌 연구, 혼합 연구는 모두 4편(12.5%)씩으로 확인된 반면, 국외 연구는 문헌 연구의 비율이 114편(54.0%)으로 가장 많았고, 질적 연구가 50편(23.7%), 혼합 연구가 28편(13.3%)으로 뒤를 이었으며,

양적 연구는 19편(9.0%)으로 가장 적었다.

이와 같이 연구 유형에서 차이가 크게 나타나는 이유는, 연구에서 환자, 사람, 인간 중심의 개념을 포함하는 연구들의 경우 국내는 해당 개념을 바탕으로 사람 중심 혹은 인간 중심 케어의 적용에 미치는 영향 요인을 살펴보고자 한 연구가 15편(46.9%)으로 가장 많았던 반면, 국외 연구에서는 해당 개념을 정립하거나 비교하려는 목적으로 진행된 연구가 68편(32.2%)으로 가장 많이 선정되었고, 측정 도구를 개발하거나 현장에 적용하여 분석한 연구가 그다음으로 많았기 때문이다.

한편 연구가 진행된 배경은 국내외 모두 의료기관이 각각 28편(87.5%), 139편(65.9%)으로 가장 많았으며, 그 외에 구분 가능한 특성을 살펴볼 수 있는 배경으로는 노인요양시설 등의 요양기관이 많았다.

〈표 2-1〉 분석 대상 연구의 특성

(단위: 편, %)

구분		국내 학술지(n=32)		국외 학술지(n=211)	
		논문 수	비율(%)	논문 수	비율(%)
사람 중심성 개념*	환자(Patient) 중심성	15	(46.9)	149	(70.6)
	사람(Person) 중심성	0	(0.0)	60	(28.4)
	인간(People) 중심성	18	(56.3)	3	(1.4)
연구 유형 (연구 방법)	양적 연구	20	(62.5)	19	(9.0)
	질적 연구	4	(12.5)	50	(23.7)
	문헌 연구	4	(12.5)	114	(54.0)
	혼합 연구	4	(12.5)	28	(13.3)
연구 내용*	개념, 모델, 프레임워크 제시	12	(37.5)	68	(32.2)
	측정 도구 개발 및 활용	4	(12.5)	34	(16.1)
	효과 평가	3	(9.4)	21	(10.0)
	장애 혹은 촉진 요인	15	(46.9)	90	(42.7)
연구 장소* (배경, 환경)	지역사회	0	(0.0)	7	(3.3)
	의료기관	28	(87.5)	139	(65.9)
	요양기관(노인, 장애인 등)	2	(6.3)	25	(11.8)
	기타	4	(12.5)	51	(24.2)

주: 연구진이 직접 작성함. *중복 가능

국내 문헌은 간호학 영역에서 출판된 연구 논문이 다수를 차지했으며, ‘인간 중심 간호’ 혹은 ‘인간 중심 돌봄’을 핵심 주제로 하여 측정 도구의 타당성을 검증하고 간호 학

은 돌봄 현장의 제공 과정에서 인간 중심 간호와 돌봄을 위한 영향 요인을 탐색하고자 적용한 연구가 주를 이루었다.

특히 간호와 간병, 돌봄 등 복합적 필요도가 있는 대상자 혹은 그러한 서비스가 제공되는 환경에 대한 연구가 다수로, 중환자실 환자(강지연 외, 2018; 강지연, 신은자, 2019; 장명선, 김성재, 2019; 전꽃비, 박미현, 2021; 최승혜, 2020; 홍희진, 강지연, 2018)나 요양병원(김소분, 박영례, 2019; 박은미, 2018; 사공혜, 이가연, 2016; 이미경, 정향미, 2019; 이진숙, 이소영, 2020; 장희경 외, 2018), 요양시설(김은미, 신주현, 2020) 등의 환경에서 이루어지는 인간 중심 혹은 환자 중심 치료와 돌봄 관련 주제로 구성되었다. ‘환자 중심’과 ‘인간 중심’이 키워드로 활용된 연구의 비율은 유사했으나 각 개념의 구분은 명확하지 않고 대체로 혼용되는 것으로 나타났다.

한편 국외 문헌은 영역이 더 다양하기는 했으나 대체로 간호와 간병, 돌봄 등 복합적 필요도가 있는 환경이나 대상에 대한 연구가 많이 진행되어 온 경향은 국내 문헌에서 관찰된 결과와 유사했다. 문헌 고찰을 주요 방법론으로 진행한 문헌 연구를 제외하고는 치료나 요양, 돌봄 등 케어 제공 현장에서의 이행(practice)에 대한 연구가 다수를 이루었으며, 중증질환 환자, 만성질환 환자 혹은 노인 등 임상적인 치료뿐만 아니라 장기간 혹은 정기적인 요양·돌봄 제공이 함께 필요한 현장의 대상에 대한 연구가 많았다.

고찰 대상으로 포함된 연구 중에는 ‘patient-centered’ 개념을 주요 핵심어로 다루는 연구가 가장 많았으나 점차 ‘person-centered’의 개념이 확대되어 함께 다루는 연구도 진행되고 있었다. ‘people-centered’의 개념을 다루는 연구는 많지 않았다. 국내 간호학 연구의 영역에서 주로 ‘인간 중심 케어’라는 핵심어를 포함하고 있는 것과 달리 국외 문헌 중 ‘people-centered’의 개념을 언급하는 경우는 보다 상위 차원의 보건의료체계 전반의 관점을 다루고자 하는 시도의 접근이 확인되었다.

일부 문헌 리뷰 연구에서 ‘patient-centered’와 ‘person-centered’의 개념을 비교하거나 구분해서 정리하여 제시하고 있었으나 대부분의 연구에서는 각 개념이 명확하게 구분되지 않고 혼용되고 있었으며, 특히 보건의료 현장에서 제공되는 서비스의 관점이나 지향하는 방향성이 환자 혹은 이용자의 관점을 강조하거나 중심을 두고 있다는 개념을 전략적으로 제시하기 위하여 일종의 수식어에 가까운 관용구처럼 사용하는 경우가 대부분으로 실제 환자 혹은 사람 중심성에 대한 개념과 가치를 강조하거나 모형을 제시하는 연구는 많지 않았다.

또한 일부 환자 중심 혹은 사람 중심의 개념을 정립하거나 구성 요소, 내포된 가치 등을 정리하여 제시하고자 하는 문헌은 대체로 문헌 연구 성격의 연구가 많아 서비스 제공 모형으로서의 구체적인 접근 방향이나 전략을 제시하기보다는 주로 철학적 개념을 정리하는 정도에 그치고 있었다. 한편 환자와 의료 공급자의 경험을 평가하거나 구조적 모형 혹은 프레임워크의 일부 구성 요소를 적용하고자 시도했던 연구는 주로 질적 연구 혹은 혼합 연구 방법론으로 진행된 연구가 다수였으며, 양적 연구 방법론을 적용하여 수행된 연구는 많지 않았으나 대체로 환자 중심 혹은 사람 중심성을 측정하기 위한 도구 개발이나 적용, 각 구성 요소에 대한 평가나 검증 연구가 주를 이루었다. 양적 연구 방법론을 적용한 연구의 다수는 ‘patient·person·people-centered’의 개념이 단순한 서술 의미로 활용되거나 다른 문헌 혹은 이론을 통해 정립된 정의나 개념을 인용하는 정도로 활용된 문헌이었기에 해당 개념을 정립하거나 제시하기 위한 프레임워크를 포함하는 연구를 중심으로 최종 고찰 문헌을 선정하는 본 연구의 문헌 선정 과정에서 대부분 제외되었다.

2. 환자·사람·인간 중심성의 개념과 가치적 요소

관련 개념에 대한 논의에서 가장 먼저 등장하였고 가장 많은 연구가 진행된 ‘환자 중심(patient-centered)’이라는 용어를 포함하는 개념이나 프레임워크를 제시한 선행 연구들의 사례를 종합해 보면, 가장 많이 인용되는 개념에 대한 정의는 미국 의학연구원(IOM: Institute of Medicine)이 2001년 발표한 「Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century」에서 정립된 ‘환자 중심 케어(patient-centered care)’였다. 2001년 미국 IOM에서는 보건의료서비스의 질을 구성하는 여섯 가지 핵심 요소 중 하나로 ‘환자 중심 케어(patient-centered care)’를 제시하였고, 환자 개인의 선호와 필요도, 가치를 존중하고 이에 대응하는 서비스를 제공하며 모든 임상 의사결정 과정에 환자의 가치가 보장되도록 하는 것이라고 정의하였다.

이러한 환자 중심 케어의 관점은 전통적인 의학적 관점과 다음과 같이 비교될 수 있다(표 2-2). 전통적인 의학적 관점에서는 환자의 개인적 특성을 고려하기보다 의료 전문가인 공급자가 질병의 특성을 기준으로 전문 지식과 권위에 기반하여 임상 의사결정

을 하고 그에 대한 환자들의 순응도를 향상하기 위한 노력이 강조되었다. 또한 표준화된 임상 진료 지침에 따라 평균적인 수준의 건강 결과를 향상하고 이러한 진료행위와 과정에 기반한 평가가 중요하게 이루어졌다. 반면, 환자 중심 케어가 강조되는 보건의료 현장에서는 환자가 가진 건강 문제의 특성을 포함하여 환자 개인의 경험과 가치, 선호 등의 특성을 모두 반영하여 상호 소통과 참여를 통해 함께 진료나 서비스 제공의 방향을 결정하고 환자가 직접 인식하는 건강 결과를 향상할 수 있는 방향으로 서비스를 지속하며, 평가 또한 환자가 인식한 진료 결과의 중요성에 기반하여 이루어져야 함이 강조된다.

〈표 2-2〉 전통적인 의학적 관점과 환자·사람 중심 케어의 관점

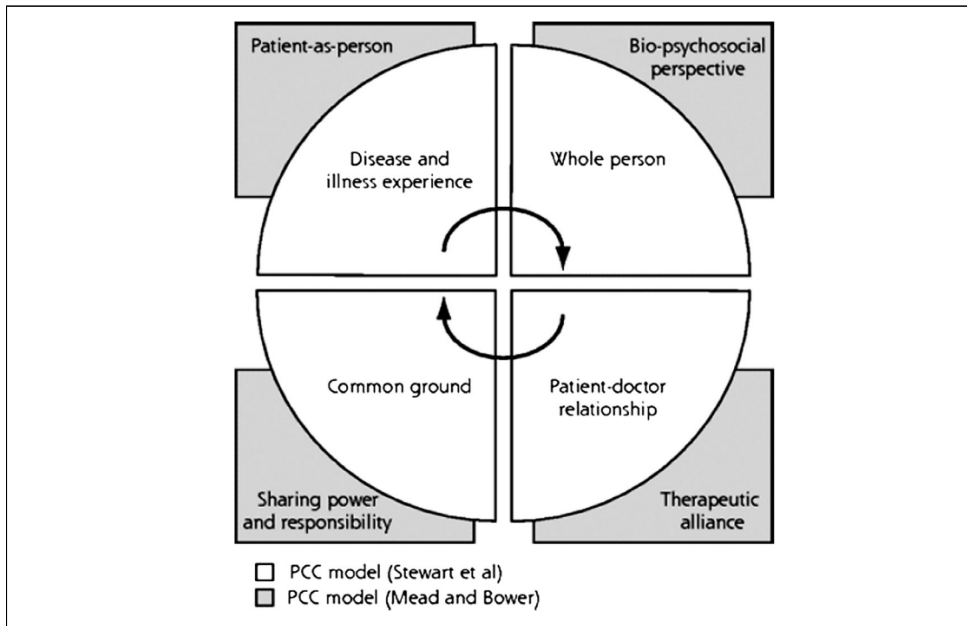
구분	전통적인 의학적 관점	환자 중심 케어의 관점
관점	공급자 중심	환자 중심
의사결정	질병의 특성에 기반한 진료 의사결정	환자의 특성에 기반한 진료 의사결정
평가	진료행위와 과정에 기반한 평가	환자가 인식하는 진료 결과의 중요성에 기반한 평가
수용	공급자 의사결정에 대한 순응도 증시	환자의 선호와 가치를 바탕으로 한 참여 의사결정
케어 목표	평균적인 수준에서의 건강 결과 향상 목표	개별 환자 수준에서의 건강 결과 향상 목표

자료: Sacristán. (2013). Evidence based medicine and patient centered medicine: some thoughts on their integration. *Revista Clínica Española*, 213(9), 460-464. 저자 재구성.

즉, 환자 중심 케어에서 환자와 의료진은 동등한 위치에서 서로 다른 관점과 지식, 요구, 우려를 공유하는 상호 협력적인 관계이다. 환자가 결정된 대안에 단순히 순응하는 것이 아니라 본인의 가치에 따라 선호하는 대안의 선택에 대한 의사결정을 하는 소비자로 인식되면서 ‘환자 만족도’, ‘다양한 대안의 제시와 비교’, ‘질 높은 서비스에 대한 요구’ 등의 개념이 강조되었으며, 이러한 소비자의 요구를 충족하기 위한 충분한 정보 제공에 대한 필요성도 높아졌다(Bardes, 2012; Gabutti et al., 2017; Jaensch et al., 2019). 한편 환자를 소비자로 인식하는 경우 주로 의사결정과 선택의 가치를 비용 최소화와 효율화에 초점을 두는 반면, 환자 중심 케어에서는 환자의 역량 강화에 기반한 합리적인 의사결정을 할 수 있는 주체로 인정한다는 점에서 환자와 소비자의 개념을 구분하기도 한다(Gusmano et al., 2019).

환자 중심 케어의 개념은 점차 다양한 환경에 적용되면서 케어 제공 과정에서 중요하게 인식되는 가치 요소와 갖추어야 하는 조건, 접근 전략 등을 도출하기 위한 시도와 함께 다양하게 연구되어 왔다. 특히 환자의 필요도에 따라 질병 예방부터 치료, 재활에 이르기까지 포괄적인 진료의 기반이 되고 지속적인 의료 이용이 이루어지는 일차의료 현장을 중심으로 환자 중심 케어 개념의 발전이 앞서 이루어져 왔다(Brickley et al., 2020). Hudon et al.(2011)은 Stewart et al.(2003)의 연구와 Mead and Bower(2000)의 연구를 통합하여 일차의료 현장의 환자 중심 케어에 대한 개념 모형을 제시하였으며(그림 2-3), 이는 일차의료 외에도 다양한 영역의 환자 중심 케어 접근을 평가하고 전략적 가치 요소를 도출하는 많은 연구에 적용되고 활용되어 왔다(Fastenau et al., 2019; Tralongo et al., 2011). Langberg et al.(2019)는 환자 중심 케어의 실현을 위해 '연계 의료(coordinated care)'의 개념이 추가되어야 함을 강조하였다.

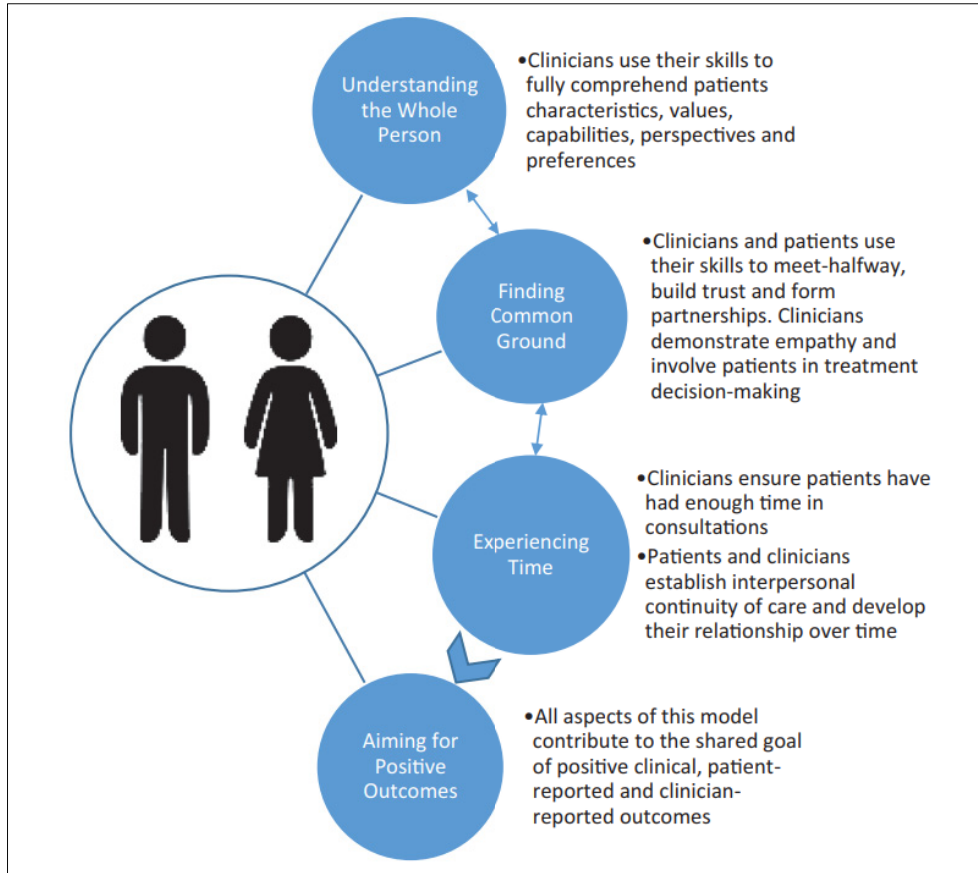
[그림 2-3] 환자 중심 케어 모델



자료: Hudon et al. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*, 9, 155-164; Brickley et al. (2020). A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review. *Family Practice*. p. 155 재인용.

Brickley et al.(2020)은 2003년부터 2018년까지 일차의료 현장의 환자 중심 케어에 대한 개념을 다루고 있는 연구 중 Hudon et al.(2011)의 개념 모형에서 제시한 네 가지 영역 가운데 세 가지 이상을 다루는 연구를 선정하여 포괄적 문헌 고찰을 하였고, 그 결과 네 가지 핵심 주제(① understanding the whole person, ② finding common ground, ③ experiencing time, ④ aiming for positive outcomes)를 도출하였다. 첫째, ‘전인적 이해(understanding the whole person)’은 환자를 치료의 대상으로 인식하는 것이 아닌 온전한 인격체인 사람(whole person)으로 존중하고, 환자의 개인적 특성과 가치, 역량, 선호 등을 고려해야 한다는 것을 의미한다. 둘째, ‘공통기반 발견(finding common ground)’는 환자와 의료진이 상호 신뢰를 기반으로 한 협력적 관계를 구축해야 하며, 환자에 대한 배려심과 존중을 바탕으로 의사결정 참여를 적극 지원해야 한다는 의미이다. 셋째, ‘경험하는 시간(experiencing time)’은 환자가 의료진과의 진료 과정에서 상담과 질문 등을 위한 충분한 시간을 가질 수 있어야 하며, 진료의 지속성과 상호 협력 관계가 점차 강화될 수 있도록 공동의 노력을 기울여야 한다는 것을 의미한다. 마지막 ‘긍정적인 결과를 목표로(aiming for positive outcomes)’는 임상적으로 혹은 의료진이 판단하는 결과뿐 아니라 환자가 인식하고 평가하는 건강 결과가 긍정적으로 개선될 수 있도록 하는 방향이 강조되어야 함을 의미한다.

[그림 2-4] 일차의료 현장에서의 환자 중심 케어 과정



자료: Brickley et al. (2020). A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review. *Family Practice*. p. 169.

이와 같이 환자 혹은 이용자의 관점에서 평가한 환자 중심 케어의 핵심 요소는 보건의료 현장에서 이용자가 가장 우선으로 고려되는 케어 제공의 과정을 강조한다. 이용자 개인의 경험과 가치, 선호, 요구(needs)를 충족할 수 있는 개인의 특성과 맥락을 최대한 고려한 맞춤형 서비스(individualized care)가 제공되어야 하며, 이는 임상적으로 효과적이고 양질의 서비스가 제공되는 것을 기반으로 한다. 임상적인 진료의 영역 뿐 아니라 환자의 필요도에 기반하여 신체적, 정신적, 심리사회적 건강에 대한 포괄적인 서비스(holistic care)와 식생활이나 신체활동 등 생활습관의 개선과 같은 건강관리에 대한 상담을 포함하여 이용자의 자가 건강관리를 촉진할 수 있는 맞춤형 서비스

가 제공되어야 한다(Lusk & Fater, 2013; Marchand et al., 2019; Ogden et al., 2017; Sacristán, 2011; Winsor et al., 2013; Zill et al., 2015).

또한 케어 제공 과정에서 환자 혹은 이용자는 서비스 제공 현장에서 일방적으로 서비스 공급자의 의사결정에 따른 임상 의사결정을 수용하는 대상자가 아니라 상호 협력적인 관계를 기반으로 공동의 의사결정(shared decision-making)을 하며, 스스로 본인의 건강관리에 대한 책임과 권한을 가지고 적극적인 자가 건강관리를 주도할 수 있는 주체임을 인정해야 한다. 즉, ‘고유한 개인(unique individual)’, ‘사람으로서 환자(patient-as-person)’ 등의 가치와 개념이 출발이 되어야 하며, 이러한 가치가 존중될 수 있는 보건의료 현장에서 환자 혹은 이용자는 존중받는 개인 그 자체로 인정받고 필요한 도움을 지원받을 수 있어야 한다는 것이다(Bromley, 2012; Carver & Jessie, 2011; Coulter & Oldham, 2016; Kidd et al., 2011; Kuipers, Wensing, De Smet, & Teichert, 2020; Tanenbaum, 2015; Youssef et al., 2020).

한편 ‘patient-as-person’의 관점에서 한 개인이 가진 요구와 선호를 온전히 존중하고 강화하기 위한 관점의 변화로 점차 환자 중심 케어의 개념을 넘어 ‘사람 중심(person-centered)’ 케어의 개념이 강조되어 왔고 관련 용어를 사용한 연구가 확대되고 있다. 특히 간호·간병·돌봄 등 복합적 필요도가 있는 환경이나 대상, 즉 노인성 질환이나 중증질환자 등을 대상으로 사람 중심성의 개념을 강조한 연구가 활발하게 진행되어 왔다(Buetow et al., 2016; van der Eijk et al., 2013).

Buetow et al.(2016)은 파킨슨병을 앓고 있는 가상의 환자인 앤(Ann)의 진료 사례를 통해 ‘환자(patient)’ 중심 케어와 ‘사람(person)’ 중심 케어의 개념을 구분하여 설명하였다. 예를 들어, 파킨슨병 환자인 가상의 환자 앤(Ann)이 자신의 증상 완화와 기능 상실을 지연하여 삶의 질을 향상할 수 있다는 기대로 물 속에서 진행되는 보조적인 치료법을 요청하였다는 상황을 가정하였다. 이는 새로운 치료법으로 아직 명확한 치료 효과에 대한 근거가 부족하고, 치료 중 낙상 발생 시 익사 사고로 이어질 우려가 있어 상대적으로 금기시되는 치료법이다. 이러한 상황에서 ‘환자 중심’ 케어를 제공하는 의료진의 경우, 임상적인 판단에 대한 확신이 없지만 환자가 강력하게 희망한다면 이와 같은 치료법이 단기적인 치료 효과를 가져올 수 있을 것이라는 사실을 인정하고, 숙련된 물리치료사의 지도하에 안정된 상태가 유지되는 경우에 한해 권장 지침에 따라 치

료를 할 수 있다고 설명한다. 한편, ‘사람 중심’ 케어를 제공하는 의료진이라면, 최상의 진료를 제공하는 것이 도덕적인 요소를 간과해서는 안 된다는 것을 명확하게 이해한다. 따라서 환자에게 본인이 해당 치료를 시행해 본 경험이 부족하고 확신이 없다는 점을 솔직하게 설명하고, 오히려 해당 치료법을 경험해 본 환자가 의료진인 자신보다 풍부한 경험을 가지고 있으니 함께 의사결정을 할 수 있다고 설명한다. 그리고 치료를 경험했던 과정과 그 결과 등에 대한 환자의 기록을 요청하여 수집하고, 희망하는 경우 전문인력의 도움을 받아 균형과 저항 훈련에 참여할 수 있도록 권장한다. 즉, 건강 상태가 동일한 환자에게도 환자가 가진 경험과 가치, 선호 등에 기반하여 환자가 참여하는 의사결정을 통해 치료를 진행할 수 있도록 하는 것이다.

이와 같이 다양한 기관과 학자들이 환자 중심 케어와 구분되는 사람 중심 케어의 개념을 정리하고 중요성을 강조해 왔으나 여전히 다양한 관점이 존재하고 아직 명확한 단일 개념을 정리하기에는 제한적이다. 이에 환자 중심(patient-centered) 케어와 사람 중심(person-centered) 케어에서 강조되는 목표와 핵심 가치의 개념 요소를 비교한 연구들의 결과를 종합하면 <표 2-3>과 같다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016; Buetow et al., 2016; Eklund et al., 2019).

정리하면, 환자 중심 케어가 기능적 삶을 중시한다면 사람 중심 케어는 이보다 더 나아가 의미 있는 삶을 강조한다는 것이다. 즉, 환자 중심 케어의 핵심 목표가 “환자가 경험하는 고통의 수준이 감소”하고 “환자가 도움을 구하도록 유도한 요구가 충족”되는 것이라면, 사람 중심 케어에서 “환자와 다른 사람들이 자신의 삶에서 진정으로 가치 있게 여기는 것이 무엇인지에 대한 명확한 그림을 갖는 것”이 강조된다(Eklund et al., 2019).

〈표 2-3〉 환자 중심 케어와 사람 중심 케어의 목표 및 핵심 가치

구분	환자(Patient) 중심 케어	사람(Person) 중심 케어
목표(지향점)	기능적 삶(functional life) : 건강 수준 극대화	의미 있는 삶(meaningful life) : 질 높은 삶
핵심 개념	환자의 안녕	사람으로서의 존중, 상호 소통
‘사람’으로서의 존중	내포되어 있으나 ‘환자’로 먼저 인식	명확하게 드러냄
철학	사회적 규범에 따른 행동 환자로서의 권리, 의무, 기대에 기반한 행동	합리적인 판단을 하는 주체인 사람으로서의 중심성과 절대적 가치 존중
원칙	“patients come first.” 환자의 자율성 존중	“persons come first.” 윤리적으로 상호 동등한 관계 인정
케어 제공 환경	감정 절제, 엄숙한 분위기	친숙하고 인도적인 분위기
핵심 가치	<ul style="list-style-type: none"> • communication • coordinated care • empathy • engagement • holistic focus • individualized focus • relationship • respect • shared decision-making 	<ul style="list-style-type: none"> • activation • choice • communication • compassion • continuity • control • dignity • empathy • empowerment • engagement • everydayness • health literacy • holistic focus • independence • hospitality • individualized focus • integration • involvement • partnership • privacy • relationship • respect • rights • safety • trust

주: 문헌 내용을 종합하여 연구진이 직접 작성함

자료: American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. J Am Geriatr Soc, 64(1), 15-18.

Buetow, S. A., Martinez-Martin, P., Hirsch, M. A., & Okun, M. S. (2016). Beyond patient-centered care: person-centered care for Parkinson’s disease. NPJ Parkinsons Dis, 2, 16019.

Eklund, J. H. Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J. ...& Meranius, M. S. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Education and Counseling, 102, 3-11

3. 보건의료 현장에서 환자·사람·인간 중심 케어의 프레임워크

보건의료 현장에서 서비스 제공의 시작부터 끝까지 모든 관점은 환자 혹은 이용자의 건강 문제뿐 아니라 개인적인 경험과 가치, 선호 등의 특성을 기반으로 이루어져야 한다는 점이 핵심이다. 이에 환자의 특성에 따라 다른 접근 전략이 필요하다는 점도 중요하게 강조된다(Kuipers et al., 2020). 즉, 모든 환자에게 자가 건강관리를 스스로 주도할 수 있는 자원이나 역량이 보장되지 않을 수 있기에 이와 같은 환자의 특성을 충분히 고려하여 최대한 환자 관점에서 서비스 질을 향상하고 자가 건강관리 역량을 강화할 수 있는 방향으로 접근하는 것이 중요하다.

예를 들어, 본인의 건강 문제 예방과 관리를 스스로 주도하기를 희망하며 자가 건강관리를 위한 충분한 물적·인적·사회적 자원을 확보하고 있는 환자에게는 다학제적 전문가 팀을 통해 전문적인 통합 서비스를 제공하고, 이를 통해 환자의 자가 건강관리를 지원하는 것이 가장 효과적인 환자 중심 케어가 될 수 있다. 한편 정기적으로 의사를 방문하고 지속적으로 진료를 받아야 하는 만성질환자라면, 진료의 지속성이 확보되고 향상될 수 있도록, 그리고 상태 변화에 대한 지속적인 모니터링을 통해 대응할 수 있도록 기본적으로 환자를 존중하는 협조적인 진료 분위기 내에서 환자의 상태 변화에 따라 대응하고 소통할 수 있는 커뮤니케이션 기술과 체계 마련이 필요하다. 반면 커뮤니케이션 기술이나 인적·물적 자원 등 자가 건강관리를 위한 역량이 취약하여 더욱 적극적인 지원이 필요한 환자에게는 인간 존엄과 존경을 바탕으로 전문가인 서비스 공급자가 주도하여 역량을 강화할 수 있는 방향으로의 전문 진료서비스에 대한 접근성을 높이는 전략이 더 중요하다.

이와 같은 환자 중심 케어가 강조되었던 공급 모형의 사례로는 환자중심메디컬홈(Patient-Centered Medical Home, PCMH)를 배경으로 하는 연구가 다수 진행되어 왔다. 이는 1960년대 후반 소아과학에서 시작된 개념으로, 높은 접근성과 환자·가족 중심의 분위기, 조화롭고 포괄적이며 연속성을 가지는 서비스 제공, 배려하며 문화적으로 적합한 필수 의료서비스를 제공하는 기관을 목표로 한 공급 모형으로, 지금의 발전된 환자 중심 케어의 논의를 이끄는 대표적인 모형으로 참고할 수 있다.

한편 환자 중심 케어는 사람 중심 케어의 실현을 가능하게 하는 다양한 활동 중 서비스 제공이 이루어지는 현장에서의 과정을 강조한 개념으로, 사람 중심 케어의 제공 과

정에 대한 프레임워크와 핵심 전략 요소들의 범위 내에 포함된다고 할 수 있다(Liu et al., 2019). 이에 더욱 포괄적인 관점에서 보건의료 현장에서 사람 중심 케어가 실현될 수 있도록 하는 프레임워크와 적용 전략에 초점을 맞추어 살펴보면, 사람 중심 케어의 핵심 가치 요소들이 보건의료 현장에서 실현되고 실제 서비스 제공 과정에 적용되도록 하기 위해서는 환자 혹은 이용자에 대한 존경심과 배려심을 기반으로 개인 맞춤형 서비스 제공과 자가 건강관리를 포함한 의사결정 참여를 촉진할 수 있는 충분한 정보를 제공하며 소통하기 위한 핵심 전략들을 기억해야 한다(표 2-4).

〈표 2-4〉 보건의료 현장에서 사람 중심 케어의 적용 전략

핵심 전략	
<ul style="list-style-type: none"> • advocating • assessing individual/family needs • communicating • coordinated care • enablement • engagement • goal planning • individual budgets • individual care plans 	<ul style="list-style-type: none"> • information provision • listening • participation • physical environment • recognizing values • self-care support • shared decision-making • support • transitions

자료: Debra de Silva. (2014). Helping measure person-centred care: A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. *London: The Health Foundation*. p. 10. 저자 재구성.

그리고 이러한 가치가 실현되기 위해서는 서비스가 제공되는 구조와 과정, 결과의 전 관점에서 조정과 개선이 필요하다(그림 2-5).

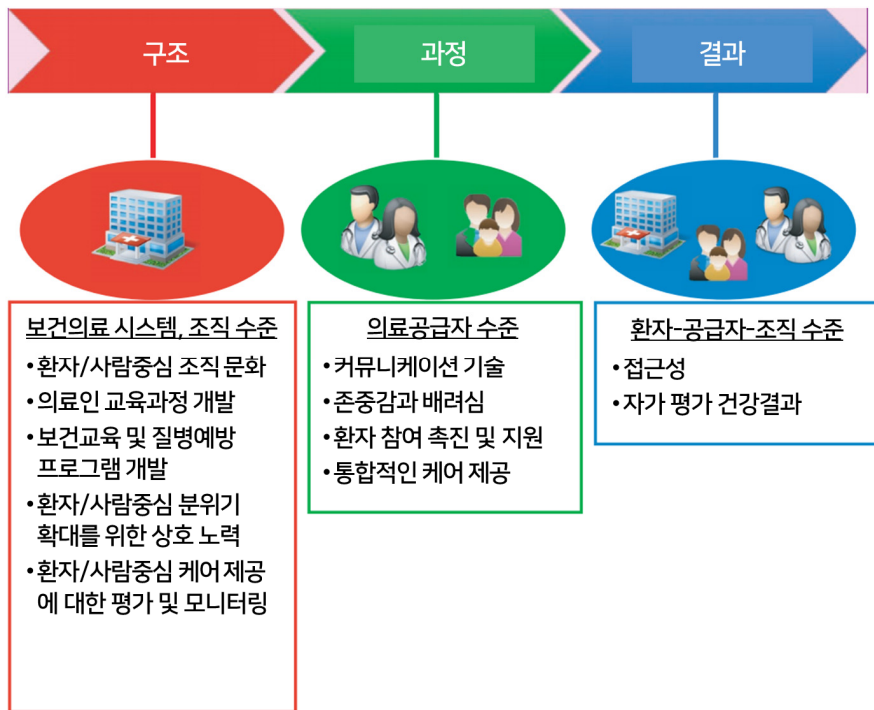
먼저, 보건의료시스템과 조직 수준을 포함한 구조적인 측면에서 환자·사람 중심성을 강조하는 조직 문화가 조성되어야 하며, 이러한 조직 문화를 기반으로 서비스 공급자에 대한 교육과 훈련이 진행되어야 한다. 또 사람 중심 가치를 기반으로 하는 임상진료 뿐 아니라 보건교육이나 질병 예방을 위한 프로그램을 개발하여 활용할 수 있도록 해야 한다. 보건의료시스템 전반, 그리고 조직 내의 모든 구성원이 환자·사람 중심 케어를 강조하는 인식을 기반으로 하는 분위기를 확대하기 위하여 상호 노력하고 지속적인 평가 및 모니터링을 통해 상호 학습할 수 있는 환경을 조성해야 한다.

서비스가 제공되는 과정 측면에서는 서비스 공급자의 커뮤니케이션 기술을 향상하기 위한 훈련이 필요하며, 환자를 고유한 가치와 선호·요구를 가진 개인인 주체로 인정

하고 존중하며 배려할 줄 아는 인식을 기반으로 참여 의사결정을 촉진할 수 있도록 지원하고, 통합적·포괄적 관점에서 서비스를 제공할 수 있어야 한다.

한편 결과 측면에서는 환자 혹은 이용자가 필요로 하는 서비스를 적시에 이용하고 원하는 방향으로 요구하며 자가 건강관리 지원을 받을 수 있는 방향으로 서비스가 제공되도록 접근성을 향상해야 하며, 환자가 직접 평가하고 인식하는 건강 결과의 향상에 초점을 맞추어 서비스가 제공될 수 있는 체계를 구축해야 한다.

[그림 2-5] 보건의료 현장의 사람 중심 케어 실현을 위한 구조-과정-결과 측면의 개선 요소



자료: Santana et al. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*, 21, pp. 429-440. 재구성.

McCance, McCormack, and Dewing(2011)이 제시한 보건의료 현장에서 사람 중심 케어 적용을 실현하기 위한 개념들에서도 유사한 관점과 개념을 강조한다(그림 2-6). 먼저, 서비스 공급자의 전문성과 커뮤니케이션 기술, 책임감과 책무성, 명확한 신념과 가치 등이 기본 전제가 되어야 하고, 서비스가 제공되는 현장에서는 환자 혹은

4. 환자·사람·인간 중심 케어의 평가 모형 및 측정

보건의료 현장에서 환자 혹은 사람 중심 케어가 제공되는 과정과 구성 요소를 측정하고 평가하는 도구로는 주로 치매 환자 등 노인 돌봄 과정의 ‘사람 중심 케어’에 대한 모형 및 평가 도구가 우선적으로 발전해 왔다. 특히 가장 많이 인용되고 활용되는 도구인 Kitwood’s framework of person-centred care(Kitwood, 1997)는 치매 환자에 대하여 사람 중심 케어의 모형을 처음으로 적용하면서 함께 개발된 평가 도구로, ‘personhood’의 개념을 가장 강조하고 중요하게 평가한다.

조직 수준의 환자 혹은 사람 중심 케어 이행을 평가하기 위한 개념적 모형인 VIPS 프레임워크(Brooker, 2007)는 환자 개인의 가치 존중, 개인 맞춤형 서비스 제공, 개인적 관점과 선호도 존중, 사람 중심 케어 제공을 가능하게 하는 사회적인 분위기 조성 등의 요소를 핵심 요소로 포함하고 있다. 또한 Planetree Self-Assessment Tool은 기관 내에서 환자 혹은 입소자 중심 문화와 역량, 자원 등의 수준을 자체적으로 평가하고 개선할 수 있도록 Planetree에서 개발한 자가 평가 도구로, 환자 중심 케어 제공을 촉진할 수 있는 환경 조성 및 역량 강화에 대한 변화의 지점을 탐색할 수 있도록 개발되었으며, 다양한 국가의 언어로 번역되어 널리 활용되고 있다(Planetree, 2014).

한편 Burke, Stein-Parbury, Luscombe, and Chenoweth(2016)에 의해 개발되어 최근 널리 활용되고 있는 Person-Centred Environment and Care Assessment Tool(PCECAT)은 조직 문화와 서비스 제공 과정, 물리적 시설 환경의 세 가지 측면에 대한 항목으로 사람 중심 케어와 케어 제공 환경을 평가한다. 조직 문화 영역에서는 사람 중심의 조직 가치와 비전, 조직 구성원의 사람 중심성에 대한 인식, 책무성 등에 대한 평가 항목을 포함하고, 서비스 제공 과정 영역에서는 환자 혹은 이용자의 자가 건강관리 지원과 개인적 특성에 대한 고려, 존엄성과 존경심 표현, 커뮤니케이션 및 관계 형성 등에 대한 항목을 평가한다. 마지막으로, 물리적 시설 환경 영역으로는 환자 혹은 이용자가 편안하게 소통하고 참여할 수 있도록 안정감과 편안한 분위기를 조성하기 위한 물리적 환경 요소를 주요 평가 항목으로 포함한다.

제3절 소결

본 연구에서는 주제 범위 문헌 고찰 방법론을 적용하여 2010~2021년의 국내외 문헌에서 환자(patient)·사람(person)·인간(people) 중심성과 이를 기반으로 한 케어 제공 등 보건의료 환경에 대하여 정립된 개념과 측정 및 평가 도구, 그에 대한 효과와 영향 요인 등을 도출하였다. 문헌들을 검토한 결과, 보건의료 현장에서 환자 중심 혹은 사람 중심 케어의 중요성이 강조되고 있었다. 또한 의료의 질 평가나 의료기관 평가의 관점에서도 환자 중심성, 사람 중심성, 반응성 등의 구성 요소가 필수 요소로 포함되고 있었다. 한편 환자중심, 사람중심 용어를 포함하는 것으로 검색된 연구의 대부분은 그 개념을 구체적으로 탐색하거나 분석틀을 제시하기보다는 보건의료 현장에서 제공되는 서비스나 보건의료제도가 환자 중심 혹은 사람 중심, 이용자 관점이 필요하다는 점을 강조하는 식으로 사용되었다. 즉, 보건의료제도 혹은 의료서비스가 지향해야 하는 원칙으로 다소 당위적으로 제시하거나 특정한 의미를 제시하지 않고 ‘환자중심적인 의료 제도’와 같이 수식하는 용어로 환자 중심 혹은 사람 중심이라는 용어를 사용하는 경우가 많았다. 반면 보건의료 현장에서 실제로 환자 중심 혹은 사람 중심 케어가 가져야 할 가치나 전략에 대하여 구체적인 논의를 진행하고 검증한 연구는 많지 않았다.

일부 연구는 전통적인 의학적 관점과 환자·사람 중심 케어의 차별성을 기술하였다. 이러한 연구들에 따르면, 전통적인 의학적 접근이 공급자 중심 관점, 질병의 특성에 기반한 진료 의사결정, 진료행위와 과정에 기반한 평가, 공급자 의사결정에 대한 순응도 중시가 주요한 특성이라면 환자·사람 중심 케어의 접근은 환자 중심 관점, 환자의 특성에 기반한 진료 의사결정, 환자가 인식하는 진료 결과의 중요성에 기반한 평가, 환자의 선호와 가치를 바탕으로 한 참여 의사결정을 특성으로 한다.

환자 중심 혹은 사람이나 인간 중심의 개념은 명확하게 구분되지 않고 대체로 혼용되고 있었다. 지금까지 제시되어 온 사람 중심 혹은 인간 중심 케어의 관점에서 가장 강조되는 가치 요소로는 환자 혹은 이용자를 존엄성, 배려, 존경심을 바탕으로 개인적인 가치와 선호, 경험을 가진 주체로 인정하고 존중해야 하고, 제공되는 서비스는 개인의 특성을 최대한 반영한 맞춤형 서비스로 개인화(personalized)되어야 하며, 조화롭게 조정될 수 있어야 하고(coordinated), 개인의 참여 의사결정을 촉진하고 자가 건강관리 역량을 강화하는 방향으로 지원할 수 있어야 한다(enabling)는 점을 공통적으로

로 들 수 있다.

한편 ‘환자 중심’, ‘사람 중심’, 혹은 ‘인간(people)’ 중심 케어의 개념이나 속성을 구분하여 설명한 일부 연구에서는 주로 ‘patient-as-person’의 관점을 강조하며 한 개인이 가진 요구와 선호를 온전히 존중하고 강화하기 위한 ‘사람 중심’ 혹은 ‘인간 중심’ 접근의 필요성을 제시하였다. 이러한 연구에서 제시하는 차이점으로는 환자 중심 케어가 기능적 삶을 중시한다면 사람 중심 케어는 이보다 더 나아가 의미 있는 삶을 강조한다는 것이다. 즉, 환자 중심 케어가 “환자가 경험하는 고통의 수준이 감소”하고 “환자가 도움을 구하도록 유도한 요구가 충족”되는 것이라면, 사람 중심 케어에서는 “환자와 다른 사람들이 자신의 삶에서 진정으로 가치 있게 여기는 것이 무엇인지에 대한 명확한 그림을 갖는 것”이 강조된다. 즉, 환자중심 케어가 건강수준 극대화를 위해 환자를 중심으로 환자의 욕구에 기반해 서비스가 제공되고 더 나아가 환자의 자율성이 존중되는 것을 강조한다면 사람중심 케어는 사람으로서의 존중 및 소통, 건강수준을 넘어 질 높은 의미있는 삶에 무게를 두는 것으로 볼 수 있다.



제3장

건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계

제1절 선행연구

제2절 지표 체계 설계 및 검토

제3절 최종 분석틀 및 지표

제 3 장

건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 체계 설계

제1절 선행연구

1. 국외 의료 질 보고 체계³⁾

의료 질을 지속적으로 보고하는 국제기구 혹은 국가 차원의 모니터링 체계를 검토하였다.

가. OECD

OECD의 보건 의료 질 지표(HCQI: Health Care Quality Indicators) 프로젝트는 보건 의료 질의 국제 비교를 위한 공통 지표의 개발 및 보고를 목적으로 2001년에 시작되었다(Mattke et al., 2006). 2006년에 제안된 OECD의 보건의료시스템 성과 평가 개념들은 한 축으로는 질(Quality), 접근성(Access), 비용(cost/expenditure)을, 또 다른 한 축으로는 생애주기에 따른 보건의료 필요 개념을 반영한 ‘건강 유지(예방 및 건강 증진)’(staying healthy), ‘질환의 치료 및 회복’(getting better), ‘질병·장애를 가지고 살기’(living with illness or disability), ‘생애 말 관리’(coping with end of life)로 구성되었다. 질은 효과성(effectiveness), 환자의 안전(patient safety), 반응성 및 환자 중심성(responsiveness/patient-centeredness)으로 구성되었는데, 의료 질의 속성으로 제시된 다른 개념들을 세 가지 개념으로 통합하였다. 즉 적절함(appropriateness)은 효과성으로, 연속성(continuity)과 수용성(acceptability)은 환자 중심성으로 포함 가능한 것으로 판단하였다(Arah et al., 2006, p. 12). 이후 Carinci et al.(2015)의 연구에서는 통합 케어의 중요성에 대한 국제적 인식을 반영하

3) 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정(2020), 『한국 의료시스템의 혁신 성과 평가』, pp. 37-62를 참고하되 일부 내용은 새롭게 추가하였다.

여 의료 질의 구성 범주 중 하나인 환자 중심성을 ‘개별 환자 경험’과 ‘통합 케어’로 분류했다. 또한 서비스 영역의 정확한 구분을 위해 ‘건강 유지’는 ‘일차 예방(primary prevention)’으로 용어를 수정하였고 ‘질병·장애를 가지고 살기’는 ‘질병·장애를 가지고 살기-만성질환 케어’로 수정했다(Carinci et al., 2015).

현재 보고되고 있는 OECD 보건의료 질 지표는 효과성 영역의 일차·이차 예방으로 전염성 질환에 대한 예방접종을, 암 치료와 관련해 유방암 검진과 자궁경부암 검진을 포함하고 있다.

효과성 영역의 치료는 급성기, 일차의료, 암 치료로 구분한다. 급성기 치료에서는 급성심근경색·허혈성 뇌졸중·출혈성 뇌졸중의 30일 원내·외 치명률, 병원 입원 후 2일 내 둔부 골절 수술을 지표로 제시하고, 일차의료에서는 항생제 처방량을 제시하며, 암 치료 영역에서는 유방암·자궁경부암·대장암 사망률과 5년 상대 생존율을 제시한다.

만성 상태와 관련해 일차의료에서는 천식·만성 폐쇄성 폐질환·당뇨·울혈성 심부전 입원과 당뇨로 인한 절단을 제시하고, 일차의료 약제에서는 당뇨 환자에게 콜레스테롤 저하제를 이용하는 것과 고혈압 약물 선택을 제시하며, 정신질환 영역에서는 정신질환 입원 환자의 원내 사망, 조현병·조울증·심각한 정신질환으로 인한 초과사망, 정신질환 퇴원 30일·1년 내 자살사망률을 제시하고 있다.

안전성과 관련해 일차·이차 예방으로 산과적 외상을, 치료 영역에서 시술 중 남겨진 이물질, 수술 후 폐색전증(pulmonary embolism)·심부정맥혈전증(deep vein thrombosis)·수술 후 패혈증(sepsis)·수술 후 창상열개(wound dehiscence)를 포함하며, 일차의료 약제 영역에서 노인 벤조디아제핀 혹은 관련 약물 장기 이용과 노인 에 대한 장기 작용 벤조디아제핀 약물 이용을 포함하고 있다.

반응성·환자 중심성은 의사(혹은 주치의)가 상담에 충분한 시간을 사용했는지, 이해하기 쉽게 설명했는지, 질문 혹은 우려를 제기할 기회를 제공했는지, 치료 결정에 환자 참여를 보장했는지와 함께 전문의 예약을 위해 4주 이상 기다렸는지, 비용 때문에 검진·치료·상담·처방 등을 못 받았는지를 포함하고 있다.

〈표 3-1〉 OECD 보건의료 질 지표

범주	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
		일차의료	항생제 처방량 세팔로스포린 및 퀴놀론계 항생제 처방률
		암 치료	유방암 사망률, 5년 상대 생존율 자궁경부암 사망률, 5년 상대 생존율 대장암 사망률, 5년 상대 생존율
	만성 상태	일차의료	천식 입원 만성폐색성폐질환(COPD) 입원 당뇨 입원 울혈성 심부전 입원 당뇨 절단
		일차의료(약제)	당뇨 환자에게 콜레스테롤 저하제 적절히 이용 당뇨 환자에게 고혈압 약물 선택
		정신질환	정신질환 입원 환자의 원내 사망 조현병, 조울증, 심각한 정신질환으로 인한 초과사망 정신질환 퇴원 30일 내/1년 내 자살사망
	안전성	일차·이차 예방	산과적 외상: 기구 사용·미사용
		치료	
일차의료(약제)			노인 벤조다이아제핀 혹은 관련 약물 장기 이용 노인 장기 작용 벤조다이아제핀 약물 이용 이용
반응성·환자 중심성		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 and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2020. 6. 12.

나. 영국의 NHSOF

NHSOF는 건강 결과에 대한 국가 수준의 책무성을 강화하기 위해 2010년에 개발되었다. 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 있다는 점에서 좋은 질의 결과를 만드는 것에 중점을 두고 있다(UKDH, 2010b, pp. 6-7). 이러한 지표 체계는 NHS 커미셔닝위원회가 보건의료서비스의 커미셔닝을 관리·감독하는 역할을 지원하는데, 이를 위해 영국의 국립보건임상연구소(National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE)는 지표들을 개선하기 위한 표준을 수립하며 이에 기반해 일반의(GP)와 병원 단위 질 평가가 이뤄진다.

영국 보건부는 NHSOF 개발의 원칙으로 책무성과 투명성, 균형, 환자와 보건의료 전문가에게 중요한 문제 반영, 우수성과 평등 증진, NHS가 영향을 줄 수 있는 결과들, 국제 비교 가능성, 시간에 따른 발전이라는 일곱 가지 원칙을 제시하였다. 구체적인 내용은 아래와 같다(UKDH, 2010b, pp. 11-12).

- 1) 책무성과 투명성: 투명성이 보장되었을 때 시스템의 효율이 상승한다는 점에서 대중에게 결과를 공개하는 것을 강조함.
- 2) 균형: NHS의 전반적인 진전을 반영할 수 있도록 균형 잡힌 결과 세트로 구성함.
- 3) 환자와 보건의료 전문가에게 중요한 문제 반영: 임상적 결과와 환자 보고 결과 측정(Patient-Reported Outcome Measures, PROM)을 모두 포함하며 환자 경험의 측정 또한 중요하다는 것을 의미함.
- 4) 우수성과 평등 증진: 최소 수준이 아닌 우수성을 달성해 가는 것이며 취약한 집단 및 지역을 식별하여 문제를 개선할 수 있도록 지표를 선택
- 5) NHS가 영향을 줄 수 있는 결과들: NHS가 단독으로 영향을 미칠 수 있는 결과들을 지표로 고려하지만 다른 공공 서비스와의 협력이 필요한 영역 또한 포함함.
- 6) 국제 비교 가능성: OECD 국가, 유럽연합(EU) 국가들과 국제적으로 비교할 수 있는 결과 지표를 포함함.
- 7) 시간에 따른 발전: NHS를 둘러싼 환경의 변화와 새로운 지표를 개발하기 위해 소요되는 시간을 고려하여 시간이 지남에 따라 지표 체계를 발전시킴.

NHSOF는 효과성, 환자 경험, 안전성의 세 가지 범주로 구성되며, 효과성은 다시 세 영역으로 구분되어 다음과 같이 총 다섯 가지 세부 영역으로 구성된다. 1) (효과성) 조기 사망 예방, 2) (효과성) 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 증진, 3) (효과성) 질병 및 상해의 치료와 회복 지원, 4) (환자 중심성) 보건의료서비스에 대한 사람들의 긍정적인 경험 보장, 5) (안전성) 안전한 환경에서 치료하고 돌보며 피할 수 있는 위해로부터 보호. NHSOF의 특징은 영역별로 각 영역을 대표하는 총괄 지표와 개선이 필요한 영역을 반영하는 개선 영역 지표로 구성된다는 점이다(UKDH, 2010b, pp. 7-18). NHSOF의 구성과 포함되는 지표들은 아래 표와 같다.

〈표 3-2〉 영국 NHSOF 구성 및 지표

구성	지표
효과성: 조기 사망 예방	치료가능한 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 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률
	최근에 NHS 서비스를 이용한 성인의 자살 및 미확인 부상으로 인한 사망률
	영아 사망률
	아동 암 5년 생존율
효과성: 장기질환자 삶의 질	학습 장애를 가진 성인의 60세 미만 초과사망률
	장기질환을 가진 사람들의 삶의 질
	자신의 상태를 관리할 수 있다고 느끼는 사람들의 비율
	장기질환을 가진 사람들의 고용
	만성 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원
	천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)
	돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질
	정신질환이 있는 사람들의 고용
	정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질
	치매가 있는 사람들의 추정 진단율
질병 진단 후 독립 유지 및 삶의 질 향상 측면에서 치료의 효과 측정	
효과성: 질병, 퇴원	세 가지 이상 장기질환이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질
	일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원
	퇴원 후 30일 내 응급 재입원

구성	지표
상해의 치료와 회복 지원	선택적 시술(신체건강 관련, 심리치료 관련)로 인한 환자의 건강 이득
	정신질환을 앓고 있는 환자의 삶의 질 회복
	하기도 감염 아동의 응급입원
	중증외상 이후 생존
	6개월 후 활동/생활습관(수정된 랭킨 척도, mRS)이 개선된 뇌졸중 환자 비율
	고관절 골절 후 운동·보행 능력을 회복한 환자의 비율(30일 차, 120일 차)
	재활서비스로 퇴원 후 91일에 집에 있는 노인(65세 이상)의 비율
	급성기 혹은 지역사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율
환자 경험: 환자 경험 개선	치아우식증, 10세 이하 아동에서 입원을 통한 치아우식증 치아 발치
	일차의료 환자 경험(GP, out-of-hours services, NHS 치과 서비스)
	병원 진료 환자 경험, 외래 서비스 환자 경험, 응급의료 환자 경험
	입원 환자의 욕구에 대한 반응성
	GP 서비스, NHS 치과 서비스 접근성
	산전후 관리에 대한 여성의 경험, 아동 및 청년의 의료서비스 경험
	생애 말기 환자의 돌봄 경험
지역사회 정신건강 서비스 환자 경험, 통합의료 환자 경험	
안전성: 안전한 환경 조성	보건의료 문제로 인한 사망 및 심각한 위해(harm)
	정맥혈전증(VTE: Venous Thromboembolism) 관련 사망
	의료 관련 메티실린 내성 황색포도알균(MRSA), 클로스트리디움 디피실(C. Difficile) 발생
	범주 2, 3, 4 욕창 환자 비율
	병원 낙상으로 인한 고관절 골절
	만삭아의 입원(임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 치료실 입원)
환자 안전사고 보고 건수	

자료: NHS. (2019). NHS outcomes framework Indicators: November 2019 Release. Retrieved from <http://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/november-2019/nhs-outcomes-framework-indicators---november-2019-release> 2021. 2. 18. 재구성.

다. 미국 AHRQ의 보건의료 질 및 격차 보고서

비용 대비 가치와 의료 질의 향상을 위해 현황에 대한 평가의 중요성이 강조되면서 미국 AHRQ는 『국가 보건의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report, NHQR)』와 『국가 보건의료 격차 보고서(National Healthcare Disparities Report, NHDR)』를 개발하였다. 포함되어야 하는 보건의료 질의 영역과 조건 등 보고서의 개념적 틀을 만들기 위해 미국 AHRQ는 미국의학연구원(IOM)과 함께 작업하였고 IOM은 보건의료 질의 구성 요소(예: 효율성, 안전성, 적시성, 환자 중심성, 형평성)와 환자의 욕

구(예: 건강 유지, 개선, 질병 또는 장애와 함께 생활, 말기 대처)를 포함하는 매트릭스를 구성하였다. 또한 기관 간 실무그룹은 IOM의 권고에 따라 우선순위 조건에 기반해 프레임워크의 각 주요 영역(효과성, 안전성, 적시성 및 환자 중심성) 내에 다양한 세부 지표를 구성하였다(AHRQ, 2021).

지표 선정 과정에서 미국 AHRQ는 중요성(Importance), 과학적 건실성(Scientific soundness), 실현가능성(Feasibility)이라는 세 가지 평가 기준을 활용하였는데, 구체적인 내용은 아래와 같다(정인숙 외, 2009, pp. 17-18).

- 1) 중요성: 해당 지표로 평가되는 건강 문제가 건강에 미치는 영향이 얼마나 되는가/ 해당 건강 문제에 대한 정책 입안자와 소비자가 많은 관심을 가지고 있는가
- 2) 과학적 건실성: 측정하려는 것을 실제로 잘 반영할 수 있는 지표인가/다양한 인구 집단과 상황에서 안정된 결과를 제공할 수 있는가/지표를 지지할 만한 과학적 근거가 있는가
- 3) 실현가능성: 실제 사용 중인가/해당 정보가 실제 수집될 수 있는가/자료 수집에 드는 비용은 어느 정도인가/서로 다른 인구집단 간 비교에 사용될 수 있는가 등

NHQR은 2003년부터 매해 발간되었는데 2014년부터는 NHDR과 통합하여 『보건 의료 질과 격차 보고서(National Healthcare Quality & Disparities Report, NHQDR)』가 발간되고 있다. NHQR은 처음에는 효과성, 환자 안전, 적시성, 환자 중심성의 네 가지 영역으로 구성되었고 2006년에 효율성이, 2010년에 접근성, 의료 연계와 시스템 인프라가 추가되는 등의 변화를 거쳤다. 현재는 접근성, 환자 안전, 사람 중심 의료, 의료 연계, 의료 효과성, 건강한 생활, 지불 가능한 의료, 우선인구집단의 여덟 가지 영역에서 지표들을 보고하고 있다(AHRQ, 2021). NHQDR의 구성과 지표는 <표 3-3>과 같다.

〈표 3-3〉 미국의 2019 국가 의료 질 및 격차 보고서의 구성과 주요 지표

구성	지표
의료 접근성	<ul style="list-style-type: none"> 진료 예약(Getting Appointments for Care) 대기시간(Waiting Time) 건강보험(Health Insurance) 상용 치료원(Usual Source of Care) 환자의 필요 인식(Patient Perception of Need)
환자 안전	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료 관련 감염(Healthcare-Associated Infections) 수술 치료(Surgical Care) 기타 병원 치료 합병증(Other Complications of Hospital Care) 약물 합병증(Complications of Medicine) 출생 관련 합병증(Birth-Related Complications) 부적절한 치료(Inappropriate Treatment) 지지 및 완화의료(Supportive and Palliative Care) 홈 헬스 의사소통(Home Health Communication)
사람 중심 의료	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 환자 경험(Patient Experience of Care) 병원 의사소통(Hospital Communication) 홈 헬스 의사소통(Home Health Communication) 호스피스 케어(Hospice Care)
의료 연계	<ul style="list-style-type: none"> 의료 이송 약물 정보 예방 가능한 응급실 방문 예방 가능한 입원 홈 헬스와 너싱홈 환자의 예방 가능한 입원 편의성이 없는 잠재적 위해 서비스 잠재적으로 피할 수 있는 입원
의료 효과성	<ul style="list-style-type: none"> 암(유방암, 자궁경부암, 대장암, 기타 암) 심혈관 질환(심장 질환 예방, 심근경색 치료, 심부전 치료, 심혈관 질환 수술, 뇌졸중) 만성 신장 질환(말기 신장 질환 만성 관리) 당뇨(당뇨 관리, 당뇨 조절, 당뇨 입원) HIV/AIDS(HIV/AIDS 관리) 정신건강 및 약물 남용(우울증 치료, 약물 남용 치료) 근골격계 질환 호흡기 질환(호흡기 감염 치료, 천식 관리)
건강한 생활	<ul style="list-style-type: none"> 모성 및 아동 건강 생활습관 교정 기능 상태 유지 및 재활 지지 및 완화의료(Supportive and Palliative Care) 임상적 예방 서비스(성인 예방 서비스, 아동 예방접종, 기타 아동 예방 서비스, 전반적인 예방 서비스)
지불 가능한 의료	<ul style="list-style-type: none"> 의료비용의 재정적 부담 상용 치료원
우선인구집단	보건의료 자원과 서비스 관리-균일한 데이터 시스템 측정(임상 측정, 임상 방문, 전자건강기록)

자료: AHRQ. (2020). 2019 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.

2. 우리나라의 주요 건강 문제

우리나라에서 의료 질 개선이 필요한 건강 문제를 확인하기 위해 국가 수준에서 건강 문제를 보고한 연구들을 검토하였다.

가. 통계청 사망원인통계 자료로 본 주요 사망 원인

2021년 통계청 자료(통계청 인구동향과, 2021)에 의하면 2020년 기준 우리나라 10대 사망 원인은 악성신생물(암), 심장 질환, 폐렴, 뇌혈관 질환, 고의적 자해(자살), 당뇨병, 알츠하이머병, 간 질환, 고혈압성 질환, 패혈증 순이었다. 10대 사인은 전체 사망 원인의 67.9%이며, 3대 사인(암, 심장 질환, 폐렴)은 전체 사인의 44.9%에 해당하였다.

〈표 3-4〉 통계청 사망 원인 순위 추이(2010~2020년)

(단위: 인구 10만 명당 명, 명, %)

순위	2010년		2019년		2020년			
	사망 원인	사망률	사망 원인	사망률	사망 원인	사망자 수	구성비	사망률
1	악성신생물	144.4	악성신생물	158.2	악성신생물	82,204	27.0	160.1
2	뇌혈관 질환	53.2	심장 질환	60.4	심장 질환	32,347	10.6	63.0
3	심장 질환	46.9	폐렴	45.1	폐렴	22,257	7.3	43.3
4	고의적 자해(자살)	31.2	뇌혈관 질환	42.0	뇌혈관 질환	21,860	7.2	42.6
5	당뇨병	20.7	고의적 자해(자살)	26.9	고의적 자해(자살)	13,195	4.3	25.7
6	폐렴	14.9	당뇨병	15.8	당뇨병	8,456	2.8	16.5
7	만성 하기도 질환	14.2	알츠하이머병	13.1	알츠하이머병	7,532	2.5	14.7
8	간 질환	13.8	간 질환	12.7	간 질환	6,979	2.3	13.6
9	운수 사고	13.7	만성 하기도 질환	12.0	고혈압성 질환	6,100	2.0	11.9
10	고혈압성 질환	9.6	고혈압성 질환	11.0	패혈증	6,086	2.0	11.9

자료: 통계청 인구동향과. (2021. 9. 28.). 2020년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료.

https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=403046&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt에서 2021. 3. 2. 인출.

사망 원인 가운데 2010년 대비 사망률이 증가한 것은 알츠하이머병(257.6%), 패혈증(217.2%), 폐렴(190.9%), 심장 질환(34.3%), 고혈압성 질환(23.6%) 등이었으며, 사

망률이 감소한 것은 호흡기 결핵(-46.0%), 운수 사고(-43.9%), 위암(-27.3%), 만성 하기도 질환(-22.4%), 당뇨병(-20.6%), 뇌혈관 질환(-19.9%) 등인 것으로 나타났다.

연령별 5대 사망 원인 중 고의적 자해(자살)를 제외한 사인은 0~19세에서 악성신생물(암), 심장 질환이 있었고, 20~39세에서는 악성신생물(암), 심장 질환, 간 질환, 뇌혈관 질환으로 나타났다. 40~69세에서는 악성신생물(암), 간 질환, 심장 질환, 뇌혈관 질환이, 70세 이상에서는 악성신생물(암), 심장 질환, 뇌혈관 질환, 폐렴, 당뇨, 알츠하이머 등이 상위 사망 원인으로 포함되었다.

〈표 3-5〉 통계청 연령별 5대 사망 원인 사망률 및 구성비(2020년 기준)

(단위: %)

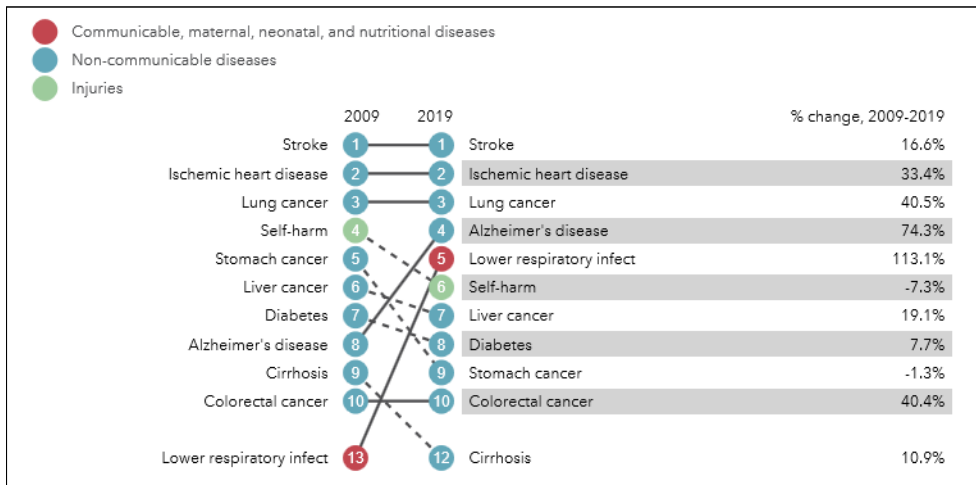
	0세	1~9세	10~19세	20~29세	30~39세	40~49세	50~59세	60~69세	70~79세	80세 이상
1위	출생전후기에 기원한 특정 병태 (48.5%)	악성 신생물 (18.0%)	고의적 자해(자살) (41.1%)	고의적 자해(자살) (54.4%)	고의적 자해(자살) (39.4%)	악성 신생물 (28.3%)	악성 신생물 (36.6%)	악성 신생물 (42.4%)	악성 신생물 (35.7%)	악성 신생물 (17.6%)
2위	선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (17.1%)	운수사고 (8.0%)	악성 신생물 (14.0%)	악성 신생물 (10.2%)	악성 신생물 (19.1%)	고의적 자해(자살) (20.8%)	고의적 자해(자살) (9.9%)	심장 질환 (8.8%)	심장 질환 (9.9%)	심장 질환 (12.4%)
3위	영아 돌연사 증후군 (8.9%)	가해(타살) (7.3%)	운수사고 (12.9%)	운수사고 (9.4%)	심장 질환 (6.0%)	간 질환 (8.2%)	심장 질환 (8.5%)	뇌혈관 질환 (6.1%)	뇌혈관 질환 (7.5%)	폐렴 (10.5%)
4위	가해(타살) (2.5%)	추락 (6.4%)	심장 질환 (3.4%)	심장 질환 (3.8%)	간 질환 (4.9%)	심장 질환 (8.0%)	간 질환 (7.9%)	고의적 자해(자살) (4.7%)	폐렴 (6.7%)	뇌혈관 질환 (8.0%)
5위	패혈증 (0.7%)	선천 기형, 변형 및 염색체 이상 (6.1%)	의사 사고 (2.1%)	뇌혈관 질환 (1.3%)	운수사고 (4.6%)	뇌혈관 질환 (5.3%)	뇌혈관 질환 (5.7%)	간 질환 (3.9%)	당뇨병 (3.3%)	알츠하이머병 (4.4%)

주: 연령별 사망 원인 구성비 = (해당 연령의 사망 원인별 사망자 수 / 해당 연령의 총사망자 수) × 100
 자료: 통계청 인구동향과. (2021. 9. 28.). 2020년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료. p. 8 표를 일부 재구성함.

나. IHME의 국제질병부담 연구

미국 워싱턴대학교 건강영향측정평가연구소(Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME)의 국제질병부담(GBD: Global Burden of Disease) 연구에 따르면 2019년 우리나라의 조기사망으로 인한 질병부담 기여 질환 1위는 뇌혈관 질환이었으며, 이어서 허혈성 심장질환(2위), 폐암(3위), 알츠하이머병(4위), 하기도 감염(5위) 순으로 높았다. 2009년 대비 순위가 증가한 질환은 ‘알츠하이머병(8위 → 4위)’, ‘하기도 감염(13위 → 5위)’이었다(Vollset et al., 2020).

[그림 3-1] 우리나라 조기사망으로 인한 질병부담 순위(2009년, 2019년)



자료: IHME. (2021). What causes the most deaths? Retrieved from <http://www.healthdata.org/south-korea> 2021. 11. 20.

GBD 데이터를 활용하여 우리나라의 주요 원인별 손실연수를 살펴보면, 2019년 기준으로 전체 집단에서 허혈성 심장 질환, 기관지 및 폐암, 위암, 결장 및 직장암, 하기도 감염, 알츠하이머병 및 기타 치매, 췌장암, 만성 폐쇄성 폐 질환, 추락, 유방암 등의 순으로 손실연수가 컸다. 이 중 기타 악성 신생물은 2011년 대비 손실연수가 증가하였다.

사망 원인으로 인한 손실연수는 연령대별로 다를 수 있으므로 20세 미만 소아·청소년, 성인과 65~74세 노인⁴⁾으로 구분해 주요 원인별 손실연수를 살펴보았다. 소아·청소년에서 손실연수가 높은 사망 원인은 2019년 기준으로 기타 악성 신생물, 뇌 및 중

추신경계 종양, 의사, 추락, 하기도 감염, 영아 돌연사 증후군, 특발성 간질, 기타 신경계 장애, 내분비·대사·혈액 및 면역 장애, 백일해 순으로 높았다. 주요 원인 중 2011년 대비 증가한 사망 원인은 없었다.

성인에서는 허혈성 심장 질환, 위암, 기관지 및 폐암, 결장 및 직장암, 유방암, 추락, 췌장암, 기타 악성 신생물, 알코올 사용 장애, 뇌 및 중추신경계 종양 등의 순으로 손실연수가 컸다. 이 중 뇌 및 중추신경계 종양으로 인한 손실연수가 증가하였다. 노인에서는 기관지 및 폐암, 허혈성 심장 질환, 위암, 결장 및 직장암, 췌장암, 하기도 감염, 알츠하이머 및 기타 치매, 담낭 및 담도암, 만성 폐쇄성 폐 질환 등의 순으로 손실연수가 컸다. 주요 원인 중 2011년 대비 증가한 사망 원인은 없었다(IHME, n.d.).

〈표 3-6〉 IHME의 GBD에서 손실연수 상실 상위 원인(2019년)

순위	전체	소아·청소년(20세 미만)	성인(20~54세)	노인(65~74세)
1	Ischemic heart disease	Other malignant neoplasms	Ischemic heart disease	Tracheal, bronchus, and lung cancer
2	Tracheal, bronchus, and lung cancer	Brain and central nervous system cancer	Stomach cancer	Ischemic heart disease
3	Stomach cancer	Drowning	Tracheal, bronchus, and lung cancer	Stomach cancer
4	Colon and rectum cancer	Falls	Colon and rectum cancer	Colon and rectum cancer
5	Lower respiratory infections	Lower respiratory infections	Breast cancer	Pancreatic cancer
6	Alzheimer's disease and other dementias	Sudden infant death syndrome	Falls	Lower respiratory infections
7	Pancreatic cancer	Idiopathic epilepsy	Pancreatic cancer	Alzheimer's disease and other dementias
8	Chronic obstructive pulmonary disease	Other neurological disorders	Other malignant neoplasms	Gallbladder and biliary tract cancer

4) IHME의 GBD 데이터는 연령집단을 몇 가지로 구분하여 데이터를 제공하고 있는데, 성인에 해당하는 연령으로는 20~54세 집단이 있으며, 노인은 65~74세, 75세 이상으로 구분한다. 본 연구가 의료 질 지표를 선정하기 위해 우리나라의 주요 건강 문제를 검토하고 있고 일반적으로 회피 가능한 사망 원인에서 75세를 연령 기준으로 사용하고 있다는 점에서 노인의 경우 65~74세 연령집단에 대해 장애보정 생존연수를 살펴보았다.

순위	전체	소아·청소년(20세 미만)	성인(20~54세)	노인(65~74세)
9	Falls	Endocrine, metabolic, blood, and immune disorders	Alcohol use disorders	Chronic obstructive pulmonary disease
10	Breast cancer	Whooping cough	Brain and central nervous system cancer▲	Breast cancer
11	Gallbladder and biliary tract cancer	Fire, heat, and hot substances	Lower respiratory infections	Falls
12	Other malignant neoplasms ▲	Encephalitis	Non-Hodgkin lymphoma	Esophageal cancer
13	Hypertensive heart disease	Non-Hodgkin lymphoma	Cervical cancer	Prostate cancer

주: ▲ 2011년 손실연수 대비 증가
 자료: IHME. (n.d.). GBDx. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> 2021. 11. 5.

GBD 연구는 사망 및 상병을 동시에 보여 주는 단일 건강 수준 측정 지표로서 장애 보정 생존연수(DALY: Disability Adjusted Life Year)를 개발하였으며, 국제적 관점 속에서 전 세계 질병부담을 산출하고 있다(윤석준 외, 2016). GBD 데이터를 활용하여 우리나라의 주요 원인별 장애보정 생존연수를 살펴보면, 2019년 기준으로 요통, 기타 근골격계 질환, 추락, 허혈성 심장 질환, 기관지 및 폐암, 연령 관련 및 기타 청력 상실, 알츠하이머병 및 기타 치매, 만성 폐쇄성 폐 질환, 불안 장애, 위암, 내분비·대사·혈액 및 면역장애, 결장 및 직장암, 알코올 사용 장애 순으로 높았다. 이 중 기타 근골격계 질환과 연령 관련 및 기타 청력 상실은 2011년 장애보정 생존연수 대비 증가하였다.

질환으로 인한 부담은 연령대별로 다를 수 있으므로 20세 미만 아동·청소년, 성인과 65~74세 노인으로 구분해 주요 원인별 장애보정 생존연수를 살펴보았다. 소아·청소년의 주요 원인별 장애보정 생존연수를 살펴보면, 2019년 기준으로 불안 장애, 요통, 여드름, 바이러스성 피부 질환, 행동장애, 천식, 식이철 결핍증, 추락, 내분비·대사·혈액 및 면역 장애, 상기도 감염, 특발성 간질, 기타 근골격계 질환, 자폐 스펙트럼 장애 순으로 높았다. 이 중 바이러스성 피부 질환과 상기도 감염은 2011년 장애보정 생존연수 대비 증가하였다.

성인의 장애보정 생존연수에서는 허리 통증, 기타 근골격계 질환, 추락, 알코올 사용 장애, 불안 장애, 내분비, 대사, 혈액 및 면역 장애, 정신분열증, 경부통, 허혈성 심장

질환, 위암 등의 순으로 높았다. 기타 근골격계 질환과 추락, 정신분열증, 연령 관련 및 기타 청력 상실, 기타 정신장애는 2011년 장애보정 생존연수 대비 증가하였다.

노인의 장애보정 생존연수는 기관지 및 폐암, 요통, 허혈성 심장 질환, 연령 관련 및 기타 청력 상실, 결장 및 직장암, 추락, 기타 근골격계 질환, 위암, 만성 폐쇄성 폐 질환, 알츠하이머병 및 기타 치매 등의 순으로 높았다. 기타 근골격계 질환의 장애보정 생존연수가 2011년 대비 증가하였다(IHME, n.d.).

〈표 3-7〉 IHME의 GBD에서 장애보정 생존연수 상위 원인(2019년)

순위	전체	소아·청소년(20세 미만)	성인(20~54세)	노인(65~74세)
1	Low back pain	Anxiety disorders	Low back pain	Tracheal, bronchus, and lung cancer
2	Other musculoskeletal disorders ▲	Low back pain	Other musculoskeletal disorders ▲	Low back pain
3	Falls	Acne vulgaris	Falls ▲	Ischemic heart disease
4	Ischemic heart disease	Viral skin diseases ▲	Alcohol use disorders	Age-related and other hearing loss
5	Tracheal, bronchus, and lung cancer	Conduct disorder	Anxiety disorders	Colon and rectum cancer
6	Age-related and other hearing loss ▲	Asthma	Endocrine, metabolic, blood, and immune disorders	Falls
7	Alzheimer's disease and other dementias	Dietary iron deficiency	Schizophrenia ▲	Other musculoskeletal disorders ▲
8	Chronic obstructive pulmonary disease	Falls	Neck pain	Stomach cancer
9	Anxiety disorders	Endocrine, metabolic, blood, and immune disorders	Ischemic heart disease	Chronic obstructive pulmonary disease
10	Stomach cancer	Upper respiratory infections ▲	Stomach cancer	Alzheimer's disease and other dementias
11	Endocrine, metabolic, blood, and immune disorders	Idiopathic epilepsy	Age-related and other hearing loss ▲	Pancreatic cancer
12	Colon and rectum cancer	Other musculoskeletal disorders	Tracheal, bronchus, and lung cancer	Lower respiratory infections
13	Alcohol use disorders	Autism spectrum disorders	Other mental disorders▲	Gallbladder and biliary tract cancer

주: ▲ 2011년 장애보정 생존연수 대비 증가.

자료: IHME. (n.d.). GBDx. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> 2021. 11. 5.

다. GBD 보건의료 접근성과 질(HAQ) 연구

GBD 보건의료 접근성과 질(Healthcare Access & Quality, HAQ) 연구팀은 2015년과 2016년의 GBD 자료를 이용하여 세계 195개 국가 및 지역의 보건의료 접근성 및 질 지수(HAQ 지수)를 산출하였다. HAQ 지수는 놀테와 맥키의 ‘치료를 통해 회피 가능한 사망 원인’ 목록 33개⁵⁾ 중 32개를 IHME의 GBD 사망 원인과 매핑하고 기저위험 요인을 표준화하는 방식으로 산출하였다(GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2017, GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2018).

국가들의 시스템 개선 외에도 자료 수집의 질과 분석 방법에 따라 결과가 조금씩 달라졌다. 가장 최근에 발표한 연구에서 우리나라는 90.3점으로 25위였는데 2016년 기준으로 고소득 국가의 89.8점보다 높았다. 2000년 대비 2016년 점수의 연평균 증가율도 1.21%로 고소득 국가 평균인 0.48%보다 높았다. HAQ 지수가 90점 미만인 질환들을 살펴보면, 비흑색종 피부암, 뇌졸중, 결핵, 만성 신장 질환, 당뇨·담낭 및 담도 질환, 간질, 하기도 감염, 호지킨 림프종, 자궁암·고환암, 백혈병 순으로 낮았다(GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators, 2018).

5) 놀테와 맥키의 치료를 통해 회피 가능한 사망 원인

구분 (개수)	질환
전염성, 산모, 신생아 및 영양 질환 (10)	<ul style="list-style-type: none"> • 결핵 • 설사, 하기도 및 기타 일반적인 전염병 : 설사병/하기도 감염/상기도 감염/디프테리아/백일해/파상풍/홍역 • 모성 장애 • 신생아 질환
비전염성 질환 (21)	<ul style="list-style-type: none"> • 신생물(암) : 결장암·직장암/비흑색종 피부암(편평세포암종)/유방암/자궁경부암/자궁암/고환암/호지킨림프종/백혈병 • 심혈관 질환 : 류머티즘성 심장 질환/허혈성 심장 질환/뇌혈관 질환/고혈압성 심장 질환 • 만성 호흡기 질환 • 소화기 질환 : 소화성 궤양 질환/맹장염/사타구니, 대퇴골 및 복부 탈장/담낭 및 담도 질환 • 신경학적 장애 : 뇌전증(간질) • 당뇨병, 비노 생식기, 혈액 및 내분비 질환 : 당뇨병/만성 신장 질환 • 기타 비전염성 질병 : 선천성 심장 이상
손상 (1)	<ul style="list-style-type: none"> • 의도하지 않은 손상 : 치료의 부작용

자료: GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. 자료를 참고하여 연구진이 작성함.

64 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서

[그림 3-2] 2016년 HAQ 지수 각 질환별 결과(상위 50개 국가)

	HAQ index	Tuberculosis	Diarrhoeal diseases	LRIs	URIs	Diphtheria	Whooping cough	Tetanus	Measles	Maternal disorders	Neonatal disorders	NI skin cancer (SCC)	Breast cancer	Cervical cancer	Uterine cancer	Colon cancer	Testicular cancer	Hodgkin's lymphoma	Leukaemia	Rheumatic HD	Ischaemic HD	Stroke	Hypertensive HD	Chronic respiratory	Peptic ulcer	Appendicitis	Hernia	Gallbladder	Epilepsy	Diabetes	Chronic kidney	Congenital heart	Adverse med treat.	
Iceland [1]	97	100	98	76	100	100	100	100	100	100	100	72	100	95	99	96	100	100	98	100	87	96	94	100	100	100	100	98	85	100	94	93		
Norway [2]	97	100	99	90	100	100	100	100	100	100	100	95	75	97	95	95	95	100	95	100	91	90	100	100	87	100	100	99	92	84	94	97	89	100
Netherlands [3]	96	100	97	81	100	100	100	100	100	100	80	74	97	86	97	97	100	99	97	100	100	95	100	100	100	100	99	92	84	94	97	89	100	
Luxembourg [4]	96	100	90	99	100	100	99	100	100	100	99	67	99	82	100	99	100	100	97	89	99	97	92	100	100	100	98	96	84	100	88	100	77	
Australia [5]	96	100	96	93	100	100	100	100	100	100	83	100	99	69	86	100	100	100	99	97	96	100	100	91	100	100	99	98	88	89	87	87	88	
Finland [6]	96	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	71	100	100	91	92	95	98	90	100	78	84	77	100	81	100	99	96	84	85	100	88	100	
Switzerland [7]	96	100	90	98	100	100	100	100	100	100	81	77	93	78	94	99	82	95	97	100	98	100	92	100	100	100	99	95	100	99	89	86	100	
Sweden [8]	95	100	99	86	100	100	100	100	100	100	95	73	98	86	96	88	100	94	79	100	81	90	96	100	83	100	100	98	90	86	97	92	99	
Italy [9]	95	100	99	100	100	100	100	100	100	100	86	67	98	74	100	99	96	88	67	86	99	98	70	100	100	99	92	100	99	89	89	86	94	
Andorra [10]	95	100	96	81	100	100	97	100	100	100	98	58	97	94	97	95	99	99	98	99	85	98	91	74	87	100	99	95	85	94	100	81	92	
Ireland [11]	95	97	97	85	100	100	100	100	100	100	88	73	92	89	92	89	95	95	83	97	83	99	97	95	90	100	99	94	86	100	91	80	98	
Japan [12]	94	95	90	71	100	100	100	100	100	100	100	27	100	100	92	100	92	92	95	100	99	76	99	93	98	100	100	90	100	79	84	99		
Austria [13]	94	100	99	100	100	100	100	100	100	100	89	42	89	84	96	91	95	83	95	98	87	100	74	100	99	100	100	99	97	95	80	90	73	
Canada [14]	94	100	95	81	100	100	100	100	100	100	70	57	94	79	94	92	97	100	97	91	76	93	100	93	98	100	100	99	97	82	84	79	93	
Belgium [15]	93	100	91	74	100	100	100	100	100	100	86	60	94	79	94	93	97	95	88	93	91	92	99	96	94	100	98	94	78	99	92	93	74	
New Zealand [16]	92	100	91	100	100	100	100	100	100	100	96	76	95	89	84	78	88	86	89	90	74	83	93	98	85	100	100	97	82	91	70	78	100	
Denmark [17]	92	100	90	84	100	100	100	100	100	100	79	53	87	86	91	88	98	85	99	100	97	89	100	98	75	100	98	90	84	78	86	83	95	
Germany [18]	92	100	96	83	100	100	100	100	100	100	86	66	92	83	98	94	96	96	37	89	87	97	71	100	86	100	100	95	75	91	82	88	79	
Spain [19]	92	99	98	98	100	100	100	100	100	100	88	57	84	60	87	87	79	78	83	82	100	99	96	100	100	100	98	89	100	90	90	80	84	
France [20]	92	99	89	89	100	100	100	100	100	100	84	62	89	79	87	86	90	86	69	91	100	100	98	100	100	100	99	97	79	96	99	83	63	
Slovenia [21]	91	99	100	98	100	100	100	100	100	100	97	56	83	88	93	78	84	73	94	81	95	87	68	100	88	100	95	88	93	100	100	92	51	
Singapore [22]	91	85	99	41	100	100	100	100	100	100	100	30	93	79	89	95	87	90	96	100	67	74	56	100	96	100	100	86	100	100	57	88	100	
UK [23]	90	100	94	68	100	100	100	100	100	100	78	80	85	77	93	87	99	94	96	97	85	90	84	80	76	100	87	81	71	93	100	72	84	
Greece [24]	90	96	100	90	100	100	100	100	100	100	86	64	85	78	83	81	85	72	58	100	68	77	80	100	91	100	100	100	100	100	76	74	66	
South Korea [25]	90	69	96	86	100	100	98	100	100	100	90	20	96	91	88	95	88	87	89	100	100	62	90	100	99	100	100	74	82	74	73	91	97	
Cyprus [26]	90	100	83	98	100	100	100	100	100	100	89	52	92	71	85	98	91	86	83	70	74	93	76	98	100	100	97	74	97	72	66	94	72	
Malta [27]	90	100	100	79	100	100	100	100	100	100	69	63	84	72	81	94	83	75	56	87	69	89	81	99	94	100	100	90	98	93	84	75	73	90
Czech Republic [28]	89	100	96	77	100	100	100	100	100	100	92	67	85	67	87	72	83	84	95	86	68	84	70	100	71	100	97	78	86	90	83	94	79	
USA [29]	89	100	82	58	100	100	100	100	100	100	81	67	92	100	86	99	93	96	100	79	80	66	78	55	76	95	100	99	94	100	62	54	71	70
Croatia [30]	87	86	98	97	100	100	100	100	100	100	76	38	77	92	97	71	77	86	96	86	65	58	53	100	71	100	86	82	72	93	73	76	80	
Estonia [31]	86	74	100	76	100	100	100	100	100	100	98	47	75	76	96	80	75	88	89	73	61	72	26	100	65	100	100	96	63	75	73	82	77	
Portugal [32]	86	83	91	71	100	100	100	100	100	100	92	54	80	66	79	76	72	63	34	87	100	74	92	98	95	100	96	82	94	91	76	88	75	
Lebanon [33]	86	90	75	97	100	100	90	100	100	98	60	60	85	73	77	80	72	61	46	100	57	97	78	91	100	100	100	99	89	80	66	43	73	
Taiwan [34]	85	78	91	67	100	100	93	100	88	100	80	20	91	82	86	94	87	95	100	93	87	63	61	100	77	97	100	64	75	60	55	69	83	
Israel [35]	85	100	90	73	100	100	100	100	100	99	91	62	75	73	72	68	71	58	29	79	86	82	98	91	100	100	99	89	76	84	56	88	62	
Slovakia [36]	83	97	89	61	100	100	95	100	100	100	76	48	74	73	80	74	81	77	98	83	51	61	56	98	62	100	88	73	65	88	69	65	76	
Bermuda [37]	83	100	95	69	100	100	100	100	100	100	86	52	77	61	95	87	71	60	54	98	59	60	67	84	69	73	74	99	89	73	50	77	63	
Puerto Rico [38]	83	95	81	44	100	100	100	100	100	93	63	40	83	66	100	99	86	82	79	91	61	68	50	86	96	87	97	74	74	46	36	71	54	
Poland [39]	82	80	100	74	100	100	100	100	100	100	80	53	78	33	83	50	73	68	96	72	64	69	66	100	63	99	91	92	74	81	75	68	70	
Hungary [40]	82	96	91	95	100	100	100	100	100	100	73	55	72	60	80	64	71	62	74	81	52	61	40	94	55	97	81	66	88	82	76	63	87	
Qatar [41]	82	86	89	88	100	98	100	99	97	66	53	68	50	64	59	63	41	32	100	50	87	94	82	100	100	100	100	91	71	48	46	76	63	
Montenegro [42]	81	91	96	99	100	100	75	100	100	100	67	46	69	63	73	58	62	51	46	77	58	38	98	100	82	100	100	85	98	68	55	94	63	
Latvia [43]	81	69	99	69	100	100	100	100	99	88	36	67	56	92	63	64	71	75	69	45	46	51	100	60	100	100	87	67	69	77	74	65	68	
Kuwait [44]	81	83	85	56	100	100	100	100	100	100	70	33	73	49	78	69	72	59	66	99	48	68	33	85	97	88	100	100	83	92	50	39	60	
Lithuania [45]	80	58	97	66	100	100	100	100	100	100	89	38	70	50	95	67	70	81	95	64	42	56	56	100	51	92	91	72	67	76	84	64	68	
Belarus [46]	79	61	100	83	100	100	100	100	100	100	82	35	66	59	79	63	60	58	69	58	18	41	53	100	76	94	98	83	78	93	83	52	40	
Romania [47]	78	60	73	50	100	100	100	100	92	69	43	66	61	79	72	67																		

라. 한국인 질병부담 연구 결과 검토

Yoon et al.(2016)은 2012년 기준 전 국민 건강보험 빅데이터를 이용한 장애보정 생존연수(DALY)를 측정하여 한국인의 질병부담 수준을 확인하였다. 연구 결과, 만성 질환과 같은 비감염성 질환으로 인한 질병부담이 전체의 85.21%로 대부분을 차지했고, 사고 및 손상으로 인한 질병부담은 7.77%, 감염성·모성·신생아·영양 질환은 7.02%를 차지하였다. 313개의 질환을 유사성에 따라 21개로 나누어 분석한 결과에 의하면 질병부담이 가장 큰 질환은 당뇨였고 그다음으로는 요통, 만성 폐쇄성 폐질환, 허혈성 심장 질환, 허혈성 뇌졸중 순서로 질병부담이 큰 것으로 나타났다.

한편, Yoon et al.(2016)의 연구와 관련해 한국산업진흥원(2016)에 따르면 연령대 및 성별(남/여)에 따라 질병 이환 및 부상의 관점에서 측정한 질병부담이 가장 큰 질환은 0~9세에서는 천식, 10~19세에서는 추락·굴절 및 조절장애, 20~29세에서는 교통사고·분만, 30~59세에서는 당뇨·요통, 60~69세에서는 당뇨, 70~79세에서는 허혈성 뇌졸중, 80세 이상에서는 허혈성 뇌졸중·치매인 것으로 나타났다.

〈표 3-8〉 연령대 및 성별에 따라 질병부담이 큰 질환

연령 성별	0~9	10~19	20~29	30~59	60~69	70~79	80세 이상
남	천식	추락	교통사고	당뇨	당뇨	허혈성 뇌졸중	허혈성 뇌졸중
여	천식	굴절 및 조절장애	분만	요통	당뇨	허혈성 뇌졸중	치매

자료: 한국산업진흥원. (2016. 12. 26.). 한국인 질병부담 큰 질환은 당뇨와 요통. 한국산업진흥원 보도자료. <https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=51&rowCnt=10&no1=2043&linkId=212220&menuId=MENU00100&maxIndex=00002122209998&minIndex=00001775169998&schType=0&schText=&schStartDate=&schEndDate=&boardStyle=&categoryId=&continent=&country>에서 2021. 11. 20. 인출.

제2절 지표 체계 설계 및 검토

1. 지표 체계 설계

가. 지표들의 구성 및 지표 선정의 기준과 원칙

국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 체계를 개발함에 있어 건강 결과를 중심으로 두고 개발하고자 하였다. 건강 결과를 개선하기 위해서는 구조와 과정의 개선이 필요하지만 구조와 과정에 중심을 두면 의료시스템이 궁극적으로 지향하는 목표가 불분명해지기 때문이다. 또한 의료시스템의 책무성이라는 측면에서 국가 차원에서 의료시스템이 어떤 건강 결과를 가져오는지를 모니터링하고 이러한 건강 결과를 개선하기 위한 과제들을 도출할 필요가 있다고 보았기 때문이다.

지표들의 구성 및 지표 선정에서 1) 건강 결과의 전반적인 진전을 모니터링할 수 있는 균형성을 갖추되 2) 의료시스템이 영향을 줄 수 있는 중요한 건강 문제가 반영되는 것을 원칙으로 하였다. 또한 3) 지표 체계가 평균뿐 아니라 격차를 보여 주어 개선이 필요한 영역을 확인할 수 있도록 돕는 것, 4) 최대한 간결하게 우리나라의 의료 질 수준을 알 수 있도록 지표 수는 가능한 최소화하는 것, 5) OECD 회원국을 비롯한 주요 선진국들과 국제적으로 비교할 수 있는 지표를 포함하는 것을 원칙으로 하였다. 마지막으로 현실적인 제약이라는 측면에서 6) 환경 변화와 지표의 개발 및 측정에 소요되는 시간을 고려해 지표들이 시간이 지남에 따라 발전한다는 것을 원칙으로 하였다.

나. 의료 질 개념에 근거한 개념틀 구성

앞서 살펴본 국외 의료 질 모니터링 체계를 검토한 결과를 바탕으로 의료 질 지표 체계를 효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성으로 구분하였다. 미국 AHRQ의 NHQDR 보고서는 세 가지 영역 외에도 접근성, 의료 연계, 건강한 생활, 지불 가능한 의료를 별도로 구분하고 있는데, 접근성은 건강 결과를 모니터링한다는 점에서 위의 세 가지 범주 중 효과성에 포함될 수 있으며 의료 연계는 OECD의 구분처럼 환자 중심성에 포함될 수 있다. 또한 지불 가능한 의료는 중요한 영역이지만 과정에 가까우므로 별도의 범

주로 포함하지는 않는 것으로 보았다.

효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성의 세 가지 영역으로 구분하되 영국 NHSOF 분석틀을 참고하여 효과성에서는 의료 니즈 측면을 추가로 반영하였다. 일반적으로 사람들이 의료시스템을 통해 기대하는 궁극적인 목표가 사망 예방이라는 측면에서 회피 가능한 원인으로 인한 사망을 효과성의 한 가지 영역으로 포함하였다. 사망이 의료시스템을 통해 달성할 수 있는 건강 결과의 모든 측면을 반영하지는 않는다는 점에서 OECD에서 제시한 보건의로 니즈와 관련해 만성질환과 관련된 삶의 질, 급성기 케어와 관련된 치료와 회복을 효과성의 추가 영역으로 포함하였다.

각 영역의 지표 구성에서는 앞서 제시한 균형성과 중요한 건강 문제 반영이라는 원칙을 고려하였다. 즉, 균형성 측면에서 가능한 한 각 영역의 전반적인 진전을 모니터링할 수 있는 총괄 지표를 두되 우리나라에서 중요한 건강 문제가 지표로 드러날 수 있도록 개선 영역 지표를 함께 보여 주는 방식으로 구성하였다.

〈표 3-9〉 지표 체계의 구성(안)

대분류	세분류	영역의 의미
효과성(1)*	조기 사망 예방	<ul style="list-style-type: none"> 적절한 의료 개입으로 치료가가능한(amenable to health care) 사망을 얼마나 예방하고 있는지 확인하기 위한 영역 (예: 치료가가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수 등)
효과성(2)*	만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	<ul style="list-style-type: none"> 만성질환을 가지고 있는 사람들이 정상적으로 자신의 만성질환을 관리하면서 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역 (예: 만성질환자 삶의 질 등)
효과성(3)*	질병 및 손상 치료·회복 지원	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료서비스 제공이 치료 가능한 질병 혹은 상해를 가진 사람들에게 가능한 한 최상의 건강 결과를 달성하도록 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역 (예: 30일 내 재입원 등)
환자 중심성	사람들의 긍정적인 경험 개선	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료서비스 전달 과정이 대상자(환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자)에게 얼마나 긍정적인 경험을 주었는지, 이들을 중심에 두고 있는지 확인하기 위한 영역 (예: 의료서비스 경험 및 만족도 등)
안전성	피할 수 있는 위험으로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료서비스 제공에서 추가적인 부작용이나 손상 등의 피해로부터 환자를 얼마나 안전하게 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역 (예: 환자 안전사고 보고 건수 등)

2. 지표 체계 개발을 위한 워킹그룹 운영

가. 워킹그룹 구성 및 운영

시스템 수준에서 건강 결과를 중심으로 의료 질을 지속적으로 모니터링하는 한국의료시스템 결과 프레임워크의 개발을 위해 워킹그룹을 구성하였다. 건강 결과를 중심으로 시스템 수준에서 지표 체계를 개발한다는 목적에 맞춰 관련 학회와 질 표준을 만들고 모니터링과 개선 활동을 담당하는 기관을 포함하였으며 환자와 국민의 의견을 반영할 수 있는 개인 및 단체를 포함하였다. 우선 의료 질 관련 연구자 및 실무자를 포함하기 위해 보건행정학회, 의료질향상학회, 대한예방의학회, 대한의료관련감염관리학회로부터 추천을 받았다. 관련한 보건의료 전문가와 함께 임상 현장에서 일하는 사람들이 포함될 수 있도록 했다. 학회별로 1~2인씩 추천하였고 결과적으로 총 7인이 참여하였는데, 이들은 병원 질 향상 관리(Quality improvement, QI) 실무자, 임상 현장에 종사하는 의학·간호학 실무 전문가, 보건의료정책 전문가 등으로 다양했다. 의료 질 지표 개발 및 의료 질 평가를 수행하는 분야의 전문가로는 요양급여 적정성 평가 및 의료 질 평가 지원금 업무 등을 담당하는 건강보험심사평가원, 의료기관 유형별 인증 체계 개발 및 인증 업무를 수행하는 의료기관평가인증원, 근거 기반 서비스 제공 및 임상진료 지침 개발 업무를 수행하는 보건의료연구원, 응급의료에 대한 평가 체계 및 지표 개발 등 관련 업무를 수행하고 있는 중앙응급의료센터를 포함하였다. 다음으로, 실제로 의료서비스를 경험하는 환자와 국민의 의견을 반영하기 위해 개인 및 시민 단체 대표 5인을 포함하였다.

〈표 3-10〉 한국 의료시스템 결과 프레임워크 개발 워킹그룹 구성

분류	기관	인원수
의료 질 관련 연구자 및 실무자	대한예방의학회, 대한의료관련감염관리학회, 보건행정학회, 의료질향상학회	7
의료 질 표준 개발 및 모니터링 기관	건강보험심사평가원, 보건의료연구원, 의료기관평가인증원, 중앙응급의료센터	4
환자 및 국민	환자단체 및 개인	5

주: 연구진이 직접 작성함

워킹그룹 회의를 운영하기에 앞서 프레임워크 개발을 위한 기초자료 수집 목적의 서면 자문을 실시하였다. 서면 자문은 6월 2~3주 차에 걸쳐 진행되었는데, 크게 두 가지 주제, 의료시스템의 성과 평가 접근 방식과 의료시스템 결과 프레임워크 및 지표에 대한 전반적인 의견을 수렴하였다.

서면 자문 결과를 바탕으로 워킹그룹 회의 운영 계획을 수립하였고, 3개 분과로 나누어 총 3회에 걸쳐 회의를 진행하였다. 각 분과는 5~6명으로 구성되어 있으며 의료 질 관련 연구자 및 실무자와 의료 질 표준 개발 및 모니터링 기관 관계자로 구성된 2개 분과, 환자단체 및 개인으로 구성된 1개 분과로 이루어졌다. 세 차례 실시된 분과회의에서는 서면 자문 두 번째 파트의 의료시스템 결과 프레임워크 개발과 관련하여 분석틀 개발의 핵심 원칙, 분석틀의 구성, 각 영역의 총괄 지표와 개선 영역에 대해 논의하였다.

〈표 3-11〉 워킹그룹 운영 내용

일정		추진 내용	
6월	1주 차		- 워킹그룹 자문위원 명단 확정 - '한국의료시스템의 성과 평가를 위한 의료 질 지표 개발' 워킹그룹 운영
	2~3주 차	서면 자문	- (워킹그룹 대상) 프레임워크 개발을 위한 기초자료 수집
	25일(금)		- 워킹그룹 분과별 회의 운영 계획 논의
	28일(월)	분과회의	- 워킹그룹 1분과* 의견 수렴 * 의료 질 관련 연구자 및 실무자, 의료 질 표준 개발 및 모니터링 기관 관계자
	30일(수)	분과회의	- 워킹그룹 2분과* 의견 수렴 * 의료 질 관련 연구자 및 실무자, 의료 질 표준 개발 및 모니터링 기관 관계자
7월	1일(목)	분과회의	- 워킹그룹 3분과* 의견 수렴 * 환자단체 및 개인
	2~3주 차		- 워킹그룹 3차 회의 결과 정리 및 후속 진행 사항 논의

주: 연구진이 직접 작성함

나. 논의 결과

건강 결과에 중심을 두고 시스템 수준에서 의료 질과 성과를 모니터링하는 체계를 만든다는 방향과 관련해, 결과에 중심을 두는 프레임워크가 향후 의료 질 개선을 위해 중점을 두어야 하는 정책적 개입 혹은 활동이 무엇인지, 구조와 과정에 대한 평가와 모

니터링은 무엇에 중점을 두고 이뤄져야 하는지에 대한 논의로 이어져야 한다는 원칙적 동의가 이뤄졌다. 지표의 핵심 원칙과 관련해 질병부담 및 임상 현장의 필요성 등 우선 순위의 반영, 환자와 국민의 참여, 최신의 최상의 이용 가능한 과학적 근거 기반에 대한 의견이 제기되었다. 또한 프레임워크의 역할과 관련해 의료 자원 배분의 합리성, 의료시스템의 지속성 및 공공성, 의료정책의 합리성에 기여할 수 있어야 한다는 의견이 제기되었다.

‘프레임워크의 핵심 영역’ 부분에서 제시된 다섯 가지 영역과 관련해 적시성, 접근성, 포괄성, 지속성 등의 영역이 추가 제안되었다. 다만 이러한 영역이 다섯 가지 영역에 포함될 수 있는 부분은 아닌지, 별도의 지표 구성이 필요한 영역인지 검토가 필요하다고 논의하였다. 또한 효과성과 안전성의 정확한 구분이 필요하다는 의견이 제기되었으며, 의미가 더 명확히 드러나도록 용어를 수정해야 한다는 제안이 있었다. 영역의 구조와 관련해 총괄 지표라는 용어에서 ‘포괄’과 ‘궁극’이라는 의미가 잘 드러나야 한다는 의견과 함께 총괄 지표에 개선 영역 지표의 값이 반영되어 희석되지 않도록 지표가 마련되어야 한다는 의견이 제시되었다. 개선 영역 지표와 관련해 개선이 필요한 부분을 반영하는 지표와 함께 모니터링이 필요한 지표가 함께 포함되어야 한다는 의견이 제기되었다.

각 영역별 지표 구성과 관련해 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방)의 경우, 총괄 지표는 생애주기별로 구분하되 전 연령을 포괄해야 한다는 의견이 제기되었다. 또한 사망률, 건강수명, 기대여명 등이 총괄 지표로 제안되었다. 개선 영역의 지표로는 백신으로 예방 가능한 감염성 질환들을 포함할 필요가 있다는 의견과 함께 비감염성 질환의 질병부담이 크고 유병률이 높다는 점이 제기되었다. 암, 심장 질환, 호흡기 질환 사망률 등이 포함되어야 한다는 의견과 함께 암의 경우 현재 개발된 치료제로 사망률을 개선할 수 있는 암종이 포함되어야 한다는 의견이 제기되었다.

2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선)에서는 지표 측정 시 ‘만성질환’에 대한 정의를 명확히 해야 한다는 의견이 있었고, 용어를 치료와 관리가 필요한 질환 혹은 장기질환으로 바꾸는 것에 대한 제안이 있었다. 총괄 지표와 관련해 만성질환자의 삶의 질 외에 만성질환으로 인한 삶의 질 감소가 총괄 지표로 제안되었다. 개선 영역 지표로 정신질환이나 일부 감염성 질환처럼 사회에서 차별을 당할 수 있는 질환이 포함되어야 한다는 의견과 함께 정신질환자의 고용률, 만성질환자의 우울증 유병

를, 정신질환자의 삶의 질, 합병증 및 질환 악화 발생률, 예방 가능한 질환으로 인한 입원 등이 제안되었다.

3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원)의 총괄 지표로 퇴원 후 30일 내 응급 재입원 외에 위험도 표준화 재입원비, 계획되지 않은 입원, 지역사회 보건의료체계로 이관, 재활 치료 연계 등이 총괄 지표로 제안되었다. 재입원의 경우 의료시스템의 비효율성과 효과성을 동시에 보여 주는 지표임을 고려해야 한다는 의견이 있었다. 개선 영역 지표로는 응급의료시스템 관련 지표에 대한 검토가 필요하다는 의견과 함께 소아·청소년의 급성질환으로 인한 응급입원, 수술 후 폐렴 발생 비율, 수술 후 합병증, 환자 보고 결과 지표 등이 제안되었다.

4영역(환자 중심성·반응성: 사람들의 긍정적인 경험 개선)에서는 입원과 외래에서의 환자 경험만으로 총괄 지표가 구성될 경우 전체 영역을 아우르지 못한다는 의견과 함께 환자의 치료 만족률/불만율, 의료 이용 전·중·후 환자 및 일반인이 느끼는 의료서비스 경험이 총괄 지표로 제안되었다. 개선 영역으로 중증 환자의 입원 서비스 평가, 의원 환자 경험, 진료 과정 및 결과 설명 외에 환자가 자신들이 받은 의료서비스에 대해 얼마나 이해했는지 등이 포함되어야 한다는 의견이 제기되었다. 또한 회진, 예약진료 서비스 이용 경험, 협진 이용 경험, 취약계층을 위한 서비스 지원 등에 대한 평가가 필요하다는 의견이 제시되었다.

5영역(안전성: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄)의 경우 결과 지표가 아닌 비예측 사망이나 위해 사건에 대한 감시 및 내부 체계 구축 운영, 환자 안전 보고 체계 운영 및 개선 활동 전개 등 구조, 과정 지표에 대한 평가가 필요하다는 의견이 제기되었다. 총괄 지표로 환자 안전사고, 병원 내 감염, 환자 안전 사고 보고 건수 중 적신호 사건 수, 중대한 사고에 대한 의료 사고 분쟁 건수, 새로운 입원 혹은 입원 기간의 연장이 제안되었다. 개선 영역으로는 낙상 및 욕창 발생률, 다재내성균 등 감염률, 약제 사고 건수, 수술·시술 후 합병증 발생률 등이 제안되었다.

이 외에도 ‘우리나라 의료시스템이 지향해야 하는 목표’로 “건강형평성, ‘공급자 중심’에서 ‘이용자 중심’으로의 변화, 생애주기 전반에서 건강의 존엄성 유지” 등이 의견으로 제시되었고, 우리나라 의료시스템이 가진 문제점으로는 “진료 과목 편중 현상에 따른 양질의 의료인력 부족, 공급자 중심의 의료시스템 특성으로 인해 지표 개선 단계에서의 수요자 의견 반영이 미비한 수준” 등이 지적되었다.

〈표 3-12〉 워킹그룹 자문 결과: 각 영역의 의미 및 총괄 지표(안)

구분 ¹⁾		의미	총괄 지표(안) ³⁾
1 영역	효과성 ²⁾	치료 가능한 사망 예방	• 적절한 의료 개입으로 치료 가능한 (amenable to health care) 사망을 얼마나 예방하고 있는지 확인하기 위한 영역
2 영역		장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	• 장기적인 만성질환을 가지고 있는 사람들이 가능한 한 어려움 없이 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역
3 영역		질병 및 손상 치료·회복 지원	• 보건의료서비스 제공으로 치료 가능한 질병 혹은 상해를 가진 사람들에게 가능한 한 최상의 건강 결과를 달성하도록 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역
4 영역	환자 중심성·반응성	치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	• 보건의료서비스 전달 과정이 대상자(환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자)에게 얼마나 긍정적인 경험을 주었는지, 이들을 중심에 두고 있는지 확인하기 위한 영역
5 영역	안전성	보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	• 보건의료서비스 제공으로 인해 발생할 수 있는 추가적인 부작용이나 손상 등의 피해로부터 환자를 얼마나 안전하게 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역

주: 1) 의료 질의 영역으로 적절성(appropriateness), 적시성(timeliness), 연속성(continuity), 수용성(acceptability) 등이 제시되는데, 적절성은 효과성에 포함될 수 있으며 연속성과 수용성은 환자 중심성·반응성에 포함될 수 있다는 점에서 효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성으로 구분함.
 2) 효과성은 치료가능한 조기 사망 외에 급성질환과 만성질환의 차이 및 미국 IOM(예방 - 급성기 치료 - 만성질환 관리)과 OECD의 분석틀에서 제시된 보건의료 니즈(staying healthy 혹은 prevention - getting better 혹은 acute care - living with illness/disability 혹은 chronic care - coping with end-of-life)를 고려하여 '만성질환을 가진 사람들의 삶의 질'과 '질병 및 손상 치료·회복'을 구분함.
 3) 총괄 지표는 각 영역을 대표하는 지표로 해당 영역 전반에 걸쳐 달성한 성과를 보여 주는 지표이며, 개선 영역 지표는 근거에 기반해 문제가 있거나 지속적인 모니터링이 필요한 지표를 포함함.

3. 주요 건강 문제에 대한 컨센서스 워크숍

가. 워크숍 구성 및 운영

워킹그룹 운영 후 '전문가 델파이 조사' 등의 방식으로 지표를 선정하고자 하였으나 의료시스템 전반의 문제와 관련해 모든 영역에 걸쳐 적절한 지표를 제안할 수 있는 전문가가 없다는 현실 제약을 고려해 올해 다룰 주요 건강 문제를 정하고 컨센서스 워크

숍을 통해 지표를 선정하였다. 효과성 영역으로는 개선 영역에 해당하는 주요 질환 중 일부 질환을 선정하였고, 해당 질환과 관련하여 중요한 건강 결과 지표와 해당 지표를 개선하기 위한 과제를 도출하는 워크숍을 개최하였다.

워크숍 주제 선정 단계에서는 효과성과 관련해 성인과 아동을 구분하여 사망 원인과 질병부담을 고려한 주요 건강 문제를 선정하였다. 이는 상대적으로 유병률 및 사망률이 낮아 연령집단을 구분하지 않을 경우 소아·청소년의 건강 문제가 충분히 포함되지 않을 수 있기 때문이다. 성인의 건강 문제와 관련해서는 2019년 기준 사망 원인 1, 2위에 해당하는 뇌졸중과 허혈성 심장 질환을 검토하였다. 암종을 구분하지 않을 경우 성인 사망 원인 1위는 악성신생물이지만 뇌졸중과 허혈성 심장 질환은 치료 가능한 사망 원인이면서 급성기 케어와 만성질환 관리를 아우를 수 있는 건강 문제로 판단되어 첫 번째 건강 문제 주제로 선정되었다. 소아·청소년에서 사망 부담이 큰 질환은 혈액종양, 질병부담이 높은 질환은 천식으로 나타나 두 질환을 두 번째 건강 문제 주제로 선정하였다. 신체적 건강 대비 상대적으로 관심이 적었던 정신건강을 별도의 건강 문제로 다루고자 마지막 주요 건강 문제 주제로 선정하였다.

환자 중심성과 환자 안전 영역은 효과성 영역과 달리 질환별 혹은 특정 건강 문제별로 구분되는 특성이 강하지 않으므로 각각의 해당 영역 전반을 살펴보는 것으로 정하였다.

차년도(2022) 연구에서는 올해의 컨센서스 워크숍을 평가하고 성인 악성 종양 등 올해 연구에서 다루지 않은 건강 문제를 비롯해 추가적인 주요 건강 문제와 치료 가능한 사망 원인을 종합적으로 검토하고자 한다. 또한 만성질환 관리/급성기 의료/환자 중심성·반응성/환자 안전성 영역 전반을 아우르는 워크숍을 진행할 계획이다.

워크숍은 주제별 전문가가 참석하여 해당 문제에 대한 발표 및 토론 시간이 주어져며, 참석자들은 해당 주제 발제자의 발표 내용을 통해 지식의 격차를 줄이고 이어지는 토론을 통해 짧은 시간 동안 아이디어를 효과적으로 도출하는 방식으로 진행되었다. 주제별로 발표자 1~2인, 토론자 3~4인, 연구진 2~3인으로 참석자를 구성하였으며, 해당 영역의 문제가 충분히 다뤄지되 건강 문제 간 지표의 일관성이 유지될 수 있도록 워크숍 참석자 섭외 단계에서 ①주제별 토론자와 ②고정 토론자를 별도로 두었다. 주제별 토론자는 해당하는 주제의 워크숍 회차에만 참석하고, 고정 토론자는 워크숍 전체 회차(1~5차)에 참여하였다.

〈표 3-13〉 컨센서스 워크숍 주제별 참석자 구성

워크숍 주제	참석자 구분		인원수
(1차) 의료시스템 관점에서 성인의 주요 건강 문제 관련 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제: 허혈성 심장 질환과 뇌졸중 을 중심으로	발표자	• 허혈성 심장 질환 지표 연구 전문가 • 뇌졸중 질환 관련 임상 전문가	2
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가)	1
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)	2
	연구진		2
(2차) 의료시스템 관점에서 환자 안전 영역의 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제	발표자	• 환자 안전 영역 전문가	1
	토론자	• 주제별 토론자(관련 임상 전문가 1, 환자단체 관계자 1)	2
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)	2
	연구진		2
(3차) 의료시스템 관점에서 환자 중심성 영역의 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제	발표자	• 환자 중심성 영역 전문가	1
	토론자	• 주제별 토론자(관련 지표 개발 기관 관계자 1, 관련 민간단체 전문가 1)	2
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)	2
	연구진		2
(4차) 의료시스템 관점에서 아동 건강 과 관련된 건강 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제: 소아 혈액종양과 소아 천식 을 중심으로	발표자	• 소아·청소년 암 관련 임상 전문가 • 소아 천식 관련 임상 전문가	2
	토론자	• 주제별 토론자(관련 학계 전문가)	1
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)	2
	연구진		3
(5차) 의료시스템 관점에서 정신건강 관련 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제	발표자	• 정신건강 관련 임상 전문가	1
	토론자	• 주제별 토론자(관련 정책 전문가 1, 관련 임상 전문가 1)	2
		• 고정 토론자(임상 전문가 1, 학계 전문가 1)	2
	연구진		3

주: 연구진이 직접 작성함

워크숍 개최 전 주제별 참석자 선정 단계 이후 사전회의를 네 차례 했으며, 워크숍 발표 내용 및 토론 진행과 관련한 전반적인 사항을 검토하였다. 워크숍은 3일에 걸쳐 다섯 차례 개최하였고, 각 회차당 발표 60분, 토론 60분으로 진행하였다.

〈표 3-14〉 워크숍 운영 내용

일정		추진 내용	
6월	28일(월)		- 주요 건강 문제에 대한 컨센서스 워크숍 운영 계획 논의
7~8월	-		- 워크숍 참석자(발표자 및 토론자) 섭외 및 명단 확정
9월	2일(화)	사전회의	- (연구진, 고정 토론자) 워크숍 운영 전반에 대한 사전회의
	13일(월)	사전회의	- (발표자) 워크숍 1차 사전회의
	14일(화)	사전회의	- (발표자) 워크숍 2·3차 사전회의
	15일(수)	사전회의	- (발표자) 워크숍 4·5차 사전회의
	24일(금)	워크숍(1차)	- (1차) 의료시스템 관점에서 성인의 주요 건강 문제와 관련된 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제: 심뇌혈관 질환 을 중심으로
10월	1일(금)	워크숍(2·3차)	- (2차) 의료시스템 관점에서 환자 안전 영역 의 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제 - (3차) 의료시스템 관점에서 환자 중심성 영역 의 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제
	8일(금)	워크숍(4·5차)	- (4차) 의료시스템 관점에서 아동 건강과 관련된 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제: 소아 혈액종양과 천식 - (5차) 의료시스템 관점에서 정신건강 문제 와 관련된 결과 지표와 이를 개선하기 위한 과제

주: 연구진이 직접 작성함

나. 논의 결과

1) 허혈성 심장질환 및 뇌졸중

성인의 주요 건강 문제인 허혈성 심장 질환과 뇌졸중 관련 결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안에 대한 논의가 이루어졌다. 지표 선정과 관련한 전반적인 의견을 듣는 과정에서는 “의료 질 지표는 평균과 격차를 보여 줄 수 있는 지표여야 하며, 지표 수는 최소한으로 하되 측정하고자 하는 모수를 조정하면서 적절한 지표를 모색하는 방식이 필요하다”는 의견이 있었다.

심뇌혈관 질환과 관련하여 제안된 결과 지표로는 ‘30일 이내 사망률’, ‘1년 이내 사망률’, ‘뇌졸중 발생률’, ‘재입원율(재발률)’, 뇌졸중 장애 예후 평가 지표인 ‘치료 후 90일째 수정된 랭킨 척도(modified Rankin Scale, mRS)’, ‘병원에 와서 혈전 용해제가 투여되기까지의 시간(door to needle time)’, 건강증진개발원(HP2030) 지표 등이 있다.

뇌출혈과 관련해 ‘30일 이내 사망률’이 결과 지표로 쓰이는 경우가 있으나, 허혈성 뇌졸중은 사망률이 5% 정도에 그쳐 ‘30일 이내 사망률’이 지표로 사용되는 경우는 거의 없다는 의견이 있었다. 그러나 우리나라 사망 원인 1위가 뇌졸중인 만큼 ‘뇌졸중 사망률’ 지표를 무시하기는 어려우므로 최종 의견 수렴 단계에서 ‘30일 이내 사망률’을 추가하였다. 심뇌혈관 질환의 2차 예방을 위한 지표로 ‘발생률’을 보는 것이 가장 이상적이지만, 발생-사망의 인과를 고려한 차선책으로 ‘발생률’을 파악하기 어려운 경우 우선적으로 ‘사망률’을 대체 지표로 고려해 볼 수 있다는 의견도 있었다. ‘장애율’을 대체할 지표로 ‘장기간(1년/3년/5년) 사망률(Long term mortality)’ 지표가 제안되었으나, 장기간 사망률에는 개입되어 있는 요인이 많기 때문에 적절하지 않다는 의견도 있었다.

‘지표를 개선하기 위한 방안’에 대한 논의에서 한 전문가는 “국가는 국민 건강에 대한 책무성을 가지며, 국가 수준에서 현재 우리나라 의료시스템이 얼마큼 성과를 내고 있는지 보고해야 할 의무가 있으나, 보고에 대한 책임을 누가 질 것인지에 대한 고민이 여전히 남아 있는 상황”이라고 하였다. 뇌졸중이나 급성심근경색은 국가 간 비교에서는 나쁜 수준이 아니지만 우리나라 내 지역 격차는 상당히 클 것이라고 예상하며, 국가 차원이 아닌 지역적 차원에서 관리를 해야 결국 사회가 움직일 것이라고 주장하였다.

2) 소아 혈액종양 및 소아 천식

소아·청소년의 주요 건강 문제인 소아 혈액종양 및 소아 천식의 건강 결과 지표와 이를 개선하기 위한 방안에 대한 논의가 이뤄졌다. 소아 혈액종양은 의료서비스를 통해 회피 가능한 사망 원인 중 하나인데 그간의 개선에도 불구하고 아직 생존율이 80%대 수준으로 미국의 90%대에 미치지 못한다는 의견이 제기되었다. 소아암의 생존율을 높이기 위해서는 환자의 상태에 맞춘 맞춤형 케어(personalized-care)가 중요한데, 미국에 비해 우리나라는 관련 전문 의료인력 수가 상당히 낮은 수준으로 이러한 케어가 제공되지 못한다는 것이 원인으로 지적되었다. 특히 현재 의료시스템 측면에서 볼 때 소아 혈액종양 분야는 전문 의료인력 수가 현저히 감소하고 있기 때문에 이에 대해 장기적으로 의료 자원(환자당 의사 수) 등 구조 지표를 고려해 보면 좋을 것 같다는 의견이 있었다.

소아 천식의 경우 업코딩(upcoding)⁶⁾으로 인해 청구자료에서 천식 관련 의료 이용이 과다 집계된다는 문제가 제기되었다. 소아 천식이 외래 민감 질환에는 해당되지만, 청구코드만으로 천식 관련 입원을 정의하는 것은 적절하지 않다고 평가하였다. 다만, 국가 단위로 ‘천식 악화로 인한 응급실 방문율’을 지표로 사용하는 것을 고려해 볼 수 있을 것 같다는 의견이 있었다. 추가로 소아 아토피 질환은 상대적으로 경증질환이지만 비급여가 많이 발생하기 때문에 소아 만성질환 중 질병부담이 큰 질환이라는 의견이 있었다. 아토피로 인해 사망하는 경우는 없으나 삶의 질에 크게 영향을 미치는 질환이므로 추후 이와 관련한 지표도 살펴볼 필요가 있을 것으로 판단된다.

‘아동 건강’에서는 병이 없는 성인으로 성장하도록 하는 것 뿐 아니라 사회생활·학교 생활이 매우 중요하기 때문에 이에 대한 평가가 필요하며, 삶의 질(QoL: Quality of Life) 지표가 포함되어야 한다는 의견이 제기되었다. 하지만 소아·청소년의 삶의 질은 측정되고 있지 않은데, 주 보호자와는 별개로 소아 대상 삶의 질 평가가 필요함이 강조되었다. 또한 소아·청소년 질환과 관련하여 대부분 고난도 치료는 수도권에 집중되어 있기 때문에 국가 전체로 모니터링하는 것뿐만 아니라 지역별 격차를 살펴볼 필요가 있다는 의견도 제시되었다.

3) 정신건강

정신건강 문제와 관련해서는 효과적인 급성기 치료를 통해 빨리 좋아져서 만성화를 막고 사회 복귀를 지원한다는 점에서 정신건강 영역에서 재원 일수가 지표로 사용되는 의견이 제시되었다. 단순히 빠른 퇴원으로 이어지지 않도록 하기 위해서는 중증정신질환⁷⁾ 퇴원 1개월 내 외래 서비스 이용 등 외래 서비스로의 연계, 재입원율에 대한 검토가 함께 이뤄져야 함이 강조되었다.⁸⁾ 급성기 케어 측면에서 응급입원이 제때 이뤄

6) 업코딩이란, 의료 제공자가 청구 전산 프로그램을 이용하여 고가로 상환되는 코드로 변경 후 상향 청구하는 것을 의미한다.

7) 중증정신질환의 정의와 관련해 「장애인복지법」에서 정신장애인을 조현병, 분열형 정동장애, 양극성 장애, 반복성 우울장애의 네 가지 상병으로 정하고 있는 것 외에 외국에서는 조현병과 양극성 장애를 중증정신질환으로 본다는 의견, 입원 여부에 따라 정할 수 있지만 사회적 입원 등의 측면에서 적절하지 않을 수 있다는 의견이 제기되었다.

8) 다만 의료급여는 건강보험 가입자와 다른 특성이 있으며, 외국에서는 상대적으로 입원 치료비가 고가라는 점에서 재입원율 분석 및 다른 국가들과의 비교 시 주의해야 한다는 의견이 제기되었다.

져야 하지만 인력 및 병상 부족으로 응급 대기시간이 길다는 문제가 지적되었다.

정신건강 지표를 개선하기 위한 방안에 대해서는 정부나 지자체 차원에서 얼마나 어떻게 투자하고 있는지가 중요할 것으로 생각되며, 정신보건센터, 복지센터를 비롯해 병원과 집의 중간 단계에 해당하는 사회복지시설 등의 확충이 필요하다는 의견이 제시되었고 현재의 정신보건센터 등의 인력 수준은 요구되는 역할을 감당하기 어렵다는 의견이 제기되었다. 정신건강요양시설 등의 확충과 관련해 지자체 부담 구조인 상황에서 지자체의 적극적인 협조가 없이는 가능하지 않다고 하였다.⁹⁾

정신질환에 대한 효과적인 치료 및 관리 측면에서 환자가 직장에 다니는 등 일상적인 생활을 잘하는지를 볼 수 있으며, 기관 단위로 볼 경우 중증도 차이로 인해 치료의 효과성을 보기 어렵지만 국가 수준에서 활용 가능한 지표라는 의견이 제기되었다. 병원의 궁극적인 역할은 환자의 정상적 사회·일상 복귀라고 할 수 있고, 이는 특히 정신과 영역에서 중요한 부분이기 때문이다. 또한 결과 지표는 아니지만 정신건강 서비스에 대한 접근성 측면에서 정신건강서비스 이용률을 검토할 필요가 있다는 의견과 함께 일반적으로 정신질환이 있는 환자가 다른 진료과를 방문할 가능성이 높다는 점에서 진료과별 연계가 이뤄져야 함이 강조되었다.

회피 가능한 사망이라는 측면에서 의료시스템이 얼마나 관련되어 있는가라는 한계에도 불구하고 자살률이 정신질환에 대한 유효한 대리 지표임이 강조되었는데, 정신질환자의 자살사망률을 보는 것보다는 전반적인 자살사망률을 보되, 청소년기 자살률 등 특정 연령대의 자살률을 볼 필요가 있다는 의견이 있었다. 이는 정신질환 관련 의료시스템에 대한 접근이 부적절하고 치료 및 관리가 효과적이지 않다는 것을 보여 주는 지표일 수 있기 때문이다. OECD 지표인 정신질환 퇴원 30일 내 자살률도 포함 가능하다는 의견이 제기되었다. 정신질환 초과사망률은 정신질환 자체보다는 다른 원인으로 인한 사망을 모두 포함하는 지표이지만 정신질환자에 대한 적절한 의료서비스 제공이라는 측면에서 초과사망률이 활용될 수 있다는 의견이 제기되었다.

9) 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제22조(정신요양시설의 설치·운영)에 의거하여 지역사회 정신요양시설 건립은 지방정부의 재정으로 가능한데, 지방정부는 지역 주민들이 강하게 반대할 경우 현실적으로 이러한 시설을 만들기 어렵다는 문제가 제기되었다.

4) 환자 중심성 영역

환자 중심성 영역의 평가에서 결과 지표로 만족도 등을 활용할 수 있다. OECD를 비롯하여 일반적으로 환자 중심성·반응성을 측정하기 위해 환자의 의료 이용 경험을 조사하고 있는데, 해당 지표들은 대부분 과정 지표로 이뤄져 있어 현재의 결과 중심 지표 체계에 포함할 수 있을지 검토가 필요하다는 의견이 제기되었다.

의료서비스 이용 경험과 관련해서는 일반적으로 입원과 외래 서비스에 대해 의사 서비스, 간호사 서비스, 의료기관 이용 전반에 대해 질문하는데 입원과 외래 서비스 외에도 건강검진, 재활 치료, 응급실 이용, 특정 질환 등에 대한 별도의 조사가 필요하며, 노인, 아동, 임산부 등 특정 인구집단에 대한 조사도 필요하다는 의견이 제기되었다.

5) 환자 안전 영역

환자 안전 영역의 현황과 관련해 평가를 잘하는 것이 아닌 환자가 안전한 환경을 만드는 것이 궁극적인 목표이며, 이를 달성하기 위해서는 단계적으로 목표를 세우고 무엇을 해야 하는지 체계적으로 접근할 필요가 있지만 전체적인 그림 없이 관련 기관들이 개별적으로 움직이면서 근본적인 변화는 만들어지지 않고 의료기관들의 부담만 가중된다는 의견이 제기되었다.

지표와 관련해 환자 안전사건이 투명하게 드러나도록 하기 위해 현재 시점에서는 결과 지표보다 구조와 과정 지표가 더 활용되어야 한다는 의견이 제기되었다. 반면 기관 간의 비교가 아니라 국가 목표를 세우는 과정에서 지향점이 있어야 하고 그러한 지향점으로 결과 지표가 필요하다는 의견과 함께 환자의 입장에서는 구조나 과정보다 결과 중심의 지표가 더 중요하다는 의견이 제기되었다.

결과 지표로 환자 안전사건 발생률, 환자안전보고학습시스템 보고율, 환자 안전사건 부적절 대응률 등이 제안되었다. 추가로 중대 사건 보고율을 지표로 잡을 수 있지만 현재 보고되는 사건들이 주로 경미한 사건이라는 문제가 제기되었다. 이에 대해 낙상, 투약 오류 등 경미한 사건들은 상대적으로 환자 안전사고라는 점이 명확한 반면 중대한 사건들은 대체로 이를 판단하기 어렵기 때문이라는 의견이 제기되었다. 감염은 임상적으로 명확한 기준이 있는 반면, 환자 안전사건은 모호한 경우가 많다는 것이다. 환자

안전사건과 관련해 일부라도 명확한 기준을 세워 측정하고 점차 이러한 사건들을 확대하여 장기적으로 발전시키는 방안이 제안되었다. 즉, 낙상과 투약 오류 등 명확한 것들을 중심으로 우선 환자 안전사건의 규모를 파악할 수 있도록 하는 방안이다. 또한 국가 수준의 환자 안전사고 감소 목표치를 세우고 이를 점검하기 위해서는 환자안전실태조사가 국가 수준에서 대표성 있게 시행되는 방식으로 이뤄져야 한다는 의견이 제기되었다.

환자 안전사고를 모니터링하기 위해 5년 단위로 실시하는 환자 안전 실태조사의 전체값을 사용할 수 있다는 의견과 함께 대상 의료기관이 한정된 문제로 인해 국가 수준에서 추이를 볼 수 있는 지표를 산출하기에는 적절하지 않다는 의견이 있었다. 한편 의료인 및 환자, 보호자 대상 설문조사를 통해 의료기관 유형별, 환자 안전사건 유형별 경험 정도를 측정하는 방안이 제안되었다.

감염과 관련해서는 청구자료의 한계에도 불구하고 조작적 정의를 통해 국가 수준에서 추이를 볼 수 있는 일부 지표들이 제안되었고, 효과성 영역과 유사하게 환자 안전 영역에서도 질환을 하부 파트로 다뤄야 한다는 의견이 있었다.

제3절 최종 분석틀 및 지표

본 연구에서는 선행연구 검토 및 전문가·환자 워킹그룹, 컨센서스 워크숍 등을 통해 최종 분석틀 및 지표를 선정하였다. 최종 분석틀은 (1) 효과성: 치료 가능한 사망 예방, (2) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선, (3) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원, (4) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선, (5) 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄의 다섯 가지 영역으로 구성된다.

환자 중심성을 제외한 각 영역은 영역을 포괄하는 총괄 지표와 함께 개선 영역 지표를 둔다. (1) 효과성: 치료 가능한 사망 예방 영역의 총괄 지표는 연령대별 특성을 고려해 75세 이상 성인과 소아·청소년의 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수로 하였으며, 75세 이상 노인에 대해서는 기대여명을 사용하고, 신생아 사망률은 별도로 산출한다. (2) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선 영역의 총괄 지표는 만

성질환을 가진 사람들의 삶의 질이다. 다만 자료의 한계로 인해 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질을 산출한다. (3) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원 영역의 총괄 지표는 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원과 퇴원 후 30일 내 응급 재입원이다. 이 영역의 총괄 지표는 상대적으로 다른 영역에 비해 전문가·환자 워킹그룹에서 합의가 이뤄지지 않았고 컨센서스 워크숍에서 별도로 다루지 못했다. 따라서 차년도에 추가 논의가 필요하다. (4) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선 영역은 총괄 지표를 별도로 두지 않는다. (5) 환자 안전: 보건 의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄 영역의 총괄 지표는 환자 안전사고로 인한 사망, 환자 안전사고로 인한 심각한 위해, 환자 안전사고 발생률이다. 영역에 대한 포괄성, 장기적인 측정의 필요성에 따라 세 가지 지표를 총괄 지표로 정했는데 현재 측정 가능하지 않다는 점에서 장기적인 계획을 가지고 측정할 필요가 있는 지표이다. 환자 안전사건 발생률의 경우 환자 안전 실태조사의 측정치를 대리 지표로 사용하였는데, 해당 조사가 공공의료기관을 중심으로 이뤄지고 있다는 점에서 대표성을 갖는 값으로 보기는 어렵다는 한계가 있다.

〈표 3-15〉 최종 분석틀 및 지표

영역별 지표	자료원	방식
효과성: 치료 가능한 사망 예방		
치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동)	사망원인통계	○
75세 이상의 기대여명(남, 여)	생명표(통계청)	○
신생아 사망률	건강보험청구자료	○
심뇌혈관 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	○
모든 암 환자의 5년 생존율	중앙암등록본부	●
폐암, 간암, 대장암 및 유방암의 5년 생존율	중앙암등록본부	●
자살사망률	통계청	●
심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	건강보험청구자료	○
영아 사망률	사망원인통계	○
아동 암 5년 생존율	중앙암등록본부	○

82 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서

영역별 지표	자료원	방식
효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선		
만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	국민건강영양조사	○
우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행	직접 조사	○
외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	건강보험청구자료	○
천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	건강보험청구자료	○
돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질		
정신질환이 있는 사람들의 고용	국민건강영양조사	○
정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질		
치매가 있는 사람들의 추정 진단율	중앙치매센터	●
복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질	국민건강영양조사	○
효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원		
일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	건강보험청구자료	○
퇴원 후 30일 내 응급 재입원	건강보험청구자료	○
울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	건강보험청구자료	○
하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	건강보험청구자료	○
뇌졸중 환자의 활동/생활습관(Modified Rankin Scale) 개선 정도		
급성기 혹은 지역사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율		
환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선		
외래 서비스 환자 만족도	의료서비스이용경험조사	-
입원 서비스 환자 만족도	의료서비스이용경험조사	-
호스피스 환자 만족도	중앙호스피스센터	●
응급의료 환자 만족도	국립중앙의료원	●
환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄		
환자 안전사고로 인한 사망		
환자 안전사고로 인한 심각한 위해		
환자 안전사고 발생률	환자안전사고실태조사	●
퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(Venous Thromboembolism)으로 인한 사망		
의료 관련 감염 사건(HCAI)-클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	건강보험청구자료	○
낙상 사건 발생률		
투약 오류 사건 발생률		
임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원)	건강보험청구자료	○
환자 안전사고 보고 건수	환자안전통계연보	●

주: □ 산출 불가, ○ 직접 산출, ● 수치 인용, 굵은 글씨는 총괄 지표.
 자료: 연구진이 직접 작성함.



제4장

건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차

제1절 효과성

제2절 환자 중심성·반응성

제3절 환자 안전

제4절 소결

제 4 장

건강 결과를 중심으로 한 의료 질 지표 추이와 격차

제1절 효과성

1. 효과성: 치료 가능한 사망 예방


◆ (1영역) 효과성: 치료 가능한 사망 예방

- 적절한 의료 개입으로 치료 가능한(amenable to health care) 사망을 얼마나 예방하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 4-1〉 1영역(효과성: 치료 가능한 사망 예방) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄 지표	• 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동)	‘10-’20	지역별·교육 수준별
	• 75세 이상의 기대여명(남,여)	‘10-’20	
	• 신생아 사망률	‘10-’19	
개선 영역	• 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	‘10-’20	지역별·교육 수준별
	• 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	‘10-’20	지역별·교육 수준별
	• 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률	‘10-’20	지역별·교육 수준별
	• 암으로 인한 75세 미만 사망률	‘10-’20	지역별·교육 수준별
	• 모든 암 환자의 5년 생존율	’06-’18	
	• 폐암, 간암, 대장암 및 유방암 5년 생존율	’06-’18	
	• 자살사망률	’11-’20	지역별
	• 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	’11-’20	지역별·소득분위별·장애 중증도별
	• 영아 사망률	’11-’19	
	• 아동 암 5년 생존율	’06-’18	

주: 1) 각 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 <부표 1-1>을 참고.

2)  산출 불가.

가. (총괄 지표) 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수

1) 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)

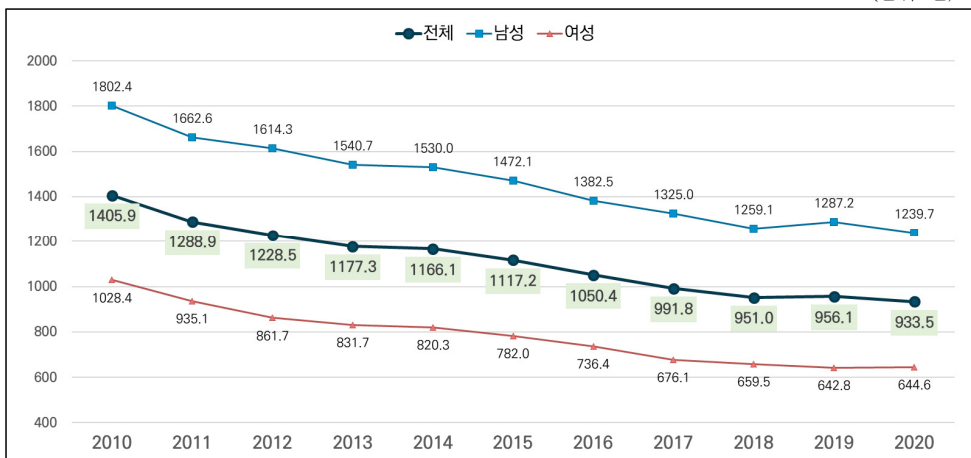
잠재수명 손실연수(성인)는 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2020년 잠재수명 손실연수(성인)는 933.5년으로 연평균 4.01% 감소하는 추세를 보이며 전년 대비 2.36% 감소하였다. 2020년 남성의 잠재수명 손실연수(성인)는 1239.7년, 여성의 잠재수명 손실연수(성인)는 644.6년인데, 2010년과 비교할 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

성인의 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 모든 지역에서 전반적으로 감소했고 지역 간 변이도 2010년 0.12, 2020년 0.10으로 소폭 감소하였다. 잠재수명 손실연수가 높은 지역은 2010년에는 부산(1,778.7년), 강원(1,640.4년) 순이었고, 2020년에는 강원(1,115.3년), 인천(1,061.6년) 순으로 강원은 꾸준히 잠재수명 손실연수가 높은 편이다. 잠재수명 손실연수가 낮은 지역은 2010년에는 제주(1,139.6년), 서울(1,167.7년) 순이었고, 2020년에는 세종(758.4년), 서울·제주(856.6년) 순으로 서울, 제주는 지속적으로 낮은 편에 속했다.

치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수의 교육 수준 간 변이는 2010년에 0.83, 2020년에는 1.06로 소폭 증가했다. 중졸 이하에서는 연평균 1.33% 증가하였고, 고졸 이하와 대학 이상에서는 각각 연평균 3.45%, 2.26% 감소하였다. 2020년에 잠재수명 손실연수가 가장 높은 집단은 중졸 이하(4,336.3년)였으며, 고졸 이하(946.0년), 대학 이상(588.8년) 순으로 나타났다.

[그림 4-1] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)

(단위: 년, %)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

<표 4-2> 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별

(단위: 년)

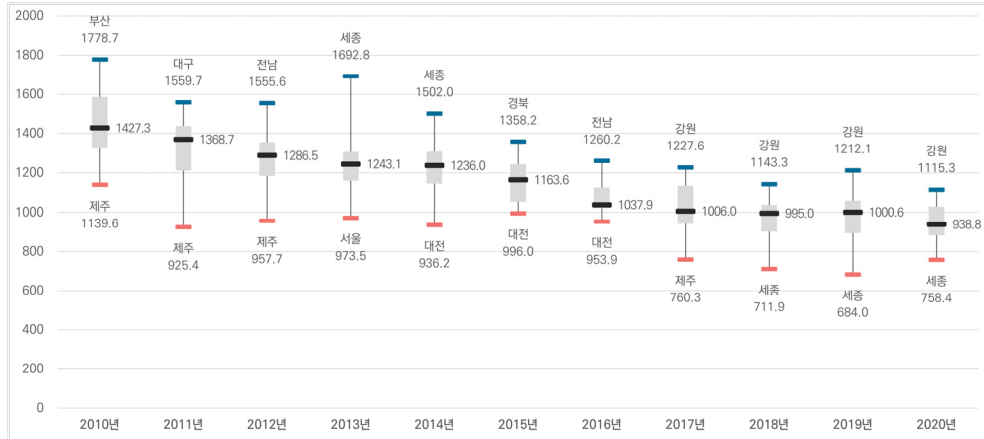
구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	1167.7	1064.9	1002.0	973.5	1005.5	1043.7	1002.2	882.7	904.4	870.9	856.6
부산	1778.7	1515.7	1505.1	1430.3	1374.6	1240.7	1176.2	1146.5	1025.9	1004.8	994.1
대구	1424.6	1559.7	1286.5	1243.1	1236.0	1163.6	1123.0	1057.0	936.3	1000.6	1040.2
인천	1430.0	1428.7	1342.1	1345.0	1303.7	1173.7	1025.5	1004.3	1036.9	1081.7	1061.6
광주	1361.9	1206.2	1221.2	1162.7	1159.2	1055.9	1023.6	964.0	1012.5	896.6	938.8
대전	1329.2	1215.8	1136.4	1149.0	936.2	996.0	953.9	947.3	824.8	869.3	869.1
울산	1286.1	1338.5	1216.3	1272.7	1177.4	1040.5	1115.9	882.2	1006.2	923.9	891.9
세종	-	-	1352.9	1692.8	1502.0	1298.2	1110.7	1006.0	711.9	684.0	758.4
경기	1329.6	1196.9	1140.1	1101.1	1094.3	1014.3	1010.4	945.9	899.1	897.4	890.8
강원	1640.4	1412.2	1443.5	1304.4	1421.5	1325.8	1176.0	1227.6	1143.3	1212.1	1115.3
충북	1520.2	1396.5	1261.4	1285.0	1305.1	1276.9	1167.7	1202.1	1068.4	1047.9	1030.2
충남	1417.1	1300.4	1186.3	1215.5	1147.9	1140.2	1037.9	1148.9	1076.0	1002.8	1020.1
전북	1506.9	1349.4	1348.9	1268.2	1275.3	1192.8	1024.1	1085.6	892.7	991.1	935.1
전남	1630.4	1454.6	1555.6	1222.4	1227.8	1195.0	1260.2	1132.6	987.8	1101.0	1023.8
경북	1609.0	1543.5	1475.2	1415.6	1321.0	1358.2	1070.1	1024.3	956.3	1060.6	1026.6
경남	1575.7	1387.9	1304.2	1184.6	1256.2	1141.6	1021.4	931.9	995.0	996.7	884.7
제주	1139.6	925.4	957.7	1095.2	1085.7	1118.5	1027.7	760.3	1129.2	1058.3	856.6
지역간 변이	0.12	0.13	0.13	0.13	0.12	0.10	0.08	0.12	0.11	0.12	0.10
격차	639.1	634.3	597.9	719.3	565.8	362.2	306.3	467.3	431.4	528.1	356.9

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

[그림 4-2] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 지역별

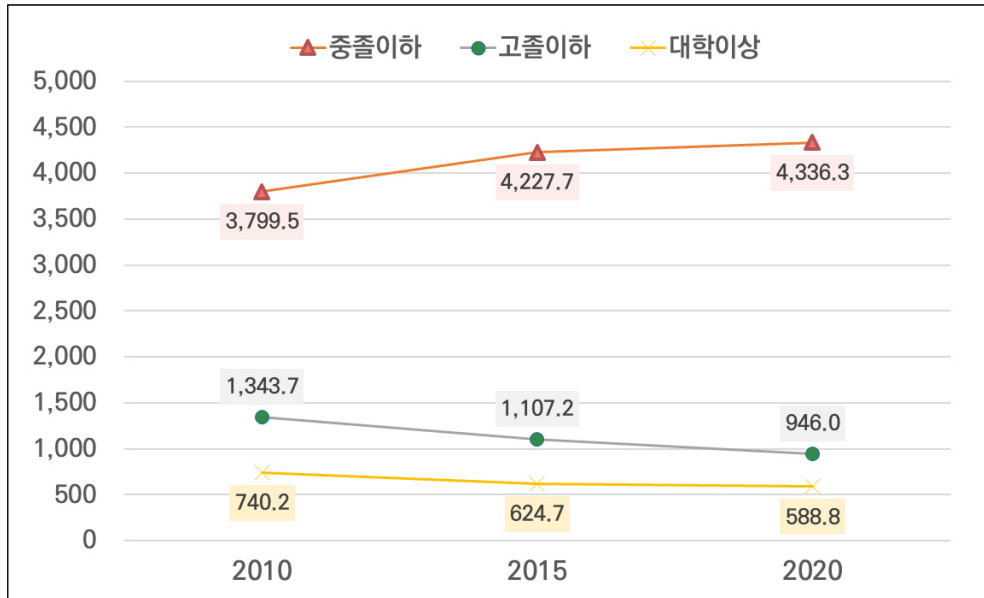
(단위: 년)



자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

[그림 4-3] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인): 교육 수준별

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별); 통계청. (2010, 2015). 인구총조사.

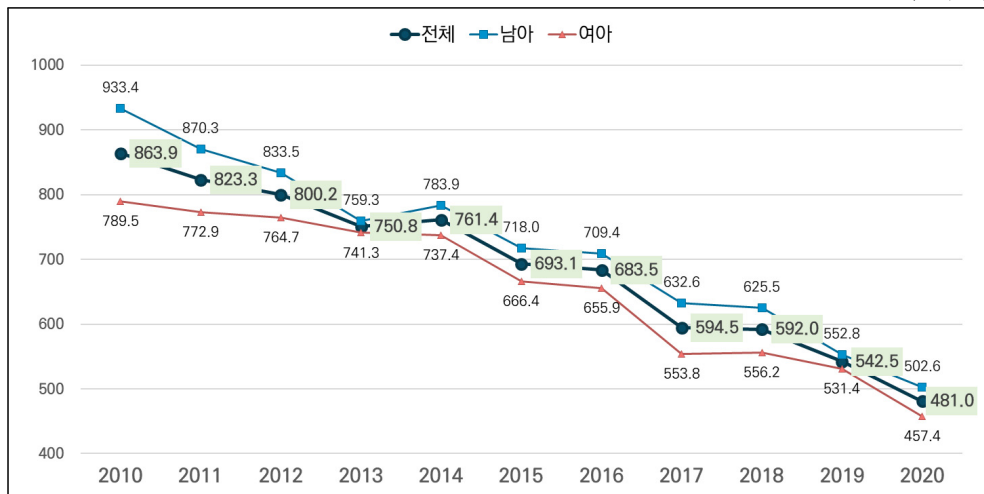
2) 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)

2020년 잠재수명 손실연수(아동·청소년)는 481.0년으로 연평균 5.69% 감소하였고, 전년 대비 11.34% 감소하였다. 성별에 따라 산출된 잠재수명 손실연수(아동·청소년)는 2020년에 남아 502.6년, 여아 457.4년이었는데, 남아와 여아 모두 전체 집단과 비슷한 추이를 보였다.

아동·청소년의 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수를 지역에 따라 산출한 결과, 전반적으로 감소하는 양상이었지만 지역 간 변이는 2010년 0.16에서 2020년 0.28로 증가하였다. 잠재수명 손실연수가 높은 지역은 2010년에는 대구(1108.4년), 부산(1091.3년) 순이었고, 2020년에는 충북(807.7년), 대구(769.3년) 순으로 대구는 꾸준히 잠재수명 손실연수가 높은 편이었다. 잠재수명 손실연수가 낮은 지역은 2010년에는 울산(582.8년), 충북(685.4년) 순이었고, 2020년에는 전북(313.8년), 서울(337.4년) 순으로 나타났다.

[그림 4-4] 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년)

(단위: 년)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

〈표 4-3〉 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별

(단위: 년)

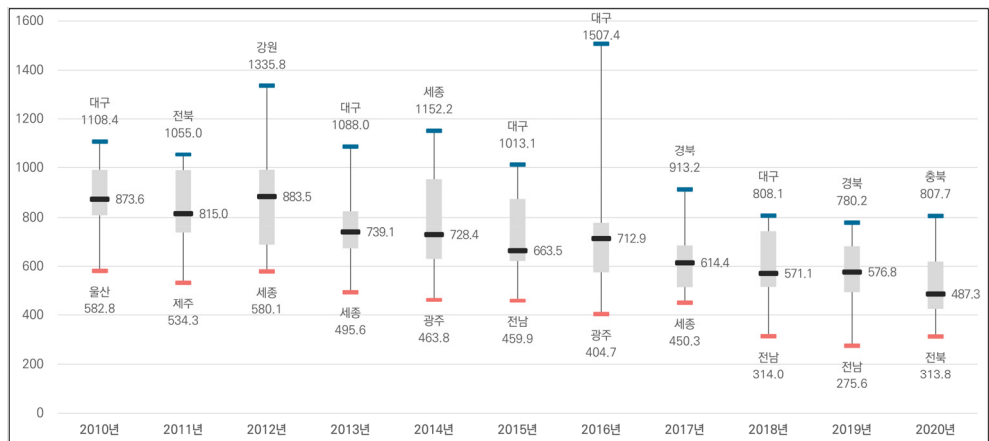
구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	829.6	708.5	740.0	693.7	717.4	646.4	573.8	495.6	517.9	497.2	337.4
부산	1091.3	1031.2	689.3	823.5	952.6	873.3	831.7	682.9	641.4	502.4	427.3
대구	1108.4	1013.3	1161.6	1088.0	1096.1	1013.1	1507.4	868.9	808.1	710.6	769.3
인천	996.2	935.8	989.5	927.1	722.9	899.0	712.9	799.9	741.3	536.0	614.9
광주	775.4	654.2	657.8	552.2	463.8	609.9	404.7	472.7	506.0	355.5	461.8
대전	886.0	814.9	824.5	675.0	900.3	853.0	623.3	620.6	595.5	584.6	440.8
울산	582.8	815.1	907.2	701.5	632.0	532.1	545.3	636.9	571.1	648.3	351.0
세종	-	-	580.1	495.6	1152.2	949.8	801.2	450.3	746.0	745.9	-
경기	778.2	749.4	642.2	739.1	627.9	663.5	585.6	517.2	557.0	500.0	465.3
강원	1049.5	761.5	1335.8	1023.3	1150.6	625.3	770.8	579.0	488.2	770.9	639.1
충북	685.4	635.5	912.8	707.3	727.2	734.6	777.5	614.4	472.3	446.1	807.7
충남	868.1	804.0	950.7	664.8	800.4	623.2	539.8	545.7	763.5	651.8	509.3
전북	902.1	1055.0	1097.4	865.1	728.4	642.5	698.8	665.3	539.5	680.0	313.8
전남	821.2	980.5	728.2	752.2	564.6	459.9	577.3	457.4	314.0	275.6	422.8
경북	987.0	1047.2	1009.0	761.6	1070.1	668.7	837.7	913.2	774.6	780.2	509.2
경남	879.0	930.7	658.7	564.4	920.9	544.8	774.8	560.1	652.9	576.8	625.7
제주	855.3	534.3	883.5	792.5	529.0	989.5	777.3	741.6	538.1	338.6	595.2
지역간 변이	0.16	0.19	0.24	0.21	0.27	0.24	0.33	0.22	0.22	0.27	0.28
격차	525.6	520.7	755.7	592.4	688.4	553.2	1102.7	462.9	494.1	504.6	493.9

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

〔그림 4-5〕 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동·청소년): 지역별

(단위: 년)

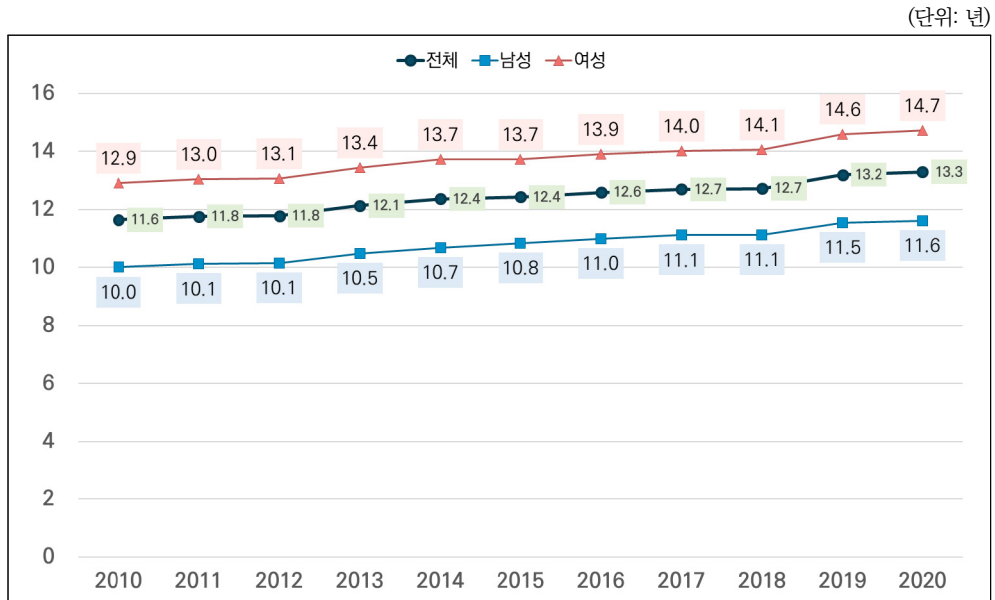


자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

나. (총괄 지표) 75세 이상의 기대여명(남, 여)

총괄 지표인 75세 이상의 기대여명은 남성과 여성 모두 전반적으로 증가하는 추세를 보였으며, 연평균 증가율은 남성(1.50%)이 여성(1.31%)보다 조금 높은 것으로 나타났다. 2020년 남성의 기대여명은 11.6년으로 전년 대비 0.87% 증가하였고, 2020년 여성의 기대여명은 14.7년으로 전년 대비 0.68% 증가하여 전년 대비 증가율은 남성보다 여성이 조금 더 컸다.

[그림 4-6] 75세의 기대여명(성별)

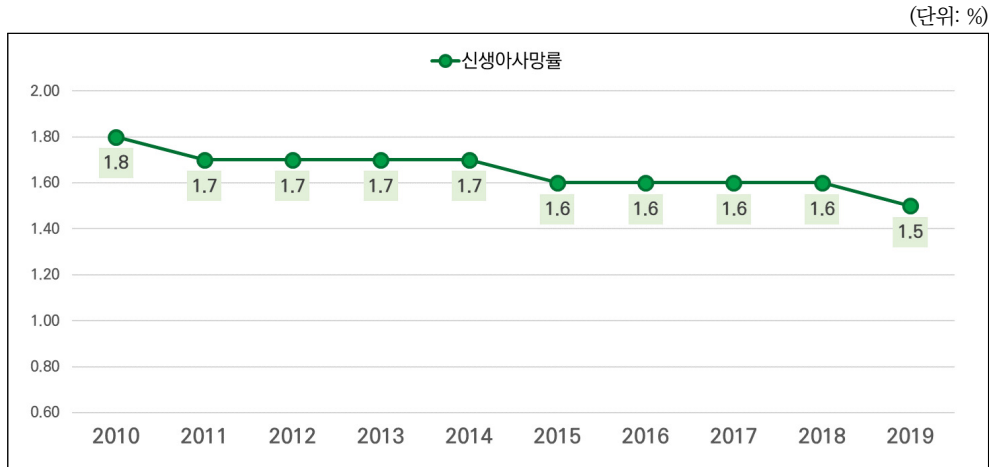


자료: 통계청. (2020). 원전생명표(1세별). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B42&conn_path=I2에서 2021. 11. 12. 인출.

다. (총괄 지표) 신생아 사망률

2019년 신생아 사망률은 출생아 1,000명당 15명으로 2010년 이후 연평균 2.01% 감소하였고, 전년 대비 6.25% 감소하였다.

[그림 4-7] 신생아 사망률



자료: 통계청. (2020). 신생아 사망률(출생아 1000명당). https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_2UNS0023&vw_cd=&list_id=&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=에서 2021. 11. 20. 인출.

라. 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률

심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2020년 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 27.8명으로 연평균 5.06% 감소하였고, 전년 대비 2.8% 감소하였다. 2020년 남성의 심뇌혈관 질환 사망률은 인구 10만 명당 41.4명, 여성의 심뇌혈관 질환 사망률은 인구 10만 명당 15.3명이었는데, 2011년과 비교하였을 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

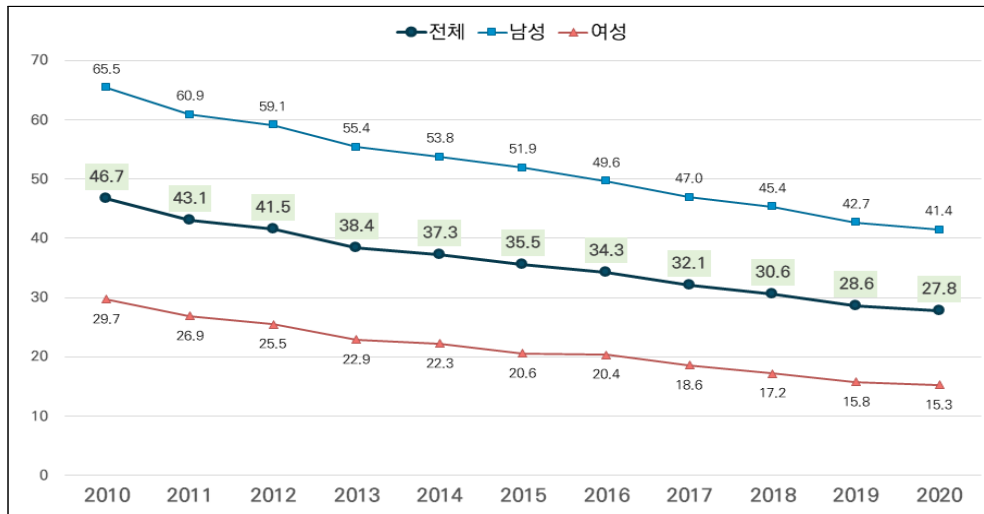
심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소하였는데 지역 간 변이는 2010년 0.14, 2020년 0.15였다. 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 부산(61.2명), 경남(57.2명) 순이었고, 2020년에도 마찬가지로 부산(34.5명), 경남(34.2명) 순으로 부산, 경남은 꾸준히 심뇌혈관 질환으로 인

한 사망률이 높은 편이었다. 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 제주(35.3명), 서울(36.5명) 순이었고, 2020년에는 제주(20.2명), 대전(21.4명) 순으로 제주는 지속적으로 낮은 편에 속했다.

심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률의 교육 수준 간 변이는 2010년에 0.56, 2020년에는 0.87이다. 중졸 이하에서는 연평균 0.85% 증가하였고, 고졸 이하와 대학 이상에서는 각각 연평균 4.78%, 3.74% 감소하였다. 2020년에 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 가장 높은 집단은 중졸 이하(101.7명)였으며, 고졸 이하(30.6명), 대학 이상(20.4명) 순으로 나타났다.

[그림 4-8] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연도와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

〈표 4-4〉 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

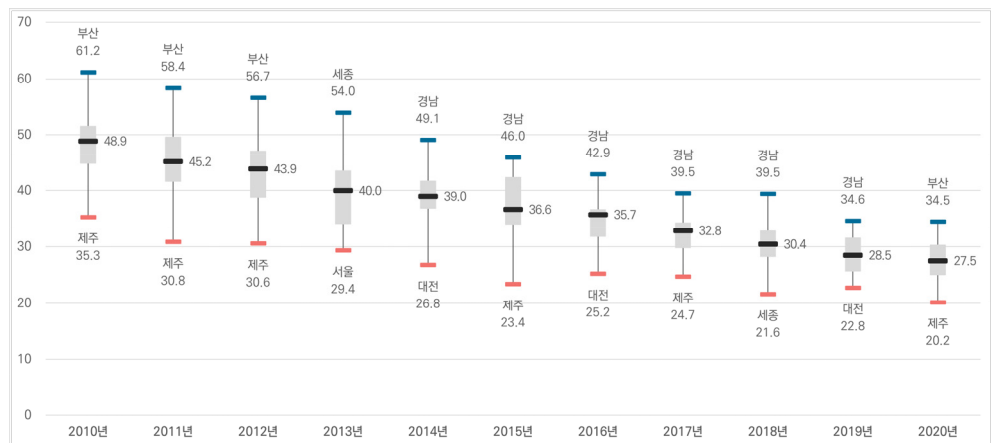
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	36.5	32.2	30.8	29.4	28.7	29.9	29.2	28.3	28.2	25.7	25.0
부산	61.2	58.4	56.7	51.3	48.3	42.4	41.2	37.2	35.2	33.8	34.5
대구	50.9	52.0	44.9	43.5	43.6	42.8	41.3	35.7	35.0	28.1	28.8
인천	49.6	48.2	43.9	42.4	41.7	36.1	36.6	32.8	33.0	31.5	27.5
광주	43.1	38.1	38.8	33.3	37.8	36.7	31.0	29.8	30.4	24.8	24.6
대전	46.0	42.8	37.3	34.1	26.8	27.8	25.2	26.7	26.3	22.8	21.4
울산	51.2	49.9	47.0	46.7	39.9	43.4	36.2	31.4	32.8	31.7	33.0
세종	-	-	51.7	54.0	39.4	44.6	32.2	25.7	21.6	24.7	23.6
경기	42.4	37.6	37.2	34.1	34.3	31.7	31.8	30.0	28.8	27.2	25.9
강원	51.1	45.2	42.0	37.9	37.7	36.6	36.6	32.1	32.4	33.0	30.2
충북	48.1	45.4	44.3	40.0	39.0	35.3	36.5	34.0	30.4	29.2	28.5
충남	45.5	43.6	39.8	39.5	37.1	34.0	34.3	34.2	31.5	28.4	27.3
전북	47.9	43.8	42.9	39.5	39.6	35.7	34.6	32.9	24.8	28.5	27.5
전남	52.3	45.1	47.0	40.8	36.8	38.8	36.0	34.5	29.1	29.1	27.1
경북	53.1	49.5	48.3	43.4	42.3	40.4	35.7	33.0	29.3	29.1	30.5
경남	57.2	54.2	55.2	50.2	49.1	46.0	42.9	39.5	39.5	34.6	34.2
제주	35.3	30.8	30.6	32.8	28.1	23.4	27.8	24.7	25.0	24.4	20.2
지역간 변이	0.14	0.17	0.17	0.17	0.16	0.17	0.14	0.13	0.15	0.12	0.15
격차	25.9	27.5	26.1	24.6	22.3	22.6	17.7	14.8	17.8	11.9	14.3

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-9] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

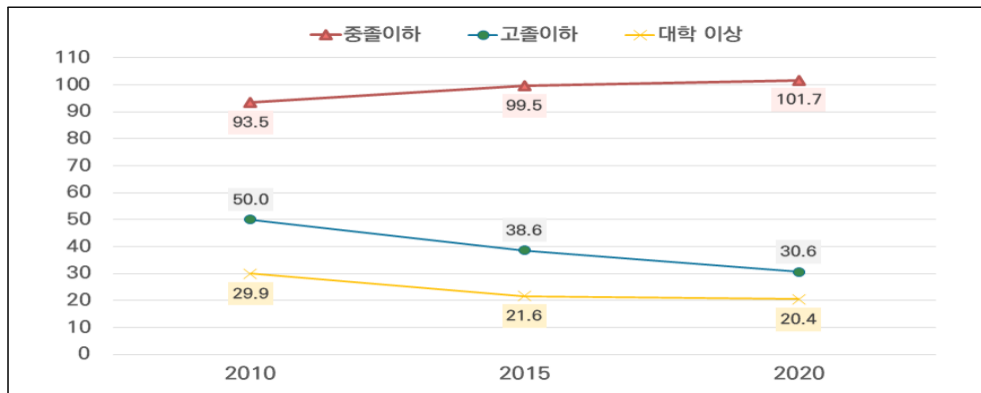
(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-10] 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별

(단위: 100,000명당 명)



주: 인구총조사의 교육 수준 비율을 이용한 것으로 2010, 2015, 2020년만 산출 가능(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2010, 2015). 인구총조사.

◆ 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률

○ 2019년 기준 우리나라의 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보인다(그림 4-8). OECD 국가들과의 국제 비교 결과를 살펴보면, 2018년 기준 우리나라의 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률은 OECD 국가 가운데 가장 낮은 것으로 나타났다(표 4-5). 또한, 심뇌혈관 질환의 주요 질환인 급성심근경색, 허혈성 심장 질환, 뇌혈관 질환으로 인한 사망률 모두 OECD 평균보다 낮은 것으로 나타났다(표 4-5).

〈표 4-5〉 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률 국제 수준 비교

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
심뇌혈관 질환 사망률(%)	한국(순위)	185.8 (3)	182.2 (3)	179.1 (4)	163.5 (3)	156.3 (3)	153.1 (2)	147.4 (2)	142.1 (1)	138.1 (1)	-
	OECD 평균 (국가 수)	329.1 (38)	304.1 (37)	306.8 (38)	298.9 (38)	289.1 (38)	284.8 (36)	272.2 (36)	277.5 (30)	284.9 (22)	-
급성 심근경색 사망률(%)	한국(순위)	29.5 (5)	28.3 (5)	28.7 (5)	26.4 (5)	26.6 (7)	26.0 (6)	24.1 (6)	21.4 (5)	20.9 (4)	-
	OECD 평균 (국가 수)	53.6 (38)	49.9 (37)	47.8 (38)	46.6 (38)	44.6 (38)	44.0 (36)	41.8 (36)	40.2 (30)	31.1 (22)	-
허혈성 심장 질환 사망률(%)	한국(순위)	42.8 (2)	42.3 (2)	43.2 (3)	38.0 (2)	37.6 (2)	37.1 (2)	34.8 (2)	32.0 (2)	31.0 (2)	-
	OECD 평균 (국가 수)	141.0 (38)	127.5 (37)	129.6 (38)	126.2 (38)	121.0 (38)	114.7 (36)	109.0 (36)	111.6 (30)	111.2 (22)	-
뇌혈관 질환 사망률(%)	한국(순위)	86.0 (27)	79.7 (26)	76.5 (27)	71.6 (26)	64.9 (26)	61.7 (24)	56.1 (23)	51.6 (16)	49.3 (12)	-
	OECD 평균 (국가 수)	78.4 (38)	72.2 (37)	71.6 (38)	69.1 (38)	65.8 (38)	64.1 (36)	60.8 (36)	60.9 (30)	63.5 (22)	-

주: OECD에서 수집한 수치로, 연령 제한 여부 등 분석 방법으로 인해 본 보고서에서 산출한 수치와 차이가 발생함.

자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2021. 10. 19. 자료를 연구진이 직접 분석.

○ 예방·관리 영역 지표 중 고혈압 유병률은 증가하고 있고, 고혈압 유병자 가운데 적절한 관리를 하는 비율(인지율, 치료율, 조절률)도 증가하는 추세이다. 당뇨병 유병률은 증가하고 있으나 당뇨병 인지율은 오히려 감소하는 추세이며, 당뇨병 치료율은 비슷한 수준에 머무르고 있는 것으로 확인된다. 이는 건강 증진 행동과도 관련되는데, HP2030의 대표 지표 중 심뇌혈관 질환과 관련된 절주율, 신체활동, 비만 유병률을 살펴보면 최근 들어 변화가 없거나 악화된 추이를 보인다(표 4-6).

〈표 4-6〉 심뇌혈관 질환 예방·관리 측면 고혈압 및 당뇨병 관련 지표 추이

지표		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	목표('20)
절주 ¹⁾	성인 남 고위험음주율	28.4*	-	-	-	-	-	24.1	-	24.0	19.0
	성인 여 고위험음주율	8.4*	-	-	-	-	-	8.1	-	10.5	5.1
신체활동 ¹⁾	유산소 신체활동 실천율	-	-	-	-	57.1	-	47.8	-	44.9	62.8
비만유병률 ¹⁾	성인 남	35.6*	-	-	-	-	-	41.8	-	41.9	37.0
	성인 여	26.5*	-	-	-	-	-	29.2	-	28.1	27.0
고혈압 ²⁾	유병률(%)	26.8	28.4	28.9	27.2	25.4	27.8	29.1	26.9	28.3	-
	인지율(%)	63.1	63.1	63.1	63.5	63.5	63.5	65.0	65.0	65.0	-
	치료율(%)	57.5	57.5	57.5	59.6	59.6	59.6	61.1	61.1	61.1	-
	조절률(%)	40.4	40.4	40.4	43.4	43.4	43.4	45.4	45.4	45.4	-
당뇨병 ²⁾	유병률(%)	9.6	9.7	9.0	11.0	10.1	9.5	11.3	10.4	10.4	-
	인지율(%)	71.2	71.2	71.2	68.2	68.2	68.2	67.8	67.8	67.8	-
	치료율(%)	62.2	62.2	62.2	60.8	60.8	60.8	62.5	62.5	62.5	-
	조절률(%)	28.2	28.2	28.2	26.7	26.7	26.7	30.5	30.5	30.5	-

주: *2008년 수치.

자료: 1) 관계부처합동 (2021.1.27.). 제5차 국민건강증진종합계획.

2) 국민건강영양조사 (2010-2018); 질병관리본부 질병예방센터 건강영양조사과(2019). 국민건강영양조사 제7기 3차년도(2018) 주요결과.

○ 심뇌혈관의 경우 종합계획이 수립되고 있지만 국가 단위 목표가 다소 한정적이라는 문제가 있다. 입원 30일 이내 사망률에서는 질환 발생 후 병원에 도착하기 전에 사망하는 수치는 빠지는 등 전반적인 사망률의 개선보다는 급성기 케어의 결과에 더 초점을 두게 된다. 또한 재활 시행률이 목표로 포함되어 있고 장애 발생률 등은 목표로 포함되어 있지 않다. 위험도 보정 문제, 중증 환자 기피 등의 문제에 대한 우려 때문에 의료기관 단위의 평가 지표로 이러한 지표들이 활용되기는 어렵더라도 국가 수준에서는 건강 결과에 초점을 두고 의료시스템을 개선할 필요가 있지만, 건강 결과가 국가 차원의 목표로 활용되고 있지 않다.

〈표 4-7〉 제1차 심뇌혈관 질환 관리 종합계획의 분야별 성과 지표

분야	성과 지표	현재	목표('22)	
인식 개선	증상 인지율	급성심근경색	45.5%(17)	55%
		뇌졸중	51.2%(17)	61%
고위험군 관리	조절률	고혈압	46.2%(13~15)	50.0%(18~20)
		당뇨병	26.6%(13~15)	35.0%(18~20)
응급 대응 및 치료 역량	치명률 (입원 30일 이내 사망률)	급성심근경색	8.1%(14)	7.5%(22)
		출혈성 뇌졸중	7.5%(16)	6.6%(22)
재활	급성심근경색 조기 재활 시행률	40.0%(17)	50% 이상	
	뇌졸중 조기 재활 시행률	75.4%(17)	80% 이상	
인프라	국가통계 산출		승인통계 생산	

자료: 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획. p.10.

○ 건강 수준에 기반을 둔 국가 차원의 목표가 없는 상황에서 지역 단위 또한 목표나 계획이 부재하다. 심뇌혈관 질환은 입원 환자에 대한 급성기 케어만으로는 해결되지 않으며, 일차의료에서 일상적인 위험 요인 관리가 이뤄지고 환자의 상태가 나빠졌을 때 상급의료기관에서 적시에 치료하며 이후 사후 관리가 이뤄져야 한다. 이를 위해서는 단일 의료기관이 아닌 지역 단위에서 지역의 목표를 정해 책임을 지고 기관 간의 역할 분담을 하는 구조가 필요하다. 즉, 중앙정부 차원에서 목표를 정하고 이러한 목표를 달성하기 위해 지방정부가 계획을 수립하고 역할을 수행할 수 있도록 재정적, 기술적 지원 등을 제공해야 한다.

마. 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률

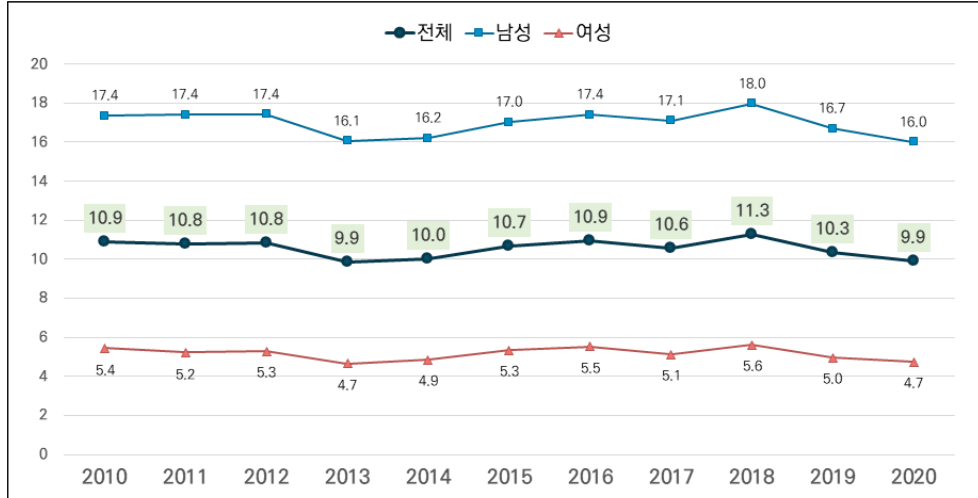
호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2020년 호흡기 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 9.9명으로 연평균 0.94% 감소하였고, 전년 대비 3.9% 감소하였다. 2020년 남성의 호흡기 질환 사망률은 인구 10만 명당 16.0명, 여성의 호흡기 질환 사망률은 인구 10만 명당 4.7명인데, 2010년과 비교하였을 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률의 지역 간 변이는 2010년 0.18, 2020년 0.20이다. 호흡기 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 충북(15.4명), 강원·경북(13.5명) 순이었고, 2020년에는 강원(13.9명), 경북(13.5명) 순으로 강원·경북은 꾸준히 호흡기 질환으로 인한 사망률이 높은 편이었다. 호흡기 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 서울(7.5명), 제주(7.8명) 순이었고, 2020년에는 서울(6.9명), 제주·울산(7.5명) 순으로 서울·제주는 지속적으로 낮은 편에 속했다.

호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률의 교육 수준 간 변이는 2010년에 0.76, 2020년에는 1.06이다. 고졸 이하에서는 연평균 1.51% 감소하였고, 중졸 이하와 대학 이상에서는 각각 연평균 5.44%, 1.67% 증가하였다. 2020년 호흡기 질환으로 인한 사망률이 가장 높은 집단은 중졸 이하(43.5명)였으며, 고졸 이하(8.9명), 대학 이상(6.5명) 순으로 나타났다.

[그림 4-11] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

<표 4-8> 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)

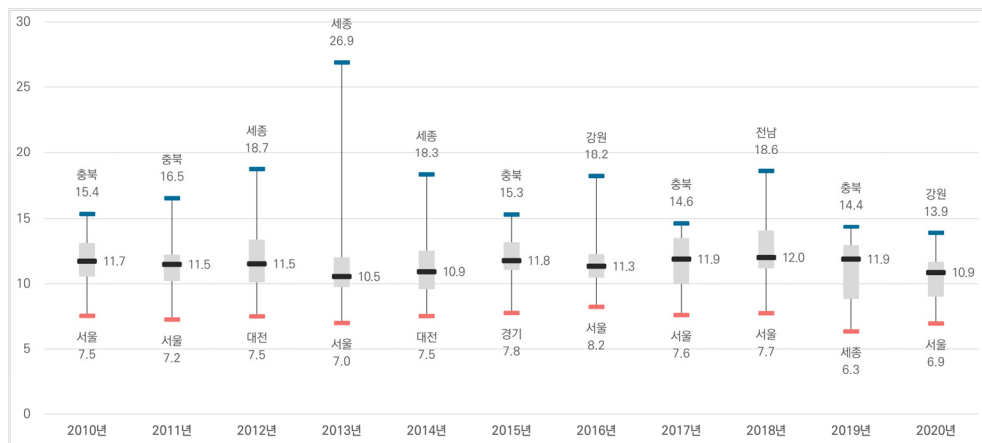
구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	7.5	7.2	7.7	7.0	7.8	8.1	8.2	7.6	7.7	7.5	6.9
부산	13.0	12.1	13.3	10.7	9.6	11.3	11.3	11.9	11.8	8.5	9.1
대구	10.3	11.1	10.1	9.8	12.5	12.1	10.5	14.3	12.3	12.1	12.1
인천	13.4	11.7	11.5	10.5	9.8	11.3	11.5	10.0	13.7	9.7	11.2
광주	10.7	10.6	10.7	10.5	8.7	11.1	10.8	14.1	13.0	11.5	11.8
대전	10.7	9.8	7.5	7.5	7.5	9.4	8.7	10.1	8.2	12.9	9.3
울산	11.4	11.6	11.1	9.8	9.7	11.7	10.7	11.1	11.5	6.9	7.5
세종	-	-	18.7	26.9	18.3	14.0	14.5	12.3	14.0	6.3	8.9
경기	9.5	9.2	9.1	8.5	8.5	7.8	9.9	8.8	9.9	8.9	9.1
강원	13.5	13.8	12.5	13.5	12.6	12.9	18.2	12.3	14.1	13.7	13.9
충북	15.4	16.5	17.2	13.5	14.1	15.3	16.3	14.6	15.7	14.4	11.6
충남	10.8	10.4	11.5	11.4	12.0	11.8	12.5	10.1	12.0	13.1	11.1
전북	12.0	11.3	12.2	10.5	12.5	12.5	12.2	10.0	11.2	12.9	10.9
전남	12.0	12.1	14.0	12.0	10.9	13.7	12.0	13.5	18.6	12.9	11.7
경북	13.5	14.0	13.7	13.3	11.8	14.9	12.2	12.2	14.8	14.0	13.5
경남	12.1	12.4	11.9	11.2	11.9	13.1	11.3	13.5	10.6	11.5	10.6
제주	7.8	9.4	9.5	7.2	10.6	9.2	10.2	9.1	11.4	11.9	7.5
지역간 변이	0.18	0.19	0.25	0.39	0.24	0.19	0.21	0.18	0.22	0.23	0.20
격차	7.8	9.3	11.3	19.9	10.8	7.6	10.0	7.1	10.9	8.0	7.0

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-12] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

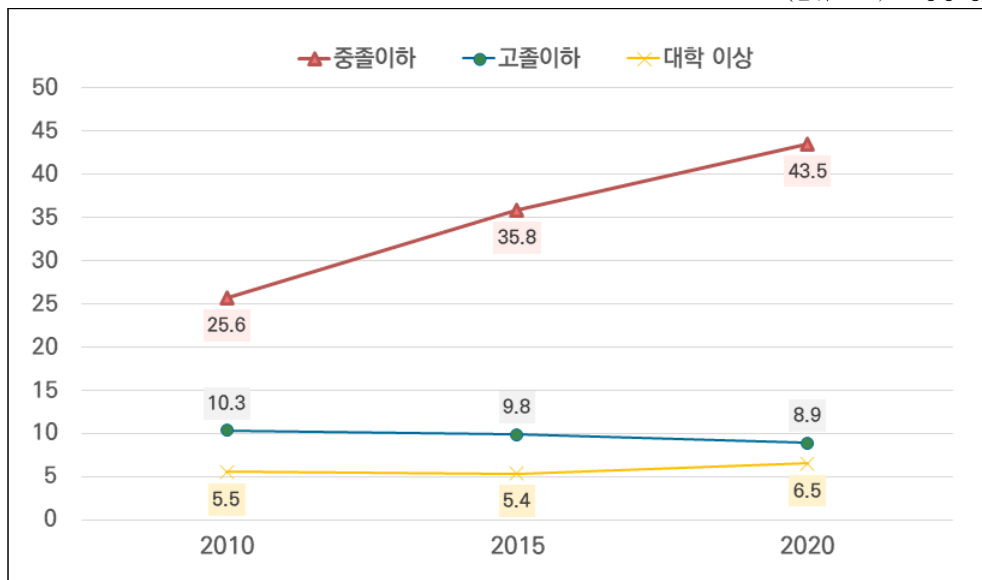
(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-13] 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별

(단위: 100,000명당 명)



주: 인구총조사의 교육 수준 비율을 이용한 것으로 2010, 2015, 2020년만 산출 가능(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2010, 2015). 인구총조사..

바. 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률

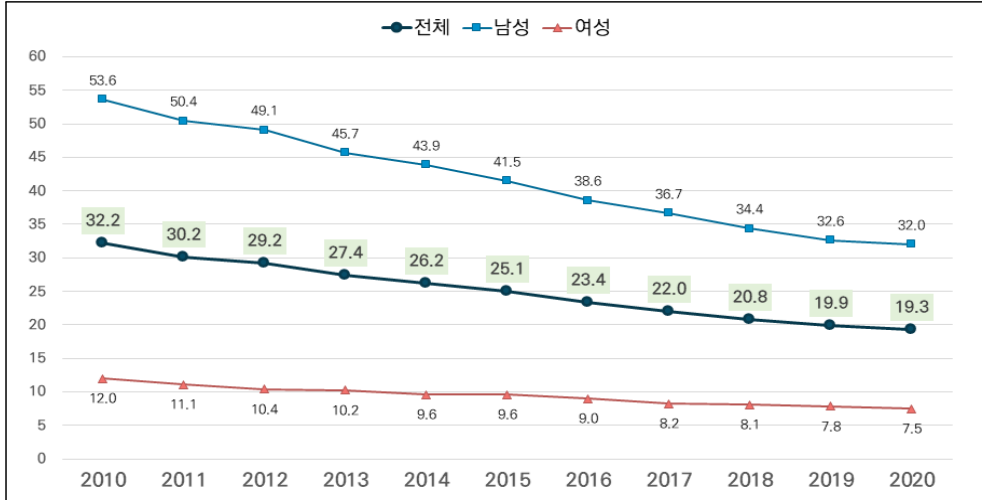
간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2020년 간 질환으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 19.3명으로 연평균 4.99% 감소하였고, 전년 대비 3.0% 감소하였다. 2020년 남성의 간 질환 사망률은 인구 10만 명당 32.0명, 여성의 간 질환 사망률은 인구 10만 명당 7.5명인데, 2010년과 비교할 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소하였는데 지역 간 변이는 2010년 0.16, 2020년 0.22로 소폭 증가했다. 간 질환으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 전남(42.3명), 경남(42.0명) 순이었고, 2020년에는 제주(27.0명), 전남(25.7명) 순으로 전남은 꾸준히 간 질환으로 인한 사망률이 높은 편이었다. 간 질환으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 대전(25.6명), 서울(26.4명) 순이었고, 2020년에는 세종(9.0명), 대전(14.6명) 순으로 대전은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

간 질환으로 인한 75세 미만 사망률의 교육 수준 간 변이는 2010년에 0.75, 2020년에는 1.07이다. 중졸 이하에서는 연평균 1.48% 증가하였고, 고졸 이하와 대학 이상에서는 각각 연평균 3.92%, 4.76% 감소하였다. 2020년에 간 질환으로 인한 사망률이 가장 높은 집단은 중졸 이하(102.1명)였으며, 고졸 이하(23.6명), 대학 이상(12.1명) 순으로 나타났다.

[그림 4-14] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

<표 4-9> 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)

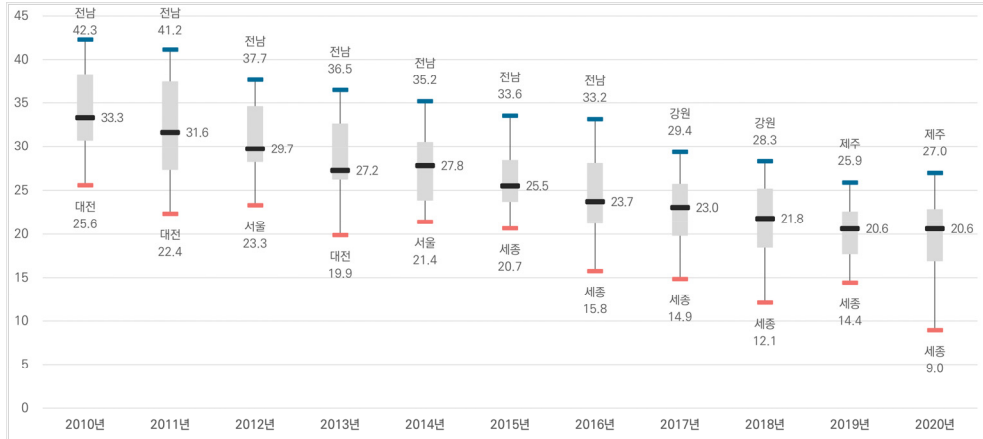
구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	26.4	24.5	23.3	22.4	21.4	21.8	19.6	18.6	18.5	17.6	16.9
부산	37.6	37.3	34.6	32.6	31.6	29.9	28.8	25.7	25.3	25.6	23.9
대구	34.6	31.4	33.3	30.5	28.1	25.5	25.8	23.6	22.5	20.6	21.9
인천	31.0	30.7	28.4	26.9	25.3	23.7	24.0	23.0	21.6	20.7	21.1
광주	32.2	31.9	29.1	27.2	27.1	24.3	23.7	20.2	21.0	18.3	16.0
대전	25.6	22.4	24.9	19.9	21.7	21.3	18.6	17.3	15.2	16.5	14.6
울산	30.0	25.3	26.0	26.9	24.8	26.7	23.5	19.8	18.1	15.7	20.3
세종	-	-	31.5	30.2	23.0	20.7	15.8	14.9	12.1	14.4	9.0
경기	28.9	26.9	26.8	25.7	23.2	22.8	20.7	19.6	18.0	17.7	16.8
강원	41.3	37.8	35.9	36.0	30.5	29.0	30.4	29.4	28.3	24.1	23.4
충북	31.5	32.0	28.3	27.2	23.9	27.0	23.3	22.7	21.8	21.5	22.8
충남	33.3	30.4	29.7	26.1	27.8	24.6	21.3	23.8	21.9	19.4	19.1
전북	33.3	27.5	29.6	26.3	29.4	24.4	23.0	22.6	21.1	19.8	18.3
전남	42.3	41.2	37.7	36.5	35.2	33.6	33.2	27.3	25.2	24.8	25.7
경북	34.8	32.2	34.3	28.8	29.0	27.1	24.0	27.2	22.7	22.4	22.5
경남	42.0	39.2	35.0	33.8	33.2	29.8	28.0	24.3	25.2	22.6	20.6
제주	40.4	38.0	35.1	33.4	32.2	28.4	28.8	27.6	25.2	25.9	27.0
지역간 변이	0.16	0.18	0.14	0.16	0.15	0.13	0.19	0.17	0.19	0.17	0.22
격차	16.7	18.8	14.4	16.6	13.8	12.9	17.4	14.5	16.2	11.5	18.0

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-15] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

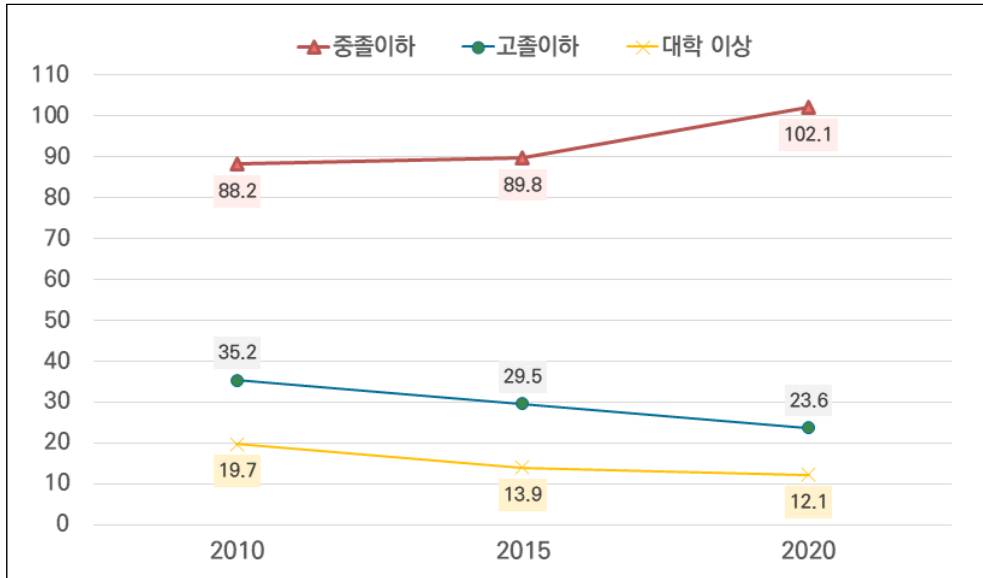
(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-16] 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별

(단위: 100,000명당 명)



주: 인구총조사의 교육 수준 비율을 이용한 것으로 2010, 2015, 2020년만 산출 가능(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2010, 2015). 인구총조사.

사. 암으로 인한 75세 미만 사망률

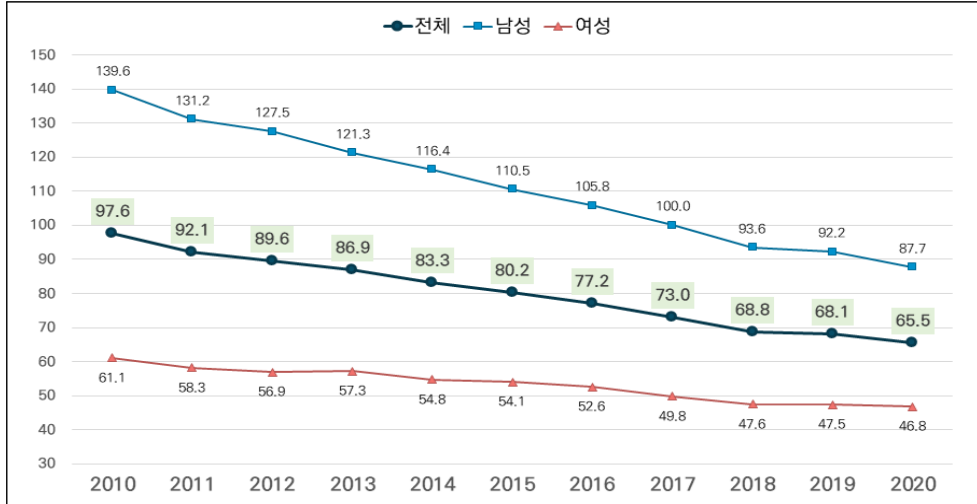
암으로 인한 75세 미만 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며, 2020년 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 65.5명으로 연평균 3.90% 감소하였고, 전년 대비 3.8% 감소하였다. 2020년 남성의 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 87.7명, 여성의 암으로 인한 사망률은 인구 10만 명당 46.8명인데, 2010년과 비교할 때 절대적인 감소량은 남성이 더 컸다.

암으로 인한 75세 미만 사망률은 모든 지역에서 전반적으로 감소했고 지역 간 변이는 2010년 0.06, 2020년 0.07로 거의 변화가 없었다. 암으로 인한 사망률이 높은 지역은 2010년에는 강원(108.8명), 경남(107.7명) 순이었고, 2020년에는 부산(73.2명), 충북(71.7명) 순이었다. 암으로 인한 사망률이 낮은 지역은 2010년에는 서울(87.0명), 경기(93.3명) 순이었고, 2020년에는 세종(56.4명), 서울(60.6명) 순으로 서울은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

암으로 인한 75세 미만 사망률의 교육 수준 간 변이는 2010년에 0.37, 2020년에는 0.56이다. 중졸 이하, 고졸 이하, 대학 이상에서 각각 연평균 0.35%, 4.43%, 2.51% 감소하였다. 2020년 암으로 인한 사망률이 가장 높은 집단은 중졸 이하(160.5명)였으며, 고졸 이하(69.8명), 대학 이상(62.0명) 순으로 나타났다.

[그림 4-17] 암으로 인한 75세 미만 사망률

(단위: 100,000명당 명)



주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

<표 4-10> 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

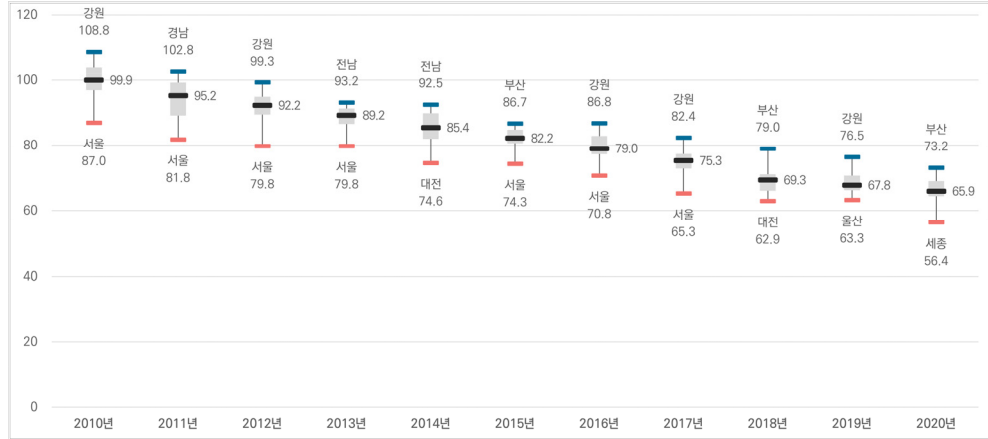
(단위: 100,000명당 명)

구 분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	87.0	81.8	79.8	79.8	75.7	74.3	70.8	65.3	63.8	63.3	60.6
부산	103.6	98.9	98.3	92.4	91.4	86.7	85.6	77.2	79.0	76.0	73.2
대구	97.3	92.4	88.7	89.2	81.6	78.8	79.1	73.1	68.1	67.8	66.3
인천	96.3	97.0	91.0	89.1	87.2	80.4	78.3	74.6	70.4	70.6	68.9
광주	100.1	95.8	91.5	91.5	89.8	82.9	80.2	74.3	72.3	67.2	64.7
대전	95.7	88.4	89.6	85.8	74.6	80.9	73.6	69.7	62.9	66.4	62.0
울산	104.8	88.2	89.4	90.9	82.1	86.1	77.4	69.4	65.1	63.3	64.9
세종	-	-	92.8	88.8	88.2	80.8	82.7	73.1	67.2	66.3	56.4
경기	93.3	87.9	85.4	83.7	79.9	76.3	72.7	69.8	65.3	66.1	62.9
강원	108.8	100.8	99.3	92.3	90.5	84.2	86.8	82.4	71.5	76.5	71.5
충북	99.8	99.6	93.4	89.2	85.4	84.6	83.1	79.5	71.0	72.6	71.7
충남	100.6	92.9	91.7	84.5	88.1	81.5	74.5	79.2	69.6	65.8	65.9
전북	98.3	89.6	92.2	86.7	84.8	80.7	78.4	76.5	70.6	67.1	64.5
전남	107.1	101.7	95.8	93.2	92.5	85.5	80.3	75.3	66.2	68.7	71.2
경북	103.0	95.7	94.1	90.8	84.0	82.2	77.9	78.5	69.3	69.5	66.2
경남	107.7	102.8	96.6	91.2	89.7	85.8	84.5	77.3	77.1	70.3	68.0
제주	97.8	94.6	94.8	88.6	82.9	84.7	79.0	76.4	69.2	75.7	65.6
지역간 변이	0.06	0.06	0.05	0.04	0.06	0.04	0.06	0.06	0.06	0.06	0.07
격차	21.8	21.0	19.5	13.3	17.9	12.4	16.1	17.1	16.1	13.2	16.8

주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 산출 방법이 바뀌어 5차 연도 연구와 값의 차이가 있으며, 자세한 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-18] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 지역별

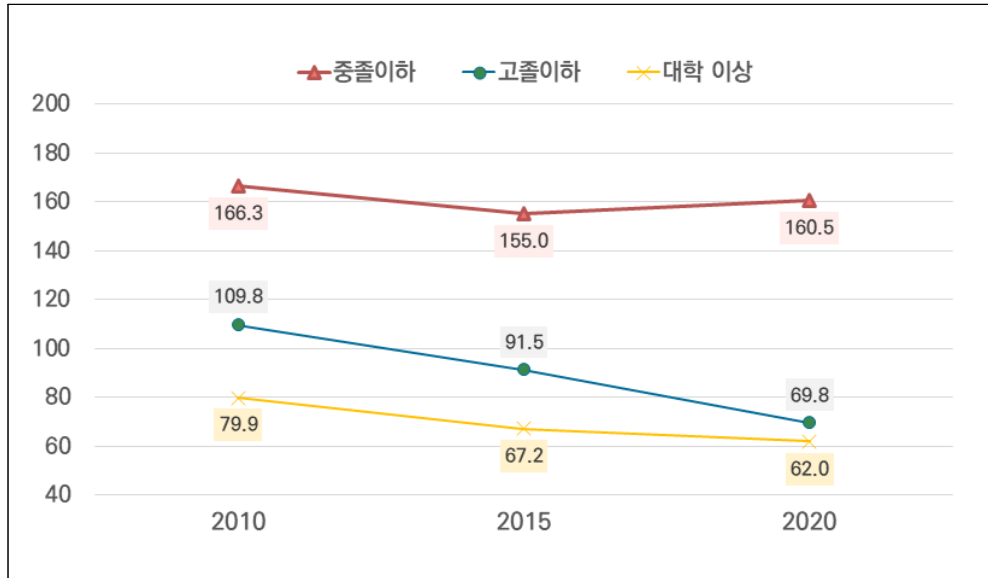
(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사.

[그림 4-19] 암으로 인한 75세 미만 사망률: 교육 수준별

(단위: 100,000명당 명)



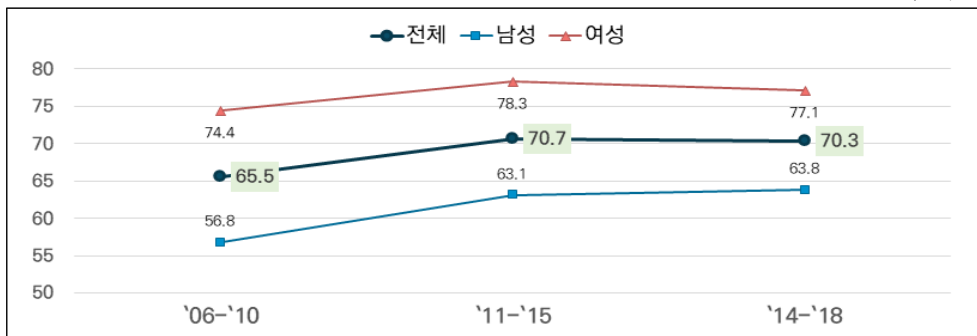
주: 인구총조사의 교육 수준 비율을 이용한 것으로 2010, 2015, 2020년만 산출 가능(연구진이 직접 산출).
 자료: 통계청. (2010-2020). 사망원인통계조사; 통계청. (2010, 2015). 인구총조사.

아. 모든 암 환자의 5년 생존율

모든 암 환자의 5년 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보였으나 2014~18년 5년 상대 생존율은 2011~15년 대비 0.57% 감소한 70.3%이다. 성별에 따라 산출된 모든 암 5년 상대 생존율은 남녀가 다른 추세를 보였다. 남성의 2014~18년 상대 생존율은 63.8%로 2011~15년 대비 1.11% 증가하였고, 여성의 2014~18년 상대 생존율은 77.1%로 2011~15년 대비 1.53% 감소하였다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 남녀 전체에서 국한 90.6%, 국소 73.1%로 나타났으며, 여성이 남성보다 국한·국소 상대 생존율이 높았다.

[그림 4-20] 모든 암 5년 상대 생존율(전체)

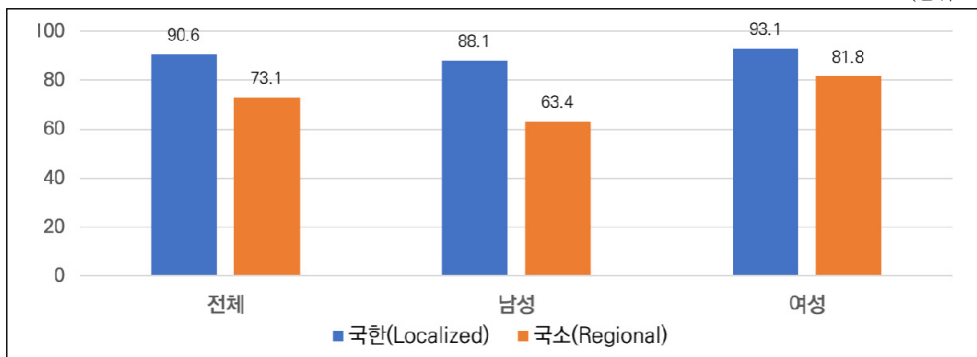
(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

[그림 4-21] 모든 암 5년 생존율(전체): 요약 병기별

(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

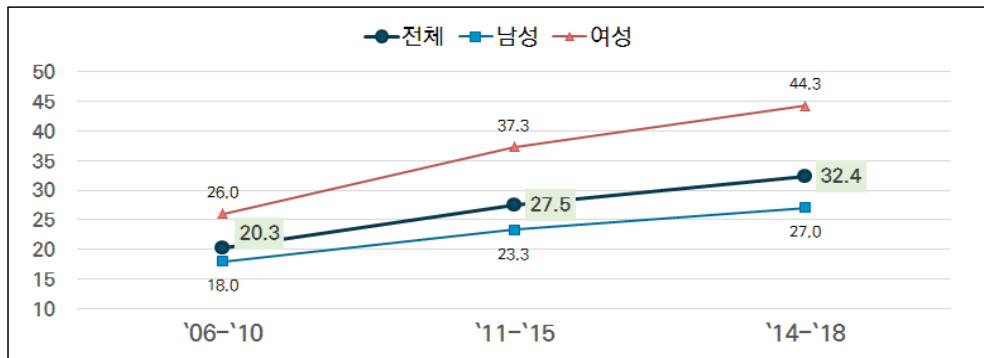
자. 폐암, 간암, 대장암 및 유방암으로 인한 5년 생존율

1) 폐암 5년 생존율

폐암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2014~18년 5년 상대 생존율은 32.4%로 2011~15년 대비 17.82% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 폐암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보인다. 남성의 2014~18년 상대 생존율은 27.0%로 2011~15년 대비 15.88% 증가하였고, 여성의 2014~18년 상대 생존율은 44.3%로 2011~15년 대비 18.77% 증가하여 여성의 증가율이 큰 것을 알 수 있다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 남녀 전체에서 국한 71.7%, 국소 41.4%로 나타났으며, 여성이 남성보다 국한·국소 상대 생존율이 높았다.

[그림 4-22] 폐암 5년 상대 생존율(전체)

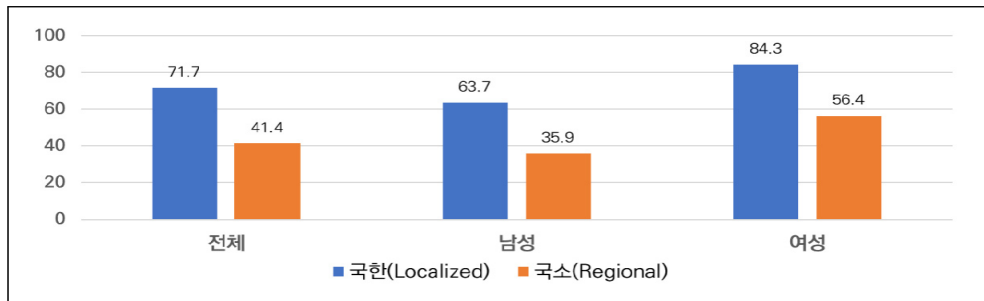
(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

[그림 4-23] 폐암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별

(단위: %)

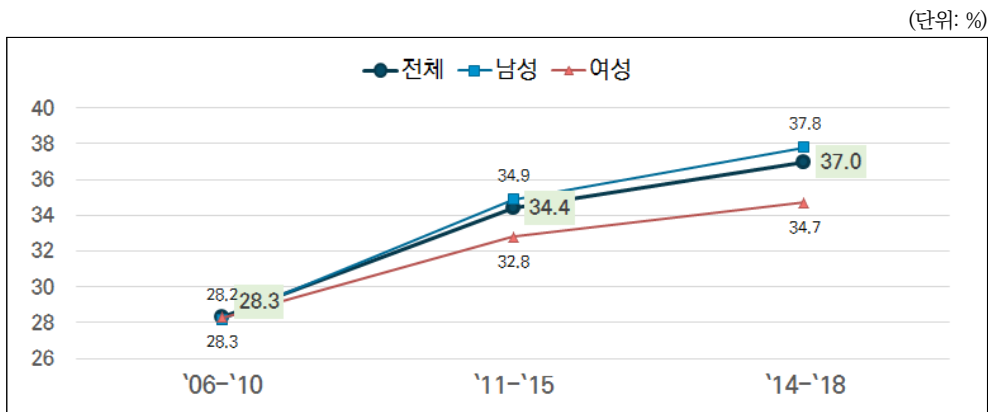


자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

2) 간암 5년 생존율

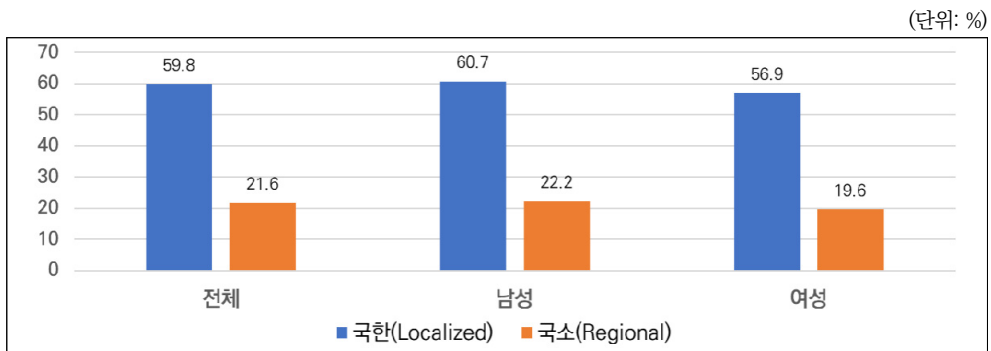
간암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2014~18년 5년 상대 생존율은 37.0%로 2011~15년 대비 7.56% 증가하였다. 성별에 따라 산출된 간암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보인다. 남성의 2014~18년 상대 생존율은 37.8%로 2011~15년 대비 8.31% 증가하였고, 여성의 2014~18년 상대 생존율은 34.7%로 2011~15년 대비 5.79% 증가하여 남성의 증가율이 더 큰 것을 알 수 있다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 남녀 전체에서 국한 59.8%, 국소 21.6%로 나타났으며, 남성이 여성보다 국한·국소 상대 생존율이 높았다.

[그림 4-24] 간암 5년 상대 생존율(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

[그림 4-25] 간암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별

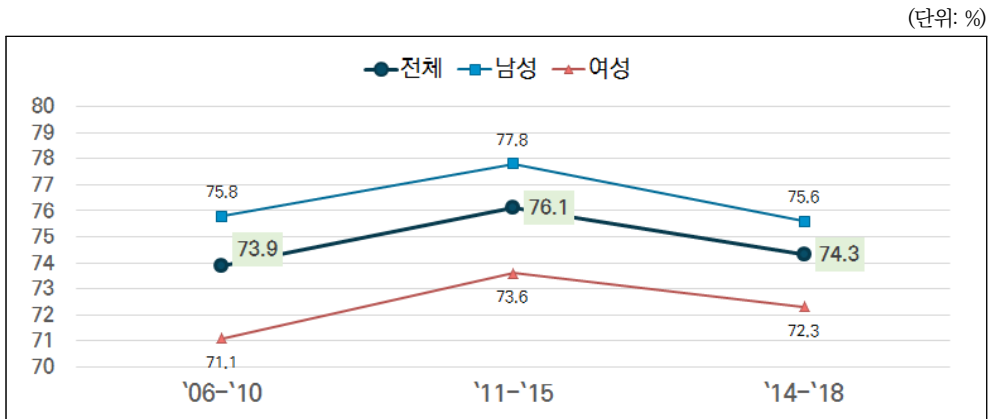


자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

3) 대장암 5년 생존율

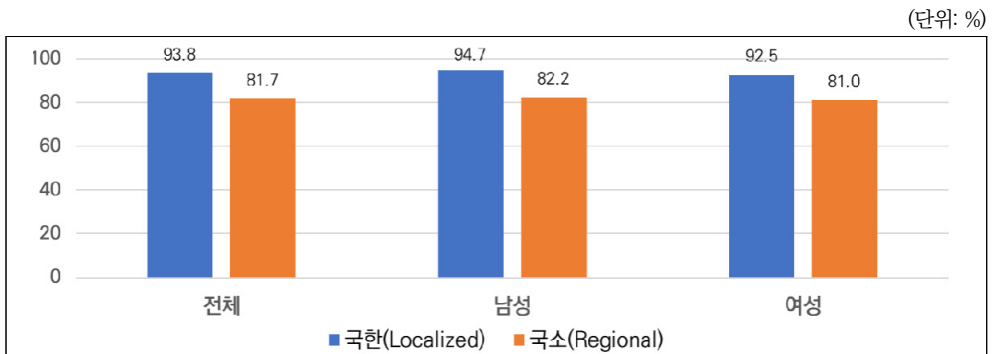
대장암 5년 상대 생존율은 2011~15년까지는 증가하였다가 2014~18년에 감소하는 양상을 보였다. 2014~18년 5년 상대 생존율은 74.3%로 2011~15년 대비 2.37% 감소하였다. 성별에 따라 산출된 대장암 5년 상대 생존율은 남성이 2014~18년 75.6%로 2011~15년 대비 2.83% 감소하였고, 여성은 72.3%로 2011~15년 대비 1.77% 감소하여 남성의 감소율이 더 큰 것을 알 수 있다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 남녀 전체에서 국한 93.8%, 국소 81.7%로 나타났으며, 남성이 여성보다 국한·국소 상대 생존율이 높았다.

[그림 4-26] 대장암 5년 상대 생존율(전체)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

[그림 4-27] 대장암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별



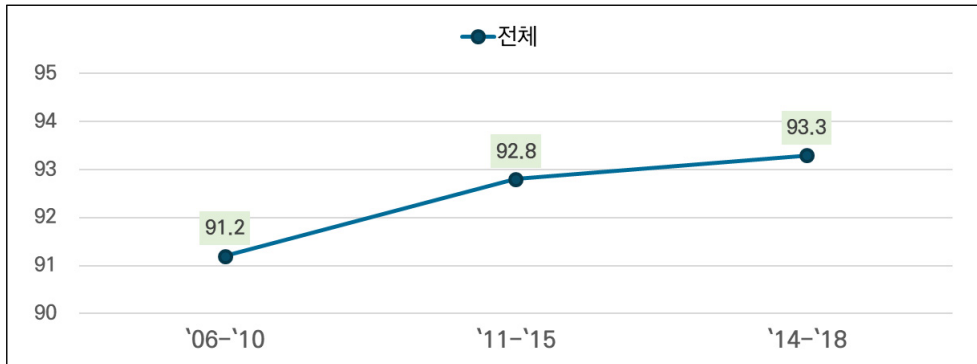
자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

4) 유방암 5년 생존율(여성)

유방암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2014~18년 5년 상대 생존율은 93.3%로 2011~15년 대비 0.54% 증가하였다. 요약 병기별 5년 상대 생존율은 국한 98.8%, 국소 92.4%로 나타났다.

[그림 4-28] 유방암 5년 상대 생존율(전체)

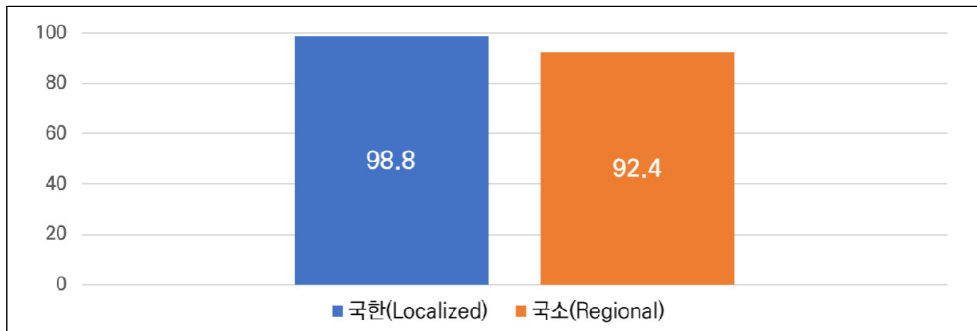
(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

[그림 4-29] 유방암 5년 상대 생존율(전체): 요약 병기별

(단위: %)



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

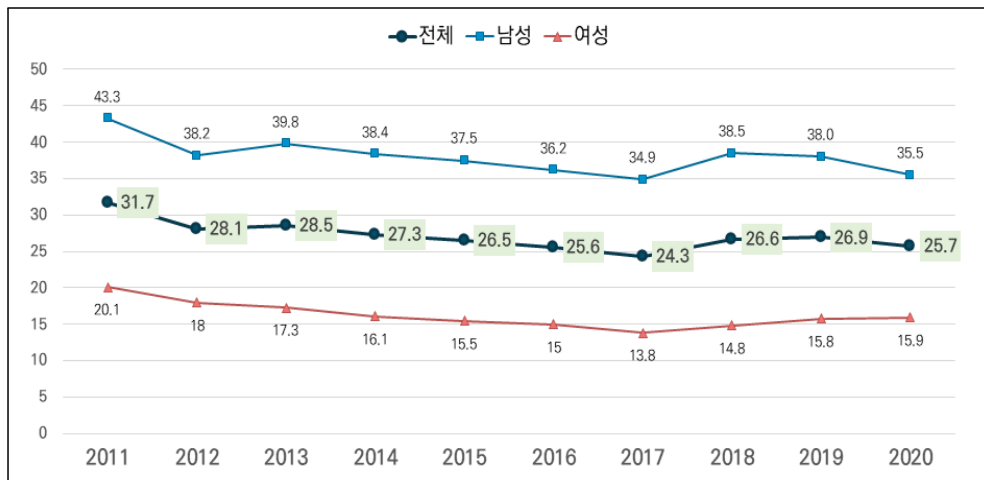
차. 자살사망률

우리나라 자살사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2020년 자살사망률은 10만 명당 25.7명으로 연평균 2.3% 감소하였고, 전년 대비 4.46% 감소하였다. 성별에 따라 산출된 자살사망률을 살펴보면, 남성은 2011년 43.3명에서 2020년 35.5명으로 감소하였고, 여성은 2011년 20.1명에서 2020년 15.9명으로 감소하였다. 최근 3년간(2018~2020년) 자살사망률의 증감 양상은 성별에 따라 차이가 있었는데, 남성은 자살사망률이 감소하는 추세였으나 여성은 증가하는 양상을 보였다.

지역에 따라 산출된 자살사망률을 살펴보면, 지역 간 변이는 2010년 0.18에서 2020년 0.14로 약간 감소하였다. 자살사망률이 높은 지역은 2010년에는 강원(45.2명), 충남(44.9명) 순이었고, 2020년에는 충남(34.7명), 강원(33.2명) 순으로 충남과 강원은 꾸준히 자살사망률이 높은 편이었다. 자살사망률이 낮은 지역은 2010년에는 울산(25.6명), 광주(26.5명) 순이었고, 2020년에는 세종(18.4명), 광주(22.6명) 순으로 광주는 자살사망률이 지속적으로 낮은 편에 속했다.

[그림 4-30] 자살사망률

(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청, 국가통계포털, 인구십만명당 자살률(시도/시/군/구)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_에서 2021. 11. 22. 에 인출.

〈표 4-11〉 자살사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)

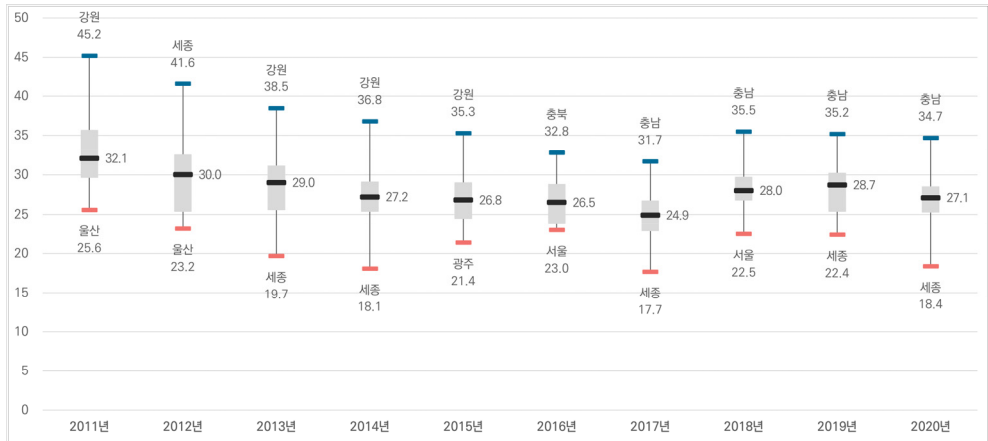
구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	26.9	23.8	25.6	24.7	23.2	23.0	21.3	22.5	22.5	22.7
부산	31.9	30.0	29.0	28.7	29.0	27.2	26.3	27.9	30.1	27.4
대구	29.6	24.2	26.8	25.2	26.8	24.2	24.9	26.8	28.7	26.1
인천	32.8	31.2	30.6	29.1	27.4	26.5	24.0	27.9	25.9	26.5
광주	26.5	25.4	22.6	23.8	21.4	23.2	22.6	25.7	23.9	22.6
대전	29.7	25.3	23.9	26.8	27.0	24.8	22.5	28.3	28.7	27.2
울산	25.6	23.2	24.8	25.4	24.3	23.5	24.4	27.1	28.2	26.4
세종	-	41.6	19.7	18.1	22.5	23.9	17.7	26.0	22.4	18.4
경기	30.5	27.0	27.9	25.7	25.3	23.0	22.9	24.2	25.4	23.7
강원	45.2	38.3	38.5	36.8	35.3	32.2	30.6	33.1	33.3	33.2
충북	38.9	36.6	34.8	31.5	30.4	32.8	28.2	31.1	31.1	27.1
충남	44.9	37.2	37.4	36.5	35.1	32.1	31.7	35.5	35.2	34.7
전북	37.3	29.2	29.7	28.8	26.6	28.5	28.4	29.7	30.2	27.8
전남	33.9	31.3	30.8	29.4	30.8	29.7	25.1	28.0	25.4	28.5
경북	35.1	32.5	31.1	28.4	27.5	28.8	26.0	29.6	29.4	28.6
경남	32.2	26.9	27.3	26.5	26.3	27.2	24.9	28.9	28.0	25.3
제주	31.0	31.5	32.9	27.2	24.5	24.0	26.7	30.6	31.7	30.0
지역간 변이	0.18	0.18	0.17	0.16	0.14	0.13	0.14	0.11	0.13	0.14
격차	19.6	18.4	18.8	18.7	13.9	9.8	14.0	13.0	12.8	16.3

자료: 통계청, 국가통계포털, 인구십만명당 자살률(시도/시/군/구)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_에서 2021.11.22.에 인출.

[그림 4-31] 자살사망률: 지역별

(단위: 100,000명당 명)



자료: 통계청, 국가통계포털, 인구십만명당 자살률(시도/시/군/구)

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_에서 2021.11.22.에 인출.

카. 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

1) 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률은 지속적으로 증가하다가 2020년에 감소하는 양상을 보였다. 2020년 초과사망률은 4.45%로 연평균 2.77% 증가하였으나 전년 대비 6.32% 감소하였다. 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2011년 3.07%에서 2020년 4.04%로 증가하였고, 여성은 2011년 4.27%에서 2020년 5.34%로 증가하였다. 소폭이지만 남성보다 여성의 증가폭이 컸다.

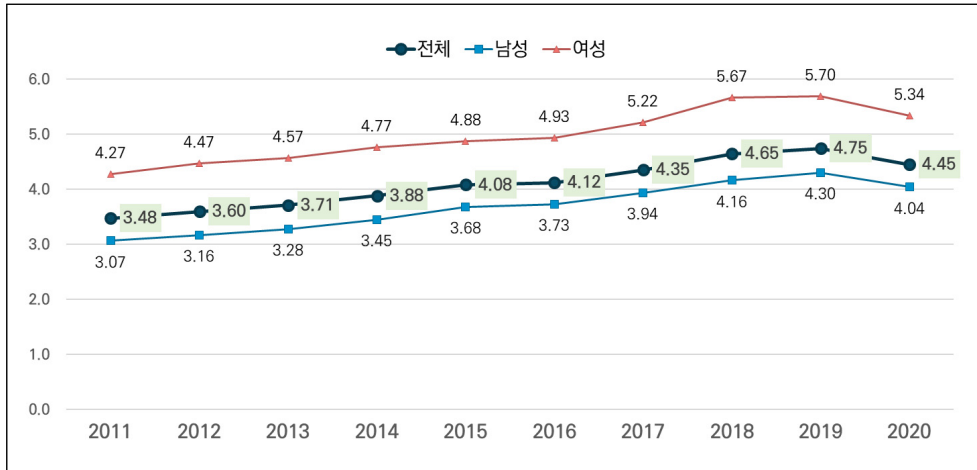
조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 지역에 따라 산출했을 때, 지역간 변이는 2011년 0.06에서 2020년 0.27로 증가하였다. 2011년에 초과사망률이 높은 지역은 서울(3.84%), 대전(3.72%) 순이었고, 2020년에는 세종(8.29%), 대구(5.39%) 순이었다. 초과사망률이 낮은 지역은 2011년에는 충남(3.09%), 경북(3.13%) 순이었고, 2020년에는 광주(2.59%), 충남(3.29%) 순으로 충남은 꾸준히 낮은 편이었다.

조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 소득분위에 따라 산출했을 때, 가구의 소득 수준에 따라 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 5분위에서 값이 가장 높고 의료급여에서 값이 가장 낮게 나타났다.

조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 장애의 중증도에 따라 차이가 있었다. 장애가 없는 경우 전반적으로 증가하는 추세였고, 중증장애인 경우 2011년부터 2020년에 걸쳐 초과사망률 값이 비슷한 수준이었다. 반면, 경증장애인 경우 2018년과 2019년에 큰 폭으로 증가한 양상을 보였다. 한편 세부집단 분석 시 의료급여, 중증장애와 같이 상대적으로 취약한 계층에서 초과사망률이 낮은 이유는 이들 집단에서 중증정신질환이 없는 경우에도 사망률 자체가 높기 때문에 상대적 차이가 작은 것으로 값의 해석에는 주의가 필요하다.

[그림 4-32] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

(단위: %)



주: 2011년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

<표 4-12> 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

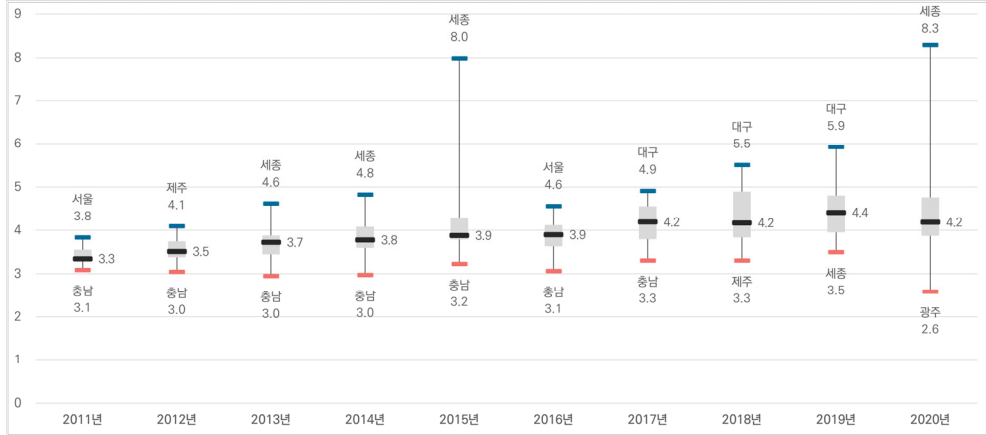
(단위: %)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	3.84	3.91	4.02	4.27	4.63	4.56	4.67	5.14	5.34	4.47
부산	3.31	3.50	3.35	3.54	3.93	3.84	4.12	4.06	4.41	4.93
대구	3.59	3.88	4.14	4.34	4.49	4.45	4.91	5.51	5.93	5.39
인천	3.24	3.27	3.75	3.89	4.19	4.10	4.30	5.09	4.64	4.17
광주	3.45	3.91	4.14	4.07	3.88	4.18	4.45	3.96	3.96	2.59
대전	3.72	3.47	3.44	3.48	3.24	3.64	3.46	3.54	4.14	3.88
울산	3.70	3.40	3.81	4.33	4.50	3.66	3.80	3.46	4.79	4.66
세종	-	-	4.62	4.83	7.99	3.09	4.52	3.92	3.50	8.29
경기	3.53	3.69	3.78	3.94	4.28	4.43	4.54	4.88	4.80	4.92
강원	3.34	3.06	3.56	3.74	3.83	3.89	4.17	4.49	3.94	3.71
충북	3.30	3.49	3.66	4.06	3.80	4.11	4.56	5.06	5.48	3.76
충남	3.09	3.05	2.95	2.98	3.23	3.07	3.31	3.65	3.81	3.29
전북	3.38	3.65	3.43	3.75	3.59	3.53	3.77	3.84	3.97	4.27
전남	3.33	3.52	3.46	3.77	3.85	4.02	4.61	4.72	4.19	4.04
경북	3.13	3.34	3.51	3.60	3.66	3.77	4.14	4.65	4.71	4.75
경남	3.26	3.60	3.72	3.69	3.92	3.96	4.19	4.17	4.58	4.12
제주	3.34	4.10	3.87	3.42	3.84	3.57	3.80	3.31	3.94	4.18
지역간 변이	0.06	0.08	0.10	0.11	0.25	0.11	0.11	0.16	0.15	0.27
격차	0.75	1.05	1.67	1.85	4.76	1.49	1.60	2.20	2.43	5.70

주: 2011년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-33] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

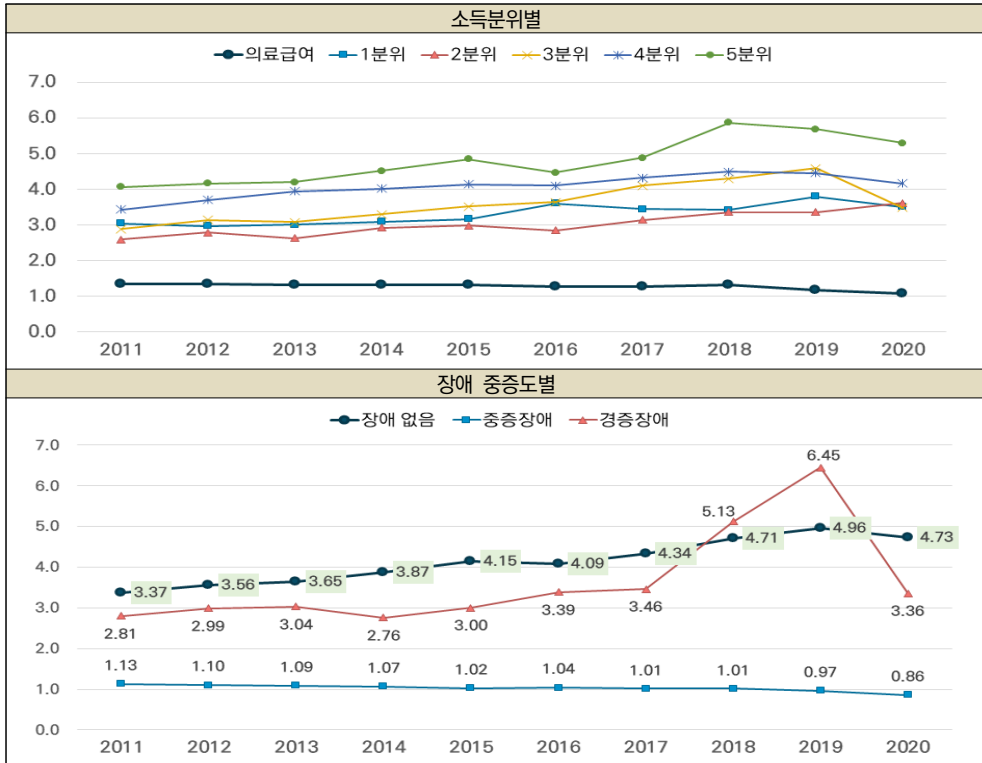
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-34] 조현병을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도 별

(단위: %)



주: 2011년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

2) 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률은 지속적으로 증가하는 양상을 보였다. 2020년 초과사망률은 4.77%로 연평균 5.36% 증가하였으나 전년 대비 0.21% 감소하였다. 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 성별에 따라 산출한 결과, 전체적으로 증가하는 추세를 보였다. 남성은 2011년 2.76%에서 2020년 4.54%로 증가하였고 여성은 2011년 3.39%에서 2020년 5.22%로 증가하였다.

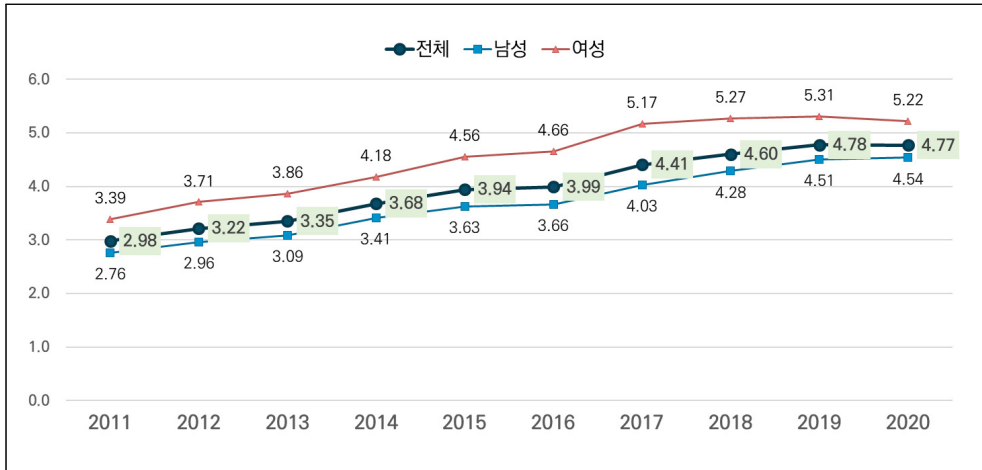
양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2011년 0.11에서 2020년 0.20으로 증가하였다. 2011년에 초과사망률이 높은 지역은 대구(3.40%), 충남(3.20%) 순이었고, 2020년에는 충북(6.58%), 대구(6.14%) 순으로 대구는 지속적으로 높은 편이었다. 초과사망률이 낮은 지역은 2011년에는 제주(1.97%), 광주·울산(2.70%) 순이었고, 2020년에는 부산(3.22%), 광주(3.23%) 순으로 광주는 꾸준히 낮게 나타났다.

양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 소득분위에 따라 산출했을 때, 1~5분위는 전반적으로 증가하는 추세였으나 의료급여의 경우 2011년부터 2020년에 걸쳐 비슷한 수준이었으며 값이 가장 낮았다.

양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 장애의 중증도에 따라 다른 추세를 보였는데, 장애가 없는 경우 전반적으로 증가하는 추세였고, 중증장애인 경우 2011년부터 2020년에 걸쳐 초과사망률 값이 비슷한 수준이었다. 반면, 경증장애인 경우 2011년부터 2014년까지 감소하다가 2015년부터 2017년까지 증가하였고 이후 증가와 감소를 반복하는 양상을 보였다. 앞서 조현병 초과사망률에서도 언급하였 듯 세부집단 분석 시 취약한 계층에서 초과사망률이 낮은 이유는 이들 집단에서 중증정신질환이 없는 경우에도 사망률 자체가 높기 때문에 상대적 차이가 작은 것으로 값의 해석에는 주의가 필요하다.

[그림 4-35] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

(단위: %)



주: 2011년 주민등록 연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

<표 4-13> 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

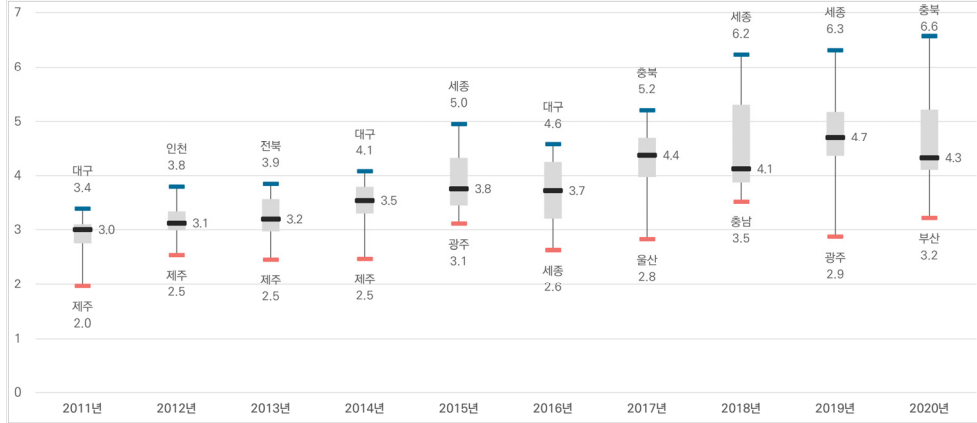
(단위: %, %p)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	2.99	3.34	3.37	3.73	3.95	4.14	4.70	5.09	4.73	4.62
부산	2.98	3.32	3.59	3.88	3.84	3.73	3.98	3.91	4.71	3.22
대구	3.40	3.55	3.67	4.08	4.39	4.58	5.08	5.41	5.95	6.14
인천	2.94	3.81	3.72	3.76	4.46	4.33	4.82	5.58	5.17	5.23
광주	2.70	2.74	2.86	3.03	3.11	3.00	3.48	3.62	2.88	3.23
대전	2.76	3.14	3.19	3.79	4.13	4.46	4.70	5.29	4.55	4.32
울산	2.70	2.95	3.28	2.91	3.13	3.04	2.83	3.64	4.58	4.26
세종	-	-	2.84	3.52	4.96	2.63	4.76	6.24	6.32	4.11
경기	3.04	3.17	3.57	3.96	4.32	4.24	4.56	4.88	5.07	5.44
강원	3.01	3.07	2.98	3.18	3.66	3.59	3.78	3.89	3.66	4.38
충북	3.09	2.72	3.11	3.61	4.55	4.21	5.21	5.30	5.84	6.58
충남	3.20	3.01	2.72	3.30	3.46	3.70	4.09	3.53	4.25	4.07
전북	3.11	3.35	3.86	3.83	3.53	3.69	4.37	3.73	4.18	5.21
전남	3.02	3.10	3.19	3.53	3.59	3.75	4.40	4.12	4.71	3.85
경북	3.11	3.41	3.15	3.55	3.76	4.25	4.06	3.90	4.75	4.14
경남	2.75	3.01	3.40	3.47	3.42	2.93	3.62	4.12	4.37	4.47
제주	1.97	2.55	2.46	2.48	3.36	3.21	4.01	5.89	5.29	4.21
지역간 변이	0.11	0.10	0.12	0.12	0.14	0.16	0.15	0.20	0.18	0.20
격차 (%p)	1.43	1.26	1.40	1.60	1.85	1.95	2.38	2.71	3.44	3.36

주: 2011년 주민등록 연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-36] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 지역별

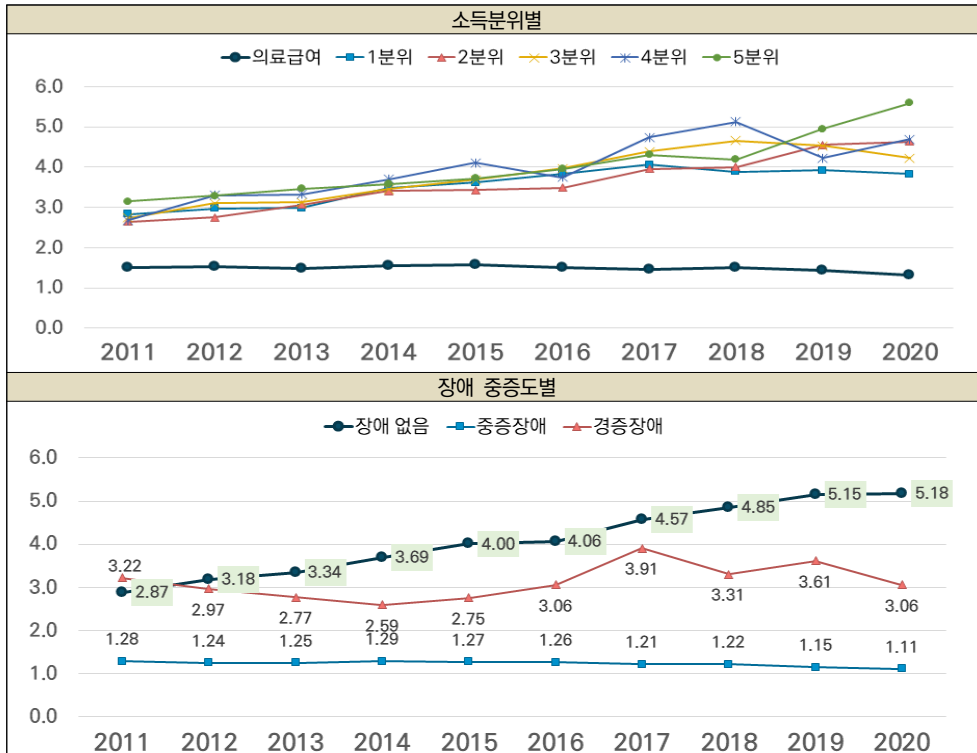
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-37] 양극성 정동장애가 있는 성인의 75세 미만 초과사망률: 소득수준 및 장애 중증도 별

(단위: %)



주: 2011년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률

- 치매를 제외한 정신질환으로 치료받은 인구 10만 명당 환자 수는 2020년에 약간 감소했지만, 2018년 대비 증가하는 추세이다.

〈표 4-14〉 정신질환으로 치료받은 환자 수 추이

(단위: 명, 100,000명당 명)

구분	2018	2019	2020
치매를 제외한 정신질환으로 치료받은 환자 수(전체)	1,864,209	2,044,992	2,124,345
치매를 제외한 정신질환으로 치료받은 환자 수(인구 10만 명당 명)	4,141.4	4,517.3	4,486.2
중증정신질환으로 치료받은 환자 수(전체)	599,956	627,656	625,603
중증정신질환으로 치료받은 환자 수(인구 10만 명당 명)	1,332.8	1,386.5	1,321.1

자료: 보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2019-2021). 국가 정신건강현황 보고서 2018-2020.

- 정신질환으로 인한 사망률은 감소했지만 정신질환자의 퇴원 후 30일 이내 자살률은 2010년과 2018년에 0.19%로 동일한 수준이고, 정신질환자의 퇴원 후 1년 이내 자살률은 2010년 0.76%에서 2018년 0.65%로 소폭 감소하였으나 개선이 필요한 것으로 보인다.

〈표 4-15〉 정신질환 결과 지표

(단위: %, 100,000명당 명)

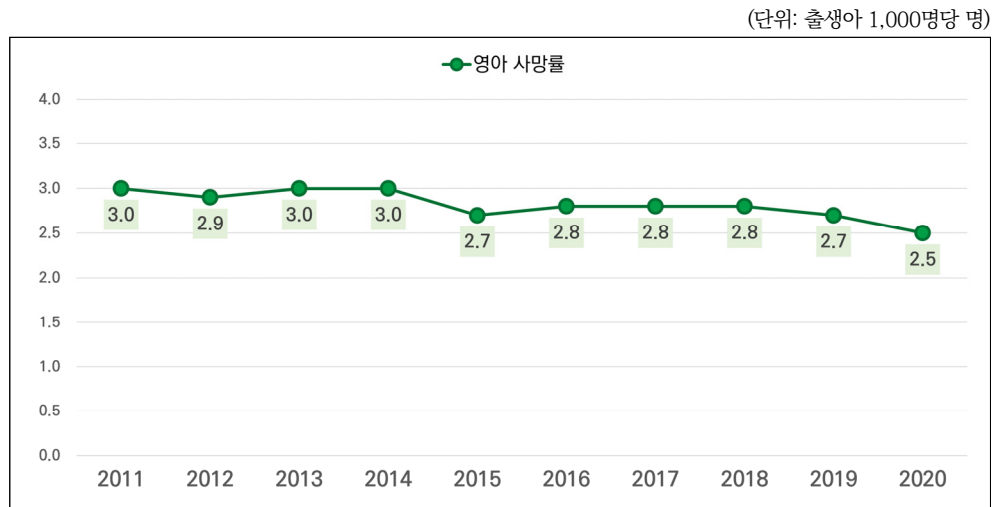
지표	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
정신질환자 퇴원 후 30일 이내 자살률(%)	0.19	0.2	0.19	0.18	0.17	0.19	0.19	0.17	0.19	-
정신질환자 퇴원 후 1년 이내 자살률(%)	0.76	0.73	0.66	0.64	0.67	0.64	0.59	0.64	0.65	-
정신질환 사망률 (인구 10만 명당 명)	18.6	18.6	19.2	16.6	15.3	15	13.9	13.2	10.5	10.0

자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2021. 10. 19. 자료를 연구진이 직접 분석.

타. 영아 사망률

영아 사망률은 전체적으로 감소하는 추세를 보이고, 2019년에 출생아 1,000명당 2.5명으로 2011~2020년 사이에 연평균 2.01% 감소하였다.

[그림 4-38] 영아 사망률

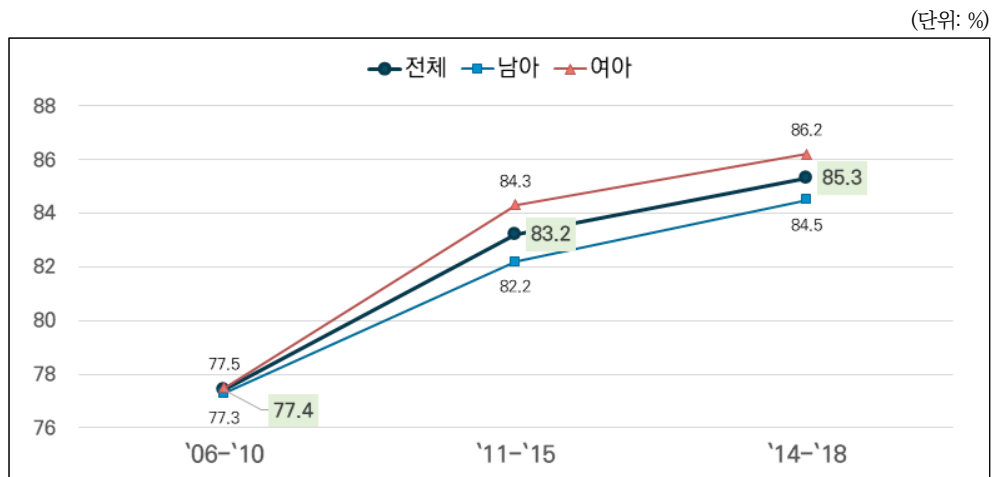


주: 연구진이 직접 산출한 값으로, 지표 정의는 부록 참고.
자료: 통계청 e-나라지표, (2011-2020). 영아사망추이.

파. 아동 암 5년 생존율

아동의 모든 암 5년 상대 생존율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 2014~18년 5년 상대 생존율은 85.3%로 2011~2015년 대비 2.52% 증가하였다. 아동의 모든 암 5년 상대 생존율을 성별에 따라 산출한 결과, 전체적으로 증가하는 추세를 보였다. 남아의 2014~18년 상대 생존율은 84.5%로 2011~2015년 대비 2.80% 증가하였고, 여아의 2014~18년 상대 생존율은 86.2%로 2011~2015년 대비 2.25% 증가하여 남아의 증가율이 조금 더 컸다.

[그림 4-39] 아동 암 5년 생존율



자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

◆ 아동 암 5년 생존율

- 전반적인 소아 암 5년 상대 생존율은 85.3%로 지속적으로 증가해 왔고, 미국의 2021년 기준 84%와도 비슷한 수준이다. 하지만 소아에서 중요한 사망 원인 중 하나인 백혈병의 상대 생존율을 구분해서 살펴보면, 미국은 91%로 우리나라가 미국보다 수치가 낮다(표 4-16).

〈표 4-16〉 소아 백혈병 5년 상대 생존율 (단위: %)

암종 구분	2006-2010	2011-2015	2014-2018
소아 백혈병	74.2	82.9	86.0

자료: 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.

- 우리나라와 미국의 백혈병 생존율 차이는 새로운 약제 이용 혹은 의료인력 수준의 차이에서 기인하는 것으로 볼 수 있다. 특히 의료인력은 소아 암 환자에게 맞춤형 케어를 제공하기 위해 중요한 요소인데, 검사 등을 통해 환자의 상태를 파악하고 기존의 치료를 계속 유지할지 새로운 치료로 바꿀지 의료인력이 판단해야 한다. 환자당 의사 수 비율이 낮다면 이러한 맞춤형 케어가 제공되기 어렵다. 특히 지역으로 갈수록 이러한 의료인력 부족 문제는 심각해져서 양질의 의료서비스가 제공되기 어려울 수 있다.
- 소아 종양 전문의 수를 따로 구분할 수 있는 자료는 없으므로 소아과 전문의 인력을 살펴보면, 전반적으로 감소하는 추세이다. 자료의 한계로 세부 전공 과목별 인력 현황을 볼 수는 없지만 필수 의료에 대한 인력이 감소하지 않았는지 확인이 필요하다.

〈표 4-17〉 소아과 전문의 인력 수

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
전체 전문의 수(명)	61,846	64,461	67,574	70,609	73,110	75,550	78,282	81,041	83,147	
소아과	전문의 수(명)	4,628	4,720	4,914	5,051	5,166	5,282	5,430	5,612	5,670
	비율(%)	7.5%	7.3%	7.3%	7.2%	7.1%	7.0%	6.9%	6.9%	6.8%

자료: 통계청. 국가통계포털(KOSIS) 통계청. (2010-2018). 시군구별 전문과목별 전문의 인력현황. https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4S&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_MT_DTITLE&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1에서 2021. 11. 19. 인출.

- 소아 종양과 관련해서는 집중과 분산 방식에 대한 고민도 필요하다. 유병률이 높은 질환에 대해서는 전국적으로 양질의 의료서비스를 제공하는 의료기관의 균일한 분포를 보장하는 것이 중요하지만, 유병률이 낮은 질환은 의료인력 또한 다수의 환자를 보면서 경험이 쌓인다는 점에서 분산하는 방식이 치료 성과에는 좋지 않을 수 있다. 집중적인 치료를 제공할 센터를 지정하고 일상적인 케어를 담당할 기관들(satelite unit)을 배치하는 방안에 대한 고민이 필요하다.

2. 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

◆ (2영역) 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

- 장기적인 만성질환을 가지고 있는 사람들이 가능한 한 어려움 없이 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 4-18〉 2영역(효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄 지표	• 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	`10-`19	소득분위별
개선 영역	• 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행		성별/연령별/ 기타 세부 항목별
	• 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	`16-`20	지역별/소득분위별/ 장애 중증도별
	• 천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	`16-`20	지역별/소득분위별/ 장애 중증도별
	• 정신질환이 있는 사람들의 고용	`10-`19	
	• 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	`18-`19	
	• 복합만성질환(3개 이상)이 있는 건강 관련 삶의 질	`10-`19	지역별/소득분위별

주: 1) 각 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-2〉를 참고.

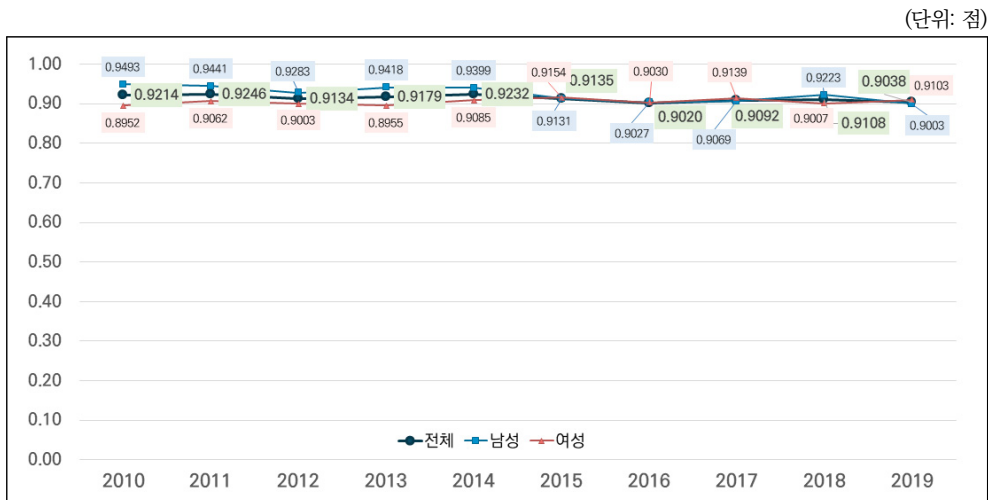
2) 산출 불가.

가. (총괄 지표) 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질

만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 소폭이지만 감소하는 추세를 보였다. 2019년에 0.9038점으로 연평균 0.21% 감소하였으며, 전년 대비 0.77% 감소한 것으로 나타났다. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질을 성별에 따라 산출한 결과, 남성과 여성이 다른 경향을 보였는데 남성은 2010년 0.9493점, 2019년 0.9003점으로 연평균 0.59% 감소한 반면, 여성은 2010년 0.8952점, 2019년 0.9103점으로 연평균 0.19% 증가하였다.

만성질환을 가진 사람들의 삶의 질을 가구의 소득 수준에 따라 산출했을 때, 2015년을 제외하고 2010년부터 2019년에 걸쳐 소득 1분위에서 값이 가장 낮은 것으로 나타났다. 한편 다른 소득계층이 전반적으로 감소하는 추이를 보인 반면 소득 1분위는 소폭이지만 증가한 추이를 보였다(연평균 증가율 0.18%).

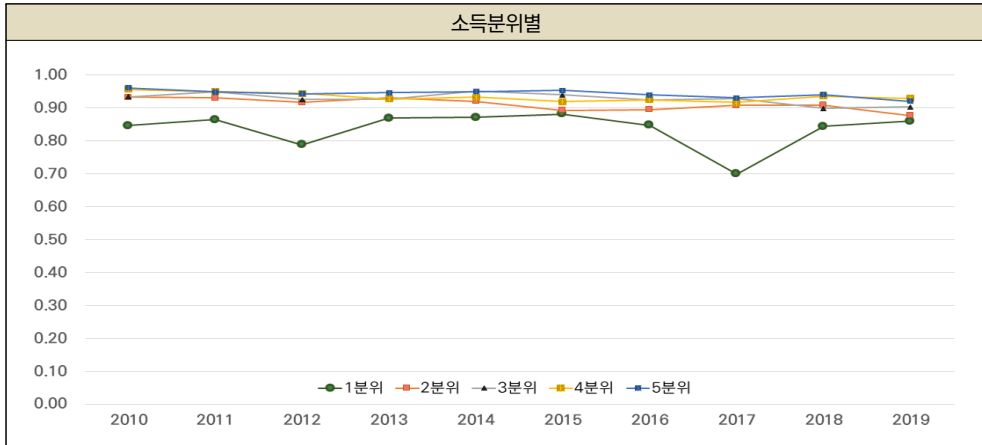
[그림 4-40] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질



주: 2010년 인구조 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010-2019). 국민건강영양조사.

[그림 4-41] 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질: 소득분위별

(단위: 점)



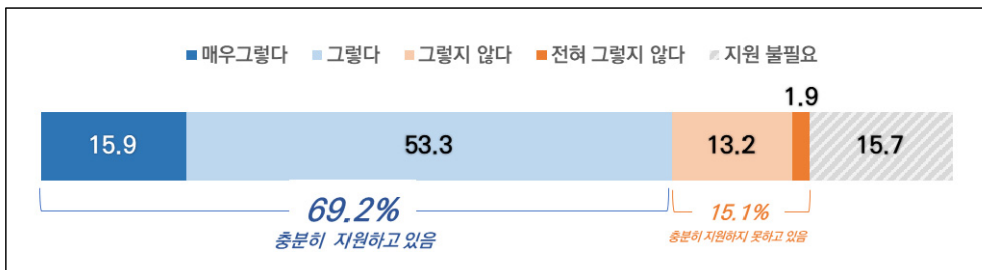
주: 2010년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010-2019). 국민건강영양조사.

나. 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행

우리나라 의료시스템이 의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고 생각하는지와 관련해 충분히 지원하고 있다고 생각하는 비율은 69.2%로 과반을 차지하였으며, 충분히 지원하지 못하고 있다고 응답한 비율은 15.1%였다.

[그림 4-42] 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(전체)

(단위: %)



자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

우리나라 의료시스템이 의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고 생각하는지를 인구사회학적 특성(성별, 연령)과 건강 상태(주관적 건강 상태, 만성질환 보유 및 관리), 의료기관 이용 유형에 따라 세부 분석을 실시한 결과는 <표 4-19>와 같다.

남성이 여성에 비해 우리나라 의료시스템이 질환 관리 등을 위한 지원 역할을 충분히 수행하고 있다고 응답한 비율이 높았다. 연령별로는 65세 이상 고연령층에서 충분히 지원하고 있다고 응답한 비율이 높게 나타났으며, 다른 연령층에 비해 의료시스템이 지원할 필요가 없다고 응답한 비율이 낮았다.

주관적 건강 상태가 나쁜 응답자들은 지원이 불필요하다고 답한 비율이 상대적으로 낮게 나타났고, 의료시스템이 충분히 지원하고 있지 않다고 답한 비율도 높았다. 보유 만성질환이 하나인 경우(단일 만성질환자), 만성질환 보유 주체가 가족일 때에 비해 본인일 때 의료시스템이 충분히 지원하고 있다고 인식하는 비율이 높게 나타났다. 또한 만성질환 미관리자들은 의료시스템의 지원이 불필요하다고 응답한 비율이 높았으며, 특히 가족이 만성질환자일 때 불필요하다고 응답한 비율이 높게 나타났다. 의료기관 이용 유형별로 살펴보면, 어떠한 의료기관도 이용하지 않는 집단에서 의료시스템이 질환 등을 관리하기 위해 충분히 지원해야 할 필요가 없다고 응답한 비율이 높게 집계되었으며, 동네의원만 이용하였거나 동네의원을 포함하여 다기관을 이용한 집단은 유사한 인식을 보이는 것으로 확인되었다.

〈표 4-19〉 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행(세부 항목별 분석)

(단위: 명, %)

구분			의료시스템이 본인 또는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하느니 여부					
			매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	지원 불필요	
성별	남자	명	80	283	55	10	69	
		%	16.10	56.94	11.07	2.01	13.88	
	여자	명	79	250	77	9	88	
		%	15.71	49.7	15.31	1.79	17.50	
연령 (이상~ 미만)	~40세	명	48	171	40	6	63	
		%	14.63	52.13	12.20	1.83	19.21	
	40세 ~65세	명	76	245	70	6	76	
		%	16.07	51.80	14.80	1.27	16.07	
65세~	명	35	117	22	7	18		
	%	17.59	58.79	11.06	3.52	9.05		
주관적 건강 상태	나쁜 편	명	18	69	21	5	7	
		%	15.00	57.50	17.50	4.17	5.83	
	보통	명	65	255	66	10	68	
%		14.01	54.96	14.22	2.16	14.66		
좋은 편	명	76	209	45	4	82		
	%	18.27	50.24	10.82	0.96	19.71		
보유 만성 질환	본인	1개	명	28	67	14	2	11
			%	20.00	61.25	13.75	3.75	1.25
		2개	명	16	49	11	3	1
	%		16.67	60.00	13.33	5.00	5.00	
	가족	3개 이상	명	16	45	10	3	6
			%	20.00	56.25	12.50	3.75	7.50
1개		명	15	65	21	1	15	
	%	12.82	55.56	17.95	0.85	12.82		
만성 질환 관리 수준	본인	2개	명	13	39	10	2	3
			%	19.40	58.21	14.93	2.99	4.48
		3개 이상	명	5	19	10	1	0
	%		14.29	54.29	28.57	2.86	0.00	
	모두 관리	명	52	135	29	7	12	
		%	22.13	57.45	12.34	2.98	5.11	
일부 관리		명	6	14	3	0	2	
가족	모두 관리	명	24.00	56.00	12.00	0.00	8.00	
		%	24.00	56.00	12.00	0.00	8.00	
	미관리	명	2	12	3	1	4	
%		9.09	54.55	13.64	4.55	18.18		
모두 관리	명	27	108	38	1	12		
	%	14.52	58.06	20.43	0.54	6.45		
	일부 관리	명	6	11	1	1	2	
미관리	명	28.57	52.38	4.76	4.76	9.52		
	%	28.57	52.38	4.76	4.76	9.52		
	0	명	0	4	2	2	4	
%	0.00	33.33	16.67	16.67	33.33			
의료 기관 이용 유형	미이용	명	4	27	3	1	10	
		%	8.89	60.00	6.67	2.22	22.22	
	동네 의원만	명	18	87	20	2	19	
		%	12.33	59.59	13.70	1.37	13.01	
다가관 이용	명	137	419	109	16	128		
	%	16.93	51.79	13.47	1.98	15.82		

주: 보유 만성질환 개수가 0개(현재 앓고 있는 만성질환 없음)인 응답자는 499명.
 자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원

외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 2016년 입원 10만 건당 285.1건에서 2020년 205.4건으로 연평균 7.87% 감소하였고, 2019년 대비 2020년은 21.72% 감소하였다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남녀 모두에서 감소하는 추세를 보였는데, 여성은 2016년 226.9건에서 2020년 159.3건으로 연평균 8.46% 감소했고 남성은 2016년 354.0건에서 2020년 259.2건으로 연평균 7.5% 감소한 것으로 나타났다.

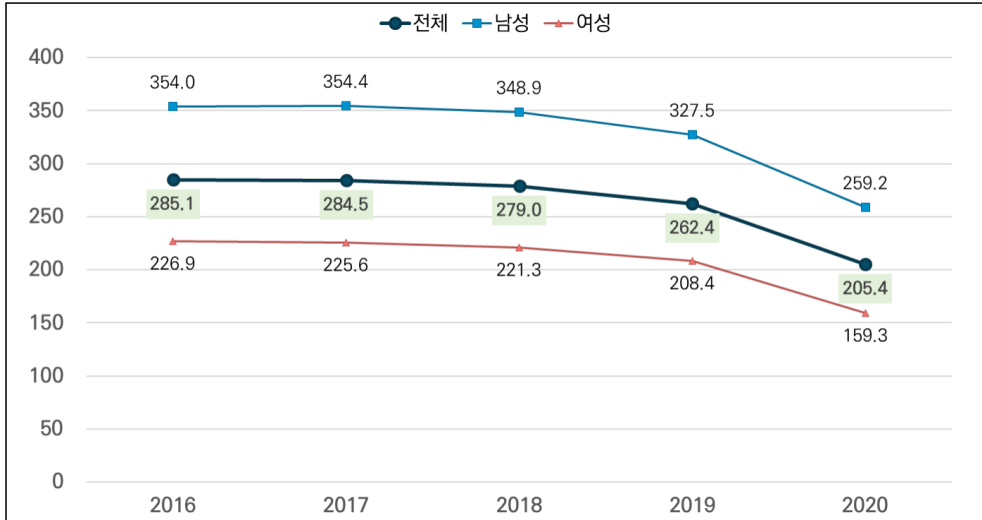
외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 지역에 따라 산출했을 때, 전반적으로 수치가 감소하였는데 지역 간 변이는 2016년 0.17 이후 비슷한 수준을 유지하다가 2020년에 0.18로 소폭 증가하였다. 외래 민감성 질환으로 인한 입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 강원(432.8건), 제주(389.9건) 순이었고, 2020년에는 강원(302.5건), 제주(271.9건) 순으로 강원, 제주는 꾸준히 높은 편에 속했다. 입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 울산(235.8건), 서울(242.0건) 순이었으며, 2020년에는 부산(161.2건), 세종(166.1건) 순이었다.

외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 소득분위에 따라 산출했을 때, 전체적으로 감소하는 추세를 보였다. 의료급여는 2016년에도 그 값이 가장 높았는데, 2016년과 2020년 사이에 다른 소득계층보다 계획되지 않은 입원 건수가 더 많이 감소하였지만 2020년에도 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다. 반면 건강보험 가입자 간 소득분위에 따른 차이는 크지 않았지만, 소득이 높은 계층에서 낮고 소득이 낮은 계층에서 높았다.

외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 중증장애인 경우의 값이 가장 높았다. 2016년과 2020년 사이 계획되지 않은 입원 건수는 감소하였지만 2020년에 장애 없음, 경증장애와 비교할 때 중증장애에서 발생 건수가 높은 것으로 나타났다. 경증장애와 장애 없음의 경우, 2016년부터 2019년 사이의 값은 거의 변하지 않았으나 2020년 계획되지 않은 입원 발생 정도는 전년 대비 각각 22.09%, 21.9% 감소하였다.

[그림 4-43] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원

(단위: 100,000건당 건)



주: 10세 이상에 대해 2011년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

<표 4-20> 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별

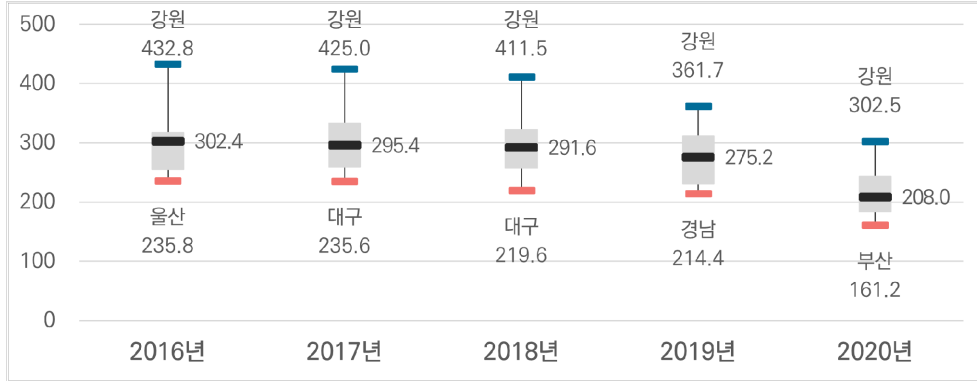
(단위: 100,000건당 건)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020
서울	242.0	241.6	245.6	230.0	183.8
부산	254.9	244.1	229.9	215.8	161.2
대구	245.3	235.6	219.6	220.9	178.6
인천	311.0	332.8	313.6	327.2	243.4
광주	283.3	291.9	285.8	275.2	228.3
대전	333.3	328.0	314.1	282.2	226.3
울산	235.8	259.8	257.4	230.9	186.4
세종	317.4	341.4	333.6	248.9	166.1
경기	291.9	292.7	288.0	269.1	206.4
강원	432.8	425.0	411.5	361.7	302.5
충북	304.3	326.6	321.6	325.0	225.0
충남	302.4	298.5	291.6	279.3	208.0
전북	289.5	295.4	295.4	311.0	244.3
전남	339.0	334.8	323.7	295.5	244.4
경북	314.4	291.6	276.8	256.4	202.8
경남	247.6	243.9	249.1	214.4	175.4
제주	389.9	372.2	375.5	331.5	271.9
지역간 차이	0.17	0.17	0.17	0.16	0.18
격차	197.0	189.4	191.9	147.4	141.3

주: 10세 이상에 대해 2011년 인구로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-44] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 지역별

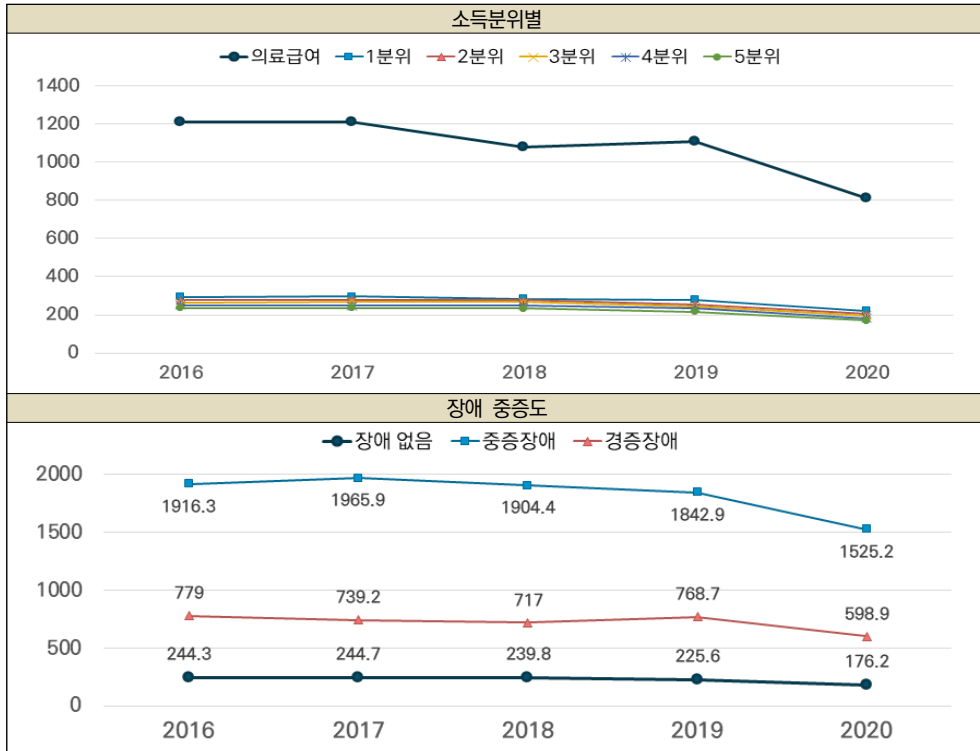
(단위: 100,000건당 건)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-45] 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원: 소득수준 및 장애 중증도 별

(단위: 100,000건당 건)



주: 2011년 주민등록연앙인구를 이용한 성·연령 표준화 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

라. 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)

천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원은 전반적으로 감소하는 추세를 보였다. 2016년에 입원 10만 건당 91.3건, 2020년에 55.9건으로 연평균 11.54% 감소하였고 2019년에 비해서는 31.24% 감소하였다. 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2016년에 입원 10만 건당 100.8건, 2020년 65.1건이며, 여성은 2016년 81.0건, 2020년 45.9건으로 2016년부터 2020년에 걸쳐 여성이 남성보다 입원 건수가 낮았다.

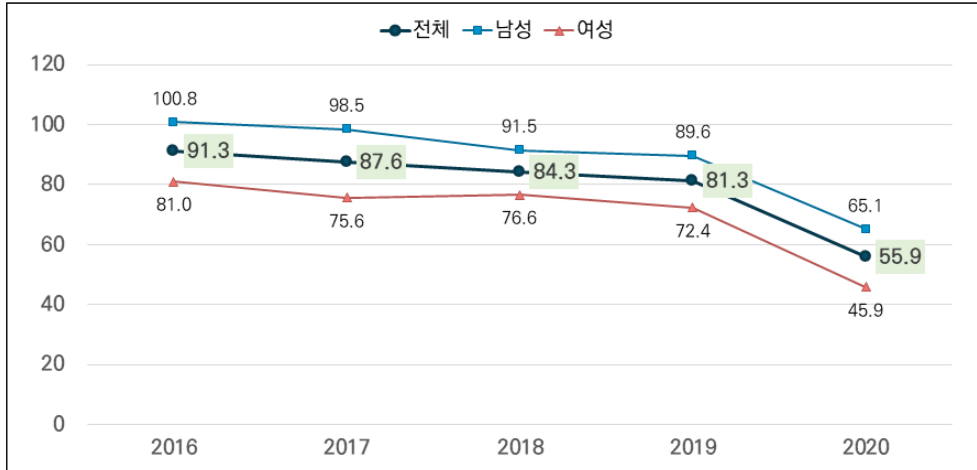
천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원을 지역에 따라 산출했을 때, 지역 간 변이는 2016년 0.36에서 2020년에 0.30으로 약간 감소하였다. 계획되지 않은 입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 제주(150.8건), 강원(138.2건) 순이었고, 2020년에는 강원(82.4건), 제주(78.9건) 순으로 강원·제주는 꾸준히 높게 나타났다. 계획되지 않은 입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 울산(40.4건), 대구(48.0건) 순이었고, 2020년에는 부산(34.7건), 세종(35.8건) 순이었다. 2016년 대비 2020년 건수는 대구를 제외한 모든 지역이 감소하였으며, 그중에서도 인천과 제주가 가장 큰 폭으로 감소하였다.

천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원을 소득분위에 따라 산출했을 때, 증가와 감소를 반복하는 양상이었으나 2016년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 중증도에 따라 추세가 달랐다. 중증장애인 경우 2016년과 2020년 사이에 소폭 증가와 감소를 반복하는 양상을 보였으나 전 기간에 걸쳐 장애 없음, 경증장애보다 값이 높고 차이가 컸다. 반면 경증장애의 경우 전반적으로 감소하는 추세를 보였고, 장애 없음은 2016년부터 2020년 사이의 값이 거의 변하지 않은 것으로 나타났다.

[그림 4-46] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년)

(단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 하여 2010년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

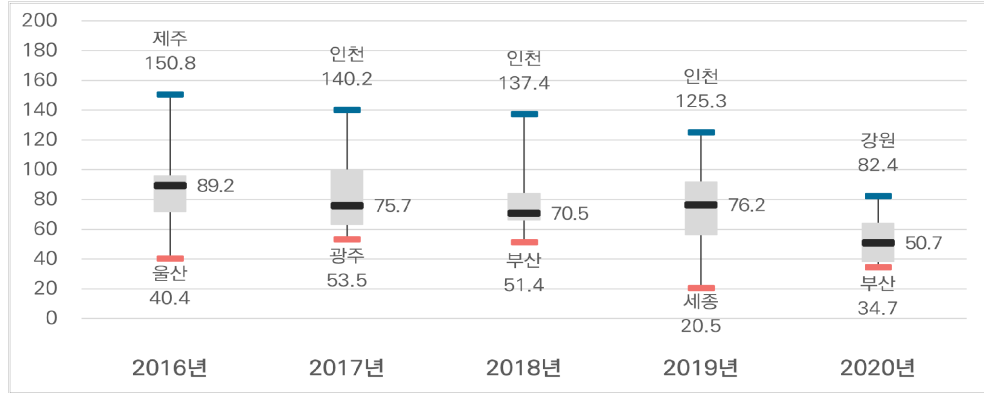
<표 4-21> 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별

(단위: 100,000건당 건)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
서울	90.9	86.1	85.5	76.2	63.9
부산	95.9	70.1	51.4	75.6	34.7
대구	48.0	63.1	82.9	78.3	49.0
인천	137.5	140.2	137.4	125.3	62.2
광주	54.4	53.5	68.0	57.1	51.9
대전	84.2	100.3	74.9	56.3	50.7
울산	40.4	75.7	61.8	32.4	36.1
세종	90.7	98.6	66.3	20.5	35.8
경기	104.7	99.6	98.7	93.9	61.3
강원	138.2	114.1	91.3	91.6	82.4
충북	74.6	114.5	68.6	76.6	41.4
충남	89.2	68.1	70.4	93.6	74.4
전북	83.8	74.8	65.8	99.0	68.2
전남	71.7	58.0	84.0	47.3	38.4
경북	92.5	87.5	70.5	90.2	41.6
경남	53.6	61.2	63.3	55.9	37.7
제주	150.8	63.0	72.2	64.8	78.9
지역간 차이	0.36	0.29	0.25	0.36	0.30
격차 (%p)	110.4	86.8	86.0	104.8	47.7

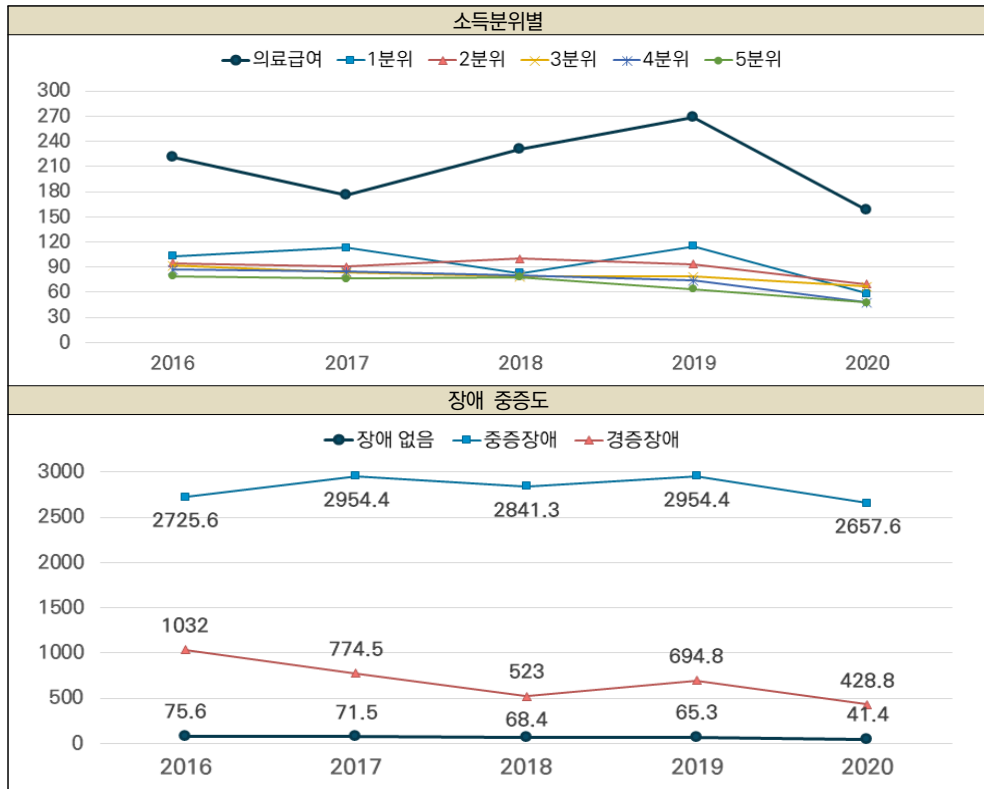
주: 19세 미만을 대상으로 하여 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-47] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 지역별 (단위: 100,000건당 건)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-48] 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년): 소득수준 및 장애 중증도 별 (단위: 100,000건당 건)



주: 19세 미만을 대상으로 하여 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출). 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

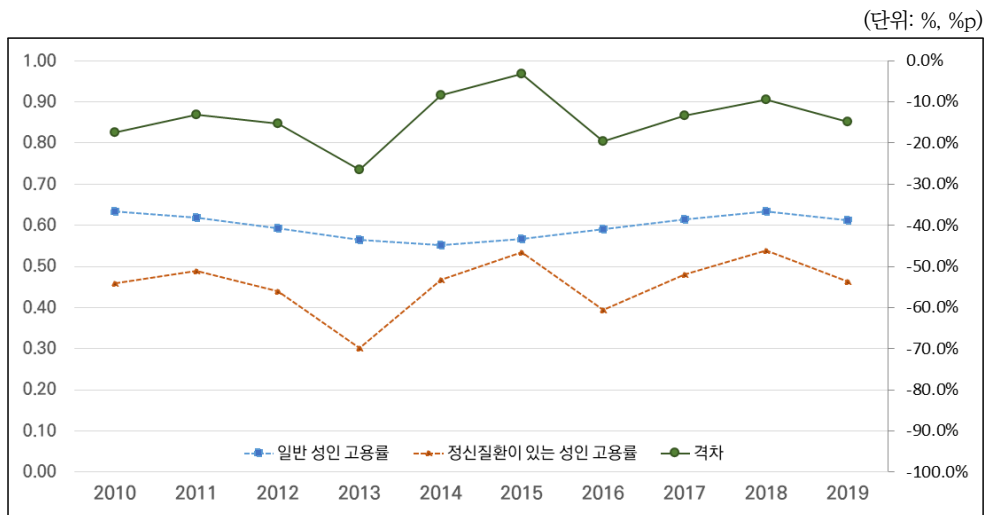
◆ 천식으로 인한 계획되지 않은 입원(아동·청소년)

- 소아·청소년 천식 치료의 목표는 천식의 증상을 잘 조절하여 정상적인 생활을 유지하도록 하는 것이다. 천식 악화를 줄이고 가능한 한 정상에 가깝게 폐 기능을 유지하며 치료 약제의 부작용을 최소화하는 것이나, 천식의 관리 및 치료에서 원인이나 악화 요인을 회피하고 증상이 없더라도 정기적인 진료를 받으며 전문의의 지시에 따라 약물 치료 단계를 조정하고 천식 악화 시 대처 방안을 교육하는 것이 필요하다(양현중, 2021).
- 현재의 의료시스템에서는 천식 치료가 제한적일 수 있다. 우선 흡입제의 적절한 사용이 필요한데, 이를 위해서는 환자에게 교육을 해야 한다. 하지만 체계적으로 만들어진 교육 자료가 없고 의사와 약사가 소통하여 복약지도가 이뤄져야 하지만 정확히 정해져 있지 않으므로 소아 천식 환자가 사용법을 제대로 교육받지 못할 가능성이 높다. 또한 약물 복용 외에도 생활습관, 환경 관리 등에 대한 환자 교육과 모니터링이 필요하지만 이러한 행위들은 수가화 되어 있지 않아 의료기관에서 제공하지 않을 가능성이 높다. 성인 대상으로 시행 중인 만성 질환 관리 제도를 확대할 필요가 있다.
- 아동의 경우 학교생활을 하고 있다는 특성을 고려해야 하는데, 천식의 악화를 막기 위해서는 학교생활 환경 관리가 중요하다. 살충제나 방향성 스프레이의 사용을 제한해야 하고 청소할 때 마스크를 착용하도록 하는 등의 고려가 필요하다. 또한 운동을 할 때에도 과격한 운동은 피하고, 꽃가루 알레르기가 있는 경우 계절에 따라 주의가 필요하며, 교실 공간의 정기적인 소독 및 환기가 이뤄져야 한다(양현중, 2021). 즉, 천식의 관리에서 의료시스템의 역할도 필요하지만 의료서비스가 최적의 효과를 내기 위해서는 교육 환경 조성 등과 함께 진행되어야 하므로 다부문 협력이 필수적이다. 현재 미세먼지가 심한 날 호흡기 질환을 앓는 학생들에게 '질병 결석'이 인정되지만 이는 학교생활에 장애가 발생하는 것을 의미한다. 예를 들어 미국은 소아 천식 환자의 천식 악화를 방지하는 동시에 학교 결석을 줄이기 위해 지역별 미세먼지 수준에 따라 야외 활동을 하지 않는 방식의 학교 천식 관리 프로그램을 운영하고 있다.

마. 정신질환이 있는 사람들의 고용

일반 성인의 고용률은 2010년과 2019년 사이 대략 60%를 전후로 감소하다가 증가하고 다시 소폭 감소하는 추이를 보인 반면 정신질환이 있는 성인의 고용률은 2010년과 2019년 각각 45.9%와 46.3%로, 전반적으로 50% 이하 수준에서 증가와 감소를 반복했다. 두 집단간 고용률 격차는 2010년과 2019년에 각각 17.4% 포인트, 14.9% 포인트였는데 2010년과 2019년 사이에 일관된 추이를 보이지는 않았지만 전반적으로 격차는 감소하였다.¹⁰⁾

[그림 4-49] 정신질환이 있는 성인과 일반 성인의 고용률 및 격차



주: 2010년 인구조성·연령 표준화한 값으로, (좌) 고용률(%), (우) 격차(%p)

지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010-2019). 국민건강영양조사.

10) 정신질환이 있는 사람들의 고용률은 그 외 정신질환은 조사하고 있지 않아 우울증이 있다고 응답한 사람을 대상으로 분석하였다. 해당 질환을 가진 환자 수가 증가하면서 고용률 수치에도 영향을 미칠 수 있는데, 우울증 환자 비율은 2018년 2.69%, 2019년 1.88%로 크게 변하지 않은 것으로 나타났다.

◆ 정신질환이 있는 사람들의 고용

- 정신질환을 비롯한 만성질환의 치료 및 관리의 목표는 환자가 일상적인 생활을 유지할 수 있도록 지원하는 데 있다. 성인의 경우에는 직장생활을 얼마나 잘하고 있는지가 지표로 포함될 수 있다. 이를 위해서는 일차적으로 정신건강서비스 이용에 대한 사회적 편견이 없어야 하고 양질의 정신건강서비스를 제공할 인력이 필요하다.
- 우선 예방·관리 측면에서 살펴볼 때, 지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율은 2020년에는 코로나19 유행 등의 영향으로 감소하였다. 정신건강서비스를 제공하는 인력과 관련해 정신건강 관련 기관에 종사하는 전문인력 수는 2018년 인구 10만 명당 16.4명에서 2020년 인구 10만 명당 18.5명으로 증가하는 추세이다. 같은 기간 정신의료기관에 종사하는 전문인력 수는 인구 10만 명당 11.3명에서 12.5명으로, 정신의료기관 외 기관에 종사하는 전문인력 수는 인구 10만 명당 5.1명에서 6.0명으로 증가하였다. 정신건강 관련 기관에 종사하는 전문인력 수의 지역별 분포를 살펴보면, 2020년 기준으로 인구 10만 명당 정신건강 관련 기관 종사 전문인력 수가 많은 지역은 광주(27.0명), 전북(23.4명) 순이었고, 적은 지역은 세종(10.9명), 울산(12.8명) 순이었다. 최고-최저 시·도 간 격차는 16.1명으로 지역 간 격차가 큰 것으로 나타났다.
- 급성기 단계에서 얼마나 효과적인 서비스가 제공되는지와 관련해 정신의료기관 입원 환자의 재원 기간 중앙값은 2018년 32일에서 2020년 31일로 소폭 감소하였다. 중증정신질환자의 퇴원 후 7일·30일·3개월 이내 재입원율은 2018년 대비 2020년에 소폭 감소하여 재원 기간의 감소에도 불구하고 효과적인 서비스가 제공되는 것으로 볼 수 있다. 중증정신질환자의 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율은 코로나19 유행의 영향으로 2020년에는 21.0%로 큰 폭으로 감소하였고, 2018년과 2019년을 비교하면 64.0%에서 65.7%로 소폭 증가하였다. 2020년 외래 감소가 정신질환 악화로 이어지지 않았는지 지속적인 검토가 필요하다. 또한 상대적으로 양호했던 2019년에도 약 35%의 환자가 퇴원 후 외래 치료를 받지 않았다는 점에서 외래 치료 연계 장애 요인을 파악할 필요가 있다.

〈표 4-22〉 정신질환 예방·관리, 인력, 의료 이용 관련 지표 추이

구분	지표	2018	2019	2020	
예방·관리	지역사회 정신건강 증진 교육 수혜자 수(명)*	1,810,142	2,531,841	973,467	
	지역사회 정신건강 증진 교육 수혜율(%)**	3.50	4.90	1.90	
인력	정신건강 관련 기관 종사 전문인력(인구 10만 명당 명)	전체	16.4	17.6	18.5
		정신의료기관	11.3	12.1	12.5
	정신의료기관 외	5.1	5.5	6.0	
	전체	서울	19.1	20.2	21.9
		부산	18.3	21.1	21.8
		대구	19.3	18.8	19.4
		인천	12.6	14.0	14.0
		광주	27.7	25.8	27.0
		대전	17.3	19.9	21.0
		울산	13.5	12.5	12.8
		세종	8.6	10.0	10.9
		경기	13.7	14.2	15.3
		강원	16.2	16.9	17.1
		충북	14.6	15.0	16.4
		충남	14.4	20.3	20.6
		전북	19.5	25.0	23.4
		전남	17.3	20.9	21.3
		경북	14.9	14.9	17.0
		경남	17.1	16.6	17.0
		제주	12.7	15.0	16.3
최고·최저 시도 간 격차	19.1	15.8	16.1		
의료 이용	정신의료기관 입원 환자의 재원 기간(일)	전체	32	31	31
		정신병원	45	44	42
		종합병원 정신과	17	17	16
		병원 정신과	38	38	45
		정신과 의원	36	34	20
	중증정신질환자의 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율(%)	전체	64.0	65.7	21.0
		정신병원	58.3	57.2	17.5
		종합병원 정신과	84.4	84.7	28.0
		병원 정신과	55.9	60.2	18.9
	중증정신질환자의 퇴원 후 7일 이내 재입원율(%)	전체 병원	18.0	16.1	14.7
		동일 병원	7.4	7.5	6.3
	중증정신질환자의 퇴원 후 30일 이내 재입원율(%)	전체 병원	29.3	27.4	26.3
		동일 병원	16.8	16.8	15.8
	중증정신질환자의 퇴원 후 3개월 이내 재입원율(%)	전체 병원	38.7	36.3	34.8
		동일 병원	25.0	24.5	23.0

주: *광역·기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터에서 정신건강 증진을 위한 교육훈련에 참가한 일반 국민의 수, **전체 인구수 대비 광역·기초정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터에서 정신건강 증진을 위한 교육훈련에 참가한 사람 비율.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원, (2019-2021), 국가 정신건강현황 보고서.

바. 치매가 있는 사람들의 추정 진단율

60세 이상에서 치매 추정 유병률 대비 건강보험에 진료 내역이 있는 치매 상병자의 비율은 2019년 기준 96.8%였다.

〈표 4-23〉 치매가 있는 사람들의 추정 진단율

(단위: %)

	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19
성연령 표준화	-	-	-	-	-	-	-	-	98.4	96.8

자료: 중앙치매안심센터. (2020). 치매 오늘은. https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx에서 2021. 11. 19 인출.

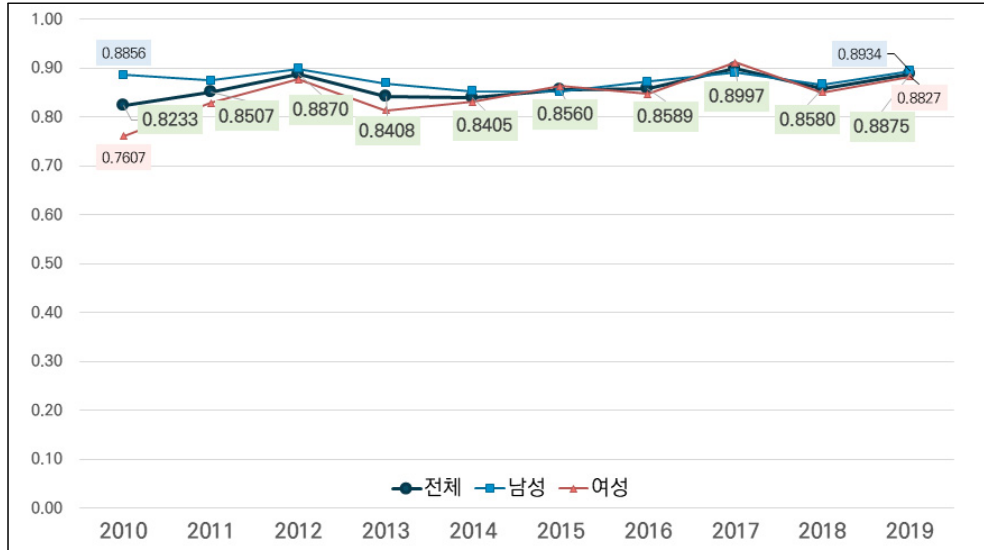
사. 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질

만성질환자의 삶의 질을 산출하기 위하여 국민건강영양조사를 이용하였다. 3개 이상의 만성질환이 있는 대상자의 삶의 질을 측정하는 EQ-5D 인덱스(index)를 이용하여 산출하였다. 복합만성질환자의 삶의 질은 2010년 0.8233점, 2019년 0.8875점으로 증가하는 추세를 보였다. 2010년과 2019년 사이 연평균 0.84% 증가하였고, 2019년에는 전년과 비교해 3.44% 증가한 것으로 나타났다. 성별에 따라 산출된 복합만성질환자의 삶의 질은 남성의 경우 2010년 0.8856점에서 2019년 0.8934점으로 증가하였고, 여성은 2010년 0.7607점에서 2019년 0.8827점으로 증가하였다.

복합만성질환자의 삶의 질은 가구의 소득 수준에 따라 다른 경향을 보였다. 2010년부터 2018년에 걸쳐 소득 1분위에서 값이 가장 낮았으며, 2019년에는 2분위 값이 크게 감소하여 소득분위 중 가장 낮은 값을 나타냈다. 한편 소득 1분위의 연평균 증가율은 0.78%로 다른 소득 분위에 비해 높았다.

[그림 4-50] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질

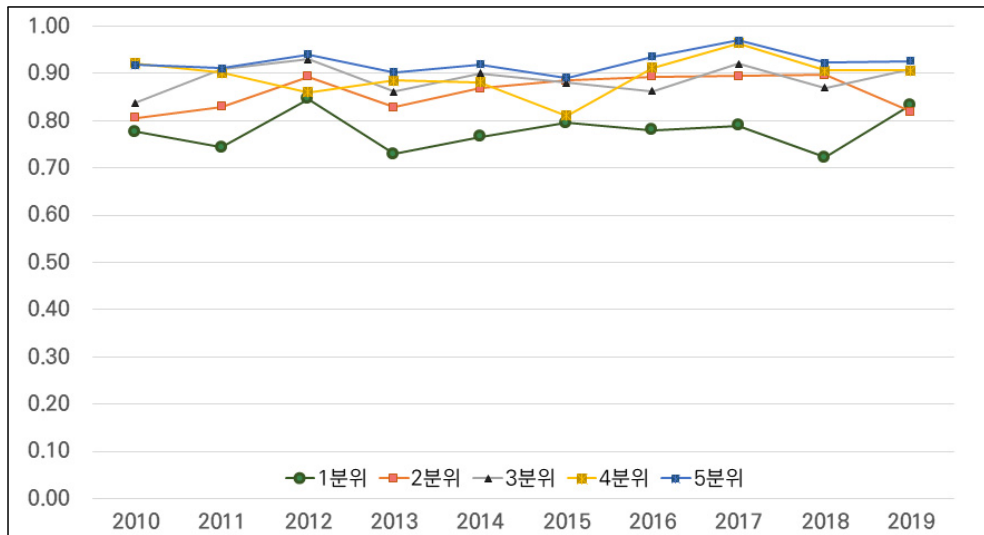
(단위: 점)



주: 2010년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010-2019). 국민건강영양조사.

[그림 4-51] 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람의 삶의 질: 소득분위별

(단위: 점)



주: 2010년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 보건복지부, 질병관리청. (2010-2019). 국민건강영양조사.

3. 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원

◆ (3영역) 효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원

- 보건 의료서비스 제공으로 치료 가능한 질병 혹은 상해를 가진 사람들에게 가능한 한 최상의 건강 결과를 달성하도록 지원하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 4-24〉 3영역(효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄 지표	• 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	'16-'20	지역별/소득분위별 /장애 중증도별
	• 퇴원 후 30일 내 응급 재입원	'16-'20	지역별/소득분위별 /장애 중증도별
개선 영역	• 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	'16-'19	지역별/소득분위별 /장애 중증도별
	• 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	'11-'20	지역별/소득분위별 /장애 중증도별

주: 1) 각 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-3〉을 참고.

가. (총괄 지표) 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원

일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원은 전반적으로 감소하는 것으로 보인다. 2016년 인구 10만 명당 1,023.7건에서 2020년에 583.2건으로 연평균 13.12% 감소하였고, 2020년에는 2019년 대비 37.71% 감소하였다. 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원을 성별에 따라 산출한 결과, 여성의 수치가 남성보다 약간 더 높았는데, 2016년과 2020년 남성의 응급입원 건수는 각각 939.3건, 534.1건이었고 여성의 응급입원은 각각 1103.8건, 628.6건이었다.

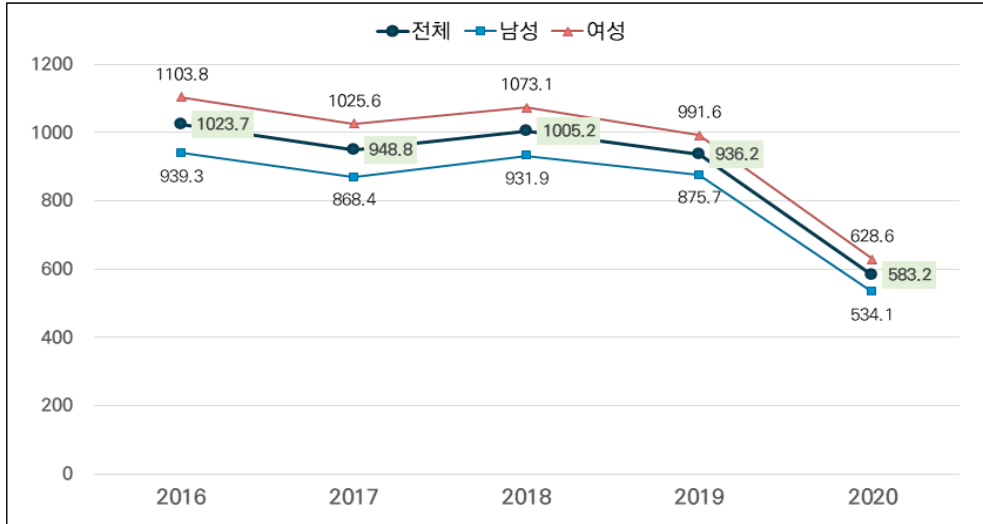
병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원의 지역 간 변이는 2016년 0.28에서 2020년에 0.29로 약간 증가하였다. 응급입원 건수가 많은 지역은 2016년에는 제주(1,711.6건), 인천(1440.9건) 순이었고, 2020년에는 제주(1,050.6건), 인천(809.7건) 순으로 제주는 꾸준히 높은 것으로 나타났다. 급성질환으로 인한 응급입원 건수가 적은 지역은 2016년에는 대구(686.5건), 부산(698.4건) 순이었고, 2020년에는 부산(395.3건), 경남(452.0건) 순으로 부산은 지속적으로 낮은 편에 속했다.

병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원을 소득분위에 따라 산출했을 때, 전체 변화 양상과 비슷한 추세를 보였으나 2016년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원을 장애 중증도에 따라 산출했을 때, 2016년부터 2020년까지 중증장애에서 가장 값이 높았으며, 장애가 있는 경우, 장애 없음에 비해 응급입원 건수가 2배 이상 많은 것으로 나타났다. 한편 경증장애와 장애 없음의 경우 전체 변화 양상과 증가 감소 추세가 비슷하게 나타났으나, 중증장애의 경우 전체 변화 양상과 다르게 2019년에 값이 소폭 증가하는 모습을 보였다.

[그림 4-52] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원

(단위: 100,000명당 건)



주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

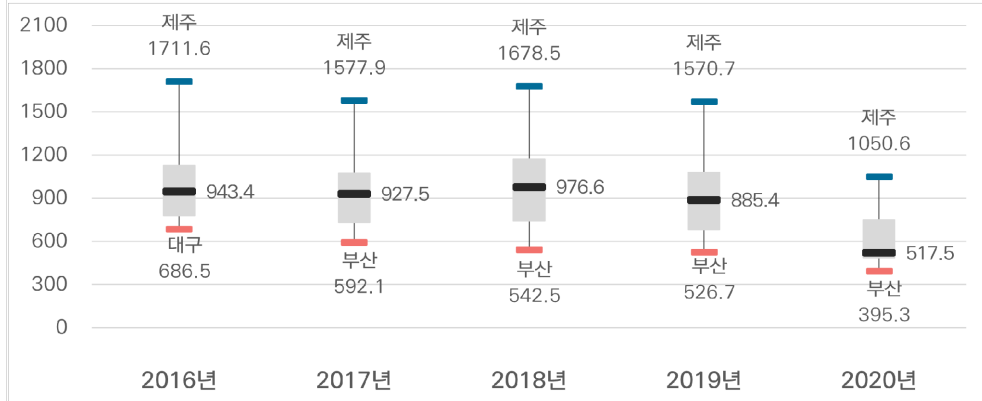
<표 4-25> 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
서울	943.4	904.9	976.6	885.4	517.5
부산	698.4	592.1	542.5	526.7	395.3
대구	686.5	730.4	779.5	779.7	504.7
인천	1440.9	1306.2	1274.0	1257.6	809.7
광주	777.7	742.0	743.3	681.7	497.7
대전	1126.7	927.5	921.4	847.4	486.1
울산	775.0	704.0	694.8	651.6	455.6
세종	887.3	620.1	668.3	538.8	496.3
경기	1196.9	1057.3	1135.9	1051.4	594.6
강원	1121.6	1182.3	1247.0	1183.0	779.8
충북	903.3	736.4	803.7	771.9	461.9
충남	1267.7	1167.1	1281.8	1147.2	677.7
전북	857.4	935.9	1137.4	1058.4	747.0
전남	983.2	928.2	1006.3	1010.7	778.3
경북	1058.1	1072.5	1171.8	1078.5	682.8
경남	733.2	716.0	723.5	644.4	452.0
제주	1711.6	1577.9	1678.5	1570.7	1050.6
지역간 차이	0.28	0.29	0.30	0.31	0.29
격차	1025.1	985.8	1136.0	1044.0	655.3

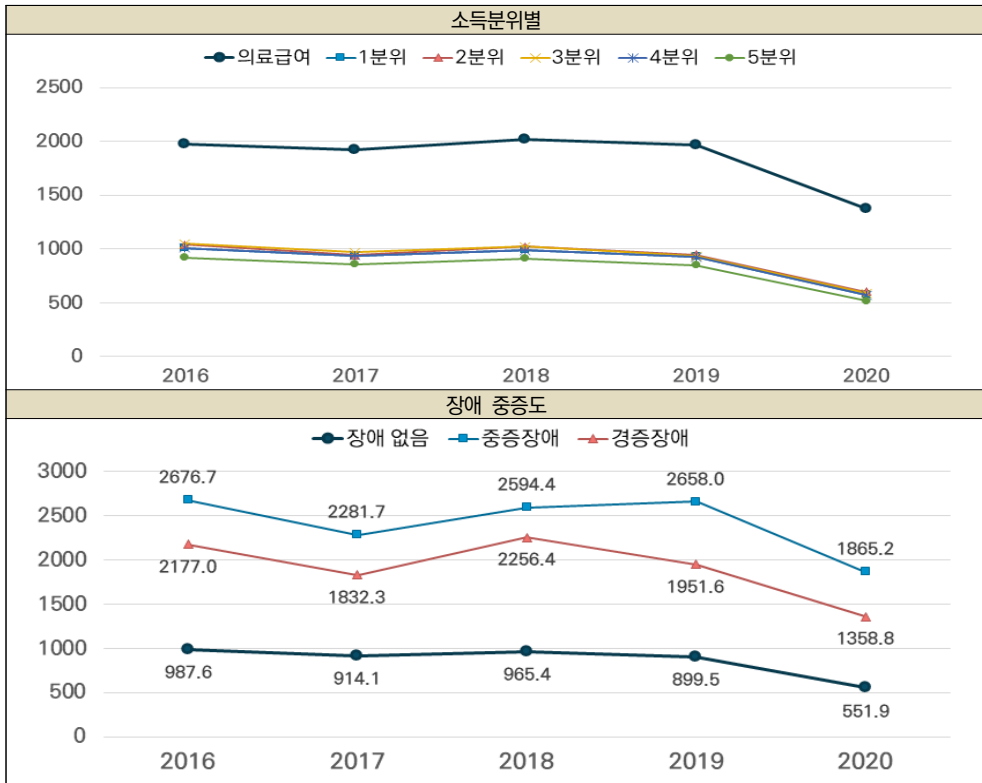
주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-53] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 지역별 (단위: 100,000명당 건)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-54] 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도 별 (단위: 100,000명당 건)



주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

나. (총괄 지표) 퇴원 후 30일 내 응급 재입원

퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 2016년부터 2020년 사이 소폭 증가 후 감소하는 양상을 보였으며, 2016년 2.76%, 2020년에 2.62%로 연평균 1.29% 감소하였고, 2020년에는 2019년 대비 5.76% 감소하였다. 병원 퇴원 30일 내 응급 재입원을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2016년 2.96%에서 2020년 2.71%로 감소하였고, 여성은 2016년 2.59%에서 소폭 증가한 후 다시 감소하여 2020년에도 2.59% 수준으로 나타났다.

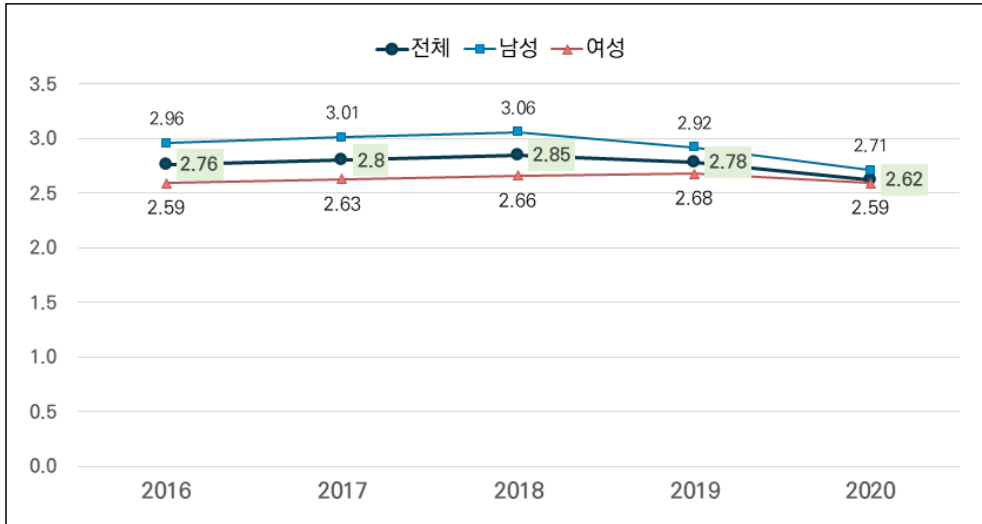
퇴원 후 30일 내 응급 재입원의 지역 간 변이는 2016년 0.21, 2020년 0.25로 소폭 증가하였다. 2016년에 응급 재입원이 많은 지역은 제주(3.89%), 강원(3.65%) 순이었고, 2020년에는 강원(4.2%), 제주(4.14%) 순으로 강원과 제주는 지속해서 높은 값을 보였다. 퇴원 후 30일 내 응급 재입원이 적은 지역은 2016년에는 울산(1.87%), 부산(2.06%) 순이었고, 2020년에는 울산(1.83%), 부산(1.84%) 순으로 울산, 부산이 꾸준히 낮은 편에 속했다.

소득분위에 따라 산출된 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 2016년부터 2020년에 걸친 기간 동안 의료급여가 다른 소득 수준에 비해 2배 이상 값이 높은 것으로 나타났다.

장애 중증도에 따라 산출된 병원 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 장애 중증도별로 변화 양상에 차이가 있었으며, 장애 중증도가 높을수록 응급 재입원이 많은 편이었다.

[그림 4-55] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원

(단위: %)



주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

<표 4-26> 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별

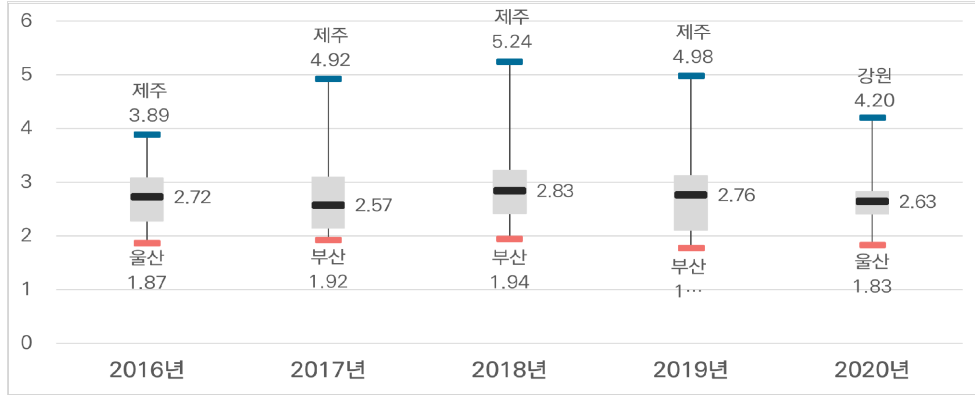
(단위: %, %p)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
서울	2.94	3.18	3.27	3.12	2.82
부산	2.06	1.92	1.94	1.77	1.84
대구	2.38	2.57	2.42	2.65	2.54
인천	3.31	3.28	3.22	3.36	3.08
광주	2.14	2.10	2.09	1.93	2.00
대전	3.07	2.67	2.83	3.08	2.74
울산	1.87	1.93	2.10	1.94	1.83
세종	2.67	2.07	2.87	2.03	2.61
경기	3.02	3.09	3.10	3.08	2.81
강원	3.65	3.70	3.71	3.54	4.20
충북	2.72	2.47	2.62	2.76	2.56
충남	3.20	3.04	3.22	3.18	2.92
전북	2.20	2.43	2.57	2.47	2.71
전남	2.36	2.51	2.44	2.30	2.41
경북	3.04	3.08	3.07	2.89	2.63
경남	2.27	2.15	2.22	2.11	1.89
제주	3.89	4.92	5.24	4.98	4.14
지역간 변이	0.21	0.27	0.27	0.29	0.25
격차(%p)	2.02	3.00	3.30	3.21	2.37

주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-56] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 지역별

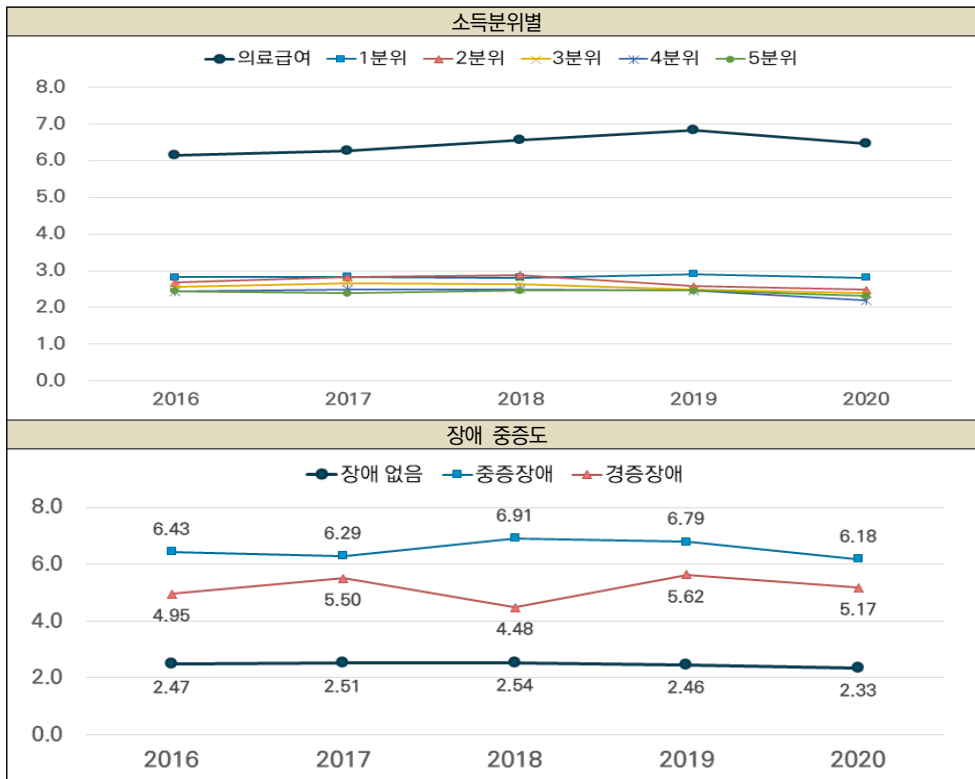
(단위: %, %p)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-57] 퇴원 후 30일 내 응급 재입원: 소득수준 및 장애 중증도 별

(단위: %)



주: 2011년 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

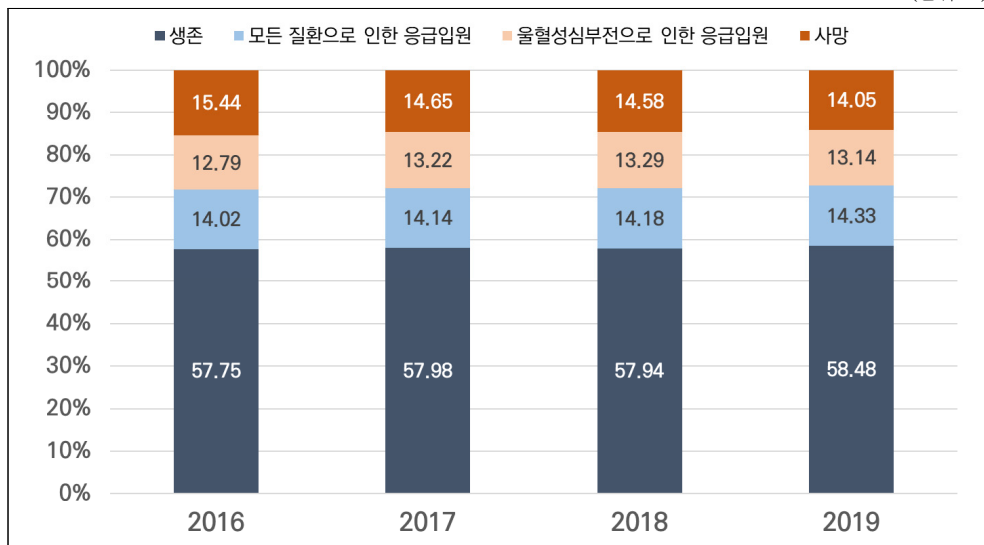
다. 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

1) 울혈성 심부전 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

울혈성 심부전 환자의 응급입원 1년 내 사망은 2016년 15.44%에서 2019년 14.05%로 연평균 3.08% 감소하였다. 울혈성 심부전 환자의 2019년 응급입원 1년 내 입원은 모든 질환으로 인한 입원이 14.33%, 울혈성 심부전으로 인한 입원이 13.14%로 나타났으며, 울혈성 심부전으로 인한 입원의 경우 연평균 0.90% 증가하는 양상을 보였다.

[그림 4-58] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원

(단위: %)



주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-59] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별

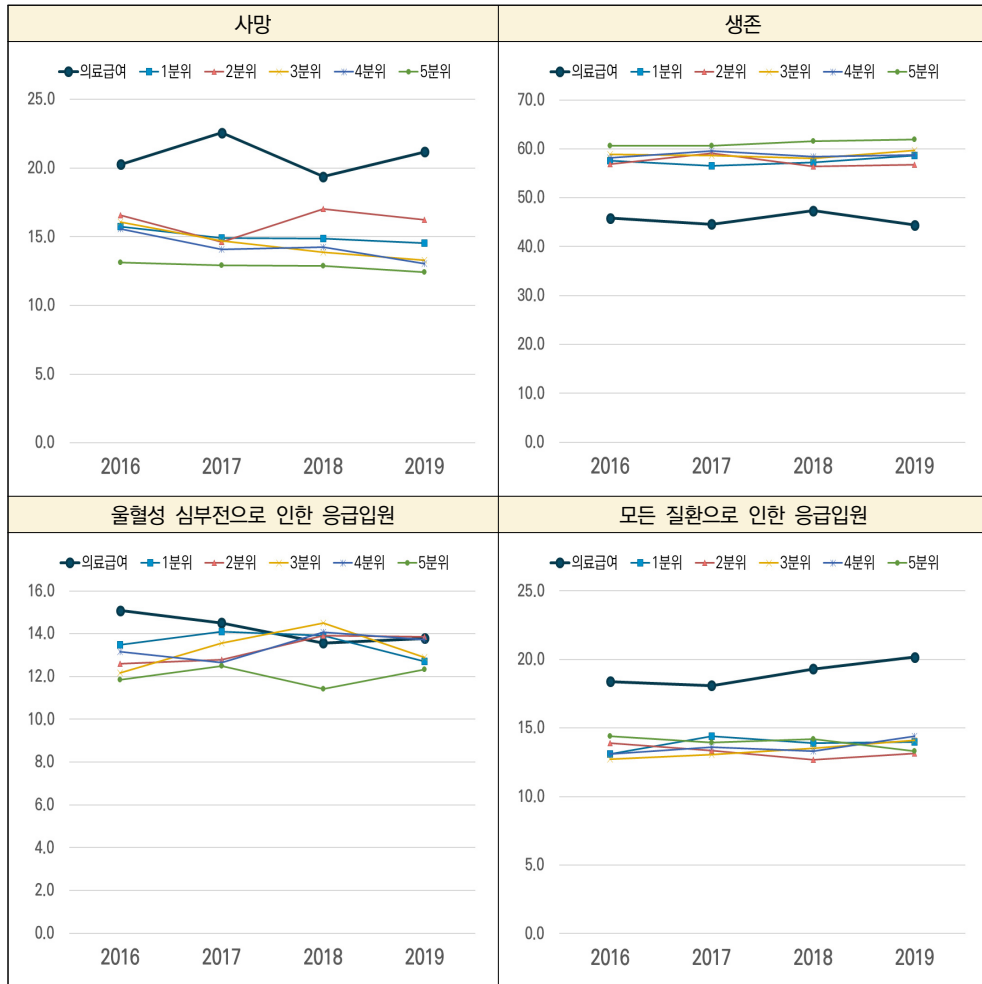
(단위: %)



주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-60] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별

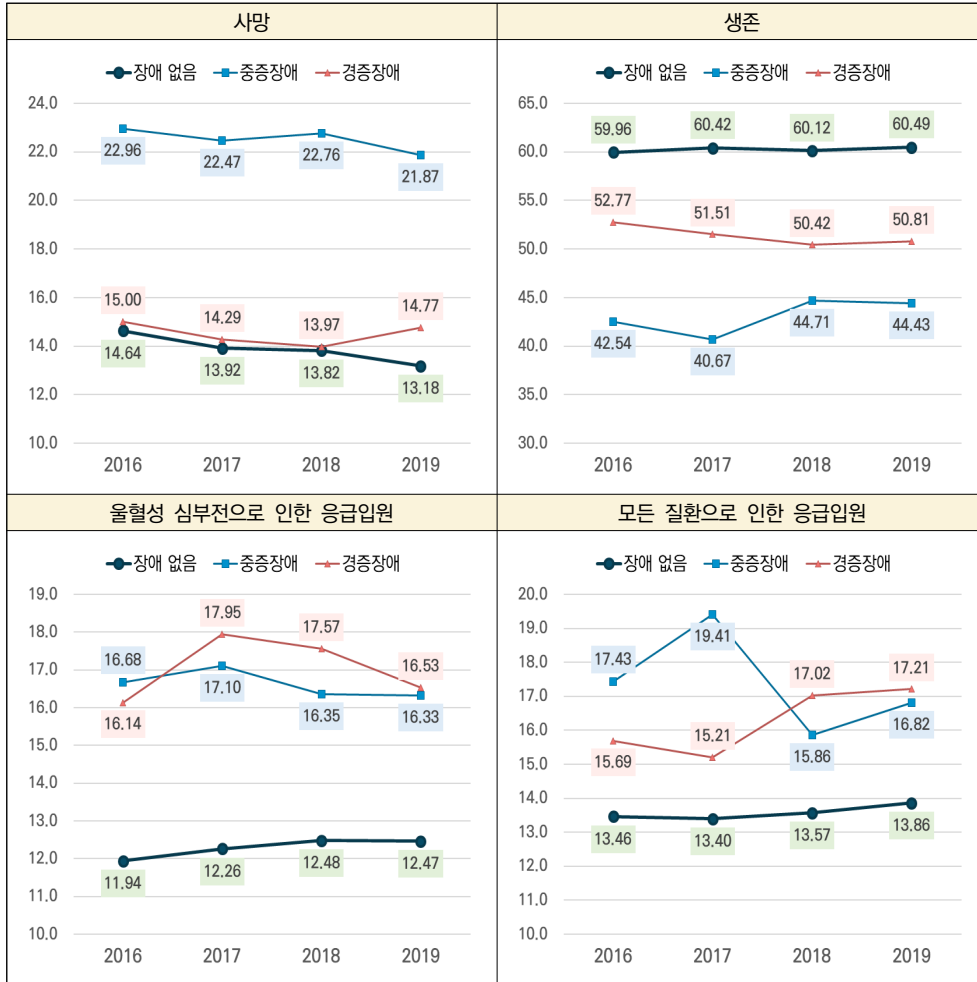
(단위: %)



주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-61] 울혈성 심부전 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별

(단위: %)



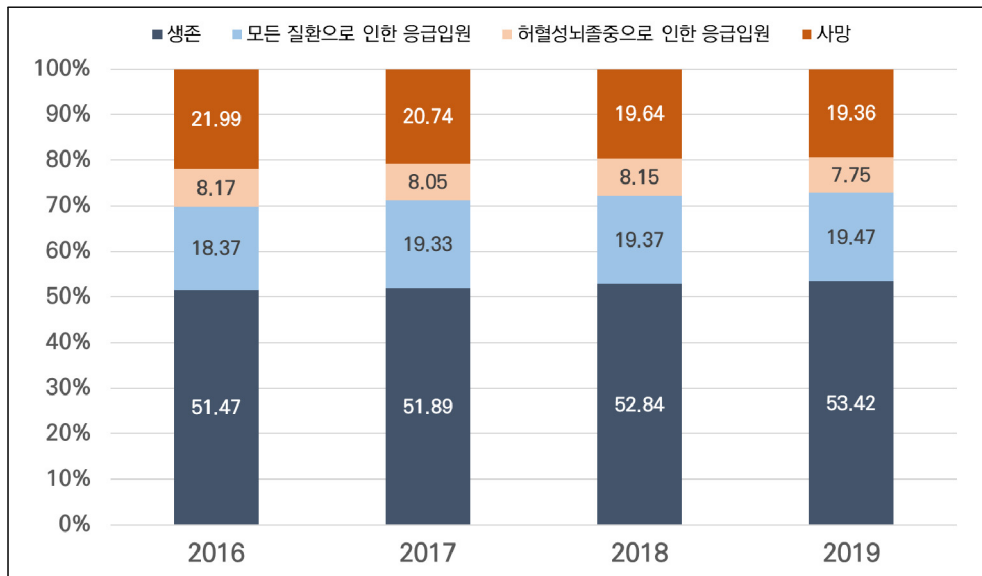
주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

2) 허혈성 뇌졸중 응급입원 후 퇴원 1년 내 결과

허혈성 뇌졸중 환자의 응급입원 1년 내 사망은 지속적으로 감소하는 추세를 보이며, 2016년 21.99%에서 2019년 19.36%로 연평균 4.16% 감소하였다. 허혈성 뇌졸중 환자의 응급입원 1년 내 입원에서 2019년 허혈성 뇌졸중으로 인한 입원은 2016년 대비 5.14% 감소한 7.75%로 나타났다. 반면, 모든 질환으로 인한 입원은 2016년 대비 5.99% 증가한 19.47%였다.

[그림 4-62] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원

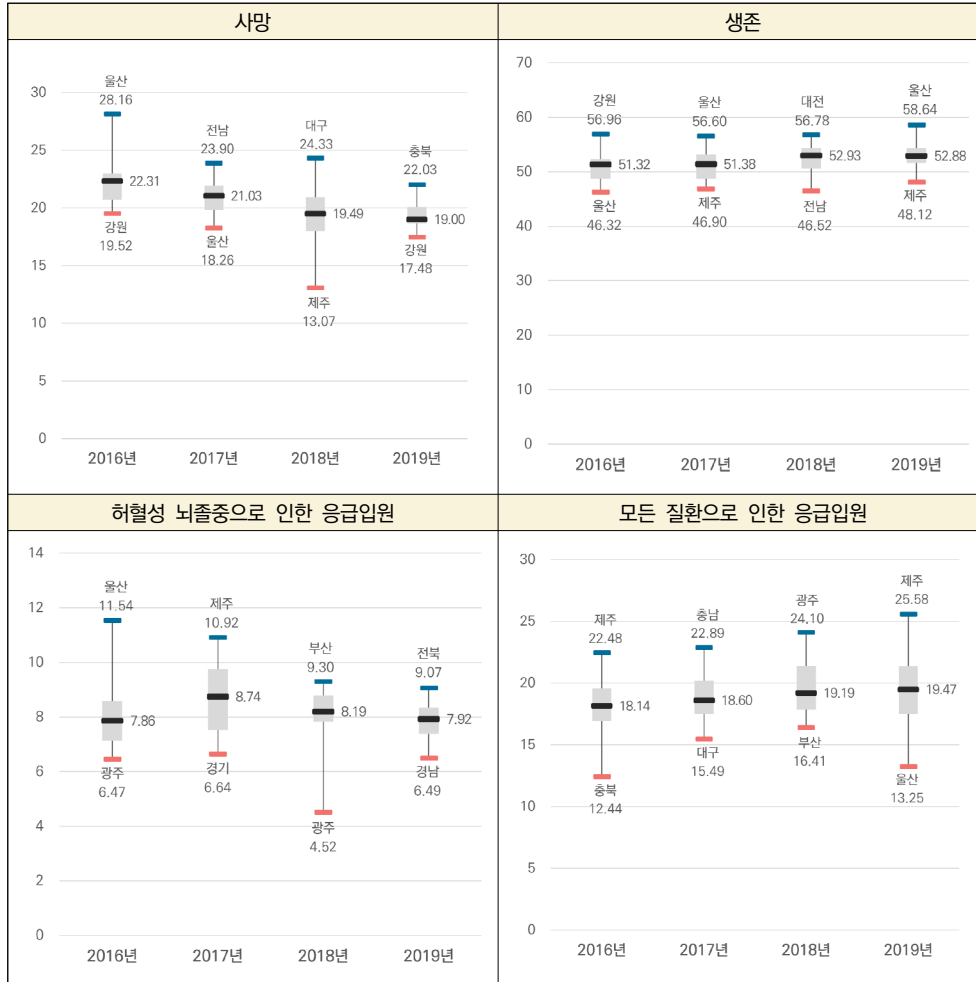
(단위: %)



주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-63] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 지역별

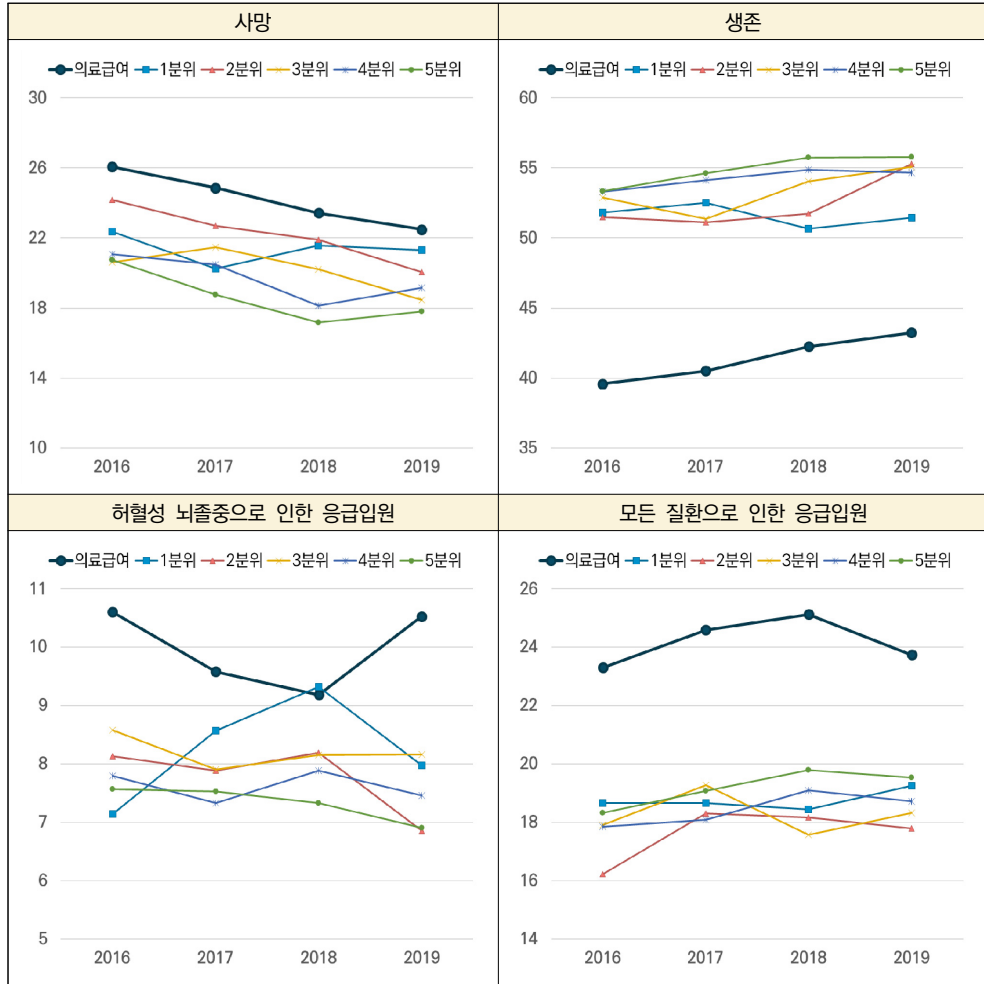
(단위: %)



주: 2016년 대상자로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-64] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 소득분위별

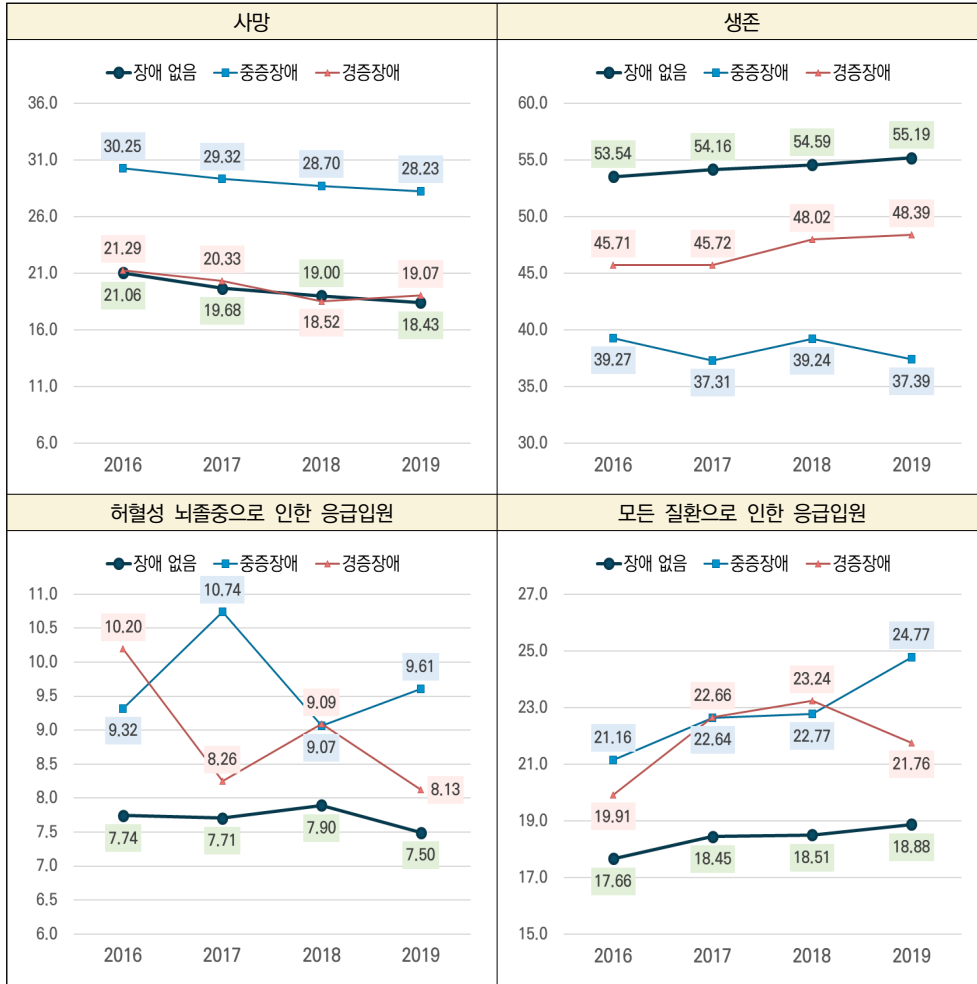
(단위: %)



주: 2016년 대상자로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-65] 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원: 장애 중증도별

(단위: %)



주: 2016년 대상으로 성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

◆ 울혈성 심부전·허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원

- 심뇌혈관 질환에 대한 급성기 치료의 수준을 나타내는 지표인 입원 환자의 30일 사망률 지표를 살펴보면, 뇌혈관 질환인 출혈성 뇌졸중과 허혈성 뇌졸중의 경우 OECD 평균보다 입원 환자의 30일 사망률이 현저히 낮은 것으로 나타나 뇌혈관 질환에 대한 치료 수준이 상당히 높은 것으로 확인되었다. 반면에 급성심근경색 입원 환자 30일 사망률은 OECD 평균보다 높은 것으로 나타나 급성심근경색에 대한 치료 수준은 개선이 필요한 것으로 확인되었다 (표 4-27).

〈표 4-27〉 급성심근경색, 출혈성 뇌졸중, 허혈성 뇌졸중 병원 내외 30일 사망률 국제 수준 비교

구분		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
급성심근경색 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률(%)	한국 (순위)	12.2 (15)	10.9 (16)	10.8 (17)	10.6 (18)	10.3 (17)	10.2 (17)	12.1 (18)	12.1 (18)	11.2 (15)	11 (16)
	OECD 평균*	10.3 (18)	10 (20)	10.1 (22)	10.1 (25)	9.9 (24)	10 (26)	9.3 (23)	9.3 (23)	9 (20)	9 (21)
급성심근경색 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 (%)	한국 (순위)	9.7 (26)	8.6 (24)	8.7 (25)	8.6 (25)	8.3 (25)	8.3 (24)	10 (26)	9.9 (28)	9.2 (23)	8.9 (22)
	OECD 평균*	7.8 (29)	7.8 (30)	7.5 (30)	7.7 (33)	7.2 (32)	7.2 (32)	7.2 (28)	7.2 (30)	6 (25)	6.2 (25)
출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률(%)	한국 (순위)	26.4 (4)	26.3 (7)	24.8 (5)	24.9 (5)	23.3 (1)	22.7 (1)	22.8 (1)	22.7 (1)	22.1 (1)	21.7 (1)
	OECD 평균*	30.1 (17)	29.8 (19)	30.2 (20)	30.3 (21)	31 (21)	31.1 (24)	30.9 (21)	30.1 (21)	31.1 (19)	30.8 (20)
출혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 (%)	한국 (순위)	20.4 (9)	19.8 (8)	18.5 (6)	18.8 (7)	18.2 (9)	17.1 (6)	15.7 (4)	15.9 (6)	15.5 (5)	15.4 (4)
	OECD 평균*	24.2 (29)	23.6 (30)	24.2 (30)	24.1 (31)	23 (32)	23.2 (32)	24.4 (28)	23.2 (30)	22.9 (25)	22.6 (24)
허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내외 30일 사망률(%)	한국 (순위)	8.1 (1)	7.8 (1)	7.6 (1)	7.3 (2)	7.1 (2)	6.7 (2)	6.6 (2)	6.2 (1)	5.6 (1)	5.8 (1)
	OECD 평균*	12.3 (17)	12.1 (19)	12.8 (20)	12.5 (21)	12.8 (21)	13.1 (24)	12.5 (21)	12.9 (21)	12.6 (19)	12.5 (20)
허혈성 뇌졸중 입원 환자의 병원 내 30일 사망률 (%)	한국 (순위)	4.7 (3)	4.6 (4)	4.5 (4)	4.5 (3)	4.3 (4)	4.2 (3)	4 (2)	3.7 (2)	3.3 (1)	3.5 (1)
	OECD 평균*	9 (29)	8.9 (30)	9 (30)	9 (31)	8.2 (32)	8.7 (32)	8.5 (28)	8.4 (30)	7.8 (25)	7.9 (24)

주: OECD에서 수집한 수치로 연령 제한 여부 등 분석 방법으로 인해 본 보고서에서 산출한 수치와 차이가 발생함. * 괄호 안은 국가 순위.

자료: OECD. (2021). OECD Health statistics. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2021. 10. 19.

- 급성심근경색과 뇌졸중이 발생했을 때 조기 증상 인지율을 살펴보았다. 심근경색이 발생했을 때 이를 인지하는 비율은 50% 수준이다. 최근 들어 전반적으로 개선되었지만 인지율이 가장 낮은 지역과 높은 지역의 격차는 2017년 19.8%포인트(가장 낮은 지역 37.8%, 가장 높은 지역 57.6%)에서 2019년 22.5%포인트(가장 낮은 지역 45.3%, 가장 높은 지역

67.8%)로 증가했다. 뇌졸중의 조기 증상 인지율은 54%로 급성심근경색과 크게 다르지 않다. 최근 들어 전반적으로 개선되었지만 인지율이 가장 낮은 지역과 높은 지역의 격차는 2017년 16.3%포인트(가장 낮은 지역 46.2%, 가장 높은 지역 62.5%)에서 2019년 22.7%포인트(가장 낮은 지역 53.7%, 가장 높은 지역 76.4%)로 증가했다.

〈표 4-28〉 급성심근경색, 뇌졸중 조기 증상 인지율

구분	급성심근경색			뇌졸중		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
서울	46.1	52.5	56.7	49.9	53.9	61.5
부산	48.0	54.8	49.7	50.1	57.2	58.1
대구	45.4	58.9	55.9	52.1	59.9	59.9
인천	42.3	45.6	45.3	46.2	49.7	54.7
광주	37.8	41.9	50.4	47.2	49.3	56.2
대전	42.8	45.5	52.0	47.7	48.2	56.5
울산	47.7	64.8	66.8	49.6	68.6	71.9
세종	50.8	61.0	61.9	56.3	63.1	66.5
경기	43.6	46.0	52.4	49.2	51.6	59.0
강원	48.8	51.7	57.6	53.6	56.8	60.4
충북	52.0	49.0	52.8	55.9	53.1	59.2
충남	47.2	50.1	54.8	52.2	53.5	61.0
전북	47.3	46.9	53.7	58.9	52.2	58.9
전남	57.6	49.5	57.2	62.5	53.0	63.7
경북	43.0	49.2	57.4	51.7	54.7	63.2
경남	42.8	43.3	49.3	50.6	47.4	53.7
제주	52.1	54.9	67.8	62.0	63.7	76.4
최고-최저 격차(%p)	19.8	22.9	22.5	16.3	21.2	22.7

자료: 국가통계 포털(kosis.kr) 상의 응급의료현황통계를 재구성

- 급성심근경색 발생 시 골든타임(2시간) 내에 병원에 도착하여 필요한 처치 및 의료서비스를 받게 하도록 의료기관의 적절한 분포 및 신속한 환자 이송이 필수적이다. 하지만 급성심근경색 환자가 골든타임(2시간) 내 응급실에 도착하는 비율은 2019년 기준 36.2%에 불과하며, 최고-최저 시·도 간 격차는 20.4%포인트로 나타나 급성심근경색에 대한 의료기관의 불균형 분포와 신속한 환자 수송에 대한 개선이 필요한 것으로 확인되었다. 건강보험심사평가원의 급성심근경색증 평가 사업의 과정 지표를 분석한 결과에 따르면 급성심근경색의 병원 내 치료의 질은 충분히 개선되었으나 적정 시간 내에 적정 진료를 받을 수 있는 인프라 구축이 개선되어야 할 사항으로 확인되었다(김석일 외, 2016, p. 247 재인용). 뇌졸중 환자의 골든타임(3시간) 내 응급실 도착 비율은 2019년 기준 20.4%이며, 최고-최저 시·도 간 격차는 15.8%포인트로 나타났다.

〈표 4-29〉 급성심근경색 발병 2시간 내, 뇌졸중 발병 3시간 내 응급실 도착 비율(%)

구분	급성심근경색 발병 2시간 내(%)						뇌졸중 발병 3시간 내(%)					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전국	35.5	35.7	36.2	36.3	36.2	36.2	29.9	26.7	24.8	25.1	23.6	20.4
서울	37.3	37.8	37.7	38.0	37.8	35.7	41.0	42.1	42.4	42.9	42.3	41.8
부산	35.7	34.1	34.7	33.1	34.3	34.2	37.8	38.4	39.2	39.3	38.2	36.9
대구	32.5	29.8	34.2	31.0	31.8	31.6	43.3	42.5	44.2	45.7	44.4	43.8
인천	49.7	49.1	46.2	48.5	42.7	43.0	37.8	39.5	40.3	39.1	39.4	40.0
광주	19.8	22.4	22.1	23.4	21.2	22.6	48.6	49.1	46.6	44.7	45.3	42.8
대전	37.5	38.3	38.2	36.0	38.7	38.9	35.8	39.0	39.5	39.2	37.9	37.9
울산	40.7	36.0	38.2	39.0	42.5	42.1	41.1	42.1	39.9	40.9	39.8	40.3
경기	38.5	39.8	38.8	39.6	38.9	40.7	42.9	40.7	44.4	49.0	42.7	43.8
강원	26.3	28.5	29.8	31.3	31.1	31.4	42.1	43.5	43.5	44.2	42.5	42.4
충북	43.7	40.6	43.4	41.8	40.9	42.9	41.4	41.4	42.3	43.2	44.1	44.0
충남	31.9	35.1	34.0	35.5	33.9	35.4	48.8	52.0	53.2	52.6	50.3	48.1
전북	33.4	30.1	31.2	32.4	34.2	30.5	41.7	45.1	44.0	47.2	49.0	48.3
전남	33.6	32.0	34.2	33.6	34.5	34.1	39.7	38.8	37.7	40.7	40.0	38.5
경북	38.5	39.9	42.2	41.5	42.1	40.9	46.1	47.8	46.4	50.8	47.9	46.0
경남	32.8	31.9	33.2	31.9	35.9	34.1	45.8	48.0	50.6	51.4	51.9	52.7
제주	38.5	44.0	47.0	43.2	44.8	42.5	39.2	41.2	42.0	41.2	43.9	44.0
최고-최저 격차(%p)	29.9	26.7	24.1	25.1	21.5	20.4	13	13.6	15.5	13.5	14	15.8

자료: 국가통계 포털(kosis.kr) 상의 응급의료현황통계를 재구성

- 급성심근경색 및 뇌졸중 환자의 응급진료 후 사망 비율은 전반적으로는 감소했지만 지역 간 격차는 급성심근경색 환자가 2014년 2.47%포인트(최저 1.08%, 최고 3.55%)에서 2019년 4.35%포인트(최저 1.11%, 최고 5.46%)로 증가했고, 뇌졸중 환자가 2014년 2.01%포인트(최저 0.13%, 최고 2.14%)에서 2019년 1.17%포인트(최저 0.21%, 최고 1.38%)로 감소했다.

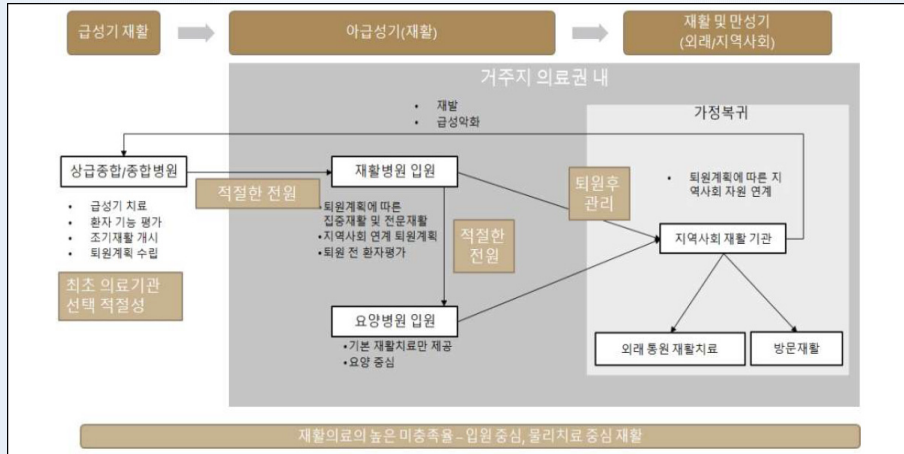
〈표 4-30〉 급성심근경색, 뇌졸중 환자의 응급진료 결과가 사망인 비율(%)

구분	급성심근경색 발병 2시간 내(%)						뇌졸중 발병 3시간 내(%)					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전국	1.81	1.84	1.73	1.97	1.82	1.50	0.45	0.54	0.49	0.45	0.49	0.41
서울	1.17	1.24	0.94	1.32	1.17	1.11	0.19	0.23	0.30	0.23	0.32	0.24
부산	1.71	1.74	1.18	1.95	1.93	2.15	0.39	1.04	0.93	0.95	0.83	0.53
대구	2.14	1.57	1.31	1.99	2.10	1.53	0.59	0.59	0.48	0.72	0.43	0.47
인천	2.33	1.26	2.41	2.59	1.85	1.92	0.38	0.23	0.43	0.31	0.43	0.27
광주	2.37	1.58	1.60	1.84	1.71	1.40	0.81	0.86	0.78	1.10	0.79	0.51
대전	1.08	1.34	2.33	1.51	2.24	1.24	0.48	0.32	0.23	0.33	0.34	0.33
울산	3.52	1.63	1.36	2.75	5.98	5.46	0.40	0.49	0.28	0.34	0.20	0.30
경기	1.09	1.62	1.33	1.65	1.68	1.17	0.31	0.31	0.32	0.25	0.35	0.21
강원	2.91	3.58	2.89	2.58	2.88	1.59	0.54	0.67	0.49	0.38	0.63	0.63
충북	2.91	2.85	2.60	2.63	2.35	1.57	0.55	0.73	0.75	0.74	0.60	0.57
충남	3.55	2.35	3.32	3.26	2.16	1.74	0.36	0.46	0.33	0.44	0.64	0.51
전북	1.83	2.31	2.87	3.77	2.03	2.14	0.48	0.73	0.68	0.84	0.63	0.56
전남	2.53	1.47	1.41	1.68	0.88	1.51	0.36	0.58	0.28	0.41	0.26	0.45
경북	2.25	4.64	3.71	2.97	2.00	1.87	0.36	0.39	0.53	0.34	0.34	0.56
경남	2.21	1.70	1.47	1.44	1.64	1.18	2.14	2.42	1.84	0.88	1.34	1.38
제주	1.96	1.91	2.81	1.76	1.80	1.72	0.13	0.31	0.28	0.30	0.43	0.38
최고-최저 격차(%p)	2.47	3.40	2.77	2.45	5.10	4.35	2.01	2.20	1.61	0.86	1.14	1.17

자료: 국가통계 포털(kosis.kr) 상의 응급의료현황통계를 재구성

- 급성기 케어 이후에는 적절한 재활서비스가 제공되어야 한다. 중추신경계 질환은 치료가 복잡하고 난도가 높으므로 최초 입원 시에 상급종합병원 혹은 종합병원을 이용했을 때 적정 의료 이용으로 볼 수 있는데, 그 비율은 43.8%였고 소득 수준이 높을수록 해당 비율이 상승했다. 적정 의료 이용 집단에서 소득 수준이 높은 집단은 병원이 첫 전원 의료기관이었고 소득 수준이 낮을수록 요양병원으로 첫 전원이 이뤄졌다(김윤 외, 2019). 뇌졸중 환자의 퇴원 후 재활 치료 미충족 현황을 분석한 연구에 따르면 불안·우울(80.4%), 의사소통(64.3%) 등의 순으로 미충족률이 높았다. 또한, 응답자의 20.1%가 자택으로 퇴원한 후 3개월 이내에 계획하지 않은 입원을 경험했는데, 이 중 의학적 사유가 아닌 간병, 통원 치료의 어려움으로 인한 재입원도 26.5%로 높았다. 퇴원 후 통원 재활 치료를 받는 경우는 44.2%였는데, 재활 치료를 받지 못하는 이유는 이동의 어려움(39.6%), 비용 부담(16.7%) 등이었다(김원석 외, 2020). 한편 급성심근경색으로 입원한 환자가 퇴원 후 6개월 내 외래 심장재활 치료를 받은 비율은 1.5%에 불과했다(Kim et al., 2020).
- 바람직한 재활 치료의 관점에서 볼 때, 우선 급성기 재활 단계에서 최초 의료기관의 적절한 선택 및 이후 재활 요구도에 기반한 체계적인 전원 체계가 미비하고, 다음으로 아급성기 재활 단계에서는 퇴원 후 집에서 통원 재활 치료를 다닐 수 있는 외래 서비스 공급이 부족하고 재활 치료 유형별 인력 분포가 지역별로 불균등하다. 만성기 재활에서는 만성질환 및 합병증 관리 체계와 서비스가 부족하고, 지역사회 가정이나 거주시설에서 받을 수 있는 재활 의료서비스 체계가 미비하다. 뇌졸중 등 중추신경계 질환 관련 전문 재활 치료는 공급이 편중되어 있고 입원 중심이며, 외래 재활은 접근성이 낮은 도 단위 지역에서 유의하게 감소하고 있고, 지역사회 복귀를 위한 일상생활 동작 훈련(작업 치료)은 정체되어 있다(김윤 외, 2019).

[그림 4-66] 바람직한 재활의료서비스 제공 모형



자료: 김운의. (2019). 의료공급체계 개선 모형 개발 연구. 서울: 서울대학교 산학협력단, 원주: 국민건강보험공단. p. 138.

라. 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원

하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원은 2017년에 급격히 감소하였고, 이후 소폭 증가하였다가 2020년에 다시 급격히 감소하였다. 응급입원은 2016년에 10만 명당 603.4건, 2020년에 101.3건으로 연평균 36% 감소하였고, 2020년에는 2019년 대비 76.23% 감소하였다. 남아와 여아의 하기도 감염으로 인한 응급입원은 비슷한 수준이었고 변화 추이도 비슷하였다. 남아는 2016년 10만 명당 637.6건에서 2020년 106.2건으로 감소하였고, 여아는 567.0건에서 96.1건으로 감소하였다.

하기도 감염 아동의 응급입원에서 지역 간 변이는 2016년 0.37에서 2020년 0.48로 소폭 증가하였다. 2016년에 응급입원이 많은 지역은 제주(1,017.9건), 강원(926건) 순이었고, 2020년에는 제주(235.5건), 강원(176.3건) 순으로 강원·제주는 계속해서 높은 편에 속했다. 아동의 응급입원이 적은 지역은 2016년에는 울산(331건), 광주(341.1건) 순이었고, 2020년에는 세종(52.8건), 부산(57.9건) 순이었다.

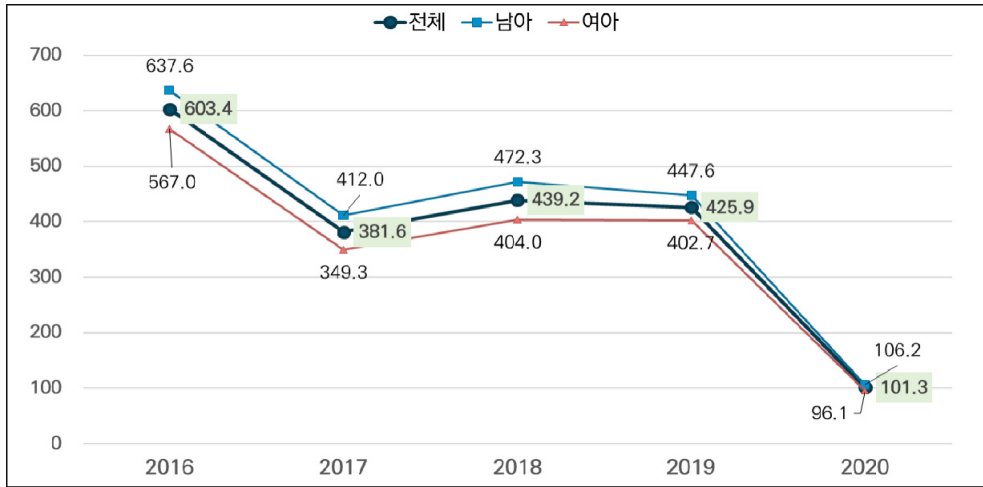
소득분위에 따라 산출된 하기도 감염 아동의 응급입원은 전반적으로 증가, 감소 추세는 비슷한 양상을 보였으나 2016년부터 2020년에 걸친 기간 동안 의료급여가 다른

소득 수준에 비해 값이 높은 것으로 나타났다.

장애 중증도에 따라 산출된 하기도 감염 아동의 응급입원은 전체적으로 감소하는 추세를 보였으나, 2019년에 중증장애 아동과 장애 없음은 전체 추세와 비슷하게 감소하는 모습을 보인 반면 경증장애 아동의 경우 응급입원이 크게 증가하였다. 대체로 장애 중증도가 높을수록 아동의 응급입원이 많은 편이었다.

[그림 4-67] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원

(단위: 100,000명당 건)



주: 2011년 19세 미만 인구조성·연령 표준화한 값으로, 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

〈표 4-31〉 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)

구 분	2016	2017	2018	2019	2020
서울	594.7	373.8	455.7	474.7	92.9
부산	391.7	250.9	210.0	224.7	57.9
대구	386.4	198.6	262.2	221.5	63.1
인천	902.7	518.1	584.9	527.3	126.8
광주	341.1	239.2	231.6	328.4	60.8
대전	671.1	358.3	362.4	280.8	87.9
울산	331.0	288.7	203.3	216.5	64.3
세종	551.5	315.5	247.3	229.2	52.8
경기	695.5	415.8	488.5	515.9	111.7
강원	926.0	668.0	822.1	588.5	176.3
충북	452.1	270.6	314.2	319.3	83.8
충남	793.4	480.3	668.1	590.1	157.4
전북	476.3	351.8	412.8	368.0	131.6
전남	455.1	328.1	304.6	319.3	96.3
경북	553.4	473.1	541.1	395.9	112.5
경남	442.9	266.4	330.2	243.5	55.6
제주	1017.9	787.6	780.9	946.5	235.5
지역간 변이	0.37	0.41	0.46	0.48	0.48
격차	686.9	589.0	618.8	730.0	182.7

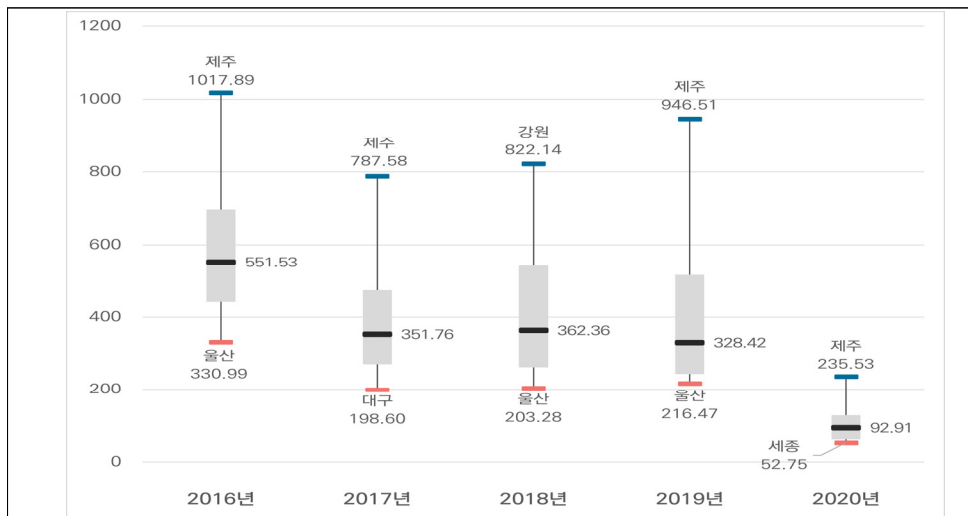
주: 2011년 19세 미만 인구로 성·연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험 맞춤형 DB.

〔그림 4-68〕 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 지역별

(단위: 100,000명당 건)



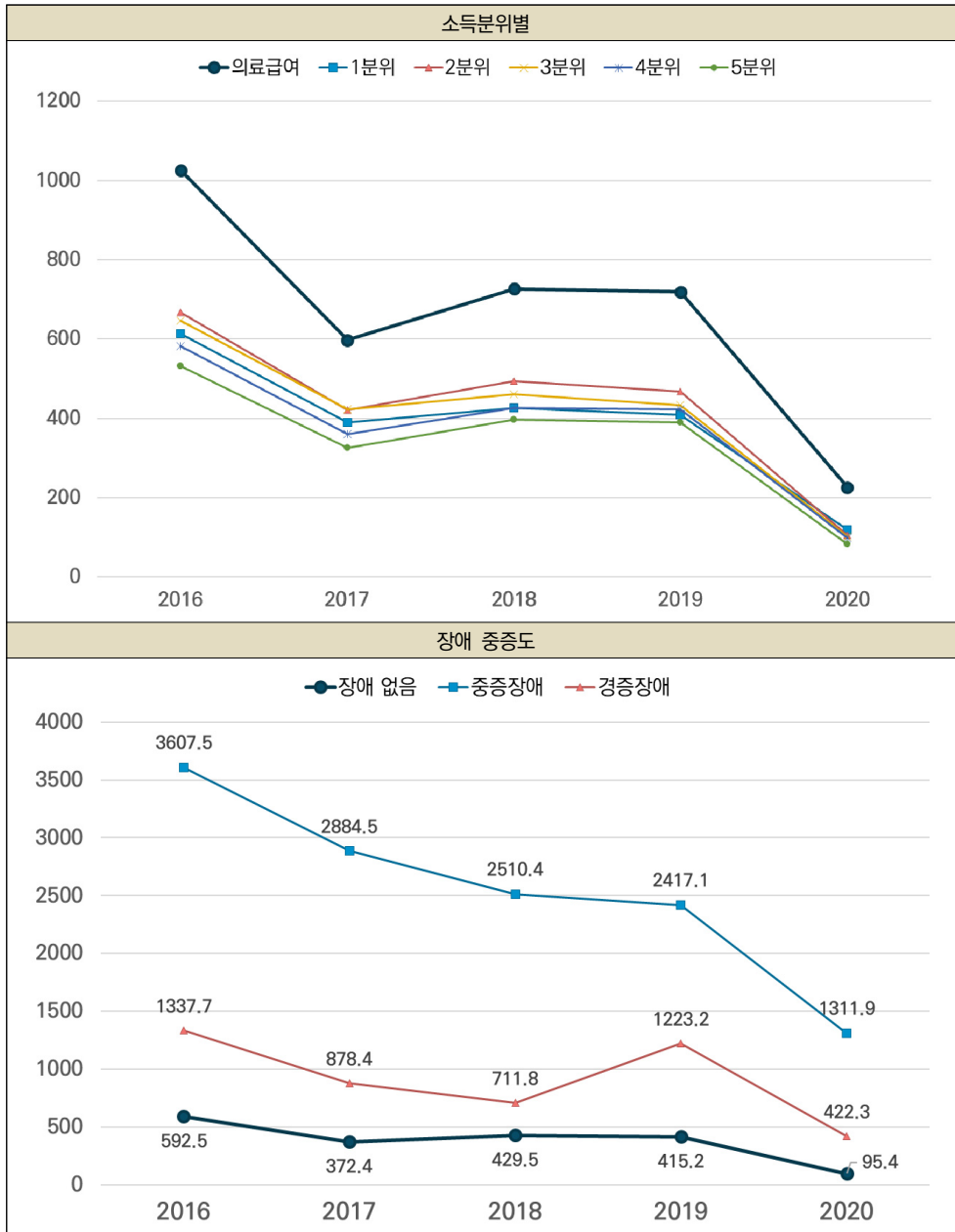
주: 2011년 19세 미만 인구로 성·연령 표준화한 값으로 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.

자료: 국민건강보험공단, 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-69] 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원: 소득수준 및 장애 중증도 별

(단위: 100,000명당 건)



주: 2011년 19세 미만 인구로 성·연령 표준화한 값으로 지표정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 2016년에 응급의료수가제도가 변화했음을 고려하여 2016년 이후의 추이를 살펴봄.
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

제2절 환자 중심성·반응성


◆ (4영역) 환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선

- 보건의료서비스 전달 과정이 대상자(환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자)에게 얼마나 긍정적인 경험을 주었는지, 이들을 중심에 두고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 4-32〉 4영역(환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
개선 영역	<ul style="list-style-type: none"> 외래 서비스 환자 만족도 <ul style="list-style-type: none"> 외래 서비스에 대한 전반적인 경험 <ul style="list-style-type: none"> 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족 외래 서비스에 대한 전반적 만족 수준 외래 서비스에 대한 전반적 반응성 	'17-'20	
	<ul style="list-style-type: none"> 입원 서비스 환자 만족도 <ul style="list-style-type: none"> 입원 서비스에 대한 전반적인 경험 <ul style="list-style-type: none"> 입원 서비스에서 기대했던 치료 결과 달성 입원 서비스에 대한 전반적 만족 수준 입원 서비스 전반적 반응성 	'17-'20	
	<ul style="list-style-type: none"> 호스피스 환자 만족도 	'17-'19	
	<ul style="list-style-type: none"> 응급의료 환자 만족도 	'17-'19	

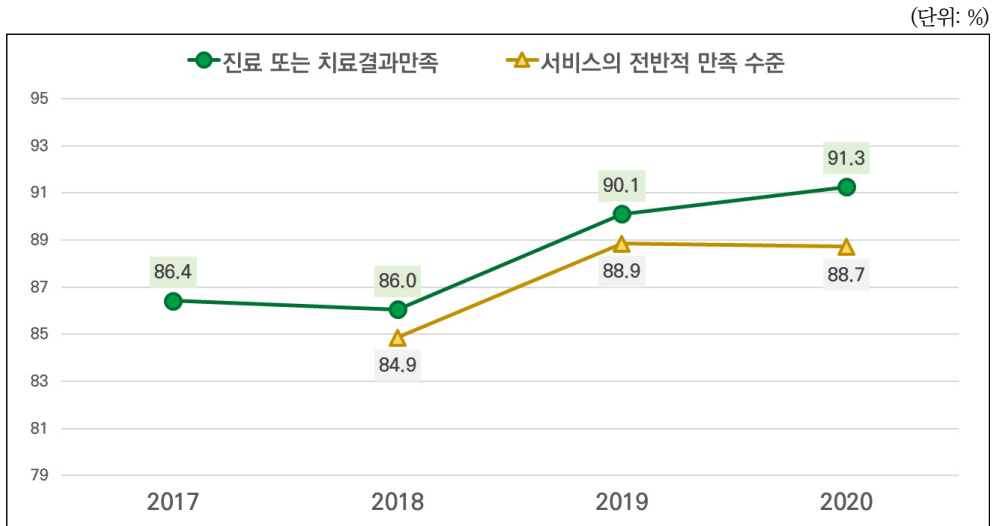
주: 1) 각 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-4〉를 참고.

2)  산출 불가

1. 외래서비스 환자 만족도

2020년 외래서비스 진료 또는 치료 결과 만족은 91.3%로 2019년 대비 1.2%p 증가하였고, 2020년 외래서비스의 전반적 만족 수준은 88.7%로 2019년 대비 0.2%p 감소하였다.

[그림 4-70] 외래 서비스에 대한 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사를 직접 분석.

성별에 따라 산출된 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족 비율의 2019년 대비 2020년 증가율은 여성(1.9%p)이 남성(0.5%p)보다 높게 나타났다. 교육 수준에 따라서는 중등과 고등이 증가한 반면, 초등에서는 감소했다. 소득 수준에 따라서는 소득 2분위를 제외하고 모두 증가했으며, 경제활동별로 살펴보면 모두 증가했다. 시·도가 읍·면보다 증가 정도가 컸다. 의료보장별로 살펴보면 의료급여에서 증가 정도가 컸다.

〈표 4-33〉 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)	
전체	86.4	86.0	90.1	91.3	1.2	
성	남	85.2	86.5	90.2	90.7	0.5
	여	87.7	85.6	89.9	91.8	1.9
교육	초등	67.2	72.2	63.5	61.9	▲ 1.6
	중등	86.3	84.9	88.6	90.0	1.4
	고등	83.7	84.7	89.5	91.8	2.3
소득	1분위	70.1	77.5	82.8	93.4	10.6
	2분위	80.5	78.0	92.7	90.6	▲ 2.1
	3분위	89.2	74.8	89.1	90.3	1.2
	4분위	78.2	63.3	90.1	93.2	3.1
	5분위	.	.	89.6	89.9	0.3
경제활동	임금근로자	88.5	87.8	87.3	91.7	4.4
	자영업, 고용주	87.5	84.1	79.5	86.4	6.9
	그 외	83.0	83.2	86.6	89.4	2.8
지역	시·도	87.0	86.0	90.4	91.5	1.1
	읍·면	82.9	86.2	88.8	89.6	0.8
의료보장	건강보험	86.5	85.9	90.1	91.3	1.2
	의료급여	72.6	90.8	86.3	91.4	5.1

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

성별에 따라 산출된 외래 서비스 전반적 만족 수준 비율은 남녀가 서로 다른 추세를 보였다. 남성은 2019년 대비 1.0%p 감소하였고, 여성은 2019년 대비 0.8%p 증가하였다. 교육 수준에 따라서는 초등을 제외하고 증가하는 추세를 보이며 2019년 대비 증가율은 중등(1.1%p)이 고등(0.7%p)보다 높게 나타났다. 소득에 따라서는 1분위에서 증가 정도가 컸고 2, 3, 5분위는 2019년 대비 감소하였다. 경제활동별로 보면 전체적으로 증가했다. 시·도와 읍·면 모두 2019년 대비 감소했고, 건강보험은 2019년 대비 감소한 반면 의료급여는 증가하였다.

〈표 4-34〉 외래 서비스에 대한 전반적 만족 수준

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)	
전체	-	84.9	88.9	88.7	▲ 0.2	
성	남	-	84.5	89.2	88.2	▲ 1.0
	여	-	85.1	88.5	89.3	0.8
교육	초등	-	80.4	64.2	56.4	▲ 7.8
	중등	-	84.4	86.8	87.9	1.1
	고등	-	83.9	88.5	89.2	0.7
소득	1분위	-	80.6	82.4	91.9	9.5
	2분위	-	76.5	92.1	89.6	▲ 2.5
	3분위	-	77.0	87.7	87.6	▲ 0.1
	4분위	-	66.1	88.5	90.2	1.7
	5분위	-	.	86.9	86.6	▲ 0.3
경제활동	입금근로자	-	86.5	85.8	89.7	3.9
	자영업, 고용주	-	82.2	76.4	85.6	9.2
	그 외	-	81.1	86.1	88.5	2.4
지역	시·도	-	85.0	89.4	89.1	▲ 0.3
	읍·면	-	84.1	86.0	85.9	▲ 0.1
의료보장	건강보험	-	84.9	88.9	88.8	▲ 0.1
	의료급여	-	81.5	82.8	88.1	5.3

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.

3) 2017년도 조사에서는 해당 문항 없음.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

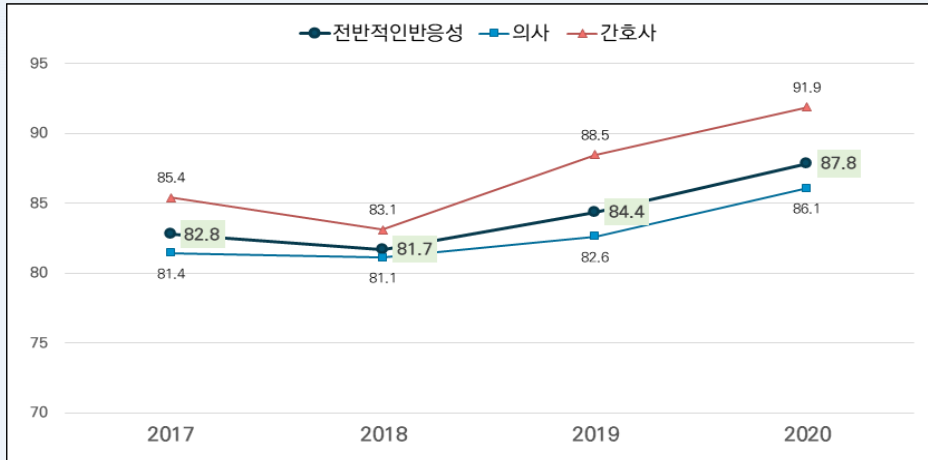
◆ 외래 서비스 전반적 반응성

- 2020년 외래 서비스 반응성은 87.8%로 2019년 대비 3.4%p 증가하였다.
- 의사의 외래 서비스 반응성은 2020년 86.1%로 2019년 대비 3.5%p 증가하였지만, 세부적으로는 다른 추세를 보였다. 예의 있는 응대 반응성은 94.9%로 2019년 대비 4.2%p, 알기 쉬운 설명 반응성은 90.3%로 2019년 대비 4.0%p, 충분한 질문 기회 반응성은 87.8%로 2019년 대비 5.0%p, 환자 의견 반영 반응성은 86.4%로 2019년 대비 2.8%p, 불안에 공감 반응성은 82.2%로 2019년 대비 9.0%p 증가하였지만, 충분한 대화 반응성은 74.7%로 2019년 대비 4.5%p 감소하였다.
- 간호사의 외래 서비스 반응성은 2020년 91.9%로 2019년 대비 3.4%p 증가하였고, 세부적으로 예의 있는 응대 반응성은 92.9%로 2019년 대비 4.6%p, 알기 쉬운 설명 반응성은

90.8%로 2019년 대비 2.2%p 증가하였다.

[그림 4-71] 외래 서비스 반응성

(단위: %)



주: 1) 그렇다고 응답한 비율.
 2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

〈표 4-35〉 외래 서비스 반응성

(단위: %, %p)

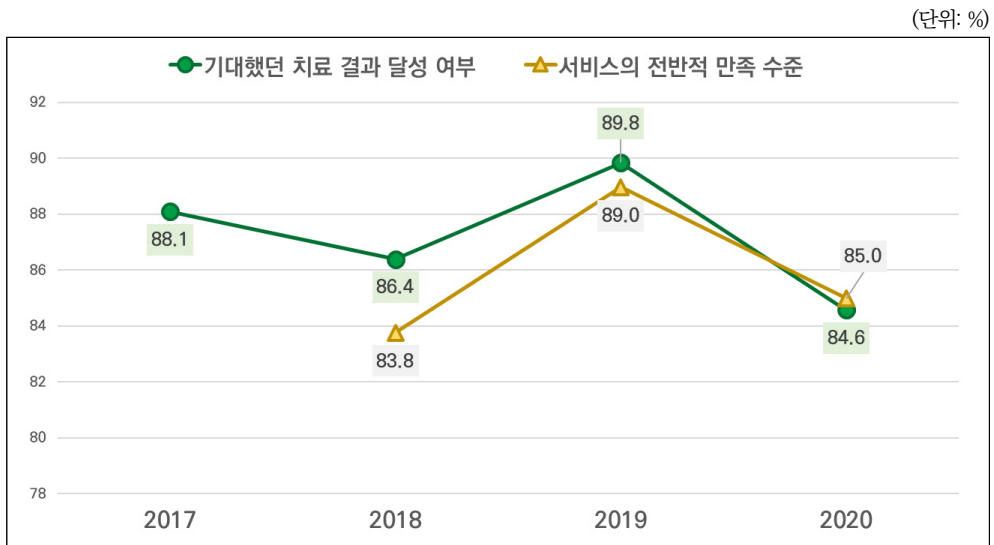
구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)
전반적인 반응성	82.8	81.7	84.4	87.8	3.4
의사	81.4	81.1	82.6	86.1	3.5
예의 있는 응대	88.2	82.9	90.7	94.9	4.2
알기 쉬운 설명	79.4	82.0	86.3	90.3	4.0
충분한 질문 기회	77.2	80.7	82.8	87.8	5.0
환자 의견 반영	82.4	81.7	83.6	86.4	2.8
불안에 공감	.	80.3	73.2	82.2	9.0
충분한 대화	80.0	79.1	79.2	74.7	▲ 4.5
간호사	85.4	83.1	88.5	91.9	3.4
예의 있는 응대	87.6	83.7	88.3	92.9	4.6
알기 쉬운 설명	83.3	82.5	88.6	90.8	2.2

주: 1) 그렇다고 응답한 비율.
 2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원, (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

2. 입원 서비스 환자 만족도

2020년 기대했던 치료 결과 달성 여부는 84.6%로 2019년 대비 5.2%p 감소하였고, 서비스의 전반적 만족 수준은 85.0%로 2019년 대비 4.0%p 감소하였다.

[그림 4-72] 입원 서비스 전반적인 경험



주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구로 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

입원서비스에서 기대했던 치료 결과 달성 비율을 성별에 따라 산출한 결과, 남성은 2019년 대비 2.4%p 증가하였고, 여성은 13.4%p 감소했다. 고등과 중등이 각각 5.8%p, 0.3%p 증가한 반면 초등은 11.5%p 감소하였다. 소득에 따라서는 소득 4분위를 제외하고 대부분 감소했고, 경제활동에 따라서는 자영업 및 고용주는 증가한 반면 임금근로자와 그 외 집단에서는 감소했다. 지역에 따라서는 시·도는 2019년 대비 1.4%p 감소하였고, 읍·면은 2019년 대비 3.5%p 증가하였다. 의료보장에 따라서는 건강보험은 2019년 대비 5.6%p 감소하였고, 의료급여는 2019년 대비 3.3%p 증가하였다.

〈표 4-36〉 입원 서비스에서 기대했던 치료 결과 달성

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)	
전체	88.1	86.4	89.8	84.6	▲ 5.2	
성	남	85.8	81.6	87.0	89.4	2.4
	여	90.6	91.2	92.7	79.3	▲ 13.4
교육	초등	42.5	33.0	47.4	35.9	▲ 11.5
	중등	88.4	68.0	85.7	86.0	0.3
	고등	81.9	82.8	74.6	80.4	5.8
소득	1분위	65.3	39.1	81.6	68.5	▲ 13.1
	2분위	78.0	71.5	81.0	80.3	▲ 0.7
	3분위	77.4	61.7	83.1	78.4	▲ 4.7
	4분위	55.2	75.3	73.3	76.6	3.3
	5분위	.	.	87.8	78.8	▲ 9.0
경제활동	입급근로자	85.4	76.0	82.4	77.5	▲ 4.9
	자영업, 고용주	66.1	66.4	67.3	80.5	13.2
	그 외	86.2	89.6	88.8	78.3	▲ 10.5
지역	시·도	88.8	84.5	86.0	84.6	▲ 1.4
	읍·면	84.9	83.8	79.3	82.8	3.5
의료보장	건강보험	88.3	86.4	90.8	85.2	▲ 5.6
	의료급여	55.9	50.6	51.8	55.1	3.3

주: 1) 대체로 그렇다, 매우 그렇다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의로서비스 경험 조사.

성별에 따라 산출된 입원 서비스의 전반적 만족 수준 비율은 전체적으로 감소하는 추세를 보이며 2019년 대비 감소율은 여성(5.9%p)이 남성(2.2%p)보다 높게 나타났다. 교육 수준에 따라서는 고등을 제외하고 감소하였고, 소득에 따라서는 다른 경향을 보이며 소득 2, 4분위를 제외하고 감소했다. 경제활동별로 살펴보면 그 외 집단에서 감소했다. 지역에 따라서는 시·도는 2019년 대비 0.1%p 감소하고, 읍·면은 1.0%p 증가하였다. 의료보장에 따라 산출된 입원 서비스의 전반적 만족 수준 비율은 건강보험과 의료급여가 모두 감소 추세를 보였다.

〈표 4-37〉 입원 서비스에 대한 전반적 만족 수준

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)	
전체	-	83.8	89.0	85.0	▲ 4.0	
성	남	-	81.0	86.3	84.1	▲ 2.2
	여	-	86.3	91.5	85.6	▲ 5.9
교육	초등	-	31.9	46.9	35.9	▲ 11.0
	중등	-	72.5	85.6	83.8	▲ 1.8
	고등	-	76.3	71.9	82.6	10.7
소득	1분위	-	30.2	76.0	58.3	▲ 17.7
	2분위	-	72.7	79.6	83.0	3.4
	3분위	-	63.7	84.0	69.9	▲ 14.1
	4분위	-	69.3	74.9	85.7	10.8
	5분위	-	.	83.0	73.8	▲ 9.2
경제활동	임금근로자	-	71.2	81.5	84.3	2.8
	자영업, 고용주	-	65.6	67.0	78.7	11.7
	그 외	-	85.8	85.5	78.3	▲ 7.2
지역	시·도	-	81.7	85.6	85.5	▲ 0.1
	읍·면	-	84.2	76.7	77.7	1.0
의료보장	건강보험	-	83.7	89.9	85.9	▲ 4.0
	의료급여	-	53.6	51.0	45.6	▲ 5.4

주: 1) 대체로 만족했다, 매우 만족했다고 응답한 비율.

2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.

3) 2017년도 조사에서는 해당 문항 없음.

자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원 (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

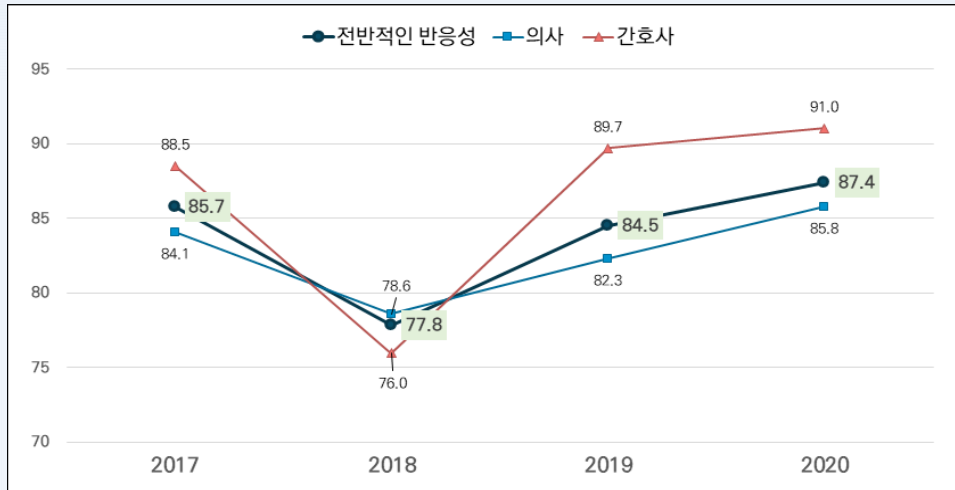
◆ 입원 서비스 전반적 반응성

- 2020년 입원 서비스 반응성은 87.4%로 2019년 대비 2.9%p 증가하였다.
- 의사의 입원 서비스 반응성은 2020년 85.8%로 2019년 대비 3.5%p 증가하였지만, 세부적으로는 다른 추세를 보인다. 예의 있는 응대 반응성은 90.4%로 2019년 대비 0.8%p, 알기 쉬운 설명 반응성은 87.9%로 2019년 대비 3.0%p, 충분한 질문 기회 반응성은 89.1%로 2019년 대비 7.5%p, 환자 의견 반영 반응성은 84.1%로 2019년 대비 3.9%p, 불안에 공감 반응성은 80.7%로 2019년 대비 7.4%p 증가하였지만, 면담 요청 시 적절한 응대 반응성은 82.5%로 2019년 대비 1.7%p 감소하였다.
- 간호사의 입원 서비스 반응성은 2020년 91.0%로 2019년 대비 1.3%p 증가하였고, 세부적으로 예의 있는 응대 반응성은 92.2%로 2019년 대비 2.2%p 증가하였으며, 알기 쉬운

설명 반응성은 89.9%로 2019년 대비 0.5%p 증가하였다.

[그림 4-73] 입원 서비스 반응성

(단위: %)



주: 1) 그렇다고 응답한 비율.
 2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.
 자료: 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

<표 4-38> 입원 서비스 반응성

(단위: %, %p)

구분	2017	2018	2019	2020	2019-2020 (%p)
전반적인 반응성	75.2	77.8	84.5	87.4	2.9
의사	84.1	78.6	82.3	85.8	3.5
예의 있는 응대	87.2	80.3	89.6	90.4	0.8
알기 쉬운 설명	85.9	74.3	84.9	87.9	3.0
충분한 질문 기회	80.1	81.1	81.6	89.1	7.5
환자 의견 반영	83.0	80.0	80.2	84.1	3.9
만남 요청시 적절한 응대	.	76.0	84.2	82.5	▲ 1.7
불안에 공감	.	79.8	73.3	80.7	7.4
간호사	88.5	76.0	89.7	91.0	1.3
예의 있는 응대	90.6	75.6	90.0	92.2	2.2
알기 쉬운 설명	86.4	76.3	89.4	89.9	0.5

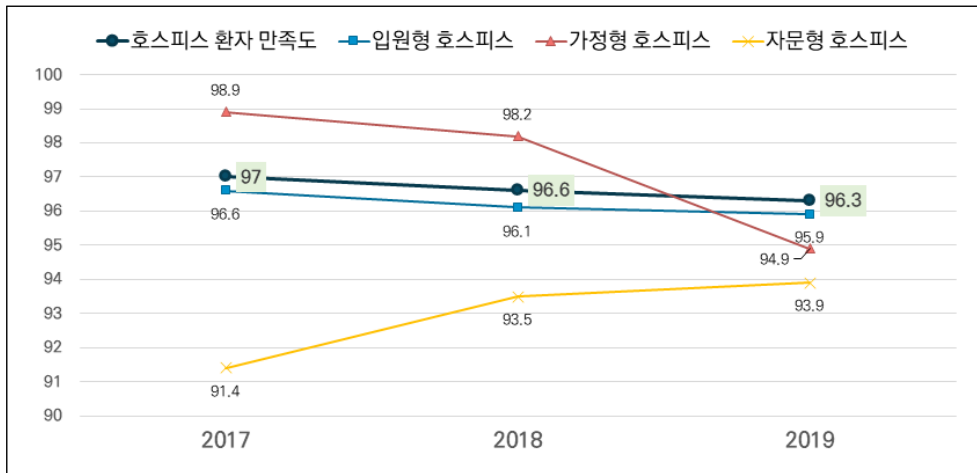
주: 1) 그렇다고 응답한 비율.
 2) 2011년 인구조 성·연령 표준화.
 3) 의사 반응성, 간호사 반응성은 각 항목의 평균임, 전반적인 반응성은 의사와 간호사 반응성의 평균임.
 자료: 보건복지부, 보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.

3. 호스피스 환자 만족도(호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가)

환자의 사별 가족들에게 호스피스 이용 만족도를 조사한 결과, 호스피스 기관에서 받았던 의료서비스 중 적어도 하나 이상의 서비스에 대해 '만족'했다고 답한 비율은 2019년 96.3%로 연평균 0.36% 감소하는 추세를 보이며, 2019년에 전년 대비 0.31% 감소하였다. 2019년 서비스 유형별로 '만족'했다는 응답은 입원형 호스피스 95.9%, 가정형 호스피스 94.9%, 자문형 호스피스 93.9%였다.

[그림 4-74] 호스피스 환자 만족도

(단위: %)



자료: 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. pp. 69-70;
 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2021). 2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서. pp. 66-67
 자료를 참고하여 재구성함.

◆ 호스피스 환자 만족도(호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가)

- 호스피스 유형별(입원형/가정형/자문형) 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가 세부 문항 결과는 <표 4-39>와 같다.

<표 4-39> 호스피스 사망자 가족의 서비스 질에 대한 평가(세부 문항별)

(단위: 점)

성과 지표	입원형 호스피스			가정형 호스피스			자문형 호스피스		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
• 환자가 느낀 편안함	4.3	4.3	4.2	4.3	4.4	4.3	4.1	4.0	4.1
• 환자의 현재 상태와 앞으로의 경과에 대한 호스피스팀의 설명 방식	4.3	4.4	4.3	4.4	4.5	4.3	4.2	4.1	4.2
• 치료의 부작용에 대해 제공된 정보	4.3	4.3	4.1	4.3	4.4	4.1	4.2	4.0	4.0
• 환자의 존엄성을 존중하는 호스피스팀의 태도	4.5	4.5	4.5	4.6	4.7	4.5	4.4	4.4	4.4
• 환자의 상태와 돌봄 계획에 대한 호스피스팀과의 면담	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.4	4.2	4.1	4.3
• 증상 관리에 대한 신속한 대처	4.4	4.4	4.3	4.4	4.4	4.2	4.2	4.0	4.2
• 환자의 증상 호소에 대한 호스피스팀의 관심	4.4	4.4	4.4	4.5	4.6	4.4	4.3	4.1	4.2
• 환자의 신체적 불편에 대한 호스피스팀의 적절한 관리	4.4	4.4	4.3	4.4	4.4	4.3	4.1	4.0	4.1
• 가족의 필요에 따른 호스피스팀의 접근성(도움이 필요할 때 연락이 잘되었는지)	4.4	4.4	4.4	4.4	4.5	4.4	4.3	4.1	4.2
• 가족에 대한 호스피스팀의 정서적 지지(예: 격려, 위로, 공감)	4.3	4.4	4.4	4.5	4.4	4.4	4.1	4.1	4.3
• 호스피스팀의 실질적 지원(예: 목욕, 가정간호)	4.2	4.3	4.3	4.2	4.2	4.2	3.8	3.9	4.1
• 환자의 증상에 대한 의사의 관심	4.3	4.3	4.2	4.4	4.4	4.0	4.2	4.0	4.0
• 치료와 돌봄 결정에 대한 환자 가족의 참여 방식	4.4	4.4	4.3	4.4	4.5	4.2	4.1	4.1	4.2
• 환자의 증상 관리에 대해 제공된 정보(예: 통증, 변비)	4.3	4.4	4.2	4.5	4.5	4.2	4.2	4.0	4.1
• 환자의 증상에 대한 호스피스팀의 효과적인 관리	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4	4.2	4.1	4.0	4.1
• 환자의 돌봄 필요 변화에 대한 호스피스팀의 대처	4.3	4.3	4.3	4.3	4.4	4.2	4.1	3.9	4.1
• 환자에 대한 호스피스팀의 정서적 지지	4.3	4.3	4.3	4.5	4.4	4.3	4.0	4.0	4.2

주: 1) 측정 도구 - FMCARE-2 version 17문항, 5 Scale - 1(매우 불만)~5(매우 만족)

2) 2017년 설문 응답자(N=2,504), 2018년 설문 응답자(N=2,542), 2019년 설문 응답자(N=2,922) 중 문항별 결측을 제외한 평균.

자료: 보건복지부, 중앙호스피스센터, (2020). 2018 국가 호스피스·완화의료 연례보고서, pp. 71-72;

보건복지부, 중앙호스피스센터, (2021). 2019 국가 호스피스·완화의료 연례보고서, pp. 68- 69 자료를 참고하여 재구성함.

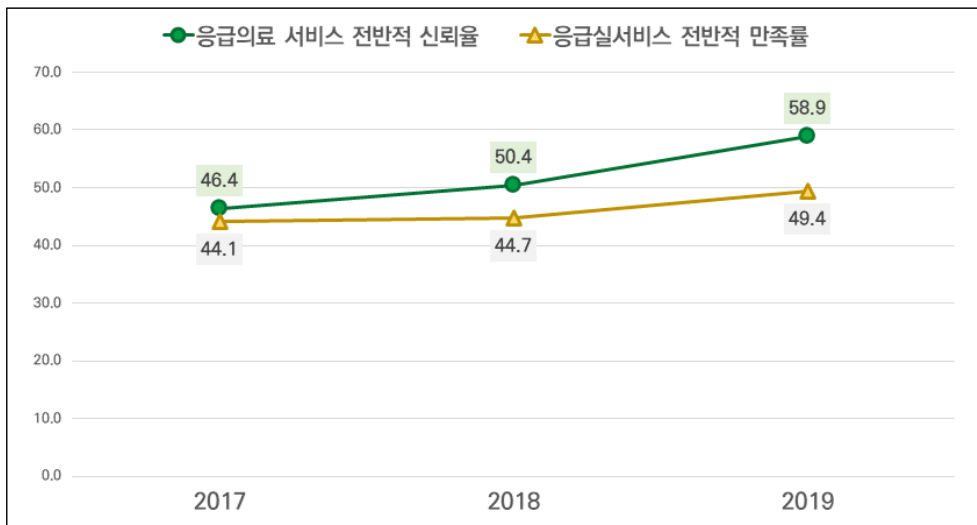
4. 응급의료 환자 만족도(입원 응급서비스에 대한 환자 경험)

입원 응급서비스에 대한 환자 경험 조사 결과, 응급의료서비스의 전반적 신뢰율은 전체적으로 증가하는 추세를 보이며, 연평균 증가율은 12.67%로 나타났다. 2019년 응급의료서비스의 전반적 신뢰율은 2018년 대비 16.87% 증가한 58.9%였다.

응급실 서비스에 대한 전반적 만족률도 매년 증가하는 양상을 보였으며, 연평균 증가율은 5.84%로 나타났다. 2019년 응급실 서비스에 대한 전반적 만족률은 2018년 대비 10.51% 증가한 49.4%였다.

[그림 4-75] 응급의료 환자 만족도

(단위: %)



주: 응급의료 환자 만족도 수치는 『2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서』의 ‘응급의료서비스 전반적 신뢰도’, ‘응급실 서비스 전반적 만족도’ 결과임.
 자료: 국립중앙의료원. (2020). 2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서.

제3절 환자 안전

◆ (5영역) 환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄

- 보건의료서비스 제공으로 인해 발생할 수 있는 추가적인 부작용이나 손상 등의 피해로부터 환자를 얼마나 안전하게 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역

〈표 4-40〉 5영역(환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄) 지표 분석 내용

구분	성과 지표	분석 내용	
		추이	격차
총괄 지표	• 환자 안전사고 발생률	2019	
개선 영역	• 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실C.Difficile	`11-`20	지역별/소득분위별 /의료기관종별
	• 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	`11-`20	지역별/소득분위별
	• 환자 안전사고 보고 건수	`17-`20	

주: 1) 각 지표별 산출 방법과 자료원은 [부록1]의 〈부표 1-5〉를 참고.

2) 산출 불가.

1. (총괄 지표) 환자 안전사고 발생률

2019년 환자 안전사고 실태조사 결과보고서에 따르면 우리나라 환자 안전사고는 입원 1,000건당 약 99.3건의 위해 사건이 발생해 입원당 9.9%의 발생률을 보이는 것으로 나타났다(의료기관평가인증원, 2020; 임술, 2020.10.5.재인용).

◆ 환자 안전사고 발생률

- 제1차 환자안전종합계획은 장기적인 단계별 이행 전략을 포함하고 있다. 제1차 종합계획은 1단계, 인프라 구축기에 해당하며, 환자안전보고학습시스템 등 국가환자안전관리체계 및 인프라를 구축하고 국가 차원의 환자 안전사고 실태 파악 및 분석을 통해 감소 목표를 설정하는 것을 목표로 제시하고 있다. 환자 안전사고의 실태를 파악하기 위해서는 5년 주기로 실시되는 환자 안전 실태조사가 중요하다. 하지만 2019년에 실시된 1차 조사는 국내 공공 의료원만을 대상으로 한 것으로(임술, 2020.10.5.) 전반적인 환자 안전사고 발생률을 파악하는 데는 한계가 있다. 또한 측정을 통한 개선으로 이어지기에는 5년이라는 조사 주기가 상당히 긴 편이다. 환자 안전사고 실태 파악 및 분석을 통한 감소 목표 설정이라는 1차 연도 계획은 이러한 상황이 개선되지 않으면 달성되기 어렵다. 국가 수준의 환자 안전사고 감소 목표치를 세우고 이를 점검하기 위해서는 환자 안전 실태조사가 국가 수준에서 대표성 있게 시행되어야 한다. 필요한 비용 투자 및 인력 양성 등을 통해 전체 의료기관 대상 샘플링 방식으로 실태조사를 주기적으로 시행하는 방안에 대한 고민이 필요하다.
- 또한 명확한 기준이 없는 환자 안전사건과 관련해서는 장기적으로 측정 방식을 발전시키는 방안이 필요한데 예를 들어 낙상과 투약 오류 등 경미하지만 명확한 것들을 중심으로 우선 환자 안전사건의 규모를 파악하면서 이를 점차 늘려가는 접근을 취할 수 있다.

〈표 4-41〉 제1차 환자안전종합계획(2018-2022)의 비전 및 단계적 이행 전략

단계	시기	단계별 전략
1단계: 인프라 구축기	1차 '18~'22	환자안전보고학습시스템 등 국가환자안전관리체계 및 인프라를 구축하고, 국가 차원의 환자 안전사고 실태 파악 및 분석을 통한 감소 목표 설정
2단계: 확산기	2차 '23~'27	환자 안전사고 감소 목표에 따라 국가적 차원의 실효성 있는 이행 방안 강구
3단계: 성숙기	3차 '28~'32	환자 중심의 의료시스템 및 문화 정착 지원

자료: 의료기관평가인증원. (2021). 2020년 환자안전 통계연보.

2. 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)

클로스트리디움 디피실(C. difficile: Clostridium difficile)은 의료 관련 감염 사건(health care-associated bloodstream infection, HCAI)의 가장 흔한 원인이다. 2011년부터 2020년까지 C. Difficile 감염률은 변갈아 증가와 감소를 반복했는데, 2015년까지 지속적으로 증가하다가 2016년에 감소한 후 다시 2018년까지 증가하는 양상을 나타냈다. 2018년 이후부터는 현재까지 꾸준히 감소하였으며, 2020년 감염률은 2019년 대비 5.17% 감소한 1.10%로 나타났다.

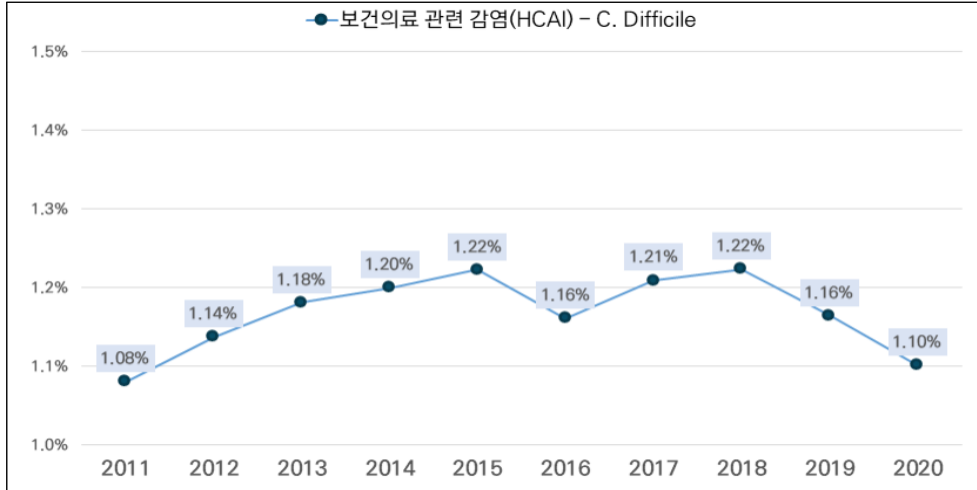
C. Difficile 감염률의 지역 간 변이는 2011년 0.28에서 2020년 0.26으로 소폭 감소하였다. 2011년에 C. Difficile 감염률이 높은 지역은 전북(1.79%), 제주(1.74%) 순이었고, 2020년에는 전북(1.80%), 경북(1.51%) 순으로 전북은 계속해서 높은 편에 속했다. C. Difficile 감염률이 낮은 지역은 2011년에는 울산(0.69%), 경기(0.78%) 순이었고, 2020년에는 울산(0.72%), 세종(0.73%) 순이었다.

소득분위에 따라 산출된 C. Difficile 감염률은 가구의 소득 수준에 따라 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

의료기관 종별에 따라 산출된 C. Difficile 감염률은 의료기관 종별로 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 상급종합병원급에서 C. Difficile 감염률이 가장 높았고, 이어서 종합병원급, 병원급, 의원급 순이었다.

[그림 4-76] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)

(단위: %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

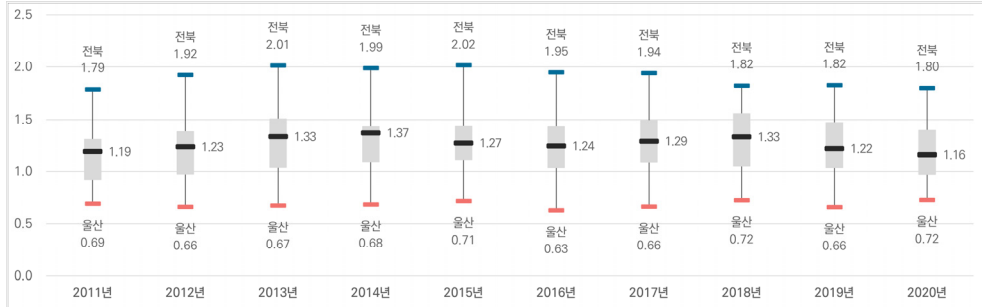
<표 4-42> 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별

(단위: %, %p)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	0.93	0.99	1.04	1.09	1.11	1.05	1.09	1.15	1.12	1.01
부산	0.89	0.93	0.97	0.97	0.99	1.03	1.07	1.05	1.04	1.02
대구	1.22	1.23	1.33	1.37	1.43	1.43	1.49	1.56	1.47	1.39
인천	0.82	0.89	0.93	0.94	0.96	0.89	0.97	1.02	1.01	0.97
광주	1.11	1.17	1.20	1.17	1.24	1.24	1.29	1.33	1.22	1.20
대전	1.04	1.16	1.16	1.18	1.21	1.11	1.27	1.23	1.09	0.97
울산	0.69	0.66	0.67	0.68	0.71	0.63	0.66	0.72	0.66	0.72
세종	-	-	1.51	1.43	1.26	1.04	1.16	1.02	0.83	0.73
경기	0.78	0.81	0.84	0.85	0.87	0.81	0.86	0.88	0.85	0.80
강원	1.16	1.27	1.33	1.38	1.36	1.32	1.31	1.36	1.41	1.36
충북	1.24	1.33	1.37	1.40	1.40	1.35	1.41	1.37	1.25	1.16
충남	1.21	1.24	1.25	1.25	1.27	1.19	1.22	1.19	1.13	1.04
전북	1.79	1.92	2.01	1.99	2.02	1.95	1.94	1.82	1.82	1.80
전남	1.51	1.60	1.64	1.68	1.68	1.64	1.65	1.63	1.51	1.48
경북	1.49	1.55	1.62	1.62	1.69	1.59	1.63	1.65	1.54	1.51
경남	1.25	1.33	1.35	1.38	1.36	1.31	1.38	1.39	1.29	1.21
제주	1.74	1.77	1.89	1.88	2.01	1.80	1.92	1.81	1.62	1.44
지역간 변이	0.28	0.28	0.28	0.27	0.27	0.28	0.26	0.24	0.25	0.26
격차 (%p)	1.10	1.26	1.34	1.31	1.31	1.32	1.28	1.10	1.16	1.08

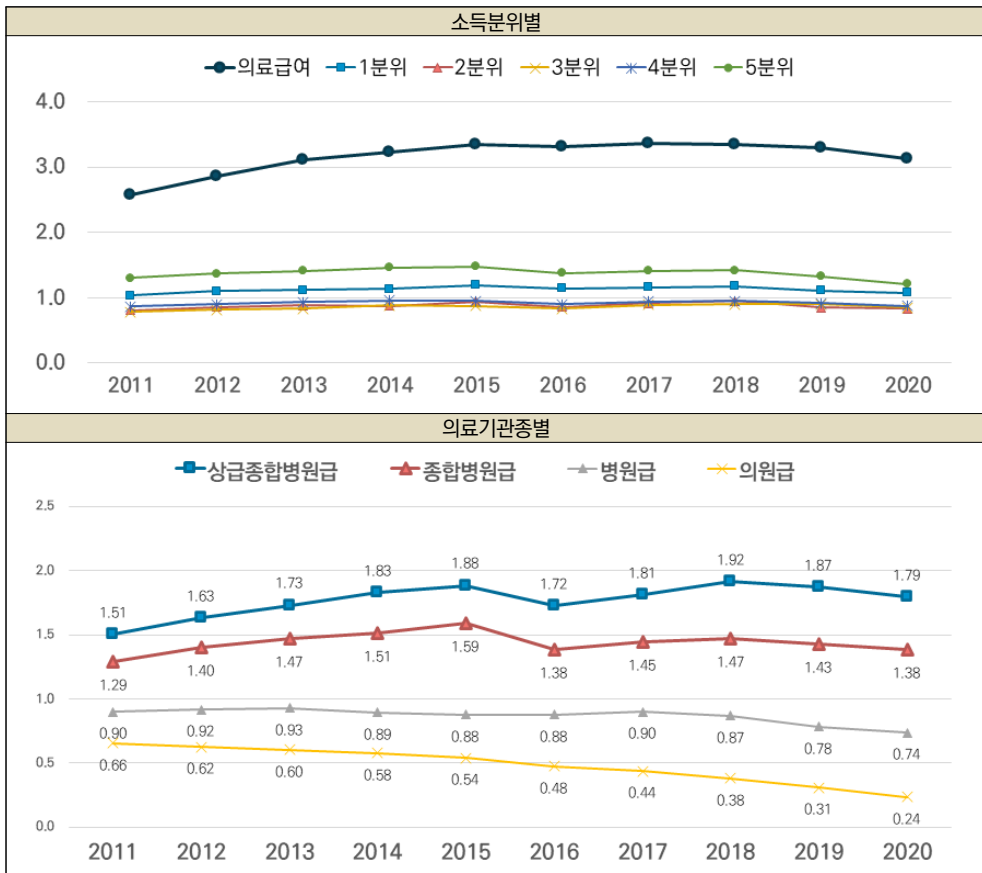
주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-77] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 지역별 (단위: %, %p)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-78] 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile): 소득 분위 및 장애 중증도 별 (단위: %, %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

3. 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원

임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원은 전반적으로 증가하는 양상을 보이며, 연평균 증가율은 9.73%로 나타났다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 2020년 중환자실 입원율은 2019년 대비 2.92% 증가한 4.94%로 나타났다.

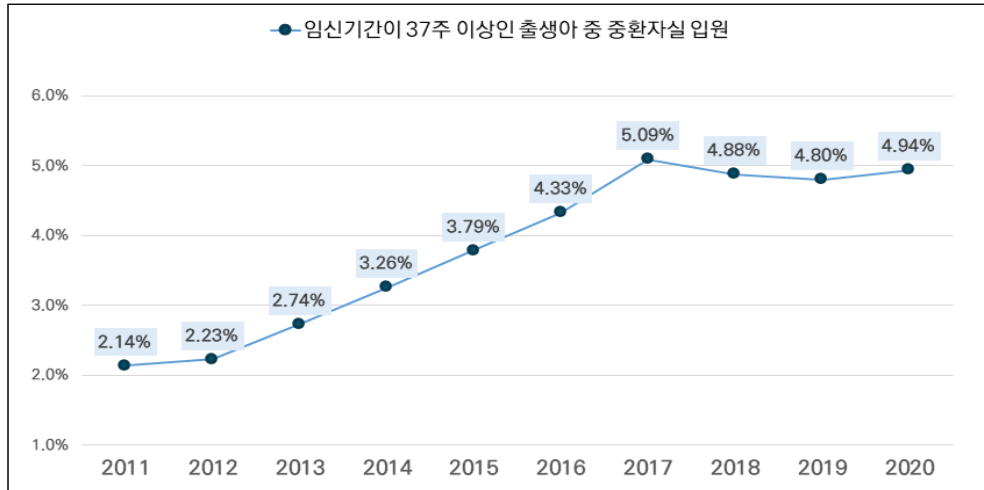
임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원에서 지역 간 변이는 2011년 0.24, 2020년 0.36으로 소폭 증가하였다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원이 높은 지역은 2011년에는 충남(2.9%), 경북·경남(2.5%) 순이었고, 2020년에는 전남(10.7%), 부산(6.0%) 순이었다. 임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원이 낮은 지역은 2011년에는 대전(1.1%), 제주(1.4%) 순이었고, 2020년에는 광주(2.3%), 제주(3.4%) 순이었다.

임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원을 소득분위에 따라 산출한 결과, 가구의 소득 수준에 따라 차이가 있었으며, 2011년부터 2020년에 걸쳐 의료급여에서 값이 가장 높고 다른 소득계층과 차이가 컸다.

임신 기간 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원을 의료기관 종별에 따라 산출했을 때, 의료급여를 제외하고 의료기관 종별에 따라 큰 차이는 없었다. 의료급여의 경우 2013년까지는 중환자실 입원이 가장 낮았으나 2014년 이후부터는 가장 높게 나타났다.

[그림 4-79] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원

(단위: %)



주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험 맞춤형 DB.

<표 4-43> 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별

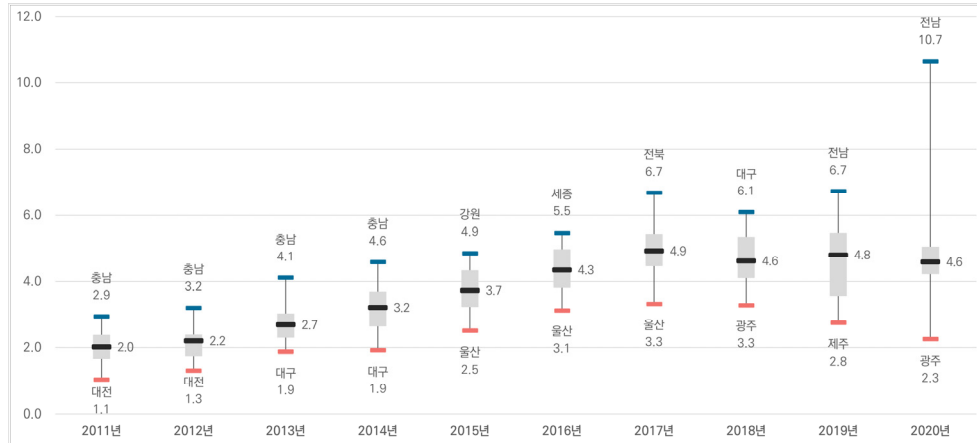
(단위: %, %p)

구 분	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
서울	2.4	2.4	3.3	4.0	4.6	5.0	5.9	5.7	5.5	5.2
부산	2.4	2.1	2.2	2.6	2.9	4.3	5.3	5.5	5.6	6.0
대구	1.7	1.8	1.9	1.9	3.5	4.5	5.4	6.1	5.2	5.8
인천	2.0	1.8	2.0	2.3	2.9	3.8	5.2	4.6	4.0	4.4
광주	1.6	1.4	2.1	3.5	3.4	3.8	3.7	3.3	3.5	2.3
대전	1.1	1.3	2.3	3.6	4.3	5.3	6.3	5.3	5.6	4.6
울산	2.3	2.4	2.7	2.7	2.5	3.1	3.3	3.5	3.5	3.4
세종	-	-	2.7	3.0	4.3	5.5	4.8	5.3	5.5	4.9
경기	2.1	2.3	2.6	3.2	3.7	3.9	4.9	4.5	4.8	4.8
강원	1.9	1.7	3.0	3.7	4.9	5.0	5.5	4.6	5.1	5.0
충북	2.0	2.3	2.9	2.9	3.7	4.2	4.5	4.5	4.7	4.4
충남	2.9	3.2	4.1	4.6	4.8	4.7	5.0	5.3	5.1	5.1
전북	1.5	1.9	2.4	4.0	4.3	4.9	6.7	5.6	4.4	4.2
전남	1.9	1.7	2.4	3.2	3.7	3.7	4.2	4.1	6.7	10.7
경북	2.5	2.4	2.7	2.4	3.0	3.7	3.9	5.1	3.6	3.8
경남	2.5	2.9	3.0	3.1	3.2	4.3	4.5	4.1	3.4	4.4
제주	1.4	2.6	3.3	3.8	4.7	5.5	4.9	3.9	2.8	3.4
지역간 편이	0.24	0.25	0.21	0.22	0.20	0.16	0.18	0.17	0.23	0.36
격차 (%p)	1.8	1.9	2.2	2.7	2.4	2.4	3.4	2.8	3.9	8.4

주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).
 자료: 국민건강보험공단, 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-80] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 지역별

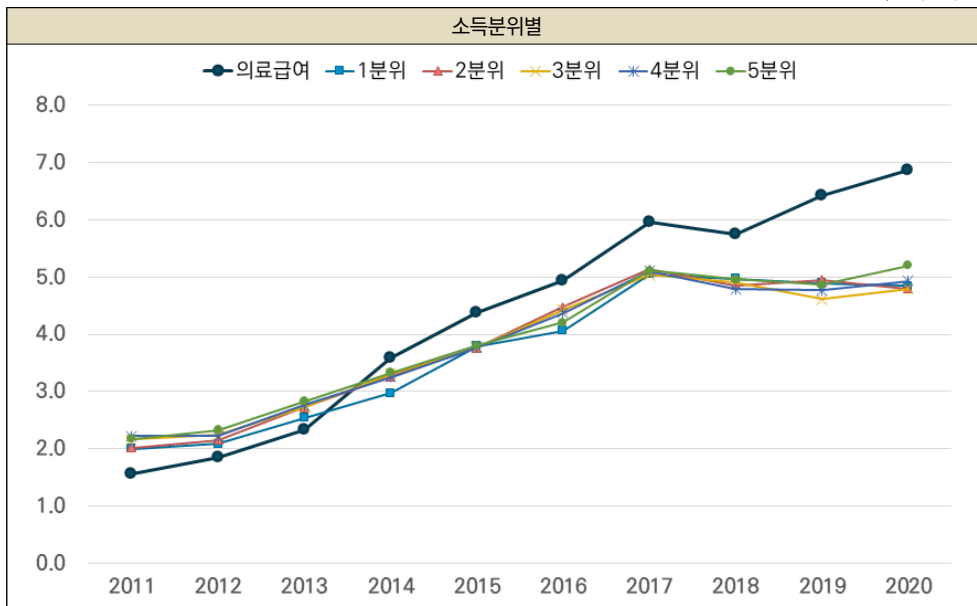
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

[그림 4-81] 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원: 소득분위별

(단위: %, %)



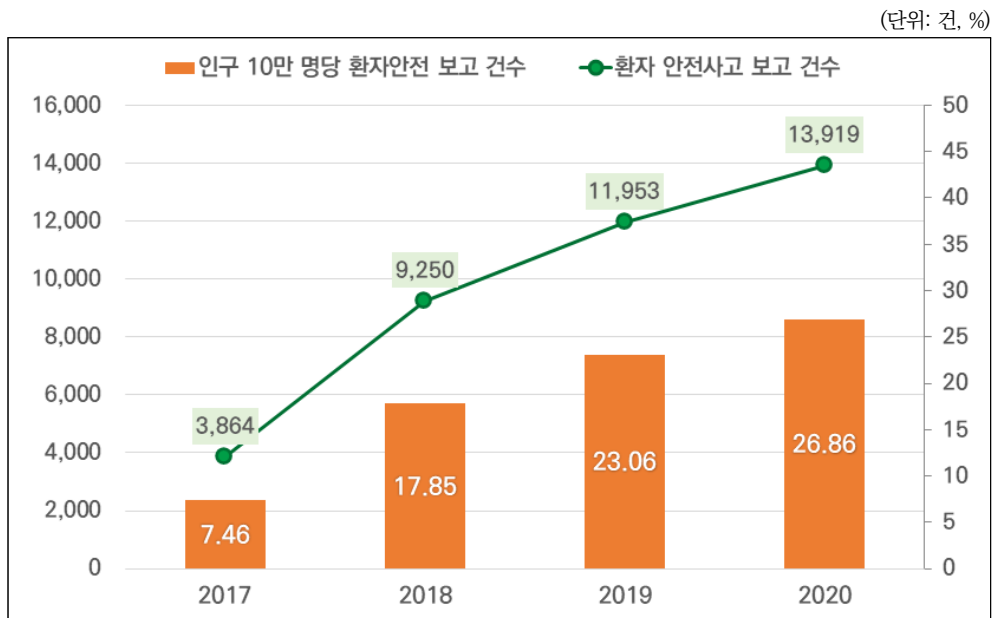
주: 지표 정의는 부록 참고(연구진이 직접 산출).

자료: 국민건강보험공단. 건강보험 맞춤형 DB.

4. 환자 안전사고 보고 건수

2017년부터 2020년 사이의 환자 안전사고 보고 건수를 살펴본 결과, 지속적으로 증가한 것으로 나타났다. 이는 환자 안전사고의 증가라기보다는 자율 보고가 증가하면서 나타난 결과로 볼 수 있다. 즉, 과거에 잘 드러나지 않았던 사고들이 점차 보고되는 것으로 볼 수 있다. 2019년 1만 1,953건에서 2020년 1만 3,919건으로 16.45% 증가하였다. 2020년 보고 건수는 1만 3,919건이며, 2020년 기준 주민등록인구(5,182만 9,023명)를 이용하여 산출한 인구 10만 명당 보고 건수는 26.86건이다.

[그림 4-82] 환자 안전사고 보고 건수



주: 1) (좌측) 보고 건수, (우측) 연간 변화율. 「환자안전법」 시행(2016. 7. 29) 이후 자율 보고가 시작되었으며 법 시행 이후 2016년 12월 31일까지 보고 건수는 563건이었음. 2016년 보고 건수는 연간 데이터가 아니므로 제외하고 2017~2020년의 수치를 제시함.

2) 2020년 기준 주민등록인구(5,182만 9,023명)를 이용하여 인구 10만 명당 보고 건수를 산출함.

자료: 보건복지부. 환자안전 보고학습시스템 통계포털.

<https://statistics.kops.or.kr/biWorks/dashBoardMain.do?roleId=&status=O>에서 2021. 11. 2. 인출; 의료기관평가인증원. (2021). 2020년 환자안전통계연보.

◆ 환자 안전사고 보고 건수

환자 안전사고 보고 건수가 지속적으로 증가하고 있지만 환자 보고율은 낮은 편이다. 2020년 환자안전통계연보에 따르면, 2016~2020년 사이에 환자 및 환자 보호자의 보고율은 「환자안전법」 시행이 얼마 되지 않았던 2016년을 제외하면 0.5%에도 미치지 못하고 건수로는 100건이 넘지 않는다. 이는 환자와 환자 보호자의 보고학습 시스템에 대한 인지 정도가 낮음을 의미한다(표 4-44).

〈표 4-44〉 환자 안전사고 보고 현황

구분	2016년		2017년		2018년		2019년		2020년		전년 대비 증감	
	보고 건수	비율	보고 건수	비율	보고 건수	비율	보고 건수	비율	보고 건수	비율	보고 건수*	비율**
환자안전 전담인력	536	(95.2)	3,446	(89.2)	7,067	(76.4)	7,959	(66.6)	9,643	(69.3)	1,684	(21.2)
보건의료인	20	(3.6)	282	(7.3)	1,091	(11.8)	1,806	(15.1)	3,506	(25.2)	1,700	(94.1)
보건의료 기관의 장	-	(-)	122	(3.2)	1,052	(11.4)	2,118	(17.7)	731	(5.3)	-1,387	(-65.5)
환자 보호자	3	(0.5)	9	(0.2)	22	(0.2)	28	(0.2)	18	(0.1)	-10	(-35.7)
환자	4	(0.7)	-	(-)	10	(0.1)	30	(0.3)	8	(0.1)	-22	(-73.3)
불명확***	-	(-)	5	(0.1)	8	(0.1)	12	(0.1)	13	(0.1)	1	(8.3)
전체	563	(100.0)	3,864	(100.0)	9,250	(100.0)	11,953	(100.0)	13,919	(100.0)	1,966	(16.4)

주: * 전년대비 증감 보고건수: 해당년도 보고건수 - 전년도 보고건수

** 전년대비 증감 비율: (해당년도 보고건수 - 전년도 보고건수) ÷ 전년도 보고건수 × 100

*** 불명확은 보고서식(보건의료인용/환자·보호자용) 선택 후 세부 보고자 항목 미작성된 보고서로, 2020년 13건은 보건의료인용 서식 보고 10건, 환자·보호자용 서식 보고 3건임

자료: 의료기관평가인증원. (2021). 2020년 환자안전통계연보, p. 18.

제4절 소결

이 장에서는 개발된 지표 체계에 기반해 가용 자료들을 활용하여 우리나라의 의료 질 수준을 살펴보았다. 영역별로 전반적인 평균과 함께 가능한 경우 사회경제적 특성 및 지역에 따른 격차를 함께 살펴보았는데, 요약하면 다음과 같다.

첫 번째 ‘효과성: 치료 가능한 사망 예방’ 영역의 총괄 지표인 성인의 치료가 가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 2019년 남성에서 소폭 증가했지만 전반적으로 감소하는 추세를 보였다. 지난 10년 간 지역 간 변이는 0.12에서 0.10으로, 지역 간 격차는

639.1년에서 356.9년으로 감소했는데 강원과 전남은 지난 10년간 높은 편에 속했고, 서울, 대전, 세종은 낮은 편에 속한 것으로 나타났다. 교육 수준으로 구분할 경우 고졸 이하, 대학 이상과 달리 중졸 이하에서는 잠재수명 손실연수가 증가하였다. 소아·청소년의 잠재수명 손실연수 또한 전반적으로 감소했다. 지역 간 격차는 525.6년에서 493.9년으로 감소한 반면 지역 간 변이는 0.16에서 0.28로 증가했다. 지난 10년간 대구는 전반적으로 높았고 서울은 전반적으로 낮았다. 75세의 기대수명은 지속적으로 증가하고, 신생아 사망률은 지속적으로 감소한 것으로 나타났다. 개선 영역인 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 지속적으로 감소했다. 지역 간 변이는 거의 변하지 않은 반면 지역 간 격차는 인구 10만 명 당 25.89명에서 14.29명으로 감소했다. 서울과 제주는 지속적으로 낮은 편인 반면 부산, 경남은 지난 10년간 지속적으로 높은 편이었고 최근 연도에 부산, 경북은 소폭이지만 증가했다, 또한 중졸 이하에서 증가한 것으로 나타났다. 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 지난 10년간 거의 변하지 않았고 지역간 변이 및 격차도 거의 변하지 않았다. 지역 별로 보면 강원, 경북은 지난 10년간 지속적으로 높은 편이었고, 서울, 제주는 낮은 편이었으며 교육수준 별로 보면 중졸 이하에서 증가한 것으로 나타났다. 간 질환으로 인한 75세 미만 사망률은 지속적으로 감소하였는데 지역 간 변이와 격차는 소폭이지만 증가하였다. 지역 별로 보면 제주, 전남, 부산은 계속해서 높은 편이었고, 제주는 최근 연도에 증가한 것으로 나타났다. 암으로 인한 75세 미만 사망률은 지속적으로 감소했고 지역 간 격차는 감소했다. 강원, 부산, 전남은 상대적으로 지난 10년간 높은 편에 속했고, 전남은 최근 연도에 사망률이 증가하였다. 중졸 이하에서 감소하다가 증가한 양상이었다. 한편 모든 암 환자의 5년 생존율은 소폭이지만 최근에 감소했는데 남성의 수치는 소폭 증가한 반면 여성의 수치가 감소하였다. 또한 폐암, 간암은 5년 생존율이 증가했지만 대장암의 5년 생존율은 감소했다. 지표 체계에 포함되지는 않았지만 암종별 5년 생존율을 비교해 볼 때, 뇌 및 중추신경계 암의 5년 생존율이 감소했다.¹¹⁾ 아동의 모든 암 5년 생존율은 개선되었고, 영아 사망률은 감소했다. 자살사망률은 최근 연도에 감소했는데, 지역 간 변이와 격차도 전반적으로 감소했다. 지역 별로 보면 강원, 충남은 계속해서 높은 편에 속했고 서울, 세종, 광주는 전반적으로 낮은 편에 속했다. 중증정신질환인 양극성 정동

11) 2006~2010년 42.9%(남 41.3%, 여 44.6%), 2011~2015년 41.6%(남 40.1%, 여 43.2%), 2014~2018년 40.9%(남 39.8%, 여 42.2%)로 감소했다.

장애 환자의 초과사망률은 지속적으로 증가했고, 조현병 환자의 초과사망률은 증가하다가 최근 연도에 감소했다. 두 지표 모두 지역 간 변이와 격차가 증가했다.

두 번째 ‘효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선’ 영역의 총괄 지표인 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 여성은 개선된 반면 남성은 악화되었다. 소득 수준이 낮은 경우 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질도 낮았는데 소득 1분위와 그 외 집단 간 차이가 컸다. 우리나라 의료시스템이 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 충분히 지원하고 있는가라는 질문에 그렇다는 비율은 69.2%였는데, 가족 중 3개 이상의 복합만성질환을 앓고 있는 사람이 있거나 가족 중 만성질환자가 질환을 관리하지 않고 있다고 응답한 집단에서 충분히 지원하고 있지 않다고 답한 비율이 상대적으로 높았다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원은 감소했는데, 지역 간 변이는 거의 변하지 않았고 지역 간 격차는 감소했다. 서울, 부산 등 대도시에서 전반적으로 낮았고 강원, 제주 등에서 전반적으로 높았다. 또한 의료급여인 경우와 중증 장애가 있는 경우 발생률이 높았다. 유사하게 소아·청소년은 천식, 당뇨, 간질로 인한 계획되지 않은 입원도 계속 감소했는데 지역 간 변이와 격차도 감소했다. 외래 민감성 질환으로 인한 입원과 유사하게 울산을 비롯해 대도시에서 전반적으로 낮았고 제주, 강원에서 높았다. 의료급여인 경우와 중증 장애가 있는 경우 발생률이 높았다. 치매가 있는 사람들의 추정 진단율은 2019년에 2018년 대비 감소했다. 복합만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 전반적으로 증가하였는데, 소득수준이 낮은 경우 지속적으로 낮은 값을 보였고 정신질환이 있는 사람들의 고용률 격차는 소폭이지만 감소했다.

세 번째 ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역의 총괄 지표인 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급입원은 소폭 감소하다가 2020년에 크게 감소하였다. 이는 코로나19 확산의 영향으로 보인다. 지역 간 변이는 거의 변하지 않고 유지되었고 지역 간 격차는 2019년에 증가하다가 2020년에 감소했는데 지역 별로는 제주와 인천에서 전반적으로 높았고 경남과 부산이 전반적으로 낮았다. 의료급여인 경우, 중증장애가 있는 경우 상대적으로 응급입원 발생률이 높았다. 퇴원 30일 내 응급 재입원은 소폭 감소했고, 지역 간 변이와 격차 모두 증가했다. 지역 별로는 강원과 제주에서 전반적으로 높았고 부산, 울산, 경남에서 전반적으로 낮았다. 다른 지표들과 유사하게 의료급여인 경우, 중증장애가 있는 경우 높았다. 울혈성 심부전과 허혈성 뇌졸중으로 인한 응급입원 퇴원 후 1년 내 사망률은 지속적으로 감소했지만 입원은 증가한 양상으

로, 급성기 케어의 적절한 제공으로 사망은 감소했지만 사후 관리가 미흡해 이후 해당 질환 혹은 다른 질환으로 입원하는 것으로 나타났다. 한편 울혈성 심부전에서 사망률의 지역 간 변이와 격차는 비슷한 수준에서 유지된 반면 입원이 발생하지 않은 생존율에서의 변이와 격차는 증가했다. 입원이 발생하지 않은 생존율에서의 소득수준 별 격차도 증가했다. 허혈성 뇌졸중에서 입원이 발생하지 않은 생존율의 지역 간 변이와 격차는 거의 변하지 않았지만 사망률에서의 변이와 격차는 감소했다. 또한 입원이 발생하지 않은 생존율에서의 소득수준별 격차도 소폭이지만 감소했다. 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원은 2017년에 급격히 감소하였다가 소폭 증가하였고 코로나19가 확산된 2020년에 다시 감소한 것으로 나타났다. 지역 간 변이는 증가한 양상이었고 지역 간 격차는 증가하다가 2020년에 감소하였다. 앞서와 유사하게 의료급여인 경우, 중증장애가 있는 경우 응급입원 발생률이 높았다.

네 번째 ‘환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선’ 영역에서 외래 서비스 관련 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도는 증가했지만 서비스의 전반적 만족 수준은 2020년에 감소했는데, 의사 서비스의 반응성을 구체적으로 살펴보면, ‘충분한 대화’가 감소했다는 점에서 이와 관련된 것으로 보인다. 입원 서비스의 경우 기대했던 치료 결과의 달성과 서비스의 전반적 만족 수준 모두 2019년 대비 2020년에 감소했다. 의사 서비스의 반응성을 세부 항목별로 살펴보면, 면담 요청 시 적절한 응대가 전년 대비 감소했다. 호스피스에 대한 환자 만족도는 소폭이지만 감소하는 경향이었고, 가정형 호스피스에서 감소 정도가 큰 반면 자문형 호스피스에 대한 만족도는 증가했다. 이는 호스피스 기관의 치료·돌봄 서비스에 대한 평가에서 대부분의 세부 항목들이 입원형과 가정형에서 2018년 대비 2019년 수치가 떨어지고 자문형에서는 증가한 것과 관련된다. 응급의료에 대한 환자 만족도에서 응급의료서비스에 대한 전반적 신뢰도가 증가했고 응급실 서비스에 대한 전반적인 만족률도 증가했다.

마지막으로, ‘환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄’ 영역에서 총괄 지표인 환자 안전사고 발생률과 관련해서는 환자 안전 실태조사를 인용하였는데, 환자 안전사고로 인한 심각한 위해, 환자 안전사고로 인한 사망은 아직 측정되지 않고 있다. 또한 제1차 환자 안전 실태조사에서 조사한 환자 안전사고 발생률은 지방의료원에 대한 조사 결과로 우리나라를 대표한다고 보기 어렵다. 개선 영역 지표인 보건의료 관련 감염으로 클로스트리디움 디피실 감염증 발생률은 증가하

다가 감소하는 경향을 보였는데 전북, 제주, 전남, 경북 등에서 전반적으로 높은 편이었다. 의료급여에서 발생률이 높았고 의원급보다는 병원급, 종합병원급, 상급종합병원급에서 더 높았다. 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원율은 전반적으로 증가하다가 최근에 감소하는 경향을 보였다. 전남에서 증가 정도가 컸고 다음으로 부산, 대구 등이었다. 또한 의료급여에서 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 환자 안전사고 보고 건수는 지속적으로 증가하는 양상이었다.

이러한 결과 중 몇 가지 주요한 지점과 함의는 다음과 같다. 우선, 의료시스템의 1차적인 목표인 생존율 개선이라는 성과가 지속적으로 개선되고 있다는 점이다. 국가 수준에서 지표 추이를 살펴면서 위험도 보정 등이 이뤄지지 않았다는 한계가 있지만 치료 가능한 사망 예방 영역의 전반적인 추이에서의 개선은 의료시스템에 대해 사람들이 일차적으로 기대하는 결과인 생존의 측면에서 우리나라 의료시스템의 질이 개선되고 있음을 의미한다.

둘째, 전반적인 진전에도 불구하고 치료 가능한 사망 예방 영역의 일부 질환들은 최근에 악화되는 양상을 보였다. 대장암 5년 생존율과 정신질환 초과사망률을 예로 들 수 있다. 우선, 대장암 5년 생존율과 관련해 대장암 진단 후 의료기관에서 이뤄지는 치료가 후퇴했다고 보기는 어렵다는 점에서 보다 진행된 병기를 가진 환자들이 증가했을 가능성이 있다. 예를 들어 우리나라 대장암 검진율은 40% 수준인데 낮은 수진율과 생활습관 변화는 암이 진행된 후 발견될 가능성을 높인다. 관련해서 향후 연구에서 보다 구체적으로 살펴볼 필요가 있다. 조현병 진단 환자 및 양극성정동장애 진단 환자의 건강 성과와 관련해 본 연구에서는 몇 가지 과정지표들을 검토하였다. 예방 및 관리 측면에서 지역사회 정신건강 관련 기관에 종사하는 전문인력 수는 2018년 인구 10만 명당 16.4명에서 2020년 18.5명으로 증가하였지만, 정신질환으로 치료받은 환자 수(2020년 기준 인구 10만 명당 4,486명)를 고려하면 매우 낮은 수준이다. 또한 인력의 최고-최저 시·도 간 격차도 큰 편이었다. 정신의료기관 입원 환자의 재원 기간과 중증정신질환자의 재입원율은 감소하였고 중증정신질환자의 퇴원 후 1개월 내 외래 방문율은 증가하였지만, 코로나19의 영향으로 급격히 감소한 2020년 전인 2019년에도 65.7%로 약 34%의 환자가 퇴원 후 외래 치료를 받지 않는 것으로 나타났다. 또한 본 연구에서 자료로 구체적으로 살펴보지는 못했지만 정신질환자들은 약물순응도 등 만성질환 관리 행태도 좋지 않은 것으로 알려져 있다. 즉, 정신질환에 대한 일상적인 관리 미흡, 다

른 만성질환이 발생했을 때 관리가 잘 이뤄지지 못하면서 전반적인 정신질환 초과사망률이 지속적으로 악화되는 것으로 예상할 수 있다. 한편 자살사망률 및 중증정신질환의 지역 간 양상은 정신건강과 관련한 지역 간 격차 감소의 필요성을 시사한다.

셋째, 만성질환이 있는 사람들의 삶의 질은 지난 10년간 크게 변하지 않은 채 유지되었다. 치료가능한 사망 등의 성과에도 불구하고 일상적으로 관리가 필요한 질환에서 성과가 미흡함을 의미한다. 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행 측면에서 충분히 지원받지 못하고 있다고 응답한 비율도 15.1%였는데, 이는 우리나라 의료시스템이 만성질환 영역에서 추가적인 역할을 할 수 있고 해야 함을 의미한다. 만성질환은 지속적이고, 교육·상담을 포함한 포괄적인 치료를 필요로 하며, 지역사회의 다양한 자원과 연계해야 한다는 점에서 지역사회에 기반한 일차의료가 중요하다. 일차의료와 만성질환 관리의 현황과 개선 과제는 5장에서 심층적으로 살펴보겠지만, 이러한 결과는 지역사회에 기반한 일차의료 강화와 이를 위한 투자가 필요함을 의미한다. 한편, 외래 민감성 질환으로 인한 응급 입원은 상대적으로 대도시와 그 외 지역간의 격차가 명확했다. 지역 간 의료기관 접근성의 문제인지, 의료서비스 질의 격차의 문제인지에 대해 향후 연구에서 구체적인 검토가 필요하다.

넷째, 허혈성 뇌졸중과 울혈성심부전 응급 입원 후 결과는 사망은 감소했지만 입원하지 않고 생존하는 비율은 감소하는 것으로 나타났다. 이는 급성기 의료의 질이 개선되어 사망을 줄이지만 사후 관리 등이 미흡할 수 있음을 시사한다. 한편 허혈성 뇌졸중은 해당 질환으로 인한 입원은 감소하고 다른 질환으로 입원이 증가한 반면 울혈성 심부전은 해당 질환과 다른 질환으로 인한 입원 모두 증가하였다. 울혈성 심부전과 비교할 때 뇌졸중에서의 양호한 결과는 뇌졸중 집중 치료실의 확대, 상대적으로 높은 재할 치료율 등 아급성기 집중적인 케어의 확대가 상대적으로 울혈성 심부전에 비해 허혈성 뇌졸중에서 해당 질환과 직접적으로 관련된 건강결과를 개선한 것으로 볼 수 있다. 하지만 두 질환에서 모두 다른 질환으로 인한 입원은 증가하였다는 점에서 통합적 관리를 통해 전반적인 건강성결과를 개선하기 위한 노력이 필요함을 시사한다.

마지막으로, 환자 안전은 전반적으로 측정 가능한 지표들이 많지 않았는데 측정된 지표들도 전반적으로 거의 변하지 않고 유지되는 양상이었다. 예를 들어 클로스트리디움 디피실 감염은 지난 10년간 거의 변하지 않고 유지된 반면, 임신 기간 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원율은 최근 연도에 소폭 감소하면서 정체되었지만 2017

년까지 지속적으로 증가하였다. 출산 관련 안전의 문제인지 의료제도의 수가 인센티브¹²⁾로 나타난 현상인지 확인이 필요하다. 추가로 환자 안전은 측정 가능한 지표가 많지 않았고 의료 공급자에게 부담이 될 수 있어 신뢰할 만한 자료 수집 등이 쉽지 않다는 점에서 장기적으로 측정 인프라를 확대하기 위한 계획과 노력이 필요하다. 현재 「환자안전법」에서는 환자 안전 실태조사를 5년 주기로 실시하도록 정하고 있어 측정과 피드백을 통한 개선으로 이어지기 어렵다는 문제가 있다. 또한 2019년에 실시된 1차 조사는 지방의료원만을 대상으로 한 것으로 전반적인 환자 안전사고 발생률을 파악하는데는 한계가 있다. 제2차 환자안전종합계획을 수립하는 시점에서도 전반적인 실태 파악이 되지 않을 수 있는데 환자 안전 실태조사를 국가 수준에서 대표성 있게, 1년 단위로 시행하는 것을 고려할 필요가 있다. 또한 모든 환자 안전사건의 실태를 한번에 파악하지 못하더라도 단계적으로 파악하는 방안을 고려할 수 있다. 즉, 낙상과 투약 오류 등 경미하지만 상대적으로 명확한 것들이라도 우선 측정하고 기준을 세워 단계적으로 측정하는 사건들을 확대하는 방안이다.

12) 신생아 중환자실 입원료 및 지원금 확대.

구분	성과 지표	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20
4명의(환자 중심성·빈응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선)												
개선 영역	• 외래 서비스 환자 만족도	• 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족	-	-	-	-	-	-	86.4%	86.0%	90.1%	91.3%
	• 임원 서비스 환자 만족도	• 외래 서비스에 대한 전반적 만족 수준	-	-	-	-	-	-	-	84.9%	88.9%	88.7%
	• 호스피스 환자 만족도	• 임원 서비스에서 기대했던 치료 결과 달성 여부	-	-	-	-	-	-	88.1%	86.4%	89.8%	84.6%
총괄 지표	• 환자 안전사고 발생률	• 임원 서비스에 대한 전반적 만족 수준	-	-	-	-	-	-	-	83.8%	89.0%	85.0%
	• 의료 관련 감염 사건(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C.Difficile)	• 호스피스 환자 만족도	-	-	-	-	-	-	97.0%	96.6%	96.3%	-
	• 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	• 응급의료 환자 만족도	-	-	-	-	-	-	46.4%	50.4%	58.9%	-
• 환자 안전사고 보고 건수	• 응급실 서비스에 대한 전반적 만족률	-	-	-	-	-	-	44.1%	44.7%	49.4%	-	
5명의(환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄)												
'19년 기준, 9.9%(입원 1,000건당 약 99.3건의 위해 사건이 발생)												
총괄 지표	• 환자 안전사고 발생률	-	1.08%	1.14%	1.18%	1.20%	1.22%	1.16%	1.21%	1.22%	1.16%	1.10%
개선 영역	• 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원	-	2.14%	2.23%	2.74%	3.26%	3.79%	4.33%	5.09%	4.88%	4.80%	4.94%
	• 환자 안전사고 보고 건수	-	-	-	-	-	-	-	7.46%	17.85%	23.06%	26.86%

자료: 연구진이 직접 작성.



제5장

개선 영역 평가: 일차의료 만성질환 관리

제1절 일차의료에 대한 국민 인식: 양적 연구
제2절 일차의료 만성질환 관리 평가: 질적 연구
제3절 고찰 및 제언

제 5 장 일차의료 만성질환 관리

제1절 일차의료에 대한 국민 인식: 양적 연구

1. 조사 개요 및 응답자 현황

가. 조사 개요

일차의료에 대한 국민 인식 전반을 탐색하기 위해 일반 국민을 대상으로 ‘일차의료에 대한 국민 인식 조사’를 실시하였으며, 조사 개요는 <표 5-1>과 같다. 이 조사는 2021년 9월 24일부터 약 3주에 걸쳐 진행되었으며, 유효 응답 인원은 1,000명이다. 이 조사는 한국보건사회연구원 생명윤리심의위원회 승인을 받은 후 진행되었다(IRB No.2021-086). 이 절에서는 건강 상태 전반과 만성질환 보유·관리 현황, 의료기관 이용 행태, 일차의료(동네의원) 이용에 대한 인식, 의료시스템의 지원 역할에 대한 인식을 세부적으로 다루었다.

<표 5-1> 일차의료에 대한 국민 인식 조사 개요

구분	내용
조사 목적	일차의료(동네의원)에 대한 국민 인식 탐색을 통한 일차의료시스템 개선 방안 도출
조사 내용	-일반 현황(인구사회경제학적 정보) -건강 상태 및 의료 이용 현황(본인, 가족) -동네의원(일차의료)에 대한 인식 -의료시스템의 지원 역할에 대한 인식
조사 방법	면접원에 의한 전화면접조사(CATI) - 조사 전문 업체를 통해 수행 * 응답률 14.6%(6,847명과 통화하여 총 1,000명 응답) * 지역별, 성별, 연령별 가중치 적용
조사 대상	전국 만 18세 이상 남녀 1,000명
조사 기간	2021. 9. 24.~2021. 10. 12.

주: 연구진이 직접 작성함

우선 일차의료에 대한 국민 인식 조사표를 개발하기 위해 우리나라 일차의료(동네 의원)에 대한 경험, 인식, 속성, 질을 조사 및 평가한 선행연구를 검토하였다. 국내 선행연구 검토 결과는 아래의 <표 5-2>와 같다. 일반 국민 또는 환자를 대상으로 일차의료 경험·속성·성과 등에 대한 인식 조사를 수행했던 국내 문헌을 검토한 결과, 다수의 연구(이재호, 최용준, 최지숙, 김세라 2012, pp. 188-189; 이진용 외, 2017, pp. 51-54; 변영관, 최용준, 2017, pp. 2-4)에서 한국의 일차의료 평가 도구(K-PCAT: the Korean Primary Care Assessment Tool)를 활용하여(Lee, J. H. et al., 2009, p. 109) 일차의료의 속성 및 역할을 평가하였다.

<표 5-2> 일차의료에 대한 국민 인식 조사표 개발을 위한 선행연구 검토 결과

저자(연도)	세부 내용	
Lee et al. (2009)	조사 목적	환자 관점에서 우리나라 일차의료서비스의 성과(질)를 평가(측정)하는 도구 개발 (K-PCAT)
	조사 대상	6개월 이상의 기간 동안 6회 이상 일차의료기관을 방문한 자
	조사 방법 및 내용	-총 21개 문항(총 5개 영역*)으로 구성된 조사표로 설문 진행 * 최초 접촉, 포괄성, 조정 기능, 개별화된 의료, 가족·지역사회 지향성
이재호 외 (2012)	조사 목적	의료급여 수급권자들이 선택병원제도하에서 지정된 의원으로부터 경험하는 일차의료서비스의 질 평가 및 제도 운영 성과 파악
	조사 대상	서울특별시 A구에 거주하는 의료급여 1종 수급권자 중 선택병원 대상자
	조사 방법 및 내용	-K-PCAT 문항, 응답자 일반 문항(연령, 성별, 첫 방문 후 경과 기간, 교육 기간 등)으로 구성된 조사표로 설문 진행
Oak et al. (2014)	조사 목적	환자 및 의사집단에서 일차의료 속성에 대한 인식 비교 분석
	조사 대상	환자(6명), 의사(6명)
	조사 방법 및 내용	-2개 집단(환자, 의사)에서 일차의료 속성 결정
이진용 외 (2017)	조사 목적	의사에 대한 이미지 및 신뢰도, 일차의료에 대한 평가 및 인식, 의료기관별 역할 수행 평가
	조사 대상	일반 국민(1,000명) 및 의사집단(지역의사회 임원 80명)
	조사 방법 및 내용	-일반적 사항, 전문 직업인에 대한 신뢰도 및 의사에 대한 이미지, 의료기관 이용 태도, 의료기관별 역할 수행 평가(K-PCAT)로 구성된 조사표로 설문 진행
변영관, 최용준 (2017)	조사 목적	농촌 지역보건소에 대한 일차의료 질 평가
	조사 대상	약 4개월 동안 4회 이상 진료 목적으로 보건소를 방문한 주민
	조사 방법 및 내용	-K-PCAT 문항, 응답자 특성(인구사회학적 특성, 건강행태 등)으로 구성된 조사표로 설문 진행

주: 연구진이 직접 작성함

이에 본 연구에서는 Lee et al.(2009)이 개발한 한국의 일차의료 평가 도구(K-PCAT)의 문항 중에서 15개 문항을 선별하여, 동네의원에 대한 인식(중요도 및 실제 현황)을 파악하기 위한 조사표를 구성하였다. Lee et al.(2009)이 개발한 K-PCAT는 최초 접촉(5문항), 포괄성(4문항), 조정 기능(3문항), 개별화된 의료(5문항), 가족·지역사회 지향성(4문항)의 21개 문항, 5개 영역으로 구성되어 있으며, 각 문항은 5점 리커트 척도로 구성되어 100점 만점으로 환산 점수를 산출할 수 있도록 설계되었다. 본 조사에서는 K-PCAT의 문항 전체가 그대로 반영된 것은 아니기 때문에 환산 점수 산출식에 따른 환산 점수(100점 만점)는 산출하지 못하는 한계점을 내포하고 있다.

최초 접촉(First Contact) 영역은 접근성 수준, 진료비 본인부담 수준의 적절성, 간단한 처치나 수술 역할 수행에 대한 인식(중요도, 실제 현황) 문항으로 구성되어 있다. 포괄성(Comprehensiveness) 영역은 기본적 진료, 생활습관에 대한 상담 및 교육, 조기 검진, 정기적 건강검진의 역할 수행에 대한 인식(중요도, 실제 현황) 문항으로 구성되어 있다. 조정 기능(Coordination) 영역은 의료기관 또는 시설로의 연계, 의뢰 후 관리에 대한 인식(중요도, 실제 현황) 문항으로 구성되어 있다. 마지막으로, 가족·지역사회 지향성(Context of Family and Community) 영역은 지역사회 당면 문제(보건, 복지, 환경 등) 파악 수준, 지역사회활동 참여 수준에 대한 인식(중요도, 실제 현황) 문항으로 구성되어 있다. 추후 응답자 현황 파악 및 하위 그룹 분석을 위해 동네의원에 대한 인식 문항 외에도 응답자의 일반 현황과 기초 정보, 건강 상태 및 의료기관 이용 현황에 관한 문항을 구성하여 조사를 실시하였으며, ‘일차의료에 대한 국민 인식 조사’의 영역별 조사 내용은 <표 5-3>과 같다(조사표는 [부록 2] 참고).

<표 5-3> 일차의료에 대한 국민 인식 조사 영역별 조사 내용

영역(문항 수)	조사 내용(문항 수)
1) 응답자 기본 현황(4)	거주 지역 및 권역(2), 성별(1), 연령(1)
2) 건강 상태 및 의료기관 이용 현황(6)	전반적인 건강 상태(1), 본인 또는 가구원의 만성질환 보유 및 관리 현황(3), 우리나라 의료시스템의 돌봄 및 질환 관리의 지원 역할(1), 의료기관 이용 경험(1)
3) 동네의원 특성(30)	일차의료 속성별 중요도(15) 및 실제 현황(15)
4) 응답자 기초 정보(5)	최종 학력(1), 주된 일자리(1), 결혼 상태(1), 월평균 가구 총소득(2)

자료: 한국보건사회연구원. (2021). ‘일차의료에 대한 국민인식 조사’ 조사표.

동네의원(1차 의료기관)의 속성 및 세부 항목별 중요도에 대한 인식과 실제 이용 현황을 비교하고자 하였으며, 세부 항목 및 일차의료 속성별 문항은 <표 5-4>와 같다. 일차의료의 속성은 한국의 일차의료 평가 도구(K-PCAT)에서 제시하는 다섯 가지 속성(최초 접촉, 포괄성, 조정 기능, 개별화된 의료, 가족·지역사회 지향성)에 따라 구분하였다(Lee et al., 2009, p. 109). 본 연구에서는 각 요소 간 중요성을 비교하기보다는 중요도와 실제 현황의 수준을 비교함으로써 동네의원에서 수행해야 하는 적절한 기능과 역할을 제시하고, 개선이 필요한 영역을 제안하고자 한다.

<표 5-4> 동네의원에 대한 세부 항목별 인식 문항(중요도, 실제 현황)의 일차의료 속성 구분

구분	일차의료 속성	중요도 문항	실제 현황 문항
접근성 (위치 가리 등)	최초 접촉 (FC)	선생님께서는 위치, 거리, 교통 편의성, 주차 등을 고려했을 때 본인 또는 가족이 동네의원을 쉽게 방문할 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 위치, 거리, 교통 편의성, 주차 등을 고려했을 때 본인 또는 가족이 동네의원을 쉽게 방문할 수 있습니까?
본인 부담금 수준		선생님께서는 동네의원에서 진료를 받을 경우 직접 내는 진료비(본인부담금)는 적절한 수준이어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 동네의원에서 진료를 받을 경우 직접 내는 진료비(본인부담금)는 적절한 수준입니까?
간단한 처치나 수술	포괄성 (Comp)	선생님께서는 본인 또는 가족이 상처 소독, 찢어진 피부 꿰매기, 깎스하기 등 간단한 처치나 수술이 필요하다면 동네의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 본인 또는 가족이 상처 소독, 찢어진 피부 꿰매기, 깎스하기 등 간단한 처치나 수술이 필요하다면 동네의원에서 받으실 겁니까?
기본적 진료		선생님께서는 본인 또는 가족의 진찰, 혈압 측정, 혈당 검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등 기본적 진료를 동네의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 본인 또는 가족의 진찰, 혈압 측정, 혈당 검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등 기본적 진료를 동네의원에서 받으실 겁니까?
생활습관 상담·교육	조정 기능 (Coord)	선생님께서는 본인 또는 가족의 생활습관에 대한 상담 및 교육을 동네의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 본인 또는 가족의 생활습관에 대한 상담 및 교육을 동네의원에서 받으실 겁니까?
암 예방 조기 검진		선생님께서는 본인 또는 가족의 암 예방과 조기 검진에 대한 상담을 동네의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 본인 또는 가족의 암 예방과 조기 검진에 대한 상담을 동네의원에서 받으실 겁니까?
정기적 건강검진	조정 기능 (Coord)	선생님께서는 본인 또는 가족의 정기적인 건강검진을 동네의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 본인 또는 가족의 정기적인 건강검진을 동네의원에서 받으실 겁니까?
의료기관·시설 연계		선생님께서는 동네의원은 특정 전문의, 상급병원, 사회복지센터, 건강관리 시설, 급원 상담 전화 등 환자의 건강관리에 필요한 보건·의료기관 및 시설들을 적절하게 소개해 줄 수 있어야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 동네의원은 특정 전문의, 상급병원, 사회복지센터, 건강관리 시설, 급원 상담 전화 등 환자의 건강관리에 필요한 보건·의료기관 및 시설들을 적절하게 소개해 주고 있습니까?
의뢰 후 관리	조정 기능 (Coord)	선생님께서는 동네의원은 다른 의사에게 환자를 의뢰한 후, 그 결과나 경과에 대해 관심을 보여야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 동네의원은 다른 의사에게 환자를 의뢰한 후, 그 결과나 경과에 대해 관심을 보입니까?

구분	일차의료 속성	중요도 문항	실제 현황 문항
환자 이해	개별화된 의료 (PC)	선생님께서도 동네의원은 환자가 하는 설명이나 질문을 듣고 잘 이해해야 한다고 생각하십니까?	그렇다면, 실제로 동네의원은 환자가 하는 설명이나 질문을 듣고 잘 이해하니까?
쉬운 설명		동네의원은 검사 결과와 질병 관리 등에 대해 이해하기 쉽게 잘 설명해 줘야 한다고 생각하십니까?	동네의원은 검사 결과와 질병 관리 등에 대해 이해하기 쉽게 잘 설명해 주니까?
병력, 건강 문제 인지		동네의원은 환자의 중요한 병력과 건강 문제를 잘 알고 있어야 한다고 생각하십니까?	동네의원은 환자의 중요한 병력과 건강 문제를 잘 알고 있습니까?
치료 신뢰성	가족/지역사회 지향성 (Fam/Com)	본인 또는 가족은 동네의원의 진단과 치료에 관한 판단을 신뢰해야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족은 동네의원의 진단과 치료에 관한 판단을 신뢰하니까?
지역사회 문제 파악		동네의원은 지역의 보건과 복지, 환경 관련 문제 등을 잘 파악하고 있어야 한다고 생각하십니까?	동네의원은 지역의 보건과 복지, 환경 관련된 문제 등을 잘 파악하고 있습니까?
지역사회활동 참여		동네의원은 지역사회 보건의로 토론회, 주민 건강 강좌 등 주민 건강을 위한 지역사회 활동에 적극적으로 참여해야 한다고 생각하십니까?	동네의원은 지역사회 보건의로 토론회, 주민 건강 강좌 등 주민 건강을 위한 지역사회 활동에 적극적으로 참여하니까?

주: 응답은 '전혀 그렇지 않다 - 그렇지 않은 편이다 - 보통이다 - 그런 편이다 - 매우 그렇다'의 5개 척도로 구성됨.
 자료: Lee et al. (2009). Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. International journal for quality in Health Care, 21(2), 103-111; 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 조사표.

나. 응답자 현황

본 연구에서 일차의료에 대한 국민 인식 조사에 참여한 대상자의 일반 현황 특성은 <표 5-5>와 같다. 응답 인원은 총 1,000명으로, 과반이 여자(50.20%)이고, 40세 이상 65세 미만이 47.30%로 가장 많은 비중을 차지하였다. 최종 학력이 대학 이상(63.54%)인 사람이 과반이었고, 주된 일자리는 무직(36.30%), 임금근로자(46.30%), 자영업자(17.30%) 순으로 비율이 높게 나타났다. 가구소득은 300만 원 이상 600만 원 미만이 가장 높은 비율을 차지하였다.

〈표 5-5〉 응답자 일반 현황

구분		응답 인원(명)	응답 비율(%)
성별	남자	497	49.70
	여자	503	50.30
연령	40세 미만	328	32.80
	40세 이상 65세 미만	473	47.30
	65세 이상	199	19.90
교육 수준 ¹⁾	중학교 졸업 이하	79	7.980
	고등학교 졸업	282	28.48
	대학 이상	629	63.54
주된 일자리	무직	353	35.30
	임금근로자	463	46.30
	자영업자	173	17.30
	무급가족종사자(주 18시간 이상)	3	0.30
	무급가족종사자(주 18시간 미만)	6	0.60
	모르겠다	2	0.20
가구소득	300만 원 미만	257	25.70
	300만원 이상 600만 원 미만	379	37.90
	600만 원 이상	291	29.10
	모르겠다	73	7.30

주: 1) 결측값(n=10) 제외 산출 값.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

본 조사 응답자의 건강 상태 및 의료기관 이용 현황은 〈표 5-6〉과 같다. 주관적 건강 상태는 보통 수준(46.4%)이라고 응답한 비율이 가장 높게 나타났다. 본인 또는 가구원 중 6개월 이상 지속되는 만성질환이 있다고 응답한 비율은 50.1%(501명)로 절반 수준이었다. 응답자 본인이 만성질환자인 경우 보유 만성질환 개수는 2개 이상이 56.74%로 과반이 복합만성질환자였으나, 가구원이 복합만성질환자인 비율은 46.57%로 본인이 만성질환자인 경우에 비해 낮게 나타났다. 만성질환을 앓고 있는 응답자 중에서 최소 하나 이상의 만성질환을 관리·치료하기 위해 의료기관을 방문하는 비율은 90%를 초과하였다. 만성질환 관리 수준에서는 대다수가 보유 만성질환을 모두 관리하고 있는 것으로 집계되었다(본인 83.33%, 가구원 84.93%). 의료기관 이용 유형은 동네의원(일차의료기관)만 이용하는 경우가 14.6%이고, 동네의원을 포함해 병원·상급병원 등 다기관을 이용한 경우가 80.9%로 나타났다.

〈표 5-6〉 응답자 건강 상태 및 의료기관 이용 행태

		구분	응답 인원(명)	응답 비율(%)
주관적 건강 상태		나쁜 편(나쁘다, 매우 나쁘다)	120	12.00
		보통이다	464	46.40
		좋은 편(좋다, 매우 좋다)	416	41.60
보유 만성질환 개수 ¹⁾	본인 (N=282)	1개	122	43.26
		2개	80	28.37
		3개	60	21.28
		4개	15	5.32
		5개 이상	5	1.77
	가구원 (N=219)	1개	117	53.42
		2개	67	30.59
		3개	27	12.33
		4개	5	2.28
		5개 이상	3	1.37
관리 만성질환 개수 ¹⁾	본인 (N=282)	0개(관리 안 함)	22	7.80
		1개	117	41.49
		2개	74	26.24
		3개	55	19.50
		4개	13	4.61
	가구원 (N=219)	5개 이상	1	0.35
		0개(관리 안 함)	12	5.48
		1개	121	55.25
		2개	60	27.40
		3개	21	9.59
		4개	3	1.37
		5개 이상	1	0.92
		만성질환 관리 형태	본인 (N=282)	보유 만성질환을 모두 관리
보유 만성질환 중 일부 관리	25			8.87
보유 만성질환 미관리	22			7.80
가구원 (N=219)	보유 만성질환을 모두 관리		186	84.93
	보유 만성질환 중 일부 관리		21	9.59
	보유 만성질환 미관리		12	5.48
의료기관 이용 유형	미이용		45	4.50
	동네의원만 이용		146	14.60
	(동네의원 포함) 다기관 이용		809	80.90

주: 1) 보유 만성질환 개수가 0개(현재 앓고 있는 만성질환 없음)인 응답자는 499명.
 자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

2. 분석 결과

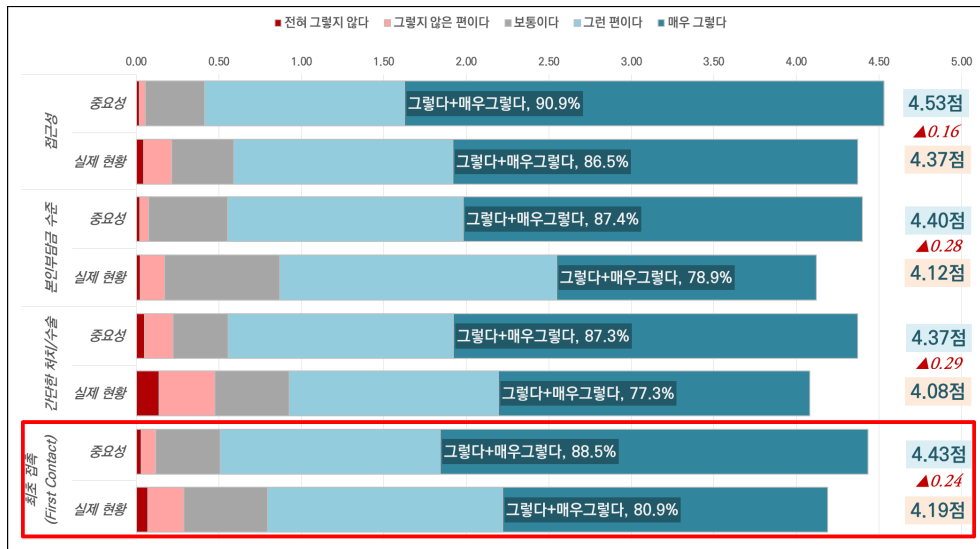
가. 전체

전반적인 일차의료 속성별 중요도와 실제 현황, 그리고 각 속성 내에서 세부 구성 요인들의 중요도와 실제 현황을 비교함으로써 동네의원(일차 의료기관)에 대한 인식을 전반적으로 살펴보았다.

1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 4.43점, 4.19점으로, 중요도에 비해 실제 현황이 낮은 것으로 확인되었다. 세부 영역별 중요도와 실제 현황은 접근성(쉽게 방문), 본인부담금의 적절성, 간단한 처치 또는 수술 시행 순이었다. 본인부담금 영역과 처치·수술 영역에 비해 상대적으로 접근성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 작게(▲0.16점) 나타났다.

[그림 5-1] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ❶ 최초 접촉

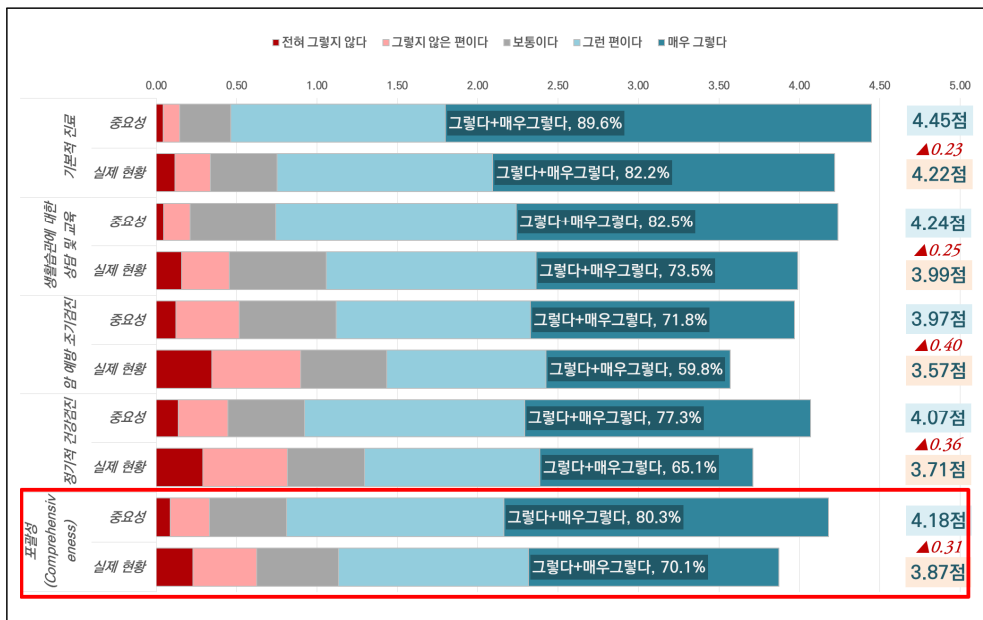


자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 4.18점, 3.87점으로, 중요도에 비해 실제 현황이 낮은 것으로 확인되었다. 세부 영역별 중요도와 실제 현황은 기본적 진료, 생활습관에 대한 상담 및 교육, 정기적 건강검진, 암 예방 조기 검진 순이었다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 암 예방 조기 검진 영역(▲0.40점)에서 가장 컸으며, 기본적 진료(▲0.23점)에서 가장 작았다.

[그림 5-2] 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ②포괄성

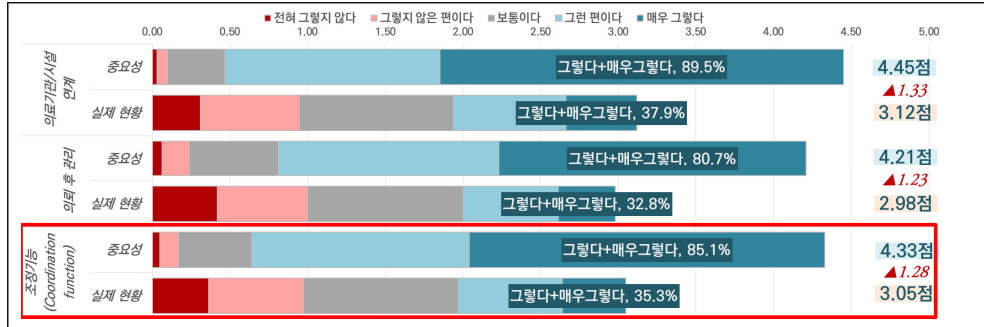


자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 4.33점, 3.05점으로, 중요도와 실제 현황 간 차이(▲1.28점)가 크게 집계되었다. 세부 영역별 중요도와 실제 현황은 의료기관 또는 시설로의 연계, 의뢰 후 관리 순이었다.

[그림 5-3] 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ③조정 기능

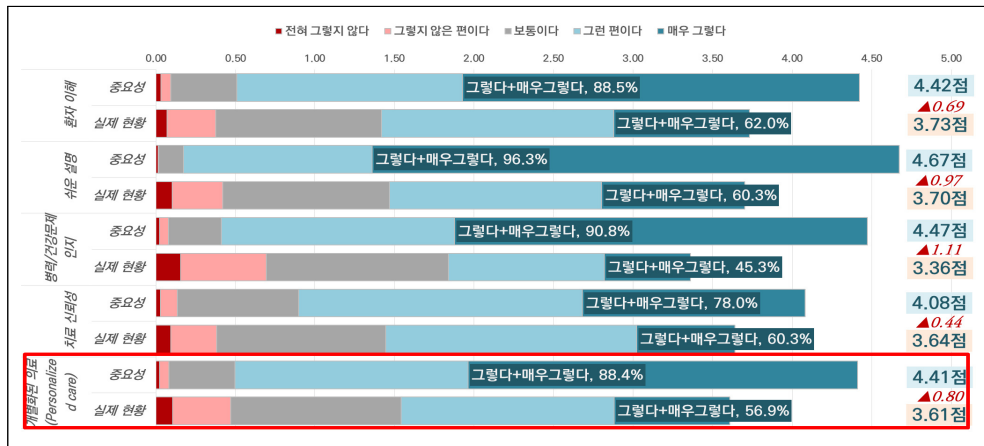


자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 4.41점, 3.61점으로, 중요도와 실제 현황 간 차이(▲0.8점)가 크게 집계되었다. 세부 영역별 중요도는 쉬운 설명, 병력·건강 문제 인지, 환자 이해, 치료 신뢰성 순이었으나, 실제 현황은 환자 이해, 쉬운 설명, 치료 신뢰성, 병력·건강 문제 인지 순으로 확인되었다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 병력·건강 문제 인지 영역(▲1.11점)에서 가장 컸으며, 치료 신뢰성(▲0.44점)에서 가장 작았다.

[그림 5-4] 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ④개별화된 의료

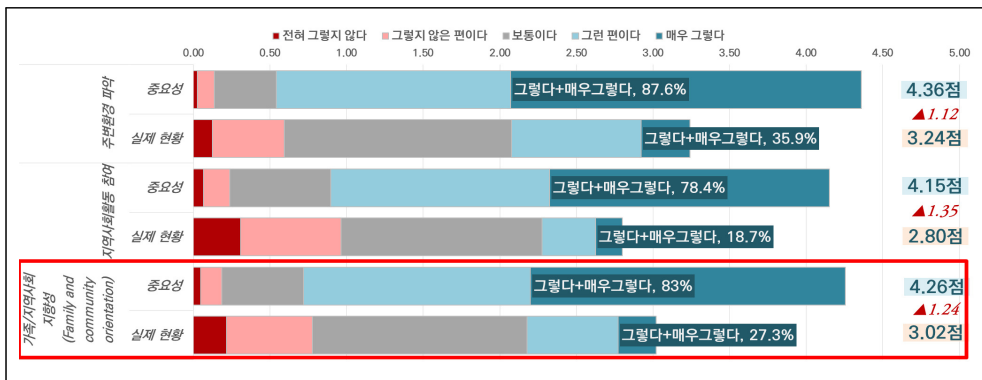


자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 4.26점, 3.02점으로, 중요도와 실제 현황 간 차이(▲1.24점)가 크게 집계되었다. 세부 영역별 중요도와 실제 현황은 주변 환경 파악, 지역사회활동 참여 순이었다.

[그림 5-5] 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): ⑤가족 및 지역사회 지향성



자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

나. 하위 그룹별 분석

1) 성별

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 남성이 4.37점, 4.18점, 여성이 4.50점, 4.20점으로, 여성이 남성보다 최초 접촉에 대한 중요도와 실제 현황을 높게 평가하였다. 성별에 관계없이 세부 영역별 중요도와 실제 현황은 접근성(쉽게 방문), 본인부담금의 적절성, 간단한 처치 또는 수술 시행 순이었다. 본인부담금 영역과 처치·수술 영역에 비해 상대적으로 접근성 영역에

서 중요도와 실제 현황 간 차이가 작게(남성 ▲0.13점, 여성 ▲0.19점) 나타났다.

〈표 5-7〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
최초 접촉	남성	중요성	0.87%	2.08%	10.46%	31.86%	54.73%	4.37	86.59%
		실제 현황	1.61%	4.56%	13.55%	34.34%	45.94%	4.18	80.28%
	여성	중요성	0.46%	1.92%	7.16%	28.50%	61.96%	4.50	90.46%
		실제 현황	1.72%	5.96%	10.80%	33.80%	47.71%	4.20	81.51%
접근성	남성	중요성	0.40%	0.60%	10.06%	28.97%	59.96%	4.47	88.93%
		실제 현황	0.60%	3.42%	10.87%	31.99%	53.12%	4.34	85.11%
	여성	중요성	0.40%	0.99%	5.77%	24.65%	68.19%	4.59	92.84%
		실제 현황	1.39%	4.37%	6.36%	28.83%	59.05%	4.40	87.87%
본인부담금 수준	남성	중요성	0.80%	1.41%	13.48%	33.00%	51.31%	4.33	84.31%
		실제 현황	0.80%	3.22%	19.11%	37.83%	39.03%	4.11	76.86%
	여성	중요성	0.20%	0.99%	8.35%	31.81%	58.65%	4.48	90.46%
		실제 현황	0.40%	3.98%	14.71%	43.54%	37.38%	4.14	80.91%
간단한 처치/수술	남성	중요성	1.41%	4.23%	7.85%	33.60%	52.92%	4.32	86.52%
		실제 현황	3.42%	7.04%	10.66%	33.20%	45.67%	4.11	78.87%
	여성	중요성	0.80%	3.78%	7.36%	29.03%	59.05%	4.42	88.07%
		실제 현황	3.38%	9.54%	11.33%	29.03%	46.72%	4.06	75.75%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 남성이 4.12점, 3.83점, 여성이 4.24점, 3.92점으로, 여성이 남성보다 중요도와 실제 현황을 높게 평가하였다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 암 예방 조기 검진(남성 ▲0.36점, 여성 ▲0.44점)에서 가장 컸으며, 기본적 진료(남성 ▲0.24점, 여성 ▲0.23점)에서 가장 작았다.

〈표 5-8〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
포괄성	남성	중요성	2.41%	7.24%	12.22%	32.49%	45.62%	4.12	78.12%
		실제 현황	6.44%	11.27%	13.93%	29.78%	38.58%	3.83	68.36%
	여성	중요성	1.89%	4.62%	11.03%	32.16%	50.30%	4.24	82.46%
		실제 현황	5.72%	9.89%	12.48%	31.01%	40.90%	3.92	71.92%
기본적 진료	남성	중요성	1.21%	2.82%	8.05%	31.79%	56.14%	4.39	87.93%
		실제 현황	3.42%	5.23%	10.46%	34.21%	46.68%	4.15	80.89%
	여성	중요성	0.80%	1.79%	6.16%	28.23%	63.02%	4.51	91.25%
		실제 현황	2.19%	5.17%	9.15%	29.42%	54.08%	4.28	83.50%
생활습관에 대한 상담 및 교육	남성	중요성	1.81%	4.63%	13.08%	38.03%	42.45%	4.15	80.48%
		실제 현황	4.63%	7.04%	16.90%	33.80%	37.63%	3.93	71.43%
	여성	중요성	0.40%	3.18%	11.93%	32.60%	51.89%	4.32	84.49%
		실제 현황	3.38%	7.75%	13.32%	31.61%	43.94%	4.05	75.55%
암 예방 조기 검진	남성	중요성	3.42%	11.87%	15.69%	29.18%	39.84%	3.90	69.01%
		실제 현황	9.86%	17.30%	15.29%	24.55%	33.00%	3.54	57.55%
	여성	중요성	2.78%	7.95%	14.71%	31.61%	42.94%	4.04	74.55%
		실제 현황	9.54%	13.72%	14.71%	30.82%	31.21%	3.60	62.03%
정기적 건강검진	남성	중요성	3.22%	9.66%	12.07%	30.99%	44.06%	4.03	75.05%
		실제 현황	7.85%	15.49%	13.08%	26.56%	37.02%	3.69	63.58%
	여성	중요성	3.58%	5.57%	11.33%	36.18%	43.34%	4.10	79.52%
		실제 현황	7.75%	12.92%	12.72%	32.21%	34.39%	3.73	66.60%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 남성이 4.39점, 3.06점, 여성이 4.36점, 3.71점으로, 중요도는 남성이 소폭 더 높게 평가하였으나, 실제 현황은 여성이 더 높게 평가하였다. 조정 기능 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 남성이 1.33점, 여성이 0.65점으로, 남성이 여성보다 중요도와 실제 현황 간 차이가 크게 나타났다.

〈표 5-9〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균점수 (5점 만점)	그렇다 비율
조정 기능	남성	중요성	1.81%	3.62%	11.47%	32.49%	50.60%	4.39	83.10%
		실제 현황	11.07%	20.62%	34.00%	22.13%	12.17%	3.06	34.31%
	여성	중요성	0.40%	2.09%	10.44%	32.31%	54.77%	4.36	87.08%
		실제 현황	12.82%	19.48%	31.31%	21.67%	14.71%	3.71	36.38%
의료기관·시설 연계	남성	중요성	1.41%	2.21%	9.46%	30.99%	55.94%	4.38	86.92%
		실제 현황	9.26%	21.33%	32.80%	22.54%	14.08%	3.11	36.62%
	여성	중요성	0.00%	0.80%	7.16%	31.21%	60.83%	4.52	92.05%
		실제 현황	10.54%	19.68%	30.62%	24.06%	15.11%	3.14	39.17%
의뢰 후 관리	남성	중요성	2.21%	5.03%	13.48%	34.00%	45.27%	4.15	79.28%
		실제 현황	12.88%	19.92%	35.21%	21.73%	10.26%	2.97	31.99%
	여성	중요성	0.80%	3.38%	13.72%	33.40%	48.71%	4.26	82.11%
		실제 현황	15.11%	19.28%	32.01%	19.28%	14.31%	2.98	33.60%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 남성이 4.36점, 3.56점, 여성이 4.46점, 3.65점으로. 여성이 남성보다 개별화된 의료에 대한 중요도와 실제 현황을 높게 평가하였다. 남성과 여성 모두 병력·건강 문제 인지 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이(▲1.16점, ▲1.05점)가 가장 컸으며, 치료 신뢰성 영역에서 차이(▲0.41점, ▲0.48점)가 가장 작았다.

〈표 5-10〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
개별화된 의료	남성	중요성	0.55%	2.31%	10.31%	34.15%	52.67%	4.36	86.82%
		실제 현황	2.77%	10.92%	31.49%	36.72%	18.11%	3.56	54.83%
	여성	중요성	0.55%	0.40%	9.10%	32.85%	57.11%	4.46	89.96%
		실제 현황	3.18%	9.49%	28.23%	37.08%	22.02%	3.65	59.10%
환자 이해	남성	중요성	0.60%	2.62%	9.46%	35.21%	52.11%	4.36	87.32%
		실제 현황	1.61%	8.65%	27.57%	41.25%	20.93%	3.71	62.17%
	여성	중요성	0.80%	0.20%	9.34%	29.03%	60.64%	4.49	89.66%
		실제 현황	2.19%	7.75%	28.23%	36.98%	24.85%	3.75	61.83%
쉬운 설명	남성	중요성	0.40%	0.20%	4.23%	26.56%	68.61%	4.63	95.17%
		실제 현황	2.21%	9.86%	28.97%	38.03%	20.93%	3.66	58.95%
	여성	중요성	0.20%	0.00%	2.39%	24.25%	73.16%	4.70	97.42%
		실제 현황	3.38%	7.36%	27.63%	34.00%	27.63%	3.75	61.63%
병력·건강 문제 인지	남성	중요성	0.60%	2.01%	7.44%	33.60%	56.34%	4.43	89.94%
		실제 현황	5.03%	16.10%	39.64%	25.15%	14.08%	3.27	39.24%
	여성	중요성	0.40%	0.60%	7.36%	32.01%	59.64%	4.50	91.65%
		실제 현황	4.17%	16.10%	28.43%	33.20%	18.09%	3.45	51.29%
치료 신뢰성	남성	중요성	0.60%	4.43%	20.12%	41.25%	33.60%	4.03	74.85%
		실제 현황	2.21%	9.05%	29.78%	42.45%	16.50%	3.62	58.95%
	여성	중요성	0.80%	0.80%	17.30%	46.12%	34.99%	4.14	81.11%
		실제 현황	2.98%	6.76%	28.63%	44.14%	17.50%	3.66	61.63%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 남성이 4.17점, 2.78점, 여성이 4.34점, 3.02점으로, 여성이 남성에 비해 가족 및 지역사회 지향성에 대한 중요도와 실제 현황을 높게 평가하였다. 가족 및 지역사회 지향성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 남성이 1.39점, 여성이 1.32점으로, 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 크게 나타났다.

〈표 5-11〉 하위 그룹①: 성별 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균점수 (5점 만점)	그렇다 비율
가족/지역사회 지향성	남성	중요성	1.71%	4.02%	13.88%	35.92%	44.47%	4.17	80.38%
		실제 현황	11.87%	22.74%	46.68%	12.88%	5.84%	2.78	18.71%
	여성	중요성	0.50%	2.58%	11.33%	33.60%	51.99%	4.34	85.59%
		실제 현황	7.16%	19.18%	46.32%	18.79%	8.55%	3.02	27.34%
주변환경 파악	남성	중요성	0.80%	3.22%	12.07%	36.62%	47.28%	4.26	83.90%
		실제 현황	11.87%	22.74%	46.68%	12.88%	5.84%	2.78	18.71%
	여성	중요성	0.40%	1.79%	6.56%	33.60%	57.65%	4.46	91.25%
		실제 현황	4.17%	14.31%	45.53%	25.65%	10.34%	3.24	35.98%
지역사회활동 참여	남성	중요성	2.62%	4.83%	15.69%	35.21%	41.65%	4.08	76.86%
		실제 현황	11.87%	22.74%	46.68%	12.88%	5.84%	2.78	18.71%
	여성	중요성	0.60%	3.38%	16.10%	33.60%	46.32%	4.22	79.92%
		실제 현황	10.14%	24.06%	47.12%	11.93%	6.76%	2.81	18.69%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

2) 연령

연령대에 따른 동네의원 인식 차이가 있는지 살펴보기 위해 '65세 미만'과 '65세 이상'으로 구분하여 하위 그룹 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 65세 미만이 4.47점, 4.19점, 65세 이상이 4.31점, 4.18점으로, 실제 현황 수준은 유사하나 65세 미만에서 최초 접촉의 중요도를 더 높게 평가하였다. 연령과 관계없이 세부 항목별 중요도는 접근성(쉽게 방문), 본인부담금의 적절성, 간단한 처치 또는 수술 시행 순이었다. 본인부담금 영역과 처치·수술 영역에 비해 상대적으로 접근성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 작게(65세 미만 ▲0.19점, 65세 이상 ▲0.04점) 나타났다.

〈표 5-12〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원애 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
최초 접촉	65세 미만	중요성	0.71%	1.83%	7.74%	29.55%	60.17%	4.47	89.72%
		실제 현황	1.75%	5.16%	11.94%	34.33%	46.82%	4.19	81.15%
	65세 이상	중요성	0.50%	2.68%	13.07%	32.66%	51.09%	4.31	83.75%
		실제 현황	1.34%	5.70%	13.07%	33.00%	46.90%	4.18	79.90%
접근성	65세 미만	중요성	0.37%	0.75%	6.62%	25.59%	66.67%	4.57	92.26%
		실제 현황	1.00%	3.62%	8.49%	30.46%	56.43%	4.38	86.89%
	65세 이상	중요성	0.50%	1.01%	13.07%	31.66%	53.77%	4.37	85.43%
		실제 현황	1.01%	5.03%	9.05%	30.15%	54.77%	4.33	84.92%
본인부담금 수준	65세 미만	중요성	0.62%	1.25%	9.49%	32.33%	56.30%	4.42	88.64%
		실제 현황	0.50%	3.87%	16.85%	41.57%	37.20%	4.11	78.78%
	65세 이상	중요성	0.00%	1.01%	16.58%	32.66%	49.75%	4.31	82.41%
		실제 현황	1.01%	2.51%	17.09%	37.19%	42.21%	4.17	79.40%
간단한 처치·수술	65세 미만	중요성	1.12%	3.50%	7.12%	30.71%	57.55%	4.40	88.26%
		실제 현황	3.75%	7.99%	10.49%	30.96%	46.82%	4.09	77.78%
	65세 이상	중요성	1.01%	6.03%	9.55%	33.67%	49.75%	4.25	83.42%
		실제 현황	2.01%	9.55%	13.07%	31.66%	43.72%	4.06	75.38%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 65세 미만이 4.19점, 3.87점, 65세 이상이 4.15점, 3.89점으로, 연령대별로 유사한 수준이었다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 65세 미만의 경우 암 예방 조기 검진(▲0.41점)에서, 65세 이상의 경우 정기적 건강검진(▲0.36점)에서 가장 크게 나타났다.

〈표 5-13〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
포괄성	65세 미만	중요성	2.34%	5.43%	11.99%	31.68%	48.56%	4.19	80.24%
		실제 현황	6.43%	10.24%	13.58%	29.81%	39.95%	3.87	69.76%
	65세 이상	중요성	1.38%	7.91%	10.18%	34.92%	45.60%	4.15	80.53%
		실제 현황	4.65%	11.93%	11.68%	32.79%	38.94%	3.89	71.73%
기본적 진료	65세 미만	중요성	1.00%	2.37%	6.49%	29.71%	60.42%	4.46	90.14%
		실제 현황	2.87%	5.12%	10.36%	31.09%	50.56%	4.21	81.65%
	65세 이상	중요성	1.01%	2.01%	9.55%	31.16%	56.28%	4.40	87.44%
		실제 현황	2.51%	5.53%	7.54%	34.67%	49.75%	4.24	84.42%
생활습관에 대한 상담 및 교육	65세 미만	중요성	1.25%	3.75%	12.23%	34.58%	48.19%	4.25	82.77%
		실제 현황	4.12%	7.74%	14.61%	32.46%	41.07%	3.99	73.53%
	65세 이상	중요성	0.50%	4.52%	13.57%	38.19%	43.22%	4.19	81.41%
		실제 현황	3.52%	6.03%	17.09%	33.67%	39.70%	4.00	73.37%
암 예방 조기 검진	65세 미만	중요성	3.25%	8.49%	16.35%	29.46%	42.45%	3.99	71.91%
		실제 현황	10.49%	13.86%	15.98%	26.97%	32.71%	3.58	59.68%
	65세 이상	중요성	2.51%	15.58%	10.55%	34.17%	37.19%	3.88	71.36%
		실제 현황	6.53%	22.11%	11.06%	30.65%	29.65%	3.55	60.30%
정기적 건강검진	65세 미만	중요성	3.87%	7.12%	12.86%	32.96%	43.20%	4.04	76.15%
		실제 현황	8.24%	14.23%	13.36%	28.71%	35.46%	3.69	64.17%
	65세 이상	중요성	1.51%	9.55%	7.04%	36.18%	45.73%	4.15	81.91%
		실제 현황	6.03%	14.07%	11.06%	32.16%	36.68%	3.79	68.84%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 65세 미만이 4.29점, 3.39점, 65세 이상이 4.43점, 3.70점으로, 중요도와 실제 현황 모두 65세 이상이 더 높게 평가하였다. 조정 기능 영역의 중요도와 실제 현황 간 차이는 65세 미만에서 0.90점, 65세 이상에서 0.73점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 65세 미만에서 차이 폭이 더 크게 나타났다.

〈표 5-14〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원애 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
조정 기능	65세 미만	중요성	0.00%	2.26%	15.08%	33.67%	48.99%	4.29	85.71%
		실제 현황	6.28%	15.83%	30.65%	27.39%	19.85%	3.39	32.40%
	65세 이상	중요성	0.87%	1.50%	8.36%	32.08%	57.18%	4.43	82.66%
		실제 현황	2.25%	8.24%	28.34%	39.45%	21.72%	3.70	47.24%
의료기관·시설 연계	65세 미만	중요성	0.87%	1.50%	7.12%	30.71%	59.80%	4.47	90.51%
		실제 현황	10.86%	21.47%	32.96%	21.85%	12.86%	3.04	34.71%
	65세 이상	중요성	0.00%	1.51%	13.07%	32.66%	52.76%	4.37	85.43%
		실제 현황	6.03%	16.58%	26.63%	29.15%	21.61%	3.44	50.75%
의뢰 후 관리	65세 미만	중요성	1.87%	4.49%	12.73%	33.46%	47.44%	4.20	80.90%
		실제 현황	15.86%	20.72%	33.33%	19.23%	10.86%	2.89	30.09%
	65세 이상	중요성	0.00%	3.02%	17.09%	34.67%	45.23%	4.22	79.90%
		실제 현황	6.53%	15.08%	34.67%	25.63%	18.09%	3.34	43.72%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 65세 미만이 4.41점, 3.57점, 65세 이상이 4.40점, 3.77점으로, 중요도 점수는 유사하나 65세 이상에서 실제 현황을 더 높게 평가하였다. 65세 미만과 65세 이상에서 모두 병력·건강 문제 인지 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이(▲1.17점, ▲0.85점)가 가장 컸으며, 치료 신뢰성 영역에서 차이(▲0.47점, ▲0.32점)가 가장 작았다.

〈표 5-15〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
개별화된 의료	65세 미만	중요성	0.66%	1.31%	9.33%	33.61%	55.09%	4.41	88.70%
		실제 현황	3.25%	10.33%	31.05%	36.99%	18.38%	3.57	55.37%
	65세 이상	중요성	0.13%	1.51%	11.18%	33.04%	54.15%	4.40	87.19%
		실제 현황	1.88%	9.67%	25.00%	36.56%	26.88%	3.77	63.44%
환자 이해	65세 미만	중요성	0.87%	1.50%	8.36%	32.08%	57.18%	4.43	89.26%
		실제 현황	2.25%	8.24%	28.34%	39.45%	21.72%	3.70	61.17%
	65세 이상	중요성	0.00%	1.01%	13.57%	32.16%	53.27%	4.38	85.43%
		실제 현황	0.50%	8.04%	26.13%	37.69%	27.64%	3.84	65.33%
쉬운 설명	65세 미만	중요성	0.37%	0.00%	2.62%	25.34%	71.66%	4.68	97.00%
		실제 현황	3.00%	7.87%	30.09%	36.33%	22.72%	3.68	59.05%
	65세 이상	중요성	0.00%	0.50%	6.03%	25.63%	67.84%	4.61	93.47%
		실제 현황	2.01%	11.56%	21.11%	34.67%	30.65%	3.80	65.33%
병력·건강 문제 인지	65세 미만	중요성	0.62%	1.12%	6.99%	32.96%	58.30%	4.47	91.26%
		실제 현황	4.99%	16.98%	35.21%	28.34%	14.48%	3.30	42.82%
	65세 이상	중요성	0.00%	2.01%	9.05%	32.16%	56.78%	4.44	88.94%
		실제 현황	3.02%	12.56%	29.15%	32.66%	22.61%	3.59	55.28%
치료 신뢰성	65세 미만	중요성	0.75%	2.62%	19.35%	44.07%	33.21%	4.06	77.28%
		실제 현황	2.75%	8.24%	30.59%	43.82%	14.61%	3.59	58.43%
	65세 이상	중요성	0.50%	2.51%	16.08%	42.21%	38.69%	4.16	80.90%
		실제 현황	2.01%	6.53%	23.62%	41.21%	26.63%	3.84	67.84%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 65세 미만이 4.24점, 2.74점, 65세 이상이 4.32 점, 3.16점으로, 중요도와 실제 현황 모두 65세 이상에서 더 높게 평가하였다. 가족 및 지역사회 지향성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 65세 미만이 1.50점, 65세 이상이 1.16점으로, 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 크게 나타났다.

〈표 5-16〉 하위 그룹②: 연령 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
가족·지역사회 지향성	65세 미만	중요성	1.37%	3.25%	12.86%	34.83%	47.69%	4.24	82.52%
		실제 현황	11.99%	23.97%	47.32%	11.11%	5.62%	2.74	16.73%
	65세 이상	중요성	0.00%	3.52%	11.56%	34.42%	50.50%	4.32	84.92%
		실제 현황	5.78%	16.33%	45.23%	21.61%	11.06%	3.16	32.66%
주변 환경 파악	65세 미만	중요성	0.75%	2.75%	8.61%	35.21%	52.68%	4.36	87.89%
		실제 현황	11.99%	23.97%	47.32%	11.11%	5.62%	2.74	16.73%
	65세 이상	중요성	0.00%	1.51%	12.06%	34.67%	51.76%	4.37	86.43%
		실제 현황	4.52%	11.56%	45.23%	25.63%	13.07%	3.31	38.69%
지역사회활동 참여	65세 미만	중요성	2.00%	3.75%	17.10%	34.46%	42.70%	4.12	77.15%
		실제 현황	11.99%	23.97%	47.32%	11.11%	5.62%	2.74	16.73%
	65세 이상	중요성	0.00%	5.53%	11.06%	34.17%	49.25%	4.27	83.42%
		실제 현황	7.04%	21.11%	45.23%	17.59%	9.05%	3.01	26.63%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

3) 만성질환 유무

만성질환 유무에 따른 동네의원 인식 차이가 있는지 살펴보기 위해 '만성질환 없음'과 '만성질환 있음'으로 구분하여 하위 그룹 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 만성질환이 없는 경우 4.45점, 4.19점, 만성질환자가 4.42점, 4.20점이었다. 만성질환 유무와 관계없이 세부 항목별 중요도는 접근성(쉽게 방문), 본인부담금의 적절성, 간단한 처치 또는 수술 시행 순이었다. 전반적으로 다른 속성에 비해 중요도와 실제 현황 간 점수 차이가 작았으며, 특히 접근성 영역에서 차이가 가장 작게 나타났다.

〈표 5-17〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
최초 접촉	만성질환 없음	중요성	0.87%	2.00%	8.02%	29.59%	59.52%	4.45	89.11%
		실제 현황	1.87%	5.41%	12.49%	32.73%	47.49%	4.19	80.23%
	만성질환 있음	중요성	0.47%	2.00%	9.58%	30.74%	57.22%	4.42	87.96%
		실제 현황	1.46%	5.12%	11.84%	35.40%	46.17%	4.20	81.57%
접근성	만성질환 없음	중요성	0.20%	0.40%	7.62%	25.25%	66.53%	4.58	91.78%
		실제 현황	1.00%	4.41%	9.02%	30.26%	55.31%	4.34	85.57%
	만성질환 있음	중요성	0.60%	1.20%	8.18%	28.34%	61.68%	4.49	90.02%
		실제 현황	1.00%	3.39%	8.18%	30.54%	56.89%	4.39	87.43%
본인부담금 수준	만성질환 없음	중요성	0.80%	2.00%	9.42%	30.66%	57.11%	4.41	87.78%
		실제 현황	0.80%	3.21%	16.03%	38.88%	41.08%	4.16	79.96%
	만성질환 있음	중요성	0.20%	0.40%	12.38%	34.13%	52.89%	4.39	87.03%
		실제 현황	0.40%	3.99%	17.76%	42.51%	35.33%	4.08	77.84%
간단한 처치·수술	만성질환 없음	중요성	1.60%	3.61%	7.01%	32.87%	54.91%	4.36	87.78%
		실제 현황	3.81%	8.62%	12.42%	29.06%	46.09%	4.05	75.15%
	만성질환 있음	중요성	0.60%	4.39%	8.18%	29.74%	57.09%	4.38	86.83%
		실제 현황	2.99%	7.98%	9.58%	33.13%	46.31%	4.12	79.44%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 만성질환이 없는 경우 4.20점, 3.90점, 만성질환자가 4.16점, 3.84점으로, 중요도와 실제 현황 모두 만성질환자가 더 높게 평가하였다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 만성질환 유무와 관계없이 암 예방 조기 검진(만성질환 없음 ▲0.39점, 만성질환 있음 ▲0.41점)에서 가장 크게 나타났다.

〈표 5-18〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
포괄성	만성질환이 없는 경우	중요성	2.15%	5.01%	12.58%	30.96%	49.30%	4.20	80.26%
		실제 현황	6.26%	9.67%	12.98%	29.66%	41.43%	3.90	71.09%
	만성질환이 있는 경우	중요성	2.15%	6.84%	10.68%	33.68%	46.66%	4.16	80.34%
		실제 현황	5.89%	11.48%	13.42%	31.14%	38.07%	3.84	69.21%
기본적 진료	만성질환이 없는 경우	중요성	0.80%	2.20%	7.62%	28.46%	60.92%	4.46	89.38%
		실제 현황	2.61%	6.01%	9.42%	30.46%	51.50%	4.22	81.96%
	만성질환이 있는 경우	중요성	1.20%	2.40%	6.59%	31.54%	58.28%	4.43	89.82%
		실제 현황	2.99%	4.39%	10.18%	33.13%	49.30%	4.21	82.44%
생활습관에 대한 상담 및 교육	만성질환이 없는 경우	중요성	1.20%	3.21%	13.03%	34.07%	48.50%	4.25	82.57%
		실제 현황	4.21%	6.81%	14.83%	31.46%	42.69%	4.02	74.15%
	만성질환이 있는 경우	중요성	1.00%	4.59%	11.98%	36.53%	45.91%	4.22	82.44%
		실제 현황	3.79%	7.98%	15.37%	33.93%	38.92%	3.96	72.85%
암 예방 조기 검진	만성질환이 없는 경우	중요성	2.61%	8.22%	17.43%	28.66%	43.09%	4.01	71.74%
		실제 현황	10.42%	13.23%	14.83%	26.85%	34.67%	3.62	61.52%
	만성질환이 있는 경우	중요성	3.59%	11.58%	12.97%	32.14%	39.72%	3.93	71.86%
		실제 현황	8.98%	17.76%	15.17%	28.54%	29.54%	3.52	58.08%
정기적 건강검진	만성질환이 없는 경우	중요성	4.01%	6.41%	12.22%	32.67%	44.69%	4.08	77.35%
		실제 현황	7.82%	12.63%	12.83%	29.86%	36.87%	3.75	66.73%
	만성질환이 있는 경우	중요성	2.79%	8.78%	11.18%	34.53%	42.71%	4.06	77.25%
		실제 현황	7.78%	15.77%	12.97%	28.94%	34.53%	3.67	63.47%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 만성질환이 없는 경우 4.33점, 3.11점, 만성질환자는 4.44점, 3.72점으로 중요도와 실제 현황 모두 만성질환자가 더 높게 평가하였다. 조정 기능 영역의 중요도와 실제 현황 간 차이는 만성질환이 없는 경우 1.22점, 만성질환자가 0.72점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 만성질환이 없는 경우 차이 폭이 더 크게 나타났다.

〈표 5-19〉 하위 그룹③: 만성질환 - 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
조정 기능	만성 질환 없음	중요성	0.90%	2.50%	11.28%	33.73%	51.60%	4.33	84.87%
		실제 현황	11.88%	19.66%	29.54%	23.85%	15.07%	3.11	31.76%
	만성 질환 있음	중요성	1.00%	1.40%	8.62%	30.86%	58.12%	4.44	85.33%
		실제 현황	2.20%	7.82%	28.86%	38.48%	22.65%	3.72	38.92%
의료기관·시설 연계	만성 질환 없음	중요성	0.80%	1.40%	7.62%	29.66%	60.52%	4.48	90.18%
		실제 현황	9.62%	19.24%	35.87%	22.24%	13.03%	3.10	35.27%
	만성 질환 있음	중요성	0.60%	1.60%	8.98%	32.53%	56.29%	4.42	88.82%
		실제 현황	10.18%	21.76%	27.54%	24.35%	16.17%	3.15	40.52%
의뢰 후 관리	만성 질환 없음	중요성	1.80%	5.01%	13.63%	32.46%	47.09%	4.18	79.56%
		실제 현황	14.43%	21.64%	35.67%	17.64%	10.62%	2.88	28.26%
	만성 질환 있음	중요성	1.20%	3.39%	13.57%	34.93%	46.91%	4.23	81.84%
		실제 현황	13.57%	17.56%	31.54%	23.35%	13.97%	3.07	37.33%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 만성질환이 없는 경우 4.41점, 3.58점, 만성질환자가 4.41점, 3.64점이었다. 만성질환 유무와 관계없이 병력·건강 문제 인지 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이(▲1.16점, ▲1.05점)가 가장 컸으며, 치료 신뢰성 영역에서 차이(▲0.46점, ▲0.43점)가 가장 작았다.

〈표 5-20〉 하위 그룹④: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
개별화된 의료	만성 질환 없음	중요성	0.65%	1.45%	9.77%	32.41%	55.71%	4.41	88.13%
		실제 현황	3.71%	9.52%	31.61%	35.57%	19.59%	3.58	55.16%
	만성 질환 있음	중요성	0.45%	1.25%	9.63%	34.58%	54.09%	4.41	88.67%
		실제 현황	2.25%	10.88%	28.09%	38.22%	20.56%	3.64	58.78%
환자 이해	만성 질환 없음	중요성	1.00%	1.40%	8.62%	30.86%	58.12%	4.44	88.98%
		실제 현황	2.20%	7.82%	28.86%	38.48%	22.65%	3.72	61.12%
	만성 질환 있음	중요성	0.40%	1.40%	10.18%	33.33%	54.69%	4.41	88.02%
		실제 현황	1.60%	8.58%	26.95%	39.72%	23.15%	3.74	62.87%
쉬운 설명	만성 질환 없음	중요성	0.40%	0.00%	3.01%	25.05%	71.54%	4.67	96.59%
		실제 현황	3.21%	8.22%	29.86%	35.27%	23.45%	3.68	58.72%
	만성 질환 있음	중요성	0.20%	0.20%	3.59%	25.75%	70.26%	4.66	96.01%
		실제 현황	2.40%	8.98%	26.75%	36.73%	25.15%	3.73	61.88%
병력·건강 문제 인지	만성 질환 없음	중요성	0.60%	1.60%	9.02%	31.06%	57.72%	4.44	88.78%
		실제 현황	6.21%	15.23%	37.68%	25.85%	15.03%	3.28	40.88%
	만성 질환 있음	중요성	0.40%	1.00%	5.79%	34.53%	58.28%	4.49	92.81%
		실제 현황	2.99%	16.97%	30.34%	32.53%	17.17%	3.44	49.70%
치료 신뢰성	만성 질환 없음	중요성	0.60%	2.81%	18.44%	42.69%	35.47%	4.10	78.16%
		실제 현황	3.21%	6.81%	30.06%	42.69%	17.23%	3.64	59.92%
	만성 질환 있음	중요성	0.80%	2.40%	18.96%	44.71%	33.13%	4.07	77.84%
		실제 현황	2.00%	8.98%	28.34%	43.91%	16.77%	3.64	60.68%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 만성질환이 없는 경우 4.25점, 2.79점, 만성질환자의 경우 4.27점, 3.01점이었다. 가족 및 지역사회 지향성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 만성질환이 없는 경우 1.46점, 만성질환자가 1.26점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 만성질환이 없는 경우 차이 폭이 더 크게 집계되었다.

〈표 5-21〉 하위 그룹④: 만성질환 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
가족·지역사회 지향성	만성 질환 없음	중요성	1.60%	2.91%	13.63%	32.77%	49.10%	4.25	81.86%
		실제 현황	11.62%	22.04%	48.70%	11.02%	6.61%	2.79	17.64%
	만성 질환 있음	중요성	0.60%	3.69%	11.58%	36.73%	47.41%	4.27	84.13%
		실제 현황	7.29%	19.86%	44.91%	20.46%	7.49%	3.01	27.94%
주변 환경 파악	만성 질환 없음	중요성	0.80%	2.20%	9.82%	32.67%	54.51%	4.38	87.17%
		실제 현황	11.62%	22.04%	48.70%	11.02%	6.61%	2.79	17.64%
	만성 질환 있음	중요성	0.40%	2.79%	8.78%	37.52%	50.50%	4.35	88.02%
		실제 현황	4.19%	14.97%	44.71%	27.15%	8.98%	3.22	36.13%
지역사회활동 참여	만성 질환 없음	중요성	2.40%	3.61%	17.43%	32.87%	43.69%	4.12	76.55%
		실제 현황	11.62%	22.04%	48.70%	11.02%	6.61%	2.79	17.64%
	만성 질환 있음	중요성	0.80%	4.59%	14.37%	35.93%	44.31%	4.18	80.24%
		실제 현황	10.38%	24.75%	45.11%	13.77%	5.99%	2.80	19.76%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

4) 교육 수준

교육 수준에 따른 동네의원 인식 차이가 있는지 살펴보기 위해 '대학 미만(중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업)'과 '대학 이상'으로 구분하여 하위 그룹 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 대졸 미만에서 4.31점, 4.13점, 대졸 이상에서 4.50점, 4.23점으로, 중요도와 실제 현황 모두 대졸 이상에서 높게 나타났다. 교육 수준과 관계없이 실제 현황 점수는 접근성 영역에서 가장 높게 나타났다. 전반적으로 다른 속성에 비해 중요도와 실제 현황 간 점수 차이가 작았으며, 특히 대졸 미만의 접근성 영역에서 차이가 가장 작게 나타났다.

〈표 5-22〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
최초 접촉	대졸 미만	중요성	0.55%	2.59%	12.65%	33.33%	50.88%	4.31	84.21%
		실제 현황	1.39%	6.00%	14.22%	35.27%	43.12%	4.13	78.39%
	대졸 이상	중요성	0.73%	1.67%	6.62%	28.38%	62.60%	4.50	90.98%
		실제 현황	1.83%	4.85%	11.01%	33.39%	48.93%	4.23	82.32%
접근성	대졸 미만	중요성	0.83%	2.22%	12.74%	30.47%	53.74%	4.34	84.21%
		실제 현황	0.55%	4.99%	9.42%	32.69%	52.35%	4.31	85.04%
	대졸 이상	중요성	0.16%	0.00%	5.16%	24.73%	69.95%	4.64	94.68%
		실제 현황	1.25%	3.29%	8.14%	29.11%	58.22%	4.40	87.32%
본인부담금 수준	대졸 미만	중요성	0.55%	0.55%	15.51%	34.90%	48.48%	4.30	83.38%
		실제 현황	0.83%	3.60%	19.39%	42.11%	34.07%	4.05	76.18%
	대졸 이상	중요성	0.47%	1.56%	8.29%	30.99%	58.69%	4.46	89.67%
		실제 현황	0.47%	3.60%	15.49%	39.91%	40.53%	4.16	80.44%
간단한 처치·수술	대졸 미만	중요성	0.28%	4.99%	9.70%	34.63%	50.42%	4.30	85.04%
		실제 현황	2.77%	9.42%	13.85%	31.02%	42.94%	4.02	73.96%
	대졸 이상	중요성	1.56%	3.44%	6.42%	29.42%	59.15%	4.41	88.58%
		실제 현황	3.76%	7.67%	9.39%	31.14%	48.04%	4.12	79.19%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 대졸 미만에서 4.16점, 3.86점, 대졸 이상에서 4.18점, 3.83점으로, 소폭의 차이지만 중요도는 대졸 이상에서 높게 나타난 반면 실제 현황은 대졸 미만에서 더 높았다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 교육 수준과 관계없이 정기적 건강검진(대졸 미만 ▲0.53점, 대졸 이상 ▲0.44점)에서 가장 크게 나타났다.

〈표 5-23〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
포괄성	대졸 미만	중요성	1.87%	6.79%	10.94%	33.93%	46.47%	4.16	80.40%
		실제 현황	5.47%	11.43%	13.02%	32.27%	37.81%	3.86	70.08%
	대졸 이상	중요성	1.96%	5.71%	12.83%	31.30%	48.20%	4.18	79.50%
		실제 현황	7.16%	10.60%	14.12%	28.68%	39.44%	3.83	68.11%
기본적 진료	대졸 미만	중요성	1.11%	2.49%	8.03%	32.41%	55.96%	4.40	88.37%
		실제 현황	2.22%	5.82%	8.31%	35.18%	48.48%	4.22	83.66%
	대졸 이상	중요성	0.94%	2.19%	6.57%	28.64%	61.66%	4.48	90.30%
		실제 현황	3.13%	4.85%	10.64%	29.89%	51.49%	4.22	81.38%
생활습관에 대한 상담 및 교육	대졸 미만	중요성	0.28%	5.26%	12.47%	38.78%	43.21%	4.19	81.99%
		실제 현황	3.60%	7.20%	14.40%	35.73%	39.06%	3.99	74.79%
	대졸 이상	중요성	1.56%	3.13%	12.52%	33.33%	49.45%	4.26	82.79%
		실제 현황	4.23%	7.51%	15.49%	30.99%	41.78%	3.99	72.77%
암 예방 조기 검진	대졸 미만	중요성	3.88%	11.91%	13.57%	28.25%	42.38%	3.93	70.64%
		실제 현황	8.03%	16.34%	14.68%	29.09%	31.86%	3.60	60.94%
	대졸 이상	중요성	2.66%	8.76%	16.12%	31.61%	40.85%	3.99	72.46%
		실제 현황	10.64%	15.02%	15.18%	26.92%	32.24%	3.55	59.15%
정기적 건강검진	대졸 미만	중요성	2.22%	7.48%	9.70%	36.29%	44.32%	4.13	80.61%
		실제 현황	8.03%	16.34%	14.68%	29.09%	31.86%	3.60	60.94%
	대졸 이상	중요성	2.66%	8.76%	16.12%	31.61%	40.85%	3.99	72.46%
		실제 현황	10.64%	15.02%	15.18%	26.92%	32.24%	3.55	59.15%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 대졸 미만에서 4.30점, 3.21점, 대졸 이상에서 4.35점, 2.96점으로 중요도는 대졸 이상에서 더 높았던 반면 실제 현황은 대졸 미만이 더 높게 나타났다.

조정 기능 영역의 중요도와 실제 현황 간 차이는 대졸 미만에서 1.09점, 대졸 이상에서 1.39점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 대졸 이상에서 차이 폭이 더 크게 나타났다.

〈표 5-24〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
조정 기능	대졸 미만	중요성	0.55%	3.32%	12.47%	33.38%	50.28%	4.30	83.66%
		실제 현황	9.28%	16.90%	33.52%	24.52%	15.79%	3.21	40.30%
	대졸 이상	중요성	1.41%	2.58%	10.09%	31.85%	54.07%	4.35	85.92%
		실제 현황	13.46%	21.83%	32.16%	20.42%	12.13%	2.96	32.55%
의료기관·시설 연계	대졸 미만	중요성	0.83%	1.94%	9.97%	33.24%	54.02%	4.38	87.26%
		실제 현황	9.14%	18.28%	31.86%	24.65%	16.07%	3.20	40.72%
	대졸 이상	중요성	0.63%	1.25%	7.36%	29.89%	60.88%	4.49	90.77%
		실제 현황	10.33%	21.75%	31.61%	22.54%	13.77%	3.08	36.31%
의뢰 후 관리	대졸 미만	중요성	0.28%	4.71%	14.96%	33.52%	46.54%	4.21	80.06%
		실제 현황	9.42%	15.51%	35.18%	24.38%	15.51%	3.21	39.89%
	대졸 이상	중요성	2.19%	3.91%	12.83%	33.80%	47.26%	4.20	81.06%
		실제 현황	16.59%	21.91%	32.71%	18.31%	10.49%	2.84	28.79%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 대졸 미만에서 4.38점, 3.70점, 대졸 이상에서 4.43점, 3.56점이었다. 교육 수준, 만성질환 유무와 관계없이 병력·건강 문제 인지 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이(▲0.93점, ▲1.20점)가 가장 컸으며, 치료 신뢰성 영역에서 차이(▲0.39점, ▲0.47점)가 가장 작았다.

〈표 5-25〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
개별화된 의료	대졸 미만	중요성	0.35%	1.25%	11.22%	34.56%	52.63%	4.38	87.19%
		실제 현황	2.42%	9.00%	27.91%	37.33%	23.34%	3.70	60.66%
	대졸 이상	중요성	0.67%	1.41%	8.84%	32.90%	56.18%	4.43	89.08%
		실제 현황	3.29%	10.88%	30.95%	36.66%	18.23%	3.56	54.89%
환자 이해	대졸 미만	중요성	0.28%	1.94%	11.36%	35.18%	51.25%	4.35	86.43%
		실제 현황	1.39%	7.20%	24.93%	42.38%	24.10%	3.81	66.48%
	대졸 이상	중요성	0.94%	1.10%	8.29%	30.36%	59.31%	4.46	89.67%
		실제 현황	2.19%	8.76%	29.58%	37.25%	22.22%	3.69	59.47%
쉬운 설명	대졸 미만	중요성	0.00%	0.28%	4.71%	27.98%	67.04%	4.62	95.01%
		실제 현황	2.77%	8.59%	26.04%	34.35%	28.25%	3.77	62.60%
	대졸 이상	중요성	0.47%	0.00%	2.50%	23.94%	73.08%	4.69	97.03%
		실제 현황	2.82%	8.61%	29.58%	36.93%	22.07%	3.67	59.00%
병력·건강 문제 인지	대졸 미만	중요성	0.55%	1.39%	8.59%	32.69%	56.79%	4.44	89.47%
		실제 현황	3.60%	11.63%	34.35%	30.75%	19.67%	3.51	50.42%
	대졸 이상	중요성	0.47%	1.25%	6.73%	32.86%	58.69%	4.48	91.55%
		실제 현황	5.16%	18.62%	33.80%	28.33%	14.08%	3.28	42.41%
치료 신뢰성	대졸 미만	중요성	0.55%	1.39%	20.22%	42.38%	35.46%	4.11	77.84%
		실제 현황	1.94%	8.59%	26.32%	41.83%	21.33%	3.72	63.16%
	대졸 이상	중요성	0.78%	3.29%	17.84%	44.44%	33.65%	4.07	78.09%
		실제 현황	2.97%	7.51%	30.83%	44.13%	14.55%	3.60	58.69%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 대졸 미만에서 4.22점, 3.10점, 대졸 이상에서 4.28점, 2.97점이었다. 가족 및 지역사회 지향성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 대졸 미만에서 1.12점, 대졸 이상에서 1.31점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 대졸 이상에서 차이 폭이 더 크게 집계되었다.

〈표 5-26〉 하위 그룹④: 교육 수준 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
가족·지역사회 지향성	대졸 미만	중요성	1.11%	3.32%	14.40%	34.76%	46.40%	4.22	81.16%
		실제 현황	6.79%	16.20%	46.12%	22.44%	8.45%	3.10	30.89%
	대졸 이상	중요성	1.10%	3.29%	11.58%	34.74%	49.30%	4.28	84.04%
		실제 현황	7.75%	20.50%	46.48%	17.45%	7.82%	2.97	25.27%
주변 환경 파악	대졸 미만	중요성	0.55%	2.49%	12.19%	36.01%	48.75%	4.30	84.76%
		실제 현황	4.16%	11.91%	45.15%	28.25%	10.53%	3.29	38.78%
	대졸 이상	중요성	0.63%	2.50%	7.67%	34.59%	54.62%	4.40	89.20%
		실제 현황	3.60%	15.96%	46.17%	24.88%	9.39%	3.21	34.27%
지역사회활동 참여	대졸 미만	중요성	1.66%	4.16%	16.62%	33.52%	44.04%	4.14	77.56%
		실제 현황	9.42%	20.50%	47.09%	16.62%	6.37%	2.90	22.99%
	대졸 이상	중요성	1.56%	4.07%	15.49%	34.90%	43.97%	4.16	78.87%
		실제 현황	11.89%	25.04%	46.79%	10.02%	6.26%	2.74	16.28%

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

5) 주된 일자리 유형

주된 일자리 유형에 따른 동네의원 인식 차이가 있는지 살펴보기 위해 '무직', '임금 근로자', '자영업자(무급가족종사자 포함)'로 구분하여 하위 그룹 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 무직이 4.45점, 4.23점, 임금근로자가 4.48점, 4.21점, 자영업자가 4.31점, 4.07점으로, 중요도와 실제 현황 모두 자영업자가 가장 낮은 수준이었다. 전반적으로 다른 속성에 비해 중요도와 실제 현황 간 점수 차이가 작았으며, 특히 접근성 영역에서 차이가 가장 작게 나타났다.

〈표 5-27〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분 ²⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
최초 접촉	무직	중요성	0.1%	1.8%	8.3%	33.0%	56.8%	4.45	89.80%
		실제 현황	1.2%	5.5%	10.4%	35.2%	47.7%	4.23	82.91%
	임금 근로자	중요성	0.4%	1.7%	8.9%	27.6%	61.3%	4.48	88.91%
		실제 현황	1.7%	4.3%	12.6%	34.1%	47.3%	4.21	81.43%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	2.4%	3.1%	9.3%	31.1%	54.0%	4.31	85.16%
		실제 현황	2.6%	7.1%	14.7%	31.7%	44.0%	4.07	75.64%
접근성	무직	중요성	0.0%	0.8%	7.6%	30.6%	60.9%	4.52	91.50%
		실제 현황	0.8%	4.2%	6.2%	31.2%	57.5%	4.40	88.67%
	임금 근로자	중요성	0.0%	0.6%	7.8%	24.0%	67.6%	4.59	91.58%
		실제 현황	0.6%	2.6%	10.4%	30.9%	55.5%	4.38	86.39%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	2.2%	1.1%	8.8%	26.4%	61.5%	4.44	87.91%
		실제 현황	2.2%	6.6%	8.8%	27.5%	54.9%	4.26	82.42%
본인부담금 수준	무직	중요성	0.0%	0.6%	9.3%	33.4%	56.7%	4.46	90.08%
		실제 현황	0.8%	2.3%	13.6%	42.5%	40.8%	4.20	83.29%
	임금 근로자	중요성	0.4%	0.9%	10.8%	30.2%	57.7%	4.44	87.90%
		실제 현황	0.4%	3.5%	17.5%	39.7%	38.9%	4.13	78.62%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.3%	14.3%	35.2%	45.6%	4.20	80.77%
		실제 현황	0.5%	6.6%	22.0%	39.6%	31.3%	3.95	70.88%
간단한 처치·수술	무직	중요성	0.3%	4.0%	7.9%	34.8%	53.0%	4.36	87.82%
		실제 현황	2.0%	9.9%	11.3%	32.0%	44.8%	4.08	76.77%
	임금 근로자	중요성	0.9%	3.7%	8.2%	28.5%	58.7%	4.41	87.26%
		실제 현황	3.9%	6.9%	9.9%	31.7%	47.5%	4.12	79.27%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	3.3%	4.9%	4.9%	31.9%	54.9%	4.30	86.81%
		실제 현황	4.9%	8.2%	13.2%	28.0%	45.6%	4.01	73.63%

주: 1) 무급가족종사자 포함.

2) '모르겠다' 제외.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 무직이 4.22점, 3.92점, 임금근로자가 4.16점, 3.78점, 자영업자가 4.18점, 4.03점으로, 중요도와 실제 현황 모두 임금근로자가 가장 낮은 수준이었다. 무직과 임금근로자에 비해 자영업자는 중요도와 실제 현황 간 차이가 작게 집계되었으며, 중요

도와 실제 현황 간 차이는 일자리 유형과 관계없이 암 예방 조기 검진(무직 ▲0.40점, 임금근로자 ▲0.49점, 자영업자 ▲0.18점)에서 가장 크게 나타났다.

〈표 5-28〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분 ²⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
포괄성	무직	중요성	1.3%	5.2%	10.8%	35.2%	47.4%	4.22	82.58%
		실제 현황	4.5%	10.3%	13.0%	33.6%	38.7%	3.92	72.24%
	임금근로자	중요성	2.6%	5.9%	12.6%	30.9%	47.9%	4.16	78.83%
		실제 현황	7.5%	11.5%	14.6%	28.4%	38.0%	3.78	66.41%
	자영업자 ¹⁾	중요성	2.5%	7.0%	10.7%	30.1%	49.7%	4.18	79.81%
		실제 현황	5.4%	8.7%	10.3%	29.1%	46.6%	4.03	75.69%
기본적 진료	무직	중요성	0.3%	1.7%	8.2%	31.4%	58.4%	4.46	89.80%
		실제 현황	1.7%	4.8%	9.3%	34.8%	49.3%	4.25	84.14%
	임금근로자	중요성	1.3%	2.2%	6.5%	28.3%	61.8%	4.47	90.06%
		실제 현황	3.5%	5.2%	11.4%	30.2%	49.7%	4.17	79.91%
	자영업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.8%	6.6%	31.3%	56.6%	4.37	87.91%
		실제 현황	3.3%	6.0%	6.6%	29.7%	54.4%	4.26	84.07%
생활습관에 대한 상담 및 교육	무직	중요성	0.6%	4.5%	13.9%	37.1%	43.9%	4.19	81.02%
		실제 현황	4.2%	6.8%	16.1%	34.0%	38.8%	3.96	72.80%
	임금근로자	중요성	1.5%	3.5%	11.4%	36.5%	47.1%	4.24	83.59%
		실제 현황	4.1%	8.4%	15.8%	32.4%	39.3%	3.94	71.71%
	자영업자 ¹⁾	중요성	1.1%	3.3%	12.6%	28.6%	54.4%	4.32	82.97%
		실제 현황	3.3%	5.5%	11.5%	30.8%	48.9%	4.16	79.67%
암 예방 조기 검진	무직	중요성	2.0%	9.1%	13.9%	33.7%	41.4%	4.03	75.07%
		실제 현황	5.9%	17.3%	15.0%	30.9%	30.9%	3.63	61.76%
	임금근로자	중요성	3.5%	9.9%	17.9%	27.6%	41.0%	3.93	68.68%
		실제 현황	13.4%	15.1%	16.2%	24.8%	30.5%	3.44	55.29%
	자영업자 ¹⁾	중요성	3.8%	11.5%	11.0%	30.8%	42.9%	3.97	73.63%
		실제 현황	7.1%	13.2%	12.1%	28.6%	39.0%	3.79	67.58%
정기적 건강검진	무직	중요성	2.5%	5.7%	7.4%	38.5%	45.9%	4.20	84.42%
		실제 현황	5.9%	12.5%	11.3%	34.6%	35.7%	3.82	70.25%
	임금근로자	중요성	4.1%	8.2%	14.7%	31.3%	41.7%	3.98	73.00%
		실제 현황	9.1%	17.3%	14.9%	26.1%	32.6%	3.56	58.75%
	자영업자 ¹⁾	중요성	3.3%	9.3%	12.6%	29.7%	45.1%	4.04	74.73%
		실제 현황	7.7%	9.9%	11.0%	27.5%	44.0%	3.90	71.43%

주: 1) 무급가족종사자 포함.

2) '모르겠다' 제외.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 무직이 4.32점, 3.22점, 임금근로자가 4.35점, 2.95점, 자영업자가 4.31점, 2.98점으로 임금근로자가 조정 기능의 중요도를 가장 높게 평가한 반면 실제 현황은 가장 낮은 수준으로 평가하였다. 조정 기능 영역의 중요도와 실제 현황 간 차이는 무직, 임금근로자, 자영업자가 각각 1.10점, 1.40점, 1.33점으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 컸으며, 특히 임금근로자에서 차이 폭이 더 크게 나타났다.

〈표 5-29〉 하위 그룹⑥: 주된 일자리 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분 ²⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
조정 기능	무직	중요성	0.4%	3.1%	11.3%	34.7%	50.4%	4.32	85.13%
		실제 현황	9.2%	17.4%	32.7%	23.5%	17.1%	3.22	40.65%
	임금근로자	중요성	1.4%	2.1%	10.9%	31.7%	53.9%	4.35	85.64%
		실제 현황	13.6%	20.5%	34.7%	19.8%	11.4%	2.95	31.21%
	자영업자 ¹⁾	중요성	1.6%	4.4%	10.2%	29.1%	54.7%	4.31	83.79%
		실제 현황	12.9%	23.6%	27.5%	24.5%	11.5%	2.98	35.99%
의료기관·시설 연계	무직	중요성	0.0%	1.7%	8.8%	31.7%	57.8%	4.46	89.52%
		실제 현황	7.6%	16.7%	31.7%	25.5%	18.4%	3.30	43.91%
	임금근로자	중요성	1.1%	0.6%	8.6%	30.9%	58.7%	4.46	89.63%
		실제 현황	11.0%	21.4%	34.6%	21.2%	11.9%	3.02	33.05%
	자영업자 ¹⁾	중요성	1.1%	3.3%	6.6%	29.7%	59.3%	4.43	89.01%
		실제 현황	11.5%	24.7%	24.7%	24.7%	14.3%	3.05	39.01%
의뢰 후 관리	무직	중요성	0.8%	4.5%	13.9%	37.7%	43.1%	4.18	80.74%
		실제 현황	10.8%	18.1%	33.7%	21.5%	15.9%	3.14	37.39%
	임금근로자	중요성	1.7%	3.5%	13.2%	32.6%	49.0%	4.24	81.64%
		실제 현황	16.2%	19.7%	34.8%	18.4%	11.0%	2.88	29.37%
	자영업자 ¹⁾	중요성	2.2%	5.5%	13.7%	28.6%	50.0%	4.19	78.57%
		실제 현황	14.3%	22.5%	30.2%	24.2%	8.8%	2.91	32.97%

주: 1) 무급가족종사자 포함.

2) '모르겠다' 제외.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 무직이 4.44점, 3.77점, 임금근로자가 4.41점, 3.55점, 자영업자가 4.38점, 3.45점이었다. 주된 일자리와 관계없이 병력·건강 문제 인지 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이(무직 ▲0.95점, 임금근로자 ▲1.19점, 자영업자 ▲1.41점)가 가장 크게 나타났다.

〈표 5-30〉 하위 그룹 ⑤: 주된 일자리 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분 ²⁾		중요성	실제 현황	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
개별화된 의료	무직	중요성	0.3%	0.6%	8.0%	36.6%	54.5%	4.44	91.08%	
		실제 현황	2.1%	8.9%	25.1%	38.0%	25.9%	3.77	63.95%	
	임금 근로자	중요성	0.4%	1.3%	10.4%	32.1%	55.7%	4.41	87.85%	
		실제 현황	2.5%	10.3%	33.9%	36.3%	16.9%	3.55	53.24%	
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.1%	2.5%	10.0%	29.8%	56.6%	4.38	86.40%	
		실제 현황	5.8%	12.6%	28.8%	35.9%	16.9%	3.45	52.75%	
환자 이해	무직	중요성	0.3%	0.3%	8.5%	33.1%	57.8%	4.48	90.93%	
		실제 현황	1.7%	7.9%	22.7%	39.9%	27.8%	3.84	67.71%	
	임금 근로자	중요성	0.6%	1.3%	9.9%	31.7%	56.4%	4.42	88.12%	
		실제 현황	1.3%	7.1%	33.3%	38.9%	19.4%	3.68	58.32%	
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.8%	9.9%	30.8%	53.8%	4.31	84.62%	
		실제 현황	3.8%	11.5%	24.7%	37.9%	22.0%	3.63	59.89%	
쉬운 설명	무직	중요성	0.0%	0.0%	2.8%	28.6%	68.6%	4.66	97.17%	
		실제 현황	2.5%	5.9%	23.2%	36.8%	31.4%	3.89	68.27%	
	임금 근로자	중요성	0.4%	0.0%	3.7%	22.7%	73.2%	4.68	95.90%	
		실제 현황	2.2%	9.3%	30.7%	37.1%	20.7%	3.65	57.88%	
	자영 업자 ¹⁾	중요성	0.5%	0.5%	3.3%	25.8%	69.8%	4.64	95.60%	
		실제 현황	4.9%	12.1%	31.9%	31.3%	19.8%	3.49	51.10%	
병력·건강 문제 인지	무직	중요성	0.3%	0.6%	6.2%	35.7%	57.2%	4.49	92.92%	
		실제 현황	2.8%	14.7%	29.7%	31.2%	21.5%	3.54	52.69%	
	임금 근로자	중요성	0.2%	1.5%	8.0%	32.0%	58.3%	4.47	90.28%	
		실제 현황	4.1%	17.5%	38.2%	26.8%	13.4%	3.28	40.17%	
	자영 업자 ¹⁾	중요성	0.5%	0.5%	3.3%	25.8%	69.8%	4.64	95.60%	
		실제 현황	9.3%	15.4%	31.3%	31.3%	12.6%	3.23	43.96%	
치료 신뢰성	무직	중요성	0.6%	1.7%	14.4%	49.0%	34.3%	4.15	83.29%	
		실제 현황	1.4%	6.8%	24.6%	44.2%	22.9%	3.80	67.14%	
	임금 근로자	중요성	0.4%	2.4%	20.1%	42.1%	35.0%	4.09	77.11%	
		실제 현황	2.6%	7.3%	33.5%	42.5%	14.0%	3.58	56.59%	
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	4.9%	23.6%	36.8%	33.0%	3.95	69.78%	
		실제 현황	4.9%	11.5%	27.5%	42.9%	13.2%	3.48	56.04%	

주: 1) 무급가족종사자 포함.

2) '모르겠다' 제외.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 무직이 4.28점, 3.15점, 임금근로자가 4.26점, 2.96점, 자영업자가 4.22점, 2.91점이었다. 가족 및 지역사회 지향성 영역에서 중요도와 실제 현황 간 차이는 무직이 1.13점, 임금근로자가 1.30점, 자영업자가 1.31점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 크게 집계되었다.

〈표 5-31〉 하위 그룹⑤: 주된 일자리 - 동네의원예 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분 ²⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
가족·지역사회 지향성	무직	중요성	0.6%	3.8%	11.8%	35.1%	48.7%	4.28	83.85%
		실제 현황	5.0%	16.4%	48.0%	20.3%	10.3%	3.15	30.59%
	임금 근로자	중요성	1.3%	2.5%	13.3%	34.3%	48.6%	4.26	82.94%
		실제 현황	8.2%	19.4%	47.5%	18.1%	6.7%	2.96	24.84%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.6%	12.6%	35.2%	47.0%	4.22	82.14%
		실제 현황	10.2%	22.5%	40.1%	20.1%	7.1%	2.91	27.20%
주변 환경 파악	무직	중요성	0.0%	2.3%	7.4%	36.0%	54.4%	4.42	90.37%
		실제 현황	2.5%	12.2%	45.6%	26.3%	13.3%	3.36	39.66%
	임금 근로자	중요성	0.6%	2.2%	9.5%	35.0%	52.7%	4.37	87.69%
		실제 현황	3.2%	14.5%	48.4%	25.7%	8.2%	3.21	33.91%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.3%	12.6%	33.5%	48.9%	4.25	82.42%
		실제 현황	7.7%	19.2%	39.6%	26.4%	7.1%	3.06	33.52%
지역사회활동 참여	무직	중요성	1.1%	5.4%	16.1%	34.3%	43.1%	4.13	77.34%
		실제 현황	7.4%	20.7%	50.4%	14.2%	7.4%	2.93	21.53%
	임금 근로자	중요성	1.9%	2.8%	17.1%	33.7%	44.5%	4.16	78.19%
		실제 현황	13.2%	24.4%	46.7%	10.6%	5.2%	2.70	15.77%
	자영 업자 ¹⁾	중요성	1.6%	3.8%	12.6%	36.8%	45.1%	4.20	81.87%
		실제 현황	12.6%	25.8%	40.7%	13.7%	7.1%	2.77	20.88%

주: 1) 무급가족종사자 포함.

2) '모르겠다' 제외.

자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

6) 가구소득 수준

가구소득 수준에 따른 동네의원 인식 차이가 있는지 살펴보기 위해 '300만 원 미만', '300만 원 이상 600만 원 미만', '600만 원 이상'으로 구분하여 하위 그룹 분석을 실시한 결과는 다음과 같다.

(1) 최초 접촉(First Contact)

일차의료 속성 중 최초 접촉(First contact) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 300만 원 미만이 4.38점, 4.12점, 300만 원 이상 600만 원 미만이 4.45점, 4.22점, 600만 원 이상이 4.48점, 4.23점으로, 300만 원 미만에서 중요도와 실제 현황이 가장 낮게 평가되었다.

〈표 5-32〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 최초 접촉

구분			전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
최초 접촉	하	중요성	0.4%	2.6%	10.5%	32.0%	54.5%	4.38	86.51%
		실제 현황	1.6%	7.0%	13.0%	35.3%	43.2%	4.12	78.47%
	중	중요성	0.8%	1.3%	8.0%	32.2%	57.7%	4.45	89.89%
		실제 현황	1.7%	4.2%	11.3%	36.2%	46.6%	4.22	82.85%
	상	중요성	0.7%	1.7%	8.6%	27.4%	61.6%	4.48	89.00%
		실제 현황	1.8%	4.4%	12.8%	30.8%	50.2%	4.23	80.99%
접근성	하	중요성	0.4%	1.6%	10.5%	28.4%	59.1%	4.44	87.55%
		실제 현황	1.2%	7.0%	10.9%	30.0%	51.0%	4.23	80.93%
	중	중요성	0.8%	0.8%	6.3%	29.3%	62.8%	4.53	92.08%
		실제 현황	1.1%	2.4%	7.1%	33.2%	56.2%	4.41	89.45%
	상	중요성	0.0%	0.0%	8.6%	23.4%	68.0%	4.59	91.41%
		실제 현황	1.0%	2.4%	9.6%	27.5%	59.5%	4.42	86.94%
본인부담금 수준	하	중요성	0.4%	1.9%	13.2%	33.5%	51.0%	4.33	84.44%
		실제 현황	0.4%	3.9%	16.7%	43.6%	35.4%	4.10	78.99%
	중	중요성	0.3%	0.8%	10.0%	35.9%	53.0%	4.41	88.92%
		실제 현황	0.5%	4.2%	15.3%	42.0%	38.0%	4.13	79.95%
	상	중요성	0.3%	1.0%	10.0%	29.9%	58.8%	4.46	88.66%
		실제 현황	0.3%	2.4%	17.9%	37.8%	41.6%	4.18	79.38%

구분		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
간단한 처치·수술	하	중요성	0.4%	4.3%	7.8%	34.2%	53.3%	4.36	87.55%
		실제 현황	3.1%	10.1%	11.3%	32.3%	43.2%	4.02	75.49%
	중	중요성	1.3%	2.4%	7.7%	31.4%	57.3%	4.41	88.65%
		실제 현황	3.4%	6.1%	11.3%	33.5%	45.6%	4.12	79.16%
	상	중요성	1.7%	4.1%	7.2%	28.9%	58.1%	4.37	86.94%
		실제 현황	4.1%	8.2%	11.0%	27.1%	49.5%	4.10	76.63%

주: '하' 300만 원 미만, '중' 300만 원 이상 600만원, '상' 600만 원 이상. 소득에 대해 '모르겠다'고 답한 참여자 제외.
 자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(2) 포괄성(Comprehensiveness)

일차의료 속성 중 포괄성(Comprehensiveness) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 300만 원 미만이 4.18점, 3.91점, 300만 원 이상 600만 원 미만이 4.18점, 3.89점, 600만 원 이상이 4.19점, 3.82점으로, 중요도에 대한 인식은 소득과 관계없이 유사한 수준이었고 실제 현황은 300만 원 미만에서 높게 평가되었다. 생활습관에 대한 상담 및 교육을 제외한 나머지 영역에서 소득 수준이 높아질수록 중요도와 실제 현황 간 차이가 커지는 경향이 확인되었다.

〈표 5-33〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 포괄성

구분 ¹⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
포괄성	하	중요성	1.6%	6.9%	9.9%	35.6%	46.0%	4.18	81.61%
		실제 현황	4.4%	10.7%	11.9%	35.3%	37.7%	3.91	73.05%
	중	중요성	2.2%	5.7%	12.4%	31.7%	48.0%	4.18	79.68%
		실제 현황	5.3%	11.0%	13.3%	30.2%	40.1%	3.89	70.32%
	상	중요성	2.7%	5.3%	11.8%	30.3%	49.8%	4.19	80.15%
		실제 현황	8.4%	10.3%	13.5%	26.7%	41.1%	3.82	67.78%
기본적 진료	하	중요성	1.2%	1.6%	8.2%	33.1%	56.0%	4.41	89.11%
		실제 현황	2.3%	5.4%	7.4%	37.7%	47.1%	4.22	84.82%
	중	중요성	0.8%	2.6%	6.9%	29.8%	59.9%	4.45	89.71%
		실제 현황	2.1%	5.8%	10.3%	30.6%	51.2%	4.23	81.79%

구분 ¹⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
	상	중요성	1.4%	1.7%	6.5%	28.5%	61.9%	4.48	90.38%
		실제 현황	4.1%	4.1%	11.7%	28.5%	51.5%	4.19	80.07%
생활습관에 대한 상담 및 교육	하	중요성	0.4%	3.9%	12.1%	39.7%	44.0%	4.23	83.66%
		실제 현황	3.1%	7.0%	16.0%	36.2%	37.7%	3.98	73.93%
	중	중요성	1.8%	3.4%	13.7%	34.8%	46.2%	4.20	81.00%
		실제 현황	3.7%	8.2%	14.8%	32.5%	40.9%	3.99	73.35%
	상	중요성	1.0%	4.5%	11.3%	32.3%	50.9%	4.27	83.16%
		실제 현황	4.8%	7.9%	13.7%	28.5%	45.0%	4.01	73.54%
암 예방 조기 검진	하	중요성	2.7%	14.4%	10.9%	32.3%	39.7%	3.92	71.98%
		실제 현황	7.0%	17.5%	14.0%	31.9%	29.6%	3.60	61.48%
	중	중요성	2.9%	8.7%	16.6%	29.8%	42.0%	3.99	71.77%
		실제 현황	9.0%	14.5%	15.6%	27.7%	33.2%	3.62	60.95%
	상	중요성	3.4%	7.9%	16.2%	29.6%	43.0%	4.01	72.51%
		실제 현황	12.7%	14.4%	14.4%	25.4%	33.0%	3.52	58.42%
정기적 건강검진	하	중요성	1.9%	7.8%	8.6%	37.4%	44.4%	4.14	81.71%
		실제 현황	5.1%	12.8%	10.1%	35.4%	36.6%	3.86	71.98%
	중	중요성	3.2%	8.2%	12.4%	32.5%	43.8%	4.06	76.25%
		실제 현황	6.6%	15.6%	12.7%	30.1%	35.1%	3.72	65.17%
	상	중요성	5.2%	7.2%	13.1%	30.9%	43.6%	4.01	74.57%
		실제 현황	12.0%	14.8%	14.1%	24.4%	34.7%	3.55	59.11%

주: '하' 300만 원 미만, '중' 300만 원 이상 600만원, '상' 600만 원 이상. 소득에 대해 '모르겠다'고 답한 참여자 제외.
자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(3) 조정 기능(Coordination function)

일차의료 속성 중 조정 기능(Coordination function) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 300만 원 미만이 4.33점, 3.28점, 300만 원 이상 600만 원 미만이 4.33점, 2.98점, 600만 원 이상이 4.31점, 2.91점이었다. 다른 속성에 비해 중요도 대비 실제 현황이 낮게 평가되었으며, 모든 세부 영역에서 소득 수준이 높아질수록 중요도와 실제 현황 간 차이가 커지는 경향이 확인되었다.

〈표 5-34〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원내 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 조정 기능

구분 ¹⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
조정 기능	하	중요성	0.6%	2.3%	11.3%	35.0%	50.8%	4.33	85.80%
		실제 현황	9.1%	16.5%	29.8%	26.5%	18.1%	3.28	44.55%
	중	중요성	0.7%	2.9%	11.7%	31.9%	52.8%	4.33	84.70%
		실제 현황	11.6%	21.9%	34.8%	19.8%	11.9%	2.98	31.66%
	상	중요성	2.1%	3.3%	9.8%	31.3%	53.6%	4.31	84.88%
		실제 현황	15.5%	21.8%	30.2%	21.1%	11.3%	2.91	32.47%
의료기관·시설 연계	하	중요성	0.4%	1.6%	8.9%	33.5%	55.6%	4.42	89.11%
		실제 현황	7.8%	17.1%	27.2%	27.2%	20.6%	3.36	47.86%
	중	중요성	0.5%	1.1%	8.7%	31.4%	58.3%	4.46	89.71%
		실제 현황	9.8%	22.2%	33.0%	22.7%	12.4%	3.06	35.09%
	상	중요성	1.0%	1.7%	7.6%	29.2%	60.5%	4.46	89.69%
		실제 현황	11.3%	22.0%	31.3%	22.3%	13.1%	3.04	35.40%
의뢰 후 관리	하	중요성	0.8%	3.1%	13.6%	36.6%	45.9%	4.24	82.49%
		실제 현황	10.5%	16.0%	32.3%	25.7%	15.6%	3.20	41.25%
	중	중요성	0.8%	4.7%	14.8%	32.5%	47.2%	4.21	79.68%
		실제 현황	13.5%	21.6%	36.7%	16.9%	11.3%	2.91	28.23%
	상	중요성	3.1%	4.8%	12.0%	33.3%	46.7%	4.16	80.07%
		실제 현황	19.6%	21.6%	29.2%	19.9%	9.6%	2.78	29.55%

주: '하' 300만 원 미만, '중' 300만 원 이상 600만원, '상' 600만 원 이상. 소득에 대해 '모르겠다'고 답한 참여자 제외.
 자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(4) 개별화된 의료(Personalized care)

일차의료 속성 중 개별화된 의료(Personalized care) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 300만 원 미만이 4.39점, 3.71점, 300만 원 이상 600만 원 미만이 4.42점, 3.60점, 600만 원 이상이 4.47점, 3.50점이었다. 소득 수준이 높을수록 중요도를 높게 평가한 반면 소득 수준이 높아짐에 따라 실제 현황은 낮게 평가되어, 모든 세부 영역에서 소득 수준이 높아질수록 중요도와 실제 현황 간 차이가 커지는 경향이 확인되었다. 세부 영역별로는 소득 수준과 관계없이 '병력 및 건강 문제 인지' 영역의 중요도와 실제 현황 간 차이가 가장 크게 나타났다.

〈표 5-35〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 개별화된 의료

구분 ¹⁾		전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율	
개별화된 의료	하	중요성	0.2%	1.2%	10.2%	36.8%	51.7%	4.39	88.42%
		실제 현황	2.2%	9.2%	26.7%	38.8%	23.1%	3.71	61.87%
	중	중요성	0.4%	1.5%	8.6%	34.5%	55.1%	4.42	89.58%
		실제 현황	1.9%	10.8%	31.1%	37.9%	18.3%	3.60	56.20%
	상	중요성	0.9%	0.9%	9.0%	28.6%	60.6%	4.47	89.18%
		실제 현황	4.6%	10.8%	32.3%	34.6%	17.7%	3.50	52.32%
환자 이해	하	중요성	0.4%	0.8%	12.5%	36.6%	49.8%	4.35	86.38%
		실제 현황	1.6%	8.2%	26.1%	40.5%	23.7%	3.77	64.20%
	중	중요성	0.3%	1.3%	7.1%	32.2%	59.1%	4.49	91.29%
		실제 현황	1.1%	9.2%	27.7%	40.4%	21.6%	3.72	62.01%
	상	중요성	1.0%	1.7%	9.6%	28.9%	58.8%	4.43	87.63%
		실제 현황	2.7%	6.5%	31.3%	37.1%	22.3%	3.70	59.45%
쉬운 설명	하	중요성	0.0%	0.4%	4.3%	29.2%	66.1%	4.61	95.33%
		실제 현황	1.9%	10.1%	25.3%	35.4%	27.2%	3.76	62.65%
	중	중요성	0.0%	0.0%	2.9%	25.3%	71.8%	4.69	97.10%
		실제 현황	2.1%	8.2%	30.3%	36.9%	22.4%	3.69	59.37%
	상	중요성	0.7%	0.0%	2.4%	23.0%	73.9%	4.69	96.91%
		실제 현황	4.5%	8.2%	29.9%	36.1%	21.3%	3.62	57.39%
병력·건강 문제 인지	하	중요성	0.0%	0.8%	9.3%	34.2%	55.6%	4.45	89.88%
		실제 현황	3.1%	14.4%	31.1%	32.3%	19.1%	3.50	51.36%
	중	중요성	0.8%	1.3%	6.3%	34.6%	57.0%	4.46	91.56%
		실제 현황	3.4%	16.4%	36.9%	29.0%	14.2%	3.34	43.27%
	상	중요성	0.7%	0.0%	2.4%	23.0%	73.9%	4.69	96.91%
		실제 현황	6.5%	19.6%	34.4%	26.5%	13.1%	3.20	39.52%
치료 신뢰성	하	중요성	0.4%	2.7%	14.8%	47.1%	35.0%	4.14	82.10%
		실제 현황	2.3%	4.3%	24.1%	47.1%	22.2%	3.82	69.26%
	중	중요성	0.5%	3.2%	17.9%	45.9%	32.5%	4.07	78.36%
		실제 현황	1.1%	9.2%	29.6%	45.4%	14.8%	3.64	60.16%
	상	중요성	1.4%	1.7%	21.6%	39.5%	35.7%	4.07	75.26%
		실제 현황	4.5%	8.9%	33.7%	38.8%	14.1%	3.49	52.92%

주: '하' 300만 원 미만, '중' 300만 원 이상 600만원, '상' 600만 원 이상. 소득에 대해 '모르겠다'고 답한 참여자 제외.
자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

(5) 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation)

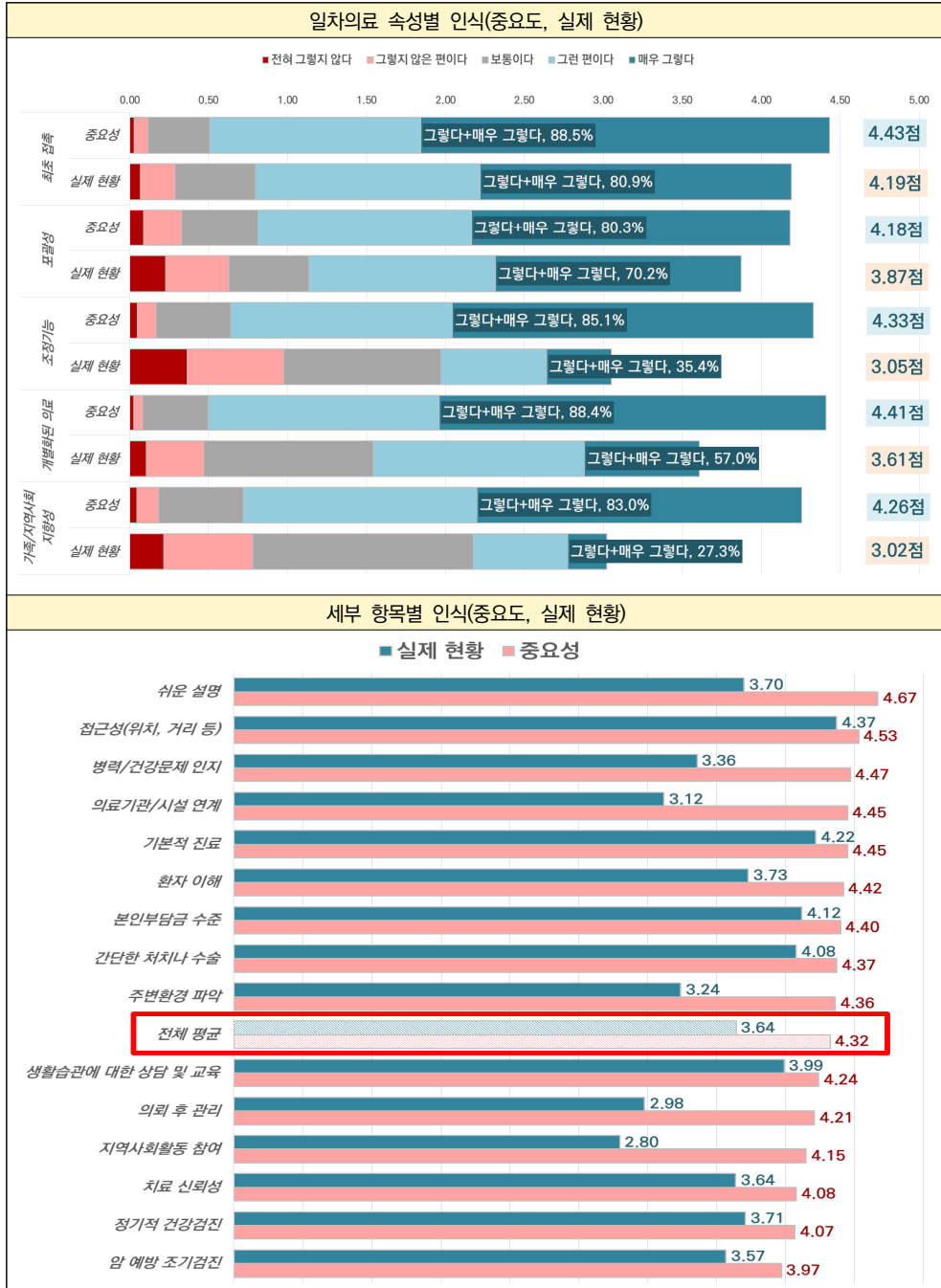
일차의료 속성 중 가족 및 지역사회 지향성(Family and community orientation) 영역의 중요도와 실제 현황 점수는 각각 300만 원 미만 4.24점, 3.14점, 300만 원 이상 600만 원 미만 4.23점, 2.98점, 600만 원 이상이 4.34점, 2.94점이었다. 중요도와 실제 현황 간 차이는 300만 원 미만 1.10점, 300만 원 이상 600만 원 미만 1.25점, 600만 원 이상이 1.40점으로 전반적으로 모든 세부 항목에서 중요도와 실제 현황 간 차이가 크게 집계되었으며, 소득 수준이 높아질수록 차이가 커지는 경향이 확인되었다.

〈표 5-36〉 하위 그룹⑥: 소득 수준 - 동네의원에 대한 일차의료 속성별 인식(중요도, 실제 현황): 가족 및 지역사회 지향성

구분 ¹⁾		중요성	전혀 그렇지 않다	그렇지 않은 편이다	보통이다	그런 편이다	매우 그렇다	평균 점수 (5점 만점)	그렇다 비율
가족·지역사회 지향성	하	중요성	1.2%	2.7%	13.8%	36.0%	46.3%	4.24	82.30%
		실제 현황	6.8%	14.4%	45.5%	24.7%	8.6%	3.14	33.27%
	중	중요성	0.9%	3.6%	14.0%	35.0%	46.6%	4.23	81.53%
		실제 현황	6.2%	21.4%	48.8%	15.6%	8.0%	2.98	23.61%
	상	중요성	1.2%	3.3%	9.1%	33.7%	52.7%	4.34	86.43%
		실제 현황	9.3%	21.8%	42.1%	19.1%	7.7%	2.94	26.80%
주변 환경 파악	하	중요성	0.4%	1.2%	11.7%	35.4%	51.4%	4.36	86.77%
		실제 현황	3.9%	9.7%	45.9%	29.6%	10.9%	3.34	40.47%
	중	중요성	0.5%	2.4%	11.3%	34.8%	50.9%	4.33	85.75%
		실제 현황	2.6%	17.2%	46.4%	23.7%	10.0%	3.21	33.77%
	상	중요성	0.7%	3.1%	5.2%	35.4%	55.7%	4.42	91.07%
		실제 현황	4.1%	16.8%	44.3%	26.5%	8.2%	3.18	34.71%
지역사회활동 참여	하	중요성	1.9%	4.3%	16.0%	36.6%	41.2%	4.11	77.82%
		실제 현황	9.7%	19.1%	45.1%	19.8%	6.2%	2.94	26.07%
	중	중요성	1.3%	4.7%	16.6%	35.1%	42.2%	4.12	77.31%
		실제 현황	9.8%	25.6%	51.2%	7.4%	6.1%	2.74	13.46%
	상	중요성	1.7%	3.4%	13.1%	32.0%	49.8%	4.25	81.79%
		실제 현황	14.4%	26.8%	39.9%	11.7%	7.2%	2.70	18.90%

주: '하' 300만 원 미만, '중' 300만 원 이상 600만원, '상' 600만 원 이상. 소득에 대해 '모르겠다'고 답한 참여자 제외. 자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

[그림 5-6] 동네의원에 대한 세부 항목별 인식(중요도, 실제 현황) 종합



자료: 한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 자료 분석.

제2절 일차의료 만성질환 관리 평가: 질적 연구

이 절에서는 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환을 가지고 현재 일차의료기관, 즉 동네의원을 중심으로 이를 치료, 관리 중인 만성질환자를 대상으로 초점집단인터뷰(FGI)를 실시하였고, 일차의원에서 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환자를 진료하는 의사를 대상으로 심층 면접을 실시하여 의료 이용자와 제공자의 관점에서 우리나라 만성질환 의료시스템을 평가하고자 하였다.

1. 연구 방법

가. 참여자 구성과 진행 방식

1) 만성질환자 초점집단인터뷰 참여자 구성 및 진행

본 연구를 위해 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환을 가지고 있는 일반인을 대상으로 초점집단인터뷰를 실시하였다. 초점집단인터뷰 시점을 기준으로 1년 이상 만성질환을 앓고 있는 대상자를 모집하였으며, 인터뷰 참여자의 초점집단은 2~4인으로 구성하였다. 초점집단인터뷰 참여자의 구성 및 이들의 만성질환 유병 현황 등에 관한 정보는 다음의 <표 5-37>과 같다.

<표 5-37> 초점집단인터뷰 참여자 구성 및 만성질환 유병 현황

번호	초점집단	참여자	만성질환 유병 현황
1	1	참여자 1	당뇨, 고지혈증
2		참여자 2 ¹⁾	당뇨
3	2	참여자 3	당뇨, 고혈압
4		참여자 4	고혈압, 당뇨, 고지혈증
5	3	참여자 5	고지혈증
6		참여자 6	고지혈증
7		참여자 7	당뇨
8	4	참여자 8	고혈압
9		참여자 9	고혈압, 고지혈증

번호	초점집단	참여자	만성질환 유병 현황
10	5	참여자 10	당뇨, 고혈압, 고지혈증
11		참여자 11	당뇨, 고혈압, 고지혈증
12		참여자 12	당뇨, 고혈압, 고지혈증, 치매
13		참여자 13	당뇨
14	6	참여자 14	고혈압, 당뇨
15		참여자 15	고혈압, 고지혈증, 골다공증
16	7	참여자 16	고혈압, 당뇨, 고지혈증, 골다공증, 관절염
17		참여자 17	고혈압, 고지혈증
18	8	참여자 18	고혈압, 고지혈증, 당뇨
19		참여자 19	고혈압, 협심증
20	9	참여자 20 ¹⁾	고혈압, 당뇨, 협심증
21		참여자 21	고지혈증, 골감소증
22	10	참여자 22	고지혈증
23		참여자 23	혈관성 만성 두통

주: 연구진이 직접 작성함. 1) 만성질환자의 가족.

초점집단인터뷰는 2021년 7월부터 2021년 9월에 이르기까지 총 10회에 걸쳐 진행되었고 총 23명이 참여하였다. 초점집단인터뷰를 위하여 반구조화된 질문지를 구성하였고, 질문의 구성은 ‘만성질환자의 만성질환 치료·관리의 인식과 경험’을 주제로 1) 자신의 만성질환 유병력, 2) 진단 후 현재까지의 치료 및 관리 상황, 3) 만성질환의 치료 및 관리를 위한 의료 이용 경험(일차의료기관을 포함한 의료기관 이용 경험, 의사와의 관계 등), 4) 만성질환 관리에 대하여 기대하거나 바라는 점 등을 중심으로 질문하였다. 인터뷰에는 연구자 2인이 함께 참여하였으며 1회 인터뷰당 1시간~1시간 30분 정도 시간이 소요되었다. 참여자에게는 인터뷰의 녹음을 포함한 인터뷰 전반의 과정을 설명하고 이에 대한 동의서를 작성하였으며 이후 인터뷰 내용은 모두 녹음한 후 이를 필사하여 분석에 사용하였다. 참여자들에게는 모두 인터뷰 참여에 대하여 소정의 사례비를 지급하였다.

2) 일차의사 심층 인터뷰 참여자 구성 및 진행

본 연구의 심층 인터뷰에 참여한 의사는 서울, 경기, 대전 등 3개 지역에서 고혈압, 당뇨, 고지혈증 등의 만성질환자를 진료하고 있는 개원한 내과 또는 가정의학과 일차

의사이다. 이들 중 대다수는 현재 보건복지부에서 시행하고 있는 일차의료 만성질환 관리 시범사업에 참여하고 있었다. 인터뷰 대상자의 구체적인 지역별, 진료 과목별 분포는 다음의 <표 5-38>과 같다.

<표 5-38> 초점집단인터뷰 참여자의 지역별, 전문 과목별 분포

번호	참여자	지역	진료 과목	일차의료 만성질환 관리 시범사업 참여 여부
1	A	서울	가정의학과	참여
2	B	경기	가정의학과	미참여
3	C	경기	가정의학과	미참여
4	D	대전	내과	참여
5	E	대전	내과	참여
6	F	대전	내과	참여
7	G	대전	내과	참여
8	H	서울	내과	참여
9	I	경기	내과	참여
10	J	서울	내과	참여
11	K	서울	내과	참여
12	L	서울	내과	참여

주: 연구진이 직접 작성함

지역에서 개원한 의사를 대상으로 한 면대면 인터뷰는 2021년 7월부터 2021년 8월 사이에 이루어졌으며, 총 12명이 참여하였다. 반구조화된 질문지를 이용하여 인터뷰를 진행하였고, 질문의 구성은 ‘의료 제공자 관점에서 본 일차의료 만성질환 관리’를 주제로 1) 만성질환 치료 및 관리의 현황, 2) 현재 일차의료 진료 환경하에서의 만성질환 관리의 평가, 3) 바람직한 만성질환의 치료 및 관리를 위한 일차의사의 의견 등에 대하여 질문하였다. 특히 본 인터뷰에 응한 일차의사들에게 현재 시행 중인 일차의료 만성질환 관리 시범사업에 대한 평가도 요청하여 인터뷰 내용에 포함하였다. 인터뷰에는 연구자 1인 또는 2인이 함께 참여하였으며 1회 인터뷰당 1시간~1시간 30분 정도 시간이 소요되었다. 참여자에게는 인터뷰 내용의 녹음을 포함한 인터뷰 전반의 과정을 설명하고 이에 대한 동의서를 작성하였으며 인터뷰 내용은 모두 녹음한 후 필사하였다. 참여자들에게는 모두 인터뷰 참여에 대하여 소정의 사례비를 지급하였다.

나. 자료 분석

1) 만성질환자 초점집단인터뷰 자료 분석

초점집단인터뷰를 통해 획득한 녹취록을 바탕으로 주제분석(theme analysis)을 실시하였다. 참여자들의 구술문을 ‘만성질환자의 치료·관리의 인식과 경험’을 코딩의 주요 단위로 설정하여 텍스트를 추출하였다. 코드의 범주화를 위하여 추출된 텍스트의 내용을 반복적으로 읽으며 그 의미와 주제를 귀납적으로 도출하고자 하였으며 크게 1) 만성질환자의 만성질환에 대한 질병 경험(지식, 태도, 감정 포함), 2) 만성질환 관리를 위한 일차의료기관을 포함한 의료 이용 경험 그리고 민간요법이나 관련 정보 등의 제반 만성질환 관리 경험, 3) 환자 중심의 만성질환 관리를 위한 의료시스템에 대한 의견 및 기대 등으로 영역을 나누어 코딩을 실시하였다. 하나의 텍스트에서 두 가지 이상의 코드가 부여되기도 하였고, 한 연구자가 생성한 코드를 다른 연구자와 공유하여 다른 연구자 또한 이에 대해 코딩한 후 두 연구자 간 생성한 코드들의 일치 정도를 확인하는 과정을 거쳤다. 인터뷰 참여자들의 구술문으로 토대로 하여 3개 주제 영역에서 총 20개의 코드가 도출되었다.

2) 일차의사 심층 인터뷰 자료 분석

지역에서 개원한 의사들을 대상으로 면대면 인터뷰를 통해 획득한 녹취록을 바탕으로 주제분석을 실시하였다. 인터뷰 참여자들의 구술문으로부터 ‘의료 제공자 관점에서 본 일차의료 만성질환 관리’을 코딩의 주요 단위로 설정하여 텍스트를 추출하였다. 코드의 범주화는 추출된 텍스트의 내용을 반복적으로 읽으며 그 의미와 주제를 도출하였으며, 크게 1) 의사의 관점에서 본 만성질환 관리의 주요 요인과 현황 2) 현재 일차의료 진료 환경하에서의 만성질환 관리의 평가 및 문제점, 3) 바람직한 일차의료 만성질환 관리를 위한 일차의사의 의견 등의 주제로 범주화하였다. 하나의 텍스트에서 두 가지 이상의 코드가 부여되기도 하였고, 한 연구자가 생성한 코드를 다른 연구자와 공유하여 두 연구자 간 생성한 코드의 일치 정도를 확인하였다. 인터뷰 참여자들의 구술문으로부터 24개의 코드가 도출되었다.

2. 만성질환자의 관점

가. 만성질환자의 질병 경험

1) 꾸준한 자기 관리의 어려움

만성질환자들이 만성질환에 대해 갖는 가장 큰 어려움은 만성질환 치료와 관리를 위해 자신의 오랫동안 굳어져 온 생활습관을 버리고 식이조절이나 운동과 같은 자가 관리를 꾸준히 해야 한다는 것이다. 특히 식이조절과 관련해 어려움을 호소하였다. 대부분의 만성질환자가 약 복용뿐만 아니라 생활습관의 변화가 동반되어야 제대로 된 조절과 관리가 가능하다는 것은 잘 인식하고 있었으나 지속적으로 이를 생활화하여 지키는 것은 매우 어려운 일임을 경험하고 있다.

뭔가 꾸준히 하는 게 쉽지는 않은 것 같아요. 약 먹는 것도 깜빡할 때도 있고 오늘도 약 먹는 걸 깜빡했거든요. (증상이) 아주 심할 때는 좀 더 신경을 쓰니까 집중하는데 이게 몸이 좀 살 만하니까 더 쉽게 놓치는 부분이 있는 것 같아요. 결국 자기가 관리를 잘못하는 부분, 예를 들어 특히 음식 같은 것. 거의 저녁에 야식, 먹으면 안 되는데 밥 먹기 귀찮으니까 라면 끓여 먹거나 이런 것들이 굉장히 안 좋은데, 그런 부분이 좀 안 되는 것 같고요. 운동도 꾸준히 해야 하는데 비용은 비용대로 나가고... - 참여자 10

저 같은 경우에는 식사가 제일 문제인 것 같아요. 이제 혼자 있다 보니까 음식을, 당뇨식을 만들어 먹는다는 게 쉽지 않아 가지고요. 이게 제일 큰 문제인 것 같고, 개인적으로 야식을 먹는데 좀 안 좋지 않나 그런 생각도 하고 있습니다. - 참여자 11

가급적이면 짜게 먹지 않으려고 하는데 그게 잘 안 됩니다. 술자리가 생기면 못 지키게 되고, 현미밥이나 집에서 덜 짜게 먹으려고 신경 쓰고 있는데 주말 외에는 나와서 먹으니 까... 아무래도 저녁(식사) 자리가 문제예요. - 참여자 3

2) 두려움, 억울함, 부담감 등 부정적인 감정을 느낌

모든 환자는 만성질환 진단을 받은 후에는 앞으로 이 병을 어떻게 관리해 나가야 할지에 대한 막막함, 만성질환 합병증에 대한 두려움과 긴장감, 꾸준히 약을 먹어야 한다는 부담감, '왜 나에게 이런 병이 찾아왔을까'라는 죄책감, 그리고 관리한다고 나름대로 열심히 노력했는데 조절되거나 나아지는 것이 없을 때의 억울함과 좌절감 같은 여러 부정적인 감정들을 늘 가지고 있다고 답하였다.

(만성질환에 대해서) 몰랐어요. 고혈압? 뭐지? 어떻게 치료해야 되지? 몰랐거든요. 혈압이 뭔지를 모르고 어떻게 치료해야 할지 몰랐기 때문에... 어떤 정보를 접할 수 있는 어떤 그런 게 없었죠. - 참여자 8

50대에 이렇게 되었으니까(당뇨와 고혈압 진단을 받으니까) 나름대로 당뇨 고혈압 관리를 잘해야 한다는 것은 이성적으로 하고 있는데 두렵기도 하더라고요. 나중에 심근경색이나 뇌졸중 이런 게 닥치면 어떡해야 하지? 이런 불안감도 상당히 있더라고요. - 참여자 3

심리적인 부분이 제일 좀 어려운 것 같아요. 먹고 싶은, 예를 들면 맥주를 매일매일 먹으면 참 좋겠는데 그러지 못하는 거, 그런 거에 대한 심리적인 억울함 그런 게 좀 있고. 그리고 나름 노력한다고는 했는데 혈당 수치가 변함이 없다 보면 마음을 놓아 버리게 되는 약간 그런 심적 어려움이 제일 큰 것 같아요. - 참여자 13

심적인 부담감은 평상시에 계속 있어요. 왜냐하면 나이 들어서 아픈 게 암 아니면 심혈관이라고 생각이 드는데, 저도 어쨌든 고지혈에서 시작해서 어디로 파생될지 모르니까 긴장은 하고 있어요. 이게 오래되면 어떤 식으로 뭔가 합병증처럼 나타나지 않을까 하는 생각이 있어서 (마음이) 가볍지는 않고 또 연세 있으신 분들하고 이야기해 보면 남 얘기 같지 않은 거예요. 나도 조금 있으면 저런 생각을 할 수 있겠구나. 건강하지 못한 것에 대해서 그렇게 부담감이 큰 거예요. - 참여자 21

환자들 중 대부분이 "당장 내일부터 어떻게 해야 될지 모르겠다"고 하시는 분들이 너무 많은 거예요. 진단받고 세상에 그냥 내던져지고. 거기서 잘 적응하면 살아남는 거고, 아니면 합병증이 생기고, 삶의 질이 떨어지는 그런 결과가 있는 거죠. - 참여자 2

3) 개인과 가족에게 떠넘겨진 책임과 사회적 낙인

만성질환자들은 오랜 기간 약을 먹고 계속해서 생활습관을 고치려고 노력해야 하기 때문에 중간에 지치거나 포기하는 경우가 많다고 하였다. 또한 만성질환 진행에 따른 합병증 위험에 대한 불안이나 두려움과 같은 여러 가지 부정적인 감정을 가질 수 있기 때문에 의료인뿐만 아니라 가족이나 친구, 동료들로부터의 정서적 지지 그리고 일상생활에서의 여러 배려 등은 이들이 포기하지 않고 꾸준히 관리를 잘해 나갈 수 있도록 동기 부여를 하는 데 매우 중요한 요소일 것이다. 그러나 만성질환은 ‘긴 시간과의 싸움’이기 때문에 그리고 일상생활을 그대로 유지하면서 그 속에서 생활습관을 고쳐 나가야 하는 것은 혼자 관리하고 유지하기가 매우 어렵기 때문에 쉽게 지치고 포기하게 된다고 하였다. 그 과정에서 가족과 친구들에 대한 서운함도 생기고 사회생활에 지장을 주지나 않을까 부담감도 동시에 느끼게 된다고 하였다.

그냥 나 혼자 서럽죠. 처음에는 남편도 신경을 쓰더라고요. 내가 힘들고 조금만 신경쓰고 집에서 재 보면 혈압이 막 올라가고... 그러면 남편이 약 먹어라, 이 사람이 혈압이 높고 지금 위험한데 내가 배려를 해야지... 화가 좀 풀릴 때까지 뒤로 물러나 있고 그랬는데 이제는 오래 되니까... 결국 이젠 나 혼자 내가 알아서 치료하고 내가 조절하고 해야지 가족들이 그러는 건 조금 섭섭한 건 있지만 이제는 비우고... - 참여자 19

사회 생활 하는데 "나는 당뇨가 있으니까 이젠 안 먹을래" 이렇게 말하기가 쉽게 되지 않더라고요. - 참여자3

동시에 가족 구성원 중 만성질환자가 있다면 가족의 입장에서조차 지속적으로 가족의 만성질환에 신경을 쓰고 꾸준히 관리할 수 있도록 옆에서 돕는 것이 쉽지 않은 일이라고 하였다. 환자 개인뿐만 아니라 만성질환자를 구성원으로 둔 가족의 입장에서조차 만성질환 관리는 큰 부담으로 여겨지고 있는 것이다.

(만성질환에 대한) 신경은 (아내인) 제가 거의 다 쓰죠. 그런데 일일이 다 해 주는 일이 너무너무 힘들어요. 어떤 병이 갑자기 생겨서 그 병만 치료하기 위해서 잠깐 동안 하는 일이라면 하겠는데, 이젠 그게 아니니까... 잔소리도 하고 음식도 기름지지 않게 하고 그런데 체질

이 그런 체질이에요. 육식 좋아하고 걸쭉한 찌개 좋아하고 편안한 거 좋아하고 힘든 거 안 하려고 하고 운동 안 하고 여러 가지 요소를 보니까 다 갖고 있더라구요. 거기에 대한 잔소리를 허구헌날 하니깐 (이제는) 그냥 일상으로 들어요. 그 얘기 또 시작이다 하고 듣기 싫어하고... - 참여자 20

나. 만성질환자의 의료 경험

1) 약만 권유하는 의사

만성질환자들이 경험하는 대부분의 의사들은 만성질환 치료 및 관리 방법으로 약물 처방을 우선적으로 권유하였다고 하였다. 환자들이 초기 만성질환 진단 시 겪는 만성질환 진단에 대한 심리적 부담감, 특히 질병에 대한 지식이나 정보의 부족에서 오는 혼돈과 막막함 등을 해소하고 장기적으로 자신의 질병에 대해 치료 및 관리 계획을 세울 수 있도록 하는 상담이나 교육 등이 제대로 이루어지지 않은 상태에서 의사를 통해 이루어지는 진료는 대부분 약 처방을 받기 위한 것일 뿐, 진료가 거듭되고 시간이 지나더라도 만성질환 관리에 필요한 상담이나 교육을 제대로 받아 본 적이 없다고 하였다. 그리고 진료 시 의사의 상담이나 교육이라 하더라도 ‘운동하세요’, ‘체중을 줄이세요’ 등 짧고 간단하고 상투적인 설명뿐이었기 때문에 병의원, 그리고 의사를 통해서 제대로 된 만성질환 관리를 받지 못하고 있다는 인식과 불만족스러운 감정이 큰 것으로 파악되었다.

저는 의사 선생님이 이젠 지금 (당뇨) 경계니까 식이요법이나 운동으로 이렇게 이렇게 해서 한번 해 보세요, 하고 그런 걸 받고 싶었는데 ‘약을 무조건 먹어야 된다’는 거예요. 불안하면 더 올라간다고... 그때 제가 건강검진서랑 다 가지고 갔거든요. 제가 거기서 약을 더 먹으면, 계속 주치의로 하고 있으면 저는 상세하게 여기저기에서 살도 빼야 되고, 뭐도 해야 되고 상세한 걸 조목조목 설명해 주었으면 좋겠는데, 의사는 무조건 ‘약을 먹으라’고만 하는 거예요. ‘아, 이 의사는 무조건 약만 먹으라고 하는구나’ 그래서 조금 그랬어요. - 참여자 18

동네병원은 가면 그냥 약만, 항상 똑같이 약만 주는 거예요. 세밀하게 어떤 검사를 해라, 구체적으로 환자에 대해서 하는 건 없는 것 같아요. 그냥 그 약만 처방해 주면 끝, 또 약 처방 끝, 이런 식이거든요. - 참여자 19

2) 형식적인 진료

만성질환자들은 의사와 진료를 통해 환자인 자신이 약 복용 외에 어떻게 식이나 운동을 관리해야 하는지 구체적인 방법을 이야기하고 싶다고 하였다. 그리고 대학병원보다는 시간적 여유가 있는 일차의원에서 좀 더 충분한 시간을 들여서 만성질환 관리를 하는 데 무엇이 가장 힘든지, 왜 힘든지에 대해 의사에게 이야기하고 또 의사로부터 피드백을 받고 싶다고 하였다. 하지만 일차의원도, 대학병원과 같은 큰 병원에 비해서는 진료시간이 길지만, 환자들이 만족할 만큼 충분히 긴 시간이 아니라고 느껴지는 경우도 있고 또 의사와의 진료가 매우 형식적인 진료에 그치는 경우가 많았던 경험을 이야기하였다. 더군다나 일차의원이라 하더라도 진료실 밖에 다음 진료 순서를 기다리고 있는 환자가 대기하고 있다면 의사뿐만 아니라 환자도 여유를 가지지 못하는 점을 매우 불만족스럽게 여기고 있었다.

(의사에 대한) 신뢰가 쌓이기 전에 시간적인 게 좀 부족하죠. 그리고 사람들도 많고... (개인) 맞춤형을 접목해서 설명을 해 주면 이해가 좀 쉬운데 그냥 일반적인 단순수치만 가지고 하다 보니까 이게 맞는 건가, 제가 어떤 액션을 취하지 않으면 (진료실에 들어가서) "어떠세요?" 하고 혈압 재고 수치 보고 "운동하세요, 가능하면 무조건 운동하세요"라고 그런 말하고 5분 이내죠. - 참여자 14

열심히 식이요법하고 운동하고 약 잘 먹으라고 그 정도로 얘기해 주시죠. 그런데 다 아는 얘기죠. 항상 그런 얘기만 하지 구체적으로 하는 건 없고... 또 그 시간에서 빨리 나와야 해서 다음 환자가 기다리고 있으니깐. 내가 지금 당장 옛날보다 나빠진 증상이 있으면 그거 갖고 얘기도 하고 치료도 받고 해야 하는데 그런 거 없이, 가면 그냥 형식적인 얘기하고 약만 받아 오고 그런 정도예요, 항상. - 참여자 20

대부분 일차의료기관들이 다 이런 식이에요. 관심이 없어요. 그냥 약 처방만. 진료를 가면 오늘은 인슐린 몇 개 처방해 드릴까요? 이 정도... 그분들을 보면 뭔가 공부를 하지 않으시는구나, 노력하지 않으시는구나, 새로운 것들이 들어와도 도입하려고 하지 않으시는구나 그런 느낌을 되게 많이 받고, 굉장히 형식적으로 하시는 분들이 있어요. - 참여자 2

3) 의사의 무관심한 태도와 상투적인 설명

이처럼 만성질환자들이 경험하는 일차의사의 진료 내용은 매년 똑같은, 상투적인 설명뿐이었다고 답하였다. 일차의사 중 친절하고 자세히 설명하려는 의사들도 있었지만, 많은 경우 진료 시 환자에 대해 약 처방으로 끝나는 무성의한 진료, 비급여 검사나 시술 처방을 환자에게 적극 권하는 등 환자를 돈벌이의 대상으로만 여기고 있는 게 아닌가 하는 생각이 들 정도로 환자에 대해서는 무관심하다고 평가하고 있었다. 의사가 성의 없고 '상투적으로' 환자를 대하고 있다고 느끼는 순간, 의사에 대한 신뢰가 깨지고 더 많은 환자를 보기 위해 서둘러 진료를 마치려는 듯한 의사의 모습으로부터 동네 의사는 '그냥 약 처방이나 해 주는 사람' 정도의 역할로 인식될 뿐이라고 하였다. 의사의 상투적인 조언은 환자의 행동을 변화시킬 수 있는 아무런 동기 부여가 되지 않기 때문에 진료받는 순간에는 긍정적인 태도를 가졌다가도 진료실을 나오는 순간 다시 원래의 생활습관으로 되돌아오게 된다고 하였다.

제 느낌으로 보서는 항상 의사 선생님의 상투적인 그 시간, 항상 환자가 뒤에 대기하고 있으니깐 길게는 안 보시려고 하니깐 딱 보면 느끼잖아요, 항상 상투적인 말, "약 드시면 돼요, 관리는 좀 하시나요?" 이게 상투적인 말이지. 살을 빼야 된다, 식이요법을 어떻게 어떻게 힘들지만 해야 된다, 이런 식으로 세세하게는 안 해 주고. 그래서 스스로 관리를 해야겠다는 생각이 들어요. 그래서 동네의사한테는 의존을 안 하는 편이에요. 그냥 약 받아 먹는 의사 선생님... - 참여자 18

너무 보편타당적인, 말투를 보면 그런 게 느껴지잖아요. - 참여자 14

일단 관심이 너무 없어요. 그냥 약만 주시고 뭐 물어봐도 "약 잘 드시냐." 이 정도... - 참여자 1

(매번 듣는 말이) 거의 비슷합니다. 술 먹지 마, 담배 피우지 마, 운동해라, 식단 조절 해라... 고혈압에 가장 하지 말아야 할 것들을 얘기하는 거예요. 이런 식으로만 얘기하는 건 거의 상투적으로 나와요. 그럼 저는 "네" 합니다. 그러고 나와선 안 합니다. - 참여자 17

4) 불충분한, 부적절한 관리와 피드백

만성질환자들은 만성질환 진단 초기에 만성질환과 자신에 대한 지식이나 치료 및 관리의 중요성, 정보 등에 대해 제대로 관리를 받기를 원하였다. 특히 대부분의 환자들이 처음 만성질환을 진단받는 시점에는 질병에 대해 걱정되는 마음과 불안함 등으로 긴장하고 나름대로 열심히 신경을 쓰고 관리하고자 마음먹었으나 시간이 지날수록 이를 지속하기 어려워지게 되었다고 하였다. 그리고 초기 진단 시 받은 관련 교육이나 상담이 불충분하였고 이를 관리 실패의 주요한 요인으로 꼽기도 하였다. 만성질환에 대해 적절한 치료와 관리를 지속하기 위해서는 진단 초기 진행되는 교육이 매우 중요함에도 불구하고 우리나라 진료 환경 속에서는 대부분 만성질환에 대한 교육이 제대로 이루어지지 못하고 있음을 지적하였다.

제 경험으로는 처음 진단받았을 때, 그때 집중적인 관리가 부족했다는 생각을 많이 했어요. 제가 처음 진단받았을 때는 제일 열심히 했거든요. 한 달 넘게 한 시간씩 걷기도 했고 어플도 깔고 나름대로 되게 노력했는데... 시간이 지나니까 안 되었던 게 뭐냐면 '처음에 받은 자극이 좀 약했다'라는 느낌이 들었던 것 같아요. 초기에 제대로 좀 교육을 받았더라면... 교육을 받기는 했어요. 그런데 교육을 했던 분이 정말 강의를 못하시더라고요. 차라리 그냥 좋은 유튜브 영상을 틀어 주는 게 낫겠다, 막 정신없이 하시더라고요. 결국은 만성질환 진단받은 초기에 제대로 좀 집중적으로 교육을 하고 집중적으로 관리하도록 하는 게 좋겠다라는 생각이 들었어요. 초반에는 습관이에요, 습관. 적어도 초기에 습관이 될 수 있도록 좀 집중적으로 해 주는 게 필요할 것 같습니다. - 참여자1

또한 의사의 진단 시 질병에 대한 설명은 향후 관리에 대한 환자의 태도나 동기가 결정되는 데 큰 영향을 미치기 때문에 의사가 관리에 대해 적극적인 태도를 취하지 않으면 환자 스스로도 식이요법이나 운동 등을 통한 관리를 아예 포기해 버리는 경우도 있어, 진단 초기에 지속적으로 질병을 관리해야 하는 중요성을 누군가 거듭 강조하고 교육해 주기를 바라고 있었다.

맨 처음 진단해 준 의사 선생님이 이건(고지혈증은) 유전인 것 같다고 얘기를 해 줬어요. 그래서 실상은 개인적인 노력이 어느 정도 필요한 부분임에도 불구하고 그 얘기를 듣고 그냥

마음을 놓은 것 같아요. '내가 적극적으로 치료를 해야 되겠다' 이런 게 별로 없이 그냥 약에만 의존하는 상태로 쪽 왔어요. 그런데 최근 동네 아줌마를 만났는데 그 아줌마가 콜레스테롤 수치가 처음에 250을 넘었는데 지금은 정상이 되었대요. 그분도 저랑 거의 같은 시기에 발병을 한 거예요. 그런데 그 사람은 식이요법도 하고 운동도 했대요. 그 아줌마가 막 신나서 이야기를 하는데 나도 그 3년 동안 뭔가를 했으면 좀 달라지지 않았을까 지금 막 반성하는 중이거든요. 처음 최초에 발견하고 진단하고 그때가 제일 결정적이었던 것 같아요. 초기에... 그 뒤에는 제가 한 3년이 되었는데 지난 3년 동안 의사한테 도움을 받았다고 생각한 건 없으니까. - 참여자 21

만성질환은 결국 긴 싸움이잖아요. 그래서 처음 교육이 되게 중요하죠. 그런데 우리나라는 처음 교육이 너무 안 되고 있거든요. 처음 진단받았을 때 자극이라고 해야 하나? 질환을 잘 관리해야 한다고 그렇게 해 줘야 하는데 방치인 거죠. 처음 교육이 잘되어야 환자가 굳은 다짐을 하고 '내가 이겨 낼 수 있어'라는 그런 게 있습니다. - 참여자 2

제가 지금 다니는 의원을 한 3년 다녔지만 관리받는다는 느낌은 전혀 없어요. 그냥 약국 가서 약 받기 위한 처방전을 받는 거예요. 이걸 10초면 돼요. "안녕하세요? 오셨어요?" 그리고 끝. "어머세요?"도 없어요. 저 같은 상황이면 의사는 의미가 없어요. 어차피 처방전이니 까. - 참여자 21

5) 유일하게 주어진 병원 선택의 자유

환자에게 동네의원 이용이 주는 장점은 우선 거리가 가깝기 때문에 의료서비스 접근성이 높고 지속적인 만성질환 관리가 가능하다는 것이다.

동네병원은 일단 가까우니까, 일단 거리상 가깝잖아요. - 참여자 19

그러나 우리나라 의료시스템하에서 일차의원들은 환자가 이용하고 싶을 때 언제든지 쉽게 접근할 수 있는 것이 장점이 될 수 있는 반면, 환자가 진료의 과정이나 결과가 만족스럽지 못했을 때에는 언제든지 환자 마음대로 병의원을 바꿀 수 있다는 점에서 의료 이용의 비효율성이 단점으로 작용하기도 한다. 환자 입장에서는 자신이 기대하는 치료 결과와 만족을 위해 적극적으로 병원 선택의 자유를 활용하는 것이지만 결과적으로는 불필요한 의료 이용과 과도한 의료비용을 초래하고 특히 만성질환 관리 측면에서

는 지속적이고 효율적인 관리를 저해하는 결과를 초래할 수 있다. 결국 환자 마음대로 치료 방법과 의료기관을 선택하여 치료 순응도에 부정적인 영향을 미치는 ‘나쁜 환자’가 되어 버리게 되는 것이다.

그럼 처음부터 네 상태로 봐서 너는 3개월 정도는 걸리니까 마음을 비우고 치료를 다녀라, 이렇게 얘기를 해야 하잖아요. 왜냐하면 환자는 아픈 게 처음이지만 의사는 그걸 매일 보니까 전체 숲이 보이잖아요. 그럼 전체 그림을 그려 주고 진료 계획을 이야기해 주어야 하는데 "다음 주에 오세요" 이게 끝이잖아요. 그럼 내가 아프니까 다음 주에 또 가요. 그런데 낫질 않아. 그럼 의사는 "계속 다니세요." 그게 끝이에요. 그럼 나는 이 의사가 별로인가 보다. 요새 병원이 널려 있으니까 병원 사냥을 하는 거지. 치료 잘하는 병원이 어디냐? 그러면서. 나도 나쁜 환자가 되는 거예요. 왜냐하면 의사도 나한테 나쁘게 했기 때문에 나도 나쁜 환자가 되어서 다른 병원에 가는 거죠. - 참여자 21

(의사에 대한) 신뢰가 왜 떨어졌냐면 제가 속으로 한 알씩 먹으라고 하는 것을 반알씩 먹고 제가 나름대로 집에서 체크를 하면서... 약이 남았으니까 (병원에) 빨리빨리 안 가잖아요. 그럼 속으로 '이렇게 내려가면 혈압약 끊어도 되겠는데' 하고 제 나름대로 의사 선생님 말을 안 듣고 제멋대로 하고 있잖아요. 그리고 (진료실) 바깥에서 혈압도 재 보고 그 전에는 전혀 그런 게 없었는데, 요새 유튜브도 보고 하면서 요령이 생기잖아요. 그런데 (진료실) 밖에 있는 혈압기는 고장났다고 하시니까 거기에서 깜짝 놀랐어요. "고장날 걸 왜 거기에 놔 두셨어요?" 그러면서 제 머릿속으로 '이 선생님을 믿으면 안 되겠구나' 그러면서 다시 처방받은 약도 안 먹었어요. 그래서 정형외과에 가야겠다. 내과랑 골다공증 때문에 정형외과랑 따로따로 다니는데 내과를 가지 말고 정형외과에 가서 골다공증약 받을 때 같이 약을 처방받고 여지껏 그랬어요. - 참여자 15

6) 의료기관 간 단절적인 진료 연계

의사의 진료 시 환자의 치료 경과와 앞으로의 계획을 환자와 공유하여 지속적인 치료 과정을 갖추도록 하고 환자가 치료에 협조하도록 이끌기보다는 단일 행위에 집중하는 의료시스템이기 때문에, 결과적으로 환자가 손쉽게 다른 의료기관을 선택했을 경우 만성질환 관리의 연속성이 떨어지고 의료기관 간 의료서비스의 단절을 경험하게 된다. 이는 일차의료기관과 이차·삼차의료기관 간뿐만 아니라 일차의료기관 사이에서도 마찬가지로 발생한다.

제가 이 병원에서 내과 진료를 받고 저쪽 병원에서 통풍 치료를 받는데 전혀 이게 서로 네트워크가 안 되니까 환자 입장에서는 독한 약을 먹으면 혈압약을 조절해서 먹어야 되는 건지, 이런 게 교차되는 질환들이 있잖아요. 복합 치료를 받고 있으니까. 그런 부분에 대해서 이 병원은 이 병과 약에 대해서만 얘기해 주고 저쪽 병원에서는 저것만 얘기해 주고. 그러면 이 약을 먹고도 불안한 거예요. 약을 같이 먹어도 되는 건지, 이만큼이나 먹어도 문제가 없는 건지... - 참여자 10

당뇨를 가지고 기저질환이나 다른 질환이 있을 때 같은 병원 내에서도 협진이 잘 이루어지지 않는 것 같고, 여기 따로 저기 가서 또 다른 얘기 하고... - 참여자 2

내가 병원을 옮겼을 때 내 데이터가 같이 좀 가 줬으면 좋겠어요. 저도 이번에 병원을 옮기면서 제 처방전을 사진 찍었던 걸 가지고 가서 그걸 보여 드려야지 내가 지금 이런 약을 먹고 있다, 이런 병을 가지고 있다고 보여 드리고 다시 약을 받으면서 그렇게 했거든요. 이게 병원 간 공유가 잘 안 되는 거 그게 좀 문제인 것 같아요. - 참여자 12

7) 부정확하고 상업적인 정보의 범람과 민간요법에 흔들림

만성질환자들은 TV, 인터넷 뉴스, 유튜브 등 다양한 종류의 정보원으로부터 건강과 만성질환에 대한 정보를 접하고 있다. 그러나 이렇게 넘치는 정보들은 상업적이거나 정보의 정확성과 신뢰성에 우려를 갖게 한다. 환자들 스스로도 이러한 정보를 불신하면서도 건강에 대한 높은 관심으로 이를 자주 접하게 되고, 민간요법이나 건강보조식품, 건강기능식품 등을 소비하거나 이에 의존하고 있으며, 의사의 처방에 따른 약물 치료와 병행함으로써 오히려 만성질환 치료의 효과를 떨어뜨리는 부정적인 결과를 낳기도 한다.

보통 아침 방송을 생각 없이 보면 건강 얘기가 항상 등장하잖아요. 그러면 뭔가 하나는 꼭 얻어 걸려요. 그럼 채널을 못 돌리고 끝까지 보고 있어요. 그러다 재미가 없어서 옆(채널)으로 돌리면 그거하고 관련된 약을 홈쇼핑에서 팔고 있어요. 한번은 사죠. 하지만 의사는 절대 못 먹게 해요. - 참여자 21

그중 속뜸이 효과가 있더라구요. 그런데 너무 힘들어요. 너무 힘들어서 살이 10kg 정도 썩 빠지고, 직장 다니면서 (속뜸을) 세 시간씩 하고 나면 저녁에 잠을 잘 못 자요. 예열이 남

아서... (속똥을) 뜯 때도 뜨거운 건 뜨거운 건데 예열이 남아서 몸을 막 뒤척이게 되고 괴로운 게 있어요. 그래서 나중에는 속똥을 포기하고 약을 먹게 되었죠. 뭐 좀 한다는 사람들... 돌팔이도 있지만 사혈도 하고 부황도 좀 뜨고, 벌침도 맞고 그렇게 지내다가 나중에 약을 먹게 되었는데... - 참여자 8

다. 환자 중심 만성질환 관리에 대한 기대·의견

1) 체계적이고 지속적인 관리(계획, 상담과 교육, 검사 등)

만성질환자들이 기대하는 환자 중심 만성질환 관리를 실현하기 위한 우선적인 요구 사항은 바로 만성질환자를 관리할 때 체계적이고 지속적인 관리를 해 주는 것이다. 특히 만성질환을 처음 진단받았을 때 초기 교육이 중요하여 이를 집중적으로 수행하고 구체적이고 지속적인 상담과 교육, 그리고 정기적인 검사를 통하여 합병증 예방이 이루어질 수 있도록 관리해 주길 기대하고 있었다.

만성질환은 의사의 실력은 별 의미가 없을 것 같아요, 친절도 의미가 없고. 오히려 병원에서 환자가 왔을 때 자기네 루틴에 의해서 환자를 잘 관리하는 게 나올 것 같아요. 환자가 와서 이 사람은 주기적으로 1년에 한 번은 피 검사를 하고 무슨무슨 루틴이 있을 거 아니에요, 매뉴얼처럼. 그런데 1년이 지나고 보니까 이 사람은 뭐가 필요한지 문제점을 찾고 앞으로 이렇게 이렇게 진행이 되어야 한다는 걸... 우리는 모르지만 의사는 통계적으로 다 번하잖아요. 그런 매뉴얼 같은 게 있어서 관리를 해 주었으면 좋겠어요. - 참여자 21

강제력이 있고 체계적으로 얘기해 주고 식이요법 같은 것도 '이런 건 정말 안 된다' 이런 식으로 구체적으로... 그렇게 해 주는 병원이 따로 있는지는 모르겠는데 우리가 가는 병원은 그렇게 안 해 주시거든요. - 참여자 20

합병증이 제일 무섭잖아요. 그런데 이걸 제가 수시로 다리 한번 봐 주세요. 이렇게 해서 하는 것보다 1년에 한 번이든 2년에 한 번이든 의사가 제가 말하지 않아도 혹시 합병증이 올 수도 있으니까 다리에 신경병증이나 망막이나 한번 검사를 해 보면 어떻겠어요? 이랬으면 좋겠어요. 다 나빠진 다음에 검사를 해서 발가락이 썩었네요, 이걸 잘라야 돼요, 이런 것보다 미리미리. 이게 다 망가진 다음에 다리가 이상해요 해서 검사 한번 해 봅시다 해서 검사했을 때 발가락이 썩고 있네 이러는 것보다는 미리 먼저 검사해 볼 수 있는 게 있으면 좋겠어요. -

참여자 16

2) 전문가의 적극적인 개입과 피드백

만성질환자 스스로가 식이조절과 운동 등 자기 관리를 하는 데 어려움을 느끼고 있기에 환자 스스로 관리하도록 내버려 두는 것이 아니라 의사와 같은 전문가가 더 적극적으로 개입하고 긍정적이고 적절한 피드백을 통해 환자가 스스로 관리해 나갈 수 있도록 강제해 주기를 바라고 있다.

만성질환이 생활, 먹는 거, 운동 이게 습관하고 관련된 문제인데 누가 강제할 수 있는 게 제가 필요합니다. 내 스스로 할 수 없으니까요.. - 참여자 3

저도 정확히 뭐가 맞는 건지 모르겠지만, 저는 좀 더 개입을, 병원에서 조금 더 환자에게 개입을 해 줬으면 좋겠다(고 생각합니다). 혈압이든 당뇨든 만성질환 같은 경우는 생활습관을 본인이 관리해야지, 결국은 본인이 해야 되는 거잖아요. 의지가 약하거나 아니면 하고 싶어도 잘하지 못하거나 잘할 수 없는 환경에 있거나 그런 부분들이 있을 수 있는데 '약을 주고 교육을 하고 이렇게 했습니다' 이렇게 얘기하지만 결국 개인에게 달린 거잖아요. 그래서 저 처럼 의지박약한 사람은 좀 더 개입을 해 줬으면... 어느 정도 잘하고 있는지를 체크라든지 그런 걸 좀 해 주시면 좋지 않을까라는 생각이 들었어요. - 참여자 13

3) 의사와의 치료적·신뢰적 관계 강화

의사의 환자에 대한 애정 어린 관심과 집중이 환자 입장에서는 만성질환 약을 복용하고 자기 관리를 하는 데 매우 중요하게 영향을 미치는 요인이라고 답하였다. 또한 의사에게 마음껏 질문하고 자신의 문제를 부담 없이 편안하게 상담할 수 있는 여건이 조성되길 바라고 있으며 주치의 제도와 같이 의사와 환자 간 관계를 지속적으로 유지시켜 나갈 수 있는 제도를 원하고 있었다. 의사와의 애정과 관심을 통한 치료적인 신뢰 관계 형성은 환자에게 안정감을 주고, 환자로 하여금 마음껏 질문하고 소통할 수 있는 여건을 형성하는 데 큰 도움이 된다고 하였다.

□ 의사의 애정 어린 관심과 집중

의사 선생님의 말에 대한 영향력이 제일 커요. 저의 의지보다도. "언제까지 체중 안빠면 큰일납니다" 주변에서 뭐라고 해도 안 듣다가 "이거 음식 섭취 잘 가려서 해야 합니다. 짠 거 절대 드시면 안 되고" 이러면 또 지켜지고. 약과 현재의 상태를 정확히 진단해 주시는 것도 좋지만 의료인이라는 전문성을 가지고 조언을 해 주시는 것들이 가족의 말보다도 더 영향력이 크니까 가족이 뭐라 말해도 안 듣던 우리 할아버님이 원장님 앞에 오면 "아버님 운동하셔야 해요. 걸으셔야 해요" 하시면 따르니까. - 참여자 3

환자의 입장에서 생각해 보면, 의사 선생님의 말 한마디가 굉장히 중요한 것 같아요. 통상 대로 오늘 약 타러 왔으니까 뭐 혈압 한번 재고 피 한번 뽑고 해서 뭐 한 달 치 약 주시곤 하는데, 그렇게 하면 사실 환자가 전혀 변화가 없는 것 같아요. 근데 이제 한마디씩 툭툭 던지거든요. "요즘 얼굴 보니까 술 마셨죠? 요즘 운동합니까?" 또 "술 이렇게 먹으면 죽어요. 나 도 술 엄청 좋아하는데 나는 한 달에 한 번 먹는다" 이렇게 예를 들어 의사 선생님이 자기 관리 하는 얘기를 하는데, 보면 시간 오래 걸리는 일이 아니거든요. 이런 게 의사의 애정이 아닌가 싶어요. 이제 제가 '아, 의사 선생님한테 관심받고 있구나' 그런 느낌도 들고... 그래서 저는 여러 가지 시스템의 변화도 좋지만 이렇게 환자에게 관심 갖는 말 한마디 해 주는 것도 환자에게는 굉장히 큰 힘이 되는 거죠. 그럴 때 몸 관리 하거든요. - 참여자 10

친절하고 신뢰가 중요한 거 같아요. 제 시어머님은 처음 다녔던 집 앞의 병원을 고수하시고 다른 데로 모시고 가려고 해도 싫다고... 집 앞의 의원은 저희 집 손가락 개수도 다 알고 있을 정도의 그런 개념이잖아요? 그러니까 동네병원은 어떤 그런 따뜻함이 있지 않나. 물론 과잉 진료하시는 데도 있지만... 그래서 의사 선생님의 어떤 친절함, 신뢰감 그게 참 중요한 거 같아요. - 참여자 7

□ 경청, 이해, 존중, 함께 결정

만성질환 분야의 명의라고 한다면 환자들이 이야기하는 걸 잘 들어주는, 또 그 의견에 대해서 조언을 해 주는 의사라고 하거든요. 약을 쓰고 의료기기를 사용함에 있어서도 환자들이 "내가 경험했을 때 이게 더 좋다, 그래서 나는 이걸로 좀 바꿔 보겠다, 이게 나한테 안 맞으니까 바꿔 보고 싶다"고 해도 어떤 의사들은 의사의 권위에 도전한다고, "뭘 안다고 바꿔 달라고 하나?" 이러시는 분들이 많아요. 만성질환은 자신의 경험을 통해서 자기들이 경험한 노하

우들이 굉장히 중요한 질환인데 환자들의 의견이 번번이 차단되어서 그것 때문에 기분 나빠서 병원을 바꾸는 분들도 계시고, 그만큼 원가 만성질환자들의 경험이나 노하우가 많이 무시되고 있는 거죠. 그게 진료실에서도 그렇고 교육 자료나 교육 현장에서도 그렇고... - 참여자 2

사람이 되게 단순하게 무시당한다고 느끼면 되게 억울해지는 마음이 생기거든요. 예전에 의원이나 어떤 보건소 공무원을 만났을 때 고압적인 태도를 유지하면 굉장히 억울하고 저사람이 뭐데 나한테 그렇게 말하지? 하는 게 있었거든요. 요즘도 간혹 그런 사람이 있어요. 의료 이용자 입장에서, 더 낮은 사람 취급을 한다든지, 무시하는 태도로 그런 거를 안 할 수 있게끔 하는 시스템이 있었으면 좋겠다는 생각이 듭니다. - 참여자 9

환자 입장에서, 의사 선생님이 아파 본 건 아니잖아요, 환자가 아픈 거니까. 이제 그 마음을 좀 더 이해하시고 공감해서 이야기를 해 주시고 치료제 중심 말고 어떻게 보면 치료는 환자가 해야 되잖아요. 의사 선생님은 가이드를 주시고. - 참여자 10

□ 안정감을 줌

보통 의사들을 만나면 얘기 잘 안 하거든요. 그런데 여기 선생님은 뭐든 여러 가지로 친절하게, 정말 자기 식구처럼 편하게 많이 알려주세요. 여기는 아무래도 좀 더 인간적인 관계를 선호하시는 것 같아요. 되게 심리적으로 안정감을 주세요. 불편하게 안 만드니까... 갈 때마다 내가 관리받고 있구나, 의사한테 이런 느낌이 드는 거죠. - 참여자 8

간 수치가 안 좋았을 때는 병원에 와서 이런 이런 증상을 쪽 (이야기)했었을 거 아니에요. 그런 거 이야기 들어주시는 것만으로도 도움이 되는 거 같아요. 되게 불안한 마음이잖아요. 아파서 병원에 왔는데 이런 증상을 이야기했을 때 "그건 이런 것일 수 있고, 이런 것일 수 있고" 정보를 주시거든요. 그래서 결국 피 뽑아 보고 결과를 보자고 얘기하시면 굉장히 심리적으로 안정이 돼요. 집에 있는 동안 얼마나 불안했겠어요. - 참여자 9

□ 마음껏 질문하고 상담할 수 있는 여건 조성

의사들과의 관계에서 제일 중요한 게, 질문을 좀 마음껏 했으면, 질문을 좀 할 수 있으면 좋겠다(고 생각합니다). 환자들이 질문을 잘 못 하잖아요. - 참여자 1

□ 주치의 제도 도입

예약제도가 좀 활성화되어서 내가 조금 상담을 받더라도 뒷사람이 서로 불편하지 않게끔 그런 예약제도가 활성화되면 좋겠다라는 거하고, 주치의 제도가 생기면 좋겠어요. 나를 전담 해서 내 문제를 같이 상담하고 그럴 수 있는 주치의가 있었으면 좋겠다... - 참여자 11

4) 환자에 대한 이해와 권리 존중

만성질환자 입장에서는 환자의 어려움과 고민, 그리고 관리 시의 어려움에 대해 잘 들어주고 이해해 주고 환자의 의견과 결정을 존중해 주는 의사를 원한다고 하였다. 더 나아가 의사의 판단, 의료의 판단 위주가 아니라 환자의 입장에서 제대로 된 설명과 존중이 있었는지를 환자의 권리로서 당당하게 주장할 필요가 있다고 답하였다.

□ 환자를 우선적으로 생각하는 마음

환자를 우선적으로 생각하는 마음? 어떻게 보면 항생제 안 주고 약 처방 안 하면 병이 오래갈 수도 있지만 환자 입장에서는 환자를 생각하는 마음으로 하신다는 믿음이 있기 때문에 항상 갈 때마다 "운동하셔야 되요, 걷기 운동"이라고 말씀하시면 더 믿음이 가죠. - 참여자 6

친절하고 신뢰가 중요한 거 같아요. 제 시어머님은 처음 다녔던 집 앞의 병원을 고수하시고 다른 데로 모시고 가려고 해도 싫다고... 집 앞의 의원은 저희 집 손가락 개수도 다 알고 있을 정도의 그런 개념이잖아요? 그러니까 동네병원은 어떤 그런 따뜻함이 있지 않나. 물론 과잉 진료 하시는 데도 있지만... 그래서 의사 선생님의 어떤 친절함, 신뢰감 그게 참 중요한 거 같아요. - 참여자 7

□ 환자의 권리로서 문제 제기와 판단

일차적으로는 '권리'로 접근해야 한다는 거예요. 환자 권리 장전이 있듯이. 환자 측면에서 의사의 판단, 의료기관의 판단이 아니라 질병에 관해서 이해를 할 수 있도록 충분히 상세한 설명이 있었는지 환자 입장에서 판단해야 한다, 서비스의 질이나 관리에 있어서 불만이나 이런 거를 자유롭게 제기할 수 있는 구조적 보장, 저는 이 두 가지를 환자 중심이나 대상자

중심에 있어서 중요한 것들이라고 생각합니다. -참여자 3

가장 중요한 것은 저는 질병 중심보다는 환자 중심으로 가는 게 좋다는 생각이 들어요. 환자 중심이라는 것은 다른 게 뭐가 있겠어요? 그 사람을 오롯이 본다는 거 아니에요. 그 사람을 오롯이 본다는 것은 '그 사람이 왜 걸렸을까?', '이 사람이 왜 아프지?'를 생각하는 거... '이 사람은 약을 먹으면 괜찮을 거 같아', '수술하면 돼', 그걸로 끝나면 사후 서비스는 없는 거잖아요? 그런데 그건 아니잖아요. 이 사람이 이걸 하면 어떻게 하는 사후 관리를 생각하는 거거든요. - 참여자 4

5) 팀 접근

만성질환은 의사 혼자서 관리하기에는 많은 시간과 노력이 요구되기 때문에 지금의 의사 중심 치료 구조가 아니라 만성질환 관리를 위해 더 많은 전문인력들로 구성된 특화된 팀을 통해 만성질환 관리를 지원해 주는 시스템이 마련되었으면 좋겠다고 답하였다. 또한 이러한 시스템의 마련은 의료기관을 중심으로 한 의료체계에만 머무르는 것이 아니라 지역사회의 다양한 자원들과 연계하여 방문간호나 재택의료와 같은 방식으로, 그 외 지역사회 자원을 적극 활용하는 방향으로 이루어지길 기대한다고 하였다.

만성질환 관리에 특화된 뭔가 시스템을 만들려면 사실 팀을 만들어야죠. 만성질환 관리는 의사 혼자 할 수 없는 분야니까. 당뇨 교육도 영양사나 운동, 심리 이런 전문가들을 뭔가 정부 차원에서 지원해 주고 그 안에서 팀이 이루어져서 뭔가 할 수 있는 체계를 만들어 주지 않으면 뭔가 일차의료기관을 살리기 위해서 일차의료기관을 방문하라고 하는 것은 말이 안 된다고 생각하는데 지금까지는 거의 그런 식이에요. 환자 중심이라고 하면 결국 제대로 된 만성질환 의료체계를 가 주려면 팀제로 운영이 되어야 해요. - 참여자 2

만성질환이라고 한다면 의사 혼자 할 수 있는 게 아니고 팀을 이루어서 간호사나 영양사 분들이 팀을 이루어서 하는 게 대안일 수밖에 없어요. 그런데 그걸 병원 안에서만 제공할 거냐, 지역사회와 같이 연계해서 할 거냐... 케어 코디네이터는 약간 소극적인, 왜냐하면 자기 병원에 오는 사람들에게만 약간 설명을 해 주는 정도, 그 정도밖에 아닌데, 적극적으로 투병에 대한 습관을 길러 줄 수 있으려면 지역사회와 연계해서 방문간호가 활성화되면 굉장히 많은 걸 할 수 있거든요. 그런데 지역사회와 연계하면 힘들어요. 이게 모델은 좋은데 지역사회 인프라가 전혀 갖춰져 있지 못한 상태이기 때문에... 그래서 결과적으로는 어렵겠지만... -

참여자 1

6) 데이터 기반 개인별 맞춤형 관리

만성질환자 개인의 결과를 모니터링하여 데이터에 기반한 근거를 마련하고 이를 바탕으로 개별 맞춤형 관리와 피드백을 제공하는 것이 만성질환 관리에 대한 순응도를 높이고 의사와 환자 간 치료적 신뢰 관계를 증진하는 데 긍정적으로 작용할 것이라고 기대하였다. 더 나아가 자기 관리가 어려운 대상자에 대해서는 의사를 비롯한 만성질환 관리 전문인력이 적극적으로 투입되어 이들의 데이터와 개별적 요구도를 고려한 집중적인 관리 시스템을 적용할 수 있기를 바란다고 답하였다.

데이터 중심의 근거가 들어가야 할 것 같아요. 사실 뭔가 피드백을 주고 이 사람의 상태를 확인하려면 그냥 무작정 당뇨수첩에 적어 오는 게 아니라 이렇게 수첩에 적는 수고를 하지 않더라도 블루투스나 IOT 연동해서 환자가 동의하면 의료기관에 정보를 전달하는 이런 것들이 생겨서 (치료의) 근거가 되어야 '아, 이 사람이 잘하고 있구나', '이 부분에 좀 더 집중해서 관리해야겠다' 이런 피드백이 주어지면 굉장히 좋을 것 같거든요. 환자들의 수고를 통해서 뭔가를 해 갖고 오라고 하면 다 귀찮아서 잘 안 하거든요. 자동으로 뭔가 데이터를 보고 그런 걸 가지고 해야, 그리고 환자들도 아무 근거도 없이 너 이거 해라, 저거 해라 하는 것보다 지금 (당신의) 데이터가 이렇게 되는데 이 부분을 좀 더 보완하시면 좋겠습니다, 이렇게 해 주면 훨씬 더 신뢰가 가기 때문에 그런 것들이 좀 되어야 하지 않을까 싶습니다. - 참여자 2

저는 개인적으로 개인화해서 설명해 주시는 선생님이 계셨으면 좋겠다, 아마 환자분들은 누구나 그럴 거예요. 개인화된 정보나 관리를 해 주고 그러면 자연적으로 신뢰도는 좀 쌓이지 않을까. - 참여자 14

7) 원격 만성질환 관리 및 정보 시스템 도입

만성질환자들은 주기적으로 의료기관 방문이 용이하지 않은 만성질환자에게 언제 어디서든 환자가 원할 때 필요한 정보를 활용하고 전문가로부터 피드백을 받을 수 있는 원격 만성질환 관리 시스템이 도입되었으면 좋겠다고 답하였다. 즉 환자가 찾아가

는 개념이 아닌 환자가 ‘언제 어디서나 활용할 수 있는’ 원격 시스템을 통해 환자 중심적인 만성질환 관리를 실현할 수 있을 것으로 보았다.

우리나라 환경에서 집에 있는 사람도 많지 않고 계속 방문할 수 없는 상황이라면 뭔가 원격 모니터링이나 아니면 (온라인) 상담을 통해서라도 주기적으로 피드백을 주는 그런 시스템이 마련되어야 하지 않을까... 뭔가 바쁜 생활을 하면서도 지속적으로 관리를 하고 본인의 건강에 관심을 갖게 그런 분들을 온라인으로라도 할 수 있게 그런 것도 필요하다고 생각하거든요. - 참여자 2

내가 필요할 때 언제든지, 옛날에는 제가 어렸을 때는 정말 아프면 선생님이 왕진을 오셨잖아요. 그런데 그걸 온라인으로 할 수 있는 플랫폼을 만들어서 정말 궁금한 게 있으면 그렇게 할 수 있고 아니면 그 데이터가 선생님하고 내가 서로 공유가 되어서 중간중간 이렇게 "관리를 잘하고 계신데 이걸 이렇게 해 보세요"라든지 카톡 같은 거라도 받을 수 있으면 어떨까 싶은 생각도 들어요. 나이 먹어서 여기 가서 저기 가서 똑같이 반복한다는 게 사실 어떤 때는 생각하면 잊어버렸다가 또 어떤 때는 얘기할 수도 있으니까 한군데서 이런 걸 공유해서, 보안 문제는 차치하고, 창구를 일원화해서 제공해 주었으면 좋겠습니다. - 참여자 14

만성질환류로 분류되는 것들은 아주 가까운 데에 있는 게 나올 것 같고 필요한 정보는 많이 줄 수 있지 않을까. 제가 한시라도 가까운 데서 받을 수 있는 의료체계가 되었으면 좋겠고... 그런 부분들의 정보를 잘 전달해 주고 일대일 카운셀링부터 해서 내가 어떤 식생활, 어떤 운동을 하고 어떤 게 발병이 되었을 때 그 부분이 3년 후, 5년 후 이런 식으로 해서 전담 매니저나 선생님이 계셔서 저를 관리해 주는 거죠. 굳이 그렇게 환자가 찾아가는 개념보다는 원격진료가 굉장히 좋을 것 같아요. - 참여자 21

8) 만성질환자의 자기 관리 역량 강화

만성질환은 식이조절이나 운동 등 생활습관 개선을 통한 자기관리가 매우 중요한 질병이다. 따라서 환자 스스로 관리할 수 있는 능력을 키울 수 있도록 하는 것이 무엇보다 중요하다. 약 처방과 같이 일방향적인 행위가 아니라 질병에 대해 환자가 스스로 관리해 나갈 수 있도록, 자기 역량을 강화해 나갈 수 있도록 치료의 개념이 아닌 만성질환 관리 자치의 개념으로 발전해야 한다고 보았다.

환자라는 사람들에게 끊임없이 서비스를 제공하는 양만 늘리면 될 것인가? 그건 아니라고 보거든요. 제도도 있을 거고 방법도 있을 거고... 환자가 스스로 관리할 수 있는 능력을 길러 주는 것 그게 제일 중요한 것 같아요. 아무리 이 약, 저 약을 줘도 실제로 환자가 유지하지 않거나 실제로 하지 않는다면 결국은 환자가 스스로 해야 되는 부분이니깐 스스로 할 수 있는 힘을 가질 수 있게끔 도와주시면 그게 더 도움이 되지 않을까... - 참여자 10

어찌 되었든 이용자 중심으로, 서비스를 공급하는 행정이나 의료기관 중심이 되는 게 아니라 당사자들이 그 지역의 주민이잖아요. 그렇다면 적어도 생활공간 안에서, 내가 OO동 산다 그러면 경험을 공유하고 있는 사람들이 있잖아요. 그들을 만성질환이라고 하는 공통분모로 묶어 주면 그 안에서 쉽게 이웃 관계도 형성하고 동병상련의 관계가 형성되는 거죠. "너는 어땠니?" 이런 것도 되고. 이런 방식으로 가서 공공의 개입이 줄어들더라도 질병은 내가 관리한다는 의지와 또 기관이 개입해서 의학적 치료 생활습관을 바꾸는 거니까 그 동네에서 유지할 수 있다는 거, 다른 사람들에게 경험을 전수할 수 있다는 거, 즉 만성질환 건강관리의 자치 개념으로 보는 거예요. 지금 그 개념이 없어요. 운동요법도 해야 하고 생활습관도 바꿔야 하니까 다양한 온라인 콘텐츠는 다 만들어 놔는데 실제 이걸 이용하려고 접근하려는 분들에게는 별로 효용 가치가 크지 않은 거예요. 억지로 작심하고 하면 모르지만 내가 일상에 직장 말고 삶터에 스며들고 자립이 되어야 한다... 저는 전문가가 아니지만 그렇게 생각합니다. - 참여자 3

9) 포괄적인 만성질환 관리

만성질환 관리에서 신체적 증상 관리뿐만 아니라 정신적인 부분의 케어, 즉 정서적인 지지를 위한 프로그램도 함께 적용되기를 바라는 것으로 나타났다. 앞서 만성질환자들이 느끼는 진단 시의 막막함이나 합병증에 대한 두려움, 자기 관리의 어려움과 역할 등 부정적인 감정들은 결국 우울증과 같은 심각한 정신질환으로 발전할 수 있고 이는 다시 만성질환 관리에도 부정적인 영향으로 되돌아올 것이다. 따라서 만성질환자의 정서적인 문제까지 케어해 줄 수 있는 정서적 지지 프로그램이 마련되고 지속적으로 제공되어야 할 것으로 보았다.

더 나아가, 만성질환의 조기 진단 및 치료, 관리뿐만 아니라 근본적으로 만성질환이 발생하지 않도록 이를 사전에 예방할 수 있는 시스템이 마련된다면 궁극적으로 만성질환의 발생을 줄이고 만성질환에 대한 사회적 부담을 줄여 나갈 수 있을 것이라고 기대

하였다.

정신적인 부분도 말씀하셨는데, 만성질환은 우울증이나 정신질환이 굉장히 심각하거든요. 본인 혼자 오로지 이 모든 질병을 감당해 내야 하기 때문에 굉장히 어려워하시고 실제 자살 기도를 하신다거나 그런 분들도 있었거든요. 그래서 이 사람의 정신이나 이런 것들을 케어해 줄 수 있는 그런 전체적인 교육 프로그램이 중간중간에 들어가면 좋지 않을까. - 참여자 2

만성질환이라는 게 오랫동안 앓아 오고 오랫동안 가져가야 할 문제인 거잖아요. 어떻게 보면 평생. 그래서 저는 만성질환이 생기지 않는 사전 예방 시스템을 강화하면 좋겠다고 생각해요. 그게 참 허무맹랑한 이야기이기도 한데, 여하튼 뭔가 몸에 이상이 생겨서 큰 병원이든 작은 병원이든 병원이라는 곳에 가서 치료받고 수술받고 또 퇴원하고 관리하고... 그런데 이렇게 병원에 가기 전에 가령 어렸을 때부터 국가가 잘살든 못살든 주치의 제도를 통해서든 어떤 방식을 통해서든 기본적으로 사람의 몸이 아프지 않게끔 하는 예방 시스템이 주어지면 좋겠다, 그런 게 있어요. -참여자 10

미리 알 수 있게끔 예방이라고 해야 하나... 약만 막 주는 것보다는 병이 오기 전에 빨리빨리 알 수 있게끔 그런 걸 잘 체크해 줬으면 좋겠어요. - 참여자 20

10) 지역사회 기반 만성질환 관리

마지막으로, 동네의원이나 병원 등 의료기관을 넘어서 환자를 중심으로 지역사회의 제반 자원들이 구성되는 포괄적인 만성질환 관리 시스템이 필요하다는 의견을 제시하였다. 즉 의료 이용자의 입장에서 찾아가는 만성질환 관리 방문 서비스를 제공하거나 더 나아가 현재의 의료시스템 안에서 관리되지 않는 만성질환자를 지역에서 발굴하고 이들을 집중적으로 관리한다면 더욱 효과적인 만성질환 관리가 실현될 수 있을 것이다.

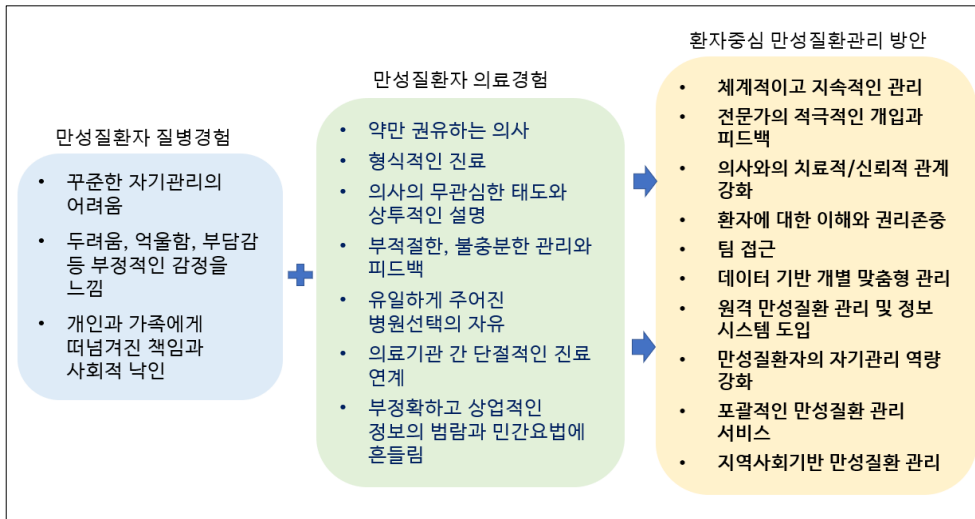
기존의 의원이나 의사 중심의 만성질환 관리 모델이 되어야 하는지 (동의하기 어렵습니다). 환자들을 중심에 두고 의사, 약사, 한의사, 보건소, 건강보험공단, 동주민센터, 식당, 헬스장이 모두 환자의 당뇨병 관리를 돕는 관리 체계가 되어야 하는게 아닌가... 지금의 일차의료 만성질환은 의원이나 의사 중심이에요. 의원이나 의사 인프라를 구축시키는, 보완해 줄

수 있는 수가 체계를 계속 고집하고 있거든요. 그러니까 답답한 거죠. - 참여자 1

이용자 입장을 생각한다면, 저는 어르신들 같은 경우는 그리고 취약계층 같은 경우는 찾아가는 서비스를 해야 한다고 생각이 들어요. 그래야지만 집으로 가면 그 집안 환경을 볼 수 있는 거라서. 저는 좀 더 발전적인 의료서비스의 질이 향상되지 않을까 라는 생각이 들어요. - 참여자 4

(관리 시스템의) 바운더리 안에 아예 들어오지 못하는 사람들, 원래는 관리가 되어야 하는데 아예 병원에 다니지 않는 사람들이 있어요. 그 사람들이 관리가 안 되고 있어요. - 참여자 2

[그림 5-7] 만성질환자의 질병 경험·의료 경험·관리 방안 도식



주: 연구진이 직접 작성함

3. 일차의사의 관점

가. 일차의료 진료 환경에서의 만성질환 관리 현황

1) 진료실을 벗어나지 못한 관리의 한계

만성질환 치료 및 관리에서 중요한 요소 중 하나는 만성질환 발병 원인으로 꼽히는 생활습관을 개선해 나가는 것이라고 할 수 있다. 그런데 환자뿐만 아니라 의사의 관점에서 만성질환이라는 질병 고유의 특성상 지속적인 관리가 용이하지 않다는 한계가 존재한다. 이는 실제로 관리를 해야 하는 환자에게도 큰 부담이지만 의사에게도 치료 결과의 개선을 기대하는 데 있어 큰 부담 요소로 작용한다. 그래서 만성질환자를 진료하는 의사는 환자 스스로 식이조절이나 운동 등 자기 관리를 하는 것의 중요성을 강조하지만, 실제로 환자가 진료실을 나서서 자신의 일상생활 공간으로 돌아가는 순간부터는 만성질환 관리의 몫이 환자 자신의 책임 영역으로 귀결되기 때문에 의사가 환자의 건강행위 이행까지 개입하여 강제하기에는 근본적인 한계가 있다고 답하였다.

결국 만성질환 관리에서 가장 중요한 것은 환자의 생활습관을 파악하고 잘못된 부분이 있으면 고쳐 주려는 노력을 하는 게 가장 중요한 것 같습니다. 단순히 만성질환 관리는 '운동 열심히 하고 음식을 조심해야 된다'는 식의 단순한 표현으로는 환자 개인별로 워낙 차이가 많기 때문에 환자의 습성이라든지 질병에 대한 지식 정도, 생활습관 이런 걸 다 개개인별로 파악해야 거기에 대한 관리가 제대로 될 수 있다고 생각합니다. - I 의사

일단 진료 측면에서 환자의 생활습관 개선 교육이 진짜 쉽지 않아요. 왜냐하면 이론적으로 설명하면 막상 알겠다고 하는데 실제 생활 속에서 어떻게 생활습관의 개선이 있는지는 (평가하기 어려운 것이) 진료 측면에서 가장 어려운 점입니다. - E 의사

(만성질환자의) 관리적인 측면까지 의사가 관리하긴 어렵죠. 먹지 않으려는 환자를 설득할 순 없고 일하기 바빠서 운동을 못 하는데 부담을 주면 안 되거든요. 환자가 시간이 없어서 운동을 못 하고 급식을 먹어서 식단조절을 못 하는데 짜게 먹는다고 환자를 압박하면 병원에 오고 싶지 않게 되고 치료를 안 하게 될 수도 있으니까 그런 부분을 적당히 하는 게 중요한 것 같아요. - B 의사

의사는 약간의 조언과 권유를 하는 거지 실제를 행하는 거는 환자니까요. 밥을 먹어도 환자가 먹는 거고, 모든 걸 환자가 하는 거니까 환자의 역할이 큰데, 의사가 할 일은 환자들의 동기 부여를 통해 그 사람들이 어떻게 실행할 수 있겠느냐 그게 의사의 역할이죠... - D 의사

의사가 처방해 주는 약물을 복용하는 행위는 환자에게도 익숙하고 비교적 지키기 쉬운 방식이지만, 일상생활 속에서 만성질환을 발병시키고 증상을 악화시킬 수 있는 여러 생활습관을 고쳐 나가고 이를 꾸준히 유지·관리하는 것은 환자의 입장에서는 매우 어려운 일임을 앞서 만성질환자의 인터뷰를 통해 확인하였다. 이것은 환자가 자신의 질병에 관심이 없어서가 아니라 정확한 지식과 구체적인 실천 방법, 이를 중간에 포기하지 않고 지속적으로 강제할 수 있는 자극·동기와 같은 요인의 부족이 근본적인 원인이 될 수 있기에, 진료실에서의 환자·의사 간 상호작용을 벗어난 영역에서 발생하는 문제들이라고 볼 수 있다.

대체적으로 환자분들이 자기 만성질환에 대한 관심은 광장이 높아요. 그런데 그 사람들도 결국은 뭘 해야 하는지를 잘 모른다고 봐야 해요. 일단 약을 잘 먹으라는 이야기는 맨날 병원에 올 때마다 들으니까 약 먹는 거는 되게 중요하다고 생각하는데, 그 외에는, 예를 들어 당뇨 환자에게 "운동하세요, 근력운동도 좀 하시고 유산소운동도 좀 하시고" 뭐 이렇게 이야기를 하면 듣는 순간에는 머리에 쑥쑥 들어오긴 하는데 근데 아시다시피 실천이, 당장 '내가 오늘 뭘 해야 하지?' 이런 게 있잖아요. - L 의사

또 다른 측면에서, 이제까지 의사의 진료 영역 내 만성질환 관리에서는 만성질환 관리, 즉 운동 처방이나 식이조절과 같은 생활습관 개선에 대한 상담과 교육은 사실상 진료 과정에서 크게 중요시되지 않았고, 의사들에게도 이를 제공해야 할 필요성이나 유인들(incentives)이 그다지 존재하지 않았던 것이 주요한 요인이라고 지적하였다.

아직까지도 그렇습니다만, 이전에는 혈당 조절, 혈압 조절을 할 때 교육, 상담 이런 것보다는 (환자를) 짧게 보고 약으로 조절하는, 환자에 대한 특성을 파악한다든지 이런 게 상당히 미진했었던거거든요. 그러니까 그 당시에만 해도 얼마나 약을 잘 써서 혈압이나 혈당을 잘 관리하느냐, 주로 약에 의한 자기의 증상이나 수치 관리의 정도, 그게 가장 핵심이었죠. 그리고 아직까지도 이게 메인(main)을 차지하고 있습니다. 제가 개원한 후 15년 동안 전체적인 맥

락은 그렇게 말씀드릴 수 있을 것 같습니다. - J 의사

2) 약물 치료에 대한 환자의 불순응

현재 만성질환 관리를 위한 의사의 역할은 약물 처방을 위주로 한 진료 중심으로 수행되고 있다고 하였다. 이는 동시에 두 가지의 의미를 지니는데, 우선 병원을 찾아온 환자들은 이미 만성질환 진단 후 이를 치료해야 하는 단계에 이른, 즉 만성질환이 어느 정도 진행되어 약물 치료가 절대적으로 필요한 상황이기 때문에 의사의 정확한 처방에 따라 약물 복용 등의 치료에 순응해야 합병증 발생과 같은 더 이상의 진행을 지연시킬 수 있다는 것을 의미한다. 즉 약물 복용이 가장 중요한 치료의 시작이라고 보는 것이다.

(만성질환 진단) 초기에는 약을 안 쓰는 관리가 중요할 텐데 이미 병원에 올 때는 그 단계를 넘어서 오기 때문에 병원에 오는 단계에서는 약을 먹는 게 중요할 수밖에 없고요. 약을 먹을 수밖에 없기 때문에 치료를 잘 따르시는 게 중요하죠. - B 의사

그리고 동시에 만성질환 관리에서 환자가 의사의 처방대로 약을 제대로 먹지 않으려고 하거나 검증되지 않은 민간요법 등에 의존하려고 하기 때문에 정확한 치료와 관리를 위해서 만성질환자 스스로 자신이 진단받은 만성질환을 정확하게 인지하고 있는지 확인하고, 진료 시 의사가 처방해 주는 약물을 규칙적으로 복용하고 생활습관의 변화 등 자가 관리에 대한 의사의 조언을 제대로 잘 지키도록 하기 위해 약물 복용을 강조하는 것이라고 답하였다.

만성질환 환자를 관리함에 있어서 중요한 것은 환자가 약을 잘 먹는 건데 약을 안 먹으려는 분들이 너무 많아서 설득하는 데 오래 걸리는 거지, 설명하는 데 시간이 오래 걸리는 것은 아니거든요. 약을 먹어야 하는 이유나 장점, 단점 다 설명해 줘도 환자가 약을 먹기 싫으면 그거로 끝나는 거기 때문에 만성질환에서 가장 문제가 되는 게 당뇨나 고혈압인데 약을 안 먹으려고 하는 거 그게 문제입니다. 그건 어떻게 제도적으로 해결될 문제는 아닌 거 같아요. - B 의사

지금은 의사가 관여하는 부분이 거의 대부분이죠. 80% 이상은 될 것 같은데요. 지금은

의사 주도라고 봐야죠. 환자들이 할 수 있는 부분이 많지 않으니깐요. 그런데 환자들도 참 여러 가지를 많이 하지 않습니까? 자기 스스로 여러 가지 찾아보고, 옆에 있는 사람 얘기 듣는 사람, 여러 가지 딴 거에 연연해하는 사람들도 있지만... 결국은 내과, 의사의 룰(role)이 큰 거고요. - L 의사

3) 상급의료기관보다 길지만 충분치 않은 진료시간

만성질환 관리와 관련하여 일차의료 진료 환경을 좀 더 살펴보면, 우선 일차의원을 통해 만성질환을 관리할 때의 장점은 의원에서의 진료시간은 특히 대학병원이나 종합병원과 같은 상급의료기관에 비해 상대적으로 길다는 것이다. 우리나라 대형병원은 환자의 긴 대기시간에 비해 실제 의사를 만나는 진료시간이 2, 3분 정도에 그쳐 매우 짧기로 유명하다. 제한된 외래 진료시간 동안 예약된 환자를 모두 진료하기 위해 어쩔 수 없이 환자 1인당 2~3분 동안 진료가 이루어지고, 그만큼 의사가 환자를 마주하고 환자 상태의 변화를 충분히 파악하고 환자와 의사소통할 수 있는 시간적 여유를 갖지 못하는 것이다. 그에 반해 일차의원에서는 의사가 이보다는 길게 환자에게 진료시간을 할애할 수 있다는 것이 만성질환 관리 효과를 높이는 데 큰 장점으로 작용할 수 있다. 또한 1회 진료 시 처방 일수가 6개월에서 심지어는 1년 치의 동일 약을 처방해 주는 상급병원들과는 달리 일차의원에서는 처방 일수가 좀 더 줄어들어 환자를 좀 더 자주 진료하면서 관찰하고 지속적으로 관리할 수 있다는 장점이 있다고 하였다.

일차의료기관에서만 할 수 있는 차별성을 크게 뭉뚱그려서 본다면, 일단 면담시간이 조금 길지 않느냐, 그리고 두 번째로 약물이나 뭐 이런 거를 처방하는 기간이 아무래도 한 달, 두 달 이런 식으로 좀 짧기 때문에 중간중간 보면서 환자들의 변화를 조금 빨리 캐치해 줄 수 있지 않느냐 그렇게 생각하고요. 나머지 것들은 뭐 동일할 거라고 생각하고 있고. 어떻게 보면 일차의료기관이 가질 수 있는 장점이자 강점이라고 생각합니다. - H 의사

여기(일차의원)의 장점은 시간을 좀 더 쓸 수 있고 내용을 자세하게 설명할 수 있어요. 상급병원에 가면 진료시간도 짧고 처방 일수도 과도하게 길고 검사비용도 비싸지고 내용 설명도 떨어지고 하기 때문에 상급병원 갔다가 다시 돌아오는 분들이 더 많죠. - B 의사

그러나 종합병원이나 상급종합병원과 같이 대형병원에 비해 진료시간이 길다고는

하지만, 이 시간이 만성질환자의 진료와 상담, 교육에 충분히 긴 시간이라고 판단하기는 어렵다. 절대적으로 투입된 진료시간만을 기준으로 고려하기보다는 환자의 질병 진행 경과나 상태에 따라, 즉 만성질환의 특성에 맞춰 진료시간을 할애할 수 있는 진료 여건이 조성되지 못한 한계를 문제점으로 인식하고 있는 것으로 답하였다.

일반적인 사람은 보통 5분 이내에 끝날 수 있어요. 그런데 5분을 넘어가기 시작하면 그때부터는 길어지는 거거든요. 그러니까 (진료실) 밖에 환자들이 많이 앉아 있으면 5분이 넘어가 버리면 불안해지는 시간입니다. - L 의사

만성질환이 초기 진단되는 경우에는 질환이나 생활습관에 대한 교육이나 상담이 필요하고, 계속 다니고 있는 재진 환자들은 평가 중간중간에 실제 만성질환이 합병증 진행 없이 잘 조절되고 있는지에 대한 평가, 혈액 검사라든지 이학적 관찰을 통해 합병증에 대해 설명하는 그런 과정이 급성기 질환보다는 시간이 많이 들어갑니다. 그렇지만 환자마다 다 다르긴 한데, 환자가 바쁜 경우에는 제가 시간을 내려고 해도 그러질 못하고 어떤 환자분은 더 많은 걸 듣고 싶어 하는데 또 진료 시간에 쫓기는 것 때문에 못 하는 경우도 있고... - E 의사

4) 상담과 교육의 필요성에 대한 환자의 인식 부족

만성질환 초기 진단을 받은 환자라면 재진 환자에 비해 더 많은 시간을 할애해서 질병에 대한 지식과 치료 방법을 설명하는 것이 바람직하지만, 어떻게 얼마나 더 상담과 교육을 받아야 하는지에 대해 환자 스스로가 그 필요성을 인식하지 못하고 있거나, 그동안의 급성기 질환 치료 시의 짧고 간단한 진료 방식에 익숙해져 있어 만성질환 관리 시 달라져야 하는 진료 방식을 요구하지 못하는 인식의 한계도 작용한다고 보았다.

만성질환 한 분을 진료할 때 일단은 초진 시가 가장 중요할 텐데, 초진은 시간을 소모하게 되고 그래도 5분 이상 (시간을) 쓰기는 조금 힘들고요. 그렇지만 환자에 따라서 10분까지 쓰는 경우도 있습니다. 환자가 궁금한 게 많거나 적극적이시면 10분 정도 쓰고, 5분이 모자라진 않고요. - B 의사

우리나라 국민들이 전 세계적으로 가장 바쁜 국민들이거든요. 그래서 다들 시간이 없어요. 사실 의뢰기관도 시간이 없어요. (왜냐하면) 의료수가가 낮아서 많은 환자를 봐야지만 수

익을 올릴 수 있으니까, 이렇게 (만성질환 관리에) 많은 시간을 투자하기가 쉽지 않지만, 또 반대로 환자들도 너무 바빠서 "5분만 좀 상담을, 얘기 좀 나눴시다", 그러면 "아, 바빠서 안 된다"고 하는 환자분들이 너무 많아요. - I 의사

"나는 당신한테 뭔가 감정이 있는 게 아니라 당신이 조금 이렇게 해서 생활습관을 조절하면 좋겠다"라고 얘기를 하면 또 어떤 사람들은 '아이씨 약이나 주지, 왜 이렇게 말이 많아' 이렇게 생각하는 사람도 있거든요. - F 의사

(환자가) 사실 상담을 꺼려 하죠. 꺼려 한다기보다는 그렇게 할 수 있다는 사실을 모르고 있죠. - B 의사

5) 만성질환 관리에 필요한 환경의 미비

일차의원을 중심으로 하는 만성질환 관리가 쉽지 않은 이유는 지금과 같이 다수의 일차의원들이 갖추고 있는 물리적 환경을 포함한 제반 진료 환경이 만성질환 관리를 하기에는 한계가 있고 제약 요소로 작용하고 있다는 것이다.

우리가 여기서 운동요법을 하나 가르치고 싶어도 어떻게 가르칠 수가 있습니까? 조그만 거 하나 가르쳐 놓고 '성공했다'라고 이야기할 수 있겠지만 사실 그것도 좀 한계가 있잖아요. 전문적인 운동치료사가 있는 것도 아니고, 무슨 자료를 준다 해도 그 사람이 할 수 있을지에 대한 것도 좀 애매하고, 그래서 지금도 만성질환 관리에서 가장 걱정이고 앞으로 나가야 할, 제가 내과 의사를 하면서, 개원하면서 고민했던 부분이 지금도 해결이 잘 안 되고 있다고 생각하고 있어요. - L 의사

어디 의원 내과에 가서 이렇게 운동치료실 있는 거 보셨어요? 만성질환이라는 것을 약만 주면 해결된다고 생각하면 운동치료실... 이렇게까지 할 필요가 없죠. 방 두 개 놓고 접수하고 진료만 하면 되잖아요. 제가 머리를 잘 써 가지고 약만 잘 주면 되잖아요. - G 의사

우리나라 일차의료기관들이 의사 1인 중심의 단독 개원(solo practice) 방식으로 운영되어 한 명의 의사가 혼자 환자를 치료, 관리해야 하는 상황이 많다 보니 만성질환 처럼 진료와 교육이 동시에 요구되는 경우에는 효과적으로 제공되기 어렵고 특히 다른 환자들 진료실 밖에서 순서를 기다리는 등 시간적 압박을 느끼는 상황에서는 환자는

물론 의사에게도 더더욱 진료와 교육의 병행은 쉽지 않은 것으로 나타났다.

대기 환자가 많아서 그런 환자들을 이번 달에는 스킵하고 다음 번에 교육할게요, 이렇게 하고 나면 또 두 달 있다가 오시거든요. 그럼 실제로 하는 횟수가 줄어들어요. - A 의사

필요성은 느끼는데 이제 맨파워도 안 되고. 예를 들어 의사 혼자 할 수 없잖아요. 간호사, 영양사의 도움도 필요하고 시간도 내야 되고. - D 의사

6) 환자의 역할 부족

만성질환 관리 과정에서 의사의 역할을 묻는 질문에 많은 일차의사들은 의료, 의사의 역할이 큰 비중을 차지하고 있고, 그래서 생활습관 개선 등 자기 관리가 중요한 만성질환 치료 및 관리에서 환자가 스스로 관리를 해 나갈 수 있도록 의사와 같은 전문가가 이를 지원하는 것이 가장 바람직하다고 보았다. 그러나 지금의 보건의료체계에서 만성질환자의 치료와 관리는 지나치게 의사 의존적이고, 약물 의존적이라는 한계가 있다고 보았다.

지금은 의사가 관여하는 부분이 거의 대부분이죠. 80% 이상은 될 것 같은데요. 지금은 의사 주도라고 봐야죠. 환자들이 할 수 있는 부분이 많지 않으니깐요. - L 의사

의사가 (10점 만점에) 8, 9, 즉 의료가 8, 9 그 이상이죠. 왜냐하면 생활습관을 변화시키기가 쉽지 않아요. 그래서 저희는 (만성질환) 관리의 시작이 생활습관의 변화가 아니에요. 약인 거예요. 인슐린과 같은 약을 쓰는 거예요. 그런데 (거기에다가) 생활습관을 개선하면 드라마틱하게 좋아져요. 당뇨가 없어지는 사람도 꽤 있어요. 정말로 좋아집니다. (고혈압 환자의 경우) 혈압도 좋아지고. 그래서 (환자들이) 체중을 10kg 줄였다, 술을 끊었다 그러는 게 제일 중요한데, 그래서 지금으로선 의료가, 의사의 역할이 훨씬 크다고 봐야죠. 절대적이라고 봐야죠. 그리고 그게 문제라는 거죠. - J 의사

7) 의사와 환자 간 치료적 신뢰 부족

의사와 환자 간 신뢰적 치료 관계가 형성되었을 때 치료와 관리가 지속적으로 이뤄

질 수 있고 더욱 효과적인 치료 결과를 기대할 수 있다. 의사의 환자에 대한 관심과 집중은 환자로 하여금 의사에 대한 신뢰를 형성하고 치료의 결과에 매우 중요하게 긍정적으로 작용하는 요소로 의사 역시 이에 동의하였다. 하지만 이러한 의사 환자 간 신뢰 관계의 형성이 쉽지 않은 것이 사실이다. 의사의 입장에서는 환자가 진료 의사가 마음에 안 들면 바로 의료기관을 바꿀 수 있는 상황에서 이와 같은 치료 관계를 형성하기가 쉽지 않다고 말하였다.

제일 중요한 거는 신뢰죠. 환자와 의사 간의 신뢰, 라포 형성이라고 하는데... 신뢰가 쌓여 있을 때 결국 환자가 의사의 충고나 제시하는 방향에 대해서 잘 따라와 주는데, 반면 신뢰가 형성되지 않으면, 물론 개인별 차이도 있겠지만, 잘 따라오지 않고 환자의 생활습관 교정이 되지 않기 때문에 효과적인 만성질환 관리가 잘되기 어렵다고 봅니다. - I 의사

예전에는 의사·환자 관계가 그런 계(상하 관계가) 많았던 것 같은데, 요즘엔 진짜 그렇지 않거든요. 환자분들한테도 최대한 응대를 친절하게 하고 적극적으로 해 줘야지, 대학병원이 아닌 이상은 의료서비스도 편의점처럼 가까운 곳으로 가는 거고, 품질이 마음에 안 들면 다른 곳으로 가기 때문에... - B 의사

환자들이 병원을 선택할 때 내 병을 잘 관리해 줘서 가기도 하지만, 그냥 저 원장이 마음에 들어서, 그리고 직원들이 살갑게 굴면 그런 걸로 갈 수 있거든요. 실제로 꽤 있거든요. 한국 사람들은. 그러다 보니까 어떤 병원은 이렇게 약만 주고 아무것도 안 해 줘도 "어머님", "아버님" 손잡아 주는 의사는 100명, 200명이 넘어가는 병원도 있는가 하면, 아무리 설명을 해 줘도 "아, 나 잘 모르겠는데", 플랜을 세워 줘도 환자가 별로 없는 병원도 있고 정부가 생각하는 환자 관리랑 리얼 월드에서 느껴지는 환자들이 의사를 바라보는 태도는 조금 오류가 생기는 거거든요. - F 의사

또한 대형병원에 비해 진단장비 등 시설의 차이 등도 일차의원, 일차의사에 대한 신뢰를 낮추는 요인이라고 생각하였다.

이런 데 있는 의사들은 실력이 없고. 약도 좀 별로 안 좋은 약 주고. - C 의사

8) 치료의 지속성 부족

만성질환 관리에서 치료의 지속성이 중요하지만 환자가 마음대로 의사를, 의료기관을 선택할 수 있기 때문에 의사와 환자 간 치료의 지속성이 유지되기 어렵다. 주치의 제도와 같은 일차의사의 환자 등록 개념 등이 없는 상황에서 지속적인 치료적 관계를 유지할 수 있는 기반은 취약하다고 보았다.

사실 근본적으로 만성질환뿐만 아니고 우리나라 모든 제도가 소위 일차의료에서 주치의 제도가 없기 때문에, 그 사람이 어느 의료기관에 가건 그건 그 사람의 자유고 그걸 통제하는 시스템이 전혀 없어서, 나도 그 사람이 와야지 뭐... 오늘도 나한테 올 때가 되었는데 안 오시고 이미 다른 데 갔다 오시고 중간에 뭐 사실은 타 전문과 볼 거 아닌데 보니까 다 보고 오셨더라구요. 그런데 그걸 누가 통제할 수 있냐구요. - C 의사

뭔가 마음에 안 들든지 요구 사항 실현이 안 된다 그러면 그냥 옮겨 가시는 거고. - E의사

만성질환자를 진료할 수 있는 다수의 일차의원들은 내과나 가정의학과와 같은 진료 과목의 전문의 자격을 취득한 후 개원한 의사들이 많다. 환자의 입장에서 보자면 일차 의원의 수가 많아지는 것은 의료기관 선택의 자유가 더 높다는 것을 의미할 수 있으나 관리의 지속성과 효율성 측면에서 평가하자면 긍정적인 효과만을 기대하기 힘들다. 그리고 의사의 입장에서는 환자로부터 선택을 ‘당하는’ 입장이 되다 보니 의사의 의학적 조언이나 처방에 대해 마음에 들지 않거나 신뢰관계가 형성되지 않는다면 언제든지 그 관계가 끊어질 수 있다고 여기고 있었다.

개인 의원이 동네슈퍼보다 많아지고 편의점만큼 많아졌거든요. 그러니까 사람들이 (의사가) 무슨 말을 해도 자기의 마음에 안 들면 언제든지 병원을 바꿀 수가 있죠. - F 의사

자기가 무슨 문제가 생겨서 만약 해결이 안 된다, 자기 만족이 없다 그러면 닥터 쇼핑하죠. 왜냐하면 환자는 자기 문제를 확실하게 고쳐 주는 누군가가 있는데 아직 못 만나 봤다고 생각하는 거죠. 그래서 대학병원에 찾아가고, 이 대학병원에서 해결이 안 되면 저 대학병원에 가고... 아무데나 가는 거지. 과연 이게 좋은 거냐? 이거죠. - C 의사

9) 표준화된 진료 가이드라인과 근거 지침 부족

현재 우리나라 만성질환 관리의 진료 표준화 정도는 낮은 편이고, 만성질환에 대한 질 관리 방안도 아직은 초보적인 상태에 머무르고 있는 것으로 평가하였다. 일부 일차 의사들도 현재 실시되고 있는 일차의료 만성질환 관리 시범사업 등을 통해 진료 프로토콜 등을 경험하면서 일부 긍정적인 측면이 있음에도 불구하고 여전히 표준화된 진료 가이드라인과 근거 지침이 크게 부족함을 인식하고 있었다.

완벽하게 컨트롤되는 사람한테 왜 여섯 번을 검사해요. 그게 안 돼 있는 거지. 표준화가 안 돼 있는 거지. - C 의사

당연히 교과서적인 진료를 하도록 가이드라인 나와야 되고 또 부족한 게 있으면 거기에 맞춰서 수기도 조정하면 될 거 아니에요. 서로 아니라고 그래서 이쪽을 안 해 버리면 발전이 없는 거죠. - C 의사

일반적인 상황일 때 이런 프로토콜을 따라서 얘기해 주면 어, 일관성도 있고 좋은 것 같아요. 일만시 프로토콜. - F 의사

10) 진료 및 의료서비스 연계의 어려움

일차의료기관은 통합적인 서비스 제공과 함께 필요할 때 환자를 적절한 타 기관 또는 서비스로 연계해야 하지만 이는 대체로 의사 개인의 역량과 적극성에 맡겨져 있고 전체 만성질환 관리 시스템 차원에서는 이를 지원하는 부분이 매우 부족한 것으로 지적되었다.

왕진 서비스를 갈 때도 밑에 보고서 작성할 때 항상 연계가 있냐 이런 걸 물어보던데, 거의 100% 미연계고요. 연계가 되는 정도는 복지관, 복지관 정도가 민간 분이 위탁받아서 하는 거죠. 그런 복지관 정도가 연계가 되고, 그거는 근데 글썽요, 저는 연계를 할 수 있는 건 최대한 하고 싶은데, 연계가 안 되는 것 같아요. - A 의사

요즘에 의료 회송 체계라든지 이런 지금 협진 의뢰 이런 게 많이 있기는 있는데 이게 그냥

진료의견서 하나 써서. 상급기관 종합병원 원하는 데 가세요, 하면 그럼 가장 편해요 의사 입장에서는. 근데 오래 다녔던 분한테 그냥 알아서 가라고 하기는 그렇고... 그쪽에 진료협력센터라든지 유선으로 통화를 하든지 아니면 협진 의뢰를 해 가지고 그렇게 해서 의뢰를 해 드리는 편인데 이게 쉽지는 않아요. 왜냐하면은 연락이 잘 안 될 뿐만 아니라 3차기관 상황을 모르기 때문에 그 환자가 원하는 시간대하고 실제로 진료할 수 있는 시간대가 안 맞는 경우가 많아서 사실 어레인지 해 주는 데 한 10분 이상 걸리는 경우도 있거든요. 그러니까 환자는 대기하고 있고 해서 그런 부분이 쉽지 않아서 시스템화돼 있는, 통합적으로 시스템화돼 있는 게 필요한데. 아직은 안 되는 것 같아요. - E 의사

11) 지역사회 차원의 협업 부재(보건소 포함, 역할 기능 미분화)

□ 지역 내 병의원 간 경쟁 관계

일차의원의 의사들이 지역 내 만성질환자들을 효율적으로 관리하는 데 어려움을 느끼는 또 다른 이유는 같은 지역 내 일차의원들끼리는 서로 경쟁 관계라는 것이다. 대부분의 도시 지역에는 개원한 일차의원의 수가 포화 상태이고, 의사의 입장에서는 동일 지역 내에 한정되어 있는 환자들을 서로 자신의 병의원으로 유인하기 위해서, 즉 환자 유치를 위해서 경쟁 아닌 경쟁을 해야 하는 상황이 되어 버린 게 현실이라는 것이다. 유사 과목, 유사 질환에 대해서는 환자에 대한 정보를 공유하지 않고 타 진료 과목에 대해서만 어느 정도 연계가 진행되다 보니 의료 이용의 비효율성이라는 결과를 초래하는 것이다.

실제 다른 분야, 예를 들어 내가 이비인후과나 안과, 비뇨기과나 피부과에는 어레인지(arrange)가 되는데 동종 내과끼리 전원은 없는 거 같아요. 경쟁 관계도 있고, 실질적으로는 같은 내과라고 하더라도 (개원해서 진료를 하다 보면) 세부 전공 간 차별성이 거의 없어지게 되거든요. - E 의사

□ 보건소 등 다른 기관들과의 역할 분담 실패

효과적인 만성질환 관리를 위해서는 일차의원뿐만 아니라 동일 지역 내에 있는 보건

소와의 유기적인 관계도 매우 중요하다. 그런데 실제 일차의원과 보건소의 관계는 지역에 따라 다소 차이는 있으나, 상호 보완적이고 협력적인 관계라기보다는 오히려 경쟁 관계라고 인식하는 경우가 많고, ‘치료’와 ‘관리’라는 효율적인 역할 분담과 의료기관과 보건소 간 협력과 연계가 제대로 이루어지지 못하고 있다는 것이다. 이는 더 나아가 지역사회 건강 증진을 위해 함께 일해야 하는 다른 조직들에 대한 불신을 갖는 계기가 되기도 하였다.

옛날에 보건소에서 금연이나 당뇨교육을 공동으로 하자고 해서, (했었는데) 실제로는 진행이 잘 안 되었어요. "교육은 보건소에서 해 주겠습니다"라고 해서 일차의료에 계신 선생님들이 많이 관여해서 했었는데 점점 환자를 안 보내게 되었어요. 그 이유가 거기서(보건소에서) 교육하다 보니까 환자분들이 보건소에 다니게 된 거예요. 보건소는 본인 부담이 적잖아요. 약값이 무료인 경우도 있어서요. 그러니까 노인분들이 일차의원에 한 달에 한 번 가서 진료비도 내고 약값도 내고 했는데 보건소에 일주일에 한 번 갔더니 무료 처방전도 주고 약값도 무료더라... 교육하는 거는 참 우리가 개인적으로 못 하니까 집단교육 하는 거는 너무 감사한 일인데, 그러면 보건소에서 "우리는 교육만 하지 진료는 안 합니다"라고 이렇게 선언할 때가 되지 않았나... 몇십 년 전에야 보건소 역할이 보건만 아니라 의료적인 면으로 필요했지만 지금은 보건소 바로 옆에 의료기관들이 있는데 보건소에서 무료로 진료한다고 하면 그러면 안 되잖아요. 지금 의료기관이 너무 많은데... - D 의사

이 지역의 보건소는 지금 벤츠 타고 에쿠스 타고 가서 혈압약 싸게 받아 오는 거, 이거로는 만성질환 관리는 1도 안 된다, 보건소를 다니는 분들은 다 의사 선생님을 만나는 게 아니고요, 진료비나 약값이 싸다 그거는 좀 아닌 거 같아요. 그러니까 이 기회에 보건소는 진료 기능을 그냥 하지 말고 방역하고 금연 같은 예방하고 그다음에 건강 증진에 대한 교육, 교육을 지원해 주는 그런 어떤 콘텐츠, 그런 쪽에 치중하고 그냥 감기약 주고 혈압약 싸게 주고 그러는 게 정말 국민 건강을 위하는 건 아니기 때문에 오히려 해를 끼칠 수 있잖아요. (보건소에 갔다가) 병 키워서 오는 사람이 그렇게 많아요. - H 의사

12) 만성질환 관리에 미흡한 지불제도

인터뷰에 참여한 대부분의 의사들은 현재 일차의료기관에 대한 진료비 지불제도, 즉 수가체계가 포괄적인 질환 관리에 적합하지 않다고 비판하였다. 특히 단독 개원(solo practice)의 구조 속에서는 의사 혼자서 환자의 검사, 약 처방, 교육과 상담 등 만성질환

환 관리에 필요한 내용을 모두 감당할 수 없기 때문에 이를 지원할 전문인력이 필요한데 현재의 행위별 수가 구조하에서는 만성질환 관리를 잘하기 어렵다고 평가하였다.

진료비가 너무 싸잖아요. 이렇게 많은 진료를 해도 너무 싸니까 장점도 있지만 단점은 (의사) 혼자 손해 보는 거. (환자가 일차의원에 한 번) 온 김에 다 봐 달라는 거... 공짜로 하니가 좋긴 좋은데 그만큼 만성질환 관리에서 관리받을 수가 없는 거지. 왜냐하면 이 사람 때문에 그다음 사람이 만성적인 관리 가능성을 박탈당하는 거잖아요. - F 의사

대부분의 의사들은 환자 중심으로 생각을 하게 돼요. 그런데 무너지는 건 뭐냐면 시대적으로 내가 이만큼, 운동도 해 드리고 했는데 돈도 매길 게 없고, 그럼 '어? 나는 저 운동치료사 월급은 월로 줘야 하나...' 이렇게 되는 거죠. 현실과 부딪치는 거죠. 만성질환 교육을 잘하려면 일정 부분의 자격이 있는 사람들을 고용해야 되는데, 그럼 그 고용하는 사람들의 월급은 당연히 비싸겠죠. 그걸 감수하고 데리고 왔어요. 그런데 교육에 대한 비용은 없어요. 그럼 누가 하겠어요? - G 의사

13) 합리적이지 않은 만성질환 관리 평가

일차의료의사들은 현재 건강보험심사평원의 일차의료기관 만성질환 관리에 대한 적정성 평가는 완치의 개념보다는 유지, 조절 및 합병증 예방·지연이라는 만성질환의 질병 특성을 전혀 반영하지 못한 평가라고 지적하였다.

예를 들어 제가 당뇨병 치료의 아주 뛰어난 명의예요. 그러면 (환자들이) 다 저한테 올 거잖아요. 그럼 조절이 안 돼서 올 거니까 인슐린도 많이 쓰잖아요. 요인도 나쁘고 생활습관도 되게 안 좋을 거 아닙니까? 그래서 나는 이 사람을 정말 잘 관리해 준다고 해서 한 건데 비용은 엄청나게 쓰고 결과는 좋지 않아요. 그럼 평가에서 이게 왜곡이 되잖아요. 이 비용에는 모든 의료행위가 다 들어갑니다. 진료 본 거, 검사한 거, 약처방 한 거, 인슐린 사용한 것까지. 그러니까 이게 변수에 대한 보정 시 위험 요인을 고려해야 하는데, 지금 적정성 평가에서는 저희를 계속 상대평가해서 정의한다는 건데, 이걸 심판을 공정하게 봐야 되잖아요. 핸드캡이 틀린데... 지금 적정성 평가에서는 올 오어 논(all or none)이에요. 적정성 기준에 포함되면 환자 수만큼 인센티브를 다 주고 그게 해당이 안 되면 하나도 안 줘요. - J 의사

(질 평가가) 어느 정도는 필요할 수도 있다고 생각하는데요, 저희 일차의료기관의 느낌은

평가가 아니라 규제로 느껴져요. 그리고 질 평가는 공공기관이 아니라 의사단체에 맡겨야 될 것 같아요. 왜냐하면 의사들이 봐도 정말 말도 안 되게 의료행위를 하는 사람이 있잖아요. 그런데 의료행위는 제대로 안 하면서 열심히 자료만 입력하면 평가는 좋게 나와요. 그래서 엉뚱하게도 양심적인 병원만 규제에 걸려요. - D 의사

14) 정부 정책에 대한 불신

일차의사의 정부 정책에 대한 불신은 일차의료 만성질환 관리의 개선을 가로막는 주요한 요인이 되는 것으로 파악되었다. 표준화된 치료에 대한 가이드라인은 이를 악용할 수 있다는 우려로 제대로 갖추어지지 못하고 있으며, 대부분의 일차의사들은 일차의료의 질 평가가 중요하고 필요하다고 생각하지만, 그중 일부는 일차의료의 질 평가가 정부 정책에 의해 악용될 것에 대한 우려를 나타냈다.

가이드라인이 만들다가 어느 순간에 중간에 그게 중단됐어요. 뭔가 하여튼 반발이 있었던 거 같아요. 교과서적인 가이드라인을 만들면 그거를 벗어나는 거를 심평원에서 그걸 삭감한다. - C 의사

질 평가는 뭔가 하긴 해야 되는데 평가하는 목적이 뭐냐, 평가를 위한 평가나 규제가 아니라 평가하는 이유는, 국민 건강을 위해서 국민 건강과 국민들의 알 권리를 위해서 평가해야 하는 거죠. - D 의사

나. 바람직한 만성질환 관리를 위한 일차의사의 의견

1) 일차의료 중심의 만성질환 관리 모델 구축

바람직한 만성질환 관리를 위해서는 일차의료기관의 의사가 주도적으로 참여하여 일차의료 중심의 만성질환 관리가 이루어져야 한다고 보았다. 현재 시행 중인 일차의료 만성질환 관리 시범사업이 좋은 예가 될 것이다. 일차의료기관을 중심으로 한 만성질환 관리 시범사업이 성공적인 본사업으로 발전하기 위해서는 의료기관 간 역할과 기능적 분화를 추구하여 지금의 경쟁 구도를 탈피하고 일차의료의사들이 만성질환 관리를 주도할 수 있는 모델이 마련되어야 한다고 생각했다.

우리나라의 일차의료를 만들어 가는 가장 토대가 되는 사업이라고 생각하고 있습니다. 물론 뭐 현재는 고혈압, 당뇨 환자 관리에만 역할을 하고 있지만 앞으로 좀 더 질병 확대가 되어서... 우리나라 일차의료는 뭐, 주치의 제도를 하겠다 이래서는 일차의료가가 절대 만들어질 순 없거든요. 만성질환 관리 사업 하면서 결국은 뭐 만성질환을 관리하는 개별 질병별 주치의 역할을 하면서 일차의료가가, 한국형 일차의료의 모습을 찾을 수 있다고 생각합니다. - I 의사

의원하고 종합병원이 경쟁 구도 아닌 게 좋을 거 같아요. 지금은 경쟁 구도. 대학병원까지는 아니지만 종합병원이 병원과 만성질환에 대해서는 경쟁 구도이거든요. 의원 환자는 의원으로 오게 하고 종합병원 환자는 종합병원으로 가게 하고 이런 것들이 필요한데 지금 체계가 무너져 있으니까 그게 문제입니다. 이걸 제도적으로 강제할 수밖에 없죠. - B 의사

2) 일차의료의 문지기(gatekeeper) 또는 주치의 기능 강화

환자들이 만성질환의 치료 및 관리를 위해 지속적으로 방문하는 주 관리 의원이 이들에 대한 지속적인 환자 교육과 상담, 그리고 전반적인 혈당이나 혈압 수치 모니터링, 약물 복용 순응도, 생활습관 실천 여부, 합병증 발생 여부 모니터링 및 주기적인 검사 등을 통해 만성질환 주치의 기능을 강화하고 환자들의 효율적인 의료 이용이 이루어지도록 문지기(gatekeeper) 역할을 담당하는 것이 바람직하다고 보았다.

의사가 게이트키퍼(gatekeeper) 역할을 하면 좋은데 아예 할 수 없으니까 될 수 있을지 모르겠어요. 이미 (선택권이) 환자에게 넘어가 버려서 다시 뺏어 올 수 있을지... 그리고 사실 의사들도 별로 원하지 않아요. 딱 자기 거만 하고 치우고 싶어 하지, 그거에 대한 인센티브가 있는 것도 아니고. 인센티브가 있으면 더 할 수 있죠. 고혈압 진료 하면서 관절염 진료 하고 피부과 진료까지 한다? 그럼 진료 시간은 길어지지만 진료비는 똑같으니까 수익적인 측면에서 달갑진 않죠. 의원 운영이 안 될 수 있으니까. - B 의사

우리나라 일차의료는 주치의 제도를 하겠다 이래서는 일차의료가가 절대 만들어질 순 없거든요. 만성질환 관리 사업 하면서, 결국은 만성질환을 관리하는 개별 질병별 주치의 역할을 하면서 우리는 일차의료가가, 한국형 일차의료의 모습을 찾을 수 있다고 생각합니다. - I 의사

3) 예방을 포함한 포괄적 만성질환 관리

만성질환은 예방이 중요하다는 점에서 만성질환 관리 사업은 예방을 포함하도록 확장해야 한다. 이는 식이조절, 신체활동 등에 대한 직접적인 지원을 포함한다.

상식적으로 생각하면 당뇨병이 안 생기게 만드는 게 지금 진료비나 나중에 더 좋을 거라고 생각을 해요. 그리고 어느 나라든지 간에 진짜 부유한 나라가 아니고 나서는 프리 다이어비티즈(pre-diabetes)를 보험을 인정해 주는 나라가 없어요. 비만도 마찬가지로 인정해 주는 나라가 없어요. - G 의사

4) 만성질환 단계별·수준별 맞춤 관리

환자들이 만성질환의 치료 및 관리를 위해 정기적으로 방문하는 주 관리 의원의 의사가 환자의 만성질환 진행 경과에 대해 지속적으로 모니터링하고 환자들의 경제적 수준과 만성질환 관리 수준, 치료 순응도 등을 고려하여 환자별 맞춤형 관리를 할 필요가 있다고 답하였다.

인프라나 환자들의 경제적 수준에 따라 층화 이런 것도 있어야 될 테고 그렇죠. 이 지역은 병원이 너무 많아요. 환자들이 풍족하고 경제력이 되고, 여러 가지 사회경제적인 수준이 아무래도 높잖아요. 그리고 IT나 이런 거에 대한 접근도 좀 더 용이하고 관심도 많고 하다 보니까 자기가 알아서 막 셀프로 관리하고 셀프로 이것저것 사 먹고 나빠지고 하는 경우가 많아요. 그런데 지방에서는 농사지어야 하고 맨날 술 드시고 힘들고 우울하고 피곤하니까 매일 소주를 뒷병으로 드시고 이러는 분들이 많잖아요. 그런데 (만성질환) 시범사업에서는 환자 부담금도 동일해요. 환자분들이 내야 하는 돈이 5만 원이면, 강남에서도 5만 원이고 지방에서도 5만 원이에요. 지방에서 5만 원 이러면은 헤역! 막 이렇게 되시죠. - H 의사

5) 만성질환 관리를 위한 협력·연계·조정

지역에서의 만성질환자들이 꼭 필요한 의료기관 이용, 그리고 자기 관리를 위해서는 지역사회 자원 활용이 매우 중요한 요소이다. 또한 의료기관 간 의뢰와 회송 시스템이 잘 갖추어진다면 일차의료기관 입장에서도 '일차의료로서의 역할'에 충실할 수 있을

것이라고 답하였다.

2차나 3차의료기관과의 연계가 되게 중요할 것 같아요. 그러니까 일차는 일차로서의 역할을 할 수 있게 2차가 도와주고, 가령 북유럽 나라들은 일차기관만 외래를 볼 수 있게 하고 2차부터는 아예 입원이나 수술만 할 수 있도록 하니까 그렇게 분류가 확실히 되는 거 같아요. 그리고 건강검진도 일차 검진이 있고 암 검진이 있잖아요? 그런 것도 확 나눠서 일차 검진은 일차의료기관에서만 하고 암 검진은 2, 3차에서만 한다든지 그렇게 뭔가 역할을 좀 확실하게 구별하면, 그래서 그 정보들이 이쪽으로 주어지기만 하면 환자를 관리하는 데 상관없잖아요. 그렇게 좀 나누어지면 좋겠다는 생각이 들어요. - A 의사

(의뢰, 회송에 관한) 아무리 좋은 시스템이 있어도 의사들이 이거는 일차의료기관에서 불질환이다, 그래서 일차의료기관으로 보내고, 아 이 환자는 2차 또는 상급기관에서 진료를 받고 어떤 체크가 필요하다, 이러면서 서로 간에 주고받는 의뢰하는 마음의 자세가 중요한 거거든요. - I 의사

그게 이제 시스템화 잘되면 2차기관에 가서 합병증 평가를 하고, 와서 그걸 관리를 어떻게 하라, 1차의사더러. 그러면 이제 저는 그런 정도에 대한 건 해 줄 수 있고, 주기적으로 보내든지 뭐 그렇게 하면 될 것 같은데... - A 의사

6) 만성질환 관리 수가 등 진료비 지불제도 개선

인터뷰에 참여한 대부분의 일차의사들은, 효과적인 일차의료 만성질환 관리를 위해서 가장 시급한 것은 만성질환 관리수가 등 진료비 지불제도를 개선하는 것이라고 답하였다. 약 처방과 검사 외에 만성질환 자기 관리를 위한 상담과 교육에 대한 수가는 의료진이 이를 위해 투입하는 시간과 비용에 비해 낮게 책정되어 있어 의사의 진료 외에 예방과 만성질환 관리를 위한 인센티브가 필요하다.

현재 일차의사들이 만성질환자에게 한 달 치 처방을 하면 진찰료하고 조제료하고 역전이 되어 있어요. 한 달 치 처방 하면 진찰료보다 조제료가 몇 달 치 더 나와요. 그렇지만 (처방에 대한) 모든 책임은 의사가 지는 겁니다. 약국은 한 달 치 조제하고 하려면 시간이 더 걸리니까 당연한 거 아닌가 하지만 그 약 처방에 대해 모든 책임은 의사가 지는데 우리 의사들 입장에서는 부당하다고 생각하죠. 특히나 앞으로 고령화되면서 만성질환자가 더 늘 수밖에 없는

데... 그런 면에서 지금의 만성질환 시범사업도 진찰료나 진료비를 조금 더 올려 주는 식으로 유지가 되어야 하지 않을까 싶어요. - E 의사

만성질환에 대한 어떤 접근, 그거에 대한 환자나 의사, 제공자나 피제공자에 대한 인센티브가 가장 중요한 것 같아요. 그게 있으면 하지 말라고 해도 하거든요. 서로 가장 그게 중요할 것 같고요. 자본주의 사회에서 수가가 보장이 안 되면 이게 내가 해 주고 싶어도 흥도 안 나고 그건 사실이에요. 어쩔 수가 없어요. - E 의사

행위별 수가제의 단점은 관리를 잘해 줄 필요가 없다는 거잖아요. 이 환자가 나한테 와서 (진료) 행위만 받으면 되는 거지, 내가 그걸 책임지고 관리해 줄 이유는 없는 거예요. 진료를 잘해 줌으로써 행위를 더욱더 많이 할 수 있기 때문에 관리를 해 주는 거고. 그러니까 궁극적으로는 성과 위주로 가서 성과에 따른 보상, 그 부분이 상당히 중요하다고 생각합니다. - J 의사

만성질환은 커뮤니케이션이 잘돼야 되는데 커뮤니케이션이 되려고 하게 되면 교육이 잘 돼야 되는데 교육에 대한... 그게 아까 질 관리이죠. 교육을 하려고 하면 일정 부분의 자격이 있는 사람들을 고용을 해야 돼요. 그럼 그 고용하는 사람들은 월급이 당연히 비싸겠죠. 그걸 감수하고 데리고 왔어요. 그런데 교육에 대한 비용은 없어요. - G 의사

7) 정부의 일차의료에 대한 과감한 투자

만성질환 관리가 사람들의 전반적인 삶의 질을 개선하고 의료비를 줄이는 방안임을 고려할 때 일차의료에 대한 국가적 차원에서의 과감한 투자와 지원이 필요하다고 보았다. 예를 들어 우리나라에서 일차의료에 대한 의사 수련은 병원 수준에서 이뤄진다. 이는 일차의사의 양성에 대한 국가 차원의 교육과 지원이 부재한 것과 관련되는데, 그렇다 보니 규모가 큰 대학병원에서 가정의학과 등의 일차의료를 담당할 의사에 대한 수련이 주로 이뤄지게 된다. 즉, 일차의료 상황에 적합한 수련이 이뤄지지 못한다. 결국 충분히 투자하거나 지원하지 않을 경우 원하는 목표를 달성하기는 쉽지 않기 때문이다.

우리나라같이 자유방임적인 의료제도를 채택하고 있는 나라도 전공의 수련을 정부가 지원해요. (예를 들어 미국은) 연방정부 지역 예산으로 해 줘요. ... 우리나라는 전적으로 병원 중심의 수련인데 그럼 병원 입장에서 그 인력을 자기네 병원에서 사용하려 그러지 나중에 1

차의료기관으로 갈 거니까 그럼 1차의료기관 수련하냐, 안 되죠. - C 의사

일차의료의 질을 높이려면 정부에서 투자를 해 줘야 돼요. 영국에서는 의사가 개원하는데 거의 돈이 안 들더라고요. 일차의료기관은 정부에서 거의 제공하다시피 하는 그런 시스템이기 때문에 그런 식의 정부 투자도 있어야 하고. 일차의료의 질을 높여야 한다고 이야기만 하지 마시고 정부나 연구자나 교수님들 다 그런 일차의료기관의 시스템을, 질을 높이려면 어떤 투자가 필요한가 근본적으로 이것부터 생각해야 한다고 생각합니다. - I 의사

8) 합리적인 만성질환 관리 평가 시스템 정착

지금의 만성질환 진료에 대한 적정성 평가가 결과 위주의 평가가 아니라 만성질환의 질병 특성을 고려하고 일차의사의 환자에 대한 진료 과정을 고려한 평가 시스템이 정착되어야 한다고 답하였다.

이차적으로 시스템이 잘되어야 되겠다 이런 생각이 드는데요. 지금 만성질환 관리에 건강보험공단에서 수가를 주는 게 있잖아요. 그런데 공단의 입장은 이해를 해요. 왜냐하면 뭔가 데이터를 입력해야 어떤 걸 인정해 준다는 게 있을 텐데, 그런데 과정이 좀 복잡해요. 데이터를 입력하려고 보면 기본 데이터부터 시작해서... 상담도 하고 진료도 하고 뭐 시간은 많이 걸려서 했는데 그냥 귀찮아서 청구를 못 하는 수도 있어요. 진료도 다 하고 온갖 거 다 했는데 시스템에 입력을 못 해서 청구를 못 해요. 왜냐하면 환자 상담을 해야 하는데 환자 상담은 안 하고 그냥 입력만 하는 거예요. - D 의사

(만성질환 관리 시) 과정에 대한 평가는 상당히 의미가 있다고 봅니다. 단순히 어떤 수치, 결과 수치를 가지고 평가하는 거는 문제점이 많다고 봅니다. 우리나라가 DRG도 하고 여러 가지 의료시스템에서 좀 과도기적인 면이 몇 가지 있긴 한데, 평가를 너무 강조하다 보면 사실 의사가 환자를 진심을 가지고 환자한테 도움을 줄 수 있는 진료를 해야 하는데, 단순히 평가 지표를 높이려고 거기에 대해서 보너스도 주고, 이렇게 되면 평가 지표만 높이려고 하는 그런 진료가 될 수 있거든요. 일선에서 환자를 보면서 환자한테 정말 도움이 될 수 있는 그런 관리를 해 줘야지, 의사가 그냥 환자로부터 나오는 결과를 좋게 포장하려는 그런 진료는 결코 바람직하지 않고 정책이나, 앞으로의 어떤 사업에서도 너무 그쪽으로만 치우치는 것은 잘못된 거라고 생각합니다. - I 의사

뭘을 근거로 어떻게 평가할 거냐, 근데 제도적인 부분이 참 허점이 많거든요. 고혈압 같은

경우도 그래요. 약 개수, 그러니까 적정성이라는 게 어느 부분에서의 적정성이나? 거기에 의문을 갖고 있고요. 그리고 의료기관 자체도 문제예요. 소아과나 정형외과가 한 달에 당뇨 환자를 5명 보는데 약을 한 개씩만 주니까, 그리고 다 당뇨 초기이니까 다 양호하죠. 그래서 양호기관이야. 그런데 저는 이렇게나 많은 당뇨 환자를 힘들게 보고 있는데 양호가 아니에요. 그러면 이걸 뭔가 잘못되지 않았습니까? 저는 오래됐잖아요. 당뇨병 같은 경우는 프로그레션(progression)하는 경우가 많습니다. 그러니까 제가 약제를 네 종류 이상 쓰는 당뇨 환자가 비율적으로 너무 많았던 거예요. 그런데 초기 당뇨는 한 개만 먹어도 되잖아요. 근데 나빠지면 두 종류가 되고 세 종류가 되고 이렇게 되지 않습니까? 근데 단순히 네 종류를 쓰는 환자가 많다고 해서 제가 적정성 평가에서 양호기관에서 탈락이 된 거예요. 그래서 인센티브도 못 받고 애써서 치료를 했음에도 불구하고 저 같은 경우는 당뇨 적정성 평가에서 당뇨 잘 보는 의원에서 5년간 연속으로 탈락되었어요. 그래서 제가 마음의 상처를 입은 거죠. - H 의사

9) 의료의 질 관리

일차의료 중심의 만성질환 관리가 효과적으로 이루어지기 위해서는 일차의료 의사들 스스로 일차의료의 질을 강화하기 위한 노력을 해야 한다고 보았다. 다만 앞서 살펴본 것처럼 다수의 의사들이 현재의 평가 시스템이 적절하지 않다고 생각하고 있다는 점에서 구체적인 방안에 대해서는 고민이 필요하다.

일차의료기관의 의사들의 질이 조금 높아져야 하는 부분이 있다고 생각해요. 일차의료기관에 있다 보면 공부를 별로 안 해도 되거든요. (공부를) 안 해도 같은 얘기를 할 수도 있단 말이죠. 물론 환자들이 그걸 알겠죠? 아무튼 공부를 끊임없이 해야 하는 게 의사들인데 그런 걸 게을리할 수 있어요. - A 의사

10) 의사의 자율성 보장

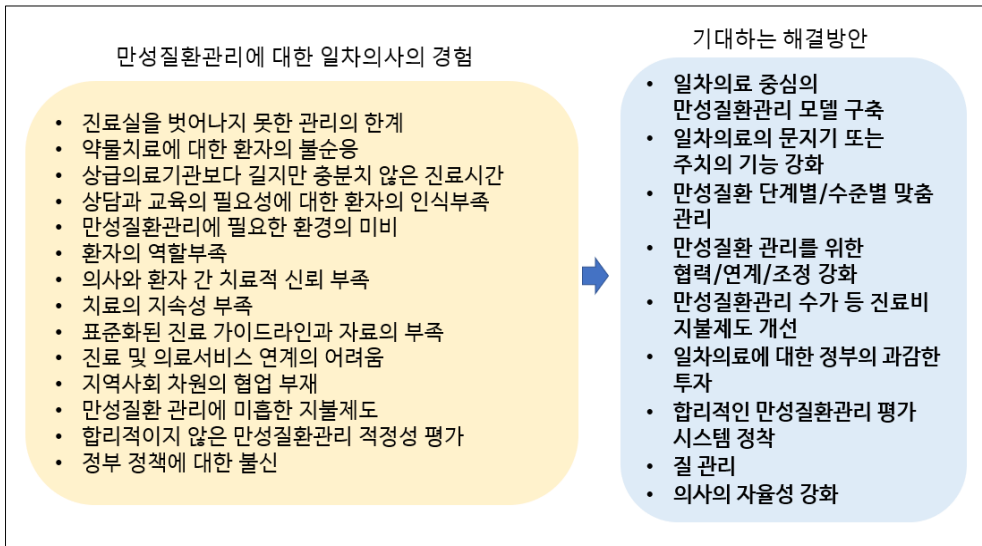
마지막으로 의사의 자율성을 강화해야 한다고 답하기도 하였다. 일차의료 중심의 만성질환 관리를 위한 의견으로 제기된 의사의 자율성 강화는 환자에게 필요한 만성질환 케어의 내용을 의사가 주도적으로 계획하고 환자와의 관계뿐만 아니라 다른 의료진, 더 나아가 지역사회와의 관계에서 리더십을 가지고 만성질환 관리에 필요한 제반 활동을 이끌어 갈 수 있도록 기반이 형성되어야 한다는 차원에서 자율성을 함께 내포하고

있다.

그 사람이 필요한 게 있어요. 그러니까 그 환자한테 필요한 거를 해 줘야 되는 거예요. 그리고 그거는 의사만이 알 수 있어요. 대화를 하는 사람만이 알 수 있는데 (지금의 일만시처럼) 1, 2, 3, 4를 누르는 게 아니라는 거죠. 의사가 충분히 환자와 라포를 가지고 이야기를 하면서 그 사람에게 필요한 자료, 필요한 내용을 그때그때 알 수 있게 해 주고 정말 이 사람은 (상태가) 너무 심해서 안 되겠다 하는 사람은 (다른) 전문가한테 보내서 교육을 받게 하고 다시 일반적인 환자로 만들어 줄 수 있도록 하는, 뭐 그렇게 가야 하는 게 아닌가 싶어요. 그러니까 (의사인) 내가 다른 전문가한테 환자를 보내는 것도 인정을 해 줘야 한다는 이야기입니다. - L 의사

가장 근본적인 거는 진료권에 자율성을 인정해 줘야 돼요. 가장 근본적이거든요. 의사의 자율성을 인정해서 어떻게 하면 의사들이 알아서 환자를 잘 볼 수 있을까, 이런 (의사를) 서포트하는 입장으로 들어가야 맞지, (정부는) 내가 의사 위에 있고 네가 나를 따라와야 한다... 아무리 보건복지부 장관이든 대통령이든 그건 아니잖아요. - F 의사

[그림 5-8] 일차의료기관(동네의원) 의사의 인식 및 경험



주: 연구진이 직접 작성함

제3절 고찰 및 제언

이 절에서는 앞서 1절의 일차의료에 대한 국민 인식과 2절에서 분석한 만성질환자의 의료 이용자적 관점과 일차의사의 의료 제공자적 관점에서의 우리나라 만성질환 관리 시스템에 대한 인식과 경험을 바탕으로 일차의료 및 만성질환 관리를 위한 방안을 논의하고자 한다. 다만, 2절의 결론은 질적 연구의 특성상 본 연구의 인터뷰에 참여한 대상자들의 견해를 바탕으로 하였기에 우리나라 만성질환자 및 일차의료 의사 전체의 의견이라고 일반화하기에는 한계가 있음을 본 연구의 제한점으로 밝힌다.

1. 문제점

가. 만성질환 등록·관리 범위의 제한성

우리나라의 주요 만성질환 관리 정책은 고혈압과 당뇨를 중심으로 진행되어 왔다. 앞서 2007년부터 시작된 ‘고혈압·당뇨 등록 관리 사업’을 통해 고혈압과 당뇨 유질환자를 보건소에 등록하여 이들의 상병 현황을 파악하고자 하였으며, 현재 국민건강보험공단에서 시행 중인 일차의료 만성질환 관리 시범사업(약칭: 일만시) 역시 고혈압과 당뇨에 대한 치료 및 관리를 위해 일차의료기관을 중심으로 진행되고 있다. 그러나 앞서 일차의사와 만성질환자의 인터뷰에서도 언급되었듯이, 시범사업에 참여하고 있는 일차의원들은 전체 의원 중 일부에 지나지 않고, 시범사업 대상자 역시 의원을 방문한 개별 만성질환자에 국한하여 이들에 대한 만성질환 교육과 상담, 케어플랜 등이 이루어지고 있기 때문에 실제 보건의료체계 내에서 전체 만성질환자를 등록, 관리하고 있다고 보기 어렵다. 특히 만성질환 관리가 제대로 이루어지지 못하고 있는 대상자들, 예컨대 거동이 불편하여 의료기관을 정기적으로 방문하기 힘든 대상자, 그리고 만성질환 관리를 제대로 하고 있지 못한 대상자들까지 포괄적으로 대상자 범위를 확대하여 이들을 제대로 등록·관리하지 못하는 문제점이 있다.

나. 약 처방 위주의 의사 중심적 만성질환 관리

현재 우리나라 만성질환 관리의 대부분은 의료기관을 중심으로 한 약물 처방 위주의 소극적인 만성질환 관리에 머무르고 있다. 반면 만성질환 발생의 주요 원인으로 꼽히는 흡연, 음주, 신체활동, 식습관 등의 건강생활습관에 대한 관리는 크게 개선되지 못하고 있다. 그 결과 만성질환자는 일차의료기관의 방문을 단순히 ‘약이 떨어지면 의사에게 약 처방전을 받기 위해 가는’ 것뿐이라는 경험과 인식을 갖게 하였고 그 외에 건강 관리를 위해 필요한 검사는 상급병원을 이용하고 만성질환에 필요한 정보는 TV 프로그램, 인터넷 등을 통해 개별적으로 알아서 탐색하는 경로를 갖추게 되었다. 또한 이러한 경로를 통해 자의적으로 습득한 지식과 정보는 민간요법이나 건강기능식품 등의 무분별한 병행을 초래하는 것으로 나타났다. 적절한 만성질환 관리에 필요한 교육과 상담, 지속적인 전문가의 피드백, 그리고 체계적인 관리 계획 수립과 같이 약물 복용 외에도 환자의 특성에 맞춰 이뤄져야 할 통합적인 맞춤형 관리가 자리잡지 못하고 있는 것이다.

다. 교육 상담 등 포괄적인 만성질환 관리 필요성에 대한 낮은 인식과 유인 (incentives)의 부재

양적 자료 분석 결과, 국민들은 중요도에 비해 생활습관에 대한 상담과 교육이 미흡하다고 인식하였다. 질적 자료 분석 결과에서도 의사와 환자 모두 현재 보건의료체계 하의 만성질환 치료 및 관리 방식을 불만족스럽게 느끼는 것으로 확인되었다. 의료 제공자인 의사의 입장에서는 현행 행위별 수가제와 낮은 진료수가 체계 및 낮은 재진 수가는 만성질환자에게 많은 시간과 자원이 요구되는 교육과 상담, 지속적인 관리를 제공할 유인을 낮춘다. 또한, 우리나라 의원의 다수는 1인 의사 단독 개원 형태이다 보니 통합적인 치료 제공이 어렵다

인터뷰에 참여한 환자들은 교육 상담을 비롯해 팀 접근 등을 통한 포괄적인 만성질환 관리의 필요성을 느끼고 있었지만 양적 자료에서 약 8%는 중요하지 않다고 평가하였다. 이는 기존 의료시스템하에서의 ‘짧은 진료 후 약 처방전 발급’이라는 진료 방식에 익숙해져 있는 경우가 많아 효과적인 만성질환 관리를 위한 교육과 상담의 필요성

을 크게 인식하지 못하는 것일 수 있다. 그뿐만 아니라 오히려 교육, 상담과 같은 행위의 추가에 따르는 환자의 비용 부담 발생에 대한 저항감도 가질 수 있다. 이는 현재 일차의료 만성질환 시범사업에 참여하고 있는 일차의료의사들이 만성질환자의 참여 유도가 쉽지 않아 제도의 효과성을 떨어뜨릴 것이라고 크게 우려하는 것 중의 하나였고, 향후 효과적인 만성질환 관리 체계를 구축하는 데 중요하게 고려해야 할 요소라고 판단된다.

라. 미흡한 조정 기능

일차의료에 대한 국민 인식 조사에 따르면, 일차의원의 조정 기능은 중요도에 비해 실제 현황이 미흡한 영역이다. 세부 항목으로 보면 의료기관 및 시설 연계, 의뢰 후 관리하는 국민들이 중요하다고 생각하는 정도와 실제 현황의 차이가 큰 항목들이다. 질적 연구에서 일차의사들 또한 진료 및 의료서비스 연계가 의사 개인의 역량에 맡겨져 있고 시스템의 지원이 부족하다고 하였다. 환자들 또한 다른 질환으로 인해 다른 의료기관을 방문하는 경우 약물 등에 대한 조정이 이뤄지지 않는다는 점에서 조정 기능의 필요성을 인식하였다.

마. 지역사회 내 분절적이고 경쟁적인 만성질환 관리

만성질환자의 통합적이고 지속적인 관리를 위해서는 의료기관에서 의사가 하는 치료뿐만 아니라 관리를 위한 지역사회의 다양한 자원을 활용한 관리가 중요한 요소이다. 이는 일차의료에 대한 국민 인식 조사와 질적 조사 모두에서 확인되었다. 현재 운영 중인 일차의료 만성질환 시범사업 역시 동네의원과 지역사회 보건의료 자원의 연계를 통해 포괄적인 만성질환 관리 기반을 마련하려는 취지에서 시작되었다. 그러나 지역사회 연계를 통한 만성질환 관리에서, 특히 보건소의 기능과 역할에 대해서는 지역의 일차의사뿐만 아니라 만성질환자들도 여러 가지 한계와 문제점을 지적하였다.

공공보건 행정조직으로서 보건소는 다양한 기능과 역할을 하고 있는데, 의사 입장에서 보건소가 만성질환자에 대한 등록, 교육, 관리뿐만 아니라 만성질환 진료 기능까지 담당함으로써 일차의원과 경쟁 관계에 놓인 것에 대해 문제 제기를 함으로써 지역

사회 자원과의 유기적 연계 실현이 매우 어렵다는 것을 보여 주고 있다.

또한 일차의원과 이차·삼차의료기관의 의료 기능 분화가 제대로 이루어지지 못해 일차의원에서의 만성질환 관리에 만족하지 못하는 환자들이 상급병원을 이용함으로써 의료 재정과 자원을 낭비하는 것은 물론 만성질환자의 환자 중심적 만성질환 관리를 실현하기는 더더욱 어려워질 것으로 보인다. 그 외에도 만성질환 치료 및 관리에 투입되는 다양한 보건의료 자원, 예컨대 현재 일만시를 설계하고 주도적으로 운영하고 있는 지역사회 및 건강보험공단 등의 적절한 역할 설정에 대해서도 추가 논의가 필요할 것으로 보인다.

바. 지역사회 내 만성질환 관리의 미충족 요구(unmet need) 존재

본 연구에서는 만성질환자 인터뷰를 통해 지역사회 내 만성질환 관리에서 다양한 측면의 미충족 요구가 있음을 확인할 수 있었다. 특히 많은 경증 만성질환자들은 일상생활을 유지하면서 만성질환 치료와 관리를 위해 의료기관 등을 찾아야 하는 불편함과 번거로움을 지적하였고, 중증도 이상의 만성질환자들은 의료기관을 직접 방문하여 합병증 등 자기 관리를 하는 데 어려움이 있다는 것을 확인하였다. 더 나아가 지금까지의 보건 의료서비스 전달 방식은 이와 같은 만성질환자들의 미충족 요구를 충족하는 데 있어 지역사회의 다양한 자원을 활용, 연계하지 못하고 있다.

2. 개선 과제

가. 지역사회 기반 만성질환 관리 체계 구축

현재 시행 중인 일차의료 만성질환 관리 시범사업은 일차의원을 중심으로 이를 방문하는 개별 만성질환자에 국한하여 만성질환 치료 및 관리를 위한 교육과 상담, 케어플랜 수립 등의 서비스가 등록되고 있어 환자의 의료기관 선택 여부와 시범사업 참여 여부에 따라 그 결과가 달라질 수 있다. 따라서 지역사회 내 전체 위험집단 및 만성질환자를 포괄하지 못하는 한계가 있다. 인구 전체 집단에서 만성질환 관리 수준을 개선하고 유병률을 낮추겠다는 목표는 동네의원만으로는 달성하기 어렵다. 의원에서 교육과

상담이 이뤄지더라도 식습관, 신체활동 등은 의료기관을 벗어난다. 의료기관보다는 더 넓은 범위에서 사업이 필요하고 그에 맞게 책임을 가지는 주체가 필요하다. 이는 결국 만성질환자에 대한 포괄적 접근의 문제로, 만성질환자에 대한 지속적이고 포괄적인 관리 체계를 구축하기 위해서는 지역사회 내 전체 만성질환자에 대한 등록관리제를 도입하고 이들의 상병 수준과 질병 진행 단계 등에 따라 분류하여 대상자의 의료 및 관리 요구도에 맞는 적절한 만성질환 관리 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것이다. 이 경우 사업의 주체는 읍·면·동이 될 수도 있고 건강보험공단 지사가 될 수도 있으며, 동네 의원은 이러한 사업에 참여하는 방식으로 체계가 만들어질 수 있다. 이 과정에서 보건소는 진료 기능으로 의료기관과 경쟁하기보다는 인구집단에 대한 교육 실시 및 전반적인 관리 주체로 역할을 전환할 필요가 있다.

나. 팀 접근을 통한 포괄적 케어 제공

다음으로, 현재 대부분 의사에 의해 진료실 내에서 이루어지고 있는 만성질환 관리 접근을 넘어 만성질환자의 건강 상담, 교육, 타 의료기관 및 지역사회와의 연계 및 조정을 위한 팀 접근으로 전환할 필요가 있다. 현 시스템하에서 이 모든 것을 의사가 제공한다는 것은 시간적으로 불가능할뿐더러 그에 따라 발생하는 비용 역시 비효율성을 초래할 것이다. 따라서 일차의료를 지원할 수 있는 만성질환 관리 전문인력으로 구성된 팀 접근을 통해 교육과 상담을 담당하고, 환자들이 인터넷, 건강 정보 프로그램 등에서 얻은 잘못된 정보도 바로잡아 주며 자기 관리 역량을 강화시켜야 할 것이다. 현재 일차의료 만성질환 시범사업에서 새로이 도입된 케어 코디네이터는 이와 같은 팀 기반 시스템에서의 역할을 수행할 수 있을 것이고, 의사는 팀의 리더로서 주도적인 만성질환 관리를 이끌어 나갈 수 있어야 할 것이다. 이를 위해 일차의료기관이 케어 코디네이터와 같은 지원 인력을 추가로 고용할 수 있는 제반 여건이 형성되어야 할 것이다. 현재 시행 중인 일차의료 만성질환 시범사업에서는 케어 코디네이터를 둘 수 있으나 단독 개원이 많다 보니 새로운 사람을 고용했을 때 관리가 쉽지 않아 고용을 꺼리고 새로운 고용이 가져오는 경제적 유인도 낮은 것으로 나타났다. 케어 코디네이터에 대한 별도의 경제적 인센티브를 부여하고 의료기관 단위가 아니라 사업 주체가 케어 코디네이터의 교육 및 관리를 맡는 방안 등에 대해서도 고민이 필요하다.

다. 연계를 통합 통합적인 만성질환 관리

동네의원은 상급의료기관 및 지역사회와의 원활한 연계를 보장할 수 있는 기관이라는 장점이 있다. 하지만 현재 이러한 역할은 제도의 한계로 인해 잘 수행되지 못하고 있다. 우선 지역사회와의 연계, 예방 강화이다. 지역사회에 거주하는 만성질환자에 대해 현재 우리나라에서 제공하고 있는 의료기관 및 지역사회 만성질환 서비스를 효율적으로 연계하여 다양한 지역사회 자원을 활용하도록 지원할 수 있다. 다음으로는 상급 의료기관과의 연계이다. 의료기관들은 의뢰서 작성 외에 본인이 직접 상급의료기관에 연락해 환자를 의뢰하려고 해도 관련 체계가 미비하였다. 환자들은 질환이 악화되어 상급의료기관을 이용하는 경우 또다시 큰 문제가 발생할 것을 우려해 다시 동네의원으로 돌아가는 것을 꺼렸다. 상급의료기관과 동네의원의 의뢰 체계가 원활하게 이뤄진다면 동네의원 의사들은 환자가 필요할 때 직접 상급의료기관으로 환자를 의뢰할 수 있고 환자의 상태가 좋아졌을 때 다시 동네의원에서 치료를 받을 수 있다. 현재 의뢰 회송 시범사업이 진행 중이라는 점에서 향후 효과 분석 등이 이뤄져야 할 것으로 판단된다.

라. 보상 체계 개선을 통한 만성질환 관리 행태 변화

현행 일차의료 만성질환 시범사업에서 이루어지고 있는 만성질환자에 대한 교육과 상담, 맞춤 케어플랜 등은 결과 중심적인(outcome-based) 만성질환 관리 방식이 아닌 투입 중심적인(input-based) 방식에 치중하고 있다. 즉 만성질환자에게 교육을 1건 제공했을 때 그에 따라 인센티브를 제공하는 방식으로 운영되고 있다. 이러한 방식은 환자들에게 교육 서비스를 제공할 인센티브는 있으나 만성질환을 잘 관리해 줄, 즉 만성질환 성과를 향상시키고자 하는 인센티브는 발생하지 않는다. 더 나아가 지역사회 자원과의 연계, 포괄적인 케어 등은 지속적인 케어를 전제로 한다는 점에서 현재의 행위별 수가제와 맞지 않는 부분이 발생한다. 장기적으로 일차의료기관들도 의료의 질을 개선하고 그에 따르는 보상을 받는 방식으로 변화되어야 할 것이다. 이를 위해서는 환자 등록이 필요하다. 시범사업 형태로 참여를 원하는 의료기관들에 대해 사업을 시작하는 방안을 검토할 수 있다.

마. 집단 개원에 대한 지원 등 일차의료에 대한 투자

지역사회와의 연계, 포괄적인 진료 등을 제공함에 있어 현재 우리나라 동네의원의 다수를 차지하는 단독 개원은 한계가 있다. 또한 자기 자본으로 개원하는 민간의료기관이 방문진료 및 지역사회 연계와 같은 공적 역할을 수행하도록 기대하는 것도 한계가 있다. 만성질환이 증가하면서 복합만성질환자가 많아지는 상황에서 이러한 질환을 효과적으로 관리하기 위해서는 공공의원 혹은 모든 자본을 공공에서 지원하지 않더라도 일정 수준을 공공에서 지원함으로써 집단 개원과 이를 통한 지역사회 역할을 지원하는 방안을 검토할 필요가 있다.

바. 디지털 헬스케어 활용

모바일 앱이나 사물인터넷(IoT) 등 디지털 기기를 적극 활용하여 만성질환자들이 의료기관을 방문했을 때만이 아니라 언제 어디서나 자신의 건강 상태와 질병 진행 상황을 점검하고 이와 관련하여 필요한 정보와 피드백을 통해 전문가와 상호 소통할 수 있어야 할 것이다. 만성질환자 인터뷰에서 확인했듯이 의료 이용자들은 이미 모바일 앱이나 블루투스 등 최첨단 온라인 정보 시스템을 활용한 만성질환 관리에 대한 요구도가 매우 높다. 이러한 디지털 기기들은 일상적인 생활 속에서도 언제 어디서나 자신의 만성질환 관리에 필요한 정보를 수집할 수 있고 자신의 만성질환 관리 상황을 지속적으로 모니터링할 수 있으므로 만성질환 관리에 큰 성과를 거둘 수 있을 것으로 기대된다. 추가로 일차의사와 케어 코디네이터 등 만성질환 관리 전문인력과의 지속적인 상호 소통을 통해 더욱 체계적인 관리가 가능할 것으로 기대된다. 의료기관과 환자 간 상호작용 측면에서 의료기관에서 작성한 의무기록을 환자가 볼 수 있는 방안에도 대해서도 고민이 필요하다.



제6장

결론

제1절 주요 연구 결과

제2절 정책 과제

제 6 장 결론

제1절 주요 연구 결과

1. 사람 중심 의료제도의 개념

사람 중심 강화가 보건의료제도의 혁신 방향으로 제시된다는 점에서 보고서에서는 환자중심, 사람 중심 의료제도의 개념을 살펴보았다. 환자 중심 혹은 사람 중심 의료는 전통적인 의학적 관점과 비교되는데, 전통적인 의학적 관점이 공급자 중심, 질병의 특성에 기반한 진료 의사결정, 진료행위와 과정에 기반한 평가, 공급자 의사결정에 대한 순응도 중시, 평균적인 수준에서의 건강 결과 향상 목표를 특징으로 한다면 환자·사람 중심 의료는 환자 중심, 환자의 특성에 기반한 진료 의사결정, 환자가 인식하는 진료 결과의 중요성에 기반한 평가, 환자의 선호와 가치를 바탕으로 한 참여 의사결정, 개별 환자 수준에서의 건강 결과 향상을 목표로 한다.

사람 중심 혹은 인간 중심 의료의 관점에서 가장 강조되는 가치 요소로는 환자 혹은 이용자를 존엄성, 배려, 존경심을 바탕으로 개인적인 가치와 선호, 경험을 가진 주체로 인정하고 존중해야 하며, 제공되는 서비스는 개인의 특성을 최대한 반영한 맞춤형 서비스로 개인화(personalized)되고 조화롭게 조정될 수 있어야 하며(coordinated), 개인의 참여 의사결정을 촉진하고 자가 건강관리 역량을 강화하는 방향으로 지원할 수 있어야 한다(enabling)는 점이다.

환자 중심 의료와 사람 중심 의료의 개념이 다소 명확하게 구분되지 않고 대체로 혼용되어 사용되고 있지만 몇몇 연구들은 지향점의 차이를 강조하며 환자 중심 의료는 기능적 삶(functional life)을 지향한다면 사람 중심 의료는 의미 있는 삶(meaningful life)을 지향한다고 밝혔다. 제시되는 핵심 가치 측면에서 환자 중심 의료는 의료기관에서의 의사·환자 간 관계에 초점을 둔다면, 사람 중심 의료는 이보다 넓은 차원에서 환자 개인의 전인적 욕구를 고려하는 개념 혹은 더 나아가 환자, 가족, 지역사회와 광범위한

참여를 포괄하는 개념으로 볼 수 있다. 이러한 개념에 근거할 때 의료기관이라는 공간에 한정되어 주로 사용되는 환자 중심성은 인구집단의 건강 이득이라는 의료시스템의 목표 달성에 있어 다소 제한적일 수 있다. 한편 환자 중심과 사람 중심 의료에 대한 연구 동향을 살펴볼 때, 임상 진료 현장의 '환자(patient)' 중심 연구가 주로 이루어져 왔다.

2. 의료 질 지표 체계 개발

사람 중심 의료제도를 지향하는 건강 성과를 중심으로 의료 질 모니터링 체계를 개발하기 위해 본 연구는 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 체계를 검토하였다. 의료 질의 영역에서 차이는 있었지만 효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성이 주요한 영역이었고, 국가의 상황에 따라 접근성, 지불 가능한 의료 등이 포함되기도 하였다. 본 연구에서는 가능한 한 포괄적인 개념으로 효과성, 환자 중심성·반응성, 안전성이라는 세 영역을 중심으로 하되, 효과성은 질병의 특성을 반영할 필요성이 높음에 따라 치료 가능한 사망 예방을 하나의 영역으로 두고 만성질환과 급성기 케어 및 회복을 별도로 구분하였다. 따라서 최종적으로는 치료 가능한 사망 예방, 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선, 질병 및 손상 치료·회복 지원, 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선, 보건의료로 인한 위해로부터 보호·안전한 환경에서 치료하고 돌봄이라는 다섯 가지 영역으로 구분하였다.

균형성 측면에서 각 영역에는 전체 영역을 아우를 수 있는 총괄 지표를 두고, 개선이 필요하거나 모니터링이 필요한 건강 문제를 구체적으로 포함하는 개선 영역 지표를 두는 방식으로 지표체계를 구성하였다. 개선 영역의 지표 구성과 관련해 주요 건강 문제를 선정하고 컨센서스 워크숍을 통해 지표와 문제점을 진단하였다. 컨센서스 워크숍은 현실적인 제약으로 인해 성인의 주요 건강 문제인 허혈성 심장 질환과 뇌졸중, 아동의 주요 건강 문제인 백혈병과 천식, 정신질환, 환자 안전, 환자 중심성으로 나눠 진행하였다. 중요하지만 여러 가지 한계로 인해 일부 질환에 대해서만 워크숍이 진행되었다는 점에서 차년도 연구에서 그 외 질환들에 대한 검토가 필요하다. 이러한 과정을 통해 마련된 최종 지표 체계는 <표 6-1>과 같다.

〈표 6-1〉 최종 분석틀 및 지표

영역별 지표	자료원
효과성: 치료 가능한 사망 예방	
치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(75세 미만 성인, 아동)	사망원인통계
75세 이상의 기대여명(남, 여)	생명표(통계청)
신생아 사망률	건강보험청구자료
심뇌혈관 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
모든 암 환자의 5년 생존율	중앙암등록본부
폐암, 간암, 대장암 및 유방암 5년 생존율	중앙암등록본부
자살사망률	통계청
심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과사망률	건강보험청구자료
영아 사망률	사망원인통계
아동 암 5년 생존율	중앙암등록본부
효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	
만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	국민건강영양조사
우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행	직접 조사
외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원	건강보험청구자료
천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	건강보험청구자료
돌봄 제공자의 건강 관련 삶의 질	
정신질환이 있는 사람들의 고용	국민건강영양조사
정신질환이 있는 사람의 건강 관련 삶의 질	
치매가 있는 사람들의 추정 진단율	중앙치매센터
복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질	국민건강영양조사
효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원	
일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	건강보험청구자료
퇴원 후 30일 내 응급 재입원	건강보험청구자료
울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 1년 내 사망 및 입원	건강보험청구자료
하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	건강보험청구자료
뇌졸중 환자의 활동/생활습관(Modified Rankin Scale, 수정된 랭킨 척도) 개선 정도	
급성기 혹은 지역사회 병원에서 퇴원 후 재활서비스를 제공받은 비율	
환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선	
입원 서비스 환자 만족도	의료서비스 이용 경험 조사
외래 서비스 환자 만족도	의료서비스 이용 경험 조사
호스피스 환자 만족도	중앙호스피스센터
응급의료 환자 만족도	국립중앙의료원
환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	
환자 안전사고로 인한 사망	
환자 안전사고로 인한 심각한 위해	
환자 안전사고 발생률	환자안전사고실태조사
퇴원 후 90일 내 정맥혈전증(Venous Thromboembolism)으로 인한 사망	
의료 관련 감염 사건(HCAI)-클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	건강보험청구자료
낙상 사건 발생률	
투약 오류 사건 발생률	
임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원	건강보험청구자료
환자 안전사고 보고 건수	환자안전통계연보

주: □ 산출 불가, 굵은 글씨는 총괄 지표.
자료: 연구진이 직접 작성함.

3. 의료 질 지표 산출

각 영역의 지표들을 살펴보면, 첫째, ‘효과성: 치료 가능한 사망 예방’ 영역의 총괄 지표인 성인의 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수는 전반적으로 감소하는 추세를 보였으나 2019년에 남성의 수치가 증가하였다. 소아·청소년의 잠재수명 손실연수는 일부 지역을 제외하면 전반적으로 감소하였다. 75세의 기대수명은 지속적으로 증가하고, 신생아 사망률은 지속적으로 감소한 것으로 나타났다. 질환별 사망률을 살펴봤을 때, 75세 미만의 심뇌혈관 질환, 호흡기 질환, 간 질환, 암으로 인한 사망률은 지속적으로 감소했는데, 일부 지역에서는 거의 변하지 않거나 증가했고, 중졸 이하에서는 증가한 양상이었다. 특히 암 사망률에서의 지역 간 격차는 감소했지만 간 질환 사망률에서의 지역 간 격차가 증가했다. 모든 암 5년 생존율은 소폭이지만 최근에 감소했는데, 여성의 수치가 감소했고, 대장암의 5년 생존율이 감소했다. 아동의 모든 암 5년 생존율은 개선되었고, 영아 사망률은 감소했다. 자살사망률은 최근 연도에 감소했지만 중증정신질환인 양극성 정동장애 환자의 초과사망률은 지속적으로 증가했고, 조현병 환자의 초과사망률도 소폭이지만 증가했다. 자살사망률의 지역 간 격차는 감소했지만 조현병 초과사망률, 양극성 정동장애 초과사망률의 지역 간 격차는 증가했다.

둘째, ‘효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질’ 개선 영역의 총괄 지표인 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 여성은 개선되고 남성은 악화되었다. 우리나라 의료시스템이 아픈 사람을 위한 돌봄 등에 대해 충분히 지원하고 있는가라는 질문에 그렇다는 비율은 69.2%였고, 복합만성질환자의 삶의 질과 정신질환이 있는 사람들의 고용률 격차는 개선되었다. 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원, 소아·청소년의 천식·당뇨·간질로 인한 계획되지 않은 입원은 감소했다. 치매가 있는 사람들의 추정 진단율은 감소했고, 복합만성질환을 가진 사람들의 삶의 질은 전반적으로 증가했다. 집단별로 살펴봤을 때 전반적으로 의료급여 혹은 소득 1분위 등 취약계층에서 지표값이 좋지 않았다.

셋째, ‘효과성: 질병 및 손상 치료·회복 지원’ 영역의 총괄 지표인 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환으로 인한 응급입원, 퇴원 후 30일 내 응급 재입원은 감소했다. 울혈성 심부전 및 허혈성 뇌졸중으로 인한 1년 내 사망률은 감소했지만 입원은 증가한 양상이었는데 허혈성 뇌졸중은 해당 질환으로 인한 입원은 감소했지만 다른 질환으로

인한 입원이 증가했고 울혈성 심부전은 해당 질환 및 다른 질환으로 인한 입원이 모두 증가했다. 이는 급성기 케어가 개선되었지만 통합적인 관리를 포함한 사후 관리가 미흡할 수 있음을 시사한다. 하기도 감염 아동의 응급입원은 2017년에 감소한 후 소폭 증가하였으나 2020년에 다시 감소한 것으로 나타났다. 앞서와 유사하게 취약계층에서 전반적으로 지표값이 좋지 않았다.

넷째, ‘환자 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선’ 영역에서 외래 서비스의 진료 또는 치료 결과에 대한 만족도는 증가했지만 서비스에 대한 전반적인 만족 수준은 감소했다. 구체적으로 살펴보면, 의사와의 ‘충분한 대화’에 대한 반응성이 감소했고, 입원 서비스에서는 기대했던 치료 결과의 달성과 서비스의 전반적 만족 수준 모두 감소했는데, 구체적으로 면담 요청 시 의사의 적절한 응대에 대한 반응성이 감소했다. 호스피스에 대한 환자 만족도는 소폭이지만 감소하는 경향이었고, 가정형 호스피스에서 감소 정도가 컸다. 반면 자문형 호스피스에 대한 만족도는 증가했다. 응급의료에 대한 환자 만족도에서 응급의료서비스에 대한 전반적인 신뢰도가 증가했고 응급실 서비스에 대한 전반적인 만족률도 증가했다.

마지막으로, ‘환자 안전: 보건의료로 인한 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄’ 영역에서 총괄 지표인 환자 안전사고로 인한 심각한 위해와 환자 안전사고로 인한 사망은 측정이 가능하지 않고, 환자 안전사고 발생률은 공공의료원에 대해 실시한 조사 결과로 우리나라를 대표한다고 하기에는 한계가 있다. 개선 영역 지표인 보건의료 관련 감염으로 클로스트리디움 디피실 감염증 발생률은 증가하다가 감소하는 경향을 보였고, 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 중환자실 입원율은 전반적으로 증가하다가 최근에 감소하는 경향을 보였다. 환자 안전사고 보고 건수는 지속적으로 증가하는 양상이었다. 그 외 환자 안전 영역은 전반적으로 측정이 가능하지 않은 지표들이 많았다.

4. 일차의료 만성질환 관리에 대한 평가

일차의료의 주요 역할 중 국민들이 중요하다고 생각하는 특성과 현재 상황에 대해 전화 조사를 실시한 결과, 모든 항목에서 중요도에 비해 실제 현황이 낮게 평가되었다. 일차의료의 속성 중 평균 점수 측면에서 중요성에 비해 실제로 잘 이뤄지지 않는 부분

은 조정 기능, 가족·지역사회 지향, 맞춤형 의료, 포괄성 등의 순이었다. 그렇다고 응답한 비율의 차이는 가족·지역사회 지향에서 가장 차이가 컸고 그다음이 조정 기능, 맞춤형 의료, 포괄성 등의 순이었다. 개별 항목별로 살펴보면, 평균 점수 측면에서 동네의원의 지역사회활동 참여가 중요성에 비해 실제 구현 정도가 낮았고, 그다음으로 의료기관 및 시설 연계, 의뢰 후 관리, 주변 환경 파악 순이었다. 그렇다고 응답한 비율의 차이는 지역사회활동 참여에서 가장 차이가 컸고 그다음이 주변 환경에 대한 파악, 의료기관 및 시설 연계, 의뢰 후 관리 순이었다. 전반적으로 동네의원의 가족·지역사회 지향성, 의료서비스 간 조정 기능에서 국민들이 중요하다고 생각하는 것에 비해 현황이 미흡한 것으로 나타났다.

만성질환자의 질병 경험을 살펴보면, 꾸준한 만성질환 자가 관리에 어려움을 느끼고 있었으며, 두려움·억울함·부담감 등 부정적 감정을 느끼는 경향이 있었다. 또한 장기간 만성질환을 관리하면서 지치거나 포기하는 경우가 많았으며, 그 과정에서 가족과 친구들에 대한 서운함도 생기고 사회생활에 지장이 발생할 것을 우려하여 부담감을 느끼기도 했다. 만성질환자의 의료 경험을 살펴보면, 대부분의 일차의료기관 의사들이 우선적으로 약물 처방을 권유하는 경향이 있었고, 짧은 진료시간, 형식적 상담, 상투적 상담, 환자에 대한 무관심을 특징으로 언급하며 충분한 관리를 받지 못했다고 인지하고 있었다. 이에 따라 의료기관을 환자 마음대로 바꾸는 경향이 있었고, 의료기관 간 연계가 미흡한 특성이 확인되었다. 또한 만성질환자들은 부정확하고 상업적인 정보와 민간요법에 많이 노출되어 치료와 이를 병행하는 특성을 보였다. 만성질환자가 기대하는 환자 중심 만성질환 관리를 실현하기 위해 만성질환자들이 제안하는 의견은 체계적이고 지속적인 관리, 의사의 적극적인 개입과 피드백, 의사와의 치료·신뢰 관계 강화, 환자에 대한 존중, 팀 접근, 데이터 기반 맞춤형 관리, 원격 만성질환 관리 및 정보 시스템, 만성질환자의 자가 관리 역량 강화, 포괄적 만성질환 관리 서비스로 요약된다.

의료 공급자 대상으로 인터뷰를 한 결과, 낮은 치료 및 관리율, 꾸준한 치료의 부족, 식이조절이나 운동 등 생활습관 개선 미흡, 과도한 민간요법 또는 건강식품에 따른 치료 방해가 주요 특성으로 종합되었다. 만성질환 관리 시스템에 대한 지역 동네의원 개원의의 평가를 분석한 결과, 약 처방 위주의 만성질환 관리 시스템, 만성질환 관리에 제약이 많은 일차의료 환경, 의사·환자 간 치료적 관계 형성과 유지의 어려움, 의료기관 간 경쟁적인 관계, 비현실적인 수가 구조, 비합리적인 만성질환 관리 적정성 평가가

주요 특성으로 종합되었다. 의료 공급자들은 개선 방안으로 일차의료 중심의 만성질환 관리 모델 구축, 문지기 또는 주치의 기능 강화, 만성질환 단계별·수준별 맞춤 관리, 협력·연계·조정, 수가 등 지불제도 개선, 정부의 과감한 투자와 합리적 시스템 도입, 합리적 만성질환 관리 평가 시스템 정착, 의사의 자율성 강화를 강조하였다.

제2절 정책 과제

1. 지표 체계의 구축과 활용

의료의 질 향상에 대한 지식과 전문성은 성장했지만 이러한 풍부한 경험에도 불구하고 국가 정책 입안자는 의료시스템에 긍정적인 영향을 미치는 질 전략을 식별하는 과제에 종종 직면한다. 적절한 자원이 있는 잘 발달된 의료시스템이라 하더라도 질은 심각한 문제로, 기대한 결과를 달성하기 어렵거나 국가 간 및 국가 내에서 제공되는 보건 의료의 질이 다양하다는 것은 의료 질에 개선의 여지가 있다는 것을 보여 준다. 모든 국가의 의료시스템은 지속 가능한 방식으로 인구의 요구를 충족시키기 위해 자원 사용을 최적화해야 하고, 이를 위해서는 새로운 투자가 가능한 한 최상의 결과를 얻을 수 있도록 건전한 질 전략을 기반으로 해야 한다(European Commission, 2016).

의료 질 측정은 의료 질을 개선하기 위한 정책과 활동의 효과성을 판단하는 데 매우 중요하다. 측정 없이는 정책과 활동이 실제로 의료 질을 개선하고 건강 결과에 의미 있는 변화를 가져오는지 알 수 없다. 표준화된 지표 사용을 통한 질 측정을 통해 정책 입안자는 국가, 지역, 기관 및 개인과 같은 의료의 모든 수준에서 진행 상황을 평가할 수 있다. 설령 결과가 목표에 미치지 못하더라도 이러한 정보를 제공함으로써 대중에게 더 낮게 보고하고 투명성과 신뢰를 향상시킬 수 있다. 세계보건기구(WHO)는 국가적 질 측정에서 공급자의 의료 질 개선 활동에 대한 피드백, 대중에 대한 투명성과 책무성, 성과와 정당하지 않은 질의 변이를 이해하기 위한 벤치마킹, 전략적 혹은 가치 기반 구매와 계약, 질 개선 정책 및 전반적인 국가의 의료 질에 대한 접근의 효과성에 대한 평가를 포함해야 한다고 하였다(WHO, 2018). 이와 유사하게 유럽위원회는 의료 질 보고가 모범 사례에 대한 수집과 공유, 질 평가가 정책 결정에 정보를 제공하기 위

해 사용될 수 있는 방법을 식별하는 것을 목표로 한다고 하였다. 의료서비스 제공에서 책무성을 촉진하기 위한 지표 기반 평가에 대한 관심이 증가하고 있고, 이 접근 방식은 건강 결과와 환자에 대한 초점의 증가를 반영한다고 하였다. 각 국가의 질 평가 체계를 비교한 결과에 기반해 보건의료시스템 성과 평가의 설계와 구현, 개선에서 고려해야 할 것으로 크게 세 가지 측면에서 13가지 과제를 제시하였다.

첫째, 의료 질 평가를 더 큰 맥락에서 다뤄야 하는데, 우선 의료 질을 더 넓은 프레임 워크에 둘 필요가 있다. 질 지표 세트는 시스템 전체를 평가할 수 있을 만큼 충분히 포괄적이고 정교해야 한다. 질과 다른 성과 차원(예: 효율성, 형평성, 접근성) 간의 상호 작용은 업그레이드된 모델에서 추가로 조사 및 분석되어야 하고, 질 영역의 모든 지표는 전체 보건의료시스템의 성과라는 더 큰 맥락에서 해석되어야 한다. 다음은 의료시스템에 대해 큰 범위를 채택하는 것으로 급성, 만성, 완화의료 및 정신건강, 병원 및 일차의료, 보건의료시스템과 모든 정책에서 건강 및 건강 증진을 포함하는 보건의료시스템의 질을 전체적으로 분석하는 것이 중요하다. 또 질 평가의 수준 및 목표에 대한 정의, 국가 및 지역 수준의 목표와 벤치마크에 대한 정의가 필요하다. 또한 데이터의 생산, 분석과 해석, 권장 사항 생성과 구현에 대한 모니터링 등 의료 질을 평가하는 과정에서 각 단계는 서로 독립적이어야 한다. 이와 함께 질 평가 모델은 환자 보고 경험 및 환자 보고 결과와 같은 환자 경험 평가에 더 많은 관심을 기울여야 한다.

둘째, 지표와 데이터의 질 측면에서, 지표를 기반으로 한 보고서의 발간은 더 심층적인 평가 과정의 출발점으로 광범위한 이해관계자와의 논의 등을 통해 지표의 기초가 되는 과정을 이해하고 통합해야 한다. 또한 과정 지표들이 많이 사용되지만 의료 질의 지속적인 향상을 보장하는 포괄적인 평가시스템을 위해서는 결과 지표가 필요하다. 새로운 가치를 위해서는 최신 자료를 사용해야 하고 측정을 위해서는 강력한 보건의료 정보 시스템이 필요하다.

셋째, 커뮤니케이션 및 후속 조치 측면에서 읽기 쉽고 이해하기 쉬운 결과를 제시해야 하고, 평가 결과를 투명하게 공유해야 하며, 우선순위 및 데이터 수집에서 중요한 영역에 대한 구체적인 권장 사항을 포함해야 한다.

의료 질 측정의 역할 및 방안에 대한 선행연구들의 제안을 참고하여 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하는 체계가 없는 현재 우리나라 상황에서 고려해야 할 지점들을 다음과 같이 제안하고자 한다.

첫째, 국가 수준에서의 의료 질 모니터링은 건강 결과와 환자, 사람에게 초점을 두는 접근이 필요하다. 현재 의료 질에 대한 평가는 의료기관 단위의 구조나 과정에 초점을 두고 있는데, 의료서비스에 대한 행위별 보상이 중심인 우리나라에서 의료기관 단위의 구조나 과정을 중심으로 의료의 질을 평가하는 것은 이해할 수 있다. 하지만 이러한 의료기관의 구조와 과정의 개선이 의료시스템이 궁극적으로 추구하는 목표인 인구집단의 건강 결과 개선과 일치하지는 않는다. 또한 구조와 과정의 준수에 중점을 두고 이를 모니터링하는 것은 환자나 일반 국민의 관심과는 거리가 멀고, 의료인들이 환자의 건강 개선을 위해 일하도록 격려하기보다는 정해진 기준을 준수하는 것에 더 초점을 두므로써 회의감을 불러일으킨다. 더 나아가 시스템 수준에서 의료기관 단위 구조와 과정의 개선을 합하는 것이 건강 결과의 개선 정도와 일치하지 않는다.

둘째, 시스템 수준에서의 의료 질 모니터링은 지역 단위 및 사회경제적 특성에 따른 차이를 함께 보여 주는 접근이 필요하다. 우선, 지역 단위 및 사회경제적 특성은 양질의 의료서비스에 대한 접근 등에 영향을 미칠 수 있고, 사회경제적으로 취약한 집단은 일반적으로 좋은 결과를 달성하기 어려우므로 이들 집단이 의료 공급자 등으로부터 배제되면서 기존의 격차를 더 확대할 수 있다. 전자의 특성은 의료시스템의 성과를 향상시키기 위한 개선 과제의 측면에서 접근할 필요가 있는 문제이기도 하다. 특히 국가 간에는 맥락 등의 차이로 인해 의미 있는 비교를 하기 어려운 데 비해 국가 내 지역 및 사회경제적 수준에 따른 격차는 국가 수준보다 상대적으로 뚜렷한 목표와 벤치마크를 설정할 수 있다.

셋째, 국가 수준에서 의료 질을 모니터링하기 위한 지표 체계는 포괄적이고 체계적이어야 하며, 보건의료시스템이 영향을 줄 수 있는 모든 영역을 포함해야 한다. 자원이 제한된 상황에서 정책적 우선순위가 높은 영역 혹은 문제가 있는 영역에 대한 모니터링을 우선적으로 실시하더라도 의료 질 모니터링 체계가 성과가 미흡하거나 정책적 개입이 필요한 지점을 확인하고 보건의료시스템을 조종하는 역할을 하기 위해서는 장기적으로 보건의료시스템 전반을 아우르는 체계로 개발될 필요가 있다. 즉, 효과성, 안전성, 환자 중심성과 같은 의료 질의 속성뿐 아니라 신체·정신건강, 만성·급성질환, 완화의료와 같은 환자의 욕구에 기반한 영역을 모두 아우를 수 있어야 하고 모든 수준과 유형의 의료기관을 아우를 수 있어야 한다.

넷째, 포괄적이고 체계적인 모니터링을 위해서는 자료원 구축이 필요하다. 본 연구

는 의료 질의 속성으로 구분하되 신체건강 및 정신건강과 함께 만성·급성질환, 완화의료 등 보건의료시스템의 질을 전체적으로 모니터링하고자 하였다. 이를 위해 본 연구는 행정 자료, 설문조사 자료, 자료의 인용 등 다양한 자료원을 활용하였다. 다만 일부 자료들은 측정되고 있음에도 공개되지 않는 경우가 많고 보고서 등을 통해 보고되는 등 디지털화되어 있지 않아 전체 시스템 수준에서 정보를 연결하는 것은 쉽지 않다. 또한 본 연구에서 활용한 자료들은 각 특성에 따라 한계가 있다. 우선, 건강보험청구자료와 같은 행정 자료는 상대적으로 저렴한 비용으로 대규모 인구집단에 대한 정보를 파악하기 용이하다는 장점이 있지만, 의료기관의 청구를 위해 수집된 자료라는 점에서 상병코드 등 제공되는 정보가 부정확할 수 있다. 국가 수준에서 대표성 있게 수집된 설문조사 자료는 건강 결과 지표를 산출할 수 있는 신뢰할 수 있는 자료원이지만 특정 질환으로 범위를 좁히거나 지역 수준 등에 대한 세부 집단 분석을 할 경우 관측치가 부족해 일부 측정치가 불안정하다는 문제가 발생한다. 지역보건의료계획 수립 등을 지원하기 위해 지역사회건강조사가 실시되고 있고, 이러한 자료는 지역 수준에서 대표성 있는 값을 산출할 수 있다는 장점이 있지만 질문이 포괄하는 범위가 상대적으로 좁다.

다섯째, 건강 결과를 중심으로 측정한 지표값이 갖는 의미를 이해하기 위해서는 구조나 과정 지표와 연결해 심층적인 평가가 필요하다. 기존 자료의 연계와 활용은 새로운 수집으로 인한 추가 비용 발생을 감소시킨다. 하지만 국내에서 다양한 의료기관 단위 평가를 통해 수집된 정보들은 제한적으로 공개되므로 활용되기 어렵다. 예를 들어 특정 질환과 관련한 특정 의료기관의 총괄적인 등급은 알 수 있지만 평가등급 결정에 활용된 구체적인 정보는 알 수 없으며, 제공되는 정보를 지역 단위 등으로 종합하여 살펴보기는 어렵다. 이로 인해 지역 수준의 건강 격차를 확인할 수는 있지만 이러한 건강 격차가 지역 수준 의료 자원의 차이와 연계되는지를 매칭하여 살펴보는 것은 가능하지 않거나 쉽지 않다. 또한 질 개선 정책 및 전반적인 국가의 의료 질에 대한 접근이 어떤 과정을 거쳐 건강 결과를 변화시키는지 효과성을 파악하기 어렵다.

여섯째, 본 연구에서 중요한 건강 결과 지표로 제안했지만 자료의 한계로 인해 산출이 불가능했던 지표들의 측정 및 시의성 있는 적절한 지표 산출을 위해서는 기존 자료를 보완하거나 새롭게 자료를 수집하는 방안, 단계적인 접근 방안 등이 고민되어야 한다. 예를 들어 국민건강영양조사는 다양한 질환의 상태와 건강 관련 삶의 질 등에 대한 정보를 수집하는 대표성 있는 조사이지만 정신질환과 관련해서는 우울증에 대해서만

조사가 이뤄진다. 또한 뇌졸중 치료의 결과 지표로 장애 및 의존성 정도를 평가하는 수정된 랭킨 척도(mRS: Modified Rankin Scale)는 연구 과정에서 진행된 컨센서스 워크숍에서 학계나 현장의 공감대가 형성된 결과 지표로 확인되었지만 의료기관이나 연구자가 개별적으로 측정하고 있으며, 기존에 진행되고 있는 의료기관 단위 평가에도 포함되어 있지 않다. 한편 본 연구에서 환자 안전 영역은 다른 영역과 비교하더라도 측정이 가능한 지표가 많지 않았다. 환자 안전 학습과 개선의 긍정적인 상호작용을 촉진하려면 환자 안전 지표에 대한 지속적인 측정과 모니터링, 이를 위한 데이터 인프라가 필요하다. 특히 피할 수 있는 부작용과 니어미스(near-misses)를 포착하는 시스템의 능력은 학습을 위한 강력한 기반을 만들 수 있다(Auraaen, Saar, & Klazinga, 2020). 제1차 환자안전종합계획은 환자 안전사건의 측정과 관련해 2018~22년을 인프라 구축기로 규정하고, 이 기간 동안 환자안전보고학습시스템 등의 기반 구축과 국가 차원의 환자 안전사고 실태 파악·분석을 통한 감소 목표 설정을 목표로 제시하고 있다. 하지만 환자 안전사고 실태 파악을 위해 중요한 자료원인 환자 안전 실태조사는 「환자안전법」에서 5년 주기로 실시하도록 정하고 있어 측정과 피드백을 통한 개선으로 이어지기에는 측정 주기가 너무 길고, 그마저도 2019년에 실시된 1차 조사는 지방 의료원만을 대상으로 하여 전반적인 환자 안전사고 실태를 파악하기가 어렵다. 즉, 환자 안전 실태조사를 국가 수준에서 대표성 있게, 1년 단위로 시행하는 것을 고려할 필요가 있다. 또한 단기간에 모든 환자 안전사건의 실태를 한번에 파악하는 조사 체계를 수립하기 어렵다면 단계적인 접근 방안도 고려할 필요가 있다. 예를 들어 4장에서도 논의한 것처럼 경미하지만 상대적으로 명확하고 측정이 용이한 사건들을 중심으로 우선 측정하여 전반적인 현황을 파악하되 단계적으로 측정하는 사건들을 확대하는 방안이다.

일곱째, 의료 질에 대한 정보에 대중이 쉽게 접근할 수 있도록 하는 체계가 필요하다. 시스템 수준에서 의료 질을 측정하는 것은 과거의 성과를 평가하고 개선이 필요한 지점을 확인하는 목적 외에도 대중에게 의료시스템의 성과를 투명하게 공개한다는 의미를 갖기 때문이다.

여덟째, 이러한 지표 체계는 건강 격차를 함께 모니터링해야 한다. 치료 가능한 사망의 원인을 분석한 결과에서 전반적으로 잠재수명 손실연수와 사망률이 감소했지만 중졸 이하의 교육 수준을 가진 집단에서 잠재수명 손실연수와 심뇌혈관 질환, 암 질환을

비롯한 주요 만성질환 사망률이 모두 증가하는 것으로 나타났다. 연령을 75세로 제한한 분석이고 성·연령 표준화를 실시했다는 점에서 이는 단순히 고령층에 저학력자가 많아 사망률이 증가한 것으로 보기는 어렵다. 얼마전 미국에서 1999년부터 2013년까지의 사망원인통계 자료를 활용하여 분석한 결과, 45~54세 백인 중년층의 사망률이 인구 10만 명당 33.9명만큼 증가했음을 발견한 바 있다. 이들은 증가한 33.9명의 대부분인 32.8명이 약물과 알코올 중독, 자살, 기타 외부 요인으로 사망했다고 보고하였다(Case & Deaton, 2015). 이러한 현상이 일시적인 현상인지 다른 요인이 없는지 지속적인 모니터링이 필요하다. 지역 간 격차 측면에서 지역 간 격차의 변화 정도는 지표에 따라 달랐다. 예를 들어 암 사망률의 지역 간 격차는 감소했지만 간 질환 사망률의 지역 간 격차는 증가했다. 자살사망률의 지역 간 격차는 감소했지만 조현병 초과사망률, 양극성 정동장애 초과사망률의 지역 간 격차는 증가했다. 급성심근경색과 뇌졸중의 조기 증상 인지, 급성기 케어, 사후 관리 등의 측면으로 구분해 살펴봤을 때, 급성심근경색 조기 증상 인지율의 지역 간 격차는 증가한 반면 뇌졸중의 조기 증상 인지율은 감소했다. 하지만 급성심근경색과 뇌졸중 모두 골든타임 내 응급실에 도착하는 비율은 40% 전후로 높지 않았는데, 더 나아가 급성심근경색의 지역 간 격차는 증가한 반면 뇌졸중의 지역 간 격차는 감소했다. 지역 간 격차도 20%포인트 전후로 나타나 의료기관의 불균형 분포와 신속한 환자 수송에 대한 개선이 필요한 것으로 확인되었다. 응급입원 치료 결과에서 응급진료 후 사망 비율은 급성심근경색 환자와 뇌졸중 환자에서 전반적으로는 감소했지만, 지역 간 격차는 급성심근경색 환자에서 증가했고 뇌졸중 환자에서 감소했다. 이러한 결과는 질환의 단계별로 적절히 개입함으로써 전체 수준을 개선할 뿐 아니라 지역 간 격차를 줄일 수 있음을 보여 준다.

마지막으로, 의료 질 모니터링이 의료 질의 개선으로 이어지도록 하기 위해서는 피드백을 통해 변화가 만들어질 수 있는 거버넌스가 필요하다. 예를 들어 의료기관 단위에서 이뤄지는 환자 경험 평가는 의료기관에서 서비스를 개선하는 데 활용된다. 시스템 수준에서 이뤄지는 환자 경험에 대한 평가는 더욱 거시적이고 장기적인 관점에서 보건의료인에 대한 교육 및 훈련 과정, 혹은 진료 환경을 변화시키는 방식으로 반영될 수 있다. 이를 위해서는 지표 측정 결과가 정책적 개입으로 전환될 수 있는 체계가 마련되어야 하며 의료 질을 담당하는 부서뿐 아니라 보건 영역의 모든 부서를 망라하는 통합적인 접근이 이뤄져야 한다. 이는 또한 보건의료 영역이 사회서비스 영역과 협력

해야 함을 의미하며, 더 나아가 아동·청소년의 건강 측면에서 교육부, 청장년의 건강 측면에서 고용노동부 등과 협력하는 논의 구조가 필요함을 의미한다.

2. 의료 질 개선을 위한 정책 과제

본 연구에서 분석한 결과에 기반해 논리 모형의 체계를 활용하여 거버넌스 측면, 투입 측면, 활동 측면으로 구분하여 의료 질 개선을 위한 정책 방향을 제시하였다.

가. 거버넌스: 건강 결과에 중심을 국가 단위, 지역 단위 목표와 계획 수립

우선, 국가 수준의 계획들은 국민의 건강 수준 향상을 목표로 해야 한다. 예를 들어 심뇌혈관 질환 관리 종합계획의 국가 단위 목표는 전반적인 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률을 포함하지 않는다. 성과 지표로 포함된 입원 30일 이내 사망률에서 질환 발생 후 병원에 도착하기 전 사망하는 수치는 빠지게 되는 등 전반적인 사망률의 개선보다는 급성기 케어의 결과에 더 초점을 두게 된다. 또 장애 발생률 감소가 아닌 재활 시행률이 목표로 포함되어 있다. 의료기관 단위에서 측정된 결과 지표는 위험도 보정 문제가 있기 때문에 해당 의료기관이 제공하는 서비스의 질로 직접적으로 해석하기 어렵다. 더 나아가 위험도 보정 등이 충분하게 이뤄지지 않는다면 의료기관에서 중증 환자를 회피하는 문제로 이어질 수 있다. 하지만 건강결과 지표가 국가 수준에서도 활용되기 어려운 것은 아니다.

무엇보다 특정 부분에 초점을 둔 목표와 이에 기반한 정책은 그 부분에서 성과를 가져올 수는 있으나 그 이상을 넘어서기 어렵다. 특히 만성질환이 증가하고 복합질환이 증가하는 상황에서 특정 부분들에만 초점을 두어서는 결과적으로 최상의 결과를 내기 어렵다. 만성질환은 입원 환자에 대한 급성기 케어만으로 해결되지 않는다. 또한 급성기 케어는 비용이 높다. 의료비 증가는 시스템의 지속가능성에도 제약으로 작용한다. 따라서 질환이 악화되기 전에 예방하는 것이 중요하다. 고위험을 관리하고, 질환이 생겼을 때 악화되지 않도록 사전에 개입해야 한다. 이는 코로나19를 경험하면서 정확하게 알게 된 사실이다. 마스크 쓰기를 비롯한 사회적 조치들은 매우 효과적이며 비용이 저렴하지만, 이러한 조치들이 이행되지 않아 환자가 급증하면 의료시스템이 감당하지

못한다. 또한 코로나19에 감염되는 경우 이를 위한 치료비용은 예방 수단을 구입하는 비용과 비교할 수 없을 정도로 크다.

심뇌혈관 질환 관리 종합계획을 비롯한 질환별 국가 단위 계획에 포괄적인 국민의 건강 수준 향상이라는 목표가 반영될 수 있다. 이러한 목표들이 의료기관 단위의 질 향상 목표와 동일하지는 않다. 국가 수준의 목표와 성과 지표들을 달성하기 위해 요양시설, 의료기관들은 무엇을 해야 하는지 계획이 필요하고 그에 맞는 성과 지표가 필요하다. 그 중간 단계로 지역 수준의 목표와 계획 또한 수립되어야 한다. 건강 수준에 기반을 둔 국가 차원의 목표가 없다면 지역 단위 또한 이러한 목표나 계획을 세울 수 없다. 일차의료에서 일상적인 위험 요인 관리가 이뤄지고, 환자의 상태가 나빠졌을 때 상급 의료기관에서 적시에 치료하며 이후 사후 관리로의 연계 등이 이뤄져야 한다. 이러한 일련의 과정들은 단일 의료기관의 책임으로는 해결되지 않으며 지역 단위에서 지역의 목표를 정해 책임을 지고 기관 간의 역할 분담을 하는 구조가 필요하다. 즉, 중앙정부 차원에서 목표를 정하고 이러한 목표를 달성하기 위해 지방정부가 계획을 수립하고 역할을 수행할 수 있도록 재정적, 기술적 지원 등을 제공해야 한다.

현재 지역 단위 계획으로는 지역보건의료계획이 있다. 「지역보건법」 제7조 1항은 광역 및 기초지방자치단체가 지역 주민의 건강 증진을 위하여 보건 의료 수요의 측정, 지역보건 의료서비스에 대한 장기·단기 공급 대책, 인력·조직·재정 등 보건 의료 자원의 조달 및 관리, 지역보건 의료서비스 제공을 위한 전달체계 구성 방안, 지역보건 의료에 관련된 통계의 수집 및 정리를 포함해 지역보건 의료계획을 4년마다 수립할 것을 정하고 있다. 제7조 5항은 지역보건 의료계획이 사회보장 기본계획 및 국민건강증진종합계획과 연계되도록 하여야 한다고 정하고 있다(지역보건법, 2021). 즉, 지방자치단체가 중앙정부의 일방적인 지시와 통제를 따르는 것이 아니라, 지역사회의 요구도를 파악하여 지역의 실정에 맞는 계획을 수립하되 제한된 자원을 이용하여 더 효율적으로 지역 주민의 건강 수준을 개선하기 위해서는 중앙정부 차원의 핵심 정책 및 목표와의 연계가 중요하다(김현수 외, 2016). 하지만 중앙정부 차원에서 의료의 질 혹은 보건의료 영역을 망라하는 계획이 없다 보니 지방자치단체의 계획에서 이를 고려하기 어렵다. 또한 지역 주민의 건강 상태 및 건강 문제의 원인 등을 파악하여 지역 단위 계획 수립을 지원하기 위해 실시하는 지역사회건강조사에서는 제한적인 질환들의 현황에 대해서만 파악한다. 설문조사 자료 등은 국가 대표성이 있는 경우에도 특정 환자집단에

로 대상을 제한하면 대표성 있는 값을 산출하기 어려워진다. 즉, 지역 단위에서 지표를 산출하여 전반적인 현황을 파악하기가 어렵다.

정리하면, 장기적으로 의료시스템이 국민의 건강 수준 향상이라는 혁신의 방향하에 변화하기 위해서는 국가 단위 목표 및 계획과 함께 이를 수행할 수 있는 책임 있는 주체 설정(지역 단위), 이를 위한 투자가 필요하다.

나. 투입

건강 결과라는 성과는 물적 자원, 인적 자원, 재정 자원의 투입을 통해 달성된다. 우선, 물적 자원은 의료서비스를 제공하는 시설과 장비, 보건의료 공급자, 정책 결정자들을 위한 교육이나 훈련 프로그램의 성격이나 수, 중재·기술·접근법의 효과성에 관한 근거 정도 및 유효성, 임상적·관리적·정책적 활동을 지원하기 위한 정보 체계 및 기술적 자원 등을 포함한다. 다음으로, 인구집단의 형평성 있는 접근을 촉진하기 위해 훈련된 인력 및 의료인력, 적절한 조합의 인력이 지리적으로 적절하게 분포해야 한다. 마지막으로, 재정 자원은 민간 및 공공을 포함해 모든 재정적 자원을 의미한다(PHCPI, 2015, p. 11; Watson, Broemeling, Reid & Black, 2004, p. 8).

이러한 투입 요소 측면에서 본다면, 국가 및 지역 수준의 목표와 계획은 기본적으로 의료서비스를 제공할 수 있는 의료시설의 적절한 분포를 고려해야 한다. 일상적인 질환의 관리를 위한 적절한 동네의원이 있어야 하고, 질환의 악화로 급성기 케어가 필요할 때 제때 이러한 서비스를 제공할 수 있는 의료기관이 근처에 있어야 한다. 재활 및 지역사회 복귀를 지원할 수 있는 시설이 필요하고, 생애 말 의료를 제공하는 시설이 필요하다. 이러한 기능적 필요 측면에서 살펴보면, 우선 일상적인 질환 관리와 관련해 윤재문, 최슬기, 조유선, 박상민, 김윤(2021)은 기능적으로 일차의료¹³⁾를 제공하는 의료기관은 우리나라 전체 동네의원의 약 30%이고 인구 10만 명당 약 20개로 지역적으로 16.4개(울산)부터 23.4개(대전)의 분포를 보인다고 하였다. 우리나라에서 의사 수의 지역적 편차는 크지 않지만 전반적인 수치는 낮은 편인데,¹⁴⁾ 각 국가의 환경에 따라 적

13) 일차의료 질환의 75% 이상을 담당하는 의료기관을 기능적 일차의료기관으로 조작적 정의를 하였다(윤재문 외, 2021).

14) 박상민 외(2019)에 따르면 의사 수 1명인 의원이 전체의 약 85%임을 고려할 때 의원 수와 의사 수는

정한 수치는 다르겠지만 유럽 지역에서 인구당 일반의 비율이 가장 낮은 영국에서 의사가 인구 10만 명당 60명임을 고려할 때(Palmer, 2019) 우리나라에서 일차의료를 제공하는 기관은 상당히 적은 편이다. (기능적) 일차의료가 의료 이용의 지속성을 보장함으로써 질환 관리를 개선하고 생활습관 관리를 통해 합병증의 발생을 예방하며 비용은 감소시킨다는 국내 연구 결과를 고려할 때(박상민 외, 2021), 의료의 질과 건강 결과 개선, 시스템의 지속가능성 제고 측면에서 적절한 규모의 일차의료기관이 필요하다. 일차의료에서 질환이 잘 관리된다면 병원 서비스 이용을 줄이고 전체 의료비를 줄이는 효과를 낳는다. 하지만 현재의 일차의료는 지역사회에 기반해 환자에게 지속적이고 포괄적이며 연계된 치료를 제공하는 데 제한이 있는데, 단독 개원이라는 구조, 경제적 인센티브에 대한 과도한 의존이 이와 관련된다. 즉, 순수 개인 자본으로 개원하는 의료기관이 공적 역할을 수행하는 것을 기대하기 어려우며, 더 나아가 설령 공적 역할을 수행하고자 하더라도 의사 1인이 진료하는 단독 개원에서는 이러한 역할을 수행하기 어렵다. 따라서 일차의료에 대한 투자가 필요하다. 현재 단독 개원 위주인 우리나라 일차의료의 변화를 위해서는 공적 재원을 투입하여 그룹 프랙티스가 가능한 의료기관을 만들어 가는 것에 대한 검토가 필요하다. 이를 통해 일정 수준에서 공적 재원이 투입된 일차의료기관이 방문진료를 비롯해 필요한 역할을 수행할 수 있도록 하는 방안이다.

다음으로, 급성심근경색 및 뇌졸중과 같은 질환은 급성기 케어에 대한 시의성 있는 접근이 중요하므로 환자가 조기에 증상을 인지하고 빠르게 필요한 장비를 갖춘 의료기관에 도착해야 한다. 이를 위해서는 양질의 급성기 치료를 제공할 수 있는 의료기관이 지역에 적절하게 분포해야 한다. 심뇌혈관 질환 관리 종합계획을 비롯해 심뇌혈관 질환 센터 설립 등 많은 투자가 이뤄져 왔고, 이러한 투자는 심뇌혈관 질환으로 인한 사망률이 감소하는 결과로 이어졌다. 하지만 여전히 개선의 여지가 많다. 4장에서 살펴본 바로는 급성심근경색 환자의 골든타임(2시간) 내 응급실 도착 비율은 36.2%, 뇌졸중 환자의 골든타임(3시간) 내 응급실 도착 비율은 41.8%로 나타났고, 적정 시간 내 응급실에 도착하는 비율에는 지역 간 차이가 있었다. 특히 김윤 외(2018)는 급성심근경색의 경우 증진료권 내 이용할 수 있는 의료기관이 있는지가 입원 30일 내 사망률에 영향을 미친다고 하였다(김윤 외, 2018, p. 258). 이는 적정 시간 내 접근 가능한 의료

크게 다르지 않을 것으로 예상할 수 있다.

기관을 배치하기 위한 국가 단위, 지역 단위의 계획이 필요함을 의미한다. 급성기 케어를 통해 생존하였더라도 일상생활로 복귀하기 위해서는 재활 치료가 필요하다. 특히 중추신경계 질환은 급성기 재활이 중요한데, 일반적으로 이들 질환은 치료가 복잡하고 난도가 높으므로 상급종합병원 혹은 종합병원에서 초기 처치가 이뤄지는 것이 바람직하다(김윤 외, 2019). 하지만 선행연구에서 이러한 의료기관의 선택은 사회경제적 수준에 따라 달라진다고 하였다(이자호 외, 2019). 지역적 접근성의 문제인지, 경제적 접근성의 문제인지 등에 대한 구체적인 분석과 함께 원인에 기반한 정책 마련이 필요하다.

다음으로, 의료기관의 분포에서 질환에 따라 다른 전략이 필요하다. 예를 들어 심뇌혈관 질환과 같이 유병률이 높은 질환은 전국적으로 양질의 의료서비스를 제공하는 의료기관의 균일한 분포를 보장하는 것이 중요하다. 특히 질환의 특성상 급성기 케어를 담당할 수 있는 시설과 인력이 필요하다. 예를 들어 소아 혈액종양과 같이 유병률이 낮은 질환은 집중과 분산에 대한 고민이 필요하다. 많지 않은 인구를 대상으로 하는 난도 높은 치료의 경우 의료인력 또한 다수의 환자를 보면서 경험이 쌓인다는 점에서 모든 지역에 역할을 분산하는 방식이 치료 성과에는 좋지 않을 수 있다. 집중적인 치료를 제공할 센터를 지정하고 일상적인 케어를 담당할 기관들(satellite unit)을 배치하는 방안에 대한 고민이 필요하다.

다. 활동

질 전략의 일반 영역인 법제화와 규제(표준 설정), 모니터링과 측정, 질 보증과 개선 측면으로 구분하여 살펴보되(김수진 외, 2020; Panteli, Quentin, & Busse, 2019) 전반적으로 정책적 개입이 필요한 지점을 제시하였다.

첫째, 표준화된 가이드라인이 필요하다. 과학적 근거에 기반해 만들어진 표준화된 가이드라인은 보건의료인이 환자에게 양질의 서비스를 제공하는 것을 지원한다. 일차 의사 인터뷰에서도 일차의료 만성질환 시범사업에서 제공되는 일종의 표준화된 지침들이 진료에 도움이 된다고 답하였다. 더 나아가 표준화된 가이드라인은 환자 안전에도 긍정적인 역할을 할 수 있다. 예를 들어 환자 안전에서 모든 의료인이 동일한 유형의 환자에게 동일한 방식으로 치료한다면 의료 오류가 생겼을 때 주변에서 발견하기 쉽다. 하지만 의료인마다 서로 다르게 시술한다면 무언가를 잘못해도 알기 어렵다.

둘째, 환자 교육을 위한 자료 개발이 필요하다. 질환의 예방과 관리에서 환자가 능동적인 역할을 하도록 지원하기 위해서는 환자에 대한 교육이 필요하다. 만성질환 관리에서 환자 교육의 중요성을 강조하지만 이러한 매뉴얼들이 공공기관 혹은 보건의료 전문 단체에서 제작하여 사용되고 있지는 않다. 의약품 회사 등 몇몇 민간기업은 자신들의 제품을 홍보하는 과정에서 질환의 특성 등과 관련해 매뉴얼을 만들어 의료인들에게 제공하고 있다. 즉, 이러한 매뉴얼은 경우-질환 혹은 의료기관 등-에 따라 존재하기도 하고 그렇지 않을 수도 있다. 의료인들이 환자를 교육할 때 시각 자료나 정리된 내용이 있다면 그 효과는 더 커질 수 있다. 예를 들어 소아 천식 환자에게 흡입기를 처방했다면 의사나 약사 중 누군가는 흡입기를 올바르게 사용할 수 있도록 교육해야 하는데, 이럴 때 이러한 매뉴얼이 사용될 수 있다.

셋째, 의료 질에 대한 종합적인 측정과 모니터링이 필요하다. 측정되지 않으면 개선할 수 없다. 우리나라의 심뇌혈관 질환 사망률이 얼마나 되는지, 의료기관에서 낙상 사고는 얼마나 발생하는지 등을 알 수 없다면 무엇 때문에 이러한 결과가 발생하는지 찾기도 어렵고 무엇을 개선해야 하는지도 알 수 없다. 특히 환자 안전의 경우 「환자안전법」에 따라 환자 안전사고 자율 보고 등이 이뤄지고 있고 환자 안전 실태조사가 시행되고 있지만 전반적인 환자 안전사고의 규모에 대한 수치는 알지 못한다.

넷째, 정보의 통합이 필요하다. 질환의 치료 및 관리에서 연계의 필요성이 강조되고 있다. 여러 직역과의 협력이 필요하며, 환자의 정보가 통합적으로 잘 연계되어야 직역 간 긴밀한 소통이 가능하다. 또한 환자와 의료인 및 주변 자원과의 원활한 소통이 필요하며, 이를 위해서는 환자들 또한 이러한 정보를 볼 수 있어야 한다. 이를 통해 자신의 건강상 문제를 이해하고 의료인과 긴밀한 소통도 할 수 있다.

다섯째, 보건의료인에 대한 교육이 필요하다. 의료서비스를 이용하는 과정에서 긍정적인 환자 경험은 긍정적인 건강 결과로 이어진다는 보고가 많다. 환자 중심, 사람 중심 의료에서 환자의 특성에 기반한 진료 의사결정을 강조하는데, 자신의 상태를 알고 있는 환자가 의사결정에 적극적으로 참여함으로써 질환 치료를 위해 실제로 자신이 할 수 있는 것들을 결정할 수 있기 때문이다. 또한 보건의료인에 대한 교육은 환자 자신의 질병과 치료법에 대한 이해를 돕기 위해서도 필요하다. 전통적인 의학적 모형에서 환자는 수동적인 존재였다. 이러한 관점에서는 인구집단의 건강 수준 향상은 요원하다. 이러한 점에서 환자를 능동적인 존재로 인식할 필요가 있다. 궁극적으로 보건의료인에

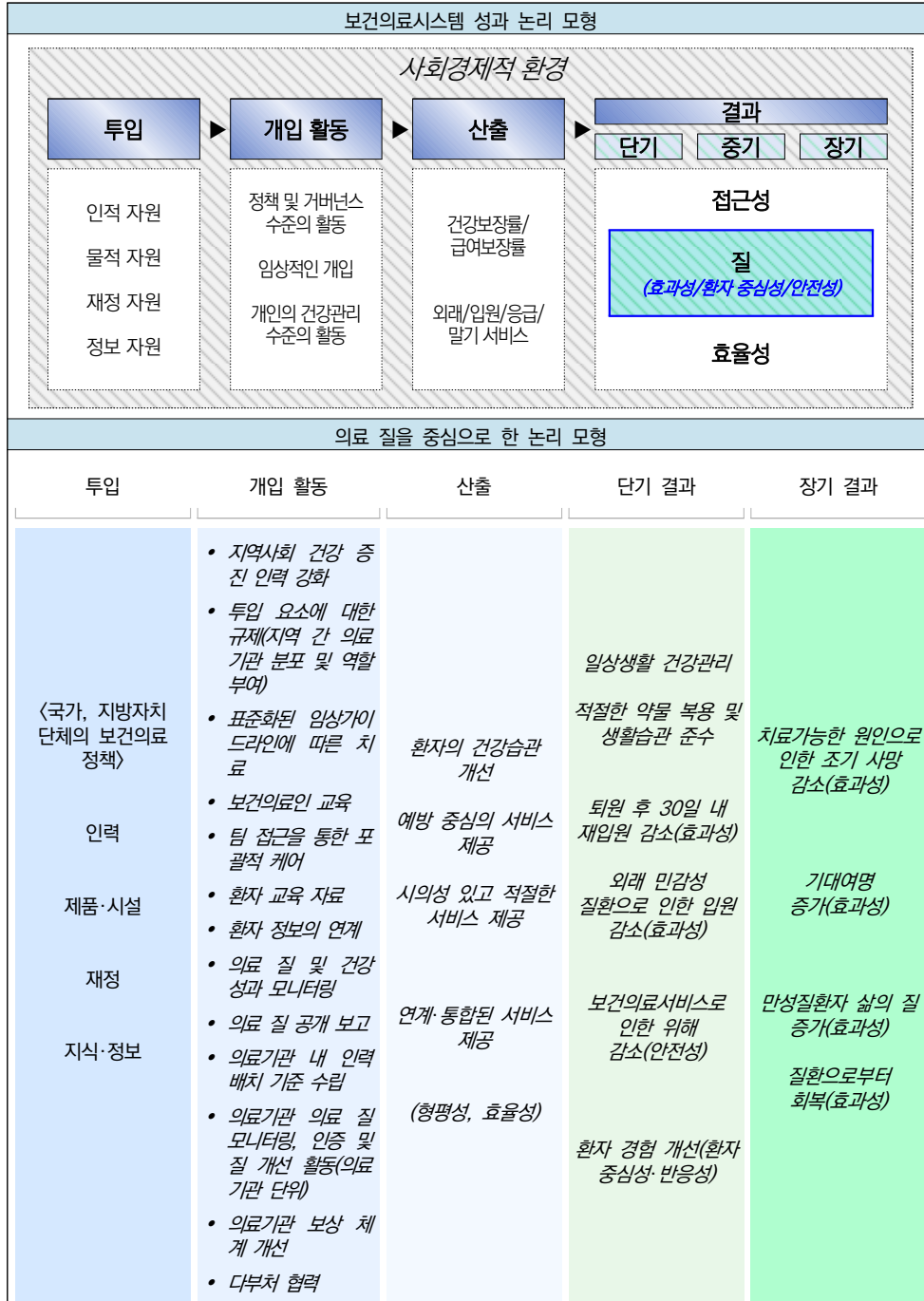
대한 교육은 환자를 자신과 대등한 입장에서 대하도록 하는 데 있다.

여섯째, 적절한 보상 체계 마련 및 그에 맞는 변화가 필요하다. 우리나라의 진료비 지불제도는 행위별 수가로 결과 중심적인 방식이 아니라 투입 중심적이다. 5장에서 살펴본 것처럼 이러한 지불 방식은 만성질환의 특성에 맞지 않는다. 따라서 일차의료에 대해서도 의료의 질 개선에 대한 가산을 도입하는 등 성과연동제를 도입할 필요가 있다. 일차의료에서의 성과가 일회적인 진료나 치료로 결정되지 않는다는 점에서 건강 결과라는 성과를 측정하기 위해서는 환자 등록 체계 마련도 필요하다. 이러한 방식의 새로운 시범사업에 대한 고민이 필요하다. 추가로 일차의료에서 팀 접근을 활성화하기 위해서는 별도의 수가 책정 등 일차의료기관이 케어 코디네이터와 같이 의사 지원 인력을 추가로 고용할 수 있는 제반 여건이 형성되어야 한다.

일곱째, 지역사회에 기반한 포괄적인 만성질환 관리가 필요하다. 의료기관 중심의 만성질환 관리 사업은 지역사회 내 전체 위험집단 및 만성질환자를 포괄하지 못하는 한계가 있다. 의원에서 교육과 상담이 이뤄지더라도 식습관, 신체활동 등은 의료기관을 벗어난다. 의료기관보다는 더 넓은 범위에서 사업이 필요하고 그에 맞게 책임을 지는 주체가 필요하다. 이는 결국 만성질환자에 대한 포괄적 접근의 문제로, 만성질환자에 대한 지속적이고 포괄적인 관리 체계를 구축하기 위해서는 지역사회 내 전체 만성질환자에 대한 등록관리제를 도입하고, 이들의 상병 수준과 질병 진행 단계 등에 따라 분류하여 대상자의 의료 및 관리 요구도에 맞는 적절한 만성질환 관리 서비스를 제공하는 것이 바람직할 것이다.

마지막으로, 의료시스템이 환자가 의미 있는 삶을 살 수 있도록 지원하기 위해서는 의료기관 혹은 의료의 영역만으로 충분하지 않다. 의료기관에서 제공하는 치료와 교육을 통해 자신이 준비되어 있더라도 환경이 이를 지지하지 않는다면 최상의 성과를 낼 수 없다. 이를 위해서는 다부처 협력이 필요하다. 예를 들어 아동의 경우 학교생활을 하고 있다는 특성을 고려해야 하는데, 소아 천식에서 이미 살펴보았듯이 질환 관리를 위해서는 학교생활 환경 관리가 중요하다. 아픈 아이들에게 위해가 되는 상황을 줄여야 한다. 사실 아픈 아이에게 위해가 되는 상황을 줄이는 것은 아프지 않은 아이가 지속적으로 건강하게 생활할 수 있도록 하는 데 도움이 된다. 이러한 정책의 목표는 단순히 아픈 아이에 대한 배려가 아니라 아픈 아이도 아프지 않은 아이와 다르지 않게 학교 수업 참석 등 일상생활을 의미 있게 살아갈 수 있도록 지원하는 것이다.

[그림 6-1] 의료 질을 중심으로 한 보건의료시스템 성과 논리 모형



주: 본 연구의 결과를 연구진이 종합적으로 정리함.



〈국내 문헌〉

- 강지연, 조영신, 정연진, 김수경, 윤선영, 심미영. (2018). 중환자실 간호사의 인간중심 간호 측정도구 개발. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(3), 323-334.
- 강지연, 신은자. (2019). 중환자실에서의 인간중심 간호와 가족 만족도 관계. *한국중환자간호학회지*, 12(3), 1-12.
- 강희정, 고제이, 하슬잎, 김소운, 홍재석, 박종현, 이은주. (2018). 2018 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 성과 평가와 정책 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 오윤섭, 백혜연, 하슬잎, 김소운, 서은원, ... 조해곤. (2017). 2017 한국 의료 질 보고서: 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(II). 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 윤석준, 하슬잎, 고슬기, 서혜영. (2013). 한국 의료의 질 평가와 정책 과제I-한국 의료의 질 보고서 설계. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강희정, 하슬잎, 김소운, 홍재석, 최대은, 이광수, 정해민, 서은원. (2016). 2016 한국 의료 질 보고서. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김석일, 강현재, Hude Quan, 정채영, 김미라, 채경희, 김수정. (2016). 허혈성 심질환 평가 개선방안 연구. 건강보험심사평가원, 가톨릭대학교 산학협력단.
- 김소분, 박영례. (2019). 요양병원 간호사의 노인대상 인간중심돌봄 영향요인. *성인간호학회지*, 31(6), 618-627.
- 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김은미, 신주현. (2020). 노인요양시설 간호사 및 간호보조 인력의 인간중심케어 영향 요인. *노인간호학회지*, 22(1), 10-21.
- 김윤, 강길원, 신광수, 장호연, 이태식, 김민선, ... 최하림. (2018). 건강보험 의료이용지도 (KNHI-Atlas) 구축 3차 연구 최종보고서. 국민건강보험공단: 서울대학교.
- 김윤, 김태현, 김진환, 백해빈, 박상민, 윤재문, ... 최하림. (2019). 의료공급체계 개선 모형 개발 연구. 국민건강보험공단, 서울대학교 산학협력단.
- 김원석, 정운선, 백남중, 손민균, 지성주, 신용일, ... 김원호. (2020). 뇌졸중 환자의 퇴원

- 후 재활치료 현황 및 사회복귀에 대한 심층적 이해를 위한 기초 조사-중간 분석 주요 결과. *주간 건강과 질병*, 13(42), 3009-3026.
- 김현수, 이종하, 전효인, 이무식, 홍지영. (2016). 제6기 지역보건의료계획의 제3차 국민건강증진종합계획 건강증진 지표 활용도. *보건교육건강증진학회지*, 33(5), 83-91.
- 도영경. (2017). 환자경험평가를 통한 환자중심성 향상 근거, 의의, 과제. 건강보험심사평가원.
- 박은미. (2018). 요양병원 간호사의 도덕적 민감성과 간호근무환경이 인간중심돌봄에 미치는 영향. *한국노인간호학회지*, 20(2), 109-118.
- 변영관, 최용준. (2017). 농촌 지역 보건소 일차의료의 질 평가. *농촌의학·지역보건*, 42(1), 24-35.
- 사공혜, 이가연. (2016). 요양병원 간호사의 인간중심돌봄과 간호서비스 질. *한국지역사회간호학회지*, 27(4), 309-318.
- 신영석, 김미곤, 정영호, 이상영, 강신욱, 강혜균, ...이지혜 (2012). 미래 보건복지 방향 설정과 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.
- 윤석준, 조민우, 박혜숙, 오인환. (2016). 한국인의 질병부담 측정 및 미래예측에 관한 연구. 한국보건산업진흥원.
- 윤재문, 최슬기, 조유선, 박상민, 김윤. (2021). [일차의료정책포럼] 기능적 일차의료의 정의와 국내 현황. *Korean Journal of Family Practice*. 3-9.
- 이미경, 정향미. (2019). 요양병원 간호사의 치매간호지식, 치매태도 및 인간중심 돌봄과의 관계. *동서간호학회지*, 25(2), 128-137.
- 이지예, 이세원, 오의금. (2020). 국내 간호학 문헌에서의 인간중심케어 개념화: 주제 범위 문헌고찰. *성인간호학회지*, 32(4), 354-363.
- 이진숙, 이소영. (2020). 요양병원 간호사의 간호근무환경, 도덕적 고뇌가 인간중심돌봄에 미치는 영향. *한국응용과학기술학회지*, 37(6), 1790-1797.
- 이진용, 조민우, 은상준, 김현주, 옥민수, 서문규. (2017). 의사, 일차의료에 대한 인식: 일반 국민과 의사집단 간 차이를 중심으로. 대한의사협회 의료정책연구소.

- 이재호, 최용준, 최지숙, 김세라. (2012). 한국 일차의료 평가도구 (K-PCAT) 를 이용한 의료 급여 선택병의원제도 일차의료 질 평가: 서울특별시 1개 구. *Journal of the Korean Medical Association*, 55(2), 187-197.
- 장명선, 김성재. (2019). 중환자실 간호사가 경험한 사람-중심의 관계 돌봄에 대한 해석 현상학적 분석 연구. *대한간호학회지*, 49(4), 423-436.
- 장희경, 길초롱, 김혜진, 김혜진, 배한주, 양은옥, 윤미립, 하자현. (2018). 인간중심돌봄에 대한 요양병원 간호사의 인식: 포커스 그룹 연구. *한국산학기술학회논문지*, 19(11), 441-453.
- 전꽃비, 박미현. (2021). 중환자실 인간중심 돌봄 개념 분석. *인격주의 생명윤리*, 11(1), 129-176.
- 정인숙, 황지인, 김남순, 최지은, 현민경, 홍석원, ... 이나래. (2009). 국가 보건의료 질 지표. 한국보건의료연구원.
- 최승혜. (2020). 중환자실 간호사의 인간중심간호에 영향을 주는 요인. *중환자간호학회지*, 13(2), 36-44.
- 홍희진, 강지연. (2018). 중환자실 환자가 경험한 인간중심 간호에 관한 질적 내용분석. *중환자간호학회지*, 11(2), 21-33.

〈국외 문헌〉

- AHRQ. (2020). 2019 National Healthcare Quality and Disparities Report Measure Specifications. *Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality*.
- American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. *J Am Geriatr Soc*, 64(1), 15-18.
- Arah, O. A., Westert, G. P., 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.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research*

methodology, 8(1), 19-32.

- Armstrong, R., Hall, B. J., Doyle, J., & Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of public health*, 33(1), 147-150.
- Auraaen, A., Saar, K. & Klazinga, N. (2020). System governance towards improved patient safety - key functions, approaches and pathways to implementation. OECD Health Working Paper No. 120
- Bardes, C. L. (2012). Defining "patient-centered medicine". *N Engl J Med*, 366(9), 782-783.
- Brickley, B., Sladdin, I., Williams, L. T., Morgan, M., Ross, A., Trigger, K., & Ball, L. (2020). A new model of patient-centred care for general practitioners: results of an integrative review. *Family practice*, 37(2), 154-172.
- Brody, H. (2010). Medicine's Ethical Responsibility for Health Reform-the Top Five List, *New England Journal of Medicine*, 362, 283-285.
- Bromley, E. (2012). Building patient-centeredness: hospital design as an interpretive act. *Soc Sci Med*, 75(6), 1057-1066.
- Brooker, D. (2007). Person Centred Dementia Care: Making services better. Jessica Kingsley Publishers
- Buetow, S. A., Martínez-Martín, P., Hirsch, M. A., & Okun, M. S. (2016). Beyond patient-centered care: person-centered care for Parkinson's disease. *NPJ Parkinsons Dis*, 2, 16019.
- Burke C., Stein-Parbury J., Luscombe G., & Chenoweth L.. (2016). Development and Testing of the Person-Centered Environment and Care Assessment Tool(PCECAT). *Clinical Gerontologist*, 39(4), 282-306.
- Carinci, F., Van Gool, K., Mainz, J., Veillard, J., Pichora, E. C., Januel, J. M., ... Raleigh, V. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(2), 137-146.

- Carver, C. & Jessie, A. T. (2011) Patient-centered care in a medical home. *Online J Issues Nurs*, 16(2), 4
- Case, A. & Deaton, A. (2015). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *PNAS*, 112(49), 15078-15083
- Coulter, A. & Oldham, J. (2016). Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hosp J*, 3(2), 114-116
- Debra de Silva. (2014). Helping measure person-centred care: A review of evidence about commonly used approaches and tools used to help measure person-centred care. London: The Health Foundation.
- 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)
- Eklund, JH., Holmström, IK., Kumlin T., et al. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Educ Couns*, 102(1), pp.3~11.
- European Commission. (2016). Publications Office of the European Union; 2016. So what? Strategies across Europe to assess quality of care.
- Fastenau, J., Kolotkin, R. L., Fujioka, K., Alba, M., Canovatchel, W., & Traina, S. (2019). A call to action to inform patient-centred approaches to obesity management: Development of a disease-illness model. *Clin Obes*, 9(3), e12309.
- Gabutti, I., Mascia, D., & Cicchetti, A. (2017). Exploring "patient-centered" hospitals: a systematic review to understand change. *BMC Health Serv Res*, 17, 364.
- GBD 2015 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The*

- Lancet*, 390, 231-266.
- GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 391, 2236-2271.
- Gusmano, M. K., Maschke, K. J., & Solomon, M. Z. (2019). Patient-Centered Care, Yes; Patients As Consumers, No. *Health Aff (Millwood)*, 38(3), 368-373.
- Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J. L., Lambert, M., & Poitras, M. E. (2011). Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*, 9, 155-164.
- IOM. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *Washington DC: National Academies Press*.
- IOM. (2002). The future of the public's health in the 21st century. *Washington, DC: The National Academies Press*.
- Jaensch, D., Baker, N., & Gordon, S. (2019). Contemporaneous patient and health professional views of patient-centred care: a systematic review. *Int J Qual Health Care*, 31(10), G165-G173.
- JBI. (2015). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition. *South Australia: The Joanna Briggs Institute*.
- Kidd, M. O., Bond, C. H., & Bell, M. L. (2011). Patients' perspectives of patient-centredness as important in musculoskeletal physiotherapy interactions: a qualitative study. *Physiotherapy*, 97(2), 154-162.
- Kim, S. H., Ro, J. S., Kim, Y., Leigh, J. H., & Kim, W. S. (2020). Underutilization of hospital-based cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction in Korea. *Journal of Korean Medical Science*, 35(30), 1-10.
- Kitwood, T. (1997). The experience of dementia, *Ageing & Mental Health*,

- 1(1), 13-22.
- Kuipers, E., Wensing, M., De Smet, P. A., & Teichert, M. (2020). Exploring patient's perspectives and experiences after start with inhalation maintenance therapy: A qualitative theory-based study. *Patient preference and adherence*, 14, 203.
- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness - A systematic review. *Patient Education Counsels*, 102(7), 1228-1236.
- Lee, J. H., Choi, Y. J., Sung, N. J., Kim, S. Y., Chung, S. H., Kim, J., ... Park, H. K. (2009). Development of the Korean primary care assessment tool—measuring user experience: tests of data quality and measurement performance. *International journal for quality in Health Care*, 21(2), 103-111.
- Liu, J., Hou, S., Evans, R., Xia, C., Xia, W., & Ma, J. (2019). What Do Patients Complain About Online: A Systematic Review and Taxonomy Framework Based on Patient Centeredness. *J Med Internet Res*, 21(8), e14634.
- Lusk, J. M. & Fater, K.(2013). A concept analysis of patient-centered care. *Nurs Forum*, 48(2), 89-98
- Marjanovic, S., Sim, M., Dubow, T., Corbett, J., Harte, E., Parks, S., ... & Ling, T. (2017). Innovation as a driver of quality and productivity in UK healthcare Creating and connecting receptive places: Emerging Insights Report. *RAND Europe*.
- Marchand, K., Beaumont, S., Westfall, J., MacDonald, S., Harrison, S., Marsh, D. C., Schechter, M. T., Oviedo-Joekes, E. (2019). Conceptualizing patient-centered care for substance use disorder treatment: findings from a systematic scoping review. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 14(1), 37.
- Mattke, S., Epstein, A. M., & Leatherman, S. (2006). The OECD health care

- quality indicators project: history and background. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(suppl_1), 1-4.
- McCance, T., McCormack B., & Dewing J. (2011). An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), Manuscript 1.
- Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 1-7.
- Nolte, E., & McKee, M. (2011). Variations in amenable mortality—trends in 16 high-income nations. *Health policy*, 103(1), 47-52.
- OECD. (2012). OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012. Paris: OECD.
- Ogden, K., Barr, J., & Greenfield, D. (2017). Determining requirements for patient-centred care: a participatory concept mapping study. *BMC Health Serv Res*, 17(1), 780.
- 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, 19-26. *WHO, OECD*.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results. Boston: Harvard Business School Press.
- Sacristán, J. A. (2011). Exploratory trials, confirmatory observations: a new reasoning model in the era of patient-centered medicine. *BMC Med*

- Res Methodol*, 11, 57.
- Sacristán, J. A. (2013). Evidence based medicine and patient centered medicine: some thoughts on their integration. *Revista Clínica Española*, 213(9), 460-464.
- Santana, M. J., Manalili, K., Jolley, R. J., Zelinsky, S., Quan, H, Lu, M. (2018). How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Health Expect*, 21, 429-440.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-Centred Medicine: Transforming the Clinical Method*. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Tanenbaum, S. J. (2015). What is Patient-Centered Care? A Typology of Models and Missions. *Health Care Anal*, 23(3), 272-287.
- Tralongo, P., Ferrau, F., Borsellino, N., Verderame, F., Caruso, M., Giuffrida, D., ... Gebbia, V. (2011). Cancer patient-centered home care: a new model for health care in oncology. *Therapeutics and clinical risk management*, 7, 387.
- 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.
- van der Eijk, M., Nijhuis, F. A., Faber, M. J., & Bloem, B. R. (2013). Moving from physician-centered care towards patient-centered care for Parkinson's disease patients. *Parkinsonism Relat Disord*, 19(11), 923-927.
- Vollset, S. E., Goren, E., Yuan, C. W., Cao, J., Smith, A. E., Hsiao, T., ... Murray, C. J. (2020). Fertility, mortality, migration, and population scenarios for 195 countries and territories from 2017 to 2100: a forecasting analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, 396(10258), 1285-1306.

- Watson, D. E., Broemeling, A.-M., Reid, R. J., & Black, C. (2004). A Results-based logic model for primary health care: Laying and evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. *Central Health Services Policy Research*, 34. Retrieved from <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/facultyresearchandpublications/52383/items/1.0048322> 2021. 11. 29.
- WHO Europe. (2013). Roadmap: strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: a Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO. (2018). Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Geneva: World Health Organization
- Winsor, S., Smith, A., Vanstone, M., Giacomini, M., Brundisini, F. K., & DeJean, D. (2013). Experiences of patient-centredness with specialized community-based care: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Technol Assess Ser*, 13(17), 1-33.
- Yoon, J., Oh, I. H., Seo, H., Kim, E. J., Gong, Y. H., Ock, M., ... Yoon, S. J. (2016). Disability-adjusted life years for 313 diseases and injuries: the 2012 Korean burden of disease study. *Journal of Korean medical science*, 31(Suppl 2), S146-S157.
- Youssef, A., Wiljer, D., Mylopoulos, M., Maunder, R., & Sockalingam, S. (2020). "Caring About Me": a pilot framework to understand patient-centered care experience in integrated care - a qualitative study. *BMJ Open*, 10(7), e034970.
- Zill, J. M., Scholl, I., Härter, M., & Dirmaier, J. (2015). Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter? - Results of a Web-Based Expert Delphi Survey. *PLoS One*, 10(11), e0141978.

〈웹 자료·통계 자료〉

- 관계부처합동 (2021.1.27.). 제5차 국민건강증진종합계획.
- 국민건강보험공단. (2010-2020). 건강보험 맞춤형 DB.
- 국립암센터. (2017-2019). 국가 호스피스·완화의료 연례보고서.
- 국립중앙의료원. (2020). 2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과 보고서. 중앙응급의료센터.
- 박상민, 윤재문, 최슬기, 조유선 외. (2019). "지속가능한 환자중심 의료체계 구축방안" 일차의료 분야. http://www.bktimes.net/data/board_notice/1596095540-70.pdf에서 2021. 11. 10. 인출.
- 보건복지부. 환자안전 보고학습시스템 통계포털. <https://statistics.kops.or.kr/biWorks/dashBoardMain.do?roleId=&status=O>에서 2021. 11. 2. 인출.
- 보건복지부, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2019-2021). 국가 정신건강현황 보고서. 국립정신건강센터.
- 보건복지부, 중앙호스피스센터. (2020-2021). 국가 호스피스·완화의료 연례보고서.
- 보건복지부, 질병관리청. (2010-2018). 국민건강영양조사.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2017-2020). 의료서비스 경험 조사.
- 임술 (2020.10.5.). 입원환자 10명 중 1명 꼴 환자안전사고 발생...예방가능한 사건 28.2~42.9%. 메디게이트 뉴스. <http://m.medigatenews.com/news/2645885496>에서 2021.11.19. 인출
- 의료기관평가인증원. (2020). 2019 환자안전사고 실태조사 결과보고서
- 의료기관평가인증원. (2021). 2020년 환자안전 통계연보.
- 중앙암등록본부. (2020). 국가암등록사업 연례 보고서(2018년 암등록 통계). 보건복지부.
- 중앙치매안심센터. (2020). 치매 오늘은. https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx에서 2021. 11. 19. 인출.
- 통계청. (2010-2020). 사망원인 통계조사.
- 통계청. (2010, 2015). 인구총조사.
- 통계청. (2020). 신생아 사망률(출생아 1000명당).
- 통계청. (2020). 완전생명표(1세별)

통계청. 국가통계포털(KOSIS) 시군구별 전문과목별 전문의 인력현황.

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA4S&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=354_MT_DTITLE&scrId=&seqNo=&lang_mode=ko&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=E1에서 2021. 11. 19. 인출.

통계청. 국가통계포털. 인구십만명당 자살률(시도/시/군/구).

https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL21121E&conn_에서 2021.11.22. 인출.

통계청 인구동향과. (2021. 9. 28.). 2020년 사망원인통계 결과. 통계청 보도자료.

https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/2/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=403046&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt에서 2021. 3. 2. 인출.

통계청 e-나라지표. (2011-2020). 영아사망추이.

한국보건사회연구원. (2021). '일차의료에 대한 국민인식 조사' 조사표.

한국산업진흥원. (2016. 12. 26.). 한국인 질병부담 큰 질환은 당뇨와 요통. 한국산업

진흥원 보도자료. <https://www.khidi.or.kr/board/view?pageNum=51&rowCnt=10&no1=2043&linkId=212220&menuId=MENU00100&maxIndex=00002122209998&minIndex=00001775169998&schType=0&schText=&schStartDate=&schEndDate=&boardStyle=&categoryId=&continent=&country>에서 2021. 11. 20. 인출.

AHRQ. (2021). National Healthcare Quality and Disparities Reports. <https://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>에서 2021. 11. 3.

인출.

Busse. (2017). High performing health systems: conceptualizing, defining,

measuring and managing. Value in Health Forum Standards, Quality and Economics (January 19th 2017). Retrieved from https://www.mig.tuberlin.de/fileadmin/a38331600/2017.lectures/Edmonton_20170119.rb_HighPerformingSystems.pdf 2021. 11. 3.

IHME. (2021). What causes the most deaths? Retrieved from

<http://www.healthdata.org/south-korea> 2021. 11. 20.

- IHME. (n.d.). GHDx. Retrieved from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-too> 2021. 11. 5.
- NHS. (2019). NHS outcomes framework Indicators; November 2019 Release. Retrieved from <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-outcomes-framework/november-2019/nhs-outcomes-framework-indicators---november-2019-release> 2021. 2. 18.
- OECD. (2018). Health Care Quality and Outcomes (HCQO) 2020-21 Indicator Definitions. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/Definitions-of-Health-Care-Quality-Outcomes.pdf> 2020. 6. 12.
- OECD. (2021). OECD Health statistics. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm> 2021. 10. 19.
- Palmer, B. (2019. 8. 5.). Is the number of GPs falling across the UK? Nuffield Trust. Retrieved from <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/is-the-number-of-gps-falling-across-the-uk> 2021. 12. 8.
- PHCPI. (2015). Primary health care performance initiative – Methodology Note. Retrieved from <https://improvingphc.org/sites/default/files/2015%20PHCPI%20Methodology%20Note.pdf> 2021. 9. 8.
- Planetree. (2014). 2014 Planetree International Conference on Patient-Centered Care. Retrieved from <http://community.planetree.org/events/event-description?CalendarEventKey=732105da-ee22-4c2d-99c3-fbfd42146196> 2021. 9. 5

〈기타 자료〉

- 양현중. (2021). 소아청소년 천식의 이해. 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차) - 2021 한국 보건 의료 질 보고서 컨센서스 워크숍 자료.

〈법정계획·법령자료〉

- 장애인복지법, 법률 제18625호 (2022).
- 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률, 법률 제18224호 (2021).

지역보건법, 법률 제17893호 (2021).

보건복지부. (2018). 제1차 심뇌혈관질환관리 종합계획.



[부록 1] 건강 결과를 중심으로 본 우리나라 의료 질 지표 산출 방법

4장에서 지표별 구체적인 산출 방법과 해당 지표를 산출하기 위해 사용한 자료원은 다음과 같다.

〈부표 1-1〉 효과성: 치료 가능한 사망 예방

성과 지표	지표	자료	담당기관	비고
1a.i 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(성인)	분자: 20세 이상에서 보건의료로 치료 가능한 원인으로 사망한 20세 이상 성인의 수에 해당 성, 연령 구간의 기대여명의 곱 분모: 20세 이상 성인의 수	사망원인통계, 생명표	통계청	직접 산출
1a.ii 치료가능한 원인으로 인한 잠재수명 손실연수(아동, 청소년)	분자: 19세 이하에서 보건의료로 치료 가능한 원인으로 사망한 20세 이상 성인의 수에 해당 성, 연령 구간의 기대여명의 곱 분모: 19세 이하 소아청소년의 수	사망원인통계, 생명표	통계청	직접 산출
1b 75세 이상의 기대여명(남, 여)	분자: 75세 이후의 총생존연수 분모: 75세에 총생존자 수	생명표	통계청	직접 인용
1c 신생아 사망률	분자: 출생 후 28일 내 사망아 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망, 사망원인통계	통계청	직접 인용
1.1 심뇌혈관 질환으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 심뇌혈관 질환(100-199)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수(10만 명당)	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.2 호흡기 질환으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 호흡기 질환(100-199)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.3 간 질환으로 인한 75세 미만 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 암으로 인한 75세 미만 사망률	분자: 암(C00-C97)으로 인한 사망자 수 분모: 전체 인구수	사망원인통계	통계청	직접 산출
1.5 모든 암 환자의 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
1.6 폐암, 간암, 대장암 및 유방암 5년 생존율	분자: 유방암, 폐암, 대장암, 간암 환자의 5년 생존율 분모: 동일 일반인의 5년 기대 생존율	통계로 본 암 현황, 국가암등록사업 연례보고서	국립암센터, 보건복지부·중앙암등록본부·국립암센터	직접 인용
1.7 자살사망률	분자: 자살(의외적 자해)로 인해 사망한 사람의 수 분모: 인구 100,000명	인구 십만 명당 자살률 (KOSIS)	통계청	직접 인용

330 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서

성과 지표	지표	자료	담당기관	비고
1.8 심각한 정신질환을 앓고 있는 성인의 75세 미만 초과 사망률	[비율: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 성인 사망률/18~74세 사망률] 분자: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 18~74세 성인 혹은 18~74세 성인에서 사망 수 분모: 조현병, 양극성 정동장애를 앓고 있는 18~74세 성인** 혹은 18~74세 성인	국민건강보험공단 맞춤형DB	국민건강보험공단	자체 산출
1.9 영아 사망률	분자: 출생 후 1년 내 사망아 수 분모: 출생아 수(천 명당)	영아모성사망조사, 사망원인통계	통계청	직접 인용
1.10 아동 암 5년 생존율	분자: 아동 암 환자의 5년 생존율 분모: 아동의 5년 기대 생존율	암통계DB	국립암센터	직접 인용

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

* 부표1-1-1 참조. 김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020) 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가는 연령기준을 적용하지 않은 값으로 2021년 산출치와 차이가 있음

**보건복지부, 건강보험심사평가원(2019)에서 제시한 기준에 따라 조현병은 주 진단명 혹은 제1부진단명이 F20, F21, F23.1, F23.2, F25인 경우, 양극성 정동장애는 주 진단명 혹은 제1부진단명이 F31인 경우로 정의하였고 진료비청구자료에는 요양기관을 방문한 환자 자료만 기록되므로 사망하지 않고 이전에 진료 기록이 있는 환자를 포함함.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원. OECD. (2021). Health at a Glance. Paris: OECD.

Clinical Indicators Team. (2019). NHS Outcomes Framework: Domain 1 - Preventing people from dying prematurely. London: Health and Social Care Information Centre.

〈부표 1-1-1〉 치료가능한 원인으로 인한 사망

질환	ICD-10 코드	질환명	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	모든 연령
악성 종양	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	0~19
	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

332 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가(6년 차): 2021 한국 보건 의료 질 보고서

질환	ICD-10 코드	질환명	연령
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, K85, K86.1-K86.9, K91.5	Acute abdomen, appendicitis, intestinal obstruction, cholecystitis / lithiasis, pancreatitis, hernia	0~74
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	모든 연령
	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	모든 연령

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 1-1-2〉 5세 구간 생명표

구분	구간	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
남	1	75.1	75.5	75.8	76.3	76.8	77.2	77.5	77.9	78.0	78.5
	2	70.2	70.6	70.9	71.4	71.9	72.3	72.6	73.0	73.0	73.6
	3	65.3	65.6	65.9	66.5	66.9	67.3	67.6	68.0	68.1	68.6
	4	60.3	60.7	61.0	61.5	62.0	62.3	62.7	63.1	63.1	63.7
	5	55.5	55.8	56.1	56.7	57.1	57.4	57.8	58.2	58.2	58.7
	6	50.6	51.0	51.3	51.8	52.2	52.6	52.9	53.3	53.3	53.9
	7	45.8	46.2	46.4	47.0	47.4	47.7	48.1	48.4	48.5	49.0
	8	41.0	41.4	41.7	42.2	42.6	42.9	43.3	43.6	43.7	44.2
	9	36.4	36.7	36.9	37.5	37.9	38.2	38.5	38.9	38.9	39.4
	10	31.8	32.1	32.4	32.9	33.2	33.5	33.9	34.2	34.3	34.8
	11	27.4	27.7	27.9	28.4	28.8	29.1	29.4	29.7	29.7	30.2
	12	23.2	23.5	23.7	24.2	24.5	24.8	25.0	25.3	25.4	25.8
	13	19.2	19.5	19.6	20.0	20.4	20.6	20.8	21.1	21.1	21.6
	14	15.4	15.6	15.7	16.1	16.4	16.6	16.8	17.1	17.1	17.5
	15	11.9	12.1	12.1	12.5	12.7	12.9	13.1	13.3	13.3	13.7
	16	9.0	9.0	9.1	9.4	9.6	9.7	9.8	9.9	9.9	10.3
	17	6.6	6.6	6.6	6.9	7.0	7.1	7.2	7.2	7.1	7.5
	18	4.8	4.7	4.8	5.0	5.0	5.1	5.2	5.1	5.1	5.3
	19	3.3	3.2	3.2	3.4	3.4	3.4	3.5	3.4	3.4	3.5
여	1	81.8	82.2	82.4	82.8	83.2	83.4	83.6	83.9	83.9	84.5
	2	76.9	77.3	77.5	77.9	78.3	78.4	78.7	79.0	79.0	79.6
	3	72.0	72.3	72.5	72.9	73.3	73.5	73.7	74.0	74.0	74.6
	4	67.0	67.4	67.5	68.0	68.4	68.5	68.7	69.0	69.1	69.6
	5	62.1	62.4	62.6	63.0	63.5	63.6	63.8	64.1	64.1	64.7
	6	57.2	57.5	57.7	58.1	58.5	58.6	58.9	59.2	59.2	59.8
	7	52.4	52.7	52.8	53.2	53.6	53.7	54.0	54.3	54.3	54.9
	8	47.5	47.8	48.0	48.4	48.8	48.9	49.1	49.4	49.4	50.0
	9	42.7	43.0	43.1	43.5	43.9	44.0	44.3	44.5	44.6	45.2
	10	37.9	38.2	38.3	38.7	39.1	39.2	39.5	39.7	39.8	40.4
	11	33.2	33.5	33.6	34.0	34.4	34.5	34.7	34.9	35.0	35.6
	12	28.5	28.8	28.9	29.3	29.7	29.8	30.0	30.2	30.3	30.9
	13	23.9	24.2	24.3	24.7	25.1	25.1	25.3	25.5	25.6	26.2
	14	19.5	19.7	19.7	20.2	20.5	20.6	20.8	20.9	21.0	21.6
	15	15.3	15.5	15.5	15.9	16.2	16.2	16.4	16.5	16.6	17.2
	16	11.5	11.6	11.6	12.0	12.2	12.3	12.4	12.5	12.5	13.0
	17	8.4	8.4	8.4	8.7	8.9	8.9	9.0	9.0	9.0	9.4
	18	5.9	5.9	5.9	6.1	6.3	6.2	6.3	6.2	6.2	6.6
	19	3.8	3.7	3.7	3.9	3.9	3.9	3.9	3.8	3.8	4.0

주: 통계청 완전생명표를 이용하여 직접 산출. 연령 구간은 1은 0~4세, 2는 5~9세...19는 90~94세임.
 자료: 통계청. (2020). 완전생명표(1세별).

〈부표 1-2〉 효과성: 장기질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선

지표	산출 방식	자료원	담당 기관	비고
2. 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질	분자: EG-5D로 측정된 삶의 질 분모: 만성질환이 있는 19세 이상 성인	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출
2.1 우리나라 의료시스템의 질환 관리에 대한 역할 수행	분자: 그렇다 혹은 매우 그렇다고 답한 응답 분모: 19세 이상 성인	만성질환 의료 질 향상을 위한 전화 조사	한국보건사회연구원	직접 조사
2.2.i 외래 민감성 질환으로 인한 계획되지 않은 입원(모든 연령)	분자: 외래 민감성 질환을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건(*외래 민감성 질환 코드 별도 제시) 분모: 전체 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
2.2.ii 천식, 당뇨병 및 간질로 인한 계획되지 않은 입원(19세 미만)	분자: 19세 미만 환자 중 천식, 당뇨, 간질을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 환자들에서 전원을 제외한 입원 건 분모: 19세 미만 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
2.3 정신질환이 있는 사람들의 고용	[격차: 정신질환이 있는 사람들의 고용률 - 일반 성인의 고용률] 분자: 피고용인, 자영업, 무급가족종사자로 응답한 사람 분모: 만 18세 이상 성인 혹은 만 18세 이상 우울증 있는 응답자 수	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출
2.4 치매가 있는 사람들의 추정 진단율	분자: WHO의 국제치매관측소(Global Dementia Observatory, GDO)에 근거한 6개 상병코드(F00, F01, F02, F03, G30, G31)를 주 상병으로 당해 연도 국민건강보험에서 수진 내역이 확인된 진료 실수진자 분모: 노인 인구의 추정 치매 환자 수	치매오늘은	중앙치매센터	직접 인용
2.5 복합만성질환(3개 이상)이 있는 사람들의 건강 관련 삶의 질	분자: EG-5D로 측정된 삶의 질 분모: 세 가지 이상 만성질환이 있는 19세 이상 성인	국민건강영양조사	질병관리청	직접 산출

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.
 자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건 의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원.
 OECD. (2021). Health at a Glance. Paris: OECD.
 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 1-2-2〉 외래 민감성 질환에 대한 주 진단 코드

질환	ICD-10 코드	설명
전염병	B180, B181 (부진단으로 D57 있는 사 람 제외)	Chronic viral hepatitis B: Chronic viral hepatitis B with delta-agent (B180). Chronic viral hepatitis B without delta-agent (B181)
영양, 대사, 내 분비 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)
혈액 질환	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 질 환	I110, I130, I50, J81	Congestive heart failure: Hypertensive heart disease with (congestive) heart failure (I110), Heart failure (I50), Pulmonary oedema (J81), Hypertensive heart and renal disease with (congestive) heart failure (I130)
	I20, I25	Angina: Angina pectoris (I20), Chronic ischaemic heart disease (I25)
	I10, I119	Hypertension: Essential (primary) hypertension (I10), Hypertensive heart disease without (congestive) heart failure (I119)
	I48	Atrial fibrillation and flutter
호흡기 질환	J41, J42, J43, J44, J47 J20(부진단으로 J41, J42, J43, J44, J47이 있는 경 우)	Chronic obstructive pulmonary disease: Acute bronchitis (J20), Simple and mucopurulent chronic bronchitis (J41), Unspecified chronic bronchitis (J42), Emphysema (J43), Other chronic obstructive pulmonary disease (J44), Bronchiectasis (J47)
	J45*, J46*	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 및 손상 치료·회복 지원

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
3a 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성질환으로 인한 응급입원	분자: 병원 입원을 요구하지 않는 급성질환(부표 1-3-1 참조)을 주 진단으로 하여 응급실 통해 입원한 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 전체 인구수	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3b 퇴원 후 30일 내 응급 응급 재입원*	분자: 퇴원 시점 이후 30일 이내 응급 재입원하는 환자 수 분모: 전체 퇴원 환자 수(천 명당)(제의 기준) 해당 연도 혹은 지난 해에 암을 진단명으로 의료기관을 이용했거나 해당 연도 주 진단 코드가 "O"로 시작하는 경우	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.1 울혈성 심부전, 허혈성 뇌졸중 응급입원 1년 내 사망 및 입원	분자: 퇴원 후 1년 내 사망, 해당 질환 입원, 다른 질환으로 입원, 생존한 경우 분모: 지난 5년간 울혈성 심부전(I63, I64)/허혈성 뇌졸중(I11.0, I13.0, I13.2, I50.0, I50.1, I50.9)로 입원한 경험 없고 해당 질환으로 응급입원한 환자 수	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출
3.2 하기도 감염으로 인한 아동의 응급입원	분자: 하기도 감염을 주 진단으로 하여 응급실을 통해 입원한 19세 미만 환자의 입원 건(전원 제외) 분모: 19세 미만 아동 인구	국민건강보험공단 맞춤형 DB	국민건강보험공단	직접 산출

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

*김수진, 김현규, 이재은, 배재용, 김수정. (2020) 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가는 모든 재입원으로 2021년 산출치와 차이가 있음

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원.
OECD. (2021). Health at a Glance. Paris: OECD.

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 1-3-1〉 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	L01, L02, L03, L04, L080, L088, L089, L88, L980, 1891,	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〉 하기도 감염 아동의 응급입원(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 중심성·반응성: 치료에 대한 사람들의 긍정적인 경험 개선

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
4.1 외래 서비스 반응성(의사 서비스)	환자 경험 문항	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.1.i 외래 서비스 진료 또는 치료 결과 만족	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2 입원 서비스 반응성(의사 서비스)	환자 경험 문항	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2.i 입원 서비스에서 기대했던 치료 결과 달성	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.2.ii 입원 서비스에 대한 전반적 만족도	분자: 만족한다고 응답한 사람 분모: 외래서비스 경험한 사람	의료서비스 이용경험조사	보건복지부	직접 산출
4.3 호스피스 환자 만족도	호스피스 기관에서 받았던 의료서비스에 대한 전반적인 만족도	호스피스 완화의료 현황	국립암센터 중앙호스피스 센터	직접 인용
4.4 응급의료 환자 만족도	응급의료서비스 전반적 신뢰도, 응급실 서비스 전반적 만족도	2019년 대국민 응급의료서비스 인지도 및 만족도 조사 결과보고서	국립중앙의료원	직접 인용

주: 기존 지표의 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

자료: 보건복지부, 건강보험심사평가원. (2019). 2018년 기준 보건의료 질 통계. 보건복지부, 건강보험심사평가원.
OECD. (2021). Health at a Glance. Paris: OECD.

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 1-5〉 환자 안전: 안전한 환경에서 치료하고 피할 수 있는 위험로부터 보호

성과 지표	지표	자료원	담당 기관	비고
5. 환자 안전사고 발생률	입원 1,000건당 환자 안전 사고 발생 건수	환자안전 실태조사	의료기관평가 인증원	이차 인용
5.1 퇴원 후 90일 내 정맥 혈전증(VTE: venous thromboembolism)으로 인한 사망	성인 입원 100,000건당 조발생률	(검토 가능 자료) 국민건강보험청구자료*	국민건강보험공단	-
5.2 의료 관련 감염(HCAI) - 클로스트리디움 디피실(C. Difficile)	클로스트리디움 디피실(C. Difficile) 감염의 조발생 수(국가 수준, 공급자 단위)	국민건강보험 청구자료	국민건강보험공단	직접 산출
5.3 임신 기간이 37주 이상인 출생아의 신생아 중환자실 입원	분자: 분모 중 신생아(출생 후 28일 이내) 신생아 중환자실 입원 환자 수 분모: 임신 기간이 37주 이상인 출생아 수	국민건강보험 청구자료	국민건강보험공단	직접 산출
5.4 환자 안전사고 보고 건수	의료기관 및 환자, 보호자 등이 보고한 환자 안전사고 수	환자안전 통계연보	의료기관평가 인증원	이차 인용

주: *산출은 가능하나 보고의 부정확성으로 인해 검토가 필요한 지표임.
지표 산출 방식을 참조하여 우리나라 산출 방식 작성.

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.

[부록 2] 프레임워크 설계 워킹그룹 1차 설문 자료

한국 보건 의료 질 지표 개발에 관한 설문조사

의료 질은 의료 접근성과 함께 건강성과에 영향을 미치는 보건의료시스템의 핵심 요소로 지속적인 모니터링과 이에 근거한 개선이 필요합니다. 특히 국민의 의료서비스 접근성을 개선하기 위해 건강보험 보장성 강화 정책이 지속적으로 추진되는 상황에서 경제적 접근성 개선을 통한 의료서비스 양의 증가 및 비용의 증가에만 머물지 않고 양질의 의료서비스 제공을 통한 건강수준의 향상으로 이어졌는지 지속적인 모니터링이 필요합니다.

이에 한국보건사회연구원에서는 「한국의료시스템의 혁신 성과 평가: 2021 한국보건의료질 보고서」 연구를 통해 **시스템 수준에서 건강결과를 중심으로 의료 질을 지속적으로 모니터링하기 위해 '한국의료시스템 결과 프레임워크'를 개발**하고자 합니다. 의료 질 평가 영역 중 '구조'와 '과정'에 대해서도 지속적인 모니터링이 필요하지만 **국가수준에서 보건의료시스템의 책무성은 궁극적으로 환자에게 좋은 질의 '건강결과'를 제공하는 것에 있습니다.**

본 서면자문은 한국 보건 의료 질 및 의료시스템의 성과 평가와 관련하여 실질적인 이해와 경험을 쌓아 오신 전문가 분들을 대상으로 분석 틀 구성 및 지표 설정을 위해 **프레임워크 설계의 접근방식과 구성 원칙, 구조와 구성 지표**에 대한 고견을 구하는 것을 목적으로 합니다. 제출해주신 의견은 연구목적 외에 어떤 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다.

바쁘신 가운데도 불구하고 시간을 내어 설문에 응해 주심에 진심으로 감사드립니다. 한국 보건 의료 질 향상을 위해 본 조사가 갖는 중요성을 고려하여 귀하의 적극적인 협조와 참여를 부탁드립니다.

감사합니다.

2021년 6월
한국보건사회연구원장

※ 본 조사와 관련한 **문의사항**은 아래로 연락주시기 바랍니다.

- 연구책임자 : 김 수 진 (한국보건사회연구원, 부연구위원) sujinkim@kihasa.re.kr / 044-287-8254

- 담당자 : 박 은 혜 (한국보건사회연구원, 연구원) grace53@kihasa.re.kr / 044-287-8263

1 의료시스템의 성과 평가 접근 방식

1. 우리나라 의료시스템이 지향해야 하는 목표는 무엇이라고 생각하십니까?

예를 들어,

- WHO Health Systems Framework는 목표(goals/outcomes)로 건강개선(수준과 형평성), 반응성, 경제적 위기 보호, 효율성 개선을 제시함

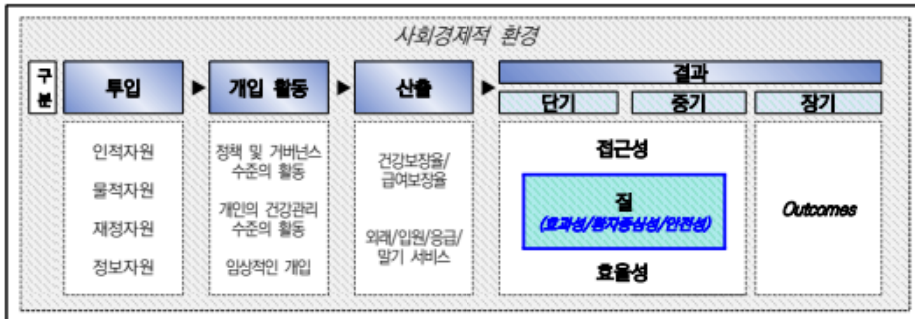
출처: https://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf

- OECD HCQI 전문가그룹은 보건의료제도 성과로 질, 접근성, 비용을 제시하고 최종목표로 건강상태(건강문제, 기능과 삶의 질, 기대여명과 웰빙, 사망)을 제시함

출처: 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.

※ 아래 제시된 그림을 참고하여 2-4번 문항에 답해주시기 바랍니다.

< 한국의료시스템 성과평가 로직모형 >



2. 의료시스템의 궁극적인 목표를 달성하기 위해 단기와 중기 결과 지표로 **접근성, 질, 효율성**을 활용하는 것에 동의하십니까? 동의하지 않으신다면, 그 이유는 무엇입니까?

3. 양질의 의료서비스가 **효과성, 환자중심성, 안전성**이라는 세 가지 성격을 가져야 한다는 것에 대해 동의하십니까? 추가로 고려해야 하는 구성요소가 있다면 의견을 제시해 주십시오.

4. 1에서 말씀하신 '**지향하는 결과**'를 달성함에 있어 우리나라 의료시스템이 가진 문제가 무엇이며 어떠한 변화가 필요하다고 생각하십니까?

② 의료시스템 결과 프레임워크 개발

현재의 의료시스템이 아닌 한국의 의료시스템이 지향해야 하는 바를 반영하여 한국 의료시스템 결과 분석틀을 개발하고자 합니다. 이는 경우에 따라서는 지표를 달성하기 위해 장기적으로 시스템의 변화가 필요함을 의미합니다. 또한 현재 측정이 가능하지 않더라도 모니터링을 위해 측정이 필요한 지표를 포함함으로써 장기적으로 이러한 지표를 측정해야 함을 의미합니다.

5. 다음에 제시된 분석틀 개발의 핵심원칙에 동의하십니까? 제외하거나 추가로 고려되어야 하는 원칙이 있다면 의견을 제시해 주십시오.

〈한국 의료시스템 결과 프레임워크의 개발 원칙〉

- 책무성과 투명성
- 균형성
- 환자 및 보건의료전문가에게 중요한 것에 집중되어 있는 지
- 평균과 분포의 개선 촉진
- 보건의료서비스가 영향을 줄 수 있는, 필요한 경우 다른 영역과 협력하여 할 수 있는 결과
- 국제적 비교 가능성
- 시간 흐름에 따른 변화 양태 측정 가능

※ 다음은 의료시스템 결과 프레임워크의 핵심영역에 대한 연구진의 의견입니다. 제시된 자료를 읽으신 후 6-7번 문항에 응답해주시기 바랍니다.

□ 아래 그림은 프레임워크의 핵심영역 및 지표 구성을 도식화 한 것입니다. 본 연구에서는 의료의 질을 구성하는 요소 중 결과(outcome)에 집중하여 성과 평가 모형을 도출하고자 하며, 향후 평가지표 개발 시 각 영역별로 총괄지표 및 개선영역 지표를 함께 고려하여 개발하고자 합니다.

[그림 1] 의료 질의 핵심영역



* 효과성은 OECD의 분석틀에서 보건의료 니즈(staying healthy, getting better, living with illness or disability, coping with end-of-life), 급성질환과 만성질환의 특성을 고려하여 피할 수 있는 조기 사망 외에 '만성질환 관리'와 '질병으로부터의 회복'을 구분합니다.

<표 1> 각 영역의 의미

구분			영역의 의미
1영역	효과성*	조기사망예방	<ul style="list-style-type: none"> • 꼭 필요한 의료 개입으로 피할 수 있는(amenable to health care) 사망을 얼마나 예방하고 있는 지 확인하기 위한 영역 • (예: 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명 손실연수 등)
2영역		만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 장기적인 만성질환을 가지고 있는 사람들이 가능한 한 정상적으로 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는 지 확인하기 위한 영역 • (예: 만성질환자 삶의 질 등)
3영역		질병 및 손상으로부터 회복 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료서비스 제공이 치료 가능한 질병 혹은 상해를 가진 사람들에게 가능한 최상의 건강결과를 달성하도록 지원하고 있는 지 확인하기 위한 영역 • (예: 퇴원 후 30일 내 응급 재입원 등)
4영역	환자중심성	사람들의 긍정적인 경험 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료서비스 전달 과정이 대상자(환자, 서비스 이용자, 돌봄 제공자)에게 얼마나 긍정적인 경험을 주었는지, 이들을 중심에 두고 있는 지 확인하기 위한 영역 • (예: 의뢰서비스 경험 조사 등)
5영역	안전성	피할 수 있는 위험으로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료서비스를 제공함에 있어서 추가적인 부작용이나 손상 등의 피해로부터 환자를 얼마나 안전하게 보호하고 있는지 확인하기 위한 영역 • (예: 환자안전사고 보고 건 등)

6. 시스템 수준에서 건강결과를 중심으로 의료 질을 모니터링하고 개선하기 위해 5가지 영역으로 구분하는 것에 동의하십니까? 제시된 5가지 영역이 보건의료시스템이 책임을 가지는 모든 결과를 적절하게 포함한다고 생각하십니까?



7. 각 영역에 대해 **총괄지표**와 **개선영역 지표**로 구성하고자 합니다. **총괄지표**는 각 영역을 대표하는 지표로 해당 영역 전반에 걸쳐 달성한 결과를 보여주는 지표이며 **개선영역**은 근거에 기반해 문제가 있는 영역에 대한 지표입니다. 이러한 구조가 합리적이라고 생각하십니까?



※ 다음은 영역별 지표에 대한 의견을 듣고자 합니다. 제시된 자료를 읽고 각 문항에 응답해주시기 바랍니다.

□ 다음은 **“제1영역: (효과성) 조기사망예방”** 지표에 관한 내용입니다.

〈 배경 설명 〉

- 보건의료제도의 핵심 기능은 적절한 의료 개입으로 ‘조기사망’을 예방하는 것으로 이때의 ‘조기사망’은 75세 미만의 사망으로 정의함
- ‘피할 수 있는 원인으로 인한 사망’은 보건의료를 통해 피할 수 있다고 판단되는 사전 정의된 일련의 상태로 인한 사망(예를 들어 Nolte & McKee의 amenable mortality와 관련된 33가지 질환)으로 측정될 수 있음
- 높은 연령대에 집중된 사망으로 인해 아동에서 피할 수 있는 사망과 관련된 건강문제가 상대적으로 고려되지 않을 수 있으므로 아동에서의 사망을 별도로 구분함
- 노인은 다양한 질환을 가지고 있어서 사망의 원인을 결정하기 어렵지만, 노인에서 피할 수 있는 사망을 줄이기 위한 노력이 필요하다는 점에서 75세에서의 기대여명을 포함함

8. **(총괄지표)** 제시된 총괄지표가 제1영역의 총괄지표로 적절하다고 생각하십니까?

총괄지표	매우 타당함	타당함	보통	타당하지 않음	매우 타당하지 않음
• 75세 미만에서 피할 수 있는 원인으로 인한 잠재수명손실연수(성인, 아동)					
• 75세 이상에서 기대수명(남, 여)					
• 신생아 사망률 및 사산율					

※ 제시된 총괄지표와 관련하여 고려해야 할 사항이 있는 경우 혹은 총괄지표로 다른 지표를 제안하시는 경우 아래에 의견을 제시해 주십시오.

8-1. **(개선영역)** 어떠한 지표가 제1영역의 개선영역으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?

※ 예를 들어 Nolte & Makee 는 보건의로로 피할 수 있는 사망(amenable mortality)을 다음과 같이 제시한 바 있으며 이러한 질환 중 일부는 우리나라에서 개선이 필요한 영역으로 볼 수 있음

번호	구분 (개수)	질 환
1	전염성, 산모, 신생아 및 영양 질환 (10)	<ul style="list-style-type: none"> • 결핵 • 설사, 하기도 및 기타 일반적인 전염병 : 설사병 / 하기도감염 / 상기도감염 / 디프테리아 / 백일해 / 파상풍 / 홍역 • 모성 장애 • 신생아 질환
2	비전염성 질환 (21)	<ul style="list-style-type: none"> • 신생물(암) : 결장암·직장암 / 비흑색종 피부암(편평 세포암종) / 유방암 / 자궁경부암 / 자궁암 / 고환암 / 호지킨림프종 / 백혈병 • 심혈관 질환 : 류마티스성 심장질환 / 허성 심장질환 / 뇌혈관 질환 / 고혈압성 심장질환 • 만성호흡기질환 • 소화기질환 : 소화성궤양 질환 / 맹장염 / 사타구니, 대퇴골 및 복부 탈장 / 담낭 및 담도 질환 • 신경학적 장애 : 뇌전증(간질) • 당뇨병, 비노 생식기, 혈액 및 내분비질환 : 당뇨병 / 만성신장질환 • 기타 비전염성 질병 : 선천성 심장 이상
3	손상 (1)	<ul style="list-style-type: none"> • 의도하지 않은 손상 : 치료의 부작용

□ 다음은 "제2영역 (효과성) 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질 개선" 지표에 관한 내용입니다.

〈 배경 설명 〉

- 만성질환과 같이 장기적인 질환을 가지고 있는 사람들이 원하는 일반적인 건강결과로 이들이 가능한 정상적으로 생활할 수 있도록 보건의료제도가 얼마나 효과적으로 지원하고 있는지를 확인함

9. (총괄지표) 제시된 총괄지표가 제2영역의 총괄지표로 적절하다고 생각하십니까?

총괄지표	매우 타당함	타당함	보통	타당하지 않음	매우 타당하지 않음
• 만성질환을 가진 사람들의 삶의 질					

※ 제시된 총괄지표와 관련하여 고려해야 할 사항이 있는 경우 혹은 총괄지표로 다른 지표를 제안하시는 경우 아래에 의견을 제시해 주십시오.

9-1. (개선영역) 어떠한 지표가 제2영역의 개선영역으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?

- ※ 예를 들어 외래민감성 질환으로 인한 입원을 고려할 수 있으며 정상적인 생활 측면에서 질환이 없는 사람 대비 만성질환을 가진 사람들의 고용율을 고려할 수 있음. 또한 정신질환의 증가에도 불구하고 신체질환과 비교해 정신질환이 상대적으로 도외시될 수 있다는 점에서 정신질환자의 삶의 질 등을 지표로 고려할 수 있음

□ 다음은 **"제3영역 (효과성) 질병 및 손상으로부터 회복 지원"** 지표에 관한 내용입니다.

< 배경 설명 >

- 치료 가능한 상태/상해를 가진 사람들을 위해 가능한 최상의 결과를 달성하는 것으로 첫째, 상태의 악화를 막아 삶에 미치는 영향을 최소화하고 두 번째로 사람들이 심각한 질병/상해에서 회복하도록 도움

10. **(총괄지표)** 제시된 총괄지표가 제3영역의 총괄지표로 적절하다고 생각하십니까?

총괄지표	매우 타당함	타당함	보통	타당하지 않음	매우 타당하지 않음
• 일반적으로 병원 입원이 필요하지 않은 급성 질환으로 인한 응급 입원					
• 퇴원 후 30일 내 응급 재입원					

※ 제시된 총괄지표와 관련하여 고려해야 할 사항이 있는 경우 혹은 총괄지표로 다른 지표를 제안하시는 경우 아래에 의견을 제시해 주십시오.

10-1. **(개선영역)** 어떠한 지표가 제3영역의 개선영역으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?

- ※ 예를 들어 선택수술(elective procedure) 관련 환자보고결과지표(Patient Reported Outcome Measures, PROMs), 아동에서의 급성질환으로 인한 응급입원 등을 고려할 수 있음

□ 다음은 "제4영역 (환자중심성) 사람들의 긍정적인 경험 개선" 지표에 관한 내용입니다.

〈 배경 설명 〉

- 환자가 경험한 치료와 케어의 질에 대한 직접적인 피드백은 서비스 설계와 서비스 제공의 질을 개선함에 있어 중요함 역할을 함

11. (총괄지표) 제시된 총괄지표가 제4영역의 총괄지표로 적절하다고 생각하십니까?

총괄지표	매우 타당함	타당함	보통	타당하지 않음	매우 타당하지 않음
• 외래서비스 환자경험					
• 입원서비스 환자경험					

※ 제시된 총괄지표와 관련하여 고려해야 할 사항이 있는 경우 혹은 총괄지표로 다른 지표를 제안하시는 경우 아래에 의견을 제시해 주십시오.

11-1. (개선영역) 어떠한 지표가 제4영역의 개선영역으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?

※ 예를 들어 입원 혹은 외래서비스에서의 환자경험, 아동/청소년의 의료이용경험, 진료연계 경험, 호스피스 관련 경험 등을 고려할 수 있음. 참고로 보건복지부에서 실시하는 의료서비스 경험조사는 입원과 외래서비스에 대해 의사서비스(예의있는 응대, 알기 쉬운 설명, 충분한 질의 기회 제공, 환자 의견 반영 진료, 불안에 공감, 충분한 대화/면담요청 시 적절한 응대), 간호사서비스 경험(예의있는 응대, 알기 쉬운 설명, 입원에 대해 추가로 긴급 연락 시 응대, 퇴원 후 유의사항 설명), 의료기관 이용 경험을 조사하고 있음.

건강보험심사평가원에서 실시하는 환자경험 평가는 상급종합병원 및 종합병원의 만19세 이상 1일 이상 의과 입원환자 대상으로 간호사 영역(존중/예의, 경청, 병원생활 설명, 도움 요구 관련 처리 노력), 의사 영역(존중/예의, 경청, 의사와 만나 이야기할 기회, 회진시간 관련 정보제공), 투약 및 치료과정, 병원환경, 환자권리보장, 전반적 평가(종합평가, 타인추천여부)를 조사함

□ 다음은 “제5영역 (안전성) 피할 수 있는 위해로부터 보호, 안전한 환경에서 치료하고 돌봄” 지표에 관한 내용입니다.

< 배경 설명 >

- 해를 끼치지 않고 필요한 서비스를 제공하며 안전사고 보고를 촉진하며 실수로부터의 학습을 통해 추가적인 유사한 사건발생을 줄이는 것을 원칙으로 함

12. **(총괄지표)** 제시된 총괄지표가 제5영역의 총괄지표로 적절하다고 생각하십니까?

총괄지표	매우 타당함	타당함	보통	타당하지 않음	매우 타당하지 않음
• 보건의료서비스 문제로 인한 사망					
• 보건의료서비스 문제로 인한 심각한 해					
• 환자안전 사고 보고 건수					

※ 제시된 총괄지표와 관련하여 고려해야 할 사항이 있는 경우 혹은 총괄지표로 다른 지표를 제안하시는 경우 아래에 의견을 제시해 주십시오.

12-1. **(개선영역)** 어떠한 지표가 제5영역의 개선영역으로 포함되어야 한다고 생각하십니까?

※ 예를 들어 환자안전사고 보고 건수, 의료 관련 감염으로 MRSA 감염/C. Difficile 감염 등을 고려할 수 있음

※ 결과 프레임워크 개발과 관련한 전반적인 의견을 듣고자 합니다. 다음 각 문항을 읽고 자유롭게 의견을 개진하여 주시기 바랍니다.

13. 이러한 지표체계가 의료 질 향상으로 이어지기 위해서는 무엇이 추가로 필요하다고 생각하십니까?

14. 결과 프레임워크 개발과 관련하여 추가로 고려해야 할 문제가 있다면 의견을 제시해 주십시오.

- 시간을 내어 소중한 의견을 주셔서 감사합니다 -

[부록 3] 일차의료에 대한 국민 인식 조사 조사표

만성 질환 의료 질 향상을 위한 전화조사 - 일차의료에 대한 국민인식 조사	
안녕하십니까? 여론조사 전문기관인 한국리서치입니다.	
저희는 국무총리 산하 정책 연구기관인 한국보건사회연구원의 의뢰를 받아 우리나라 의료시스템의 성과와 개선 방안을 모색하기 위해 일차의료에 대한 국민인식을 조사하고 있습니다. 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.	
본 조사에 끝까지 응답해 주신 분에게는 10월에 모바일상품권 5,000원을 사례비로 보내 드립니다. 바쁘시겠지만 시간을 내어 응답해 주시면 감사하겠습니다.	
선문1-1. 현재 거주하시는 지역은 어디입니까? (주민등록상 거주지역으로 응답)	
01. 서울특별시	02. 부산광역시
03. 대구광역시	04. 인천광역시
05. 광주광역시	06. 대전광역시
07. 울산광역시	08. 경기도
09. 강원도	10. 충청북도
11. 충청남도	12. 전라북도
13. 전라남도	14. 경상북도
15. 경상남도	16. 제주특별자치도
17. 세종특별자치시	
선문1-2. 현재 거주하시는 권역은 어디입니까? (선문1-1 응답 기준 자동 분류)	
01. 서울특별시	02. 인천/경기
03. 대전/세종/충북/충남	04. 광주/전북/전남
05. 대구/경북	06. 부산/울산/경남
07. 강원/제주	
선문2. 성별(목소리로 판단)	
1. 남자	2. 여자
선문3. 선생님의 연세는 만으로 어떻게 되시는지요? _____세	
1. 17세 이하 ☞ 면접중단	
2. 18~29세	3. 30~39세
4. 40~49세	5. 50~64세
6. 65세 이상	

① 건강상태 및 의료기관 이용 현황

문1) 현재 본인의 **전반적인 건강상태**가 어떻다고 생각하십니까?

01. 매우 나쁘다 02. 나쁘다 03. 보통이다
04. 좋다 05. 매우 좋다

문2) 선생님 혹은 선생님과 같이 살고 있는 가구원 가운데 혹시 다음 불러드리는 질환 중, 의사로부터 진단받고 **6개월 이상 지속되는 질환**이 있으신가요? 해당하는 것을 **모두** 선택해 주십시오. [복수]

01. 고관절 골절 02. 당뇨 03. 고혈압
04. 고지혈증(고콜레스테롤혈증) 05. 뇌졸중 등 뇌혈관질환 06. 관절염
07. 심근경색 등 심장질환 08. 만성기관지염 등 폐질환 09. 암
10. 기타1() 11. 기타2() 12. 기타3()
13. 현재 앓고 있는 질환 없음[중복선택불가] -> 문5

문3) 앞서 답한 질환 중 현재 **관리 및 치료를 위해 의료기관을 방문하고 있는 질환**은 어느 것입니까? 해당하는 것을 **모두** 선택해 주십시오. [문2에서 선택한 것만 제시][복수]

01. 고관절 골절 02. 당뇨 03. 고혈압
04. 고지혈증(고콜레스테롤혈증) 05. 뇌졸중 등 뇌혈관질환 06. 관절염
07. 심근경색 등 심장질환 08. 만성기관지염 등 폐질환 09. 암
10. 기타1() 11. 기타2() 12. 기타3()
13. 현재 치료중인 질환 없음[중복선택불가]

문4) 앞서 답해 주신 질환을 선생님 혹은 선생님과 같이 살고 있는 가구원 중 누가 앓고 계신가요? 해당하는 사람을 모두 선택해 주세요 [복수]

01. 본인 02. 부모님 03. 자녀 04. 배우자
05. 기타()

문5) 지난 1년간을 돌아볼 때 **의료기관, 아픈 사람을 위한 돌봄 등 우리나라 의료시스템이 선생님 혹은 선생님과 같이 살고 있는 가구원의 질환을 적절하게 관리할 수 있도록 충분히 지원하고 있다고** 생각하십니까?

01. 매우 그렇다 02. 그렇다
03. 그렇지 않다 04. 전혀 그렇지 않다
09. 지원이 필요하지 않았다

문6) 지난 1년간, 선생님 혹은 선생님과 같이 살고 있는 가구원의 건강검진, 검사, 질환의 관리 및 치료 등을 위해 다음의 의료기관을 한 번이라도 이용하신 적이 있습니까? 이용 경험이 있는 것을 모두 선택해 주세요 [복수]

- 01. 동네의원(1차 기관, 병상 수 30개 미만 개인의원)
- 02. 병원(2차 기관, 병상 수 30개 ~ 500개 미만의 병원)
- 03. 상급병원(3차 기관, 병상 수 500개 이상의 대형 종합병원, 대학병원)
- 04. 보건소/보건지소/보건진료소
- 05. 치과 병의원
- 06. 한방 병의원
- 09. 없음 [중복선택불가]

2 동네 의원(1차 의료기관)에 대한 인식

지금부터는 동네의원의 특성에 대해 여쭙겠습니다.

// 아래 15개 항목을 차례대로 문7, 문8에 제시 //

연번	문7	문8
1	위치, 거리, 교통 편의성, 주차 등을 고려했을 때 본인 또는 가족이 동네의원을 쉽게 방문할 수 있어야 한다고 생각하십니까?	위치, 거리, 교통 편의성, 주차 등을 고려했을 때 본인 또는 가족이 동네의원을 쉽게 방문할 수 있습니까?
2	동네의원에서 진료를 받을 경우 직접 내는 진료비(본인부담금)는 적절한 수준이어야 한다고 생각하십니까?	동네의원에서 진료를 받을 경우 직접 내는 진료비(본인부담금)는 적절한 수준입니까?
3	본인 또는 가족이 상처 소독, 찢어진 피부 꿰매기, 깎스하기 등 간단한 처치나 시술이 필요하다면 동네 의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족이 상처 소독, 찢어진 피부 꿰매기, 깎스하기 등 간단한 처치나 시술이 필요하다면 동네 의원에서 받으실 겁니까?
4	본인 또는 가족의 진찰, 혈압측정, 혈당검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등 기본적 진료를 동네 의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족의 진찰, 혈압측정, 혈당검사, 혈중 콜레스테롤 검사 등 기본적 진료를 동네 의원에서 받으실 겁니까?
5	본인 또는 가족의 생활습관에 대한 상담 및 교육을 동네 의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족의 생활습관에 대한 상담 및 교육을 동네 의원에서 받으실 겁니까?
6	본인 또는 가족의 암 예방과 조기검진에 대한 상담을 동네 의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족의 암 예방과 조기검진에 대한 상담을 동네 의원에서 받으실 겁니까?
7	본인 또는 가족의 정기적인 건강검진을 동네 의원에서 받을 수 있어야 한다고 생각하십니까?	본인 또는 가족의 정기적인 건강검진을 동네 의원에서 받으실 겁니까?

간행물 회원제 안내

회원제에 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>