



한국 의료의 질 향상 방안

박 형 욱^{1,2} | ¹단국대학교 의과대학 인문사회의학교실, ²대한의학회

Improving quality of healthcare in Korea

Hyounghook Park, MD^{1,2*}

¹Department Social Medicine, Dankook University College of Medicine, Cheonan, ²Korean Academy of Medical Sciences, Seoul, Korea

*Corresponding author: Hyounghook Park, E-mail: hywopark@gmail.com

Received September 20, 2012 · Accepted September 30, 2012

Korea has achieved a remarkable expansion in health coverage at modest costs relative to other Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries. Hospitals are more accessible and equipped with more advanced medical technologies than in most other OECD countries. OECD Reviews of Health Care Quality seek to support the development of better policies to improve the quality of healthcare. In 2012, a report on Korea presented best practices and offered recommendations for improvement in the Korean health system. Korea's health care system needs to shift its focus from simply supporting an ever-continuing expansion of acute care services to quality of healthcare. First, Korea needs to strengthen the focus of governance to the quality of healthcare by establishing HIRA as an institutional champion for quality. Second, Korea must strengthen primary healthcare because in Korea it is woefully underdeveloped today. Third, Korea must use financing to drive improvements in quality of care. In reality, HIRA has used its power over healthcare providers to force them to accept financial constraints; it has not supported quality of all healthcare sectors. Without structural changes allowing for independent judgment on the quality at HIRA, NECA is more suitable for ensuring quality for all healthcare sectors. As suggested by the OECD report, Korea must strengthen primary healthcare by restoring patients' trust in health professionals. In using financing to drive improvements in quality of healthcare, Pay for Performance may be helpful, but that must be driven on a voluntary basis and with a great financial incentive.

Keywords: Primary health care; Incentive reimbursement; Quality of health care

서 론

지난 30년간 우리나라의 의료는 크게 변모하였다. 우리나라 의료체계의 장단점에 관한 여러 가지 견해가 있겠지만 가장 중요한 특징은싼 값에 비교적 양질의 의료서비스를 제공하고 있다는 점이다. 보건복지부와 관련 기관들은 첨단 의료기기의 남용, 과도한 의료이용률 등 여러 부정적 건

해를 전파하지만 그 모든 것을 감안해도 우리나라는 2010년 국내총생산(gross domestic product, GDP) 대비 국민의료비 지출이 7.0%로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 국가 중 3번째로 낮은 국가에 속한다.

한편 우리나라의 1인당 의료비 지출증가 속도는 OECD 국가 중에서 가장 높다는 점에서 우리의 목소리가 높은 것 또

한 사실이다. 자세히 살펴보면 1인당 의료비 지출증가 속도가 가장 높은 터키, 폴란드, 한국은 모두 GDP 대비 국민의료비 지출이 가장 낮은 국가들이다. 즉 이들 국가들은 의료비 지출이 제일 낮았기 때문에 의료비 지출증가 속도가 제일 높게 나타나는 것이며 이는 어느 정도 자연스런 현상이기도 하다.

그러나 의료비 지출증가 속도는 높고 이에 더하여 고령화, 만성질환, 첨단의료기술 등 이를 가속화시킬 요인은 많은데도 불구하고 국민의 기대수준은 높아지고 소비자주권이 강해짐에 따라 의료의 질에 대한 요구도 증가하고 있다. 의료비 지출증가를 억제하면서도 의료의 질을 높여야 하는 모순되면서도 힘겨운 과제가 우리 앞에 놓여 있는 것이다.

이러한 시점에서 OECD는 2012년 2월 26일 ‘한국 의료의 질 검토보고서’를 발간하였다[1]. 이 보고서에서 OECD는 관리체계, 일차의료 강화, 건강보험 재정정책 등 세 영역에서 우리나라 의료현실을 조망하고 의료의 질을 향상시키기 위한 정책 권고안을 제시하고 있다. 이 보고서는 귀 기울여야 할 중요한 내용을 담고 있지만 우리나라 의료체계의 왜곡 현상에 대한 근본적인 진단을 누락하고 있다. 따라서 이 보고서의 정책 권고안을 비판적으로 분석하는 것은 매우 중요한 의미가 있다. 아래에서는 우리나라 의료의 질에 대한 OECD의 평가를 요약하고 OECD의 정책 권고안을 비판적으로 검토한 후 의료의 질 향상을 위한 정책 대안을 제시하고자 한다.

의료의 질의 요소와 의료의 질에 영향을 미치는 요소

의료의 질에 대한 정의는 다양하다. 과거 ‘의료서비스가 건강의 향상에 기여하고 현재의 전문적 지식에 부합하는 정도’가 의료의 질이라는 정의도 있었으나 현재는 대부분 일정한 영역을 중심으로 의료의 질을 설명하고 평가한다. 안전성, 효과성, 환자중심성의 3 영역으로 구분하는 견해도 있고 여기에 효율성, 접근가능성, 형평성 등을 더해 6 영역으로 구분하는 견해도 있다[2,3]. 중요한 것은 의료의 질의 요소와 의료의 질에 영향을 미치는 요소는 구별해야 한다는 점이다.

최근 OECD의 연구에 따르면 중국인의료비지출, 항암제의 수, 전산화단층촬영의 수, 암치료센터의 수 등 의료자원은 암환자 생존률 차이의 약 50% 정도를 설명하고 있다. 또한 암검진의 특성, 대기시간, 치료의 적합성 등 진료과정의 질이 약 33%, 관리체계가 약 17% 정도를 설명하고 있다[4,5]. 이러한 점을 고려하였을 때 의료의 질 향상을 위한 정책 대안은 의료자원, 진료과정의 질, 관리체계를 중심으로 하는 것이 합리적이다.

한국 의료의 질에 대한 경제협력개발기구의 평가

1. 경제협력개발기구 평가 영역

OECD는 보건의료 질 지표(health care quality indicators) 프로젝트를 시행하여 회원국의 보건의료 성과에 관한 자료를 수집·분석하여 그 결과를 격년마다 발표해 왔다. 2011년 보고서의 제5장 ‘의료의 질(quality of care)’은 1) 만성질환 진료(care for chronic conditions), 2) 급성기 진료(care for acute exacerbation of chronic conditions), 3) 환자안전(patient safety), 4) 정신질환 진료(care for mental disorders), 5) 암 진료(cancer care), 6) 전염성질환 진료(care for communicable diseases) 등 6개 영역을 평가하고 있다. 의료의 질의 구성요소로 논의되는 접근성은 제6장에서 논의하고 있다[6].

2. 한국 의료의 질에 대한 영역별 평가

OECD는 만성질환 진료 영역에서 천식, 만성폐쇄성폐질환, 당뇨의 ‘피할 수 있는 입원(avoidable admissions)’을 지표로 사용하고 있다. 2009년 우리나라는 천식 입원율이 인구 10만 명당 101.5명으로 슬로바키아, 미국에 이어 세 번째로 높다. OECD는 미국과 우리나라가 일차의료의 발전 수준이 낮다는 이유로 이러한 높은 수치를 일차의료의 문제로 돌리고 있다. 그러나 당뇨 입원율의 경우 우리나라는 인구 10만 명당 127.5명으로 세 번째로 높지만 미국은 인구 10만 명당 21.2명으로 매우 낮다. 따라서 위 지표를 일차진료의 수준으로 바로 연결시키는 OECD의 해석은 무리가 있다.

한편 OECD는 급성기 진료 영역에서 급성심근경색과 뇌졸중의 입원 30일내 원내 사망률(in hospital 30-day case fatality rates, 이하 사망률)을 지표로 사용하고 있다. 2009년 우리나라는 급성심근경색 사망률이 환자 100명당 6.3명으로 여섯 번째로 높다. 반면 허혈성 뇌졸중 사망률은 환자 100명당 2.5명으로 가장 낮고, 출혈성 뇌졸중 사망률은 환자 100명당 10.2명으로 세 번째로 낮다.

OECD는 이들 지표가 급성기 진료의 질적 수준을 반영한다고 해석하지만 우리나라에서 급성심근경색의 사망률은 높고 뇌졸중의 사망률은 낮게 나타나는 현상을 설명할 수 없다. 또한 OECD는 우리나라에서 급성심근경색의 사망률이 높은 원인을 후송이나 재활의 문제로 추정하고 있으나 이 역시 옳지 않다. 왜냐하면 후송이나 재활 때문이라면 동일한 문제가 있는 뇌졸중의 사망률도 높게 나와야 하기 때문이다.

OECD는 암 진료 영역에서 자궁경부암, 유방암, 대장암의 5년 상대 생존율(five-year relative survival rates)을 지표로 사용하고 있다. 2004년부터 2009년까지 우리나라는 자궁경부암의 치료성적은 76.8%로서 두 번째로 좋지만 유방암의 치료성적은 82.2%로 중간 정도이다.

한편 OECD는 전염성 질환 진료 영역에서 예방접종률을 지표로 사용하고 있다. 우리나라는 소아 백일해, 홍역, B형 간염의 경우 예방접종률이 각각 94.0%, 93.0%, 94.0%로 나타나 중간 정도의 국가군에 속한다. 반면 65세 이상 인플루엔자의 경우 예방접종률이 73.6%로 나타나 높은 국가군에 속한다.

OECD는 환자안전 영역에서 '산과적 외상(obstetric trauma)', '시술관련 합병증과 수술 후 합병증(procedural or postoperative complications)'을 지표로 사용하고 정신질환 진료 영역에서 '계획에 없던 병원 재입원률(unplanned hospital readmissions)'을 지표로 사용하고 있다. 그러나 이 두 영역의 경우 우리나라는 비교할 수 있는 자료를 제출하지 않고 있다. 큰 문제점이라 하지 않을 수 없다.

의료의 질 향상을 위한 관리 체계 구축

1. 경제협력개발기구의 평가와 권고

현재 의료서비스에 관한 한국의 법률구조는 보험의료의

제공을 중심으로 하고 있다. 대부분의 OECD 국가의 헌법이나 보건의료법이 시민의 건강을 보호한다는 넓은 목표를 정부의 책임으로 부과하고 있는 것과 비교할 때 협소한 영역이다. 이러한 법률 구조의 함의는 건강보험 밖에서 제공되는 상당한량의 의료서비스의 질을 보장하는 책임 소재가 불분명하다는 점이다. 더 나아가 이러한 법률 구조는 공적인 건강보험에 대한 심사와 질 향상에 고정되어 있는 건강보험심사평가원의 역할에 반영되어 있다. 따라서 건강보험심사평가원의 역할을 전체 의료의 질을 보장하는 기관으로 확대해야 한다.

2. 정책 대안

OECD는 우리나라 의료의 질 향상을 위한 관리체계의 문제점을 제대로 이해하지 못하고 있다. 지금까지 보건복지부는 의료정책을 건강보험정책의 하부 요소로만 간주해 왔다. 따라서 건강보험법령에서 일정한 보험급여를 획정한 후 그 밖의 의료행위 중 미용성형 등 일부 의료행위를 법정 비급여로 지정하고 나머지를 불법화하였다[7]. 이러한 관리체계에서는 안전하고 유효한 많은 의료행위가 비용효과성이 없다는 이유로 불법적인 의료행위가 될 수밖에 없다. 이는 환자의 진료권을 침해하는 것이며 의료의 질 향상을 무시한 것이다. 최근 대법원이 제한된 요건 아래에서나마 임의비급여의 합법성을 인정한 것은 바로 이 때문이다[8].

현재 의료의 질 향상을 위한 관리체계에는 제도적 결함이 있다. 그것은 건강보험 밖의 관점에서 전체 의료의 질을 보장하는 공적 기관이 없다는 점이다. 만일 전체 의료의 질 보장을 사명으로 하는 공적 기관이라면 가장 먼저 열악한 건강보험 재정이 의료의 질에 미치는 악영향을 분석해야 한다. 그리고 합당한 의료의 질을 보장하기 위해서는 건강보험 재정이 어느 정도 확충되어야 하는지를 검토한 후 건강보험 재정으로 감당할 부분과 개인이 부담할 부분을 확정해야 한다.

그러나 건강보험심사평가원은 이러한 중요한 기능을 수행해 오지 않았다. 2012년 7월 25일 건강보험심사평가원의 대국회 업무보고에서 민주통합당 김용익 의원은 건강보험심사평가원의 심사기준이 의료현장을 반영하지 못하고 있다고 지적했다. 이에 대해 강윤구 원장은 건강보험 재정 탓에 의료현장을 반영하기가 쉽지 않다고 대답하였다[9]. 이처

럼 건강보험심사평가원은 건강보험 제정의 한계 내에서 관료주의적인 방법으로 의료기관을 감시하고 규제하였을 뿐 의료의 질 향상을 위한 기준을 제시하고 사회적으로 이를 설득하려는 노력을 하지 않았다.

결국 전체 의료의 질 향상을 위한 관리체계 구축을 위해서는 두 가지 정책 대안이 존재한다. 첫째, OECD가 제안한 것처럼 건강보험심사평가원의 역할을 전체 의료의 질을 보장하는 것까지 확대하는 방법이 있다. 그러나 이 경우 전제 조건으로서 건강보험심사평가원의 조직을 관료적 통제 밖에서 의료의 질과 심사를 의학적 기준으로 평가할 수 있도록 개편해야 한다. 둘째, 한국보건 의료 연구원에게 전체 의료의 질을 보장하는 사명을 부여하는 방법이 있다. 이 경우 건강보험심사평가원의 심사 기능은 보험자에게 이관하고 심사 기준 정립 기능은 한국보건 의료 연구원으로 이관해야 한다. 즉 한국보건 의료 연구원이 전체 의료의 질을 고려한 신의료 기술평가를 시행하고 이 중 건강보험 급여행위에 대하여는 의료의 질을 보장할 수 있는 심사기준을 정립하는 것이다 [10]. 그리고 보험자는 이러한 심사기준을 집행하는 것이다. 이러한 구조는 입법과 사법을 분리하는 형태와 유사하다.

일차의료 강화

1. 경제협력개발기구의 평가와 권고

한국의 지역사회 일차의료는 발전 수준이 낮고 일차의료의 문지기 기능이 작동하지 않아 비싸고 불필요한 병원의료 이용률이 높다. 한국은 고령화와 만성질환의 증가 때문에 효과적인 일차의료체계의 구축이 매우 중요하다. 현재의 보상 수준으로는 일차医료를 강화할 수 없기 때문에 일차의료에 대한 투자를 최우선적으로 고려해야 한다. 동시에 모범적인 일차의료의 특징을 구체화하고 집단 개업을 장려하며 의료의 질 평가방법을 개선해야 한다. 또한 의학교육에서 일차의료기관에서의 의무적 순환훈련을 도입하고 일차진료의사가 합당한 진료 의뢰를 시행할 수 있는 방법을 강구해야 한다.

2. 정책 대안

일반적으로 일차의료의 문지기 기능을 강화하는 방법은

크게 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 일차의료에 대한 환자의 신뢰를 향상시켜 환자가 자발적으로 병원의료를 멀리하게 한다. 둘째, 환자에 대한 규제 정책으로서 병원의료를 선택하는 환자에게 지금보다 강력한 불이익을 부과한다. 셋째, 공급자에 대한 규제 정책으로서 진료 의뢰의 세세한 규정을 확립하고 이를 위반할 경우 강력한 불이익을 부과한다.

우리나라의 의료현실에서 세 번째 방법은 제대로 작동할 수 없다. 의사가 문지기 역할을 제대로 수행하기 위해서는 그로 인해 의료시장에서 생존을 위협받지 않게 하는 사회적·제도적 지원이 있어야 한다. 그러나 현재의 의료제도에서는 환자가 대학병원 진료 의뢰를 요구할 때 일차진료의사가 이를 거부하는 것은 자신의 생존을 위태롭게 하는 것이다. 환자는 그 일차진료의사를 다시 방문하지 않을 가능성이 높다. 또한 고도의 의료기기를 사용할 수 없는 일차진료 의사로서는 환자의 진료 의뢰 요구를 거부할 경우 후일 수익의 손해배상을 요구하는 의료소송에 휘말릴 수 있다는 점을 고려하지 않을 수 없다.

첫째 정책과 둘째 정책의 사용은 반비례의 관계가 있다. 일차의료에 대한 신뢰가 강화되면 규제정책을 덜 사용해도 되고 규제정책에 대한 국민의 반발도 적을 것이다. 반면 일차의료에 대한 신뢰가 낮은 상태에서 규제정책을 강화하면 국민의 반발은 매우 거셀 것이다. 지방 환자들은 서울의 유명 대학병원에 대한 접근권을 매우 중요하게 생각하며 이에 대한 제한을 용인하지 않을 것이다. 결국 현 시점에서 취할 수 있는 정책은 일차의료에 대한 국민의 신뢰를 강화시키면서 서서히 규제정책을 강화하는 것이다.

일차의료에 대한 국민의 신뢰를 강화시키기 위해서는 다음 세 가지 조건이 필요하다. 첫째, 환자가 장비나 기구가 아닌 의사 자체를 신뢰할 수 있어야 한다. 둘째, 집단개원을 지원하여 일차의료 제공조직을 강화해야 한다. 셋째, 효과적인 일차의료에 대한 보상이 획기적으로 강화되어야 한다.

일차의료에 대한 국민의 신뢰 확보에 가장 중요한 요소는 의사 자체에 대한 신뢰를 향상시키는 것이다. OECD는 일차진료의사가 효과적인 교육과 상담을 통하여 불필요하고 비싼 병원의료를 대체하는 기능을 담당하기를 기대한다. 그러나 의사에 대한 신뢰가 없다면 국민은 최신 시설과 고도의

장비를 신뢰할 수밖에 없고 병원의료에 대한 수요는 줄어 들 수 없다. 의사에 대한 신뢰는 의사 스스로가 만드는 것이다. 그러나 보건복지부의 역할 또한 중요하다. 보건복지부가 의사에 대한 부정적 이미지를 강화하면서 정책의 동력을 얻어 온 기존의 관행에서 근본적으로 벗어나지 않는 한 일차의료를 강화하는 것은 어려울 것으로 판단된다.

한편 OECD가 제안하는 집단개원 활성화는 일차의료의 질적 향상을 위한 중요한 정책 대안이다. 일차의료도 어느 정도 규모가 뒷받침되어야 환자가 신뢰할 수 있으며 체계적인 만성질환 관리가 가능하다. 영국의 일차의료기관은 평균 4명 정도의 의사로 구성된다[11]. 현재 우리나라에서 변호사는 5년 이상 법조 경력이 있는 변호사 1인을 포함한 3인의 변호사가 있으면 쉽게 법무법인을 설립하여 변호사 업무를 수행할 수 있다[12]. 의료민영화 논쟁을 피하면서 집단개원을 활성화할 수 있는 방법으로 법무법인과 유사한 의무법인을 도입하는 것이 가장 합리적인 정책 대안이다.

OECD는 효과적인 일차의료에 대한 재정투자를 획기적으로 확대할 것을 권고하고 있다. OECD는 우리나라가 지금까지 병원의료에 재원을 집중했다고 분석하고 있다. 그러나 더 정확하게 표현한다면 우리나라 건강보험에서 의료행위에 대한 보상은 상대적으로 낮게, 의료기기와 약에 대한 보상은 상대적으로 높게 평가해 왔으며 그 연장선상에서 상담이나 교육에 대한 보상이 미미하였던 것이다. 이러한 건강보험 재정정책 때문에 병원의료가 커지게 된 것이다. OECD가 권고하는 일차의료의 강화를 위해서는 약과 의료기기에 대한 보상 위주의 건강보험 재정정책에서 벗어나야 한다.

의료의 질 향상을 위한 건강보험 재정정책

1. 경제협력개발기구의 평가와 권고

한국은 단일 보험자로서 독점적 구매력을 사용하여 의료의 질 향상을 도모할 수 있다. 포괄수가제에 의한 지불제도를 한국의 전체 병원으로 확대하되 병원의료 전체에 대한 예산 제한을 고려한다. 국민건강보험 재정지출 중 뚜렷한 요소가 되도록 일차의료에 대한 보상을 확대하고 이러한 목적

의 예산 비중을 점진적으로 확대할 것을 명문화한다. 국민건강보험 관련 기구가 지불 제도를 개발하고 의료서비스의 질 및 효율성에 따라 병원에 보상을 달리 할 수 있도록 하여 장기적으로 의료서비스의 구매에 질이 더 반영되도록 한다. 특정 영역을 대상으로 하는 현행 성과지불제도를 계속 유지할 것인지 판단하기 위해 가감지급사업(Value Incentive Program)을 공식적으로 평가한다.

2. 정책 대안

OECD는 우리나라의 건강보험제도가 단일 보험자로 되어 있어 의료의 질 향상을 위해 독점적 구매력을 사용할 수 있다는 점을 강조하고 있다. 그러나 OECD는 우리나라 건강보험제도의 운영원리를 제대로 이해하지 못하고 있다. 우리나라의 건강보험제도는 가격과 인센티브, 운영제도를 포함한 거의 모든 것을 정부가 강제로 시행할 수 있도록 되어 있다. 즉 보험자가 경제학적 원리에 근거한 독점적 구매력을 행사할 필요조차 없는 제도이다. 이러한 강제적 성격은 건강보험제도의 운영에서 관련 당사자들의 진정한 대화를 막는 근본원인이다.

성과지불제도(pay for performance)는 의료의 질 향상과 더불어 비용대비 가치의 달성을 목표로 한다. 의료의 질 향상을 위하여 재정적 기전을 사용할 수 있고 또 해야 한다는 점은 당연하다. 그러나 성과지불제도라는 이름을 갖고 있어도 그 근본원리와 운영지침이 합리적으로 구성되지 않으면 별다른 성과 없이 갈등만 양산할 수 있다. 따라서 앞으로의 성과지불제도의 운영에는 다음 사항을 고려해야 한다.

첫째, 성과지불제도의 확대에는 합당한 증거가 있어야 한다[13,14]. 건강보험심사평가원은 가감지급제도의 성과에 대하여 자화자찬을 하고 있다. 그러나 OECD는 감가지급제도 때문에 성과의 향상이 생긴 것인지 아니면 그와 무관하게 일반적인 의료의 발전에 따라 성과의 향상이 생긴 것인지 구별할 수 없다고 지적한다. 우리나라의 가감지급제도의 모델인 미국 Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)의 성과지불제도 시범사업은 260개의 참여병원과 780개의 대조군 병원으로 구성되어 있으며 시간이 지남에 따라 두 집단 간의 차이가 줄어들었다[15]. OECD는 실험적 디자인을

사용한 공식적 평가를 시행할 것을 권고하고 있으며 이는 타당하다.

둘째, 성과지불제도의 확대는 의료공급자의 자발적 참여에 기초해야 한다. 강제적 시행은 여러 가지 부작용을 낳게 된다. 영국 NHS의 성과지불제도인 Quality and Outcomes Framework는 일차진료의사의 자발적 참여 아래 운영되고 있다[16]. 자발적 참여를 보장하는 것은 관련 당사자들의 진정한 대화를 가능하게 하여 효과적인 제도를 이끌어 낼 수 있다. 현재의 가감지급제도의 성과를 제대로 평가할 수 없는 것은 강제적으로 시행했기 때문이다. 반면 미국 CMS의 성과지불제도 시범사업은 강제가 아니었고 따라서 대조군 병원이 존재하기 때문에 그 성과를 제대로 평가할 수 있는 것이다.

셋째, 성과지불제도는 과감한 재정투자를 전제로 일차의료 영역에서 시작하는 것이 합리적이다. 성과지불제도의 성공적인 시행을 위해서는 일반적으로 의료비 재정의 20-25%를 인센티브로 지급해야 하는 것으로 알려져 있다[17]. 프랑스는 성과지불제도가 비교적 잘 설계되어 있음에도 불구하고 그에 따른 보상의 규모가 미미하여 일차의료의 변화를 유도하지 못하고 있다. 이와 달리 영국은 의료비 재정의 약 30%를 지급하고 있고 비교적 성공적으로 자리를 잡고 있다. 앞서 언급하였듯이 OECD는 일차의료에 과감한 재정투자를 권고하고 있다. 일차의료에 대한 과감한 재정투자는 일차의료 의사들의 자발적 참여를 전제로 효과적인 성과지불제도와 동반되어야 한다.

환자안전 향상

1. 경제협력개발기구의 평가와 권고

한국 의료체계에서 가장 충격적인 것은 환자안전을 보장하는 명확한 기전이 없다는 점이다. 2000년 미국 의학원(Institution of Medicine)의 충격적인 보고서가 발표된 이후 많은 OECD 국가는 환자안전 향상을 위한 정책을 시행하였다[18]. 많은 국가들이 위해사건에 대한 보고체계를 포함하여 국가 환자안전 기구를 설립하고 환자안전 문화를 육성하기 위해 노력해 왔다. 또한 OECD 국가들은 의사단체가 의사들의 중대한 진료기준 위반이나 비행에 대한 자율 규제

를 담당하고 있다. 따라서 한국은 개개의 임상사들의 진료를 모니터링하여 환자안전에 위협하는 사건들을 규명하는 체계를 만들어야 한다. 동시에 의사단체가 의사들의 중대한 비행의 경우 보건복지부에 등록 취소를 권고하는 등 진료기준 위반사항을 조사할 수 있도록 노력해야 한다.

2. 정책 대안

환자안전이란 진료 과정에서 불필요한 위험을 수인가능한 범위 내로 감소시키는 것을 말한다[19]. ‘의료 오류’는 의료인 중심의 개념인 반면 ‘환자안전’은 환자 중심의 의료를 강조하는 개념으로 볼 수 있다. OECD가 언급한 바와 같이 1999년 미국 의학원이 연간 최고 98,000명이 의료 오류로 사망한다는 추정치를 밝힌 후 환자안전은 여러 국가에서 중요한 보건 정책으로 부상하였다. 우리나라에서는 의료사고로 사망하는 39,000여 명 가운데 17,000명은 시스템 개선을 통해 예방할 수 있다는 추정이 있다[20]. 그러나 환자안전에 대한 종합적인 대응이 없어 우려의 목소리가 높은 실정이다. 환자안전에 위해서는 다음과 같은 세 가지 정책 대안이 필요하다.

첫째, 보건복지부 내에서 환자안전에 총체적으로 전담하는 부서가 필요하다. 현재 보건복지부 의료기관정책과는 의료기관평가인증을 담당하고, 생명윤리정책과는 혈액안전을 담당하지만 환자안전에 총체적으로 전담하는 조직은 없다. 미국은 보건성 산하 Agency for Healthcare Research and Quality가 환자안전 업무를 총괄하고 있다. 영국은 National Patient Safety Agency (NPSA)가 환자안전 업무를 총괄하고 있었는데 2012년 6월 1일부터 그 기능이 NHS (National Health Service) Commissioning Board Special Health Authority로 이관되었다.

둘째, 환자안전에 위한 민간기구가 필요하며 민간 협력체계가 구축되어야 한다. 최소한의 환자안전은 국가가 강력히 주도하고 규제해야 하지만 그 이상의 환자안전 향상을 위해서는 민간 주도의 조직이 필요하다. National Patient Safety Foundation(미국), Australian Patient Safety Foundation(호주), Canadian Patient Safety Institute(캐나다)가 이러한 역할을 수행하는 민간기구이다.

셋째, 환자안전 정책에서 가장 중요한 것은 환자안전 보

고체계를 구축하고 개선활동을 하는 것이다. 오래전 환자안전 보고체계를 구축한 국가들은 대체로 ‘자발적 보고체계’를 중심으로 하고 있으며 익명으로 보고하도록 하는 경우가 많다. 이는 환자안전 보고체계가 성공하기 위해서는 처벌의 두려움을 해소할 수 있어야 하며 환자안전 보고체계를 통하여 공동으로 배우고 협력할 수 있는 기회가 마련되어야 한다는 원칙 때문이다.

예를 들어, 2003년부터 환자안전과 관련된 대규모 데이터베이스를 운영하는 영국은 웹 기반 공개접근 시스템을 구현하여 자발적 보고를 원칙으로 하고 있다[21]. 영국 NPSA의 National Reporting and Learning System에 접속하면 ‘NPSA는 개개의 보고를 조사하지 않으며 이 정보를 사용하여 안전을 향상시키는데 사용한다’는 사실과 ‘NPSA는 개개의 환자나 보건의료인을 식별할 수 있는 정보를 보관하지 않기 때문에 그러한 정보를 웹에 올리면 삭제된다’라는 점을 고지하고 있다. 그러나 조사가 필요한 중대 사건에 대하여는 의무적 보고체계를 운영하고 있다[22].

미국은 2005년 환자안전 정보를 공유하고 분석할 수 있도록 ‘환자안전과 질향상 법(Patient Safety and Quality Improvement Act)’을 제정하였다. 이 법은 환자안전기구(patient safety organization)에 보고한 환자안전 료(patient safety work product)는 소송절차에 따른 개시명령(discovery)에 종속되지 않으며, 연방정보공개법에도 구속되지 않는다고 규정하여 자발적 보고를 촉진하고 있다[23].

국가 차원의 의무적 보고체계를 처음으로 구축한 덴마크의 환자안전법(Act on Patient Safety)은 국가보건이사회(the national board of health)에 제출하는 위해사건 보고에서 환자와 보건의료인은 익명으로 하도록 규정하고 있다. 또한 위해사건을 보고한 의료전문가는 그 보고로 인하여 형사절차나 징계절차에서 조사나 불이익을 받지 아니한다는 면책조항을 두고 있다[24].

우리나라의 헌법은 ‘모든 국민은 형사상 자기에게 불리한 진술을 강요당하지 아니한다’고 하여 진술거부권을 국민의 기본적 인권으로 보장하고 있다[25]. 따라서 의료전문가에 대한 징계를 목적으로 환자안전 보고체계를 운영한다면 헌법상의 기본권을 침해할 소지가 매우 크다. 사실 의료전문가에

대한 징계를 목적으로 환자안전 보고체계를 운영하는 나라는 찾아보기 어렵다. 우리나라도 시급히 환자안전 보고체계를 구축하되 환자안전사고 예방과 교육을 목적으로 한다는 점을 분명히 해야 한다. 환자안전에 관련된 OECD의 권고안이 이러한 점을 사려 깊게 고려한 것인지는 의문의 여지가 있다.

결론

우리 앞에는 의료비 지출증가를 억제하면서도 의료의 질을 높여야 하는 모순되면서도 힘겨운 과제가 놓여 있다. 이와 관련하여 2012년 OECD가 발간한 ‘한국 의료의 질 검토 보고서’는 귀 기울여야 할 중요한 내용을 담고 있다. 그러나 이 보고서의 정책 권고안은 비판적으로 분석하여 받아들여야 한다. 이 보고서는 관리체계와 관련하여 건강보험심사평가원의 역할을 전체 의료의 질을 보장하는 기관으로 확대할 것을 권고하고 있다. 그러나 건강보험심사평가원이 건강보험의 재정 밖에서 의료의 질을 객관적으로 평가하고 보장할 수 있는 구조적 변화가 없는 이상 의료법상 신의료기술평가를 담당하는 한국보건의료연구원을 전체 의료의 질을 보장하는 기관으로 확대하는 것이 더 타당하다. 일차의료의 강화에 대한 보고서의 정책 권고안은 대체로 타당하다. 그러나 보고서는 의사 자체에 대한 신뢰가 확보되지 않으면 국민은 최신 시설과 고도의 장비를 신뢰할 수밖에 없고 병원의료에 대한 수요는 줄어들 수 없다는 점을 간과하고 있다. 건강보험 재정정책과 관련하여 OECD 보고서는 신중한 입장을 취하고 있으며 우리나라의 가감지급제도 사업의 한계를 정확하게 지적하고 있다. 앞으로 성과지불제도가 도입된다면 일차의료 영역에 과감한 재정투자와 함께 일차의료 의사들의 자발적 참여를 전제로 운영되어야 할 것이다. 환자안전 보고체계는 우리나라에서 시급히 구축해야 하며 환자안전 사고 예방과 교육을 목적으로 해야 한다.

핵심용어: 일차의료; 성과지불제도; 의료의 질

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development.

- OECD health care quality review: Korea. Assessment and recommendations [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2012 [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.oecd.org/korea/49818570.pdf>.
2. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006 [cited 2012 Sep 25]. Available from: http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.
3. Raleigh V, Foot C. Getting the measure of quality: opportunities and challenges [Internet]. London: The King's Fund; 2010 [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Getting-the-measure-of-quality-Veena-Raleigh-Catherine-Foot-The-Kings-Fund-January-2010.pdf>.
4. Stevanovic V, Fujisawa R. Performance of systems of cancer care in OECD countries: exploration of the relation between resources, process quality, governance and survival in patients with breast, cervical, colorectal and lung cancers [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/48098832.pdf>.
5. Fricker J. How are we doing: the question that could help drive up standards across Europe's cancer services. *Cancer World* 2012;March/April:58-62.
6. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2011: OECD indicators [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2011 [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/49105858.pdf>.
7. National Health Insurance Act, No. 11141, Article 41-3 (Dec 31, 2011).
8. Supreme Court Full Panel Decision 2010, Du27639, 27646 (Jun 18, 2012).
9. Choi SW. Health insurance benefits have failed to reflect quality in health care. *Doctors News*. 2012 Jul 25.
10. Health and Medical Service Technology Promotion Act, No. 10996, Article 21 (Apr 4 2011).
11. Dixon A, Khachatryan A, Wallace A, Peckham S, Boyce T, Gillam S. Impact of Quality and Outcomes Framework on health inequalities [Internet]. London: The King's Fund; 2011 [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.kingsfund.org.uk/publications/impact-quality-and-outcomes-framework-health-inequalities>.
12. Attorney-At-Law Act, No. 10922, Article 45-1 (Jul 25, 2011).
13. Epstein AM. Pay for performance at the tipping point. *N Engl J Med* 2007;356:515-517.
14. Ryan A, Blustein J. Making the best of hospital pay for performance. *N Engl J Med* 2012;366:1557-1559.
15. Werner RM, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D. The effect of pay-for-performance in hospitals: lessons for quality improvement. *Health Aff (Millwood)* 2011;30:690-698.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence. About the Quality and Outcomes Framework (QOF) [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence [cited 2012 Sep 25]. Available from: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>.
17. Borowitz M. Sustainability of health system: is P4P an alternative? *Health Insur Rev Assess Serv* 2011;5:21-26.
18. Kohn LT, Corrigan J, Donaldson MS, editors. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
19. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety: final technical report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [cited 2012 Sep 25]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.
20. Lee SI. Uneasy truths about patient safety: National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency. *Evid Value* 2012;18:4-5.
21. Panesar SS, Cleary K, Sheikh A. Reflections on the National Patient Safety Agency's database of medical errors. *J R Soc Med* 2009;102:256-258.
22. National Patient Safety Agency. Report a patient safety incident [Internet]. London: National Patient Safety Agency [cited 2012 Sep 22]. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/report-a-patient-safety-incident>.
23. Agency for Healthcare Research and Quality. The Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005 [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005 [cited 2012 Sep 22]. Available from: <http://www.ahrq.gov/qual/psact.htm>.
24. Act on Patient Safety in the Danish Health Care System [Internet]. Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2003 [cited 2012 Sep 22]. Available from: http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/Patientsikkerhed/Loven/Act_on_Patient_Safety.pdf.
25. Constitution of the Republic of Korea, No. 10, Article 12-2 (Sep 25, 1987).



Peer Reviewers' Commentary

이 논문은 2012년 2월에 발간된 OECD 의료의 질 보고서를 검토·평가하였고, OECD의 평가와 권고 사항들에 대해 정책 대안을 제시하였다. OECD 보고서에는 우리나라에서 문제가 되고 있을 것으로 예상되는 환자안전 영역과 정신질환 진료 영역을 다루지 않고 있음을 지적하고 있으며, OECD의 항목별 권고에 대해 세부적으로 비판하고 우리의 현실에 맞는 정책 대안을 제시하여 그 의의가 크다고 할 수 있다.

[정리: 편집위원회]

자율학습 2012년 9월호 정답 (두개안면골기형 질환의 치료: 두개골조기유합증과 자세성사두증)

1. ①

2. ②

3. ③

4. ③

5. ①

6. ②

7. ④

8. ④

9. ①

10. ③