연구보고서(수시) 2024-03

수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향

배재용
유정훈·윤강재

사람을 생각하는 사람들

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

▌연구진

연구책임자	**배재용**	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	**유정훈**	한국보건사회연구원 연구원
	윤강재	한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서(수시) 2024-03

수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향

발 행 일	2024년 10월
발 행 인	강 혜 규
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인 쇄 처	(사)아름다운사람들

ⓒ 한국보건사회연구원 2024

ISBN 979-11-7252-075-5 [93510]
https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2024.03

발|간|사

우리나라 보건의료와 건강 수준은 단기간에 빠르게 개선되어왔다. 하지만 지금까지의 성과에도 불구하고 우리나라의 보건의료는 분절적인 의료서비스 제공체계, 지역 불균형 등 여전히 개선이 필요한 부분들이 존재한다. 또한 인구 고령화와 질병 구조의 변화로 인한 만성질환의 증가, 의료 수요의 복잡화 및 다양화는 우리나라의 보건의료가 당면한 과제이다.

이러한 배경에서 현재 우리나라의 보건의료는 수요자와 사람 중심으로 진료 방식을 전환하는 것이 필요한 시점이라고 할 수 있다. 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호에 초점을 맞추고, 환자와 개인의 역량을 강화하여 의료와 관련한 의사결정 과정에서 더 많은 권한 및 역할을 부여하고, 궁극적으로 환자와 개인이 건강관리와 의료서비스에 적극적으로 참여하게 하는 수요자와 사람 중심 의료로의 전환이 필요하다. 또한, 보건의료서비스와 보건의료시스템이 수요자와 사람 중심으로 문제없이 전환되기 위해서는 관련된 보건의료 정책도 함께 변화해야 한다.

이 연구는 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위, 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항, 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소를 살펴보았고, 보건의료 관련 주요 국제 기구인 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)와 국제보건기구(World Health Organization, WHO)의 공식 보고서에 제시된 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크와 주요 전략을 고찰하였으며, 의료서비스 수요자인 일반 국민을 대상으로 한 설문조사를 실시하고, 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료와 보건의료 정책과 관련한 현황을 살펴보고 평가하였으며, 마지막으로 수요자와 사람 중심의 보건의료를 달성하기 위한 정책 추진 방향을 제시하였다.

이 연구는 배재용 연구위원의 책임 하에 본원의 윤강재 연구위원, 유정훈 연구원이 연구진으로 참여하였다. 연구를 수행하는 동안 귀중한 자문과 조언을 주신 서울대학교병원의 권용진 교수, 본원의 고든솔 부연구위원, 익명의 검독위원들, 학계 전문가들께 감사드린다. 마지막으로 이 보고서의 내용은 본 연구원의 공식적인 견해가 아니라 연구진의 개별적인 연구 활동의 결과임을 밝힌다.

2024년 10월

한국보건사회연구원장 직무대행

강 혜 규

목 차

요 약 ····· 1

제1장 서론 ····· 19

제1절 연구 필요성 및 목적 ····· 21

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 23

제2장 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰 ····· 25

제1절 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위 ····· 27

제2절 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항 ····· 43

제3절 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소 ····· 45

제3장 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크 ····· 57

제1절 OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크 ····· 59

제2절 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략 ····· 68

제4장 수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사 ····· 81

제1절 조사 개요 ····· 83

제2절 주요 조사 결과 ····· 84

제5장 우리나라 보건의료 현황 및 평가 ····· 111

제1절 수요자와 사람 중심 의료의 필요성 ····· 113

제2절 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 평가 ····· 118

제6장 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향 ····· 137

제1절 주요 연구 결과 ····· 139

제2절 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향 ····· 151

참고문헌 ····· 159

Abstract ····· 173

표 목차

〈표 2-1〉 주요 선행연구 및 문헌에서 제시한 환자/사람 중심 의료의 정의/개념 ····· 32
〈표 2-2〉 보건의료 영역의 '중심성'과 관련한 개념 ····· 39
〈표 2-3〉 AHRQ의 공동 의사결정을 위한 5단계 ····· 49
〈표 3-1〉 OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크 ····· 60
〈표 3-2〉 OECD 프레임워크의 '의견 개진(voice)'에 대한 평가를 위한 정책 지표 ····· 62
〈표 3-3〉 OECD 프레임워크의 '선택(choice)'에 대한 평가를 위한 정책 지표 ····· 63
〈표 3-4〉 OECD 프레임워크의 '공동 생산(co-production)'에 대한 평가를 위한 정책 지표 ··· 64
〈표 3-5〉 OECD 프레임워크의 '연계(integration)'에 대한 평가를 위한 정책 지표 ····· 66
〈표 3-6〉 OECD 프레임워크의 '존중(respectfulness)'에 대한 평가를 위한 정책 지표 ·· 67
〈표 3-7〉 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략 및 세부 전략 ····· 70
〈표 3-8〉 WHO의 '개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대'를 위한 세부 전략 및 정책 수단 ····· 72
〈표 3-9〉 WHO의 '거버넌스 및 책임성 강화'를 위한 세부 전략 및 정책 수단 ····· 73
〈표 3-10〉 WHO의 '의료서비스 모형 재조정'을 위한 세부 전략 및 정책 수단 ····· 75
〈표 3-11〉 WHO의 '연계'를 위한 세부 전략 및 정책 수단 ····· 77
〈표 3-12〉 WHO의 '지원 환경 조성'을 위한 세부 전략 및 정책 수단 ····· 78
〈표 4-1〉 조사 개요 ····· 84
〈표 4-2〉 응답자의 일반적 특성 ····· 85
〈표 4-3〉 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해 ····· 88
〈표 4-4〉 응답자 특성별 권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해 ·· 89
〈표 4-5〉 응답자 특성별 성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해 ····· 91
〈표 4-6〉 의료서비스 이용 시 의사결정 방법의 4단계 ····· 93
〈표 4-7〉 응답자 특성별 의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법 ····· 94
〈표 4-8〉 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 질문 내용 ····· 95
〈표 4-9〉 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험 ····· 97
〈표 4-10〉 응답자 특성별 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험 ····· 99
〈표 4-11〉 건강에 대한 자기관리 관련 질문 내용 ····· 100

〈표 4-12〉 건강에 대한 자기관리 ····· 101
〈표 4-13〉 응답자 특성별 건강에 대한 자기관리 ····· 103
〈표 4-14〉 응답자 특성별 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취·반영 ·· 105
〈표 4-15〉 응답자 특성별 의료정보 탐색 빈도 ····· 107
〈표 4-16〉 정부·공공 기관 제공 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부 ·· 110
〈표 5-1〉 65세 이상 건강보험 적용 인구의 구성비와 진료비 변화 ····· 115
〈표 5-2〉 상위 10개 질환군 변화 추이(1990년 vs 2020년) ····· 116
〈표 5-3〉 건강보험정책심의위원회의 구성 ····· 122
〈표 5-4〉 국민건강보험 요양급여의 절차 ····· 124

그림 목차

〔그림 3-1〕 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략 ····· 69
〔그림 4-1〕 응답자의 일반적 특성; 성, 연령 ····· 86
〔그림 4-2〕 응답자의 일반적 특성: 교육 수준, 월평균 가구 소득 ····· 86
〔그림 4-3〕 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해 ····· 88
〔그림 4-4〕 의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법 ····· 93
〔그림 4-5〕 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험 ····· 98
〔그림 4-6〕 건강에 대한 자기관리 ····· 102
〔그림 4-7〕 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취 및 반영 ····· 104
〔그림 4-8〕 건강정보·의료정보 탐색 빈도 ····· 106
〔그림 5-1〕 2021년과 2022년 OECD 국가의 기대수명 ····· 113
〔그림 5-2〕 연령 계층별 인구 구성비 예측 ····· 114
〔그림 5-3〕 의료서비스 이용 중 환자의 의견 개진 ····· 120
〔그림 5-4〕 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취 및 반영 ····· 123
〔그림 5-5〕 시도별 300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율 (2021년) ····· 126
〔그림 5-6〕 시도별 연간 병의원에 대한 미충족 의료율(2023년) ····· 126
〔그림 5-7〕 의료서비스 이용 중 환자의 공동 의사결정 ····· 129
〔그림 5-8〕 건강에 대한 자기관리 역량 및 실천 ····· 131
〔그림 5-9〕 건강정보 고속도로 개요 ····· 133
〔그림 5-10〕 정부·공공 기관 제공 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부 ·· 134

요약

1. 연구의 배경 및 목적

우리나라의 보건의료는 수요자와 사람 중심으로 진료 방식의 전환이 필요한 시점이다. 질병이나 질환에 초점을 맞춰 전통적이고 분절적인 방식으로 제공되는 의료서비스는 고령화 및 질병 구조의 변화로 인해 증가하는 만성질환 환자의 장기적이고 변동적인 요구를 충족시키기에 적합하지 않다는 것이 자명하다. 이에 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호에 초점을 맞추고, 환자와 개인의 역량을 강화하여 의료와 관련한 의사결정 과정에서 더 많은 권한 및 역할을 부여하고, 궁극적으로 환자와 개인이 건강관리와 의료서비스에 적극적으로 참여하게 하는 수요자와 사람 중심 의료로 전환하는 것이 필요하다.

보건의료서비스와 보건의료시스템이 수요자와 사람 중심으로 문제없이 전환되기 위해서는 관련된 보건의료 정책도 함께 변화하는 것이 필요하다. 지금까지의 우리나라 보건의료 정책은 신속한 의료 접근성 확대와 지속적인 의료 질 개선을 통한 국민건강 수준 향상이라는 성과를 올렸음에도 불구하고, 정부와 공급자 중심으로 추진되고 실행되어왔다는 한계가 존재한다. 그러므로 우리나라의 보건의료 정책 역시 수요자의 의견을 충분히 수렴할 수 있도록 정부 및 공급자 중심에서 수요자와 사람 중심으로의 전환이 필요한 상황으로 판단된다.

우리나라는 인구 고령화로 인한 만성질환의 증가, 질병 구조의 변화, 의료 수요의 다양화, 치료에서 예방 중심으로 보건의료 패러다임의 변화 등으로 인해, 의료 소비자가 기존의 수동적인 서비스 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 의료 참여자로서 역할을 해야 할 필요성이 대두되고 있다. 또한 의료 수요자인 국민의 권익 보호, 정보 접근성 강화, 필요와

욕구가 충분히 반영된 정책 수립 등 이를 지원하는 제도와 관련 정책 마련이 시급한 상황이다. 하지만 현재 관련한 연구와 사회적 논의가 충분하지 않아 이 연구를 통해 우리나라 보건의료가 수요자와 사람 중심으로 전환될 수 있도록 제도 개선 및 정책 추진 방향을 제시하고자 한다.

2. 주요 연구 결과

가. 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰

1) 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위

전 세계적으로 사람 중심(person-centered) 및 환자 중심(patient-centered) 의료에 대한 중요성이 강조되고 있으며, 개인이 보건의료체계와 관련한 정책 시스템의 중심에 있어야 한다는 폭넓은 공감대가 형성되어 있다(Mitchell et al., 2022, p. 3; OECD Health Ministerial Meeting, 2017, pp. 5-6; Richard et al., 2015, p. 350; WHO, 2016, p. 5; WHO Regional Office for Europe, 2015, pp 5-6). 선행연구와 문헌에서 나타난 '사람 중심(person-centered)'과 '환자 중심(patient-centered)'에 대한 다양한 정의에서 공통적으로 확인되는 점은, 우선 '개인'을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 하며, 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영해야 한다는 기본적인 윤리적 전제를 기반으로 하고 있다는 것이다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016 p. 15; Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Entwistle & Watt, 2013, pp. 29-30). 또한, 환자와 개인의 역량을 강화하고 의사결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 궁극적으로 환자와 개인의 적극적인 참

여를 이끌어내는 것이 공통적인 목표로 확인된다(Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40; Latimer et al., 2017, pp. 425-426; McCormack et al., 2010, p. 13; The Health Foundation, 2016, pp. 8-9).

인간 중심 의료(people-centered care)는 사람 중심 의료(person-centered care)를 확장하고 발전시킨 개념으로 건강을 집단적인 시야로 바라보고, 건강의 경제적, 정치적 측면을 포함한 사회적 결정 요인에 주의를 기울인다(De Maeseneer et al., 2012, p. 604). 인간 중심 의료(people-centered care)의 주요한 특징은 환자 중심 의료와 사람 중심 의료가 의료서비스의 제공 대상인 개인에게 초점을 맞추는 반면, 인간 중심 의료는 지역사회가 지역 안에 있는 사람들의 건강, 그리고 관련 보건의료 정책 및 보건의료서비스의 제공에서 중요한 역할을 하도록 해야 한다는 것이다(WHO, 2016, p.2).

2) 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 미시(micro, 개별 진료/의료서비스, 환자 및 의료인) 수준, 중간(meso, 의료기관 및 전문가 집단 등의 조직) 수준 및 보건의료시스템의 거시(macro, 국가 단위의 보건의료시스템 및 정책) 수준을 종합적으로 고려하여 의료 계획을 수립하고 그 계획을 실행해야 한다. 예를 들어, 사람 중심 및 수요자 중심 의료의 핵심적인 개념이자 목표인 권한 부여와 참여 확대를 위해서는 미시 수준의 의료서비스 제공 시 의사결정 과정에서 환자의 적극적인 참여에서부터 거시 수준의 국가 단위 의료체계 및 관련 정책에 대한 국민의 적극적인 참여에 이르기까지 미시-중간-거시 수준을 포괄한 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행이 이루어져야 한다.

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 다중체계(미시-중간-거시)에 대한 고려와 함께 윤리적 및 성과 기반 접근 방식에 대한 균형 있는 반영도 필요하다. 사람 및 수요자 중심 의료를 바라보는 관점은 1) 윤리적(철학적) 접근 방식과 2) 성과 기반(도구적) 접근 방식으로 나눌 수 있다(Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp. 4-5; Mittler et al., 2013, p. 38). 윤리적 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료 그 자체를 '옳은 일(the right thing to do)'로 바라보고 달성해야 할 목표로 설정하지만 성과 기반 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료를 통해 진료 결과와 건강 상태를 향상시키는 것을 목표로 한다(Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp 4-5). 사람 중심 및 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행 과정에서 윤리적 접근 방식과 성과 기반 접근 방식의 장점과 한계점을 종합적으로 고려하여 균형을 유지하는 것이 필요하다.

3) 수요자와 사람 중심 의료에서 수요자의 주요 역할

수요자 및 사람 중심 의료서비스와 보건의료시스템에서 의료 수요자인 개인과 환자의 주요 역할은 '의견 개진(voice)', '선택(choice)', '공동 생산(co-production)'의 3가지로 정의할 수 있다(Dent & Pahor, 2015, p. 547; Kvæl et al., 2019, p. 2).

의견 개진(voice)은 의료서비스와 보건의료시스템의 수요자로서 개인, 지역사회 및 대중이 의료서비스 제공 과정뿐 아니라 보건의료 정책의 수립과 실행의 의사결정 과정에서 적극적으로 목소리를 내고 관여하는 것을 의미한다(Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 17; Kvæl et al., 2019, p. 2).

선택(choice)은 환자와 개인이 의료시스템 내에서 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스 등을 선택할 수 있도록 하는 것을 의미한다(OECD, 2021, p. 11). 환자와 개인에게 선택권을 보장하고 다양한 선택지를 제공하는 것은 환자와 개인의 기본적인 권리를 보장한다는 측면과 함께, 의료서비스 시장에서 주도적이고 적극적인 소비자로서의 역할을 부여하여 합리적인 선택을 통해 자신의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 측면이 존재한다(Iliffe & Manthorpe, 2020; Latimer et al., 2017; OECD, 2021, p. 19).

공동 생산(co-production)은 환자나 개인이 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 수동적인 수요자로 머무는 것이 아니라, 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하는 '공동 생산자'의 역할을 수행하는 것을 의미한다(Batalden et al., 2016, p. 511; Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 11). 의료서비스 및 건강관리에 있어 공동 생산을 달성하기 위한 두 가지 핵심 요소는 '공동 의사결정(shared decision making)'과 '건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)'이다(Batalden et al., 2016, pp. 510-514; Dent & Pahor, 2015, p. 551; Elwyn et al., 2020, pp. 711-713). 공동 의사결정 과정은 환자의 건강 상태와 가족력 등의 정보, 개인적 경험 및 가치에 기반한 의견과 의료 공급자의 전문가로서의 의학적 지식과 경험에 기반한 의견을 공유하고 함께 결정을 함께 내리는 일련의 과정으로 볼 수 있다(Elwyn et al., 2012, p. 1362; The Health Foundation, 2016, p. 26). 건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)는 신체적, 정신적 건강 상태 및 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해 자신의 건강을 능동적인 태도로 책임감 있게 관리하는 행동과 역량을 의미한다(Gauthier-Beaupré et

al., 2023, pp. 1-2; Panagioti et al., 2014, p. 2; Pulvirenti et al., 2014, pp. 305-306; Van de Velde et al. 2019, p. 10).

4) 정보 제공 및 공유

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자 등이 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반이 마련되어야 한다.

수요자와 사람 중심 의료의 기본 전제인 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호, 관점, 견해 및 경험을 진료 및 치료 과정에 반영하기 위해서는 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하고 정보화하여 주요 이해당사자들이 이를 활용하게 하는 것이 필요하다. 의료서비스 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과에 대한 측정은 '환자경험측정(patient-reported experience measures, PREMs)'과 '환자보고결과측정(patient-reported outcome measures, PROMs)'을 통해 이루어진다(Bull et al., 2022, pp. 1-3; Miller et al., 2015, pp. 295-296; Minvielle et al., 2023, pp. 1-2).

정보의 제공과 공유는 미시 수준의 의료서비스 선택 및 이용 과정뿐 아니라 거시 수준의 국가와 지역사회 단위의 보건의료시스템과 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서도 이루어져야 하며, 적시성과 신뢰성이 담보되어야 한다. 이를 가능하게 하는 주요한 개입 및 정책 수단으로는 보건의료 마이데이터, 국가 차원의 공식적인 건강정보포털 운영을 들 수 있다. 또한, 신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 '현명한 선택 캠페인(Choosing Wisely Campaign)'과 같은 의료전문가 집단의

자발적인 노력도 필요하다.

나. 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 평가

수요자와 사람 중심 보건의료서비스 및 보건의료 정책에 대한 4가지 주요 영역인 ① '의견 개진(voice)', ② '선택(choice)', ③ '공동 생산(co-production)', ④ '정보 제공 및 공유'에 대한 우리나라 현황 및 평가의 주요 결과와 시사점은 다음과 같다.

1) 의견 개진(voice)에 대한 현황 및 평가

우리나라의 의료서비스 제공 과정에서 수요자인 환자가 의견을 개진하는 것에 대한 여건은 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만, 환자가 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 구체적인 의견을 개진할 수 있도록 담당 의사 등 의료서비스 제공자와 환자 간에 의사소통을 강화하는 등의 노력이 필요해 보인다. 우리나라의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 보건의료 정책의 수요자인 일반 국민의 의견을 반영하기 위한 논의와 노력은 계속되고 있음에도 불구하고, 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영 및 참여의 정도는 미흡한 수준에 머무르고 있다(김새롬, 김창엽, 2018, pp. 40-42).

2) 선택(choice)에 대한 현황 및 평가

우리나라는 의료 수요자가 본인의 거주지역과 상관없이 의료기관을 자유롭게 선택·이용할 수 있어 전체적인 의료 접근성은 높은 수준으로 평가되지만, 의료 자원 분포의 불균형으로 인해 의료 접근성의 지역 간 격차

가 심각한 것으로 확인된다. 일반 국민도 우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점으로 '지역 간 의료 불균형'을 꼽았으며, 의료 접근성의 정도를 진단할 수 있는 대표적인 평가지표인 미충족 의료율 역시 지역 간 격차가 뚜렷이 나타나는 것으로 확인된다(국민권익위원회 국민신문고과, 2020. 9. 1; 〔그림 5-6〕). 이에, 의료 접근성에 대한 지역 간 불균형을 완화하기 위한 실효성 있는 정책 방안을 마련하고 이를 적극적으로 추진할 필요가 있다.

3) 공동 생산(co-production)에 대한 현황 및 평가

① 공동 의사결정(shared decision making)

'공동 의사결정'의 기본적인 요건에 대한 법적 규정을 포함하여 우리나라는 의료서비스 제공 과정에서 '공동 의사결정'을 위한 여건이 어느 정도 갖추어져 있는 것으로 판단된다. 우리나라의 보건의료와 관련한 최상위 법령에 해당하는 「보건의료기본법」은 '공동 의사결정'의 기본적인 요건에 해당하는 의사결정 과정에서의 설명과 동의에 관한 의료 제공자의 의무와 환자의 권리에 대해 명시하고 있다(윤여란, 배현아, 2024, p. 73). 하지만 환자와 의료 제공자의 인식 부족, 제한된 진료 시간, 관련한 교육훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등의 의료진이 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 '공동 의사결정'의 수준은 미흡한 것으로 보인다.

② 건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)

우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있으며, 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있으며, 자신의 건강을 관리하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 평가된다. 반면에, 적극적이고 주도적인 자가 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준은 매우 낮은 것으로 확인된다. 이에, 우리나라 국민이 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준을 향상시키 위한 대책 마련이 필요하다.

4) 정보의 제공과 공유 및 활용에 대한 현황 및 평가

적시성과 신뢰성이 담보된 양방향(interactive) 정보 제공과 공유를 위한 보건의료 마이데이터의 경우 우리나라는 2023년 9월부터 개인 의료데이터 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'를 구축하고 이를 통해 공공·의료 기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 본인 동의하에 조회·저장하고, 원하는 곳에 전송하여 활용할 수 있도록 지원하고 있다(보건복지부, 2024. 9. 26., p.2).

우리나라 정부와 공공기관에서는 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자인 국민에게 신뢰할 수 있는 건강정보와 의료정보를 편리하고 정확하게 찾아볼 수 있도록 도움을 주기 위해 질병관리청의 '국가건강정보포털', 국민건강보험의 '건강iN', 건강보험심사평가원 홈페이지의 '병의원 정보', 식품의약품안전처 홈페이지의 '의약품 정보' 등의 건강포털 및 웹사이트를 운영하고 있다. 하지만 정부와 공공기관에서 운영하는 건강정보포털에 대한 인식률과 활용도가 낮은 것으로 확인되므로, 인식률과 활용도를 높이기 위한 방안 마련이 필요해 보인다.

의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하는 것에 대한 우리나라의 현황을 살펴보면, 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자 관점에서의 건강결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다.

신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 의료전문가 집단의 자발적인 노력도 필요한데, 우리나라도 대한민국의학한림원의 주도하에 의사와 환자 사이의 대화를 촉진시켜 환자에게 불필요한 검사와 치료를 행하는 것을 배제함으로써 의료 자원의 낭비를 억제하고, 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 한국형 현명한 선택 캠페인을 추진하고 있는 것으로 확인된다.

3. 결론 및 시사점

이 연구에서 수행한 고찰 및 분석 결과를 토대로 수요자와 사람 중심의 보건의료를 달성하기 위한 정책 추진 방향을 다음과 같이 제언한다.

가. 사람 중심 보건의료로의 패러다임 변화

우리나라의 보건의료와 관련 정책은 질병 중심, 의료 공급자 중심, 정부 중심에서 의료서비스와 보건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 사람과 국민 중심으로 전환하는 것이 필요하다. 사람 중심 보건의료로의 전환을 이루기 위해서는 환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우하고, 그들의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영하는 것을 기본적인 전제로 삼아야 한다. 그리고 환자와 개인의 역량을 강화하고 의사

결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 의료서비스 이용·제공 과정에서 환자와 개인의 적극적인 참여를 이끌어내야 한다. 또한, 이러한 바탕 위에서 환자와 개인에게 최적의 의료서비스를 제공하기 위해서 일차의료를 강화하고 의료기관 간 연계·협력을 통해 의료서비스 수요자인 환자와 사람을 중심으로 의료서비스의 연계 및 통합이 이루어져야 한다.

이러한 사람 중심성의 적용은 개별 진료와 의료서비스 단위의 미시적인 수준, 의료기관 및 전문가 집단 단위의 중간 수준, 지역과 국가 단위의 보건의료시스템 전반과 보건의료 정책의 수립과 실행 과정을 포괄하는 거시 수준 모두에서 이루어져야 한다. 따라서 우리나라의 의료서비스 및 보건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 개인과 일반 국민이 의료서비스 및 관련 정책에 대한 수동적인 수혜 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 참여자로서 역할을 할 수 있도록 하고, 그들의 필요, 욕구, 선호를 반영하는 의료서비스가 제공되고 정책이 수립되고 실행될 수 있도록 제도 개선 및 정책적 노력이 이루어져야 한다.

사람과 수요자 중심 보건의료와 관련 정책 추진 시 고려해야 할 주요 사항 중 하나는 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행 과정에서 윤리적 접근 방식과 성과 기반 접근 방식을 종합적으로 고려하여 균형을 유지해야 한다는 것이다. 윤리적 접근 방식은 사람과 수요자 중심 의료 그 자체를 '옳은 일(the right thing to do)'로 바라보고 달성해야 할 목표로 설정하지만, 성과 기반 접근 방식은 사람과 수요자 중심 의료를 진료 결과와 건강 상태 향상 등의 목표를 달성하기 위한 수단으로 여긴다. 사람과 수요자 중심 보건의료와 관련 정책은 미시 수준의 개별 의료서비스부터 거시 수준의 국가 전체의 보건의료시스템까지를 포괄하는 보건의료 전반의 효과성과 효율성을 높이고, 더 나아가 개인과 환자 및 국가 전체의 건

강결과와 건강 수준을 향상시키는 기대 효과를 수반한다. 하지만 정책 수립 및 실행 과정에서 효과성, 효율성 및 건강결과 증대라는 성과 달성에 치우치지 않도록 주의해야 한다.

또한, 의료 소비주의와 소비자 주도 의료에서 강조하고 있는 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식이 과도하게 적용되지 않도록 주의를 기울여야 한다. 시장주의적 접근 방식은 환자와 개인이 합리적인 선택을 하여 의료서비스 및 의료시스템의 효율성 증대와 비용 감소라는 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대하지만, 실제로 이러한 접근 방식은 정보 열위와 불확실성하에 놓여 있는 환자와 개인에게 합리적인 선택과 그에 따른 비용 절감을 항상 담보하지 않으며, '필요하고 적절한 의료 이용'을 감소시키는 부작용이 발생한다는 점을 주지할 필요가 있다. 특별히 취약계층의 경우에는 시장주의적 접근 방식을 통한 합리적 선택의 효과가 낮고 부작용은 상대적으로 큰 것으로 나타난다. 그러므로 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식에 대한 장단점을 종합적으로 고려하여 관련 정책을 추진하여야 한다.

나. 의료서비스 제공·이용 과정에서 공동 의사결정에 대한 여건 마련

우리나라의 의료서비스 제공·이용 과정에서 수요자인 환자가 의견을 개진하고 의사결정에 적극적으로 참여하는 것에 대한 여건은 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만 환자와 의료 제공자의 인식 부족, 제한된 진료 시간, 관련한 교육·훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등의 의료진이 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 '공동 의사결정'은 의료서비스 제공 및 진료 과정에서 제대로 이루어지지 않고 있는 것으로 판단된다.

의료서비스 제공·이용 과정에서 환자와 의료 공급자 간의 실제적인 '공동 의사결정'이 이루어지기 위해서는 충분한 진료 시간을 보장하고 '공동 의사결정'을 위해 투입되는 자원에 대한 적절한 보상이 이루어져야 한다. 의료서비스 제공·이용 과정에서 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'은 환자에게 합리적인 선택지가 존재한다는 것을 확실히 알 수 있도록 하고(choice talk), 환자가 선택할 수 있는 옵션(선택지)에 대해 자세한 정보를 제공하며(option talk), 마지막으로 환자가 자신의 가치관과 선호도를 기반으로 자신에게 가장 적합한 최선의 결정을 내리는 것을 지원하는(decision talk) 일련의 과정을 통해 이루어진다. 이를 가능하게 하기 위해서는 담당 의사 등 의료진과의 충분한 시간을 통해 이루어지는 상담이 필요하므로, '공동 의사결정'에 필요한 충분한 진료 및 상담 시간을 보장하도록 가이드라인을 마련하고, 투입되는 자원을 적절하게 보상하도록 '공동 의사결정'에 대한 심층 수가 마련 등의 방안을 고려할 필요가 있다. 이와 더불어 우리나라의 의료 현장에서 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'을 촉진시키기 위해서는, 환자와 개인 및 의료 제공자의 인식 제고와 함께, 의료인 양성을 위한 교육·훈련 및 보수교육 과정에서 사람 중심 의료와 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'에 대한 이론적 개념과 실제적인 적용 관련 내용을 강화할 필요가 있다.

다. 수요자의 역량 및 역할 강화

사람과 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료서비스와 보건의료 정책의 수요자인 개인과 일반 국민의 역량 및 역할 강화가 필요하다. 이러한 역량 및 역할 강화는 미시 수준의 의료서비스 제공·이용 과정 및 건강에 대한 자기관리뿐 아니라 지역 및 국가 단위 보건의료 정책 수립과

실행 과정에서도 이루어져야 한다.

우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있으며 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있는 것으로 평가된다. 그러나 적극적이고 주도적인 치료 및 건강에 관한 의사결정 및 건강관리를 실천하기 위해 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준은 매우 낮은 것으로 확인된다. 이에, 우리나라는 국가 차원에서 의료서비스 수요자의 역량 강화를 위한 대책 마련이 필요한 것으로 판단된다. 2021년에 발표된 건강증진종합계획 2030의 중점과제 중 하나로 '건강정보 이해력 제고'를 포함한 것은 시의적절하게 정책 방향을 설정한 것으로 보인다. 향후에도 주기적인 모니터링, 관련 교육·훈련 프로그램 마련 및 지원이 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 특히 고령층과 교육 수준과 소득이 낮은 건강취약계층은 건강관리 역량도 낮은 것으로 확인되므로 취약계층의 헬스 리터러시 및 건강관리 역량 강화를 위한 대책 마련을 정책의 우선순위에 둘 필요가 있다.

사람과 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 국가와 지역사회 단위의 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 국민과 지역사회의 의견을 반영하기 위해 주요 의사결정 과정 및 기구에 일반 국민 대표자의 참여와 역할을 확대하는 것이 필요하다. 우선 국민건강보험의 최고 심의·의결기구인 건강보험정책심의위원회에서 국민을 대표하는 가입자 위원의 실질적인 참여 및 영향력을 제고하기 위해 위원 구성의 절차와 기준을 명확히 하고, 적절한 정보 제공 및 제공 정보에 대한 검토 및 논의 시간을 충분히 보장하는 방향으로 개선이 이루어져야 한다. 또한, 일반 국민과 지역사회의 필요와 요구를 적극적으로 청취·수렴하고 이를 정책 수립 및 실행 과정에서 반영하기 위해 국민건강보험공단과 심사평가원에서 운영 중인 국민참여위원회와 시민참여위원회 등의 역할을 강화할 필요가 있다. 국가

단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립 및 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력은 미흡한 것으로 평가되므로 이를 제고하기 위한 방안도 마련될 필요가 있다.

라. 정보의 제공과 공유 및 활용을 위한 기반 강화

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자가 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반 마련이 필수적이다. 이러한 정보의 제공과 공유는 적시성과 신뢰성이 담보되어야 할 뿐 아니라 양방향(interactive)으로 이루어져야 하는데, 이를 위해 우리나라는 개인 의료데이터의 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'를 구축하여 공공·의료 기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 의료서비스 수요자인 개인과 환자 및 의료서비스를 제공하는 담당 의사와 의료진에게 공유·활용할 수 있는 기반을 마련하였다. 다만, 아직은 환자·개인과 의료기관의 참여와 활용이 저조한 상황인데 이를 해결하기 위해서는 개인 의료데이터 공유·활용에 대한 인식 개선, 개인정보보호 및 데이터 이동권과 관련한 법제도 보완 및 개선, 의료정보의 상호운용성 강화를 위한 표준화에 대한 지원과 적극적인 정책 추진이 지속적으로 이루어져야 할 것으로 보인다.

신뢰성이 담보된 건강정보와 의료정보를 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자에게 제공하기 위한 정부와 공공기관의 건강정보 관련 포털 및 웹사이트의 경우 인식률과 활용도가 낮은 것으로 나타나므로 이를 제고하기 위한 방안이 마련되어야 한다. 또한, 질병관리청의 '국가건강정보포털', 국민건강보험의 '건강iN', 건강보험심사평가원 및 식품의약품안

전처 홈페이지에서 분절적으로 제공하고 있는 건강정보와 의료정보에 대한 연계 및 통합이 이루어져야 할 것으로 보인다. 궁극적으로는 신뢰성과 적시성이 담보된 건강정보와 의료정보에 대한 접근성을 강화하기 위해 개인 의료데이터 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'와 정부와 공공기관의 건강정보 관련 포털 및 웹사이트의 연계 및 통합을 추진해야 할 것이다.

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하여 이를 의료서비스와 보건의료 정책에 대한 평가와 개선 방안 도출을 위해 활용해야 한다. 우리나라의 경우 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자 관점에서의 건강결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다. 이에, 국가 차원에서 환자보고결과측정(PROMs)의 도입을 적극적으로 고려할 필요가 있다.

마. 의료 공급자에 대한 교육·훈련 및 자발적 참여 유도

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료 공급자가 사람 중심 의료에 대해 충분히 이해·공감하고 이를 의료서비스 제공 과정에서 실천할 수 있도록 교육과 훈련이 이루어져야 한다. 이를 위해 수요자와 사람 중심 의료에 대한 체계적인 커리큘럼을 개발하고 이를 기반으로 의학교육 과정 및 의료인에 대한 보수교육 과정에서 그와 관련한 교육 및 훈련이 충분히 이루어져야 한다. 또한, 수요자와 사람 중심 의료 제공을 위해 투입되는 자원에 대해 건강보험 수가 등을 통해 적절한 보상이 이루어져야 한다. 이와 더불어, 사람 중심 의료에 대한 임상 연구 및 평가 등을

통한 가이드라인 마련을 위해서는 의학 전문학회 등을 포함한 의료전문가 집단의 적극적인 참여가 필요하므로 대한민국의학한림원의 주도하에 추진되고 있는 한국형 현명한 선택 캠페인 등과 같은 의료전문가 집단의 노력이 지속적으로 이루어지도록 이를 적극적으로 지원할 필요가 있다.

주요 용어: 사람 중심 의료, 수요자 중심 의료, 인간 중심 의료

제1장

서론

제1절 연구 필요성 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

우리나라 보건의료와 건강 수준은 단기간에 빠르게 개선되어왔다. 전 국민을 대상으로 한 건강보험제도를 통해 보장성이 강화되고, 보건의료 자원의 지속적인 확충을 통해 의료서비스의 접근성이 확대되는 등 단기간에 효율적으로 양적인 확충이 이루어졌다. 더불어 의료의 질 측면에서도 정부 주도로 추진된 정책에 의료서비스 제공자의 노력이 더해져 지속적인 개선이 이루어졌다.

하지만 지금까지의 성과에도 불구하고 우리나라의 보건의료는 분절적인 의료서비스 제공체계, 지역 불균형 등 여전히 개선이 필요한 부분들이 존재한다. 또한 인구 고령화와 질병 구조의 변화로 인한 만성질환의 증가, 의료 수요의 복잡화 및 다양화는 우리나라의 보건의료가 당면한 과제이다.

이와 같은 급격한 고령화와 사회구조 변화, 생활환경 개선 및 영양 증진, 생활 습관 변화 등은 우리나라의 질병 구조를 급성 질환, 감염성 질환 중심에서 만성질환, 퇴행성 질환 중심으로 변화시키고 있다. 급속한 인구 고령화와 만성질환 중심으로 질병 구조가 변화한 것을 고려하면 우리나라의 보건의료는 연계와 협력을 통한 환자 중심 진료 방식으로 전환하는 것이 필요하나, 우리나라의 의료서비스는 여전히 분절적인 방식으로 제공되고 있는 실정이다. 이러한 분절적인 의료서비스체계하에서는 의료기관 간 협력과 연계가 부재한 상태에서 다수의 의료전문가나 의료 공급자들이 의료서비스를 제공하게 되므로, 복합 만성질환자와 같이 증상과 치

료 방법이 복잡하고 다양하여 체계적이고 지속적인 의료서비스가 필요한 경우에는 효과적인 치료와 관리에 어려움이 있다. 또한, 고령화와 만성질환 중심으로 질병 구조가 변화하는 추세가 계속된다면 보건의료서비스 이용 빈도와 의료비 지출이 지속적으로 증가할 것으로 예상되는데, 이를 효율적으로 관리하지 못하면 현재의 저성장 기조에서 우리나라의 보건의료체계와 국민건강보험제도의 지속가능성에 대한 큰 위협이 될 것이다.

이러한 배경에서 현재 우리나라의 보건의료는 수요자와 사람 중심으로 진료 방식을 전환하는 것이 필요한 시점이라고 할 수 있다. 앞에서 언급한 바와 같이 질병이나 질환에 초점을 맞춰 전통적이고 분절적인 방식으로 제공되는 의료서비스는 고령화 및 질병 구조의 변화로 인해 증가하는 만성질환 환자의 장기적이고 변동적인 요구를 충족시키기에 적합하지 않다는 것이 자명하다. 이에 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호에 초점을 맞추고, 환자와 개인의 역량을 강화하여 의료와 관련한 의사결정 과정에서 더 많은 권한 및 역할을 부여하고, 궁극적으로 환자와 개인이 건강관리와 의료서비스에 적극적으로 참여하게 하는 수요자와 사람 중심 의료로의 전환이 필요하다.

보건의료서비스와 보건의료시스템이 수요자와 사람 중심으로 문제없이 전환되기 위해서는 관련된 보건의료 정책도 함께 변화해야 한다. 지금까지의 우리나라 보건의료 정책은 신속한 의료 접근성 확대와 지속적인 의료 질 개선을 통한 국민건강 수준 향상이라는 성과를 올렸음에도 불구하고, 정부와 공급자 중심으로 추진되고 실행되어왔다는 한계가 존재한다. 그러므로 우리나라의 보건의료 정책 역시 수요자의 의견을 충분히 수렴할 수 있도록 정부 및 공급자 중심에서 수요자와 사람 중심으로 전환이 필요한 상황으로 판단된다.

지금까지 살펴본 대로 인구 고령화와 질병구조 변화로 인한 만성질환의 증가, 의료 수요의 다양화, 치료에서 예방 중심으로 보건의료 패러다임의 변화 등으로 인해, 의료 소비자가 기존의 수동적인 서비스 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 의료 참여자로서 역할을 해야 할 필요성이 대두되고 있으며, 의료 수요자인 국민의 권익 보호, 정보 접근성 강화, 필요와 욕구가 충분히 반영된 정책 수립 등 이를 지원하는 제도와 관련 정책 마련이 시급한 상황이다. 하지만 현재 이와 관련한 연구와 사회적 논의가 충분하지 않아 이 연구를 통해 우리나라 보건의료가 수요자와 사람 중심으로 전환될 수 있도록 제도 개선 및 정책 추진 방향을 제시하고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

이 연구의 주요 내용과 방법은 다음과 같다. 제2장에서는 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰을 수행하였다. 선행연구와 관련 문헌 고찰을 통해 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위, 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항, 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소를 살펴보았다. 제3장에서는 보건의료 관련 주요 국제 기구인 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)와 국제보건기구(World Health Organization, WHO)의 공식 보고서에 제시된 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크와 주요 전략을 고찰하였다. 제4장에서는 수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 등에 대해 알아보기 위해 의료서비스 수요자인 일반 국민을 대상으로 한 설문조사 결과를 제시하였다. 제5장에서

는 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료와 보건의료 정책과 관련한 현황을 살펴보고 평가하였다. 마지막으로 제6장에서는 연구 결과를 바탕으로 수요자와 사람 중심의 보건의료를 달성하기 위한 정책 추진 방향을 제시하였다.

제2장

수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰

제1절 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위
제2절 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항
제3절 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소

제 2 장 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰

제1절 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위

우리나라 보건의료체계와 보건의료 정책에서 수요자 중심 의료 및 사람 중심 의료에 대한 개념과 범위는 명확히 정립되어 있지 않은 상황이다. 이에, 이 절에서는 선행연구와 관련 문헌 고찰을 통해 환자 중심 의료(patient-centered care), 사람 중심 의료(person-centered care), 인간 중심 의료(people-centered care), 의료 소비주의(health care consumerism, medical consumerism), 소비자 주도 의료(consumer-driven care) 등에 대한 개념과 범위에 대해 살펴보고자 한다.

1. 사람 중심 의료와 환자 중심 의료의 등장 및 개념

전 세계적으로 사람 중심(person-centered) 및 환자 중심(patient-centered) 의료에 대한 중요성이 강조되고 있으며, 개인이 보건의료체계와 관련한 정책 시스템의 중심에 있어야 한다는 폭넓은 공감대가 형성되고 있다(Mitchell et al., 2022, p. 3; OECD, 2024, pp. 15-17; OECD Health Ministerial Meeting, 2017, pp. 5-6; Richards et al., 2015, p. 350; WHO, 2016, p. 5; WHO Regional Office for Europe, 2015, pp 5-6).

보건의료체계와 관련 정책에서 '개인 중심성'의 중요성에 대한 공감대가 형성되어 있음에도 불구하고 '사람 중심(person-centered)', '인간 중심(people-centered)', '수요자 중심(consumer-centered)', '환자

중심(patient-centered)', '가족 중심(family-centered)' 등의 용어와 개념은 혼재되어 사용되고 있다. 이러한 유사한 개념의 보건의료 맥락에서의 실제 의미와 적용에 대해서도 단일한 정의는 없는 상황이며, 관련 개념 중 상대적으로 널리 사용되고 있는 사람 중심(person-centered)', '환자 중심(patient-centered)'에 대해서도 다양한 정의와 견해가 존재한다(Mitchell et al., 2022, p. 3).

환자 중심성(patient-centeredness) 및 사람 중심성(person-centeredness)의 기본적인 개념과 핵심적인 원칙은 건강을 전체적인 관점에서 바라보고 개인에 대한 존중을 중요한 가치로 여겼던 플라톤과 아리스토텔레스의 철학적 개념으로 거슬러 올라갈 수 있다(Mezzich et al., 2010, p. 304). '환자 중심 의료'와 '사람 중심 의료'의 근간이 되는 철학은 단순한 쾌락이나 일시적 만족이 아닌, 삶 전체에 걸친 번영과 행복을 의미하는 유다이모니아(eudaimonia[1])를 궁극적인 목표로 하는 아리스토텔레스의 '미덕 윤리학(virtue ethics)'에 뿌리를 두고 있으며, 이러한 목표를 달성하기 위해 사람(환자) 중심 의료는 생의학적 관점을 가지고 의사가 환자의 가치관과 삶의 우선 순위를 이해하고 그에 따라 치료를 조정하는 전체론적 접근 방식을 추구한다(Entwistle & Watt, 2013, p. 33; Latimer et al., 2017, pp. 425-426; Tomaselli et al., 2020, p. 2). 이러한 개념과 원칙들은 최근 들어 학술적인 관점에서 구체화가 이루어졌으며 주요국의 보건의료서비스의 제공과 관련 정책에서 실제적으로 적용되고 있다.

보건의료 분야에서 환자 중심주의 및 사람 중심주의의 등장은 전통적인 질병 중심(disease-oriented, disease-centered)의 부권주의적인(paternalistic) 의료 접근 방식의 한계를 인식하고 이를 해결하려는 노

1) 번영(prosperity), 행복(happiness), 복지(welfare)를 뜻하는 고대 그리스어

력에서 출발하였다고 볼 수 있다(Balint, 1969, p. 269; Kogan et al., 2016, p. 1; Pilnick, 2023, p. 1786). 전통적인 질병 중심의 부권주의적인 의료서비스 제공은 질병이나 질환 중심으로 치우쳐 의료서비스의 대상을 환자의 질환과 증상으로 한정하였다(Duggan et al., 2006, pp. 271-272). 이러한 접근 방식하에서 의사로 대표되는 의료 공급자는 환자가 스스로 결정을 내릴 수 있는지 여부와 관계없이, 환자의 질환과 증상의 치료에 대한 전문가이면서 주요 의사결정권자로서, 환자에게 최선의 이익이 된다고 판단되는 바에 따라 결정을 내리게 된다(Sandman & Munthe, 2010, Murgic et al, 2015, p. 2 재인용). 이러한 접근 방식은 환자 및 개인의 역할과 위상을 의료서비스에 대한 수동적 수용자로 한정하고 그들의 필요, 요구, 선호, 가치, 자율성에 충분한 주의를 기울이지 못할 뿐 아니라 의사-환자 상호작용의 중요성을 간과하였다는 한계를 가진다(Duggan et al., 2006, pp. 271-272; Entwistle & Watt, 2013, p. 29; Murgic et al, 2015, p. 2).

1960년대 후반 Balint(1969)는 환자 중심 의료(patient-centred medicine)를 전통적인 질병 중심의 접근 방식에 대한 대안으로 제시하면서 환자 중심 의료는 의사가 환자를 고유한 인격체(unique human-being)로 이해하는 접근 방식이라고 정의하였다(Balint, 1969, p. 269). 이후 McWhinney(1985)는 '환자 중심 의료(patient-centred care) 접근 방식은 의료 공급자(의사)가 환자의 입장에서 환자의 질병을 대면하기를 노력하는 것'으로, Gerteis et al.(1993)은 '환자 중심 의료(patient-centred care)는 환자의 관점을 의식적으로 채택하는 접근 방식'으로, Laine and Davidoff(1996)는 '환자 중심 의료(patient-centred care)는 환자의 요구, 필요, 선호에 밀접하게 부합하고 대응하는 의료'로 정의하였다. 이는 의사가 환자의 입장과 관점을 단순히 이해하는 것을 넘어

이를 의료서비스 제공에 적극 반영해야 한다는 것을 강조하였다는 점에서 공통점을 가진다(McWhinney, 1985; Gerteis et al., 1993, p. 5; Laine and Davidoff, 1996, p. 152).

미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)의 2001년 보고서 「Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century」는 보건의료서비스의 질을 구성하는 여섯 가지 핵심 요소 중 하나로 '환자 중심 의료(patient-centered care)'를 제시하고 "환자 중심 의료(patient-centered care)는 환자 개인의 선호, 필요, 가치가 존중되고 반영되며, 의사결정에 환자의 참여를 보장하는 것을 의미한다"고 정의하였다(Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40).

사람 중심 의료(person-centered care)는 환자 중심 의료(patient-centred care)와 유사한 개념으로 간주되어 때때로 상호 대체 가능한 유사한 개념으로 사용되어 왔다(Entwistle & Watt, 2013, p. 29). 하지만 사람 중심 의료(person-centered care)의 개념은 환자 중심 의료(patient-centered care)에 비해 인간 존중, 개인의 자기 결정권, 상호 존중 및 이해라는 가치를 보다 명확히 반영하며, 개인과 의료 제공자와의 지속적인 상호작용을 강조하고, 개인의 선호도, 필요, 가치가 개별 의료서비스의 이용 단계를 넘어 일생 동안 어떻게 변화하고 전반적인 건강관리 및 삶의 질 향상에 어떻게 영향을 미칠 수 있는지에 초점을 맞춘다는 점에서 환자 중심 의료(patient-centered care)를 확장하고 발전시킨 개념으로 볼 수 있다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p. 15; De Maeseneer et al., 2012, p. 604; Eklund et al., 2019, p. 4; McCormack et al., 2011, p. 1).

Hobbs(2009)는 '환자 중심 의료'와 '사람 중심 의료'가 기본적인 개념 정의에 있어서는 근본적으로 다르지 않으나 '사람 중심 의료'라는 용어가

질병에서 벗어나 질병을 경험하는 개인에 초점을 맞추는 변화를 더 적절하게 반영할 수 있다고 주장하였다. 또한 환자를 자율적 결정을 내릴 수 있는 개인으로 인식하는 핵심 요소가 '환자 중심 의료'와 '사람 중심 의료'의 개념에 공통적으로 포함되어 있지만, '사람 중심 의료'에 이러한 요소가 더 발전된 형태로 나타나고 있다고 주장하였다. 이러한 고찰 결과를 바탕으로, '환자' 대신 '개인/사람'이라는 용어를 사용하는 것이 "질병을 경험하는 개인에 대한 더 넓은 개념화를 가능하게 할 수 있다"고 주장하였다(Hobbs, 2009).

Starfield(2011)는 실증적 증거 고찰을 기반으로 환자 중심 의료는 주로 개별 의료서비스 이용 및 방문에서 이루어지는 환자-의료 공급자 간의 상호작용에 대해 에피소드 중심으로 다루는 경향이 있다고 주장하였다. 반면, 사람 중심 의료의 개념은 환자-의료 공급자 간 상호작용의 장기적인 측면에 관심을 두고 있으며, 특히 만성적이고 복합적인 의료적 필요가 있는 상황에서 협력과 조정이 사람 중심적 의료의 주요한 관심사이자 목표라고 주장하였다(Starfield, 2011, pp. 63-64). Eklund et al.(2019)는 환자 중심 의료와 사람 중심 의료에 관한 기존 문헌의 주제 분석(thematic analysis) 결과를 토대로 환자 중심 의료의 목표가 환자와 개인의 기능적 삶(functional life)의 개선에 초점을 맞추고 있는 반면, 사람 중심 의료의 목표는 보다 폭넓은 범위인 개인의 의미 있는 삶(meaningful life)인 것을 확인하였다(Eklund et al., 2019, p. 8).

McCormack et al.(2010)은 "사람 중심 의료(Person-centered care)의 치료 과정은 의료 공급자, 환자 및 그(녀)의 가족, 친구 등 삶의 동반자들과의 관계 정립을 통해 이루어진다. 이러한 접근 방식은 인간 및 개인의 자기 결정권에 대한 존중, 상호 존중 및 이해라는 가치를 기반으로 하며, 이를 실천하기 위해서는 권한 부여에 대한 문화가 뒷받침되어야

한다"고 하였다(McCormack et al., 2010, p. 13). 국제 사람 중심 의학회(International College of Person-Centered Medicine)는 "사람 중심 의료(Person-centered medicine)는 질병의 완화뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면의 건강 증진을 추구하며, 각 개인의 존엄성과 책임에 대한 상호 존중을 전제로 한다"라고 하였으며, The Health Foundation(2016)은 "사람 중심 의료(person-centred care)는 사람들이 자신의 건강과 의료에 대해 보다 효과적으로 관리하고 정보에 입각한 결정을 내리는 데 필요한 지식, 기술 및 자신감을 개발하도록 지원한다. 이는 개인의 필요에 맞게 조정되고 맞춤화되어야 하며, 가장 중요한 것은 사람들이 항상 존엄성, 연민 및 존중을 가지고 대우받도록 보장하는 것"이라고 정의하였다(International College of Person-Centered Medicine, 2011, p. 1; The Health Foundation, 2016, pp. 8-9).

〈표 2-1〉 주요 선행연구 및 문헌에서 제시한 환자/사람 중심 의료의 정의/개념

문헌	정의/개념
Balint(1969)	환자 중심 의료(patient-centred medicine)는 환자를 고유한 인격체(unique human-being)로 이해한다.
McWhinney(1985)	환자 중심 의료(patient-centred care) 접근 방식은 의료 공급자(의사)가 환자의 입장에서 환자의 질병을 대면하기를 노력하는 것이다.
Gerteis et al.(1993)	환자 중심 의료(patient-centred care)는 환자의 관점을 의식적으로 채택하는 접근 방식이다.
Laine and Davidoff(1996)	환자 중심 의료(patient-centred care)는 환자의 요구, 필요, 선호에 밀접하게 부합하고 대응하는 의료이다.
Institute of Medicine(2001)	의료의 질을 구성하는 주요 영역(domain) 중 하나인 환자 중심성(patient-centered)은 환자 개인의 선호, 필요, 가치가 존중되고 반영되며, 의사결정에 환자 참여를 보장하는 것을 의미한다.
International Alliance for Patients' Organizations (2006)	환자 중심 의료(patient-centred healthcare)의 본질은 의료시스템이 환자의 의료적 필요와 선호를 충족시킬 수 있도록 설계 및 공급되어 의료가 적절하고 비용-효율적으로 제공되는 것을 의미한다.

문헌	정의/개념
McCormack et al.(2010)	환자 중심 의료(person-centered care)의 치료 과정은 의료 공급자, 환자 및 그(녀)의 가족, 친구 등 삶의 동반자들과의 관계 정립을 통해 이루어진다. 이러한 접근 방식은 인간 및 개인의 자기 결정권에 대한 존중, 상호 존중 및 이해라는 가치를 기반으로 하며, 이를 실천하기 위해서는 권한 부여에 대한 문화가 뒷받침되어야 한다.
International College of Person-Centered Medicine (2011)	사람 중심 의료(person-centered medicine)는 질병의 완화뿐 아니라 신체적, 정신적, 사회적, 영적 측면의 건강 증진을 추구하며, 각 개인의 존엄성과 책임에 대한 상호 존중을 전제로 한다.
The Health Foundation (2016)	사람 중심 의료(person-centred care)는 사람들이 자신의 건강과 의료에 대해 보다 효과적으로 관리하고 정보에 입각한 결정을 내리는 데 필요한 지식, 기술 및 자신감을 개발하도록 지원한다. 이는 개인의 필요에 맞게 조정되고 맞춤화되어야 하며, 가장 중요한 것은 사람들이 항상 존엄성, 연민 및 존중을 가지고 대우받도록 보장하는 것이다.
American Geriatrics Society Expert Panel(2016)	사람 중심 의료(person-centred care)는 개인의 가치와 선호를 이끌어내어 표현되게 하고 이를 반영하여 의료의 모든 측면에서 실제적인 건강 및 삶의 목표가 달성되도록 하는 것을 의미한다.

〈표 2-1〉에 제시된 사람 중심(person-centered)과 환자 중심(patient-centered)에 대한 정의와 개념들은 다소 차이가 있으나, 환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 하며, 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영해야 한다는 기본적인 윤리적 전제를 기반으로 한다는 공통점을 가지고 있다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p. 15; Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Entwistle & Watt, 2013, pp. 29-30). 환자 중심 의료와 사람 중심 의료는 환자와 개인의 역량을 강화하고 의료와 관련한 의사결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 궁극적으로 환자와 개인의 적극적인 참여를 이끌어내는 것을 목표로 한다(Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40; Latimer et al., 2017, pp. 425-426; McCormack et al., 2010, p.

13; The Health Foundation, 2016, pp. 8-9). 또한 '환자 중심'과 '사람 중심' 의료는 환자 개인에게만 초점을 맞추는 것에 국한되는 것이 아니라 가족, 친구 및 삶의 동반자들과의 관계 등을 포함한 넓은 맥락을 보다 총체적으로 고려하도록 발전되어 왔다(McCormack et al., 2010, p. 13; Santana et al., 2018, pp. 429-440).

2. 사람 중심 의료와 환자 중심 의료를 바라보는 관점

사람 중심 의료와 환자 중심 의료를 바라보는 관점은 크게 1) 윤리적(ethical)/철학적(philosophical)' 관점과 2) 성과 기반(performance-based)/도구적(instrumental based) 관점으로 나눌 수 있다(Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp. 4-5; Mittler et al., 2013, p. 38).

사람 중심 의료와 환자 중심 의료를 윤리적(ethical)이고 철학적(philosophical)인 관점에서 바라보는 접근 방식은 사람 중심 의료와 환자 중심 의료를 그 자체로 '옳은 일(the right thing to do)'로 간주하여 의료서비스 제공 과정에서 개인이 자신의 진료에 대해 더 많은 발언권을 가져야 하며 환자와 개인의 참여(engagement)는 진료 결과나 건강성과 달성 여부와 관계없이 그 자체로 가치를 가진다는 견해이다(Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, p. 5). 윤리적 관점 및 접근 방식은 앞에서 살펴본 사람 중심 의료에 대한 다양한 정의에서 '환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 함'을 공통적으로 강조하고 있는 것을 통해서도 확인할 수 있다(〈표 2-1〉; Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Entwistle & Watt, 2013, pp. 29-30; Miller, 2021, p. 18). 이러한 관점하에서 사

람 중심 의료와 환자 중심 의료는 환자와 개인에 대한 존중과 공감을 기반으로 하여 의료서비스 제공 과정에서 환자를 참여시키고 권한을 부여하는 것을 강조한다(Mitchell et al., 2022, p. 5).

'윤리적/철학적' 관점과 상반되는 사람 중심 의료와 환자 중심 의료에 대한 또 다른 접근 방식은 성과 기반(performance-based) 및 도구적(instrumental)인 관점이다. 성과 기반의 관점에서 바라보는 접근 방식은 사람 중심 의료와 환자 중심 의료 그 자체에 대한 가치보다는 진료 결과 및 건강 상태 향상에 보다 관심을 두는 접근 방식이다(Mitchell et al., 2022, p. 4). 이러한 접근 방식은 충분한 정보를 제공받은 환자와 개인이 적합한 의료 공급자를 선택하고 자신의 의료서비스 및 건강관리 과정에서 의사결정 과정에 적극적으로 참여하면 의료서비스의 질을 높이고 건강결과를 향상시킬 수 있다는 것을 주요 전제로 한다(Mitchell et al., 2022, p. 4; Mittler et al., 2013, p. 38).

3. 사람 중심 의료와 환자 중심 의료에 대한 다양한 적용

앞서 살펴본 바와 같이 선행연구와 문헌에서 사람 중심 의료(person-centered care), 환자 중심 의료(patient-centered care)를 포함한 개인 중심성과 환자 중심성에 연관된 용어 및 개념들은 유사한 측면이 있으며 때때로 상호 대체 가능한 유사한 개념으로 사용되었다. 이와 동시에 선행연구 및 문헌에서 제시된 환자 중심성(patient-centeredness) 및 사람 중심성(person-centeredness)에 대한 개념 정립 및 보건의료 맥락에서의 적용은 다양하게 나타나는데 이는 연구자 및 저자가 속해 있는 학문 영역과 그에 따른 관점의 차이, 임상환경 및 대상환자의 특성, 사회문화적 환경 및 맥락의 차이에 주로 기인한 것으로 보인다(Mitchell et

al., 2022, pp. 5-6).

예를 들어, 미국과 호주 등의 학술 문헌들과 관련 의료 정책에서는 전통적으로 환자 중심성과 환자 중심 의료 및 돌봄을 강조하는 경향이 있음을 확인할 수 있다(Berwick, 2009; Gerteis et al., 1993; Laine & Davidoff, 1996; Luxford et al., 2010; Mead & Bower, 2000). 반면, 일부 유럽의 문헌 및 주요국의 보건의료 정책에서는 상대적으로 사람 중심성과 사람 중심 의료 및 돌봄을 빈번히 사용하는 경향이 확인된다(Ekman et al., 2011; Leplege et al., 2007; Mezzich et al., 2009).

미국에서는 환자 중심성(patient-centeredness) 및 환자 중심 의료(patient-centered medicine)에 대한 개념이 1960년대에 환자 권리 운동과 함께 등장했으며, 이러한 개념이 진료 과정, 법률, 의학교육, 의료의 질 보장 등 보건의료의 여러 측면에서 논의되고 발전되었다(Laine & Davidoff, 1996). 이후 1980년대에는 미국에 있는 병원을 대상으로 환자 중심 의료에 관한 경험적 연구들이 다수 수행되었고 이러한 실증적 근거들은 Picker의 환자 중심 의료 원칙을 공식화하는 기반을 제공하였으며, 미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)의 2001년 보고서 「Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century」에서 보건의료서비스의 질을 구성하는 여섯 가지 핵심 요소 중 하나로 '환자 중심 의료(patient-centered care)'를 제시하는 데 기여하였다(Gerteis et al., 1993; Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40; Picker Institute, n.d.). 이 보고서는 "환자 중심 의료(patient-centered care)는 환자 개인의 선호, 필요, 가치가 존중되고 반영되며, 의사결정에 환자의 참여를 보장하는 것을 의미한다"고 정의하였다(Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40).

간호학은 전통적으로 환자의 고유성과 인간 존재의 다차원성을 인정하

고 환자에 초점을 맞춘다는 점에서 의학과는 구별된 관점을 견지해 왔으며, 이러한 관점은 질병이 아닌 환자에 초점을 맞춰 간호를 의학과 차별화했던 플로렌스 나이팅게일의 '간호사의 의무와 책임에 대한 선서'에도 확인된다(Lauver et al., 2002, p. 246; Morgan & Yoder, 2012, p. 7; Nightingale, 1992). 이에 따라, 다른 분야에 비해 간호학 영역에서 사람 중심 의료에 대한 연구가 선도적이고 활발하게 이루어져 왔는데, 특별히 간호학 영역에서의 환자 중심성(patient-centeredness) 및 사람 중심성(person-centeredness)에 대한 개념은 '환자돌봄(caring)'의 개념과 밀접하게 연결되어 있으며, 이러한 관점은 주로 '개인 중심 간호(individalized care, personalized care)'의 용어로 표현된다(Charalambous et al., 2012, p. 17; McCormack & McCance, 2006; Morgan & Yoder, 2012, pp. 8-9; Radwin & Alster, 2002, p. 57). 국제간호협의회(International Council of Nurses)는 건강에 대한 사람 중심의 접근 방식(person-centred approach)을 간호의 철학적 기반으로 규정하고, 보편적 건강 보장을 위한 중요한 구성 요소 중 하나로 사람 중심의 접근 방식을 포함하였다(International Council of Nurses, n.d.).

노인인구는 복합 만성질환 등에서 다양한 의료적 치료뿐 아니라 일상생활에 영향을 미치는 신체적, 정신적 기능 재활 및 돌봄을 포함한 지속적이고 장기적인 건강관리가 필요하기 때문에 사람 중심 의료의 혜택을 우선적으로 받을 수 있는 주요 대상으로 간주되어 왔다(Eklund et al., 2019, p. 4; Kogan et al., 2016, p. 1). 또한, 사람 중심 의료의 주요한 근간이 되는 '환자와 개인의 존엄성과 자율성에 대한 존중'은 노인 대상 의료 및 돌봄의 주요한 필수 요소에 해당한다(Gallagher et al., 2008, pp. 1-2; Lothian & Philp, 2001, p. 668; Roos et al., 2023, p.

219-220).

Kitwood(1998)는 치매 환자에 대한 사람 중심 의료 접근 방식을 제안하면서 치매는 신경학적 장애와 개인 심리, 환경 등의 심리사회적 요인의 상호작용을 통해 이해되어야 하며, 치매에 대한 올바른 이해와 효과적인 치료를 위해서는 사회적 맥락에 보다 관심을 기울여야 한다고 주장하였다(Kitwood, 1998, Fazio et al., 2018, pp. S10-S11 재인용). 이후 McCormack(2003)과 Nolan et al.(2004)은 노인인구에 대한 의료 및 돌봄에 대한 이론적 틀을 제시하였으며, 이를 토대로 노인 환자의 입원 및 외래진료, 장기 요양 서비스, 완화치료 및 호스피스 진료, 재가 및 지역사회 기반 의료·돌봄 서비스 제공에 있어서 사람 중심 의료에 대한 다양한 시도가 이루어져 왔다(Kogan et al., 2016, p. e1; McCormack, 2003; Nolan et al., 2004). 미국 노년학회(American Geriatrics Society)의 전문가 패널은 "사람 중심 의료(Person-centred care)는 개인의 가치와 선호를 이끌어내어 표현되게 하고 이를 반영하여 의료의 모든 측면에서 실제적인 건강 및 삶의 목표가 달성되도록 하는 것을 의미한다"라고 정의하였다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p. 16).

Hughes et al.(2008)은 보건의료 영역의 '중심성(centredness)'과 관련한 개념인 환자 중심, 사람 중심, 가족 중심 등에 대한 고찰을 수행하였다(〈표 2-2〉). Hughes et al.(2008)은 다른 유형의 '중심성'과 관련된 용어들이 공통적이고 유사한 개념을 포함하고 있으나 각각의 개념은 또한 다차원적인 특징을 가지고 있어서 '환자 중심성' 혹은 '사람 중심성' 전체를 아우르는 하나의 통일된 개념적 정의를 내리는 것은 불가능하다고 주장하였다(Hughes et al., 2008, pp. 459-461).

〈표 2-2〉 보건의료 영역의 '중심성'과 관련한 개념

구분	정의/개념
가족 중심 (Family-centredness)	의료인, 환자, 가족 간의 상호 파트너십을 강조함. 소아진료 영역에서 주로 논의되지만 점차 노인 대상 진료를 포함한 보편적인 환자를 대상으로 확장되고 있는 추세임.
환자 중심 (Patient-centredness)	일차진료의 주요 목표인 포괄적인 의료서비스 제공과 건강관에 기반을 두고 있음.
사람 중심 (Person-centredness)	고객 중심 심리상담 및 치료에서 기원하였으나, 이후 치매 치료 등 다른 분야에서도 범위가 확장되어 왔으며 특히 소통과 관계를 강조함.

출처: "Types of centredness in health care: themes and concepts", Hughes, J. C., Bamford, C., & May, C, 2008, Medicine, Health Care and Philosophy, 11(4), pp. 455-463의 내용을 저자가 재구성

4. 인간 중심 의료의 등장 및 개념

인간 중심 의료(people-centered care)는 사람 중심 의료(person-centered care)를 확장하고 발전시킨 개념으로 볼 수 있다(Duong et al., 2024, p. e1089; Khatri et al., 2023, p. 2; De Maeseneer et al., 2012, p. 604). 앞에서 '환자 중심성'과 '사람 중심성'의 개념을 비교하였을 때 '사람 중심성'이 '환자 중심성'에 비해 포괄적인 의미를 가진다고 하였는데 비슷한 맥락에서 '사람 중심성'과 '인간 중심성'을 비교하면 '인간 중심성'은 '사람 중심성'에 비해 더 넓은 개념과 범위를 포함한다(De Maeseneer et al., 2012, p. 604). '사람(person)'과 비교하여 '인간(people)'이라는 개념은 공동의 필요, 공유된 특성, 공동의 계획 및 제안 등의 집합적인 속성을 포함하고 있으며, 이러한 속성에 따라 '인간 중심 의료'는 건강을 집단적인 시야로 바라보고, 건강의 경제적, 정치적 측면을 포함한 사회적 결정 요인에 주의를 기울인다(De Maeseneer et al., 2012, p. 604).

세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 “인간 중심 의료는 개인, 가족 및 지역사회의 관점을 적극적으로 고려하여 받아들이고 그들의 필요와 선호를 인도주의적 관점에서 종합적으로 파악하고 충족시키는 것을 목표로 하며, 인간 중심 의료시스템은 개인, 가족 및 지역사회를 의료시스템의 수혜자인 동시에 참여자로 간주한다”고 정의하였다(WHO, 2015, pp. 10-11). 이러한 접근 방식은 사람들이 자신의 건강과 돌봄에 대해 결정을 내리고 참여할 수 있도록 교육과 지원을 제공하는 것을 강조한다(WHO, 2016, p. 2).

인간 중심 의료의 주요한 차별된 특징은 환자 중심 의료와 사람 중심 의료가 의료서비스의 제공 대상인 개인에게 초점을 맞추는 반면, 인간 중심 의료는 지역사회가 지역 안에 있는 사람들의 건강, 그리고 관련 보건의료 정책 및 보건의료서비스의 제공에서 중요한 역할을 하도록 해야 한다는 것이다(WHO, 2016, p. 2). 인간 중심 의료는 사람 중심 의료의 규모와 범위를 보건의료시스템과 국가 및 인구 수준으로 확장하여, 개인, 가족, 의료 공급자, 지역사회 및 정부가 의사결정에 의미 있게 참여하여 의료서비스가 ‘적시에, 적절한 장소에서, 적절한 방식으로’ 제공되도록 보장하는 범정부적 접근 방식을 필요로 한다(Duong et al., 2024, p. e1089).

5. 의료 소비주의와 소비자 주도 의료

‘환자 중심 의료(patient-centered care)’, ‘사람 중심 의료(person-centered care)’, ‘인간 중심 의료(people-centered care)’와 더불어 보건의료 분야의 ‘개인 중심성’과 관련한 주요한 개념으로 ‘의료 소비주의(healthcare consumerism, medical consumerism)’와 ‘소비자 주

도 의료(consumer-driven care)'를 들 수 있다. 의료 소비주의'는 전통적인 질병 중심(disease-oriented, disease-centered) 및 부권주의적(paternalistic) 의료 접근 방식의 한계를 인식하고 이를 개선하려는 데서 시작되었다는 점에서 환자 중심주의 및 사람 중심주의와 공통점을 가지고 있다(Park et al., 2024, p. 1). 이와 더불어 환자와 개인의 역량강화(empowerment)와 의사결정 과정에서 환자와 개인의 역할을 강조한다는 면에서도 의료 소비주의는 환자 중심주의 및 사람 중심주의와 유사한 측면이 존재한다(Latimer et al., 2017, pp. 425-426; Mathews et al., 2020, p. 1412). 이러한 이유들 때문에 '의료 소비주의'와 '소비자 주도 의료'는 때때로 '환자 중심 의료', '사람 중심 의료'와 유사한 개념으로 간주되어 사용되기도 한다(Gusmano et al., 2019, p. 368; O'Dwyer, 2013, p. 233).

하지만 앞에서 살펴보았듯이 '환자 중심 의료'와 '사람 중심 의료'는 환자와 개인의 삶 전체에 걸친 번영과 행복을 철학적 기반으로 하고 있는데 반해, 의료 소비주의는 자유주의(libertarinism)와 개인의 자율(autonomy)을 근간으로 삼고 있다는 점에서 근본적으로 차이가 있다고 할 수 있다(Latimer et al., 2017, pp. 425-426; Moreno, 2007, p. 415; O'Dwyer, 2013, p. 234).

의료 소비주의는 미국에서 처음 등장한 후 영국을 비롯한 여러 나라로 확산되었는데, 의료서비스를 이용하는 과정에서 발생할 수 있는 위험에서 환자와 개인을 보호하고 더 나아가 의료 소비자로서의 환자의 권리를 보호하고 증진하는 것으로부터 출발하였다(Iliffe & Manthorpe, 2020, p. 339; Latimer et al., 2017, p. 426; Lee, 2015, p. 142). 의료소비자로서의 환자와 개인의 권리 보호 및 증진과 함께 의료 소비주의의 또 다른 주요 축을 이루는 것은 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식이

다. 시장주의적 접근 방식의 기본적인 가정은 환자와 개인의 참여가 정보 비대칭성을 비롯한 의료 시장의 내재적 실패를 바로잡고 궁극적으로 비용 절감, 공공 서비스의 효율성 및 성과 향상으로 이어질 것이라는 것이다. 의료 소비주의와 소비자 주도 의료는 환자와 개인에게 의료서비스 시장의 적극적이고 주도적인 쇼핑객으로서의 역할을 부여하여 정보에 입각한 현명한 선택과 자신의 건강 관리에 대한 적극적인 참여를 강조한다.

의료 소비주의와 소비자 중심 의료에서 강조하는 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식은 환자와 개인이 합리적인 선택을 하여 의료서비스 및 의료시스템의 효율성 증대와 비용 감소라는 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대하지만, 실제로 이러한 접근 방식은 정보 열위와 불확실성 하에 놓여 있는 환자와 개인에게 합리적인 선택과 그에 따른 비용 절감을 항상 담보하지 않는 것을 주지할 필요가 있다(Gusmano et al., 2019, pp. 370-372). 시장주의적 접근 방식을 기반으로 한 소비자 주도 의료의 대표적 적용 사례로는 건강보험의 본인부담금(cost-sharing) 강화를 통한 의료서비스 이용의 효율화 및 최적화를 들 수 있다. 하지만, 건강보험 가입과 본인부담금의 효과를 살펴본 대표적인 무작위 실험연구(Randomized Controlled Trial, RCT)인 'Rand 건강보험 실험(Rand Health Insurance Experiment)'의 주요 결과를 통해서도 확인할 수 있듯이 건강보험의 본인부담금은 '불필요하고 부적절한 의료 이용'을 감소시키는 긍정적인 효과와 '필요하고 적절한 의료 이용'을 감소시키는 부작용이 동시에 발생한다는 점을 놓치지 말아야 할 것이다(Brook et al., 2006; Newhouse, 2004, p. 108).

제2절 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항

1. 다중체계(미시-중간-거시)에 대한 고려

제1절에서 살펴본 바와 같이 사람 중심 및 수요자 중심 의료는 환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 하며, 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영해야 한다는 전제하에서 환자와 개인의 역량을 강화하고 의료와 관련한 의사결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 궁극적으로 환자와 개인의 적극적인 참여를 이끌어내는 과정 및 그에 따른 결과로 볼 수 있다. 이러한 사람 중심 및 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 미시(micro, 개별 진료/의료서비스, 환자 및 의료인) 수준, 중간(meso, 의료기관 및 전문가 집단 등의 조직) 수준 및 보건의료시스템의 거시(macro, 국가 단위의 보건의료시스템 및 정책) 수준을 종합적으로 고려하여 의료 계획을 수립하고 그 계획을 실행해야 한다. 예를 들어 사람 중심 및 수요자 중심 의료의 핵심적인 개념이자 목표인 권한 부여와 참여 확대를 위해서는, 미시 수준의 의료서비스 제공 시 의사결정 과정에서 환자가 적극적으로 참여하는 것에서부터 거시 수준의 국가 단위 의료체계 및 관련 정책에 대해 국민이 적극적으로 참여하는 것에 이르기까지 미시-중간-거시 수준을 포괄한 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행이 이루어져야 한다.

2. 윤리적/성과 기반 접근 방식에 대한 균형 있는 반영

제1절에서 살펴본 것처럼 사람 및 수요자 중심 의료를 바라보는 관점은 1) 윤리적(철학적) 접근 방식과 2) 성과 기반(도구적) 접근 방식으로 나

눌 수 있다(Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp. 4-5; Mittler et al., 2013, p. 38). 윤리적 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료 그 자체를 '옳은 일(the right thing to do)'로 바라보고 달성해야 할 목표로 설정하지만 성과 기반 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료를 통해 진료 결과와 건강 상태를 향상시키는 것을 목표로 한다(Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp 4-5).

이 두 가지 접근 방식은 의료서비스 제공 과정에서 환자 및 개인의 참여와 역할 확대에 대해서도 상반된 양상을 나타낸다. 윤리적 접근 방식은 환자 및 개인의 참여와 역할 확대는 진료 결과나 건강성과 달성 여부와 관계없이 그 자체로 가치를 가진다고 보지만 성과 기반 접근 방식은 환자와 개인의 참여를 의료서비스의 효과성과 효율성 향상 및 건강성과 증대라는 목표 달성을 위한 수단으로 바라본다(Mitchell et al., 2022, pp. 4-5; Mittler et al., 2013, p. 38). 이러한 차이점은 의료서비스 단위의 미시(micro) 수준과 더불어 거시(macro) 수준에서도 나타나는데, 윤리적 접근 방식은 보건의료 정책 수립 및 결정 과정에 대중이 참여하는 것을 그 자체로 가치 있는 일이라고 여기는 반면에, 성과 기반 접근 방식은 보건의료시스템의 효율성 및 효과성 증대를 통한 국가 전체의 건강 수준 향상을 주요한 목표로 삼는다(Conklin et al., 2010, p. 3).

사람 중심 및 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행 과정에서 윤리적 접근 방식과 성과 기반 접근 방식의 장점과 한계점을 종합적으로 고려하여 균형을 유지하는 것이 필요하다.

제3절 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소

1. 수요자와 사람 중심 의료에서 수요자의 주요 역할

수요자 및 사람 중심 의료서비스와 보건의료시스템에서 의료 수요자인 개인과 환자의 주요 역할은 '의견 개진(voice)', '선택(choice)', '공동 생산(co-production)'의 3가지로 정의할 수 있다(Dent & Pahor, 2015, p. 547; Kvæl et al., 2019, p. 2).

가. 의견 개진(voice)

의견 개진(voice)은 의료서비스와 보건의료시스템의 수요자로서 개인, 지역사회 및 대중이 의료서비스 제공 과정뿐만 아니라 보건의료 정책을 수립하고 실행하는 의사결정 과정에서 적극적으로 목소리를 내고 관여하는 것을 의미한다(Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 17; Kvæl et al., 2019, p. 2).

의료서비스 제공 과정에서 수요자 및 사람 중심 의료의 주요 목표인 '개인을 존엄성을 가진 인격체로 존중하고 그들의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영'하는 것을 이뤄내기 위해서는 의료서비스 수요자인 환자와 개인이 그들의 목소리를 적극적 개진할 수 있는 여건 마련이 꼭 필요하다(OECD, 2021, p. 17). 이러한 여건을 마련하기 위해서는 의사와 간호사를 포함한 개별 의료 공급자의 노력뿐만 아니라 의료전문가 집단과 의료기관 및 전체 보건의료시스템(거시 수준)의 환경이 조성되어야 한다. 다시 말해 의사와 간호사가 환자의 의견을 청취하여 적극적으로 반영할 수 있도록 의료전문가 집단, 의료기관 및 전체 보건의료시스템 단

위에서 메커니즘 마련과 거버넌스 구축이 필요하다.

또한, 국가와 지역사회 단위의 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서도 국민과 지역사회의 필요와 요구를 적극적으로 청취·수렴하고, 주요 의사결정 과정 및 기구에 국민을 대표하는 시민단체나 소비자단체 등의 참여와 역할을 확대하는 것이 필요하다. 다만 이러한 정책 결정을 뒷받침하기 위한 공론화 과정이나 의사결정기구에 국민 대표자의 참여를 강화시키는 것이 형식적인 절차로 그치지 않고 실질적으로 이루어지도록 해야 한다.

나. 선택(choice)

선택(choice)은 환자와 개인이 의료시스템 내에서 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스 등을 선택할 수 있도록 하는 것을 의미한다(OECD, 2021, p. 11). 환자와 개인에게 선택권을 보장하고 다양한 선택지를 제공하는 것은 환자와 개인의 기본적인 권리를 보장한다는 측면과 함께 의료서비스 시장에서 주도적이고 적극적인 소비자로서의 역할을 부여하여 합리적인 선택을 통해 자신의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 측면이 존재한다(Iliffe & Manthorpe, 2020; Latimer et al., 2017; OECD, 2021, p. 19). 의료서비스의 수요자가 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스를 선택하기 위해서는 정보에 근거한 의사결정을 할 수 있도록 관련 정보를 충분히 제공하여 환자가 자신의 개인적 선호와 생활 환경에 맞는 결정을 내릴 수 있도록 지원해야 한다(Kvæl et al., 2019, p. 2).

다. 공동 생산(co-production): 의료서비스 및 자신의 건강에 대한 적극적인 참여와 공급자로서의 역할 수행

공동 생산(co-production)은 환자나 개인이 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 수동적인 수요자로 머무는 것이 아니라, 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하는 '공동 생산자'의 역할을 수행하는 것을 의미한다(Batalden et al., 2016, p. 511; Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 11). 의료서비스 및 건강관리에 있어 공동 생산을 달성하기 위한 두 가지 핵심 요소는 '공동 의사결정(shared decision making)'과 '건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)'이다(Batalden et al., 2016, pp. 510-514; Dent & Pahor, 2015, p. 551; Elwyn et al., 2020, pp. 711-713).

1) 공동 의사결정(shared decision making)

공동 의사결정(shared decision making)은 의료서비스 제공 과정에서 환자와 의료전문가가 함께 서로의 지식과 경험, 임상 사례 등의 실증적 증거, 가치관과 우선순위를 고려하여 적절한 치료 방법을 공동으로 결정하는 것을 의미한다(Coulter, 2017, p. 117; Hedberg et al., 2022, p. 131). 다시 말해 공동 의사결정 과정은 환자의 건강 상태와 가족력 등의 정보, 개인적 경험 및 가치에 기반한 의견과 의료 공급자의 전문가로서의 의학적 지식과 경험에 기반한 의견을 공유하고 함께 결정을 함께 내리는 일련의 과정으로 볼 수 있다(Elwyn et al., 2012, p. 1362; The Health Foundation, 2016, p. 26). 이러한 '공동 의사결정'을 달성하기 위해서는 의료서비스 제공 과정에서 환자와 개인의 선택권 및 자율성을

보장하고 강화하는 노력이 필요하다(Elwyn et al., 2012, p. 1362).

Elwyn et al.(2012)은 효과적인 '공동 의사결정'을 위해서는 의료서비스 제공 과정에서 환자와 의료 공급자 사이에 3가지 단계의 대화와 소통이 이루어져야 한다고 하였다. 첫 번째 단계에서는 환자에게 합리적인 선택지가 존재한다는 것을 확실히 알 수 있도록 하는 것이고(choice talk), 두 번째 단계에서는 환자가 선택할 수 있는 옵션(선택지)에 대해 보다 자세한 정보를 제공하는 것이며(option talk), 마지막 단계에서는 환자가 자신의 가치관과 선호도를 기반으로 자신에게 가장 적합한 최선의 결정을 내리는 것을 지원하는 것이다(decision talk)(Elwyn et al., 2012, p. 1363).

미국 보건부 산하 AHRQ(Agency for Healthcare Research and Quality)는 '공동 의사결정'을 위한 5단계를 다음과 같이 제시하였다(Agency for Healthcare Research and Quality, n.d.).

① 환자의 참여 유도
② 환자가 의료서비스 옵션(선택지)을 탐색하고 비교하도록 도움
③ 환자의 가치관, 선호도 및 상황 평가
④ 환자와 공동으로 의사결정
⑤ 환자의 의사결정을 평가

〈표 2-3〉 AHRQ의 공동 의사결정을 위한 5단계

단계	주요 실행 전략
① 환자의 참여 유도	환자에게 스스로 선택할 수 있는 부분이 있음을 이해하기 쉽게 알려 주고, 가능하면 결정에 참여할 수 있도록 유도함. · 함께 의사결정이 필요한 내용을 간단히 정리하여 준비함 · 여러 가지 치료 방법에 대한 정보를 제공함 · 의사결정 시 함께 참여할 수 있도록 적극적으로 권유함 · 가족이나 간병인을 논의에 참여시킴 · 환자의 참여가 중요하다는 점을 상기시킴
② 환자가 의료서비스 옵션(선택지)을 탐색하고 비교하도록 도움	환자와 함께 가능한 옵션(선택지)에 대해 증거 기반의 의사결정 방법을 사용하여 장점과 단점에 대해 논의함. · 환자의 관련 지식 정도를 파악하여 각 옵션(선택지)에 대해 쉬운 언어로 설명함 · 각 옵션(선택지)의 위험과 이점, 한계점, 그 외 관련된 정보들을 명확하게 전달함 · 관련된 숫자의 전달은 간단한 시각적 보조 자료(그래프, 차트, 그림 등)를 사용하여 환자의 이해를 도움 · 가능하면 각 옵션(선택지)별로 근거에 기반한 의사결정 보조 자료를 요약하여 제공함 · 논의 과정에서 환자의 이해 여부를 확인함
③ 환자의 가치관, 선호도 및 상황 평가	환자가 중요하게 생각하는 가치와 치료의 목표를 파악하고, 그 외 치료에 영향을 미칠 수 있는 주변 상황들을 고려함 · 환자가 중요하게 생각하는 것에 대해 편하게 말할 수 있도록 함 · 다양한 이야기를 할 수 있도록 개방형 질문 방법을 이용함 · 환자의 이야기에 관심을 가지고 공감하며, 적극적으로 경청함 · 환자에게 중요한 가치와 선호도를 인정함 · 환자가 중요하게 생각하는 부분에 대해 동의함
④ 환자와 공동으로 의사결정	앞의 단계를 통해 환자가 자신에게 가장 중요한 것들을 고려하여 결정할 준비가 되면, 가장 좋은 옵션(선택지)를 함께 결정한 후 필요한 후속 조치를 진행함 · 환자가 결정을 내릴 준비를 할 수 있도록 도움 · 의사결정을 위해 추가적인 교육자료, 보조도구 등이 필요한지 확인하고 제공함 · 여러 가지 옵션(선택지)에 대해 좀 더 고려해 볼 사항이 있거나, 도움을 줄 만한 다른 사람들과의 추가적인 논의가 필요한지 확인함 · 환자에게 결정 여부를 확인함 · 결정 이후 절차의 진행을 위해 필요한 일정을 확인하고 진행함

단계	주요 실행 전략
⑤ 환자의 의사결정을 평가	결정 이후에도 환자의 결정이 건강결과에 긍정적인 영향을 미칠 수 있도록 지속적으로 관찰하고, 재검토가 필요할 경우 관련 절차를 진행함 · 공동 의사결정에 따라 치료가 진행되고 있는지 주기적으로 관찰함 · 결정이 실행되는 데 있어 장애가 되는 요소들을 확인하고 관리할 수 있도록 도움 · 환자와 함께 이전의 의사결정을 재검토하여 추가적인 의사결정이 필요한지 여부를 확인함

출처: "The SHARE Approach Steps of Shared Decision Making: Quick Reference Guide", Agency for Healthcare Research and Quality, n.d., https://medschool.cuanschutz.edu/docs/librariesprovider294/default-document-library/share1_final.pdf?sfvrsn=9f557bba_0에서 2024.11.12. 인출.

2) 건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)

건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)는 신체적, 정신적 건강 상태 및 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해 자신의 건강을 능동적인 태도로 책임감 있게 관리하는 행동과 역량을 의미한다(Gauthier-Beaupré et al., 2023, pp. 1-2; Panagioti et al., 2014, p. 2; Pulvirenti et al., 2014, pp. 305-306; Van de Velde et al. 2019, p. 10).

자신에 대한 건강관리는 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 앓고 있는 환자들에게 특히 중요하게 요구된다(Sarrami-Foroushani et al., 2014, p. 5; Pulvirenti et al., 2014, pp. 304-305). 만성질환 같은 지속적인 관리가 필요한 질병의 경우 의사나 간호사 등의 의료인에게 받는 치료의 횟수와 시간은 매우 제한적이기 때문에 효과적인 관리와 건강 상태의 향상을 위해서는 주기적인 의료서비스와 함께 일상생활에서의 꾸준한 자기관리가 필수적이다. 일상생활에서 자기관리가 효과적으로 이루어지기 위해 만성질환자는 치료에 적극적으로 참여하여 자신의 질병에 대해 이해하고

받아들일 수 있어야 하며, 담당 의사 및 간호사 등의 의료 공급자는 임상 지식을 기반으로 환자에게 필요한 지침을 전달하고 이를 만성질환자가 일상생활에서 잘 실천할 수 있도록 도와야 한다. 이와 더불어 만성질환자의 가족, 돌봄자 및 지역사회를 포함한 사회적 네트워크를 활용하여 적극적으로 자신을 관리할 수 있는 역량도 필요하다(Van de Velde et al. 2019, p. 10).

2. 정보 제공 및 공유

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자 등이 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 정보의 제공과 공유는 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요건인 '의료서비스와 보건의료시스템의 수요자인 개인, 지역사회 및 대중의 의견 수렴과 반영(의견 개진, voice)', '의료 공급자 및 의료서비스에 대한 선택권 보장과 다양한 선택지 제공(선택, choice)', '환자나 개인이 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 의료 공급자와 협력하여 적극적으로 참여(공동 생산, co-production)'하는 것을 달성하기 위해 필수적인 요소이다.

수요자와 사람 중심 의료의 기본 전제인 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호, 관점, 견해 및 경험을 진료 및 치료 과정에 반영하기 위해서는 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하고 정보화하여 주요 이해당사자들이 이를 활용하게 하는 것이 필요하다. 의료서비스 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과에 대한 측정은 환자경험측정(patient-reported ex-

perience measures, PREMs)과 환자보고결과측정(patient-reported outcome measures, PROMs)을 통해 이루어진다(Bull et al., 2022, pp. 1-3; Miller et al., 2015, pp. 295-296; Minvielle et al., 2023, pp. 1-2).

환자경험측정(PREMs)은 수요자인 환자의 의료서비스에 대한 경험을 측정하는 것인데, 의료서비스 이용 과정에서 환자의 경험은 크게 관계적 측면(relational aspect)의 경험과 기능적 측면(functional aspect)의 경험으로 나눌 수 있다(Bull et al., 2022, pp. 2-3; Miller et al., 2015, p. 296). 관계적 측면의 경험은 정서적 및 심리적 지원 제공, 존중과 존엄성을 갖춘 대우, 치료 과정 및 치료에 대한 의사결정에 참여, 가족 및 간병인 참여 지원, 명확하고 포괄적인 정보 제공, 투명하고 정직한 의사소통 등을 포함한다(Doyle et al., 2013, Bull et al., 2022, p. 3 재인용). 기능적 측면의 경험은 효과적이고 시기적절한 치료, 통증 관리 등 증상에 대한 적절한 관리, 깨끗하고 안전하고 편안한 치료 환경, 치료의 조정 및 지속성 등을 포함한다(Doyle et al., 2013, Bull et al., 2022, p. 3 재인용).

환자보고결과측정(PROMs)은 환자의 관점하에서 질병에 따른 증상 및 부작용, 신체적, 정신적 및 사회적 측면의 건강 상태, 건강 관련 삶의 질을 측정하는 것이다(Bull et al., 2022, pp. 1-2; Miller et al., 2015, p. 295; Minvielle et al., 2023, p. 1). 환자보고결과측정(PROMs)은 새로운 치료법, 의료서비스, 또는 보건의료 정책에 대한 도입 후 효과에 대한 평가도구로 활용되고 있으며, 개인과 인구 집단의 건강 상태를 지속적으로 모니터링하는 데에도 활용되고 있다(Bull et al., 2022, p. 2).

수요자와 사람 중심 의료서비스와 이와 관련된 정책의 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자는 정보에 근거한 적정한 의사결정을 할 수 있도록 관련 정보를 충분히 제공받아야 하는 정보

수혜자로서의 권리, 그리고 다른 이해당사자에게 필요한 정보를 제공 및 공유해야 하는 정보 제공자로서의 책무를 동시에 가진다. 예를 들어, 의료서비스 수요자인 환자와 개인은 의료서비스 및 의료 공급자에 대한 탐색 및 선택, 의료서비스 이용 과정에서의 의사결정, 그리고 일상생활에서의 자신의 건강관리와 생활습관에 대한 결정 및 실천 과정에 필요한 정보를 적시에 제공받아야 한다(Kvæl et al., 2019, p. 2; OECD, 2021, p. 11, 22). 이와 동시에 환자와 개인은 의료서비스 이용 과정에서 의료 공급자인 의사, 간호사 등의 의료진에게 자신의 증상, 가족력 등의 충분한 정보를 제공하여 의료 공급자가 정보에 근거한 의사결정을 할 수 있도록 해야 한다. 이러한 양방향(interactive) 정보 제공과 공유는 수요자와 사람 중심 의료의 목표인 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영하고 이를 통해 의료서비스의 질을 높이고 건강결과를 향상시키는 필수적인 요건이라 할 수 있다.

양방향 정보 제공과 공유는 적시성과 신뢰성이 담보되어야 하는데 이를 가능하게 하는 것으로 보건의료 마이데이터를 들 수 있다. 보건의료 마이데이터는 "의료기관이나 공공기관 등에 흩어져 있는 개인의 건강 및 의료정보를 한 번에 조회하고, 원하는 의료서비스를 받기 위해 자신의 정보를 제공하거나 활용할 수 있게 하는 것"이다. 우리나라를 포함한 주요국에서 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료 데이터(Personal Health Records, PHR)를 조회 및 관리하고 표준화된 형태로 전달 및 활용하기 위한 중계시스템을 구축하고 이를 활용하여 보건의료 마이데이터 서비스를 제공하고 있다(박나영 외, 2023, p. 24).

정보의 제공과 공유는 미시 수준의 의료서비스 선택 및 이용 과정뿐 아니라 거시 수준의 국가와 지역사회 단위의 보건의료시스템과 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서도 이루어져야 한다. 보건의료시스템과 보

건의료 정책의 수요자인 개인, 지역사회 및 대중은 보건의료시스템과 관련 정책에 관한 정보를 적시에 제공받아야 하며, 보건의료시스템의 개선과 이를 위한 정책의 수립과 실행 과정에서 개인, 지역사회 및 대중의 의견을 수렴하고 반영하기 위해서는 수요자의 필요, 욕구, 선호, 견해, 관점 및 경험에 대한 정보를 수집하여 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자들이 필요한 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 해야 한다.

최근에는 디지털 정보기술의 발달로 인해 인터넷과 소셜미디어를 통해 건강 관련 정보에 대한 접근성이 높아지고 있으며 환자가 개인이 능동적이고 주도적으로 자신에게 필요한 다양한 정보를 탐색하고 습득한 정보를 활용할 수 있게 되었다. 하지만 인터넷과 소셜미디어를 통해 얻어진 건강 관련 정보는 잘못된 정보(Misinformation)와 허위 정보(Disinformation)가 포함되어 있다. 이러한 '건강 위해 정보'로부터 오는 피해를 방지하기 위해서는 수요자인 개인과 환자 수준의 노력뿐 아니라 국가 차원에서 위해한 정보를 걸러내고 신뢰성이 담보된 정보들이 제공되고 공유될 수 있도록 가이드라인을 마련하고 신뢰할 수 있는 건강정보를 제공하는 공식적인 '건강정보포털'이 운영될 필요가 있다(오영삼, 조영은, 2019; 한국건강증진개발원, 2024.08.30.). 이에, 미국, 영국, 호주 등의 주요국에서는 국가기관이 공식적인 '건강정보포털'을 운영하여 신뢰할 수 있는 건강정보를 제공하고 있다(OECD, 2023, pp. 14-15; 한국건강증진개발원, 2024.08.30.).

신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 의료전문가 집단의 자발적인 노력도 필요하다. 2012년 미국내과의사협회(American Board of Internal Medicine Foundation, ABIMF)가 의사와 환자 사이의 대화를 촉진시켜 환자에게 불필요한 검사와 치료를 행하는 것을 배

제함으로써, 의료 자원의 낭비를 억제하고, 의료서비스의 질을 향상시키자는 목포로 시작한 '현명한 선택 캠페인(Choosing Wisely Campaign)'은 의료전문가 집단의 자발적인 노력의 좋은 예라고 하겠다(American Board of Internal Medicine Foundation, n.d.).

제3장

수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크

제1절 OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크
제2절 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략

제3장 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크

이 장에서는 보건의료 관련 주요 국제 기구인 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)와 국제보건기구(World Health Organization, WHO)의 공식 보고서에 제시된 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크와 주요 전략을 살펴보았다.

제1절 OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크

OECD는 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크(OECD Framework for People-centred Health System)을 제시하였다(OECD, 2021). OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크는 ① 의견 개진(voice), ② 선택(choice), ③ 공동 생산(co-production) ④ 연계(integration), ⑤ 존중(respectfulness)의 5가지 핵심 요소와 관련 세부 영역 및 정책 지표로 구성되어 있다(OECD, 2021, pp. 13-14).

〈표 3-1〉 OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크

핵심 요소	세부 영역	정책 지표
1. 의견 개진 (Voice)	· 정책 결정 기구에 참여(Participation in decision-making bodies)	· 보건의료 정책 결정 기구나 절차에 공식적으로 참여하는지 여부(Patients having a formal participation role in health policy)
2. 선택 (Choice)	· 의료공급자를 선택할 수 있는 권리 (Choice of health care providers)	· 일차진료, 전문의 진료, 병원 진료에 대한 선택 여부(Patients being able to choose providers in: primary, specialist, or hospital care)
	· 의료서비스에 대한 접근성(Access to health care)	· 경제적 미충족 의료(Population foregoing care because of affordability)
3. 공동 생산 (Co-production)	· 이해 가능한 정보 제공(Patients given accessible information)	· 의사로부터 이해 가능한 설명을 들은 환자의 비율(Share of patients receiving easy-to understand explanations by a doctor)
	· 진료 과정에서의 공동 의사결정 (Patients are consulted about their care)	· 진료 과정에서 의사결정에 참여한 환자의 비율(Share of patients being involved in decisions about their care)
	· 디지털헬스 도구 활용(Use of digital tools for patient engagement)	· 환자 포털, 애플리케이션 등의 디지털헬스 도구 활용 비율(Share of individuals using patient portals and apps)
	· 자신의 치료에 관여(People are engaged in their care)	· 최근 3개월 동안 인터넷에서 건강 정보를 찾아본 비율(Share of individuals using the internet for seeking health information in the previous 3 months)
4. 연계 (Integration)	· 진료 연계를 위한 디지털 기술 활용(Use of digital technology for integration of care)	· 컴퓨터로 처방, 의뢰, 지시를 내리는 일차의료 의사의 비율(Computers used by primary care physicians in prescriptions, referrals, and orders)
	· 전자의무기록 활용(Use of electronic clinical records)	· 전자의무기록을 활용하는 일차의료 의사의 비율(Share of primary care physician offices using Electronic Clinical Records)

핵심 요소	세부 영역	정책 지표
	· 진료 연계에 대한 경험(Experience on integration and coordinated care)	· 문제없는 진료 연계를 경험한 환자의 비율(Share of patients not experiencing a problem with care coordination)
5. 존중 (Respectfulness)	· 환자에 대한 충분한 관심 및 시간 할애(High personal attention: People receive high personal attention during care)	· 충분한 진료 시간을 제공받은 환자의 비율(Share of patients who spent enough time with their regular doctor or any doctor during the consultation)
	· 의료서비스의 공정성(Fair treatment: People feel treatment is fair)	· 지역 내 의료서비스가 공정하게 제공된다고 생각하는 비율(Share of people agreeing that people are treated equally in their area)
	· 의료인의 환자에 대한 존중(Respectful treatment; People are treated with respect by health care professionals)	· 입원 시 의사와 간호사에게 존중받았다고 느끼는 환자의 비율(Share of patients treated with respect by both doctors and nurses during a hospital stay)

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, pp. 13-14의 Table 1.1과 Table 1.2를 저자가 재구성

1. 의견 개진

'의견 개진(voice)'은 보건의료시스템의 수요자인 개인, 지역사회 및 대중이 미시 수준의 의료서비스 제공 과정에서부터 거시 수준의 보건의료 정책의 수립과 실행에 이르기까지 적극적으로 목소리를 내고 관여할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다(Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 17; Kvæl et al., 2019, p. 2). 이러한 목표의 달성을 위해서는 거시 수준의 보건의료시스템 및 보건의료 정책 의사결정 과정에서 환자, 개인, 일반 국민의 참여와 역할을 제도화하는 것이 필수적이다(OECD, 2021, p. 17). 이를 파악하기 위한 정책 지표로 보건의료 정

책의 5가지의 주요 영역인 ① 의약품 허가(licensing of pharmaceuticals), ② 의료보장 및 지불보상(coverage or reimbursement), ③ 의료 기술 평가(health technology assessment), ④ 보건의료서비스 계획 수립 관련 의사결정(decisions related to service planning), ⑤ 공중 보건의 목표(definition of public health objectives)에 관한 의사결정 과정에서 환자, 개인, 일반 국민 참여의 제도화 여부가 제시되었다(〈표 3-2〉).

〈표 3-2〉 OECD 프레임워크의 '의견 개진(voice)'에 대한 평가를 위한 정책 지표

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 정책 결정 기구에 참여 (Participation in decision-making bodies)	· 보건의료 정책 결정 기구나 절차에 공식적으로 참여하는지 여부(Patients having a formal participation role in health policy) (1) 의약품 허가(licensing of pharmaceuticals) (2) 의료보장 및 지불보상(coverage or reimbursement) (3) 의료 기술 평가(health technology assessment) (4) 보건의료서비스 계획 수립 관련 의사결정(decisions related to service planning) (5) 공중 보건의 목표(definition of public health objectives) · (자료원) OECD Health Systems Characteristics Survey

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, p. 17의 Box 1.1를 저자가 재구성

2. 선택(choice)

의료서비스의 수요자인 환자와 개인은 의료시스템 내에서 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스 등을 선택할 수 있는 선택권과 다양한 선택지를 보장받아야 한다(Iliffe & Manthorpe, 2020; Latimer et al., 2017; OECD, 2021, p. 11, 19). 이를 평가하기 위한 정책 지표로 '일차진료, 전문의 진료, 병원 진료'에 대한 의료 공급자를 선택할 수

있는지 여부와 함께, 의료서비스에 대한 접근성을 파악하기 위한 대표적인 측정 도구인 경제적 미충족 의료가 제시되었다(〈표 3-3〉).

〈표 3-3〉 OECD 프레임워크의 '선택(choice)'에 대한 평가를 위한 정책 지표

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 의료 공급자를 선택할 수 있는 권리(Choice of health care providers)	· 환자가 (1) 일차진료 (2) 전문의 진료 (3) 병원 진료에 대한 의료 공급자를 선택할 수 있는지 여부 · (자료원) OECD Health Systems Characteristics Survey
· 의료서비스에 대한 접근성(Access to health care)	· 경제적 미충족 의료(Population foregoing care because of affordability) (1) 의과(medical needs) (2) 치과(dental needs) (3) 정신과(mental health service needs) (4) 처방 의약품(prescription drug needs) · (자료원) OECD Health at a Glance

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, p. 20의 Box 1.2를 저자가 재구성

3. 공동 생산(co-production)

공동 생산(co-production)은 환자나 개인이 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하게 하는 것을 목표로 한다(Batalden et al., 2016, p. 511; Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 11, 22). 목표를 달성하기 위해 의사와 간호사 등의 의료 공급자는 충분한 정보 및 적절한 진료를 제공하여야 하고, 환자와 개인은 자신이 받고 있는 치료 및 건강에 관한 의사결정을 내리기 위해 '필요한 정보를 얻고, 이해하고, 활용할 수 있는 능력'인 헬스 리터러시(health literacy)를 가지고 있어야 한다(Nutbeam, 1998; 이주열, 2019, p. 24 재인용; OECD,

2021, p. 11, 22). 이를 파악하기 위해 다음의 4가지 정책 지표가 제시되었다(OECD, 2021, pp. 23-24).

① 의사로부터 이해 가능한 설명을 들은 환자의 비율(Share of patients receiving easy-to understand explanations by a doctor)
② 진료 과정에서 의사결정에 참여한 환자의 비율(Share of patients being involved in decisions about their care)
③ 환자 포털, 애플리케이션 등의 디지털헬스 도구 활용 비율(Share of individuals using patient portals and apps)
④ 최근 3개월 동안 인터넷에서 건강정보를 찾아본 비율(Share of individuals using the internet for seeking health information in the previous 3 months)

〈표 3-4〉 OECD 프레임워크의 '공동 생산(co-production)'에 대한 평가를 위한 정책 지표

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 이해 가능한 정보 제공(Patients given accessible information)	· 의사로부터 이해 가능한 설명을 들은 환자의 비율(Share of patients receiving easy-to understand explanations by a doctor) · (자료원) OECD Health Statistics, Commonwealth Fund International Health Policy Survey
· 진료 과정에서의 공동 의사결정(Patients are consulted about their care)	· 진료 과정에서 의사결정에 참여한 환자의 비율(Share of patients being involved in decisions about their care) · (자료원) OECD Health Statistics, Commonwealth Fund International Health Policy Survey

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 디지털헬스 도구 활용(Use of digital tools for patient engagement)	· 환자 포털, 애플리케이션 등의 디지털헬스 도구 활용 비율(Share of individuals using patient portals and apps) · (자료원) OECD Health Statistics, Commonwealth Fund International Health Policy Survey
· 자신의 치료에 관여(People are engaged in their care)	· 최근 3개월 동안 인터넷에서 건강정보를 찾아본 비율(Share of individuals using the internet for seeking health information in the previous 3 months) · (자료원) OECD Information and Communication Technology Statistics,

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, pp. 23-24의 Box 1.3를 저자가 재구성

4. 연계(integration)

인간 중심 보건의료시스템을 달성하기 위해서는 의료서비스의 연계가 필요하다. 특히 만성질환을 앓고 있는 환자들에게는 의료서비스의 연계와 통합이 건강결과와 삶의 질을 향상시키고, 자기관리 능력 향상에도 도움이 되는 것으로 확인된다(Coulter et al., 2015, OECD, 2021, p. 25 재인용). 보건의료시스템이 통합적인 의료서비스 연계를 제공할 수 있는 능력을 갖추고 있는지를 평가하기 위해는 일차의료의 강화와 전자의무기록 등의 디지털 기술의 활용이 필요하며, 이를 평가하기 위해 다음의 3가지 정책 지표가 제시되었다(OECD, 2021, pp. 25-26).

① 컴퓨터로 처방, 의뢰, 지시(order)를 내리는 일차의료 의사의 비율(Computers used by primary care physicians in prescriptions, referrals, and orders)

② 전자의무기록을 활용하는 일차의료 의사의 비율(Share of primary care physician offices using Electronic Clinical Records)
③ 문제없는 진료 연계를 경험한 환자의 비율(Share of patients not experiencing a problem with care coordination)

〈표 3-5〉 OECD 프레임워크의 '연계(integration)'에 대한 평가를 위한 정책 지표

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 진료 연계를 위한 디지털기술 활용(Use of digital technology for integration of care)	· 컴퓨터로 처방, 의뢰, 지시를 내리는 일차의료 의사의 비율(Computers used by primary care physicians in prescriptions, referrals, and orders) · (자료원) OECD Health Systems Characteristics Survey,
· 전자의무기록 활용(Use of electronic clinical records)	· 전자의무기록을 활용하는 일차의료 의사의 비율(Share of primary care physician offices using Electronic Clinical Records) · (자료원) OECD HCQI Survey of Electronic Health Record System Development and Use,
· 진료 연계에 대한 경험(Experience on integration and co-ordinated care)	· 문제없는 진료 연계를 경험한 환자의 비율(Share of patients not experiencing a problem with care coordination) · (자료원) Commonwealth Fund International Health Policy Survey,

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, p. 26의 Box 1.4를 저자가 재구성

5. 존중(respectfulness)

보건의료시스템 및 개별 의료서비스의 수요자인 개인, 지역사회 구성원 및 모든 국민을 공정하게 대우하고 존중하는 것은 사람 중심 의료가 추구하는 핵심 가치이며 인간 중심 보건의료시스템 달성을 위한 기본적

인 전제 조건이다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016 p. 15; OECD, 2021, p. 28). 이를 평가하기 위해 다음의 3가지 정책 지표가 제시되었다(OECD, 2021, p. 28).

① 충분한 진료 시간을 제공받은 환자의 비율(Share of patients who spent enough time with their regular doctor or any doctor during the consultation)
② 지역 내 의료서비스가 공정하게 제공된다고 생각하는 비율(Share of people agreeing that people are treated equally in their area)
③ 입원 시 의사와 간호사에게 존중받았다고 느끼는 환자의 비율(Share of patients treated with respect by both doctors and nurses during a hospital stay)

〈표 3-6〉 OECD 프레임워크의 '존중(respectfulness)'에 대한 평가를 위한 정책 지표

세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 환자에 대한 충분한 관심 및 시간 할애(High personal attention: People receive high personal attention during care)	· 충분한 진료 시간을 제공받은 환자의 비율(Share of patients who spent enough time with their regular doctor or any doctor during the consultation) · (자료원) Commonwealth Fund International Health Policy Survey, OECD Health Statistics,
· 의료서비스의 공정성(Fair treatment: People feel treatment is fair)	· 지역 내 의료서비스가 공정하게 제공된다고 생각하는 비율(Share of people agreeing that people are treated equally in their area) · (자료원) European Quality of Life Survey

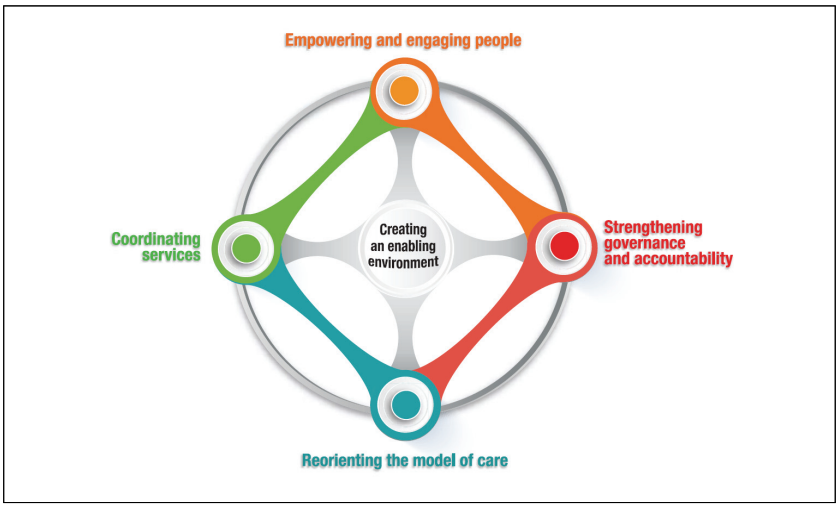
세부 영역	정책 지표 및 자료원
· 의료인의 환자에 대한 존중(Respectful treatment: People are treated with respect by health care professionals)	· 입원 중 의사와 간호사에게 존중받았다고 느끼는 환자의 비율(Share of patients treated with respect by both doctors and nurses during a hospital stay) · (자료원) Commonwealth Fund International Health Policy Survey

출처: "Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems", OECD, 2021, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.12.23. 인출, p. 28의 Box 1.5를 저자가 재구성

제2절 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략

WHO는 인간 중심 보건의료서비스에 대한 비전을 "모든 사람들이 생애주기에 걸친 필요와 선호를 충족하는 안전성, 효과성, 효율성 등의 질이 담보된 일련의 의료서비스를 시기적절하게 이용할 수 있는 미래"로 설정하고 이를 달성하기 위한 5가지의 주요 전략 방향과 관련 정책 수단 및 개입 수단을 제시하였다(WHO, 2015, p. 9, pp. 20-33; WHO, 2016, pp. 4-9). 5가지의 주요 전략 방향은 ① 개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대(Empowering and engaging people and communities), ② 거버넌스 및 책임성 강화(Strengthening governance and accountability), ③ 의료서비스 모형 재조정(Reorienting the model of care), ④ 의료서비스 연계(Coordinating services within and across sectors), ⑤ 지원 환경 조성(Creating an enabling environment)으로 구성되었다(WHO, 2015, p. 20; WHO, 2016, p. 4)([그림 3-1]).

〔그림 3-1〕 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략



출처: "WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report", WHO, 2015, https://iris.who.int/handle/10665/155002에서 2024.11.12. 인출, p. 20, Fig 2.

인간 중심 보건의료서비스 달성을 위해 5가지의 전략 방향은 각각 독립적이고 배타적인 것이 아니라 상호 의존적이고 보완적인 것으로 간주되어 관련 세부 전략 및 정책이 수립되고 추진되어야 한다(WHO, 2015, p. 20; WHO, 2016, p. 5). 또한 다양한 형태의 보건의료서비스 제공 방식(예: 개인 단위 및 지역사회 기반의 보건의료서비스 제공), 의료서비스 제공 기관의 조직적인 특성, 보건의료시스템 및 정책 거버넌스 등의 미시-중간-거시 수준을 종합적으로 고려하여 세부 전략이 수립되고 정책 수단이 마련되어야 한다(WHO, 2015, p. 13, 20; WHO, 2016, p. 5). 이를 고려하여 5가지의 주요 전략에 대한 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, pp. 5-9)(〈표 3-7〉).

〈표 3-7〉 WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략 및 세부 전략

주요 전략 및 세부 전략
1. 개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대(Empowering and engaging people and communities)
1-1. 개인 및 가족 구성원의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging individuals and families)
1-2. 지역사회의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging communities)
1-3. 비공식 돌봄자의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging informal carers)
1-4. 취약계층 지원(Reaching the underserved and marginalized)
2. 거버넌스 및 책임성 강화(Strengthening governance and accountability)
2-1. 참여 거버넌스 강화(Bolstering participatory governance)
2-2. 상호 책임성 강화(Enhancing mutual accountability)
3. 의료서비스 모형 재조정(Reorienting the model of care)
3-1. 생애 주기별 필요에 따른 우선순위 정립(Defining service priorities based on life course needs)
3-2. 건강 증진, 예방 및 공중 보건 강화(Revaluing promotion, prevention and public health)
3-3. 일차의료 강화(Building strong primary care-based systems)
3-4. 외래 중심 서비스로의 전환(Shifting towards more outpatient and ambulatory care)
3-5. 새로운 기술을 통한 혁신과 통합(Innovating and incorporating new technologies)
4. 의료서비스 연계(Coordinating services within and across sectors)
4-1. 진료 연계(Coordinating care for individuals)
4-2. 의료 공급자와 보건의료 프로그램 간의 연계(Coordinating health programmes and providers)
4-3. 보건의료 부문과 타 부문 간 연계(Coordinating across sectors)
5. 지원 환경 조성(Creating an enabling environment)
5-1. 변화에 대응하기 위한 리더십 및 관리 역량 강화(Strengthening leadership and management for change)
5-2. 정보 시스템 및 지식 관리 강화(Strengthening information systems and knowledge)
5-3. 의료의 질과 환자 안전 개선(Striving for quality improvement and safety)
5-4. 의료 인력 재조정(Reorienting the health workforce)

주요 전략 및 세부 전략
5-5. 법제도 개선(Aligning regulatory frameworks)
5-6. 재정지원 및 지불보상체계 개선(Improving funding and reforming payment systems)

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, pp. 5-9.

1. 개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대

'개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대'는 개인과 지역사회가 보건의료시스템의 능동적인 이용자가 되는 데 필요한 기회와 자원을 제공하는 것이며, 이를 통해 개인이 자신의 건강에 대해 효과적인 결정을 내릴 수 있도록 하고, 지역사회가 구성원의 건강 수준 향상을 위한 일련의 활동(예: 지역사회의 건강한 환경 조성)에 적극적으로 참여할 수 있도록 하는 것을 주요 목표로 한다(WHO, 2016, p. 5). 이러한 목표를 달성하기 위해 다음의 4가지 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, pp. 5-6).

① 개인 및 가족 구성원의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging individuals and families)
② 지역사회의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging communities)
③ 비공식 돌봄자의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging informal carers)
④ 취약계층 지원(Reaching the underserved and marginalized)

〈표 3-8〉 WHO의 '개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대'를 위한 세부 전략 및 정책 수단

세부 전략	정책(개입) 수단
1-1. 개인 및 가족 구성원의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging individuals and families)	· 건강교육(health education) · 충분한 설명과 동의(informed consent) · 의사결정 공유(shared clinical decision making between individual, families, carers and providers) · 건강에 대한 자기관리(self-management including personal care assessment and treatment plans) · 보건의료시스템에 대한 지식(knowledge of health system navigation)
1-2. 지역사회의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging communities)	· 지역사회 기반 보건의료서비스(community delivered care) · 시민 사회의 발전(development of civil society) · 지역 보건의료 인력(community health workers) · 지역사회 참여 강화(strengthened social participation in health)
1-3. 비공식 돌봄자의 역량과 권한 강화(Empowering and engaging informal carers)	· 비공식 돌봄자 교육훈련(training for informal carers) · 비공식 돌봄자 네트워크(informal carer networks) · 동료 지원 및 전문가 환자 그룹(peer support and expert patient groups) · 돌봄자에 대한 돌봄 제공(caring for the carers) · 일시적 위탁 돌봄 제공(respite care)
1-4. 취약계층 지원(Reaching the underserved and marginalized)	· 보건의료 영역의 목표와 건강 형평성 목표 간의 연계 및 통합(integration of health equity goals into health sector objectives) · 취약계층을 위한 이동 지원, 원격진료, 이동진료 서비스 제공(provision of outreach services for the underserved including mobile units, transport systems and telemedicine) · 취약계층을 위한 아웃리치 프로그램(outreach programmes for disadvantaged/marginalized populations) · 일차의료 기반 의료시스템 강화(expansion of primary care-based systems)

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, pp. 5-6.

2. 거버넌스 및 책임성 강화

'거버넌스 및 책임성 강화'는 정책 수립 및 집행, 성과 평가 및 환류를 포함한 보건의료시스템의 모든 수준의 의사결정 과정에서 참여적인 접근 방식을 적극적으로 도입해야 하고, 더불어 정부, 의료 공급자, 의료 수요자 간의 상호 책임성을 보장하는 보건의료시스템 확립과 사람 중심 접근 방식에 부합하는 인센티브 제공을 통해 달성될 수 있다(WHO, 2016, p. 6). 이러한 목표를 달성하기 위해 다음의 2가지 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, pp. 6-7).

① 참여 거버넌스 강화(Bolstering participatory governance)
② 상호 책임성 강화(Enhancing mutual accountability)

〈표 3-9〉 WHO의 '거버넌스 및 책임성 강화'를 위한 세부 전략 및 정책 수단

세부 전략	정책(개입) 수단
2-1. 참여 거버넌스 강화(Bolstering participatory governance)	· 정책 수립 및 평가 과정에 지역사회 참여(community participation in policy formulation and evaluation) · 의료기관 이사회의 지역사회 대표성 확보(community representation at health care facilities' boards) · 인간 중심의 통합 보건의료서비스를 지향하는 국가 보건의료 정책과 전략 및 계획 수립(national health policies, strategies and plans promoting integrated people-centred health services) · 지역 단위의 보건의료서비스 거버넌스 및 관리 강화(strengthened health services governance and management at subnational, district and local levels) · 기부 프로그램과 국가 정책, 전략 및 계획의 조화 및 조정(harmonization and alignment of donor programmes with national policies, strategies and plans) · 지역분권화(decentralization, where appropriate, to local levels) · 공공 및 민간을 아우르는 종합적인 계획 수립(comprehensive planning across the public/private sector)

세부 전략	정책(개입) 수단
	· 민간 부문에 대한 보건부처의 관리 역할 강화 (strengthened stewardship role of the health ministry in respect of non-State actors) · 임상 거버넌스(clinical governance)
2-2. 상호 책임성 강화(Enhancing mutual accountability)	· 건강권(health rights and entitlement) · 의료기관 평가 및 공개(provider report cards) · 환자 만족도 조사(patient satisfaction surveys) · 환자자기평가결과 및 균형성과표(patient reported outcomes and balanced scorecard) · 성과 기반 보상 및 계약(performance based financing and contracting) · 책임 의료기관에 환자 등록(population registration with accountable care provider(s))

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, pp. 6-7.

3. 의료서비스 모형 재조정

'의료서비스 모형 재조정'은 일차의료 및 지역 기반 보건의료서비스와 의료서비스 생산/제공 및 건강관리에 대한 공동 생산(co-production)을 우선시하는 의료서비스 및 보건의료시스템으로 전환하는 것을 의미한다(WHO, 2016, p. 7). 이를 달성하기 위해 다음의 5가지 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, pp. 7-8).

① 생애 주기별 필요에 따른 우선순위 정립(Defining service priorities based on life course needs)
② 건강 증진, 예방 및 공중 보건 강화(Revaluing promotion, prevention and public health)
③ 일차의료 강화(Building strong primary care-based systems)
④ 외래 중심 서비스로의 전환(Shifting towards more outpatient and ambulatory care)

⑤ 새로운 기술을 통한 혁신과 통합(Innovating and incorporating new technologies)

〈표 3-10〉 WHO의 '의료서비스 모형 재조정'을 위한 세부 전략 및 정책 수단

세부 전략	정책(개입) 수단
3-1. 생애 주기별 필요에 따른 우선순위 정립(Defining service priorities based on life course needs)	· 지역 단위 보건의료서비스에 대한 요구도 평가(local health needs assessment based on existing patterns of communicable and noncommunicable diseases) · 참여적이고 투명한 프로세스를 통한 전체 인구 집단을 대상으로 하는 포괄적인 보건의료서비스(comprehensive packaging of services for all population groups defined by means of a participatory and transparent process) · 전략적 구매(strategic purchasing) · 성별, 연령, 문화 등의 사회적 다양성을 반영한 보건의료서비스(gender, cultural and age-sensitive services) · 의료기술 평가(health technology assessment)
3-2. 건강 증진, 예방 및 공중 보건 강화(Revaluing promotion, prevention and public health)	· 인구 집단에 대한 건강 상태 모니터링(monitoring population health status) · 인구 집단에 대한 위험 계층화(population risk stratification) · 공중 보건 위험/위기 감시 연구 및 관리(surveillance, research and control of risks and threats to public health) · 건강 증진 및 질병 예방에 재정 및 인적 자원 배분 강화(improved financial and human resources allocated to health promotion and disease prevention) · 공중 보건 관련 규제 및 집행(public health regulation and enforcement)
3-3. 일차의료 강화(Building strong primary care -based systems)	· 지역사회 기반 일차의료서비스(primary care services with a family and community-based approach) · 다학제적 일차의료 진료팀(multidisciplinary primary care teams) · 가정 의학(family medicine) · 전문(의) 진료에 대한 게이트키핑(gatekeeping to access other specialized services) · 전체 의료비 중 일차의료에 대한 비중 확대(greater proportion of health expenditure allocated to primary care)

세부 전략	정책(개입) 수단
3-4. 외래 중심 서비스로의 전환(Shifting towards more outpatient and ambulatory care)	· 재택의료 요양원 호스피스(home care, nursing homes and hospices) · 2차/3차 병원을 급성기 환자 치료 중심으로 전환(repurposing secondary and tertiary hospitals for acute complex care only) · 외래 수술(outpatient surgery) · 낮 병동(day hospitals) · 단계적 환자 관리(progressive patient care)
3-5. 새로운 기술을 통한 혁신과 통합(Innovating and incorporating new technologies)	· 전자의무기록 공유(shared electronic medical record) · 원격의료(telemedicine) · 모바일 헬스(mHealth)

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, pp. 7-8.

4. 의료서비스 연계

개인과 환자 및 필요와 수요를 기반으로 진료 연계, 의료서비스 공급자의 연계와 통합, 보건의료 영역과 타 영역과의 연계가 이루어져야 한다(WHO, 2016, p. 8). 이를 달성하기 위해 다음의 3가지 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, p. 8).

① 진료 연계(Coordinating care for individuals)
② 의료 공급자와 보건의료 프로그램 간의 연계(Coordinating health programmes and providers
③ 보건의료과 타 영역 간 연계(Coordinating across sectors)

〈표 3-11〉 WHO의 '연계'를 위한 세부 전략 및 정책 수단

세부 전략	정책(개입) 수단
4-1. 진료 연계(Coordinating care for individuals)	· 진료 지침(care pathways) · 진료 의뢰 및 회송(referral and counter-referral systems · 사례 관리(case management) · 퇴원 후 연계 등의 전환기 치료 강화(improved care transition) · 팀 기반 환자 관리(team-based care)
4-2. 의료 공급자와 보건의료 프로그램 간의 연계(Coordinating health programmes and providers	· 지역 단위 의료서비스 제공 네트워크(regional or district-based health service delivery networks) · 통합적인 보건의료서비스(purchasing integrated services) · 국가 보건의료시스템의 수직적인 연계(integrating vertical programmes into national health systems) · 진료 연계에 대한 인센티브(incentives for care coordination)
4-3. 보건의료와 타 영역 간 연계(Coordinating across sectors)	· 모든 정책에 있어서의 건강(health in all policies) · 영역 간 파트너십(intersectoral partnerships) · 보건의료서비스와 사회복지서비스의 통합(merging of health sector with social services) · 교육 영역과의 협력을 통한 신의료기술을 반영한 전문 커리큘럼 조정(working with education sector to align professional curriculum towards new skills needed) · 한의학 및 대체의학과의 연계(integrating traditional and complementary medicine with modern health systems) · 건강 위기에 대한 대비 및 대응 조정(coordinating preparedness and response to health crises)

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, p. 8.

5. 지원 환경 조성

앞에서 제시한 4가지 전략을 달성하기 위해서는 변화를 실행할 수 있는 여건을 조성하는 것이 필요하다. 이를 위해서 다음의 6가지 세부 전략과 관련 정책 수단 및 개입 수단이 제시되었다(WHO, 2016, p. 9).

① 변화에 대응하기 위한 리더십 및 관리 역량 강화(Strengthening leadership and management for change))
② 정보 시스템 및 지식 관리 강화(Strengthening information systems and knowledge)
③ 의료의 질과 환자 안전 개선(Striving for quality improvement and safety)
④ 의료 인력 재조정(Reorienting the health workforce)
⑤ 법제도 개선(Aligning regulatory frameworks)
⑥ 재정지원 및 지불보상체계 개선(Improving funding and reforming payment systems)

〈표 3-12〉 WHO의 '지원 환경 조성'을 위한 세부 전략 및 정책 수단

세부 전략	정책(개입) 수단
5-1. 변화에 대응하기 위한 리더십 및 관리 역량 강화(Strengthening leadership and management for change)	· 변혁적 리더십, 공유 리더십(transformational and distributed leadership) · 변화 관리 전략(change management strategies)
5-2. 정보 시스템 및 지식 관리 강화(Strengthening information systems and knowledge)	· 정보 시스템 개발(development of information systems) · 시스템 연구(systems research) · 지식 관리(knowledge management)
5-3. 의료의 질과 환자 안전 개선(Striving for quality improvement and safety)	· 의료의 질 관련 인증(quality assurance) · 환자 안전 문화 조성(creating a culture of safety) · 지속적인 의료의 질 개선(continuous quality improvement)
5-4. 의료 인력 재조정(Reorienting the health workforce)	· 의료 인력 부족 및 분배 불균형 문제 해결(tackling health workforce shortages and maldistribution) · 의료 인력 교육훈련(health workforce training) · 다분야 전문가팀(multi-professional teams working across organizational boundaries) · 근무조건 및 보상체계 개선(improving working conditions and compensation mechanisms) · 의료 공급자 지원 그룹(provider support groups) · 전문가 협회 강화(strengthening professional associations)

세부 전략	정책(개입) 수단
5-5. 법제도 개선(Aligning regulatory frameworks)	· 법제도 개선(Aligning regulatory frameworks)
5-6. 재정지원 및 지불보상체계 개선(Improving funding and reforming payment systems)	· 충분한 재원 확보 및 개혁 우선순위에 따른 자원 분배(assuring sufficient health system financing and aligning resource allocation with reform priorities) · 인두세 기반 혼합 지불 모형(mixed payment models based on capitation) · 묶음 보상(bundled payments)

출처: "Framework on integrated, people-centred health services", WHO, 2016, Report by the Secretariat, https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출, p. 9.

제4장

수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사

제1절 조사 개요
제2절 주요 조사 결과

제4장 수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사

제1절 조사 개요

수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 등에 대해 알아보기 위해 의료서비스 수요자인 일반 국민을 대상으로 설문조사를 진행하였다. 조사는 지난 1년간 의료기관을 방문하여 의료서비스(외래/입원)를 받은 경험이 있는 전국의 만 19~64세 성인을 대상으로 하였으며, 조사 결과의 대표성 확보를 위해 성별·연령별·지역별로 비례할당하여 1,004명을 추출한 다음, 2024년 9월 5일부터 9월 20일까지 7일간 구조화된 설문지를 이용하여 온라인 조사를 실시하였다.

'수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'의 내용은 ① '수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해 및 선호(수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해, 의료서비스 이용 시 의사결정 방법에 대한 선호)', ② '수요자와 사람 중심 의료에 대한 경험(의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험)', ③ '건강에 대한 자기관리', ④ '수요자와 사람 중심 보건의료 정책에 대한 의견(보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취·반영)', ⑤ '건강정보 및 의료정보 탐색(건강정보 및 의료정보 탐색 빈도, 정부/공공기관 운영 건강정보 및 의료정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부)', ⑥ '조사 대상자의 인구사회경제적 특성 및 주관적 건강 상태'의 6가지 영역으로 구성하였다.

〈표 4-1〉 조사 개요

구분	주요 내용
조사 대상	· 지난 1년간 의료기관을 방문하여 의료서비스(외래/입원)를 받은 경험이 있는 전국의 19~64세 남녀 1,004명
조사 방법	· 구조화된 설문지를 이용한 온라인 조사
주요 조사 내용	· 수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해 및 선호 - 수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해 - 의료서비스 이용 시 의사결정 방법에 대한 선호 · 수요자와 사람 중심 의료에 대한 경험 - 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험 · 건강에 대한 자기관리 · 수요자와 사람 중심 보건의료 정책에 대한 의견 - 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취·반영 · 건강정보·의료정보 탐색 - 건강정보·의료정보 탐색 빈도 - 정부/공공기관 운영 건강정보·의료정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부 · 조사 대상자의 인구사회경제적 특성 및 주관적 건강 상태

제2절 주요 조사 결과

1. 응답자의 인구사회학적 특성 및 주관적 건강 상태

'수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'에 응답한 '지난 1년간 의료기관을 방문하여 의료서비스(외래/입원)를 받은 경험이 있는 전국의 만 19~64세 남녀'의 인구사회학적 특성 및 주관적 건강 상태는 다음과 같다.

최종 응답 인원은 1,004명으로, 성별은 남성 514명(51.2%), 여성 490명(48.8%)으로 구성되어 있으며, 연령대는 19~34세 274명(27.3%), 35~44세 219명(21.8%), 45~54세 275명(27.4%), 55~64세 236명(23.5%)의 고른 분포를 보였다(〈표 4-2〉, 〔그림 4-1〕).

응답자의 교육 수준은 고등학교 졸업 297명(29.6%), 대학교 졸업 이상 692명(68.9%)으로 고졸 이상의 학력을 가지고 있는 응답자가 전체의 98.5%로 대다수를 차지했으며, 월평균 가구 소득은 200~500만 원이 535명(53.3%), 500만 원 이상이 379명(37.7%)으로 나타났다. 본인이 생각하는 주관적 건강 상태에 대해서는 응답자의 79.6%인 799명이 보통 이상이라고 응답하였다(〈표 4-2〉, 〔그림 4-2〕).

〈표 4-2〉 응답자의 일반적 특성

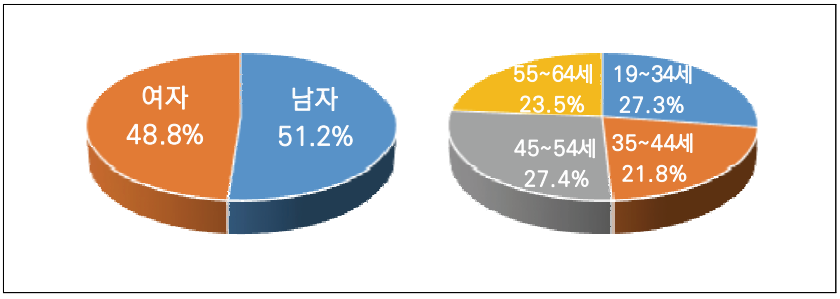
(단위: 명, 세, %)

구분		빈도	비율
전체		1004	100.0
성	남자	514	51.2
	여자	490	48.8
연령	(평균±표준편차)	43.8±12.4	
	19~34세	274	27.3
	35~44세	219	21.8
	45~54세	275	27.4
	55~64세	236	23.5
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	1.5
	고등학교 졸업	297	29.6
	대학교 졸업 이상	692	68.9
결혼 상태	기혼(유배우)	589	58.7
	이혼, 별거, 사별	89	8.9
	미혼	326	32.5
경제활동 여부	예	759	75.6
	아니요	245	24.4
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	9.0
	200~500만 원	535	53.3
	500만 원 이상	379	37.7
거주지역	동	883	88.0
	읍면	121	12.1

구분		빈도	비율
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	2.7
	좋은 편임	299	29.8
	보통	473	47.1
	안 좋은 편임	187	18.6
	매우 안 좋음	18	1.8

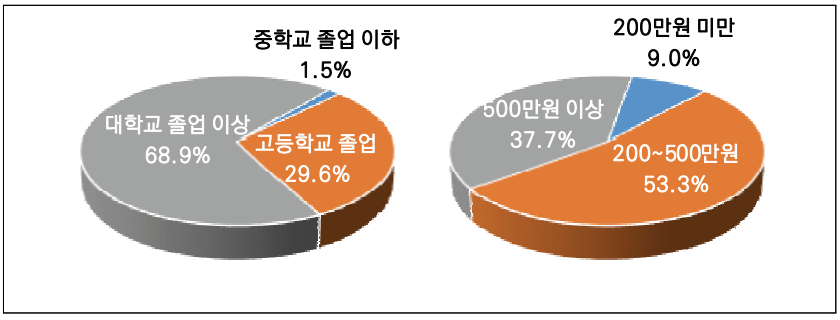
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

[그림 4-1] 응답자의 일반적 특성: 성, 연령



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

[그림 4-2] 응답자의 일반적 특성: 교육 수준, 월평균 가구 소득



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

2. 수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해 및 선호

가. 수요자와 사람 중심 의료에 대한 견해

수요자와 사람 중심 의료에 대한 응답자들의 전반적인 견해를 알아보기 위해 '권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'와 '성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 견해를 질문하였다.

먼저 '수요자(환자)는 자신의 건강 보호와 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리 및 선택의 자율성을 보장받아야 하며, 치료의 질이나 건강성과에 미칠 수 있는 영향 및 결과와 관계없이 그 자체로 의미를 가진다'는 '권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 견해를 1점(전혀 동의하지 않음)부터 6점(매우 동의함)까지의 척도를 기준으로 답하도록 하였다. 이에 대한 답변을 분석한 결과, 응답자의 94.4%가 '권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대해 동의(다소 동의함: 28.3%, 동의함: 48.0%, 매우 동의함: 18.1%)하는 것으로 나타났다(〈표 4-3〉, 〔그림 4-3〕).

'수요자 중심 의료의 궁극적인 목표는 수요자(환자)의 건강 상태 향상이므로, 의료서비스의 효율성 증대 및 질 개선을 통한 수요자/환자의 건강 상태 향상이 담보되어야 한다'는 '성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 견해에 대해서도 1점(전혀 동의하지 않음)부터 6점(매우 동의함)까지의 척도를 기준으로 나누어 질문하였다. 이에 대한 답변 결과는 '권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 답변 결과와 유사한 것으로 확인되었는데, 응답자의 94.6%가 '성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대해 동의(다소 동의함: 29.2%, 동의함: 47.7%, 매우 동의함: 17.7%)하는 것으로 나타났다(〈표 4-3〉, 〔그림 4-3〕).

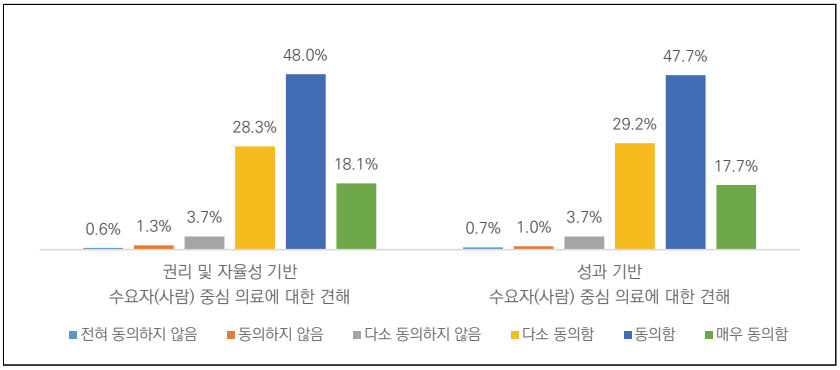
〈표 4-3〉 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해

(단위: %)

구분	평균 (표준편차)	(1) 전혀 동의하지 않음	(2) 동의하지 않음	(3) 다소 동의하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함
권리 및 자율성 기반 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해	4.76 (0.88)	0.6	1.3	3.7	28.3	48.0	18.1
성과 기반 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해	4.75 (0.87)	0.7	1.0	3.7	29.2	47.7	17.7

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

[그림 4-3] 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

'권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 견해를 응답자의 특성별로 분석한 결과, 주관적 건강 상태에 따른 구분에서 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-4〉). 이를 구체적으로 살펴보면 본인의 건강 상태가 좋다고 생각하는 응답자일수록 '권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대해 상대적으로 더 동의하는 것으로 나타났다(〈표 4-4〉).

〈표 4-4〉 응답자 특성별 권리 및 자율성에 기반한 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해

(단위: 명, %)

구분		N	평균 (표준편차)	p	(1) 전혀 동의하지 않음	(2) 동의하지 않음	(3) 다소 동의하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함	p
전체		1004	4.76 (0.88)		0.6	1.3	3.7	28.3	48.0	18.1	
성	남자	514	4.75 (0.90)	0.632	0.6	1.4	4.3	29.0	45.9	18.9	0.774
	여자	490	4.78 (0.85)		0.6	1.2	3.1	27.6	50.2	17.4	
연령	19~34세	274	4.66 (0.85)	0.111	0.0	1.5	5.5	33.2	44.9	15.0	0.234
	35~44세	219	4.75 (0.94)		1.4	0.9	5.0	25.1	48.9	18.7	
	45~54세	275	4.79 (0.88)		0.7	1.5	2.2	28.7	47.3	19.6	
	55~64세	236	4.85 (0.83)		0.4	1.3	2.1	25.0	51.7	19.5	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	4.80 (0.94)	0.098	0.0	0.0	6.7	33.3	33.3	26.7	0.703
	고등학교 졸업	297	4.67 (0.93)		1.0	1.7	4.4	31.3	45.5	16.2	
	대학교 졸업 이상	692	4.80 (0.85)		0.4	1.2	3.3	26.9	49.4	18.8	
결혼 상태	기혼 (유배우)	589	4.80 (0.88)	0.106	1.0	1.2	2.6	26.2	50.3	18.9	0.076
	이혼, 별거, 사별	89	4.82 (0.82)		0.0	0.0	5.6	27.0	47.2	20.2	
	미혼	326	4.68 (0.87)		0.0	1.8	5.2	32.5	44.2	16.3	
경제 활동 여부	예	759	4.75 (0.88)	0.486	0.7	1.3	3.6	28.9	48.0	17.7	0.956
	아니요	245	4.80 (0.87)		0.4	1.2	4.1	26.5	48.2	19.6	

구분		N	평균 (표준 편차)	p	(1) 전혀 동의 하지 않음	(2) 동의 하지 않음	(3) 다소 동의 하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함	p
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	4.79 (0.85)	0.527	0.0	0.0	7.8	25.6	46.7	20.0	0.294
	200~500 만 원	535	4.73 (0.88)		0.6	1.3	4.3	29.5	46.7	17.6	
	500만 원 이상	379	4.80 (0.87)		0.8	1.6	1.9	27.2	50.1	18.5	
거주 지역	동	883	4.77 (0.87)	0.260	0.6	1.1	3.9	28.0	47.8	18.7	0.587
	읍면	121	4.68 (0.90)		0.8	2.5	2.5	30.6	49.6	14.1	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	5.19 (1.04)	0.020	3.7	0.0	0.0	7.4	48.2	40.7	0.000
	좋은 편임	299	4.80 (0.93)		1.0	2.3	3.0	22.1	52.5	19.1	
	보통	473	4.77 (0.79)		0.2	0.4	2.8	32.8	46.9	16.9	
	안 좋은 편임	187	4.66 (0.89)		0.0	1.6	7.0	31.0	44.4	16.0	
	매우 안 좋음	18	4.44 (1.42)		5.6	5.6	11.1	16.7	38.9	22.2	

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

'성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대한 견해를 응답자의 특성별로 나누어서 살펴본 결과 연령대 및 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-5〉). 이를 구체적으로 살펴보면 연령이 높을수록, 주관적 건강 상태가 좋을수록 '성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료'에 대해 상대적으로 더 동의하는 것으로 나타났다(〈표 4-5〉).

〈표 4-5〉 응답자 특성별 성과에 기반한 수요자(사람) 중심 의료에 대한 견해

(단위: 명, %)

구분		N	평균 (표준 편차)	p	(1) 전혀 동의 하지 않음	(2) 동의 하지 않음	(3) 다소 동의 하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함	p
전체		1004	4.75 (0.87)		0.7	1.0	3.7	29.2	47.7	17.7	
성	남자	514	4.74 (0.90)	0.688	0.8	1.2	4.5	28.2	47.3	18.1	0.753
	여자	490	4.77 (0.84)		0.6	0.8	2.9	30.2	48.2	17.4	
연령	19~34세	274	4.70 (0.80)	0.127	0.0	0.7	2.9	38.7	41.2	16.4	0.005
	35~44세	219	4.68 (0.97)		2.3	0.9	4.6	26.5	50.7	15.1	
	45~54세	275	4.81 (0.82)		0.4	1.1	2.6	26.9	50.9	18.2	
	55~64세	236	4.82 (0.90)		0.4	1.3	5.1	23.3	48.7	21.2	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	4.80 (0.94)	0.049	0.0	0.0	6.7	33.3	33.3	26.7	0.213
	고등학교 졸업	297	4.65 (0.93)		0.7	2.0	5.7	30.6	45.1	15.8	
	대학교 졸업 이상	692	4.80 (0.84)		0.7	0.6	2.8	28.5	49.1	18.4	
결혼 상태	기혼 (유배우)	589	4.80 (0.87)	0.045	0.7	1.4	3.2	25.6	50.6	18.5	0.128
	이혼, 별거, 사별	89	4.83 (0.77)		0.0	0.0	3.4	29.2	48.3	19.1	
	미혼	326	4.66 (0.89)		0.9	0.6	4.6	35.6	42.3	16.0	
경제 활동 여부	예	759	4.74 (0.89)	0.301	0.8	1.1	4.2	29.3	46.9	17.8	0.653
	아니요	245	4.80 (0.81)		0.4	0.8	2.0	29.0	50.2	17.6	

구분		N	평균 (표준 편차)	p	(1) 전혀 동의 하지 않음	(2) 동의 하지 않음	(3) 다소 동의 하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함	p
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	4.87 (0.81)	0.013	0.0	0.0	4.4	26.7	46.7	22.2	0.104
	200~500 만 원	535	4.68 (0.87)		0.9	0.8	4.1	32.7	46.7	14.8	
	500만 원 이상	379	4.83 (0.88)		0.5	1.6	2.9	24.8	49.3	20.8	
거주 지역	동	883	4.76 (0.88)	0.560	0.6	1.1	4.0	29.0	46.8	18.6	0.105
	읍면	121	4.71 (0.82)		1.7	0.0	1.7	30.6	54.6	11.6	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	5.19 (1.00)	0.012	3.7	0.0	0.0	3.7	55.6	37.0	0.002
	좋은 편임	299	4.84 (0.85)		0.3	1.3	2.7	26.1	48.8	20.7	
	보통	473	4.72 (0.86)		0.6	1.1	3.8	31.3	46.9	16.3	
	안 좋은 편임	187	4.66 (0.81)		0.5	0.0	5.4	34.2	47.1	12.8	
	매우 안 좋음	18	4.67 (1.41)		5.6	5.6	5.6	11.1	44.4	27.8	

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

나. 의료서비스 이용 시 의사결정 방법에 대한 선호

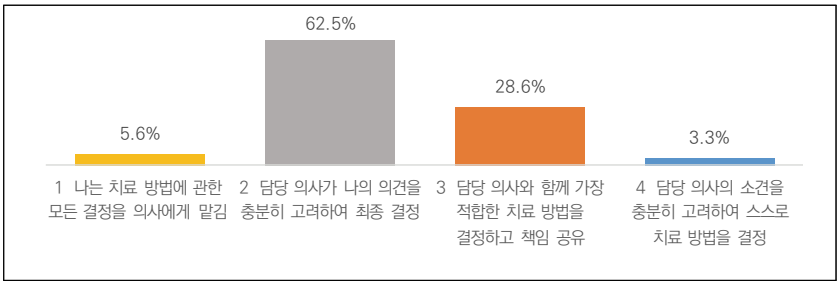
의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법에 대해 알아보기 위해 의견 개진과 결정 및 책임의 정도를 기준으로 선호하는 의사결정 방법에 대해 다음의 4단계 중 하나로 응답하도록 하였다(〈표 4-6〉).

〈표 4-6〉 의료서비스 이용 시 의사결정 방법의 4단계

구분	답변 설정
1단계	나는 치료 방법에 관한 모든 결정을 의사에게 맡기는 것을 선호합니다.
2단계	나는 나의 치료와 치료 방법에 대한 최종 결정을 담당 의사가 내리지만, 그 과정에서 담당 의사가 나의 의견을 충분히 고려하는 것을 선호합니다.
3단계	나는 담당 의사와 내가 함께 가장 적합한 치료 방법을 결정하고, 그에 따른 책임을 공유하는 것을 선호합니다.
4단계	나는 담당 의사의 소견을 충분히 고려하여 내가 스스로 치료 방법을 결정하는 것을 선호합니다.

'의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법'에 대한 답변을 살펴본 결과, 응답자의 과반수 이상인 62.5%가 '담당 의사가 나의 의견을 충분히 고려하여 최종 결정'하는 것을 선호한다고 응답하여, 진료 및 치료 과정에서 충분한 정보교류 및 의사소통을 원하지만, 최종 결정에 대해서는 담당 의사의 의견을 수용하는 방법을 가장 선호하는 것으로 나타났다([그림 4-4]). 다음으로 많은 응답은 '담당 의사와 함께 가장 적합한 치료 방법을 결정하고 책임을 공유'하는 것으로, 전체 응답자의 28.6%가 이에 해당하는 것으로 나타났다([그림 4-4]). 이를 통해 응답자의 대부분이 의료서비스 이용 시 진료 및 치료 과정에 대한 충분한 정보를 얻고, 본인의 의견이 반영된 의사결정이 이루어지길 원하는 것을 확인하였다.

[그림 4-4] 의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

‘의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법’을 응답자의 특성별로 나누어서 살펴본 결과 성별, 연령대, 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-7〉). 성별로 그 차이를 살펴보면, 1, 2단계에 해당하는 비율이 남성의 경우 각각 6.4%, 66.2%인데 비해 여성의 경우는 각각 4.7%, 58.8%로 치료 방법의 결정 시 여성보다는 남성이 최종적인 의사결정을 담당 의사에게 맡기는 경향이 있는 것으로 나타났다(〈표 4-7〉). 연령별로는 나이가 어릴수록 치료 방법에 관한 모든 의사결정을 담당 의사에게 맡기는 것을 선호(1단계)하는 것으로 나타났는데, 특히 19~34세의 청장년층의 경우는 응답자의 9.5%가 ‘1단계’라고 응답하여, 치료 방법을 담당 의사에 전적으로 맡기고 따르는 경향이 높음을 보여주었다(〈표 4-7〉).

〈표 4-7〉 응답자 특성별 의료서비스 이용 시 선호하는 의사결정 방법

(단위: 명, %)

구분		N	1	2	3	4	p
전체		1004	5.6	62.5	28.6	3.3	
성	남자	514	6.4	66.2	24.9	2.5	0.016
	여자	490	4.7	58.8	32.5	4.1	
연령	19~34세	274	9.5	62.8	26.3	1.5	0.025
	35~44세	219	5.9	59.4	30.1	4.6	
	45~54세	275	2.9	62.2	31.3	3.6	
	55~64세	236	3.8	65.7	26.7	3.8	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	6.7	60	20	13.3	0.101
	고등학교 졸업	297	7.1	65	24.2	3.7	
	대학교 졸업 이상	692	4.9	61.6	30.6	2.9	
결혼 상태	기혼(유배우)	589	4.6	61	31.2	3.2	0.254
	이혼, 별거, 사별	89	5.6	67.4	22.5	4.5	
	미혼	326	7.4	64.1	25.5	3.1	
경제활동 여부	예	759	5.7	61.9	29.4	3	0.671
	아니요	245	5.3	64.5	26.1	4.1	

구분		N	1	2	3	4	p
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	8.9	58.9	26.7	5.6	0.108
	200~500만 원	535	6.7	61.9	27.9	3.6	
	500만 원 이상	379	3.2	64.4	30.1	2.4	
거주지역	동	883	5.7	62	29.5	2.9	0.170
	읍면	121	5	66.9	22.3	5.8	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	14.8	51.9	22.2	11.1	0.002
	좋은 편임	299	4.4	58.5	33.8	3.3	
	보통	473	5.1	65.5	26.6	2.8	
	안 좋은 편임	187	7	63.1	27.8	2.1	
	매우 안 좋음	18	11.1	61.1	11.1	16.7	

주: 1. 치료 방법에 관한 모든 결정을 의사에게 맡김
2. 담당 의사가 나의 의견을 충분히 고려하여 최종 결정
3. 담당 의사와 함께 가장 적합한 치료 방법을 결정하고 책임 공유
4. 담당 의사의 소견을 충분히 고려하여 스스로 치료 방법을 결정
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

3. 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험

조사 대상자들의 '의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험'을 알아보기 위해 의료서비스 이용 중 의사결정과 관련한 경험을 9가지로 세분화하여 1점(전혀 동의하지 않음)부터 6점(매우 동의함)까지의 척도를 기준으로 답하도록 하였다(〈표 4-8〉).

〈표 4-8〉 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 질문 내용

구분	질문 내용
질문 1	의사는 나에게 해야 할 결정이 있다고 분명히 알려 주었습니다.
질문 2	의사는 내가 의사결정에 얼마만큼 참여하고 싶은지를 정확하게 알고 싶어하였습니다.
질문 3	의사는 내 상태를 치료하는 데 있어 여러 가지 다른 방법이 있다는 것을 말해주었습니다.
질문 4	의사는 각 치료 방법의 장점과 단점을 명확하게 설명해주었습니다.

구분	질문 내용
질문 5	의사는 내가 모든 정보를 이해할 수 있도록 도와주었습니다.
질문 6	의사는 내가 어떤 치료 방법을 선호하는지 물어보았습니다
질문 7	의사와 나는 다양한 치료 방법에 대해 자세히 비교 평가하였습니다.
질문 8	의사와 나는 함께 치료 방법을 선택하였습니다
질문 9	의사와 나는 어떻게 치료를 진행할지에 대해 합의하였습니다.

'의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험'에 대한 분석 결과는 다음과 같다. 우선 응답자의 10명 중 7명가량 또는 그 이상이 '의사는 나에게 해야 할 결정이 있다고 분명히 알려주었습니다(질문 1)', '의사는 내 상태를 치료하는 데 있어 여러 가지 다른 방법이 있다는 것을 말해주었습니다(질문 3)', '의사는 각 치료 방법의 장점과 단점을 명확하게 설명해주었습니다(질문 4)', '의사는 내가 모든 정보를 이해할 수 있도록 도와주었습니다(질문 5)'의 4가지 질문에 대해 동의('다소 동의함', '동의함', '매우 동의함' 포함)하는 것으로 나타났다(〈표 4-9〉, 〔그림 4-5〕). 이를 통해 대부분의 환자들이 의료서비스를 이용할 때 자신이 결정해야 할 사항이 있음을 인지하고 있으며, 의사가 여러 가지 치료 방법이 있음을 말해주었고, 각각의 치료 방법에 대한 장단점을 설명해주었으며, 이러한 정보를 이해할 수 있도록 도와주었다는 것을 확인하였다.

이에 반해, '의사는 내가 의사결정에 얼마만큼 참여하고 싶은지를 정확하게 알고 싶어하였습니다(질문 2)', '의사는 내가 어떤 치료 방법을 선호하는지 물어보았습니다(질문 6)', '의사와 나는 다양한 치료 방법에 대해 자세히 비교 평가하였습니다(질문 7)', '의사와 나는 함께 치료 방법을 선택하였습니다(질문 8)'의 4가지 질문에 대해 동의하는 비율은 상대적으로 낮게 나타났다(〈표 4-9〉, 〔그림 4-5〕). 이러한 결과는 의사가 의료서비스 수요자인 환자의 의사결정 참여 및 치료 방법에 대한 선호도를 면밀히 파악하고 이를 기반으로 환자와 담당 의사가 함께 다양한 치료 방법에 대해

자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 높은 수준의 '공동 의사결정'은 상대적으로 미흡하다는 것을 보여준다.

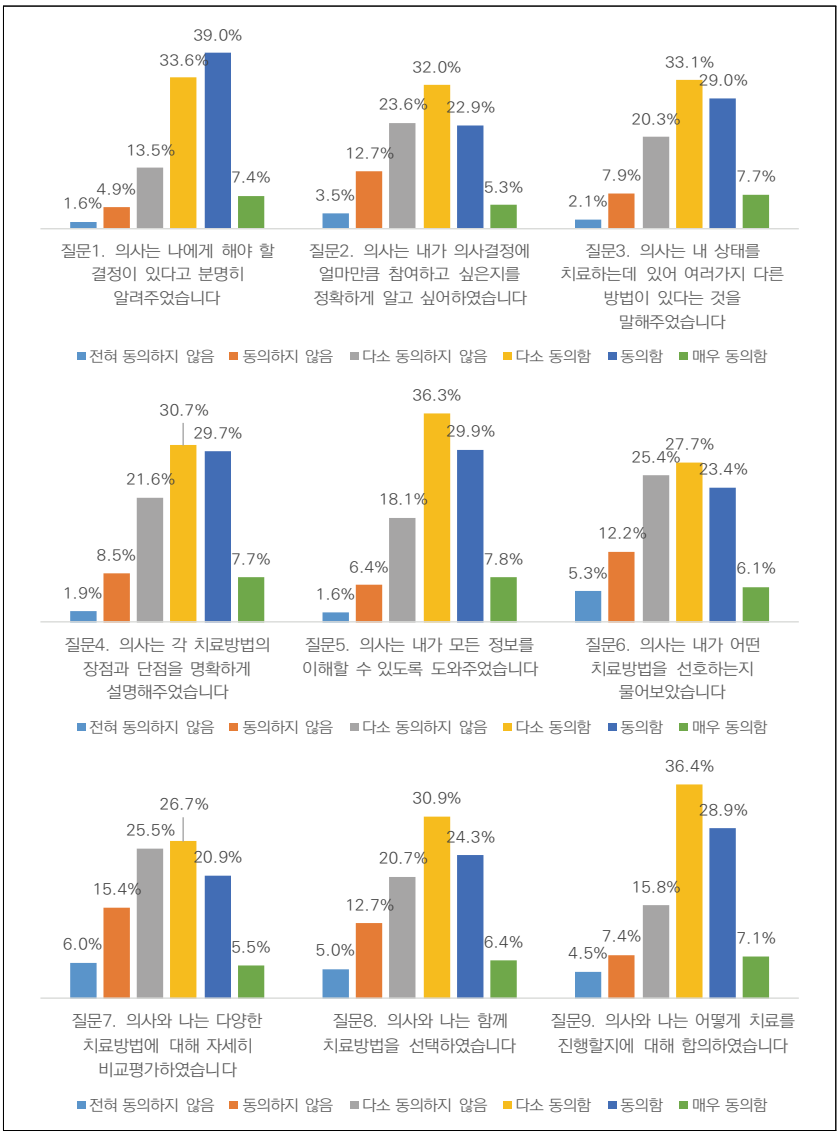
〈표 4-9〉 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험

(단위: %)

구분	평균(표준편차)	(1) 전혀 동의하지 않음	(2) 동의하지 않음	(3) 다소 동의하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함
질문 1	4.26 (1.05)	1.6	4.9	13.5	33.6	39.0	7.4
질문 2	3.74 (1.20)	3.5	12.7	23.6	32.0	22.9	5.3
질문 3	4.02 (1.14)	2.1	7.9	20.3	33.1	29.0	7.7
질문 4	4.01 (1.15)	1.9	8.5	21.6	30.7	29.7	7.7
질문 5	4.10 (1.09)	1.6	6.4	18.1	36.3	29.9	7.8
질문 6	3.70 (1.27)	5.3	12.2	25.4	27.7	23.4	6.1
질문 7	3.58 (1.29)	6.0	15.4	25.5	26.7	20.9	5.5
질문 8	3.76 (1.27)	5.0	12.7	20.7	30.9	24.3	6.4
질문 9	3.99 (1.20)	4.5	7.4	15.8	36.4	28.9	7.1

주: 질문 1: 의사는 나에게 해야 할 결정이 있다고 분명히 알려 주었습니다.
질문 2: 의사는 내가 의사결정에 얼마만큼 참여하고 싶은지를 정확하게 알고 싶어하였습니다.
질문 3: 의사는 내 상태를 치료하는 데 있어 여러 가지 다른 방법이 있다는 것을 말해주었습니다.
질문 4: 의사는 각 치료 방법의 장점과 단점을 명확하게 설명해주었습니다.
질문 5: 의사는 내가 모든 정보를 이해할 수 있도록 도와주었습니다.
질문 6: 의사는 내가 어떤 치료 방법을 선호하는지 물어보았습니다
질문 7: 의사와 나는 다양한 치료 방법에 대해 자세히 비교 평가하였습니다.
질문 8: 의사와 나는 함께 치료 방법을 선택하였습니다.
질문 9: 의사와 나는 어떻게 치료를 진행할지에 대해 합의하였습니다.
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

〔그림 4-5〕 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

‘의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험’에 대한 9가지 질문의 답변을 합산하여 100점 만점으로 환산한 후 응답자의 특성별로 분석한 결과, 경제활동 여부, 거주지역, 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-10〉). 이를 구체적으로 살펴보면 경제활동을 하는 경우, 읍면 지역’ 거주자에 비해 ‘동 지역’ 거주자가, 그리고 주관적 건강 상태가 좋을수록 의료서비스 이용 시 의사결정 참여에 대한 경험 수준이 높은 것으로 나타났다(〈표 4-10〉).

〈표 4-10〉 응답자 특성별 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험

(단위: 명, %)

구분		N	평균(표준편차)	p
전체		1004	58.10 (19.05)	
성	남자	514	57.83 (18.84)	0.647
	여자	490	58.39 (19.27)	
연령	19~34세	274	59.35 (18.46)	0.245
	35~44세	219	57.92 (18.91)	
	45~54세	275	58.74 (19.49)	
	55~64세	236	56.08 (19.28)	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	65.78 (17.57)	0.166
	고등학교 졸업	297	57.01 (19.55)	
	대학교 졸업 이상	692	58.41 (18.84)	
결혼 상태	기혼(유배우)	589	58.55 (18.88)	0.224
	이혼, 별거, 사별	89	54.81 (19.22)	
	미혼	326	58.20 (19.27)	
경제활동 여부	예	759	58.87 (18.78)	0.025
	아니요	245	55.73 (19.70)	
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	55.78 (20.30)	0.453
	200~500만 원	535	58.16 (18.90)	
	500만 원 이상	379	58.58 (18.96)	
거주지역	동	883	58.58 (19.08)	0.033
	읍면	121	54.64 (18.53)	

구분		N	평균(표준편차)	p
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	67.74 (20.60)	0.000
	좋은 편임	299	59.97 (18.75)	
	보통	473	57.27 (18.30)	
	안 좋은 편임	187	57.56 (19.15)	
	매우 안 좋음	18	40.12 (26.53)	

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

4. 건강에 대한 자기관리

조사 대상자들의 '건강에 대한 자기관리'에 대한 역량 및 실천 정도를 알아보기 위해 10가지의 세부 문항에 대해 1점(전혀 동의하지 않음)부터 6점(매우 동의함)까지의 척도를 기준으로 답하도록 하였다(〈표 4-11〉).

〈표 4-11〉 건강에 대한 자기관리 관련 질문 내용

구분	질문 내용
질문 1	나는 건강을 최우선으로 두고 생활합니다.
질문 2	나는 건강에 문제가 생겼을 때 어떤 조치를 취해야 하는지 잘 알고 있습니다.
질문 3	나의 감정을 다스리는 방법을 잘 알고 있습니다.
질문 4	나는 건강관리를 위한 정보를 어디에서 찾아야 하는지 잘 알고 있습니다.
질문 5	나는 스스로 건강관리를 잘 할 수 있습니다.
질문 6	나는 의사의 지시와 설명을 잘 이해할 수 있습니다.
질문 7	나는 보다 건강한 생활을 위해 생활 습관에 변화를 주는 것이 어렵지 않습니다.
질문 8	나는 의사의 지시를 따르는 것이 어렵지 않습니다.
질문 9	나는 병원의 진료 약속을 항상 지킵니다.
질문 10	나는 내키지 않더라도 건강 증진을 위한 행동을 합니다.

'건강에 대한 자기관리'에 대한 역량 및 실천 정도에 대한 분석 결과는 다음과 같다. 우선 10명 중 7명 이상이 '건강에 대한 자기관리'에 대한 모든 질문(10개)에 대해 동의('다소 동의함', '동의함', '매우 동의함' 포함)

하는 것으로 나타났다(〈표 4-12〉, 〈그림 4-6〉). '건강에 대한 자기관리'에 대한 세부 문항 중 '나는 건강관리를 위한 정보를 어디에서 찾아야 하는지 잘 알고 있습니다(질문 4)', '나는 스스로 건강관리를 잘 할 수 있습니다(질문 5)', '나는 보다 건강한 생활을 위해 생활 습관에 변화를 주는 것이 어렵지 않습니다(질문 6)'에 대해서는 동의하는 비율이 상대적으로 낮게 나타났다(〈표 4-12〉, 〔그림 4-6〕).

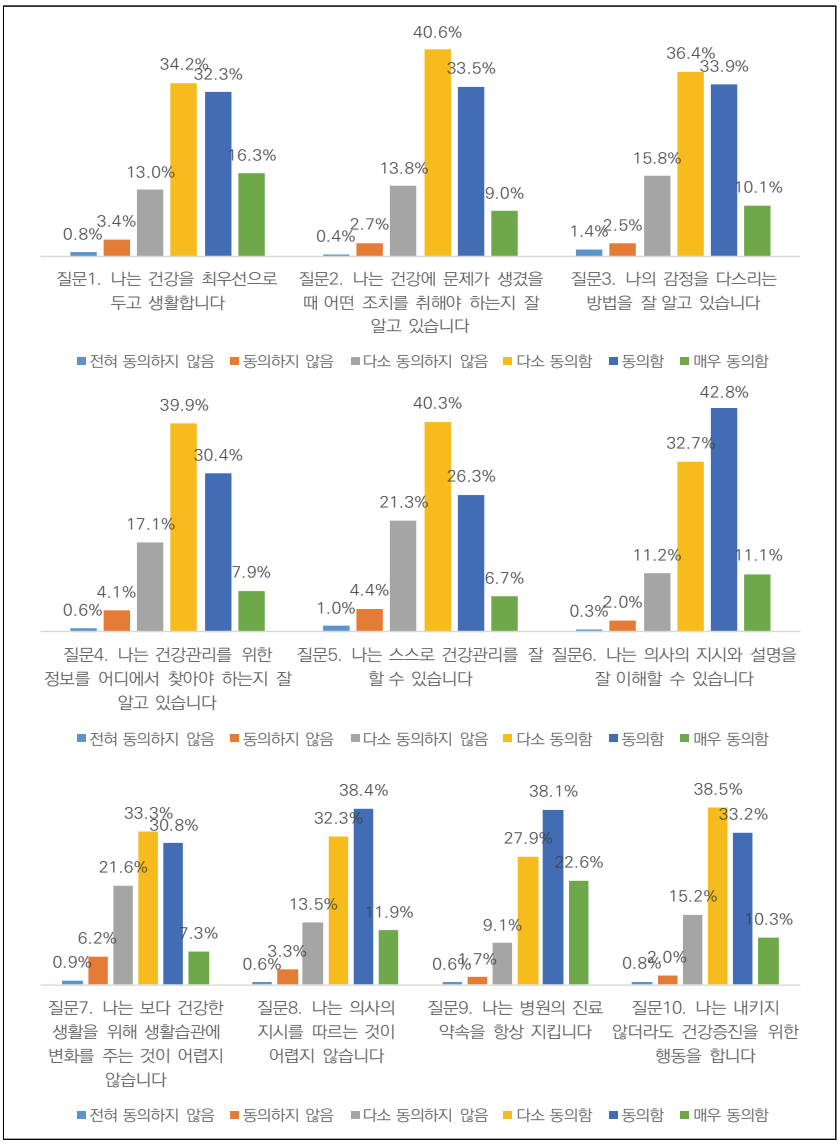
〈표 4-12〉 건강에 대한 자기관리

(단위: %)

구분	평균 (표준편차)	(1) 전혀 동의하지 않음	(2) 동의하지 않음	(3) 다소 동의하지 않음	(4) 다소 동의함	(5) 동의함	(6) 매우 동의함
질문 1	4.43 (1.06)	0.8	3.4	13.0	34.2	32.3	16.3
질문 2	4.31 (0.94)	0.4	2.7	13.8	40.6	33.5	9.0
질문 3	4.29 (1.02)	1.4	2.5	15.8	36.4	33.9	10.1
질문 4	4.19 (0.99)	0.6	4.1	17.1	39.9	30.4	7.9
질문 5	4.07 (1.00)	1.0	4.4	21.3	40.3	26.3	6.7
질문 6	4.49 (0.92)	0.3	2.0	11.2	32.7	42.8	11.1
질문 7	4.09 (1.07)	0.9	6.2	21.6	33.3	30.8	7.3
질문 8	4.40 (1.01)	0.6	3.3	13.5	32.3	38.4	11.9
질문 9	4.69 (1.01)	0.6	1.7	9.1	27.9	38.1	22.6
질문 10	4.32 (0.97)	0.8	2.0	15.2	38.5	33.2	10.3

주: 질문 1: 나는 건강을 최우선으로 두고 생활합니다.
질문 2: 나는 건강에 문제가 생겼을 때 어떤 조치를 취해야 하는지 잘 알고 있습니다.
질문 3: 나의 감정을 다스리는 방법을 잘 알고 있습니다.
질문 4: 나는 건강관리를 위한 정보를 어디에서 찾아야 하는지 잘 알고 있습니다.
질문 5: 나는 스스로 건강관리를 잘 할 수 있습니다.
질문 6: 나는 의사의 지시와 설명을 잘 이해할 수 있습니다.
질문 7: 나는 보다 건강한 생활을 위해 생활 습관에 변화를 주는 것이 어렵지 않습니다.
질문 8: 나는 의사의 지시를 따르는 것이 어렵지 않습니다.
질문 9: 나는 병원의 진료 약속을 항상 지킵니다.
질문 10: 나는 내키지 않더라도 건강 증진을 위한 행동을 합니다.
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

〔그림 4-6〕 건강에 대한 자기관리



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

‘건강에 대한 자기관리 역량 및 실천 수준’에 관한 10가지 질문의 답변을 합산하여 100점 만점으로 환산한 후 응답자의 특성별로 세분화하여 분석한 결과, 연령대, 결혼상태, 월평균 가구 소득, 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-13〉). 연령대별로 살펴보면, 건강에 대한 자기관리 역량 및 실천 수준은 ‘35~44세’가 가장 낮고 ‘45~54세’가 가장 높은 것으로 나타났다(〈표 4-13〉). 또한, 월평균 가구 소득 ‘500만 원 이상’ 및 주관적 건강 상태가 좋은 응답자들의 건강에 대한 자기관리 역량 및 실천 수준이 높은 것으로 확인되었다(〈표 4-13〉).

〈표 4-13〉 응답자 특성별 건강에 대한 자기관리

(단위: 명, %)

구분		N	평균(표준편차)	p
전체		1004	72.12 (11.64)	
성	남자	514	71.67 (11.56)	0.208
	여자	490	72.60 (11.71)	
연령	19~34세	274	72.14 (11.61)	0.017
	35~44세	219	70.06 (12.73)	
	45~54세	275	73.30 (11.05)	
	55~64세	236	72.64 (11.1)	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	71.00 (10.76)	0.224
	고등학교 졸업	297	71.18 (11.88)	
	대학교 졸업 이상	692	72.55 (11.55)	
결혼 상태	기혼(유배우)	589	72.89 (11.11)	0.030
	이혼, 별거, 사별	89	70.06 (12.61)	
	미혼	326	71.30 (12.21)	
경제활동 여부	예	759	72.17 (11.68)	0.818
	아니요	245	71.97 (11.54)	
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	71.83 (11.75)	0.028
	200~500만 원	535	71.29 (11.89)	
	500만 원 이상	379	73.37 (11.17)	

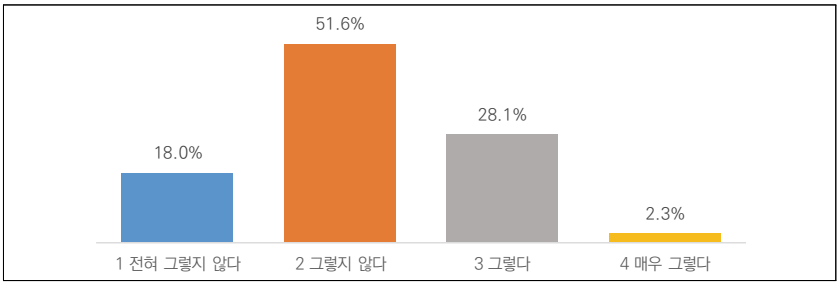
구분		N	평균(표준편차)	p
거주지역	동	883	72.26 (11.65)	0.318
	읍면	121	71.13 (11.58)	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	82.78 (12.97)	0.000
	좋은 편임	299	76.05 (10.10)	
	보통	473	70.72 (10.92)	
	안 좋은 편임	187	68.96 (12.08)	
	매우 안 좋음	18	60.65 (16.84)	

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

5. 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취·반영

'우리나라의 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스의 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취 및 반영되고 있는지'에 대해 1점(전혀 그렇지 않다)부터 4점(매우 그렇다)까지의 척도를 기준으로 답하도록 하였다. 이에 대한 답변을 분석한 결과, 응답자의 69.6%가 그렇지 않다(그렇지 않다 51.6%, 매우 그렇지 않다 18.0%)고 생각하고 있는 것으로 나타났다([그림 4-7]). 이는 앞에서 살펴본 의료서비스 이용 중 의사결정에 대한 경험과는 다소 상반되는 결과로 볼 수 있다.

[그림 4-7] 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취 및 반영



주: '귀하는 우리나라의 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취되고 반영되고 있다고 생각하십니까?'에 대한 응답
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

‘보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스의 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취 및 반영되고 있는지’에 대해 응답자의 특성별로 나누어서 살펴본 결과 연령대, 결혼상태, 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-14〉).

〈표 4-14〉 응답자 특성별 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취·반영

(단위: 명, %)

구분		N	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	그렇다	매우 그렇다	p
전체		1004	18.0	51.6	28.1	2.3	
성	남자	514	19.1	51.8	26.3	2.9	0.297
	여자	490	16.9	51.4	30.0	1.6	
연령	19~34세	274	12.4	43.8	39.4	4.4	0.000
	35~44세	219	23.3	48.9	25.6	2.3	
	45~54세	275	20.0	58.2	20.4	1.5	
	55~64세	236	17.4	55.5	26.3	0.9	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	20.0	53.3	26.7	0.0	0.511
	고등학교 졸업	297	17.9	55.9	24.9	1.4	
	대학교 졸업 이상	692	18.1	49.7	29.5	2.8	
결혼 상태	기혼(유배우)	589	19.9	53.3	25.1	1.7	0.042
	이혼, 별거, 사별	89	18.0	53.9	25.8	2.3	
	미혼	326	14.7	47.9	34.1	3.4	
경제활동 여부	예	759	17.9	52.0	27.4	2.6	0.519
	아니요	245	18.4	50.2	30.2	1.2	
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	20.0	42.2	35.6	2.2	0.561
	200~500만 원	535	17.8	51.6	28.0	2.6	
	500만 원 이상	379	17.9	53.8	26.4	1.9	
거주지역	동	883	18.0	52.2	27.4	2.4	0.574
	읍면	121	18.2	47.1	33.1	1.7	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	22.2	25.9	37.0	14.8	0.000
	좋은 편임	299	18.1	45.5	33.8	2.7	
	보통	473	17.1	54.6	26.9	1.5	
	안 좋은 편임	187	18.2	58.8	20.9	2.1	
	매우 안 좋음	18	33.3	38.9	27.8	0.0	

주: ‘귀하는 우리나라의 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취되고 반영되고 있다고 생각하십니까?’에 대한 응답

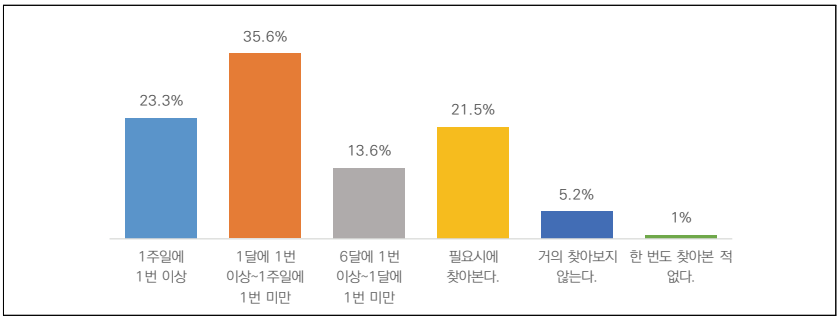
출처: 본 연구의 ‘수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사’

6. 건강정보·의료정보 탐색

가. 건강정보·의료정보 탐색 빈도

'건강정보 또는 의료정보를 찾아보는 빈도'에 대한 응답을 분석한 결과는 다음과 같다([그림 4-8]). '1주일에 1번 이상' 건강정보 또는 의료정보를 찾아본다는 응답자의 비율이 23.3%, '1달에 1번 이상 ~ 1주일에 1번 미만' 찾아본다는 응답자의 비율이 35.6%로, 전체의 58.9%에 해당하는 응답자가 1달에 1번 이상 건강정보 또는 의료정보를 찾아보는 것으로 나타났다([그림 4-8]). 또한, 필요시에 찾아본다는 응답자는 21.5%로 확인되었다([그림 4-8]).

[그림 4-8] 건강정보·의료정보 탐색 빈도



주: '귀하는 건강정보 또는 의료정보를 얼마나 자주 찾아보십니까?'에 대한 응답
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

'건강정보·의료정보 탐색 빈도'를 응답자의 특성별로 나누어서 살펴본 결과 연령대, 결혼상태, 주관적 건강 상태에 따라 유의미한 차이가 확인되었다(〈표 4-15〉). 이를 구체적으로 살펴보면 연령이 높을수록, 주관적 건강 상태가 좋을수록 건강정보 또는 의료정보를 더 자주 찾아보는 것으로 나타났다(〈표 4-15〉).

〈표 4-15〉 응답자 특성별 의료정보 탐색 빈도

(단위: 명, %)

구분		N	1	2	3	4	5	6	p
전체		1004	23.3	35.6	13.6	21.5	5.2	0.8	
성	남자	514	21.6	38.1	15.4	19.8	4.3	0.8	0.126
	여자	490	25.1	32.9	11.8	23.3	6.1	0.8	
연령	19~34세	274	14.6	38.7	13.9	25.9	6.2	0.7	0.004
	35~44세	219	18.3	39.3	15.5	21.0	5.0	0.9	
	45~54세	275	29.8	33.8	12.4	20.0	3.6	0.4	
	55~64세	236	30.5	30.5	13.1	18.6	5.9	1.3	
교육 수준	중학교 졸업 이하	15	20.0	26.7	26.7	13.3	13.3	0.0	0.657
	고등학교 졸업	297	22.2	33.3	13.8	24.6	5.1	1.0	
	대학교 졸업 이상	692	23.8	36.7	13.3	20.4	5.1	0.7	
결혼 상태	기혼(유배우)	589	28.4	33.6	13.4	19.4	4.2	1.0	0.003
	이혼, 별거, 사별	89	21.4	31.5	15.7	24.7	6.7	0.0	
	미혼	326	14.7	40.2	13.5	24.5	6.4	0.6	
경제활동 여부	예	759	23.2	35.6	14.5	22.1	4.1	0.5	0.031
	아니요	245	23.7	35.5	11.0	19.6	8.6	1.6	
월평균 가구 소득	200만 원 미만	90	23.3	30.0	17.8	20.0	7.8	1.1	0.767
	200~500만 원	535	22.6	37.2	12.0	22.2	5.1	0.9	
	500만 원 이상	379	24.3	34.6	15.0	20.8	4.8	0.5	
거주지역	동	883	23.7	36.2	13.5	20.3	5.4	0.9	0.117
	읍면	121	20.7	30.6	14.9	30.6	3.3	0.0	
주관적 건강 상태	매우 좋음	27	37.0	29.6	11.1	18.5	3.7	0.0	0.000
	좋은 편임	299	28.1	33.1	15.1	19.7	3.7	0.3	
	보통	473	21.6	38.1	11.4	23.0	5.5	0.4	
	안 좋은 편임	187	19.8	35.3	17.7	19.3	6.4	1.6	
	매우 안 좋음	18	5.6	22.2	11.1	38.9	11.1	11.1	

주: 1. 1주일에 1번 이상
2. 1달에 1번 이상 ~ 1주일에 1번 미만
3. 6달에 1번 이상 ~ 1달에 1번 미만
4. 필요시에 찾아본다.
5. 거의 찾아보지 않는다.
6. 한 번도 찾아본 적 없다.

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

나. 정부·공공 기관 제공 건강정보 및 의료정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부

정부와 공공기관에서는 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자인 국민이 필요한 건강정보와 의료정보를 편리하고 정확하게 찾아볼 수 있도록 도움을 주기 위해 여러 개의 웹사이트들을 운영하고 있다. 이번 설문조사에서는 해당 웹사이트와 제공되는 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부에 대해 물어보았다.

먼저, 질병관리청에서 운영하는 '국가건강정보포털'에 대해서는 응답자의 46.7%인 469명이 알고 있다고 하였으며, 알고 있다고 응답한 사람 중 71.4%인 335명이 직접 이용해 본 경험이 있다고 하였다(〈표 4-16〉). 또한 이용 경험이 있는 335명 중 89.3%에 해당하는 299명은 '국가건강정보포털'이 필요한 건강정보 및 의료정보를 얻는 데에 도움이 되었다고 응답하였다(〈표 4-16〉).

두 번째로, 국민건강보험에서 운영하는 '건강iN'에 대해서는 응답자의 45.8%인 460명이 알고 있다고 하였으며, 알고 있다고 응답한 사람 중 68.5%인 315명이 직접 이용해 본 경험이 있다고 하였다(〈표 4-16〉). 또한 이용 경험이 있는 315명 중 90.2%에 해당하는 284명은 '건강iN'이 필요한 건강정보 및 의료정보를 얻는 데에 도움이 되었다고 응답하였다(〈표 4-16〉).

세 번째로, 건강보험심사평가원 홈페이지의 '병의원 정보'에 대해서는 응답자의 49.3%인 495명이 알고 있다고 하였으며, 알고 있다고 응답한 사람 중 62.6%인 310명이 직접 이용해 본 경험이 있다고 하였다(〈표 4-16〉). 또한 이용 경험이 있는 310명 중 86.5%에 해당하는 268명은 '병의원 정보'가 필요한 건강정보 및 의료정보를 얻는 데에 도움이 되었다고 응답하였다(〈표 4-16〉).

마지막으로, 식품의약품안전처 홈페이지의 '의약품 정보'에 대해서는 응답자의 44.2%인 444명이 알고 있다고 하였으며, 알고 있다고 응답한 사람 중 63.1%인 280명이 직접 이용해 본 경험이 있다고 하였다(〈표 4-16〉). 또한 이용 경험이 있는 280명 중 88.9%에 해당하는 249명은 '의약품 정보'가 필요한 건강정보 및 의료정보를 얻는 데에 도움이 되었다고 응답하였다(〈표 4-16〉).

분석 결과를 종합해보면 정부와 공공기관이 운영하는 4가지 웹사이트에 대한 인식률은 절반 이하로 낮게 나타났으며, 알고 있는 웹사이트에 대한 이용 경험률은 60~70% 수준으로 확인되는바, 정부·공공 기관의 건강·의료 정보 제공 웹사이트에 대한 인식률 제고가 필요한 것으로 보인다. 반면에, 해당 웹사이트의 이용 경험자의 10명 중 9명가량 또는 그 이상이 제공되는 건강·의료 정보가 도움이 되었다고 응답한 것을 볼 때 정부·공공 기관의 웹사이트가 보건의료서비스의 수요자인 국민에게 필요한 건강·의료 정보를 편리하고 정확하게 찾아볼 수 있도록 도움을 주고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-16〉 정부·공공 기관 제공 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부

(단위: 명, %)

정부/공공기관 사이트	이용 경험		도움 여부	
질병관리청 국가건강정보포털 [알고 있음 469(46.7%)]	경험 있음	335 (71.4%)	도움이 됨	299 (89.3%)
			도움이 되지 않음	36 (10.7%)
	경험 없음	134 (28.6%)		
국민건강보험 건강iN [알고 있음 460(45.8%)]	경험 있음	315 (68.5%)	도움이 됨	284 (90.2%)
			도움이 되지 않음	31 (9.8%)
	경험 없음	145 (31.5%)		
건강보험심사평가원 홈페이지 병의원 정보 [알고 있음 495(49.3%)]	경험 있음	310 (62.6%)	도움이 됨	268 (86.5%)
			도움이 되지 않음	42 (13.5%)
	경험 없음	185 (37.4%)		
식품의약품안전처 홈페이지 의약품 정보 [알고 있음 444(44.2%)]	경험 있음	280 (63.1%)	도움이 됨	249 (88.9%)
			도움이 되지 않음	31 (11.1%)
	경험 없음	164 (36.9%)		

출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사'

제5장

우리나라 보건의료 현황 및 평가

제1절 수요자와 사람 중심 의료의 필요성
제2절 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료
현황 및 평가

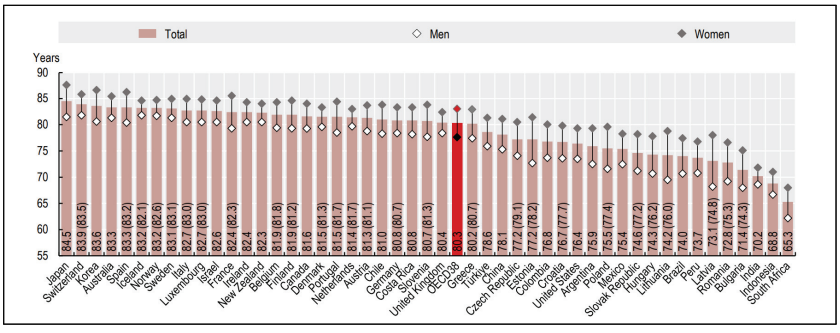
제 5 장 우리나라 보건의료 현황 및 평가

제1절 수요자와 사람 중심 의료의 필요성

우리나라 보건의료와 건강 수준은 단기간에 빠르게 개선되어 왔다. 전 국민을 대상으로 한 건강보험제도를 통해 보장성이 강화되고, 보건의료 자원의 지속적인 확충을 통해 의료서비스의 접근성이 확대되는 등 단기간에 효율적으로 양적인 확충이 이루어졌다. 더불어 의료의 질 측면에서도 정부 주도로 추진된 정책에 의료서비스 제공자의 노력이 더해져 지속적인 개선이 이루어지는 성과가 있었다.

이러한 노력이 우리 국민의 지속적인 건강 수준 향상으로 이어지면서 2021년 기준 우리나라 국민의 기대수명은 83.6년(OECD 평균: 80.3년)으로 OECD 국가 중 일본과 스위스 다음으로 높게 나타났다([그림 5-1]).

[그림 5-1] 2021년과 2022년 OECD 국가의 기대수명



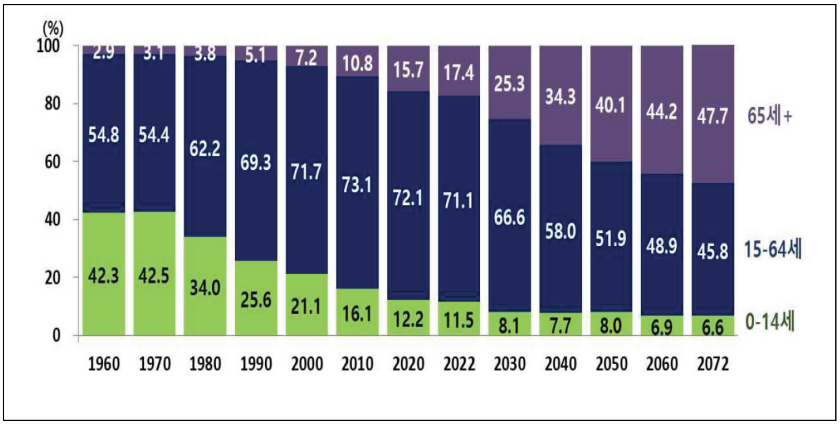
주: 1. 괄호 안의 값은 2022년 기준 기대 수명
2. 영국(United Kingdom)은 2020년 기준, 튀르키에(Türkiye)는 2019년 기준 기대 수명

출처: "Health at a Glance 2023: OECD Indicators", OECD, 2023, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en에서 2024.12.23. 인출, p. 63.

하지만 지금까지의 성과에도 불구하고 우리나라의 보건의료는 분절적인 의료서비스 제공체계, 지역 불균형 등 여전히 개선이 필요한 부분들이 존재한다. 또한 인구 고령화와 질병 구조의 변화로 인한 만성질환의 증가, 의료 수요의 복잡화 및 다양화는 우리나라의 보건의료가 당면한 과제이다.

우리나라의 질병 구조는 급성질환 중심에서 만성질환 중심으로 변화하고 있으며, 인구구조는 급속한 고령화가 진행되어, 65세 이상 고령인구가 차지하는 비율은 2022년 17.4%에서 2030년 25.3%, 2050년 40.1%로 지속적으로 증가할 것으로 전망된다([그림 5-2]).

[그림 5-2] 연령 계층별 인구 구성비 예측



출처: "장래인구추계: 2022~2072년", 통계청, 2023.12.13. 통계청 보도자료, p. 7.

일반적으로 고령인구는 노쇠로 인한 기능 장애와 여러 동반 질환 등으로 인해 복잡하고 높은 수준의 의료 및 돌봄 수요를 가지고 있어 다른 연령층에 비해 의료 이용의 빈도가 높고 의료비 지출이 많아지게 된다. 실제로 2022년 기준 전체 건강보험 적용 인구의 17.0%를 차지하는 65세

이상 노인인구 875만 명의 진료비가 전체의 43.1%를 차지하였으며, 노인인구 1인당 월평균 진료비는 42만 9,585원으로 전체 인구의 1인당 월평균 진료비의 2.6배 수준에 달한다(〈표 5-1〉).

〈표 5-1〉 65세 이상 건강보험 적용 인구의 구성비와 진료비 변화

구분		2019년	2020년	2021년	2022년
적용 인구 (천 명, %)	전체(천 명)	51,391	51,345	51,412	51,410
	65세 이상(천 명)	7,463	7,904	8,320	8,751
	65세 이상 비율(%)	14.5	15.4	16.2	17.0
총진료비 (억 원)	전체(억 원)	864,775	869,545	935,011	1,024,277
	65세 이상(억 원)	358,247	374,737	406,129	441,187
	65세 이상 비율(%)	41.4	43.1	43.4	43.1
1인당 월평균 진료비(원)	전체(원, A)	140,663	141,086	151,613	166,073
	65세 이상(원, B)	409,536	404,331	415,887	429,585
	B/A	2.9	2.9	2.7	2.6

주: 1. 지급 기준 적용 인구는 연도 말 기준.
2. 1인당 월평균 진료비 = 진료비 ÷ 평균 적용 인구 ÷ 해당 개월 수
3. 평균 적용 인구는 연중 인구로 연도 말 기준과 차이가 있음. 2022년의 경우 전체 5,139만 6,852명, 65세 이상 855만 8,395명 적용

출처: "2024 년 보건의료 정책 전망과 과제", 강희정, 2024, 보건복지포럼, 327, p. 10의 표1을 수정함.

이와 같은 급격한 고령화와 사회구조 변화, 생활환경 개선 및 영양 증진, 생활 습관 변화 등은 우리나라의 질병 구조를 급성질환, 감염성 질환 중심에서 만성질환, 퇴행성 질환 중심으로 변화시키고 하고 있다(〈표 5-2〉). 특히 생활 습관 변화 등으로 만성질환자가 증가하고 있는 상황에 고령인구의 증가까지 더해지면서 여러 가지 만성질환을 동시에 가지고 있는 복합 만성질환자도 지속해서 증가하고 있다.

2021년 기준, 우리나라 복합 만성질환자 현황을 살펴보면, 19세 이상 인구 중 2개 이상의 만성질환을 지닌 복합 만성질환자 분율은 19.4%였으

며, 연령별로는 19~65세에서는 9.4%, 65세 이상에서는 57.9%로 노인 인구의 절반 이상이 복합 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났다(배재용 외, 2023, p. 97).

〈표 5-2〉 상위 10개 질환군 변화 추이(1990년 vs 2020년)

1990년 수진일수 기준			2020년 수진일수 기준			변화
순위	질병명	비율(%)	순위	질병명	비율(%)	
1위	소화기계 질환	19.8	1위	근골격계 및 결합조직 질환	16.1	▲
2위	호흡기계 질환	19.7	2위	소화기계 질환	13.7	▽
3위	손상, 중독, 외인	10.0	3위	호흡기계 질환	11.5	▽
4위	근골격계 및 결합조직 질환	6.9	4위	순환기계 질환	9.1	▲
5위	신경계 및 감각기 질환	6.4	5위	손상, 중독, 외인	7.1	▽
6위	비뇨생식기계 질환	5.7	6위	정신 및 행동장애	6.3	▲
7위	신생물	5.4	7위	비뇨생식기계 질환	5.1	▽
8위	순환기계 질환	5.4	8위	피부 및 피하조직 질환	4.9	▲
9위	감염성 및 기생충	4.9	9위	내분비, 영양 및 대사질환	4.8	▲
10위	임신, 분만, 산욕합병증	4.7	10위	눈 및 눈부속기 질환	4.4	▲

출처: "의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구", 여나금 외, 2022, 한국보건사회연구원, p. 12.

급속한 인구 고령화와 만성질환 중심으로 질병 구조가 변화한 것을 고려하면 우리나라의 보건의료는 연계와 협력을 통한 환자 중심 진료 방식으로 전환이 필요하나, 우리나라의 의료서비스는 여전히 분절적인 방식으로 제공되고 있는 실정이다. 이러한 분절적인 의료서비스체계하에서는 의료기관 간 협력과 연계가 부재한 상태에서 다수의 의료전문가나 의료공급자들이 의료서비스를 제공하게 되므로, 복합 만성질환자와 같이 증상과 치료 방법이 복잡하고 다양하여 체계적이고 지속적인 의료서비스가 필요한 경우에는 효과적인 치료와 관리에 어려움이 있다.

또한, 고령화와 만성질환 중심으로 질병 구조가 변화하는 추세가 계속된다면 보건의료서비스 이용 빈도와 의료비 지출이 지속적으로 증가할 것으로 예상되는데, 이를 효율적으로 관리하지 못하면 현재의 저성장 기조에서 우리나라의 보건의료체계와 국민건강보험제도의 지속가능성에 대한 큰 위협이 될 것이다.

이러한 배경이 있기 때문에 현재 우리나라의 보건의료는 수요자와 사람 중심으로 진료 방식의 전환이 필요한 시점이라고 할 수 있다. 앞에서 언급한 바와 같이 질병이나 질환에 초점을 맞춰 전통적이고 분절적인 방식으로 제공되는 의료서비스는 고령화 및 질병 구조의 변화로 인해 증가하는 만성질환 환자의 장기적이고 변동적인 요구를 충족시키기에 적합하지 않다는 것이 자명하다. 이에 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호에 초점을 맞추고, 환자와 개인의 역량을 강화하여 의료와 관련한 의사결정 과정에서 더 많은 권한 및 역할을 부여하고, 궁극적으로 환자와 개인이 건강관리와 의료서비스에 적극적으로 참여하게 하는 수요자와 사람 중심 의료로 전환하는 것이 필요하다.

보건의료서비스와 보건의료시스템이 수요자와 사람 중심으로 문제없이 전환되기 위해서는 관련된 보건의료 정책도 함께 변화해야 한다. 지금까지의 우리나라 보건의료 정책은 신속한 의료 접근성 확대와 지속적인 의료 질 개선을 통한 국민건강 수준 향상이라는 성과를 올렸음에도 불구하고, 정부와 공급자 중심으로 추진되고 실행되어왔다는 한계가 존재한다. 정부가 주도하는 대부분의 보건의료 정책은 그 초점이 의료서비스 공급자에게 맞춰져 왔고, 의료서비스 시장에서 발생하는 '정보 비대칭'과 과도한 전문가주의 등으로 인해 정책의 수립 및 추진 과정에서 보건의료의 수요자인 환자와 일반 국민의 욕구가 충분히 반영되지 못했다. 그러므로 우리나라의 보건의료 정책 역시 수요자의 의견을 충분히 수렴할 수 있

도록 정부 및 공급자 중심에서 수요자와 사람 중심으로 전환하는 것이 필요한 상황으로 판단된다.

지금까지 살펴본 대로 인구 고령화로 인한 만성질환의 증가, 질병 구조의 변화, 의료 수요의 다양화, 치료에서 예방 중심으로 보건의료 패러다임의 변화 등으로 인해, 의료 소비자가 기존의 수동적인 서비스 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 의료 참여자로서 역할을 해야 할 필요성이 대두되고 있으며, 의료 수요자인 국민의 권익 보호, 정보 접근성 강화, 필요와 욕구가 충분히 반영된 정책 수립 등 이를 지원하는 제도와 관련 정책 마련이 시급한 상황이다.

제2절 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 평가

본 절에서는 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료와 보건의료 정책에 대한 현황을 살펴보고 평가한다. 본 절의 수요자와 사람 중심 보건의료 서비스 및 보건의료시스템에 대한 평가 영역은 제2장에서 살펴본 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰 내용과 제3장에서 살펴본 'OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크(OECD Framework for People-centred Health System)'와 'WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략'을 참고하여 ① '의견 개진(voice)', ② '선택(choice)', ③ '공동 생산(co-production)', ④ '정보 제공 및 공유'의 4가지 영역으로 구성하였다.

1. 의견 개진(voice)

의견 개진과 적극적인 참여는 미시 수준의 의료서비스 제공 과정, 중간 수준의 보건의료 사업의 계획 및 실행, 거시 수준의 국가 단위에 걸쳐서 이루어져야 한다.

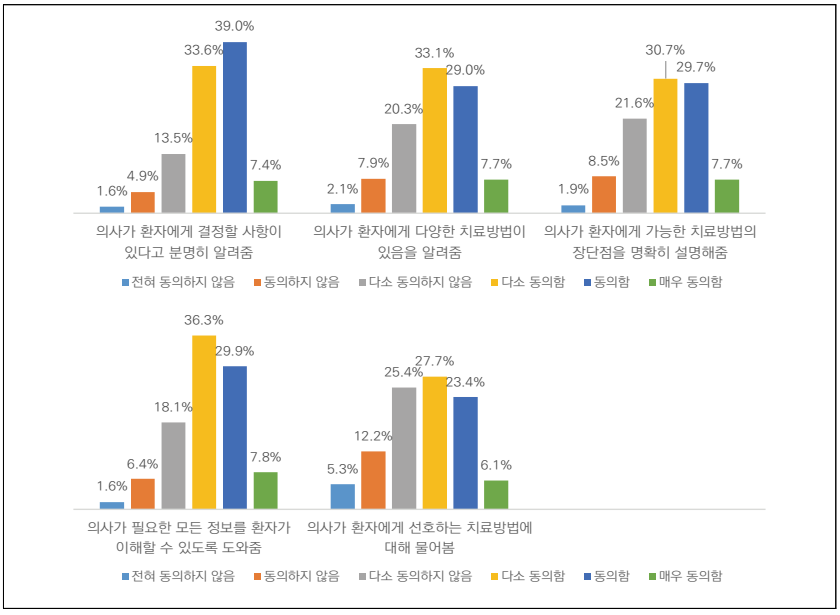
가. 의료서비스 제공 과정에서 환자(수요자)의 의견 개진

수요자와 사람 중심 의료의 주요 목표인 환자 개인의 선호, 필요, 가치를 존중하고 이를 치료 과정에 반영하기 위해서는 의료서비스 수요자인 환자가 자신의 의견을 적극적으로 개진할 수 있는 여건이 마련되어야 한다(OECD, 2021, p. 17). 우리나라는 의료서비스 제공 과정에서 수요자인 환자의 의견 개진에 대한 여건이 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만 환자가 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 구체적인 의견을 개진할 수 있도록 담당 의사 등 의료서비스 제공자와 환자 간에 의사소통을 강화하는 등의 노력이 필요해 보인다.

본 연구의 일반 국민 대상 설문조사에서, 의료서비스 제공 과정에서 수요자인 환자와 개인이 의견을 개진한 경험에 대한 응답 결과를 살펴보면, 일반 국민의 10명 중 7명가량 또는 그 이상이 담당 의사로부터 가능한 치료 방법의 장단점 등 필요한 정보에 대해 명확하고 이해할 수 있게 설명을 들은 것으로 나타났다([그림 5-3]). 이러한 결과는 의료서비스 제공 과정에서 수요자인 개인와 환자의 의견 개진에 대한 여건이 어느 정도 갖추어져 있음을 보여준다. 반면에, 절반이 조금 넘는 환자에게만 의료서비스 제공 과정에서 '자신이 선호하는 치료 방법에 대한 의견을 제시할 수 있는 기회(의사가 환자에게 선호하는 치료 방법에 대해 물어봄)'가 주어

진 것으로 나타났다([그림 5-3]). 이는 의료서비스 제공 과정에서 환자가 자신이 원하는 치료 방법을 포함하여 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 자세하고 구체적인 의견을 개진할 수 있도록 담당 의사 등 의료서비스 제공자가 보다 적극적으로 환자와 소통해야 할 필요가 있음을 시사한다.

[그림 5-3] 의료서비스 이용 중 환자의 의견 개진



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사' 분석 결과

나. 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영 및 참여

수요자와 사람 중심으로 보건의료시스템을 개선하기 위해서는 국가와 지역사회 단위의 보건의료 정책을 수립하고 실행하는 과정에서 국민과

지역사회의 필요와 요구를 적극적으로 청취·수렴하고, 주요 의사결정 과정 및 기구에 국민을 대표하는 시민단체나 소비자단체 등의 참여와 역할을 확대하는 것이 필요하다(OECD, 2021, p. 17). 이에, OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크에서는 '보건의료 정책 결정 기구나 절차에 공식적인 참여 여부'를 주요 정책지표로 포함하고 있으며, WHO의 인간 중심 보건의료서비스 달성을 위한 주요 전략에서도 '보건의료 정책 결정 기구나 절차에 공식적인 참여 여부'와 '개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대'를 5대 주요 전략 중 하나로 제시하고 있다(〈표 3-1〉, 〈표 3-7〉) (OECD, 2021, p. 17, WHO, 2016, p. 5).

우리나라의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 보건의료 정책의 수요자인 일반 국민의 의견을 반영하기 위한 논의와 노력은 계속되고 있음에도 불구하고 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영 및 참여의 정도는 미흡한 수준에 머무르고 있다(김새롬, 김창엽, 2018, pp. 40-42).

건강보험정책에 관련된 주요 사안을 심의·의결하는 건강보험정책심의위원회의 경우 국민을 대표하는 가입자 위원의 참여가 제도화되어 있으나 가입자 위원의 실제적인 영향력은 미흡하다는 평가를 받고 있다(신영석 외, 2014, 최희경, 2008, 한주성, 김창엽, 2017, p. 337 재인용). 건강보험정책심의위원회는 「국민건강보험법」 제4조에 따라 가입자 대표 8인, 공급자 대표 8인, 정부와 공공기관 및 전문가를 포함한 공익 대표 8인, 위원장(보건복지부 차관) 1인의 25명의 위원으로 구성되어 있다(〈표 5-3〉). 국민건강보험의 최고 심의·의결기구인 건강보험정책심의위원회의 구성에 있어서 국민을 대표하는 가입자 위원의 수를 공급자 위원 및 공익위원과 동일하게 구성한 것은 국민건강보험과 관련한 주요 의사결정 과정에서 국민의 의견을 반영하기 위한 제도적 장치를 마련했다는 점에

서 의의를 가진다. 하지만 가입자 위원의 대표성 문제와 함께 전문성 부족과 불충분한 정보 제공 및 논의 시간 부족 등의 절차적 미흡함으로 인해 의사결정 과정에서 국민을 대표하는 가입자 위원의 실질적인 참여 및 영향력이 제한적인 것으로 평가된다(신영석 외, 2014, p 11; 한주성, 김창엽, 2017, pp. 341-344; 허순임, 2021, pp. 110-111). 따라서 가입자 위원의 대표성과 의사결정 과정에서 가입자 위원의 실질적인 참여를 제고하기 위해 위원 구성의 절차와 기준을 명확히 하고 적절한 정보 제공 및 제공 정보에 대한 검토 및 논의 시간을 충분히 보장하는 방향으로 운영 측면의 개선이 필요할 것으로 보인다(한주성, 김창엽, 2017, p.344).

〈표 5-3〉 건강보험정책심의위원회의 구성

국민건강보험법 제4조(건강보험정책심의위원회)
(제2항) 심의위원회는 위원장 1명과 부위원장 1명을 포함하여 25명의 위원으로 구성한다.
(제3항) 심의위원회의 위원장은 보건복지부차관이 되고, 부위원장은 제4항 제4호의 위원 중에서 위원장이 지명하는 사람이 된다.
(제4항) 심의위원회의 위원은 다음 각 호에 해당하는 사람을 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다. 1. 근로자단체 및 사용자단체가 추천하는 각 2명 2. 시민단체(「비영리민간단체지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다. 이하 같다), 소비자단체, 농어업인단체 및 자영업자단체가 추천하는 각 1명 3. 의료계를 대표하는 단체 및 약업계를 대표하는 단체가 추천하는 8명 4. 다음 각 목에 해당하는 8명 가. 대통령령으로 정하는 중앙행정기관 소속 공무원 2명 나. 국민건강보험공단의 이사장 및 건강보험심사평가원의 원장이 추천하는 각 1명 다. 건강보험에 관한 학식과 경험이 풍부한 4명

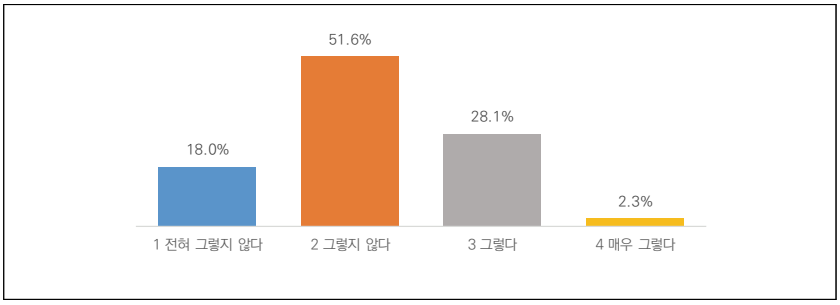
출처: 국민건강보험법, 법률 제19841호 (2024)

국가 단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립 및 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력은 미흡한 것으로 평가된다(박유경, 2013, 장명화, 2014, 김새롬, 김창엽, 2018, p.

42 재인용; 이수진 외, 2021, p. 153)

본 연구의 일반 국민 대상 설문조사 결과를 통해서도 우리나라의 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영이 충분히 이루어지지 않는 것이 확인된다. 일반 국민의 10명 중 7명에 해당하는 69.6%가 '우리나라의 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스의 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취 및 반영되고 있지 않다'고 생각하는 것으로 나타나(([그림 5-4]), 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 보건의료 정책의 수요자인 일반 국민의 의견을 수렴하기 위한 적극적인 노력이 필요해 보인다.

[그림 5-4] 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 국민 의견 청취 및 반영



주: '귀하는 우리나라의 보건의료 정책 수립 및 실행 과정에서 의료서비스 수요자인 국민의 의견이 충분히 청취되고 반영되고 있다고 생각하십니까?'에 대한 응답
출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사' 분석 결과

2. 선택(choice)

의료서비스의 수요자인 환자와 개인은 '건강권'을 추구하기 위해 자신에게 필요한 보건의료서비스를 선택하고 이용할 수 있도록 보장받아야 한다. 보건의료서비스에 대한 선택권의 제공은 '건강권' 보장을 위한 핵심 사항일 뿐 아니라 의료서비스의 수요자인 환자와 개인이 자신에게 적

합한 결정을 할 수 있도록 선택지를 제공한다는 점에서 수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서 꼭 필요한 요소이다(Iliffe & Manthorpe, 2020; Latimer et al., 2017; OECD, 2021, p. 19). OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크에서는 의료서비스의 수요자인 환자와 개인이 선택권 보장에 관한 사항을 평가하기 위해 '환자가 일차진료, 전문의 진료, 병원 진료에 대한 의료 공급자를 선택할 수 있는지 여부'와 의료서비스에 대한 접근성에 관한 측정 도구인 경제적 미충족 의료를 정책 지표로 제시하였다(〈표 3-3〉) (OECD, 2021, p. 20).

우리나라는 의료 수요자가 본인의 거주지역과 상관없이 상급종합병원을 제외한 의료기관을 자유롭게 선택·이용할 수 있다. 상급종합병원 이용 시 건강보험급여 혜택을 받기 위해서는 응급, 치과, 분만, 가정의학과 진료 등의 예외적인 경우를 제외하고는 의사 소견이 기재된 건강진단·건강검진 결과서 또는 요양급여의뢰서가 필요하다(〈표 5-4〉). 하지만 환자가 진료비에 대한 추가적인 본인 부담을 지불할 용의가 있다면 상급종합병원을 포함한 모든 의료기관을 자유롭게 이용할 수 있다.

〈표 5-4〉 국민건강보험 요양급여의 절차

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙
제2조(요양급여의 절차) ① 요양급여는 1단계 요양급여와 2단계 요양급여로 구분하며, 가입자 또는 피부양자(이하 "가입자 등"이라 한다)는 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받아야 한다. ② 제1항의 규정에 의한 1단계 요양급여는 「의료법」 제3조의 4에 따른 상급종합병원(이하 "상급종합병원"이라 한다)을 제외한 요양기관에서 받는 요양급여(건강진단 또는 건강검진을 포함한다)를 말하며, 2단계 요양급여는 상급종합병원에서 받는 요양급여를 말한다. ③ 제1항 및 제2항의 규정에 불구하고 가입자 등이 다음 각호의 1에 해당하는 경우에는 상급종합병원에서 1단계 요양급여를 받을 수 있다. 1. 「응급의료에 관한 법률」 제2조 제1호에 해당하는 응급환자인 경우 2. 분만의 경우 3. 치과에서 요양급여를 받는 경우

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙

4. 「장애인복지법」 제32조에 따른 등록 장애인 또는 단순 물리치료가 아닌 작업치료·운동치료 등의 재활치료가 필요하다고 인정되는 자가 재활의학과에서 요양급여를 받는 경우
5. 가정의학과에서 요양급여를 받는 경우
6. 당해 요양기관에서 근무하는 가입자가 요양급여를 받는 경우
7. 혈우병환자가 요양급여를 받는 경우

④ 가입자 등이 상급종합병원에서 2단계 요양급여를 받고자 하는 때에는 상급종합병원에서의 요양급여가 필요하다는 의사소견이 기재된 건강진단·건강검진결과서 또는 별지 제4호 서식의 요양급여의뢰서를 건강보험증 또는 신분증명서(주민등록증, 운전면허증 및 여권을 말한다. 이하 같다)와 함께 제출하여야 한다. 〈개정 2009. 7. 31., 2010. 12. 23.〉

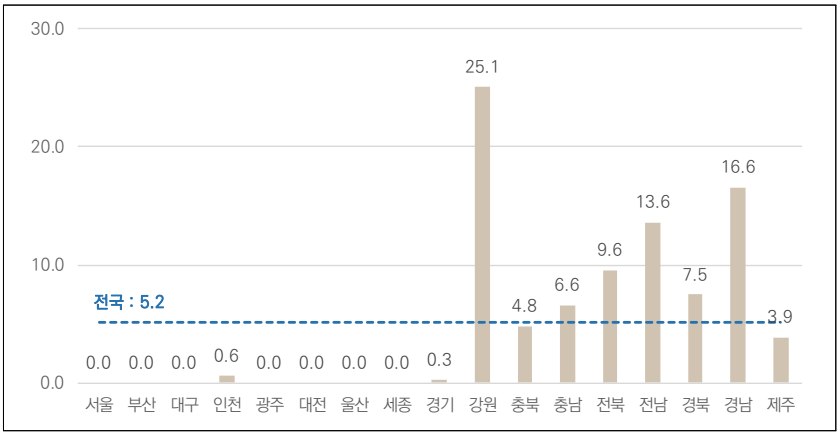
⑤ 제1항부터 제4항까지의 규정에도 불구하고 보건복지부장관은 「재난 및 안전관리 기본법」 제38조 제2항에 따른 심각 단계의 위기경보가 발령된 경우로서 특별히 필요하다고 인정하는 경우에는 법 제4조에 따른 건강보험정책심의위원회(이하 "심의위원회"라 한다)의 심의를 거쳐 요양급여의 절차를 달리 정할 수 있다.

출처: 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 보건복지부령 제1054호 (2024)

의료서비스의 수요자인 환자와 개인의 선택권의 정도를 의료 접근성이라는 또 다른 측면으로 살펴보면, 우리나라의 경우 전체적인 의료 접근성은 높은 수준으로 평가되지만, 의료 자원 분포의 불균형으로 인해 의료 접근성의 지역 간 격차가 뚜렷이 나타난다. 2021년 기준 우리나라 전체에서 '300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율'은 5.2%로 나타났는데, 지역별로는 7대 특광역시의 경우 인천(0.6%)을 제외하고는 지역 내 모든 인구가 90분 이내에 300병상 이상 종합병원에 도달할 수 있지만 강원(25.1%), 경남(16.6%), 전남(13.6%), 전북(9.6%) 등의 도 지역은 300병상 이상 종합병원에 대한 접근도가 매우 낮은 것으로 나타났다([그림 5-5]). 일반 국민도 우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점으로 '지역 간 의료 불균형'을 꼽았으며, 의료 접근성의 정도를 진단할 수 있는 대표적인 평가지표인 미충족 의료율 역시 지역 간 격차가 뚜렷이 나타나는 것으로 확인된다(국민권익위원회 국민신문고과, 2020. 9. 1; [그림 5-6]). 이에, 의료 접근성에 대한 지역 간 불균형을 완화하기 위한 실효성 있는 정책 방안을 마련하고 이를 적극적으로 추진할 필요가 있다.

〔그림 5-5〕 시도별 300병상 이상 종합병원에 90분 이내 도달 불가능한 인구 비율(2021년)

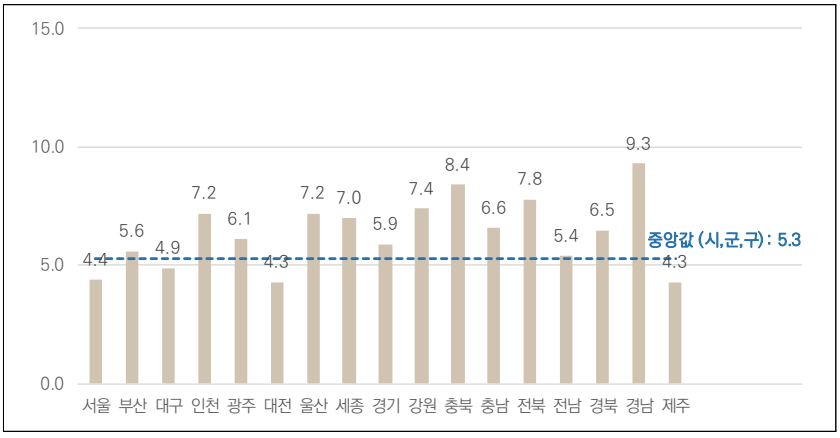
(단위: %)



출처: "2022년 공공보건의료통계집", 국립중앙의료원, 2022, p. 81의 「그림 Ⅱ-2-2-1」.

〔그림 5-6〕 시도별 연간 병의원에 대한 미충족 의료율(2023년)

(단위: %)



주: 최근 1년 동안 본인이 병의원(치과 제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 사람의 분율(%)
출처: "2023 지역건강통계 한눈에 보기(본문)", 질병관리청, 2024, p. 210의 「표 393」, 「표 394」를 저자가 재구성.

3. 공동 생산(co-production): 의료서비스 및 자신의 건강에 대한 적극적인 참여와 공급자로서의 역할 수행

'공동 생산'(co-production)은 환자나 개인이 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하는 '공동 생산자'로서의 역할을 수행하는 것을 의미하며, 이를 달성하기 위해서는 의료서비스 제공 과정에서 환자와 담당 의사 등의 의료인 간의 '공동 의사결정(shared decision making)'과 '건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)'가 이루어져야 한다(Batalden et al., 2016, pp. 510-514; Dent & Pahor, 2015, pp. 550-551; Elwyn et al., 2020, pp. 711-713; OECD, 2021, p. 11). 환자나 개인이 자신의 의료서비스와 건강관리에 대한 주도적이고 적극적인 참여자 및 '공동 생산자'로서의 역할 수행을 담보하기 위해서는 치료 및 건강에 관한 의사결정을 내리는 데 필요한 정보가 충분히 제공되어야 하고 환자와 개인이 '필요한 정보를 얻고, 이해하고, 활용할 수 있는 능력'인 건강 문해력(health literacy)을 갖추고 있어야 한다(Nutbeam, 1998; 이주열, 2019, p. 24 재인용; OECD, 2021, p. 11, 22).

가. 공동 의사결정(shared decision making)

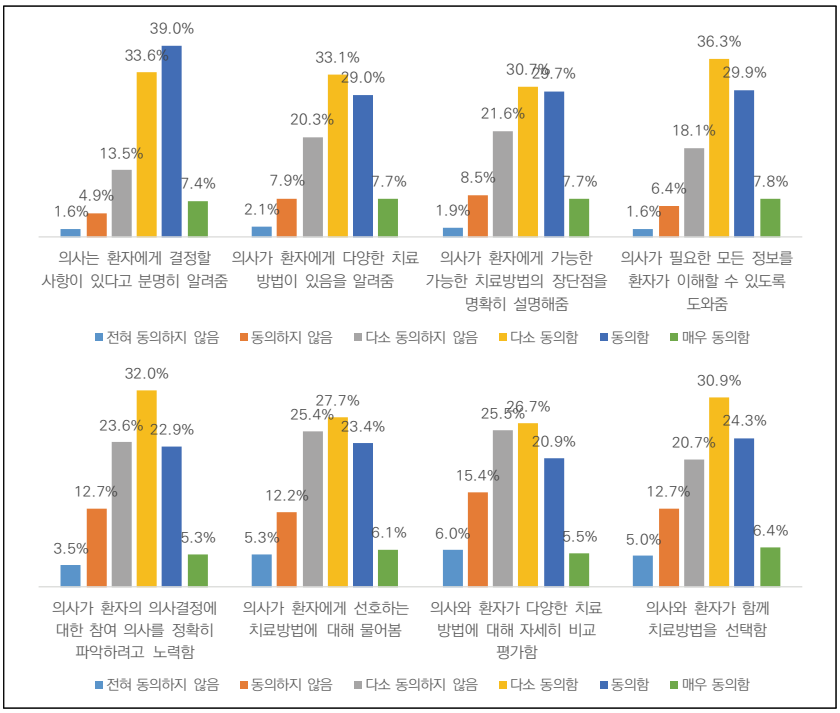
'공동 의사결정'은 환자와 의료 공급자가 서로의 지식, 경험, 가치관에 기반한 우선순위 및 의견을 공유하고 함께 결정을 내리는 일련의 과정이다(Coulter, 2017, p. 117; Elwyn et al., 2012, p. 1362; Hedberg et al., 2022, p. 131; The Health Foundation, 2016, p. 26). 우리나라의 보건의료와 관련한 최상위 법령에 해당하는 「보건의료기본법」 제12조(보건의료서비스에 관한 자기결정권)는 "보건의료서비스에 관한 자기결

정권에 대하여 모든 국민은 보건 의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후, 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리"를 가진다고 규정하여, '공동 의사결정'의 기본적인 요건에 해당하는 의사결정 과정에서의 설명과 동의에 관한 의료 제공자의 의무와 환자의 권리에 대해 명시하고 있다(윤여란, 배현아, 2024, p. 73).

'공동 의사결정'의 기본적인 요건에 대한 법적 규정을 포함하여 우리나라의 의료서비스 제공 과정에서 '공동 의사결정'을 위한 여건은 어느 정도 갖추어져 있는 것으로 판단된다. 하지만 환자와 의료 제공자의 인식 부족, 제한된 진료 시간, 관련한 교육훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등의 의료진이 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 '공동 의사결정'의 수준은 미흡한 것으로 보인다.

본 연구의 일반 국민 대상 설문조사의 '의료서비스 이용 과정에서 의사결정에 대한 경험'에 대한 응답 결과를 살펴보면, 일반 국민의 10명 중 7명가량 또는 그 이상이 의료서비스를 이용할 때 자신이 결정해야 할 사항이 있음을 인지하였으며, 의사가 여러 가지 치료 방법이 있음을 알려주었고, 각각의 치료 방법에 대한 장단점을 설명해 주었으며, 이러한 정보를 이해할 수 있도록 도와준 것으로 확인된다([그림 5-7]). 하지만 의사가 환자의 의사결정에 대한 참여 의사와 선호하는 치료 방법을 명확히 파악하고, 이를 토대로 환자와 담당 의사가 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 의미의 '공동 의사결정'에 대한 경험은 상대적으로 부족한 것으로 파악된다([그림 5-7]).

〔그림 5-7〕 의료서비스 이용 중 환자의 공동 의사결정



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사' 분석 결과

나. 건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)

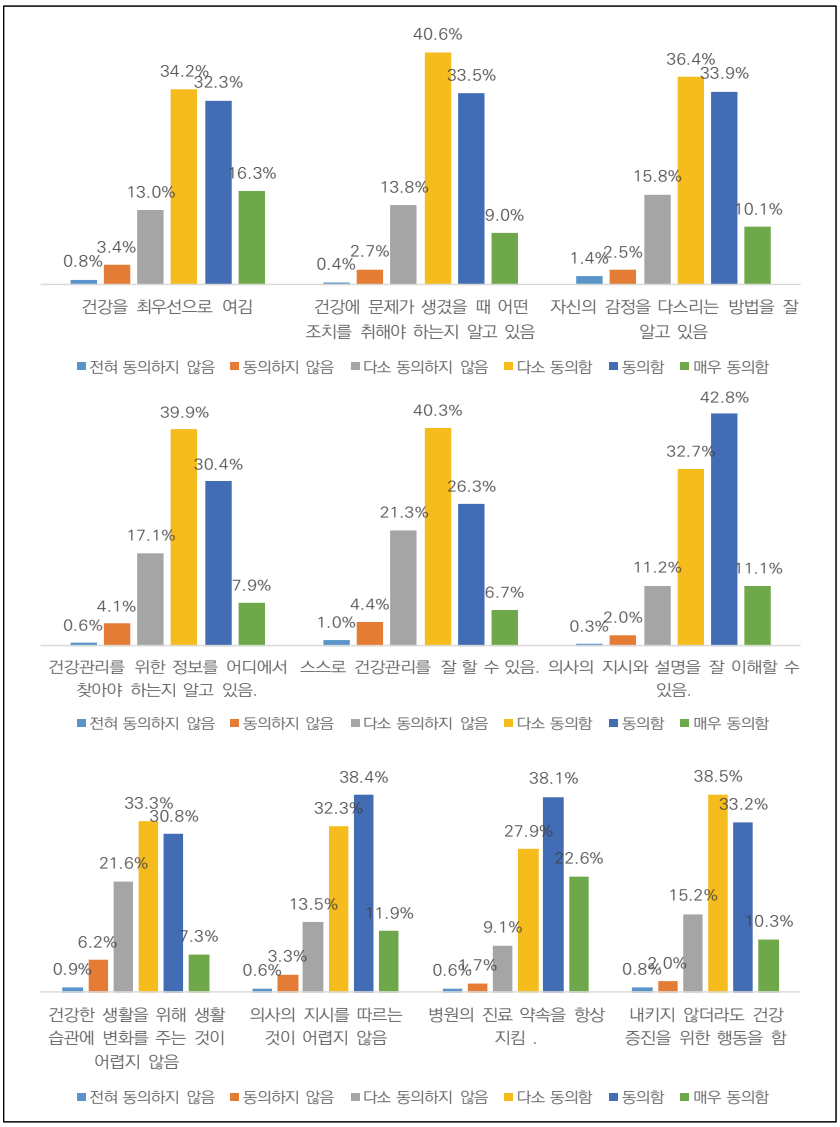
건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)는 신체적, 정신적 건강 상태 및 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해 자신의 건강을 능동적인 태도로 책임감 있게 관리하는 행동과 역량을 의미한다(Gauthier-Beaupré et al., 2023, pp. 1-2; Panagioti et al., 2014, p. 2; Pulvirenti et al., 2014, pp. 305-306; Van de Velde et al. 2019, p. 10).

우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있으며 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있으며, 자신의

건강을 관리하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 보이는데, 본 연구의 일반 국민 대상 설문조사의 '건강에 대한 자기관리'에 대한 역량 및 실천 정도에 대한 응답 결과를 통해서도 이를 확인 할 수 있다([그림 5-8]). 반면에, 적극적이고 주도적인 자가 건강관리를 실천하기 위해 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준은 매우 낮은 것으로 확인된다. 전국 규모의 대표성을 지닌 표본을 활용한 한국의료패널의 헬스 리터러시에 관한 조사를 분석한 결과, 19세 이상 성인의 절반 정도인 50.6%만이 적정한 수준의 헬스 리터러시를 가지고 있으며, 20.1%는 경계 수준, 29.3%는 부족한 수준의 헬스 리터러시를 가지고 있는 것으로 나타났다(배재용, 김혜윤, 2023, pp. 85-86). 또한, 고령층과 교육 수준과 소득이 낮은 건강취약계층에서 헬스 리터러시 수준이 상대적으로 더 낮은 것으로 확인되었다(배재용, 김혜윤, 2023, p. 86, 90).

이에, 우리나라 국민의 헬스 리터러시 수준을 향상시키 위한 대책 마련이 시급해 보인다. 미국, 호주, 중국과 유럽의 주요국은 2000년대 이후 국가 차원의 헬스 리터러시 조사를 실시하고 국민의 헬스 리터러시 수준 향상을 위해서 국가 차원의 전략을 수립하고 관련 정책을 개발 및 추진하고 있는 것으로 확인된다(Nutbeam, 2017, 박동진 외, 2022. pp. 1-2, 재인용). 우리나라도 2021년에 발표된 건강증진종합계획 2030의 중점과제 중 하나로 '건강정보 이해력 제고'를 포함하였으며, 주요 목표 중 하나로 우리나라 성인의 70%가 적절한 헬스 리터러시 수준에 이르는 것으로 설정하였다(국민건강증진종합계획, n.d.). 이러한 목표를 달성하기 위한 주요 추진사업으로 ① 건강정보 이해 능력에 대한 주기적 모니터링, ② 건강정보 활용 교육체계 구축, ③ 건강정보 제공체계 구축 및 모니터링을 제시하였다(국민건강증진종합계획, n.d.).

[그림 5-8] 건강에 대한 자기관리 역량 및 실천



출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사' 분석 결과

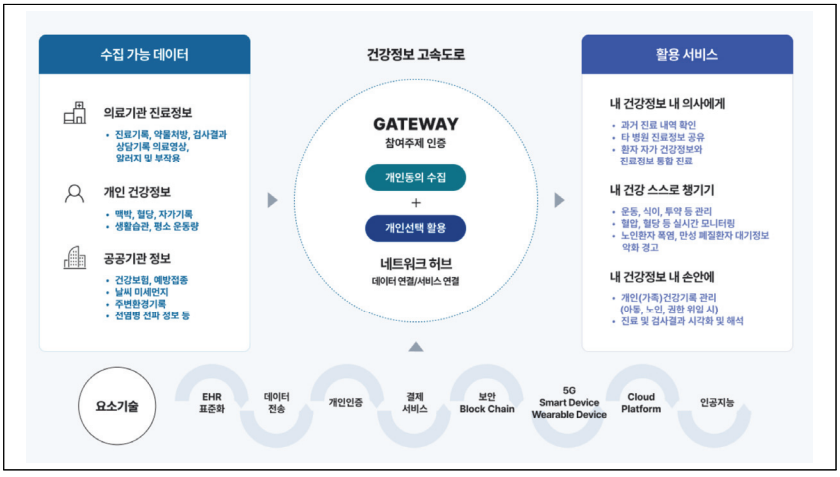
4. 정보의 제공과 공유 및 활용

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자 등이 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 이러한 정보의 제공과 공유는 적시성과 신뢰성이 담보되어야 할 뿐 아니라 양방향(interactive)으로 이루어져야 하는데, 이를 실현시키기 위해서는 분산되어 있는 건강정보와 의료정보를 통합적으로 관리하고 활용할 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 또한, 인터넷과 소셜미디어 등을 포함한 다양한 경로를 통해 얻어지는 건강 관련 정보 중에서 잘못된 정보(Misinformation)와 허위정보(Disinformation) 같은 '건강 위해 정보'를 걸러내고 신뢰성이 담보된 정보들이 제공되고 공유될 수 있도록 가이드라인이 마련되고 국가 차원에서 신뢰할 수 있는 건강정보를 제공하는 공식적인 '건강정보포털'이 운영될 필요가 있다. 이와 더불어, 수요자와 사람 중심 의료의 기본 전제인 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호, 관점, 견해 및 경험을 진료 및 치료 과정에 반영하기 위해서는 환자경험측정(PREMs)과 환자보고결과측정(PROMs) 등을 활용하여 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하고 정보화하여 주요 이해당사자들이 이를 활용하게 하는 것이 필요하다(Bull et al., 2022, pp. 1-3; Miller et al., 2015, pp. 295-296; Minvielle et al., 2023, pp. 1-2).

적시성과 신뢰성이 담보된 양방향 정보 제공과 공유를 위한 보건의료 마이데이터의 경우 우리나라는 2023년 9월부터 개인 의료데이터 국가중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'를 구축하고 이를 통해 공공기관과 의

료기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 본인 동의하에 조회·저장하고, 원하는 곳에 전송하여 활용할 수 있도록 지원하고 있다(보건복지부, 2024. 9. 26., p.2). '건강정보 고속도로'를 통해서 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원, 질병관리청 등 공공기관에서 보유한 진료이력, 건강검진 이력, 투약 이력, 예방접종 이력과 함께 의료기관이 보유한 진단 내역, 약물처방 내역, 진단·병리검사, 수술 내역 등의 개인 의료정보가 의료서비스 수요자인 개인과 환자와 더불어 의료서비스를 제공하는 담당 의사와 의료진에게 제공·공유되고 있다(보건복지부, 2024. 9. 26., p. 2). 2024년 9월 기준, 26개 상급종합병원을 포함한 1,004개 의료기관이 '건강정보 고속도로'에 참여하고 있으며 2025년 하반기까지 전체 상급종합병원 47개소를 포함하여 총 1,263개 의료기관의 개인 의료정보가 공유·활용될 수 있을 것으로 예상된다(보건복지부, 2024. 8. 12., p. 2).

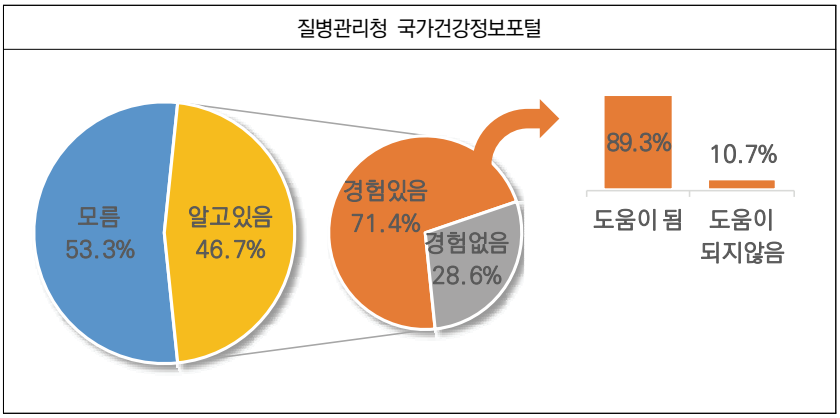
[그림 5-9] 건강정보 고속도로 개요

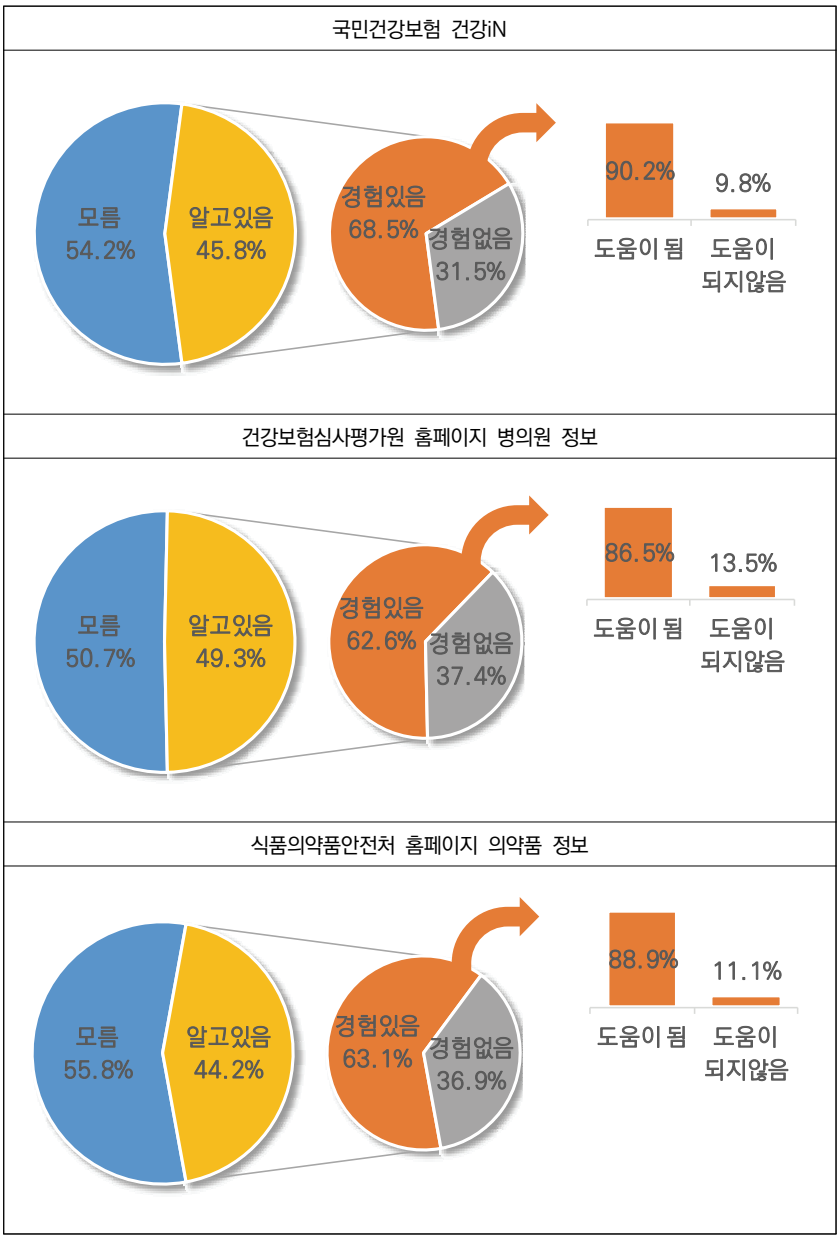


출처: "건강정보 고속도로 소개", 보건복지부, 한국보건의료정보원, n.d., https://www.myhealthway.go.kr/portal/index?page=Individual/Portal/MediMyData/MydataService에서 2024. 12. 13. 인출.

우리나라 정부와 공공기관에서는 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자인 국민에게 신뢰할 수 있는 건강정보와 의료정보를 편리하고 정확하게 찾아볼 수 있도록 도움을 주기 위해 여러 개의 건강정보 포털 및 웹사이트들을 운영하고 있다. 정부와 공공기관에서 운영하는 대표적인 건강정보 관련 포털 및 웹사이트로는 ① 질병관리청의 '국가건강정보포털', ② 국민건강보험의 '건강iN', ③ 건강보험심사평가원 홈페이지의 '병의원 정보', ④ 식품의약품안전처 홈페이지의 '의약품 정보'를 들 수 있다. 본 연구의 일반 국민 대상 설문조사의 '정부와 공공기관 운영 건강포털 및 웹사이트에서 제공하는 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부'에 대한 응답 결과를 살펴보면, 정부와 공공기관에서 운영하는 건강정보포털이 보건의료서비스의 수요자인 국민에게 필요하고 유용한 정보를 제공하고 있음에도 불구하고 이에 대한 인식률과 활용도가 낮은 것으로 확인된다([그림 5-10]),

[그림 5-10] 정부·공공 기관 제공 건강·의료 정보에 대한 인식, 이용 경험, 도움 여부





출처: 본 연구의 '수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 조사' 분석 결과

의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정 및 활용하는 것에 대한 우리나라의 현황을 살펴보면, 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자 관점에서의 건강결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다. 국가 수준의 의료서비스 수요자와 환자에 대한 경험 평가는 보건복지부의 의료서비스경험조사와 건강보험심사평가원의 환자경험평가를 들 수 있다(건강보험심사평가원, 2024. 9. 5.; 이혜정 외, 2023).

신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 의료전문가 집단의 자발적인 노력도 필요한데, 우리나라도 대한민국의학한림원이 주도하고 의학 전문학회들의 자발적 참여를 기반으로 의사와 환자 사이의 대화를 촉진시켜 환자에게 불필요한 검사와 치료를 행하는 것을 배제함으로써, 의료 자원의 낭비를 억제하고, 의료서비스의 질을 향상시키기 위해 '한국형 현명한 선택 캠페인'을 추진하고 있다(김영숙, 2021.3.23.).

제6장

수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향

제1절 주요 연구 결과
제2절 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한
정책 추진 방향

제6장 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향

제1절 주요 연구 결과

이 연구는 우리나라 보건의료가 수요자와 사람 중심으로 전환하기 위한 제도 개선 및 정책 추진 방향 제시를 목적으로 수요자와 사람 중심 의료에 대한 관련 개념 및 범위, 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항, 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소를 살펴보았고, 보건의료 관련 주요 국제 기구인 OECD와 WHO의 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크와 주요 전략을 고찰하였다. 또한, 수요자와 사람 중심 의료에 대한 인식, 욕구, 경험 등에 대해 알아보기 위해 의료서비스 수요자인 일반 국민을 대상으로 한 설문조사를 실시하고 응답 결과를 분석하였고, 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료와 보건의료 정책과 관련한 현황을 살펴보고 평가하였다. 이 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 수요자와 사람 중심 의료에 대한 이론적 고찰

수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위, 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항, 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요소에 대한 이론적 고찰의 주요 결과 및 시사점은 다음과 같다.

가. 수요자와 사람 중심 의료 관련 개념 및 범위

전 세계적으로 사람 중심(person-centered) 및 환자 중심(patient-centered) 의료에 대한 중요성이 강조되고 있으며, 개인이 보건의료체계와 관련한 정책 시스템의 중심에 있어야 한다는 폭넓은 공감대가 형성되었음을 확인하였다(Mitchell et al., 2022, p. 3; OECD Health Ministerial Meeting, 2017, pp.5-6; Richard et al., 2015, p. 350; WHO, 2016, p. 5; WHO Regional Office for Europe, 2015, pp 5-6). 보건의료 분야의 '개인 중심성'에 대한 개념 중 널리 사용되는 사람 중심 의료(person-centered care)와 환자 중심 의료(patient-centered care)는 유사한 개념으로 간주되어 사용되어 왔다(Entwistle & Watt, 2013, p. 29). 하지만 사람 중심 의료의 개념은 환자 중심 의료에 비해 인간 존중, 개인의 자기 결정권, 상호 존중 및 이해라는 가치를 보다 명확히 반영하며, 개인과 의료 제공자와의 지속적인 상호작용을 강조하고 개인의 선호도, 필요, 가치가 개별 의료서비스 이용 단계를 넘어 일생 동안 어떻게 변화하고 전반적인 건강관리 및 삶의 질 향상에 영향을 미칠 수 있는지에 초점을 맞춘다는 점에서 환자 중심 의료를 확장하고 발전시킨 개념으로 볼 수 있다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p. 15; De Maeseneer et al., 2012, p. 604; Eklund et al., 2019, p. 4; McCormack et al., 2011, p. 1).

선행연구와 문헌에서 나타난 사람 중심과 환자 중심에 대한 다양한 정의에서 공통적으로 확인되는 점은, 우선 '개인'을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 하며, 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영해야 한다는 기본적인 윤리적 전제를 기반으로 하고 있다는 것이다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered

Care, 2016 p. 15; Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Entwistle & Watt, 2013, pp. 29-30). 또한, 환자와 개인의 역량을 강화하고 의료와 관련한 의사결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 궁극적으로 환자와 개인의 적극적인 참여를 이끌어내는 것이 공통적인 목표로 확인된다(Institute of Medicine, 2001, pp. 39-40; Latimer et al., 2017, pp. 425-426; McCormack et al., 2010, p. 13; The Health Foundation, 2016, pp. 8-9).

인간 중심 의료(people-centered care)는 사람 중심 의료를 확장하고 발전시킨 개념으로 건강을 집단적인 시야로 바라보고, 건강의 경제적, 정치적 측면을 포함한 사회적 결정 요인에 주의를 기울인다(De Maeseneer et al., 2012, p. 604). 인간 중심 의료의 주요한 특징은 환자 중심 의료와 사람 중심 의료가 의료서비스의 제공 대상인 개인에게 초점을 맞추는 반면, 인간 중심 의료는 지역사회가 지역 안에 있는 사람들의 건강, 그리고 관련 보건의료 정책 및 보건의료서비스의 제공에서 중요한 역할을 하도록 해야 한다는 것이다(WHO, 2016, p.2).

'의료 소비주의(healthcare consumerism, medical consumerism)'와 '소비자 주도 의료(consumer-driven care)'는 환자와 개인의 역량 강화(empowerment)와 의사결정 과정에서 환자와 개인의 역할을 강조한다는 면에서도 환자 중심주의 및 사람 중심주의와 유사한 측면이 존재한다(Latimer et al., 2017, pp. 425-426; Mathews et al., 2020, p. 1412). 하지만 '환자 중심 의료'와 '사람 중심 의료'는 환자와 개인의 삶 전체에 걸친 번영과 행복을 철학적 기반으로 하고 있는 데 반해, '의료 소비주의'는 자유주의(libertarinism)와 개인의 자율(autonomy)을 근간으로 삼고 있다는 점에서 근본적으로 차이가 있다(Latimer et al., 2017, pp. 425-426; Moreno, 2007, p. 415; O'Dwyer, 2013, p. 234). 의료 소비주의와 소비

자 주도 의료는 환자와 개인에게 의료서비스 시장의 적극적이고 주도적인 쇼핑객으로서의 역할을 부여하여 정보에 입각한 현명한 선택과 자신의 건강 관리에 대한 적극적인 참여를 강조한다. 의료 소비주의와 소비자 중심 의료에서 강조하는 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식은 환자와 개인이 합리적인 선택을 하여 의료서비스 및 의료시스템의 효율성 증대와 비용 감소라는 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대하지만, 실제로 이러한 접근 방식은 정보 열위와 불확실성하에 놓여 있는 환자와 개인에게 합리적인 선택과 그에 따른 비용 절감을 항상 담보하지 않는 것을 주지할 필요가 있다(Gusmano et al., 2019, pp. 370-372).

나. 수요자와 사람 중심 의료 달성을 위한 주요 고려 사항

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 미시(micro, 개별 진료/의료서비스, 환자 및 의료인) 수준, 중간(meso, 의료기관 및 전문가 집단 등의 조직) 수준 및 보건의료시스템의 거시(macro, 국가 단위의 보건의료시스템 및 정책) 수준을 종합적으로 고려하여 의료 계획을 수립하고 실행해야 한다. 예를 들어 사람 중심 및 수요자 중심 의료의 핵심적인 개념이자 목표인 권한 부여와 참여 확대를 위해서는 미시 수준의 의료서비스 제공 시 의사결정 과정에 환자가 적극적으로 참여하는 것에서부터 거시 수준의 국가 단위 의료체계 및 관련 정책에 대해 국민이 적극적으로 참여하는 것에 이르기까지 미시-중간-거시 수준을 포괄한 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행이 이루어져야 한다.

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 다중체계(미시-중간-거시)에 대한 고려와 함께 윤리적 및 성과 기반 접근 방식에 대한 균형 있는 반영도 필요하다. 사람 및 수요자 중심 의료를 바라보는 관점은 1) 윤리적

(철학적) 접근 방식과 2) 성과 기반(도구적) 접근 방식으로 나눌 수 있다(Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp. 4-5; Mittler et al., 2013, p. 38). 윤리적 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료를 그 자체를 '옳은 일(the right thing to do)'로 바라보고 달성해야 할 목표로 설정하지만, 성과 기반 접근 방식은 사람 및 수요자 중심 의료를 통해 진료 결과와 건강 상태를 향상시키는 것을 목표로 한다(Duggan et al, 2006, pp. 272-274; Miller, 2021, pp. 17-18; Mitchell et al., 2022, pp 4-5). 사람 중심 및 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행 과정에서 윤리적 접근 방식과 성과 기반 접근 방식의 장점과 한계점을 종합적으로 고려하여 균형을 유지하는 것이 필요하다.

다. 수요자와 사람 중심 의료에서 수요자의 주요 역할

수요자 및 사람 중심 의료서비스와 보건의료시스템에서 의료 수요자인 개인과 환자의 주요 역할은 '의견 개진(voice)', '선택(choice)', '공동 생산(co-production)'의 3가지로 정의할 수 있다(Dent & Pahor, 2015, p. 547; Kvæl et al., 2019, p. 2).

의견 개진(voice)은 의료서비스와 보건의료시스템의 수요자로서 개인, 지역사회 및 대중이 의료서비스 제공 과정뿐 아니라 보건의료 정책의 수립과 실행의 의사결정 과정에서 적극적으로 목소리를 내고 관여하는 것을 의미한다(Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 17; Kvæl et al., 2019, p. 2).

선택(choice)은 환자와 개인이 의료시스템 내에서 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스 등을 선택할 수 있도록 하는 것을 의미

한다(OECD, 2021, p. 11). 환자와 개인에게 선택권을 보장하고 다양한 선택지를 제공하는 것은 환자와 개인에게 기본적인 권리를 보장한다는 측면과 함께, 의료서비스 시장에서 주도적이고 적극적인 소비자로서의 역할을 부여하여 합리적인 선택을 통해 자신의 건강을 향상시킬 수 있도록 하는 측면이 존재한다(Iliffe & Manthorpe, 2020; Latimer et al., 2017; OECD, 2021, p. 19).

공동 생산(co-production)은 환자나 개인이 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 수동적인 수요자로 머무는 것이 아니라, 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하는 '공동 생산자'의 역할을 수행하는 것을 의미한다(Batalden et al., 2016, p. 511; Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 11). 의료서비스 및 건강관리에 있어 공동 생산을 달성하기 위한 두 가지 핵심 요소는 '공동 의사결정(shared decision making)'과 '건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)'이다(Batalden et al., 2016, pp. 510-514; Dent & Pahor, 2015, p. 551; Elwyn et al., 2020, pp. 711-713). 공동 의사결정 과정은 환자의 건강 상태와 가족력 등의 정보, 개인적 경험 및 가치에 기반한 의견과 의료 공급자의 전문가로서의 의학적 지식과 경험에 기반한 의견을 공유하고 함께 결정을 내리는 일련의 과정으로 볼 수 있다(Elwyn et al., 2012, p. 1362; The Health Foundation, 2016, p. 26). 건강에 대한 자기관리는 신체적, 정신적 건강 상태 및 전반적인 삶의 질을 향상시키기 위해 자신의 건강을 능동적인 태도로 책임감 있게 관리하는 행동과 역량을 의미한다(Gauthier-Beaupré et al., 2023, pp. 1-2; Panagioti et al., 2014, p. 2; Pulvirenti et al., 2014, pp. 305-306; Van de Velde et al. 2019, p. 10).

라. 정보 제공 및 공유

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 주요 이해당사자인 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자 등이 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 정보의 제공과 공유는 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요건인 '의료서비스와 보건의료시스템의 수요자인 개인, 지역사회 및 대중의 의견 수렴과 반영(의견 개진, voice)', '의료 공급자 및 의료서비스에 대한 선택권 보장과 다양한 선택지 제공(선택, choice)', '환자나 개인이 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 의료 공급자와 협력하여 적극적으로 참여(공동 생산, co-production)'하는 것을 달성하기 위한 필수적인 요소이다.

수요자와 사람 중심 의료의 기본 전제인 환자와 개인의 필요, 욕구, 선호, 관점, 견해 및 경험을 진료 및 치료 과정에 반영하기 위해서는 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하고 정보화하여 주요 이해당사자들이 이를 활용하게 하는 것이 필요하다. 의료서비스 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과는 환자경험측정(patient-reported experience measures, PREMs)과 환자보고결과측정(patient-reported outcome measures, PROMs)을 통해 이루어진다(Bull et al., 2022, pp. 1-3; Miller et al., 2015, pp. 295-296; Minvielle et al., 2023, pp. 1-2).

정보의 제공과 공유는 미시 수준의 의료서비스 선택 및 이용 과정뿐 아니라 거시 수준의 국가와 지역사회 단위의 보건의료시스템과 보건의료정책의 수립과 실행 과정에서도 이루어져야 하며, 적시성과 신뢰성이 담보되어야 한다. 이를 가능하게 하는 주요한 개입 및 정책 수단으로는 보건의료 마이데이터, 국가 차원의 공식적인 건강정보포털 운영을 들 수 있

다. 또한, 신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 현명한 선택 캠페인(Choosing Wisely Campaign) 같은 의료전문가 집단의 자발적인 노력도 필요하다.

2. 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크

보건의료 관련 주요 국제 기구인 OECD와 WHO가 제시한 수요자와 사람 중심 보건의료를 위한 프레임워크와 주요 전략은 다음과 같다.

OECD는 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크(OECD Framework for People-centred Health System)를 제시하였다(OECD, 2021). OECD의 인간 중심 보건의료시스템을 위한 프레임워크는 ① 의견 개진(voice), ② 선택(choice), ③ 공동 생산(co-production) ④ 연계(integration), ⑤ 존중(respectfulness)의 5가지 핵심 요소와 관련 세부 영역 및 정책 지표로 구성되어 있다(OECD, 2021, pp. 13-14, 〈표 3-1〉).

WHO는 인간 중심 보건의료서비스에 대한 비전을 "모든 사람들이 생애주기에 걸친 필요와 선호를 충족하는 안전성, 효과성, 효율성 등의 질이 담보된 일련의 의료서비스를 시기적절하게 이용할 수 있는 미래"로 설정하고 이를 달성하기 위한 5가지의 주요 전략 방향과 관련 정책 수단 및 개입 수단을 제시하였다(WHO, 2015, p. 9, pp. 20-33; WHO, 2016, pp. 4-9). 5가지의 주요 전략 방향은 ① 개인과 지역사회의 역량과 권한 강화 및 참여 확대(Empowering and engaging people and communities), ② 거버넌스 및 책임성 강화(Strengthening governance and accountability), ③ 의료서비스 모형 재조정(Reorienting the model of care), ④ 의료서비스 연계(Coordinating services within

and across sectors), ⑤ 지원 환경 조성(Creating an enabling environment)으로 구성되었다(WHO, 2015, p. 20; WHO, 2016, p. 4) ([그림 3-1]).

3. 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 평가

수요자와 사람 중심 보건의료서비스 및 보건의료 정책에 대한 4가지 주요 영역인 ① '의견 개진(voice)', ② '선택(choice)', ③ '공동 생산(co-production)', ④ '정보 제공 및 공유'에 대한 우리나라 현황 및 평가의 주요 결과와 시사점은 다음과 같다.

가. 의견 개진(voice)에 대한 현황 및 평가

1) 의료서비스 제공 과정에서 환자(수요자)의 의견 개진

우리나라의 의료서비스 제공 과정에서 수요자인 환자가 의견을 개진하는 것에 대한 여건은 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만, 환자가 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 구체적인 의견을 개진할 수 있도록 담당 의사 등의 의료서비스 제공자와 환자 간에 의사소통을 강화하는 등의 노력이 필요해 보인다.

2) 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영 및 참여

우리나라의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 보건의료 정책의 수요자인 일반 국민의 의견을 반영하기 위한 논의와 노력은 계속되고 있음에도 불구하고 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반

영 및 참여의 정도는 미흡한 수준에 머무르고 있다(김새롬, 김창엽, 2018, pp. 40-42). 건강보험 정책에 관련된 주요 사안을 심의·의결하는 건강보험정책심의위원회의 경우 국민을 대표하는 가입자 위원의 참여가 제도화되어 있으나 가입자 위원의 실제적인 영향력은 미흡하다는 평가를 받고 있다(신영석 외, 2014, 최희경, 2008, 한주성, 김창엽, 2017, p. 337 재인용). 국가 단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립 및 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력은 미흡한 것으로 평가된다(박유경, 2013, 장명화, 2014, 김새롬, 김창엽, 2018, p. 42 재인용; 이수진 외, 2021, p. 153). 본 연구의 일반 국민 대상 설문조사 결과를 통해서도 우리나라의 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 일반 국민의 의견 반영이 충분히 이루어지지 않는 것이 확인된다.

나. 선택(choice)에 대한 현황 및 평가

우리나라는 의료 수요자가 본인의 거주지역과 상관없이 의료기관을 자유롭게 선택·이용할 수 있어 전체적인 의료 접근성은 높은 수준으로 평가되지만, 의료 자원 분포의 불균형으로 인해 의료 접근성의 지역 간 격차가 심각한 것으로 확인된다. 일반 국민도 우리나라 보건의료체계의 가장 큰 문제점으로 '지역 간 의료 불균형'을 꼽았으며, 의료 접근성의 정도를 진단할 수 있는 대표적인 평가지표인 미충족 의료율 역시 지역 간 격차가 뚜렷이 나타나는 것으로 확인된다(국민권익위원회 국민신문고과, 2020. 9. 1; [그림 5-6]). 이에, 의료 접근성에 대한 지역 간 불균형을 완화하기 위한 실효성 있는 정책 방안을 마련하고 이를 적극적으로 추진할 필요가 있다.

다. 공동 생산(co-production)에 대한 현황 및 평가

1) 공동 의사결정(shared decision making)

'공동 의사결정'의 기본적인 요건에 대한 법적 규정을 포함하여 우리나라는 의료서비스 제공 과정에서 '공동 의사결정'을 위한 여건은 어느 정도 갖추어져 있는 것으로 판단된다. 우리나라의 보건의료와 관련한 최상위 법령에 해당하는 「보건의료기본법」은 '공동 의사결정'의 기본적인 요건에 해당하는 의사결정 과정에서의 설명과 동의에 관한 의료 제공자의 의무와 환자의 권리에 대해 명시하고 있다(윤여란, 배현아, 2024, p. 73). 하지만 환자와 의료 제공자의 인식 부족, 제한된 진료 시간, 관련한 교육훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등 의료진이 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 '공동 의사결정'의 수준은 미흡한 것으로 보인다. 본 연구의 일반 국민 대상 설문조사의 '의료서비스 이용 과정에서 의사결정에 대한 경험'에 대한 응답 결과를 통해서도 의사가 환자의 의사결정에 대한 참여 의사와 선호하는 치료 방법을 명확히 파악하고, 이를 토대로 환자와 담당 의사가 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 의미의 '공동 의사결정'에 대한 경험은 상대적으로 부족한 것을 확인하였다.

2) 건강에 대한 자기관리(self-management, self-care)

우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있으며 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있으며, 자신의 건강을 관리하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 평가된다. 반면에, 적극

적이고 주도적인 자가 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준은 매우 낮은 것으로 확인된다. 이에, 우리나라 국민이 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준을 향상시키 위한 대책 마련이 필요하다.

라. 정보의 제공과 공유 및 활용에 대한 현황 및 평가

적시성과 신뢰성이 담보된 양방향(interactive) 정보 제공과 공유를 위한 보건의료 마이데이터의 경우 우리나라는 2023년 9월부터 개인 의료데이터 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'를 구축하고 이를 통해 공공기관과 의료기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 본인 동의하에 조회·저장하고, 원하는 곳에 전송하여 활용할 수 있도록 지원하고 있다(보건복지부, 2024. 9. 26., p.2). 2024년 9월 기준, 26개 상급종합병원을 포함한 1,004개 의료기관이 '건강정보 고속도로'에 참여하고 있으며 2025년 하반기까지 전체 상급종합병원 47개소를 포함하여 총 1,263개 의료기관의 개인 의료정보가 공유·활용될 수 있을 것으로 예상된다(보건복지부, 2024. 8. 12., p. 2).

우리나라 정부와 공공기관에서는 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자인 국민에게 신뢰할 수 있는 건강정보와 의료정보를 편리하고 정확하게 찾아볼 수 있도록 도움을 주기 위해 질병관리청의 '국가건강정보포털', 국민건강보험의 '건강iN', 건강보험심사평가원 홈페이지의 '병의원 정보', 식품의약품안전처 홈페이지의 '의약품 정보' 등의 건강포털 및 웹사이트를 운영하고 있다. 하지만 정부와 공공기관에서 운영하는 건강정보포털에 대한 인식률과 활용도가 낮은 것으로 확인되므로, 인식률과 활용도를 높이기 위한 방안 마련이 필요해 보인다.

의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자의 관점에서 건강결과를 측정하는 것에 대한 우리나라의 현황을 살펴보면, 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자 관점에서의 건강결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다.

신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 의료전문가 집단의 자발적인 노력도 필요한데, 우리나라도 대한민국의학한림원의 주도하에 의사와 환자 사이의 대화를 촉진시켜 환자에게 불필요한 검사와 치료를 행하는 것을 배제함으로써, 의료 자원의 낭비를 억제하고, 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 한국형 현명한 선택 캠페인을 추진하고 있는 것으로 확인된다.

제2절 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향

이 절에서는 지금까지의 고찰 및 분석 결과를 토대로 수요자와 사람 중심의 보건의료를 달성하기 위한 정책 추진 방향에 대해 제언하고자 한다.

1. 사람 중심 보건의료로의 패러다임 변화

우리나라 보건의료는 분절적인 의료서비스 제공체계와 지역 불균형, 인구 고령화와 질병 구조의 변화로 인한 만성질환과 퇴행성 질환의 증가, 질병 구조의 변화, 의료 수요의 복잡화 및 다양화 등의 문제에 직면하고 있다. 이러한 문제에 대응하기 위해서는 우리나라의 보건의료, 그리고 관련 정책은 질병 중심, 의료 공급자 중심, 정부 중심에서 의료서비스와 보

건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 사람과 국민 중심으로 전환하는 것이 필요하다. 사람 중심 보건의료로의 전환을 이루기 위해서는 환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우하고, 그들의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영하는 것을 기본적인 전제로 삼고, 환자와 개인의 역량을 강화하고 의료와 관련한 의사결정 과정에서 환자와 개인에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여 의료서비스 이용·제공 과정에서 환자와 개인의 적극적인 참여를 이끌어내야 한다. 또한, 환자와 개인을 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우하고, 그들의 필요, 욕구, 선호를 반영하는 최적의 의료서비스를 제공하기 위해서 일차의료를 강화하고, 의료기관 간 연계·협력을 통해 의료서비스 수요자인 환자와 사람을 중심으로 의료서비스의 연계 및 통합이 이루어져야 한다.

이러한 사람 중심성의 적용은 개별 진료와 의료서비스 단위의 미시적인 수준뿐 아니라, 의료기관 및 전문가 집단 단위의 중간 수준 및 지역과 국가 단위의 보건의료시스템 전반과 보건의료 정책의 수립과 실행 과정을 포괄하는 거시 수준에서 이루어져야 한다. 따라서 우리나라의 의료서비스 및 보건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 개인과 일반 국민이 의료서비스 및 관련 정책에 대한 수동적인 수혜 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 참여자로서 역할을 할 수 있도록 하고, 그들의 필요, 욕구, 선호를 반영하는 의료서비스가 제공되고 정책이 수립되고 실행될 수 있도록 제도 개선 및 정책적 노력이 이루어져야 한다.

사람과 수요자 중심 보건의료와 관련 정책 추진 시 고려해야 할 주요 사항 중 하나는 목표 설정 및 관련 정책의 수립과 실행 과정에서 윤리적 접근 방식과 성과 기반 접근 방식을 종합적으로 고려하여 균형을 유지해야 한다는 것이다. 윤리적 접근 방식은 사람과 수요자 중심 의료 그 자체를 '옳은 일(the right thing to do)'로 바라보고 달성해야 할 목표로 설

정하지만, 성과 기반 접근 방식은 사람과 수요자 중심 의료를 진료 결과와 건강 상태 향상 등의 목표를 달성하기 위한 수단으로 여긴다. 사람과 수요자 중심 보건의료와 관련 정책은 미시 수준의 개별 의료서비스부터 거시 수준의 국가 전체의 보건의료시스템까지를 포괄하는 보건의료 전반의 효과성과 효율성을 높이고, 더 나아가 개인과 환자 및 국가 전체의 건강결과와 건강 수준을 향상시키는 기대 효과를 수반한다. 하지만 정책 수립 및 실행 과정에서 효과성, 효율성 및 건강결과 증대라는 성과 달성에 치우치지 않도록 주의해야 한다.

또한, 의료소비주의와 소비자 주도 의료에서 강조하고 있는 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식이 과도하게 적용되지 않도록 주의를 기울여야 한다. 시장주의적 접근 방식은 환자와 개인이 합리적인 선택을 하여 의료서비스 및 의료시스템의 효율성 증대와 비용 감소라는 긍정적인 효과를 가져올 것으로 기대하지만, 실제로 이러한 접근 방식은 정보 열위와 불확실성하에 놓여 있는 환자와 개인에게 합리적인 선택과 그에 따른 비용 절감을 항상 담보하지 않으며, '필요하고 적절한 의료 이용'을 감소시키는 부작용이 발생한다는 점을 주지할 필요가 있다. 특별히 취약계층의 경우에는 시장주의적 접근 방식을 통한 합리적 선택의 효과가 낮고 부작용은 상대적으로 큰 것으로 나타난다. 그러므로 의료서비스에 대한 시장주의적 접근 방식에 대한 장단점을 종합적으로 고려하여 관련 정책을 추진하여야 한다.

2. 의료서비스 제공·이용 과정에서 공동 의사결정에 대한 여건 마련

우리나라의 의료서비스 제공·이용 과정에서 수요자인 환자가 의견을 개진하고 의사결정에 적극적으로 참여하는 것에 대한 여건은 어느 정도

갖추어진 것으로 보이지만, 환자와 의료 제공자의 인식 부족, 제한된 진료 시간, 관련한 교육·훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등 의료진이 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 '공동 의사결정'은 실제적인 의료서비스 제공 및 진료 과정에서 제대로 이루어지지 않고 있는 것으로 판단된다.

의료서비스 제공·이용 과정에서 환자와 의료 공급자 간의 실제적인 '공동 의사결정'이 이루어지기 위해서는 충분한 진료 시간을 보장하고 '공동 의사결정'을 위해 투입되는 자원에 대한 적절한 보상이 이루어져야 한다. 의료서비스 제공·이용 과정에서 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'은 환자에게 합리적인 선택지가 존재한다는 것을 확실히 알 수 있도록 하고(choice talk), 환자가 선택할 수 있는 옵션(선택지)에 대해 자세한 정보를 제공하며(option talk), 마지막으로 환자가 자신의 가치관과 선호도를 기반으로 자신에게 가장 적합한 최선의 결정을 내리는 것을 지원하는(decision talk) 일련의 과정을 통해 이루어진다. 이를 가능하게 하기 위해서는 담당 의사 등 의료진과의 충분한 시간을 통해 이루어지는 상담이 필요하므로, '공동 의사결정'에 필요한 충분한 진료 및 상담 시간을 보장하도록 가이드라인을 마련하고, 투입되는 자원을 적절하게 보상하도록 '공동 의사결정'에 대한 심층 수가 마련 등의 방안을 고려할 필요가 있다. 이와 더불어 우리나라의 의료 현장에서 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'을 촉진시키기 위해서는 환자와 개인 및 의료 제공자의 인식 제고와 함께 의료인 양성을 위한 교육·훈련 및 보수교육 과정에서 사람 중심 의료와 환자와 의료 공급자 간의 '공동 의사결정'에 대한 이론적 개념과 실제적인 적용 관련 내용을 강화할 필요가 있다.

3. 수요자의 역량 및 역할 강화

사람과 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료서비스와 보건의료 정책의 수요자인 개인과 일반 국민의 역량 및 역할 강화가 필요하다. 이러한 역량 및 역할 강화는 미시 수준의 의료서비스 제공·이용 과정 및 건강에 대한 자기관리뿐 아니라 지역 및 국가 단위의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서도 이루어져야 한다.

우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있으며 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있는 것으로 평가되지만, 적극적이고 주도적인 치료 및 건강에 관한 의사결정 및 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준은 매우 낮은 것으로 확인된다. 이에, 우리나라는 국가 차원에서 의료서비스 수요자의 역량 강화를 위한 대책 마련이 필요한 것으로 판단되는데, 2021년에 발표된 건강증진종합계획 2030의 중점과제 중 하나로 '건강정보 이해력 제고'를 포함한 것은 시의적절하게 정책 방향을 설정한 것으로 보인다. 향후에도 주기적인 모니터링, 관련 교육·훈련 프로그램 마련 및 지원이 지속적으로 이루어져야 할 것이며, 특히 고령층과 교육 수준과 소득이 낮은 건강취약계층은 건강관리 역량도 낮은 것으로 확인되므로 취약계층의 헬스 리터러시 및 건강관리 역량 강화를 위한 대책 마련을 정책의 우선순위에 둘 필요가 있다.

사람과 수요자 중심 의료를 달성하기 위해서는 국가와 지역사회 단위의 보건의료 정책의 수립과 실행 과정에서 국민과 지역사회의 의견을 반영하기 위해 주요 의사결정 과정 및 기구에 일반 국민 대표자의 참여와 역할을 확대하는 것이 필요하다. 우선 국민건강보험의 최고 심의·의결기구인 건강보험정책심의위원회에서 국민을 대표하는 가입자 위원의 실질

적인 참여 및 영향력을 제고하기 위해 위원 구성의 절차와 기준을 명확히 하고, 적절한 정보 제공 및 제공 정보에 대한 검토 및 논의 시간을 충분히 보장하는 방향으로 개선이 이루어져야 한다. 또한, 일반 국민과 지역사회의 필요와 요구를 적극적으로 청취·수렴하고 이를 정책 수립 및 실행 과정에서 반영하기 위해 국민건강보험공단과 심사평가원에서 운영 중인 국민참여위원회와 시민참여위원회 등의 역할을 강화할 필요가 있다. 국가 단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립 및 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력은 미흡한 것으로 평가되므로 이를 제고하기 위한 방안도 마련될 필요가 있다.

4. 정보의 제공과 공유 및 활용을 위한 기반 강화

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 수요자, 공급자, 그리고 정책 입안자 및 수행자가 적합하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 습득하여, 활용할 수 있도록 필요한 정보가 적시에 제공되고 공유될 수 있는 기반 마련이 필수적이다. 이러한 정보의 제공과 공유는 적시성과 신뢰성이 담보되어야 할 뿐 아니라 양방향(interactive)으로 이루어져야 하는데, 이를 위해 우리나라는 개인 의료데이터 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'를 구축하여 공공·의료 기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 의료서비스 수요자인 개인과 환자 및 의료서비스를 제공하는 담당 의사와 의료진에게 공유·활용할 수 있는 기반을 마련하였다. 다만, 아직은 환자·개인과 의료기관의 참여와 활용이 저조한 상황인데 이를 해결하기 위해서는 개인 의료데이터 공유·활용에 대한 인식 개선, 개인정보보호 및 데이터 이동권과 관련한 법제도 보완 및 개선, 의료정보의 상호운용성을 강화하기 위해 표준화에 대한 지원과 적극적인 정책 추진이

지속적으로 이루어져야 할 것으로 보인다.

신뢰성이 담보된 건강정보와 의료정보를 보건의료 정책과 보건의료서비스의 수요자에게 제공하기 위한 정부와 공공기관의 건강정보 관련 포털 및 웹사이트의 경우 인식률과 활용도가 낮은 것으로 나타나므로 이를 제고하기 위한 방안이 마련되어야 한다. 또한, 질병관리청의 '국가건강정보포털', 국민건강보험의 '건강iN', 건강보험심사평가원 및 식품의약품안전처 홈페이지에서 분절적으로 제공하고 있는 건강정보와 의료정보에 대한 연계 및 통합이 이루어져야 할 것으로 보인다. 궁극적으로는 신뢰성과 적시성이 담보된 건강정보와 의료정보에 대한 접근성을 강화하기 위해 개인 의료데이터 국가 중계 플랫폼인 '건강정보 고속도로'와 정부와 공공기관의 건강정보 관련 포털 및 웹사이트의 연계 및 통합을 추진해야 할 것이다.

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강결과를 측정하여 이를 의료서비스와 보건의료 정책에 대한 평가와 개선방안 도출을 위해 활용해야 한다. 우리나라의 경우 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자 관점에서의 건강결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다. 이에, 국가 차원에서 환자보고결과측정(PROMs)의 도입을 적극적으로 고려할 필요가 있다.

5. 의료 공급자의 적극적인 참여를 위한 여건 마련

수요자와 사람 중심 의료를 달성하기 위해서는 의료 공급자가 사람 중심 의료에 대해 충분히 이해·공감하고 이를 의료서비스 제공 과정에서 실

천할 수 있도록 교육 훈련이 이루어져야 한다. 이를 위해 수요자와 사람 중심 의료에 대한 체계적인 커리큘럼을 개발하고 이를 기반으로 의학교육 과정 및 의료인에 대한 보수교육 과정에서 그와 관련한 교육 및 훈련이 충분히 이루어져야 한다. 또한, 수요자와 사람 중심 의료 제공을 위해 투입되는 자원에 대해 건강보험 수가 등을 통해 적절한 보상이 이루어져야 한다. 이와 더불어, 사람 중심 의료에 대한 임상 연구 및 평가 등을 바탕으로 가이드라인을 마련하기 위해서는 의학 전문학회 등을 포함한 의료전문가 집단의 적극적인 참여가 필요하므로 대한민국의학한림원의 주도하에 추진되고 있는 한국형 현명한 선택 캠페인 등과 같은 의료전문가 집단의 노력이 지속적으로 이루어지도록 이를 적극적으로 지원할 필요가 있다.

참고문헌

강희정. (2024). 2024년 보건의료 정책 전망과 과제. 보건복지포럼, 327, 9-24.

건강보험심사평가원. (2024. 9. 5.). 2023년(4차) 환자경험평가 결과 공개. 건강보험심사평가원 [보도자료]. https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=11264&pageIndex=1#none에서 2024.12.12. 인출.

국민건강보험법, 법률 제19841호(2024).

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙, 보건복지부령 제1054호(2024).

국민건강증진종합계획. (n.d.). 건강정보 이해력 제고. https://www.khepi.or.kr/hpn/hpnIdx/selectIdxDetailList2030.do?menuId=MENU01497에서 2024. 12. 14. 인출.

국민권익위원회 국민신문고과. (2020. 9. 1.). 국민권익위, "국민 44%, 지역 간 의료 불균형 해소 의견 가장 많아" 국민의견 수렴 결과 발표. 국민권익위원회 [보도자료]. https://www.acrc.go.kr/board.es?mid=a10402010000&bid=4A&tag=&act=view&list_no=9221&nPage=에서 2024.12.12. 인출.

국립중앙의료원. (2022). 2022년 공공보건의료통계집.

김새롬, 김창엽. (2018). 건강 영역에서 권력강화적 참여의 개념과 전략. 비판사회정책, (59), 33-67.

김영숙. (2021. 3. 23.). '현명한 선택'…덜 낭비적·더 나은 의료를 위한 전략? 의협신문. https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=138724에서 2024. 12. 10. 인출.

박나영, 윤강재, 백주하, 유정훈, 장사랑, 임태훈, 손슬기. (2023). 건강정보 고속도로 플랫폼 활용 중점서비스 발굴 및 확산전략 제언, 세종: 한국보건사회연구원.

박동진, 고광욱, 이주열. (2022). 우리나라 헬스리터러시 국가정책 방향. 보건교육건강증진학회지, 39(4), 1-14.

배재용, 김혜윤. (2023). 한국의료패널로 본 헬스 리터러시 실태와 정책적 시사점. 보건복지포럼, 316, 81-94.

배재용, 오수진, 최소영, 윤강재, 고든솔, 이혜정, 염아림, 윤열매, 김현규, 김은주, & 안형진. (2023). 2021년 한국의료패널 기초분석보고서(II). 세종: 한국보건사회연구원.

보건복지부. (2024. 8. 12.). 2025년부터 건강정보 고속도로 통해 모든 상급종합병원의 본인 진료기록 확인 가능 [보도참고자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1482651&act=view에서 2024.12.12. 인출.

보건복지부. (2024. 9. 26.). 우리 자녀의 건강까지 한눈에 한층 더 똑똑해진 '나의건강기록' 앱 [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1483201&tag=&nPage=3에서 2024.12.12. 인출.

보건복지부, 한국보건의료정보원. (n.d.). 건강정보 고속도로 소개. https://www.myhealthway.go.kr/portal/index?page=Individual/Portal/MediMyData/MydataService에서 2024. 12. 13. 인출.

보건의료기본법, 법률 제20216호(2024).

여나금, 오수진, 권용진, 신현웅, 심보람, 장연옥. (2022). 의료협력체계 확립을 위한 건강보험 가치기반 보상체계 구축 연구. 세종: 한국보건사회연구원.

오영삼, 조영은. (2019). 온라인 건강정보 활용의 한계와 발전방향 모색: 무지의 틀을 이용한 전문가 지식 분석을 중심으로. 한국보건사회연구, 39(2), 358-393.

윤여란, 배현아. (2024). 의료적 의사결정 과정에서 공유의사 결정과 설명· 동의 법제. 한국의료윤리학회지, 27(2), 71-87.

이수진, 홍남수, 김건엽, 류동희, 배상근, & 김지민. (2021). 지역보건의료계획 수립 과정에서의 시민참여: 건강 격차 해소방안을 위한 시민원탁회의 결과를 중심으로. 한국산학기술학회 논문지, 22(5), 151-161.

이주열. (2019). 건강정보 활용능력 활성화를 위한 선행 과제. 보건교육건강증진학회지, 36(2), 23-35.

이혜정, 안수인, 신정우, 조현경, 안영, 박승환, 고든솔. (2023). 2023 의료서비스경험조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

질병관리청. (2024). 2023 지역건강통계 한눈에 보기(본문).

통계청. (2023.12.13). 장래인구추계: 2022~2072년 [보도자료]. https://kostat.go.kr/board.es?mid=a10301010000&bid=207&act=view&list_no=428476에서 2024.11.12. 인출.

한국건강증진개발원. (2024. 08. 30). 38호(잘못된 정보로부터 국민을 보호하는 건강정보 제공 체계). HP2030 팩트시트. https://www.khepi.or.kr/fileDownload?titleId=39592&fileId=1&fileDownType=C에서 2024.11.12. 인출.

한주성, 김창엽. (2017). 건강보험정책심의위원회 가입자 단체의 의사결정 참여에 영향을 미치는 요인. 보건행정학회지, 27(4), 336-346.

허순임. (2021). 건강보험 통합 이후 보장성확대정책의 의제설정과 정책결정과정에 대한 분석. 한국사회정책, 28(4), 97-121.

American Board of Internal Medicine Foundation. (n.d.). International Council of Nurses. Choosing Wisely: Promoting coversation between patients and clinicians. https://www.abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely에서 2024.11.12. 인출.

Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). The SHARE Approach Steps of Shared Decision Making: Quick Reference Guide. https://medschool.cuanschutz.edu/docs/librariesprovider294/default-document-library/share1_final.pdf?sfvrsn=9f557bba_0에서 2024.11.12. 인출.

American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. (2016). Person-centered care: A definition and essential elements. Journal of the American Geriatrics Society, 64(1), 15-18.

Balint E. (1969). The possibilities of patient-centred medicine. Journal of the Royal College of General Practitioners, 17(82):269-76.

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. BMJ quality & safety, 25(7), 509-517.

Berwick, D. M. (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist: A seasoned clinician and expert fears the loss of his humanity if he should become a patient. Health affairs, 28(Suppl1), w555-w565.

Brook, R. H., Keeler, E. B., Lohr, K. N., Newhous J. P., Ware, J. E., Rogers, W. H., Davies, A. R., Sherbourne, C. D., Goldberg, G. A., & Camp, P. (2006). The health insurance experiment: a classic RAND study speaks to the current health care reform debate.

Bull, C., Teede, H., Watson, D., & Callander, E. J. (2022, April). Selecting and implementing patient-reported outcome and experience measures to assess health system performance. In JAMA Health Forum 3(4). American Medical Association.

Charalambous, A., Chappell, N. L., Katajisto, J., & Suhonen, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. Geriatric Nursing, 33(1), 17-27.

Conklin A, Morris Z, Nolte E (2010). Involving the public in healthcare policy. An update of the research evidence and proposed evaluation framework. Santa Monica: Rand Corporation.

Coulter, A. (2017). Shared decision making: everyone wants it, so why isn't it happening?. World psychiatry, 16(2), 117-118.

De Maeseneer, J., Van Weel, C., Daeren, L., Leyns, C., Decat, P., Boeckxstaens, P., Avonts, D., & Willems, S. (2012). From "patient" to "person" to "people": the need for integrated, people centered health care. International Journal of Person Centered Medicine, 2(3), 601-614.

Dent M., Pahor M. (2015). Patient involvement in Europe. a comparative framework. Journal of Health Organization and Management Information, 29(5): 546-55.

Duong, D. B., Holt, B., Munoz, C., Pollack, T. M. (2024). For and with people: announcing the Lancet Global Health Commission on people-centred care for universal health coverage and a call for commissioner nominations. The Lancet Global Health, 12(7), e1089-e1090.

Duggan, P. S., Geller, G., Cooper, L. A., & Beach, M. C. (2006). The moral nature of patient-centeredness: is it "just the right thing to do?". Patient education and counseling, 62(2), 271-276.

Eklund, J. H., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Höglander, J., Sundler, A. J., Conden, E., & Meranius, M. S. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient education and counseling, 102(1), 3-11.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care—ready for prime time. European journal of cardiovascular nursing, 10(4), 248-251.

Elwyn, G., Nelson, E., Hager, A., & Price, A. (2020). Coproduction: when users define quality. BMJ quality & safety, 29(9), 711-716.

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. Journal of general internal medicine, 27, 1361-1367.

Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. The American Journal of Bioethics, 13(8), 29-39.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. The gerontologist, 58(suppl_1), S10-S19.

Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people–a review of the theoretical and empirical literature. BMC nursing, 7, 1-12.

Gauthier-Beaupré, A., Kuziemsky, C., Battistini, B. J., & Jutai, J. W. (2023). Evolution of public health policy on healthcare self-management: the case of Ontario, Canada. BMC Health Services Research, 23(1), 248.

Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., & Delbanco, T. L. (Eds.). (1993). Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. John Wiley & Sons.

Gusmano, M. K., Maschke, K. J., & Solomon, M. Z. (2019). Patient-centered care, yes; patients as consumers, no. Health affairs, 38(3), 368-373.

Hedberg, B., Wijk, H., Gäre, B. A., & Petersson, C. (2022). Shared decision-making and person-centred care in Sweden: exploring coproduction of health and social care services. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 171, 129-134.

Hobbs, J. L. (2009). A dimensional analysis of patient-centered care. Nursing research, 58(1), 52-62.

Hughes, J. C., Bamford, C., & May, C. (2008). Types of centredness in health care: themes and concepts. Medicine, Health Care and Philosophy, 11(4), 455-463.

Iliffe, S., & Manthorpe, J. (2020). Medical consumerism and the modern patient: successful ageing, self-management and the 'fantastic prosumer'. Journal of the Royal Society of Medicine, 113(9), 339-345.

Institute of Medicine (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. National Academies Press.

International Alliance for Patients' Organizations. (2006). Declaration on: Patient-centred healthcare.

International College of Person-Centered Medicine. (2011). By-Laws of the International College of Person-centered Medicine.

International Council of Nurses. (n.d.). Person Centred Care. https://www.icn.ch/membership/specialist-affiliates/nursing-policy/icn-strategic-priorities/person-centred-care에서 2024.11.12. 인출.

Khatri, R. B., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., Erku, D., Endalamaw, A., & Assefa, Y. (2023). People-centred primary health care: a scoping review. BMC Primary Care, 24(1), 236.

Kogan, A. C., Wilber, K., & Mosqueda, L. (2016). Person-centered care for older adults with chronic conditions and functional impairment: A systematic literature review. Journal of the American Geriatrics Society, 64(1), e1-e7.

Kvæl, L. A. H., Debesay, J., Bye, A., Langaas, A., & Bergland, A. (2019). Choice, voice, and Coproduction in intermediate care: exploring geriatric patients' and their relatives' perspectives on patient participation. Sage Open, 9(3), https://doi.org/10.1177/2158244019876318.

Laine C, Davidoff F. (1996). Patient-centred medicine. A professional evolution. JAMA, 275(2): 152-6.

Latimer, T., Roscamp, J., & Papanikitas, A. (2017). Patient-centredness and consumerism in healthcare: an ideological mess. Journal of the Royal Society of Medicine, 110(11), 425-427.

Lauver, D. R., Ward, S. E., Heidrich, S. M., Keller, M. L., Bowers, B. J., Brennan, P. F., Kirchhoff, K. T., & Wells, T. J. (2002). Patient-centered interventions. Research in nursing & health, 25(4), 246-255.

Lee, N. S. (2015). Framing choice: The origins and impact of consumer rhetoric in US health care debates. Social Science & Medicine, 138, 136-143.

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefeve, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. Disability and rehabilitation, 29(20-21), 1555-1565.

Lothian, K., & Philp, I. (2001). Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. Bmj, 322(7287), 668-670.

Luxford, K., Piper, D., Dunbar, N., Poole, N. (2010). Patient-centred care: improving quality and safety by focusing care on patients and consumers. https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/PCCC-DiscussPaper.pdf에서 2024.11.12. 인출.

Mathews, S. C., Cohen, A. B., & Makary, M. A. (2020). Implications of consumerism in health care. Clinical gastroenterology and hepatology, 18(7), 1412-1416.

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. International Journal of Nursing Practice, 9(3), 202-209.

McCormack, B., Dewing, J., & Breslin, L. (2010). The Implementation of a model of person-centred practice in older person settings. Final Report, Office of the Nursing Services Director, Dublin, Ireland: Health Service Executive.

McCormack, B., Dewing, J., & Mccance, T. (2011). Developing person-centred care: addressing contextual challenges through practice development. Online Journal of Issues in Nursing, 16(2), 1-12.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. Journal of advanced nursing, 56(5), 472-479.

McWhinney, I. R. (1985). Patient-centred and doctor-centred models of clinical decision-making. In Sheldon, M., Brooke, J., Rector, A. (Eds), Decision-making in general practice (pp. 31-46). Palgrave, London.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Social science & medicine, 51(7), 1087-1110.

Mezzich, J. E., Snaedal, J., van Weel, C., & Heath, I. (2009). The International Network for Person-centered Medicine: background and first steps. World Medical Journal, 55(3), 104-107.

Mezzich, J., Snaedal, J., Van Weel, C., & Heath, I. (2010). Toward person-centered medicine: from disease to patient to person. Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine, 77(3), 304-306.

Miller, D., Steele Gray, C., Kuluski, K., & Cott, C. (2015). Patient-centered care and patient-reported measures: let's look before we leap. The Patient-Patient-Centered Outcomes Research, 8(4), 293-299.

Miller, E. (2021). How is person-centred care understood and implemented in practice? A literature review. https://ihub.scot/media/8367/20200621-person-centred-care-review-v20.pdf에서 2024.11.12. 인출.

Minvielle, E., Fierobe, A., Fourcade, A., Ferrua, M., Di Palma, M., Scotté, F., & Mir, O. (2023). The use of patient-reported outcome and experience measures for health policy purposes: a scoping review in oncology. Health Policy, 129, 104702.

Mitchell, P., Cribb, A., & Entwistle, V. (2022). Vagueness and variety in person-centred care. Wellcome open research, 7.

Mittler, J. N., Martsolf, G. R., Telenko, S. J., & Scanion, D. P. (2013). Making sense of 'consumer engagement' initiatives to improve health and health care: a conceptual framework to guide policy and practice. Milbank Quarterly, 91(1): 37-77.

Moreno, J. D. (2007). The triumph of autonomy in bioethics and commercialism in American healthcare. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 16(4), 415-419.

Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. Journal of holistic nursing, 30(1), 6-15.

Murgic, L., Hébert, P. C., Sovic, S., & Pavlekovic, G. (2015). Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. BMC medical ethics, 16, 1-9.

Newhouse, J. P. (2004). Consumer-directed health plans and the RAND Health Insurance Experiment. Health Affairs, 23(6), 107-113.

Nightingale, F. (1992). Notes on nursing: What it is, and what it is not. Lippincott Williams & Wilkins.

Nolan, M. R., Davies, S., Brown, J., Keady, J., & Nolan, J. (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. Journal of clinical nursing, 13(s1), 45-53.

O'Dwyer, C. (2013). Official conceptualizations of person-centered care: Which person counts?. Journal of aging studies, 27(3), 233-242.

OECD Health Ministerial Meeting. (2017). The next generation of health reforms.

OECD. (2021). Health for the People, by the People: Building People-centred Health Systems. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. Paris, https://doi.org/10.1787/c259e79a-en에서 2024.

12.23. 인출.

OECD. (2023). Health at a Glance 2023: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en에서 2024. 12.23. 인출.

OECD. (2024). Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/107182c8-en에서 2024. 12.23. 인출.

Panagioti, M., Richardson, G., Small, N., Murray, E., Rogers, A., Kennedy, A., Newman, S., & Bower, P. (2014). Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC health services research, 14, 1-14.

Park, S. Y., Cook, D. M., Yun, G. W., & Coppes, M. J. (2024). Are Patient-Centered Care, Healthcare Consumerism, and Trust in Physicians Compatible?: Positioning Analysis of the Patient-Provider Relationship. Health Communication, 1-11.

Picker Institute. (n.d.). The Picker Principles of Person Centred care. https://picker.org/who-we-are/the-picker-principles-of-person-centred-care에서 2024.11.12. 인출.

Pilnick, A. (2023). Reconsidering patient-centred care: Authority, expertise and abandonment. Health Expectations, 26(5), 1785-1788.

Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. Health expectations, 17(3), 303-310.

Radwin, L. E., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. International nursing review, 49(1), 54-63.

Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. BMJ, 350.

Roos, C., Swall, A., Marmstål Hammar, L., Boström, A. M., & Skytt, B. (2023). Promoting the person-centred aspects of dignity and well-being: learning from older persons' experiences of living in residential care facilities. Working with Older People, 27(3), 219-229.

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 Expectations, 21(2), 429-440.

Sarrami-Foroushani, P., Travaglia, J., Debono, D., & Braithwaite, J. (2014). Key concepts in consumer and community engagement: a scoping meta-review. BMC Health Services Research, 14:250.

Starfield, B. (2011). Is patient-centered care the same as person-focused care?. The Permanente Journal, 15(2), 63-69.

The Health Foundation. (2016). Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care. London: The Health Foundation.

Tomaselli, G., Buttigieg, S. C., Rosano, A., Cassar, M., & Grima, G. (2020). Person-centered care from a relational ethics perspective for the delivery of high quality and safe healthcare: a scoping review. Frontiers in public health, 8, 44.

Van de Velde, D., De Zutter, F., Satink, T., Costa, U., Janquart, S., Senn, D., & De Vriendt, P. (2019). Delineating the concept of self-management in chronic conditions: a concept analysis. BMJ open, 9(7), e027775.

WHO. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat. https://iris.who.int/handle/10665/252698에서 2024.11.12. 인출.

WHO. (2015). WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. https://iris.who.int/handle/10665/155002에서 2024.11.12. 인출.

WHO Regional Office for Europe. (2015). Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015- 2020: walking the talk on people centredness. https://apps.who.int/iris/ bitstream/handle/10665/337699/65wd13e-PrioritiesHealthSystems-150494.pdf?sequence=1%26isAllowed=y에서 2024.11.12. 인출.

Abstract

Policy directions and initiatives for person- and consumer-centered healthcare

Project Head: Bae, Jaeyong

This study aims to provide policy directions and initiatives to make Korea's healthcare system and policies more person- and consumer-centered.

We conducted a theoretical review of person-centered and consumer-centered healthcare. In particular, we reviewed academic articles and policy documents on concepts, scopes, and key elements of person-centered and consumer-centered care. We also examined frameworks and key strategies for person- and people-centered healthcare as presented in official reports by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) and the World Health Organization (WHO). Additionally, we conducted a survey of Korea's general public to understand consumers' perceptions, needs, and experiences with person- and consumer-centered healthcare. Furthemmore, we evaluated the current status of person- and consumer-centered healthcare and relevant policies in Korea.

Our recommendations to achieve person- and consumer-centered healthcare system and policies include: 1) shifting

Co-Researchers: Yoo, Junghun·Yun, Gangjae

paradigms in healthcare system and policies so that they become more person-oriented and person-centered, 2) creating conditions and foundations for shared decision-making in healthcare delivery and use, 3) strengthening consumer empowerment and participation, 4) establishing foundations and platforms to provide, share, and utilize health information and data, and 5) creating conditions for the active participation of healthcare providers.

Key words: person-centered healthcare, consumer-centered healthcare, people-centered healthcare