

정책분석과 동향

우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 과제

|배재용|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 과제

Current status and policy directions for consumer- and person-centered healthcare

배재용 한국보건사회연구원 보건의료정책연구실 연구위원

이 글에서는 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 관련 정책을 살펴보고, 이를 바탕으로 우리나라의 보건의료를 수요자와 사람 중심으로 좀 더 변화시키기 위한 정책 추진 방안을 제시하고자 한다. 우리나라의 보건의료를 수요자와 사람 중심으로 변화시키기 위해서는 우선 보건의료 시스템 및 관련 정책이 사람과 국민 중심으로 전환되어야 한다. 또한 의료서비스 제공·이용 과정에서 공동 의사결정이 이루어질 수 있는 여건이 마련되어야 하며, 의료서비스와 보건의료 정책의 수요자인 개인과 일반 국민의 역량 및 역할이 강화되어야 한다. 이와 더불어 국민이 적절하고 신뢰할 수 있는 정보에 접근하고, 이를 습득·활용할 수 있도록 필요한 정보를 적시에 제공하고 공유할 수 있는 기반이 마련되어야 한다. 아울러 의료 공급자 교육과 훈련, 자발적 참여를 유도하기 위한 정책이 수립·추진되어야 한다.

1 들어가며: 수요자와 사람 중심 의료의 필요성¹⁾

우리나라 보건의료와 건강 수준은 단기간에 빠르게 개선되어 왔다. 하지만 지금까지의 성과에도 불구하고 우리나라의 보건의료는 분절적인 의로서

비스 제공 체계, 지역 불균형 등 여전히 개선이 필요한 부분이 존재한다. 또한 인구 고령화와 질병 구조의 변화로 인한 만성질환의 증가, 의료 수요의 복잡화 및 다양화는 우리나라의 보건의료가 당면한 과제이다.

이러한 이유로 현재 우리나라의 보건의료는 ‘수

1) 이 글은 배재용, 유정훈, 윤강재. (2024). 수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향(한국보건사회연구원)의 일부분을 다시 정리한 것이다.

요자'인 '사람'을 중심으로 서비스 제공 방식을 전환할 필요가 있다. 전 세계적으로도 '사람 중심 의료(person-centered care)'에 대한 중요성이 강조되고 있으며, 보건의료서비스의 '수요자'인 '사람'이 보건의료 체계와 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; WHO, 2016, p. 5; WHO Regional Office for Europe, 2015, pp. 5-6). 여기서 말하는 '사람 중심 의료'는 의료서비스 수요자를 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우해야 하며, 그들의 필요, 욕구, 선호를 진료 및 치료 과정에 반영해야 한다는 윤리적 전제를 기반으로 한다(American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care, 2016, p. 15; Entwistle & Watt, 2013, pp. 29-30). 또한 '사람 중심 의료'는 수요자의 역량 강화와 의사결정 과정에서의 권한 및 역할 부여를 통해 의료서비스 수요자의 적극적인 참여를 이끌어 내는 것을 목표로 한다(McCormack et al., 2010, pp. 13-14; The Health Foundation, 2016, pp. 8-9).

앞서 언급한 바와 같이 우리나라는 고령화 및 질병 구조의 변화로 만성질환을 지닌 의료 수요자가 증가하고 있다. 이러한 의료 수요자들의 장기적이고 변동적인 요구를 충족시키기 위해서는 수요자의 필요, 욕구, 선호에 보건의료의 초점을 맞추고, 이

들의 역량을 강화하여 보건의료와 관련한 의사결정 과정에서 이들에게 더 많은 권한과 역할을 부여해야 한다. 이를 통해 건강관리 및 의료서비스 제공 과정에 수요자가 적극적으로 참여할 수 있도록 보건의료가 사람 중심 체계로 변화되어야 한다.

이렇게 수요자와 사람 중심으로 보건의료서비스와 보건의료시스템이 원활하게 개선되기 위해서는 관련 보건의료 정책의 변화가 뒷받침되어야 한다. 하지만 지금까지의 우리나라 보건의료 정책은 신속한 의료 접근성 확대와 지속적인 의료의 질 개선을 통한 국민 건강 수준 향상이라는 성과를 올렸음에도 불구하고 정부와 공급자 중심으로 추진되고 실행되어 왔다는 한계가 존재한다. 이와 같은 한계를 극복하기 위해 우리나라의 보건의료 정책 역시 수요자의 의견을 충분히 수렴할 수 있도록 정부와 공급자 중심에서 수요자와 사람 중심으로의 전환이 필요한 상황이다. 이러한 배경에서 이 글에서는 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 관련 정책을 살펴보고, 이를 바탕으로 우리나라의 보건의료를 수요자와 사람 중심으로 좀 더 변화시키기 위한 정책 추진 방안을 제시하고자 한다.

2 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황

이 장에서는 우리나라의 수요자와 사람 중심 보건의료 현황 및 관련 정책을 살펴보기 위해 수요자와 사람 중심 보건의료서비스 및 보건의료시스템을

4가지 영역으로 나누어 평가를 진행하였다. 4가지 영역은 각각 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요건이자 의료 수요자의 주요 역할에 해당하는 3개 영역과 이를 달성하기 위한 필수 요건인 1개 영역으로 구성되어 있는데, 먼저 수요자와 사람 중심 의료의 핵심 요건이자 의료 수요자의 주요 역할은 ‘의료서비스와 보건의료시스템의 수요자인 개인, 지역사회 및 대중의 의견 수렴과 반영(의견 개선, voice)’, ‘의료 공급자 및 의료서비스에 대한 선택권 보장과 다양한 선택지 제공(선택, choice)’, ‘의료서비스 수요자가 자신의 의료서비스 및 건강관리에 대해 의료 공급자와 협력하여 적극적으로 참여하는 것(공동생산, co-production)’의 3가지 영역으로 나누어 살펴보았다(Dent & Pahor, 2015, p. 547, 553; Kvæl et al., 2019, p. 2; OECD, 2021, pp. 17-25). 나머지 1개 영역은 3가지로 구분된 핵심 요건을 달성하기 위한 필수 요건인 ‘정보의 제공 및 공유’로 구성하였다.

가. 의견 개선(voice)

의견 개선(voice)은 의료서비스와 보건의료시스템의 수요자로서 개인, 지역사회 및 대중이 미시 수준에서의 의료서비스 제공 과정뿐만 아니라 거시적인 수준에서 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,

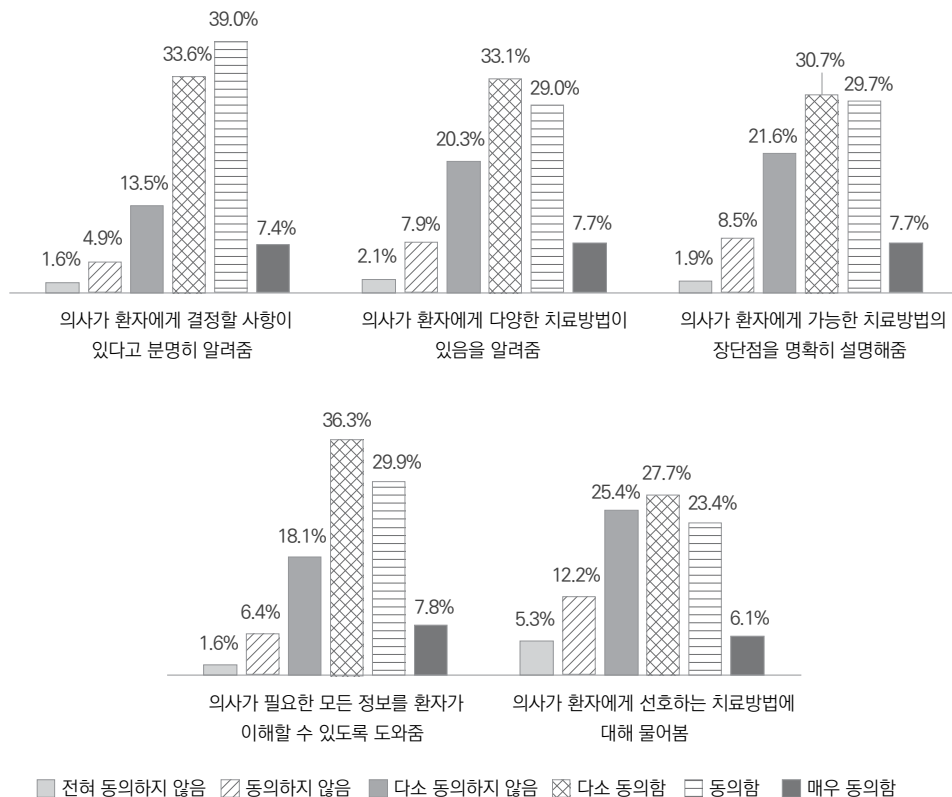
p. 2). 의견 개선(voice)의 측면에서 우리나라의 의료서비스 제공 과정을 살펴보면 의료 수요자가 의견을 개선할 수 있는 여건은 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만, 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 담당 의사 등 의료서비스 제공자와 구체적인 의견을 나누고 있다고 느끼는 정도의 의사소통은 여전히 부족하다고 느끼는 경우가 있는 것으로 파악되어 이 부분을 강화하는 노력이 필요해 보인다. 일반 국민을 대상으로 진행한 설문조사 결과에 따르면 의료서비스 제공 과정 중 의견 개선 경험에 대한 질문에서 응답자 10명 중 7명가량 또는 그 이상이 담당 의사로부터 가능한 치료 방법의 장단점 등 필요한 정보에 대해 명확하고 이해할 수 있게 설명을 들었다고 대답한 것으로 나타났다(그림 1). 이러한 결과는 의료서비스 제공 과정에서 수요자의 의견 개선에 대한 여건이 어느 정도 갖추어져 있음을 보여 준다. 반면에 응답자 10명 중 5명만이 의료서비스 제공 과정에서 ‘자신이 선호하는 치료 방법에 대한 의견을 제시할 수 있는 기회(의사가 환자에게 선호하는 치료 방법에 대해 물어봄)’가 주어졌다고 대답한 것으로 나타났는데(그림 1), 이는 의료서비스 제공 과정에서 수요자가 자신이 원하는 치료 방법을 포함하여 자신이 제공받고 있는 의료서비스와 관련하여 자제하고 구체적인 의견을 개선할 수 있도록 담당 의사 등 의료서비스 제공자가 보다 적극적으로 환자와 소통해야 할 필요가 있음을 시사한다.

현재의 보건의료시스템이 좀 더 수요자와 사람

중심이 될 수 있도록 하기 위해서는 국가와 지역 단위의 보건의료 정책을 수립하고 실행하는 과정에서 국민과 지역사회의 요구와 필요를 적극적으로 청취·수렴하고, 주요 의사결정 과정 및 기구에 국민을 대표하는 시민단체나 소비자단체 등의 참여와 역할을 확대할 필요가 있다(OECD, 2021, p. 17). 우리나라의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 보건의료 정책의 수요자인 일반 국민의 의견을 반영

하기 위한 논의와 노력이 계속되고 있지만, 실제로 일반 국민이 정책 수립에 참여하고, 제시한 의견이 반영되는 정도는 아직 미흡한 수준에 머무르고 있다(김새롬, 김창엽, 2018, pp. 40-42). 건강보험 정책에 관련된 주요 사안을 심의·의결하는 건강보험정책심의위원회의 경우 「국민건강보험법」 제4조에 따라 국민을 대표하는 가입자 위원의 수를 공급자 위원 및 공익위원과 동일하게 구성되어 있다.

[그림 1] 의료서비스 이용 중 수요자의 의견 개진



출처: “수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향”, 배재용 외, 2024, 한국보건사회연구원, p. 120.

이는 국민건강보험과 관련한 주요 의사결정 과정에서 국민의 의견을 반영하기 위한 제도적 장치를 마련했다는 점에서 의의를 가진다. 하지만 가입자위원의 대표성 문제와 함께 전문성 부족과 불충분한 정보 제공 및 논의 시간 부족 등의 절차적 미흡함으로 인해 의사결정 과정에서 국민을 대표하는 가입자위원의 실질적인 참여 및 영향력이 제한적인 것으로 평가된다(한주성, 김창엽, 2017, pp. 341-344; 허순임, 2021, pp. 110-111). 따라서 가입자위원의 대표성과 의사결정 과정에서 가입자위원의 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). 국가 단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립과 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력은 미흡한 것으로 평가된다(박유경, 2013; 장명화, 2014; 김새롬, 김창엽, 2018, p. 42 재인용; 이수진 외, 2021, p. 153).

나. 선택(choice)

선택(choice)은 의료 수요자가 의료시스템 내에서 자신에게 적합한 의료 공급자, 보험자 및 의료서비스 등을 선택할 수 있도록 하는 것을 의미한다(OECD, 2021, p. 11). 의료 수요자의 선택권 보장에 관한 사항을 평가하기 위한 대표적인 지표로

는 ‘환자가 일차진료, 전문의 진료, 병원 진료에 대한 의료 공급자를 선택할 수 있는지 여부’와 의료서비스에 대한 접근성에 관한 측정 도구인 경제적 미충족 의료를 들 수 있다(OECD, 2021, p. 20). 우리나라는 의료 수요자가 본인의 거주 지역과 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 평가된다. 일반 국민도 우리나라 보건의료 체계의 가장 큰 문제점으로 ‘지역 간 의료 불균형’을 꼽았다(국민권익위원회 국민신문고과, 2020. 9. 1). 의료 접근성의 정도를 진단할 수 있는 대표적인 평가 지표인 미충족 의료를 역시 지역 간 격차가 뚜렷이 나타나는 것으로 확인된다(질병관리청, 2024, p. 210). 그러므로 의료 접근성에 대한 지역 간 불균형을 완화하기 위한 정책을 마련하고 이를 적극적으로 추진할 필요가 있다.

다. 공동생산(co-production)

공동생산(co-production)은 의료 수요자가 의료 공급자와 협력하여 자신의 치료 및 건강관리를 위한 의료서비스의 생산 및 제공 과정에 능동적이고 적극적으로 참여하는 ‘공동생산자’로서의 역할을 수행하는 것을 의미한다(Batalden et al., 2016, p. 511; Dent & Pahor, 2015, p. 550; OECD, 2021, p. 11). 이를 달성하기 위해서는 의

료서비스 제공 과정에서 환자와 담당 의사 등 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, p. 547, 551; OECD, 2021, p. 11).

1) 공동 의사결정(shared decision making)

공동 의사결정은 의료 수요자와 의료 공급자가 서로의 지식, 경험, 가치관에 기반한 우선순위 및 의견을 공유하고 함께 결정을 내리는 일련의 과정이다(Hedberg et al., 2022, p. 131; The Health Foundation, 2016, p. 26). 우리나라는 의료서비스 제공 과정에서 공동 의사결정을 위한 여건이 어느 정도 갖추어져 있는 것으로 판단되는데, 이와 관련된 기본적인 요건은 법적 규정에서도 내용을 찾아볼 수 있다. 우리나라의 보건의료와 관련한 최상위 법령에 해당하는 「보건의료기본법」은 공동 의사결정의 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 교육과 훈련의 부족 등으로 인해 환자와 담당 의사 등 의료진이 치료 방법에 대해 함께 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 공동 의사결정의 수준은 미흡한 것으로 보인다.

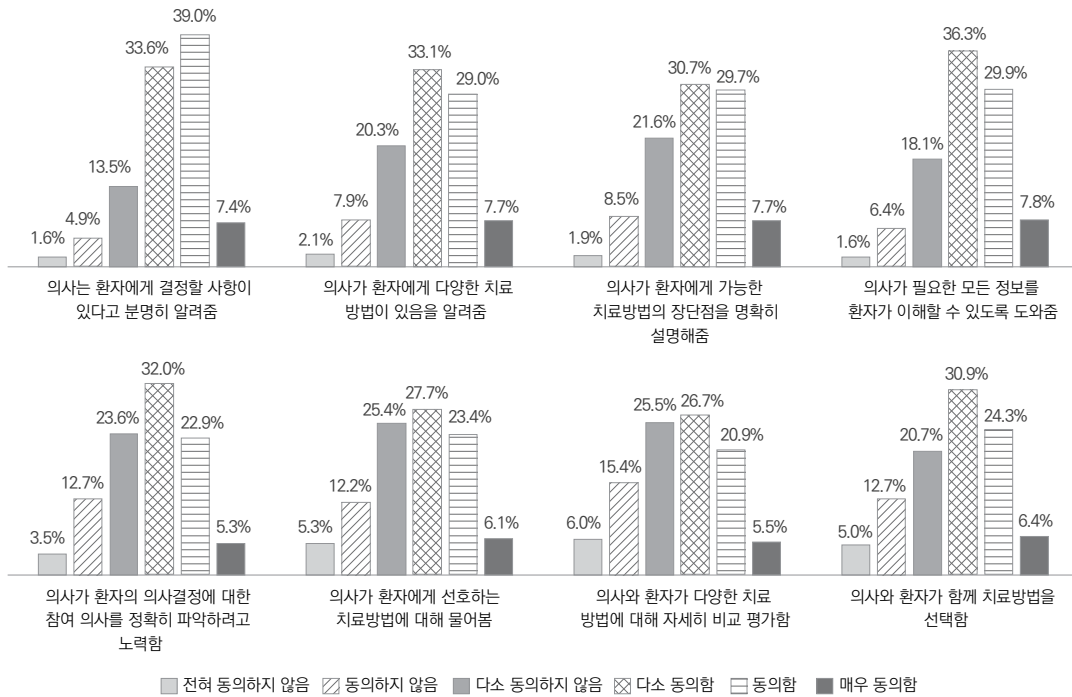
‘의료서비스 이용 과정에서 의사결정에 대한 경험’에 대한 일반 국민 대상 설문조사 결과에 따르면 10명 중 7명가량 또는 그 이상이 의료서비스를 이용할 때 자신이 결정해야 할 사항이 있음을 인지하였으며, 의사가 여러 가지 치료 방법이 있음을 알려주었고, 각각의 치료 방법에 대한 장단점을 설명해주었으며, 이러한 정보를 이해할 수 있도록 도와준 것으로 확인된다(그림 2). 하지만 의사가 환자의 의사결정에 대한 참여 의사와 선호하는 치료 방법을 명확히 파악하고, 이를 토대로 환자와 담당 의사가 함께 다양한 치료 방법에 대해 자세히 평가하고 최종적인 의사결정을 내리는 실제적인 의미의 공동 의사결정에 대한 경험은 상대적으로 부족한 것으로 보인다(그림 2).

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). 우리나라 국민의 대다수는 건강에 대한 자기관리의 중요성을 인식하고 있고, 건강에 대한 자기관리 역량을 어느 정도 갖추고 있으며,

[그림 2] 의료서비스 이용 중 환자의 공동 의사결정



출처: "수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향", 배재용 외, 2024, 한국보건사회연구원, p. 129.

자신의 건강을 관리하기 위한 노력을 하고 있는 것으로 평가된다. 하지만 적극적이고 주도적인 자가 건강관리를 실천하는 데 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시²⁾ 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 적절한 수준의 헬스 리터러시를 가지고 있었다.

20.1%는 경계 수준, 29.3%는 부족한 수준의 헬스 리터러시를 가지고 있는 것으로 나타났다. 특히 고령층과 교육 수준과 소득이 낮은 건강취약계층에서 헬스 리터러시 수준이 상대적으로 더 낮은 것으로 확인되었다(배재용, 김혜윤, 2023, pp. 85-86, 89-90). 이에 우리나라 국민의 헬스 리터러시 수준을 향상시키기 위한 대책 마련이 시급해 보인다. 2021년에 발표된 건강증진종합계획 2030은 중점

2) 헬스 리터러시는 '건강정보에 접근하여 필요한 정보를 획득하고, 정보를 이해하며, 적절한 정보인지 판단해 건강관리와 질병 예방, 의료서비스 이용에 활용하는 복합적인 능력'을 의미한다(Sørensen et al., 2012; 최슬기 외, 2020 재인용).

과제 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 추진 사업으로 ① 건강정보 이해 능력에 대한 주기적 모니터링, ② 건강정보 활용 교육 체계 구축, ③ 건강정보 제공 체계 구축 및 모니터링을 제시하였다(국민건강증진종합계획, n.d.).

라. 정보의 제공과 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. 이러한 정보의 제공과 공유는 적시성과 신뢰성이 담보되어야 할 뿐 아니라 양방향(interactive)으로 이루어져야 하는데, 이를 실현하기 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 허위 정보(Disinformation) 같은 ‘건강 위해 정보’를 걸러내고 신뢰성이 담보된 정보들이 제공되고 공유될 수 있도록 가이드라인을 마련하고 국가 차원에서

신뢰할 수 있는 건강정보를 제공하는 공식적인 ‘건강정보포털’을 운영할 필요가 있다. 이와 더불어 수요자와 사람 중심 의료의 기본 전제인 의료 수요자의 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, 환자 관점에서의 건강 결과를 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).

환자경험측정(PREMs)은 수요자인 환자의 의료 서비스에 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·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 수요자인 환자의 관점에서 질병에 따른 증상 및 부작용, 신체적·정신적·사회적 측면의 건강 상태, 건강 관련 삶의 질을 측정하는 것이다. 이러한 환자보고결과측정은 새로운 치료법, 의료서비스, 보건의료 정책 도입 후 효과에 대한 평가 도구로 활용되고 있으며, 개인과 인구 집단의 건강 상태를 지속적으로 모니터링하는 데에도 활용되고 있다(Bull et al., 2022, pp. 1-2; Miller et al., 2015, p. 295; Minvielle et al., 2023, p. 1).

적시성과 신뢰성이 담보된 양방향 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 조화·저장하고, 원하는 곳에 전송하여 활용할 수 있도록 지원하고 있다(보건복지부, 2024. 9. 26., p. 2). 또한 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’ 등 건강포털 및 웹사이트를 운영하고 있다. 하지만 정부와 공공기관에서 운영하는 건강정보 포털에 대한 인식률과 활용

도가 낮은 것으로 확인되므로 인식률과 활용도를 높이기 위한 방안 마련이 필요해 보인다(배재용 외, 2024, pp. 134-135).

의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해, 그리고 환자 관점에서의 건강 결과를 측정하는 것에 대한 우리나라의 현황을 살펴보면 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의 경험과 견해는 국가 차원에서 환자경험측정(PREMs) 도구를 활용하여 측정되고 있으나 환자보고결과측정(PROMs) 등을 활용한 의료 수요자 관점에서의 건강 결과 측정은 아직 이루어지고 있지 않다. 한편 신뢰성이 담보된 정보를 생산하고 공유하기 위해서는 의료 전문가 집단의 자발적인 노력도 필요한데, 우리나라도 대한민국의학한림원 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(김영숙, 2021. 3. 23.).

3 나가며: 수요자와 사람 중심의 보건의료를 위한 정책 추진 방향

가. 수요자와 사람 중심 보건의료로의 패러다임 변화

우리나라의 보건의료와 관련 정책은 현재의 질병 중심, 의료 공급자 중심, 정부 중심에서 의로서

비스와 보건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 사람과 국민 중심으로의 전환이 필요하다. 수요자와 사람 중심 보건의료로의 전환을 이루기 위해서는 기본적으로 의료 수요자를 존중하고, 존엄성을 가진 인격체로 대우하며, 그들의 필요·욕구·선호를 진료 및 치료 과정에 반영하는 것이 전제되어야 한다. 그리고 의료 수요자의 역량 강화와 함께 의사결정 과정에서 그들에게 보다 많은 권한 및 역할을 부여하여야 한다. 이를 통해 의료서비스 이용·제공 과정에서 적극적인 참여를 이끌어 내야 한다. 또한 의료 수요자에게 최적의 의료서비스를 제공하기 위해서는 일차의료를 강화하고, 의료기관 간 연계·협력이 의료서비스 수요자인 사람을 중심으로 이루어질 수 있도록 해야 한다.

이러한 사람 중심성의 적용은 개별 진료와 의료 서비스 단위의 미시적 수준뿐만 아니라 의료기관 및 전문가 집단 단위의 중간적 수준, 그리고 지역과 국가 단위의 보건의료시스템과 보건의료 정책의 수립 및 실행 과정을 포괄하는 거시적 수준 모두에서 이루어져야 한다. 이를 통해 의료서비스 및 보건의료 정책의 수요자이자 수혜자인 개인과 일반 국민이 의료서비스 및 관련 정책에 대한 수동적인 수혜 대상에서 벗어나 능동적이고 주체적인 참여자로 역할할 수 있도록 해야 한다. 또한 그들의 필요, 욕구, 선호를 반영하는 의료서비스가 제공되고 정책이 수립되며 실행될 수 있도록 지속적인 제도 개선 및 정책적 노력이 이루어져야 한다.

나. 의료서비스 제공·이용 과정의 공동 의사 결정에 대한 여건 마련

우리나라의 의료서비스 제공·이용 과정에서 수요자인 환자가 의견을 개진하고 의사결정에 적극적으로 참여할 수 있는 여건은 어느 정도 갖추어진 것으로 보이지만, 의료 수요자 및 공급자의 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 실제적인 ‘공동 의사결정’은 의료 서비스 제공 및 진료 과정에서 제대로 이루어지지 않고 있는 것으로 판단된다. 의료서비스 제공·이용 과정에서 의료 수요자와 공급자 간의 실제적인 ‘공동 의사결정’이 이루어지기 위해서는 ‘공동 의사결정’에 필요한 충분한 진료 및 상담 시간이 보장될 수 있도록 하는 가이드라인과 투입되는 자원에 대해 적절한 보상을 받을 수 있도록 하는 ‘공동 의사결정’에 대한 심층 수가 등의 제도적 방안 마련을 고려할 필요가 있다.

이와 더불어 의료 현장에서 의료 수요자와 공급자 간의 ‘공동 의사결정’을 촉진시키기 위해서는 의료 수요자 및 공급자의 인식 제고와 함께 의료인 양성 및 보수를 위한 교육·훈련 과정에서 사람 중심 의료와 의료 수요자와 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 자기관리 과정에서뿐 아니라 지역 및 국가 단위 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서도 이루어져야 한다.

우리나라 일반 국민들은 적극적이고 주도적인 치료와 건강에 관한 의사결정, 그리고 건강관리를 실천하기 위해 필수적인 핵심 역량인 헬스 리터러시 수준이 매우 낮은 것으로 확인되었다. 그러므로 이에 대한 국가 차원의 대책 마련이 필요하다. 2021년에 발표된 건강증진종합계획 2030에서도 중점 과제 중 하나로 '건강정보 이해력 제고'를 포함하였는데, 이는 시의적절한 정책 설정이다. 앞으로도 주기적인 모니터링, 관련 교육·훈련 프로그램 마련 및 지원이 지속적으로 이루어져야 한다. 특히 고령층과 교육 수준 및 소득이 낮은 건강 취약계층은 건강관리 역량도 낮은 것으로 확인되므로 이들에 대한 헬스 리터러시 및 건강관리 역량 강화를 위한 대책 마련을 정책의 우선순위에 둘 필요가 있다.

현재의 보건의료시스템이 좀 더 수요자와 사람 중심이 될 수 있도록 하기 위해서는 국가와 지역 단위의 보건의료 정책 수립과 실행 과정에서 국민과 지역사회의 의견을 적극 반영해야 한다. 이를 위해 주요 의사결정 과정 및 기구에 일반 국민 대표자를

참여시키고 역할을 확대하는 것이 필요하다. 우선 국민건강보험의 최고 심의·의결 기구인 건강보험정책심의위원회에서 국민을 대표하는 가입자 위원 의 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 과정에 반영하기 위해 국민건강보험공단과 심사평가원에서 운영 중인 국민참여위원회와 시민참여위원회 등의 역할을 강화할 필요가 있다. 더불어 국가 단위의 보건의료 정책뿐 아니라 지역 단위의 보건의료 및 건강 정책 수립 및 집행 과정에서도 주민의 실질적인 참여와 영향력이 미흡한 것으로 평가되므로 이를 제고하기 위한 방안도 마련할 필요가 있다.

라. 정보의 제공과 공유 및 활용을 위한 기반 강화

우리나라의 보건의료를 좀 더 수요자와 사람 중심으로 변화시키기 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 양방향으로 이루어져야 한다. 이를 위해 우리나라는 개

인 의료데이터의 국가 중계 플랫폼인 ‘건강정보 고속도로’를 구축하여 공공·의료 기관 등 여러 곳에 흩어져 있는 개인 의료데이터를 의료서비스 수요자인 환자와 의료서비스를 제공하는 담당 의사 및 의료진이 공유·활용할 수 있는 기반을 마련하였다. 다만 아직은 해당 플랫폼에 대한 활용이 저조한 상황인데, 이를 해결하기 위해서는 개인 의료데이터 공유·활용에 대한 인식 개선, 개인정보 보호 및 데이터 이동권과 관련한 법제도 보완 및 개선, 의료정보의 상호운용성 강화를 위한 표준화 지원, 적극적인 정책 추진이 지속적으로 이루어져야 한다.

다음으로 정부와 공공기관은 신뢰성이 담보된 건강정보와 의료정보를 보건의료 정책과 보건의료 서비스 수요자에게 제공하기 위해 다양한 건강정보 관련 포털 및 웹사이트를 운영하고 있으나, 대부분 인식률과 활용도가 낮다. 더욱이 여러 기관에서 분절적으로 정보를 제공하고 있어서 이에 대한 제고 방안이 마련되어야 한다. 이와 관련하여 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, 웹사이트의 연계 및 통합을 추진해야 한다.

또한 의료서비스 및 진료 과정에 대한 수요자의

경험과 견해, 환자 관점에서의 건강 결과를 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 측정하고 있으나, 환자 관점에서의 건강 결과 측정은 이루어지지 않고 있다. 그러므로 국가 차원에서 환자보고결과측정(PROMs)의 도입을 적극 고려할 필요가 있다.

마. 의료 공급자에 대한 교육·훈련 및 자발적 참여 유도

우리나라의 보건의료를 수요자와 사람 중심으로 변화시키기 위해서는 의료 공급자가 사람 중심 의료에 대해 충분히 이해·공감하고 이를 의료서비스 제공 과정에서 실천할 수 있도록 하는 교육과 훈련이 필요하다. 이를 위해 수요자와 사람 중심 의료에 대한 체계적인 커리큘럼을 개발해야 한다. 이를 기반으로 의학 교육 과정 및 의료인에 대한 보수교육 과정에서 관련 교육 및 훈련이 충분히 이루어져야 한다. 또한 수요자와 사람 중심의 의료 제공을 위해 투입되는 자원에 대해 건강보험 수가 등을 통해 적절한 보상이 이루어질 수 있도록 제도적 방안이 마련되어야 한다. 이와 더불어 사람 중심 의료에 대한 임상 연구 및 평가 등을 통한 가이드라인 마련을 위해서는 의학 전문학회 등을 포함한 의료 전문가 집단의 적극적인 참여가 필요하다. 그러므로 대한민국

국의학한림원 주도하에 추진되고 있는 한국형 현명한 선택 캠페인 등과 같은 의료 전문가 집단의 노력이 지속적으로 이루어지도록 적극 지원할 필요가 있다. ■

참고문헌

- 국민건강증진종합계획. (n.d.). **건강정보 이해력 제고**. <https://www.khepi.or.kr/hpn/hpnIdx/selectIdxDetailList2030.do?menuId=MENU01497>
- 국민권익위원회 국민신문고과. (2020. 9. 1.). **국민권익 위, “국민 44%, 지역 간 의료 불균형 해소 의견 가장 많아” 국민 의견 수렴 결과 발표**. [보도자료]. https://www.acrc.go.kr/board.es?mid=a10402010000&bid=4A&tag=&act=view&list_no=9221&nPage
- 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? **의학신문**. <https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=138724>
- 박유경. (2013). **지역보건의료 정책형성 네트워크 분석을 통한 시민참여 연구** [석사학위논문, 서울대학교 대학원] <https://www.dcollection.net/handler/snu/000000009993>
- 배재용, 김혜윤. (2023). 한국의료패널로 본 헬스 리터러시 실태와 정책적 시사점. **보건복지포럼**, 316, 81-94.
- 배재용, 유정훈, 윤강재. (2024). **수요자 중심의 보건의료 정책 추진 방향**. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. (2024. 9. 26.). **우리 자녀의 건강까지 한눈에 한층 더 똑똑해진 ‘나의건강기록’ 앱** [보도자료]. https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503000000&bid=0027&list_no=1483201&act=view&
- 윤여란, 배현아. (2024). 의료적 의사결정 과정에서 공유 의사 결정과 설명·동의 법제. **한국의료윤리학회지**, 27(2), 71-87.
- 이수진, 홍남수, 김건엽, 류동희, 배상근, 김지민. (2021). 지역보건의료계획 수립 과정에서의 시민 참여: 건강 격차 해소방안을 위한 시민원탁회의의 결과를 중심으로. **한국산학기술학회 논문지**, 22(5), 151-161.
- 질병관리청. (2024). **2023 지역건강통계 한눈에 보기**.
- 장명화. (2014). **지역보건의료계획 효과분석: 보건소 기획능력과 주민참여를 중심으로** [박사학위논문, 서울대학교 대학원] <https://www.dcollection.net/handler/snu/000000018270>
- 최슬기, 김혜윤, 황종남, 채수미, 한겨레, 유지수, 천희란. (2020). **건강정보문해력(헬스리터러시) 제고 방안 연구**. 한국보건사회연구원.
- 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 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.
- Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M.,

- Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ quality & safety*, 25(7), 509–517.
- 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.
- Dent M., Pahor M. (2015). Patient involvement in Europe. a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management Information*, 29(5): 546–55.
- Doyle, C., Lennox, L., & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ open*, 3(1), e001570.
- 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.
- Gauthier-Beaupre, A., Kuziemy, 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.
- Hedberg, B., Wijk, H., Gare, B. A., & Petersson, C. (2022). Shared decision-making and person-centred care in Sweden: exploring coproduction of health and social care services. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*, 171, 129–134.
- 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).
- 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.
- 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.
- Minvielle, E., Fierobe, A., Fourcade, A., Ferrua, M., Di Palma, M., Scotte, 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.
- 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. <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>
- OECD. (2024). *Rethinking Health System Performance Assessment: A Renewed Framework*. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/107182c8-en>
- 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.
- Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn, S. (2014). Empowerment, patient centred care and self-management. *Health expectations*, 17(3), 303–310.
- Richards, T., Coulter, A., & Wicks, P. (2015). Time to deliver patient centred care. *BMJ*, 350.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 1–13.
- The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*. The Health Foundation.
- 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/10665/252698>
- 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=y>

Current status and policy directions for consumer- and person-centered healthcare

Bae, Jaeyong

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This paper aims to provide policy directions to make Korea's healthcare system and policies more person- and consumer-centered. My recommendations to achieve person- and consumer-centered healthcare system and policies include: 1) shifting 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.