

우울증 외래 진료의 적정성 평가방안

Quality assessment of outpatient depression care



김태완 주임연구원
건강보험심사평가원 심사연구부

- Key Points**
- ☑ 국내 우울증 환자의 외래 진료 현황을 분석한 결과, 환자와 요양기관 종별에 따라 청구형태의 차이가 있음
 - ☑ 세 가지 핵심질문을 기반으로 우울증 외래 진료의 질 문제를 진단
 - ☑ 우울증 외래 진료의 질 향상을 위해 3개 영역의 평가지표 4개를 제시
- Key Words** 우울증, 질 문제, 적정성 평가, 평가지표
depression, quality problem, quality assessment, quality measures

1. 들어가며¹⁾

우울증은 전반적인 신체적·정신적 기능의 저하가 지속적으로 나타나는 질환으로 초기에 적절한 치료가 이루어지지 않는 경우 완화(remission)에 이르기 어렵다. 그러나 한국은 정신질환에 대한 사회적 편견으로 우울증 의심환자들이 병원 방문을 꺼려하여 우울증상 초기에 치료 받지 못하는 악순환이 반복되고 있다. 정신건강실태조사에 따르면 국민 4명 중 1명은 평생 한 번 이상 정신건강문제를 경험했고, 이 중 22.2%만이 정신건강서비스를 이용했다고 보고되었다(홍진표 등, 2017).

한국은 OECD 가입국 중에서 자살률이 가장 높은 국가로 자살시도의 원인 중 우울감, 불안감 등 정신과적 증상이 62.2%를 차지한다(안용민 등, 2014). 높은 자살률이 심각한 사회 문제로 대두되면서 우울증 환자의 의료서비스 접근성과 함께 의료 질 수준의 향상에 대한 사회적, 정책적 요구가 높아졌다. 2018년 보건복지부에서는 자살예방 국가 행동계획을 발표하고, 정부의 적극적인 개입과 사후관리 강화를 통한 자살예방 정책을 펼치고 있다(보건

1) 이 글은 2019년 건강보험심사평가원에서 수행한 「우울증 외래 진료의 적정성 평가방안 마련」 연구보고서 내용의 일부를 재구성하여 작성된 것이다.

복지부, 2018). 주요 자살예방 정책 중 하나는 우울증 초기 진료 및 효과적인 관리 강화이다. 이를 위해서는 국내 우울증 환자의 현황과 외래 진료유형을 다각도로 분석하여 질 문제에 대한 진단이 선제적으로 이루어져야 한다. 나아가 문제점을 바탕으로 우울증 진료의 질 향상 방안에 대한 고민이 요구되는 시점이다.

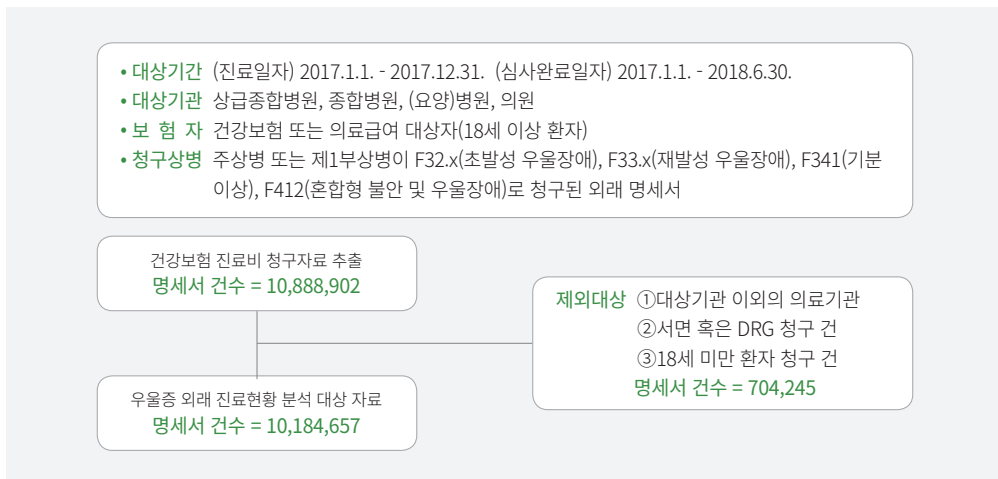
2. 연구내용 및 방법

이 연구에서는 2017년도 건강보험 진료비 청구자료를 바탕으로 국내 우울증 진료현황을 분석했다. 여러 학회에서 추천한 임상의들로 전문가 패널을 구성하여 국내 우울증 진료현황을 바탕으로 우울증 외래 진료의 질 문제점을 진단하고, 국외 우울증 관련 질 지표 224개를 검토하여 후보지표를 선정했다. 선정된 후보지표의 타당성을 검증하기 위해서 건강보험 진료비 청구자료를 이용하여 지표결과를 산출했다. 산출된 지표결과와 전문가 패널의 의견을 종합하여 최종 지표(안)를 제시했다.

3. 우울증 외래 진료 평가지표 개발

가. 국내 우울증 외래 진료 현황

국내 우울증 환자의 외래 진료 현황분석을 위해 건강보험 진료비 청구자료를 이용하여 2017년 1년간 우울증으로 진료를 받은 18세 이상 성인 환자를 분석했다(그림 1).



[그림 1] 청구자료 분석 기준 및 대상

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.

우울증 치료에 사용되는 의약품 분류는 건강보험심사평가원 의약품관리종합센터에서 제공하는 급여등재 의약품목 ATC코드 매핑 결과를 활용했다. 의약품 성분에 따라 항우울제는 Tricyclic Antidepressants(TCAs), Selective Serotonin Reuptake Inhibitors(SSRIs), Monoamine Oxidase Inhibitors(MAOIs), Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors(SNRIs), 기타로 분류하고 보조약물은 정신억제제(항정신약제, 항불안제, 수면진정제)와 항간질제, 기타 신경계용 약제로 분류하여 분석했다(표 1). 정신치료²⁾와 우울척도 검사도구³⁾는 보건복지부에서 고시한 행위 급여목록의 수가코드분류를 기준으로 분석을 실시했다.

(표 1) 항우울제와 보조약물의 분류 기준

(단위: 건, %, 일)

세부분류		ATC ¹⁾ code	성분명
항우울제	TCAs ²⁾ 계열	N06AA	amineptine, amitriptyline, amoxapine, clomipramine, dosulepin, nortriptyline, imipramine hydrochloride, quinupramine, maprotiline
	SSRIs ³⁾ 계열	N06AB	citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine, sertraline
	MAOIs ⁴⁾ 계열	N06AG	moclobemide
	SNRIs ⁵⁾ 계열	N06AX	venlafaxine, milnacipran, duloxetine
	기타	N06AX'	bupropion, mirtazapine, trazodone, nefazodone, tianeptine
보조약물	정신억제제	항정신약제	N05A amisulpiride, aripiprazole, bromperidol, chlorpromazine, chlorprothixene, clozapine, haloperidol, levomepromazine, lithium carbonate, mesoridazine besylate, molindone, nemonapride, olanzapine, perphenazine, pimozide, quetiapine, risperidone, sulpiride, thioridazine, thiothixene, tiapride, trifluoperazine, zotepin, zuclopenthixol
		항불안제	N05B alprazolam, bromazepam, buspirone, chlordiazepoxide, clobazam, clorazepate, clonazepam, diazepam, ethyl loflazepate, etizolam, lorazepam, mexazolam, pinazepam, tofisopam
		수면진정제	N05C brotizolam, estazolam, flunitrazepam, flurazepam, idazolam, triazolam, zolpidem, zopiclone, chloral hydrate
	항간질제	N03A carbamazepine, clonazepam, diphenylhydantoin, divalproex, ethosuximide, gabapentin, lamotrigine, oxcarbazepine, pentobarbital, phenobarbital, primidone, topiramate, valproate, vigabatrin, zonisamide	

주: 1) Anatomical Therapeutic Chemical Classification System

2) Tricyclic Antidepressants

3) Selective Serotonin Reuptake Inhibitors

4) Monoamine Oxidase Inhibitors

5) Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.

2) 정신치료는 행위 급여목록의 수가코드 분류를 기준으로 크게 개인(NN001~5), 집단(NN021~3), 가족(NN031~2)으로 구분되며 그 외 기타 정신요법들이 있다.

3) 우울척도 검사도구는 행위 급여목록의 수가코드 분류를 기준으로 Beck 우울평가(FY711), Hamilton 우울검사(FY712), 기타 Others(FY719)로 구분된다.

2017년도 외래 청구내역에서 우울증으로 청구된 명세서는 10,184,657건이었으며 여성 환자가 65.5%로 남성 환자보다 많았다. 연령대별로는 50대가 19.3%로 가장 많았고 비교적 높은 연령층에서 우울증 청구기록이 많았다. 요양기관 종별로는 의원급(69.3%)에서 가장 많이 청구되었다(표 2).

항우울제 처방이 이루어진 청구 명세서 8,611,125건을 대상으로 내원일당 처방일수를 산출한 결과 평균 21.2일로 확인되었다. 세부적으로 성별에 따른 처방일수에는 큰 차이가 없었고 고연령일수록 처방일수가 증가하는 경향을 보였다. 정신건강의학과보다 타 진료과에서 처방일수가 길었고, 요양기관 종별로는 상위 의료기관일수록 처방일수가 길게 나타났다(표 2).

(표 2) 일반적 특성에 따른 우울증과 항우울제 청구현황

(단위: 건, %)

구분		우울증 청구건(%)	내원일당 처방일수				
			항우울제 처방 명세서건	평균	표준편차	중앙값	최댓값
총		10,184,657 (100.0)	8,611,125	21.2	16.5	15	455
성별	남	3,516,435 (34.5)	2,946,398	21.3	16.3	15	455
	여	6,668,222 (65.5)	5,664,727	21.2	16.5	15	400
연령	18~29세	1,085,335 (10.7)	919,520	14.9	11.5	14	365
	30~39세	1,074,863 (10.6)	924,439	16.6	11.8	14	365
	40~49세	1,533,820 (15.1)	1,313,257	18.8	13.2	14	455
	50~59세	1,973,442 (19.3)	1,671,972	20.7	14.7	15	400
	60~69세	1,908,619 (18.7)	1,609,935	22.8	17.0	21	395
	70~79세	1,721,530 (16.9)	1,436,008	25.5	19.7	21	370
	80세 이상	887,048 (8.7)	735,994	28.7	21.2	28	370
진료과목	정신건강의학과	8,420,905 (82.7)	7,358,407	20.4	14.5	15	455
	타 진료과	1,763,752 (17.3)	1,252,718	26.1	24.5	21	395
요양기관 종별	상급종합병원	784,588 (7.7)	619,764	43.6	30.6	30	455
	종합병원	1,434,207 (14.1)	1,232,539	32.0	20.7	28	365
	병원	676,455 (6.6)	575,933	23.0	12.2	28	365
	요양병원	227,914 (2.2)	192,823	24.5	12.6	28	196
	의원	7,061,493 (69.3)	5,990,066	16.4	9.2	14	400

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

정신치료는 대부분 개인 단위로 정신건강의학과에서 이루어졌다. 대부분의 정신치료는 정신건강의학과에서 이루어졌고, 요양기관 중별로는 의원급(72.9%)에서 가장 많이 청구되었다(표 3).

(표 3) 일반적 특성에 따른 정신치료 청구현황

(단위: 건, %)

구분		개인정신치료(%)	집단정신치료(%)	가족치료(%)	기타(%)
총		7,846,493 (100.0)	2,025 (100.0)	522,756 (100.0)	951 (100.0)
성별	남	2,725,845 (34.7)	1,004 (49.6)	172,819 (33.1)	389 (40.9)
	여	5,120,648 (65.3)	1,021 (50.4)	349,937 (66.9)	562 (59.1)
연령	18~29세	980,009 (12.5)	475 (23.5)	67,923 (13.0)	284 (29.9)
	30~39세	948,547 (12.1)	289 (14.3)	36,994 (7.1)	105 (11.0)
	40~49세	1,303,535 (16.6)	551 (27.2)	50,323 (9.6)	128 (13.5)
	50~59세	1,590,060 (20.3)	459 (22.7)	66,623 (12.7)	145 (15.3)
	60~69세	1,456,189 (18.6)	179 (8.9)	72,995 (14.0)	124 (13.0)
	70~79세	1,131,327 (14.4)	58 (2.9)	109,800 (21.0)	101 (10.6)
	80세 이상	436,826 (5.6)	14 (0.7)	118,098 (22.6)	64 (6.7)
진료과목	정신건강의학과	7,426,302 (94.6)	1,927 (95.2)	500,767 (95.8)	931 (97.9)
	타 진료과	420,191 (5.4)	98 (4.8)	21,989 (4.2)	20 (2.1)
요양기관 중별	상급종합병원	529,431 (6.8)	164 (8.1)	36,430 (7.0)	66 (6.9)
	종합병원	956,602 (12.2)	29 (1.4)	90,199 (17.3)	43 (4.5)
	병원	473,425 (6.0)	1,013 (50.0)	60,499 (11.6)	201 (21.1)
	요양병원	170,969 (2.2)	553 (27.3)	20,568 (3.9)	3 (0.3)
	의원	5,716,066 (72.9)	266 (13.1)	315,060 (60.3)	638 (67.1)

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

평가도구는 전체 우울증 외래 청구 10,184,657건 중에서 2.8%인 283,681건에서만 사용되었다. 의원급 요양기관에서 평가도구의 사용이 가장 많았고, 연령이 높은 환자일수록 평가도구의 사용이 적었다(표 4).

(표 4) 일반적 특성에 평가도구 종류별 청구 현황

구분		청구건(%)	벡(Beck) 우울평가	해밀턴(Hamilton) 우울검사	기타 우울척도
총		283,681 (100.0)	154,007 (100.0)	77,559 (100.0)	52,115 (100.0)
성별	남	100,872 (35.6)	56,371 (36.6)	27,220 (35.1)	17,281 (33.2)
	여	182,809 (64.4)	97,636 (63.4)	50,339 (64.9)	34,834 (66.8)
연령	18~29세	64,633 (22.8)	41,028 (26.6)	15,431 (19.9)	8,174 (15.7)
	30~39세	50,542 (17.8)	31,557 (20.5)	13,348 (17.2)	5,637 (10.8)
	40~49세	48,489 (17.1)	28,744 (18.7)	13,892 (17.9)	5,853 (11.2)
	50~59세	46,551 (16.4)	25,502 (16.6)	14,475 (18.7)	6,574 (12.6)
	60~69세	34,058 (12.0)	15,976 (10.4)	10,513 (13.6)	7,569 (14.5)
	70~79세	26,462 (9.3)	8,296 (5.4)	7,166 (9.2)	11,000 (21.1)
	80세 이상	12,946 (4.6)	2,904 (1.9)	2,734 (3.5)	7,308 (14.0)
진료과목	정신건강의학과	250,263 (88.2)	142,140 (92.3)	66,442 (85.7)	41,681 (80.0)
	타 진료과	33,418 (11.8)	11,867 (7.7)	11,117 (14.3)	10,434 (20.0)
요양기관 종별	상급종합병원	15,892 (5.6)	5,937 (3.9)	3,965 (5.1)	5,990 (11.5)
	종합병원	34,677 (12.2)	18,218 (11.8)	5,342 (6.9)	11,117 (21.3)
	병원	14,681 (5.2)	7,916 (5.1)	3,851 (5.0)	2,914 (5.6)
	요양병원	3,768 (1.3)	2,633 (1.7)	340 (0.4)	795 (1.5)
	의원	214,663 (75.7)	119,303 (77.5)	64,061 (82.6)	31,299 (60.1)

자료: 윤상현 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

나. 국내 우울증 외래 진료의 문제점

전문가 패널의 의견과 국내외 문헌검토 결과를 바탕으로 우울증 외래 진료 관련 핵심질문을 도출하고 핵심질문을 기반으로 우울증 외래 진료의 질 문제를 진단했다(표 5).

(표 5) 국내 우울증 외래 진료 질 문제 진단을 위한 핵심질문

1) 진단 및 평가	우울증 진료 초기에 적절한 도구를 사용하여 중증도, 동반질환, 자살위험 등을 평가하고, 평가결과를 기반으로 진단과 치료가 이루어지고 있는가?
2) 치료 및 추적관찰	치료가 적절하게 모니터링되고 있는가?
3) 협진, 의뢰, 지역사회 연계	정신건강의학과 전문의와 협진, 진료의뢰, 지역사회 연계 등이 잘 이루어지고 있는가?

1) 진단 및 평가

의사는 우울증 초기 진단 시 우울증상을 보이는 환자에 대해 중증도, 동반질환 여부, 자살위험 등을 고려하여 진단을 내리고 적절한 치료와 항우울제 처방을 진행해야 한다. 재발성 우울장애는 초발성 우울장애에 비해 중증도가 높고 다른 치료전략으로 관리가 되어야 한다. 또한 자살위험에 대한 위험성도 파악되어야 한다. 그러나 많은 우울증 진단이 문진을 바탕으로 의사의 경험으로 이루어지고 있어 도구의 사용률이 낮은 실정이다. 우울증 진단은 선별·진단·평가도구를 적절히 이용하여 객관적인 근거를 기반으로 이루어지는 것이 바람직하다.

현재 건강보험에서 급여가 되는 우울증 검사도구는 벡(Beck) 우울평가, 해밀턴(Hamilton) 우울검사 등이 있다. 그러나 선별·진단·평가도구로 세분화되어 있지 않고 평가결과가 청구내역에 기록되어 있지 않기 때문에, 청구자료 상으로는 재발 여부, 중증도 구분이 불가능하며 환자의 자살위험성도 파악하기가 어렵다. 우울증 진단 시 도구이용 빈도가 낮은 이유는 이와 같이 급여 범위 내에서 사용할 수 있는 검사도구가 제한적이기 때문일 수 있다. 전문가들은 오랜 검사시간과 검사비용에 대한 부담 등으로 도구사용에 대한 환자들의 거부감이 존재하고, 심리상담 센터와 같은 비 의료기관에서 시행되어 청구자료 상으로 확인되지 않을 수 있다는 의견을 제시했다.

2) 치료 및 추적관찰

우울증 진료 초기에는 단계적인 항우울제 조절과 부작용 관리를 통해 향후 약물 순응도와 치료 효과를 높이고, 정신치료 또한 초기에 빈도를 높여 적극적인 진료가 이루어져야 한다. 항우울제 처방기간이 길면 항우울제의 효과, 부작용 등에 대한 모니터링이 제대로 이루어지지 않을 수 있어 이에 대한 질 관리가 필요하다. 전문가들은 현재 수가정책상 의사는 짧은 시간 동안 많은 환자를 보는 것이 유리하고, 환자는 병원을 자주 가는 것이 번거로워 약을 길게 처방해 주는 병원을 선호하는 경향이 있어 적절한 모니터링이 잘 이루어지고 있지 않다는 의견을 제시했다.

3) 협진, 의뢰, 지역사회 연계

전문가들의 의견과 선행 연구(석정호 등, 2017)에 따르면 정신건강 서비스의 지역사회 연계를 위한 인프라가 미비하고, 정신건강 관련 기관들 사이의 운영 및 관리, 재정지원 체계 등이 분절적으로 관리되고 있다는 것을 문제로 지적했다.

다. 평가지표 개발

국외 우울증 관련 질 지표 224개를 취합하여 중복을 제외하고 166개의 후보 지표 목록을 작성했다(표 6). 지표의 중요성과 측정가능성을 중심으로 전문가 패널의 의견을 취합했고 이를 바탕으로 30개의 지표를 1차로 선정했다. 후보지표로 선정된 30개 지표의 산출식을 정밀 검토하였고, 건강보험 청구자료를 통해 결과산출이 가능한 항우울제 처방 관련 4개 지표, 추적관찰 관련 3개 지표, 우울증 평가 관련 2개 지표를 포함한 총 9개의 2차 후보지표를 선정했다(표 7).

(표 6) 국외 우울증 관련 지표 현황

구분	지표 개수
OECD(Organization for Economic Cooperation and Development) 정신건강패널	12
CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services) MIPS(Merit-Based Incentive Payment System)	10
CMS Measures Inventory Tool	13
APA(American Psychological Association) Mental Health Performance Measures	122
HQO(Health Quality Ontario) 우울증 질 표준	14
systematic reviews(Petrosyan Y, 2017)	53
총 계	224

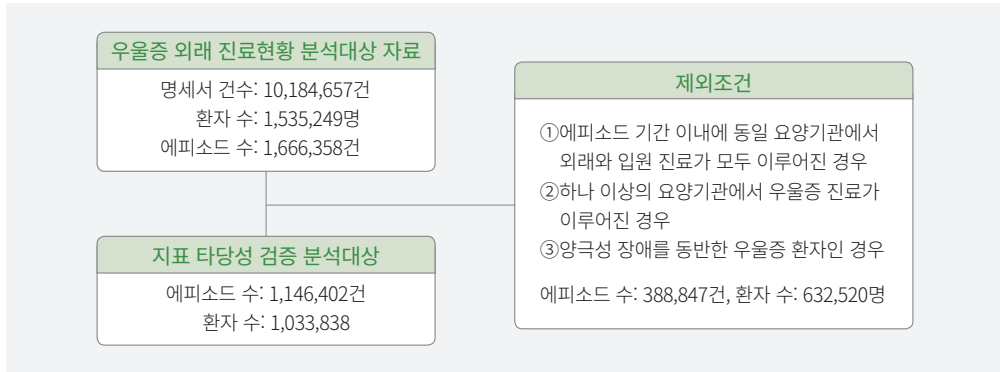
자료: 윤상현 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.

(표 7) 2차 후보지표

영역	지표
항우울제 처방	항우울제 84일(12주) 치료지속률
	항우울제 90일(3개월) 치료지속률
	항우울제 180일 치료지속률
	6개월 내 항우울제 처방 변경률
추적관찰	3주 내 재방문율
	3개 월 내 재방문율
	8주 내 4회 이상 방문율
우울증 평가	초진 시 평가도구 사용률
	3개월 내 평가-재평가 시행률

자료: 윤상현 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.

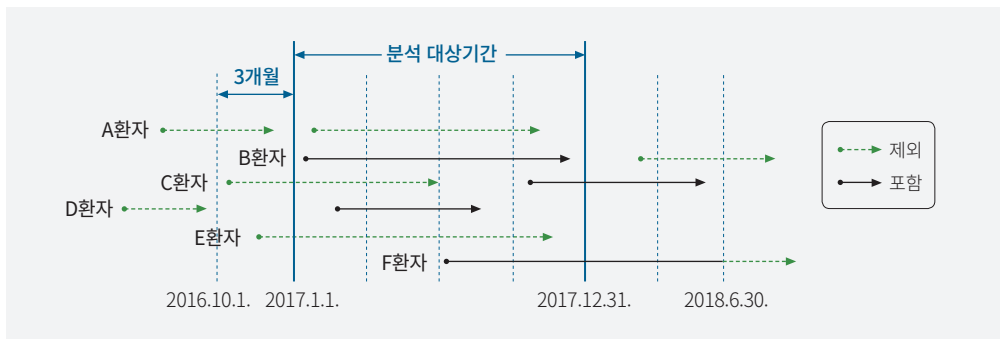
요양급여 적정성 평가는 기관단위로 지표결과를 산출하고 평가를 진행한다. 그렇기 때문에 선정된 9개의 2차 후보지표의 타당성을 검증하기 위해서 건강보험 진료비 청구자료를 이용하여 에피소드(episode)⁴⁾ 단위로 지표를 산출했다.



[그림 2] 지표 타당성 검증을 위한 분석 대상

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

새로운 에피소드를 구분하는 기준으로 미국 메디케어 & 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) 지표의 에피소드 기준(이전 105일 동안 우울증으로 진단받지 않은 경우 새로운 에피소드로 정의)과 전문가 패널의 자문의견을 수렴하여 3개월(90일) 동안 외래 방문 또는 항우울제 처방이 없는 경우를 새로운 에피소드로 구분했다. 한 환자는 둘 이상의 에피소드를 경험할 수 있고, 각각의 에피소드에서 방문한 요양기관이 다를 수 있다.



[그림 3] 새로운 에피소드 구분 기준: 3개월(90일) 적용

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

4) 에피소드(episode)는 정해진 기간 동안에 특정 질환의 치료를 위해 제공되는 의료서비스로 정의한다. 혹은 통합된 의료 시스템 내에서 특정 기간 동안 한 가지 건강문제를 가지고 있는 환자에게 제공되는 서비스들로 정의한다.

예를 들어 [그림 3]의 A환자의 경우, 진료 시작일자 이전 3개월 내에 외래방문 혹은 항우울제 복용이력이 있기 때문에 에피소드 단위의 타당성 검증에서 제외된다. 나머지 환자들의 경우에도 진료 시작일자가 분석 대상기간 내에 있고, 에피소드 앞뒤 3개월 내에 외래방문 혹은 항우울제 복용이력이 없는 에피소드만 타당성 검증이 진행되었다. 타당성 검증을 위한 2차 후보지표 산출 결과는 (표 8)과 같다.

항우울제 처방영역의 지표결과 값은 상급종합병원이 가장 높았고 의원급 요양기관 일수록 낮았다. 임상가이드라인에 따르면 최소 3개월의 지속적인 항우울제 복용을 통해 약물 순응도를 확인해야 하며, 급성기 우울증의 완화를 위해서는 6~12개월 충분한 기간 동안 치료를 지속해야 한다(NICE, 2009a; NICE, 2009b; APA, 2010; 대한우울조울병학회·대한정신약물학회, 2017). 전문가 패널은 주 단위로 항우울제가 처방되는 국내 진료 경향을 반영하여 항우울제 84일(12주) 치료지속률 지표 선정을 권장했다. 항우울제 180일(6개월) 치료지속률 지표는 현실적으로 결과 값이 너무 작기 때문에 평가지표 대신 모니터링 지표로 선정하기를 권장했다. 6개월 내 항우울제 처방변경률 지표는 처방변경 여부만으로 의료 질 수준을 평가할 수 없다는 전문가들의 의견을 반영하여 최종 지표 선정에서 탈락했다.

추적관찰 영역의 지표결과 값은 의원급일수록 높았고 상급종합병원이 가장 낮았다. 임상가이드라인과 전문가 패널의 의견에 따르면 초진 후 3주 이내에 재방문하여 예후를 관찰하는 것이 바람직하며, 8주 내 4회 이상 방문율 지표를 도입함으로써 초기 진료 시 약물치료와 정신치료를 전략적으로 적절히 시행될 수 있게 유도해야 한다.

우울증 평가영역의 지표결과 값은 의원급일수록 높았고 상급종합병원이 가장 낮았다. 3개월 내 평가-재평가 시행률 지표는 초진과 재진 시에 동일한 평가도구 사용 여부를 청구 자료 상으로 정확히 확인할 수 없어 최종 후보지표에서 제외했다. 초진 시 평가도구 사용률 지표는 정신건강의학영역에서 평가도구에 기반한 근거중심의 초기 환자 진단과 객관적인 치료를 위해 최종 평가지표로 선정되었다.

(표 8) 2차 후보지표 산출 결과

(단위: %)

영역	지표(산출식)	전체	상급 종합병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원
항우울제 처방	1. 항우울제 84일(12주) 치료지속률	7.4	23.2	12.4	5.9	9.2	3.3
	(분자) 84일(12주) 이상 항우울제를 지속적으로 처방받은 환자 수 (분모) 항우울제를 처방받은 18세 이상 우울증 환자 수						
	2. 항우울제 90일(3개월) 치료지속률	6.6	21.6	11.3	4.9	7.8	2.8
	(분자) 90일(3개월) 이상 항우울제를 지속적으로 처방받은 환자 수 (분모) 항우울제를 처방받은 18세 이상 우울증 환자 수						
	3. 항우울제 180일 치료지속률	1.9	8.6	3.2	1.1	2.0	0.6
	(분자) 180일(6개월) 이상 항우울제를 지속적으로 처방받은 환자 수 (분모) 항우울제를 처방받은 18세 이상 우울증 환자 수						
4. 6개월 내 항우울제 처방 변경률	21.7	43.0	32.0	4.9	2.3	17.7	
(분자) 6개월 동안 한 번 이상 새로운 계열의 항우울제를 처방받은 환자 수 (분모) 6개월 이상 항우울제 치료를 지속한 18세 이상 우울증 환자 수							
추적 관찰	5. 3주 내 재방문률	36.0	25.7	26.8	27.5	30.6	42.1
	(분자) 초기 치료 시작 후 3주 내에 2차 방문이 이루어진 환자 수 (분모) 18세 이상의 우울증 환자 수						
	6. 3개월 내 재방문률	52.5	47.9	47.2	47.4	55.0	55.5
(분자) 초기 치료 시작 후 3개월 내에 2차 방문이 이루어진 환자 수 (분모) 18세 이상의 우울증 환자 수							
우울증 평가	7. 8주 내 4회 이상 방문률	18.1	10.3	10.2	11.9	14.7	22.9
	(분자) 첫 방문 이후 8주 내에 약물치료 혹은 정신치료를 위해 4번 이상 방문한 환자 수 (분모) 18세 이상의 우울증 환자 수						
	8. 초진 시 평가도구 사용률	16.3	6.9	10.0	10.9	12.8	20.8
(분자) 우울증 초기 진단 시, 평가도구를 사용한 환자 수 (분모) 18세 이상의 우울증 환자 수							
	9. 3개월 내 평가-재평가 시행률	초진과 재진 시에 동일한 평가도구 사용 여부를 확인할 수 없어 최종 후보지표에서 제외함					
	(분자) 3개월(12주) 내에 초진 시 사용한 평가도구를 이용하여 진단평가가 이루어진 환자 (분모) 초진 시 우울증 평가도구를 이용하여 진단한 18세 이상의 우울증 환자 수						

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.(재구성)

산출된 2차 후보지표 결과와 국내외 우울증 임상가이드라인, 전문가 패널의 의견을 종합하여 최종 평가지표(안)을 선정했다(표 9). 전문가 패널은 최종 평가지표(안)을 선정하는 과정에서 조현병을 동반한 우울증 환자의 경우 임상적인 관찰만으로 우울증 환자를 구별하기 어렵고, 치료전략 또한 일반적인 우울증 환자와 다르기 때문에 평가대상에서 제외되어야 한다는 의견을 제시하였다. 이를 반영하여 최종 평가지표(안)의 결과를 도출하였다.

(표 9) 최종 평가지표(안) 및 산출 결과

(단위: %)

지표명	전체	상급종합병원	종합병원	병원	요양병원	의원
항우울제 84일(12주) 치료지속률	10.3	33.5	17.3	7.1	10.7	4.6
3주 내 재방문율	35.7	25.7	26.7	27.3	31.5	41.5
8주 내 4회 이상 방문율	18.4	10.5	10.6	11.9	15.5	23.2
초진 시 평가도구 사용률	15.3	6.6	9.8	10.5	13.3	19.2

자료: 윤상헌 등. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.

4. 나가며

이 연구는 우울증 외래 진료 행태와 이에 따른 의료의 질 문제점을 파악하고, 질 향상 측면에서 우울증 외래 진료의 적정성 평가지표를 검토했다. 현재 우울증 외래 진료는 임상 의와 환자의 짧은 대면진료에 의존한 제한적인 진단 및 평가가 이루어지고 있다. 그리고 요양기관 중별 항우울제 처방 행태가 차이를 보이며, 초기 우울증 환자의 지속적인 모니터링이 이루어지고 있지 않았다. 따라서 객관적인 진단과 평가를 통해 우울증 환자에게 약물치료와 정신치료를 적절하게 시행하고, 지속적인 모니터링으로 우울증 외래 진료의 질을 향상하기 위해서 4개의 평가지표를 제시했다. 연구에서 제시된 지표들은 과정에 기반한 단기적인 질 향상을 고려한 지표들이므로 장기적으로 자살위험평가 시행률, 3개월 내 환자재평가 시행률, 6개월 환자 관해율 등 과정 및 결과 지표 도입의 확대를 고려해야 한다. 이를 위해 선제적으로 두 가지 기반강화가 요구된다.

첫째, 우울증 관련 진단·선별·평가도구들이 급여체계에서 세부적으로 분류되어야 한다. 특히 자살위험, 중증도, 동반질환에 대한 평가도구들은 반드시 분류되어 수가체계에 반영되어야 한다. 이를 바탕으로 청구자료를 활용한 결과지표를 도입할 수 있을 뿐만 아니라 우울증의 관해에 대한 평가가 이루어질 수 있다.

둘째, 타 기관 또는 지역사회 연계, 자살 등과 관련된 현황파악을 위해 추가적인 자료원 구축과 검토가 필요하다. 입원을 대상으로 진행되는 요양급여 적정성 평가는 퇴원요약지나

조사표를 활용하여 평가에 필요한 추가적인 정보를 파악할 수 있지만, 대부분 외래로 이루어지는 우울증 진료는 회송, 협진, 의뢰, 자살시도여부 등을 파악하기 어렵다.

우울증 적정성 평가 도입기에는 연구에서 제시된 지표들을 바탕으로 다수의 요양기관에게 의료 질 향상 동기를 부여하는 방안이 고안되어야 한다. 성장기에는 우울증 관련 진단·선별·평가지구들의 세부적인 분류를 바탕으로 자살위험 평가도구 활용에 대한 지표를 도입해야 한다. 또한 추가적인 자료원 구축을 바탕으로 증상평가 활성화를 위한 우울증 관해지표, 의사-환자 신뢰 구축에 대한 환자경험평가 등의 결과지표 도입을 통해 평가지표를 확대할 것을 제안한다. ✕

참고문헌

- 건강보험심사평가원. 2018 요양급여 적정성 평가결과 종합보고서. 2019.
- 건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용. 2019.
- 보건복지부. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치 점수 제1편 제2부 제8장 정신요법료 [산정지침] (2), (3). 고시 제2012-39호. 2012.3.27.
- 대한우울·조울병학회, 대한정신약물학회. 한국형 우울장애 약물치료 지침서 2017. 2017.
- 보건복지부. 자살예방 국가 행동계획. 2018.
- 석정호, 나경세, 김은주, 박민경, 최선우, 최재희. 정신건강영역 의료 질 관리방안 및 평가기준 개발 연구용역. 건강보험심사평가원, 대한신경정신의학회, 대한정신건강재단. 2017.
- 안용민, 박종익, 지선하, 김경일, 김보라, 이상욱, 정금지, 서종한. 2013 자살 실태조사. 서울대학교. 2014.
- 윤상현, 김태완, 김기영. 우울증 외래 진료의 적정성 평가 방안 마련. 건강보험심사평가원. 2019.
- 홍진표, 이동우, 함봉진, 이소희, 성수정, 윤탁 등. 2016년 정신질환실태 조사. 보건복지부, 삼성서울병원. 2017.
- American Psychiatric Association(APA). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition 2010.
- CMS Measures Inventory Tool. Anti-Depressant Medication Management(eCQM). https://cmit.cms.gov/CMIT_public/ViewMeasure?MeasureId=5782 (검색일자: 2019.12.23.).
- National Institute for Health and Care Excellence(NICE). Depression in adults: recognition and management. 2009a. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90> (검색일자: 2019.12.23.)
- National Institute for Health and Care Excellence(NICE). Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. 2009b. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91> (검색일자: 2019.12.23.)
- Petrosyan Y, Sahakyan Y, Barnsley JM, Kuluski K, Liu B, Wodchis WP. Quality indicators for care of depression in primary care settings: a systematic review. Systematic Reviews. 2017;6(1):126.