

Evidence-based Medicine의 개념

고려의대 의학교육학교실 이영미

1. 서론

근거-중심 의학이 의학교육계에 정식으로 소개된 것은 1991년도의 일이다. 당시 영국과 캐나다의 역학자(epidemiologists)들을 중심으로 구성된 근거-중심 의학 작업 팀은 기존 의학의 문제점을 신랄하게 비판하고, 의학을 하는 방법을 근본적으로 바꾸어 놓을 새로운 패러다임으로서 근거-중심 의학을 주창하였다.

임상적인 의사결정에 있어서 과학적인 근거에 기초하여 적절한 방법을 선택하는 것을 내용으로 하는 Evidence-based Medicine(이하 EBM)은 임상 의료가 갖추어야 할 조건이며, 의료인이 지녀야 하는 지식과 기술로 인식되어 필요성에 대한 공감대가 확대되어 왔다.

최근에는 의학만이 아니라 근거중심 보건의료(Evidence-based health care), 근거중심 간호(Evidence-based nursing), 근거중심 정신보건(Evidence-based mental health) 등으로 적용분야가 넓혀져 왔다. 우리나라에서도 관심이 확대되고 있으며 최근 워크숍 등의 형태로 구체적인 움직임이 일고 있다.

2. EBM의 필요성

1) 진료행위의 과학적인 근거

의료의 내용에 과학적인 근거(scientific evidence)가 뚜렷하지 않다는 논란은 비교적 오래전부터 제기되어 왔다. Smith(1991) 등의 논자들은 현재의 진료 행위 중 15%만이 객관적인 근거가 있다고 하였고 미국의회의 OTA(Office of Technology Assessment)에서도 10-20%가 임상시험에 의하여 입증된 증거가 있다고 추정하였다.(OTA 1983)

2) 의학의 발전과 의사의 지식

의사들이 갖고 있는 의학 지식의 수준은 교육을 받은 기간이 지나갈수록 떨어지는 것이 일반적이다. 이 점은 복잡한 질환은 물론 흔하게 보는 대표적인 질병인 고혈압 등에 대해서도 마찬가지이다. 최신의 의학지식의 정도는 의과대학을 졸업한 연도와 반비례하고 있으며(그림 1, Shin et al 1983) 개업의처럼 학문적인 자극과 요구가 미약한 경우 이러한 현상은 더욱 심하리라 생각된다.

이는 의사들의 의학지식 습득의 방법과도 관련성이 있다고 할 수 있다. 즉, 의사들이 의

학지식을 획득하는 지식원은 동료의 조언, 자신의 경험, 제약회사의 판촉활동, 약품광고, 교과서 참조, 학회나 연수교육 등 등 비과학적이거나 혹은 체계적이지 못한 경우가 많다. 따라서 최신의 의학지식을 보다 체계적인 방법으로 습득하거나 제공할 필요가 있다.

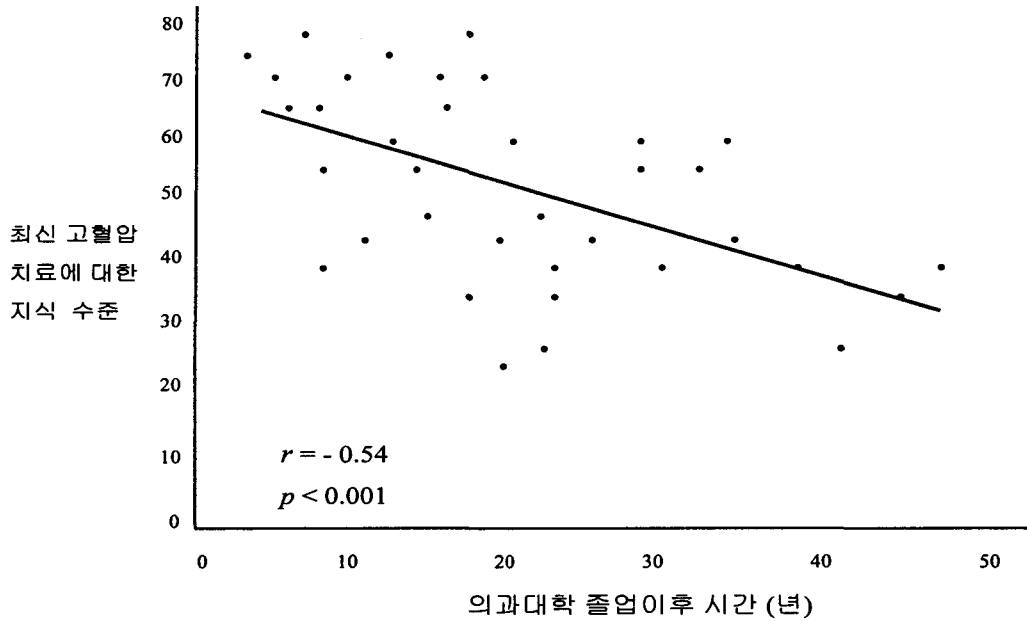


그림 1) 의과대학 졸업년도와 의학지식 수준 (고혈압)

3) 의학지식의 발전속도

현재 발간되고 있는 의학연구의 양은 매우 방대한 수준이다. 연간 20,000 종의 의학학술지가 발간되고 Medline에 등재되는 논문은 40여만개에 이르며, 국내의학잡지도 200여종이 있으며 연간 20,000 여개의 논문이 생성되고 있다. 이는 한 개인의 노력으로는 의학지식의 발전속도를 따라잡기가 매우 어렵다는 것을 의미한다.

국제 의학 출판 현황	
연간 발간되는 도서량	
의학 학술지	: 20,000 종
신간 의학도서	: 17,000 권
Medline 등재 학술지	
학술지수	: 4000종
참고문헌	: 600만 개
연간 등재 논문수	: 400,000 개
국내 의학 출판 현황	
학술지수	: 200개
연간발행 논문수	: 15,000 개

표 1. 의학 관련 출판 현황

3.EBM 접근법

1) EBM이란 ?

EBM이 무엇인지를 이해하기 위해 우선 한가지 예를 살펴보자.

대학병원 신경과에 근무하는 1년차 전공의 Dr. A는 최근 간질 대발작으로 입원한 43세 남자환자 B씨를 담당하게 되었다. B씨는 입원 전까지 건강하였고, 과거 간질 발작의 경험은 물론, 머리를 다친 일도 없었다. 일주일에 한두 번 정도 술을 마셨지만 간질발작이 있었던 날은 음주를 하지 않았다. 이학적 검사 상 특이소견은 발견되지 않았으며, CT는 정상, EEG 상에는 비특이적 소견만이 나타날 뿐이었다. 환자에게는 Phenytoin을 정맥 주사로 투여하였으며, 동시에 경구투여도 병용하였다. 이제 퇴원을 앞 둔 환자와 보호자는 경련발작이 재발할 위험성이 얼마나 되는지, 약은 얼마동안 복용해야 하는지, 운전은 해도 좋은지 등을 알고 싶어했다.

이와 같은 문제에 직면했을 때, 이제까지 통상적으로 1년차 전공의가 해오던 행동은 아마도 다음과 같을 것이다.

▷ 과거의 방법

Dr. A는 B씨와 그 가족들이 궁금해하는 사항들을 4년차 전공의에게 질문하였다. 4년차 전공의는 "(위험률이 정확히 어느 정도인지 알지 못하는 상태에서) 아마도 재발위험이 높을 것"이며 "자동차 운전은 안 하는 것이 좋고 외래로 계속 방문하여 약을 복용하는 것이 좋겠다"고 대답해 주었고 Dr. A는 이를 그대로 환자에게 전달해 주었다. 환자는 자신의 예후에 대해 막연한 불안감을 느끼며 퇴원할 수밖에 없었다.

그러나 EBM을 익힌 전공의라면 다음과 같이 행동할 것이다.

▷ 미래의 방법

Dr. A는 자신이 첫 번째 경련발작의 예후에 대해 잘 모르고 있음을 자각하고 도서관으로 향했다. 그곳에서 그는 Grateful Med라는 MEDLINE 검색 프로그램을 이용하여 문헌탐색을 실시하였다. "epilepsy" 와 "prognosis" 그리고 "recurrence"를 주제어 (Medical Subject Headings (MeSH) terms)로 사용하여 탐색한 결과 25개의 관련 연구들을 찾아 낼 수 있었다. 각 연구의 제목을 주의 깊게 살펴 본 후 그 중 한 연구가 자신이 찾고 있는 주제와 가장 관련성이 높다고 판단하였다. 그 연구 문헌을 통해 Dr. A는 경련발작을 처음으로 경험한 환자의 재발율은 첫 해에는 30-43%, 3년째에는 51-60%임을 알게되었다. 18개월간 경련발작

이 없었을 경우 재발 위험율은 20%이하로 떨어졌다.

Dr. A는 환자에게 이러한 내용을 알려주었고, 외래를 규칙적으로 방문하여 약을 복용할 것과 더 이상의 경련이 없을 경우 18개월 후에 약의 계속 사용 여부를 재평가해볼 것을 권유하였다. 환자는 자신의 예후와 향후 치료방향에 대해 분명한 정보를 얻고 가벼운 마음으로 퇴원하였다. Dr. A가 문헌탐색을 위해 지출한 비용은 논문 전송료 3000원 뿐이었고, 소요시간은 30분 정도였다.

2) EBM의 정의

Sackett은 근거-중심 의학을 다음과 같이 정의하고 있다.

“근거-중심 의학은 환자들을 한 사람 한 사람 진료하면서 어떤 의학적 결정을 내리고자 할 때 현시점에서 입수 가능한 최선의 근거들을 솔직하고 현명하게 이용하자는 것이다. 근거-중심 의학을 한다는 것은 각 개인 의사의 임상 경험을, 체계적 연구로부터 얻어진 입수 가능한 최선의 외부 임상 근거와 통합시키는 것을 의미한다.”

3) 전통적인 접근방법과 비교

전통적인 의학의 접근 방법의 특징은

- (1) 환자의 진단, 치료 및 예후의 판단에 있어서 임상적 경험을 중시하며
- (2) 병태 생리가 임상진료의 기초를 이루고
- (3) 전통적인 의학교육과 상식으로 새로운 진단과 치료법을 받아들이며
- (4) 의학지식의 습득과 암기 등에 중점을 두는 것이라고 할 수 있다.

이에 반하여, EBM은

- (1) 가능한 한 체계적이고, 재현가능하고, 오류가 없는 연구 결과를 임상진료에 이용하며
- (2) 병태생리에 대한 이해가 필요하지만 충분조건은 아니며
- (3) 문헌 평가에 필요한 일정한 법칙을 습득함으로써
- (4) 지식의 암기보다는 의료인이 자신에 맞는 정확한 정보를 선택할 수 있는 능력 (information manager)을 갖추도록 하는 것이다.

즉 의학 정보를 선별하여 획득하고 이를 개인의 환자에 적용하여 의료를 수행할 수 있도록 하는 것이다 (Friedland 1998).

현재 EBM은 캐나다의 MacMaster의과대학, 영국의 Oxford의과대학을 중심으로 활발하게 시행되고 있으며, 특히 영국에 본부를 두고있는 Cochrane Collaboration은 세계 각국에서 활동하고 있는 임상 역학자들의 도움을 받아 보건의학 분야의 randomized controlled trials

들을 수집하고 meta-analysis하여 지속적으로 database화 하고 있다. 이렇게 정리된 자료들은 Cochrane Library로 불리며, CD-ROM이나 인터넷을 통해 공개되어 (<http://www.cochrane.co.uk>) 전 세계 의사들의 임상 지침(guideline)으로 널리 활용되고 있다.

American College of Physicians는 Evidence-Based Medicine이라는 저널을 1995년부터 출간하고 있고, 이밖에도 Evidence-Based Health Policy and Management, Evidence-Based Cardiovascular Medicine, Evidence-Based Nursing, 그리고 Evidence-Based Mental Health 등 각 분야의 전문 학술지가 이미 발행되고 있거나 발행 준비중이다. 많은 의과대학이 EBM을 학생 및 전공의들에게 교육시키고 있으며, 그 확산속도는 대단히 빨라서 이제 EBM에 대한 교육은 시행할 것이냐 말 것이냐 하는 문제가 아닌 어떻게 시행할 것이냐 하는 문제로 다가오고 있다.

4. 근거중심 의학을 위한 접근방법

의사들이 근거중심의 진료를 위하여서는 크게 다음의 세가지 방안을 고려할 수 있다.

- (1) 의사 스스로 EBM의 방법론을 습득하고 이를 활용하게 하는 것
- (2) 다른 사람에 의하여 검토된 근거중심의 이차 문헌을 찾아 적용하는 것
- (3) 관심 그룹과 전문직종에 의하여 생성된 근거중심의 진료지침을 받아들여 적용하는 것

1) EBM의 방법론

의사들이 EBM의 적용에 필요한 방법론은 다음의 세 가지로 구분할 수 있다.

1) 임상 의사결정(clinical decision making)

최근 들어 임상 역학의 방법론의 발전, 특히 확률론 등의 적용은 임상 분야에 적용하는데 유용성을 입증하고 있다. 이에는 베이지안 접근 등을 이용한 진단 및 치료 확률의 생성이 포함된다. 주어진 환자에 대하여 확률을 바탕으로 여러 가능성을 열거하고 의사결정에 이용하는 결정분석(decision analysis) 등이 적용되고 있으며 임상영역의 비용효과 분석도 포함된다. 계량적인 방법 이외에도 환자의 상황을 감안한 실제 적용에 필요한 질적, 윤리적 판단도 포함된다.

2) 의료 정보에 대한 접근과 획득

방대한 의료정보 중에서 1) 자신의 환자에 주어진 문제에 관련된 정보를 발견하고 2) 자신에게 필요한 문헌을 수집, 유지하는 방법 등이 포함된다. 자신에게 필요한 문헌을 찾기 위하여 특정문제에 대한 뚜렷한 답을 생성할 수 있는 임상적 질문의 생성 등이 포함된다. MEDLINE은 대표적인 데이터베이스로서 1966년부터 최근까지 4000개에 이르는 저널의 정보가 색인되는데 이로부터 검색에 필요한 기술의 습득이 필요하다.

3) 의학 문헌에 대한 평가 및 비평 기술

의학정보에 대하여 이를 예후, 진단, 치료, 지침, 경제적 분석, 결정 분석 등으로 구분하고 일정한 기준에 따라 이의 타당성을 평가하는 것이 이에 포함된다. 각각의 연구별로 기준을 세우고 문헌의 방법론, 체계적 오류 및 일반화 가능성 등을 평가하는 단계가 있으며 이에 필요한 NNT, ARR 등 통계치 등도 개발되고 있다.

2) EBM 수행의 5단계

근거-중심 의학이 기존 의학을 송두리째 부정하는 것은 아니다. 병태생리학에 대한 확실한 이해는 환자에 대한 기본적 개념을 잡고, 문제를 신속, 정확하게 파악하는데 필수 불가결한 조건이며, 또한 새로운 연구 결과들을 환자에게 적용하는 과정에서 각 환자의 독특한 상황을 감안할 수 있게 하는 근거가 된다. 환자의 심리상태를 예민하고 정확하게 파악할 수 있는 능력도 기존의 행동과학 등의 교과목을 통해 계속 습득, 배양되어야 할 것이다.

그러나 근거-중심 의학을 실시하기 위해서는 기존의 의학에서 중요하게 다루지 않았던 몇가지 새로운 기술을 습득하여야 한다. 그것은 1) 환자의 문제를 정확하고도 구체적으로 파악하고, 그 문제를 해결하기 위해서는 어떤 정보가 필요한지를 결정할 수 있는 능력, 2) 필요한 정보를 효율적으로 탐색할 수 있는 능력, 3) 찾아낸 정보를 평가하여 그 중에서 최선의 정보를 가려낼 수 있는 능력, 4) 이 정보를 자신의 임상 경험과 통합하여 실제 환자 진료에 적절히 적용할 수 있는 능력, 5) 그리고 그 결과를 평가할 수 있는 능력을 포함한다.

환자의 문제와 이를 해결하기 위해 필요한 정보가 무엇인지 파악할 수 있는 기술은 곧 구체적이고 답변 가능한 임상적 질문을 만들어 낼 수 있는 능력을 뜻한다. 이 질문은 진단, 감별진단, 원인, 치료, 예후, 예방 등 모든 임상 상황에 대한 의문을 포함한다. 잘 만들어진 질문은 문헌 탐색을 손쉽게 해준다. 너무 막연하고 포괄적인 질문이나, 반대로 지나치게 특정 대상에만 국한된 질문을 하게 되면, 우리가 원하는, 임상적으로 유용한 정보를 얻기가 힘들게 된다. 좋은 질문을 하기 위해서는 훈련이 필요하다.

제기된 질문에 대한 해답을 찾기 위한 문헌 탐색도, 최단기간 내에 효율적인 탐색을 위해서는 교육과 훈련이 필요하다. 의과대학에 입학하는 학생은 기본적인 컴퓨터 조작 및 인터넷 사용법을 알고 있어야 하며, 그렇지 못할 경우, 입학 후 최단시간 내에 이를 교육하여야 한다. 또한 Medline 등의 의학 문헌 정보 탐색 프로그램과 Reference Manager 등의 문

헌자료 정리 프로그램의 사용법에 대한 교육이 이루어져야 한다. 이 부분에 대한 교육은 의
학도서관 직원들이 담당할 수 있을 것이다.

일단 찾아 낸 정보가 신뢰할 수 있는 것이지 여부를 가려내기 위해서는 문헌 비평 기술
(critical appraisal skill)이 필요하다. 찾아 낸 논문이 논문으로서의 기본적인 틀을 잘 갖추고
있는지, 연구 설계에 하자는 없는지, 실험 방법은 적절한지, 적합한 통계 방법을 사용했는지,
결론 및 논의는 합리적인지 등을 조목조목 따지고 비평할 수 있도록 교육과 훈련이 이루어
져야 한다. 이를 위해서는 연구방법론, 논문작성법, 기본적인 의학통계학에 대한 강의를 정
규 교과목으로 의과대학에 개설하는 것이 필요하다. 문헌 비평 교육 역시 문헌 탐색 기술과
마찬가지로 의과대학 저학년 시기부터 이루어져야 한다.

Norman 과 Shannon의 연구에 의하면 의과대학 시기에 문헌 비평 기술을 익혔을 경우
지식 습득량의 증가가 두드러지지만, 전공의 시절에 교육을 받으면 지식 습득량의 증가는
미미하였다. 특히 의과대학 교육과정이 강의중심에서 점차 소그룹 문제중심학습으로 이행되
고 있는 최근의 추세를 감안하면 앞서 언급된 기본적인 문헌탐색 및 비평기술은 필수적이라
할 수 있다.

진단 연구 검토기준
1. 진단의 평가 기준과 독립적이고, 맹검법을 이용한 비교 결과가 있는가? 2. 적절한 환자들을 대상으로 진단 검사가 평가되었는가? 3. 진단 검사 결과와 관계없이 진단의 평가 기준이 적용되었는가?
예후 연구 검토기준
1. 질병의 경과중 초기에 모집된 표본이 대표성 있으며, 규정된 표본인가? 2. 환자에 대한 추적 관찰이 충분한 시간 동안 완전하게 이루어졌는가? 3. 객관적인 결과 평가 기준이 맹검적 방식으로 진행되었는가? 4. 세부 집단간 예후의 차이가 확인되었다면, * 주요한 예후인자에 대하여 보정이 이루어졌는가? * 자료에 포함된 독립적 환자군에 대한 타당성이 있는가?
임상 시험 연구 검토기준
1. 환자의 할당이 치료군들에 무작위로 이루어졌는가? 그리고, 무작위 할당 명단은 노출되지 않았는가? 2. 시험에 참가한 모든 환자들이 종료시점에 계산되었는가? 그리고, 환자들이 무작위 할당된 집단으로 분석이 이루어졌는가? 3. 환자와 의사에 대하여 이중 맹검이 준수되었는가? 4. 실험적 치료이외에 동일한 치료가 적용되었는가? 5. 집단들은 실험 초기에 서로 유사하였는가?

표 2 . 연구결과의 타당성 검토기준 예

2) 근거중심의 이차 문헌

기존의 의학적인 연구물에 대한 2차 문헌이 생성되고 있으며, ACP(American College of Physician) journal club이나 Evidence based Medicine이 대표적이다. 이들 문헌은 출판되는 중요 임상 문헌(core medical journal)에 대하여 방법론, 임상적 중요성 등에 대한 비평 등과 함께 한 쪽 정도의 요약 등과 함께 제시된다.

3) 체계적 고찰 및 근거중심의 진료지침

기존의 서술형 고찰(narrative review)은 일반적으로 (1) 광범위한 영역과 주제를 다루고, (2) 원인, 임상발현, 및 치료 등 배경지식을 강조하며, (3) 문헌의 선정과 종합 등에 있어서 오류의 가능성이 있다.

체계적 분석(systematic review)은 (1) 특정한 좁혀진 한 두개의 주제에 대하여, (2) 배경지식보다는 전향적 지식(foreground knowledge)을 강조하며, (3) 문헌의 종합에 있어서 엄격한 방법론을 사용하며, (4) 종합된 추정치(pooled estimate) 등을 제시하는 것이다.

체계적 분석의 데이터베이스로서 대표적인 것은 Cochrane library인데 Cochrane Database of Systematic Reviews로부터 1995년에 바뀌었으며

- the Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR); Cochrane group에 의하여 개발된 체계적 분석이 포함되며 200여개 이상이 있으며 확충중임

- the York Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (DARE);

Cochrae group 이외에서 시행한 체계적 분석을 선별한 것

- the Cochrane Controlled Trails Register (CCTR)

십 만개 이상의 임상시험에 대한 참고문헌

- the Cochrane Review Methodology Database (CRMD);

체계적 분석 및 임상시험의 방법론에 관한 참고문헌 등으로 구성되어 있다.

수준	내 용
1	무작위 임상시험의 결과에 대한 하나 이상의 체계적 고찰(systematic review)에서 얻어진 강력한 근거
2	결과값의 신뢰구간이 서로 중첩되지 않는 유의한 결과를 보이는 무작위 임상시험
3	결과값의 신뢰구간이 특정 유의 수준에서 서로 중첩되는 결과를 보이는 무작위 임상시험
4	코호트 연구
5	환자- 대조군 연구
6	단면조사 연구
7	증례보고

표 3 . 근거중심의 지침에 사용되는 근거 수준에 대한 평가

5. EBM의 제한점

1) EBM은 무엇을 할지를 말해주는가?

EBM 자체가 임상가에게 어떤 것을 해야할지를 말해주지는 않는다. 개인 환자에 대한 의사결정은 1) 연구를 통한 근거이외에도 2) 환자의 상황 3) 가치, 취향 권리를 종합적으로 판단하여야 한다. 임상외사의 경험은 보다 빠르고 직감적인 진단과 환자의 상황, 권리 취향에 대한 판단을 종합적으로 하게 된다. 반면 연구에 의한 근거는 진단과 치료 방법의 정확성을 효과를 높일 수 있다. 임상적 경험이 없이는 근거에 얽매인(evidence-tyrannized) 진료와 개인 환자의 특수성을 저해할 수 있다. 또한 급속하게 변화하는 의학지식에 대한 대처 없이는 진료행위는 구식이 되고 결과적으로 환자의 편익을 해칠 수 있다.

2) EBM은 패러다임의 변화인가?

진료행위의 과학성을 높인다는 EBM은 전통적인 의학지식의 습득과 의학교육의 패러다임을 바꾸는 것으로 주장되기도 한다. 그러나 과학적인 근거에 기반한 근거는 현대 서양의 학이 내려온 가장 뚜렷한 전통이다. EBM은 패러다임의 변화보다는 과학적인 의학의 활용도를 향상시킬 수 있는 도구로 이해될 수 있다. 임상적 의사 결정은 병태 생리를 기반으로 이루어지며 따라서 이를 대신하기보다는 보다 명시적이고 엄격한 방법론으로 평가하는 것이라고 할 수 있다.

3) 필요한 근거는 충분한가?

현실적인 고민 중의 하나는 접근 가능한 치료방법에 대한 임상시험의 결과가 충분하지 않다는 점이다. 비록 임상시험의 수는 증가하고 있으나 효과가 없는 것이 아닌 검증의 근거가 없다는 것이 진료행위를 제한 할 수 있는가 하는 의문이 제기될 수 있다. 이는 보다 광범위한 부분의 임상시험의 수행이 필요하다는 점을 말한다. 그러나 의료서비스의 수준이 높아질 수 있는 기본 조건은 근래에 이르러 오히려 빠른 속도로 좋아지고 있다. 근거의 기준이라고 할 수 있는 임상시험은 근래 30년 사이에 76,000개가 발표되었는데, 전체 논문의 50%이상이 최근 5년간에 이루어졌으며, 일년에 1만 편 가까운 임상시험 결과가 발표되고 있다(Chassin 1998).

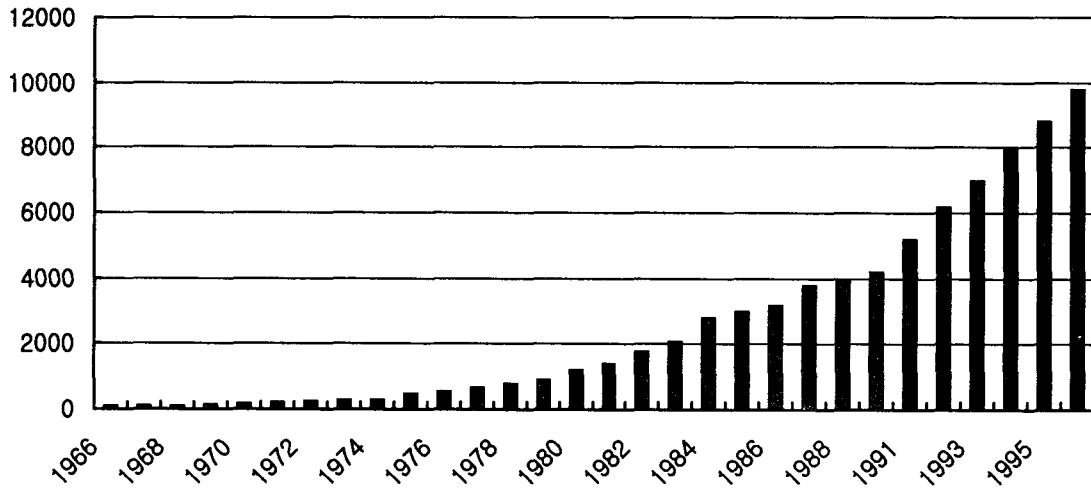


그림 2 . 무작위 임상시험의 증가 추세

6. 의학교육에의 적용

EBM의 한가지 중요한 축은 의학교육방향의 변화이다. 의사의 임상적 자질을 배양하는데 있어 EBM의 필요성이 증가하면서 많은 의과대학과 전공의 수련 프로그램은 과도하게 짜여져 있는 기존의 교과과정 중에서 EBM을 어떻게 하면 효율적으로 교육할 것인지에 대한 전략을 모색하고 있다.

EBM을 의학교육에 도입함으로써 평생 스스로 능동적으로 학습하고 새로운 지식과 기술을 연마할 수 있는 의사를 배양하는데 기여할 수 있다는 것은 다음과 같은 성인학습의 원칙을 EBM을 통하여 실천할 수 있기 때문이다.

1. 성인은 학습하기 전에 자신이 그것을 왜 배워야 하는지를 알고 싶어한다.
2. 성인은 스스로 결정하는 것을 선호한다.
3. 성인은 자신의 축적된 경험을 토대로 배우며 개별적인 학습자 전략을 필요로 한다.
4. 성인은 실제 상황을 효과적으로 대처하는데 활용될 실용적인 것을 배우는 것을 선호한다.
5. 아동들은 주제 중심의 학습을 선호하는 반면 성인은 주어진 임무를 해결할 수 있는 학습방법을 통하여 더 잘 배운다.
6. 외적 자극에도 일부 반응하지만, 성인에 있어서는 내적 동기가 가장 강력한 학습의 원동력이 된다.

EBM은 다양한 임상상황에서 교육하고 실천할 수 있다. 임상교육 전에는 강의나 세미나, 워크샵 형태로 EBM의 기본개념과 문헌검색기술등을 익히고, 임상실습과 전공의 교육시에는 입원환자의 회진, 아침보고, 저널집담회, 대회진(Grandround), 외래진료 등 기존의 임상 교육 상황에서 EBM을 실천함으로써 교육의 효율성을 증가시킬 수 있다.

6. 우리나라에서의 발전방향

EBM은 아직은 초창기라고 할 수 있으며 우리나라에서의 다음과 같은 접근이 필요하다고 생각된다.

1) EBM 관련 정보 생성과 접근도 향상

국내에서도 의료 정보에 접근할 기회가 과거에 비해 향상된 것은 사실이지만 개인의사가 이런 성과를 환자진료에 활용할 수 있는 기회는 제한되어 있다. 인터넷의 보급과 활성화로 접근 여건은 향상되었지만 아직은 대부분 개인 의사의 노력에 속한다. 의사들이 변화하는 지식을 판단, 습득하고 환자 진료에 활용할 수 있도록 쉽게 접근할 수 있는 여건이 필요하다고 할 수 있다.

이에

- (1) 의사 개인이 수행할 수 있도록
 - EBM의 필요성에 대한 논의
 - EBM의 지원자원의 확보
 - 연구정보체계 수립,보완
 - 국내 문헌의 정보화
 - EBM center, Cochrane center 등의 구축
 - 의학 정보에 대한 접근도 향상

(2) 체계적 고찰과 지침의 생성 보급

- 우리나라에 필요한 주제의 선정
- 체계적 고찰과 잘 정리된 지침의 개발
- 지침의 보급

등이 필요하다.

2) 의료체계의 변화

지금까지 의료서비스의 과학성 확보와 질 향상을 위한 노력은 거의 전적으로 의사 개인이나 병원에만 맡겨져 왔으며, 지금과 같은 수준에 이른 것도 의료전문가에 의한 것이라고 할 수 있다. 의료전문직은 동기나 능력이 가장 잘 갖추어진 집단의 하나이다. 우리에게 적합한 지침의 개발이 이루어졌다 하여도 이것에 대한 유인책이 없다면 현실적인 적용이 어려울 것이다. 진료비 지불제도, 병원에 대한 유인 등의 제도적 장치의 보완이 필요하다.

3) 우리나라의 근거 생성

현재 우리나라 의학의 내용은 외국의 것을 표준으로 하고 있다. 의학연구가 근래에 이르러 양적인 면에서 증가하고 있지만, 무작위 임상시험 등 진료에 영향을 주는(practice changing) 중요한 임상적 연구는 매우 드문 형편이다. EBM의 관점에서 연구설계 특히 무작위 임상시험의 중요성은 더욱 뚜렷이 부각된다. 유행률, 진료비, 사회적 가치가 상이하고 다양한 대체의학이 범람하는 우리나라에서 양질의 개별적 임상의학연구의 활성화가 우리 실정에 필요한 근거의 초석이 됨은 당연한 사실이다.