
보건의료 질과 성과 향상의
OECD 국제협력방안에 대한 연구

제 출 문

OECD 대한민국정책센터 소장 귀하

이 보고서를 「보건의료 질과 성과 향상의 OECD 국제협력방안에 대한 연구」 과제의 최종보고서로 제출합니다.

2011.2.28.

건강보험심사평가원

원장 강운구

연구진

연구책임자 김 선 민 (건강보험심사평가원 상근평가위원)

공동연구자 박 춘 선 (건강보험심사평가원 심사평가연구소 부연구위원)

최 병 호 (건강보험심사평가원 심사평가연구소 소장)

김 경 훈 (건강보험심사평가원 심사평가연구소 주임연구원)

최 보 람 (건강보험심사평가원 심사평가연구소 주임연구원)

이 상 일 (울산대학교 의과대학 예방의학교실 교수)

김 윤 (서울대학교 의과대학 의료관리학교실 교수)

정 영 호 (보건사회연구원 연구위원)

윤 석 준 (고려대학교 의과대학 예방의학교실 교수)

김 초 일 (보건산업진흥원 건강보건사업단장)

목 차

제 1 장. 서 론	1
가. 연구배경 및 필요성	1
나. 연구 목적	4
제 2 장. 연구내용 및 방법	5
가. 보건의료 성과향상에 대한 국제협력	5
나. 보건 의료의 질과 성과 향상 전략의 틀	5
다. 보건장관회의 준비	6
제 3 장. 보건의료 성과 향상에 대한 국제 협력	8
가. OECD의 보건의료 프로젝트	8
나. OECD 보건의료 질 지표 프로젝트	15
다. OECD 보건의료 질 포럼	18
라. 소결	27
제 4 장. 우리나라 보건의료 질과 성과 관련 현황 분석	29
가. 보건의료 체계 투입 요소	29
나. 보건의료 체계 설계	39
다. 보건의료 체계 모니터링	40
라. 질과 성과 향상을 위한 전략	50
제 5 장. OECD 보건장관회의를 통한 성과 향상 전략 개발	54
가. 보건장관회의 안건	54
나. 배경문서	57
다. 질과 성과 향상 전략	79

라. 질과 성과 향상을 위한 국제협력(안) 개발	89
제 6 장. 고찰 및 결론	91
부록1. 출장보고서(2010년 10월)	93
부록2. 장관님 발언문	110
부록3. OECD 보건장관 공동 선언문	124

표 차례

표 1. Health at a Glance 2009 보건의료 질 지표 산출 현황	2
표 2. 보건의료 질과 성과 향상 정책유형	6
표 3. OECD 조직 구성(2010.10 현재)	11
표 4. 2009 OECD HCQI 요약	16
표 5. 2010년 OECD 보건의료 질 포럼 일정	20
표 6. 요양병원 입원급여 적정성 평가 구조부문 지표(23개)	31
표 7. 요양병원 입원급여 적정성 평가 진료부문 지표(12개)	32
표 8. 응급의료기관평가의 임상질지표 평가결과	35
표 9. 신 의료기술 평가 사업성과	38
표 10. 최근 5년간 요양급여적정성평가	41
표 11. 최근 5년간 요양급여적정성평가 결과 공개현황	42
표 12. 연도별 항생제·주사제 처방률 등 약제 처방실태	42
표 13. 연도별 제왕절개분만을	43
표 14. 연도별 급성심근경색증 평가결과	43
표 15. 연도별 뇌졸중 평가결과	43
표 16. 수술의 예방적 항생제 사용 평가결과	44
표 17. 임상진료지침 개발 사업내용	46
표 18. 지출 억제를 목표로 하는 정책	60
표 19. 급성기 병상 중 공공/민간병상 비율	113

그림 차례

그림 1. OECD 조직 구성	9
그림 2. OECD 업무수행방식	10
그림 3. OECD 보건의료 질 포럼	21
그림 4. 피할 수 있는 병원 입원율, 2007	22
그림 5. 의료기관 평가 인정기준의 기본 틀	30
그림 6. 평가결과 공개 전·후 항생제 처방률 변화 추이	44
그림 7. 전산망 개요	48
그림 8. 가감지급 시범사업 모형	51
그림 9. 급성심근경색증 가감지급 시범사업 결과	52
그림 10. 인구 1,000명당 급성기 병상 수	116
그림 11. 인구 1,000명당 MRI units 수	117
그림 12. 인구 1,000명당 CT scanners units 수	117
그림 13. 인구 1,000명당 활동 의사 수와 인구당 활동 의사 수 증가율	118
그림 14. 인구 1,000명당 일반의와 전문의 수	118

제 1 장. 서론

가. 연구배경 및 필요성

1) OECD 보건의료 질 지표 프로젝트 현황

- 2001년부터 OECD는 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicator, HCQI) 프로젝트를 통하여 각국의 보건의료 질을 측정하고 비교할 수 있는 지표를 개발하여 이를 Health at a Glance에 수록하여 왔음(2007, 2009)
- 2010년 10월 보건장관회의와 동시에 진행되는 보건의료 질(Quality of Care) 포럼에서 HCQI 프로젝트의 성과를 평가하고 질 향상을 위한 전략과 관련된 결의문을 채택함
- 한국은 2006년부터 HCQI 프로젝트에 참여하기 시작하여 관련 자료를 제출하여 왔음. 2009년에는 OECD에서 개발한 지표 산출 가이드라인에 따라 지표를 산출하여 결과를 제출하였고¹⁾, 이 결과는 「Health at a Glance 2009」에 수록됨(표 1)
- OECD HCQI는 격년으로 지표를 산출하여 제출하고 있음. 국가간 비교 결과를 근거로 OECD 국가 중에서 우리나라의 보건의료 수준을 파악하는 것에만 그치지 않고, 국내 보건 정책에 활용하기 위한 방안 모색이 요구되고, 이와 더불어 보건의료 질 향상과 성과기반 수가제도의 외국동향을 파악하고 국내 정책의 대안 마련이 필요함

표 1. Health at a Glance 2009 보건의료 질 지표 산출 현황

구분	지표명	자료원	산출여부	제출여부
암진료				
	유방암 5년 상대 생존율	국가암등록자료	○	○
	자궁경부암 5년 상대 생존율	"	○	○
	대장암 5년 상대 생존율	"	○	○
만성질환의 급성기 진료				
	입원단위 급성심근경색증 30일 원내 사망률	심평원청구자료	○	○
	입원단위 출혈성뇌졸중 30일 원내 사망률	심평원청구자료	○	○
	입원단위 허혈성뇌졸중 30일 원내 사망률	심평원청구자료	○	○
만성질환 진료				
	천식 입원율	심평원청구자료	○	○
	만성폐쇄성폐질환 입원율	"	○	○
	울혈성심부전 입원율	"	○	○
	당뇨 단기 합병증 입원율	"	○	○
	당뇨 하지 절단율	"	○	○
	고혈압 입원율	"	○	○
정신 보건				
	계획되지 않은 정신분열병 재입원율	"	○	×
	계획되지 않은 양극성정동장애 재입원율	"	○	×

2) OECD 보건장관회의

- 2008년 OECD 보건위원회(Health Committee)에서 2010년 10월 보건장관회의를 개최할 것을 결의하고, 이사회에서 이를 승인함. OECD 보건장관회의는 2004년 5월에 이어 두 번째 회의로서 OECD 보건위원회가 만들어진 이후 첫 회의임
- 보건장관회의와 함께 Quality of Care Forum을 개최하여 보건의료의 질과 관련된 그간의 성과와 향후 발전방향을 논의함
- 보건장관회의는 2010년 10월 7-8일, 프랑스 파리 OECD 본부에서 개최되었음

1) 김선민 등. 2009 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발 연구. 2009. 보건복지가족부

- 며, 보건의료 질 포럼은 장관회의에 앞서 2010년 10월 7일 오전에 개최됨. 또한 국제 의료의 질 학회(International Society for Quality in Health Care, ISQua)가 이어서 10월 10-13일 파리에서 개최되어 관련 전문가들이 포럼에 참여함
- 동 장관회의에서는 다음의 세 가지 주제를 배경 문서로 채택하여 진행됨
 - i) Health System Priorities When Money is Tight (재정 부족 시기의 보건의료 우선순위)
 - ii) Improving Value in Health Care : Measuring Quality (보건의료의 가치 향상 : 질의 평가)
 - iii) Healthy Choices (건강한 선택)
 - 세 문서는 각기 다음의 내용을 담고 있음
 - 재정 부족 시기에는 예산 삭감, 수가 동결 등의 단기적 정책보다는 보건의료체계를 효율화하는 장기적 방안을 사용하는 것이 타당하며, 가감지급(Pay for Performance)이나 보건의료 기술평가(Health Technology Assessment) 등이 이에 해당함
 - 보건의료의 가치를 향상시키기 위해 각국은 지속적으로 질을 평가하고 국가간 비교를 지속해 나가야 하며, 이를 위해 정보통신 기술을 도입하고 발전시켜 나가야 함
 - 보건의료비를 절약하고 건강한 생활을 영위하기 위해서는 건강증진 사업을 실시해야 하며, 이는 근거에 기반한 것이라야 함
 - 배경문서에는 여러 나라의 관련 모범 사례를 제시하고 있으며, 질 평가와 P4P 관련하여 다음과 같은 한국의 모범 사례가 수록되었음.
 - i) 한국의 가감지급의 성과 : HIRA-VIP(Value Incentive Program)
 - ii) 한국의 적정성 평가와 가감지급 : HIRA의 건강보험급여 적정성 평가 현황과 성공요인, 성과
 - iii) 식품의 트랜스지방 저감을 통한 소아 식품 안전 정책

3) 연구의 필요성

- 한국은 지속적으로 OECD 보건분야 논의에 참여하여 왔으며, 보건장관회의를 계기로 현재까지의 성과를 정리하고 향후 보다 적극적인 협력 방안을 모색할 필요가 있음. 특히 이번 장관회의의 주제인 보건의료의 질, 성과연동 지불보상, 경제위기 시대의 보건의료 우선순위는 현재 국제적으로 가장 첨단 주제로서, 관련된 이론적 고찰이 필요함
- 보건의료의 질과 성과연동 지불보상 관련해서 한국은 선진적인 인프라를 갖추고 있으나 국제적으로 잘 알려져 있지 않아, 이와 관련한 적극적 준비와 향후 발전 방안 모색이 필요함
- 고위층 국제회의의 참석 결과를 정리하여 국내적으로 정책 제언을 마련하는 한편, 향후 상시적인 국제협력체계를 구축할 필요가 있음

나. 연구 목적

- 이 연구의 목적은 다음과 같음
 - OECD 보건장관회의 대비 한국의 상황에 대한 이론적 고찰을 실시하고
 - 장관회의 참석 시 국제적 의사소통의 목적과 내용을 개발하고
 - 회의 참석 후 경험과 결과를 정리하여 국내 정책 의제 형성에 기여함

제 2 장. 연구내용 및 방법

가. 보건의료 성과 향상에 대한 국제협력

- OECD 의료의 질 및 성과기반지불제도 논의에 대한 고찰
 - OECD 개요 : 회원국의 조건, 회원국 현황, 기구의 목표, 다른 국제기구(WHO, BIAC, TUAC 등)와의 관계, 주요 사업 등
 - OECD 보건위원회와 보건의료 효율성 향상에 대한 논의 흐름
 - OECD Health Care Quality Indicator 프로젝트의 시작과 발전 경과
 - OECD 보건장관회의의 경과 및 의미, 전망

나. 보건의료 질과 성과 향상 전략의 틀

- 이론적 고찰
 - 외국의 동향
 - Health system priorities : 재정적으로 불안정한 시기에 실효성 있는 거시적, 미시적 보건의료 정책에 대해 재정 효과, 보건의료 접근성, 의료의 질, 반응, 효율성 측면에서 검토함
 - Measuring quality : 보건의료의 질을 측정하는 도구와 내용, 활용 방안 등에 대해 검토함
 - Healthy Choices
 - 국내 현황
 - Health system priorities : P4P(가감지급), Information Technology 현황, 보건의료 기술평가, 재정 관련 현황
 - 성과기반 지불제도
 - 토대 : 법령, 정보수집시스템, 질 평가 환경
 - 시범사업의 내용
 - 제한점 : 지표의 타당도 문제

- 성과와 전망
- 보건의료 정보기술
 - 접근성, EMR, 전산처방, 전산의뢰, 진료정보시스템, 원격진료 등
 - 향후 OECD ICT 소위원회와의 참여 방법
- Measuring quality : 의료의 질 평가 기반과 사업
 - 토대 : 법령, 정보수집시스템, 질 평가 환경
 - 시범사업의 내용, 성과와 전망

- 보건의료 질과 성과 향상을 위한 정책은 다음과 같은 틀을 기반으로 검토하였으며, 관련분야 전문가와 자문회의를 개최함

표 2. 보건의료 질과 성과 향상 정책유형

정책 유형	사례
보건체계 투입요소 (전문가, 기관, 기술)	인증, 허가, 전문가 면허와 신입, 약제와 장비의 평가와 통제 책임성 요청
보건체계 설계 (책임성의 배분)	병원, 일차의료, 사회 서비스단위의 quality governance 계약과 환자 선택의 부분으로서의 질
모니터링 (표준과 정보체계)	국가적 표준과 지침, 대중 공표에 대한 규제 국가적 감사
향상 (인센티브 구조와 국가적 프로그램)	Pay for performance 같은 재정적 유인 환자 안전과 질 향상에 대한 국가 프로그램

다. 보건장관회의 준비

- 보건장관회의 참석 준비
 - 회의 참석의 구체적 목표설정
 - 회원국 참석자들에게 대한 한국의 위상 제고
 - OECD와의 협력 증진
 - 국내 정책의제 선정

- 장관님 발언 내용 준비 지원
 - 내용 정리
 - 한국 정책 상황을 고려한 발언 기조 설정
 - 원고 작성
- 예상 쟁점과 질문 및 답변 내용 준비 지원
 - 장관회의 배경문서 번역 및 요약본 작성
 - 정보화 관련 현황
 - 한국의 수가제도
 - 의료의 질 관련 현황 : 한국의 질 평가 및 가감지급사업
 - 건보 제도 전체 현황 및 재정 관련 현황
- 장관회의 이후 국제협력방안
 - OECD 참여 증진 방안
 - 아시아권 네트워크 구축방안

제 3 장. 보건의로 성과 향상에 대한 국제 협력

가. OECD의 보건의로 프로젝트²⁾

1) OECD에 대한 일반적 사항

- OECD(Organization for Economic Co-operation and development)는 회원국 간 상호 정책조정 및 협력을 통해 세계경제문제에 공동으로 대처함으로써, 공동 발전을 기하기 위해 설립된 정부간 기구임
 - 세계화 시대에 당면한 경제, 사회, 환경 문제의 해결을 위하여, 회원국들이 함께 논의하고 협력하는 토론의 장
 - 다자 협력 증진을 위해 비교자료, 분석 및 예측결과를 제공하는 공급자
- 연혁
 - 1947. 제2차 세계대전 이후 유럽 재건을 위한 유럽경제협력기구(OEEC) 설립
 - 1961. 유럽, 미주 및 세계를 지향하는 경제협력개발기구(OECD)로 확대 개편
 - 2010년 현재 33개 회원국으로 구성
 - 70여개 개발도상국들과 협력
 - ※ 한국: 1996년 29번째로 회원국 가입
- 목적 (OECD 설립협약 제1조)
 - 금융 안정을 통해 회원국의 지속 가능한 경제 성장과 고용 안정을 도모하고 삶의 질을 향상시킴으로써 세계 경제 발전에 기여
 - 회원국 및 개발도상국의 경제력 확대에 기여
 - 다자주의와 무차별주의에 입각한 세계무역확대에 기여

2) <http://www.oecd.org>

○ OECD 조직

— 이사회(The council)

- 각 1명씩의 회원국 대표들과 1명의 유럽연합 집행위원회 대표로 구성
- 정기적 상주대표 이사회(council at permanent representatives level) 및 연 1회 각료이사회(council at ministerial level)를 개최하며, 핵심사안 논의 및 OECD 과제의 우선순위를 설정하고, 의사결정은 원칙적으로 회원국 전원합 의제(consensus)임

— 위원회(Committees)

- 약 250개의 위원회, 작업반(working group), 전문가 그룹 운영: 분과별 전문위원회에서 무역, 과학, 고용, 교육, 금융시장 등에 관한 정책대안 모색 및 검토
- 매년 OECD위원회 회의에 각국 정부 고위관계자 4만명 정도 참석하여 OECD 사무국 수행과제에 관해 요청, 검토 및 기여

— 사무국(OECD Secretariat)

- 사무총장(Secretary-General) 및 사무차장(Deputy Secretary-general) 4인이 지휘
 - 사무총장: Angel Gurría(멕시코인, 임기: 2006-1011)
 - 사무총장은 이사회의 회장 맡으며, 각국 대표와 사무국 간 핵심적 연계 역할 담당

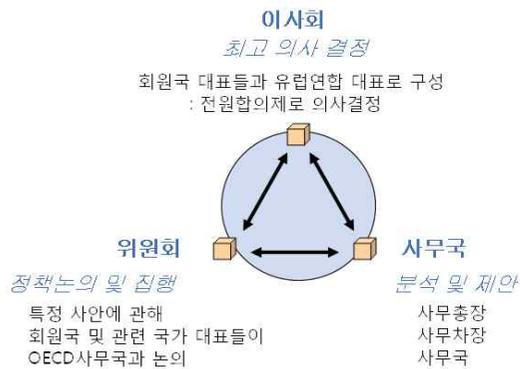


그림 2. OECD 조직 구성

- 약 2500명의 직원 근무: 위원회 활동 지원, 이사회에서 정한 우선순위에 따라 업무 수행하며, 경제학자, 법률가, 과학자 및 기타 전문가들이 포함됨. 대부분 파리에서 근무, 일부는 다른 국가의 OECD 사무소에서 근무

2) OECD 활동

○ 업무수행방식

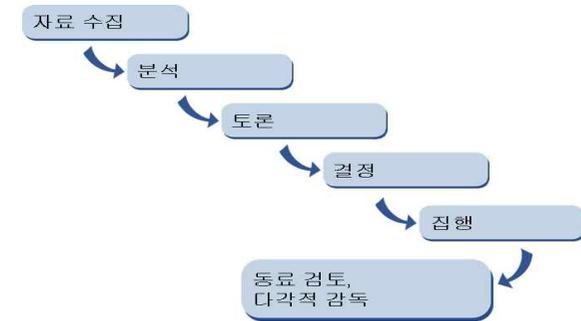


그림 3. OECD 업무수행방식

○ 활동

- 정책검토(Peer Review)를 통한 상호 학습(Peer Learning)과 상호 압력(Peer Pressure)
 - 회원국간 정책경험(best practice)을 비교, 상호 학습하고, 현안 문제에 대한 해결 방안 모색(예: 국내경제정책, 규제개혁, 공공부문 혁신 등)
 - 변화하는 국제경제 환경 속에서 새로이 대두되는 공통 관심사항에 대한 정책 연구(예: 세계경제전망, 에너지, 개발, 환경 등)
- 규범 제정
 - 선언(declaration), 가이드라인, 약정(arrangement)과 같은 비구속적 규범(soft law)과, 결정(decision), 협정(agreement), 협약(convention)과 같은 구속적 규범 제정

표 3. OECD 조직 구성 (2010.10 현재)

사무국(General Secretariat)		
Secretary-General	Angel Gurría	
Deputy Secretaries-General	Aart de Geus	Pier Carlo Padoan
	Mario Amano	Richard A. Boucher
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 사무총장실 ◆ 다분과 사안에 관한 자문단: <ul style="list-style-type: none"> ○ International Futures Programme - Global Science Forum ◆ 비회원국 협력센터(Centre for Co-operation with Non-Members) ◆ 사무국 이사회와 집행위원회(Council and Executive Committee Secretariat) ◆ 법률국(Directorate for Legal Affairs) ◆ 내부감사(Internal Audit) 		
부서(Departments)		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 개발협력국(Development Co-operation Directorate) ◆ 경제국(Economics Department) ◆ 교육국(Directorate for Education) ◆ 고용·노동·사회국(Directorate for Employment, Labour and Social Affairs) ◆ 경영·중소기업·지역개발센터(Centre for Entrepreneurship, SMEs and Local Development) ◆ 환경국(Environment Directorate) ◆ 집행국(Executive Directorate): Human Resources - Calls for Tender ◆ 금융·기업국(Directorate for Financial and Enterprise Affairs) ◆ 공공문제·커뮤니케이션국(Public Affairs and Communications Directorate) <ul style="list-style-type: none"> ○ Media Relations - Public Affairs - Publishing - OECD Centres ◆ 공공관리·토지개발국(Public Governance and Territorial Development Directorate) ◆ 과학·기술·산업국(Directorate for Science, Technology and Industry) ◆ 통계국(Statistics Directorate) ◆ 조세정책·행정센터(Centre for Tax Policy and Administration) ◆ 무역·농업국(Trade and Agriculture Directorate) 		
특별기구(Special Bodies)		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ 아프리카 파트너십 포럼(Africa Partnership Forum) ◆ 개발센터(Development Centre) ◆ 금융활동감시단(Financial Action Task Force) ◆ 사회진보측정 프로젝트(Global Project 'Measuring the Progress of Societies') ◆ 하일리겐담 씨밋 지원단(Helligendamm L'Aquila Process Support Unit) ◆ 국제에너지기구(International Energy Agency) ◆ 국제교통포럼(International Transport Forum) ◆ 원자력기구(Nuclear Energy Agency) ◆ 민주통치협력을 위한 자문단(Partnership for Democratic Governance Advisory Unit) ◆ 사헬 및 서아프리카 클럽(Sahel and West Africa Club) 		

— 출판

- OECD의 지식생산물 보급
- 정기적인 전망(Outlook), 매년 개관(Overview)과 비교통계자료 생산

3) OECD 보건분과(Health Division)

- 보건분과(Health Division)은 고용·노동·사회국 산하에서 활동하며, 위원회의 프로그램들을 감독, 국가 간 비교를 위해 보건의료체계에 대한 성과측정 및 분석 실시
- 보건위원회에서 건강에 관한 OECD 활동 총괄, 적합한 우선순위에 관해 이사회에 자문 제공

보건위원회(Health Committee)

위원장 Ms. Jane Halton(호주)

위원 Mr. Henrik Grosen Nielsen(덴마크), Mr. Nobuyuki Takakura(일본)
 Mr. Fernando Álvarez DEL Río(멕시코), Mr. Feite Hofman(네덜란드)
 Mr. Stefan Spycher(스위스), Mr. Barry McCormick(영국)

○ 보건분과의 목적

- 회원국 및 비회원 국가의 보건의료체계에 관해 다음 초점 영역의 향상을 추구함
 - 보건의료와 장기요양 체계의 재정 안정성과 효율성
 - 모두를 위한 양질의 보건의료 제공

○ 보건분과의 연혁

- 2004년 말 활동기한이 종료된 보건특별그룹(Ad hoc Group on Health)을 보건그룹(Group on Health)으로 전환하여 2006년 말까지 후속 보건 프로젝트를 추진

- 2006년 말 이사회에서 보건그룹을 보건위원회(Committee on Health)로 변경함에 따라 2007년부터 정식 위원회로 출범
- 최근 인구고령화에 따른 의료수요 증가로 인해, 보건분야 중요성이 증대되고 사업 영역 확대

○ 보건분과 활동

- 각국 보건관련 지표들(주요 질환 발병률·생존율, 병상수, 의사수, 흡연자수, 가계의료비 등)을 비교 분석한 『Health at a Glance』를 격년 발간
- OECD Health Data 자료수집 및 결과 배포
- 매년 봄, 가을에 정례회의 개최
- 매년 가을에는 보건계정(System of Health Account) 전문가회의와 보건의료 통계수집 전문가 회의를 별도로 개최

○ 부속기구/조직

- OECD Health Data National Correspondents
 - OECD Health Data의 자료수집 과정을 검토
 - 향후 자료수집 범위와 초점화, 자료수집 절차, 데이터 배포 등의 향상을 위한 우선순위 논의
- Health Accounts Experts
 - 보건계정의 체계 집행 및 개정에 관해 보건위원회에 권고 제시
- Health Care Quality Indicators Expert Group
 - 보건의료의 질을 강건하게 반영하여 국가 간에 상호비교 가능한 신뢰도 높은 데이터를 산출할 수 있도록 하는 일련의 보건의료 질 지표 개발

4) OECD 보건의료 프로젝트

○ 2001-2004 OECD Health Project

- 보건의료체계 개혁(Health systems' reforms)

- 민간보험(Private health insurance)
- 장기요양 정책(Long-term care policies)
- 대기시간(Waiting times)
- 보건의료 관련 기술(Health related technologies)
- 보건의료인력(Human resources for health care)
- 보건의료 접근 형평성(Equity of access to health care)

○ 핵심 프로젝트

- OECD Health Data 2010 - Statistics and Indicators
 - 매년 회원국 보건자료를 수집하여 인터넷 및 CD-Rom을 통해 배포
 - 국가 간 비교가능한 신뢰도 높은 통계수집 방법론 개선점을 매년 토의
- 보건의료 질지표(OECD Health Care Quality Indicators project)
 - 보건의료 서비스와 보건의료체계 수준에서 질을 반영하는 일련의 지표 개발
 - 2001년부터 추진, 모든 회원국 참여
 - 중점 분야: 건강증진/예방/일차의료, 정신보건, 암, 환자안전, 반응성/환자 경험
- 보건계정 구축과 매뉴얼 개정(A System of Health Accounts)
 - 국가 전체의 의료비 지출액, 주요 의료비 발생원, GDP 대비 의료비 비중, 국가 간 의료비 지출 차이 기여요인 등을 파악하기 위함
 - OECD가 주관하며 세계보건기구(WHO)와 유럽통계국(EUROSTA)이 참여
 - 매년 '국민의료비' 통계 발표
 - ※ 한국은 건강보험통계가 충실한 통계기초로 제공되어 양질의 보건계정이 구축되고 있으며 OECD 회의에서도 이 분야 논의에 주도적으로 참여함

○ 현재 진행 중인 주요 분석연구 프로젝트

- 보건의료 제공 효율성·진료협력(Efficiency of Health Care Delivery: Co-ordination of Care)
 - 회원국들의 진료협력 노력을 파악
 - 진료협력을 통한 효율성 개선 가능성을 평가

- 약가정책(Pharmaceutical Pricing Policy project)
 - 회원국 약가 정책의 유형 분류 및 국가 간 비교근거 마련
 - 약가 정책과 의약품 R&D 정책의 영향 분석
- 장기요양(Long-Term Care)
 - 관련자료 강화 및 정책분석 노력
 - 장기요양 관련 인력, 재정조달과 재정안정성, 건강한 노화 정책, 장애 동향
- 보건의료인력 및 인력 이주(Health Workforce and Migration)
 - 의료인력의 국제적 이주에 관한 정책 요약
 - 회원국들의 의료인력 위기 현황 및 대처
- 보건의료체계에서의 정보통신기술 활용(Information and Communication Technologies in Health Systems)
 - 정보통신기술을 활용한 보건의료부문 효율성과 질 향상 방안 모색
 - 효과적 정보통신기술 도입 장애요인 파악
 - 정보통신기술의 영향 모니터 및 평가 정책수단 모색
- 예방의 경제성(The Economics of Prevention)
 - 비전염성 질환 예방에 대한 정부의 노력 규모를 파악함으로써, 비전염성 질환 예방의 경제성에 관한 개념적 틀 개발
 - 예방 영역에서 기존 방식의 장단점을 고려해 적합한 예방 프로그램 모형 구현
 - 개발된 개념과 모형을 적용해 식품섭취 및 신체활동에 관한 예방정책 관련 사안들을 분석

나. OECD 보건의료 질 지표 프로젝트

1) OECD 보건의료 질 지표 프로젝트 개요

- 2001년부터 보건의료 질 지표(Health Care Quality Indicator, 이하 HCQI) 프로젝트를 시작함. 이 프로젝트는 정기지표, 환자 안전 지표, 일차의료 예방 및 건강증진 지표 등 국가간 비교 가능한 질 지표를 개발하여 국가들의 보건의료

- 우리나라는 2006년부터 참여하기 시작하여 2009년 OECD HCQI에서 제시하는 지표 산출 지침서에 따라 지표를 산출하여 결과를 제출하였고³⁾, 이 결과는 「Health at a Glance 2009」에 수록됨. 보건의료 질 지표는 격년에 한번씩 산출되고 있으며, 2011년에 지표 산출이 이루어질 예정임

표 4. 2009 OECD HCQI 요약

구분	지표명	산출 여부			질 지표 결과		
		OECD 평균	한국	질적 수준 ¹⁾			
RC ¹⁾	1. 유방암 5년 관찰 생존율	○	○	×	-	67.3	
	2. 유방암 5년 상대 생존율	○	○	○	81.2	75.5	↓
	3. 자궁경부암 5년 관찰 생존율	○	○	×	-	72.6	
	4. 자궁경부암 5년 상대 생존율	○	○	○	64.4	76.5	↑
	5. 대장암 5년 관찰 생존율	○	○	×	-	50.1	
	6. 대장암 5년 상대 생존율	○	○	○	57.0	58.1	≈
	7. 천식 사망률(5-39세)	○	○	×	0.2	0.1	
	8. 환자단위 AMI [‡] 30일(원내 & 원외) 사망률	○	○	×	-	9.7	
	환자단위 AMI 30일 원내(any hospital) 사망률	○	○	×	-	8.3	
	환자단위 AMI 30일 원내(same hospital) 사망률	○	○	×	-	8.0	
	입원단위 AMI 30일 원내 사망률	○	○	○	5.0	8.1	↓
	9. 환자단위 출혈성뇌졸중 30일(원내&원외) 사망률	○	○	×	-	13.4	
환자단위 출혈성뇌졸중 30일 원내(any hospital) 사망률	○	○	×	-	11.9		
환자단위 출혈성뇌졸중 30일 원내(same hospital) 사망률	○	○	×	-	10.6		
입원단위 출혈성뇌졸중 30일 원내 사망률	○	○	○	19.8	11.0	↑	
10. 환자단위 허혈성뇌졸중 30일(원내 & 원외) 사망률	○	○	×	-	3.1		
환자단위 허혈성뇌졸중 30일 원내(any hospital) 사망률	○	○	×	-	2.4		
환자단위 허혈성뇌졸중 30일 원내(same hospital) 사망률	○	○	×	-	2.1		
입원단위 허혈성뇌졸중 30일 원내 사망률	○	○	○	5.0	2.4	↑	
11. 고관절 골절수술의 원내 대기시간(65세 이상)	×	×	×	-	-		
12. 연간 당뇨 안저검사	○	○	×	-	33.5	-	

(계속)

3) 김선민 등. 2009 OECD 보건의료 질 지표 생산 및 개발 연구. 서울:보건복지부 2009

구분	지표명	산출 여부	제출 여부	HAG 수록여부	질 지표 결과		
					OECD 평균	한국	질적 수준 ¹⁾
PC ¹⁾	1. 천식 입원율 (인구 10만명당)	○	○	○	51	97	↓
	2. 만성폐쇄성폐질환 입원율 (인구 10만명당)	○	○	○	225	206	≒
	3. 울혈성심부전 입원율 (인구 10만명당)	○	○	○	234	110	↑
	4. 시술이 없는 협심증 입원율 (인구 10만명당)	○	○	×	174	172	≒
	5. 당뇨 단기 합병증 입원율 (인구 10만명당)	○	○	○	22	17	↑
	6. 당뇨 장기 합병증 입원율 (인구 10만명당)	○	○	×	75	195	↓
	7. 조절되지 않은 당뇨 입원율 (인구 10만명당)	○	○	×	22	-	-
	8. 당뇨 하지 절단율 (인구 10만명당)	○	○	○	16	8	↑
	9. 고혈압 입원율 (인구 10만명당)	○	○	○	84	191	↓
MH ¹⁾	1. 계획되지 않은 정신분열병 재입원율(any hospital)	○	×	×	-	-	-
	계획되지 않은 정신분열병 재입원율(same hospital)	○	×	○	18.1	-	-
	2. 계획되지 않은 양극성정동장애 재입원율(any hospital)	○	×	×	-	-	-
	계획되지 않은 양극성정동장애 재입원율(same hospital)	○	×	○	16.8	-	-
PS ¹⁾	1. 시술과정에서 신체 내 이물질 잔존	○	×	×	-	-	-
	2. 카테터로 인한 혈류 감염	○	×	×	-	-	-
	3. 수술 후 폐색전증 혹은 심정맥 혈전증	○	×	×	-	-	-
	4. 수술 후 패혈증	○	×	×	-	-	-
	5. 유발적 천자 및 열상	○	×	×	-	-	-
	6. 기구 사용 질식 분만의 산과적 손상	×	×	×	-	-	-
	7. 기구 사용하지 않은 질식 분만의 산과적 손상	×	×	×	-	-	-
	유방암 검진율		×	○	60.6	-	-
	자궁경부암 검진율			○	64.2	-	-
	홍역 예방접종율		○	○	92.2	92.0	≒
	백일해 예방접종율	OECD	○	○	93.5	91.0	≒
	B형 간염 예방접종율	Health	×		94.8	-	-
	65세 이상 독감 예방접종율	Data	○	○	55.3	77.2	↑
	홍역 발생률	이용	○	×	-	-	-
	백일해 발생률		○	×	-	-	-
	B형 간염 발생률 (인구 10만명당)		×	○	2.9	-	-
	흡연율		○	×	-	-	-

* OECD 평균은, Health at a Glance 2009에 수록된 지표는 수록된 결과값을, 수록되지 않은 지표는 2009.6월 전문가 회의자료의 평균값을 기술하였음

† 우리나라 지표 결과가 OECD 평균과 비교하여 상대적으로 질적수준이 높은지(↑), 낮은지(↓), 비슷한지(≒)를 기호로 표시한 것임

‡ AMI : acute myocardial infarction, 급성심근경색증

¶ RC: 정기수집 지표, PC: 일차의료 지표, MH: 정신건강 지표, PS: 환자안전 지표

2) OECD 보건의료 질 지표 프로젝트 진행 경과

- HCQI 프로젝트는 정기적인 전문가 회의를 통하여 질 지표를 개발, 보완, 수정 함. 급성심근경색증과 뇌졸중 사망률 지표와 관련하여 사망률 표준화 방법 개선 과 각 국의 보건의료 체계에서 사망률 지표의 의미 등이 논의되고 있음
- HCQI 지침서에서 제시하는 지표와 산출 방법은 프로젝트에 참여하고 있는 개별 국가의 보건의료 현실을 반영하기보다는 지표 개발에 참여한 전문가의 의견에 따라 제안되었기 때문에 각 국의 현실을 반영하여 재해석할 필요성이 있음. 특히 우리나라는 장애 합병증으로 재활서비스를 필요로 하는 만성 뇌졸중 환자들이 장기요양병원에 입원하므로 다른 나라에 비해 입원단위 사망률이 과소측정될 가능성이 높음. 따라서 장기요양병원 입원 건 제외여부에 따른 사망률 변화를 확인할 필요가 있음
- 최근 HCQI 프로젝트에서는 외래 진료의 접근성, 의사교환, 그리고 의사결정 자주성(autonomy) 측정을 목적으로 환자 경험 조사도구를 개발함. 개발과정에 참여한 일부 국가들은 조사도구를 자국어로 번역하여 인지검사(cognitive testing)를 진행하고 있으며, 조사결과는 2011년 5월에 발표될 예정임
- 암 진료 분야에서는 국가의 암 체계에 대한 설문조사와 생존율 자료를 통하여 국가의 암 진료 성과를 비교하였고, 또한 일차의료 정보기술과 관련하여 각 국의 개발과정을 공유하고, 정보기술 확대를 위하여 2010년 6월 전문가 회의가 개최됨

다. OECD 보건의료 질 포럼(Forum on Quality of Care)

1) OECD 보건의료 질 포럼의 개척 배경 및 프로그램⁴⁾

- 의료의 질 문제는 선진국에서도 예외일 수 없음. OECD 국가 병원 입원환자 가운데 10% 이상에서 오류(health care errors)가 발생하는 것으로 알려져 있음

4) OECD 인터넷홈페이지(www.oecd.org)에 소개된 포럼의 배경 및 프로그램 내용을 참조함.

음. 더욱 중요한 것은 이러한 오류의 반 정도가 예방가능하거나 피할 수 있다는 사실임. 미국은 교통사고 사망자보다 의료과오(medical errors)로 인한 사망이 더 높으며, 영국은 응급실 입원의 40%가 일차의료를 제대로 제공하였다면 발생하지 않았을 것이라는 실증적 연구결과를 통해 환자 안전 문제의 심각성과 크기를 알 수 있음

- 한 나라 의료의 질에 문제가 있을 때에는 국민 모두가 영향을 받게 됨. 특히 질병으로 쇠약해진 환자가 더욱 고통을 받게 되고, 낮은 성과에 대해 의료비를 지출하여 전체 비용이 필요이상으로 증가하게 됨

2) OECD 보건의료 질 지표 활동

- OECD 보건의료질지표(Health Care Quality Indicators, HCQI) 위원회는 의료의 질 문제에 공동으로 대처하기 위해, 2001년부터 국가간 의료의 질을 비교할 수 있는 지표를 개발해 옴. 의료의 질 영역을 일차의료, 급성기 진료, 정신보건, 암진료, 환자안전, 환자경험으로 구분하여 각 영역별 분과위원회를 중심으로 지표개발이 이루어짐
- 일차의료는 대표적인 만성질환에 대해 일차의료에서 적절한 환자관리가 이루어진다면 병원입원을 피할 수 있을 것이라는 기본적 가정 하에, 피할 수 있는 병원입원율로 일차의료의 질을 측정함
- 급성기 진료의 질은 급성심근경색증과 뇌졸중의 30일 원내사망률로 측정함. 정신보건은 재입원율, 암 진료의 질은 5년 생존율과 사망률, 검진율 지표에 대해 국가간 비교분석을 시도함. 현재 보건의료질지표 팀은 환자안전과 환자경험 분야의 지표 작업을 진행 중임

3) 질 향상을 위한 전략

- 의료의 질을 향상시키기 위해서는 현재의 질적 수준을 명확히 판단할 수 있어야 하며, 이를 위해 질 지표의 수준을 더욱 향상시킬 필요가 있음. 질 지표 개

발과 함께 보건의료시스템의 향상을 위해 많은 나라들이 직면한 문제 중의 하나는 보건의료 정보시스템의 구축과 활용임. 특히 환자의 이동을 확인할 수 있고 서로 자료원이 다른 정보들을 연계할 수 있는 환자식별번호(Unique Patient Identifier)의 사용 및 이에 대한 적절한 개인정보보호 정책은 보건의료정보시스템 구축의 가장 중요한 부분임

- 이러한 배경 하에 OECD는 회원국의 보건부장관과 이 분야를 대표하는 전문가들이 참석하는 고위급 정책 포럼을 개최하여, 보건의료를 향상시키기 위해 질 지표를 어떻게 개발하고 활용할 것인지에 대해 토론하는 장을 마련함. 포럼은 OECD보건장관회의를 앞두고 2010년 10월 7일 오전에 프랑스 파리 OECD 본부에게 개최되었으며, 구체적인 일정은 다음과 같음

표 5. 2010년 OECD 보건의료 질 포럼 일정

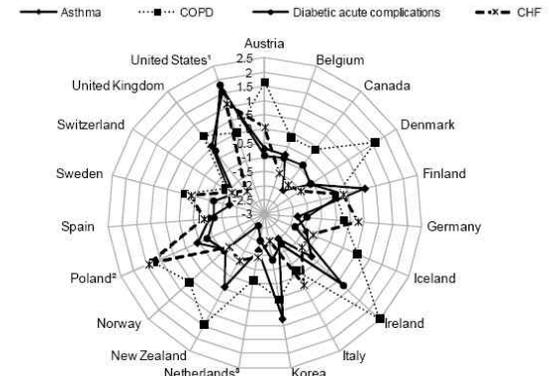
보건의료 질 포럼
2010. 10. 7(목) 오전
08:30~09:00 등록
09:00~09:15 포럼 의장 기조연설
전반부 토론 : 더 나은 보건의료의 질 측정(Getting better measures of quality)
09:15~09:30 보건의료의 질 측정의 중요성(Niek Klazinga 교수)
09:30~09:45 보건의료의 질 측정의 진전(Philip Hassen ISQua 회장)
09:45~10:45 전문가 패널 토론
10:45~11:15 휴식
후반부 토론 : 보건의료의 질 개선(Promoting the quality of care)
11:15-12:30 보건의료의 질 개선에 대한 각료 패널 토론



그림 3. OECD 보건의료 질 포럼

4) 포럼의 주요 내용

- OECD 보건의료질지표 프로젝트의 책임자인 Niek Klazinga 교수(네덜란드 암스테르담대학교 사회의학)는 프로젝트에서 개발한 질 지표와 국가간 비교분석 결과를 소개하고, 질 지표 측정의 개선과 활용에 대해 몇 가지 사항을 제안함
- 암진료 영역에서 대부분의 국가에서 유방암 사망률은 감소하고 있으며 5년 생존율은 지속적으로 증가하고 있음. 일차의료는 당뇨, 만성심부전, 만성폐쇄성 폐질환, 천식의 피할 수 있는 입원율에서 국가간에 혹은 같은 나라 안에서도 질병 간 변이가 있었음. 급성기 진료에서 급성심근경색증의 30일 원내 사망률이 국가간 변이가 있으며 대부분의 국가에서 과거에 비해 향상되고 있음. 행정자료를 중심으로 산출한 환자안전지표는 현저한 국가간 변이를 보임



CHF = Congestive heart failure; COPD = Chronic obstructive pulmonary disease.
 Note: The number of hospital admissions of people aged 15 years and over per 100 000 population, age and sex-standardised rates in relation to OECD average. Values have been normalised for ease of interpretation. Data from Austria, Belgium, Italy, Poland, Switzerland and the United States refer to 2006. Data from the Netherlands refer to 2005.
 1. Data does not fully exclude day cases.
 2. Data includes transfers from other hospitals and/or other units within the same hospitals, which marginally elevate the rates.
 3. Data for CHF includes admissions for additional diagnosis codes, which marginally elevate the rate.
 Source: OECD Health Care Quality Indicators Database, 2009.

그림 4. 피할 수 있는 병원 입원율, 2007

- 이러한 변이가 왜 발생하는 지에 대해서는 깊이 있는 연구가 필요함. 특히 부상병코드를 이용하여 측정하는 환자안전 지표가 실제 질을 반영하는 타당한 지표가 되기 위해서는 행정자료에 입력된 상병이 입원 시 상병인지 여부를 구분할 수 있어야 하며 부상병 코딩 입력 체계를 정비해야 함
- Klazinga 교수는 질 지표의 측정과 활용에 대해 다음과 같이 제안함
 - 첫째는 보건의료 질 지표 개발 및 측정을 위해서 정보 활용이 무엇보다 중요한데 여기에서는 서로 상반되는 두 가지 측면을 고려해야 함. 즉, 한 편으로는 사생활과 정보 보호, 다른 한 편으로는 질 중심의 거버넌스를 위한 신뢰도 높고 타당한 정보 활용임
 - 둘째, 질 측정을 위해 다양한 자료를 충분히 활용하고 유용한 자료들 간에 연계 방안을 마련해야 함. 국가단위의 등록자료와 행정자료가 질 측정에 대표적으로 활용가능하며, 환자식별번호로서 이러한 자료간 연계가 가능함. 또

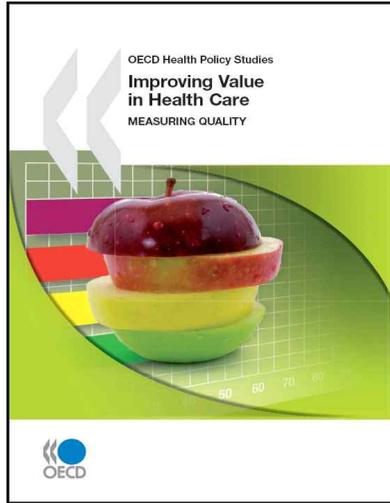
- 한 부상병 입력의 정확성을 높이는 방안과 입원 시 상병(present-on-admission, PoA) 입력 방안을 모색해야 함. 특히 PoA를 입력함으로써 질 문제의 책임성을 명확히 할 수 있다는 강점이 있음
- 셋째, 의료의 질 측정을 위해서는 다양한 진료정보가 필요함. 전자의무기록 활용을 확대함으로써 인구집단 단위의 다양한 질 측정이 이루어 질 수 있음
 - 넷째, 환자 경험에 대해 국가 수준에서 지속적으로 자료를 수집할 수 있는 시스템을 구축하여 환자 경험 수준을 분석하고 향상시켜야 함
- 이어서 질 지표의 활용과 관련하여 세 가지 사항을 제안함
- 첫째, 질 지표는 미시적 수준에서만 활용되는 것이 아니라 거시적 수준에서 질 향상을 논의할 때도 활용해야 함
 - 둘째, 질을 측정하려는 노력과 국가 질 정책 간에 연계 및 일관성을 확보해야 함. 국가 질 정책의 영역은 보건의료 투입요소(전문인력, 병원, 기술), 보건의료체계 설계(질의 책임성과 사회적 책무의 배분, 모니터링(기준, 가이드라인, 정보체계), 보건의료체계 향상(국가 질과 안전성 향상 프로그램, 질 인센티브) 등으로 구분됨
 - 마지막으로 다른 나라의 좋은 질 향상 정책과 사례를 검토하고 적용할 수 있는 방안을 개발해야 함
- 국제의료의질학회(The International Society for Quality in Health Care, ISQua)의 Philip Hassen 회장은 캐나다의 환자안전 향상을 위한 활동을 중심으로 “보건의료의 가치 향상을 위한 질 측정”의 주제로 발표함. 성인 10명 중 한명은 병원감염에 노출되고, 10명 중 한명에게 잘못된 약품 혹은 잘못된 용량의 약이 투약됨. 또한 유방암, 자동차사고, 그리고 HIV로 인한 사망보다 위해 사건 사망이 더 많음을 설명하고 환자안전의 중요성을 피력함. 캐나다에서 환자안전 향상을 위해 의료기관이 기본적으로 노력해야 하는 여섯 가지 영역은 문화, 의사소통, 투약, 수술감염, 감염관리, 보건의료인력임
- 환자 안전과 질에 대해서는 체계적 접근이 필요함. 즉 안전한 문화 창출을 위한 시스템 변화가 이루어져야 하며, 이를 위해 전자의무기록 활용을 통한 측정과 평가, 법 제도 기반, 정보와 의사소통, 교육과 전문가 양성이 필요함

- 이어진 전문가토론에서는 호주 보건부 장관인 Nicola Roxon이 좌장을 맡았고, 세계의사협회(World Medical Association), 국제병원연합(International Hospital Federation), 국제환자조직연맹(International Alliance of Patients' Organizations), OECD 경제산업자문위원회(Business and Industry Advisory Committee to the OECD), OECD 노동조합자문위원회(Trade Union Advisory Committee to the OECD), 덴마크 국가보건위원회(National Board of Health), 미국 질병관리본부(CDC)에서 토론에 참여함
- 토론자들은 다음과 같은 사항들을 강조함
- 의료의 질을 측정하는 것과 질 향상 노력이 조화를 이루어야 하며, 질 향상이 이루어질 수 있도록 구체적인 방법을 개발하고 제시하는 노력이 필요함
 - 안전성 향상을 위해서 보고에 대한 법적 조항이 매우 중요하며, 관련된 법적 틀이 마련되어야 함
 - 질 측정과 향상에는 방대한 자료수집이 요구되지만, 이를 위해 많은 시간과 노력이 소요되므로 자료수집 모델을 설정하여 효율적인 자료수집 방안을 제시할 필요가 있음
 - 질 향상과 더불어 불형평성(disparity)에 대한 관심과 해결 노력이 병행되어야 함

5) 보건의료 가치 향상 - 질의 측정

- OECD는 보건의료 질 포럼에 맞추어 질 측정에 대한 보고서를 발간함. 이 보고서는 보건의료질지표 프로젝트의 진행내용을 총괄하여 수록함
- 보고서는 다음과 같은 장으로 구성됨
- 1장 왜 보건의료 질에 대한 정보가 필요한가?
 - 2장 의료의 질에 대한 기존의 자료는 무엇을 나타내는가?
 - 3장 국가수준의 의료정보시스템을 통해 질 측정방법이 어떻게 향상될 수 있는가?
 - 4장 질 지표가 보건의료시스템 향상을 위해 어떻게 활용될 수 있는가?

— 5장 결론 및 제언



- 보고서의 내용을 요약하면 다음과 같음
- 과학적이고 일반적으로 인정되는 전문가 기준에 의한 보건의료서비스가 제대로 이루어지고 있지 않다는 많은 근거들이 보고됨. 이러한 현실은 의료의 질과 안전성을 저하시켜 많은 사람들에게 해를 끼치고 부족한 보건의료자원을 낭비하는 결과를 초래함. 다행인 것은 많은 나라들이 보건의료 시스템의 질 향상을 위해 노력하고 있다는 점임. 질을 측정하는 것은 이러한 노력의 가장 기초적이고 기본적인 단계임
- 보건의료가 복잡해지면서 질 측정은 더욱 중요해지고 있음. 환자는 점점 고령화되어 가고 그에 따라 다양한 건강문제를 동시에 가진 환자가 늘어나고 있으며, 기술의 발달로 복잡한 치료기술도 가능해짐. 즉, 의료 문제와 치료가 모두 복잡해질 뿐만 아니라 환자들이 다양한 의료서비스 제공자들에게서 진료를 받고 있어 의료시스템이 더욱 복잡해지고 있음
- 의료의 질을 측정하고 모니터하고 비교하는 것은 의료시스템에 대한 질 중심

- 거버넌스의 세 가지 기본적 구성요소임. 의료시스템의 궁극적 목적은 효과적이고 안전하고 환자의 요구에 반응하는 의료서비스 제공임
- 왜 보건의료 질에 대한 정보가 필요한가? 진료의 조정(coordination of care)을 통해 다양한 서비스 제공자들간의 연결지점에서 발생할 수 있는 문제를 예방할 수 있음. 또한 질병을 효과적으로 예방할 수 있는 전략을 모색할 수 있으며, 보건의료시스템이 얼마나 환자 중심적인지를 판단할 수 있음. 성과연동지불제도가 OECD 국가에서 점점 확대되고 있는데 이 제도의 실현이나 보건의료기술평가와 같은 주요 정책 아젠다의 성공여부를 평가하는 데에도 질 측정이 필요함
- 왜 보건의료의 질에 대한 정보가 필요한가에 대한 답변 사례로 우리나라 건강보험심사평가원의 적정성 평가와 평가결과에 대한 가감지급사업이 소개됨

Box 5. 한국의 성과기반 지불 접근

한국 병원과 의사 99% 이상은 전자 기록교환 프로세스를 사용하고 있으며 환자식별번호가 사용되고 있다. 이를 통해 진료의 질 향상을 위한 혁신적 접근에 필요한 기반이 마련되었다. 한국 건강보험심사평가원에서는 현재 급성심근경색, 뇌졸중, 관상동맥우회술, 8개 수술에 대한 예방적 항생제 사용, 혈액투석, 정신병원, 장기요양병원, 8개 외과술 지표, 처방패턴 등 26개 영역에 대한 질 평가를 수행하고 있다. 이들 평가에 기반한 질 지표 자료를 통해 진료의 질 향상 및 질 격차 감소에 상당한 영향을 미쳤다. 2007년 들어 한국은 더 나아가 성과기반 지불제도 시범사업에 착수했다. 새로운 성과기반 지불제도는 가치인센티브제도(Value Incentive Program)라고 부른다. 이 제도는 43개 3차 병원이 참여해 이들 병원에서 급성심근경색 치료와 불필요한 제왕절개술 관련 성과를 측정한다. 이 제도를 통해 현재까지 급성심근경색 치료 관련 질에서 상당한 성과를 이루었다. 제왕절개술 질 순위는 약간 감소했다. 경제적 영향은 유의한 것으로 추정되었다.

- 의료의 질에 대한 기존 측정결과는 무엇을 나타내는가? 주요 만성질환의 피할 수 있는 입원율은 일차의료시스템이 얼마나 잘 작동하는지를 보여줌. 심장마비와 뇌졸중의 치명률은 과거에 비해 향상되었으나 일부 국가들의 성과는 낮은 수준임. 환자안전 지표의 측정결과는 적절한 보고와 안전성 향상을 위한 정책의 필요성을 시사함. 암 생존율과 사망률은 과거에 비해 향상되었으나, 국가간에 큰 변이가 존재함
- 질을 측정하기 위해 더 많은 양의 더 좋은 자료를 어떻게 얻을 수 있는가? 질 측정은 사망자료, 질병등록자료, 행정자료, 전자의무기록, 환자 혹은 인구집단 대상 서베이와 같은 자료를 이용할 수 있으며, 자료 입력과 관련된 몇 가지 핵심 문제가 있음. 자료 연계가 가능하고 진료결과를 모니터링할 수 있는 환자 식별번호의 사용, 부상병 입력과 입력된 상병이 입원시 상병인지를 구분할 수 있는 방법, 전자의무기록의 정보가 그것임. 이러한 질 중심 거버넌스와 환자안전 모니터링은 사생활보호 및 자료보안에 대한 법령 기반위에서 가능함
- 질 지표가 보건의료시스템 향상을 위해 어떻게 활용될 수 있는가? 이에 대한 가장 본질적인 요건은 질 지표와 질 중심 정책의 밀접한 연계임. 지역단위 정책과는 관련이 적어보이는 국가단위의 자료 수집은 진료결과에는 거의 영향이 없을 수도 있음. 하지만 보건의료 제공자들은 자신들이 제공한 의료의 질이 측정되고, 비슷한 그룹 혹은 전체 국가수준에서 비교된 결과를 보게 됨. 이러한 과정을 통해 제공자들은 성과 향상을 위한 방법을 고민하게 됨. 즉, 거시적 수준에서의 질 평가 정보는 중간 수준 혹은 미시적 수준의 질 정보와 관련됨
- 낮은 의료의 질은, 사람들의 잠재된 건강을 망치고 결국 죽음에 이르게 하며, 소중한 의료 자원을 낭비하게 되며, 결국 현대 의료시스템의 모든 목적을 잠식함

라. 소결

- OECD 보건의료질포럼은 보건의료질지표 프로젝트의 중간 성과에 대해 의료의 질 전문가와 관련 정책책임자들에게 알리고 향후 새로운 발전을 준비하기 위한 노력이라고 할 수 있음

- 보건의료질지표 프로젝트를 관장하는 OECD 보건분과(Health Division)는 이 연구와 관련하여 앞으로 개별적인 지표의 의미를 분석하는 연구뿐만 아니라 질 중심 거버넌스를 위한 질 전략과 정책을 개발하는 연구로 확장해 나갈 예정이다. 구체적 예로 질에 대한 의료정보시스템에 대한 연구를 통해 지표 개발 및 측정을 발전시키고 보건의료질지표 프로젝트 네트워크를 활용한 질 전략 개발과 같은 연구들이 이루어 질 것으로 전망됨
- 또한 이러한 국제기구 연구에 참여함으로써 국내 의료의 질과 성과 향상에도 많은 잇점이 있음. 질 평가와 관련해서 국내에서 활용할 수 있는 평가지표의 원형을 제시하여 지표 개발에 직접적인 원동력을 얻을 수 있음. 또한 국내 질 평가에서 새롭게 시작하는 지표의 경우 지표의 타당도를 높일 수 있어 과학적이고 현실적 접근이 가능해 짐
- 관련 연구 분야에서는 연구개발의 기본 틀과 방향성을 제시함. 또한 쉽게 확충하기 어려운 질 평가 인프라 구축과 장애요인의 해결 방안에 대해 구체적인 내용과 방법을 벤치마킹할 수 있음
- 의료의 질 정책 영역에서는 우리나라의 실제 의료의 질이 분야별로 어느 정도 수준인지를 가능하고 이를 바탕으로 정책적 우선순위를 설정하는 기초 자료로 활용할 수 있음. 또한 보건의료 정책의 목표를 설정하고 연도별 변화정도를 파악하여 정책의 목표달성 정도를 판단하는 데 이용할 수 있음
- 의료의 질과 성과를 향상시키기 위해서는, 구체적인 대상을 정하고 기술적으로 측정할 수 있어야 함. 또한 측정된 결과에 대해 해석하고 질을 향상시키기 위한 노력이 조화를 이루어야 함. 이를 위해서는 질 지표 개발에 대한 관심과 지원, 측정된 결과의 적극적 활용, 질 측정과 연계하여 의료의 성과를 향상시킬 수 있는 정책 수립이 이루어져야 할 것임

제 4 장. 우리나라 보건의료 질과 성과 관련 현황 분석

가. 보건의료 체계 투입 요소

1) 인증 및 허가

○ 의료기관평가 인증제⁵⁾

- 2004년 종합전문요양기관 및 500병상 종합병원을 대상으로 평가를 시작으로 2009년 의료기관평가를 인증제로 전환하여 의료기관평가인증원에서 실시함
- 의료기관 인증제도 및 의료기관을 대상으로 실시하는 각종 평가업무를 통합·수행하여 의료의 질과 환자안전 수준을 제고함으로써 국민건강의 유지·증진에 기여하기 위해 의료기관인증제를 시행하고 있음. 평가대상은 30병상 이상의 입원시설이 있는 병원급 이상임(의원급 제외)
- 인증기준의 틀 구성은 아래와 같음
 - 기본가치체계 : 의료기관이 마땅히 갖추어야 할 환자안전과 질 향상을 기본가치로 제시
 - 환자진료체계 : 환자진료의 전 과정을 추적 가능하도록 구성
 - 행정관리체계 : 양질의 환자진료를 지원하기 위한 기능과 조직의 전문성을 추구
 - 성과관리체계 : 진료결과지표의 관리를 통한 질 향상

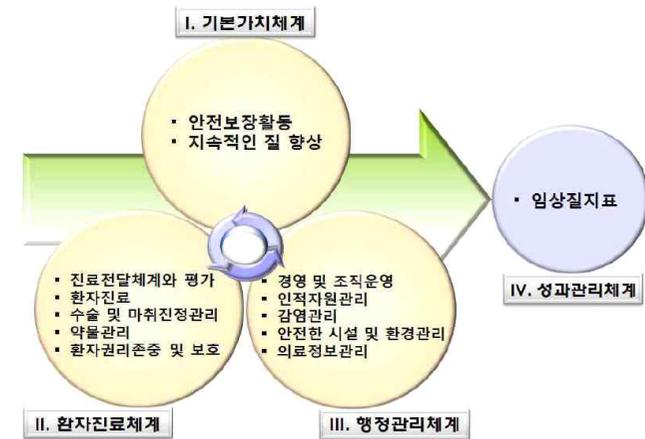


그림 5. 의료기관 평가 인정기준의 기본 틀

- 인증결과 : 의료기관에 대한 조사 및 평가결과에 따라 인증, 조건부 인증, 불 인증 3개 등급으로 분류함. 또한 인증은 4년 동안 유효하며 4년 후 다시 인증을 받아야 함(단, 조건부인증은 1년)
- 사업성과 및 활용방안
 - 일반대중 : 국민이 쉽게 이해할 수 있는 방식으로 인증정보(인증상태, 인증기간 등)를 상시적으로 웹 사이트에 공개함
 - 의료기관 : 당해 의료기관의 상세 질 정보와 기준정보를 벤치마킹 자료와 함께 제공
 - 정부 : 인증결과를 질 향상 관련 다양한 지원정책을 토대로 활용함
예> 상급종합병원, 전문병원의 지정 등

○ 요양병원급여적정성평가

- 최근 요양병원형 정액수가제 도입에 따른 의료 과소제공 우려되고 있으며, 요양병원 수 급증에 따른 기관간 변이가 발생하였음. 따라서 요양병원의 병원기능 정립 및 제공되는 의료의 적정성 확보와 의료소비자에게 의료이용정보 제공을 위해 2008년부터 건강보험심사평가원에서 요양병원적정성 평가를 실시함

5) www.koiha.or.kr 2010. 의료기관인증기준집(안). 보건복지부. 의료기관평가인증추진위원회

(2010년 2번째 평가 완료)

— 사업성과 : 2010년 2번째 평가를 전국의 모든 요양병원(718기관) 대상으로 35개의 지표로 평가를 완료하였음

표 6. 요양병원 입원급여 적정성 평가 구조부문 지표(23개)

부 문	항 목	지 표 명
구조	기본시설	○병상 당 병실의 평균 면적 ○다 인실 병상의 비율 ○화장실이 있는 병실의 비율 ○적정욕실 유무 ○환자용 편의시설 구비율(휴게실, 식당)
	안전시설	○바닥의 턱 제거율(병실, 욕실, 화장실) ○바닥의 미끄럼 방지 시설 설치율(욕실, 화장실, 계단) ○안전손잡이 설치율(욕실, 화장실, 복도) ○응급호출 시스템 구비율(병상, 욕실, 화장실)
	의료인력	○의사 1인당 병상수 ○야간/휴일 당직의사 유무 ○간호사 1인당 병상수 ○간호인력(간호사 또는 간호조무사) 1인당 병상수 ○간호인력의 이직률
	기타인력	○물리치료사 1인당 병상수 ○약국(약사 포함) 유무 ○방사선촬영실(방사선사 포함) 유무 ○임상검사실(임상병리사 포함) 유무 ○사회복지사 유무
	의료장비	○100병상 당 산소공급장비 보유대수 ○100병상 당 흡인기 보유대수 ○100병상 당 심전도 모니터(EKG monitor) 보유대수 ○100병상 당 혈중 산소포화도 감시장비(Pulse oxymeter) 보유대수

표 7. 요양병원 입원급여 적정성 평가 진료부문 지표(12개)

부 문	항 목	지 표 명
진료	과정	○65세 이상 노인의 입원시 MMSE 검사 실시 환자분율 ○유치도뇨관이 있는 환자분율(고위험군/저위험군) ○당뇨 환자 중 HbA1c 검사 실시 환자분율
	결과	○일상생활수행능력 감퇴 환자분율(치매환자군/치매환자제외군) ○일상생활수행능력 개선 환자분율(치매환자군/치매환자제외군) ○저위험군 요실금 환자분율 ○욕창이 새로 생긴 환자분율(고위험군/저위험군) ○고위험군 욕창이 악화된 환자분율

— 향후계획

- 매년 평가 실시 및 평가결과의 수가 연계

※ 2010년 10~12월 진료분 대상으로 한 평가결과 발표분부터 적용

○ 지역거점공공병원 운영평가

- 2005년 12월 정부 관계부처에서 ‘공공보건의료 확충 종합대책’에서 공공의료를 현재 10%수준에서 30%이상으로 확대하고, 서비스 수준을 높이고, 의료의 공공성을 확보하는 것을 목적으로 지역거점공공병원으로 육성하는 방안을 명시함. 이에 2006년부터 보건복지부는 34개 지방의료원과 6개 적십자병원을 지역거점 공공병원으로 육성하고자 지원하고, 아울러 공공성 확보와 운영의 효율성을 도모하고자 국립중앙의료원 공공보건의료지원팀에 위탁하여 지역거점 공공병원 운영평가를 실시함
- 이 평가에서는 양질의 의료, 공익적 보건의료서비스, 합리적 운영, 민주적 참여, 지방자치단체의 지원의 5개 평가영역에 대해 평가하고 있음. 또한 공공병원이 지역거점병원으로서 보건의료서비스의 지역적 격차(접근성·건강의 격차)를 줄이고 공공성을 강화하는 한편 공공병원의 효율성 제고를 추구하고 있음

— 사업내용

① 평가지침 개정

- 평가영역 : 5개 평가영역으로 구성됨. 양질의 의료, 공익적 보건의료서비스, 합리적 운영, 민주적 참여, 지방자치단체의 지원임(이 중 지방자치단체 지원은 시범 평가임)
- 관련 문헌과 변화된 법령 등을 반영하고, 평가위원, 평가대상 직원 등의 의견을 수렴하여 매년 평가지침 수정, 보완함

② 평가 수행

- 현지평가 : 현지평가위원이 평가대상병원에 직접 방문하여 관련 자료를 조사하고, 시설 및 장비 등을 확인함
- 설문조사 : 전문설문기관에 위탁의뢰하여 환자, 직원, 지역주민을 대상으로 실시함. 환자만족도와 지역주민 인지도는 전화설문방식으로 조사함. 직원 직무만족도와 리더십 조사는 웹 방식으로 조사함
- 계획서 평가 : 평가대상병원의 중장기 경영전략과 연간 경영계획에 대한 구두발표를 평가함
- 타 기관(부서) 자료를 활용한 평가 : 건강보험심사평가원의 전산자료 통계분석, 중앙응급의료기관 평가결과, 공공보건의료계획 평가결과 활용

③ 현지평가단 구성 및 교육 제공

- 현지평가단 자격 기준 : 공공병원에 대한 전문적 지식, 경험을 갖춘 인력으로 상근, 비상근평가위원으로 구성됨. 상근 평가위원은 국립중앙의료원 연구원으로 구성되며, 비상근 평가위원은 관련 학계 교수(의학, 보건학), 지방의료원 직원(행정, 공공보건의료사업 담당자), 시민단체로 구성됨

④ 평가대상기관 직원 지침 설명회 개최

- 평가기준, 병원준비사항, 평가절차, 평가결과에 대한 이의제기, 평가결과에 대한 조치사항 등 평가 운영에 대한 전반적 사항에 대한 설명함

⑤ 평가결과 종합 및 점수산정

— 사업성과

- 병상이용률 증가 : 2006년 84.9%에서 2007년 88.2%로 증가함

- 100병상당 환자 수 증가 : 2006년 46,130명에서 2007년 65,464명으로 증가하였음
- 환자만족도 향상 : 2006년 74.9점에서 2007년 83.8점으로 향상됨

— 전망 : 2010년부터 의료기관인증평가제가 시행됨에 따라, 지역거점공공병원의 운영평가에 인증결과 활용할 계획임

○ 응급의료기관평가

— 국민은 응급의료의 질에 대부분 무관심하며, 응급상황에서는 정보획득을 위한 시간과 기회가 극히 제약되어 있어 소비자 선택에 의한 질 개선 기전 미비함. 응급의료의 막대한 유지비용을 감당하기 어려운 의료기관은 응급의료 분야에 대한 자발적 투자에 소극적임(응급의료 수가의 원가보상을 69%, 한국보건산업진흥원, 2005)

— 따라서 평가에 의한 차등지원으로 질 향상 동기 부여 필요하고, 응급의료의 질적 수준을 개선하여 응급환자의 사망과 불구를 감소하기 위해 국립중앙의료원(중앙응급의료센터로 지정) 공공보건의료센터 응급의료지원팀에서 평가사업을 시행함

— 사업성과

- 응급의료기관 평가는 전산 정보에 기반한 임상 질 평가를 효과적으로 도입하여 응급의료의 실질적 질 개선에 기여함
- 구조적 지표(시설, 인력, 장비)는 정체 상태임. 특히 인력 부문은 의료 인력의 대도시 집중, 응급의료의 낮은 수가와 맞물려 호전되지 않았음
- 그럼에도 불구하고 그간 전국응급의료센터의 임상 질 지표는 지속적으로 개선되었음

표 8. 응급의료기관평가의 임상질지표 평가결과

지표	연도	지표 방향	평가결과	
			2008	2009
과정 영역	1. 급성심근경색에서 재관류요법의 적절성(%)	▲	56.8	70.9
	2. 급성뇌혈관질환자에서 뇌영상검사 신속성(분)	▼	24.8	21.5
	3. 활력징후 이상 환자의 모니터링 적절성(%)	▲	79.7	84.6
	4. 급성기 3대중증응급질환자의 응급실제실시간(시간)	▼	4.6	3.9
	5. 중증응급질환자의 입원률(%)	▲	75.7	77.0

— 전망

- 응급의료 평가는 현재 응급의료기관, 응급의료정보센터에만 국한하나, 단기적으로 구급차 등의 운전자 평가가 도입될 전망이다
- 장기적으로는 지역사회 또는 국가 전체의 응급의료‘체계’의 효과를 개선하기 위한 지자체 평가 및 국가단위 평가로 확대되어야 함(※ 지자체 평가는 행정안전부 지자체 합동평가의 일부로 '09년부터 제한적 시행 중)
- 모든 국가가 각각의 의료 여건에 적합한 모델의 응급의료체계를 도입하여 운영 중이나, 모델의 적합성을 비교할 만한 지표는 충분치 않음
- 향후 다 국가가 참여하는 비교 가능한 국제적 공동 지표 개발이 필요함

2) 전문가 면허와 신입

- 「한국보건의료인국가시험원」에서 22개 직종의 보건의료인 국가시험을 주관하고 있으며, 시험 및 평가에 관련된 기초 및 응용 연구사업을 시행하고 있음
 - 직종 : 의사, 치과의사, 한의사, 조산사, 간호사, 의사예비, 치과의사예비, 약사, 한약사, 한약조제, 영양사, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사, 치과위생사, 의무기록사, 안경사, 위생사, 1급/2급 응급구조사, 의지보조기기사, 보건교육사, 요양보호사, 간호조무사
 - 면허 발급 후 추후 전문가 면허에 대한 평가나 면허갱신 제도는 없음

3) 약제 부분의 평가와 통제

○ 의약품 선별등제 제도

- 우리나라는 의약품 등제 방식을 2000년 7월 허가된 의약품을 모두 등제하는 Negative 시스템을 도입함. 이후 2006년 12월 치료적·경제적 가치가 우수한 의약품만 선별하여 보험 등재함으로써 약제의 비용 효과성을 극대화하고자 의약품 선별등제 방식인 Positive 시스템을 도입함
- 사업성과 : 선별등제 제도 도입 이후, 약제비 지출 증가율은 14.6%에서 11.5%로 둔화하였음
- 향후계획 : 선별등제제도 도입초기에 개발된 경제성평가 지침의 개정 작업이 진행 중이며, 제약사를 대상으로 개정 항목의 우선순위 설정을 위해 의견수렴 중임

○ 기 등제 의약품 목록정비

- 정부의 의약품 선별등제 방식 도입에 따라 치료적·경제적 가치가 우수한 의약품을 선별하기 위하여 「약제급여목록 및 상한금액표」에 이미 등제되어 있는 의약품 대하여 임상적 유용성 및 비용효과성 등을 고려하여 평가를 실시하는 사업임
- 사업성과 : 현재, 2개의 효능군 (편두통치료제, 고지혈증치료제)에 대하여 시범평가를 실시하였으며, 약가 인하 등의 조치를 완료함
 - 편두통 치료제 : 57품목 중 2품목 약가인하(3.9%, 10.3%), 4품목 전액 본인 부담 (08.7.1) 매년 21억원 절감
 - 고지혈증치료제 : 321품목 중 188개 품목 급여유지, 126개 품목 약가인하, 7개 품목 급여제외 ('09.8) 매년 453억원 절감
- 향후계획 : 고혈압치료제는 2010년 내에, 기타의 순환기계용 약 등 5개 효능군은 2011년 상반기내에, 나머지 41개 효능군은 2011년 하반기 내에 의결 및 고시 추진 계획임

- 6) 모든 의료행위·약제·치료재료 등(이하 신 의료기술 등)은 요양급여대상과 비 급여 대상으로 구분하며, 비 급여 대상으로 고시되지 않은 항목은 모두 요양급여대상으로 하는 시스템(예방진료, 일상생활에 지장이 없는 경우, 경제성이 불분명한 경우 등은 비 급여)
- 7) 치료적·경제적 가치가 우수한 제품을 선별 급여하는 시스템으로 급여여부 평가와 가격결정 과정을 분리하였으며, 치료적·경제적 가치 평가의 전문성을 강화하였음. 등제신청은 자율적이며, 필수약제의 경우에는 직원 등제함.

○ 의약품 처방·조제 지원 서비스(DUR) 사업

- 2008년 4월 의약품 처방·조제시 병용금기, 연령금기 등 의약품 안전성과 관련된 정보를 실시간으로 점검해, 부적절한 의약품 사용을 사전에 예방하고 약물부작용을 최소화하기 위한 시범사업을 실시하여 2010년 12월부터 전국적으로 본 사업을 시행함
- 사업성과 : 시범사업 지역 중 K시에서는 일부 병의원만이 참여했음에도 불구하고, 2007년 10월에 비해 2009년 10월 중복처방 인원수 및 약품건수는 큰 폭으로 감소하였음
- 전망 : 21세기 정보기술을 국민 안전 투약관리에 활용한 선진사업으로 국민 보건향상에 크게 기여할 것임

4) 의료기술 부분의 평가와 통제

○ 보건의료기술평가

- 오늘날 수십만 건의 의료정보들 속에서 의료인 개개인의 노력만으로 환자에게 최선의 의료서비스를 제공하기에는 어려운 상황임. 또한 의료제도와 진료현장 간의 불일치로 인해 생겨난 갈등을 해소하고 합리적 보건의료자원의 사용에 대한 사회적 요구수용의 필요성이 대두되어 ‘한국보건의료연구원’에서 사업을 시행하고 있음
- 따라서 의약품, 의료기기, 의료기술의 임상적 효과에 대한 의료기술평가와 임상성과분석을 통해 근거를 창출하여 국민에게 제공하고 궁극적으로 국민건강의 질 향상에 기여하기 위해 기관을 설립하여 사업을 시행함
- 사업내용은 아래와 같음
 - 신 의료기술의 안전성·유효성 평가
 - 의약품·의료기기·의료기술에 대한 경제성 분석
 - 희귀질환에 대한 임상연구 기획·관리
 - 국민건강 개선효과 분석과 연구개발 수요분석
 - 안전성 및 적정성 등에 대한 정보의 수집·평가
 - 그 밖에 보건의료기술 진흥을 위한 업무로서 대통령령으로 정하는 업무

- 사업성과 : 2007년 제도도입 후 3년 동안 신 의료기술의 안전성·유효성 평가를 위한 제도기반을 구축하였음. 또한 평가방법을 개선을 통해 평가 기간을 단축하고 평가의 객관성 및 전문성을 강화하기위해 평가절차를 보완하였음. 2007년부터 2010년 7월까지 총 620건이 신청되었으며, 그중 600건(96.8%)은 평가대상여부 심의완료 및 245건(39.5%)은 최종평가를 완료함

표 9. 신 의료기술평가 사업성과

(‘07.5.1 ~ ‘10.7.13, 단위 : 건)

구분	총 신청 건수	심의 전	신의료기술평가위원회 심의						
			안전성·유효성 평가 비 대상	안전성·유효성 평가대상 결정					
				계	평가 진행 중	평가완료			
						소계	신 의료 기술	연구 단계	기타
총계	620	20	339	261	16	245	189	47	9
‘07년	55	-	30	25	-	25	15	8	2
‘08년	359	-	193	166	-	166	133	28	5
‘09년	142	-	90	52	4	48	35	11	2
‘10년	64	20	26	18	12	6	6	-	-

— 전망

- ① 의료기술의 합리적 수용을 위한 근거제공의 중추역할
 - 근거창출을 위한 공익적 임상연구, 체계적 문헌고찰과 경제성분석을 통한 의료기술평가, 치료 결과를 분석하는 성과연구를 수행함으로써 의료기술의 합리적 수용에 대한 의사결정을 돕기 위한 근거 제공에 있어 중추적 역할 가능
 - 특히 잠재적 이익이 위해를 상해할 것 같은 기술이나 근거가 부족한 의료기술에 대한 임상연구지원을 확대하여 국민건강권 보호와 함께 보건사업 발전 촉진에 기여
- ② 의료기술 관련 연구 성과의 주도적 사회 확산

- 과학적 근거와 사회적 가치를 반영한 임상진료지침 개발 및 신뢰성 있고
고객에 맞는 맞춤형 정보를 제공하여 연구결과의 사회적 확산을 주도
- ③ 의료기술평가의 글로벌화 추구
 - 국제수준의 한국형 평가체계 구축과 동시에 국제 개방형 연구협력시스템
구축으로 의료기술평가의 글로벌화를 추구하는 기관
- ④ 세계적 수준의 의료기술평가를 위한 인프라 구축
 - 보건의료 자료연계 체계 수립 : 포괄적이고 정확한 근거개발을 위해 보
건의료 자료연계 체계 수립
 - 연구종합관리 전산시스템 구축 : 효율적이고 투명한 임상연구의 기획·
관리·평가를 위해 연구종합 관리 전산시스템 구축

나. 보건의료 체계 설계

1) 의료기관의 Quality governance⁸⁾

- 외국의 경우 의료기관 거버넌스는 논의가 비교적 활발히 진행되고 있는 반면, 우리
나라는 기초연구가 미진한 실정임
- 우리나라 비영리기관에 있어서의 거버넌스는 다음과 같은 중요한 측면이 있음
 - 첫째, 병원에서는 사원총회, 이사회 등이 설치되어 있지만 소유와 경영이 대부
분 분리되어 있지 않고 경영감시를 하고 있다고 말하기 힘든 실정임. 그리고
병원 외부에서의 의료제공자와 소비자(환자) 사이에는 정보 비대칭성이 존재하
는 등으로부터 소비자에게 감시받는 수준을 고려해 볼 때 적절한 거버넌스의
구축이 필요하다고 할 수 있음
 - 둘째, 비영리조직의 목적수행에 있어서 거버넌스를 활용하는 것으로 보완할 수
있음. 즉, 비영리조직의 목적은 영리를 목적으로 하는 것이 아니라 미션을 수행
하는 것으로 환자편익을 제일로 하는 서비스 제공 및 의료의 질 향상 등의 병
원의 미션을 수행하는데 거버넌스를 통해 비 영리성을 강화할 수 있음

8) 정영호, 조형원, 감신, 고숙자. 보건의료부문의 거버넌스 현황과 발전방향. 한국보건사회연구원. 2006.

- 미국과 일본의 경우 공공 보건기관의 지역사회 참여를 통한 거버넌스 노력이 있음.
이를 통해 우리나라 공공의료기관에 아래와 같은 좋은 거버넌스 원칙을 반영이 필
요함
 - 첫째, 서비스 사용자들을 위한 성과와 조직의 목표에 초점을 두어야 함
 - 둘째, 기능과 역할을 명확히 효과적으로 수행할 수 있어야 함
 - 셋째, 전체 조직의 가치를 촉진하고 경험을 통한 좋은 거버넌스의 가치가 표현
되어야 함
 - 넷째, 투명한 결정과 리스크 관리가 가능해야 함
 - 다섯째, 수용력 및 정부의 효과적 역량을 발전시켜야 함
 - 여섯째, 이해관계자들을 관련시키고 실질적 책임감을 지도록 해야 함

다. 보건의료 체계 모니터링

1) 국가 표준과 지침

- 요양급여적정성평가 결과공개
 - 의료서비스의 적정성을 평가하고, 평가결과 부적절한 의료서비스를 지속적으로
개선하여 의료 제공자들이 적정 의료를 제공하도록 유도하여 의료의 질 향상
도모하기 위하여 2000년 건강보험심사평가원에서 평가사업을 실시함.
 - 평가사업은 현재(2010년) 급성심근경색증, 급성기뇌졸중, 제왕절개분만, 혈액투
석, 고혈압 등 16개 항목(전체 진료비의 34% 수준)을 평가하고 있으며 적정성
평가현황은 아래와 같음.
 - ※ 연도별 평가 : ('01) 5 → ('04) 11 → ('07) 15 → ('10) 16개(누적 26개)

표 10. 최근 5년간 요양급여적정성평가 현황

구분	'06년	'07년	'08년	'09년	'10년
신규 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 뇌졸중 	<ul style="list-style-type: none"> • 뇌졸중(완료) • 수술의 예방적 항생제 사용 • 진료량 지표 (7개 수술) 	<ul style="list-style-type: none"> • 요양병원 입원급여 • 수술의 예방적 항생제 사용 (완료) 	<ul style="list-style-type: none"> • 혈액투석 • 의료급여 정신과 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 • 혈액투석 (완료) • 의료급여 정신과(완료)
지속 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 6품목이상 처방 비중 추가 • 제왕절개분만 • CT • 수혈 • 슬관절치환술 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 소화기관용약 처방률 추가 • 제왕절개분만 • 급성심근경색증 • CT • 수혈 • 슬관절치환술 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 (7항목) • 제왕절개분만 • 급성 심근경색증 • CT • 수혈 • 슬관절치환술 • 진료량지표 • 뇌졸중 • 관상동맥 우회로술 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 (6항목) • 제왕절개분만 • 급성 심근경색증 • 수혈 • 진료량 지표 • 뇌졸중 • 관상동맥 우회로술 • 요양병원 • 수술의 예방적 항생제 사용 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 (6항목) • 제왕절개분만 • 급성 심근경색증 • 진료량 지표 • 뇌졸중 • 관상동맥 우회로술 • 요양병원 • 수술의 예방적 항생제 사용
예비 평가	<ul style="list-style-type: none"> • 수술의 예방적 항생제 사용 		<ul style="list-style-type: none"> • 혈액투석 	<ul style="list-style-type: none"> • 고혈압 	<ul style="list-style-type: none"> • 대장암 • 당뇨병

— 평가결과 활용

① 요양기관 질 향상 지원사업

- 평가결과 제공 및 질 향상 컨설팅
- QI(Quality Improvement, 질향상) 교육 실시
- QI 뉴스레터 발간(격월) 및 커뮤니티 운영, QI 우수사례 포상 및 발표회 개최
- 진료비 가감지급 시범사업(3차년도) 추진 : 평가결과 우수기관과 질 향상 기관 진료비 가산, 하위기관 감산 적용

② 대국민 공개

- 건강보험심사평가원 홈페이지, 보도자료 등을 통한 공개
- ※ 최근 5년간 요양급여 적정성평가 결과 공개현황

표 11. 최근 5년간 요양급여적정성평가 결과 공개현황

'06년	'07년	'08년	'09년	'10년
<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 주사제 - 감기항생제 • 제왕절개분만 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 주사제 - 감기항생제 - 처방건당 약품목수 • 제왕절개분만 • 급성기뇌졸중 • 진료량평가 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 주사제 - 감기항생제 - 처방건당 약품목수 • 제왕절개분만 • 급성기뇌졸중 • 진료량평가 • 수술의예방적 항생제사용 • 급성심근경색증 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 주사제 - 감기항생제 - 처방건당 약품목수 • 제왕절개분만 • 급성기뇌졸중 • 진료량평가 • 수술의예방적 항생제사용 • 급성심근경색증 • 요양병원 	<ul style="list-style-type: none"> • 약제급여 - 주사제 - 감기항생제 - 처방건당 약품목수 • 제왕절개분만 • 급성기뇌졸중 • 진료량평가 • 수술의예방적 항생제사용 • 급성심근경색증 • 요양병원 • 혈액투석

③ 심평원 내부 연계 : 심사, 현지조사 연계하여 업무 수행

④ 정부 정책 자료로 제공

- 요양병원 평가결과 최하위기관 입원료 가산 미적용
- 자연분만 수가인상(2회), 중환자실 간호 인력에 따른 수가 차등화 신설, 의료급여정신과 개인정신요법 실시기준 신설 등

— 사업성과

① 처방행태 개선 효과

- 항생제·주사제 처방률 등 약제 처방실태 개선

표 12. 연도별 항생제·주사제 처방률 등 약제 처방실태

구분	'02년	'04년	'06년	'08년	'09년	증감 ('02년 대비)
감기항생제 처방률	72.6%	64.8%	53.7%	54.9%	49.7%	22.9%p ↓
주사제 처방률	36.5%	28.5%	22.8%	22.8%	21.3%	15.2%p ↓
처방건당약품목수	4.18개	4.06개	4.04개	3.91개	4.05개	0.13개 ↓
NSAID 중복처방률	-	-	3.0%	1.6%	1.2%	1.8%p ↓

(기준 : 4/4분기)

- 제왕절개분만을 고령산모 증가에도 감소효과 지속
 - ※ 제왕절개분만을 4.2%p 감소 : 약 103,200명(7년간) 임신부가 자연분만 한 효과

표 13. 연도별 제왕절개분만율

구분	'02년	'04년	'06년	'08년	'09년	증감 ('02년 대비)
제왕절개분만율	40.5%	38.2%	37.1%	36.3%	36.3%	4.2%p ↓
고령산모비율 (35세이상)	8.4%	9.8%	12.5%	15.1%	16.8%	약 2배 ↑

- 급성심근경색증 평가 임상 진료행태 개선 효과

표 14. 연도별 급성심근경색증 평가결과

평가 지표	'08년	'09년	증감
병원도착 120분내 경피적관상동맥중재술	85.3%	88.9%	3.6%p ↑
병원도착 60분내 혈전용해제 투여율	70.3%	86.4%	16.1%p ↑

- 뇌졸중 임상 진료행태 개선 효과

표 15. 연도별 뇌졸중 평가결과

평가 지표	'07년	'09년	증감
항응고제 퇴원처방률	65.2%	95.8%	30.6%p ↑

- 수술의예방적항생제 사용실태 개선

표 16. 수술의 예방적 항생제 사용 평가결과

구분	'06년 (평가전)	'08년	'09년	증감
피부절개 1시간 내 최초 항생제 투여율	23.6%	68.4%	69.8%	46.2%p ↑
아미노글리코사이드계열 투여율	68.4%	38.6%	32.3%	36.1%p ↓
3세대이상 세파계열 투여율	48.5%	14.5%	10.1%	38.4%p ↓

② 평가결과 공개 전·후 진료행태 개선 효과

- 감기 항생제 처방률 공개 효과 : 항생제처방률 80% 초과기관에서 15.4%p 감소함.

※ (공개 전) '05년 88.6% → (공개 후) '06년 73.2%

⇒ 항생제 처방을 많이 하는 기관에서 감소율이 두드러짐.

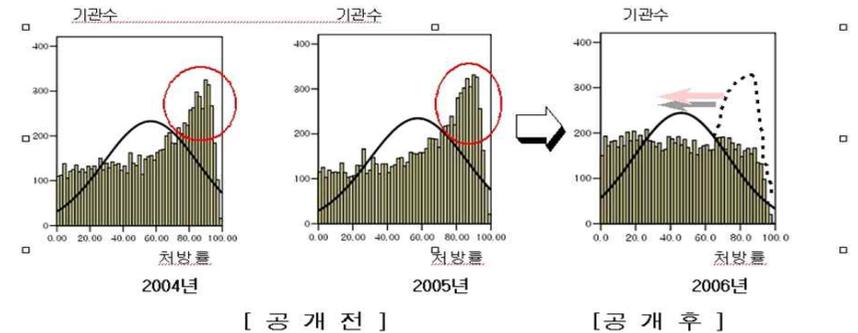


그림 6. 평가결과 공개 전·후 항생제 처방률 변화 추이

③ 평가결과 공개 등에 따른 경제적 편익 효과 측정

- 경제적 효과 분석 결과 : 6개 평가영역에서 연 평균 약 1,414억원('09. 적정성 평가 효과분석 연구보고서)

— 향후계획

- 만성질환 영역, 중소병원 평가 확대
- 현재 구조·과정 중심의 평가에서 진료결과 및 효율성 평가
- 가감지급사업 확대
- 평가결과 활용 활성화

○ 임상진료지침 개발사업

- 2005년부터 보건복지부가 대한의학회에 의뢰하여 임상진료지침 개발 정책 모형 수립 등의 사업을 수행하고 있으며, 임상연구센터는 현재 11개소가 운영되고 있음. 각 센터는 연구(R&D)의 차원으로 임상진료지침을 개발하고 있음. 이후 ‘임상연구지원센터’를 개설하면서 ‘임상진료지침 지원국’을 두어 각 센터의 임상진료지침 개발을 지원하고 있음.
- 사업은 근거창출임상연구 국가사업단에서 시행하고 있음. 이러한 임상진료 지침 개발과 보급을 효과적으로 지원할 수 있는 기반을 구축하고 개발된 지침에 대한 검토, 평가, 정보제공 등을 시행함으로써 국내 의료의 질 향상에 기여하기 위해 사업을 시행함
- 사업내용은 아래와 같음

표 17. 임상진료지침 개발 사업내용

연도	목표	주요 연구개발 내용
2009	• 임상진료지침 정보 체계 기반 구축	• 임상진료지침 등록을 위한 표준 양식 개발 - 지침의 포맷 개발 및 데이터베이스 설계 • 등록된 지침 제공 사이트 구축 1) 질병별/치료별/도구별 정보 시스템 시범 운영 2) 검색/지침 비교 모듈 개발
	• 진료지침 검토 및 평가 기반 구축	• 지침 검토 평가 체계 구축 - 지침 평가 체크리스트 개발 및 내·외부검토 • 센터에서 개발한 지침에 대한 시범 평가 실시 및 평가 결과 반영 후 평가 체계 완성
	• 신규 지침 개발 지원	• 지침개발그룹을 위한 워크샵 개최 1) 워크샵 커리큘럼 작성 2) 교육 내용 확정 및 강사 교육 3) 워크샵 실시 • 지침 개발 매뉴얼, 체크리스트 작성 - 지침 개발 모듈 및 toolkit 개발
	• 지침의 보급 및 실행 지원	• 대한의학회, 전문 학회 등과 연계 모형 개발 • 합의 회의 모형 개발
2010	• 임상진료지침 정보 체계 구축	• 표준 양식 개정, 보완, 유지 • 지침 제공 사이트 서비스 제공 - 질병/치료별, 검색 및 지침 비교 서비스 • 외국 사이트와 교류 타진
	• 진료지침 검토 및 평가 실시	• 등록 지침에 대한 평가 실시 • 평가 결과 환류(feedback)
	• 신규 지침 개발 지원	• 지침개발그룹을 위한 워크샵 개최 • 지침 개발 방법론 연구 • 개발 모듈 및 체크리스트, toolkit 개정, 보완 • 검색, 체계적 고찰 방법론 지원
	• 지침의 보급 및 실행 전략	• 일반인, 정책 결정자용 지침 개발 지원 • 대국민 심포지엄 개최 • 보급, 실행 전략 및 모형 개발 • 보급, 실행 시범 사업 실행 • 합의 회의 개최

9) 성인고형암치료, 허혈성심질환, 만성기도폐쇄성질환, 간경변증, 제2형 당뇨병, 우울증, 뇌졸중, 노인성치매, 류마치스관절염, 항생제 적정사용, 말기신부전

— 사업성과

① KGC(Korean Guideline Clearinghouse)

- 임상진료지침 개발과 보급을 효과적으로 지원할 수 있는 기반 구축
- 개발된 지침에 대한 검토 평가 정보제공 등을 시행함으로써 국내 진료지침의 질 향상에 기여

② 한국형 임상진료지침 개작 매뉴얼(Korean Version, Manual for Guideline Adaptation) 개발

- 한국형 임상진료지침 개작 매뉴얼은 The ADAPTE Collaboration에서 개발한 내용으로, 해당 기관의 승인을 받아 전문가 합의를 통해 국내 상황에 맞게 수정하였음

③ 한국형 임상진료지침 평가도구(Korean CPG Appraisal Instrument) 개발

- 전문가 의견조사(델파이) 결과를 바탕으로 진료지침 평가도구를 개발함

— 전망

- 진료지침 주제 선정 표준화 과정 실행으로 체계적인 진료지침 주제 관리 가능
- 표준화된 방법론 적용으로 인한 진료지침 변이성 감소
- 개발된 진료지침의 신속한 접근성 제고하여 이용도 증가
- 진료지침 관련 이해 당사자의 합의
- 진료지침이 실제적으로 진료 현장에서 많이 이용될 수 있는 다양한 방법론 개발
- 합의된 진료지침에 기반한 질 지표 개발과 이를 통한 질 향상 활동
- 다양한 방법으로 실제적인 진료의 질 향상

2) 대중공포에 대한 규제

○ 국가보건의료정보화사업

- 보건의료소비자의 다양한 요구 및 의료 환경변화에 대응할 수 있는 선진의료서비스 체계 마련 및 양질의 서비스를 제공하여 의료서비스 이용의 편리성과 효율성을 보장하고자 사업을 실시함

- 2005년 국가보건의료정보화사업의 일환으로 본인의 건강정보를 언제 어디서나 안전하게 사용할 수 있는 평생전자건강기록(EHR) 구축을 추진하였음. EHR 핵심 공통기술연구개발사업단에서 평생전자건강기록을 구축하는데 필요한 핵심기술인 정보체계(아키텍처), 표준의사결정지원시스템, 개인정보보호 지침과 기술 등을 개발함으로써 사업을 지원하고 있음. 또한 30여개의 대형병원과 20개의 정보기술 기업들이 협력하고 있음

- 전망 : 연구개발해 온 보건의료정보표준 및 EHR 핵심공통기술은 실제 의료기관에 적용하기 위한 시범 사업이 실시되었고, 공공의료기관을 정보화 시킨 후 2010년부터 진료정보교류시스템을 개발하고 2012년부터 확산하여 향후 민간의료기관으로 확장할 예정임

○ 응급환자진료정보망(National Emergency Department Information System, NEDIS)

- 대부분의 응급의료기관이 응급의료의 질 관리를 위해 필요한 기본적 통계를 생산할 틈마져 가지고 있지 않음. 또한 의료기관의 정보화 수준은 점점 높아지고 있으나, 유통 가능한 정보 표준은 미비함
- 2003년 비교 가능한 질 지표 도입을 위해 공통 데이터 수집체계와 다양한 응급의료 제공자 간 정보 전달의 표준을 마련을 위해 응급환자진료정보망을 실시함. 자체 전산망의 다양한 형태의 정보가 NEDIS Agent를 통해 표준화된 정보로 변경 및 전송하며, 응급의료기관은 OLAP 등을 통해, 비교 가능한 지표를 관찰함



그림 7. 전산망 개요

- 사업 실시 후 전국 응급의료센터 131개소(98% of all), 지역응급의료기관 6개소가 참여하였음

- NEDIS 기본망 : 131개소

- 중증외상등록체계 : 41개소
- 심정지 등록체계 : 46개소
- 응급뇌혈관질환 등록체계 : 28개소
- 응급심혈관질환 등록체계 : 28개소

— 사업성과

- ① 다양한 민간의료기관의 정보화가 다양한 전산업체에 의해 이루어지며, 이를 표준으로 통제하기는 사실상 불가능하므로, 기관 고유의 정보망을 인정하되 인터페이스 표준을 제공하고, 확산이 용이함
 - ※ 보건의료기관이 아닌 기관과도 정보 연계 가능
- ② 정보를 웹 서식 기반이 아닌, 정보망의 연계 방식으로 획득하므로, 중복 정보의 생성을 방지하고, 향후 참여기관의 정보화 수준 향상에 따라 수기 입력의 필요성이 감소하였음(EMR 도입 기관의 경우, 수기 입력 불필요)
- ③ 기관 내에 존재하는 정보항목의 경우, 필요성에 따라 수집되는 정보의 항목을 손쉽게 확대 또는 축소가 가능함
- ④ 필요성에 따라 실시간 정보망으로 손쉽게 전환이 가능함

— 전망

- 단기 : 응급의료 관련 정보망을 통합(‘10~’12년 통합정보망구축사업으로 전환, ISP 시행 중)
 - ※ 관련정보망 : 응급의료이송정보망), 응급의료자원정보시스템, GIS/GPS 시스템
- 장기 : 관련 법규 개정 및 실시간 전환 필요함. 향후 병원 간 환자 이송 시 진료 정보 전송이 가능할 것이며, 응급의료 이용자에 대한 실시간 현황 정보 제공, 이용자 편익 증진이 가능할 것임. 또한 응급실에 기반하는 각종 감시체계 연동이 가능할 것임

○ 의약품 처방·조제 지원 서비스(DUR) 사업에서의 정보체계

- 의료서비스의 많은 부분을 차지하는 의약품 처방에 대해서 약물위해반응을 줄여 환자의 안전성을 높이기 위해 정보체계를 이용하여 실시간으로 점검하는 의

약품처방·조제지원서비스(DUR)사업을 2008년 시작하였음(가. 보건체계 투입요소 3) 약제 부분의 평가와 통계 부분 참조)

라. 질과 성과 향상을 위한 전략

1) Pay for performance와 같은 재정적 유인 및 질 향상 프로그램

○ 요양급여비용 및 의료급여비용의 가감지급 사업

- 2007년 7월부터 상급종합병원을 대상으로 일부 평가항목(급성심근경색증과 제왕절개분만)의 요양급여 적정성을 평가하고 그 평가결과에 따라 가감지급을 우선 적용하여 가감지급의 효과와 문제점을 분석하고 있음
- 가감지급 모형은 요양기관의 수용성을 높이기 위해 미국 보건의료재정청의 가감지급 시범사업(CMS_HQID)¹⁰⁾ 방식을 벤치마킹하여 연도별 단계적으로 가감을 적용함
 - 1차년도 : 감액기준선 공표(3차년도에 적용)
 - 2차년도 : 1등급 및 질 향상 기관 가산지급
 - 3차년도 : 1등급 및 질 향상 기관 가산지급, 감액기준선이하 최하위(5등급) 기관 감액적용

10) CMS-HQID : Center for Medicare and Medicaid Service-Hospital Quality Incentive Demonstration

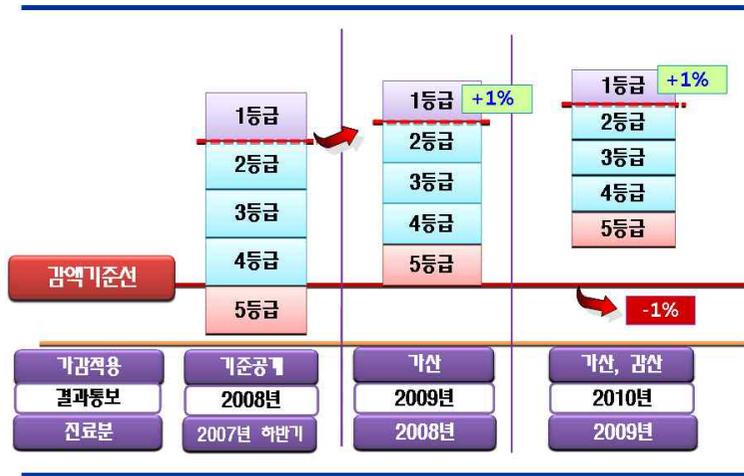


그림 8. 가감지급 시범사업 모형

— 사업성과

- ① 2009년 11월 가감지급 시범사업 2차년도 평가결과에서 21기관에 총 4억 5천만원 가산 지급함
 - 1등급 13기관에 2억 8천만원 지급
 - 일정 수준이상 질 향상된 12기관에 1억 7천만원 지급
 - 그 중 9기관은 급성심근경색증과 제왕절개분만 모두에서 가산 지급함
- ② 평가결과도 가감지급 시범사업모형에 부합하는 질 향상을 나타내었음
 - 급성심근경색증 : 평균 종합점수가 92.10점에서 93.65점으로 향상되었음. 특히 최하위 기관의 종합점수는 59.08점으로 64.71점으로 크게 향상되었고 기관간의 편차도 감소하였음

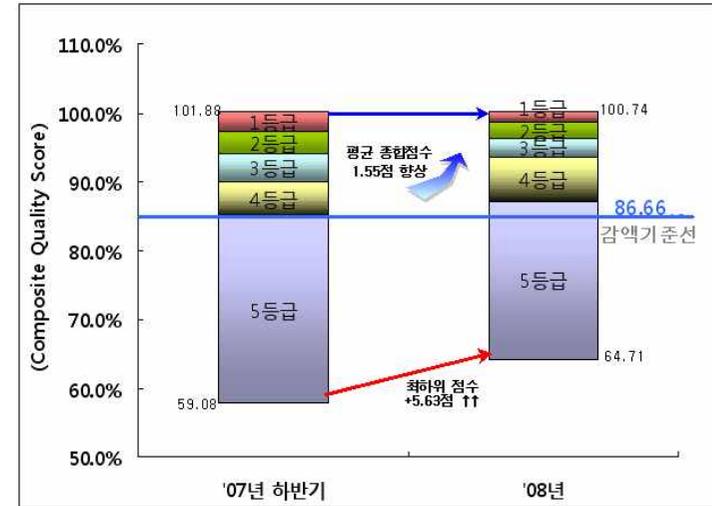


그림 9. 급성심근경색증 가감지급 시범사업 결과

- 제왕절개분만 : 평균 종합점수가 48.9%에서 48.3%로 감소(낮을수록 좋은 결과 의미)하였음. 이는 상급종합병원 총 분만대상 25,554명 중 약 143명의 산모가 제왕절개분만 대신 자연 분만한 효과이며 기관 간 질적 차이를 줄이면서 전체적으로 질 향상된 것으로 나타남
 - ③ 특히 질이 향상되면서 18억의 비용절감 효과를 동반함
 - 급성심근경색증 : 재원일수 감소로 약 16억원의 재정절감 효과가 나타났음. 이는 평가대상 총비용(638억)의 2.5%에 해당함
 - 제왕절개분만 : 제왕절개분만 감소로 절감된 진료비용이 2억으로 평가대상 총비용(324억)의 0.6%에 해당함
- 향후계획 : 2010년 말 평가결과에 따라 1등급 및 질 향상 기관에 가산을 지급하고 감액 기준선 이하 5등급 기관에 최초로 감액을 적용할 예정임. 또한 사업 적용 기관을 2010년부터 종합병원 이상으로 확대하여 실시함(가감을 2% 이내)
- 전망 : 사회적 비용 절감, 노동생산성 증가 등 간접편익까지 고려하면 더 많은 재정절감 효과가 기대됨

○ 의원의래처방 요양급여비용 가산지급제도

- 의사의 약품비 절감노력과 비용효과적인 처방에 대한 동기를 부여하여 의약품 사용량 감소를 통한 약품비 증가율 둔화 및 보험제정 절감을 목적으로 한 사업을 시행함
- 2010년 10월 시작되며 의사가 자율적으로 처방행태를 개선하여 약품비를 절감하면 절감액의 일정부분(20~40%)을 인센티브로 제공하는 방식임. 시범사업 기간에 2,000 여개의 의원이 참여하여 이중 30%가 약품비 67억원을 절감하여 19 억원의 인센티브를 지급받았음

2) 환자안전

- 「의료기관평가 인증제」 사업에서 ‘안전보장활동’ 항목에서 평가하고 있음. 활동에 대한 평가내용은 아래와 같음
 - 환자안전 : 안전사고를 예방하기 위해 의료진간 정확한 의사소통
 - 직원안전 : 직원건강과 의료관련 감염을 예방할 수 있는 직원안전 관리활동을 설계하고 수행
 - 환경안전 : 화재의 위험으로부터 환자, 직원 및 방문객을 보호할 수 있는 화재안전 관리활동을 설계하고 수행
- 사업성과 : 「의료기관평가 인증제」 참조

제 5 장. OECD 보건장관회의를 통한 성과 향상 전략 개발

가. 보건장관회의의 안건

1) 1 부: 재정 여유가 없는 경우 보건의료체계 우선순위 (HEALTH SYSTEM PRIORITIES WHERE MONEY IS TIGHT)

- 금융과 경제위기 여파 속에, 많은 국가들이 예산부족 및 보다 광범위한 거시경제 안정을 위해 공공지출 감축 필요성에 부딪침. 보건의료는 공공지출에서 큰 부분을 차지하는 부문 중 하나로, 보건의료 지출의 가치를 증진하는 것은 정치적 우선순위가 될 것이다. 모든 OECD 국가에서 지난 수세기 동안, 보건의료지출은 GDP보다 빠르게 증가해왔으며, 이런 추세는 계속될 전망이다. 재정위기를 맞지 않은 국가들에서조차, 최근 정부에서는 보건의료에 쓰인 모든 금액에 대한 성과를 높이기 위한 방안을 모색하거나, 보건의료체계의 성과는 유지 및 사실상 향상을 추구하면서도 보건의료 지출 증가율은 장기적으로 감소시키기 위한 수단을 모색하고 있음. 이들이 추구하는 성과향상에는 진료의 질 증가, 대기시간 감소, 환자 반응성 향상, 보건의료 접근성 증가, 보건의료 생산 효율성 향상 등이 포함됨
- 이전의 경제 하강기에 많은 국가들은, 보건의료 지출을 줄이기 위해 구매자나 제공자에 대한 예산을 보다 긴축화하는 등의 정책수단을 사용했음. 투입(노동과 자본) 통제는 거의 모든 OECD 국가에서 사용되었고, 급여 통제와 가격책정 감시가 흔한 방식이었음. 캐나다와 핀란드 등 일부 국가에서는 이전 경제 침체기에 보건의료 지출 감소를 위해 엄격한 예산기준과 분권화를 병합함. 또한 정책결정자들은 약제비지출을 억제하기 위해 의원과 약국에 대해 가격 및 양에 대한 통제도 시도했음
- 그러나 많은 경우, 위기에 대한 단기적 정책대응은 향후 장기적인 보건의료 지출로 이어짐. 예를 들어, 예방에 대한 보건의료 지출 감축은 이후 의료지출을 증가시킬 가능성이 있음. 필요한 보건의료 기반시설에 대한 지출을 연기하는

것은 단지 재정부담을 미래로 미루는 것에 불과함. 병원 등 한 영역에 대한 감축은 외래 등 다른 영역의 급격한 증가를 야기함. 정부들에서는 단기 공공 지출을 통제하는 정책수단을 사용할 때, 보다 형평하고 반응적이며 효율적인 보건의료체계를 추구하는 장기 목표를 훼손하지 않도록 해야 함

- 모든 국가들은 장기적으로 보건의료체계 효율성을 증가시키는 수단을 추구함. 투자에 대한 가치를 개선하기 위해 잠재적으로 많은 유용한 수단들이 있음. 예를 들면 진료환경 개선, 더 나은 정보기술, 의료기술평가 사용, 의약품 정책 개선 등이 있음. 제공자들이 질 목표에 부합하는지 여부에 따라 지불하는 것(근거기반 진료와 지침을 더 잘 활용하는 것 포함)도 효과적으로 보임. 그러나 이들 지표를 금전 절약을 위한 수단으로서 과용하지 않는 것이 중요함. 일반적으로 이런 방법들로 비용을 통제할 수 있다는 증거는 제한적이며, 많은 경우 막대한 선행 투자가 요구되기도 함. 장기적으로는 이런 수단을 달성함으로써 대략 동일한 비용으로 더 나은 건강을 제공할 수 있을 것이며, 이는 그 자체로 가치있는 달성이 됨

Questions for discussion

1. 예산 제한이 있는 시기에 정부에서 어떻게 해서 건강결과와 보건의료 접근성을 향상시킬 수 있을까?
2. 최저의 비용으로 건강결과 향상을 달성할 수 있는 가장 최선의 방법은 무엇인가?

2) 2 부 : 건강한 선택 (HEALTHY CHOICES)

- 지난 세기 동안 기대여명은 평균 25년에서 30년까지 증가하였고, 주요 감염성 질환은 근절되었으며, 영아사망률은 획기적으로 감소함. 경제성장은 이러한 성과에 중요한 영향을 미쳤으며, 교육, 위생, 공중보건 부문 공공정책 및 복지체계 구축 또한 중요함. 그러나 변형에는 만성질환 발생이 수반됨. 거의 모든 만성질환에 대한 질환관리가 향상됨에 따라 이들의 이환률이 확대됨. 예방 필요

- 성 감소와는 거리가 멀게, 의료발전으로 예방을 무시한 기회비용은 증가함
- 만성질환 질병부담의 많은 부분은 생활습관과 관련됨. 고소득 국가에서 흡연률은 심혈관계 질환의 22%에 영향을 미친 것으로 추정됨. 알콜남용은 전체 남성 질병 부담 가운데 8%에서 18%를 차지함. 과체중과 비만은 질병부담의 8%-15%를 차지하며, 고콜레스테롤은 5-12%를 차지함. 사회와 환경 조건은 생활습관 선택을 좌우하는 경우가 많으며, 대부분의 불리한 사회계층에서 생활습관 질병 부담을 부당하게 안고 있음. 정부들에서는 예방에 대해 큰 기대를 걸고, 인구집단 건강 향상에 더불어 보건의료 지출을 줄이고 건강 불평등을 바로잡을 것으로 기대함. 그러나 정부들은 보건의료 예산 중 적은 부분만을 공중보건과 예방에 지출하고 있으며(전체 보건의료 지출 중 평균 3%), 인구집단에 바람직하지 않은 영향을 미치는 정책들(농업, 교통, 도시 계획 등의 부문에서)이 보건당국과의 협력 없이 채택되기도 함
- 많은 예방 프로그램들이 건강과 수명 향상에 있어 고도로 비용효과적임. 그러나 예방으로 인한 이익에 거는 기대는 현실적이어야 함. 의료에 대한 전반적 수요는 일부 연령군에서 감소하겠지만 다른 집단에서는 증가할 수 있음. 그 결과 보건의료 지출을 잠재적으로 감소시킬 수 있는 정책은 소수에 불과하며, 600건의 연구에 대한 최근 고찰에 의하면 5건 중 1건만이 비용절감 효과가 있는 것으로 나타남. 나아가 많은 예방정책들은, 비용은 즉각 발생하는 반면 온전히 효과를 발현하기까지 수십년의 시간이 소요될 것임. 한편, 건강수명을 연장한다는 일차적 목적을 달성하는 데 덧붙여, 예방은 노동생산성 향상 면에서도 상당한 이익을 야기할 수 있음
- 특히 일차의료 수준에서, 의료 중심을 예방 쪽으로 이동시키기 위해 금전적 및 비금전적 인센티브를 사용할 수 있음. 그러나 사회적 규범 변화를 촉발하는 데는 보건의료체계 경계를 넘어서는 정책이 필요함. 정부들은 첫째로 생활습관 관련 위험인자를 다룰 수 있는데, 개인책임을 강조하고 선택의 범위를 넓히며, 생활습관의 건강영향에 대해 사람들에게 알리는 등 덜 침범적인 수단을 사용할 수 있음. 특정 행동을 금지하거나 세금을 부과해 비용을 높이는 등 보다 침범적인 방법은, 행동 변화 면에서는 덜 침범적 방법에 비해 항상 효과가

더 있는 것은 아니지만 단기적으로는 일반적으로 비용이 덜 소요됨

- 예방에 대한 복수 이해관계자 접근을 통해 비용효과적 정책을 보다 순조롭게 집행할 수 있음. 정부는 예방노력에 대한 전체적인 관리를 담당하는 대신, 민간 및 비정부 부문의 기여를 조직화해야 함. 그러나 잠재적으로 개별 목적이 상충할 수 있는 다수의 협력자들이 개입됨으로써 일어나는 어려움은 과소평가해서는 안 됨

Questions for discussion

1. 정부들이 현재보다 예방에 대한 지출을 늘려야 할 것인가? 예방의 건강이익을 고려할 때, 사람들의 생활습관 선택에 대해 어느 정도의 개입이 적절한가?
2. 건강한 생활습관은 전통적으로 보건당국 책임으로 여겨지지 않는 정책을 통해서 촉진될 수 있다. 다른 부문에서 결정되는 정책에 대해 건강 측면 중요성이 고려되도록 보장할 수 있는 좋은 방안이 있는가?

나. 배경 문서

- OECD 보건장관회의의 배경문서는 최종 아래 두 문건이 채택되었으며, 각 내용은 다음과 같음

1) 재정 부족 시기의 보건의료 우선순위 (Health System Priorities When Money is Tight)

- 보건의료시스템의 개선으로 건강상 편익을 많이 가져왔으며, 보건의료 접근성도 많이 개선됨. 과거보다 많은 돈을 건강을 위해 쓰고 있으며, 가능한 최선의 value for money를 달성하고 있음을 입증해야 함. 이는 경제위기 여파로 공공재정이 매우 어려운 시기에 특히 중요함. 그러므로 value for money를 더욱

높이는 것은 장기적으로 보건의료시스템에 닥친 최대 과제임. 성과 개선 방안은 다음과 같은 접근법들이 있음

- 성과기반 보수지불(Pay for performance)
- 보건의료에서 정보기술(ICT)의 활용
- 자원 배분 시 합리적 의사결정 방법(rational decision making tool) 활용

- 보건의료 지출 증가는 재정긴축 시기 정부 예산에 부담이 됨
 - 보건의료 지출은 GDP보다 빠르게 증가해왔으며, 이런 추세가 계속될 전망이다. 그리고 보건의료 지출은 정부 규모 축소 상황에서 정부 예산에 상대적으로 큰 부분을 차지하게 됨. 보건의료에 대한 정부지출은 1993년 평균 12% 가량에서 2008년 평균 16%까지 증가함
 - 높은 보건의료 지출 증가는 사회 및 경제에 긍정적일 수 있음. 이는 실제 한국을 비롯한 몇몇 국가에서 급여확대, 핵심 서비스 제공 향상에 재정지원이 이루어졌음
 - 경제후퇴기에는 의료비 문제, 특히 취약집단 보호를 위한 공공지출 증가와 실직으로 인한 본인부담분 등의 문제가 더 커짐

Box 1 : 얼마나 많은 것이 지나치게 많은 것인가? 높은 보건의료 지출이 지속될 수 있는가?

의료비 지출에 대해 다른 국가보다 높고 낮음을 비판하는 것은 그다지 합리적이지 않음. 이를테면 다른 국가에 비해 전기에 지출을 더 혹은 덜 하고 있다는 점은 전적으로 별개의 상황으로 다루어져야 함. 보건의료 지속가능성에 관한 두 가지 개념 구분이 필요함 (유럽연합 회의에서 제기됨)

① 경제적 지속가능성 Economic sustainability

보건의료 소비로 인한 가치가 비용보다 높으면 달성됨. 이런 상황이 유지되면 보건의료비 증가가 특별히 우려되지 않음. 달성을 위해 비용대비 효과를 높여야 하며, 낭비 요소를 줄이고 가치 낮은 intervention을 줄여야 함

② 재정적 지속가능성 Fiscal (or financial) sustainability

누군가 비용을 지불해야 하는데 조세나 본인부담금을 인상할 수 없을 때 닥치는 문제이며, economic sustainability가 있어도 닥칠 수 있음(아이슬란드, 아일랜드, 헝가리 등)

○ 단기적 위기 대응

- 재정 긴축 시기 비용 절감 수단이 있음. 단기적 정책은 지출 억제를 목표로 하며 top-down 방식으로 규제 정책을 광범위하게 적용함. 장기적 정책은 효율성 증대를 목표로 하며 주로 환자, 제공자, 규제당국에 인센티브를 강화함
- 단기 정책으로는 투입요소 통제, 가격 통제, 의약품 통제, 예산 통제, 본인 부담 관련 정책 등이 있으며, 금전적 혹은 규제 수단의 비용감축 효과가 가장 큼. 단기 정책은 신속한 효과가 있으나 제한된 기간 동안만 유효하며 접근성, 형평성, 질과 같은 보건의료시스템의 다른 정책 목표에 부정적 영향을 줄 수 있음
- 요약하면, 단기적 수단은 보건의료 비용증가의 근원적 원인에 영향을 주지 못하기 때문에 지속가능하지 못함. 장기적으로 보다 중요한 과제는 value

표 18. 지출 억제를 목표로 하는 정책

정책, 효과, 상호 교환성	지출억제 효과		재정적 보호, 의료 접근성	목표와 부작용		
	강도	효과가 나타나기 까지 시간		의료의 질	Responsiveness(반응)	비용 효율
A. 지출억제를 위한 거시적 정책						
A1. 임금과 가격 조절 (노동력)	높음	짧음	없음	없음/부정적	부정적	긍정적
A2. 임금과 가격 조절 (보건의료)	높음	짧음	없음	부정적	부정적	긍정적
A3. 투입 요소 조절 (노동력) (설비투자)	높음/높음	중간/짧음	없음/부정적/없음/부정적	부정적/부정적	부정적/부정적	긍정적/긍정적
A4. 다른 투입 요소 조절 (첨단 기술)	중간	짧음	부정적	부정적	부정적	긍정적/부정적
A5. 예산제한 (부문, 전체)	높음	짧음	부정적	부정적	부정적	긍정적
A6. 민간부문으로 비용 전가(본인부담 증가)	중간	중간	부정적	긍정적/부정적	긍정적/부정적	긍정적
B. 효율성 증대를 위한 미시 정책						
B1 수요측면						
B1. 질병예방, 건강증진	낮음/중간	장기	긍정적	긍정적	없음	긍정적
B2. 문지기(Gate-keeping)	낮음	장기	긍정적	긍정적	부정적	긍정적
B3. 사례관리 통합진료/자가관리	중간	장기	긍정적	긍정적	긍정적	긍정적/부정적
B4. 환자/의사 contact 향상	낮음	중간	없음/긍정적	긍정적	없음/긍정적	긍정적/부정적
B5. 진료시간 외에 주치의 방문 (병원 응급서비스 감소를 위한)	중간	장기	긍정적	긍정적	긍정적	긍정적
B2 공급측면						
B6. 입원진료 공급 축소	중간/높음	장기	부정적	긍정적/부정적	부정적	긍정적
B7. 보건의료 구매자의 역할 강조	중간	장기	긍정적/부정적	긍정적	긍정적/부정적	긍정적
B8. 보건의료의 구매제도, 지불제도 개선	중간	장기	없음	긍정적/부정적	모름	긍정적
B9. 관리의 독립성 보장	낮음	장기	모름	긍정적	모름	긍정적
B10. 진료 지불제도 개선/인센티브 향상	중간	장기	긍정적	긍정적	모름	긍정적
B11. 보건의료 기술 변화 감독과 가격 관리	중간/낮음	장기	긍정적/부정적	긍정적/부정적	긍정적/부정적	긍정적
B12. 정보교환을 위한 ICT 사용	중간/낮음	장기	긍정적/부정적	긍정적	긍정적/부정적	긍정적/부정적

for money를 어떻게 유지할 것인가 임. 이에 대한 최선의 해결책은 적절한 진료를 선택하는 환자에게 인센티브를 제공하여 적정 진료에 대한 요구도 (demand)를 높이고, 비용-효과적이고 양질의 의료를 제공하는 구매자와 제공자에게 보상하는 것임

Box 2 : 재원이 중요한가? 쓰는 방식이 중요한가?

네덜란드 사례

정부/공공영역에서 통제하는 체계는 의료비 관리가 용이한 것으로 알려져 있음. 하지만 재원이 어디인가 보다는 돈을 어떻게 쓰는가 하는 것이 더 중요한 요인임. 네덜란드는 사회보험방식으로 1980년, 90년대 효과적으로 비용을 통제 하였음. 반면 최근 10년 동안 대기시간 감소를 위해 행위별 수가제 도입 후 비용이 폭증함.

미국의 Kaiser나 VA는 연계성이 높고, 효율적인 진료에 인센티브를 제공하면서 비용을 절감함.

Value for money를 위해서는, 이상적인 시스템을 추구하기보다 비용이 어떻게 사용되며 제공자와 이용자에 대한 인센티브가 어떻게 주어지는지를 파악하는 것이 보다 중요함

- 장기적으로 value for money를 높일 것으로 기대되는 새로운 접근법들이 있음
 - 이용자, 지불자, 제공자에게 주어지는 인센티브를 변경함으로써 장기적으로 보다 긍정적 성과를 얻을 수 있음
 - 환자에 대한 인센티브
 - 만성질환자들이 적절한 진료를 받지 않아 후에 집중 치료를 받고 의료비를 상승시킴. gate-keeper를 통한 조화, 연계된 진료(care coordination)을 제공하여 불필요한 입원을 방지하여야 함. 만성질환 치료에 따른 인센티브를 환자에게 부여하는 방법이 있음
 - Care coordination과 질병관리(disease management)와 같은 보건의료시스

템의 조정능력이 향상되어 의료의 질 향상으로 이어짐. 제공자간 전자의무 기록의 교환이 진료협력의 중요한 장애 요인임

— 제공자에 대한 인센티브

- 보건의료 서비스 제공은 성과 차이와 무관하게 국가 간 변이가 심함. 이는 투입 혹은 이용의 변이를 축소시킴으로써 효율성 개선이 가능함
- 여전히 보건의료지출의 40%를 차지하는 병원의 성과 향상이 있어야 함. 훨씬 복잡한 외래 부문은, 만성질환자에 대한 치료와 관리를 보다 비용효과적으로 할 필요가 있음

Box 6 : 질 향상으로 효율성도 향상되는가?

의료의 질 향상과 비용 절감은 상호배타적인가? 아니면 의료의 질을 위해 투자하는 것이 미래 의료 서비스 이용을 감소시키는가?

영국은 약물부작용에 대한 지출이 매년 4억 6,600만 파운드에 달함. 이는 적정 사용에 대한 근거가 충분한 아스피린, 이노제, 와파린, NSAID 등이며, 적절한 진료(질 향상)를 통해 예방 가능함.

부작용의 절반 정도가 예방 가능한 수술안전 문제, 세계적으로 140만명이 영향을 받은 병원감염, 만성질환자의 예방 가능한 병원 입원 등은 모두 의료의 질을 높이는 동시에 비용효과 또한 증가함.

그러나 환자의 쾌적함(amenity)을 추구하는 질 향상은 비용이 더 들게 됨

— 합리적 의사결정(rational decision making)

- 신약과 발전된 의료기술은 건강을 향상시키는 반면, 보건의료비의 주요 원천이 됨. 정책결정자들은 소수의 사람들에게 큰 이익을 줄 수 있는 고비용의 기술에 자원을 투입할 것인지, 더 많은 사람들에게 이로운 값싼 치료법에 투자할 것인지 등을 결정해야 함
- 보다 합리적 의사결정을 통해 자원분배를 개선할 수 있음. 보건의료기술평가와 EBM(Evidence Based Medicine) 등은 의사결정의 투명성을 높이고 투자 가치를 높임

— 질 향상 성과를 보상하는 지불체계 개혁

- 오늘날 대부분의 제공자는 여전히 행위 혹은 책임성에 기반하여 보상받음. P4P의 경우 환자의 건강 향상 또는 양질의 진료 제공에 대해 보상 받음. 최근 미국, 영국, 뉴질랜드, 브라질과 호주 등에서 확대되어 있음. 주로 일차 의료와 만성질환 예방에 초점을 맞추고 임상진료지침 준수를 독려함
- 그러나 신중한 설계가 필요함. 적절한 인센티브를 정하기가 어려움. 지불액이 너무 적어 제공자들의 행위 변화를 기대하기 어려울 수도 있고, 임상적 자율성 침해에 대한 저항, 환자들의 사생활 보호, 적절한 목표치 설정, 해당되지 않은 다른 영역의 질 저하 등이 문제가 될 수 있음. 그리고 단기적으로는 행정비용, 자료수집 비용 등 비용이 더 소요됨. 그러나 자료수집체계가 구축되면 질 목표를 광범위하게 달성할 수 있음

Box 8. P4P :호주와 한국의 경험

한국의 건강보험심사평가원은 소위 HIRA-가치인센티브(VIP)를 2007년에 개발하였다. 이는 성과기반 지불제도로서 43개 3차 병원을 대상으로, 급성심근경색증 치료(재관류 요법 시기 적절성, 사망률, 아스피린 투여 등 7개 지표를 근거)와 불필요한 제왕절개분만 항목에 해당한다. 성과가 높은 기관과 성과 향상을 이룬 기관에는 제도 도입 2년째부터 재정적 인센티브가 주어지며, 성과가 불량한 기관에 대한 불이익은 3년째부터 적용된다. 현재까지 이 프로그램을 통해 급성심근경색 질 지표에서는 1.68% 향상을 이루었고 제왕절개 분만은 0.6%포인트 감소해, 18억원의 비용 절감효과가 있었다.

- 의약품 가격과 지불보상 정책은 가치에 기반하여 보상해야 함
- 정보기술 활용은 의료의 질을 높이고 의료 과오를 예방하며, 비용 절감 가능성도 있다는 충분한 근거가 보고됨. 동시에 개인정보 보호 문제가 극복되어야 함

○ 단기와 장기 정책의 조화

- 투자대비 장기적인 value를 달성하기 위해서는, 이들 사업 발의에 상당한 투자가 필요함. 또한 많은 경우 사업들이 서로 연계되어 있음. 즉 care coordination을 위해서는 양질의 정보가 필요하며, P4P에도 다양한 정보가 필요함. 두 경우 모두 전자의무기록을 통해 적용 가능성이 높아짐. 또한 EBM과 임상진료지침이 수용되어야 P4P 목표 설정과 의약품 가격결정 구조를 합리적으로 정할 수 있음. 효율적 체계 구축을 위해 장단기 방안을 조화롭게 적용해야 함

2) 건강한 선택 (Healthy Choices)

○ 증가하는 만성질환 부담

- 지난 세기동안 OECD 국가에서 집단 건강은 전대미문의 향상이 실현됨. 기대수명 증가와 함께 주요 감염질환은 근절되었고, 영아사망률 또한 감소됨. 그리고 사람들의 신장과 체중은 점차 증가했고, 상당수가 영양부족 상태를 벗어남. 이러한 결과에는 경제성장이 중요한 영향을 미쳤으며, 교육, 위생, 보건 부문 공공정책과 복지체계 구축 또한 중요하게 작용함
- 그러나 산업화와 번영에는 여러 만성질환 발생 증가가 수반됨. 그리고 의료 발달로 일부 경우에는 보다 높은 사망률 발생이 예방되었으나, 산업화된 사회에서는 증가하는 보건의료 지출에 기인한 장애부담 증가 부담을 안고 있으며, 생활습관 선택이 이들 변화에서 중요한 영향을 줌
- 만성 비전염성 질환은 전세계 장애와 사망의 주요 원인임. 이들 이질적인 질병군에는 심혈관계 질환, 암, 만성호흡기질환, 당뇨 외 여러 종류가 있으며, 고연령군과 사회적 취약집단에서 보다 흔하기는 하지만 모든 연령과 계층 인구에 영향을 끼침. 2005년 발생한 전세계 5800만 건의 사망 가운데 약 3500만 건 혹은 60% 가량이 만성질환에 의한 사망이었고, 이중 대부분은 심혈관계 질환과 당뇨(32%), 암(13%), 만성호흡기질환(7%) 등 임. 이러한 만성질환 부담은 향후 수년간 더욱 악화될 것으로 전망되며, 한 WHO 연구에

의하면 2005년부터 2015년 사이 전세계 사망이 17% 가량 증가하여, 2015년 사망자 6400명 중 4100만 명은 만성질환에 의해 사망하게 될 것으로 전망함

- 만성질환 부담은 OECD 국가들에서 보다 심각함. 2002년에 유럽지역 사망원인 중 86%에 해당함. 그러나 순환기계, 소화기계, 호흡기계 질환을 포함한 많은 만성질환 유병률이, 미국 등의 국가들에서 20세기 말에는 20세기 초반보다 상당히 감소함. 미국에서 심혈관계질환으로 인한 사망은 20세기 후반에 2차 세계대전 후보다 절반으로 줄. 치명률이 감소함에 따라, 사망은 1996년부터 2006년 사이 13% 더 감소함. 많은 국가들에서 부유층에서 훨씬 급격히 감소함. 심혈관계 질환과 여러 암종으로 인한 조기사망에서 사회적 격차는 핀란드, 노르웨이, 덴마크, 벨기에, 오스트리아, 영국 등의 국가에서 더욱 벌어짐

- 사망률은 현저히 감소했으나 질병 발생률은 그렇지 않음. 일반적인 수명 증가와 합쳐져, 최근 수년간 만성질환 관련 이환률은 상당히 증가함. 덴마크의 경우 인구 중 40%가 장수하는 것으로 추산됨. 미국 70세 인구의 다수는 적어도 하나 이상의 만성질환을 앓고 있으며, 심혈관계 질환만 해도 남성의 40%에 해당함. OECD 연구에 의하면 고령자에서 당뇨 유병은 보편적으로 증가한 것으로 나타남. 이 같은 추세는 기존에 이 같은 질병 영향이 미미했던 국가에서도 관찰됨. 예를 들어, 일본에서 당뇨 발생은 1989년부터 2004년 기간 중 매년 평균 5.3%씩 증가함

- 동반 이환상태도 연령 증가에 따라 증가하며, OECD 국가들에서 인구 고령화는 급격히 진행되고 있음. 서유럽에서 64세 이상 연령 인구수는 지난 60년간 두 배 이상 증가했으며, 80세 이상 인구는 4배가 됨. 그 결과 많은 사람들이 여러 만성질환을 겪으며 살게 됨. 영국에서 60세 이상 남성 중 적어도 35%가 2개 이상의 만성질환을 앓고 있으며, 1700만 명의 사람들이 장기적인 만성질환을 앓으며 살고 있어 일상생활 수행에 도움이 요구됨

○ 생활습관과 만성질환

- 생활습관은 개인적 선택 결과로만 보아서는 안 됨. 선택은 지역에 따라 사

회구조, 문화, 정치상황, 물리적 및 경제적 상태 등 환경조건으로 영향을 받거나 제약을 받는 경우가 많음. 어떤 원인인든 많은 만성질환이 생활습관과 관련된 것으로 나타남

- 흡연율만 해도, 고소득 국가에서 심혈관계 질환 중 22%에 기여하며, 일부 암종과 만성호흡기계 질환의 대다수 원인이 됨. 알콜남용은 남성 전체 질병 부담의 8%-18%, 여성에서 2%-4%를 차지함. 과체중과 비만은 산업화된 국가의 질병부담 중 8%-15%를 차지하며, 고콜레스테롤은 5%-12%를 차지함. 여러 생활습관 관련 위험인자들이 서로 다른 건강과 사회적 영향을 미치며, 각기 다른 대응이 요구될 수 있음

- 신체활동을 많이 하고, 흡연을 하지 않으며, 알콜을 적정량만 섭취하고, 과일과 야채를 풍부히 섭취하는 인구의 사망위험은, 여러 불건강한 생활습관을 가진 인구의 사망위험의 4분의 1도 되지 않음. 아일랜드의 경우, 1985-2000년 기간 중 25-84세 연령군에서 나타난 관상동맥질환 사망률 감소분의 절반 가량은 흡연률 감소와 평균 콜레스테롤 및 혈압수준 감소에 의한 것이었음. 핀란드에서 성인 남성 건강을 향상시키기 위한 25년간 수행한 North Karelia 프로젝트를 통해, 심혈관계질환 사망은 68%, 관상동맥질환 73%, 암 44%, 폐암 71% 및 모든 원인 사망에서 49%가 감소함

- 담배흡연은 20세기 초반에는 무시할 수 있는 수준의 현상이었으나, 흡연률은 20세기 동안 담배 대량생산과 더불어 꾸준히 증가함. 이런 증가세는 특히 1930년대와 1960년대 사이 급격히 나타남. 1960년대와 1970년대에 흡연률은 여러 OECD 국가들에서 50% 혹은 그 이상이 되었고, 이후 감소하기 시작함

- 담배가 흡연자의 건강에 미치는 악영향에 대한 뚜렷한 증거는 1950년대부터 밝혀지기 시작함. 1964년 미국 의무당국은 흡연 관련 건강위험의 범주를 밝힌 획기적인 보고서를 발표함. 그러나 훨씬 오랜 시간이 소요되고야 담배의 의존성과 간접흡연의 위험이 널리 인식됨

- 비만 유행은 보다 최근에 일어남. 신장과 체중은 OECD 국가들에서 18세기 이래, 주로 경제성장과 관련하여 오랜 기간에 걸쳐 증가되어 왔으나, 체질량

지수(BMI) 증가는 최근에 급격해짐. 예를 들어, 미국 남성의 평균 BMI는 1910년과 1985-88년 기간 사이 3.6단위 증가했으며, 이후 25년간 거의 동일한 증가치를 나타냄. 영국에서는 1990년대부터 2000년대 중반까지 15년간 평균 BMI가 1.5단위 증가했으며, 프랑스에서는 같은 기간 중 1단위가 증가함. 1980년대 이전에 비만률은 일반적으로 10% 미만이었음. 이후 비만률은 여러 국가들에서 2배 혹은 4배까지 증가했으며, OECD 국가들의 절반 이상에서 50% 혹은 이상의 인구가 비만임. 수명 연장에서의 발전은 체중증가로 둔화됨

- 비만 유행은 고소득 국가만의 문제가 아님. 중국에서 과체중률은 1991년과 2006년 사이 13.5%에서 26.7%로 두배로 증가함. 이들 중 비만은 적은 비율이지만, 같은 기간 중 3배로 증가함. 최근 보고에 의하면 중국에서 당뇨 유병률은 미국에서만큼 높아 9,200만 건을 넘음. 브라질의 경우, 비만률은 1975년에서 2003년 사이 남성에서 3배, 여성에서 거의 2배로 증가함. 인도에서 과체중은 보다 낮은 증가세가 기록되었으나(1998-99년과 2005-06년 사이 기간 중 여성 과체중률 10.6에서 12.6으로 증가), 증가율은 서부 도시지역에서 훨씬 급격하게 나타나 2000년대 초 40%로 나타났는데 이는 10년 미만 기간 중 2배에 이른 것임
- 체중과 사망률 간 관련성에 대한 증거는 1950년대 초부터 나타났으나, 특정 영양소의 악영향은 훨씬 확증하기 어려움. 불포화(트랜스) 지방 특히 경화유지와 관상동맥질환 간 관련성은 최근에야 밝혀짐. 균형식의 구성요소를 판단하는 일은 어려운 과제로, 특히 개인들과 국가들 간 차이를 고려하면 더욱 난제임. 마찬가지로, 좌식 생활습관의 건강위험에 대해 오랜 증거가 있기는 해도, 이상적인 신체활동 요법을 구성하는 것 역시 어려움

○ 정부가 생활습관에 영향을 줄 수 있는가?

- 좋은 건강을 유지하는 것은 대부분의 개인에게 중요한 목표이지만, 유일한 목표는 아님. 개인들은 즐거움, 만족, 성취감 등을 얻을 것으로 기대하는 활동에, 불건강한 활동이라도 참여하고자 함. '개입적'으로 사람들에게 단순히 정보를 제공하는 데 그치지 않고 무엇을 하도록 지시하는 정책이 비용이 드는 편이나, 이러한 행동을 제지하거나 막는 것은 인기를 얻을 수 없음
- 만성질환의 복잡성, 다양한 결정요인과 원인경로를 고려할 때, 성공적인 예방을 위해서는 다양한 활동가 행위자들이 개입해 전반적이고 장기적이며 종합적으로 접근해야 함. 그러나 정부들에서는 보건의료 예산의 적은 부분만을 예방에 지출하는 것이 현실임. 정부들은 효과적인 협력 활동이나 정부 부처간 협력 정책을 채택하는 일이 거의 없음. 이와 반대로, 정책들이(예를 들어, 농업, 교통, 도시계획 등) 보건당국과 협력하지 않은 채널은 개인 생활습관과 인구집단 건강에 바람직하지 않은 영향을 미치는 일은 드문 일이 아님

Box 1: *ActNow British Columbia, 캐나다 "All-of-Government" 접근방식*

ActNowBC는 건강증진에 대해 장기(2005-15) 목표를 설정한 선구적 all-of-government 접근 프로그램이다. 이 사업의 목표는 건강한 선택을 수월하게 하고, 보다 건강하고 보다 지속가능하며 경제적으로 실현가능한 지역사회를 형성할 수 있도록 지역 사회 역량을 구축하며, 보건의료체계 수요를 감소시킬 수 있는 프로그램을 사회전반에서 개발하고 촉진할 수 있도록 하는 것이다. ActNowBC는 신체활동 증진, 건강한 식생활, 담배없는 생활, 특히 임신기간 중 책임있는 알콜 섭취 등 4개의 축으로 구성된다.

브리티시컬럼비아의 모든 정부당국은 모든 활동을 건강증진 관점에서 고려하고 서비스 계획에서 이 사업을 반영해 건강지지적 환경을 형성하는 ActNowBC의 4개 축과 연계해야 한다. 정부 당국들은 지역사회, 비정부기구 및 민간기구와 파트너십을 맺어 활동하여, 인구건강 책임을 보건의료 당국 너머로 확장한다.

- 담배 흡연과 암의 연관성은 적어도 1950년대부터 알려졌지만, 1960년대 후반이 돼서야 흡연을 막기 위한 특정 목표로 한 최초 활동이 미국에서 취해짐. 초기 사업들은 흡연자들에게 건강경고를 제시하고 흡연 관련 위험에 대한 정보를 제공하는 것이었으나, 1970년대 들어 미국에서 담배제품 방송광고가 금지되고 금연홍보활동이 구성됨으로써 보다 구체적인 활동이 취해짐. 일부 조처가 회원 국가들에서는 이미 취해지기는 했으나, 미국과 유사한 활동이 유럽연합 차원에서는 1980년대부터 시작됨. 담배에 대한 세금 부과는 19세기부터 시작되었으나, 세율 증가를 흡연률 감소 수단으로 간주한 것은 최근 일이며, 담배규제 사업 재정조달 목적으로 간주한 것은 보다 최근임
- 지난 5년간 OECD 국가들은 식생활을 개선하고 신체활동을 증가시키기 위해 대단히 적극적으로 노력해옴. 정부들에서는 국제기구들의 요구와 언론 및 공중보건계 압력에 부응해 행동을 취해 왔으나, 현재까지 '무엇이 유효한가'에 대해서는 설득력 있는 증거가 거의 없음. 대부분의 정부에서는 취학연령 어린이를 겨냥해, 보건과 생활습관 교육을 교육과정에 포함하는 것과 동시에 학교 환경과 학교 식단을 바꾸는 사업을 채택했음. OECD 국가들에서 두번째로 보편적인 방식은 건강증진 홍보활동을 통해 영양지침과 기타 건강 메시지를 전달하는 것임. 다수의 정부에서 규제와 재정수단의 형식으로 관심 증가를 나타내왔으나, 상대적으로 소수에서만 비만 유행에 대한 조처로서 이들 수단을 취함. 일부 경우에는 식품과 음료 산업에서 자발적으로 규정을 마련함

○ 예방으로 무엇을 달성할 수 있나?

- 정부들에서는 예방에 큰 기대를 걸어, 인구집단 건강 향상은 물론 보건의료 지출을 감소시키고 건강불평등을 바로잡을 것으로 희망함. 많은 예방 프로그램들이 건강과 수명 향상에 실제로 효과가 있고 비용효과적임. 그러나 예방의 이익에 거는 기대는 현실적이어야 함. 예방으로 건강과 삶의 질을, 다양한 형태의 보건의료만큼 혹은 그보다 더 낮게 비용효과적으로 향상할 수 있음. 그러나 예방의 비용은 당장 발생하는 반면 이익은 수년 후 혹은 수십

- 년 후에 현실화되어, 당뇨나 다른 만성질환으로 고통 받을 수 있는 사람들이 건강한 삶을 누릴 수 있게 됨. 이렇게 예방에 드는 지출과 이익의 수확간 장기간의 격차로 인해, 예방 프로그램은 보건의료 예산이 제한적인 상황에서는 특히 불리한 입장이 됨
- 만성질환 예방 프로그램들은 대부분 질병 발현을 지연시키며, 일부 경우에는 전체적으로 질병을 막음. 이렇게 하여 인구집단 건강수명에 건강한 삶을 보태고 보건의료비용은 감소시킴. 그러나 예방의 건강 이익에는 사람들이 만성질환을 가지고도 더 오래 살게 하며, 고연령 집단에서 수명이 늘어나, 보건의료 수요를 증가시키는 효과도 있음. 그러므로 보건의료 지출 감소를 예방의 주요 목표로 간주해서는 안 되는데, 대부분 프로그램은 이 같은 효과를 내지 못하기 때문임. OECD 식생활 개선과 신체활동 개선을 위한 노력을 통해 기껏해야 주요 만성질환에 대한 총 비용 중 1% 가량만 감소를 이루었음. 동시에 이런 활동에는 보건의료 지출 감소분을 상쇄하고 남는 비용이 발생함. 잠재적인 생산성 증가는 다양한 형태의 예방 중재비용보다 훨씬 크지만, 이러한 성과는 노동시장에서 증가된 노동력을 흡수할 수 있는가의 능력 여부에 크게 좌우됨
- 대부분의 만성질환으로 인한 질병이환과 사망은 사회적인 취약집단에 집중되어 있으므로, 예방을 통해 사회적 격차를 감소시킬 수 있음. 그러나 가장 요구도가 높은 집단에 접근하기는, 적어도 부유층과 동일한 수준으로 접근하기보다 어려우며, 일부 경우에는 예방 프로그램들이 교육수준이 낮고 사회적으로 불리한 계층으로부터는 반응을 더 적게 이끌어냄. OECD 활동에 의하면, 합리적인 범주의 가정을 전제로 했을 때, 식생활을 개선하고 신체활동을 증가시키기 위한 중재는 건강형평성을 어느 정도 강화하지만, 사회경제적 계층 간 건강상태와 수명 격차를 제거하지는 못함
- 또한 예방은 생산성과 부를 증가시키는 데도 도움이 됨. 불건강한 행동을 하고 비만한 사람들은 직업을 구할 기회가 적고, 직업이 있다가도 실직할 가능성이 높는데 여기에는 사회적 낙인이 일부 반영됨. 일을 하고 있는 경우라도 조직적으로 더 낮은 봉급을 받는데, 나쁜 건강상태로 인해 휴직 시간 증가와 낮은 생산성이 반영된 결과임

Box 2: 비만 대응책: 예방의 비용효과성

OECD는 WHO와 협력하여, 불건강한 식사, 좌식 생활습관, 비만 등과 관련된 만성질환에 대한 여러 예방전략들이 미치는 건강 및 경제적 영향을 평가했다. 유럽지역의 경우, 측정대상이 된 중재들은 연간 3만9000DALY(대중매체 홍보)에서 49만 DALY(일차의료에서 집중 상담)까지 증가되는 효과가 있던 반면, 같은 지역에서 과체중과 비만으로 인한 저체 부담은 360만DALY가 넘었다. 대부분의 중재법들이, 이미 질병이 발생한 이후 치료하는 경우에 비해 양호한 비용효과비(DALY 당 미화 5만 달러 이하)를 나타냈다. 고위험 개인들에게 일차의료수준에서 상담을 제공하는 것은 비만과 관련 만성질환에 대해 효과가 크지만, 가장 비용이 많이 드는 전략으로 OECD는 평가하기도 했다. 저연령 집단을 겨냥한 중재법들은 인구집단 수준에서는 수십년간 의미있는 효과를 발현하지 못할 가능성이 높다. 인구 일인당 기준으로 보았을 때, 예방 중재법의 비용은 미화 0.10달러(어린이에 대한 식품광고에서 산업체 자체규제)에서 15달러 이상(일차의료에서 집중 상담)까지로 나타났다. 아래 2개 그래프는 여러 중재법들의 시행 10년 후(왼쪽)와 장기적(오른쪽) 비용효과를 나타낸 것이다. 복수 중재법을 병용한 전략에서 다양한 연령집단을 겨냥함으로써 인구집단 적용범위가 넓고, 그러한 다면적 접근법이 비용효과비 면에서 가장 효과가 높은 단일 중재법보다 2배 효과적일 수 있다.

○ 일차의료에서 예방

— 일반적으로부터 제공되는 금연 권고는 모든 논문의 비용효과 평가 목록에서 일관되게 가장 효과적으로 꼽히는 방법으로, 보건의료서비스에서 제공되어야 할 가장 효율적인 방식임. 불건강한 생활습관으로 인해 위험이 높은 환자들에 대해 일차의료 상담을 제공하는 것은, 생활습관 변화 및 비만 교정에 가장 효과적인 방법이 될 수 있으며, 특히 의사와 비의료인(영양사 등)이 협력해 권고를 제공하는 것이 바람직함. 장기적으로 이런 방식은 식품성분 표시나 직장 건강증진 등의 중재법보다 장애보정수명 증가가 10배에 달하며, 대부분의 중재법에 비해 수명증가는 2배에서 4배에 달하고, 보건의료 지

출에서의 절감도 더 큼. 상담 중재법은 잠재적으로 인구집단 중 개인 12명마다 기대여명 1년 증가가 발생하며, 10명의 개인에게 장애보정 수명 1년이 증가하는 것에 해당함. 그러나 고위험 개인에 대한 일차의료 수준 상담은 비용이 많이 들기도 하며, 비용이 보건의료 지출 절감분을 크게 넘어설 수도 있음

— 대부분의 OECD 국가들은 일차의료 부담능력 면에서 제한을 겪고 있으며, 긴급한 요구가 예방보다 우선순위에 놓이곤 함. 일반의에 대한 복합적인 지불체계 및 인두제와 병용한 인센티브 기반 지불 방식을 채택하여, 일차의료를 보다 효율적으로 구축해 보다 장기적 건강목표를 추구할 수 있도록 하기 위해 노력하는 경우가 늘고 있음. 다양한 금전 및 비금전적 인센티브는 일차의료에서 예방서비스 공급을 확대하는 데 효과가 있는 것으로 증명되어 왔지만, 그러한 인센티브들이 재정압박 완화책이 부가되지 않은 상태로는 어떻게 만성질환 고위험군에 대한 체계적인 생활습관 상담 제공으로 이어질 수 있는지에 대해서는 알기 어렵음

○ 생활습관에 영향을 미치기 위한 규제와 재정수단 사용

— 많은 OECD 국가들에서 담배와 알콜 사용을 줄이기 위해 다양한 범위의 규제와 재정수단을 사용해왔음. 담배와 알콜음료 구매 가능한 최소연령을 지정하고, 포장에 건강경고를 인쇄한 경우가 많음. 두 제품 모두에 대해 광고는 엄격히 규제되며 소비에 대해 무거운 세금이 부과됨. 이러한 조치들은 모두 소비억제에 기여해 왔으며, WHO에 의하면 대부분이 비용효과성이 대단히 양호한 것으로 나타남

Box 3: 해로운 알콜 사용을 감소시키기 위한 전략들

2010년 5월, 193개 WHO 회원국에서는 해로운 알콜 섭취에 대응하는 결의안을 지지했다. 2008년 5월 2년간의 과정이 시작되어 각 정부, 보건의료 전문가, NGO, 경제단체 등의 대표가 모였다. 이 전략의 목표는 지역과 국가 수준 공중보건 정책 개발을 촉진 및 지원하기 위한 일반적 틀을 형성하기 위한 것이다. 문서 전체에서 특별히 인구에서 특히 해로운 알콜 사용 위험이 높은 하위집단인 어린이, 임신 및 수유중인 여성, 사회경제적 지위가 낮은 집단 등이 강조되었다. 정책 대안은 해로운 알콜 사용 감소 면에서 제시된 효과와 비용효과성 증거를 기반으로 한 것이다. 중재법은 다음 10개 목표 영역군에 따라 제안되었다. (i) 리더십, 문제인식과 노력, (ii) 보건의료서비스 반응성, (iii) 지역사회 활동, (iv) 음주운전 정책과 대응책, (v) 알콜 접근성, (vi) 알콜음료 시장, (vii) 가격정책, (viii) 음주와 알콜독성으로 인한 부정적 결과 감소, (ix) 불법 알콜과 비공식적으로 생산된 알콜로 인한 공중보건학적 영향 감소, (x) 점검과 감시

- 여러 연구들에서 식품에 대한 과세가 불건강한 식품의 소비와 인구집단 체중 모두에 영향을 미칠 수 있는 것으로 나타남. 고지방 식품에 대한 과세와 과일 및 야채에 대한 보조금을 병합한 중재법의 효과에 대한 최근 OECD 분석에 의하면, 이러한 방식이 대부분의 다른 중재법보다 단기적으로는 물론 장기적으로도 기대여명과 장애보정수명 증가분이 더 큰 것으로 나타남. 그러나 특정하게 행동변화를 목적으로 하는 재정수단은 설계와 강제가 복잡하며, 효과도 개인 및 인구집단 수요의 가격탄력성 변동에 따라 예측불가능할 수 있음. 이런 수단은 고소득층보다 저소득층에서 더 과중할 수 있고, 대체효과도 항상 명백하지는 않음
- 미국 앨라배마 주에서는 주정부 직원들이 건강프로그램에 참여하거나 BMI, 혈압, 콜레스테롤, 혈당 등 관련 위험수준을 낮추려는 노력을 하는 경우 건강보험 25달러 할인을 제안함. 마찬가지로 비슷한 인센티브를 비흡연자에게도 부과함. 일본에서는 건강보험사들은 40-74세 연령 인구 5600만명에 대해

“대사증후군” 선별검사를 실시하고, 위험집단은 효과적인 건강프로그램에 참여하도록 하는 데 금전적 인센티브를 제공함. 이런 형태의 인센티브는 식품이나 음료에 대한 특정 형태의 세금에 비해 보다 형평하고 효과적일 가능성이 높은 수단으로서 지지되었으나, 기존의 경험 연구에서는 대부분 금전 인센티브가 체중 감소에 지속적으로 기여할 수 있다는 점은 밝히지 못함

Box 4: 일본의 의무 건강진단과 상담

일본에서 생활습관 관련 질병 예방을 목적으로, 건강보험 선별검사와 지침을 적용하는 데 있어 특정 건강진단과 특정건강지침 체계를 포함하도록 의무화했다. 이 프로그램이 초점은 대사증후군이며, 대상은 40세 이상 개인들이다. 대사증후군 진단을 받았거나 질병 발생 위험이 높은 개인들에게는, 건강진단시 행동을 교정하고 생활습관을 개선하도록 장려하는 건강지침이 제공된다. 개선된 생활습관이 삶의 질을 보다 향상하고 보건의료 지출 증가를 중기에서 장기적으로 바로잡을 것으로 기대된다. 조기 평가에 의하면 이 프로그램은 6개월 추적조사에서 대사증후군 대상자 및 위험군 수 감소에 효과가 있는 것으로 나타났다.

○ 어린이 대상

- 어린이 보호는 모든 정부에서 특히 우선순위가 높음. 흡연이나 알콜 남용 등 중독적 행동 면에서 특히 중요하지만, 성인에서는 저항과 반대가 야기되기도 하는 비만 대책의 경우도 어린이에 대해서는 적합하고 바람직한 것으로 받아들여짐
- 실질적으로 모든 OECD 국가들에서 학교기반 프로그램을 전국 혹은 지역 수준에서 시행해옴. 이는 비만 대책으로 가장 폭넓게 채택된 방식이지만, OECD 분석에 의하면 건강결과는 상대적으로 크기 않으며, 최초 적용시점부터 50년 이후에야 현실화되기 시작할 것임

Box 5: 어린이 비만 증가

현재 비만 유행 중에서도 충격적인 어린이 비만 증가가 가장 문제가 되는 특성이 다. 많은 OECD 국가들에서 어린이 비만은 1960년대 이래 4배로 증가했다(Lobstein et al., Obesity Reviews, 2004). 성인 생활습관 변화가 어린이 비만 증가에 가장 주요한 원인으로, 부모의 활동이 적을수록 자녀의 활동도 줄어들며, 부모가 나쁜 식생활을 하는 경우 아이들도 똑같은 방식을 겪게 된다. 그러나 어린이 비만 추세에 관한 가장 최근 자료에 의하면 긍정적 측면도 나타난다. 어린이 과체중률과 비만율은 미국과 프랑스 등 적어도 일부 국가들에서는 안정화되었으며, 영국과 일본 등의 국가에서는 감소 가능성을 보이는 초기 징후도 나타나고 있다. 아래 그림은 지난 20년간 어린이 과체중 및 비만 경과를 바탕으로, 국가보건평가(US) 혹은 보건면접조사(프랑스) 등을 근거로 OECD에서 2020년까지 예측한 것이다. 예측치에는 미래 결과치에 대한 통계적 불확실성이 반영되어 있다. 미국의 “Let’s move”나 프랑스의 “Mangerbouger” 등의 사업은 기존의 어린이 행동 변화 노력보다 더욱 성공적이고 효과적으로 드러날 것으로 기대된다.

— 어린이들에 대한 잠재적으로 불건강한 제품 광고를 제한하는 것 또한 여러 국가들에서 지지됨. 식품 광고도 예외가 아니어서, 과도한 섭취가 비만 유행의 주요 원인인 것으로 제기되는 고열량 저영양 식품에 관한 광고가 주로 이런 제한 대상이 됨. 스웨덴, 영국, 캐나다 퀘벡 등의 지역에서 정부는 어린이들에 대한 식품광고를 전면금지하는 정책을 집행함. 최근 영국 프로그램에 대한 평가에 의하면, 2005년부터 2008년까지 잠재적으로 불건강한 식품에 대한 광고에 대한 4세에서 15세 어린이의 노출 건이 삼분의 일로 감소함. 식품산업 부문에서는 광고금지에 강하게 반대했으나, 자체적으로 어린이들에 대한 광고를 제한 또는 전적으로 하지 않겠다는 “서약(pledges)” 프로그램을 개시함. 영국에서 얻은 결과에 크게 기반하여 OECD에서 추산한 바에 의하면, 식품광고에 대한 정부규제의 건강효과는 학교기반 중재보다 약간 더 효과가 큰 반면, 비슷한 기간 중 비용은 상당히 적음

Box 6: 어린이 대상 식품 광고 감소를 위한 산업체의 사업들

국제식품요연맹(IFBA)는 9개 주요 다국적 식품 및 음료 회사들(General Mills, Grupo Bimbo, Kellogg’s, Kraft, Mars, Nestle, PepsiCo, The Coca-Cola Company, Unilever)의 연합체로, 2004년 식사, 신체활동과 건강에 관한 세계 전략의 후원을 받아 2008년 5월 WHO의 5개 세계 사업에 참여했다. IFBA 회사들은 전세계에서 어린이에 대해 책임감 있는 광고 적용을 위해 설계된 서약 프로그램들을 개시했다. IFBA는 자신들의 일부 서약들에 대한 효과를 평가하기 위해 감사업체인 Accenture를 개입시켰다. Accenture 보고에 의하면, 유럽연합에서 2005년과 2009년 사이 회원 업체들의 광고(모든 제품)에 대해 전반적인 어린이 노출이 감소하여, 12세 이하 연령 어린이가 시청자 대부분을 차지하는 프로그램의 경우 61% 감소, 전체적으로는(모든 시간대 모든 채널 모든 프로그램들) 30% 감소했다.

Box 7: 어린이 비만 예방 우수 사례로서의 트랜스지방 감소

2007년 개발된 어린이식생활안전관리종합계획과 2008년 법제화된 어린이식생활안전관리특별법에 의거해, 한국 정부에서는 어린이 대상 식품포장에 트랜스지방 성분 표시를 의무화했다. 또한 산업체 연구개발 지원을 통한 “저포화 및 유리트랜스” 지방 개발을 보조와 식품의약품 안전청 자체 특허로써 산업체의 기술 공유를 지원했다. 정책 중에는 사업체, 대학, 연구기관, 정부 간 협력이 포함된다.

그 결과 식품 당 트랜스지방 포함이 감소했다. 비스킷의 경우 0.8g에서 0.1g으로 줄었다. 같은 기간 동안 초콜렛 가공식품의 경우 1g에서 0.1g으로 줄었고 스낵은 0.8g에서 0.1g으로 줄었다.

○ 소결

— 생활습관 위험인자 교정을 목표로 하는 중재를 통해 만성질환에 대처하는 것은 가능하고 비용효과적이며, 국가간 건강불평등을 감소시킬 수 있음. 그

러나 20세기 동안 유행수준까지 만연한 질병 추세를 전환하기 위해서는, 개인 및 집단행동을 규제하는 사회적 규범에 대한 근본적 변화가 요구됨. 그러한 변화는 여러 사회집단에서 다양한 건강결정인자에 대한 광범위한 예방 전략을 통해서만 유발될 수 있음

- 비만 감소는 현재 OECD 국가들에서 공중보건학적인 최우선순위 과제임. 이를 목표로 하는 가장 효율적인 중재는 보건의료 영역을 넘어서는 것이지만, 보건의료체계는 고위험 개인들에게 초점을 맞추므로써 비만 및 관련 만성질병에 가장 큰 영향을 미칠 수 있음
- 어린이 비만 증가는 우울한 공중보건 미래를 암시함. 저연령 집단을 겨냥한 중재들은 수년 내에 인구집단 수준의 가시적 건강효과를 나타낼 가능성이 낮음. 그럼에도 불구하고 국가들은 어린이들을 성인의 생활습관 변화로부터 보호하고 보다 건강한 생활습관 체득이 용이하도록 해야 하는 정책적 긴박성에 당면해 있음. 비만을 미래 세대 유산으로 남기지 않으려면 행동을 취해야 함
- 모든 국가들이 보건교육과 정보를 개선하기 위한 노력을 기울이고 있음. 그러나 연구결과에 의하면, 이러한 노력들이 비만에 미치는 영향이 주요하지 않으며 특별히 비용효과적이지도 않음. 광고규제나 재정수단 등과 같이 보다 엄격한 수단은 개인의 선택에 보다 개입하게 되고 관련 이해당사자간 갈등을 야기할 가능성이 더 높지만, 공공 재정부담은 더 낮고 건강결과는 더 신속하게 야기할 수 있음. 의사 및 다른 전문 인력들을 일차의료에 개입시켜 행동 위험이 높은 개인들에 대해 상담을 제공하는 것이 비만 부문에서 가장 효과가 크지만, 비용은 더 많이 드는 편임. 이러한 노력에서는 신중한 대상 선별이 필요함
- 그러므로 비만을 성공적으로 대응하는 전략은 적어도 어린이를 보호하고, 성인들에게 정보를 제공하며 가장 위험수준이 높은 개인들에게 부가적인 노력을 기울이는 것임. 정치적으로 수용된다면, 성인 행동에도 영향을 미치기 위한 노력이 더 필요할 수 있음. 그러한 노력이 어떻게 구조화되어야 할 것인가? 흡연 제한 노력의 (점차적인) 성공에 비추어 볼 때, 광고 규제, 소비

에 대한 과세, 해로운 형태의 소비에 대한 금지 등이 매력적으로 보임. 그러나 이러한 접근법이 식품소비 변화 면에서는 잘 작동하지 못할 것이라는 타당한 이유들이 있음. 이를 테면, 일개 형태의 식품에 대해 세금을 부과하거나 규제를 가하는 것이 사람들의 소비 양상에는 변화를 일으킬지 몰라도 전체 건강에 미치는 영향은 미미할 것임. 운동을 더 많이 하는 사람들은 열량을 더 섭취하면서도 건강에 악영향을 끼치지 않을 수 있는데 이에 대해 어떻게 처벌을 가할 수 있는가? 담배에 대한 비난으로 성공적으로 이어진 여러 조건들은, 비만 통제 면에서는 문제가 훨씬 복잡하다는 점을 고려할 때 성립하지 않음

- 식품과 음료 산업에서 불건강한 식습관과 좌식 생활습관에 대응하는 데에 잠재적으로 중요한 영향을 끼쳐왔으며, 정부 및 국제기구들과 자주 협력함으로써 비만에 대응하는 연합에서 협력자가 될 수 있음. 산업체에서 성분표시나 광고규제를 위협으로 받아들이지 않는다면, 정책결정자와의 협력이 보다 바람직한 변화로 이어질 가능성이 훨씬 높음. 비만 대처 접근에 있어 산업체와 정부, 고용주, 일반의, 학교, 도시계획 관련자 등 다른 사회구성원을 포함한 복수 이해관계자 접근방식이 늘어나고 있음. 이러한 접근법은 중재의 수용성을 보다 높이고 효과성을 보다 높일 수 있음. 정부는 만성질병 예방 사업에서 전반적인 관리를 담당하도록 하며 민간부문의 기여가 조직화되어야 함. 여러 당사자들의 이해가 빈번히 서로 충돌할 수 있으며, 다른 이해당사자들과의 온전한 협력이 이루어지지 않고는 어느 개별 당사자도 비만 문제 및 관련 만성질환을 의미 있는 수준으로 감소시킬 수 없다는 점을 인식해야 함. 비만 증가에 대한 대응 실패는 미래 세대에 심각한 부담을 야기할 것임

다. 질과 성과 향상 전략

1) 의료의 질에 있어 정보체계의 활용

○ 의료의 질 관련 한국의 현황

- 의료의 질과 관련하여 한국은 다음과 같은 특징이 있음. 한국의 건강보험은 서구 국가들에 비해 늦게 도입되었으나, 단기간에 전국민 건강보험을 달성하는 성과를 이룸으로써 의료서비스에 대한 기본적 접근성이 보장되었음. 의료의 질을 보장하는 것이 현대에 한국 건강보험의 핵심적인 과제임
- OECD 회원국 중 의료비 상승률이 최고치에 달할 정도로 의료비용이 상승했으나, 비용 상승에 상응하는 질의 향상을 가져왔는가에 대한 의문이 지속적으로 제기되어 왔음
- 단기간 내 건강보험의 압축 성장으로 의료공급은 민간 부문에 대한 의존도가 높아졌으나, 의료 질 향상에 대한 노력은 정부 주도로 추진되었음. 오랜 질 향상의 역사를 지니고 있는 서구에 비하여 의료기관의 자발적 질 향상 동인이 상대적으로 미흡했기 때문에 정부 주도로 질 향상 제도를 도입하고 문화를 확산시키려 노력해 왔음. 그 노력은 2003년 도입된 의료기관 평가 등으로 발휘되었으며 응급의료기관 평가사업이나 공공의료기관 평가 사업 등도 최근 정부가 주도하고 있는 대표적인 질 향상 사업에 속함

○ 한국의 질 평가 사업

- 전국민 단일 건강보험체계를 갖춘 한국에서, 건강보험 내에 질 유지 증진의 기전이 마련되어야 국가 의료의 질 향상이 이뤄질 것임. 한국은 건강보험 통합 일원화 추진과정에서 급여의 적정성 평가(quality of care) 업무를 법률적으로 규정하여, 현재 급성심근경색증과 수술 예방적 항생제를 비롯한 26개 분야에 대해 의료제공의 과정과 결과를 평가하고 있음. 건강보험과 의료급여에서 지출하는 진료비 44조원(2009년) 가운데 34%에 해당하는 14조 8천억 원이 질 평가의 대상이 되고 있음

- 평가 결과는 대중에 대한 공개(public disclosure)와 pay for performance를 통해 질 향상에 이어지도록 하고 있음
 - 평가결과를 개별 의료제공자에게 피드백하고,
 - 인터넷을 통해 대중에게 공개하고 있어 informed choices를 강화하고
 - Pay for Performance 시범사업(Value Incentive Program)에 활용하고 있음
- 이러한 질 평가 사업의 성과로, 시설 부문의 개선과 진료행태 변화가 이루어졌음. 대표적으로 외래 감기환자에서 항생제 처방률이 22.9%포인트 감소하였고, 수술환자에서 부적절한 예방적 항생제 사용은 36.1%포인트 감소하였음. 적정성 평가의 경제적 효과는 2007년까지 대략 1,400억원으로 추정되고 있음

○ 성공요인

- 이렇듯 의료의 질을 평가하고자 하는 한국 정부의 노력이 급속히 성장하게 된 데에는 몇 가지 요인이 있었음. 통합 일원화된 건강보험 체계로 인하여, 진료비 청구, 인력이나 시설 장비 등 의료기관의 자원 현황과 관련된 모든 자료는 하나의 기관(건강보험심사평가원)에서 수집(collected), 저장(storage), 관리되고 있으며, 이 자료는 질 평가, 신의료기술평가에도 활용되고 있으며, 최근 시범사업 중인 Drug Utilization Review에도 활용되고 있음
- 또한 의료정보화 기술의 발전, 보급이 의료의 질 평가에 큰 기여를 하였으며, 단적인 예로 99% 이상의 병원이 electronic data interchange system을 사용하여 건강보험 진료비를 청구하고 있으며, 진료에 관련된 정보는 data warehouse에 저장되어 질 평가에도 활용되고 있음
- 평가를 위한 부가정보 수집도 웹기반 정보수집 체계(Health Care Quality Data Acquisition System)에 의존하고 있으며, 평가 대상 의료기관은 이를 통해 자료를 제출하고 있음
- 한국은 1962년부터 주민등록번호를 도입하여 사용하고 있으며, 이는 여러 의료기관의 의료이용 정보, 사망자료, 그리고 여러 행정자료들과 연계가 가능함. OECD 보건의료 질 지표 산출 과정에서도 주민등록번호를 사용하여 환자단위의 사망률을 산출할 수 있었음

- 의료의 질에 대한 국민들의 알 권리 충족 욕구가 높다는 점도 한국의 특징 중의 하나임. 2005년 감기(Upper respiratory tract infection)에 대한 항생제 처방 현황에 대해 질 평가를 수행하고 양질의 의료기관 명단을 공개하자, 불량한 의료기관의 명단도 공개하라는 시민사회의 정보공개청구 소송이 있었음. 법원은 시민사회의 요구가 정당하다는 판결을 하였으며, 보건복지부는 이를 적극적으로 수용하여 일부 우수 의료기관과 불량한 의료기관 뿐 아니라, 전체 의료기관의 평가결과를 전면 공개하였음. 이러한 보건복지부의 적극적 의견 청취는 의료의 질 평가와 질 향상 정책에 큰 전기점이 되었으며, 평가한 모든 결과는 공개한다는 원칙을 수립하게 되었음
- 이러한 정부와 환자들의 욕구에 부응하여 의료계도 자체적인 질 향상 노력을 기울이는 한편 수술 예방적 항생제 사용을 비롯한 제반 영역에서 평가지표 개발에 동참하고 있음. 건강보험 급여의 질 평가에서 전 과정에서 학회에 공식적인 전문가 추천을 의뢰하여, 추천된 전문가와 공동으로 지표를 개발해 왔으며, 평가계획 수립에서부터 결과 공개, 가감지급에 이르기까지 의료계와 시민사회가 함께 하는 중앙평가위원회의 심의를 거치고 있음. 평가 이후 하위 의료기관을 위한 질 향상 지원 사업에도 전문가 학회가 동참하고 있음

○ 당면한 문제

- 다양한 영역의 질 평가를 위해 의료정보의 표준화, 기관간 자료 연계 체계 구축이 요망되는 가운데, 철저한 개인정보 보호 방안 마련이 요구됨. 의료정보에 있어서의 국제 표준이 필요하며, 이를 위한 국제협력이 절대적으로 요구되며, 한국도 OECD의 국제협력 프로젝트에 적극적으로 참여할 예정임
- 빠른 시간 안에 선진국이 평가하고 있는 많은 질환과 영역의 질을 한국에서 평가하였으나, 위암 등 한국에 특징적으로 유병률이 높은 질환에 있어서의 질 평가를 수행해야 하는 과제가 남아 있으며, 행위별 수가제 등 한국의 특수한 사회문화적 환경 안에서 의료의 질 문제를 평가해야 하는 상황에 놓여 있음
- 근거에 기반한 (evidence-based) 평가를 추진해야 할 또 하나의 과제가 있으며, 한국은 이 문제를 돌파하기 위해서 우리 스스로 가진 정보체계 안에서 evidence

수준을 높여가기 위한 노력을 하고 있음

- 질 평가 10년의 역사와 함께 의료기관 질 향상을 추구해 왔고, 대부분의 의료기관들의 질이 현격하게 향상되었으나, 일부 중소규모 의료기관들의 질은 변하지 않은 채 남아 있어 질의 격차가 새로운 문제로 대두되고 있음. 중소 규모 의료기관의 질을 향상시켜 전국민이 받는 의료의 질적 수준을 높이기 위한 적극적인 노력을 하고 있음

2) 보건의료 성과 향상을 위한 성과연동지불제도의 개발과 확산

○ 건강보험 관련 한국의 현황

- 한국의 건강보험은 서구 국가들에 비해 늦게 도입되었으나, 단기간에 전국민 건강보험을 달성하는 성과를 이룸으로써 의료서비스에 대한 기본적 접근성이 보장되었음. 의료의 질을 보장하는 것이 현재 한국 건강보험의 핵심적인 과제임. 그 결과 건강보험체계 안에서 공공의 목적을 달성하기 위한 정책 수단 가운데 가장 중요하면서 실행 가능한 것은 지불제도임
- OECD 회원국 중 의료비 상승률이 최고치에 달할 정도로 의료비용이 상승했으나, 비용 상승에 상응하는 질의 향상을 가져왔는가에 대한 의문이 지속적으로 제기되어 왔음
- 단기간 내 건강보험의 압축 성장으로 의료공급은 민간 부문에 대한 의존도가 높아졌으며, 수가제도는 의료서비스의 상당부분이 행위별 수가제에 기반하고 있어 의료비 재정지출이 급격하게 늘어남
- 의료 질 평가결과는 의료 제공자에게 피드백하고 대중에게 공개해 왔음. 그 결과 상당한 정도의 질 향상이 있었으나, 만족할만한 수준의 질 향상을 위해 별도의 노력이 필요하다는 견해들이 대두되었음
- 이러한 배경에서, 환자의 건강효과의 향상과 자원의 효율적 사용을 유도하는 방향으로의 P4P 도입이 여러 가지 정책수단 가운데 우선적으로 필요했음. 정보체계의 도입은 지속적으로 추진되고 있으며, 합리적 의사결정 기전도 최근의 건강보험 개혁 이후 다방면으로 지속되고 있으나, 비용증가와 질의 문제를 동시

에 접근하는 전략으로서의 P4P가 중요한 사업으로 여겨지고 있음

○ 성과연동지불제도(Pay for Performance)

- 2000년 국민건강보험법이 전면 개정되면서 가감지급(pay for performance)의 법적 근거가 마련되었으나, 질 평가에 대한 경험이 충분하지 않아 실시하지 못하고 있었음. 그러던 중 2004년 국회와 감사원으로부터 가감지급을 실시하라는 권고가 연이어 있었음. 이는 가감지급 실시에 대한 요구가 의료계 외부에서 시작되었다는 것을 의미함
- 보건복지부는 질의 영역 가운데 우리나라에서 문제의 크기가 크고 평가의 역량이 쌓여 있는 급성심근경색증과 제왕절개분만술에 대해 VIP(Value Incentive Program) 시범사업을 실시하기로 결정하였음. 한국에서는 급성기병상의 공급이 상대적으로 많고 가산수가도 적용되기 때문에 삼차의료기관을 대상으로 하였음
- 현재 3차년도 사업이 진행 중이며, 사업 실시 결과 급성심근경색증 환자의 30일 사망률은 7.9%에서 6.4%로 떨어졌고, 그전까지 지속적으로 상승하던 중증도 보정 제왕절개술율은 34.8%에서 34.1%로 떨어졌음
- 이 사업 결과에 힘입어 제왕절개술율과 급성심근경색증 가감지급 사업을 종합 병원(2차의료기관)까지 확대하기로 결정하여 사실상 대부분의 급성심근경색증 환자 진료가 가감지급의 대상이 되고, 17.4%의 분만이 가감지급의 대상이 되게 되었음. 또한 다른 분야의 진료에 대해서도 가감지급을 확대할 예정이며, 향후 가감지급의 기전을 통하여 자원의 효율적인 사용과 건강상의 성과 증진을 꾀하기 위하여 다각적인 노력을 실시할 예정임
- 2008년부터 요양병원의 질을 구조와 과정에 의거해 평가하여 그 결과를 산출해 왔음. 2010년 10월부터는 질 평가 결과를 수가에 반영해 질이 낮은 기관에 대해서는 인력 가산금을 지원하지 않기로 결정하여, 실질적으로 불량한 질에 따른 감산적용이 이뤄질 예정임
- 또한 한국은 약제사용량이 많은 것이 또 하나의 질 문제임. 일차의료기관에서의 약제 사용량을 줄이기 위해서 처방 약제비 절감효과를 가져 온 의료기관에 대해 가산금(incentive)을 적용하는 처방총액절감 인센티브 시범사업을 실시하였음. 이 시범사업 결과 전체 2,000개 일차의료기관 가운데 30%에 해당하는 610개 의

료기관에 대해 연 19억원의 가산금이 지급되었음. 사업 효과는 매우 긍정적으로 평가되어 2010년 10월 1일부터 전국 의원을 대상으로 본 사업을 시작하였음

○ 성공요인

- 이렇듯 pay for performance와 관련된 노력이 빠른 시간 안에 성공을 거둔 데는 몇 가지 요인이 있었음. 지난 10년 동안 한국건강보험 체계 안에 질 평가 기전을 도입하여 평가역량을 축적해 왔음. 질 평가는 가감지급 사업 대상인 제왕절개술율과 AMI, 가감지급 계획중인 요양병원 외에도 약제사용평가, 예방적 항생제 사용 평가 등 26개 영역에 대해 평가를 실시하고 있음. 의료기관별 질 평가 결과는 인터넷 홈페이지 등을 통해 대중에게 공개되고 있으며, 최근 공개하기 시작한 병원별 비용 사용 현황자료와 함께 소비자 의료이용 선택에 있어 중요한 자료로 사용되고 있음
- 질 평가가 가능했던 환경적 요인으로는 다음과 같은 의료정보 인프라를 들 수 있음. 통합일원화된 건강보험 체계로 인하여, 진료비 청구자료, 인력이나 시설 장비 등 의료기관의 자원 현황과 관련된 모든 자료는 하나의 기관(건강보험심사평가원)에서 수집(collected), 저장(storage), 관리되고 있으며, 이 자료는 질 평가, 신의료기술평가에도 활용되고 있으며, 최근 시범사업 중인 Drug Utilization Review에도 활용되고 있음
- 또한 의료정보화 기술의 발전, 보급이 의료의 질 평가에 큰 기여를 하였으며, 단적인 예로 99 % 이상의 병원이 electronic data interchange system을 사용하여 건강보험 진료비를 청구하고 있으며, 진료에 관련된 정보는 data warehouse에 저장되어 질 평가에도 활용되고 있음. 평가를 위한 부가정보 수집도 웹기반 정보수집 체계(Health care Quality Data Acquisition System)에 의존하고 있으며, 평가 대상 의료기관은 이를 통해 자료를 제출하고 있음
- 한국은 1962년부터 주민등록번호를 도입하여 사용하고 있으며, 이는 여러 의료기관의 의료이용 정보, 사망자료, 그리고 여러 행정자료들과 연계가 가능함. OECD 보건의료 질 지표 산출 과정에서도 주민등록번호를 사용하여 환자단위의 사망률을 산출할 수 있었음

○ 당면한 문제

- 지금까지 실시한 P4P 사업은 주로 건강상의 성과 증진에 초점을 두고 있으나, 빠르게 증가하는 비용 증가 문제는 한국의 건강보험체계가 당면한 가장 큰 문제가 아닐 수 없음. 수가 통제나 급여제한과 같은 단기적인 방안은 효과가 오래가지 않다는 경험을 90년대 후반의 경제위기 동안 한국도 체험하였기 때문에, 보다 근원적인 대책 마련을 위해 미시적이고 장기적인 방안을 한국도 수립하고 있음
- 그 중의 하나가 P4P의 확산인데, 향후 개발되는 P4P에는 건강상의 성과 증진과 비용의 효율적인 사용을 동시에 목적으로 추구해야 함
- 빠른 시간 안에 선진국이 평가하고 있는 많은 질환과 영역의 질을 한국에서 평가하였으나, 위암 등 한국에 특징적으로 유병률이 높은 질환에 있어서의 질 평가를 수행해야 하는 과제가 남아 있으며, 행위별 수가제 등 한국의 특수한 사회문화적 환경 안에서 의료의 질 문제를 평가해야 하는 상황에 놓여 있음
- 요양병원에 인력가산금 미적용과, 처방총액절감 인센티브 사업은 이러한 한국적 상황에 대한 인센티브 지급의 한 사례임
- 서구의 P4P는 대개 포괄수가제나 총액 예산제, 인두제와 같은 포괄화된 수가제도에 적용하는 모형이 개발되었음. 한국에서는 행위별 수가제가 적용되는 급여에 대한 P4P 모형 개발이 필요한데, 이 과정에서 고려해야 할 사항들은 자원의 효율적 사용에 대해 인센티브를 적용하는 과제임

3) 건강한 선택

○ 국민 건강수준의 향상과 새로운 위기

- 한국의 기대수명은 '60년 52.4세에서 '07년에는 79.4세로 증가, 영아사망률은 '70년 1,000명당 45.0명에서 2006년에 4.1명으로 감소되었으며, 전국민 의료보험 실시, 노인요양보험 도입 등 보건의료에서 괄목할만한 수준 향상을 이루었음
- (만성질환 증가) 한국 역시 다른 OECD 대부분의 국가들과 마찬가지로 만성질환, 특히 고혈압, 당뇨 등 생활습관에 기인한 질병으로 인한 부담이 늘고 있

음. '08년 진료비 1, 2위가 고혈압, 당뇨병이었으며 심, 뇌혈관질환이 사망원인의 2, 3위를 차지함. 건강한 생활습관은 고혈압·당뇨·심뇌혈관질환 등을 예방하기 위한 전제조건이나, 우리 국민의 건강행태는 우려할 만한 수준임

* 성인남성흡연율 : 57.8%('04)→44.1%('06)→40.9%('08)→43.1%('09)→42.6%('10.6)

비만율 : '98년 26.0%→'08년 30.7%, 운동실천률 '01년 75.6%→'08년 46.9%

- (고령화에 따른 복합위기) 한국의 경우 “인구고령화” 진행이 빨라 그 부담(2019년 고령사회 진입)이 “흡연·음주·비만 등 생활습관의 폐해”와 함께 노령기 의료비 증가 등 “복합위기”로 나타날 가능성이 큰 상황임. 66.7조원('08)인 국민의료비는 고령화 등으로 급격히 증가, '20년 253조원으로 예상됨

* 국민의료비 증가율('93-'06년 평균) : 한국 12%, OECD 평균 7.5%

* '09년 노인진료비는 12조 3,458억원으로 총 진료비(39조 3,390억원)의 31.4%

- 건강증진, 장수, 美와 행복한 삶(wellness)에 대한 관심이 증대, 국민의 의료 수요가 Cure→Care→Wellness로 변화하는 추세로 새로운 건강수요 증가함

○ 예방에 대한 지출 확대 필요성

- 현재의 치료 중심 보건의료체계는 의료비 절감을 위한 근본적 해법을 찾기 어려운 상황으로, 국민을 건강하게 만들고, 건강을 유지할 수 있도록 해야 국민의료비 부담을 근본적으로 완화할 수 있음. 특히 만성질환 예방에는 생활행태 개선이 필수적으로, 사전적 예방과 적극적 건강관리, 건강환경 조성 등에 적극 투자할 필요
- 예방 및 건강증진사업 추진에 필요한 예산을 확보하기 위하여 건강증진기금을 설치하여 운용하고 있음. 예방 및 건강증진에 대한 예산배분이 정부의 단기적인 필요성에 의해 크게 좌우되지 않고 비교적 안정적으로 수행할 수 있는 여건을 조성함
- 예방에 대한 지출은 만성질환의 증가 및 미래의 복합위기를 막기 위해 각 나라의 사정에 맞게 증가시켜나가야 할 필요가 있음. 앞으로도 한국은 사전 예방 및 건강증진을 강화하기 위해 예방 및 건강증진 기금의 확대를 지속적으로 추진할 것임

○ 개인의 생활습관 선택에 대한 정부의 개입

- (생활습관 개선) 예방 및 건강증진을 위한 국가차원의 정책개발과 추진으로 상당한 정도의 성과를 거두고 있음. '05년부터 금연클리닉을 통한 금연지원, 홍보·캠페인 강화, 금연구역 확대, 경고문구, 담뭏값 인상 등과 같이 tobacco control을 위한 종합적인 정책을 추진하였으며, 이에 따라 성인남성의 흡연율이 '04년에 57.8%에서 '08년에 40.9%로 감소하였음
- 그리고, 급증하는 아동비만에 효과적으로 대처하기 위해 '어린이식생활안전관리특별법'과 같은 규제강화와 직접적인 서비스를 제공하는 영양관리사업을 동시에 추진하여 단기간에 상당한 효과를 보았음. 이러한 종합적인 전략 시행의 결과로서 3·4년 동안에 상당수의 어린이 기호식품 중 트랜스지방 함량이 1/10 수준으로 감소되었음
- (건강육구 증가) 만성질환의 조기진단·예방적 관리 필요성이 커지고, 생활수준 향상으로 건강유지·증진 서비스 수요도 증가하고 있음
- 보건의료 패러다임이 '치료'에서 '건강관리·예방·행복추구'로 변화하는 상황에서 국가차원의 적극적 건강투자를 통해 미래 인적자본의 질과 국민경제의 성장잠재력을 제고할 필요가 있음. 국가가 국민의 건강 수요를 모두 충족할 수 없으므로, 시장과 공공의 역할을 조화롭게 설정할 필요가 있음. 시장에서 서비스를 구매할 수 있는 계층을 위해서 합리적 시장을 형성하고, 취약계층은 국가가 건강서비스를 직접 확대 제공할 계획임
- (국가건강관리 체계) 보건소를 중심으로 건강검진부터 만성질환관리, 건강증진사업을 연계하여 통합 건강관리를 제공하는 국가 차원의 체계 마련중임. 운동·영양·비만·금연 등 개별 사업별 접근에서 대상자 중심으로 통합 건강관리서비스를 제공할 수 있도록 추진중이며, 국가에서는 보건소를 통하여 노인, 장애인, 저소득층 등 취약계층에 대한 서비스를 담당할 계획임
- (건강관리서비스 제도화) 질병 예방과 사전적 관리를 위한 전문적 서비스 시장을 형성하고 관련 제도를 마련, 국민 일반을 위한 보편적·대중적 건강관리서비스의 확산을 추진함. 서민층·저소득층을 위해서는 건강관리서비스 보편화를 위하여 정부가 바우처를 지원할 계획이며, 건강관리서비스 도입으

로 u-Health, 의료기기, 피트니스, 뷰티 산업 등 관련 산업 발전 및 고용 확대 유발 예상됨

○ 타 정부 정책분야 결정에 있어 건강 측면 고려

- 다양한 요인에 의해 영향을 받는 개인의 행태를 건강한 생활습관으로 유도하기 위해서는 사회적 환경과 경제구조 또는 산업구조를 “건강친화적(Health-friendly)”으로 조성할 수 있는 시스템 마련이 필요함. 이는 정부 부처간, 정치권, 산업계, 사회단체 등의 연계·통합 노력으로만 가능할 것임
- 이를 위해 WHO가 제안한 우리의 주위환경을 “건강”의 개념을 도입해 설계하는 “건강도시” 모델의 확산이 한 방안이 될 수 있을 것임. 도시계획 등의 단계에서부터 건강 측면의 중요성이 고려되도록 보장하는 것이 중요하며 한국에서도 다수의 지자체가 보건소를 중심으로 “건강도시” 사업을 추진하고 있음
- 또한, “건강친화적 재정정책(health-friendly fiscal policy)”의 개념을 도입한 경제정책의 적극적 추진을 제안함. 건강친화적 재정정책은 건강증진이라는 목표를 달성·유지하기 위한 재정정책을 의미하는 것으로, 건강관련 제품가격을 변경하거나 수요량을 조절하여 소비패턴에 영향을 주기 위한 정책 방안이라 할 수 있음
- 건강위해품목의 소비를 줄이고 건강증진에 도움이 되는 품목들의 생산과 소비를 증가시키기 위해, 적절한 비가격정책과 함께 조세부과 및 보조금 지급 등의 재정정책을 적극 추진하는 것이 필요하다고 생각함
- 건강위해품목 조세 부과, 건강증진관련 제품 세금감면, 보조금 등 지원을 통해 국민들의 전체적인 부담은 가중되지 않는 조세중립적인 설계도 가능할 것으로 생각함
- 앞에서 논의하였듯이, 예방을 위한 건강한 선택은 다양한 이해관계자 간의 연계·통합 노력으로 가능할 것이며, 개인과 집단의 행태를 규제하는 “사회규범(Social Norm)”의 변화가 이루어져야 하는 것에 공감하고 있음. 이를 위해 “건강사회”라는 아젠다를 설정하여 사회규범의 변화와 이해당사자 간의

연계를 도모하고 건강친화적 환경과 경제/산업구조로의 조성을 통해 “건강”이라는 소중한 가치를 지향할 수 있도록 우리 모두 공동 노력해야 할 것임

라. 질과 성과 향상을 위한 국제협력(안) 개발

- 각국에 특이적인 질의 문제를 해결하고자 하는 노력, 질의 격차를 해소하기 위한 노력은 한국 뿐 아니라 대부분의 OECD 회원 국가들의 공통적인 과제라고 생각됨. 특히 이 문제는 한국과 같이 단기간에 압축성장을 기록하고 있는 아시아태평양 지역 국가들에 있어 중요한 문제로 부각되고 있음
- 성과향상을 위한 가감지급과 의료의 질의 측면에서 아시아 태평양국가들의 네트워크가 중요하다고 판단됨
- 아시아를 중심으로 하는 의료의 질 네트워크 구축(안) 개발
 - 목적
 - OECD 회원국들간 보건의료 질지표(Health Care Quality Indicator)산출을 위한 경험을 공유하고
 - 이를 위한 정보체계 구축의 성과를 공유하고
 - 질 평가와 향상, P4P와 관련된 노력 가운데 아시아권 특이적인 문제들에 대한 노력의 경험을 공유하고자 함
 - 내용
 - 아시아권 국가들 전문가들에게 OECD 보건의료 질지표 프로젝트에서 진행되는 지표와 산출 방법을 소개하여 보건의료 질 지표 프로젝트를 확장함
 - 첫째에는 지표 산출 방법을 토론하고, 두 번째 해에는 지표 산출과 관련된 각국의 여건을 파악함
 - 보건의료 질 지표 산출 관련 아시아 주요국의 상황에 대한 정보를 공유하고, 아시아권 공통의 문제점(정보체계 관련, 질 지표 관련)을 파악함
 - Pay for performance 관련 OECD의 논의를 아시아국 전문가와 공유하고, 아시아권 공통적 문제점을 파악함
 - 구체적인 논의 일정(안)

- Day 1 : HCQI 프로젝트
 - OECD 보건의료 질 지표 프로젝트 소개
 - 암 지표
 - 만성질환의 급성기 악화지표
 - 일차의료 지표
 - 정신질환
- Day 2 : Infrastructure
 - 각국의 지표 산출 관련 현황 (ICT)
 - Pay for performance
 - 한국의 경험
 - 발전 방향
- 기대효과
 - 아시아 태평양 국가들의 보건의료 질 관련 벤치마킹
 - OECD Health at a Glance(HAG) 작성 시 통계수치 판단의 참고자료
 - 장기적으로, 아시아권 국가들의 HAG 신뢰도 제고

제 6 장. 고찰 및 결론

- OECD 보건분과(Health Division)는 앞으로 개별적인 질 지표의 의미를 분석하는 연구뿐만 아니라 질 중심 거버넌스를 위한 질 전략과 정책을 개발하는 연구로 확장해 나갈 예정이다. 구체적 예로 질에 대한 의료정보시스템에 대한 연구를 통해 지표 개발 및 측정을 발전시키고 보건의료 질 지표 프로젝트 네트워크를 활용한 질 전략 개발과 같은 연구들이 이루어 질 것으로 전망됨
- 또한 이러한 국제기구 연구에 참여함으로써 국내 의료의 질과 성과 향상에 많은 잇점이 있음. 질 평가와 관련해서 국내에서 활용할 수 있는 평가지표의 원형을 제시하여 지표 개발에 직접적인 원동력을 얻을 수 있음. 또한 국내 질 평가에서 새롭게 시작하는 지표의 경우 지표의 타당도를 높일 수 있어 과학적이고 현실적 접근이 가능해 짐. 관련 연구 분야에서는 연구개발의 기본 틀과 방향성을 제시함. 또한 쉽게 확충하기 어려운 질 평가 인프라 구축과 장애요인의 해결 방안에 대해 구체적인 내용과 방법을 벤치마킹할 수 있음. 의료의 질 정책 영역에서는 우리나라의 실제 의료의 질이 분야별로 어느 정도 수준인지를 가늠하고 이를 바탕으로 정책적 우선순위를 설정하는 기초 자료로 활용할 수 있음. 또한 보건의료 정책의 목표를 설정하고 연도별 변화정도를 파악하여 정책의 목표달성 정도를 판단하는 데 이용할 수 있음
- 의료의 질과 성과를 향상시키기 위해서는, 구체적인 대상을 정하고 기술적으로 측정할 수 있어야 함. 또한 측정된 결과에 대해 해석하고 질을 향상시키기 위한 노력이 조화를 이루어야 함. 이를 위해서는 질 지표 개발에 대한 관심과 지원, 측정된 결과의 적극적 활용, 질 측정과 연계하여 의료의 성과를 향상시킬 수 있는 정책 수립이 이루어져야 할 것임
- 한국 건강보험의 효율성 제고를 위한 노력에서도 성과를 평가하고 이를 개선하기 위해 노력해야 하는 것은 예외가 아님. 10년 사이 세 배의 증가를 낳은 건강보험의 지출이 과연 비용의 가치(value for money)를 하는지, 그렇지 않다면 어느 부분이 주로 그런지 확인하는 것은 장기적으로 건강보험의 재정 설계

에서 빼놓을 수 없는 과정임. 거시적인 견지에서 뿐만 아니라, 의료기관 단위에서도 해당 기관의 성과가 지불할 만한 가치가 있는지를 보는 것이 필요함. 성과의 평가와 그 개선을 위한 노력은 진료비 지급 이후 사후관리적 성격에서 한 걸음 나아가 재정과 제공 설계 단계부터 고려되어야 함

□ 출장기간 : 2010.10.5~10.14

□ 출 장 지 : 프랑스 파리, OECD 본부

I. 보건의료 질 포럼

1. 프로그램

일시 및 장소 : 7 October 2010, 파리 OECD 본부

8:30 - 9:00 Registration

9:00 - 9:15 Keynote address by the Minister Chairing the Forum
(The Honorable [Nicola Roxon](#) MP, Australia)

Round 1 of the discussion: Getting better measures of quality

9:15 - 9:30 The importance of measuring quality (Prof. [Niek Klazinga](#),
OECD)

9:30 - 9:45 Progress in measuring quality of care ([Philip Hassen](#), President
of the International Society for Quality in Health Care, ISQua)

9:45 - 10:45 Discussion among panel of experts

10:45 - 11:15 Coffee break

Round 2 of the discussion: Promoting the quality of care

11:15 - 12:30 Ministerial panel discussion on promoting quality of care

2. 포럼의 배경

- OECD 국가에서 병원 입원의 10% 넘게 오류(health care errors)가 발생하고 있으며, 이중 반 정도가 예방하거나 피할 수 있음. 미국은 의료과오(medical errors)로 인한 사망이 교통사고로 인한 사망보다 더 높으며, 영국에서는 응급실 입원의 40%가 일차의료를 제대로 제공하였다면 발생하지 않았을 것으로 추정함. 낮은 의료의 질은 모두에게 나쁜 영향을 주며, 이로 인해 환자가 고통 받고 보건의료비가 필요이상으로 증가하게 됨
- OECD Health Care Quality Indicators(HCQI) 팀은 2001년부터 의료의 질 지

부록1. 출장보고서 (2010년 10월)

표를 개발하여 국가간 비교한 결과를 제시해 왔음. 일차의료(피할 수 있는 병원입원율로 측정), 급성기 진료(급성심근경색증과 뇌졸중의 원내사망률), 정신보건(재입원율), 암 진료(5년 생존율과 사망률, 검진율) 영역에 걸쳐 질 지표를 개발하여 이들의 비교결과를 활용할 수 있음. 현재 환자안전과 환자경험 분야의 지표 작업을 진행 중임

- 의료의 질을 향상시키기 위해 질 지표의 수준을 향상시킬 필요가 있음. 많은 나라들이 직면한 문제가 보건의료 정보시스템의 구축과 활용임. 또한 환자식별번호를 이용한다면 다른 자료원들을 연결하여 보다 유용한 정보를 얻을 수 있음
- 이에 OECD는 보건부장관과 이 분야를 대표하는 전문가들이 참석하는 고위급 정책 포럼을 개최하여 의료의 질 향상을 위해 질 지표를 어떻게 개발하고 활용할 것인지에 대해 토론하는 장을 마련함

※ 포럼 배경문서(OECD Health Ministerial meeting - Forum on Quality of Care)와 OECD 발간문 "OECD Health Policy Studies-Improving Value in Health Care, Measuring Quality"에 우리원 적정성 평가와 가감지급사업이 모범사례로 채택되어 수록됨

Box 5. Korea's Pay for Performance approach

More than 99 % of Korean hospitals and clinics use electronic data interchange processes and a unique patient identifier is in place. This has provided the infrastructure necessary for an innovative approach to improving the quality of care. The Health Insurance Review and Assessment service (HIRA) of Korea is currently conducting quality assessments for 26 areas including acute myocardial infarction, stroke, coronary artery bypass graft, prophylactic antibiotic use for 8 surgical procedures, hemo-dialysis, psychiatric hospitals, long-term care hospitals, 8 surgical volume indicators, unnecessary C-section rate, hypertension and prescribing patterns. The publication of quality indicators based on these assessments has led to considerable improvements in quality of care and reduction in quality variations. In 2007 Korea went a step further and initiated an additional pay for performance demonstration program. The new pay for performance scheme is called the HIRA-Value Incentive Program (VIP). The scheme covers 43 tertiary hospitals and measures their performance in acute myocardial infarction treatment and unnecessary caesarean section rate. Thus far the programme has made a significant impact in terms of quality gains for AMI treatment. The C-section rate has fallen slightly. The economic impact has been estimated to be significant.

Box 5. 한국의 성과기반 지불 접근

한국 병원과 의사 99% 이상이 전산화된 정보교환체계를 사용하고, 환자식별번호를 사용한다. 이를 통해 진료의 질 향상을 위한 혁신적 접근에 필요한 기반이 마련되었다. 한국의 건강보험 심사평가원에서는 현재 급성심근경색, 뇌졸중, 관상동

맥우회술, 8개 수술에 대한 예방적 항생제 사용, 혈액투석, 정신병원, 장기요양병원, 8개 외과술 지표, 처방패턴 등 26개 영역에 대한 질 평가를 수행하고 있다. 이들 평가에 기반한 질 지표 자료를 통해 진료의 질 향상 및 질 격차 감소에 상당한 영향을 미쳤다. 2007년 들어 한국은 더 나아가 성과기반 지불 시범사업에 착수했다. 새로운 성과기반 지불제도는 가치인센티브제도(VIP)라고 부른다. 이 제도는 43개 3차 병원이 참여해 이들 병원에서 급성심근경색 치료와 불필요한 제왕절개술 관련성과를 측정한다. 이 제도를 통해 현재까지 급성심근경색 치료 관련 질에서 상당한 성과를 이루었고, 제왕절개술율은 약간 감소했다. 경제적 영향은 유의한 것으로 추정되었다.

3. 주요 안건

- OECD를 비롯하여 현재까지 이루어진 작업들이 의료의 질에 대해 무엇을 시사하고 있는가?
- 타당하고 신뢰할 수 있는 질 지표 산출을 위해 국가 정보 기반을 어떻게 향상시켜야 하는가?
- 질 측정 결과를 보건의료체계의 전반적인 성과와 질 향상을 위한 국가 전략 및 정책에 어떻게 활용할 것인가?

4. 주요 논의 결과

- OECD 보건의료 질 지표 프로젝트의 책임자인 Niek Klazinga 교수(네덜란드 암스테르담대학교 사회의학)가 의료의 질 측정의 중요성에 대해 발표함
 - 유방암/자궁경부암/대장암의 5년 생존율과 사망률, 검진율, 일차의료와 관련해서 당뇨, 만성심부전, 만성폐쇄성폐질환, 천식의 피할 수 있는 입원율, 급성심근경색증과 뇌졸중의 30일 사망률, 수술 후 이물질 잔존율과 우발적 천자 및 열상물의 환자안전 지표의 측정결과와 연도별 변화양상을 설명함
 - 다음의 7가지 recommendation을 제시함
 - 1) 한 편으로는 사생활과 정보 보호, 다른 한 편으로는 질 중심의 거버넌스를 위한 신뢰도 높고 타당한 정보 활용 간에 중도를 채택하는 법적 기반 마련
 - 2) 질 측정을 위해 국가 등록자료와 행정자료의 충분한 활용방안 마련 : 특히 환자식별번호 이용 및 부상병과 present-on-admission(PoA) 상병 입력 방안

(PoA는 질 문제의 책임성을 명확히 할 수 있음)

- 3) 인구집단 통계의 한 부분으로 질을 측정하기 위해 전자의무기록 활용 확대
 - 4) 환자 경험에 대해 국가 수준의 장기적(longitudinal) 자료 수집 시스템 구축
 - 5) Macro, meso, and micro 수준에서 질 향상을 고려할 때 일반적인 질 지표 활용 보장
 - 6) 질 측정 노력과 국가 질 정책 간의 연계 및 일관성 확보 : 보건의료 투입요소(전문인력, 병원, 기술), 보건의료체계 설계(질의 책임성과 사회적 책무의 배분), 모니터링(기준, 가이드라인, 정보체계), 보건의료체계 향상(국가 질과 안전성 향상 프로그램, 질 인센티브)
 - 7) 다른 나라의 좋은 질 향상 정책 사례 검토 및 적용 방안 개발
- 국제의료의질학회(ISQua) Philip Hassen 회장이 보건의료의 가치 향상을 위한 질 측정이라는 주제로 발표함
- 성인 10명중 한명은 병원감염에 노출되고, 10명 중 한명에게 잘못된 약품 혹은 잘못된 용량의 약이 투약됨. 또한 유방암, 자동차사고, 그리고 HIV로 인한 사망보다 위해사건 사망이 더 많음
 - 위해 사건 발생률은 국가에 따라 3.7%에서 16.6%로 보고하고 있으며, 환자 안전과 질에 대한 체계적 접근이 필요함. 즉 안전한 문화 창출을 위한 시스템 변화는, 전자의무기록 활용을 통한 측정과 평가, 법 제도 기반, 정보와 의사소통, 교육과 전문가 양성을 통해 달성할 수 있음
- 전문가 토론은 호주 보건부 장관인 Nicola Roxon이 좌장을 맡았고, 토론자는 다음과 같음
- 세계의사협회(World Medical Association) Otmar Kloiber, 국제병원연합(International Hospital Federation) Eric Deroodenbeke, 국제환자조직연맹(International Alliance of Patients' Organizations) Hussain Jaffri, OECD 경제산업자문위원회(Business and Industry Advisory Committee to the OECD) Nicole Denjoy, OECD 노동조합자문위원회(Trade Union Advisory Committee to the OECD) Sara Gorton, 덴마크 national Board of Health의 Jan Mainz, 미국 질병관리본부(CDC)의 Edward Sondik
 - 토론의 내용을 요약하면, 질의 측정과 개선의 조화가 필요하며 개선이 이루어

- 질 수 있도록 구체적인 방법이 개발되고 제시되어야 함. 안전성 향상을 위해서는 보고에 대한 법적 조항이 매우 중요하며 관련된 법적 틀이 마련되어야 함
- 질 측정과 향상에는 방대한 자료수집이 요구되지만, 이를 위해 많은 시간과 노력이 소요되므로 자료수집 모델을 설정하여 효율적인 자료수집 방안이 필요함
- 불형평성(disparity)에 대한 관심과 해결 노력이 필요함
- 각료 패널 토론은 호주 보건부 장관인 Nicola Roxon이 좌장을 맡았고, 이탈리아, 헝가리, 스페인, 핀란드 보건장관이 패널로 참여함
- 질에 대한 정책적 의사결정시 관료적 접근보다 보건의료종사자의 신념에 기반해야 한다고 의견을 제시함. 또한 창의적인 자료 활용 계획이 필요하며 이를 위해 정의를 표준화하고 전자정보시스템의 활용이 필요함
- 정치경제적 위기시 보건의료전문가의 국가간 이동에 대해 국제수준에서 관리가 필요함
- 안전성과 질은 보건의료의 기본적 요소이며 이를 보장하고 향상시킴으로써 보건의료의 지속가능성이 확보됨을 강조함

II. 사무국 회의

1. 보건복지부 파견 과장 회의

일시 : 2010. 10. 6. 11:00

장소 : 파리 OECD 모나코 빌딩 (2 Rue du Conseiller Collignon)

참석 : Social Policy Division, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs(고용·노동·사회국), OECD 파견 보건복지부 김현주 과장

곽숙영 OECD대한민국정책센터 본부장

심평원 김선민 평가위원, 박춘선 부연구위원

□ 논의 사항

○ OECD 보건의료 영역

— 2004년 이후 Health Committee, Health Division이 설립된 이후 많은 주제를

다루고 있음

- OECD는 비용이나 예산에 대한 경제적 측면을 고려하기 때문에 다른 국제기구에 비해 정책적 실행방안을 중요시함
- 보건의료질지표 프로젝트의 정확한 향후 계획은 알 수 없으나, OECD에서 수행하는 대부분의 프로젝트는 목표가 달성되면 종료하거나 다른 사업으로 전환시킴
- OECD 보건의료의 최근 가장 큰 메시지는 'value for money'와 'evidence-based medicine'으로 요약할 수 있음

○ Health Committee에 대한 전망

- "Health data"와 "health policy" 두 가지가 주요 영역이며, 이중 정책은 각 나라가 처한 환경과 역사적 맥락에 따라 다르게 작동하게 됨으로 정책보다 health data의 활용도가 더 높음. 따라서 앞으로는 health data가 더 우선순위가 높은 사업으로 진행될 것으로 예상됨

(주. Health Committee가 발족되기 이전에 Health Data는 고용·노동·사회국의 Social Policy Division에서 담당하였음)

○ OECD 사무국의 사업 진행

- OECD 사무국은 OECD 대표부와는 별개의 조직임. OECD 대표부는 우리나라를 대표하여 외교업무를 수행함. OECD사무국은 약 2500명의 직원이 위원회 활동을 지원하며, OECD이사회에서 정한 우선순위에 따라 업무를 수행함.
- 과제별 연구자는 2~3명으로 구성되며, 통계담당자 1인이 2 과제를 담당함

2. HCQI 프로젝트 책임자 회의

일시 : 2010. 10. 6. 14:00

장소 : 파리 OECD 모나코 빌딩 (2 Rue du Conseiller Collignon)

참석 : Niek Klazinga, Health Care Quality Indicator Project Coordinator, Health Division, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs(고용·노동·사회국)

심평원 김선민 평가위원, 박춘선 부연구위원

□ 논의 사항

○ HCQI 프로젝트는 8년 되었으며, 각 영역별 현황은 다음과 같음.

- Cancer Care는 지금까지 유방암, 자궁경부암, 대장암에 대한 지표를 비교해왔으며 암종(폐암)을 추가하는 계획을 세우고 있음
- Primary Care는 자료의 한계가 있기는 하지만 처방자료로 확대할 경우 지표의 타당도가 훨씬 높아질 수 있음
- Acute Care는 현재 입원단위사망률을 산출하고 있음. UPI(unique patient identifier, 환자식별번호)를 이용한 환자단위 지표가 산출되어야 지표의 타당도가 높아질 것임
- Mental health의 재입원율은 UPI를 이용하여 의료기관 이동을 추적할 수 있어야 지표의 의미가 있음. 여러 자료(행정자료, 사망자료 등)간의 연계가 중요하나 현재로서는 어려운 상태임
 - 심평원) 우리나라 정신보건지표(정신분열증 재입원율, 양극성정동장애 재입원율)는 산출이 가능함. 다른 나라에 비해 재입원율이 낮으나 재원일수가 과도하게 길어 우리나라 정신보건의 현황을 왜곡할 수 있을 것으로 판단하여 제출하지 않았음
 - OECD) 제출하고 보고서에 메모로 표시하여 해석에 주의를 요하도록 하는 방안이 있음
- Patient Safety는 부진단명, PoA(present on admission) 등 자료체계에 영향을 많이 받는 문제를 가지고 있음

○ HCQI 향후 계획

- 2011년 "Health at a Glance" 발간을 위해 2010년 11혹은 12월에 자료제출양식을 각 회원국에 발신하고 2011년 2월까지 자료를 제출하도록 할 예정임.
- 2011년 12월까지가 이 사업의 공식적인 기간이나, 그 이후에도 이 사업은 지속될 것임
- HCQI 사업과 Quality Policy와의 관계에 대해 더 깊은 논의가 이루어지길 바랍

3. Health Division 부서장 회의

일시 : 2010. 10. 12. 10:00

장소 : 파리 OECD 모나코 빌딩 (2 Rue du Conseiller Collignon)

참석 : Mark Pearson, Director, Health Division, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs(고용·노동·사회국)

심평원 최병호 연구소장, 김선민 평가위원, 박춘선 부연구위원

□ 논의 사항

- 우리원 적정성 평가와 가감지급 사업 사례를 OECD에서 채택함으로써 정책 당국이 이문제를 이해하고 이슈화 하는데 매우 도움이 되었다는 점을 전달함
- OECD Health Division의 주요 방향은 향후 질 지표와 질 정책을 포함하여 지속적으로 내용을 확장해 나갈 예정임
- HCQI 프로젝트에서 50개 지표를 개발해 왔으며, 문제는 각 지표의 의미는 있으나 전체적인 전략적 메시지가 부족함.
- HCQI 자료수집 국가를 지속적으로 확대해 나갈 예정임
- 향후 방향
 - Upstream direction : 질에 대한 의료정보시스템 확대
 - Downstream direction : QI 프로젝트 네트워크를 활용한 quality strategy 개발

III. 보건장관회의

1. 회의 개요

- 회의 기간 및 장소 : 2010. 10. 7(목)~8(금), 프랑스 파리 OECD 본부
- 주최 : OECD DELSA(고용노동사회국)
- 참석 : OECD 33개 회원국 및 Observer 국가 및 국제기구
- 주요의제
 - 보건의료의 질(Quality of Care) 개선
 - : 보건의료의 질 측정방법 및 질 개선 방안
 - 재정적 제약속에서 보건의료시스템의 우선순위
(Health System Priorities when Money is Tight)

: 보건재정 안정 및 보건의료시스템의 효율성을 조화시키기 위한 정책방안

○ 건강한 선택(Healthy Choices)

: 만성질환의 예방을 위한 정책방안

2. 10/7일 1일차 프로그램 (Session 1)

— 주제 : 재정적 제약 속에서 보건의료시스템의 우선순위

Chair: [Mrs. Anne-Grete Strøm-Erichsen](#), Minister of Health and Care Services, Norway

Vice-chairs: [Ms. Nicola Roxon](#), Minister for Health and Ageing, Australia, and [Mr. Adam Fronczak](#), Undersecretary of State in the Ministry of Health, Poland

15:00 Welcome address

15:20 - 15:50 The Chair will give the floor to the first speakers for their opening comments:
[Mme Laurette Onkelinx](#), Deputy Prime Minister and Minister for Social Affairs and Public Health, Belgium
[Mr. Osamu Fujimura](#), Senior Vice Minister of Health, Japan
[Mr. Andrew Lansley](#), Secretary of State for Health, United Kingdom

15:50 - 16:30 Discussion

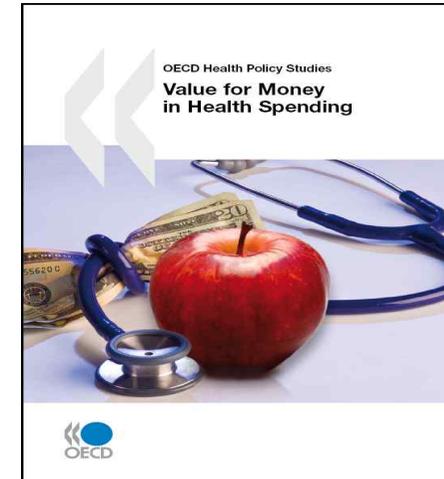
16:30 - 17:00 Coffee Break

17:00 - 18:25 Discussion (continued)

18:25 - 18:30 Concluding remarks by the Chair

3. 장관회의 배경(Session 1)

- 과거보다 건강에 더 많은 비용을 쓰고 있음. 의료비는 OECD 2008년 경제규모의 평균 9%에 이르고 미국, 프랑스, 스위스, 오스트리아, 독일, 캐나다, 벨기에 7개 국가는 10%를 초과함. 2003-2007년 사이 의료비 증가율은 다소 완화되었으나 과거 15년 동안 대부분의 OECD 국가에서 경제성장률을 상회함.
 - 재정적 경제적 위기 상황에서 많은 국가들은 거시적 경제적 안정성을 확보하기 위해 공공 예산을 줄여야 하는 국면을 맞게 됨. 보건의료는 공공부문에서 가장 큰 부분을 차지하기 때문에, 보건의료비용의 가치 향상이 정치적 우선순위가 되어야 함.
 - 과거 경제적 침체에 많은 OECD 국가들은 구매자와 공급자에 대한 예산 삭감 정책(인력 감축 및 새로운 투자 보류, 임금 조정 등)으로 의료비를 줄이고자 하였음. 그러나 이러한 단기적 정책들은 장기적으로 의료비를 상승시키는 결과를 초래함. 예를 들어, 예방에 대한 비용을 줄이는 것은 후에 더 높은 의료비 상승을 가져옴. 단기적 공공 비용 절감 정책이, 형평성, 반응성, 효과성, 효율성과 같은 보건의료시스템의 장기목표를 손상하지 않는지를 신중하게 고려해야 함.
 - 이에 OECD는 보건의료비 절감을 위한 단기적 방안이 무엇인지, 뿐만 아니라 장기적으로 보건의료시스템의 효율성을 높이기 위한 방안을 논의하기 위해 보건장관회의를 개최함. Value for money를 향상시킬 수 있는 유용한 정책으로 진료의 조정력 향상, 정보기술, 의료기술평가, 약제비 정책 등이 있음. 의료의 질 목표 달성정도에 따른 지불방법도 효과적인 것으로 알려짐.
- ※ OECD 발간문 "OECD Health Policy Studies - Value for Money in Health Spending" 에 심평원 가감지급 사업 사례가 수록됨.



Korea

Korea has a long tradition of performance-related pay in several sectors. A recent survey reports that 45.2% of Korean firms with more than 100 employees have implemented compensation methods based on individual performance (Park and Yu, 2002). However, pay for performance in health care is relatively recent, and is a response to growing concerns about value for money achieved by increased health spending. Although Korea still has relatively low spending on health compared to other OECD countries (6.5% of GDP in 2008), the growth rate in real health expenditure per capita between 1995 and 2008 has been the highest in the OECD, reaching 8% an average per year.

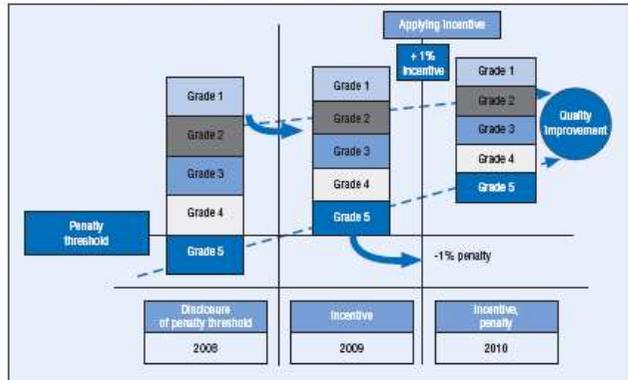
There have been considerable health reforms in Korea since 2000 with integration of numerous health insurance funds into a single payer system. The Korean Health Insurance Review Agency (HIRA), founded in 2000, is an independent government body responsible for reviewing the medical fee schedule and evaluating whether health care services are delivered at appropriate level and cost. It has initiated a national quality assessment programme that led to considerable improvement in quality of care including reducing variation in quality. Linking quality of care to financial incentives is the latest step Korea is using to improve quality.

In 2007, the Ministry of Health and Welfare and HIRA launched the Value Incentive Programme, a pay-for-performance scheme covering 43 tertiary hospitals providing secondary care services. The scheme focuses on two important conditions: quality of treatment for acute myocardial infarction (AMI) and caesarean deliveries, whose rate is very high. HIRA developed synthetic quality measures. For myocardial infarction, there are seven indicators: process indicators (timeliness of reperfusion therapy, administration of aspirin) and outcome indicators (case fatality). For the caesarean section rate, there are 16 clinical risk factors. Bonus payments were made to providers based on quality improvement from a 2007 baseline survey of the indicators, where hospitals were ranked

4. IMPROVING VALUE FOR MONEY IN HEALTH BY PAYING FOR PERFORMANCE

in five levels (see Figure 4.3). In 2009, high performers and performance improvers received bonuses amounting to 1% of reimbursements from National Health Insurance Corporation (USD 375 million) while performers below the 2007 baseline were penalised 1% of payments as well.

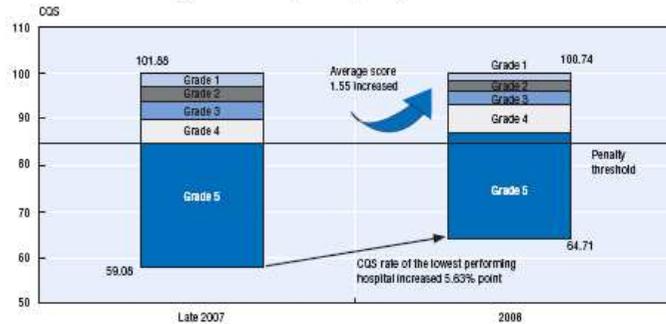
Figure 4.3. Value Incentive Programme mechanisms in Korea



Source: Kim (2010).

The results of the Value Incentive Programme showed a 1.55% increase in total scores of the myocardial infarction measure between 2007 and 2008 while the caesarean section rate dropped by 0.56%. There was also a decrease in variance of quality among providers and a marked improvement in lowest performing group (see Figure 4.4).

Figure 4.4. Composite quality score of AMI



Source: Kim (2010).

4. IMPROVING VALUE FOR MONEY IN HEALTH BY PAYING FOR PERFORMANCE

Though the progress made has been substantial, the next step is to include more hospitals into the scheme (including general hospitals), to broaden the clinical areas covered, as well as increasing the incentive rate to 2%.

※ 장관회의 1부 배경문서(OECD Health Ministerial meeting - Session 1. Health System Priorities when Money is Tight)에 심평원 가감지급사업이 모범사례로 수록됨.

Box 8: P4P: The experience of Australia and Korea

The Australian Government provides financial incentives to both parents and immunisation providers to support child immunisation outcomes. Since the introduction of the General Practice Immunisation Incentives Scheme in 1998, the average practice immunisation coverage has increased from around 76 per cent to around 92 per cent.

The Health Insurance Review and Assessment service (HIRA) of Korea developed the so-called HIRA-Value Incentive Program (VIP) in 2007. This pay-for-performance scheme covers 43 tertiary hospitals for improvements in acute myocardial infarction treatment (based on seven indicators including timeliness of reperfusion therapy, case fatality and the administration of aspirin) and reductions in unnecessary caesarean deliveries. High performers and those with improving performance were paid financial incentives from the second year of implementation of the scheme, while penalties for bad performers will begin to apply from the third year. To date, the programme has resulted in a 1.68% improvement in the quality measure for myocardial infarction measure and a 0.6% point drop in C-section delivery, as well as savings of 1.8 billion won.

Box 8: P4P: 호주와 한국의 경험

호주 정부에서는 환자과 예방접종 제공자 양측에 금전적 인센티브를 제공해, 어린이 예방접종 결과를 지원했다. 일반의 예방접종 인센티브 제도가 1998년 도입된 이래, 평균 예방접종 적용 범위는 약 76%에서 92% 정도까지 증가했다.

한국의 건강보험 심사평가원은 소위 HIRA-가치인센티브(VIP)를 2007년에 도입했다. 이는 성과기반 지불제도로써 43개 3차 병원을 대상으로, 급성심근경색 치료(재관류 요법 시기 적절성, 치명률, 아스피린 투여 등 7개 지표를 근거)와 불필요한 제왕절개분만 항목에 해당한다. 성과가 높은 기관과 성과 향상을 이룬 기관에는 제도 도입 2년째부터 재정적 인센티브가 주어지며, 성과가 불량한 기관에 대한 불이익은 3년째부터 적용된다. 현재까지 이 프로그램을 통해 급성심근경색

질 지표에서는 1.68% 향상을 이루었고 제약절개 분만은 0.6%포인트 감소해, 18억 원의 비용 절감효과가 있었다.

4. 주요 안건

- 예산 제약 시기에 정부가 어떻게 양질의 의료에 대한 접근성과 건강결과를 향상시킬 수 있는가?
- 가장 적은 비용으로 건강결과를 향상시킬 수 있는 가장 효과적인 방향은 무엇인가?

5. 논의 결과

— 우리나라 수석대표 발언 주요 내용

- 한국 수가제도의 근간인 행위별 수가체계(fee-for-service)는 양질의 의료서비스 제공에 기여한 반면, 중요한 공급측면 비용 상승 요인으로 작용하고 있음을 밝힘
- 상기의 의료비 증가 문제 해결을 위해 지불제도 개편을 추진중임을 소개. 구체적 사업으로는 신포괄수가제 실시, 일당정액 수가 등이 있음을 밝힘
- 한편, 의료서비스의 질 확보가 건강보험시스템 유지에 필수적이므로 성과 기반 급여지불제도를 통해 지속가능한 건강보험시스템 확립을 추진할 필요성 강조. 이를 위해 아국은 가감지급 사업, 처방총액절감 인센티브 제도 등을 실시 중임 소개
- 한국은 건강보험료 부과체계 개선을 통해 재정안정성을 확보하려 노력 중이며, 이를 위해 일정 수준 이상의 연금 소득자 및 재산보유자를 피부양자에서 제외하는 방안을 모색 중이라고 소개함
- 이외에도, 보건의료의 정보화, 의료자원의 적정 공급 관리 등이 보건의료 지출의 효율성 제고에 필수적임을 강조

— 회원국 발언 주요내용

- OECD 사무총장 : 경제위기가 다가오면서 각국의 보건의료예산은 삭감 압력을 받고 있음. 그러나 회원국들의 보건의료지출은 증가하는 추세임. 따

라서 이러한 상황에서 보건의료의 접근성을 유지하면서 지출의 효율성을 제고하는 것이 주요 과제

- 노르웨이 : 보건의료지출의 효율성 제고에 있어서 가장 선결과제는 의료의 질 확보임을 강조함. 또한 의료 접근성의 형평성 유지도 중요한 정책적 과제임을 밝히면서, 오늘 토의를 통해 상기 과제에 대한 해결방안도 도출되기를 희망함
- 벨기에 : 유럽 지역에서는 경제위기로 인해 보건의료의 불평등이 증가되었음. 이러한 불평등을 해결하기 위해서는 지출의 효율성 제고를 통해 취약계층에 대한 접근성 강화가 필요. 한편, 지출의 효율성 제고를 위해서는 보건의료의 질 관리, 예방에 대한 지출 증가를 통한 잠재적 의료비 상승 요인 억제 등이 필수적
- 일본 : 일본의 최근의 의료지출 효율화를 위한 정책 소개. 종합검진 의무화, 의사의 전공 불균형 문제에 대한 대책, 응급의료 지원 강화, 장기요양 시설 확대 등을 소개
- 스페인 : 신의료기술 및 신약개발을 통한 의료의 질 개선, 의료 제도의 투명성의 중요성 등을 강조
- 멕시코 : 보건지출 증가세를 둔화시키기 위해 예방에 많은 노력이 필요하며, 의료관행에 대한 감독, 기술혁신 등의 중요성을 강조
- 독일 : 독일은 경제위기에도 불구하고 보건지출을 증가시키고 있음을 소개. 건강에 대한 투자는 결국 미래의 경제성장과 고용창출을 위한 투자임을 강조하면서 독일의 건강보험 본인부담금 감소 성과를 소개
- 영국 : 영국은 과도한 재정적자로 인해 보건의료지출에 대한 부담 가짐. 그러나 의료의 질을 유지하기 위해서는 효율성 제고가 필수적 과제. 이를 위해 회원국 상호간의 정책 협조가 필요
- 포르투갈 : 보건의료시스템에 대한 접근성이 중요. 한편으로는 의료의 질 제고 문제도 중요한 문제. 양자를 조화롭게 달성하기 위해 포르투갈은 장기요양시스템 강화, 예방 정책 강화 등을 추진 중
- 그리스 : 심각한 재정 압박 속에서 약품 지출 및 민간의료비 지출 과다와

같은 보건의료시스템의 문제를 해결하기 위한 노력이 진행 중. IT를 통한
의료 효율성 제고를 추진 중

- WHO : 보건의료의 질 개선을 위해서는 질 측정 지표의 개발이 선결과제

부록2. 장관님 발언문 (2010년 10월)

주제 1 : 지불제도 개혁

□ 행위별 수가체계 개편을 통한 의료비 지출 증가 억제 노력

- 민간 의료공급체계에 대한 의존도가 큰 한국에서 수가제도는 건강보험의 중요한 정책수단임
- 한국 수가제도의 근간인 행위별 수가체계(fee-for-service)는 양질의 의로서 비스를 충분히 제공하는데 기여한 반면, 미약한 자원 공급규제와 함께 중요한 공급측면 비용 상승 요인으로 작용하고 있음
 - OECD 국가 중 높은 고령화 속도로 인한 수요측면 비용 상승 요인까지 고려하면, 지불제도 개혁은 가장 핵심적인 지출 효율화 과제 중 하나임
- 그간 한국 정부는 1997년부터 DRG 포괄수가제 시범사업을 추진해 왔음
 - 002년 본 사업을 시작하여 7개 질병군에 대하여 요양기관 선택 방식으로 적용하였음
 - * 7개 질병군: 수정체수술, 편도선수술, 항문수술, 탈장수술, 충수절제술(맹장수술), 자궁 및 자궁부속기수술, 제왕절개분만

□ 신(新) 포괄수가제도 시범사업 추진

- 약품·재료 등의 비용을 포괄하되 포괄수가 적용이 어려운 수술료 등에 대해 별도로 보상 신포괄수가제 추진
- 2008년부터 신포괄수가제를 위한 분류체계를 개발하였고,
 - 2009년 4월부터 보험자병원에 대하여 20개 질병군에 대해 시범사업을 실시하였으며, 2010년 7월부터는 76개 질병군에 확대 적용
- 향후 전 공공 의료기관을 대상으로 확대 적용할 계획임

□ 노인요양병원에 일당진료비 정액형 수가제도 도입

- 한편, 1997년 의료법에 도입된 노인요양병원에 대해서는 2008년부터 일당 진료비 정액제 수가제도를 도입하여 운영하고 있음

- 지금까지 드러난 문제점을 해결하기 위한 개선방안을 마련하고 있음

□ 제안

- 후발 사회보험국가들 가운데에는 서방 회원 국가들과 다른 역사적 발전 과정을 겪는 나라들이 있음
 - 특히, 민간 주도의 공급체계에 의존하고 있는 나라들이 지불제도 개혁에 있어서 고려해야 할 함의들에 대한 국제간 연구를 향후 OECD가 수행해 갈 것을 기대함
 - ※ 급성기 병상 중 공공병상 비율 : 한국 10%, 일본 26.3% 벨기에 34%, 독일 49%

표 19. 급성기 병상 중 공공/민간 병상 비율

국가	급성기 병상 비율 (%)		
	공공병원	비영리 민간병원	영리 민간병원
Australia	69.6	14.4	16.0
Austria	72.5	18.8	8.7
Belgium	34.0	66.0	0.0
Canada	100.0	0.0	0.0
Czech Republic	91.0	0.0	9.0
Denmark	96.7	2.5	0.8
Finland	89.0	0.0	11.0
France	66.0	9.0	25.0
Germany	49.0	36.0	15.0
Greece	69.0	3.0	28.0
Hungary	n.a.	n.a.	n.a.
Iceland	100.0	0.0	0.0
Ireland	88.0	0.0	12.0
Italy	81.5	16.7	1.8
Japan	26.3	73.7	0.0
Korea	10.0	65.0	25.0
Luxembourg	68.0	29.0	3.0
Mexico	65.0	0.0	35.0
Netherlands	0.0	100.0	0.0
New Zealand	81.0	9.5(1)	9.5(1)
Norway	99.0	1.0	0.0
Poland	95.0	0.0	5.0
Portugal	85.7	6.6	7.7
Slovak Republic	59.6	0.0	40.4
Spain	74.2	17.0	8.8
Sweden	98.0	0.0	2.0
Switzerland	82.7	4.8	12.5
Turkey	89.5	0.0	10.5
United Kingdom	96.0	4.0	0.0

출처 : OECD Survey on health system characteristics 2008-2009

주제 2 : 성과기반 급여지불제도(Pay for Performance)

- 의료기관 서비스의 질과 비용 간에 정(+)의 상관관계 미약
 - 상급종합병원·종합병원 대상으로 심혈관질환 사망률과 진료비 상관관계 분석 결과 진료비가 높은 기관에서 사망률이 더 높게 나타나는 경향이 있음(서울대 김윤 교수)
 - 진료비가 높다는 것이 양질의 서비스를 의미하지 않음
 - 따라서, 의료서비스의 질 확보가 비용-효과적 건보체제 유지에 중요한 과제

- 한국의 여건
 - 1977년 건강보험제도 시작 이래 단기간의 압축적인 건강보험 성장 과정에 서 20년 사이 13배 정도의 급속한 의료비 증가를 경험
 - 의료비 증가의 원인 분석과 함께 폭발적인 비용증가에 상응하는 충분한 성과를 가져오고 있는가 하는 문제의식이 대두되기 시작
 - 2000년 건강보험개혁에 반영되어, 보건의료의 성과 측정과 결과에 따른 비용 차등지급 조항이 국민건강보험법에 명시

- 가감지급(VIP, Value Incentive Program) 시범사업
 - 2000년 이후 보건의료 성과측정 역량을 축적하여 2007년부터는 성과에 따라 진료비를 차등지급하는 가감지급(VIP) 시범사업 실시
 - 시범사업은 급성심근경색증과 제왕절개술을 대상으로 성공적 실시
 - 시범기관의 심근경색증 사망률은 7.9%에서 6.4%로 감소
 - 중증도 보정 제왕절개술률도 34.8%에서 34.1%로 감소

- 약제비 절감에 대한 처방총액절감 인센티브 시범사업 실시
 - 일차의료기관에서 처방하는 약제비의 절감을 가져온 의사들에 대해 금전적 인센티브 지급
 - 시범 사업(2008~2009)은 성공적으로 전개되었고, 2010년 10월 1일 본 사업

시작

※ 평균 절감기관 비율은 32.7%('08년 하반기, '09년 하반기 비교)

□ 전망

- 한국은 압도적인 민간우위의 공급체계를 유지하고 있기 때문에, 개혁수단이 제한적일 수밖에 없는 상황에서
 - 한국에서 P4P 시범사업들의 성공은 의료체계를 합리화, 효율화하기 위한 대안적 개선방안으로서의 의미를 갖고 있음
 - 이러한 성공은 잘 발달된 정보체계, 환자식별 번호, 그에 기반한 성과평가 체계 구축 등에 힘입은 바 크다고 할 수 있음
- 향후 효율적 자원사용으로 질 높은 의료서비스를 제공하는 공급자에 대한 인센티브 부여 확대에 보건의료 전반의 성과를 향상시킬 것임

□ 제언

- 사업 추진 과정에서 OECD와의 협력과 벤치마킹은 중요한 정보로 활용되었음
- 한국은 정보화와 성과 평가, VIP 사업의 기반 위에서 OECD 회원국들과 함께 했던 국제협력의 경험을 확장하기 위한 노력을 하고자 함
- 이에 유사한 상황에 놓여 있는 국가들 간의 보건의료 네트워크 구축이 필요할 것으로 보임

주제 3 : 의료자원의 적정 공급관리

□ 한국의 의료자원 현황

- 2007년 현재 인구 1,000명당 급성기 병상 수는 7.1개로서 OECD 회원국 가운데 두 번째로 높은 수치
 - 1995년과 비교한 급성기 병상 수는 다른 OECD 회원국은 모두 감소한 데 비해 한국은 증가, 앞으로도 비용 상승 요인으로 작용할 전망
 - 민간공급자에 대한 의존도가 커서, 급성기 병상 가운데 공공에서 제공되는 병상은 10%에 불과하여 OECD 회원국 중 가장 낮은 수준

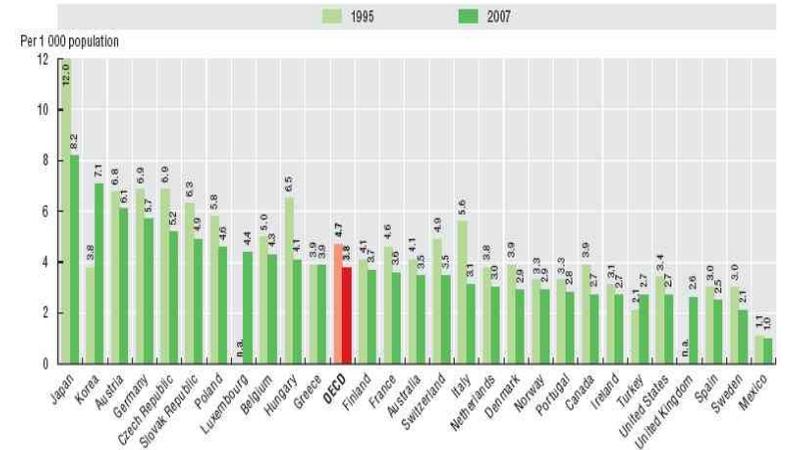


그림 10. 인구 1,000명당 급성기 병상수, 1995 & 2007년

- 고가의료장비 도입 속도 역시 빠른 수준으로서, 인구 당 CT와 MRI 수도 OECD 평균보다 1.5배 이상 많아, 이 역시 비용 상승 요인으로 작용

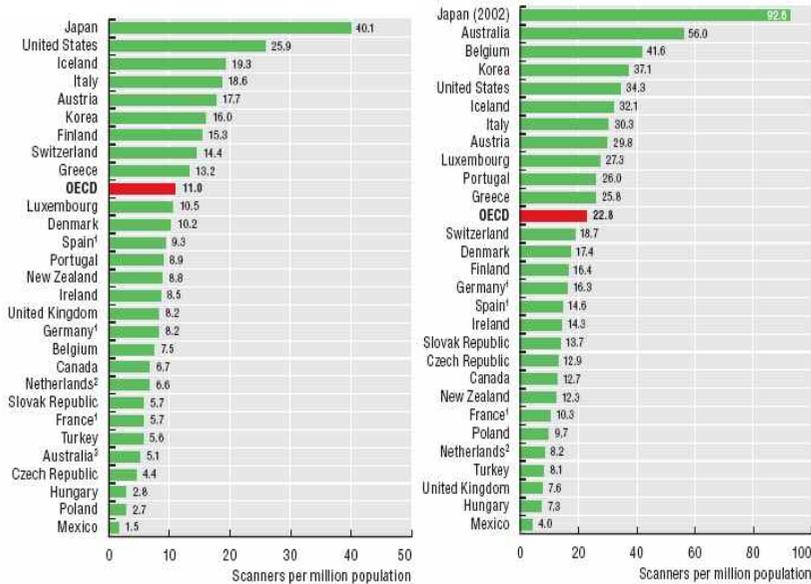


그림 11. 인구 100만명당 MRI units 수, 2007
 그림 12. 인구 100만명당 CT scanners 수, 2007

- 2007년 우리나라 인구 1,000명 당 활동의사 수는 1.7명으로 OECD 국가 평균 3.1명보다 적음
 - 우리나라는 과목별 전문의 중심으로 일차의료 전문인력 부족
- 한국은 의료자원 공급과 의료이용의 지역 산 불균형이 심화되고 있음
 - 정치·경제·문화의 중심지인 수도(서울)를 중심으로 의료기관이 밀집되어 있으며, 환자들도 수도권 의료기관으로 집중되고 있음
 - 지역 간 의료서비스 이용의 형평성 문제 대두

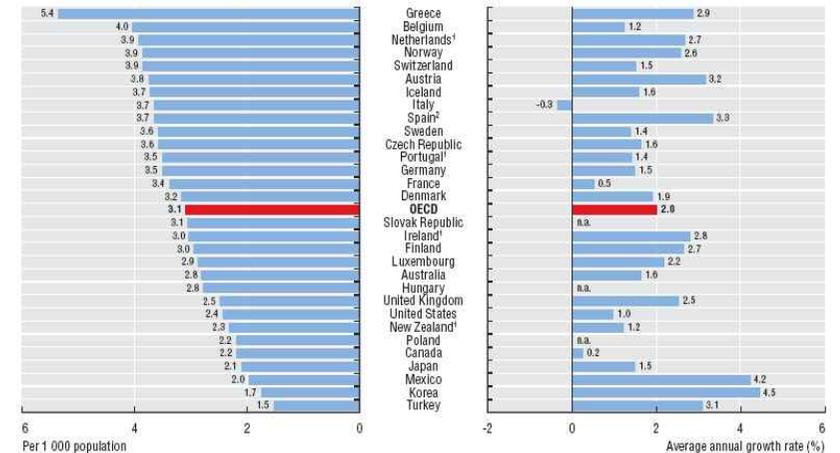


그림 13. 좌) 인구 1,000명당 활동 의사수, 2007
 우) 인구당 활동 의사수 증가율, 1990-2007

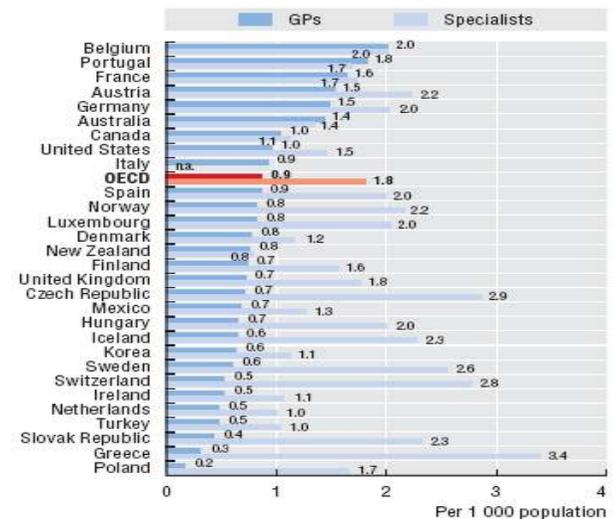


그림 14. 인구 1,000명당 일반의와 전문의수, 2007

- 지역별·의료기관 종별 병상 수 적정 공급 유도
 - 지역별 병상 수급계획을 수립하고, 무분별한 의료기관 설립 방지와 병상 증설을 억제하는 방안을 마련하여 시행
 - 의원급은 장기적으로 無병상을 원칙으로 하고, 병원급은 규모의 경제, 운영 현황 등을 고려하여 적정 수준의 병상 공급
- 고가 의료장비 공급 관리로 효율적 활용
 - MRI, CT 등 특수의료장비를 설치할 수 있는 의료기관의 규모 제한
 - 또한, 고가의료장비의 내구연한, 사용량 등 품질평가 제도와 수가체계 연계 방안을 모색할 계획
- 인력 양성·공급체계의 합리적 개편 추진
 - 장기적으로 일차의료 역량을 갖춘 의사 양성계획을 마련하여 추진하고, 전공의 정원을 합리적으로 조정하는 방안을 마련할 계획임
- 지역별 균형발전 유도
 - 지역별 병상 관리, 의료기관 지역별 균형 설치 유도 기준 등을 연구해 나갈 계획임
- 전망
 - 의료제공 체계가 민간 주도로 되어 있어 효과적인 정책수단은 제한되어 있는 편
 - 병상 수나 고가의료장비 도입 합리화를 위한 필요도 인증제(Certificate of needs) 정책들은 규제 정책으로 여겨져 도입이 어려운 실정임
 - 의료비 지출 증가는 더 이상 보건의료만의 문제가 아닌, 국가 경제 전반의 문제라는 점을 고려하여,
 - 정부가 조화롭고 합리적으로 투입요소를 통제할 수 있는 정책을 구현해 가기 위해 OECD 회원국 사이의 정책적 노력이 필요할 것으로 판단됨

주제 4 : 건강보험료 부과 형평성 제고

- 한국의 건강보험료 부과체계 개선 필요성
 - 사회보험으로서 건강보험 부과체계의 일차적 역할은 필요한 재정을 확보하여 안정적인 급여 지출이 이루어질 수 있도록 하는 것임
 - 동시에 가입자에 대해 각각의 부담능력에 맞는 보험료 부과를 통하여 가입자가 건강보험 부담에도 불구하고 일정한 생활수준 이하로 탈락하지 않도록 안전망으로서의 역할을 하여야 함
 - 가입자의 부담 능력에 따른 부담체계(사회적 요소)와 일정수준 이상의 부담을 전제로 하는 부담체계(보험적 요소)의 합리적 조화가 바람직
 - 그러나, 현재의 부과체계는 형평성 문제가 끊임없이 제기되고 있음
 - 문제점은 직장가입자 소득범위, 피부양자 범위, 지역가입자 부과체계, 지역 간 이동불평등 4가지로 요약될 수 있음
 - ① 직장가입자는 근로소득(임금)에만 보험료를 부과하는 반면, 지역가입자들은 종합소득, 재산, 경제활동 참가율 등을 고려하여 부과
 - ② 높은 연금수급자와 고액 재산보유자들이 피부양자로 등록되어 보험료 부과대상에서 제외되고 있음
 - ③ 지역가입자 보험료 부과체계에 있어 소득 비중이 낮고, 재산비중이 높은 문제
 - ④ 지역가입자 부과체계와 직장가입자 부과체계가 상이하여 전환 시 보험료 차이가 크게 발생하는 경우가 많음
- 건강보험료 부과체계 형평성 제고 방향
 - 기본방향은 사회보험의 원칙인 능력과 소득에 따른 부과임
 - ① 직장가입자의 보험료 부과 기준을 종합소득 개념으로 확대
 - ② 일정 수준 이상의 연금소득자와 재산 보유자를 피부양자에서 제외

- ③ 지역가입자의 소득 파악률이 제고됨에 따라 소득비중을 높이고 재산비중을 낮추는 방향으로 개선
- ④ 실업 등으로 소득이 중단되거나 단절된 상태에서 보험료 증가 경우에 일정기간 보험료 인상을 유예하고, 중장기적으로 고용보험의 실업급여에 건강보험 보험료를 포함하는 방식으로 전환
- 건강보험료 부과체계 개선 방향은 형평성 제고를 원칙으로 사회적 수용성과 국민의 신뢰를 고려하여 점진적으로 추진할 계획
 - 우선, 일정 수준 이상의 연금소득자와 재산보유자를 피부양자에서제외하는 방안을 추진하고자 함

주제 5 : 보건의료 정보화

□ 한국의 보건의료정보화 현황

- 병원에서 처방전달시스템(CPOE, Computerized Physician Order Entry System) 사용률은 80% 이상으로 높은 수준이나 전자의무기록(EMR, Electronic Medical Record) 사용률은 10% 이하에 머무르고 있음
- 거의 모든 의료기관이 EDI(Electronic Data Interchange) 기반으로 진료비를 청구하는 건강보험정보체계를 구축하였음

□ 진료정보교류 시범사업 (Health Information Exchange)

- 2008년부터 대학병원과 인근 병의원들 간을 진료정보교류시스템으로 연계하는 시범사업을 시행
 - 환자 진료정보교류를 통하여 중복검사 및 중복투약을 감소시키고, 진료 질을 향상 목적
- 시범사업 결과 진료비를 4~10%, 입원일수를 9% 감소시킬 수 있었음

□ 차세대 전자의무기록(EMR) 개발

- 진료정보교류, 의료사고예방 등의 기능을 갖춘 차세대 전자의무기록 도입
 - 병원 정보화를 통해 진료 질 향상과 의료체계 효율화를 달성하고자 함
- 차세대 전자의무기록 개발을 국립대학병원 등을 대상으로 추진 중
 - ※ [미국] 병원 정보화를 통하여 질 향상과 효율화라는 목적을 달성하기 위하여 연방정부가 전자의무기록의 필수기능요건(Meaning Use Criteria)을 규정
 - ※ [영국] NHS 병원정보화사업의 계약조건으로 차세대 전자의무기록이 갖추어야 하는 기능을 정의

□ 처방적정성 평가 시스템 (DUR, Drug Utilization Review)

- 2008년부터 건강보험정보체계를 기반으로 의료기관의 처방적절성 평가시스템 구축

— 약물비용금기 등의 부적절한 처방이 약 70~92% 감소

□ 전망

- 정보 인프라가 발전된 한국에서 보건의료정보기술은 의료 질을 향상시키고 의료시스템을 효율화하는 데 매우 유용한 수단임
- 향후 진료정보교류시스템의 확대, 차세대 전자의무기록의 확산, 처방적절성 평가시스템의 고도화를 통하여 의료 질 향상과 의료시스템 효율화에 더 크게 기여할 수 있을 것임

부록3. OECD 보건장관 공동선언문

1. OECD 보건 장관들은 2010년 10월 7-8일간 파리에서 열린 회의에 참석했다. 이 회의의 의장은 Anne-Grete Strom-Erichsen 노르웨이 보건장관이고 부의장은 Nicola Roxon 호주 보건장관, Adam Fronczak 폴란드 보건차관이다. 이 회의의 목적은 최근 몇 년간 이룬 보건 분야의 성과를 지속적으로 이어가기 위한 아이디어를 교환하는 것이다. 이 같은 성과는 보건서비스의 질 개선, 건강한 생활 습관 증진, 경제 위기 후 보건 분야의 재정 부족 해결 등이다.

2. 이 회의에 앞서 보건서비스의 질(The Quality of Care) 포럼이 개최되었다. 보건장관, 보건서비스의 질 전문가(HCQI 프로젝트), 환자 단체 대표, 국제 보건 서비스 개선 협회 등이 이 포럼에 참가하였다. 또한 업계 고문위원회와 보건 장관 간의 면담도 개최 되었다.

3. 일부 국가에서 최근 조정이 있기는 했으나, 지난 2004년 회의 이후로 대부분 회원국의 보건지출은 계속 상승하였다. 그 이후 괄목할만한 성과를 많이 이루었으며, 이는 보건 분야의 지출이 건강한 사회를 위한 투자임을 증명하였다.

평균 수명이 1년 증가 하였다.

주요 분야에서 보건서비스의 질이 향상 되었다. 예를 들어, 많은 회원국에서 심장마비나 심근경색으로 인한 사망률이 크게 줄었다.

일부 국가에서 보건서비스 혜택 대상 인구가 확대 되었다. (예: 멕시코, 터키, 미국)

최근 경기침체 속에서도 보건분야 지출이 경제 안정화에 도움을 주었으며, 보건 분야는 주요 일자리 창출 분야로서 역할을 담당했다.

4. 우리 회원국은 지난 몇 년간 보건 시스템의 주요 난제를 해결했다. 유행병은 우려 사안으로써, 경제에 영향을 미쳤고 효과적인 공공보건시스템이 필요함을 분명히 보여주었다. 만성질환 환자수도 지속적으로 증가했고, 비만 증가세도 우려스럽다. 경제 위기는 보건시스템에 부담을 가중했다. 일부 회원국은 재정안정을 위해 공공보건의 지출을 삭감해야 했다.

5. 회원국 국민들은 양질의 보건서비스에 접근하여 오래 건강하게 살 수 있기를 바란다. 인구구성 및 기술적 변화, 국민의 기대치 등은 미래 보건예산 관련 결정에서 계속 주요 고려요소가 될 것이다. OECD의 목표는 예방, 보건 증진, 양질의 보건 서비스 및 환자 권의 증진을 통해 보건 상황을 개선하는 것이지만, 가장 중요한 것은 국민들이 보건 분야에서 지출 대비 최대 효용을 누릴 수 있도록 하는 것이다. 이를 위한 방안이 지난 이틀간 회의의 공통 주제였다.

6. 투자 대비 최대 효용을 얻기 위해서는, 외국의 선진 사례를 각 국가별 상황에 맞게 조정해 활용해야 한다. 이를 위해 자국과 외국의 보건서비스 품질 관련 정보를 비교할 필요가 있다. 이에 OECD의 보건지출 관련 통계 개선 노력을 환영하는 바이다. 특히 OECD, WHO, EUROSTAT가 보건통계체계의 틀을 개선하고 공동 데이터수집의 기틀을 마련하여 보건지출 통계를 개선하고자 하는 노력을 환영한다.

7. 국가별 보건서비스의 질을 비교할 수 있는 지표의 개발을 환영하며, 이 지표가 앞으로 더욱 개선되기를 기대한다. 그러나 이를 위해서는 보건 정보 시스템 개선이 필요하며, 이미 수집된 정보를 효율적으로 활용하는 것이 필요하다. 다수의 의료기관이 관여하여 제공하는 보건의료서비스의 경우, 사생활 보호를 원하는 국민들의 합당한 우려를 불식시킬 필요가 있음을 보건서비스의 질(The Quality of Care) 포럼을 통해 알 수 있었다. 또한 보건서비스의 질에 관한 정보는 보건분야 성과 개선을 위해 써야 한다. 모든 의료기관이나 의료인이 모범사례를 따른다면, 모든 보건시스템 이용자에게 혜택이 돌아갈 것이고, 보건 재정에도 도움이 될 것이다. 일부 국가에서는 보건서비스의 질이 개선되었지만, 성과를 저해하는 잔여 방해요소를 없앨 필요가 있다.

8. 회원국들은 더 효율적이고 평등하며 신속히 대처하는 보건시스템을 만들기 위한 노력에 있어 많은 혁신을 꾀하였다. 일부 회원국은 급여 시스템 개혁을 통

해 과도한 의료 활동을 하는 의료기관이 아닌 양질의 서비스를 제공하는 기관이 보상받을 수 있도록 하는 '성과주의 급여(pay for performance)'제를 실시했다. 선진사례를 발굴하고 공유하는 새로운 방식이 시도되었고, 때로는 기술 선정 및 신약가격 결정과 관련해 좀 더 체계적인 방식이 제시되었다. 보건 분야에서 IT의 활용을 확대함으로써 더욱 양질의 의료 서비스를 제공하고, 의료적 실수를 줄이며 행정절차 간소화를 할 수 있다. 보건서비스 조율의 신 모델을 통해 좀 더 환자 중심의 서비스를 제공할 수 있다. 의료인력 관련 정책은 이러한 신 모델에 맞게 변화를 꾀할 필요가 있으며, 팀을 이루어 근무하는 제도를 더 많이 실시해 보건서비스의 질을 개선할 필요가 있다. 보건의료 분야 내에 사법체계 및 긍정적인 경쟁 장려를 위한 보상책을 마련하는 것도 서비스 품질 및 효율성을 높이고 환자의 선택권을 늘리는 좋은 방법이다.

9. 이 같은 새로운 접근방식들은 각자 운용될 수 있는 최적의 환경이 다르다. 일부는 비용절감을 할 것이고, 다른 일부는 서비스품질을 개선할 것이다. 그리고 어떤 방식이건 효과가 있기까지는 시간이 걸릴 것이다. 그러나, 이 방식들의 한 가지 공통점이 있는데, 비용대비 최대 효과를 내기 위해 의료기관, 의료서비스 구매자, 환자 관행의 변화를 꾀한다는 점이다. 회원국들은 계속해서 보건시스템 구조 개선을 위해 힘을 기울이며, 의료기관 급여 관련 신 모델 발굴, 성과 관리 개선, 신기술 개발 및 도입 유인책 마련 등에 있어 선진 사례를 발굴할 수 있도록 OECD를 비롯한 국제기구에 지속적으로 협조를 요청할 것이다.

10. 일부 회원국은 경제 위기로 인해 보건예산을 신속히 삭감해야만 하는 입장에 있다. 예산 삭감 시 가장 효과적인 의료 서비스를 선택하는 일이 중요함을 인식하는 바이다. 단기 삭감이 필요할 때도, 장기적으로 바람직한 유인책을 마련하기 위한 구조적 개혁의 필요성을 간과해서는 안 된다.

11. 질병 예방에 투자하여 비용대비 최대 효과를 얻기 위해서는 장기적인 관점을 유지하는 것이 중요하다. 생활습관으로 생기는 만성질환 발병을 예방하는

데 좀 더 관심을 기울여야 한다. 만성질환은 현재 보건분야 최대의 난제이며 이를 해결하기 위해서는 환경, 사회적 요소를 고려해야 하고 여러 분야의 정책기틀에 있어 개인과 사회의 책임을 모두 아우르는 균형된 접근방식을 취할 필요가 있다. 우리 회원국은 대부분 OECD 회원국에서 담배소비 절감에 많은 성과가 있었음을 기쁘게 생각하며, 알콜 유해 소비 절감을 위한 WHO 글로벌 전략 이행의 중요성을 인식하는 바이다. 또한 OECD회원국 뿐 아니라 많은 비회원국에서도 증가 추세에 있는 비만을 예방 하는데 있어, 지금까지의 조치는 장기적인 효과만을 가져올 수 있음을 인식하는 바이다.

12. 질병 예방 관련 예산의 현명한 집행을 위한 OECD와 WHO의 공동 노력을 환영하는 바이다. 그러나 특히 비만을 비롯해 전반적으로 증가세에 있는 만성질환의 난제를 해결하기 위한 새로운 사고 방식이 필요하다. 정부 부처와 업계, 학교, 정책입안자 및 국민들 사이의 공조를 통해 좀 더 건강한 생활습관을 장려하는 환경을 만들고 위험군에 있는 사람들이 건강에 나쁜 습관을 바꿀 수 있도록 해야 한다. 특히 어린이들이 건강한 생활 습관을 가질 수 있도록 관심을 기울여야 한다.

13. 공동의 보건 난제 해결을 위해 신흥 경제국 및 개발도상국 정부와 협력하고 대화할 의지를 밝히는 바이다. 개도국의 보건시스템강화를 위해 우리의 경험을 공유할 의지가 있으며, OECD회원국 역시 개도국의 보건 시스템 혁신에서 많은 것을 배울 수 있을 것이다. WHO 등 관련 국제기구와의 협력 하에, OECD는 개도국과의 공조를 조직하고 관련 정보를 제공하는 데 중요한 역할을 담당할 수 있다. 선진국과 개도국이 협력을 통해 의료인력 부족이라는 세계적인 문제를 해결하고, WHO 국제 의료인 모집 윤리 강령을 이행하기 위한 WHO의 노력을 지지할 필요가 있음을 인식하는 바이다. 이러한 맥락에서 의료인력의 국제이주 추세에 대한 모니터 역량을 강화하고, 이를 통해 비교가능하고 신뢰할 수 있는 최신 정보를 제공해 건설적인 정책 토론을 할 수 있도록, OECD가 WHO와 긴밀히 협력할 것을 장려하는 바이다.

<부속서 - OECD의 보건의료 분야 향후 업무 방향>

14. OECD가 지속적으로 관련 비교 데이터를 제공하고 보건시스템 개선을 위한 정책 발굴에 도움을 주기를 기대하는 바이다. OECD의 전문성은 보건 정책을 경제적으로 분석하는 데 있다. 우리 회원국은 보건 의원이 재원이 허락하는 한 향후 5년 간 업무를 지속하기를 기대한다.

15. OECD 보건 위원회는 소중한 비교 데이터와 보건관련 통계수치를 제공했으며 이를 지속해주길 바라는 바이다. 또한 보건 지출에 있어 투자 대비 최대 효율을 실현하는 방법에 대한 연구도 우리 회원국에 많은 혜택을 가져다 주었다. 예방의 경제학에 대한 연구, 제약 정책에 대한 연구, 보건 분야 IT에 대한 연구 등이 그 좋은 예이다. 또한 예방 및 보건 증진 등을 통한 투자 대비 최대 효율 실현은 OECD의 주요 관심사로 유지될 것임을 확신한다.

16. OECD는 보건 시스템에 대한 비교가능하고 신뢰할 수 있는 정보를 대량 수집, 발표한다. OECD는 각국 정부 및 국제 기구와의 협력 하에, 보건 시스템의 효율성 및 평등 관련 조치 개발을 위한 노력을 기울여야 한다. OECD는 이러한 정보를 회원국에 제공하는 혁신적인 방법을 개발하여 회원국이 서로의 경험으로부터 배우고 정보를 서로 비교할 수 있도록 해야 한다. 이를 통해 회원국들은 보건지출의 격차나 보건서비스의 질에서 나타나는 격차 등 데이터 상의 차이를 야기하는 요소를 더 자세히 조사하여 이 결과를 활용할 수 있다.

<기존 업무의 효율성 증대>

17. OECD 보건 위원회는 회원국의 정책 및 정책 결과 상 차이에 관한 정보의 질을 크게 개선해 왔다. 특히 더욱 많은 개선이 이루어진 분야는 보건 서비스의 질 측정, 보건지출 대비 효율 증대 방법 연구, 보건증진 강화를 위한 의료인력 정책 개발 등이다. 우리 회원국은 보건 위원회에게 다음과 같은 방법을 통해 이러

한 노력을 더욱 강화해 줄 것을 요청하는 바이다.

<서비스품질 관련 정보를 활용한 보건 증진 성과 개선>

18. 보건서비스 품질 지표 프로젝트는 국가별로 서비스의 질에 큰 차이가 존재함을 보여주었다. OECD는 회원국이 보건서비스의 질을 개선하는 방법을 찾을 수 있도록 도움을 주어야 한다. 각 국가마다 서비스 품질 증진을 위해 서로 다른 방법을 써 왔다. OECD는 의료서비스 수준 증진을 위한 각국의 정보 활용방법 중에 '선진 사례'를 발굴하고, 의료서비스 품질 개선이 비용 대비 최대 효율의 실현으로도 이어졌는지 확인해야 한다.

<비용 대비 효율 증대>

19. 보건 시스템의 지속 가능성을 유지하기 위해서는 비용 대비 최대 효율을 실현할 수 있어야 한다. 각각의 보건 분야 및 특정 질병에 대한 보건 서비스를 더 효율적으로 조직하는 등, 보건 시스템의 성과 개선을 위한 방법의 발굴에 있어 OECD의 협조를 요청하는 바이다.

<보건 분야 새로운 일자리를 위한 새로운 기술>

20. 보건 시스템의 성과를 결정하는 것은 주로 보건 인력의 규모, 기술, 생산성이다. 의료인력 교육 시스템을 통해 필요 기술을 습득할 수 있도록 해야 하며, 의료인력에 대한 계획 및 관리를 개선하여 현재와 미래의 의료 인력 수급에 충분히 대처할 수 있도록 해야 한다. 보건 분야는 주요 일자리 창출 분야 중 하나로써, 이 분야의 고용 시장이 원활히 돌아가도록 해야 한다. 우리 회원국은 OECD가 현 과제가 무엇인지 확인하고 이러한 과제극복 방안을 마련하기를 기대하는 바이다.

<보건 분야 OECD 업무의 새로운 전략적 방향>

21. 우리 회원국은 OECD가 기존 업무를 넘어서서, OECD의 비교우위를 잘 활용해 보건정책 관련 전략적으로 중요한 문제나 새로운 문제를 해결하기를 요청한다.

<보건, 경제 성장, 복지의 관계>

22. 보건 분야는 경제 활동에서 매우 큰 비중을 차지하고 있기 때문에 보건 분야는 국가 경제의 활력을 위해서나 각 사회의 복지를 위해서도 매우 중요하다. OECD가 회원국의 보건과 경제 성장 간의 관계를 분석하고 복지증진을 위한 보건 정책을 발굴하기를 요청하는 바이다.

보건의료 질과 성과 향상의
OECD 국제협력방안에 대한 연구

연구 책임자 약력

김선민

서울대학교 예방의학 박사

건강보험심사평가원 상근평가위원

2011년 2월 인쇄

2011년 2월 발간

발행처 건강보험심사평가원

서울특별시 서초구 효령로 168

대표전화 : 1644-2000

홈페이지 : <http://www.hira.or.kr>
