

출장복명서

미국공중보건학회(APHA) 학술대회 참석

2017. 11

출장자: 오영호

□ 출장목적

- 2017년 미국 공중보건학회(APHA) 학술대회에 참석하여 학회에서 발표될 최신의 보건의료인력을 수급동향 등과 관련한 연구결과들을 수집하고자 함.
- 미국 조지아 주정부(Georgia State Gov.), 반더빌터대학교(Vanderbilt Uni.)를 방문하여 보건의료인력의 수급동향과 함께 보건복지관련 산업의 고용동향에 대한 동향 등에 관한 자료를 수집

□ 출장지: 미국(애틀랜타, 네쉬빌)

□ 출장기간 : 2017. 10. 31 ~ 2017. 11. 7(6박 8일)

날짜	주요 의제
10월 31일(화)	미국도착
11월 1일(수)	조지아 주정부 노동부
11월 2일~3일	테네시 네쉬빌 반더빌터대학교
11월 4일~6일	○ APHA 연례회의 1, 2, 3일차 참석 : Health Administration /Community Health Planning and Policy Development

□ 참석기관: 2017 미국공중보건학회(APHA 2017 (American Public Health Association)) 학술대회 및 조지아 주정부(Georgia State Gov.), 반더빌터대학교(Vanderbilt Uni.)

□ 주요일정 및 학회개요

- 미국 2017년 공중보건학회 주요 발표내용: 미국공중보건학회는 ‘Creating the Healthiest Nation : Climate Changes Health’란 주제 하에 미국 애틀랜타에서 11월 4일부터 11월 8일까지 개최되었음.
- 학회는 27개 주요 Section과 APHA 협회 주관 행사 31개, 8개 SPIG(Special Primary Interest Group), 17개 Caucus, 5개의 포럼으로 진행되었음.
- 이외에 구직 마케팅과 EXPO 등의 행사가 열렸음.
- 27개 주요 section은 다음과 같음:

- Aging and Public Health: Works to stimulate public health actions to improve the health, functioning, and quality of life of older persons and to call attention to their health care needs.
- Alcohol, Tobacco, and Other Drugs - Promotes public health policy approaches to prevention and treatment of alcohol, tobacco and other drug problems at all levels.
- Chiropractic Health Care - Enhances public health through the application of chiropractic knowledge to the community by conservative care, disease prevention and health promotion.
- Community Health Planning and Policy Development - Influences the design of health systems and policies that are responsive to a changing society, by bringing together technical information and the expertise of communities, health professionals, business, and government.
- Community Health Workers - Seeks to promote the community's voice within the health care system through development of the role of new professionals/Community Health Advisors and other community-based professionals; provides a forum to share resources and strategies.
- Disability - Works to broaden the knowledge base and awareness regarding disability and related phenomena among all public health professions, and to provide policy advice to APHA on public health policies and programs for prevention and services to enhance the quality of life of persons with disabilities, including increased public and professional awareness.
- Environment - Works to focus attention on human health effects of environmental factors; helps to shape national environmental health and protection policies.
- Epidemiology - Fosters epidemiologic research and science-based public health practice and serve as a conduit between the epidemiologic research community and users of scientific information for the development, implementation, and evaluation of policies affecting the public's health.
- Food and Nutrition - Contributes to long range planning in food, nutrition and health policy which affects the nutritional well-being of the public.
- Health Administration - Concentrates on improvement of health service administration,

including cost-benefit and operations research, program activities, finances, standards, and monitoring the organization of health services.

- Health Informatics Information Technology - Improves the public's health and promotes prevention and early intervention by advancing the use of innovative and effective information technology and informatics applications.
- HIV/AIDS - Provides a professional base for members of diverse disciplines to combine talents and interests to help in the struggle with the HIV-AIDS pandemic; provides leadership to members on HIV-AIDS issues and needs.
- Injury Control and Emergency Health Services - Provides a national forum for professionals in injury prevention, emergency health care services, and disaster preparedness to work towards a comprehensive approach to the control of injuries, the services provided during emergencies, and the management of hazards.
- International Health - Acts as a focal point for APHA international health activities; encourages consideration of international issues in APHA activities.
- Maternal and Child Health - Contributes to policy development in adolescent health, child advocacy, injury prevention, family violence, and perinatal care; keeps members current on related issues.
- Medical Care - Encourages research, analysis, and policy development on organization, financing, and delivery of medical care; strives for an affordable, accessible system of high quality.
- Mental Health - Promotes public health policy and educational programs dedicated to enhancing the mental health of all persons and to improving the quality of health care for the mentally ill.
- Occupational Health and Safety - Strives to promote a healthy and safe working environment by organizing around current issues; contributes to policy development regarding occupational health and safety.
- Oral Health - Promotes the importance of oral health and increasing the public's access to oral health preventive and treatment services; monitors and communicates the oral health needs of the public.
- Podiatric Health - Advocates a national, preventive foot health strategy; ensures

consideration of podiatric concerns in the formation of public health policy.

- Population, Reproductive and Sexual Health - Addresses issues involving population, family planning, and reproductive health; seeks to ensure that these issues and services remain major domestic and international priorities.
- Public Health Education and Health Promotion - Promotes the advancement of the health promotion and education profession and provides a forum for public health educators and those involved in health promotion activities to discuss ideas, research, and training; promotes activities related to training public health professionals.
- Public Health Nursing - Advances this specialty through leadership in the development of public health nursing practice and research; assures consideration of nursing concerns by providing mechanisms for interdisciplinary nursing collaboration in public health policy and program endeavors.
- School Health Education and Services - Focuses on development and improvement of health services, health education programs, and environmental conditions in schools, colleges, and early childhood care settings; advances public health in all school settings.
- Social Work - Establishes standards for social work in health care settings; contributes to the development of public health social work practice and research; promotes social work programs in the public health field.
- Statistics - Develops and designs effective, uniform statistical programs and studies for recognition, analysis, and solution of emerging health problems and needs.
- Vision Care - Promotes recognition of the need for an effective, equitable, and affordable vision care system for the public; advises on organization, delivery, and financing of vision care services.

□ 주요 관심 보건의료 이슈 및 발표내용

1. Quality of Physician Care In Rural Vs. Urban/Suburban Areas For A Commercially Insured Population

- This analysis characterizes the quality of physician care in rural vs. urban/suburban areas for a commercially insured population. Aggregate quality scores for 65 medical conditions were calculated from health care claims and compared for physicians practicing in rural and urban parts of the same hospital referral region (HRR), which were used to approximate geographic markets for health care. Physician performance was lower for rural physicians in 75% of the HRRs, higher in 5%, and no difference was found in 20%. In the typical HRR, rural doctors were about 3% less likely to provide high-quality care and 6% less likely in HRRs with the lowest relative levels of performance. Physician scores were comparable for coronary artery disease and asthma, but lower for diabetes, hyperlipidemia, and hypertension. The moderate but notable differences in care quality between rural and urban physicians highlight the need for solutions that address the needs of rural patients.

2. Suburban Poverty and Health Care Access

- Today, 15.3 million Americans in the suburbs live in poverty, more than in cities or rural communities. Despite recent increases in suburban poverty, there has been little research into healthcare barriers experienced by those living in suburban areas. The objective of this study was to compare national patterns of

insurance coverage and health care access in suburban, urban, and rural areas. We used descriptive and multivariate regression of non-elderly adults (18-64) in the 2005-2015 Behavioral Risk Factor Surveillance Survey (BRFSS), stratified into urban, suburban, and rural areas. Outcomes were health insurance coverage, usual place of care, unmet care due to cost in the past year, and routine checkup in the past year. We assessed unadjusted differences across the three geographies. Then we used multivariate logistic regression models to examine the associations between these outcomes and suburban, urban, and rural areas, after adjustment for year, age, race, sex, employment, marriage status, and family income. We find that nearly 40% of the U.S. uninsured population lives in suburban places. Though crude rates of access are somewhat better in suburban areas, this advantage is greatly attenuated after adjustment for income and other demographics, and poor adults in the suburbs experience barriers to care at rates similar to those in urban and rural areas. Suburban areas of the U.S. have substantial populations lacking health insurance and experiencing challenges accessing care. Increased attention to these issues will be critical to identifying the unique features of the suburbs that may present challenges to the health care safety-net in serving vulnerable populations.

3. Expanding the community health center program

- Research Objective: The Health Center Program, which provides comprehensive primary care services to medically underserved areas or populations, has expanded substantially in recent years. In 2015, 1,375 health centers served more than 24.3 million patients. The program requires reauthorization of mandatory appropriations currently authorized by the Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015 (MACRA), which run out at the end of FY

2017. This presentation will discuss how health centers have expanded their capacity to treat additional patients and provide new services in recent years. Study Design: This study is based on an analysis of the Uniform Data System (UDS), a set of data elements reported by the Health Center Program grant recipients. This study focuses on a subset of 1,134 health centers in operation in all years between 2012 and 2015, and analyzes national trends in health center revenue, patient volume, service expansion, staffing, and preventive service utilization. Principal Results: Results show that health centers have used enhanced patient care revenues (+\$3.52 million on average per health center between 2012 and 2015, +\$3.99 billion in total) and operating grant revenues from the Health Resources and Services Administration's Bureau of Primary Health Care (+\$713 thousand per health center, +\$934 million in total) to hire additional staff and expand the number of services (particularly growth in dental and mental health visits) they provide to more patients (+ 11.4 percent in patients served, +2.3 million patients). Health centers also provided more preventive services in the same period (+34.8 percent in the percentage of adults who had a screening for colorectal cancer, +6.98 percent in the percent of pregnant women beginning prenatal care in the first trimester of pregnancy). Conclusions: Health insurance coverage expansions and increased operating grant funding had a positive impact on community health centers in terms of revenues, patient volume, services provided, and staffing in recent years. These results point to the ongoing importance of health centers as safety net providers that address the needs of medically underserved populations.

4. Strategies for Promoting Health Equity through Community Engagement

- Sustainable solutions for addressing health disparities and promoting health equity

call for diverse perspectives, talent, and strategies in order to achieve systemic transformation. Health disparities, inequities, and inequalities are complex constructs and require the collective input of multiple sources to identify effective measures to address them. Importantly, there is no single entity or constituent group that has the full range of intellectual or financial capital to avert their negative effects on individual and population health. Increasingly, researchers, practitioners, and policy-makers are discovering and documenting the value of community involvement as a vital component of systems change. Communities are comprised of individuals, families, organizations, agencies, and institutions that collectively represent a wealth of ingenuity. They are a great resource for co-creating, adopting, and/or spreading innovations. In its 2017 report entitled, *Communities in Action: Pathways to Health Equity*, the Institute of Medicine states, “Communities are uniquely positioned to drive solutions tailored to their needs that target the multiple determinants of health. “ This statement validates the importance and practicality for incorporating community engagement in efforts that aim to promote health equity. This presentation will highlight examples of community engagement frameworks, actionable strategies, and tools to support community involvement in health equity efforts

5. A Difference-in-Difference Analysis of Changes in Quality, Utilization and Cost following a Medical Home High-Utilizer Pilot

- Research Objective: Evaluate the effects of a patient-centered medical home population health program that provided intensive case management to high-utilizer patients on medical costs, utilization, and quality of care. Study Design: Quasi-experimental analysis using propensity score matched controls. We conducted difference-in-difference analyses, comparing changes in utilization,

costs, and quality between patients who were part of the pilot and patients who were not. We used administrative data from the Military Health System for 416 patients enrolled to two Navy Military Treatment facilities between 2012 and 2015 for treatment and control patients. Findings: There were no significant cost or utilization differences between the treatment and control populations. For many of the patients in the treatment and control groups, the costs regressed to the mean after the acute care episodes that triggered the high costs. The intervention was associated with statistically significant improvements in clinical practice guideline adherence for patients with diabetes in the program. Conclusions: Our findings from this quasi-experimental study found similar results when compared to other related randomized controlled trials and observational studies on high-utilizer programs. Our findings suggest that a high-utilizer patient-centered medical home initiative that provides intensive case management to patients did not result in reductions in utilization or costs, but led to improvements in process measures of quality for diabetes patients. Patients who may benefit from case management may not necessarily be the current highest utilizers. Future pilots and tertiary prevention programs should be focused on these highest-need cases.

6. Effect of Medicaid Expansion Under the Affordable Care Act on Preventive Services and Access to Care

- Background: As the future of Medicaid expansion in 32 states and the District of Columbia is debated, understanding the extent to which coverage expansions have improved access to primary care and use of evidence-based preventive services is critical. Data and Methods: We analyzed data from the 2013-2014 Medical Expenditure Panel Survey, which is nationally representative of the

non-institutionalized U.S. population. We applied the difference-in-difference (pre-post with a comparison group) approach to examine the effect of the Medicaid expansion under the Affordable Care Act (ACA) on measures of access and use of preventive services. The treatment group included individuals 18-64 with no insurance in 2013 who gained Medicaid coverage in 2014 (n=216); the comparison group included individuals in the same age group who continuously had Medicaid in both years (n=969). We used inverse propensity score weighting to control for selection bias between the two groups. Results: Medicaid expansion increased the odds of using preventive services for blood pressure checks (OR=2.10;CI=1.16-3.77) and flu vaccine (OR=1.73;CI=1.01-2.98) over the past year. For access measures, Medicaid expansion increased the odds of at least one office visit (OR=2.10;CI=1.11-3.99) and decreased the odds of unmet medical needs (OR=0.24;CI=0.07-0.81) and delay in getting required medical care (OR=0.25;CI=0.08-0.83). Conclusion: Given the ability to measure person-specific changes, nationally representative longitudinal cohort data is uniquely valuable for evaluating the Medicaid expansion. Despite the sample size and time span limitations, our findings provide preliminary evidence that the ACA's Medicaid expansion improved access to and use of recommended preventive services.

7. Unmet Medical Care Need among Americans: Does Having Usual Source of Care Matter?

- Background: Studies show that people with usual source of care (USOC) have more consistent access to health care services. People without a USOC experience more unmet health care needs, even if they have health insurance. Objectives: This study assesses both unmet medical care need and

discontinuation of medical care in the context of access to health insurance and USOC, controlling for other sociodemographic and health related factors. Methods: We performed a retrospective cross-sectional analysis of a nationally representative survey; the Health Tracking Household Survey of 2010. Weighted descriptive, bivariate and multivariate analyses were conducted using STATA 14.2. Results: Unmet medical care need and discontinuation of medical care among US population was 7.0% and 19.28%, respectively. About 28% of respondents did not have a USOC while 17% were uninsured. Respondents who had one USOC and more than one USOC had reported higher unmet need (OR 1.39, 95%CI 1.08-1.80 and OR 2.11, 95%CI 1.14-3.92, respectively) compared to non-USOC. Respondents with a USOC did not show significant associations with discontinuation of care compared to respondents with no health insurance who had higher unmet needs (OR 2.85, 95%CI 2.06-3.95) and were more likely to discontinue care (OR 1.66, 95%CI 1.36-2.02) than the privately insured. Medicare respondents were less likely to report unmet need or discontinue care compared to the privately insured. Conclusions: Results suggest that merely USOC is insufficient to protect against unmet needs. Benefits of patient centered medical homes (PCMH) may be at risk for populations lacking or losing access to health insurance.

□ 미국 조지아주 노동부 (2017년 11월 1일)

○ 면담자 (7명)

- Dr. Butler, Mr. Moss, Mr. Chui, Mr. Gilbert, Mr. Keck, Ms. Jayes, Ms. Lanza,

○ 장소

- 조지아주 노동부

○ 내용

- 지난 달에 노동통계국에서 발표한 2024 년까지의 산업 고용과 생산 전망을 보면, 보건 의료 및 사회 지원 분야는 2014 년에서 2024 년까지의 전국의 예상 고용 증가율의 3 분의 1을 차지할 것으로 보임. 그러나 건설 산업은 업계에서 가장 큰 산업 고용 증가를 보일 것으로 예상되지만 2024 년까지 선행 수준에 이를 것으로 예상되지는 않음. 그리고 지난 10년 동안의 감소와 함께 제조 고용은 계속 감소 할 것으로 전망됨.
- 특히, 서비스 제공 분야는 예상되는 일자리 증가의 대부분을 차지할 것으로 보이며, 특히, 의료 서비스 및 사회 복지와 전문직 및 비즈니스 서비스 부문에서 가장 큰 서비스 생산 부문의 고용 성장은 계속 강력 할 것임. 재화 생산 부문에서는 고용이 건설 부문의 성장에 의해 주도 될 것임.
- 노동 통계국이 발표내용에 의하면, 10년 계획을 통해 보다 일관성있는 성장 경로로 돌아가는 경제에 대한 견해를 제시하고 있지만 성장은 이전의 장기적인 경향보다는 느림. 큰 불황이나 인구 증가 둔화, 오랫동안 계속 된 노동력 참여 경향 감소, 실업률 감소의 등은 2004 년에서 2014 년까지보다 2014 년에서 2024 년까지 고용 증가를 약간 더 강하게 할 것으로 판단됨.
- BLS 예측은 장기 추세에 초점을 맞추는데, 초점은 특정한 가정을 함으로써 이루어지고, 가장 중요한 것은 경제가 투영 기간의 마지막 해에 완전 고용 상태에 있거나 근속 할 것이라는 것임. 예상치는 경제가 경기 침체에 빠지거나 과열 될 수 있는 충격을 설명하지 않고, 정치적 갈등이나 세금이나 법률의 변화와 같은 충격은 경제에 심각한 영향을 미칠 수 있음.

□ 미국 테네시 네쉬빌 반더빌터대학교 (2017년 11월 2일)

○ 면담자 (9명)

- Dr. Goodman-Bacon, Dr. Abbate, Dr. Babe, Dr. Haake, Dr. Easdown, MS. Ebert, MS. Edwards, MS. Macara, MS. Saavedra

○ 장소

- 반더빌터 대학교

○ 내용

- BLS에서 발표한 노동력 전망을 보면, 노동력은 증가하고 있지만 천천히 증가할 것으로 전망하고 있음. 노동력은 향후 10 년 동안 연평균 0.5 % 씩 성장할 것으로 예상되며, 이는 최근 수십 년보다

느린 속도임.

- 노동 인구의 예상 성장에 대한 원인으로 노동 인구 참여율 감소와 인구 증가 속도 감소 및 미국 인구 고령화 포함 등의 인구 통계 학적 요인이 발생할 것으로 판단됨.
- 출산율이 감소하고 국제 이주가 감소한 결과, 미국 인구는 지난 수십 년에 비해 천천히 증가하고 있으며 또한 노령화가 심화되고 있음.
- 또한 노동 인구 참여율은 인구 통계학, 1997 년에서 2000 년 사이에 정점에 이른 이후에 구조적, 순환적 요인을 보이고 있으며, 지난 몇 년 동안 노동 시장 참여율이 감소 했음에도 불구하고 인구가 노동력의 규모와 구성을 결정하는 가장 중요한 요소이기 때문에 노동력은 수년에 걸쳐 인구 증가율이 감소한 결과임.
- 2024 년에는 미국 노동력은 168,000천명 정도 예상되며, 노동력은 2014년 ~ 24 년 기간 동안 연평균 0.5 %의 성장률을 반영하여 790 만 명이 증가 할 것으로 전망됨. 이 기간 동안의 노동력 성장률은 지난 2004 년에서 2004 년까지 10 년 동안의 노동 인구 증가율보다 작을 것으로 전망되며, 2004~14 년 평균 노동력은 매년 8.5 백만 명 (0.6 %) 증가했음. 지난 수십 년 동안 인구의 인구 구성 변화와 노동 시장 선택의 변화 등 두 가지의 복잡한 변화가 노동 인구 증가에 영향을 미쳤음.
- 2014 ~ 24 년 기간의 예상 노동 인구 증가는 1946년에서 1964 년 사이에 태어난 베이비 붐 세대의 노령화에 영향을 받을 것이며, 2014 년에는 베이비 붐 세대가 50 ~ 68 세였음. 베이비 붐 세대 (1946 년생)의 최첨단은 2008년 62세에 사회 보장 혜택을받을 자격을 얻었고 2012 년에는 66세에 정년 퇴직 연령에 이르렀음. 2024 년에는 베이비 붐 세대가 60세에서 78세까지, 많은 사람들이 이미 노동 시장에서 은퇴하였음.
- 2014 ~ 24 년 예상 노동력 데이터를 검토하면 특정 인구 통계 집단이 다른 인구 집단보다 더 빠르게 성장할 것으로 예상됨. 여성은 2004~14 년보다 노동 인구의 숫자가 더 천천히 증가 할 것으로 예상되지만 성장률은 남성보다 더 빠를 것임. 그 결과 노동력에서 여성의 비율은 2014 년 46.8%에서 2024 년 47.2%로 증가 할 것으로 예상됨. 같은 기간 동안 노동 인구는 증가 할 것으로 예상되며, 연평균 0.4%로 지난 10 년보다 느린 속도를 보였음.

□ 미국 APHA 학회장 (2017년 11월 4일)

○ 면담자 (9명)

- Dr. Klein, Dr. Liz, Dr. Dembe, MS. Kelly, MS. Dale, MS. Martin, MS. Berman, MS. Hogan (The Ohio State Uni.), MS. Katie Kim(Penn state Uni.),

○ 장소

- APHA학회장

○ 일차의료공급자가 미국 저소득 성인인구의 임원의료에 미치는 영향에 대한 논의

- 일차의료는 의료공급체계에서 핵심적인 역할을 담당하고 있음. 미국의 경우도 예외는 아닌데, 이 연

구는 일차의료공급자가 노스캐롤라이나 지역의 저소득 성인인구집단이 병원에 입원에 어떻게 개입하는지에 대한 영향을 분석하는 연구임. 이 연구의 목적은 다음과 같음. 의료기관에 대한 환자의 개입은 모든 관리 의료 계획의 핵심 목표인 입원의료의 최소화의 목표를 달성하는 것이라고 판단됨. 이 연구는 일일 입원과 관리 진료 계획에 참여한 비제도화된 노스 캐롤라이나 지역의 성인 메디케이드 인구에서의 일차의료공급자 (PHP)와 환자 관계를 분석했음.

- 방법 : 건강 관리 제공자 및 시스템의 소비자 평가 조사를 사용해서 메디케이드 환자 3,596 명에 대한 2015년 설문조사를 실시해서 지난 6개월간의 이용률 및 건강 상태 데이터를 확보하였음. 관련 변수는 병원 입원이었으며 최소 6개월 동안 일차의료공급자 (PHP)를 사용한 입원환자 인구 통계임. 분석방법은 이원화된 로지스틱 회귀 분석을 적용했음.
- 결과 : 입원은 일차의료공급자 (PHP)와 관련이있음(교차비 (OR) = 1.409, $p = 0.007$, 조정 안 함). 적응 모델에서 입원은 각각 1.686, 2.902, 4.157의 1, 2, 3 및 4 회 이상의 방문 (각각 $p < 0.001$)의 전문 방문 횟수와 관련이 있었음. 입원은 같은 조건에서 3번 이상 (OR = 1.761, $p < 0.0001$), 공정 / 빈곤의 전체 건강 상태 (OR = 1.399, $p = 0.001$), 나이 (OR = 1.417, 1.777, 각각 45-64yo 및 > 65 (각각 $p < 0.005$)). 최종 조정 모델은 환자의 성별, 인종 및 교육을 추가 입원과 PHP 입원 (OR = 0.946, $p = 0.683$) 사이의 연관성을 보여주지 못했음.
- 결론 : 입원과 일차의료공급자 (PHP) 관계 사이의 강한 조정되지 않은 긍정적인 연관성은 있다는 것은 놀라운 결과였음. 조정된 모델은 입원과 만성 질환의 3가지 지표 사이에 매우 중요하고 긍정적인 연관성을 나타내지만 일차의료공급자 (PHP)의 영향을 결정할 수는 없었음. 더 많은 연구를 통해 비슷한 Medicaid 인구, 일차의료공급자 (PHP) 진단 통찰력 및 추가 치료 관리가 장기간의 건강 결핍을 극복 할 수 있는지, 공급 업체와의 관계가 있는 환자의 입원 횟수가 감소하는지를 고려할 수 있을 것으로 판단됨.

○ 건강의 평등 개선 방안에 대한 논의

- 미국의 문화적, 언어적 다양성이 커지고 의료 전문가와 환자의 문화적 격차가 커짐에 따라 건강관리 담당자는 인종, 민족 또는 사회 경제적 지위에 관계없이 모든 사람의 서비스 품질을 향상시켜야 하는 사명을 가지고 있음. National CLAS Standards는 미국 보건 복지부 (Department of Health and Human Services)의 소수 민족부가 개발한 건강 정책으로, 건강 전문가 및 조직이 효과적이고 평등하며 이해할 수 있고 존경받는 양질의 진료 및 서비스를 제공하도록 안내하는 표준안임. 특히, 국가 CLAS 표준은 보건 및 보건 의료 조직이 모든 개인의 문화적 및 언어적 요구를 존중하고 이에 대응하는 서비스로서 광범위하게 정의된 문화 및 언어적으로 적절한 서비스 (CLAS)를 구현하도록 돕기 위해 고안되었음.
- National CLAS Standards 구현이 어떻게 보이는지 더 잘 이해하기 위해 미국 전역의 13개 보건 및 의료 기관에서 미국 CLA 표준을 구현하는 것으로 확인된 혼합 방법 평가가 수행되었음. 데이터는

주요 기관직원 인터뷰, 직원 설문 조사, 웹 사이트 리뷰, 현장 관측 및 조직 문서에서 수집되었음. 이 연구는 언어 지원 서비스, 문화 역량에 대한 전문 교육 및 조직 자체 평가와 같은 조직에서 National CLAS 표준을 구현하는 방법에 대한 통찰을 포함하여 주요 결과 들로 구성됨. 그리고 조직 이 직면 한 장벽을 어떻게 해결할 수 있는지 설명하며, 평가의 의미를 탐구하고 National CLAS Standards의 성공적인 이행에서 리더십의 역할을 강조하고 있음. 이 연구 결과에 의하면 건강 관리 자가 건강 평등을 개선하고 건강 격차를 줄이기 위한 방법으로 National CLAS Standards를 구현하 는 과정을 더 잘 이해할 수 있을 것임.

○ 만성 질환 어린이를 위한 혁신적인 의료 전달 모델의 설계와 지속 가능성 방안

- 복잡한 질환을 가진 어린이를 위한 조정된 건강 관리 (CHECK)는 메디케어 및 메디 케이드 서비스 혁신센터가 자금을 지원하는 시연 프로젝트임. 현재까지 CHECK는 만성 질환을 앓고 있는 12,969 명의 어린이와 청년을 등록했으며, 이 연구에서는 CHECK 개입 모델과 장기적인 재정적 및 프로그램 적 지속 가능성을 위한 포괄적 인 계획에 대해 설명함. CHECK는 여러 질병에 걸친 하이테크 및 낮은 기술 개입의 조합을 제공하는 직원 팀 (지역 사회 참여, 기술 및 데이터, 정신 건강 증진, 공 급자 지원 서비스, 케어 조정, 법률 서비스)으로 구성됨.
- CHECK에는 5 백만 명이 넘는 지역의 주 서비스 지역이 포함되며, 이 프로그램은 입원 환자의 입원 감소, 재입원 및 응급실 방문을 통해 비용을 절감하기 위해 저비용 진료 조정 서비스에 투자되었음. 현재 자금 조달의 세 번째이자 마지막 연도에, CHECK 프로젝트의 예비 조사 결과에 따르면 3년 동안 총 수백만 달러의 비용이 절감된 것으로 나타났음.
- 지속 가능성 계획은 PMPM (월 회원 당) 지불 및 공동 저축 약정을 포함하는 가치 기반 지불 모델을 사용하여 여러 파트너십으로 부터 소득을 창출하는 것을 목표로하고 있음. CHECK는 통합 서비스 제품 및 서비스 메뉴로 이해 관계자에게 판매되고 있음. CHECK는 초기시작 및 운영 단계에서 얻은 교훈과 이러한 경험이 만성 질환 어린이를 위한 비용 효율적이고 혁신적인 의료 서비스 제공 모델의 개발 및 지속 가능성이 있다는 것을 보여주고 있음.

□ 미국 APHA 학회장 (2017년 11월 5일)

○ 면담자 (4명)

- Dr. Yeager, MS. Cunningham (Tulane University), 신호성(원광대), 이수영(보사연)

○ 장소

- APHA학회장

○ 차이의 차이분석(DID) 분석을 통한 의료이용과 의료질의 변화 분석연구

- 이 연구의 목적은 의료비용, 이용률 및 치료의 질의 관점에서 의료이용이 많은 환자에게 집중적인 사례 관리를 제공하는 환자 중심의 의료 주벽 인구 건강 프로그램의 효과를 평가하는 것임. 이러한 목

적을 달성하기 위한 연구 설계는 성향 점수 대조 군(propensity score matched controls)을 이용한 준 실험적 분석임.

- 차이의 차이분석(DID)을 실시하여 파일럿의 일부인 환자와 그렇지 않은 환자의 의료이용률, 비용 및 의료의 질의 변화를 비교했음. 환자를 치료하고 통제하기 위해 2012년과 2015년 사이에 2개의 해 군 군사 시설에 등록된 416명의 환자에게 군복무 시스템의 행정 자료를 사용했음.
- 결과를 보면, 치료군과 대조군 간에 유의한 비용이나 활용도 차이는 없었지만, 치료 및 통제 그룹에 속한 많은 환자의 경우, 비용이 많이 드는 급성기 에피소드 이후 평균으로 회귀했음. 개입은 프로그램에서 당뇨병 환자의 임상 진료 지침 준수에 통계적으로 유의한 개선과 관련이 있었음. 이 준 실험적 연구 결과는 다른 관련 무작위 대조 연구 및 고 활용 프로그램에 대한 관찰 연구와 비교할 때 유사한 결과를 나타냈음. 연구 결과에 따르면, 환자에게 집중적인 사례 관리를 제공하는 환자 중심의 고향 홈 이니셔티브가 의료이용률이나 비용의 감소를 초래하지는 않았지만 당뇨병 환자를 위한 프로세스 측정 방법의 개선을 이끌었음. 환자 관리에서 이익을 얻을 수 있는 환자가 현재 가장 높은 활용도일 필요는 없음. 미래의 조종사와 고등 교육 프로그램은 이러한 가장 필요한 경우에 초점을 맞추어야 할 필요가 있을 것으로 판단됨.