

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

☐ 출장목적

- 의료의 질에서 격차 해소의 측정과 관련 연구동향 및 정책 현황 파악

☐ 과제명

- 보편적 건강보장을 위한 의료격차의 진단과 과제

☐ 출장기간

- 2019.6.22.~2019.6.30.

☐ 출장국가(도시)

- 미국(워싱턴DC), 캐나다(토론토)

☐ 출장자

- 강희정 연구위원, 하솔잎 전문연구원

□ 일정요약

일자	국가(도시)	방문기관	면담자	주요 활동상황
6.22	미국(워싱턴DC)			출국
6.23	미국(워싱턴DC)	Marriott Wardman Park Hotel	Cheryl L. Damberg	시스템 수준의 격차 측정 및 질병발생으로 인한 소득손실 보전 정책효과 연구 논의
6.24	미국(MD 락빌)	Agency for Healthcare Research & Quality	Karen Chaves 외	AHRQ와 VHA의 의료격차 보고 현황
6.25	미국(MD 볼티모어)	Centers for Medicare & Medicaid Services	Michelle Schreiber 외	CMS의 의료격차 해소 관련 정책 논의
6.26	캐나다(ON 미시소거)			이동
6.27	캐나다(ON 미드타운토론토)	Health Quality Ontario	Erik Hellsten	온타리오주의 의료 형평성 관련 정책 논의
6.28	캐나다(ON 노스요크)	Institute for Clinical Evaluation Sciences	Douglas Lee	Primary Care and Health Systems Research Program: 일차의료의 형평성 효과 연구 사례 세미나
6.29	한국(인천)			귀국
6.30	한국(인천)			익일입국

2 출장 주요내용

①	시스템 수준의 격차 측정 및 질병발생으로 인한 소득손실 보전 정책효과 연구 논의
일 시	6.23(일) 10:00-14:00
장 소	워싱턴DC(Marriott Wardman Park Hotel; 2019 American Society of Health Economists Conference)
참석자	Cheryl L. Damberg, Heather Royer, Kakoli Roy(강희정 연구위원, 하솔잎 전문연구원)

□ 건강 관련 삶의 질(Health-related Quality of Life)에서 불평등 추세

- NHIS(National Health Interview Surveys, 1985-2015)의 정보를 통해 건강 관련 삶의 질 지표(Health and Activity Limitation Index, HALex)를 이용하여 18-69세 사이의 인구집단에 대한 건강 수준 및 인구사회학적 요인에 따른 불평등을 검토한 결과, 전체 건강 수준이나 불평등 수준에는 뚜렷한 추세를 발견할 수 없는 반면 불평등 규모 중 사회경제적 특성에 따른 그룹 내에서의 격차의 비중이 점차 증가함.
- 노인 그룹이나 여성 그룹에서 젊은 연령층이나 남성에 비해 더 낮은 건강 수준과 큰 격차를 보임. 소득수준별로는 고소득층에서 더 높은 건강수준과 낮은 격차를 보임.
- 전체 격차의 요인분해 결과 인종은 0.5-1.5%를, 성별이 0.1-0.7%를, 소득수준은 5.5-7.5%, 연령이 5.5-22.5%를 차지하여, 연령과 성별, 인종, 소득은 전체 불평등 중 13.5-35% 정도를 설명함.
- 즉, 그룹 내 격차가 해결되지 않는 상황에서 그룹 간 격차를 줄이는 데에만 집중하는 접근은 전체 불평등을 감소시키는 데 큰 효과를 보이지 않을 수 있고, (건강하지 않은 사람들이 건강한 사람들보다 더 높은 건강수준의 향상을 보이는) 사회 전체의 후생 증진효과 측면에서도 한계가 있을 것임.

□ 유급병가(Paid Sick Leave)의 결근 및 의료이용에의 영향

- 유럽 등 많은 선진국들에서 유급병가를 의무화하고 있는 데 반하여, 미국의 경우에는 현재 대부분의 주정부에서 이를 의무화하고 있지는 않음.
- MEPS(2000-2013) 자료를 가지고 DID matching 방법론을 활용하여 유급병가의 단기적 효과를 분석한 결과, 유급병가제도가 없는 경우 남성과 여성 모두에서 병가를 신청할 확률이 줄어들지만, 유급병가제도가 있을 경우 여성은 휴가를 낼 확률이 높아짐
- 또한 유급병가제도가 있는 셋팅에서 여성은 외래진료를 이용할 확률이 높아지지만 남성은 그렇지 않은 것으로 보여 여성의 경우 남성보다 의료적 니즈가 더 높다고 할 수 있었고, 여성은 (자녀의 의료이용으로 인한 영향도 있을 것이지만) 병가가 바로 의료이용으로 이어져 유급병가제도로 여성의 후생 증대가 가능할 것으로 판단되었음
- 이러한 연구결과는 각 주정부의 정책설계자들에게 유용한 시사점을 제공하는데, 유급병가제도의 도입(혹은 부재)은 여성에게 그 영향력이 더 크고, 이것이 의료이용으로 곧바로 연결되는 모습을 보여 그로 인해 회복이 더 빠르고 결과적으로 생산성이 높아지는 결과를 기대할 수 있을 것임

②	AHRQ와 VHA의 의료격차 보고 현황
일 시	6.24(월) 14:00-18:00
장 소	락빌(AHRQ)
참석자	Karen Chaves, Ernest Moy(강희정 연구위원, 하슬잎 전문연구원)

☐ VHA(Veterans Health Administration) National Veteran Health Equity Report

- VHA의 Office of Health Equity(OHE)는 의료 접근도와 이용, 진료 결과 결과에 있어 규명된 격차에 대해 모니터링 및 평가, 격차해소를 위한 정책 마련 등에 책임이 있음
- 이를 위해 VHA는 건강 형평성 보고서(National Veteran Health Equity Report)를 발간한 바 있으며, 사전에 정의된 취약그룹(인종, 성별, 연령, 지역, 정신건강상태)에 따라 다음 표와 같은 지표들을 산출함

DOMAIN	SUBGROUP				
	Race/Ethnicity	Gender	Age	Geography	Mental Health
Distribution of patients	• DISTRIBUTION OF EACH GROUP AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Sociodemographic distribution of patients	• PERCENT DISTRIBUTION OF GENDER BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF AGE BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF RURAL/URBAN STATUS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF SERVICE-CONNECTED DISABILITY RATING STATUS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Healthcare Utilization	• PERCENT DISTRIBUTION OF VHA OUTPATIENT ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF PRIMARY CARE ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF MENTAL HEALTH/SUBSTANCE USE DISORDER ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF EMERGENCY DEPARTMENT ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF TELEPHONE ENCOUNTERS BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • PERCENT DISTRIBUTION OF FEE OUTPATIENT SERVICES BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS				
Conditions	• PERCENT DISTRIBUTION OF DIAGNOSED CONDITION CATEGORIES BY GROUPS AMONG VETERAN VHA PATIENTS • CONDITIONS DIAGNOSED IN $\geq 20\%$ OF EACH GROUP • DIFFERENCE BETWEEN EACH RACIAL/ETHNIC GROUP AND WHITE VETERAN VHA PATIENTS IN PERCENT DIAGNOSED, FOR OVERALL TOP 20 DIAGNOSED CONDITIONS				

□ 보건의료에서 격차 감소를 위한 AHRQ의 노력들

- 보건의료에서 격차를 감소시키는 것은 AHRQ의 중요한 목표 중 하나로, AHRQ는 그간 소득과 지역, 인종 등 서비스 제공과 건강 결과에 있어 격차를 일으키는 요인들을 기준으로 그 변이가 어떠한 패턴을 보이는지 연구해왔음
- 보건의료에서 격차 감소에 기여하기 위한 AHRQ의 노력들은 크게 다음의 세 가지를 들 수 있는데, 첫째, QDR(National Healthcare Quality and Disparities Report)의 발간을 통한 데이터의 생산과 보급임.
 - QDR은 250개 이상의 질과 격차에 대한 지표들을 활용하여 매년 시스템의 성과를 평가하고 추적하고 있음.
- 두 번째는 보건의료시스템과 공급자들이 모든 환자들에게 양질의 진료를 제공하기 위한 가이드가 될 수 있는 도구들을 개발하는 작업임.
 - 건강정보이해능력(health literacy)은 격차 감소에 있어 중요한 과제로, 서비스의 이용 뿐 아니라 그로 인한 건강 결과에도 영향을 미침. AHRQ에서는 건강정보이해능력 향상을 위한 다양한 도구들(e.g. 환자 및 공급자 교육 자료, 연구자를 위한 건강정보이해력 측정도구 등)을 개발함. 이에 더하여 환자경험조사(CAHPS)를 통해 진료 현장에서 공급자와 환자 간 소통의 수준을 파악하고, 환자안전을 목적으로 공급자 간 팀워크 스킬 증진을 위한 TeamSTEPPSS 프로그램을 운영 중이며 이에는 언어 문제로 의사소통에 어려움을 겪는 환자에 대한 인식을 환기시키는 내용 또한 포함되어 있음
- 세 번째로 AHRQ에서는 의료 격차와 환자안전을 위한 다양한 연구 및 근거 생산에 투자를 지속해왔으며, 최근에는 LGBTQ의 보건의료 측면의 니즈와 공급자 교육 등에 대한 연구 및 HIV/AIDS 환자의 자기 관리를 위한 모바일 기술 연구 등에 지원한 바 있음.
- CMS의 OMH(Office of Minority Health)에서 설정한 올해의 테마는 ‘건강 형평성을 위한 파트너링(Partnering for Health Equity)’ 으로, 보건부 산하의 관계 부서 및 조직들에서 AHRQ에서 생산한 근거들이 이해되고 활용될 수 있도록 하는 노력이 필요할 것임.

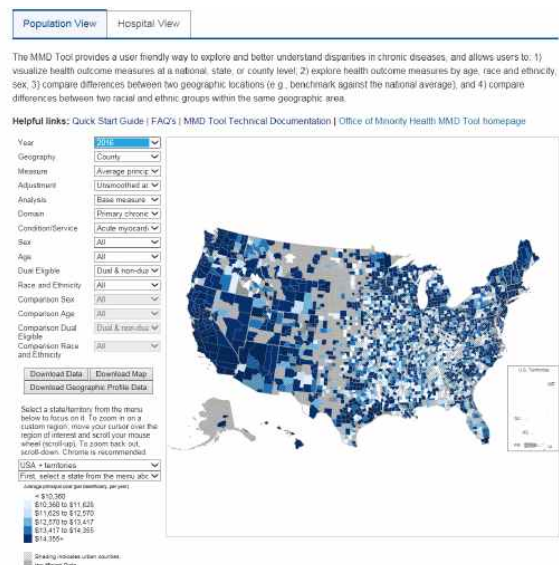
③	CMS의 의료격차 해소 관련 정책 논의
일 시	6.25(화) 13:00-17:00
장 소	볼티모어(Centers for Medicare & Medicaid Services, CCSQ)
참석자	Michelle Schreiber, James Poyer, Jennifer S. Robinson(강희정 연구위원, 하슬잎 전문연구원)

□ CMS EQUITY PLAN for Improving Quality in Medicare(OMH)

- 그간 건강 격차 감소를 위한 다양한 노력들에도 불구하고, 2015 NHQDR(AHRQ)에 따르면 건강 결과와 진료 질에 있어 사회경제적 요인에 따른 격차가 더욱 악화되고 있음
- 이에 2015년 9월 CMS는 CMS Equity Plan for Improving Quality in Medicare를 발표하였는데, 이는 인종, 성별, 장애여부별, 지역별 의료 격차에 대한 인식을 환기시키고 이해를 도와 포괄적인 해결방안을 모색해가고자 하는 목적을 가짐.
- 본 플랜은 건강 형평성 제고를 목적으로 다음의 여섯 가지 우선순위를 설정하였고, 그 진행상황에 대한 progress report를 정기적으로 발간하고 있음
 - Priority 1: **Expand** the Collection, Reporting, and Analysis of Standardized **Data**
 - Priority 2: **Evaluate Disparities Impacts** and Integrate Equity Solutions across CMS Programs
 - Priority 3: **Develop and Disseminate Promising Approaches** to Reduce Health Disparities
 - Priority 4: **Increase the Ability of the Health Care Workforce** to Meet the Needs of Vulnerable Populations
 - Priority 5: **Improve Communication** and Language Access for Individuals with Limited English Proficiency and Persons with Disabilities
 - Priority 6: **Increase Physical Accessibility** of Health Care Facilities

□ The Mapping Medicare Disparities(MMD) Tool

- 위의 Equity Plan의 일환으로 CMS는 메디케어 가입자들의 만성질환 관련 격차를 보여주는 툴로써 MMD를 개발하였음
- MMD는 지역 수준의 차이 뿐 아니라, 의료기관(hospital) 단위의 성과지표의 수준도 비교가능함
 - 지역 단위에서 MMD에 사용되는 지표들은 대상 질환별 유병률과 의료비, 입원율, PQIs(AHRQ), 재입원율, 사망률, 응급실 방문율이며, 예방적 서비스 이용률도 포함됨.



- 병원 단위의 평가지표는 재입원율(재입원율, 계획되지 않은 병원 방문율), 안전(PSI, 사망률, HAIs), 메디케어 급여비 지출(Value of Care), 환자경험(HCAHPS), HVBP 점수임.

○ 각 정부부처나 정책설계자, 개별 의료기관 및 연구자, 지역사회 조직, 질 성과 관련 조직의 활동들에 MMD가 도움이 될 수 있을 것으로 기대하고 있음

④	온타리오주의 의료 형평성 관련 정책 논의
일 시	6.27(목) 13:00-18:00
장 소	미드타운토론토(Health Quality Ontario)
참석자	Erik Hellsten(강희정 연구위원, 하슬잎 전문연구원)

□ HQO HEALTH EQUITY PLAN

- HQO는 IOM에서 정의한 의료 질의 여섯 가지 차원(안전, 효과성, 환자중심성, 효율성, 적시성, 형평성)을 기본적인 틀로 하여 관련된 노력들을 기울여 왔는데, 다른 차원에 비하여 형평성(equity)은 큰 주목을 받지 못하였고 그에 대한 파악도 충분히 이루어지고 있지 않았음을 자각하면서 2016년 건강 형평성 계획을 발표하였음
- 본 플랜은 HQO의 전체 질 관리 전략(*Better Has no Limit: Partnering for a Quality Health System*, 2016-2019)의 틀 안에서 함께 진행될 것이며, 다음 두 가지의 핵심 목표를 가짐
 - HQO의 모든 활동에 형평성을 고려함(we will embed equity into all that we do.)
 - 보건의료시스템의 참여자들과 리더들, 정책설계자들을 지원함으로써 이들이 자신의 작업에서 형평성에 초점을 맞추도록 유도함(we will advance the equity agenda province-wide by encouraging and supporting providers, system leaders and planners to bring an equity focus to their own work.)
- 본 플랜에 따르면, 개발 첫해에는 조직 내부의 역량을 키우는 데 초점을 맞출 것이고, 그 후 3년간(2016-2019)은 다음의 다섯 가지의 우선순위를 설정하여 관련되는 활동들을 전개해 나갈 예정임
 - Health Equity Strategic Priority #1: Provide **system-level leadership through partnerships** to improve health equity in Ontario.
 - Health Equity Strategic Priority #2: Increase availability of **information to enable better decisions** to achieve health equity locally and provincially.
 - Health Equity Strategic Priority #3: Evaluate and support the uptake of **promising innovations and practices** to improve health equity in Ontario.
 - Health Equity Strategic Priority #4: **Engage patients**, caregivers, and the public in our efforts to address health equity.
 - Health Equity Strategic Priority #5: Ensure health equity is addressed when patients **transition across different care settings**.

□ Health Equity Impact Assessment Tool(HEIA, MOHLTC)

- 온타리오주 보건부(Ministry of Health and Long-Term Care, MOHLTC)에서는 지역 내 건강 격차의 감소를 위해 유관부처 및 조직, 병원, 의료 공급자들이 관련 정책이나 프로그램들을 진행하는 데 있어 다양한 인구집단들에 대한 차별적 영향을 고려하는 의사결정 지원 툴로써 HEIA를 개발함
- HEIA는 크게 다음의 네 가지 목적을 가짐
 - 1) 각 조직에서의 의사결정에 따른 특정 인구집단에 대한 건강 형평성 측면에서의 의도하지 않은 영향을 규명하는 데 도움을 주고,
 - 2) 각 조직의 정책이나 프로그램, 서비스 디자인에 있어 형평성에 기초한 발전을 지원하며,
 - 3) 각 조직들의 의사결정 과정에서 형평성을 고려에 넣도록 하고
 - 4) 시스템을 구성하는 각 조직들에게 건강 형평성에 대한 인식을 환기시키고 관련 역할을 증대시킴
- 각 조직들이 관련 사업들을 진행하는 데 있어 형평성 영향을 규명할 수 있는 HEIA Template은 다음 표와 같으며, 그 작업은 다음의 다섯 단계로 이루어짐
 - 1) Scoping: 사업에 영향을 받을 수 있는 (취약한) 인구집단과 집단별 건강 결정요인을 고려
 - 2) Potential Impacts: 이용가능한 데이터 혹은 관련 근거를 활용하여 집단별로 의도하지 않은 영향(positive or negative)을 평가
 - 3) Mitigation: 부정적 영향을 축소하고 긍정적 영향을 극대화할 수 있는 전략 혹은 방안을 제시
 - 4) Monitoring: 앞 단계에서 제시한 개입들을 평가할 수 있는 모니터링 방법을 제시
 - 5) Dissemination: 평가결과와 이를 통한 교훈들을 공유할 수 있는 방안을 제시

HEIA Template

The numbered steps in this template correspond with sections in the HEIA Workbook. The workbook with step-by-step instructions is available at www.ontario.ca/healthequity.

Step 1. SCOPING		Step 2. POTENTIAL IMPACTS			Step 3. MITIGATION	Step 4. MONITORING	Step 5. DISSEMINATION
a) Populations*	b) Determinants of Health	Unintended Positive Impacts	Unintended Negative Impacts	More Information Needed	Identify ways to reduce potential negative impacts and amplify the positive impacts.	Identify ways to measure success for each mitigation strategy identified.	Identify ways to share results and recommendations to address equity.
Aboriginal peoples (e.g., First Nations, Inuit, Métis, etc.)							
Age-related groups (e.g., children, youth, seniors, etc.)							
Disability (e.g., physical, D/deaf, deafened or hard of hearing, visual, intellectual/developmental, learning, mental illness, addictions/substance use, etc.)							
Ethno-racial communities (e.g., racial/racialized or cultural minorities, immigrants and refugees, etc.)							
Francophone (including new immigrant francophones, deaf communities using LSQ/LSF, etc.)							
Homeless (including marginally or under-housed, etc.)							
Linguistic communities (e.g., uncomfortable using English or French, literacy affects communication, etc.)							
Low income (e.g., unemployed, underemployed, etc.)							
Religious/faith communities							
Rural/remote or inner-urban populations (e.g., geographic/social isolation, under-serviced areas, etc.)							
Sex/gender (e.g., male, female, women, men, trans, transsexual, transgendered, two-spirited, etc.)							
Sexual orientation (e.g., lesbian, gay, bisexual, etc.)							
Other: please describe the population here.							

*Note: The terminology listed here may or may not be preferred by members of the communities in question and there may be other populations you wish to add. Also consider intersecting populations (i.e., Aboriginal women).

⑤	일차의료의 형평성 효과 연구 사례 세미나
일 시	6.28(금) 11:00-17:00
장 소	노스요크(ICES)
참석자	Douglas Lee(강희정 연구위원, 하슬잎 전문연구원)

□ 일차의료에서 형평성 제고 정책의 효과 연구

- 2017년 ICES와 York University의 연구자가 함께 일차의료에서 형평성 제고 정책의 효과 비교를 위한 연구를 진행한 바 있음
- 전반적으로 소득 수준이 높고 건강보험의 보장성이 높은 환경에서 일차의료의 형평성 제고를 위한 투자의 효과가 그간의 연구들에서 분명히 밝혀지지 않았기 때문에, 연구진은 소득수준이나 건강보장 시스템 측면에서 유사한 조건을 가진 두 지역(England와 Ontario)의 2000년대 중후반에 이루어진 정책성과를 DID를 이용해 비교하고자 하였음
 - 2000년대 중후반에 도입된 일련의 일차의료 정책들은 England의 경우 2006년 취약지역(underserved areas)에 대한 일차의료 공급에 투자 확대를 발표하였으며, 같은 해 건강 형평성을 국가적 우선순위로 설정함. 2007-2009년에는 만성질환 관리 계획과 지원방안을 발표하였으며, 2009년에는 40-74세 대상 혈관질환 위험 진단을 위한 국가 검진 프로그램(NHS Health Checks)을 도입함.
 - Ontario주에서는 2001/02년에 일차의료 네트워크(FHN, Family Health Networks)를 도입하였고, 다음 해에는 FHG(Family Health Groups)을, 2004/06년에는 일차의료 공급이 부족한 교외지역(rural-northern communities)에 대한 서비스 제공을 위해 의사그룹과 협약을 맺음. 2005년에는 CCM(Comprehensive Care Model)과 FHO(Family Health Organizations), FHT(Family Health Teams)가 도입되었고, 2009년에는 그간 도입된 모든 모델들(FHN, FHO, FHT, CCM, FHG)에 대해 공급자 계약을 일시 중단함 (당시 일반의의 2/3 이상이 위 모델들에 참여하고 있었음)
- 각 지역 내에서 박탈지수를 활용하여 하위 그룹을 10분위로 나누어 그룹별 치료가능 사망률(amenable mortality) 추세 및 각 지역 내에서 가장 취약한 그룹과 그렇지 않은 그룹 간 절대, 상대 격차를 추정함
- 연구 결과 2004-2006년 기간 동안은 두 지역의 불평등도가 비슷한 추세를 보였지만 2007-2011년에는 서로 다른 모습을 보임. 두 지역을 비교했을 때 England 지역의 경우 2004-2006년에 비해 그 이후에 치료가능사망률의 절대격차가 19.8명(인구 10만명당) 감소하였고, 상대격차는 10%p 감소하였음. 즉, England 지역은 온타리오주와 비교했을 때 2007-2011년 기간 동안 일차의료 개혁에 있어 형평성 제고에 초점을 두었던 정책들이 사회경제적 요인에 따른 건강격차를 줄이는 데 기여한 것으로 보임.

□ 온타리오주 일차의료 개혁의 의도하지 않은 영향 연구 사례

- 온타리오주 보건부는 2001년부터 일차의료 개혁을 위해 다양한 일차의료 서비스 모델을 개발하여 적용하고 있는데, 그 지불방식은 인두제와 인센티브 및 보너스, 행위별 수가제가 섞여 있는 것이 특징이고, 특별히 FHN과 FHO는 ‘access bonus’가 지급됨.

*access bonus: 인두제를 기반으로 하는 FHO의 경우, 이에 속하는 의사들은 월별 인당 기본요율에서 자신의 그룹의 환자가 다른 의사에게 진료 받아 지출된 급여비(보통 FFS 기반)를 뺀 금액의 18.59%를 access bonus로 지급받음.

- access bonus는 일차의료에 대한 접근도를 향상시키고 인두제 이외의 서비스를 이용하는 것을 최소화하기 위해 설계되었는데, 이러한 access bonus를 받는 FHO들의 성과를 비교·분석한 결과, 대도시 밖의 교외지역에 있는 의사들에게 더 많은 access bonus가 지급되는 경향이 발견됨. 그러나 이러한 지역에 있는 환자들은 일차의료 이용이 많지 않고, 업무시간 외 진료를 받는 경우도 상대적으로 적으며, 응급실 방문율이나 외래 진료비용도 더 높아 보너스 제도가 목적대로 작동하지 않을 가능성을 확인하였음