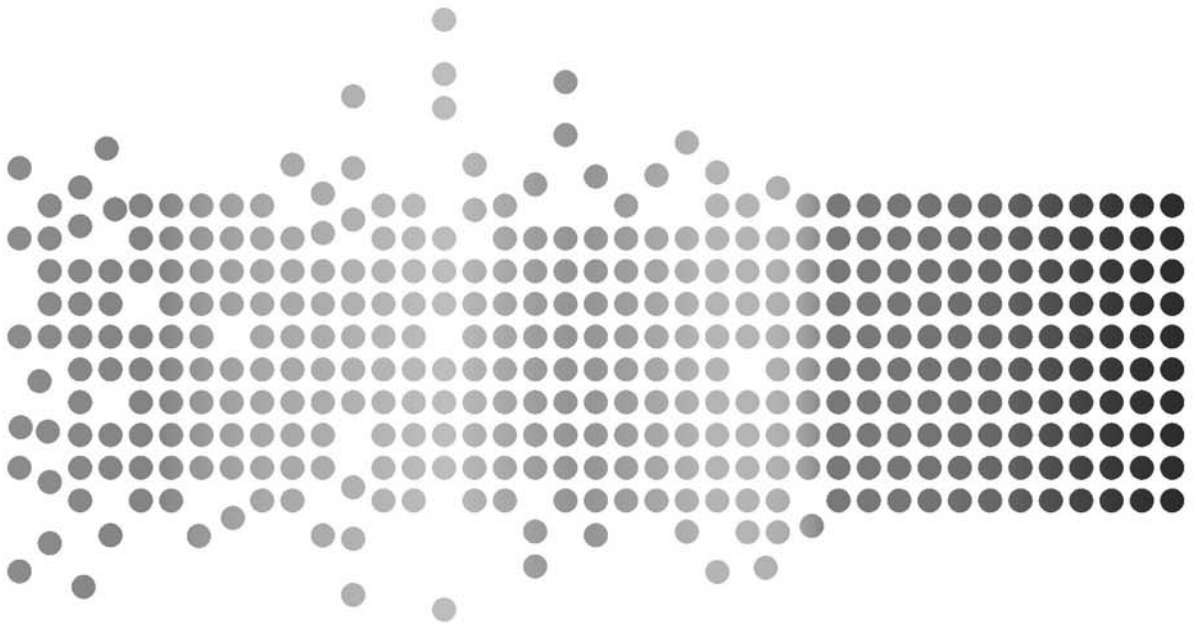


근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안

Analysis, Evaluation and Planning Toward
Enhancing Evidence Use in Health Policy

김남순 · 이희영 · 서현주 · 박은자 · 채수미 · 최지희



연구보고서 2012-05

근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안

발 행 일 2012년
저 자 김 남 순 외
발 행 인 최 병 호
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 고려문화
가 격 7,000원

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-933-4 93510



머리말

현대에 들어와서 보건의료체계는 혁신적으로 발전해왔지만, 서비스의 안전성과 효과성, 자원의 적정한 배분을 어떻게 보장할 것인지에 대한 도전 과제 또한 커지고 있다. 사회적 가치가 높지 않은 신약과 기술은 선호되는 반면에 기존의 단순하고 효과적인 서비스는 과소 이용되는 경향이 있는 것도 사실이다. 또한 보건의료에 대한 다양한 정보가 생산되고 있음에도 불구하고 이를 정책과 실무에 제대로 반영하고 있는 지에 대해서 많은 의문이 존재하고 있다.

전 세계적으로 ‘80년대 전후로 근거중심의학이 새로운 패러다임으로 확산되었으며 그 원리를 실무와 정책으로 적용하려는 시도가 증가하였다. 근거중심 정책과 실무란 “특정 질환이나 문제에 효과적으로 작동할 수 있는 중재에 대한 최선의 근거를 실무와 정책적 의사결정에 숙고하도록 보장하는 것”으로 정의할 수 있다. 여기에는 근거가 정책과 실수가 잘 활용되면 그만큼 보건의료체계의 효율성이 증대할 것이라는 전제가 깔려있다.

우리나라에서 근거중심정책은 건강보험관련 분야에서 도입되기 시작하였으며 최근에는 공중보건영역까지 이를 표방하고 있으나, 일부 특수한 분야를 제외하고는 수사적 수준으로 판단된다. 이는 특정 주제나 영역에서 근거에 대한 정의가 정립되어 있지 못하고, 근거를 정책과 실무에 반영하는 제도적 장치가 확립되어 있다고 볼 수 없기 때문이다.

이 연구에서는 보건의료에서 근거중심정책의 역사와 배경 이론과 비판은 물론 국내외 정책사례 등을 충실히 고찰하였다. 국내 현황을 파악하고자 연구근거(research evidence) 활용을 중심으로 몇 개의 정책사례를 분석하였다. 또한 국내 연구자와 정책담당자를 대상으로 근거중심정책에 대한 의견, 장애요인, 발전방안에 대한 인식을 조사하였다. 마지막으로 향후 정책에서 근거활용을 증진하는데 필요한 과제를 제안하였다.

이 연구는 한국보건사회연구원 김남순 연구위원의 책임아래 이희영 가천의대 예방의학 교수, 서현주 조선대 간호대 교수, 박은자 전문연구원, 채수미 전문연구원, 최지희 연구원 등이 참여하였다. 연구원들의 노고에 감사를 드리며, 자문을 해주신 울산의대 이상일 교수, 인제대 약대 장선미 교수, 상지대 배은영 교수께 감사드린다. 연구보고서 구성과 내용에 대해 충실한 조언을 해준 박실비아 연구위원과 오영호 연구위원께도 감사드린다. 또한 조사에 협조해주신 국내 연구자와 보건복지부 정책담당자들에게도 감사드린다.

이 보고서에서 제시된 근거중심정책에 대한 이론과 국내·외 정책사례, 연구자와 정책담당자들의 의견 등이 바탕이 되어, 향후 국내 보건정책에서 근거중심의사결정이 정착되는데 기여하고 후속 연구의 밑거름이 되기를 희망한다.

2012년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

Abstract	1
요약	5
제1장 서론	15
제1절 연구의 필요성 및 목적	15
제2절 연구내용 및 방법	16
제2장 보건정책의 근거활용에 대한 이론적 고찰	21
제1절 근거란 무엇인가?	21
제2절 근거 활용에 대한 관점과 비판	33
제3장 근거중심정책 추진전략과 외국사례	53
제1절 근거중심정책 추진전략	53
제2절 외국의 보건정책 및 실무의 근거 활용 경험	61
제4장 국내 보건정책의 연구근거 활용사례 분석	87
제1절 사례 분석의 목적과 방법	87
제2절 정책사례 분석결과	94
제5장 보건정책에서 연구근거 활용에 대한 연구자와 정책담당자의 인식	141
제1절 보건정책의 연구근거 활용에 대한 연구자의 인식	141
제2절 보건정책의 연구근거 활용에 대한 정책담당자의 인식	182

제6장 결론 및 제언:	197
제1절 국내 상황에 대한 진단	197
제2절 근거고려 정책 추진전략	198
참고문헌	205
부록: 근거중심 보건정책에 대한 연구자 인식조사	221

표 목차

〈표 2-1〉 정책결정에 사용되는 근거 유형 및 사용 방법	32
〈표 3-1〉 근거고려 권고의 가능 요인	60
〈표 3-2〉 연구근거 사용의 촉진요인 및 적용 결과	66
〈표 3-3〉 식염감소 정책의 시사점	72
〈표 3-4〉 맥락이 대장암검진 정책결정에 미친 영향	79
〈표 4-1〉 미시적 영역의 정책사례 분석대상 후보	88
〈표 4-2〉 근거 사용의 가능요인 및 장애요인	92
〈표 4-3〉 선별검사 각 단계에서의 핵심질문	96
〈표 4-4〉 각국 진료지침의 인구집단 대상 선별검진 권고	99
〈표 4-5〉 글루코사민 허가현황	108
〈표 4-6〉 글루코사민 매출현황	116
〈표 4-7〉 연령별 구매 건강기능식품 종류	117
〈표 4-8〉 태반주사제의 임상적 안정성 및 효과성 근거평가	119
〈표 4-9〉 의약품관리의 경제성 평가 연구	124
〈표 4-10〉 편두통치료제와 고지혈증치료제 시범평가결과의 수용	127
〈표 4-11〉 의사결정에 사용되는 지식 유형	132
〈표 5-1〉 설문 응답자의 일반적 특성	146
〈표 5-2〉 보건정책 의사결정의 근거 활용 인식	147
〈표 5-3〉 보건정책 의사결정에서의 근거 유형 동의 정도	149
〈표 5-4〉 연구과제 결과확산 방법	154
〈표 5-5〉 보건정책 의사결정에서의 근거활용에 영향을 미치는 국내 맥락에 대한 의견	156
〈표 5-6〉 분야별 연구근거 활용의 중요성, 실행가능성, 간극 (1)	158

〈표 5-7〉 분야별 연구근거 활용의 중요성, 실행가능성, 간극 (2)	159
〈표 5-8〉 보건정책 의사결정에서의 연구근거 활용 장애요인	161
〈표 5-9〉 연구근거 사용 향상을 위한 개선방안	163
〈표 5-10〉 생애주기별 정신건강검진의 연구근거 활용 의견	168
〈표 5-11〉 무료 치매 검진사업에서의 연구근거 활용 의견	169
〈표 5-12〉 기등재약목록 정비사업의 연구근거 활용 의견	171
〈표 5-13〉 의원급 만성질환관리제에서의 연구근거 활용 의견	173
〈표 5-14〉 글루코사민 의약품 건강보험 급여결정의 연구근거 활용 의견	174
〈표 5-15〉 내시경 점막하 박리절제술 건강보험 급여결정의 연구근거 활용 의견	176
〈표 5-16〉 6개 대표 보건정책사례에 대한 연구자 의견	180
〈표 5-17〉 보건정책담당자 심층인터뷰 내용	185
〈표 6-1〉 보건정책 근거활용 증진 과제	202

그림 목차

[그림 2-1] 단순화한 근거중심의학의 근거 위계	26
[그림 2-2] Evidence-informed Policy and Practice 경로	31
[그림 2-3] 연구사용의 연속성	36
[그림 2-4] 지식전달과정 개념틀	40
[그림 2-5] 근거가 잘 고려된 정책결정과정	46
[그림 2-6] 근거중심 정책결정을 위한 SUPPORT 도구	47
[그림 2-7] 정책과 실무간 연구근거 역할 차이	49
[그림 4-1] 실무의 연구근거 활용에 대한 전통적 모형	90

Contents

[그림 4-2] 지역 보건정책의 역학연구 활용 분석틀	91
[그림 4-3] 보건정책의 연구근거 활용 분석틀	93
[그림 4-4] USPSTF의 치매 분석틀	97
[그림 4-5] 증상발현에 따른 진단기술	98
[그림 4-6] 글루코사민 효과에 대한 근거 수용	110
[그림 4-7] ‘골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과’ 연구의 무작위할당 임상시험의 질 평가	112
[그림 4-8] ‘골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과’ 연구의 메타분석결과: 글루코사민황산염의 통증 효과	113
[그림 4-9] ‘골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과’ 연구의 메타분석결과: 연구비 출처간 비교	113
[그림 4-10] 기등재약목록정비 사업 정책과정: 근거사용 중심	136
[그림 5-1] 보건정책과정에서의 근거 활용 필요성 인식	146
[그림 5-2] 보건정책 의사결정에서의 근거 유형에 대한 동의 정도 ..	149
[그림 5-3] 응답자 연구 분야	151
[그림 5-4] 연구과제의 유형	152
[그림 5-5] 연구과제의 연구비 자원	153
[그림 5-6] 특정 연구과제 결과가 보건정책 의사결정에서 활용이 잘된 정도	155
[그림 5-7] 연구근거 사용을 향상시키기 위한 개선방안 동의정도	165

An abstract graphic consisting of a central dark grey circular shape with several smaller, lighter grey circular shapes of varying sizes scattered around it, resembling ink splatters or a molecular structure.

Abstract

Toward Evidence informed Health Policy in Korea

I. Introduction

- “Evidence Based Policy and Practice(EBPP)” in broad terms as an approach that helps people to make well-informed decisions about policies, programmes, projects and practices by putting the best available evidence at the heart of policy development and implementation.
- In Korea, there is no definite consensus about what count as evidence in health policy. Also we could not see concrete strategic approach improving evidence use in policy.
- The aim of this study is fourfold; (1) to review theories and strategy for evidence use in policy, (2) to analyze evidence use in domestic health policies, (3) to investigate policy makers and researchers' perception on evidence use in policy, (4) to tease out the key messages for establishment of evidence informed

policy.

II. Results

- WHO promotes evidence informed policy making. For health policy decision making to be well-informed rather than poorly informed, it is essential that more systematic and transparent processes are applied when accessing and appraising research evidence.
- For health policy, hierarchy of evidence for assessing what works has been established since the rise of EBM. However, in recent years there has been more emphasis on broad meaning of evidence and the necessity of considering diverse type of knowledge in policy making.
- The analysis of domestic health policy process
 - The "case of introduction of early screening of dementia" has been affected by the local context that requires aggressive dementia management.
 - The "case of gulcosamine drug and human placenta injections" were related to the decision on health insurance coverage and drug approvals. These were the cases that government supported research agency has created the research evidence and pushed the result to the related health policy makers and institutions.

- The "Pilot Projects of Reevaluation of Currently Listed Drugs under the PLS" was aimed to apply the HTA result for decision making process. This was the case that health policy maker's willingness has worked very strongly.
- We've conducted 5 semi-structured interviews with policy makers in Ministry of Health & Welfare. The first narrative illustrates that the current research based knowledge is insufficient to inform health policy. The second narrative elucidates that there are many barriers in the context of policy making process.
- Researchers who worked in health policy field were surveyed and a total of 397 researchers completed the web based questionnaire(response rate, 36.4%).
 - 51% of researchers at university agreed with that policy makers show little regard for the value of evidence but researchers at government agency had less agreement with that by 33.7%.
 - Our findings shows that the important factors that facilitate the use of evidence in health policy are 1) ensuring sufficient study period and funding, 2) improvement of the quality and credibility of research, 3) improving timely access to the studies that reflect policy environments.

III. Conclusions

- Advocating evidence informed policy making is necessary to manage complex problems of modern healthcare system in Korea.
- This study shows that there are many problems of using evidence in health policy(under-use, overuse or misuse) and the variety of barriers in policy and research environments in Korea.
- To improve current state of evidence use in health policy, first and foremost, health policy-makers and researchers should be aware of the importance of policy making informed by the best available evidence.
- Ultimately, the process of "access and appraisal of evidence" should be conducted in systematic and transparent way in health policy field.



요약

I. 연구의 배경 및 목적

- 근거중심 정책과 실무란 “특정 질환이나 문제에 효과적으로 작동할 수 있는 중재에 대한 최선의 근거를 실무와 정책적 의사결정에 숙고하도록 보장하는 것”으로 정의할 수 있음.
- 국내에서는 이는 특정 주제나 영역에서 근거에 대한 정의가 정확하지 않고, 근거를 정책과 실무에 반영하는 제도적 장치가 정립되어 있다고 보기 어려운 상황이므로 이에 대한 진단이 필요함.
- 이 연구의 목적은 보건정책에서 근거활용과 관련된 이론과 외국사례를 고찰하고 국내 정책의 근거활용에 대한 문제를 진단하며, 향후 근거고려 정책 추진에 필요한 과제를 도출하는 것임.

II. 주요 연구내용 및 방법

- 근거의 정책 활용을 다룬 이론과 함께 근거중심정책에 대한 비판적 입장을 고찰하였으며, 이를 통해 정책영역에서 근거중심의사결정에 대한 관점을 정립하고자 노력하였음.

- 다음으로 근거의 정책 및 실무활용에 대한 현실적 문제를 다루고자 영국과 캐나다에서 근거중심정책 추진전략을 검토하였고, 다양한 연구근거(research evidence)의 활용사례를 고찰하였음.
- 국내 상황 진단을 위해하기 문제를 드러낼 수 있는 정책사례를 분석하고자 하였음. 정책에서 근거활용에 대한 분석틀을 개발하였고, 의약품 급여와 관련 3개 사례와 함께 치매환자 조기검진 정책을 분석하였음.
- 정책담당자의 연구자들이 근거중심정책과 실무에 대한 인식을 조사하였음. 정책담당자에 대해서는 질적 면담을 수행하였고, 연구자들에게는 웹기반 설문조사를 실시하였음.
- 마지막으로 연구내용을 종합하여 보건정책에서 근거활용을 증진하는 방향과 함께 추진해야할 정책과제를 도출하였음.

III. 주요 연구결과

1. 정책에서 근거활용에 대한 이론과 비판

- 근거중심정책 주창자들은 정책에서 활용되는 지식은 연구근거 외에도 다양한 정보와 정책경험이 포함되는 것을 인지하고 있으나, 정책에서 연구근거를 활용하는 것이 중요하다는 입장을 취하고 있음.
- 보건정책에서는 다른 분야보다 근거중심의학에서 비롯된 근거의 위계와 중재의 효과성(what works)에 대한 연구를 중요하게 고려해왔으나, 최근에는 근거의 의미를 광의로 해석하고 다양한 유형의 근거를

고려해야 한다는 입장으로 수렴되고 있음.

- 근거와 정책간의 관계를 다룬 이론은 네 가지로 분류할 수 있음. 첫째, 근거 또는 지식의 어떻게 정책 또는 실무로 전파되느냐의 관점의 지식전파(knowledge transfer), 둘째, 연구결과에 주목하여 연구가 정책 또는 실무에 어떠한 영향을 미치는가를 파악하는 연구의 영향평가(research impact assessment)가, 셋째, 근거중심 또는 근거기반 정책이라는 개념이 있으며, 넷째, informed라는 용어를 사용한 근거 고려 정책(evidence informed policy)이 있음.
- WHO가 추진하고 있는 근거고려 정책은 정책적 상황에서 활용하는 근거를 포괄적으로 제시하고 있으며, 정책적 의사결정에 근거의 검토와 평가가 체계적으로 수행되어야 한다는 점을 강조하고 있음.
- 근거의 정책과 실무활용에서 크게 보면 개념적 활용과 도구적 활용으로 구분할 수 있으며 의료기술평가는 연구근거(research evidence)의 도구적 사용으로 간주됨.
- 근거중심정책에 대한 비판의 핵심은 1) 연구근거만으로 정책적 의사결정이 이루어지지 않고, 2) 연구근거는 가치중립적인 것처럼 포장하고 있지만 효율성만을 강조하고 있어, 형평성이나 정의(justice) 등과 같은 가치의 반영을 어렵게 한다는 점과, 3) 근거가 정책적 의사결정에 합리적으로 사용되기 보다는 특정한 목적이나 정책을 합리화하는데 사용되고 있다는 것임.

2. 외국의 근거중심정책 추진전략과 사례

□ 영국의 근거중심정책 추진전략

- 영국은 범정부적 차원에서 근거중심정책 추진전략을 수립하였고, 1990년대 후반부터 다수의 근거중심정책 관련 백서를 출간하였음.
- 근거의 생산과 확산을 위해 여러 조직이 설립되었으며, 지식기반 정책을 형성하는 책임은 Center for Management and Policy Studies (CMPS)가 담당하고 있음.

□ 캐나다 온타리오주 장기요양분야의 근거활용 증진방안

- 연구수행을 지원하기 위하여 재원을 조성하고 있으며, 재원의 상당량은 의제설정을 위한 연구에 활용함.
- 생산된 모든 연구근거들은 정부의 내부 정보망(E-repository)에 검색 가능하도록 처리되며, Health Evidence Quarterly등에 게시함. 또한 Health Horizon, 보건시스템 경향리포트 등의 보고서를 통해 전달함.
- 장기요양정책과 관료 대상으로 연구주제를 도출하고, 외부 연구센터 혹은 개별연구자들에게 위임하여 연구를 수행함.
- 정책개발이 어느 정도의 가용한 근거를 기반으로 이루어졌는지를 평가하기 위하여 “근거기반 점검표(checklist)”를 제출함.

□ 외국의 개별 정책사례 분석

- Chambers 외(2011)의 연구에서는 지역 NHS의 정책결정자에게 비만에 대한 입원치료 효과를 다룬 체계적문헌고찰을 제공하였고, 연구근거의 확산이 구매결정에 영향을 미친 것으로 보고함.
- Appel 외(2012)는 인구집단 대상 식염감소 정책결정에 활용되었

던 과학적 근거, 각국의 식염정책 결정과정 흐름을 검토하였고, 연구근거와 맥락이 정책형성에 긍정적으로 작용한 경우로 분석하였음.

- Flitcroft 외(2011)는 대장암검진 정책결정에 대해서 뉴질랜드는 검진으로 인해 발생할 수 있는 건강 혹은 사회적 위해를 고려할 뿐만 아니라 관련 자문기관의 다양한 의사를 존중하는 풍토가 형성되어 있다고 보고하였음.
- Stanhope와 Dunn(2011)은 미국에서 경험적 연구가 사회복지정책에 활용된 사례인 Housing First 사업을 분석하였음.
 - Housing First 사업은 정책의 입안과 평가 모두에 경험적 연구에 의해 지원을 받았으며, 단일 정책이며 특수 집단(정신질환이 있는 만성 노숙자)로 문제 범위를 좁혔다는 특징이 있음.
 - 정책의 성과를 거주자의 안정성, 비용, 소비자 선택으로 좁은 범위에서 평가하였으며, 다른 사회적 가치는 반영하지 못한 한계가 있음.

3. 국내 정책사례 분석

□ 국내 보건정책 사례에 대한 분석틀

- 국내 보건정책 사례를 분석하기 위하여 근거의 활용을 중심으로 정책과정 단계를 구분하고 여기서 연구자공동체와 정책담당자(실무자) 공동체 상호작용을 분석하려는 의도를 갖고 분석틀을 설정하였음.

□ 치매의 조기검진

- 치매의 조기검진 도입은 치매에 대한 인식이 부족하고 적극적인

치매관리가 필요한 한국적 상황에서 조기검진의 도입은 긍정적 효과가 클 수 있다는 지역적 맥락(local context)이 작용했음.

- 충분한 근거 없이 정책이 빨리 확대된 점, 광범위한 실행에도 불구하고 관련된 근거를 생성하지 못한 점, 공개적으로 논의가 불충분한 문제 등이 존재하고 있음.

□ 글루코사민제제와 인태반주사제

- 연구기관에서 연구근거를 생산하여 정책결정과정에 “밀기(push)”한 경우이며, 이미 등재된 의약품의 효과와 안전성을 재검토해서 건강보험 급여 및 의약품 허가 의사결정에 반영한 사례임.
- 기존에 사용되고 있는 의약품 등에 대해서는 외부에서 생산된 연구근거를 정책담당기관에서 수용하는 공식적 제도가 부재하며, 연구기관의 근거 규범(norm)과 정책결정 기준 간 차이가 존재함.

□ 기등재약목록재정비 사업

- 기등재약목록재정비 시범사업은 의료기술평가를 정책적 의사결정에 도구적으로 활용하고자 하는 시도였으며, 정책담당자의 끌기(pull)가 강력히 작용한 사례임.
- 기등재약목록재정비 사업의 의제설정 단계에서는 주로 국내 연구(local evidence)가 사용되었으며, 정책변화에 대한 결정에서는 주로 체험적 지식이 사용되었고, 많은 내·외적 맥락 요인이 정책과정에 영향을 미친 것으로 분석됨.
- 기등재약목록재정비 사업의 정책과정에서 정책당사자, 이해관계자, 가입자 모두 의료기술평가를 정책 의사결정에 활용하는 과정에 대한 이해와 준비가 부족했던 것으로 생각됨.

4. 보건정책에서 근거 활용에 대한 정책담당자의 인식

- 보건복지부 정책담당자의 인식을 조사한 결과는 다음과 같음.
 - 연구근거는 주로 정부와 이해당사자간의 합의 혹은 정책의 세부사항을 마련하는데 기여하는 것으로 나타났음.
 - 정책담당자, 연구자, 우리나라 의사결정 환경 모두에서 연구근거가 정책에 활용되는데 장애 요인이 존재함.
 - 정책담당자 측면에서는 자료의 체계적 관리가 부족한 점, 근거수집과, 연구과제 관리를 잘하지 못하는 문제가 있음.
 - 새롭고, 심층적이고, 다각적인 연구근거가 부족하고, 연구자들이 국내외 정책 및 연구 동향 업데이트 미흡한 점이 있음.
 - 정책 환경 측면에서는 담당자 교체가 잦은 점, 단기간에 성과를 보기를 원하는 구조적 문제가 크며, 이런 상황에서 연구근거를 충분히 수집하고 검토하는 것에 제약이 존재함.
 - 정책담당자가 정책을 개발할 때 사용할 수 있는 정보시스템이 미흡함.

5. 보건정책에서 근거활용에 대한 연구자의 인식

- 보건정책에서 근거활용에 대한 연구자의 인식을 알아보기 위해 웹기반 설문조사를 실시하였으며, 응답률은 36.4%로 총 397명이 응답하였음.
 - 응답자의 연구 분야는 만성질환 검진, 예방 및 관리 (20.2%), 보건의료 개혁에 대한 정책 기획 (18.7%), 의료기술 평가와 의료서비스전달체계 개선 (11.7%) 순으로 나타났음.
 - 응답자가 수행한 연구과제의 확산은 64.8%에서 지원기관에 보고

서로 제출하였고, 정책 요약(policy brief)의 제공은 9.7%로 낮은 수준을 보였음.

- 국내 상황의 문제점에 대해서 대학 소속 연구자의 51%가 정책담당자가 연구근거의 가치를 존중하지 않는다고 응답한 반면, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 33.7%로 상대적으로 낮았음.
- 연구근거 활용을 개선방안으로 우선순위가 높게 나타난 것은 1) 충분한 연구기간과 연구비 지원 필요, 2) 연구의 질과 신뢰도 제고, 3) 정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내연구)에 대한 접근성 제고 등으로 나타났음.

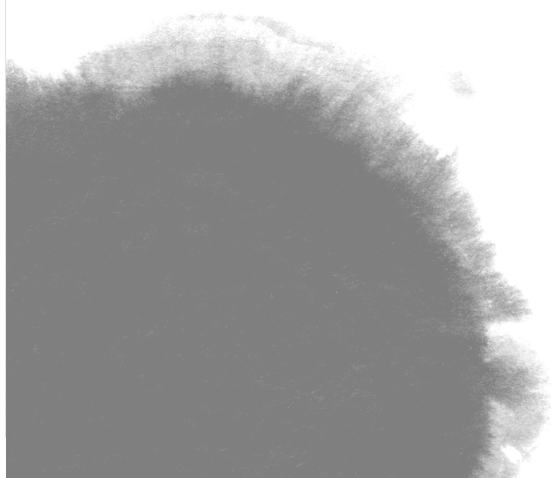
IV. 결론 및 제언

- 현대 보건의료체계의 복잡한 문제를 관리하기 위해서는 근거고려 정책을 추진하는 것이 필요함.
- 국내 보건정책에 근거의 과소이용 혹은 오용 문제가 다수 존재하고 있으며, 정책과 연구 환경에 많은 장애요인이 있는 것으로 밝혀졌음.
- 이를 개선하기 위해서는 우선적으로 보건정책 담당자와 연구자들이 정책의 합리적 수행에 “근거를 고려한 의사결정”이 필요하다는 점을 인식해야 함. 궁극적으로는 보건정책에서 “근거 검토와 평가과정”이 체계적이고 투명하게 수행될 수 있는 제도가 정착되어야 할 것임.

*주요용어: 연구, 근거 활용, 근거고려보건정책

1장

서론



제1장 서론

제1 절 연구의 필요성 및 목적

현대에 들어와서 보건의료체계는 혁신적으로 발전해왔지만, 서비스의 안전성과 효과성, 자원의 적정한 배분을 어떻게 보장할 것인지에 대한 도전 과제 또한 커지고 있다. 사회적 가치가 높지 않은 신약과 기술은 선호되는 반면에 기존의 단순하고 효과적인 서비스는 과소 이용되는 경향이 있는 것도 사실이다. 또한 보건의료에 대한 다양한 정보가 생산되고 있음에도 불구하고 이를 정책과 실무에 제대로 반영하고 있는 지에 대해서 많은 의문이 존재하고 있다.

전 세계적으로 ‘80년대 전후로 근거중심의학이 새로운 패러다임으로 확산되었으며 그 원리를 실무와 정책으로 적용하려는 시도가 증가하였다. 근거중심 정책과 실무란 “특정 질환이나 문제에 효과적으로 작동할 수 있는 중재에 대한 최선의 근거를 실무와 정책적 의사결정에 숙고하도록 보장하는 전략”으로 정의할 수 있다(Nutely.et.al., 2002). 여기에는 근거가 정책과 실무에 잘 활용되면 그만큼 보건의료체계의 효율성이 증대할 것이라는 것이 전제되어 있다.

우리나라에서 근거중심보건의료정책은 건강보험관련 분야에서 도입되기 시작하였으며 최근에는 공중보건영역까지 이를 표방하고 있으나, 일부 특수한 분야를 제외하고는 수사적 수준으로 판단된다. 이는 특정 주제나

영역에서 근거에 대한 정의가 정확하지 않고, 근거를 정책과 실무에 반영하는 제도적 장치가 정립되어 있다고 보기 어렵기 때문이다. 따라서 이러한 문제에 대한 진단과 개선이 필요하다고 본다.

이 연구의 목적은 보건정책에서 근거활용과 관련된 이론과 외국사례를 고찰하고, 국내 근거활용에 대한 문제를 진단하며, 향후 보건정책에서 근거중심의사결정 추진에 필요한 발전과제를 도출하는 것이다.

제2절 연구내용 및 방법

이 연구에서는 먼저 근거의 의미와 함께, 정책에 근거를 활용하는 의미와 한계를 다룬 이론을 고찰하였다. 이러한 내용에는 지식 전파(knowledge translation), 연구 영향 평가(research impact assessment), 근거중심정책(evidence based policy), 근거고려 정책(evidence informed policy) 등이 포함되어있다.

두 번째로 정책 및 실무에서의 연구근거(research evidence) 활용에 대한 현실적 문제를 다루었다. 영국과 캐나다에서 근거중심정책을 취하게 된 배경과 추진전략을 고찰하였고, 다음으로 연구 근거의 활용에 대한 쟁점을 파악할 수 있는 4개 사례를 분석하였다.

연구내용 중 세 번째는 정책에서 근거활용에 대한 국내사례 분석이다. 정책사례 분석을 위해서 근거의 정책 및 실무활용에 대한 이론들을 고찰하여 분석틀을 도출하였다. 전체적으로 연구근거와 정책의 간극을 파악하고, 정책적 의사결정 과정의 문제를 드러내는데 초점을 두었다.

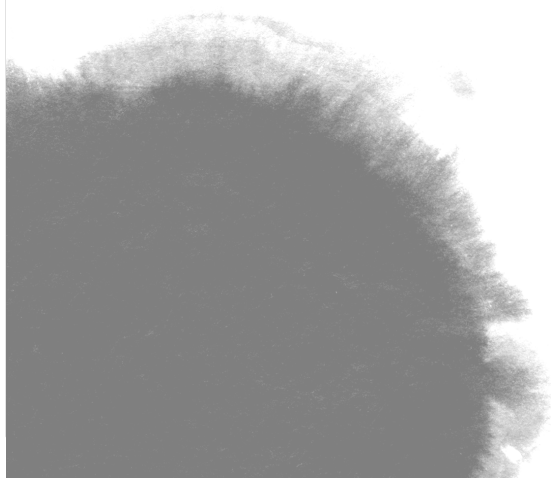
다음 연구내용은 정책담당자, 연구자들의 근거중심정책과 실무에 대한 인식을 조사한 것이다. 근거중심보건정책의 개념과 필요성, 연구의 생산 및 전파, 수용과정에서 문제에 대한 인식을 파악하여, 개선과제를 도출

하는데 활용하기 위한 것이다.

마지막으로 연구내용을 종합하여 국내 보건정책에서 근거중심의사결정 추진방향을 설정하고 개선하는데 필요한 과제를 도출하였다.

2장

보건정책의 근거활용에 대한 이론적 고찰



제2장 보건정책의 근거활용에 대한 이론적 고찰

제1 절 근거란 무엇인가?

Nutley 외(2002)는 근거가 정책과 실무에 영향력을 갖기 위해서 필요한 사항으로 가장 먼저 “어떤 상황에서 무엇을 근거로 간주하는 지에 대한 동의”가 필요하다고 제시하였다. 따라서 근거중심정책이 무엇인지를 논하기 전에 근거(evidence)가 무엇인지, 근거를 구성하는 것은 무엇인지를 고찰하고자 한다.

1. 일상영역에서 근거의 의미¹⁾

일상적으로 근거는 특정 의사결정을 지원하는데 사용되는 어떤 사실과 관련된 것을 의미한다. 이는 법적 맥락에서 사용되는 의미와 동일하며, 의사결정을 정당화하는 명분(rationale) 혹은 증거(proof)를 의미하는 것으로 볼 수 있다. 즉 법정에서 특정 사건에 대한 선고를 내릴 때, 무엇이 실제로 일어났고, 발생한 일의 성격 혹은 관계가 무엇인지를 기술할 때 기반이 되는 기술을 근거라고 부른다. 이런 맥락에서 근거는 경험적인 것이며, 사건과 관련된 사실을 다루는 것이다. 또한 특정 상황에

1) Culyer, A.(2005). "Deliberative Processes and Evidence-Based Decision-Making in Health Care." Sinclair Lecturers presentation material, Center for Health Service and Policy Research in Queen's University를 참고로 하여 작성하였다.

적절한 것으로 어떤 사람이 주장하는 바의 진실성과 인과관계를 정립하는데 기여한다. 따라서 주로 대상자가 어떤 일을 행하였는지가 관심사가 되며, 과거에 발생한 특정 사건에 대한 구성을 요구하게 된다. 반면에 보건의료영역의 의사결정을 도출하는 상황에서 관심을 가지는 근거는 미래를 예견하는 것으로, 이는 예측 혹은 예후에 대한 것이며 예를 들면 심장마비를 겪은 급성심근경색증 환자에게 ACE억제제를 사용하는 것이 옳은 것인지에 대한 것이다. 일반적으로 보건의료에서는 어떤 중재나 사업이 비용효과적인 것인지에 대해서 관심을 가진다. Eisenberg(2001)는 법적 측면에서는 어떤 사건에 대한 근거를 중요하게 생각하고, 보건의료 측면에서는 일반화할 가능성이 있는 근거에 의존한다고 하였다. 또한 근거에 접근하는 방식의 차이는 의료와 법의 문화적 차이에서 오는 것이며, 이러한 차이는 근거에 대한 인식이 다른 것에 뿌리를 두고 있다고 설명하였다.

2. 연구, 근거, 지식 개념의 연계

연구와 지식 등은 근거와 비슷한 의미로 자주 사용되고 있으며, 각 용어를 사용할 때 혼선이 자주 발생하는 것을 볼 수 있다. 그러므로 연구, 근거, 지식이 내포한 개념간의 연계를 정립할 필요가 있다. Nutely 외(2007)는 연구, 근거, 지식의 연계는 어렵고 복잡한 것이긴 하지만, 이들 개념 사이에 위계적 관계가 있다고 보는 것이 일반적인 견해라고 하였다. 즉, 연구는 종종 근거를 구성하는 하나의 형태이며, 근거는 지식의 자료원이 된다.

다른 관점에서 지식, 연구, 근거를 설명하는 경우도 있는데, 지식은 연구를 해석한 것으로 정의하였으며 때로 연구는 특정 지식을 생산하는 과정을 의미한다고 하였다(Martson & Watts, 2003). 그러므로 연구와

근거, 지식의 관계를 위계적인 것으로 이해하는 것은 지나친 단순화일 수도 있다는 우려가 존재하고 있다.

3. 보건영역에서 근거의 의미와 구분

보건영역에서도 연구와 근거, 지식의 개념을 명확히 하고자 하는 시도가 있어왔다. Scott-Findlay와 Pollock(2004)은 임상진료와 정책결정에서 근거의 개념을 명확히 하는 것이 필요하며, 연구에 기초한 지식과 다른 유형의 혹은 더 일반적 의미 지식을 구별해야 한다고 주장하였다. 또한 경험적 지식과 같은 것은 완전히 기술하기 어렵고 구체적이지 않으며(intangible), 전파되기 어려운 특성을 가지고 있다고 하였다. 임상실무자들은 연구에 기초한 지식을 다른 유형의 지식보다 의사결정의 기초로 삼아야 하는데, 다른 유형의 지식에 편견이 있을 가능성이 많고 주관적이기 때문이라고 하였다.

반면에 Haynes(2002)는 연구에 기초한 지식이 임상적 의사결정의 한 요소이며, 연구는 보건의료에서 나타나는 모든 질문에 답을 할 수 없다고 하였다. 이러한 비판에 대한 대응으로 Scott-Findlay와 Pollock(2004)은 임상진료 혹은 정책에서 의사결정의 실재를 인지하여 “연구에 기초한 지식이 하나의 요소임을 인정하는 것”과 “근거를 더 포괄적 지식으로 정의하고자 하는 것”은 구분되어야 한다고 주장하였다. 즉, 근거에 중점을 두고자 하는 입장은 과학적 근거에 권위를 부여하고 있는 것이며, 근거는 연구결과에서 나온 지식을 의미하는 것으로 정의해야 한다고 주장하였다. 이러한 주장은 Higgs와 Jones(2000)가 근거를 “다양한 자료원에서 나온 검증 대상이 되는 것으로 신뢰할 수 있는 지식”으로 정의한 것에서도 찾아볼 수 있다.

WHO가 2005년 개최한 “국제 보건에서 지식 전달: 지식과 행위의

간극 줄이기” 회의에서 Jonathan Lomas와 Andy Oxman이 근거의 의미와 유형을 제시하였으며 구체적 내용은 다음과 같다.

Lomas는 근거를 구어적 근거(colloquial evidence)와 과학적 근거로 구분하였다. 구어적 근거는 개인적 맥락 혹은 상황(context) 수준에서 적절한 정보를 대표하는 것, 경험적 지식, 사회적 가치, 자원, 습관과 전통이 포함된다. 반면에 과학적 근거는 체계적이면서, 재현가능하고 타당한 방법으로 생산되거나 수집된 정보 및 사실을 말한다. 과학적 근거가 무엇인지 널리 합의된 정의는 존재하지 않지만 일반적으로 과학적 이론 혹은 가설을 지지하거나 반대하는데 사용되는 것을 의미하고, 그러한 근거는 특정 탐색 영역에 적용가능한 과학적 방법에 부합되고 적절히 기술된 것을 의미한다고 생각된다. 과학적 근거는 다시 context sensitive evidence 즉, 실무적이고 조작적 지향을 가지고 있으며 의사결정 상황을 고려한 지식과 context free evidence로서 절대적 진실로 일반화 가능한 것으로 분류하였다.

Andy Oxman(노르웨이 보건의료연구센터)은 모든 근거는 상황에 민감한 것이며, 이는 모든 관찰이 특정 상황에서 이루어지기 때문이라고 하였다. 하지만 근거의 실행가능성은 원래 상황을 벗어나는 것으로 체계적이며 분명한 근거를 사용해야 하고, 특히 연구 근거(research evidence)이어야 한다고 주장하였다. 그리고 근거를 국제 근거(global evidence)와 지역 근거(local evidence)로 구분하였다. 국제 근거는 판단을 하기 위한 것으로, 예를 들면 중재 효과에 대한 판단에 필요한 것이다. 반면 지역 근거는 지역상황에 특수한 결정을 하기 위한 것으로, 국제 근거에 수정 요인(modifying factor)이 존재하는지, 문제의 크기, 자원의 가용성, 지배적 가치가 무엇인지에 대한 것이다(WHO, 2005).

가. 근거중심의학의 근거는?

근거중심의학은 1990년대 초에 의학의 새로운 패러다임으로 도입되었으며, 2001년 뉴욕타임스에 가장 영향력 있는 사상으로 소개되었다(Hynes, 2002). 이전 의학에서 근거란 일상적인 의미에서 사용하는 바와 같이 일종의 신념의 기초에 불과했다. 따라서 우리가 근거중심의학이 이전의 의학과 다른 것이라고 생각한다면, 이를 구별하는데 가장 중요한 점은 무엇을 근거로 간주하고 있으며, 의사결정에서 근거가 어떤 역할을 하는 것인가에 대한 입장과 철학을 살펴보아야 한다. 근거중심의학 주장자들이 초기에 근거중심医학을 정의한 바는 다음과 같다.

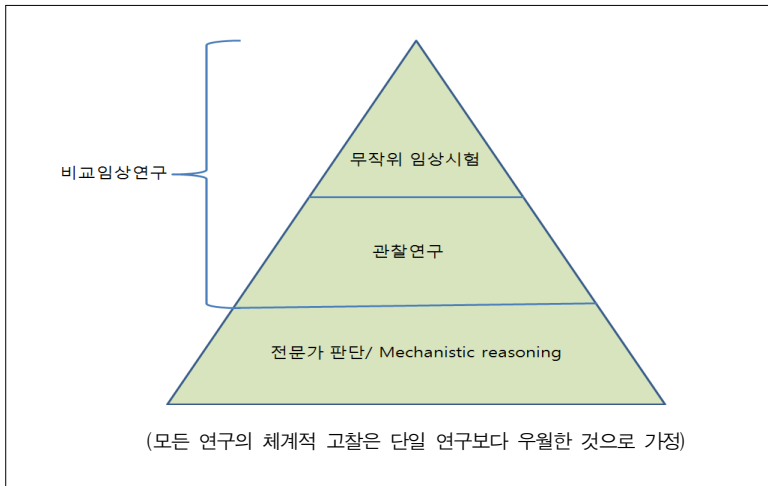
“근거중심의학은 직관이나 비체계적 임상경험을 강조하지 않으며, 병태생리적 논리(rationale)가 임상적 결정의 근거로서 충분하지 않다고 바라보면서, 임상연구에서 나온 근거에 대한 검토를 강조하는 것이다(Evidence- Based Medicine Working Group, 1992).”

Howick(2011)은 근거중심의학의 철학이 근거의 위계에 가장 잘 표현되어 있다고 하였다. 즉, 근거중심의학에서는 전문가 의견 혹은 기계론적 추론(mechanistic reasoning)보다는 연구 근거(research evidence)를 중시하며, 연구 근거에서는 관찰연구보다 무작위임상연구가 더 우월한 근거로 보고 있다(그림 2-1 참조).

근거중심임상의학에서 근거 유형에 대한 명확한 순위를 매기게 된 배경은 어떤 기술과 중재(interventions)가 서로 다른 환자 군에게 바람직한 결과를 가져오는지를 고민한 것과 관계가 있다. 즉 무엇이 바람직한 건강결과인지(사망률, 이환율 및 삶의 질)에 대해서 이해를 명확히 하고 방법론적 선택을 단순화하기 위해서이다. 또한 명백한 방법론적 위계를

가지게 된 것은 쓰라린 경험에 기초하고 있는데, 방법론적으로 엄격하지 못한 연구는 오류가 있는 결론을 도출한다는 것이다.

[그림 2-1] 단순화한 근거중심의학의 근거 위계



자료원: Howick, J.(2011). The philosophy of evidence based medicine. Oxford: BMJ Publishing Group, pp.3-9.

즉, 초기 근거중심의학 주창자들은 광범위하게 사용되고 있으나, 방법론적으로 엄격하지 못한, 다른 말로 하면 위계가 낮은 유형의 연구에 기초한 치료방법이 무작위임상연구에서 효과가 없거나 오히려 위해가 있는 것으로 밝혀진 사례가 많음을 제시하였다. 대표적인 사례로 항부정맥제가 있는데, 이는 심장마비로 인한 사망의 원인을 치료한다고 이해되고 있었으며 널리 사용되고 있었다. 하지만 무작위임상연구에서는 사망률을 오히려 증가시키고 있음이 나타났고, 이는 매년 베트남전쟁에서 사망한 것보다 더 많은 사망을 발생시키고 있는 것으로 추정되었다(Evans.et.al., 2006).

이렇듯 근거중심의학에서 말하는 최선의 근거라 함은 임상적으로 타

당한 연구를 말하며 종종 기초의학(mechanistic reasoning)으로부터 얻기도 하지만 정확한 진단, 예후 지표의 검정력, 치료, 재활 및 예방을 위한 중재의 효과성과 안전성에 대한 임상연구에서 획득되는 것이다. 또한 새로운 연구로부터 나온 근거는 기존에 사용되고 있는 의학적 중재를 대체할 수 있다고 본다.

근거중심의학에서 근거의 위치에 대한 입장을 정리하면 비교임상연구, 특히 무작위임상시험이 기계적 추론이나 임상적 경험보다 더 나은 근거를 제공할 수 있다고 바라보는 것이며, 이는 현재까지 변하지 않고 유지되어 왔다. 하지만 임상적 경험에 대해서는 직관적 진단이나, 교육 등의 다른 영역에서는 중요성이 있음을 인정하고 있다.

나. 보건영역 근거중심정책의 “근거”

근거중심정책(evidence based policy)에 대한 관심은 1990년대 중반부터 증가하였다. 근거중심의학의 발전이 근거중심정책에 기여한 것은 분명하다. 근거중심학과 마찬가지로 근거중심정책도 과학적 근거에 기초한 사고라는 공통점을 갖고 있지만 인구집단을 대상으로 한 공공정책을 다룬다는 점과 함께, 적용에 있어 다양한 가치가 작동한다는 점에서 차이가 존재한다.

Gaze(2005)는 근거중심정책을 처음으로 천명한 것은 “Sicily Statement”로 볼 수 있다고 하였다. “Sicily Statement”는 근거중심 의학을 옹호하기 위한 것으로 근거기반의사결정의 가치와 필요한 과정을 실무자에게 제공하였으며 그 내용은 다음과 같다.

- 불확실성을 대담 가능한 질문으로 전환
- 가용한 최선의 근거를 체계적으로 검토
- 타당성, 임상적 적합성, 적용가능성에 대한 비판적 평가

- 실무에 검토 결과 적용
- 성과 평가

“Sicily Statement”에서 제시한 근거를 중심으로 한 의사결정 과정은 정책에도 쉽게 적용될 수 있으며, 이는 “의사결정과정에서 혼선이 적은 인식론적 기준의 수용”을 의미하는 것이 된다. 따라서 근거는 연구에서 산출된 결과물을 의미하게 된다. 근거중심정책이 특정한 방법론적 기준을 가지고 있는지에 대해서 명확한 기술은 별로 없지만, 이와 같은 흐름에서는 보건정책에서도 근거중심의학의 근거위계를 받아들이는 것으로 볼 수 있다.

Glasby 외(2011)도 근거중심실무, 근거중심의학, 근거중심보건정책을 정의하기 어렵다고 하면서도 위 셋 모두 근거의 위계를 황금기준으로 받아들이고 있으며, 특정 중재에 대한 양적 평가를 중요하게 고려하고 있다는 점이 같다고 하였다. 즉 전통적인 근거중심정책에서 보는 근거의 범위가 매우 좁으며, 많은 연구자들이 체계적 고찰, 메타분석, RCT를 높이 평가하는 근거의 위계를 제시하였다고 하였다.

보건영역에서 근거중심정책 옹호론자 중 하나인 Black(2001)은 다른 이념이나 권력 혹은 특권보다도 연구 근거(research evidence)를 중요하게 간주하였으며, 정책적 의사결정에 영향을 직접적으로 미치거나 의사결정과정의 중심적 역할을 해야 한다고 주장하였다. 또한 이를 증진하기 위해서 연구자와 정책담당자의 상호작용을 통해서 근거중심정책이 강화되는 것이 필요하다고 하였다. Anna Donald(2001)는 Black(2001)의 주장에 동조하면서 현실적으로 연구 근거를 완벽히 반영해야 된다고거나 연구가 정책에 쉽게 활용된다고 말하는 것은 아니라고 하였다. 하지만 통치에 있어서 민주주의도 완벽하지 않지만 이를 지켜내야 하듯이 연구 근거를 중요하게 받아들이는 것, 근거에 기초하는 것은 앞으로 우리가

해야 할 수많은 작업을 지원하기 위해서 받아들여야할 원칙이라고 하였다.

다. 근거고려 보건정책(Evidence Informed Health Policy)

근거고려 정책(evidence informed health policy)²⁾은 근거중심정책과 비교할 때, 정책에서 활용하는 근거와 과정을 구체적, 포괄적으로 제시하고 있다. 즉, 정책적 의사결정에 언제나 최선의 가용 연구근거가 사용되는 것은 아니며 의사결정의 유형과 상황에 따라서 달라질 수 있다는 점을 고려한다. 또한 근거에 대한 접근과 평가(appraisal)가 정책결정 과정에 포함되어야 하고, 이는 투명하고 체계적이어야 함을 강조하고 있다. 또한 근거 중심(base) 혹은 근거 정보라는 용어가 같은 의미로 사용되고는 있지만 굳이 근거 정보(informed)를 선택한 이유로는 정책결정에서 근거의 역할을 더 잘 이해하고 연구 근거에서 나온 좋은 정보에 의한 의사결정을 고양하는데 더 좋다고 판단했기 때문이라고 하였다 (Oxman.et.al., 2009).

Oxman 외(2009)에 따르면 일반적으로 근거는 “사실(실제 혹은 주장된 것 모두)에 대한 것으로 결론을 지지하는 목적으로 사용되는 것”이며, 근거 자체와 결론은 동일하지 않으며 근거만으로는 결정을 내리지 못하는 것으로 이해되고 있다. 좀 더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 전문가 의견은 근거 자체라기보다 그 이상이며, 사실과 그 해석 및 결론을 종합한 것이다. 근거는 언제나 전문가 의견에 정보를 제공한다. 근거의 적절한 사용은 사실(경험과 관찰)을 파악하는 것 뿐 아니라

2) 표준국어대사전(http://www.korean.go.kr/09_new/index.jsp)에 의하면 “고려(考慮)하다”는 “생각하고 헤아려 보다”라는 의미이다. “중삼” 혹은 “입각(立脚)”보다 Evidence informed health policy의 뜻을 잘 나타낼 수 있다고 여겨져 이를 “근거고려보건정책”으로 번역하였다.

결론을 지원하는 사실의 강도에 대한 평가를 포함한다.

둘째, 모든 근거를 다 신뢰하는 것은 아니다. 얼마나 확실한가는 어떤 종류의 관찰을 했고 어떻게 수행했는가에 달려있다. 연구근거는 체계적 방법을 적용하므로 되는데로 관찰한 것보다는 더 설득력이 있다. 유사하게 연구방법이 잘 된 것은 다른 것보다 더 설득력이 있다.

셋째, 서로 다른 유형의 근거에 대한 신뢰(혹은 질)는 암시적 혹은 명시적으로 형성될 수 있다. 이러한 판단을 체계적으로 수행하는 것이 바람직하며, 체계적인 판단은 오류를 예방하는데 우월한 방법으로 불일치를 해소하고 비판적 평가를 촉진하며 의사소통을 촉진한다. 이는 결과적으로 명시적 결정을 하는데 필요하다.

넷째, 모든 근거는 상황에 민감하고, 필수적으로 맥락 특수적인 것(context specific)으로 본다. 원천 근거가 원래 상황을 넘어서 적용가능함에 대한 판단이 언제나 필요하다. 이러한 판단을 체계적이고 명시적으로 수행하는 것이 바람직하다. 물론 근거 자체의 질에 대한 판단도 동일하게 하는 것이 가장 좋다.

다섯째, 국제적 근거(global evidence)는 전 세계적으로 가용한 가장 최선의 근거이며, 정책과 사업의 영향 평가의 출발점이 된다. 이 근거에서 수행된 관찰에 근거한 결론에 대한 판단이 모든 관련 증거의 맥락 속에서 이루어진다면 근거를 더 잘 인지하는 것이 된다.

마지막으로, 정책 혹은 사업이 수행될 지역 근거(local evidence)는 문제, 대안, 실행 전략에 대한 판단을 하기 위한 정보를 말한다. 이는 특정 상황에서 수정이 필요한 요인, 필요의 크기(질환 유병률, 위험요인 및 문제의 크기, 재정적 혹은 관리체계), 가치, 비용 및 자원의 가용성 등에 대한 것이다.

좋은 정보를 인지한 상태에서 의사결정을 하기 위해서는 강력한 근거에 접근하는 것이 필요하며, 이러한 의미에서 근거고려보건정책에서 말

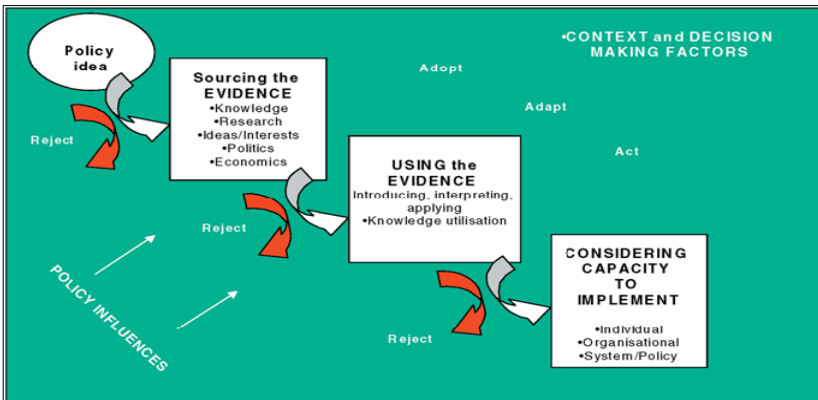
하는 근거란 주로 연구근거(research evidence)를 의미한다고 판단된다.

라. 광의의 근거 혹은 근거 위계에 대한 부정

1) 근거를 광의로 해석하는 입장

Bowen과 Zwi(2005)는 “informed” 용어를 동일하게 사용하고 있으나 WHO보다 근거를 더 포괄적으로 바라보는 입장을 취하고 있다. “Evidence informed policy and practice 경로”에서 정책 형성이 매우 정치적이고 빠르게 변화하고 있으며 다양한 요인, 투입, 관계 등에 영향을 받고 있다고 하였다(그림 2-2 참조).

[그림 2-2] Evidence-informed Policy and Practice 경로



자료원: Bowen, S., Zwi, A.B. (2005). Pathways to "evidence-informed" policy and practice: a framework for action. *PLoS Medicine*, 2(7), p.166.

근거는 보통 효과성(작동하는가?), 정치적 행위의 필요성(문제를 해결하는가?) 효과적 실행가능성(실행가능성이 있는가?)과 비용효과성(용이하며 비용을 절감할 수 있는가?) 등의 문제를 다루기 위해서 필요하다고 하였다. 이들은 "evidence informed policy"에서는 정책에 정보를 주는

근거는 다양하며, 근거는 연구, 지식, 정보, 생각과 이해관계에 대한 의견, 정치적, 경제적 정보 등으로 구분할 수 있다고 제시하였다(표 2-1 참조).³⁾

〈표 2-1〉 정책결정에 사용되는 근거 유형 및 사용 방법

근거의 유형	의사결정에 대한 정보와 영향력
연구	- 무작위대조군임상연구와 기타 임상연구로부터의 경험적 근거 - 코호트연구나 환자 대조군 연구와 같은 분석적 연구들 - 시계열 연구 - 관찰, 경험, 사례 보고 - 질적 연구 - 전후 연구
지식과 정보	- 네트워크/ 그룹과의 자문 과정의 결과들 - 인터넷 - 출판된 문서/ 보고서 (정책 평가와 통계분석 포함)
생각과 이해관계	- 의견과 견해 - 개인, 집단, 네트워크의 전문가 지식으로 과거의 개인적 그리고 전문가적 경험, 신념, 가치, 기술에 의해 만들어짐
정치적 측면	- 정부의 의제와 관련된 정보 - 정치적인 위험 평가와 판매향성 - 기회 - 위기
경제적 측면	- 재정과 자원 영향 - 비용효과성 혹은 경제성평가의 다른 형태 - 기회 비용

자료원: The Cabinet Office (1999) Professional policymaking for the 21st century. London: The Cabinet Office, p.78. <http://www.policyhub.gov.uk/docs/profpolicymaking.pdf>.

3) 정책에서 활용되는 근거를 이처럼 광의로 해석하는 입장은 근거중심정책에서도 발견할 수 있다. 영국의 초기 근거중심정책 추진전략에 대한 백서에서도 근거를 광의로 정의하고 있다. 다만 영국의 초기 근거중심정책에서는 “무엇이 작동하는가?(What works?)”에 대한 연구근거에 초점을 두고 있으며, 특정 영역이 아니라 일반적 정책 전체를 포괄한다는 점에서 다른 점이 있다.

2) 근거의 위계에 대한 부정

Glaby 외(2007)는 근거중심의학에서 출발한 근거의 정의와 위계에 대한 문제를 제기하고 있다. 즉, 전통적인 근거중심정책에서 효과성에 대한 연구근거를 중시하고, 위계를 설정하는 것이 현실과 맞지 않는다는 입장에서 근거를 다양하게 보며, 각 상황에 맞는 근거가 있어서 다양한 근거를 조화롭게 고려할 것으로 주장하고 있다.

John Glaby와 동료들은 영국 Economic and Social Research Council(ESRC)의 지원을 받아서 국가적 수준의 세미나를 개최하여 연구자, 정책담당자, 관리자, 실무자, 의료서비스 이용자 등과 근거의 문제를 논의하였다. 이러한 시도를 한 이후에 서비스 이용자에 대한 설문조사 등도 다른 연구가 제시하지 못하는 영역의 문제를 해결하는데 도움을 주며, 사회복지교육 등의 분야에서는 전문가 경험을 중요한 근거로 간주하고 있다고 하였다.

근거중심 패러다임 한계를 극복하고자 하는 이들의 노력은 최근 연구 근거 이외의 지식을 중요한 근거로 간주하고 다양한 정보가 상호 보완되어야 한다는 입장으로 진화하였으며, 이를 지식기반정책(실무)로 부르고 있다(Glasby.et.al., 2011). 하지만 이러한 움직임이 기존의 패러다임을 대체하고 있는 상황은 아닌 것으로 판단된다.

제2절 근거 활용에 대한 관점과 비판

1. 정책에서 근거사용에 대한 이론

앞 절에서 근거중심보건정책의 다양한 모형들이 ‘근거’를 어떻게 정의하고 있는지 살펴보았다면, 이 절에서는 근거와 정책 또는 실무 간의 관

계를 중심으로 비교해보고자 한다.

‘근거 중심(또는 기반)’(evidence based)라는 용어는 정책 또는 실무에 붙여서 사용되어 왔고, 현재까지 학계 및 정책 관련자, 실무자, 정책고객에게까지 하나의 용어로 쓰여 왔다. 하지만 이 용어는 근거와 정책의 관계를 지나치게 한 방향으로 해석하거나 둘 간의 관계를 모호하게 만들 수 있다. 따라서 근거중심정책에 대한 이론을 비교 분석하는 데 있어, 근거와 정책 사이에 있는 ‘중심’이라는 용어를 빼고 두 영역간의 관계를 다룬 다양한 이론의 분석틀을 검토하고자 한다⁴⁾. 또한 보다 확장된 의미로서의 근거, 지식, 정보 등을 포함하여 지식전파와 연구 영향평가를 포함하여 설명하고자 한다.

가. 정책 형성에 대한 모형

지식전파 모델이 기본적으로 지식이 정책에 영향을 미친다는 가정 하에 그려진다면, 이에 앞서 정책 형성 자체 대한 설명 모형을 살펴볼 필요가 있다. 1990년대 효용 중시 흐름(utilitarian turn)이 강화되면서 어떤 중재가 작동하는 지를 파악하는 연구에 더 초점이 맞춰지게 되었다. 이 흐름에 기여한 요인들은 전보다 체계적 지식 생성 및 사용이 가능하도록 진행된 사회적 경제적 이행, 기술적 발달로 산재된 지식에 대한 접근성 증가 및 신공공관리그룹의⁵⁾ 광범위한 영향 등을 들 수 있다(Delvaux & Mangez, 2008). 하지만 이러한 흐름에도 불구하고 정책형성에서 근거나 지식의 역할이 중요하지 않다고 설명하는 관점도 있다.

정책 형성에 대한 다양한 모형이 존재하며 크게 다음과 같이 분류할

4) 물론 Evidence based 가 갖는 이러한 한계에도 불구하고, 이미 광범위하게 쓰이고 있는 용어이기 때문에 구분하지 않고 사용하는 경우도 많다.

5) 신공공관리(New Public Management, NPM)는 정부 및 공공 관리의 개혁 및 현대화를 통해서 value for money 성취를 강조하는 학파이다.

수 있다.

첫째, 합리적 실행자 단계 모형(rational actor stages model)은 문제를 확인, 대안들을 수집, 상대적인 비용과 편익 계산, 실행, 결과 모니터링의 연속적 단계로 구성된다. 하지만 신의료기술의 승인 혹은 보험급여에 관한 보건정책 결정을 제외하고는 공무원들에게 모델에서 제시된 논리적 순서는 이상적인 기준일 뿐이다.

둘째, 복잡 모형(messy, constrained world models of policy)은 정책이 개발되는 방법의 우연한 특성을 인지하는 모형이다. 개인적 인지능력이나 제도적인 관례, 필연적으로 연구 혹은 과학보다는 가능한 예술에 의해 더 많이 영향을 받고 있으면서 점진적인 변화를 이끄는 정책에 대한 제한을 강조한다. 다른 사람들은 혼란으로부터 질서를 만드는, 그러나 연구에 대한 특권적인 역할을 부여하지 않는 “정책 흐름”이나 “쓰레기통”과 같은 틀로 표현한다. 이 모형에서 공무원을 위해 개발된 연구를 이용하기 위한 도구는 논리적이지도 않고 명백하지도 않으며, 기회의 비정기적인 창이 최선으로 여겨진다.

셋째, 상호관계 모형(interaction models)은 정책결정과정을 이해당사자 간과 이해당사자 내의 지속적이고 긴 기간의 상호작용이며, 그것으로부터 실행가능하고 수용 가능한 정책이 나올 수 있다고 본다. 공무원에게 상호작용 모형은 그들이 접하는 근거 요구의 확산 특성을 인지하는 장점을 가지며, 그들은 특별한 연구에 의존하기보다는 오히려 연구 사회와의 신뢰성 있고 지속적인 관계를 통하여 지식에 접근한다. 연구자들에게 연구이용을 위한 암묵적인 도구는 면대면 혹은 지식 브로커와 같은 중개인을 통하여 일상적으로 연구자를 정책결정자와 연계하는 구조와 과정들이다.

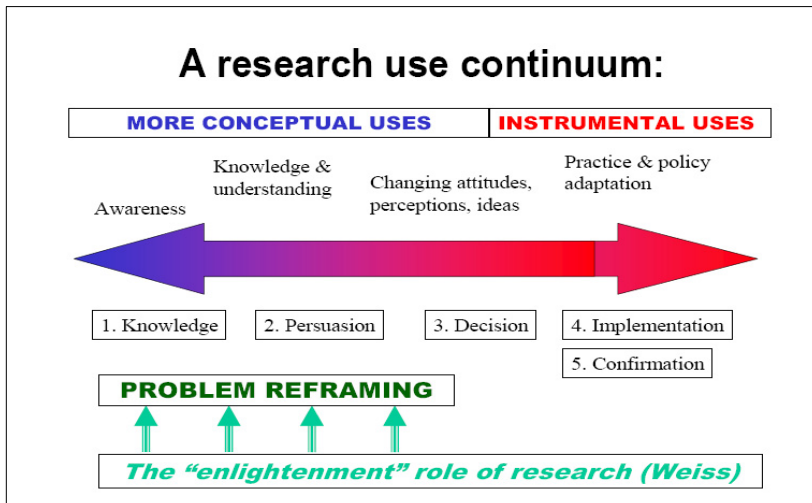
넷째, 논증으로서의 정책 모형(policy as argumentation models)은 상호작용 모형과 같이, 의사소통에 초점을 두지만, 채널보다는 내용에

더욱 주력한다. 이 모형은 논쟁을 구성함에 있어 언어의 중요성을 강조한다. 근거중심의학파와 반대로, 그들은 “진실”을 계층적으로 정렬할 때 다른 형태와 자료원을 보지 않는다. 오히려 정책결정은 결과를 조사하기 위해 접근가능한 제도적인 구조 안에서 권력과 설득이 병합하는 수사적인 과정이다.

나. 정책에서 연구사용 유형 및 문제점

정책에서 연구를 사용하는 유형을 분류하면 다음과 같다. 가장 핵심적 분류는 개념적 혹은 도구적 사용이다. 개념적 사용은 복잡하고 간접적인 경로를 사용하는 경우가 많으며, 정책결정자의 지식과 태도에 영향을 미치는 것이다. 근거의 도구적 사용은 정책과 실무 의사결정에 직접적 영향을 미치는 것을 말한다(그림 2-3 참조).

[그림 2-3] 연구사용의 연속성



자료원: Nutely, S.M, Walter, I., Davies, H.T.O.(2007). Using evidence How can research inform public services. Bristol: The Policy Press, pp. 50-53.

Weiss(1979)는 정책에서 연구사용 유형을 구체적으로 분류하였으며 연구의 역할이 갖는 의미를 심층적으로 탐색하였는데, 그 내용은 다음과 같다.

○ 지식 주도형 모형

기초연구는 정책과 실무에 잠재적 가치가 있는 지식을 파악한다. 현실에서 검증을 받은 지식기반기술이 개발되고 실행되며, 이 과정에서 연구가 사용된다.

○ 문제 해결 모형

연구는 정책결정자들이 특정 문제에 대한 해결방안을 발견하는데 도움을 준다. 연구자와 정책결정자들은 문제의 본질과 목표에 동의하고 있으며, 사회과학은 진전에 필요한 것을 명료하게 하는데 도움을 주는 아이디어와 근거를 제공한다.

○ 상호작용 모형

정책결정자들은 능동적이고 상호작용하여 그들의 업무에 도움이 될 수 있는 지식을 다양한 정보원으로부터 찾는다. 정책과 연구의 관계는 전형적으로 반복적이고 지저분하며 역동적이고, 발전은 점진적이다. 이러한 과정은 정책결정자, 연구자, 기타 이해당사자들이 상호 자문하는 것이 포함된다.

○ 정치적 모형

정치적 의견이 지속적이고 고정적 상황이나 이해관계가 굳게 결합되어 있으면 연구는 직접적 영향을 미치기 어렵다. 반면에 이는 정치적으로, 특정 입장을 지지 혹은 반대하기 위해서 사용된다.

○ 전략적 모형(tactical model)

때때로 연구의 결과가 주제와 맞지 않는 것일 수 있다. 새로운 연구에 대한 자원 제공 혹은 연구 수행은 특정 행위를 하지 않도록 하는 회피하는 방법이 될 수 있다. 연구자들은 비대중적 정책 결과로 비난을 받을 있다. 혹은 연구전문가들은 어떤 기구 혹은 기구의 정책을 정당화하는 것으로 지명될 수 있다.

○ 계몽 모형

시간이 지나가면서 연구는 점진적으로 누적되어 공공정책에 영향을 미칠 수 있다. 연구에서 비롯된 사고와 이론 등은 점진적으로 정책 결정에 함입될 수 있는데, 이는 다양하고 간접적 경로, 이해관계 집단, 기자, 방송통신 등에 의해서 기능해진다. 연구는 문제와 해결방안이 구성되는 방식을 만들어가며, 궁극적으로 현재 만연하고 있는 정책패러다임의 근본적 변화를 불러올 수 있다.

○ 지식산업의 한 부분으로서의 연구

새로운 정책관심사는 광범위한 사회적 관심에 의해서 자극되며 정책결정자들은 후속연구에 대한 자원을 제공한다. 연구자들은 그런 연구를 하도록 요청받고 연구를 수행할 수 있다. 이런 연구결과는 정책담당자들과 다른 사회적 수준에서 사고방식을 반대로 규정할 수 있으며, 이와 같은 상호작용은 정책결정자, 연구자, 사회적 맥락 간에 지속적으로 영향을 미친다.

Weiss(1979)는 연구의 사용에 문제가 있다는 것은 연구결과를 왜곡 혹은 잘못 해석한 경우라고 주장하였다. 하지만 무엇을 연구의 잘못된 사용이라고 정의할지에 대해서는 개인과 집단 간에 관점의 차이가 존재한다. 특히, 이러한 이슈들은 근거의 속성에 대해서 동의하지 않거나 연

구의 사용이 도구적이라기보다 개념적인 경우에 명료하지 않게 된다.

Patton(1979)은 연구를 사용하지 않아서 발생하는 것과 연구의 미사용에서부터 오용으로 이어지는 경로가 있다고 하였다. 이들 경로는 상호 연계되어 있으며, 연구사용이 증가하면 오용도 증가할 수 있다.

Shulha와 Cousins(1997)는 연구의 오용에 대한 문제를 세부적으로 구분하였으며, 그 내용은 다음과 같다.

- 연구결과를 사용하지 않는 것이 정당한 경우: 양질의 연구결과가 숙고 하여 사용되지 않는 경우
- 연구결과의 악용 혹은 평가의 오용(misue): 연구결과 혹은 과정의 훼손 혹은 무시
- 잘못된 평가(mis-evaluation): 사용된 결과의 질이 매우 낮을 때
- 남용(abuse): 잠재적으로 유용하나 양질의 결과를 억누름

다. 근거가 정책으로 전파되는 방식

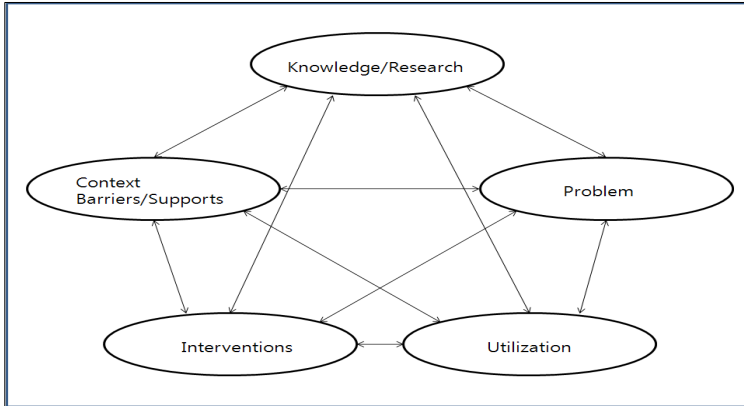
앞서 정책형성과 근거사용 유형 및 문제점을 살펴보았다. 기본적으로 근거나 지식이 일정 정도 정책에 영향을 미친다는 관점에 동의한다면, 다음으로는 근거가 정책으로 어떻게 전파되는지를 설명하는 모형을 살펴보기로 한다.

유럽연합은 2011년 발간한 ‘유럽연합 정책과 실행으로의 건강서비스 연구(Health services research into European policy and practice)’ 보고서에서 유럽연합 국가의 건강서비스연구의 현황과 영향을 분석하면서, 연구 근거와 정책간의 다양한 관계를 제시하였다(EU, 2011).

이는 이전에 Ward 외(2009)가 지식전파(knowledge transfer)에 대한 각종 분석틀을 비교 검토하여 공통 요인을 도출한 것으로, 구체적인 관계는 모두 양방향 화살표로 상호작용이 있음을 나타내고 주요 구성요

소를 나열한 것이다(그림 2-4 참조).

[그림 2-4] 지식전달과정 개념틀



자료원: Ward, Vi., House, Al., Hamer, S.(2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy*, 14(3), pp.156-164.

한편, Ward 외(2009)는 지식전파와 관련된 문헌에서 제시된 총 28개의 모델을 크게 세 가지로 분류했으며, 1) 선형적 과정(linear process), 2) 순환적 과정(cyclical process), 3) 역동적 다방향적 과정(dynamic multi directional process)이다.

첫째, 선형적 과정은 각각의 요소들이 처음부터 끝까지 순차적으로 지식전파에 관여한다고 본다. 대표적으로 Davis 외(2003)가 제시한 PRECEDE 모형이 있으며 지식이 실무 인식(awareness), 동의(agreement), 채택(adoption), 적용(adherence)의 과정을 겪는다고 본다. 각각의 과정에서 소인(predisposing), 가능(enabling), 강화(reinforcing) 요인이 있다고 설정하며, 흔히 개인의 건강행태 등을 설명하는데 쓰이나 지식이 실무나 정책에 적용되는 과정도 유사하게 설명한다. 선형 모형의 각 요소가 일방향 또는 양방향으로 작용한다는 상호작용 모형도 선형 모형의 일종으로

Grol 외(1999)가 제안한 바 있다. 이는 꼭 일방향이 아니라 각 단계가 이전 단계 또는 다음 단계의 영향을 받으며 최종 목표까지 도달한다는 것이다.

두 번째로 순환적 과정으로 보는 관점은 Graham 외(2006)가 제시한 것으로 가장 흔하게 제안되고 있다. 모델의 각 요소는 단계적 과정을 겪지만 순환적으로 피드백 되는데, Graham 외(2006)는 연구, 맥락, 지식 전파와 평가가 새로운 의제 설정을 하는데 영향을 미친다고 설명하고 있다.

마지막으로 역동적 모형은 연구의 생산자와 사용자간의 연결과 교환의 정도를 강조한다. Jacobson 외(2003)의 경우처럼 연구자-사용자 간의 관계, 확산 전략 등을 주요한 요소로 설정한다.

2. 근거와 정책간의 관계에 대한 설명모델

근거와 정책간의 관계를 다룬 기존의 이론을 크게 네 가지로 분류하면, 첫 번째로 근거 또는 지식이 어떻게 정책 또는 실무로 전파되는지의 관점의 지식전파(knowledge transfer) 개념이 있다. 두 번째로는 연구 결과에 주목하여 연구가 정책 또는 실무에 어떠한 영향을 미치는가를 파악하는 연구의 영향평가(research impact assessment) 틀이 있다. 세 번째로 근거 중심 또는 근거에 기초한 정책과 실무라는 익숙한 개념이 있고, 네 번째는 “중심”대신 “informed”를 사용한 근거고려 정책(evidence informed policy)이 국제보건 영역을 중심으로 광범위하게 사용되고 있다.

이 네 가지 이론은 상호 배타적이거나 경쟁적이라기보다는 근거와 정책간의 관계를 설명하는 데 있어 어떤 부분을 더 중심에 두었는지에 차이를 가진다. 여기서는 이 연구과제의 주제와 관련성이 높은 근거중심정

책, 근거고려정책과 지식전파를 중심으로 기술하고자 한다.

가. 근거중심정책(Evidence based policy)과 비판

1) 근거중심정책

근거중심보건의료정책은 새로운 것은 아니지만 1997년 신노동당과 함께 새로운 국면에 들어섰으며 절정기를 맞이하였다. Parsons(2002)는 근거중심보건의료정책의 등장을 1999년이라고 하였는데, 회의, 논문, 정부 문서에서 찾아볼 수 있었으며, 국무조정실의 여러 하부 단위에서 사용했다고 한다.

근거중심정책의 기본 개념은 “우리가 무엇이 작동하는지(what works)를 안다면 거기서부터 정부는 전략적 지침을 실행할 수 있다”는 것이다. 즉, 정책 형성이 진흙탕을 벗어나고자 한다면 건전한 근거(sound evidence)가 반드시 필요하며(Blunkett, 2000), 정책은 교리(dogma)가 아닌 ‘what works and why’에 대한 지식의 안내를 받아야 한다는 것이다. 정책에서 근거 사용이 중요해진 다음과 같은 현실인식도 영향을 미친 것으로 생각된다.

“정치적 세계는 이데올로기적 확실성이 중요하지 않은 상태가 되었고 세계의 문제는 더 복잡하고 해결방안도 불확실한 것처럼 보인다. 이러한 맥락에서 근거는 헌신, 이데올로기적 정치보다 더 큰 역할을 할 수 있을 것이다(Stoker, 1999).”

보건영역에서 근거중심정책은 앞서 “근거란 무엇인가?”에서 기술한 바와 같이 다른 분야보다는 근거중심의학의 영향을 직접적으로 받았다고 할 수 있다. 이는 근거의 위계를 황금기준으로 수용하며, 특정 중재의 효과성에 대한 양적 평가를 강조한다는 것을 의미한다. 또한 중재의 효

과를 평가함에 있어서 엄격한 방법론을 요구하고 있으며, RCT나 체계적 고찰/메타분석에 두는 가치가 매우 높다. 또한 정책적 활용을 위해서 비용효과성, 즉 효율성을 다루는 경제성평가 연구가 도입되었다.

보건영역의 근거중심정책 옹호론자들도 현실적으로 연구 근거를 완벽히 반영해야 된다고나 연구가 정책에 쉽게 활용된다고 말하는 것은 아니다. 하지만 근거에 기초하는 것은 앞으로 우리가 해야 할 수많은 정책과 사업을 지원하기 위해서 받아들여야 할 원칙이라고 주장하였다.

근거중심정책의 본산인 영국의 NHS는 전체 예산의 1.5%를 연구재원으로 사용하였다(Davies.et.al., 2000). 이는 새로운 연구의 생산 뿐 아니라 기존 연구를 축적하는 기반을 구축하는데도 사용되었다. 이러한 목적을 위해서 Cochrane Collaboration, NHS Center for Reviews & Dissemination을 설립하였고, 여기서 체계적 고찰 및 각종 근거를 확산하고 있다. 또한 NHS는 보건의료서비스 구매 및 사용 관리를 위해서 National Institute for Clinical Excellence(NICE)를 설립하였고, NICE는 의료의 질, 의료기술평가, 진료지침 등과 관련된 연구의 생산과 확산은 물론 정책적 의사결정을 복합적으로 수행하고 있다.

근거중심정책의 수용과 관련 조직 내 활동의 변화는 1997년 노동당 정부가 추진한 NHS 개혁활동과 동반되었으며, 이후 영국의 의료서비스는 환자 대기목록이 감소하는 등 질이 개선되었다. 근거중심정책은 캐나다, 호주 등을 포함한 다른 서구국가로 급속히 확산되었다.

2) 근거중심정책에 대한 비판

가) 근거의 특성

근거의 성격이 정책 결정에는 적합하지 않다는 것은 “과학적” 근거가 모호하고 완성적이지 못하며, 편파적이고 복수의 해석이 가능하기 때문

이며 그 보다는 암묵적이고 지역화된 지식이 정책 결정에 적합하다는 것이다.

근거중심의료(EBM)의 RCTs의 한계, 메타분석 방법 등에 대한 비판도 지속되어 왔다. 배상수 외(2012)는 “보다 근본적으로 RCTs는 건강증진의 이념과 일치하지 않는다. 건강증진 활동은 대상자를 수동적 개체가 아니라 적극적인 참여자로 간주한다. RCTs는 건강증진의 이러한 역동성을 반영하기 어렵다”고 지적하였다.

나) 근거만으로 정책 결정이 어려움

연구 결과가 단순하고 선형적인 방식으로 정책에 “전파”될 수 없다 주장은 이전부터 되어 왔다. Pawson 외(2005)는 정책결정은 이성적 실행이 아니라, 무엇이 정당하고 합리적인지를 결정하기 위한 논쟁의 과정(예, 주어진 한정된 자원 하에서, A/B/C 프로그램 중 어디에 예산을 투입해야 하는가?)이어야 한다고 주장한다. 근거중심 접근법은 기술적(descriptive) 접근법 “실제로 세상은 어떠한고 일은 어떻게 일어나는지”와 처방적(prescriptive) 접근법 “이상적 세상에서 무엇이 벌어져야 하는지”가 구별되지 않아서 한계를 보인다는 것이다.

다) 효율성 강조와 가치중립적인 것으로 포장

‘근거중심’은 1990년대 효용 중시 흐름(utilitarian turn)이 강화되면서 어떤 중재가 작동하는 지를 파악하는 연구 역할에 더 초점을 두게 되었다. 이러한 흐름에서 대두된 신공공관리그룹은 정부기능 축소, 목표 재정 도입, 질/진입 기준에 대한 규제 등으로 대표되며, 1990년대 보건의료재정 증가에 대한 대응이었다.

영국 NHS에서 이러한 흐름이 가장 강하게 나타났으며, NHS가 제공

하는 서비스와 모든 자원배분의 효율성에 대한 근거를 요구하게 된다. 대부분의 근거는 성과를 산출하는데 얼마의 비용과 자원이 투입되느냐 그리고 그것이 얼마나 효과적으로 작동하느냐에 대한 것이다. 그러므로 이러한 근거산출이 어려운 건강의 사회적 결정요인에 대한 문제는 상대적으로 과소평가되고 있다고 비판된다.

근거에 대한 주장은 기존의 ‘의견 중심’의 의사결정에 반하는 것으로 가치중립적임을 표방한다. 하지만 실제로는 근거의 선택과 평가에 있어 관점과 가치가 포함되며 이것이 “누구의 관점인가?”라는 문제가 제기된다. 또한 근거중심이 정책결정자에게는 일종의 방어막이 되어 정치적 의도를 숨기는 역할을 한다는 비판도 있다(Parsons, 2002). 정부나 정치권은 자신들이 원하는 정책을 시행하는데 있어 사회적 맥락이나 관계보다 연구 근거에 기초해서 다른 방식의 영향력을 행사할 수 있고, 결과적으로 절차상 문제가 없다고 방어한다는 것이다.

나. 근거고려 정책(Evidence informed policy)

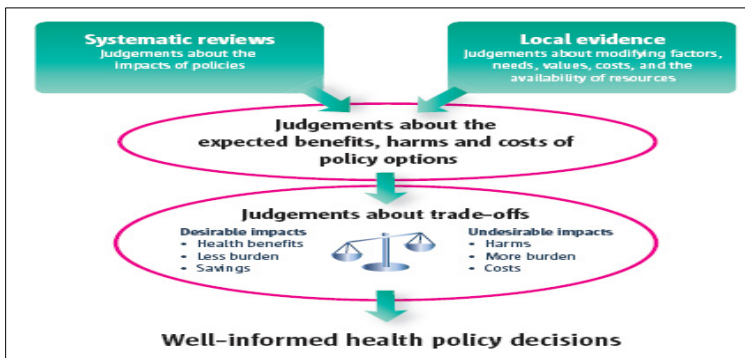
근거고려 정책은 국제보건 영역에서 WHO가 추진하고 있는 것으로, 근거중심정책과 비교하면 비교적 최근에 등장하였다. 자원이 제약된 환경에서 의료에 대한 접근성을 공평하게 보장하기 위해서는 비용효과적인 방법을 사용해야 한다. 그러므로 최선의 가용 연구근거에 의해 잘 안내 받는 의사결정을 보장하기 위한 정책결정이 필요하다(Oxman.et.al., 2009)는 관점은 근거중심정책과 같다.

하지만 근거고려 정책은 정책이 수행되는 방식은 다양하며 의사결정의 종류와 맥락에 따라 달라질 수 있다고 가정한다. 환자 개인에 대한 혹은 정책적 결정 모두에서 근거만으로 의사결정이 이루어지지 않으며, 가치 등과 같은 다른 요인이 영향을 미칠 수 있다는 점을 인지하고 있

다.6) 하지만 최선의 가용한 연구 근거에 의해 잘 안내받은 의사결정을 보장하는 것이 필요하며, 정책과정에서 근거에 대한 접근과 평가 모두가 체계적이고 투명해야 한다는 점을 강조하고 있다. 이러한 과정이 투명하게 이루어지면, 다른 사람들이 어떠한 연구 근거가 정책 결정에 사용되었는지, 그리고 그 근거와 함의에 대해 어떠한 판단이 이루어졌는지를 조사할 수 있게 된다(Oxman.et.al., 2009).

Oxman(2004)은 근거를 잘 고려하는 접근이 정책담당자에게 1) 관심 정책을 지지하는데 이용할 수 있는 연구 근거에 대해 비평적 질문을 하게하고, 2) 그들의 결정에 토대가 되는 유용한 정보를 이용하는 것을 설명하게 하며, 3) 그들의 결정에 대한 평가를 적절히 하고, 사전에 측정된 결과가 현실적이고 합의를 얻도록 해 줄 수 있다고 설명한다. 또한 근거에 대한 이러한 생각을 토대로 근거고려 보건정책 결정에 지역적 근거와 함께 체계적 문헌고찰로부터 나온 일반적 근거가 함께 쓰여야 한다고 주장하였다(그림 2-5 참조).

[그림 2-5] 근거가 잘 고려된 정책결정과정



자료원: Oxman, A.D., Lavis, J.N., Lewin, S., Fretheim, A.(2009). Support tools for evidence informed health policymaking (STP) I: What is evidence informed policymaking? Health Research Policy and Systems, 7(suppl1);S1.

- 6) 근거중심(evidence based) 용어는 근거만으로 정책을 결정한다는 오해를 불러일으키기 때문에 적절한 용어가 아니므로 근거고려(evidence informed) 용어를 사용한다고 하였다.

연구 근거는 정책 의사결정에서 요구되는 판단을 위한 유일한 유형의 정보가 아니다. 그럼에도 불구하고 연구 근거의 사용을 강화시키고, 근거의 관련성과 질에 대한 적절한 판단을 하도록 하는 정책결정자의 능력은 더 나은 자원의 이용과 건강의 편익을 달성하는 것을 위한 중요한 과제이다

SUPPORT(SUPporting POlicy relevant Reviews and Trials) 도구는 European Commission's 6th Framework에 의해 연구비를 지원받은 국제협력기구에 의해 개발된 도구이다(그림 2-6 참조). SUPPORT 도구는 근거 중심 정책결정 지원, 연구 근거에 대한 요구 조사, 이들 요구를 다루기 위한 근거 검색 및 평가, 연구 근거 고려 의사결정을 위한 보다 체계적인 과정을 포함하고 있다(Lavis.et.al., 2009).

[그림 2-6] 근거중심 정책결정을 위한 SUPPORT 도구



자료원: Lavis, J.N., Oxman, A.D., Lewin, S., Fretheim, A.(2009). Support tools for evidence informed health policy making (STP). Health Research Policy and Systems 2009(Suppl 1): II.

다. 지식 전파(Knowledge transfer)

메드라인에 ‘지식 전파’가 처음 언급된 논문은 1972년 프랑스어로 출판된 논문이었다. 여기서 현재 지식 전파의 ‘T1 or “bench to

bedside”(질병의 진단 또는 치료에 실험적 발견이 적용되어야 한다는 것)이라는 용어가 제안되었다. 지식 전파의 두 번째 단계는 “T2” or “campus to clinic” 보건의료 연구⁷⁾ 결과가 실행과 정책에 보다 널리 적용되어야 한다는 것이다(Greenhalgh.et.al., 2011).

지식전파는 2005년 WHO 합의 회의에서 ‘건강 증진과 보건의료시스템 강화에 있어 국제적/지역적 발전의 편익을 가속화하기 위해 관련 이해당사자에 의해 지식을 생산, 교환, 적용하는 것이라고 정의되었다. 성공적인 지식 전파(암묵적으로 T2)는 ‘공급 또는 추진 요소’ (근거의 가용성, 적절한 가공, 즉, 근거중심 실천 메시지, 신뢰할만한 지식 브로커와 오피니언 리더)과 ‘수요 또는 유인 요소’ (즉, 지역의 지식가, 특정 연구 근거의 적용에 대한 정치적 지지, 지역적 의사결정 기구에 대한 전략)에 의해 결정된다고 개념화되었다. 지식전파에 대한 장애물도 추진 요소와 관련된 것 (즉, 근거가 너무 복잡한 것, 근거의 생산/포장/확산에 너무 많은 비용이 드는 것, 관련 근거에 대한 접근성이 떨어지는 것 등)과 유인요소와 관련된 것 (즉, 정책결정자가 과학적 근거에 대해 별로 요구하지 않는 것, 정치적/재정적 문제, 연구자/정책결정자/임상의사 간의 패러다임 차이 등)으로 나뉜다(Greenhalgh.et.al., 2011).

라. 정책에서 근거의 사용 경로와 역할

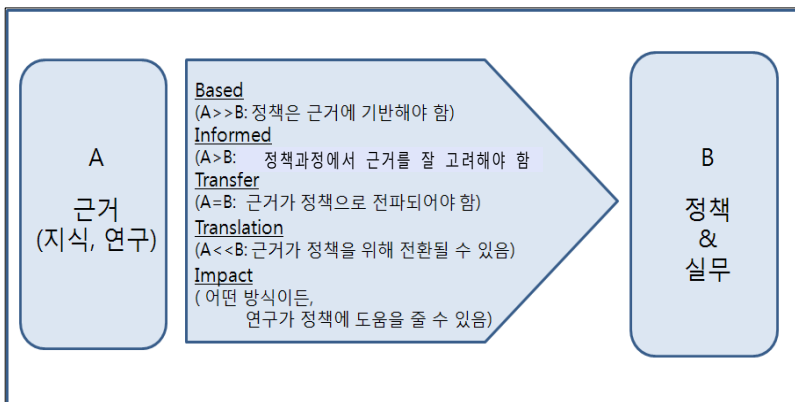
다양한 용어로 표현되고 있으나, 근거와 정책간의 관계를 설정하는데 있어 주요한 차이점은 크게 세 가지 영역에서 발생한다. 첫째는 근거를 무엇으로 볼 것인가의 문제이다. 가장 좁게는 무작위대조군임상시험에서 도출된 ‘과학적’ 근거만을 근거로 보는 관점과 모든 종류의 지식(전문가의 의견, 경험적 지식, 대중의 의견 등)을 포함하는 경우가 있다. 두 번째는

7) 체계적고찰, 임상시험 등 의미하며 진료지침에 제시된 것 포함한다.

주된 요소를 무엇으로 보는가이다. 근거와 정책을 처음과 끝(목표)으로 보는 선형모델에서는 두 요소가 핵심이지만, 맥락(context)과 상호작용(interaction)이 부차적 또는 대등한 요소로 자리잡기도 한다. 세 번째는 각각의 요소들이 어떻게 작동하는가이다. 앞서 설명했듯이 선형적, 순환적, 역동적으로 움직인다고 설명한다.

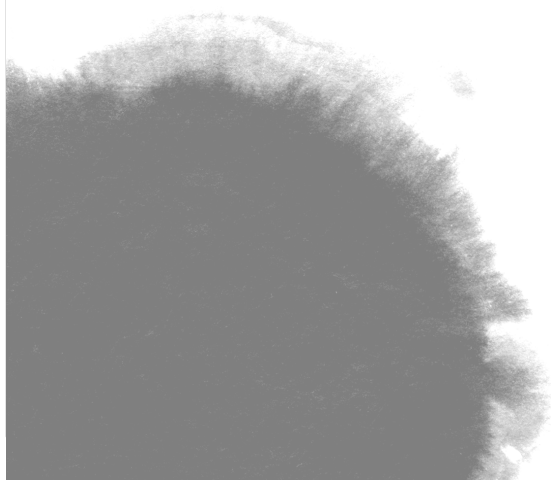
이를 단순화하여 정리하자면 1) 근거중심정책은 근거가 중심이 되어 ‘정책은 근거에 기초해야한다’라고 주장한다. 2) 근거고려 정책에서는 이보다는 다소 약화되어 ‘정책과정에서 근거를 잘 검토해야한다’를 주장한다. 3) 고전적인 지식전파(knowledge transfer)는 ‘근거가 정책으로 전파되어야 한다’로 근거입장에서의 전파를 중시한다. 지식전파가 단순히 ‘이동’을 의미한다면 4) 지식전환(knowledge translation)은 ‘근거가 정책을 위해 전환될 수 있다’라는 입장이다. 마지막으로 5) 연구의 정책 영향에서는 ‘어떠한 방식이든 연구가 정책에 도움을 줄 수 있다’ 정도이다. 이는 다소 지나치게 일반화하여 표현한 것일 수 있으나 각각의 용어가 갖는 기본적인 성격을 나타낸다 할 수 있다(그림 2-7 참조).

[그림 2-7] 정책과 실무간 연구근거 역할 차이



3장

근거중심정책 추진전략과 외국사례



제3장 근거중심정책 추진전략과 외국사례

제1 절 근거중심정책 추진전략

1. 영국 사례

New Opportunities for Research Funding Agency Co-operation in Europe(NORFACE)에서 지원한 세미나에 참여한 근거중심정책 연구 그룹은 근거중심정책과 실무를 “정책, 사업, 프로젝트와 실무에 대해서 최선의 근거를 개발 및 실행에 투입하여 정보를 잘 제공받은 상태에서 결정을 하도록 보장하고 지원하는 전략”으로 정의하였다(Nutley.et.al., 2010).

Nutley 외(2002)는 영국에서 기존의 공공정책과 실무에서 근거를 고려하기 위해 노력한 경험을 보고서: 「Evidence Based Policy and Practice: Cross Sector Lessons from the UK」에 정리하였다. 이 보고서에는 근거의 정의, 생산, 확산과 수용 과정을 구분하여 이를 증진하는 정책과 활동에 대한 제안이 기술되어 있다. 약 10년 전에 제안된 정책이지만 우리나라에서는 아직 근거중심정책의 추진 전략이 제대로 실행되지 못하고 있어 이 보고서 내용이 의미가 있을 것으로 생각된다.

Nutley 외(2002)는 영국의 경험을 정리하고서 근거중심정책 실행을 위한 4가지 기본조건을 제시하였는데 이는 다음과 같다.

- 특정 상황에서 작동할 수 있는 근거를 정의하고 합의한다.
- 우선순위가 있는 영역에서 근거를 생산하고 축적하기 위해 전략을 수립하고 체계적 노력을 기울인다.
- 근거를 필요로 하는 곳에 효과적으로 확산한다. 연구에 대한 접근성을 가질 수 있도록 효과적 방법을 개발한다.
- 근거를 정책에 통합하도록 보장하는 주체가 있고, 이 주체가 정책 및 실무 사용을 장려한다.

가. 근거를 어떻게 정의할 것인가?

근거가 보다 더 영향을 미칠 수 있는 의제를 개발하는 데 관심이 있다면, 먼저 서로 다른 유형의 정책/실무 질문에서 무엇이 근거를 형성하는가에 대하여 합의해야 한다. 이는 즉, 서로 다른 방법론의 장점과 단점에 대하여 분명히 하고, 여러 가지 정보원과 비교하여 연구의 역할에 대해서도 분명히 파악할 필요가 있음을 의미한다. 그러한 방법론적 개발은 'horses for courses' 접근(어떤 정책과 실무질문이 특정 연구방법을 통한 분석의 여지가 있는가를 규명)을 강조할 필요가 있다.

나. 근거의 창출

공공영역의 어느 부문이든 간에 분명한 것은, 연구에 의한 현재 지식 수준은 정책과 실무의 많은 부문에 정보를 주기에는 불충분하다는 것이다. 정책결정자나 실무자가 활용할 만한 견고한 지식기반의 연구는 거의 축적된 것이 별로 없다. 또한 연구 문헌은 그것을 이용할 사람들의 필요보다는 연구자들(생산자)이 주도하여 생산하고 있다.

이러한 문제의식에 따라 연구개발의 발전을 위한 많은 시도가 이루어

져 왔으나, 지속적으로 효과적인 전략이 필요하다. 이를 위하여 가장 먼저 R&D를 활성화시켜야 하는데, 영국에서는 근거 생산에 대한 책임을 지는 기구로 ESRC가 1999년에 설립되었다.

한편 ESRC에서는 근거창출을 위한 전략적 접근에서 중요한 점을 지적했는데, 첫째, 광범위한 R&D 전략을 추진하는데 있어서 이해당사자 참여가 결정적이며, 둘째, R&D 전략은 미래 연구를 위해서 우선순위가 높은 영역뿐 아니라 연구역량을 강화하는 문제도 다루어야 한다고 하였다. 또한 R&D 전략을 추진하는 경우, 다음과 같은 문제를 고려해야 한다고 하였다.

- 특정 주제 해결에 적합한 연구 유형, 양질의 연구에 적용되는 방법론
- 일차 연구와 이차 분석의 적절한 균형
- 방법론적 엄격성에 대한 필요와 시의적절한 결과의 제시
- 현재 지식 공급이 부족한 부분을 파악하고, 부족한 영역 안에서 우선순위 설정 방식
- 근거 부족을 해결하기 위한 연구 수행 방식
- 연구기반 정보를 빠르게 증가시키기 위한 연구 역량 개발
- 정책적 목적에서 자유로운 독립적 연구 수행과 연구사용자와 개발자의 밀접한 결합 형태의 균형
- 연구결과에 대한 의사소통 방식

다. 근거의 확산 및 접근성

근거중심정책의 특징 중 하나는 근거의 확산과 광범위한 접근을 중요하게 고려한다는 점이다. 영국에서는 근거의 확산을 위해 다양한 조직이 설립되었다. 여기에는 Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration

(사회정책, 범죄정의), NHS Center for Reviews and Dissemination, Evidence for Policy and Practice Information(교육) 등이 포함된다.

근거중심정책이 추진되면서 연구자 역할도 다소 변한 것으로 생각되는데, 전통적인 정책평가와 함께 근거활용 촉진 활동 및 자문 등의 역할이 추가되는 흐름이 있어왔다.

근거의 확산 방법으로서 체계적 고찰은 주어진 주제에 관한 현존하는 모든 연구를 찾아내서 방법론적 질을 평가하고, 적절하다고 선정된 연구를 종합한다. 체계적 고찰을 수행하는 방법론은 의학적 중재의 효과성을 판단하고자 하는 배경에서 발전되어 왔고, 양적 (특히 실험적) 데이터를 종합하는 데 초점을 맞추고 있다. 이에 따라 이러한 접근법이 공공정책의 다른 영역에 얼마나 적용 가능한지, 또는 적용해야 하는 지에 대한 의문이 존재한다. 임상진료 외의 활동에서 체계적 고찰이 이루어진 사례가 존재하나, 문제를 정의함에 있어서 사용자가 참여하는 것, 보다 넓은 범위의 연구유형을 검토하는 것, 복잡한 문제를 검토하는 것에 대한 문제가 남아있다.

연구 또는 검토 결과를 이용될 수 있는 곳으로 전달하는 전략은 확산(정보를 안에서 밖으로 밀어내는 것)과 접근성의 제공(연구결과를 사용할 사람이 두드려 찾을 수 있는 정보저장소 또는 웹기반) 두 가지 모두를 포함하고 있다. 효과적 확산에 관한 우리의 지식이 발전해왔지만, 한 가지 주요한 교훈이 있다. 그것은 밖으로 정보를 밀어내는 것은 불충분하며 종종 비효과적이기도 하다는 것이다. 우리는 또한 잠재적인 최종 사용자가 정보를 ‘끌어당기도록’ 하는 전략을 개발해야 한다. 수동적인 확산의 사고에서 벗어나 보다 더 능동적이고 총체적인 변화 전략으로 개념을 전환하는 것이 필요하다.

라. 근거의 수용

근거중심정책이 실현되기 위해서는 생산된 근거가 정책과 실무에 실제 수용되어야 한다. 정책에서 근거를 사용하는 방식은 매우 다양하며, 많은 기구가 있지만 체계적 근거는 여전히 부족한 상황이다. 이를 해소하는데 중요한 점은 정책에서 근거활용을 촉진하기 위해서는 연구자 네트워크의 확산 노력만으로는 부족하기 때문에 협력관계 모형을 구축해야 하고 한 가지 방법이 아닌 다층적 접근이 필요하다는 점이다.

그 예로 영국에서는 Center for Management and Policy Studies에서 지식기반 정책 형성에 책임을 맡고 있다. 이 기구에서는 효과적 정보 공유를 위해서 “knowledge pools”를 개발하고, 정부 관리에게 근거를 해석하고 사용하며 적용하는 방법에 대한 훈련을 제공하고 있다. 보건의료 영역에서는 NICE가 의료기술평가(Health technology assessment: HTA)에 대한 정책적 의사결정을 담당하였으며, Care Quality Commission은 의료서비스 질 개선을 통해 근거가 의료서비스에 활용되는 과정을 촉진하였다.

2. 캐나다 사례

근거중심의학의 발전과 더불어 보건정책결정에서의 연구근거 활용에 대한 인식도 높아지고 있다. 그러나 근거를 고려하는 것이 하나의 원칙이 될 수 있는가에 대한 질문과, 주로 임상영역에서 다루어지던 근거고려 의사결정이 보건정책에서도 효과적으로 사용될 수 있을지에 대한 질문이 최근 제기되고 있다.

이에 Lomas와 Brown(2009)은 캐나다 온타리오주 보건부 장기요양 정책과의 상급 관료8)들을 대상으로 근거고려 정책에 대한 인터뷰를 수

행하였고, 이를 토대로 연구기반 정책근거 마련 증진방안을 모색하고자 하였다. 한편 우리의 연구에서도 실제 정책 환경에서 연구가 정책근거로써 어떻게 활용되는지를 알고, 이를 활성화하기 위해서는 어떠한 접근이 효과적인지를 고려해야할 필요성이 높으므로 해당 연구를 고찰하였다.

Lomas와 Brown(2009)이 인터뷰를 수행한 온타리오주 보건부 장기요양정책과는 정책의 우선순위 설정, 정책 개발, 지역보건연합(Health Integration Network)을 지원하는 역할을 맡고 있다. 최근에는 stewardship에 대한 관심이 증가하면서 상급 관료 사이에서 연구기반 근거를 정책에 활용하는 것을 권장하고 있는 추세이다.

가. 근거고려권고(evidence informed advice)를 위한 네트워크

온타리오주 장기요양정책과는 다양한 연구수행을 지원하기 위하여 재원을 조성하고 있으며, 재원의 상당량을 의제설정 측면의 연구에 활용하고 있다. 24.5백만 캐나다달러를 17개 대학 소속 연구센터에 지원하고 있으며, 이들 연구센터에서는 총 연구의 75%에 해당하는 시간을 주제선정에 사용하고 있다. 5.5백만 캐나다달러는 임상평가연구를 수행하는 독립기관에 지원하며, 지원된 재원의 대부분은 보건관련 행정 처리에 활용된다. 나머지 2.25백만 캐나다달러는 정부 고용 과학자들의 지원에 쓰인다.

이때 생산된 모든 연구근거들은 정부 내부 정보망(E-repository)에 검색 가능하도록 처리되며, Health Evidence Quarterly등에 게시된다. 또한 Health Horizon, 보건시스템 경향 리포트 등의 보고서를 통하여 보건의료체계 및 의사결정 담당자에게 정보를 전달한다.

8) 최근 온타리오주 보건부는 그들의 기능적 역할보다는 stewardship을 강조하고 있으며, 근거를 전략적으로 활용하고 있다(Lomas J & Brown AD, 2009).

- E-repository: 관할구역 리뷰, 문헌고찰, 위탁연구 등 보건당국에 의해 수행된 연구보고서의 검색이 가능한 인트라넷 기반 전자 수집원
- Health Evidence Quarterly: 온타리오 보건의료서비스 연구를 강화하기 위하여 분기로 출간되는 뉴스레터
- Health Horizon: 보건의료체계 및 의사결정 담당자들에게 최신의 연구를 전달하기 위하여 설계된 뉴스레터. 일차 보건의료, 만성질환 예방 및 관리, 정신건강, 중독 등에 대한 내용을 담고 있음.
- 보건시스템 경향 리포트: 보건 당국 외부의 전문가 의견을 반영하기 위하여 기획한 것으로, 델파이 과정을 통하여 전문가 패널을 구성함. 캐나다 전반에 걸친 연구근거 및 정부 보고서, 웹사이트, 대중매체를 포함한 다양한 자료원에서 획득한 정보를 바탕으로 보고서가 만들어짐.

나. 정책적 수요가 높은 연구근거 생산과 활용

장기요양정책과 내 관료들을 대상으로 정책 우선순위를 위한 연구주제를 도출한 다음, 이를 외부 연구센터 혹은 개별연구자들에게 위임하여 연구할 수 있도록 체계를 구축하고 있다. 또한 정부로부터 재정적 지원을 받고 있는 17개 외부 연구센터는 연구자의 관심주제와 정부가 필요로 하는 연구 주제 간의 균형을 맞추고 있다.

한편 앞선 연구근거 생산과는 다른 차원으로, 정책결정과정에서 긴급하게 연구근거가 요구되는 경우, 온타리오주 보건부 내 직원(8명으로 구성)들이 신속하게 정책자문을 수행한다. 최근에는 이러한 자문 시스템이 정부로부터 재정지원을 받는 외부 연구센터에도 확장되고 있다. 또한 근거활용에 익숙하지 않은 정책담당자들을 대상으로 연구활용론 워크숍을

개최, 정책결정 및 과정에서의 연구근거 활용 지식을 습득할 수 있도록 한다. 연구근거의 실질적인 활용을 증진하기 위하여 이를 일종의 평가항목으로 포함하기도 하는데, 정책개발이 어느 정도의 가용근거를 기반으로 이루어졌는지를 평가하기 위하여 근거기반 점검표(checklist)를 제출하도록 한다. 해당 체크리스트를 제출해야 정책개발 및 실행에 대한 승인을 받을 수 있다.

다. 기존 정책의 수정과 모니터링

성과 평가를 위한 지표개발 및 모니터링에 대한 사항은 아직 구체적으로 수행되고 있지 않다(2009년 기준). 그러나 연구자와 관료 간 연계를 촉진하기 위하여, 연구자가 정부 지원을 받는 기간 가운데 일부를 관료와 공동으로 작업하도록 권장하는 등 특색 있는 방안을 제시하고 있다.

〈표 3-1〉 근거고려 권고의 가능 요인

정책제언 측면	정책개발 측면	기존 정책의 수정 및 모니터링 측면
- 정부로부터 재정지원을 받는 17개의 외부 연구센터와 임상평가위원회 간의 독립적인 업무 - E-repository database - Health Evidence Quarterly - 보건시스템 경향 리포트 - 광범위한 시나리오 계획	- 보건부 직원을 대상으로 한 정책 우선순위 제안 - 정부로부터 재정지원을 받는 17개의 외부 연구센터와 임상평가위원회 간의 비독립적 업무 - 데이터 관리·분석 분과 - 신속 고찰(정책적 요구가 긴급할 때 상주직원이 정책 자문) - 연구사용 훈련 워크숍 - 근거기반 점검표	- 데이터 관리·분석 분과 - 외부 네트워크 - 정책담당자와 연구자간 공동 인턴제도

자료원: Lomas, J., Brown, A.D.(2009). Research and Advice Giving: A functional View of Evidence-Informed Policy Advice in a canadian Ministry of Health. *The Milbank Quarterly*, 87(4), p.910.

제2절 외국의 보건정책 및 실무의 근거 활용 경험

1. NHS 구매 결정의 체계적 고찰 사용⁹⁾

Chambers 외(2012)는 NHS를 지원하기 위해 다른 서비스 공급 모형과 비교하여 섭식장애 청소년의 계획된 입원에 대한 근거를 평가하였다. 또한 어떤 과정으로 평가 결과가 정책결정자에게 반영되었는지 서술하였다. 따라서 근거가 보건정책 결정에 활용된 사례로서, Chambers 외(2012)의 연구가 적절하다고 판단되므로 이를 통해 국내 근거중심 보건 의료정책에 대한 시사점을 찾고자 이 사례를 고찰하였다.

가. 배경

영국 NHS의 primary care trusts(PCTs)는 의료서비스에 대한 구매 관리(commissioning)를 수행해왔다. 그러나 최근 연립 정부는 consortia 조직을 만들고 구매에 대한 책임을 일반의에게 위임하자는 제안을 하였다(DH, 2010; 재인용: Chambers.et.al., 2012).

보건의료서비스에 어떤 시스템을 적용하더라도 지역의 구매자는 NHS 자원 대부분에 대한 책임이 있으며(Smith.et.al., 2010; 재인용: Chambers.et.al., 2012), 현재의 재정문제를 고려해 볼 때, 구매 결정시 근거를 활용하는 것은 필수적이다. 그러나 이러한 맥락에서 체계적 문헌 고찰을 사용하는 것이 적절한지에 대해 의문을 제기할 수 있다. 영국 York 대학의 Centre for Reviews and Dissemination(CRD)는 지역의 구매 문제 해결을 위해 지식전환서비스(knowledge translation service)를 정책결정자들에게 제공하고 있다(Hanbury.et.al., 2010; 재인용:

9) 이 사례는 Chambers.et.al.(2012)의 연구를 토대로 작성되었으며 여기서 사용한 근거 요약에 대한 내용은 project website(www.trip-lab.com)의 내용을 참고하였음.

Chambers.et.al., 2012).

나. 정책의 맥락과 근거의 생산/활용 및 평가

1) 정책의 맥락

영국에서는 섭식장애 청소년이 지역사회 전문 센터에서 입원 및 외래 진료를 받을 수 있으며(NICE, 2004), 이때의 입원치료로 높은 수준의 지원과 전문가 진료를 제공받을 수 있다.

NHS Bradford와 Airedale PCT는 거주 지역에 적당한 시설이 없는 섭식장애 청소년을 위해 다른 지역으로 치료비용을 지불하여 2008~2009년과 2009~2010년에 28일에서 244일까지 10명의 환자에게 대해 입원일 (bed-day)당 454파운드에서 750파운드의 비용을 지불하였다.

재원제공자들은 보건 서비스 예산에 대한 압력이 증가하는 시점에서 적은 수의 환자를 위한 고비용 서비스를 제공하는 것에 대한 효과를 고려해야 했다.

2) 근거의 생산과 확산

섭식장애 청소년을 위한 입원 중재를 평가한 근거 요약(evidence briefing)은 양질의 근거들을 사용하여 생산되었다. 주된 자료원은 Cochrane Database of Systematic Reviews, the Database of Abstracts of Reviews of Effect(DARE), NHS Economic Evaluations Database (NHS EED), health assessment technology databases, NICE guidance on eating disorders였다.

이러한 체계적 문헌 고찰을 통해 섭식장애 청소년의 입원이 타당하다는 근거는 제한적인 것으로 나타났다. 대부분의 체계적 문헌 고찰들은

입원에 대한 근거가 기준이 설정되어 있지 않은 중재나 치료법의 특정한 형태라는 것을 밝혀냈다. 또한 입원의 타당성을 뒷받침하는 근거로 인용되는 연구는 실용적, 윤리적 이유로 인해 관찰 연구가 많다는 사실이 확인되었으며, 이 연구들이 수행된 시기는 1990년대이므로 현재의 경향을 반영하고 있는지 불확실했다. UK National Child and Young Persons Inpatient Evaluation(CHYPIE)에서 생산된 근거는 섭식장애 청소년 입원에 대한 비용-효과성이 높은 것으로 나타났으나, 적은 수의 섭식장애 환자와 대조군의 부족으로 인해 이를 적용하기에는 한계가 있었다.

체계적 문헌 고찰을 통해 작성된 근거 요약에서는 입원과 다른 의료 서비스와의 비교 결과도 수록되어 있었다. Gowers 외(2007)가 수행한 연구에서는 Treatment Outcome for Child and adolescent Anorexia Nervosa(TOuCAN) 실험을 통해 “신경성 식욕부진증”으로 진단받은 청소년(12~18세)을 위한 일차 외래서비스와 전문 외래서비스, 입원을 비교하였다. 이들의 연구결과 1년, 2년 후 추적검사에서 세 그룹 사이의 임상적 결과는 차이가 없는 것으로 나타났다. 이러한 실험과 함께 비용-효과성 측면에서 전문 외래 서비스를 지지하는 경제성 평가도 수행되었는데, Roots 외(2009)의 연구 결과, 환자와 보호자 모두 일반 서비스로는 이용할 수 없는 전문 서비스의 공인 전문지식과 식이요법 치료를 중요하게 생각하고 있었다. 이러한 연구결과는 신경성 식욕부진증이 있는 청소년들에게 전문 외래 서비스를 제공하는 것이 타당하다는 근거를 보여준다. 이 외의 다른 모형을 사용한 경제성 평가는 발견되지 않았다. 따라서 입원이 다른 의료서비스보다 임상적 측면이나 비용-효과성 측면에서 뛰어나다는 근거는 명확하지 않다는 것을 알 수 있다.

3) 구매자와 1차 의료 의사를 통한 근거 평가

이러한 결과를 평가하고 정책에 반영하기 위해 총 15명의 구매자와 임상 의사에게 근거 요약물을 보냈으며, 이들 중 4명의 구매자와 1명의 임상 의사가 평가서를 보내왔다. Yorkshire와 Humber의 전략적 구매그룹으로부터도 평가서를 구득하였다.

평가서를 분석한 결과 응답자들은 현재 구매에 대한 의사결정을 하기 위해 지역 임상의 의견, NICE 진료지침, NHS Evidence 등을 이용하고 있었으며, 대부분의 응답자들이 제공된 근거 요약물을 다른 자료와 동등하다고 생각하였다. 또한 구매 그룹은 외래 서비스를 좀 더 제공해야 하고 치료비용을 다른 지역에 지불하는 것을 제한해야 한다는 의견에 동의하였다. 섭식장애 청소년의 관리를 위한 경로를 수정하는 작업은 현재 진행 중이며 근거 요약은 지역수준에서 전략적 구매를 위한 근거로써 사용되고 있었다.

다. 구매 결정에 대한 근거 활용 평가

1) 정책결정에서 근거 요약의 도구적 사용

이 사례 연구는 체계적 문헌 고찰에 기반을 둔 근거 요약이 보건 정책결정자에게 유용할 수 있다는 점을 시사한다. 프로젝트는 근거 요약이 지역 구매자에 의해 사용되었으며 그들의 반응이 긍정적이었다는 점에서 성공적이었다. 또한 근거 요약은 Yorkshire와 Humber의 전략적 구매그룹에 의해 좀 더 광범위하게 활용되었다.

2) 체계적 검토에 의해 도출된 근거의 한계: 표본수가 적은 실험과 개별 구성요소 평가에 대한 어려움

전문 외래 서비스가 사용된 개인적 중재의 효율성에 대한 결론은 표본수가 적은 실험이 대부분이고 그 실험마저 수가 적다는 약점으로 인해 제한적이다. 이용할 수 있는 체계적 문헌 고찰 방법론의 질적 측면도 약점이 될 수 있다. 더욱이 동기부여 인터뷰, 보호자의 의견이 고려된 개인적 인지행동치료, 환자가 동참한 보호자 상담, 식이요법치료, 다중 모형 피드백과 같은 복잡한 중재 프로그램들로부터 개별 구성요소의 효율성을 따로 평가하는 것은 어려운 일이다. 또한 외래 서비스의 확대와 다른 지역으로의 자금 제공 축소로부터 얻을 수 있는 임상 혹은 비용 편익에 대한 규모도 매우 불확실하다는 점에서 한계가 있다.

라. 근거에 의한 구매 촉진

Chambers 외(2011)의 연구에서는 정책결정자들이 더 쉽게 접근할 수 있는 체계적 문헌 고찰을 만들기 위한 목적으로 자원을 탐색하기 위해 체계적 조사 문헌 고찰을 수행하였다. 그러나 이 연구에서는 표준화된 접근법이나 확립된 방법론을 발견하지 못하였기 때문에 연구 근거 사용의 촉진요인과 방해요인을 다루는 체계적 문헌 고찰과 비연구자들을 위해 체계적 문헌 고찰 근거를 요약하였던 과거 경험을 통해 연구를 수행하였다. 아래의 표의 연구근거 사용 촉진요인은 Innvaer 외(2002)의 연구결과이며, 적용된 결과는 앞의 연구결과를 근거 요약 작성 시 적용한 결과이다(표 3-2 참조).

따라서 근거 요약 생산에 대한 방법론 개발(예를 들어, 문헌 고찰, 동료 검토, 건강 불평등 관련 사안과 지역 맥락에 대한 근거를 연결시키는 최선의 방법)은 현재 진행 중이다.

〈표 3-2〉 연구근거 사용의 촉진요인 및 적용 결과

연구근거 사용의 촉진요인	적용한 결과
연구자와 정책결정자 사이의 개인적 연락	연구자는 어떤 근거가 필요한지에 대한 질문을 명확히 하고, 연구 성과물에 대해 논의하기 위해 구매자와 만났다.
연구의 관련성과 시기적절성	구매자의 요청과 구매자가 요구한 기간에 따라 근거 요약이 생산되었다.
명확한 제안(recommendation)이 있는 요약이 포함된 연구	근거 요약에 중요한 함의가 있는 1페이지 분량의 요약이 포함되었다.
양질의 연구	근거 요약은 이용할 수 있는 최고의 통합된, 그리고 질이 평가된 근거를 사용하였다.
현재 정책을 확인하거나 이익(self-interest)을 보증하는 연구	구매 그룹은 이미 섭식장에 관리 경로를 수정하기 위해 노력하고 있었다.
연구에 대한 지역사회 압력이나 고객 요구	가능한 섭식장에 경로 변화가 청소년과 보호자와 함께 논의되었다. 결정을 위한 전반적인 정책에 근거가 활용되었다.
효율성 데이터를 포함한 연구	근거 요약은 지역적 맥락에 대해 일반화 가능성이 고려되었다.

자료원: Chambers, D., Grant, R., Warren, E., Peason, S.A., Wilson, P.(2012). Use of evidence from systematic reviews to inform commissioning decision: a case study. *The Policy Press*, 8(2), pp. 141-148.

Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M., Oxman, A.(2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(4), pp.239-244.

한편, 버밍햄 대학의 Aggressive Research Intelligence Facility (ARIF)¹⁰⁾는 지역 임상과의 구매자로부터 받은 질문에 대응하기 위해 체계적 문헌 고찰에 근거한 요약을 제공한다. 2011년 1월에는 ARIF의 역할이 근거 통합과 정책 분석 및 평가를 함께 수행하는 “West Midlands 구매관리지원유닛”으로 통합되었다. 세계적으로 여러 다른 조

10) Aggressive Research Intelligence Facility(ARIF)는 버밍햄 대학에 소속되어 있는 전문가 집단으로, 웨스트 미들랜드 지역 NHS의 인구집단 보건의료결정에 영향을 미칠 수 있는 연구근거들을 종합하는데 그 책임을 가지고 있다. ARIF는 2011년 웨스트 미들랜드 전략적 구매관리지원 유닛으로 위촉되었다. <http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/PHEB/ARIF/index.aspx>

직들은 정책 결정을 지원하기 위해 넓은 범위나 좁은 범위의 체계적 문헌 고찰에 근거한 연구근거 요약물 생산하고 있다(Lavis, 2009). 좀 더 공통적인 접근법은 정책결정자의 요구에 부합하는 요약물 제공하는 것이다. DARE, Rx for Change(Canadian Agency for Drugs and Technologies: CADTH에 의해 생산된 보건전문가의 행동을 변화시키는 것을 목적으로 하는 중재의 체계적 문헌 고찰 데이터베이스), NHS EED와 같은 서비스는 방법론적 질과 결론의 신뢰성을 평가함으로써 연구 근거의 사용을 촉진시킨다.

근거 요약의 생산은 노동 집약적이며 필요로 하는 기술(주로 문헌 찾기, 비판적 평가, 근거 통합)은 매우 광범위하게 이용된다. 그러나 지침은 정책결정자를 위해, 현존하는 연구 근거를 실행 가능한 메시지로 바꿀 수 있는 가장 최고의 방법을 필요로 한다. 근거 요약은 지역적 맥락에 대해 구체화하는 것을 추구하지만, 영국의 다른 지역들도 비슷한 문제와 결정에 직면해 있다. 따라서 지역 단위에서 중복된 노력을 하는 것 보다는 일반적인 재정 상황을 고려하여 이러한 서비스 형태에 대한 집중적인 제공을 통해 규모의 경제를 성취할 수 있다. NIHR¹¹⁾은 CRD, UK Cochrane Centre and Cochrane Review Group 그리고 보건 기술 평가를 담당한 독립적인 10명의 전문가 그룹을 지원하는 National Systematic Reviews Infrastructure에 자금을 제공한다.

마. 시사점

Chambers 외(2012)의 사례 연구는 체계적 문헌 고찰에 기반을 둔 근거 요약이 보건 정책결정자를 위해 유용하게 사용될 수 있는 가능성

11) National Institute for Health Research (NIHR)은 2006년에 설립되어 건부에서 재원을 제공받으며 NHS를 지원하기 위해서 환자와 공중이 필요로 부응하는 보건의료연구를 증진한다.

을 보여준다. 실제로 영국의 경우 “West Midlands 구매관리지원유틸리티”와 같은 여러 조직들이 체계적 문헌 고찰에 기반을 둔 근거 요약물 제공하고 있어 정책결정자들이 쉽게 접근하여 정책을 수립하는데 도움을 주고 있다.

우리나라의 경우 최근 들어 체계적 문헌 고찰을 이용한 연구가 조금씩 이루어지고 있으나 이를 수집하고 통합하여 근거 요약의 형태로 가공한 후 필요한 정책결정자들에게 전달하는 총괄책임기구가 없는 실정이다. 따라서 근거에 의한 정책결정을 촉진시키기 위해서는 근거 요약 생산에 대한 표준화된 방법론 개발과 함께 근거 요약물 적재적소에 전달하는 전문기구의 설치가 필요하다.

2. 식염감소

가. 배경

전 세계적으로 만연해있는 만성질환은 식생활을 포함한 불규칙적인 생활습관이 지속되면서 발생하게 된다(Danaei.et.al., 2009). 고혈압, 동맥경화 등의 만성질환이 공중보건에 미칠 수 있는 부담을 줄이기 위해서는 근거중심 정책이 필요한데, 특히 식생활 관련 생활습관 요인에 대한 정책결정시 역학연구, 종단 관찰연구가 영향을 미칠 수 있다.

이에 Appel 외(2012)는 인구집단 대상 식염감소 정책결정에 활용되었던 과학적 근거, 미국을 포함한 다른 국가의 식염정책 결정과정 흐름, 그리고 주요 이해당사자의 역할과 영향력에 대하여 사례분석을 수행하였다. 이는 우리의 연구에서도 실제 근거중심 정책의 형성과정과 이에 영향을 미치는 다양한 이해당사자, 맥락에 대한 요소를 고려할 필요가 있기에 해당 사례를 고찰하였다.

나. 식염감소 정책의 맥락

1) 미국 내 식염감소 정책의 발전

초기 미국의 식염감소 정책 접근은 소비자 교육과 개인의 행동변화를 자극하는 활동이었다. 그러나 최근의 접근방식은 소비자가 의사 결정하는 환경을 변화시킴으로써 그들의 행동을 변화시키는 것으로 바뀌었다.

예를 들어 식품첨가물표시제는 의사결정자인 소비자에게 정보를 제공한다는 측면도 있지만, 이와 더불어 식품 제조업자가 양질의 제품을 생산할 인센티브도 가지게 한다는 장점을 가진다.

2) 식염감소 정책의 세계적 추세

세계적으로 식염감소에 대한 관심이 증가하는 추세이다.

2010년 WHO는 첫째, 소금 섭취 감소를 가능케 하는 환경 구축과, 둘째, 이에 대한 평가, 모니터링을 주제로 하는 포럼을 개최하였다. 또한 정책의 비용효과성 및 실현가능성 측면에서도 식염감소정책을 “best buy” 중재로 선정하여 그 실시를 권고하였다(World Economic Forum, 2010; 재인용: Appel.et.al., 2012).

영국의 경우 식염감소 정책의 성공적인 사례로 Food Standards Agency(FSA)에서 실시한 식염감소 캠페인이 있다. 연구자 그룹으로 구성된 시민단체인 FSA는 식염섭취증가의 위험성에 대하여 영국 정부와 식품산업계 모두의 동의를 이끌어냈고, 이를 정책화하였다(He.et.al., 2009; 재인용: Appel.et.al., 2012).

핀란드의 경우 지역사회기반 중재 프로그램인 North Karelia Project를 통해 1972년부터 2007년에 이르는 기간 동안 심질환으로 인한 사망률을 약 80% 감소시켰는데, 이 프로젝트의 가장 큰 특징은 식단의 변

화(저염식)였다. 핀란드의 식염감소 정책은 식품첨가물 표시제의 법제화, 식염섭취에 대한 역학조사, 보건교육, 식품산업과의 협업을 통해 효과적으로 이루어질 수 있었다(Vartiainen, 2010; 재인용: Appel.et.al., 2012).

3) 이해당사자 (미국)

○ 보건관련 전문가

미국의학회 뿐만 아니라 미국공중보건학회, 미국심장학회 등 식염감소를 지지하는 다수의 전문가 집단이 존재한다. 그러나 식염감소는 각 기관이 가진 광범위한 정책의제 가운데 하나에 불과하며, 이를 정책화하기 위해 기관이 펼치는 노력은 상당히 가변적이다.

○ 연구자

소금섭취와 혈관계 질환 간 양적 상관관계는 이미 역학적으로 증명된 사실이다. 그러나 일부 연구자들은 이것과 상반된 연구결과를 내놓기도 하는데, 이는 식품 산업으로부터 재정지원을 받은 연구인 것과 밀접하게 연결된다. 연구자는 지원을 받은 업체의 요구에 부합하는 연구결과를 내놓기도 하며, 때에 따라서는 해당 업체의 자문위원으로 활동하기도 한다. 따라서 정책결정자 및 관료, 일반대중은 이러한 이해관계 속에서 생산되는 연구의 질, 적절성에 대하여 인지하고 있어야 한다.

○ 정부

비교적 최근 정책으로는 2010년 Center for Disease Control and Prevention(CDC)에서 지역사회 내 건강한 식품환경 조성을 위한 식염감소 지역사회프로그램을 착수한 것을 들 수 있다. 또한 주정부와 지방

정부 모두 인구집단의 식염섭취 감소를 위한 활동을 발전시키고 있는데, 특히 80개가 넘는 주와 지역 보건위원회, 국립보건기구가 협력관계를 맺은 National Salt Reduction Initiative(NSRI)를 그 예로 들 수 있다.

○ 식품산업

일부 회사들은 정부의 식염감소 정책을 반대하지만, 다수의 회사들은 그들이 생산하고 판매하는 식품 내 소금 함유량을 줄이는 데에 동의하고 있다.

○ 기타 이해단체

식염감소 정책을 반대하는 가장 대표적인 단체는 Center for Consumer Freedom이다. 그들은 식염감소 정책을 일명 “잔소리 정책”이라고 비난하는 광고를 신문, 라디오, TV등에 싣는다. 이와 대조적으로 식염감소 정책을 옹호하는 대표적인 단체는 World Action on Salt and Health로, 대부분의 회원이 연구자와 공중보건 전문가로 구성되어 있으며 점진적 식염 감소 달성을 목표로 활동하고 있다.

다. 식염감소 정책의 시사점

Appel 외(2012)는 식염감소정책이 수립되는 일련의 과정을 살펴보면서 연구자가 지향해야 할 역할과 연구 결과물의 방향, 정책마련에서의 근거활용 증진방안 등 여러 시사점을 아래와 같이 제시하였다(표 3-3 참조).

〈표 3-3〉 식염감소 정책의 시사점

시사점	내용
연구자의 역할: 근거평가 및 재구조화	- 연구자들이 평가하고 재구조화한 ‘근거’는 정책을 형성하고 수립하는데 쓰일 수 있다. - 정책결정자들은 현재 학계에서 거론되고 있는 방법론이나 비공식적 연구결과에 대한 정보를 필요로 하기 때문에, 이에 대한 이해를 높여주어야 한다.
지속가능한 연구근거 생산	- 근거중심의학도 정책을 평가하는데 비현실적인 예측을 불러올 수 있다. - 연구자들은 정책결정자들에게 근거의 강점과 한계를 이해시킬 뿐만 아니라 미래에도 활용가능한 근거를 제시해야 한다.
다학제적 연구 수행	- 혈압증가를 예방하고 관리하는 것은 매우 복잡한 문제이기 때문에 다차원에서의 접근이 이루어져야 한다. - 의학 및 의과학 뿐만 아니라 농업, 식품과학, 마케팅, 무역, 교육 등 다양한 차원을 고려한 해결책을 제시해야 한다.
비용효과성 분석 수행	- 비용효과성 모형은 무형의 근거를 가시적으로 만들어주며, 사업의 재정절감에 도움이 된다.
다양한 의견 고려	- 다양한 의견을 고려하는 것은 효과적인 정책결정에 중요하다. • 인구집단 단위 식염감소정책을 옹호하는 학계는 고염식이 혈압 및 혈관질환에 미칠 수 있는 부정적 영향에 대해 높은 관심을 가지고 있다. • 반면 식염감소정책의 반대론자들은 단지 소금섭취와 혈압간의 관계에만 관심을 두고 있지 않은데, 1) 극단적인 식염 제한이 신체에 미칠 수 있는 영향 2) 요오드화소금의 섭취 감소가 미칠 수 있는 부정적 영향, 소금방부제 사용 감소로 인한 식품안전 등 다양한 이슈에 대해 고려하고 있으므로, 정책근거 생산을 맡고 있는 연구자들은 넓은 범위의 이슈에 관심을 기울여야 한다.
지속적인 연구 필요 (정책평가, 모니터링)	- 정책이 미칠 수 있는 직접적, 간접적 영향을 평가하고 모니터링하는 지속적 연구가 중요하다. • 예를 들어 소금섭취 수준 혹은 섭취 경향이 혈압수준 및 혈압과 관련한 다른 건강결과에 미치는 영향을 살펴보는 것 등이 필요하다.
연구자 대상 훈련 실시	- 정책결정에 영향을 미치는 연구자들을 대상으로 한 훈련이 필요하다. - 연구자는 근거를 평가하고 재구조화하는 책임을 가질 뿐만 아니라, 매스미디어 및 정책결정자들과 과학적 근거를 기반으로 한 의사소통을 해야 한다. - 이해집단, 정책결정자, 미디어, 그리고 여타 관계자들과 의사소통하는 것은 어려운 일이나 굉장히 중요한 일하기에 이와 관련한 훈련이 연구자들에게 이루어져야 한다.

자료원: Appel.et.al.(2012). Population-Wide Sodium Reduction: The Bumpy Road from Evidence to Policy. Elsevier Inc, 22(6), pp.417-425.

식염섭취 감소에 대한 정책결정은 식염섭취 감소가 혈관계 질환을 감소시킨다는 강력한 연구결과를 기반으로 이루어졌다. 이와 더불어 정부와 연구자, 이해단체 등 정책결정에 영향력을 행사하는 당사자들이 식염감소 정책을 지지하고 있었다. 물론 식염감소 정책에 반하는 입장을 가진 관계자도 있었으나 비교적 근거와 맥락이 정책형성에 긍정적으로 작용한 경우라 할 수 있다.

그러나 대부분의 보건의료정책 의제는 발전과정에서 이해당사자의 강력한 반발, 근거마련의 어려움, 정책담당자의 의자 부족으로 인해 정책화 단계에서 좌절되는 경우가 많다. 그런 맥락에서 Appel 외(2012)가 연구자에게 던지는 시사점은 의미가 크다.

먼저 연구자의 연구근거 생산과 관련해서 첫째, 정책에 활용될 수 있는 정책평가연구 및 기존의 근거를 재구조화하는 연구 생산, 둘째, 현재 뿐만 아니라 미래에도 사용가능한 근거 생산, 셋째, 해당 정책과 관계를 갖는 다양한 차원을 고려한 연구 수행, 넷째, 비용효과성 연구 수행 등을 정책연구의 대안으로 제시하고 있다. 또한 정책결정 관계자들의 다양한 의견 수렴, 정책담당자와의 의사소통 기술 등 정책결정절차와 환경에 영향력을 미칠 수 있는 방안 등은 식염감소 정책뿐만 아니라 전체 보건의료정책을 연구하는데 긍정적으로 활용될 수 있을 것이다.

3. 대장암검진

가. 배경

대장암은 호주, 영국, 뉴질랜드에서 사망원인 2위를 차지할 정도로 심각한 건강문제이다(IARC and WHO, 2010a; 2010b; 2010c). 한편 분변잠혈 반응검사(FOBTs)를 사용한 검진이 대장암으로 인한 사망의 상

대위험도를 25%까지 감소시킬 수 있다는 메타분석 결과를 놓고 호주, 영국, 뉴질랜드 각 정부는 편익 및 위해에 대한 연구를 수행하였다. 그 결과 영국과 호주정부는 2000년, 2002년의 시범사업을 거쳐 2006년 국가검진프로그램을 도입기로 결정하였으나, 대장암으로 인한 연령표준화 사망률이 세계에서 가장 높은(IARC and WHO, 2010c) 뉴질랜드는 대장암검진에 대해 부정적인 태도를 취했으며, 2011년이 돼서야 시범사업을 하기로 결정하였다.

이에 Flitcroft 외(2011)는 뉴질랜드 정부의 “반 대장암검진 정책결정”이 이루어지게 된 맥락과, 연구근거가 정책과 실무에 적용되는 것에 대한 시사점을 고찰하고자 해당 사례를 분석하였다. 즉 정책결정에 영향을 미치는 서로 다른 정보원에 대한 이해를 높이는 것이 연구의 목적이었으며, 이는 연구 근거가 정책에 활용되는 절차와 방식을 넘어, 이러한 전 과정에 영향을 미치는 맥락에 대한 고려가 필요한 우리의 연구에도 도움이 될 것으로 생각되어 본 사례를 고찰하였다.

나. 대장암검진 정책에서의 맥락의 역할

1) 자원 맥락

국가차원의 암검진 사업은 매우 자원 집약적 성격을 갖고 있다. 하지만 뉴질랜드는 FOBTs 검사에서 양성반응이 나타난 사람들을 추적하는 보건시스템 역량에 심각한 제약이 있는 것으로 나타났다. 뉴질랜드에 1차 보건의료시스템이 도입된 2001년 이후로 개원의사의 PHO(Primary Healthcare Organization) 가입과 환자등록이 이루어지면서 환자등록·관리에 굉장한 개선이 이루어졌다. 그러나 여전히 암환자 등록·FOBTs 검사결과·대장내시경 결과의 전산화가 안정적으로 이루어지지 않고 있었

다. 조사에 참여했던 관계자는 이러한 자원적 제약을 암검진 사업이 바로 도입되지 않은 주요 근거로 제시하며, 암검진 프로그램 도입 이전의 IT 시스템 구축의 중요성을 언급하였다.

2) 윤리적 맥락

개인 및 사회적 윤리 이슈가 뉴질랜드에서의 정책결정에 주요한 영향을 미쳤다. 이는 ‘검진사업으로 인한 잠재적 이익이 신체적, 정신적 위해보다 더 커야하며, 이는 반드시 사회적, 윤리적인 시각에서 고려되어야 한다.’는 원칙에 의거한 것이라 할 수 있다.

○ 개인적 위해

암 검진으로 인한 사고¹²⁾가 발생하였던 최근의 맥락을 고려할 때, 암 검진 사업의 잠재적 위해에 대한 정부의 입장을 이해할 수 있다. 오클랜드의 국립여성병원과 기즈번 지역에서 발생한 검진 사고는 모두 해당 여성들을 죽음에 이르게 했다. 당시의 보건부 관계자는 암 검진이 흔히 생각하는 보건의료서비스와는 위해성 측면에서 상당히 다를 수 있다고 언급하였다. 또한 Colorectal Cancer Screening Advisory Group(CRCSAG)는 뉴질랜드에서는 검진의 질을 상당히 중요하게 생각하는데, 대장내시경은 검사를 시행하는 의사의 기술력에 의해 그 효과가 좌우되기 때문에 이러한 뉴질랜드의 맥락에서는 이를 전국 사업으로 확대하는 것이 적절하지 않다고 주장하였다.

○ 사회적 위해

2006년 CRCSAG는 암 검진이 사회수준에 미칠 수 있는 사회적 윤

12) 오클랜드의 국립여성병원과 기즈번 지역에서 발생한 검진 사고는 해당 여성들을 죽음에 이르게 하거나, 유방X선에 이상반응을 보이는 여성들에게 지속적으로 유방X선을 쪼이는 등 부적절한 방법으로 검진한 사례였다(Chamberlain, 2002).

리적 이슈로 마오리족을 언급하며, 사회적 소수자들이 겪을 수 있는 검진에서의 불평등 증가를 지적하였다. 뉴질랜드 인구의 약 15%를 차지하는 마오리족은 검진 접근성과 치료결과의 두 가지 측면 모두에서 불평등을 경험할 수 있다. 대장암은 마오리족보다는 일반인에서 더 높은 발생률을 보이지만, 사망률은 두 인구집단에서 비슷하게 나타난다. 그리고 일반인보다 마오리족의 진단율이 낮지만, 암으로 인한 사망은 일반인에 비해 2~3배 더 높다.

또한 사회경제적 측면에서 불평등이 발생할 가능성도 잠재되어 있다. 인구의 절반보다 적은 수가 민간보험에 가입되어 있다. 대부분의 사람들이 본인의 주치의를 만나기 위해 보험료를 지불해야 하며, 이는 상대적으로 높은 본인부담비로 귀결된다. 즉 이러한 비용은 주치의를 만나는 과정에서의 주요 장애물로 작용하게 된다.

3) 제도적 맥락

제도적 맥락과 관련한 첫 번째 이슈는 의사결정에서의 책임 공유와 관계있다. 뉴질랜드 보건 전략은 세 가지의 원칙을 기조로 세워졌다. 첫째, 전 수준에서의 마오리족의 참여, 둘째, 서비스 전달체계에서의 파트너십, 셋째, 마오리족 건강수준의 증진과 보호이다. 이러한 정책 관점 때문에 치료서비스가 정책화되기 위해서는 마오리족의 민족적 특성과 그들의 요구를 반영해야 하며, 그저 보편적 정책결정이 되어서는 안 된다.

두 번째 이슈는 자문기관 간 의견대립과 관계가 있다. 뉴질랜드의 주요 정책 자문기관인 CRCSAG와 The National Screening Unit(NSU)는 대장암검진 사업에 대해 서로 상반된 의견을 나타냈는데, CRCSAG는 대장암검진 사업의 실현 가능성에 대한 평가 연구가 나오기 전까지는 사업이 실행될 필요가 없다고 한 반면 NSU에서는 대장암검진 사업

을 바로 실시해야 하며, 사업의 실현가능성에 대한 연구는 그저 ‘어떻게 사업을 조직화할 것인가’에 대해서 이루어지면 되는 것이라 밝혔다.

세 번째 이슈는 뉴질랜드 보건부의 혁신 측면으로, 대장암검진 사업을 둘러싼 서로 상반된 의견과 조화 불일치는 보건부의 조직변화와 관련이 높다. 실제로 NSU는 공중보건 부서에서 장애 및 질병(암)관리 부서로 옮겨지게 되었는데, 이러한 변화는 암 검진사업이 공공보건 프로그램에서 국가차원의 서비스 전달 프로그램으로 재구조화됨을 의미한다. 이러한 이유로 ‘대장암검진 사업에 대한 정책 자문을 어느 그룹이든지 할 수 있게 되었으며, 정책 내용에 대한 특수한 지식이 필요하지 않게 되었다’고 한 인터뷰 대상자는 밝히고 있다. 또한 다른 인터뷰 대상자는 ‘대장암검진사업 개발 책임이 암 관리 부서로 이전되면서 검진사업의 성격도 고위험군 혹은 유증상자를 위한 대장암 서비스의 전달과 연결되었다’고 밝히고 있다.

네 번째 이슈는 지도력의 부재이다. 앞서 언급한 것과 같이 대장암검진 사업이 암관리 부서로 옮겨지게 되었으나, 검진사업을 준비해나가는 주도적 인물이 없다.

이와 같이 제도적 맥락은 정책결정가의 행동양식과 정책결정과정에서 발생할 수 있는 실행 지연의 이유를 설명해 준다. 사례의 내용은 뉴질랜드 특수적인 것이나, 소수자의 입장 고려, 자문 위원회 간 갈등, 담당부서의 교체로 인한 정책 성격의 변화, 주도적 정치가의 부재 등은 국내 보건정책이 수립되는 제도적 맥락을 이해하는데도 충분히 고려해볼 수 있는 것들이다.

4) 정치적 맥락

대장암 검진사업과 같이 고비용의 보건 프로그램에 대한 정부의 동의

를 구하기 위해서는 근거뿐만 아니라 강력한 정책적 의지가 필요하다. 실제 2007년 3월 보건부 장관은 대장암검진 사업 실현가능성 연구 발주를 승인하였으나, 당시 관계자의 증언에 따르면 대장암 검진사업이 그의 정책 의제에서 높은 우선순위를 차지하는 것이 아니었다고 하였다. 또한 3년이라는 짧은 선거 주기는 오랜 시간을 요구하는 접근방식과 맞지 못하다. 정부는 어떠한 지체 없이 행동으로 옮겨야 한다는 압박감을 가지기 때문에 검진사업에 대한 근거중심적 접근은 그들의 정책결정 유형과 맞지 않다.

이러한 정치적 맥락은 정책결정에 있어 근거를 활용하는데 제약으로 작용한다. 검진사업은 매우 정치적이고 그 결정은 항상 정치가에 의해 이루어지기 때문에 실제 자문 위원회가 정책결정에 미칠 수 있는 영향력은 일부에 그치게 된다. 결국 정책화되는 것은 정치가들이 재정을 투입하고 싶은 정책, 혹은 정치가들에게 한 표를 가져다줄 수 있는 정책들이다.

다. 뉴질랜드 대장암검진사업의 시사점

뉴질랜드 대장암검진사업에 대한 Flitcroft 외(2011)의 사례 분석은 근거를 정책에 활용하는 전략과 연구자와 정책결정가 간의 파트너십을 통한 실무수행이 반드시 근거중심 정책을 불러일으키는 것은 아니라는 것을 가리킨다. Head(2010)는 실제 정책결정 세계는 합의, 책무, 그리고 다양한 가치와 이해를 둘러싼 당사자 간의 상호작용으로 특징지어질 수 있다고 언급하였다. 또한 유사한 관점에서, 정책결정에서 맥락을 최우선으로 고려하는 상황이라면 'global evidence'의 실효성은 의문으로 남게 된다(Lavis.et.al., 2008). 즉 동일한 연구결과를 놓고도 영국과 호주, 뉴질랜드가 서로 다른 결정을 내리게 된 데에는 근거의 부족도, 연

구자와 정책결정자 간의 의사소통의 부재도 아닌, 동일한 근거를 서로 다르게 받아들이는 맥락의 차이에서 기인한 것이라 할 수 있다(표 3-4 참조).

〈표 3-4〉 맥락이 대장암검진 정책결정에 미친 영향

맥락		내용
자원맥락		(자원 집약적인 정책인 경우) 뉴질랜드는 검진결과를 전산화하는 시스템이 제대로 구축되어 있지 않아 대장암검진사업을 도입하지 않았다.
윤리적 맥락	개인적 위해	(정책대상자의 건강수준에 영향을 미칠 수 있는 정책인 경우) 검진을 받는 대상자의 건강에 위해를 가할 수 있으며, 검진의 질이 시술자에 의해 좌우되기 때문에 대장암검진사업을 도입하지 않았다.
	사회적 위해	(사회적 약자, 취약계층, 소수 집단을 배제하는 정책인 경우) 대장암검진을 실시하게 되면 마우이족이 서비스접근성, 치료결과에서의 비형평을 겪을 수 있기 때문에 대장암검진사업을 도입하지 않았다.
제도적 맥락		(의사결정에서 책임이 공유되는 경우) 뉴질랜드는 보건전략을 세울 때 반드시 마우이족의 참여가 전제되어야 한다. 또한 대장암검진사업 도입에 있어 자문기관간 의견대립이 있었는데, 이러한 맥락을 반영하여 대장암검진사업을 도입하지 않았다.
정치적 맥락		(정책결정자의 우선순위에서 벗어난 정책인 경우) 당시 대장암검진사업이 정책결정자의 우선순위에서 높은 정책이 아니었기 때문에 대장암검진사업을 도입하지 않았다.

자료원: Flitcroft.et.al.(2011). When good evidence is not enough: the role of context in bowel cancer screening policy in New Zealand. *Evidence & Policy*, 7(3), pp.307-326.

실제 정책이 형성될 때에는 다양한 차원의 맥락으로부터 영향을 받게 된다. 모든 맥락을 아우를 수는 없겠지만 어떠한 맥락이 존재하는지, 또 해당 맥락이 어떠한 메커니즘을 통해 최종 정책에 영향을 미치게 되는지를 분석하는 접근은 정책결정과정에서 이해를 높이는데 큰 도움이

될 것이다. 더불어 동일한 검진사업을 두고 뉴질랜드와 우리나라가 갖는 시각 차이도 진지하게 고려해볼만하다. 국내 검진사업은 대부분 시혜적 성격을 띠고 있으며 취약계층에 대한 형평성 문제나 검진으로 인한 위해성에 대한 고려가 충분히 이루어지지 못한다. 그러나 뉴질랜드는 검진으로 인해 발생할 수 있는 건강상의 위해, 사회적 위해를 고려할 뿐만 아니라 관련 자문기간의 다양한 의사를 존중하는 풍토가 형성되어 있었다. 이미 효과가 있다고 결정된 근거를 두고도 합리적인 원칙을 잣대로 숙고하는 의사결정과정은 우리에게 시사하는 바가 있다.

4. Housing First

가. 배경

미국에서 근거중심정책이라는 개념은 유럽의 전통보다는 이상적 수준에 머물러 있으며, 정책과 연구의 관계, 특히 정책담당자와 사회과학자들에게는 상대적으로 빈약하다고 볼 수 있다.

Stanhope와 Dunn(2011)은 미국적 맥락에서 근거중심정책에 대한 통찰을 얻고자 경험적 연구가 사회복지정책에 활용된 사례를 분석하였다. 이들의 연구인 “The Curious case of Housing First; The limits of evidence base policy(이하 Housing First사업으로 함)”에서는 근거중심정책을 “정책주체가 연구 근거에 의해서 지원받을 수 있고 정책은 가능한 엄격한 방식으로 평가받을 수 있도록 실험과 같이 도입되어야한다”로 정의하고 있다. 그리고 약물중독자의 주거를 우선 공급하는 정책에서 근거의 사용과 정책에 반영되는 경로와 평가 등이 기술돼, 경험적 연구와 정책과의 관계를 파악하는데 도움이 될 것으로 생각되어 이 사례를 고찰하였다.

나. 근거 생산 및 활용과 정책적 맥락

1) 정책적 배경

Housing First 사업 이전에는 정신질환을 가진 노숙자에 대한 연구는 주로 독신 상태 성인에게 초점을 맞추고 있었으며, 특히 심각한 정신질환을 가진 경우가 많았다. 심각한 정신질환자들을 대상으로 한 탈원화 정책이 실패하였으며, 이는 연구자들의 관심을 끌게 되었다고 한다. 정책결정자들도 도시의 노숙자가 증가함에 따라서 이에 대응하기 위하여 1987년 지속적 진료와 주거를 보장하는 사업(Continuum of Care Hosing Programme)을 실시하였다.

2) 근거의 생산과 확산

이후 Kuhn과 Culhane은 1998년 수행된 연구에서 쉼터를 자주 이용하는 만성 노숙자들을 파악하였고(일시적이거나 이행하는 노숙자들은 제외), 이런 유형의 노숙자들이 감금, 응급의료서비스, 위기관리서비스 등을 받는 비용이 놀랄 만큼 크다는 결과를 제시하였다. 이 연구결과는 뉴욕타임즈 등에 발표되었고 대중의 관심을 끌었으며 우선순위가 높은 정책적 과제로 부상하였다고 한다. Kuhn과 Culhane(1998)은 이러한 문제를 지적만 하지 않고 이들 만성 노숙자군에게 맞춘 중재가 필요하다는 제안을 하였다.

3) 정책에 근거 수용

이러한 문제에 대한 해결책으로 2003년 부시 정부에서 만성적 노숙자에게 집을 먼저 제공하는 프로그램(Housing First)에 재정을 투입하기로 결정하였고, 이러한 정책에 따라 15만 채 이상의 집이 제공되었다. 이

정책은 매우 진보적이었지만 역설적으로 보수적 정부에 의해서 추진되었으며 비판에 취약한 상태인 것으로 인식되어 효과성 증명 문제가 대두되었다. 그래서 무엇이 작동하지에 대한 연구가 필요하게 되었으며, 무작위대조연구방법을 적용하여 효과를 평가하게 되었다. 이 연구가 New York Housing Study(NYHS)였고, 이는 4년간에 걸쳐 수행된 실험이었으며, 약 88%가 집에 거주하였고, 이는 다른 사업의 참여자가 47%인 것에 비해서 매우 긍정적 결과에 해당된다(Tsemberis.et.al., 2004). 또한 Housing First 사업의 성과에 대한 비용분석도 수행되었으며, 비용절감효과를 보고하였다(Culhane.et.al., 2007; 재인용: Stanhope & Dunn, 2011).

다. Housing First사업 평가

1) 정책에서 경험적 연구를 도구적으로 사용

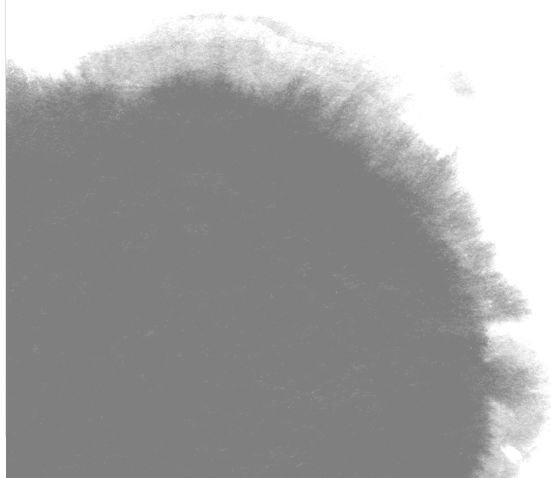
Housing First는 정책의 입안과 평가 모두에서 경험적 연구에 의한 지원을 받은 사례이며, 일종의 근거중심정책이라고 볼 수 있다. 이 정책은 기존의 것과 비교해서 단일 정책, 특수한 집단(정신질환이 있는 만성 노숙자)로 문제의 범위를 좁힌 것이며, 기존과 다른 대안을 제시한 것이다. 따라서 성과도 거주 안정성, 비용, 소비자 선택 등으로 좁은 범위에서 평가하였다. Housing First 사업에서는 연구자와 정책결정자가 매우 밀접하게 상호 의사소통을 하였으며, 정책결정자인 Phil Mangano가 연구와 정책을 통합하는 역할을 수행했다고 한다. 처음에 도덕 혹은 가치에 대한 부분이 논의되지 않았으며, 근거중심정책은 연구방법에 내재된 것으로 볼 수 있다. Phil Mangano는 비용편익 분석에 대한 공감각이 생겨났다고 하였다.

2) 근거중심정책의 한계: 가치, 윤리적 문제에 대한 정보제공이 미흡함

Housing First 사업에 대한 분석에서 저자는 경험적 연구근거가 정책 형성에 정보를 제공하였지만 가치에 대한 논의는 제공하지 못했다는 것을 비판적 입장으로 바라보았다. 따라서 경험적 근거를 정책에 사용하는 것은 의사결정을 단순화하는 전략은 될 수 있으나, 그 결과로 정책결정자들이 포괄적 의미에서 정보(예: 가치에 대한 정보)를 잘 제공받은 것은 아니라고 지적하였다.

4장

국내 보건정책의 연구근거 활용사례 분석



제4장 국내 보건정책의 연구근거 활용사례 분석

제1 절 사례 분석의 목적과 방법

1. 분석 목적

국내 보건정책에서 근거활용에 대한 사례분석은 정책에서 근거활용 상황을 진단하여 그 문제를 드러내고, 원인이 되는 제도와 사회구조의 속성을 파악하는데 일차적 목적이 있다. 또한 이러한 문제를 해결하는데 필요한 대안과 장애요인을 이해하는데 필요한 기초자료를 제공하려는 목적도 갖고 있다.

2. 분석 방법

가. 대상선정

국내 보건정책에서 근거활용을 분석하기 위해 대상을 선정하는 과정에서 2가지 쟁점이 있었다. 첫째는 대상 정책의 크기에 대한 것이었다. 즉 연구근거의 활용이 분명하게 드러나고 있는 미시정책에 집중하는 것과, 비교적 범위가 큰 정책도 포함시킬 것인지에 대한 문제였다. 여기서 미시정책이라 함은 개별화 된 서비스를 정책 및 실무에 사용하는 것, 예

를 들면, 특정 의약품의 허가과 급여에 대한 결정을 다루는 것을 말한다. 개별 서비스에 대한 내용 이상의 것을 다루는 정책으로서 논의된 것은 기등재의약품목록정비 사업, 신의료기술평가, 임상진료지침 관련 제도, 건강보험의 보장성강화 정책(예: 식대 및 6세미만 입원료 본인부담 면제)등이었다. 둘째는 대상 정책의 내용이 의료서비스 영역 혹은 인구집단을 대상으로 한 공중보건사업도 포함할 것인지에 대한 문제였다. 개인을 대상으로 한 중재로는 다양한 의료행위와 의약품 사용 등이 논의되었고, 인구집단을 대상으로 한 정책 및 사업으로는 금연정책 등이 후보로 검토되었다. 대상선정 과정에 논의된 중재후보는 <표 4-1>에 제시하였다.

<표 4-1> 미시적 영역의 정책사례 분석대상 후보

건강보험 급여대상 서비스			비급여 혹은 민간서비스	인구집단 대상보건사업
- 대장암 국가암검진 - 치매 검진사업 - 암검진에서 PET 등 고가 영상검사사용	- 심혈관계 질환에서 CT 사용 진단 - 골다공증에 대한 급여기준	- 신종플루 항바이러스제 효과 - 간암환자에 대한 백사바 급여기준 - 천식의 흡입제 사용 - CARVAR의 안전성과 효과성 - 내시경하 위점막 절제술 - 산모태동검사 - 척추 수술	- 비타민 고용량 사용 - 골관절염 글루코사민 제제 - 태반추출물의 간기능 개선과 갱년기 증상 개선 효과	- 금연정책 - 신종플루, 검역 및 격리 - 우울증환자 자살방지 정책

이 연구의 목적은 근거의 정책 활용 문제를 진단하는 것이므로 사회적 관심이 높거나 정책당사자들 간의 관점의 차이가 있는 문제, 연구와 정책 간 간극이 존재하는 경우를 우선적으로 고려하였다.

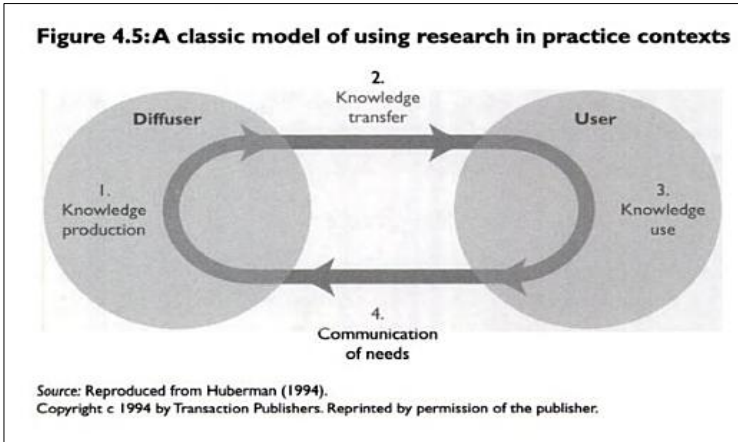
그 결과 미시정책 영역에서 1) 치매 조기검진, 2) 골다공증 환자에서 글루코사민제제 사용, 3) 간질환 등에서 인태반주사제 사용이 선정되었으며, meso 혹은 macro 수준 정책 영역에서는 4) 기등재약목록재정비 사업을 선택하였다. 결과적으로 인구집단 대상 보건사업이 제외되었다.

나. 정책의 근거활용 분석틀

1) 기존 분석틀에 대한 고찰

두 개의 공동체 명제는 연구와 정책 간의 관계를 이해하는 방식에 상당한 영향력을 갖고 있다. Caplan(1979)은 Snow(1990)가 ‘인간성과 자연과학이라는 두개의 문화’가 있다는 개념을 빌려왔다고 하였다. 이 명제는 연구와 정책 간에 근본적 간극이 존재한다고 가정하고 있으며, 이는 두 사회의 문화적 차이라고 가정하였다. 연구자와 정책결정자는 분리된 사회에 살고 있으며, 가치가 달라 서로 상충하며 다른 보상체계를 갖고 있고, 언어도 다르다고 하였다. 두 개의 공동체 명제의 전제는 정책결정자들은 연구사용을 잘 하지 않는다는 것이다. 연구를 사용하지 않은 이유는 두 개의 사회 간 의사소통의 부재 때문이며 두 개의 공동체간 상호작용을 증진하는 것이 주요 해결방안이다. 아래 [그림 4-1]은 “두 개의 공동체” 명제를 전제로 하여 실무에서 연구사용 흐름을 도식화 한 것이다.

[그림 4-1] 실무의 연구근거 활용에 대한 전통적 모형



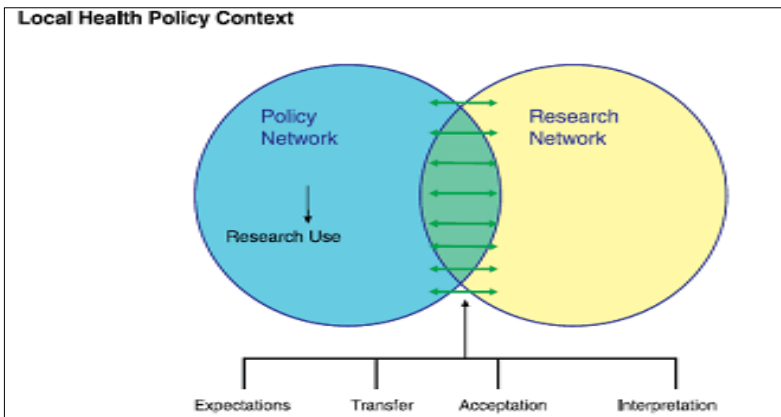
자료원: Miles & Huberman(1994).Qualitative data analysis: An expanded source book.

한편 de Godede 외(2010)는 네덜란드 도시의 지역 보건정책의 역학적 연구 활용에 대해서, 상호작용 모형이 설명력이 높으면서 네덜란드 정치, 연구적 맥락과 잘 맞는다고 하였다. 정책담당자와 연구자 상호작용을 개인적인 것보다는 “연결망(network) 접근”으로 해석하였다. 또한 개인 혹은 집단적 상호작용에 있어 기대, 전파, 수용 및 해석을 포함한 4개 요소를 적용해서 장애요인을 파악하였는데, 4개 요소에 대한 설명은 아래와 같다(그림 4-2참조)(de Godede 외, 2010).

- 기대: 과정적 요인으로 연구의 준비과정에 영향을 미치는 것으로 연구자와 정책실행자의 인식의 문제를 다룬다. 연구자와 정책담당자 간 상호 차이 인지여부, 작업과정에 대한 올바른 통찰, 연구 질문에 대한 상호 협의, 연구방법(유형) 제한 시간적 제약 등이 해당된다.
- 전파: 과정적 요인으로 출판단계, 대중매체의 참여도 포함한다. 미디어가 관여되는 방식도 여기에서 다루고 있다.

- 수용: 개인적 수준의 요인으로 개인이 연구결과가 진실이라고 믿는 정도를 제시하는 것이다.
- 해석은 개인 혹은 집단적 수준 모두 적용하는 요인으로 바라보았으며, 연구 결과가 지역사회 주민의 건강에 미치는 영향에 두는 가치, 개인의 경험과 관심사, 조직의 관심과 정책방안의 수행가능성에 따라 다를 수 있다는 점을 고려한 것이다.

[그림 4-2] 지역 보건정책의 역학연구 활용 분석틀



자료원: de Godede, J. et al.(2011). Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8, p.26.

WHO(2005)는 정책과 실무에 지식을 전파하는 모형을 분석하였으며, 여기서 생산자 추진(producer/purveyor-push), 사용자 견인(user-pull)과 이들 두 집단 간의 상호작용에 대한 노력이 필요하다고 제시하였다. 또한 생산자 추진과 사용자 견인 및 상호작용 영역에 대해서 가능요인과 장애요인을 기술하였다. 생산자 추진에는 우수한 근거를 생산하는 것이 가능요인이며, 장애요인으로는 지식전달의 틀이 부족한 것 등을 들었다. 사용자 견인 측면에서는 정치적 헌신이 있으면 가능성이 높아지고 정책

결정자의 요구가 낮은 것을 장애요인으로 지적하였다. 상호작용측면에서는 사용자에 대한 미디어 교육과 대화부족을 각각 촉진요인과 장애요인으로 지적하였다(표 4-2 참조).

〈표 4-2〉 근거 사용의 가능요인 및 장애요인

	가능요인	장애요인
생산자 추진 (producer push)	- 적절하고 우수한 근거 생산 - 시기적절, 이해하기 쉽게 근거 제시하고 종합 - 신뢰할 수 있는 중재자/중개자/전달자, 대표자 - 지식의 가용성 및 접근성 - 지식의 체계적 정리(mapping) - 제공자/재원 기구의 knowledge translation에 대한 지원	- 지식 전달의 공통된 틀의 결핍 - 근거를 종합하는 질적 양적 방법 통합의 제한 - 지식 생산과 종합의 속도가 느리고 비용이 많이 든다. - 적절한 근거가 가용하지 않고 접근성이 낮다. - 왜곡되고 편향될 수 있는 상충된 지식의 공급원이 있다. - 제공자가 주도한 연구주제
사용자 견인 (user pull)	- 정치적 헌신 및 지역의 지식 챔피언 - 정치적 추진 및 사회정치적 환경에 대한 이해 - 문제중심 근거와 사용자가 추진한 정치적 질문 - 사회활동가의 지역 의사결정 기구에 포함 - 지식에 대한 사용자 친화적 접근, 검색가능 데이터베이스	- 정책결정자가 과학적 근거에 대한 요구가 낮다. - 근거와 정책에 대한 정책담당자, 연구자, 실무자의 패러다임이 다르다. - 우수한 근거에 의해서 행동하지 못하는 정치적 혹은 재정적 논리가 존재한다.
상호교환 (exchange)	- 근거사용 영향이 큰 주제: 사용자와 미디어 교육과 대화 - 지식 공유에 대한 혁신적 방법, 예: tacit knowledge	- 과학적 근거 생산자와 사용자의 상호의사소통 결핍 - 정책결정자와 지역사회에서 지식 공유의 결핍

자료원: WHO (2005). Bridging the “‘Know-Do’” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health.

2) 보건정책의 근거활용 사례 분석틀

사례분석틀은 기존 연구를 고찰하여 연구자와 사용자 두 개의 공동체

명제와 정책의 근거활용에 있어서 합리성, 상호작용의 필요성 등에 대한 개념을 받아들였다. 따라서 근거의 활용을 중심으로 정책과정 단계를 구분하고 여기서 연구자공동체와 정책담당자(실무자) 공동체의 어떻게 상호작용하는지를 분석하려는 의도를 갖고 사례분석틀을 설정하였다(그림 4-3 참조).

[그림 4-3] 보건정책의 연구근거 활용 분석틀



이 연구에서 수행한 보건정책에서 근거활용 사례 분석은 후향적 관점에서 정책과정을 고찰한 것이다. 크게 정책의 내용적 분석과 과정에 대한 분석으로 구분하였다.

역동적 분석은 정책과정을 정책의제 형성, 근거의 생산과 전파, 정책에서 근거수용 등 3단계로 구분해서 연구자공동체의 push 활동, 정책담당자(실무자) pull 활동 및 상호작용, 이러한 활동에 영향을 미치는 맥락을 중심으로 분석하였다. 내용분석은 결과적으로 정책과 연구근거 사이에 어떤 간극이 존재하고 있으며, 그 의미는 무엇인지를 정리하였다. 또한 4개의 사례를 분석한 이후 문제점과 개선방안에 대한 의견을 제시하는 것으로 하였다.

제2절 정책사례 분석결과

1. 치매검진

가. 맥락

1) 정책

국가치매검진은 국민건강보험 일반건강검진에서 60, 70, 74세 대상 프로그램에 포함되어 있는 검진(국민건강보험법에 의함)과 60세 이상 저소득층을 대상으로 보건소에서 시행하는 치매조기검진사업(노인복지법에 의함)에 의해 수행되고 있다. 2011년 기준 보건소 치매검진사업에는 전체 노인인구 5,656천명의 45.7%가 참여하고 있으며, 치매 진단환자는 평균 약 2.5%로 2008-2011년 검진 참여자 2백5십8만6천명 중 6만4천명이 치매로 진단되었다.

치매검진은 조기에 발견하여 적절히 치료할 경우 완치 또는 중증 상태로의 진행을 억제시키거나 증상을 개선하는 것이 가능하다는 이유로 노령화에 의해 급증하는 치매환자 관리 주요 사업으로 진행되었다. 정책의 목표는 “치매 조기검진 대상자의 확대를 통해 효과적으로 치매를 예방하고 치료하고 관리하는 것”으로 설정되었다. 치매조기검진사업의 주요 연혁은 다음과 같다. 2006년 처음 민간단체 보조사업으로 시작하여, 2011년까지 점차 확대되었으며 주요 재원은 국민건강증진기금과 지방비이다.

〈치매조기검진사업 연혁〉

- 2006년 치매 조기검진사업(민간단체 보조 사업으로 실시: 한국치매협회)
 - 국민건강증진기금(200백만원), 사업목표량(선별검사: 20,000명, 정밀검진: 3,000명)
 - 실적 23,840명(선별검사:20,544명, 정밀검진: 3,296명)
- 2007년 지방자치단체 보조사업으로 전환: 87개 보건소, 60개 병원 참여
 - 국민건강증진기금: 400백만원, 지방비: 400백만원
 - 실적 99,638건(선별검사 87,912, 진단검사 9,431, 감별검사 2,295건)
- 2008년 치매조기검진사업: 118개 보건소, 88개 병원 참여
 - 국민건강증진기금: 400백만원, 지방비: 400백만원
 - 실적 144,125건(선별검사 128,373건, 진단검사 및 감별검사 15,752건)
- 2009년 치매조기검진사업: 191개 보건소, 151개 병원 참여
 - 치매진단검사 비용 인상: 55,000원→80,000원
 - 국민건강증진기금: 800백만원, 지방비:800백만원
- 2010년 치매조기검진사업: 전국 모든 보건소로 확대 실시
 - 정밀 및 감별진단: 32천명
 - 국민건강증진기금: 1,280백만원, 지방비: 1,280백만원
- 2011년 치매조기검진사업
 - 정밀 및 감별진단: 40천명
 - 국민건강증진기금: 1,600백만원, 지방비: 1,600백만원

자료원: 보건복지부(2009). 치매진단도구의 표준화. 서울:보건복지부.

2) 근거

조기 치료의 효과가 일부 보고되고는 있으나, 무증상 일반인 대상 조기검진의 효과는 불충분 또는 오히려 부정적 효과가 큰 것으로 알려져 있다. 검진 권고안에 포함된 외국 사례는 없으며, 주로 권고하지 않거나 근거가 충분하지 않다고 정리하고 있다(표 4-3 참조). 국내에서도 윤종률 외(2009)는 노인검진 지침 보고서에서 다음과 같이 선별검사를 권고하지 않고, 증상이 있는 경우에만 선별검사를 권고하고 있다.

- 일상생활에서 기억력의 저하를 환자와 보호자가 전혀 호소하지 않을 경우 선별검사를 권고하거나 반대할 만한 근거가 불충분하다(I).
- 환자 또는 보호자가 인지기능 저하를 호소하는 경우 추적 관리가 가능하다면 치매에 대한 선별검사를 1-2년마다 권고한다(B).

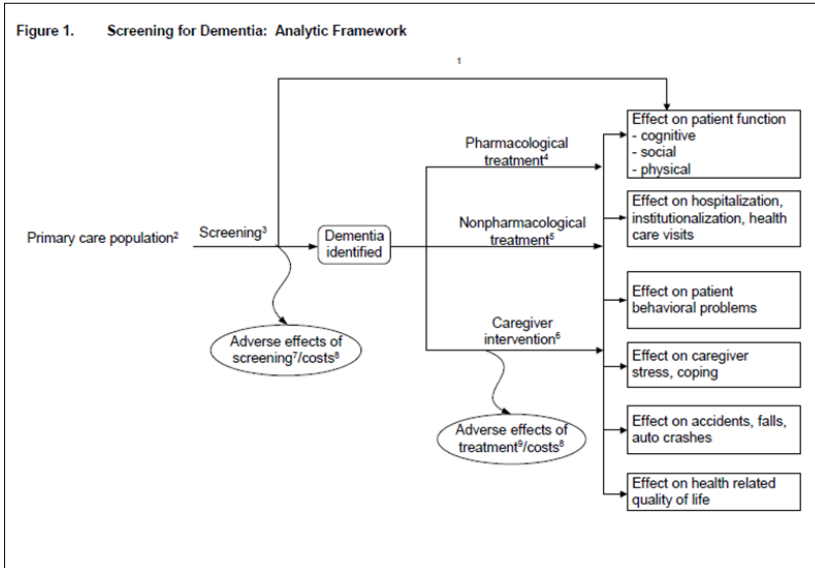
권고안을 도출하기 위해서는 USPSTF의 분석틀인 [그림 4-4]와 같이 각 단계에서의 핵심질문<표 4-3>에 대한 근거가 종합되어야 하며, 이는 무증상 일반인을 대상으로 한 선별검사가 이득 뿐 아니라 위해도 있기 때문이다. 치매 검진에서 주로 근거가 부족한 부분은 조기 발견을 통한 조기 치료가 질병의 자연경과에 어느 정도 영향을 미칠 수 있는지에 대한 효과이다. 또한 조기 발견을 통해 상대적으로 경증인 환자가 사회적으로 ‘치매 환자’라는 낙인을 받게 되는 것이 주된 부작용으로 지적되고 있다.

〈표 4-3〉 선별검사 각 단계에서의 핵심질문

	핵심 질문
1	일차 의료에서의 치매 스크리닝은 선택된 어떤 결과에 영향을 미칠 수 있는가?
2	일차 의료에서 진단받지 않은 치매 환자의 유병율은 어떻게 되는가?
3	일차 의료에서 치매를 발견할 수 있는 확실하고 타당한 스크리닝 검사가 존재 하는가?
4	약물학적 중재가 선택된 결과를 호전시키는가?
5	비약물적 중재는 선택된 결과를 호전시키는가?
6	보호자 중재는 보호자나 환자 결과를 호전시키는가?
7	치매 스크리닝의 역효과는 무엇인가?
8	치매 치료의 부작용은 무엇인가?

자료원: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42778/#A28291>

[그림 4-4] USPSTF의 치매 분석틀



자료원: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45206/>

일반적으로 임상적 의심에 기초한 질환발견이 적절한 관리로 이어진다는 점에서 긍정적인 부분도 있다. 구체적으로는 첫째, 치매의 감별진단을 통해 회복 가능한 경우를 확인할 수 있고, 둘째, 치매 조기 진단과 적절한 치료를 통해 치매의 진행과정을 2개월에서 12개월 정도 늦출 수 있으며 정상적인 능력을 오랫동안 보전할 수 있다는 근거도 최근 밝혀지고 있다.¹³⁾ 셋째, 치매 환자 자신이나 가족들에 대한 조기개입을 통해 심리적, 신체적, 경제적 부담을 덜 수 있다.

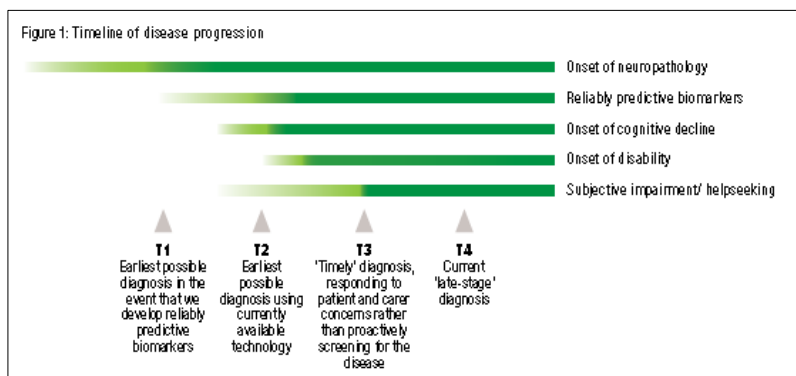
13) 2012 국가치매종합계획에서 조기발견 효과의 근거로 제시한 ‘치매 고위험군의 조기발견을 통해 치매의 발병을 2년 정도 지연시킬 경우 20년 후에는 치매 유병률이 80% 수준으로 낮아지고 중증도도 감소’(출처: Australian and New Zealand, journal of psychiatry 2005)는 조기발견이 아닌 delays of onset 즉, 발병 연령을 늦췄을 때의 예상 유병률으로 잘못된 근거를 제시한 것이다.

하지만 치매가 진단된 이후 인지기능의 저하를 이전 수준으로 회복시키거나 호전시킬 수 있는 치료법은 아직 없기 때문에 치매 선별은 여전히 근거가 부족하다고 평가되고 있는 것이다. 또한 조기검진에 쓰이는 자원으로 인해 다른 건강/사회복지 시스템에 부정적 영향을 미칠 수 있다는 점도 주요한 지점이다.

치매 조기검진 검사방법에 대한 근거 또한 문제가 되는데, 일반적으로 환자용 설문조사는 높은 민감도를 보이지만 학력에 영향을 받으며 시간이 걸리고, 보호자용 설문검사는 빠른 시간 안에 적용이 가능하지만 낮은 민감도를 보이는 경우가 많다.

알츠하이머병 국제연합이 발표한 세계 알츠하이머 보고서 2011은 ‘조기 진단과 치료의 이득’이라는 제목으로 이 문제를 다루고 있는데, 아래 [그림 4-5]와 같이 증상 발현에 따른 현재 진단기술을 보여주면서 T3 ‘적절한 시기’의 진단은 선제적인 검진보다 환자와 보호자에 따라 결정되어야 한다고 언급하고 있다. 동시에 환자의 위험요인이나 증상에 따른 검진을 위해서는 일차의료에서 충분한 자원과 체계를 갖추고 있어야 한다고 권고하고 있다(Alzheimer Disease International, 2012).

[그림 4-5] 증상발현에 따른 진단기술



자료원: Alzheimer disease international(2012). <http://www.alz.co.uk/>

3) 근거와 정책간의 격차(Gap)

치매 조기검진은 그 효과성이 충분히 검증되지 않은 상태에서 광범위한 정책으로 시행되었다. 이득과 유해성을 비교하지 않은 채, 조기검진의 이득만이 강조된 것이며 검진의 경제성을 평가하지 않더라도 조기발견에 의한 호전 가능성, 역효과, 부작용 등이 고려되지 않았다(표 4-4 참조).

〈표 4-4〉 각국 진료지침의 인구집단 대상 선별검진 권고

국가	연도	권고	등급
캐나다	1998	근거불충분	Grade C
영국	2003	근거불충분	Grade I
영국	2007	권고하지 않음	
이태리	2004	권고하지 않음	Grade I
유럽연합	2009	권고하지 않음	
호주	2003	권고하지 않음	
싱가포르	2007	근거불충분	Grade C

자료원: <http://www.alz.co.uk/>

나. 정책 형성과 실행의 동학¹⁴⁾

치매 검진의 정책화에는 정책 영역과 연구 영역 양측에서의 강한 요구와 추진이 작동했다. 급격한 노령화로 치매 환자가 증가하면서 사회적으로 우선순위가 높은 의제가 되었고, 혼란 노령화 과정이며 가족이 책임져왔던 치매가 질병으로서 사회적 중재가 필요한 것으로 변화해갔다. 암이나 심뇌혈관 질환과는 다른 질병양상과 치료보다는 장기간의 돌봄이

14) 치매 조기검진의 경우, 아젠다 설정->근거/정책 생산->정책 결정의 단계가 명확히 구분되지 않음. 처음 도입되어 점진적으로 확대해 나가면서, 관련 논의와 근거 생산이 병행되었기 때문. 여기서는 비교적 전면 확대가 된 2009년을 기준으로 기술하였음.

필요하다는 점에서 사회전체의 부담으로 다가온 것이다. 이에 따라 정책 및 연구 영역에서 치매가 중요한 문제라는 것에는 이견이 없었다.

이러한 사회적 요구에 대해 정책 담당자에게는 강력한 정책 추진이 요구되었고 그 중 조기검진 사업이 적극적으로 추진되었다. 2008년 9월 보건복지부는 “정부, 치매와의 전쟁에 팔 걷어붙이다”라는 제목으로 치매종합관리대책에 대한 보도자료를 배포하였다. 이 중 조기검진에 대한 내용만 살펴보면, 치매 조기 검진률을 2007년의 3.7%에서 2012년 60%까지 올리고, 치매 조기검진사업에 현재 118개 보건소에서 2010년까지 전국 모든 보건소가 참여하도록 확대하며, 60세 이상의 건강검진 항목에 치매검사 항목 추가하고, 66세에 실시하는 생애주기별 건강검진을 치매 예방이 가능한 60세에도 추가 실시하여 치매의 조기 발견을 확대하겠다는 것이다. 이는 다른 분야의 대책보다 구체적이고 목표도 명확한 특징을 보인다.

연구 분야에서도 중요한 의제로 부상하는데, 치매관리 전반에 대해 의료계(학계)에 대한 요청이 있었으며 검진에 국한된 것은 아니었으나 노인성치매임상사업단이 설치되는 등 의학적 치료에 대한 연구가 강조되었다. 치매관리에 대한 연구 분야에서의 제안에서 조기 검진의 우선순위는 높지 않았으며, 장기요양, 경제적 지원, 관련 인력 양성 등의 필요성이 제시되어 왔다.

실제 검진 시행이 확대됨에 따라 관련된 근거 생산 요구도 늘어났는데, 이는 주로 정책담당자의 요청에 의한 것이었다. 치매 진단 도구의 표준화(김기웅 외, 2009), 치매관리법안 마련을 위한 연구(우종인, 2010) 등 관련 연구 용역이 진행되었고, 시행 중 발생한 문제 해결 및 개선을 위한 연구가 요청되기도 하였다.

그런 와중에 치매 검진 효과에 대한 연구 뿐 아니라, 검진 시행의 문제점을 지적하는 주장이 일부에서 제기되었다. 2009년 임상건강증진학

회에서 ‘일차의료에서 치매를 예방하기 위한 믿을 만한 선별검사가 없고 정부가 치매와의 전쟁을 선포하면서 국가 치매검진을 실시하고 있는데 가정의학과, 내과, 정신과, 신경과 등이 역할분담을 통해 꾸준히 추적, 검사하는 것이 중요하다’라는 발표내용이 있었다.¹⁵⁾ 이는 국내 검진결과를 통한 결과분석은 아니었으며, 외국 연구 결과와 진료지침 등을 정리한 것이었다. 또한 2011년에도 ‘국가검진사업, 노령 층 검진 축소해야. 노인층에 필요한 건 사후관리’라는 제목의 전문지 기사를 통해 ‘치매검진은 국민 전체를 대상으로 한 스크리닝의 효과가 미미하고, 검진을 통해 치매를 발견한다고 해도 이에 따른 탁월한 치료효과가 없으므로 국가검진사업으로는 부적절하다’는 주장이 실렸다. 65세 이상 노령 층에 대한 검진은 의미가 없고, 치매 관리에 정말 필요한 것은 검진사업이 아닌 사후관리 및 건강증진사업이나, 현재 치매의 경우 정치적 논리가 개입돼 있어 이러한 패러다임 변화가 쉽지 않다는 지적이었다.¹⁶⁾ 하지만 실제 사업의 효과성(what works?)에 대한 연구는 부족하였으며, 빠르게 확대된 검진 제도가 정책 목표를 달성했는지에 대한 평가 연구는 없었다.

치매 검진에 대한 사회적 문제제기는 크게 발생하지 않았으며, 오히려 선별검사가 확진 및 정밀 검사로 이어지기 위한 지원을 확대하는 것이 필요하다는 여론이 생겼으며 이러한 의견이 정책에 반영되어 검진사업은 정밀진단, 치료비 지원사업으로 이어졌다. 정책 대상인 수검자 측에서의 문제제기는 없었으나, 반대로 검진 만족도나 문제점에 대한 연구가 이루어진 바도 없다.

치매 검진이 빠른 속도로 확대되게 된 환경에는 무엇보다 사회적 중

15) 이상철(2009.05.19), 건강검진·치매 선별검사 보완 필요, 후생신보, http://whosaeng.com/sub_read.html?uid=27749§ion=sc3

16) 김진구(2011.12.16), 국가검진사업, 노령 층 검진 축소해야. 청년의사, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2011121600018>

요성이 높아진 치매에 대한 정책 개입의 필요성이 주요하게 작동했다. 치매의 질병부담을 단기적으로 감소시킬 수 있는 방법은 부족하며, 사회경제적 부담감소를 위한 장기요양보험 도입과 치매조기검진 사업이 가장 집중적으로 추진된 것이다.

조기검진 사업 추진은 여러 가지 장점을 가지고 있다. 먼저 비교적 적은 자원(검사비, 인력, 시설 등)으로 큰 유해성 없이 진행할 수 있다. 설문조사를 통한 스크리닝이며 의사가 아닌 보건의료인력도 가능하고, 특별한 시설이나 장비가 필요하지 않은 것이다. 두 번째로 다수의 대상자에게 빠르게 확대할 수 있다. 치매에 대한 걱정이 있으면서도 별다른 대처방안이 없는 개인들에게 치매검진은 어렵지 않게 접근할 수 있었던 것이다. 본인부담이 발생하지 않는다는 것도 큰 장점이었으나, 스크리닝 후의 확진단계에서 발생하는 비용에 대한 문제기는 있었다¹⁷⁾. 세 번째로는 검진율이라는 명백한 지표를 통한 목표 설정이 이루어짐에 따라 단기간에 계량적 성과산출이 가능하다는 것이다.

확대 과정에서 조기검진의 효과성이 부족하다는 의료계 일부의 주장이 학술대회나 토론회에서 제기되었으나 정책 담당자의 공식적인 반응은 없었다. 특히 국가가 시행하는 모든 검진에 대한 시행계획을 담당하고 있는 국가건강검진위원회에서도 이에 대한 논란이 있었고, 보건복지부가 발주한 연구용역 결과에도 검진효과에 대해 반대 의견이 있었으나 정책에는 영향을 미치지 못했다. 정책결정자, 수혜자, 의료공급자 측 모두가 치매검진 확대에 의한 특별한 문제점을 제기하지 않았고 반대하는 연구자 측에서도 실증 근거를 제출하지는 못한 것이다.

이러한 진행과정에는 조기검진에 대한 근거중심 접근방법으로는 검진의 효과성이 부족하나, 치매에 대한 인식이 부족하고 적극적인 치매관리

17) 이에 대한 비용 규모가 산정된 적은 없으나, 65세 인구의 약 50%가 조기검진을 받음에 따라 연계된 고가영상진단 등의 이용이 급증했을 것으로 예상된다.

가 필요한 한국적 상황에서 조기검진의 도입은 긍정적 효과가 클 수 있다는 지역적 맥락(local context)이 작용했다고 볼 수도 있다.

하지만 충분한 근거 없이 정책이 지나치게 빨리 확대된 점, 광범위한 실행에도 불구하고 관련된 근거를 생성하지 못한 점, 반대 측의 문제제기가 공개적으로 논의되지 못한 점 등은 문제점이라 할 수 있다.

2. 글루코사민

가. 맥락

1) 글루코사민의 효능

골관절염은 연간 본인 인지 유병률이 인구 천명당 129.7명(2005년 국민건강영양조사)으로 유병률이 매우 높은 질환이다. 글루코사민은 지효성 증상 개선제(symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis: SYSADOA)로 골관절염에 사용되며, 연골손실을 개선하는 효능을 가지고 있다. 골관절염의 주된 치료제는 진통제, 비스테로이드성 소염제(NSAID, 이하 NSAID라 함)이나 이들 약물의 경우 위장장해 등이 부작용으로 나타날 수 있다. NSAID 복용과 동반되는 위장장해는 환자의 의약품 복용을 어렵게 하기 때문에, 이러한 부작용이 적은 글루코사민이 환자들에게 선호될 수 있다. 그러나 글루코사민의 효과에 대한 연구가 일관적이지 않다는 문제가 있다. 또한 글루코사민은 현재 의약품과 건강기능식품으로 동시에 허가를 받아 사용되고 있는데, 글루코사민황산염은 의약품과 건강기능식품으로, 글루코사민염산염은 건강기능식품으로 허가되어 있다.

2) 의약품과 건강기능식품

의약품은 사람이나 동물의 질병을 진단·치료·경감·처치 또는 예방할 목적으로 사용하거나 사람이나 동물의 구조와 기능에 약리학적(藥理學的) 영향을 줄 목적으로 사용하는 물품을 말하며¹⁸⁾ 건강기능식품은 인체에 유용한 기능성을 가진 원료나 성분을 사용하여 제조한 식품으로 여기에 기능성이란 인체의 구조 및 기능에 대하여 영양소를 조절하거나 생리학적 작용 등과 같은 보건용도에 유용한 효과를 얻는 것을 말한다.¹⁹⁾

건강기능식품의 기능성은 의약품과 같이 질병을 직접적으로 치료하거나 예방하는 것이 아니라 인체의 정상적인 기능을 유지하거나 생리기능 활성화를 통하여 건강을 유지하고 개선하는 것으로 의약품과 같은 효과를 가지고 있지 않다.

이에 반해, 의약품은 품목허가를 받기 위해 의약품의 안전성·유효성에 대한 자료를 식품의약품안전청에 제출하여 심사를 받아야 하며, 일반적으로 다음과 같은 자료를 제출한다.²⁰⁾

- 기원 또는 발견 및 개발경위에 관한 자료
- 구조결정, 물리화학적 성질에 관한 자료
- 안정성에 관한 자료
- 독성에 관한 자료
- 약리작용에 관한 자료
- 임상시험성적에 관한 자료
- 외국의 사용현황 등에 관한 자료
- 국내유사제품과의 비교검토 및 해당 의약품 등의 특성에 관한 자료

18) 약사법 제2조(일부개정 2012.2.1, 법률 제11251호)

19) 건강기능식품에 관한 법률 제3조(타법개정 2010.3.31, 법률 제10219호)

20) 약사법 시행규칙 제29조(안전성·유효성의 심사) (일부개정 2012.10.18, 보건복지부령 제162호)

우리나라 식품의약품안전청에서는 의약품허가 후에도 최신의 과학수준에서 의약품의 안전성 및 유효성을 재검토·평가하기 위해 정기재평가와 특별재평가를 실시하고 있다.

의약품 품목허가는 의약품을 우리나라에서 시판할 수 있다는 것으로, 시판허가를 받은 후 건강보험 급여의약품으로 등재하기 위해서는 건강보험심사평가원에 약제의 경제성, 영양급여의 적정성 등에 관한 평가신청을 하게 되며, 일반적으로 다음과 같은 자료를 제출한다.²¹⁾

- 제조(수입)품목 허가증(신고서) 사본
- 판매예정가 산출근거 및 내역에 관한 자료
- 비용과 효과에 대한 자료(동일하거나 유사한 약제와의 장점, 단점 및 판매가의 비교 등을 포함)
- 국내외의 사용현황에 관한 자료(개발국, 허가국가, 최초허가연도, 국내 사용건수 및 금액 등을 포함)
- 예상 사용량 및 예상 사용량 설정 근거에 관한 자료
- 국내외의 연구논문 등 기타 참고자료

나. 정책

글루코사민 황산염(Glucosamine sulfate)은 우리나라에서 의약품으로 허가되었으며 건강보험에서 급여되었다.²²⁾ 2008년 글루코사민 황산염의 건강보험 청구금액은 94억원이었다.

21) 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조의2(약제 요양급여의 결정신청) (일부 개정 2012.9.28, 보건복지부령 제161호)

22) 배상철 외(2009)의 연구보고서(골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과)에 따르면, 글루코사민 황산염 12개 품목이 일반의약품으로 시판 중이었다. 일반의약품은 의사의 처방 없이 소비자가 약국에서 직접 구입할 수 있는 의약품이나 의사의 처방 또한 가능하다. 의사가 건강보험 급여목록에 있는 글루코사민 제품을 처방할 경우 본인부담금을 제외한 약제비를 건강보험에서 부담한다.

2006년 글루코사민의 건강기능식품 효과에 대한 사회적 논란이 있었으며, 식품의약품안전청에서 골대사 관련 기능성을 재평가한 결과 인체 시험과 동물시험에서 골관절염의 염증억제, 증상·통증완화, 관절연골 재생 및 관절기능 개선에 효과적인 것으로 보고하였다.

2009년 한국보건의료연구원에서 「골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과」 연구 보고서가 출판되었으며, 2010년 12월 글루코사민황산염에 대한 식품의약품안전청의 의약품 재평가결과가 발표되었다. 35개 품목이 대상이었고 허가사항의 효능효과를 기허가 내용인 골관절염(퇴행성 관절질환)에서 경증-중등도 골관절염(퇴행성관절염)으로 변경하였다.²³⁾

2011년 8월-10월 후속 연구인 ‘골관절염 환자에서 글루코사민의 임상적 효과’가 진행되었으며, 황산염 글루코사민은 2009년 이후 추가된 문헌이 없었고, 글루코사민 염산염을 포함한 글루코사민은 위약과 비교하여 통증 감소, 관절기능 향상에 효과가 있는 것으로 나타났으나 결과에 일관성이 없었다.

이러한 연구결과에도 불구하고 글루코사민황산염은 건강보험 급여약제로 계속 사용되다, 2011년도 9월 국정감사 이후 2012년 2012년 1월 1일자로 건강보험 적용 대상에서 제외되었다.²⁴⁾

다. 근거

1) 국내연구

2009년 한국보건의료연구원에서는 「골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과」 연구보고서를 출판하였다. 보고서의 주요 결과는 다음과 같다.

23) 식품의약품안전청(2010.12.20). 2010년 의약품 재평가(글루코사민 및 콘드로이틴) 결과에 따른 행정지시(의약품관리과-9638). 서울: 식품의약품안전청.

24) 보건복지부(2012). 약제급여목록 및 급여상한금액표 (개정고시 2012-26호)

- 글루코사민 제제가 골관절염에 대한 예방 효과나 골관절염 이외 질환 치료에 효과가 있다는 근거가 없었고, 골관절염에서 글루코사민 제제는 통증 감소, 기능 향상, 관절강 소실 예방의 효과에 대해서 일부 의미 있는 결과를 보여줬지만 결과에 일관성이 없었다.
- 국내에서 의약품으로 허가되어 건강보험에서 급여하고 있는 글루코사민황산염은 적절한 배정 은폐가 이루어진 연구, 제조회사에 의해 연구비를 지원받지 않은 연구에서 통증 감소, 관절기능향상에 일관적으로 효과 차이가 없었다.

2011년 11월 '골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과'(한국보건의료연구원, 2009)의 후속 연구로 글루코사민의 임상적 효과에 대한 현재근거를 재평가하였으며, 그 결과는 이전 연구와 일관된 것으로 나타났다.

2) 외국 연구

2005년 골관절염 환자에서 글루코사민의 효과에 관한 Cochrane Review에서, 이탈리아의 Rotta사의 글루코사민 황산염은 증상이 있는 골관절염에서 위약에 비해 통증과 WOMAC²⁵⁾으로 측정된 기능의 향상을 보였다(Towheed.et.al., 2005). 반면, 2007년 Agency for Health Research and Quality(AHRQ)의 무릎 골관절염의 치료를 위한 글루코사민/콘드로이틴의 효과성에 대한 평가 결과, 대규모의 잘 설계된 국가 기관 연구비지원 다기관 임상시험(GAIT study)에서 위약에 비해 통계적인 차이를 보이지 않았으며, 글루코사민 황산염은 글루코사민 염산염보다 더 효과적인 것으로 보고되었으나 결론을 내리기 충분하지 않다고

25) Western Ontario and McMaster Universities Arthritis Index (WOMAC)

보고되었다(Samson.et.al., 2007).

3) 외국의 글루코사민 허가 및 보험급여 현황

글루코사민은 미국, 일본 등에서는 의약품이 아닌 건강기능식품으로만 판매되고 있으며, 이탈리아, 영국에서는 전문의약품으로, 독일, 한국, 대만, 태국에서는 일반의약품으로 허가되어 있다. 글루코사민을 의약품과 식품으로 동시에 허가해 주고 있는 국가는 우리나라와 대만뿐이다. 한국, 대만, 태국에서 급여하고 있으며, 대만의 경우는 다음의 조건을 충족시키는 경우에만 급여가 인정된다(김가은 외, 2011)(표 4-5 참조).

- 60세 이상의 골관절염 중증도 I-III, 6개월 이상 증상이 지속된 경우로 Lequesne's severity index 7점 이상인 환자
- 치료기간은 12주(1주기) 이상으로 치료를 마친 시기에 임상 평가가 이루어져야 하며, 750mg까지 허용
- 증상의 향상이 있는 경우에만 다른 치료에서 급여를 받을 수 있으며, 2주기 이상의 치료는 급여되지 않음

〈표 4-5〉 글루코사민 허가현황

의약품		건강기능식품
전문의약품	일반의약품	
- 글루코사민 황산염: 이탈리아, 영국	- 글루코사민 황산염: 독일, 한국, 대만, 태국 - 글루코사민 염산염: 독일, 이탈리아, 영국, 노르웨이, 오스트리아, 벨기에, 체코, 덴마크, 프랑스, 아일랜드, 이탈리아, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 아이슬란드 등	- 글루코사민 황산염/염산염: 이탈리아, 영국, 독일, 한국, 미국, 캐나다, 노르웨이, 벨기에, 일본, 중국, 대만, 인도 등

자료원: 김가은, 박상민, 홍성원, 지선미, 박동아, 최슬기(2011). 골관절염 환자에서 글루코사민의 임상적 효과. 서울:한국보건의료연구원.

라. 정책과 근거의 갭(Gap)

1) 정책과 근거의 상호작용

연구기관에서는 연구 주제에 대한 제안 및 검토를 통해 글루코사민에 대한 연구를 수행하게 되었고, 연구 후 보도자료 배포, 토론회 개최 등 상당히 적극적으로 연구결과를 배포하였다. 보도자료(한국보건의료연구원, 2010)에 의하면, 우리나라 국민의 글루코사민 제제 구입에 따른 총 지출 비용이 연간 약 2,800억 원(일반인 성인 만 40세 이상을 대상)으로 추산되어 국가적 비용부담이 큰 것으로 판단되며, 체계적 문헌고찰에 의하면, 글루코사민 제제가 골관절염에 대한 예방 효과나 골관절염 이외 질환에 대한 치료에 효과가 있다는 근거가 없었다고 밝혔다.

2011년 9월 국정감사에서, 식품의약품안전청과 한국보건의료연구원간의 글루코사민 유효성에 대한 결과해석이 서로 상반된 점이 지적되었으며, 한국보건의료연구원의 연구결과에 근거하여, 글루코사민의 급여를 중단해야한다는 의견이 제기되었다.²⁶⁾

2) 근거의 수용

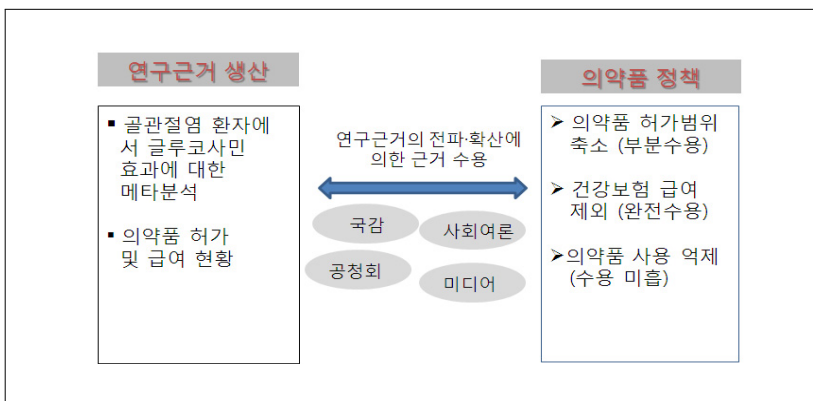
한국보건의료연구원의 글루코사민 연구(근거)는 적절한 배정 은폐가 이루어진 연구, 제조사에 의해 연구비를 지원받지 않은 연구의 메타분석 결과에서, 글루코사민 제제는 통증 감소와 기능 향상에 효과가 없다고 보고하였다.

이러한 연구결과(근거)를 수용할 경우 취해질 수 있는 정책에는 건강보험 급여목록에서 해당 의약품 삭제, 의약품 허가 취소, 의사의 글루코

26) 송재훈(2011.9.29), 글루코사민, 급여 중단하라" 한나라당 이춘식 의원, "효과없는 약에 보험 적용은 문제" 발행. 의학뉴스, <http://www.newsmp.com/news/articleView.html?idxno=85866>

사민 처방 관리, 환자에 대한 교육 등이 있을 것이다. 건강보험 급여목록에서는 삭제되었기 때문에 건강보험 급여정책에서는 근거가 수용되었고, 허가정책은 허가범위가 축소되었으나 허가가 취소되지는 않았기 때문에 부분 수용되었다고 할 수 있다. Ahn 외(2012)는 한국보건의료연구원의 글루코사민연구의 즉각적인 성과는 식품의약품안전청 허가사항 수정이었고 근거 부족에 대한 일반인의 인식으로 글루코사민 사용이 줄었다고 밝혔다. 근거가 수용되어 일정 정도 정책에 반영되었으나, 연구결과의 수용이 매끄럽고 신속하게 이루어지지지는 않았다고 할 수 있다(그림 4-6 참조).

[그림 4-6] 글루코사민 효과에 대한 근거 수용



가) 의약품 허가범위 축소

우리나라의 의약품 허가는 식품의약품안전청에서 담당하며 의약품의 효과, 안전성, 품질을 평가한다. 글루코사민의 경우 안전성보다는 효과에 대해 논란이 있어 왔다.

이는 식품의약품안전청과 한국보건의료연구원의 의약품유효성평가 근

거 선택에 차이가 있다고 할 수 있다. 식품의약품안전청에서는 임상시험 성적에 관한 자료 중 외국자료의 경우 다음과 같은 자료를 제출하도록 되어 있다.²⁷⁾

- 허가신청 당시 제출되어 평가된 임상시험성적자료로서 허가국 정부(허가 또는 등록기관)가 제출받았거나 승인하였음을 확인한 것 또는 이를 공증한 자료
- 과학논문인용색인(Science Citation Index)에 등재된 전문학회지에 게재된 자료
- 그 내용을 검토하여 실시기관의 신뢰성이 인정되고 의약품임상시험관리 기준에 의하여 실시한 것으로 판단되는 자료

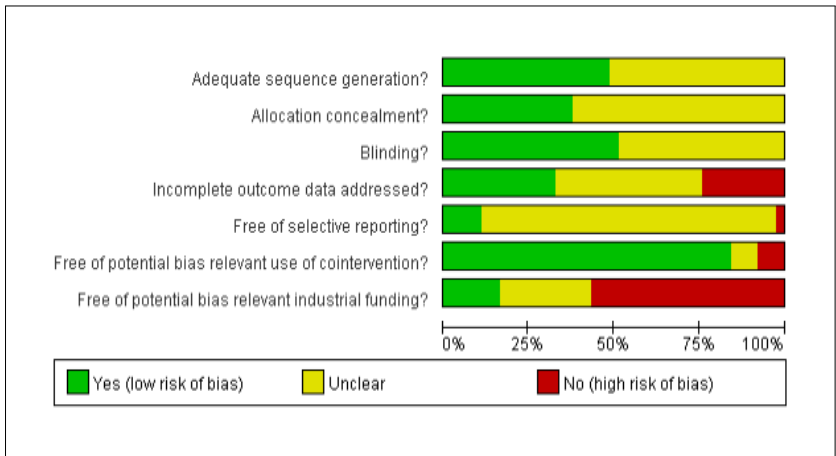
반면, 한국보건의료연구원에서 수행한 연구의 경우, 체계적 문헌고찰 연구방법론을 사용하여 근거를 합성하는 메타분석을 통해 효과를 평가하였다.

글루코사민의 경우 효과가 있는 것으로 나타난 임상시험과 효과가 없는 것으로 나타난 임상시험이 혼재되어 있기 때문에 어떠한 임상시험 결과를 선택하여 근거로 할 것인지, 개별임상시험의 결과에 근거를 둘 것인지, 다수 연구결과를 종합한 메타분석결과에 근거를 둘 것인지가 문제가 된다.

[그림 4-7]은 선택된 임상시험의 질 평가 결과이다. 임상시험의 질에 영향을 주는 무작위방법, 배정은폐, 맹검, 의료결과 자료의 완결성 부분에서의 편향 위험이 낮았던 연구는 전체의 50%미만이었고, 연구비 채원과 관련된 편향 위험도는 56.8%였다.

27) 식품의약품안전청(2007). 의약품등의 안전성·유효성 심사에 관한 규정 (고시 제 2007-30 호). 서울:식품의약품안전청.

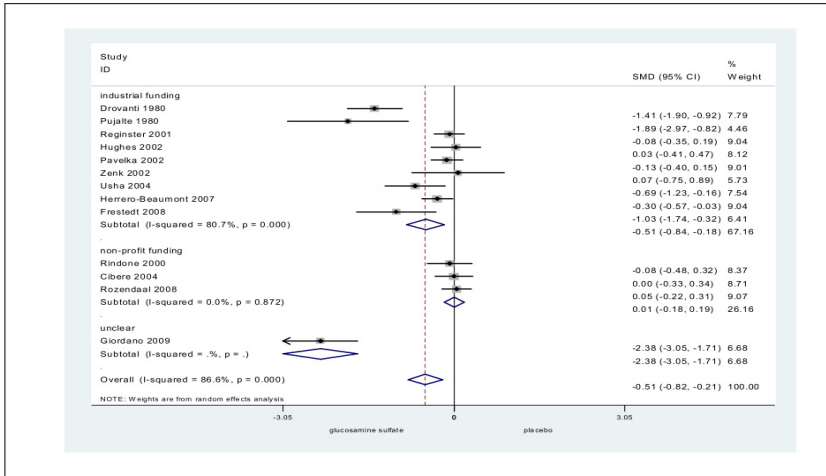
[그림 4-7] '골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과' 연구의 무작위화당 임상시험의 질 평가



자료원: 배상철, 김수영, 성윤경, 이은봉, 최찬범, 서현주, 정채림, 박지애(2009). 골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과. 서울:한국보건의료연구원.

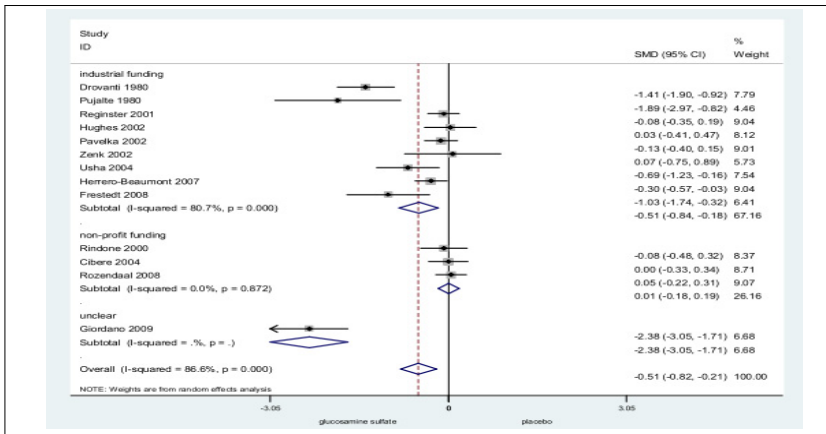
개별연구의 질 평가 후 각 문헌의 연구결과를 합하여 메타분석을 하게 되는데, 개별 연구결과가 모두 동일할 수는 없지만 효과의 방향이나 크기가 일치하는 수준이 높은 것이 바람직하다. 연구결과의 불일치는 메타분석에서 이질성(I^2 squared)으로 표현되는데 글루코사민 황산염에 대한 연구결과의 I^2 는 80.7%로 이질성이 큰 것으로 나타났다(그림 4-8 참조). 산업계의 재정적 지원을 받아 수행된 연구 9편, 비영리기관의 재정적 지원을 받아 수행된 연구 3편, 논문에 연구비에 대한 기술이 없는 경우 1편에 대하여 각각 메타분석을 실시한 결과, 산업계의 재정적 지원을 받아 수행된 연구들의 메타분석에서는 글루코사민이 위약에 비해 효과적이었으나, 이질성이 상당하였고($I^2=80.7\%$), 비영리기관의 재정적 지원을 받아 수행된 연구들의 메타분석결과에서는 이질성 없이 글루코사민이 위약과 효과 차이가 없는 것으로 나타났다(그림 4-9 참조).

[그림 4-8] '골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과' 연구의 메타분석결과: 글루코사민항산염의 통증 효과



자료원: 배상철, 김수영, 성윤경, 이은봉, 최찬범, 서현주, 정채림, 박지애(2009). 골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과. 서울:한국보건의료연구원.

[그림 4-9] '골관절염환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과' 연구의 메타분석결과: 연구비 출처간 비교



자료원: 배상철, 김수영, 성윤경, 이은봉, 최찬범, 서현주, 정채림, 박지애(2009). 골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과. 서울:한국보건의료연구원.

‘대한약물역학위해관리학회(2011)’에서는 “메타분석이 기존 연구들로부터 공통적인 치료효과를 확인하고 결과를 종합할 수 있게 하여 더욱 명확한 결과를 제시할 수 있게 되며, 체계적 문헌고찰은 약물역학연구 방법론 중 가장 최상의 설득력을 가진다.”라고 밝히고 있지만 메타분석은 아직 산업계 또는 일부 학계에는 충분히 소개되어 있지 않아 지식에 대한 수용성이 불균등한 것으로 보인다. 한국보건의료연구원의 글루코사민 연구결과에 대해 일부 의료인들은 찬성을, 제약업계에서는 반대를 표명하였다.

또 다른 쟁점은 글루코사민 황산염에 대한 근거들이 의약품 허가를 취소할 정도인가, 다시 말하면 의약품 허가절차가 보수적으로 근거를 수용해야 하는가, 부정적인 근거를 전폭적으로 수용해야 하는 가이다. 그 간 의약품 허가취소 및 판매중단은 심각한 부작용 발생 등 안전성 문제를 중심으로 이루어 졌다.²⁸⁾ 식품의약품안전청의 글루코사민황산염 재평가에 대한 중앙약사심의위원회 회의에서도 논란이 있었으며, 글루코사민의 대체제가 없다는 점, 현재 병의원 처방이 많다는 점이 지적되었다.²⁹⁾

사회적으로 이슈화되는 문제에 대해 전문가마다, 정부기관마다 서로 다른 입장을 내세워 상반된 정보를 제공할 경우 일반 국민은 혼란에 빠지게 되고, 효과적인 정책 실행이 지연될 것이다. 각자의 의견만을 주장하기보다 서로 간 이견을 조정할 수 있는 사회적 토론이 필요하다. 따라서 각 전문가의 지식 및 견해 차이, 정부기관 간 근거 해석과 수용 차이를 조정할 수 있는 공식적인 협의체가 필요할 것으로 생각된다.

28) 1999년 시사프라이드제제가 심혈관계 부작용으로 판매가 중단되었으며 2000년 아스테미줄 함유제제가 심혈관계 부작용으로 품목허가가 취소되었고, 2010년 시부트라민이 심혈관계 부작용으로 판매 중지되었다.

29) 데일리 팜 기사 ‘글루코사민 심의했던 중앙약심 회의록 살펴보니...’ (2010-4-8)

나) 건강보험 급여 제외

우리나라 의약품 건강보험 급여정책은 2006년 일부 의약품만을 건강보험 급여에서 제외하는 ‘네거티브 리스트’에서 비용효과적인 의약품만을 건강보험에서 급여하는 ‘선별등재방식(positive list)’으로 전환되었다. 선별등재방식 하에서 약제 급여 여부를 위한 평가항목은 다음과 같다(이태진, 2008).

- 대체가능성, 질병의 위중도, 치료적 이익 등 임상적 유용성
- 투약비용, 임상효과의 개선 정도, 경제성평가 결과 등 비용효과성
- 대상 환자 수, 예상사용량, 기존 약제나 치료법의 대체 효과 등 보험재정에 미치는 영향
- 제외국의 등재여부, 등재가격, 급여기준 등
- 기타 국민건강에 미치는 영향 등

선별등재방식 도입 후 의약품의 비용효과성이 강조되고 있으므로 효과에 대한 근거가 취약할 경우 급여에서 제외하는 것은 당연하다고 할 수 있다. 국내 연구결과가 발표된 이후에도 상당한 시간(2년)이 경과한 후 급여에서 제외되었기 때문에 관련 기관간의 의견을 조율하고 근거를 신속하고 적절하게 정책에 반영할 수 있는 체계가 마련되어야 할 것이다.

다) 의료진 및 환자의 글루코사민 사용 억제

글루코사민이 관절염에 효과가 없다는 보건의료연구원이나 외국의 연구결과³⁰⁾ 발표시 일부 소비자가 글루코사민을 반품하겠다고 하는 등 사

30) 2010년 BMJ에 실린 스위스 베른대학 페터 위니 교수팀의 연구 결과, 지금까지 수행된

용이 약간 감소한 것으로 보도되었으나,³¹⁾ 의사의 글루코사민 처방이나 환자 사용을 억제하고자 하는 구체적인 움직임은 없었던 것으로 보인다. <표 4-6>과 같이 글루코사민에 대한 매출이 감소하고 있으나, 판매액이 상당히 크며, 식품의약품안전청에서 2012년에 설문조사를 실시한 결과 상당수가 글루코사민을 복용하고 있는 것으로 나타났다(표 4-7 참조).

대한 슬관절학회 슬관절 골관절염 치료지침(2010)에서도 “골관절염 환자의 관절통증 경감에 있어 글루코사민과 황산 콘드로이틴의 효과가 있다는 일부 보고가 있으나 권장하지는 않는다”고 되어 있으므로 현재 우리나라에서 비급여로 사용되는 글루코사민의 처방 및 사용을 모니터링 하고 적극적으로 중재할 필요가 있을 것이다.

〈표 4-6〉 글루코사민 매출현황

연도	품목유형별	국내판매액(천원)	수출액(천원)
2005	글루코사민함유제품	64,165,432	101,657
2006	글루코사민함유제품	36,647,242	46,638
2007	글루코사민함유제품	26,927,998	87,585
2008	글루코사민	20,072,004	16,328
2009	글루코사민	16,452,153	148,966
2010	글루코사민	7,980,163	29,466

자료원: 식품의약품안전청(2012). 2009년, 2010, 2011년도 식품의약품통계연보. <http://www.kfda.go.kr/index.jsp>

10건(대상자 3803명)의 연구 결과를 분석한 결과 글루코사민을 섭취했을 때 ‘임상적 관점에서 인정할 만한 효과는 없었다’고 보고되었다.

31) 박태균(2010.9.24), 효과 논란 글루코사민, 식약청선 “효능 인정된다”는데... 중앙일보, http://blog.joinsmsn.com/media/folderlistslide.asp?uid=dalisark&folder=2&list_id=11827587

〈표 4-7〉 연령별 구매 건강기능식품 종류

	비타민 및 무기질	홍삼	오메가3 지방산 함유	글루코사민	알로에
20대 이하	93.9	41.6	36.9	8.4	13.9
30대	85.5	63.8	52.5	26.1	20.0
40대	76.6	70.8	59.4	29.5	19.9
50대	62.1	58.6	68.1	35.2	25.0
60대 이상	38.1	56.7	68.3	43.2	23.8

자료원: 식품의약품안전청(2012). 건강기능식품 이용실태 및 인식도 설문조사 결과.

주: N=754, 복수응답

마. 소결

글루코사민은 골관절염에 사용되는 의약품으로 그 효과에 대해 논란이 있어 왔으며, 2009년 글루코사민 제제가 골관절염에 대한 예방 효과나 골관절염 이외 질환 치료에 효과가 있다는 근거가 없다는 한국보건 의료원의 연구결과가 발표되었다. 2010년 식품의약품안전청의 글루코사민항산염 재평가시 허가사항이 골관절염(퇴행성관절질환)에서 경증·중등도 골관절염(퇴행성관절염)으로 축소되었고, 2012년 건강보험 급여대상에서 제외되었다. 허가사항 축소 및 건강보험 급여 제외 등 관련 정책에 연구근거가 상당부분 기여하였으나, 연구결과의 수용이 신속하고 원활하게는 이루어지지 않아 연구근거를 국가정책에 효과적으로 반영하기 위해서는 기관 간 협의체 등이 필요할 것으로 생각된다.

3. 인태반주사제

가. 맥락

인태반주사제는 1993년 「Laennec」을 간기능 개선을 적응증으로,

2003년 「Melsmon」을 갱년기 증상 완화 및 유즙분비 개선을 적응증으로 식품의약품안전청으로부터 일본에서 실시한 임상시험 자료를 근거로 수입 허가를 받았다.³²⁾

태반주사제 중 치료가 아닌 갱년기 장애 증상의 개선을 위한 경우는 비급여 전문의약품에 해당되며, Laennec주사제는 간기능 개선을 위한 전문의약품으로 건강보험급여 대상이었다.

태반주사가 갱년기증상과 간기능 개선 뿐 아니라 통증 치료, 피부 미용, 불임 치료, 노화 방지, 갱년기 영양제 등 다양한 용도로 쓰이고 있다는 것이 여러 보도 자료를 통하여 알려졌고,³³⁾ 효능과 안전성에 대하여 일반인 및 전문가 집단에서 지속적으로 논란이 제기되어 왔다. 2005년 국정감사에서는 “태반주사가 만병통치약인 듯 무분별 홍보되는 것 또한 규제되어야한다”며 식품의약품안전청의 관리 감독을 촉구하였다.³⁴⁾

나. 연구근거 생산 및 확산

인태반주사제는 국민의 건강과 안전에 위협요인이 될 수 있으며, 연구 결과의 사회적 파급효과도 클 것으로 예측되어, 과학적 근거를 소비자와 보험자 및 의료기관에 제공할 시급성이 높은 주제로 인지되고 있었다. 하지만 인태반주사제는 식품의약품안전청의 허가 적응증과 일관되게 국민건강보험 급여 등재되어 있지만, 허가 이후 임상적 효능을 조사하기 위해 국내에서 실제 검증된 논문의 수는 제한적이었다.

한편 국내 연구기관에서 연구수요에 대한 조사를 실시, 인태반주사제

32) 식품의약품안전청(2011.10.5). 인태반 유래 의약품 인허가 내역. (식품의약품안전청 바이오의약품정책과 고시-4743호). 서울:식품의약품안전청.

33) 조인직(2003.11.26), 부유층 ‘태반 주사’ 이상 열풍…‘만병통치약’으로 통해. 동아일보, <http://news.donga.com/3//20031126/8005074/1>

34) 김선미(2005.9.26), 김선미의원, “태반주사는 만병통치약 ? - 비급여처방 남발되고 있어 대책수립 시급”. 뉴스와이어, <http://www.ansung.pe.kr>

의 안전성과 유효성에 대한 근거 평가를 수행하게 되었다. 그러나 인태 반주사제 연구주제 선정과정에서 정책결정자와의 상호작용은 확인하기 어려웠다.

인태반주사제에 대한 임상시험연구의 체계적 고찰 수행 결과, 29개 질환군을 대상으로 한 효과에서 충분한 양과 질을 근거가 확보되지 않아 임상적 유용성의 근거가 부족하다는 결론이 제시되었다(표 4-8 참조)(배종면 외, 2009).

〈표 4-8〉 태반주사제의 임상적 안정성 및 효과성 근거평가

허가사항	질환	결론
식품의약품 안전청 허가사항	1. 갱년기 장애 증상의 개선 2. 만성간질환에서의 간기능 개선	다른 표준 치료와 비교하여 효과적이고 안전한지에 대 한 비교 평가 연구가 필요
식품의약품 안전청 허가의 사용	3. 유산 4. 유즙분비 5. 월경곤란 6. 골반염 7. 외 음부 및 자궁경부질환 8. 난관막힘 9. 임신구토 10. 관절염(류마티스, 퇴행성 포함) 11. 비염 12. 구강질환 13. 치주질환 14. 위궤양 15. 천식 16. 기타호흡기질환 17. 면역기능 18. 암 19. 빈혈 20. 안질환 21. 마비 22. 수면 23. 수술 후 통증 24. 백반증 25. 화상, 궤양, 상처 26. 두드러기 27. 탈모 28. 피부 29. 기타질환	유효하고 안전하다는 근거 가 부족

자료원: 배종면 외(2009). 태반주사의 유효성 및 안전성에 관한 의료기술평가. 서울:한국보건의료연구원.

연구결과의 확산을 위해서 해당 연구기관은 태반주사의 사회적 수용 인식과 임상 효과의 근거 평가에 대하여 소비자시민모임, 학계, 제조업체를 대표하는 이해관계자와 전문가들이 참석한 가운데 토론회를 개최하였다. 또한 해당 연구기관에서는 태반주사의 유효성과 안전성에 관한 연구결과에 대한 보도자료를 제공하였고, 관련 보고서가 홈페이지를 통해 공개되었다.

다. 정책에서 연구근거 수용

식품의약품안전청에서는 인태반유래 의약품에 대한 안전성유효성 관리 강화방안으로서, 허가받은 완제의약품에 대한 임상재평가를 2006년부터 수행해왔다. 식품의약품안전청의 인태반주사제에 대한 임상 재평가 결과는 다음과 같다(2011년 1월).³⁵⁾

- 인태반주사제의 갱년기 장애개선과 간기능 개선 적응증에 대해서는 임상적 유용성의 인정을 통해 의약품 인허가 사항이 유지되었다.
- 인태반주사제의 피부미용, 피로개선, 관절염 등에 적응증에 대해서는 자하거 가수분해물 주사제 중 1개 품목만 제외하고 5개 품목의 허가가 취소되었다.

한편, 인태반주사제에 대한 간기능 개선 혹은 갱년기 장애 개선 효능 효과가 인정된 것은 식품의약품안전청의 의약품 품목허가를 위한 의약품 안전성·유효성에 대한 제출자료 기준 1편 이상의 SCI 논문 자료를 제출한 경우에 해당되는 경우로 보인다. 반면에 인태반주사제 효과를 검토한 연구보고서에서는 개별 연구결과를 종합하는 메타분석에서의 통합된 치료효과 추정치를 해당 약제의 안전성과 유효성의 판단기준으로 고려하고 있다. 이로써 연구자 집단과 정책담당자 사이에 의약품의 안전성과 임상적 효과에 대한 근거를 바라보는 기준에 차이가 존재하고 있음을 알 수 있다. 식품의약품안전청의 의약품의 안전성·유효성 심사에 관한 주요 규정은 다음과 같이 제시하였다.

국민건강보험에서 자하거가수분해물 성분의 인태반주사제는 급여 삭제

35) 식품의약품안전청(2011.01.14). 인태반 유래 의약품 임상재평가 결과 - ‘가수분해물 주사제’ 재평가 결과 공시 (바이오의약품정책과 보도자료). 서울: 식품의약품안전청.

혹은 급여정지 품목으로 고시되었다.³⁶⁾ 현재 급여목록에 자하거추출물 1개 품목이 남아있었으나 현재 생산이 중단된 품목이므로 급여항목인 인태반주사제는 없는 것으로 확인되었다. 기등재의약품인 인태반주사제는 2010년 3월부터 단계적으로 2011년 2월 1일까지 급여 중지 혹은 급여 삭제되었다.

□ 의약품등의 안전성·유효성 심사에 관한 규정 요약

의약품등의 안전성·유효성 심사에 관한 규정 (식품의약품안전청 고시 제 2007- 30 호) 제6조(제출자료의 요건)

3. 안정성에 관한 자료

가. 일반사항

- 2) 외국에서 시험한 자료는 그 내용을 검토하여 안정성을 확보할 수 있다고 판단되는 경우 인정할 수 있음.

6. 임상시험성적에 관한 자료

가. 일반사항

- 원칙적으로 국내에서 수행한 모든 임상시험결과 제출하여야 한다.

- 2) 외국자료의 경우 다음의 1에 해당하는 자료

- 가) 허가신청 당시 제출되어 평가된 임상시험성적자료로서 허가국 정부(허가 또는 등록기관)가 제출받았거나 승인하였음을 확인한 것 또는 이를 공증한 자료

- 나) SCI 논문 자료를 제출한 경우 임상시험 의약품의 투여용량, 제형, 주 성분 명칭 및 임상시험에서 대상 피험자의 선정/제외 기준, 평가항목, 평가결과, 통계학적 분석방법 및 분석결과 등이 확인되어야 한다. SCI Expanded에 등재된 전문 학회지에 게재된 자료는 인정하지 아니한다.

- 다) 그 내용을 검토하여 실시기관의 신뢰성이 인정되고 의약품 임상시험 관리기준에 의하여 실시한 것으로 판단되는 자료

라. 평가

- 1) 해당 적응증 등에 대하여 임상적 유의성이 있는 경우 이를 인정한다. 다만, 신약의 경우 치료적 또는 임상적 확증임상시험자료 1편 이상을 제출하여야 한다.

자료원: 식품의약품안전청(2007). 의약품등의 안전성·유효성 심사에 관한 규정(고시 제 2007- 30호). 서울:식품의약품 안전청.

36) 보건복지부(2012). 약제급여목록 및 급여상한금액표 고시 개정(보건복지부 고시 제2012-14호). 서울:보건복지부.

인태반주사제에 대한 연구결과가 대중매체로 확산된 이후 2010, 2011년 국정감사에서는 태반주사의 오남용 사례 및 태반주사 오남용 방지를 위한 소비자의 인식 개선이 필요하다는 주장이 나왔으며, 의료기관 홈페이지에 태반주사요법 등에 대한 광고를 하는 것은 의료법의 관련 법령의 위반사항이 될 수 있음을 공지되었다.³⁷⁾³⁸⁾

라. 소결

인태반주사제의 정책의사결정에서 연구근거의 사용은 El-Jardali 외(2011)에 의해 제안된 연구-사용자 상호작용 모형에서 “생산자 밀기”에 해당된다. 생산된 연구근거가 정책결정에 잘 반영되기 위해서 다음 사항이 개선될 필요가 있다.

첫째, 연구의제 설정과정부터 생산된 연구근거를 사용할 가능성이 있는 정책담당자와 협의하는 것이 필요하다. 가능하면 연구주제를 설정하는 과정부터 연구자 집단과 정책담당자 집단이 상호작용할 수 있는 공식적 논의구조가 설치되는 것이 필요하다.

둘째, 의약품의 임상적 효과와 안전성에 대한 근거를 바라보는 입장 차이가 존재하는데, 이에 대한 숙고과정이 필요하다.

셋째, 연구결과 확산과정이 좀 더 체계적으로 수행될 필요가 있다.

넷째, 연구의제 설정과 마찬가지로 생산자(연구기관)가 만든 연구결과에 대해 사용자(정책담당자)가 협의할 수 있는 논의구조가 필요하다.

다섯째, 연구근거의 확산이 의료행위 및 소비자의 의료이용에 미친 영향을 살펴보는 연구가 필요하다.

37) 박해정(2010.10.06), [2010국감]태반주사 10건 중 8건 '엉뚱한 사용'. 아시아경제, <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2010100610454844738>

38) 식품의약품안전청(2011.10.5). 국정감사 지적 「인태반제제」 관련 안내(바이오의약품정책과-4743호). 서울:식품의약품안전청.

4. 기등재약목록재정비 사업

가. 정책(연구) 의제 선정

1) 사업계획의 수립과 목표

기등재약목록재정비 사업이 공식적으로 거론된 시점은 2006년 5월이며, 이 시점에 발표된 「건강보험약제비 적정화방안」을 살펴보면 주요 배경은 다음과 같다.³⁹⁾

첫째, 2005년 총진료비 중 약제비 비중이 29.2%를 차지하였으며, 노인약제비, 상위 10분류군 만성질환 약제비 규모가 크고 증가율이 높다.

둘째, 만성질환자 증가로 인한 사용량의 증가 및 신약 등 고가약으로의 처방전환이 다수이며, 약가 저하요인 발생 시에도 조정 기전이 미흡하여 약가가 그대로 유지되고 있다.

셋째, 약가 측면에서는 보험약가의 결정체계의 기준과 협상력이 미흡하고 사후관리체계의 실효성이 낮다.

넷째, 약 사용량 측면에서는 보험등재 품목 수의 과다에 따른 비효율성이 존재하고 있다.

약제비 적정화방안에 근거하여 2007년 4월에 기등재약목록재정비 사업 계획이 발표되었으며, 이 계획에 의하면 2007년에 고지혈증과 편두통치료제 2개 약효군(295개 품목)에 대한 시범평가를 수행하고, 2008~2011년에 47개 약효군 의약품에 대한 본 평가를 진행하기로 되어 있었다. 총 1만6천개 의약품에 대한 임상적 유용성 및 경제성평가를 5년 안에 수행한다는 계획이었다.

39) 보건복지부(2006). 건강보험 약제비 적정화 방안 시행(보도자료). 서울: 보건복지부.

2) 기존 연구근거의 내용

기등재약목록재정비 사업에 대한 계획이 발표되기 전 수년간 국내에서 수행된 의약품관리방안에 대한 연구내용을 분석하였으며(표 4-9 참조), 연구자들의 핵심적 제언은 다음과 같다.

첫째, 경제성평가는 비용감소가 아니라 비용의 합리적 지출을 목적으로 한다. 둘째, 정책적 의사결정에 경제성평가 활용시 다양한 가치와 조화가 필요하다. 셋째, 국내 의약품에 대한 경제성평가 수행 능력과 수준을 고려해서 혁신적 신약, 일반 신약, 기등재약에 단계적으로 도입하는 것이 필요하다. 넷째, 국가적 차원의 연구 인프라를 구축해야 한다.

〈표 4-9〉 의약품관리의 경제성 평가 연구

연구과제명	연구결과
신의료기술 등의 경제성평가 활용방안(이의경 외, 2005), 보건복지부 지원	- 경제성평가는 의약품의 가치를 과학적, 체계적으로 평가하는 방법론 제공하며 보험 의약품 등재 및 의약품관리에 활용될 수 있으나 장애요인이 존재한다. - 장애요인에는 연구방법의 불확실성, 기업지원연구 바이어스 의혹, 진료자율권 침해에 대한 우려 등과 함께 인력, 기초자료 부족 등의 문제가 있다. - 기본방향 • 경제성평가 활용의 주된 목적이 의료비절감보다는 비용의 합리적 지출에 있으며 임상적 중요성 등 다양한 가치와 조화가 필요하다. • 양질의 연구결과가 생산될 수 있도록 경제성평가 연구 관리에 만전을 기하되 단계적 전략개발이 필요하다. • 연구수행, 심사과정의 객관성과 투명성 강화, 연구결과에 대한 사회적 신뢰성을 확보해야 한다. • 국가차원 연구 인프라 구축을 통하여 경제성평가연구 효율성을 증대시켜야 한다. - 정책방안 • 정부의 명확하고 구체적인 추진계획안을 만든다. • 경제성평가 관련 기반연구에 대한 국가지원이 활성화되어야 한다. • 의약품 경제성 평가 연구지원 및 교육 등을 추진하는 연구센터 설치가 필요하다.

연구과제명	연구결과
의약품보험급여제도에서 경제성 평가자료의 활용 방안 및 평가지침 개발 (배은영 외, 2005), 건강보험심사평가원 지원	- 경제성평가는 서로 다른 대안을 비교하는 것으로 비용의 합리적 지출을 목적을 하며, 의약품 경제성 평가는 의약품의 보험급여나 가격결정에 활용될 수 있다. - 기존의 등재 의약품에 대해서도 해당 제품의 비용과 효과에 대한 평가결과를 바탕으로 비급여로 전환할 수 있는 기전을 마련해야 한다. • 기존 등재제품 중 비용효과를 필요로 하는 경우, 평가수행 절차를 마련하는 것이며, 전문위에서 건강보험심사평가원(이하 심평원)에 평가요구를 하고, 심평원 자체 혹은 외부연구자를 활용하여 평가결과를 바탕으로 전문위원회가 의사결정 수행한다. - 국내 인프라의 경우 2005년 당시 연구자가 부족하였고, 검토기구 및 제약기업에 전문 인력이 부족했다.
의약품경제성 평가를 위한 표준 비용 산출기준 개발연구 (양봉민 외, 2004), 건강보험심사평가원 지원	- 경제성 평가연구의 수행을 위해 우리나라의 현실에 맞는 표준비용 산출기준을 개발하기 위한 연구로서 외국 동향 및 국내자료 분석하였다. - 의약품 경제성 평가에 필요한 비용자료 산출을 위해 가장 중요한 자료는 건강보험 통계이며, 건강보험자료 개선이 필요하다. 해당 조직에 이러한 업무를 담당할 조직 구성이 필요하다.
보험의약품의 급여관리제도 개선방안 (이의경 외, 2003), 한국보건사회연구원 지원	- 보험급여대상 범위를 급여대상목록(positive list) 체계"로 전환하여 급여의 우선순위를 설정하고 관리의 양적 효율화를 이룩한다. - 국내에서 경제성 평가 제출을 의무화할 경우 국내 경제성 평가 연구의 수준 및 제도 도입의 파급효과 등을 고려하여 혁신적 신약, 일반 신약, 기등제약품 순의 단계적 도입이 바람직하다. - 객관적 경제성 평가를 위한 가이드라인 제시와 전문위원회의 구성이 필요하다.

나. 연구근거의 생산과 확산

1) 연구 근거의 생산과정

기등제약목록재정비 사업의 시범평가는 2개 과정으로 구분할 수 있다. 먼저 대상 의약품에 대한 임상적 유용성 및 비용효과성에 대한 연구를

수행하는 평가과정(assessment process)이 있다. 다음으로 연구결과를 정책에 수용하는 가치판단과정(appraisal process)이 있다. 의약품을 보험대상으로 선별하기 위한 치료적·경제적 가치평가는 「약제급여평가위원회」가 실시하고 있다. 이 과정에서 임상적 유용성 혹은 비용효과성이 없는 의약품은 급여에서 제외되거나 가격조정을 받는 것이다.

시범평가 대상은 편두통치료제와 고지혈증치료제가 선정되었다. 고지혈증 치료제에 대한 연구과정을 살펴보면 이해관계자(제약회사 자료제출)와 전문가 의견(임상학회 및 방법론 전문가 포함)을 수렴하는 절차를 밟았다고 한다(배은영, 2010).

2) 시범평가 결과의 확산 및 수용과정

의약품의 임상적 유용성과 비용효과에 대한 평가결과가 발표된 이후 결과에 이의가 있는 경우에는 급여 신청자가 결과가 통보된 날로부터 30일 이내에 심평원에 이의를 제기, 재평가를 요청할 수 있다.

편두통치료제의 경우, 2007년 12월 말에 평가가 완료된 이후 결과 발표가 이루어졌고, 통상적인 이의신청기간을 거쳐 정책으로 시행되는 과정을 거쳤다. 반면에 고지혈증치료제는 편두통치료제와 비교해서 시범사업의 진행에 잦은 차질을 빚었는데, 연구기간이 연장되었고, 다수의 토론회가 개최되었다고 한다. 즉, 고지혈증 치료제는 평가결과 발표 후 60일의 이의기간이 주어졌고, 평가결과는 약제급여평가위원회의에서 재평가되었으며 건강정책심의위원회의 심의 등을 진행하며 최종 고시 내용을 조율하였다고 한다(배은영 외, 2010). 2개 약제군에 대한 최종 정책 수용결과를 살펴보면 <표 4-10>과 같으며, 전반적으로 의약품의 급여에 대한 의사결정보다 가격이 조정되는 비중이 높았다.

〈표 4-10〉 편두통치료제와 고지혈증치료제 시범평가결과의 수용

	편두통치료제		고지혈증치료제	
	No. of drugs (11)	%	No. of drugs (321)	%
Reimbursement & pricing complete	8	73	188	58
Reimbursement but lowered their price	2	18	124	39
Listed with restriction	1	9	2	1
Delisted(fail)	-	-	7	2

자료: Lee, E.K., Kim, B.Y., Lim, J.Y., Park, M.H.(2012). Differently policy outcome of the new drugs and currently listed drugs under the positive system in South Korea. Value in Health 2012 S100-S103.

3) 시범평가 과정의 쟁점

시범평가 과정에서 문제가 되는 지점을 파악하기 위해서 수용과정 혹은 그 이후 진행된 토론회, 매스컴의 보도내용, 관련 논문 등을 검토하였다. 앞서도 구분된 것과 같이 연구근거의 생산과정과 수용과정으로 나누어 문제점을 분석하였다.

연구근거 생산과정에서 문제점은 애초 설정한 연구기간이 매우 짧았다는 점이다. 일반적으로 경제성평가를 포함한 의료기술평가의 방법론은 체계적이고 정밀한 검토가 요구되는 과정이므로 상당한 시간이 소요되는 특징을 갖고 있지만 이러한 점이 잘 반영되지 못하였다.

한편, 생산된 연구 근거의 질에 대한 논란이 많았으며, 평가지표의 문제, 메타분석에 사용된 연구의 이질성 문제, 간접비교의 문제 등이 쟁점으로 논의되었다. 이러한 쟁점이 제기된 것은 다음과 같은 상황도 작용했던 것으로 보인다. 즉, 연구역량과 인프라가 부족한 상황이었고, 연구기간의 문제로 충분히 검토할 시간을 갖지 못했다. 또한 경제성 평가 방법론 자체의 한계를 지적한 내용이 포함되어 있었는데, 이는 사회적 가치에 대한 고려가 없이 연구결과(측정값)가 정책적 의사결정에 직접적으로 반영되는 방식이 영향을 미친 것으로 생각된다. 이와 같은 내

용은 국내 의약품에 대한 경제성평가지침 실행을 검토한 논문에서 확인할 수 있다.

"In addition, fact that the assessment and appraisal processes are not clearly separated and that decision-making is too dependent on the assessment report reduces the likelihood of a thoughtful decision based on various social values(Bae & Lee, 2009)".

연구의 확산 및 수용과정에서 정보공개 측면과 관련하여 평가를 진행한 기관과 건강보험가입자(시민단체 포함)간의 입장 차이가 나타났다. 관련 연구와 토론회자료 등에서 나타난 내용은 다음과 같다.

- 담당기관은 시범평가는 과정에서 이해당사자의 의견을 조율하기 위하여 수차례의 워크숍과 토론회를 벌였고, 일반인들도 쉽게 접근할 수 있도록 기관 홈페이지에 경제성평가보고서를 게시하는 등 정보공개를 위해 노력했다는 입장을 보였다.⁴⁰⁾
- 반면에 시민단체 등 건강보험가입자 단체는 평가 결과에 대한 정보만 공개되었을 뿐 어떠한 구체적인 절차를 거쳐 이러한 결과가 만들어지게 되었는지에 대한 심의과정 보고가 제대로 이루어지지 않았다고 하였다.⁴¹⁾
- 또한 약제급여평가위원회가 임상전문가 위주로 인원이 구성되고

40) 배은영(2010). 의료기술평가를 통한 급여결정의 한계와 극복방안: 기등재의약품목록정비 사업에 대한 평가를 중심으로 보건경제와 정책연구, 16(3), pp163-187.

41) 신형근. “기등재약 목록정비의 현황과 개선방안”: 박은수 국회의원, 광정숙 국회의원, 건강연대, 건강사회를 위한 약사회 주관. “약가가품빼기를 위한 기등재약 목록재정비사업의 해법토론회: 주제발표 2009.3.6.

상대적으로 경제성평가와 다른 입장을 가진 전문 인력이 부족하며, 건강보험가입자의 입장이 반영되기 어려운 구조로서 심의과정의 공개가 필요하다고 하였다.⁴¹⁾

동일한 절차를 경험하고도 의견을 달리하는 이유는 이해당사자 본인들의 이해가 상충하기 때문이기도 하겠으나 바람직한 의사결정 원칙과 구조, 과학적 근거에 대한 숙의 과정이 정립되지 않은 상황에서 시범평가가 진행되었다는 점에서 찾을 수 있을 것이다.

다. 기등재약품목록재정비 사업의 정책변화

1) 정책의 변화 내용

시범평가 이후 해당사업에 대한 정부 보도자료에 의하면 보건복지부는 의약품의 효과에 대한 경제성평가를 통해 2007년부터 5년 내 49개 효능군을 정비하는 것을 계획하고 있었다. 그러나 경제성평가 연구에 많은 시간이 소요될 뿐 아니라 연구기준에 대한 과학적 공방이 진행됨에 따라 불가피하게 사업이 지연되고 있어서, 건강정책심의위원회에서는 다음과 같이 사업 내용을 변환하기로 결정했으며 그 내용은 아래와 같다⁴²⁾.

- 임상적 유용성이 부족한 의약품은 보험적용대상에서 제외
- 약가가 동일성분 의약품 최고가의 80% 이상이면 보험적용대상에서 제외하는 것을 원칙으로 하고, 80% 수준으로 약가 인하하면 급여 유지

42) 보건복지부(2010.7.28). 기등재의약품목록정비 사업 속도 낸다(보험약제과 보도자료). 서울: 보건복지부.

○ 보험재정 절감에 기여하는 상대적 저가 의약품은 보험적용 지속

기등재약목록재정비 사업의 성격은 애초에 보험의약품 관리를 위해서 의료기술평가를 사용한다는 것이 핵심이었는데, 변화된 정책에서는 해당 사업의 속도를 내기 위해서 의료기술평가 중 의약품에 대한 경제성 평가는 하지 않고 약가를 조정한다는 것을 골자로 하고 있다. 즉 이는 시범평가에서 편두통과 고지혈증 약에 대한 경제성 평가결과를 정책결정에 도구적으로 사용한 것과는 방향이 다르다.

2) 의사결정 과정

기등재약목록재정비 사업의 최종 정책변화에 대한 결정과정을 살펴보고 있다. 관련 자료에 대한 접근이 용이하지 않아서 간접적으로 당시 언론에 보도된 내용을 분석하였다.

보건복지부는 기등재약목록재정비 사업을 진행하면서 정책변화를 모색하고 있었던 것으로 보인다. 이는 고혈압 약제 평가가 끝난 후 의사협회가 주최한 심포지엄 관련 언론보도에서 당시 정책담당자가 발언한 내용으로 확인할 수 있다.

“기등재약목록정비 사업은 약값을 깎는 것이 (주된) 목적이다.(기등재약 평가를 위해 5~10년 보낼 수 없지 않나, 기등재목록정비사업에 대해서는 현재 어떻게 진행할 것인지 구체적 방침이 결정되지 않았다.”⁴³⁾

한편, 시민단체는 갑작스러운 기등재약목록정비 사업의 변화에 대해서

43) 최은택(2010.5.20), 기등재약 목록정비, ‘약값깎기’ 발언 빈축. 데일리팜, <http://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html?ID=125990&keyWord=약값> 발언 빈축

부정적 입장을 표명하였다. “이러한 변화는 본 평가를 위한 진행과정을 원점으로 돌린 것이며, 동일성분 내 최고가 80%대의 일괄인하 방침은 정책을 포기한 것”으로 제시되어 있다.⁴⁴⁾

또한 기등재약목록재정비 사업의 내용을 변경하는 정책결정 과정에 문제가 있었다는 지적이 있었다. 당시 언론보도에는 “건강보험가입자 단체들의 대표가 정부안을 검토할 시간적 여유가 없다고 연기를 주장했지만 받아들여지지 않았다”는 내용이 있다.⁴⁵⁾ 해당 위원회에서 비교적 단기간에 의사결정이 이루어진 점을 고려한다면 정책에 대한 숙의과정이 부족했던 것으로 생각된다.

Daniels(2008)는 공공은 정책결정의 합리성에 대한 책임(public accountability, accountability for reasonableness)을 가져야 하며, 정책결정의 합리성을 확립하기 위해서는 공정하고 신중한 숙의과정이 필요하며, 다음과 같은 4개의 조건이 필요하다고 하였다. 첫째, 의사결정의 내용과 근거에 관해 누구나 알 수 있도록 공지해야 하며, 둘째, 의사결정이 수용될 수 있도록 적절한 사유에 근거해야 하고, 셋째, 새로운 근거나 주장이 제기되었을 때 수정·개선의 기회가 주어져야 하며, 마지막으로 이런 조건이 충족될 수 있도록 이런 과정에 대한 자발적 혹은 공적 규제가 있어야 한다고 하였다.

공공정책에 대한 의사결정의 합리성에 대한 책임을 요구하는 관점에서 볼 때, 앞서 언급된 정책적 의사결정 과정에는 미흡한 부분이 존재한다.

44) 김정주(2010.7.19), 기등재약 일괄인하 제약압력 굴복한 밀실행정. 데일리팝, <http://cafe.daum.net/pharmplazahanyang/ZFhB/3620?docid=1IYCqZFhB362020100720064604>

45) 백성주(2010.7.28), ‘기등재약값 20% 일괄인하’ 후폭풍 예고 데일리메디, http://www.daily_medi.com/news/view.html?no=718261§ion=1

3) 정책적 의사결정에 지식(근거) 사용의 문제

우리는 기등재약목록재정비 사업의 기획과 진행과정에서 어떤 지식과 정보가 사용되었는지에 주목하고자 하였다. 이를 보다 체계적으로 제시하기 위해서 Glasby(2007)의 「의사결정에 사용되는 지식 유형」을 적용하였으며 그 내용은 다음과 같다(표 4-11 참조).

〈표 4-11〉 의사결정에 사용되는 지식 유형

근거 유형	설명
이론적 지식 (Theoretical evidence)	아이디어, 개념과 모형: 중재가 어떻게 왜 작동하는지를 설명하는 것, 더 광범위한 지식 기반과 틀에 연계
경험적 지식 (empirical evidence)	실제 중재의 사용과 효과성, 결과에 대한 정보
체험적 지식 (experiential evidence)	사람들이 서비스나 중재를 이용한 경험과 사람들 간 상호작용에 대한 정보

자료원: Glasby(2007). Evidence, policy and practice: critical perspectives in health and social care. Bristol: The Policy Press, pp 92-94.

위에서 제시된 모형을 적용하면, 기등재약목록재정비 사업을 시작하는데 사용된 것은 경제성 평가에 대한 이론적 지식과, 약제비 관리의 문제를 다룬 경험적 지식(연구근거)로 볼 수 있다. 두 번째로 시범평가에서 생산된 경험적 지식, 즉 의료기술평가 결과는 정책과정에 수용되었으며, 이는 연구근거가 정책결정에 도구적으로 사용되는 사례로 볼 수 있다. 세 번째 정책변화를 결정하는 과정에서는 주로 정책당사자의 체험적 지식이 사용된 것으로 보인다.

국내 보건의료정책에서 근거중심의사결정이 적용되는 대표적 사례로 볼 수 있는 기등재약목록재정비 시범사업에 대해서, 많은 정책당사자와 이해관계자, 건강보험가입자를 대표하는 사람들이 경험했던 내용이 체계적으로 조사되거나 평가되지 않았다. 만일 우리가 기등재약목록재정비

시범사업에 대한 정책적 평가를 제대로 수행했다면, 그 결과는 이후 국내 보건의료정책의 근거중심의사결정 수준을 개선하는데 중요한 자산으로 활용되었을 것이다. 이러한 문제점을 배은영(2010)은 다음과 같이 지적하였다.

“기등재약목록재정비 사업의 정부의 최근 발표를 접하면서 아쉬운 점은 결정 그 자체보다 논란 속에서 3년 이상 진행해오던 제도를 대폭 수정하면서 기존 활동에 대한 체계적이고 포괄적인 평가가 없었다는 점이다. 또한 정책변화의 배경이 그동안의 사업추진과정에 제기된 문제점과 고려사항을 언급하며 이해관계자가 모두 소용할 수 있는 방법론 도출 곤란을 언급한 내용은 합리적 의사결정에 있어 의료기술평가 유용성을 부정한 것으로 논란의 소지가 있다.”

라. 맥락 요인

이 연구에서 맥락(context)은 정책적 의사결정이 이루어지는 환경에 있는 모든 요소를 의미하며 Dobrow 외(2004)와 같이 근거중심의사결정에 영향을 미치는 방식에 초점을 맞추어서 내적, 외적 맥락으로 구분하였으며 구체적 내용은 다음과 같다.

- 내적 맥락은 의사결정이 이루어지는 환경을 얘기하며, 의사결정의 목적, 의사결정과정에서 참가자의 역할, 의사결정에 이르는 과정을 말한다.
- 외적 맥락은 결정이 적용되는 환경을 말하며, 관할권 이외의 사항 및 정치적 요인들을 포함한다. 정치적 요인은 사상적, 사회적, 경제적 및 법적 문제를 포괄하고 있다. 보건의료체계 측면에서는 민

간과 공공의 재정 및 서비스 전달 분담 정도, 정책의 중앙 집중도 등을 포함하고 있다. 외부 맥락 요인들은 고정되어 있거나 결정 당사자가 단기간에 통제하기 어려운 것이지만 의사결정에 분명한 역할을 하는 것으로 볼 수 있다.

지금까지 검토한 내용을 바탕으로 기등재약목록재정비 사업에 영향을 미친 내적, 외적 맥락을 살펴보았다.

우선적으로 내적맥락의 경우, 기등재약목록재정비 사업의 목적이 의약품 비용 억제인지 의료자원의 합리적 사용인지에 대한 혼선이 존재하였으며, 이와 비슷한 맥락에서 정책담당자와 연구자 간에 경제성 평가를 바라보는 입장에도 차이가 존재하였다.

또한 의사결정참가자 유형 및 역할이라는 관점에서 보면 관련 위원회가 가입자 혹은 일반 시민의 의견을 수렴하는데 부족한 점이 있었다. 또한 의사결정 기준 및 방법적 측면에서 의료기술평가의 특성을 이해하고 다른 사회적 가치를 어떻게 고려할지에 대한 인식과 준비가 부족했던 점 등이 의사결정 과정에 영향을 미친 것으로 생각된다.

보건의료체계적 맥락에서는 우리나라 보건의료체계가 의료서비스의 양적 팽창이 용이한 구조를 가지고 있으나, 공적 재정으로 의료비를 감당하고 있는 상황이다. 이런 상황에서 정부는 규제정책을 통해 건강보험 재정을 관리하는 경향을 보였으며, 특히 접근이 용이한 의약품 소비억제에 정책의 초점을 두고 있었다. 반면에 의약품 소비에 대해서 제약업체와 의료계라는 강력한 이해당사자(혹은 의료서비스 공급자)가 존재하고 있다는 점이 있다. 또한 보건의료영역의 R&D 역량 혹은 인프라가 부족하다는 문제도 있다.

외적 맥락으로 볼 수 있는 요인에는 정책형성 및 관리통제 구조와 정책 형성 및 거버넌스 유형 등이 있다(Nutley.et.al., 2010). 우리나라의

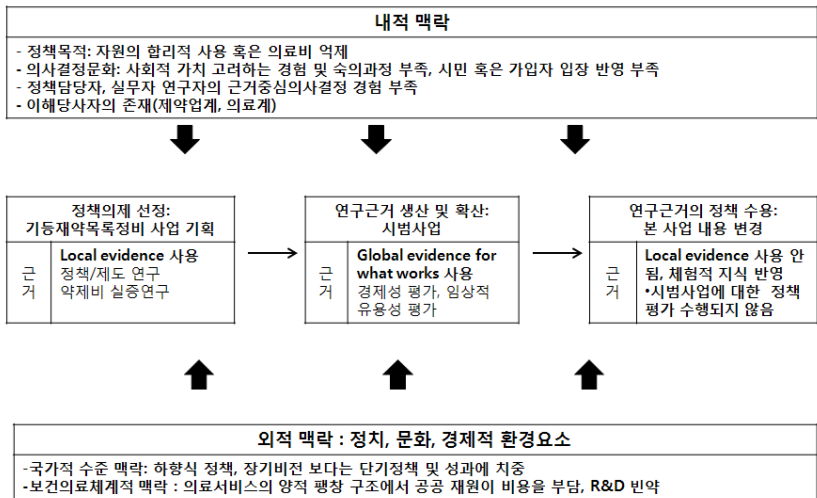
정책문화는 장기적 비전을 가지고 단계적으로 정책을 추진하기 보다는 단기적 성과를 중시하는 경향이 있으며, 외국 제도를 벤치마킹하는데 익숙한 편으로 생각된다. 기등재목록재정비 사업에서도 스웨덴에서 유사한 사업을 하고 있다는 점, 경제성평가 인프라가 부족한 상황에서 사업이 추진된 점, 시범사업이 정책의 실행가능성을 판단하는 과정이라기보다는 본사업적 성격으로 진행된 점, 시범사업에 대한 체계적, 포괄적 평가 없이 정책변화가 급격히 이루어진 점 등이 앞서 언급된 국내 정책문화가 그대로 반영된 것이라고 할 수 있다.

마. 소결

우리는 의료기술평가(연구근거)가 정책에 어떻게 활용되는지에 초점을 두어 기등재약목록재정비 사업의 진행과정을 분석하였으며, 그 결과를 정리하면 다음과 같다.

기등재약목록재정비 사업은 정책담당자의 끝기가 강력히 작용한 경우로서 정책담당자 혹은 실무자와 연구자 그룹 간의 상호작용은 매우 긴밀했던 것으로 생각된다. 의료기술평가 결과(global evidence)를 도구적으로 정책에 활용하려는 시도였으며, 정책의제 설정 단계에서는 국내 연구근거(local evidence)를 주로 사용하였다. 다만 정책변화에 대한 의사결정에는 연구결과보다는 체험적 지식이 사용된 것으로 생각된다. 또한 기등재약목록재정비 사업의 의제설정부터 정책변화에 이르기까지 많은 내적, 외적 맥락 요인이 영향을 미친 것으로 분석된다(그림 4-10 참조).

[그림 4-10] 기등재약목록정비 사업 정책과정: 근거사용 중심



기등재약목록재정비 시범사업 혹은 고혈압 약제에 대한 평가가 진행될 당시에는 연구결과 및 연구방법에 대한 논란이 많았었다. 하지만 사업 과정을 후향적으로 검토한 뒤에 더 중요한 문제로 생각되는 것은 정책당사자나 이해관계자, 보험가입자 모두 의료기술평가를 정책적 의사결정에 활용하는 의미와 그 의사결정과정에서 어떠해야 되는지에 대한 이해 및 준비가 부족했다는 점이다. 또한 이러한 문제점에 대한 인식은 매우 빈약하다는 특징을 갖고 있다.

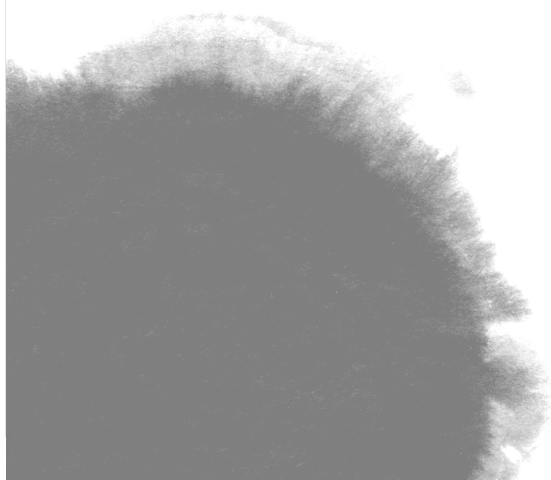
모든 정책이 다 성공적일 수 없지만 관료사회에서 정책의 실패는 수용되기 어려운 개념으로 보인다. 사회적으로 논란이 많았던 정책에 대한 평가를 수행하고자 하는 시도는 더 어려운 작업이 될 것이다. 그럼에도 불구하고 기등재약목록재정비 사업에 대한 정책평가를 수행한다면 1) 의료기술평가를 정책결정에 활용하는 의미와 절차에 대한 고민, 2) 기존에 사용되고 있는 의료기술에 대한 임상적 유용성과 비용효과성 방법론에 대한 검토, 3) 과학적 근거의 생산과 수용과정에 대한 체험을 분석하는

내용이 될 것이다.

최근 국제의료기술평가학회의 정책포럼에서는 의료기술평가가 신의료 기술 뿐 아니라 가치가 낮거나 효과가 없는 기존 의료기술의 사용을 줄 이는데 기여하는 역할을 해야 된다는 주장이 제기되었으며, 이를 “disinvestment” 혹은 review and optimization(R&O)으로 부르고 있다(Henshall.et.al., 2012). 향후 국내에서도 의료자원의 합리적 사용을 위해 기존 의료기술에 대한 재평가작업을 해야 할 상황이 온다면, 기등 재약목록재정비 사업에 대한 정책 경험을 잘 검토해서 반영해야할 것이다.

5장

보건정책에서 연구근거 활용에 대한 연구자와 정책담당자의 인식



제5장 보건정책에서 연구근거 활용에 대한 연구자와 정책담당자의 인식

제1 절 보건정책의 연구근거 활용에 대한 연구자의 인식

1. 연구목적

이 연구는 보건의료정책에서 연구근거(research evidence) 활용에 관한 연구자의 관점과 인식, 근거 활용현황 및 근거 사용의 촉진 및 장애 요인을 조사하기 위하여 수행되었다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 보건정책결정에서의 연구근거 활용에 대한 관점과 인식을 조사하고,
- 2010년 이후 현재까지 수행했던 연구과제 중 보건정책의 의사결정과 관련성이 가장 높았던 특정과제 1개를 중심으로 근거의 유형과 연구비 지원기관, 정책담당자 및 일반 대중과의 상호작용 방법, 연구결과 확산방법 그리고 보건정책 의사결정에서의 활용 정도를 기술하며,
- 보건정책 의사결정에서 근거활용에 영향을 미치는 국내 현실 상황(맥락), 분야별 보건정책 의사결정에서의 연구근거 활용의 중요성 및 실행가능성에 대한 인식을 조사하고,
- 근거중심 보건정책 의사결정을 위한 연구근거 사용의 장애요인과 촉진 요인을 조사하였으며,

- 2007년도 이후 최근까지 사회적 관심이 높다고 생각되는 보건정책사례 6개를 선정하여 해당 정책사례에서의 연구근거의 활용 및 영향에 대한 인식을 조사하였다.

2. 조사 및 분석방법

가. 연구대상자

연구근거를 정부에 제공하는 연구자 그룹을 양적조사 대상으로 삼았다. 자세히는 근거중심 보건정책(보건의료정책, 공공보건정책, 건강보건정책을 포함)을 지원하기 위한 연구기관 소속 연구원과, 연구근거를 생산·지원하는 보건의료관련 학회인 한국보건경제정책학회, 국내 보건대학원 및 보건관련학과, 예방의학 교수와 약학대학, 간호대학의 교수 중 보건학 전공자를 대상으로 하였다.

연구 대상자 정보는 해당 연구원, 학회, 학교에서 공식적으로 제공하고 있는 연구자 정보를 기준으로 수집하였다.

대상자의 정보를 획득한 방법은 1) 각 해당기관의 조직도 및 각 대학의 교수소개란을 검색하여 이메일 혹은 전화번호 확보, 2) 학회 회원인 경우 학회에 연구수행 협조를 공식적으로 요청(공문발송)하여 회원 이메일 주소를 확보, 3) 국내외 저널에 관련 보건정책 및 보건의료서비스 관련 문헌을 출판한 교신저자에 관한 정보(이메일 주소 포함)를 수집하였다. ovidMedline에서 우리나라 연구자가 출판한 연구를 검색하기 위하여 검색어 (exp Health Policy/ AND (korea\$.in. OR korea\$.cp. OR korea\$.mp. OR exp "Republic of Korea"/)를 활용하였으며, Koreamed, Kmbase, KISS database (검색어 Koreamed: Policy[TI], Kmbase:정책, KISS database: 보건정책)에서 국내 출판 논문을 검색하

였다. 기관 간 소속 연구원 및 교수진이 중복되거나, 논문출판자와 교수 혹은 연구원이 중복되는 경우에는 하나의 소속만을 명시하여 중복되는 것이 없도록 하였다. 이와 같은 방법으로 총 1,170명을 이 연구의 대상으로 선정하였다.

이 연구의 경우 대상자 선정기준에 적합한 대상자 전수를 대상으로 하기 때문에 대상자수 계산을 위한 표본 산출식을 적용할 필요가 없었다.

나. 설문 도구

기존에 출판된 연구 근거의 보건정책결정 사용에 관한 연구(Lavis. et.al., 2008; Jacob.et.al., 2012; Campbell.et.al., 2009; Nelson.et.al., 2009; El-Jardali.et.al., 2012)에서 사용된 설문도구를 토대로 하여 연구의 목적에 맞게 수정·보완한 반구조적 설문도구를 사용하였다. 설문은 총 25개의 폐쇄형 질문으로 설문 문항은 근거중심 보건정책에 대한 일반적인 인식, 근거의 유형과 상호작용, 확산 및 정책적 의사결정에서의 활용, 근거중심보건정책 장애요인 및 발전방안에 대한 의견, 보건정책 6개 사례에서 사례 2개 이상을 선택하여 보건정책에서의 연구근거의 활용과 영향에 대한 의견, 일반적 특성으로 구성하였다. 연구자의 관점과 인식을 조사하기 위한 문항에 대하여, ‘매우 동의한다’, ‘동의한다’, ‘동의하지 않는다’, ‘매우 동의하지 않는다’, ‘잘 모른다’의 4점 리커트 척도를 사용하였다.

설문도구의 내용 타당도는 근거중심의학 방법론전문가 5명으로 구성된 패널로 평가하였으며, 안면 타당도는 보건정책의사결정에서의 연구근거활용 관점, 인식도 및 경험을 타당하게 측정하는 것으로 보이는지를 조사하기 위하여 7명의 대상자에게 사전 조사하여 평가하였다.

다. 자료 수집

설문조사는 2012년 9월 25일 ~ 10월 27일까지 약 4주간 서베이몽키 소프트웨어를 이용하여 온라인으로 수행하였다. 개인정보 보호를 위하여 응답자의 이름이나 개인적인 정보는 서버에서 삭제하였다.

설문대상자에게 설문요청 이메일을 보냈으며, 무응답자에게는 첫 번째 설문요청 메일 발송 일주일 후에 설문응답 요청 메일과 전화를 이용하여 설문에 참여할 것을 독려하였다. 그 이후 설문 종료일까지 총 4회의 메일과 총 2회의 전화를 통하여 설문응답을 요청하였다. 본 연구는 국가생명윤리정책연구원 공공기관생명윤리위원회의 승인을 득한 후 자료수집을 수행하였다 (IRB No. PIRB12-030-01).

라. 자료 분석

기술적인 통계분석은 인구사회학적인 특성을 포함하여 모든 폐쇄형 질문에서 수행되었다. 근거중심보건정책에 대한 분야별 중요성과 실행가능성을 조사하기 위하여, 설문대상자에게 ‘0’(매우 중요하지 않음 혹은 실행가능성이 매우 낮음)에서 ‘10’(매우 중요함 혹은 실행가능성이 매우 높음)까지의 척도로 모두 응답하도록 하였다. 각 연구 분야별 중요성 점수와 이에 해당하는 실행가능성 점수 간의 평균차이와 표준편차를 계산하였다. 자료는 Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 20.0을 이용하여 분석하였다.

3. 연구결과

가. 표본

전체 1,170명을 대상으로 하여 잘못된 이메일을 가진 대상자 21명을 제외한 1,149명에게 설문요청 메일을 발송하였다. 설문 완료에 대해 요청을 받은 전체 1,136명의 대상자 중에서 414명이 설문에 응답하여 응답률은 36.4%이었다. 응답자 414명 중 독립적인 연구자로 보기 어려운 석사 과정생이나 학부 학생인 경우($n=16$ 명)와 정책담당자 1명을 제외한 397명이 최종 분석에 포함되었다. 설문대상자는 30대가 25.4%로 가장 많았고, 최종 학력은 박사 취득자가 44.6%로 가장 많았다. 응답자의 소속은 대학, 대학내 연구소, 대학병원의 전문가집단이 36.5%, 정부 산하 집행 및 연구기관이 24.7% 였으며, 경력은 5년 미만이 32.0%로 가장 많았다(표 5-1 참조).

나. 근거중심 보건정책에 대한 일반적 인식

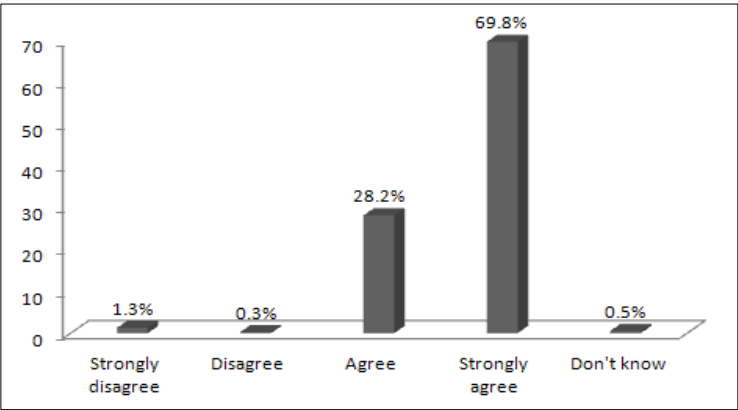
근거중심 보건정책에 대한 일반적인 인식을 조사하기 위하여, 근거중심 보건정책을 “가용한 최선의 근거를 정책개발과 실행에 투입하여 충분한 정보를 제공받은 상태에서 의사결정이 이루어지도록 보장하는 것”이라고 정의하였다. 이러한 정의 하에 보건정책의 의사결정과정에서 근거 활용이 필요하다는 점에 대한 동의 정도를 질문한 결과, 매우 동의한 연구자는 69.8%, 동의한 연구자는 28.2%로, 전체 98%가 보건정책과정에서 근거활용이 필요하다고 응답하였다(그림 5-1 참조).

〈표 5-1〉 설문 응답자의 일반적 특성

구분		응답(%)
연령	30세 미만	17(4.3)
	30세 이상 ~ 40세 미만	101(25.4)
	40세 이상 ~ 50세 미만	94(23.7)
	50세 이상 ~ 60세 미만	49(12.3)
	60세 이상	7(1.8)
	결측값	129(32.5)
성별	남	151(38.0)
	여	117(29.5)
	결측값	129(32.5)
최종학위	석사학위 취득	49(12.3)
	박사수료	42(10.6)
	박사학위 취득	177(44.6)
	결측값	129(32.5)
근무기관 유형	대학소속 연구기관	145(36.5)
	정부산하 행정기관	21(5.3)
	정부산하 연구기관	77(19.4)
	산업/민간연구기관	25(6.3)
	결측값	129(32.5)
근무기간	5년 미만	127(32.0)
	5년 이상 ~ 10년 미만	57(14.4)
	10년 이상	83(20.9)
	결측값	130(32.7)

주: N=397

〔그림 5-1〕 보건정책과정에서의 근거 활용 필요성 인식



정책과정에 근거활용이 미치는 긍정적인 영향에 대한 설문 결과, 대상자의 97.3%가 의사결정과정의 투명성을 높인다는 문항에 동의하거나 매우 동의한다고 응답하였다. 의사결정의 책임성을 높인다는 문항에 동의하는 경우가 38.5%, 매우 동의하는 경우가 53.9%이었다. 국민의 참여를 높인다는 문항의 경우 동의한다 50.9%, 매우 동의한다 22.9%인 반면, 동의하지 않는다는에 대한 응답도 20.2%로 낮지 않았다. 정책 내용의 임상적 효과성 및 비용효과성에 대한 고려를 높일 수 있다는 질문에서 전체의 73.8%, 사회적 가치 판단에 대한 고려를 높일 수 있다는 질문에서 87.6%, 이해관계의 조정가능성에 대한 효과에서 87.2%, 정책 실행 가능성에서 86.2%에 해당하는 응답자가 동의하거나 매우 동의하고 있었다(표 5-2 참조).

〈표 5-2〉 보건정책 의사결정의 근거 활용 인식

보건정책 의사결정에 근거 활용의 긍정적 영향	의견	응답(%)
의사결정과정의 투명성을 높인다.	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	3(0.8) 7(1.8) 134(33.8) 252(63.5) 1(0.3)
의사결정과정의 책임성을 높인다.	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	2(0.5) 22(5.5) 153(38.5) 214(53.9) 6(1.5)
의사결정과정의 국민의 참여를 높인다.	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	5(1.3) 80(20.2) 202(50.9) 91(22.9) 19(4.8)

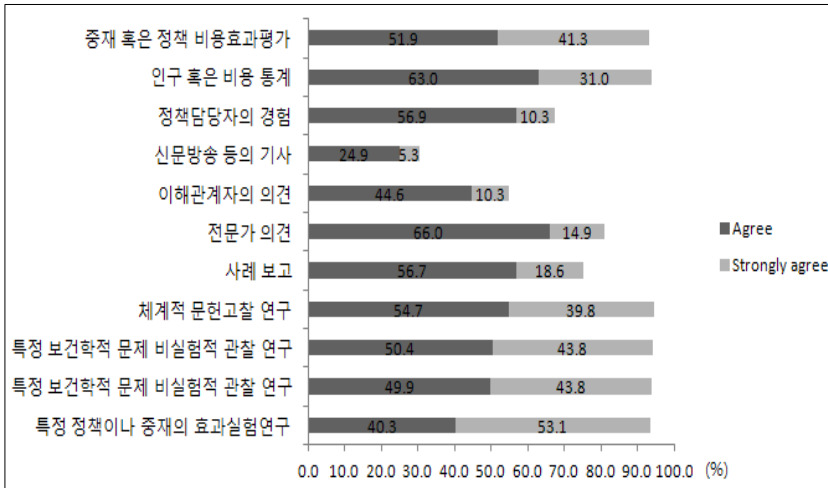
보건정책 의사결정에 근거 활용의 긍정적 영향	의견	응답(%)
정책내용의 임상적 효과성 및 비용효과성에 대한 고려를 높인다.	동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	16(4.0) 147(37.0) 232(58.4) 2(0.5)
정책 내용의 사회적 가치 판단에 대한 고려를 높인다.	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	4(1.0) 33(8.3) 178(44.8) 170(42.8) 12(3.0)
이해관계의 조정가능성을 높인다.	동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	42(10.6) 181(45.6) 165(41.6) 9(2.3)
정책의 실행가능성을 높인다.	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	2(0.5) 37(9.3) 197(49.6) 148(37.3) 13(3.3)

매우 동의하는 정도가 가장 높았던 근거 유형은 특정 정책이나 중재의 효과실험연구(무작위대조군 임상연구, 준무작위대조군 임상연구)(53.1%)였으며, 그 다음 특정 정책이나 중재의 비실험적 관찰 연구(코호트, 환자-대조군 연구)와 특정 보건학적 문제(크기, 위험요인 등)에 대한 비실험적 관찰 연구가 각각 43.8%의 높은 순위를 보였다.

한편 보건정책 의사결정에서 근거 유형에 동의하지 않거나 매우 동의하지 않는 경우를 병합한 결과, 신문방송 등의 기사(68.3%)가 가장 높았고, 그 다음 이해관계자의 의견(43.3%), 정책담당자의 경험(30.7%), 사례보고(23.7%) 순이었다. 가장 낮은 것은 특정 보건학적 문제에 대한 비실험적 관찰연구 (4.5%)와 체계적 문헌고찰 연구(4.5%)이었다(그림

5-2, 표 5-3 참조).

[그림 5-2] 보건정책 의사결정에서의 근거 유형에 대한 동의 정도



〈표 5-3〉 보건정책 의사결정에서의 근거 유형 동의 정도

보건정책 의사결정에서의 근거 유형	의견	응답(%)
특정 정책이나 중재의 효과실험연구	매우 동의하지 않는다	3(0.8)
	동의하지 않는다	19(4.8)
	동의한다	160(40.3)
	매우 동의한다	211(53.1)
	잘 모르겠다	4(1.0)
특정 정책이나 중재의 비실험적 관찰 연구	매우 동의하지 않는다	2(0.5)
	동의하지 않는다	18(4.5)
	동의한다	198(49.9)
	매우 동의한다	174(43.8)
	잘 모르겠다	5(1.3)
특정 보건학적 문제 비실험적 관찰 연구	매우 동의하지 않는다	2(0.5)
	동의하지 않는다	16(4.0)
	동의한다	200(50.4)
	매우 동의한다	174(43.8)
	잘 모르겠다	5(1.3)

보건정책 의사결정에서의 근거 유형	의견	응답(%)
체계적 문헌고찰 연구	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	3(0.8) 15(3.8) 217(54.7) 158(39.8) 4(1.0)
사례 보고	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	4(1.0) 90(22.7) 225(56.7) 74(18.6) 4(1.0)
전문가 의견	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	5(1.3) 67(16.9) 262(66.0) 59(14.9) 4(1.0)
이해관계자의 의견	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	27(6.8) 145(36.5) 177(44.6) 41(10.3) 7(1.8)
신문방송 등의 기사	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	39(9.8) 232(58.4) 99(24.9) 21(5.3) 6(1.5)
정책담당자의 경험	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	6(1.5) 116(29.2) 226(56.9) 41(10.3) 8(2.0)
인구 혹은 비용 통계	동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	20(5.0) 250(63.0) 123(31.0) 4(1.0)
중재 혹은 정책 비용효과평가	매우 동의하지 않는다 동의하지 않는다 동의한다 매우 동의한다 잘 모르겠다	2(0.5) 23(5.8) 206(51.9) 164(41.3) 2(0.5)

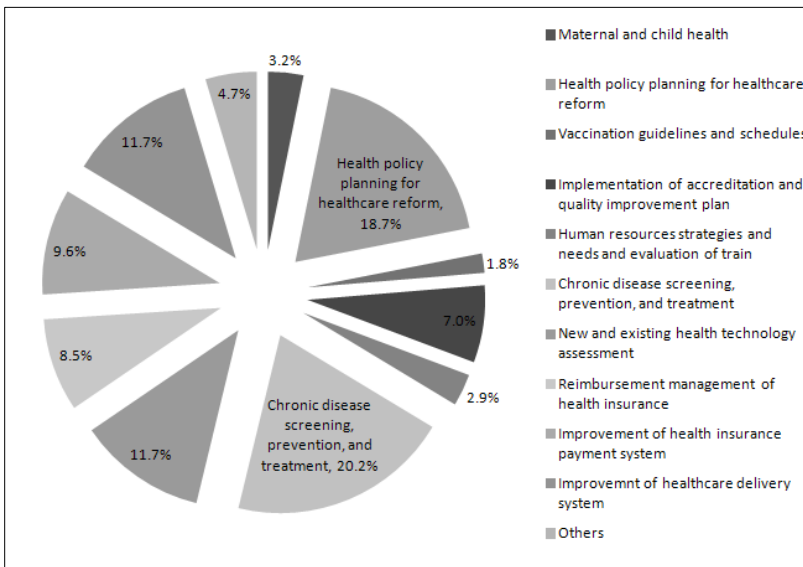
다. 보건정책의사결정과 관련성이 가장 높은 특정 과제 1개에 대한 근거의 유형, 상호작용, 확산 및 정책적 의사결정에의 활용

2010년 이후 현재까지 연구책임자 혹은 공동연구원으로 수행했던 연구과제 중에서 보건정책의사결정과 관련성이 높다고 생각하는 과제 1개를 스스로 선정한 후 선정된 특정 연구과제를 기준으로 다음 7개 질문을 응답하도록 안내하였다.

1) 가장 활발하게 활동하고 있는 주요 연구 분야

응답자의 주요 연구 분야는 만성질환 검진, 예방 및 관리가 20.2%로 가장 많았고, 보건의료 개혁에 대한 정책 기획이 18.7%이었으며, 그 다음 신의료기술 및 기존 의료기술의 평가와 의료서비스전달체계 개선이 11.7%의 응답을 보였다(그림 5-3 참조).

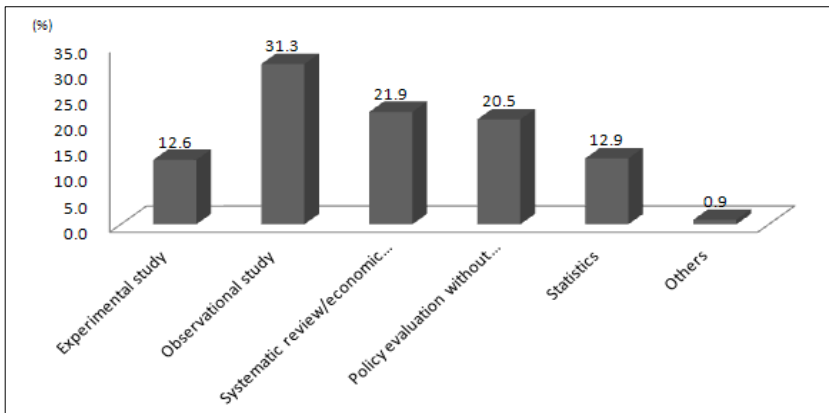
[그림 5-3] 응답자 연구 분야



2) 연구과제의 연구유형

보건정책 의사결정에 가장 관련성이 높다고 생각한 연구유형으로는 특정 보건학적 문제에 대한 비실험적 관찰연구, 행정자료 활용 연구, 비용추계 연구와 같은 관찰연구(31.3%)가 가장 높았고, 그 다음 체계적 문헌고찰연구 및 경제성 연구(21.9%), 실증연구 없는 정책평가연구(20.5%) 순이었다. 한편, 특정 정책이나 중재 효과에 대한 실험연구가 12.6%로 가장 낮았다. 기타는 한국의료글로벌화, 관련법령제도 검토 및 법적 검토 등이었다(그림 5-4 참조).

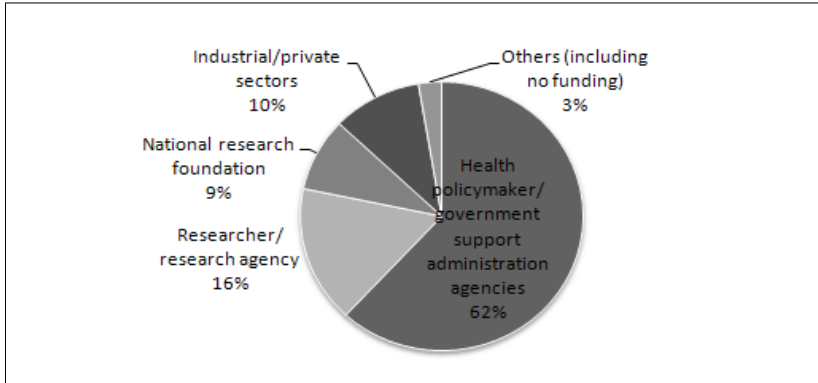
[그림 5-4] 연구과제의 유형



3) 연구과제의 연구비 재원

연구과제의 연구비 재원은 정책담당자 혹은 정부 산하 집행기관이 62%로 과반수 이상을 차지하였고, 그 다음으로 연구자 혹은 연구기관으로부터 지원받는 것이 16%를 차지하였다. 이해당사자(단체 혹은 기구)로부터는 10%의 응답자가 연구비를 지원받았다(그림 5-5 참조).

[그림 5-5] 연구과제의 연구비 자원



4) 연구과제의 진행과정에서의 정책담당자와 일반 대중과의 상호작용

연구수행과정에서 정책 담당자와의 상호작용은 응답자의 28.9%가 결과 보고서 초안 검토자로 참여하고 있었으며, 연구 참여자로 참여하는 것은 전체의 22.5%였다. 그러나 21.6%, 즉 1/5에 해당하는 응답자가 정책담당자를 연구수행과정에 관여시키지 않았다.

이와 달리, 일반 대중과의 상호작용은 응답자의 45.9%에서 일반 대중을 연구 수행과정에 참여시키지 않고 있었고, 그 다음 35.7%의 응답자가 관점/선호도 조사 대상으로 관여시키고 있었다.

5) 연구과제 결과 확산 방법

특정 연구과제 결과 확산은 연구비 지원기관에 보고서로 제출하는 것이 64.8%였고, 학술대회에서 발표한 것이 40.5%였으며, 정책담당자 혹은 이해관계자에게 논문과 보고서를 제공한 것이 전체 응답자의 36.4%를 차지했다.

이와 달리, 정책담당자 혹은 이해관계자에게 policy brief를 제공하는

것은 9.7%로 매우 낮았으며, 연구결과를 정책담당자 혹은 이해관계자에게 웹(이메일, 뉴스레터, 메일링리스트)을 통하여 제공하는 경우가 7.3%로 가장 낮았다(표 5-4 참조).

〈표 5-4〉 연구과제 결과확산 방법

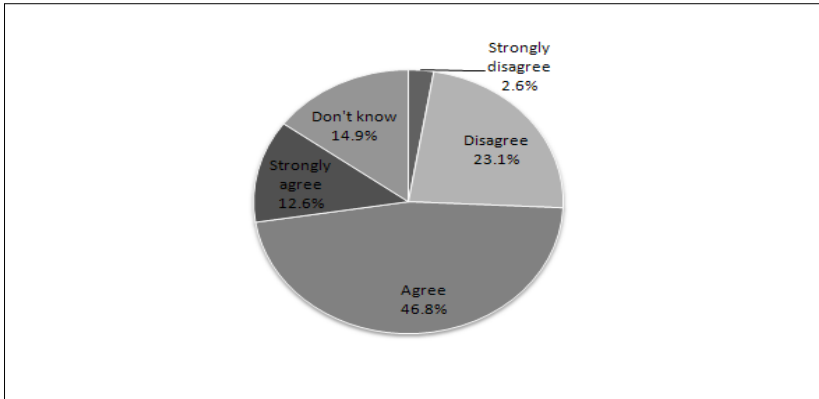
연구 결과 확산 방법	응답(%)
동료심사 저널에 출판	91(26.7)
연구비 지원기관에 보고서로 제출	221(64.8)
정책담당자 혹은 이해관계자에게 논문과 보고서를 제공	124(36.4)
학술대회에서 발표	138(40.5)
구체적으로 가능한 실행전략을 구체화시킨 권고사항 제공	84(24.6)
연구결과를 웹을 통해 제공	25(7.3)
정책담당자 혹은 이해관계자에게 policy brief 제공	33(9.7)
기타 (확산 안함 혹은 현재 진행 중임)	3(0.9)

주: N=341

6) 연구과제의 결과가 보건정책 의사결정에서 활용이 잘된 정도

2010년 이후 현재까지 보건정책 의사결정과 관련성이 가장 높다고 생각하는 과제의 활용 정도에서, 59.4%의 과반수 응답자가 매우 잘 되었거나 잘 되었다고 응답하였다. 그러나 1/4 (25.6%)의 응답자는 보건정책 의사결정에서의 연구과제의 결과 활용이 안 되거나 매우 안 되었다고 응답하였다(그림 5-6 참조).

[그림 5-6] 특정 연구과제 결과가 보건정책 의사결정에서 활용이 잘된 정도



라. 근거중심보건정책 장애요인 및 발전방안에 대한 의견

대학 소속 연구자와 정부 산하기관 소속 연구자, 민간기관 소속 연구자를 구분하여 살펴보면, 대학 소속 연구자의 51%, 민간기관 소속 연구자의 52.5%에서 정책담당자가 연구근거의 가치를 존중하지 않는다고 응답한 반면, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 33.7%로 상대적으로 낮았다. 대학소속 연구자의 53.8%와 민간기관 소속 연구자의 56.0%가 이해관계자들이 연구근거 가치를 존중하지 않는다고 응답하였고, 정부 산하기관 소속 연구자 경우 35.7%로 상대적으로 낮았다. ‘우리나라의 정책결정과정에서의 연구근거 활용에 대한 전반적인 문화가 익숙하지 않다’는 질문에서, 대학소속 연구자의 84.1%, 정부 산하기관 소속 연구자의 71.4%, 민간기관 소속 연구자의 86.0%에서 매우 동의하거나 동의하였다. 다른 정부부처와의 조정기능 부족으로 인해 연구근거 활용이 어렵다는 의견에서 정부 산하기관 소속 연구자의 76.6%가 동의하였고, 민간기관 소속 연구자의 96.0%가 매우 동의하거나 동의하였다(표 5-5 참조).

〈표 5-5〉 보건정책 의사결정에서의 근거활용에 영향을 미치는 국내 맥락에 대한 의견

국내 맥락	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
정책담당자는 연구근거의가치에 대해 별로 존중하지 않고 있다.	매우 동의하지 않는다	4(2.8)	7(7.1)	0(0.0)
	동의하지 않는다	50(34.5)	49(5.0)	9(36.0)
	동의한다	74(51.0)	33(33.7)	13(52.0)
	매우 동의한다	15(10.3)	7(7.1)	3(12.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	2(2.0)	0(0.0)
이해관계자들은 연구근거의 가치에 대해 별로 존중하지 않고 있다.	매우 동의하지 않는다	5(3.4)	4(4.1)	3(12.0)
	동의하지 않는다	42(29.0)	45(45.9)	5(2.0)
	동의한다	78(53.8)	35(35.7)	14(56.0)
	매우 동의한다	17(11.7)	10(10.2)	3(12.0)
	동의하지 않는다	3(2.1)	4(4.1)	0(0.0)
우리나라의 전반적 문화가 정책결정 과정에 연구근거의 활용이 익숙하지 않다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	21(14.5)	26(26.5)	1(4.0)
	동의한다	85(58.6)	56(57.1)	19(76.0)
	매우 동의한다	37(25.5)	14(14.3)	5(2.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	1(1.0)	0(0.0)
다른 정부/부처와의 관계에서 조정기능 부족이 보건정책 의사결정에서 연구근거의 활용에 장애로 작용한다 (예 보건복지부와 기획재정부).	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	3(3.1)	0(0.0)
	동의하지 않는다	24(16.6)	15(15.3)	1(4.0)
	동의한다	72(49.7)	52(53.1)	13(52.0)
	매우 동의한다	44(30.3)	23(23.5)	11(44.0)
	잘 모르겠다	5(3.4)	5(5.1)	0(0.0)
정부와 의료서비스 제공자간의 조정기능 부족이 보건정책 의사결정에서 연구근거 활용에 장애로 작용한다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	2(2.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	17(11.7)	13(13.3)	2(8.0)
	동의한다	82(56.6)	57(58.2)	13(52.0)
	매우 동의한다	41(28.3)	22(22.4)	9(36.0)
	잘 모르겠다	5(3.4)	4(4.1)	1(4.0)

주: N=268

분야별 보건정책의 의사결정에서의 연구근거 활용이 중요하다고 생각 하는 정도와 실행 가능성이 높은 정도에 대한 질문에서, 연구근거의 활용이 중요한 분야는 신약, 치료재료, 신의료기술 도입이 8.2점으로 중요도가 가장 높았고, 그 다음 만성 질환 검진, 예방 및 관리 분야가 7.9점

으로 높았다. 연구근거의 활용이 실행가능한 분야는 예방접종의 지침 및 일정 분야가 7.6점으로 가장 실행가능성이 높다고 응답하였고, 그 다음 신약, 치료재료, 신의료기술 도입 분야가 6.9점으로 높았다.

중요성과 실행가능성 간의 간극은 의료서비스 전달체계 개선 (평균의 차이 2.1), 보건의료개혁에 대한 정책 기획, 건강보험의 급여관리 (평균의 차이 1.9)의 순으로 근거활용의 중요성과 실행가능성간의 간극이 크게 나타났다. 한편, 예방접종의 지침 및 일정(평균의 차이 0.2), 모성보건 (평균의 차이 0.4) 분야는 간극의 차이가 가장 낮게 보고되었다(표 5-6 참조).

정부 산하기관 소속 연구자의 경우 다른 소속 연구자에 비해 모성보건 분야의 근거활용의 중요성과 실행가능성간의 간극이 0.2 (SD 1.7)이었으며, 보건의료 질 향상 및 의료기관 인증전략기획 및 실행분야의 경우에서도 다른 소속 연구자에 비해 상대적으로 낮은 0.8 (SD 1.6)이었다. 이는 신약, 치료재료, 신의료기술 도입 분야에서도 유사하게 정부 산하기관 소속 연구자에서 간극이 0.9 (SD 1.8)로 낮게 보고되었다(표 5-7 참조).

보건정책결정을 지원하는 연구근거의 생산이 부족하다는 질문에 전 집단의 90% 이상이 동의하거나 매우 동의하였다. 연구인력 및 연구기간의 부족에 대한 질문에서는 정부 산하기관 소속 연구자의 93.9%에서 동의하거나 매우 동의하여, 대학 소속 연구자 93.1%, 민간기관 소속 연구자 88.0%보다 약간 높았다. 연구결과의 전파/ 확산의 문제로 정책담당자가 연구결과에 접근하기 어렵다는 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 대학 소속 연구자의 65.5%에서 동의하거나 매우 동의하여 정부 산하기관 소속연구자(60.2%)와 민간 기관 소속 연구자(56.0%) 보다 상대적으로 높았다.

〈표 5-6〉 분야별 연구근거 활용의 중요성, 실행가능성, 간극 (1)

분야		Mean±SD	
1) 모성보건	Importance	7.1	2.2
	Feasibility	6.7	2.1
	Gap	0.4	1.9
2) 보건의료개혁에 대한 정책 기획	Importance	7.4	2.2
	Feasibility	5.5	2.1
	Gap	1.9	2.5
3) 예방접종의 지침 및 일정	Importance	7.8	2.1
	Feasibility	7.6	2.1
	Gap	0.2	2.0
4) 보건의료 질 향상 및 의료기관 인증전략기획 및 실행	Importance	7.2	1.9
	Feasibility	6.2	2.0
	Gap	1.0	2.0
5) 보건의료 인력수급 관리 및 교육프로그램의 평가	Importance	7.0	2.2
	Feasibility	5.7	2.1
	Gap	1.3	2.2
6) 만성 질환 검진, 예방 및 관리	Importance	7.9	1.8
	Feasibility	6.8	1.9
	Gap	1.1	1.9
7) 신약, 치료재료, 신의료기술 도입	Importance	8.2	1.9
	Feasibility	6.9	2.3
	Gap	1.3	2.2
8) 건강보험의 급여관리	Importance	7.6	1.9
	Feasibility	6.0	2.1
	Gap	1.6	2.2
9) 건강보험 지불제도 개선	Importance	7.2	2.2
	Feasibility	5.3	2.1
	Gap	1.9	2.6
10) 의료서비스 전달체계 개선	Importance	7.2	2.1
	Feasibility	5.1	2.1
	Gap	2.1	2.6

주: 리커트 척도 0 - 10점으로 숫자가 클수록 중요성과 실행가능성이 더 높음을 의미함. N=268

〈표 5-7〉 분야별 연구근거 활용의 중요성, 실행가능성, 간극 (2)

분야	기관	Importance		Feasibility		Gap	
		mean	± SD	mean	± SD	mean	± SD
1) 모성보건	대학소속 연구자	7.5	1.9	6.9	2.0	0.6	1.9
	정부산하기관 소속 연구자	6.8	2.4	6.6	2.3	0.2	1.7
	산업/민간기관 소속 연구자	6.6	2.6	6.3	2.1	0.3	2.3
2) 보건의료 개혁에 대한 정책기획	대학소속 연구자	7.6	2.0	5.6	1.9	2.0	2.2
	정부산하기관 소속 연구자	7.3	2.4	5.5	2.2	1.8	2.5
	산업/민간기관 소속 연구자	7.2	2.2	5.5	2.6	1.7	3.2
3) 예방접종의 지침 및 일정	대학소속 연구자	8.2	1.8	7.8	2.0	0.5	2.2
	정부산하기관 소속 연구자	7.5	2.4	7.5	2.3	0.0	1.6
	산업/민간기관 소속 연구자	7.1	2.2	8.0	1.3	-0.9	2.0
4) 보건의료 질 향상 및 의료기관 인증 전략기획 및 실행	대학소속 연구자	7.4	1.8	6.2	1.9	1.1	2.1
	정부산하기관 소속 연구자	7.0	2.1	6.2	2.2	0.8	1.6
	산업/민간기관 소속 연구자	6.8	2.0	5.6	2.1	1.2	2.3
5) 보건의료 인력수급 관리 및 교육 프로그램의 평가	대학소속 연구자	7.2	2.1	5.9	1.9	1.3	2.1
	정부산하기관 소속 연구자	6.7	2.3	5.7	2.3	1.0	2.1
	산업/민간기관 소속 연구자	7.0	2.2	5.0	2.5	2.0	2.9
6) 만성 질환 검진, 예방 및 관리	대학소속 연구자	8.2	1.6	7.0	1.7	1.1	1.9
	정부산하기관 소속 연구자	7.7	1.9	6.7	2.0	1.0	1.6
	산업/민간기관 소속 연구자	7.9	1.7	6.5	2.3	1.4	2.6
7) 신약, 치료제료, 신의료기술 도입	대학소속 연구자	8.4	1.8	7.0	2.3	1.4	2.2
	정부산하기관 소속 연구자	8.1	2.2	7.2	2.3	0.9	1.8
	산업/민간기관 소속 연구자	7.5	1.9	5.8	2.5	1.7	3.0
8) 건강보험의 급여 관리	대학소속 연구자	7.6	2.0	6.0	2.0	1.6	2.0
	정부산하기관 소속 연구자	7.7	1.7	6.2	2.0	1.5	2.2
	산업/민간기관 소속 연구자	7.2	2.0	5.4	2.0	1.8	2.9
9) 건강보험 지불제도 개선	대학소속 연구자	7.2	2.3	5.4	2.0	1.8	2.5
	정부산하기관 소속 연구자	7.3	1.9	5.4	2.2	1.8	2.5
	산업/민간기관 소속 연구자	6.6	2.8	4.7	1.9	1.9	2.8
10) 의뢰서비스 전달체계 개선	대학소속 연구자	7.2	2.1	5.3	2.0	1.9	2.6
	정부산하기관 소속 연구자	7.0	2.1	5.0	2.3	2.0	2.5
	산업/민간기관 소속 연구자	7.6	2.1	4.9	1.8	2.7	2.8

보건정책 담당자의 근거중심 보건정책결정에 대한 이해가 부족하다는 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자의 35.7%가 동의하지 않은 반면, 대학 소속 연구자는 19.3%가 동의하지 않았다. 이해관계자의 보건정책 근거기반 의사결정에 대한 이해에서는, 정부 산하기관 소속 연구자의 29.6%가 동의하지 않고 있었다. 연구자와 정책담당자/이해관계자간의 정책담화의 기회, 네트워크형성, 협력 등이 불충분하다는 의견에서 민간 기관 소속 연구자의 92.0%가 동의하거나 매우 동의한 반면, 정부 산하 소속 연구자의 85.7%에서 동의하거나 매우 동의하였다.

한편, 연구자의 소속별 연구근거 활용의 장애요인에 대해 매우 동의한다고 가장 많이 응답한 내용을 살펴보면, 대학 소속 연구자의 경우 연구 근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다 (44.8%), 보건정책결정을 지원하는 관련 연구 근거의 생산이 부족하다 (42.8%)는 의견이 가장 높은 동의를 보였으며, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 연구근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다 (43.9%), 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다 (39.8%)에 매우 동의하고 하였다. 민간기관 소속 연구자의 경우 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다 (56.0%), 우리나라의 보건정책 의사결정과정 자체가 투명하고 명시적이지 않기 때문이다 (56.0%)에 가장 높은 응답율을 보였다.

보건정책 의사결정에서의 연구근거 활용에 장애가 되는 요인에 대한 설문에서, 응답자의 71.6%가 보건정책결정을 지원하는 관련 연구 근거의 생산이 부족하다고 하였고, 그 다음으로 연구근거를 생산할 연구인력 및 연구기간의 부족(71.4%), 보건정책에서 연구근거 활용이 재정영향과 같은 실무적인 제약에 의해 방해받는다 (71.1%)고 응답하였다. 또한, 보건정책 담당자의 근거중심 보건정책결정에 대한 이해가 부족하기 때문인

것도 56.2%로 과반수를 넘었다. 이와 달리 연구결과의 전파/확산의 문제로 정책담당자가 연구결과에 접근하기 어렵기 때문에 연구근거 활용이 어렵다고 응답한 경우는 48.5%로 가장 낮게 보고되었다(표 5-8 참조).

〈표 5-8〉 보건정책 의사결정에서의 연구근거 활용 장애요인

장애요인	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
보건정책결정을 지원하는 관련 연구 근거의 생산이 부족하다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	0(0.0)	1(4.0)
	동의하지 않는다	10(6.9)	7(7.1)	1(4.0)
	동의한다	73(50.3)	57(58.2)	13(52.0)
	매우 동의한다	62(42.8)	34(34.7)	10(4.0)
연구근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다.	동의하지 않는다	10(6.9)	6(6.1)	3(12.0)
	동의한다	70(48.3)	49(50.0)	15(60.0)
	매우 동의한다	65(44.8)	43(43.9)	7(28.0)
연구결과의 전파/확산의 문제로 인하여 정책담당자가 연구결과에 접근하기 어렵다.	매우 동의하지 않는다	2(1.4)	4(4.1)	1(4.0)
	동의하지 않는다	47(32.4)	35(35.7)	10(4.0)
	동의한다	71(49.0)	50(51.0)	9(36.0)
	매우 동의한다	24(16.6)	9(9.2)	5(2.0)
	잘 모르겠다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	5(5.1)	0(0.0)
	동의하지 않는다	13(9.0)	6(6.1)	2(8.0)
	동의한다	71(49.0)	46(46.9)	7(28.0)
	매우 동의한다	60(41.4)	39(39.8)	14(56.0)
	잘 모르겠다	1(0.7)	2(2.0)	2(8.0)
보건정책에서 연구근거활용은 재정영향과 같은 실무적인 제약에 의해 방해받는다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	1(1.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	8(5.5)	7(7.1)	2(8.0)
	동의한다	81(55.9)	61(62.2)	17(68.0)
	매우 동의한다	53(36.6)	27(27.6)	6(24.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	2(2.0)	0(0.0)
보건정책 담당자의 근거중심 보건정책결정에 대한 이해가 부족하다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	28(19.3)	35(35.7)	6(24.0)
	동의한다	79(54.5)	46(46.9)	10(4.0)
	매우 동의한다	35(24.1)	14(14.3)	8(32.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	3(3.1)	1(4.0)

장애요인	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
이해관계자의 보건정책의 근거기반 의사결정에 대한 이해가 부족하다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	20(13.8)	29(29.6)	5(2.0)
	동의한다	83(57.2)	52(53.1)	14(56.0)
	매우 동의한다	39(26.9)	15(15.3)	5(2.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	2(2.0)	1(4.0)
우리나라의 보건정책 의사결정과정 자체가 투명하고 명시적이지 않기 때문이다.	매우 동의하지 않는다	2(1.4)	2(2.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	14(9.7)	15(15.3)	1(4.0)
	동의한다	72(49.7)	53(54.1)	10(4.0)
	매우 동의한다	55(37.9)	24(24.5)	14(56.0)
	잘 모르겠다	2(1.4)	4(4.1)	0(0.0)
연구자와 정책담당자/이해관계자간의 정책담화의 기회, 네트워크형성, 협력 등이 불충분하기 때문이다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	14(9.7)	11(11.2)	2(8.0)
	동의한다	77(53.1)	64(65.3)	14(56.0)
	매우 동의한다	49(33.8)	20(20.4)	9(36.0)
	잘 모르겠다	4(2.8)	3(3.1)	0(0.0)

연구근거 사용을 향상시키기 위한 개선방안으로는 모든 문항에서 전 반적으로 80%이상의 응답자가 개선이 필요하다고 응답하였다.

매우 동의되었던 개선 방안 중 50% 이상의 응답률을 보인 내용은 ‘정책활용에 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다’, ‘충분한 연구수행 시간과 연구비 지원이 필요하다’, ‘정책 요약이나 정책 메시지를 생산하기 위한 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다’는 의견이었다. 동의되었던 개선 방안 중 60% 이상의 응답률을 보인 내용은 ‘연구자는 연구결과를 간결하고 이해하기 쉽게 요약해주어야 한다’, ‘Policy Brief (체계적 정책 요약)을 생산해야 한다’, ‘연구자와의 정책담당자와의 상호 작용 및 대화의 장이 더 많아야 한다’, ‘근거중심 보건정책 의사결정을 위한 교육 및 워크숍 참여를 통한 정책담당자의 연구근거에 대한 이해력 향상시켜야 한다’, ‘소비자/환자 혹은 국민이 정책적 의사결정에 참여

함으로써 보건정책에 대한 의사소통을 향상시켜야 한다’는 의견이었다.

한편, 연구자의 소속별로 매우 동의한 문항을 살펴보면, 대학 소속 연구자의 경우 더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다(64.8%), 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다(59.3%)로 가장 높았으며, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다(58.2%), 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다(58.2%)는 문항이었다. 민간기관 소속 연구자의 경우 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다(76.0%), 정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내 연구)가 접근 가능해야 한다(52.0%), 국내·외에서 발표된 최근 연구근거를 정기적으로 전달해주는 지식 중개 활동(knowledge brokering service) 혹은 연구결과에 대한 포괄적인 검색 데이터베이스 제공과 같은 연구 확산 활동이 필요하다(52.0%)고 응답하였다(표 5-9 참조, 그림 5-7 참조).

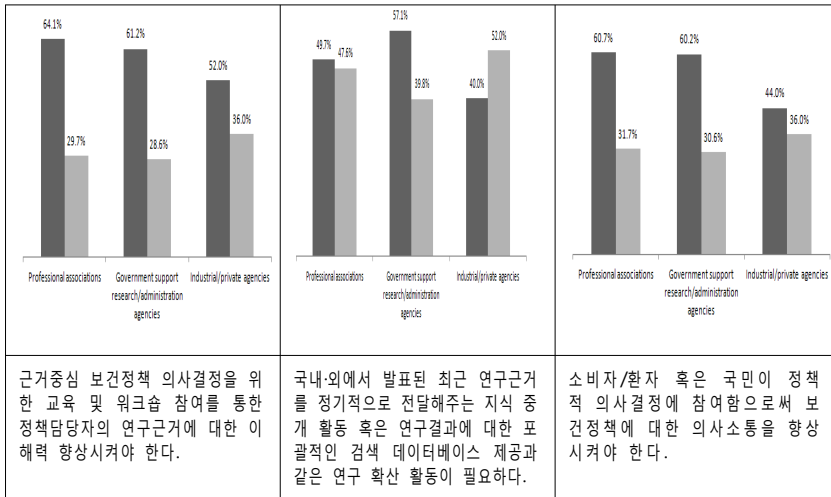
〈표 5-9〉 연구근거 사용 향상을 위한 개선방안

개선방안	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
연구자는 연구결과를 간결하고 이해하기 쉽게 요약해주어야 한다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	5(3.4)	6(6.1)	2(8.0)
	동의한다	92(63.4)	63(64.3)	12(48.0)
	매우 동의한다	47(32.4)	29(29.6)	11(44.0)
정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다.	동의한다	59(40.7)	40(40.8)	6(24.0)
	매우 동의한다	86(59.3)	57(58.2)	19(76.0)
	잘 모르겠다	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)
정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내 연구)가 접근 가능해야 한다.	동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	1(4.0)
	동의한다	66(45.5)	43(43.9)	11(44.0)
	매우 동의한다	78(53.8)	54(55.1)	13(52.0)
	잘 모르겠다	0(0.0)	1(1.0)	0(0.0)

개선방안	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업민간기관 소속 연구자 응답(%)
더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다.	동의하지 않는다	2(1.4)	4(4.1)	1(4.0)
	동의한다	49(33.8)	37(37.8)	14(56.0)
	매우 동의한다	94(64.8)	57(58.2)	9(36.0)
	잘 모르겠다	0(0.0)	0(0.0)	1(4.0)
체계적 문헌고찰을 생산하기 위해 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	8(5.5)	3(3.1)	3(12.0)
	동의한다	82(56.6)	51(52.0)	15(60.0)
	매우 동의한다	53(36.6)	44(44.9)	7(28.0)
정책 요약이나 정책 메시지를 생산하기 위한 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	2(1.4)	1(1.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	8(5.5)	3(3.1)	3(12.0)
	동의한다	85(58.6)	55(56.1)	13(52.0)
	매우 동의한다	50(34.5)	38(38.8)	9(36.0)
Policy Brief(체계적 정책 요약)을 생산해야 한다.	매우 동의하지 않는다	2(1.4)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	4(2.8)	5(5.1)	2(8.0)
	동의한다	89(61.4)	61(62.2)	14(56.0)
	매우 동의한다	45(31.0)	28(28.6)	9(36.0)
정책담당자와 이해관계자에게 연구근거에 대해 의사소통하는 방법에 대한 교육훈련이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	5(3.4)	4(4.1)	0(0.0)
	동의하지 않는다	9(6.2)	5(5.1)	2(8.0)
	동의한다	87(60.0)	58(59.2)	17(68.0)
	매우 동의한다	47(32.4)	33(33.7)	6(24.0)
연구자와의 정책담당자와의 상호작용 및 대화의 장이 더 많아야 한다.	동의하지 않는다	2(1.4)	2(2.0)	0(0.0)
	동의한다	5(3.4)	3(3.1)	1(4.0)
	매우 동의한다	91(62.8)	55(56.1)	13(52.0)
	잘 모르겠다	47(32.4)	38(38.8)	10(40.0)
근거중심 보건정책 의사결정을 위한 교육 및 워크숍 참여를 통한 정책담당자의 연구근거에 대한 이해력 향상시켜야 한다.	매우 동의하지 않는다	2(1.4)	2(2.0)	1(4.0)
	동의하지 않는다	8(5.5)	9(9.2)	3(12.0)
	동의한다	93(64.1)	60(61.2)	13(52.0)
	매우 동의한다	43(29.7)	28(28.6)	9(36.0)
국내 외에서 발표된 최근 연구근거를 정기적으로 전달해주는 지식 중개 활동 (knowledge brokering service) 혹은 연구결과에 대한 포괄적인 검색 데이터베이스 제공과 같은 연구 확산 활동이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(0.7)	1(1.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	0(0.0)	0(0.0)	1(4.0)
	동의한다	4(2.8)	3(3.1)	1(4.0)
	매우 동의한다	72(49.7)	56(57.1)	10(40.0)
소비자/환자 혹은 국민이 정책적 의사결정에 참여함으로써 보건정책에 대한 의사소통을 향상시켜야 한다.	매우 동의하지 않는다	69(47.6)	39(39.8)	13(52.0)
	동의하지 않는다	1(0.7)	0(0.0)	1(4.0)
	동의한다	10(6.9)	7(7.1)	3(12.0)
	매우 동의한다	88(60.7)	59(60.2)	11(44.0)
	매우 동의한다	46(31.7)	30(30.6)	9(36.0)
	잘 모르겠다	0(0.0)	2(2.0)	1(4.0)

[그림 5-7] 연구근거 사용을 향상시키기 위한 개선방안 동의정도

Bar chart showing agreement levels for the statement: '연구자는 연구결과를 간결하고 이해하기 쉽게 요약해주어야 한다.' (Researchers should summarize research results concisely and in an easy-to-understand manner). The chart compares three groups: Professional associations (63.4%), Government support research/administration agencies (64.3%), and Industrial/private agencies (48.0%). A second set of bars shows slightly lower agreement levels: 52.4%, 44.0%, and 44.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다.' (Research quality and credibility should be improved so that it can be used in policy). The chart compares three groups: Professional associations (40.7%), Government support research/administration agencies (40.8%), and Industrial/private agencies (79.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 59.3%, 58.2%, and 79.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내 연구)가 접근 가능해야 한다.' (Policy environment should be changed to allow researchers to get closer to research results (especially domestic research)). The chart compares three groups: Professional associations (45.5%), Government support research/administration agencies (43.9%), and Industrial/private agencies (44.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 53.8%, 55.1%, and 52.0% respectively.
Bar chart showing agreement levels for the statement: '더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다.' (More research time and budget support are needed). The chart compares three groups: Professional associations (33.8%), Government support research/administration agencies (37.8%), and Industrial/private agencies (56.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 64.8%, 58.2%, and 56.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '체계적 문헌고찰을 생산하기 위해 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.' (Systematic review and search are needed for policy-making). The chart compares three groups: Professional associations (56.6%), Government support research/administration agencies (52.0%), and Industrial/private agencies (60.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 36.6%, 44.9%, and 38.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '정책 요약이나 정책 메시지를 생산하기 위한 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.' (Policy summary or policy message is needed for policy-making). The chart compares three groups: Professional associations (58.6%), Government support research/administration agencies (56.1%), and Industrial/private agencies (52.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 34.5%, 38.8%, and 36.0% respectively.
Bar chart showing agreement levels for the statement: 'Policy Brief(체계적 정책 요약)를 생산해야 한다.' (Policy Brief (policy summary) should be produced). The chart compares three groups: Professional associations (61.4%), Government support research/administration agencies (62.2%), and Industrial/private agencies (56.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 31.0%, 28.6%, and 36.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '정책담당자와 이해관계자에게 연구근거에 대해 의사소통하는 방법에 대한 교육훈련이 필요하다.' (Policy stakeholders should be educated on research evidence). The chart compares three groups: Professional associations (60.0%), Government support research/administration agencies (59.2%), and Industrial/private agencies (68.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 32.4%, 33.7%, and 24.0% respectively.	Bar chart showing agreement levels for the statement: '연구자와의 정책담당자와의 상호작용 및 대화의 장이 더 많아야 한다.' (More interaction and dialogue between researchers and policy-makers is needed). The chart compares three groups: Professional associations (62.8%), Government support research/administration agencies (56.1%), and Industrial/private agencies (52.0%). A second set of bars shows slightly higher agreement levels: 32.4%, 38.8%, and 40.0% respectively.
Policy Brief(체계적 정책 요약)를 생산해야 한다.	정책담당자와 이해관계자에게 연구근거에 대해 의사소통하는 방법에 대한 교육훈련이 필요하다.	연구자와의 정책담당자와의 상호작용 및 대화의 장이 더 많아야 한다.



주: 매우 동의: ■, 동의: ■, N=268

마. 보건정책 사례연구에서 연구근거 활용에 대한 의견

우리나라 보건정책 환경에서의 연구근거 활용에 대한 의견을 조사하기 위하여 2007년부터 2012년 9월까지 사회적 관심이 높다고 생각되는 보건정책 사례 6개를 선정하였다. 사례 연구 정책은 1) 생애주기별 정신건강검진, 2) 무료 치매검진사업, 3) 기등재의약품 목록정비사업 (단, 2010년 7월 ‘모든 품목 약값 20% 일괄 인하’로의 정책 변경 전을 기준), 4) 의원급 만성질환관리제, 5) 글루코사민 의약품에 대한 건강보험 급여결정, 6) 내시경 점막하 박리절제술(ESD)에 대한 건강보험 급여결정이다. 이 중 응답자에게 사례 2개 이상을 선택하여 해당 정책 사례에서의 연구근거 활용과 영향에 대하여 물었다. 보건복지부 보도자료나 보건의료전문지를 참고하여 가능한 중립적으로 정책 목표와 정책 내용에 관한 간략한 설명을 함께 제시하였다.

개별 정책 사례에 대하여 1) 보건정책의 형성과정에서 연구근거의 사용이 필요했는지, 2) 연구근거는 잘 생산되었는지, 3) 연구근거가 해당

정책에 잘 반영되었는지, 4) 해당 정책의 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었는지, 5) 해당 정책의 의사결정과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤다고 판단하는지를 물었다.

6개 정책 사례 중 답변 가능한 사례 2개 이상을 선정하도록 하였기 때문에 각 사례별 응답자 수가 달랐다. 응답자 수는 의원급 만성질환관리제가 205명, 생애주기별 정신건강검진이 189명, 무료 치매 검진사업이 179명, 기동재 의약품 목록정비 사업이 166명, 글루코사민 의약품에 대한 건강보험 급여결정이 147명, 내시경 점막하 박리절제술에 대한 건강보험 급여결정이 126명이었다.

1) 생애주기별 정신건강검진

생애주기별 정신건강검진 정책에서 연구근거의 사용이 필요하다는 의견은 대학소속 연구자의 경우 매우 동의한다는 의견이 과반수 (54.4%)를 넘었고, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 동의한다는 의견이 55.7%를 차지하였다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 의견에서 매우 동의하거나 동의한다는 의견은 대학 소속 연구자가 32.1%, 정부 산하기관 소속 연구자가 32.9%, 민간기관 소속 연구자가 37.5%로 유사하게 나타났다. 의사결정과정이 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에 대학소속 연구자의 28.1%에서 동의하거나 매우 동의하여, 정부 산하기관 소속 연구자 42%, 민간기관 소속 연구자 33.4%보다 낮았다. 의사결정과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 영향을 미쳤는지에 대한 질문에서 매우 동의하거나 동의한 응답자는 대학 소속 연구자 56.3%, 정부 산하기관 소속 연구자 51.5%, 민간기관 소속 연구자 56.7%로 과반수를 넘었다(표 5-10 참조).

〈표 5-10〉 생애주기별 정신건강검진의 연구근거 활용 의견

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	8(7.8)	3(4.3)	1(6.3)
	동의한다	33(32.0)	39(55.7)	7(43.8)
	매우 동의한다	56(54.4)	22(31.4)	7(43.8)
	잘 모르겠다	5(4.9)	6(8.6)	1(6.3)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	10(9.7)	3(4.3)	1(6.3)
	동의하지 않는다	38(36.9)	25(35.7)	5(31.3)
	동의한다	29(28.2)	21(30.0)	6(37.5)
	매우 동의한다	4(3.9)	2(2.9)	0(0.0)
	잘 모르겠다	22(21.4)	19(27.1)	4(25.0)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	매우 동의하지 않는다	10(9.7)	3(4.3)	1(6.7)
	동의하지 않는다	41(39.8)	20(28.6)	6(40.0)
	동의한다	27(26.2)	23(32.9)	4(26.7)
	매우 동의한다	4(3.9)	4(5.7)	1(6.7)
	잘 모르겠다	21(20.4)	20(28.6)	3(20.0)
4) 해당 정책 의사결정 과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의하지 않는다	7(6.8)	1(1.4)	1(6.7)
	동의하지 않는다	37(35.9)	17(24.3)	5(33.3)
	동의한다	26(25.2)	23(32.9)	4(26.7)
	매우 동의한다	3(2.9)	5(7.1)	1(6.7)
	잘 모르겠다	30(29.1)	24(34.3)	4(26.7)
5) 해당 정책의 의사결정과정 에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	동의하지 않는다	13(12.6)	11(15.7)	0(0.0)
	동의한다	42(40.8)	30(42.9)	6(40.0)
	매우 동의한다	16(15.5)	6(8.6)	4(26.7)
	잘 모르겠다	32(31.1)	23(32.9)	5(33.3)

주: N=189

2) 무료 치매검진

무료 치매 검진사업의 경우, 해당 정책의 의사결정에 연구근거가 필요하다는 질문에 대학소속 연구자 89.7%, 정부 산하기관 연구자 90.9%, 민간기관 소속 연구자 93.8%가 매우 동의하거나 동의한다고 응답하였

다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자(16.7%)에 비해 대학소속 연구자(26.8%)가 더욱 동의하지 않고 있었다.

연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었는지와 정책 의사결정과정에서 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자가 정부 산하기관 소속 연구자에 비해 동의하지 않거나 매우 동의하지 않는다는 응답률이 약 10% 더 높았다. 해당 정책의 의사결정과정에 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤을 것이라는 의견에 동의하거나 매우 동의한다는 응답률은 대학 소속 연구자의 51.5%, 정부 산하기관 소속 연구자의 57.6%, 민간기관 소속 연구자의 68.8%로 과반수 이상이었다(표 5-11 참조).

〈표 5-11〉 무료 치매 검진사업에서의 연구근거 활용 의견

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	4(4.1)	1(1.5)	0(0.0)
	동의한다	42(43.3)	37(56.1)	11(68.8)
	매우 동의한다	45(46.4)	23(34.8)	4(25.0)
	잘 모르겠다	5(5.2)	5(7.6)	1(6.3)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	5(5.2)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	21(21.6)	11(16.7)	6(37.5)
	동의한다	38(39.2)	29(43.9)	7(43.8)
	매우 동의한다	13(13.4)	6(9.1)	1(6.3)
	잘 모르겠다	20(20.6)	20(30.3)	2(12.5)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	매우 동의하지 않는다	3(3.1)	1(1.5)	1(6.3)
	동의하지 않는다	24(25.0)	11(16.7)	5(31.3)
	동의한다	36(37.5)	25(37.9)	6(37.5)
	매우 동의한다	10(10.4)	7(10.6)	2(12.5)
	잘 모르겠다	23(24.0)	22(33.3)	2(12.5)
4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의하지 않는다	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	33(34.0)	8(12.1)	6(37.5)

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
	동의한다	34(35.1)	27(40.9)	6(37.5)
	매우 동의한다	2(2.1)	8(12.1)	1(6.3)
	잘 모르겠다	27(27.8)	23(34.8)	3(18.8)
5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	매우 동의하지 않는다	1(1.0)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	18(18.6)	8(12.1)	1(6.3)
	동의한다	37(38.1)	30(45.5)	11(68.8)
	매우 동의한다	13(13.4)	8(12.1)	0(0.0)
	잘 모르겠다	28(28.9)	20(30.3)	4(25.0)

주: N=179

3) 기등재 의약품 목록정비사업

기등재 의약품 목록정비 사업의 경우, 해당 정책의 의사결정에 연구근거가 필요하다는 질문에 매우 동의하거나 동의한다는 의견이 대학소속 연구자 88.9%, 정부 산하기관 연구자 93.9%, 민간기관 소속 연구자 89.5%로 높게 나타났다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자의 20.0%에 비해 대학소속 연구자의 34.1%, 민간기관 소속 연구자의 절반 이상(52.6%)이 동의하지 않았다.

연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자 (37.8%)와 정부 산하기관 소속 연구자(31.8%)에 비해 민간기관 소속 연구자의 동의하지 않거나 매우 동의하지 않는다는 응답률은 68.4%로 2배 이상 높았다. 해당 정책 의사결정과정이 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자의 46.3%, 정부 산하기관 소속 연구자의 34.8%, 민간기관 소속 연구자의 52.6%가 매우 동의하지 않거나 동의하지 않았다. 정부 산하기관 소속 연구자가 가장 낮은 응답률을 보였다.

해당 정책의 의사결정과정에 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤을 것이라는 의견에 동의하거나 매우 동의한다는 응답

률은 대학 소속 연구자의 58.5%, 정부 산하기관 소속 연구자의 71.2%, 민간기관 소속 연구자의 68.5%이었다. 정부 산하기관 소속 연구자의 경우, 연구근거는 잘 생산되었지만 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤다고 응답하였다.

그러나 해당 정책 사례의 경우, 2010년 7월 이전의 기등재 의약품 목록정비사업에 대한 설문을 요청하였으나 응답자의 일부에서는 2010년 7월 전후 구분 없이 평가했을 가능성이 있다(표 5-12 참조).

〈표 5-12〉 기등재약품 목록 정비사업의 연구근거 활용 의견

(2010년 7월 이전 정책)	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(1.2)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	4(4.9)	1(1.5)	2(10.5)
	동의한다	35(43.2)	29(43.9)	6(31.6)
	매우 동의한다	37(45.7)	33(50.0)	11(57.9)
	잘 모르겠다	4(4.9)	3(4.5)	0(0.0)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	5(6.1)	4(6.2)	1(5.3)
	동의하지 않는다	28(34.1)	13(20.0)	10(52.6)
	동의한다	30(36.6)	27(41.5)	7(36.8)
	매우 동의한다	4(4.9)	7(10.8)	1(5.3)
	잘 모르겠다	15(18.3)	14(21.5)	0(0.0)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	매우 동의하지 않는다	7(8.5)	6(9.1)	2(10.5)
	동의하지 않는다	24(29.3)	15(22.7)	11(57.9)
	동의한다	33(40.2)	23(34.8)	5(26.3)
	매우 동의한다	2(2.4)	4(6.1)	1(5.3)
	잘 모르겠다	16(19.5)	18(27.3)	0(0.0)
4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의하지 않는다	7(8.5)	8(12.1)	5(26.3)
	동의하지 않는다	31(37.8)	15(22.7)	5(26.3)
	동의한다	27(32.9)	23(34.8)	6(31.6)
	매우 동의한다	2(2.4)	2(3.0)	1(5.3)
	잘 모르겠다	15(18.3)	18(27.3)	2(10.5)
5) 해당 정책의	매우 동의하지 않는다	2(2.4)	0(0.0)	0(0.0)

(2010년 7월 이전 정책)	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
의사결정과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	동의하지 않는다	16(19.5)	3(4.5)	2(10.5)
	동의한다	33(40.2)	31(47.0)	4(21.1)
	매우 동의한다	15(18.3)	16(24.2)	9(47.4)
	잘 모르겠다	16(19.5)	16(24.2)	4(21.1)

주: N=166

4) 의원급 만성질환관리제

의원급 만성질환관리제의 경우, 해당 정책의 의사결정에 연구근거가 필요하다는 질문에 매우 동의하거나 동의한다는 의견이 대학소속 연구자 92.7%, 정부 산하기관 연구자 93.6%, 민간기관 소속 연구자 75.1%로 높게 나타났다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 질문에서 대학소속 연구자의 과반수(50.4%)가 매우 동의하지 않거나 동의하지 않았다.

연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었는지에 대한 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자(34.6%)와 민간기관 소속 연구자(37.5%)에 비해 대학 소속 연구자(48.6%)에서 동의하지 않거나 매우 동의하지 않는다는 응답률이 더 높았다. 해당 정책 의사결정과정이 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에서는 정부 산하기관 소속 연구자의 34.6%, 민간기관 소속 연구자의 31.3%보다 대학 소속 연구자에서 절반 이상(53.1%)에서 동의하지 않는다는 응답율을 보였다.

해당 정책의 의사결정과정에 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤을 것이라는 의견에 동의하거나 매우 동의한다는 응답률은 대학 소속 연구자의 66.6%, 정부 산하기관 소속 연구자의 60.3%, 민간기관 소속 연구자의 50.0%로 절반 혹은 그 이상에서 다른 요인이 영향을 미쳤다고 응답하였다(표 5-13 참조).

〈표 5-13〉 의원급 만성질환관리제에서의 연구근거 활용 의견

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	1(0.9)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	5(4.5)	2(2.6)	2(12.5)
	동의한다	54(48.6)	47(60.3)	7(43.8)
	매우 동의한다	49(44.1)	26(33.3)	5(31.3)
	잘 모르겠다	2(1.8)	3(3.8)	2(12.5)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	11(9.9)	2(2.6)	0(0.0)
	동의하지 않는다	45(40.5)	25(32.1)	5(31.3)
	동의한다	32(28.8)	31(39.7)	6(37.5)
	매우 동의한다	9(8.1)	7(9.0)	1(6.3)
	잘 모르겠다	14(12.6)	13(16.7)	4(25.0)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	매우 동의하지 않는다	13(11.7)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	41(36.9)	27(34.6)	6(37.5)
	동의한다	38(34.2)	28(35.9)	4(25.0)
	매우 동의한다	3(2.7)	4(5.1)	2(12.5)
	잘 모르겠다	16(14.4)	19(24.4)	4(25.0)
4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의하지 않는다	12(10.8)	1(1.3)	0(0.0)
	동의하지 않는다	47(42.3)	26(33.3)	5(31.3)
	동의한다	32(28.8)	28(35.9)	5(31.3)
	매우 동의한다	1(0.9)	3(3.8)	1(6.3)
	잘 모르겠다	19(17.1)	20(25.6)	5(31.3)
5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	매우 동의하지 않는다	5(4.5)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	15(13.5)	11(14.1)	2(12.5)
	동의한다	47(42.3)	30(38.5)	8(50.0)
	매우 동의한다	27(24.3)	17(21.8)	0(0.0)
	잘 모르겠다	17(15.3)	20(25.6)	6(37.5)

주: N=205

5) 글루코사민 의약품에 대한 건강보험 급여결정

글루코사민 의약품에 대한 건강보험 급여결정의 경우, 해당 정책의 의사결정에 연구근거가 필요하다는 질문에 매우 동의하거나 동의한다는 의견이 대학소속 연구자 91.0%, 정부 산하기관 연구자 90.6%, 민간기관

소속 연구자 81.3%로 높게 나타났다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 질문에서 대학소속 연구자의 51.5%, 정부 산하기관 소속 연구자의 69.8%, 민간기관 소속 연구자의 68.8%가 매우 동의하거나 동의하였다.

연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자의 52.5%, 정부 산하기관 소속 연구자의 52.3%, 민간기관 소속 연구자의 66.6%에서 동의하거나 매우 동의하한다고 응답하였다. 해당 정책 의사결정과정이 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자의 44.9%, 정부 산하기관 소속 연구자의 57.7%, 민간기관 소속 연구자의 60%에서 매우 동의하거나 동의하였다.

해당 정책의 의사결정과정에 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적인 영향을 미쳤을 것이라는 의견에 대학 소속 연구자의 37.2%, 정부 산하기관 소속 연구자의 30.2%, 민간기관 소속 연구자의 26.7%에서 매우 동의하지 않거나 동의하지 않았다(표 5-14 참조).

〈표 5-14〉 글루코사민 의약품 건강보험 급여결정의 연구근거 활용 의견

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	동의하지 않는다	2(2.6)	0(0.0)	1(6.3)
	동의한다	33(42.3)	24(45.3)	6(37.5)
	매우 동의한다	38(48.7)	24(45.3)	7(43.8)
	잘 모르겠다	5(6.4)	5(9.4)	2(12.5)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	1(1.3)	0(0.0)	2(12.5)
	동의하지 않는다	16(20.5)	4(7.5)	1(6.3)
	동의한다	37(47.4)	25(47.2)	9(56.3)
	매우 동의한다	11(14.1)	12(22.6)	2(12.5)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	잘 모르겠다	13(16.7)	12(22.6)	2(12.5)
	매우 동의하지 않는다	2(2.6)	2(3.8)	2(13.3)
	동의하지 않는다	20(25.6)	3(5.7)	1(6.7)
	동의한다	31(39.7)	25(47.2)	8(53.3)

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의한다	10(12.8)	8(15.1)	2(13.3)
	잘 모르겠다	15(19.2)	15(28.3)	2(13.3)
	매우 동의하지 않는다	2(2.6)	2(3.8)	2(13.3)
	동의하지 않는다	22(28.2)	5(9.6)	1(6.7)
	동의한다	30(38.5)	25(48.1)	7(46.7)
5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	매우 동의한다	5(6.4)	5(9.6)	2(13.3)
	잘 모르겠다	19(24.4)	15(28.8)	3(20.0)
	매우 동의하지 않는다	1(1.3)	0(0.0)	0(0.0)
	동의하지 않는다	28(35.9)	16(30.2)	4(26.7)
	동의한다	25(32.1)	20(37.7)	5(33.3)
	매우 동의한다	6(7.7)	4(7.5)	1(6.7)
	잘 모르겠다	18(23.1)	13(24.5)	5(33.3)

주: N=147

6) 내시경 점막하 박리절제술에 대한 건강보험 급여결정

내시경 점막하 박리절제술에 대한 건강보험 급여결정에서, 해당 정책의 의사결정에 연구근거가 필요하다는 질문에 매우 동의하거나 동의한다는 의견에 대학소속 연구자 88.7%, 정부 산하기관 연구자 91.1%, 민간기관 소속 연구자 63.6%로 정부 산하기관 연구자가 가장 높게 응답하였다. 연구근거가 잘 생산되었는지에 대한 질문에서 정부 산하기관 소속 연구자(47.1%)와 민간기관 소속 연구자(45.5%)에 비해 대학 소속 연구자(52.4%)에서 동의하거나 매우 동의한다는 응답률이 더 높았다. 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자 (30.2%)와 정부 산하기관 소속 연구자 (26.4%)의 1/5에서 매우 동의하지 않거나 동의하지 않았다. 해당 정책 의사결정과정이 투명하게 잘 진행되었는지에 대한 질문에서 대학 소속 연구자의 30.1%, 정부 산하기관 소속 연구자의 32.1%에서 매우 동의하지 않거나 동의하지 않았다.

해당 정책의 의사결정과정에 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정

적인 영향을 미쳤을 것이라는 의견에 동의하거나 매우 동의한다는 응답률은 대학 소속 연구자의 52.5%, 정부 산하기관 소속 연구자의 45.2%, 민간기관 소속 연구자의 45.5%에서 다른 요인이 영향을 미쳤다고 응답하였다(표 5-15 참조).

〈표 5-15〉 내시경 점막하 박리절제술 건강보험 급여결정의 연구근거 활용 의견

	의견	대학소속 연구자 응답(%)	정부산하기관 소속 연구자 응답(%)	산업/민간기관 소속 연구자 응답(%)
1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	0(0.0)	1(9.1)
	동의하지 않는다	2(3.2)	0(0.0)	0(0.0)
	동의한다	34(54.8)	24(45.3)	6(54.5)
	매우 동의한다	21(33.9)	19(35.8)	1(9.1)
	잘 모르겠다	5(8.1)	10(18.9)	3(27.3)
2) 연구근거는 잘 생산되었다.	매우 동의하지 않는다	1(1.6)	1(1.9)	0(0.0)
	동의하지 않는다	12(19.0)	9(17.0)	1(9.1)
	동의한다	30(47.6)	20(37.7)	4(36.4)
	매우 동의한다	3(4.8)	5(9.4)	1(9.1)
	잘 모르겠다	17(27.0)	18(34.0)	5(45.5)
3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.	매우 동의하지 않는다	2(3.2)	1(1.9)	0(0.0)
	동의하지 않는다	17(27.0)	13(24.5)	2(18.2)
	동의한다	22(34.9)	16(30.2)	4(36.4)
	매우 동의한다	5(7.9)	4(7.5)	0(0.0)
	잘 모르겠다	17(27.0)	19(35.8)	5(45.5)
4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.	매우 동의하지 않는다	4(6.3)	2(3.8)	0(0.0)
	동의하지 않는다	15(23.8)	15(28.3)	2(18.2)
	동의한다	23(36.5)	12(22.6)	2(18.2)
	매우 동의한다	2(3.2)	2(3.8)	1(9.1)
	잘 모르겠다	19(30.2)	22(41.5)	6(54.5)
5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.	매우 동의하지 않는다	0(0.0)	1(1.9)	0(0.0)
	동의하지 않는다	14(22.2)	4(7.5)	0(0.0)
	동의한다	26(41.3)	18(34.0)	3(27.3)
	매우 동의한다	7(11.1)	7(13.2)	2(18.2)
	잘 모르겠다	16(25.4)	23(43.4)	6(54.5)

주: N=126

바. 소결

이 조사는 보건정책 분야에서 근무하고 있는 연구자 397명을 대상으로 수행하였다(응답율 36.4%). 평균 연령은 41.7 ± 8.6 세로 최종 학력은 박사 취득자가 44.6%로 가장 많았다.

보건정책의 의사결정과정에서 근거 활용이 필요하다는 점에 대한 동의 정도를 질문한 결과, 69.8%에서 매우 동의하였고, 28.2%에서 동의하여 전체 98%에서 보건정책과정에서 근거활용이 필요하다고 응답하였다.

정책과정 요소에 근거활용이 줄 수 있는 긍정적인 영향에 대한 설문 결과, 매우 동의하거나 동의한다는 응답율이 투명성 97.3%, 책임성 92.4%, 국민의 참여 향상 73.8%, 임상적 효과성 및 비용효과성에 대한 고려 95.4%, 사회적 가치 판단에 대한 고려 87.6%, 이해관계 조정가능성 87.2%, 정책 실행가능성 86.9%이었다.

보건정책 의사결정에서의 근거 유형에 대한 의견에서, 매우 동의하는 정도가 가장 높았던 근거 유형은 특정 정책이나 중재의 효과실험연구(무작위대조군 임상연구, 준무작위대조군 임상연구) (53.1%), 특정 정책이나 중재의 비실험적 관찰 연구(코호트, 환자-대조군 연구) (43.8%), 특정 보건학적 문제(크기, 위험요인 등)에 대한 비실험적 관찰 연구 (43.8%)순이었다. 한편 동의하지 않는 근거 유형으로는 신문방송 등의 기사가 68.3%로 가장 높았고, 그 다음 이해관계자의 의견이 43.3%이었다.

2010년 이후 현재까지 연구책임자 혹은 공동연구원으로 수행했던 연구과제 중에서 보건정책의사결정과 관련성이 가장 높다고 생각하는 특정 과제 1개에 대하여 질문하였다. 응답자의 주요 연구 분야는 만성질환 검진, 예방 및 관리(20.2%), 보건의료 개혁에 대한 정책 기획(18.7%), 신

의료기술 및 기존 의료기술의 평가와 의료서비스전달체계 개선(11.7%) 순으로 많았다. 과제의 연구유형으로는 특정 보건학적 문제에 대한 비실험적 관찰연구, 행정자료 활용 연구, 비용추계 연구와 같은 관찰연구가 31.3%로 가장 높았고, 그 다음 체계적 문헌고찰연구 및 경제성 연구가 21.9%, 실증연구 없는 정책평가연구 20.5%가 뒤를 이었다. 연구과제 수행과정에서의 정책담당자와 일반 대중과의 상호작용은 각각 21.6%, 45.9%에서 상호작용이 없었다고 응답하였다. 특정 연구과제의 결과 확산은 연구비 지원기관에 보고서 제출이 64.8%, 학술대회 발표가 40.5%, 동료심사 저널 출판이 26.7%이었다. 사용자 친숙한 형식으로 제공하는 정책 요약(Policy brief)의 제공은 9.7%로 매우 낮았으며, 연구결과를 정책담당자 혹은 이해관계자에게 웹을 통하여 제공하는 경우가 7.3%로 가장 낮았다.

근거중심보건정책 국내 상황에 대한 질문에서, 대학 소속 연구자와 정부 산하기관 소속 연구자, 민간기관 소속 연구자를 구분하여 살펴보면, 대학 소속 연구자의 51%, 민간기관 소속 연구자의 52.5%에서 정책담당자가 연구근거의 가치를 존중하지 않는다고 응답한 반면, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 33.7%로 상대적으로 낮았다. 또한, 대학소속 연구자의 53.8%와 민간기관 소속 연구자의 56.0%에서 이해관계자들이 연구근거 가치를 존중하지 않는다고 응답하였고, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 35.7%로 상대적으로 낮았다. 한편, ‘우리나라의 정책결정과정에서의 연구근거 활용에 대해 전반적인 문화가 익숙하지 않다’는 질문에서, 대학소속 연구자의 84.1%, 정부 산하기관 소속 연구자의 71.4%, 민간기관 소속 연구자의 86.0%에서 매우 동의하거나 동의하였다.

분야별 보건정책의 의사결정에서의 연구근거 활용이 중요하다고 생각하는 정도와 실행 가능성이 높은 정도를 묻는 질문에서, 연구근거의 활용이 중요한 분야는 신약, 치료재료, 신의료기술 도입이 8.2점으로 중요

도가 가장 높았고, 그 다음 만성 질환 검진, 예방 및 관리 분야가 7.9점으로 높았다. 연구근거의 활용이 실행가능한 분야는 예방접종의 지침 및 일정 분야가 7.6점으로 가장 실행가능성이 높다고 응답하였고, 그 다음 신약, 치료재료, 신의료기술 도입 분야가 6.9점으로 높았다. 중요성과 실행가능성 간의 간극은 의료서비스 전달체계 개선 (평균의 차이 2.1), 보건의료개혁에 대한 정책 기획, 건강보험의 급여관리 (평균의 차이 1.9)의 순으로 근거활용의 중요성과 실행가능성간의 간극이 크게 나타났다. 한편, 예방접종의 지침 및 일정(평균의 차이 0.2), 모성보건 (평균의 차이 0.4) 분야는 간극의 차이가 가장 낮게 보고되었다.

연구자의 소속별 연구근거 활용의 장애요인에 대한 응답을 살펴보면, 대학 소속 연구자의 경우 연구근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다 (44.8%), 보건정책결정을 지원하는 관련 연구 근거의 생산이 부족하다 (42.8%), 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다 (41.4%)가 가장 높았으며, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 연구근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다 (43.9%), 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다 (39.8%), 보건정책결정을 지원하는 관련 연구근거의 생산이 부족하다 (34.7%) 순이었다. 민간기관 소속 연구자의 경우 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다 (56.0%), 우리나라의 보건정책 의사결정과정 자체가 투명하고 명시적이지 않기 때문이다 (56.0%), 연구자와 정책담당자/이해관계자간의 정책담화의 기회, 네트워크 형성, 협력 등이 불충분하기 때문이다 (36%) 순으로 응답하였다.

연구자의 소속별 연구근거 활용의 개선방안에 대해 매우 동의한다고 응답한 내용을 살펴보면, 대학 소속 연구자의 경우 더 충분한 연구 수행

시간과 연구비 지원이 필요하다 (64.8%), 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야한다 (59.3%), 정책환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내연구)가 접근가능해야 한다 (53.8%)로 가장 높았으며, 정부 산하기관 소속 연구자의 경우 더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다 (58.2%), 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야한다 (58.2%), 체계적문헌고찰을 생산하기 위해 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다(44.9%)고 응답하였다. 민간기관 소속 연구자의 경우 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다 (76.0%), 정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내 연구)가 접근 가능해야 한다 (52.0%), 국내·외에서 발표된 최근 연구근거를 정기적으로 전달해주는 지식 중개 활동(knowledge brokering service) 혹은 연구결과에 대한 포괄적인 검색 데이터베이스 제공과 같은 연구 확산 활동이 필요하다 (52.0%)고 응답하였다. 사회적 관심이 높다고 생각되는 보건정책 사례 6개에 대한 연구근거의 필요성, 근거의 생산, 정책반영 정도, 의사결정 투명성, 근거 이외의 다른 요인에 대한 영향에 대해 조사한 결과는 다음과 같다(표 5-16 참조).

〈표 5-16〉 6개 대표 보건정책사례에 대한 연구자 의견

	연구근거 필요성	연구근거 생산 잘됨	연구근거의 정책 반영	의사결정 투명성	근거 외의 다른 요인 영향 있음
생애주기별 정신건강검진	동의 정도 매우 높음	동의하지 않음 > 동의함	동의하지 않음 > 동의함	동의하지 않음 > 동의함	중등도의 동의 수준
무료치매 검진사업	동의 정도 매우 높음	동의함 > 동의하지 않음	동의함 > 동의하지 않음	동의하지 않음 ≒ 동의함	중등도의 동의 수준
기동제약약품 목록정비사업	동의 정도 매우 높음	동의하지 않음 ≥ 동의함	동의하지 않음 ≥ 동의함	동의하지 않음 > 동의함	중등도의 동의 수준
의원급 만성질환 관리제	동의 정도 매우 높음	동의하지 않음> 동의함	동의하지 않음 ≥ 동의함	동의하지 않음 > 동의함	중등도의 동의 수준

	연구근거 필요성	연구근거 생산 잘됨	연구근거의 정책 반영	의사결정 투명성	근거 외의 다른 요인 영향 있음
글루코사민 의약품 건강보험 급여결정	동의 정도 매우 높음	동의함 > 동의하지 않음	동의함 > 동의하지 않음	동의함 > 동의하지 않음	동의하지 않음 ≒ 동의함
내시경점막하 박리절제술 건강보험 급여결정	동의 정도 매우 높음	중등도의 동의 수준	동의함 > 동의하지 않음	동의함 > 동의하지 않음	낮은 동의 수준

주: 동의 정도 매우 높음 : 매우 동의하거나 동의함 $\geq 80\%$, 중등도의 동의 수준: 매우 동의하거나 동의함 $50 \leq < 80\%$, 낮은 동의 수준: 매우 동의하거나 동의함 $< 50\%$

연구자의 의견을 조사한 결과, 국내 보건정책에서 연구근거 활용을 증가시키기 위한 방안은 다음과 같다. 첫째, 연구과제의 수행과정에서의 정책담당자와 일반 대중과의 상호작용을 높여야 하며, 연구과제 결과를 적극적으로 확산할 필요가 있다. 즉, 연구 결과가 보건정책 의사결정에서 잘 활용될 수 있도록 정책담당자와의 파트너십을 구축할 필요가 있다. 둘째, 정책결정에서의 장애요인(연구인력 및 연구기간 부족, 보건정책결정을 지원하는 연구생산 부족, 정치적으로 민감하거나 정책방향과 불일치한 연구결과의 경우)을 개선하기 위하여 근거 생산을 위한 연구인력의 교육훈련 및 연구 인력의 배치, 그리고 연구의 질과 신뢰도를 높이기 위한 적절한 연구수행기간이 고려되어야 할 것이다. 셋째, 정책담당자의 보건정책결정을 지원하기 위하여, 국내 정책 환경을 반영한 시의 적절한 연구결과(특히, 국내 연구)를 제공하는 보건의료 정책 및 체계 연구(health policy and systems research)가 좀 더 활발하게 이루어져야 할 것이다. 마지막으로 정책담당자에게 국내·외에서 발표된 최근 연구근거를 정기적으로 전달해주는 지식 중개 활동 혹은 연구결과에 대한 포괄적인 검색 데이터베이스 제공과 같은 연구 확산 활동이 필요하다.

제2절 보건정책의 연구근거 활용에 대한 정책담당자의 인식

1. 조사목적

연구근거를 생산하는 연구자 또는 연구결과물인 보고서가 일차적으로 연구근거의 정책 활용에 영향을 미치나, 정책을 개발하고 실행하는 정책담당자가 연구근거를 취사선택하여 정책에 활용하게 되므로 연구근거의 정책 활용에 주도적인 역할을 하는 것은 정책담당자이다.

정책수립과정에는 연구근거뿐만 아니라 정책을 둘러싼 사회경제문화적 환경, 여론, 정치적 요소 등 여러 가지 요인들이 복합적으로 작용하고있으며 정책담당자는 이러한 여러 가지 요인들을 모두 고려해야 한다. 한편 연구근거 또한 생산에서 직선적으로 정책활용으로 이어지는 것이 아니라 다단계적으로 복잡한 과정을 거치게 된다.

Majdzadeh 외(2012)는 이란의 보건 시스템 근거중심 의사결정 장애 요인을 정책결정자의 특징, 의사결정환경, 연구시스템으로 나누어 분석하였는데, 1) 정책결정자의 특징으로는 의사결정자를 선택하는 기준, 보상과 인센티브 메커니즘, 근거중심 의사결정에 대한 지식과 태도, 국내 근거에 대한 신뢰 부족, 연구자들의 능력에 대한 인식이 있었고, 2) 의사결정 환경으로는 조직의 가치, 결정에 대한 제한된 전망, 비기술적인 이슈의 영향, 정책 실행 환경의 수용력, 예산 할당에 대한 근거중심 의사결정의 영향 부족 등이 있었으며, 3) 연구시스템에서는 체계적인 우선순위 선정 부족, 자원의 제약, 지식 생산자와 정책결정자 사이의 커뮤니케이션 부족이 장애요인인 것으로 나타났다. 호주의 정책담당자를 인터뷰한 Campbell 외(2009)의 연구에서는 정책에 연구근거를 사용하지 않는 이유로 적절하고 관련성 있는 연구 부족, 관련 연구를 접근하거나 확보하는 능력/기술 부족, 지역적 아젠다와 다른 정책 드라이버를 고려할 필

요성, 시간적 압박 등이 제시되었다.

정책담당자의 연구근거 활용과 관련된 인식을 조사하기 위해서는 양적방법을 사용할 수도 있다. 그러나 국내에서 보건정책담당자를 대상으로 연구근거 활용에 대한 인식이 거의 조사되지 않았으며, 표면에 드러나지 않고 내재되어 있는 정책담당자의 인식을 알아내기 위해서는 개별 인터뷰를 통해 정책담당자의 견해를 심층적으로 탐구하는 것이 적절하다고 할 수 있다.

이번 조사는 보건정책에서 근거 활용에 대한 보건의료정책담당자의 견해를 파악하는 것으로 다음과 같은 네 가지 항목에서 정책담당자의 의견과 인식을 조사하고자 하였다.

- 정책담당자의 근거 수집방법
- 정책개발·실행시 연구근거의 역할
- 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물
- 연구근거 활용 증진방안

2. 조사 및 분석방법

가. 조사방법

질적연구방법을 사용하여 보건정책에서 근거 활용에 대한 보건의료정책담당자의 인식을 조사하였다. 질적 연구는 여러 가지로 정의될 수 있으나, Creswell이 밝힌 질적 연구의 정의를 소개하면 다음과 같다 (Creswell, 2010).

“질적 연구는 가정, 세계관, 가능성이 있는 이론적 렌즈의 활용, 연구 문제들을 가지고 사회 문제나 인간 문제로부터 기인하는 의미 있는 개인이나 집단을 조사하기 시작한다. 이러한 문제를 연구하기 위하여 질적

연구자들은 떠오르는 질적 연구접근, 연구 중인 사람과 장소에 민감한 자연적인 상황에서의 자료수집, 귀납적이며 패턴 및 주제들을 구축하는 자료분석 등을 사용한다. 최종 보고서나 발표 자료에는 참여자들의 목소리, 연구자의 성찰, 연구 문제에 대한 복합적인 기술과 해석이 포함되며, 그것들은 이론적 토대의 확장이나 특정 행위(행동)의 수행을 요구하게 된다.”

따라서 질적연구는 대상자 선정, 자료 수집, 결과해석 등은 계량적인 통계분석에 기반하는 양적분석과는 매우 다르게 진행된다. 이 연구의 조사대상은 보건정책담당자로 의도적 표본추출방법(purposive sampling)을 사용하여 표집하였다. 의도적 표본추출은 연구자가 연구에 필요한 개인을 선택하는 것으로, 연구의 주제를 이해하고 의미있는 정보를 제공할 수 있는 사람을 표집하게 된다(Creswell, 2010). 이 연구에서는 주요 보건의료정책의 개발 또는 실행을 담당했던 중앙정부 보건의료정책담당자를 우선적으로 접촉하였으며, 5명의 정책담당자가 조사 참여에 동의하였기에 이들을 대상으로 인터뷰를 진행하였다.

외국의 유사한 조사내용에 대한 검토와 회의를 통해 조사내용을 결정하였으며, 주요 조사내용은 <표 5-17>과 같다. 4개의 조사내용(정책담당자의 정보원과 수집방법, 정책개발·실행시 연구근거의 역할, 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물, 연구근거 활용 증진방안)만을 밝히고 인터뷰를 진행하여 연구참여자가 자유롭게 자신의 의견을 말하도록 하였으며, 세부항목에 대한 내용은 언급되지 않았을 경우에만 추가질문을 하여 자료를 수집하였다.

보건의료정책을 10년 이상 연구한 2명의 연구자가 인터뷰를 실시하였고, 2012년 9~10월 동안 대상자 1인당 1시간~1시간 30분에 걸쳐 인터뷰를 진행하였다. 인터뷰 전 연구참여자에게 조사목적과 과정을 설명하였고, 녹음에 대한 사전동의를 받아 인터뷰 내용을 녹음하였다.

〈표 5-17〉 보건정책담당자 심층인터뷰 내용

내용	세부 항목
정책담당자의 정보원과 수집방법	- 일반적인 정책개발과정 - 정책개발·실행시 수집하는 근거의 종류 및 수집방법 - 주기적으로 수집하는 연구근거 - 정책개발·실행에 유용한 근거
정책개발·실행시 연구근거의 역할	- 연구 근거가 필요했던 사례 - 연구 근거가 필요했으나, 찾을 수 없었던 사례 - 연구근거가 필요하지 않았던 사례 - 정책개발·실행에 있어 연구근거의 필요성 - 필요한 연구근거 종류
정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물	- 정책담당자 측면에서 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물 - 연구자 측면에서 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물 - 우리나라 보건의료정책 의사결정환경에서 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물
연구근거 활용 증진방안	- 정책 개발·실행을 위해 가장 시급히 필요한 연구근거 - 정책 개발·실행을 위해 장기적으로 필요한 연구근거 - 정책 개발·실행시 연구근거 활용을 늘리기 위한 전략

나. 분석방법

녹음된 내용을 녹취하였으며, 인터뷰를 실시한 연구자 2인이 녹취된 내용을 각자 분석한 후 인터뷰과정에 참여한 다른 연구자 1명과 함께 검토 후 합의하는 과정을 거쳤다.

사전에 정해진 4가지 항목(정책담당자의 정보원과 수집방법, 정책개발·실행시 연구근거의 역할, 정책개발·실행시 연구근거 사용의 장애물, 연구근거 활용 증진방안)에 해당하는 인터뷰 내용을 발췌하여 범주화하였다. 워드프로세서와 엑셀을 이용하여 분석하였다.

3. 조사결과

가. 정책담당자의 정보원과 수집방법

1) 정책담당자의 자료검색

연구에 참여한 대부분의 정책담당자가 직접 자료를 검색한다고 밝혔다. 인터넷을 통해 국내외 문헌을 검색하고, 관련 연구기관에서 발행하는 보고서 목록을 보고 필요한 보고서를 능동적으로 찾아보거나 국책연구기관 및 민간연구기관에서 발행하는 정기간행물을 구독하여 자료를 수집하고 있었다.

2) 원자료분석 및 연구용역

문헌에서 필요한 자료를 찾을 수 없을 경우 건강보험청구자료 등 원 자료를 보유하고 있는 기관에 요청하여 필요한 자료를 제공받고 있었다. 주기적이기 보다 필요시 분석을 요청하여 자료를 받고 있었으며, 연구용역이 필요한 경우 연구용역을 발주하여 결과를 정책에 반영하였다.

3) 전문가의견 수집(주기적, 비주기적)

전문가와는 주기적 또는 비주기적으로 의견교환을 하고 있었다. 주기적인 의견교환은 공식적인 통로를 통해서 이루어지기보다는 교수 등 해당 분야 전문가와의 비공식적인 접촉을 통해 이루어지는 경우가 많았다. 필요시 자문회의, 브레인스토밍을 통해 해당 전문가의 의견을 수집하였다. 정책담당자들은 다양한 분야 전문가와의 접촉이 정책개발에 실제적으로 도움이 되며, 전문가의견이나 보고서에 연구자의 가치가 반영되므로 이러한 부분을 근거해석시 고려한다고 하였다.

4) 이해당사자 의견수집

의료공급자 등 해당 정책에 대한 이해당사자가 있을 경우 회의를 통해 이해당사자의 의견을 수집하였으며, 정책목표 및 방향에 대해 이해당사자와 합의된 경우 필요한 근거 수집에 도움을 받는 경우도 있다고 하였다.

나. 정책개발시 연구근거의 역할

정책담당자들은 연구근거가 새로운 정책개발을 유도하는 역할을 할 수 있으며, 그동안 알지 못했던 새로운 조사내용이 그러한 역할을 한다고 밝혔다.

“○○조사 같은 연구는 사실 정책을 시작하게 만든 거였거든요. 그러니까 단초가 될 수 있죠.”

아젠다가 세팅된 이후 정책개발단계에서 연구근거는 정부와 이해관계자 또는 이해관계자들 사이에 이견을 조정하여 합의에 도달하는데 기여하거나, 정책의 세부내용을 마련하는데 도움을 주는 것으로 나타났다. 특히 시범사업은 정책의 실시가능성을 판단하는 근거가 된다는 의견이 있었다.

반면, 인터뷰에 참여한 정책담당자들은 연구근거를 통해 아젠다 세팅이 되는 경우보다 정부쪽에서 정책 개발을 주도하는 경우가 많다고 생각된다고 지적하였다.

“저는 기대보다 연구를 통해서 근거를 통해서 이슈화되는 건 적은 것 같구요.”

다. 연구근거 사용의 장애물

1) 정책담당자 측면

정책담당자 측면에서 정책에 연구근거를 활용하는데 장애가 되는 사항으로는 자료수집의 어려움과 연구용역 수행의 문제점이 있었다. 정책담당자에 따라 자료 수집방법이나 범위에 차이가 나며, 조직 내 자료가 체계적으로 관리되지 못해 필요시 찾아보기 어렵다고 하였다.

연구용역 수행과 관련해서는 용역 발주시 연구문제를 구체적으로 제시하지 못하거나 용역과제에 정책담당자 참여가 부족하여 원하는 연구용역결과를 얻지 못한다는 의견이 있었다.

“이제 ○○ 관련된 경우는 그동안에 있었던 보고서를 보니까 너무 브로드하게 과제가 주어졌던 것 같아요.”

2) 연구(자) 측면

연구 또는 연구자 측면의 연구근거 사용의 장애사항으로는 새로운 연구결과 부족, 심층적이고 다각적인 내용 미흡, 정책개발에 사용가능한 연구내용 부족, 최신 정책 및 연구동향에 대해 업데이트가 안되는 점이 지적되었다.

기존의 연구내용을 답습하여 연구결과에 새로운 내용이 적은 경우와 현황이 정확하고 입체적으로 제시되지 않은 경우가 이러한 사례로 제시되었다. 전문가로서 해당 분야에 대한 전문적인 의견은 제공하나, 거시적인 관점에서 정책의 전반적인 측면에 대한 의견은 충분히 얻기 어려운 경우도 있다고 하였다.

“각자 자기얘기만 하시는 거예요. 그니까 전체를 아우르는 얘기를 하시는게 아니라 자기가 보는 관점에서만 얘기를 하시는 분이어서...(생략) 전체를 얘기를 안하시니까 뭔가를 우리 입장에서는 이분들이 어떻게 하는지도 중요하지만 지금 아무것도 없는 상황에서는 전체를 어떻게 이렇게 배치시키고 하는게 훨씬 더 중요할 수 있고..”

또한 근거의 실행가능성이 떨어지는 것이 문제가 되는데, 정책 개발에 직접 사용할 수 있는 근거가 부족하여 정책 개발하는데 어려움을 겪고 있었다.

“생물학적이거나 임상적인 연구가 많고 그 다음에 개별적으로 나타난 행태에 대한 이유에 대한 내용은 많은데 실제로 정책을 수립하려다 보니까 정책을 수립하기 위해서 필요한 연구들은 많이 부족하더라는 느낌을 되게 많이 받았어요.”

3) 우리나라 보건의료정책 의사결정 환경(맥락)

가) 성과중심의 정책환경과 빈번한 인력교체

연구근거 사용의 장애가 되는 우리나라 보건의료정책 의사결정환경에 대해 다양한 의견이 제시되었다. 먼저 합리적인 의사결정과정보다 단기간에 성과를 내는 것에 중점을 두는 정책환경이 지적되었다. 정책결정이 충분한 시간을 두고 이루어지면 다양한 근거들을 검토하여 정책에 활용할 수 있으나, 의제 설정에서 성과가 가시화되는 것까지 시간적 제약이 있어 연구근거를 충분히 수집하고 정책개발에 사용하기가 어렵다는 것이다.

“조금 긴 호흡을 가지고 정책을 가져가지 못하기 때문에 가지고 있는 여러 가지 자료나 데이터들을 충분히 대입을 해보고 결과를 한번 예측해 볼 수 있는

시간이 부족하지 않나 하는 생각이 들거든요.”

정책담당자가 빈번히 교체되는 것도 근거가 축적되고 효율적으로 활용되는데 어려움을 주고 있었다.

“과장 바뀌죠, 사무관 바뀌죠, 주무관 교체되죠. 그러면, 5년 전에 한 것도 데이터 축적이 안되어 있어요.”

나) 근거를 중시하는 사회적 맥락 부족

정책이 설정되고 집행되면 이해당사자뿐만 아니라 다양한 분야의 많은 사람들이 영향을 받게 되기 때문에 정책결정에는 연구근거뿐만 아니라, 다양한 요소들이 작용하게 된다. 연구근거가 다른 요소들보다 의사결정에 많은 영향을 미쳐야 한다고 할 수는 없으나, 근거에 기반하여 의사결정을 내리기보다 정책의 당위성이 지나치게 강조되어 연구근거를 활용하기 어렵다는 의견이 개진되었다.

“우리나라가 워낙 이비피(evidence-based policy)를 중시하지 않기 때문에, 이 문화 자체가 바뀌지 않는 한 리서치 데이터가 파워풀하게 쓰이지는 않는 것 같구요. 우리 보건의료쪽만이 아니라 사회전반이 좀...”

다) 정책개발을 위한 정보시스템 미흡

정책담당자가 정책을 만들 때 사용할 수 있는 정보시스템이 부족한 것으로 나타났다. 예를 들어, 건강보험자료의 경우 국민건강보험공단과 심사평가원에서 데이터웨어하우스로 구축하여 관리하고 있으나, 건강보험공단의 경우 가입자 관리 목적으로, 심사평가원의 경우 보험청구자료

심사 목적으로 구축되어 있어, 정책담당자가 필요한 통계를 산출하고자 할 경우 원자료를 재분석하는 방식으로 정보가 제공되고 있다. 정책 관점에서 손쉽게 활용할 수 있는 정보시스템이 있어야 할 것으로 보인다.

“우리나라에 폴리싱 인포메이션이 별로 없어요. 그냥 이게 일반 통계라 불리는 것들은 나오고 있는데, 정책 관점에서 질문을 만들고 그에 대해 현황이 어떻게 유동되고 있는지를 보는 인포메이션 시스템이 없거든요.”

라) 기타

연구근거 사용의 장애가 되는 우리나라 보건의료정책 의사결정 환경으로 연구개발(R&D) 규모가 작은 점, 강력한 이해당사자가 있는 점, 국내 보건의료의료체계의 특수성 등이 거론되었다. 많은 서구국가들은 병원의 상당수가 공공병원이나 우리나라에서는 민간병원이 상급진료의 대부분을 담당하고 있고, 의료전달체계가 외국과 달라 외국의 연구근거를 국내에 적용하는데 한계가 있다는 것이다.

4. 연구근거의 활용 증진방안

가. 데이터베이스 구축

정책 개발 및 실행시 연구근거 활용을 늘리기 위해서 먼저 현존하는 자료들을 체계적으로 데이터화해야 한다는 의견이 많았다. 행정자료나 정책자료가 생산되나 체계적으로 관리되지 않아, 어디에 있는지 알 수 없고 적시에 효율적으로 사용하기 어렵다는 것이다. 여기에는 보고서, 문서로 된 정책자료, 가공되거나 가공되지 않은 데이터 등이 포함된다. 기존 자료를 데이터화하면 현재 부족한 자료를 파악할 수 있어 새로운

근거 산출에도 도움이 될 것이다.

“인포메이션 시스템들이 체계적으로 구축되어 있으면, 좀 유의미한 정책문제들에 대해서 계속적으로 지식이 연역적으로 쌓여 가고 있을텐데요.”

나. 연구의 질적 변화

연구근거의 변화 또한 연구근거의 활용 증가를 위해 필요한 것으로 나타났다. 연구근거의 개선사항으로 언급된 내용은 다음과 같다.

- 외국의 정책사례를 정확하고 입체적으로 분석
- 정책적으로 문제가 되는 사항을 가설화하고, 연구를 통해 가설을 입증
- 보건의료뿐만 아니라 경제학 등 다학제적인 인력의 연구 참여
- 정책 실시 후 정책평가연구를 통해 평가결과를 정책에 환류
- 거시적인 관점에서 보건의료의 발전방향 제시

다. 특정주제에 대한 정책자료 생산 및 확산

정책담당자들은 외국의 policy brief와 같은 특정주제에 대한 간략한 정책자료가 도움이 될 수 있을 것이라고 밝혔다. 정책자료의 분량에 대해서는 10-20페이지가 좋다는 의견과 1/2 페이지 정도의 간략한 자료가 좋다는 의견이 있었으며, 국내외 연구동향, 이슈가 되는 문제, 현황자료 등의 내용이 필요한 것으로 나타났다.

라. 일반인의 의사결정과정 참여

정책의 우선순위를 정하는 데 있어 전문가 의견수렴 후 일반인의 참

여가 있다면 연구근거 활용이 늘어날 수 있다는 의견이 제시되었다.

5. 소결

개별인터뷰를 통해 보건정책에서 근거 활용에 대한 보건의료정책담당자의 인식을 조사한 결과, 보건의료정책 개발·실행시 연구 근거는 새로운 정책 개발을 유도할 수 있으며, 정책을 추진하는 정부와 이해당사자 간의 합의를 이끌어내고, 정책의 세부사항을 마련하는 데 기여하는 것으로 나타났다. 그러나 정책담당자, 연구자, 우리나라 의사결정환경 모두에서 연구근거가 정책에 활용되는데 장애가 되는 요인이 있었는데 정책담당자 측면에서는 자료의 체계적 관리 부족 등으로 인한 근거 수집의 어려움, 연구용역과제의 효과적인 수행 부족 등이 있었으며, 연구근거 또는 연구를 수행하는 연구자 측면에서는 새롭고, 심층적이고, 다각적인 정책개발에 적용할 수 있는 연구근거 부족, 국내외 정책 및 연구 동향 업데이트 미흡이 있었다. 우리나라 보건의료정책 의사결정환경 또한 보건의료정책에 연구근거를 활용하는 것을 어렵게 하고 있었다. 정책담당자 교체가 잦고, 단기간에 가시적인 성과를 보기를 원하는 정책환경에서 연구근거를 충분히 수집하고 검토하는 것이 제한되었다. 사회전반적으로 근거를 중시하지 않는 맥락 또한 영향을 주는 것으로 나타났으며, 정책담당자가 정책을 개발할 때 사용할 수 있는 정보시스템이 미흡하였다. 정책 개발·실행시 연구근거 활용을 늘리기 위해서는 행정·정책자료를 체계적으로 데이터화하고 연구근거의 수준을 제고하며, 정책담당자에게 정보를 함축적으로 제공하는 정책자료를 개발하고, 의사결정과정에 변화가 있어야 할 것으로 보인다.

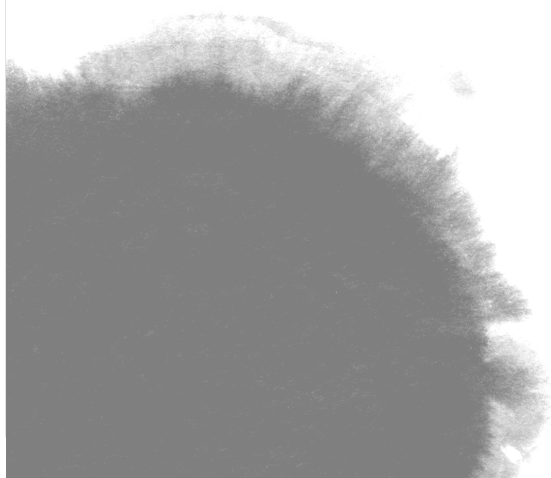
이 연구는 질적방법을 사용하여 설문조사를 통한 양적분석으로는 조사하기 어려운 정책담당자의 연구근거에 대한 심층적인 의견을 수집할

수 있었다. 연구근거를 정책개발·실행에 활용하는데 장애가 되는 요인을 상세히 파악하였고 연구근거 활용을 증진할 수 있는 참신한 방안을 들 수 있었으나, 연구기간 부족 등으로 5명의 정책담당자만이 조사에 참여하였다는 제한점이 있다. 질적분석에서 인터뷰에 참여한 표본수가 연구에 결정적으로 영향을 미치는 것은 아니나, 보건의료정책이 다양하고, 정책담당자마다 맡고 있는 정책이 상이하므로 연구표본수를 확대할 경우 보다 풍부한 연구결과를 생산할 수 있을 것으로 생각된다.

또한 본 연구를 통해 연구근거 활용에 대한 정책담당자의 인식에 대해 기초자료가 확보되었으므로 질적 연구와 양적 연구를 결합한 혼합적 연구방법을 적용해 보는 것을 고려해 볼 수 있다. 혼합적 연구방법은 자료를 다양한 형태로 수집할 경우 연구문제를 더 잘 이해할 수 있다는 가정에서 출발하는 연구방법으로, 양적자료와 질적자료를 둘 다 사용하여 연구를 진행하며 광범위한 연구문제들을 조사할 수 있고, 연구결과의 일반성을 높일 수 있다는 장점이 있다(Creswell, 2011).

6장

결론 및 제언:
근거고려 보건정책을 지향하며



제6장 결론 및 제언: 근거고려 보건정책을 지향하며

제1 절 국내 상황에 대한 진단

보건정책에서 근거활용에 대한 문제를 진단하고자 관련 이론을 고찰하고 국내 정책사례를 분석하였으며, 연구자와 정책담당자의 의견을 조사하였다. 그 결과, 정책에 필요한 근거가 부족하며, 생산된 근거조차 제대로 사용되지 못하는 문제가 존재하고 있으며, 동시에 근거의 오남용(효과성에 대한 근거가 불확실한 중재의 적용, 정책의 합리화 목적으로 사용)이 발생하고 있는 것으로 판단되었다. 한편, 정책담당자 혹은 연구자 모두 근거의 올바른 사용에 대한 관심은 빈약한 수준이며, 각종 정책에서 반복되는 “근거기반” 혹은 “근거중심”이란 용어는 수사적 의미인 것으로 진단되었다. 국내 보건의료정책에서 과학적 근거 활용의 문제점을 구체적으로 정리하면 다음과 같다.

첫째, 연구자와 정책담당자 모두 특정 정책에 필요한 근거가 무엇인지를 정립할 필요성에 대한 인식이 적고, 필요한 근거의 유형과 내용에 대한 견해 차이가 존재한다.

둘째, 보건의료 R&D의 규모가 작고, 정책에 필요한 연구근거는 부족하다. 정책 모니터링을 위한 데이터시스템, 정책연구 및 자료를 축적한 데이터베이스가 없다.

셋째, 연구자 네트워크에서는 생산된 연구근거의 확산 활동이 제한적

이다. 현재와 같이 연구보고서를 홈페이지에 게시하는 것만으로는 확산되지 않는다.

다섯째, 정책담당자들이 연구의 탐색과 해석 등에 투입할 시간과 역량이 부족하다. 따라서 정책과정에 과학적 근거를 평가하고 해석하는 과정이 투명하고 체계적으로 진행되고 있지 못하다.

여섯째, 정책 평가를 하는 경우가 별로 없어 정책경험이 체계적으로 전달되지 않는다.

일곱째, 결과적으로 근거활용이 잘 되지 않거나 오남용 되는 문제가 발생하고 있다.

제2절 근거고려 정책 추진전략

1. 근거고려 정책 추진 필요성

국내 보건정책에서 과학적 근거활용이 잘 되지 않는 원인을 근본적으로 접근하게 되면 결국, 정책형성 및 관리 구조의 문제로 귀결된다. 우리나라 정책결정은 단기실적을 내기 위해서 빠르게 대응해야 하므로 정책담당자들은 근거생산과 활용을 위해 충분한 자원과 시간을 투자하는데 소극적이다. 연구자 네트워크도 이러한 환경에서 보건의료 과제에 대한 근본적 탐색보다는 단기적 성과를 낼 수 있는 연구에 집중하는 경향을 보이고 있다.

서구와 다른 정책문화가 근거중심 의사결정을 하는데 있어 근본적 장애요인이긴 하지만 이는 개선될 수 있으며 문제는 아니다. 우선 필요한 일은 정책담당자들이 근거중심 의사결정의 필요성을 공감하고, 근거중심 의사결정은 저절로 이루어지는 것이 아니라 조직적으로 추진할 때 실현

될 수 있다는 점을 인지하는 것이다.

2. 추진 방향

근거중심의사결정 실현을 위한 추진과제를 구체적으로 제시하기 이전에, 올바른 방향을 설정해야 한다. 근거중심정책과 근거고려 정책이 근본적으로 다른 것은 아니지만 강조점에 차이가 있으므로 이를 고려한 선택을 해야 할 것이다. 지금까지 고찰한 바에 의하면 근거중심운동은 초기의 매우 경직된 의미를 갖고 있었으나 많은 시행착오를 거쳐서 유연해진 것으로 생각된다. 즉, 보건영역에서도 다양한 유형의 연구의 필요성을 인정하고, 지역의 맥락이 정책과 실무 의사결정에 미치는 영향을 고려한다는 점이다.

우리가 추진해야할 방향은 WHO가 추진하는 「근거고려 정책 (evidence informed policy)」이 더 합당한 것으로 생각되며, 근거고려 정책을 추진한다는 의미는 정책과정에 반드시 근거의 탐색과 평가를 포함시키고, 이를 체계적으로 수행하여 투명성을 증진한다는 것이다.

앞서 고찰한 바와 같이 근거가 정책과 실무에 더 큰 영향을 미치기 위해서는 먼저 1) 어떠한 상황에서 무엇을 근거로 간주할 것인가에 대한 합의, 2) 우선순위가 높은 영역에서 근거의 창출을 위한 전략적인 접근, 그리고 견고한 형태의 지식으로서 근거를 축적하기 위한 체계적인 노력, 3) 근거의 효과적 전달과 접근성 증진, 4) 근거를 정책으로 통합하고 실무에서 근거를 사용하도록 촉진하기 위한 주도적 활동 등이 필요하다.

가. 근거에 대한 합의

근거가 보다 더 영향을 미칠 수 있는 의제를 개발하는 데 관심이 있다면, 먼저 서로 다른 유형의 정책/실무 질문에서 무엇이 근거를 형성하는가에 대하여 합의해야 한다. 이는 즉, 서로 다른 방법론의 장점과 단점에 대하여 분명히 하고, 여러 가지 정보원과 비교하여 연구의 역할에 대해서도 분명히 파악할 필요가 있음을 의미한다. 더 나아가 방법론적 다원주의를 강조하는 것이 필요하며, 서로 다른 연구방법을 상호 보완하는 것이 필요하다. 만일 연구 결과가 폭넓은 영향을 미치게 된다면, 주어진 서비스 영역 내에서 많은 당사자들이 모여 이러한 문제에 대하여 합의를 추구하는 것이 필요하다.

나. 근거생산을 위한 전략적 접근

공공영역의 어느 부문이든 간에 분명한 것은, 연구에 의한 현재의 근거 수준과 내용이 정책/실무의 많은 부문에 정보를 주기에는 불충분하다는 것이다. 정책결정자나 실무자가 활용할 만한 견고한 지식기반의 연구는 거의 축적된 것이 없다. 또한 연구 문헌은 그것을 이용할 사람들의 필요보다는 연구자들(생산자)이 주도하여 생산하고 있다. 이러한 문제의식에 따라 연구개발의 발전을 위한 많은 시도가 이루어져왔다. 그러한 전략 개발에서는 여러 가지 핵심 이슈를 해결할 필요가 있으며, 효과적인 전략이 필요하다. Nutely 외(2002)는 영국의 교육 분야에서 제시된 연구개발 전략을 소개하였는데 그 내용은 다음과 같다.

“국가 교육연구 포럼 R&D 전략: 연구자, 자원제공자 및 사용자들이 교육분야에서 연구개발을 발전시키기 위한 전략에 합의하였다. 주된 초점

은 1) 연구 우선순위를 파악하고, 2) 연구 역량을 증진하며, 3) 연구재원을 조정하고, 4) 연구의 질에 대한 기준을 정립하며, 5) 연구가 정책 및 실무에 미치는 영향을 개선하는 방안을 고려하는 것으로 제시되었다.’

전통적으로 정책 영역과 실무자 커뮤니티, 연구자 공동체는 분리되어 있었는데 이는 도움이 되지 못하므로 연구자와 정책담당자 공동체간 파트너십을 구축해야 한다.

다. 연구근거의 효과적인 전파

지식이 일차연구이든 아니면 기존 연구의 체계적 고찰이든, 핵심 문제는 발견한 사실을 그것을 필요로 하는 사람에게 어떻게 의사소통하는가이다. 연구 또는 고찰의 결과를 그것이 이용될 수 있는 곳으로 전달하는 전략은 확산(정보를 안에서 밖으로 밀어내는 것)과 접근성의 제공(연구 결과를 사용할 사람이 두드려 찾을 수 있는 정보저장소 또는 웹기반) 두 가지 모두를 포함한다.

확산은 단일한 또는 단순한 과정이 아니며, 서로 다른 메시지가 서로 다른 시점에 서로 다른 청중에게 필요하다. 따라서 개별 연구결과를 공표하는 것보다 쉽게 요약된 연구결과를 다듬어 공유하는 것이 더 적절할 수도 있다. 동시에 커뮤니케이션의 다양한 통로가 개발될 필요가 있다. 효과적인 확산에 관한 우리의 지식이 발전해왔지만, 주요한 교훈은, 중앙에서 밖으로 정보를 밀어내는 것만으로는 불충분하며 종종 비효과적이기도 하다는 것이다. 우리는 또한 잠재적인 최종 사용자가 정보를 ‘끌어당기도록’ 하는 전략을 개발해야 한다. 수동적인 확산의 사고에서 벗어나 보다 더 능동적이고 전체적인(holistic) 변화 전략으로 개념을 전환하는 것이 필요하다.

라. 근거사용 촉진

정책과 실무 모두에서 근거의 수용을 제고하는 것은 정책관련자와 서비스제공기관 모두에게 우선순위가 되어왔다. 연구 및 기타 근거의 활용도를 제고하고자 하는 경우, 효과성에 관한 결과가 적용되지 않거나 성공적으로 적용되지 못하고 있는 곳에서의 과소이용 문제를 해결해야 하고 과다이용(임시적인 결과가 빠르게 확산되는 것) 및 오용(효과성에 관한 근거가 모호한 경우)에 대한 문제도 다루어야 한다.

정책과정을 개선하기 위해서는 근거에 대한 ‘끌어당김’을 증가시키거나 근거이용을 촉진하는 메커니즘(정책개발 과정의 모든 단계에서 분석가를 참여하게 하는 것과 같은 것)이 포함되어 있다. 정책결정자와 연구자간의 대화를 증진시킬 필요성이 있다. 정책담당자는 의식적으로 그리고 공개적으로 여러 파트너와 안정적인 관계를 구축하며, 이 관계에서 각 파트너들은 서로 다른 것을 제공하며, 각자의 의견을 관철할 필요성을 존중해야 할 것이다.

2. 정책의 근거활용 증진에 필요한 과제

국내 보건정책에서 근거를 검토하고 평가하는 과정이 체계적으로 이루어지는데 필요한 과제를 다음과 같이 제안하고자 한다(표 6-1 참조).

〈표 6-1〉 보건정책 근거활용 증진 과제

구분	추진과제
근거고려 정책 추진전략	○ 근거입각보건정책에 대한 전략을 수립한다. - 근거중심 의사결정 필요성을 인식하고 정책개발 원칙으로 간주한다. 각 정책에서 필요한 근거에 대한 정의와 의미를 정립한다.

구분	추진과제
연구개발 및 확산 전략	○ 연구개발 계획(우선순위와 내용 등) 도출하고 합의한다. ○ 정책연구 데이터베이스, 정책 모니터링 데이터시스템을 구축한다. ○ 정책에 필요한 근거요약, policy brief 등을 보급한다. ○ 연구자 네트워크와 정책담당자 네트워크 협의회를 만들어서 연구 생산 및 수용과정을 협의하도록 한다.
근거의 정책 및 실무 수용 증진	○ 정책담당자의 근거탐색과 해석, 활용 역량 증진을 위한 교육 과정을 만든다. ○ 정책과정에서 체계적으로 연구근거 및 정보를 검토하는 과정을 포함한다. ○ 정책결정과정에 연구근거와 함께 다양한 가치를 고려하는 과정과 절차를 정립한다.

3. 맺음말

이 연구는 국내에서 최초로 “보건정책의 근거활용”을 주제로 수행되었다. 지금까지 고찰한 바를 종합해볼 때, 근거중심정책에 대한 논란과 비판이 존재하지만 현대사회의 정책과정에서 과학적 근거에 대한 논의를 배제할 수는 없다고 본다.

국내 보건의료체계에 산적한 과제와 그 복잡성을 고려할 때, 근거의 생산과 활용에 대한 고민을 해야 할 시점이 도래하였다. 즉, 보건정책(실무)에서 어떤 문제에 대한 이유와 효과에 대한 다양한 근거를 생산하고, 이를 적극적으로 확산하며 정책과정에 융합시키는 노력이 필요하다고 생각된다. 이 연구가 국내 보건정책 담당자와 연구자들이 정책의 합리적 수행에 “근거를 고려한 의사결정”이 필요하다는 점을 인식하는데 도움이 되었으면 한다. 또한 “근거에 대한 체계적 검토와 평가과정”이 보건정책에 필수적 요소로 포함되기를 희망한다.

참고문헌

- 건강기능식품에 관한 법률 제3조(타법개정 2010.3.31, 법률 제10219호)
국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제10조의2 (약제 요양급여의 결정신청) (일부개정 2012.9.28, 보건복지부령 제161호)
- 김가은, 박상민, 홍성원, 지선미, 박동아, 최슬기 (2011). 골관절염 환자에서 글루코사민의 임상적 효과. 서울: 한국보건의료연구원.
- 김기웅, 김명희, 김봉조, 김정란, 김태희, 문석우 외(2009). 치매진단도구의 표준화. 서울: 서울대학교 분당서울대학교병원.
- 김선미(2005.9.26), 김선미의원, “태반주사는 만병통치약 ? - 비급여처방 남발되고 있어 대책수립 시급”. 뉴스와이어, <http://www.ansung.pe.kr>
- 김정주(2010.7.19), 기동제약일괄인하 제약압력 굴복한 밀실행정. 데일리팜, <http://cafe.daum.net/pharmplazahanyang/ZFhB/3620?docid=1IYCqZFhB362020100720064604>
- 김진구(2011.12.16), 국가검진사업, 노령 층 검진 축소해야. 청년의사, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsacd=2011121600018>
- 대한약물역학위해관리학회(2011). 약물역학. 서울:서울대학교출판문화원.
- 박태균(2010.9.24), 효과논란 글루코사민, 식약청선 “효능 인정된다”는데. 중앙일보, http://blog.joinmsn.com/media/folderlistslide.asp?uid=dalispark&folder=2&list_id=11827587
- 박혜정(2010.10.06), [2010국감] 태반주사 10건 중 8건 ‘엉뚱한 사용’.

아시아경제, <http://www.asiae.co.kr/news/view.htm?idxno=2010100610454844738>

배상철, 김수영, 성운경, 이은봉, 최찬범, 서현주, 정채림, 박지애(2009). 골관절염 환자에서 글루코사민과 콘드로이틴의 효과. 서울: 한국보건의료연구원.

배은영(2010). 의료기술평가를 통한 급여결정의 한계와 극복방안: 기등재의 약품목록정비 사업에 대한 평가를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 16(3), pp163-187.

배은영, 김정희, 최상은(2005). 의약품 보험급여제도에서 경제성 평가자료의 활용방안 및 평가지침 개발. 서울: 건강보험심사평가원.

배종면 외(2009). 태반주사의 유효성 및 안전성에 관한 의료기술평가. 서울: 한국보건의료연구원.

백성주(2010.7.28), ‘기등재약값 20% 일괄인하’ 후폭풍 예고. 데일리메디, <http://www.dailymedi.com/news/view.html?no=718261§ion=1>

보건복지부(2006). 건강보험 약제비 적정화 방안 시행(보도자료). 서울: 보건복지부.

보건복지부(2009). 치매진단도구 표준화. 서울: 보건복지부.

보건복지부(2010). 기등재의약품목록정비 사업 속도 낸다(보험약제과 보도자료). 서울: 보건복지부.

보건복지부(2012). 약제급여목록 및 급여상한금액표 (개정고시 2012-26호). 서울: 보건복지부.

송재훈(2011.9.29), “글루코사민, 급여 중단하라” 한나라당 이춘식 의원, “효과없는 약에 보험적용은 문제” 발행. 의학뉴스,

<http://www.newsmpl.com/news/articleView.html?idxno=85866>

식품의약품안전청(2007). 의약품등의 안전성·유효성 심사에 관한 규정 (고시 제 2007-30호). 서울: 식품의약품안전청.

식품의약품안전청(2010). 의약품재평가결과-글루코사민황산염, 황산콘드로

- 이틴나트름. 서울: 식품의약품안전청.
- 식품의약품안전청(2010.12.20). 2010년 의약품 재평가(글루코사민 및 콘드로이틴) 결과에 따른 행정지시(의약품관리과-9638). 서울: 식품의약품안전청.
- 식품의약품안전청(2011.01.14). 인태반 유래 의약품 임상재평가 결과 - ‘가수분해물 주사제’ 재평가 결과 공시 (바이오의약품정책과 보도자료). 서울: 식품의약품안전청.
- 식품의약품안전청(2011.10.5). 국정감사 지적 「인태반제제」 관련 안내(바이오의약품정책과-4743호). 서울: 식품의약품안전청.
- 식품의약품안전청(2011.10.5). 인태반 유래 의약품 인허가 내역. (식품의약품안전청 바이오의약품정책과 고시-4743호). 서울: 식품의약품안전청.
- 식품의약품안전청(2012). 건강기능식품 이용실태 및 인식도 설문조사 결과. 서울: 식품의약품안전청
- 식품의약품안전청.(2012). 2009년, 2010, 2011년도 식품의약품통계연보 식품의약품안전청 홈페이지 <http://www.kfda.go.kr/index.jsp> 에서 2012.11.20 인출
- 신형근(2009). 기등재약 목록정비의 현황과 개선방안. 2009 약가가품빼기를 위한 기등재약 목록재정비사업의 해법토론회 토론회. 서울, 건강사회를위한약사회, 2009.3.6
- 약사법 시행규칙 제29조(안전성·유효성의 심사) (일부개정 2012.10.18, 보건복지부령 제162호)
- 약사법 제2조(일부개정 2012.2.1, 법률 제11251호)
- 양봉민 외(2004). 의약품 경제성 평가를 위한 표준비용 산출기준 개발연구. 서울: 서울대학교보건대학원: 건강보험심사평가원.
- 우종인 외(2010). 치매관리법(안) 마련을 위한 연구. 서울: 보건복지부: 서울대학교병원.
- 윤종률, 이윤환, 조비룡, 노용균, 김미명, 이준영, 손기영(2009). 노인 건강검

진 표준 권고안 연구. 한림대학교 산학협력단.

이상철(2009.05.19), 건강검진·치매 선별검사 보완 필요. 후생신보, http://whosaeng.com/sub_read.html?uid=27749§ion=sc3

이의경, 배은영, 이태진, 최용준, 박은자, 김동숙(2003). 보험의약품의 급여 관리제도 개선방안. 서울: 한국보건사회연구원, pp. 473-475.

이의경, 유근춘, 정영호, 임재영, 고숙자, 박세정, 박은자, 손현순(2005). 신 의료기술 등의 경제성평가 활용을 위한 정책방안: 의약품을 중심으로. 서울: 한국보건사회연구원, pp.280-286.

이태진(2008). 의약품 보험 급여 및 가격 결정과 경제성 평가의 활용. 예방 의학회지, 41(2), pp.69-73.

조인직(2003.11.26), 부유층 ‘태반 주사’ 이상 열풍...‘만병통치약’으로 통제. 동아일보, <http://news.donga.com/3//20031126/8005074/1>

최은택(2010.5.20), 기등제약 목록정비, ‘약값깎기’ 발언 빈축. 데일리팜, [http://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html?ID=125990&keyWord=약값 발언 빈축](http://www.dailypharm.com/Users/News/NewsView.html?ID=125990&keyWord=약값%20발언%20빈축)

한국보건의료연구원(2010.2.2). 글루코사민과 콘드로이틴 제제는 올바르게 사용되고 있는가?(보도자료) 서울: 한국보건의료연구원.

Aggressive Research Intelligence Facility(ARIF) 홈페이지 <http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/PHEB/ARIF/index.aspx>에서 2012.11.25 인출

Alzheimer's Disease International 홈페이지 <http://www.alz.co.uk/>에서 2012.9.20 인출

The National Center for Biotechnology (NCBI) 홈페이지 (1) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK42778/#A28291>에서 2012.10.15 인출

The National Center for Biotechnology (NCBI) 홈페이지 (2) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45206/>에서 2012.9.20 인출

TRiP-LaB 홈페이지 | www.trip-lab.com

- Ahn, J., Kim, G., Suh, H.S., Lee, S.M. (2012) Social values and healthcare priority setting in Korea. *J Health Organ Manag.* 26(3), pp.343-350.
- Appel, L.J., Angell, S.Y., Cobb, L.K., Limper, H.M., Nelson, D.E., Samet, J.M., Broenson, R.C., et al. (2012). Population-Wide Sodium Reduction: The Bumpy Road from Evidence to Policy. *Elsevire Inc*, 22(6), pp.417-425.
- Bae E.Y., Lee E.K.(2009). Pharmacoeconomic Guidelines and Their Implementation in the Positive List System in South Korea. *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)*, 12(Supplement 3), pp.36-41.
- Black, N. (2001). Evidence based policy: proceed with care. *BMJ*, 323(7307), pp.275-279.
- Blunkett, D.(2000). Blunketts rejects anti-intellectualism and welcomes sound ideas. Dfee News, <http://www.dfee.gov.uk/newslist.htm>, 2, February
- Bowen, S., Zwi, A.B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: a framework for action. *PLoS Meicine*, 2(7), p.166.
- Campbell, D.M., Redman, S., Jorm, L., Cooke, M., Zwi, A.B., Rychetnik, L., et al. (2009). Increasing the use of evidence in health policy: practice and views of policy makers and researchers. *Aust New Zealand Health Policy*, 6(1), p.21.
- Caplan, N.(1979). The tow communities theory and knowledge utilization'. *American Behavioral Scientist*, 22(3), pp. 459-470.
- Chambers, D., Wilson, P.M., Thompson, C.A., Hanbury, A., Farley, K., Light K., et al.(2011). Maximizing the impact of systematic

- reviews in healthcare decision-making: a systematic scoping review of knowledge translation resources. *Milbank Quarterly*, 89(1), pp.131-156.
- Chambers, D., Grant, R., Warren, E., Peason, S.A., Wilson, P. (2012). Use of evidence from systematic reviews to inform commissioning decision: a case study. *The Policy Press*, 8(2), pp.141-148; 2012에서 재인용.
- Culhane, D.P., Parker, W., Poppe, B., Gross, K., Sykes, E.(2007). Accountability, costeffectiveness, and program performance: Progress since 1998. *Paper presented at the National Symposium on Homelessness Research: Stanhope and Dunn*; 2011에서 재인용
- Creswell, J.W., 김영숙 등 옮김(2011). 연구방법 질적, 양적 및 혼합적 연구의 설계. 서울: 시그마프레스.
- Creswell, J.W., 조홍식 옮김(2010). 질적 연구방법론 : 다섯 가지 접근. 서울: 학지사.
- Culyer, A.(2005). “Deliberative Processes and Evidence-Based Decision-Making in Health Care.” 2005 Sinclair lecture presentation, Center for Health Service and Policy Research on Queen's University.
- Danaei, G., Ding, E.L., Mozffarian, D., Taylor B., Rehn, J., Murray, C.J.L., et al.(2009). The preventive causes of death in the United States: comparative risk assessment pf dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med.* 6, e1000058.
- Daniels(2008). Just Health; Meeting health needs fairly. New York;Cambridge University Press. pp117-119.
- Davies, H.T.O., Nutley, S.M., Mannion, R.(2000). Organisational

- culture and quality of health care. *Quality in Health Care* 2000, 9, pp.111-119.
- de Godede, J., Putters, K., van Grinten, T., van, Oers H.A. (2010). Knowledge in process? Exploring barriers between epidemiological research and local health policy development. *Health Research Policy and Systems* 2010, 8, p.26.
- Devlaux, B., Mangez, E. (2008). Towards a sociology of the knowledge - policy relation.
- DH: Department of Health.(2010). Equity and excellence: Liberating the NHS. London: Department of Health.
- Dobraw, M.J., Goel V., Upshur, R.E.G. (2004). Evidence-based health policy: context and utilization. *Social Science & Medicine*, 58, pp.207-217.
- Donald.(2009). Obituary, *Evid Based Med*, 14(2), p.37.
- Donald, A.(2001). Commentary: research must be taken seriously. *BMJ*, 323(7307), pp.275 - 279.
- Eisenberg, J.M.(2001). What does evidence mean? Can the law and medicine be reconciled?. *Health Polit Policy Law*, 26(2), pp.369-381.
- El-Jardali, F., Lavis, J.N., Ataya, N., Jamal, D.(2012). Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implement Sci*, 7, p.2.
- El-Jardali, F., Lavis, J.N., Ataya, N., Jamal, D., Ammar, W., Raouf, S., et al.(2012). Use of health systems evidence by policymakers in eastern Mediterranean countries: views, practices, and contextual influences. *BMC Health Serv Res*, 12, p.200.

- EU(2011). Health services research into European policy and practice: Preparation and organisation of a European health services research conference. What does evidence mean? Can the law and medicine be reconciled?
- Evans, T., Thornton, H., Chalmers, I.(2006). Testing treatments: Better Research for Better Healthcare. London: British Library.
- Evidence-Based Medicine Working Group.(1992). Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 268(17), pp.2420-2425.
- Flitcroft, K.N., Gillespie, J.A., Carter. S.M., Trevena, L.J., Salkeld, G.P.(2011). When good evidence is not enough: the role of context in bowel cancer screening policy in New Zealand. *Evidence & Policy*, 7(3), pp.307-326.
- Gaze, A.L.(2005). Evidence based policy; Promised and challenges. <http://philpapers.org/rec/LACEMM>
- Glasby, J., Walshe, K., Harvey, G.(2007). What counts evidence in evidence based practice? *Evidence & Policy*, 3(3), pp.325-327.
- Glasby, J., Powell M., Russell, J., Greenhalgh T., Dickinson, H., Williams I., et al.(2007). Evidence, policy and practice: critical perspectives in health and social care. Bristol: The Policy Press
- Gowers, S.G., Clark, A., Roberts, C., Griffiths, A., Edwards, V., Bryan, C., et al.(2007). Clinical effectiveness of treatments for anorexia nervosa in adolescents: randomised controlled trial. *British Journal of psychiatry*, 191, pp. 427-435.
- Graham, I.D., Logan, J., Harrison, M.B., Straus, S.E., Tetroe, J., Caswell, W.(2006). Lost in knowledge translation: Time for a map? *The Journal of Continuing Education in the Health*

- Professions*, 26, pp.13-24
- Greenhalgh, T., Sietse, W.(2011). Is it time to drop the "knowledge translation" metaphor? A critical literature review. *J R Soc Med*, 104, pp.501-509.
- Grol, R., Grimshaw, J.M.(1999). Evidence-based implementation of evidence based medicine. *Joint Community Journal of Quality Improvement*. 25(10), pp.503-513.
- Hanbury, A., Thompson, C., Wilson, P.M., Farley, K., Chambers, D., Warren, E., et al.(2010). Study protocol Translating research into practice in Leeds and Bradford (TRiPLaB): a protocol for a programme of research. *Implementation Science*, 5, pp.37-42.
- Haynes, R.B.(2002). What kind of evidence is it that evidence based medicine advocate want health care providers and consumers to pay attention to? *BMC Health Services Research*, 2(1), p.3.
- He, F.J., MacGregor, G.A.(2009). A comprehensive review on salt and health and current experience of worldwide salt reduction program. *J Hum Hypertens*, 25, pp.243-250.
- Head, B.(2010). 'Reconsidering evidence-based policy: key issues and challenges'[editorial]. *policy and Society*, 29, pp.77-94.
- Henshall, C., Schuller, T., Mardhani-Bayne, L.(2012). Using health technology assessment to support optimal use of technologies in current Practice: The Challenge of "Disinvestment". *Int J of Technology Assessment in Health Care*, 28(3), pp203-210.
- Howick, J.(2011). The philosophy of evidence based medicine. *Oxford: BMJ Publishing Group*, pp.3-9.
- IARC and WHO(International Agency for Research on Cancer &

- World Health Organization). (2010a). GLOBOCAN 2008. *Cancer Fact Sheet. Australia*. Lyon : IARC, <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=36>
- IARC and WHO(International Agency for Research on Cancer & World Health Organization). (2010b). GLOBOCAN 2008. *Cancer Fact Sheet. United Kingdom*. Lyon : IARC, <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=826>
- IARC and WHO(International Agency for Research on Cancer & World Health Organization). (2010c). GLOBOCAN 2008. *Cancer Fact Sheet. New Zealand*. Lyon : IARC, <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=554>
- Innvaer, S., Vist, G., Trommald, M., Oxman, A. (2002). Health policy-makers' perceptions of their use of evidence: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(4), pp.239-244.
- Jacobs, J.A., Clayton, P.F., Dove, C., Funchess, T., Jones, E., Perveen, G., Skidmore, B., Sutton, V., Worthington, S., Baker, E.A., Deshpande, A.D., Brownson, R.C., et al.(2012). A survey tool for measuring evidence-based decision making capacity in public health agencies. *BMC Health Serv Res*, 12, p.57.
- Jacobson, N., Butterill, D., Goering, P.(2003). Development of a framework for knowledge translation: Understanding user context. *Journal of Health Services Research & Policy*, 8(2), pp.94-99.
- Kuhn, R., Culhane, D.P.(1998). Applying cluster analysis to test a typology of homelessness by pattern of shelter utilization: Results from the analysis of administrative data. *American*

- Journal of Community Psychology*, 26(2), pp.207-232.
- Lavis, J.N., Oxman, A.D., Moynihan, R., Paulson, E.J.(2008). 'Evidence-informed health policy1-synthesis of findings from a multi-method study of organizations that support the use of research evidence', *Implementation Science*, 3, p.7.
- Lavis, J.N., Paulsen EJ., Oxman AD., Moynihan R.(2008). Evidence-informed health policy 2 - survey of organizations that support the use of research evidence. *Implement Sci*, 3, p.54.
- Lavis, J.N., Oxman, A.D., Lewin, S., Fretheim, A. Support tools for evidence informed health policy making (STP). Health Research Policy and Systems 2009(Suppl I): II.
- Lavis, J.N.(2009). How can we support the use of systematic reviews in policymaking?, *PLoS Medicine*, 6(11), e1000141.
- Lee EK., Kim BY., Lim JY., Park MH.(2012). Differently policy outcome of the new drugs and currently listed drugs under the positive system in South Korea. *Value in Health*. pp.100-103.
- Lomas, J., Brown, A.D.(2009). Research and Advice Giving: A functional View of Evidence-Informed Policy Advice in a canadian Ministry of Health. *The Milbank Quaaterly*, 87(4), pp.903-926.
- Majdzadeh, R., Yazdizadeh, B., Nedjat, S., Gholami, J., Ahghari, S. (2012). Strengthening evidence-based decision-making: is it possible without improving health system stewardship? *Health Policy and Planning*, 27(6), pp.499-504.
- Martson, G., Warrs, R.(2003). Tempering of the evidence; a critical appraisal of evidence based policy making. *The Drawing Board: An Austrian Review of Public Affairs*, 3(3), pp.143-163.

- Miles, M.B., Huberman, M.(1994). Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Nelson, S. R., Leffler, J. C., Hansen, B. A.(2009). Toward a research agenda for understanding and improving the use of research evidence. Portland, OR: Northwest Regional Educational Laboratory. [Retrieval at www.nwrel.org/researchuse/report.pdf]
- NICE(National Institute for Clinical Excellence)(2004). *Eating disorder: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorder: Clinical guideline 9*. London: NICE.
- Nutley, S., Morton, S., Jung, T., Boaz, A.(2010). Evidence and policy in six European Countries : diverse approaches and common challenges. *Evidence & Policy*, 6(2), pp.131-144.
- Nutley, S.M., Walter, I., Davies, HTO.(2007). Using evidence : How to research can inform public services. *Bristol; The Policy Press*, pp.23-24.
- Nutley, S.M., Davies, H.T.O., Walter, N.I.(2002). Evidence Based Policy and Practice: Cross sector Lessons from the UK (ESRC UK Center for EBPP working paper 9).
- Oxman, A.D.(2004). Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*, 328, pp.1490 - 1494.
- Oxman, A.D., Lavis, J.N., Lewin, S., Fretheim, A.(2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policy making (STP) 1: What is evidence-informed policy making? *Health research policy and systems*, 7 Suppl 1:S1.
- Parsons, W(2002). From Muddling Through to Muddling Up - Evidence Based Policy Making and the Modernisation of British

- Government. Public Policy and Administration 2002, 17(43),
<http://ppa.sagepub.com/content/17/3/43>
- Patton, M.Q.(1979). Discovering process use. *Evaluation*, 4(2), pp.225-233.
- Pawson, R., Greenhalgh, T., Harvey, G., Walshe, K. (2005). Realist review - a new method of systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*, 10(1), pp. 21-34.
- Roots, P., Rowlands, L., Gowers, S.G.(2009). User satisfaction with services in a randomised controlled trial of adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Reviews*, 17(5), pp.331-337.
- Samson, D.J., Grant, M.D., Ratko, T.A., Bonnell, C.J., Ziegler, K.M., Aronson, N., et al. (2007). Treatment of primary and secondary OA of the knee(Evidence report/Technology assessment). *Agency for Healthcare Research & Quality*.
- Scott-Findlay, S., Pollock, C. (2004). Evidence, research, knowledge: a call for conceptual clarity. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1(2), pp.92-101.
- Shulha, L.M., Cousins, J.B.(1997). Evaluation use: theory, research and practice since 1986. *Evaluation and Practice*, 18(3), pp.195-208.
- Smith, J., Curry, N., Mays, N., Dixon, J.(2010). *Where next for commissioning in the English NHS?*. London: Nuffield Trust.
- Snow, C.P.(1990). The Two Cultures. *LEONARDO*, 23(2/3), pp. 169-173.
- Stanhope, V., Dunn, K.(2011). The curious case of Housing First: the limits of evidence based policy. *Int J Law Psychiatry*. 34(4),

pp.275-282.

Stoker, G.(1999). Note on keynote address. ARCISS Conference.

The Cabinet Office(1999) Professional policymaking for the 21st century. London: The Cabinet Office. p.78, <http://www.policyhub.gov.uk/docs/profpolicymaking.pdf>.

Towheed, T., Maxwell, L., Anastassiades, T.P., Shea, B., Houpt, J.B., Welch, V., Hochberg, M.C., Wells, G.A., et al.(2005). Glucosamine therapy for treating OA. *Cochrane collaboration*.

Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M.(2004). Housing first, consumer choice and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94(4), pp.651-656.

http://www.who.int/nmh/publications/best_buys_summary.pdf.

Vartiainen, E., Laatikainen, T., Peltonen, M.(2010). Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Int J Epidemiol*, 39, pp.504-518.

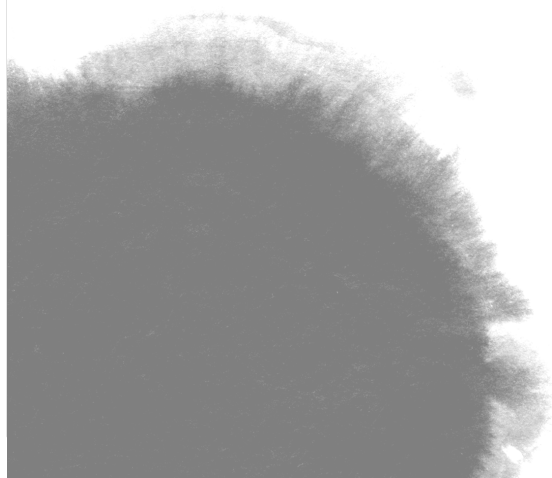
Ward, Vi., House, Al, Hamer, S.(2009). Developing a framework for transferring knowledge into action: a thematic analysis of the literature. *J Health Serv Res Policy*, 14(3), pp.156-164.

Weiss, C.H.(1979). “The Many Meanings of Research Utilization”. *Public Administration Review*, 39 (5) pp.426-431.

World Economic Forum, Harvard School of Public Health. From Burden to “Best Buys”: Reducing the Economic Impact of Non-Communicable Disease in Low and Middle-Income countries.

WHO(2005). Bridging the “Know-Do” Gap: Meeting on Knowledge Translation in Global Health. p.10-12.

100



부록

근거중심 보건정책에 대한 연구자 인식조사

보건정책 의사결정에서 근거 활용에 대한 연구자의 인식 조사

주제 I. 근거중심 보건정책에 대한 일반적 인식

1. 근거중심 보건정책(evidence based/informed health policy)이란 가능한 최선의 근거를 정책 개발과 실행에 투입하여 충분한 정보를 제공받은 상태에서 의사결정이 이루어지도록 보장하는 것을 의미합니다. 귀하는 보건의료 영역의 정책과정에 근거(evidence) 활용이 필요하다는 점에 대해서 동의하시는 편입니까?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| ☐ ① 매우 동의하지 않는다 | ☐ ② 동의하지 않는다 |
| ☐ ③ 동의한다 | ☐ ④ 매우 동의한다 |
| ☐ ⑤ 잘 모른다 | |

2. 귀하는 보건정책 의사결정에 근거 활용이 어떤 영향을 준다고 생각하십니까? 아래 제시된 정책과정 요소에 근거 활용이 줄 수 있는 긍정적 영향에 대해서 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

		① 매우 동의 하지 않는다	② 동의 하지 않는다	③ 동의 한다	④ 매우 동의 한다	⑤ 잘 모른다
1)	의사결정과정의 투명성을 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐
2)	의사결정과정의 책임성을 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐
3)	의사결정과정의 국민의 참여를 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐
4)	정책 내용의 임상적 효과성 및 비용효과성에 대한 고려를 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐
5)	정책 내용의 사회적 가치 판단에 대한 고려를 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐
6)	이해관계의 조정가능성을 높인다	☐	☐	☐	☐	☐
7)	정책의 실행가능성을 높인다.	☐	☐	☐	☐	☐

3. 귀하는 보건정책 의사결정에서 가용한 최선의 근거를 사용한다고 할 때, 어떤 유형의 지식과 정보를 근거로 간주하는 것이 타당하다고 보십니까? 다음에 제시된 지식과 정보의 타당성에 동의하는 정도를 표시해주시기 바랍니다.

		① 매우 동의 하지 않는다	② 동의 하지 않는다	③ 동의 한다	④ 매우 동의 한다	⑤ 잘 모른다
1)	특정 정책이나 중재의 효과에 대한 실험연구 (무작위 대조군 임상연구, 준무작위 대조군 임상연구)	☐	☐	☐	☐	☐
2)	특정 정책이나 중재의 효과에 대한 비실험적 관찰연구 (코호트, 환자대조군 등)	☐	☐	☐	☐	☐
3)	특정 보건학적 문제(크기, 위험요인 등)에 대한 비실험적 관찰 연구(코호트, 환자대조군 등)	☐	☐	☐	☐	☐
4)	특정 보건학적 문제에 대한 체계적 문헌고찰 연구	☐	☐	☐	☐	☐
5)	특정 보건학적 문제에 대한 사례 보고	☐	☐	☐	☐	☐
6)	특정 보건학적 문제에 대한 전문가 의견	☐	☐	☐	☐	☐
7)	특정 보건학적 문제에 대한 이해관계자의 의견	☐	☐	☐	☐	☐
8)	특정 보건학적 문제에 대한 신문방송 등의 기사	☐	☐	☐	☐	☐
9)	특정 보건학적 문제에 대한 정책담당자의 경험	☐	☐	☐	☐	☐
10)	인구 혹은 비용 통계	☐	☐	☐	☐	☐
11)	특정 보건학적 중재 혹은 정책의 비용효과평가	☐	☐	☐	☐	☐

주제 II. 근거의 유형과 확산 및 정책적 의사결정에 활용

※ 귀하가 지난 2010년 이후 현재까지 연구책임자 혹은 공동연구원으로 수행했던 연구과제 중에서 “보건정책의 의사결정과 관련성이 가장 높다고 생각되는 과제 1개”를 스스로 선정해주시기 바랍니다. 귀하의 마음속에 선정된 **특정 연구과제**를 기준으로 다음 질문에 응답해주시기 바랍니다.

4. 귀하가 가장 활발하게 활동하고 있는 주요 연구 분야는 무엇입니까?

(하나만 선택)

- ① 모성보건
- ② 보건의료 개혁에 대한 정책 기획
- ③ 예방접종 가이드라인 및 일정
- ④ 보건의료의 질 향상 및 의료기관 인증 전략 기획 및 실행
- ⑤ 보건의료인력 수급 관리 및 교육 프로그램의 평가
- ⑥ 만성질환 검진, 예방 및 관리
- ⑦ 신약, 치료재료 등의 신의료기술 도입
- ⑧ 건강보험의 급여관리
- ⑨ 건강보험 지불제도 개선
- ⑩ 의료서비스 전달체계 개선
- ⑪ 기타 - 구체적으로:

5. 귀하가 수행한 (보건정책 의사결정과 관련성이 높은) 특정 연구과제의 유형은 어떤 것입니까?

- ① 실험 연구 [예: 특정 정책이나 중재의 효과에 대한 실험연구(무작위 대조군 임상연구, 준무작위 대조군 임상연구), 특정 정책이나 중재의 효과에 대한 비실험적 관찰연구(코호트 등)]

6. 귀하가 수행한 (보건정책 의사결정과 관련성이 높은) 특정 연구과제는 어떤 기관이나 단체가 연구비를 지원해주었습니까? (하나만 선택, 매칭그랜트의 경우 연구비 비중이 가장 높았던 재원을 고르시오 기관 내부의 연구인 경우 연구자가 속한 기관의 특성에 따라 분류해주시시오)

- ① 정책 담당자(기관) (예. 보건복지부, 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 식품의약품안전청, 질병관리본부)
- ② 연구자(기관) (예. 한국보건의료연구원, 한국보건사회연구원)
- ③ 국가 연구비 지원기관 (예. 한국연구재단)
- ④ 이해 당사자(단체 혹은 기구) (예. 제조사, 의료전문협회, 환자단체)
- ⑤ 기타 - 구체적으로

: _____

7. 귀하가 수행한 (보건정책 의사결정과 관련성이 높은) 특정 연구과제의 진행 과정에서 정책 담당자는 주로 어떻게 참여했습니까? (하나만 선택)

- ① 연구 참여자로
- ② 관점/선호도 조사 대상자로
- ③ 결과 보고서 초안의 검토자로
- ④ 연구 수행 과정에서 자문위원으로
- ⑤ 참여하지 않음

8. 귀하가 수행한(보건정책 의사결정과 관련성이 높은) 특정 연구과제의 수행과정에서 일반 대중은 주로 어떻게 참여했습니까? (하나만 선택)

- ① 연구 참여자로
- ② 관점/선호도 조사 대상자로
- ③ 결과 보고서 초안의 검토자로
- ④ 연구 수행 과정에서 자문위원으로
- ⑤ 참여하지 않음

9. 귀하가 수행한 (보건정책 의사결정과 관련성이 높은) 특정 연구과제의 결과는 어떻게 확산되었습니까? (복수 응답 가능)

- ① 동료심사 저널에 출판하였다.
- ② 연구비 지원기관에 보고서로 제출하였다.
- ③ 정책담당자 혹은 이해관계자에게 논문과 보고서를 제공하였다.
- ④ 학술대회에서 발표하였다.
- ⑤ 정책담당자 혹은 이해관계자에게 구체적으로 가능한 실행전략을 구체화시킨 권고사항을 제공하였다.
- ⑥ 정책담당자 혹은 이해관계자에게 연구결과를 웹(이메일, 뉴스레터, 메일링 리스트)을 통해 제공하였다.
- ⑦ 높은 우선순위의 정책 이슈의 논점을 알리기 위해 정책담당자 혹은 이해관계자에게 policy brief (체계적 정책 요약)을 제공하였다.
- ⑧ 기타 - 구체적으로

: _____

※ Policy brief (체계적 정책 요약)는 특정 보건학적 문제를 해결하기 위한 정책 혹은 프로그램 대안과 수행 가능한 실행 전략을 좀 더 잘 이해하기 위하여 기존에 출판된 체계적 문헌 고찰 문헌을 검토하여, 최종 사용자(정책담당자, 환자, 일반대중, 의료서비스제공자 등)에게 적합하고 해당 지역의 맥락과 관련되도록 개발되어 사용자 친숙한 형식으로 제공된 문서를 말한다.

10. 귀하가 수행한 특정 연구과제의 결과는 관련 보건정책의 의사결정에서 활용이 잘 되었다고 생각하십니까?

- ☐ ①매우 그렇지 않다 ☐ ②그렇지 않다 ☐ ③그렇다
- ☐ ④매우 그렇다 ☐ ⑤잘 모른다

주제Ⅲ. 근거중심보건의정 정책 발전방안에 대한 의견

11. 귀하는 보건의정 의사결정에서 근거 활용에 영향을 미치는 요인에 대한 국내 현실 상황(context)에 대해서 어떻게 생각하십니까? 다음에 제시된 요인에 대해서 동의하는 정도를 표시해 주십시오.

		① 매우 동의 하지 않는다	② 동의 하지 않는다	③ 동의 한다	④ 매우 동의 한다	⑤ 잘 모른다
1)	정책담당자는 연구 근거의 가치에 대해 별로 존중하지 않고 있다.					
2)	이해관계자들은 연구 근거의 가치에 대해 별로 존중하지 않고 있다.					
3)	우리나라의 전반적 문화가 정책결정과정에 연구 근거의 활용이 익숙하지 않다.					
4)	다른 정부/부처와의 관계에서 조정기능 부족이 보건의정 의사결정에서 연구 근거의 활용에 장애로 작용한다. (예. 보건복지부와 기획재정부)					
5)	정부와 의료서비스제공자간의 조정기능 부족이 보건의정 의사결정에서 연구 근거 활용에 장애로 작용한다.					

[illegible]

13. 보건정책 의사결정에서 연구근거(research evidence) 활용에 장애가 되는 요인은 무엇입니까? 아래 제시된 내용에 대해서 귀하가 동의하는 정도를 표시해주십시오.

	① 매우 동의 하지 않는다	② 동의 하지 않는다	③ 동의 한다	④ 매우 동의 한다	⑤ 잘 모른다
1) 보건정책 결정을 지원하는 관련 연구 근거의 생산이 부족하다.					
2) 연구 근거를 생산할 연구인력 및 연구기간이 부족하다.					
3) 연구결과와 전파/ 확산의 문제로 인하여 정책담당자가 연구결과에 접근하기 어렵다.					
4) 보건정책에서 연구근거 활용은 정치적으로 민감하거나 정책 방향과 불일치한 연구결과에 의해 방해받는다.					
5) 보건정책에서 연구근거 활용은 재정 영향과 같은 실무적인 제약에 의해 방해받는다.					
6) 보건정책 담당자의 근거중심 보건정책결정에 대한 이해가 부족하다.					
7) 이해관계자의 보건정책의 근거기반 의사결정에 대한 이해가 부족하다.					
8) 우리나라의 보건정책 의사결정과정 자체가 투명하고 명시적이지 않기 때문이다.					
9) 연구자와 정책담당자/이해관계자간의 정책담화의 기회, 네트워크 형성, 협력 등이 불충분하기 때문이다.					

14. 보건정책 의사결정에서 연구근거(research evidence) 사용을 향상시키기 위해 무엇을 개선해야 합니까? 아래 제시된 내용에 대해서 귀하가 동의하는 정도를 표시해주십시오.

※ Policy brief는 특정 보건학적 문제를 해결하기 위한 정책 혹은 프로그램 대안과 수행 가능한 실행 전략을 좀 더 잘 이해하기 위하여 기존에 출판된 체계적 문헌 고찰 문헌을 검토하여, 최종 사용자(정책담당자, 환자, 일반대중, 의료서비스제공자 등)에게 적합하고 해당 지역의 맥락과 관련되도록 개발되어 사용자 친숙한 형식으로 제공된 문서를 말한다.

	① 매우 동의 하지 않는다	② 동의 하지 않는다	③ 동의 한다	④ 매우 동의 한다	⑤ 잘 모른다
1) 연구자는 연구 결과를 간결하고 이해하기 쉽게 요약해 주어야 한다.					
2) 정책에 활용 가능하도록 연구의 질과 신뢰도를 높여야 한다.					
3) 정책 환경을 반영한 시의적절한 연구결과(특히, 국내 연구)가 접근 가능해야 한다.					
4) 더 충분한 연구 수행 시간과 연구비 지원이 필요하다.					
5) 체계적 문헌고찰을 생산하기 위해 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.					
6) 정책 요약이나 정책 메시지를 생산하기 위한 충분한 기술과 교육훈련이 필요하다.					
7) Policy Brief (체계적 정책 요약)을 생산해야 한다.					
8) 정책담당자와 이해관계자에게 연구근거에 대해 의사소통하는 방법에 대한 교육훈련이 필요하다.					
9) 연구자와의 정책담당자와의 상호작용 및 대화의 장이 더 많아야 한다.					
10) 근거중심 보건정책 의사결정을 위한 교육 및 워크숍 참여를 통한 정책담당자의 연구근거에 대한 이해력 향상시켜야 한다.					
11) 국내-외에서 발표된 최근 연구근거를 정기적으로 전달해주는 지식 중개 활동(knowledge brokering service) 혹은 연구결과에 대한 포괄적인 검색 데이터베이스 제공과 같은 연구 확산 활동이 필요하다.					
12) 소비자/환자 혹은 국민이 정책적 의사결정에 참여함으로써 보건정책에 대한 의사소통을 향상시켜야 한다.					

주제 IV. 보건정책 사례에서 연구근거(research evidence)활용에 대한 의견

※ 2007년 이후 현재까지 사회적 관심이 높다고 생각되는 보건정책 사례를 6개 선정하였고, 귀하의 의견제시에 도움이 되도록 관련 자료에 근거하여 각 정책사례의 목표와 내용을 간략하게 기술하였습니다. 귀하가 답변할 만하다고 판단되는 “사례 2개 이상을 선택”하여 해당 정책사례에서 연구 근거의 활용과 영향에 대하여 평가해주십시오. 정책사례의 근거 활용에 대한 질문에 대해서 귀하의 의견을 솔직하게 표시하여 주시기 바랍니다.

15. 생애주기별 정신건강검진		① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그렇다	④ 매우 그렇다	⑤ 잘 모른다
정책목표 개인 정신건강수준의 확인 및 조기치 료 유도를 위해 정책내용 2013년도부터 정신건강검진은 건강보 험공단이 검진 도구를 우편으로 개인에게 발송하고 자기기입식(취학전은 부모기입) 으로 회신하여 평가하는 방식으로 취학전 2회, 초·중·고·대학 시기 2회, 중·고·대학 시기 각 1회, 20대 3회, 30대 이후 연령대별 각 2회(씩46) 검진 예정	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었 다.					
	5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					

16. 무료 치매 검진사업		①매우 그렇지 않다	②그렇지 않다	③그렇다	④매우 그렇다	⑤잘 모른다
정책목표 치매환자를 조기에 발견·관리하여 치매환자 및 가족의 삶의 질 제고하기위해 60세 이상 노인을 대상으로 보건소에서 치매 조기검진 실시 ⁴⁷⁾ 정책내용 '07년도부터 '무료치매검진사업'을 통해 60세 이상이면 누구나 전국 보건소에서 치매검사를 받을 수 있도록 하고, 2010년부터 치매 치료관리비 지원사업 (치매노인 사례관리 포함)실시 ⁴⁸⁾ 실행경과 ⁴⁹⁾ 2008.9월 '치매와의 전쟁'을 선포 2011.8.4. 치매관리법 제정 공포 2012.2월 치매관리법 시행 2012.7.30. 제2차 국가 치매관리 종합계획 발표('13~'15): 치매 조기발견 및 예방 강화, 장기요양보험 대상자 확대, 재가 서비스 확대 예정 ⁵⁰⁾	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.					
	5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					

- 46) 보건복지부 보도자료. 정신질환자 범위 축소, 생애주기별 정신건강검진 실시. 2012. 6. 25.
47) 보건복지부 정책. 치매검진 사업. http://www.mw.go.kr/front_policy/jc/sjc0110mm.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=061003
48) 보건복지부 보도자료. 치매, 일찍 발견하면 치료·관리 가능. 2012. 4. 19.
49) 보건복지부 보도자료. '치매' 관리 국가 개입 본격화. 2011. 8. 4.

17. 기능제 의약품 목록정보 사업 ※ 2010년 7월 '모든 품목 약값 20% 일괄인하'로의 정책 변경 전을 기준으로 평가해주시요.		①매우 그렇지 않다	②그렇지 않다	③그렇다	④매우 그렇다	⑤갈 모른다
정책목표 - 보험 약품비 적정화 및 국민 부담 경감 도모 정책내용 ⁵¹⁾ - 2006년 12월 이전에 등재된 의약품에 대해 경제성평가를 실시하여 임상적 유용성, 비용효과성이 낮은 의약품에 대해 약가를 인하하거나 보험적용대상에서 제외하는 사업 - 2007년부터 2011년까지 15,000여가지의 약제 품목에 대해 순차적으로 비용효과성 평가 진행경과 ⁵²⁾ - 편두통치료제(2008년), 고지혈증치료제(2009년) 목록정보사업 실시	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.					
	5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					

50) 보건복지부 보도자료 「치매」의 공통, 함께 나누겠습니다. 2012. 7.30
51) 보건복지부 보도자료. 기능제 의약품 목록정보 사업 속도낸다. 2010. 7. 28
52) 메디월드뉴스. [극감] 예산만 낭비한 기능제의약품 목록정보사업. 2010.10.05

18. 의원급 만성질환관리제		① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그렇다	④ 매우 그렇다	⑤ 잘 모른다
정책목표 고혈압과 당뇨병 환자의 의원급 의료기관 주 기적 방문 및 생활습관 개선 노력 유도를 위해 정책내용 ⁵³⁾ 2012. 4월부터 고혈압과 당뇨병 환자가 의 원에서 지속관리하겠다는 의사를 표명하면 다음 진료부터 진찰료 감면(기준 본인부담 30%→ 20%) 및 건강지원서비스를 받을 수 있음. - 의원급 의료기관은 적정성 평가 등을 통한 사후 인센티브 제공 ⁵⁴⁾ 진행경과 - 대한의사협회는 만성질환관리제 저지를 위 한 특별대책위원회를 구성 ⁵⁵⁾ - 만성질환관리제도 시행 후 지난 3개월 간 고혈압 및 당뇨병을 주상병으로 10건 이상 청구 한 기관은 6,710곳으로 전체 48.9%가 참여 ⁵⁶⁾ - 한의사 만성질환제 참여 놓고 의 한의 갈등 고조 ⁵⁷⁾	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필 요하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행 되었다.					
	5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이 외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					

53) 보건복지부 보도자료. 만성질환 제대로 관리하면 합병증 발생 현저히 낮아. 2012. 4. 3

54) 보건복지부 보도자료. 2012년부터 이렇게 달라집니다. 2011. 12. 27

55) 경향신문. '의원급 만성질환관리제' 계속 시행돼야 2012-05-21

19. 클루코사민 의약품에 대한 건강보험 급여결정		① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그렇다	④ 매우 그렇다	⑤ 잘 모른다
정책내용 급여약제인 황산염 클루코사민은 2010년 2월 한국보건연구결과에서, 골관절염에서 클루코사민 제제의 효과에 대해서 일부 의미 있는 결과를 보여줬지만 결과에 일관성이 없었다고 발표됨 ⁵⁶⁾	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요 하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.					
	5) 해당 정책의 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					
진행경과 2010년~2011년 2년 동안 건강보험 급여약제 목록에서 유지하다 2011년도 9월 국장감사 이후 2012년 1월 황산클루코사민이 함유된 관절염치료제는 건강보험 적용 대상에서 제외되었음 ⁵⁷⁾						

56) 청년의사. 의원급 절반 참여한 만성질환관리제, 3개월 성적표는? 2012. 8.22

57) 청년의사. [시설]만성질환관리제에 한방을 추가한다고? 2012. 7.28

20. 내시경 점막하 바리절제술(ESD)에 대한 건강보험 급여결정		① 매우 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그렇다	④ 매우 그렇다	⑤ 잘 모른다
정책내용 2011년 8월 '위 선종 및 2cm 이하 초기 위암'의 경우에만 ESD 시술을 급여 전환 고시 발표 진행경과 → 수술용 칼이 공급되지 않으면서 수술 중단 등 환자 피해 발생 ⁶⁰⁾ → ESD 시술범위를 처음 고시된 범위보다는 확대되, 확대된 범위에 대해서는 근거가 충분하지 않으므로 본인 부담금 100%인 급여로 결정 ⁶¹⁾	1) 해당 정책의 의사결정에 연구근거 사용이 필요하다.					
	2) 연구근거는 잘 생산되었다.					
	3) 연구근거가 해당 정책에 잘 반영되었다.					
	4) 해당 정책 의사결정과정은 투명하게 잘 진행되었다.					
	5) 해당 정책 의사결정 과정에서 연구근거 이외의 다른 요인이 더욱 결정적으로 영향을 미쳤다.					

58) 한국보건의료연구원 보도자료, 글루코사민과 콘드로이틴 제제는 올바르게 사용되고 있는가 2010. 2. 2

59) 보건복지부, 약제급여목록 및 급여상한금액표 개정고시 2012-26호

60) 테일리메디. 내시경점막하바리절제술(ESD) 착오청구 주의. 2012.04.18

61) 보건복지부 보도자료 「내시경적 점막하 절제술」 관리 체계 확정해 11. 1일 시행. 2011. 10. 24

V. 일반적 특성

21. 성별

- ① 남성 ② 여성

22. 연령 만 _____ 세

23. 귀하의 최종 학위는 어떻게 됩니까?

- ① 학사학위
② 석사학위
③ 박사수료
④ 박사학위
⑤ 기타 - 구체적으로:

24. 귀하의 근무 기관의 유형은 무엇입니까?

- ① 대학 혹은 대학내 연구소
② 대학 병원
③ 정부 산하 행정 기관
④ 정부 산하 연구원
⑤ 산업계 (제조사)
⑥ 기타 - 구체적으로:

25. 귀하의 현재 직장 근무 기간은 어느 정도입니까? _____ 년 _____ 개월

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

Kihasa 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

2 · 간행물위원회 안내 및 발간목록



연구보고서 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천사민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박설비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농식품 표시제 중심으로-	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분석	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 보험료 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장재정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근준
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장해·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로-	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사래관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지제정의 정책과제	유근준
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강친화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천사민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사-	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조응성 분석-TANF의 배경과 그 집행의 특징-	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손창균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 민간의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	자방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 판	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 사각지대 분석	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약 위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친사민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 이동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신옥
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(Ⅱ)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근거중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박설비아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다원화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진옥
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지재정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지재정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 욕구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명, 신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신옥
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득 자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 1 (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 바우처사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제 개괄, 고용서비스를 중심으로	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 통계조사 선진화 방안에 관한 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와 지방정부의 저출산 정책연계방안	이상림
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지표개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 난임 사술비 지불보상 현황과 정책방향: 인공수정 대상	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생세중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산 고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상림
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양요구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계와활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박종서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책: 유럽국의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 • 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이삼식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공적 전달체계 개편 방안: 공적전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강증진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품접객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 알자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지육구의동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정주계 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증 원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세·재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호