

# 미국 의료의 질 보고서와 시사점

## *U.S. National Healthcare Quality Report and Its Implication*

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

### 1. 서론

미국 AHRQ는 2003년부터 매년 국가 의료 질 보고서(National Healthcare Quality Report, NHQR)와 국가 의료 불평등 보고서(National Healthcare Disparity Report, NHDR)를 발간하고 있으며, 2013년 5월의 2012 NHQR과 NHDR을 통해 발간 10주년을 기념하고 있다. 미국 의료의 질과 불평등 보고서는 다음과 같이 의료시스템을 정의하고, 매년 의료시스템의 질 향상 정도를 평가하고 있다. 의료 불평등 보고서는 의료의 질 향상에 있어서 개인적 특성에 따른 집단 간 격차를 감소시키는데 목적을 두고 있다.

“미국 의료시스템은 질병의 예방·진단·치료와 적절한 기능 지원을 통해 모든 국민이 육체적·정신적 안녕을 향상시키도록 설계되어 있다. 의료는 사람들이 건강을 유지하고, 질병

에서 회복하고, 만성질환 또는 장애를 앓고 살아가고, 죽음에 이르기까지 전 생애에 걸쳐 도움을 준다. 양질의 의료는 안전성, 적시성, 환자 중심성, 효율성, 형평성이 보장된 방식으로 이러한 서비스를 제공하는 것이다.”<sup>1)</sup>

지금까지 우리나라에서 의료의 질은 일부 질병이나 서비스 분야에 대한 임상적 성적을 공개하는데 집중해 왔다. 이는 임상 전문가, 의료인, 관련 정책 전문가들에게는 중요한 잣대일 수 있으나, 보편적 의료보장 정책을 추진하는데 있어서는 실용적인 근거로 활용되기 어려웠다.

의료의 질은 의료제공시스템 전반에서 국민이 접하는 모든 의료서비스에서 인지되고 지속적으로 향상될 수 있어야 한다. 이를 위해서는 의료제공시스템의 질 수준과 향상 정도에 대한 지속적인 평가가 필요하며, 관련 보건의료정책이 의료 질 향상에 얼마나 기여했는지 평가되

1) <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr12/2012nhqr.pdf>. Highlights from the 2012 National Healthcare Quality and Disparities Reports, pp1.

어야 한다.

미국 의료의 질과 불평등 보고서는 의료제공 시스템을 대상으로 의료 질의 측정과 질 향상이 환류 되는 좋은 사례라고 할 수 있다. 이 글에서는 미국 의료의 질과 불평등 보고서를 소개하고 우리 사회에 주는 시사점을 논의하고자 한다.

## 2. 미국 의료의 질과 불평등 보고서<sup>2)</sup>

### 1) 보고서 작성의 배경

미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)가 1999년에 ‘To Err Is Human: Building a Safer Health System’, 2001년에 ‘Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century’을 발간하면서 수만 명의 미국인이 의료과오로 심각한 위해를 입고 있다는 문제가 사회적으로 회자되고 환자 안전을 향상시키기 위한 국가적 노력이 요구되었다<sup>3)</sup>.

90년대 후반부터 미국 의료시스템은 세계에서 가장 많은 돈을 사용하면서도 의료 질이 가장 낮은 것으로 평가되고 있었다.<sup>4)</sup> 이와 관련하여 1998년에 이미 ‘의료산업에서 소비자 보호와 질에 대한 대통령 자문위원회(the President’s Advisory Commission on Consumer Protection

and Quality in the Health Care Industry)’가 의료의 질에 대해 보다 포괄적인 공개 보고를 하도록 권고한 바 있었고, 1999년 Healthcare Research and Quality Act는 Agency for Health Care Policy and Research(AHCPR)를 Agency for Healthcare Research and Quality(AHRQ)로 명칭을 바꾸면서 AHRQ로 하여금 매년 국가 의료의 질 보고서를 작성하여 의회에 보고하도록 기능을 변화시켰다. 당시, AHRQ는 의료 질 보고서의 작성을 위해 IOM에 질 보고서의 설계를 의뢰하였으며, 현재의 보고서는 당시 IOM이 제안한 측정의 틀, 자료원, 보고서 구성을 기초로 하고 있다<sup>5)</sup>.

IOM은 국가 의료 질 보고서의 개발 목적으로 세 가지를 제시하고 있었다. 첫째는 의료 질에 대한 인식의 확대이다. 정책결정자, 보건전문가, 일반국민들이 의료 질에 대한 인식과 이해를 확대할 수 있는 주요한 소통 수단이 될 수 있기 때문이다. 둘째는 정책 결정과 사업의 효과를 검토하는 것이다. 보고서의 매년 발간은 시간에 따라 시스템의 여러 측면을 추적 관찰함으로써 관련 사업과 기타 정책들의 영향을 평가할 수 있기 때문이다. 셋째는 국가 목표의 달성 정도를 평가하는 것이다. 국가수준에서 설정한 목표의 달성수준을 연례보고를 통해 추적 관찰할 수 있기 때문이다.

아울러, IOM은 의료제공시스템에서 제공되

2) 이 절의 주요 내용은 ‘강희정 외(2013). 한국 의료의 질 평가와 정책과제 I, 한국보건사회연구원’ 중 관련 내용을 요약 정리한 것임.  
3) Institute of Medicine(2001). Envisioning National Health Care Quality Report. 2001. Washington, D.C.: National Academy Press.  
4) Anderson, Gerard F., Jeremy Hurst, Peter Sotir Hussey, and Melissa Jee-Hughes(2000). Health spending and outcomes: Trends in OECD countries, 1960~1998. Health Affairs 19(3), pp.150~157.  
5) AHRQ, National Healthcare Quality Report 2011. MD: AHRQ publication, 2012.

는 모든 의료서비스의 질 수준을 측정하는 것 뿐 아니라 개인별 특성에 따른 세부 집단 간 수준의 차이를 분석하는 의료 불평등 보고서의 발간도 제안하였다. 의료 질에서 형평성(Equity)은 성별, 인종, 지역적 위치, 사회경제적 수준 등의 개인적 특성에 따라 질에서 변이가 없도록 의료를 제공해야 한다는 목적을 갖기 때문에, 결과적으로 의료 불평등 보고서는 의료 질 보고서에서 구성하는 측정 범주별로 세부 집단 간 수준의 차이를 분석하는 교차적 관계를 갖는다. 따라서 두 보고서는 상호 중복되는 부분이 있지만, 상호 보완적인 관계를 갖고 있다.

## 2) NHQR, NHDR에서 국가 의료 질의 측정 틀

2003년도 초기 보고서는 의료 질의 구성요소

에 안전성(safe), 효과성(effectiveness), 환자-중심성(Patient-Centeredness), 적시성(Timeliness)을 포함하고 있다(그림 1). 이는 IOM이 2001년에 발표한 Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century에서 제시한 6개의 질 향상이 필요한 분야<sup>6)</sup> 중 4개에 해당되는 것이었다.<sup>7)</sup> 보고서 개발 초기에는 효율성 측정이 어려웠고 형평성은 제한적이지만 질이 측정되는 범주별로 교차분석이 이루어졌었다.

AHRQ는 2011년 보고서부터 2010년 IOM의 보고서를 기초로 그동안의 정책 변화와 측정에서의 과학적 발전을 반영하기 위해 의료 질 측정의 틀을 변화시켰다(그림 2). 의료 질 구성 요소에 접근도(Access), 효율성(Efficiency), 의료 조정(Care Coordination), 보건 시스템 인프라(Health System Infrastructure Capabilities)가 추가되었다. 이 중 의료 조정과 보건시스템 인프라

그림 1. 초기 NHQR/NHDR 지표 분류 매트릭스

Consumer Perspectives on Health Care Needs	Components of Health Care Quality			
	Safety	Effectiveness	Patient Centeredness	Timeliness
Staying healthy				
Getting better				
Living with illness or disability				
Coping with the end of life				

↑ EQUITY

출처: IOM(2010), the original conceptual framework for the NHQR and NHDR, PP.159, 강희정 외(2013)에서 재인용.

6) IOM이 제시한 6개의 질 향상 분야는 안전성(Safety), 효과성(Effectiveness), 환자중심성(Patient-Centeredness), 적시성(Timely), 효율성(Efficiency), 형평성(Equity)였음.

7) Institute of Medicine(2010). Future Directions For The National Healthcare Quality and Disparity Report. Washington, D.C.: National Academy Press.

라는 의료의 직접적인 목적이나 특성은 아니지만, 양질의 의료 제공 가능성을 높여주는 수단이며, 기타의 의료 질 구성 요소들을 향상시켜 주는 관련성을 갖기 때문에 측정 틀에 포함되었다. 그러나 측정 지표는 아직까지 개발 단계에 있다.

초기의 개념적 틀에서 또 다른 변화는 형평성(Equity)과 가치(Value)를 틀에 삽입시킨 것이다. 이 요소들은 모든 질적 요소에 교차적으로 적용된다. 현재, NHQR에서는 주로 지역간 차이를 통해 형평성을 추적하고 있으며, NHDR에서는 상대적으로 많은 특성의 인구집단별로 차이를 비교하고 있다. 가치는 사람마다 다를 수 있으므로 측정이 어렵지만, AHRQ는 질환에 대한

직·간접비용을 모두 포함하여 개입의 비용 효과성(예: 질 보정 생존연수, QALYs)을 평가함으로써 가치를 표현하고 있다.

의료 질과 불평등 보고서가 상호 보완적 관계를 가져 갈 수 있는 것은 기본적으로 의료의 질에서 격차를 감소시킴으로써 의료의 질 향상을 유도하고자 하는 방향 설정이 기저에 깔려있기 때문이다.

### 3) NHQR의 측정 지표 구성

2011년에 발간된 NHQR 보고서를 살펴보면, 모두 9개의 장으로 구성되어 있다. 1장은 보고서의 작성 배경과 내용의 이해를 돕기 위한 안

그림 2. IOM이 2010년에 수정 제안한 NHQR 지표 분류 매트릭스

Crosscutting Dimensions		Components of Quality Care	Types of Care		
			Preventive care	Acute treatment	Chronic Condition Management
E Q U I T Y	V A L U E	Effectiveness			
		Safety			
		Timeliness			
		Patient / Family-Centeredness			
		Access			
		Efficiency			
		Care Coordination			
Health Systems Infrastructure Capabilities					

출처: IOM(2010), the original conceptual framework for the NHQR and NHDR, PP.42, 강희정 외(2013)에서 재인용.

내로서 의료 질과 불평등 보고서의 지표 구성, 통계적 측정 방법 등이 설명되어 있다. 2장부터는 의료 질의 개념적 틀에 의한 질의 구성 요소 별로 지표 설명과 결과 값의 변화가 제시되고 있다. 미국 의료 질 보고서는 측정 결과의 정책적 활용성이 높은 것으로 그 특징을 평가할 수 있는데, 이것이 가능한 이유는 보고서 구성에서 보건부의 질 향상 전략과 질 측정 범주를 직접 연계시킴으로써 의료의 질 향상에 대한 정책의 성과 평가가 가능하기 때문이다(표 1).

<표 2>는 측정 영역과 범주, 지표를 요약한 것이다. 효과성 범주에서는 여전히 측정 되지 않는 분야가 많으며, 지속적으로 자료원 개발과 지표의 추가가 진행되고 있다.

#### 4) NHQR/NHDR의 자료원과 지표의 유형<sup>8)</sup>

성공적인 질 향상 정책과 사업은 명확한 데이터 시스템에 기초해야 한다. 의료를 개선하

는 모든 노력의 시작은 데이터의 강점과 제한점, 기타 보조정보의 필요성 파악을 바탕으로 해야 한다. 자료의 신뢰성 확보는 질 향상 프로그램의 평가에서 중요하며 특히, 복수의 이해관계자가 개입되어 있을 때 더욱 그러하다. 자료의 신뢰성에는 정보원과 정보원의 신뢰성, 결측 정보의 존재, 정보가 수집되는 시점, 유병 상태 및 고위험 환자 등의 분포를 보정하는 방법, 보조 정보의 존재, 측정되는 질병의 중요성 등이 포함된다.

AHRQ는 보고서 작성과 공개를 위해 다음과 같이 주요 자료원을 활용하고 있다(표 3).

지표의 유형에는 과정(Process), 결과(Outcome), 상황(Context) 지표가 있을 수 있다. 지표들은 인구집단의 건강수준, 환자 진료에 대한 시스템의 준비성, 공급자가 제공하는 의료의 질, 시스템이 작동되는 상황 또는 환경을 보여주는데 퍼즐의 한 조각이 된다. 과정 지표는 어떤 과정이 시행되고 있는지 여부를 확인하는 지표로

표 1. 국가 질 향상 전략 우선순위와 국가 의료의 질 보고서의 연계

보건부의 질 향상 전략의 6개 우선 분야	2011 NHQR chapter
1. 의료 안전 향상	3. Patient Safety
2. 개인과 가족 중심 의료	5. Patient Centeredness
3. 효과적 의사소통과 의료조정 증진	6. Care Coordination
4. 심혈관질환 및 주요 사망 원인 질환에 대한 효과적 예방과 치료	2. Effectiveness(CVD section)
5. 건강한 삶을 유도하는 모범사례 확산을 위한 지역사회와 협력	2. Effectiveness(Lifestyle Modification section)
6. 새로운 의료 전달 모형의 개발과 확산	9. Access to Health Care, 7. efficiency

출처: 2011 NHQR(2012), 강화정 외(2013)에서 재인용.

8) <http://nhqrnet.ahrq.gov/inhqdr/resources/info>에서 질 보고서의 주요 자료원과 지표 유형에 대한 내용을 요약 정리함.

표 2. 2011년 National Healthcare Quality Report 지표 구성과 측정 범주

영역	세부영역	측정범주			
		예방 (prevention)	치료 (treatment)	관리 (management)	결과 (outcome)
1. 효과성 (effectiveness)	암(유방암 or 직장암)	○	○		○
	심혈관질환	○	○		○
	만성신장질환			○	○
	당뇨			○	○
	HIV/AIDS	○		○	○
	모자보건	○			○
	정신건강/약물남용		○		○
	근/골격계 질환	○		○	
	호흡기질환	○	○		○
	생활습관 수정	○			○
	기능상태 보존 및 재활 지원 및 완화의료			○	○
2. 환자안전(patient safety)	- 의료감염, 수술 후 패혈증, 의료사고, 조기사망				
3. 적시성(timeliness)	- 원하는 때 의료서비스 이용, 응급실대기시간 - 심장마비환자에 대한 재관류 시간				
4. 환자중심성(patient-centeredness)	- 성인과 어린이 환자의 의료경험(의사소통 등) - 환자와 가족의 의사결정 참여(주치의 의사결정 지원)				
5. 의료연계조정(care coordination)	- 충분한 서면 퇴원 안내서 제공 - 정보통합: 여러 공급자 이용에 대한 주치의 정보공유 - 병원재입원, 예방가능한 응급실 방문 - 처방정보의 전자교환				
6. 효율성(efficiency)	- 부적절한 약물사용, 예방가능한 입원을 - 병원효율성 추이				
7. Health System Infrastructure	- 건강정보기술: 전자차트의 이용, 전자건강기록 보급률 - 일차의료인력 분포, 의료취약지역 인구 비중				
8. Access to Health Care	- 건강보험 가입률, 환자비용부담, 상용치료원 보유율 - 필요 시 의료이용을 하지 못한 경험				

출처: 강희정 외(2013)

서 이러한 과정이 결과를 향상시킨다는 과학적 근거에 의한 것이다. 그러나 여러 과정들이 하나의 결과에 영향을 미치기 때문에 하나의 결과를

하나의 과정과 연계시키는 것은 쉽지 않다. 예를 들어 예방접종률은 백신으로 예방 가능한 질병과 관련된 하나의 과정지표인 반면에 당뇨관리

표 3. NHQR/NHDR의 주요 자료원

자료원	내용
AHRQ-Healthcare Cost and Utilization Project(HCUP)	HCUP 데이터는 미국에서 가장 큰 병원 이용에 대한 종단 데이터 수집 체계로서 1988년부터 시작되었으며, 모든 지불자 유형에 대한 방문 단위 정보를 포함하고 있음. 이 데이터 군은 의료의 질과 비용, 의료 패턴, 의료프로그램의 접근도를 포함하여 국가, 주, 지역 시장 수준에서의 결과(outcome) 평가를 가능하게 함.
CDC-Behavioral Risk Factor Surveillance System(BRFSS)	세계에서 가장 대규모의 전화 건강조사 체계로서 행동위험요인감시체계가 1984년 이후 매년 미국 내 건강상태와 위험요인을 추적해왔음. 특히, BRFSS는 천식, 당뇨, 의료접근도, 알코올, 고혈압, 비만, 암 검진, 영양 및 육체적 활동, 흡연 등에 대한 지역수준 정보를 제공함
CDC National Center for Health Statistics(NCHS)-State and Local Area Integrated Telephon Survey(SLAITS)	주와 지역 수준에서 국가 수준 자료 수집 노력을 보완하는 조사체계로서, 일례로 국가 천식 조사(National Asthma Survey) 같은 것임.
National Vital Statistics System (NVSS) and State vital statistics registries	NCHS는 50개주, 2개 도시, 5개 신탁통치령에 있는 인구동태 등록시스템들과의 계약을 통해 국가의 공식 인구 동태 통계를 배포하고 있음.
Bureau of the Census-population and household data	미국 인구조사국은 1790년 최초 인구조사에 이후 인구를 추적조사하고 있음. 인구, 사회경제, 기타 특성에 따라 자료 접근 가능
Health Researces and Services Administration-Area Resource File	지역 자원 파일을 통해 카운티 수준에서의 의료 접근도 분석 가능. 데이터 베이스는 각 카운티 수준으로 7,000개 이상의 변수를 가지고 있으며, 지역코드, 분류코드, 의료인 공급, 세부 인구학적 특성, 의료시설 수 및 유형, 병원 이용, 인구 특성, 경제자료, 의료인 수련 자원 등이 포함되어 있음.
State disease registries	많은 주가 여러 질병의 발생과 유병에 대한 정보를 제공하기 위해 특정 질병이 있는 개인의 이름을 기록하고 건강결과를 추적하는 체계를 갖추고 있음.
State hospital discharge data	여러 주들에서 주단위의 병원퇴원정보에 대한 단일 기록 체계를 갖추고 있음. 이러한 기록들은 병위 및 의료조작과 기구들의 재정 기획을 지원하고 질병과 상해율을 모니터링할 수 있게 함.
National Committee for Quality Assurance-Health Plan Employer Data and Information Set(HEDIS®)	HEDIS®은 의료의 8개 영역에 대해 별도로 정의된 71개 지표에 대한 성과를 측정함. 미국 보험회사의 90%이상이 성과를 측정하기 위해 이 지표를 사용하고 있음. 이를 통해 보험 플랜 간 성과 비교도 가능함.
Kaiser Family Foundation-statehealthfacts.org	Henry J. Kaiser Family Foundation의 프로젝트로 500개이상의 주제에 대해 누구나 접근가능한 보건 데이터의 제공을 위해 설계됨.

에 있어서 과정지표는 HbA1c지표, 안저검사, 족부 검사들이 포함되며, 이외에도 의료접근도 등 여러 문제들이 결과와 관련될 수 있다. 결과지표들은 의료 제공의 종결시점을 검토

하는 것으로 사망, 의료비용, 만족도, 질병의 완치가 해당될 수 있다. 만성질환에서 대개의 결과는 만성질환의 합병증 발생 여부(심장질환자의 심근경색) 또는 최종결과(투석환자의 생존

를)로 측정된다. 의료 질 보고서에서 결과 지표는 암 사망, 당뇨병 입원 등이다. 이러한 지표들에서의 추세는 일반적으로 시스템이 개선되거나 악화되고 있는 정도를 파악하게 하지만, 원인은 규명하기 어렵다.

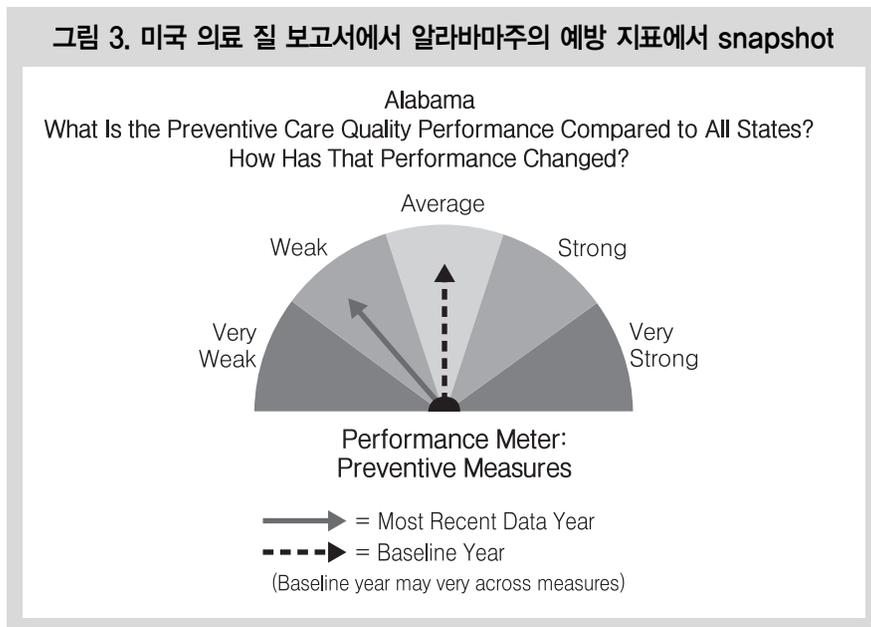
한편, 측정지표는 요약지표와 개별 지표들로 구분될 수 있다. 하나의 주제와 관련된 여러 개별 지표들을 하나의 그룹으로 요약하는 지표를 사용하는 것은 [그림 3]에서와 같이 한 지역의 전반적인 수준을 이해하는데 도움을 줄 수 있다. 또한 기준점(benchmark)이 설정 가능한 지표들에 대해서는 전체 지표들 중 기준점보다 향상된 성과를 보인 지표들의 분포를 보여줌으로써 제공시스템 전반의 질 수준을 한눈에 평가

가능하게 하고 있다.

아울러, 상황 요인들(contextual factors)은 의료시스템이 작동하는 환경에 대한 정보를 제공한다. 이러한 요인들은 의료 질 지표에 직, 간접적인 영향을 미친다. 이러한 상황요인들에는 지역 인구 특성, 의료자원의 가용성, 시스템의 조직화 및 운영 방식들이 해당된다. 보다 구체적인 상황요인들에는 보험가입여부, 서비스 접근도, 의료 인력의 수준, 인구의 노령화와 유병률 등이 해당된다.

### 5) NHQR/NHDR 작성 과정<sup>9)</sup>

AHRQ 보고서의 작성과정은 연속적인 순환



9) 이 절의 주요 내용은 한국보건사회연구원의 한국 의료의 질 평가와 정책과제 I (2013) 중 미국 의료 질 보고서 작성과정을 발췌하여 정리한 것이며, 본 내용은 미국 AHRQ의 Karen Chaves와 공동으로 작성한 것임.

주기(cycle)로서 이해되어야 한다. 이러한 연속 과정 때문에 이어지는 두 개 연도의 보고서를 위해 일 년 중 몇 개월은 작업기간이 중복될 수 있다. 예를 들어, 2013년 9월, 2012년 보고서가 공개될 즈음에는 이미 12월 이후 2014년도에 진행될 다음연도 보고서의 기획을 시작해야 하는 시점이 된다. 또한 본격적으로 다음연도 보고서가 진행되는 2014년 3월까지 2012년도 보고서의 언론보도 등 결과 배포 작업이 함께 진행된다. 결과적으로 전년도 하반기부터 기획이 시작된 새로운 보고서는 금년도 8~9월경에 공개되고 다음연도 3월경까지 결과의 후속작업이 진행되게 되는 것이다.

따라서 매년 보고서의 발표연도와 수록된 정보의 자료 시점에는 2년 정도의 차이가 발생할 수 있다. 즉, 2011년 보고서에 사용된 최신 정보는 2009년의 자료를 사용한 것이다.

아울러, 각 단계에서는 작성과 편집이 함께 연계되어 작업이 이루어지고 있다. 보고서의 작성에 있어 관계기관 워킹그룹(Interagency Working Group, IWG)은 중요한 자문 및 결정 기능을 하고 있다. 워킹그룹에 참여하는 관계기관 대표들은 이러한 과정을 통해 새로운 데이터를 개발하는 동력을 얻게 되기도 하고 새로운 지표의 사용을 AHRQ의 보고서 작성 팀에 제안하기도 한다. 보고서 작성 팀은 관련 전문가의 자문을 받아 지속적으로 지표를 갱신하고 새로운 데이터를 발굴하는 노력을 하게 된다. 아울러, 관련 기구들은 지표 산출 방식에 따라서 작성된 지표 정보와 이차데이터를 AHRQ의 보고

서 작성팀에 제출하고 있다. NHQR의 작성 과정은 표 4와 같으며, NHDR 보고서도 NHQR과 연계하여 같은 작성 과정을 따르고 있다(표 4).

### 3. 시사점

미국의 NHQR/NHDR은 국가 의료제공시스템에서 제공되는 모든 의료서비스를 대상으로 질 수준을 파악할 수 있는 스냅샷(Snap Shot)을 제공하고 있다. 또한 매년 측정을 반복함으로써 제공시스템의 질 수준 변화와 세부적으로 개선이 필요한 영역을 파악할 수 있게 한다. 결과적으로 의료제공시스템을 대상으로 하는 의료 질 보고서는 의료의 질 향상을 목표로 시행된 많은 정책들의 성과 평가를 가능하게 할 것이다.

이러한 미국의 사례를 벤치마킹하여 우리나라에서도 의료제공시스템에서 제공되는 모든 의료서비스의 질 수준을 평가하고 매년 변화를 추적하는 「한국 의료 질 보고서」의 작성과 공개가 필요하다.

우리나라에서 의료의 질 평가는 질병 역학적 중요성과 측정 가능성에 기초하여 선택적으로 확대되어 왔기 때문에 평가 항목이 특정 질환이나 일부 서비스 영역에 제한되어 있다. 이는 질 측정의 초기단계에서 불가피한 선택이었지만, 현 단계에서 평가결과 활용의 한계는 극복되어야 할 문제이다.<sup>10)</sup> 제한된 영역에서의 평가는 해당 분야에서의 질 향상을 유도할 뿐 전체 의료 제공시스템에서의 질 향상을 유도하지 못하고,

10) 신영석 외(2012). 미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구, 한국보건사회연구원.

표 4. NHQR/NHDR 작성 과정

월	데이터	작성과 편집	Interagency Working Group(IWG)
1	IWG 전체 및 소그룹 미팅을 통해 새로운 데이터와 분석이 제안될 수 있음.	보고-작성 주기 사이에 보고서 관련 기사(articles)을 생산하는 중요한 시기임.	이전 연도부터 전체 또는 세부 모임을 통해 상당한 보고서 변화에 대한 논의 계속
2	데이터와 표를 받음;	소개 글과 이차자료 갱신	
3	IWG, NHQR/ NHDR, AHRQ의 전문가 자문을 통해 제시될 지표 선정; 유의성 테스트, 그림 작성(일부는 작성 팀과 중복될 수 있음.)	제시 될 지표 선택(IWG, NHQR/NHDR, AHRQ의 전문가 자문을 통해 도출), 그림 작성, 내용과 부연 그림 갱신, QR/DR팀으로부터 피드백 받음	제시될 지표에 대한 자문을 위해 전문 영역별 IWG멤버 면담
4			
5		1차회람: IWG 및 일부 전문가에게 초안 송부, 최신된 코멘트에 대해 응답	1차회람: 피드백을 받기 위해 전문영역별 IWG 멤버들에게 초안 송부
6	부록 개발, 다음 회계연도 예산 결정	2차회람: 수정된 초안을 IWG 및 일부 전문가에게 송부, 코멘트에 응답, 승인 준비를 위해 보고서를 편집 담당직원에게 전달	2차회람: 모든 IWG멤버들에게 수정된 초안을 송부하여 피드백 받음
7		승인 과정 시작: 보건부(HHS)에 공식 회람	IWG멤버들은 승인과정의 일부로 보고서를 받고 코멘트 제출
8	테이블과 부록 종결, IWG 참여 기반 새로운 분석 계획 시작(이 작업은 수개월동안 지속되고 새로운 데이터의 구매를 요구할 수 있음).	승인권원 코멘트에 응답, 승인권원 코멘트 데이터베이스 관리, HHS에 보고서 재회람, 8월31일까지 문서로 코멘트 받음. 편집/코딩 인쇄 직원에 보내서 부록에 포함.	IWG멤버들은 수정된 보고서를 반복해서 받고 코멘트 제출
9		추가 코멘트에 응답; 보고서 종결: AHRQ 인쇄담당에 보고서 전달	많은 코멘트들이 차기 리포트들에서 해결되며, 이러한 코멘트를 논의하기 위해 IWG가 모임(예: 새로운 지표들, 새로운 주제 영역, 보고서에서 결과를 정리하고 제시하는 새로운 방식, 새로운 종합지표들). Subgroups이 보다 세 부적인 토의를 위해 구성될 수 있음. 미팅은 새로운 보고서가 질 진행되는 4월경까지 몇 주마다 개최됨. Subgroups은 전화면담으로 진행될 수 있음(12/1월까지 지체 없이 IWG멤버들은 보고서 사본을 받도록 해야 함).
10	표와 부록의 최종 편집 검토	인쇄담당은 보고서의 인쇄와 웹사이트 게재를 위해 편집과 형식을 정리함.	
11			
12	IWG 미팅과 subgroup 미팅을 통해 새로운 자료와 분석 결과가 나옴.	12월 10일까지 보고서 인쇄와 웹사이트 포스팅 완료	

출처: 강희정 외(2013)

국민이 체감하고 선택에 활용할 수 있는 보편적 정보를 제공하기 어려우며, 보다 광범위한 영향력을 갖는 국가 정책의 성과를 평가하기 어렵다. 의료는 다양한 수준에서 제공될 수 있다. 의

료 질은 건강한 생활 방식을 선택하는 개인 수준에서, 공중보건서비스를 선택하는 지역사회 수준에서, 의원, 진료소, 종합병원 등의 다양한 장소에서 서비스를 제공하는 시스템 수준에서

모두 고르게 향상되어야 한다. 이러한 방향에서 질 높은 서비스 제공에 대한 의료제공시스템의 성과를 체계적으로 측정하고 공개하는 것은 국가수준에서 균형 있게 의료의 질을 향상시키는 기준(barometer)이 될 것이다.

최근 우리나라 의료정책의 주요 현안이며 추진과제는 보장성 강화 정책이며, 이러한 정책의 유지는 더 적은 비용으로 더 좋은 건강결과를 가져오는 효율적인 의료제공시스템을 필요로 한다. 따라서 질 향상을 위한 지금까지의 미시적 접근을 지속하는 동시에 의료제공시스템의 참여자와 이해관계자들이 생산하는 모든 정보들을 모아 국가 수준에서 의료의 질을 평가하고 보고하는 체계를 마련할 필요가 있다. 「한국 의료 질 보고서」는 이러한 체계를 마련하기 위한 구심점이 될 것이며, 국가수준에서는 의료의 질 향상 정책의 수립 근거로 활용되고 개인수준에서는 기존의 개별 공급자 단위 평가 정보를 활용하는 국가 표준으로서 역할을 할 것이다.

「한국 의료 질 보고서」는 의료제공시스템의 모든 참여자들의 기능과 역할을 점검하게 함으로써 이들의 활동들에서 비효율성을 감소시키고 협력을 증진시키도록 촉구하는 분명한 근거를 제공할 것이다. 개별 서비스 영역에 대한 질 평가는 관련 단체 또는 조직들의 질 향상 활동

에서 중복적 또는 분절적 활동의 비효율성을 드러내지 못하기 때문이다<sup>11)</sup>. 미국의 의료 질 보고서 작성과정에서 보건부 관련 산하기구들이 참여하는 Inter-Agency Working Group은 작성과정 전반에서 자문 기능을 수행하고 있으며, 이러한 과정에서 관련 기관들은 중복적 업무를 줄이고 연계성을 높여 효율성을 높이는 기회를 갖고 있다.

또한, AHRQ는 측정 지표에 대한 산출 방식 등 세부 내용의 안내를 통해 모든 유관 기관이 표(table)와 2차 자료(data)의 제출을 통해 보고서 작성에 참여할 수 있도록 하고 있다. 이는 일부 행정자료의 독점과 의존성을 높이지 않고 의료시스템의 이해관계자 모두에게 정보 생산을 독려함으로써 국가수준에서 보다 조화롭게 질 향상을 유도하는 방법이라고 할 수 있다. 향후, 「한국 의료 질 보고서」 작성에 있어서도 국가수준에서 다양한 정보를 수집하고 유관기관들의 참여를 체계적으로 연계시킬 수 있는 접근이 필요함을 알 수 있다.

아울러, AHRQ가 매년 국가 의료 질 보고서를 작성하여 의회에 보고하도록 법에 규정되어 있는 바와 같이, 한국 의료 질 보고서의 지속적인 작성과 보고가 법적 구속력을 가질 수 있도록 제도적 기반을 마련하는 것도 필요하다. 국  
문  
복  
지

11) 강희정 외(2013). 한국 의료의 질 평가와 정책과제 I, 한국보건사회연구원.