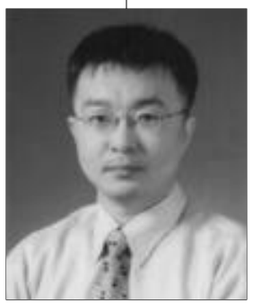
사회계층에 따른 질병부담: 국가질병통계 및 관련제도 개선의 측면

Burden of disease by socio-economic status



金 宰 瑢
건강보험심사평가원 부연구위원

1. 사회경제적 수준에 따른 질병부담 연구의 목적과 의의

1) 사회경제적 수준과 건강문제

빈곤과 불건강이 서로 악순환 고리를 맺고 있다는 점은 전혀 새로운 사실이 아니다. 사회경제적 수준이 낮을수록 더 많이 병에 걸리고 더 일찍 죽는다는 것을 증명하는 역학연구들은 대단히 많다. 또한 적절한 사회적 보호장치가 없다면 질병과 장애는 사회경제적 수준의 추락으로 귀결된다는 점도 익히 알려져 있다. 보건분야에 속한 국제적 협력기구의 하나인 Global Forum for Health Research는 이러한 이유로 사회경제적 수준과 질병부담 사이에 관련이 있다는 사실 그 자체보다, 그래서 무엇을 어떻게 해야 하느냐는 실천계획의 수립과 실행이 더 중요하다고 지적하고 있다.[1] 예를 든다면 보건의료의 이용과 질 측면에서 나타날 수 있는 불평등 유발원인이나 사회경제적 수준에 따른 건강 위험요인 등을 파악하고 개선하려는 구체적인 노력이 필요하다는 것이다.

2) 질병부담 연구의 목적

질병부담(burden of disease)을 나타내는 가장 오래되고 간명한 지표는 사망률이다. 다만, 전체적인 사회경제적 발전과 인구 및 질병구조의 변천, 보건의료기술의 발전 등으로 사망보다는 질병과 손상, 그로 인한 장애 등으로 인하여 초래되는 비용이 점점 더 커졌다. 이에 따라 질병으로 인한 모든 부담을 반영하는 종합지표의 필요성이 대두되었으며 그 중에서 가장 대표적인 것이 장애보정손실년(DALY: Disability-Adjusted Life Years)이다. 이 지표는 현재 WHO가 발간하는 World Health Report에도 게재될 정도로 일반화 되었으므로 지표 자체에 대한 설명은 생략한다. 장애보정손실년은 미국을 비롯한 여러 국가에서 제한된 보건의료 자원의 합리적 배분과 우선순위 설정에 활용되고 있는데 국제적으로도 이미 다양한 형태의 수많은 연구가 진행되어 왔다. 예를 들어, 질병부담의 국가간 비교 연구, 한 국가 내 질병부담의 지역간 · 계층간 비교 연구, 질병별 부담을 비교하는 연구, 위험요인별 질병관련 부담을 비교하는 연구 등이 있다.

3) 사회경제적 수준에 따른 질병부담 연구의 목적과 장점

사회경제적 수준에 따른 질병부담 연구의 목적은 계층간 질병부담 격차의 원인을 객관적 · 정량적으로 파악함으로써 문제가 되는 질병과 대상집단(target group)을 규명하는 데 도움을 준다. 만약 사회계층 간 질병부담 격차가 상당히 존재함에도 불구하고 이에 대한 규명 없이 단지 특정 질병이나 특정 위험요인의 질병부담을 줄이려고 하는 접근은 자칫 사회계층 간 건강의 불평등을 심화시킬 가능성이 있다. 또한 경우에 따라서는 특정 위험요인의 감소로 인하여 얻게 되는 건강상의 편익보다 사회계층 간 질병부담의 차이를 해소하는 것으로부터 얻게 되는 건강상의 편익이 더 클 수도 있다. 실제 호주의 연구에서는 계층 간 질병부담의 차이를 없앨 수 있다면 총 질병부담의 17% 이상을 줄일 수 있을 것이라고 보고하였

1) http://www.globalforumhealth.org/pages/index.asp?ThePage=page1_000500010001_1.htm&Nav=000500010001

는데 이는 흡연, 고혈압 혹은 운동 부족과 같은 위험 요인에 기인한 질병부담보다 큰 규모다.[2]

이러한 사회계층 간 질병부담 격차의 잠재적인 장점은 문제를 해결하는 데 기술적인(technical) 난관이 적다는 것이다. 예를 들어 전체적인 암 사망률을 낮추려면 상당한 시간과 자원이 투입되고도 만족할 만한 결과를 얻지 못할 수 있는데, 미국에서 닉슨 대통령 시절에 벌어진 '암과의 전쟁'은 그 대표적인 사례라 할 수 있다. 하지만 사회내의 특정계층이 이미 달성하고 있는 건강수준을 다른 계층에서도 실현하려 한다면 의학기술과 같은 기술적 난관보다는 확고한 정책의지, 사회적 합의과정, 정교한 제도설계 및 집행과 같은 기술외적 문제를 해결하는 데 더 주력할 수 있으며 현실적인 성공 가능성도 더 높다고 볼 수 있다.

2. 우리나라의 현황과 문제점

이상에서 제시한 사회경제적 수준에 따른 질병부담 연구에 관련된 상황과 논리가 그대로 우리나라에도 적용될 수 있겠느냐는 여러 가지 측면에서 다시 생각해 볼 여지가 있다.

우선, 우리나라에는 사회계층 간 건강격차에 대해 알려진 정보나 자료가 매우 부족하다. 심지어는 역학, 보건경제학 등을 포함한 보건의료 내부의 관련분야에서도 우리나라에 적용할 수 있는 사회경제적 수준의 개념과 조작적 정의에 대한 공식적인 규정노력이 매우 부족하였다. 정보의 부족은 단순히 기술적으로만 해결될 수 있는 성질의 일은 아니다.

정책 목록표에서 빠지는 경우가 거의 없었고 관련학계에서 전반적인 필요성과 당위성을 인정하는 것으로 보였으나, 실질적인 투자와 준비가 진행되지 않은 채 결국 왜소화된 우리나라 공공보건 의료체계의 역사를 상기해 볼 수 있다. 계층 간 건강격차라는 주제를 둘러싼 상황도 적어도 최근까지는 이와 크게 다르지 않았던 것으로 판단된다. 의료급여제도의 문제점들(사회적 낙인, 낮은 서비스의 질, 환자 회피, 좁은 대상범위 등)이나 계층 간 건강격차를 초래할 것으로 우려되어온 건강보험의 높은 본인부담금 문제 등은 그러한 예가 될 것이다. 자유주의적 시장경쟁 논리의 본산이라 할 미국조차도 Healthy People 2010의 양대 목표를 '건강수명의 질과 양 증대(increase quality and years of healthy life) 와 '건강격차의 제거(eliminate health disparities) 로 내세우고 있다. 여러 선진국에서는 제도 내의 수많은 예외규정이나 탄력적 운영을 통해 문제점을 최소화하고 있다. 사회계층 간 건강격차 문제는 본질적으로 그 자체로써만 거론될 성질의 것이 아니라 우리나라 보건의료체계의 가치와 정체성에 대한 검토와 밀접히 연계되어야 할 문제이나 이 글의 주제로 다루지는 않는다.

이미 여러 연구자들이 우리나라 질병통계에 상당한 개선의 여지가 있다고 지적해 왔다.[3][4] 200년이 넘는 생정통계의 역사를 가지고 있는 서구유럽 국가들의 경우, 사망률은 그 당시 사회의 인적자원을 관리하려는 분명한 목적 하에 특정질병이나 인구집단을 중심으로 조사 · 축적 · 확대되어온 것이다.[5] 미국 CDC의 한 연구자는 대부분의 개발도상국에서 질병통계가 연보(年報)를 작성하는 것 그 이상 또는 그 이하의 어떤 목표도 없는 경우가 많을 뿐만 아니라 너무 광범위한 영역을 대상으로 쓸모가 낮은 정보를 생산한다고 지적한 바 있다.[6]

우리나라의 질병통계가 과연 어느 정도 수준인가에 대한 대체적인 의견을 제시하려는 것이 이 글의 목적은 아니다. 여기에서는 2003년에 우리나라의 대표적인 질병통계 자료원인 2001년도 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회계층 간 건강격차를 분석했던 일부 결과물과 경험을 제시하고,[7] 주로 질병통계의 생산 및 활용에 관련된 정책적 함의와 대안을 기술하는 것으로 후반부를 마무리하고자 한다.

2) Mathers C., Vos T., Stevenson C., *The Burden of Disease and Injury in Australia: Summary Report,* Australian Institute of Health and Welfare, 1999.

3) 이무식,「우리나라 국가보건통계정보체계의 개발 및 발전방안」, 대한의무기록협회 우리나라 국가보건통계 개발 워크숍 발표자료, 2001. 11. 30.

4) 최용준,「질병관리 효율화를 위한 중앙정부조직 개편방안」, 2004년도 한국보건행정학회 전기 학술대회 연제집, 2004, pp.89 104.

5) Bengtsson M., "The Interpretation of Cause of Death among Infants", *Hygiea Internationalis,* Vol.3, No.1, 2002, pp.53 73.

6) Malison M.D., "Surveillance in Developing Countries", In: Halperin W., Baker E.L., Monsom R.R., *Public Health Surveillance,* New York: Van Nostrand Reinhold, 1992, pp.56 61.

7) 김재용 · 조희숙 · 이태진,「주요 상병으로 인한 질병부담 및 사회계층간 질병부담 격차」,「한국인의 주요 상병 및 건강행태 분석-2001년 국민건강 영양조사 건강부문 심층분석 결과」, 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 2003, pp.447 465.

3. 2001년도 국민건강·영양조사 자료를 활용한 사회계층간 질병부담 격차 분석 연구의 주요결과

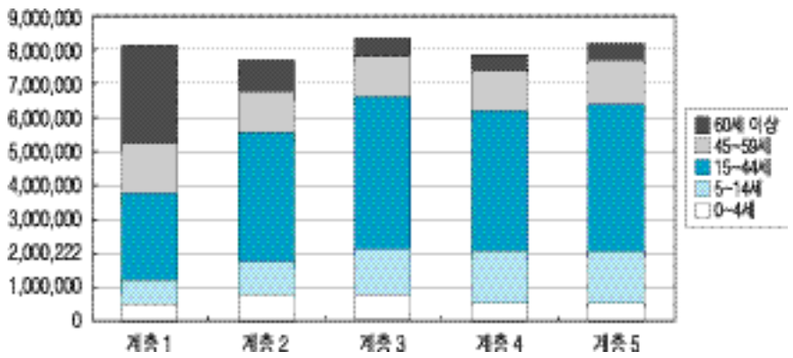
우리나라에서도 최근 3~4년간 질병부담 측정에 대한 관심이 높아져 DALY를 추정하는 몇몇 연구들이 진행되어 왔는데 아직까지 사회계층 간 질병부담의 차이에 대한 연구는 진행되지 않았다. 이 연구는 2001년도 국민건강영양조사 자료와 통계청 사망자료를 이용하여 주요 질병과 손상으로 인한 장애보정손실년수의 전체규모와 사회계층 간 격차를 파악하고자 하였다. 이를 통해 국가보건의료 자원배분 상의 시사점을 찾고, 분석과정에서 현행 국가 질병통계의 제한점을 파악하고 극복방안을 모색하고자 하였다. 질병부담 산출방법은 WHO 국제질병부담 연구진이 제시했던 표준적인 방법과 가중치를 그대로 적용하였으며, 사회계층 구분은 월 가구소득을 주된 기준으로 삼아 5분위로 나누었다.

1) 분석대상 인구집단의 분포

월 가구소득 5분위 분류에 따라 나누어진 각 계층의 연령구조는 다음 그림 1과 같았다. 특히 하위계층에 60세 이상 인구가 집중되어 있음을 알 수 있는데 이러한 경향은 월 가구소득이나 월 생활비만을 이용한 분류에서도 동일하게 나타났다. 이러한 불균형 분포를 고려하여 상-하위 5분위 간 '장애로 인한 질병부담(YLD: Years of Lived with Disability)' 비교에서는 조사대상군 내에서 재차 성별-연령군별로 표준화한 후에 비교를 시행하였다.

하위 5분위 군에서 이처럼 노인비중이 높은 것은 노인이 사회적 약자임을 보여주는 것으로 해석할 가능성도 완전히 배제할 수는 없지만, 그 보다는 조사의 설계와 시행에 문제점이 있었다고 추정하는 것이 더 타당할 것이다. 실제 의료급여 적용인구나 건강보험료수준 하위 5분위 군에서도 이처럼 치우친 연령분포는 나타나지 않는다. 노인인구 중에서 단독 또는 노인부부 가구의 비율이 높다는 점, 저소득층에 속한 경제활동인구가 집에서 조사원을 만나지 못할 가능성이 높다는 점 등을 고려하면 조사시행 과정에 비뚤림이 발생하였을 가능성도 배제할 수 없다. 결과적으로 7대 지역층과 행정구역(시지역, 읍·면지역)층에 따라 조사구 단위로 표본이 추출된 2001년도 국민건강·영양조사 자료를 있는 그대로 사용한다면 사회경제적 수준과 관련된 분석에서는 신뢰할만한 결과를 내기 어렵다고 판단된다.

그림 1. 국민건강영양조사의 5분위 사회계층별 연령구조(가중치 적용시)



자료: 보건복지부, 2001년『국민건강·영양조사』2001.

2) 분석대상 질병군의 선정방법

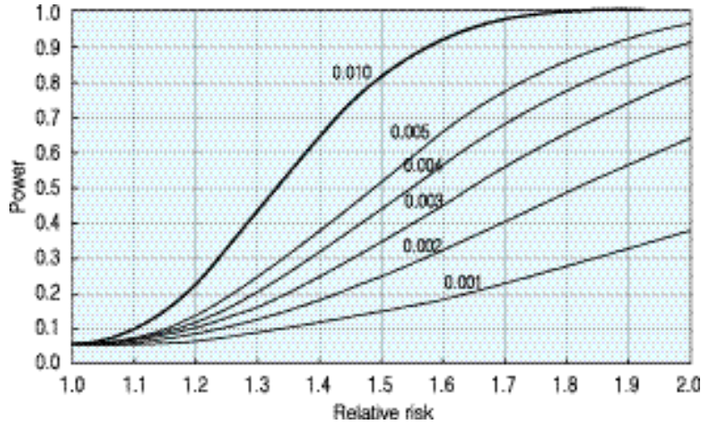
분석대상 질병을 선택한 기준은 첫째, 유병률, 사망률, 장애가중치 등이 높아 질병부담이 클 것으로 예상되는 질병군, 둘째, 국민건강영양조사의 질병분류 체계와 국제질병부담 질병분류 체계가 일치하여 YLD를 산출할 수 있는 질병군, 마지막으로 국민건강영양조사의 실제 표본수였다.

국민건강영양조사는 표본추출된 4만여 명을 대상으로 시행된 조사이기 때문에 유병률이 어느 수준 이하일 때에는 서로 다른 군 간의 비교에서 통계적 유의성을 확보할 수 없다. 이 연구에서는 필요조건들을 최소화한 상태에서 층별 최소 환자수를 추정하기 위하여 Dupont 등(1997)이 개발한 표본 수 계산프로그램으로 모의분석을 시도하였다[8)9)](그림 2 참조). 통상적인 통계학적 가정을 적용하여 5개 계층(층당 8,000명) 가운데 2개 계층을 비교한다면, 대조군 내에서의 사건발생률은 최소한 0.003(=24명/8,000명) 이상이 되어야 하였다. 이 조건을 만족하는 질병군

8) Dupont W.D. & Plummer W.D., "PS Power and Sample Size Program Available for Free on the Internet", *Controlled Clin Trials,* Vol.18, 1997, p.274.
9) PS Power and Sample Size Calculations(downloadable from http://www.mc.vanderbilt.edu/prevmed/ps/index.htm)

들은 전체암, 당뇨병, 허혈성심장질환, 뇌졸중, 치아우식증, 손상이었다. 물론 이것도 연령군이나 성별을 무시하고 산출한 것이므로 국민건강영양조사를 이용한 질병통계가 매우 제한적으로 사용되어야 함을 알 수 있다(표 1 참조).

그림 2. 사건발생률별(0.001~0.01) 상대위험도와 검정력(power)의 관계
(a-error=0.05 / N=8,000 / Ratio of control to case patients=1)



자료: 보건복지부, 2001년 『국민건강 · 영양조사』 2001.

표 1. 국민건강영양조사의 실제 환자수를 고려한 분석대상 질병군 검토결과

GBD 질병분류 \ 사회계층5분위	계층1	계층2	계층3	계층4	계층5	합계
Ⅱ-A 5대 악성종양(위암, 대장암, 기관지및 폐암, 유방암, 자궁암[1])	41	28	17	15	14	115
Ⅱ-C 당뇨병	337	175	120	119	129	920
Ⅱ-G-2 허혈성심장질환	115	50	22	37	41	265
Ⅱ-G-3 뇌졸증	148	48	35	34	25	290
Ⅱ-L-1 관절염[2]	1,176	512	360	277	279	2,804
Ⅱ-L-2 관절증[2]	168	79	68	68	62	445
Ⅱ-N-1 치아우식증	477	472	544	450	492	2,435
Ⅲ 손상 합계	174	116	117	113	102	622

주: 1) 국민건강영양조사는 자궁암과 자궁경부암을 구분하지 않고 있음. 또한 방광암은 별도로 구분되지 않음. 국민건강영양조사에서 파악되는 총 13종의 악성종양 환자는 모두 145명이며 이중에서 5대 다빈도 악성종양 환자는 79.3%인 115명임.
2) 관절염과 관절증은 과다평가 가능성이 높다고 판단되어 분석대상에서 제외하였다.
자료: 보건복지부, 2001년 『국민건강 · 영양조사』 2001.

관절염과 관절증은 환자수가 극히 많은 것으로 나타났다. 이를 YLD로 환산하면 분석가능한 나머지 모든 질병들의 DALY합계치보다 2배가 많은 것으로 계산될 정도였다. 국제질병부담 연구진이 제시한 관절염과 관절증의 장애가중치는 각각 0.233과 0.156인데 이 정도의 점수는 골반골절(0.247), 상완골절(0.153)과 유사한 수준이다. 노인 환자에게서 흔히 관찰되는 만성통증만으로 관절염이나 관절증 환자로 분류함으로써 유병률이 과대평가가 되었을 수 있다고 판단되어 이 연구의 분석대상에서는 제외하였다. 이는 일반 면접조사원을 이용한 질병통계의 제한점을 보여주는 것이기도 하다.

3) 질병군별 질병부담 규모

분석대상 6개 질병군의 장애로 인한 YLD와 조기사망으로 인한 YLL(Year of Life Lost), DALY를 각각 산출한 결과는 <표 2>와 같았다. 전체적인 질병부담 규모가 가장 큰 질병군은 손상으로써 총 845,183 인년(person-years)으로 추정되었다. 그 다음으로 뇌졸중, 당뇨병, 허혈성심질환, 치아우식증, 5대다빈도 암의 순이었다. 전체 질병부담 중에서 사망보다는 장애로 인한 질병부담이 차지하는 비중이 큰 질병군은 허혈성심질환(81.73%), 당뇨병(81.01%), 뇌졸중(54.87%) 순이었다.

전술한 바와 같이 적잖은 제한점을 가진 가용자료원 내에서 추정한 결과이기는 하지만 기존 질병부담 연구결과들을 검토하면 이러한 질병부담 순위 결과는 충분히 예상가능한 범위 내에 속한 것으로 판단된다. Bonnie 등(1999)은 미국 국민의료비의 12%가 손상에 지출되고, 65세 이전 인구의 생산적 수명손실년수에서 불의의 손상과 폭력이 30%를 차지하는 등 손상의 질병부담이 큼에도 불구하고 이에 대한 연구투자는 크게 부족한 상황임을 지적한 바 있다. 객관적인 질병부담과 연구투자 사이의 불균형 현상은 우리나라에서도 예외가 아닐 것으로 추정된다.[10]

10) Bonnie R.J., Fulco C.E., "Liverman C.T., Reducing the Burden of Injury-Advancing Prevention and Treatment", *IOM,* Washington D.C. National Academy Press, 1999.

표 2. 분석대상 질병군의 질병부담 산출결과[1)]

		손상	뇌졸중	당뇨병	허혈성 심질환	치아 우식증	5대 다빈도암	합 계
합계	YLL	598,346	367,160	134,180	121,948	0	401,226	1,622,860
	YLD	246,837	446,446	572,215	545,543	592,685	142,400	2,546,126
	DALY	845,183	813,606	706,395	667,491	592,685	543,627	4,168,986
	% of YLD	(29.21)	(54.87)	(81.01)	(81.73)	(100.00)	(26.19)	(61.07)
남/여	YLL	2.69	1.10	1.16	1.74			
	YLD	1.87	1.29	1.35	1.15	0.92		
	DALY	2.41	1.20	1.31	1.24	0.92		

주: 1) 남녀별 산출결과는 생략하고, 결과는 전게서 김재용 · 조희숙 · 이태진(2003) 참조.

4) 사회경제적 수준에 따른 질병부담의 격차

상-하 5분위 간의 질병부담 격차를 공정하게 비교하기 위하여 성별-연령군별 표준화를 거친 결과 YLD에서 격차가 가장 큰 질병군은 뇌졸중으로써 2.41배였다. 분석대상 6대 질병군에서 하위 5분위에 속한 인구만의 건강수준을 상위 5분위 수준으로 개선한다면 최대 6.92%의 질병부담이 감소될 것으로 추정되었고 전체 상-하 5분위 간 비는 1.38배였다. 전체 질병부담(=DALY)의 상-하 5분위 간 격차는 292,223 인년인 것으로 추정되었고 이 중에서 148,699 인년(50.89%)은 뇌졸중에 의한 것이었다.

이 연구에서는 YLD의 상-하 5분위 간 격차를 YLL에도 그대로 적용하였다. 전술한 호주의 연구에서는 사망에서 상-하 5분위 간 격차가 다소 더 크다고 보고한 바 있다. 국내의 실증자료를 이용하여 손상의 사회계층 간 분석을 시행했던 기존 연구에서는 상-하 5분위 간 사망발생률이 2.03배, 입원발생률이 1.79배, 외래이용발생률이 0.97배로 나타난 바 있어서 손상의 상-하 5분위 간 격차는 과소평가된 것으로 추정된다.[11)]

11) 김재용 · 서동우 · 김남순 외, 『손상군의 역학지표를 활용한 질병부담 측정』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 2002.

표 3. 분석대상 질병군의 상-하위 5분위 간 DALY 격차 추정량

	손상	뇌졸중	당뇨병	허혈성 심질환	치아 우식증	5대 다빈도암	합 계
전체YLD 합계=①	247,140	441,015	614,243	548,336	596,296	154,285	2,601,316
상 - 하5분위간YLD 차이=②	16,772	81,144	35,557	22,089	8,750	15,643	179,955
상 - 하5분위간격차의분율(%)=②①=③	(6.79)	(18.40)	(5.79)	(4.03)	(1.47)	(10.14)	(6.92)
상 - 하5분위간비 (=Q1/Q5)	1.41배	2.41배	1.28배	1.20배	1.07배	1.81배	1.38배
전체YLL 합계=④	598,346	367,160	134,180	121,948	0	401,226	1,622,860
상 - 하5분위간YLL 차이추정량=③④=⑤	40,607	67,555	7,767	4,913	0	40,681	112,267
전체DALY 합계=①+④	845,486	808,175	748,423	670,284	596,296	555,511	4,224,176
전체DALY 상하위격차추정량=②+⑤	57,379	148,699	43,324	27,002	8,750	56,324	292,222
전체DALY 상하위격차의행백분율(%)	(19.64)	(50.89)	(14.83)	(9.24)	(2.99)	(19.27)	(100.00)

4. 국내외의 관련현황과 시사점

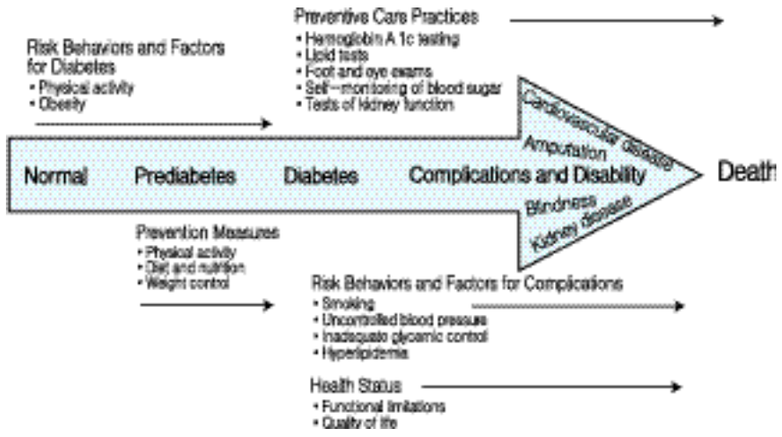
이상의 분석과정과 결과들에서 발견된 문제점들을 고려하면 국민건강영양조사 자료를 있는 그대로 이용하여 산출한 기존의 질병통계나 사회경제적 수준과 같이 조사설계에 충분히 반영되지 않은 항목에 대한 분석결과는 그 신뢰도가 낮은 것으로 판단된다. 다만 흡연여부나 음주여부 등과 같이 사건발생률이 높은 건강행태에 관련된 분석은 일정한 의미가 있을 것이다.

보건의료 부문에서 전국민 표본조사가 지닌 이러한 제한점은 비단 우리나라에서만 특별히 문제가 되는 것은 아니다. 다만, 해결해야할 문제의 규모와 성격에 따라 필요한 정보의 해상도와 질적 수준이 달라질 수밖에 없다. 예를 들어, 최근 부각되고 있는 건강보험 비급여 문제를 순차적으로 해결하기 위해서는 단순하고 부정확한 총량 정보가 필요한 것이 아니라, 구체적으로 어떤 서비스 항목에서 절실한 문제가 발생하고 있는지 현황을 파악하고 전문적인 검토를 거쳐야 하는 것이다.

일례로, 캐나다 보건부는 일반사회조사, 전국민건강조사, 토착민조사 등과 같은 기존의 전국단위 조사들이 쓸모있는 질병통계를 생산하는데 상당한 제한점이 있음을 지적하고, 우선 유병률이 높은 당뇨병에 대해 중앙정부와 지역정부, 지역민간기구들이 협력하여 별도의 질병감시체계(disease surveillance system)를 구축하였는데 이들이 생산한 정보에는 질병의 정의, 유병률, 사망률, 위험요인(사회경제

적 수준을 포함), 의료서비스 이용현황과 비용, 그에 따른 건강결과, 소외계층(원주민)의 당뇨병 현황 등이 포함되어 있다.[12] 이러한 예는 미국 CDC에서도 찾아볼 수 있는데 당뇨병의 질병경과에 따라 예방과 조기발견에서부터 사망에 이르는 전 분야에 걸쳐서 어떤 정보를 생산해서 어떻게 활용할 것인지에 대한 기본틀을 다음 그림과 같이 제시하고 있다.[13]

그림 3. 제2형 당뇨병의 범위와 질병감시의 영역



국내 연구자들도 이미 여러 차례 그 가능성을 타진한 것이 의료서비스의 전달 및 지불과정에서 확보할 수 있는 자료를 활용하는 것이다. 미국은 이미 1970년대부터 RVC(Reason for Visit Classification) 체계를 갖추고 의료서비스 이용의 사유와 적절성에 대한 표본조사를 진행했는데 여기에는 의사와 의무기록사가 직접 참여하였다. RVC의 7개 모듈에는 증상, 질병, 진단 · 검사 · 예방, 치료, 손상과 부작용, 검사결과, 행정자료(인적사항 등 포함)가 포함되며 호주와 독일에서도 이와 매우 유사한 조사가 수행되고 있다.[14] 미국의 Medicare 관련정책에서 보험

12) Health Canada, *Diabetes in Canada-National Statistics and Opportunities for Improved Surveillance, Prevention, and Surveillance,* 1999.(Downdable from http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/dic-dac99/pdf/Diab99_e.pdf)

13) Desai J., et al., Improving Diabetes Care and Outcomes: The Secondary Benefits of a Public Health-managed Care Research Collaboration, *Journal of Public Health Management and Practice,* 2003(Suppl), S36 S43.

료 수준, 급여범위, 도덕적 해이 문제 등과 관련하여 여러 차례 중요한 정책적 함의를 던져주었던 Medicare Current Beneficiary Survey(MCBS)는 개인정보 보호에 관한 장치를 갖추고 Medicare 청구자료와 연계한 분석결과를 제시하고 있다.[15] 미 연방의회는 1995년 서류업무감축법안(Paperwork Reduction Act)을 통해 개인정보 보호체계, 공적 정보에 대한 접근과 수집, 가용정보 생산에 대한 상호협력, 중앙기구의 설립 등을 명시함으로써 이러한 일련의 흐름에 힘을 실어주었다.

공공보건 사업분야와 건강보험 분야가 협력하여 만성질환으로 인한 건강문제를 개선하려는 시도[16]나 더욱 적극적으로 기존 건강보험 청구자료를 보완하여 환자의 기능상태에 대한 정보를 잡아내려는 시도도 있었다.[17] 이러한 접근법은 단일보험자 제도를 갖고 있는 우리나라에서 충분히 시도해 볼 수 있는 것이다. 예를 들어, 건강보험 청구자료와 국민건강영양조사가 서로의 단점을 보완할 수 있는 방향으로 개선-활용된다면 Eppig의 표현처럼 'The Best of Both Worlds'가 될 수도 있을 것이다.

최근에는 의료서비스의 질(quality)이나 성과(peformance)에 대한 평가결과를 비용지불에 반영하려는 시도가 영국,[18] 미국,[19] 호주[20] 등에서 구체화되고 있는데 이에 대한 전문가 집단의 반응은 과거 비용억제 중심의 제도에서 보다 호의적인

14) Schneider D., Appleton L., "Reason for Visit Classification System for Patient Records in the Ambulatory Care Setting, An Ambulatory Care Classification System Offers Applications to Quality Assurance", *Qual Rev Bull,* Vol.3, No.1, 1977, pp.20 26.

15) Eppig F.J., Chulis G.S., "Matching MCBS and Medicare Data: The Best of Both Worlds", *Health Care Financing Review,* Vol.18, No.3, 1997, pp.211 229.

16) Desai J., et al., "Public Health Surveillance of Diabetes in United States", *Journal of Public Health Management and Practice,* 2003(Suppl), S44 S51.

17) Iezzoni L.I., Greenberg Ms., "Capturing and Classifying Functional Status Information in Administrative Databases", *Health Care Financing Review,* Vol.24, No.3, 2003, pp.61 76.

18) Epstein A.M., Lee T.H., Hamel M.B., "Paying Physicians for High-quality Care", *NEJM,* Vol.350, No.4, 2004, pp.406 410.

19) Centers for Medicare & Medicaid Services, *Medicare Managed Care Manual: Chapter 5-Quality Assessment,* 2003(http://cms.hhs.gov/manuals/116_mmc/mc86c05.pdf).

20) Commonwealth Department of Health and Aged Care, *Practice Incentive Program(PIP) New Incentives,* 2001(http://www.hic.gov.au/providers/incentives_allowances/pip.htm).

것으로 기술되고 있다. 주지하다시피 주요 서구 선진국에서는 일반의 또는 가정의가 건강문제의 일차담당자로서 문지기(gatekeeper) 역할을 수행하고 있으며 환자와 일반인의 건강행태에 이들 전문가 집단의 권고가 큰 영향을 주는 것으로 알려져 있다. 때문에 의료비 지불제도와 관련된 협력정책은 가장 적극적이고 효과적인 형태의 건강문제 발견 및 해결방안이 될 수도 있다.

우리나라의 현실에 비한다면 이상에서 언급한 선진국들의 다양하고 적극적인 시도들은 상당한 거리감마저 느끼게 한다. 통계지표를 생산하는 일, 보건사업을 하는 일, 의료서비스를 제공하는 일, 보험재정을 관리하는 일이 서로 각개약진하는 상황에서 선진국과 같은 상호협력이나 효율성을 당장에 기대하기 어려울 수도 있다. 궁극적인 목적은 국민의 건강문제 해결이라는 관점에서 각 분야를 아우르는 발상의 전환과 폭넓은 재검토가 절실하다.