

누구의 QALY가 더 가치있는가?

주요 QALY 가중 방법에 대한
이론적·실증적 탐색

홍지형 (가천대)



Jihyung Hong
(Gachon University)

목차: 누구의 QALY가 더 가치있는가?

1 QALY의 가치

- 쟁점 1: 모두에게 동등한가?
- 쟁점 2: 의료기술의 다양한 가치를 충분히 반영하나?

2 쟁점 1. QALY의 가중 요인 : 측정 및 선호 근거

- 중증도: 측정 및 선호 근거
- 연령, 희귀질환, 대체 가능성에 대한 선호 근거
- 형평성 및 분배적 비용-효과 분석: 측정 및 선호 근거

3 쟁점 2. QALY의 새로운 가치 요소 탐색

- 희망의 가치 등에 대한 실증 근거

4 급여 결정 과정에서 어떤 가치 요소를 어떻게 고려해야 하나?

01

QALY의 가치

- 쟁점 1: 모두에게 동등한가?
- 쟁점 2: 의료기술의 다양한 가치를 충분히 반영하나?



“QALY is a QALY is a QALY – Or is it?” (Weinstein, 1988)

□ Quality-adjusted life years (QALY)

- 삶의 질과 수명을 단일 지표로 결합.
- 1970년 Torrance(1970, 1972), Fanshel & Bush(1970): QALY 개념과 측정 방법 소개 → 55주년
- 비용-효과성 평가에 광범위하게 활용

□ 동등 가치 원칙 (1QALY의 가치는 누구에게나 동등함을 가정)

- “QALY is a QALY is a QALY” 원칙을 큰 틀에서 유지하지만, 다수 국가에서 경제성 평가 및 급여결정 과정에서 정량적·정성적으로 사회적 가치를 반영함
 - 가치를 반영할 때는 QALY 가중치의 형태나 ICER 임계값의 상향 조정 등을 통해 반영



QALY 논쟁 재점화: 2022년 영국 NICE 지침 업데이트

- 2022년 영국 NICE 지침을 개정하는 과정에서 다양한 QALY modifier 검토
- 주요 업데이트(NICE, 2022)
 - 동등 가치 원칙은 유지하되, 예외 상황 명시
 - 말기 질환(End of Life)* (2008) → **Severity (2022)**
 - Absolute/Proportional shortfall
 - 중증도 좀 더 폭넓게 반영하되, 비용 중립적 접근
 - 건강 이득의 크기 (Highly Specialized Technologies, HST)
 - 2025년 **modular update**: social group 간 불평등
 - 필요 시 형평성 고려 위한 distributional CEA 제출
 - <Non-reference case 할인 3.5% → 1.5%: 사망 또는 매우 심각한 질환, (준)완치, 장기 효과>

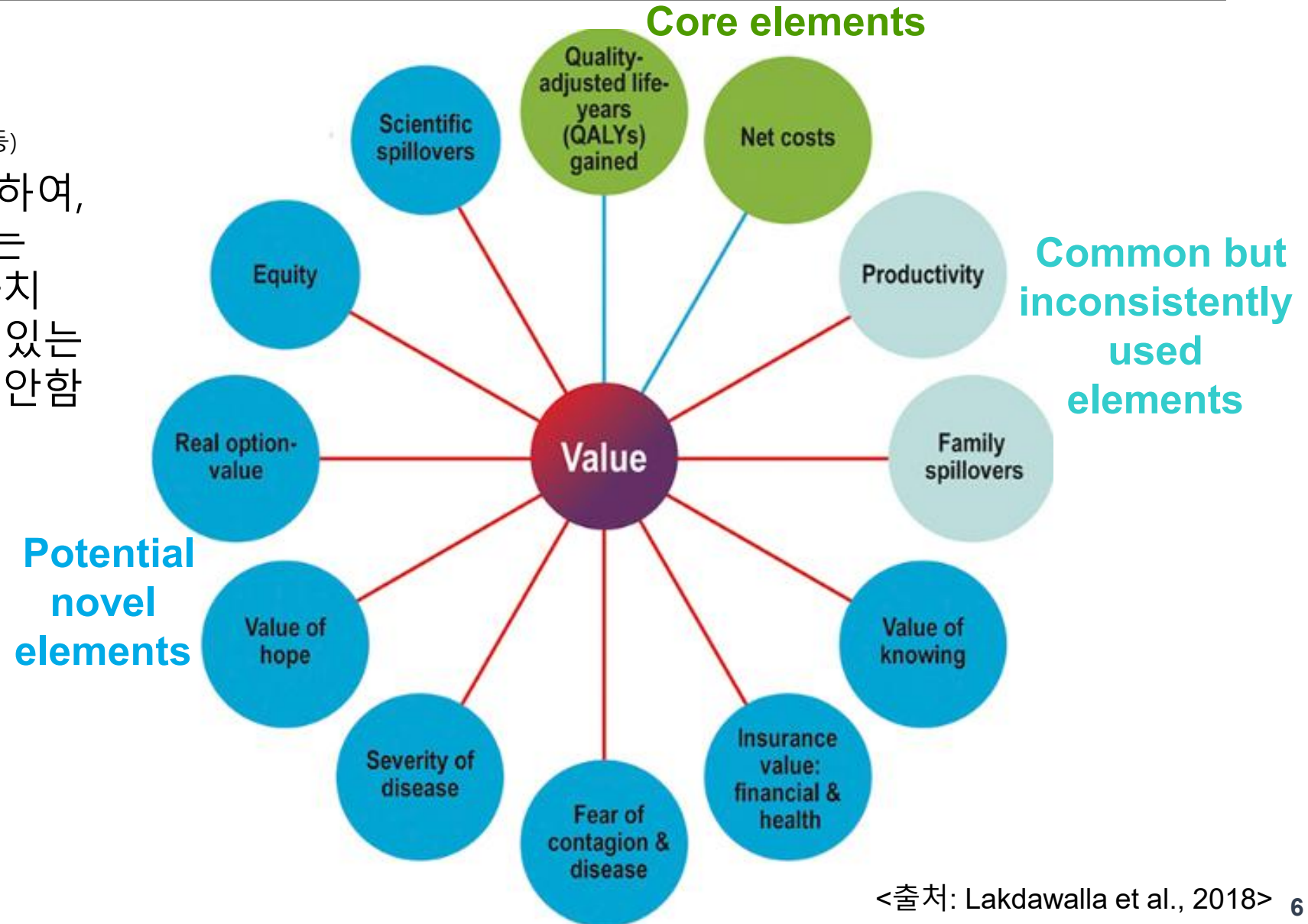
(* EoL 정의: 소수, 기대여명 2년 미만, 3개월 이상 생명연장 효과 보이는 의료 기술 대상, 1.7 QALY weight 적용)

QALY 논쟁 재점화: ISPOR 새로운 가치 요소

□ ISPOR STF

(Lakdawalla et al., 2018; Neumann et al., 2022 등)

- ISPOR는 특별 TF를 조직하여, **'ISPOR value flower'**라는 이름으로 의료 영역의 가치 프레임워크에 포함할 수 있는 새로운 가치 요소들을 제안함



02

QALY 가중요소: 측정 및 선호 근거



02

QALY 가중 요인: 측정 및 선호 근거

(1) 중증도: 측정 및 선호 근거

(2) 연령, 희귀질환, 대체 가능성에 대한 선호 근거

(3) 형평성 및 DCEA: 측정 및 선호 근거



중증도 어떻게 정의해야 하나?

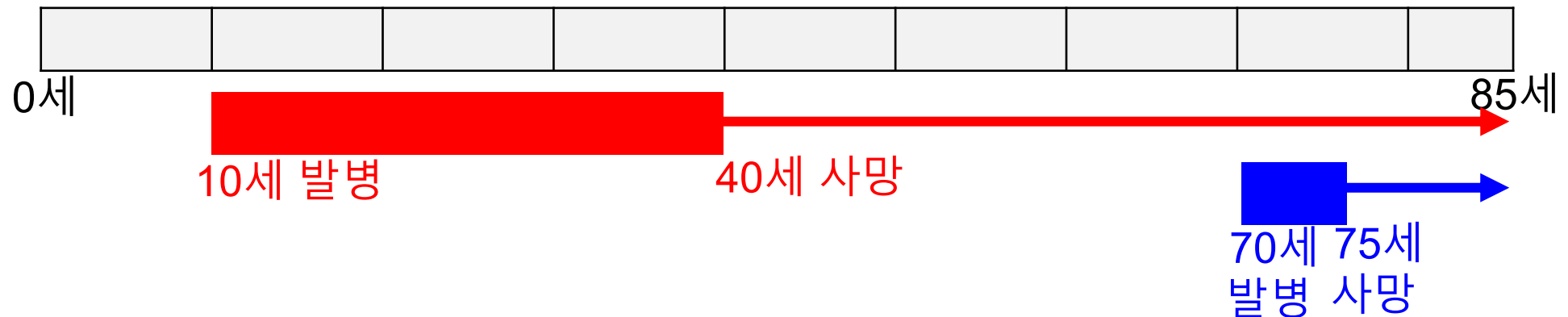
□ 국내외 체계적 문헌 고찰 근거 (이보람 외, 2019; Gu et al., 2015)

- 의료 필요가 높은 중증 질환에 대해 대체로 우선 급여
- EOL에 대해서는 결과 혼재

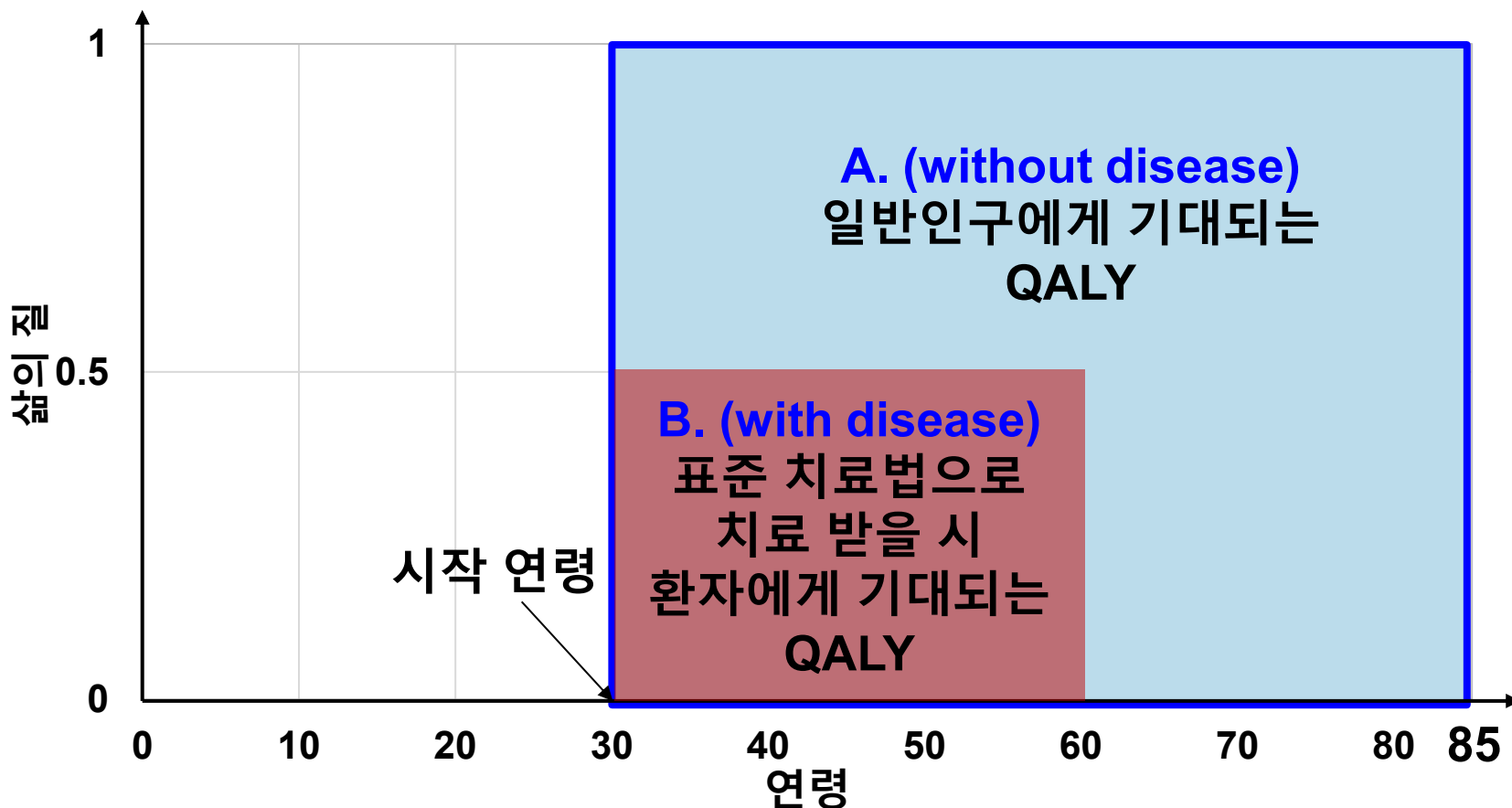
□ 무엇이 중증 질환인가?

- 생명을 위협하는 질환
- 심각한 삶의 질 저하를 유발하는 질환
- 긴급성(urgency)
- (남은 평균 대비) 심각한 건강 손실?

“there is no consensus on what severity means, neither in academia, in policy, or in public conceptions of severity”
(Stenmarck et al., 2023).



Absolute shortfall & Proportional shortfall 개념



□ AS & PS 정의

- Quality adjusted life expectancy (QALE)를 활용하여 **손실된 건강**으로 정의

□ AS

- $= A - B$
- $= 1 * 55\text{년} - 0.5 * 30 = \mathbf{40}$

□ PS

- $= \frac{(A-B)}{A} = 40/55 = \mathbf{0.73}$

*성·연령대별 일반인구의 평균 질 가중치 고려, 할인 고려, 적절한 시작 연령 고려(새로 도입될 의료 기술이 적용될 평균 환자 연령)

Absolute shortfall & Proportional shortfall 비교

구분	Absolute shortfall	Proportional shortfall
정의	일반인 대비 손실된 QALY 총량	일반인 대비 손실된 QALY 비율
단위	QALY	비율(%)
초점	절대적 건강 손실	상대적 건강 손실
연령 영향	노인층에 불리	젊은 층에 불리
연령 영향 예시	<85세 기대 여명> 80세가 지금 당장 사망 시, AS=5 5세가 지금 당장 사망 시, AS = 80	<85세 기대 여명> 80세가 지금 당장 사망 시, PS=1 5세가 지금 당장 사망 시, PS = 1
형평성 논쟁	노인 차별 fair inning(공정 수명) argument	젊은 환자의 절대적 손실 저평가 (연령에 상관없이 말기에 유리)
비교 가능성	일반인의 기대여명이 국가간, 집단간 다를 경우 비교 가능성 저하	국가간, 집단간 비교에 AS보다 좀 더 용이

AS/PS 실제 적용 사례

노르웨이
(AS)

구분	1	2	3	4	5	6
AS	0 ~ 3.9	4 ~ 7.9	8 ~ 11.9	12 ~ 15.9	16 ~ 20	>20
ICER 임계값 (€/QALY)	32,000	45,000	58,000	71,000	84,000	97,000
QALY 가중치	1.0	1.4	1.8	2.2	2.6	3.0

네덜란드
(PS)

PS	ICER 임계값 (€/QALY)	QALY 가중치
0.1 ~ 0.40	20,000	1.0
0.41 ~ 0.70	50,000	2.5
0.71 ~ 1.00	80,000	4.0

영국
(£20,000 ~ £30,000/QALY)
(AS 또는 PS)

QALY 가중치	PS	AS
1	0.85 미만	12 미만
x 1.2	0.85 ~ 0.95	12 ~ 18
x 1.7	0.95 이상	18 이상

<출처: Hausman(2024)>

우리나라 중증도에 대한 선호: 실증 근거

Public preferences in healthcare resource allocation: A discrete choice experiment in South Korea



Eun-Young Bae^{a,b,*}, Min Kyoung Lim^c, Boram Lee^d, Green Bae^e, Jihyung Hong^f

^a College of Pharmacy, Gyeongsang National University, Jinju, Republic of Korea

^b Institute of Pharmacy, Gyeongsang National University, Jinju, Republic of Korea

^c Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service, Wonju, Republic of Korea

^d Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Republic of Korea

^e College of Pharmacy, Ewha Womans University, Seoul, Republic of Korea

^f Department of Healthcare Management, College of Social Science, Gachon University, Seongnam-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea

ARTICLE INFO

Key words:

Health care rationing

Quality-adjusted life years

End of life

Age factors

Priority setting

ABSTRACT

Objectives: This study aimed to explore the public view on priority-setting criteria for healthcare resource allocation. Specifically, it investigates how the value of a quality-adjusted life year (QALY) varies depending on patient characteristics.

Methods: A discrete choice experiment was conducted using an online sample of the general South Korean population. Respondents were presented with two competing treatment scenarios. The attributes of the scenarios were age at disease onset, life expectancy without treatment, life-years gain with treatment, health-related quality of life (HRQoL) without treatment, and HRQoL gains with treatment.

Two hundred choice sets were generated and randomly allocated into 20 blocks. A conditional logit model was used to estimate the factors affecting the respondents' choices.

Results: A total of 3,482 respondents completed the survey. The larger the QALY gain, the more likely it was that the scenario would be chosen but with a diminishing marginal value. Respondents prioritized 40-year-old patients over 5-year-olds and 5-year-olds over 70-year-olds and prioritized baseline HRQoL of 40% and 60% over 20%. Patients at the end of life were not preferred to those with a longer life expectancy.

Conclusion: Overall, respondents preferred health-maximizing options without explicit consideration for end-of-life patients or those with poor health. In addition, they revealed a kinked preference for patient age, prioritizing middle-aged patients over children and older people

우리나라 중증도에 대한 선호: 실증 근거

□ 이산선택실험(DCE) (Bae et al., 2023)

- N=3,482명 (일반 대중)
- **분석 결과**
 - **QALY gain이 클수록 선호**
(QALY gain이 커질수록 한계가치 체감)
 - **기대여명**: 2년 이하 < 5년 이상
 - **초기 HRQoL**: 20% 수준보다 40%, 60%인 경우를 선호

□ 초점집단면접조사 (배그린 등, 2022)

- N=62명 (일반 시민)
- **중증도 높은 질환 우선순위 부여**
- **말기 치료**: 회복 가능성 낮아 낮은 우선순위
- 치료 전 최악의 삶의 질보다 삶의 질 개선의 크기 더 선호
- 다수 여성: 취약계층 우선 고려 & 30대와 50대 남성: 역차별 가능성 우려

➤ 중증도를 고려하나, 치료 후 상태를 함께 고려 (개선 크기 매우 중요)

- ✓ 심각한 중증에서의 완전한 회복은 매우 높게 평가되는 반면, 개선 폭이 제한적인 경우 오히려 경·중등도 상태에서의 개선이 더 선호되는 경향
- ✓ 말기 상태에 대해 낮은 우선 순위

02

QALY 가중 요인: 측정 및 선호 근거

- (1) 중증도: 측정 및 선호 근거
- (2) 연령, 희귀질환, 대체 가능성에 대한 선호 근거
- (3) 형평성 및 DCEA: 측정 및 선호 근거

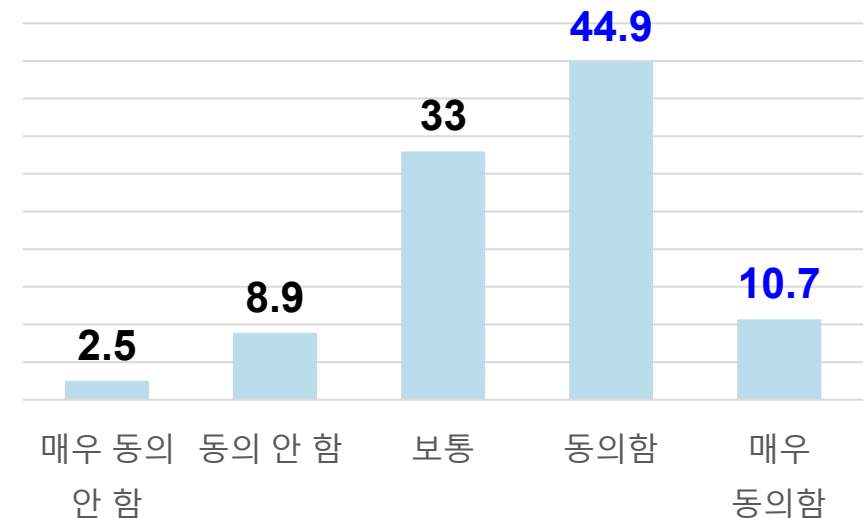


연령 선호에 대한 실증 근거

- **아동을 특별한 그룹으로 평가하나, 중년보다 더 큰 우선 순위를 부여하는지에 대해서는 근거 불명확**
 - 소아를 우선순위 부여 기준으로 언급하는 주요 사유 (국민참여위원회, 2022)
 - 나쁜 운에 대한 보상
 - 소아를 지원함으로써 부모 부담 완화
 - 치료 효과가 성인보다 클 수 있음
 - 소아는 우리 사회의 미래를 책임지는 일꾼
 - [Bae et al. \(2023\): 이산선택실험 - 환자 연령 70세 < 5세 < 40세 선호](#)
 - [아동 치료에 대한 지불의사는 성인보다 다소 높은 것으로 나타남](#)(Hong et al., 2024; Hong et al., in progress) <슬라이드 25 참조>
 - 고령의 경우 'fair inning(공정 수명) argument'가 강하게 작동하는 경향

희귀질환 선호에 대한 실증 근거

- ❑ 체계적 문헌 고찰(Gu et al., 2023): 희귀질환에 대해 대체로 중립적 입장
- ❑ But 희귀질환 선호 여부는 질문 맥락과 프레이밍에 상당한 영향을 받음
- ❑ **예산할당실험 (Bae et al., 2020)**
 - 치료법의 효과, 비용 등 다른 모든 조건이 동일하다면, 다음과 같은 우선순위
 - 암 = 다른 위중한 질환
 - 소수 환자 < 다수 환자
 - 대체 치료법이 없는 환자 > 대체 치료법이 있는 환자 (이보람 등(2019)의 체계적 문헌 고찰에서도 동일)
- ❑ **소수 초고가 치료제 지원 여부 (Hong et al., in progress)**
 - 가격 대비 효과가 부족한 초고가 치료제라 하더라도, 대상 환자수가 적어 국민건강보험 재정에 미치는 영향이 크지 않은 경우 해당 치료제에 대한 지원 동의 수준 (N=4000):
 - 55.6% 동의



02

QALY 가중 요인: 측정 및 선호 근거

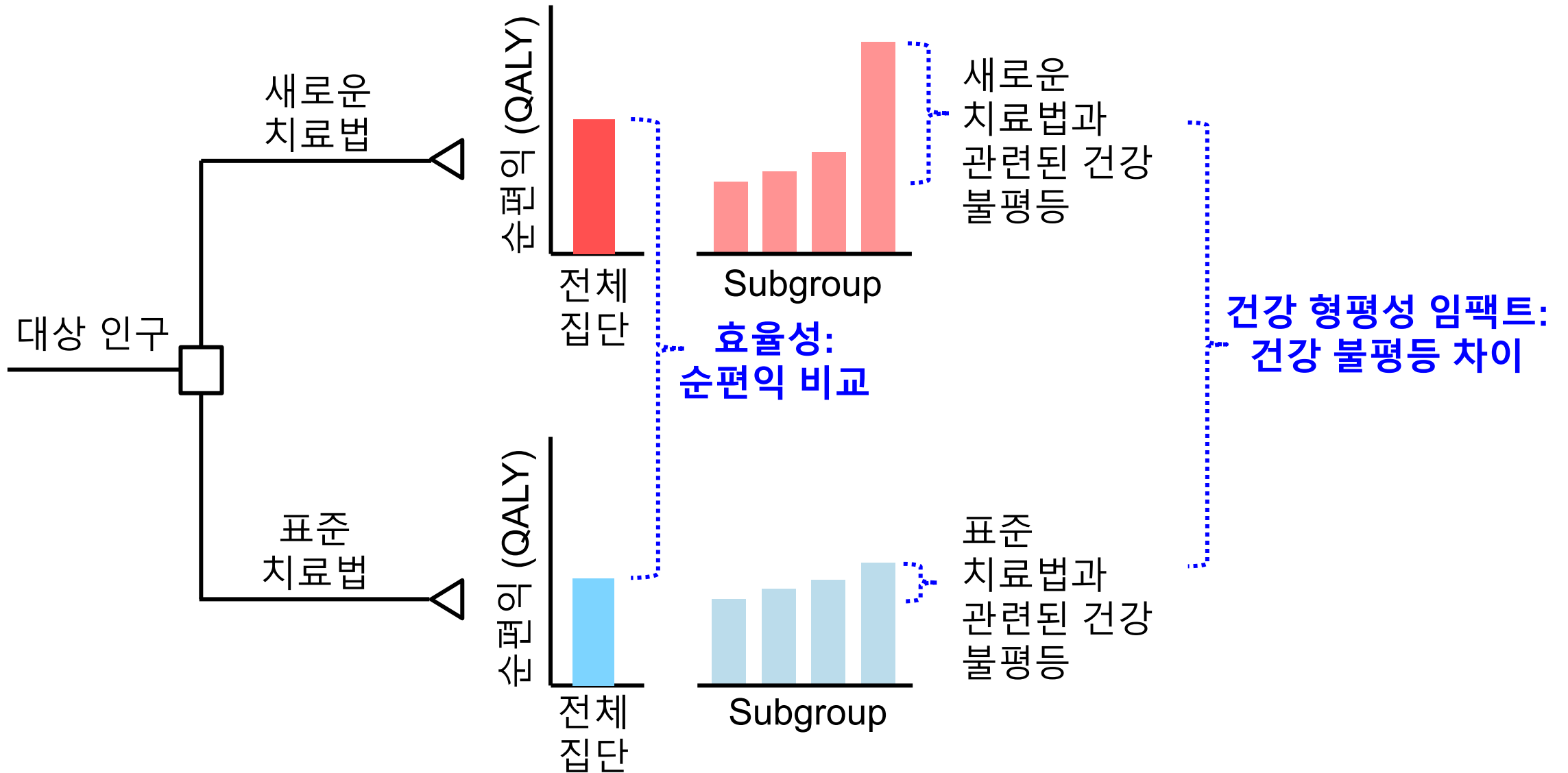
- (1) 중증도: 측정 및 선호 근거
- (2) 연령, 희귀질환, 대체 가능성에 대한 선호 근거
- (3) 형평성 및 DCEA: 측정 및 선호 근거



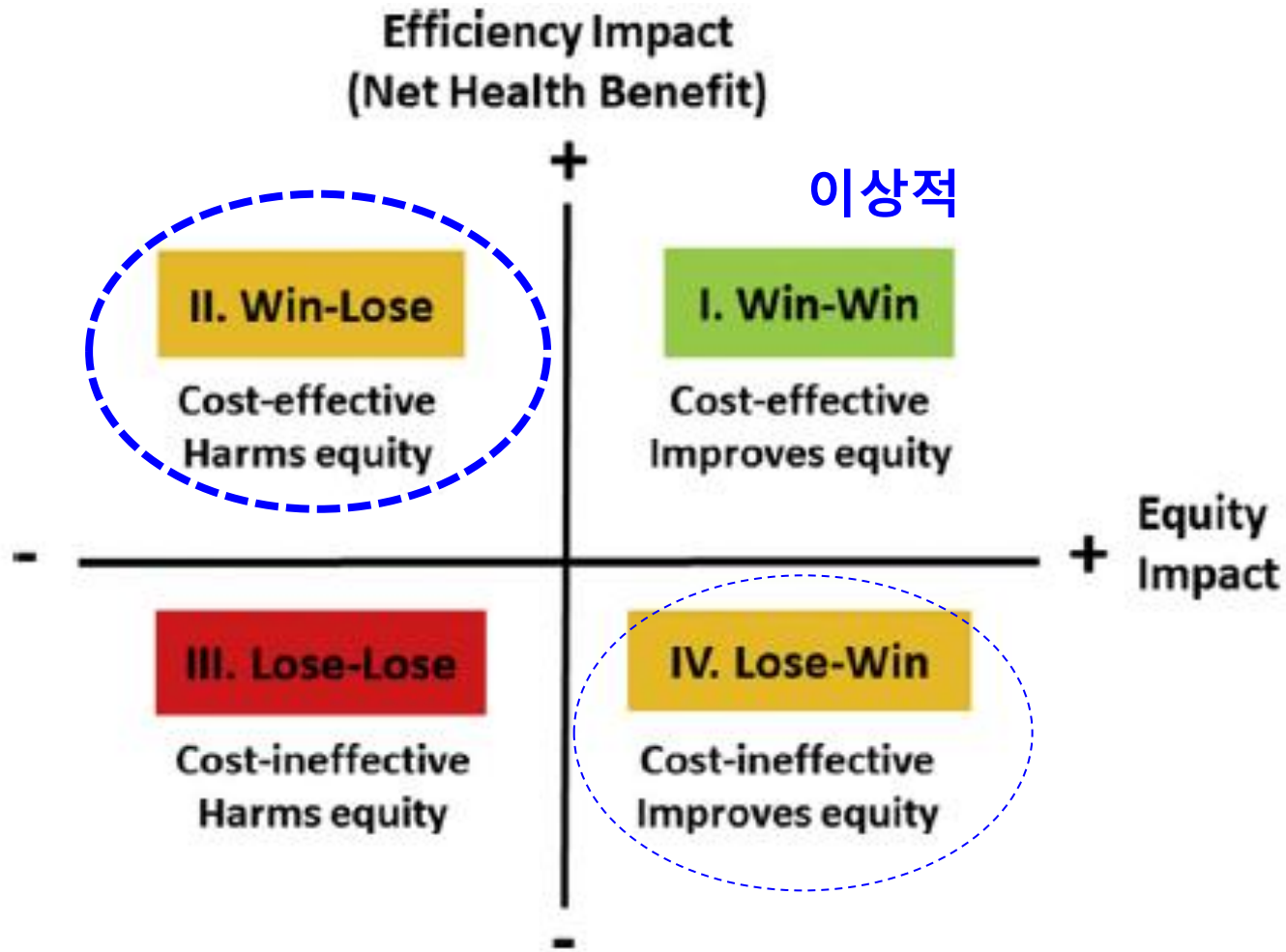
형평성

- 기존 CEA는 효율성(총 건강 극대화)에 초점을 두지만, 사회는 단순한 총합뿐 아니라 **건강이 누구에게 돌아가는가**에도 관심을 둬.
- **질병 유병률, 치료 접근성, 치료 효과**는 사회·경제적 집단 간에 다를 수 있음 → 어떤 의료기술이나 건강 프로그램을 도입하느냐에 따라 **건강 형평성 영향**이 달라질 수 있음.
- 과거에는 형평성이 주로 **정성적 판단 요소**로 고려되었으나, 최근에는 **사회가 건강 불평등을 얼마나 싫어하는가(불평등 회피도, inequality aversion)**를 직접 수치화하여, **효율성과 형평성 간의 trade-off를 정량적으로 반영**하려는 시도(DCEA 등)가 활발히 이루어짐(NICE, 2025; NACI, 2023).
- **Atkinson 불평등 회피도(ϵ)**
 - $\epsilon = 0$: 형평성 고려 없음. 효율성만 중시
 - ϵ 클수록 형평성 가중 강화
 - 실증 연구
 - 영국 – 10.95 (Robson et al., 2017), 호주 – 소득 기준 27.16 (Boujaoude et al., 2025)
 - 노르웨이 – 건강분포 3.52 (Horn et al., 2025), 미국 - 12.12 (Slejko et al., 2025)

순편익의 크기와 집단 간 분포



효율성-형평성 Trade-off



<Trade-off 영역>

- 사회가 **전체 건강이득 일부를 희생하더라도, 건강 불평등을 완화하려는 사회적 선호**(불평등 회피도)를 의사결정에 반영
- DCEA는 효율성과 형평성 간의 trade-off를 정량적으로 분석하고, 사회의 불평등 회피도에 따른 결과 변화를 탐색할 수 있는 분석틀

03

QALY의 새로운 가치 요소 탐색



ISPOR value flower: 희망의 가치

The Value of Hope in Cancer Care: Risk Preference and Heterogeneity in Cancer Patients and the General Public

Jihyung Hong, PhD, Eun-Young Bae, PhD, Shuye Yu, PhD

ABSTRACT

Objectives: To quantify the value of hope in cancer care and examine age as a potential modifier, comparing patients and the general public.

Methods: A discrete choice experiment was conducted in 2024 with 426 cancer patients diagnosed within the past 5 years and 2048 general public members without prior cancer experience in South Korea. Choice options comprised treatment effects, health status, and out-of-pocket costs. Treatment effects included a fixed 2-year survival option and 4 risk options offering 10% chances of extended survival (5 or 10 years) paired with 10% chances of minimum survival (3 months or 1 year), with varying survival durations for the remaining 80% to yield the same expected survival. Each participant completed 10 choice tasks, repeated for hypothetical ages of 5 and 70. Mixed logit and latent class analyses were performed.

Results: Both groups, particularly cancer patients, positively valued treatments with 10% chances of 10-year and 1-year survival over certainty. The monetary value of hope for this option was \$12 445 for patients, about double that for the general public (\$5985). These values increased to \$51 103 and \$35 609, respectively, for age 5, but were much lower for age 70. Conversely, the certainty option was preferred over treatments with 10% chances of 5-year and 3-month survival. Latent class analyses revealed substantial preference heterogeneity.

Conclusions: The value of hope represents a meaningful aspect of treatment preferences, especially in pediatric contexts. However, substantial preference heterogeneity poses challenges to effectively incorporating hope into health technology assessments, particularly in publicly funded healthcare systems.

Keywords: age, discrete choice experiment, general public preferences, patient value, value of hope.

VALUE HEALTH. 2025; 28(8):1259–1267

"여러분이라면, 절박한 상황에서
기대여명은 같지만

(1) 2년 생존을 확실히 보장하는
치료제와,

(2) 대부분은 2년보다 조금 더 짧게
살지만 장기 생존의 가능성도 일부
제시하는 치료제 중 어떤 것을
선택하시겠습니까?"

<희망의 가치>

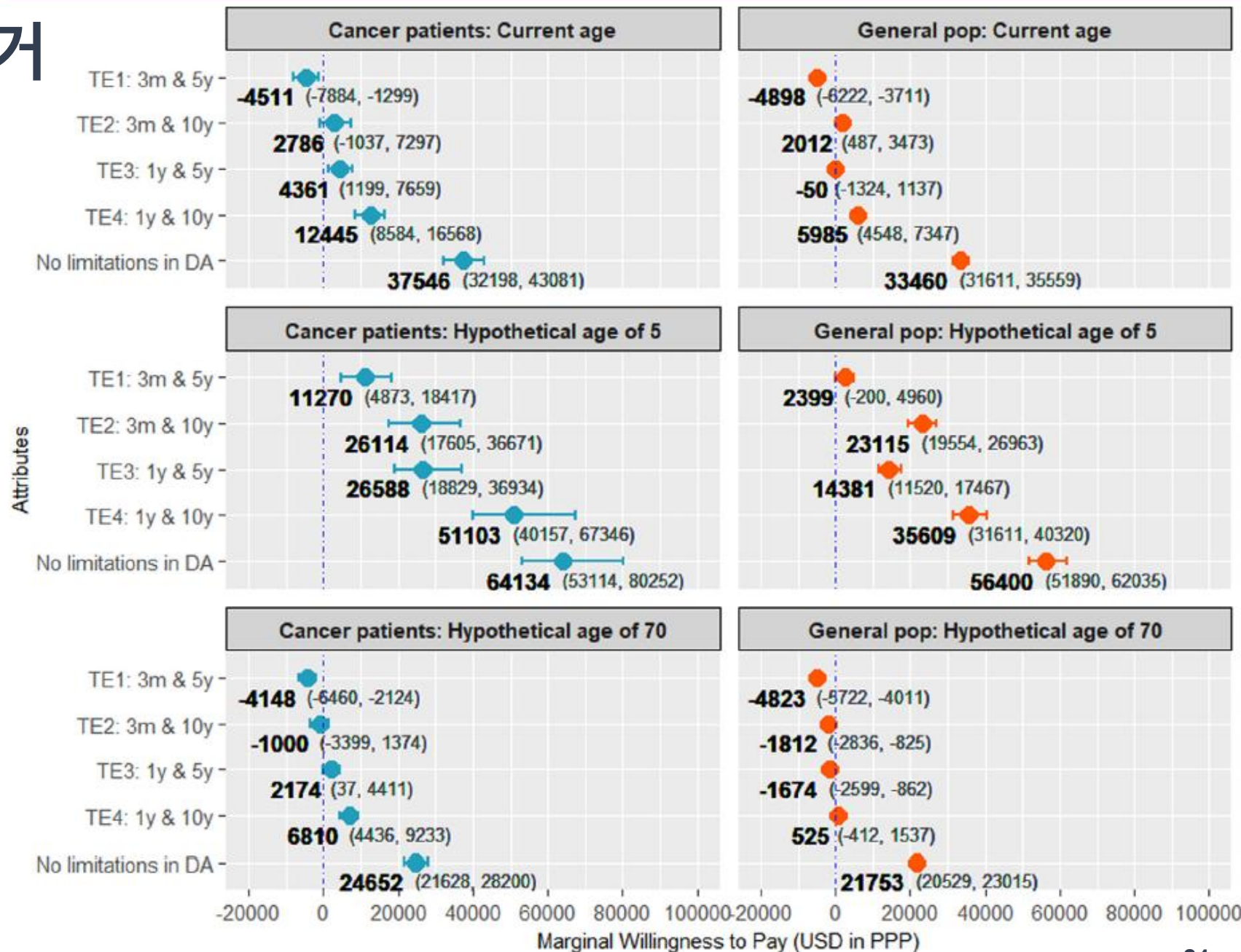
효과 분포의 오른쪽 치우침(positive
skewness)에 대한 잠재적 선호

Figure 2. USD (PPP)-equivalent value estimates for treatment effects and health status.

희망의 가치 실증 근거

□ 결과

- 희망의 가치는 제시된 최소 생존기간, 최대 얻을 수 있는 생존 기간의 크기 등에 따라 달라짐
- 암환자와 일반인 모두에서 희망의 가치 존재 확인
- 특히 5세 아동 대상으로 한 질문에서는 희망의 가치가 더 크게 평가
- 그러나 선호의 이질성 큼



DA indicates daily activities; PPP, purchasing power parity; USD, US dollar.

희망의 가치 근거: 상당한 이질성 존재

Figure 3. USD (PPP)-equivalent value estimates for treatment effects and health status by latent class (current age).

<Current Age>	Cancer Patients (N=426)			General Population (N=2048)			
	P1: 29.1% Risk-Averse	P2: 41.1% QoL-Oriented	P3: 29.8% Risk-Taking	G1: 13.7% Risk-Averse	G2: 51.5% QoL-Oriented	G3: 23.9% Cost-Conscious	G4: 10.8% Value-Seeking
TE1: 3m & 5y	-17895 (-22057, -14177)	-799 (-11131, 9332)	19280 (11798, 28096)	-26586 (-30201, -23383)	-15156 (-17958, -12491)	6288 (4591, 7870)	75442 (55319, 112775)
TE2: 3m & 10y	-17092 (-21174, -13141)	-2592 (-12738, 7354)	46271 (36322, 59145)	-18828 (-22155, -15689)	-9305 (-12189, -6493)	7060 (5310, 8945)	164789 (124829, 240712)
TE3: 1y & 5y	-5723 (-9296, -1923)	-5418 (-15094, 4264)	35493 (26609, 48744)	-6777 (-9314, -3980)	-12181 (-14983, -9339)	6600 (4839, 8623)	100862 (74708, 153385)
TE4: 1y & 10y	-11987 (-15477, -8672)	19643 (10130, 31381)	64933 (53222, 81613)	-20643 (-23467, -18165)	1266 (-1382, 3920)	11091 (9391, 12974)	178346 (136592, 264580)
No limitations in DA	12734 (10431, 15481)	98325 (79315, 132263)	22169 (16858, 29362)	20807 (18569, 23348)	59525 (55557, 64598)	5966 (4904, 7038)	96000 (72648, 148411)

DA indicates daily activities; G, general population; P, patients; PPP, purchasing power parity; QoL, quality of life; USD, US dollar.

건강 개선 효과 크기와 지불의사 간 비례성 검토

- Ryen & Svensson (2015)의 체계적 문헌을 포함하여 **다수 연구에서 건강 개선이 클수록 한계 가치(WTP) 체감** 근거 제시. 이에 따라 QALY당 WTP는 건강 개선이 클수록 작게 나타남

- **국내 연구 (Hong et al., in progress)**
 - 2025년에 국내 일반인 4000명을 대상으로 contingent valuation 설문 조사 수행
 - 원샷 치료 또는 단기 치료를 통해 장기 효과를 제공하는 유전자 치료제 등의 혁신 치료제에 대해 일반대중이 더 높은 가치를 두는지 평가하고자 함
 - 개인 관점 (+ 사회적 관점)
 - 삶의 질 개선 또는 생명 연장 효과 시나리오
 - **효과 지속 기간**: 0.5년, 1년, 5년, 10년, 20년, 40년
 - 이중경계양분형 질문

- **결과**
 - 40년 생명연장(완전한 건강상태)에 대해 최대 약 5억 원 가까운 금액 제시함. 사회적 관점에서도 유사한 수준 (가상의 아동 10세 제시 시, 좀 더 높은 수준)
 - 장기 효과에 대해 더 높은 가치를 두고 있음에도 한계가치 감소

04

급여 결정과정에서
어떤 가치 요소를
어떻게 고려해야
하나?



심평원: 신약의 급여결정과정에서 고려하는 가치 요소 (1)

□ 비용-효과성

[2024년도 공개]

경제성평가 제출 약제의 비용효과성 평가결과(ICER)¹⁾

약제구분 ²⁾	성분수	비용효과성 평가결과(ICER) (단위: 원/QALY)	
		중앙값	최소값~최대값
2019년~2023년 평가결과			
대상전체	19		
①일반약제	8	2,766만	1,206만 ~ 3,610만
②항암제	8	3,993만	2,588만 ~ 4,792만
③희귀질환치료제	3 ³⁾	-	2,361만 ~ 3,997만

□ ICER의 임계값 (심평원, 2024)

- 명시적인 임계값을 사용하지 않으며, 질병의 위중도, 사회적 질병부담, 삶의 질에 미치는 영향, 혁신성 등을 고려한 기존 심의결과를 참고하여 탄력적으로 평가하도록 함

심평원: 신약의 급여결정과정에서 고려하는 가치 요소 (2)

- 질병의 위중도, 사회적 질병부담, 삶의 질에 미치는 영향, 혁신성
 - 기대 여명 2년 이내, 암·희귀질환 등, 대상 환자 수, 대체 가능성

- ※ 신약의 **혁신성**은 다음 요건을 모두 만족하는 경우 해당 (심평원, 2024)
 - 1) 대체 가능하거나 치료적 위치가 동등한 제품 또는 치료법이 없는 경우
 - 2) 생존기간 연장 등 최종 결과지표에서 **현저한 임상적 개선**이 인정가능한 경우
 - 3) 약사법 제35조의4제2항에 해당되어 식품의약품안전처의 신속심사로 허가된 신약 또는 이에 준하는 약제로 위원회에서 인정한 경우

급여 결정과정에서 고려해야 할 사회적 가치 (1)

□ 중증도

- (현재) 우리나라 건강보험에서는 생존을 위협할 정도의 심각한 질환에 대해 완화된 기준 적용
 - 진행성의 심각한 질환 또는 남은 생존기간이 2년 미만인 질환을 중증 질환으로 고려
- 그러나 일반인을 대상으로 실시한 설문조사에서는
 - 남은 생존기간이 2년 미만인 환자를 치료하는 대안이나 건강관련 삶의 질이 20%로 심각한 상태를 더 우선하지도 않았음 (EOL 또는 매우 열악한 상태 선호 x)
 - 치료 후에 충분히 적절한 건강상태를 영위할 수 있느냐를 매우 중요하게 판단
 - 선호 측면에서는 PS보다 AS를 더 선호하는 경향성
- 중증도를 판단하는 기준은 무엇이 되어야 할까?
- 중증도의 연속성 고려 시, 여러 단계 고려?

급여 결정과정에서 고려해야 할 사회적 가치 (2)

□ 환자 연령

- 실증 근거 요약
 - 아동을 특별한 집단으로 고려하나, 자원배분 측면에서 우선하는지에 대해서는 불분명
 - 아동과 아동의 부모 세대를 모두 중요하게 고려
 - 지불의사 측면에서는 약간 더 높은 지불의사를 보이기도...
- 환자 연령은 중증도 정의와도 연계되어 있음
- 이중 계상 되지 않도록 주의

급여 결정과정에서 고려해야 할 사회적 가치 (3)

□ 질환의 희소성

- (현재) 환자 수가 매우 적은 질환 (200-1000명 이내)의 경우, 급여결정에서 특별한 고려를 하고 있음
- 실증 근거에서는
 - 소수 질환보다는 다수 질환에 우선순위 부여
 - 그러나 프레임에 따라 다양한 의견 개진 가능성
 - ✓ 낮은 약가 시 개발비용($P*Q$) 회수하지 못해 연구개발 의욕 저하 및 이로 인한 환자의 치료 기회 박탈
 - ✓ 환자수가 적으므로 개별 치료제의 재정영향은 그리 크지 않을 수 있음
(→ 맞춤치료시대가 본격화되면 다양한 희귀질환 치료제 개발 가능성. 각각의 재정 영향은 크지 않을 수 있으나, 그 합은 상당할 수 있음)

급여 결정과정에서 고려해야 할 사회적 가치 (4)

□ 대체 가능성

- (현재) 대체 가능하거나 치료적 위치가 동등한 제품 또는 치료법이 없는 경우에 특별 고려
 - **치료적 위치가 동등 유무 판단:** 새로운 계열의 약제로 작용 기전에서 차이가 있고, **기존 치료제보다 임상 성과의 개선이 우월한 경우** 치료적 위치가 동등하지 않다고 판단
- 실증 근거 요약
 - 대체 치료법이 부재한 경우 우선순위 부여
- 치료적 위치 동등하지 않음을 대체 치료법 부재로 볼 수 있나?

급여 결정과정에서 고려해야 할 사회적 가치 (5)

□ 형평성

- 국민건강증진종합계획(Health2030)에서는 건강 증진 외에도 소득수준별, 지역별 건강수명 격차 해소를 하나의 목표로 설정
- 희귀 질환, 중증도 외 필요 시 사회 집단 간 건강 형평성을 고려한 평가 고려(예: 백신)?

□ 혁신성 – 상당한 임상적 개선

- 효과 크기 클수록 지불의사 커짐
- 그러나 WTP/QALY 측면에서는 효과 크기 커질수록 오히려 감소 (scope effect 관찰됨)
→ 혁신성 무엇을 근거로 평가해야 하나?

□ 희망의 가치 (Value of Hope)

- 고가 신약은 치료 희망과 결부되어 있음
- 비용-효과성 외 희망의 가치를 별도로 고려해야 하나?

□ 기타 고려 사항



경청해 주셔서 감사합니다.

참고 문헌 (1)

- 건강보험심사평가원, (2024). 신약 등 협상대상 약제의 세부평가기준.
- 배그린, 이보람, 임민경, 배은영. (2022). 포커스 그룹인터뷰를 통한 보건의료자원배분 우선순위에 대한 사회적 선호 확인: 연령, 중증도, 사회적 연대를 중심으로. 보건경제와 정책연구, 28(1), 25-42.
- 이보람, 배그린, 임민경 and 배은영. (2019). 보건의료자원 배분의 우선순위 설정 기준에 대한 체계적 문헌고찰. 보건경제와 정책연구, 25(4), 57-91.
- Bae E-Y, Lim MK, Lee B, Bae G, (2020), Who should be given priority for public funding? Health Policy. 1108-1114
- Boujaoude MA, Dalziel K, Cookson R, Devlin N, Carvalho N. (2025). Aversion to income, ethnic, and geographic related health inequality: Evidence from Australia. Soc Sci Med. 364:117495.
- Cookson R et al., (2021). Distributional Cost-Effectiveness Analysis Comes of Age, Value in Health, 24(1):118-120.
- Fanshel, S., & Bush, J.W. (1970). Health-Status Index and Its Application to Health-Services Outcomes. *Operations Research*, 18, 1021-1066.
- Gu et al., (2015), Attributes and weights in health care priority setting: A systematic review of what counts and to what extent. Social Science & Medicine. 2015;146: 41-52.
- Gu et al. (2023). Comparison of Rare and Common Diseases in the Setting of Healthcare Priorities: Evidence of Social Preferences Based on a Systematic Review, Patient Preference & Adherence, 17:1783-1797.
- Hausman DM. (2024). Problems with NICE's severity weight, Soc Sci Med. 348: 116833
- Horn SA, Norheim OF, Barra M. (2025). Inequality Aversion in Health: Eliciting Aversion to Univariate Health Inequalities Across Different Health Distributions. Value Health. S1098-3015(25)02481-7.
- NACI. (2023). Guidelines for the Economic Evaluation of Vaccination Programs in Canada.
- NICE. (2022). NICE health technology evaluations: the manual
- NICE. (2025). Modular update to NICE manuals Health inequalities.

참고 문헌 (2)

- ❑ Robson M, Asaria M, Cookson R, Tsuchiya A, Ali S. (2017). Eliciting the Level of Health Inequality Aversion in England. *Health Econ.* 26(10):1328-1334.
- ❑ Ryen L, Svensson M. (2015). The Willingness to Pay for a Quality Adjusted Life Year: A Review of the Empirical Literature. *Health Econ.* 24(10):1289-1301.
- ❑ Torrance, G.W. (1970). *A generalized cost-effectiveness model for the evaluation of health programs*. Ontario, Canada: Faculty of Business, McMaster University. <https://macsphere.mcmaster.ca/handle/11375/5559>.
- ❑ Lakdawalla, D. N., Doshi, J. A., Garrison, L. P., Jr., Phelps, C. E., Basu, A., & Danzon, P. M., (2018), Defining Elements of Value in Health Care-A Health Economics Approach: An ISPOR Special Task Force Report [3], *Value Health*, 21(2): .131-139.
- ❑ Neumann, P. J., Garrison, L. P., & Willke, R. J., (2022). The History and Future of the "ISPOR Value Flower": Addressing Limitations of Conventional Cost-Effectiveness Analysis, *Value Health*, 25(4): 558-565.
- ❑ Slejko JF, Ricci S, dosReis S, Cookson R, Kowal S. (2025). Health Inequality Aversion in the United States. *Value Health*. S1098-3015(25)02531-8
- ❑ Stenmarck, M., Jølstad, B., Baker, R., Whitehurst, D., Barra, M., (2023). A severely fragmented concept: uncovering citizens' subjective accounts of severity of illness. *Soc. Sci. Med.* 330.
- ❑ Torrance, G.W., Thomas, W.H., & Sackett, D.L. (1972). A utility maximization model for evaluation of ealth care programs. *Health services research*, 7, 118-133.
- ❑ Weinstein MC. (1988). A QALY is a QALY--or is it? *J Health Econ.* 7(3):289-90.