

가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향



Payment Reform for Better Value and Medical
Innovation in the National Health Insurance

강희정 | 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라는 국제적으로 높은 건강수명 수준을 달성했지만 주관적 건강인지율 지표에서는 최하위 수준을 보이고 있다. 이러한 차이는 우리가 지출하는 의료비가 국민의 입장에서 더 가치 있게 사용되고 있는지를 점검하게 한다. 아울러 국민의 의료 접근을 보장하는 건강보험이 치료 중심의 진료비 할인 제도에서 예방과 질병관리 중심의 연속적 건강보장체계로 변화해야 하는 필요성을 보여 준다고 할 수 있다. 공급자에 대한 지불보상방식은 현재 건강보험제도의 가치사슬을 변화시키는 가장 효과적이고 유일한 개입 기전이다. '공급자 주도의 행위별수가제'를 '환자 참여의 가치 기반 지불제도'로 전환하는 개혁의 추진은 국민의 가치 향상과 의료제공에서 혁신을 확산시키는 촉매가 될 것이다. 지불 개혁의 방향은 점증적으로 행위별수가제를 대체하는 접근의 실행이다. 단기적으로 행위별수가제 하에서 성과지불방식을 활용한 질(quality) 기반 지불 방식을 확대하고, 중장기적으로 의료의 결과(outcome) 평가를 중심으로 관련된 의료 과정을 정액 수가로 묶어서 보상하는 통합지불방식과 개인 단위로 건강관리 성과와 연동하여 보상하는 인구 기반 지불방식이 확대될 수 있다.

1. 들어가며

우리나라의 건강수명은 2000년 68.1세에서

2015년 73.2세로 5.1년이 증가했다. 건강수명 이란 장애나 질병 없이 '온전히 건강한 상태'로 살아갈 수 있는 기대수명을 의미한다.¹⁾ 같은 기

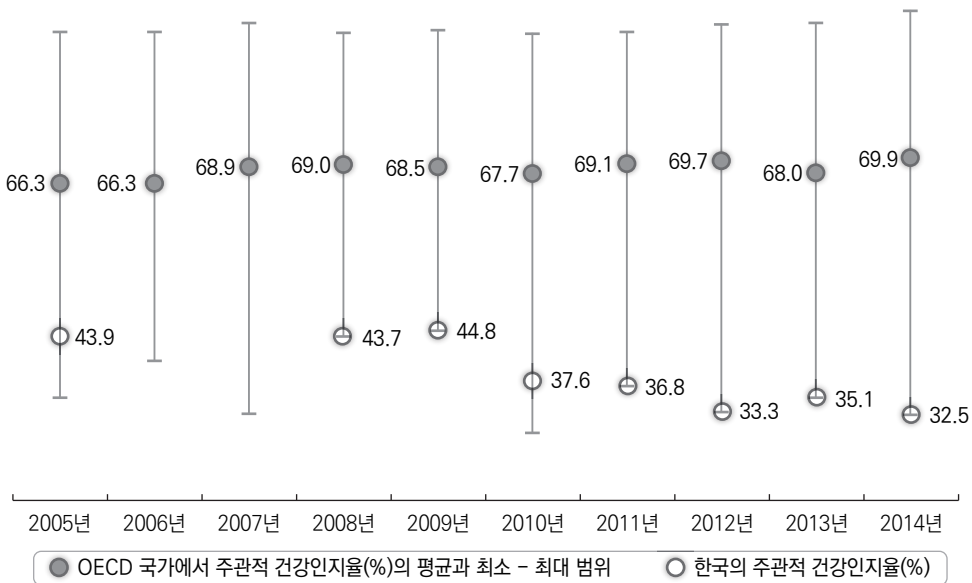
1) 보건복지부, 한국보건사회연구원(2016). 통계로 보는 사회보장 2016. p.344.

간 경제협력개발기구(OECD) 국가의 평균 건강 수명 증가(3.2년)와 비교하면 상당히 빠른 속도다. 2015년 기준 한국의 건강수명은 OECD 국가 평균(71.0세)보다 2.2년이 더 길다. 그런데 OECD의 또 다른 통계는 우리나라 국민이 생각하는 건강수준이 매우 낮음을 보여 준다. 만 15세 이상에서 평소 본인의 건강이 ‘매우 좋음’ 또는 ‘좋음’이라고 응답한 사람의 분율 즉, 주관적 건강인지율이 2005년 43.9%에서 2014년 32.5%로 낮아지고 있으며, OECD 국가 중 가장

낮은 수준을 유지하고 있다(그림 1).

건강에 대한 국민의 주관적 인지 수준은 객관적 건강 상태만을 반영하지 않는다. 주관적 지표가 갖는 측정의 오류가 있을 수 있다. 특히 국가 간 비교에서 사회적, 경제적, 문화적 차이로 인한 영향을 배제할 수 없다.²⁾ 하지만 건강 상태에 대한 국민의 주관적 인지 수준과 객관적 평가 수준의 차이는 우리가 지출하는 의료비가 국민의 입장에서 더 가치 있게 사용되고 있는지를 점검하는 좋은 잣대가 될 것이다.

그림 1. 연도별 OECD 국가 평균과 한국의 주관적 건강인지율 수준 비교



주: 2006년과 2007년은 한국의 자료가 보고되지 않았음.

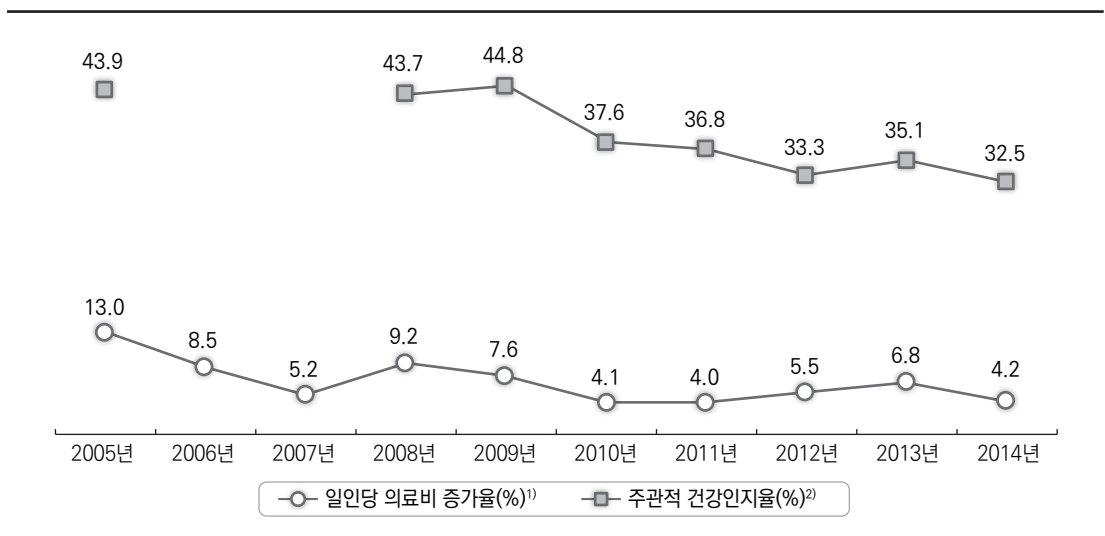
자료: OECD.Stat. Health Status: perceived health status, good/very good health, total aged 15+(% of population, crude rate). Accessed at 29 May, 2017.

2) 부가청, 장재연(2007). 우리나라 중고령자의 주관적 건강상태: 독일, 스웨덴, 이탈리아와의 국가간 비교연구 시론. 노동리뷰 9:66-81. p.79.

건강 상태에 대한 개인의 인지는 건강 결정 요인과 질병에 영향을 미칠 수 있으며, 건강 결과와도 관련될 수 있다.³⁾ 예를 들면, 건강 상태가 좋지 않다고 인지하는 여성 노인은 상대적으로 건강 상태가 좋다고 인지하는 이들보다 보행 속도를 감소시키거나 신체활동을 줄여 질병 발생 위험을 증가시킬 수 있다.⁴⁾ 또는 건강에 대한 걱정이 필요 이상의 의료이용을 유도할 수 있다. 따라서 객관적·주관적 건강 상태의 격차

는 예방 가능하거나 불필요한 의료 수요의 증가 가능성을 보여 주는 것일 수 있다. [그림 2]에서 2005년과 비교하면 2010년 이후 매년 의료비 증가율이 4% 주변에서 통제되고 있지만, 여전히 부적절한 지출이 잠재되어 있다고 할 수 있다. 이는 우리나라 건강보험의 기본 지불방식인 행위별수가제가 의료공급자의 진료량 증가를 유도하는 비효율성과 결합된 문제이기도 하다.

그림 2. 연도별 한국의 일인당 의료비 증가율과 주관적 건강인지율의 변화



주: 주관적 건강인지율은 15세 이상 대상자 중 본인의 건강이 '매우 좋음' 또는 ' 좋음'이라고 답변한 비율임.

자료 1) OECD(Oct. 2016). Health Statistics 2016—Frequently Requested Data: Annual growth rate of current expenditure on health, per capita, in real terms.

2) OECD.Stat. Health Status: perceived health status, good/very good health, total aged 15+(% of population, crude rate). Accessed at 29 May, 2017.

3) 최요한(2016). 주관적 건강인식은 실제 건강상태의 유효한 대리변수인가: 주관적 건강상태와 주관적 건강변화상태의 비교. 보건사회 연구 36(4):431-459. p.434.

4) Heuberger R, et al.(2013). Perceived versus actual health and nutritional Status: results from a cross survey of rural older adults. Gerontology & Geriatric Research 3(1), p.1.

그런데 장기적 경기 침체기의 의료비 통제는 국민이 인지하는 필요만큼 의료서비스를 이용하지 못하는 미충족의료 경험의 가능성을 높일 수 있다. 건강보험이 의료에 대한 접근을 보장하더라도 경제적 부담이 최선의 의료 선택을 제한하는 보장성의 한계를 고려하면, 주관적 건강상태의 악화와 미충족의료 경험의 증가 가능성은 관련성이 있다고 할 수 있다.⁵⁾

결과적으로 격차의 크기는 보건의료시스템에서 국민이 원하는 서비스와 제공되는 서비스가 불일치할 수 있으며, 건강보험을 치료 중심에서 예방과 질병관리 중심의 연속적 건강보장체제로 변화시켜야 하는 필요성을 동시에 보여준다고 할 수 있다. [그림 2]에서 양(+)의 의료비 증가율은 매년 일인당 의료비의 절대 수준이 증가하고 있음을 보여 준다. 일정한 수준의 의료비 증가에 비해 주관적 건강인지율의 지속적인 감소는 국민 입장에서 매년 의료비 지출의 비용 대비 가치(value for money)가 증가한다고 보기 어렵다.

고령화 등으로 비용 압박이 증가하는 우리나라 의료 환경을 고려할 때, 의료비 통제의 필요성은 두말할 필요가 없다. 의료비 통제를 위한 많은 정책이 추진되고 있거나 추진될 것이다. 지불제도 개혁 논의를 시작할 때 행위별수가제

의 구조적 문제를 생략하고 건강 상태에 대한 객관적·주관적 평가 격차를 먼저 언급하는 것은 앞으로 논의하고자 하는 지불 개혁의 필요성과 방향을 수요자 중심에서 확인하고 접근하기 위한 것이다.

이 글에서는 국민의 비용 대비 가치 향상을 목적으로 공급자 지불보상방식의 개혁 방향을 제안하고자 한다. 과열된 장비 경쟁과 환자의 선택권이 보장된 우리나라 건강보험제도에서 정부가 공급자 중심의 전통적 의료 관행에 개입할 수 있는 가장 효과적이고 유일한 기전은 공급자에 대한 지불보상방식이기 때문이다.⁶⁾ 지불제도 개혁의 방향은 궁극적으로 의료가 제공되는 방식에서 가치의 향상과 혁신을 유도함으로써 객관적인 건강 결과뿐 아니라 주관적인 건강 결과도 개선하고자 하는 것이다.⁷⁾

2. 공급자 지불보상방식의 패러다임 변화와 개혁 동향

가. 가치 기반 지불제도로의 패러다임 변화

미국과 유럽을 중심으로 양 지향에서 가치 지향으로 공급자 지불방식의 중심이 변화되고 있다.⁸⁾⁹⁾ 미래에도 지속 가능한 의료시스템은 의

5) 허순임 등(2009). 미충족 의료수요와 정책방안에 관한 연구. 한국보건사회연구원. p.73.

6) 신현웅 등(2015). 미래 보건의료 발전계획 정책과제 개발 연구. 한국보건사회연구원. p.4.

7) Institute of Medicine(IOM)(2013). Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America. Washington, DC: The National Academy Press. doi:10.17226/13444. p.2.

료에 대한 보편적 보장과 접근이 필수적이지만 이것만으로 충분하지 않으며, 핵심 이슈는 “지출된 비용 단위당 얻게 되는 환자의 건강 결과 (Patient health outcomes per dollar spent)”인 의료의 가치(value) 향상에 있다. 따라서 의료 개혁을 추진하는 데는 환자의 가치를 중심으로 의료공급자의 좋은 경쟁을 유도하는 지불보상방식의 혁신이 무엇보다 중요하다.¹⁰⁾

나. 의료 개혁의 핵심은 의료전달체계와 지불보상방식의 혁신

가치 기반 의료의 실현이 의료 개혁의 비전이라고 할 때, 주요한 정책적 수단은 의료전달체계와 지불보상방식의 혁신이다(그림 3).¹¹⁾

보건의료시스템의 동적 프레임워크(dynamic framework)에서 의료전달체계는 가장 중요한 개혁의 대상으로 강조되어 왔다.¹²⁾¹³⁾ 의료전달체계는 의료공급자, 보건시설, 프로그램 및 정책이 시스템의 목적을 달성하기 위해 연계되고 실행되는 과정에 해당되기 때문이다. 투입된 자

원이 동일하더라도 환자의 치료 결과와 국민의 건강 수준을 향상시키는 과정의 혁신으로 의료 전달체계의 역량 확대를 기대하기 때문이다.¹⁴⁾ 아울러 의료전달체계 개혁은 지불방식의 변화와 연동될 때 효과적으로 실현될 수 있다. 앞으로의 지불보상방식 혁신은 행위량 중심의 전통적인 의료제공방식이 아닌 성과 평가와 인센티브 기전을 통해 환자의 가치를 향상시키는 방향으로 이루어져야 할 것이다.

다. 일차의료 중심의 공급자 지불보상방식 개혁

가치 기반 지불제도로 전환하기 위한 지불보상 개혁은 가치 기반 의료제공 모형에 중심을 두고 있기 때문에 의료전달체계 개혁과 지불보상 개혁은 독립적일 수 없다. 대표적으로 오바마 케어에서의 미국 의료 개혁은 의료의 제공 방식과 보상 방식에 대한 개혁이었으며, 중점 분야는 케어 코디네이션(care coordination)과 효율성 증가를 목적으로 새로운 지불 및

8) 강희정, 홍재석, 이성우, 최은영(2013). 비용과 질 정보에 기반한 의료기관 외래 진료성과 측정 방안. 서울: 건강보험심사평가원. p.31.

9) Soderlund N et al.(2012). Progress Toward Value-Based Health Care. www.bcgperspectives.com/. Accessed at 29 May 2017.

10) Porter ME(2010, June 8). Value-Based Health Care Delivery. World Innovation Forum 2010, New York, USA. p2.

11) Soderlund N et al.(2012). Progress Toward Value-Based Health Care. www.bcgperspectives.com/. Accessed at 29 May 2017. p.4.

12) van Olmen et al.(2012). the health system dynamics framework: the introduction of an analytical model for health system analysis and its application to two case studies. Health Culture and Society 2(1). p.4.

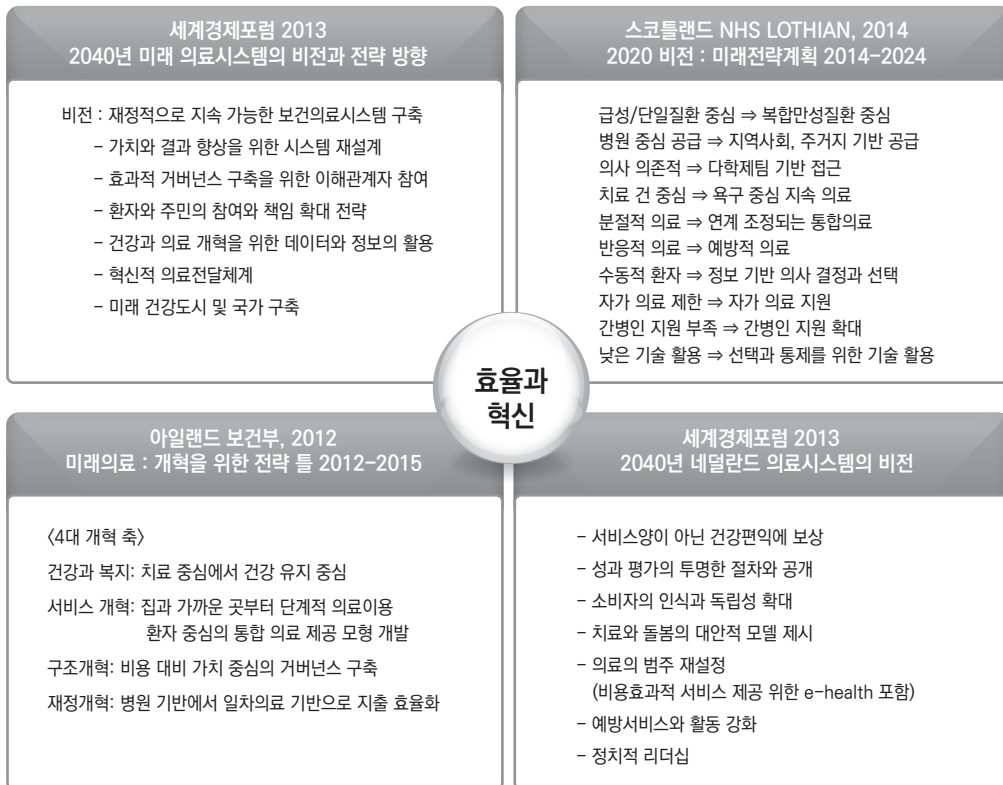
13) Omachonu & Einspruch(2010). Innovation in healthcare delivery system: a conceptual framework. The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal, 15(1). p.2.

14) 강희정 등(2016). 한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 1: 의료시스템의 질과 성과 향상을 위한 혁신 성과 평가 방법의 탐색. 한국보건사회연구원. p.27.

의료제공 모형을 시범 평가하고 확산하는 것이 었다.¹⁵⁾ 혁신적 의료제공-지불 모형의 시범 평가를 담당할 메디케어와 메디케이드 혁신센터 (CMMI: Center for Medicare and Medicaid Innovation)의 주요 사업 범주에서도 일차의료 혁신, 의사의 책임을 강화하는 지불 개혁 방향

을 확인할 수 있다(표 1). 아울러 지불보상방식은 진료 건, 질환 에피소드, 환자로 지불 단위를 통합하거나 사전적으로 지불액을 결정함으로써 초과 수입의 수익 배분과 초과 비용의 손실 분담에 대한 의사의 책임을 확대하는 방향으로 변화하고 있다(그림 4).

그림 3. 주요 국가(세계경제포럼, 네덜란드, 아일랜드, 스코틀랜드)의 의료 개혁 방향



자료: 1) Ireland Department of Health(2012). Future Health: A strategic framework for reform of the health service 2012-2015. pp.1-2.
 2) NHS Lothian(2014). Our Health, Our Care, Our Future-NHS Lothian Draft Strategic Plan 2014-2024, p.5.
 3) World Economic Forum (2014), Health Systems Leapfrogging in Emerging Economies Project Paper. p.10.

15) McClellan et al.(2017). Payment Reform for Better Value and Medical Innovation . Perspectives: Expert Voices in Health & Health Care. Washington, DC: The National Academy Press. p.2.

표 1. 메디케어와 메디케이드 혁신센터의 시범사업 범주

사업	내용	프로그램 예시
책임의료 (Accountable Care)	책임의료조직(ACOs)과 유사 케어 모델들은 의료 공급자들이 환자집단에 대한 책임을 지고, 통합 의료와 질 높은 효율적 서비스를 제공하기 위해 인프라와 프로세스 개편에 투자할 때 인센티브를 주도록 설계되어 있다.	<ul style="list-style-type: none"> · Pioneer ACOs · Medicare Health Care Quality Demonstration · Comprehensive ERSD Care Model · Rural Community Hospital Demonstration
에피소드 기반 지불 (Episode-Based Payment)	모델에 참여한 보건의료공급자들은 해당 에피소드 진료 기간 동안 서비스 수혜자가 받는 서비스의 질과 비용에 대한 책임을 진다. 에피소드는 대개 관심 있는 사건(입원 또는 화학적 치료의 시작 등)의 발생으로 시작되며 설정된 기간 동안 추적, 관찰, 평가된다.	<ul style="list-style-type: none"> · Bundled Payments for Care Improvement Models
일차의료 혁신 (Primary Care Transformation)	일차의료공급자들은 환자 의료 욕구와의 중요 접점으로 일차의료를 강화하고 접근성을 증가시키는 것이 건강을 증진시키며 전체 의료비를 감소시키는 핵심이라고 여긴다. 발전된 일차의료(메디컬 홈 등) 모델은 예방, 건강정보기술, 케어 코디네이션, 환자과 공급자 간 의사 결정 공유를 강조하며 팀 기반 접근 방식을 활용한다.	<ul style="list-style-type: none"> · Advanced Primary Care Practice (medical home) · Comprehensive Primary Care Initiative · Independence at Home Demonstration · Multi-Payer Advanced Primary Care Practice Demonstration
새로운 지불, 서비스 제공, 책무성 모델들 (New Payment, Service Delivery, & Accountability Models)	보건의료시스템 개선에 필요한 많은 혁신들은 지역 사회 및 전국의 보건의료 지도자들로부터 시작된다. 이러한 지역 및 관계자들과 협력함으로써 CMS는 미래의 혁신이 될 모델의 검증 속도를 가속시킬 수 있다.	<ul style="list-style-type: none"> · Accountable Health Communities Model · Health Care Innovation Awards · Health Plan Innovation Initiatives · State Innovation Models
모범 사례의 수용 (Best Practices Adoption)	혁신센터는 의료공급자, 연방기구 전문조직, 기타 전문가, 이해관계자와 광범위하게 파트너가 되어 새로운 모델들을 테스트함으로써 근거 기반의 모범 진료를 확산시켜 수용 속도를 유의하게 증가시키고자 한다.	<ul style="list-style-type: none"> · Community-based Care Transitions Program · Health Care Payment Learning and Action Network · Partnership for Patients

주: 어린이 건강보험과 메디케어와 메디케이드 이중 수혜자 대상 프로그램은 제외하고 정리함.
 자료: McClellan et al.(2017), p.3.

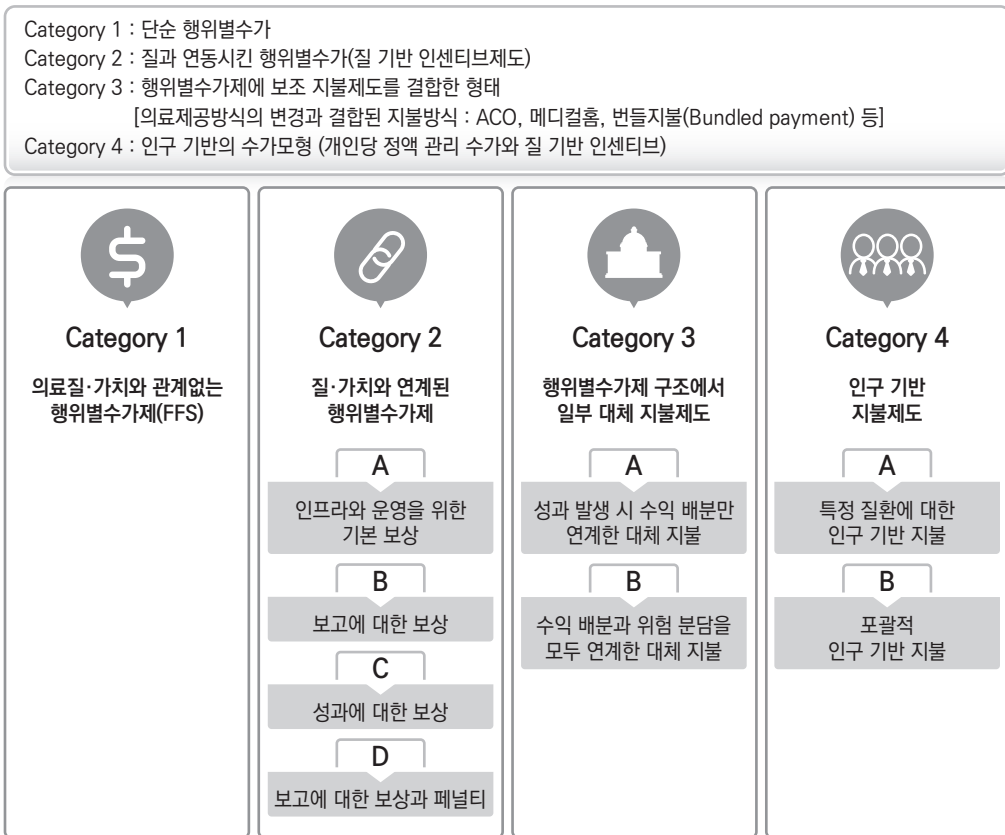
미국의 CMMI는 공급자 지불보상 모형을 네 가지 범주로 분류하여 전체 급여 중 질과 연동되지 않는 단순 행위별 수가제(category 1)로부터 점차 질 혹은 효율성과의 연동 수준을 높이는 방식(category 3, 4)으로 전환하는 것을 목표로 하

고 있다. 미국 보건부는 새로운 지불제도의 점증적 도입과 대체를 통해 메디케어 행위별 수가 급여 중 질 또는 가치와 연동되는 방식(Categories 2~4)을 2011년 지불액의 70%에서 2016년 85%, 2018년 90%까지 확대 추진하고 있다(그림 4).

가치 기반 지불 방식은 카테고리 2~4에 포함된다. 카테고리 1에서 4로의 이동은 의료의 질과 전체 비용뿐 아니라 인구집단 건강관리까지 의료공급자의 책임이 증가하는 변화를 의미한다. 카테고리 2는 의료공급자가 기존의 지불방식대로 청구하면서 사전에 설정된 성과의 절대적 또는 상대적 달성 수준에 따라 추가로 금전적 보상 또는 불이익을 받는 방식이다. 카테고리 3에서는

행위별수가로 지불되는 일정 영역에 대해 통합(bundling)지불 같은 대체 지불방식을 도입하고, 비교 기간 동안 절감액이 발생하면 공급자가 절감액의 일부를 수익으로 배분받을 수 있다. 이 경우 공급자는 수익이 발생할 때만 배분받고 손실액에 대해서는 책임지지 않거나 수익 배분과 위험 부담을 모두 책임지는 방식으로 보험자와 계약할 수 있다.

그림 4. 미국의 가치 기반 지불제도로의 변화 틀



자료: McClellan et al.(2017). Payment Reform for Better Value and Medical Innovation . Perspectives: Expert Voices in Health & Health Care. Washington, DC: The National Academy Press. p.5.

라. 우리나라 일차의료 개혁 동향

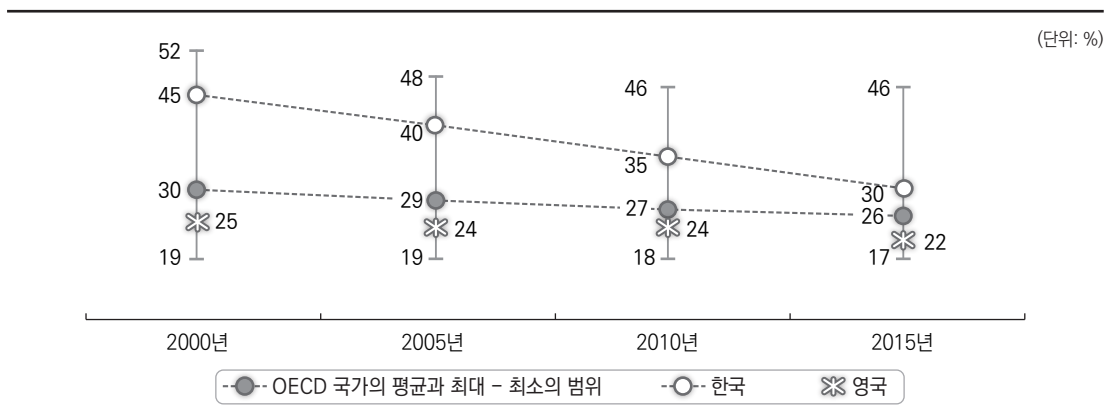
1) 일차의료에 대한 기대와 역량의 불일치 (mismatch)

우리나라 의료전달체계 개편의 핵심 과제는 일차의료의 강화이다. 고령화와 만성질환의 증가로 주민의 의료 욕구 변화는 새로운 의료제공 모형과 연결된 지불방식의 도입을 요구한다. 이는 전통적 행위별수가제하에서는 새로운 서비스 창출만 증가시켜 건강 성과 향상과 무관한 의료비 총량만 증가시킬 수 있기 때문이다. 이러한 위험성은 서론에서 객관적 건강 성과에 비해 낮은 수준의 주관적 건강인지율로 설명한 바 있다.

우리나라의 빠른 고령화 속도와 만성질환 중심의 질병 구조는 포괄적이고 연속적인 방식의

의료 욕구를 증가시키고 있다. 하지만 우리나라 일차의료의 질은 낮게 평가되고 있다.¹⁶⁾ 만성질환으로 인한 사망 비율이 OECD 평균보다 높은 것도 일차의료의 취약성에서 그 원인의 일부를 찾을 수 있다(그림 5). 일차의료 중심의 의료전달 체계를 구축한 영국의 만성질환 사망 비율이 평균보다 낮은 수준인 것과 비교된다. 현재의 행위별수가제하에서는 일차의료 혁신에 한계가 있으며, 기존의 단과 전문의 구조로도 추진이 불가하다는 것에 이론의 여지가 없을 것이다. 그런데 우리나라에서 진행되고 있는 만성질환관리 또는 일차의료 시범사업이 장기적인 지불 개혁 비전과 전략적 틀에서 평가 가능한 방식으로 전개되고 있는지 점검해 볼 필요가 있다.

그림 5. 70세 미만 사망 중 만성질환으로 인한 사망의 비율



자료: WHO. Global Health Observatory data repository: Premature NCD deaths(under age 70), 2017. 6. 29.

16) 2014년 만성질환으로 인한 건강보험 진료비는 19조 4000억 원(고혈압·당뇨 4조 3000억 원)으로 전체 진료비(54조 원)의 35.0%를 차지했고 만성질환 조절 실패 후 중증화로 인한 입원 환자 및 당뇨병, 천식 등의 병원 입원 비율은 OECD 평균의 2배 수준이다. 이는 적절한 외래 관리를 통해 값비싼 입원이나 응급실 이용을 예방하는 효율성 측면에서 일차의료의 낮은 질 수준과 기능 부재의 결과를 보여 준다.

2) 일차의료 활성화를 위한 시범사업 현황

복지부는 급증하는 만성질환자 의료비 관리와 의료전달체계에서 일차의료 활성화를 위해 2012년부터 ‘의원급 만성질환관리제’, 2014년부터 ‘지역사회 일차의료 시범사업’을 추진하고 있다. 2012년부터 시행된 의원급 만성질환관리제는 고혈압과 당뇨병 등이 있는 만성질환 자가 동네의원을 지정해 등록한 후 고혈압, 당뇨 등을 지속적으로 치료·관리할 경우 환자에게는 본인 부담률을 낮춰 주고(30%→20%) 건강지원서비스를 제공하며, 해당 동네의원은 평가를 거쳐 추가 인센티브를 받을 수 있게 하는 사업이다.¹⁷⁾ 이 사업의 평가에 대해서는 만성질환자의 외래진료 지속성이 증가했다는 건강보험공단의 긍정적 평가¹⁸⁾와 본인부담금 경감제도에 불과하다는 국회 예산정책처의 부정적 평가¹⁹⁾가 엇갈린다.

2014년부터는 의원급 만성질환관리제의 미흡한 건강 교육과 상담 기능을 확대한 새로운 사업이 추진되었다. 일차의료기관 의사가 시범사업에 참여하는 고혈압, 당뇨 환자 등 사업 참여 조건에 적합하다고 판단되는 환자를 직접 선별해 권고한 후 동의하면 개인별 건강생활계획을 수립하고, 교육 상담을 직접 하거나 일차의료지원센터(건강동행센터)에 교육을 의뢰하게 된다. 센터는 간호사, 영양사, 운동사 및 비상근 지역 의사

센터장으로 구성되어 있으며, 의원에서 의뢰된 교육을 실시하고 추가로 환자에게 적합한 동기 강화 상담이나 지역사회 연계서비스를 제공함으로써 환자 스스로 생활 습관을 개선할 수 있도록 보조하는 역할을 한다.²⁰⁾ 지역사회 일차의료사업은 진료비 감면 유인책에 집중한 과거의 만성질환관리제도와 달리 지역 의사회와의 파트너십을 통한 참여적 거버넌스와 일차의료의 질 향상에 충실한 설계라고 보인다. 다만, 일차의료지원센터 운영으로 인한 재정 소요 문제가 지적된다.²¹⁾

3. 가치 향상과 의료 혁신을 유도하는 건강보험 지불제도 개혁 방향

가. 혁신적 일차의료 제공과 지불 모형의 확산

1) 건강보험에서 일차의료 발전을 위한 장기 전략 수립과 참여 기반 테스트베드 제도화

현재 일차의료 활성화를 목적으로 추진되는 만성질환관리 사업들은 보건복지부의 의료정책과, 의료정보정책과, 보험급여과, 건강정책과 등 여러 부서와 관련된다. 각 부서는 담당 업무를 중심으로 정책 개발, 기반 구축, 수가 개발, 질병 관리 관련 세부 사업들을 추진하게 된다. 분산된 추진 방식은 부서별 이해관계에 따라 계획이 없었

17) 최광석(2017. 3. 29.). 지역사회 일차의료 시범사업, 그 성과는 이제부터 시작이다. 청년의사.

18) 백종환(2015). 만성질환관리제를 통한 건강지원서비스의 의료이용 효과분석. 서울:건강보험공단. pp.150-151.

19) 국회예산정책처(2016). 2015회계년도 결산 위원회별 분석: 보건복지위원회, 여성가족위원회 소관. p.122.

20) 최광석(2017. 3. 29.). 위의 책.

21) 국회예산정책처(2016). 2015회계년도 결산 분석 종합. p.343.

던 인센티브 정책들을 추가시킬 수 있다. 이는 공급자 행태를 변화시키고 결과적으로 기대하지 않은 부작용을 초래할 수 있다. 일차의료는 시스템 전반의 모든 단계에 영향을 주며, 단독 개원 형태가 많아 정책의 변화에 민감하게 반응할 수 있다. 정책 변화에 대한 의료시장의 지형 변화를 예측하고 통합적 관점에서 일차의료 활성화를 위해 수립된 장기 전략은 분산된 업무들이 일차의료 발전의 방향성에 맞게 상호 관련성을 갖고 추진되는 바로미터가 될 것이다.

아울러 새로운 제공 모형의 도입 가능성을 타진하는 기회를 확대하고 실패의 손실을 줄이기 위한 테스트베드(test bed)의 제도화가 필요하다. 규범적 필요성 외에 분명한 근거가 없는 시범사업의 본사업 전환은 국가적으로 불필요한 지출과 갈등 비용을 초래할 수 있다. 개인 의원이나 병원 경영자에게도 국가가 제안하는 또는 자발적으로 개발한 사업 참여의 경제성을 검토할 수 있는 기회를 주어야 한다. 앞으로 다양한 테스트 사업이 동시에 이루어지고 일관된 방식으로 평가되어야 모범적 사례를 공유하고 확산할 수 있을 것이다. 하지만 현재 우리나라에서 시행되고 있는 일차의료 사업들은 미래 가치를 공유하는 전략적 비전과 일관된 평가 틀을 갖고 있지 않다. 향후 일차의료 개혁을 위한 의료계 중심의 자발적 사업 개발을 지원하고, 공통의 틀에서 다양한 사업을 추적, 관리하여 사업 성과를 평가하는 제도적·실무적 틀을 갖추어야 한다. 투명한 테스트베드 제도는 평가와 공개를 통해 정부, 보험자, 공급자가 모두 이익을 공유할 수 없는 사업을 자

연 도태시키고 성과가 확인된 사업의 전국적 확산을 촉진할 것이다. 성과 평가의 공개는 환자의 선택권을 규제할 수 없는 상황에서 환자의 합리적 선택을 유도하여 가치를 향상시키는 중요한 기전이기도 하다.

2) 혁신적 일차의료 지불 모형으로 행위별수가제의 점증적 대체

오바마 케어의 환자 중심 메디컬 홈(patient centered medical home)은 일차기관의 방문과 관계없이 등록된 개인당 월별 관리 비용을 정액으로 보상받고, 행위별수가제 기반에서 질과 연동하는 지불제도의 대체를 확대하는 방식으로 모형을 다각화하고 있다. 현재의 행위별수가제에서는 일차의료의 혁신적 기능 전환을 유도할 수 있는 충분한 보상에 한계가 있다. 지불보상방식이 의료제공자의 행태 변화에 영향을 미치지 못하면 환자의 가치 향상은 없이 사회적 지출만 증가시킬 수 있다. 일차의료 영역을 중심으로 시범사업의 체계적 관리 구조를 마련하여 일차의료 질과 효율성에 대한 의사의 책무성을 확대하는 포괄적 지불 방식의 비중을 증대시켜 나갈 필요가 있다.

나. 가치 기반 지불제도로 행위별수가제의 점진적 대체

1) 단기적 접근

행위별수가제하에서 성과지불제도(P4P)를 활용하여 의료 질 성과와 연동되는 지출 비중을 확

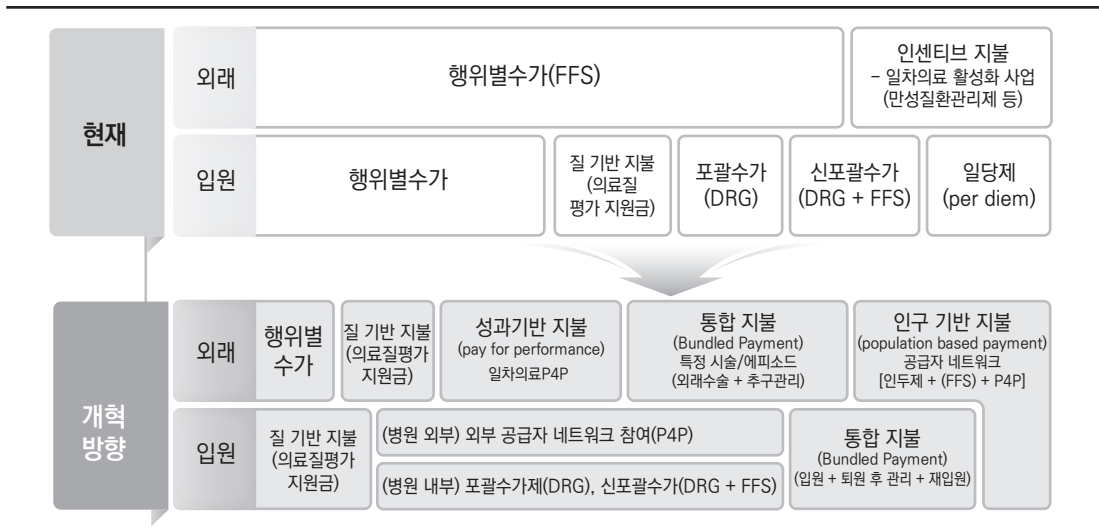
대해야 한다. 현재 종합병원 이상 의료기관을 대상으로 질 평가 등급에 따라 차등 수가를 진료량과 연동하여 보상하는 의료질평가지원금제도가 시행되고 있다. 행위별수가제에 고착된 기존 시스템을 단기간에 전환하기는 어려우므로 초기에는 의료전달체계 개편 방향에 맞게 상대 가치 점수를 조정하고 의료공급자의 참여를 확대하는 유인 수가(사업 참여에 대한 보상, 정보 보고에 대한 보상 등)의 개발이 필요하다. 이후 질환군, 환자군, 서비스 영역에 따라 다양한 지불보상방식이 도입될 수 있다. 외래에서는 행위별수가제를 기초로 특정 세부 영역에 대해 P4P를 활용한 질 기반 지불제도를 확대하고 관절치환술 등 일부 시술에 대해 수술과 일정 기간 외래추구관리를 포괄하는 통합지불방식(bundled payment)

을 도입할 수 있다. 입원서비스는 질 기반 지불과 함께 병원 내부 서비스에 대한 실폐괄수가제의 비중을 확대하고 입원서비스와 퇴원 후 재입원 평가까지 포함된 통합지불방식을 도입할 수 있다. 특히 일차의료 영역에서 만성질환 등 특정 질환의 관리 또는 회복기 재활과 요양 등의 새로운 욕구에 대응하는 서비스 개발을 위해 행위별수가제 또는 일당정액제를 바탕으로 질 뿐만 아니라 목적하는 성과에 따라 보상을 달리하는 성과 기반 지불방식이 확대될 것이다(그림 6).

2) 장기적 접근

의료의 질과 결과 평가의 인프라 구축을 기반으로, 질과 결과에 대한 공급자의 책무성과 지불보상의 관련성을 상당한 수준으로 높이는 단계

그림 6. 향후 건강보험 지불제도의 개혁 방향



자료: 강희정(2015). 환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향. 보건복지포럼 통권 제230호. pp.31-43. 그림 4. 저자 수정.

이다(그림 6). 우선, 통합 지불은 대상뿐 아니라 범위를 확대할 수 있다. 예를 들어 슬관절 전치환술(Total knee replacement)과 고관절 전치환술(total hip replacement)에 대해 입원과 퇴원 90일 내 합병증 및 재입원 관련 모든 청구액을 통합하는 지불방식이 있을 수 있으며,²²⁾ 특정 질병군 또는 서비스 라인(line)에 대한 통합 범위를 일차의료, 입원서비스, 재활과 회복, 장기요양 또는 호스피스서비스까지로 확대할 수 있다. 환자를 중심으로 서비스를 통합하는 수준의 확대는 가치 기반 지불제도로의 전환을 완성시킬 것이다. 아울러 지역사회 만성질환자 등 인구집단에 대한 관리 성과의 수익 배분과 손실 분담을 모두 감수하는 인구 기반 지불제도가 일차의료기관을 중심으로 확대될 수 있다. 행위별수가제 지출 영역을 점증적으로 대체하면서 인두제를 기반으로 여러 지불방식을 혼합한 인구 기반 지불방식(혼합인두제: 인두제와 행위별수가, P4P의 선택적 조합 등)이 운영될 것이다. 인구 기반 지불은 지역의 인구집단을 대상으로 외래와 입원서비스를 통합하여 보상하는 방식으로 확대될 수 있다. 장기적으로는 현재 종합병원 이상에만 적용되는 의료질평가지원금의 대상이 병원으로 확대되고 일차의료기관에 대해서도 동일 목적으로 별도 사업이 운영될 수 있도록 지금부터 준비해야 할 것이다.

4. 나가며

2017년 1월 OECD 보건장관회의는 의료의 질을 높이고, 낭비를 줄이며, 우리의 건강과 웰빙(well-being)을 위한 핵심 방향으로 사람 중심의 시스템 구축을 강조했다. 우리나라 국민과 환자가 자신의 건강과 의료에 더 많이 참여하도록 시스템을 개혁해야 한다는 것이다. 이러한 접근은 의료에서 기술과 전자적 데이터의 활용이 활성화되고, 환자 관점에서 의료의 경험과 결과가 평가되며, 개인과 지역사회에 적합한 팀 기반 의료 제공이 가능하도록 정책과 제도가 변화될 때 촉진될 수 있다.²³⁾ 가치 기반 지불제도는 환자를 중심으로 의료서비스가 연계되도록 공급자 간 협력을 유도하고 결과 중심의 성과 평가에 따라 보상에 차이를 둬으로써 보험자의 지출 효율성, 공급자의 자율성, 환자의 가치를 모두 확대시키는 융합적 접근²⁴⁾이라는 측면에서 OECD의 방향과 다르지 않다.

4차 산업혁명은 인터넷, 클라우드 컴퓨팅, 빅데이터, 모바일, 인공지능을 기반으로 융합된 정보의 가치를 시공간을 초월하여 향유하는 시대로 우리를 이동시키고 있다. 빠르게 변화하는 의료 환경에서 건강보험 지불제도 개혁은 국민과 환자의 가치 향상을 목적으로 의료공급자의 자발적 혁신을 촉진하는 핵심 동력이라고 할 수 있다. ■

22) McClellan et al.(2017). Payment Reform for Better Value and Medical Innovation . Perspectives: Expert Voices in Health & Health Care. Washington, DC: The National Academy Press. p.6.

23) OECD(2017). Meeting of the Health Committee at Ministerial Level. DELSA/HEA/MIN/M(2017)1. p.3.

24) 강희정(2017). 2017년 건강보험 정책 방향: 혁신을 통한 형평과 효율의 조화. 보건복지포럼 통권 제243호. pp.18-28.