

오바마케어: 책임 의료

의료서비스의 질을 높이고
비용 증가를 억제하기 위한
혁신적 지불·전달체계 모형의
하나인 책임의료조직은 2011년
100개 미만에서 2015년 초에는
744개로 늘어났다. 책임의료
시장은 지속적으로 성장하고
있으며, 미국의 보건의료체계가
고효율·저비용 구조로 변모하는
데 디딤돌 역할을 할 것으로 기대
된다. 그러나 일부 경제학자들은
의료 공급자의 합병을 유도하는
책임의료 정책이 의료시장의
독점화를 초래해 소비자에게
불리한 결과를 초래할 수도
있다고 경고한다.

오바마케어와 의료체계 혁신

미국의 의료비 지출이 높은 이유로는 첨단 의료기술의 확산과 높은 진료비 등을 꼽을 수 있지만, 서비스의 양에 따라 의료공급자를 보상하는 의료체계도 한 몫을 하고 있다. 이에 따라 미국 정부는 혁신을 통해 의료의 질을 높이면서 동시에 의료비 증가를 억제할 수 있는 의료체계 확립에 힘쓰고 있다.

미국의 의료개혁 정책을 담고 있는 '환자보호 및 적정의료법'은 혁신적인 지불제도와 의료전달 모형을 시행할 수 있는 제도를 마련하고, 미국보건복지부(Department of Health and Human Services)에게 이 제도를 감독할 권위를 부여하고 있다. 미국보건복지부 산하기관인 메디케어·메디케이드센터(이하CMS)는 의료체계혁신모형의 시행과 감독을 위해 CMS혁신센터를 설립했다. 책임의료조직(Accountable Care Organization(이하 ACO))은 CMS혁신센터가 그 설립과 시행을 감독하는 혁신 모형 중 가장 주목받고 있는 모형이다.

관리의료의 실패

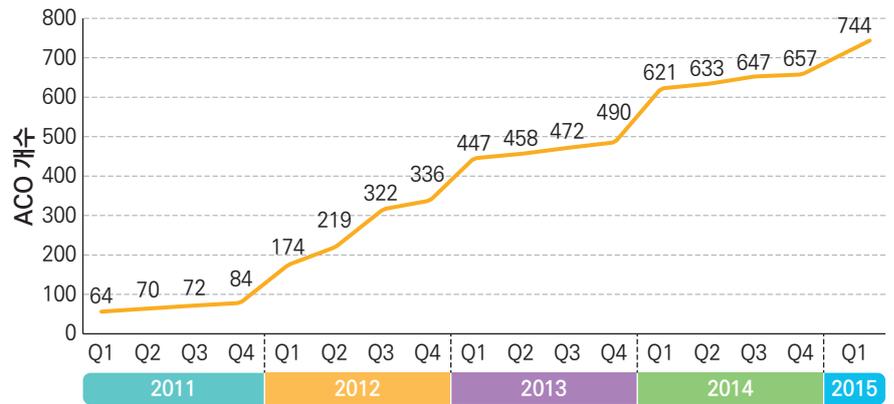
1980년대 후반과 1990년대에 행위별수가제의 대안으로 성장한 건강관리조직(Health Maintenance Organization)은 의료서비스 공급을 단일 조직의 책임 하에 조정하고, 환자들에게 저렴한 보험료를 부과함으로써 어느 정도 의료비 절감에 성공했다. 그러나 많은 건강관리조직이 재정적인 어려움을 이유로 가입환자들의 의료서비스 이용을 제한하고 조직 밖의 서비스 이용 시 높은 진료비를 부과하자, 소비자들은 이 조직을 거부하기 시작했다. 그 결과 관리의료는 실패로 돌아가 오늘날에는 소수의 조직만 남아 있다.

책임의료조직의 성장

책임의료조직이란 용어는 2006년 다투마우스보건정책연구소 소장 피셔 박사가 메디케어지불방식자문위원회(Medicare Payment Advisory Committee)에서 처음 사용했다. 그 후 환자보호 및 적정의료법에 의해 미국의 의료 전달·지불체계 개혁의 주 모형이 되면서 책임의료조직은 성장의 발판을 마련하게 된다.

2011년까지 100개 미만이던 책임의료조직은 2015년에는 미국 50개주 전역에 걸쳐 744개로 늘어났다(그림 1 참조). 이중 민간 ACO가 217개, 공공 ACO가 404개이며, 나머지는 민간과 공공부문 모두에서 계약을 맺고 있다. 2015년 현재 책임의료 서비스를 받고 있는 미국인은 약 2,350만 명으로 추정되며, 이중 메디케어 수급자는 약 9백만 명이다.

그림 1 분기별 ACO 증가 추이



출처: Levitt Partners, 2015

책임의료조직이란 특정 인구집단을 대상으로 통합적인 의료서비스를 전달하는 공급자들이 의료의 질과 경제적 성과를 공동으로 책임지는 의료공급자 네트워크를 말한다.

책임의료의 주된 특징은 의료서비스 전달에 따르는 경제적 위험이 의료비 지불자로부터 공급자로 넘어가는 지불방식의 채택에 있다.

책임 의료

책임의료조직이란 특정 인구집단을 대상으로 통합적인 의료서비스를 전달하는 공급자들이 의료의 질과 경제적 성과를 공동으로 책임지는 의료공급자 네트워크를 말한다. 전통적인 행위별 수가제에서는 의료체계 내에 있는 공급자들이 개별적으로 전달한 서비스의 양에 따라 보상을 받기 때문에 공급자 간 진료 조정이 어렵고, 양에 기반한 보상제도의 유인에 따른 과잉진료나 중복 진료가 불가피해 의료비 통제가 어렵다. 이에 반해 책임의료는 양이 아닌 가치에 기반한 제도로서, 공급자 간 진료 조정과 효율적인 의료행위가 가능하도록 하는 경제적 유인을 제공하며, 예방·만성질환 관리·일차의료에 무게를 실어주는 지불·전달 제도이다. 의료공급자들은 일정한 인구 집단을 대상으로 통합·조정된 진료를 제공하게 되며, 의료의 양이 아닌 질과 효율에 따라 보상을 받게 된다.

책임의료 메커니즘

| 공급자 지불보상방식

책임의료의 주된 특징은 의료서비스 전달에 따르는 경제적 위험이 의료비 지불자로부터 공급자로 넘어가는 지불방식의 채택에 있다. 책임의료조직에 주로 활용되는 지불보상방식은 크게 두 가지이다. 하나는 연방정부가 채택하고 있는 비용절감공유방식(Shared Savings)이고, 다른 하나는 인두제 방식이다. 민간 ACO는 다양한 형태의 지불방식을 취하고 있다(그림 2 참조).

비용절감공유방식은 특정 인구집단의 의료에 대해 행위별수가제로 미리 산정한 총 의료비와 실제 발생한 의료비의 차이에 따라 공급자 네트워크를 보상 또는 처벌하는 방식으로, 행위별 수가제에 기반했으나 성과기반지불제(P4P) 혹은 총액계약제(global budget)의 형태를 띠고 있는 것으로 볼 수 있다. 1년간 제공한 의료서비스의 비용이 지불자가 미리 산정해 놓았던 의료비보다 낮으면, 의료비 절감분을 공급자 네트워크와 지불자가 나누게 되며, 공급자 네트워크는 이렇게 받은 성과금을 미리 정해진 배분 방식에 따라 네트워크 참여 공급자들에게 배분한다. 반대로 발생한 의료비가 지불자 산정 의료비보다 높으면, 발생한 손실에 대한 책임을 지불자와 공유해야 한다.

CMS가 운영하는 비용절감공유프로그램(Medicare Shared Savings Program(이하 MSSP))은 공급자가 의료비 절감에 따른 성과금은 받되 손실은 분담하지 않는 '단측 위험분담 방식(one-sided risk model)'과 비용 절감분 발생 시 보상 비율이 높은 반면, 손실에 대한 책임도 지도록 하는 '양측 위험분담 방식(two-sided risk model)'을 운영하고 있다. CMS는 최초 계약 시에는 '단측 위험분담 방식'을 허용하고 있지만, 차츰 '양측 위험분담 방식'으로 옮겨갈 계획이다.

인두제 방식은 협상된 총액 대비 실제 지출액의 차이에 따른 이익과 손실을 책임의료조직이 모두 책임진다는 점에서 비용절감공유방식과 다르다. 일부 메디케어 파이어나어 ACO가 인두제 지불방식을 채택하고 있다.

그림 2 ACO 지불보상방식



책임의료정책은 공급자 네트워크가 제공한 서비스의 질을 비용절감 효과와 함께 고려해 결과를 종합적으로 평가함으로써, 공급자가 필요한 진료를 회피하거나 질 낮은 의료를 제공할 수 있는 문제를 사전에 차단하고 있다.

특정 인구집단을 대상으로 통합 의료를 제공하는 환자중심·성과 중심의 책임의료체계에서는 일차 의료가 핵심적인 역할을 하게 된다.

책임의료조직은 지불자에 따라 크게 CMS가 운영하는 메디케어 ACO, 주정부가 운영하는 메디케이드 ACO, 민간 ACO로 분류할 수 있다.

| 의료의 질 평가

책임의료조직의 지불보상방식에서 의료서비스 공급자는 진료의 양이 많을수록 손해를 보고, 적을수록 보상을 받는다. 만약 책임의료조직이 비용절감에 의해서만 평가를 받는다면, 의료의 질을 높일 유인이 없어 의료의 질이 낮아질 우려가 있다. 따라서 책임의료정책은 공급자 네트워크가 제공한 서비스의 질을 비용절감 효과와 함께 고려해 결과를 종합적으로 평가함으로써, 공급자가 필요한 진료를 회피하거나 질 낮은 의료를 제공할 수 있는 문제를 사전에 차단하고 있다. CMS는 33개의 질 평가지표를 개발해, 이를 기준으로 책임의료조직을 평가하고, 그 결과에 따라 최종적인 의료비지불보상액을 결정한다.

| 분절 의료에서 통합 의료로

전통적인 행위별수가제에 기반한 의료체계에서는 환자가 자신의 진료를 직접 조정해야 한다. 증상이 나타나면 가까운 병·의원에 가서 진료와 검사를 받는다. 상급 진료가 필요한 경우, 환자는 의뢰를 받아 상급 병원에 방문하고 그 곳에서 추가 진료와 검사를 받는다. 이런 과정에서 진료와 검사의 중복이 불가피하다. 또한 이와 같은 분절된 의료체계 안에서는 질병의 예방이나 만성질환 관리가 효율적으로 이뤄지거나 공급자의 관심을 받기 어렵다.

반면 특정 인구집단을 대상으로 통합의료를 제공하는 환자중심·성과중심의 책임의료체계에서는 일차의료가 핵심적인 역할을 하게 된다. 공급자가 비용이 많이 드는 의료 행위가 필요하기 전에 효율적인 진료조정을 통해 질병을 효과적으로 예방하거나, 만성질환을 효율적으로 관리할 경제적 유인을 가지기 때문이다.

| 보건정보기술

환자의 진료 욕구를 정확히 파악하고, 중복 진료를 막으며, 효과적인 만성질환 관리 등 의료 공급의 전 과정을 효율적으로 조정하기 위해서는 전자의료기록, 환자관리소프트웨어, 보건정보 교류시스템 등과 같은 보건정보기술의 역할이 더욱 중요해진다.

지불자에 따른 책임의료조직의 유형

책임의료조직은 지불자에 따라 크게 CMS가 운영하는 메디케어 ACO, 주정부가 운영하는 메디케이드 ACO, 민간 ACO로 분류할 수 있다. 환자보호 및 적정의료법은 메디케어 ACO의 설립에 관한 요건을 규정하고 있다. 이 요건에 따라 메디케어 ACO가 되려면 일차의료의사가 반드시 포함되어야 하고, 최소 5천 명의 메디케어 수급자를 적어도 3년 간 관리해야 한다. 기본적인 설립 요건을 충족하기만 하면, 병원, 의사 등의 의료공급자와 보험사 등이 책임의료조직의 설립 주체가 될 수 있다. CMS는 메디케어 ACO 프로그램으로 파이어니어 프로그램, MSSP 프로그램, 선지불 프로그램을 운영하고 있다.

2012년 1월 32개의 공급자 네트워크가 파이어니어 ACO로 선발되어 정부에 의한 책임의료 정책을 수행했고, 파이어니어 ACO에는 양측위험분담 지불방식이 적용되었다. CMS는 이제 더 이상 파이어니어 ACO를 선발하지 않으며, 현재까지 기대에 미치지 못한 보상에 실망한 19개 ACO가 이 프로그램에서 하차했다.

같은 해 4월에 시작된 MSSP 프로그램은 책임의료를 원하는 단체가 일정한 자격 요건을 갖추면 등록할 수 있는 프로그램으로 책임의료조직의 일반적 형태이다. 2015년에 추가된 89개 조직을 포함해 총 404개 조직이 이 프로그램에 속해 있다.

선지불 ACO는 책임의료를 수행하기 위한 인프라 관련 초기 투자를 감당할 재정적 역량이 부족한 공급자 네트워크에게 CMS가 의료비절감분을 선지불하는 형태의 프로그램이다. 초기 투자자의 재정적 어려움 때문에 ACO를 구성하지 못한 시골 의사들의 불만을 오바마 행정부가 수용한 결과이다.

메디케어 ACO는 주 정부가 계약을 맺는 ACO로 주별로 비용절감 및 질 성과평가 체계에 차이가 있다. 예를 들면 콜로라도주의 책임의료협동조합은 행위별수가제에 기반한 ACO인데 반해, 유타주의 메디케어 ACO는 인두제 방식을 채택하고 있다. 환자보호 및 적정의료법에 의한 메디케어의 확대가 향후 메디케어 ACO의 성장에 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다.

초기 책임의료조직 활동의 첫 물결을 일으킨 민간 ACO는 그 형태가 가장 다양하다. 민간 ACO는 꾸준히 성장하여 가입자 수가 CMS 프로그램의 규모를 넘어섰다.

둘 사이의 가장 뚜렷한 차이는 환자의 진료선택권에 있다.

건강관리조직과의 차이

책임의료조직이 여장(女將)한 건강관리조직이란 말이 있다. 건강관리조직과 책임의료조직을 뚜렷하게 구분하기 어렵다고 해서 나온 말이다.

둘 사이의 가장 뚜렷한 차이는 환자의 진료선택권에 있다. 책임의료조직에 가입한 환자는 이 조직 밖의 공급자를 이용해도 진료비에 차별을 받지 않는다. 또한 건강관리조직과 달리 책임의료조직은 의료의 질을 확보해야 한다. 이는 비용 절감을 목적으로 환자에게 필요한 진료마저 제공하지 않았던 관리의료의 폐해를 되풀이하지 않기 위한 조치이다.

메디케어 ACO는 통틀어 8억7,700만 달러를 절감했으며, 이중 4억 6,000달러는 비용절감공유프로그램을 통해 일부 책임의료조직에게 성과금으로 돌아갔다. ... 비용절감 측면에서 조직 간 성과에 차이를 보인 책임의료조직은 전반적인 질 평가에 있어서는 꾸준한 성장을 보여 왔다.

책임의료조직의 성과

2014년 11월 현재, 메디케어 ACO는 통틀어 8억7,700만 달러를 절감했으며, 이중 4억 6,000달러는 비용절감공유프로그램을 통해 일부 책임의료조직에게 성과금으로 돌아갔다. 책임의료를 통한 비용절감 효과는 조직에 따라 다르게 나타났다. MSSP 프로그램에 참여한 책임의료조직 중 첫 해에 비용절감보상을 받은 책임의료조직은 전체의 22%였으며, 다수는 손실을 일으켰다고 CMS는 보고했다.

비용절감 측면에서 조직 간 성과에 차이를 보인 책임의료조직은 전반적인 질 평가에 있어서는 꾸준한 성장을 보여 왔다. 책임의료조직은 동일한 의료의 질 평가에서 행위별수가제 공급자보다 평균적으로 높은 성과를 보여 왔다. 무엇보다 환자의 재입원율을 낮추는 데 가장 높은 성과를 나타냈다. 책임의료에 대한 경험과 지식이 축적되고 조직 간 효율적인 관리 노하우가 공유된다면, 책임의료를 통한 의료비 절감 효과의 장기적 전망이 밝을 것으로 CMS는 기대한다.

책임의료조직의 전망

책임의료 시장은 지속적으로 성장하고 있으며, 미국의 보건의료체계가 고효율·저비용 체계로 변모하는 데 디담돌 역할을 할 것으로 기대된다. 그러나 일부 경제학자들은 의료 공급자의 합병을 유도하는 책임의료 정책이 의료시장의 독점화를 초래해 소비자에게 불리한 결과를 초래할 수도 있다고 경고하고 있다.

출처

- "Origins and Future of Accountable Care Organizations," Leavitt Partners, May 2015
- "Accountable Care Organization," Wikipedia
- <http://www.cms.gov>
- "Health Maintenance Organization," Wikipedia
- "Accountable Care Organizations, Explained," Kaiser Health News, Sept 14, 2015
- "Methodology for Determining Shared Savings and Losses under the Medicare Shared Savings Program," DHHS, April 2014
- www.healthcapital.com/services/acovaluemetrics