

OECD 국가들의 공급자 지불제도 동향과 시사점¹⁾

Provider Payment Systems in OECD Countries and Policy Implication

강희정 한국보건사회연구원 연구위원

1. 서론

공급자에 대한 지불방식은 의료시스템의 발전을 유도하는 중요한 정책수단이지만, 보험자와 공급자 간 직접적인 이해관계의 충돌로 변화가 쉽지 않다. 그럼에도 불구하고 가치기반(value-based) 접근은 의료시스템의 복잡한 이해관계 속에서 '비용대비 건강결과 향상'이라는 합리성을 갖춘 유용한 정책도구로서 이미 많은 나라에서 실현되고 있다.²⁾ 동시에, 이러한 변화의 필요성이 증가됨에 따라 공급자 지불방식이 의료시스템이 감당해야 하는 비용과 기대할 수 있는 질에 어떠한 영향을 미치는 지 보다 구체적으로 분석하도록 요구하고 있다.

이러한 배경 하에 OECD Health Division은

지난 4월 7일과 8일, 지불제도에 대한 새로운 프로젝트를 시작하는 전문가 회의를 개최했다.³⁾ 이 프로젝트는 2015년 상반기 말까지, 회원국들에서 사용하고 있는 공급자 지불방식의 현황과 각각의 지불방식이 의료의 질과 비용에 미치는 영향을 평가하고 최근의 개혁 사례 및 새로운 지불방식을 소개함으로써 공급자 지불정책의 변화와 과제를 제시하는 보고서 발표를 목적으로 하고 있다.

구체적으로 살펴보면, 「공급자 지불방식의 질과 비용에 대한 영향 평가」는 OECD 회원국들을 대상으로 2012년에 시행된 Health System Characteristics (HSC) Survey 결과에서의 국가별 지불제도 특성 정보를 연계하여, 선정된 1~2개 공통 추적 질환(tracer condition)의 진료 경

1) 이 글은 2014년 4월 7~8일 파리 OECD 본부에서 개최된 'Expert meeting for OECD project on payment system'에서 제시된 안건자료를 바탕으로 작성되었으며, 제시된 HSC(12)의 결과는 예비 결과로서 수정될 수 있음.

2) OECD(2010). Value for Money in Health Spending. Paris, OED Publishing.

3) 2014년 4월 7~8일 파리 OECD 본부에서 개최된 'Expert meeting for OECD project on payment system'에는 호주, 캐나다, 핀란드, 프랑스, 헝가리, 일본, 한국, 멕시코, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 스위스, 터키, 영국, 미국, EU, 라트비아의 대표가 참석하였음.

로(care pathway)에 따른 비용과 질 수준을 국가 간 비교·분석함으로써 지불방식의 영향을 계량적으로 분석하는 계획을 포함하고 있다. 물론, 국가별로 제도적 환경, 비용 산정 방식, 질 지표의 이용 가능성 등에서 차이가 있으므로 국제비교는 방법론적인 어려움과 한계가 있다. 향후, OECD 프로젝트 팀은 구체적인 분석 가이드라인을 제공할 것이고 각 회원국들은 이를 바탕으로 프로젝트 참여 여부와 참여 범위를 결정할 것이다. 아울러, 분석대상이 되는 공통 추적질환으로는 하나의 합병증(급성심근경색, 뇌졸중, 신부전 중 하나)을 동반한 2형 당뇨병과 암(cancer)이 선정되었다.

이와 관련하여 회의에서 보고된 HSC 2012 조사결과를 중심으로 OECD 회원국들에서의 지불제도 현황을 살펴보고 국내 지불제도 변화 방향에 대한 시사점을 제시하고자 한다.

2. OECD 국가들의 공급자 지불방식 현황⁴⁾

OECD 국가들마다 주요한 자원조달방식은 표 1과 같다. 약 2/3가 보험자 선택권, 단일 보험자, 자동가입의 방식으로 건강보험시스템을 운영하고 있으며, 그 외 국가들은 의료시스템의 재원을 일반조세로 조달하고 있다.

국가별 공급자 지불 방식의 현황을 파악하기에 앞서, 각각의 지불방식에 대한 이해가 필요하다. 첫째, 인두제(capitation)는 일정기간 동안 특정 인구집단의 환자 또는 구성원을 단위로 사전적(prospective)으로 설정된 고정금액을 지불하는 방식이다. 둘째, DRG(Diagnosis Related Groups, 진단관련그룹)는 진단, 시행시술, 필요자원 및 환자 특성(연령, 성별, 동반질환)에 대해 가장 동질적인 그룹으로 분류된 병원 환자 그룹들을 의미한다. 1983년 미국 메디케어에서 처음 사용된 분류명이지만, 이후 여러 나라들에서 이 같은 유형의 분류를 일컫는 일반적인 용어로 사용되고 있다.

표 1. 자원조달 방식에 따른 의료보장제도의 구분

주요자원	국가	
조세기반 시스템	호주, 캐나다, 덴마크, 핀란드, 헝가리, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 영국	
건강보험 시스템	단일 보험자	에스토니아, 그리스*, 한국, 룩셈부르크, 폴란드, 슬로베니아, 터키
	복수 보험자(자동 가입)	오스트리아, 벨기에, 프랑스, 일본
	복수 보험자(보험자 선택권)	칠레, 체코, 독일, 이스라엘, 멕시코, 네덜란드, 슬로바키아, 스위스, 미국

* In Greece, the Troika imposed that the multiple insurance funds be merged into a single fund in 2012.
Source: OECD Health System Characteristics Survey(2012). Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 3, 03-Apr-2014, OECD.

4) OECD, Background paper: an overview of payment systems in OECD countries, DELSA/HEA(2014)2에서 OECD HSC survey의 2012 웨이브에서 수집된 급성기 서비스(Acute Service)에 대한 공급자 지불방식에 대한 내용을 요약 정리한 것임.

DRG 지불제도는 DRG를 지불단위로 사전에 설정된 일정금액을 지불하는 방식을 의미한다. 셋째, 행위별수가제(Fee-for-service, FFS)는 제공된 서비스 단위로 산정되는 후향적(retrospective) 지불방식을 의미한다. 넷째, 총액예산제(Global budget)는 예산이 연도별로 결정되고 환자수와 무관하게 사전에 설정된 총액이 공급자에게 할당되는 방식이다. 다섯째, 항목 예산(Line-item budget)은 조직의 비용 범주(즉, 봉급(salary), 물품(suppliers), 수송(transportation), 의약품(drugs) 등)을 단위로 예산에 책정되는 방식으로 항목별 예산이 승인된 후에는 공급자가 예산 항목 간 금액을 거의 변경하기 어렵다. 마지막으로 성과지불제도(Pay-for-performance, P4P)는 의료 질 향상과 같은 특정 성과 목표의 달성과 연계한 지불 방식이다.

1) 일차 의료(Primary care)영역에서 공급자 지불 방식

일차의료는 환자가 다양한 의료 제공 장소에

서 급·만성질환의 진단과 치료, 건강증진, 질병예방, 건강관리, 상담, 환자교육을 위해 의료 서비스를 만나는 처음 시작점이다. 이러한 서비스들은 일차의료 의사와 간호사 또는 기타 의료인들이 제공하고 있으며, 일차의료의사에는 국가별 상황에 따라 일반의(general practice), 가정의(family physicians), 일차의료전문의(generalists) 등이 포함된다.

국가별로 일차의료 제공되는 주요 장소는 민간 단독개원(private solo practice), 의사로만 구성된 민간 공동개원(private group practice), 의사와 기타 의료인(간호사 등)으로 구성된 민간 공동개원 또는 공공 진료소(public clinic)로 구분된다. 주요 일차의료 제공 장소와 재원조달 방식에 따라 교차되는 국가들의 분포는 <표 2>와 같다. 예외적으로, 캐나다와 이탈리아에서는 의사로만 구성된 민간 공동개원에서 일차医료를 제공하고 있는데, 이것이 주요한 일차의료 제공방식이다. 한국은 민간 단독개원 형태가 일차医료를 제공하는 주요 방식으로 분류되어 있다(표 2).

일차医료를 제공하는 의사들의 대부분은 자

표 2. 주요 일차의료 제공 방식

주요 일차의료 제공 형태	조세기반시스템	건강보험시스템
민간 단독개원		오스트리아, 벨기에, 체코, 에스토니아, 프랑스, 독일, 그리스, 한국, 룩셈부르크, 슬로바키아, 스위스
민간 공동개원(의사만)	캐나다, 이탈리아	
민간 공동개원(여러 의료인력)	호주, 덴마크, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 영국	일본*, 네덜란드, 폴란드, 미국
공공 진료소(여러 의료인력)	핀란드, 아이슬란드, 포르투갈, 스페인, 스웨덴	칠레, 헝가리, 이스라엘, 멕시코, 슬로바키아, 터키

* Based on selection of 'Private clinic' in HSC 2008 questionnaire.
 Source: Question 27, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.
 Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 3, 03-Apr-2014, OECD.

영자(self-employed)이며(20개 국가), 10개 국가들에서는 일차의료의사가 공적으로 고용되어 있다. 한국은 주요 고용방식이 자영자로 분류되어 있다. 반면, 호주, 폴란드, 미국에서 일차의료의사의 주요 고용방식은 사적 고용으로 구분되

어 있다(표 3). 또한 공적영역과 민간영역 모두에서 의사활동을 의미하는 이중 진료(dual practice)가 대부분의 국가들에서 허용되고 있지만, 독일, 헝가리, 한국, 룩셈부르크, 노르웨이, 스웨덴에서는 허용되지 않고 있다⁵⁾.

표 3. 일차의료 의사의 주요 고용 형태

국가	사적 고용	공적 고용	자영자	해당범주 일차의료의사의 점유율(%)
호주*	●	○	○	
오스트리아	○	○	●	80-85
벨기에	○	○	●	
캐나다	○	○	●	
칠레	○	●	○	100
체코	○	○	●	90
덴마크	○	○	●	99
에스토니아	○	○	●	
핀란드	○	●	○	90
프랑스	○	○	●	64,7
독일	○	○	●	90
그리스	○	○	●	60
헝가리	○	○	●	100
아이슬란드	○	●	○	95
아일랜드	○	○	●	100
이스라엘	○	●	○	
이탈리아	○	○	●	100
한국	○	○	●	94.2
룩셈부르크	○	○	●	88.5
멕시코	○	●	○	34.3
네덜란드	○	○	●	85
뉴질랜드	○	○	●	
노르웨이	○	○	●	95
폴란드	●	○	○	

5) 이중진료가 항상 허용되는 국가들에는 오스트리아, 벨기에, 칠레, 체코, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 이스라엘, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 슬로바키아, 스위스, 영국이 포함되며, 특정 조건에서만 허용되는 국가에는 호주, 캐나다, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이탈리아, 일본, 폴란드, 포르투갈, 슬로베니아, 스페인, 미국이 포함됨.

〈표 3〉 계속

국가	사적 고용	공적 고용	자영자	해당범주 일차의료의사의 점유율(%)
포르투갈	○	●	○	95
슬로바키아	○	○	●	
슬로베니아	○	●	○	72
스페인	○	●	○	90
스웨덴	○	●	○	70
스위스	○	○	●	
터키	○	●	○	
영국	○	○	●	
미국	●	○	○	

*Australia cannot distinguish between privately employed and self-employed.
 Source: Question 33, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.
 Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 5, 03-Apr-2014, OECD.

일차의료에서 주로 사용되는 공급자 지불방식은 국가별로 매우 다양하다. 대다수의 OECD 국가들이 인두제(24개 국가)와 행위별수가제(23개 국가)를 보고했다. 상대적으로 P4P국가들은 14개 국가로 적었지만, 인두제나 행위별수가제를 사용하는 국가들의 절반이상이 부가적인 지불제도로서 사용하고 있었다(그림 1).

대부분의 국가들이 2~3개의 지불제도를 혼합하여 사용하고 있는 반면, 9개 국가는 인두제(이탈리아, 폴란드), 행위별수가제(호주, 독일, 그리스, 룩셈부르크, 일본), 총액예산제(핀란드, 아이슬란드)의 단일 지불제도만을 사용하고 있다. 한국은 행위별수가제 기반에서 외래만성질환관리사업과 같은 성과지불제도가 부가적으로 사용되고 있는 것으로 분류되고 있다(그림 1).

성과지불제도(P4P)는 대부분 진료비 지출의 많은 부분을 차지하고 있지 않다. 영국에서 일차의료 의사는 평균 소득의 61%를 인두제로,

15%를 P4P로, 12%를 행위별수가제로 받고 있다고 보고되고 있다. 상대적으로 네덜란드에서는 진료소득의 80%가 동일하게 인두제와 행위별수가제로 구성되고 나머지에서 총액예산제를 제외하면 P4P는 아주 작은 부분이라고 보고하고 있다. 최근, 프랑스에 도입된 새로운 지불방식(인두제와 성과지불제도의 혼합)은 2012년 일반의(GP) 수입의 10.4%(P4P는 GP 수입의 3.5%)를 차지한다.

진료비 지불 방식은 제공 장소와 의사에 대해 달라질 수 있다. 민간 진료 영역에서 가장 보편적인 의사 지불 방식은 행위별수가제이다. 반면, 공공 진료소에서 근무하는 의사들에 대한 주요한 지불 방식은 봉급제(salary)이다.

2) 입원 의료(Inpatient care)⁶⁾ 영역에서 공급자 지불 방식

병원 부문은 급성·재활·장기 의료를 포함

그림 1. 일차의료(primary care)의 주요 제공 영역(provider setting)과 공급자 지불방식



Note: Private may refer to solo or group practice.
 Japan, responses based on Japan's answer from HSC 2008 questionnaire
 Source: OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates.
 Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 2, 03-Apr-2014, OECD.

하는 여러 가지 유형의 서비스를 담당하지만, 병원 병상의 2/3이상이 치료서비스에 배치되어 있고 기타 유형의 서비스에 대한 정보를 수집하는 어려움 때문에 급성기 병상 서비스에 대한 국가별 조사로 한정하고 있다.

OECD 국가들의 대다수는 공공(Public), 비영

리(Non-For-Profit, NFP), 영리(For-Profit, FP) 병원이 모두 급성기 입원 의료서비스를 제공하고 있다. 국가별로 급성 입원서비스를 제공하는 병원 유형은 다음 표와 같이 분류될 수 있다(표 4). 벨기에, 일본, 한국⁷⁾, 룩셈부르크, 노르웨이의 5개 국가는 공공병원과 비영리병원만 운영

6) 급성기 병원에서 입원서비스 제공방식에 한정함.

7) 우리나라는 영리 의료기관의 설립을 허용하지 않고 있기 때문에 민간의료기관도 비영리의료기관으로 분류됨.

하는 국가로 분류되고 덴마크는 공공병원과 영리병원만 운영되며, 에스토니아, 아이슬란드, 뉴질랜드는 공공병원에서만 급성기 입원서비스를 제공하고 있다.

대다수 국가들이 모든 부문에 병원을 가지고 있지만, 영리 14%, 비영리 13%와 비교해 대부

분이 공공병원(73%)에 해당된다. 독일, 미국, 한국에서만 병상의 대부분이 민간영역에 분포하고 있음을 보여준다(그림 2).

OECD 국가들에서 병원 지불방식은 양(volume), 질(quality), 서비스의 생산성에 영향을 미치는 인센티브 지급 방식이 혼합되어 있다.

표 4. 급성 입원 의료서비스 제공에서 병원 영역

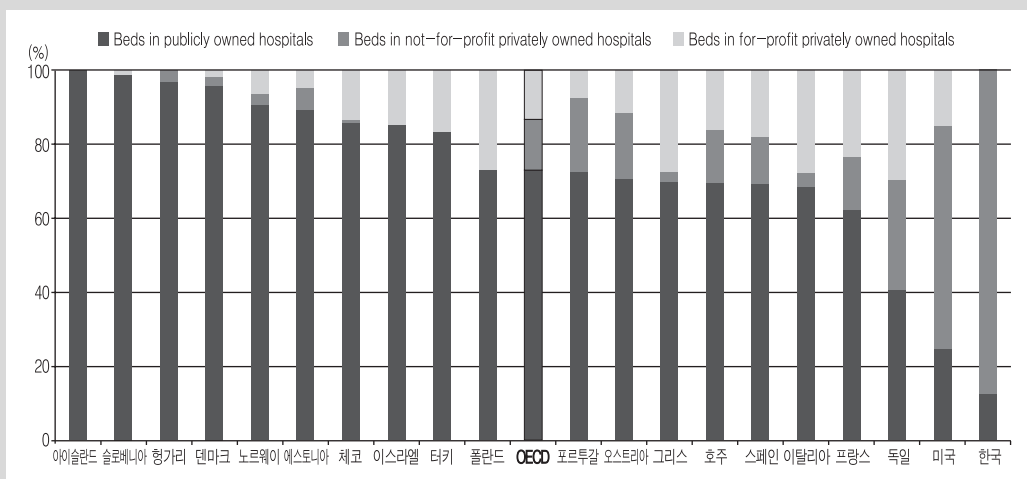
영역	국가
Public, NFP, FP	호주, 오스트리아, 캐나다, 칠레, 체코, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 헝가리, 아일랜드, 이스라엘, 이탈리아, 멕시코, 폴란드, 포르투갈, 슬로바키아, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 스위스, 터키, 영국, 미국
Public, NFP	벨기에, 일본, 한국, 룩셈부르크, 네덜란드
Public, FP	덴마크
Public	에스토니아, 아이슬란드, 뉴질랜드

Note: NFP refers to Non-For-Profit, FP refers to For-Profit.

Source: Question 29, OECD Health System Characteristics Survey 2012, and Secretariat's estimates.

Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 19, 03-Apr-2014, OECD.

그림 2. 공공 및 민간 영역에서의 병상 분포(2012년)



Source: OECD Health Statistics 2013, adapted from DELSA/HEA(2014)2.

Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Figure 1, 03-Apr-2014, OECD.

환자/진단그룹당 지불(Payments per case/diagnosis related groups), 시술/서비스당 지불(Payments per procedure/service), 일당제(per diem)는 모두 양(volume)적 수준에 직접 영향을 미친다. 병원의 생산(product) 단위를 기준으로 사전적인 수가를 설정하지만, 병원의 생산단위를 정의하기 어렵고 원칙적으로 사전에 설정된 수가 또는 가격이 실제의 생산비용 이상이면 계속 생산량을 증가시키는 인센티브로 작용하게 된다.

DRGs는 관찰 가능하고 측정 가능한 환자과 서비스의 특성을 반영하여 특정 환자를 치료하는 비용을 평가하는 틀을 제공하고 있다. 환자/진단그룹당 지불은 일반적으로 병원에서 제공하는 모든 임상 및 비임상 서비스를 포함지만 시술/서비스당 지불은 임상적 서비스만 포함하는 차이가 있다. Case(DRG 같은)당 지불과 시술/서비스당 지불은 대개 사회보험 기반 시스템에서 사용되고 있다.

사전적 총액예산(Prospective global budgets) 방식은 서비스와 비용 항목 간 자원 할당에 있어서 병원에게 더 많은 융통성을 허락한다. 조세 기반 국가들의 대다수가 병원지불에 있어서 총액예산제를 적용하고 있다. 항목예산(Line-item budgets)은 세부 회계 비용 항목들에 대해 배정하는 것으로 대개 사전적이지만 과거 또는 기대 제공량(volume)에 기초하여 결정된다. 그러나 OECD 국가들에서는 병원지불에 거의 사용되지 않고 있다. 항목예산과 총액예산 모두 더 많은 서비스 제공을 유도하는 인센티브가 없다.

병원에 대한 진료비상환방식은 조세기반 국가들과 사회보험 기반 국가들 간에 차이를 보인

다. 사회보험기반 국가들에서는 DRGs가 주요한 진료비 상환 방식이며, 일부 국가들에서 시술당 지불(그리스, 헝가리, 이스라엘, 한국, 멕시코, 슬로바키아), 총액예산제(벨기에, 체코, 룩셈부르크, 멕시코), 항목예산(칠레 영리병원)이 사용되고 있다. 진료비 상환 방식은 일부 국가들(칠레, 그리스, 헝가리, 멕시코)을 제외하면, 대부분 영리, 비영리, 공공 병원의 3개 영역에 대해 같은 방식이 적용되고 있다(그림 3). 조세기반 국가들에서는 일부 국가들이(호주, 핀란드, 영국)이 DRGs를 사용하고 있지만 대부분 공공 병원에서는 총액예산제를 사용하고 있다.

3) 성과지불제도 (Pay-For-Performance, P4P)

2008년 이후 의료의 질을 향상시키기 위해 진료 장소 또는 의사에게 성과지불제도와 금전적 인센티브를 제공하는 OECD 국가들이 증가하고 있다. 일반적으로 예방적 의료, 만성질환 관리, IT 사업 참여, 환자 만족도, 의료 효율성(처방된 일반의약품 점유율)에 대한 목표 달성을 대상으로 보너스를 지불하고 있다. 일차의료 분야에서 16개 국가, 외래 전문의 서비스 분야에서 8개 국가가 성과지불제도의 시행을 보고했고, 12개 국가에서 급성기 병원에서 보너스 지불을 보고했다. 일부 국가들에서는 2008년 이후 프로그램이 중단된 경우도 있지만(폴란드 등), 체코, 프랑스, 한국 등 많은 국가들이 최근까지 사업을 시작하고 있다. P4P 프로그램들은 미국과 네덜란드처럼 의료비 지출이 높은 국가들 뿐 아니라 OECD 평균보다 상당히 낮은 국

그림 3. 자원조달시스템에 따른 병원 지불방식 현황

〈사회보험 기반 국가들에서 병원 지불 방식〉										〈조세기반 국가들에서 병원 지불 방식〉											
	Public			Private(NFP)			Private(FP)					Public			Private(NFP)			Private(FP)			
오스트리아	DRG			DRG			DRG					호주	DRG				PSP				PSP
벨기에		PGB			PGB					n.a.		캐나다		PGB			PGB			PGB	
칠레	DRG			DRG			DRG	line-Item			덴마크		PGB				n.a.	DRG			
체코		PGB			PGB				PGB		핀란드	DRG									
에스토니아	DRG						n.a.				아이슬란드		PGB				n.a.				n.a.
프랑스	DRG			DRG			DRG				아일랜드		PGB			PGB					
독일	DRG			DRG			DRG				이탈리아		PGB	DRG				DRG			
그리스	DRG			DRG						PSP	뉴질랜드		PGB				n.a.				n.a.
헝가리	DRG			DRG						PSP	노르웨이		PGB			PGB		DRG			
이스라엘			PSP			PSP				PSP	포르투갈		PGB			PSP					PSP
일본	DRG			DRG						n.a.	스페인			L-I		PGB					
한국			PSP			PSP				n.a.	스웨덴		PGB			PGB				PGB	
룩셈부르크		PGB			PGB					n.a.	영국	DRG					PSP				PSP
멕시코		PGB				PSP				PSP											
네덜란드	DRG			DRG						n.a.											
폴란드	DRG			DRG			DRG														
슬로바키아			PSP			PSP				PSP											
슬로베니아	DRG			DRG			DRG														
스위스	DRG			DRG			DRG														
터기		PGB			PGB					PGB											
미국(Medicare)	DRG			DRG						PSP											

PGB: Prospective Global Budget
 PSP: Procedure Service Payment
 L-I: Line-Item Payment
 Private: solo or group practice
 NFP: Non For Profit
 FP: For Profit

Source: OECD Health System Characteristics Survey and Secretariat's estimates.
 Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 20, Table 21, 03-Apr-2014, OECD.

가(헝가리, 멕시코 등)들에서도 도입되고 있다.

일차의료에서 P4P 시행 현황을 살펴보면, OECD 국가들의 대부분은 자발적인 참여에 의존하고 있지만, 참여수준은 국가에 따라 상당한 차이가 있다. 일부 국가들(헝가리, 스페인, 뉴질랜드)에서 실제 100%의 참여 수준을 보고하고 있는 반면, 체코(약 20%)와 같이 참여수준이 낮은 국가도 있다(표 5).

일부 OECD 국가들은 특정 인구집단에 대한 의료 개선(호주, 칠레), 의료 인력의 계속 교육(멕시코), 근무시간 후 의료 접근도 향상(호주), 사전 예약 설정 가능 확대(체코)와 같은 목적들의 달성을 위해 P4P 사업을 활용하고 있다.

P4P 사업에 참여하는 일차의료 의사가 어느 정도의 보너스를 지급 받는지에 대한 정보는 제한적이지만, 약 30% 수준의 멕시코와 스웨덴부터 거의 100% 수준에 이르는 포르투갈과 영국까지 국가 간에 상당한 차이를 보인다. 대부분의 국가들에서 의료공급자들의 전체 진료비중 성과지불액의 점유율은 10%미만이지만, 예외적으로 영국이(Quality and Outcome framework, QOF) 의사소득의 약 15%를 차지하고 있다. 또한 성과지불액 자체만 P4P제도가 공급자에게 제공하는 유일한 인센티브는 아니다. 일차의료에서 P4P를 사용하고 있는 국가들 중 거의 절반에서(한국, 멕시코, 뉴질랜드, 포르투갈, 스웨덴,

표 5. OECD 국가에서 일차의료에서 성과지불제도(P4P) 현황

참여 수준	국가	예방 의료	만성질환 관리	IT	환자 만족	효율성	기타	지불대상		측정		
								개인	조직	절대치	변화	순위
의무 참여	칠레	●	●	○	●	●	●	●	○	●	○	○
	한국	○	●	○	○	●	○	●	○	○	●	●
	터키	●	○	○	○	●	●	●	○	●	○	○
자발적 조건부 참여	호주	●	●	●	○	○	●	●	●	●	○	○
	프랑스	●	●	●	○	●	○	●	○	○	●	○
	멕시코	●	●	○	●	●	●	●	○	○	○	●
	뉴질랜드	●	●	○	○	○	○	○	●	●	●	○
	포르투갈	●	●	○	●	●	○	●	○	●	○	○
	미국	●	●	●	●	●	○	○	●	●	●	●
자발적 공개 참여	체코	●	○	○	○	○	●	●	○	○	○	●
	헝가리	●	●	○	○	●	○	○	●	●	○	○
	영국	●	●	○	●	●	○	○	●	●	○	○
정보 없음	스페인	●	●	○	○	●	○	●	○	●	●	○
	스웨덴	●	●	●	●	●	○	○	●	●	●	●

Note: Estonia and the Netherlands also use P4P in primary care segment but did not provide specific information.
 Source: Question 37, OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates.
 Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 29, 03-Apr-2014, OECD.

영국, 미국) 개별 공급자 수준에서의 특정 지표들에 대한 결과를 공개함으로써 비금전적 인센티브를 제공하고 있다.

입원환자에서 P4P 프로그램을 보고한 국가는 11개 국가였다. 입원환자 P4P 프로그램에 참여하는 대부분의 국가들은 목표의 절대치 또는 상대적 변화에 대해서 성과를 측정한다. 일부 국가에서만 상환수준을 결정하기 위하여 등급(ratings)을 사용하고 있으며, 대부분의 국가들은 비금전적 인센티브(순위 공개 등)를 사용하는 것이 일반적이다(호주, 한국, 포르투갈, 스웨덴, 미국).

입원에서 P4P 프로그램들은 대부분 대기시간, 임상적 결과 및 과정의 적정성(심근경색 환

자들을 위한 병원 도착 30분내 혈전용해제 투여 등) 같은 환자 경험 지표의 개선에 관심을 두고 있다. 주관적으로 측정된 환자 만족에 대해 P4P 평가를 하는 국가는 포르투갈, 영국, 미국에 한정된다. 일부의 국가들만 입원의료 진료비에서 P4P 지불제도의 점유율(대부분 1~4%) 정보를 제공하고 있다.

3. 시사점

OECD는 HSC 2012를 바탕으로 일차의료(Primary Care), 외래 전문의 의료(Outpatient Specialist Care), 입원의료(Inpatient Care)의 구분

표 6. OECD 국가에서 입원의료에 대한 성과지불제도(P4P) 현황

참여 수준	국가	의료의 임상적결과	적절한 과정의 사용	환자 만족	환자 경험	측정		
						절대치	변화	순위
의무 참여	한국	●	●	○	○	●	●	●
	호주	○	○	○	●	○	●	○
	스페인	●	●	○	●	●	●	○
	스웨덴	●	●	○	●	●	●	●
	포르투갈	●	●	●	●	●	○	○
	터키	○	●	○	●	●	○	○
자발적 공개 참여	룩셈부르크	○	○	○	○	●	○	○
	영국	●	●	●	●	●	●	○
정보 없음	일본	●	○	○	○	○	○	○
	미국	●	●	●	●	●	●	●

Note: Netherlands has P4P, but no additional information was provided, United States did not supply the information whether P4P is mandatory. Luxembourg reported "other" in focus of P4P - hospital management. In France aim of the P4P is efficient use of medication.

Source: Question 39, OECD Health system characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates

Adapted from DELSA/HEA(2014)2, Table 31, 03-Apr-2014, OECD.

에 따라 회원국들의 지불제도 현황을 정리하고 있다. 우리나라는 대부분의 의사가 전문의이기 때문에 의사의 전문의 자격 또는 제공 장소에 따라 '일차 의료'와 '외래 전문의 의료'를 구분하기 어렵다. OECD는 한국의 민간 단독 개원을 주요 일차의료 제공 방식으로 이해하고 이에 대한 지불제도를 정리하고 있다. 이 글에서도 의원의 외래서비스와 병원의 급성기 입원서비스로 구분하는 차원에서 일차의료와 입원의료로 구분하여 외국의 동향을 정리하였다.

일차 의료(primary care)에 대한 공급자 지불 방식은 국가 간에 상당한 차이가 있는 반면, 입원(inpatient) 서비스에 대해서는 상대적으로 유사성이 높았다. 일차의료에 대한 공급자 지불 방식은 주로 행위별수가제 또는 인두제 방식으로 민간 영역에서 제공되고 있으며, 급성기 입원의

료서비스에 대한 지불은 DRG 또는 DRG 기반 총액예산제로 이루어지고 있다. 후자의 경우는 공급자에 대한 진료비 상환기준보다 예산 할당의 기준으로 사용되고 있다. 특히, 많은 국가들이 일차의료에서 성과지불제도(P4P)를 시행하고 있다.

대부분의 국가들이 2~3개의 지불제도를 혼합하여 사용하고 있다. 민간영역 중심으로 일차医료를 제공하는 국가들에서 폴란드(인두제), 일본(행위별수가제), 이탈리아(인두제), 그리스, 독일, 오스트리아(행위별수가제)와 같이 하나의 지불방식만 사용하는 국가들을 제외하고 대부분은 '행위별수가제와 인두제', '행위별수가제와 성과지불제도', '행위별수가제, 인두제, 성과지불제도, 기타'의 혼합된 형태로 복수의 지불제도를 운영하고 있다. 공적영역 중

심으로 일차의료를 제공하는 국가들에서도 같은 경향을 보인다.

성과지불제도는 기존의 지불방식을 기반으로 의료의 질 향상 및 기타의 정책 목표 달성을 위해 부가적으로 적용되는 정책적 수단으로 사용되고 있다. 특히, 행위별수가제를 중심으로 하는 시스템에서 부가적인 지불방식으로 사용되고 있다.

행위별수가제는 공급자에게 서비스 제공에 대한 강력한 인센티브를 주지만, 의료비 절감에는 부정적인 효과를 미친다는 근거가 오랫동안 보고되어 왔다.⁸⁾ 이러한 지불제도의 특성을 감

안할 때, 다른 지불방식에 비해서 행위별수가제를 기반으로 하는 나라들에서 특정 목표를 달성하기 위한 정책 수단으로써 성과지불제도를 부가적으로 활용하고 있는 것으로 보인다.

향후, 우리나라 의료시스템 개편을 추진함에 있어서도 공급자 지불방식을 주요한 정책수단으로 활용할 필요가 있으며, 다양한 서비스 영역이나 임상 분야별로 의료공급자의 행태를 변화시키는 인센티브로서 작동하도록 복수의 지불제도 설계가 필요할 것이다. 특히, 행위별수가제를 기반으로 하는 우리나라 의료시스템에서 성과지불제도의 활용성은 높다고 하겠다. **보건복지**

8) Charlesworth A et al.(2012), Health care in Europe to achieve better value, KPMG.