

환자중심 가치기반 의료시스템 구축을 위한 공급자 지불방식 개편 방향

*Restructuring of Provider Reimbursement Methods
for the Value-Based, Patient-Centered Healthcare
System*



강희정 한국보건사회연구원 연구위원

행위별수가제 중심의 공급자 지불 구조는 질이 높고 효율적인 의료를 보상하기보다 과잉 의료에 대한 공급자 인센티브로 작동한다. 이러한 구조에서는 건강결과 향상을 기대하기 어렵고 고비용 지출의 누적으로 의료시스템이 지속가능하지 않다. 단일 건강보험제도에서 의료공급자에 대한 지불방식의 변화는 보건의료시스템 전반에서 공급자의 행태를 변화시키는 전략적 도구가 된다. 향후, 저출산 고령화의 자원 한계를 극복하고 적정 보장수준을 지속적으로 달성하기 위해서는 서비스가 아닌 개인과 인구집단으로, 서비스량이 아닌 비용대비 결과의 가치로 지불의 단위와 수입 증대 기전을 변화시켜야 한다.

공급자 지불방식의 개편은 의료의 질과 효율성이 모두 높은 공급자에게 더 많이 보상하는 원칙을 기반으로 환자중심-의료연계를 강화하는 의료전달체계 개편과 연동하여 추진되어야 한다. 아울러, 공급자에 대한 새로운 지불 방식의 수용성과 효과성은 지불수준의 합리성을 통해 지속될 수 있으므로 합리적이고 투명한 가격 결정의 기반을 갖추면서 현행 행위별수가제에서 의료의 질에 대한 보상과 포괄적 지불방식을 단계적으로 확대하는 중장기적 전략수립을 바탕으로 추진되어야 한다.

1. 들어가며

환자중심으로 의료의 질(quality)과 조정(coordination)을 향상시키고 환자의 비용 부담을 적정하게 통제하는 새로운 의료전달체계(Healthcare Delivery System)로의 개혁은 건강보험제도가 당면한 중요한 과제이다. 미국과 유럽 국가들은 이미 국가단위 전략을 수립하여 실행 성과를 평가하고 혁신의 단계를 높이고 있다. 이들의 변화에서 핵심적 축매는 의료의 결과

(outcomes)를 중심으로 질을 평가하는 것과 ACO(Accountable Care Organization)와 같이 인구집단의 건강관리 성과와 보상을 연계하는 혁신적 지불 방식을 도입함으로써 서비스 제공에 대한 공급자의 책무성(accountability)을 높이고 개인과 국가 수준 모두에서 의료비 지출의 가치(value)를 확대하는 것이다.

우리나라는 전 국민을 포괄하는 단일 건강보험 제도를 운영하고 있고 모든 의료기관은 개설과 동시에 건강보험 요양기관으로 지정되고 있다. 따라

서 건강보험제도는 우리나라 보건의료시스템에서 국민이 이용하는 서비스의 상당부분을 보장하게 된다. 건강보험 보장성 강화 정책은 국민이 의료시스템에서 이용할 수 있는 서비스와 건강보험이 급여하는 서비스 간의 범위와 부담의 격차를 지속적으로 줄이는 노력이다. 결과적으로 우리나라 건강보험에서 의료공급자에 대한 지불방식의 변화는 보건의료시스템 전반에서 공급자의 재정적 동기를 변화시켜 의료행태를 변화시키는 전략적 도구가 된다. 진료비 지불제도는 건강보험제도의 공급자-소비자-보험자 간의 기본적 규칙이다¹⁾. 지불제도의 합리성은 의료공급자 뿐 아니라 의료소비자에게도 중요하기 때문에 정부는 진료비 지불제도를 주요한 정책 도구로 활용하고 있다. 공공병상이 10% 수준에 불과하고 90%가 비영리 민간 병상인 국내 의료시스템에서 정책적 도구로서 건강보험에서 공급자 지불제도가 갖는 의미는 더욱 크다고 할 수 있다.

이 글은 우리나라가 당면한 의료전달체계 개혁을 추진함에 있어서 공급자들이 환자 입장에서 적절한 부담과 최선의 결과를 경험하는 의료선택을 제공하고 제공하도록 장려하는 지불방식의 개편 방향을 제안하고자 한다. 지불제도가 성공적으로 개편되기 위해서는 지불방식의 변화뿐만 아니라 수가 수준의 조정과 의료 환경의 개선이 유기적으로 맞물리면서 동시에 추진되어야 한다²⁾. 이 글은 의료전달체계 개선과 유기적으로 작동할 수 있는 지불방식의 변화를 중심으로 작성되었음을 밝힌다.

2. 지불제도 개편의 필요성

- 1) 정부의 보장성 확대 정책은 효율적 전달체계에서 지속가능하며, 전달체계의 변화는 공급자에 대한 지불방식을 통해 촉진될 수 있다.

지속적인 보장성 강화는 효율적 전달체계를 전제하지 않으면 불가능하다. 우리나라는 의원이 지나치게 단과 전문화 되어 있고 동시에 종별 역할에 관계없이 의원과 병원이 상호 경쟁하고 있다. 급여 항목 확대는 행위별수가제와 결합되어 불필요한 낭비적 지출을 증가시킬 가능성이 높다. 2012년 보장성 강화 정책의 추진을 두고 적절한 전달체계 개편의 필요성이 제기된 이유이기도 하다. 궁극적으로 효율적 의료전달체계의 구축은 일차의료 기능의 강화를 요구한다. 의료시스템에서 환자가 제일 처음 만나는 일차의료의사가 환자입장에서 최선의 의료서비스 연계를 주도할 때, 그의 진료 수입이 증가하도록 공급자 지불방식을 설계하는 것이 의료전달체계의 변화를 촉진할 뿐 아니라 보장성 강화 정책을 지속가능하게 한다.

- 2) 지속적인 의료비 증가를 통제하기 위한 보다 적극적인 지불방식 개편이 필요하다.

이코노미스트(2015)는 최근 OECD 자료를 근거로 의료비 증가율 둔화가 일시적 현상일 뿐 곧 증가세로 전환될 것이라고 예측했다. 이는 더 이상 경기침체를 핑계로 의료비 절감 정책을 유지하기 힘들고 인구고령화와 소득증가로 인한

1) 박은철, 유기봉 외(2014). 포괄지불제 현황과 방향, 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서, p.11

2) 강길원(2010). 신포괄수가제 도입의 의의와 주요 논쟁점, 한국보건행정학회, 한국보건행정학회 학술대회 논문집, 11, pp.21-37.

의료수요 증가를 통제하기 어렵기 때문이다³⁾. OECD(2015) 자료에서, 한국은 2009~2014년 일인당 의료비 지출의 연평균 증가율이 이전 기간(2000~2009년)보다 감소되었지만, 회원국 중 가장 높은 증가율을 기록했다(그림 1). 아울러, 증가율이 2010년 8.1%에서 2011년 4.0%로 감소된 이후 최근까지 지속적으로 증가세를 유지하고 있다(그림 1).

또한 건강보험 진료비 증가가 경제성장 속도를 추월한지 오래다. 건강보험 진료비가 2003년 대비 2014년 2.7배 증가한 반면, GDP는 1.83배 증가에 그쳤다(그림 2). 연도별로 증가율을 비교해보면, GDP증가율은 2010년 9.9%에서 2011년 5.3%, 2012년 3.4%까지 감소하다가 2013년 3.8%, 2014년 3.9%로 비슷한 수준을 유지하고 있다. 반면, 건강보험진료비 증가율은 2009년 12.5%에

그림 1. 한국의 연평균 일인당 의료비 지출 증가율의 국제적 수준

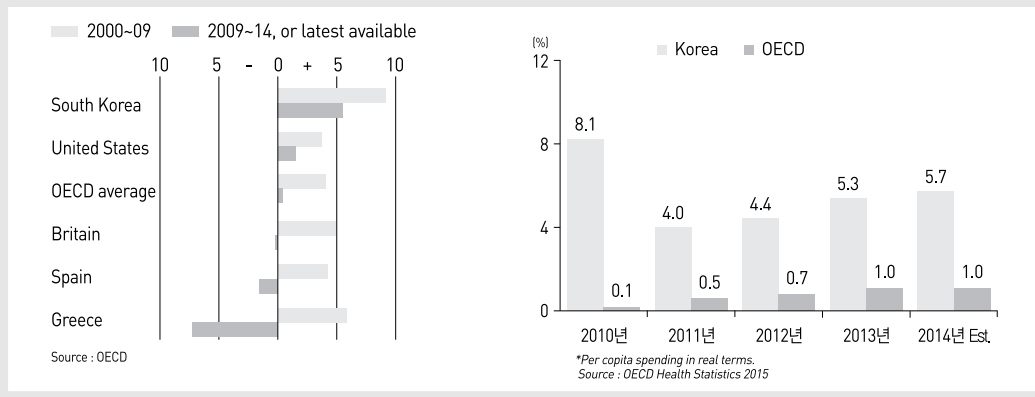
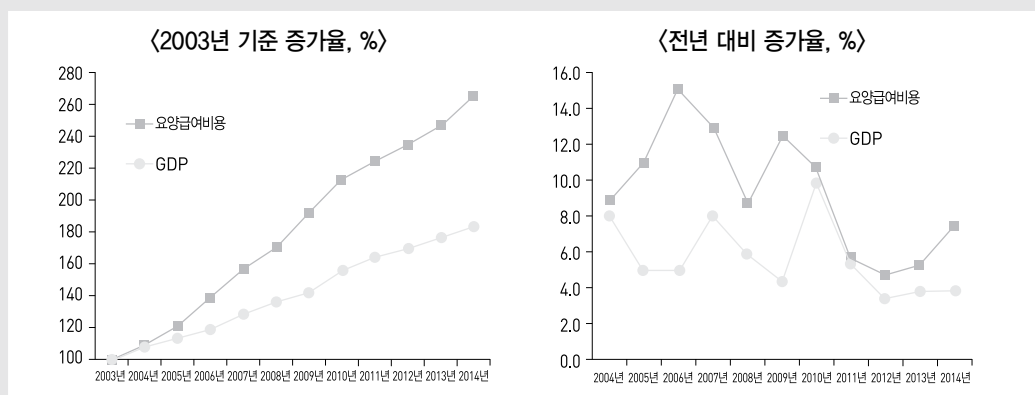


그림 2. 건강보험 진료비와 GDP의 증가율 비교



자료: 통계청, 각 연도별 건강보험요양급여비용과 명목 GDP

3) <http://www.economist.com/news/finance-and-economics/21672340-new-study-suggests-current-hiatus-spending-will-be-temporary-pause,2015,12,01> 인출.

서 2010년 10.7% 2011년 5.5%, 2012년 4.7%까지 감소하다가 2013년 5.2%로 다시 증가하면서 2014년 7.5%로 그 폭이 더욱 커졌다(그림 2). 결과적으로 현재의 행위별수가제로는 이러한 진료비 증가를 막을 수 없다는 것이 분명하며, 합리적 수준 이내로 관리할 수 있는 새로운 지불제도가 필요함을 보여준다.

3) 분산된 지불방식을 통합적으로 연계하고 효과를 조정하는 구조 개편이 필요하다.

우리나라는 2000년 고령화 사회(65세 이상 인구 7% 이상) 진입 이후 2017년 고령사회(65세 이상 인구 14%), 2026년 초고령사회(65세 이상 인구 20%) 진입이 예측되고 있으며, 인구는 저출산 현상이 지속되어 2030년 정점에 이른 후 감소하는 것으로 전망되고 있다⁴⁾. 향후 15년 동안 저출산 고령화 시대에 지속가능한 의료시스템을 구축해야 한다. 지속가능한 의료시스템은 자원조달의 한계에도 불구하고 적절한 보장성 수준을 유지할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 국민의 건강수준을 높이는 투자적 건강서비스와 고액 중증 치료비를 절감시키는 예방적 의료서비스의 확대가 필요하다. 이 경우, 지불방식은 필요한 서비스 제공에 대한 공급자의 행태변화를 유도하는 재정적 유인 동기

로 활용될 수 있다.

건강보험은 의료전달체계 개혁의 새로운 모멘텀을 맞고 있고 이러한 변화를 촉진시키기 위해 지불 방식을 활용해야 한다. 지불개혁은 단기간에 이룰 수 없고 최소 10년을 두고 인프라 구축에서부터 단계적으로 추진되어야 하므로 의료전달체계 개혁과 연동한 중장기 계획 수립이 필요하다.

3. 외국의 지불제도 개혁 동향

1) 환자중심 의료연계를 강화하는 지불단위 포괄화와 가치기반 지불제도 확대

지불개혁(payment reform)은 공급자가 제공하는 의료의 질과 안전의 성과를 반영하거나 지원함으로써 공급자의 효율성을 높이고 불필요한 지출을 감소시키도록 설계된 지불방식(payment methods)이라고 할 수 있다⁵⁾.

최근에 발표되는 국가별 의료개혁의 내용을 살펴보면, 대부분의 국가들이 지속가능한 보건의료시스템의 구축을 위해 '환자중심 의료연계(patient-centered care coordination)'를 촉진하는 서비스 제공 모델을 개발하고 이와 연동한 포괄적 지불방식으로서의 변화를 포함하고 있다⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾.

미국은 지불개혁의 변화를 가치기반 지불제도

4) 통계청, 장래인구추계 시도편: 2013~2040, 보도자료 2014.12.11.

5) Delbanco S(2014). The Payment Reform Landscape: overview, HealthAffairsBlog, Feb 6, Health Affairs.org/blog/2014/02/06/the-payment-reform-landscape-overview/에서 2015.12.01. 인출.

6) World Economic Forum(2013). Sustainable Health Systems Visions, Strategies, Critical Uncertainties and Scenarios, pp.10~15. <http://www.weforum.org/reports>에서 2015.12.01. 인출

7) World Economic Forum(2013). A vision for the Dutch health care system in 2040, pp.9~13. <http://www.weforum.org/docs/>에서 2015.12.01. 인출

8) NHS Lothian(2014). Our Health, Our Care, Our Future: NHS Lothian Strategic Plan 2014 - 2024. <http://www.nhslothian.scot.nhs.uk/ourorganisations/ourhealthourcareourfuture/pages>에서 2015.11.30. 인출

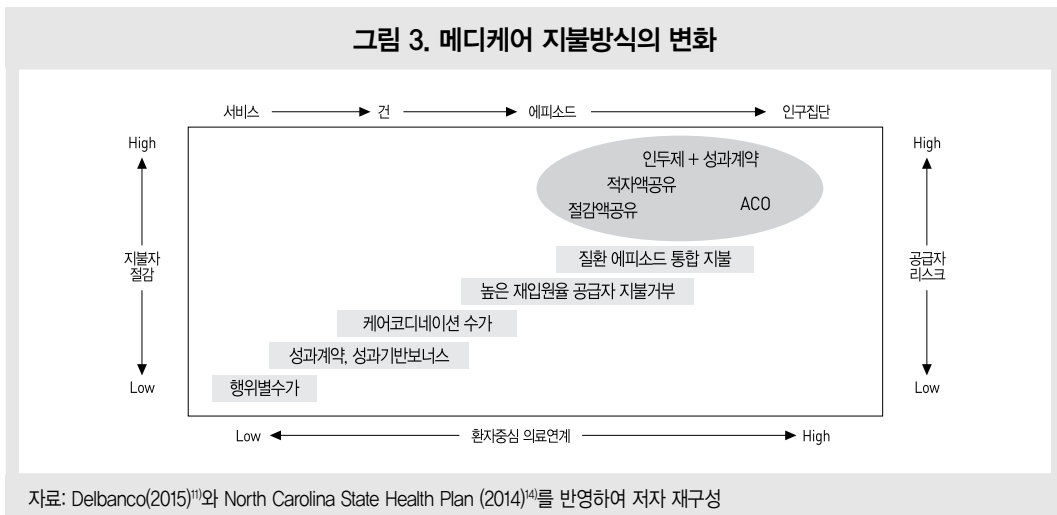
9) Ireland Department of Health(2012). Future Health: A strategic Framework for Reform of the Health Service 2012~2015, Nov. pp.30~37. <http://www.health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/future-health.pdf>에서 2015.12.01. 인출

10) Van Olmen et al(2012). Health Systems frameworks in their political context: framing divergent agendas, BMC Public Health, 12, p.774.

를 향한 변화의 연속선으로 설명하고 있다. 환자에게 중요한 가치를 극대화시키는 의료를 촉진시킨다는 점에서 의료서비스 제공 모형과 결합된 지불방식은 보험자와 공급자가 재정위험(financial risk)을 상호 분담하는 수준에 따라 가치기반 지불제도의 연속선 어딘가에 위치하게 된다. ACOs는 기존의 '분절적 의료시스템'을 '환자중심 의료연계시스

템'으로 변화시켜 환자의 가치를 극대화시키는 전략 추진의 도구로서 서비스제공모형과 결합된 지불방식의 대표적 사례라고 할 수 있다¹²⁾. 메디케어에서 그동안 도입한 지불방식들을 환자중심 의료연계, 지불자¹³⁾ 재정절감, 공급자 재정위험, 관리단위(서비스 → 인구집단)의 수준으로 배치하면 (그림 3)과 같이 정리될 수 있다.

그림 3. 메디케어 지불방식의 변화



행위별수가제(Fee-for-Service)는 환자중심 의료연계수준이 가장 낮고 공급자가 책임지는 위험 수준도 낮다. 서비스 단위로 관리되고 지불자 절감도 기대하기 어렵다. 반면, 인두제와 성과계약

(performance based contracts)의 결합 방식은 인구집단 전반의 건강수준 향상을 위해 예방적 의료서비스가 제공됨으로써 가장 가치 높은 의료비 지출을 기대할 수 있다. 즉, 공급자의 책임과 위험을

11) Delbanco S.(2014). The Payment Reform Landscape: Overview, Health Affairs Blog. Feb 6, 2014. Healthaffairs.org/blog/2014/02/06/the-payment-reform-landscape-overview/에서 2015.12.01. 인출

12) Patient Protection and Affordable Care Act(PPACA, section 3022, 2012.)는 ACO의 개발을 촉진하고 Medicare Shared Savings Program을 통해 ACO 개발을 위한 재정적 인센티브제도를 수립하도록 함(IHA, 2010). PPACA에서 ACO(Accountable care)의 정의는 '소속된 일차의료 공급자들이 최소 5,000명의 메디케어 가입자의 의료를 연계 조정(coordinating care)하는 책임을 지는 조직으로 ACO에는 group practices, networks of practices, hospitals, hospital-physician joint ventures, 기타 그룹들이 포함될 수 있음 (IHA, 2010).

13) 또는 공급자에게 청구된 진료비를 상환하는 보험자

높임으로써 지불자는 더 큰 절감액을 기대하게 된다. [그림 3]에서 보여주는 지불 방식들은 행위별 수가제를 기반으로 보완적인 관계를 가지면서 점 유율을 확대하고 있다. 예를 들어, 초기단계에서는 기존의 행위별수가제 방식에서 일부 영역에 대해 질을 측정하고 이를 기반으로 재정인센티브를 제공하는 성과기반 계약을 도입함으로써 제도적·기술적 인프라를 조성할 수 있다. 다음 단계로 특정 질환 또는 서비스 라인에 대해 관련된 복수의 공급자들 간 서비스를 모두 통합하여 단일 금액을 지불할 수 있다(Bundling Payment Program). 보다 확장된 인구집단을 대상으로 하는 ACO 지불은 절감액 공유(shared savings), 위험 공유(shared risk), 인두제와 성과계약(capitation + PBC)의 방

식으로 가치기반 지불방식의 강도를 높이는 대표적인 사례이다¹⁴⁾. 절감액 공유는 공급자가 사전에 보험자와 계약한 절감액 성과를 달성하면 추가 상여금을 받지만 예산을 초과했을 때 초과비용에 대해서는 책임지지 않는다. 위험공유는 추가 보너스 뿐 아니라 초과 비용 발생에 대해서도 위험을 분담하는 방식이고 인두제와 성과계약은 환자단위로 건강관리에 대한 책임을 공급자가 갖는 것으로 공급자의 재정위험과 책무성이 가장 높은 방식이라고 할 수 있다.

2) 행위별 수가제를 보완하는 혼합 지불제도의 확대

OECD 국가들 대부분이 행위별수가제 외에

**표 1. OECD 국가에서 일차의료 공급자에 대한 진료비 지불방식
(주로 민간영역에서 제공되는 국가)**

호주	오스트리아	벨지움	캐나다	체코	덴마크	에스토니아	프랑스	독일	그리스	아일랜드	이탈리아	일본	한국	룩셈부르크	네덜란드	뉴질랜드	노르웨이	폴란드	슬로바키아	스위스	영국	미국
FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS		FFS	FFS	FFS	FFS	FFS	FFS		FFS	FFS	FFS	FFS
P4P				P4P		P4P	P4P						P4P		P4P	P4P					P4P	P4P
		Cap	Cap	Cap	Cap	Cap				Cap	Cap				Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap	Cap
						GB									GB							
							기타														기타	기타

Source: Question 28 & 34, OECD Health System Characteristics Survey 2012 and Secretariat's estimates
(일본은 HSCS 2008 반영). Modified from DELSA/HEA(2014)2, Table 2, 03-Apr-2014.
자료: 강희정(2014, p80)¹⁴⁾의 그림 1 재인용. 저자 재구성

14) North Carolina State Health Plan (2014, March 28). Accountable Care Platform: Delivering distinctive value to those we serve. UnitedHealthcare. www.shpnc.org/library/pdf/board-materials/march-2014/11UHC.pdf 에서 2014.8.27. 인출.

다양한 지불제도를 혼합해서 사용하고 있다. 주로 민간영역에서 일차의료가 제공되는 대부분의 OECD 국가들이 일차의료 공급자에 대한 지불방식으로 행위별수가제 외에 인두제, 성과지불제 등의 2~3개 지불제도를 혼합하여 사용하고 있다(표 1). 성과측정의 대상에 질과 비용을 연계한 가치를 반영함으로써 성과연동지불제도는 가치기반 지불제도로의 연속적 과정에서 시작점이 될 수 있다.

4. 건강보험 지불제도 현황과 정책 여건

1) 현황과 문제점

현재, 건강보험 지불제도는 외래와 입원 서비스 모두 행위별수가제를 기본으로 하고 있으며, 일부 입원서비스 영역에서만 제한적으로 포괄적 지불

표 2. 건강보험 지불제도 현황

지불방식		서비스범위	요양기관					비고
			의원	병원	종합 병원	상급 종합	요양 병원	
행위별수가제		입원	●	●	●	●		행위,재료,약제별 산정
		외래	●	●	●	●	●	
포괄적 지불 방식	포괄수가 (DRG)	입원(7개 질병군)	●	●	●	●		
		외래						
	일당정액 (Per Diem)	입원					●	
		외래						
	신포괄수가 (시범사업) (DRG+행위별)	입원(550개 질병군)		○	○			공단일산병원, 40개공공병원
		외래						
성과 지불 보상 제도	가감지급 ²⁾		입 원	급성심근경색		●	●	
				제왕절개분만		●	●	
				급성기뇌졸중		●	●	
				수술의예방적항생제	●	●	●	
				요양병원				● 평가결과-수가연계 패널티 ¹⁾
			외 래	고혈압(인센티브만)	●			
				당뇨병(인센티브만)	●			
				약제급여평가	●			

주: 1) 요양병원 적정성 평가 결과, 구조 및 진료부문 모두 하위 20% 이하인 기관에 대해서는 의사 등 인력확보 수준에 따른 입원료 가산 및 별도 보상을 6개월 동안 지급하지 않는 것임. 2011년부터 실시된 평가결과-수가연계 패널티는 정액수가로 인한 요양병원의 의료 과소제공 및 진료행태의 기관 간 변이를 줄이기 위한 목적으로 실시되고 있음(김계숙 2013, p54).

2) 2007년 7월부터 2010년까지 급성심근경색증과 제왕절개분만의 평가결과를 활용하여 가감지급 시범사업을 실시하였으며, 2011년부터 본 사업으로 확대되었고 현재까지 급성심근경색증, 제왕절개분만, 급성기 뇌졸중, 수술 예방적 항생제, 고혈압, 당뇨병, 약제급여 등으로 확대됨(김계숙 2013, p53).

자료: 신현웅, 여지영(2014, p13); 김계숙(2013, p54)⁶⁾; 저자 재구성

방식을 도입하고 있다(표 2). 공급자에 대한 진료비 지불제도 개편은 지속가능한 건강보험 시스템 구축을 위한 필수 조건으로 논의되어 왔음에도 불구하고 공급자의 수입과 직결되는 문제인 만큼 일부 질병군의 입원서비스와 요양병원에 한정적으로 추진되고 있다.¹⁵⁾

행위별수가제는 의료 접근성과 서비스 질 향상이라는 고유의 장점을 살리지 못하고 오히려, 낭비적, 비효율적, 불필요한 의료 이용과 자원낭비를 유도하여 의료비증가를 초래하는 주된 요인으로 작용하고 있다¹⁷⁾. 특히, 진료성과와 무관하게 진료비를 보상해 주어 공급자는 환자에게 편익 없는 의료서비스를 과잉제공하거나 재정적 이익이 없는 서비스에 대해서는 과소진료를 유발할 수 있다¹⁸⁾.

이러한 행위별 수가제의 문제를 보완하기 위하여 포괄적 지불방식을 일부분 도입하고 지속적으로 확대하는 것을 논의하고 있다. 2013년 7월부터 전체 의료기관에서 7개 질환에 대한 DRG가 당연 적용되고 있지만, 변이가 거의 없는 외과계 질환이라는 점에서 내과계 질환으로 범위를 확대하거나 행위별수가제 기반인 국내환경에 적합한 실폐괄수가제도로 병합하여 포괄적 지불제도의 진료비 통제효과를 제고할 필요가 있다¹⁸⁾.

실폐괄수가제는 DRG 수가와 단가 10만원 이상인 의료행위, 치료재료, 약제 서비스에 대한 행위별 수가를 결합한 방식으로 한국 보건의료현실에 적합한 지불모형으로 평가되며, 점진적으로 도입

이 확대될 것으로 기대되고 있다. 현재, 일산병원과 40개의 지역거점 공공병원에서 진행되고 있다. 실폐괄수가제는 공급자로 하여금 진료비 청구 시 비급여 내역을 기재하도록 하고 지속적인 모니터링 시스템을 갖추고 있어 비급여 진료비 관리기전으로써도 활용가치가 높은 지불방식이다. 하지만, 기존의 행위별 상대가치 점수를 기준으로 설정된 실폐괄 수가 수준의 적절성, 병원별 조정계수 적합성, 포괄 및 비포괄영역의 구분과 보상의 적정성 등 세부적 문제들에 대한 해결 과제가 남아 있다.

기타 지불방식으로 일부 입원 질환에 대해 적정성 평가와 연동한 가감지급시업을 시행하고 있으며, 외래 고혈압과 당뇨 진료 의원에 대하여 만성 질환 관리에 대한 인센티브를 지급하고 있다.

우리나라 지불제도가 갖고 있는 문제점을 요약하면 다음과 같다¹⁹⁾. 첫째, 행위별 수가제가 갖는 의료비 총량 통제의 한계이다. 건강보험 지불제도의 기반이 되는 행위별수가제(Fee-For Service system)는 공급자로 하여금 서비스량을 증가시켜 수입을 확대시키는 경제적 유인 구조를 갖기 때문에, 현재의 방식으로는 향후 예상되는 지출증가요인을 통제하기 어렵다. 둘째, 의료의 제공량이 아니라 질과 결과에 기초하는 보상 기전이 약하다. 둘째, 행위별수가 중심의 후향적 지불제도 기반으로 사전에 진료비를 예측하는 정확도가 떨어져 진료비 지출관리에 있어서 위험도가 높다. 셋째, 신뢰성 있는 원가자료 구축 기반이 없다. 새로운 지

15) 강희정(2014). OECD 국가들의 공급자 지불제도 동향과 시사점. 보건복지포럼, 212, pp.75~86.

16) 김계숙(2013). 의료의 질 향상을 위한 건강보험 적정성평가 발전방안. 보건복지포럼, 202, pp.48~60.

17) 송기민, 김영우 외(2013). 고령사회에 대비한 건강보험 지불제도 개선방안에 관한 연구. 한국고령친화건강정책학회지, 5(1), pp.27~37.

18) 신현웅, 여지영(2014). 건강보장정책의 현황과 과제. 보건복지포럼, 207, pp.5~16.

19) 신현웅, 여지영(2014). 건강보장정책의 현황과 과제. 보건복지포럼, 207, pp.5~16.에서 제기한 현재 지불제도의 주요 문제점을 기초로 정리함.

불방식이 도입될 때마다 기존 행위별수가 수준을 참고하면서 원가반영 미흡의 문제가 연동되고 있다. 아울러, 원가 계산의 대상이 되는 표본요양기관의 대표성 문제, 원가자료 정확성 문제 등이 지속적으로 제기되고 있다.

2) 정책여건

OECD(2010)는 한국 의료시스템이 상대적으로 낮은 지출에서 보편적 보장체계를 달성한 성과는 높이 평가했지만, 빠른 고령화와 보장성 확대 수요 증가에 대비한 개혁의 필요성을 제시했다. 특히, 의료시스템에서 효율성 개선을 통한 의료비 통제 방식으로 병원에서 DRG 확대, 외래환자에 대한 인두제 도입으로 행위별 수가제 개혁, 1차 의료강화를 위한 게이트키퍼(gatekeeper) 제도 도입 등을 제안했다²⁰⁾.

보건복지부가 2015년 2월에 발표한 「건강보험 중기 보장성 확대 계획」은 보장을 뿐 아니라 사전 예방서비스를 확대하고 말기의 비효율적 의료비 지출을 완화하는 효율적 보장구조로의 개편 방향을 제시하고 있다. 특히, ‘효과적 만성질환 관리를 위한 의료 지원 강화’방안으로써 당뇨병 자가 관리 지원, 만성질환의 적극적 치료를 지원하는 관련 의약품 급여기준 확대, 지역사회 건강서비스와 동네 의원의 일차의료기능 강화를 통해 통합치료를 제공하는 새로운 의료모형을 제시하고 있다. 새로운 의료모형은 의료공급자와 환자의 참여 및 행태 변화를 유도하는 재정적 인센티브를 기반으로 하

고 있다. 복지부는 동네의원을 통해 교육상담서비스를 제공하고 지역사회 건강서비스를 함께 제공하는 통합치료모형을 도입 확대한다는 계획을 포함하고 있다. 5개 시군구 시범사업 지역에 대하여 ’14년 11월부터 지역사회 일차의료 시범사업을 진행하고 있다.

공급자 지불방식을 개혁해야 한다는 당위성과 필요성에 대한 인식은 이미 성숙된 것으로 평가되며, 구체적인 실행 방안들도 포함되어 있다고 평가된다. 분산된 계획들을 체계적으로 연계하여 상호 보완적 관계에서 「보장성 확대」-「지불제도 개편」-「환자중심 의료연계체계 강화」를 단계적으로 추진할 필요가 있다.

다만, 의료서비스 제공은 기술과 결합될 때 최종 사용자의 편익을 확대시킬 수 있으므로 의료정보기술과의 결합 등 제반 여건을 준비하기 위한 인프라 구축 사업을 필요로 한다. 궁극적으로 환자중심-의료연계 시스템 설계에 포함될 기반 요소들은 네 가지로 요약될 수 있다²¹⁾. 첫째, 관계된 의료공급자들이 환자의 동의하에 임상적 처방내역을 확인하고 교류할 있는 정보시스템이 활성화되어야 한다. 둘째, 환자가 의원의 진료의사를 자신의 의료 코디네이터 의사로서 신뢰할 수 있도록 일차의료에 대해 공인된 질 향상 기전이 구축되어야 한다. 셋째, 공급자 지불방식을 양이 아니라 질 또는 결과 향상에 기초하여 수입이 증가하도록 변화시켜야 한다. 넷째, 의료제공자 간 정보 공유, 환자이송 등 의료 협력에 참여하는 의료인을 보호하고 협

20) Jones RS(2010). Health Care Reform in Korea, OECD, Economic Department Working Papers No.797, P.29

21) 제시된 요소들은 Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination, OECD health working papers, 2007, PP26-44 의 주요 내용을 바탕으로 작성한 것임.

력 의사들 간 사후적 성과급 배분이 가능하도록 법과 제도적 장애들을 해소해야 한다. 마지막으로 환자중심 의료연계에 대한 시스템 변화가 지속적으로 모니터링 되어야 한다. 이러한 요소들이 실현되기 위한 구체적인 방안들은 각각 세부적으로 진행되지만, 시스템적 시각에서 서로 조화될 수 있도록 통합적 틀에서 추진되어야 한다.

또한 사업의 추진에 있어서는 직접 서비스를 제공하는 의료계가 참여하여 보다 실현가능하고 현실적인 방안들이 논의되어야 할 것이며,²²⁾ 의료공급자들이 스스로 환자의 정보를 교류하고 협력하려는 의지를 갖도록 의료 문화를 변화시켜야 한다. 이를 위해서는 정부와 의료계가 동반관계에서 다양한 서비스 제공모형을 개발하고 이를 작동시키는 지불기전을 설계하는 것이 중요하다. 이 부분은 정부의 정책과 지원 뿐만 아니라 현지 시장의 영향 등 기타의 요인들이 작용할 것이다.

5. 공급자 지불방식 개편 방향과 전략적 접근들

1) 공급자 지불방식 개편 방향

‘환자중심 의료연계’가 의료인의 의사결정 기준이 되도록 목적에 맞게 지불정책이 설계되어야 한다. 현행의 행위별수가제 비중을 줄이고 포괄적 지불과 성과기반지불의 비중을 확대시키는 방향을

제시하였다(그림 4). 다음의 개편 방향은 향후 10년 간의 중장기적 변화에 기초한다.

지불방식의 변경은 병원/의원, 입원/외래 등 각 영역별로 지불방식을 달리 도입하는 접근과 국가 혹은 개인의 총 의료비에 상한을 두는 형태의 총량적 접근이 있을 수 있다. 전자는 병원 입원에 대한 DRG도입, 일차의료 강화를 위해 의원외래에 대한 인두제와 성과연동지불제도의 도입 등을 들 수 있다²⁴⁾. 후자는 총액계약제 등을 들 수 있다. 영역 간 접근은 상대적으로 재정적 이윤이 많은 부분으로 비용을 이전시키는 문제(cost shift)로 재정절감 효과를 제한할 수 있다. 하지만 총량적 통제도 내부적 불균형을 초래할 수 있다.

우리나라 의료공급자들은 오랜 기간 행위별 수가제를 기반으로 의료기관을 운영해왔기 때문에 총액계약제 등 총량적 통제 방식에 대한 저항이 크다. 따라서 입원과 외래 영역에서 점진적으로 포괄적 지불과 보완적 수입기전을 확대함으로써 공급자의 수용성을 높여야 한다. 즉, 외래 분야에서는 만성질환 관리의 질을 높이는 방향으로 지불단위가 되는 서비스 포괄 범위를 확대하거나 행위별 수가제를 기반으로 의료 질과 결과 평가에 기초한 성과계약방식의 보완적 도입을 확대하여 점진적으로 행위별수가 지불의 절반을 대안적 지불방식으로 대체하는 접근이 필요하다. 아울러, 입원 분야에서는 비교적 수용성이 높은 신포괄수가제도를 기본 지불방식으로 대체하는 접근을 제안한다.

외래 분야에서 복수공급자 에피소드 지불은 환

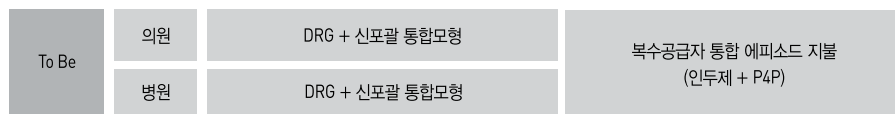
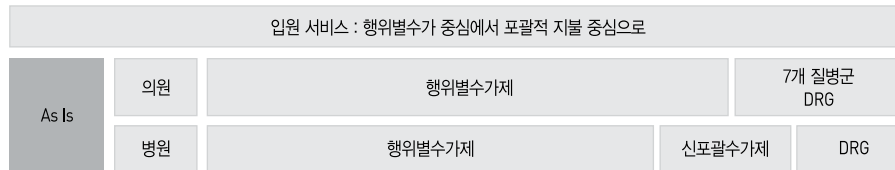
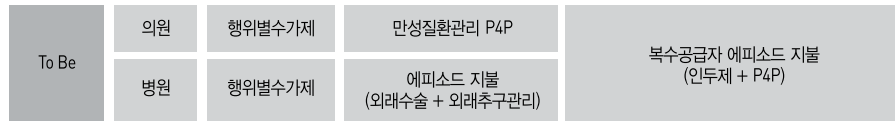
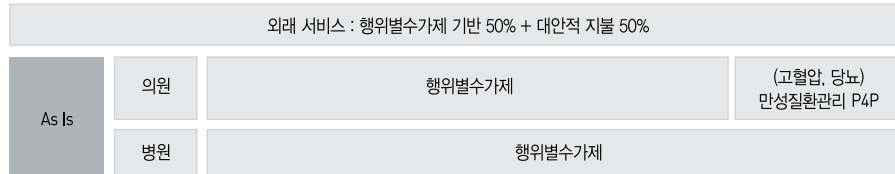
22) 강희정(2014). 환자중심 의료연계체계 구축. 의료정책포럼, 12(3), pp.31-37.

23) AMA Center for healthcare quality & payment reform, Physician-Focused Alternative Payment Models, <http://www.chqpr.org/>에서 2015.12.1. 인출.

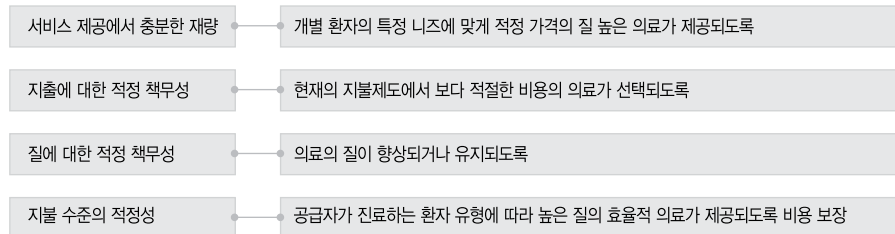
24) 정현진, 이희영 외(2013). 일차의료 강화를 위한 지불제도 개편방안. 대한의사협회지, 56(10), pp.881-890.

그림 4. 공급자 지불방식의 개편 방향과 구성 요소

〈공급자 지불방식 개편 방향〉



〈공급자 지불방식 개편의 구성 요소(Building Blocks)²³⁾〉



자단위로 건강관리와 질병관리 책임을 확대하고 이를 보상하는 방식으로 동일한 환자에 대해 복수의 공급자가 의료를 계획하고 실천하는 네트워크 구성과 관련된다. 최근 의료전달체계 개편과 관련하여 한국형 ACO 도입 등에 대한 논의가 확대되고 있다²⁵⁾. 이러한 방식은 협력 네트워크 구축과 유지를 위한 의료계 역량, 정보 공유를 가능하게 하는 국가적 인프라, 이러한 변화 요인들을 촉진시키는 지불방식이 결합해서 효과를 발휘할 수 있다. 당장은 성과연동지불방식을 통해 필요한 요건들을 구축하고 단계적으로 공급자의 책무성을 확대하는 지불방식으로 확대하는 것이 필요하다.

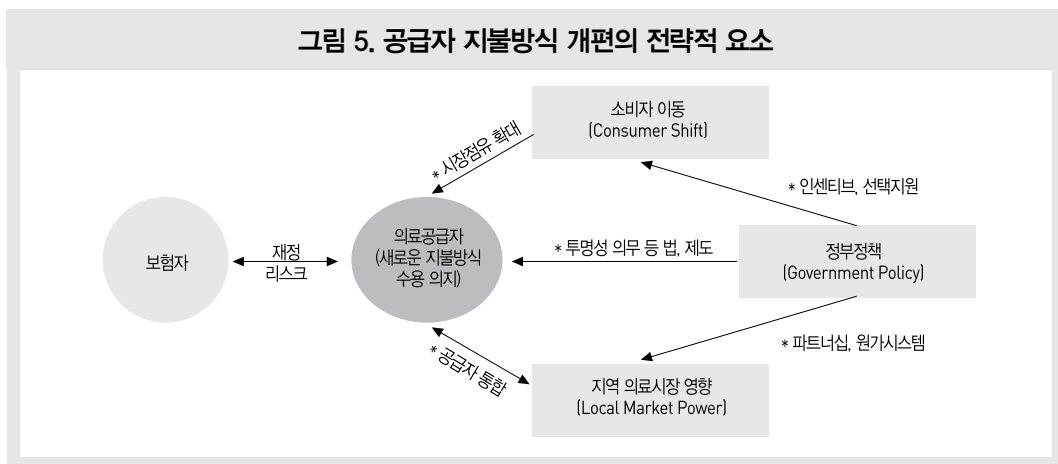
공급자 지불방식의 개편은 핵심 구성 요소를 고려하여 추진해야 한다. 첫째, 의료 공급자의 책무성 확대는 서비스 제공에서 공급자 재량권을 인정해야 한다. 둘째, 공급자에게 의료 질의 향상 뿐 아니라 지출의 효율성에 대한 책임을 동시에 부과해야 한다. 셋째, 이러한 책무성 강화는 적절한 지불

수준을 기초로 해야 한다.

2) 공급자 지불방식 개편 추진을 위한 전략적 접근 틀

지불제도 개편을 추진함에 있어서 새로운 지불 방식에 대한 공급자의 수용 의지를 높이는 요소들을 고려해야 한다(그림 5)²⁶⁾. 첫 번째 요소는 소비자 이동(consumer shift)이다. 소비자가 고가치 의료를 제공하는 공급자를 이용할 때 인센티브를 제공한다고 해도 실제, 소비자 이동이 얼마나 많은가에 대한 문제이다. 공급자는 시장점유율 확대에 대한 기대가 커질수록 새로운 지불방식을 수용하려는 의지를 갖게된다. 두 번째 요소는 정부 정책(Government Policy)이다. 이것은 잠재적으로 지불 개혁의 성과를 방해하거나 확대시킬 수 있다. 예를 들면, 법이나 제도를 통해 소비자가 고가치 의료를 제공하는 공급자를 찾도록 지원하는 제도

그림 5. 공급자 지불방식 개편의 전략적 요소



25) 신영석, 윤장호(2014). 한국형 통합의료체계 모형 탐색. 보건행정학회지, 24(4), pp.304-311.

26) Delbanco S, The Payment Reform Landscape: overview, HealthAffairsBlog, Feb 6, 2014.의 주요 내용을 정리함.

를 구축한다면 소비자 이동에도 영향을 미칠 것이다. 정부정책은 세 번째 고려요소인 지역 시장 영향력(local market forces)에도 영향을 미칠 수 있다. 해당 지역별로 의료시장에서 공급자 결속력과 통합수준이 높다면 공급자는 보험자 또는 정부와 협상에 있어서 상대적으로 유리한 협상 결과를 얻을 수 있다. 결과적으로 성공적인 지불개혁은 공급자의 수용도를 높이는 방향으로 세 가지 요소들의 영향을 변화시키는 전략적 준비와 단계적 추진을 필요로 한다. 아울러, 지불방식은 보험자와 의료공급자간의 재정 리스크(financial risk)를 분담하는 수준에 따라 결정되므로 파트너십에 기초한 협력적 접근이 중요하다.

6. 나가며

행위별수가제 중심의 공급자 지불 구조는 질이 높고 효율적인 의료를 보상하기보다 과잉 의료를 제공하는 의사에게 인센티브로 작동한다. 이러한

구조로는 좋은 건강결과를 기대하기 어렵고 의료시스템이 지속가능하지 않다. 공급자 지불을 위한 핵심 원칙이 의료의 질과 효율성이 모두 높은 공급자에게 더 많은 보상을 하는 방식으로 변화해야 한다. 지불개혁은 이러한 원칙을 기반으로 의료전달체계 개편과 연동하여 지속적으로 변화하는 과정에서 달성될 수 있다.

이 글은 지불방식에 초점을 맞추고 있지만, 지불제도가 크게 지불방식과 지불수준으로 구분된다고 할 때, 공급자에 대한 새로운 지불방식의 수용성과 세부 전략의 효과성은 지불수준의 합리성을 통해 지속적인 발전을 담보할 수 있을 것이다. 따라서 공급자 지불방식의 개편은 전체 의료기관을 대표할 수 있는 패널병원을 구축하여 원가분석 결과에 대한 신뢰도 논란을 예방하고 합리적이고 투명한 가격 결정의 기반을 갖추면서 현행 행위별수가제에서 의료의 질에 대한 보상과 포괄적 지불제도를 단계적으로 확대하는 전인적이고 중장기적인 전략 수립을 기초로 추진되어야 한다. 