

미국의 의료 개혁과 CMS Innovation Center



이근우 주임연구원
연구조정실 약제정책연구팀

1. 들어가며

한 국가의 보건의료체계의 성과를 비용과 질만으로 평가할 수는 없지만, 미국은 90년대 후반부터 OECD 회원국 중 가장 많은 의료비용을 지출¹⁾하면서도 의료의 질은 가장 낮은 것으로 평가²⁾되고 있다. 또한 전 국민을 대상으로 하는 건강보험제도가 없는 몇 안 되는 국가 중 하나다.³⁾ 그간 여러 차례 개혁을 시도된 바 있으나 뚜렷한 성과는 없었다(강희정, 2014; 김계현 등, 2014; Anderson 등, 2000).

이와 같은 문제들의 원인으로 첨단 의료기술의 확산과 높은 진료비, 제공되는 의료서비스의 양(volume)에 따라 보상하는 의료체계, 건강관리조직(Health Maintenance Organization)의 의료서비스 이용 제한, 민간보험(private health insurance)의 지나친 의존 등을 꼽을 수 있을 것이다(Bodenheimer, T.S. 등, 2016; 신영석, 2016; Anderson 등, 2000).

위와 같이 미국은 고비용 저효율의 구조가 장기간 지속되면서 의료비용과 질 문제가 고질적인 난제로 부각됨에 따라 2010년 일명 ‘오바마케어’라고 불리는 환자보호 및 적정의료법(Affordable

1) OECD 회원국 중 GDP 대비 1인당 경상의료비 비율이 가장 높고, 국민 1인당 경상의료비 지출이 가장 많은 것으로 보고되고 있다(OECD, 2016).

2) Commonwealth Fund 보고서에 따르면 미국은 2006년에 박테리아 감염, 뇌졸중, 당뇨, 간단한 수술 시 발생하는 부작용 등 예방 또는 치료 가능한 질환으로 인한 75세 이전 사망률이 10만명당 96명으로 16개 선진국 중 최하위를 기록하였다(신영석, 2014).

3) 2009년 오바마 행정부가 들어서기 전까지 약 5천만 명의 사람들은 무보험자였다(Bodenheimer, T.S. 등, 2016; Norton, E., 2014).

Care Act, 이하 'ACA')이 도입되었다. ACA는 접근성 향상(accessibility), 비용 절감(affordability), 질 향상 등의 의료개혁, 특히 혁신적인 지불제도와 의료전달 모형을 시행할 수 있는 발판을 마련하는 계기가 되었다(Obama B., 2016; Jay Merchant, 2014). 이와 더불어, 의회에서는 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service) 내 새로운 센터의 설립을 승인함에 따라 보건의료시스템의 변화를 가져왔다. ACA에 의해 창설된 CMS 혁신센터(Center for Medicare and Medicaid Innovation, 이하 CMMI)는 2011년부터 2019년까지 100억 달러의 예산이 배정되고 미국보건복지부(Department of Health and Human Services, 이하 HHS) 감독 하에 보건의료의 중대한 변화를 촉진시키는 역할을 하고 있다(Bishop, T.F. 등, 2016; Rajkumar, R. 등, 2015; Trayno, K., 2011; Barr, M.S. 등, 2010). 따라서 본고에서는 CMMI 설립 배경 및 목적, 기능과 역할, 주요모델의 특징과 성과, 우리나라 보건의료체계에 적용 가능한 모델들을 살펴보고 이를 통해 우리나라 보건의료분야에서의 정책적 시사점에 대해 제안하고자 한다.

2. CMMI 설립 배경 및 목적

미국은 오래전부터 의료비용 절감을 위해 무단한 노력을 해왔다. 보건의료재정청(Health Care Financing Administration, 이하 HCFA)에서는 의료비용 절감을 위한 연구와 시범사업을 수행하였다. 1970년대 후반부터 1990년대에 이르기까지 입원환자 대상 지불방법인 포괄수가제(Diagnosis-Related Group, DRG), 노인전문요양시설의 사전지불시스템(prospective payment for skilled-nursing facilities)의 모델을 개발하고 시범사업을 수행하였다. 그 결과, 10년 동안 640억 달러의 비용절감 효과를 가져왔다(Jain, S. H. 등, 2014). 2001년 HCFA는 CMS로 이름이 바뀌었고 연구 관련 분야는 지속적으로 수행했다.

다만, CMS의 연구기능은 다양한 시사점을 도출하고 방향성을 제시했지만 두 가지 문제가 있었다. 첫째, 의회로부터 지속적으로 재원을 마련하는 것이 어려웠다. 2001년에서 2009년 사이에 연구 및 시범사업에 할당된 자금은 1억 4천만 달러에서 2천 5백만 달러로 지속적으로 감소하여 CMS 운영이 제한적이었다. 둘째, 시범사업을 통해 얻은 결과를 이행하기 위해서는 의회의 승인이 필요했고, Medicare 프로그램에 대한 정책 및 프로그램을 변화하고 시행하는데 있어 상당한 지연을 일으켰다. 성공적인 시범사업을 새로운 지불제도 또는 전달체계 모델로 전환하는 경로가 없었던 것이다(Jain, S. H. 등, 2014). 이러한 문제들과 비용과 질 문제, ACA 도입 등으로 인해 의회는 CMS 내 새로운 센터인 CMMI 설립을 승인하였다.

CMMI는 공적 의료보장(Medicare, Medicaid, CHIP)⁴⁾ 대상자들에게 혁신적인 지불제도와 의료 제공 모형 개발을 통하여 의료비용 절감과 질 향상을 추진하고자 한다(CMS, 2017).

4) 공적 의료보장제도로 65세 이상 노인인구를 위한 Medicare, 저소득층 및 장애인을 위한 Medicaid, 차상위 계층 가구의 아동을 지원하는 주정부 아동건강보험프로그램(Children's Health Insurance Program, CHIP)

3. CMMI의 기능 및 역할

CMMI는 Medicare 및 Medicaid 프로그램의 시범사업을 통해 치료 개선 및 비용 절감을 실행하고 보다 환자중심에서 의료를 제공하고자 지불시스템을 조정하고 수행한다. 특히 CMMI가 하는 개혁프로그램과 사업들을 보면, 국민 건강 가치(value-based)에 기반을 둔 원칙을 고수하고 있고 이에 대한 인센티브로서 시장에 있는 공급자들을 리드하고 감시한다.

또한 혁신모델의 평가와 공급자가 제안한 접근방법을 개발하고 임상과의 환자의 피드백에 따라 신속하게 모델을 조정하는 기능은 매우 특별하다.

가. 새로운 지불제도 및 의료전달 모델 시범사업

새로운 지불제도 및 의료전달 모델 시범사업은 사회 보장법(Social Security Act) 제1115A 항의 규정에 따라 개발된다. 모델 개발 과정에서 CMMI는 관련 연방 기관의 대표뿐만 아니라 이해 관계자들과 임상 및 분석 전문가와 상의하고 자문을 받는다.

개발된 혁신 모델의 시범사업은 개방적이고 경쟁적인 프로세스를 통해 참여 조직(기관)을 모집하고 선정한다. 선별 과정은 공정하고 투명한 규약에 따르도록 하고 최고의 자질을 갖춘 파트너가 선별될 수 있도록 다양한 이해관계자들의 의견을 반영한다.

CMS는 CMMI를 통해 모델들에 대한 새로운 아이디어를 주기적으로 검토하고, 모델의 시범 사업을 시작함에 있어 다양한 요소들을 고려한다. 고려요소는 총 19가지이며, 규모(수급자 수, 의사 수, 비용 등), 성공가능성(위험/장애요인), 경제적 효과, 실행 가능성(참가자, 자원 등), 법적인 문제 등이 있다.

CMS는 또한 ACA와 이전에 제정된 법령에 따라 CMS가 구현할 여러 특정 모델을 수행하도록 위임을 받았다. 모델 중 일부는 지불제도 및 의료전달체계에 대한 유형이고 일부는 시범사업을 통해 나온 성과들이 Medicare, Medicaid 및 CHIP의 효과성을 모니터링 하는 것에 도움이 되는지 여부를 확인하는 유형이다. 다만, 일부에서는 CMS에 너무 많은 프로그램들을 수행하게 하여 프로그램의 설계 및 관리, 평가가 부실해 질 수도 있을 것이라는 우려의 목소리도 있다 (Bishop .T. F. 등, 2016).

나. 결과 평가 및 우수사례 확산

CMMI는 새로운 지불제도 및 의료전달체계 모델의 시범사업에 대한 평가를 수행한다. 각각의 평가 측정은 제공하는 의료 질에 대한 분석과 비용변화가 포함되어 있도록 법령에서 규정하고 있다. 모델들의 성과에 대한 신중하고 엄격한 평가와 더불어 CMMI는 각 모델에 참가했던

공급자들이 지속적인 질 향상을 할 수 있도록 수시로 피드백을 수행한다.

또한 공급자들이 업무수행에 있어 이행 가능한 피드백이 반영될 수 있도록 필요한 자료들을 전달하고 지속가능한 성과 향상이 이루어지도록 유도한다. 평가결과에 따라 비용 절감 및 질 향상에 대한 우수사례들은 참가한 공급자들 간의 학습공동체를 통해 공유하여 보다 신속하고 광범위한 확산이 이루어질 수 있도록 노력한다.

다. 다양한 이해관계자들의 참여 유도

CMMI는 미국 전역의 다양한 이해 관계자로부터 의견을 적극적으로 수렴한다. 설립 이래로 수천 명의 혁신(전문)가들이 참가하는 지역미팅과 공청회를 열고 또한 수백 개의 보건의료 개선을 위한 아이디어들이 'Share your ideas section(웹페이지 내 게시⁵⁾)'를 통해 공유될 수 있도록 하고 있다. 또한, 온라인 회의, 공개 컨퍼런스 등 다양한 방법들을 통해 의사소통을 원활하게 하고 각각의 모델을 설계하는데 있어 전문가들과 이해관계자들의 의견을 구한다.

4. CMMI 모델의 특징과 성과

가. CMMI의 모델

혁신모델의 시행은 미보건부(HHS) 장관이 사업 모델의 범위 및 기간 등을 정할 법적 권한을 가지고 있다. 시범사업모델로 선정되기 위해서는 의료의 질은 유지하면서 비용을 절감하거나 비용 증가 없이 질 향상을 시켜야하고 의료보장의 수급 범위를 축소시켜도 안된다. 시행은 CMS의 평가와 CMS의 재정관리책임자(Chief Actuary)의 승인에 의해 여부가 결정된다. 일반적으로 모델들은 3~5년 간 운영되며 평가 결과는 매년 공개 된다(Rajkumar, R. 등, 2015).

CMMI가 개발한 모델들은 공급자들과 함께 파일럿 테스트를 진행하고 지원금을 지불한다. 파일럿 테스트가 시작되면 진행 상황을 모니터링 하고 성공의 가능성을 일찍이 판가름한다. 만약 여러 지역에서 수행한 모델 중 몇 개의 프로그램이 성공적이라면 다른 지역에도 프로그램 확산을 위해 노력할 것이며, 반대로 목표를 달성하지 못하는 프로그램은 종료시킨다(Traynor, K., 2011).

현재까지 CMMI의 모델은 7가지 범주(Accountalble Care, Episode-based payment Initiatives, Primary Care Transformation 등)로 구성되며, 그 안에 각각의 세부 모델(총 79개)들이 있고 CMS의 웹페이지를 통해 각 모델들에 대한 자세한 설명과 자료를 제공하고 있다.

5) <https://www.cms.gov>

표 1. CMMI 모델

구분	내용
Accountable Care	<ul style="list-style-type: none"> • 특정 인구집단을 대상으로 통합적인 의료서비스를 전달하는 공급자들이 의료의 질과 경제적 성과를 공동으로 책임지는 의료공급자 네트워크 - 공급자에게 적절한 보상 기전을 통해 대상 환자군에 대한 의료보장성을 확대하고 인프라에 투자하도록 유도함 • ACO Investment Model, Comprehensive ESRD Care Model 등 10개 사업
Episode-based Payment Initiatives	<ul style="list-style-type: none"> • 공급자들은 에피소드 기반(예: 입원 또는 화학요법 투여 등)으로 일정기간 동안 연장선상 내에서 비용과 질을 책임지고 의료에 대해 조정하는 총액형태의 지불시스템 • BPCI(Bundled payments for Care Improvement) 모델, Oncology Care Model 등 13개 사업
Primary Care Transformation	<ul style="list-style-type: none"> • 일차의료는 환자 요구의 접점이자, 접근성 강화, 건강증진, 비용 절감을 위해 중요함 예방을 중요시하며 환자와 제공자 간 의사 결정을 공유하고 팀 기반 접근 방식을 사용함 - 일차의료, 임상진료와 지역기반 서비스의 연계강화 등을 통해 관리대상군지불제도 (Population-based payment)로 전환 추진 • Advanced Primary Care Initiatives, Medicare Coordinated Care Demonstration 등 10개 사업
Initiatives Focused on the Medicaid and CHIP Population	<ul style="list-style-type: none"> • 주정부에서 CHIP를 관리하지만 연방정부와 주정부가 공동으로 기금을 지원하고, 프로그램은 참여 중인 각 주에서 관리하고 계획함. 공급자뿐만 아니라 수급자에게 직접적인 인센티브 부여 추진 • Medicaid Emergency Psychiatric Demonstration, Medicare Incentives for the Prevention of Chronic Disease Model 등 5개 사업
Initiatives Focused on the Medicare-Medicaid Enrollees	<ul style="list-style-type: none"> • Medicare-Medicaid 프로그램은 분명한 목적을 가지고 설계됨. 모든 요구 사항을 충족시킬 수 있도록 완전히 통합된 환자중심의 치료 시스템을 통해 저비용, 고품질로 보다 효율적인 방식으로 이 집단에 대해 지원함 • Medicare-Medicaid ACO Model 등 4개 사업
Initiatives to Accelerate the Development and Testing of New Payment and Service Delivery Models	<ul style="list-style-type: none"> • 보건의료체계를 개선하기 위한 혁신모델은 전 지역에서 다양한 이해관계자들의 협력이 필요함 CMS는 시범사업의 시행과 새로운 모델 개발의 가속화를 위해 노력함 • Accountable Health Communities Model 등 24개 사업
Initiatives to Speed the Adoption of Best Practice	<ul style="list-style-type: none"> • 우수사례(Best Practice)를 실제로 임상에 적용하기까지 평균 17년 정도의 시간이 소요됨 CMMI는 BP의 빠른 확산과 적용을 위해 넓은 범위의 공급자와 전문가 등과 협력함 • Community-based Care Transitions Program 등 13개 사업

대다수의 개발된 모델들은 국민 건강가치에 기반을 둔 원칙을 고수하고, 저비용으로 고품질·고효율을 추구하고자 하며, 일차의료전달체계 확립을 통한 수혜자의 건강증진과 비용을 관리하고자 한다. 또한 개발된 모델이 보다 빠르게 시범사업을 할 수 있도록 계획하고, 공급자 및 기타 이해관계자 등과 성공적 모델의 경우 도입을 가속화 할 수 있도록 계획하고 협력한다. 이를 위해 지역사회 기반, 공급자들과의 협력, 환자중심에서의 지불시스템과 전달체계를 구축하고자 한다.

 중앙
 의료
 정책

나. CMMI의 성과와 향후 계획

모든 CMMI의 프로그램이 최적의 설계, 최대의 효율로 작동하거나 성공하는 것은 아니지만 실패로 인해 많은 부분을 배울 수 있다. ACO, Bundled-payment, CPC 등의 프로그램들은 지속적으로 CMS의 재정을 절감하고, 진료의 질과 환자의 경험을 향상시킬 수 있기 때문에 이러한 프로그램 중 하나라도 성공한다면 그 영향은 상당 할 것이다. CMMI에 할당 된 연간 10억 달러의 예산은 미국이 보건의료분야로 지출하는 3조 달러 중 극히 일부분이다(Traynor, K., 2011). 신성장사업모델 개발 및 의료보장 개혁을 추진하기 위해 CMMI에 투자하는 것은 현명하다고 생각된다.

CMMI는 그 간 다양한 모델을 개발하고 시범사업을 수행하였고, 평가 결과 대다수 긍정적인 효과가 있는 것으로 확인됐다. 예를 들어 Medicare ACO는 2014년 11월 기준, 8억 7,700만 달러를 절감했으며, 이 중 4억 6,000달러는 비용절감공유프로그램을 통해 일부 책임의료조직에게 성과금으로 지급되었다. 다만 비용절감 측면에서 성과는 조직 간 차이를 보였다. 질 평가에서는 전반적으로 꾸준한 성장을 보였고, 무엇보다 환자의 재입원율을 낮추는데 가장 높은 성과를 나타냈다(신영석, 2016).

위와 같은 뚜렷한 성과와 함께 CMMI는 향후 세 가지 분야에 중점을 둘 것이다. 첫째, 새로운 지불제도와 의료전달체계의 부족한 부분을 더 채워 갈 것이다. 둘째, 지불자와 다른 이해관계자들과 대안적 지불모델의 적용, 의료개혁을 위해 계속하여 협력할 것이다. 셋째, 성공적인 모델은 확대를 시작할 것이고, 실패한 모델과 사업에 대한 이유와 이에 대한 지식을 구축해 나갈 것이다(Rajkumar, R. 등, 2015).

5. 우리나라 보건의료체계에 적용 가능한 모델

가. 우리나라 보건의료체계 문제점과 ACO Model⁶⁾

우리나라의 보건의료체계는 낮은 의료비 대비 우수한 건강수준을 달성하여 비용의 적정성이 높다고 평가받고 있다. 특히, 전 국민 건강보험 등 다양한 보건의료정책에 따라 공급량 증가, 지속적인 보장성 확대는 의료접근성 향상 및 가계 부담을 완화 했다고 생각된다.

다만 저출산·고령화에 따른 인구구조의 변화(만성질환자 수와 의료비 지출 증가), 질병의 사후적 치료에 초점 집중(예방서비스에 대한 공급자의 참여와 이를 모니터링 하는 기전 부재) 되어 있어 보건의료체계 패러다임의 변화가 필요하다(신영석, 2014; 신영석, 2012).

6) CMS 웹사이트 내용을 기반으로 작성함.

특히 현행 지불제도인 행위별수가제(fee for service)는 양(volume)에 따라 보상하는 방식으로 공급자 유인수요를 유발할 가능성이 높다. 이로 인해 자원배분의 비효율성 등으로 인한 의료비 증가 및 보험재정의 위협요소가 될 것이다. 서비스의 양이 아닌 비용대비 결과의 가치로 지불함으로써 의료의 질과 효율성을 동시에 향상 시킬 수 있는 지불·전달체계의 마련이 필요하다.

미국은 이를 해결하기 위해 CMMI내에서 새로운 지불모형과 전달체계를 개발하고 시범사업 수행, 평가 등을 하고 있다. 특히 CMMI의 가장 대표적인 모델인 ACO는 행위별수가제의 대안이었던 관리의료(managed care) - 건강관리조직(Health Maintenance Organization, HMO)의 실패와 더불어 ACA의 재정에 의해 미국의 의료 전달·지불체계의 주 모형이 되었다.

ACO는 특정 인구집단을 대상으로 통합의료를 전달하는 공급자들이 의료의 질과 경제적 성과를 공동으로 책임지는 의료공급자 네트워크이다. 책임의료는 양이 아닌 가치에 기반한 제도로서, 공급자 간 진료 조정과 효율적인 의료행위가 가능하도록 하는 경제적 유인을 제공하며, 예방·만성질환관리·일차의료에 무게를 실어주는 지불·전달 제도이다. 의료공급자들은 일정한 인구집단을 대상으로 통합·조정된 진료를 제공하게 되며, 의료의 양이 아닌 질과 효율에 따라 보상⁷⁾을 받게 된다. 이를 통해 인구집단 전반의 건강수준의 향상과 예방적 의료서비스를 제공하고 공급자의 참여와 책임을 높일 수 있다.

나. 만성질환 및 다빈도 질환 대응 모델

1) Comprehensive ESRD Care Model

미국의 경우, 60 만 명 이상이 말기신부전증 환자이다. 이 질환의 경우 투석치료와 합병증 등으로 인해 입원의 빈도가 잦아지고 재입원율을 증가시킬 뿐만 아니라 일반 Medicare 집단에 비해 높은 사망률을 나타낸다. 의료비 또한 2014년 기준, 약 328억 달러 이상(Medicare 전체 수급자 대비 1%미만을 차지하지만, 총 지출 의료비는 7.2%를 차지)을 지출하였다. 또한 질환 자체가 일반적인 질환에 비해 치료의 과정이 복잡하고, 여러 공급자들에게 다양한 치료를 받아야 한다. 이러한 배경으로 ‘Comprehensive ESRD Care Model’이 개발되었고 수급자들을 대상으로 진료의 과정을 조정하고, 보다 환자 중심, 진료 결과의 향상, 비용절감 등을 추구하고자 한다. 보다 효과적인 의료서비스 제공을 위해 서비스 제공자와 협업하고 의료공급자는 투석기관과 신장내과 또는 다른 진료과 간에 진료 조정을 위해 ESCOs(ESRD Seamless Care Organizations)를 구성하여 협업한다. 이 모델은 투석치료 제공자가 기존의 역할을 넘어서 환자 중심으로 서비스를 제공하며 수급자의 의료 필요도에 따라 지원하는 모델이다.

7) CMS 33개의 질 평가지표를 개발해 이를 기준으로 평가하고 그 결과에 따라 의료비지불보상액을 결정

2) Comprehensive Care for Joint Replacement Model

오랜 시간 미국에서 고관절 및 무릎 관절 치환술은 Medicare 수급자에 대한 가장 일반적인 입원환자의 수술이었고 긴 회복과 재활기간을 필요로 했기 때문에 보다 나은 서비스를 제공하고 더 효율적인 관리를 지원이 필요했다. 2014년 이 질환으로 입원한 환자를 위해 70억 달러가 사용되었으며 40만 건의 수술이 있었다. 이러한 다빈도 수술에도 불구하고, 고관절과 무릎 관절 치환 수술을 위한 질과 양은 의료공급자에 따라 다양하다. 또한 이 질환으로 인한 수술, 입원 및 회복을 위해 평균 16,500달러에서 33,000달러를 지출하였다. 이에 2015년 7월 CJR 모델이 발표되었고 수정기한을 거쳐 2016년 4월 1일부터 시작하였다. Medicare 수급자에게 보다 효율적이고 더 나은 의료서비스를 제공하는 의료시스템을 만들고, 더 현명하게 지출하고 보다 건강한 미국시민을 만드는데 기여하고자 한다.

CMMI가 수행하는 세부모델들을 살펴보면, 상위 수준에서의 지불제도 및 의료전달체계 모델을 개발하고 수행하기도 하지만, 하위 수준에서 보다 국민들에게 필요한 모델을 개발하고 수행하기도 한다. 미국 내 다빈도질환에 대해 환자중심에서 보다 효율적이고 더 나은 의료서비스를 제공하는 의료시스템을 만들고자 하며 합리적 지출, 국민의 건강증진에 기여하고자 한다.

또한 CMMI는 의료비용의 절감 목적도 있지만 보다 환자 중심에서 공급자와 협업하여 의료서비스를 제공하고자 하며, 또한 그 나라의 실정에 맞는 그리고 제도적 장치가 필요한 부분에 대해 모델을 개발하고 수행한다.

우리나라도 보건의료분야에서 다양한 정책들을 개발하고 수행하고 있다. 다만, 좀 더 하위 수준에서 가장 일반적이고 다빈도이며, 긴 회복기간과 재활기간을 필요로 하는 질환에 대해 국가차원에서의 관리가 필요하다고 생각된다.

6. 나가며

미국의 의료개혁과 CMMI의 기능이 우리나라에 주는 시사점을 찾기란 쉽지 않지만, 현재 겪고 있는 보건의료체계 문제점은 크게 다르지 않다고 판단된다. 우리나라는 1989년 전 국민의료보험의 달성으로 급여의 넓이(보장받는 대상인구)는 완성이 되었지만, 미국과 마찬가지로 지속적으로 늘어나는 의료비 지출, 의료의 질 문제, 의료전달체계 문제 등으로 인해 건강보험제도의 지속가능성에 대해 문제가 제기되고 있다. 그러므로 선진국인 미국이 어떠한 과정을 통해 의료개혁을 진행하고 있는지를 알아보고 주요 내용과 쟁점 등을 살펴보는 것은 매우 중요하다고 생각된다.

미국의 경우 보건의료체계 내에서의 문제를 인식하고 법의 제정과 함께 CMS 내 CMMI를 설립하여 변화를 가져왔다. 특히 CMMI에 모델 개발과 수행에 대한 예산과 권한을 부여하였다. 이러한 시스템의 변화로 개발되고 수행되었던 일부 모델들은 정책 반영에 상당한 영향을 줬다. 하지만 우리나라는 아직까지 권한을 자기고 의료개혁을 이끌어나가는 단일 조직이 부재하다. 학계와 많은 연구기관 등에서 CMMI와 같이 유사한 기능을 수행하고 있지만 한계가 있다고 생각된다.

또한, CMMI는 공청회와 웹페이지 등 다양한 방법을 통해 이해 관계자들로부터 의견을 적극적으로 수렴하고 공유한다. 우리나라도 다양한 기관과 조직, 학계, 기타 전문가 등이 지속적으로 공청회와 연구 등을 통해 목소리를 내고는 있지만, 정책에 직접적으로 반영되기에는 한계가 있다고 생각된다.

마지막으로 CMMI는 수행한 모델들의 성과와 상관없이 웹페이지를 통해 체계적으로 정리하고 공유하고 있다. 또한 정보를 제공하는 측면에서 다른 기관들과 차이가 있다. CMS는 설립 이후 개발된 모델과 시범사업들의 일반적 소개뿐만 아니라 시행 중인 주(states), 법적근거, 검토한 사업과 진행 중 실패한 사업, 성공한 사업 모두를 체계적으로 정리하여 공개하고 있기 때문이다. 우리나라도 제도의 성과에 관계없이 보건의료관련 제도나 정책들의 사후관리와 체계적 정리 및 공유가 필요한 시점이라 생각된다. 이를 통해 실패한 사업에서는 교훈을 얻고, 성공적인 모델에 대해서는 보다 빠른 확산을 위해 노력해야 할 것이다.

오늘날 저비용, 고효율의 의료서비스를 제공해야 하는 것은 대다수의 나라가 직면하고 있는 문제이다. 비록 미국은 지난 수십 년 간 가장 많은 의료비를 지출하고 의료의 질은 가장 낮다고 평가받고 있지만, 보건의료 시스템의 문제점이 있다는 것을 인정하고, 더욱 발전할 수 있도록 국가 차원에서의 행동은 용기 있다고 판단된다(Norton, E., 2014). 또한 모델을 개발하고 설계하는데 있어 보장성 확대(coverage expansion), 비용과 질적인 측면, 건강 개선 등 다양한 요소들을 고려하지만 특히 사회적 요구에 민감하게 반응하고 대응하고 있는 것 같다.

따라서 우리나라도 미국과 같이 독립적이고 제3자의 입장에서 국민들을 위한 보건의료제도 및 정책을 개발하고 수행할 수 있는 CMMI의 기능을 가진 국가차원에서의 조직 설립이 필요하다고 생각된다. 조직 설립을 통해 보건의료분야에 있어 신성장사업모델을 개발하고 지속가능한 건강보험제도를 위해 장기적 계획을 수립하고 추진할 수 있어야 할 것이다.

다만, 단기에 미국과 같은 대규모의 강력한 혁신센터의 설립을 어려울 것이다. CMMI와 같은 조직을 설립하기 위해서는 다양한 전문가들의 의견 수렴이 필요하고 이해관계자들의 참여 유도, 구체적인 사업 확산방안, 법적·재정적 측면 등 다양한 부분을 고려하여 충분한 검토과정이 필요할 것이다. ✕

참고문헌

- 강희정(2014). 미국 의료의 질 보고서와 시사점. 보건복지포럼, 207:121-131.
- 김계현, 김한나, 이정찬(2015). 미국의 건강보험개혁 동향과 시사점. 대한의사협회 의료정책연구소 연구보고서:1-126.
- 신영석 등(2012). 보건의료체계의 뉴패러다임 구축 연구, 한국보건사회연구원 연구보고서:1-249.
- 신영석, 윤장호(2014). 한국형 통합의료체계 모형 탐색, 보건행정학회지, 24(4):304~311.
- 신영석(2016). 오바마케어: 책임의료. 글로벌 사회정책 브리프, Vol.10
- Merchant. J(2014). 미국 CMS와 심평원의 협력방안. 건강보험심사평가원. HIRA 정책동향 8(3):5~8.
- Norton. E(2014). 미국 의료개혁의 경험과 시사점. 건강보험심사평가원. HIRA 정책동향 8(3):9~16.
- Anderson, Gerard F., Jeremy Hurst, Peter Sotir Hussey, and Melissa Jee-Hughes(2000). Health spending and outcomes: Trends in OECD countries, 1960~1998. Health Affairs 19(3), :150~157.
- BARR, Michael S., et al(2010). Lessons for the new CMS innovation center from the Medicare health support program. Health Affairs, 29(7):1305-1309.
- BISHOP, Tara F., CASALINO, Lawrence P.(2015). Symbol of health system transformation? Assessing the CMS Innovation Center. The New England journal of medicine, 372(21):984.
- Boderheimer, T.S., & Grumbach, K.(2016). Understanding Health Policy: A Clinical Approach 7th Edition. New York, NY: McGraw-Hill Companies, Inc.
- JAIN, Sachin H., et al(2014). The CMS Innovation Center: delivering on the promise of payment and delivery reform. Journal of general internal medicine, 29.9: 1221.
- Obama, Barack.(2016). United States Health Care Reform: Progress to Date and Next Steps. JAMA, 316(5):25~532.
- RAJKUMAR, Rahul; PRESS, Matthew J.; CONWAY, Patrick H(2015). The CMS Innovation Center -A five-year self-assessment.
- TRAYNOR, Kate(2011). CMS Innovation Center starts gearing up. 1674.
- <https://www.cms.gov>
- <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>