

외래약제 가감지급사업 모형 개선 연구

- 급성상기도감염 항생제 처방의 경우

Study on the financial incentive program for outpatient prescriptions
- The case of antibiotic prescriptions for upper respiratory infections



김지애 부연구위원
건강보험심사평가원 의료이용체계연구부

- Key Points**
- ☑ 항생제 처방 감소세 정제로 인해 항생제 적정 처방 관리를 위한 가감지급사업의 실효성 강화 필요성이 제기
 - ☑ 가감지급사업 모형 설계에 있어서 평가대상, 인센티브 규모 및 평가방법은 가감지급사업의 성공 여부에 중요한 요소
 - ☑ 사전 제시, 상대평가 지양, 인센티브 수량과 관련된 불확실성을 줄이고 충분한 규모의 인센티브 제공을 통해 처방행태 변화를 위한 동기부여 등은 가감지급사업 모형 설계의 성공을 위한 핵심적 요소
- Key Words** 항생제 처방률, 외래 약제급여적정성평가 가감지급사업, 가감지급사업 모형 설계
prescription rate of antibiotics, financial incentive program for outpatient prescriptions, designs of a financial incentive program

1. 들어가며

한국의 항생제 사용량은 다른 선진국에 비하여 높은 수준으로 항생제 내성에 취약할 수 있다는 위기감이 고조되고 있다. 2017년도 기준 한국의 항생제 사용량은 26.5DDD¹⁾로 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 OECD) 회원국 평균인 18.3DDD 보다 1.4배에 달하고 있다. 정부는 2016년 8월 「국가 항생제 내성 관리 대책」을 수립하고 항생제 사용과 관련된 감소 목표치를 구체적으로 제시하였다. 2015년도 대비 2020년까지 급성상기도감염 항생제 처방률은 50%, 호흡기계질환 항생제 처방률은 20% 감소를 목표로 제시하고 의료기관 항생제 적정성 평가 강화를 요구하였다.

1) Defined Daily Dose

항생제 적정 처방을 위한 관리 제도는 2002년 외래 약제급여적정성평가를 시작으로 꾸준히 도입되어 왔다. 2002년 외래 약제급여적정성평가가 도입되어 항생제 처방 감소의 계기를 마련하였고, 2006년 항생제 처방 평가 결과의 대국민 공개는 급성상기도감염 항생제 처방률의 큰 하락을 가져왔다. 평가 결과 공개 전 급성상기도감염의 항생제 처방률은 60% 후반이었으나, 공개 후에는 50%대로 하락하였다.

그러나 이러한 꾸준한 감소에도 불구하고 2012년도를 기점으로 항생제 처방률 감소의 둔화 현상이 나타났다. 이에 항생제 처방 행태가 좋은 기관에게는 인센티브를, 그렇지 못한 기관에게는 디스인센티브(페널티)가 주어지는 외래 약제급여적정성평가 가감지급사업(이하 가감지급사업)을 2014년도에 도입하여 항생제 적정 처방을 촉진하였다. 의원의 급성상기도감염의 항생제 처방률을 대상으로 한 가감지급사업 시행에도 불구하고, 항생제 처방률의 뚜렷한 하락세가 없어 가감지급사업의 실효성 강화 필요성이 제기되었다. 아울러 병원의 급성상기도감염 항생제 처방률이 의원의 항생제 처방률을 상회 혹은 근접하고 있고 급성상기도감염의 항생제 처방률은 60%대를 육박하고 있어, 이들의 항생제 처방과 관리를 위한 가감지급사업의 확대 필요성이 제기되었다.

항생제 적정 처방 강화를 위한 가감지급사업의 개선과 확대를 위한 연구가 두 차례 수행되었다. 실효성 강화를 위한 가감지급사업 개선방안 연구가 2017년도에 이루어졌으며(김지애 등, 2017), 가감지급사업 확대를 위한 연구가 2019년도에 수행되었다(김지애 등, 2019). 이 글은 가감지급사업의 현황을 파악하고 모형과 관련된 문제점을 검토한 후 개선방안을 도출한 과정을 기술하였으며, 2017년도에 수행된 「외래 약제적정성평가 가감지급사업 모형 개선 연구」 보고서의 일부를 발췌한 내용으로 가감지급사업의 평가지표 중 급성상기도감염 항생제 처방률 사례를 다루고 있다.

2. 연구 내용 및 방법

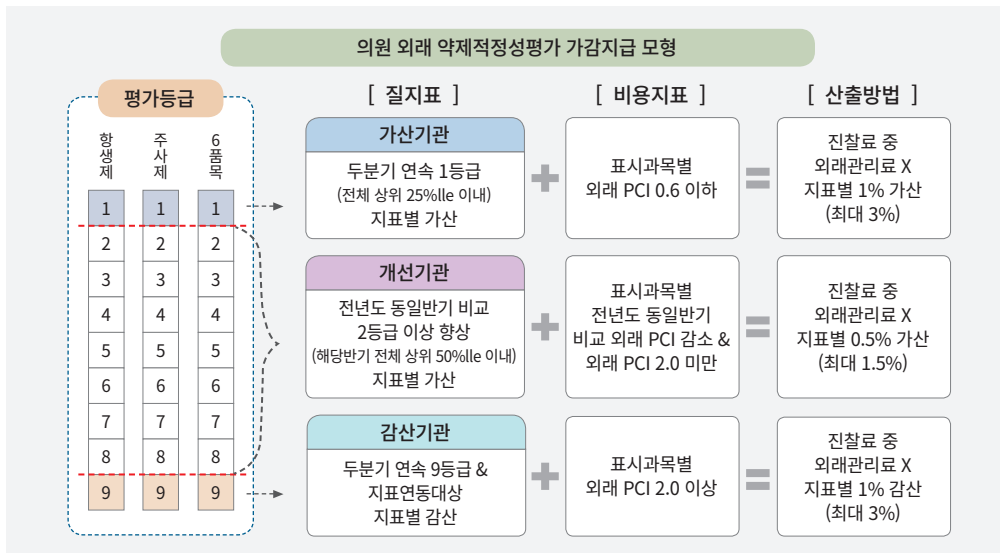
이 연구는 가감지급사업의 현황을 파악하고 모형과 관련된 문제점을 검토 후 실효성 강화를 위한 개선방안을 도출하는 것을 목적으로 한다. 문헌 고찰을 통하여 가감지급사업 설계 시 고려해야 할 이론과 함께 이를 적용한 권고 사항을 검토하였다. 문헌 고찰은 다음과 같은 내용을 포함하고 있다. 첫째, 성공적인 가감지급사업의 모형 설계 시 고려해야 할 행동경제학 이론에 대한 고찰과 함께 합의를 살펴보았다. 둘째, OECD, 랜드 연구소(RAND), CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)와 같은 해외 기관과 학계가 권고하고 있는 가감지급사업의 모형 설계 요소를 검토하였다. 이러한 검토 내용을 바탕으로 항생제 처방 관리를 위해 시행 중인 가감지급사업의 문제점을 분석하고 개선안을 제안하였다.

3. 가감지급사업 개요

평가대상 기관은 처방전을 발행하는 모든 의원이다. 평가기간은 반기별로 상반기와 하반기로 평가한다. 평가지표는 질지표와 비용지표가 있다. 질지표는 급성상기도감염 항생제 처방률, 주사제 처방률, 6개 품목 이상 처방비율의 3개 지표가 있으며, 비용지표는 외래약 품비 고가도 지표(Prescribing Costliness Index, 이하 PCI)이다. 가감지급을 위한 평가는 질지표별, 표시과목별 9개 구간으로 균등 분할하여 등급화하는 상대평가 방식을 적용하고 있다. 질지표로 등급화한 후 비용지표를 적용하여 최종적으로 가감지급 대상을 결정한다(그림 1).

가감은 우수와 개선에 지급되는 가산과 감산으로 나눌 수 있다. 우수가산인 경우 질지표는 두 분기 연속으로 1등급이어야 하며, PCI는 전년도 동일반기와 해당반기가 연속으로 0.6이하여야 한다. 개선가산인 경우 전년도 동일반기 비교 2등급 이상 향상되어야 하며, PCI는 전년도 동일반기와 비교해 감소하되 2.0미만이어야 한다. 감산의 경우 질지표는 두 분기 연속으로 9등급인 동시에 지표연동 대상기관이고, PCI는 전년도 동일반기와 해당반기 연속 2.0이상이어야 한다.

가감지급사업의 재원은 건강보험으로 지급액은 진찰료의 외래관리료를 근거로 산출한다. 우수기관에 제공되는 가산의 경우 외래관리료당 평가지표별 1%가 지급되며, 개선기관에 제공되는 경우 외래관리료당 평가지표별 0.5%가 지급된다.²⁾ 감산의 경우 역시 외래관리료당 평가지표별 1%가 지급된다.



[그림 1] 의원 외래 약제적정성 평가 가감지급 모형(2018년 이전)

주: PCI: Prescribing Costliness Index

2) 다음과 같은 경우 가산대상이 되더라도 가산지급은 주어지지 않는다. ① 국민건강보험법 제 98조 및 제 99조에 따라 업무 정지 또는 과징금 처분을 받은 경우, ② 외래 사용량 감소 장려금 지급대상, ③ 지표연동자율개선제 통보 대상기관

4. 국내 · 외 문헌 고찰

가. 가감지급사업 설계를 위한 행동경제학 이론과 함의

가감지급사업은 보건의료 이외의 다양한 산업 분야에서도 흔히 사용되고 있다. 경제학자와 경영전문가들은 개인이 재정적 인센티브에 어떻게 반응하는지에 대한 연구와 함께 이론을 개발해왔다. 이러한 이론은 특히 행동경제학의 이론에 기반을 두고 있다. 전통적인 경제학은 인간을 물질적 동기에 따라 행동하는 합리적 존재로 가정하는 반면, 행동경제학은 인간을 제한적으로 합리적이며 때론 감정적으로 선택하는 경향이 있는 것으로 본다. 즉 행동경제학은 인간의 심리적 특성을 경제적 이론에 적용시키는 학문으로, 인간의 심리란 항상 이성적이고 합리적일 수 없으며 때때로 충동적이고 비합리적이다. 이러한 행동경제학 이론은 가감지급사업의 인센티브 구조와 프레임이 가감지급사업이 요구하는 행태 반응을 이끌어낼 수 있도록 영향을 미칠 수 있음을 제시하고 있어 보건의료 분야에서 가감지급사업 모형 설계에 유용한 지침이 될 수 있다(Damberg 등, 2017).

1) 손실회피 원칙(principle of loss aversion)

전망이론³⁾의 한 측면인 손실회피 이론은 개인이 인센티브를 이득보다 손실로 인식할 때 인센티브에 더욱 민감하다는 것이다. 이 효과는 “손실은 이익보다 더 크다(losses loom larger than gains)”라고도 한다. 이러한 행태적 효과는 폐암 환자 치료 시 의사와 환자에게 수술과 방사선 치료 간의 선택을 묻는 실험에서 여러 차례 발견되었다. 의사와 환자 모두 선택이 손실(수술 이후 사망 확률)로 프레임되느냐 이득(수술 이후 생존 확률)으로 프레임되느냐에 따라 다른 선택을 하였다(McNeil 등, 1982). 이득으로 프레임화된 선택과 손실로 프레임화된 선택에 대한 행태적 반응 차이의 크기가 거의 두 배가 될 수 있는 것으로 나타났다(Kahneman와 Tversky, 1979). 손실회피 이론을 가감지급사업 설계에 적용하면 인센티브 지급은 지급보류액을 사용하는 것이 이득을 사용하는 것보다 더 큰 변화를 이끌어 낼 수 있다는 함의를 제공하고 있다.

2) 한계효용체감 원칙(principle of diminishing marginal utility)

금액이 점점 더 커질수록 인식되는 금액의 가치가 점차 낮아지는 것을 화폐의 한계효용체감 법칙이라고 한다. 이 이론에 따르면 사람들이 최종 상태가 아닌 현재 상태(또는 기준점)로부터의 변화에 따라 손실과 이익을 판단하는 경향이 있다(Kahneman와 Tversky, 1979).

3) 전망이론 (Prospect theory)은 위험을 수반하는 대안들 간에 의사결정을 어떻게 내리는지를 설명하고자 하는 이론이다.

따라서 한 번에 고액의 인센티브를 지불하는 것보다 작으나 자주 인센티브를 지불하는 것이 심리적으로 더 큰 동기를 부여할 수 있다.

3) 위험회피의 원칙(principle of risk aversion)

선택권이 주어지는 경우 대부분의 사람은 위험을 회피한다. 100% 확실한 옵션과 불확실하지만 더 좋은 결과가 포함된 옵션에 대해 사람은 대부분 100% 확실한 옵션을 선택한다. 가감지급사업 설계와 관련하여 위험회피 이론은 재정적 인센티브와 관련된 위험과 불확실성을 낮춘다면 인센티브에 대한 보다 큰 행태적 반응을 이끌어 낼 수 있음을 제시하고 있다. 일부 가감지급사업 지불 구조는 ‘승자’를 결정하기 위한 기준으로 최상위 사분위수와 같은 상대임계값을 사용한다. 이러한 유형의 지불 방식은 인센티브를 얻는 데 필요한 성과 수준을 알 수 없기 때문에 절대임계값을 사용하는 지불 방식보다 더 큰 불확실성을 만든다. 또한 절대임계값을 미리 알고 있으면 목표를 달성하려는 의료제공자에게 더 큰 확실성을 제공한다.

4) 과도한 가치평하 효과(hyperbolic discounting)

경제학에서의 할인 이론은 사람들이 인플레이션을 감안하더라도 미래의 어느 때보다 현재의 돈에 더 많은 가치를 둔다는 사실에 근거한다. 가감지급사업 설계 시 인센티브 대상이 되는 성과 측정 시기와 인센티브 수령 사이의 간격을 최소화하면 더 많은 행태 변화를 이끌어 낼 수 있다. 데이터 수집부터 인센티브 지급까지의 시간이 지연되면 의료제공자는 이 인센티브를 가치 없는 것으로 간주할 수 있다. 따라서 개별 서비스 또는 더 빈번한 인센티브 지급과 연계하는 전략은 시간을 단축하는데 도움이 될 수 있다.

5) 목표 가속화(goal grading)

목표에 직면했을 때 개인의 동기부여와 노력은 그 개인의 기준 성과에 크게 좌우된다. 경제학자와 심리학자는 이 현상을 ‘목표 가속화(goal grading)’라고 설명한다(Heath 등, 1999). 기준 성과가 목표 성과와 멀리 떨어져 있는 경우, 그 목표는 즉시 달성할 수 없는 것으로 간주되기 때문에 개인은 거의 노력을 기울이지 않고, 기준 성과가 목표 성과에 가까워질수록 개인은 점점 더 많은 노력을 기울인다. 또한 그 목표가 달성되자마자 개선 동기는 크게 줄어든다. 목표가속화 원칙은 가감지급사업에서 의료제공자에게 한 가지 이상의 성과 임계값이 있는 경우 더 큰 행태 변화가 있을 것이라는 것을 제시한다.

나. 성공적인 가감지급사업 요소

RAND, CMS와 같은 기관과 학계는 앞서 논의된 행동경제학 이론으로부터 도출된 함의를 적용하여 성공적인 가감지급사업을 위한 다음과 같은 사항을 권고하고 있다.

1) 충분한 크기의 인센티브

성공적인 가감지급사업의 특징 중 하나는 인센티브 획득에 필요한 의료제공자의 노력을 충분히 보상할 수 있는 크기의 인센티브 지급으로, 의료제공자에게 질 향상을 위한 동기 부여가 될 수 있을 정도의 충분한 크기의 인센티브를 제공하라고 권고되고 있다(IOM, 2007; OECD, 2014). 그러나 충분한 크기의 인센티브 제공이 권고되고 있으나 어떠한 규모가 충분한 크기인지에 대한 합의나 구체적인 규모에 대한 제시는 없어 보인다. 인센티브가 클수록 성과에 더 큰 영향을 미치는 것으로 나타났으며(Mullen 등, 2010; Werner 등, 2011), 향상과 관련한 의료제공자의 기회비용을 보상하는 정도의 비교적 작은 인센티브가 권고되기도 한다(Eijkennar, 2012; Eijkennar, 2013; Eijkennar 등, 2012; Eijkennar 등, 2013a; Eijkennar 등, 2013b). 의료질 향상과 관련한 노력을 이끌어내면서도 의도하지 않은 부작용을 최소화할 수 있는 인센티브 규모는 확실하지 않다.

2) 평가방법 및 점수산출

평가결과를 인센티브로 전환하기 위해서는 평가지표별로 획득한 점수가 필요하며 이때 사용되는 것이 점수산출 방법으로 이는 다양한 방식으로 이루어진다. 점수산출 방법은 가감지급사업의 효과성과 공정성에 중대한 영향을 미칠 수 있으며(Smith, 2009; IHA, 2014), 의료제공자, 환자, 이해관계자의 입장에서 신뢰할만하고 직관적이어야 하며 투명하고 안정적이어야 한다(DHHS, 2001). 의료제공자가 평가 시 점수산출 방법과 성과기준을 명확히 이해할 수 있어야 의료질 향상을 극대화할 수 있으며 아울러 일반 환자 역시 점수산출 방법에 대해서 이해하고 있어야 의료제공자 선택 시 공개된 점수를 활용할 수 있다.

(가) 상대평가 지양 및 사전에 정의된 목표 제시

기관 간 경쟁에 기반을 둔 방식, 즉 토너먼트 방식과 같이 승자와 패자를 구분하지 말고 모든 의료제공자가 인센티브를 받을 수 있는 기회가 있도록 가감지급사업 모형이 설계되어야 한다(CMS, 2007; Damberge 등, 2014). 이는 상대평가의 지양을 의미한다. 점수산출과 관련하여 사전에 정의된 목표치를 이용하여 의료제공자가 인센티브를 받기 위한 목표치를 알 수 있고, 관련된 질 향상 계획을 세울 수 있도록 해야 한다. 또한 더욱 많은 의료 제공자가 가감지급사업에 참여하고 인센티브를 수령할 수 있도록 특정 기관에 인센티브가 집중되지

않게 인센티브를 분산하여 배분하도록 제안하고 있다. 이러한 보상 방법이 의료제공자에게 의료질 향상을 위한 동기 부여에 더욱 효과적일 수 있다(Damberg 등, 2014).

(나) 성취와 개선 모두에 대한 보상

점수 산출과 인센티브 제공 시 성취 점수와 향상 점수 모두가 반영되어야 한다(Damberg 등, 2014; CMS, 2007; Ryan 등, 2013). RAND는 전문가 패널 조사를 통해 성취와 향상 모두를 보상하는 것이 중요하다고 강조하고 있다(Damberg 등, 2014). CMS는 급성기 병원 가감 지급사업(Value Based Purchasing, VBP) 모형 설계에서 다양한 이해관계자의 의견을 취합하고 수렴한 결과 향상과 성취 두 가지 모두에 대해서 인센티브를 제공할 것을 권고하였다(CMS, 2007). 결론적으로 사전에 정의된 목표치를 초과한 의료제공자 혹은 과거 대비 성과가 향상된 의료제공자 모두에게 인센티브를 제공하는 것이 보다 많은 의료제공자가 질 향상을 위한 가감지급사업에 참여할 수 있게 된다.

3) 인센티브 형태 : 가산 vs 감산

손실회피 원칙에 근거하면 인센티브 형태는 가산보다는 감산(페널티)이 형태 변화를 위한 더욱 많은 동기부여를 할 수 있는 것으로 볼 수 있다. 그러나 현실에서는 감산만을 사용하는 사업은 거의 없는 것으로 보이며 이는 상호주의 원칙에서 이유를 찾아볼 수 있다(Eijkenaar, 2013). 사람들은 감산(페널티)을 공격적인 행위로 인식하기 때문에 감산사업에 대해서는 부정적으로 대응하는 반면, 인센티브만 제공하는 가산사업은 상호 신뢰할만한 환경을 조성할 수 있기 때문에 보너스 대상 외의 업무에 대해서도 긍정적인 효과가 있을 수 있다.

4) 성공적인 가감지급사업 모형 설계

성공적인 가감지급사업 모형 설계는 1)모형의 투명성을 높이고, 2)사전에 정의된 목표치 활용 등으로 인센티브와 관련된 불확실성을 줄이고, 3)성취와 향상 모두를 반영하며 보다 많은 의료제공자에게 질 향상을 위한 동기를 부여하고, 4)상대평가보다는 절대평가를 이용하여 의료제공자가 인센티브와 관련한 예측가능성을 높여 더욱 많은 참여를 유도하는 것으로 종합할 수 있다.

5. 가감지급사업 개선안

가. 가감지급사업 문제점 분석

해외기관과 관련 기관의 가감지급사업 설계 시 권고 사항을 기반으로 기존의 가감지급사업의 문제점을 분석하였다(표 1). 기존 가감지급사업의 평가모형은 9등급 균등 분할의 상대평가로 의료제공자에게 있어 인센티브 수령 여부에 대한 불확실성이 크다고 할 수 있다. 평가방법에 있어 사전에 정의된 목표치를 제시한 절대평가를 제안하고 상대평가를 가능한 한 지양하라는 권고사항과 대치된다. 인센티브 지급액 규모와 관련하여 의료제공자의 행태 변화를 이끌어낼 수 있을 정도의 충분한 크기의 인센티브 제공이 권고되고 있다. 기존의 가감지급사업은 가산 대상 기관에게는 평균 19만 원의 가산금액을 지급하였고, 감산 대상 기관에게는 평균 43만 원을 감산하였다. 권고사항에서 충분한 크기의 인센티브에 대한 구체적인 제시는 없었으나, 상기 가산과 감산 평균 금액은 반년도 기준으로, 이를 월평균으로 산출시 가산액은 기관당 3만 원, 감산액은 기관당 7만 원이 되므로 고소득군에 속하는 의료제공자에게 동기부여가 되기에는 미미한 수준임을 알 수 있었다.

인센티브를 분산하고 배분하여 가능한 한 많은 기관이 인센티브를 수령하도록 해 의료 제공자의 참여도를 제고하도록 권고되고 있다. 기존 가감지급사업은 전체 대상 의원의 5% 미만만 가감지급 대상이 되었다. 가산지급이 된 기관은 1,079개소로 전체 기관수의 3.85%, 감산지급 기관은 51개소로 전체 기관수의 0.18%에 불과하였다. 이러한 적은 수의 가감지급 기관수는 의원의 가감지급사업에 대한 낮은 인지도와 참여로 이어졌다.

(표 1) 해외 기관 및 학계의 권고 사항에 따른 가감지급사업 문제점 검토

모형	해외 기관 및 문헌 권고 사항	가감지급사업 현황 (2016년도 상반기 기준)
평가방법	사전에 정의된 목표치 기준의 성과 평가 선호 - 성과평가의 불확실성 감소 - 가능한 한 상대평가 지양할 것	불확실성이 높은 상대평가
인센티브 지급액 규모	행태 변화를 이끌 수 있을 정도의 충분한 크기의 인센티브를 제공할 것	미미한 인센티브 지급액 - 가산 평균 지급액: 19만 1천 원 - 감산 평균 지급액: 42만 9천 원
인센티브 대상	성취와 향상 두 가지 모두에 대해서 인센티브 제공할 것	우수와 개선 모두에 인센티브 지급
인센티브 분산	더 많은 의료제공자가 가감지급사업에 참여할 수 있고 인센티브를 받을 수 있도록 인센티브를 분산하여 배분할 것	전체 기관의 5% 미만만 가감지급 - 가산지급: 1,079기관(3.85%) - 감산지급: 51기관(0.18%)

나. 가감지급사업 개선안 검토

행동경제심리학 이론과 가감지급사업 모형 설계를 위한 권고사항을 반영하여 가감지급사업의 개선 방향성을 다음과 같이 설정하였다. 첫째, 인센티브와 관련된 불확실성을 감소한다. 둘째, 처방행태 변화를 위한 노력을 이끌어내기 위하여 인센티브 지급액을 늘린다. 셋째, 인센티브(혹은 디스인센티브) 지급 기관을 확대한다. 이러한 가감지급사업 개선 방향성 하에서 다음과 같은 개선안을 검토하였다(표 2).

1) 평가방법

평가방법으로 절대평가 슬라이딩스케일(sliding scale) 모형을 검토하였다. 절대평가는 명확한 기준의 적용에 따른 인센티브를 지급하는 모형으로 단일 기준 혹은 단계적 기준을 적용할 수 있다. 슬라이딩스케일 모형은 전년도 분위수의 지표값을 이용하여 성취점수와 향상점수를 산출하고 이 중 높은 점수를 취득점수로 선택하여 인센티브를 배분하는 모형으로 성취 정도에 따른 차등적 인센티브를 제공할 수 있다. 절대평가와 슬라이딩스케일 모형 모두 기준 혹은 목표치를 사전에 제시함으로써 성과평가와 인센티브 수령에 대한 불확실성이 줄어들게 되어 의료제공자의 가감지급사업 참여의 동기를 강화할 수 있다.

2) 가감산지급률

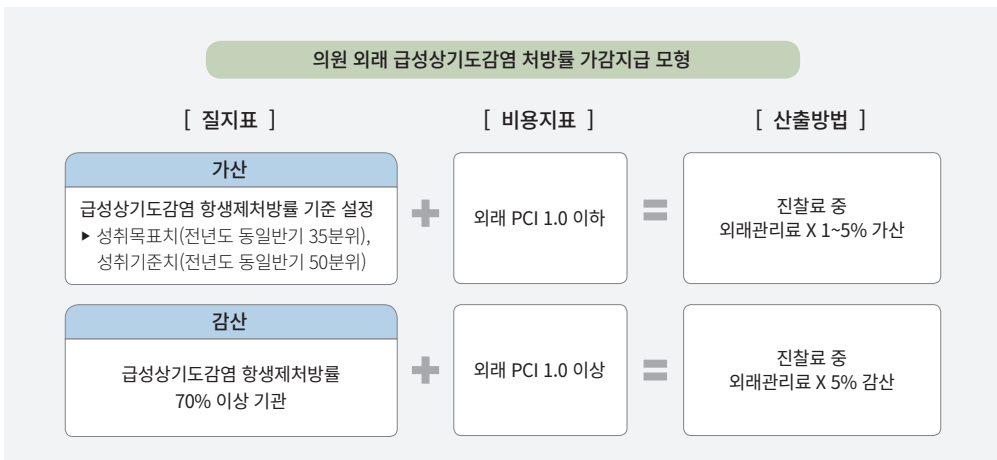
가감산지급률은 진찰료 중 외래관리료의 1%에서 1%~5%로의 인상을 검토하였다. 절대평가의 경우 기준 달성에 따라 1%, 3%, 5%로, 슬라이딩스케일의 경우, 1%~5%로 목표치에 근접할수록 높아지는 지급률을 검토하였다.

(표 2) 가감지급사업 모형 개선안 검토

	가감지급사업 모형 개선안			
	현행 가감지급사업 모형		개선방향	개선방안
평가방법	9등급의 상대평가	⇨	사전에 정의된 목표치 도입	⇨ ① 슬라이딩스케일 ② 절대 기준 평가
지급액 규모	지급률: 외래관리료의 1%	⇨	지급률 인상	⇨ ① 지급률(슬라이딩스케일): 외래관리료의 1~5% ② 지급률(절대기준평가): 외래관리료의 1%, 3%, 5%
인센티브 대상	우수와 개선 모두에 인센티브 지급	⇨	유지	⇨ 유지
인센티브 분산 및 배분	전체 대상기관의 5% 미만의 가감지급대상	⇨	인센티브 분산 및 배분 강화	⇨ 평가 대상 기관의 15~50%

3) 가감지급사업 개선안 도출

상기 개선방안에 대한 시뮬레이션을 시행하여 재정 영향과 가감산대상 기관수를 추정하였다. 아울러 의원을 대상으로 실시한 가감지급사업에 대한 인지도 조사의 결과를 고려하고, 보건의료전문가, 건강보험심사평가원 사업 수행 부서, 보건복지부로부터의 의견 수렴과 논의를 거쳐 가감지급사업 개선안이 도출되었다. 가산의 경우 기존의 9등급 상대평가에서 사전에 정의된 목표치를 제시한 슬라이딩스케일 모형으로 전환하고 지급률을 외래관리료의 1~5%로 인상하였다. 감산의 경우, 급성상기도감염 항생제 처방률이 70% 이상인 기관에게 감산이 주어지는 절대모형으로 전환하고 지급률은 외래관리료의 1%에서 5%로 인상하였다. 가감지급대상기관수를 늘리기 위하여 비용지표 조건을 기존의 외래 PCI ≤ 0.6(가산)과 PCI ≥ 1.5(감산)에서 PCI ≤ 1.0(가산)와 PCI ≥ 1.0(감산)으로 각각 완화하였다. 개선된 모형의 가감지급사업은 2018년도부터 시행되었다[그림 2].



[그림 2] 개선된 외래 급성상기도감염 처방률 가감지급사업 모형

6. 나가며

가감지급사업이 의료제공자의 처방행태에 영향을 미치지 못한 것은 가감지급사업이 시작된 당시의 배경을 살펴보면 어느 정도 예견할 수 있었다. 의료계로부터 가감지급사업에 대한 충분한 공감대를 형성하지 못했고, 외부로부터의 개입은 자발적 동기부여를 침해한다는 점에서 이 사업에 대한 의료계의 반감이 있었다. 또한 의료계가 수용하는 적절한 처방을 위한 진료지침과 같은 정보가 제공되지 않는 상황에서 적정 처방에 대한 전반적인 합의가 이루어지지 않은 상태였다.

사업 모형 측면에서 가감지급 대상 기준은 연속된 분기에서 충족되어야 한다는 엄격한 조건들이 추가되어 가감산을 수령하는 기관이 적었다. 또한 후향적 상대평가는 인센티브 수령에 대한 불확실성이 커 의료제공자에게 처방행태 변화를 위한 동기부여가 어려웠다. 가감지급 대상 기관이 되더라도 지급되는 가감지급액은 매우 적어 의료제공자의 사업에 대한 수용성은 낮았다. 이것은 의원을 대상으로 한 가감지급사업에 대한 인지도 조사에서도 나타났다(김지애 등, 2017). 이 연구는 이러한 가감지급사업의 실효성을 저해하고 있는 모형 설계 요소를 권고사항에 기초하여 검토하고 개선안을 제안하였다. 건강보험심사평가원은 항생제 처방률을 위해 개선된 모형의 가감지급사업을 2018년도부터 시행해오고 있다.

가감지급사업의 의료 질 향상 기전의 핵심적인 요소는 재정적 인센티브 제공이다. 인센티브의 지급 기준은 의료(처방)질 지표를 평가할 때 평가 결과가 좋으면 인센티브를 지급하고 반대인 경우 인센티브를 지급하지 않거나 혹은 디스인센티브(패널티)를 준다고 가정했을 때, 이에 대하여 반응하는 기관이 많아질수록 평가지표의 질은 점차 개선된다. 즉 모든 의료제공자가 인센티브에 반응하여 처방의 질을 높이기 위하여 노력한다면 전체 의료 제공자의 의료(처방)질 향상을 이끌어 낼 수 있을 것이다. 반면 재정적 인센티브가 의료제공자의 처방행태 변화에 효과가 없다는 회의적인 의견도 분명 존재한다. 그럼에도 불구하고 재정적이든 비재정적이든 인센티브 지급과 관련된 여러 요소인 평가대상, 인센티브 지급 규모 및 평가방법과 같은 사업 모형 설계가 질 향상 기전에 중요한 역할을 한다는 것은 부정하기 어렵다(이상일 등, 2010).

특히 인센티브 지급액은 의료제공자로부터 반응을 이끌어 낼 수 있을 정도의 규모가 돼야 한다. 그러나 어느 정도가 충분한 규모인지에 대한 구체적인 정보는 알려져 있지 않다. 설령 알려져 있더라도 국가마다 경제적 사회적 환경 여건이 달라 가감지급사업에 바로 적용하기는 무리가 있을 것이다. 의료제공자가 반응하는 충분한 규모의 인센티브를 알아내기 위해서는 인센티브 크기에 따른 처방 변화 정도에 대한 정보가 필요하다. 이러한 정보 생성은 사업 시행으로 충분한 데이터가 축적된 후에 가능하므로 향후 연구가 수행되어야 할 영역으로 남아 있다.

가감지급사업의 실효성 강화를 위해서는 정기적인 효과 평가를 통해 지속적인 개선이 수반되어야 한다. 바람직한 가감지급사업 모형은 사업 경험이 축적되고 관련 연구가 진행되면서 계속해서 바뀔 수 있는 동시에 보건의료체계의 맥락과 환경 변화에 따라 달라질 수 있다. 또한 사업 시행으로 축적된 데이터를 근거로 의료제공자의 참여와 반응을 가져올 수 있는 모형의 설계가 가능할 수 있다. 따라서 이 연구에서 검토되고 제안된 모형 역시 앞으로 계속 적절하게 변화되어야 하는 모형이라는 것을 주지할 필요가 있다. ✕

참고문헌

- 김지애, 이해영, 김수진. 외래 약제 적정성 평가 가감지급 모형 개선 연구. 건강보험심사평가원. 2017.
- 김지애, 김묘정, 김지혜. 항생제 적정 처방을 위한 외래 약제 가감지급사업 확대 모형 개발 연구. 건강보험심사평가원. 2019.
- 이상일, 김남순, 이진용, 조민우, 김선하, 손우승 등. 요양급여적정성 평가 가감지급 모형 개발 연구. 건강보험심사평가원, 울산대학교 산학협력단. 2010.
- Center for Medicare and Medicaid Services. Medical Hospital Value Based Purchasing Option Paper. 2007.
- Damberg CL, Sorbero ME, Mehrotra A, Teleki S, Lovejoy S, Bradley L. An Environmental Scan of Pay for Performance in the Hospital Setting: Final Report. Washington, DC: Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation(ASPE). 2017.
- Damberg CL, Sorbero ME, Mehrotra A, Lovejoy S, Martsof, G, Raaen L, Mandel D., Measuring Success in Health Care Value-Based Purchasing Programs: findings from an Environmental Scan, Literature Review, and Expert Panels Discussions. RAND Corporation. 2014.
- Department of Health and Human Services. Medicare program; Hospital inpatient value-based purchasing program, 42 CFR parts 422 and 488. 2001.
- Eijkenaar F. Pay-for-performance in Health Care: An International Overview of Initiatives. Medical Care Research and Review. 2012;69(3):251-276.
- Eijkenaar F. Key issues in the design of pay-for-performance programs. European Journal of Health Economics. 2013;14(1):117-131.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay-for-performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy. 2013a;10(2-3):115-130.
- Eijkenaar F, van Vliet RCJA. Profiling individual physicians using administrative data from a single insurer: variance components, reliability, and implications for performance improvement efforts. Medical Care. 2013b;51(8):731-739.
- Heath C, Larrick RP, Wu G. Goals as Reference Points. Cognitive Psychology. 1999; 38:79-109.
- Kahneman D, Tversky A. Prospect Theory: An Analysis of Decision Under Risk. Econometrica. 1979; 47(2):263-292.
- Institute of Medicine. Rewarding Provider Performance: Aligning Incentives in Medicare. National Academies Press. 2007.
- IHA. California Value based pay for performance program Measurement Year 2016 VBP4P Manual. 2016
- McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC, Tversky A, On the Elicitation of Preferences for Alternative Therapies. New England Journal Medicine. 1982; 306(21): 1259-1262.
- Mullen, KJ, Frank, RG, Rosenthal, MB. Can you get what you pay for? Pay for-performance and the quality of healthcare providers. The RAND Journal of Economics. 2010; 41(1):64-91.
- OECD (2014) Paying for performance in health care : implications for health system performance and accountability.
- Ryan AM, Burgess JF, Pesko MF, Borden WB, Dimick JB. The Early Effects of Medicare's Mandatory Hospital Pay - for - Performance Program. Health Services Research. 2015; 50(1):81-97.
- Werner RM, Kolstad JT, Stuart EA, Polsky D. The effect of pay-for-performance in ospitals: Lessons for quality improvement. Health Affairs. 2011 Apr;30(4):690-698.