

미국 의료기술평가와 조건부 급여제도



최윤정 연구위원
심사평가연구소 기술평가연구팀

1. 서론

미국의 보건의료는 일부 공적보험을 제외하고 민간보험 체계를 유지하고 있다. 메디케어 및 메디케이드 센터(Centers for Medicare and Medicaid Services, 이하 CMS)에서 관장하는 공적보험은 65세 이상과 장애인 대상의 메디케어(Medicare)와 저소득층을 위한 메디케이드(Medicaid) 등이 있다.

CMS는 의료 항목 또는 서비스가 메디케어 수혜자에 미치는 잠재적 편익을 고려하여 타당하고 필요한 경우 급여결정(national coverage determinations, NCD)을 한다. 급여결정 신청은 메디케어 수급자, 공급자, 전문가협회, 보험자(health plan)와 CMS 자체에서도 가능하다. 신청 의료기술은 급여에 적절한 임상적 근거를 갖추었는지에 대해 효율성, 임상적 편익 및 유해성을 평가한다.

의료기술평가에서 명시적인 절차 및 가이드라인은 없으나 연방정부에서는 의료기술의 근거 마련을 위한 다수의 연구에 재정을 지원한다. 보건의료 연구 및 질 관리원(Agency for Healthcare Research and Quality, 이하 AHRQ)의 비교효과연구(comparative effective research, CER)는 이러한 지원에 의한 의료기술 간의 비교를 통해 최선의 대안을 찾기 위한 방법이며, 사전 사후 시장의 다양한 정보원의 역할을 하고 있다.

근거마련과 비교효과연구에 대한 필요성에서 급여를 결정하는 새로운 접근방법으로 CMS

는 2005년 공식적으로 근거 개발 조건부급여(Coverage with Evidence Development, 이하 CED)제도를 도입하였다. 본 글에서는 미국의 의료기술평가 및 조건부 급여제도에 대해 살펴보고자 한다.

2. 미국 의료기술평가

1) 의료기술평가 조직 및 내용

CMS에서는 매년 10~15건의 기술에 대해 메디케어 급여결정을 공표한다(Keenan 등, 2006). CMS는 메디케어 ‘근거개발 및 급여자문위원회(Medicare Evidence Development & Coverage Advisory Committee, 이하 MEDCAC)’로부터 자문을 받거나 AHRQ에 공식적인 의료기술평가를 의뢰하기도 한다.

CMS는 ‘상충되거나 복잡한 의학적·과학적 문헌이 있는 경우’, 또는 ‘타당하고 필요한지 결정하는데 관련 문헌의 독립적인 분석이 필요한 경우’에는 AHRQ의 의료기술평가를 통해 자문이나 추가적 자료를 요청할 수 있다. 이러한 자료는 적절한 질적·양적인 방법과 체계적 문헌고찰 등에 의해 제공된다. 그 외에 CMS는 MEDCAC에게 특정 임상주제에 대한 급여결정 지침과 전문적 의견을 요청할 수 있다.

2) 의료기술평가 과정

급여결정 신청은 누구나 할 수 있으며 CMS는 신청 기술에 대해 의료기술평가 또는 MEDCAC의 검토가 필요한지 결정한다. AHRQ는 초안 및 최종 근거의 공개적인 검토를 위해 2주 동안 웹사이트에 평가 기술을 게시하여 논평을 받는다. 이후 검토 기술의 임상효과를 평가한 점수표(score sheets)가 과거 회의 기록과 함께 게시된다. 점수표는 각 기술에 대해 MEDCAC 회원들에게 임상효과와 근거정도에 대한 등급을 매기도록 하고 있다.

또한, CMS는 검토기술에 대한 외부 전문가와 일반인의 개입을 허용하기 위해 MEDCAC을 이용하며 임상적 검토 및 급여결정 등 다양한 의견을 수렴한다. MEDCAC 회의는 공개되며 개최일 60일 전에 의제가 공지되고 이에 대한 의견은 개최일 30일 전에 서면 및 발표 자료의 형태로 제출되어야 한다. 일반인은 직접 회의에 참석하거나 웹 화상을 통해 참여할 수 있다(Pinson 등, 2011) 최종 결정문에는 수행에 대한 자세한 설명이 포함되어 있어야 한다.

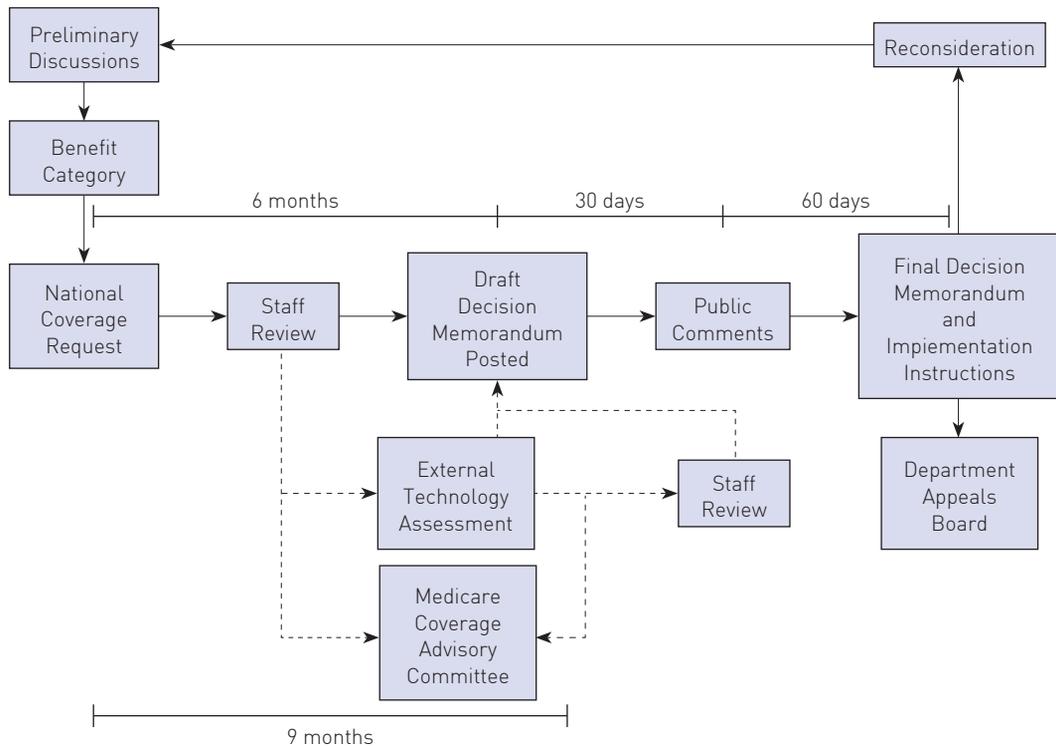


그림 1. 메디케어 급여결정 과정¹⁾

3) 급여결정

CMS가 최종 급여결정을 하며 급여결정 기간은 요청일로부터 6개월 이내에 이루어져야 하며 다만, CMS가 MEDCAC로부터 자문을 구한 경우에는 9개월 이내로 한다(그림 1). 국가 급여 평가결과에 따라 평가 대상의 의료행위 및 치료재료는 다음의 5가지 중 하나로 결정된다(CMS, 2006)²⁾.

- ① 현재 급여 방법을 그대로 유지함(no change in coverage)
 - 현재의 지역 또는 국가 급여 사항에 변동이 없음
- ② 급여하지 않음(non-coverage)
 - 해당 의료 항목 또는 서비스가 합리적이며 필요하다고 결론을 내리기에는 의학적 근거가 적합하지 않으며, 메디케어 수혜자에 대한 급여가 허용되지 않음

1) <http://www.acr.org/Hidden/Economics/FeaturedCategories/Coverage/nmcd.aspx>
 2) 사회보장법(Social Security Act) Section 1862(a)(1)(A), Section 1862(a)(1)(E)에 따라 결정된다.

③ 조건 없이 급여함(coverage without special condition)

- 해당 의료 항목 또는 서비스가 모든 메디케어 수혜자에 대해 합리적이고 필요하다고 결론을 내리기에 적절함

④ 특정 조건인 경우에만 급여함(coverage with special condition)*

- 해당 의료 항목 또는 서비스가 아래와 같은 상황에 대해서만 합리적이고 필요하다는 결론을 내리기에 적절함

- a. 특정 상태의 환자 또는 인구학적 특징을 지닌 환자에게만 급여
- b. 특정 기준을 충족하는 의사 또는 요양기관이 제공할 때에만 급여
- c. 청구 시 특정 자료를 제출했을 때에만 급여*

⑤ 임상 실험에서 추가적인 데이터를 수집하는 것을 조건으로 급여*

- 의료 항목 또는 서비스가 추가 자료의 수집을 위해 사전에 규정된 절차에 따라 제공될 때에만, 급여가 되는 것으로 제한할 수 있음

급여결정 결과 중 ‘④c 청구 시 특정 자료를 제출했을 때에만 급여’, ‘⑤ 임상 실험에서 추가적인 데이터를 수집하는 것을 조건으로 급여’가 CED라 할 수 있다. 이러한 CED는 두 가지로 구분되는데 ④c를 적절성 결정 조건의 급여(Coverage with Appropriateness Determination, CAD), ⑤를 연구 참여 조건의 급여(Coverage with Study Participation, CSP)라 한다.

3. 근거 생산 조건부급여(Coverage with Evidence Development, 이하 CED)

CED는 우수한 치료효과의 가능성이 있으나 보험 급여를 결정하기에 근거가 불충분하여 제한된 조건에서 급여하여 근거를 생산할 필요가 있는 신약 및 의료기술에 대하여 일시적으로 급여하는 제도이다. CED의 목적은 급여결정에서 평가한 의료 및 서비스 항목과 그 영향에 대해 자료를 생성하는 것이다. 이를 통해 메디케어는 현재 보험체계에서 메디케어 수혜자에게 의료 및 서비스 항목의 타당성에 대해 근거로 제시하고, 보험급여 영향에 대해 미래 변화를 예측하고, 의료서비스 공급자에게 임상정보를 생성 할 수 있는 자료를 제공한다(Hutton 등, 2003 ; Tunis, 2006). CED 적용 원칙은 다음과 같이 8가지가 있다.

* 진하게 표시된 부분은 조건부 급여에 해당되는 결정이다.

- ① 급여결정 과정에서 이루어져야 하며 투명하고, 공개적 논평이 있어야 한다.
- ② 근거가 다른 형태의 급여를 지지하고 있을 때에는 행해질 수 없다.
- ③ 메디케어 수급자들은 CED 적용 기술과 치료에 접근할 수 있어야 한다.
- ④ 가끔 활용되어야 한다.
- ⑤ 기존 의학적 근거 외 새로운 근거를 추가해야 한다.
- ⑥ FDA가 인정하는 안전성, 유효성 결과를 중복하거나 대체해서는 안된다.
- ⑦ NIH의 임상실험 육성, 관리, 우선순위 선정의 역할을 대신할 수는 없다.
- ⑧ 연방법, 규칙, 환자 보호 사항 등과 일치해야 한다.

1) 적절성 결정 조건의 급여(Coverage with Appropriateness Determination, 이하 CAD)

CAD는 일정한 조건을 충족시키는 환자에게 적절하게 제공되었는지 확인하기 위하여 청구 시 급여결정에서 지정된 특정 자료를 제출하도록 한다. 메디케어는 특정 자료가 제출되었을 때에만 급여하게 되는데, 특정 자료는 제공자에 의해 설계된 데이터베이스 또는 레지스트리의 형태로 제출하게 된다. 의료 항목 및 서비스에 대한 CAD의 급여결정 조건은 다음과 같다.

- ① 특정 조건 및 기준의 환자에게 제한되는 경우
- ② 특정 교육을 이수하거나 또는 자격증을 가진 제공자에게 제한되는 경우
- ③ 오용될 여지가 크다는 임상가들의 우려가 있는 경우
- ④ 급여되므로 환자들의 관리 방식이 크게 변경되는 경우

CMS는 의료 항목 또는 서비스 제공에 관한 정보가 포함되어 있는 데이터베이스 또는 레지스트리를 직접 작성, 감독하지는 않는다. 그러나 CMS는 수집된 자료가 해당 의료 항목 또는 서비스가 합당하며 필수적임을 판단하기에 충분하도록 보장하기 위해 표준에 맞는 레지스트리의 데이터만을 수용한다.

2) 연구 참여 조건의 급여(Coverage with Study Participation, 이하 CSP)

CSP는 급여로 결정하기에는 근거가 불충분하나 추가적인 데이터 수집이 메디케어 수급자에게 주는 영향을 명확하게 할 수 있을 것이라 판단되는 의료행위 및 치료재료에 적용한다. 과거

에는 이러한 경우 급여하지 않음(non-coverage)으로 결정되었다. CSP를 위한 임상연구는 ‘추가적 안전 확보’, ‘환자 보호’, ‘모니터링’, ‘임상적 전문성’의 조건을 충족시켜야 하며, CAD로 결정하기에는 충분한 증거를 갖지 못한 경우에 CSP로 결정한다.

- ① 가용한 증거가 인구통계학적으로 엄밀한 평가의 결과물이지만 메디케어 수혜자와 관련성 있는 평가 결과가 아닌 경우
- ② 가용한 임상 연구가 약물, 생물제제, 서비스 또는 기구의 미승인 사용 또는 기타 예상치 않은 사용에 대한 메디케어 수혜자에 대한 위험 및 혜택을 적절히 다루는데 실패한 경우
- ③ 가용한 임상 연구에 특정 환자 집단 또는 메디케어 수혜자 사이에서 널리 퍼져있는 질환 특성을 가진 환자들이 포함되지 않은 경우
- ④ 이미 시장에 출시된 진단 서비스 및 장비에 대한 새로운 용도가 존재하지만, NCD 요청 시점에 메디케어 보장에 대해 합당하며 필수적이라는 결정을 뒷받침할 연구 출판물이 거의 없거나 전무한 경우
- ⑤ 주어진 의료 항목 또는 서비스의 건강 혜택에 대해 합당하고 필수적인 판단을 뒷받침하는 충분한 증거가 특정 임상 기준을 가진 메디케어 환자 그룹 및 또는 특정한 경험 또는 자격을 갖춘 서비스 제공자에 대해서만 가용한 경우.

근거가 너무 미흡하여 메디케어 급여결정이 어려울 경우라도 다음의 기준이 충족되면 CSP가 적용된다. ① 근거가 기본적인 안전을 보장하는 경우, ② 의료기술이 메디케어 가입자에게 상당한 편익을 제공할 잠재력이 높은 경우, ③ 임상시험을 수행하기에 상당한 어려움이 있는 경우이다. CSP의 연구는 관찰연구를 포함시키기 위해 무작위 임상시험보다 광범위한 연구들이 포함되며 CMS는 연구 설계, 검토 등을 주기적으로 검토하지는 않으며 모든 연구는 임상연구강령(clinical trial policy)에 따라야 한다.

3) 조건부 급여 요건충족을 위한 재정지원

CMS는 재정지원이 되는 CED 임상시험 연구의 결정에 재량권을 갖으며, 의료 항목 또는 서비스의 비용을 지불할 수 있다. 그러나 CMS는 비임상 연구 비용에 대해서는 재정지원을 하지 않는다.

CMS는 레지스트리 수집을 위해 지출되는 메디케어 환자에 대한 임상 비용을 지불한다. 레

지스트리의 개발과 유지 비용은 지원하지 않으나 CMS에 제출을 위한 레지스트리 비용은 지원한다. CMS는 이해관계자들을 독려하여 공동 작업을 통해 자료 수집 노력을 위한 추가 지원을 제공하도록 하며 이해관계자들에는 제조사, 건강관리 서비스 제공자 및 시설, 직업 단체, 재단, 의료 보험사 등이 포함된다. 자료 수집 비용의 절감을 위해서 CMS는 가능한 경우 기존의 자료 시스템의 맥락에서 CED를 수행할 것을 권고하고 있다.

4) 조건부 급여 진행 사례

1995년 CMS는 처음으로 특정기술의 임상시험에 참여하는 환자에게 급여를 한 사례로 심한 폐기종 환자에게 폐용적축소술(Lung Volume Reduction Surgery; 이하 LVRS)을 실시하였다. 본 사례는 시술을 사용하고자 하는 열의에 의해 시작되었으며 메디케어와 미국 국립보건원(National Institutes of Health, 이하 NIH)은 국가 폐기종 수술 임상시험(National Emphysema Treatment Trial, 이하 NETT)을 실시하기로 동의하였다. 7년간 1,218명이 NIH 프로토콜에 따라 무작위 임상시험을 실시하였으며 비교질환은 포괄적 폐질환 재생술(comprehensive pulmonary rehabilitation)이었다. NETT과정에서 일부 제공자 및 의회 대표들의 강력한 반대가 있었으나 NIH, 미국 흉부학회(thoracic society)와 미국 폐의학회의 강력한 지지로 연구가 진행되었다.

연구결과에서 일부 환자는 LVRS수술을 하면 사망할 가능성이 더 크며, 반면 일부에서는 삶의 질이 약간 좋아지거나 생존 가능성이 약간 높아진다고 보고하였다. 이러한 결과를 기초로 메디케어는 생존 가능성이 높아지거나 삶의 질이 향상된 임상시험 환자의 특성을 반영한 대상군에게 급여할 것을 개정하였다.

NETT비용은 정확히 알려지지 않았으며 연구비용은 3천5백만 달러(한화 약 390억원)이며 메디케어에서 지불된 임상시험 비용은 약 1억 달러(한화 약 1,100억원)로 추산된다. 이러한 결과는 폐용적축소술에 대한 임상가와 환자의 열정이 급격히 줄어, 1996년 3,000여건이던 수술이 급여가 확대된 이후 500건 정도 실시되었다. 이러한 수술은 이후 연간 3,000건 정도로 머물고 있었으며 매년 1억5천 달러(한화 약 1,650억원)가 지불되고 있다. LVRS 임상시험이 실시되지 않았다면 수술의 편익과 위험에 대해 자세히 알 수 없었을 것이며 이로 인해, 수천 명의 수

표 1. 조건부 급여(CED) 진행 18항목(1996년~2011년)

	조건부 급여 항목	최종 결정일
1	폐용적 축소술(LVRS, Lung Volume Reduction Surgery, Reduction Pneumoplasty)	Apr1996
2	경동맥 스텐트 삽입술(CAS, Carotid Artery Stenting)	Mar2001
3	영구 이식으로서 인공심장(Ventricular Assist Devices(VADs) as destination therapy)	Oct2003
4	치매 및 퇴행성 뇌질환 진단을 위한 양전자방출단층촬영 (PET for Dementia and Neuro-degenerative Diseases)	Sep2004
5	이식형 제세동기 (ICDs, Implantable Cardioverter Defibrillators)	Jan2005
6	직장암 항암치료제(Anticancer Chemotherapy for Colorectal Cancer)	Jan2005
7	여러 특정 암진단을 위한 양전자방출단층촬영(PET for Various Specified Cancers)	Jan2005
8	인공와우이식(Cochlear Implantation)	Apr2005
9	산소재택사용(Home Use of Oxygen)	Mar2006
10	병적비만치료를 위한 바리아틱수술(Bariatric Surgery for Treatment of Morbid Obesity)	Feb2006
11	폐쇄성수면 무호흡치료를 위한 지속적 양압술 (Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) Therapy for Obstructive Sleep Apnea)	Mar2008
12	인공심장(Artificial Hearts)	May2008
13	CT 혈관조영술(CTA, Computed Tomographic Angiography)	Mar2008
14	와파린반응 약물유전체학 검사(Pharmacogenomic Testing for Warfarin Response)	Aug2009
15	뼈전이암 확진을 위한 양전자방출단층촬영(NaF-18) (PET (NaF-18)to Identify Bone Metastasis of Cancer)	Nov2009
16	골수형성이상 증후군에 조혈모세포 이식 (Allogeneic Hematopoietic Stem Cell Transplantation(HSCT) for Myelodysplastic Syndrome)	Aug2010
17	군발성 두통 치료를 위한 산소재택 이용(Home Use of Oxygen to Treat Cluster Headache)	Jan2011
18	자기공명 영상촬영(MRI, Magnetic Resonance Imaging)	Feb2011

혜자는 불필요한 위험에 처할 수 있었을 것이다.

1996년부터 2011년까지 총 18항목이 조건부급여로 결정되었다(표 1). CMS의 급여 결정에서는 FDA에서는 검토하지 않은 것도 포함하여 검토하며, 특히 항암제는 종종 허가사항 외

적응증에 사용되고 이러한 경우 임상적 근거가 매우 희박하여 2003년 CMS는 대장암에서 옥살리플라틴(oxaliplatin)의 사용에 대해 검토하였다(Tunis 등, 2006 ; 박실비아 등, 2009) 18항목 중 3항목은 연구진행이 안되고 있는 실정이다(인공와우이식술, 치매 PET 촬영, 인공 심장). 이러한 대대적인 임상시험의 실시는 어려운 문제이며 메디케어는 지속적으로 급여정책을 통해 근거의 질을 개선하기 위한 노력을 기울이고 있다.

4. 결론

미국의 의료기술평가는 명시적인 가이드라인은 없지만 연방정부의 재정지원으로 다학제적 연구가 활발히 진행되고 있다. 연구주제에 따라 비용효과 분석 실시 등 연구방법도 다양하다. 연구결과는 연방, 주정부의 건강보험체계 및 민간보험 등에서 활용하고 있어 우리나라에서 처럼 급여결정을 위한 연구결과 생성의 목적을 갖고 있지는 않다.

조건부 급여제도는 일부 제한적인 의료기술에 대해 국가주도로 이루어지는 제도이며 미국은 이러한 제도를 실시하는 대표적 국가이다. 미국 연방정부는 급여결정에서 근거가 불명확할 경우 근거가 확보될 때 까지 조건부급여를 실시한다. 2006년 공식적으로 도입되어 주제에 따라 연구기간, 대상, 의료기관, 대상기술 시술자 등 제한적으로 조건부로 급여를 해주는 방식이다. 1996~2011년까지 18개 항목이 해당되었으며 이중 3건은 연구를 수행하고자 하는 기관이 없어 임상시험 조차 진행되지 못하고 있다. 연구가 필요한 주제에 대해 내부전문가 및 공공의견 수렴 기간을 거친 후 연구가 결정되면 관련 연구기관 및 의학회 등에 의해 진행된다. 주제에 따라 연구일정, 연구결과 적용 등의 조건은 다양하며 이를 관리하는 연방정부는 주제별 모니터링 일정 및 연구진행 지속 여부 등의 의사결정도 모두 다르다.

이러한 조건부급여의 주제에 따라 연구진행 및 급여여부 결정 등이 다양하므로 일반화하여 적용하는 것은 무리가 있으며 탄력적인 운영이 효율적인 운영체계의 중요한 요소이다. 

참고문헌

1. Keenan PS, Neumann PJ, Phillips KA. Biotechnology And Medicare's New Technology Policy: Lessons From Three Case Studies. *Health Affairs* 2006;25(5):1260-1269.
2. Pinson N, Thielke A, King V. Health Technology Assessment, Center for Evidence based policy. Oregon Health & Science University:2011.
3. The Centers for Medicare and Medicaid Services. Guidance For the Public, Industry, and, CMS Staff. National Coverage Determinations With Data Collection As A Condition Of Coverage: Coverage With Evidence Development. 2006. Available from:URL:http://cms.gov/CoverageGenInfo/03_CED.asp
4. Hutton J, Trueman P, Henshall, C. Coverage with Evidence Development: An examination of conceptual and policy issues. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 2007;2(04):425-435.
5. Tunis SR, Daniel B, Stryer DB, Clancy CM. Practical Clinical Trials: Increasing the Value of Clinical Research for Decision Making in Clinical and Health Policy. *JAMA* 2003;290(12):1624-1632.
6. Tunis SR, Pearson SD. Coverage option for promising technologies: Medicare's 'Coverage With Evidence Development'. *Health Affairs* 2006;25(5):1218-1230.
7. 박실비아, 조재국, 유근춘, 박은자, 채수미. 신의료기술의 패턴변화에 따른 의사결정제도의 발전방향: 의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로. 한국보건사회연구원:2009.

편집인 칼럼



최병호
심사평가연구소장

바야흐로 따스한 햇살을 타고 아지랑이가 피어오르는 계절입니다. 한가하게 아지랑이를 감상한 기억도 꽤 오래된 것 같습니다. 봄의 전조인 산수유에 이어 매화가 꽃봉오리를 내밀고, 목련의 화려한 자태를 기다릴 때면 봄은 이미 마음속을 가득 채우게 됩니다.

금년 봄은 4.11 총선과 함께 무르익어 갑니다. 선거의 해인 금년은 보편적 복지, 무상의료가 화두입니다. 무상의료가 정치적 구호를 넘어 어느덧 정책공약으로 자리 잡았습니다. 무상의료의 대표적인 영국 NHS는 과연 우리의 이상향일까요? NHS의 현실에 대한 비판적인 견해에 귀를 기울일 필요도 있습니다. 무상이긴 하지만 의사 만나기 어려워 기다리다가 병이 낫거나 병이 깊어진다고 합니다. 의료자원도 부족하여 풍족한 치료를 받지 못한다고도 합니다. 영국에서 살다가 온 사람들은 한국은 환자부담이 상당하지만 편하고 쉽고 의료자원이 참으로 풍족하다는 느낌을 받는다고 합니다. 결국 무상의료이면서 의료접근성도 좋고 원하는 의료서비스를 풍족하게 받을 수 있다면, 그리고 재정부담도 크지 않은 의료시스템을 만들 수 있다면 가장 좋겠습니다. 그러나 물 좋고 정자 좋은 의료 환경을 가진 나라를 찾아보기는 어렵습니다.

작년에 한국 의료시스템에 대한 진단을 OECD에 맡겼습니다. 그 연구결과에 대한 발표회가 금년 3월 14일 서울에서 열렸습니다. 한국의료는 과다한 병원 중심의 의료를 일차의료로 전환해나갈 것을 권고하였습니다. 이를 위해서 병원에 DRG를 도입하고 일차의료에 과감하게 투자할 것을 권고하였습니다. 의료의 질을 보건의정책의 주요 목표로 두고 비급여를 포함한 의료의 질에 중점을 둘 것을 강조하였습니다. 특히 한국의 의료정보시스템의 강점을 활용하여, 건



강보험자료를 포함한 여러 의료정보자료를 연결하여 전자환자의무기록(electronic patient history)을 충분히 활용할 것을 권유하였습니다. 선진국 의료의 표준에 도달할 것을 제안한 점은 과거 IMF가 한국에 대해 국제적 표준(global standard)을 지킬 것을 권고한 것과 유사합니다. 그래서 “Raising standards”를 보고서의 부제로 달았습니다. 매우 고무적인 점은 한국의 전 국민에 대한 의료정보화 인프라는 세계를 선도할만 하며, 그 강점을 십분 활용할 것을 제안하였습니다.

이제 우리나라 전문가들의 생각을 정리해봅시다. 대략의 흐름은 보험급여의 범위를 보편화해나가는 데에 큰 반대는 없는 듯 합니다. 적용인구를 보편화 했듯이 보장의 범위도 보편화하는 것이 대세인 듯 합니다. 그러나 보장성 강화는 재원부담이 따라야 하니 환자본인부담 수준을 당분간 유지하거나 서서히 낮추도록 하되 급여의 우선순위에 따라 본인부담율을 조정하는 방안이 수긍하는 분위기입니다. 예를 들면, 비급여를 급여화하되 본인부담은 높게 유지하는 것입니다. 급여범위가 보편화되면 신기술의 급여는 매우 신중해질 것이기 때문에 신기술의 도입에는 상당한 제약이 따를 것이라는 우려도 제기됩니다. 급여의 보편화에 수반되는 재원조달에는 한계가 따르기 때문에, 의료공급자의 진료량을 통제하기 위한 진료비지불방식이 논의의 핵심이 됩니다. 즉 진료량을 제어하면서 질을 훼손하지 않는 지불방식의 선택이 어려운 과제로 떠오릅니다. DRG 방식의 도입에 대체로 찬성하지만, 궁극적으로는 DRG 방식을 넘어 진료비 총액의 관리기전을 도입할 것을 주장하는 학자들도 상당수 있습니다. 보완적인 지불방식인 성과기반보상(P4P, pay for performance)에 대해서도 대체로 긍정적입니다. 질 향상과 비용 절감에 대해 인센티브를 부여하는 것이 핵심입니다. 최근에는 기존의 투입에 대해 보상하는 종별가산율이나 간호등급제와 같은 가산제도를 폐지하고, 성과에 따라 보상하는 방식으로 바꾸어나가는 제안도 설득력을 얻고 있습니다.

OECD의 제안과 우리나라 학자들의 생각이 크게 괴리되고 있지는 않습니다. 생각건대, 현재의 우리나라 의료시스템의 장점을 유지하면서 접근성-비용-질의 황금균형을 이룰 수 있는 진지한 성찰이 필요합니다. 유럽식 무상의료에 대한 환상을 가질 필요도 없고, 미국식 의료도 아닌 우리의 길을 찾아가야 되지 않을까요? 한국식 의료로 창조해나가는 데에 보수와 진보의 진솔한 대화가 필요합니다. 실사구시의 정신에 입각하여 국민과 환자의 눈높이에서 바라봐야겠습니다. 