

캐나다 온타리오 1차 의료 수가지불제도 개편

황종남 캐나다 해외통신원
앨버타대학교



1. 캐나다 1차 의료제도와 수가지불제도 개편 배경

캐나다 보건의료법(Health Canada Act, 1984)을 기반으로 하는 캐나다 보건의료제도는 10개의 주(province)와 3개의 준주(territory)에 따라 조금씩 상이한데, 이는 캐나다 보건의료법에 의해 규정된 틀에 맞춰 각 주와 준주별로 독립적인 의료제도를 운영하고 있기 때문이다. 일반적으로 캐나다 보건의료제도 내에서 1차 의료를 제공받기 위해서는 환자들이 자신의 원하는 가정의학전문의(family physician)를 주치의를 지정한 뒤, 지속적인 1차 의료를 제공받으며, 경우에 따라서 주치의를 통해 타과전문의에게 진료의뢰를 받을 수 있다. 때문에 환자와 주치의간의 신뢰관계가 매우 중요시되고 있으며, 이것이 잘 이루어지지 않을시 환자는 자신의 주치의를 변경할 수 있다. 만성적인 의료인력 부족으로 인해 종종 주치의를 지정하지 못한 환자들이 생기는데 이 경우 당일진료소(walk-in-clinic)이라고 불리는 일반 의원에서 일반의(general practitioner, 이하 GP) 혹은 가정의학전문의에게 진료를 받는다.

각 주와 준주별 독립적인 의료제도 운영으로 인해 1차 의료 수가지불제도 역시 조금씩 상이하지만 기본적으로 각 지방정부와 각 지방의사협회가 협상을 통해 기본적인 의료수가를 조정하고 있다. 대부분의 주에서는 이 협상의 결과를 바탕으로 행위별수가제(fee-for-service, 이하 FFS)를 1차 의료수가지불제도로 시행하고 있다. 한편, 일부 주에서는 만성질환의 효과적인 관리를 위해 행위별수가제와는 별도로 만성질환모델(comprehensive care model)과 같은

별도의 인센티브 수가제도를 운영하고 있기도 하다.

2. 온타리오 1차 의료수가지불제도 주요변화

온타리오의 경우 2000년 이전에는 행위별수가제(FFS)가 1차 의료의 주요 지불보상제도였다. 하지만 환자에게 제공되는 의료의 질에 기초한 보상이 아니라 의료의 양에 따른 보상이기 때문에 제대로 된 의료의 제공이 힘들다는 비판이 1990년대 이후 점차 확산되기 시작하면서 의료수가지불제도 개선방안에 대한 논의가 시작되었다. 또한 지난 10여 년간 온타리오를 비롯한 캐나다 전역에서 1차 의료의 공급주체인 가정의학전문의의 공급부족이 지속되면서, 보다 매력적인 의료수가지제도를 통해 가정의학전문의의 자원 확보의 필요성이 제기되면서 1차 의료수가지불제도 개선논의는 탄력을 받기 시작했다.

온타리오 1차 의료수가지불제도 개편은 크게 3가지 목적을 달성하기 위해서 추진되었는데 첫째, 보다 매력적인 의료수가지제도 도입을 통해 보다 많은 1차 의료 인력을 확보하여 환자들의 1차 의료 접근성을 향상시킴과 동시에 양질의 의료를 제공하는 것이다. 둘째, 혼합 의료수가모델(harmonized payment model)을 기존의 주요 지불제도인 행위별수가제(FFS)와 인두제(capitation)와 병행함으로써 1차 의료 제공하는 모든 의사들에게 추가적인 인센티브를 제공하는 것을 주요 골자고 하고 있다. 마지막으로 야간진료와 전화건강상담(the Telephone Health Advisory Service, 이하 THAS)의 제공과 공식적인 환자명부 등록과 작성을 통해 1차 의료기능 강화를 추진하고자 하였다(Fitzpatrick, 2010).

2000년대 이후 1차 의료수가지불제도 주요변화로는 기존의 행위별수가제에 별도 인센티브제를 추가하는 가정보건의료그룹(Family Health Groups, 이하 FHG)과 만성질환관리모델(Comprehensive Care Model, 이하 CCM)를 각각 2003년과 2005년에 도입한 것을 꼽을 수 있다. 이와 함께, 2001년과 2006년에는 혼합 인두제(Blended Capitation)모델인 가정보건의료네트워크(Family Health Network, 이하 FHN)와 가정보건의료조직(Family Health Organization, 이하 FHO)제도를 도입하여 시행하고 있다. 온타리오의 1차 의료수가지불제도 개편의 특징 중 하나는 기존의 행위별수가제를 완전히 폐지하지 않고 유지하고 있으며, 1차 의료공급자인 의사들로 하여금 자발적인 새 수가지불제도 참여를 권장하고 있다는 것이다. 최근에는 성과기반보상제(Pay-for-performance, 이하 P4P)를 기초로 하는 1차 의료네트워크인 가정보건의료팀(Family Health Team, 이하 FHT)제도를 온타리오의 장기

적인 1차 의료 모델로 정하고, 온타리오 각 지역사회별로 점진적인 확장을 정책적으로 추진하고 있다. 가정보건의료팀(FHT)제도는 수가지불제도의 모델이라기보다는 온타리오가 추구하는 1차 의료제공의 이상적인 공급모델이다. 하지만 가정보건의료팀(FHT)을 통해 제공되는 성과기반보상(P4P)을 추가로 받기 위해서는 반드시 혼합 인두제(Blended Capitation)모델인 가정보건의료네트워크(FHN)와 가정보건의료조직(FHO)을 기본 수가제도로 개별의사들이 선택해야만 한다. 때문에 결과적으로 가정보건의료팀(FHT)제도의 확대는 온타리오 주정부가 혼합 인두제(Blended Capitation)를 1차 의료 주요 수가지불제도로 확대 실시하고자 하는 의지를 엿볼 수 있는 정책이다.

온타리오의 혼합 인두제인 가정보건의료네트워크(FHN)와 가정보건의료조직(FHO)은 매우 흡사하다. 성과 연령을 보정하여 각 의사들에게 등록된 환자 수에 비례하는 금액이 기본 수가로 의사들에게 지급되며, 추가로 주정부에서 정한 특정 서비스, 예를 들어 만성질환관리, 야간 진료, 건강전화상담 서비스 등과 같은 특수한 의료제공에 대한 인센티브 형식의 추가수가가 지불된다. 가정보건의료네트워크(FHN)와 가정보건의료조직(FHO)의 큰 차이점은 대상서비스의 종류가 다르다는 것인데, 가정보건의료네트워크(FHN)의 경우 총 56개의 의료서비스가 인두제 범위 안에 포함되며, 가정보건의료조직(FHO)은 119개의 의료서비스를 포함하고 있다. 혼합 인두제 범위 안에 들어가지 않는 의료를 제공하였을 경우 행위별수가제를 별도로 적용받아 추가 수당이 의사들에게 지급된다.

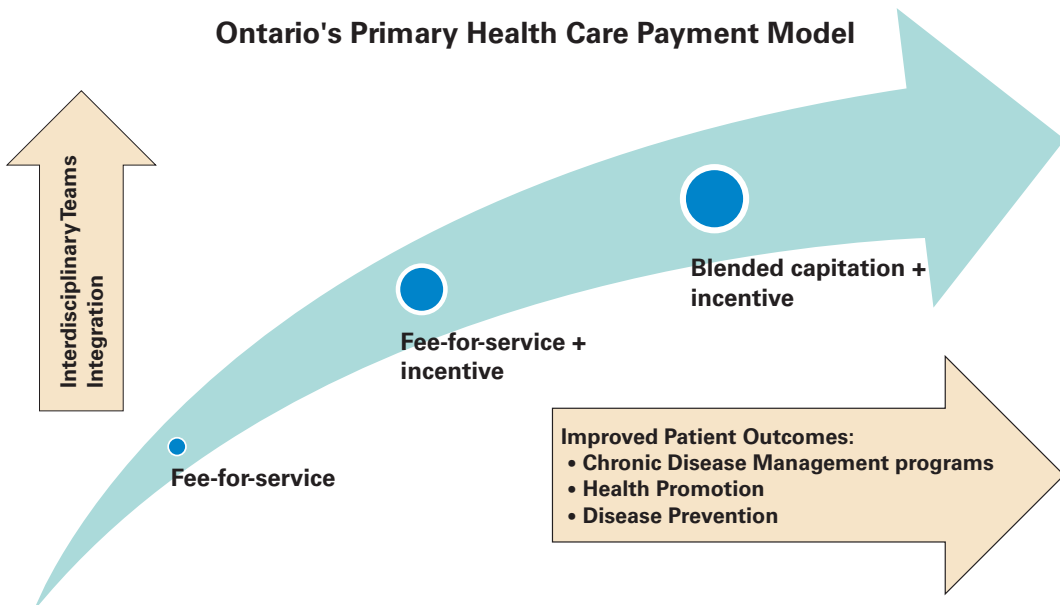


그림 1. 온타리오 1차 의료 수가지불제도 개편 방향과 목적
 자료: Ontraio Ministry of Health and Long Term Care

3. 수가지불제도 개편의 효과

가. 1차 의료 접근성 향상

온타리오의 고질적인 문제였던 1차 의료 의사인력 부족현상은 수가지불제도 개편이 후 점차 해소되고 있는 것으로 평가받고 있다. 지난 2002년에 약 10,000여명의 가정의학전문들이 온타리오에서 1차 의료를 제공하고 있는 것으로 집계되었으나, 2010년에는 약 1,600여명이 증가하여 약 11,600명이 1차 의료를 제공하고 있는 것으로 나타났다(Kralj 등., 2012). 수가지불제도 개편 전인 1995년부터 2000년까지 5년간 지속적으로 감소했던 의사 인력의 과거 패턴과 비교했을 때, 가정의학전문들의 공급이 크게 늘어난 것으로 볼 수 있다. 이는 새로운 수가지불제도가 1차 의료의 핵심이라고 할 수 있는 가정의학전문들에게 어느 정도 매력적인 보상 체계로 받아들여졌다고 해석할 수 있다는 평가가 우세하다(Rosser 등., 2010). 이와 함께 환자들의 주치의 등록률에도 큰 변화가 나타났다. 2003년 약 130만 여명이 온타리오 주민들의 1차 의료 주치의를 등록했지만, 2010년 자료를 보면 약 950만 여명이 1차 의료 주치의를 등록한 것으로 집계되었다(Kralj 등., 2012). 온타리오 총 인구가 약 1,300백만 명임을 고려할 때, 1차 의료 주치의 등록률이 높은 수준이다. Hollander MJ, et al.(2009)은 주치의 등록이 보건의료재정에 미치는 연구에서 1차 의료 주치의 등록률의 증가는 지속적인 의료 제공과 관리를 바탕으로 궁극적으로 보건의료재정의 지출의 감소와 관련이 있다고 밝혔다(Hollander 등., 2009). 온타리오의 수가지불제도 개편에 따라 증가한 주치의 등록률이 양질의 의료를 제공함과 동시에 보건의료재정의 지출 감소로 연결될 것인지에 대해 주정부 보건성(Ontario Ministry of Health and Long Term Care, 이하 OMHL)은 높은 관심을 보이고 있다.

또한, 새 수가지불제도 개편을 통해 야간진료제공이 그 이전에 비해 증가한 것으로 관찰되었다. 새 수가지불제도 개편 초기인 2003년에는 약 100만 건의 야간진료가 제공되었으나, 2010년에는 약 350만 건의 야간진료가 제공되어졌다(Kralj 등., 2012). 야간진료의 증가는 응급실 이용의 감소로 이어져, 온타리오가 겪고 있는 만성적인 응급실 진료의 지체와 인력부족에 대한 부담을 부가적으로 덜어주고 있는 것으로 평가받고 있다.

나. 의료의 질

수가지불제도의 개편이 의료의 질 향상에 얼마나 향상시켰는지에 대한 평가는 조금 이르다는 의견이 대부분이다. 하지만 2000년 이후 새 수가지불제도를 통해 보상받는 일반의와 가정

의학전문의의 경우 기존의 행위별수가제를 통해 보상받는 의사들에 비해서 환자들을 보다 자주 접촉하고, 보다 다양한 의료를 제공하고 있는 것으로 조사되었다. 이는 새 수가지불제도가 1차 의료제공, 특히 만성질환과 같이 지속적인 관찰과 관리가 필요시 되는 환자들에게 보다 나은 1차 의료가 제공되고 있다는 가정을 지지할 수 있는 근거로 해석되어진다.

한편, 온타리오 정부는 새 수가지불제도와 온타리오 1차 의료의 새 모델이자 발전방향인 통합협력진료(Interdisciplinary team care)를 연계하여 의료의 질 향상을 꾀하고 있다. 가정보건의료팀(FHT)은 온타리오 정부가 추진하는 1차 의료의 미래 모델로 통합협력진료를 통한 의료의 질 향상시키는 것을 그 주요 목표로 삼고 있다. 2005년 소개된 가정보건의료팀(FHT)의 핵심은 만성질환관리에 있어서 의사들의 과중한 진료 부담을 덜어주고, 통합협력진료팀(interdisciplinary team)을 통해 환자들에게는 적절하고 다양한 1차 의료를 제공하는 것으로, 과거 주로 의사에게만 의존했던 진료에서 벗어나 전문 간호사, 영양사, 운동 처방사 등을 비롯한 다양한 보건의료 전문 인력이 각 지역사회별로 한 팀을 이루어서 종합적인 1차 의료를 제공하는 것이다. 가정보건의료팀(FHT)제도는 성과기반보상(P4P)제도에 기반하여 추가 수가를 의사들에게 지불해 주는데, 가정보건의료팀(FHT)의 혜택을 개별 의사가 받기 위해서는 반드시 혼합 인두제 형태인 가정보건의료네트워크(FHN)와 가정보건의료조직(FHO)을 수가지불제도로 선택해야 한다.

가정보건의료팀(FHT)을 기반으로 한 새 수가지불제도가 캐나다에서 가장 높은 유병율을 보이는 고혈압, 당뇨병과 같은 만성질환관리에 있어서 다소 긍정적 영향을 미치고 있다는 연구 결과들이 나오고 있다(Kantarevic 등., 2011; Kantarevic 등., 2012). 이는 가정보건의료팀(FHT)제도를 통해 통합전자의무기록의 사용이 보다 활성화되었고, 팀내 의료 인력간 커뮤니케이션 증가로 인해 보다 효율적으로 의료를 제공할 수 있음은 물론, 성과기반보상(P4P)제도가 의사들로 하여금 만성질환과 관련된 예방과 관리서비스를 보다 적극적으로 제공하는데 충분한 동기부여를 제공하고 있다는 분석이다. 특히 자궁암, 유방암과 대장암 검사와 같은 필수 암검진 수검율과 노인계층 독감예방접종률은 새 지불제도 시행 이후 약 7~11%정도 향상된 것으로 나타났다(Kantarevic 등., 2011).

이 밖에 캐나다 보건의료 소비자지수(Canada Health Consumer Index, 이하 CHCI)에서 2011년 12월에 발표한 캐나다 주·준주별 보건의료제도 성과평가 결과에 따르면 온타리오는 10개의 주와 3개의 준주 가운데 1위를 차지하였다. 특히 1차 의료와 질병예방부문에서 가장 우

수한 평점을 받아, 간접적으로 새 수가지불제도의 긍정적 영향을 확인할 수 있었다.

다. 비용지출


Krajic, et al.(2012)의 연구에 따르면 1992년부터 2010년까지 지난 18년 동안 온타리오에서 1차 의료에 관련하여 지출된 총액은 매해 평균 3.8%가 증가한 것으로 나타났으며, 같은 기간 1차 의료 주치의(일반의+가정의학전문의) 지급된 수가는 매해 평균 3.2%로 나타났다(Krajic 등., 2012). 18년 동안의 인플레이션을 보정하여 지출 총액과 지급된 수가를 계산하여 비교하면 각각 매년 평균 1.9%, 1.3%로 인상된 것으로 나타났다. 2010년도를 기준으로 온타리오 주정부가 1차 의료에 관련해서 일반의와 가정의학전문의에게 지출한 총 비용은 총\$3.2 백만 달러로 온타리오 인구수를 고려할 때 1인당 하루 \$0.66를 지출한 것으로 나타났다(Krajic 등., 2012). 2000년대 이후, 1차 의료 수가지불제도 개선과 관련한 투자비용 지출이 다소 증가한 것으로 나타났는데, 이는 장기적으로 나타날 1차 의료의 질과 접근성 향상이라는 결과물을 고려한다면 선불린 결론을 내릴 수 없다는 의견이 있다.

온타리오 1차 의료를 담당하는 의사들이 수입을 분석해보면, 1992년부터 2004년까지 의사들에게 지급된 평균 의료수가는 인플레이션을 보정하고 평균 6%정도 감소하였다. 하지만 새로운 수가지불제도 도입 후 의사들의 수입은 약 40% 가량 증가한 것으로 분석되었다(Rosser 등., 2010). 특히 새로운 수가지불제도 개편 이후 의사들의 평균 수입은 \$250,000로 개편 초기인 2004년 \$180,000달러보다 다소 증가하였다. 그럼에도 불구하고 캐나다 보건의료정부 연구소(Canadian Institute for Health Information, 이하 CIHI)에서 총 13개의 주·준주간 비교한 의사들의 평균 소득부문에서 온타리오 1차 의료주치의들은 하위권인 8위를 기록하였다(CIHI, 2011). 때문에 수가지불제도 개편에 따라 온타리오 의사들의 수입증가에 대한 부정적인 의견은 적은 편이다.

4. 수가지불제도 개편의 함의

온타리오의 1차 의료 수가지불제도 개편과 관련하여 흥미로운 점은 기존의 행위별수가제를 폐지하고 새 수가지불제도와 병행하여 시행하고 있다는 점과 새 수가지불제도를 강제적으로 시행하지 않고 1차 의료 일반의들과 가정의학전문의들의 자발적인 참여를 유도하고 있다는 것이다. 특히 혼합 인두제(FHN과 FHO) 지불제도의 정착을 위해서 성과기반보상(P4P) 형태의 가정보건의료팀(FHT) 제도를 도입하여 의료제공자인 의사들에게는 보다 매력적인 보상체계를

제시하고, 더불어 환자들에게는 보다 향상된 질의 의료서비스를 제공받을 수 있도록 주정부가 유도하고 있다. 현재 약 4,000여명의 의사들이 혼합 인두제를 통해 의료수가를 지불받고 있으며, 점차 그 숫자가 증가할 것으로 주정부 보건성(OMHL)은 기대하고 있다(Fitzpatrick, 2010; Kralj 등., 2012). 또한, 새로운 수가지불제도 개편의 이면에는 온타리오주 5개 대학 가정의학전문의협회의 지지가 있었다(Rosser 등., 2010). 수가지불제도 개편과 관련하여 가정의학전문의협회에서 행위별 수가제에 대한 문제의식을 공유하면서 본격적인 정책 협의가 이루어졌다는 점은 주목할 만하다.

온타리오는 1차 의료지불수가제도의 점진적 개편과 더불어 2012월 1월 2차와 3차 의료에 해당하는 병원진료지불수가제도 개편안인 보건의료제도 재정개편(Health System Funding Reform)을 발표하였다. 주요 내용으로는 기존의 총액예산제(global budget)제도를 전면 폐지하고 환자중심재정(Patient-Based Funding, 이하 PBF)안을 도입함과 동시에 온타리오 보건의료의 최종 목표를 북미지역에서 가장 건강한 지역으로 설정한다고 발표하였다. 1차 의료 수가지불제도 개편에 이어 병원진료수가지불에 대한 전면적인 개편을 통해 과연 온타리오 주정부가 목표로 삼는 의료의 질과 접근성 향상이라는 결과를 얻을 수 있을 것이며, 궁극적으로 이러한 수가지불제도 개편이 궁극적으로 온타리오 주민의 건강수준에 얼마나 기여할지 관심을 가질 필요성이 있겠다. 

참고문헌

1. Canadian Institute for Health Information. National Physician Database:2009-2010. Ottawa:Canadian Institute for Health Information:2011.
2. Fitzpatrick S. Primary Care: Ontario Payment Reform. Toronto:Ontario Ministry of Health and Long-term Care:2010.
3. Hollader MJ, Kadlec H, Hamdi R, Tessaro A. Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services. Healthcare Quart 2009;12(4):32-44.

4. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary Health Care in Canada: System in Motion. *Milbank Q* 2011;89(2):256-288.
5. Kantarevic J, Kralj B. Quality and Quantity in Primary Care Mixed Payment Models: Evidence from Family Health Organizations in Ontario. Bonn;The Insitute of Study and Labor;2011.
6. Kantarevic J, Karli B, Weinkauff D. Enhanced Fee-for-Service Model and Physician Productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario. *J Health Econ* 2011;30(1):99-111.
7. Kantarevic J, Kralj B. Link between Pay for Performance Incentives and Physician Payment Models: The Case for Diabetes Management Incentives in Ontario. Bonn;The Institute for Study of Labor;2012.
8. Kralj B, Kantarveic J. Primary Care in Ontario:reforms investments and achievements. *Ontario Med Rev* 2012;Feb:18-24.
9. Ontario Ministry of Health and Long-term Care. Available from: <http://www.health.gov.on.ca>.
10. Rosser W, Colwill JM, Kasperski J, Wilson L. Patient-Centred Medical Homes in Ontario. *New Eng J Med* 2010;362(3):e7.