

노인과 만성질환 시대에 건강보험 패러다임 변화와 관리 주체의 역할 분담



전기홍 교수
 아주대학교 의과대학

1. 들어가며

의료보험 관리 조직으로서 국민건강보험공단(이하 공단)과 건강보험심사평가원(이하 심평원) 간의 역할과 기능을 둘러싼 갈등은 태생적인 것이다. 보험자로부터의 심사기능 독립을 통한 보험자와 의료공급자의 상호 견제를 중요한 목적으로 2000년에 신설된 심평원은 전문성을 바탕으로 요양급여 대상인 진료의 적정성과 질 평가를 수행함으로써 건강보험 재정 보호와 국민에 대한 양질의 의료서비스 제공의 균형을 이루고자 하였다. 그러나 실제적 보험자인 정부의 산하 조직으로서 현행의 건강보험정책 틀 속에서 건강보험 재정 절감과 의료서비스 질 향상을 균형 있게 조정할 수 있는 여지는 적었다. 결국, 정부 주도의 건강보험이 지속 운영 가능하도록 지원하는 역할을 수행함으로써 재정수지 운영을 총괄하는 공단과 역할 갈등이 지속되었다.

보험자의 관점에서 건강보험 운영 기능을 크게 재정확보 및 지출(financing)과 국민에 대한 의료서비스 구매(purchasing)로 구분한다면, 두 기관의 기능 배분은 적절하고 타당하다. 그러나 이는 사회보험을 운영하는 정부의 입장일 뿐 국민의 관점이 아니다. 국민, 즉 수요자의 관점에서 건강보험은 국민의 건강과 삶의 질을 향상시켜주는 핵심적인 수단이다.

국민의 관점에서 건강보험은 모든 국민의 건강 수명을 늘려주고 인간다운 삶을 살도록 적극 지원해 주는 수단이어야 한다. 인구 노령화와 만성질환 증가로 질병 양상이 과거와는 크게 다르고, 의학기술의 발전으로 평균 수명이 크게 늘면서 급성기 질환을 주로 치료하던 과

거와는 다른 환경으로 계속 변하고 있다. 그러나 우리나라 건강보험은 과거 1977년 의료보험이 처음 도입된 이후 전 국민 의료보험을 달성하고 현재에 이르는 동안 의료서비스 제공 틀은 전혀 달라진 것이 없다. 즉, 국민이 스스로 판단해 의료이용을 하면 낮은 보험료와 낮은 수가에 기반한 행위별수가 방식으로 의료기관에 보상하는 것이다. 질병이 발생한 국민이 질병상태 혹은 증상을 인지하고 의료기관에 와서 의료서비스를 받을 때 이를 지원하는 것으로 건강보험의 역할을 정하고, 이를 잘 수행하기 위한 정책을 수립 집행하였다. 예방사업으로 질병의 조기발견을 위한 검진을 수행하고 있기는 하나, 이 역시 국민이 스스로 인지하고 하고자 원할 때이다.

수명 연장과 생활습관변 시대를 사는 국민들이 건강한 삶을 위해 원하는 것은 무엇일까? ‘암보다 무서운 치매가 오면 어떻게 살아야 하나?’, ‘암, 고혈압, 당뇨병, 심장질환, 뇌졸중, 콩팥질환 등 만성질환의 위험은 크고 의학기술의 발전으로 수명은 늘었는데 건강하게 오래 살려면 어떻게 해야 하나?’, ‘고혈압, 당뇨병을 가지고 있는 사람들이 심장질환, 뇌졸중 등 합병증 발생을 최소화하기 위해 무엇을 해야 하나?’, ‘오래 살수록 노령으로 인한 치매나 활동 장애 혹은 불능으로 살아 갈 확률이 높아지는데 모아 둔 돈은 없고 인간답게 생을 마감하려면 어떻게 해야 하나?’ 등 막연하지만 미래에 현실로 다가올 것 같은 불안을 다소나마 줄일 수 있는 대안으로서의 건강보험이 필요하다.

건강보험이 건강을 좁은 시각으로 해석하여 질병의 반대 개념으로 보고 국민 스스로 판단해 결정할 의료서비스 이용에 대해서만 급여하는 것은 국민 중심의 건강보험이 아니며, 국가 주도의 단일 보험자가 추구하는 바가 아닐 것이다. 지금까지는 낮은 보험료 기반의 적은 재정으로 전 국민 건강보험을 운영해야 하는 한계를 극복하기 위한 교육지책의 제한된 정책이었다고 하더라도, 연 평균 10% 정도의 국민의료비 증가에도 불구하고 급여 보장성 확대를 시도하고 있는 지금부터는 국민의료비 증가가 상기의 몇 가지 예를 들어 언급한 국민이 원하는 건강과 삶을 조금이나마 이룰 수 있도록 틀을 만들어 가는 건강보험정책 방향이 필요하다.

보건의료서비스에 대한 질과 비용의 책임을 국민 개인으로부터 보건의료 제공조직으로 옮겨 주는 것이 핵심이다. 또 지금 정도 규모의 국민의료비를 국민의 건강과 삶의 질 향상의 목표를 이루기 위해 합리적으로 배분할 수 있다면 국민이 원하는 것을 많은 부분 이룰 수 있을 것이라는 가정을 한다. 환자에게 무엇이 꼭 필요한지를 아는 것은 의사 등 보건의료서비스 제공자이다. 반드시 해야 하는 검사 혹은 처치, 수술이 무엇인지, 비용 대비 효과가 떨어지는 것과 확률적으로 불필요한 것은 무엇인지, 인간다운 삶과 죽음을 위해 자원을 가장 비용효과적으로 배분하는 방법이 무엇인지를 가장 잘 아는 주체이다. 보건의료 제공조직이 판

단하기에 가장 합리적이고 타당하게 자원을 배분하도록 하고, 이렇게 하면 인센티브를 갖도록 하는 건강보험정책으로 변화해야 한다.

의료이용을 국민 개인이 스스로 판단하고 결정하도록 내버려 두지 않고 “누군가”가 지속적으로 모니터링하고 상담하며, 나아가 적극 개입해 해결해 주는 시스템은 만성질환 시대에 우리나라가 꼭 이루어야 하는 절대 과제라고 생각한다. 영국의 국가보건의료시스템(national health system)은 국가가 조세 재원으로 모든 국민을 대상으로 이를 수행하고 있는 것이다. 우리나라와 같이 민간 소유의 의료기관으로 구성된 의료체계에서는 어떻게 해결할 수 있을까? 크게 세 가지의 전제가 필요하다. 첫째는 “누군가”를 만들어야 하고, 둘째는 국민 개인 혹은 가족을 맡아 포괄적인 보건의료서비스를 제공하도록 국민이 원하는 “누군가”에게 배정한다. 셋째는 “누군가”가 배정 받은 인구집단을 잘 관리해 원하는 건강결과를 내면 인센티브를 가질 수 있고 충분한 수익도 내야 한다. 지금의 건강보험체계에 변혁이 있어야 한다는 것을 의미한다.

우리나라는 공급자의 대부분이 민간 의료기관이다. 게다가 행위별수가제의 여건에서 국민 개인이나 가족을 책임질 수 있는 “누군가”를 만들고 개인 혹은 가족 단위로 원하는 “누군가”에 배정하는 것이 가능할 것 같지 않게 느껴진다. 반면에 정부 주도의 단일보험자 하에서 체계적인 정책 집행이 가능하고 통제가 용이하다는 점은 가장 문제가 될 수 있는 의료서비스 질에 대한 감시와 조절이 가능하다는 것이므로 유리한 측면이다. 우리나라와 비슷하게 주로 민간의 의료기관으로 구성되어 있는 여건에서 보건의료제공체계의 변혁을 이끌고자 한다는 관점에서 현재 미국에서 시범사업으로 진행 중인 ACO(accountable care organizations)에 대해 벤치마킹할 필요가 있다. ACO는 배정 받은 메디케어 대상자들에 대한 비용과 의료서비스 질에 대한 책임을 부과하고 정해진 기준보다 절감된 비용의 대부분을 보상받는 보건의료제공체계이다. 33개의 질 관리 지표로 평가하고 다양한 지불방법으로 보상한다.

2. 메디케어 ACO

오바마법이라고 불리는 환자보호 및 부담적정보호법(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)이 2010년 통과되면서 미국의 보건의료시스템에 대한 혁신의 시동이 만들어졌다고 평가한다. 과거 수십 년 동안 논란의 대상이었던 비용의 증가를 줄이면서 질과 접근성을 높이고자 한 노력이 현실화 될 것이라는 기대가 크다. 그 핵심에 ACO가 있다. ACO는 포괄적 의료를 제공하는 통합화된 네트워크를 갖고 환자를 관리하는 공급자조직이다. ACO의 개념은 새로운 것이 아니지만 공급자조직에 책임이라는 단어를 포함한 것

은 새롭다(Marcoux 등, 2012).

미국 보건의료가 비판 받는 이유는 의료서비스가 분절되어 제공되고 있다는 것이다. 분절된 의료서비스는 서비스의 낭비와 중복, 그로 인해 불필요한 의료비용 상승의 원인이 되었다. 이를 해결하기 위한 것이 1973년 HMO(health maintenance organization)법이었고, 1980년대와 1990년대에 보건의료서비스 전달(delivery)을 포함하는 건강플랜이 미국 의료시장의 주를 이루도록 함으로써 시장 경쟁을 촉진하여 환자 중심의 패러다임으로 변화하였으나, 2000년대 들어 포괄적인 의료서비스를 통합적으로 제공하는 인두제 방식(capitated payment)의 폐쇄적 건강유지조직이 선택과 접근의 제한으로 인해 환자와 의사에게 모두 외면 받으면서 의료비는 다시 증가하였고 비용효과적인 의료서비스 제공체계의 재개는 힘들어 보였다(Kongstvedt, 2007).

모든 국민 특히, 만성질환으로 고통 받는 국민들에게 보다 통합적이고 비용효과적인 보건의료서비스를 제공해야 하는 필요가 시급해졌다. 미국은 새롭게 시도되는 통합 의료서비스 개혁법, 즉 PPACA 2010에서 의료서비스 제공체계와 지불제도의 근본적인 개혁 필요성에 대해 합의하였다. ACO는 PPACA에서 나온 보건의료제공체계 개혁안 중 하나이다. 추구하는 세 가지 목표는 ①개인에게 더 나은 질의 서비스를 하고(better care for individuals), ②인구집단의 건강을 향상하고(better health for populations), ③비용 증가를 완만히 하는 것(slower growth in costs)이다.

FDA와 CMS의 전 책임자인 Mark McClellan 박사는 ACO의 세 가지 핵심 요소를 다음과 같이 이야기했다. 첫째, 인구집단에 대한 포괄적이고 지속적인 돌봄을 통해 개인당 모든 비용과 질을 책임지는 일차의료를 기반으로 하는 의료공급자 조직, 둘째, 의료서비스의 질 개선과 함께 비용을 고려하는 지불제도, 셋째, 더 나아진 돌봄과 비용 절감을 입증할 수 있는 신뢰성 있는 성과 측정이다(McClellan 등, 2010).

ACO는 PPACA에 근거해 보건의료 제공체계를 개혁하기 위해 만들어진 CMMI(Center for Medicare and Medicaid Innovation)가 처음 제안한 이익분배ACO모형(shared saving ACO model)과, 이익분배ACO모형을 변형시켜 기존 관리의료조직(managed care organization, MCO)의 서비스 네트워크 플랜들이 적용하기 용이하게 선구자ACO모형(pioneer ACO model)의 크게 두 가지 형태로 구분한다. 같은 점은 배정된 메디케어 대상자 집단에 대한 임상적·재정적 책임을 져야 하고, 정해진 질 지표들을 측정 보고해야 하며, 질과 비용 절감 목표를 달성하면 재정적인 인센티브가 주어진다는 것이다. 반면, 크게 다른 점은 재정적인 위험과 보상의 정도가 다르고, 선구자모형은 시작 3년차에는 배정된 메디케어 대상자에 대해 인구집단기반 지불(population-based payment)방식을 적용한다는 것이다. 특히,

ACO에서는 환자 귀속원칙(attribution rule)이 중요한데, 이는 ACO에 환자를 배정하는 기준을 말한다. 이익분배ACO모형은 후향적으로 귀속(retrospective attribution) 시킨다. 이는 책임에 대한 성과를 측정할 환자를 서비스 시점에서는 알지 못한다는 의미이다. 선구자 ACO모형은 성과를 측정할 환자를 사전에 알 수 있는 전향적 귀속(prospective attribution)을 선택할 수 있다(Nicholas, 2012).

2012년에 연방정부 주도로 시범사업을 수행하여 ACO의 타당성을 검증하고자 하였다. 5,000명 이상의 가입자와 포괄적인 보건의료서비스를 제공할 수 있는 전문의들을 보유한 공급자조직을 대상으로 하였다. 일단, 참여하면 최소한 3년 동안은 지속해야 한다. 전국적으로 선구자ACO모형은 32개 통합보건의료 네트워크가 자원하였고, 이익분배ACO모형은 116개 크고 작은 의료기관과 공급자조직이 자원하였다. 한 예로, 보스턴에 위치하고 1,200명의 일차진료의사를 포함하여 6,000명의 의사와 통합 네트워크를 가진 ‘파트너스 보건의료(partners health care)’는 1990년대 인두제 방식의 지불방식의 부정적 경험에도 불구하고 선구자ACO모형에 참여하기로 결정했다. 그 이유는 첫째, 주와 연방정부의 의료비를 줄이고자 하는 적극적 태도가 심각하였고, 둘째, 인두제를 거부하는 주요 원인인 일차진료의사에 대한 문지기(gatekeeper)역할 압력이 완화되고 환자의 선택 자율권이 인정되는 등 여건이 과거와 다르며, 셋째, 이익 분배 기준인 전국 평균 비용 증가율은 1990년대 사보험자의 높은 할인율에 비해 유리한 조건이고, 넷째, 요구하는 질 기준을 달성하기에 충분할 정도로 인구집단 관리 역량이 준비되었기 때문이다(Milford와 Ferris, 2012).

ACO는 등록된 모든 환자들에게 의료서비스를 제공하는 과정에서 생길 수 있는 재정적인 위험을 공유한다. 비교 대상의 ACO들의 연간 비용의 평균을 기준으로 최소절감률(minimum savings rate, MSR)에 따른 연간 비용의 목표를 정하고, 이보다 더 많이 줄이면 감소비용의 일정 비율을 인센티브로 지급한다. 단방향모형(one-sided model)과 양방향모형(two-sided model)은 각각 손실(loss)을 고려하지 않은 것과 손실을 고려한 것을 말한다. 단방향모형은 초기에 MSR보다 비용이 많이 발생한 경우에도 손실을 없게 함으로써 적응 기간을 주기 위한 방법으로 3년차부터 단방향모형은 적용되지 않는다. 표 1은 이익분배ACO모형과 선구자ACO모형에 대한 연차별 지불방법을 정리한 내용이다.

표 1. 이익분배ACO모형과 선구자ACO모형의 비교

단계	이익분배ACO모형		선구자ACO모형		
	트랙 1	트랙 2	선구자 핵심모형	선구자 A안	선구자 B안
초기 지출 기준	연도별 가중치를 이용하여 이전 3개년 평균을 이용하여 초기 지출기준을 수립 기준연도3-60%, 기준연도2-30%, 기준연도1-10%				
1년	-손실책임 없이 이익분배 (1-sided model) -최소절감률	-이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -최소절감률 2%	-60%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 10% -손실책임상한 10% -최소절감률 1%	-50%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 5% -손실책임상한 5% -최소절감률 1%	-70%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1%
2년	-손실책임 없이 이익분배 (1-sided model) -최소절감률	-이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -최소절감률 2%	-70%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1%	-60%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 10% -손실책임상한 10% -최소절감률 1%	-75%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1%
3년	-이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -최소절감률 2%	-이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -최소절감률 2%	<ul style="list-style-type: none"> • 지불제도: ACO part A와 B 기대 수익의 50%까지 인구집단기반 지불로 전환 • 위험: 70%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • 지불제도: ACO의 part A와 B 기대 수익의 50%까지 인구집단기반 지불로 전환 • 위험: 70%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1% 	<ul style="list-style-type: none"> • 지불제도: ACO의 part A와 B 기대 수익의 50%까지 인구집단기반 지불로 전환 • 위험: 75%까지 이익분배 및 손실책임 (2-sided model) -이익분배상한 15% -손실책임상한 15% -최소절감률 1%
4년	-	-	-위와 동일 -2011-2013년의 정보를 이용하여 지출기준을 다시 계산	-위와 동일 -2011-2013년의 정보를 이용하여 지출기준을 다시 계산	-위와 동일 -2011-2013년의 정보를 이용하여 지출기준을 다시 계산
5년	-	-	-위와 동일	-위와 동일	-위와 동일

자료: CMS(2012, 2013).

3. 인구집단기반 지불방법과 행위별수가제를 혼합한 하이브리드 지불방법

건강보험에서 가장 민감한 이슈 중 하나인 지불방법에 변화를 주어야 한다는 전제는 사실 우리나라에서는 아무리 명분이 좋아도 가까운 미래에는 수용 가능할 것 같지 않다. 이는 미국의 경우도 마찬가지로 행위별수가제가 가지는 합리적이고 수용성이 높다는 장점 때문에 대부분의 MCO에서도 사용하고 있고 더 확산되고 있는 추세이다. 네트워크 밖에 있는 의료기관 이용이 소비자 선택에서 점점 중요해지면서 인두제 방식보다는 행위별수가제 방식을 적용하여 보험가입자를 확대하는 것이 일반화 되고 있다. 보험회사들은 많은 가입자

를 내세워 의료기관에 대한 힘의 우위를 과시하고 수가를 낮게 계약하는 전략을 사용한다.

그러나 결국 행위별수가제 방식에 의한 계약은 예방적 서비스나 통합화된 인간 중심의 보건의료서비스를 제공을 위한 동기부여가 불가능하기 때문에 의료비 증가는 멈출 수 없고, 국민의 건강수준을 향상시키려는 모든 국가의 목표 달성을 이룰 수 없다는 한계가 상존한다. 2000년대 들어 인두제 방식의 지불방법을 사용하는 HMO가 급격히 쇠퇴하고 PPO(preferred provider organization)가 시장을 장악하게 된 원인도 의료기관 선택 제한에 대한 소비자의 불만 때문이다. 그러나 이것은 의료비 증가 억제나 통합 보건의료서비스 제공을 통한 효율적인 만성질환 관리와 국민 건강수준 향상의 정부 정책 방향과 역행하는 것으로 우려할 상황인 것이다.

선구자형 ACO가 사용하는 지불방법으로 인두제 방식의 인구집단기반 지불방법과 행위별수가제를 혼합한 하이브리드(hybrid) 지불방법이 사용되고 있다. 이 방법을 가상으로 우리나라 건강보험에 적용하여 소개한 후 일개 병원에 간단하게 적용하여 시뮬레이션 해본 결과 어느 정도 타당성을 확보할 수 있었다. 이에 대한 과정을 도식화하면 그림 1과 같다.

가장 먼저 기준이 되는 연령 등 위험을 보정한 1인당진료비를 정한다. 전년도 연령대별 전국 평균 1인당진료비가 예일 것이다. “A”의료기관이 비용과 건강관리의 책임을 맡도록 지정된 피보험자 혹은 가족 개인(이하 멤버)의 연령대별 전국 평균 1인당진료비의 75%에 해당하는 금액의 절반을 ‘인구집단기반의 지불’로서 “A”의료기관에 선지급한다. “A”의료기관은 선지급된 급여비를 사용하여 멤버에 대한 건강관리를 수행한다. 75%는 “A”의료기관이 전년도에 멤버들을 진료한 급여진료비가 멤버들의 연간 급여진료비 중 차지하는 비율이다. 즉, 25%는 “A”의료기관 이외의 의료기관에서 진료가 이루어진 것이다. 또 “A”의료기관에서 멤버에 대해 실제 진료한 진료비는 행위별수가 방식으로 심평원에 신청하고, 지금과 동일한 방식으로 심사한 후 급여결정액의 절반에 해당하는 금액을 “A”의료기관에 지급한다. 따라서 “A”의료기관이 연간 받은 실제 급여액은 ‘인구집단기반의 지불’로 선지급된 것과 실제 진료한 진료비의 절반을 합한 금액이다.

멤버는 “A”의료기관 이외 다른 의료기관을 이용할 수 있으므로, “A”의료기관 외의 의료기관에서 급여 받은 비용을 합하면 멤버가 1년간 받은 실제 진료비이다. 성과 평가의 기준을 연령대별 전국 평균 1인당진료비로 한다면, 해당 연도의 연령대별 전국 평균 1인당진료비와 실제 진료비를 비교하여 그 차액을 개인별 진료비 절감액으로 하고, 이 절감액의 63%에 해당하는 금액을 인센티브로 정한다. 63%는 과거 시범사업의 결과 시뮬레이션에 의해 가장 적당하다고 판단한 모수로 임의적인 숫자이다. 만약 실제 진료비가 전국 평균보다 많았다면,

40%의 디스인센티브를 적용한다. “A”의료기관 외에서 발생한 급여진료비도 멤버의 일인당 진료비에 포함하여 평가기준과 비교하는 이유는 책임을 갖는 의료기관이 멤버의 의료이용을 포괄적으로 관리하여 적절한 비용이 발생하도록 최선을 다하라는 의미이다.

“A”의료기관이 받아야 할 연간 급여액을 정할 때 행위별수가 방식에 의해 실제 발생한 급여진료비를 기준으로 정한다면, 최종적으로 “A”의료기관이 받아야 할 금액은 “A”의료기관이 멤버에게 실제 진료하여 행위별수가 방식으로 청구한 급여진료비와 인센티브를 합한 금액이다. 그런데 “A”의료기관은 ‘인구집단기반의 지불’로 선지급 받은 것과 실제 급여진료비의 절반은 이미 지급받았으므로 “A”의료기관은 그 차액에 해당하는 금액을 정산 받으면 된다. 이것이 미국의 메디케어 ACO 시범사업에서 선구자형 ACO에게 지불하는 방식이다.

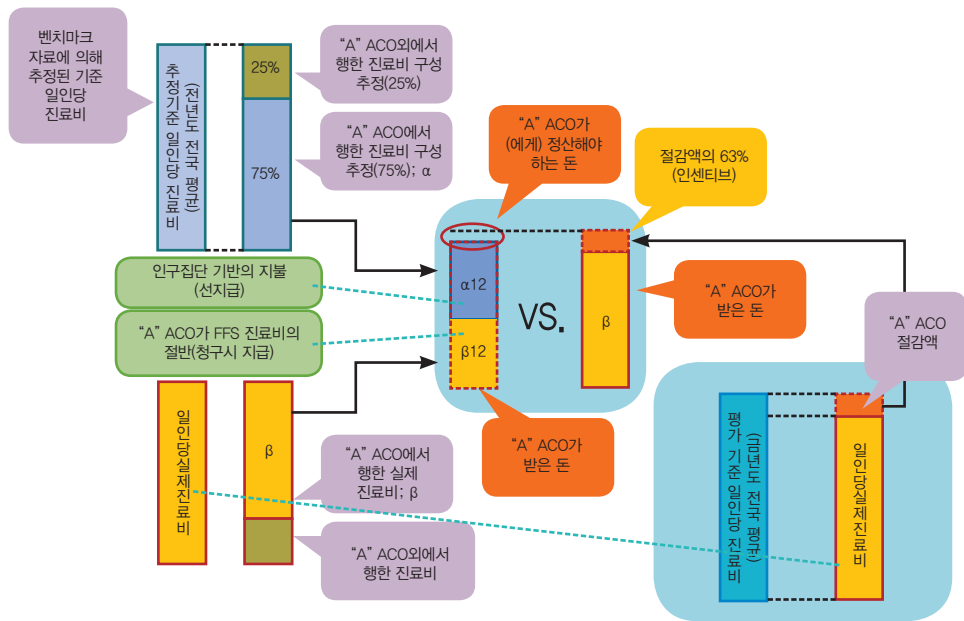


그림 1. 인구집단기반 지불방법과 행위별수가제를 혼합한 하이브리드 지불방법

수도권에 있는 한 대학병원의 2012년 외래방문 실인원 수를 연령대별로 구분하고 연령대별 해당 연도 전국 평균 급여진료비를 사용하여 대강의 시뮬레이션 해 보았다(표 2). 이는 비용절감 정도에 따른 인센티브 수준의 민감도를 파악하고자 한 것으로서 단순히 산출된 수치의 규모에 대한 느낌을 갖기 위한 목적이다. 대안 1을 가지고 간단히 설명하면 “A”의료기관의 2011년 실제 외래방문 실인원수를 사용하여 이 보다 50%가 더 많은 멤버를 지정 받았다고 가정하고, 연령대별 건강보험 전국 평균 급여진료비를 적용하여 계산해 보았

다. 또 “A”의료기관이 맡은 멤버들의 연간 급여진료비가 연령을 보정하고 전국 평균 급여진료비의 80%라고 가정하였다.

약 30만명의 멤버에 대해 2011년 기준으로 연령대별 전국 평균 급여진료비의 75%에 해당하는 금액의 절반을 ‘인구집단기반 지불’방식에 의해 미리 지급받으며, 그 금액이 약 670억원 정도이다. 해당 연도에 멤버를 실제 진료하고 행위별수가 방식으로 심평원에 요양급여를 신청하고 절반에 해당하는 급여비를 지급받은 금액이 약 540억원 정도이다. 따라서 “A”의료기관이 연간 실제로 지급받은 급여진료비 총액은 약 1,211억원이다. 여기 시뮬레이션에서는 모형의 단순화를 위해 해당 연도도 2011년으로 하여 한 해의 자료를 가지고 사용하였으나, 실제 적용 시에는 전년도 자료를 기준으로 해당 연도 ‘인구집단기반 지불’의 비율 등을 정하는 것이 합리적일 것이다.

“A”의료기관은 멤버들을 잘 관리해서 전국 평균보다 20% 적은 급여진료비를 사용하게 하였으므로, 절감한 급여진료비의 63%에 해당하는 226억원 정도의 인센티브를 받게 된다. 또 “A”의료기관이 멤버들에게 행한 진료비를 모두 받았다면 약 1,077억원의 급여진료비를 받았을 것이다. 그러므로 “A”의료기관이 최종적으로 실제 받아야 할 금액은 1,077억원에 226억원의 인센티브를 더한 1,303억 원이다. 그런데 이미 지급받은 급여진료비가 1,211억원이므로, 차액에 해당하는 92억원을 정산하여 추가 지급하게 된다.

표 2. 2012년 “A”의료기관 외래 실의원수와 2011년 건강보험 전국 평균 급여진료비를 이용한 하이브리드 지불방법의 시뮬레이션 결과

내용	절감에 따른 인센티브		초과로 인한 디스인센티브	
	대안1	대안2	대안3	대안4
멤버 급여진료비 중 “A”의료기관에서 진료한 구성비 (x)	75%	75%	75%	75%
기준 대비 비용절감 시 인센티브 비율 (z1)	63%	63%	63%	63%
기준 대비 비용증가 시 디스인센티브 비율 (z2)	40%	40%	40%	40%
멤버 수(2012년 외래방문 실의원(192,590명)*배수 대안)	288,792명 (1.5)	431,382명 (2.5)	288,792명 (1.5)	431,382명 (2.5)
기준년도(2011년) 연령대별 전국 평균 급여진료비 기준으로 산출한 멤버들의 급여진료비 (a)	1,794억	2,991억	1,794억	2,991억
기준년도(2011년) 연령대별 전국 평균 급여진료비 기준으로 산출한 멤버들의 급여진료비 대비 연령 보정 실제 급여진료비백분율 (y)	80%	80%	120%	120%
기준년도(2011년) 연령대별 전국 평균 급여진료비 기준을 적용하여 멤버들의 급여진료비를 산출했을 때, 이 중 “A”의료기관이 차지할 것으로 추정하는 급여진료비 (a*x) ··· ②	1,346억	2,143억	1,346억	2,143억
기준년도(2011년) “A”의료기관이 맡은 멤버들의 실제 급여진료비 (a*y)	1,436억	2,393억	2,153억	3,589억
인구집단기반 지불방식에 의해 선지급 받은 급여진료비 (b=a*x/2)	673억	1,122억	673억	1,122억

내용	절감에 따른 인센티브		초과로 인한 디스인센티브	
	대안1	대안2	대안3	대안4
기준년도(2011년) "A"의료기관이 많은 멤버들에 대해 FFS 청구에 의해 지급 받은 급여진료비 ($@*y*x/2$)	538억	897억	807억	1,346억
기준년도(2011년) "A"의료기관이 많은 멤버들에 대해 지급 받은 총 급여진료비 ($@*y*x/2+⑥$) · · · ①	1,211억	2,019억	1,480억	2,468억
기준년도(2011년) "A"의료기관이 많은 멤버들에 대해 모두 FFS로 받는다면 받을 급여진료비 ($@*y*x$) · · · ②	1,077억	1,795억	1,615억	2,692억
기준년도(2011년) "A"의료기관이 많은 멤버들에 대해 전국 평균 급여진료비 대비 절감 혹은 초과된 급여진료비에 대한 인센티브 혹은 디스인센티브 ($@*(1-y)*z1$ 혹은 $@*(1-y)*z2$) · · · ③	226억	377억	-144억	-239억
기준년도(2011년) "A"의료기관이 많은 멤버들에 대해 받을 총 급여진료비 (②+③)	1,303억	2,172억	1,471억	2,453억
차액 정산 (②+③-①)	92억	153억	-9억	-15억

이 시뮬레이션 결과에서 주목할 점이 두 가지 있는데, 첫째는 행위별수가 방식으로 청구한 전국 평균의 진료수익과 하이브리드 방식의 진료수익에 큰 차이가 없다는 것이고, 둘째는 전국 평균 보다 20%나 더 많은 진료비를 사용한 경우에도 패널티를 적용하면 정산할 금액이 총 급여진료비의 1%에 미치지 않기 때문에 저항을 줄일 수 있을 것이라는 점이다. 기준년도(2011년) 연령대별 전국 평균 급여진료비 기준을 적용하여 멤버들의 급여진료비를 산출했을 때, 이 중 "A"의료기관이 차지할 것으로 추정하는 급여진료비(㉚) 1,346억원과 인구집단 기반의 지불과 인센티브 등으로 최종 받는 총 급여진료비 1,303억원과는 불과 3% 정도 차이에 불과한데 비해, 비용을 20% 줄이는 과정에서 절약하는 자원 등을 고려할 때 하이브리드 지불방법이 훨씬 더 많은 이익을 가져다 줄 수 있을 것이다. 반면에 전국 평균보다 20% 더 많은 1인당 급여진료비인 경우에 40%의 디스인센티브(대안3의 경우 144억원)를 적용하더라도, 이미 지불 받은 급여진료비에서 제하면 최종 정산할 비용은 크지 않아(대안3의 경우 9억원) 패널티 지불에 대한 저항을 줄일 수 있을 것이다.

4. 보건의료제공체계 패러다임 변화 방향

노인과 만성질환의 시대에 우리나라 건강보험 보건의료제공체계는 변해야 하며, 그 핵심은 의료이용 의사결정 주체를 국민 개인으로부터 보건의료 공급자조직으로 바꾸는 것이다. 비용절감과 양질의 보건의료서비스 제공의 책임을 공급자조직에 두어야 한다. 건강 결과를 책임지는 것이 아니라, 비용효과적인 보건의료서비스 제공과 돌봄의 책임을 부여하고, 결과에 따른 인센티브를 보장하는 개념이다. 보건의료서비스 제공 책임의 요소에는 국민과

개인 혹은 가족을 원하는 공급자조직에 배정하는 것, 문지기 혹은 주치의의를 이용한 일차진료를 강화하는 것, 지속적인 돌봄이 필요한 인구집단을 대상으로 가정진료를 적용하는 것, 급성진료와 응급진료 등에 대한 병원 진료서비스의 비용을 효과적으로 해결하는 것, 노인성 질환에 대한 진료 및 돌봄과 노인 요양 등을 포함해야 한다. 한마디로, 국민의 생애 주기에 걸친 건강을 적극적으로 개입하고 돌보는 것이다.

건강보험은 공급자조직이 국민 건강에 대한 책임을 가지고 상기와 같은 포괄적인 보건의료서비스를 국민에게 제공하도록 하는 수단이 되어야 한다. 국민의 건강을 궁극적 가치로 하는 건강보험을 만들기 위한 개혁은 다음과 같은 건강보험 구조조정을 요구한다. 첫째, 국민의 수용성이다. 이는 현재로서는 매우 힘든 도전이다. 궁극적으로는 국민을 위하는 것이지만 국민들의 선택을 받기 위한 공급자조직들 간의 경쟁 유도는 시장을 촉발하는 것으로 보이기 때문에 시작도 하기 전에 여론에 의해 좌절될 수 있으므로 체계적인 접근이 필요하다. 국민의 건강수준을 긴 시간의 스펙트럼에서 서서히 높이고자 하는 것이고 인간다운 삶과 최선의 건강을 유지하는 가장 근접한 방법이라는 것을 국민에게 설득해야 한다.

둘째, 의료서비스 공급자들의 동의이다. 1차 진료기관은 얻는 편익이 적고 비용을 통제할 수 있는 여지가 부족할 것이므로 책임을 가지는 공급자조직의 주체가 되기는 쉽지 않아 동의하지 않을 것이며, 2차 진료기관은 특별히 전문적인 진료 이외에 일차진료를 포함한 요양병원 등의 네트워크를 가지고 대부분의 보건의료서비스 분야를 포괄할 수는 있으나 규모의 경제를 이룰 만큼 많은 국민들의 선택을 받는 것이 쉽지 않을 것이다. 결국, 경쟁에서 살아남는 것이 어려워 적극 동의하지 않을 것이다. 3차 진료기관이 중심적인 역할을 할 것이고 보건의료와 사회복지가 조화를 이루는 국민 중심의 보건의료제공체계의 틀을 구축할 수 있을 것이다. 자본과 역량을 통한 네트워크 구축과 많은 국민들의 선택을 받을 수 있고 이를 기반으로 시장을 만들 수는 있으나 의료의 시장화에 대한 거부 의 벽에 부딪힐 것이다. 그러나 이런 틀에서 비용효과적이고 포괄적인 보건의료와 돌봄의 서비스가 공급자에 의해 자발적으로 제공될 수 있는 체계를 만들고, 사회보장의 기전으로 하위 15-20% 소득계층에 대한 전면적 의료보장이 실현되어야 형평의 가치를 이룬 진정한 국민 건강과 안녕을 이룰 수 있다. 이런 자발적인 공급자의 참여 기전 없이는 국민이 원하는 형평과 건강의 가치를 이룰 수 없다는 것은 분명해 보인다.

마지막으로, 정부와 건강보험 관련 산하 기관의 역할 변화이다. 이는 별로 어렵지 않게 할 수 있을 것인데, 왜냐하면 정부 주도의 단일보험자 체계가 많은 것을 쉽게 해결하는 원동력이 될 수 있기 때문이다. 다만, 정부의 의지가 있어야 한다는 전제가 있다. 정부가 노인과 만성질환 시대에 국민의 건강과 안녕을 위한 핵심 정책 방향임을 인지하고 실천 의지를 갖는

다면, 관련 법 개정만으로도 대부분을 조정할 수 있을 것이다. 현재의 틀을 그대로 유지하면서 국민 개인이 원하는 공급자조직과 연결해 주고 모니터링, 평가와 피드백을 잘 하도록 산하 기관에 역할 부여한다면 우리나라 국민의 건강과 안녕은 다른 어떤 선진국보다 앞서 이를 수 있을 것이다. 그러나 공단과 심평원이 수행할 역할과 기능은 지금과는 많이 다를 것이다.

5. 책임을 갖는 공급자조직 간 시장경쟁 환경에서 공단과 심평원의 역할

실제적인 보험자인 정부는 현재와 동일한 권한과 역할을 수행할 것이다. 즉, 단일 보험자로서 국가 단위의 사회보험인 우리나라 건강보험 정책을 결정하고 제도화한다. 그러나 산하 기관으로 재정과 급여를 담당하는 공단과 서비스 구매 기능의 심평원은 역할에 있어 큰 변화가 요구된다.

공단은 건강보험 보건의료서비스 시장을 만들고 활성화시키는 역할로 변화해야 한다. 의료기관이 진료한 요양급여에 대해 감시와 통제를 하는 현재의 역할에서 국민이 더 나은 공급자조직을 선택할 수 있도록 정보를 제공하고, 공급자조직들이 시장에서 치열하게 경쟁하게 함으로써 그 편익이 국민에게 돌아오도록 환경을 조성해야 한다. 그리고 저소득계층에 대한 전면적 의료보장이 비용효과적으로 이루어 질 수 있도록 공급자조직을 감시·평가하고, 피보험자·피부양자인 국민을 원하는 공급자조직에 배정하며, 공급자조직이 책임 맡은 국민을 잘 돌보는 지 감시·평가하여 공급자조직에 급여한다. 다만, 현재의 요양급여 청구와 지불은 유지하는 것을 전제로 한다.

심평원은 현재의 진료비 심사와 급여기준 결정 등 행위별수가 방식의 요양진료비 청구와 지불에 필요한 기능을 모두 유지하면서 공급자조직이 책임 맡은 국민들에 대해 프로토콜에 근거한 돌봄을 잘 하는 지를 모니터링 하고 프로토콜을 개발한다. 지정된 인구집단이 사용한 진료비를 연령 등 위험 요소를 보정하여 공급자조직 내부와 외부 의료이용을 구분하여 1인당 평균 진료비를 산출하고, 비교 대상의 전국 단위의 평균 진료비 등 기준을 분석함으로써 공급자조직의 평가 기반을 구축한다.

국민 모두가 과학적이고 합리적으로 건강을 누리도록 하고, 인간다운 삶을 영위하다 존엄한 죽음을 할 수 있도록 국가 사회가 최선을 다해 지지하는 것이 선진국일 것이다. 이 목표는 현재와 같이 국민 개인에게 의료이용의 책임을 맡기고 경제적 부담만을 줄여 주어 의료접근의 장벽을 낮추는 것으로는 해결될 수 없다. 정보의 비대칭성을 국가 사회가 보건의료를 통제하는 근거로 생각하기보다 보건의료에 대한 국민의 무지를 이유로 전문가인 공급

자가 자발적으로 적극 개입하여 책임지고 국민의 건강을 돌보도록 하는 체계를 만들어가야 하는 이유로 사용해야 한다. 이것이 세계적인 추세이고, 이 방향으로 국가보건의료체계가 동기화될 것이다. 결국, 공단과 심평원의 역할이 국민 스스로 판단하여 의료이용을 한 요양 급여에 대해 급여하는 현재의 역할 범위에서 국민의 입장에서 건강을 포괄적으로 관리하는 역할로 광범위하게 확대될 것이다. 따라서 두 기관의 역할과 기능 분담도 현재의 건강보험 보다는 건강보험이 나아 갈 미래 모습을 그리면서 논의하는 것이 권위 있는 정부 산하 기관의 모습일 것이다.

6. 나가며

만약 국민 건강의 책임을 개인 스스로에서 공급자조직으로 옮기는 개념이 실현되어 국민을 상대로 공급자조직 간 고객 확보 경쟁을 하는 환경이 만들어진다면, 우리나라 건강보험에 중대한 패러다임의 변화를 초래할 것이다. 즉, 많은 것이 변할 것이고, 그 영향은 클 것으로 예상된다.

첫째, 국민의 건강수준 향상과 삶의 질 개선이 지속적으로 이루어질 것이다.

둘째, 국민의료비가 국민의 건강과 안녕, 나아가 행복으로 이어질 수 있다.

셋째, 의료기관 성과 및 국민 건강행태 모니터링을 통한 합리적인 접근으로 정부 보험자와 산하 기관들의 위상과 권위가 강화될 것이다.


넷째, 보건의료 산업과 인력시장 활성화를 통한 고용 창출로 국가 경제성장에 기여할 것이다.

다섯째, 인구고령화에 따른 노인 의료 및 사회복지 서비스 관리 시스템에 중요한 대안이 될 수 있다.

그러나 이론적으로 타당하다고 현실에 적용되는 것은 아니다. 앞서 언급하였듯이 많은 국민들이 오해할 것이고 반대할 것이다. 의원 등 일차진료기관을 중심으로 한 이익단체가 동의하지 않을 것이다. 정부도 분위기가 성숙될 때까지 나서지 않을 것이다. 그러나 국민의료비의 급속한 증가, 노인에 대한 건강과 사회복지서비스의 요구 증대와 최소한의 인간다운 삶 영위에 대한 욕구, 만성질환의 비용효과적인 관리 등 현재의 건강보험 체계 내에서는 구조적으로 해결되기 어려운 중대한 문제가 압박하고 있기 때문에 서서히 변화될 것으로 판단된다.

이 과정에서 국민과의 의사소통이 중요하다. 단순히 국민의료비를 절감하기 위해 진료비 지불제도를 바꾸고자 하는 것이 아니고, 국민의 건강과 삶의 질을 긴 시간의 축을 생각하면서 서서히 높이고자 하는 것이라는 것을 국민에게 설득해야 한다. 이 틀은 보건의료서비스

제공자에게 신청·배정된 인구집단의 건강관리를 책임지게 하는 것이며, 이를 잘 수행할 수 있도록 인센티브를 주어 공급자조직이 동기부여 되도록 함으로써 공급자조직들 간 경쟁시장을 만들고 국민에게 선택의 자유를 주고자 하는 것이라는 것을 알려야 한다. 이 과정에서 중요하게 강조해야 하는 핵심은 배정된 인구집단의 건강관리를 잘 하고 있는지를 모니터링 하는 것이고, 성과가 좋지 않은 공급자조직은 공개하여 불이익을 받도록 하고 잘 하는 제공자조직에게는 상응하는 인센티브가 가도록 하는 시스템을 만드는 것이다. 이것들이 향후 건강보험공단과 심사평가원이 해야 하는 역할이다.

인구집단에 대해 책임을 갖는 공급자조직과 함께 하는 건강보험의 틀은 현재의 건강보험 틀과 크게 다를 것이다. 공단과 심평원의 역할 분담도 어떤 것을 전제로 논의하느냐에 따라 근본적으로 차이가 있을 것이다. 국민의 건강수준 향상과 인간다운 삶을 보장하는 건강보험을 만들고자 하는 목표를 달성하기 위해 무엇이 최선인지를 함께 고민하는 것이 중요하다. 특히, 우리나라와 같은 단일 보험자 환경이 가진 장점을 극대화하기 위해서는 정부의 의지가 핵심이다. 모든 국민의 건강과 삶의 가치를 이룰 수 있는 건강보험이 되도록 함께 최선을 다 한다면 전 세계에서 가장 스마트한 보건의료체계를 이룰 수 있을 것으로 확신한다. 

참고문헌

-
- Berwick DM. Launching Accountable Care Organizations-The Proposed Rule for the Medicare Shared Savings Program. *N Engl J Med*. 2011 Apr 21;364(16)
- Colla CH, Wennberg DE, Meara E, Skinner JS, Gottlieb D, Lewis VA, Snyder CM, Fisher ES. Spending Differences Associated With the Medicare Physician Group Practice Demonstration. *JAMA*. 2012 Sep 12;308(10):1015-23
- Center for Medicare & Medicaid Services. Advance Payment Accountable Care Organization (ACO) Model. 2013
- Center for Medicare & Medicaid Services. Pioneer Accountable Care Organization Model: General Fact Sheet. 2012
- Center for Medicare & Medicaid Services. Pioneer Accountable Care Organization (ACO) Model Request for Application. 2012
- Karan NS. Assessment of the cognitive status in diabetes mellitus. *J Clin Diagn Res*. 2012 Dec;6(10):1658-62
- Kongstvedt PR. *Essential of Managed Health Care*. 5th Ed. Johns and Bartlett, 2007
- Marcoux RM, Larrat EP, Vogenberg FR. Accountable Care Organizations: An Improvement Over HMOs? *PT*. 2012 Nov;37(11):629-50
- McClellan M, McKethan AN, Lewis JL, Roski J, Fisher ES. A national strategy to put accountable care into practice. *Health Aff (Millwood)*. 2010 May;29(5):982-90
- Milford CE, Ferris TG. A modified "Golden Rule" for health care organizations. *Mayo Clin Proc*. 2012 Aug;87(8):717-20
- Nichols LM. Accountable care organization pathways: diverse but ultimately parallel. *Mayo Clin Proc*. 2012 Aug;87(8):710-3