

# 진료비가감지급의 방향과 과제

Where and How Pay for Performance Has to Go in Korea

- 김선민, 김계숙, 김남순 -

\* 이 글은 건강보험심사평가원의 공식적인 입장과 무관합니다.

교신저자 김 선 민

건강보험심사평가원 평가실

■ kimsunmean@hiramail.net

시기로 볼 수 있다. 건강보험심사평가원(이하 심평원)이 요양 기관, 진료과목, 상병별로 구분하여 의약학적 측면과 비용 효과적 측면에서 평가한 후 그 결과에 바탕을 두어 가감지급을 실시하되, 가감지급의 범위는 전년도 심사결정액의 10% 안으로 하도록 관련 법이 규정하고 있다. 법에 명시되어 있는 사항을 도식적으로 표현하면 아래와 같다.

## I. 서론

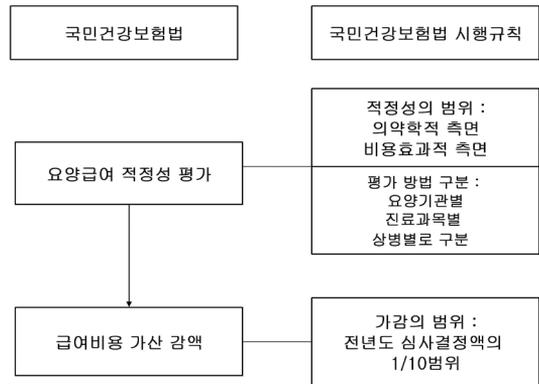
최근 건강보험 진료비 가감지급을 실시하라는 각계의 긴박한 요구가 높아지고 있다. 이와 함께 의료계의 관심과 우려도 증가하고 있다. 하지만 가감지급이 무엇을 의미하고, 어떤 목적으로 어떻게 실시할 것인가에 대해서는 구체적인 준비가 되어 있지 않은 것이 현실이다. 비교적 제한된 학자들에 있어서도 그다지 다른 상황이 아니다.

가감지급을 시행한다는 전제에서 이러한 간극을 극복하는 일이 가장 급한 과제로 보인다. 기본적인 것에 대한 합의나 논의가 없는 채로 설계를 한 결과가 어떻게 될 것이라는 것은 자명하기 때문이다.

때늦은 감이 없지 않으나 지금이라도 관련 당사자들의 논의를 활성화하고 그에 근거한 합리적인 정책을 수립하는 것이 필요한 시점이라고 본다. 이러한 배경에서 이 글을 통하여 가감지급과 관련된 제안을 하고자 한다.

## II. 논의 배경

국내 가감지급 논의의 원초는 2000년 국민건강보험법 제정



## III. 용어의 정의

### 1. 건강보험급여의 적정성

해당 조항의 입법 의도에 대해서 구체적으로 연구된 바는 없으나 차등지급을 적정성 평가결과에 근거하여 실시한다는 사실은 분명하다. 그동안 심평원은 적정성 평가의 업무 범위

안에서 여러 시도들을 하여 왔다. 그런 가운데 심평원이 평가하는 내용이 적정성이라는 정의에 타당한가에 대해서 지속적인 논란이 있어 왔다. 법에서는 적정성을 의약학적 측면과 비용효과적 측면으로 명시하고 있다(1). 하지만, 여전히 그것이 구체적으로 무엇을 의미하는지에 대한 합의는 이뤄지지 않고 있다.

적정성이란 용어가 법률에 사용된 것은 비단 국민건강보험법에 국한되지 않는다. 수십 가지의 법에 적정성이라는 용어가 등장하고, 정부는 그 법들에 근거하여 적정성을 평가하고 있으며, 그 평가 방법은 대개 하위법에 위임된 규정에 근거하고 있다. 이들 법 어디에도 적정성이라는 용어를 정의하지는 않은 반면 국민건강보험법체계는 상대적으로 보다 명시적으로 해석을 하고 있다. 하지만 적정성이 무엇인가에 대한 논란은 이렇듯 명시적인 정의를 갖고 있는 건강보험 영역에서 더 크다는 점이 특징적이다.

사전적으로는 적정성(適正性)을 ‘알맞고 바른 특성’이라고 정의하고 있다(2). 영어로는 appropriateness, reasonableness, optimum이라는 용어로 번역한다. 그런데 많은 경우에서 ‘적정하다’는 단어와 ‘적당하다’는 단어의 의미가 혼용되고 있다. 이를 ‘의當하다’라고 할 때에는 ‘꼭 들어맞는’이라는 뜻으로 쓰이지만, ‘適當히’라고 할 때에는 ‘알맞게’, ‘적당하게’라는 뜻과 함께 ‘대충, 대강(大綱), 대강대강, 대충대충, 대총(大總), 요령 있게’라는 뜻을 내포하기도 한다. 일반적인 사회구성원의 언어 감각으로 볼 때에 보건의료의 적정성 평가는 자칫 최소한의 가격에서 적당한 수준이 되는가를 평가하는 말로 오인될 수 있다.

국내 보건의료를 둘러싼 환경은 이러한 관념을 더욱 강화한다. 저수가(혹은 저수가라는 주장), 제한된 보험재정, 과도한 본인부담금 등 비용 측면은 건강보험의 중요한 문제들로 거

론되고 있다. 건강보험 급여는 최신의 기술을 따라가지 못해 왔고, 최상의 서비스를 받으려면 더 많은 돈을 지불해야 했다. 반면 최상의 서비스는 고가의 첨단 의료기술을 이용한 것이라야 한다는 통념이 지배적이다. 이러한 상황에서 건강보험급여의 적정성 평가는 현재 ‘국민의 건강 필요에 알맞게 부응하는가’가 아닌 ‘그래도 참을 수 있는 적당한 수준인가’ 혹은 ‘적당하더라도 하고 있는가’에 대한 평가로 인식될 수 있다.

그런데 적정성을 둘러싼 개념의 혼동은 비단 국내에 국한된 상황은 아닌 듯하다. 외국에서도 이와 비슷하게 개념에 대한 논란이 있었고, 여러 사람이 각양각색의 정의를 내리고 있다. 적정성을 appropriateness라고 본다면 외국의 보건의료 관련 책자들에서 학문적 정의를 보다 분명하게 찾을 수 있다. 영어 사전에서는 ‘suitable or right for a particular situation or occasion’라고 정의되어 있다(3). Managed care 용어집은 보건의료 적정성은 ‘기대되는 편익이 예측되는 부정적 결과를 초과해서 제공하는 것을 정당화할 수 있는가’라고 정의하고 있다(4). 다시 말해서 어떤 특정 기술이나 치료 검사, 서비스가 분명한 적응증에 대하여 과도하지 않고, 양적 수준에서 적절하고(adequate), 환자나 집단의 필요(needs)에 가장 잘 맞게 제공되고 있는가를 의미한다. 흥미롭게도 같은 책 안에서 통상적인, 관습적인, 혹은 승인된 서비스와 혼동하지 말라고 명시하고 있다. 외국에서도 적정성이라는 말에 대한 오해가 있다는 것을 보여주는 것이다. 의료의 질에 있어 선구적인 학자였던 도나베디안은 appropriateness를 질병과 건강을 관리함에 있어 현재 사용할 수 있는 지식이나 기술이 사용되는 정도라고 정의하였고(5), 미국의 AHRQ도 이 정의를 받아들이고 있다. 뿐만 아니라 미국의 법에서도 appropriateness라는 용어를 사용한 바 있는데, Tax Equity and Fiscal Responsibility Act에는 Peer Review Organization이 진료의 질(quality of care)을 심사(review)하고 입원, 재입원, 퇴원의 적절성을 평가한다는

내용이 들어 있다(6).

## 2. 의료의 질

적정성이라는 용어를 사용할 때에는 항상 그것이 질을 의미하는가 하는 의문이 따라다닌다. 질과 적정성이라는 용어가 서로 무관하지 않다는 것이다. 실제로 질이란 이슈가 처음 제기되었던 공업 분야에서 쓰이는 질의 개념은 적정선의 개념이었다.

하지만 의료분야에 있어 질은 여러 사람이 서로 다른 것으로 이해하고 있다. 그내용도 상황이나 다른 요소에 의하여 변한다. 이러한 상황 역시 국내에 국한되지 않는다. 세계보건기구는 의료의 질에 대한 개념적 혼란 현상을 다음과 같이 기술하고 있다(7).

세계적으로 많은 의학교육기관들에서는 의료의 경제성에 대하여 관심을 기울이지 않도록 교육하여 왔고 윤리적으로도 전문인력들은 비용과 같은 세속적인 것에는 관심을 두지 않도록 가르쳐 왔다고 세계보건기구는 역설하고 있다. 따라서 의사들은 비용에 관하여는 아예 눈을 감고 있으며, 서비스 수혜자 역시 마찬가지여서 가격이나 비용에 대해 문제를 제기하는 경우는 많지 않다고 한다. 이러한 현상은 많은 나라에서 공통적이고 이것이 의료비의 폭등의 원인 중의 하나가 된다. 또한 이런 개념의 차이는 의료제공자나 수혜자 관리자, 결정자 사이에 갈등을 낳는 요소로 작용하고 있다. 관리자나 정책결정자들은 결코 불필요하게 높은 질을 위하여 가격에 대하여는 눈을 감아 버리는 사치를 부릴 수 없다.

우리의 상황도 크게 다르지 않다. 전문가로서의 의료인은 임상적 질을 높이기 위해서 비용의 관점을 배제하는 경향이 있다. 그렇다고 사회보험방식으로 운영되는 건강보험 체계 안

에서 질적 수준을 높인다는 목적을 추구하기 위해 비용이라는 측면을 무시할 수는 없다. 많은 경우 서비스의 임상적 질을 높이기 위해서는 비용을 수반하는 것이 사실이다. 그렇다고 제한된 영역이나 대상을 위한 질을 극대화하기 위해 비용을 계속 늘인다면, 다른 영역이나 대상자에게 돌아가는 서비스의 질적 수준은 감소할 수밖에 없다. 물론 현재 건강보험에 투입되는 비용이 절대적으로 적정한 수준이기 때문에 더 이상의 비용 증가를 어떻게든 막아야 한다는 말은 아니다. 상당수준의 재원이 추가되어서 사용할 수 있는 돈이 더 많아진다 하더라도, 건강보험에서는 그것이 사람이든, 영역이든 분배의 문제가 존재한다는 의미이다.

이런 의미에서 국민건강보험에서 급여 적정성을 평가하는 것은 사회적으로, 국가적으로, 보다 실행적으로는 보험자가 가진 재원의 한계 내에서 제공되는 서비스의 질적 수준의 합이 극대화되는 지점을 향해야 한다. 우선순위에 근거한 적절한 자원분배를 염두에 두지 않은 채 맹목적으로 질 향상을 추구한다면 필연적으로 다른 영역의 자원과 질은 떨어질 것이다. 현실 세계에서 그러한 맹목적인 질 향상은 존재하기가 어렵다.

이런 맥락에서 국민건강보험법 상의 요양급여의 적정성을 세계적으로 논의되고 있는 의료의 질이라는 말로 대치해도 큰 무리가 없다고 본다. 그렇게 본다면 적정성에 근거한 가감지급은 질적 수준에 따라 비용을 차등지급한다는 뜻이다.

## IV. 가감지급의 정의와 목표 - P4P와 비교하여

### 1. 정의

적정성뿐 아니라, 가산 또는 감액지급한다는 용어도 합의의 필요로 하는 개념이다. 적정성 평가 결과에 따라 가감한다

는 것은 높은 질의 서비스를 제공한 자에게 상대적으로 더 많은 지급을 하겠다는 것이다. 앞의 서술을 상기한다면 여기서 높은 질이라는 것이 높은 비용을 불사하고 최상의 서비스를 제공하겠다는 것으로는 볼 수 없다. 일반적 보건서비스연구(health service research) 영역에서 말하는 질의 모든 요소를 평가하고 그에 따라 차등 지급을 한다는 것을 말한다.

가감지급 입법 당시에는 그렇지 않았고, 입법자들도 외국의 상황을 염두에 둔 것은 아니지만, 외국에서도 우리와 유사하게 pay for performance(이하 P4P)라는 용어로 일컬어지는 개념에 관한 논의가 최근 몇 년 사이 활발하게 진행되고 있다. 물론 가감지급이라는 용어를 사용하여 입법을 할 때 외국의 P4P를 그대로 도입하지는 의도를 갖지는 않았던 것으로 보인다. 당시에는 P4P에 대해 충분한 소개가 없었을 뿐 아니라, 외국에 서조차 논의가 활성화되지 않았기 때문이다. 어찌되었든 선진 외국에 유사한 개념의 이론이 활발하게 논의되고 현장에서 실현되고 있다는 사실은 우리가 정책을 시행함에 있어 매우 고무적인 일이다. 외국의 P4P에 대한 경험에서 이 정책의 시행과 관련된 많은 시사점을 캐내고, 성패의 경험을 적용할 수 있다는 점에서 그러하다.

하지만, 우리 법의 적정성과 선진국의 질이라는 개념을 비교했듯이, 외국의 P4P와 우리 가감지급의 정의와 목적이 같은 것을 의미하는지는 근본적으로 생각해 볼 필요가 있다.

그렇다면 현재 외국에서는 P4P를 어떻게 정의하고 있는가?

미국과 영국을 중심으로 활발히 시행되고 있는 P4P의 실제 내용은 매우 다양하지만 그것이 의도하는 바는 비교적 동일하다. 미국 의학원(Institute of Medicine)은 P4P를 선정된 표준과 방법에 의해 질을 평가하여 높은 질을 보이는 제공자에게 더 많은 것을 주는 것을 말한다고 했으며, 이러한 인센티브를 통해 1) 가장 빠르게 성과개선을 보여주는 기관들을 장려하고 2) 전반적인 보건의료체계의 구조적인 변화와 혁신을 지원하고 3) 더 나은 진료 결과, 특히 여러 조화된 진료를 통하여 더

나은 결과를 산출하는 것을 기대하고 있다(8).

AHRQ는 의료의 질을 향상시키고 과오를 줄이기 위해 성과에 따라 지급을 달리하는 모든 종류의 프로그램을 P4P로 넓게 정의하고 있다(9). 차등지급의 범위나 정도, 방법에 따라 P4P인가 아닌가 여부를 판단하지는 않는다.

우리의 가감지급 역시 특별한 규정이나 정의가 없는 현재 상황에서, 정형화된 혹은 어떤 특정 집단이나 개인의 관념에 기초한 특정의 방법으로 정의하고 시작할 필요는 없다. 적정성-구체적으로 의약학적 타당성과 경제성-을 평가하고 그 결과에 근거하여 어떤 방식의 차등이 이뤄지더라도 그것은 가감지급이라고 볼 수 있다. 앞서 기술하였듯이 국민건강보험법의 적정성은 의료의 질이라는 개념으로 해석하는 것이 타당할 것이다.

## 2. 가감지급 사업의 목표

가감지급을 넓은 의미의 P4P와 같다고 정의한다 하더라도, 현재 가감지급을 둘러싼 논쟁이 종식되는 것은 아니다. 그것의 목표가 절대적인 질적 수준을 향상시키는 것이냐 아니면 비용을 억제하기 위한 것이냐에 대하여 많은 사람이 서로 다른 견해를 가지고 있기 때문이다. 목표에 대해서 다른 생각을 하기 때문에 실시 방안을 논의하기는 매우 어렵다. 가감지급 사업은 질과 비용 중 어떤 것을 목표로 할 것인지, 누구를 대상으로, 혹은 어떤 영역을 대상으로 할 것인지 등에 관한 논의에 이르면 여전히 큰 전제에서 동의가 이뤄지지 않아 논의는 원점으로 돌아오고 만다.

현 단계에서 가감지급 사업의 목표를 무엇으로 할 것인가? 이에 대해 지금까지 기술한 바에 근거한다면, 질적 수준을 상승시키면서도 과도한 이용으로 인한 비용은 억제하는 것을 목표로 해야 한다는 진부한 대담 이상의 것을 말하기는 어렵다. 우리의 건강보험법체계에서의 적정성이 의약학적 타당성과

경제성이라고 명시되어 있다는 점을 고려하더라도 우리가 설계하여야 할 가감지급은 질적 수준 향상과 비용억제를 함께 고려한 것이어야 한다.

가감지급을 실시해야 한다고 주장하는 이들은 그 경제적 효과를 극대화하려 하고, 반대하는 이들 역시 경제적 손해를 두려워하고 있는 것이 현실이다. 앞서 말했듯이 소모적인 논쟁을 넘어서서 두 가지 문제가 상존하는 지점에서 두 문제를 동시에 해결하는 것을 목표로 한다는 점을 이해시켜 이러한 양극단의 시도나 두려움을 없애는 것이 필요하다.

AHRQ에 의하면 외국의 P4P사업도 서비스의 질에 대해 보상을 함으로서 질을 향상시키는 것과, 부적절한 서비스 이용과 과오로 인한 과도한 비용지출을 직·간접으로 조절하려는 것을 중요한 두 가지 목표로 삼고 있다. 이러한 넓은 정의와 마찬가지로, 우리의 가감지급에 대해서 한편으로는 질 향상을 또 다른 한편으로는 과다이용이나 과오에 따른 비용을 억제하는 것을 목표로 한 지불 설계의 모든 형태를 생각해 볼 수 있다는 의미이다.

하지만 AHRQ에서 제시한 바와 같이 이러한 목표 달성을 위한 구체적 설계에 있어서는 매우 큰 변이를 보일 수밖에 없다. 프로그램이 활성화되어 있는 미국에서도 위의 목표를 달성하려면 여러 가지 환경적 요인을 고려해야 한다고 말하고 있다. 그 환경적 요인이라는 것은 당사자들이 처한 질의 문제와 해결 가능성을 모두 지칭한다. 구체적으로 포괄수가제를 실시하는 환경에서는 서비스의 과소이용으로 인한 부작용을 낮추는 데, 행위별수가제를 실시하는 환경에서는 과다이용으로 인한 비용 폭증을 낮추는 데 초점을 두어야 한다고 명시하고 있다.

사업의 장기적 효과를 평가하기가 아직 이르긴 하나, 미국 메디케어의 경우 P4P를 적용한 입원 진료 항목의 경우 시범사업 1년 이후 평가대상이 되었던 급성심근경색증, 관상동맥우회술의 질적 수준이 향상되었다는 것으로 사업의 단기 효과를

평가하였다(10). 이 사업의 대상이 되는 평가항목은 포괄수가제를 적용하는 영역으로서 단기적으로 비용절감효과를 증명하기는 어려울 것이다. 사업의 효과는 수가제도 등 처한 의료 환경에 따라 다른 측면으로 나타날 것은 분명하다. 이러한 사실로 보아 P4P사업의 목표는 의료의 질적 수준 향상과 비용 절감을 동시에 추구하는 것이라고 할 수밖에 없다.

정책을 수립하는 현 단계에서, 비용과 질 가운데 어떤 것에 목표를 두는가를 논쟁하는 것은 다소 소모적이다. 우리나라 보건의료체계에서 분명히 질적 수준의 변이가 매우 크면서, 불필요한 비용 지출이 발생하는 영역 혹은 분야가 존재하기 때문이다. 사업의 초기 단계인 지금 이러한 것이 발생하는 영역을 찾기는 그다지 어려운 일이 아니다.

이렇듯, 외국의 P4P의 정의와 목표를 우리의 가감지급과 비교한다면, 그 둘이 같은가 아닌가의 논의를 넘어서서, 질적 수준을 향상하고 불필요한 비용지출을 억제하기 위한 가감지급을 우리의 환경에 맞게 설계하되, 외국의 다양한 경험을 참조하는 것이 가장 현명한 길일 것이다.

## V. 가감지급 사업의 실행적 목표와 고려 사항

### 1. 실행적 목표

가감지급을 통해서 얻어야 할 근원적인 목표를 분명하게 하더라도, 정책을 입안하는 입장에서는 보건의료정책이 처한 환경 안에서 구체적이고 현실적인 목표에 관하여 생각하지 않을 수 없다. 모든 정책이라는 것은 학문적이고 교과서적인 목표와 동시에 현실세계에서의 정치적 목적을 갖고 있다. 그러한 차원에서 2006년 현재 가감지급은 다음과 같은 실행적 목표를 갖는다고 할 수 있다.

첫째, 지금까지 실시해 온 적정성 평가의 짧은 역사에서 평

가 결과를 활용하는 한 방편으로서 가감지급을 정착시켜야 한다. 흔히들 건강보험심사평가원에서 실시하는 적정성 평가에 많은 자원을 투입하고 나서 어떤 이득을 얻었는가 하는 이론적 공격을 한다. 일부분 사실처럼 보인다. 하지만, 적정성 평가를 제도적으로 실시한 것이 5-6년의 짧은 역사를 갖고 있어서 아직 충분히 성숙한 단계라고 말하기 어렵다고 한다면, 지금까지의 적정성 평가는 여러 가지 시도와 실수(trial and error)를 해 오면서 가능성을 모색했다는 점만으로도 큰 의미를 갖고 있다. 임상적 측면의 질을 평가한다는 것의 어려움은 그간 한국 사회가 충분히 경험했던 사실이다. 그런 가운데 공공기관에서 전국 단위의 임상적 질을 평가한 이 시도들에 대해서, 투입한 자원에 대비한 성과를 단순한 혹은 단기적인 보험재정 절감으로 평가하여 이렇다 저렇다 말하는 것 자체가 어불성설일 것이다.

한국 사회의 변화 속도가 유달리 빠르다는 점을 인정한다고 해도, 건강보험과 보건의료의 역사 안에서 적정성 평가와 그 결과 활용에 대해서 너무 조급한 목표를 갖는다면, 실질적으로 그것이 거둘 수 있는 성과를 놓칠 수 있기 때문이다.

둘째, 의료의 질 (혹은 건강보험 급여 적정성) 평가가 일상적 업무로 정착하는데 기여해야 한다. 지금까지의 적정성 평가는 우리나라 실정에 맞는 적정성 평가항목을 개발하여 적용해 본 단계라고 할 수 있다. 처음 시도하는 평가들은 대부분 외국의 지표들을 원용하였고, 다분히 연구적 접근방법에 의존하였다. 적정성평가가 가감지급과 같이 개별의료기관에 대한 비용의 차등지급에 영향을 미치게 될 경우, 적정성 평가는 지금에 비해서 더 효율적인 것이라야 한다. 이는 적정성 평가업무가 일상적인 업무로 자리매김을 해야한다는 것을 의미하는데, 그러기 위해서 효율적이면서도 간편한 평가방법, 정보수집체계, 관련 법령 정비 등, 관련 하부구조가 건전하게 마련되어야 할 것이다. 가감지급이 적정성 평가 결과 활용의 모든 것을 의미하지는 않지만, 지금까지의 적정성 결과 활용에서 진일보한 방

법이다. 이런 맥락에서 가감지급은 적정성 결과 활용의 일부라고도 할 수 있지만, 그 자체로서 적정성 평가 자체의 기본적인 인프라를 강화할 수 있는 하나의 수단이 되기도 한다.

셋째, 보건의료 정책에 있어서의 변화의 성공적 모델로 만들어야 한다. 의약분업과 건강보험 통합이라는 근원적인 개혁이후로 보건의료분야에 새로운 정책을 도입하고 그것의 효과를 보는 것은 다소 어려워졌다. 새로운 정책을 수립하여야 하는 당사자도 그 반발의 두려움을 과거보다 더 크게 느끼고 있으며, 정책에 반대하는 이해당사자 역시 반대를 조직화하여 성과를 거두는 학습을 훈련해 가고 있다. 가감지급이라는 문제가 회자되고 있는 상황에서 그것의 이론적인 성공에 집착하여 무리한 시도를 하다가 실패를 초래하는 것은 그다지 바람직하지 않아 보인다.

넷째, 보건의료정책에서 질이라는 문제를 본 궤도에 올리는 것이다. 우리나라에서 질이라는 문제가 의료계 내에서 논의된 것은 1990년대 초반으로 거슬러 올라갈 수 있다. 당시 외국의 “quality issues”가 활발히 논의된 맥락과 다소 무관하게 우리의 질 향상 시도는 최소한 “바람직한 보건의료를 향한 진보적 변화 시도”라는 점에서 관심과 동의를 이끌기에 충분했다. 당시 현황에서 질을 향상시키기 위해 노력하자는 당위적 캐치프레이즈 앞에서 누구도 그것에 정면으로 반대하지는 못했다. 물론 반대가 없었다는 사실이 논의의 성공을 의미하는 것은 아니다. 당위적 명제이기는 하나 제도로 구체화되지 않았기 때문에 이에 반발하는 집단도 없었던 것이다.

## 2. 고려 사항

이러한 배경에서 가감지급을 설계한다면 여러 가지 상황을 고려해야 한다.

첫째, 과도한 이용으로 비용을 증가시키면서도 질적 수준이 문제가 되는 영역에서 출발하여야 한다. 그러한 영역이 어떤

것인가를 판단하는 것이 쉬운 일이 아닐 수도 있지만 실행 가능성을 고려하여 범위를 축소한다면 지금 당장 실시해야 할 영역을 찾는 것은 그리 어렵지 않을 것이다.

둘째, 실행적 목표를 달성하기 위해서는 이를 통해서 “언고 싶은” 근원적인 성과와 현실 상황에서 “언을 수 있는” 성과 사이에서 적절한 타협을 하여야 한다. 정책은 언제나 이론과 현실 사이의 적절한 타협 지점에서 출발한다. 앞서 말한 실행적 목표를 고려한다면, 의약분업이나 건강보험 통합 등의 역사적 과제에 비하여 보다 더 현실적인 접근이 필요하다.

셋째, 평가를 할 수 있는가 하는 측면에서의 실행가능성을 충분히 고려하여야 한다. 모든 정책에서 가능하지 않은 방법을 동원할 경우 최소한의 목표 달성조차 어렵다. 현재 상황에서 질에 근거한 인센티브가 최소한의 목표를 거두기 위해서는 우선 질을 평가할 수 있어야 한다. 이것은 구체적으로 전국단위의 평가 경험이 있는가 혹은 지금까지는 평가라는 방법을 적용하지 않았더라도 빠른 시일 안에 그 방법을 마련할 수 있는 것을 의미한다.

넷째, 평가 대상자의 참여가 전제되어야 한다. 평가와 관련한 정책들은 대개 평가의 대상이 되는 이해당사자의 반발을 초래한다. 평가의 과정이나 평가 결과와 무관하게 자신이 누군가에 의해서 평가를 받는 것에 환영하는 주체는 없다. 공부에 흥미가 있어도 시험을 좋아하는 학생은 거의 없는 것과 마찬가지이다. 물론 평가 결과에 따라 자신의 자리매김이 확고해질 것으로 기대하는 주체가 있기는 하지만 정책 추진은 그러한 소수의 주체를 대상으로 하여서는 안 될 것이다.

## VI. 상황점검

AHRQ에서는 개별적인 health plan들이 P4P를 도입하기에 앞서 점검하여야 할 몇가지 사항을 제시하였다(11). 그에 근거해서 우리가 준비하고 논의해야 할 것들을 간단하게 열거

하였다.

### 1. 계획 단계

#### (1) 사회적 준비가 되어 있는가

국가적으로 단일한 체계인 건강보험을 둘러싼 우리 사회가 가감지급을 받아들일 준비가 되었는가를 점검하여야 한다. 정책 추진주체는 가감지급을 가능한 빠른 시일 안에 실행하여야 한다고 재촉하고 있다. 의료계에서도 이것을 피할 수 없는 일이라고 생각하고 있다. 가감지급을 실시하기에 적절한 시점이라는 증거이기도 하다.

구체적으로 이것은 지불자의 권한(power)이 얼마나 큰가 하는 문제와 그에 따라 제공자가 정책에 따라 행위를 변경할 준비가 되어 있는가 하는 문제이다. 단일한 건강보험체계를 갖고 있는 우리나라에서 보험자의 권한은 그다지 큰 문제가 되지 않을 것이다. 제공자가 행위변경을 할 여지가 있는가 하는 문제에 대해서는 의문의 여지가 있지만, 지금까지 평가에 따른 제공자의 행위변화를 고려한다면 이 역시 불가능한 일은 아닌 것으로 보인다. 의료기관평가에 대해서 서비스 제공자는 강력하게 반대하고 있지만, 실질적으로는 의료기관평가에서 요구하는 바를 제공자가 실천하고 있는 것을 보면 쉽게 알 수 있다.

#### (2) 다른 지불자와 파트너십을 형성할 것인가

단일한 보험체계를 갖고 있는 우리 현실에서 다른 지불자를 고려할 필요는 없는 것으로 생각된다. 하지만 사회보험이 있음에도 불구하고 본인부담금이 높은 우리 상황에서 환자 혹은 국민과의 파트너십 형성은 중요하다. 평가결과와 공개에 대한 시민단체의 요청이 있었고, 사법부에서 시민의 손을 들어주었

다는 점에서 평가에 따라 차등지급을 하는 것에 국민들과의 원초적인 파트너십이 형성되었다는 것을 유추할 수 있다. 국민들은 질에 따라 차등지급을 하는 원칙에 대해서 동의할 것 이지만 과연 어떤 분야에서 어느 정도의 인센티브를 제공할 것인가 하는 부분에서는 향후의 논의를 필요로 한다.

(3) 제공자를 언제 어떤 방법으로 논의에 참여시킬 것인가

제공자의 참여가 보장되지 않는다면 건강보험 급여와 관련된 어떤 정책도 추진할 수 없다는 것은 원칙적인 이야기이다. 하지만 평가를 전제로 한 급여 정책에 관해서는 어떠한 제공자라도 기꺼이 참여할 것을 기대할 수는 없다. 여기서 고려하여야 할 사항은 사업을 준비하고 실행하는 과정 중 어떤 단계에서 제공자의 의견을 청취할 것인가 하는 문제로 귀결된다. 외국의 P4P에서도 제공자의 참여 정도와 단계는 다양하다.

우리도 해당 영역의 서비스 제공자와 어떤 단계에서 논의를 하여야 하는가를 결정하여야 한다.

**2. 설계 단계**

심평원에서 가감지급 시범사업안을 개발한다는 것은 앞으로 어떤 방법으로 실시할 것인가 하는 설계를 의미한다. 가시적으로는 현 단계에서 가장 중요하게 논의의 대상이 될 과정으로 보인다. 구체적인 논의는 향후 전개해야 할 것으로 보이지만 대략 다음과 같은 것을 논의의 주제로 하여야 할 것이다.

(1) 어떤 제공자를 우선 대상으로 할 것인가

의료기관과 의사에 대한 지불보상체계가 구분되어 있는 외국에서는 기관(혹은 병원)과 의사 중 어떤 제공자를 우선 대상으로 할 것인가를 결정해야 한다고 기술하고 있다. 우리나라

의 경우 입원을 중심으로 하는 병원과 외래를 중심으로 하는 일차의료기관 중 어느 쪽을 대상으로 할 것인가를 결정해야 한다.

(2) 인센티브와 패널티(혹은 디스인센티브) 중 어떤 것을 사용할 것인가

사실 인센티브와 패널티는 동전의 양면이다. 있어서는 안 될 사건의 발생여부를 평가하고 이러한 것들을 방지하기 위해서는 패널티가 필요하겠고, 장려해야 하지만 비용을 수반하는 진료나 서비스에 대해서는 인센티브를 부여하는 것이 일반적인 원칙이라 할 수 있다.

(3) 인센티브는 어떻게 설계할 것인가

인센티브의 설계에는 다양한 방법이 있다. 총 진료비의 일정 비율이 될 수도 있고, 예측 수가에 대비해서 일정 비율을 인센티브나 패널티로 할 수 있다. 또, 일정하게 제시한 목표를 달성하면 정액의 비용을 제공하는 방법도 생각할 수 있다. 비용 산출도 환자 수, 진료 에피소드, 발생한 서비스 량에 의존하는 방법들을 생각할 수 있다.

(4) 상대적 평가에 의존할 것인가 절대평가에 의존할 것인가

심평원의 적정성 평가 결과를 공표할 때 늘 논란이 되는 사안 중의 하나가 상대평가와 절대평가 중 어떤 것을 사용할 것인가 하는 점이다. 이 역시 양자가 장단점을 갖고 있다. 어떤 대상의 질 향상이 주된 목표가 될 것인지에 따라 달라질 수 있으며, 양쪽을 병합하여 설계하는 것도 가능하다.

(5) 처음 평가에 포함할 지표의 특성을 어떤 것으로 할 것인가

처음에는 우선 평가에 대한 경험이 있거나 현 상황에서 평가 결과에 합의를 볼 수 있는 지표를 포함하는 것이 바람직하다. 또한 해당 지표를 평가하여 가감지급을 실시한 결과 그 영역의 질을 향상시킬 수 있는 것이라야 한다.

## VII. 결론

이 글에서는 우리나라의 보험급여 적정성 평가와 가감지급이 의미하는 바에 대해서 논의하였다. 특히 현 시점에서 우리나라에 가감지급이 도입될 경우 어떤 방향을 지향하고, 점검하여야 할 사항이 어떤 것인지 간단하게 언급하였다. 제도가 도입될 경우 더 구체적인 상황들을 점검하여야 하지만, 지금 현재 무엇보다 시급한 것은 가감지급 혹은 성과보상지불이라는 제도의 흐름에 대한 논의를 활성화하고 전반적인 이해를 같이 하는 것이 무엇보다 중요할 것이다.

질을 평가하고 개선하는 일은 공공부문과 민간 전문 영역이 서로 보완적인 역할을 하면서 발전하여 간다는 사실을 선진 외국의 경험에서 충분히 알 수 있다. 보험자는 보험가입자를 위해서, 정부는 국민을 위해서, 지속적인 질 향상 정책을 펼치는 것은 각자의 당연한 의무이다. 또한, 질을 향상시키는 자체적인 노력을 통해서 자신이 속한 집단의 명예와 윤리를 계속 높여온 것은 역사적으로 어떤 집단을 전문가(professional)라고 부르는 가장 중요한 전제조건이었다. 우리나라도 이러한 과제를 피해갈 수는 없을 것이다. 가감지급도 이러한 맥락에서 논의를 시작하고 설계해 나가야 할 것이다.

지금 바로, 시작해야 하며, 이제 시작해도 늦지 않았다. 이 글이 지속적으로 가감지급의 적용에 대한 논의가 활발하게 진행되는 데 기여하기를 기대한다.

## 〈참고〉 관련 법 조항

### 국민건강보험법 제43조(요양급여비용의 청구와 지급 등)

- ① 요양기관은 요양급여비용의 지급을 공단에 청구할 수 있다. 이 경우 제2항의 규정에 의한 심사청구는 이를 공단에 대한 요양급여비용의 청구로 본다.
- ② 제1항의 규정에 의한 요양급여비용의 청구를 하고자 하는 요양기관은 제55조의 규정에 의한 건강보험심사평가원에 요양급여비용의 심사청구를 하여야 하며, 심사청구를 받은 건강보험심사평가원은 이를 심사한 후 지체없이 그 내용을 공단 및 요양기관에 통보하여야 한다.
- ③ 제2항의 규정에 의하여 심사의 내용을 통보받은 공단은 지체없이 그 내용에 따라 요양급여비용을 요양기관에게 지급한다. 이 경우 이미 납부한 본인일부부담금이 제2항의 규정에 의하여 통보된 금액보다 과다한 경우에는 요양기관에 지급할 금액에서 그 과다하게 납부된 금액을 공제하여 당해 가입자에게 지급하여야 한다.
- ④ 공단은 제3항의 규정에 의하여 가입자에게 지급하여야 하는 금액을 당해 가입자가 납부하여야 하는 보험료 기타 이 법에 의한 징수금(이하 “보험료등”이라 한다)과 상계처리할 수 있다.
- ⑤ 공단은 요양급여비용을 지급함에 있어 제2항의 규정에 의한 건강보험심사평가원이 제56조의 규정에 의한 요양급여의 적정성을 평가하여 공단에 통보한 경우에

는 그 평가결과에 따라 요양급여비용을 가산 또는 감액 조정하여 지급한다. 이 경우 평가결과에 따른 요양급여비용의 가감지급의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정한다.

⑥ 의약품제조업자·의약품도매상 기타 보건복지부령이 정하는 자는 의약품유통체계를 개선하고 요양기관에 대한 의약품의 보관·배송 기타 물류사업을 수행하기 위하여 의약품물류협동조합을 설립할 수 있다. 이 경우의 의약품물류협동조합의 구성·운영 및 동 조합에 대한 지도·감독에 관하여는 중소기업협동조합법의 협동조합 또는 사업협동조합에 관한 규정을 준용하여 대통령령으로 정한다.(개정 2002.12.18)

⑦ 제1항 내지 제5항의 규정에 의한 요양급여비용의 청구·심사·지급 등의 방법 및 절차에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.(개정 2002.12.18)

#### 동법 제56조(업무 등)

① 심사평가원은 다음 각호의 업무를 관장한다.

1. 요양급여비용의 심사
2. 요양급여의 적정성에 대한 평가
3. 심사 및 평가 기준의 개발
4. 제1호 내지 제3호의 업무와 관련된 조사연구 및 국제협력
5. 다른 법률의 규정에 의하여 지급되는 급여비용의 심사 또는 의료의 적정성 평가에 관하여 위탁받은 업무
6. 건강보험과 관련하여 보건복지부장관이 필요하다고 인정한 업무
7. 기타 보험급여비용의 심사와 보험급여의 적정성 평가와 관련하여 대통령령이 정하는 업무

② 제1항제2호·제5호 및 제7호의 규정에 의한 요양급여 등의 적정성 평가에 관한 기준·절차·방법 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

#### 동법 시행규칙 제11조(요양급여비용의 가감지급기준)

법 제43조제5항의 규정에 의한 요양급여의 적정성평가 결과에 따른 요양급여비용의 가산 또는 감액지급의 금액은 평가대상 요양기관의 전년도 심사결정 공단부담액의 100분의 10의 범위안에서 보건복지부장관이 정하여 고시한 기준에 의하여 산정한 금액으로 한다.

#### 제21조(요양급여 등의 적정성 평가)

①법 제56조제2항의 규정에 의하여 심사평가원은 요양급여 등의 적정성에 대한 평가를 하는 경우에는 의학학적 측면과 비용효과적 측면에서 요양급여를 적정하게 행하였는지를 평가하여야 하며, 그 평가결과를 공개하여야 한다.

②제1항의 규정에 의한 평가는 요양기관별·진료과목별 또는 상병별로 구분하여 평가한다.

③기타 적정성평가를 위한 세부적인 평가의 기준·절차 및 방법 등은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.

#### 참고문헌

1. 국민건강보험법
2. 네이버 국어사전 from <http://krdic.naver.com>
3. 네이버 영영사전 <http://eedic.naver.com/>
4. Pam Pohly Associates, Glossary of Terms in Man-

- aged Health Care from [http://www.pohly.com/terms\\_shtm](http://www.pohly.com/terms_shtm)
5. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care, 1st ed. Oxford:2003
  6. United States House of Representatives. Tax Equity and Fiscal Responsibility Act (TEFRA)
  7. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care, 1st ed. Oxford:2003
  8. Institute of Medicine, Pathways to Quality Health Care, Rewarding Provider Performance, Aligning Incentives in Medicare:2006
  9. Agency for Healthcare Research and Quality. Pay for Performance: A Decision for a Purchasers, Maryland:2006
  10. 건강보험심사평가원. 요양급여비용 가감지급 세부기준 설정방안 연구보고서:2005(재인용)
  11. Agency for Healthcare Research and Quality. Pay for Performance: A Decision for a Purchasers, Maryland:2006