

성과연동지불제도의 확대 가능성 고찰

최병호 · 이수형

한국보건사회연구원

The Possibility of Expanding Pay-for-Performance Program as a Provider Payment System

Byongho Tchoe, Suehyung Lee

Korea Institute for Health and Social Affairs, Seoul, Korea

This paper investigates the possibility of expanding pay-for-performance (P4P) program as a provider payment system, in terms of financial, economical, and political sustainability. In order to expand the sustainable P4P, P4P should have usefulness in terms of economic value as well as efficiency in the financial aspects of health care. More importantly, the P4P would be politically sustainable only when both providers and consumers can accept. Korea's healthcare system seems to have logical ground for the P4P program financially and economically. However, how well the P4P can work remains to be proven in its implementation. After 43 tertiary hospitals applied the P4P program for acute myocardial infarction (AMI) and C-section in 2007, the number of hospitals adopting the P4P program for AMI and C-section has increased to 316 in 2011, and an incentive for hospitals applying the P4P has risen to 2% from 1% of health insurance benefits. This shows that the P4P program introduced by Health Insurance Review and Assessment Service is quite successful. In addition, people are aware of the need for improved P4P program and policy alternatives have been already made. Therefore, it is very important to come up with politically supportable strategies that can make providers and consumers accept the P4P program while maintaining the governance of the existing health insurance policy. To this end, there are some tasks to be considered. First, the expansion of the P4P program should be placed on the agenda of the Health Insurance Policy Review Committee, the highest decision-making body, and a separate agency for P4P planning should be established. Second, for more efficient P4P program, the processes of review and assessment, currently carried out separately, should be integrated into a single process. Third, infrastructure to measure the quality of medical services should be sharply expanded. Fourth, the current paradigm for the assessment should be changed. Lastly, a P4P program for consumers should be considered. Given that the consumers in Korea can use medical services freely, the National Health Insurance Corporation could initiate the P4P program for consumers as a means of controlling excessive use of medical services and adjusting consumer's moral hazard.

Keywords: Pay-for-performance; Provider payment system; Sustainable health care; Quality of health care; Health care efficiency

서론

근래에 성과연동지불제도(pay-for-performance, P4P)가 주목을 받고 있다. P4P는 의료의 성과에 대한 종합적인 측정치(synthetic measure)를 활용하여 의료의 질 혹은 투입비용 대비 가치(value for money)를 향상시키는 지불보상방법이다. 다시 말하면, 의료의 질 향상이나 비용절감에 대해 인센티브를 부여하는 반면 질 하락이

나 비용낭비에 대해서는 벌칙을 가하는 방식으로 이해할 수 있다. 기존의 전통적인 지불방식은 투입량에 대해 지불하였지 질 향상에 대해 지불하지는 않았다. P4P의 성과에 대해서는 근거(evidence)가 제한적이기는 하지만, 현재까지의 경험에 비추어볼 때에 질과 효율성을 향상시킬 가능성을 제시한다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2010).

P4P는 기존의 지불제도를 대체하기보다는 보완하는 지불제도이

다. 예를 들면, 행위별수가제가 많은 서비스를 투입하는 것에 비례해서 상응하는 성과를 얻기 어려운 약점을 보완할 수 있고, 총액예산제하에서 의료의 질이 떨어질 우려가 있는 약점을 보완하는 것이다. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)가 2008-2009년에 조사한 바에 의하면 P4P는 19개 국가에서 도입하고 있어 많이 보편화된 제도로 볼 수 있다. P4P를 적용하는 가장 대표적인 국가는 영국이고, quality outcome framework (QOF)라는 제도를 통해 기대 이상의 성과를 거두었다고 한다 (Campbell et al., 2009; Doran et al., 2006). 또한 2008년 영국 북서 지역의 병원을 대상으로 한 P4P 적용에서 사망률이 떨어지는 효과를 거두었다(Sutton et al., 2012). 미국은 지난 십여 년간 P4P가 개념에서 정책으로 도입될 때까지 빠르게 발전하였다. 2003년에 시작한 캘리포니아 P4P 연구들에서는 성과에 의료의 질뿐 아니라 효율성을 포함하는 방향으로 확대되었으나, 의료의 질을 측정하는 단위로 에피소드에 기반한 P4P가 표본의 크기와 자료의 완결성 문제 때문에 제한적이었다는 결론을 내었다(Rebhun & Williams, 2009; Robinson et al., 2009). 2005년도 메인 주의 시범사업 역시 P4P의 기반으로 의료의 질 외에 효율성을 포함하였다(Nalli et al., 2007). Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS)는 2004년에 과정지표의 공개에 대해 지불보상하기 시작했고, 많은 P4P 시범사업에 개입하였으나, 2009년 P4P 프로그램 예산은 4천만 달러에 불과하여 메디케어 예산 4천2백억 달러에 비하면 매우 실험적인 형태로 진행되었다(Porter, 2008; Tanenbaum, 2009). 일차의료 분야인 physician group practice (PGP) 시범사업은 2005년에 시작했고, 10개의 PGPs를 포함하였다(Casalino et al., 2007; Trisolini et al., 2008). 그러나 CMS가 병원 P4P 적용을 의회에 보고하였고, 이 중 상당 부분이 미국 의료개혁법(Affordable Care Act)에 채택되면서 2012년 10월부터 급성기병원에 Medicare hospital value-based purchasing 프로그램의 적용을 받게 되었다. 뉴질랜드는 일차의료 조직(primary health organizations, PHOs) 내에서 2006년에 성과 기반관리(performance-based management, PBM) 프로그램을 시작했다(Buetow, 2008). 우리나라에서는 2007년부터 급성심근경색(acute myocardial infarction)과 제왕절개분만에 대해 P4P를 시범사업으로 도입하기 시작했다. 행위수가제도하에서 진료량이 빠르게 늘어나고 있고, 늘어난 진료량만큼 의료의 질적 향상을 가져왔는지에 대해 의문을 갖게 된 것이 우리나라 P4P 도입의 배경이다.¹⁾ P4P는 2011년부터 본 사업으로 진행되면서 2012년에는 급성기뇌졸중으로 확대하였다.

국내에서 P4P에 대한 논의는 주로 건강보험심사평가원(심평원)이 주관한 국제심포지엄 발제나 간행물(Kim, 2010b; Tchoe, 2011a, 2011b), 그리고 국제적으로는 OECD 보건위원회에서 한국의 P4P가 소개되고 OECD의 공식보고서에 한국 P4P 사례가 수록된 바 있다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2010). 최근에 역시 심평원이 P4P를 주제로 토론회를 개최한 바 있다(Kim, 2011; Lee, 2011). 학술적으로는 예방의학회에서 2012년 5월에 P4P와 관련한 특집을 다룬 세 편의 논문(Jeong, 2012; Lee et al., 2012a; Kim et al., 2012)이 있다. Jeong (2012)는 P4P의 효과적 시행을 위한 제도설계를 제안하였고,²⁾ Lee 등(2012a)은 공급자의 시각에서 P4P에 대한 평가를 내린 14편의 국외논문을 분석하여 P4P의 방향을 제시하였다. Kim 등(2012)은 P4P의 현황과 성과를 소개하고 향후에 극복해야 할 과제를 제시하였다.³⁾ 그리고 Lee 등(2012b)은 우리나라의 522개 의료기관을 대상으로 P4P에 대한 인식과 태도를 조사하였다. 이들 논문들은 심평원에서 수행하는 P4P 사업, 기존의 국제심포지엄이나 토론회 등에서 발표된 발제문들이나 토론내용들을 정리하여 특집으로 구성하여 학술적 논의를 활성화한 데에 의의가 있다.

본고는 지금까지 발표된 P4P사업의 현황과 성과, 외국 사례, 토론회 발제문, 기존 논문들을 좀 더 폭넓게 정리하였다. 의료의 질 평가와 공개, 그리고 P4P사업에 이르게 되기까지의 맥락과 성과, 그리고 한계 등을 정리하였으며, 특히 P4P가 초기 시범사업을 넘어 2011년부터 본 사업으로 추진되면서 지불제도로서의 확대 가능성을 고찰해보고자 하였다. 지불방식이 지속적으로 확대 가능하려면 재정적으로 지속 가능해야 하고, 경제적으로도 지속 가능해야 한다(Thomson et al., 2009).⁴⁾ 그동안의 논의는 재정적, 경제적 지속 가능성을 중심으로 이루어졌다. P4P가 지불제도로서 확대되고 정착되기 위해서는 정치적으로 지속 가능해야 한다. P4P에 대해 공급자, 가입자, 그리고 보험자 및 정부가 수용할 수 있는 정책적 거버넌스를 잘 설계해야 한다. 본고에서는 Kingdon (1984, 1995)의 정책의 창(policy window) 이론을 원용하여 정치적으로 지속 가능하고 확대 가능한 방안을 함께 고찰하고자 한다.

Pay-for-Performance의 이론적 배경

1. Pay-for-Performance의 이론적 기반

공급자들 간의 경쟁이 질을 향상시킬 것이라는 믿음이 형성되어 있지만, 의료 부문에서는 의사와 환자, 의사와 보험자 간의 정보비

1) 행위별수가제가 지불제도의 중심을 이루고 있다. 외래는 모두 행위별수가제이고, 2010년 기준으로 입원 부문 중에서 행위수가제로 보상되는 부분은 87.5%를 차지하고 diagnosis related group (DRG)지불제로 보상되는 부분은 5.0% (7개 DRGs)에 불과하다. 일당제로 보상되는 부분은 요양병원 부문으로 7.5%를 차지하고 있다.

2) P4P의 최우선의 목적은 효율성과 질에 대한 적절한 측정방법을 개발하는 것이고, 이를 위해 환자의무기록의 전산정보화가 필요함을 제안하였다. 인센티브의 지급기준으로 절대 수준보다는 상대수준을 제안하였다.

3) 향후의 과제로서 성과 평가에 의료의 질 외에 투입비용을 고려해야 하고, 과학적인 성과평가, 지불제도에의 반영, 일차의료에 대한 적용 확대를 제안하였다.

4) 비용부담의 문제로 접근하면 재정적으로 지속 가능하지 않더라도 투입비용을 능가하는 편익이나 가치가 있다면 경제적으로 지속 가능하게 된다. 이는 'value for money'라는 쉬운 용어로 이해될 수 있다.

대칭 문제 때문에 질 향상을 담보하지 못한다.⁵⁾ 그리고 정보비대칭과 결합된 의학적 불확실성은 주인-대리인 문제(principal-agent problem)⁶⁾를 다루기 어렵게 한다. 이러한 상황은 환자가 직접 지불하지 않고 대신 보험회사나 정부와 같은 제3자에 의해 지불되는 제도에서는 더욱 복잡해진다. 의사, 환자, 보험자 3자는 서로 다른 목적과 정보수준을 갖고 있기 때문에 최소한의 비용으로 질을 향상시킬 인센티브를 짜 맞추는 것은 매우 어렵다. 소위 ‘multiple agent problem’이라 불린다.

기존의 행위별수가제는 효율성을 향상시킬 인센티브 기전이 취약하다. 반면 인두제와 같은 선불제는 효율성을 향상시켜야 할 인센티브를 제공하지만, 어떻게 효율성을 향상시킬지 방안을 찾아내어야 했다. 행위수가제하에서 의사들은 불필요한 서비스를 제공할 강한 유인을 갖게 된다. 환자들은 정보의 부족이나 문화적인 이유로 의사의 권유를 통상 받아들인다. 거의 모든 진료를 행위수가제로 지불받는 중국의 의료공급자들이 서비스량을 기하급수적으로 증가시켜 병원입원이 급증한 사례가 있다. 이러한 서비스 급증에 따른 비용은 제한된 보험급여 때문에 대부분 환자들의 직접 부담으로 지불되었다(Herd et al., 2010; Robinson et al., 2009; Wagstaff et al., 2009). 이러한 상황은 우리나라에서도 늘 문제가 되고 있다. 또한 대부분 국가들은 제3자 지불시스템이기 때문에 환자들은 전체 서비스 비용부담에 맞닥뜨리지 않기 때문에 과잉 이용하는 성향을 지닌다. 의사들은 더 많은 서비스를 제공하려 하고, 환자들은 사실상 비용을 지불하지 않게 될 때에 의료이용량이 증가하게 됨으로써 보험자는 비용증가를 통제할 방법을 찾아내야 할 숙제를 안게 된다.

만약 의료의 질을 측정하여 가시화할 수 있다면, 의사-환자-보험자 간의 정보비대칭을 감소시킬 것이며, 의료의 질에 기반하여 보상함으로써 의사와 환자의 인센티브를 잘 조절할 수 있게 된다. 이것이 P4P가 작동하게끔 하는 이론적 기반을 제공한다.

인센티브를 지불하는 P4P의 원리를 간략히 도해하면 Figure 1과 같다. 보상기준으로 에피소드당 의료의 비용 대비 질 지표를 만들어 질에 비해 비용이 낮으면 인센티브를, 반대로 질에 비해 비용이 높으면 벌칙을 가하는 기준을 정할 수 있다. 이에 반응하는 의료기관이 많아질수록 질/비용지표는 평균적으로 높아지는 방향으로 이동하게 될 것이다. 즉 질 향상과 더불어 비용이 감소되는 방향으로 이동한다. 평균이 이동함에 따라 인센티브와 벌칙의 기준선은 다시 설정되어 더 나은 질 향상과 비용절감이 이루어지는 방향으로 나아가도록 한다. 물론 이 경우에 기본적인 의료의 질 기준을 충족시키도록 제한할 수 있을 것이다.

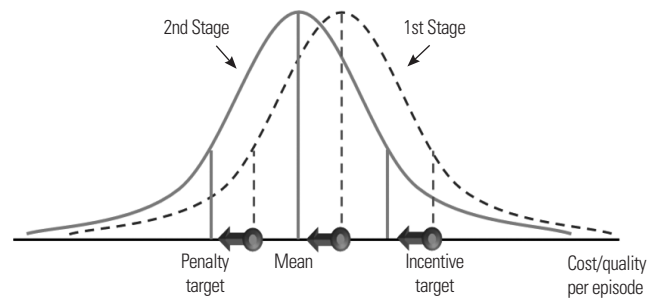


Figure 1. Mechanism of pay-for-performance based on the health care quality and cost.

P4P는 경제학, 사회학, 심리학, 조직론 등 다양한 시각에서 접근하고 있다. 경제학적 관점에서는 경제적 인센티브가 질을 향상시키는데 효과적이라고 보고 있지만, 사회학적 관점에서는 의료공급자에 대한 인센티브에 한정하지 않고 환자와 보험자, 정부 등이 해결해야 하는 복잡한 문제임을 인식하고 있다. 심리학적 관점에서 의사의 행동변화에 영향을 미치기 위한 적절한 유인책으로 재정적 인센티브가 필요하지만, 의사들은 동료의사나 환자의 칭찬과 인정에 큰 가치를 두기 때문에 비재정적인 인센티브도 고려할 수 있음을 인식하고 있다. 조직론적 관점에서 보면, 의료기관은 다양한 의료전문가, 부서, 팀들을 통합함으로써 다양한 문화를 지니는 조직적인 특징이 있으므로 P4P가 긍정적이든, 부정적이든 조직의 구조, 과정, 문화에 영향을 미치는 조직적인 문제를 인식해야 한다. 최근에는 의료의 질과 비용의 효과를 증대시킬 수 있는 상황이론(contingency theory)의 관점에서 접근한다. 여기서는 여러 분야의 종합적인 시각에서 P4P의 효과를 증가 혹은 억제시키는 환경적인 상황(정책, 의료기관의 복잡성, 의료 분야에서 작용하는 기술적 요소 등)을 고려하여 P4P를 설계할 것을 강조한다. 종합적인 시각에서의 P4P 형태는 다음과 같다. 의료 전문성 강화(reinforcing medical professionalism), 환자 중심의 팀과 포괄지불(patient-centered teams and bundled payment), 최고기관(centers of excellence) 승인⁷⁾ 등이다(Trisolini, 2011).

2. Pay-for-Performance의 정의

P4P를 기술적으로 어떻게 정의할 것인가? P4P라는 용어는 아직 표준화되어 있지 않으며, 좁은 의미로는 질 평가에 기반한 차등지급으로 보는 경우가 많지만 상황에 따라 효율성, 질 측정에 필요한 정보의 성실한 보고, 환자안전 등 성과로 다양하게 정의하기도 한

5) 의사는 환자가 필요로 하는 전문지식을 갖는 반면에 환자는 의사의 말이 진실인지 판단하지 못한다. 이것이 정보비대칭의 문제이다. 정보비대칭은 의학지식의 불확실성 문제에 의해 더 복잡해지며, 심지어 의사가 환자에게 적절한 처치를 알지 못한다. 의학지식은 평균적인 환자에 대한 것이다. 그러나 개별 환자는 평균적이지 않으며, 어떤 개입에 따른 진료결과의 분포가 있게 된다.

6) 의사가 더 많은 지식을 갖고 있기 때문에 환자는 의사를 그의 대리인으로 고용하거나, 환자의 편에서 서서 진료를 해주기를 바란다. 그러나 의사와 환자는 다른 이해, 목적과 정보를 갖기 때문에 의사는 환자의 이익을 위해 일하지 않는다.

7) 최고기관 승인은 의료기관의 전인적인 성과를 인정하는 명백한 장점이 있으며, 지역적 국가적 수준에서 의사 혹은 의료팀의 명성을 증가시킬 수 있다. 이 긍정적인 효과는 P4P가 제공하는 재정적 보상을 보완할 수 있다.

다(McNamara, 2006). 미국의 Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ)에서는 P4P를 의료서비스 공급자가 기존에 정의된 질, 효율성 또는 성과목표에 부합할 경우 경제적 인센티브를 제공하는 것으로 포괄적으로 정의하고 있다(Agency for Healthcare Research and Quality, 2007). 그 외 여러 기관에서 정의하는 P4P의 정의는 차이가 있으나(Table 1), 공통적으로 의료서비스의 수준 향상 또는 결과에 따라 의료 공급자에게 인센티브를 제공하는 것으로 정의하고 있다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2010).

P4P의 공인된 국제적인 정의는 없다. Paying for results 혹은 results-based financing (RBF) 이라는 용어도 혼용해서 사용된다.⁸⁾ P4P는 미국에서 시작하였고, AHRQ, CMS, RAND의 정의가 있다. 이들 모두 질 향상에 집중하고 있다. 다만, RAND Corporation은 효율성을 포함하고 있다. 세계은행, United States Agency for International Development, Center for Global Development는 공급자 뿐 아니라 수요자에 대한 인센티브도 포함하고 있다. 이들 세계기구들은 방문 수, 검사, 백신, 건강평가 등 생산성지표들을 더 많이 강조하고 있다.

3. Pay-for-Performance 프로그램의 체계

P4P의 구조와 절차를 가장 잘 요약한 것으로 널리 인용되는 틀은 Figure 2와 같다. 첫 단계는 성과를 측정하는 문제로부터 출발한다. 질을 측정함에 있어서 구조, 과정, 결과의 측면에서 각각의 지표들을 산출하고 측정하며, 효율성을 측정함에 있어서 비용절감 혹은 생산성 향상을 주요 지표로 삼는다. 다음으로 지불보상의 기준으로 측정된 지표들의 절대값(목표치 혹은 지속 여부), 상대적인 순위 등이 지불보상의 근거가 되며, 이때에 각 측정치에 대해 중증도(case mix) 정도를 보정한다. 즉 심각하고 복잡한 환자군에 대한 의료성과의 측정은 간단하고 단순한 환자군에 대한 성과 측정과는

달라야 하기 때문이다. 지불보상의 방식은 금전적인 보상방식과 평가결과의 공개와 같은 비금전적 보상방식이 있다(Scheffler, 2008).

질의 측정은 잘 알려진 대로 구조, 과정, 결과의 패러다임을 따른다(Donabedian, 2005). 구조는 의료적 인프라에 해당되며, 시설, 장치, 장비, 의약품, 정보기술, 인력 등을 의미한다. P4P가 구조에 대해 보상할 때에 주로 정보기술에 대한 투자를 의미한다. 과정은 의료서비스의 제공절차와 관련되며 진료지침, 질병관리 프로토콜, 예방접종 및 진단검사율 등을 포함한다. 어린이가 충분히 예방접종을 받았는지 혹은 여성이 유방암과 자궁암에 대한 검사를 받았는지와 같은 과정지표를 사용한다. 결과지표가 가장 바람직하지만 측정의 어려움을 동반한다. 예를 들면, 유방암의 생존은 통상 10년 이상이기 때문에 유방암 생존율을 결과지표로 삼아 공급자에게 지불보상하는 것은 어렵다. 그 결과, 질의 측정은 혈압, 혈당, 콜레스테롤 수준과 같은 중간결과물에 대해 더 의존하게 된다. 사망률이나 유병률이 거시적인 결과지표이지만, 대상 환자의 중증도 보정을 비롯한 복잡한 문제들이 해결되어야 한다. 효율성 지표는 비용에 대



Figure 2. Pay-for-performance programme framework (Reprinted from Scheffler RM. Is there a doctor in the house?: market signals and tomorrow's supply of doctors. Palo Alto, CA: Stanford University Press; 2008, with permission of Stanford University Press).

Table 1. Definition of P4P

Organization	P4P definition
AHRQ	Paying more for good performance on quality metrics (Agency for Healthcare Research and Quality, 2007)
CMS	The use of payment methods and other incentives to encourage quality improvement and patient-focused high value care (Center for Medicare and Medicaid Services, 2006)
RAND	The general strategy of promoting quality improvement by rewarding providers (physicians, clinics or hospitals) who meet certain performance expectations with respect to health care quality or efficiency (RAND Corporation, undated)
World Bank	A range of mechanisms designed to enhance the performance of the health system through incentive-based payment (World Bank, 2008)
USAID	P4P introduces incentives (generally financial) to reward attainment of positive health results (Eichler and De, 2008)
Center for Global Development	Transfer of money or material goods conditional on taking a measurable action or achieving a pre-determined performance target (Oxman and Fretheim, 2008)

Reproduced from Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health policy studies: value for money in health spending. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010.

P4P, pay-for-performance; AHRQ, Agency for Healthcare Research and Quality; CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services; USAID, United States Agency for International Development.

8) RBF라는 용어는 세계은행에서 노르웨이, 영국, 호주에 의해 설정된 글로벌기금과 같이 글로벌헬스에서 특히 사용된다. 이 기금은 P4P를 도입하고 P4P를 적용한 실험집단과 적용하지 않은 통제집단 간의 결과 차이를 평가하는 국가들에게 교부한다.

한 것이다. 예를 들면, 의사의 성과는 등록 환자 천 명당 입원일수, 외래치치의 병원 대 저비용시설에서의 비율 등이다. 물론 이들은 중증도에 의해 보정되어야 한다.

P4P 프로그램은 고소득국가와 저소득국가 간에 다르다. 고소득 국가의 경우, 특히 행위수가제 국가의 경우, 더 많고 더 좋은 서비스에 대한 수요 증가를 어떻게 통제하느냐가 문제이다. National Health Service (NHS) 방식의 저소득국가인 경우, 과소이용과 면역 및 산전진찰과 같은 공공보건적 개입의 부족이 문제이다. 목표는 우선순위가 높은 서비스에 대해 양질의 서비스를 제공하는 것이다.

보상의 근거 혹은 기준으로는 절대수준, 수준의 변화, 혹은 상대적 순위 등이 있다. 절대수준은 예방접종률 80%, 혹은 최소기준이 충족된 후 그 수준을 유지하는 것 등 목표치를 달성하는 기준이다. 목표치는 적정수준일 필요는 없다. 변화에 대해 보상하는 것은 질 향상의 크기에 따라 것이다. 상대적 순위는 예를 들어 상위 10%에 보상하는 것이다. 어떤 보상기준을 적용하더라도 중증도를 보정하는 게 중요하다.

의료의 질 평가와 Pay-for-Performance 현황

1. 의료의 질 평가와 Pay-for-Performance 도입 경과

우리나라에서 P4P를 도입할 수 있었던 것은 2000년 심평원이 출범하면서 심사기능 외에 평가기능이 중요한 기능이 되었고, 이에 따라 의료서비스의 질적 적정성을 평가하기 위해 질 측정을 위한 인프라를 꾸준히 구축해왔기 때문에 가능했다. 심평원의 심사는 청구된 진료내역의 의학적 타당성과 비용의 적절성을 검토하는 데에 주안점을 둔 반면에 평가는 의료의 질적 적정성을 검토하였다. 이 때문에 청구명세서자료 외에 의료기관으로부터 추가로 자료를 조사해야 했다. 의료의 질 평가와 P4P는 행위수가제에 대한 반성에서 출발하였다. 행위수가제하에서 의사는 환자들에게 가능한 많은 서비스를 제공하려는 유인을 갖게 된다. 그것은 환자들을 위한 최선의 서비스를 넘어 불필요한 서비스까지 제공하게 한다. 과잉서비스가 보험이 된다면 환자들도 거부하지 않는다. 오히려 더 많은 서비스를 제공받기를 희망한다. 행위수가제하에서 적절한 치료에 필요 이상의 과도한 서비스를 제공하는 많은 사례들이 존재한다(Eichler & De, 2008). 이러한 단점을 보완하는 수단으로 P4P는 평균적 혹은 표준적인 의료의 질적 수준이나 의료비용과 비교하여 더 좋은 성과에 대해 더 많은 지불보상을 하는 것이다. 달리 말하면, 의료의 질 하락이나 비효율에 대해서는 지불보상을 적게 하는 것이다. Figure 3과 같이 심혈관질환을 대상으로 의료의 질과 보험진료비용 간의 관계를 관찰한 결과, 비용과 질 간에 상관관계를 발견하기 어렵다. 행위수가제하에서 많은 비용을 투입하는 의료기관의 사망률이 반드시 낮다는 근거를 발견할 수 없다는 것이다. 달리 말하면, 적은 비용을 투입하고도 사망률이 낮은 성과를 내는 의료기관들이 Figure

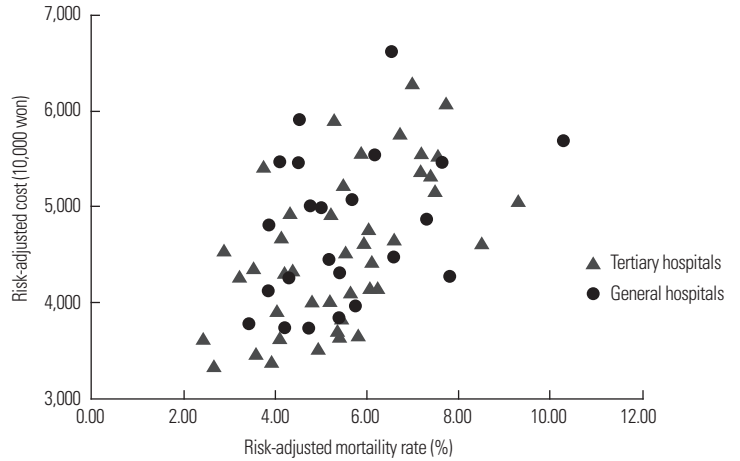


Figure 3. Relation between quality and cost for the heart disease (Reprinted from Kim BY. Quality assessment and pay for performance in Korea. International Symposium for 10th Anniversary of HIRA. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2010a).

3의 우하단에 분포하고 있다는 의미이다. 이러한 관찰로부터 의료의 질이 높으면서 비용이 적게 소요되는 의료기관에게 인센티브를 부여하고, 만약 많은 의료기관들이 인센티브에 반응한다면 의료기관들이 Figure 3의 우하단으로 이동할 것을 기대할 수 있다. 그러나 본 관찰의 한계점도 인식해야 한다. 첫째는 비보험진료비용이 포함되지 않았다는 점이다. 둘째는 사망위험이 높은 경우에 진료비용이 더 투입될 수밖에 없다는 해석도 가능하다. 즉 현상을 어떤 방향의 인과관계로 보느냐 하는 관점의 차이 문제이다.

질환별 의료의 질 평가결과는 심평원의 홈페이지(<http://www.hira.or.kr>)를 통해 공개되고 있다. 2001년 이후 의료의 질 평가영역은 Table 2와 같다. 평가결과의 공개는 별 5개를 기준으로 개별 병원별로 별 점수(star rating)로 공개되며 다른 병원과 비교하고 있다. 이러한 공개와 더불어 평가결과를 해당 병원에 제공하고 상담하며 의료의 질 향상을 위한 병원의 활동을 지원한다. 이러한 평가결과와 공개를 통해 병원들 스스로 질 향상을 위해 노력하고 있으며 일정한 성과를 거두기도 하였다. 공개와 더불어 지불보상의 인센티브를 제공한다면 더욱 강력한 유인이 될 것이다. 그렇다면 어떤 질환을 대상으로 P4P를 적용해볼 것인가는 외국과의 비교를 통해 우리나라의 의료의 질적 성과가 낙후된 질환을 대상으로 삼았다. OECD가 매년 측정하는 의료의 질 지표(health care quality indicators)를 비교해보면 2007년 기준으로 한국은 급성심근경색의 입원 30일 내 사망률이 가장 높은 국가이며, 고혈압으로 인한 입원율이 4번째로 높았다. 그리고 제왕절개수술 빈도가 3번째로 높았고, 당뇨 유병률이 6번째로 높았다.

P4P 지불제도의 절차는 다음과 같다. 1) 질 측정을 위한 영역을 선정한다. 2) 질을 측정한다. 3) 질 측정결과를 공급자에게 피드백한다. 4) 결과를 대중에게 공개한다. 5) 성과에 연동하여 공급자에

Table 2. Measures of health care quality 2001-2011

Year	Domains
2011	Acute diseases: AMI, acute stroke, CABG, volume (overuse) Chronic diseases: colorectal cancer, gastric cancer, liver cancer, diabetes, hemodialysis, hypertension Patient safety: prophylactic antibiotics for surgery, blood transfusion Drug utilization: antibiotics prescription rate, injection prescription rate, drug cost per prescription, expensive drug prescription, no. of drugs per prescription Long-term care: long-term care hospital, psychiatric disease (Medicaid)
2010	Hypertension, hemodialysis, psychiatry of medicaid
2009	Hemodialysis, psychiatry of medicaid
2008	Prophylactic antibiotics for surgery, long-term care hospital
2007	Prophylactic antibiotics for surgery, volume indicators, acute stroke
2006	Acute stroke
2005	Drug utilization (duplicate prescription of non-steroidal antiinflammatory drugs in arthritis, arthrosis), AMI, PCI, CABG
2004	Drug utilization (steroid prescription rate in arthritis, arthrosis), AMI, PCI, CABG
2003	Drug utilization (prescription for expensive drugs), blood transfusion, intensive care unit, knee joint replacement, psychiatry of medicaid
2002	Drug utilization (no. of drugs per prescription), hemodialysis, cesarean section rate, computed tomography scanner
2001	prescription rate, drug cost per prescription day), medical institutions affiliated with social welfare corporation, hematopoietic stem cell transplantation

AMI, acute myocardial infarction; CABG, coronary artery bypass graft; PCI, percutaneous coronary intervention.

게 지불보상한다.

질 측정의 영역은 우선순위에 따라 확대해나가는 전략을 취하고 있다. 우선순위를 정하는 기준으로 사망률이나 유병률이 높은 고 위험군을 우선 들 수 있다. 대표적으로 심뇌혈관질환이나 암이 해당될 것이다. 다음으로 진료비가 많이 소요되는 질환, 유병률이 높은 질환, 치료성과의 공급자 간 변이가 큰 질환, 오남용의 가능성이 큰 의약품 즉 항생제나 주사제 등이다.

P4P는 급성심근경색과 제왕절개 두 개 상병을 선택하였다. 선택의 이유는 먼저 급성심근경색은 우리나라의 사망률이 OECD 국가들 중에서 가장 높고 지표측정이 비교적 잘 알려져 있고 외국에서의 P4P 경험도 많은 편이었다. 제왕절개를 선정한 이유는 제왕절개율이 OECD 국가들 중에서 세 번째로 높고 World Health Organization 권고기준인 5-15%의 두 배에 달하였기 때문이다. 그리고 병원들 간에 변이가 매우 컸고, 제왕절개율을 공개했음에도 불구하고 의료기관들의 행태변화가 그다지 크게 영향을 받지 않았기 때문이었다.

급성심근경색의 측정지표들은 병원 도착 60분 이내 혈전용해제(thrombolytic agent) 투여 여부(2010년부터 30분 이내), 병원 도착 120분 이내 percutaneous coronary intervention (PCI) 실시(2010년부터 90분 이내), 병원 도착 시 아스피린 투여, 퇴원 시 아스피린 처방, 퇴원 시 beta blocker 처방 등 극히 기본적인 사항들이다. 제왕절개술의 측정지표는 위험도를 보정한 제왕절개율이다.⁹⁾ 2009년 인센티브 금액은 21개 병원을 대상으로 4억 5천3백만 원으로 해당 질환에 대한 보험급여액의 약 1%에 해당하는 금액이었다. 2011년의 P4P는 급성심근경색과 제왕절개를 대상으로 하되, 적용대상기

관을 43개 상급종합병원에서 316개의 종합병원으로 확대하였고, 인센티브 금액도 보험급여액의 1%에서 2%로 증액하였다. 평가등급은 5등급에서 9등급으로 세분화하였다. 2012년은 급성심근경색의 경우 113개 기관 중에서 44개 병원에 대해 인센티브를 7억 1534만 원 지급하였다. 1등급 기관에 2% 가산, 2등급 기관에 1% 가산, 상위 등급 유지 및 등급향상 기관에 0.5% 가산하였다. 급성기뇌졸중의 경우는 189개 기관 중 상위 20%에 해당하는 33개 기관에 대해 1%의 가산금인 1억 5천만 원의 인센티브가 부여되었다.

한편 P4P를 광의로 해석하여 비금전적 보상을 포함하는 개념으로 접근할 수 있으며, 이런 관점에서는 평가결과의 공개도 P4P의 일종으로 볼 수 있다(Bevan, 2011). 따라서 심평원에서 수행하는 질 평가결과의 공개도 P4P의 범주에 포함시킬 수 있다. 비용절감(효율성)에 대한 인센티브를 부여하는 처방총액인센티브제도도 P4P의 범주에 포함되며, 약제적정성평가와 결과공개도 그 범주에 포함된다. 따라서 심평원에서 수행하는 평가사업과 인센티브제도들이 모두 P4P제도에 포함된다. 다만, 이러한 다양한 사업들이 상호 연계성을 갖고 추진되지 못하는 한계를 안고 있다.

심평원은 2012년 요양급여적정성 평가사업을 발표하면서 평가대상을 만성폐쇄성질환과 천식, 암 등 만성질환 영역으로 확대할 것을 제시하였고, P4P사업도 의료의 질과 비용을 기준으로 인센티브를 지급하는 제도로 발전시켜나갈 것을 공언하였다. 그리고 개별 상병별로 이뤄지는 평가를 유사 영역으로 통합하는 평가체계를 구축해나갈 방침을 제시하였다. 또한 평가대상 상병별로 의료기관의 평가결과를 공개하는 형태에서 의료기관 단위로 서비스와 질을 중

9) 2012년에 추가된 급성기뇌졸중의 측정지표는 구조지표로 전문인력구성, 과정지표는 환자상태사정(금연교육실시율, 연하장애선별고려율), 초기진단(1시간 내 뇌영상검사실시율, 지질검사실시율), 초기치료(3일 내 조기재활치료고려율, 정맥 내 혈전용해제투여고려율, 60분 내 정맥 내 혈전용해제투여율, 48시간 이내 항혈전제투여율), 이차예방(항혈전제 퇴원처방률, 심방세동 환자의 항응고제 퇴원처방률)이다.

합적으로 평가하는 형태로 전환할 계획임을 밝혔다. P4P 대상항목을 급성심근경색과 제왕절개분만에서 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제, 약제급여, 요양병원 등으로 연차별로 확대해나갈 계획이었는데, 2012년에는 급성기뇌졸중을 추가하였다. 2012년 급성심근경색증에 대한 인센티브는 우수기관(1등급)과 상위등급 2년 연속유지기관, 전년보다 기준등급 이상으로 등급이 향상된 기관에 가산율 0.5-2.0%까지 차등지급하였다. 그러나 감액대상 기관은 없었다. 급성기뇌졸중은 P4P 적용의 일차년도이기 때문에 상위 20% 기관에 1%의 인센티브를 지급한다.¹⁰⁾

2. 의료의 질 평가와 Pay-for-Performance 도입의 성과와 한계

의료의 질 평가결과의 공개로 인한 성과를 보면, 다음과 같다. Figure 4에서 보듯 급성심근경색, 뇌경색, 뇌출혈로 인한 입원 30일

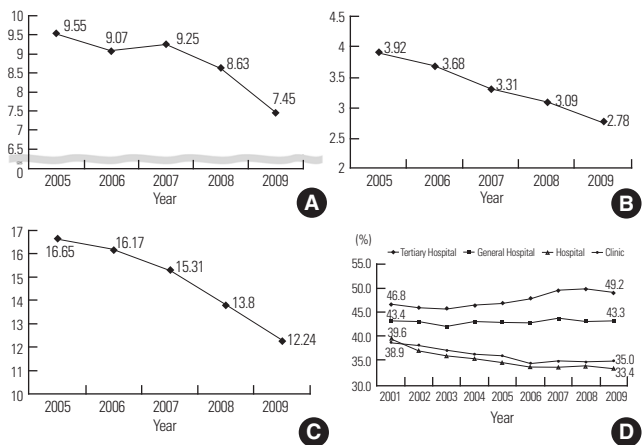


Figure 4. Performances attained from the public reporting of quality assessment outcomes (1). (A) Mortality rate in 30 inpatient days (AMI). (B) mortality rate in 30 inpatient days (ischemic stroke). (C) Mortality rate in 30 inpatient days (hemorrhagic stroke). (D) Cesarean section rate (From Health Insurance Review and Assessment Service. HIRA annual report. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011).

내 사망률이 지속적으로 떨어지고 있다. 제왕절개율은 병원과 의원급에서 꾸준히 떨어지고 있는 반면에 전문종합병원에서는 제왕절개율이 상승하는 양상을 보이고 있다. 고령산모가 증가하고 있는 현실을 감안하면 제왕절개율은 상당히 둔화된 것으로 판단된다. Figure 5는 급성상기도염 항생제 처방률, 주사제 처방률, non-steroidal antiinflammatory drug 중복 처방률, 처방당 의약품 개수 등이 지속적으로 감소하는 성과를 보여주고 있다. 다만, 의원급의 경우 다른 종별요양기관에 비해 성과가 좋지 않은 결과를 보여주고 있다. 의료의 질 평가결과의 공개는 의료기관들 간의 격차를 축소시키는 결과를 낳고 있다. Figure 6에서 보듯 항생제 처방률의 의료기관 간 격차가 크게 줄어들었음을 보여주고 있다. 수술예방적 항생제 투여율의 격차도 축소되었다.

P4P사업의 2010년의 성과(2009년도를 대상으로 한 평가)는 다

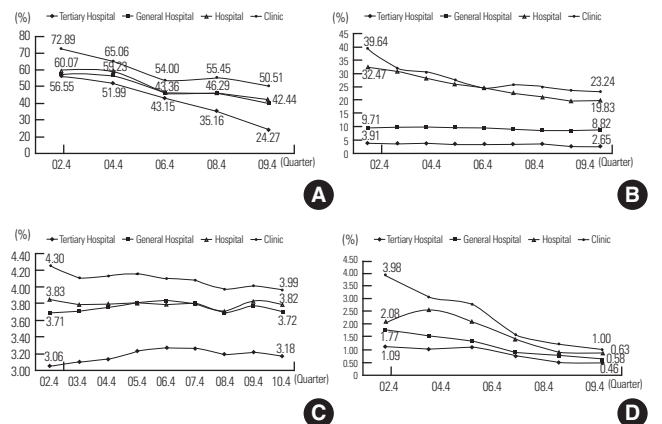


Figure 5. Performances attained from the public reporting of quality assessment outcomes (2). (A) Prescription rate of antibiotics in acute upper respiratory disease. (B) prescription rate of injection. (C) Number of medication per prescription. (D) Prescription rate of duplicated medication (nonsteroidal anti-inflammatory drugs) (From Health Insurance Review and Assessment Service. HIRA annual report. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011).

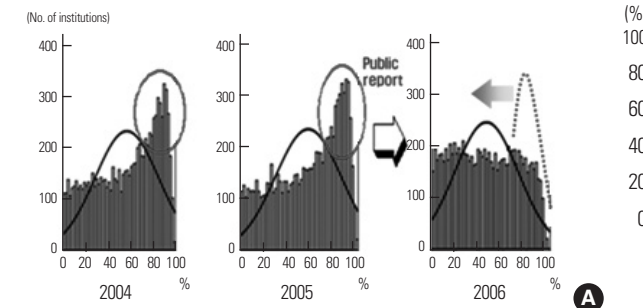
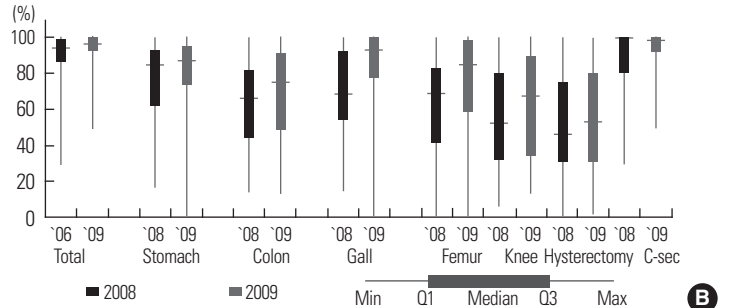


Figure 6. Performances attained from the public reporting of quality assessment outcomes (3). (A) Reduced differences in prescription rates of antibiotics in acute upper respiratory disease. (B) Reduced differences in the medication of prophylactic antibiotics for surgery (From Health Insurance Review and Assessment Service. HIRA annual report. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011).



10) 급성심근경색의 대상병원은 상급종합병원 43개, 종합병원 70개이며 총 진료비는 1,420억 원이었다. 급성기뇌졸중의 대상병원은 상급종합병원 44개, 종합병원 145개이며 총 진료비는 480억 원이었다.

음과 같다. Table 3에서와 같이 급성심근경색의 경우 막힌 혈관의 관류율, 병원 도착 60분 이내 혈전용해제 투여율(2011년부터 30분 이내로 기준 변경), 병원 도착 120분 내 PCI 실시율(2011년부터는 90분 이내로 기준을 변경), 의약품 투여율, 병원 도착 시 및 퇴원 시 아스피린 처방률, 퇴원 시 베타차단제 처방률, 입원 30일 내 사망률을 종합 평가한 점수(composite quality score)를 기준으로 의료기관들을 5등급으로 분류한 결과, 2007년 이래로 평균점수가 상승하고 있고, 특히 성과가 좋은 기관과 나쁜 기관들 간의 편차가 급격히 줄어들었다(Figure 7). 대조군과의 비교에서도 P4P 적용 의료기관의 성과가 좋은 결과를 보여주었다. 제왕절개분만의 경우에도 평균이 상승하고 분산은 줄어드는 성과를 보여주고 있다(Figure 8).

한편 심평원에서 특정 질환군(DRG)을 대상으로 측정한 의료기관들의 성과종합점수와 입원일수와의 관계, 그리고 진료비용과의 관계를 분석한 결과는 Figure 9와 같다. 이 결과는 투입 대비 성과를 보여주하고자 하였다. 입원일수가 짧으면서 성과가 좋거나, 비용이 적게 들면서 성과가 좋은 방향으로 유도하고자 하는 것이 P4P제도 가 지향하는 방향임을 간명하게 보여주고 있다.

외국의 Pay-for-Performance

OECD가 2008-2009년에 조사한 바에 의하면, P4P는 19개 국가

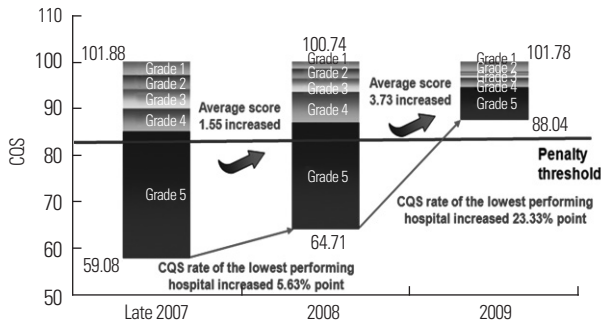


Figure 7. Performance of pay-for-performance (P4P) in the case of acute myocardial infarction (AMI). CQS, composite quality score (From Tchoe B. HIRA Policy Rev 2011b;5(4):32-36).

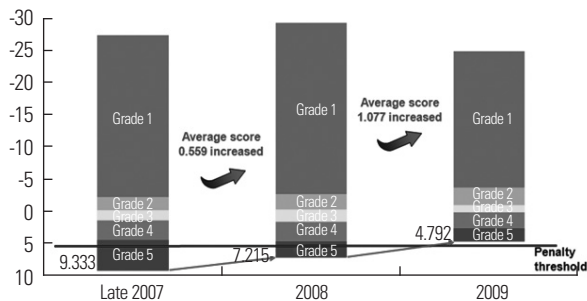


Figure 8. Performance of pay-for-performance (P4P) in the case of acute myocardial infarction (AMI). CQS, composite quality score (From Tchoe B. HIRA Policy Rev 2011b;5(4):32-36).

에서 도입하고 있다. 일차의료 부문에서 15개 국가, 전문의 부문에서 10개 국가, 병원 부문에서 7개 국가이다. 일차의료 및 전문의 부문에서 대부분의 보너스는 예방의료와 만성질환관리에서의 질적 목표수준에 대한 것이다. 병원 부문에서는 과정에 대해 대부분의 보너스가 주어지고, 결과와 환자만족에 대해 일부 보너스가 도입되고 있다.

P4P는 국가들 간에 큰 차이가 있다. P4P에 참여하는 의사와 병원의 비중은 일부 국가들만이 보고하고 있다. 일차의료는 벨기에 90%, 폴란드 80%, 영국 99%, 전문의 진료는 폴란드 5%, 영국 68%, 병원은 룩셈부르크 9% 정도이다. 보너스방식 지분은 영국을 제외한 일부 국가들에서만 보고되고 있으며 수입의 통상 5%이하였다. 보너스의 비중은 일차의료의 경우 벨기에 2%, 폴란드 5%, 영국 15%, 전문의 진료는 폴란드 5%, 병원은 벨기에 0.5%, 룩셈부르크 1.4%였다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2010).

1. 미국 캘리포니아 Pay-for-Performance

P4P는 의료의 질보다는 양에 보상하는 방식에 대한 불만으로부터 시작되었다. 그리고 관리의료(managed care)에 대한 비판에서 시작되었다. 관리의료제도의 도입으로 수년간 비용이 상승하였고 접근성의 제한도 우려되었다. 더불어 의료의 질적인 하락으로부터 P4P는 강조되었다.

캘리포니아 P4P는 2003년에 시작했다. 의료의 질로부터 효율을 포함하는 방향으로 확대되었고, 의료의 질을 측정하는 단위는 에피소드가 되었다(Rebhun & Williams, 2009; Robinson et al., 2009). 2년간의 경험으로부터 청구자료가 불완전하고 코딩도 허술하였음을 알게 되었다. 이 때문에 에피소드에 기반한 P4P는 자료의 완결

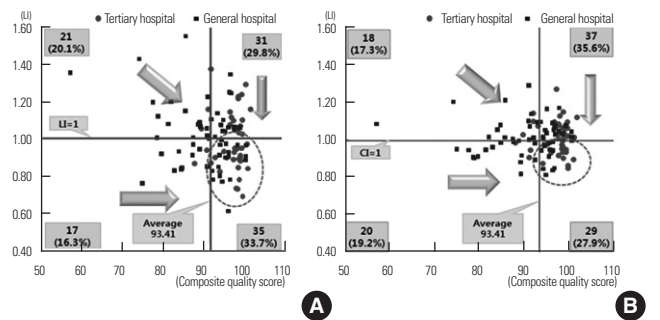


Figure 9. Distribution of quality, inpatient days and cost. (A) Inpatient days per diagnosis related group (DRG) episode adjusted with case-mix (LI). LI refers to the indicator of lengthiness of inpatient days that is measured by the ratio of inpatient days of individual hospital to the average inpatient days of all hospitals. (B) Inpatient cost per DRG episode adjusted with case-mix (CI). CI refers to the indicator of costliness that is measured by the ratio of inpatient expenditure of individual hospital to the average inpatient expenditure of all hospitals (From Tchoe B. HIRA Policy Rev 2011b;5(4):32-36).

성 문제 때문에 제한적이었다.

2009년에는 8개 health maintenance organization를 포함했고 1,150만 명의 가입자, 3만5천명의 의사를 포함하는 230개 의사그룹을 포괄하였다. 2003-2007년간에 2억 6,400만 달러의 보너스를 지급했는데 의료단체 수입의 2%에 해당하였다. 보너스의 목표는 수입의 10%였으나 질 향상의 근거를 확실히 가질 때까지 그 비율을 높이는 데에 주저하였다. 지표는 3개 분야에 13개의 지표로 시작하여 5개 분야, 68개 지표로 확대하였다. 지표에 대한 가중치는 임상 질에 40%, 환자경험 20%, information technology (IT) 시스템 20%, 당노관리 20%였다. 그리고 자원사용과 효율성에 대해서는 별도의 인센티브를 지급하였다. 임상성과는 매년 3% 포인트 증가하였고, 가장 저성과를 내었던 기관들이 가장 높은 성과를 달성하였다. 가장 큰 변화는 IT 시스템을 도입한 그룹들이며, 이들은 연평균 7% 포인트 성과가 향상되었다. 비금전적 인센티브로는 상위 20%, 성과향상과 같은 순위의 공개들이다. 이러한 인센티브는 간접적으로 금전적 인센티브이다. 왜냐하면, 의료단체들이 공개된 순위를 광고나 마케팅에 활용하기 때문이다. 공급자들은 P4P에 참여할 유인이 있지만, 보험회사에게는 그다지 유인이 되지 못한다. 왜냐하면 2% 정도에 불과한 인센티브는 공급자들을 변화시키기에는 그다지 의미 있는 유인책이 되지 못하고 질 향상도 크지 않을 것이라고 판단하기 때문이다.

2. 미국의 메디케어 Pay-for-Performance

CMS는 많은 P4P 시범사업에 개입하였다. 그러나 2009년 메디케어 예산 4천2백억 달러에 비하면 P4P 프로그램 예산은 4천만 달러로 극히 적은 금액이었다(Tanenbaum, 2009). 질에 대한 보고를 개선하기 위해 메디케어 ‘Physician Quality Reporting Initiative’는 2007년에 시작하였고 의사들에게 2%를 추가적으로 지불하였다(Centers for Medicare and Medicaid Services, 2009). 2009년에 의

사들의 참여율은 16%였다(Porter, 2008).

PGP 시범사업은 2005년에 시작했고, 통제집단 외에 10개의 PGP를 포함하였고(Trisolini et al., 2008), 질과 효율지표들을 포함하였다. 32개의 질지표는 CMS의 Doctor’s Office Quality 사업에서 추출되었고, 5개 질환에 집중하였다. 즉 coronary artery disease, diabetes, heart failure, hypertension, preventive care 등이다. 각각의 질 지표에 대해 PGP는 다음의 세 가지 중 적어도 하나를 만족시켜야 한다. 1) 75% 이상의 순응도 혹은 health plan employer data and information set (HEDIS)으로부터 측정된 평균치, 2) 메디케어 HEDIS 수준의 70%, 3) PGP 시범사업 첫 해에 달성된 수준과 첫 해의 순응도 100% 간의 차이가 10% 이상 줄어드는 것 등이다. 첫 번째 두 개의 목표치는 문턱목표치(threshold targets)이고 세 번째는 시간경과에 따른 향상치이다. 초기 사업결과는 자못 유망하였다. 모든 그룹들은 10개의 당노지표들 중에 적어도 7개에서 목표치를 달성하였다. PGP는 효율성 혹은 비용절감에 대한 보상도 받을 수 있었다. 절감액은 실제지출과 목표지출을 비교함으로써 계산되었다. 목표지출은 비교집단의 지출증가율에 따라 정해졌다. PGP그룹과 비교그룹 간의 중증도는 보정되었다. PGP는 절감액의 80%를 받았다. PGP그룹의 10개 중 2개는 비교집단에 비해 2% 낮은 지출증가율을 실현하였다.

일반내과의를 대상으로 한 전국조사에서 질에 대한 금전적 인센티브에 대해 강한 지지를 발견하였으나 결과공개(public reporting)에 대한 지지는 덜 받았다. 대다수 응답자들이 고위험환자군을 회피할 것이고 질이 측정되지 않는 진료 부분에 대한 관심을 돌릴 것이라고 응답했다. 정책담당자들은 의사들의 반발을 고려하여 P4P와 결과공개를 설계해야 질적 개선을 이루어낼 수 있다(Casalino et al., 2007).

이러한 긍정적인 효과에도 불구하고 P4P 효과에 대한 확신은 명확하지 않다. 일부 연구결과, P4P 도입 후 진료과정에서의 양호한 개선이 있었다고는 하나(Lindenauer et al., 2007; Petersen et al.,

Table 3. Performances from the treatment of acute myocardial infarction patients (unit: %)

	Door-to-needle	Thrombolytic medication in 60 min since arrival at hospital	Application of primary PCI in 120 min since arrival at hospital	Providing medication	Prescription of aspirin at the time of arrival	Prescription of aspirin at discharge from hospital	Prescription of beta-blocker at discharge from hospital	Mortality rate
Performances by year								
2007 (last half)	83.6	62.6	86.1	98.1	98.2	99.6	95.8	7.5
2008	88.7	86.4	88.9	97.7	98.8	99.6	97.7	8.2
2009	95.7	91.2	96.0	99.3	99.7	99.6	98.7	6.4
Performances by P4P group or non-P4P group								
Experimental group (P4P group)	-	88.0	91.6	-	99.3	100.0	98.4	8.4
Control group (non-P4P group)	-	61.4	82.5	-	97.1	99.5	95.3	10.6

If we look at the performance of the year 2011 compared from the year 2010, thrombolytic medication in 30 minutes was improved from 79.9% to 88.4%, primary percutaneous coronary intervention (PCI) in 90 minutes from 91.2% to 95.7%, providing aspirin from 99.1% to 99.6%, prescription of aspirin at discharge was not changed, prescription of beta-blocker at discharge from 97.7% to 98.8%. P4P, pay-for-performance.

Table 4. Road map of P4P introduction stipulated by Health Care Reform Act in USA

Fiscal year	Performance indicators (proportion)	Proportion of P4P payment to the DRG based reimbursements (% , billion dollars)
2013	Process (70%), patient experience (30%)	1.00 (0.85)
2014	Process, patient experience, mortality, in-hospital infection, patient safety	1.25 (1.09)
2015	Same as the above	1.50 (1.35)
2016	Same as the above	1.75 (1.63)
2017	Same as the above	2.00 (1.91)

Fiscal year 2013 begins from October 2012, and performances are measured for 9 months since July 2011.

P4P, pay-for-performance; DRG, diagnosis related group.

2006) P4P 도입이 환자의 건강결과에 미치는 영향에 대한 의견은 여전히 분분하다. Glickman 등(2007)은 2003-2006년 CMS pilot project¹¹⁾ 자료를 이용하여 급성심근경색증 환자의 병원 내 사망과 치료에 있어서 P4P의 효과는 P4P를 시행하는 많은 병원과 차이가 없다고 하였으며, Ryan과 Blustein (2012) 또한 위험을 보정하였다 하더라도 CMS pilot project는 30일 이내 사망에 있어 P4P는 효과가 없다고 하였다. 특히 Jha 등(2012)의 연구는 P4P의 단기적 효과에서뿐 아니라 장기적 측면(2003-2009년 시범사업자료를 이용하여 P4P로 인한 환자의 30일 이내 사망률 변화연구)에서는 환자의 건강결과(병원 내 30일 이내 사망)에 유의한 영향을 미치지 않음을 보여주고 있다. P4P 효과에 대한 분분한 의견에도 불구하고 CMS는 6년간(2003-2009년)의 P4P 시범사업 후 2012년 10월부터 병원을 대상으로 P4P를 전면 실시하였으며, 향후의 추진일정도 제시하였다(Table 4). 그리고 P4P의 비용과 효과에 대한 연구는 새로운 조직인 ‘Patient-Centered Outcomes Research Institute’의 중점 과제가 되고 있다. 미국은 의료개혁법에서 P4P를 강화하고 있으나, 인센티브를 강화할수록 불건강한 환자의 접근성과 질의 우려, 의료전문성에 대한 위협 등의 우려도 제기된다. P4P는 예산중립적이기 때문에 승자와 패자를 낳게 되며, 높은 인센티브는 저성과 공급자들로부터의 반발을 살 우려가 있다(Epstein, 2012).

3. 영국의 Pay-for-Performance: Quality and Outcomes Framework

QOF는 세계에서 가장 큰 P4P이다. 2004년에 시작하였고 general practitioner (GP)에 대한 자발적인 인센티브 프로그램이다. QOF의 목적은 GP가 얼마나 등록된 환자를 잘 돌보느냐에 따라 보상하는 것이다. QOF는 4개 분야를 포괄한다. 즉 임상, 조직, 환자경험, 그리고 부가서비스 등이다. 현재 1천점을 결정하는 데에 사용되는 146개 지표들이 있다. 점수들은 환자수수에 의해 금전적 인센티브

로 전환된다. 2004년에 1,050점이 있었고 1점은 76파운드(133달러)로 전환되었다. 현재에는 1천점이고, 각 점당 126.77파운드이다. QOF가 어떻게 작동하는지 천식을 예로 들어보자. 지난 15개월간에 천식에 대한 진료비율이 25%에 달할 때까지는 어떤 보상도 주어지지 않고, 70%에 달하게 되면 최고 20점이 주어진다. 25%와 70% 사이에 점수는 비례적으로 주어진다. 2004-2005년에 중위수에 해당하는 GP는 1,050점 중에서 1,003점(95.5%)을 획득했다. 처음 QOF가 도입될 때에 대략 75% 정도 달성될 것으로 예견했으나 90%를 성취한 결과를 얻었다. QOF는 GP의 평균수입을 2만 3천 파운드(4만 달러) 증가시켰다. QOF 이전에 GP는 평균적으로 7만-7만 5천 파운드(12만 2천-13만 1천 달러)를 벌었다(Doran et al., 2006). 이 같은 많은 보상금 때문에 2006-2007년 최저목표치는 상향조정되었고, 일부 최대목표치도 상향되었다. QOF의 결과로 의료의 질이 향상되었는지 판단하기는 어렵다. 왜냐하면 사실상 거의 모든 국민들이 참여하여 비교대상 집단이 없었기 때문이다. 그러나 QOF의 전후를 분석하여 천식과 당뇨에서 질이 향상되었음을 발견하였으나, 인센티브와 결합하지 않았을 경우에는 천식이나 심장질환 환자에게서 질은 후퇴하였다(Campbell et al., 2009). 그리고 의료접근성의 개선은 보고되지 않았다. 특히 일단 목표치에 도달하면 질 개선은 더더졌고 인센티브와 연결되지 않으면 질은 후퇴하는 경향을 보였다. 한편 결과의 형평성을 증진시켰다는 일부 근거가 있었다.

병원 부문에서의 P4P 적용을 위해 2008년에 미국의 Hospital Quality Incentive Demonstration에 토대를 둔 ‘Advancing Quality’라는 프로그램을 영국의 북서지역의 NHS 병원에 도입하였다. 다른 지역의 병원들과 비교하여, 도입 18개월 전후의 원내 30일 사망률은 1.3% 포인트 떨어지는 결과를 얻었다. 폐렴 사망률은 유의미하게 1.9% 포인트 떨어졌다. 유의미하지는 않았으나 급성심근경색은 0.6% 포인트, 심부전은 0.6% 포인트 떨어졌다. 미국과는 달리 영국은 보너스 규모가 컸고 질 향상을 위한 병원의 투자가 컸기 때문에 해석하고 있다(Sutton et al., 2012). 또한 영국이 미국에 비해 좋은 성과를 얻은 이유로는, 미국은 메디케어에 한정되지만 영국은 모든 환자들에게 적용되고, 미국에 비해 더 많은 참여기관들에게 보상하였고, 특히 영국 병원들은 보너스를 모두 진료수준을 향상시키기 위한 내부투자를 하는 데에 동의하였기 때문이다. 예를 들면, 전문간호사 확충, 데이터수집시스템 투자, 교육훈련에의 참여 등이다(Epstein, 2012).

4. 뉴질랜드의 Pay-for-Performance: Performance-based Management

뉴질랜드는 PHOs 내에서 2006년에 PBM 프로그램을 시작했다(Buetow, 2008). 2007년 1월까지 국민의 98%에 해당하는 81개

11) CMS는 2003년부터 2009년까지 약 6년간 비영리병원인 Premier Inc. (260개 Premier 회사 참여, 급성심근경색증, 폐렴, 관상동맥우회술을 포함한 5개 임상 영역에 CMS의 P4P 프로그램 적용)를 대상으로 P4P 시범사업을 실시하였으며 이 시범사업은 일명 Premier Inc. and CMS Hospital Quality Incentive Demonstration 또는 CMS pilot project라 함.

PHOs가 등록했다. PBM 구축을 위한 지원금은 PHO 하나당 2만 NZ달러(한화 1,900만 원)에 등록자당 60센트(560원)였다. 2007년 12월 이전에 PBM에 들어오는 PHO 등록자 1인당 최소 1-1.5 NZ달러(930-1,400원)를 지급하였고, 최대치는 등록자 1인당 6 NZ달러(5,600원)이었다. 성과지표는 임상지표 60%, 과정지표 10%, 재정지표 30%로 구성되었다. 임상지표는 소아와 노인 예방접종, 자궁경부 검사, 유방암검사 등이다. 과정지표의 예는 의료필요도가 높은 환자에 대한 접근성을 확보하는 것이 있다. 재정지표의 예는 의약품과 검사비용을 포함한다. 성과급은 PHO에 지급되고, PHO가 소속 직원들에게 배분한다. 29개 PHOs를 대상으로 조사한 바에 따르면, 임상 질과 자료관리에 있어 개선되었다고 한다.

뉴질랜드 프로그램이 일차의료의사의 가치와 목표를 적절히 반영하는지 분명치 않다. 보너스는 PHO 수입의 매우 작은 부분이기 때문에 의사수입을 보충하는 것보다는 서비스의 개선을 목적으로 한다. 성과인센티브는 이해당사자의 가치와 목표에 부합하도록 디자인하는 것이 중요하였다.

5. 호주의 Pay-for-Performance

소아에 대한 면역을 권장하기 위해 의사와 부모 양자에게 재정적 인센티브를 제공한다. 1997년에 GP에게 소아접종서비스에 대해 보너스를 지불하기 위해 General Practice Immunization Incentive (GPII)를 도입했다. 예방접종에 대한 P4P는 호주 메디케어의 Practice Incentive Program (PIP)의 한 부분이다. GP가 인센티브를 받기 위해서는 GP에 대한 general practitioners standards의 인증을 받아야 한다. 인증요건은 13개 분야가 있다. 즉 퇴근 후 진료, 천식과 당뇨와 같은 만성질환관리, 가정폭력, eHealth 등이다. GPII의 목표는 적어도 90%의 GP들이 7세 이하 소아의 90%에게 면역접종을 시키도록 하는 것이다. PIP 도입 이후에 예방접종률은 76%에서 92%로 향상되었다.

6. 브라질의 Pay-for-Performance

수요와 공급 측면에서의 P4P 프로그램을 갖고 있으며, 많은 남미 국가들과 같이 수요 측면의 P4P를 빠르게 도입하였다. 현금이전 기준의 하나로 건강결과를 포함했다. 공급 P4P에서는 민간보험회사인 UNIMED가 운영하여 성공했고, 이를 일차의료의 공공 부문에 도입했다. 심장질환, 당뇨병, 소아천식과 소아진료에 P4P를 적용했다. 그 결과, 심장질환 및 당뇨 환자들의 혈압관리, 콜레스테롤치, 글루코스 관리에 개선을 보였다. 천식 소아의 입원율도 감소했다. 2007년에 UNIMED는 캘리포니아의 카이저와 함께 일을 하였고 브라질 실정에 맞는 카이저 P4P를 수정했다. 그러나 캘리포니아나 브라질 모두 P4P의 평가는 제한적이었다. 즉 통제집단이 없었고, 전후 비교만 했다. 집행비용을 적절히 계상하지 않았기 때문에 P4P의 비용효과성에 대해 다소 불확실하였다.

7. 르완다의 Pay-for-Performance

르완다는 봉급제로 운영된 공공보건센터의 열악한 성과를 개선하기 위해 2002년에 P4P 시범사업을 시작했고 2005년에 세계은행의 지원으로 국가적 사업으로 P4P를 도입했다. 보건센터가 제공할 서비스의 우선순위를 정하고 종합적 성과지표를 제시했다. 지표에는 시설의 청결성, 가족계획, 어린이의 발육 모니터링 등을 포함했다. P4P사업의 효과 평가의 난관은 추가적인 지원에 의한 성과개선을 분리해 내는 것이었다. 이 때문에 P4P사업을 도입한 기관과 도입하지 않은 기관을 비교집단으로 구성하여 평가하였다. 또한 그 당시에 다른 제도적 변화들도 있었다. 공제조합과 같은 지역보험이 2002년 인구의 5%에서 2008년 인구의 85%까지 확대되었다. 그리고 지역의 성과에 따라 중앙정부가 포괄보조금(block grant)을 지원하는 지역별 재원조달의 분권화를 시행하였다. 이러한 재정분권화 시행은 각 지역의 재원부담을 획기적으로 향상시켰다. 즉 2003년에 지역의 부담이 37%였으나 2007년에 85%까지 제고되었다. 이러한 여러 가지 개혁적 조치들로 인해 의료비지출의 상승, 보험적용 인구의 확대, 분권화 등이 진행되었고, 이에 따른 P4P의 순수한 효과를 분리해내는 것이 용이치 않았다. 상기 개혁조치들이 공통으로 적용된 지역을 중심으로 P4P 도입군과 비도입군을 비교집단으로 설정하여 평가를 수행하였다. P4P의 효과는 의료서비스제공을 향상시켰고, 소아예방조치를 향상시켰고, 어린이사망률을 감소시키고 어린이의 성장을 도왔다.

고 찰

P4P는 기존의 지불제도가 갖는 한계점을 보완하는 제도이기 때문에 지불제도가 어떻게 개혁되든 간에 발전할 가능성을 가지고 있다. 지불제도가 지향하는 중요한 목적은 진료비를 적절히 통제하면서 의료의 질을 희생시키지 않는 것이라고 한다면, 기존의 지불제도를 유지하면서 P4P로 잘 보완한다면 의료의 질과 비용문제를 해결해나갈 수 있을 것이다. 그러나 P4P를 대부분의 진료 영역과 의료기관들에게 확산시키기 위해서는 극복해야 할 난관들이 많다. 다른 한편에서는 지불제도 자체를 개혁하는 것이 어려운지, P4P를 확산시키는 것이 어려운지를 검토하는 것도 과제가 될 것이다. 공급자들이 P4P의 도입과 확산에 동의한다면 보험자와 공급자, 가입자가 행위수가를 유지하는 데에 동의하는 큰 틀의 정치적 거래를 할 수도 있다. P4P의 활성화를 위해 미시적인 차원에서 어렵게 노력하기보다는 큰 틀의 거시적인 정치적 거래가 더 유효할 수 있다.

우리나라의 의료시스템은 P4P의 적용에 유리한 여건과 불리한 여건을 함께 갖고 있다. 전 국민이 당연히 적용되는 단일보험자시스템을 갖고 있고, 모든 의료기관들이 당연히 건강보험의 적용을 받는다는 점은 유리한 점과 불리한 점을 동시에 안고 있다. P4P의 적용에 예외가 없다는 점에서 P4P가 지향하는 효과가 매우 강하게 나

타날 것이다. 다만, 정책적으로 P4P의 적용대상 의료기관을 단계적으로 확대하거나 적용대상 질환을 단계적으로 확대해 나갈 경우에 P4P가 적용되지 않는 부문으로 전가될 수는 있다. 방대한 비급여의 존재는 P4P의 효과를 제한하게 될 것이고 왜곡시킬 가능성을 안고 있다. 비급여 부문에서의 보상이 크다면 P4P로부터 얻는 인센티브 보상에 그다지 신경 쓰지 않을 것이다. 의료의 질이나 성과를 측정하는 데에 비급여가 제외됨으로써 측정이 왜곡될 소지가 있다. 비급여 진료의 의료의 질에 영향을 미칠 수 있고, 비급여비용이 제외되면 효율성을 측정하는 데에 한계로 작용한다.

단일보험자로서 진료비 전산청구시스템을 갖고 있는 점은 P4P 도입에 유리한 인프라이다. 비교적 적은 비용으로 쉽고 빠르게 정보를 수집할 수 있다. 그러나 공급자 입장에서는 진료비용과 질에 관한 많은 정보를 제공하게 되면 정부(보험자)¹²⁾로부터 통제를 받을 우려가 있다. 더구나 환자 개인별 주민등록번호(patient identifier)를 갖고 있는 우리나라의 특수성을 감안하면 환자 단위의 의료 정보를 모으고 분석하기에 최적의 환경을 제공하기 때문에 진료의 성과를 파악하기 좋은 여건을 갖추고 있다. 환자 진료를 담당하는 의사의 정보를 진료비 청구서에 기재하도록 추진하는 최근의 정책이 도입된다면, 의사의 입장에서 P4P 적용에 대해 강한 거부감을 가질 것이다.

우리나라의 의료시장은 이미 경쟁이 치열하기 때문에 소비자들이 질 높은 의료기관을 선택할 것이므로 굳이 질 평가와 공개, 그리고 P4P와 같은 기전이 필요하지 않다는 견해들이 있다. 그러나 소비자들이 반응하는 정보는 겉으로 보이는 시설수준, 입소문, 그리고 각종 인터넷 매체들을 통해 유명 의료기관과 의사에 대한 정보들이다. 이러한 정보들에 의존한 선택은 올바른 선택이 아닐 것이다. 가격정보 또한 제대로 알려져 있지 않을 뿐 아니라 본인이 부담하는 가격에만 반응할 수밖에 없는 한계가 있다. 따라서 소비자(환자)와 공급자 간 정보비대칭 시장에서 정부(보험자)가 개입하여 정보비대칭을 교정해주는 것이 오히려 왜곡을 줄여주고 시장기능을 정상화하는 역할을 할 것이다.

한편 성과연봉제와 같은 임금체계가 정착되고 있고 병원에서도 의사개인별 실적에 따라 연봉이 차등화되고 있다. 개인별 성과에 따른 보상시스템은 사회적으로 용인되는 분위기이지만, 기관의 성과에 따라 보상이 차등화되는 영역은 주로 공공 부문들이다. 민간 기업의 성과 즉 이윤은 시장에서 결정되고, 그 이윤이 종사자들의

성과에 따라 배분되는 구조이다. 정부예산의 지원으로 운영되는 공공기관들의 경우 당년도의 경영성과에 따라 차년도의 기관에 대한 인센티브나 기관장 연봉을 결정한다. 의료기관들의 경우 비영리 법인이든 개인병원이든 실질적으로는 얼마나 환자를 많이 유치하느냐가 이윤을 좌우한다. 그러나 의료서비스 가격이 정부에 의해 규제되고 건강보험(의료급여)의 당연 적용대상이기 때문에 정부가 정한 보험급여기준의 규제를 받게 된다는 점에서 공공성을 띠고 있다. 그리고 건강보험수가나 급여기준을 벗어난 다른 기준을 적용할 수 있는 예외적 환자집단이 허용되지 않는다. 이러한 점에서 의료기관들의 비용과 질과 같은 성과를 측정하여 정부가 지불보상에 반영하는 것은 공공기관에 대한 성과보상과 유사한 맥락에서 이해할 수 있고 P4P를 의료 부문에 적용할만한 타당성을 갖는다.

P4P가 지향하는 방향이 정부나 소비자의 입장에서 논리적이고 바람직하다 하더라도 공급자의 입장에서도 수용할 수 있어야 제도가 무리 없이 적용될 수 있다. Lee 등(2012b)의 설문조사결과는 많은 시사점을 제공한다.¹³⁾ 공급자들은 대부분 P4P제도를 달갑게 생각하지 않는다. 특히 의원급에서 동의하지 않는 경향이 뚜렷하다. 그 이유는 정부에 대한 의료공급자 통제를 의심하고 있기 때문이다. 그래서 자발적 참여를 선호하고, 기존의 건강보험제정 내에서 보상을 차등화하는 것에는 반대한다. 성과측정을 위한 정보보고에 대한 보상(pay for reporting, P4R)이 이루어져야 하고, 성과를 크게 포상하기 위해 고위험 환자를 회피하거나 일부 영역에서의 질을 무시하거나 의무기록의 조작가능성 등을 우려한다. 또한 OECD가 지적했듯이 한국의 의료공급자들의 전문직업성(professionalism)이 취약한 데에서 의료의 질적 평가기전을 도입하는 바탕이 취약하다. 정부의 통제에 대한 불신이 공급자들의 수용성을 낮추는 요인이 되며, 이런 상황을 개선하기 위해 시장의 기전을 활용할 것을 권고한다(Organization for Economic Cooperation and Development, 2012). 그리고 개별의사들의 성과 모니터링시스템을 통하여 환자안전상 위험요인 등의 문제를 감시할 것을 권고한다.

의료공급자들을 설득하기 위해서는 전체 진료비지불제도, 그리고 의료기관의 질 평가결과의 공개 등 포괄적인 관점에서 P4P의 수용을 협의해야 할 것이다. 포괄수가제, 요양병원 일당제, 나이가 총액계약제 논의 등 진료비를 통제하려는 노력과 의료의 질 향상을 위한 노력 사이에서 P4P의 자리를 매김해나가는 전략을 취해야 한다. 매년 반복되는 공단과 공급자들 간의 수가계약과 건강보험정책

12) 건강보험의 보험자는 법적으로 건강보험공단으로 명문화되어 있지만, 건강보험법에서 건강보험의 관장자는 보건복지부로 되어 있다. 실제 운용에 있어서 대부분의 정책적 사항은 보건복지부에서 결정하고 있기 때문에 실질적인 보험자는 보건복지부로 보아야 한다. 법과 현실 간의 괴리를 분명히 조정하기 위한 법 개정이 필요하다고 생각한다. 진료비심사와 지불보상액의 심의결정, 요양급여 적정성평가 등 주요한 업무를 수행하는 심평원의 법적 위상에 대해서도 여전히 논란이 있다.

13) 공급자 입장에서 P4P에 대한 태도와 발전방향을 제시하기 위해 522개 의료기관(31개 3차병원, 182개 종합병원, 158개 중소병원과 152개 의원)을 대상으로 P4P에 대한 설문조사를 진행하였다. 대부분 P4P에 대한 인지도가 낮았고 P4P에 대한 태도는 3차병원을 제외하고는 동의하지 않는 편이었다. P4P를 찬성하는 이유는 성과에 따라 재정적 보상을 하는 것은 당연하다는 것이었고, 반대하는 이유는 의료공급자를 통제하는 수단으로 이용할 것을 우려하였다. P4P의 효과는 긍정적인 행태변화를 유도할 것으로 보았으나 의원급은 동의하지 않았다. 질 향상에 대한 입장에서 의원급을 제외하고는 긍정적이었다. 비용절감효과는 크지 않을 것으로 보았다. P4P의 방향으로는 자발적 참여를 선호하였고, 인센티브는 고성과그룹과 성과향상그룹에 주어져야 하고, 보상재원은 추가적으로 확보되어야 하며, 청구자료뿐 아니라 임상자료들이 평가에 활용되어야 하며, P4R이 이루어져야 한다고 응답하였다. 의도하지 않았던 결과가 나타날 가능성, 예를 들어, 고위험 환자를 회피하거나, 측정에서 제외된 영역에서의 질을 무시하거나, 인센티브와는 무관한 의료서비스를 무시하거나 의무기록이 조작될 가능성 등을 우려하였다(Lee et al., 2012b).

심의위원회(이하 건정심)에서의 수가 심의의결과정에서 의료단체별 수가조정률 이외에 부대조건들이 협상되고 있다. 이러한 의사결정 메커니즘에 P4P 기전의 적용을 계약사항에 포함해볼 수 있다.¹⁴⁾ 정부의 주도적인 추진보다는 협상과 계약에 의해 공급자의 수용성을 제고할 수 있다. P4P의 재원, P4R, 거짓 보고에 대한 제재, 정보보고의 범위(비급여비용 및 질 측정의 범위 등), P4P의 설계방식 등이 논의될 수 있다. 계약 초기에는 다툼의 소지가 없는 분명하고 확실한 지표, 이를테면 비용이나 구조 및 과정지표들을 중심으로 협의해 나가는 것이 좋을 것이다.¹⁵⁾ 현재 의료의 질 평가결과 공개와 P4P는 심평원의 중앙의료심사평가위원회에서 심의되고 있는데, 전문적인 논의와 심의는 심평원에서 담당하되, 공급자와 가입자가 수용할 수 있는 P4P 프로그램을 빠르게 확산시키기 위해서는 큰 틀의 의사결정기전이 마련되는 것이 바람직할 것이다.

P4P가 현실에 착근하기 위해서는 성과측정을 위한 정보시스템을 구축하는 것이 일차적으로 넘어야 할 과제이다. 현재에는 보험진료비용 중심의 자료가 구축되어 있기 때문에 의료의 질을 측정하여 보고하는 시스템으로 전환되어야 한다. 행위별수가제하에서 구체적인 의료서비스의 투입행위와 약제, 재료 등 세부적인 투입들이 청구되고 있는 우리나라의 시스템은 P4P를 발전시키거나 갈 좋은 여건을 갖추고 있다. 의료기관들은 의료의 질을 보고하기를 꺼려할 것이다. 혹은 보고하더라도 자신에게 유리한 방향으로 보고할 수도 있다. 의료의 질 관련 항목을 정리하여 보고하는 데에는 비용이 따를 것이기 때문에 최소한의 P4R을 요구할 것이다.¹⁶⁾ 보험자가 원하는 질 정보를 생산하기 위해서는 분명히 비용이 든다. 질적 정보를 포함한 성과에 대한 측정과 보고에 대한 의료공급자의 수용성을 확보할 수 있도록 P4R은 필요하다. P4R은 의료의 질 향상을 위한 투자비용으로 보아야 한다. P4R을 하되 잘못된 정보를 보고하는 경우에 제재조치가 따라야 한다.

P4P 수행을 위한 재원에 대해 공급자들은 기존의 건보재정 외에 추가적인 재원이 조성되어야 한다고 주장한다. 그리고 일부 전문가들은 현재의 종별가산율을 포함한 각종 수가가산제도를 재정비하여 P4P 재원으로 활용할 것을 주장한다. 그런데 기존의 건보재정과 추가재원의 엄밀한 구분은 사실상 어렵다. 건보재정은 예산제로 운영되지 않는, 즉 상한이 없는(open ended) 재정이기 때문이다. 그렇다 하더라도 전년도에 발생한 진료비를 기준으로 일정액을 P4P

의 재원으로 추가로 투입해 볼 수 있다. 다만, 비용이 줄거나 질 향상이 나타날 경우에 추가재원을 투입한다는 계약조건을 두는 것이 바람직하다.¹⁷⁾ 만약 비용이 준다면 비용절감규모에 따라 P4P 재원의 규모를 결정할 수 있다. 질 향상 역시 질 향상에 따른 편익에 따라 P4P 재원을 결정할 수 있다. 현재의 수가가산에 소요되는 재정을 P4P 재원으로 활용하는 것은 이론적인 타당성을 갖는다. 대부분의 수가가산은 의료성과에 따른 가산이 아니라 투입에 따른 획일적인 가산이기 때문이다. 종별가산의 경우는 엄밀히 보면 자원투입에 비례한 보상도 아니다. 단순히 병상규모를 크게 구분하여 가산율을 정한 것에 불과하다. 수가가산 중에는 소아가산이나 야간가산 등 투입비용이 절대적으로 소요되는 가산은 유지되어야 할 것이다. 가산의 논리적 근거가 없는 가산제도를 정비하여 P4P 재원으로 활용해나가야 할 것이다. 선택진료비나 상급병실료 등 주요 비급여 항목들을 급여화하면서 일부 보험재정을 P4P 재원으로 활용할 여지가 있다. 특히 비급여를 급여로 전환해야 진료비용의 측정과 의료의 질을 측정하는 데에 왜곡을 가져오지 않을 것이다.

P4P 프로그램은 OECD 국가들 간에 널리 도입되고 있지만, 이 제도를 평가할 연구디자인은 아직 부적절해서 P4P가 의료의 질과 비용에 미치는 영향에 대한 분명한 답을 제시하지 못한다(Rosenthal와 Frank, 2006). 그러나 P4P 평가가 제한적이기는 하지만, P4P의 초기 결과들은 전망이 밝으며 보험자와 공급자들이 의료의 질을 측정하는 데에 의욕을 불어넣고 있다(Rebhun과 Williams, 2009). 여전히 질의 측정과 디자인에 대한 도전이 계속될 것이다. 이러한 제약하에서 질에 대한 보상은 보다 나은 질의 측정을 원할 것이다. 나아가 P4P의 영향은 영국의 QOF와 같은 소수의 예외를 제외하면, 보상의 크기가 작았기 때문에 상당히 제한적이었다.

성과의 측정은 현재 주로 과정지표에 머물고 있으나, 향후 성과 측정의 범위를 넓혀나가야 할 것이다. 효율성 지표를 거시적으로 확대하면 진료비총액을 관리하는 성과지표로 운영할 수 있다. 즉 진료비목표치를 총액(globally affordable target)이나 부문별 총액(sectorally affordable target)으로 산정하여 실제지출액과 목표지출액을 비교하여 목표치에 접근하도록 지불보상액을 조정할 수 있다. 진료비총량을 통제하기 위한 방안으로 진료비목표치(target spending)를 이용하는 방안이 있다. 총진료비목표 혹은 부문별 진료비목표를 이용할 수 있다. 수요 측면에서 성과측정을 통한 P4P

14) Trisolini 등(2011)은 차세대 P4P는 보험자에 소속된 개별 의사보다는 공급자 조직으로 확대하는 것이 바람직하다고 제안하고 있다. 그리고 포괄화된 지불단위에 P4P를 적용할 것을 제안한다.

15) 의료의 질 측정을 위한 정보기술에 대한 투자, 진료지침의 준수, 영상진단의 빈도, 방문일수나 재원일수, 처방의 적정성 등 현재 문제가 되고 있으면서 측정이 비교적 쉬운 지표들부터 적용을 시작해볼 수 있다.

16) 정보수집은 값비싼 선제적 전산투자, 훈련, 소프트웨어를 요한다. 더구나 임상사들이 임상지표들을 보고하는 문화에 익숙하지 않다. 많은 P4P 프로그램들은 정보를 전산화하기 위한 지원과 함께 정보를 보고하는 의사들에게 인센티브를 제공한다. 이러한 선제적 투자비용은 단기적으로는 절감되는 비용보다 더 크다. 투자의 수익은 장기적으로 시스템이 작동하고 사람들이 건강해지면서 나타난다. 더구나, 비용절감은 시스템의 다른 분야에서 나타날 수 있다. 예를 들면, 일차의료에서의 예방진료는 입원의 감소로 나타날 수 있다. 영국 NHS와 같은 통합시스템에서는 이러한 교차적 비용절감(cross saving)이 단일보험자에 의해 내재화된다. 그러나 다보험자 시스템하에서는 비용절감에 대한 평가는 더 어려워진다. 왜냐하면 보험자는 혜택을 깨닫지 못하기 때문이다. 중요한 이슈는 P4P가 비용을 절감하는가 하는 데에 있지 않고, 그 비용에 상응하는 질을 향상시키는가에 있다. 다시 말하면, P4P가 'value for money'를 달성하는가에 있다.

17) Trisolini 등(2011)은 차세대 P4P의 재원은 자체충당(self-financing)되어야 한다고 주장한다.

프로그램도 전향적으로 검토해나가야 한다. 좋은 자가치료에 대해 인센티브를 제공하거나, 도덕적 해이에 대해 벌칙을 가하는 것이다.¹⁸⁾ 여러 가지 건강지표들을 이용하여 성과를 측정한다. 이를테면, 흡연, 비만, 혈당수치, 혈압, 콜레스테롤치 등이다. 그리고 의료 이용 지표들로서는 의료쇼핑, 물리치료의 과다한 이용 등을 이용할 수 있다.

보상이 기관 혹은 단체에게 주어질 것인가, 개인에게 주어질 것인가의 문제도 있다. 그러나 개인에 대한 보상은 구조화하기 어렵다. 왜냐하면 중증도의 차이, 모니터링 비용, 낮은 신뢰성 때문이다. 기관에게 보상할 때의 문제는 기관의 성과에 따라 보상이 주어지기 때문에 개인이 별 노력을 하지 않을 가능성이 있다. 특히 성과가 개인에게 균일하게 배분하게 될 때에 이런 상황이 된다.

P4P와 관련한 형평성의 문제도 짚어봐야 한다. 좋은 의료진과 좋은 진료는 부유한 지역에 편중될 가능성이 높다. 이 지역은 소아예 방접종률이 높을 것이고 흡연자도 적을 것이고, 비만도 적을 것이고 의사의 조연도 잘 따르는 경향이 있을 것이다. 가난한 지역에서는 교육수준이 낮고 의사 방문도 소홀히 하고 의료필요도도 높을 것이다. 따라서 P4P의 혜택은 이미 잘 하고 있는 지역에 주어질 의료 불공평을 더 심화시킬 것이다. 따라서 P4P에 의한 형평을 모니터링하는 게 중요하고, 효율성을 제고하는 대신에 기대치 않은 불공평한 결과를 낳지 않도록 P4P 디자인에 신경을 써야 한다.

결 론

본고는 P4P의 지불제도로써의 확대가능성을 고찰하는 것이 목적이다. 확대 가능하기 위해서는 건강보험의 재정적 측면에서 효율성이 있어야 할 뿐 아니라 의료의 질 향상을 포함한 경제적 가치 측면에서도 유용성을 가져야 한다. 이보다 더 중요한 점은 공급자와 가입자가 수용할 수 있어야 정치적으로 지속적인 확대가 가능해진다는 점이다. 재정적 측면이나 경제적 측면에서는 P4P 지불방식의 확대 가능성을 설득할 수 있는 논리가 비교적 갖추어져 있다고 보지만, P4P의 적용과정에서 근거를 생산하여 입증해나가는 일이 남아 있다. 심평원의 P4P사업의 성과는 긍정적인 근거를 제공하고 있다. 따라서 정치적으로 지지를 획득하기 위한 전략이 매우 중요하다. Kingdon (1984, 1995)의 정책의 창 모형에 의하면¹⁹⁾ 문제를 인식하고 정책대안이 마련되면, 대안이 정치적 상황과 부합할 때에 정책의 창이 열린다고 한다. P4P는 문제인식도 되어 있고 정책대안도 마련되어 있는 편이다. 추진력을 받으면 구체적인 정책대안이 마련

될 수 있는 여건도 갖춰져 있다. 남은 문제는 정치적 상황과 잘 맞아 떨어지게 하는 전략이 필요하다. 2013년 신정부의 출범은 보건 의료 정책의 새로운 틀을 짜는 기회를 제공한다. 건강보험 보장성 강화 정책을 추진할 것이고, 보장성 강화는 필연적으로 보험재정의 증가를 수반하게 된다. 재정의 투입은 본인부담을 낮추게 될 것이지만 의료의 질적 보장이 담보될 수 있는지는 의문이다. 정부는 보험재정의 통제와 질적 보장성에 대해 관심을 가지게 될 것이다. 정부의 관심을 끌 수 있는 기전이 P4P이다. 신정부가 P4P를 의료정책의 중요한 축으로 받아들일 상황이 조성될 것이다.

현재의 건강보험정책의 거버넌스를 유지하면서 공급자와 가입자가 P4P를 수용하고 정부가 추진해나갈 전략을 고민해야 한다. 그동안 P4P는 심평원이 주도적으로 추진해왔다. 의료의 질을 측정하고 평가하고 공개하였으며, 급성심근경색과 제왕절개술, 나아가 급성기뇌졸중에서 P4P사업을 수행하였다. P4P 지불방식을 확대 추진하기 위해서는 정부 차원의 최고의 의사결정시스템에 들어와야 한다. 최고의 의사결정기구인 건강심에서 P4P의 확대 추진이 의제로 설정되어야 한다. P4P 설계를 위한 별도의 기획단도 운영되어야 할 것이다. 건강보험공단과 공급자단체 간 수가계약에 P4P를 포함하는 방안도 고려해볼 수 있다. 수가계약은 보험수가의 계약에 한정되지만 사실상 보험재정의 총체적 상황을 고려한다. 진료비용과 의료의 질을 포함한 성과까지 고려하여 수가계약을 해볼 수 있다. 현재의 거버넌스 시스템을 활용한 P4P의 추진을 넘어 건강보험법에 P4P를 명시적으로 반영하여 법적 실행력을 확보해볼 수 있지만, 행위별수가제나 포괄수가제와 같은 지불제도조차도 건강보험법에 명료하게 규정되지 않고 있기 때문에 P4P를 법에 반영하기는 쉽지 않아 보인다.²⁰⁾

수가계약과 건강심 의결에 의해 합의된다면 P4P를 심평원에서 수행하게 될 것이다. 심평원은 현재 진료비의 심사와 평가를 분리하여 사업을 수행하고 있다. 즉 심사부서는 청구된 진료명세를 심사하여 지불보상할 진료비를 심사결정하고, 평가부서는 의료의 질을 측정하고 공개하는 P4P사업을 수행하고 있다. P4P의 효율적인 집행을 위해서는 심사와 평가의 통합이 필요하리라 본다. 즉 의료기관이 청구한 진료비용과 의료의 질 측정결과를 함께 심사하여 지불보상액을 결정하는 것이 효율적이다. P4P가 많은 진료 영역으로 확산되고 많은 의료기관들에게 확산되기 위해서는 의료의 질 측정을 위한 인프라가 대폭 확충되어야 한다. P4P하에서 지불보상액을 결정할 때에는 진료비명세의 세부적인 심사가 불필요해지기 때문에 심사인력의 상당수는 질 측정 및 평가 인력으로 전환되어

18) 환자 역시 의료서비스 생산과정의 일부분에 참여하기 때문에 의료비용이나 질 문제에 있어서 환자의 책임도 있기 때문에 P4P에 대한 환자의 참여가 강조된다(Trisolini et al., 2011).

19) 정책과정에는 문제의 흐름(problem stream), 정치적 흐름(political stream), 정책의 흐름(policy stream)이 있는데, 이 세 가지 흐름이 맞아떨어졌을(coupling) 때에 정책의 창이 열린다고 보았다. 이때에 정책기업가(policy entrepreneur)의 역할이 매우 중요하다고 강조한다. 정책의 창 모형을 이용하여 논문을 작성한 국내 사례로는 건강보험 보장성 정책을 평가한 Huh와 Kim (2009)의 논문이 있다.

20) P4P의 실행력을 확보하기 위해 2010년에 강명순 의원이 법안을 발의하였다. 보험청구액의 10% 가산 혹은 감산하도록 하고, 심평원이 성과측정을 위한 정보를 공급자들에게 요청할 수 있도록 하였다. 심평원은 의료기관이 거짓 정보를 제출하거나 정보제출을 거부 또는 방해할 경우에 평가등급을 조정, 낮은 등급을 산정하거나 불이익을 줄 수 있도록 했다.

야 할 것이다. 궁극적으로는 심사의 기존 패러다임이 바뀌어야 한다. 그동안 질 평가와 P4P사업을 추진해온 심평원의 새로운 패러다임 전환은 심평원 스스로 하기 어려울 수 있다. 건강보험정책의 전반적인 거버넌스 틀 속에서 P4P를 제도화하게 되면 중요한 사업수행 주체로서 심평원의 패러다임이 전환되는 계기가 마련될 것이다. 한편 가입자에 대한 P4P 프로그램의 도입도 검토할 만하다. 가입자의 의료이용이 매우 자유로운 우리나라의 여건을 감안하면 과도한 의료이용을 통제하는 수단으로, 그리고 가입자의 건강관리상 도덕적 해이를 조절하는 수단으로 가입자 P4P 프로그램 적용을 시작해볼 수 있겠다.

REFERENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality. Evaluating the use of AHRQ and other quality indicators [Internet]. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 [cited 2012 Oct 17]. Available from: <http://www.ahrq.gov/about/evaluations/qualityindicators/qualindsum.htm>.
- Bevan G. Creating incentives for improving quality of health care by publishing information on performance: high performing and sustainable health care system. International Symposium co-hosted by HIRA-OECD; 2011 May 13; Seoul, Korea. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011.
- Buetow S. Pay-for-performance in New Zealand primary health care. *J Health Organ Manag* 2008;22(1):36-47.
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361(4):368-378.
- Casalino LP, Alexander GC, Jin L, Konetzka RT. General internists' views on pay-for-performance and public reporting of quality scores: a national survey. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(2):492-499.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. Physician Quality Reporting System formerly known as the Physician Quality Reporting Initiative [Internet]. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2009 [cited 2012 Jul 10]. Available from: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/PQRS/index.html?redirect=/pqri>.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. State Medicaid Director Letter, No. 06-003 [Internet]. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2006 [cited 2012 Jun 30]. Available from: <http://downloads.cms.gov/cmsgov/archived-downloads/SMDL/downloads/smd031006.pdf>.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q* 2005;83(4):691-729.
- Doran T, Fullwood C, Gravelle H, Reeves D, Kontopantelis E, Hiroeh U, et al. Pay-for-performance programs in family practices in the United Kingdom. *N Engl J Med* 2006;355(4):375-384.
- Eichler R, De S. Paying for performance in health: a guide to developing the blueprint. Bethesda, MD: Health Systems, United States Agency for International Development; 2008.
- Epstein AM. Will pay for performance improve quality of care? The answer is in the details. *N Engl J Med* 2012;367(19):1852-1853.
- Glickman SW, Ou FS, DeLong ER, Roe MT, Lytle BL, Mulgund J, et al. Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction. *JAMA* 2007;297(21):2373-2380.
- Health Insurance Review and Assessment Service. HIRA annual report. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011.
- Herd R, Hu YW, Koen V. Improving China's health care system: Organization for Economic Cooperation and Development Economic Department Working Paper, no. 751. Paris: OECD Publishing; 2010.
- Huh S, Kim C. An evaluation of benefit extension strategies of the Korea National Health Insurance. *Korean J Health Policy Admin* 2009;19(3):142-165.
- Jeong HS. Designing an effective pay-for-performance system in the Korean National Health Insurance. *J Prev Med Public Health* 2012;45(3):127-136.
- Jha AK, Joynt KE, Orav EJ, Epstein AM. The long-term effect of premier pay for performance on patient outcomes. *N Engl J Med* 2012;366(17):1606-1615.
- Kim BY. Quality assessment and pay for performance in Korea. International Symposium for 10th Anniversary of HIRA. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2010a.
- Kim SM. OECD Pay-for-performance programme in OECD countries. Proceedings of the symposium for the expansion of P4P programme. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011.
- Kim SM, Jang WM, Ahn HA, Park HJ, Ahn HS. Korean National Health Insurance value incentive program: achievements and future directions. *J Prev Med Public Health* 2012;45(3):148-155.
- Kim Y. American healthcare reform: improvement of healthcare quality and preventive care. Proceedings of the 17th HIRA Forum; 2010 May 11; Seoul, Korea. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2010b.
- Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. Boston: Little, Brown; 1984.
- Kingdon JW. Agendas, alternatives, and public policies. 2nd ed. New York: Harper Collins; 1995.
- Lee JS. Evaluation on the P4P programme in Korea and its future. Proceedings of the symposium for the expansion of P4P programme. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011.
- Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health* 2012a; 45(3):137-147.
- Lee JY, Lee SI, Kim NS, Kim SH, Son WS, Jo MW. Healthcare organizations' attitudes toward pay-for-performance in Korea. *Health Policy* 2012b; 108(2-3):277-285.
- Lindenauer PK, Remus D, Roman S, Rothberg MB, Benjamin EM, Ma A, et al. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *N Engl J Med* 2007;356(5):486-496.
- McNamara P. Foreword: payment matters?: the next chapter. *Med Care Res Rev* 2006;63(1 Suppl):5S-10S.
- Nalli GA, Scanlon DP, Libby D. Developing a performance-based incentive program for hospitals: a case study from Maine. *Health Aff (Millwood)* 2007;26(3):817-824.
- Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health policy studies: value for money in health spending. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2010.
- Organization for Economic Cooperation and Development. OECD reviews of health care quality: Korea: raising standards. Paris: OECD Publishing; 2012.
- Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of results-based financing. Report No. 16-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008.
- Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-per-

- formance improve the quality of health care? *Ann Intern Med* 2006; 145(4):265-272.
- Porter S. Preliminary report offers first glimpse of quality reporting progress. Kansas City, MO: American Academy of Family Physicians; 2008.
- RAND Corporation. RAND comprehensive assessment of reform efforts (COMPARE) glossary [Internet]. Santa Monica, CA: RAND Corporation [cited 2009 Mar 13]. Available from: <http://www.randcompare.org/glossary/16/letterp>.
- Rebhun D, Williams T. The California pay for performance program: the second chapter measurement years 2006-2009. Oakland, CA: Integrated Healthcare Association; 2009.
- Robinson JC, Williams T, Yanagihara D. Measurement of and reward for efficiency In California's pay-for-performance program. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(5):1438-1447.
- Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Med Care Res Rev* 2006;63(2):135-157.
- Ryan A, Blustein J. Making the best of hospital pay for performance. *N Engl J Med* 2012;366(17):1557-1559.
- Scheffler RM. Is there a doctor in the house?: market signals and tomorrow's supply of doctors. Palo Alto, CA: Stanford University Press; 2008.
- Sutton M, Nikolova S, Boaden R, Lester H, McDonald R, Roland M. Reduced mortality with hospital pay for performance in England. *N Engl J Med* 2012;367(19):1821-1828.
- Tanenbaum SJ. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. *J Health Polit Policy Law* 2009;34(5):717-746.
- Tchoe B. Pay-for-performance for the sustainable health care in Korea: high performing and sustainable health care system. International Symposium co-hosted by HIRA-OECD; 2011 May 13; Seoul, Korea. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2011a.
- Tchoe B. P4P for the sustainable health care in Korea. *HIRA Policy Rev* 2011b;5(4):32-36.
- Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2009.
- Trisolini M, Aggarwal J, Leung M, Pope G, Kautter J. The medicare physician group practice demonstration: lessons learned on improving quality and efficiency in health care. New York, NY: The Commonwealth Fund; 2008.
- Trisolini MG, Cromwell J, Pope GC. Conclusions: planning for second-generation pay for performance. In: Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM, editors. *Pay for performance in health care: methods and approaches*. Research Triangle Park, NC: RTI Press; 2011. pp. 341-370.
- Trisolini MG. Theoretical perspectives on pay for performance. In: Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM, editors. *Pay for performance in health care: methods and approaches*. Research Triangle Park, NC: RTI Press; 2011. pp.77-98.
- Wagstaff A, Lindelow M, Wang S, Zhang S. Reforming China's rural health system. Washington, DC: World Bank; 2009.
- World Bank. Health systems and financing: results-based financing (RBF) [Internet]. Washington DC: World Bank; 2008 [cited 2012 Apr 14]. Available from: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTH-NUTRITIONANDPOPULATION/EXTHSD/0,,contentMDK:22377839~pagePK:210058~piPK:210062~theSitePK:376793,00.html>.