

한국형 통합의료체계 모형 탐색

신영석¹ · 윤장호²

¹한국보건사회연구원, ²오리건주립대학교

In Search of Integrated Health Care System Tailored to Korea

Young Seok Shin¹, Jangho Yoon²

¹Korea Institute for Health and Social Affairs, Sejong, Korea; ²College of Public Health and Health Science, Oregon State University, Corvallis, USA

This manuscript treats a new paradigm for the Korean health care system. We give an account of innovative health care delivery and payment models widely discussed in the contemporary US accountable care organization and coordinated care organization. In doing so, we explore a new health care model amenable to foreseeable changes to the health care system. We propose creating an integrated health care system in which the network of health care providers delivers coordinated and comprehensive care for enrolled patients residing within the geographic boundaries served by the provider network; providers may participate voluntarily in one or more networks and assume shared responsibility for patient care and cost; provider networks compete with each other based on cost and quality; and consumers are allowed to choose a network. We expect that the new paradigm will create a financially-sustainable system that assures quality of care and improves patient experience, minimizing the existing system-wide inefficiency through cross-network competition and within-network care coordination.

Keywords: Integrated health care system; Accountable care organization; Provider network system

서론

우리나라 보건의료체계의 성과는 자못 눈부시다. 1977년 의료보험이 도입된 이래 불과 12년만인 1989년에 전 국민 의료보험을 실현하였고 의료 공급량이 증가하고 보장성도 지속적으로 확대(1980년 기준 국민의료비 중 공공의료비 비중은 22.1%에 불과하였으나 2012년에는 54.5%로 증가, 국민의료비는 1980년에 gross domestic product [GDP]의 3.6%에 불과하였으나 2012년에는 7.6%에 이룸) 되어 의료접근성이 획기적으로 개선되었다[1]. 의료비 중 가구직접 부담 의료비 비율도 2012년 기준 약 35.9%로 전 국민의료보험이 적용되었던 1989년의 60.4%에 비해 획기적으로 개선되었다[1]. 그 결과 1960년 한국의 기대여명(life expectancy)은 52.4세에 불과하였지만 2012년에는 81.3세로 Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) 평균인 80.2세보다도 약 1세 가량 높게 나타나고 있다. 영아사망률 또한 획기적으로 개선되고 있다. 1970년에 1,000명당 45명이 사망하였던 데 반해 2012년에는 2.9명

으로 감소하였다. OECD 평균인 4.0명보다도 낮다[1]. 캐나다 Conference Board에서 2012년에 발표한 국가별 건강성과 비교지표에서는 우리나라가 조사대상국 중 일본과 스위스에 이어 3위를 기록하고 있다[2]. 조사대상국 대부분이 우리나라보다 의료비를 많이 쓰는 나라라는 점을 감안하면 우리나라 의료보장체계의 우수성을 보인 결과라 하겠다.

짧은 기간 동안 눈부신 성과에도 불구하고 우리나라 보건의료체계는 해결해야 할 현안이 산적해 있다. 첫째, 지금까지 사후적 질병치료에 초점이 맞추어져 왔으나 향후에는 예방, 건강증진 중심의 종합적인 접근전략이 요구된다. Information technology (IT) 기술과의 융합을 통해 1:1 맞춤형 건강증진 프로그램의 개발이 필요하다. 이를 실현하기 위한 논의구조도 공급자 중심에서 소비자 중심으로, 비용중심에서 질(성과, 근거) 중심으로 전환되어야 한다. 또한 제도의 지속 가능성 등 비용통제 측면에서 논의되어온 구조가 향후에는 근거, 성과를 중심으로 한 치료의 질에 초점이 맞추어질 필요가 있다. 둘째, 지속 가능성의 전제는 너무도 당연하다. 사회보

Correspondence to: Young Seok Shin
Korea Institute for Health and Social Affairs, 370 Sicheong-daero, Sejong 339-007, Korea
Tel: +82-44-287-8225, Fax: +82-44-287-8054, E-mail: ysshin@kihasa.re.kr
Received: December 12, 2014 / Accepted after revision: December 23, 2014

© Korean Academy of Health Policy and Management
It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permit unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

장 재정추계의 장기전망에 따르면 건강보험 재정규모가 2020년에 95조 원을 이를 것으로 추정하고 있다. 2050년에는 기하급수적으로 늘어나 700조 원을 상회하는 것으로 되어있다. 반면 경제성장률은 2020년 이후 3% 이하로 하락하여 국민의 부담능력이 의료비 증가속도를 따라가기 어려울 것으로 전망된다. 따라서 모든 제도적 개편은 지속 가능성을 기본 전제로 삼아야 한다. 셋째, 자원배분의 효율성을 재점검해야 한다. 고가의료장비, 입원 병상수 등은 OECD 평균에 비해 월등히 높게 나타나고 있으나 의사, 간호사 등 인력은 적은 것으로 나타나고 있다. 또한 지역별 공급의 불균형 문제도 나날이 심화되고 있다. 대도시는 필요 이상으로 공급되는 반면 지방은 아기를 낳을 수 없는 정도로 공급이 감소하고 있다. 이는 비단 공급체계만의 문제가 아니다. 의료이용단계에 대한 체계가 정비되지 않고 있다. 이러한 요인들 때문에 수도권 상급병원으로 환자가 쏠리는 등 자원 배분의 비효율성이 나날이 높아지고 있다. 현행 진료비 지불제도인 행위별수가제 또한 태생적으로 필요 이상의 서비스를 제공할 수밖에 없기 때문에 자원 낭비적이다. 이러한 모든 비효율은 곧 국민의 부담과 직결된다. 넷째, 상대적으로 낮은 보장성(2012년 기준 국민의료비 중 공공의료비 비중이 우리나라의 경우 54.5%로 OECD 평균인 72.3%에 비해 낮음) 때문에 취약계층의 의료 빈곤이 증가하고 있다. 국민의 보장성 확대에 대한 욕구도 높다. 보장성 확대를 위한 국민적 공감대는 형성되고 있으나 재원마련이 쉽지 않고 비용 조장적 의료체계¹⁾를 정비하지 않은 상태에서 무한히 보장성을 확대하기도 쉽지 않다.

2020년 의료체계는 소비자 주권주의(consumerism), 신기술(technology), 통합(integration), 개방(openness)이 주된 아젠다로 등장할 것이다³⁾. 의료기관 선택을 위한 정보, 환자의 안전(safety)을 담보할 수 있는 체계, 개인의 의료정보에 대한 보호기능 등 소비자 중심(consumerism)의 의료체제로 전환될 것이다. 치료뿐 아니라 사전 예방의 경우에도 IT, BT (bio technology) 등 새로운 의료기술이 접목될 것이다(technology). 식이, 혈압, 당, 운동 등 평상시 일상생활이 주치의에 전달되어 이상이 의사의 컨설팅을 받는 체계로의 전환이 멀지 않았다. 예방과 치료, 의료와 복지, 양방과 한방 등의 통합 접근도 이루어질 것이다(integration). 건강관리 활동기록이 치료에 이용될 것이고, 미충족 의료요구 등이 복지와 연결되면서(서비스 포함) 삶의 질에 대한 관심이 높아질 것이다. 보건의료서비스의 국제 간 이동, 해외 환자의 유치, 정보공개를 통한 투명성 확보 및 윤리경영(openness)도 주요 아젠다로 등장할 것이다.

따라서 미래의 환경 변화에 대비하고 우리나라 보건의료체계의 완비를 위해서는 지속 가능성에 전제를 둔 21세기 새로운 보건의료 패러다임이 필요하다. 본고에서는 우리 앞에 놓여 있는 보건의료 관련 환경변화를 전망해보고 위에서 논의된 현안들을 해결하는

경로를 모색해보고자 한다. 최근 미국의 오바마 의료개혁 플랜 속에서 활발하게 진행되고 있는 accountable care organization (ACO)와 coordinated care organization (CCO)가 우리의 문제를 해결하는데 많은 시사점을 줄 수 있을 것으로 판단되어 미국의 사례를 소개하고 이를 토대로 우리나라에 적용할 수 있는 통합의료체계(integrated health care) 모형을 제시하고자 한다.

보건의료체계의 환경 변화 전망

첫째, 저출산 고령화 현상이 보건의료체계에 절대적인 영향을 미칠 것으로 예측된다. 인구의 고령화 및 저출산 문제는 전 세계 대다수 국가들에 있어서 중대한 사회문제로 대두되고 있다. 우리나라 또한 세계에서 유래를 찾아볼 수 없는 낮은 출산율과 평균수명의 연장 등으로 빠르게 고령화 사회로 진행하고 있다. 2013년 기준 65세 이상 인구는 약 614만 명으로 전체 인구의 12.2%를 차지하고 있으며, 2050년 경에는 약 1,800만 명에 달하여 전체 인구의 37.4%에 이르게 될 것으로 예상되고 있다. 이러한 노인인구의 증가는 고혈압, 당뇨 등 만성질환자의 급증을 가져올 것이고 이는 국민의료비의 촉발 원인이 될 것이다. 2013년 기준 건강보험적용 노인인구는 전체 적용인구의 10.7%에 이르고 있으며 65세 이상 노인진료비는 약 17조 5,300억 원으로 전체 진료비의 34.5%를 차지하고 있으며, 65세 노인진료비의 전년대비 증가율은 9.3%로 적용인구 전체 진료비 증가율 5.2%에 비해 월등하다. 향후 노인인구의 급증은 건강보험 재정에 큰 부담으로 작용하여 궁극적으로 국민의 부양부담과 재정 관리의 큰 위협요인으로 작용할 것이다⁴⁾.

둘째, 향후 우리나라 경제여건이 결코 낙관적이지 않다는 점이다. 저출산·고령화로 인한 인구구조의 변화는 잠재성장률을 악화시키고 재정여건을 열악하게 할 것이다. 더욱이 우리나라의 경제성장률은 장기적인 관점에서 지속적으로 하락할 것으로 예측되고 있다. 한국의 경제성장률은 2010년대 연평균 4.1%, 2020년대 2.8%, 2030년대 1.7%로 지속적으로 하락할 것으로 예상(Korea Development Institute '미래비전 2040')된다. OECD 보고서에서는 우리나라가 저출산·고령화에 따른 생산 가능인구 감소로 인해 2031년부터 2060년까지 30년간 평균 성장률이 1%로 추락해 OECD 42개 회원국 중 최하위권에 머물 것으로 전망하고 있다⁵⁾. 중장기적으로 저출산·고령화에 의해 보건의료수요는 폭증할 것이나 이를 뒷받침할 경제는 불투명하여 제도의 지속 가능성을 염두에 둔 중장기 보건의료체계의 개편이 필요할 것으로 보인다.

셋째, 생활습관 서구화, 고령화 등에 따라 고혈압·당뇨 등 만성질환의 증가가 예상된다. 우리나라 성인 중 50대는 68.7%, 60대는 83.7%, 70대 이상은 91.3%가 만성질환을 갖고 있는 것으로 나타나 향후 고

1) 진료비 지불제도로 행위별수가제가 사용되고 있어 비용 조장적이고 의료공급에 대한 모니터링체계도 구축되지 않은 상태이며 요양기관 종별 전달체계가 명확히 정리되어 있지 않아 고비용을 동반하는 상급요양기관의 이용이 나날이 증가하는 등 현행의료체계는 다분히 비용낭비적이다.

령사회의 도래와 함께 만성질환이 크게 증가할 것으로 전망된다 [3]. 지금까지 보건의료정책의 한계를 극복하기 위한 새로운 패러다임과 접근전략이 모색되어야 한다. 지난 10년 동안 우리나라의 만성질환 관련 진료비는 연평균 약 15.7%씩 증가해 건강보험 재정의 주요 압박요인으로 작용하고 있다.

넷째, 건강보험 보장성 확대에 대한 국민적 욕구 또한 지속될 것으로 보인다. 2005년부터 지속적인 보장성 강화 노력을 추진한 결과, 고액·중증질환자에 대한 건강보험 보장률은 상당히 개선되었으나, 전반적인 건강보험 보장률의 향상은 미미한 수준이며 여전히 선진국에 비해 낮은 공공지출비율을 보이고 있다. 보장성 강화정책의 속도보다 빠르게 증가하고 있는 비급여 진료영역의 확대는 건강보험 보장률 증대에 있어 큰 걸림돌로 작용하고 있으며, 주요 국가들에 비해 낮은 건강보험 보험료 수준 등 재원 확보의 어려움도 보장성 확대를 추진하는 데 장애요인으로 작용하고 있다. 2013년 신정부 출범 이후 4대 중증질환(암, 뇌혈관계, 심혈관계, 희귀질환)에 대한 보장성이 획기적으로 높아졌고 3대 비급여(선택진료비, 상급병실료 차액, 간병비) 또한 점진적으로 제도권 내에 편입되고 있다. 5년 단위의 제3차 보장성 확대계획도 조만간 수립될 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 비급여 관리기전이 없어 향후 보장성이 높아질 것인지는 여전히 불투명하다.

미국의 Accountable Care Organization와 Coordinated Care Organization에 대한 소개

1. 미국의 의료개혁과 accountable care organization

미국 보건의료체계는 비용효과성, 형평성에 관한 심각한 도전을 받아오고 있다[6]. Commonwealth Fund 보고서에 따르면 미국은 2006년에 박테리아 감염, 뇌졸중, 당뇨, 간단한 수술 시 발생하는 부작용 등 예방 또는 치료 가능한 질환으로 인한 75세 이전 사망률이 10만 명당 96명으로 16개 선진국 중 최하위를 기록하였다[7]. 반면 일인당 의료비와 GDP에서 의료비가 차지하는 비율²⁾은 다른 선진국들과 비교해 현저히 높고 여전히 급격한 증가추세를 보이고 있다[8]. 또한 지역 간 의료비 편차에도 불구하고 환자의 치료결과나 의료 만족도와는 상관관계가 없다는 점이 지난 10여 년간 의료비 통제에 대한 직접적인 근거로 이용되어 왔다[9].

오바마케어(Obama Care)로도 불리는 Affordable Care Act (ACA)는 미국의료체계의 만성적 문제점에 대한 국가적 반응으로 볼 수 있을 것이다. ACA는 2010년 3월 30일 오바마 대통령이 비준하여 그 효력이 시작된 Patient Protection and Affordable Care Act (H.R. 3590)와 이후의 Health Care Education and Reconciliation Act (H.R. 4872)를 통해 수정된 포괄적인 보건의료 개혁법안으로 이미

그 시행 4년 차를 맞고 있다.

ACA는 더 나은 의로서비스(better care), 의료의 질향상/건강향상(better quality/better health), 의료비절감(lower cost)의 달성을 목표로 한다[10]. ACA는 목적달성을 위해 centers for Medicare and Medicaid services (CMS)가 ACO를 차세대 의료전달체계로 사용하도록 인가함으로써 미국의료체계가 의료의 양(volume)에서 가치(value)로 전환될 것을 예고하고 있다[10]. 이러한 전달체계의 전환은 지금까지 공급자 지불방식을 이용한 효율성 향상에서 지불방식을 이용한 유인을 적절하게 활용하는 보건의료 전달체계로의 진화라는 관점에서 주목할 만하다 하겠다. 또한 1990년대 이후 급속히 성장해온 관리의료(managed care)를 대체 향상시키는 변화로도 볼 수 있다. 특히 공급자들의 공동책임이라는 측면에서 ACO는 관리의료를 포함한 기존의 전달체계들과 차별화되는 특성이 있다. ACO의 핵심개념은 공급자 간 협력증진, 연계적인 서비스 제공, 만성질환의 효율적 관리, 불필요한 서비스 이용 억제 등을 통해 결과적으로 주민의 건강이 향상되고 의료비가 절감되는 것이다.

2. Accountable care organization의 형태와 기능

ACO는 '의료의 가치 즉 의료의 질과 비용에 대해 공동책임을 지고 협력하는 의료공급자 네트워크(network)'로[7] 크게 공적 ACO와 사적 ACO로 구분할 수 있다[11]. 공적 ACO는 Medicare ACO와 Medicaid ACO로 구분된다. 전자의 경우는 ACA에 의해서 CMS가 Medicare의 전통적 행위별수가지불(fee-for-service) 프로그램에 적용하여 운영하는 shared savings 프로그램이고, 후자의 경우는 주정부가 자율적으로 운영하는 ACO형 전달체계로서[11] 오래 끈주의 CCO가 그 대표적인 예이다[12].

CMS는 medicare shared savings program (MSSP) ACO와 pioneer ACO를 운영한다[13]. MSSP ACO는 경험이 없는 공급자들이 ACO를 형성하도록 돕는 역할을 하고, pioneer ACO는 이미 유사한 형태로 포괄적·연계적 의로서비스를 공급해왔고 위험분담계약(risk-bearing contract) 경험이 있는 통합의료전달체계(integrated delivery system)나 관리의료기관이 참여하는 프로그램이다. Cigna, United Healthcare, Aetna와 같은 사보험 회사들도 ACO와 계약을 맺어 보험가입자들에게 서비스를 공급하고 있다.

개별 ACO는 일차의료공급자, 전문의, 병원 등으로 구성될 수 있고, 단지 전문의들만으로도 ACO를 형성할 수 있다. 후자의 경우에는 병원과 같은 다른 공급자들과 협력관계를 구축하여 연계된 서비스를 제공할 수 있어야 한다. 보다 포괄적인 경우에는 메디컬홈(patient-centered medical home, PCMH)을 중심으로 전문의, 병원, 홈케어(home care), 장기요양치료, 재활, 약국, 지역보건소와 같은 공중보건공급자 등이 참여하는 형태를 보이기도 한다. PCMH

2) 2012년 기준 미국의 GDP 대비 국민의료비 비중은 16.9%로 OECD 평균 9.3%에 비해 월등히 높다.

는 의료시스템의 문지기 역할과 질병예방, 일차의료, 후송 및 질병 관리 등 환자건강에 대해 일차적인 책임을 갖게 된다.

이렇듯 공급자들 간의 네트워크인 ACO는 의료공급자들 간의 임상적 통합 및 관리, 의료서비스의 연계적 제공을 위한 자료수집 및 분석, 비용과 의료질의 측정 및 관리, 그 외 지불자와의 협상 및 참여 공급자 간 지불과 같은 모든 행정적 기능을 수행한다. 이러한 기능을 성공적으로 수행하기 위해서 ACO는 반드시 필요한 인프라를 갖추어야 한다. 전자의무기록(electronic medical records, EMR), 의료정보공유시스템(health information exchange), 데이터웨어하우스(data warehouse), 웹포털(web portal)과 같은 정보기술체계가 필요하고 임상지침, 질병관리, 자료분석, 의료이용관리, 후송허가, 고객센터와 같은 의료서비스 관리체계, 의료공급자 네트워크, 그리고 재무와 청구처리체계를 구축하여야 한다. 2010년 이래로 ACO는 급속히 증가했다. 2010년과 2014년간 전국적으로 ACO의 숫자는 총 41개에서 630여 개로 빠르게 증가했다[14].

3. Accountable care organization의 지불방식

Medicare 수혜자에게 의료를 공급하는 group practice ACO의 경우 최소 5,000명 이상의 가입자를 조건으로 ACO는 CMS와 3년의 계약을 체결한다. CMS는 group practice ACO에게 행위별수가 방식으로 지불·보상한다. Group practice ACO는 병원 및 전문의들과 계약을 맺어 환자에게 포괄적이고 연계된 서비스를 제공하게 되며, 계약을 맺은 병원과 전문의는 CMS로부터 행위별수가제방식으로 직접 지불을 받는다. 이처럼 Medicare ACO는 행위별수가방식으로 협력의료를 제공하는 방식을 취하고 있지만 CMS는 ACO가 장기적으로 행위별수가방식에서 성과지불방식(pay-for-performance, P4P)으로 전환하도록 권고하고 있다. Anthem 같은 사보험의 경우도 ACO 운영 2년차까지는 행위별수가제를 사용하지만 3년 차 때부터는 인두제(capitation)를 적용한다. 보상방식의 핵심은 비용절감 유인체계이다. 예상지출 기준(expenditure benchmark)을 토대로 절감할 경우 인센티브를 지급하고 손실이 발생할 경우 책임을 분담한다. CMS는 ACO별로 최근 3년간의 행위별수가 Medicare (파트 A와 파트 B)의 청구자료를 근거로 환자특성을 보정해서 예상 비용을 결정한다. ACO는 두 개의 옵션 중에 선택할 수 있다. 옵션 1 (one-sided model)은 계약기간 동안 비용을 절감할 경우 추가보상을 받지만 손실이 발생할 경우 첫 2년은 책임을 지지 않고 3년 차에만 CMS와 공동 부담하는 형태이고 옵션 2 (two-sided model)는 계약기간 동안 매해 절감비용에 대한 추가 지불혜택뿐만 아니라 발생손실에 대해서도 책임을 져야 한다. ACO가 추가지불을 받기 위해서는 절감한 비용이 최소절감비율(minimum savings rate, MSR) 이상이 되어야 한다. MSSR ACO에서 옵션 1의 첫 2년 동안은 ACO의 규모가 커질수록 MSR이 낮아지도록 설계되어있고, 옵션 1의 3년 차와 옵션 2는 MSR을 2%로 고정하고 있다. 추가지불의

규모는 옵션 1의 경우 shared-savings threshold라는 규정의 적용을 받게 되는 반면 옵션 2의 경우 threshold 규정이 적용되지 않는다. 그 외 의료의 질을 높이기 위해 성과평가기준을 만족할 경우 옵션 1의 경우 인센티브의 50%, 옵션 2의 경우 60%를 추가로 보상받는다. 또한 예방 및 일차의료, 공중보건기능의 강화를 위해 가입자의 41% 이상이 지역 보건소(federally qualified health centers 또는 rural health clinics)를 이용할 경우 옵션 1은 최대 2.5%, 옵션 2는 최대 5%까지 추가보상비용을 높일 수 있다. 모든 인센티브를 합하여 상한선을 운영한다. 옵션 1은 예상지출의 7.5%, 옵션 2는 10%를 적용하여 옵션 2의 선택을 유도하고 있다. 마지막으로 CMS는 추가 지불 가능액의 25%를 지불하지 않고 보류해서 개별 ACO별로 향후에 있을지 모를 손실에 대비하게 한다. 보류된 추가지불액은 운영 3년 차 때 결산되게 된다.

4. Accountable care organization의 성과

2012년과 2013년에 Medicare ACO는 의료의 질과 비용 모두에 있어서 고무적인 결과를 보여 주었다[14]. Pioneer ACO는 운영 1년 차인 2012년에 32개의 pioneer ACO 중 13개에서 추가보상을 얻었고, 2개의 ACO가 손실을 경험했다. 운영 2년 차인 2013년에는 23개 ACO 중에서 11개의 ACO가 추가보상을 받았고, 3개의 ACO가 손실을 경험했다. 그 결과 pioneer ACO는 2012년에 8,760만 달러, 2013년에는 9,600만 달러를 절감했다. Medicare 프로그램은 2012년에 3,300만 달러, 2013년에는 4,100만 달러를 절감하였으며, pioneer ACO는 2012년과 2013년에 각각 7,600만 달러, 6,800만 달러를 인센티브로 보상받았다. CMS는 입원 및 재입원의 감소가 비용절감의 부분적인 이유라고 밝히고 있다. Medicare ACO의 의료비 통제기능도 긍정적인 것으로 나타났다. 2012년에 pioneer ACO의 총 의료비는 전년대비 0.3%만큼 증가하여 행위별수가 Medicare의 0.8%보다 낮은 수준이었고, 2013년에도 pioneer ACO가 1.4% 증가율을 보이며, 행위별수가 Medicare의 1.85%보다 낮은 증가율을 기록하였다. 58개의 MSSP ACO 또한 운영 첫 해에 7억 8,100만 달러를 절감하여 3억 7,600만 달러의 Medicare 비용이 절감되었고, 3억 9,200만 달러가 추가 지불형태로 보상되었다. 60개의 MSSP ACO는 비록 비용을 절감했지만 shared saving 기준에 미치지 못해 추가 보너스를 받지 못했다.

의료의 질에 있어서도 상당한 정도의 성과가 나타났다. CMS가 사용하고 있는 ACO 의료의 질 성과지표는(quality metrics) (1) 환자와 간병인의 만족도, (2) 의료서비스 협력 및 환자의 안전, (3) 예방의료, (4) 당뇨, 고혈압, 심장질환과 같은 위험질환군 등 4개의 영역(domain)에서 33개의 세부 개별 항목을 포함하고 있다[15]. ACO의 의료의 질 성과지표들은 physician quality reporting system과 같이 CMS가 운영 중인 의료의 질 사업들과 일관성 있게 조정된다[14]. Pioneer ACO는 운영 첫 해 동안 전통적인 행위별수가 Medi-

care와 비교할 때 비교 가능한 데이터가 있었던 15개 의료 질 척도 모두에 있어 높은 성과를 기록하였다[13]. 또한 pioneer ACO는 관리의료 공급자와 비교할 때 당뇨 환자의 고혈압 통제와 같은 환자 건강유지에 대해 현저히 높은 성과를 보였고, 환자만족도에 있어서도 모든 성과항목에서 행위별수가 Medicare보다 높은 점수를 기록했다. 운영 2년차인 2013년에는 더 나은 결과를 보이고 있다. 의료 질의 평균점수는 2012년 72%에서 2013년에는 85%로 증가하였고, 33개 의료 질 성과 척도들 중 28개 척도가 향상되었다. 고혈압 통제, 낙상 위험에 대한 스크리닝, 흡연 측정 및 금연보조, 건강증진 및 교육 등의 항목들에서 괄목할만한 성장이 있었다. 환자와 간병인의 만족도 또한 2012년에 비해 향상되었다.

ACO의 성과가 운영 1년차에 비해 2년차 때에 좀 더 향상된 고무적인 결과를 보여주기는 하나, pioneer ACO 프로그램을 떠나지 않고 남아있는 ACO만을 대상으로 성과가 측정되고 있음을 유의해야 한다. 상대적으로 효율성이 높은 pioneer ACO만이 계속해서 Medicare와 계약을 맺고 운영하고 있음을 고려할 때 pioneer ACO의 고무적인 초기결과가 의료시장전체로 확산될 수 있을 것인가에 대한 답은 아직 시기상조이다. 그럼에도 불구하고 이전에 ACO방식으로 협력의료를 제공한 경험이 부족한 MSSP ACO들도 성과를 보이고 있다는 사실은 주목할 만하며, ACO의 지속적인 성장과 긍정적인 성과결과를 예측하게 한다.

5. 오리건주의 coordinated care organization

ACO들 중에서 가장 포괄적이고 급진적인 오리건주의 CCO는 기존 의료전달체제와 차별화되는 핵심요소로 patient-centered primary care home (PCPCH), Oregon health plan (OHP)³⁾'s prioritized list⁴⁾, 총액지불, 의료의 질 및 소비자 만족도 지표를 이용한 공급자 지불방식, 조직과 운영의 유연성을 표방하는 관리체제 등을 들 수 있다[16]. PCPCH는 CCO 환자가 의료서비스를 이용하는 출발점이자 대부분의 서비스(의료, 정신, 구강 등의 통합적 서비스)가 제공되는 곳으로 가입자의 건강을 책임지는 곳이다. PCPCH의 공급자(일차의료공급자, 간호사, 영양사, 지역건강관리사, 건강 네비게이터, 행정보조, 정신의료공급자 및 통합적 환자치료에 필요한 여러 특수공급자 등)는 팀으로 일하며, 중간의료공급자(mid-level practitioners)를 중심으로 일차의료 및 예방, 만성질환자관리, 정신 질환자와 약물남용자들을 집중 관리한다. PCPCH 의료팀은 반드시 협력프로토콜을 개발해야 하고 환자치료에 이용하는 프로세스를 증명해야 한다. 현재의 CCO 모델에서는 OHP의 prioritized list of health services가 계속해서 비용·효과적 의료서비스 제공의 도구로 사용되고 있다.

CCO는 가입자의 증증도를 보정한 인두제 형식의 총액을 지불

받는다. 모든 CCO는 의료서비스 과다 이용자에 대한 관리의무가 있으며, 공급자 지불방식은 행위별수가방식을 대체할 수 있는 성과보상제(P4P)를 점진적으로 적용해야 한다. 의료의 질과 소비자 만족도 지표를 이용하여 총액지불의 단점을 극복하고자 한다. 현재 17개의 incentive measures와 16개의 core performance measures로 구성되는 총 33개의 성과척도를 개발해서 CCO 평가 및 지불에 적용하고 있다. 33개 척도 중 17개의 incentive measures의 성과만이 shared savings 인센티브 프로그램을 위한 성과지표로 이용된다. 16개 core performance measures는 공중보건계획 수립을 돕기 위한 지표로 사용된다. CCO 체계에서는 매달 지불되는 인두총액의 2%를 quality pool에 유보한 후, 결산 시에 CCO의 수혜자 수와 17개 incentive 척도에 근거해 재배분한다.

지불자, 공급자, 수혜자, 일반지역주민으로 이루어진 이사회가 CCO 운영방향성에 대한 의사결정을 한다. 이는 과거 보험회사와 관리의료기관에 집중되었던 힘이 소비자에게로 분산되어 개별 CCO는 조직과 운영에 있어서 상당한 정도의 유연성을 갖는다. 오레곤주는 또한 Transformation Center를 설립하여 정기적으로 정보교환의 기회 및 기술적 지원을 제공하고 있다.

CMS로부터 2012년 이후 5년간 19억 달러를 CCO 사업 추진금으로 지원받고 있다. 이에 대한 반대급부로 오레곤주는 매년 5.4%씩 증가가 예측되는 OHP의 개인당 의료비 증가율을 2015년까지 2%로 낮추어야 하는데 운영 1차년도인 2013년에 이미 2%를 기록하여 목표를 달성하고 있다. 운영 첫 해에 incentive measures에 근거하여 평가한 결과는 대체적으로 긍정적이다. 응급의료시설 이용빈도는 2011년 기준 2013년까지 17% 감소했으며, 응급의료시설 이용비용은 19% 감소했다. 출생 후 3년 내 발달검사율(developmental screening rate)은 2011년 기준인 21%에서 2013년에 33%로 증가하여 58%의 증가율을 보이고 있다. 또한 만성질환으로 인한 입원빈도의 감소는 CCO가 만성질환관리를 성공적으로 해나가고 있음을 시사하고 있다.

6. Accountable care organization과 coordinated care organization의 향후 과제

Medicare ACO와 CCO 모두 긍정적인 초기성과를 보여주고 있다. 그럼에도 불구하고 ACO와 CCO는 여러 가지 해결해야 할 당면 과제를 안고 있다. 첫째, 서로 다른 공급자들이 서로 다른 EMR 기준을 사용하기 때문에 환자정보를 통합적으로 관리 및 공유하는 것이 용이하지 않다. 이러한 인프라 구축에는 간과할 수 없는 정도의 초기 자본투자가 필요하다. 둘째, ACO/CCO가 성공적으로 운영되기 위해서는 현재까지 보편적으로 이용되는 행위별수가 지불 방식의 구조적 장벽을 넘어서야만 한다. 셋째, ACO/CCO 전달체제

3) 1994년에 출범한 오리건 메디케어 프로그램.

4) 재정의 한계를 극복하기 위해 비용효과성을 토대로 메디케어 급여에 포함될 수 있는 우선순위를 기록해 놓은 목록.

에서는 추가적인 행정적 절차가 불가피하다. 전산화 및 자동화과정을 통해 행정적 비효율성을 최소화하려는 노력이 병행되어야 한다. 넷째, ACO/CCO 핵심은 임상적 협력에 있음에도 불구하고 개별공급자들은 여전히 경쟁관계에 있을 수밖에 없어서 필요한 의료협력이 이루어지지 않는 사례가 발생하고 있다. 공급자들이 의뢰된 환자정보를 의도적으로 제공하지 않는 일이 생기고 있다. 따라서 이 부분에 대한 적절한 공급자 유인책이 절실하다.

우리나라의 통합의료체계 모형

우리나라 의료공급의 90% 이상이 민간에 의해 공급되고 있다. 공적 의료보장체계의 주축인 건강보험은 정부에 의해 관리·운영된다. 이윤을 추구하는 민간자본이 공공의 이익을 대변해야 하는 공적 체계에 의해 통제받기 때문에 여러 지점에서 충돌이 발생할 수밖에 없다. 공급의 불균형, 전달체계의 왜해, 지불제도의 한계 등이 모두 여기에서 출발한다. 지금까지는 사후치료에 주안점이 있었지만 향후에는 제도의 지속 가능성을 담보하면서도 급격한 노령화를 반영한 만성질환의 효율적 관리, 소비자의 눈높이에 맞는 의료의 질, 의료체계의 효율성 증진, 국민의 건강수준 향상 등에 보다 무게를 둔 새로운 의료체계가 필요하다. 전체적으로 현행 보건의료체계를 재구성해야 한다. 거시적인 관점에서 지불제도, 공급체계, 전달체계를 동시에 아우르는 새로운 패러다임이 필요하다. 현행 지불제도인 행위별수가제(fee for service)는 비용 낭비적이어서 지속 가능하지 않으나 이를 개편하기에는 공급자들과 사회적 협력이 필요하다. 적지 않은 사회적 비용이 소요될 것이다. 또한 의료공급을 통제할 마땅한 방안이 없다. 대부분 민간이 공급하고 있는 현실에서 시장에 맡겨두기도 어렵다. 의료공급자 스스로 통제할 수 있는 시스템의 개발이 필요하다. 의료이용체계 역시 소비자와 공급자 모두 자발적으로 비용 효과적일 수 있는 방법을 찾아야 한다. 국민은 이미 자유 이용에 익숙해 있기 때문에 단계별 규제를 통하여 통제하는 것은 불가능하다. 이러한 제반 문제를 한 틀에 놓고 고민해야 한다. 동시에 해결이 될 수 있는 방안 마련이 급하다. 최근 미국에서 확대되고 있는 통합의료전달체계가 우리나라에 상당한 시사점을 줄 수 있는 것으로 판단된다. 우리나라처럼 대부분의 공급을 민간에 의존하는 미국체계가 종전의 사적보장체계에서 공적 체계로의 전환을 모색하면서 ACO나 CCO와 같은 새로운 의료체계를 실험하고 있다. 부분적으로 성과가 나타나고 있다. 미국과 우리나라는 의료환경이 분명히 다르다. 차이를 극복하면서 우리나라에 적용 가능한 체계가 필요하다. 이를 반영한 모형을 다음과 같이 제안하고자 한다.

지금처럼 국민건강보험공단의 단일보험자체계에서 공급 네트워크의 다각화를 제안한다. 공급자는 의원, 병원, 종합병원을 망라하여 자발적 네트워크를 구성한다. 다만 서울 소재 상급종합병원 중

최상위 7-10개는 참여를 제한한다. 제외된 상급종합병원은 각 네트워크에서 의뢰된 중증환자 또는 민간부문의 환자를 진료할 수 있다. 광역지방자치단체 중심의 지역별 구분을 통해 운영한다. 서울, 인천·경기, 강원, 대구·경북, 부산·울산·경남, 대전·충남·충북, 광주·전남·전북, 제주로 구분될 수 있다. 한 개의 네트워크 내에 요양기관의 구성은 자발성을 갖도록 한다. 국민들은 여러 네트워크 중 선택할 수 있되 1년에 한 번씩 바꿀 수 있다. 각각의 네트워크는 많은 가입자를 유인하기 위해 충분한 공급량을 갖출 것이다. 모든 종류의 의원급 개별 과들이 한 개의 상급종합병원을 모태로 모일 수도 있고, 의원 및 병원 급끼리만 네트워크를 구성하되 전문성이 필요한 환자는 독립적으로 운영되는 상급종합병원에 의뢰하는 형태가 될 수도 있다. 개별 요양기관들은 네트워크 내에 포함될 수도 있고 독립적 활동을 할 수도 있다. 여러 개의 네트워크에 중복참여도 가능하다. 참여 및 탈퇴는 1년마다 가능하다. 요양기관 역시 선택의 자유를 보장하는 것이다. 네트워크끼리 통합도 허용한다. 이처럼 구성은 다양한 형태로 출현할 수 있다(Figure 1).

급여 범위도 네트워크 종류에 따라 다각화할 수 있다. 정부는 필수 급여 범위(예, 보장률 약 70%)를 설정하되 네트워크별 자체적으로 추가 급여 band (10% 범위 내)를 허용한다. 물론 선택에 따라 이용자의 보험료 수준도 달라진다. 추가 급여에 대한 보험료는 네트워크별로 경쟁을 통해 임의 설정할 수 있다. 본인부담은 현행체계보다 약간 인하(약 10%)하여 적용한다. 다만 가입자의 입장에서 본인이 가입한 네트워크 내 요양기관을 이용하거나 의뢰를 받아 다른 전문기관을 이용할 때는 법적으로 정해진 본인부담을 하되 본인이 가입한 네트워크와 관련 없는 요양기관을 이용할 때는 모든 비용을 본인이 부담하게 한다. 네트워크에 가입하지 않은 국민들은 현행체계에 준하여 급여범위와 본인부담을 유지하여 중장기적으로 네트워크 참여를 유도한다. 국민들은 1년에 한 번씩 네트워크를 바꿀 수 있다. 네트워크는 국민들의 건강 여건을 감안하여 가입을 거부할 수 없다. 공급자 또한 1년에 한 번씩 네트워크 간 이동을 허용한다. 다만 공급자의 이동이 완결된 다음 국민이 선택할 수 있도록 이동 시점을 조정한다.

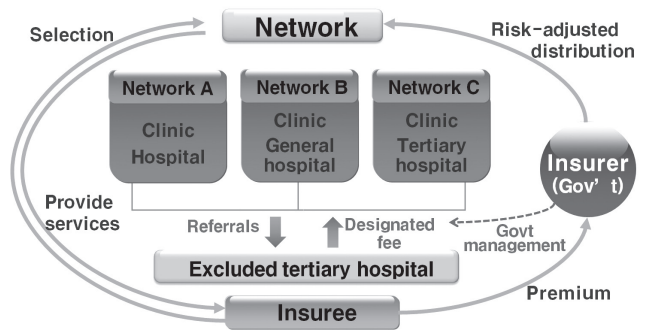


Figure 1. The framework of single payer-multi network.

진료비 지불방식은 초기에는 현행 행위별수가제를 사용한다. 중장기적으로 가입자당 연령이 보정된 정액으로 한다. 초기에 행위별수가제를 적용하되 목표의료비⁹⁾를 정하고 부합한 기관에게는 추가 인센티브를 제공한다. 절감된 금액의 50-80%까지 탄력적으로 적용할 수 있을 것이다. 의료의 질, 환자만족도, 환자 안전 등 평가체계를 구축하여 일정 기준을 달성한 기관에 대해서는 별도의 추가 보상을 실시한다. 평가를 위해 각 네트워크는 건강보험심사평가원에서 요청한 자료를 의무적으로 제출하도록 법제화한다. 평가결과는 국민에게 공개하여 차기 선택에 참조하도록 한다. 즉 소비자 선택권과 평가를 통한 인센티브제도를 통해 질 관리를 할 수 있다. 중장기적으로 가입자당 정액형태로 보상체계가 바뀐다면 네트워크 내 기관 간 분담은 자발성을 갖는다. 행위별수가제를 적용할 수도 있고, 방담당 정액제를 사용할 수도 있을 것이다. 독일이나 대만에서 실시하고 있는 것처럼 행위별수가제를 적용하되 사후적으로 빈도에 비해 가격이 조정될 수도 있을 것이다. 국가 전체적인 차원에서는 총 의료비용이 사전에 결정되는 구조를 갖는다.

네트워크에 가입하지 않은 요양기관은 현행처럼 독립적인 지위에서 환자를 진료한다. 개별 네트워크와의 계약을 통해 의뢰받은 환자를 치료할 수도 있다. 네트워크에 가입하지 않은 환자에게는 현행체계에 준하여 본인부담의무를 부여한다. 네트워크 구성에 참여할 수 없는 7-10개 상급종합병원은 개별 네트워크가 의뢰한 중증 환자를 치료하되 이 경우 정부가 수가를 관리하여 네트워크와 상급종합병원 간 분쟁을 예방한다. 건강보험공단은 공급자들이 네트워크를 구성할 수 있도록 법적, 재정적 지원을 한다. 질향상 및 비용억제를 위해 기술적 지원도 동반한다. 네트워크 내에 진료기록 공유 및 원활한 정보 유통이 이루어지도록 시스템화한다. 건강보험심사평가원은 성과보상을 위한 평가지표를 구성하고 이를 토대로 요양기관에 데이터를 요청하여 평가를 수행한다.

결론

우리나라는 다른 선진국에 비해 의료보장체계 도입이 늦었다. 그러다보니 기존의 민간주도 공급 기반하에서 공적 의료체계가 혼합되었다. 국민의 의료접근성 제고가 급선무였다. 경제적 부담을 줄여야 했고, 지리적 접근성도 시급히 개선되어야 했다. 짧은 시간 내에 상당한 성과가 있었음은 세계가 인정하는 바다. 그러나 그 과정에서 여러 가지 문제가 뒤섞여 나타나고 있다. 저성장, 급속한 고령화 등 향후 여건은 녹록치 않은 반면 임시방편적 해결방안으로는 감당하기 어려운 의료보장 관련 비효율은 나날이 늘어나고 있다. 의료공급체계, 전달체계, 진료비 지불제도 등이 혼합되어 해결불능형 난제들이 혼재되어 있다. 지금까지는 정부(보험자)에 의해, 제도에

의해 의료공급량이 조절됨으로써 부분적으로 과잉 공급 또는 부족현상이 반복되었다. 상대적으로 비용이 많이 수반되는 수도권 상급종합병원 외래에 나날이 환자들이 증가하고 있다. 비용조장형 지불제도를 고치기 위한 논의조차 한걸음을 나가지 못하고 있다. 단편적으로 부분적으로 문제를 해결할 수 없다. 최근 민간주도형 공급체계를 가진 미국에서 천정부지의 비용을 억제하기 위한 다양한 시도들이 있어왔다. 그 중 가시적 효과를 보이는 통합 네트워크형 의료체계를 한국적 현실에 부합할 수 있는 모델로 변형하여 새로운 공급모형으로 제시하였다.

이러한 형태의 네트워크 방식에서는 시장의 원리에 의해 공급량이 자동 조절될 것으로 기대된다. 과다한 고가장비를 구입할 필요가 없다. 임의적으로 입원일수나 내원일수를 늘릴 필요도 없다. 필요한 서비스를 제공하지 않을 가능성도 차단된다. 매년 국민이 의료공급기관을 선택할 것이고 그 기관은 평가에 의해 정보가 공개될 것이기 때문이다. 네트워크에 참여하지 않는 기관은 독점적 전문성이 있거나 점진적으로 도태되어 시장에서 퇴출될 것이다.

의료이용체계도 합리화될 것이다. 주어진 예산을 효율적으로 활용하기 위한 네트워크의 고민이 시작될 것이다. 최적의 의뢰와 회송의 절차를 네트워크 자체 내에서 강구할 것이기 때문이다. 1차 의료를 위해서는 의원별 주치의 방식이 적용될 것으로 예상된다. 중장기적으로 거시적 관점에서 지불제도는 연령이 보정된 인두제 형식이 된다. 비용측면에서 예측가능하고 의료의 질도 담보되는 의료체계가 될 수 있을 것이다.

REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development. 2012 OECD health data. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2014.
2. Canada Board of Conference. Measuring success: a framework for benchmarking health care system performance. Ottawa: Canada Board of Conference; 2012.
3. Shin YS. New paradigm of health care system. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2012.
4. Health Insurance Review and Assessment Service. Health care cost for elderly. Seoul: Health Insurance Review and Assessment Service; 2014.
5. Organization for Economic Cooperation and Development. Looking to 2060: long-term global growth prospects. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2012.
6. Iglehart J. Low-cost, high-quality care in America [Internet]. Bethesda (MD): Health Affairs; 2009 [cited 2014 Dec 4]. Available from: <http://healthaffairs.org/blog/2009/07/28/low-cost-high-quality-care-in-america/>.
7. American College of Physicians. Detailed summary: Medicare shared savings/accountable care organization (ACO) program [Internet]. Philadelphia (PA): American College of Physicians; 2011 [cited 2014 Dec 4]. Available from: http://www.acponline.org/running_practice/delivery_

5) 소득변화, 고령화율의 변화, 보장성의 변화, 물가의 변화 등을 감안하여 sustainable growth rate 방식으로 3년마다 조정하되 중간에는 합의된 방식에 의해 자동 조정.

- and_payment_models/aco/aco_detailed_sum.pdf.
8. Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. Why not the best?: results from the national scorecard on U.S. health system performance [Internet]. New York (NY): Commonwealth Fund; 2011 [cited 2014 Dec 4]. Available from: http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/News/Nat%20Scorecard/1500_WNTB_Natl_Scorecard_2011_web.pdf.
 9. Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med* 2003;138(4):288-298. DOI: <http://dx.doi.org/10.7326/0003-4819-138-4-200302180-00007>
 10. Integrated Healthcare Association. Accountable care organization provisions in the Patient Protection and Affordable Care Act [Internet]. Oakland (CA): Integrated Healthcare Association [cited 2014 Dec 4]. Available from: http://www.iha.org/pdfs_documents/home/IHA_PPACAA-COSummary.pdf.
 11. Petersen M, Muhlestein D. ACO results: what we know so far [Internet]. Bethesda (MD): Health Affairs; 2014 [cited 2014 Dec 4]. Available from: <http://healthaffairs.org/blog/2014/05/30/aco-results-what-we-know-so-far>.
 12. Stecker EC. The Oregon ACO experiment: bold design, challenging execution. *N Engl J Med* 2013;368(11):982-985. DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1214141>
 13. Centers for Medicare and Medicaid Services. Accountable care organizations (ACO) [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare and Medicaid Services [cited 2014 Dec 4]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index.html>.
 14. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare shared savings program interaction with the physician quality reporting system (PQRS) [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare and Medicaid Services [cited 2014 Dec 4]. Available from: HYPERLINK “<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/PQRS-FAQs.pdf>”<http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/PQRS-FAQs.pdf>.
 15. RTI International. Accountable care organization 2014 program analysis quality performance standards narrative measure specifications [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare and Medicaid Services; 2014 [cited 2014 Dec 4]. Available from: <http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/ACO-NarrativeMeasures-Specs.pdf>.
 16. Howard SW, Bernell SL, Yoon J, Luck J, Ranit CM. Oregon’ experiment in health care delivery and payment reform: coordinated care organizations replacing managed care. *J Health Polit Policy Law* 2014 Dec 5 [Epub]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1215/03616878-2854919>