

한국의 진료비 지불제도 현황과 혁신 과제

서은원 · 정설희

건강보험심사평가원 심사평가연구소

A Review of Healthcare Provider Payment System in Korea

Eun-won Seo, Seol-hee Chung

HIRA Research Department, Health Insurance Review and Assessment Services, Wonju, Korea

This study aims to propose the implementation of innovative payment models in Korea in order to promote the financial sustainability of the national health insurance system by reviewing the current status of the payment system in Korea and examining other countries' experiences with various innovative payment models. Korea primarily uses a fee-for-service payment system and additionally uses various payment systems such as case payment, per diem, and pay-for-performance. However, each payment system has its limitations. Many OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) countries have pointed out the limitations of existing payment systems and have been attempting various innovative payment models (e.g., add-on payment, bundled payment, and population-based payment). Therefore, it is essential for Korea to consider innovative payment models, such as a mixed payment model that takes into account the strengths and weaknesses of each payment system, and to design and pilot these models. This process requires stakeholders to work together to build a social consensus on the implementation of innovative payment systems and to refine legal and systematic aspects, develop an integrated health information system, and establish dedicated organizations and committees. These efforts towards innovative payment models will contribute to developing a sustainable health insurance system that ensures the public's health and well-being in Korea.

Keywords: Payment system; Innovative payment model; Health insurance

서 론

의료공급자에 대한 진료비 지불제도는 의료보장제도의 성과를 높이는 주요한 수단으로, 국민의 건강 개선이라는 최종 목적과 더불어 의료의 질 향상, 접근성 보장, 환자의 필요에 대한 신속한 대응, 효율적인 자원 사용과 의료비 지출 등 의료보장제도 운영의 목적을 달성하는 데 기여한다[1,2]. 따라서 진료비 지불제도는 각국의 의료보장제도 또는 보건 의료제도의 목적과 우선순위에 부합하도록 설계되어야 한다.

전 세계는 인구 고령화, 만성·복합질환자 증가, coronavirus dis-

ease 2019 (COVID-19)와 같은 신종 감염병 등장 등 급격한 보건 의료 환경 변화에 직면하고 있으며, 고가 의약품 또는 신의료기술의 도입 가속화 등에 따라 보건 의료 지출 또한 급격히 증가하면서 보건 의료제도의 지속 가능성에 대한 우려가 제기되고 있다. 그러나 전통적 진료비 지불방식은 이러한 상황에 대응하는 데 한계가 있으므로 국제기구와 세계 여러 국가들은 지불제도 개편의 필요성을 인지하고 다양한 혁신적 진료비 지불방식을 모색하고 있다.

경제협력개발기구(Organization for Economic and Cooperation Development, OECD)와 세계보건기구(World Health Organization, WHO)는 전통적 지불제도가 의료공급자가 제공하는 양질의 진료에

Correspondence to: Seol-hee Chung

HIRA Research Department, Health Insurance Review and Assessment Services, 60 Hyeoksins-ro, Wonju 26465, Korea

Tel: +82-33-739-0901, Fax: +82-33-811-7433, E-mail: seolhee@hira.or.kr

*본 논문은 “제2차 국민건강보험종합계획 마련 연구”의 원고 일부를 재구성 및 보완하여 작성하였고, 건강보험심사평가원 생명윤리위원회의 심의면제(HIRAIRB-2023-087-001)를 받았다.

Received: November 2, 2023, Accepted after revision: November 17, 2023

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

대해 명확하게 보상하지 못하는 한계가 있음을 지적하며 각국이 보건 의료제도의 목적과 지불제도를 연계하기 위해 성과에 대해 보상하는 지불방식을 도입하고 있다고 제시하였다[3,4]. 세계경제포럼(World Economic Forum)은 2016년 ‘보건의료의 가치(Value in Healthcare)’ 프로젝트를 통해 가치 기반 보건의료의 중요성을 강조하며 실천 전략 중 하나로 행위별수가제에서 벗어나 가치 기반 지불제도로 이행해야 함을 제안하였다[4]. 그리고 많은 국가들은 의료의 질 향상, 효율성 개선, 의료공급자 간 진료연계 및 조정 강화 등을 목표로 진료비 지불제도의 혁신을 시도하고 있으며, 특성에 따라 추가 지불제도(add-on payment)와 대안적 지불제도(alternative payment)로 구분할 수 있다 [3,5].

한국은 의료보험(현 건강보험) 제도 도입 당시부터 의료행위별료 가격을 책정하여 진료비를 보상하는 행위별수가제를 주된 지불제도로 사용해왔고, 행위별수가제의 단점을 보완하기 위해 포괄수가제, 실폐괄수가제 시범사업, 일당정액제, 성과보상지불제도(pay for performance) 등 다양한 지불제도를 활용하고 있다. 또한 건강보험 시범 사업을 통해 지불제도 다변화를 시도하고 있다. 그럼에도 불구하고 건강보험 진료비는 최근 10년간 연평균 7.5% 증가하였고[6], 노인인구 증가, 만성복합질환자 증가 등 다양한 재정부담 요인이 존재한다. 그러므로 건강보험 재정의 지속가능성을 제고하기 위해서는 진료비 지불제도의 혁신이 필요하다.

이 연구는 한국의 진료비 지불제도 현황을 검토하고 외국의 지불제도 개편 동향 및 혁신적인 지불제도 사례를 고찰하여 한국에서의 진료비 지불제도 혁신을 위한 추진과제를 제안하고자 한다. 이 연구의 구체적인 목적은 첫째, 한국의 진료비 지불제도 현황을 검토함으로써 문제점을 진단하고, 둘째, 외국의 지불제도 개편 동향 및 혁신적인 지불제도 사례를 고찰하여 혁신적 지불제도 추진에 대한 근거를 마련하며, 셋째, 이를 바탕으로 한국의 진료비 지불제도에 대한 개선방안으로 혁신적 진료비 지불제도 추진과제를 제안하는 것이다.

한국의 진료비 지불제도 현황

1. 행위별수가제 중심 진료비 지불제도 운영

한국은 1977년 의료보험(현 건강보험) 제도 도입 당시부터 의료행위별료 가격을 책정하여 진료비를 보상하는 행위별수가제를 주된 지불제도로 사용해오고 있다. 건강보험심사평가원의 2021년 진료비 통계지표에 따르면, 2021년 기준 전체 진료비에서 행위별수가가 차지하는 비중은 92.6%로 입원에서는 84.4%, 외래에서는 99.7%를 차지하였다. 의료기관 종별로는 상급종합병원(98.3%), 종합병원(97.9%), 의

원(95.0%), 병원(94.5%), 요양병원(39.1%) 순으로 행위별수가의 비중이 높게 나타났다[7].

행위별수가제는 의료공급자의 자율성을 보장하여 공급자 유인 수요 발생 가능성이 높으므로 양질의 의료서비스 제공이 가능하다는 장점이 있으나, 과도한 의료 제공, 진료의 분절화, 청구로 인한 공급자의 행정 비용 부담, 공급자의 질 개선 활동에 대한 인센티브 부족 등의 한계가 있다[8]. 한국에서는 이러한 행위별수가제의 한계로 인해 다음과 같은 문제가 발생한다. 첫째, 행위별수가제는 개별 행위에 대한 보상으로 진료량이 많아 수익이 증가하는 구조이기 때문에 의료서비스의 총량 관리 및 의료비 증가 억제가 어렵다. 2021년 기준 건강보험 진료비는 95.4조 원으로 최근 10년간 연평균 7.5% 증가하였고 동 기간 노인 진료비는 연평균 10.4% 증가하였다[6]. 한국은 OECD 국가 중 의료이용이 가장 많고[9], 2025년 초고령화 사회 진입을 앞두고 있어 의료비가 더 급증할 것으로 예측됨에 따라 건강보험 재정의 지속 가능성 위기가 예상된다.

둘째, 행위별수가제는 진료연계, 조정 및 협력 유인이 부족한 지불제도로, 진료의 분절화, 환자 단위 통합적 건강관리 제공의 어려움과 이로 인한 일차의료의 저하 등의 문제를 야기한다. 한국의 당뇨병 및 천식 입원율은 점점 감소하는 추세이나 OECD 국가와 비교하여 여전히 높은 수준이다[10,11]. 만성질환은 일차의료 영역에서 지속적으로 잘 관리하면 질환 악화와 계획되지 않은 입원을 예방할 수 있으므로, 만성질환으로 인한 입원율이 높다는 것은 일차의료의 질 수준이 낮다는 것을 의미한다[12].

셋째, 행위별수가제하에서는 진료에 장시간 또는 고난도의 노력이 투입됨에도 불구하고 낮은 의료수요로 적정 의료량이 뒷받침되지 않는 의료행위의 경우 의료기관의 수익성을 담보하기 어렵다. 따라서 행위별수가제는 의료기관이 이러한 의료행위의 제공을 기피하는 요인 중 하나로 작용하여 어린이, 장애인 등 건강 취약계층과 의료접근성이 취약한 진료분야를 발생시킬 수 있다. 저출산으로 아동인구 및 의료수요가 감소함에 따라 동네 소아청소년과 의원의 폐업은 증가하고 어린이병원은 적자가 지속되고 있다[13]. 장애인의 경우 진료 시 일반진료에 비해 더 많은 시간과 자원이 필요하기 때문에 의료기관은 진료를 기피하고 장애인은 의료접근성의 한계로 시의적절한 치료 및 건강관리 여건이 미흡하여 의료서비스 이용에 어려움이 있다[14]. 또한 응급, 외상, 산부인과 등 진료분야는 의료자원이 지역적으로 불균형하게 분포하여 접근성에 제약이 있으며, 현 행위별수가제는 이러한 문제를 해결하는 데 한계가 있다.

2. 행위별수가제를 보완하기 위한 다양한 진료비 지불제도 운영

한국은 행위별수가제의 한계를 보완하기 위해 포괄수가제, 일당정

액제, 성과보상지불제도를 운영하고 있다. 포괄수가제는 4개 진료과, 7개 질병군 입원환자의 진료비를 보상하는 제도로, 1997년부터 3차례 시범사업을 거쳐 2002년 본 사업이 시행되었다. 이후 2012년과 2013년에 대상기관을 확대하여 포괄수가제를 모든 의료기관에 적용한 결과, 재원일수와 퇴원 후 30일 내 재입원, 환자부담 의료비는 감소한 것으로 나타났다[15]. 그러나 질병군에 대해 1건당 포괄방식으로 지불하기 때문에 지불 유연성이 낮고 진료내역의 편차가 큰 질환 및 전체 입원진료에 확대 적용하는 데 한계가 존재하여 대상 질병군을 확대하지 못하고 있다.

신포괄수가제는 행위별수가제와 기존 포괄수가제의 한계를 극복하고 전체 입원환자에게 적용하기 위해 개발된 혼합형 지불제도로 기본진료료와 일당수가는 포괄수가로, 고가 서비스 및 의사 시술행위 등은 행위별수가로 별도 보상하는 구조이다[16]. 2009년 시범사업 시작 이후 점차 의료기관과 대상자를 확대하여 2023년 현재 총 98개 기관에서 603개 질병군 입원환자를 대상으로 시범사업을 시행하고 있다. 신포괄수가제는 비급여 감소를 통한 보장성 강화 및 의료의 질 향상 측면에서 긍정적인 성과를 나타냈으나, 비용과 재원일수에서의 행태 변화가 가시적이지 않으며 전체 입원진료 적용을 위해서는 민간 대형병원의 참여가 필요한 상황이다[17].

일당정액제는 내원(입원)일당 수가를 책정하여 진료기간에 따라 진료비 총액을 지불하는 제도로, 대표적으로 요양병원 입원환자에게 적용된다. 요양병원 입원 수가는 5개 환자군 분류에 따라 일당정액수가 산정되며 인력 확보 수준에 따라 인력 가산이 적용된다. 요양병원 입원환자에게 제공되는 의료서비스는 정해진 금액 내에서 제공되기 때문에 비용 통제가 가능하다[18]. 그러나 일당정액제가 가지는 근본적인 한계로 요양병원은 수익 증대를 위해 필요한 검사항목을 줄이거나 저가의 의약품 사용 가능성 있어 의료의 질 저하가 우려되며, 재원일수가 길어질수록 수가가 차감되는 구조임에도 불구하고 사회적 입원 등으로 인해 재원일수 감축에 한계가 있다[19].

의료 질 평가결과에 기반하여 진료비를 차등 보상하는 성과보상지불제도에는 가감지급사업, 가산지급사업, 의료질평가지원금 등이 있다. 가감지급사업은 요양급여 적정성 평가결과에 따라 의료기관에 재정적인 인센티브 또는 디스인센티브를 적용하며 가산지급사업은 고혈압, 당뇨병 적정성 평가결과를 활용하여 평가결과가 양호한 의원에 요양급여비용을 가산하여 지급한다. 의료질평가지원금은 종합병원급 이상 의료기관을 대상으로 성과 평가 후 최종 평가결과 등급에 따라 지원금을 산정하여 지급한다. 가감지급사업과 가산지급사업의 경우 의료기관의 질 향상 유인효과가 나타났고[20] 성과보상지불

Table 1. The national health insurance system's payment method in Korea

Category	Target/area	Concept	Performance	Limitation
Fee-for-service	Inpatients and outpatients	Payment per service by multiplying the relative value points assigned to a given service with the unit price per point	- Ensuring the autonomy of healthcare providers - Providing high-quality healthcare services, due to high possibility of supplier-induced demand	- Difficulty to manage the total volume of healthcare services and suppress increases in medical expenditure - Lack of incentives for care coordination and a decline in the quality of primary care, due to the fragmentation of healthcare services - Emergence of medically vulnerable populations and underserved areas
DRG-based case payment	7 Disease group-inpatients	Payment based on the designated DRGs for inpatient care	- Reducing LOS, readmission within 30 days after discharge, and out-of-pocket medical expenses	- Limitations in applying to diseases with high variations in treatment or total inpatient care due to low payment flexibility
New DRG-based case payment (pilot)	603 Disease group-inpatients	Payment by combining the DRGs and the FFS system	- Enhancing coverage by reducing uncovered (uninsured) services - Improving the quality of care	- Lack of changes in behavior regarding cost and days of stay - Need for the participation of private, large hospitals to include complete hospitalization treatment
Per diem	Inpatients in a LTC hospital, hospice inpatients, etc.	Payment based on a per diem rate for the duration of hospitalization	- Cost control - Steady improvement in the quality of hospitalization service	- Concerns over the underuse of service
Performance-based payment*	Medical institution participating in the program	Differential reimbursement based on the results of assessing healthcare quality	- Continuous increase in the number of participating hospital - Improvement in indicator values	- Duplicate targets and reimbursement between systems - Time lag between treatment and reimbursement - Limitations including the adequacy of the reimbursement scale

FFS, fee-for-service; DRG, diagnosis-related groups; LOS, length of stay; LTC, long-term care.
*Value incentive program (incentive/disincentive or incentive only), Healthcare Quality Evaluation Grant Initiative.

제도의 경우 참여하는 의료기관 수 지속 증가 및 지표 값 향상 등의 성과가 나타났다. 그러나 제도 간 평가 및 보상의 중복, 진료 시점과 보상 시점 간 시간차, 보상 규모의 적정성 등에 한계가 있어 이 제도들을 체계적으로 조정하는 기전이 필요하다[21].

앞서 언급한 한국의 진료비 지불제도 개념과 성과 및 한계를 정리하면 Table 1과 같다.

3. 건강보험 시범사업 추진을 통한 진료비 지불제도 다변화 노력

한국은 다양한 건강보험 시범사업을 추진함으로써 지불제도 다변화를 시도하고 있다. 건강보험 시범사업은 각 사업의 지침에 따라 운영되므로 전체적인 성과를 평가하기 어려우나 다양한 영역에서 많은 시범사업이 운영되고 있다는 점에서 의미가 있다. 2023년 4월 기준 건강보험 시범사업은 35개가 운영되고 있으며, 이는 2018년 대비 약 2배 증가한 수치이다. 또한 시범사업에서는 의료기관 종별 기능 정립, 일차의료 활성화, 취약계층 의료보장 확대, 지역사회 연계, 취약 진료 분야 지원 등 다양한 목적하에 수가 항목 신설, 수가 가산, 성과 기반

보상, 혼합 지불, 비용에 기반한 기관 단위 보상 등 진료비 지불방식의 다변화를 시도함으로써 시행 목적을 달성하고자 한다.

그러나 현재 시행 중인 건강보험 시범사업의 진료비 지불방식은 대부분 행위별수가제의 틀을 유지함으로써 행위별수가제 본연의 문제를 안고 있다. 포괄적이고 연속적인 의료서비스 제공을 위한 시범사업이 많이 시행되고 있지만, 제공된 서비스에 대해 행위별수가로 대부분 보상하고 있으며 실질적으로 의료기관 간 진료연계, 지역사회 연계, 성과에 기반한 보상 등은 미흡하다. 또한 의료기관의 수익을 보전하기 위한 기관 단위 진료비 보상 또는 가산 시범사업도 행위별수가제를 근간으로 하므로 의료기관의 수익 보전에는 한계가 있다.

진료비 지불방식 유형별 시범사업에 대한 추진 현황과 과제는 Table 2와 같다.

외국의 지불제도 개편 동향

Table 2. Current status and challenges of pilot projects for improving healthcare payment methods in Korea

Payment method	Project title	Limitations	Direction for improvement
Fee-for-service	- Pilot program on chronic disease management in primary healthcare	- Limitations to provide integrated healthcare services due to paying each service based on FFS despite the existence of a treatment process - Lack of reimbursement based on the results of performance assessment - Duplicate reimbursement between similar programs	- Exploring the transition to bundled payment for integrated management of chronic disease - Implementing performance assessment and reimbursement - Expanding target diseases and integrating similar programs, thereby making a transition to the comprehensive primary care management program
	- Patient referral and transfer pilot program between collaborating institutions	- Low referral rate despite attempting to promote collaborative care by reimbursing for referral and transfer	- Exploring ways to improve the referral rate through collaboration with other program
	- Pilot program on designation and implement of children's rehabilitation medical institution - Pilot program on discharge support and community connection activities for acute patients, etc.	- Lack of actual support and reimbursement for care coordination between healthcare institutions despite the existence of payment for community linkage fee	- Strengthening assessment and reimbursement mechanisms for care coordination
Mixed payment	- DRG+FFS	- Increasing costs for FFS - Insufficient rationale for adjustment factors	- Steadily integrating adjustment factors into performance-based reimbursement
	- Per diem+P4P	- Need for assessing outcomes	- Need for assessing outcomes
Retrospective reimbursement of institutional level: P4P	- Pilot program on post-reimbursement for public specialized medical centers for children	- Need for monitoring and assessing outcomes because of early stage of the pilot program	- Expanding reimbursement to healthcare institutions in vulnerable areas

FFS, fee for service; DRG, diagnosis-related groups; P4P, pay for performance.

1) 건강보험심사평가원 관련 시범사업을 의미하며, 신포괄수가제도 포함

전 세계는 인구 고령화, 만성복합질환자 증가 등으로 보건의료 지출이 증가함에 따라 보건의료의 지속 가능성 위기에 직면하였고, 이에 대한 대응으로 지불제도 변화를 추구하고 있다. 따라서 OECD, WHO 등 국제기구에서 활발하게 논의되고 있는 지불제도 개편 동향과 혁신적 지불제도에 대한 국가별 사례를 살펴보았다.

전 세계의 많은 국가들이 가장 보편적으로 사용하는 행위 기반 지불제도(activity-based payment)는 제공되는 보건의료서비스의 총량 관리 및 의료비 증가에 대한 억제가 어렵고 환자의 건강결과 향상 여부와 관계없이 수익이 창출되어 환자의 건강결과에 대한 책무성을 저해한다. 또한 진료의 분절화를 야기하여 진료연계, 조정 및 의료기술 통합에 제약이 있으며, 취약계층 및 취약진료 분야가 발생함에 따라 건강형평성 문제가 발생한다[4,5]. 이에 세계경제포럼(World Economic Forum)은 양기반의 지불이 아닌 환자의 건강결과 및 자원에 대한 책무성에 기반한 가치 기반 지불제도로의 전환이 필요하다고 제안하였으며[5], OECD는 가치 기반 보건의료제도를 달성하기 위한 수단으로 진료비 지불제도의 개편을 제시하였다[8]. 또한 OECD는 각국에서 시도하고 있는 진료비 지불제도 개선 노력을 고찰한 후 이를 혁신적 지불제도로 명명하고 추가 지불제도(add-on payment), 묶음 지불제도(bundled payment), 인구집단 기반 지불제도(population based payment) 세 가지로 구분하였다[3,5].

추가 지불제도는 기존 지불제도 외에 추가적인 보상을 하는 지불방식으로, 사전에 결정된 일정 수준의 의료 질과 효율성 등 성과를 충족한 의료공급자에게 추가 보상하거나 의료공급자의 진료연계 및 조정 활동에 대해 추가 보상하는 것이다. 추가 지불제도는 기존 지불제도를 대체하는 것이 아니라 보완하는 것을 주목적으로 하기 때문에 재정, 거버넌스 측면에서 큰 변화가 요구되지 않고 가치 기반 지불제도를 실현하기에 상대적으로 간단한 방식이다[8]. 추가 지불제도에는 대표적으로 성과보상지불제도가 있다. OECD 국가 중 2/3에서 성과 보상지불제도를 사용하고 있으며, 주로 일차의료에 적용하나 전문의 진료와 급성기 입원으로 확대 중이다. 캐나다 온타리오주에서도 일반의에게 성과보상지불제도를 적용하고 있다. 온타리오주의 가정보건의료팀(Health Family Team)은 만성질환 관리 및 예방서비스를 제공하며 의료 질 및 건강결과 향상에 대해 인센티브를 제공받는다. 성과보상지불제도는 의료 질 향상 등 특정 성과 향상에는 긍정적이거나 환자의 건강결과 향상과 비용 절감효과는 불명확한 것으로 평가되고 있다[3].

묶음 지불제도는 질환이나 진료과정의 연관성에 따라 필요한 서비스를 묶어서 제공하고 이에 대해 묶음으로 일괄 보상하는 지불방식이다. 환자는 치료를 받는 기간 동안 개별 행위로 의료서비스를 제공받으나 의료공급자는 제공한 행위의 묶음으로 보상받으므로, 환자의

건강을 효과적으로 관리할 수 있다[4]. 묶음 지불제도에는 에피소드 기반 묶음 지불방식과 만성질환 기반 묶음 지불방식이 있다.

에피소드 기반 묶음 지불방식은 특정 처치 또는 질환 등 사전에 정의된 진료 에피소드에 대해 서비스를 제공하고 일괄적으로 진료비를 보상받는 것으로, 진료 에피소드에 포함되는 서비스의 범위, 양, 기간 등은 각국의 상황과 정책 추진목적 등에 따라 다르게 설정될 수 있다[8]. 에피소드 기반 묶음 지불방식의 대표적인 사례로는 미국 Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)의 선진적 의료 향상을 위한 묶음 지불제도(Bundled Payment for Care Improvement Advanced, BPCI Advanced)와 관절치환술의 포괄적 진료(Comprehensive Care for Joint Replacement, CJR)가 있다. BPCI Advanced는 34개의 임상 에피소드(입원, 외래 모두 포함)를 대상으로 하는 묶음 지불제도 시범 사업으로 메디케어 수급자들은 해당 에피소드에 대해 입원 또는 외래 시술 기간과 이로부터 최대 90일까지의 기간 동안 필요한 입원 및 외래서비스를 제공받을 수 있다. 의료공급자들은 CMS로부터 사전에 계산된 목표 진료비(target price)에 기반하여 급여비용을 선지급 받고, 이후 각 임상 에피소드별 목표 진료비와 메디케어 행위별수가에 기반하여 산출된 진료비를 비교하고 조정하는 과정을 거친 후 추가 보상을 받거나 환급해야 한다[22]. CJR은 고관절 및 슬관절치환술 환자에 대해 입원부터 퇴원 후 최대 90일까지의 기간에 필요한 서비스를 묶음으로 제공하는 시범사업으로, 시범사업에 참여하는 의료공급자들은 CMS가 과거 3년간 병원 및 지역 기반 자료를 바탕으로 산정된 위험도 조정 목표 진료비를 선지급 받으며 이후 성과년도 말에 해당 의료기관의 실제 에피소드 진료비와 의료 질 성과를 반영한 메디케어 목표 진료비를 비교하여 급여비용을 추가로 보상받거나 환급을 하게 된다[23].

만성질환 기반 묶음 지불방식은 장기간 지속적인 진료를 받아야 하는 만성질환자에게 필요한 서비스를 제공하고 이에 대해 일괄적으로 진료비를 보상받는 것으로, 많은 서비스를 묶어서 지불한다는 점에서 에피소드 기반 묶음 지불방식과 유사하나 만성질환 기반 묶음 지불방식에 포함되는 서비스는 특정 진료 에피소드로 정의되지 않고 만성질환자가 필요로 하는 진료를 모두 포함한다는 점에서 차이가 있다[8]. 즉 만성질환 기반 묶음 지불방식하에서는 다양한 공급자가 만성질환 관리에 대한 진료과정에 참여하고 인센티브를 공동으로 배분하게 된다. 따라서 이 지불제도 모형은 진료의 연속성 측면에서 진료연계 및 조정활동을 실천하기 상대적으로 수월하다. 네덜란드에서는 2형 당뇨병, 만성폐쇄성폐질환 및 천식, 심혈관계 질환의 위험관리과 관련된 일차의료서비스를 묶음으로 제공하고 일괄 보상하는 만성질환 묶음 지불제도를 2010년 도입하였다[24]. 이에 의료공급자인 진료 그룹(care group)은 매년 환자당 위험 보정한 금액으로 보상받으며,

평가지표 충족 시 재정적인 인센티브를 받는다.

인구집단 기반 지불제도는 다양한 의료공급자들이 참여하여 해당 제도에 등록된 인구집단의 전반적인 건강을 관리하며 필요한 보건의료서비스를 제공하고, 이에 대한 질과 비용에 대해 공동으로 책임지는 지불방식이다. 이는 포괄적인 인두제 지불제도라고도 하며, 이 제도하에서 의료공급자들은 그들의 자원을 어떠한 방식으로 사용할 것인지에 대한 유연성이 있기 때문에 보다 비용 효과적으로 서비스를 제공하는 경우 보상을 받게 된다[8]. 의료공급자들이 등록 인구집단의 건강 전반을 관리하면서 의료 질과 비용에 대해 책임을 공유하는 미국의 Accountable Care Organization (ACO)가 대표적인 사례이다 [4].

현재 미국에서 운영 중인 ACO 모형에는 대표적으로 메디케어 절감분 공유프로그램(Medicare Shared Savings Program, MSSP)이 있다. MSSP는 의사, 병원, 기타 의료공급자들이 자발적으로 조직을 형성하여 메디케어 대상자에게 통합된 양질의 의료서비스를 제공하는 프로그램으로 2012년부터 지속 운영되고 있다[5]. 의료공급자들은 ACO 참여자격을 충족한 조직을 구성한 후 CMS에 신청 및 승인과정을 거쳐 계약을 체결하게 되며, 메디케어 대상자들은 본인이 선택한 일차의료 의사가 속한 ACO에 배정되거나 청구비용 기준 가장 많은 서비스를 받은 ACO에 배정되어 건강관리에 필요한 전문의 진료, 병원 진료, 장기요양 진료 등 통합적인 서비스를 받게 된다. ACO는 CMS에서 정한 성과평가 기준 충족 시, 참여유형 및 CMS 계약 당시 선택한 옵션별 기준에 따라 절감(또는 손실)분을 ACO 구성원 간 공유하게 된다. 즉 최근 3년간 각 ACO에 배정된 환자의 메디케어 입원 및 외래서비스에 대한 1인당 평균 의료비 자료를 기준으로 재정적 목표수준(벤치마크)을 설정하게 되며, CMS는 ACO를 대상으로 질적 성과와 재정적 성과 평가를 실시하여 질적 성과를 달성한 ACO에 대해 벤치마크와 실제 총 의료비 간 비교를 통해 절감(손실)분을 결정하여 최종 보상수준을 결정하게 된다[25].

혁신적 진료비 지불제도 추진과제

본 연구는 한국의 진료비 지불제도 현황을 검토함으로써 현 지불제도의 성과와 한계에 대해 진단하고, 전 세계의 지불제도 개편 동향과 혁신적 지불제도 추진에 대한 국가별 사례를 살펴보고 있다. 이를 바탕으로 한국에서의 혁신적 진료비 지불제도 추진과제를 다음과 같이 제안하고자 한다.

1. 다양한 혁신적 지불제도 설계 및 시범 운영

기존 행위별수가제의 한계를 극복하기 위해서는 다양한 혁신적 지불제도 시범사업을 설계하고 운영해야 한다. 혁신적 지불제도 시범사업으로 첫째, 취약계층 및 취약 진료분야 의료기관에 대한 기관 단위 보상 시범사업을 고려할 수 있다. 현 행위별수가제하에서 중증 어린이 진료, 장애인 진료, 의료취약지역의 분만 등 취약계층 및 취약 진료분야 대상 의료는 적정 공급하기 어렵기 때문에 서비스 제공 공백이 발생하고 의료기관의 경영 악화를 방지하기 어려우며, 이는 해당 의료분야에 대한 국민의 접근성과 의료서비스의 질을 악화시킬 수 있다. 그동안 수가 신설 또는 수가 가산을 통해 의료기관의 수익성을 보전하고자 노력하였으나 재정 여건 개선에는 한계가 존재하였다. 따라서 필요한 의료서비스가 안정적으로 제공될 수 있도록 기관단위의 비용보상체계 구축이 필요하며 시범사업 추진을 통해 실효성을 판단한 후 확대방안을 마련해야 한다.

2023년 1월부터 어린이 공공전문진료센터를 대상으로 사후보상방식의 새로운 지불제도 모형을 시범 운영 중이다. 이 시범사업에서는 어린이 공공전문진료센터의 적자를 해소하기 위해 기존 행위별수가제의 틀을 유지하면서 사후보상방식으로 운영하고 있다. 추후 시범사업 추진 경과 모니터링과 평가를 통해 사후보상체계의 실효성을 확인하고 긍정적인 효과가 발생하는 경우 본 사업으로의 전환을 추진할 수 있으며, 이를 통해 취약지역 필수의료 제공기관 등으로의 진료비 지불방식 확대에 대한 타당성 검토와 방안을 마련할 수 있다. 또한 평일 야간 시간대 및 주말·공휴일에 발생하는 긴급한 의료수요를 충족하기 위해 야간·휴일 외래진료 제공 의료기관에 대한 보상 강화가 필요하다. 2014년부터 야간·휴일 소아 경중환자에게 신속한 외래진료를 제공하기 위해 “달빛어린이병원”을 운영하고 있으나, 일부 지역에서는 달빛어린이병원이 운영되지 않고 있으며[26], 달빛어린이병원 중 공휴일 야간진료가 가능한 곳은 소수인 것으로 나타났다. 진료기관 참여 활성화를 위해 단기적으로는 수가 인상 및 운영비 지원이 필요하겠으나 장기적으로 진료기관에 지속적인 보상을 할 수 있는 체계를 만들어야 한다. 특히 의료공백이 발생하는 시간대와 지역을 파악하여 해당 기관에 진료에 소요되는 비용을 지원해야 한다.

둘째, 지속적이고 포괄적인 관리가 필요한 진료영역에 대해 묶음으로 서비스를 제공하고 보상받는 묶음 지불제도 시범사업을 고려할 수 있다. 외국에서는 만성질환에 묶음 지불제도를 적용하고 있다. 미국은 Prometheus 프로그램을 통해 당뇨병 등 21개 만성질환을 대상으로 묶음수가를, 네덜란드는 2형 당뇨병, 만성폐쇄성폐질환, 혈관 위험관리가 필요한 환자에 대해 묶음수가를, 호주는 복합만성질환자의 건강관리를 위해 묶음수가를 적용하였다[3,8]. 이에 한국에서도 현재

시행 중인 일차의료 만성질환관리 시범사업을 바탕으로 묶음 지불제도 모형을 개발하고 시범 적용하는 방안을 검토할 수 있다. 일차의료 만성질환관리 시범사업은 고혈압, 당뇨병 환자에게 케어플랜 수립, 진료, 교육 및 상담, 점검 및 평가 등 서비스를 제공하고 있으나, 해당 사업은 특정 질환(고혈압, 당뇨병)에 국한되어 있고 진료경로 내 활동을 행위별수가로 보상하고 있어 외래진료비 증가에 대한 관리기능이 취약하며 통합적인 서비스를 제공하는 데 한계가 존재한다. 따라서 만성질환자 통합관리로 항목을 묶음수가로 설계하고 대상 환자의 중증도에 따라 수가를 차등화하여 시범 운영할 수 있으며, 시범사업에 대한 모니터링 및 평가 후 고혈압과 당뇨병 이외 다른 질환까지 범위를 확대하고 만성질환자에게 통합적인 서비스를 제공하는 방안으로 추진할 수 있다. 다만 의료기관의 사업 참여에 대한 유인과 일차의료의 질 관리를 위해 묶음 지불방식을 주지불제도로 하되 성과 기반 보상도 함께 고려해야 하며, 질환별로 서비스 제공 프로세스 설정 및 표준화 작업과 환자의 건강결과 평가를 위한 환자 단위 의료정보체계 구축이 필요하다.

셋째, 의료공급자 간 진료연계 및 조정, 협력 강화를 위한 가산 수가 시범사업의 실효성을 확보하고 개선방안을 모색해야 한다. 현재 시행 중인 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업, 재활의료기관 수가 시범사업, 정신질환자 지속치료 지원 시범사업, 급성기 환자 퇴원 지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 등에는 지역사회 연계료, 협의 진료료, 환자관리료가 있으므로, 현 시범사업의 실효성과 보상 적정성 등을 평가하고 개선방안을 마련할 필요가 있다. 또한 추후 시행 예정인 시범사업에 대해서는 가산 수가에 대한 지속적인 모니터링 및 평가가 필요하다. 내년 초 시행 예정인 중증·응급 심뇌혈관질환 문제 해결형 진료협력사업에서는 의료기관·센터 단위 네트워크 구축에 대해 보상하는 응급심뇌혈관질환 전달체계 개편 시범사업과 인적 네트워크 구축에 대해 보상하는 심뇌혈관질환 인적네트워크 건강보험 시범사업을 함께 추진할 예정이다[27]. 네트워크 구성, 운영, 유지에 소요되는 비용을 사전에 보상하며, 운영 성과에 따라 추가 보상이 이루어진다.

2. 혁신적 지불제도 추진을 위한 체계적인 기반 마련

앞서 제안한 혁신적 지불제도 시범사업 추진을 위해서는 체계적으로 기반을 마련해야 한다. 첫째, 정부, 의료공급자, 국민 등 이해관계자 간 지불제도 개편 목적에 대한 공유를 통해 사회적 공감대를 형성하고 지불제도 개편 과정에 대한 참여를 보장해야 한다. 의료보험 도입 당시부터 행위별수가제를 주된 지불제도로 사용해왔기 때문에 행위별수가제에 익숙한 의료공급자, 국민 모두는 지불제도 개편에 대한 저항이 있을 수 있다. 그간 지불제도 개편 관련 정책결정 과정에서

의료공급자와 국민의 참여가 부족하여 이해당사자 간 갈등 해결이 어려웠고 이는 많은 사회적 비용을 야기하였다[28]. 따라서 지불제도 개편 추진과정에 이해관계자들이 함께 참여하여 실행 가능성을 높여야 하며 정부, 의료공급자, 국민이 책임과 성과를 공유하는 체계로 전환해야 한다.

둘째, 지불제도 개편 및 지속적인 관리를 위해 다양한 전문가들이 협업할 수 있는 전달기구를 설립해야 한다. 그간 전달조직 또는 기구의 부재로 지불제도 개편작업이 체계적으로 이루어지지 못했고[28], 현재 지불제도 설계와 운영 관련 업무를 여러 기관에서 분절적으로 담당하고 있어 효율적인 의사결정 수행 및 참여에 있어 한계가 존재한다. 따라서 지불제도 운영 관련 사업을 총괄하는 컨트롤타워가 필요하다. 정부, 관련 공공기관, 학계 전문가, 이해당사자 등 다양한 사람들이 참여하여 투명한 의사결정이 이루어지는 중립적인 기구를 만들고 이를 지속적으로 이끌어 갈 전문인력을 양성할 필요가 있으며, 혁신적 지불제도 등 연구 추진, 다양한 시범사업 모델 개발 및 평가업무 등을 담당해야 한다. 미국에서는 법적 근거에 기반하여 설립된 메디케어 및 메디케이드 혁신 센터(Centers for Medicare and Medicaid Innovation, CMMI)에서 의료 질 향상, 비용 절감, 환자 중심 진료 이행을 위한 지불방식 조정 등을 목표로 새로운 서비스 전달체계 및 지불모형을 개발하고 시범사업을 수행하며 평가결과를 제공하고 있다 [29].

셋째, 지불제도를 지속적으로 개선하기 위해 지불제도개선위원회를 구성하여 지불제도 관련 안전을 전문적으로 검토하고 해당 안전에 대해 이해관계자 간 갈등 조정 및 중재하며 국회 등 정책결정자에게 자문을 할 수 있도록 해야 한다. 지불제도는 건강보험 및 보건의료제도 전반에 영향을 미치기 때문에 이해관계자 간 사회적 공감대를 형성하기 위한 장을 마련하고 전문적인 자문을 제공하는, 독립적이고 객관성 있는 위원회를 구성 및 운영해야 한다. 미국의 Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)은 독립적인 의회 자문기관으로, 매년 메디케어 지불제도 관련 권고 보고서를 작성하여 의회에 제출하고 지불제도 및 관련 정책에 대해 조언한다. 최근 MedPAC는 CMMI에서 추진하고 있는 각 지불모형에 대한 평가결과와 여러 문헌을 종합하여 대안적 지불모형(Alternative Payment Models, APMs)이 미친 영향을 체계적으로 정리하여 발표하였고, 의회에 APMs 개수를 줄이고 더 나은 모델을 고안해야 한다고 제안하였다 [30,31]. 원활한 운영을 위해 건강보험심사평가원 또는 국민건강보험공단 내 위원회 조직을 신설하거나 건강보험정책심의위원회 내 지불제도 개선 소위원회를 신설하는 방안이 있다.

넷째, 혁신적인 지불제도의 시행을 위해서는 네트워크 보상 또는 관리기구에 대한 보상 관련 법령 개선이 필요하다. 현 국민건강보험

법상 요양급여비용은 요양기관에만 지급할 수 있기 때문에 네트워크, 지역 단위 등에 대한 보상 시법 개정이 필요하다. 건강보험 시범사업에서는 지침 규정 등으로 지급할 수 있으나 시범사업 이후 본 사업에서의 적용은 어렵다. 또한 기관 간 정보 교류 및 개인 단위 정보 활용을 위한 법령, 제도 준비가 필요하며, 건강보험 시범사업 추진 및 평가에 대한 세부계획을 마련하고 이에 따른 훈련 준비가 필요하다.

다섯째, 혁신적 지불제도 지원을 위한 통합정보시스템 구축이 필요하다. 정보시스템은 환자의 진료에 참여하는 모든 의료기관들이 환자의 진료정보에 접근할 수 있도록 상호운용적으로 설계되어야 하고, 환자 및 네트워크 단위의 의료 질, 비용 등 성과 자료수집 체계와도 연계되어야 한다. 의료기관 간 환자 정보 공유를 통한 환자 진료정보의 통합적인 활용은 환자의 진료 연속성을 보장하고 신속한 진료지원 등 의료기관의 업무 효율성을 강화할 수 있다. 현재 의료기관 간 진료정보 공유와 관련하여 진료정보교류사업과 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업이 시행 중이다. 진료정보교류사업은 환자의 동의하에 의뢰·회송한 환자의 진료정보를 전자적으로 상호 송·수신하여 진료에 참조할 수 있도록 하는 서비스로[32], 진료의뢰서, 진료회송서, 진료기록요약지, 영상정보 등을 교류한다. 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업에서는 진료의뢰회송 중계시스템을 통해 의료기관 간 진료의뢰·회송을 위한 필요정보를 송·수신하고 있다[33]. 혁신적 지불제도 시범 운영과 함께 정보시스템 구축은 이루어져야 하며, 사업 초기에는 정보시스템 구축에 소요되는 비용 및 시간 등을 고려하여 기존 진료·의뢰 회송시스템을 확장하고 환자진료 및 평가에 활용할 수 있도록 해야 한다.

결론

전 세계는 보건의료제도의 지속 가능성 제고를 위해 가치 기반 지불제도로의 전환을 시도하고 있다. 한국의 건강보험은 그간 보험료율 상향을 통해 재정 균형을 맞춰왔으나 최근 보험료율 증가 추이를 고려할 때 2029년 건강보험료율의 법정 상한선인 8%에 도달할 것으로 예측되므로[34], 건강보험 재정 효율화를 위한 지불제도의 혁신이 필요하다.

기존의 단일 공급자 중심 지불제도하에서 지불제도의 혁신을 추진하는 것이 쉬운 일은 아니나 각 지불제도의 장단점을 고려한 지불제도의 혼합 모형 또는 혁신적인 지불제도 모형을 한국의 상황에 맞게 개발하고 시범운영하는 것은 중요하다. 이는 단순히 행위별수가로 추가 보상하는 것이 아닌, 의료기관 또는 의료공급자 간 의료서비스 연계 및 조정에 대한 보상, 환자의 건강결과와 재정 절감 등 성과에 대

한 보상 등이 이루어져야 한다. 또한 지불제도의 혁신을 위한 체계적인 기반을 마련해야 한다. 지불제도의 혁신을 위해 정부, 의료공급자, 국민이 지불제도 개편 및 혁신적 지불제도에 대해 사회적 공감대를 형성하고, 효과적인 사업 추진을 위해 법·제도적 준비와 통합정보시스템 구축, 지불제도 전담기구 또는 지불제도개선위원회를 운영하는 것이 필요하다. 마지막으로, 의료보장제도의 목적을 달성하기 위해 진료비 지불제도의 역할은 더욱 강화되어야 하며 정부와 국민 관점에서 가치에 대한 보상으로의 전환이 필요하다. 전 세계적으로 가치 기반 진료비 지불제도가 강조되고 있으나, Landon 등[35]은 많은 연구에서 가치를 ‘비용(cost) 대비 결과(outcomes)’로 정의하고 있음에도 가치에 대한 정의가 아직 모호하고 포괄적이라고 지적하면서 가치에 대한 정의는 비용과 결과에 대한 구성요소, 관점(국민, 의료공급자, 보험자, 정책결정자 등), 대상(개별 서비스, 진료과정, 환자 건강상태)에 따라 달라질 수 있다고 하였다. 정부와 국민 관점에서 가치는 ‘투입 자원 대비 의료보장제도의 목적 달성 정도’로 정의하는 것이 타당할 것으로 생각되며, 이러한 가치에 기반한 진료비 지불제도여야 의료보장제도 운영의 목적을 달성하는 데 기여할 수 있을 것이다. 특히 가치의 재정의를 통해 현재 국내에서 논의되고 있는 필수의료 또는 취약의료에 대한 지불보상의 적절성 등이 담보될 수 있을 것이며, 이러한 혁신적 지불제도에 대한 시도는 국민의 건강한 삶을 보장하는 지속 가능한 건강보험으로 나아가는 데 도움이 될 것이다.

이해상충

이 연구에서 영향을 미칠 수 있는 기관이나 이해당사자로부터 재정적, 인적 자원을 포함한 일체의 지원을 받은 바 없으며, 연구윤리와 관련된 제반 이해상충이 없음을 선언한다.

ORCID

Eun-won Seo: <https://orcid.org/0000-0003-3475-7901>;

Seol-hee Chung: <https://orcid.org/0000-0002-4879-8942>

REFERENCES

1. Lee KS. Purchase of healthcare and payment system. In: Lee KS,

- editor. Healthcare policy: comparison of theory and systems. Seoul: Gyeochuk Munhwasa; 2016. pp.149-150.
2. World Health Organization. Provider payment methods and strategic purchasing for UHC. Geneva: World Health Organization; 2017.
 3. Organization of Economic and Cooperation Development. Better ways to pay for health care. Paris: OECD Publishing; 2016.
 4. World Economic Forum. The moment of truth for healthcare spending: how payment models can transform healthcare systems. Geneva: World Economic Forum; 2023.
 5. Organization of Economic and Cooperation Development. Value-based providers' payment models: understanding where and under which condition they work. Paris: OECD Publishing; 2022.
 6. Health Insurance Review & Assessment Service; National Health Insurance Service. 2011-2021 National health insurance statistical yearbook. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2021.
 7. Health Insurance Review and Assessment Service. 2021 Medical expense statistical indicators. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service; 2022.
 8. Lindner L, Lorenzoni L. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: start small, prove value, and scale up. Paris: OECD Publishing; 2023.
 9. Organization of Economic and Cooperation Development. Health at a glance 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.
 10. OECD Stat. Diabetes hospital admission [Internet]. Paris: Organization of Economic and Cooperation Development; c2023 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://stats.oecd.org/>
 11. OECD Stat. Asthma hospital admission [Internet]. Paris: Organization of Economic and Cooperation Development; c2023 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://stats.oecd.org/>
 12. Ministry of Health and Welfare; Health Insurance Review and Assessment Service. 2021 Health care quality and outcomes. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2022.
 13. Ministry of Health and Welfare. Essential health service support plan: focused on the severe emergency, delivery and pediatric care. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023.
 14. Bae H, Lee MH, Kim TW, Lee JB, Heo JJ, Kang S, et al. A study on the development of expanded model for 'general physician for the disabled' and evaluation of the 2 year pilot project [Internet]. Wonju: Health Insurance Review & Assessment Service, Ewha Womans University; 2020 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://www.hira.or.kr/ra/trend/study/getReportList.do?pgmid=HIRAA030095000000>
 15. Park EC, Lee SK, Kim TH, Choi JW, Kim CO, Park HK et al. The effect of mandatory diagnosis-related group payment system and suggestions for improvement [Internet]. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service, Yonsei University; 2015 [cited 2023 Apr 18]. Available from: <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/1650>
 16. Ministry of Health and Welfare; Health Insurance Review and Assessment Service. Guideline for new-DRG payment system pilot projects. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2022.
 17. Shin HW, Yeo NG, Lee CS, Kang GW, Oh SJ, Lee JE. A study on the evaluation of new-DRG payment system pilot project. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2020.
 18. Kim JH, Lee HJ, Lee SW, Park MS. A study on improvement of long-term care hospital's fee schedule. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2015.
 19. Kim JH. Performance and limitations of health insurance payment system. Proceedings of the 3rd Medical Coverage Innovation Forum; 2023 Jul 6; Seoul, Korea. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2023.
 20. Kang HC, Park EJ, Oh MA, Ji YG, Ha SL, Shin NR. A study on improvement plan of value incentive program. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service, Korea Institute for Health and Social Affairs; 2019.
 21. Health Insurance Review and Assessment Service. Healthcare quality evaluation grant initiative and evaluation measures. Proceedings of the 17th Spring Conference of the Korean Society for Neuro Rehabilitation; 2023 Mar 25; Seoul, Korea. Seoul: Korean Society for NeuroRehabilitation; 2023.
 22. Center for Medicare and Medicaid Services. BPCI Advanced [Internet]. Baltimore (MD): Center for Medicare and Medicaid Services; 2023 [cited 2023 Jul 3]. Available from: <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/bpci-advanced>
 23. Center for Medicare & Medicaid Innovation. Comprehensive Care for Joint Replacement Model: evaluation of performance years 1 to 5 (2016-September 2021). Baltimore (MD): Center for Medicare and Medicaid Services; 2023.
 24. Karimi M, Tsiachristas A, Looman W, Stokes J, Galen MV, Rutten-van Molken M. Bundled payments for chronic diseases increased health care expenditure in the Netherlands, especially for multimorbid patients. Health Policy 2021;125(6):751-759. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.004>
 25. Physicians Advocacy Institute. Medicare Shared Savings Program

- (MSSP) Accountable Care Organizations overview. [place unknown]: Physicians Advocacy Institute; 2023.
26. National Emergency Medical Center. Moonlight Children's Hospital [Internet]. Seoul: National Emergency Medical Center; 2023 [cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://www.e-gen.or.kr/moonlight/main.do>
 27. Joint Governance. The 2nd national plan for the management of cardio-cerebrovascular disease (2023-2027). Sejong: Joint Governance; 2023.
 28. Shin HW, Jung HS, Kwon SM, Shin YS, Kim Y, Yoon SJ et al. The establishment of the 1st national health insurance comprehensive plan. Sejong: Ministry of Health and Welfare, Health Insurance Review and Assessment Service; 2018.
 29. Center for Medicare and Medicaid Services. About the CMS Innovation Center [Internet]. Baltimore (MD): Center for Medicare and Medicaid Services; 2023 [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://innovation.cms.gov/>
 30. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the congress: Medicare and the Health Care Delivery System. Washington (DC): Medicare Payment Advisory Commission; 2021.
 31. Medicare Payment Advisory Commission. Report to the congress: Medicare and the Health Care Delivery System. Washington (DC): Medicare Payment Advisory Commission; 2022.
 32. Korea Health Information Service. Health information exchange system [Internet]. Seoul: Korea Health Information Service; 2023 [cited 2023 May 3]. Available from: <https://k-his.or.kr/menu.es?mid=a10207000000>
 33. Ministry of Health and Welfare; Health Insurance Review and Assessment Service. Guideline for pilot projects on referral and transfer of patients between collaborating institutions. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2022.
 34. National Assembly Budget Office. 2023 Fiscal and economic issues at a glance for National Assembly and National Audit. Seoul: National Assembly Budget Office; 2023.
 35. Landon SN, Padikkala J, Horwitz LI. Defining value in health care: a scoping review of the literature. *Int J Qual Health Care* 2021;33(4):mzab140. DOI: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab140>