

# 의료재정 안정화 방안

정영호 · 고숙자 · 장익현

K O R E A  
I N S T I T U T E  
F O R H E A L T H  
A N D S O C I A L  
A F F A I R S

정책자료 2010-09

---

## 의료재정 안정화 방안

---

발행일 2010년 12월  
저자 정영호 외  
발행인 김용하  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)  
전화 대표전화: 02) 380-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 대명  
가격 비매품

---

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-752-1 93510

Abstract .....	1
요약 .....	3
제1장 서론 .....	21
제2장 주요 유럽국가의 보건의료시스템: 의료 보장성 및 의료재정을 중심으로 .....	27
1. 프랑스 .....	27
2. 독일 .....	35
3. 네덜란드 .....	42
제3장 의료재정 안정화를 위한 개념적 구조 .....	51
1. 양(volume) 지향에서 가치(value) 지향의 전환 .....	51
2. 의료비 절감을 위한 정책 영역 .....	55
제4장 지불체계 개선방안 .....	59
1. 대안적 지불체계의 이해를 위한 분석의 틀 .....	59
2. 새로운 지불체계 모델 .....	68
3. 새로운 지불체계와 관련된 주요 이슈에 관한 논의 .....	76
4. 고찰 및 소결 .....	92

<b>제5장 비교효과 분석의 활성화</b> .....	99
1. 비교효과성 연구의 현황 및 문제점 .....	99
2. 각국의 비교효과성 연구 현황 .....	103
3. 비교효과성 연구기관 운영에 관한 주요 이슈 .....	113
4. 시사점 및 정책방안 .....	120
<b>제6장 건강위해품목에 대한 적극적 가격정책을 통한 질병예방</b> .....	127
1. 예방 및 건강증진에 대한 정부개입의 필요성 .....	127
2. 만성질환 감소를 위한 건강위해품목의 가격정책 사례 및 효과 .....	130
3. 흡연, 음주, 비만에 기인한 사회경제적 비용 .....	133
4. 건강위해품목의 가격 정책의 필요성: 담배와 주류를 중심으로 .....	135
5. 건강위해품목의 조세정책 방향 및 자원 활용방안 .....	145
<b>제7장 정책적 시사점 및 결론</b> .....	151
1. 정책적 시사점 .....	152
2. 결론 .....	156
<b>참고문헌</b> .....	159

## 표 목차

〈표 I-1〉 의료비 절감을 위한 정책 영역 및 방안 .....	23
〈표 III-1〉 의료비 절감을 위한 정책 영역 .....	56
〈표 VI-1〉 흡연·음주·비만에 기인한 의료재정 부담 .....	128
〈표 VI-2〉 건강생활실천에 따른 의료비 절감 효과(미국) .....	128
〈표 VI-3〉 청소년 음주율 .....	134
〈표 VI-4〉 소아청소년 비만율: 2007년 .....	135
〈표 VI-5〉 한국과 유럽의 담배가격과 소득수준 비교 .....	137
〈표 VI-6〉 유럽의 사례를 대입한 담배가격 산출 .....	137
〈표 VI-7〉 담배의 가격탄력성 .....	138
〈표 VI-8〉 가격정책의 효과성(Tobacco Control Scale) .....	138
〈표 VI-9〉 주세율의 변화 .....	140
〈표 VII-1〉 정책방안과 국민의료비에 미치는 순 누적효과 (1년, 5년, 10년) .....	151

## 그림 목차

[그림 IV- 1] 보건의료비용 방정식(단순형) .....	59
[그림 IV- 2] 보건의료비용 방정식(확장형) .....	60
[그림 IV- 3] 1인당 질병 수 .....	61
[그림 IV- 4] 의료비용에 기여하는 변수 .....	62
[그림 IV- 5] 행위별 수가제 .....	63
[그림 IV- 6] 인두제 .....	65
[그림 IV- 7] 보험위험(Insurance Risk)과 성과위험(Performance Risk) .....	67
[그림 IV- 8] 새로운 지불체계에서의 공급자 책임 영역 .....	69
[그림 IV- 9] 보건의료서비스 전달체계와 지불체계 개선관련 주요이슈	77
[그림 IV-10] 지불체계와 통합관리 시스템(현재와 바림직한 미래상)	79
[그림 IV-11] 현재의 지불시스템, 과도기상의 지불시스템, 이상적 지불시스템 .....	85
[그림 IV-12] 소비자 행태 변화를 위한 비용분담 .....	87
[그림 IV-13] 비용/질의 차이에 따른 적합한 지불제도 .....	93
[그림 IV-14] 전달체계와 지불제도 옵션 .....	94
[그림 IV-15] 가치지향적 의료시스템으로의 이행 단계 .....	95
[그림 VI- 1] 담배가격과 소비량의 변화: 프랑스 .....	132
[그림 VI- 2] 유럽국가 및 우리나라 담배가격의 추이(2006 ~ 2008) ..	136
[그림 VI- 3] 전체물가수준으로 보정한 주류가격의 변화 .....	139



## Alternative Financing Strategies for Efficiency of Health Care System

Health spending in Korea is growing rapidly, exceeding average national household income and economic growth. While rising costs are putting all sectors of the economy at risk, the nation lacks a concrete, realistic plan for a different approach that could achieve efficient health care financing and improve value.

The objective of this study is to examine the policy options that it would be possible to reduce national health care expenditures over the next decade while improving access, quality and population health. This report focuses on the policy options:

- introducing financial incentives with health quality and efficiency.
- producing and using better information for health care decision-making
- promoting health and enhancing disease prevention efforts

Achieving significant savings, however, will require a combination of policy options. In order for providers to deliver the most effective and efficient care, they require information of the most up-to-date clinical decision support. In order for patients, it is important that

they be knowledgeable and engaged in health care decisions.

Also, our current health system, which relies predominantly on fee-for-service payment results over-utilization and inefficiency, and we recommended the Hospital Pay-for-Performance, Episode-of-Care Payment, and primary care. And the prevention and management of chronic diseases and encouraging healthy behaviour result in substantial savings to the health system.

With the nation at risk of enormous finance if we continue on the current path of escalating health care spending, new policy directions are critical to the future health and economic security of the nation.

# 요약

## 제1장 서론

- 의료비의 증가는 국가재정에 커다란 부담을 가져올 수 있어, OECD 국가들은 의료비 증가억제를 위한 정책을 꾸준히 추진하고 있음.
  - 우리나라의 경우, 국민의료비 규모는 2008년도에 약 67조 2천억원인 것으로 추산되고 있는데, 이는 1987년에 비해 16배 이상 증가한 것임.
  - 특히, 1987년 이후의 국민의료비 증가율은 일부연도를 제외하면 10%를 넘는 것으로 나타나고 있으며, 이러한 국민의료비의 증가율은 OECD 국가들 중 멕시코를 제외하면 가장 큰 폭의 증가추세를 보이고 있음.
  
- 미국의 경우에도 의료재정의 안정화를 위한 방안마련에 고심하고 있음.
  - 미국의 국민의료비는 2006년에 GDP 대비 16%(약 2조달러)에 이르고 있는데, 2016년에는 20%(약 4조달러)까지 증가할 것으로 추정.
  - 미국의 Commonwealth Fund Commission에서 제안하고 있는 의료비 절감방안으로 4가지의 정책영역과 15개의 방안들로 구성됨.
  
- 본 보고서에서는 미국의 Commonwealth Fund Commission에서 제안하고 있는 15가지 방안 중 다음의 정책영역과 방안에 대해 구체적으로 논의하고자 함.

- 양질의 정보 생산
  - 보건의료서비스 의사결정을 위한 비교효과성 센터의 설립
- 건강증진 및 질병예방
  - 담배, 술 비만유발 품목 등 건강위해품목의 소비 감소
- 질과 효율성 향상을 위한 유인구조
  - 지불체계 개선 → 에피소드(Episode of Care) 지불체계

## 제2장 주요 유럽국가의 보건의료시스템: 의료 보장성 및 의료재정을 중심으로

### 1. 프랑스

- 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준
  - 최근에는 환자가 문지기 시스템(gatekeeping system)을 수용하느냐의 여부에 따라 본인부담율이 다르게 적용하고 있는데, 문지기 일반의(GP)를 먼저 방문하는 사람에게는 30%를, 그렇지 않은 환자에게는 50%까지 본인부담률이 상승함.
  - 만성질환(30개의 만성질환 대상) 보유자, 저소득층, 산업재해 수급자 등의 사회적 취약계층에 대해 본인부담이 면제되는 사회 안전망을 보유하고
  - 병원에서의 본인일부부담은 입원 최초 31일간 적용되지만, 몇몇 외과적 수술에는 면제되고, 어린이와 저소득층은 비상환 본인부담제도에서 면제됨.
  - 프랑스에서의 보충형 민간의료보험은 공적 보험에 의해 상환되지 않는 강제적인 비용분담을 커버하는 방식으로 운용되는데, 공적보험 급여혜택에 등록된 보건의료서비스와 처방 의약품에 국한하여 적용

## 2. 독일

### □ 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준

- SHI하에서는 비용분담이 거의 적용되지 않았으나, 2004년에 외래진료(일반의(GP), 전문의, 치과의사)를 위한 통원진료시 18세 이상 성인에 대해 분기 당 첫 방문 또는 의사의 의뢰 없이 방문할 경우 10 유로의 본인부담이 도입
- 비용분담은 일반적으로 가구소득의 2%로 제한되며, 만약 추가된 가족 구성원이 있을 경우, 소득은 이 계산에서 제외
- 유방암, 자궁경부암, 결장암 등을 보유하고 있는 만성질환자의 경우에는 총소득의 1%를 임계치로 정하고 있음.

## 3. 네덜란드

### □ 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준

- 일반의(GP), 병원, 조산원들을 포함한 의료, 입원, 치과진료(18세까지, 의료보조, 의약품, 모자보건, 구급차 및 환자이동 서비스, 준의료 활동(제한적 물리치료/운동요법, 언어치료, 다이어트 상담 등) 표준 급여혜택을 받음.
- 이러한 표준 급여혜택 이외에도 모든 시민들은 홈 케어와 너싱 홈과 같은 만성질환과 정신보건 등에 대해 폭 넓게 보장받음.
- 동일한 의료보험에 가입한 가입자들은 나이와 건강수준에 관계없이 고정된 보험료(flat-rate)를 지불
- 비용분담과 가계에 의해 직접 지불된 본인부담금은 전체 의료비지출에서 약 6% 정도를 차지

## 제3장 의료재정 안정화를 위한 개념적 구조

### 1. 양(volume) 지향에서 가치(value) 지향의 전환

- 현재의 지불시스템이 의료공급자에게 더 많은 사람에게 더 많은 의료서비스를 제공하면 수익이 더 많이 발생하는 유인 구조를 제공하고 있기 때문에, 이러한 지불시스템은 의료비 증가를 더욱 부채질 할 수 있음.
  - 이러한 문제점이 제기됨에 따라, 양 지향(volume-driven)의 보건의료에서 가치 지향(value-driven)의 보건의료로의 전환을 이루어 내고, 궁극적으로는 의료재정의 안정화와 보건의료의 질 향상을 실현할 수 있는 지불체계의 변화가 오래 전부터 요구되고 있음.
  - 의료서비스에 있어서 ‘가치(value)’를 높인다는 것은 의료서비스의 ‘질’과 ‘비용’ 두 가지 모두에서의 개선을 의미

### 2. 의료비 절감을 위한 정책 영역

- Commonwealth Fund Commission에서 지원을 한 보고서인 『High Performance Health System』에서는 다음과 같이 크게 4개의 영역으로 구분하고 있음.
  - 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용
  - 건강 증진 및 질병예방 노력의 확대
  - 의료서비스의 질과 효율성 향상을 위한 유인구조(incentives)의 확립
  - 의료서비스 시장에서의 가격신호 교정

## 제4장 지불체계의 개선방안

### 1. 대안적 지불체계의 이해를 위한 분석의 틀

#### □ 보건의료비용 방정식

- 1인당 비용 = 1인당 질병수 \* 질병당 에피소드 수 \* 에피소드당 의료서비스 수 \* 의료서비스당 치료절차 수 \* 치료절차당 비용
- 1인당 질병 수 = 예방 불가능한 질병 + 예방가능한 질병

#### □ 보건의료비용 인플레이션의 원인: 풍선효과

- 한 영역의 비용을 감소시키기 위해 ‘풍선을 짜낸다면’ 다른 영역의 비용이 부풀어 오르게 되는 “풍선효과”가 발생하게 됨.

#### □ 행위별수가제가 보건의료비에 미치는 영향

- 보건의료비용 방정식에서 행위별 수가제도는 의료서비스의 수와 비용과 관련해서 다음과 같은 문제를 발생시키게 됨.
  - ‘양’에 대한 보상 : 서비스에 대한 수량에 제한이 없기 때문에 만일 행위별 수가를 제한하려고 하면 의료공급자들은 소득을 유지하기 위해 제공하는 의료서비스의 수를 증가시킬 수 있음.
  - 낮은 품질에 대한 처벌이 없음 : 행위별 수가를 제한하려고 하는 노력은 공급자들로 하여금 비용을 줄이기 위해 의료서비스 중 필요한 절차를 빼버리는 결과를 가져올 수 있음.
  - 장기가 아닌 단기에 초점 : 전체적인 비용을 감소시키려는 노력은 때로는 지불자들이 장기적으로 가치 있는 의료서비스에 대한 지불을 줄이게 하는 결과를 가져올 수도 있음.

#### □ 행위별 수가제에 대한 임시 대처법

- 과잉 진료의 억제

- 성과연동지불제(P4P)
- 인두제의 장점과 단점
  - ‘양’에 대한 조절, 미세관리의 회피, 낮은 품질에 대한 벌칙
  - 가장 중요한 것은 인두제 하에서는 환자의 상태에 상관없이 단일한 지불액으로 보상받기 때문에 의료공급자들이 질병을 관리할 수 없는 상황에서도 공급자들에게 책임을 지게 함으로서 다양하고 고비용의 처치가 필요한 질병을 가진 환지들에 대한 진료를 회피하는 상황을 유발하게 됨.
- 보험위험(Insurance Risk)과 성과위험(Performance Risk)의 구분
  - 보험위험 : 1인당 질병수, 질병 당 에피소드의 수
  - 성과위험 : 질병당 에피소드의 수, 에피소드 당 의료서비스의 수, 의료서비스 당 치료절차 수, 치료절차 당 비용
  - 전통적인 인두제 시스템 하에서는 전체 보건의료비용이 성과위험화 되어 공급자에게 귀착되는 경향이 있지만, 모든 보건의료비용이 순수하게 성과위험으로 고려되어야 하는 것은 아님.
  - 하지만, 행위별 수가제하에서 보험자가 절대적으로 책임을 지는 시스템보다는 보험위험의 영역이 줄어들고 그리고 포함되는 보건의료비용의 종류가 적은 것 또한 분명함.

## 2. 새로운 지불체계 모델

- 대안적 모델의 핵심은 ‘에피소드 중심 지불체계(episode of care payment)’를 바탕으로
  - 이 방식은 진료 에피소드에서 환자가 필요로 하는 모든 의료서비스에 단일의 가격을 지불
  - 이러한 접근법은 ‘질병-특정 인두제 (condition-specific capitation)’

또는 ‘위험보정 총액 수가제(risk-adjusted global fees)’라 함.

- '질병 특정' 이라는 것은 환자에 대한 수가는 단일하나 이러한 수가는 환자가 가지고 있는 질병에 따라 다양해진다는 점에서 모든 환자와 모든 질병에 대해 동일한 수가를 적용하는 전통적인 인두제와는 차이가 있음.

### 3. 새로운 지불체계와 관련된 주요 이슈에 관한 논의

□ 다음과 같은 문제들이 충분히 논의되어야 함.

- 다수의 의료공급자들이 수용할 수 있다고 한다면 새로운 지불체계는 성공할 확률이 높을 것이나, 새로운 지불체계를 받아들일 의료공급자들이 미흡하면 새로운 지불체도가 운용되기 어렵고, 설사 운용된다고 해도 가치의 향상이라는 목표를 달성할 수 없을 것임.
- 높은 가치를 제공하는 공급자와 의료 서비스의 사용을 촉진할 수 있어야 하며, 환자들에게 적절한 의료의 질을 담보할 수 있는 보호가 필요함.
- 지불제도 개혁의 이니셔티브에 대한 지원과 활성화를 위한 구체적인 실행방안이 마련되어야 함.

□ 근본적인 지불체계의 개혁을 위한 조직 구조

- 에피소드 기반 지불체계를 위한 공급자 조직의 구조
  - 지불자들이 전체적인(comprehensive) 질병 에피소드 관리를 할 수 있는 역량과 전문성을 보여주는 공급자들에게는 지불체계를 포괄적(bundled)으로 바꾸어야 함.
- 지불체계와 1차 진료강화를 위한 조직구조
  - 환자 중심의 메디컬 홈, 만성질환관리 모델(Chronic care model)
  - 대부분의 1차진료 공급자들은 환자중심의 메디컬 홈이나 만성질환관리 등과 같은 모델을 지지하는 지불체계의 개선 없이는 진료

의 변화를 이행하는 것은 불가능하다고 주장하는 반면, 지불자들은 지불체계를 바꾸기 이전에 제공자들이 비용 감소와 품질향상에 대한 확신을 주어야 한다고 요구

- 1차의료 강화에 필요한 통합 지불체계로의 이행
  - 1차 의료 공급자들은 질병 심각도 조정을 거친 단일의 통합 수가제, 즉 통합지불(comprehensive payment)을 통해 환자의 외래진료에 대한 모든 비용을 포괄해야 함.
  - 소비자들은 메디컬 홈으로서 1차 의료 공급자를 방문하는 것에 대한 인센티브를 받아야 함.

□ 지불체계 개선을 통한 소비자의 행태 변화 촉진 및 소비자 보호 방안

- 질 높은 서비스에 대한 소비자 수요의 촉진 방안
- 새로운 지불체계 하에서 환자들에 대한 보호

□ 지불체계 개혁을 위한 다양한 사회적 조치에 대한 논의

- 시범 프로그램의 특성과 역할
- 지불자와 공급자들의 새로운 지불시스템에 대한 사회적 지원

## 제5장 비교효과 분석의 활성화

### 1. 비교효과성 연구의 현황 및 문제점

- 비교효과성이란, 주어진 질병의 환자들을 대상으로 행할 수 있는 다양한 처방들 간의 효과에 대한 엄밀한 비교분석의 결과를 말함.
- 우리는 의학적 기술에 대한 엄격한 과학적 평가를 통해서 얼마나 많은 보건의료비 지출 감소를 도모할 수 있는가? 어떠한 메커니즘에 의해 비

용절감이 일어나는지, 그리고 건강수준에 어떠한 영향이 있는지에 대해서는 여전히 논의가 계속되고 있지만, 처치 또는 처방의 다양성의 감소로 인한 잠재적 비용절감에 대해서는 대체로 동의하고 있음.

## 2. 각국의 비교효과성 연구 현황

### □ 영국의 NICE

- NICE의 주요임무는 (1) 의약품, 장비, 진단기술, 수술절차 등의 기술평가 실시, (2) 치료 효과성, 비용 효과성을 모두 고려한 신기술 사용의 임상적 가이드라인 수립, (3) 의약품, 장비, 진단기술 등에 있어서 안전성과 효과성 확보, (4) 지속적인 모니터링 방법의 개발

### □ 미국

- 근거기반진료의 사용을 촉진하기 위해 AHRQ는 13개의 중(근)거기반진료센터(EPCs: Evidence-based Practice Center)를 조직하여 대학과 협력하여 과학적 연구를 추진
- 급여범위의 결정에 관해서 메디케어는 이중 체계를 유지하고 있는데, 50개의 지역단위에서 개별적으로 다양하게 결정되는 체계와, CMS에 의해 전국에 동일하게 결정되는 체계를 동시에 갖추고 있음.

### □ 미국과 영국 : 유사점과 차이점

- 미국과 영국 양국에서 나타나는 발전적인 증거는 양국 모두 공적 건강보험에서 있어서 급여범위의 결정에 투명성과 대중참여를 중요시
- 하나의 중요한 트렌드는 기술평가의 분석적 기준에 있어서 전 세계적으로 일관성과 조화를 중요시

### 3. 비교효과성 연구기관 운영에 관한 주요 이슈

#### □ 연구기관 조직의 구성

- 연구기관이 준독립적인 기관으로 존재해야하며 실제적으로 정치적 독립성을 확보
- 연구기관 운영을 위한 재원조달의 경우, 단기적인 연간 예산보다는 보다 장기적인 안목에서 예산을 확보하는 것이 바람직

#### □ 연구기관의 목적과 구성요소에 관련된 이슈

- 연구를 위한 방법론을 정하고, 분석의 기준을 정하는 데 있어서 각 그룹들의 리더들을 반드시 포함시켜야 함.
- 검증과 새로운 연구결과로 인한 발견물의 조정을 지속적으로 실시
- 연구의 결과가 애매할 때는 ‘충분하지 않은 증거’로 정할 수 있도록 함.
- 우수한 연구나 혁신적 연구에 대해서는 보상을 실시함.
- 연구의 초기단계에서 이해관계자들을 참여시키고 파트너십을 구축.

#### □ 연구결과의 확산 모형에 대한 논의

- 임상적 치료방법의 확인과 검증
- 필요정보의 개발과 확산
- 훈련 및 기술적 조언
- 임상적 처방에 대한 적용
- 결과에 대한 검증

## 제6장 건강위해품목에 대한 적극적 가격정책을 통한 질병예방

### 1. 예방 및 건강증진에 대한 정부개입의 필요성

- 우리나라의 20세 이상의 경우 흡연과 음주, 비만이 유발한 질병으로 지출된 건강보험 및 의료급여액은 전체 진료비 중 약 24%인 것으로 분석되고 있음(정영호, 2009).
- 미국 Lewin Group에서 발간한 보고서에 따르면, 건강생활실천을 통해 기대되는 의료비 절감효과는 4,080억불로, 이는 2008년도 미국의 전체 의료비 중 약 17%에 해당되는 액수로, 각각의 위험요인별로 보면, 음주의 경우 960억불, 담배의 경우 1,680억불, 그리고 비만의 경우 1,440억불의 의료비 절감을 가져올 수 있는 것으로 예측되고 있음.

### 2. 만성질환 감소를 위한 건강위해품목의 가격정책 사례 및 효과

- 보다 효과적인 건강증진 전략 마련을 위해서는 적절한 규제정책(비가격 정책)과 함께 조세부과 및 보조금 지급, 재정적 인센티브 등의 재정정책(가격정책)을 추진하는 것이 필요
- 프랑스는 담배와 알코올에 대한 가격 결정 책임부서를 재정부(Ministry of finance)에서 보건부(Health Department)로 이관
  - 이는 담배와 술 등 건강위해품목에 대한 조세정책을 강력한 공중보건(public health) 정책수단으로 활용하는 것을 의미하며, 보건부(Health Department)가 담배와 술과 같은 건강위해품목에 대한 가격정책의 책임부서로 역할을 담당하는 것을 의미

### 3. 흡연, 음주, 비만에 기인한 사회경제적 비용

#### □ 흡연의 폐해

- 흡연으로 인한 사회경제적 비용은 2007년 기준으로 1일 평균 약 164억원의 사회경제적 비용이 발생하는 것으로 분석되었음(정영호, 2009).
- 진료비를 연간으로 환산하면 약 1조 7,721억원에 이르는데, 이는 2010년 건강보험 재정적자 규모를 상회하는 수준
- 정영호 외(2009)에 따르면 40세 남성 흡연자는 비흡연자에 비해 기대여명에서 6.28년 짧은 것으로 나타났으며, 뇌혈관질환으로 인한 1인당 생애의료비는 흡연자가 비흡연자에 비해 11,249,728원 정도 더 많이 지출하는 것으로 분석됨.

#### □ 음주의 폐해

- 음주관련 질병에 기인한 조기사망 비용은 2007년 기준으로 3조 9,874억원(정영호, 2009)으로 추산되고, 음주관련 사고(산업재해, 음주사고)로 인한 비용도 1조 5,968억원에 이르고 있음.

#### □ 비만의 폐해

- 비만으로 인한 20세 이상의 질병비용은 2005년 기준으로 2조 555 억원으로 추산되고 있다(정영호 외, 2008)
- 청소년의 비만으로 인한 사회경제적 비용은 총 1조 3,638억원인 것으로 추계

### 4. 건강위해품목의 조세정책 방향 및 자원 활용방안

#### □ 조세정책 방향

- 담배와 주류에 대한 조세정책을 강화하여 담배와 주류 가격 인상을

추진하는 것이 필요하다. 가격 인상시 과거의 인플레이션을 감안한 가격인상이 이루어지는 것이 바람직할 것임.

- 공중보건(public health)관점에서의 담배와 주류가격 정책을 추진할 수 있도록 조세부과 결정에 있어 보건복지부의 책임이 강화될 필요가 있음
- 비만을 유발하는 품목에 대해서는 미국의 사례처럼 소액 또는 소량의 세금을 부과하여 소비자의 부담을 최소화하는 것이 바람직

#### □ 조세부과 및 재원의 활용

- 저소득층에 대한 건강투자를 강화하는 방안을 마련하여야 한다. 구체적으로는 저소득층에 대한 예방서비스 지원을 강화하여 건강증진에 도움을 줄 수 있도록 하고, 또한 의료비 등에 대한 지원도 고려하도록 함.
- 참고로, 프랑스는 담배와 술에 목적세를 부과하여 조성된 재원으로 의료비 지원과 social security activities에 활용하고 있음.

## 제7장 정책적 시사점 및 결론

□ 본 보고서에서는 의료재정 안정화를 위하여 지불체계 개선 방안, 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용방안, 건강 증진 및 질병예방을 위한 방안을 중심으로 살펴보았음.

- 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보생산 및 활용
- 건강증진 및 질병예방
- 의료서비스의 질과 효율성 향상을 위한 지불체계 개선
  - － 병원 성과연동지불제도(P4P)
  - － 진료에피소드(Episode-of-Care) 지불
  - － 1차 진료와 통합진료(care coordination)의 강화

- 증기추세를 완화하면서 의료의 질, 접근성, 인구보건의 향상 등을 동시에 달성하는 정책들을 개발하여 적극 추진하는 것이 중요
  - 지불제도의 개선, 의료기관의 재정립, 일차의료의 활성화, 비교효과성 분석의 활성화 등을 위한 논의가 활발하게 이루어지고 있는데, 의료공급자를 포함하지 않은 일방적인 논의와 정책의 실행은 성공을 거두기가 어려울 것이라 사료됨.
  - 본 보고서에서 논의한 제도들이 성공하기 위해서는 전제조건들이 우선 충족되어야 할 것임.
    - 의료기술의 비교효과성 분석의 활성화와 신뢰성 확보를 위해서도 이해당사자들의 참여와 동의가 이루어져야 한다.
    - 그리고 비교효과를 수행하는 기관 또는 센터의 독립성과 재정의 안정적 조달도 중요한 문제라 할 수 있음.
  - 건강위해품목의 폐해를 감소시키기 위한 방안으로 적극적인 가격정책을 제안하였는데, 국민들의 지지와 합의가 필요함.
    - 이를 위해서는 국민보건 향상이라는 관점에서의 컨센서스를 도출하는 노력이 필요
    - 프랑스의 사례에서 보듯이 건강위해품목에 대한 가격 책정 및 조세결정을 국민건강을 책임지는 보건복지부가 담당하도록 하는 것을 적극 검토하는 것을 제안하고자 함.
- 의료재정의 안정화를 위한 향후 연구 과제
  - 첫째, 가치 지향적인 의료시스템을 구축하기 위해 주요 유럽국가들의 보건의료시스템에 대한 장단점 분석과 우리에의 적용 가능성에 대한 연구가 필요할 것임.
    - 예를 들어, 주치의 제도가 외국에서는 어떤 과정과 기반 구축을 통해 시행되고 있는지를 파악하고 우리 현실에서는 왜 적용하기 어려운지 깊은 성찰이 필요
  - 둘째, 본 보고서에서 논의한 방안이외에도 다양한 정책들에 대한 폭

넓고 심도있는 논의가 필요

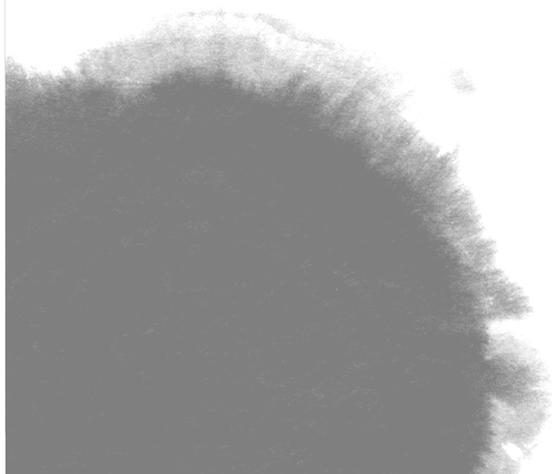
– 약제비의 절감을 위한 방안과 장기요양제도의 개선 등

- 셋째, 본 보고서에서 논의하고 있는 정책방향들을 우리 현실에 부합하는 방안으로 개발하는 노력이 필요



# 01

서론





## 제1장 서론

OECD 주요 국가들의 GDP 대비 국민의료비 비중은 1970년 중반까지 5.0% 수준이었으나, 1980년에는 6.8%, 그리고 2000년에는 8.4%로 높아졌다(정영호 외, 2009).<sup>1)</sup> 이러한 추세는 최근 들어 더욱 가속화되고 있는 것으로 나타났는데, 2003년에는 9.3%로 2000년에 비해 약 1% 포인트 증가하였으며 2007년에는 9.6%의 비중을 보이고 있다(정영호 외, 2009).<sup>2)3)</sup> 이와 같은 의료비의 증가는 국가재정에 커다란 부담을 가져올 수 있어, OECD 국가들은 의료비 증가억제를 위한 정책을 꾸준히 추진하고 있다.

우리나라의 경우, 국민의료비 규모는 2008년도에 약 67조 2천억원인 것으로 추산되고 있는데, 이는 1987년에 비해 16배 이상 증가한 것이다. 특히, 1987년 이후의 국민의료비 증가율은 일부연도를 제외하면 10%를 넘는 것으로 나타나고 있으며, 우리나라의 국민의료비 증가율은 OECD 국가들 중 멕시코를 제외하면 가장 큰 폭의 증가추세를 보이고 있는 것으로 나타났다(OECD, 2009). 이러한 증가추세로 GDP 대비 국민의료비 비중은 1987년의 3.6%에서 2007년에는 6.8%로 크게 높아졌다(OECD, 2009). 의료비의 증가추세는 급속한 고령화의 진전, 만성질환의 증가, 건강보험을 포함한 사회보장 확대에 대한 요구, 의료기술의 변화, 의료수요에 대한 다양한 욕구 등에 따라 더욱 가파르게 진행될 것으로 예견된다. 현재, 우리나라

- 1) 정영호 외, 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원, 2009
- 2) OECD, OECD Health Data File, 2009을 기초로 연구진이 산출함. 분석대상 국가는 호주, 오스트리아, 캐나다, 핀란드, 프랑스, 독일, 그리스, 아이슬란드, 아일랜드, 이태리, 일본, 네덜란드, 노르웨이, 포르투갈, 스페인, 스웨덴, 스위스, 영국, 미국 등임.
- 3) 정영호 외, 『생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석』, 한국보건사회연구원, 2009

라의 국민의료비 지출규모는 OECD 국가와 비교하면 아직은 높은 국가에 속하지는 않지만 여러 상황을 고려해 볼 때 여타 선진국들이 당면한 문제들이 나타날 것으로 예상되어 이에 대한 대책이 요구된다.

한편, 미국의 경우에는 의료비의 문제가 OECD 국가 중 가장 심각한 것으로 알려져 있는데, 연방정부 차원에서 의료재정의 안정화를 위한 방안 마련에 고심하고 있다. 미국의 국민의료비는 2006년에 GDP 대비 16%(약 2조달러)<sup>4)</sup>에 이르고 있으며, 2016년에는 20%(약 4조달러)까지 증가할 것으로 추정되고 있다. 이러한 의료비의 증가로 미국의 국가 재정적자가 더욱 심화되어 국가경제 위기에 빠질 것이라는 우려의 목소리가 높아지고 있다. 더욱 문제되는 것은 투입되는 의료비 지출 정도에 비해 보건의료부문의 성과가 그리 높지 않다는 것이다. 다음의 <표 I-1>는 미국의 Commonwealth Fund Commission에서 제안하고 있는 의료비 절감방안으로 4가지의 정책 영역과 15개의 방안들로 구성되어 있다. 이러한 방안들은 의료비 절감효과 뿐 아니라 의료의 접근성, 의료의 질, 그리고 인구보건의 향상에 기여할 수 있을 것으로도 기대하고 있다.

Commonwealth Fund Commission에서 제시한 의료비 절감방안들이 비록 미국의 상황을 고려한 대안들이지만, 우리에게도 시사하는 바가 적지 않을 것이라 사료된다. 본 보고서는 의료비 절감 또는 의료재정의 안정화를 위한 방안제시를 목적으로 작성되었는데, <표 I-1>의 15가지 방안 중 다음의 정책영역과 방안에 대해 구체적으로 논의하고자 한다.

- 양질의 정보 생산
  - 보건의료서비스 의사결정을 위한 비교효과성 센터의 설립
- 건강증진 및 질병예방
  - 담배, 술 비만유발 품목 등 건강위해품목의 소비 감소

4) Schoen, Guterman, Shih, Lau, Kasimow, Gauthier, Davis, 『Bending the Curve; Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending』, Commonwealth Fund Commission, Dec. 2007.

○ 질과 효율성 향상을 위한 유인구조

- 지불체계 개선 --> 에피소드(Episode of Care) 지불체계

〈표 1-1〉 의료비 절감을 위한 정책 영역 및 방안

정책영역	세부 내용
양질의 정보 생산(*)	1. 보건의료정보기술의 향상 2. *임상효과성 및 보건의료의사결정을 위한 센터 3. 환자와 공유된 의사결정
건강 증진 및 질병예방(*)	4. *공공보건정책: 흡연감소 5. *공공보건정책: 비만감소 *공공보건정책: 음주감소 6. 건강증진을 위한 포지티브 인센티브
질과 효율성 향상을 위한 유인구조(*)	7. 병원의 P4P 8. *에피소드 지불체계 9. 일차의료 및 케어 코디네이션 강화 10. 보험료에 대한 연방면세 제한
의료서비스 시장에서의 가격신호 교정	11. 메디케어에 대한 benchmark rate 재설정 12. 경쟁적인 입찰 13. 처방약품 가격결정의 협상 14. all-payer provider payment methods and rates 15. 고비용 영역에서의 추가지불 제한

자료: Schoen, Guterman, Shih, Lau, Kasimow, Gauthier, Davis, 『Bending the Curve; Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending』, Commonwealth Fund Commission, Dec. 2007에서 재인용

주: (\*)로 표시된 영역 또는 세부 내용은 본 보고서에서 논의하는 주제임.

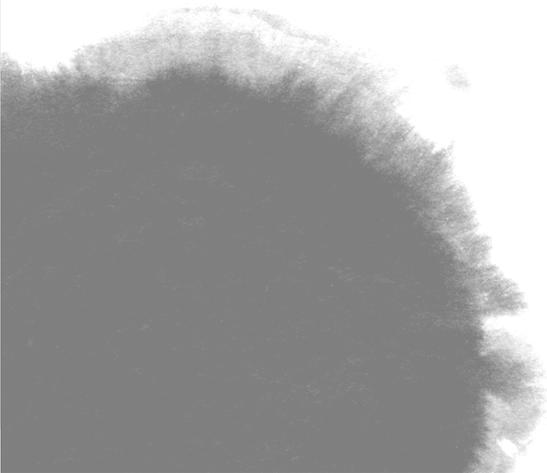
이를 위하여 본 연구는 각각의 방안에 대한 주요 문헌을 고찰하고 정리하는 방법을 취하였다.

이와 함께, 본 보고서에서는 주요 유럽국가들(프랑스, 독일, 네덜란드)의 보건의료시스템을 고찰하여 정책적 시사점을 모색하고자 하였다.



## 02

주요 유럽국가의 보건의료시스템:  
의료보장성 및 의료재정을 중심으로





# 제2장 주요 유럽국가의 보건의료시스템<sup>5)</sup>: 의료 보장성 및 의료재정을 중심으로

## 1. 프랑스

프랑스에서는 보편적 의료보장을 제공하고 있다. 프랑스내의 모든 거주민들은 공적 재정지원(publicly-financed)을 통한 의료서비스를 받을 자격이 주어지며, 또한 2000년에 빈곤층 의료보장제(CMU: Couverture Maladie Universelle)가 도입되면서 공공 건강보험의 수급자격이 안 되는 거주인들(약 0.4%)은 주 정부의 재정지원을 받는 보험에 가입할 수 있다.

### 가. 보건의료재정

#### 1) 공공재원(publicly-financed) 보건의료 서비스

2008년 국민의료비 중 공공부문 지출은 약 78%를 차지하고 있으며, 이 중 공공보험이 76.6%에 이르고 있다. 공공보험의 재원은 고용주와 근로자의 지불급여세(payroll tax)가 43%, 국가 소득세<sup>6)</sup> 33%, 담배세와 주세가 8%, 보조금 2%, 다른 사회보장 영역에서의 이전금액 8% 등으로 구성되어 있다. 고용주와 근로자의 보험료(contributions)는 우리나라와는 달리 상한선이 없으며 사회보장청(national social security agency)에서 징수하고 있다. 공공보험이나 보충형 민간의료보험의 혜택을 받지 못하는 주민들에 대

5) 본 장은 The Commonwealth Fund, "Descriptions of Health Care Systems: France, Germany, and The Netherlands", 2009. 11. 의 내용을 정리한 것임.

6) 사회보장(social security)을 위한 재정기반을 확충하고자 1990년에 도입

한 서비스 제공은 주로 담배와 주류에 부과하는 목적세와 민간보험사의 수입에 부과하는 5.9%의 세금으로 조달된다.

## 2) 정부

공공보험 기금은 동등한 수의 고용주와 근로자(직종별 조합) 대표로 구성된 위원회에서 운영되고 있다. 매년 의회는 다음년도의 공공보험 지출 증가율에 대한 상한선(강제적이지는 않은)을 정해놓는다. 2004년에는 공공보험 기금과 민간보험 사업자를 각각 통합하여 조직화하기 위하여 공공보험 기금국가연합(UNCAM)과 민간의료보험사업자연합(UNOCAM)을 새로운 법에 의하여 창설하였다. 이러한 새로운 법은 공공보험기금에 급여혜택을 정하고 가격과 비용분담 수준을 책정하는 역할을 부여하였다.

## 3) 민간의료보험

보충형 민간의료보험은 법적 비용분담부분을 상환하는데, 주로 비영리인 고용기반 협회에 의해 제공되며 전인구의 87%~90%가 가입되어 있다. 민간의료보험은 공공보험에 의해 이미 커버되고 있는 서비스만을 커버한다. 상환의 범위는 소득그룹에 따라 다양하게 제시되고 있으며, 2000년 이후 저소득층(실업자, 저소득층, 편부모 보조금 수령자)과 피부양자들은 소득의 비용 또는 무상으로 민간의료보험에 가입할 수 있는 자격이 부여된다(CMU-C). 이러한 CMU-C로 약 500만명 정도가 커버되고 있으며 수혜자들은 바우처를 통해 다양한 보험회사들로부터 혜택을 받을 수 있는데, 대부분은 공공보험 체계로부터 커버되는 것을 선택하고 있다.

한편, 최근에는 영리 보험회사들이 정신치료, 침술 등과 같은 공공보험 급여대상이 아닌 영역에 진출하여 보험을 제공하고 있다.

## 나. 보건의료서비스 전달체계

### 1) 공공 건강보험기금

공공 건강보험기금은 법적 단체이며 회원자격은 직업군에 기반하고 있다. 이에 따라 기금 간에 실질적인 경쟁은 거의 존재하지 않는다. 민간보험사 간에 제한적 경쟁이 있을 수는 있으나, 고용기반이기 때문에 대부분의 피고용인들은 단지 한 두개 정도의 선택을 가진다고 볼 수 있다. 그리고 직업에 따른 위험선택의 문제가 있긴 하지만 위험조정과 관련한 시스템은 시행하지 않고 있다.

### 2) 개업의

2004년 의료재정 개혁법이 도입되면서 성인(16세 이상)을 위한 자발적인 문지기(gatekeeping) 시스템이 도입되었다. 주치의의 의리가 없는 방문이나 처방에는 높은 본인부담을 부과하는 등 주치의 제도를 활성화하기 위하여 환자들에게 강력한 인센티브를 제공하고 있다. 병원에 기반하지 않은 의사들은 자유업의 형태로 진료 행위를 수행하며 행위별수가의 지불체계에 의해 보상을 받는다. 방문당 비용은 일반의(22유로)보다 전문의(23유로)가 조금 더 높는데 정부와 공공보험, 그리고 의료조합간의 협상에 의해 결정된다. 그러나 의사들은 자신의 의료 경험에 따른 판단 하에 협상가격을 초과하여 책정할 수 있다.

2009년 ‘병원, 환자, 보건, 영역’개혁 법안에서는 의료 취약지역에서의 의료의 접근성을 제고하기 위해 초과공급되고 있는 지역에 병원을 세우려는 의사에게 불이익을 주는 방안을 시도하였다. 이러한 방안에 대해 간호사 협회에서는 찬성의 입장을 보였으나 의사협회의 반대에 부딪혀 철회되었다.

### 3) 병원

병원의 2/3는 정부 소유 혹은 비영리 병원이며, 나머지 1/3은 민간 영리 클리닉으로 구성되어 있다. 모든 대학병원은 공공기관에 속하고 공공 병원 또는 비영리 병원의 의사들은 월급제로 고용되어 있다.

프랑스에서는 2008년부터 모든 병원과 클리닉에 DRG와 유사한 정액상 환제를 시행하고 있는데, 2012년까지 오리지널 DRG를 채택할 계획으로 있다. 한편, 공공병원과 비영리 병원들은 연구와 교육에 대해 예산의 13% 까지 보조금을 받으며, 응급서비스, 장기적출 및 이식 등과 같은 것에 대해서도 병원예산의 10~11% 정도의 재정지원을 받는다.

#### 다. 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준

공공의료보험이 적용되는 서비스의 범위는 입원치료, 통원치료, 처방약 등이 포함되며, 안과 및 치과의 외래진료에 있어서는 최소한의 부분을 커버하고 있다. 한편, 예방 서비스의 경우에는 특정목표 그룹을 대상으로 일부가 포함된다.

공공보건의료서비스와 의약품에 대한 비용분담(cost sharing)은 공동분담(co-insurance), 본인일부부담(co-payment), 추가부담(extra billing)의 세 가지 형태로 이루어지고 있다. 공동분담(co-insurance)은 정부지원 급여내역(benefit package)에 포함된 모든 보건의료서비스와 의약품에 적용되며, 본인부담율은 다음과 같이 다양하게 분포되어 있다.

- ▶ 진료(care)의 종류: 병원서비스(20% + 일일 본인부담<sup>7)</sup>), 의사방문(30%), 치과진료(30%)
- ▶ 환자의 종류: 만성질환자와 빈곤층의 환자의 경우, 보건당국에서 발표하는 급여내역(benefit package)에 포함되어 있는 서비스와 지원에

7) 16유로라 알려져 있음.

대해서는 비용분담에서 제외된다.

- 처방약의 효과성에 따른 본인부담율: 매우 효과적인 약품에 대해서는 0%, 제한적 치료효과를 갖는 약에 대해서는 35%, 65%, 100% 등의 본인부담률이 적용된다.

최근에는 환자가 문지기 시스템(gatekeeping system)을 수용하느냐의 여부에 따라 본인부담율이 다르게 적용하고 있는데, 문지기 일반의(GP)를 먼저 방문하는 사람에게는 30%를, 그렇지 않은 환자에게는 50%까지 본인부담률이 상승한다. 그리고 이러한 양자간의 차액은 보충형 민간보험회사에서 상환해줄 수 없다. 공동부담을 통한 비용분담 외에 의사 1회 방문당 1유로, 처방약 1건당 0.5유로, 고비용 병원처방 18유로와 같이 연간 50유로의 최고한도 내에서 본인부담을 적용하고 있다.

공적의료보험 내에서의 상환제도는 참조가격(reference price)을 기반으로 한다. 의사와 치과의사들은 자신의 의학적 경험에 따라 참조가격을 초과한 가격을 부과할 수 있다(추가부담제도: extra billing). 참조가격과 의료공급자들이 부과한 추가부담의 차액은 환자가 지불하여야 하는데, 계약조건에 따라 보충형 민간보험에 의해 커버될 수도 있고 안 될 수도 있다. 비용분담과 환자개인이 직접 지불하는 본인부담은 2007년의 경우에 프랑스 총 의료비(국민의료비)의 약 7%를 차지하는 것으로 나타났다.

한편, 프랑스는 만성질환(30개의 만성질환 대상) 보유자, 저소득층, 산업재해 수급자 등의 사회적 취약계층에 대해 본인부담이 면제되는 사회 안전망을 보유하고 있다. 병원에서의 본인일부부담은 입원 최초 31일간 적용되지만, 몇몇 외과적 수술에는 면제된다. 어린이와 저소득층은 비상환 본인부담제도에서 면제된다.

프랑스에서의 보충형 민간의료보험은 공적 보험에 의해 상환되지 않는 강제적인 비용분담을 커버하는 방식으로 운용되는데, 공적보험 급여혜택에 등록된 보건의료서비스와 처방 의약품에 국한하여 적용된다. 대부분의 프랑스인들은 고용주를 통해서 민간의료보험에 가입을 하게 된다. 2000년 이후, 저소득층은 민간의료보험에 무료로 가입하거나 가입 보조금을 받고 있으며,

안과와 치과 치료에 대해서도 무료로 제공받고 있고, 추가부담금(extra billing)도 없다. 전체 인구의 약 92%가 보충형 민간의료보험에 가입하고 있으며 이러한 민간의료보험에서 지출된 의료비는 2007년도의 프랑스 총의료비(국민의료비)의 13.6% 정도에 해당된다.

## 라. 의료서비스의 질 확보를 위한 노력

병원과 클리닉의 의료의 질을 모니터링하기 위해 신임(accreditation)제도를 활용하고 있으며, 외래진료의 경우 전문적 실무(professional practice) 평가 시스템을 운영하고 있다. 이러한 신임제도와 실무평가 시스템 등 두 시스템은 의무적으로 이루어지며 국가보건당국의 책임 하에 2004년에 도입되었다.

병원은 4년마다 전문가 집단에 의해 재신임을 받아야 하며, 신임기준과 결과는 보건당국(HAS)의 홈페이지에 공개되고 있다. 의사들의 경우에는 5년 주기로 법에 따라 감사의 형태로 자신들의 진료에 대해 외부 평가를 받아야 하는데, 병원 의사들의 진료에 대한 감사는 병원 신임과정의 일부로서 행해진다. 한편, 외래진료에서의 의사들은 HAS에 의해 승인된 외부조직에 의해서 감사를 받아야 하고, 치과의사들과 조산원들도 이와 유사한 과정을 거쳐야 한다. HAS는 새로운 의료기술(의약품, 의료기기, 의료처치 등)에 대해 급여목록에 포함하기 전에 비교효과(comparative-effectiveness) 검토를 수행한다. 또한, HAS는 진료 가이드를 발간하고 최선진료 표준을 정의한다.

## 마. 효율성 증진을 위한 노력

효율성의 제고는 공공보험기금이 직면하고 있는 주요 현안문제라 할 수 있는데, 구조적 변화와 절차적 변화 두 가지 측면에서 진행되고 있다. 구조적 변화에 대한 노력은 중복검사의 방지, 부적절한 처방의 감소, 그리고 전향적 지불제도의 도입 촉진을 위한 의무기록 국가전산시스템의 구축과 관련되어 진행되고 있다.

공급측면에서의 절차적 변화는 두 가지 이슈에 초점을 맞추고 있는데, 투입물의 재조직화(예를 들면, 의사의 업무를 간호사나 다른 전문가에게 이관), 그리고 통합진료(coordination of care)의 향상(특히 만성질환자) 등 2 가지를 말한다. 한편, 환자교육을 강화하고 핫라인을 설치하는 등의 수요측면에서의 절차적 변화도 도모하고 있다. 그리고 2008년 이후 일부 의약품의 OTC 판매도 추진하고 있는 것으로 알려져 있다.

2009년 의결된 ‘병원, 환자, 보건, 지역’에 대한 개혁법에서는 병원장이 전략과 운영에 있어서 더 많은 역할을 담당할 수 있도록 공공/비영리 병원의 거버넌스를 개혁하고자 하고 있다. 지역적 수준에서 하나의 담당기관(지역 보건기구)이 병원과 외래진료에 대한 소비자, 계획자 그리고 규제자의 역할을 통합해서 담당할 수 있도록 했다. 또한, 2009년 개혁법에는 국가와 질병기금관리를 통합하고자 노력하고 있다.

## 바. 비용통제 방안

지난 20년간 상당한 공공보험 적자를 경험하고 있는 프랑스에서는 비용통제가 보건의료시스템의 주요한 이슈이다. 최근 3년간 추진한 다음과 같은 방안을 통하여 의료비 관리를 위해 노력하였으며, 이러한 노력의 결과로 적자폭이 2003년 약 100~120억 유로에서 2009년에 약 50억 유로로 다소 감소하고 있다.

- 급성 환자 전문병원의 병상 수의 감소
- 상환되는 의약품 수의 감소: 최근 약 600여개의 의약품이 급여에서 제외
- 복제약 처방과 OTC 의약품의 증가
- 특별히 지시가 없는 한 복제약으로의 조제
- 1차진료에 있어서 주치의(Gatekeeper) 제도의 도입
- 만성질환 관리를 위한 기본 급여혜택

- 2008년부터 시행된 처방약에 대한 새로운 본인부담, 의사방문 및 엠블런스 이송에 대한 민간보험의 미적용 등

한편, 의사 수의 부족이 예상됨에 따라 의대 지원자 수가 증가하였고, 일반의(GP)도 전문의와 같이 간주되어 방문당 비용이 20유로에서 23유로로 증가하였으며, 이러한 수가의 변화를 반영한 공공 기금의 증대가 이루어졌다.

### 사. 최근의 개혁과 혁신

최근 도입되는 개혁은 주로 공공병원/비영리병원에서의 거버넌스, 그리고 지역 질병기금과 행정을 지역적 차원에서 통합할 수 있는 지역보건 기구의 설립에 관련된 것이다. 이러한 통합은 단순히 규모의 경제 측면뿐 아니라 과거 7개의 기관에 흩어져 있던 보건관리, 보건정책, 사례관리, 사회서비스 등의 업무를 하나로 통합하는 결과를 가져온다. 이것은 보다 일관성있는 시스템을 갖추는 시발점이 될 것이라고 평가되고 있다.

2009년 4월, SHI는 진료소 또는 의원급(office-based) 의사들과 개별적인 계약을 체결했다. 이 계약은 의사들이 천식, 당뇨병, 고혈압, 예방주사(immunization), 유방암 진단 등의 관리에 있어서 정해진 목표량을 달성하면 최대 5천유로의 보상금을 지급하는 것을 주 내용으로 한다. SHI와 의사들간의 계약에는 복제약 처방(특히 심혈관 질환의 경우)을 요구하고 있다.

의사연합, 제약산업연합 등은 이러한 개별적 계약이 비스마르크식의 보건의료시스템의 기본 원칙에 반하고, 의사가 환자에게 최선의 처방을 하지 않아 환자-의사의 관계가 훼손될 수 있으며, 복제약 처방을 위한 목표를 설정하여 혁신적인 의약품에 대한 접근성이 떨어질 수 있다는 등의 이유로 반대하였다. 그러나 3개월의 시행 후, 일반개업의(GP) 5000명(약 10%) 정도가 이 계약을 받아들였는데, 이는 초기의 예상을 훨씬 뛰어 넘는 수치이다. 또한 만성질환자를 관리하는 일반개업의는 환자당 40유로를 추가로 받게 되는 등 통합관리에 대한 인센티브도 강화하였다. 사회건강보험은 당뇨

병, 암과 같은 만성질환자의 관리를 위해 병원과 병원밖에서의 관리를 네트워킹하는데 필요한 재정을 지원하고 있다.

## 2. 독일

독일은 2009년 이후로 모든 시민이 기준에 가지고 있던 보험이나 자신의 직장 유형에 따라 공공보험 또는 민간보험 중 하나는 의무적으로 가입하도록 하였다. 월 4,050유로, 연간 48,600유로 이하의 소득 근로자는 법적건강보험(SHI: Statutory Health Insurance)에 의해 의무적으로 공공보험의 수급자가 된다. 또한 그들의 배우자나 자녀들(소득이 없는)은 비용부담 없이 무료로 보험 적용을 받을 수 있다. 단, 자영업자와 공무원은 예외이다. 3년간의 연 평균소득이 48,600유로를 넘는 사람들(전 인구의 약 20%에 해당)의 경우 자발적으로 공공보험(약 75% 정도) 또는 민간보험 중에 하나를 선택할 권한을 가진다. SHI에 의해 전 인구의 약 85%가 혜택을 보고 있으며, 약 10%의 사람들이(대부분 자영업자와 공무원들)은 민간보험에 가입되어 있다. 그리고 군인과 경찰 또는 나머지 사람들은 다른 특별한 제도의 적용을 받고 있다.

### 가. 보건의료재정

법적 건강보험(SHI)은 180개의 경쟁적인 질병금고(Sickness fund)에 의해 운용된다. 법에 의해 규제되는 질병금고는 지역, 기업, 보충, 직종, 광산, 농업, 선원질병금고 등 8개로 구분되며, 보험의 재정은 각 참여자들에게 소득의 일정금액 이상에 대해 보험료를 강제부과하여 운영된다. 보험의무소득액에는 상한선이 있어서 상한액까지만 적용되며 월 3,675유로 이상 또는 연간 44,100유로를 초과하는 소득에 대해서는 보험료산정에서 제외된다. 2009년 7월 현재 보험에 가입된 근로자(또는 연금수령자)들은 총급여의 7.9%를, 고용주(또는 연금기금)들은 근로자 총급여의 7%를 부담하는데, 소

득상한선이 있어 근로자와 고용주가 부담하는 보험료의 합은 최대 약 548 유로(약 806달러) 정도인 것으로 보고되고 있다. 보험료에는 보험가입자의 피부양자(소득 없는 배우자와 자녀)를 포함하고 있다. 실업자의 경우 자신의 실업급여에 따라 보험료를 지불하지만, 낮은 고정실업급여를 받는 장기 실업자는 정부가 1인당 고정된 보험료를 지불한다.

2009년 이후부터는 정부가 결정한 보험료율에 따라 질병금고가 보험료를 징수하고 이는 중앙의 국가보건기금(Health Fund)에 모아지고 위험이 보장된 인두세 공식에 따라 질병금고에 재원이 배분된다. 이 공식은 연령, 성별, 그리고 80대 만성질환으로 인한 사망률 등을 고려하여 책정되는데, 위험성이 높은 환자가 많이 가입되어 있는 질병금고에게 더 많은 금액을 배분하게 되는 것을 의미한다. 한편, 배정받은 재원이 부족한 질병금고는 해당 질병금고의 보험가입자들에게 추가적인 보험료를 요구할 수 있으며, 반대로 여유분이 생길 경우에는 상환을 하게 된다.<sup>8)</sup>

2004년 이후로 SHI가 제공하는 ‘보험 외부성(insurance-extraneous)’ 급여에 대해서 조세기반의 연방보조금이 증가하고 있다. 이러한 보조금은 공통의 이익(common interest)이라는 인식하에 일반조세에 의해 충당되고 있으며, 72억 유로에서 2012년 140억 유로까지 확대될 계획이다. 한편, SHI 체계하에서의 의료비는 2007년 현재 전체 보건의료비 지출의 약 61%를 차지하는 것으로 나타났다.<sup>9)</sup>

SHI에서 면제되는 그룹들<sup>10)</sup>과 SHI 체계에서 이탈하려는 소득수준이 높은 사람들에게는 민간의료보험은 대체적 역할을 한다. 민간의료보험에 가입한 가입자들은 위험도가 반영된 보험료를 지불하고, 피부양자에게는 별도의 보험료를 부과한다. 장기간의 민간의료보험 계약이 가능하지만 위험도 평가는 가입시를 기준으로 결정된다. 연령이 높아지면서 소득이 낮아짐으로 인해 과도한 부담을 갖지 않도록 독일 정부는 민간의료보험을 규제하고 있다.

8) 2009년에는 하나의 소규모 질병금고만이 추가적인 보험료 인상을 한 것으로 알려짐.

9) 우리나라도 독일의 사례를 참조하여 조세기반 수입으로 지원할 수 있는 영역을 도출할 필요가 있는지에 대해 검토가 필요(저자 주)

10) 예를 들어, 공무원과 자영업자 등의 그룹

2009년 1월부터 민간의료보험업자들은 위험조정 프로그램에 참여해야 하는데, 이는 예전 보험 및 직장특수성으로 인해 민간의료보험에 가입해야 하지만 민간의료보험료를 감당할 수 없는 사람들에게 기본적인 보장을 하기 위한 목적으로 실시되는 것이다. 또한 최근 법률을 통해 보험업자들간의 경쟁을 강화시키기 위해 노력하고 있다.

한편, 연령 증가와 더불어 보험료율이 상승하는 것을 억제하기 위해 피보험자가 젊었을 때 지불하는 보험료 중 일부를 저축하여 노령에 대비하는 "aging reserves"가 법에 의해 강제되고 있다.

독일의 민간의료보험은 SHI하에서 고급시설을 이용하는 경우, 그리고 특히 치과진료와 같이 본인부담이 존재하는 경우 이를 커버해 주는 역할과 기능을 하는 보충형(complementary)과 추가적(supplementary)인 민간의료보험도 존재하고 있다. 2007년의 경우, 민간의료보험부문 지출이 총의료비의 9.3%를 차지하고 있는 것으로 나타났다.

## 나. 보건의료서비스의 전달체계

### 1) 의사

일반개업의들은 공식적인 문지기(gatekeeper) 기능은 없다. 그러나, 2004년부터 질병금고는 가입자들에게 문지기 기능과 유사한 ‘가족 주치의 케어 모델’에 등록할 수 있는 선택권을 제공하도록 되어 있다.

외래 진료는 주로 단독개업의들에 의해 제공되고 있으며 일반적으로 행위별 수가제에 의해 상환을 받고 있다. 그러나 이러한 지불방식은 점차 포괄제로 전환되고 있는 중이다. 질병금고는 매년 지역의사연합과 총지불액에 대해서 협의를 하게 되어있다.

### 2) 병원

독일의 병원들은 공공병원<sup>1)</sup>이나 민간병원<sup>2)</sup>, 비영리가 주를 이루고 있

다. 그러나 최근 들어서는 주로 공공병원을 인수하는 방식으로 영리병원이 증가하고 있는 추세를 보이고 있는데, 전체 병상수의 약 1/6 정도를 차지하고 있는 것으로 보고되고 있다. 병원의 소유권은 독립적이며, 병원의 스태프 들은 봉급 의사들로 구성되어 진다. 시니어 의사들은 행위별 수가제를 기본으로 개별적으로 보험환자들에 대한 진료를 실시한다. 병원 의사들은 일반적으로 외래환자들을 진료하지 않으나, 개업 전문의들에 의해 필요한 서비스가 제공되지 않을 경우 외래환자를 진료할 수 있으며, 2004년 이후에는 더욱 고도로 전문화된 외래 서비스를 제공할 수 있게 되었다.

입원환자들은 1,192 DRG 분류에 기반한 진단명기준환자군(DRG) 시스템에 의해 비용을 지불하는 제도를 2004년 이후 의무적으로 시행하고 있는데 이 DRG는 신의료기술, 진료행태의 변화, 비용의 변화 등을 고려하여 매년 조정된다.

### 3) 질병관리프로그램(Disease Management Program: DMP)

독일은 2002년부터 질병금고가 만성질환자에게 더 나은 서비스를 제공할 수 있도록 인센티브를 제공하는 질병관리프로그램(DMP)을 법제화하여 운영하고 있다. 질병금고는 가입자당 일시불로 금액을 받고 가입자는 본인 부담을 면제받는 프로그램인데, DMP가입자 1인당 매년 262유로를 받고 있으며, 2009년 10월 현재 가입자는 약 500만명으로 이는 전체 SHI 보험 가입자의 7% 이상에 해당된다.

### 4) 정부

독일정부는 질병금고와 의료공급자협회에 권한을 위임하고 있다. 가장 중요한 기구는 2004년 몇몇 위원회를 대체하여 설립된 연방공동위원회(G-BA : Federal Joint Committee)이다. G-BA는 질병금고에 의해 어떤 서

11) 전체 병상수의 절반 정도를 차지함.

12) 전체 병상수의 약 1/3 정도를 차지함.

비스가 제공될 것인가에 대해 세부사항을 만들고 집행하는 광범위한 권한을 가진다. G-BA의 가장 중요한 책임 중 하나는 새로운 의학적 진단과 처방이 질병금고의 보장범위로 편입되기 이전에 편익과 효율성을 평가하는 것이다.

일정 정도 공급자들과 계약을 직접 할 수 있는 구매 권한이 개별 질병금고에게 부여되고 있는데, 이러한 권한을 통해 제약회사 및 생산자들과 리베이트나 계약 협상을 할 수 있다.

#### 다. 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준

건강보험(SHI)의 혜택범위는 예방서비스, 병원 외래진료 및 입원진료, 의사의 진료서비스(physician service), 정신건강치료, 치과진료, 처방약, 의료보조기구, 재활, 병가 보상(sick leave compensation) 등을 포괄하고 있다. 1995년 이후 건강보험과는 별도의 또 다른 보험 체계에 의해 의무적으로 모든 국민에게 장기요양보험이 적용되고 있다.

전통적으로 SHI하에서는 비용분담이 거의 적용되지 않았으나, 2004년에 외래진료(일반의(GP), 전문의, 치과의사)를 위한 통원진료시 18세 이상 성인에 대해 분기 당 첫 방문 또는 의사의 의뢰 없이 방문할 경우 10유로의 본인부담이 도입되었다. 한편, 외래 처방 1회당 5~10유로의 본인부담이 부과되는데, 가격이 참조가격(reference price)보다 최소 30% 이하일 경우에는 본인부담이 면제된다. 입원 및 재활치료의 경우에는 1일당 10유로(연간 28일 상한), 그리고 처방된 의료보조(medical aids) 경우 5~10유로의 본인부담이 적용된다. 2007년에 총의료비에서 본인부담이 차지하는 비중은 약 13% 정도에 이르고 있다.

비용분담은 일반적으로 가구소득의 2%로 제한되며, 만약 추가된 가족 구성원이 있을 경우, 소득은 이 계산에서 제외된다. 유방암, 자궁경부암, 결장암 등을 보유하고 있는 만성질환자의 경우에는 총소득의 1%를 임계치료 정하고 있으며 다만, 이러한 자격을 적용받기 위해서는 스크리닝에 대한 적절한 카운슬링을 받았다는 것을 보여주어야 한다.

## 라. 의료서비스의 품질확보를 위한 노력

‘구조적 품질(Structural quality)’을 확보하기 위해 모든 의료서비스 제공자들을 대상으로 품질평가를 실시하고, 의사들을 대상으로 지속적인 의학교육을 실시하며, 의약품과 과정에 대해 의료기술평가를 실시한다. 독일은 이를 위하여 2004년에 Institute for Quality and Efficiency(IQWiG)를 설립하였다.

병원 인증은 자발적으로 시행된다. 병원이 상환을 받기 위해서는 몇몇 복잡한 수술(장기이식 등)에 대해 최소한의 양적 조건을 갖추어야 한다. 또한, 2,250여개의 급성질환 치료 병원에 대해서 ‘절차와 산출물에 대한 평가’가 의무적으로 이루어지고 있다. 이러한 시스템하에서 30개의 증상에 대한 150개 이상의 지표가 측정되고 있는데, 이는 독일인 전체 입원환자의 약 1/6 정도를 커버하는 수준이다. 2007년 이후 약 30개의 지표가 매년 의무적으로 병원의 질 보고서에서 발표되며, 2010년부터는 통원진료와 입원진료에 대한 품질평가도 이뤄질 예정이다.

## 마. 효율성제고를 위한 방안

위에서 언급한 품질평가 측정방법 뿐 아니라 효율성을 보다 직접적으로 측정하기 위한 일련의 방법들이 강조되고 있다. 특허와 제네릭 등 모든 의약품들은 특별한 추가적인 의료효과를 가져오지 않는 한 참조가격에 의해 정해진다. 2004년에 설립된 품질효율성 평가기구(IQWiG : Institute for Quality and Efficiency)는 의약품에 대한 비용 효과성 평가를 실시하여 의약품 가격에 대한 압력을 행사한다. 또한, 모든 병원들은 DRG 시스템을 운영하고 있는데 이에 따라 병원은 동일한 타입의 환자들에 대해서는 동일하게 상환받게 되는데, 이러한 DRG 가중치는 평균비용에 따라 정해지므로 비효율적인 병원은 더 큰 압박을 받게 된다.

## 바. 비용통제 방안

품질과 효율성을 강조함과 동시에 다양한 비용억제정책들이 세심하게 개발되었다. 의약품의 참조가격제를 보완하기 위해 통상적인 양을 상회하는 것에 대해서 의사에게 책임을 부과하는 처방약 상한제(prescription cap)가 도입되었다.

질병금고와 제약회사 간의 리베이트에 대한 협상, 참조가격 이하일 경우 인센티브 제공 등이 주요 비용통제 수단으로 도입되었다.

병원예산제도는 2005년에서 2009년 사이 단계적으로 폐지되고 있으며, DRG가 입원환자 지불방식의 주요도구가 되었다. 외래진료에 적용되는 고정된 예산방식이 인구 유병률을 고려하는 보다 유연한 방식으로 2009년에 대체되었다.

## 사. 최근의 개혁과 혁신

최근 독일에서는 사립요양원에서 제공하는 서비스와 통원 장기요양 제공자들의 서비스에 대한 품질 평가 제도가 도입되었다. 2009년부터 사립요양원과 통원 장기요양 서비스 제공자들을 대상으로 하여 5가지 영역에서 50개가 넘는 지표로 품질을 평가한다. 이 평가에 따라 등급이 나뉘지고 평가 결과는 인터넷에 공개된다. 이러한 절차는 단순하지만 장기요양치료의 중요한 몇몇 영역에서 투명성을 증진시키기 위해 고안된 것이다.

또한, 병원사용을 최소화하고 예방 프로그램에 참여할 수 있도록 인센티브를 제공하는 제도를 도입하였다. 질병금고는 의료서비스 사용을 줄이고 특정질병에 대한 관리프로그램에 참여하면 보험료나 본인부담을 감소시키는 서비스를 제공하고 있다.

한편 보건서비스 재정의 지속성 확보를 위해 2009년에 중앙보건기금(The Central Health Fund)을 도입하였는데, 이러한 방안으로 건강보험업자들은 경제/금융위기시에도 안정적인 수익을 확보할 수 있게 되었다.

최근 보건의료 개혁의 핵심요소는 보건의료서비스부문에서의 경쟁 촉진이라 할 수 있다. 질병금고에 의해 제공되는 다양한 선택적 보험 프로그램은(DMP 또는 가족 주치의 케어 모델과 같은)은 보험가입자들에게 다양한 선택을 제공하고 보험업자들에게는 경쟁을 유도한다.

### 3. 네덜란드

2006년 1월 이후 네덜란드내의 모든 거주자들과 소득세를 내는 모든 사람들은 건강보험법(ZVW)에 의해 의무적으로 건강보험에 반드시 강제가입해야 한다.<sup>13)</sup> 그런데, 네덜란드에서의 건강보험은 민간보험업자에 의해 제공되고 사법에 의해 민간보험업이 규제받는다. 2007년 현재 약 231,000명(전 인구의 1.5%) 정도의 무보험자와 약 240,000명의 보험료 체납자가 있는데, 2009년~2010년에 보험가입과 보험료 납입을 강제하는 새로운 정책들을 시행하는 것으로 알려져 있다. 한편, 정치적 망명자 또는 난민들에 대해서는 네덜란드 정부가 보장하고 있으며, 지불능력이 없는 불법이민자들의 보건의료 비용을 커버하기 위한 여러 수단을 마련하고 있다. 2008년에는 불법이민자들의 보건의료 비용을 커버하기 위한 정부기금을 설치하는 새로운 법률을 수립하여 시행하고 있다.

2006년 이전에는 연간 3만유로 이상 소득자들과 부양가족들(인구의 약 35%)은 공공보험체계에 속하지 않고 민간의료보험을 구입할 수 있었다.

이러한 대체형 민간의료보험은 노년층과 건강하지 못한 사람들이 적절한 의료서비스에 대한 접근성을 확보하고 고위험 개인들을 보장할 수 있도록 네덜란드 정부에 의해 규제되었는데, 이러한 이중 시스템에 대한 불만족으로 인해 2006년 개혁이 실시되었다.

13) 양심적인 반대자와 군인은 제외

## 가. 보건의료재정

법정의료보험(ZVW)의 재정은 소득비례보험료와 보험가입자들의 정액보험료로 구성된다. 소득비례보험료의 경우 연간 과세대상 소득의 6.9%로 정해져 있으며, 고용주는 반드시 이 부분에 대해 노동자들에게 상환해 줘야하고 노동자들은 반드시 이러한 상환에 대해서 세금을 납부해야 한다. 고용주가 없거나 실업수당을 받지 않는 사람들에게는 소득비례보험료를 4.8%수준으로 적용하며, 자영업자의 경우 세금관련 부처에 의해 개별적으로 징수된다. 보험료는 중앙에서 징수해서 성별, 연령, 경제활동, 지역, 건강위험정도(과거 의약품 및 의료 이용에 근거한)를 고려한 위험조정 시스템을 기반으로 하여 보험업자들에게 분배된다. 2009년의 평균 보험료는 약 1,065 유로인 것으로 제시되고 있다. 정부는 어린이가 18세가 될 때까지 보험료를 대신 납부하고 있다. 2008년 총 보건의료비는 약 790억 유로(1,160억 불)에 달한다.

대체형 민간의료보험은 2006년의 개혁에 의해 사라지게 되었으며, 대부분의 사람들은 법정의료보험을 구매한 의료보험회사로부터 보충형/보완형 민간의료보험을 구매하고 있다. 그런데, 이러한 민간의료보험은 보험료와 보장범위가 규제되지 않기 때문에 위험선택에 대한 가능성이 높다고 할 수 있다. 2005년 기준으로 보충형 민간의료보험은 총 의료비의 약 13%를 차지하였으나 2006년에는 3.1%로 비중이 낮아졌다.

## 나. 보건의료서비스의 전달체계

### 1) 의사

의사들은 보통 민간보험업자들과의 직간접적인 계약에 의해 진료료를 한다. 일반의(GP)들은 인두제에 의해 상환받으며, 진료당 수수료를 지급받는다. 부가적인 서비스, 간호사, 지역적 특성에 따라 추가적인 예산을 협상할 수

있다. 일차진료와 병원 진료에 있어 의료의 질을 위한 성과연동지불제도 (pay-for-performance)가 시범적으로 실시되고 있는 점이 주목할 만하다.

## 2) 병원

대부분의 전문의들은 병원에 소속되어 활동한다. 병원에 소속된 전문의의 2/3는 자영업자로서 파트너십을 체결하여 활동하고, 나머지 1/3은 봉급의 의사이다. 대부분의 병원은 민간 비영리로 운영된다. 병원예산은 병상수당 고정비용, 환자 수, 전문의 수, 그리고 여타의 요소들을 종합한 방식에 의해서 결정된다. 네덜란드는 의료개혁이 시작된 2006년 이후 병원들이 시장을 통해 자본을 조달하는 것을 권장하고 있다. 최근 병원서비스 지불액의 34%정도는 진단명기준환자군(DRG)의 네덜란드식 시스템인 진단처방조합(DTC: Diagnosis Treatment Combinations)이 차지하는 것으로 제시되고 있다. 이러한 DTC는 병원비용과 전문의 비용을 커버하기 때문에 병원조직 내에서 전문의의 통합이 강화되는 것을 발견할 수 있다. DTC를 통한 병원/전문 의 상환액의 상당부분이 예산의 틀과 고정비용에 기반하고 있지만, 보험회사들과의 가격협상을 통하여 시장의 힘에 의존하는 부분도 점차 확대되고 있다.

## 3) 민간의료보험사

보험회사들은 영리를 추구할 수 있는 법적지위를 부여받은 민간업자이며 사법에 의해 규제된다. 보험회사는 보험이 제공하는 서비스가 건강보험법에 부합하는지, 그리고 지불받을 자격이 있는지를 감독하는 권한을 지닌 건강보험 감독위원회(CVZ)에 의무적으로 가입해야 한다.

네덜란드 국민들은 본인이 원하는 의료보험 선택할 수 있는 권한이 있고, 보험회사는 신청인에게 가입거부를 할 수 없다. 위험균등조정(risk equalization/adjustment)시스템을 운영하고 있는데, 이는 보험회사가 가입자에 대해 직접 또는 간접적인 위험선택(역선택)하는 것을 방지하기 위해 사용된다.

## 다. 의료보험 보장 범위와 비용분담 수준

법에 의해 보험업자들은 일반의(GP), 병원, 조산원들을 포함한 의료, 입원, 치과진료(18세까지, 18세 이후로는 전문의에 의한 치과진료 및 의치의 경우에만 적용), 의료보조, 의약품, 모자보건, 구급차 및 환자이동 서비스, 준의료활동(제한적 물리치료/운동요법, 언어치료, 다이어트 상담 등) 표준 급여혜택을 제공하여야 한다. 보험업자들은 누가 그리고 어떻게 이러한 서비스를 제공할 것인지 결정할 권한이 있고, 피보험자는 가격과 질에 따라 선택권을 갖는다.

이러한 표준 급여혜택 이외에도 모든 시민들은 홈 케어와 너싱 홈과 같은 만성질환과 정신보건 등에 대해 예외적 의료비법(AWBZ; Exceptional Medical Expenses Act)에 의해 폭 넓게 보장받는다. 대다수의 사람들은 성인 치과진료와 같이 표준 급여에 포함되지 않은 의료서비스의 보장을 위해 보충적 민간의료보험을 구매하고 있는 것으로 알려져 있다.

동일한 의료보험에 가입한 가입자들은 나이와 건강수준에 관계없이 고정된 보험료(flat-rate)를 지불한다. 18세 이상은 해당년도에 발생한 의료비 중 최초 비용인 115유로를 지불해야 한다. 비용분담과 가계에 의해 직접 지불된 본인부담금은 전체 의료비지출에서 약 6% 정도를 차지하는 것으로 나타났다. 다만, 아동은 본인부담을 면제하고, 보험료가 가계 소득의 5%를 넘는 저소득층에게는 정부가 ‘보건의료 수당(health care allowance)’을 제공한다.

## 라. 의료서비스의 품질 확보 노력

보건의료시스템 관점에서의 의료의 질 확보는 의료서비스 기관의 품질과 전문가들의 성과, 환자의 인권, 그리고 의료기술과 관련된 입법을 통해서 이루어진다.

네덜란드는 의료 서비스의 질을 모니터링하는 보건의료 조사단을 운용하

고 있으며, 대부분의 의료의 질 보장은 환자, 소비자 단체, 그리고 보험회사들간의 긴밀한 협조하에 의료공급자에 의해 수행되고 있다.

개별 전문가에 의해 제공되는 진료의 질을 확보하기 위한 메커니즘에는 다음과 같은 것들이 포함되어 있다; 지속적이고 의무적인 의료교육에 기반한 전문의의 재등록/재인가; 의료전문인 협회에 의한 전문가들의 정기적인 현장 평가; 임상 지침, 지표, 동료평가 등. 그리고, 의료기관의 질 확보를 위한 주요 방안으로는 인증(accreditation)과 자격(certification) 등이 있다; 지표에 근거한 성과 평가; 국가적 품질향상프로그램의 시도 등. 또한, 네덜란드에서는 2007년 이후로 환자들의 경험을 국립센터가 체계적으로 평가하고 있으며 소비자 선택에 도움이 되는 정보를 일반에 공개하고 있다.

#### 마. 효율성 제고를 위한 노력

효율성을 향상시키기 위한 가장 주요한 방법은 성과지표의 활용을 통한 투명한 산출물을 바탕으로 제한된 경쟁(regulated competition)을 강화시키는 것이다. 의료서비스 제공자에 대한 지불시스템이 예산지향적 상환제도에서 성과지향 상환제도(예를 들어 DTC의 도입 등)로의 접근 방식도 이러한 제도를 보충하기 위해서이다. 이에 더하여, 보건의료 계획들을 향상시키고 비즈니스 프로세스 리엔지니어링을 착수할 수 있는 다양한 지방 및 국가 프로그램들이 있다.

또한, 적절한 의료기술을 활용하고 바람직한 의사결정을 지원하기 위한 보건의료기술평가(HTA)를 국가적 차원에서 도입하였으며, 지방 정부 역시 적절한 처방을 위한 여러 메커니즘을 활용하고 있다. 이와 함께, 네덜란드에서는 보건의료정보(HIT) 네트워크를 만들기 위해 노력하고 있다.

#### 바. 비용통제 방안

새로운 건강보험법은 민간보험회사와 의료공급자들 간의 경쟁을 강화시

키고 비용의 통제와 질적 제고를 도모하기 위해 고안되었다. 보험회사들은 동일한 혜택에 대해 동일한 보험료를 부과하여야 하지만 의료서비스 제공자와 선택적으로 계약할 수 있다. 이를 통해 보험업자들은 위험선택보다는 품질에서 경쟁하게 되고, 질관련 정보에 대한 공개로 투명성을 제공하고 있다. 그러나 의료비 증가에 대한 우려가 있는데, 네덜란드는 새로운 DTC 시스템이 특정서비스에 대한 가격 경쟁을 강화시킬 수 있을 것이라 기대하고 있다.

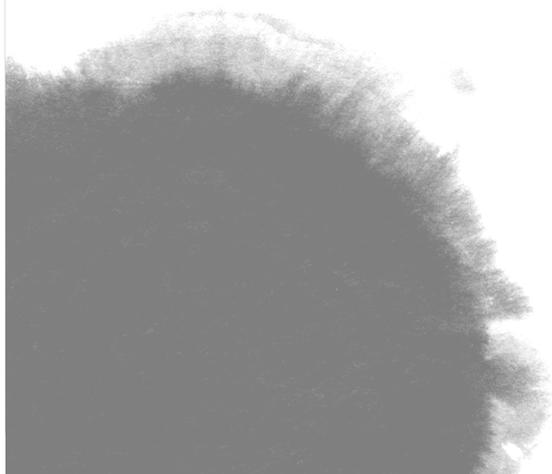
### 사. 최근의 개혁과 혁신

보험시스템의 가장 큰 변화는 2006년 민간보험을 통한 보편적 의료보장의 적용이라 할 수 있다. 현재 표준보험의 보장범위와 예외적 의료비용법의 보장범위에 대한 평가가 이루어지고 있다. 2010년 예산에 따르면, 전문의 비용의 경우 감소될 것으로 예상되고 있다. 경제적 위기가 아직 보건의료비용에 크게 영향을 미치지 않는으나, 경제가 회복됨에 따라 비용절감이 일어날 것으로 기대하고 있다. 최근에는 통합적 관리에 대한 재정지원을 통해 예방과 특정 만성질환그룹에 대한 질병관리가 다시 강조되고 있는데, 금연 시도 지원이 표준급여대상에 포함될 예정으로 있다.



## 03

## 의료재정 안정화를 위한 개념적 구조





## 제3장 의료재정 안정화를 위한 개념적 구조

본 장의 제1절에서는 의료재정 안정화를 위한 보건의료 정책 방향으로 최근에 논의되고 있는 양 중심(volume-driven)에서 가치 지향(value-driven)으로의 전환을 지불체계에 적용하여 논의하였다. 이어 제2절에서는 의료비 절감을 위한 정책방안으로 미국의 Commonwealth Fund Commission에서 제시하고 있는 정책영역과 방안들을 소개하고자 하였다. 본 장의 논의를 통하여 의료재정의 안정화를 위한 개념과 정책수단들에 대한 이해도가 제고되기를 기대한다.

### 1. 양(volume) 지향에서 가치(value) 지향의 전환<sup>14)</sup>

보건의료비용의 증가와 이에 따른 국가경제에의 부담 가중은 대다수 선진국들이 경험하고 있지만, 특히 미국의 경우에는 상당히 심각한 수준이라 할 수 있다. 2006년 기준으로 OECD 국가들의 GDP 대비 국민의료비 비중은 평균 약 9% 정도임에 비해(정영호, 2009), 미국은 16%(약 2조 달러)에 이르고 있으며, 2016년에는 20%(약 4조 달러)에 달할 것이라 예측되고 있다.<sup>15)</sup> 미국 내의 대다수 방송과 정치권에서는 보험이 없는 무보험자에 대한 문제에만 초점을 맞추지만, 무보험자가 증가하는 것은 높은 보험료 때문이고 이는 의료비용, 즉 의료가격 자체가 높기 때문이다. 이러한 의료비의 증가가 지속된다면 보험의 급여범위를 확대하고자 하는 노력은 한계를

14) NRHL, 『From Volume to Value』, 2008에서 발췌

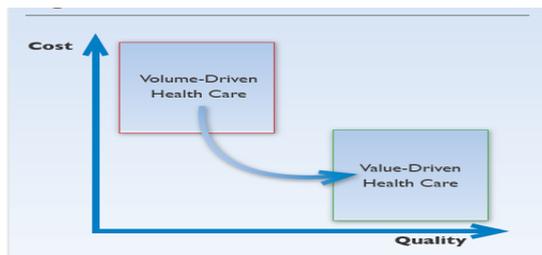
15) Schoen, et al., "Bending the Curve: Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending", The Commonwealth Fund Commission on A High Performance Health System, 2007. 12.

가질 수밖에 없을 것이다. 더구나, 이러한 고비용에도 불구하고 미국의 보건의료서비스의 질과 보건의료 성과는 그리 높지 않다.<sup>16)</sup> 보험에 가입한 사람들 중에서도 많은 사람들이 적절한 의료서비스를 받지 못하거나 불필요하게 입원하고 있으며, 또한 예방가능한 질병으로 인해 고통 받고 있다.

이러한 문제를 야기하는 가장 큰 원인 중 하나는 현재의 지불시스템이 의료공급자로 하여금 더 많은 사람에게 더 많은 의료서비스를 제공하면 수익이 더 많이 발생하는 유인 구조를 제공하고 있기 때문에 의료비 증가를 더욱 부채질 할 수 있다. 그러나 더 많은 서비스가 제공된다고 더 나은 건강수준을 보장하는 것은 아니며, 특히 몇몇 연구결과에 따르면 의료서비스를 사용하는 빈도가 높은 지역의 건강수준이 오히려 더 낮은 것으로 분석되기도 한다. 이러한 경우 양질의 의료서비스를 제공하는 제공자가 오히려 경제적으로 불리한 경우가 발생하기도 한다. 왜냐하면, 의사의 입장에서 보면, 사람들이 건강을 유지하고 불필요한 치료를 받지 않고 오진의 확률이 감소하게 되면, 의사들의 소득이 감소하기 때문이다.

이러한 문제점이 제기됨에 따라, 양 지향(volume-driven)의 보건의료에서 가치 지향(value-driven)의 보건의료로의 전환을 이루어 내고, 궁극적으로는 의료재정의 안정화와 보건의료의 질 향상을 실현할 수 있는 지불체계의 변화가 오래 전부터 요구되고 있다(그림 III-1 참조).

[그림 III-4] 지불체도의 변화를 통한 기대효과



출처: NRHI, "From Volume to Value", NRHI Healthcare Payment Reform Summit, 2008.

16) 기대수명과 영아사망률의 지표를 보면 미국은 세계에서 약 30번째 정도에 그치고 있는 것을 알 수 있음. Chang, Ha-Joon, 『23 Things They Don't Tell You About Capitalism』, The Penguin Group, 2010

의료서비스에 있어서 ‘가치(value)’를 높인다는 것은 의료서비스의 ‘질’과 ‘비용’ 두 가지 모두에서의 개선을 의미한다. 즉, 환자가 받는 서비스의 적절성 증대, 의학적 실수의 감소, 의원병(iatrogenic illness)<sup>17)</sup>의 감소 등이 ‘질’과 관련된 문제이고, 서비스에 대한 접근가능성은 ‘비용’과 관련된 문제이다.

의료서비스의 가치를 높이는데 있어서 가장 근본적인 문제점 중의 하나는 가치의 증대, 즉 의료의 질 향상과 비용의 감소를 동시에 추구하는 노력이 의료시장 참가자들 사이에서도 선뜻 받아들여 지지 않는다는 것이다. 환자들은 ‘낮은 비용’이 ‘의료서비스의 낮은 질’과 관련되어있다고 믿고 있고, 지불자들 또한 고품질의 의료서비스는 고비용을 의미한다고 믿고 있으며, 공급자들은 질을 향상시키기 위한 새로운 프로그램의 시행을 위해 높은 지불수준을 요구한다.

그러나 다른 여타의 산업과 마찬가지로 의료서비스 시장에서도 고품질과 저비용을 달성할 수 있는 여지가 많다. 보건의료시장에서 질의 향상과 비용의 감소를 쉽게 확인할 수 있는 예시는 다음과 같다.

- ▶ 대다수의 연구결과에서 예방이 가능한 부작용이 병원 등의 의료기관에서 불필요하게 많이 발생하고 있다고 제시하고 있다. 이러한 부작용 때문에 지불자들은 더 많은 비용을 지불하게 되고 환자들은 더욱 고통을 받게 된다. 예방가능한 부작용을 줄이는 것은 질과 비용 측면에서 윈-윈(win-win) 전략이 될 수 있다.
- ▶ 천식(asthma), 만성폐질환(chronic obstructive pulmonary), 심부전(congestive heart failure), 당뇨(diabetes) 등으로 인한 환자들의 입원은 상당부분 예방이 가능하다고 다수의 연구에서 지적하고 있다. 또한, 동일한 증상이나 합병증 또는 병원 감염에 의한 발병 등으로 30일 이내에 재입원하는 경우가 상당수 발생하고 있다. 이와 같은 예방가능한

17) 의사에게 원인이 있는 병

입원과 재입원의 경우에도 지불자들은 비용을 지불해야 하고, 환자들은 불필요한 고통을 감수해야 한다. 따라서 이러한 예방 가능한 입원과 재입원 비율을 감소시키는 것 또한 의료의 질 향상과 비용 절감을 동시에 달성하는 매우 중요한 윈-윈 전략이다.

행위별수가와 같은 현재의 지불체계는 위와 같은 의료의 질과 비용의 문제점을 해결하는 데 주요 장애로 작동한다고 할 수 있다. 물론, 지불제도가 의료의 질과 비용 문제를 해결하는 유일한 방안이라고 할 수는 없지만, 지불체계의 변화는 보건의료시스템의 가치를 향상시키는 데 필요한 주요 요소임은 분명하다고 할 수 있다.

최근에는 이러한 문제에 대한 대응책으로 성과연동지불제(P4P)가 도입되었다. 이 제도는 현존하는 지불제도에 인센티브와 보상이라는 제도를 결합시킨 것인데, 그러나 현존하는 지불체계의 근본적인 변화 없이는 진정한 개혁은 어렵다고 보여진다. 또한, 성과연동지불제도의 경우 의도치 않게 특정 절차에만 집중하는 경향을 보이고 또한 제공자들이 환자에 대한 성과향상이라는 진정한 목적을 보는 시야를 잃게 하는 경향을 보이고 있다.

지불체계의 개선을 위해서는 행위별 수가제(Fee For Service)에 대한 근본적이고 구조적인 변화가 필요하다. 예를 들어 심장마비와 같은 급성질환에 대해서는 에피소드 기반 지불체계를 고려할 수 있으며, 만성질환자의 진료에 대해서는 위험조정 총액수가(risk adjusted global fee) 혹은 특정질병 인두제(condition specific capitation)등의 도입을 검토할 수 있을 것이다. 이러한 지불제도는 환자에게 필요한 외래진료에 대해 단일수가를 유지하고 환자들의 건강상태를 유지하는 제공자에게 보상을 제공하는 지불체계이다. 또한, 새로운 지불제도를 전면적으로 도입하기에 앞서 세부적인 내용확인 및 예산 문제점을 파악하기 위해서 시범 프로그램을 시행하는 것이 바람직할 것이다.

## 2. 의료비 절감을 위한 정책 영역

미국은 보건의료비 지출을 감소시킬 수 있는 정책방안들을 고민하고 있는데 Commonwealth Fund Commission에서 지원을 한 보고서인 『High Performance Health System』에서는 다음과 같이 크게 4개의 영역으로 구분하고 있다.

- 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용
- 건강 증진 및 질병예방 노력의 확대
- 의료서비스의 질과 효율성 향상을 위한 유인구조(incentives)의 확립
- 의료서비스 시장에서의 가격신호 교정

또한 동 보고서에서 제시한 정책들은 의료비 증가의 억제뿐 아니라 의료의 접근성, 의료의 질, 국민건강 증진에 기여할 수 있기 위해서 15가지의 정책제안을 선정하여 제시하고 있다.<sup>18)</sup>

- 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용
  - 보건의료정보기술의 향상
  - 임상효과성 및 보건의료의사결정을 위한 센터
  - 환자와 공유된 의사결정
- 건강 증진 및 질병예방 노력의 확대
  - 공공보건정책: 흡연감소
  - 공공보건정책: 비만감소
  - 건강증진을 위한 포지티브 인센티브

18) 동 보고서에서 제안한 정책들은 주로 연방정부 수준에서의 정책인데, 이는 연방정부의 보건의료지출이 가장 많은 부분을 차지하고 있으며 연방정부의 정책 변화는 국가보건의료비 지출에 있어서 직접적인 변화를 유도할 수 있기 때문이다.

- 의료서비스의 질과 효율성 향상을 위한 유인구조(incentives)의 확립
  - 병원의 P4P
  - 에피소드 지불체계
  - 일차의료 및 케어 코디네이션 강화
  - 보험료에 대한 연방면세 제한
- 의료서비스 시장에서의 가격신호 교정
  - 메디케어에 대한 benchmark rate 재설정
  - 경쟁적인 입찰
  - 처방약품 가격결정의 협상
  - all-payer provider payment methods and rates
  - 고비용 영역에서의 추가지불 제한

본 연구에서는 여기서 제시하고 있는 정책영역을 중심으로 의료재정 안정화에 대해 논하고자 한다.

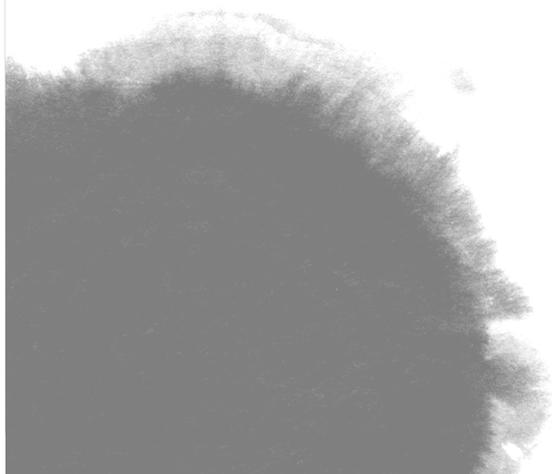
〈표 III-1〉 의료비 절감을 위한 정책 영역

정책영역	세부 내용
양질의 정보 생산	1. 보건의료정보기술의 향상 2. 임상효과성 및 보건의료의사결정을 위한 센터 3. 환자와 공유된 의사결정
건강 증진 및 질병예방	4. 공공보건정책: 흡연감소 5. 공공보건정책: 비만감소 6. 건강증진을 위한 포지티브 인센티브
질과 효율성 향상을 위한 유인구조	7. 병원의 P4P 8. 에피소드 지불체계 9. 일차의료 및 케어 코디네이션 강화 10. 보험료에 대한 연방면세 제한
의료서비스 시장에서의 가격신호 교정	11. 메디케어에 대한 benchmark rate 재설정 12. 경쟁적인 입찰 13. 처방약품 가격결정의 협상 14. all-payer provider payment methods and rates 15. 고비용 영역에서의 추가지불 제한

자료: Schoen et al.(2007).

# 04

## 지불체계 개선방안





# 제4장 지불체계 개선방안

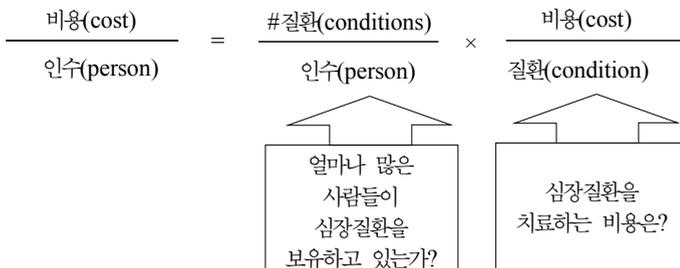
## 1. 대안적 지불체계의 이해를 위한 분석의 틀<sup>19)</sup>

### 가. 보건의료비용 방정식

다른 경제분야의 재화와 서비스 비용과 마찬가지로 의료 서비스와 재화의 총 비용은 두 가지 요소, 즉, (1)소비되는 재화와 서비스의 수량, 그리고 (2)재화와 서비스의 가격 혹은 비용으로 결정된다.

$$\begin{aligned} & \text{1인당 보건의료비용 (Cost/person)} \\ & \text{1인당 비용} = \text{1인당 질병 수(질병 수/총인원)} * \text{질병당 비용(비용/질병 수)} \end{aligned}$$

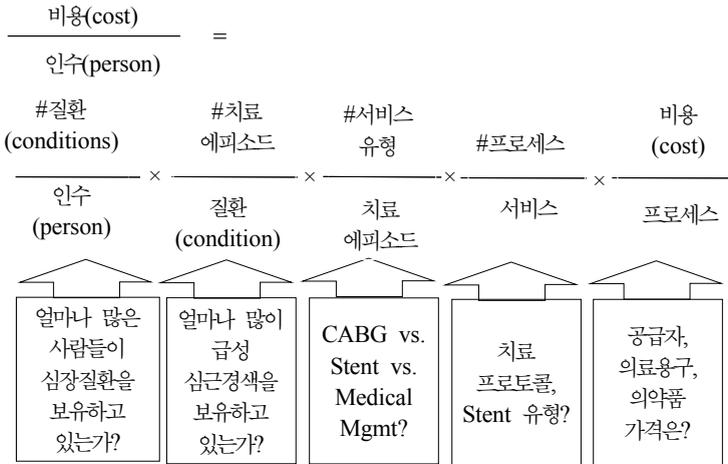
[그림 IV-1] 보건의료비용 방정식(단순형)



19) 본 절의 내용은 Miller, "From Concept to Reality: Implementing Fundamental Reforms in Health Care Payment Systems to Support Value-driven Health Care", Working paper, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008의 내용을 정리한 것임.

위의 식과 그림은 보건의료비용을 가장 간단한 형태로 나타낸 것이다. 그러나 ‘질병당 비용’이라는 것은 서로 다른 요소에 영향을 받는 많은 요소들이 포함되어 있어서, 아래와 같이 확장된 형태로 재구성할 수 있다.

[그림 IV-2] 보건의료비용 방정식(확장형)



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

위의 그림은 아래의 식으로 표현될 수 있다.

$$\text{1인당 비용} = \text{1인당 질병수} * \text{질병당 에피소드 수} * \text{에피소드당 의료서비스 수} * \text{의료서비스당 치료절차 수} * \text{치료절차당 비용}$$

예) 1인당 질병수: 얼마나 많은 사람들이 심장병에 걸리는가?

질병당 에피소드 수: 심장병 중 얼마나 많은 심장마비가 발생하는가?

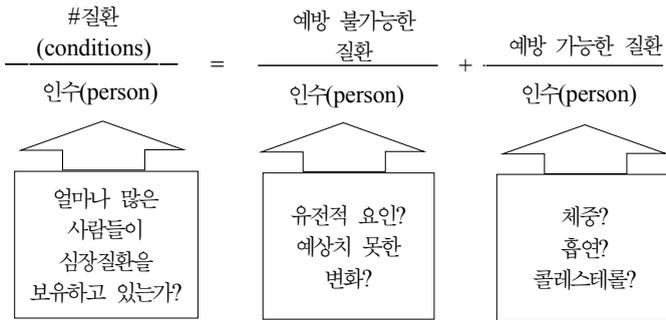
에피소드당 의료서비스 수: 심장마비 발생 시 어떠한 종류의 의료서비스를 받게 되는가?

의료서비스당 치료 절차수: 처방약, 의료용구 등도 포함

한편, 1인당 질병 수는 아래의 식과 그림과 같이 분해될 수 있다.

$$\text{1인당 질병 수} = \text{예방 불가능한 질병} + \text{예방가능한 질병}$$

[그림 IV-3] 1인당 질병 수



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

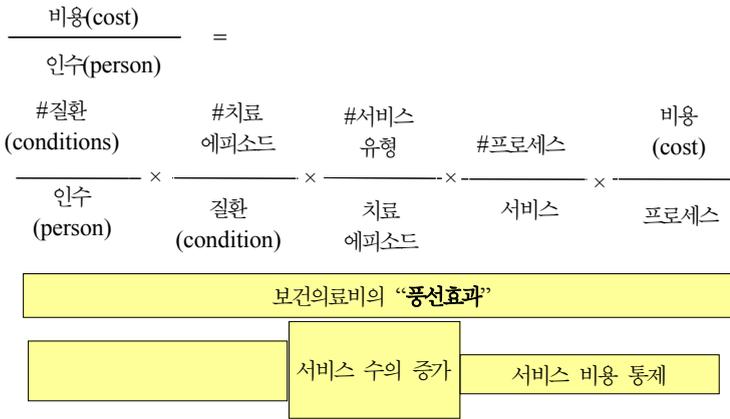
즉, 비만, 흡연, 콜레스테롤 등으로 인한 질병은 예방가능한 질병인 반면에, 유전적 요인과 같은 예방이 불가능한 질병으로 구분할 수 있다. 예방 불가능한 질병처럼 환자와 의료공급자의 노력만으로는 완전히 제거할 수 없는 부분이 있다는 것을 염두에 두어야 한다.

#### 나. 보건의료비용 인플레이션의 원인: 풍선효과

보건의료비용 인플레이션의 원인과 현 행위별수가제 하에서 보건의료비용의 통제가 왜 어려운지는 아래의 <그림 IV- 4>에서 제시하듯이 보건의료비용 방정식을 하나의 풍선으로 설명될 수 있다. 즉, 한 영역의 비용을 감소시키기 위해 ‘풍선을 찌낸다면’ 다른 영역의 비용이 부풀어 오르게 되는 “풍선효과”가 발생하게 된다. 따라서 개별 의료서비스의 비용을 억제한다고 해도 의료서비스 전체 수를 증가시킴으로서 다른 부분의 비용 증가가

일어난다. 비용의 감소를 추구할 때는 항상 이러한 측면을 고려해야 한다.

[그림 IV-4] 의료비용에 기여하는 변수



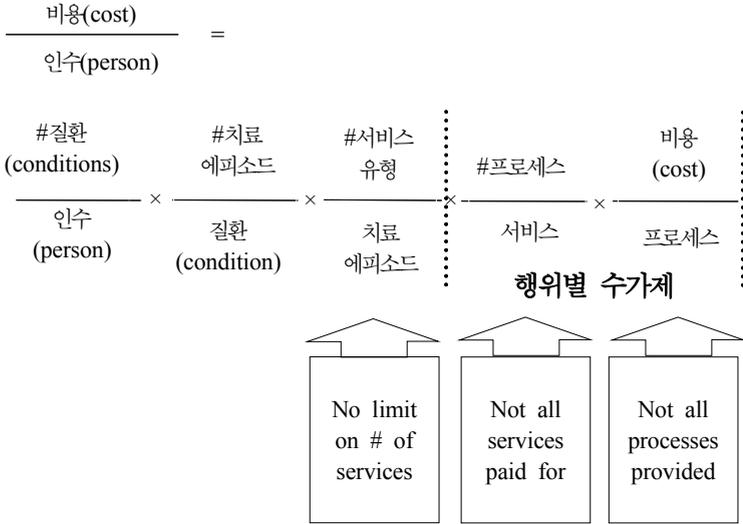
출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

#### 다. 행위별수가제가 보건의료비에 미치는 영향

행위별수가제에서는 사전에 의료서비스 양이 정해져 있지 않고 의료서비스 제공자들이 각각의 단절된 의료서비스에 대해서 정해진 수가를 받는 것을 의미한다.

$$\begin{aligned} \text{1인당 비용} &= \text{1인당 질병수} \times \text{질병당 에피소드 수} \times \text{에피소드당 의료서비스 수} \\ &\quad \times (\text{의료서비스당 치료절차 수} * \text{치료절차당 비용}) \\ &\Rightarrow \text{행위별 수가제로 고정} \end{aligned}$$

[그림 IV-5] 행위별 수가제



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

보건의료비용 방정식에서 행위별 수가제도는 의료서비스의 수와 비용과 관련하여 다음과 같은 문제를 발생시키게 된다.

- ▶ ‘양’에 대한 보상 : 서비스에 대한 수량에 제한이 없기 때문에 만일 행위별 수가를 제한하려고 하면 의료공급자들은 소득을 유지하기 위해 제공하는 의료서비스의 수를 증가시킬 수 있다.
- ▶ 낮은 품질에 대한 처벌이 없음 : 행위별 수가를 제한하려고 하는 노력은 공급자들로 하여금 비용을 줄이기 위해 의료서비스 중 필요한 절차를 빼버리는 결과를 가져올 수 있다.
- ▶ 장기가 아닌 단기에 초점 : 전체적인 비용을 감소시키려는 노력은 때로는 지불자들이 장기적으로 가치 있는 의료서비스에 대한 지불을 줄이게 하는 결과를 가져올 수도 있다.

## 라. 행위별 수가제에 대한 임시 대처법

행위별 수가제의 문제점을 해결하기 위해 많은 노력을 기울이고 있으며, 다음과 같은 노력들이 대표적으로 시행되고 있다.

- ▶ 과잉 진료의 억제 : 제공자들이 양에 집중하는 현상을 제어하는 유인 구조를 만들기 위해 지불자들은 불필요한 서비스 제공을 억제하는 정책을 구사하고 있다. 예를 들면, 어떤 특정한 서비스가 보험사에 의해 지불되기 위해서는 사전에 마련된 상황과 기준에 따라 정확하게 제공될 경우에만 지불을 하도록 하는 방안을 시행하는 것이다.
- ▶ 성과연동지불제(P4P) : 의료공급자가 특정한 의료서비스를 제공함에 있어 어떤 절차를 없애거나 ‘잊어버리는 것’을 방지하기 위한 인센티브를 제공하는 것이다. 예를 들면, 심장마비의 경우 성과연동지불제를 통해서 환자가 응급실에 도착했을 때 아스피린을 제공했을 경우 보너스를 지급하는 것이다. 또한 당뇨병의 경우 많은 의사들은 환자의 헤모글로빈 A1c 수준을 측정하는 것을 ‘잊어버리는’ 경우가 종종 있는데, 이러한 체크를 정확하게 한 병원에 대해서 보너스를 제공하는 것이다.

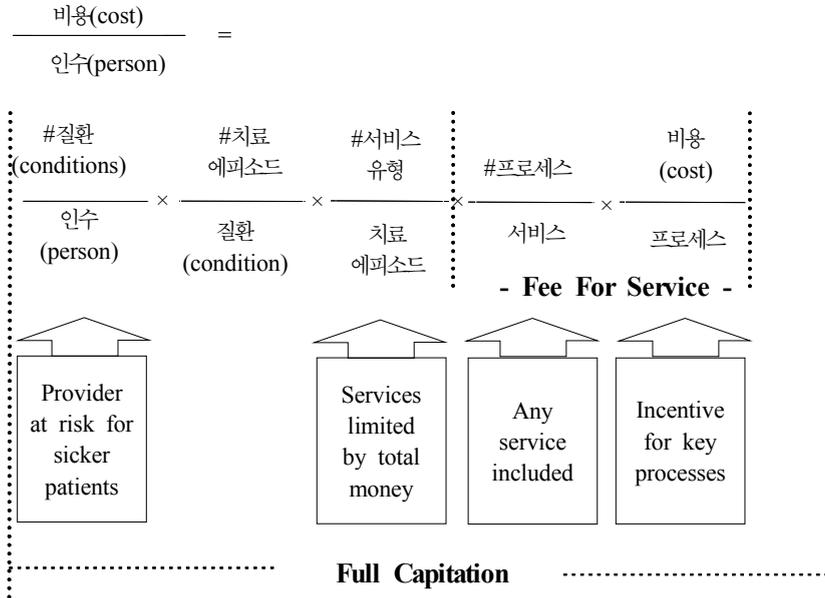
이러한 시스템은 제공자들의 진료에 대한 세부관리의 수준을 어느 정도 높일 수 있다. 그러나 이것은 산출물이라기보다 과정에 대해서 보상을 하는 경향이 강하므로 질적으로 낮은 산출물을 가진 공급자들에게 보상을 제공할 유인이 있는 반면, 새로운 더욱 바람직한 산출을 가져올 가능성이 있는 새로운 절차에 대한 혁신과 실험을 저해할 수 있다는 단점이 있다. 또한, P4P를 이용한 보너스는 상대적으로 적기 때문에 현재의 지불체계 하에서 양에 대한 추구를 상쇄할 만큼 강력한 금전적 유인이 되지 못한다.

## 마. 인두제의 장점과 단점

인두제(capitation)는 환자에게 제공하는 모든 의료서비스에 대해서 1인당 정해진 금액을 의료공급자에게 지불하는 제도를 의미한다. 이러한 인두제하에서는 환자의 병의 완치여부와 상관없이, 또는 제공된 서비스의 양에 관계없이 동일한 금액을 지불하는 것이다.

$$\begin{aligned}
 \text{1인당 비용} &= (\text{1인당 질병수} \times \text{질병당 에피소드 수} \times \text{에피소드당 의료서비스 수} \\
 &\quad \times \text{의료서비스당 치료절차 수} \times \text{치료절차당 비용}) \\
 &\Rightarrow \text{전체를 일정비용으로 고정}
 \end{aligned}$$

[그림 IV-6] 인두제



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

인두제는 행위별 수가제로 인한 부작용을 다음과 같은 방법으로 해결하거나 감소시킬 수 있다.

- ‘양’에 대한 조절 : 공급자는 환자에게 제공한 진료 서비스의 양에 관계없이 동일한 금액을 지급받기 때문에 불필요한 과잉진료를 제공할 유인이 없어진다.
- 미세관리의 회피 : 특정 서비스의 지불 여부에 대한 제한이 없기 때문에 의료공급자들은 제공한 서비스의 종류와 관계없이 보상을 받을 수 있다.
- 낮은 품질에 대한 벌칙 : 의료공급자는 환자에게 필요한 치료를 제공할 책임을 가지고 있기 때문에 주요 과정이 실현될 수 있도록 하는 유인을 공급자에게 제공한다고 할 수 있다.

그러나 행위별수가제도가 지니는 문제 해결 노력에도 불구하고 인두제는 비용에 영향을 미치는 모든 요인들을 단일 지불로 통합해버림으로서 또 다른 문제점을 야기한다. 가장 중요한 것은 인두제 하에서는 환자의 상태에 상관없이 단일한 지불액으로 보상받기 때문에 의료공급자들이 질병을 관리할 수 없는 상황에서도 공급자들에게 책임을 지게 함으로서 다양하고 고비용의 처치가 필요한 질병을 가진 환자들에 대한 진료를 회피하는 상황을 유발하게 된다.

## 바. 보험위험(Insurance Risk)과 성과위험(Performance Risk)의 구분

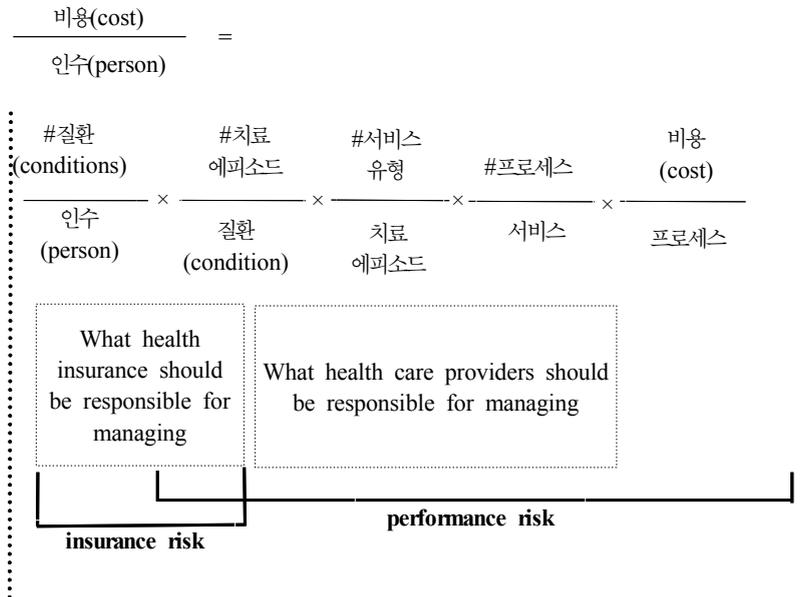
사실상 인두제(Capitation) 계약은 모든 비용위험을 공급자에게 전가시키는 것이다. 그러나 이러한 위험의 일부, 즉 환자가 질병에 걸리거나 또는 치료가 필요한 경우는 보험과 관련된 것이다. 반면, 일단 환자가 병에 걸리고 난 뒤에는 공급자가 질병을 치료하기 위해 제공하는 의료서비스의 질에 대한 책임을 져야 한다. 아래의 식에서 볼 수 있는 것처럼 지불자(보험사, 혹은 공공보험 프로그램 등)들은 보험위험에 대한 책임이 있으며, 공급자는

성과위험에 대한 책임(혹은 확률성 책임/기술적 책임으로 분류하는 학자도 있음)을 가진다.

$$\text{1인당 비용} = \text{1인당 질병수} \times \text{질병당 에피소드 수} \times \text{에피소드당 의료서비스 수} \\ \times \text{의료서비스당 치료절차 수} \times \text{치료절차 당 비용}$$

- ▶ 보험위험 : 1인당 질병수, 질병 당 에피소드의 수
- ▶ 성과위험 : 질병당 에피소드의 수, 에피소드 당 의료서비스의 수, 의료서비스 당 치료절차 수, 치료절차 당 비용

[그림 IV-7] 보험위험(Insurance Risk)과 성과위험(Performance Risk)



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

그러나 현실적으로 보험위험(Insurance Risk)과 성과위험(Performance Risk)을 분명하게 구별하기는 어렵다. 어떤 환자가 동일한 질병에 대해서

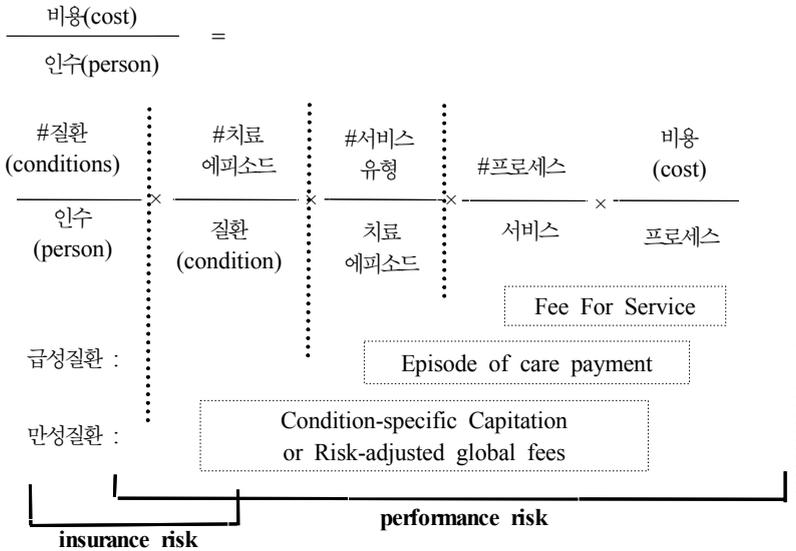
다른 처방을 받거나 처방에 대한 환자의 반응이 의사의 통제영역 밖에 있는 상황이 발생할 경우에는 보험위험과 성과위험에 대한 구분은 더욱 불분명해진다. 전통적인 인두제 시스템 하에서는 전체 보건의료비용이 성과위험화 되어 공급자에게 귀착되는 경향이 있지만, 모든 보건의료비용이 순수하게 성과위험으로 고려되어야 하는 것은 아니다. 하지만, 행위별 수가제하에서 보험자가 절대적으로 책임을 지는 시스템보다는 보험위험의 영역이 줄어들고 그리고 포함되는 보건의료비용의 종류가 적은 것 또한 분명하다.

## 2. 새로운 지불체계 모델<sup>20)</sup>

현재의 행위별 수가제와 전통적인 인두제 사이에서 보험위험과 성과위험에 균형을 맞추는 영역이 존재할 것이며, 따라서 그러한 모델을 찾는 방안에 주력하는 것이 필요하다. 이러한 대안적 모델의 핵심은 ‘에피소드 중심 지불체계(episode of care payment)’를 바탕으로 한다. 이 방식은 진료 에피소드에서 환자가 필요로 하는 모든 의료서비스에 단일의 가격을 지불하는 것이다. 이러한 종류의 지불체계는 에피소드의 시작과 끝이 비교적 확실한 독립적인 급성질환의 진료에피소드에 적용하는 것이 보다 적절할 것이다. 예를 들면, 환자가 심장마비를 일으킬 경우 심장마비에 대해 환자가 필요로 하는 모든 서비스에 대해서 공급자에게 단일 가격을 적용하는 것이다. 이러한 단일 지불체계를 ‘사례 수가(case rate)’라 명명하기도 한다. 그러나, 많은 환자들에게 있어서 질병은 정해진 기한 내에 종료되는 것은 아니다. 특히 천식이나 만성폐쇄성 폐질환, 당뇨병 등과 같이 만성질환자의 경우는 대체로 남은 생애기간 동안 지속적으로 질병을 관리해야 하는 경우가 많다. 만성질환자들은 근본적인 질병상태의 변화 없이 여러 번 입원을 하는 경우가 많지만 의료기관 외부를 포함한 질병관리의 질이 높아진다면 이러한 재입원 횟수를 줄일 수 있을 것이다.

20) 본 절은 Miller, "From concept to Reality", NRHI, 2008와 NRHI, "From Volume to Value", 2008의 내용을 정리한 것임.

[그림 IV-8] 새로운 지불체계에서의 공급자 책임 영역



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

이러한 환자들을 위해서는 에피소드(episode-of-care) 중심 지불체계를 기반으로 하여 각각의 입원에 대해서 지불을 하는 것이 전체적인 입원비용을 감소시키는데 도움이 될 것이다. 이것은 환자가 경험하는 입원의 횟수와는 관련이 없는 대신 정해진 입원 기간 동안 행해지는 모든 진료에 대해서 단일의 수가를 지불하는 것이다. 이러한 접근법은 ‘질병-특정 인두제(condition-specific capitation)’ 또는 ‘위험보정 총액 수가제(risk-adjusted global fees)’라 한다. '질병-특정' 이라는 것은 환자에 대한 수가는 단일하나 이러한 수가는 환자가 가지고 있는 질병에 따라 다양해진다는 점에서 모든 환자와 모든 질병에 대해 동일한 수가를 적용하는 전통적인 인두제와는 차이가 있다.

일반적인 인두제나 ‘질병-특정 인두제’의 가장 기본이 되는 아이디어는 개별적 서비스에 대한 수가를 지불하는 것이 아니라 ‘사례(case)’ 중심의 수가를 지불한다는 것이다. 에피소드 중심 지불체계와 질병-특정 인두제의 핵심적인 측면은 지불액의 크기가 환자가 보유한 질병의 본질적인 특성에

따라 달라진다는 것이다. 반면, 전통적인 인두제는 환자의 질병과 관계없이 동일하게 지불한다. 당뇨병이나 다른 질병 등을 같이 보유하고 있는 울혈성 심부전에 대해서는 다른 복합질환이 없는 단일의 울혈성 심부전 환자보다 더 많은 비용이 지불되어야 한다.

행위별 수가제하에서는 필요 이상의 의료서비스나 고가의 처치를 행할 유인이 발생하지만, 질병특정 인두제는 고가의 처치가 필요한 경우 의료공급자의 판단에 의해 제공될 수 있는 기전을 기대할 수 있다.

### 가. 가격 설정 및 협상

대안적 지불체계를 논의함에 있어 가격결정에 대한 과제들이 매우 중요하게 다루어져야 한다. 만약 에피소드(episode-of-care)나 사례(care)에 대한 가격이 낮게 책정된다면 의료공급자는 질 낮은 의료서비스를 제공할 개연성이 높고 재정적 불리함에 처할 것이다. 반면에 높게 책정되면 효율성을 위한 압력이 감소될 것이고 비용도 증가하게 될 것이다. 에피소드 중심 지불체계 혹은 질병 특정 인두제에서 가격을 결정할 수 있도록 하는 접근법에는 기본적으로 3가지가 있다.

- ▶ 지불자에 의한 가격 설정 : 이것은 의회와 메디케어가 DRG하에서 병원에 지불하는 지불수가의 결정과 RBRVS시스템하에서 일반의에게 지불하는 수가를 결정할 때 사용된다.
- ▶ 지불자와 공급자간의 협의 : 이것은 주로 상업적 보험프로그램이 제공자에게 지불할 지불액을 결정하는데 주로 사용된다.
- ▶ 공급자에 의한 가격설정 : 다른 산업분야에서는 많이 사용되어질 수 있지만 보건의료분야에서는 많이 사용되고 있지 않다.

현재 공급자에 의한 가격설정 방법의 활용도를 증가시키기 위한 관심이 존재하고 있지만, 실제적으로 보건의료시장에서 가장 중요한 문제는 금액이 소비자에 의해 직접 지불되는 것이 아니라 제3자에 의해서 지불된다는 것이다. 따라서 소비자들이 낮은 비용의 공급자를 찾으려는 유인이나, 또는 공급자들이 소비자에게 보다 매력적일 수 있도록 가격을 감소시키려는 기제도 거의 찾아볼 수 없다. 소비자들이 보다 가격에 민감해질 수 있도록 ‘소비자 중심 보험프로그램(Comsumer-Directed Health Plans)’과 관련해 다양한 방법들이 제시되고 있다.

#### 나. 에피소드 중심 지불체계 시스템의 핵심요소와 특징

주요한 급성질환에 대한 에피소드 중심 지불체계를 구성할 때, 반드시 포함되어야 할 핵심요소들은 다음과 같은 것들이 있다.

- ▶ 단일의 ‘통합된’ 에피소드 중심 지불체계는 환자에게 필요한 의료서비스를 제공하는 공급자 모두에게 적용되어야 한다. 이러한 ‘사례 수가’는 개별적 수가 혹은 DRG 지불을 대신해 적용될 수 있다.
- ▶ 모든 병원, 의원, 가정보건의료기관 등 모든 종류의 제공자들이 에피소드에 필요한 환자의 서비스에 관련이 있어야 한다.
- ▶ 에피소드 중심 지불 총액은 환자의 진단에 기반하여 다양해질 수 있다. 그러나 예상가능한 부작용(치료 중 감염, 의료상 실수 등)으로 인해 지불액이 증가하지 않는다.
- ▶ 에피소드 중심 지불총액은 전향적으로 산정되지만(즉, 총액은 실제로 진료가 발생하기 이전에 정해진다) 제공자에 의해서 달성된 산출, 즉 환자의 건강수준에 기반해 후향적(retrospective)으로 조정될 수 있다. 특히 높은 수준의 서비스가 치료에 반드시 필요한 경우 이러한 높은 수준의 서비스에 대한 특별한 조정이 필요하다.

- 지역의료조합은 각각의 환자 타입에 따라 양질의 의료서비스에 대한 비용을 측정할 수 있다. 그러나 공급자 그룹은 각각의 질병에 따른 실제적인 에피소드 중심 지불총액에 대해서 협상할 수 있다.
- 고품질/저비용의 공급자로 환자들이 모이게 할 수 있는 인센티브를 제공하여야 하며, 동시에 진료절차에 대해서 공급자와 협의할 수 있는 인센티브 역시 필요하다.

에피소드 중심 지불체계는 행위별 수가제도와 비교해서 다음과 같은 측면에서 장점을 가진다고 할 수 있다.

- 병원은 예측가능한 부작용과 재입원, 그리고 입원치료와 급성후기치료에서 가장 적절한 조합을 사용할 수 있는 유인을 가지게 된다.
- 의사들은 긴 입원기간, 더 많은 절차 등에 대해서 지불받을 수 없다.
- 의사와 병원들은 진료의 질과 비용을 최적화하기 위해서 서로 협동할 유인이 생긴다.
- 의료공급자들은 의료서비스의 가치를 높이기 위해서 의료서비스와 장비의 사용에 있어서 예산 사용의 유연성을 가진다.
- 환자들은 최고의 의료서비스를 제공하고 최적의 장비를 갖춘 제공자를 선택할 경제적 유인을 가지게 된다.

에피소드 중심의 지불체계가 비록 부분적인 형태이긴 하지만 미국은 국가차원에서 약 십여년간 시도되었고, 완전한 형태의 에피소드 중심 지불체계가 시범사업으로 진행되고 있다. 이러한 시도들의 효과는 다음과 같이 정리될 수 있다.

- 메디케어의 전향적(prospective) 지불체계<sup>21)</sup>는 지난 25년간 에피소드

21) DRG

에 기반하여 병원의 지불체계로 운용되어 왔다. 비록 이러한 시스템이 ‘통합적(bundling)’지불체계라고 말하기는 어렵지만, 이것은 기존의 병원에 대해 비용기반 상환시스템에서의 변화가 시작된 것이라고 볼 수 있으며 분명히 비용과 의료서비스의 질에 있어서 의미있는 개선을 가져왔다.

- 1987년에 미시건의 Ingham 의료센터에서는 어깨와 무릎에 관련된 외과수술에 대해서 고정된 총 비용을 적용하였으며, 이 가격에는 2년간 필요한 후속치료와, 재방문, 재입원, 추가적 수술에 대한 보증이 포함되어있다. 연구결과에 따르면 지불자의 경우 약 40%정도의 절감 효과가 있었고, 의사들은 예상치보다 약 80%정도의 수가를 더 받은 것으로 나타났다. 지불자의 비용절감분은 불필요한 보조도구의 사용감소, 병원 입원기간의 감소, 재입원의 감소 등에 기인한 것으로 나타났다. 병원은 실제적으로 실시 이전 보다 사례당 약 13%의 지불액을 더 받은 것으로 나타났는데, 입원의 수는 전체적으로 감소하였다.<sup>22)</sup>

현재 에피소드 중심의 지불체계를 실행하기 위해 다음과 같은 노력을 하고 있다.

- 메디케어의 급성질환 에피소드 시범사업 : 미국 의료보장청(CMS)은 2009년부터 급성질환 에피소드(Acute Care Episode: ACE)라 불리는 시범사업을 시작하였다. 이 시범사업은 가격과 서비스의 질에 기초하여 각 시장별로 하나의 병원/의료조직을 선정하고 심장치료와 정형외과 치료를 대상으로 병원과 의사들의 의료서비스 모두를 커버하는 단일의 수가를 지불하는 프로그램이다. 현재 텍사스, 오클라호마, 뉴멕시코, 그리고 콜로라도에 국한하여 실시 중이다.
- 프로메테우스(PROMETHEUS) : 프로메테우스사(社)에서는 2008년

22) 긍정적인 효과에 대한 추가적인 사례분석은 Miller, "From Concept to Reality: Implementing Fundamental Reforms in Health Care Payment Systems to Support Value-driven Health Care", Working paper, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008 를 참조하기 바람.

현재 에피소드중심지불시스템을 개발 중에 있다. 지불액은 실제 발생한 비용과 근거에 기반한 진료에 대한 비용의 추정치를 조합한 것에 기초하되 질적 성과에 따른 차이를 감안하여 조정된 액수로 결정될 것이다. 급성 질병에 중점을 두고 심장경색, 엉덩이와 무릎 보철술(hip and knee replacement), 관상동맥수술(CABG), 관상혈관재생술, 비만수술, 탈장 등과 같은 급성질병에 중점을 두고 진행하고 있는 것으로 알려져 있다.

#### 다. 질병특정인두제의 핵심요소와 특징

만성질환의 치료를 위한 질병특정인두제(condition-specific-capitation)는 다음과 같은 핵심 요소들을 포함해야 한다.

- ▶ 일정기간(월 혹은 분기) 동안에 통합지불체계(comprehensive care payment)를 통해서 사례관리, 예방관리, 만성질환과 관련된 사소한 급성 서비스 등을 포함한 모든 서비스 등이 커버되어야 한다.
- ▶ 통합적인 지불체계에서의 지불수준은 환자가 지닌 만성질환과 환자의 건강수준에 영향을 미치는 다른 요인 등의 특징에 기초해 다양하게 나타난다.
- ▶ 통합지불체계에 의해 커버되는 서비스의 범위는 지역협력의료조직에 의해서 결정된다. 지역협력의료조직은 각각의 환자 타입에 따라 비용을 추정하지만, 실제적인 통합지불은 협상에 의해서 결정된다.
- ▶ 공급자는 결과적인 환자의 건강상태, 환자의 만족 수준, 주요 급성질환 서비스에 대한 환자들의 사용 빈도에 기초해 보너스 또는 패널티를 받는다.
- ▶ 환자들은 높은 품질과 낮은 비용의 공급자들을 선택할 유인을 가지게 되며, 또한 의료절차에 대해서 공급자들과 협의할 권한을 가지게 된다.

이러한 시스템이 가지는 이점은 다음과 같다.

- 의사들은 수가 코드에 제한되지 않으며 서비스 종류와 급여 여부에 대한 제한을 받지 않는다.
- 의사들은 환자들의 건강 수준을 증진시키고 입원을 예방하고 다양한 공급자들간에 조정을 강화할 유인을 가지게 된다.
- 환자들은 최고의 가치를 제공하는 제공자와 서비스를 선택할 유인을 가지게 된다.

미국의 미네소타 주에서는 10여년 넘게 환자선택(patient choice) 시스템이라는 변형된 모델을 운용해 오고 있다. 환자선택 시스템에서는 우선 ‘의료조직’<sup>23)</sup>들은 환자집단에 대한 위협조정된 총 진료비용에 대해서 입찰을 한다. 그리고 의료조직들은 상대적 입찰에 기초하여 비용/질에 따라 층화 분류된다. 소비자들은 고비용층의 의료조직에서 진료를 제공받으려면 입찰 가격의 차액을 지불해야 한다.

제공자들은 여전히 행위별 수가 코드에 기반해 수가를 청구한다. 그러나 실제 지불되는 수가 수준은 예산안 범위내에서 조정되어 결정된다. 예산은 의료조직의 입찰에 따라 결정되나, 실제 서비스를 원하는 환자의 질병 특성에 따라 증가되거나 감소될 수 있다. 이러한 시스템은 환자들이 보다 비용 효율적인 공급자를 찾도록 촉진하며, 공급자들은 더 많은 소비자들을 모으기 위해 비용을 감소시키면서 의료의 질은 유지할 수 있도록 유도하고 있다.

또한, 2008년 현재 질병특정인두제를 실행하기 위한 미국 내에서의 노력은 다음과 같다.

- 대안품질 계약(Alternative Quality Contract : AQC) : 메사추세츠 주의 Blue Cross and Shield는 대안 품질계약이라 불리는 선택적

23) 병원과 의사들을 포함하는 공급자 그룹을 의미함

계약제도를 개발했다. 이것은 해당 환자에게 필요한 모든 의료서비스에 대한 수가를 환자의 건강상태에 맞춰 조정해서 환자 당 고정된 금액으로 지불하는 것이다.

- ▶ 프로메테우스(PROMETHEUS) : 앞에서 소개한 바와 같이 프로메테우스사(社)에서는 특정한 상태에서 모든 공급자들에 의해 제공된 서비스를 모두 포함하도록 설계된 새로운 지불 시스템을 개발하고 있다. 프로메테우스 지불모델은 급성질환 뿐 아니라 당뇨, 울혈성 심부전, COPD, 천식, 관상동맥질환, 고혈압 등과 같은 만성질환에 대해서도 개발 중이다.

### 3. 새로운 지불체계와 관련된 주요 이슈에 관한 논의

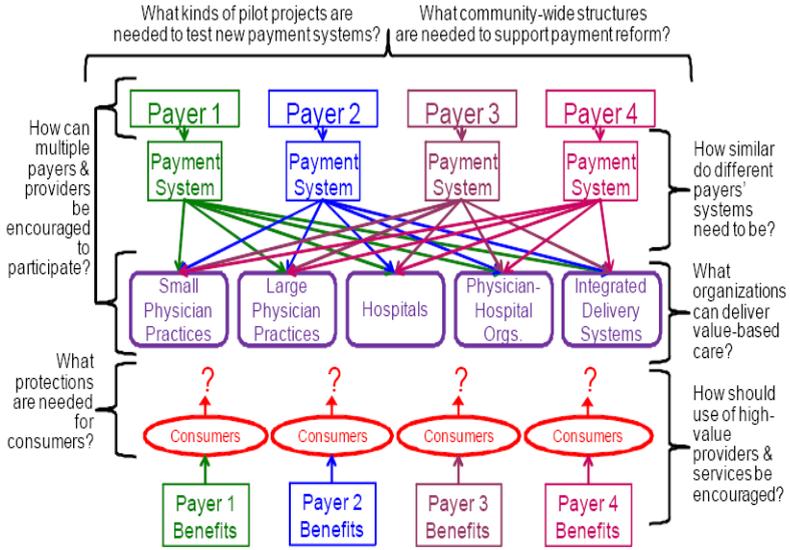
지불체계의 개혁이 보건의료서비스의 질과 의료비 측면에서 개선을 가져다 줄 것이라는 것은 확실하지만, 실제로 이러한 정책이 개념에서 현실로 구체화될 때 고려해야할 많은 이슈들이 존재한다. 이러한 이슈들의 대부분은 보건의료서비스 분야와 관련된 조직들의 수, 복잡성, 다양성 등에 기인한다. 각각의 다른 지불체계와 수익구조를 가진 다양한 지불자, 다양한 범위의 공급자 등의 의료시장 참가자들이 모두 보건의료서비스 전달체계에서 매우 복잡하게 상호작용하고 있다.

아래의 [그림 IV-9] 이 보여주고 있듯이 새로운 지불체계를 설계하고 이행하기 위해서는 다음과 같은 문제들이 충분히 논의되어야 한다.

- ▶ 다수의 의료공급자들이 수용할 수 있다고 한다면 새로운 지불체계는 성공할 확률이 높을 것이나, 새로운 지불체계를 받아들일 의료공급자들이 미흡하면 새로운 지불제도가 운용되기 어렵고, 설사 운용된다고 해도 가치의 향상이라는 목표를 달성할 수 없을 것이다.
- ▶ 높은 가치를 제공하는 공급자와 의료 서비스의 사용을 촉진할 수 있어야 하며, 환자들에게 적절한 의료의 질을 담보할 수 있는 보호가 필요하다.

- 지불제도 개혁의 이니셔티브에 대한 지원과 활성화를 위한 구체적인 실행방안이 마련되어야 한다.

[그림 IV-9] 보건의료서비스 전달체계와 지불체계 개선관련 주요이슈



출처: Miller, From concept to Reality, NRHI, 2008에서 발췌

이와 같은 기본전제를 바탕으로 새로운 지불체계를 개발하고 집행하는데 반드시 고려해야할 주요 이슈와 이와 관련된 정책 제안들을 정리하면 다음과 같다.24)

### 가. 근본적인 지불체계의 개혁을 위한 조직 구조

지불체계 개선의 목표는 의료서비스 공급자들이 개별 환자들의 수가에 한정된 서비스 제공에 대한 책임을 지는 것이 아니라 환자 관리의 전체적인 비용과 의료서비스 품질 관리에 대해 더 큰 책임을 가지도록 하는 것이

24) 본 보고서에서 논의하는 제안들은 NRHI(2008)의 『From Volume to Value』의 내용에 의존한 것임을 밝혀둠.

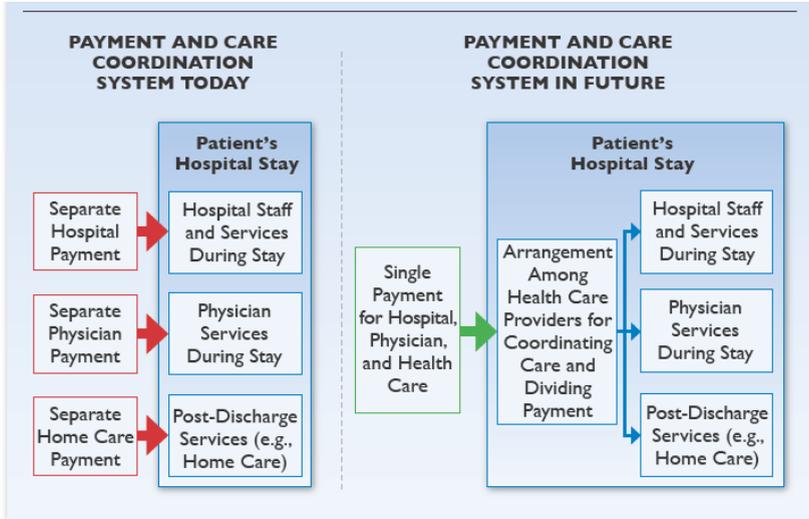
다. 이러한 지불체계는 의료서비스 구조에 있어서 ‘어느 의료서비스 공급자가, 새로운 지불체계와 그와 관련된 책임성을 받아들일 수 있는 의지와 능력이 있는가?’ 라는 근본적인 문제를 제기한다. 만약 많은 공급자들이 이러한 지불체계 개혁을 잘 받아들일 수 없다면, 새로운 지불체계는 집행되지 않거나 운영되더라도 원하는 만큼의 개선을 달성할 수 없게 될 가능성이 높아지기 때문이다.

### 1) 에피소드 기반 지불체계를 위한 공급자 조직의 구조

병원, 외과 의사들과 같이 많은 개별적 의료서비스 공급자들은 이미 행위별 수가제가 아닌 에피소드, 즉 사례 기반 지불체계를 바탕으로 지불받고 있다. 따라서, 현재 필요한 것은 서로 다른 공급자들이 환자의 특정 질환 관리에서 ‘포괄적인(bundled)’ 수가제도를 도입하는 것이다. 즉, 한 명의 환자가 동일 질환에 대해서 여러 공급자에게 서비스를 받는다 하더라도 단일 지불체계가 적용되어야 한다는 것이다. 예를 들면, 환자가 수술을 위해 병원에 입원한다고 할 때 수술하는 외과의사와 병원은 에피소드 혹은 사례 기반으로 지불을 받지만, 부수적인 다른 치료를 하는 의사들은 행위별 수가를 기반으로 지불받는다. 결과적으로, 모든 공급자들이 환자의 관리를 위해 노력해야하는 인센티브가 존재하지 않는 것이다. 진정한 에피소드 수가는 공급자에 대한 모든 지불을 포괄하여 하나의 통합적인 지불체계로서 환자가 에피소드 관리를 완성하기까지 모든 비용을 다 커버할 수 있어야 한다. 그러나, 이를 위해서는 개별적인 공급자들이 납득할만한 방식으로 이러한 지불총액이 배분되어야 한다.

이에 대해 전문가들은 지불자들이 전체적인(comprehensive) 질병 에피소드 관리를 할 수 있는 역량과 전문성을 보여주는 공급자들에게는 지불체계를 포괄적(bundled)으로 바꾸어야 한다고 제안하고 있다.

[그림 IV-10] 지불체계와 통합관리 시스템(현재와 바림직한 미래상)



출처: NRHI, 『From Volume to Value』, 2008에서 발췌

공급자들이 포괄 수가제(bundled payment system)에 참여할 수 있느냐를 결정하는 기준은 공급자들이 이러한 지불체계를 효율적으로 잘 관리하고 수준 높은 진료를 제공할 수 있는 행정적 역량과 전문성을 갖추었느냐에 있다. 이에 대해서는, 다음과 같은 요소들이 중요시된다.

- 에피소드 지불체계에 참여하는 참여자들 간의 신뢰가 필요하다. 이것은 의료공급자들과 지불자들 사이 뿐 아니라, 특히 지불체제로 이익을 분배하는 공급자들 사이에 특히 필요하다.
- 공급자들은 가장 비용효율적인 방법으로 의료서비스를 제공할 수 있는 역량을 갖추어야 한다.
- 공급자는 개별 환자에 대한 진료의 효율성과 질을 극대화하기 위하여 각각의 서비스를 조정할 수 있는 시스템을 갖추어야 한다. 왜냐하면 포괄적 지불체계의 핵심은 보다 잘 조정된 진료의 제공을 의미하기 때문이다.
- 공급자는 보다 효율적이고 높은 품질의 서비스를 제공하기 위해서 도

입한 포괄적 지불체계(bundled payment)에 지불을 분배할 수 있는 적절한 행정적 시스템을 갖추어야 한다.

모든 공급자들 사이에 비용 효과적인 서비스를 제공하고 환자에 대해 잘 조정된 관리를 제공하며 제공자들 사이의 지불액에 대한 적절한 배분에 대한 행정적 인프라를 갖추는 것은 매우 중요하다. 또한, 서로 다른 지불자들은 포괄적 수가제(bundled payment)에 대해서 최대한 유사한 구조를 구축함으로써 모든 환자를 일관성 있게 관리하는 공급자들의 능력 향상을 촉진할 수 있다.

포괄적 수가제가 바람직한 제도이기는 하지만, 현 지불제도의 급격한 변화와 현실적으로 복잡한 많은 이슈들이 제기된다. 따라서 근본적인 포괄적 수가제(bundled payment)로의 전환을 위해서는 일련의 조치들이 취해질 필요가 있다.

우선, 지불자, 공급자, 그리고 다른 기관들은 포괄적 지불체계의 전환을 촉진하기 위해서 진료비용의 일반공개, 공급자에 대한 기술적 도움 제공 등과 같은 지불체계의 전환을 위한 변화를 추진해야 한다. 즉, 에피소드 지불체계의 집행을 위해서는 많은 이슈들이 제기되고, 따라서 근본적인 에피소드 지불체계의 전환을 준비하기 위해 일련의 조치들이 취해질 필요가 있다.

논리적으로 가장 먼저 취해져야 할 조치는 정보의 수집과 배포이다. 즉, 여러 타입의 제공자들이 각각의 에피소드 관리에 얼마의 수가를 지불받는지, 그리고 공급자간 동일 진단을 받는 환자에 대한 수가의 차이가 얼마나 되는지에 대한 정보의 수집을 말한다. 지불자들이 이러한 정보를 수집하고 정리하는 것은 매우 큰 과제이다.

그리고 앞에서 논의한 바와 같이 지불체계 개혁에 있어서 매우 중요한 요소는 공급자들 사이의 지불액에 대한 적절한 배분을 위한 행정적 인프라를 갖추는 것이다. 이를 위해서 최소한 포괄적으로 지불된 금액을 제공자들 간에 어떻게 배분할 것인지에 대한 방법이 일반에게 공개되어야 한다. 또한 포괄 수가 내에서 환자에 대한 의료서비스의 질을 전달하고 보고하는 시스

템이 구비되어야 한다. 의료공급자들은 포괄적으로 지불된 수가를 배분할 때 서비스의 과다이용을 촉진하거나 불필요한 진료를 제공하는 유인 등을 배제하고, 소규모 의료기관에 대한 이익도 고려해야 한다.

새로운 지불체제로 인한 지불이 공급자들 사이에 적절히 분배되어서 의료의 질 향상과 비용절감에 대해서 적절히 보상되지 않는다면 새로운 지불체계는 의미가 없다. 따라서 에피소드 지불체계가 효율적으로 작동하기 위해서는 투명성을 요구하는 것이 타당하다. 또한, 모든 ‘이익분배’를 막기보다는 문제를 일으킬 것 같은 부분에 대해서만 약간의 제제를 가하는 것이 바람직하다고 보인다. 문제가 발생할 수 있는 여지를 차단하기 위해서 다음과 같은 옵션들을 고려할 수 있을 것이다.

- 에피소드 지불체계의 수령자가 병원의 임원율에 기반해 의사들에 대해 보상하는 것을 금지한다.
- 일부 공급자들에게 지나치게 높거나 낮은 지불액을 배분하거나, 혹은 추정비용보다 낮은 지불액을 배분할 수 없도록 한다.
- 의료서비스의 사용에 대해 비정상적으로 높은 수가를 가지는 포괄수가의 수령자에 대한 페널티를 부과한다.
- 서비스 제한을 막기 위해서 인센티브 프로그램의 수립 및 모니터링 시스템을 확립한다.

지불체계 개편을 위한 조직구조를 논의할 때 중요한 것 중 하나는 여러 공급자중 지불액을 수령할 하나의 공급자를 어떻게 선정하느냐는 것이며, 이것은 정치적으로 매우 민감한 문제이다. 따라서 통합된 지불을 받는 모든 제공자들에 의해 분담되어서 관리되어지는 특별한 조직구조가 필요할 것이다. 예를 들면, 메디케어에서 실시하는 심장과 외과수술에 대한 급성질환 에피소드 시범 사업은 해당 의료서비스를 제공하는 공급자 중 최소한 하나의 병원과 의사그룹(physician group)을 포함하는 의사병원협의체(PHO)를 요구한다. 즉, 이러한 의사병원협의체가 지불액 수령을 위한 특별 조직이 되는 것이다.

공급자와 관련된 문제뿐만 아니라, 지불자 측에서도 또한 여러 과제가 존재한다. 만약, 지불액의 일부만 통합된 지불체제로 지불된다면 지불자는 특정한 서비스가 에피소드 지불체계에 포함되었는지의 여부를 결정할 메커니즘을 가지고 있어야 한다. 만약 이러한 시스템에서 통합으로 지불되어야 할 지불액을 결정하는데 문제가 있다 해도 현재로서는 이를 완전히 구분할 수 있는 메커니즘은 존재하지 않는다. 그리고 완전한 에피소드가 몇 개월간 지속된다면, 에피소드 초기에 제공된 서비스에 대한 지불은 지연될 수 밖에 없다.

## 2) 지불체제와 1차 진료강화를 위한 조직구조

이 이슈는 1차진료를 향상시키기 위한 노력의 핵심적인 부분을 차지하고 있다. 최근 ‘환자 중심의 메디컬 홈(Patient Centered Medical Home: PCMH)’제도의 도입과 시행을 위한 노력이 미국을 중심으로 진행되고 있다. 메디컬 홈의 기본적인 아이디어는 개별 환자가 개별 의사 그리고 전체적인 진료관리에 대해 책임을 질 수 있는 의료팀과 지속적인 관계를 유지해 나가도록 하는 것이다. 또한 한편으로는 만성질환관리 모델(Chronic Care Model)과 같은 것들이 추진되고 있다. 만성질환관리 모델은 환자의 건강 개선, 예방가능한 입원의 감소 등과 같은 다양한 목표를 가지고 있다. 그러나 이러한 문제는 ‘닭이 먼저냐 계란이 먼저냐’의 문제를 가지고 있다. 대부분의 1차진료 공급자들은 환자중심의 메디컬 홈이나 만성질환관리 등과 같은 모델을 지지하는 지불체제의 개선 없이는 진료의 변화를 이행하는 것은 불가능하다고 주장하는 반면, 지불자들은 지불체제를 바꾸기 이전에 제공자들이 비용 감소와 품질향상에 대한 확신을 주어야 한다고 요구한다. 본 이슈에 대해서 전문가들은 다음과 같이 제안을 하고 있다.

지불자들은 1차진료 제공자들에게 엄격한 자격기준을 요구하거나 혹은 지불체계에 참여하기 위한 인증기준을 충족시킬 것을 요구하지 않으면서, 비용의 감소(혹은 통제)와 산출물의 품질 향상을 위한 혁신을 이끌어내야

한다. 한편, 1차 진료에 중점을 두고 비용과 의료의 질에 대해 책임성을 수용한 조직들은 메디컬 홈과 같이 1차 진료의 개선을 위한 지불체계의 변화에 참여해야 한다. 또한, 지불자들은 어느 의료조직이 메디컬 홈으로 활동할 수 있을지에 대한 엄격한 기준을 설정하기 이전에 구조와 절차측면에서의 평가를 자제해야 한다. 그리고 1차진료의 비용효과성 강화를 위한 접근법의 혁신을 이끌어내고 소규모 의료기관에 대해서 새로운 지불체계에 참여할 수 있게 장벽을 최소화해야 한다.

전문가들은 어느 제공자들이 환자중심의 메디컬 홈이 되어야 하는지에 대한 기준을 세우는 것은 최소한 현재는 불가능하고 또한 적절하지 않다고 의견을 모으고 있다. 왜냐하면, 이를 위해 어떠한 절차가 반드시 필요하며 또한 어떤 방법이 비용 효과적인지 알려진 바가 거의 없기 때문이다. 대부분의 지불자들은 1차 진료의 강화를 위해 수정된 지불체계에 의해 어느 의료기관이 더 지불 받는지를 결정할 때 국가품질보증위원회 (National Committee for Quality Assurance : NCQA)에서 개발한 메디컬 홈 기준을 사용하고 있다. 전문가들은 이러한 기준들이 제공자들에게 하나의 가이드라인 역할을 해줄 수는 있으나, 실제적으로 이러한 기준을 만족하는 제공자들이 다른 제공자들보다 더 질 좋은 서비스를 제공한다고 결론내리는 것은 어렵다고 의견을 모았다. 결과적으로 NCQA의 기준은 시범프로그램 진행시 대상기관을 선정하는 데 사용하는 것이 적절하다고 제시하고 있다.

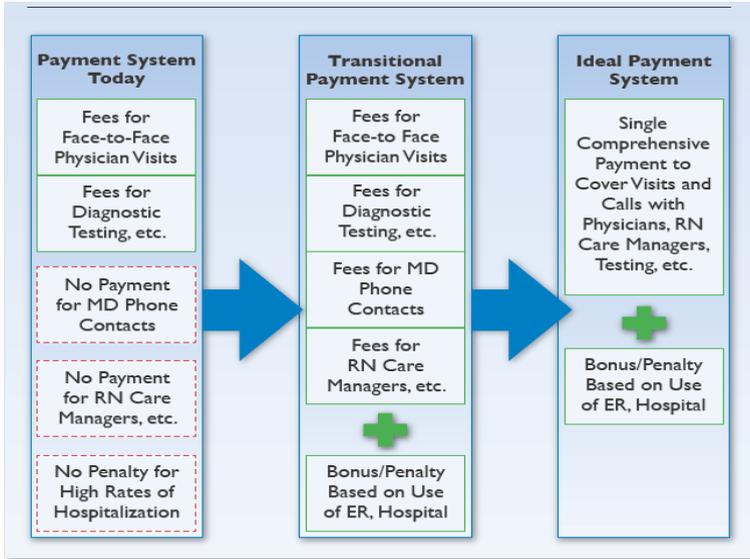
### 3) 1차의료 강화에 필요한 통합 지불체계로의 이행

전문가들은 또한 1차 의료기관의 지불체계 변경에 대해서 다음과 같이 지적한다. 우선, 궁극적으로 현재의 수가 구조는 완전히 대체되어야 하며 1차 의료 공급자들은 질병 심각도 조정을 거친 단일의 통합 수가제, 즉 통합지불(comprehensive payment)을 통해 환자의 외래진료에 대한 모든 비용을 포괄해야 한다고 제시되고 있다. 그리고 소비자들은 메디컬 홈으로서 1차 의료 공급자를 방문하는 것에 대한 인센티브를 받아야 한다. 그러나

가까운 시일 내에 이러한 통합지불체계를 수용할 수 있는 1차 의료기관은 거의 없을 것으로 예상된다. 예를 들면, 많은 의료기관들은 메디컬 홈의 목표를 충족하기 위해서는 새로운 지불방법의 선정 및 집행, 현금흐름관리, 비의사 의료진, 즉 간호관리사와 같은 스태프에 대한 채용 및 의료팀으로의 통합 등 많은 양의 시간과 기술이 필요할 것으로 예상된다. 그리고 현재의 1차 진료에 대한 지불체계는 효율성이나 품질이 아닌 ‘양’에 대한 보상을 기반으로 하기 때문에 ‘질’ 지향적인 구조로 이행하기 위해서는 공급자들에게 지불체계의 전환의 시기가 필요하기 때문이다. 전환과정에 있어 지불자들은 통합 관리 체계의 강화를 위해 현재의 지불제도를 변화해야 한다. 예를 들면, 새로운 수가와 지불 코드가 메디컬 홈에서 필요하지만 현재의 행위별 수가제에서 상환되지 않는 서비스와 절차<sup>25)</sup>를 지불하기 위한 기제를 만들어야 하며, 대안적인 방법으로 제공자들은 예방가능한 입원의 횟수, 응급실방문, 재입원 등의 실적을 기반으로 보너스를 받거나 페널티를 부과하는 방법 등을 생각해볼 수 있다(그림 IV-11 참조).

25) <그림 12>에서와 같이 의사와의 전화상담, 간호사의 care manager 등

[그림 IV-11] 현재의 지불시스템, 과도기상의 지불시스템, 이상적 지불시스템



출처: NRHI, 『From Volume to Value』, 2008에서 발췌

소비자에 대한 인센티브는 이러한 수정된 지불체계를 받아들이는 1차 진료기관이 많아질 때에 적용할 수 있다. 최소한, 모든 지불자들은 1차진료 제공자들의 성과를 측정하는데 있어서 유사한 기준을 사용하는 지불체제로 바꾸어야 하며, 이를 통해 제공자들이 모든 환자에 대해 자신의 진료를 개선시킬 수 있도록 해야 한다.

#### 나. 지불체계 개선을 통한 소비자의 행태 변화 촉진 및 소비자 보호 방안

##### 1) 질 높은 서비스에 대한 소비자 수요의 촉진 방안

질 중심의 보건의료시스템 구축을 위해서는 새로운 지불체계가 환자들로 하여금 보다 질 높은 공급자와 서비스를 사용할 수 있도록 고안되어야 한다. 즉, 환자가 공급자를 선택할 때에 양질의 서비스를 제공하는 공급자를

선택해야 하며, 또한 진료 서비스에 대한 여러 대안들이 있을 때에 보다 양질의 서비스를 선택할 수 있어야 한다. 이를 위해 소비자들은 어느 의료 서비스 공급자를 선택할지에 대한 선택권을 가져야 하며, 양질의 서비스를 제공하는 공급자를 선택할 수 있음에 불구하고 질 낮은 공급자를 선택했을 경우 그 비용의 차액에 대해서 전액 또는 일부를 더 지불해야 한다.

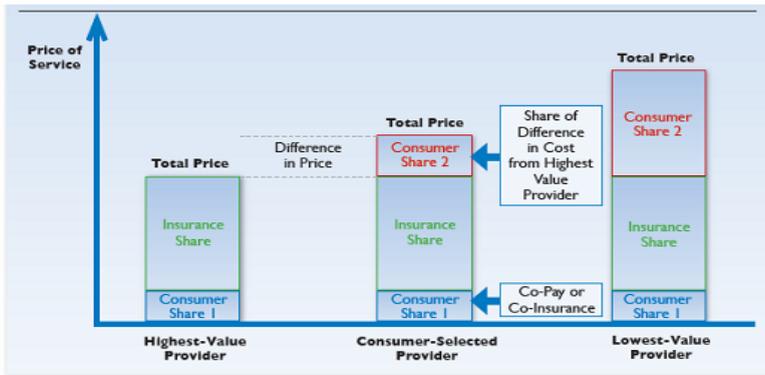
이를 위해서 소비자들은 다양한 의료서비스 공급자들의 의료의 질과 비용에 대한 정보를 접할 수 있어야 하고, 또한 의사결정을 위한 정보 활용에 대해 교육을 받을 수 있어야 한다. 소비자들이 정보를 습득하고 이용하는 것에 대한 중요성을 이해시키기 위해서는 창의적이고 적극적인 마케팅 노력이 필요하다. 또한 제공자들은 다른 제공자들의 비용과 질에 대한 정보를 접할 수 있게 해서 환자를 다른 병원으로 의뢰할 때 이와 같은 정보를 기반으로 하여야 한다. 특정 서비스에 대해서 다양한 공급자들이 있는 경우, 그러한 공급자들은 소비자들의 정보와 비용분담을 용이하게 하기 위해 제공되는 서비스의 비용과 질에 기반하여 몇 개의 그룹(tier)으로 나눌 수 있어야 한다.

그리고, 소비자들이 높은 가치의 공급자에의 접근성을 확대할 수 있도록 의료공급자 자신이 제공하는 서비스의 가치를 향상시킬 수 있게 지원해야 한다.

현재 미국의 연방 보건성은 메디케어의 제공자들에 대한 서비스의 질, 지불자의 숫자 등에 대한 정보를 다양한 의료기관 및 병원 등에 제공하고 있다. 또한, 이와 같은 정보의 제공과 교육을 넘어서 질 높은 공급자를 선택하고 인센티브를 부여해야 한다고 의견을 모으고 있다. 고비용과 고품질이 동일한 것으로 여겨질 수 있지만, 다수의 연구들은 보건의료분야에서도 비용을 낮추거나 유지하면서 서비스의 질을 높이는 것이 가능하다고 제시하고 있다. 보건의료 분야에서의 큰 문제는 소비자들이 비용과 자신의 선택과 괴리를 보이고 있다는 것이다. 동일한 의료의 질의 경우 소비자들은 더 낮은 가격을 제시하는 공급자를 선택할 것이고, 동일한 가격의 경우에는 보다 양질의 의료서비스를 제공하는 공급자를 선택할 것이다.

전통적인 비용분담으로 본인일부부담, 정액공제 등이 있는데 이것은 ‘최초의 금액(the first dollar)’에 대한 소비자의 책임을 지우는 것이다. 그러나, 소비자 행태의 변화를 위해서는 ‘마지막 금액(the last dollar)’에 대해 책임을 지우는 것이 필요하다.

[그림 IV-12] 소비자 행태 변화를 위한 비용분담



출처: NRHI, 『From Volume to Value』, 2008에서 발췌

의료서비스의 질과 효과성에 대해서 정보가 공개되어 있는 경우라도 질과 비용사이의 상충관계에 대한 복잡성 때문에 많은 환자들은 처방과 진료에 대해서 선택권을 잘 행사하지 않으려고 한다. 따라서, 이러한 환자들을 도와주고 교육을 위해 의사 또는 다른 보건의료전문가들이 환자들에 대한 자문 역할을 해주는 것이 중요하다. 예를 들면, 장애인이나 노인 환자들에게는 의사결정을 함에 있어 사회복지사들의 조력이 도움이 될 것이다. 그러나, 이러한 자문 역할에는 기술과 시간이 들기 때문에 이에 대한 적절한 보상이 필요하다.

## 2) 새로운 지불체계 하에서 환자들에 대한 보호

이론적으로 전체비용 관리에 대한 책임을 공급자에게 부과하는 지불체계는 부적절한 진료서비스를 줄일 수 있는 경제적 유인을 제공하지만, 또한

동시에 결과가 안 좋을 것이라고 명백히 예상되는 환자들에 대한 치료를 거부할 수 있다. 따라서, 이러한 위험으로부터 환자들을 보호하기 위한 적절한 환자보호 메커니즘을 개발하는 것이 필요하다. 우선, 보건의료서비스 공급자들은 적절하고 정확한 서비스를 제공해야하며, 또한 환자에게 제공되는 서비스의 질과 수준에 대해서 일반에 공개할 의무를 가진다. 특정한 치료 혹은 절차에 대해서 높은 수준의 서비스 제공을 위한 가이드라인이 명확히 존재하는 경우, 공급자들은 가이드라인에 제시된 처방이나 절차가 환자에 부작용을 발생시켜 다른 처방이 필요하거나, 또는 환자가 해당 처방에 대해서 반대한다는 명확한 증거가 없는 이상 가이드라인을 따라야 한다. 또한 연방, 주, 지역 차원에서의 품질측정시스템은 개별 공급자가 환자에 제공하는 서비스의 질과 수준에 대해서 공개 보고서를 위한 자료를 수집하고 공개해야 하며, 소비자와 공급자는 품질측정방법에 대한 협의를 할 수 있는 권리를 가져야 하고, 공급자는 데이터가 정확한지 확인할 수 있는 적절한 기회를 보장받아야 한다.

또한, 효과적인 중증도/위험조정(severity/risk adjustment) 메커니즘과 예외적인 사례를 포함하는 지불체계가 환자와 제공자 모두를 보호하기 위해서 반드시 필요하다. 지불체계에서 사용될 중증도/위험조정 메커니즘의 개발과 발전은 지불체계 개편에 있어서 최우선적인 정책이 되어야 하며, 예외적인 사례와 같은 것이 새로운 지불체계 하에서 안전망의 구축과 위험조정에 대한 피드백 메커니즘으로 사용되어야 한다.

효율적인 중증도/위험조정 시스템은 효율적인 지불체계에서의 핵심이기 때문에 정책 담당자는 이러한 시스템을 개발하고 평가하고 지속적으로 개선시키는 것에 우선순위를 두어야 한다. 그러나, 아무리 효율적이라고 해도 중증도/위험조정시스템이 완벽히 모든 비용을 포괄할 수는 없다. 따라서, 예외적인 사례에 대한 지불체계와 연간 최고 부담 한도액의 조정(stop-loss arrangement) 등 특별한 케이스에 대한 부가적인 비용 지불체계의 확립이 필요하다.

한편, 가치가 높은 예방서비스를 이용하거나 효과적인 진료프로세스를

준수하는 환자들에게 재정적 인센티브를 부여하는 것도 중요하게 검토되어야 한다.

## 다. 지불체계 개혁을 위한 다양한 사회적 조치에 대한 논의

### 1) 시범 프로그램의 특성과 역할

새로운 지불체계 시스템은 디자인 단계부터 시행단계에 이르기까지 많은 실제적 이슈들이 존재 한다. 몇몇의 경우, 제공자나 환자들은 다른 지불체계 하에서 어떻게 선택을 해야 하는지에 대한 지식이나 경험이 불충분할 수도 있다. 즉, 새로운 변화에는 의도치 않았던 결과와 기대하지 않았던 어려움이 존재할 수 있다. 이러한 이유로 전문가들은 새로운 지불체계가 전면적으로 적용되기 이전에 지역적 수준에서 시험 프로젝트(pilot project)가 필요하다는 것에 동의를 한다. 그러나 무슨 프로그램이 시행되어야 하는지에 대해서는 여러 가지 다양한 이슈와 대안들이 존재한다. 효율적인 시범 프로그램의 실행을 위한 주요사항은 다음과 같이 정리될 수 있다.

우선, 새로운 지불시스템을 위한 시범 프로그램은 의료서비스의 품질 향상과 비용통제를 위한 진료의 변화를 경험할 수 있도록 디자인되어야 한다. 앞서 살펴본 바와 같이, 주요 이슈는 진료의 질과 비용이다. 비록 질이 높다 하더라도 고비용이면 문제가 될 수 있고, 비용을 감소시키면서 질까지 낮아지면 이 또한 바람직하지 못할 것이다. 결론적으로, 지불체계 개혁 프로그램은 진료의 질 개선과 비용절감을 동시에 목표로 삼아야 한다. 이와 함께 시범 프로그램의 또 다른 목표는 질 향상과 비용 절감을 위한 의료전달상에서의 변화 경험을 축적하는 것이다. 지불체계의 변화가 단지 지불체계의 변화에 그쳐서는 안되고, 또한 단지 고품질의 진료를 촉진하는 수단만으로 고려되어서도 바람직하지 않다. 즉, 지불체계 개혁 시범 프로그램은 지불체계의 변화와 집행기간동안 얻게되는 경험을 바탕으로 진료의 변화가 연속적으로 발생해야 하는 것이다.

둘째, 시범 프로그램은 많은 환자들이 이득을 얻을 수 있도록 진료 변화를 추구해야 하며 특히 개선될 잠재적 여지가 많은 환자와 질병에 초점이 맞춰져야 한다. 시범 프로그램은 많은 소비자들에게 적용 가능한 진료의 변화를 지원해야 하며 많은 보건의료서비스를 이용하는 환자들에게 적용 가능한 변화를 지원해야 한다.

셋째, 시범 프로그램은 참여의사가 높고 능력을 갖춘 공급자로부터 시작해야 한다는 점을 들 수 있다. 지불체계에 대한 시범 프로그램의 대상이 되는 공급자는 다른 공급자들에 비해 이득을 볼 수도 있고 손해가 발생할 수 있다. 따라서 시범 프로그램은 작은 범위의 제공자로부터 시작해서 점차 범위를 확대해야 한다. 이러한 단계적 접근을 통해 예상하지 못한 문제를 조기에 발견할 수 있다. 따라서 시범 프로그램에 처음 적용되는 공급자들은 실험적인 단계에 기꺼이 참여할 수 있을 정도로 관심과 능력을 갖추어야 한다.

시범 프로그램은 2~3년에 걸쳐 비용에 대한 감소를 기대할 수 있을 것이다. 그러나 초기에는 오히려 지출이 늘어날 수도 있음을 감안해야 한다. 즉, 단기간에 비용절감 효과를 거두기 어려울 수 있다. 결과적으로, 구매자들과 지불자들은 초기에는 더 많은 지출이 발생할 수 있으며 기대한 비용절감을 달성하기 위해서는 초기투자가 필요하다는 것을 인지해야 한다. 또한, 환자-공급자 관계의 연속성을 극대화하기 위해서 다년간에 걸친 참여와 지지를 필요로 한 시범 프로그램이 바람직할 수 있다. 총 비용의 절감을 달성한다는 것은 몇몇 공급자들은 수익의 증가를 경험할 수 있고, 다른 공급자들은 수입 감소를 경험할 수도 있다는 점을 염두에 두어야 한다. 공급자와 지불자는 전환과정에서의 비용과 인프라 비용을 커버하기 위해서 더 많은 비용을 지출할 경우가 발생할 수 있다. 그러나 2~3년 이내에 비용절감이 발생할 것이라는 것을 보여주는 확실한 비즈니스 사례가 없으면 구매자와 지불자들의 지속적인 지지를 얻기 어려울 수 있다. 그리고 총 비용의 감소가 개별 공급자들의 수익 감소로 이어지는 것이 아니라는 것을 인식하는 것이 중요하다. 새로운 지불체계하에서의 비용은 급성에서 예방으로, 그

리고 병원에서 1차의료로의 전환을 가져오리라 기대된다.

마지막으로, 충분히 많은(critical mass) 지불자들이 참여하는 것이 지불 체계 개혁의 시범 프로그램의 성패를 좌우한다는 점을 들 수 있다. 모든 지불자들이 시범 프로그램에 참여함으로써 지불자와 관계없이 모든 환자에 대한 공급자들의 진료 행태가 변하는 것이 가장 바람직하다. 그러나, 이것은 현실적으로 불가능 하므로 최소한 공급자들의 수익과 이윤에 대해 유의미한 변화를 이끌어낼 수 있을 만큼의 지불자들이 프로그램에 참여를 해야 한다. 구체적인 숫자는 지역과, 시범 프로그램에 참여하는 환자의 유형에 따라 다를 것이다. 만약 일정부분 미만의 지불자들과 공급자들만 참여한다면 시범 프로그램은 보건의료서비스 분야에 대한 의미있는 변화를 시험해보기 어렵게 된다. 예를 들면 만성질환자에 대한 메디컬 홈 모델의 핵심 요소는 환자의 교육과 자기관리의 지원을 위해 의사가 아닌 케어 관리자를 고용하는 것이다. 의료기관이 고용 비용을 상쇄하고 남을 정도로 충분한 환자가 있으나 이러한 환자들 중 일부만이 지불자로부터 보험혜택을 받는다면 의료기관은 오히려 손해를 볼 수도 있다. 따라서, 충분한 만큼의 지불자가 참여해주는 것이 효과를 높일 수 있다. 미국에서는 메디케어와 메디케이드의 참여가 매우 중요하다.

## 2) 지불자와 공급자들의 새로운 지불시스템에 대한 사회적 지원

오늘날 보건의료분야 문제의 해결을 위해서 지불체계의 근본적인 개혁이 필요하다는 것에 대해서 많은 사람들이 동의하고 있지만, 지불자, 공급자, 환자들은 새로운 지불체계로의 전환이 잠재적으로 자신에게 부정적인 결과를 가져오지 않을까 염려하고 있다. 이로 인해서 많은 이해관계자들이 새로운 지불체계에 참여하는 것을 꺼려하고 있으며, 때로는 반대를 하기도 한다. 따라서 이러한 과제를 극복하기 위해서 다음과 같은 고려하는 것이 바람직하다 하겠다.

우선, 병원과 특수 공급자들은 가치 중심의 보건의료서비스를 창출해낼

수 있는 변화를 채택하는 계획을 시작해야 한다. 일반시민, 지역사회 리더들과 공급자들은 지역에 따라 병원과 공급자들의 이윤이 줄어들거나 서서히 증가할 수 있다는 사실과 이러한 변화를 채택하는 것이 얼마나 중요한지에 대해서 교육을 받는 것이 필요하다. 의료공급자들이 낭비를 줄이고 효율성을 높일 수 있도록 기술적인 지원이 제공되어야 하며, 지불자들은 공급자들에 대해서 불필요한 행정요청을 없애거나 감소시켜야 한다. 또한, 병원과 전문가들은 1차 진료 및 예방관리의 강화, 질 높은 서비스의 전달을 지원하기 위한 기회를 적극적으로 추구해야 한다.

이러한 질 중심으로의 전환을 위해서 소규모 의료기관에 대해서는 다음과 같은 지원이 필요하다. 우선, 새로운 지불체계 하에서 사례 관리와 재무관리를 위해서 소규모 의료기관에 기술적 지원을 해야 한다. 그리고, 소규모 의료기관들은 품질향상, 자원공유, 전체 환자에 대한 책임과 비용에 대한 책임성 강화를 위해서 조직 구조를 만들거나 참여하도록 인센티브를 부여한다. 마지막으로, 새로운 지불체계 모델에서의 전환과정과 인프라 구축을 위해서 소규모 의료기관에게 재정적인 지원이 필요하다.

#### 4. 고찰 및 소결

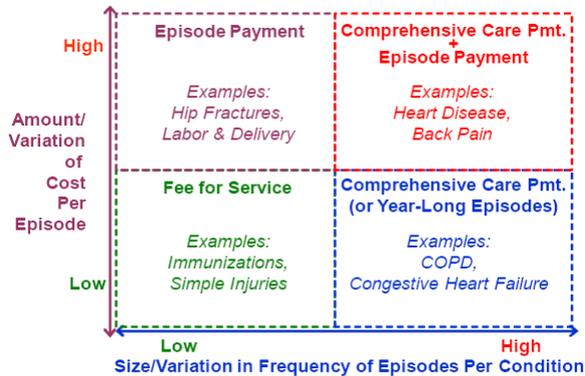
본 장에서는 의료의 질과 의료비관리의 향상을 이룰 수 있는 바람직한 지불제도와 이를 위한 전달체계, 그리고 고려해야 하는 이슈들에 대해 논의하였다.

현재의 행위별수가제도의 대안으로 본 보고서에서는 에피소드 지불제도와 질병특성에피소드기반 지불제를 소개하였다. 앞에서 논의한 바와 같이 에피소드 지불제도는 특정 질환의 전체 에피소드에 대해 단일가격으로 일정한액을 부과하여 지급하는 제도라 할 수 있으며, 통합진료 지불 또는 질병특성에피소드기반 지불제도는 일정기간을 설정하여 필요한 모든 서비스에 대해 일정기간을 설정하여 단일가격으로 지급하는 제도임을 알 수 있었다. 이 두 가지 지불제도 가운데 최선의 지불제도 하나를 선택하여 집행하는

것은 적절하지 못하다고 할 수 있다. 환자들이 보유한 질병을 포함한 건강상의 문제에 따라 에피소드중심 지불제도가 바람직할 수도 있고, 통합진료 지불제도가 더 바람직 할 수 있기 때문이다. 한편, 두 가지의 지불방식을 함께 사용하는 것이 바람직한 경우도 고려할 수 있다. 예를 들어, 1차의료 개원의가 심장질환의 환자들에게 외래에서 입원까지를 포함하여 통합진료 (Comprehensive Care)를 제공하면서 통합진료 지불방식으로 계약하고, 만일 특정한 환자가 입원이 필요하면 1차의료 개원의가 에피소드 지불방식으로 병원에 지불하도록 하는 것이다. 에피소드 지불제를 적용받는 병원 의사는 입원기간 동안에 효율적이며 질적으로 우수한 진료를 제공하고자 할 것이다. 이와 같이 두 지불방식의 결합을 통한 제도는 에피소드 발생률과 에피소드 발생시 비용의 차이가 많이 나는 심장질환 같은 질환에 적합하다 할 수 있다. 이러한 결합방식으로 입원률을 감소시키려는 노력과 수술시 비용 절감을 위한 노력을 동시에 기대할 수 있다. 비용과 질의 특성을 고려해서 지불방식의 선택과 조합을 도모하는 접근방식이 필요하다.

아래의 [그림 IV-13]는 비용과 에피소드 발생빈도의 차이가 많고 적은 조합에 따라 적합한 지불방식을 제시한 그림이다.

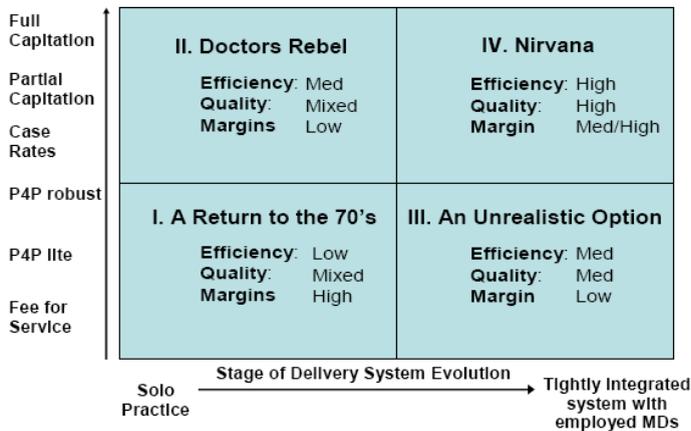
[그림 IV-13] 비용/질의 차이에 따른 적합한 지불제도



출처: Center for Healthcare Quality & Payment Reform, "Which Healthcare Payment System is Best?", Paths to Healthcare Payment reform에서 발췌

본 장에서는 또한 의료의 질과 의료비관리의 향상을 이룰 수 있는 바람직한 지불제도와 이를 위한 전달체계, 그리고 고려해야 하는 이슈들에 대해 논의하였다. 지불제도의 개혁만으로는 현재 우리가 직면하고 있는 의료의 질과 의료재정의 문제를 해결하기 어렵다. 아래의 [그림 IV-14]는 각각의 지불제도와 전달체계의 조합에 따른 효율성, 의료의 질, 그리고 마진의 정도를 보여준다. 그림에서와 같이 비효율적이며 성과가 불투명한 현재의 상태인 1사분면에서 효율성과 의료의 질, 그리고 마진 등 의료시스템의 성과가 이상적으로 구현될 수 있는 제4사분면에 도달하기 위해서는 지불제도의 개혁과 전달체계의 변화가 함께 이루어 져야 할 것이다.

[그림 IV-14] 전달체계와 지불제도 옵션



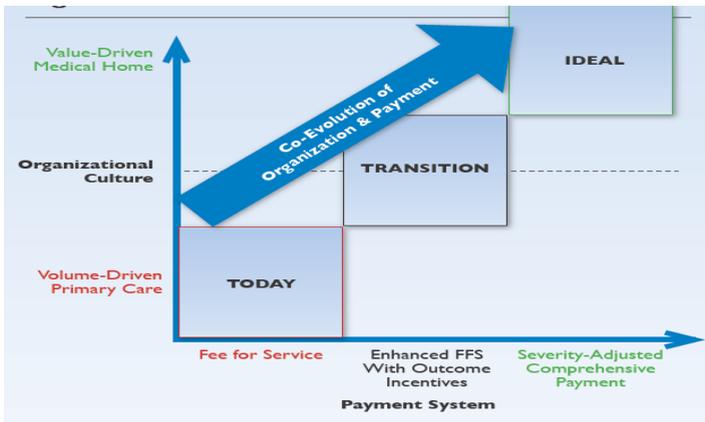
출처: Mechanic, Robert, "Healthcare Payment Reform: Creating Conditions for More Efficient Health Delivery", Policy Brief, The Health Industry Forum, April, 2008.에서 발췌

본 보고서에서는 또한 지불제도의 개선이 실제적으로 이행되기 위해 고려해야 하는 주요 이슈들을 논의하고자 하였으며 요약하면 다음과 같다. 우선, 세심한 설계와 지불자, 공급자, 환자, 그리고 정부 등 보건의료시장의 참가자들의 장기간에 걸친 노력과 투자가 필요하다. 그리고, 새로운 지불제도가 정착되기 위해서는 많은 의사들의 진료술, 급여 청구 및 지급의 새로운 시스템, 현금흐름관리, 간호사 등과 같은 비의사 스태프의 고용 및 팀

구성, 그리고 다른 여타 시스템 등에서의 변화가 필요하다.

그러나, 인센티브가 변화할 때까지 의료의 질을 향상시키고 동시에 비용 통제를 달성할 수 있도록 진료과정을 디자인하고 이행할 수 있는 기술은 부족한 상황에 이를 것이다. 따라서, 가치지향적 구조로의 이행을 위해서는 의료공급자를 지원할 수 있는 과도기적인 개선된 지불제도가 필요할 것이다. 즉, 지불제도와 의료조직 역량 모두의 “상호진화(co-evolution)”가 요구된다. 이상적인 지불시스템으로 도달하는 과정 중 과도기적인 지불제도를 고려할 수 있는데, NRHI 보고서에서는 “강화된 행위별 수가 시스템”을 제안하고 있다. 이는 현재의 행위별 수가 시스템하에서는 상황이 되지 않지만 메디컬 홈을 수용하고 실현시킬 수 있는 서비스와 과정들, 예를 들어 간호사의 care manager나 의사와의 전화상담 등과 같은 항목을 급여에 포함하도록 개발하는 것이다. 또는, 의료공급자에게 이와 같은 서비스와 과정들을 포괄하여 단일의 금액으로 추가적으로 상환하는 것도 하나의 대안이 될 수 있다. 그리고, 공급자들에게 불필요한 입원이나 재입원 횟수 등에 따라 보너스나 페널티를 부과하고 전체 의료비를 변화시키지 않도록 하는 것이 중요하다.

[그림 IV-15] 가치지향적 의료시스템으로의 이행 단계

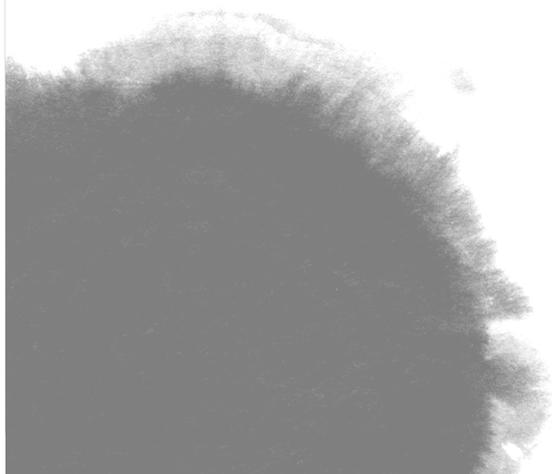


출처: NRHI, "From Volume to Value", 2008.에서 발췌

지불제도의 개선은 불필요한 의료비의 절감뿐 아니라 보건의료시스템의 질적 제고를 가져올 수 있는 매우 중요한 정책과제라 할 수 있다. 지불제도의 개혁만으로는 현재 우리가 직면하고 있는 의료의 질과 의료재정의 문제를 모두 해결하기 어렵지만, 효과적인 진료를 이끌어 낼 수 있도록 지불제도의 변화를 적극적으로 추진하는 것이 필요하다. 본 보고서에서는 비록 미국의 환경을 중심으로 한 논의가 주를 이루었지만, 우리에게 시사하는 바가 적지 않을 것으로 사료된다. 본 내용이 향후 우리나라 지불제도의 개혁을 도모하는 데 다소나마 기여할 수 있기를 기대한다.

# 05

## 비교효과 분석의 활성화





## 제5장 비교효과 분석의 활성화<sup>26)</sup>

### 1. 비교효과성 연구의 현황 및 문제점

비교효과성이란, 주어진 의료조건하에서 특정그룹의 환자들을 대상으로 행할 수 있는 다양한 처방들 간의 효과에 대한 엄밀한 비교분석의 결과를 말한다. 이것은 동일한 질병에 대한 의약품 간의 효과성 비교도 될 수 있고 전혀 다른 치료방법, 즉 특정 질병의 치료에 대해 수술과 약물 치료간의 효과성을 비교하는 연구일 수도 있다. 이러한 분석은 단순히 각 처방들 간의 상대적인 의학적 효과와 부작용만을 비교할 수도 있고, 또한 각 처방들 간의 비용과 편익의 측면까지 고려해서 분석할 수도 있다. 이와 같이 비교효과성 연구는 비용편익분석, 의료기술평가, 근거기반 치료 등의 개념과 매우 관련이 깊다.

새로운 의약품, 의료기기, 그리고 치료절차의 효과성에 대한 정보는 많지만 이들의 효과성에 대한 엄격한 비교연구는 상대적으로 드문 편이다. 미국의 경우, 의약품과 의료기기는 미국 내에서 유통되기 이전에 식품의약품안전청(FDA)의 승인을 얻어야 하지만, 승인절차에 효과를 상대적으로 검증하는 것은 포함되어 있지 않다. 또한, 대부분의 의사들은 'off-label' 의약품을 처방하는데, 이러한 의약품들은 대체로 FDA의 승인을 받을 필요가 없는

26) 본 장의 내용은 다음의 문헌에 기초하여 정리한 것임. CBO, "Research on the Comparative Effectiveness of Medical Treatments", Congressional Budget Office, Dec. 2007, Moon et al., "Creating a Center for Evidence-Based Medicine", The American Institute for Research, Feb. 2008, Miller, "Value-Based Coverage Policy in the United States and the United Kingdom: Different Paths to a Common Goal", Background Paper, The George Washington University, Nov. 2006.

것들이다. 의약품 제조업자들은 의약품의 효과성과 안전성 시험에 소요되는 비용이 시험의 결과로 인해 예상되는 판매 수익 증가보다 더 많다고 생각하고 있어 효과성 검증에 대한 연구가 활성화되지 않고 있다.

의약품이나 의료기기에 비해 신의료기술은 보건의료비 지출에서 가장 큰 부분을 차지하고 있는데, 새로운 의료기술은 특별한 임상적인 실험없이도 널리 사용될 수 있다. 엄밀한 과학적 근거가 없다면 어떤 치료절차가 행해질 지는 의사 개인의 경험과 판단에 의존할 수 밖에 없다. 효과성에 대한 명확한 근거 없이 특정한 의학적 처방이 널리 사용되어지는 이유는 여러 가지로 설명되어질 수 있다. 새로운 기술에 대한 환자과 의사들의 관심도 요인 중의 하나일 수 있고 행위별 수가제도 그 이유가 될 수 있다. 또한 보험을 가진 환자들은 전체 의료비에서 본인이 부담하는 비율이 낮기 때문에 비용과 효과성에 대해서 크게 신경을 쓰지 않게 될 가능성도 크다 하겠다.

최근의 몇몇 비교효과성 연구에 따르면, 특정 질환에 대해서 널리 쓰이는 치료방법이 사실상 적절하지 않다는 것을 보여주는 사례가 있다. 예를 들어 관상동맥 질환에 대한 혈관 형성술의 시술과 약물치료간의 효과성 비교 연구에 따르면, 혈관형성 시술을 받은 환자들이 혈액흐름이나 부작용 면에서 치료효과가 더욱 뛰어났지만, 이러한 효과는 시간이 지남에 따라 점점 감소하는 것으로 나타났다. 또한, 5년간 심장마비로 인한 생존율에서 두 그룹의 환자들간에 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 이외에도, 심혈관 질환에 대한 치료법의 효과성, 폐기종에 대한 처방의 효과성 차이 등에서도 일반적으로 널리 쓰이는 치료법의 효과가 반드시 더 우수한 것은 아니라는 연구결과가 발표되었다.

비교효과성 연구 없이는 의사가 치료에 필요한 정보를 제한적으로 가질 수 밖에 없다. 이것은 결국 의사가 치료에 대해서 의사결정을 할 때 의학적인 근거가 아닌 개인적 경험에 의존하게 하는 경향을 야기한다. 다만, 이러한 경험 의존적 현상은 반드시 틀린 것만은 아니다. 현실적으로 모든 의약품, 의료기기, 처방에 대해서 효과성을 비교한다는 것은 시간과 노력이 많이 투입되는 작업이다. 그러나, 엄밀한 데이터가 부족하고 처방의 효과 혹

은 위험성이 불확실해 특정한 처방에 대한 적절한 의사결정이 어렵게 된다면 비교효과성 연구가 반드시 필요하다고 보여진다.

최근 들어서 처방의 효과성에 대한 연구가 증가하고 있다. 그러나, 대부분 학술지 등에 해마다 발표된 단편적인 연구들을 모아서 비교효과성을 검토하고 있는 수준이라 할 수 있다. 최근 들어 과학적이고 체계적인 연구결과를 바탕으로 한 처방이 증가하고는 있으나, 아직 상대적인 비율은 매우 낮은 편이다. 그렇지만, 급속하게 발전하는 새로운 과학기술들을 모두 검증하고 효과를 비교하는 연구는 매우 어렵고 큰 과제이다.

비교 효과성 연구가 활성화되지 않을 경우에는 여러 문제점을 야기할 수 있는데, 동일한 질병에 대해서 사용되어지는 처방이 지역에 따라 매우 다양하게 나타나는 것이 그 하나일 것이다. 이와 관련된 구체적인 사례가 미국의 메디케어 등록자를 대상으로 한 다음과 같은 연구결과가 보여주고 있다. 관상동맥 우회술(coronary artery bypass graft)의 시술율이 성, 연령 등의 변수를 통제한 후에도 지역간 매우 상이하지만, 이러한 시술율의 차이가 심장마비 유병율의 지역간 차이와 비례하지 않은 것을 발견하였다. 그리고 전체적인 외과수술의 비율이 지역간 체계적으로 나타나지 않는 현상도 발표되었다.

특정 질병의 상이한 처방은 최선의 처방에 대한 과학적 근거 부족과 관련된 것이라 할 수 있다. 의학적 처방의 지역 간 차이는 사망 환자들의 생애 마지막 6개월간 받은 처방의 지역적 차이에서도 분명히 드러난다.<sup>27)</sup> 예를 들면, 이러한 환자들은 6개월 간 평균 약 20여일 정도를 병원에 입원상태에 있는데, 가장 짧은 기간을 보여주는 지역은 약 6일 정도를 병원에 입원하는 것으로 나타났다. 한편, 생애 마지막 6개월간 의사 방문수도 가장 많은 지역은 약 50회인 반면, 가장 적게 방문한 지역은 16회 정도로 비교적 큰 차이를 보였다. 메디케어 등록자 1인당 의료비용을 분석해 보면, 2003년 기준 4,500달러에서 12,000달러의 편차를 보이고 있는 것으로 추

27) 생애 마지막 6개월은 환자들이 사는 지역에 관계없이 비슷한 건강문제를 가지게 되기 때문에 지역 간 차이를 연구할 때 유용하다.

정되었다. 물론 이러한 비용의 차이 중 일부는 지역간 질병의 차이와 지역간 의료비 가격의 차이에 기인한 것이라 할 수 있다. 그러나, 다펜스 대학교 연구진이 분석한 바에 따르면 질병의 차이로 인한 비용의 차이는 약 30%정도이고, 의료비 가격의 차이는 약 10%정도인 것으로 나타났다. 즉 비용 차이의 약 60% 정도는 다른 요인에 의해서 결정되는 것이다.

특히 주목할 점은 최선의 처방에 대한 논란이 많은 질환일수록 지역간 차이가 크게 나타나는 것이다. 골반뼈 골절에 따른 입원의 경우 메디케어 가입자들의 입원율은 지역간 차이가 그리 크지 않은 것을 알 수 있다. 반면 의사들간에 의견이 매우 다양한 척추수술의 경우에는 지역간 편차가 매우 큰 것으로 나타났다.

의학적 처치에 있어서의 다양성은 지역 주민의 건강수준과 밀접히 관련 된다고 할 수 있다. 그러나, 많은 연구결과에 의하면 높은 비용이 곧 높은 건강수준을 의미하지는 않는다.

그렇다면, 우리는 의학적 기술에 대한 엄격한 과학적 평가를 통해서 얼마나 많은 보건의료비 지출 감소를 도모할 수 있는가? 어떠한 메카니즘에 의해 비용절감이 일어나는지, 그리고 건강수준에 어떠한 영향이 있는지에 대해서는 여전히 논의가 계속되고 있지만, 처치 또는 처방의 다양성의 감소로 인한 잠재적 비용절감에 대해서는 대체로 동의하고 있다. 다펜스 대학의 연구진들은 보다 일관적인 처방에 대한 가이드라인이 존재한다면 대략 30%정도의 메디케어 지출액의 감소가 일어날 것이라고 추정했다. 이 연구에서는 의료비 지출과 건강수준과의 관계에 대해서는 더 많은 연구가 필요하다고 했지만, 추가적인 의료비 지출이 건강수준의 제고에 기여하는 바는 확실치 않은 것으로 나타났다. 지역의 다양성에 따른 연구결과들은 고비용 지역이든 저비용 지역이든 건강수준에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 비용을 절감할 수 있음을 보여주고 있다.

## 2. 각국의 비교효과성 연구 현황

여러 선진국들도 보건의료비의 증가에 직면하여 처방의 비교효과성에 대한 평가를 하기 위해 다양한 절차를 밟고 있다. 미국을 제외한 많은 나라들은 국가보건의료시스템을 위한 전체적인 예산을 책정하고 정기적으로 비교효과성에 대한 데이터들을 수집하여 처방과 치료절차, 그리고 공공보험의 지불수준에 대한 표준을 수집하기 위해 노력하고 있다. 여러 선진국들은 각각 상이한 건강보험 체계를 가지고 있지만, 연구조직의 정비, 재원 조달, 연구 활동에 이르기까지 다양한 측면에서 우리에게 시사점을 준다. 본 보고서에서는 대표적인 사례로 영국과 미국에 대해서 중점적으로 검토해보고, 기타 국가들의 현황에 대해서 개괄적으로 소개하도록 한다.

### 가. 영국의 NICE를 중심으로

1990년 후반, 영국 NHS는 새로운 의료기술 및 의약품사용의 불평등을 시정하고 보건의료비의 증가를 감소시키기 위해서 NICE를 설립하였다. NICE의 주요임무는 (1) 의약품, 장비, 진단기술, 수술절차 등의 기술평가 실시, (2) 치료 효과성, 비용 효과성을 모두 고려한 신기술 사용의 임상적 가이드라인 수립, (3) 의약품, 장비, 진단기술 등의 안전성과 효과성 확보, (4) 지속적인 모니터링 방법의 개발 등이다.

NICE는 NHS내에 존재하는 준 독립적인 기구로서 정치적으로 자유롭다. 운영위원회의 의장은 독립적인 임명위원회에 의해서 선출된다. 기관의 총 인력은 약 200여명 정도이며, 2005~2006년 기준으로 연간 예산은 약 2,270만 파운드에 이른다. NICE 내에서는 NHS 프로그램과 의료서비스 제공자들을 위한 지침을 만들기 위해서 3개의 센터가 있다. 공공보건센터(The Center for Public Health Programs and Interventions)은 공공보건 프로그램에 대한 지침을 개발하는 업무를 담당하며, 보건기술평가센터(The Center for Health Technology Evaluation)는 신기술 및 새로운 치료절차

에 대한 평가를 담당하고, 임상진료센터(The Center for Clinical Practice)는 임상에서의 가이드라인을 개발하는 역할을 담당한다.

NICE의 중요한 임무 중의 하나는 새로운 의학기술(의약품 포함)에 대한 평가이다. 이것은 중앙과 지방의 NHS가 신 기술 혹은 의약품을 보험에 포함시킬지의 여부를 결정하는데 영향을 미친다. NICE가 평가할 신기술은 대개 NHS의 상급기관인 보건성에서 결정된다. 신기술 평가에 대한 제안은 보건의료 전문가, 임상의학자, 일반 대중, 환자 등이 개인 혹은 집단으로 보건성에 신청할 수 있다. 이를 바탕으로 NICE와 보건성이 기술평가의 세부적인 범위를 결정한다. NICE의 기술평가는 NHS 관리자, 대학교수 등 다양한 분야의 전문가로 이루어진 위원회에서 이루어진다. 이해관계자들(환자, 보건의료전문가, 의료기기 제작자 등)을 대표하는 조직들은 평가위원회에 정보를 제공하고 가이드라인의 초안을 검토하는 과정에 참여하게 된다. 기술평가보고서(TAR : Technology Assessment Report)는 의학적 근거들에 대한 체계적인 검증보고서이며, 이것이 기술평가의 시작점이 된다. TAR을 작성하는 데는 대략 6개월에서 1년 정도가 소요된다.

최근에 NICE에서는 TAR 작성 기간을 단축할 수 있도록 단일 기술(절차) 평가제도(STA: The Single Technology Assessment)를 도입했다. STA에서는 제작자의 신청서가 의학적 근거의 기반이 된다. 이러한 근거들에 대한 검증과 전문가 그룹들의 검증을 통해서 신청서를 평가한다. 일단 TAR가 작성되면, 평가위원회는 TAR의 내용과 업체, 다른 이해집단들의 의견을 종합하여 고려한다. 체계적인 과학적 근거의 검증 외에도, 궁극적으로 위원회는 평등요소(예를 들면, 다른 건강수준을 지닌 다양한 연령대의 환자들에 대한 치료의 형평성 등), 정치적 이해관계, 제도적 판단까지를 고려하여 반영해야 한다. 위원회에서 결정된 내용은 NICE가 NHS에 보고하기 이전에 한 차례 더 검증의 절차를 거칠 수도 있다.

설립 초기에 NICE는 업체와 스폰서들에게 과학적 근거를 제출하는 가이드라인을 제시하였는데 임상적 효과, 비용효과 등에 대한 종합적 자료를 제출하도록 되어 있다. 이 가이드라인은 이후 개정이 이루어 졌는데 현재는

경제성 평가의 관점, 즉 전체 인구의 관점에서 새로운 신기술이 현재 가장 널리 쓰이고 있는 기술에 비해서 얼마나 더 많은 혜택을 가져오는지에 대한 측면을 부각시키고 있다. NICE는 연간 30~50여건의 기술평가를 실시한다. NICE가 비용효과적인 측면에서 유용하다고 판단한 고가의 신기술(혹은 의약품)에 대해서 잉글랜드와 웨일즈의 NHS 당국은 결정 3개월 이내에 재원을 마련하여 신기술을 제공할 수 있도록 해야 한다.

NHS는 임상적 효과에 대한 경제적 측면을 분석한 연구로부터 필요한 데이터들을 추출하여 경제성 평가 데이터베이스(Economic Evaluation Database)를 구축하여 운영한다. 그리고 NHS는 이러한 데이터들을 신기술 평가에도 활용한다. 비용효과성에 대한 결과는 질보정수명(QALY)당 비용(cost per QALY)으로 측정되는데, NICE에서는 비용이 31,000달러 ~ 46,000달러 또는 그 이하의 신기술들을 추천하지만, 이에 대한 명확한 기준은 존재하지 않는다.

NICE는 엄정한 과학적인 평가, 그리고 절차의 투명성으로 신뢰성을 확보하고 있다. 세계보건기구(WHO)는 NICE의 첫 4년간의 성과를 바탕으로 한 평가에서 NICE가 기술평가 부분에서 세계적으로 혁신을 주도하고 있다고 결론지었다. 그러나, 또 한편으로는 NICE가 새로운 비용효과적인 의약품과 기술에 대해서 승인할 가능성이 높은 재무적인 정책적 환경 하에서 운영되고 있다고 지적했다. NICE는 새로운 의료기기에 대해서 지나치게 빠른 기간내에 승인한다고 비판받고 있으며, 지역보건당국이 새로운 의약품이나 기술에 대해서 지불하도록 추천하는 것을 거부함으로써 새로운 의약품과 기술의 보급률 저하를 가져왔다고 비판 받기도 한다. 예를 들면, Glaxo-welcome사는 2000년에 독감 치료를 위한 신약을 개발하여 보험에 적용시키고자 승인을 요청한 사례가 있다. NICE는 처음에는 이 의약품 비용에 비해 효과가 적다고 판단하여 승인을 거부하였고, 다른 나라의 많은 의료기술평가기관들이 이 결정에 따랐다. 그러나 NICE는 2000년 11월 특정 고위험군의 환자들에 대한 약물의 임상적, 경제적 효과를 보고 이에 대한 결정을 번복하였다. 이와 같이 비효율적인 약에 대해서 승인을 할 수도

있고, 효율적인 약에 대해서 승인을 거부하는 오류를 범할 수도 있으며, 이로 인해 환자들에게 건강상 위험과 잘못된 자원배분을 초래할 수 있다.

따라서, 최근에는 NICE의 운영에 대하여 몇 가지의 개선안들이 제시되고 있다. 이 개선안 중에는 NHS의 비용증가를 완화시키기 위한 기관의 역할을 강화하지는 내용이 포함되어 있다. 예를 들면, 기존의 급여대상이 되는 의료기구나 약물에 대해서도 효과성과 효율성에 대한 지속적인 검토를 통해, 비효율적인 약물이나 의료기구는 급여대상에서 제외함으로써 지방보건당국이 예산을 사용할 수 있는 가용성을 확대시키자는 것이다. 이와 더불어 NICE가 기술평가에 있어서 좀 더 형평성에 초점을 맞추고 그 결과에 따른 분배의 문제를 좀 더 명시적으로 고려해야 한다고 주장하는 의견도 있다.

#### 나. 미국 : 다양한 이해관계자들의 복합적 영향

미국 메디케어의 보험 급여 범위는 1965년에 제정한 법률대로 ‘질병 혹은 부상 치료를 위한 합리적이고 필요한’ 처방, 의약품, 의료기구 등을 포함했다. 그러나 이후 급속한 의학기술의 발전 등으로 인해 이러한 불명확한 기준은 의사결정의 제약으로 작용하게 되었다. 즉, 급속히 증가하고 있는 의료비의 감소를 위해서는 지속적으로 발전하고 있는 의학기술, 의약품, 의약품에 대해 객관적이고 정확한 평가를 거쳐서 보험 급여의 범위에 포함시킬 것인지의 여부를 결정하는 것이 필요하다. 이러한 사정은 미국 뿐 아니라 여러 선진국에서 동일하게 필요한 것이다.

지난 35년간 미국 내에서 보건의료기술의 평가와 보험급여 범위의 설정은 다양한 공적·사적 조직들에 의해 결정되었는데, 이는 미국 보건의료체계의 분절성과 의료보험시장을 주도할 공공조직이 부재함에 기인한 것으로 사료된다. 따라서, 다양한 보험사와 의료기기 제조사, 제약사 등이 각각의 방법을 이용해 신기술(혹은 약품)에 대한 효과성 연구를 독자적으로 발전시켜 왔다. 이러한 미국의 과정은 정부 주도의 NICE가 비교효과성 연구에서

주도적인 역할을 담당해 온 영국과는 상이한 체계로 발전해오는 계기가 되었다.

20세기 후반 새로운 의학기술의 발전은 ‘증거(근거)기반 의학(EBM: Evidence Based Medicine)’을 기반으로 한다. EBM의 분석방법은 문헌연구, 의료기술의 효과성에 대한 연구, 명확한 임상진료 가이드라인 등을 포함한다. 문헌연구는 진단, 평가 등에 있어서 오류(bias)를 줄이기 위한 전략들을 사용하며, 이러한 전략에는 특정연구에서 주어진 연구의 틀에 의해 생산된 증거의 질을 ‘등급화’하는 것을 주로 사용한다. 이와 같은 문헌연구뿐만 아니라, 임상진료 가이드라인 또한 EBM의 발전을 촉진한다. 임상진료 가이드라인은 초기에는 임상예방 서비스의 형태로 시작되었다. 1987년에 미국은 독립적인 연방 자문위원회로서 예방서비스 테스크포스(USPSTF: U.S Preventive Services Task Force)를 설립하였다. USPSTF는 임상적 예방 서비스에 대한 증거들을 종합하고 평가해서 1차진료 의사들을 위한 진료가이드라인을 작성하여 1989년에 보고서를 발간하였으며, 1990년과 1998년에도 테스크포스가 만들어져 활동하였다. USPSTF의 보고서가 EBM에 미친 영향은 심대하였다. USPSTF가 제시한 가이드라인에는 근거연구에 대한 질과 강점에 대해 명확한 기준을 제시하고 있어서 당시 존재하던 근거기반 연구의 현실의 문제점과 지향점을 동시에 파악할 수 있게 하였다. 그리고, 전문가들의 합의에 기반한 가이드라인에서 과학적 증거의 체계적인 연구에 기반한 가이드라인으로의 전환을 주도했다.

근거기반의학과 새로운 의료기구의 경제성평가는 의료기술평가와 밀접한 관련이 있다. 의료기술평가는 최초로 식품의약품안전청(FDA: Food and Drug Administration)에서 그 업무를 담당하였으며, 1938년에 제정된 법률을 바탕으로 새로운 의약품의 안정성에 대한 검증을 담당하였다. 이후 1962년 새로운 의약품의 효율성도 같이 평가하도록 업무가 확대되었으며, 1976년에는 FDA의 기술평가가 새로운 의료기구에까지 적용될 수 있도록 하였다.

FDA와 더불어 FDA보다 더 광범위한 기술평가를 담당하는 기관은 의

회에 의해 1972년에 설립된 기술평가청(OTA: Office of Technology Assessment)이 있다. OTA는 보건기술을 ‘의학에 영향을 미치는 모든 하드웨어/소프트웨어를 포함하는 지식 기반의 기술요소로서, 일련의 기술, 의약품, 장비, 치료절차 등과 이를 전달하는 시스템에 대한 기술’로서 정의하고 있다. OTA는 특정 의료기술과 장비에 대한 비용효과성을 분석하는 역할을 수행했고 또한 동시에 개별적 평가를 구성하는 틀을 개발하는 역할을 담당해왔다. 1978년에 의회는 보건성내에 보건의료서비스 센터를 창설하였는데, 동 센터는 주/지방의 보건기관에 정보를 제공하고 메디케어의 급여범위를 정하는데 자문을 수행하며, 의료기술 평가연구에 대한 우선순위를 설정하는 등의 역할을 담당한다. 동 센터는 3년간 운영된 뒤 보건의료서비스 연구센터(NCHSR: National Center for Health Service Research)내의 의료기술평가청(OHTA: Office of Health Technology Assessment)으로 전환되었다. OHTA의 주요역할은 새로운 의료기술에 대해 메디케어의 급여범위에 포함될 수 있는지에 대한 결정을 도와주는 것이었다. 1989년에 의회는 다시 기존의 NCHSR을 계승하여 보건의료정책연구기관(AHCPR: Agency for Health Care Policy and Research)을 만들었다. AHCPR의 주요 임무는 임상진료가이드라인을 개발, 평가 및 전파하는 것으로 처방과 그 결과에 있어서 편차를 줄여나가기 위함이다. 1999년 의회는 AHCPR의 역할을 확대하여 보건의료서비스의 사용과 비용, 그리고 서비스에 대한 접근성을 평가하고 근거기반진료의 사용을 촉진하는 기능을 포함하여 보건의료 연구 및 품질관리청(AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality)으로 개편하였다. 근거기반진료의 사용을 촉진하기 위해 AHRQ는 13개의 근거기반진료센터(EPCs: Evidence-based Practice Center)를 조직하여 대학과 협력하여 과학적 연구를 추진하였다. AHRQ의 13개 네트워크는 DEcIDE로 불리며, 이 13개 센터는 네트워크상의 전자 보건의료정보 데이터베이스를 사용하여 학문적, 임상적 연구를 지속하고 있다. 또한 AHRQ는 내부에 약물연구훈련센터(CERTS: Centers for Education and Research on Therapeutics)를 설립하여 의약품에 대한 평가를 담당하고

있다. CERTS는 11개의 대학연구센터의 네트워크로서 조정기능은 듀크대학교의 연구소에서 수행하고 있다. CERTS 프로그램은 최초로 1997년 FDA 현대화 법으로 승인 받았으며, 이후 1999년에 AHRQ의 관할내로 승인되었다. CERTS의 목표는 새로운 의약품의 위험성과 유용성을 평가하고 적절한 사용을 촉진하며, 의사/제공자/지불자 등 관련 집단에 정확한 임상 정보를 제공하며, 적절한 의약품 사용을 통해 보건의료비용을 감소시키는 것을 주요 목표로 삼고 있다.

급여범위의 결정에 관해서 메디케어는 이중 체계를 유지하고 있는데, 50개의 지역단위에서 개별적으로 다양하게 결정되는 체계와, CMS에 의해 전국에 동일하게 결정되는 체계를 동시에 갖추고 있다. CMS의 보고서에 따르면 약 90%정도가 각 지역단위에서 결정되며 전국적으로 적용되는 것은 10%정도이다. 지역적 결정은 보다 책임성이 강하고 시의적절하게 결정될 것으로 인식되어지나, 실제로는 그러한 효과는 별로 없으며 더 빠르게 의사 결정이 이루어지는 것도 아니라는 보고가 이루어 지고 있다. 1999년 이전에 메디케어는 급여범위 결정을 위한 공식적인 절차나 기준이 존재하지 않았으나, 1998년에 메디케어 급여범위 자문위원회(Medicare Coverage Advisory Committee : MCAC)가 설립되었다. MCAC는 급여범위 결정과 관련하여 매우 중요하다고 간주되는 문제들에 대해서만 심의를 담당한다. 따라서 매우 복잡하고 논쟁적인 이슈와 제안, 질문들에 대한 포럼으로 구성된다. MCAC는 다양한 이해관계자들의 대표로 구성되어 있으나 이의 운영에 대한 명확한 절차 및 규정은 없다. 따라서 집행위원회는 MCAC에 대해서 임의적인 운영규칙들을 정해놓고 있다. 이 규정에 따르면 MCAC의 주요 업무는 어떠한 처방이 효과가 있는지에 대한 증거의 적절성에 대해서 판단하는 것이다. 판단의 기준에 대해서는 개략적으로 소개되었으나, 이후 의학기술산업계의 반대로 의회에서 이에 대한 내용을 삭제하게 되었다. 현재 위원회는 약 100명의 전문가로 구성되어 있으며, 다양한 의료관련 분야에서 전문가들이 참여하고 있다. 의결권을 가진 멤버는 88명이며, 의결권을 가지지 않은 12명은 소비자 혹은 산업이해관계자 대표이다. MACA는 1년

에 4회~8회 정도의 회의를 한다. MCAC 이외에 메디케어는 2000년 이후부터 CED(Coverage with Evidence Development) 프로그램을 실시하고 있다. 이는 연구에서의 비용을 줄이기 위해 일정한 임상적 절차와 의료기기에 대해서는 환자들의 비용을 메디케어가 대신 지불하는 제도를 의미한다.

민간부문에서의 기술평가에 대한 계획은 1985년에 설립된 기술평가 센터(TEC: Technology Evaluation Center)가 대표적이다. TEC는 신기술의 임상적 근거를 평가하기 위해 민간 부문에 세워진 첫 번째 연구기관이다. 동 센터는 연간 20~25건의 기술평가를 실시하며 주로 임상효과성과 적절성의 측면에서 이루어진다. 센터의 기술평가 결과는 전국의 전문가들로 구성된 의학자문패널에 의해서 검토되며, 패널은 19명의 위원이 연간 3차례 모여 검토하는 형식으로 되었다. TEC는 의약품, 의료기구, 진료절차에 대한 평가를 위해 아래의 기준을 사용한다.

- ▶ 새로운 기술은 반드시 적절한 정부규제기구(FDA 등)의 승인을 받아야 한다.
- ▶ 의학적 개발 제품의 효과는 과학적 증거의 지지가 확보되어야 한다.
- ▶ 의학적 개발 제품의 긍정적 효과가 부정적 효과를 훨씬 상회함으로써 보건의료수준 향상에 긍정적인 영향을 미쳐야 한다.
- ▶ 의학적 개발 제품의 긍정적 효과는 일반적 진료환경 하에서 달성할 수 있는 것이어야 한다.

평가보고서는 특정한 형식에 따라 작성된다. 보고서에서는 서로 다른 임상적 처방의 상대 효과성의 비교와 비용 효과성의 측면도 포함하지만, 동시에 신기술이 국민의 건강상태, 즉 기대수명, 삶의 질 등의 측면을 향상시켰는지도 평가한다. 2003년까지 평가 결과는 정해진 회원들에게만 공개되었으나, 이후 최종기술평가보고서가 일반에게 공개되었다. TEC의 평가는 급여범위결정과는 별개의 것이며, 급여범위의 결정은 각각의 개별적 보험사에 의해 결정되어 진다.

## 다. 미국과 영국 : 유사점과 차이점

엄밀한 과학적 기반에 근거한 의학진료의 필요성은 영국과 미국 양 측 모두 절실히 공감하는 바였다. 또한, 새로운 기술에 대한 평가의 기준과 절차에 대한 필요성도 양 측 모두 수요가 증가하고 있는 실정이다.

양국의 기술평가와 보험급여 결정의 역사를 검토해 볼 때, 미국에서의 기술평가와 급여범위 결정에 대한 논의는 비교적 일찍(60년대~70년대) 보험의 급여범위의 확장과 새로운 기술의 비용증가에 의해 주목받기 시작했다. 또한 지난 수십년간 새로운 기술의 경제성 평가와 진료절차의 표준화를 위해서 두 측면 모두 다 많은 노력을 기울여왔으며, 최근에는 진료절차의 과학적 기반을 강화하고 신기술의 비교효과성 연구를 위한 기관 설립에 더욱 더 많은 관심을 가지고 있는 것을 볼 수 있었다. 신기술의 효과성과 보험급여 결정에 있어서 경제적 분석의 유용성에 대해서는 의문점이 여전히 남아있으나, 그럼에도 불구하고 메디케어 등에서는 비용효과분석을 사용하기 위해서 노력하고 있다.

반면 영국에서의 기술평가와 경제적 분석은 다양한 압력과 우려에 대한 대응으로 나타났다. NICE의 성과는 경제적 평가가 비용억제와 동의어가 아니라는 사실을 잘 보여주고 있다. 비용 효과성 분석은 신기술의 비효율적 및 부적절한 사용을 방지하는 효과를 기대할 수 있으나, 또한 효과적인 신기술의 사용을 억제할 수도 있음을 보여주고 있다. 또한 NICE는 미국의 유사한 기관들이 가지지 못하는 넓은 정치적 자율성을 가지고 있다.

미국과 영국 양국에서 나타나는 발전적인 증거는 양국 모두 공적 건강보험에서 있어서 급여범위의 결정에 투명성과 대중참여를 중요시한다는 것이다. 지난 수년간 철학자인 노먼 다니엘스(Norman Daniels)와 의사인 제임스 세빈(James Sabin)은 보험급여 결정에 있어서 윤리적 원칙을 개발하기 위해 노력해왔다. 그들은 의사결정의 절차가 합리적이고 특정한 조건들을 만족시킨다면, 고가의 신기술은 보험적용을 받지 않아 다소간 접근성 문제가 발생하더라도 합리적인 의사결정일 수 있다고 주장했다. 다만 급여 범위

설정은 모든 이해관계자(환자, 의사, 보험사, 특허권 보유자)가 접근할 수 있는 정보에 근거해야 하며, 또한 설정과정과 그 결과는 이해관계자 모두에게 합리적으로 설명될 수 있어야 한다고 했다. 공정한 급여범위 설정을 위한 이러한 기준들은 민간보험과 공공보험 양쪽으로부터 널리 받아들여지고 있다.

또 하나의 중요한 트렌드는 기술평가의 분석적 기준에 있어서 전 세계적으로 일관성과 조화를 중요시한다는 것이다. 각국마다 기술평가에 대한 기준이 다르다면 의료기구 제조회사나 제약사는 그 기준을 맞추기 위해서 많은 노력과 비용을 투입해야 할 것이다. 그러나 전 세계적인 동조화현상이 일어나면서 이들은 다국적 시장에서 보다 효율적으로 의약품과 기구의 효과성 연구에 주력할 수 있을 것으로 보인다.

## 라. 다른 국가들의 비교효과성 연구의 현황

다른 많은 선진국들도 보건의료비용의 증가에 직면해 있고 이에 따라 처방에 대한 비교효과성을 평가하기 위해서 다양한 노력들을 벌이고 있다. 많은 선진국들은 미국과는 달리 정부 중심의 보건의료서비스 체계를 가지고 있고 정기적으로 처방과 치료절차의 평가를 위한 비교효과성을 연구하기 위해 데이터를 수집하고 있다.

호주, 캐나다, 프랑스 그리고 독일은 영국과 유사한 검증 절차를 가지고 있지만, 조직과 예산의 형태는 국가별로 매우 다양한 양상을 보이고 있다. 예를 들면, 프랑스의 경우 의약품, 의료기기, 그리고 치료절차에 대한 평가, 임상적 가이드라인의 출판, 의료서비스 제공자에 대한 인증, 의학 정보의 전파 등을 담당하던 여러 기관들을 통합해서 2004년에 새로운 기관을 출범시켰다. 독일 역시 2000년에 기술평가를 수행할 새로운 기관을 만들었고, 2004년에는 보건의료서비스를 평가할 품질 및 효율성 평가기관(Institute for Quality and Efficiency)을 설립하였다. 이러한 국가들에 있어서의 비교효과성 연구의 유용성에 대한 논쟁은 때때로 처방약에 대한 평가 절차

등에 초점을 맞추고 있으나, 실제적으로 행해지는 모든 급성 치료를 포괄하고자 그 범위를 확대하기 위해서 노력하고 있다.

유럽의 국가들은 대개 정부 주도의 보건의료시스템을 구축하고 있으나 비교효과성 연구기관의 법적 지위와 재원조달 방법에 대해서는 매우 다양한 접근법을 취하고 있다. 영국과 호주는 연구기관이 연방정부 보건성의 한 부분으로 되어 있고, 프랑스와 캐나다의 경우 독립적인 비영리조직으로 설립되었다. 독일의 경우 혼합의 형태를 보이고 있다. 품질 및 효율성 평가 기관은 독립적이나, 기술평가기관은 연방 보건성의 한 부분이다. 각 국의 재원조달 방법도 매우 다양한 것으로 제시되고 있다. 영국과 호주의 경우 연방 보건성으로부터 재원이 조달되며, 독일의 독립기관의 경우 통원진료와 외래진료에 대해서 부과되는 세금을 바탕으로 재원이 조달된다. 프랑스의 경우 재원은 정부의 보조금, 인증 수수료, 제약회사에 부과되는 세금 등의 조합으로 이루어진다. 한편, 호주, 캐나다, 프랑스 독일의 보건성은 각종 임상실험에 대한 지원금을 보조하며, 비교효과성 연구에 투자되는 전체적인 금액은 국가별로 매우 상이하다.

비교효과성 연구에 관여하는 국제적인 조직들이 존재하는데, 가장 널리 알려진 조직으로는 처방의 체계적 검증을 수행하는 자발적인 전문가들의 네트워크인 코크란 조합(Cochrane Collaboration)을 들 수 있다. 1993년에 설립된 코크란 조합은 전 세계에 센터를 두고 있으며 현재 4,500여건의 검증에 대한 데이터베이스를 운영하고 있다. 재원은 분기별로 발행되는 저널 가입, 신청료로 조성하고 있다.

### 3. 비교효과성 연구기관 운영에 관한 주요 이슈

앞서 살펴본 바와 같이 정부 주도형 보건시스템을 가지고 있는 영국의 경우 정부주도의 NICE를 설립해서 운영하고 있다. 반면, 미국은 분절화된 보건시스템으로 인하여 민간/공공 다양한 분야에서 다양한 기관들이 비교효과성 연구를 해오고 있는데, 최근 이러한 노력들을 통합시키고자 하는 움직임

임이 일어나고 있음을 살펴보았다. 본 보고서에서 논의한 선진국들의 사례를 바탕으로 하여 비교효과성 연구를 위한 연구기관의 주요 기능과 그에 관련된 이슈들을 논의하고자 한다.

비교효과성 연구기관의 주요 업무는 임상적 결과에 대한 검증, 새로운 기술 및 발명품의 전파 및 효율성에 대한 결정 등이다. 이러한 모든 과정의 시작은 의료서비스 제공자 집단에서의 검증의 가치에 대한 인정으로부터 시작되고, 궁극적으로는 신기술의 적절한 사용에 대한 정보가 전파되도록 하는 것이다. 우선 비교효과성 연구기관의 구조와 목표, 핵심요소와 관련된 이슈에 대해서 살펴보고 다음으로는 연구기관의 연구결과에 대한 전국적인 전파 모델과 관련된 이슈에 대해서 논의하고자 한다.

## 가. 연구기관 조직의 구성

연구기관의 조직 구성과 관련된 중요 이슈들은 기관이 가져야 하는 권위, 구조, 자원에 대한 논의들이다. 연구기관은 학계와 보건의료계로부터 신뢰성을 확보해야 하고, 동시에 정치적인 영향력으로부터 독립적이어야 한다. 현재 미국과 영국에 존재하는 대부분의 연구기관들은 이러한 기준을 맞추는데 어려움이 있다. 특히 미국의 경우 많은 연구기관들이 채원의 확보를 위해 경쟁해야 하며, 정치적인 이슈 뿐 아니라 기관간 갈등과도 연관되어 있는 경우가 많다. 따라서 이러한 기관 간의 갈등과 이해관계를 조정하는데 많은 노력이 투입되고 있다. 연구기관이 준독립적인 기관으로 존재해야 하는 것은 매우 합당하지만 실제적으로 정치적 독립성을 확보하는 것은 매우 어려운 문제이다.

연구기관 운영을 위한 채원조달의 경우, 단기적인 연간 예산보다는 보다 장기적인 안목에서 예산을 확보하는 것이 바람직하다. 영국과 같이 정부 주도의 기관일 경우, 이러한 장기적 안목에서의 예산확보가 가능하나 미국과 같이 분절된 보건의료서비스 체계를 가지고 있는 경우에는 정부 주도의 국가재단을 설립하거나, 아니면 보험사들간의 컨소시엄을 구성해 기관 운영을

위한 재원을 조달하는 것이 바람직하다. 재원은 반드시 필요한 연구를 수행할 수 있을 만큼 확보되어야 하나, 반드시 모든 연구가 연구기관에 의해서 재원조달이 되어야 하는 것은 아니다. 또한, 대규모의 관리조직이 존재해야만 하는 것도 아니기 때문에, 자문위원회, 초빙학자 등으로 구성한다면 비용을 절감할 수 있을 것이다.

기관장의 임명은 외부적 권위를 갖춘 상급기관에 의해 공개적인 방식으로 이루어져야 한다. 또한 기관장의 자리는 뛰어난 과학자, 경제학자 혹은 기타 전문가들에게 매력적으로 비춰져야 한다. 이렇게 만들 수 있는 방법 중 하나는 일부 직원들을 2년간 안식년을 가지는 학자들로 구성하는 것이다.

연구기관 운영에 있어서 전문성을 강화하기 위해 최소한 두 종류의 다른 자문위원회가 구성되어야 한다. 첫 번째는 과학자, 연구자, 의사들로 구성된 자문위원회이다. 이 자문위원회 내에는 많은 소위원회를 둬으로써 각 해당 분야 전문가들이 의견을 나눌 수 있도록 해야 한다. 두 번째 자문위원회는 환자 및 이해관계자, 커뮤니케이션 전문가들로 구성된 자문위원회이다. 이를 통해서 논쟁적인 분야에서 전문가들 뿐 아니라 다양한 이해관계자들의 의견을 참조함으로써 효율성과 형평성이 조화된 결론을 내릴 수 있게 하는 것이다.

#### 나. 연구기관의 목적과 구성요소에 관련된 이슈

조직의 구성에 대한 논의는 연구기관 설립과 관련된 이슈의 일부분에 불과하다. 연구기관의 일반적인 목적, 잠재적 경쟁그룹과의 관계 형성, 조직의 독립성 및 업무에 대한 접근 방법 등의 문제 등이 연구기관 설립 초기부터 이해관계자들의 합의가 필요한 부분들이다.

우선, 이러한 연구기관의 목적은 단순히 신기술, 의료기기, 의약품들의 품질을 평가하는 것보다 더 확대되어야 한다. 연구기관의 산출물은 보다 발전된 보건의료서비스의 제공과, 국민전체의 보건수준 향상이라는 결과를 가져와야 한다. 이러한 측면에서 본다면 연구기관은 매우 포괄적이고 전향적

인(forward looking) 틀을 바탕으로 구성되어야 하는데, 연구기관은 구조를 만드는데 오랜 시간이 걸리고 무엇보다도 다양한 목적을 가진 경쟁적인 여러 집단들 사이에서 신뢰를 얻어야 하기 때문에 매우 장기적인 관점에서의 시각이 필요하다. 그러나 다양한 집단들 중에서 가장 중요하게 고려해야 하는 것은 환자들의 시각이다. 이러한 연구기관들이 단순히 제한을 가져오는 것을 넘어 보건의료서비스의 질을 높이는데 도움이 된다는 인식을 가지게 된다면 성공적으로 운영될 가능성이 매우 커진다. 즉, 연구기관의 연구결과물이 의료전문가 집단들에게 자발적으로 채택되어져야 하는 것이다.

조직의 목적과 더불어 중요하게 고려해야 하는 것이 필수적인 구성요소이다. 성공적인 연구기관의 운영을 위해서는 다음과 같은 방법들이 필수적이다.

- ▶ 검증이 행해지는 절차는 반드시 가능한 증거에 기반한 합의를 반영해야 한다. 많은 전문가들이 동의할수록 바람직하다.
- ▶ 과정에 있어서의 투명성 역시 매우 중요하다. 검증에 있어서의 기준은 반드시 공개되어야 하고 결과물에 대해서는 설명이 뒤따라야 한다. 오류가 발견되면, 기관은 즉각적으로 인정하고 수정하기 위한 노력을 해야 한다.
- ▶ 연구기관은 반드시 독립성을 가지고 유지해야 한다. 이해관계자들은 당연히 자신들의 연구결과와 증거들을 제출할 권한을 가져야 하지만, 모든 검증은 연구기관이 설정한 동일한 기준에 의해서 평가되어야 한다. 매년 예산 편성과정에 종속되지 않는 장기적인 기금을 가진(미국의 Medicare Trust Fund와 같은) 준정부기구로 조직화함으로써 정치적 개입을 최소화할 수 있다. 연구기관에는 반드시 정치적 이슈에 대해서 민감하고 조직 외적 환경에 민감한 인력을 부분적으로 고용해야 한다.

반복해서 논의하는 바와 같이 연구기관은 독립적이어야 하나 주요 이해관계자 그룹들(의료서비스 제공자, 보험사, 일반대중 등)을 포용하지 못한다

면 비효율적이 될 것이다. 또한, 신뢰성있는 정보를 제공하지 못하면 매우 큰 논쟁에 휘말릴 여지가 크다. 이해관계자 그룹들을 포괄하는 것에는 다음과 같은 점들을 고려해볼 수 있다.

- 연구를 위한 방법론을 정하고, 분석의 기준을 정하는 데 있어서 각 그룹들의 리더들을 반드시 포함시켜야 한다.
- 검증과 새로운 연구결과로 인한 발견물의 조정을 지속적으로 실시한다.
- 연구의 결과가 애매할 때는 ‘충분하지 않은 증거’로 정할 수 있도록 한다.
- 훌륭한 연구나 기존의 장벽을 무너뜨린 연구에 대해서는 보상을 실시한다.
- 연구의 초기단계에서 이해관계자들을 참여시키고 파트너십을 구축한다. 배타적이기 보다는 연구기관은 건전한 논쟁의 장으로 보여야 한다.

#### 다. 연구결과의 확산 모형에 대한 논의

연구결과에 대한 전국적인 확산 모델은 다음과 같은 5가지의 기본요소를 가지고 있다.

- 1) 임상적 치료방법의 확인과 검증
- 2) 필요정보의 개발과 확산
- 3) 훈련 및 기술적 조언
- 4) 임상적 처방에 대한 적용
- 5) 결과에 대한 검증

즉, 비교효과성을 연구하는 연구기관의 결과확산의 핵심요소는 위와 같은 5가지로 요약할 수 있을 것이다. 이제 각 요소에 대해 살펴보면 다음과 같다. 비교효과성을 위한 연구기관은 우선 보건의료 전문가들과 일반대중들

이 처방의 과학적 근거에 대해서 알 수 있고 정보를 교환할 수 있는 정보 센터로서의 역할을 수행해야 한다. 연구기관에서는 다양한 신기술에 대한 정보를 입수하고 이에 대해서 우선순위를 설정해 이러한 각종 신기술에 대해서 어느 것을 어떤 방식으로 평가할 것인지에 대해서 결정해야 한다. 특정한 기술(혹은 약품)에 대해서 평가를 실시하는 것을 결정한 후, 어느 방법론을 활용해서 평가를 실시할지 결정해야 한다. 이때 새로운 방법론에 대해서 개발할 필요는 없으며 기존의 다른 해외 연구기관들의 사례를 종합하여 판단할 수 있을 것이다. 이와 같은 우선 순위 결정과 방법론의 결정에서 매우 중요한 것은 통합성, 독립성, 그리고 투명성에 대한 강조이다. 이를 통해서 기관의 신뢰성 제고와 체계적인 구축을 도모할 수 있다. NICE와 같이 다양한 측면의 이해관계자들로부터 의견을 수렴하는 것이 하나의 방법이 될 수 있을 것이다. 이러한 작업에서 기대할 수 있는 또 하나의 결과는 과학적 연구에 있어서 엄격성의 기준을 마련하는 것이다. 많은 제조사들은 연구기관의 기대에 충족시키기 위해 자신들의 방법론적 접근을 조정할 것이고, 이것은 결국 연구절차의 투명성을 강화하는데 기여할 수 있을 것이다.

두 번째 요소는 필요 요소의 개발 및 확산이다. 체계적인 검토와 연구에 의해서 개발된 정보들은 주요 이해관계자들의 검증을 거쳐서 일반 대중들도 얼마든지 접근할 수 있는 방법으로 전파되어야 한다. 여기서의 주요한 과제는 필요한 정보를 얼마나 평이한 용어로 전달 할 수 있을지와, 정보가 이해관계자들의 시각에서 봤을 때 얼마나 가치있는 것으로 보여질일 수 있는지는 것이다. 조사와 검증이 끝난 뒤에 이루어지는 전파는 중요하지 않게 보여질 수도 있으나, 이것은 주요 이해관계자들과 일반대중에게 정보의 유용성을 각인시킴으로 보건의료서비스의 질을 향상시킬 수 있는 중요한 부분이다. 연구 결과로 인한 의사들의 자발적인 행태 변화야말로 가장 중요한 것이기 때문이다. 때때로 NICE도 그 결과가 임상 의사들에게 직접적으로 전파되지 않는 문제로 인해 종종 비판받기도 한다. IT 기술의 발전은 최신 연구결과에 대해서 환자들과 의사들에게 적극적으로 전파할 수 있는 계기

를 만들어주고 있다.

셋째로, 실제적인 의료서비스의 질을 높이기 위해서는 훈련과 기술적 도움을 제공하는 것이 필수적이다. 따라서 연구기관은 훈련과 기술적 도움에 대한 표준을 정함으로써 그 절차를 구성할 수 있도록 해야 할 것이다. 예를 들면, 미국의 경우 AHRQ 산하에 있는 근거기반 연구센터의 네트워크를 훈련과 기술적 도움을 위한 허브로 사용할 수 있을 것이다. 이러한 허브는 전문가들에게 신기술을 훈련하고, 그에 대한 피드백을 받음으로서 임상적 결과의 효과성을 향상시킬 수 있을 것이다. 훈련 및 기술적 도움은 직접교육, 비디오를 통한 원격교육, 혹은 세미나 등 다양한 방식을 취할 수 있다.

네 번째로는 임상적 처방에 대한 적용이다. 신기술에 의한 보건수준의 향상이나 치료의 효과성 강화는 실제로 의사들이 신기술을 처방에 이용하게 될 때 이루어질 수 있는 것이다. 이를 위해서는 전문가 집단, 학계, 보험사, 그리고 다른 이해관계자들까지 협력하는 것이 매우 중요하다. 의료진들이 신기술을 적극적으로 사용할 수 있게 하기 위해서는 다음과 같은 조건이 충족되어야 한다. 우선, 연구 및 검증을 한 기관에 대한 신뢰성이 담보되어야 한다. 그리고, 이해관계자들의 협력과 지지가 필수적이며, 신기술의 사용에 대한 경제적인 인센티브가 있어야 한다. 경제적 인센티브의 문제는 정치적으로 민감한 문제가 될 수 있기 때문에 연구기관이 이를 직접 다루기 보다는 정책 결정가의 임무로 남겨두는 것이 바람직하다. 영국의 NICE의 경우 이러한 전략을 취하고 있다. 그럼에도 불구하고, 신기술의 전파에 의한 결과의 추적은 연구기관의 중요한 업무가 되며, 연구기관은 실제적으로 신기술에 대한 적용이 의료행위에서 일어나고 있는지에 대한 정보를 제공해야 한다.

마지막으로 중요한 것은 결과에 대한 검증이다. 지속적인 질의 향상은 산출물 검증과 현장에서 발견되는 과학적 현상에 대한 체계적인 검토를 통해서만 달성될 수 있다. 잠재적으로 논쟁가능성이 있지만 현실적으로 발생하는 임상적 결과에 대한 지속적인 검증을 통해서 정책을 형성해 나가야

한다. 만약 특정한 기술이나 진료가 연구의 결과와는 다르게 임상적으로 비효율적인 결과를 가져왔다면 이에 대한 전면적인 재검토가 필요할 것이다. 임상적 결과에 대한 검토를 위해 필요한 패널은 해당 분야의 국내/해외 전문가들로 구성되어야 한다. 전문가 집단은 이해관계의 대립을 적절히 피해 신중하게 선정되어야 하며, 각각의 멤버들은 각 기준에 따른 점수를 부여하고 최종 등급에 대한 이유를 서술해야 한다. 즉 전문가 집단의 각 멤버들은 신기술의 연구데이터들을 요약하고 강점, 약점, 새로운 발견에 대해서 서술해야 한다. 통합과 투명성의 원칙에 따라, 모든 연구 문서들은 일반대중에게 공개되어야 한다.

## 4. 시사점 및 정책방안

### 가. 보건의료정보기술의 발전촉진

보건의료정보기술(Health Information Technology: HIT)은 국가전체적인 보건의료시스템의 성과를 높이고 비용을 축진시킬 수 있는 잠재력을 가지고 있다. 즉, 모든 필요자료들이 전산화되고 공유될 수 있으면 의사들이 내리는 처방의 질이 제고되는 것을 기대할 수 있고, 동시에 의료과오를 줄일 수 있으며, 또한 의료진간의 협조를 원활하게 하여 동일 검사를 중복 실시하는 등의 불필요한 비용지출 등을 방지할 수 있다.

미국의 연방정부는 일반보험료의 1%의 세금, 그리고 메디케어 총지출액의 1%를 HIT 발전을 위해 사용할 것을 권고하고 있다. 이에 따른 재정수입은 연방정부(보건정보기술을 위한 국가조정기구: ONC)와 주정부로 나누어 ONC의 수입은 HIT의 도입 활성화를 위한 연방정책을 위해 활용하고, 주정부의 수입은 HIT의 도입에 따른 제공자(provider)에 직접 보조금, 보건기술 네트워크 시스템의 개발 및 구축에 사용하도록 할 것을 제시하고 있다. 이와 같은 정책을 통해 향후 10년간 HIT 기술의 확충으로 약 878억 달러의 비용절감 효과가 있을 것으로 예상되며, 연방정부 차원에서의 비용

절감 효과가 가장 클 것으로 예상된다(약 410억 달러) 이는 주로 다양한 제공자간의 협력강화, 만성질환관리의 효율성 증진 등으로 인한 효과로 예상된다.

정책의 집행에 있어서 고려해야할 점은 HIT의 도입과 네트워크의 구축은 장기적인 투자가 필요한 부분이며, 단기적으로는 비용이 발생하는 분야라는 것이다. 특히 HIT 구축의 당사자는 제공자, 즉 병원 측인데 반해 수혜자는 수급자이므로 적극적인 도입을 위한 병원 측의 유인이 부족하며, 또한 조세부과로 인해 민간 보험업자들의 단기비용이 증가하게 되므로 이를 보조하는 정부의 조치가 필요할 것으로 보인다.

#### 나. 보건의료서비스 의사결정을 위한 의료효과성 센터의 설립

진료과정에 있어서 처방, 검사방법 등 각종 의사결정 과정의 효율성을 증진시키기 위해 병원, 보험회사, 환자본인의 참여와 직접적인 교육을 통한 정보의 공유가 필요하다. 의사결정의 효율화를 통해 중복·불필요 검사 및 처방을 줄이고 만성질환자들에 대한 관리효율성을 높임으로써 장기적으로 보건의료비용을 낮출 수 있다.

따라서, 이러한 센터의 건립은 공공/민간 파트너십을 통해 추진함으로써 의료서비스의 제공자, 소비자, 보험공급자간의 의사결정의 질을 향상시킬 수 있다. 이러한 센터는 보다 나은 의학적 결정을 위한 정보들을 판별하고 이를 수집하며, 필요할 경우 필요한 정보에 대한 연구를 수행하여야 한다. 또한, 이러한 정보에 대해 의료공급자, 소비자, 보험자가 모두 접근 가능할 수 있도록 해야 하며, 특히 보험자가 정보를 원활히 사용할 수 있도록 해야 한다.

동 센터는 준정부기구로 운영되는 것이 바람직한데, 예를 들어 미국의 경우 메디케어 지출액의 0.05%, 민간보험료의 0.05%, 그리고 메디케어 병원보험 펀드의 0.05%를 활용해 운영비를 마련할 것을 제안하고 있다.

보건의료지출의 적절성을 높이기 위해 중요하다고 판단되는 제도, 절차,

의약품 등에 대한 평가와 연구를 위한 자금을 지급하고 연구결과를 활용하도록 한다.

본 센터가 건립되게 되면 국가 전체적으로 상당한 비용절감 효과를 가져올 것으로 예상되며, 연방정부, 민간보험업자, 가게 등 다양한 참여자에 대해서 비용절감효과가 있을 것으로 예상된다. 만성질환에 대한 정보제공을 통해 의료서비스 참여자들간의 의사결정 효율성을 증진시키고 적절한 치료방법의 선택, 그리고 비용의 문제에 있어서 투명성을 강화할 수 있으며, 참여자들간의 협의를 바탕으로 하므로 비용절감분에 대한 혜택을 나눌 수 있다는 장점이 있다.

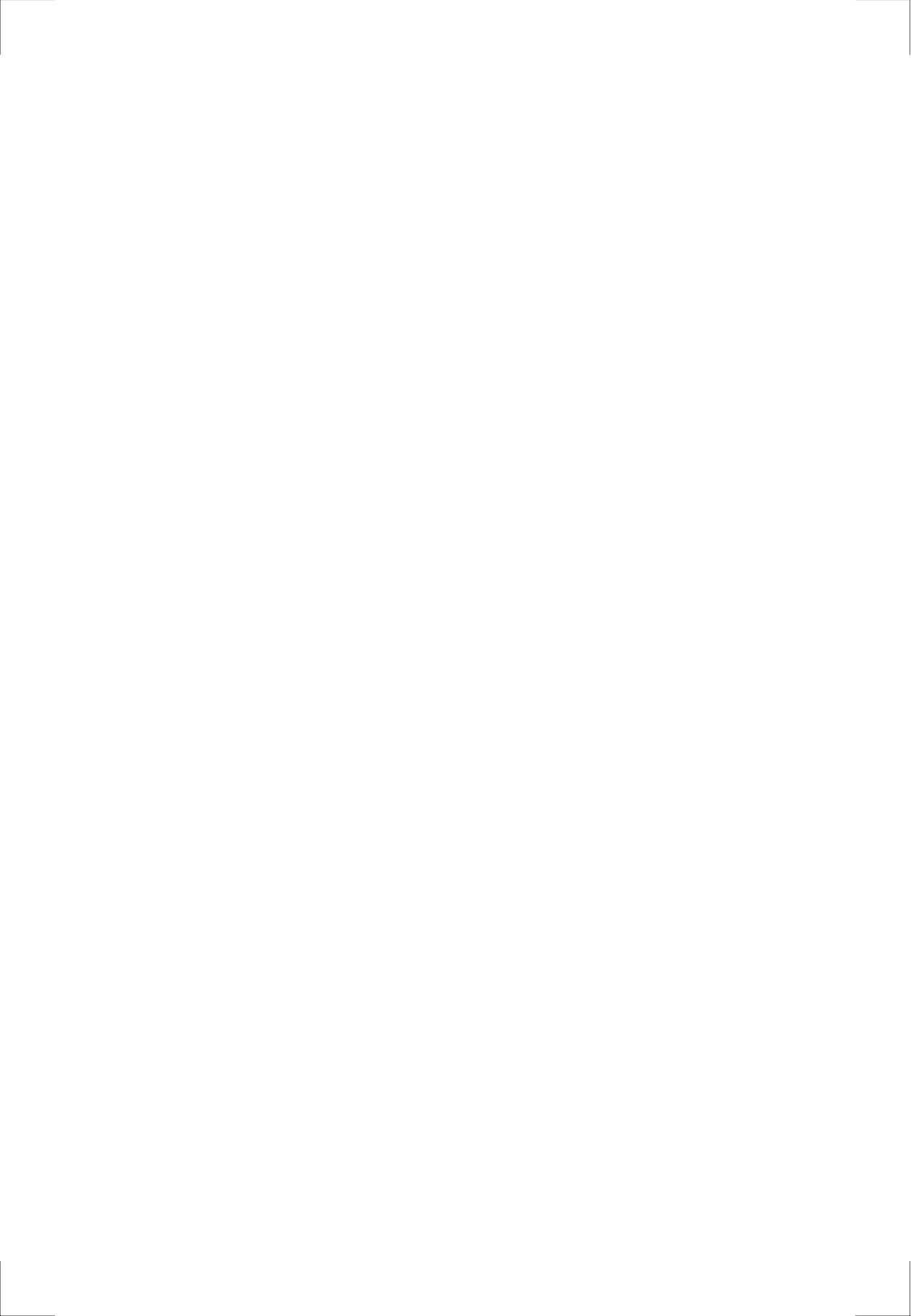
#### 다. 환자들과의 의사결정 공유

질병에 대한 다양한 처방이 존재할 경우, 환자의 선호에 따라 치료방법을 선정하는데 대부분의 경우 환자는 해당 의료진의 의견에 따라 의사 결정을 하는 경우가 많다. 환자와의 의사결정 공유는 처방과 환자선호 간에 일치를 촉진하는데 도움이 된다. 또한 이는 의료서비스 제공자가 과도하게 불필요한 처방을 내리게 하는 유인을 막아주는 결과를 가져온다.

예를 들어, 미국의 경우 의료보장청(CMS)은 비용이 높고 처방선택에 있어 환자들의 민감성이 높은 부분(협심증에 대한 관상동맥 이식수술, 초기유방암에 대한 유방절제 수술, 요통에 대한 허리척추 수술, 약한 전립선비대증에 대한 전립선 절제수술, 고혈압 처방, 치매환자에 대한 튜브 피딩, 결장암에 대한 정기적 검사, 월경과다에 대한 처방 등의 분야)에 대해서는 환자의 결정에 우선권을 부여하도록 하고 있다. 또한, 환자결정에 따라 치료를 수행하는 제공자는 해당의료가 ‘환자결정’에 의해서 제공되었다는 확인을 받아 증언으로 남겨야 한다.

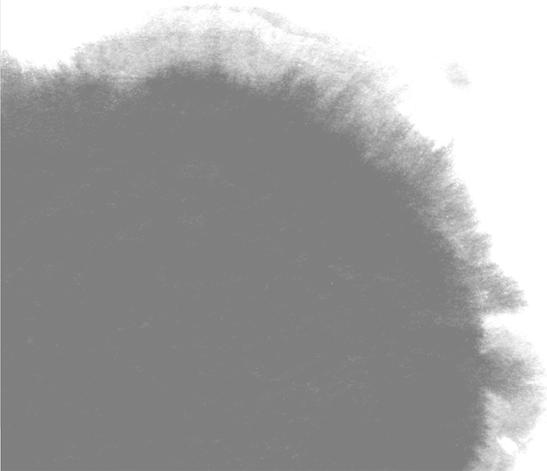
이러한 정책의 실시로 인해 향후 10년간 약 92억 달러의 비용효과 절감이 있을 것으로 기대되는데, 이러한 효과는 값비싼 처방의 사용의 감소, 비용절감적 처방의 사용 증가 등으로 인해 발생할 것이다. 본 정책이 메디케

이드, 민간 보험업자 등에 모두 적용할 경우 그 효과는 더욱 커질 것으로 예상된다. 그러나 반면, 보건서비스의 의사결정에서 환자의 참여확대는 오히려 환자에게 부정적인 효과를 발생시킬 수도 있을 것이다. 이것은 제공자(병원)측에 또 다른 부담으로 작용할 수도 있음을 유의하여야 한다.



## 06

건강위해식품목에 대한 적극적 가격정책을 통한  
질병예방





## 제6장 건강위해품목에 대한 적극적 가격정책을 통한 질병예방

### 1. 예방 및 건강증진에 대한 정부개입의 필요성

#### 가. 예방 및 건강증진의 필요성

전 세계적으로 만성질환의 유병률은 지속적으로 증가하고 있으며, 서유럽국가의 60세이상 남자의 35% 정도가 2개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 알려져 있다. 우리나라 역시 만성질환으로 인하여 국민들의 삶의 질과 의료비 부담이 상당한 정도에 이르고 있는 것으로 알려져 있다.

이러한 만성질환 발병은 흡연, 음주, 신체활동 등 생활습관과 밀접한 연관관계가 있는 것으로 알려져 있다. 흡연은 폐암을 비롯한 각종 암, 그리고 심장병, 각종 호흡기 질환 등 다양한 질병을 유발하고, 음주는 심혈관계 질환, 소화기계 질환, 그리고 암관련 질환을, 그리고 비만은 고혈압, 당뇨, 심장병 등의 주요 원인이 된다. 우리나라의 20세 이상의 경우 흡연과 음주, 비만이 유발한 질병으로 지출된 건강보험 및 의료급여액은 전체 진료비 중 약 24%인 것으로 분석되고 있다(정영호, 2009). 이를 2007년도 진료비(건강보험 급여 + 법정본인부담)로 환산하면 약 6조 4,449억 정도에 해당하는 액수이다.

〈표 VI-1〉 흡연·음주·비만에 기인한 의료재정 부담

(단위: %)

	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70세이상	계
흡연	2.4	3.3	5.3	7.8	9.0	8.5	6.6
음주	2.1	12.1	28.2	15.0	6.2	1.5	11.4
비만	0.9	2.1	4.9	7.9	9.0	7.4	6.0

자료: 정영호, 「흡연, 음주, 비만에 기인한 질병의 사회경제적 비용 및 관련품목 조세제도」 한국사회보장학회 2009년  
도 춘계학술대회

흡연, 음주, 비만과 같은 생활습관을 바꿔 건강위험요인을 제거하면 그에 따른 편익이 크게 나타나는 것으로 보고되고 있다. 일례로 핀란드의 경우 25년간 성인 남자의 생활습관을 바꾸도록 개입한 결과 심혈관 질병으로 인한 사망률이 68%, 관상동맥관련 질병은 73%, 암은 44%, 폐암은 71%, 모든 요소로 인한 사망은 49%나 감소하였다는 보고가 있다.<sup>28)</sup>

미국 Lewin Group에서 발간한 보고서에 따르면, 건강생활실천을 통해 기대되는 의료비 절감효과는 4,080억불로, 이는 2008년도 미국의 전체의료비 중 약 17%에 해당되는 액수이다. 각각의 위험요인별로 보면, 음주의 경우 960억불, 담배의 경우 1,680억불, 그리고 비만의 경우 1,440억불의 의료비 절감을 가져올 수 있는 것으로 예측되고 있다.

〈표 VI-2〉 건강생활실천에 따른 의료비 절감 효과(미국)

건강위해요인	음주	담배	비만
의료비절감액	960억불	1,680억불	1,440억불

출처: Lewin Group, 2009

또한, 담배와 주류 등 건강위해품목은 흡연자, 음주자 뿐만 아니라 비흡연자, 비음주자에게까지 부정적인 영향, 즉 외부성(externality)을 지니고 있다. 간접흡연의 폐해와 담뱃불로 인한 화재, 그리고 음주운전사고에 따른 사망 및 손상, 음주에 기인한 사고, 폭력 등이 그 좋은 예이다. 이와 같이 건강위해품목의 소비로부터 유발되는 만성질환을 예방하고 관리하는 공공

28) Sassi and Hurst, OECD Health Working Paper 32, OECD, 2008

정책의 필요성이 증대되고 있으며, 많은 학자들 역시 정부의 개입 또는 공공정책의 필요성을 논의하고 있다.<sup>29)</sup>

건강증진을 통해 질병을 예방하면 의료비 절감의 효과뿐 아니라 국민들의 삶의 질이 향상되고, 인적자본의 질적 제고를 기대할 수 있어 궁극적으로는 국가전체의 발전과 경제성장에 기여할 수 있음을 강조하고자 한다. 따라서, 예방을 통한 국민들의 삶의 질 향상과 의료비 절감 효과와 함께 경제성장이라는 보다 확대된 시각에서 건강증진 투자를 강화하는 전략이 필요하다 할 수 있겠다.

#### 나. 외국의 사례로 본 건강증진정책에의 시사점

2010년에 통과된 미국의 의료개혁에서는 건강증진 및 예방을 중요하게 다루고 있음을 알 수 있다. 미국 의료개혁 법안에 의하면 미국대통령은 보건부(Department of Health and Human Services)내에 “예방과 건강증진 및 공공보건국가위원회(National Prevention, Health Promotion and Public Health Council)”를 설치하도록 하여 예방과 공중보건(public health)의 활성화를 도모하고자 하였다.

의료개혁 법안에는 건강증진 및 예방사업을 위한 기금의 규모가 구체적으로 법안에 명시되어 있어 건강증진 및 예방에 확장되고 지속적인 투자의 의지를 표현하고 있다, \$500,000,000(2010년), \$750,000,000(2011년), \$1,000,000,000(2012년), \$1,250,000,000(2013년), \$1,500,000,000(2014년), \$2,000,000,000(2015년과 그 이후).

우리나라는 1995년에 국민건강증진법을 제정하여 국민의 건강에 대한 정부의 책임과 역할을 수행하기 위한 기제를 마련하였으며, 생활습관(행태) 요소의 중요성을 인식하여 "건강한 생활습관"을 주요 과제 중 하나로 설정

29) 정부개입의 타당성에 대한 논거로 1) 외부성 2) 확산효과(spill-over effects) 3) 공급자와 환자간 정보 비대칭성 4) 보건의료 효과성 및 니즈(needs) 5) 합리성 부재 6) 비일관적 시간선호 7) 도덕적 해이 등이 있음.

하고 “개인의 행동변화”와 “예방적 보건서비스”를 주요 전략으로 하여 추진하고 있다. 정부는 예방 및 건강증진사업 추진에 필요한 예산을 확보하기 위하여 건강증진기금을 설치하여 운영하고 있다. 건강증진 기금을 조성하여 예방 및 건강증진 정책을 수행하고 있는 국가들은 우리나라와 최근의 미국외에도 오스트리아, 스위스, 뉴질랜드, 태국, 호주 등이 있다. 그러나, OECD Health Data File에 따르면 OECD 국가들의 예방 및 공중보건 지출(prevention and public health)은 총의료비 대비 0.6% ~ 6.9%의 분포를, 그리고 GDP 대비로는 0.1% ~ 0.7% 분포인 것으로 나타난 반면, 우리나라의 예방 및 공중보건 지출은 총의료비 대비 약 1.9%, 그리고 GDP 대비 0.1% 정도에 그치고 있어 보다 적극적인 투자의 확대를 검토할 필요가 있다.

## 2. 만성질환 감소를 위한 건강위해품목의 가격정책 사례 및 효과

흡연, 음주, 비만 등 건강관련 행태를 변화시켜 질병의 주요 위험요인을 감소시키는 건강증진관련 정책은 다음과 같이 분류할 수 있다(Medlin, 2006).

- 첫째, 정보, 교육, 홍보캠페인
- 둘째, 규제정책
- 셋째, 조세부과 및 보조금 지급
- 넷째, 재정적 인센티브

우리나라의 건강증진 정책을 살펴보면 보건교육, 정보제공, 홍보캠페인 등과 같은 건강증진 프로그램을 중심으로 한 전략의 활성화로 평가할 수 있을 것이다. 그러나, 보다 효과적인 건강증진 전략 마련을 위해서는 다양하고 종합적인 정책 대안의 모색과 개발이 요구된다. 즉, 건강위험이 높은 행태를 줄이고 건강증진을 위한 행태로의 변화를 유도하기 위해서는 적절한 규제정책(비가격정책)과 함께 조세부과 및 보조금 지급, 재정적 인센티

브 등의 재정정책(가격정책)을 추진하는 것이 필요하다.

유럽과 미국 등 선진외국에서는 건강위해품목인 담배, 술 등에 고율의 세금을 부과하여 소비억제를 유도하는 정책을 집행하고 있으며, 최근 들어 담배와 술 등에 보다 강화된 조세정책을 추진하려 하고 있다. 또한, 최근에는 비만을 유발하는 품목에 대한 과세를 부과하는 정책을 가시화하는 국가들도 상당수에 이르고 있음을 알 수 있다.

일본의 경우, 경기침체와 일본 국민들이 소비세 인상에 대해 강한 거부감을 보이고 있음에도 불구하고 최근 담배가격 인상을 단행하여 흡연률 감소를 유도하고자 하였다.

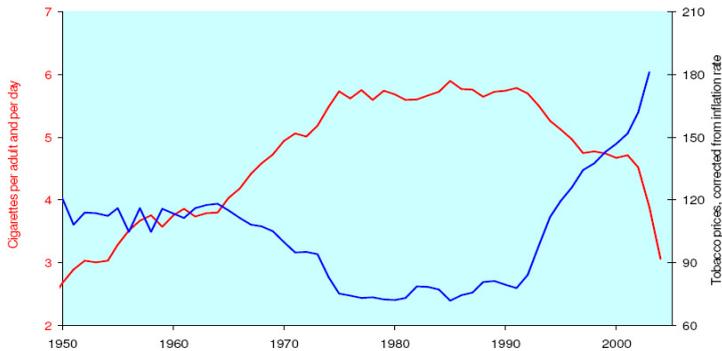
프랑스는 담배 등 건강위해품목에 대한 적극적인 가격정책을 통해 실질적인 효과를 거둔 사례로 우리에게 시사하는 바가 크다 할 수 있겠다.<sup>30)</sup> 1950~1991년 기간에 프랑스는 담배에 대해 보수적인 가격정책을 취해 이 기간 동안에 담배소비량이 증가하였다. 1991년에 담배와 술의 구입 및 광고에 제한을 강화하는 비가격정책인 Evin Law의 실행으로 담배소비량이 완만하게 감소하게 되었다. 이어 Health Department Plan(1999~2002)을 실시하여 담배가격 정책의 전기를 맞이하였다. 본 Plan에서 프랑스는 담배와 알코올에 대한 가격 결정 책임부서를 재정부(Ministry of finance)에서 보건부(Health Department)로 이관하였는데, 이는 담배와 술 등 건강위해품목에 대한 조세정책을 강력한 공중보건(public health) 정책수단으로 활용하는 것을 의미하며, 보건부(Health Department)가 담배와 술과 같은 건강위해품목에 대한 가격정책의 책임부서로 역할을 담당하는 것을 의미한다. 담배와 술에 목적세(earmarked tax)를 도입하여 이를 통해 조성된 재원은 공중보건(public health)과 social security activity 용도로 활용하고 있다.<sup>31)</sup> 아래의 그림에서와 같이 1990년까지 증가하던 담배소비량이 1991년

30) 프랑스 사례에 대한 보다 자세한 내용은 다음을 참고하기 바람. 정영호 외, 『비만과 흡연의 생애의료비 분석 및 건강증진에 따른 중장기적 효과분석』, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 발간예정

31) 프랑스의 의료재정의 재원조달 중 담배세와 주류세가 차지하는 비중은 약 8% 정도에 이르고 있음.

의 Evin Law의 실행에 따라 점차 감소하다가 Health Department Plan 시기인 2000년부터 급격하게 감소하는 것을 알 수 있는데, 이와 같이 강력하고 효과적인 가격정책으로 담배소비의 실질적인 감소를 가져온 것이라 할 수 있다.

[그림 VI-1] 담배가격과 소비량의 변화: 프랑스



Source: Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *BEH*, 2003, 22-23:98-100 ([http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22\\_23/beh\\_22\\_23\\_2003.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2003/22_23/beh_22_23_2003.pdf), accessed 30 November 2006).

자료: WHO, THE EUROPEAN TOBACCO CONTROL REPORT 2007에서 재인용

미국은 GDP 대비 국민의료비 비중이 16%로 OECD 국가 중 가장 높은 수준을 보이고 있으며, 의료재정의 부담은 미국 국가 경제에 상당한 영향을 미치고 있다. 이러한 부담 경감을 위해 미국은 의료비 절감을 위한 정책방안을 고심하고 있는데, Commonwealth Fund에서 제시한 방안 중에는 담배, 술, 비만유발 품목 등 건강위해품목에 대한 가격 정책이 포함되어 있다. 개인의 자유와 책임을 강조하는 미국의 경우에도 건강위해품목에 대한 가격정책 및 재원활용 계획은 우리에게 시사하는 바가 적지 않으리라 사료된다. 우선, Commonwealth Fund의 보고서에서는 연방정부가 담배 한 갑당 2\$의 연방세를 부과하고, 이를 통해 조성되는 재원은 담배규제 프로그램을 강화하는 데 추진할 것을 권고하고 있다. 또한, 실내나 공공장소에서의 흡연금지 등 최소한의 담배규제 기준을 충족하는 주정부에 지원하

는 방안도 제시되고 있다. 알코올소비 감소를 위해서 맥주 1캔 당 0.05\$의 연방세를 부과하고, 여타 주류에 대해서도 유사한 비율로 조세를 부과하는 것을 제안하고 있다. 조성된 재원은 알코올 폐해 예방 및 정신건강관련 프로그램, Medicaid 지원, 그리고 아동과 성인의 면역 및 백신 접종 등의 프로그램에 지원할 것을 제안하고 있다. 한편, 비만을 감소를 위해서 청량음료 한 캔 당 0.01\$의 새로운 연방세를 부과하고, 조성된 재원은 비만예방을 위한 프로그램 지원에 활용하는 것이 필요하다고 논의하고 있다. 이와 함께 비만 및 영양과 관련하여 최소한의 규제 및 금지법을 시행하고 있는 주 정부에게 연방정부의 지원 받을 자격을 부여하는 것을 제안하고 있다. 이러한 정책들로 향후 11년간 담배소비 감소에 따른 의료비 절감 효과 2,550억불, 그리고 비만을 감소에 따른 의료비 절감 효과 4,060억불이 기대된다고 추정하고 있다.

### 3. 흡연, 음주, 비만에 기인한 사회경제적 비용

#### 가. 흡연의 폐해

흡연으로 인한 사회경제적 비용은 2007년 기준으로 1일 평균 약 164억 원의 사회경제적 비용이 발생하는 것으로 분석되었다(정영호, 2009). 이를 보다 구체적으로 살펴보면, 흡연에 기인한 질병으로 조기사망하거나 입원 및 외래진료 등에 따른 생산성 손실이 1일 평균 105억원 정도이며, 진료비는 1일 평균 49억원이 지출되는 것으로 나타났다. 진료비를 연간으로 환산하면 약 1조 7,721억원에 이르는데, 이는 2010년 건강보험 재정적자 규모를 상회하는 수준이다. 한편, 흡연자와 비흡연자는 기대수명과 생애에 걸쳐 지불하는 의료비에서도 상당한 정도의 차이가 나는 것으로 분석되었다. 정영호 외(2009)에 따르면 40세 남성 흡연자는 비흡연자에 비해 기대여명에서 6.28년 짧은 것으로 나타났으며, 뇌혈관질환으로 인한 1인당 생애의료비는 흡연자가 비흡연자에 비해 11,249,728원 정도 더 많이 지출하는 것으

로 분석되었다. 한편, 교육개발원의 교육통계서비스 자료와 성명재(2009)에서 제시한 청소년 흡연률 자료를 조합하여 단순 추정한 우리나라의 흡연 중·고등학생수는 약 30만명에 이르고 있다.

## 나. 음주의 폐해

음주관련 질병에 기인한 조기사망 비용은 2007년 기준으로 3조 9,874억원(정영호, 2009)으로 추산되고, 음주관련 사고(산업재해, 음주사고)로 인한 비용도 1조 5,968억원에 이르고 있다.<sup>32)</sup> 한편, 아래의 표에서 나타나듯이 고위험음주율(29.7%(2005) → 31.5%(2007)), 위험음주율(44.2%(2005) → 46.0%(2007)), 문제음주율(28.8%(2005) → 42.2%(2007)) 모두 증가하고 있어, 청소년의 음주문제도 점차 심각해지고 있음을 알 수 있다.

〈표 VI-3〉 청소년 음주율

연도		2005			2007		
구분		고위험 음주율	위험 음주율	문제 음주율	고위험 음주율	위험 음주율	문제 음주율
전체		29.7	44.2	28.8	31.5	46	42.2
성별	남	28.1	37.9	25.8	30.7	42.2	39.8
	여	31.5	51.2	32.3	32.5	51.0	45.2

출처: 질병관리본부, 청소년건강행태 온라인조사 통계(2005~2007), 음주관련통계시스템에서 재인용

## 다. 비만의 폐해

우리나라의 비만율은 미국 등 선진국에 비해 아직 높은 수준은 아니지만, 증가추이는 우려할 만하다 할 수 있다. 비만은 심혈관질환, 대장 및 직장암, 뇌졸중, 담석/담낭 질환, 고혈압, 당뇨병, 골관절염, 유방암 등과 같은 질병을 유발하는 것으로 제시되고 있다. 비만으로 인한 20세 이상의 질병비용

32) 음주관련 사고비용에는 산업재해의료비, 은부교통사고보험금, 은주사고로 인한 차량손실비, 은주관련 화재사고 비용, 교통 및 보험행정비용, 음주관련 사고로 인한 조기사망비용이 포함됨.

은 2005년 기준으로 2조 555억원으로 추산되고 있다(정영호 외, 2008).<sup>33)</sup> 비만문제는 흡연과 음주와 같이 청소년에도 심대한 영향을 미친다, 12세~18세의 청소년 비만율은 아래의 표에서 보여주듯이 2007년도에 남자의 경우 18.3%, 여자의 경우 12.0%로 조사되었다. 정영호 외(2010)에서는 청소년기의 비만으로 인해 성인에서도 비만이 되는 확률을 적용하여 질환으로 인한 사회경제적 비용을 분석하고자 하였다. 분석결과, 청소년의 비만으로 인한 사회경제적 비용은 총 1조 3,638억원인 것으로 추계되었으며, 이 중 진료비가 약 5,415억원, 그리고 조기사망 비용이 6,510억원 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 VI-4〉 소아청소년 비만율: 2007년

	남				여			
	2~5	6~11	12~18	계	2~5	6~11	12~18	계
과체중율	8.70	13.2	2.60	7.50	11.1	11.10	8.30	9.90
비만율	8.5	9.5	18.30	13.40	3.6	5.60	12.0	7.90
N	140	251	204	595	114	230	179	523

주: 2007년 소아청소년 성장도표 기준으로 과체중: 연령별 BMI 85-95 백분위수, 비만: 연령별 BMI 95백분위수 이상 또는 BMI 25kg/m<sup>2</sup> 이상인 분을

자료: 2007 국민건강통계: 국민건강영양조사 제4기 1차년도(2007), 보건복지가족부·질병관리본부, 2008

## 4. 건강위해품목의 가격 정책의 필요성: 담배와 주류를 중심으로

### 가. 우리나라 담배가격의 국제비교 및 가격 정책의 효과

WHO에서 발표한 세계 각국의 담배가격에 따르면 우리나라의 담배가격은 78번째로 나타나 국제적으로 담배가격이 상대적으로 낮은 것을 알 수

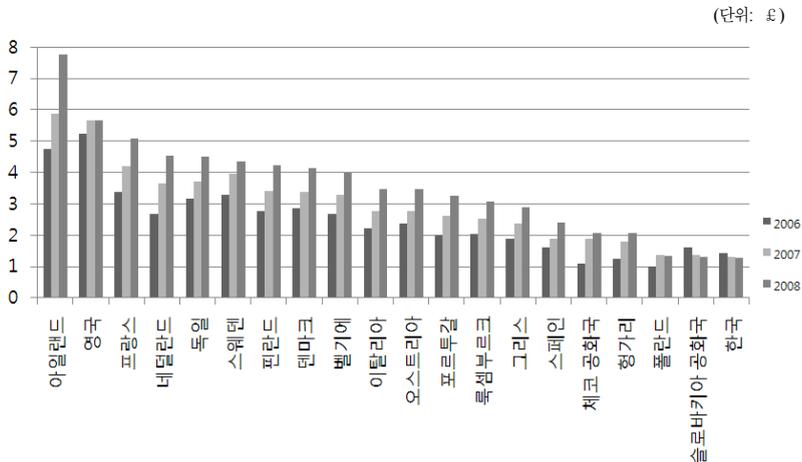
33) 질병비용에는 진료비, 간병비, 교통비 등과 같은 직접비용과 질병으로 인한 조기사망 비용, 생산성 손실 등 간접비용이 포함됨.

있다. WHO 보고서에 의하면 2009년 기준으로 우리나라의 담배가격은 \$1.98임에 비해, 아일랜드는 가장 높은 수준인 \$11.27에 이르고 있고, 노르웨이 \$10.14, 싱가포르 \$8.06, 영국 \$7.64, 프랑스 \$7.48, 호주 \$6.65, 독일 \$6.55 그리고 캐나다는 \$6.48인 것으로 나타났다.

유럽의 경우에는 유럽규약이 정하는 바에 따라 담배관련 세금이 통상적으로 1년마다 상향조정되는 것으로 알려져 있다. 아래의 그림은 유럽국가들과 우리나라의 담배가격의 추이를 보여주고 있는데, 우리나라의 경우와 다른 유럽국가들을 비교하면 가격 자체도 낮을 뿐 아니라 환율로 조정된 가격은 하락하는 것을 알 수 있다. 반면, 유럽국가들은 폴란드와 슬로바키아 공화국과 같은 일부국가를 제외하면 매년 상승하는 것을 알 수 있다.

아래의 유럽국가들의 담배가격과 소득수준을 고려하여 우리나라에 적용하였을 경우, 담배가격은 6,119원 정도로 산출되는 것으로 제시되고 있다 (정영호, 2009)<sup>34</sup>).

[그림 VI-2] 유럽국가 및 우리나라 담배가격의 추이(2006 ~ 2008)



출처: 정영호, “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책 방향”, 금연세미나발표자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10에서 발췌

34) 정영호 “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책방향”, 금연세미나 발표자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10

〈표 VI-5〉 한국과 유럽의 담배가격과 소득수준 비교

	유럽 19개국 평균	한국	유럽/한국
담배가격 (£)	3.66(A)	1.28(B)	2.86(A/B)
소득수준(PPP \$)	32,868(C)	28,120(D)	1.17(C/D)

출처: 정영호, “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책 방향”, 금연세미나발표자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10에서 발췌

〈표 VI-6〉 유럽의 사례를 대입한 담배가격 산출

$\begin{aligned} \text{적정담배가격} &= \text{유럽평균 소득대비 담배상대가격} = (AXD)/C = 3.13 \text{ £} \\ &= 3.13 \times 1,955 = 6,119 \text{ 원} \end{aligned}$
---

출처: 정영호, “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책 방향”, 금연세미나발표자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10에서 발췌

우리나라 성인남성의 흡연률이 OECD 국가 중 높은 수준을 보이고 있는 것은 소극적인 담배가격 정책의 영향도 상당한 부분 작용한다고 할 수 있다. 따라서, 담배가격의 담배의 소비를 감소하게 하여 흡연으로부터 기인하는 폐해를 예방하기 위해서는 적극적인 가격정책을 펼치는 것이 필요하다. 아래의 표는 담배의 가격탄력성을 분석한 결과를 정리한 내용이다. 외국의 경우 대체로 가격탄력성이 -0.4 정도를 보이고 있으며, 개발도상국의 경우에는 -0.8에 이르고 있는 것으로 나타났다. 한편, 우리나라의 경우를 분석한 결과를 보면 담배가격의 10% 인상시 단기적으로는 약 8% 정도, 그리고 장기적으로는 약 28%정도의 수요감소가 발생하는 것을 알 수 있다. 이와 같이 담배가격의 인상은 담배수요 및 흡연률의 실질적인 감소를 가져오는 효과적인 담배관리 정책이라 할 수 있을 것이다.

〈표 VI-7〉 담배의 가격탄력성

문헌	가격탄력성
World Bank(1999)	선진국 = -0.4 개발도상국 = -0.8
National Cancer Institute(1993)	미국 = -0.3 ~ -0.5
Townsend et al.(1994)	영국 = -0.47(남자) = -0.61(여자)
Chaloupka and Warner(2000)	평균 = -0.5 ~ -0.3
Gallet and List(2003)	500개 문헌의 메타분석결과 = -0.40 ~ -0.44
김원년(2007)	10% 가격인상시 단기: 7.9% 수요 감소 장기: 28.3% 수요 감소

출처: 정영호, “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책 방향”, 금연세미나발표자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10에서 발췌

기존 연구에 따르면 저소득층과 젊은 층이 가격에 더 민감하게 반응하며, 담배가격 인상으로 담배를 멀리 하거나 최초 흡연 시작 연령을 늦출 수 있는 효과도 기대된다. 또한, 과거흡연자의 재흡연률 감소를 기대할 수 있고, 흡연의 기회비용을 증가시켜 타 재화로의 소비를 유도할 수 있다. 전문가들이 제시하는 담배관리 정책의 효과성 분석결과에서도 가격정책의 효과는 다른 정책에 비해 더 우월한 것으로 나타났다.

〈표 VI-8〉 가격정책의 효과성(Tobacco Control Scale)

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prices : 30 points</li> <li>• Smoking Restrictions/bans : 22 points</li> <li>• Tobacco Control Funding : 15 points</li> <li>• Ad ban : 13 points</li> <li>• Smoking Cessation : 10 points</li> <li>• Labelling : 10 points</li> </ul>
--

자료: Luk Joossens, "Overview of Tobacco Control Policy in Europe, 2007

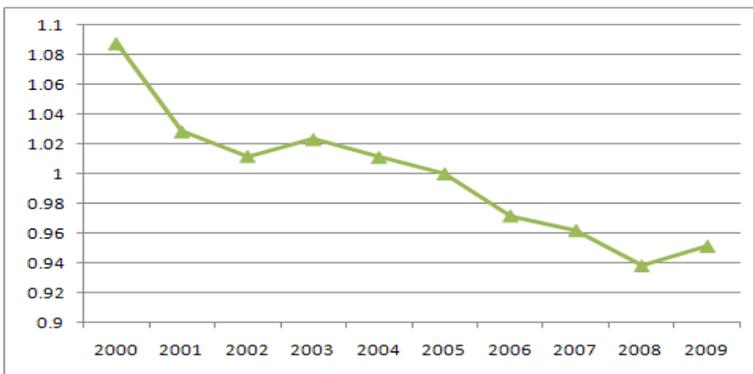
유럽의 European Strategy for Tobacco Control(ESTC)에서도 담배에 대한 조세부담 증가는 가장 효과적인 담배규제 정책 중의 하나임을 명시하고 있으며, 다음과 같은 적극적인 가격정책을 실시할 것을 권고하고 있다.<sup>35)</sup>

- 담배제품에 대한 높은 가격과 높은 조세부담의 유지
- 물가상승률과 소득상승률을 상회하는 수준으로 담배가격을 유지하여 담배가격의 부담을 지속적으로 높이는 조세정책
- 담배제품에 대한 비과세 또는 면세 금지
- 국가적 차원 담배관리 프로그램을 위한 적극적인 국가재정의 배분 및 활용
- 담배 대체재 품목에 대한 조화로운 조세 및 가격정책

#### 나. 주류가격 및 주류세의 변화와 가격 정책의 효과

소비자물가지수로 보정한 주류가격의 변화추이를 보면 우리나라의 주류 가격은 점차 하락하는 양상을 보이고 있는데, 이는 점차 주류가격이 상대적으로 낮아지고 있는 것을 의미한다. 이러한 주류가격의 상대적 하락은 알코올 소비량과 음주횟수의 증가를 가져오는데, 특히 청소년층에 보다 큰 영향을 미칠 것으로 사료된다.

[그림 VI-3] 전체물가수준으로 보정한 주류가격의 변화



자료: 한국은행, 한국은행경제통계시스템

35) ESTC에서 권고하는 담배가격 정책의 내용은 다음의 자료에서 인용함. 정영호 외, 『비만 및 흡연의 생애의료비 분석 및 건강증진에 따른 중장기적 효과분석』, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 발간예정.

아래의 <표 6-9>는 우리나라 주세율의 변화를 보여주는 것으로 2000년 이후에 주세율은 변화가 없거나, 낮아지는 것을 알 수 있다. 특히, 맥주의 경우에는 2000년에 115%에서 100%(2004) → 90%(2005) → 80%(2006) → 72%(2007)로 점차 낮아지고 있다는 것을 알 수 있다. 이러한 주세율의 불변 또는 감소는 주류가격의 점진적이며 실질적인 하락을 가져와 알코올 소비의 억제를 통한 음주 폐해의 감소를 기대하기 어려운 실정이라 할 수 있다.

<표 VI-9> 주세율의 변화

(단위: %)

	'00	'04	'05	'06	'07
<발효주>					
탁주	5	5	5	5	5
약주	30	30	30	30	30
청주	70	70	30	30	30
맥주	115	100	90	80	72
과실주	30	30	30	30	30
<증류주>					
증류식 소주	72	72	72	72	72
희석식 소주	72	72	72	72	72
위스키	72	72	72	72	72
브랜드	72	72	72	72	72
일반증류주	72	72	72	72	72
리큐르	72	72	72	72	72

자료: 박상민 외, 『담배·주류·깎불 재화에 대한 과세 연구: 세율결정 요인을 중심으로』에서 발췌하여 수정

담배와 같이 우리나라 주류의 가격 또는 주류세 정책 역시 소극적이라 할 수 있는데, 최근의 메타분석결과를 보면 주류가격 인상의 효과가 상당한 정도로 나타난다는 것을 알 수 있다. Gallet(2007)<sup>36)</sup>은 132개의 관련연구 메타분석을 통해 중간값의 가격탄력도가 단기에는 -0.52, 장기에는 -0.82임을 제시하고 있으며, Wagenaar(2009)<sup>37)</sup>는 112개의 관련연구 메타분석을

36) Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. The Australian Journal of Agricultural and Resource Economics, 2007

37) Wagenaar AC, Salois MJ, Komor KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction, 2009

통해 평균 가격탄력도가 맥주는 -0.46, 와인은 -0.69, 그리고 증류주는 -0.80임을 제시하고 있다.

이 밖에도 주류가격 상승에 따라 알코올관련 폐해가 감소한다는 광범위하고 일관된 근거를 발견할 수 있는데, 요약하면 다음과 같다. 우선, 주류가격의 상승은 젊은 층과 고도음주자에게 상대적으로 더 많은 영향을 미친다는 것이 보고되고 있다. 따라서, 가격에 민감하게 반응하는 청소년들은 주류가격의 인상으로 음주시기가 늦추어 지며, 음주량의 감소를 기대할 수 있을 것이다. 그리고, 알코올의 가격인상과 최저가격 설정은 고도음주자의 주류관련 지출과 소비에 더욱 큰 영향을 미치게 된다. 둘째, 위험음주자군이나 현음주자군 역시 알코올관련 질환에 상대적으로 쉽게 노출되어 있어 동 음주자군의 소비감소 역시 알코올에 의한 폐해를 감소시킬 것으로 기대된다. 셋째, 부유계층은 주류가격의 인상에 관계없이 알코올 소비량에 변화가 크게 없지만, 저소득층의 알코올 소비량은 감소하여 저소득층에 미치는 효과가 크게 나타날 것으로 제시되고 있다. 넷째, 미국의 경우 주류세 부과로 교통사고로 인한 상해와 재난을 감소시킨 결과가 있는데, 30년 이상에 걸친 인플레이션율과 일치하는 맥주 소비세를 증가시킴으로써 18세~20세 사이에서 발생하는 자동차 사고가 약 15%까지 감소한 것으로 나타났다. 다섯 째, 높은 주류세와 세금은 대학에서의 낙제, 어린이 학대, 성전염병, 흡연 등을 감소시켜 건강에 유익한 영향을 미친다는 연구결과도 발견된다.

결론적으로 알코올관련 폐해를 감소시키는 가장 비용-효과적인 정책수단은 조세부과를 통한 가격인상이라 할 수 있다. 4인의 노벨경제학상 수상자와 4인의 전임 미국경제학회장을 포함한 59인의 저명한 경제학자들이 Economists' Declaration on Alcohol Taxes을 통해 주류에 대한 강화된 조세정책을 지지하고 있음은 우리에게 시사하는 바가 크다 하겠다.

#### 다. 비만유발 품목에 대한 조세부과의 타당성<sup>38)</sup>

증가하는 비만 문제를 해결하고 질병을 예방하기 위한 방안 모색에 대한 요구가 선진국을 중심으로 점차 커지고 있으며, 일부 국가에서는 스낵, 아이스크림과 같은 지방함유량이 높은 상품에 대해서 조세를 부과하고 있다. 예를 들어, 프랑스의 경우에는 사탕, 초콜렛, 마가린, 식물성유지에 부가세 20.6%를 부과하는 반면 다른 식품에는 5.5%정도만 부가세를 부과하고 있다(Leicester and Windmeijer, 2005)<sup>39)</sup> 캐나다에서는 소프트드링크, 사탕, 스낵에 판매세를 부과하는 반면, 다른 제품에는 판매세를 부과하지 않는다. 이와 유사하게 미국에서도 소프트드링크, 사탕, 스낵에 판매세를 부과하고 있다. 그러나, 이러한 조세가 ‘비만세(fat tax)’로 고안된 것이라고는 할 수 없으며, 지방함유량이나 여타의 영양성분에 따라 직접적으로 식품에 조세를 부과하는 사례는 극히 드물다고 볼 수 있다. 그러나, 국민의 60%가 과체중 또는 비만인 아일랜드나 영국 정부 등에서는 비만의 심각성에 대해 고민하고 있으며 이와 관련하여 ‘비만세(fat tax)’를 도입하자는 주장이 지속적으로 제기되고 있다.

Brownell and Frieden(2009)은 미국을 중심으로 청량음료에 대한 조세 정책을 논하고 있는데, 다음은 그 내용을 정리한 것이다. 현재 미국의 비만 현상은 음식과 관련된 질병을 예방하기 위한 개선방안 모색에 대한 요구가 커지고 있다. 가장 논란의 대상이 되고 있는 것이 바로 식품세(food tax)이다. 현재 40여개의 주에서는 이미 청량음료 및 각종 스낵 식품에 대한 소액의 과세를 부과하고 있다. 그러나 메인주와 뉴욕주에서는 청량 음료에 꽤 높은 금액의 세금을 부과하였고, 다른 주들도 이에 대한 논의를 진행하고 있는 중이다. 조세의 규모는 재정수익의 창출과 소비의 감소 규모를 고려해

38) 본 내용은 정영호·고숙자, “흡연, 음주, 비만에 기인한 질병의 사회경제적 비용 및 관련 품목 조세제도”, 한국사회보장학회 학술대회 발표자료, 2009. 6.와 Brownell and Frieden, "Ounces of Prevention- The Public Policy Case for Taxes on Sugared Beverages", The New England Journal of Medicine, 2009. 4의 내용을 정리한 것임.

39) Leicester and Windmeijer, "The fat tax: economic incentives to reduce obesity", The Institute for fiscal Studies, Briefing Note No 49.

서 정해지며, 현재 음료산업계의 강한 반대에 부딪치고 있다. 그러나 건강에 해로운 음식의 소비는 조기사망의 주요 원인이 되기 때문에 지역, 주, 국가차원에서의 식품세는 주요 정치적 논쟁거리가 되고 있는 것이다.

당분을 함유한 음료(큰 시럽, 당분을 함유한 탄산음료, 소다수, 그리고 당분을 함유한 비탄산음료 등을 포함)은 비만을 초래하는 가장 큰 원인 중 하나이다. 최근의 연구에 의하면 청량음료의 섭취는 체중증가, 영양 불균형 등과 밀접한 관련이 있으며 이러한 음료 소비의 증가는 비만과 당뇨병에 대한 위험을 증가시키는 것으로 알려졌다. 따라서 국민건강의 증진을 위해서는 이러한 음료의 소비가 감소되어야 하나, 한편으로는 청량음료의 소비와 건강수준은 상관관계가 없다는 음료산업계의 연구보고서도 발표되고 있는 실정이다.

청량음료의 소비는 주로 어린이와 청소년층을 대상으로 이루어지며, 1990년대 중반 어린이의 청량음료 소비량은 우유의 소비량을 상회하였다. 현재 이러한 음료는 청소년과 어린이들이 섭취하는 칼로리의 10~15%를 차지하고 있는데, 하루 한 잔의 음료를 더 섭취할 때 마다 어린이가 비만이 될 가능성은 60% 증가하게 된다.

담배에 대한 과세가 소비감소에 매우 큰 영향을 미쳤고, 또한 가격이 높을수록 탄산음료의 섭취도 줄어든다는 구체적인 분석결과도 발표되고 있다. Yale대학교의 식품정책 및 비만 센터의 연구결과 따르면 가격이 10% 상승하면 소비는 7.8%감소한다고 한다. 이러한 결과는 청량음료에 대한 과세가 소비자보다 하여금 보다 건강에 좋은 음료의 섭취로 이어질 수 있도록 유도할 수 있다는 것을 보여준다.

청량음료의 가격이 저렴할수록, 그리고 신선한 과일과 야채가 비싸질수록, 미국의 비만도는 증가할 것이다. 청량음료로 섭취하는 칼로리의 1/4만 다른 것으로 대체되어도, 1인당 연간 8000칼로리 감소를 가져올 수 있다.<sup>40)</sup> 이러한 칼로리 섭취의 감소는 비만과 당뇨, 그리고 심장질환의 위험

40) 이를 무게로 환산하면, 2lb가 조금 넘는 중량임.

성을 낮출 수 있을 것이다.

정부가 시장에 간섭해서는 안되며, 가격에 의해 수요와 공급이 정해질 수 있도록 시장기능에 맡겨야 한다고 주장하는 그룹이 있다. 그러나 정부의 개입이 타당한 근거를 제시하면 다음과 같다. 첫 째, 외부성이다. 미국에서는 비만과 과체중을 치료하기 위해 연간 790억 달러를 투자하고 있으며, 이러한 비용의 절반 정도는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)에서 지출되고 있는데, 이는 곧 국민의 세금이 지출되고 있음을 의미한다. 또한 또한 노동생산력의 저하, 학교성적하락 등의 사회적 비용을 유발시킨다. 둘 째, 거래에 참여하는 당사자들 간의 정보의 비대칭성이다. 청량음료 생산자들은 일반적으로 자사의 음료가 건강에 해가 되지 않는다고 주장하며, 광고와 현실을 구별하기 어려운 어린이, 청소년층의 소비자를 공략하고 있는 실정이다. 소비자가 이에 대해 생산자보다 더 많은 정보를 가지는 것은 매우 어렵다. 셋 째, 재정수입창출이다. 뉴욕주의 경우 1온스당 1페니의 조세를 부과하여 약 12억달러의 재원을 조성하였다. 이러한 조세는 재정수입과 더불어 국민건강도 증진시키는 최적의 선택이 될 수 있는 것이다.

물론 이와 같은 정책이 반대 의견도 존재한다. 즉, 식품세는 담배세나 주류세와는 전혀 다른 성격을 가지고 있다는 주장이다. 담배와 술과는 달리 사람은 생존을 하기 위해 반드시 음식을 섭취해야 하며, 어떠한 한 종류에 식품에 세금을 부과하는 것은 공정하지 않고 비만문제에 대한 해결책도 아니라는 것이다. 그러나 빈곤층은 식품관련 질병에 가장 크게 영향을 받으며 소비감소를 통해 얻는 편익도 가장 크다는 것을 염두에 두어야 한다. 그리고, 청량음료는 생존을 위해 반드시 필요한 음식이 아니다. 예전과 비교해 볼 때 미국인들은 하루 평균 250~300칼로리를 더 많이 섭취하고 있으며, 이러한 증가분의 절반 정도는 청량음료의 소비에 기인한다.

조세정책의 결과는 정책이 시행되고 난 후에 검증해볼 수 있을 것이다. 그리고, 정책을 통해 소비되는 칼로리 중에서 고형 식품과 음료가 차지하는 비율이 얼마나 변할 것인지를 파악하는 것도 필요하다. 청량음료에 세금이 부과될 경우 소비자가 그 대체물로 물, 우유, 다이어트 음료 등의 음료 중

에 무엇을 선택하느냐에 따라 그 결과가 달라질 것으로 보인다. 또한 정책 효과는 조세의 주목적이 소비감소인지 재정수입 창출인지, 아니면 두 가지 모두인지, 그리고 조세의 규모는 얼마나 될 것인지, 생산과 유통과정 중 어떤 부분에 조세가 부과될 것인지에 따라 매우 가변적이 될 것이다. 청량음료의 소비량이 매우 많다면 약간의 조세만으로도 매우 많은 재정수익을 올릴 수 있겠지만 이 경우 소비 감소 효과는 미미할 것이다.

일반적으로 식품세는 판매세의 형태로 거둬들이는데, 이것은 정률세이기 때문에 가격이 산 다른 브랜드의 동종상품으로 소비가 전환될 가능성이 있다. 반면 물품세는 고정된 금액을 징수하기 때문에 소비감소효과가 클 것으로 예상된다.

또한, 징수된 세금을 어떻게 활용해야할지도 주요 관심사가 된다. 아동비만 방지를 위해 미디어를 이용한 홍보, 학교에서의 건강식품 보급, 건강시설 설립 등에 투자되는 것이 바람직하다고 사료된다. 뉴욕 주민의 52%는 이러한 청량음료에 대한 과세를 동의하지만, 찬성자의 72%는 ‘이 조세수입이 비만방지를 위해서 사용되어야 한다’라고 응답했다.

결론적으로, 물품세(정액세)는 약 10%의 청량음료 소비감소를 가져다 줄 수 있을 것이며, 반면에 판매세(정률세)는 조세수입량의 증가를 통해 재정수익을 국민보건 증진에 투자할 수 있는 장점을 가지고 있다는 것이다.

## 5. 건강위해품목의 조세정책 방향 및 자원 활용방안

### 가. 조세정책 방향

담배, 술, 비만유발 품목 등과 같은 건강위해품목이 유발하는 폐해를 감소시켜, 국민들의 건강증진을 도모하고 질병을 예방하여 의료비 절감효과를 실현할 수 있도록 다음과 같은 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 본 절에서는 우선 담배와 술에 대한 가격정책 방향을 논하고 이어 비만유발품목에 대한 가격정책 방향을 간단하게 제안하고자 한다.

우선, 담배와 주류에 대한 조세정책을 강화하여 담배와 주류 가격 인상을 추진하는 것이 필요하다. 가격 인상시 과거의 인플레이션을 감안한 가격 인상이 이루어지는 것이 바람직할 것이다. 둘째, 담배와 주류에 대한 affordability를 지속적으로 하락하는 것이 중요한데, 이를 위하여 물가상승률과 소득수준 증가율을 연동하여 담배와 주류의 상대가격이나 실질가격의 하락이 발생하지 않도록 하는 것이 필요하다 하겠다. 셋째, 공중보건(public health)관점에서의 담배와 주류가격 정책을 추진할 수 있도록 조세부과 결정에 있어 보건복지부의 책임이 강화될 필요가 있다. 그리고, 국민의 건강 증진과 예방을 위한 가격정책으로 자리매김할 수 있도록 사회적 지지와 공감대를 형성하는 노력이 요구된다. 넷째, 주류의 경우 증가세 위주의 조세정책을 알코올 량에 따라 부과하는 종량세 성격의 조세정책으로의 전환을 전향적으로 검토할 필요가 있다.

한편, 비만을 유발하는 품목에 대해서는 미국의 사례처럼 소액 또는 소량의 세금을 부과하여 소비자의 부담을 최소화하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 앞에서 논의한 바와 같이 미국의 Commonwealth Fund의 보고서에서는 청량음료 한 캔 당 0.01\$의 새로운 연방세 부과를 제안하고 있으며, 조성된 재원은 비만예방 프로그램과 일정한 기준을 충족한 주 정부를 지원하는 것에 활용할 것을 권고하고 있다.

## 나. 조세부과 방식 및 재원의 활용

담배와 주류, 비만유발 품목에 대한 조세부과 방식은 목적세 형태의 건강증진기금의 형식으로 부과하는 것을 제안하고자 한다. 많은 재정학자들은 목적세를 부과하면 조성된 재원이 특정한 용도로만 활용되기 때문에 국가 전체적인 관점에서 자원배분이 어렵게 되는 경직성 때문에 목적세 부과에 반대의 입장을 보이고 있다. 그러나, 담배·음주·비만 관리 및 건강증진사업으로 활용할 수 있도록 목적세 성격인 건강증진부담금을 부과하는 것은 “수혜원칙(benefit principle)”<sup>41)</sup>에 일치한다고 할 수 있다. 흡연이나 음주,

또는 비만 등 건강에 미치는 해로움으로 인해 정부에서 제공하는 의료서비스를 더 많이 사용하게 될 것이고, 따라서 수혜원칙을 적용하면 목적세 성격의 건강증진부담금 부과는 정당화 될 수 있을 것이라 사료된다. 건강위해 품목에 부과된 건강증진기금은 예방 및 건강증진, 그리고 관련 피해를 감소시키는 프로그램이나 정책에 활용토록 한다.

그리고, 저소득층에 대한 건강투자를 강화하는 방안을 마련하여야 한다. 구체적으로는 저소득층에 대한 예방서비스 지원을 강화하여 건강증진에 도움을 줄 수 있도록 하고, 또한 의료비 등에 대한 지원도 고려하도록 한다. 참고로, 프랑스는 담배와 술에 목적세를 부과하여 조성된 재원으로 의료비 지원과 social security activities에 활용하고 있다. 한편, 저소득층(아동)이 신선하고 건강에 유익한 식품에 대한 접근권이 확대될 수 있도록 지원방안을 강구하여 인적자본의 질적 향상을 도모할 수 있도록 하여야 한다.

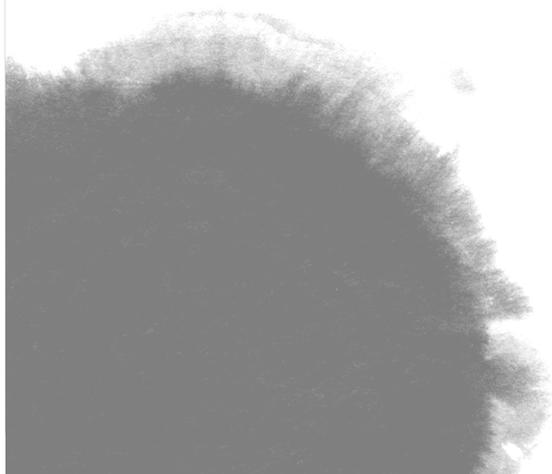
---

41) 수혜원칙(benefit principle)이라 함은 납세자가 공공서비스로부터 받은 편익에 비례하도록 조세를 분배하는 원칙을 의미함.



# 07

## 정책적 시사점 및 결론





# 제7장 정책적 시사점 및 결론

본 보고서에서는 의료재정 안정화를 위하여 지불체계 개선 방안, 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용방안, 건강 증진 및 질병예방을 위한 방안을 중심으로 살펴보았다.

미국의 Schoen et al.(2007)에서는 의료비 절감을 위한 정책방안에 따라 1년, 5년, 10년 단위로 국민의료비에 미치는 순 누적효과를 분석하여 <표 VII-1>과 같이 제시하고 있다. 비록, 미국에서의 논의가 우리 실정이나 상황에 부합하지 않은 측면이 있지만, 정책방향에서는 시사하는 바가 매우 클 것으로 기대된다. 다만, 이러한 정책을 실시할 경우에 기대효과가 발생할 수 있지만 동시에 다각적인 측면이 고려되어야 할 것이다.

<표 VII-1> 정책방안과 국민의료비에 미치는 순 누적효과(1년, 5년, 10년)

	One-Year Impact on NHE (billions)	Cumulative Five-Year Impact on NHE (billions)	Cumulative 10-Year Impact on NHE (billions)
<b>Producing and Using Better Information</b>			
1. Promoting Health Information Technology	\$8	\$14	-\$88
2. Center for Medical Effectiveness and Health Care Decision-Making	-\$18	-\$125	-\$368
3. Patient Shared Decision-Making	-\$1	-\$4	-\$9
<b>Promoting Health and Disease Prevention</b>			
4. Public Health: Reducing Tobacco Use	-\$5	-\$64	-\$191
5. Public Health: Reducing Obesity	-\$3	-\$61	-\$283
6. Positive Incentives for Health	\$0	-\$5	-\$19
<b>Aligning Incentives with Quality and Efficiency</b>			
7. Hospital Pay-for-Performance	-\$2	-\$14	-\$34
8. Episode-of-Care Payment	-\$17	-\$96	-\$229
9. Strengthening Primary Care and Care Coordination	-\$5	-\$60	-\$194
10. Limit Federal Tax Exemptions for Premium Contributions	-\$10	-\$65	-\$131
<b>Correcting Price Signals in the Health Care Market</b>			
11. Reset Benchmark Rates for Medicare Advantage Plans	-\$3	-\$20	-\$50
12. Competitive Bidding	-\$7	-\$42	-\$104
13. Negotiated Prescription Drug Prices	-\$3	-\$16	-\$43
14. All-Payer Provider Payment Methods and Rates	\$2	-\$23	-\$122
15. Limit Payment Updates in High-Cost Areas	-\$4	-\$43	-\$158

Note: A negative number indicates spending decreases compared with projected expenditures (i.e., savings); a positive indicates spending increases.

자료: Schoen et al, 2007

이에 본 장에서는 앞서 논의한 의료재정 안정화를 위하여 지불체계 개선 방안, 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보 생산 및 활용방안, 건강 증진 및 질병예방 방안에 수반되는 고려사항을 중심으로 살펴보고 정책적 시사점을 도출하고자 한다.

## 1. 정책적 시사점

### 가. 보건의료부문의 의사결정을 위한 양질의 정보생산 및 활용

양질의 정보를 생산하고 활용하는 것은 보건의료시스템의 효율성과 진료 성과를 제고하는데 기여할 수 있다. 보건의료정보기술(Health Information Technology:HIT)은 국가전체적인 보건의료시스템의 성과를 높이고 비용을 축진시킬 수 있는 잠재력을 가지고 있다. 즉, 모든 필요자료들이 전산화되고 공유될 수 있으면 의사들 처방의 질을 높아지게 되는 것을 기대할 수 있으며 동시에 의료과오를 줄일 수 있고, 또한 의료진간의 협조를 원활하게 하여 동일 검사를 중복 실시하는 등의 불필요한 비용지출 등을 방지할 수 있다.

질병에 대한 다양한 처방이 존재할 경우, 환자의 선호에 따라 치료방법을 선정하는데 환자는 대부분의 경우에 있어서 해당 의료진의 의견에 따라 의사 결정을 하는 경우가 많다. 환자와의 의사결정 공유는 처방과 환자선호간에 일치를 촉진하는데 도움이 된다. 또한 이는 의료서비스 제공자가 과도하게 불필요한 처방을 내리게 하는 유인을 막아주는 결과를 가져온다.

### 나. 건강증진 및 질병예방

대부분의 선진국들이 경험하고 있듯이 우리나라 역시 만성질환(당뇨병과 심장질환 등)으로 인한 의료비 지출이 상당한 정도에 이르고 있다. 만성질환 발병률을 낮추기 위해 적극적인 공공보건 정책이 필요한 시점이라 할 수 있다.

## 1) 담배소비의 감소

담배가 여러 질병의 주요원인이라는 것은 이미 주지의 사실이다. 폐암을 비롯한 각종 암, 그리고 심장병, 각종 호흡기 질환 등 다양한 질병을 유발하는 것으로 알려져 있으며, 다양한 사회적 비용을 유발하는 등 이에 대한 정책 대안이 필요하다.

이에 따라 담배에 부과되는 담배세를 인상하고, 이를 통해 조성된 재원을 금연프로그램, 저소득층 의료비 지원 등으로 활용할 것을 제안하고자 한다. 담배 소비를 감소시키기 위한 담배세의 인상 및 담배관련 프로그램의 활성화 등을 통한 담배소비감소는 질병감소로 이어져 보건의료비 지출액의 감소라는 결과를 낳게 된다.

한편, 다음과 같은 몇 가지 사항들을 고려해야 한다. 담배소비의 감소는 전체적인 건강수준의 증진과 그에 따른 비용절감을 기대할 수 있지만, 개별적인 제공자(병원)의 효율성과는 크게 관련이 없다. 또한, 담배소비가 감소하게 되어 그에 따른 국가수입의 손실이 발생할 경우 이에 대한 대책이 필요하다. 마지막으로 담배에 부과하는 조세가 역진성의 문제를 야기하면 빈곤층 등 사회적 약자에게 돌아가는 상대적 부담이 더 클 것으로 예상된다.

## 2) 비만의 감소

비만은 고혈압, 당뇨, 심장병 등에 대해 주요원인이 되며, 각종질환 등으로 비용이 증가하고 있어 이에 대한 대책이 필요하다. 소매단계에서 청량음료, 패스트푸드와 같은 식품에 세금을 부과하고 조세수입은 비만방지프로그램에 사용할 것을 제안하고자 한다. 이러한 정책을 통해 비만이 감소된다면, 이는 각종 질병의 발생률을 감소시키게 된다. 그리고 향후에는 청량음료 뿐 아니라 설탕, 캔디 등 비만에 영향을 미치는 다양한 음식에 대해 적용하는 것을 검토해볼 수 있다. 그러나 담배세의 경우에서 논의한 단점과 동일한 사항들을 고려해야 할 것이다.

### 3) 건강수준 향상을 위한 긍정적 인센티브의 부여

개인의 행동은 보건의료지출비에 영향을 미치는데, 개인이 건강에 위험한 행위를 줄인다면 약 25% 정도의 의료지출을 줄일 수 있다는 연구결과가 있다. 다시 말해서, 개인들이 건강에 좋은 행위를 할 수 있도록 행동요령을 함으로서 총비용의 관리가 가능하다는 것이다.

개인이 건강에 좋은 행위를 할 수 있고 또한 건강한 상태를 유지하도록 개인의 행위에 인센티브를 부여하는 것이 필요하다. 우선 정부에서 실시하고 있는 질병관리 프로그램이외에도 민간기업별로 근로자들에게 유연소비계정형(선택형 복지제도)을 실시해 체중관리, 금연프로그램 등에 사용하는 것을 촉진할 수 있도록 관련 세법을 개정하거나, 정부가 추천하는 질병예방 서비스를 이용할 경우 이에 대한 정액공제를 면제해줘서 근로자들이 관련 서비스를 더 많이 사용할 수 있도록 유도하는 정책이 필요하다.

이는 비용절감효과의 측면에서는 상대적으로 작은 것으로 볼 수 있으나, 만약 비용절감효과가 없다고 할지라도 이 정책은 전체적인 보건의료서비스 시스템과 국민의 건강수준을 높일 수 있는 정책이라 할 수 있다. 다만 빈곤층의 경우 상대적으로 좋은 식품의 선택, 다양한 육체적 활동의 기회가 줄어들기 때문에 이러한 유인이 효과가 없을 것으로 예상된다.

#### 다. 의료서비스의 질과 효율성 향상을 위한 지불체계 개선

##### 1) 병원 성과연동지불제도(P4P)

현재의 행위별 수가제(FFS)는 의료서비스의 질과 관계없이 의료서비스 제공자로 하여금 과다진료에 대한 유인을 제공한다. 즉 제공자는 환자들이 더 많은 진료를 받도록 유도할 유인을 가지게 되는 것이다. 성과연동지불제도, 즉 P4P는 의료서비스의 질을 높이기 위해서 제공자들에게 인센티브를 부여하는 것으로 의료서비스의 질에 대한 평가를 실시하고 그에 대한 금전적 보상을 제공함으로써 과다진료에 대한 유인을 감소시키고 의료서비스의

질을 높일 수 있다.

미국의 경우 의료보장청(CMS)이 2003년 10월 이후 250개의 병원에 실시했던 성과연동지불제도를 메디케어의 PPS 제도로 확대하여 적용할 것을 제안하고 있다. 보너스로 제공할 금액은 PPS 하에서의 모든 병원에서 발생하는 기준지불수가(base payment)의 감소분에서 나온다. 어떤 질병, 어떤 기준에 따라 어떤 인센티브를 부여할 것인지 다르겠지만, 급성심근경색, 관상동맥수술, 원외감염폐렴, 심장마비, 골반·무릎 수술 등 5개 분야는 평가에 반드시 포함되어야 한다고 논의하고 있다. 보너스 지급 방법은 다음과 같이 제시되고 있다. 종합품질점수(CQS)에서 상위 10%에 해당하는 병원에 대해서는 메디케어 지불액의 2%를 보너스로 받고, 상위 25%에서 10% 사이의 병원들은 1%의 보너스를 받는다. 또한, CQS 점수가 2년연속 상위 50%이내이면서 전년대비 80%이상의 증가율을 보이는 병원에 대해서도 1% 보너스를 지급한다. 이러한 지불체제로 미국 전체 약 340억 달러의 비용절감효과가 있을 것으로 예측되며, 메디케어 지출액의 감소분으로 인해 연방정부차원에서의 비용절감효과가 274억 달러로 예상된다. 이 제도를 통해 병원의료의 질이 향상되고, 반면 지출은 감소시킬 수 있을 것이다.

이와 같이 우리나라에서도 P4P가 확대 적용될 경우 그 효과는 커질 것으로 기대되며, 입원환자들에게만 적용되는 것을 다른 서비스에도 확장시킨다면 비용절감 및 서비스의 질 향상 효과는 더욱 클 것으로 예상된다. 또한, 각 병원들이 의료서비스의 질에 대해 체계적인 데이터베이스를 구축하도록 유인할 수 있을 것이다.

## 2) 진료에피소드(Episode-of-Care) 지불

앞서 논의한 바와 같이 현재 행위별 수가제도는 제공자의 과다진료를 유발할 수 있어 비효율적이며 효과적인 질병 및 환자 관리에 실패할 개연성이 높다. 에피소드 중심의 지불체계는 지불단가와 성과와의 연동을 강화시킴으

로 성과에 있어서의 변동성을 감소시키고 비용의 절감을 가져올 수 있다.

환자들에게 각 행위별로 진료비를 청구하는 것이 아니라 에피소드, 즉 입원허가부터 퇴원후 관리까지 종합적인 과정을 기반으로 보험금 지급을 청구하는 방식은 Bundled payment과 같이 지불체계와 효율성을 효과적으로 연계함으로써 비용절감에 대한 유인을 제공한다. 그러나, 효과적인 집행을 위한 여러 장벽들이 존재하는데 장기적으로는 지불이 통합적으로 이루어질 수 있지만 단기적으로는 보험료지불이 제공자(병원) 각각에 분배되어야 한다는 것이 가장 큰 문제이다.

### 3) 1차 진료와 통합진료(care coordination)의 강화

의료서비스에 있어서 1차 진료 공급자자의 역할은 매우 중요하나, 1차 진료를 강화하기 위해서는 사례관리, 통합진료(care coordination) 등 많은 서비스와 인프라가 필요하다. 현재의 행위별 수가제도는 이러한 체계에 적절하지 않은데, 의사들에게 행위별 수가 이외에 1인당 매달 사례관리 서비스의 제공을 위해 금액을 지불하는, 즉 1차 진료 사례관리를 통해 건강수준을 증진시킬 수 있다.

이는 효율적인 질병 관리 시스템이 가능해짐으로써 병원비에 대한 지출을 감소시킬 수 있어 비용절감과 의료서비스의 질 향상이라는 두 가지 목적을 동시에 달성할 수 있는 장점이 있으나 이를 추진하기 위해 필요한 의료인력의 수급에 대한 문제점이 있다.

## 2. 결론

본 보고서에서는 의료재정의 안정화를 위한 방안 마련에 기초자료를 생산하기 위한 목적으로 수행되었다. 그러나, 본 보고서에서 논의한 방안들은 의료비 절감뿐 아니라 의료시스템의 질적 제고도 기대할 수 있을 것이라 사료된다. 보건의료정책의 목표가 단지 의료비 절감 또는 의료재정의 안정

화에 그치는 것이 아니라 가치지향적인 의료시스템을 구축하는 것이 궁극적인 목표가 되어야 하는 것은 이론의 여지가 없을 것이다. 의료비 증가는 자연스러운 현상이라 할 수 있을 것이다. 문제는 증가추세를 완화하면서 의료의 질, 접근성, 인구보건의 향상 등을 동시에 달성하는 정책들을 개발하여 적극 추진하는 것이라 할 수 있다. 이러한 정책들을 개발하고 추진할 때, 보건의료부문의 의료공급자, 소비자, 의약계 등 이해당사자들의 합의와 동의가 전제되어야 함은 물론이다. 지불제도의 개선, 의료기관의 재정립, 일차의료의 활성화, 비교효과성 분석의 활성화 등을 위한 논의가 활발하게 이루어지고 있는데, 의료공급자를 포함하지 않은 일방적인 논의와 정책의 실행은 성공을 거두기가 어려울 것이라 사료된다. 또한, 본 보고서에서 논의한 제도들이 성공하기 위해서는 전제조건들이 우선 충족되어야 할 것이다. 의료기술의 비교효과성 분석의 활성화와 신뢰성 확보를 위해서도 이해당사자들의 참여와 동의가 이루어져야 한다. 그리고 비교효과를 수행하는 기관 또는 센터가 독립성을 유지하고 재정이 안정적으로 조달되는 것도 중요한 문제라 할 수 있다.

한편, 본 보고서는 건강위해품목의 폐해를 감소시키기 위한 방안으로 적극적인 가격정책을 제안하고 있는데, 국민들의 지지와 합의가 필요하다. 이를 위해서는 국민보건 향상이라는 관점에서의 컨센서스를 도출하는 노력이 필요하다. 프랑스의 사례에서 보듯이 건강위해품목에 대한 가격 책정 및 조세결정을 국민건강을 책임지는 보건복지부가 담당하도록 하는 것을 적극 검토하는 것을 제안하고자 한다.

의료재정의 안정화를 위한 방안들을 본 보고서에서 논의하고 있지만 향후에는 다음과 같은 점을 고려한 연구와 분석이 필요할 것이다. 첫째, 가치지향적인 의료시스템을 구축하기 위해 주요 유럽국가들의 보건의료시스템에 대한 장단점 분석과 우리에의 적용 가능성에 대한 연구가 필요할 것이다. 예를 들어, 주치의 제도가 외국에서는 어떤 과정과 기반 구축을 통해 시행되고 있는지를 파악하고 우리 현실에서는 왜 적용하기 어려운지 깊은 성찰이 필요하다. 둘째, 본 보고서에서 논의한 방안이외에도 다양한 정책들

에 대한 폭넓고 심도있는 논의가 필요하다. 약제비의 절감을 위한 방안과 장기요양제도의 개선 등이 그 예일 것이다. 국민의료비의 약 30% 정도를 차지하고 있는 의약품비와 급속한 고령화를 경험하고 있는 우리로서는 매우 중요한 정책과제라 할 수 있다. 셋째, 본 보고서에서 논의하고 있는 정책방향들을 우리 현실에 부합하는 방안으로 개발하는 노력이 필요하다.

현재 의료재정의 안정화에 대한 정책적 관심이 점차 높아지고 있다. 의료재정의 안정화와 함께 의료시스템의 질적 제고를 기대할 수 있는 바람직한 정책을 도출하는 논의에 본 보고서가 다소나마 기여하기를 기대한다.

## 참고문헌

- 박상원 외, 『담배·주류·갬블 재화에 대한 과세 연구: 세율결정 요인을 중심으로』, 2009
- 정영호, 「흡연, 음주, 비만에 기인한 질병의 사회경제적 비용 및 관련품목 조세제도」 한국사회보장학회 2009년도 춘계학술대회
- 정영호, “국제비교를 통한 국민의료비”, 이슈 앤 포커스, 한국보건사회연구원, 2009.
- 정영호 “미래사회에 대비한 효과적인 담배가격 정책방향”, 금연세미나 발표 자료, 한국보건사회연구원, 2009. 10
- 정영호 외, 『비만과 흡연의 생애의료비 분석 및 건강증진에 따른 중장기적 효과분석』, 한국보건사회연구원·건강증진사업지원단, 발간예정
- 한국은행, 한국은행경제통계시스템
- Brownell and Frieden, "Ounces of Prevention- The Public Policy Case for Taxes on Sugared Beverages", The New England Journal of Medicine, 2009. 4
- CBO, "Research on the Comparative Effectiveness of Medical Treatments", Congressional Budget Office, Dec. 2007
- Center for Healthcare Quality & Payment Reform, "Which Healthcare Payment System is Best?", Paths to Healthcare Payment reform
- Chang, Ha-Joon, 『23 Things They Don't Tell You About Capitalism』, The Penguin Group, 2010
- Leicester and Windmeijer, The fat tax: economic incentives to reduce

- obesity, The Institute for fiscal Studies, Briefing Note No 49.
- Luk Joossens, "Overview of Tobacco Control Policy in Europe, 2007 NRHI. (2008). From Concept to Reality Implementing Fundamental Reforms in Health care payment system to support value-driven healthcare.
- Mechanic, Robert, "Healthcare Payment Reform: Creating Conditions for More Efficient Health Delivery", Policy Brief, The Health Industry Forum, April, 2008.
- Miller, "Value-Based Coverage Policy in the United States and the United Kingdom: Different Paths to a Common Goal", Background Paper, The George Washington University, Nov. 2006.
- Miller, "From Concept to Reality: Implementing Fundamental Reforms in Health Care Payment Systems to Support Value-driven Health Care", Working paper, Network for Regional Healthcare Improvement, 2008
- Moon et al., "Creating a Center for Evidence-Based Medicine", The American Institute for Research, Feb. 2008
- Stuart Guterman, Karen Davis, Cathy Schoen and Kiristof Stremikis.(2009). Reforming provider payment : Essential Building block for Health Reform. The Commonwealth fund
- The Commonwealth Fund. (2009). The Path to a high performance U.S Health System : 2020 Vision and the policies to pave the way.
- The Commonwealth Fund. (2009). DESCRIPTIONS OF HEALTH CARE SYSTEMS: FRANCE, GERMANY, AND THE NETHERLANDS
- NRHI. (2008). From Concept to Reality Implementing Fundamental

Reforms in Health care payment system to support value-driven healthcare.

NRHI. (2008). From Volume to Value, Recommendations of the 2008 NRHI Healthcare Payment Reform Summit

Sassi and Hurst, OECD Health Working Paper 32, OECD, 2008

Schoen, Guterman, Shih, Lau, Kasimow, Gauthier, Davis, 『Bending the Curve; Options for Achieving Savings and Improving Value in U.S. Health Spending』, Commonwealth Fund Commission, Dec. 2007

OECD, OECD Health Data File, 2009

WHO, THE EUROPEAN TOBACCO CONTROL REPORT 2007