

## 국외출장 결과 보고 회의록

1. 안        건	「최근 미국의 보건의료 개혁동향 파악」 해외출장 보고
2. 발 표 자	신영석
3. 일        시	2012년 6월 26일 5시
4. 장        소	본관 105호
5. 참 석 자	총 5 명 (신영석, 김진수, 황도경, 장진영, 윤열매)

### 회 의 내 용

#### 해외 출장 개요 및 목적 설명

- 보건의료 재정절감 및 의료 질 향상을 위한 통합의료서비스 도입 등 최근 미국의 보건의료 개혁동향 파악

#### Children Hospital Boston

- 참석자: Dick Argys(Chief Administrative Officer), Isaac Kohane(MD, PhD) 외
- 미국의 health care비용은 고령인구 증가와 새로운 치료방법 개발의 증가, 잘못된 인센티브 또한 보건의료서비스 비용 증가의 요인으로 작용하고 있음. 제3자 지불자 집단(third-party payor)인 보험회사와 정부는 환자의 병이 치료된 것 보다는 어떤 절차가 실행되었는지에 따라 의료비용을 보상(reimburse)해주고 환자들은 그들이 수요한 보건의료서비스 비용보다 적은 비용을 부담하게 됨. 하지만 대부분의 사람들은 보건의료비용 상승의 근본적인 원천이 원가를 측정하는 시스템의 문제에 기인한다는 것을 인지하고 있지 못하고 있음. 환자의 치료에 쓰이는 비용의 규모 그리고 치료가 이루어진 후 이러한 비용을 어떻게 비교해야 하는지에 대한 이해가 전적으로 부족함. 개별 환자들이 전체 치료 과정에서 얼마의 원가를 드는 것을 측정하는 것이 아니라 공급자들이 전문분야 또는 서비스

부서 수준에서 비용을 분석하고 합해야 함. 더욱더 문제인 것은, 보건의료 시스템의 참여자들조차도 비용이 무엇을 의미하는지에 대해 동의하지 않고 있음. 보험자(payor)들에 대한 지불보상(reimbursement)을 줄이는 것은 보험자들과 하위의 공급자들의 수입에 의해 지급된 청구를 줄이지만 실제적인 보건의료의 전달 비용을 줄이지는 못함. 공급자들은 종종 그들이 보건의료서비스 전달에 사용된 실제 자원(resource)에 근거한 것이 아닌, 얼마를 상환 받는지를 기준으로 비용을 배분하는 경우가 있음. 그러나 보상(reimbursement)은 임의적이고 정확하지 않은 치료의 강도(intensity)라는 가정에 의해 근거하고 있음. 공급자들이 자신들의 지출한 비용을 잘못 이해하고 있기 때문에 과정의 개선과 결과에 대한 비용을 연계시키지 못해 체계적이고 지속가능한 비용 절감을 이루지 못하고 있음. 대신, 공급자들과 보험자들은 비싼 서비스, 직원 보상, 인원수(head count) 등에 대한 전면적인 삭감과 같은 단순한 행위에 의존하고 있음. 그러나 별개의 치료 구성요소들 또는 특정한 개별 비용 카테고리들에 대해 임의적인 지출 제한을 부과하는 것은 종종 더 높은 총 시스템 비용과 빈약한 결과를 초래하는 한계적인 비용절감을 얻었을 뿐임. 비용 및 성과(outcomes)의 부실한 측정은 성과가 좋고 효율적인 공급자들로 하여금 그 노력에 비해 제도로 보상받지 못하게 하지만, 비효율적인 공급자들에게 있어서는 그것을 개선한 인센티브가 거의 존재하지 않음. 오늘날 많은 의료서비스는 과다자원사용과 일반적인 장비가 아닌 고가장비를 사용함. 병원시설에 관계없이 동일한 의료서비스에 대한 정확한 비용의 측정은 의료공급자들로 하여금 특정의료서비스를 수행하는데 있어 적절한 자원 사용과 비용을 낮출 수 있음. 보스턴 어린이 병원의 경우 일반적 환자와 가족에게 일반적인 의료서비스를 제공하고, 집중치료가 필요한 환자에게 특화된 의료 자원을 활용하는 별도의 시설을 운영하여 그 가치와 편의성을 향상시켰음.

□ Harvard school of public health

- 참석자: Milton Weinstein(Prof. of Health Policy and Management), Paul Biddinger(Assistant Prof. Department of Health Policy and Management), Kenneth Freedberg(Prof. Department of Health Policy and Management), Allen Kachalia(Associate Prof. Department of Health Policy and Management)

- 보건의료전달체계(health care delivery system)에 대한 적절한 목적은 환자에게 전달되는 ‘가치(value)’가 증대시키는 것으로 보건의료에서 가치는 지출되는 달러 단위당 환자에게 발생한 성과로 측정됨. 얼마나 많은 서비스가 제공되었느냐 또는 큰 서비스가 제공되었느냐는 가치(value)가 아니며, 더욱 많은 치료와 더욱 비싼 치료는 더 나은 치료를 위한 필수적 요소가 아님. 또한 적절하게 value를 관리하고자 한다면, 성과와 비용은 환자의 측면에서 측정되어야 함. 이를 위해 측정된 성과(Outcomes)와 비용은, 환자의 특정한 의학적 상태에 대해 전체 치료 사이클을 포함하고 의학적 상태(Medical condition)는 환자의 일련의 상황들에 대해 상호 연관된 것이어야 하고 일반적인 합병증(complications)이나 동반 질환(comorbidity)이 포함될 수 있도록 정의가 되어야 함. 예를 들어, 당뇨병(diabetes) 환자의 치료는 내분비과적(endocrinological)인 치료만 포함하는 것이 아니라 혈관 질환, 망막질환, 신장질환에 대한 치료 및 관리 비용이 포함되어야 함. 1차 및 예방적 치료에서는 가치 측정의 단위는 유사한 1차 진료가 필요한 건강한 아동, 복합적인 만성질환을 가진 노인 그룹과 같은 특정한 환자집단이 됨. 의료 가치의 형평성의 구성 요소는 몇 가지로 요약할 수 있음. 첫 번째 구성 요소는 건강 성과(health outcomes)로 어떤 의학적 상태 또는 환자 집단으로부터 나온 성과들은 생존율, 기능별 능력, 치료 기간, 회복의 지속성 등 다양한 차원에서 측정되어질 수 있음. 성과들에 대한 더 나은 측정방법은 그 자체만으로 전달되어진 health care value에 유의미한 개선을 만들 수 있어 의료공급자들의 인센티브를 지불보상이 높게 되는 행위로부터 멀어지게 하고 대신 환자들의 건강상태를 개선시키는 것을 지향하게 할 수 있을 것임. 두 번째 구성요소는 비용의 측정임. 의학적 성과를 측정할 때 비용은 모든 자원(resource) 비용의 총합임(치료비, 관리비 등). 환자의 치료 사이클 동안 투입되는 모든 자원을 고려해야하며, 고객에게 전달되는 health care value는 비슷한 비용으로 결과를 개선하거나, 결과물의 품질이 유지되는 수준에서 비용을 절감함으로써 증대될 수 있음. Health care에서 가치의 강력한 동력은 종종 더 나은 성과가 낮은 전체 치료 사이클 비용과 함께 나타나는 것으로 총치료비용이 낮을 때, 헬스케어에서 강력한 가치를 갖게 됨. 질병의 조기진단(early detection)에 더 많은 비용을 사용하는 것은 환자의 고통을 면하게(spare)해주고, 나중에 덜 복잡하고 덜 비싼

치료를 받게 함. 진단과 치료의 연기를 줄임으로서 건강 파괴에 한계선을 만들고, 치료에 필요한 resource을 줄이면서 비용을 낮출 수 있음. 게다가 헬스케어는 어떤 산업보다 비용을 줄일 수 있는 잠재력이 큼. 이 잠재력을 키우려면 정확한 비용 측정 시스템과 정확한 결과 측정 시스템이 필요함. 전체 치료과정을 서로가 공유할 수 있는 정보시스템의 구축을 통해 부적절한 비용 시스템으로 인해 드러나지 않았던 value-creating opportunities에 대한 capitalizing은 의료비용 문제를 해결할 수 있는 열쇠임. 치료 결과를 향상시키지 못하는 불필요한 치료 과정은 생략해야 함. 동일한 수술실에서 의사가 사용하는 수술도구, 장비 등에는 많은 차이가 있음. 예를 들어 인공관절수술에서 의사들이 사용하는 각기 다른 수술재료, 의료장비, 수술복 등으로 인해 동일 질환, 동일 중증도의 환자를 치료함에 있어 큰 비용차이를 보임. 따라서 의료전문가들은 치료 표준화, 치료과정에 들어가는 비용의 편차 최소화, 수술결과를 향상시키지 못하는 고비용 치료의 제한 등에 대한 논의가 필요함. 동일한 질환에 대한 각 국가별 비교에서도 비용 절감 방안을 엿볼 수 있음. 독일과 스웨덴의 인공관절대체수술의 총진료비는 약 \$8,500이나 미국의 경우는 \$30,000 이상임. 위 3개국 보고서를 보면 관절대체수술로 인한 수입은 비슷한 수준이나 미국의사들의 비용이 유럽보다 2~3배 높았음. 동일한 질환에 있어, 치료과정(process map)과 투입된 자원비용, 생산성, 임금, 임플란트 가격 등으로 인해 많은 비용차이가 발생하는 것을 볼 수 있음. 비록 미국에서의 치료에 필요한 투입자원이 조금 비싸다 할지라도 미국병원의 비용이 가장 높은 주된 원인은 lower resource productivity 때문임. 그리고 충분히 활용되지 않는 공간, 설비, 인력은 환자의 치료과정에 있어 시간적 지연과 부적절한 관리를 야기하게 됨. 낮은 자원활용의 또 다른 원인은 특별한 경우에만 가끔 사용되는 의료장비임. 의료장비의 사용이 예측불가능하고 간헐적인 의료적 필요에 따라 사용되는 장비의 사용은 신중한 판단이 필요함. 이러한 경우 초과 자원으로 인한 실제 비용에 대한 이해는 최상의 환자 치료라는 관점에서 이루어져야 함. 의료자원의 과다 사용은 많은 병원과 의원의 보편적 경향임. 의료서비스에 있어 이러한 분절은 전체 의료시스템에 불필요한 비용상승을 야기함. 통합적 환자관리는 진료량과 재원일수를 감소시켜 고비용의 미사용 자원량을 줄이고 치료결과도 향상시킬 수 있음.

- 참석자: Kelley Kaiser(Director), Vicki Beck, Amy Guthrie, Jennifer Vig
- 현재 의료보건 분야는 큰 변화에 직면하고 있고 특히 미국은 의료개혁을 위해 노력하고 있음. 오바마 대통령의 건강보험 개혁안(Accountable Care Act, ACA)은 대법원이 위헌 여부를 가릴 것으로 보이지만, 그 결과에 상관없이 미국 보건 의료계에 사상 최대의 변화를 가져올 것임. 강보험 개혁안 전에 있었던 Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act는 250억~350억 달러를 의사들과 병원들에게 인센티브로 제공하였음. 논란의 여지는 있었지만 사상 최대의 효과를 낸 정부 정책이었고 병원들이 전자차트를 쓰게 됐고 환자 안전과 편리 등이 향상되었음. 몇 가지 관심을 가져야 할 단어 중 책임의료 기관(Accountable Care Organization, ACO)이란 게 있는데 이는 환자들의 건강을 책임 있게 관리하는 보건 의료 주체를 말함. ACO는 의료서비스의 협력을 향상시키고 의료의 품질에 있어 투명성을 높이고자 하는 의료공급시스템임. 과거 HMO는 의료보험과 공급자의 수직적 통합과 동시에 capitation을 가진 모델이었음. 이는 하나의 의료공급자와 보험자로 수익을 발생시키기 위해 환자에게 가능한 불필요한 의료서비스를 제공하지 않아야 했고, 이 과정에서 필요한 서비스조차 제공되지 않은 사례가 발생하면서 미국 내 여론은 강한 불만을 표출하였고, 일부 의료서비스는 fee for service로 돌아가게 되었음. ACO는 기본적으로 환자가 하나의 ACO와 하나의 의료보험에 가입하게 되는 형태를 가짐. 보험자는 ACO에게 환자 1인당 일정기간 동안 일정금액을 지불하게 되는데 ACO는 이 비용을 가지고 계약기간 동안 환자의 의료서비스를 보장하게 됨. 하지만 기존 인두제와 달리 ACO는 비용 산출을 위한 새로운 위험도 보정 방법과 공급자의 질에 따른 인센티브를 적용받게 됨. 기존 인두제 방식은 환자의 나이, 성별 등만 가지고 개개인의 비용이 산출되었으나 새로운 위험도 보정 방식은 환자의 과거력과 현재 앓고 있는 질병등도 고려하여 위험도가 높은 환자일수록 더 많은 비용을 공급자에게 지불하게 됨. 또한 새로운 지불방식은 의료공급자의 질에 따라 상환액이 증가되는 인센티브를 제공함. 의료공급자는 비용을 절감하기 위해 환자에게 필요한 서비스를 제공하지 않을 경우 환자의 경과가 좋지 않을 수 있고, 이는 장기적으로 손해가 되므로 이론적으로 환자에게 적절한 서비스를 제공하게 됨. ACO는 공적으로 발표되는 성과 달성 수치를 맞추면서도 지출을 가능한 줄이고 싶어 할 것이므로 이론적으로 적절한 치료와 비용절감이 예측될 수 있음. ACO의 구조와 구성에 대해서는 개념적체계가 마련되었지만 실제 어떻게 적용되고 운영되지는 불확실함. 현재 ACO 조직 구조는 완전히 평가받은 것은 아님.

의사들과 병원들은 예전부터 의료 질에 따른 재정적 인센티브 프로그램에 협력하지 않아 왔으며, 아직까지도 의견이 통합되고 받아들이기에는 인센티브 수준에 대한 충분한 논의가 더 필요함. 하지만 측정할 수 있는 질에 대한 타당한 측정방법 개발과 의사와 시설공급자 간의 인센티브조정 등에 근거한다면 새로운 지불방식은 성공적일 수 있을 것임.

#### □ Oregon State University

- 참석자: Jeff Luck(Assisciate Prof. of Healthcare management/OSU), Nancy Seifert(Assisciate Prof. of Healthcare management/OSU), Jangho Yoon(Assisciate Prof. of Health policy/OSU)
- CCO는 Oregon Health Plan(Medicaid)의 의료보장을 받는 사람들을 위해 함께 일하기로 동의한 모든 유형의 의료서비스 제공자들의 네트워크임. CCO에서 Oregon Health Plan의 의료혜택은 바뀌지 않지만 현재 의료시스템은 분절적인 의료서비스를 제공하고 있어 환자들과 의료제공자들에게 불편을 줄뿐만 아니라 주정부의 재정 지출도 더 커지게 되었음. CCO는 patient-centered이고 team-focused 맞추며 분절적 의료서비스를 억제시키는 새로운 의료서비스 모델을 유동적으로 운영할 수 있도록 하는 조직임. CCO는 의료서비스들을 더 잘 조직화시키고 예방 및 만성질환 관리 그리고 사람 중심의 서비스에 초점을 두고 있음. CCO는 의료서비스를 제공하는 대상자를 위해 더 나은 건강, 더 나은 의료서비스, 낮은 비용 등의 세 가지 목표를 달성할 수 있으며 Oregon Health Plan의 의료혜택들과 함께 재정운용에서도 유동성을 가질 수 있음. CCO는 오래 근무에 위치한 의료서비스 제공자, 병원, health care plan로 구성되며 첫 번째 CCO는 2012년 8월 1일에 시작되고 2012년 말까지 네 번의 CCO 신청이 있을 예정임. 이를 위해 Oregon Health Plan 가입자들은 health care plan의 변화가 있을 경우, 최소 30일 전에 통지를 받게 됨. 그리고 더 나은 건강과 의료서비스를 위해 CCO를 어떻게 운영되는지에 대해 Oregon Health Plan 가입자들에게 설명회 등을 개최할 예정임. CCO는 비효율적인 보건의료체계로 인해 상승된 의료비에 대응하기 위하여 시행하게 되었음. 2011년과 2012년에 걸친 두 번의 입법회의에서 Kitzhaber 주지사와 양당의 입법자들은 획기적인 입법안을 통과시켰음. 1,200명이 넘는 오리건주 사람들은 오리건주 각지에서 열린 8개의 지역사회

회의에 참여하였고 약 200명의 사람들은 CCO의 틀을 만들기 위한 작업에 참여하였음. CCO의 시작으로 의료서비스를 개선시키면서 비용은 감소시킬 수 있음. CCO의 시행으로 Oregon주 Medicaid 소요비용의 상당한 부분을 단기는 물론 장기에 걸쳐 절감시킬 수 있는 것으로 분석되고 있음. 주와 연방 예산의 절감액은 3년 안에 \$1 billion 이 넘을 것이고, 향후 5년에 걸쳐 \$3.1 billion이 넘을 것으로 예상됨.

#### □ Benton County health Department

- 참석자: Mitch Anderson(Health Department Director), Judy Blackburn
- CCO는 Oregon Health Plan(Medicaid)의 의료보장을 받는 사람들을 위해 함께 일하기로 동의한 모든 유형의 의료서비스 제공자들 간의 네트워크로 이 제공자들은 지역사회 내 Oregon Health Plan 대상자들에게 서비스 제공을 하기 위해 Oregon Health Authority와 계약하는 모든 종류의 의료서비스 제공자의 통합 조직임. CCO는 육체적 건강, 정신건강, 그리고 다른 유형의 의료서비스가 분절된 오늘날의 의료체제를 궁극적으로 대체할 수 있는 시스템으로 Oregon Health Plan에 의존하는 사람들을 위한 더 나은 의료서비스를 제공하기 위해 Governor Kitzhaber와 양당의 Oregon 입법부에 의한 공공과정을 통해 형성되었음.
- CCO의 주된 이점은 환자 스스로 질환을 관리할 수 있도록 하여 불필요한 입원을 감소시키고, 의료 제공자들 간의 miscommunications을 감소시키기 위해 명확하고 신뢰할 수 있는 정보를 제공하며, 동일환자를 진료하는 의사들이 환자에 대한 정보를 서로 공유하는 것임. 현재 OHP 가입자들은 health plan for physical health와 mental health care를 별도로 갖고 있으나 CCO에서는 하나의 보험으로 적용됨. 통합된 진료는 불필요한 검사나 약제를 줄일수 있어 의료 제공자가 환자의 건강을 위해 더욱 집중할 수 있음. 또한 현재의 health plan은 치료 결과에 대해 신뢰할 수 없으면서도 진료를 보는 모든 의사나 응급처치에 대해 비용을 지불함. 하지만 CCO에서는 예방적 진료, 만성질환 관리 및 환자 교육에 대해서도 비용을 지불해 주며 또한 그들이 가입자들의 건강상태를 최상으로 유지하기 위해 처치한 행위들을 보고해야 함. CCO는 비효율적인 치료에서 발생하는 의료낭비를 줄일 수 있고 치료 결과를 향상시킬 수 있음. CCO의 목표

는 환자들이 better-coordinated care를 받음으로써 불필요한 치료와 검사를 줄일 수 있다는 것임. 또한 의사들도 합의된 치료계획에 대해 확신할 수 있고 함께 진료함으로써 중복진료를 방지할 수 있음. 그리고 CCO가 의료의 질을 높이고 비용을 낮췄다는 것을 입증하기 위해 특정 기준을 설정해 놓고 소위 Metrics라 불리는 기준에 부합되었는지를 공포하게 됨. 이 Metrics에는 비만율과 흡연율; 응급실 방문횟수와 불필요한 입원횟수; 정신건강에 대한 검사; 그리고 아동 발달 검사 등의 지표가 포함됨.

- 더 나은 서비스는 더 낮은 비용을 가져오게 됨. 예방 차원의 의료서비스, 불필요한 검사와 약을 제한하기 위한 더 나은 케어조직, 정신적 신체적 의료서비스의 통합, 불필요한 병원의 의료서비스를 피하는 사람들을 돕기 위한 만성질환관리 등 CCO는 사람들이 건강을 유지하고 더 건강해 질 수 있도록 돕기 위해 이러한 종류의 서비스들을 제공할 수 있는 유연하게 대처하고 있고 이것은 미래 의료비용 상승이 가속화되는 것을 방지할 수 있을 것임. CCO는 모든 의료서비스 제공자들이 치료계획이 상호 보완되도록 조직화하는 people-centered care 의료서비스를 위해 설계되었음. CCO는 health equity을 증가시키고 Oregon주의 모든 사람들이 건강을 유지하기 위해 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하기 위해 도입되었음. CCO의 주요 특징들을 살펴보면 우선 CCO는 지역사회 의 욕구를 충족시키기 위해 지역단위에서 운영되고 있으며, fixed rate으로 증가하는 하나의 예산으로 운영됨. 또한 지역 주민의 건강관리를 위해 신뢰할 수 있는 서비스를 제공하게 되며, 재정적 책임과 위험요소를 가진 의료시스템에서의 의료서비스 제공자, 지역사회 구성원, 관련 이해관계자 사이의 파트너십에 의해 운영되고 있음. 현재 CCO의 계약과정은 진행 중에 있으며 2012년 8월 1일, 첫 번째 CCO는 Oregon Health Plan의 대상자들에 대한 서비스를 시작해하게 되며 언제 신청을 하고 가입을 했느냐에 따라 단계별로 시행될 것으로 CCO가 Oregon Health Plan의 모든 가입자에게 적용되기까지는 약간의 시간이 더 필요할 것임.
- 오래된 CCO가 의료의 질을 높임과 동시에 재정절감까지 이룰 수 있는 예를 설명하면 천식을 앓고 있는 8세 아동의 사례를 들 수 있음. 극심한 천식으로 한 달에 2번 정도 응급실을 이용한 아동 환자에게 Portland's Northeast Health Center의 1차 진료팀은 천식을 통제할 수 있고 병원 방문 빈도를 감소시킬 수 있도록 돕고 있음. 새로운 조직화 접근법은 천식유발요인에 대한 노출을 줄이게 했고, 약 대신 더 빠른 효과를 주는 가정 의료분무기(dome nebulizer), 그리고 학교나 놀이터에서 호흡곤란을 해결하기 위한 휴대용 흡입기(mini-inhaler)를 제

공하였음. 천식은 아이들 중에서 가장 흔한 만성질환이고, 특히 저소득층 가구에서 더 많이 나타난다. 천식이 약이나 예방책에 의해 통제될 수 있긴 하지만, the state Asthma Program에 따르면 Oregon주의 아이들은 2006년 550번을 천식 때문에 응급실을 이용하여 천식으로 인한 평균 병원진료비용은 \$12,000이었고 Oregon Health Plan은 2007년 천식의 병원진료에 \$550만 이상 지출하였음. 조직화된 의료서비스가 어떻게 건강은 개선시키면서 지출은 감소시킬 수 있는지를 보여주는 예시임. 그의 어머니는 천식을 가진 아이들이 조심스러운 약 선택과 가정 내 환경적 위험요소 감소로 인해 그들의 질병을 관리할 수 있도록 돕는 Multnomah County's Healthy Homes program에 가입하였고 Healthy Homes는 천식 유발요인들을 찾고 예방책(Natural cleaning agents)들을 제안하기 위해 Wilkerson씨 가정을 방문하여 예방책을 상담하였고 천식아동이 의료용 분무기와 특별한 침구류를 사용하기 시작하고, 그의 어머니가 향이 나는 세제를 식초로 만든 세제로 대체하고 난 후 그는 천식으로 인한 병원이용이 월등히 감소하였음.

#### □ kaiser Permanente

- 참석자: Jean O'Connor(Deputy Director), McGlynn(director of the Kaiser Permanente Center)
- 미국 오바마 대통령은 대대적인 의료 개혁을 추진하고 있는데 주요 내용을 보면 보험회사의 역할 변화와 통합적인 환자 관리가 가능하도록 하는 전자의무기록을 도입하고 인센티브를 지급하겠다는 것으로 현재 미국 보건의료 혁신가들은 카이저 퍼머넌트와 같은 통합의료시스템의 환자관리 제도를 확산시키는 것이 미국이 직면한 의료비용 부담을 줄일 뿐 아니라 국민 건강을 향상시킬 수 있을것으로 기대하고 있음. 이것을 Accountable Care Organization이라고 함. ACO는 과거 행위별수가제에 근간한 미국 의료제도 문제를 해결하기 위한 새로운 개념으로 예를 들어 fee-for-service에서 병원들은 관상동맥질환치료와 같은 수익성 높은 시술에 집중할 수밖에 없었고 정신과 치료와 외상치료처럼 운영하면 적자가 나는 서비스와 장기적으로 의료비 지출을 줄일 수 있는 예방 및 일차의료 서비스는 기피하는 것이 당연시 되었음. 비용은 증가했지만 많은 사람들에게 필요한 서비스는 제공되지 못해 사실상 접근성을 잃고 있었음. 의료혁신에서는 의료비 상환방식이 변하지 않으면 아무리 좋은 혁신 방안이 나오더라도 받아들여질 수

없으며 기존의 제도는 현재의 상황을 존속시키는 방식으로 짜여있기 때문임. 미국에서 시행된 Nonintegrated capitation이 실패한 이유도 그런 맥락에서 설명이 가능함. Nonintegrated capitation구조에서 일차진료 의사는 자영업자로서 보건 의료제도의 문지기(Gatekeeper) 역할을 하게 되지만 다른 한편으로 보면 또 다른 자영업자인 전문의와 제로섬(Zero-sum) 게임 관계에 놓이게 되어 환자를 전문의에게 transfer할 경우 환자를 잃게 돼 수입이 감소할 뿐 아니라 비용을 절감하려는 보험회사로부터 그 의학적 판단을 의심받게 됨. 자연스럽게 미국의 독립된 클리닉을 운영하는 개원의들은 비통합적 인두제를 반대했고 선택의 자유가 좁아졌다고 느낀 환자들도 거부감을 갖게 되었음. 그에 반해 카이저 퍼머넌트와 같은 Health Maintenance Organization의 인두제는 통합의료시스템을 통해 통합형 의료공급 조직에서는 일차의료 의사와 전문의 모두 봉급제 의사로 일하며 의뢰 여부가 개인의 소득에 영향을 미치지 않게 되었음. 여기에 가입한 사람들은 통합의료시스템을 통해 빠른 전원을 보장받고 상대적으로 저렴한 의료비만 부담하면 됨. 의료에 있어 혁신은 이런 질 향상을 위한 새로운 디자인을 만드는 것으로 이미 많은 사람들이 여기에 시간과 노력하고 있음. 2012년 현재 사람들이 의료서비스를 받는 대표적인 방법은 환자가 의사를 방문 것임. 미국이나 아프리카나 도심이나 교외 어디에서든 방문을 통해 환자가 의사를 찾아 가게 됨. 환자가 의사를 찾아가지 않아도 기술이 발달해 가정에서 모니터링 할 수 있는 여러 시스템을 갖고 있는데도 불구하고 몇 달 전에 예약을 하고, 40~50분씩 걸려서 병원에 찾아가 의료기록과 알레르기 정보 등을 다시 적고, 여기에 30여분을 기다려서 의사를 기다려야 함. 정작 의사를 보는 시간은 15분 정도에 지나지 않아 질적인 측면에서 본다면 문제가 많다고 할 수 있음. 카이저 퍼머넌트(Kaiser Permanente)는 이런 변화에 대응하고 있음. 작년 캘리포니아에서는 이메일이나 전화, 가정 모니터링 등의 방법을 통해 병원 방문을 25%나 줄일 수 있었고 환자에게 편의를 제공함과 동시에 진료비용도 절감되었음. IT 전문가와 의료진이 팀을 구성해 환자 중심으로 서비스를 디자인함과 동시에 효율성을 향상시킨 한 예라고 볼 수 있음. 정책입안자들은 이런 방식들을 권장할 수 있고, 의료서비스 제공자들은 이 방식들을 사용할 수 있음. 하지만 통합형 인두제는 바람직한 의료비 상환방식으로 꼽고 있지만 이 새로운 방식의 확산은 쉽지 않음. 현재 카이저 퍼머넌트나 인터마운틴 헬스케어, 가이징거 헬스케어와 같은 통합형 의료공급 조직을 이용하는 미국 인구는 전체의 5%에 불과한 상태이기 때문임.

