

국외출장 결과보고서

1 출장 개요

☐ 출장목적

- 미국의 공공 민간 의료보장체계에서 운영 중인 가치기반 지불제도와 일차의료 보상모형의 실제 사례를 조사하고, 지불제도 개편이 의료공급자의 참여와 진료행태에 미치는 영향을 파악함. 취약계층, 고령자, 복합만성질환자를 대상으로 한 통합돌봄 및 디지털 헬스 적용 사례를 확인하여, 국내 일차의료 지불제도와 환자 중심 건강관리모형 설계를 위한 정책적 시사점을 도출하고자 함.
- 출장에서 확인한 사례를 바탕으로 국내 일차의료 지불제도 설계 시 위험도를 반영한 인두제, 팀 기반 진료 보상, 성과연계 보상 및 취약계층 보호장치를 종합적으로 검토할 필요가 있음. 특히 지불모형 뿐만 아니라 공급자 참여 유인, 수급자격과 의료이용의 연속성, 디지털 기술을 활용한 재가 건강관리까지 포함하는 통합적 제도 설계에 활용하고자 함.
- (공동 현지조사) 「환자중심성과 지속가능성 확보를 위한 건강보험 지불제도 개편 방안: 일차의료 모형을 중심으로」와 「의료급여 진입 경로와 이용궤적 통합분석 연구」는 ‘저소득 취약계층을 포괄하는 지역사회 기반 통합 의료체계 구축’이라는 공통된 정책 목표를 지향함.

☐ 과제명

- 환자중심성과 지속가능성 확보를 위한 건강보험 지불제도 개편방안

☐ 출장기간

- 2026년 7월 22일(수) ~ 7월 27일(월), 4박 6일(기내 1박, 현지 4박)

☐ 출장국가(도시)

- 미국(피츠버그)

☐ 출장자

- 건강보장정책연구실 김혜운 부연구위원

□ 일정요약

일정	국가	방문기관	주요 활동상황 및 면담자
7/22 (수)			○ 국가 간 이동(한국/인천 → 미국/아틀란타(경유) → 미국/피츠버그)
7/23 (목)	미국 (피츠버그)	10:00~11:00 UPMC Health Plan	○ 미국 가치기반 지불모형(VBP)의 발전과 UPMC 통합 케어 및 성과지불 모델 * 참석자: Prof. Jatin Dave, Dr. Raghu Ram(UPMC), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
		13:00 ~17:00 펜실베이니아 주정부-OIM	○ 주 메디케이드 수급 자격관리 및 등록 연계 체계 ○ 일차의료 연계 체계가 의료이용에 미치는 영향 * 참석자: Prof. Jatin Dave, Dr. Raghu Ram, Maria Guyette, Dillon Stein (UPMC), Eric Frankel, Emily Buland, Everette James, Pamela E. Toto (Univ of Pittsburg) David K. Kelley, Jocelyn M. Maddox, Daniel Bates, Joseph Skolnicki, Michael Bocan (PA Department of Human Services), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
7/24 (금)	미국 (피츠버그)	9:00 ~11:30 MassHealth	○ 메사추세츠 주의 가치기반 일차의료 지불제도 설계·전환 경로, HCC 위험보정 방식 ○ 일차의료 팀 구성, 성과측정·보상방식 * 참석자: Sonali Duggal(Massachusetts Executive Office of Health and Human Services), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
		14:00 ~16:00 UPMC 지불모형	○ 주 메디케이드 급여·매니지드케어(HealthChoices) 내 일차의료 공급자 등록·수가·참여 유인 * 참석자: Eric Frankel (UPMC Primary Care Service Line), Prof. Jatin Dave (UPMC), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
7/25 (토)	미국 (피츠버그)	11:00 ~13:00 Ohio PC Payment	○ 일차의료 팀 기반 진료 경험 청취 ○ 복합·만성질환/고령자 관리 관련 임상 경험 청취 * 참석자: David Lee(Ohio Healthy Medical Plan), Yun Hui Lee(Aetna), Jatin Dave, Patricia Abriham, Raghu Ram(UPMC), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
		16:00~18:00 Univ Pitts 사례	○ 취약계층 중심의 디지털·행동건강 통합 모델 * 참석자: Bruce Rollman(Univ Pitts), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구위원
7/26 (일)			○ 국가 간 이동(미국 → 한국, +1일)

2 출장 주요내용

①	UPMC Health Plan
일 시	7/23(목) 10:00~11:00
장 소	미국(피츠버그), UPMC Health Plan 회의실
참석자	Prof. Jatin Dave, Dr. Raghu Ram(UPMC), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원

□ 일차의료 제공자 범위

- UPMC에서 일차의료 제공자(primary care provider)로 인정되는 직종은 **가정의학과, 일반내과, 소아과 의사, 그리고 공인등록 전문간호사**(Certified Registered Nurse Practitioner, CRNP)를 포함한다. 전문간호사는 의사의 지도 아래 근무하되 약물 처방과 질병 진단을 포함하여 의사가 수행하는 상당 부분의 업무를 담당할 수 있다.
 - 메디케이드 가입자의 경우 전문간호사를 자신의 일차의료 제공자로 선택하는 것이 제도적으로 허용되며, 전문의를 일차의료 제공자로 지정하는 것도 해당 전문의가 동의하고 네트워크에 속한 경우에는 가능하다.
 - (참고) 펜실베이니아 메디케이드에서는 전문간호사, 진료보조인력의 단독 청구 시 85%, 의사 감독 하에 청구 시 100%를 인정하는 수가 유인을 두고 있다.
- 진료팀은 일차의료 의사와 전문간호사 외에 **등록간호사와 진료보조인력**으로 구성된다. 일부 일차의료기관은 당뇨병 교육, 영양, 정신건강, 비만의학, 노인의료 영역의 전문인력이 현장에서 직접 진료에 참여하는 형태를 운영한다.
 - UPMC 일차의료 서비스라인은 일차의료 의사 약 740명, 전문간호사·진료보조인력 약 400명 등 총 1,100명 이상의 임상인력을 보유하고 있다.
 - 과거에는 일차의료로 대형병원 및 세부 전문의로 환자를 보내는 단순 유입통로로 간주되었으나, 최근 '일차의료 서비스라인'을 신설하여 대형 의료시스템 차원에서 일차의료의 독자적 가치를 확대하고 거버넌스를 통합하는 체계로 전면 개편하였다.
- 이러한 인력 구성은 간호인력이 독립적 등록 대상 제공자로 인정된다는 점과 영양과 정신건강 영역의 인력이 의원 내부에 배치되는 사례가 존재한다는 점이 우리나라의 일차의료 여건과의 차이점이다.

〈 양국의 개원가 구조 비교 〉

구분	미국(PA 메디케이드)	한국
의원 인력 구성	의사 2~3인 + NP/PA 1~2인 + MA + 간호사 + 사회복지사/CHW	의사 1인 + 접수 1인 (간호인력은 시술·검진 보조 중심 고용)
질 데이터 인프라	HEDIS, 메디케이드 코어셋 기반 12개 주 정의 지표 상시 수집	행위별수가 중심, 일차의료 질 데이터 중앙 수집 부재
환자 등록	PCP 공식 지정 (수시 변경 가능하나 대다수 유지)	명시적 등록제 부재
EMR 생태계	Epic 등 대형 플랫폼 중심 Payer-Provider 연동 추진 중	소수 벤더(ASP형) 과점, 병-의원 간 데이터 단절 및 환자포털 부재
기타	(NP/PA 수가 유인) 단독 청구 시 85%, 의사 감독 하 청구 시 100% 인정	-

□ UPMC 조직 규모와 통합 구조

- UPMC 모형은 대규모 보험가입자, 병원체제 자본, 정보시스템을 갖춘 조직을 전제로 한다. 보험자와 공급자가 동일 기업집단에 속하기 때문에 일차의료 투자로 입원과 응급실 이용이 감소하면 그 재정적 편익이 조직 내부에 남고, 이것이 사례관리 인력과 정보시스템에 재투자할 유인을 형성한다. 신체건강과 행동건강 관리의료조직이 모두 같은 집단에 속한 점 역시 통합적 사업 설계를 가능하게 한다.
- 보험 부문인 UPMC Insurance Services Division은 400만 명 이상을 포괄하며 펜실베이니아, 오하이오, 웨스트버지니아, 메릴랜드 일부 지역의 140개 이상 병원과 2만 9,000명 이상의 의사를 네트워크에 두고 있다. 의료공급 부문인 UPMC Health Services Division은 40개 이상의 병원과 4,900명 이상의 고용 의사로 구성되며 주로 펜실베이니아 서부와 중부에서 활동한다.
- 보험부문 산하에는 상업적 보험을 담당하는 UPMC Health Plan 외에도 메디케이드 신체건강 관리의료조직 UPMC for You, 앨러게니 카운티 전체 메디케이드 수급자의 행동건강 관리의료조직 Community Care Behavioral Health Organization, 산업재해·근로자 지원 사업을 담당하는 UPMC WorkPartners와 LifeSolutions가 포함된다.

□ 보험자 관점의 일차의료 가치

- 일차의료 외래진료 자체는 의료공급 부문에 큰 이익을 남기지 않지만, 예방 및 선제적 만성질환 관리로 입원과 고비용 수술을 억제할 때 발생하는 비용 절감분은 보험부문의 재정 절감으로 귀속된다.
- 이에 따라 UPMC Health Plan이 직접 재원을 투입해 일차의료 케어매니저 인건비를 전액 부담하고 예방적 케어팀에 선제 투자하는 선순환 구조가 확립되었다.
- 보험과 병원이 분리된 의료시스템에서는 의사의 최선 진료(입원 억제)와 병원의 수익(입원 유치)이 정면으로 상충되는 반면, UPMC는 통합구조를 통해 이를 일치시킨다.
- 다만 입원 회피 비용을 어떻게 측정하고 보상할 것인가는 여전히 지불 설계의 난제로 남아 있다.
- 우리나라의 제도적 여건에서 이러한 소유통합은 적용하기 어려우나 공동 다학제 인력의 배치, 보험자료의 환류, 고위험군 선별, 의뢰 절차의 전산 연동, 절감 편익의 일차의료 재투자는 소유구조와 무관하게 구현할 수 있다. 국민건강보험공단이 자료 환류와 성과관리의 표준을 마련하고, 거점지원기관이 인력 배치와 진료과정 개선 지원을 담당하는 방식 등을 통해 기능적 요소를 적용해 볼 수 있다.

②	펜실베이니아 주정부-OIM
일 시	7/23(목) 13:00~17:00
장 소	미국(피츠버그), UPMC Health Plan 회의실
참석자	Prof. Jatin Dave, Dr. Raghu Ram, Maria Guyette, Dillon Stein (UPMC), Eric Frankel, Emily Buland, Everette James, Pamela E. Toto (Univ of Pittsburg), David K. Kelley, Jocelyn M. Maddox, Daniel Bates, Joseph Skolnicki, Michael Bocan (PA Department of Human Services), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원
□ 관리의료조직 지급액 내 전담 재원	

	○ 재원 흐름은 주정부가 관리의료조직에 위험조정 PMPM을 지급하고, 관리의료조직이 의료기관에 행위별수가·케이스레이트·부분 인두제 또는 가치기반 인센티브를 혼합하여 지급하는 구조임. ○ (진입요건) 펜실베이니아주는 일선 의료기관의 참여율을 높이고 단계적으로 의료 질을 끌어올리기 위해 HealthChoices 자체 기준(Exhibit DDD Criteria)을 명시함. - 주 45시간 진료, 10일 이내 예약률 75%, 환자·가족 자문위원회 운영 등 접근성 지표 중심으로 구성됨. - 자체 등급 시스템을 통해 요건 충족 수준에 따라 단계를 나누어 소규모 의원도 하위 단계부터 진입한 뒤 점진적으로 역량을 강화할 수 있도록 보상체계를 설계함. ○ (보상방식) ① 기본 행위별수가 진료비 + ② 케어매니지먼트팀 전용 PMPM 지원 + ③ 주 정의 12개 질지표(당뇨 조절, 우울 선별, 응급실 후속관리 등) 달성에 따른 성과급의 3층 구조임. ○ 이는 MassHealth의 계층별 가산과 유사하되, 진입요건을 접근성 지표 중심으로 구성하고 별도 등급체계를 운영한다는 점에서 차이가 있음. 소규모 의원이 하위 단계부터 진입할 수 있도록 설계한 점은 국내 시범사업의 참여 확대 방안으로 참고할 만함.
□ 지정 지급(directed payment)	○ 마약성 진통제 중독 환자는 복약 및 생활관리에 많은 인력이 필요하므로, 주정부가 보험사에 월정액 277.21달러 지급을 강제하여 전담인력 운영비를 충당함. ○ 이는 특정 취약집단에 대해 주정부가 지급 수준을 직접 지정하는 방식으로, 관리의료조직의 배분 재량에 맡기지 않고 재원의 용도와 수준을 규율한 사례임. - 중간관리조직을 거쳐 재원이 전달되는 구조에서는, 그 재원이 실제로 현장 인력에 도달하는 지를 별도로 담보해야 한다는 문제의식이 반영되어 있음. - 우리나라에서 의료급여 사례관리 재원을 지자체에 교부하는 경우에도 용도 제한과 집행 실적 확인이 필요하다는 점에서 참고할 수 있음.
□ 취약계층 진료기관에 대한 원가 기반 보상	○ 저소득층 진료는 환자 1인당 상담, 사회복지 연계 등 투입자원이 많아 일반 수가로는 적자가 발생함. 이에 연방인증보건센터(FQHC)에는 방문당 전향적 수가(약 250달러 수준의 원가 기반)를 지급하여 취약계층 포괄 서비스를 위한 거점 역할 수행을 지원함.
□ 절감 재정의 재투자 및 인프라 공유 지원	○ 취약계층 관리로 절감한 응급실·입원 비용(공유절감금 300만 달러)의 절반을 취약계층 전담 케어매니저 증원 및 질 향상 활동에 재투자하여 지속가능성을 확보한 사례가 확인됨. ○ 절감 편익이 조직 외부로 유출되지 않고 취약계층 관리 인프라로 환류되는 구조로, 통합체계가 아니더라도 절감액 배분 규정에 재투자 용도를 명시하는 방식으로 구현할 수 있음.
□ 인프라 공유 지원	○ 연방 농촌건강전환프로그램(RHTP)을 통해 대형 네트워크와 협력하여 소규모 의원도 케어팀을 공유할 수 있는 지역 주도 인프라 구축을 추진하고 있음. ○ 개별 의원이 사례관리 인력을 단독으로 확보할 수 없다는 현실을 전제로, 공유 인프라를 별도 재원으로 구축하는 접근함.
③	MassHealth
일 시	7/24(금) 9:00~11:30
장 소	미국(피츠버그), UPMC Health Plan 회의실 및 화상회의

참석자	Sonali Duggal(Massachusetts Executive Office of Health and Human Services), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원
------------	---

가. 제도 개요 및 일차의료 범위

- MassHealth(매사추세츠 Medicaid/CHIP)는 2023년 4월 일차의료 부분 인두제(Primary Care Sub-Capitation Program)를 주 전역에 도입하고, 첫 해에만 이전보다 연간 최소 1억 1,500만 달러 이상을 일차의료에 추가 투자하였다. 일정 범위의 일차의료 서비스에 대해 기존 행위별 수가 대신 등록환자당 월 정액을 지급함으로써 방문 여부와 직접적으로 연결되지 않는 예방 관리, 비대면 과닐, 팀기반 서비스, 진료 조정에 재원을 사용할 수 있도록 하였다.
- 중간책임조직인 ACO는 MassHealth로부터 총 진료비에 대한 포괄적(global) 위험조정 인두액을 지급 받고, 그 하위 집합인 일차의료 서비스에 대해 의원(primary care practice)에 위험조정 가입자당 월정액(Per Member Per Month, PMPM)을 재지급하는 형태로 운영하였다.
 - MassHealth는 2018년부터 책임조직 체계를 운영하였으나, 2023년 이전까지 의원 단계의 지불방식은 사실상 행위별수가가 지배적이었다. 공급자 주도 책임조직은 행위별 수가로 지급하였고, 관리조직은 지급방식을 선택할 수 있었음에도 실제로는 행위별 수가가 우세하였다. 즉 '계약구조를 갖추는 것'만으로는 의원의 지불 행태를 바꿀 수 없었고, 이는 배분 방식 자체를 규정해야 함을 시사한다.
 - 이에 2023년 제도 도입 시 MassHealth가 책임조직에 부과한 요구사항은 ① 일차의료기관에 지급하는 총액을 증액할 것, ② 등록 환자군을 관리하는 대가로 제공한 특정 서비스와 연결되지 않은 사전 결정 월정액으로 지급할 것, ③ 모든 참여 의원이 충족해야 할 기본 임상 요건을 상향할 것, ④ 확대된 접근성과 서비스, 특히 행동 건강에 대해 추가로 지급할 것을 함께 요구하였다.
 - 부분 인두제는 모든 진료비를 포괄하는 완전 인두제와 구분된다. **일차의료 기능과 관련된 일정 범위의 서비스만 사전 지불에 포함**하고, 전문진료, 입원, 약제 및 일부 의료서비스는 별도의 지불방식을 유지한다. 등록환자가 다른 법인에 속한 의원에서 일차의료를 받은 경우 해당 청구는 행위별 수가로 지급된다. 이에 따라 개별 의원이 부담하는 재정위험은 일차의료서비스 범위로 제한되고, 전체 환자집단의 총 진료비 위험은 책임조직 수준에서 관리된다.
 - 또한 부분 인두제에는 이용량에 대한 의료기관 단위의 사후 정산이 없다. 진료량이 예상보다 적었다고 하여 환수하거나 많았다고 하여 추가 지급하지 않는다. 사후 정산을 유지하면 진료량과 수입의 연결이 남아 방문 없이 이루어지는 활동에 인력을 배치할 유인이 형성되지 않기 때문이다. 진료비 절감에 대한 보상은 상위 책임조직의 총진료비 공유절감을 통해 이루어진다.

나. 인두제의 단가 구성

- MassHealth는 참여 의원의 임상 역량을 세 단계로 구분하고, 기본 인두액에 단계별 임상 역량 가산(clinical tier enhanced payment)을 더한다. 주목할 점은 역량 단계의 요건이 인력의 수나 시설 기준이 아니라 '해당 의료기관이 직접 제공할 수 있는 서비스의 목록'으로 정의되어 있다는 것이다. 이는 기능과 인프라에 대한 사전 투자의 성격을 갖는다.
 - 역량 단계를 인력의 수가 아니라 제공 가능한 서비스 목록으로 정의한 점은 한국의 시범사

업 설계와 대비된다. 지역사회 일차의료 혁신 시범사업은 단독모형의 경우 의사 2명과 전담 간호사 1명을 포함한 4명 이상, 협력모형의 거점지원기관은 의사 1명과 전담간호사 1명을 포함한 3명 이상이라는 인력 규모 기준을 적용하고 있다. 인력 기준은 확인이 용이하다는 장점이 있으나 실제 제공되는 서비스의 범위를 담보하지 못한다. 향후 등록·관리수가를 단계화할 경우, 인력 기준과 함께 정신건강 선별·관리, 전문의 자문체계, 사회복지 연계 등 기능 요건을 병기하는 방식을 검토할 필요가 있다.

○ **1단계(1tier)**는 **전통적 일차의료 기능에** 더하여 **행동건강(behavioral health) 선별과 관리**를 기본 요건으로 포함한다.

- 여기서 행동건강은 정신건강과 물질사용장애를 함께 포괄하는 개념으로, 우리나라에서 통용되는 정신건강보다 범위가 넓다. 1단계 요건에는 우울·물질사용장애 선별, 정신건강 의뢰 및 결과의 양방향 회신·추적, 그리고 일차의료 의사가 항우울제 등 정신과 약물을 직접 처방하고 용량과 부작용을 관리하는 행동건강 약물관리가 포함된다.
- 아울러 주거 불안정, 식품 부족, 교통수단 부재 등 개인 단위의 미충족 필요를 확인하는 **건강 관련 사회적 필요(Health-Related Social Needs, HRSN)** 선별과 케어조정, 당일 긴급 진료, 화상 원격의료, 통역서비스 접근성 보장이 요구된다.
- 아동에 대해서는 21세 미만 전원에게 예방, 선별, 진단, 치료를 포괄 보장하는 연방 프로그램인 조기·정기 선별진단치료(Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT)의 이행, 영양 지원 복지제도 수급자격 선별, 아동 행동건강 전달체계와 소아정신과 자문 연계, 불소도포가 추가된다.

○ **2단계(2tier)**는 1단계 요건을 모두 충족하면서 **전문의 협력과 중독치료 역량**을 추가로 갖출 것을 요구한다.

- 대표적인 것이 전자자문(e-consult)으로, 이는 환자를 전문의에게 의뢰하는 대신 일차의료 의사가 전자의무기록을 통해 질의하고 전문의가 회신하는 방식이다. 2단계는 3개 이상 전문과의 전자자문 체계를 요구한다.
- 성인 환자에 대해서는 마약성 진통제 사용장애(opioid use disorder) 치료제(부프레노르핀)와 알코올 사용장애 치료를 상시 제공할 수 있어야 하며, 중독 관리 기능을 일차의료에 부여하고 있다.
- 자궁 내 장치 등 시술 술기가 필요한 장기 지속형 가역적 피임(Long-Acting Reversible Contraception, LARC)을 1종 이상 직접 제공해야 한다. 이 밖에 단기 행동건강 개입의 직접 제공, 야간·주말 진료, 팀 기반 인력 배치, 자문 행동건강 임상의 확보가 요건에 포함된다.

○ **3단계(3tier)**는 앞선 두 단계의 요건에 더하여 **5개 이상 전문과의 전자자문 체계, 3개 직종 이상의 팀 기반 인력, 처방권을 가진 자문 행동건강 임상의 확보**를 요구한다.

- 임상 약사 방문 진료, 집단진료, 소아 대상 교육 연계 중 하나 이상을 운영해야 하며, 성인에 대해서는 복수의 장기 지속형 피임 방법 제공과 다음 영업일 이내의 중독 치료 개시·추적이 가능해야 한다.

○ 단계별 가산액은 소아와 성인을 구분하여 산정되며, 성인 기준으로 1단계 4.16달러, 2단계 6.24달러, 3단계 10.40달러이고, 소아 기준으로는 각각 5.20달러, 7.28달러, 13.52달러이다(Massachusetts Executive Office of Health and Human Services[EOHHS], 2026). 다만 이 금액은 부분 인두액 전체가 아니라 기본 인두액에 더해지는 가산분이라는 점에 유의할

필요가 있다.

- 특히, 매사추세츠 아동 행동 건강 이니셔티브(Children's Behavioral Health Initiative, CBHI)는 가정방문 치료와 이동형 위기개입팀을 포함하는 주 단위 아동 정신건강 전달체계이며, 매사추세츠 소아정신과 접근 프로그램(Massachusetts Child Psychiatry Access Program, MCPAP)은 일차의료 의사가 전화로 소아정신과 전문의의 자문을 실시간으로 받을 수 있도록 한 체계이다. MCPAP는 환자를 정신과로 의뢰하는 대신 자문을 받아 일차의료 단계에서 계속 관리하도록 설계된 것으로, 소아정신과 의료 인력이 절대적으로 부족한 국내 여건에서 참고할 만하다.

〈 MassHealth 일차의료 부분 인두제의 임상역량 단계별 요건 〉

기능 영역	1단계	2단계(1단계 요건 포함)	3단계(1·2단계 요건 포함)
행동건강	우울·물질사용장애 선별, 의뢰 및 결과 회신·추적, 정신과 약물 처방·관리, 산후 우울 선별	단기 개입 직접 제공, 원격 의뢰처 확보, 자문 임상 확보	처방권을 가진 자문 임상 확보
전문의 협력 중독 치료	전문과 의뢰	3개 이상 진료과와 전자자문 부프레노르핀·알코올 사용장애 치료 상시 제공(성인)	5개 이상 진료과와 전자자문 익명입원 내 치료 개시 및 추적(성인)
여성건강	피임상담, 장기지속형 피임 제공 또는 의뢰	장기지속형 피임 1종 이상 직접 제공(성인)	장기지속형 피임 복수 제공(성인)
접근성	당일 긴급진료, 화상 원격의료, 진료시간 미준수, 통역 제공	야간·주말 진료	야간·주말 진료
팀 구성	-	팀 기반 인력 역할 배치	3개 직종 이상 팀 기반 인력
약료·교육	-	-	임상약사 방문, 집단 진료, 소아 교육연계 중 1개 이상
사회적 필요	건강 관련 사회적 필요 선별, 케어조정	-	-
아동(0~21세)	조기·정기 선별진단치료 이행, 영양지원 수급자격 선별, 아동 행동건강 체계 및 소아정신과 자문망 연계, 불소도포	-	-
가산 (PMPM)	성인 \$4.16 소아 \$5.20	\$6.24 \$7.28	\$10.40 \$13.52

출처: Massachusetts Executive Office of Health and Human Services. (2026). MassHealth Primary Care Sub-Capitation: Care Delivery Transformation.

다. 일차의료 특화 Medicaid 위험조정 모형 Primary Care Effort Model(PCEM)

- 표준 위험조정 모형은 **환자의 실제 필요(need)와 그 필요가 실제 의료이용으로 전환된 정도(access)를 토대로 관측된 진료비를 예측한다**. 의료 접근성의 경우, 환자의 소득, 교통수단, 의료체계에 대한 신뢰, 의료기관이 환자를 위해 투입할 수 있는 시간과 자원 등에 좌우된다. 행위별 수가제 하에서는 복합적인 만성질환을 가진 저소득 환자는 진료를 받지 못하거나 덜 받는 상황이 빈번하다. 따라서 과거의 청구액을 기준으로 인두액을 산정하면, 과소이용을 하던 환자를 담당하는 의원은 낮은 인두액을 받고, 낮은 인두액 때문에 인력을 늘리지 못해 과소이용이 지속된다.

- CMS-HCC는 메디케어 어드밴티지 가입자의 총 진료비를 예측하도록 개발되었기에 이를 일차의료 관리료 산정에 이 모형을 그대로 적용하면 입원·고가기술 비용이 계수에 크게 작용하

여 일차의료가 실제로 들여야 하는 노력과 어긋난 산출 결과가 나올 수 있다.

- 이에 MassHealth는 행위별 수가제를 기반한 산정이 기존의 의료 접근성과 불형평을 고착시킬 수 있다는 문제의식 하에, 예측 대상을 비용(cost)이 아닌 **노력(effort)으로 재정의**하였다. 이 환자를 진료하는 데 얼마나 비용이 소요되는가를 산출하는 것이 아닌 **이 환자를 제대로 관리하려면 일차의료가 얼마나 투입되어야 하는가의 관점에서 진료비를 예측**하였다. 부분 인두제의 위험조정 도구로 일차의료 노력모형(PCEM)을 개발하여 2025년부터 적용하고 있다.
- 즉, 성과 보상을 위한 위험보정 용도(성과지표를 환자 구성 차이로 보정)와 재원 배분 용도(인두액 산정)는 요구되는 모형이 다르다는 점을 감안해야 한다.
 - 재원 배분을 위한 모형은 환자별 일차의료 자원 소요액을 예측하여 의원 간 인두액 배분에 사용되며, 성과평가를 위한 보정 모형은 각 성과지표의 달성 가능성을 예측하여 실제 성과와 비교하는 데 사용된다.
 - 두 모형은 연령, 진단, 동반질환 등 상당수 변수를 공유하지만 종속변수가 다르므로 추정계수가 상이하며, 특히 성과평가 보정은 지표별로 영향요인이 달라 개별 지표마다 별도의 모형을 구성해야 한다. 단일한 위험점수로 두 목적을 동시에 처리할 경우, 복합환자를 다수 담당하는 기관에 재원을 추가로 배분하면서 동시에 성과 기준까지 완화하는 결과가 되어 지표에 따라서는 부적절한 면책이 발생할 수 있다.

□ 위험조정을 위한 방법론(회귀모형 설정)

- (단가 재산정, repricing) 종속변수를 만들 때, 모든 청구를 EOHHS 의사 수가표 하나로 재산출하였다. 미국의 경우 동일한 진료라도 지불액이 상이한데, FQHC는 방문당 고정된 단가를 법적으로 보장 받고, 병원 소속의 클리닉은 시설료를 추가로 받으며, 독립된 개원의는 가장 낮은 수가를 받는 구조이다.
 - 우리나라의 경우 종별가산, 의원-병원 간 환산지수 차이, 각종 정책 가산이 청구액에 반영된다. 계층적 질환군 계수를 국내 청구자료로 추정할 때 재가격 과정을 거치지 않으면, 종별수가 차이가 위험도 계수로 흡수되어 2~3차 의료기관에 유리한 일차의료 수가 모형이 개발될 우려가 있다.
- (질환의 복합성 반영) PCEM 모형은 DxCG의 상위 질환군(Aggregate Condition Categories, ACC) 31개 중 28개를 채택하되, 여기에 만성질환 개수의 누적효과 변수를 별도로 반영하였다.
- (분위별 적정성 반영) 한편, 관련 연구에서는 위험조정 모형을 검증 시 R^2 또는 예측 정확도뿐만 아니라, 중증도·복합도 분위별 예측비(predictive ratio)를 필수 보고 항목으로 두어 양극단의 편향을 조정하는 것을 제안하였다(Ash et al., 2025).
 - 성·연령으로만 조정하였을 때 환자의 의료 수요(needs) 하위 10%(건강하고 만성질환이 없어 일차의료 수요가 적은 집단)는 10% 초과 지급, 상위 10%(복합 만성질환과 중증도가 높아 관리 부담이 큰 집단)는 34% 과소 지급된 것으로 보고하고 있다.
 - 성·연령 조정 시 가장 복잡한 환자를 담당하는 의원이 필요 대비 3분의 1가량을 덜 받게 되는데, 이것은 환자 회피의 재정적 유인이 될 수 있음을 시사한다. 이에 질환의 복합성을 반영하였을 때, 의료 수요가 상위 10%인 집단의 과소 지급이 6% 수준으로 감소한 것을 확인하였다.

□ 수입 예측가능성 보장 장치

- 위험조정은 재분배형으로 운영하되, 연간 요율 변동폭을 제한하여 개원가의 급격한 수입 감소 충격을 완화한다.
 - 2026년 기준 법인별 최종 단가는 ① 전년도 계약단가와 ② 전년도 계약단가의 110%를 상한으로 한 당해년도 인구기반 위험조정 단가 중 더 높은 값으로 설정되었다.
- (지역 가산) 5개 권역별로 요율을 산정하고, 인구센서스 기반 농촌성(Level 2 Rurality) 가산을 적용한다.

라. 일차의료 서비스에 대한 보상 및 자원 배분

□ 위험 분산 및 그에 따른 보전

- 의원은 환자 구성의 차이에 따른 인두액 조정으로 보상을 받고, 진료량에 따라 보상이 달라지지 않는다. 총 진료비에 대한 책임은 ACO가 부담하며, 이는 소규모 의원에 재정 위험을 전가하지 않으면서 네트워크 수준에서 책임을 부여하는 구조이다.
 - 의원의 진료량과 수입이 연계되면 방문 없이 이루어지는 전화 상담, 팀 회의, 지역자원 연계에 재원을 쓸 유인이 생기지 않는다. 이러한 이유로 진료량에 따라 사후 정산을 하지 않는 구조를 운영하고, 이로 인해 방문 여부와 무관한 활동에 인력을 배치하도록 유인한다.

〈 PCEM 모형의 위험 분산 〉

단계	주체	부담하는 위험	정산 방식
1층	개별 의원	(없음)	PCEM 위험조정 월정액 사전지급, 이용량 사후정산 없음
2층	ACO	총 진료비(TCOC)	위험조정 벤치마크 대비 절감 및 손실 부담
3층	주정부	예측불가 항목	제외 항목(carve-out), 손실 상한

□ 보상 및 자원 구조

- MassHealth는 의원별 인두제 기반 지급 금액을 개별 의원의 청구 금액이 아니라 주 전체 집합 수준의 인구 기반 단가에 따라 적용하고, 의원 유형, 환자 구성(연령·장애), PCEM 위험 수준에 따라 조정하였다.
- **(1단계: 기관 유형 분류)** 일차의료 등록 환자군을 보유한 법인을 그룹진료조직(Group Practice Organization, GPO), 지역보건센터(Community Health Center, CHC), 병원 외래(Outpatient Hospital, OH) 중 하나로 배정하고, 유형에 따라 수가표를 적용하여 기본 단가를 산출한다.
- **(2단계: 조정 기본 단가, adjusted base PMPM rate)** 기관 유형과 인구 범주에 따른 공통 기준선을 설정하는 단계로, 개별 법인의 과거 청구 실적이 자기 단가를 직접 결정하지 않도록 한다.
 - **(인구 수준 기본 단가, historical base rate)** 일차의료 관련 진료를 받은 관리 환자의 연령과 장애 여부에 따라 장애 성인, 비장애 성인, 장애 아동, 비장애 아동의 네 가지 인구집단으로 분류한다. 각 범주별로 일차의료 부분 인두 대상 금액을 동일 1) 기관 유형 2) 인구 범주의 등록 환자-월로 나누어 가입자당 월정액을 산출한다.

- (장래 비용 조정, prospective actuarial adjustment) 기존 청구실적을 장래 지급액으로 전환하기 위해 계리적 조정을 적용한다. ① 청구 단가를 최신 MassHealth 수가표 기준으로 설정하고, ② 단가와 이용량의 연간 의료비 증가를 반영하며, ③ 과거 기간 이후 발생한 제도·서비스·단가 변경을 반영하고, ④ 기존 청구 건수나 등록 환자 수가 적은 일부 법인의 수입 변동성을 완화한다. 이 조정들은 기관 유형과 인구 범주에 따라 달라질 수 있으나 개별 환자나 개별 법인에 따라서는 달라지지 않는다.

○ (3단계: 법인별 부분 인두 단가, TIN-specific sub-capitation PMPM rate) 개별 법인의 진료 담당 범위, 환자 중증도, 임상 역량이라는 세 가지 요소만을 반영하여 앞서 산출한 집합 단가(기관 유형, 인구집단)를 법인별 단가로 전환한다.

- (진료 점유 조정, share of care adjustment) 두 가지 법인 고유 요소를 반영하는데, 첫째는 내부 비율(Percent Internal)로, 등록 환자가 이용한 일차의료서비스 중 해당 법인 내에서 제공된 비중을 측정한다. 둘째는 일차의료 비율(Percent Primary Care)로, 해당 법인이 제공한 일차의료 관련 서비스 중 부분 인두제 청구 로직상 일차의료 제공자 정의를 충족하는 인력이 제공한 비중을 측정한다. 지역보건센터의 경우 후자는 100%로 처리된다.

· 이 조정은 이중 지급을 방지하기 위함으로, 인두액은 해당 법인이 실제로 제공할 일차의료에 대한 대가인데, 등록 환자가 다른 법인에서 일차의료를 받으면 그 청구는 행위별수가로 별도 지급되므로, 외부로 이탈하는 비중만큼 인두액을 조정해야 한다. 이는 이용 제한이나 의뢰 강제와 같은 규제 없이 지불 설계만으로 진료의 계속성을 유도하는 장치이기도 하다.

- (일차의료 위험조정, primary care risk adjustment) 법인별 단가가 산출되면 동일 기관 유형 내 법인 간 환자 중증도 차이를 반영하기 위해 일차의료 노력모형(Primary Care Effort Model, PCEM)을 적용한다. 관리 환자가 더 많은 일차의료 노력을 요구할 것으로 예상되는 법인이 평균적으로 더 높은 지급을 받는다. 이 위험조정은 재정 중립을 전제로 하므로 전체 재원을 증감시키지 않으며, 동일 기관 유형·인구 범주 내에서 재원을 재분배한다.

- (임상역량 가산, clinicial tier enhanced payment) 법인별 단가가 확정된 후 임상역량 가산을 더한다. 하나의 법인이 서로 다른 단계를 신고한 복수의 진료소를 포함할 수 있으므로, 법인 수준 가산액은 각 진료소의 가산액을 진료소별 관리 환자 수로 가중평균하여 산출한다.

○ (4단계: 최종 단가) 앞서 단계들을 거쳐 기관 단위 지급 금액이 결정되면, 전년도 계약단가를 기준으로 최종 단가를 조정한다. 이는 청구 실적 기반 방식에서 **인구 기반 방식으로 이행하는 동안 참여 책임조직의 연도별 수입 안정성을 유지**하기 위해 지급 금액을 보전하는 기전이다.

- 2026년의 경우 법인별 최종 단가는 ① 전년도 계약단가와 ② 전년도 계약단가의 110%를 상한으로 한 당해년도 인구 기반 위험조정 단가 중 더 높은 값으로 설정되었다.
- 예외는 기관 합병으로 단가 결정요인이 크게 변동한 경우에 한정되었다. 결과적으로 어떤 법인도 전년 대비 수입이 감소하지 않으며, 상승은 연 10%로 제한된다. MassHealth는 이 방식을 매년 평가하되 단가 변동을 최소화하는 정책 기초를 유지할 예정임을 밝히고 있다.
- 이는 개별 기관에 급격한 수입 감소를 초래하지 않도록 하기 위함이며, MassHealth가 일차의료 투자 확대를 결정하였기에 가능한 설계이며, **총액 증액 없이 배분만 조정하려는 경우에는 적용하기 어렵다.**

○ 부분 인두제는 주정부가 ACO에 재원을 주고, ACO가 의원에 재배분하는 구조이다.

- 이때, ACO가 주정부 산정액의 최소 90%를 의원에서 지급하도록 의무화하였는데, ACO 계

약구조만 도입하고 운영 기능을 구축하지 않을 경우, 중간책임조직이 형식적인 재정 통로에 그칠 수 있다. 이에 90% 하한 규정을 둬으로써 ACO 조직에 운영 기능을 부여하였다.

- 국내 지역사회 일차의료 혁신 시범사업의 협력모형에서 거점지원기관이 재원 경로로 기능하게 될 경우, 기관 설치와 동시에 배분 방식을 함께 규정할 필요가 있다. 국민건강보험공단이 의원별 등록·관리 수가를 산정하여 공개하고, 거점지원기관은 산정액의 일정 비율 이상을 해당 의원에 지급하며, 잔여분의 사용 용도를 공동인력 운영, 데이터 관리, 교육 등으로 한정하고, 배분 기준과 실적을 공개하도록 하는 방안이다.
- 또한, 취약계층을 담당하는 FQHC에는 ACO에서 100% 지급하도록 설정함으로써 중간책임조직의 배분 재량을 두지 않았다. 의료취약지 소재 의원, 장애인 건강주치의 참여기관 등은 하한을 상향 조정하여 안정적인 재원을 확보할 수 있도록 할 수 있다.

〈 MassHealth 부분 인두제 보상금액 산출 〉

STEP 1 기관 유형 분류

- ▶ 일차의료 등록 환자군을 보유한 법인을 그룹진료조직, 지역보건센터, 병원 외래 중 배정

STEP 2 조정 기본 단가(adjusted base PMPM rate) 산출



인구 수준 기본 단가

장래 비용 조정

- ▶ (인구 수준 기본 단가) 성인 여부/장애 여부에 따라 인구집단을 분류하고, 등록 환자의 가입자당 월정액 산출
- ▶ (장래 비용 조정)

STEP 3 법인별 부분 인두 단가(TIN-specific sub-capitation PMPM rate) 산출



진료 점유 조정

위험조정

임상역량 가산

- ▶ (진료 점유 조정) 성인
- ▶ (일차의료 위험조정)
- ▶ (임상역량 가산)

STEP 4 최종 단가

- ▶ $\max\{\text{전년도 계약단가}, \min(\text{당해년도 산정단가}, \text{전년도 계약단가} \times 1.1)\}$

출처: Mass.gov. (n.d.). MassHealth Primary Care Sub-Capitation: Rate Methodology.

<https://www.mass.gov/info-details/masshealth-primary-care-sub-capitation-rate-methodology>

□ 운영 성과 및 한계

- (투자 확대) MassHealth 총진료비 중 일차의료 지출 비중은 7~8%로 시장 평균(5%)을 상회하며, 장기적으로 15% 목표를 추진 중이다.
- (한계) 질 기반 인센티브가 총진료비 단위에 머물러 일차의료기관 단위의 질 연동이 미흡하며,

- 실무 총괄 시간의 약 90%는 재정 단가 협상이 아니라 임상 현장의 진료 워크플로 변경, 지표 측정체계 정렬, 다학제 팀 안착 등 실제 운영적 지원에 투입되었다. 이는 지불제도 개편의 성패가 수가 수준의 결정보다 **현장 운영 지원에 좌우될** 수 있음을 시사한다.
- (한국 적용 제언) 급격한 인두제 전환 대신 '기본급·행위별 기본(80%) + 생산성(15%) + 질·패널 성과(5%)'와 같은 점진적 포트폴리오 개편을 추진할 필요가 있다.

□ Premier Partners 2026 모형

- UPMC는 소속 병원·의사 그룹과의 성과계약을 단순화하고 진료 질 향상과 총의료비 절감을 유도하기 위해 2026년 Premier Partners 모형을 개편하였다.
- (평가체계 개편) 개별 평가 방식(산하 협력 진료과, 의사 그룹과 개별 계약을 맺고 성과도 별도 측정)에서 단일 통합계약 방식으로 변경하여 공동 목표를 부여하고, 17개 세부 임상항목에 따른 평가를 3개 핵심영역으로 단순화하였다.
 - ① 의료비 지출관리(MER/TCOC): 수입 대비 진료비 지출 비율이 목표치를 달성했는지 평가
 - ② 진료의 질(Star Rating): 점수 구간별로 계단식 보상 연동
 - ③ 환자 중증도(HCC) 기록: 환자의 실제 질환 중증도 기록 정확도
 - 최종 인센티브는 재정 절감분(MER) × 질(Star) × 기록(HCC)의 연동 방식으로 산출
- 이는 성과지표를 다수 나열하는 방식에서 벗어나 소수의 핵심영역으로 압축하고, 세 요소를 곱셈으로 결합하여 어느 하나라도 미달하면 인센티브가 크게 감소하도록 설계한 것으로 보인다. 특히 중증도 기록 정확도를 별도 평가영역으로 둔 점은 위험조정의 정확성이 지불 설계 전반의 전제조건임을 보여준다.

□ 고위험군 특화 재택의료

- UPMC는 CMS 표준 위험도(HCC) 외에 자체 머신러닝 알고리즘을 활용해 상위 5% 초고위험·고자원 이용군을 선별하여 관리한다.
- 기존 지역 주치의 및 전문의 진료관계를 단절하지 않고 가정방문 진료를 보완적으로 연계하여 불필요한 응급실 방문 및 재입원을 억제하는 기전을 적용한다.
 - 전통적 의사 왕진 문화는 쇠퇴하였으며, 이동 편의(이송비 지급)를 통한 외래 유도 및 원격 의료를 적극 활용한다.
 - 메디케어 고위험군 상위 5%(대부분 이중수급자)를 대상으로 간호 케어매니저와 전문간호사 중심의 가정방문형 통합진료를 제공하는 프로그램(York Care)을 운영하며, 외부에서 인수한 프로그램(Wellbe)과의 의도적 내부 성과경쟁 체계를 구축하여 재택의료 질 향상을 견인한다.

⑤	Ohio PC Payment
일 시	7/25(토) 11:00~13:00
장 소	미국(피츠버그), UPMC Health Plan 회의실
참석자	David Lee(Ohio Healthy Medical Plan), Yun Hui Lee(Aetna), Jatin Dave, Patricia Abriham, Raghu Ram(UPMC), 신동수 교수(한림대), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원

가. 보험 개요

- OhioHealthy는 오하이오주 콜럼버스를 기반으로 하는 의료체계 OhioHealth가 직접 운영하는 보험플랜이다. 의료공급자가 보험 기능을 함께 보유한다는 점에서 공급자 주도 보험플랜(provider-sponsored health plan)에 해당하며, 이 점에서 앞서 살펴본 UPMC와 유사한 체계를 갖는다고 할 수 있다.
- OhioHealthy는 콜럼버스 지역의 자가보험(self-funded) 고용주를 주된 대상으로 하는 상업 상품이며, 오하이오주 내 11,500명 이상의 의사와 97개 병원으로 구성된 네트워크를 운영한다. 네트워크는 계층형으로 설계되어 자체 의사그룹과 임상통합네트워크가 1계층에 배치되고, 지역 협력 병원이 2계층, 그 외 기관이 3계층으로 구분되며 계층에 따라 본인부담 수준이 달라진다.

나. 환자 배정과 의료이용 *OhioHealthy에 한정된 내용이 아닌 논의 결과

- 환자에게 의료기관 선택권을 폭넓게 부여하면 의료이용량이 자연스럽게 증가하는 구조가 형성된다는 점이 지적되고 있다. 이에 대한 대안으로 환자에게 일차의료 의사를 배정하는 고정 배정(fixed selection) 방식을 적용하고, 일차의료 단계에서 기본적인 건강상태와 응급 여부를 판단한 뒤 필요한 경우 응급실이나 상급 의료이용으로 의뢰하는 방식이 적절하다.
- 미국에서 환자를 특정 일차의료 제공자에게 배정하는 절차는 등록(empanelment)으로 불리며, 인구집단 건강관리의 기초로 정의된다. 등록의 목적은 정기적으로 내원하는지 여부와 무관하게 모든 등록환자가 적절한 진료를 받도록 하는 데 있으며, 진료소를 찾는 모든 환자가 아니라 한정된 수의 환자에 대해 책임을 지도록 함으로써 진료팀이 개별 환자의 필요에 집중할 수 있도록 한다.
 - 배정 방식은 기관에 따라 다르다. 통합 의료체계인 Mayo Clinic의 경우 환자를 진료 지속성 확보를 위해 일차의료 제공자에게 배정하되, 배정은 가용한 제공자를 기준으로 진료 이전에 이루어지며 과거나 향후의 진료 실적을 조건으로 하지 않는다. 시스템상 3.5년간 이용이 없으면 행정적으로 패널에서 제외된다.
 - 등록제의 일차적 기능은 의료이용의 통제가 아니라 책임 범위의 확정에 있다. 내원하지 않는 환자를 포함하여 누구를 관리 대상으로 삼을 것인지가 확정되어야 인두액 산정과 성과평가가 가능해지기 때문이다. 앞서 살펴본 MassHealth의 부분 인두제와 UPMC의 지불체계가 모두 환자 귀속을 전제로 설계되어 있다는 점도 같은 맥락에서 이해할 수 있다.
- 국내 지역사회 일차의료 혁신 시범사업이 2026년 50세 이상 환자부터 등록제를 단계적으로 도입할 예정이라는 점을 고려하면, 배정 방식의 선택이 중요한 설계 요소가 된다. 본인 선택, 미선택자 자동배정, 이용실적 기반 귀속 중 어떤 방식을 채택하는가에 따라 실제 관리 대상으로 포착되는 환자군의 범위가 달라지며, 특히 의료이용이 적은 환자를 포함할 것인지가 관건이 된다.
 - 다만 의료이용의 자유가 폭넓게 보장되어 온 국내 여건에서 고정 배정 방식을 그대로 적용하기는 어렵다. 이 점에서 앞서 살펴본 MassHealth의 진료 점유 조정, 즉 등록환자가 다른 기관에서 일차의료를 받은 비중만큼 인두액을 조정하는 방식이 참고가 된다. 이용 제한이나 의뢰 강제와 같은 규제 없이 지불 설계만으로 진료의 계속성을 유도하는 접근이기 때문이다.

다. 지역사회 보건센터의 관리의료 운영과 기술 활용 *OhioHealthy에 한정된 내용이 아닌 논의 결과

- 지역사회 보건센터(Community Health Center)가 관리의료를 중심으로 운영되며, 최근에는

환자와의 교류 및 모니터링에 인공지능 등 기술을 활용하는 사례가 늘고 있다.

- 전국지역보건센터협회가 2025년 발간한 안내서는 지역보건센터의 인공지능 활용 사례를 정리하고 있으며, 전자의무기록에 재입원 고위험 환자 식별 알고리즘을 통합한 사례를 소개하고 있다(NACHC, 2025). 관련 근거로는 예측 알고리즘으로 식별한 고위험 환자에 대한 선제적 케어매니지먼트가 예방가능 입원을 감소시켰다는 대학병원 기반 연구가 인용되고 있다(Raldow et al., 2024).

○ 기술 활용의 성과가 확인된 영역은 미내원 감소, 검진 리콜, 예방서비스 안내 등 반복적 접촉 업무이다. 이는 개별 의원이 단독으로 수행하기 어려운 기능으로, 국내 시범사업의 거점지원 기관이 담당할 만한 영역과 상당 부분 겹친다.

- 다만 자동화만으로 참여가 확보되지 않는다는 점에 유의할 필요가 있다. 앞서 살펴본 취약계층 대상 디지털 행동건강 프로그램에서 앱만 배포한 경우 참여율이 매우 저조하였고, 케어매니저의 전화·대면 동행이 결합될 때 비로소 이수율이 확보되었다는 결과는 같은 시사점을 제공한다. 따라서 자동 아웃리치와 인력 개입을 대상자의 특성에 따라 계층화하여 배치하는 설계가 필요하다.

라. 진료 지속성과 의료분쟁 위험 *OhioHealthy에 한정된 내용이 아닌 논의 결과

○ 미국의 경우 의료사고로 인한 분쟁이 빈번하기 때문에, 그 위험을 최소화하기 위해 일차의료 단계에서 환자와 충분한 라포를 형성하는 데 상당한 비중을 두고 있다.

- 미국 의료배상책임 자료를 집적하는 Candello가 발표한 벤치마킹 보고서는 전체 미국 의료배상책임 청구의 약 3분의 1을 포괄하는 데이터베이스를 기반으로 2014년부터 2024년까지의 사례를 분석하였으며, 이 기간 제기된 청구의 40%가 의사소통 관련 요인을 포함하고 있었고 의사소통 실패가 여전히 환자 피해와 의료과오 청구의 주요 원인으로 남아 있다고 보고하였다(Candello, 2025). 동 보고서는 기술적 진보와 의사소통 개선에 대한 관심 증대에도 불구하고 환자와의 실질적 소통이 보건의료 분야의 지속적 과제로 남아 있다는 점을 지적하였다(Candello, 2025).

○ 국내에서 등록·관리수가를 설계할 때에도 진료시간의 확보와 지속성의 유지가 지불방식을 통해 지원될 수 있는지를 함께 검토할 필요가 있다.

- 한편 국내는 미국과 의료분쟁의 빈도와 성격이 다르므로 이 논점을 그대로 이전하기는 어렵다. 다만 최근 의료분쟁 조정·중재 건수의 증가와 필수의료 기피 논의를 고려하면, 진료 계속성이 분쟁 예방에 기여하는 경로에 대한 국내 실증 검토의 필요성은 제기될 수 있다.

5. 정책적 시사점

○ OhioHealthy 사례는 공급자 주도 보험플랜이 UPMC 외에도 존재하며, 규모와 대상 인구가 다르더라도 보험과 의료공급의 통합이 유사한 유인 구조를 만들어낸다는 점을 보여준다.

○ 환자 배정은 지불과 평가의 대상 범위를 확정하는 절차이고, 기술 활용은 인력 제약 하에서 접촉 빈도를 확보하는 수단이며, 진료 계속성은 그 위에서 형성되는 관계의 질에 해당한다. 세 요소는 모두 지불방식이 직접 규정하지는 않으나 지불방식의 설계에 따라 가능해지거나 어려워지는 조건이라는 점에서 검토의 의의가 있다.

⑥	Univ of Pitts
일 시	7/25(토) 16:00~18:00
장 소	미국(피츠버그), UPMC Health Plan 회의실

참석자	Bruce Rollman(Univ Pitts), 강희정 선임연구위원, 김혜윤 부연구위원, 이재은 전문연구원
------------	---

가. 취약계층의 고비용 구조

- 저소득·취약계층 만성질환자는 우울·불안이 동반될 경우 자기관리 포기 및 응급실 방문 증가로 동일 질환 대비 의료비가 약 40% 급증하였다.
- 이에 메디케이드 환자 비중이 높은 의원(31%)에서 퇴원 후 7일 이내 간호사 콜 워크플로에 '우울·불안 선별'을 기본 탑재하여 초고비용 입원을 선제적으로 억제하고 있다.
- 지역사회 내 우울 등 정신건강 문제를 갖는 주민이 10~20% 정도 존재하므로 이들을 일차의료 범위에 포괄하는 것이 필요하며, 미국은 일차의료 안에 정신건강 서비스를 통합하는 모형의 효과와 실행방법을 연구비로 지원하고 있다.

나. 협력진료 모형(Collaborative Care Model, CoCM)

- 협력진료 모형은 행동건강 케어매니지먼트와 정신건강 전문의 자문을 추가하는 팀 기반 운영 모형이다. 인지행동치료(CBT) 등 치료방법과 구별되는 진료 운영모형의 일종으로, 예방적 서비스에 해당한다.
- 운영 흐름은 일차의료 의사가 우울·불안 환자를 선별하고, 행동건강 케어매니저가 개입하며, 정신과 전문의 자문이 투입되는 구조이다. 치료성과와 행동건강 치료결과를 HEDIS에 반영하고, 입원·응급실 감소를 통해 총진료비 성과를 달성하는 경로이다.
 - 정신건강 관련 별도의 환자등록 시스템(intervention case review)을 운영한다.

다. 디지털 도구의 활용과 한계

- 인지기능과 디지털 숙련도가 낮은 취약계층에게 앱(디지털치료기기, 전산화 인지행동치료)만 배포했을 때는 참여율이 매우 저조하였다. 케어매니저(간호사)의 전화·대면 밀착 동행이 결합될 때만 첫 세션 이수율 97%, 8세션 완주율 50%를 달성하며 기분·불안 증상이 유의하게 개선되었다.

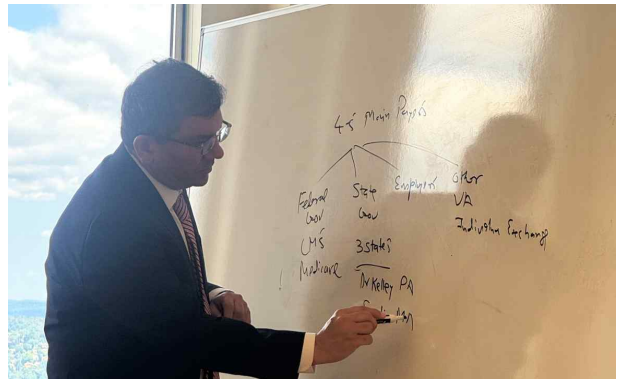
라. 지불보상 설계

- FDA 승인 기기라 하더라도 취약계층에 대한 단독 행위별 청구 등재는 재정 낭비 및 참여 저조로 이어진다.
- 의사가 앱만 처방하는 방식을 막고, 메디케어 협력진료 수가와 같이 '의사+간호사 팀의 월정액 환자관리료' 내에 디지털 도구 활용을 묶어서 보상해야 한다.
 - (참고) 펜실베이니아 주정부 역시 FDA 승인은 안전성 확인일 뿐 비용효과성과는 별개이므로 단독 행위별수가 등재는 전면 거부하고, 관리의료조직의 케어매니지먼트 및 협력진료 프로그램 내 내장형으로 활용될 때만 지원한다는 원칙을 밝히고 있다.

마. 절감 재정의 재투자

- 취약계층 관리로 절감한 응급실·입원 비용(공유절감금 300만 달러)의 절반을 취약계층 전담 케어매니저 증원 및 질 향상 활동에 재투자하여 지속가능성을 확보한다.
- 이는 절감 편익이 조직 외부로 유출되지 않고 취약계층 관리 인프라로 환류되는 구조로, 통합 체계가 아니더라도 공유절감 배분 규정에 재투자 용도를 명시하는 방식으로 구현할 수 있다.

7/23(목)



UPMC Health Plan



펜실베이니아 주정부-OIM

7/24(금)



MassHealth



UPMC Health Plan

7/25(土)



Ohio Healthy Medical Plan



Univ Pitts Healthy Home Laboratory

