

# 한국보건의료제도의 지속가능성: 의료전달체계

## Sustainability Crisis of Korean Healthcare System: Service Delivery System

오주환<sup>1,2,†</sup>

<sup>1</sup> 서울대학교병원 교육인재개발원

<sup>2</sup> 서울대학교 의과대학 의학과

**Juhwan Oh, M.D., M.P.H., Ph.D.**<sup>1,2,†</sup>

<sup>1</sup> Institute of Public Health and Medical Care, Seoul National University Hospital

<sup>2</sup> Department of Medicine, Seoul National University College of Medicine

---

† Correspondence to Juhwan Oh

Seoul National University College of Medicine, Daehakro 103, Seoul, Republic of Korea

Tel: +82-10-4363-5154

E-mail: oh328@snu.ac.kr

Received: Dec 5, 2023

Accepted: Dec 15, 2023

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

## 1. 흑시 있을 수 있는 위기대응 논의가 아니라 정해진 미래로 등장한 지속가능성 위협

보건의료분야 재정규모의 증가속도는 타분야성장속도보다 거의 모든나라에서 유사하거나 조금 더 빠르는데, 한국사회의 의료비 증가속도는 다른 나라들에 비해서도 매우 빠르고, 한국의 타분야 성장속도보다도 훨씬 더 빠르다. 이런 빠른 팽창속도를 기반으로 그동안 OECD국가 평균지출 이하권에 있던 한국은 2022년을 기점으로 OECD국가의 평균보건의료비지출수준(GDP 10%)을 기록하였고, 2030년엔 초상위권(GDP 16%)에 진입할 것으로 예고되었다. 그런데, 보건 의료비지출의 상대비중이 6% 더 늘게되는게 과연 감당 가능할까? 가능하다면, 다른 어떤 분야에서 6%를 줄일 수 있을까? 공교육을 전면 중단하고 모두 홈스쿨이나 사교육으로 전환하고, (Costa Rica와 같이) 군대가 없는 국가로 이행한다면, GDP 6%가 줄어들게 할 수 있다. 이 둘의 희생으로 늘어난 의료비를 감당할 수 있다. 의료비지출이 증가한다는 말은 단순히 표현하면 동시에 2030년엔 비급여 의료비와 급여의료비를 2022년보다 1.6배 각각 늘리게 된다는 것이다.

그런데, 여기서 급여의료비 1.6배 증가가 된다는 것은 건강보험료 역시 지금의 1.6배 더 내는 것을 의미한다. 청년 임금노동자세대는 임금에서 늘어나는 의료비 지출(건강보험료와 본인부담금 그리고 비급여진료비)을 위해 앞으로 지출을 지금보다 6%더 줄일 부분을 선택해야 한다. 주택자금을 줄여야 할지, 자녀사교육비를 줄여야 할지. 아울러 정부는 소득 대비 보험료 징수 법정상한선의 목전에 와 있는 곧 이 상한선을 없애거나, 앞으로를 위해 15%선 이상으로 상한선을 올려야 한다는 의미가 된다. 국민들은 서비스 질향상 계획이나 급여범위의 추가적인 확대가 없는 상태로 지금과 동일한 것에 대해, 건강보험료를 올려가는대로 국민들은 순수히 내게될까? 2023년 7월 조사된 여론은 8%대로 상한선 인상하는 것에 대해 반대(64.8%)여론이 찬성(26.6%)보다 두배 더 높았다.

아무것도 하지 않고 정해진 미래를 기다린다면.

아무것도 하지 않고 정해진 미래를 기다린다면, 소비자 운동은 아마도 보건의료체계의 효율성을 높이라는 주장을 본격화 하게 될 것이다. 비용을 증가시키지 말고, 지금의 불만족요인들(소위 필수의료, 지역의료 공백과 더불어 환자중심성 부족)은 해결하도록 더욱 강력히 주문하게 될 것이다. 이런걸 하지 못할바엔, 보험료를 건지 말라고 (보험료 납부 거부운동—1989년 농민들의 의료보험증서 불태우기 등) 할 수도 있고, 민간의료보험에선 공보험을 대체하는 상품을 허용하라고 이통을 타고 등장할 수도 있을 것이다. 건강보험심사평가원과 의료기관과의 청구금액 삭감 전쟁이 본격화될 것이다. 이 전쟁에서 의협과 병협은 심평원을 없애라고 (공단에 통합하라고) 이번엔 이전과 반대로 주장할지도 모른다. 경제적으로 가장 소외된 청년층은 장년노년층의 건강보험비용을 부담하지 못하겠다고, 세대분리 건강보험(미국의 지금 모습이 사실 이런 세대가 분리된 모형이기도 하다)을 주장하게 될 지도 모른다. 그야말로 혼돈의 소용돌이가 멀지 않은 미래에 펼쳐질 수 있다.

## 2. 의료시스템을 지속가능하게 하기 위한 전략적 방향

이런 재앙이 오지 않게, 다른 말로 하자면, 2030년이 되더라도 의료비 지출이 OECD평균 주변에서 (10-12%?) 머물 수 있도록 하려면, 지출을 어떻게든 억제하여야 한다. 동시에 지금 미충족되고 있는 서비스 (지역의료, 필수의료, 환자 중심의료)에 대한 개선요구 역시 충족시켜야 한다. 비용은 줄이고, 질은 올려야 한다는 것인데, 한마디로 시스템 효율을 극대화하기 위한 보건의료시스템의 중차대한 개혁을 신속히 시작해야 한다는 것이다.

### 3. 지속가능성 향상을 위한 노력의 글로벌트렌드

어떻게 비용을 줄이면서, 질을 향상시킬 수 있는가? 2010년 3월 미국에서 통과된 법안인 Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) 는 이런 노력을 담고 있다. 당시 미국은 GDP대비 16%를 의료비로 지출하면서도, 15%에 이르는 국민들은 전액본인부담으로 진료받아야하는 무보험상태였고, 전국민건강지표는 선진국 중 최하위권이었다. 15%의 무보험자의 보험적용을 추진하고자 한 오바마 행정부에게 공화당은 여기에 필요한 추가비용조달은 의료시스템 지속가능성을 보장할 수 없게 만드는 수준이 되므로, 추가의료비 지출이 없이, 무보험자의 보험적용확대를 추진할 것을 주문하였다. 공화당의 반론과 대안은 보험적용확대 소요비용을 의료비 지출의 효율성을 극대화하는 것으로 상쇄하라는 것이었다. 의료서비스 제공과정의 질을 향상시키거나, 질의 하락없는 비용절감을 추진하라는 것이었는데, 결과적으로 이런 공화당의 주문은 오바마 행정부로 하여금 서비스 행위량을 늘려서 수입을 늘리는(Volume-based healthcare) 공급자의 인센티브 구조(FFS)를 국민들의 건강과 환자경험을 향상시켜야 수입을 늘릴 수 있는 새로운 공급자 인센티브 구조를 실험적으로 적용하기 시작하고, 확대해 나가고 있다. 소위 '가치기반의료(Value-based healthcare)'라고 불리게 된 이런 시스템 효율성을 향상시켜 지속가능성과 보장성(접근성, 형평성) 향상을 모두 얻는 방향으로 진행되었다. 그 후 10년이 흘렀다. 미국이 지속가능성 향상을 위한 노력은 성공했을까? 무보험자의 숫자는 5천만에서 3천만으로 줄었다. 점진적인 가치기반의료 대상인구의 확대로 미국은 GDP대비 16-17% 박스권으로 의료비 지출의 증가를 그때로부터 지금까지 지난 10년간 멈추어 세울 수 있었고, 환자 경험을 향상시켜 나가기 위한 다양한 노력을 지속하고 있다. 오바마 케어 효과를 평가한 10년 경과 평가에서도 이로인한 건강의 향상 혹은 유지가 잘 이루어졌음이 확인되었다. 가치기반의료 실험이 이루어진 모든 체계적이고 과학적인 평가연구를 종합한 Systematic review에서도 질향상 and/or 비용감소이라는 목표를 향한 노력에 그 효과성이 있음이 확인되었다. 질향상, 비용절감과 증가억제, 접근성, 형평성, 효율성을 모두 얻는 경험을 하게 되었다. 그러나 미국은 아직 갈길이 멀리 남아 있고, 이를 위해, 현재 성공적인 가치기반의료로의 개혁 파일럿 프로그램을 영구프로그램으로 전환하였고, 더욱 가속화 할 것을 주문받고 있다.

이런 가치기반의료는 의학교과서의 방향선회로도 나타났다. 미국의사협회는 교육콘소시움을 설립하여 2017년 Health System Science란 이름의 교과목을 설립하고 이를 모든 임상 의사들이 알아야 할 필수지식으로 주문하고 교과서로 출판하였다. 이 교과서의 내용은 예방의학적 증거와 지식, 환자중심의료-가치기반 의료시스템에 대한 것이다. 예전과 달리 가치기반의료예선예방의학 공중보건학적 지식과 서비스 제공이 적은 비용으로 자신에게 등록된 환자들의 건강향상을 더 크게 하는데—그래서 임상 의사들은 더 많은 지불보상을 받는데, 매우유용한 도구가 되기 때문이다. 임상학과 예방의학 공중보건학은 가치기반의료라는 새로운 시스템 환경에서 협력과 분업 융합을 이렇게 실질적으로 만들어 내고 있다.

이러한 가치기반의료로의 전환은 미국뿐만이 아니었다. 유럽에서도 마찬가지로 확산되어 가고 있는데, 유럽은 과잉지출의 이슈가 아니라 질저하의 이슈를 만나면서 이런 가치기반의료로의 전환이 추진되고 있다. 인두제와 예산제 같은 사전에 연단위 지출비용이 정해진 방식은 유럽의 일차의료나 병원의 대부분의 서비스 방식이었는데, 지금까지의 예산제는 결과 평가, 성과평가에 연동되지 않은 채로 운영되던 예산제로서 서비스 제공을 줄일 수록 이익이 되는 과소제공동기가 인센티브 방향이었다. 결과적으로 질의 하락, 환자경험 악화 경로로 치달던 유럽의 가치기반의료로의 방향선회는 결과평가를 도입하고 이를 예산에 연동하는 방식의 서비스 제공체계 개혁실험이었다. 가치를 위해서는 공급자 중심 의료제공이 아니라 환자 중심의료 제공, 과정보다는 결과의 질향상을 직접적 목표로 전환하는 것들을 통해, 지출하는 의료비를 건강향상과 환자경험향상으로 정확히 전환되도록 하는 것을 정책적 개혁목표로 삼게 되었다.

## 4. 한국에서 가치기반의료 출생신고 (2023년 7월)를 하다

한국사회에서 가치기반의료에 대한 논의의 현황은 어떠한가? 관련 논의가 이전에 없었던 것은 아니지만, 2023년에 들어서면서, 지역의료와 필수의료 공백에 대한 극심한 피해가 가시화되면서, 새로운 대안으로 가치기반 의료 논의가 촉발되고 있고, 7월5일 국회토론회, 6일 보건복지부 토론회를 통해 공급자, 소비자, 전문가 참가자 대부분이 이런 가치기반의료로의 전환에 대한 총론적 동의하는 것을 확인하는 계기가 있었다. 아울러 각론에 대해서는 다양한 이견이 있을 수 있으므로, 앞으로 토론과 논쟁을 통해 세부 개혁내용을 정해 실행해야 할 것이란 점을 확인할 수 있었다.

한국사회의 의료시스템의 가장 큰 위험요소로 행위별수가제를 지목하는 것에 대해서는 비교적 광범위한 동의가 몇년 전부터 확인되고 있다. 대부분의 보건정책, 보건경제학자들과 감사원 감사 결과로서의 정책적 방향으로 행위별수가제의 비용팽창적 성격을 해결하는 새로운 지불보상제도로 의료서비스를 제공하는 것을 요구받기 시작하였다.

## 5. 한국의료시스템은 지출증가를 줄이고 질향상은 얻는 개혁을 할 수 있을까?

이제 우리는 보험자, 공급자, 소비자가 함께 만족할 만한 개혁대안을 만들고 실천해야 한다. 시간은 여유롭지 않다. 신속한 개혁실험을 시작하지 않는다면, 2027년 다음 대선때 우리는 GDP대비 13-14%를 지출하고 이를 위해 건강보험료를 소득대비11%대를 납부하고 있게 된다. 소비자들, 청년세대들은 이런 의료시스템을 만들어낸 정부여당을 지지할까? 의료시스템의 지속가능성은 정치적으로 탑 아젠다로 대선을 치루게 될 가능성이 크다.(비슷한 맥락이 있는 연금 이슈와 함께)

과잉진료양 인센티브하에서 제공하던 방식의 이전 의료비용지출과 동일한 비용을 새로이 바꾸어 건강향상과 환자경험 향상을 효율적으로 달성하기 위한 목적으로 사용하는 방향으로 서비스를 제공하는 훈련은 충분히 되어 있지 않다. 다수의 공급자들에게는 생소한 영역이다. 대부분의 의사는 영양과 식사가 중요하다는 것을 누구보다 잘 알지만 자신의 환자의 아침식단을 챙기지 않는다. 그러나, 어떤 의사는 자신의 환자의 아침식단을 챙기기 시작해야 한다. 식단에 대한 교육을 진료실이 아니라 식당에서 자신의 환자들을 소그룹 초대해서 현장에서 함께 일하는 영양사와 함께 자신이 담당하는 환자들을 위한 적절한 식단에 대한 교육과 공유를 진행해야 한다. 그리고 이런 의사와 의료기관들은 늘어나야 한다.

하지만 전면적인 전국적 규모의 가치기반의료로의 전환은 아마도 성공할 수 없을 것이다. 가장 준비된 그룹부터, 가장 의지가 높은 그룹부터, 하나씩 모션을 떠나 작은 배로 새로운 땅을 개척해야 하고, 이런 개척 실험의 성공사례들이 신속히 확산되어야 가치기반의료라는 신대륙으로 신속히 다수가 옮겨갈 수 있을 것이다. 멸망을 앞둔 지구를 대체할 새로운 별 탐사 실험 영화장면과도 유사할 것이다. 성공하면, 다수가 어떻게 그런 시스템으로 이동할지 알게 되고, 부드럽고 원만하게 이동할 수 있을 것이다. 그런 지혜를 얻기 위한 실험을 신속히 실행해야 하고, 다양한 방식의 실험을 동시에 추진해 보아야 한다.

이를 위해 의료시스템 혁신 계정이 필요하다. 전체 건강보험료의 일부 예컨대 5% 나아가서 10%는 새로운 실험을 위해 매년 배정될 필요가 있다. 매년, 매 6개월마다 새로운 실험을 위한 탐사선을 출격시켜야 한다. 어디서 우리를 구원하는 미래가 열릴지 사전에 모두 알지 못하기 때문이다. OECD working paper 제목처럼, 작은 규모로 실험(start small)하고, 가치를 증명(prove)하고, 증명된 가치를 확대(scale-up)해 나가야 한다.

## 6. 세상에서 가장 난제인 질환-당뇨병을 대응하기 위한 의료서비스제공시스템 개혁

연령표준화 발생률과 유병률로 볼 때, 거의 모든 질환이 전세계에서 시간이 흐를수록 좋아지고 있다. 이 흐름의 예외로, 전 세계에서 현재 가장 제대로 공략하지 못하고 있는 질환인 당뇨병과 그 합병증으로 인한 신장부전, 실명, 족부절단 등과 그 원인으로서의 높은 비만과 좋지 않은 영양과 식사패턴, 활동량 부족, 직업스트레스 흡연 등을 예로 어떻게 가치기반의 료로 이행하여야 할지 함께 생각해 보자.

당뇨병의 발생을 줄이기 위한 보건의료서비스 제공이 강화되어야 한다. 당뇨병 발생과 합병증으로 의 이행의 가장 큰 요인으로 비만(50%), 영양(25%), 활동량 부족과 흡연과 음주 등 그 외 건강행위요인의 영향과 유전적 소인 등(25%)로 밝혀져 있다. 이를 개선하기 위한 활동에 보건의료서비스 공급자들이 더욱 서비스를 늘려야 한다. 지역사회별로 정기적인 비만, 영양, 활동, 흡연, 음주 양상을 개선하기 위한 서비스가 제공되고, 이런 활동을 통해 이런 지표들이 개선되는지 지역사회별 평가를 정기화하고 이를 공시하여 비교가능하도록 하여야 한다. 개선의 정도가 높은 보건의료서비스 공급자들에게 보다 큰 상(reward)이 재정적으로 그리고 명예로서 제공되는 인센티브가 의료시스템 내 형성되어야 한다. 이를 소위 일차예방이라고 부른다. 아울러 이런 일차예방은 일차의료와 예방의학 그리고 공중보건학 서비스 제공자들의 핵심 영역으로 대학에서 교육된다.

그러나 현재 시스템에선 이런 활동에 대해 건강보험은 아무런 비용을 보상해 주지 않는다. 이런 활동의 극히 일부만이 세금재원을 통해 보건소에서 지역주민을 대상으로 실시될 뿐이다. 대상자 규모 전체 중 극히 일부만이 프로그램에 참여하는 실정(실제 대상자 규모의 1%도 채 안되는 프로그램이 대부분)이다. 10만명이 사는 시군구에서 걷기활동증가를 위해 프로그램이 운영되지만 실제 이 프로그램이 커버하는 인구는 100명 (대상인구의 0.1%)에 지나지 않는 경우가 허다하다. 이런 서비스 제공으로는 전체 대상인구의 활동량 증가는 얻어질리 없다.

나아가 이런 서비스는 건강보험으로부터 지불받지 않을 뿐 아니라 건강보험료로부터 지불받는 의료기관들과 아무런 협업이나 분업이 없이, 서로 분절적으로 파편화 되어 각자 진행된다. 예방서비스는 치료서비스와 전혀 통합적이고 연속적이지 않다. 일부 의료기관에서 이런 서비스를 연속적인 서비스로 제공하고자 시도하고 있다. 그러나 이런 서비스는 건강보험에서 지불하지 않으므로 이런 활동을 많이 하면 재정적으로 위험하다. 소비자-국민에게 필요하고, 보험자에게도 궁극적으로 미래의 의료비를 줄여줄 이런 예방서비스엔 사회가 지불하지 않으므로서, 이런 서비스가 지속제공되는 것은 불가능하다. 그저 각자 개인의 몫이고 실패하는 사람이 갈수록 많아지고 의료시스템의 부담이 점차 증가하는 것을 손놓고 보고 있는 셈이다.

오타와 선언 정신의 기초가 된 Lalonde보고서의 표현을 빌면, 나무에서 떨어지지 않게 하는 노력을 기울이지 않고, 떨어지고 나면 그제서야 다친 사람의 다친 부위에만 노력을 기울이기 시작하는 서비스 제공시스템을 우리는 유지하고 있다. 일차의료기관에 여러명의 의사와 간호사 영양사 운동치료사 사회복지사 등이 함께 근무하면서, 이 기관에 건강관리를 맡기고자 등록한 지역사회주민들이 앞의 건강과 질병을 결정하는 원인들을 잘 줄이기 위해 주기적이고 정기적으로 개입할 수 있도록 의료기관이 이런 인적자원의 고용과 운용을 지속적으로 수행할 수 있는 비용을 건강보험을 지불할 필요가 있다. 이를 통해 일차예방서비스 제공이 충분히 이루어진다면 당뇨병 (뿐 아니라 대부분의 비전염성 만성질환도 동시에) 발생규모는 줄게 되고, 줄어든 당뇨병은 이 지역의 의료비 지출 수준을 줄이게 될 것이다. 타 지역에 비해 줄어드는 의료비 (절감한 의료비)의 일부를 이들 지역주민에게 이런 좋은 질의 서비스를 제공한 보건의료기관에게 그 댓가로 지불하는 의료시스템을 구성해야 한다. 그렇게 하지 않는다면 이런 활동을 열심히 하는 의료기관은 하나도 지불받지 못하는 활

동이므로 다른 질환치료에서 얻은 수익을 전환해서 사용할 수 밖에 없다. 아울러, 질환의 발생이 준다면, 이 의료기관은 비용을 지불받는 치료서비스 양도 줄어들게 되므로, 의료기관이 지속운영되는게 불가능한 방향으로 스스로 내모는 것이 된다. 이런 상태로는 일차의료서비스는 어느 의료기관도 제공할 수 없다.

앞의 의료기관에 등록된 지역주민중 당뇨병이 이미 발생한 경우도 마찬가지다. 당뇨병에서 다시 정상상태로 돌아갈 수 있도록 비만을 정상으로 되돌려 놓을 수 있도록 서비스를 제공하고, 영양 균형과 혈당이 정상범위로 유지될 수 있는 식사 방법을 지속적으로 교육하고, 신체활동량이 적정수준 유지 실행을 지속적으로 돕는 서비스를 제공해서, 당뇨 발생 전 정상상태로 되돌리려는 노력을 기울여야 한다. 그러나, 현재 한국의 의료시스템은 이런 활동에 한푼도 지급하지 않는다. 이런 상태로는 교육받은 대로 실천할 수 없다. 단지 약물처방과 함께 약을 빠뜨리지 말고 먹으란 말이 할 수 있는 것의 전부가 된다. 당뇨를 발생전으로 되돌리면 (remission), 그를 위해 사용한 시간은 재정적으로 손해가 되고, 나아가 당뇨병 환자 치료비용으로 얻을 수익마저도 스스로 없애버리게 되기 때문에 공급자는 재정적으로 자기모순에 빠지게 된다. 당뇨병을 되돌려 놓을 의료기관에 앞으로는 더 큰 보상을 하여야 한다. 당뇨병 첫 발생시 영구적인 약물투약대상자가 되게 하는 것을 목표로 관리하는 의사가 아니라, 약물투약뿐 아니라 당뇨이전 상태로 되돌려 놓기 위한 노력을 기울이고, 결국 약물을 중단하고도 정상상태를 유지할 수 있도록 노력하는 의사가 더 좋은 지불을 받는 의료시스템을 만들어야 한다. 지금 이미 이렇게 하는 의료기관이 있다면, 투약순응도 점수가 나쁘게 나와서 (당뇨병 환자인데 약물처방을 안하고 있는 관해된 당뇨병 환자를 많이 만들어 유지할 수록) 오히려 나쁜 의료기관으로 비난받게 된다. 열심히 2차 예방으로 정상화 시켜놓으면, 재정적으로나 평판으로나 큰 손해를 당하게 된다. 노력을 어떻게 해야하는지 배웠지만, 실천하면 손해가 나므로, 의사들은 이런 실행을 하지 않고 결국 이젠 실행할 지식마저 잊어가고 있을 것이다. 이런 모순적 시스템 인센티브를 바꾸어야 한다.

당뇨병합병증으로 인한 실명이나 족부절단을 막으려면, 매년 정기적인 안저촬영이나 족부신경기능악화여부를 스크리닝하는 검사를 수행하여야 한다. 그러나, 환자관리하는 내과나 가정의학과 의사에게 안과의사가 사용하는 안저촬영장비는 없고 안과의사에게 가서 안저촬영을 하는것이 왜 중요한지 긴 설명을 하는 노력을 기울이는게 더 좋은 보상으로 이어지지 않으므로 소극적인 권고 한마디 이상하지 않게 된다. 족부 감각의 미세 변동을 확인하는데 소요되는 수십분의 시간은 보상되지 않거나 부족하게 보상되므로 사실상 적극 수행할 수 없다. 결국 족부 스크리닝은 거의 수행되지 않고, 안저 스크리닝 촬영율도 매우 낮다. 등록된 인구 중 당뇨병 등록 인구에게 이런 스크리닝 검사를 다른 의료기관이던 등록한 의료기관이던 수행완료율이 높을 때 이에 대해 보상하는 지불을 하여야 합병증을 줄이거나 조기발견하여 더 이상의 진행이 안되도록 조기에 조치를 취할 수 있다. 이를 3차 예방이라 부르고 대부분 의사들은 이를 어떻게 수행해야 하는지 배웠다. 그러나 이를 수행하는 것은 재정적으로 아무런 도움이 되지 않고 오히려 다른 보상을 받는 서비스 제공 시간을 방해하는 기회비용이 된다. 현행 시스템은 의료기관이 3차 예방서비스를 제공하지 않도록 인센티브 구조를 제공하고 있는 셈이다

등록된 당뇨병 환자 중 일부가 신장기능부전 합병증이 발생되었을 때 그 의료기관이 신장투석실을 갖추고 있다면, 이젠 이 치료서비스를 제공하여 재정적으로 이익을 얻을 수 있다. 사실상 등록된 당뇨병 환자의 건강상태가 나빠진다면 그건 의료기관에겐 더욱 재정적으로 좋은 일이 된다. 환자가 앓수록 의사가 돈을 버는 구조가 체계적으로 지금까지 운영되어 오고 있는 셈이다. 이런 구조는 예방을 무시하고, 치료에 집중하게 한지 오래고 이런 모순적 인센티브는 치료비용을 지속상승시켜왔고, 이제 더 이상의 상승을 용납하기 어려운 지경으로 가속이 급격화 되고 있는 것이다. 이제라도 되돌려야 한다. 질환의 진행을 막는 의사가 질환이 진행이 더 진행되는 경우보다 더 많은 보상을 받는 인센티브로 바뀌어야 필요한 이런 서비스에 공백이 생기지 않는다.

## 7. 의료전달체계는 바람직한 서비스 제공에 대한 재정적 인센티브가 체계적으로 작동하는 시스템이어야

이렇게 지역주민의 건강을 잘 유지하고, 질환으로의 진행, 합병증으로의 추가 진행을 전주기적으로 잘 예방하고 관리하는 의료기관이 필요하다. 이런 서비스가 제공되어야 한다. 의료전달체계는 이런 서비스 제공 인센티브가 체계적으로 작동하는 시스템이어야 한다.

현재는 이런 인센티브 구조가 아니고 반대로 되어 있어, 이런 서비스를 제공하면 손해가 발생하고 이를 열심히 지속하면 급기야는 파산에 이를 수 있는 모순적 체계지만, 다행인것은, 만약 인센티브가 정상화되는 지역사회 일차의료기관 시범사업이 운영된다면 참여할 의사를 묻는 질적연구의 중간결과를 보면, 대부분의 의사들이 이런변화를 바람직한 것으로 지지하고 자신도 그 새로운 체계 시범사업에 적극 참여하고 싶다는 의사표명을 한다는 점이다.

질적연구중간결과를 보면, 대부분의 의사들은 이를 위해 평가가 필수적이고, 평가는 합리적이고 공정하며, 조작성이 낮아야 한다고 공히 주장한다. 자신이 납득할 만한 합리성을 갖춘 평가방식이라면, 그 방법을 통한 자신의 의료서비스 제공 활동을 평가 받아 좋은 결과에 대해 사회적으로 칭찬받거나 재정적으로 보상받거나 둘 다를 얻거나 할 기회가 주어지는 것이 더 좋다고 말한다. 평가하면 안된다는 견해는 매우 소수의견에 불과했다. 이 소수 의견조차 지금까지 일부 있었던 심사평가원의 의료기관평가 과정이 게이밍을 통해 실제 성과와 다른 평가결과를 얻을 수 있는 경험을 통해 평가가 공정하지 못하다고 인식하는 점에 기초하고, 이런 공정하지도 정확치도 않은 평가도구가 강제로 적용되는 결과를 수용할 수 없다는 것이어서, 평가도구의 합리성이 갖추어 진다면 수용하겠다는 의견을 추가로 피력한다.

이런 평가는 누가 이런 결과를 주도적으로 이끌었는가 정의할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 의사-환자가 상호 건강 향상을 위해 상호 신뢰하고 의사의 가이드 하에 등록된 지역주민(환자/건강한 주민 모두)이 노력하는 관계를 필요로 한다. 이를 위해서 환자는 의료기관에 일정한 형식을 통해 등록하여 자신의 주 이용을 하겠다는 약속을 공적으로 표명하여야 한다. 의료기관은 이런 환자 리스트를 운용하고 적극적인 건강관리를 진료실에 국한하지 않는 다양한 방식(전화, 디지털 등 다양한 비대면 연결 옵션을 활용)으로 관리하여 더욱 좋은 건강결과를 유지 발전 시키기 위한 노력을 기울일 수 있게 된다. 이런 노력은 동일한 시간이 흐르는 동안 유사한 특성을 갖는 등록하지 않고 현행체계를 이용하는 사람들보다 더 나은 건강결과의 변화량으로 더 좋은 환자경험으로 객관적으로 평가될 수 있다.

이런 질향상은 같은 비용으로 혹은 오히려 더 적은 비용으로 얻을 수 있으며, 이런 노력의 결과로 향상된 질 혹은 유사한 질을 위해 감소된 비용지출을 만들어낸 의료기관에 더 추가 보상함으로써 더 좋은 보상을 받을 수 있도록 인센티브를 수정할 수 있다.

이런 새로운 서비스 제공 인센티브에 참여하는 의료기관이 많아지고 확대될수록 국가 전체의 의료비 지출의 증가속도는 둔화되며, 건강의 수준과 환자 경험이라는 질은 더욱 향상되게 된다.

## 8. 등록(registration, roster, patient list)한다는 것의 의미와 가치

그렇다면, 이런 시스템으로 가는 과정의 한 중요한 모습인 등록에 대해 생각해 보자.

자신의 건강을 책임있게 담당해주고 조언을 줄 의료기관에 등록된 환자는 자신이 등록된 의료기관 외엔 갈 수 없어야 하는가? 질적연구중간결과를 보면, 대다수의 의사들은 그럴 필요가 없다고 판단한다. 소비자들 역시 등록의료기관 외 기관방문도 제한이 없어야 한다고 생각한다. 그렇다면, 자유롭게 여러의료기관을 방문하는 것이 허용되면서 등록기반 일차의료시스템을 유지할 수 있는가? 등록된 기관 외로 방문하는 정도가 많으면 많을 수록 지정의료기관에 주는 보상의 수준을 차감하는 방법에 소비자나 공급자가 합리적이라고 판단하는 것으로 보인다. 좋은 의사-환자 관계가 잘 유지될 수록 등록의료기관에 대한 충성도가 높을 것을 모두 기대하며, 그렇지 못할 경우 등록의료기관 외의 의료기관을 이용하는 게 환자에게도 합리적인 선택인 것이다.

등록관계는 의사에게 새로운 존경과 권위가 환자의 신뢰로 부터 주어지는 과정이자 의사가 환자에 대해 최선을 다할 기회를 갖기로 하는 상호간의 무겁지 않은 경쾌한 약속이다. 등록관계에선 의사나 의료기관의 전문인력들이 등록환자에게 비대면으로 먼저 연락하는 것이 문화적으로 용인될 뿐 아니라 촉진되고 권고 되는 셈이다. 환자는 자신이 등록된 의료기관으로부터 걸려오는 연락을 기쁘게 생각하고, 자신도 방문하기 전 전화로 방문 필요성을 확인하는 triage를 하여 효율적인 시간활용을 얻을 수 있게 된다. 이렇게 등록관계는 환자와 의사 모두에게 시간을 가장 효율적으로 사용할 수 있게 하므로서, 적절한 시간에 적절한 서비스를 제공할 수 있게 만드는데 기여한다. 이런 triage기능은 등록된 일차의료기관을 방문하지 않고 즉시 상급종합병원이나 종합병원의 응급실로 갈 수 있도록 실시간 안내에도 활용될 수 있다. 응급이 아닌 경우 등록된 의료기관에 방문을 연체하고 어떤 검사를 할지 미리 효율적으로 계획을 상호 공유한 상태에서 대면진료를 시작할 수 있게 한다. 상급기관으로 의뢰하여 치료할 상황으로 판단할 경우, 가장 적합한 상급의료기관에 직접 연락하여 현재의 환자 상태에 적합한 기관에서 적절한 시간에 이어지는 진료가 이루어질 수 있도록 환자 중심 진료가 이루어질 수 있도록 navigation과정도 적극 수행할 수 있다. 이 등록환자의 환자경험과 건강결과가 등록기관의 평가에 연동되고 이평가결과가 재정적 보상에도 연동되기 때문이다.

## 9. 디지털헬스기술의 기여

등록관계는 홈을 기반으로 하는 각종 정기 측정자료들을 디지털 방식으로 의료기관과 공유하는 디지털헬스 역시 촉진하게 된다. 의료기관 방문시만 측정하는 것이 아니라 집에 있는 기간에도 측정한 건강측정정보를 체계적으로 대쉬보드 화면에 실시간 그리고 누적으로 기록하고 요약하여 관리가 편리하고 즉각적일 수 있는 디지털 헬스 옵션을 적극 채택하게 만드는 인센티브도 발생하게 된다. 더 좋은 건강결과가 더 좋은 재정적인 보상으로 이어지는 새로운 인센티브에선 디지털헬스는 주요한 동반자가 된다. 디지털헬스는 환자-지역주민의 집과 그가 등록된 일차의료기관간의 정보연결을 통한 최적의 모니터링 정보와 지연되지 않은 적절한 시간에 이루어지는 개입을 기술적으로 보장한다. 뿐만 아니라 의료기관내, 혹은 의료기관 간 해당 특정한 등록 환자의 정보를 공동으로 공유 열람하고 정리하는 것이 가능해질 수 있도록 디지털 헬스는 기여할 수 있다. 현재 건강보험공단이 구축한 PHR과 보건복지부에서 추진하고 있는 PHR이 이런 기여를 이룰 수 있는데, 대만과 영국런던은 청구자료뿐 아니라 검사결과까지 열람이 가능한 연결된 열람성을 구축하고 있다. 그러



나, 이러한 기술적 연결조차도 열람에 소요되는 시간이 오래걸리는 경우, 등록환자시스템 기반 성과와 질에 따른 인센티브가 있는 시스템이 아닌 현재의 상태에서는 under-utilized된다. 대만에서 실제 구축된 시스템이 잘 활용되지 않고 있는데, 그 이유도 이런데서 기인한다. 공급자에게 환자의 다른 기관 정보를 적극적으로 알고자 하는 동기가 기존시스템에서는 인센티브로 주어지지 않기 때문이다.

하지만, 환자의 건강성과가 평가되고 그것이 보상과 연동되는 질과 비용에 예민한 시스템이 만들어지면, 이런 높은 연결성은 공급자나 환자에게 매우 유용한 tool이 된다. 미국에서 가치기반의료로 서비스제공방식이 바뀌는 시범사업에 참여하는 의료기관들은 해당 의료기관들의 네트워크내 가장 우선적으로 수행하는 것이 동일한 PHR로 전환하는 것을 통해 협력네트워크의 연결성을 높이는 것이다. 의료인간의 원격자문이나, 의료인과 환자(집 혹은 종합병원 입원실에 있던 어디라도)사이 원격 접촉을 통한 환자 인터뷰 등, 디지털헬스는 기존 시스템에서 활성화되는데 어려움이 있는 고급기술 장난감 신세와는 달리 이런 질과 비용에 민감한 효율성을 추구하는 시범사업에선 적극적으로 좋은 디지털 기술이 사용될 가능성이 커진다. 높은 효율로 환자성과를 낼 수 있는 모든 디지털헬스기술은 흥하고, 그렇지 못한 기술은 도태될 것이다.

## 10. 가치기반의료 지향속의Hospital의 변모

병원, 종합병원과 상급종합병원은 이런 새로운 시스템으로 변화하게 되면 될 수록, 본연의 난이도 중증도가 높고 치료 자원의 집중이 필요한 환자들로 case-mix가 점진적으로 변화하게 된다. 그러나 기존 시스템은 이런 변화를 원하지만 인센티브 충돌로 이를 수가 없다. 핵심적인 집중 치료시기를 마치면 일차의료기관에 등록된 환자의 경우, 해당 등록 일차의료기관 의사에게 이후 경과 관리를 공동으로 협의하여 인계할 수 있는 동기가 발생한다. 그러나, 기존 시스템은 (상급)종합병원의 의사에게 이런 적극적인 의사소통을 할 수 있는 상대방이 존재하지 않을 뿐 아니라 직접 (상급)종합병원 의사가 이후 관리도 담당하게 되고, 다음 진료에서 만날때까지 사이에 적절한 관리가 이루어지는지는 블랙박스 기간이 된다. 급성기 치료 후 퇴원 이후 관리를 체계적으로 시도하기 위해서는 등록일차의료기관이 있을 때 매우 유리하고 해당 기관이 방문 재택의료서비스를 운영할 수 있다면 더욱 더 유리하다. 등록일차의료의사와 상급병원 급성기 치료의사간의 직접 의사소통이 가능하고, 이를 통해 퇴원 후 치료계획이 명확해 진다. 지역내에서 관리할 목표와 추후 필요시 (상급)종합병원에 방문할 수도 있게 할 수 있다. 환자가 등록된 일차의료기관과 의뢰받아 집중치료를 수행한 (상급)종합병원간에 공동의 소요비용 감소와 결과향상에 대한 인센티브가 수립된 새로운 시스템에선 이를 위해 두 기관의 의사는 긴밀히 협력하게 된다. 가장 강력한 협력은 미국에서의 ACO (accountable care organization)과 같은 여러 의료기관 네트워크가 등록된 환자군에 대해 하나의 지불보상단위가 되어 협력을 강력하게 수행하는 형태다. 그 보다 느슨하게도 일차의료기관이 주로 의뢰하는 (상급)종합병원과의 일정한 계약을 통해 등록환자의 확률적 전원치료 비용을 사전에 일부 실제 서비스 양에 무관하게 지불하고, 실제 의뢰시엔 전체 비용의 일부만을 지불하는 형태의 상호 협력전략과 같은 느슨한 연합도 가능하다. 다양한 협력강도를 정하여 운영할 수 있다. 일차의료에 등록된 환자 성과와 비용절감성과에 따른 추가 보상을 일부 공유하게 되기 때문에 이런 기관간 협력은 상호 윈윈전략이 된다. 현재 건강보험심사평가원이 실행을 앞두고 있는 중증진료 체계 강화시범사업은 이런 인센티브를 동일하게 내재하고 있다. 꼭 필요한 기간에만 상급종합병원이 환자를 맡고 그 외의 기간은 가급적 일차의료기관이 담당하도록 하고 직접 맡지 않도록 촉진되는 사업인데, 이전 시스템에서는 이렇게 환자규모를 줄이면 재정적으로 손해가 생기게 되지만, 이런 손해를 보상해주고 일차의료기관이 훨씬 더 적은 비용으로 이 환자

들을 효과적으로 관리할 수 있기를 기대하는 시스템 인센티브를 갖는다. 성공적으로 수행되려면, 상급종합병원과 일차의료기관간의 좋은 연결성이 필요하다. 현재 등록일차의료기관이 없는 상태보다는 이런 등록관리의료기관이 있는 상태로 전개될 경우, 심사평가원의 중증진료체계 강화시범사업은 보험료 자원의 가치를 더욱 높이는 가치기반의료로 더욱 전진하게 된다. 아울러 일차의료의 역할도 더욱 강화되게 된다. 이를 통해 환자는 편리하고 중단없는 관리를 집과 상급종합병원 모두에서 필요에 알맞는 수준으로 효율적으로 받게된다. 사회적 지출 총액은 더 적게 줄이면서도 환자가 받는 경험과 건강상태라는 질은 더욱 향상시킬 수 있게 된다.

올해 8월 발표된 복지부의 '심뇌혈관질환 인적 네트워크 건강보험 시범사업(안)' 은 질을 향상시키기 위해 기존의 시스템 인센티브로는 달성되지 않던 규모의 경제를 활용한 효율성 향상을 이루는 가치기반의료가 적용된 시스템 발전방안의 한 좋은 예이다. 개별(상급)종합병원 단위를 넘어 서로 연계 연합하여 협력함으로써 일정 지역 혹은 권역을 24시간/7일내 응급상황에 대비할 수 있도록 만들어진 협력체계다. 기존 체계가 권역과 지역책임이란 이름을 사용하고 있음에도 실질적인 책임을 질만한 자원의 개별기관 수준의 보수가 불가능한 상황을 극복할 수 있는 대안으로 기관간 전문치료 인력의 협력네트워크를 지불보상의 단위로 하고 여기에 지불함으로써 이네트워크가 협력단합해서 응급 중증환자 치료에 최적의 대응을 할 수 있도록 '치료 전문의 네트워크'의 가동과 자원 최적화를 위해 추진됐다. 질 향상을 위해 자원을 효율적으로 사용할 수 있는 좋은 가치기반의료의 예시다. 올해 2월부터 6월말까지 고려대 윤석준 교수를 연구책임자로 연구가 시행됐으며, 심뇌혈관질환 관련 전문학회인 대한심장학회, 대한뇌졸중학회, 대한신경외과학회, 대한심장혈관흉부외과학회와 4차례 연석 회의 및 의견수렴을 거쳐서 마련된 이런 협력네트워크 기반 지불을 통한 서비스 제공의 질과 효율성과 안정성을 높인 시범사업은 가치기반 의료로 나아가는 새로운 시스템 정신을 잘 담고 있다. 현재의 목표질환은 급성심근경색증, 뇌졸중, 대동맥박리이지만,이렇게 협력축진을 통해 질을 향상시키고 사용하는 의료비를 건강향상 환자경험향상으로 잘 연결시키는 가치기반의료를 구현해 나가는 것이 다양한 방식으로 전개될 때 시스템의 지속가능성은 보다 향상된다. 이런 심뇌혈관 중증치료 인적네트워크가 일차의료기관의 심뇌혈관 발생 예방을 위한 일차예방 노력과 연결되어 고혈압 관리 등에 디지털헬스를 포함한 다양한 질향상을 위한 등록관리방식과 연결된다면, 해당 지역내 심뇌혈관 응급상황 발생역시 점진적으로 감소되어 갈 수 있을 것이다. 이런 의료기관간 종적 횡적 협력은 기존의 이루어진 행위를 대상으로 하는 지불보상 방식으로는 인센티브 충돌로 가능하지 않다. 그러나, 협력을 전제로 하거나 협력할 수록 더 좋은 질이라는 결과(지역등록주민 건강상태와 환자경험향상)를 얻을때 더욱 좋은 보상을 받는 시스템으로 전환되면, 이런 효율성이 극대화되는 서비스 제공이 이루어지고 이를 통해 국민들이 최종적으로 얻게 되는 건강상의 이익과 믿고 안심할만한 환자경험이 계속 쌓여가게 된다.

## 11. 파편화된 의료서비스의 극복은 선형 연결이 아닌 다중복합형 실시간 연결:

### Connected not by referral system but by triage by primary care physician

의료전달체계는 기계적으로 하위기관에서 해결 못하는 질환을 상위기관으로 의뢰하는 기계적인 시스템이 아니다. 의료전달체계 개념이 등장한 1920년 이후 100년이 지나는 동안 다양한 경험을 통해, 특정한 상태는 어디에서 지금 담당해야 할지 판단하는 triage를 통해 첫 접촉 의료인의 판단으로 반복전달없이 한번에 최적의 장소에서 적시에 진료를 받게 할 수 있는 학습경험을 충분히 형성했다. 디지털 연결망과 의료기관간의 협력 인센티브가 동시에 뒷받침 될 때, 초연결사

회로 효율적이고 적시성 높은 관리와 지속성 높은 지역사회내 관리가 이어질 수 있다. 더 이상 의료'전달'하는 체계가 아니라 협력을 통해 최적의 분업을 이루는 비용효과성 높고 높은 질을 추구하는 의료시스템은 환자의 이익(건강향상과 경험향상)을 극대화 할 때, 여기에 기여한 보건의료인이 가장 좋은 보상을 받는 인센티브를 가질 때, 질과 효율성을 모두 동시에 얻을 수 있다. 등록의료기관을 통한 지역주민의 연속적이고 포괄적인 관리와 손쉬운 첫 접촉을 환자가 할 수 있도록 해 주는 등록의료기관을 통한 환자-의사관계가 시범사업으로 시작되고 이를 통해 최적의 상위의료기관 서비스 필요 시 적시연결을 구현할 수 있는 협력형 인센티브가 앞으로 참여하는 국민들과 의료기관들을 점점 확대해 나간다면, 지금의 의료시스템의 의료비 지출 가속도는 떨어지고, 질 향상은 가속되게 될 것이다. 이를 통해 한국의 의료시스템은 지속가능성 위협에서 벗어나기 시작할 수 있을 것이다.

다양한 옵션으로 신속한 시범사업을 추진하여, GDP 대비 12-13% 지출 시점쯤에서보건의료비 지출의 plateau를 얻어 낼 수 있길 기대해 본다. 이 정도 비용은 그 시점에서 OECD평균 혹은 약간 상회하는 정도이고, 이 시점에서 다수의 국민들이 자발적으로 자신을 등록하여 의사-환자간 책임을 다하는 관계에 돌입해 있을 것이다. 기존의 시스템 운영방식에 남는 의사와 주민들이 상대적으로 규모가 적어진다면, 새로운 시스템을 통한 질 향상, 비용절약을 통한 효율성 극대화로 지속가능한 보건의료시스템을 구현할 수 있다.

OECD에서 말한것처럼, Small scale로 실험하고, 그 가치를 증명하고, 증거를 기반으로 확대적용해 나가자. 이런 과정에서 만나는 2025-26년엔 의료비증가 가속경향이 처음으로 꺾여서 증가속도가 감속되는 첫 해로 역사적 기록을 남기면서 그 뒤 안정화된 의료시스템으로 자리잡길 기대해 본다.

※ 본고의 주요 내용은 2023 한국보건행정학회 후기 학술대회 기초발표세션에서 발표되었음.

---

## References

- 1 <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- 2 <https://www.themedical.kr/news/articleView.html?idxno=901>
- 3 김은영. 국민 66% 필수의료대책 '긍정', 보험료율 인상엔 부정적. *청년외사* (2023.7.19)
- 4 <https://www.healthcare.gov/glossary/affordable-care-act/>
- 5 Blumenthal D, Collins SR, Fowler EJ. The Affordable Care Act at 10 Years – Its Coverage and Access Provisions. *N Engl J Med*. 2020 Mar 5;382(10):963–969. doi: 10.1056/NEJMp1916091. Epub 2020 Feb 26. PMID: 32101659.
- 6 Pandey A, Eastman D, Hsu H, Kerrissey MJ, Rosenthal MB, Chien AT. Value-Based Purchasing Design And Effect: A Systematic Review And Analysis. *Health Aff (Millwood)*. 2023 Jun;42(6):813–821. doi: 10.1377/hlthaff.2022.01455. PMID: 37276480.
- 7 Fowler et al 2023 *NEJM Catal Innov Care Deliv* 2023;4(11) DOI: 10.1056/CAT.23.0228 VOL. 4 NO. 11
- 8 Lindner and Lorenzoni OECD working paper. 2023. Innovative providers' payment models for promoting value-based health systems: Start small, prove value, and scale up
- 9 GBD 2021 Diabetes Collaborators. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023 Jul 15;402(10397):203–234. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01301-6. Epub 2023 Jun 22. Erratum in: *Lancet*. 2023 Sep 30;402(10408):1132. PMID: 37356446; PMCID: PMC10364581.
- 10 Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Sniehotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Stefanetti R, Trenell M, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Sattar N, Taylor R. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2018 Feb 10;391(10120):541–551.