

# 외국의 성과연동지불제도 현황과 가감지급사업의 발전방향

윤효정<sup>1,2</sup> · 박은철<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>연세대학교 대학원 보건학과, <sup>2</sup>연세대학교 보건정책 및 관리연구소, <sup>3</sup>연세대학교 의과대학 예방의학교실

## Reviews of Pay-for-Performance and Suggestion for Korean Value Incentive Program

Hyo Jung Yoon<sup>1,2</sup>, Eun-Cheol Park<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health, Yonsei University Graduate School; <sup>2</sup>Institute of Health Services Research, Yonsei University; <sup>3</sup>Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

The effort to measure and improve the quality of healthcare is a common health policy issue worldwide. Korean Value Incentive Programme is one of that effort, but some concerns exist. Compared to pay for performance program in other countries, it measures healthcare quality with relatively narrow performance domain using a small number of clinical indicators. It was designed without involving hospitals and other key stakeholder, and program participation was mandated. Highest and lowest performers get bonus and penalty using relative ranking. As a suggestion for development, the direction for quality management at the national level should be given first. Therefore the philosophy or strategy for quality improvement should be reflected to the program. And various domains and indicators of healthcare quality should be developed with active communication with healthcare providers. The evaluation method is necessary to be changed to provide achievable goal to the healthcare providers and attract quality improvement.

**Keywords:** Pay for performance; Value Incentive Program; Quality of health care

### 서 론

우리나라의 보건의료체계는 의료의 접근도 제고, 의료비 절감, 의료의 질 향상이라는 보건의료정책의 3대 측면에서 다양하게 논의되어왔다. 그 중 의료의 접근도는 12년 만에 전 국민건강보험의 달성, 중증질병 보장성 강화정책 등을 통해 상당 부분 개선되었다. 반면 의료비의 경우 건강보험이 저비용-저수가-저급여의 원칙하에 도입됨에 따라 그 지출액이 경제협력기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 회원국 평균에 비하여 낮은 편이지만, 고령화와 기술발달 등의 영향으로 빠르게 증가하고 있으며 평균증가율은 OECD 평균의 2배인 8% 수준에 달한다[1]. 이에 따라 의료비의 급격한 상승을 억제하기 위한 정책들, 포괄수가제를 포함한 수가보상체계 다양화, 요양급여 심사강화 등이 지속적으로 논의되고 있다. 마지막으로 의료의 질에 있어서 우

리나라는 중증질환의 치료수준이 양호한 편이며, 특히 뇌졸중 입원 30일 사망률, 자궁경부암 및 대장암 5년 생존율이 OECD 국가 중 가장 우수하다. 반면 일차의료, 정신질환 및 환자안전 등에서는 OECD 평균에 미치지 못하거나 신뢰성 있는 통계가 산출되지 않아 이에 비교조차 할 수 없는 상황이다[2].

의료의 질을 평가하고 향상시키려는 노력은 우리나라를 포함한 전 세계의 공통적인 의료정책 화두이다. OECD는 보고서를 통해 보건의료의 질 향상을 통한 비용 대비 가치(value for money) 향상의 중요성을 지적하였고 의료의 질 향상이 의료비 절감의 문제와도 상통한다고 하였다[3]. 각국 정부가 의료비 증가에 따른 재정압박을 견디기 위해 다양한 의료비 통제정책을 벌였으나, 단기적인 명령 통제방식은 단기적 지출을 줄이는 데에만 도움이 될 뿐 지속적인 비용감축에는 효과가 없었으며, 오히려 장기적인 보건의료정책목표를 훼손하기도 하였다. 반면 의료비를 보건의료의 질 향상에 투자함으

Correspondence to: Eun-Cheol Park

Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-1862, Fax: +82-2-392-8133, E-mail: ecpark@yuhs.ac

Received: 2017. 3. 22 / Revised: 2017. 3. 30 / Accepted: 2017. 4. 18

© Korean Academy of Health Policy and Management

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

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

로써 비용 대비 가치를 향상시키는 우회적인 접근은 국가 보건정책 목표를 훼손치 않고 장기적인 의료비 지출 통제를 가능케 한다.

보건의료의 질을 향상시키도록 의료공급자의 행동을 유인할 수 있는 제도의 일환으로 성과지불제도(pay for performance)가 있다. 이론적으로 성과지불제도는 경제학에서 말하는 본인-대리인 문제를 해결하기 위한 유인보수계획(incentive payment scheme)의 일종으로 볼 수 있다[4]. 보험자(본인)와 계약을 통해 보수를 받는 의료공급자(대리인)는 향후 받게 될 보상수준과 의료제공에 필요한 시간과 노력 등을 비교하여 자신의 이익이 가장 최적화되는 수준만큼의 의료를 제공하게 되는데, 피상적인 관찰만으로는 의료공급자들이 제공하는 의료수준의 차이를 파악하기 어렵다. 이러한 상황에서 성과지불제도는 보험자가 원하는 의료의 수준에 부합하는 경우에 한하여 추가적인 인센티브를 지급함으로써 의료공급자가 스스로 보험자가 지정한 수준의 양질의 의료를 제공할 때에 이익이 가장 극대화된다고 판단하게 만든다. 그 결과 보험자의 의도만큼 양질의 의료를 의료공급자가 제공하게 된다.

우리나라는 현재 요양급여 적정성 평가제도의 하부사업인 가감지급사업을 통해 성과지불제도를 시행하고 있으나 몇 가지 문제점이 지적되고 있다. 우선 우리나라와 해외의 성과지불제도의 현황을 살펴보고 그 실행성과를 분석한 논문을 소개한 후, 우리나라 가감지급사업의 바람직한 발전방향을 제시하고자 한다.

## 성과연동지불제도 현황

### 1. 한국의 가감지급사업

우리나라는 2007년 7월 급성심근경색증과 제왕절개 분만에 대한 가감지급 시범사업을 시작으로 2010년 진료분부터 본 사업을 시행하였다. 가감지급사업의 선정기준은 문제의 중요도(얼마나 많은 국민을 대상으로 하는지, 건강보험재정에 얼마나 영향을 미치는지), 실행 가능성, 개선 가능성이다[5]. 가감지급사업 대상으로 2011년 급성기뇌졸중, 2012년 수술의 예방적 항생제 사용, 2013년 외래 약제적정성 평가, 2015년 혈액투석이 차례로 추가되었다. 다만 기존의 급성심근경색증과 제왕절개 분만은 2014년부터 대상에서 제외되었다. 그 결과 2016년 기준 총 6개 항목 즉, 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 혈액투석, 외래 약제적정성(3항목)에 대하여 가감지급사업이 시행되고 있다. 단, 평가대상은 급성기뇌졸중 및 수술의 예방적 항생제 사용은 각각 종합병원 또는 병원급 이상을 대상으로 한정한다.

사업 초기 대상항목 및 해당 질 지표의 선정과정에서 의료공급자 등의 참여가 부족하고[4,6], 측정대상으로 선정된 대상항목도 전체 요양급여 중 극히 일부일 뿐이라는 비판이 있었다[7]. 또한 가감지급사업 세부평가지표는 대상항목에 따라 다르지만, 대체로 의료의 구조, 과정, 결과에서 발생하는 임상지표를 이용하여 의료의

질을 측정하고 있다[8]. 예를 들어 급성기뇌졸중은 전문의 상근 여부를 묻는 구조지표와 1시간 이내 뇌영상검사 실시율 등 9개의 과정지표만이 포함된다. 평가방식은 병원 간 순위를 매기는 상대평가 방식을 채택하고 있으며 평가결과 상위기관에는 요양급여의 1%~2%를 보너스로 지불하고, 하위기관에는 요양급여 총액의 1%~2%에 해당하는 패널티를 부여한다.

### 2. 외국의 성과연동지불제도

2012년 OECD Health System Characteristics Survey에 따르면 OECD 17개 국가에서 성과연동지불제도를 시행하고 있다[9] (Table 1). 구체적으로 일차의료 분야에서 16개, 외래 전문의 서비스(outpatient specialist care) 분야에서 7개, 입원서비스(inpatient care) 분야에서 11개 국가가 성과연동지불제도를 시행하고 있다. 이와 관련하여 2014년 OECD가 발간한 연구결과를 토대로 외국의 성과연동지불제도의 특징을 살펴보고자 한다[4] (Table 2).

#### 1) 의료의 질 측정범위 및 지표

의료의 질은 두 가지 측면에서 측정 가능하다. 즉 구조, 과정, 결과와 같은 임상지표를 이용할 수 있고, 대기시간의 감소나 진료시간의 증가 등 환자의 경험과 만족도에 영향을 미치는 의료시스템의 반응성(responsiveness)을 측정할 수도 있다.

OECD 회원국에서 운영하는 성과연동지불제도는 각 프로그램

**Table 1.** Pay for performance activities in Organization for Economic Cooperation and Development countries as of 2012

Country	Primary care	Outpatient specialist care	Inpatient care
Chile	○	○	
Korea	○	○	○
Spain	○	○	○
Sweden	○		○
Turkey	○		○
Australia	○		○
France	○	○	○
Mexico	○		
New Zealand	○		
Portugal	○		○
United States	○	○	○
Czech Republic	○		
Hungary	○		
United Kingdom	○	○	○
Estonia	○		
Netherlands	○	○	○
Luxembourg			○
No. of countries	16	7	11

Modified from Organization for Economic Cooperation and Development. Better ways to pay for health care. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2016 [9].

**Table 2.** Comparison with pay for performance programmes in other countries as of 2012

Country	Program	Focus	Performance domain	No. of indicator	Stakeholder involvement	Evaluation method	Provider participation	Reward
Korea	Value Incentive Program	Hospital	Clinical quality (AMI, C-section)	7	Health Insurance Review and Assessment Service designed the programme without involving providers and other key stakeholder	Relative ranking	Mandated	Bonus/penalty
Australia	Practice Incentive Program	Primary care	Clinical quality (diabetes, cervical screening, asthma, etc.) Capacity Rural support	15	The basis for the payment formula was developed in consultation with the General Practices Financing Group Department of Health and Aging regularly consults with general practitioner professional organizations through an advisory group	Absolute	Voluntary	Bonus
UK	QOF	Primary care	Clinical quality (20 chronic disease including coronary heart disease, heart failure, hypertension) Organizational Patient experience Additional services	142	An independent Primary Care QOF Indicator Advisory Committee review existing indicators and recommend new ones in a participatory way Negotiation between the National Health Service Employers and the General Practitioners Committee decided which indicators were adopted	Absolute	Voluntary	Bonus
US-California	IHA physician incentive program	Primary care	Clinical quality (cardiovascular, diabetes, etc.) Meaningful use of health information technology Patient experience Appropriate resource use	78	IHA, a multi-stakeholder organization, is responsible for convening participants to establish measurement and reporting rules, applying a common set of performance measures, and reporting results	Varies by insurer (relative/absolute)	Voluntary	Bonus
US-National	Hospital Quality Incentive Demonstration	Hospital	Clinical quality (AMI, coronary artery bypass graft, heart failure, community acquired pneumonia, hip and knee replacement)	33	The specific measures included were largely based on those already developed and in use by government and private organizations, such as the National Quality Forum, American Hospital Associations and the Leapfrog Group	Relative ranking	Voluntary	Bonus/penalty

Modified from Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014 [4].  
AMI, acute myocardial infarction; QOF, Quality and Outcomes Framework; IHA, Integrated Healthcare Association.

별로 세부운영기준에 차이가 있으나 의료의 질 측정범위 및 대상 질환이 우리나라에 비해 넓은 편이다. 예를 들어 영국의 Quality and Outcomes Framework (QOF)는 일반의(general practitioner) 대상의 성과지급사업으로 다수의 목표를 조합하여 총 1,000점 만점의 하나의 복합지표를 만들며, 임상, 조직, 환자경험, 부가서비스의 4개 부문, 142개 지표를 포함한다. 임상 부문은 관상동맥질환, 심부전, 고혈압 등 20여 개의 만성질환에 관한 87개의 지표로 이루어지며, 예를 들어 관상동맥질환 환자 중 현재 베타차단제를 투여 받고 있는 환자의 분율 등이 있다. 조직 부문은 의료기록, 환자에 대한 정보, 교육, 약물 및 의료인력관리 등과 관련한 45개 지표로 구성된다(예를 들어 의료스텝 고용 등을 규정한 매뉴얼이 작성되었는지 여부). 환자경험은 일반의가 환자의 최소 상담시간에 대한 것으로 1개 지표로 구성된다. 프랑스 Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)의 경우 예방 및 검진, 만성질환의 관리, 약 처방의 효율성, 조직운영의 4개 부문, 29개 지표로 구성된다. 예방 및 검진은 독감예방접종, 유방암 검진, 자궁경부암 검진 등을 포함하며 만성질환은 당뇨와 고혈압 관련 항목으로 구성된다. 미국 캘리포니아 Integrated Healthcare Association (IHA)의 성과연동 지불제도는 2012년 기준 임상, health information technology 활용, 환자경험, 적절한 자원활용에 관한 4개 부문, 78개 지표로 구성된다. 임상 부문은 심혈관질환, 당뇨관리, 근골격질환, 예방, 호흡기 질환에 관한 지표를 포함한다. 미국의 Hospital Quality Incentive Demonstration (HQID)는 2003년 Center for Medicare and Medicaid (CMS)의 주도로 시행한 병원대상 성과지급 시범사업이며, 5개의 질환, 즉 급성심근경색증, 관상동맥우회술, 심부전, 지역 사회 획득 폐렴, 고관절 및 무릎관절 치환술에 대한 33개의 지표를 포함한다. 예를 들어 급성심근경색증 환자가 도착했을 때 아스피린을 투여했는지 여부, 관절치환술 환자 중 30일 내 재입원 횟수 등이 있다. 성과지불제도를 최초로 시행한 호주의 일반의 대상 Practice Incentive Program (PIP)의 경우 임상, 의료자원, 도서지역 지원의 3개 부문, 15개의 지표를 포함한다. 임상 부문은 당뇨, 자궁경부검진, 천식 등 5개 지표로 이루어진다.

## 2) 제도개발 관련 이해당사자의 참여

성과연동제도의 지표 개발 시 의료공급자 및 유관기관이 참여하는 경우가 많았다. 예를 들어 독일의 Disease Management Program (DMP)의 경우 대학, 의료 관련 협회 등의 전문가가 프로그램 필수 사항을 근거중심 가이드라인에 따라 설정하였다. 에스토니아의 경우도 가정의학회와 에스토니아 건강보험 펀드가 조인하여 프로그램을 개발하였다. 영국 QOF는 최초에는 National Health Service (NHS)에서 단독으로 시행하였으나 2009년 이후부터 National Institute for Health and Care Excellence에서 새로운 지표 개발에 대한 제안업무가 주어졌으며, 의사협의체(General Practitioners Com-

mittee)와 NHS는 어떤 지표를 포함시킬지 협상하여 결정한다. 미국 HQID의 경우 CMS와 Premier사에서 만들었지만, 지표의 개발에 있어 기존에 개발되고 사용되는 지표들, 즉 비영리단체인 National Quality Forum, American Hospital Associations 등에서 이미 정한 지표들을 사용하였다. 미국 캘리포니아 IHA의 경우, 개발 및 시행의 주체가 8개 민간보험사가 주도적으로 시행한 성과지불제도로 각 병원 및 의사들로 구성된 IHA에서 지표개발 및 데이터 수집 등에 참여하였다. 호주 PIP의 경우도 프로그램 디자인 시 일반의그룹(General Practice Financing Group)의 컨설팅을 받았고 또한 지속적으로 일반의 조직과 지속적으로 컨설팅을 받고 있다.

## 3) 프로그램 참여 관련

대다수 성과연동지불제도에서 의료공급자가 자발적으로 프로그램 참여 여부를 결정하였다. 호주 PIP에는 총 일반의의 약 3분의 2가 자발적으로 참여하고 있고, 프로그램에 참가한 일반의는 어떤 지표로 평가받을지도 선택할 수 있다. 영국 QOF는 거의 대부분의 일반의가 참여하며, QOF를 통해 보상받는 금액이 일반의 전체 수익의 평균 20%를 차지한다. 독일 DMP의 경우도 일반의가 참여 여부를 스스로 결정할 수 있으며, 각 질병금고별로 참여율이 다르나 연구에 의하면 약 70%의 일반의가 프로그램에 참여하고 있다. 미국 HQID의 경우 시범사업 6년간 38개 주 222-273개 병원이 자발적으로 참여하였다. 미국 캘리포니아 IHA 성과지불제도의 경우, 해당 프로그램을 운영하는 7개 민간보험사와 의료공급자가 계약하는 경우에만 성과지불제도를 적용받게 된다. 약 200여 개 의료그룹(physician organization), 35,000여 명의 의사가 프로그램에 참여하고 있다. 반면 프랑스의 경우 일반의는 자동적으로 ROSP에 가입되며, 약 3%의 일반의가 참여를 거부하거나 자료를 제출하지 않음으로써 적용대상에서 제외되었다.

## 4) 인센티브 지불방식

인센티브 지불방식은 절대평가, 상대평가가 가능한데, 우리나라와 동일하게 상대평가방식을 취하는 경우는 미국의 HQID와 미국의 Maryland Hospital Acquired Complication Programme (HCA) 프로그램이 있다. 성과가 낮은 의료기관에 패널티를 부여하는 경우는 우리나라 Value Incentive Program (VIP)을 포함하여 브라질의 Social Organizations in Health Performance-Based Contracting, 터키의 Family Medicine Performance-Based Contracting Scheme, 미국의 HQID, 미국의 Maryland HCA가 있다.

## 3. 성과연동지불제도의 시행성과

우리나라에서 VIP 프로그램 도입 이후 가감지급 대상항목의 의료의 질이 향상되었는지에 대한 평가는 대체로 부정적인 편이다. 예를 들어 급성심근경색증의 경우 지표별 측정결과에 가중치를 부

여하여 100점 만점으로 환산하여 종합점수를 산출하였는데, 종합 점수의 평균은 2010년 92.95점, 2011년 96.97점, 2012년 97.83점으로, 2010년 대비 2012년의 평균점수가 약 5.3% 증가하여 의료의 질 수준이 일부 향상되었다[10]. 하지만 상급종합병원의 경우 2010년 97.70점, 2011년 99.23점, 2012년 99.57점으로 이미 높은 수준의 지표값에 도달하였기 때문에 더 이상의 값 향상이 어렵고 병원 간의 등급구분이 무의미한 상황이다. 한편 제왕절개 분만의 경우 실제 발생한 제왕절개 분만율과 위험도 보정 후 예측되는 제왕절개 분만율의 차이를 표준오차로 나누는 방식으로 점수를 산출하였다. 제왕절개 관련 평균표준점수는 2010년 -1.58점, 2011년 -1.24점, 2012년 -1.49점으로 거의 향상되지 않았다[11]. 수술의 예방적 항생제 사용 관련 종합지표는 2010년 64.3%에서 2012년 73.4%로 증가하였으나 2014년에는 73.3%로 감소하였다[12]. 급성심근경색증과 마찬가지로 상급종합병원은 2012년 95.8%, 2014년 97.5%로 이미 높은 지표값에 도달하여 증가율이 둔화될 수밖에 없는 상황이다.

Eijkenaar 등[13]은 성과연동지불제도의 시행결과를 종합적으로 평가하기 위해 2000년부터 2011년까지 출판된 체계적 문헌고찰 논문 중 22개를 추려서 그 결과를 비교하고 분석하였다. 각 체계적 문헌고찰에 포함된 개별논문의 수를 합하면 총 413개였고 그 중 87개가 무작위비교시험이었다. 그 결과 성과연동지불제도가 의료의 질을 향상시키는지에 대한 근거가 불충분하였고 효과도 미미하였다. 의료의 질 향상에 유의한 영향을 미친 경우는 주로 만성질환 또는 예방적 치료였고, 급성치료에서는 대부분 유의하지 않았다. 예를 들어 Dudley 등[14]은 8개의 무작위비교시험 논문을 고찰한 결과 10개의 종속변수 중 6개 의료지표만이 인센티브와 유의한 연관성이 있었다. Town 등[15]은 예방적 치료와 관련한 6개 무작위비교시험 논문에서 8개의 종속변수 중 1개 결과만이 유의하였다. Van Herck 등[16]은 30개 논문을 체계적 문헌 고찰하였으며, 이를 종합하여 성과연동지불제도의 시행이 의료의 질을 약 5% 향상시키거나 결과 간의 편차가 크다고 하였다. Steel과 Willems [17]는 영국 QOF의 효과성에 대한 28개 논문을 분석하였고, 그 결과 의료의 질이 점진적으로 향상되었으나 QOF 도입 이전부터의 트렌드와 비교하였을 때는 그 향상속도가 미미하다고 하였다.

다만 성과연동지불제도가 어떻게 설계되었느냐에 따라 의료의 질 향상에 더 효과적인 수도 덜 효과적인 수도 있는 것으로 보인다. 측정지표의 경우 구체적이고 따르기 쉬우며 의료의 질이 향상될 여지가 클수록 효과적이었다[13]. Town 등[15]은 성과측정지표가 보다 구체적이고 따르기 쉬우수록 성과지불제도 시행결과는 효과적이라고 하였고, Schatz 등[18]은 5개의 논문을 분석한 결과 평가지표가 달성 가능한 수준일 때에 효과적이라고 하였다. Van Herck 등[16]은 의료의 결과지표보다는 의료행위 프로세스와 관련된 지표를 사용했을 때 효과가 더 크고 향상될 여지가 클수록 효과가 더 크다고 하였다. 대상집단은 개인 또는 작은 의료인조직인 경우가 큰

조직에 비해 효과적이었다[13]. Dudley 등[14]은 10개 결과지표에 대한 무작위시험 중에서 개인을 대상으로 한 경우 5개의 긍정적인 결과와 2개의 유의하지 않은 결과를 보인 반면, 그룹을 대상으로 한 경우 1개의 유의한 결과와 2개의 유의하지 않은 결과를 보였다. Van Herck 등[16]은 개인이나 작은 팀을 대상으로 한 경우가 큰 그룹이나 병원을 대상으로 한 경우보다 성과연동지불제도 시행결과가 효과적이라고 하였다. 평가방식과 관련하여서 상대평가보다 절대평가방식이 보다 효과적이었다[13]. Armour와 Pitts [19]는 2개의 무작위비교시험을 통해 달성지표가 절대평가인 경우 유의한 결과가 나타났으나, 상대평가인 경우에 유의한 효과를 발견할 수 없었다. Dudley 등[14]의 경우 상대평가방식인 2개 연구에서는 유의한 효과가 발견되지 않았으나 절대평가방식인 5개 연구 중 4개 연구에서는 유의한 상관관계가 발견되었다. 또한 인센티브의 종류에 관련하여 van Herck 등[16]은 프로그램이 새로운 돈에 의해 운영될 때가 하위기관의 패널티로 마련한 돈을 상위기관에 재배분하는 것보다 긍정적 효과를 발휘할 수 있다고 하였다. 마지막으로 의료공급자가 성과연동프로그램의 타깃 선정 및 측정지표 개발에 참여한 경우가 그렇지 않은 경우보다 효과적이었다[13,20].

## 결론

요컨대, 한국의 가감지급사업은 의료의 질 측정범위 및 대상지표가 협소하고, 제도 개발 당시 이해당사자의 참여가 부족하였으며, 사업 참가 여부를 의료공급자 스스로 결정할 수 없고 상대평가 방식을 취하는 점 등에서 OECD 국가들과 차이가 있으며 이로 인해 의료의 질 향상이라는 목표를 달성하는 데 한계가 있다.

가감지급사업이 우리나라 보건의료의 질 향상에 도움이 되기 위한 제언은 다음과 같다. 첫 번째, 국가적 차원에서 의료의 질 관리를 위한 방향이 우선 제시되어야 하고[2,7], 가감지급사업은 해당 방향에 맞게 전략적으로 설계되어야 한다. 미국의 Agency for Healthcare Research and Quality는 매년 ‘미국 의료의 질 보고서’를 작성하여 국가 전반의 의료의 질을 측정하고 국가 보건정책에 활용토록 하고 있다[8]. 보고서 작성을 위한 기초적 틀은 미국 의학합리원(Institute of Medicine)에서 담당하였고, 보고서는 효과성, 안전성, 적시성, 환자 중심성 등 양질의 의료가 갖춰야 할 조건별로 챕터를 나누어 작성된다. 우리나라는 현재 국가 전체적 차원에서 의료의 질을 모니터링하고 결과를 제시하는 보고서가 없으며, 건강보험심사평가원(심평원)이 발행하는 ‘요양급여 적정성 평가 종합보고서’는 적정성 평가대상인 질환 또는 시술을 제한적으로 포함할 뿐이다. 현재의 가감지급사업은 의료의 질 평가에 대한 거시적인 논의 없이 진행되었기 때문에, 양질의 의료에 대한 국가 차원의 철학이나 전략이 반영되지 않았고 이러한 점은 우리나라 가감지급사업의 명백한 한계로 작용하고 있다. 따라서 국가 차원의 국가의료질보고서

발간 등 거시적인 안목의 논의가 우선되어야 할 것이다.

두 번째, 의료거버넌스를 강화할 수 있는 다양한 평가지표 개발이 필요하다. 현재 적정성 평가 및 가감지급사업에서 사용되는 평가 지표들은 측정 가능성, 자료의 신뢰성이 우선적인 선정기준이었으며[5], 대부분 임상적 측면에 한정될 뿐 전반적인 의료시스템에 대한 것은 아니었다. 또한 외부적 변수가 많아 의료공급자가 통제하기 어려운 사망률이 의료의 결과지표로 포함하는 등 선정된 평가 지표에 대한 논란도 있다. 실제로 사망률을 의료의 질 지표로 포함시킨 경우는 우리나라와 미국의 HQID가 유일하며, 대부분 콜레스테롤 수치 같은 중간 결과지표를 사용하고 있다[4]. 비록 성과연동지불제도가 의료의 질 향상을 위한 혁신적인 돌파구가 될 수는 없지만, 성과연동지불제도는 그 시행과정에서 의료거버넌스를 강화시키는 부수적인 효과가 존재한다[4,21]. 즉 평가지표의 선정을 통해 의료 관련 이해당사자 간에 논의의 초점이 명확화되고 지표 산출을 위한 의료통계시스템이 개발되는 등 의료 전반의 긍정적인 파급효과가 발생한다. 현재 가감지급사업의 평가지표는 평가의 폭과 깊이가 협소하여 성과연동지불제도의 이러한 부수적 효과마저 누리기가 어렵다. 따라서 의료 전반을 물을 수 있는 질 지표 개발 및 자료 산출과정에 대한 지원이 필요하다.

세 번째, 성과연동지불제도 설계과정에는 의료전문가, 학계 등 관련 단체의 적극적인 참여와 특히 의료공급자의 합의가 중요하다. 의료소비자에게 병원 선택을 위한 정보를 제공하는 것도 중요하지만 성과연동지불제도의 가장 근본적인 목표는 의료공급자에게 의료의 질 향상이 스스로에게 이익이 된다고 인식시키고 자율적으로 질을 개선토록 유도하는 것에 있다. 의료공급자가 성과연동지불제도에 참여할지 여부를 자율적으로 선택할 수 없는 상황이라면 적어도 참여 자체가 부담이 되지는 않도록 하여 의료공급자의 불만을 줄일 필요가 있다. 예를 들어 성과연동지불제도 참가 이후 공통적으로 부담을 느끼는 행정비용의 증가 등은 별도의 수가를 개발하는 등 지원이 필요하다[2,4].

마지막으로, 의료 질 평가제도와 비용 심사제도가 명확히 구분되도록 평가방식의 전환이 필요하다. 심평원의 진료비 심사와 요양급여 적정성 평가업무는 각각 의료비 절감과 의료의 질 개선을 위한 별도의 제도이다. 하지만 현재의 가감지급사업은 평가결과에 따라 요양급여비용을 가감하여 지급하므로 많은 의료공급자들은 가감지급사업 역시 심사제도의 일환으로 인식하며[22], ‘병원 줄 세우기식 평가’, ‘평가를 위한 평가’라고 평하는 등 제도에 대한 반발이 적지 않다. 특히 현재의 상대평가방식은 요양기관 간 등급을 매길 때 심평원의 자의적인 판단이 개입될 여지가 크고, 중소병원은 사실상 의료의 질 향상을 위한 투자가 가장 필요함에도 계속적으로 요양급여 감산의 위협에 처하는 악순환이 초래되어 중증환자를 기피하는 등 진료왜곡이 발생할 수 있다. 따라서 절대평가방식으로 전환하고 현재의 패널티방식을 없애고 인센티브만 운영하는

등 평가방식의 전환이 필요하며, 요양기관 중별로 기준을 차등 적용하는 등 모든 의료공급자에게 달성 가능한 목표를 제공하여야 한다.

심평원은 14년 심장학회의 적정성 평가 보이콧 이후 국민의료평가발전위원회를 발족하여 의약계를 포함한 유관단체의 의견을 경청하는 등 의료의 질 평가에 있어 기존 심평원 중심의 독단적인 태도를 변경하였다. 또한 16년 요양급여 적정성 평가부터는 환자경험지표를 추가하고 환자안전 및 마취영역의 예비평가를 시행하는 등 의료 질 관리체계의 다양화를 꾀하고 있다[23]. 이러한 변화의 방향은 바람직하며, 기존의 문제점들이 개선될 수 있도록 제도 정비의 속도가 가속화되길 바란다.

## REFERENCES

1. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2015: OECD indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2015.
2. Park EC. Problems and future directions for quality evaluation of the Health Insurance Review and Assessment Service. J Korean Med Assoc 2015;58(3):176-178. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2015.58.3.176>.
3. Organization for Economic Cooperation and Development. Value for money in health spending. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2010.
4. Organization for Economic Cooperation and Development, World Health Organization. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. Maidenhead: Open University Press, McGraw-Hill Education; 2014.
5. Ministry of Health and Welfare. 2015 Health and welfare white paper. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016.
6. Lee JY, Lee SI, Kim NS, Kim SH, Son WS, Jo MW. Healthcare organizations' attitudes toward pay-for-performance in Korea. Health Policy 2012;108(2-3):277-285. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.09.002>.
7. Kim KS. Future directions for the healthcare quality assessment in NHI. Health Welf Policy Forum 2013;(202):48-60.
8. Kang HJ, Yoon SJ, Ha SI, Ko SK, Seo HY. Policy issues for measuring the quality of health care across Korea: designing a national healthcare quality report. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2013.
9. Organization for Economic Cooperation and Development. Better ways to pay for health care. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2016.
10. Health Insurance Review and Assessment Service. Results of acute myocardial infarction evaluation as of 2013. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2013.
11. Health Insurance Review and Assessment Service. Results of cesarean delivery as of 2013. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2013.
12. Health Insurance Review and Assessment Service. Results of surgical antibiotic prophylaxis evaluation as of 2014. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2015.
13. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schoffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. Health Policy 2013;110(2-3):115-130. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.008>.
14. Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft

- HS. Strategies to support quality-based purchasing: a review of the evidence. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.
15. Town R, Kane R, Johnson P, Butler M. Economic incentives and physicians' delivery of preventive care: a systematic review. *Am J Prev Med* 2005;28(2):234-240. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.10.013>.
  16. Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res* 2010;10:247. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-247>.
  17. Steel N, Willems S. Research learning from the UK Quality and Outcomes Framework: a review of existing research. *Qual Prim Care* 2010; 18(2):117-125.
  18. Schatz M. Does pay-for-performance influence the quality of care? *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2008;8(3):213-221. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACI.0b013e3282fe9d1a>.
  19. Armour BS, Pitts MM. Physician financial incentives in managed care. *Dis Manag Health Outcomes* 2003;11(3):139-147. DOI: <https://doi.org/10.2165/00115677-200311030-00001>.
  20. Christianson JB, Leatherman ST, Sutherland K; Health Foundation. Financial incentives, healthcare providers and quality improvements: a review of the evidence. London: Health Foundation; 2007.
  21. Kim Y, Jo MW, Oh MK, Lee CE, Ok MS. Development of 2-step model for medical evaluation support fund. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2015.
  22. Kim KH, Kim HN, Lee JC. Current issues and future perspectives of quality assessment system in National Health Insurance Law: focusing on healthcare benefit quality assessment. *Dankkok Law Rev* 2012; 36(2):691-714.
  23. Health Insurance Review and Assessment Service. HIRA, healthcare quality assessment plan for 2016. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2016.