



의료서비스 가치를 고려한 본인부담 차등제도 도입 검토

오승연 연구위원

- 공·사 건강보험은 의료서비스의 과다이용을 억제하기 위해 의료이용자로 하여금 비용을 의식하게 하는 본인부담제도를 실시하고 있음.
 - 하지만 환자의 자기부담 의료비가 높아지면 건강에 필요한 의료를 과소이용(underuse)할 유인이 생겨나게 되고, 이는 건강에 부정적 영향을 미쳐 장기적으로 오히려 의료비를 증가시킬 수 있음.
- 가치기반보험설계는 의료서비스의 가치에 따라 본인부담을 차등 적용하는 제도로써 비용절감과 의료의 질 향상이라는 두 가지 목표의 균형을 유지하고자 함.
 - 기존의 건강보험 비용분담 제도는 의료서비스를 이용하는 모든 보험가입자에게 동일하게 적용되어 환자의 본인부담을 높이면 불필요한 서비스 이용을 줄이기도 하지만 동시에 필요한 서비스 이용을 줄이는 부작용도 있음.
 - 필수적 의료의 과소이용 혹은 불필요한 의료의 과다이용을 억제하기 위해 환자의 본인부담을 의료서비스의 가치와 연계시켜 부과하는 제도임.
- 비용대비 치료 가치가 높은 대상으로 만성질환(당뇨, 혈압, 콜레스테롤), 우울증, 천식의 치료제들이 있으며, 이들에 대해 낮은 본인부담금을 적용함.
 - 가치기반보험설계 제도를 시행한 다수의 사례를 모아서 분석한 결과 환자의 본인부담 의료비가 줄고 의료의 질이 향상되었으나 전체 의료비는 크게 변화하지 않고 유지된 것으로 나타남.
- 우리나라에서도 특정 질병군을 대상으로 본인부담 차등제도의 시행을 고려해 볼 수 있음.
 - 특정 질병군 혹은 특정 환자군과 지불체계를 연계시킬 수 있는 의료정보시스템 구축이 필요함.
 - 국민건강보험은 의료공급자와의 네트워크가 형성되어 있으므로 가치가 충분히 높다고 검증된 만성질환 관련 치료제를 우선 대상으로 해서 본인부담 삭감 혹은 감면을 시행해 볼 수 있을 것임.

1. 검토배경



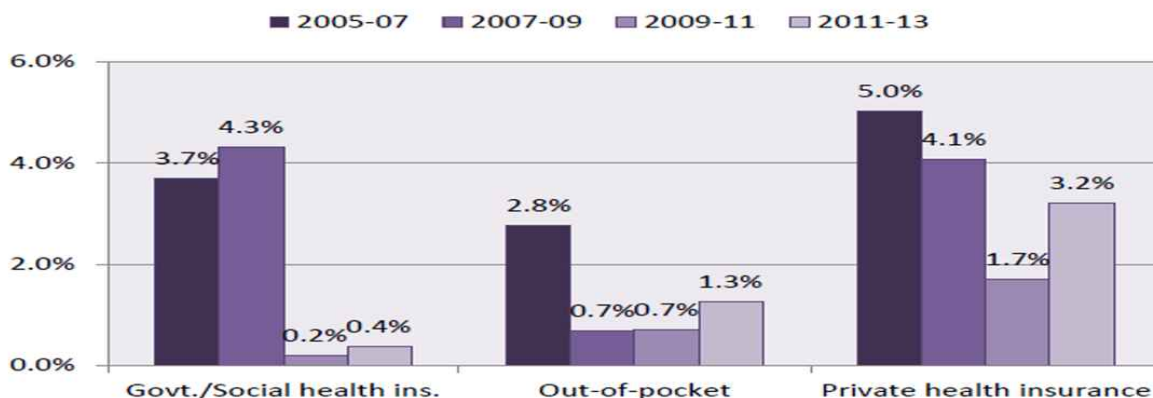
■ 공·사 건강보험은 의료서비스의 과다이용을 억제하기 위해 의료이용자로 하여금 비용을 의식하게 하는 본인부담제도를 실시하고 있음.

● 도덕적 해이를 완화시키기 위한 본인부담제도는 그 방식과 수준에 따라 의료서비스 접근성을 약화시킬 수도 있음.

■ 의료비 재원에서 개인의 의료비 부담은 지속적으로 증가하고 있음.

● 재원별로 일인당 의료비의 연평균 증가율을 보면, 글로벌 경제위기 이후 자기부담 의료비의 증가율이 공공재원 의료비의 증가율을 앞서고 있음.

〈그림 1〉 재원별 일인당 의료비 연평균 증가율



자료: OECD Health Statistics 2015.

■ 의료이용자의 본인부담비용이 커지면 필수적인 의료를 과소이용(underuse)할 유인이 생겨날 수 있으며, 이는 건강에 부정적 영향을 미쳐 장기적으로 의료비를 증가시킬 수 있음.

● 본인부담 정액금(copayment)이 두 배 증가했을 때, 규칙적으로 약물을 복용하던 만성질환 환자들 이 약물복용을 8~23% 낮춘 것으로 나타남.¹⁾

■ 의료이용자의 의료이용 유인에 영향을 미쳐 특정 의료서비스의 이용을 권장 혹은 억제할 수 있는 수단으로 의료서비스별로 본인부담을 차등 적용하는 방안을 고려해 볼 수 있음.

- 가치가 낮은 의료서비스는 본인부담을 높여 과다이용하지 않도록 하고, 가치가 높은 서비스는 본인부담을 낮춰 과소이용을 억제할 수 있을 것임.
- 국민건강보험은 의료기관 종류나 입원·외래·약제 구분에 따라 본인부담 방식과 수준을 다르게 적용하고 있으나, 세부 의료서비스별로는 본인부담을 차등화하고 있지 않음.
 - 산정특례제도²⁾나 선별급여³⁾ 등에서 일반 급여와 다른 본인부담률이 적용되고 있으나, 이들은 의료이용 통제를 목적으로 하기보다는 4대 중증질환자의 의료비 부담을 줄이는 목적으로 도입된 제도들임.

■ 본고에서는 최근 논의되고 있는 비용분담(cost-sharing)⁴⁾ 방식으로 본인부담 차등제도인 가치기반보험설계(value-based insurance design)를 소개하고 우리나라의 적용가능성을 검토하고자 함.

2. 가치기반보험설계 제도



가. 가치기반보험설계 도입 배경

■ 가치기반보험설계 개념은 의료비를 통제하고자 도입한 비용분담 상승이 치료의 접근성을 제한시켜 필수적 의료의 과소이용을 초래할 수 있다는 우려에 따라 2001년 처음 제안됨.⁵⁾

- 2009년에는 미국 상원에서 메디케어(Medicare)에 가치기반보험설계 제도를 도입하자는 법안이 발의되기도 했음.

1) Freudenheim M.(2007. 5. 8), “New tack on copays: cutting them”, *The Wall Street Journal*.

2) 4대 중증질환 중 지정된 질병에 대해 법정본인부담률을 10%로 부과하는 제도.

3) 4대 중증질환 보장강화를 위해 과거 비급여 진료 일부를 급여화하였는데, 의학적 필요성 정도에 따라 필수급여와 선별급여로 구분함. 선별급여의 경우 높은 본인부담(50~80%)을 부과함.

4) 대표적으로 공제금(deductible), 정액제(copayment), 정률제(coinsurance) 등이 있음.

5) Fendrick et al(2001), “A benefit-based copay for prescription drugs: patient contribution based on total benefits, not drug acquisition cost”, *American Journal of Managed Care*, 7(9).

- 이 법안은 당뇨, 만성 폐쇄성 폐질환(obstructive pulmonary disease), 고혈압, 천식, 우울증과 같은 질병에 대해 “가치가 높고, 효과가 좋은” 치료제를 대상으로 본인부담액을 감면시키자는 내용임.

■ 환자의 의료비 본인부담 증가가 필수적 의료의 과소이용을 초래하는 경우는 급성치료보다는 만성질환 치료에서 심각하게 나타남.

- 당장에 수술이나 입원이 필요한 질병이나 상해와 달리 만성질환의 경우는 약물 복용을 통한 지속적인 조절과 치료가 필요함.
- 약물복용은 처방받은 약물을 환자가 스스로 복용해야 하므로 병원에서 받는 의료서비스와 달리 관리감독 및 강제가 어려움.
- 과소이용의 대표적 사례가 치료에 필요한 약물 복용을 이행하지 않는 것임.

■ 의료비 상승의 주요 요인인 만성질환은 예방과 치료에 따른 편익이 큼에도 불구하고 투약순응도(Adherence to medical therapy)⁶⁾가 낮은 편임.⁷⁾

- 낮은 투약순응도로 인해 만성질환과 같이 흔한 질환의 조절과 치료에 실패하게 되면 결과적으로 사회의 의료비 부담이 커지게 될 것임.
- 고혈압 환자의 약물복용이행(medication adherence) 정도가 낮은 것으로 나타나는데, 이는 고혈압 환자의 건강을 악화시키거나 또 다른 만성질환을 야기시키고 응급상황이나 입원과 같은 상황에 따른 비용지출을 증가시키는 것으로 나타남.⁸⁾
- 환자가 혈당강하제를 가지고 있는 비율(처방된 약을 획득한 비율을 측정하는 지표)이 낮을수록 당뇨병 동반질환의 중증도나 응급실 방문율이 높게 나타남.
 - WHO는 미국에서 제2형 당뇨병 환자 1천만 명을 치료하는데 드는 비용이 매년 290억 달러가 들며 예방 가능한 혈관합병증이 생길 경우 환자 일인당 2~3.5배의 비용이 더 든다고 추정함.

6) 환자가 의사의 치료과정에 동의하고 처방을 받은 후 이를 실행하고 유지하는 것을 의미함.

7) Vlasnik et al(2005), “Medication adherence: factors influencing compliance with prescribed medication plans”, Case Manager, 16(2).

8) 조은희 외(2013), 「고혈압 환자의 약물복용이행에 영향을 미치는 요인: 2008년 국민건강영양조사를 이용하여」, 지역사회간호학회지, 제24권, 제4호.

■ 특히 만성질환자의 대부분을 차지하는 노인의 약물치료에 대한 의존도는 매우 높은데 반해, 약물복용 이행 정도는 매우 낮은 것으로 나타남.

- 2014년 노인실태조사에 따르면, 전체 노인의 90.4%가 만성질환을 갖고 있으며, 만성질환을 2개 이상 지니고 있는 복합이환자도 72.2%에 이르는 것으로 나타남.
 - 전체 노인의 82%가 의사처방약을 복용하고 있는 것으로 조사됨.
- 노인의 약물복용이행 정도는 14~77% 정도로 낮은 수준으로 보고되고 있음.⁹⁾

■ 약물복용 불이행의 주요 요인 중 하나는 환자의 경제적 부담이며, 만성질환 치료의 본인부담을 낮춰 약물복용이행 정도를 높임으로써 치료효과와 의료비 절감효과를 기대할 수 있을 것임.

- 의료급여 혜택을 받는 대상자의 약물복용이행 정도가 상대적으로 높게 나타나는데, 이는 본인부담금에 대한 부담이 낮아 약물복용이행에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보임.¹⁰⁾

나. 가치기반보험설계란?

■ 기존의 건강보험에서 비용분담은 의료서비스를 이용하는 모든 보험가입자에게 동일하게 적용되어 왔음.

- 환자의 본인부담을 높이는 것은 불필요한 서비스 이용을 줄이기도 하지만 동시에 필요한 서비스 이용을 줄이는 부작용도 있음.
- 환자의 본인부담은 특정 의료서비스가 치료에 얼마나 필수적인가에 근거해서 결정되어야 할 것임.

■ 필수적 의료의 과소이용 혹은 불필요한 의료의 과다이용을 억제하기 위해서는 환자의 본인부담을 의료서비스의 가치와 연계시켜 부과해야 할 것임.

9) Schlenk, E. A., Dunbar-Jacob, J., & Engberg, S.(2004), "Medication non-adherence among older adults: A review of strategies and interventions for improvement", *Journal of Gerontological Nursing*, 30(7), pp. 33~43.

10) Chang, K. O.(2003), "The relationship among health habits, perceived health status and knowledge related to hypertension and medication compliances of hypertensive elderly".

- 가치기반보험설계란 특정 의료서비스의 이용을 권장 혹은 억제하기 위해 의료서비스의 가치를 평가하고 이에 따라 환자의 본인부담을 차등 적용하는 것을 말함.

● 의료서비스의 가치는 치료효과와 비용효율성이라는 두 가지 기준을 모두 고려하여 평가됨.

3. 가치기반보험설계 적용 사례와 효과



- 의료서비스의 가치에 따라 본인부담액을 차등화하는 방식은 크게 특정 환자군을 대상으로 설정하는 방식과 특정 질병군을 기준으로 대상을 설정하는 방식 두 가지로 나눌 수 있음.

- 첫 번째 방식은 환자군을 대상으로 설정하는 방식으로 환자의 임상적 필요에 따라 본인부담을 차등 적용하는 방식임.

● 같은 의료라 하더라도 그 치료효과가 상대적으로 더 큰 환자의 본인부담액을 그렇지 않은 환자보다 낮게 책정함.

– 예를 들면, 스테로이드흡입제의 경우 천식(asthma) 치료에는 매우 효과적이지만 폐쇄성 폐질환에는 덜 효과적이므로 천식환자가 스테로이드흡입제를 이용하는 경우의 본인부담액을 폐쇄성 폐질환 환자보다 낮게 책정함.

● 환자의 상태에 맞게 가장 필수적인 의료를 권장할 수 있다는 장점이 있으나, 적용하기 위해서는 보다 정교한 데이터시스템이 필요함.

– 이 방식을 적용하려면 보험자가 환자의 임상데이터를 가지고 있어야 하므로 정보보호 문제로 인해 실행이 쉽지 않음.

- 두 번째는 특정 질병군을 대상으로 가치가 큰 의료서비스에 낮은 본인부담액을 적용하는 방식으로 대부분의 가치기반보험설계가 여기에 해당함.

● 주로 만성질환(당뇨, 혈압, 콜레스테롤, 우울증 등) 치료제들이 가치가 높은 대상으로 선정되며 이들에 대해 낮은 본인부담금을 적용함.

- 낮은 본인부담금 대상이 되는 의료서비스를 이용하는 모든 환자에게 적용되므로, 환자의 상태에 따라 치료효과와 가치가 다를 수 있음.
- 대표적 사례로 미국 코네티컷주의 Pitney Bowes는 모든 종류의 당뇨, 천식, 고혈압 치료제의 정액부담금을 낮추었으며, ActiveHealth Management는 ACE 억제제,¹¹⁾ 베타차단제,¹²⁾ 글로코스조절제, 천식에 쓰이는 스테로이드흡입제(inhaled steroids) 등의 정액부담금을 낮추었음.
- 기존 건강보험에서도 약제에 따라 차등적인 정액금을 부담시키는 정액 등급제(copayment tier)를 시행해 왔는데, 이는 주로 제네릭¹³⁾에 낮은 정액금을 부과하는 제도임.
 - 예를 들면, 미시간 주립대의 건강보험은 제네릭 의약품에는 정액금은 \$7 부과하는 반면, 오리지널에는 \$28의 정액금을 부과하고 있음.
 - 미시간 주립대는 여기에 가치기반보험설계를 추가로 적용하여 만성질환 관련 치료제에 대해서는 제네릭인 경우 정액부담금을 없앴고, 오리지널에 대해서는 기존 정액부담금의 25%를 삭감함 통해 만성질환 관련 치료제의 이용을 권장하고 있음.

■ 가치가 낮은(비용이 높은 반면 치료효과가 크지 않은) 서비스의 과다이용 억제를 위해 이들 의료서비스의 본인부담액을 높게 책정하는 방식도 가치기반보험설계에 포함됨.

- 대표적 사례로 좌심실보조장치(Left Ventricular Assist Device), 폐용적축소술(Lung volume reduction surgery) 등이 있음.
- 2009년 미 상원에 제출된 법안에는 위에서 언급한 가치가 낮은 서비스 이용을 억제하는 본인부담금 인상 내용은 포함되지 않았는데, 이는 가치가 낮은 서비스를 규정하는 것이 가치가 큰 서비스를 규정하는 것보다 어렵기 때문임.¹⁴⁾

■ 당뇨를 비롯한 만성질환과 천식을 대상으로 한 본인부담액(copayment) 감소는 의료비 절감과 건강증진 효과를 가져 온 것으로 나타남.

- 천식과 당뇨 약제비 본인부담액을 면제해 주었던 Pitney Bowes의 경우 천식환자 1인당 비용이 19% 감소한 것으로 나타남.

11) 엔지오텐신 전환효소 억제제(ACE 억제제)는 고혈압, 울혈성 심부전의 1차 치료제로 쓰이는 약물 종류임.

12) 경증 및 중등도 고혈압에서 혈압을 떨어뜨리는 데 쓰임.

13) 제네릭 의약품은 특허가 만료된 오리지널 의약품과 동일한 분자구조로 생산한 의약품으로 오리지널 의약품과 효능효과가 동등하다는 입증 받은 의약품을 말함.

14) Neumann et al(2010), "Low-Value Services in Value-Based Insurance Design", *American Journal of Managed Care*, Vol 16, No 4.

- 당뇨 치료의 본인부담액을 면제해 주었던 Asheville Project¹⁵⁾의 경우 5년 동안 전체 의료비는 감소하였고, 당화혈색소(glycosylated hemoglobin)¹⁶⁾와 혈중 지질(lipid level) 수치가 향상되었음.

■ 가치기반보험설계 제도를 시행한 사례들을 분석한 결과 환자의 본인부담 의료비가 줄고 의료의 질이 향상되었으나 전체 의료비는 크게 변화하지 않고 유지된 것으로 나타남.¹⁷⁾

- 환자의 본인부담 정액제를 낮춘 1년 후 약물비용이행 정도는 최소 0.5%에서 최대 9.9%까지 증가한 것으로 나타남.
- 대다수의 사례 분석들이 환자의 본인부담 정액금을 낮추었지만 전체 의료비 상승(통계적으로 유의한)은 없었다고 보고함.

4. 결론



■ 의료비 통제 정책은 재정효율성과 의료의 질(접근성 포함) 향상을 통한 건강증진 사이의 적절한 균형을 유지할 필요가 있음.

- 의료비 증가를 통제하기 위한 정책으로 보험가입자의 비용분담 측면에만 집중하다보면 의료접근성을 낮춰 장기적으로는 오히려 의료비를 증가시킬 수 있음.

■ 의료비 증가에 대한 우려로 인해 보험자가 일부 의료서비스의 본인부담금을 낮추는 가치기반보험설계(본인부담 차등제도)를 도입하기는 쉽지 않을 것임.

- 일부 의료서비스를 대상으로 본인부담을 낮추는 것은 최소한 단기적으로는 보험자의 의료비 부담 증가와 결부되어 있음.

15) 미국 애쉬빌시 공무원들 대상으로 시행.

16) 당화혈색소란 장기간 동안 혈중 포도당(혈당) 농도를 알기 위해 사용하는 혈색소의 한 형태임. 혈당농도를 반영하는 것으로 혈당 조절이 잘 되지 않을 경우 당화혈색소의 수치가 증가함.

17) 가치기반보험설계 제도의 효과를 검증한 다양한 연구결과에 대한 소개는 다음 논문을 참조; Lee et al(2013), "Value-Based Insurance Design: Quality Improvement But No Cost Savings", *Health Affairs* 32, No 7.

- 가치기반보험설계 제도의 시행을 위해서는 의료서비스의 가치 평가가 이루어져야 하며 이를 위해 치료의 효과성에 대한 보다 충분한 임상연구와 비용절감 효과에 대한 근거가 제공되어야 할 것임.

■ 특정 질병군을 대상으로 본인부담 차등제도의 시범적 시행을 고려해 볼 수 있음.

- 현재 미국에서 이미 시행되고 있는 만성질환 관련 치료제의 경우 그 치료효과와 가치가 충분히 검증된 것으로 볼 수 있어 우선적으로 이 치료제들을 대상으로 시행해 볼 수 있을 것임.
- 국민건강보험은 이미 의료공급자와 지불시스템이 연계되어 있어 환자가 진료비를 지불할 때 본인부담액 감면 대상에 해당되는지에 대한 정보를 제공할 수 있는 토대가 형성되어 있기 때문에 특정 질병군의 치료에 대한 본인부담의 삭감 혹은 감면을 시행할 수 있을 것임.
- 본인부담 차등제도는 원칙적으로 민영 실손의료보험에도 적용될 수 있으나, 비급여 의료서비스의 가치를 검증하는 것이 쉽지 않을 뿐만 아니라, 국민건강보험과 달리 의료공급자와 보험자 간에 정보 네트워크가 형성되어 있지 않아 당장에 적용은 어려울 것임.

■ 가치기반보험설계 제도를 광범위하게 시행하기 위해서는 질병군 및 환자군의 의료이용 및 건강정보와 지불시스템을 연계시킬 수 있는 의료정보 네트워크 구축이 필요함.

- 현재 국민건강보험의 의료정보시스템은 세부적인 임상치료 내용을 담고 있지 않음.
- 특정 환자군을 타겟으로 한 본인부담금 차등제도의 경우는 보험금 청구 시에 리스크 요인(과거 심장마비 경험 혹은 흡연 여부 등)을 확인할 수 있는 의료정보시스템이 요구됨.
- 본인부담 차등제도가 특정 환자군을 대상으로 적용될 때는 환자의 의료정보 보호가 더욱 중요해질 것으로 개인정보보호를 위한 제도 마련이 선행되어야 할 것임.

■ 의료서비스의 가치 평가에 기반한 지불제도에 대한 관심이 높아지고 있는데 이와 더불어 가치기반 본인부담금 차등제도 역시 관심을 가지고 연구되어야 할 것임.

- 공적 건강보험에서는 행위별수가제도의 문제점을 보완하고 비용절감과 의료의 질을 높이기 위한 대안으로 의료서비스의 가치에 기반한 지불제도인 가치기반 성과보상 지불제도(VBP: Value-based Payment)에 대한 관심이 높아지고 있음.¹⁸⁾ [kiri](#)

18) 가치기반 성과보상 지불제도는 성과보상 지불제도(P4P: Pay for Performance)에서 더 발전된 형태임. 자세한 내용은 다음을 참조; 신현웅 외(2014), 「건강보험 가치기반 성과보상 지불제도(VBP) 도입방안」, 보건사회연구원.