

미국 메디케어 Part B 의료공급자에 대한 가치기반 성과지불제도(MIPS)의 성과 평가방법 최근 동향



정은선 주임연구원
건강보험심사평가원 심사평가연구팀

1. 들어가며¹⁾

2016년 10월 14일 미국 보건복지부(Department of Health and Human Services)는 의료개혁법안(Medicare Access and CHIP Reauthorization Act of 2015, 이하 MACRA)의 일환인 질 기반 지불제도(Quality Payment Program)를 시행하는 최종 규칙을 발표하였다. 이에 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 질 성과연동 지불제도가 의료비용의 지불 시스템을 결정하는데 큰 영향을 미칠 것으로 예상하고 있다.

MACRA 법안의 주요 내용은 SGR(Sustainable Growth Rate)²⁾을 폐지하고 기존의 질 성과연동 지불 프로그램이었던 메디케어 EHR(Electronic Health Record) 인센티브 프로그램, 의사 질 보고시스템(Physician Quality Reporting System, PQRS), 가치기반 성과지불제도(Value-Based Payment Modifier, VM)를 MACRA의 질 기반 지불 프로그램으로 대체하였으며, 의료서비스의 가치를 높이고 환자중심의 메디케어를 위한 지불 개혁에 중점을 두고 있다. 특히, MACRA 법안은 Merit-based Incentive Payment System(이하, MIPS)와 Advanced Alternative Payment

1) 앞서 「HIRA 정책동향 제10권 1호 2016년 01-02월」 해외동향에서 이와 관련 성과연동 지불제도 도입 배경 및 발전방향에 대해 소개하였으며, 본 고에서는 MIPS의 성과 평가방법에 대해 소개하고자 한다.

2) 연례 환산지수 결정 방법으로, 메디케어에 참여한 의사를 통제하는 잠재적 지불 결정 방법이었다.

Models(이하, APM)³⁾을 통하여 메디케어 의료인에게 의료서비스 질에 대한 지불보상을 제공한다 는 내용을 담고 있다(MedPAC, 2017). 이에, 의사와 의료인들은 2019년부터 MIPS와 APM 중 하나를 선택하여 참여해야만 인센티브를 받게 되고, 참여하지 않으면 패널티를 받게 된다.

MIPS는 메디케어 Part B⁴⁾ 의료인의 성과기반 지불제도와 연관이 있으며 MIPS 에 참여하는 의료인들을 대상으로 가장 의미있는 활동과 성과 측정방법을 선택할 수 있도록 유도하는 유연한 제도로 평가 받고 있다. 따라서 본 고에서는 미국의 메디케어 Part B 의료공급자에 대한 가치기반 성과지불제도(MIPS)의 성과 평가방법의 최근 동향을 소개하고자 한다.

2. MIPS의 질 성과연동 지불 프로그램 개요

가. 참여대상

2019년부터 시작되는 MIPS 성과지불제도의 참여대상에는 메디케어 Part B에 해당되는 의사, 의사보조사(physician assistants, PA), 임상간호사(nurse practitioners, NP), 임상전문간호사(clinical nurse specialist), 마취간호사 등 의료인 개인이나 집단이 포함된다. 모든 의료인은 메디케어 Part B 진료비를 지급받는 데 대한 패널티를 피하기 위해 MIPS에 참여해야 한다. 첫 번째 성과에 대한 평가는 2017년 1월 1일부터 제공되는 의료서비스에 대한 데이터를 기반으로 이루어지며, 2017년에 참여하는 의료인들은 참여 시기를 1월 1일부터 10월 2일 사이에 선택할 수 있다. 그리고 2018년 1월 1일부터 2018년 3월 31일까지 MIPS 데이터를 메디케어에 제출해야 최대 4%의 진료비 지불 시 패널티를 피할 수 있고, 2019년 메디케어 Part B로부터 지불 조정 금액을 받을 수 있는 자격이 생긴다.

나. 면제대상

메디케어 Part B 의료인 중 MIPS 참여에 대한 면제기준에 대해 알아보면, 크게 3가지로 나눌 수 있다. 첫째, 첫째 MIPS 성과 평가기간(performance period) 동안 자격을 갖춘 의료인이 메디케어에 신규로 등록을 하면 다음번 성과 평가기간까지 MIPS 측정 및 활동에 대한 보고 의

3) 책임의료조직(accountable care organizations, ACOs), 환자중심의 일차의료(patient-centered medical homes, PCMHs), Center for Medicare and Medicaid Innovation(CMMI)의 기타 모델 중 메디케어 제공자가 한 곳에 참여하면 APM을 선택할 수 있는 자격이 주어진다.

4) 메디케어(Medicare)란 65세 이상의 노인이나 나이와 무관하게 장애급여를 받고 있는 자 또는 만성신부전증 환자의 의료비를 지원하는 미국 정부의 의료보장제도이다. 그 중 Part B는 외래의료비 지원 혜택을 받을 수 있으며 의사서비스를 포함한 외래진료, 구급차 이용, 인공 안구, 신장투석 등 의료혜택을 받을 수 있다.

무가 면제된다. 메디케어에 신규로 등록하고 자격을 갖춘 의료인은 이전 등록된 메디케어에 청구를 할 수 없다. 일반적으로 성과 평가대상기간은 지불이 조정되는 해를 기준으로 2년 전의 실적이 해당된다. 그리고 CMS는 해당 평가기간에 MIPS 참여 면제 의료인을 확인하기 위해 PECOS⁵⁾ 데이터를 사용하여 분기별로 점검한다.

둘째, 성과 평가대상기간 동안 메디케어 Part B에 30,000달러 이하의 비용을 청구하거나, 메디케어 Part B에 등록된 수급자가 100명 이하로, 진료량이 기준보다 낮은 의료인 및 의료인 그룹은 MIPS 참여를 면제받을 수 있다. CMS는 청구 데이터를 사용하여 진료량의 수준을 결정한다.

- 성과 평가대상기간이 2017년일 경우
 - MIPS 성과 평가대상기간을 2017년으로 설정할 경우, CMS는 다음 청구기간 중 진료량이 기준보다 낮은 값에 근거하여 2019년 지불을 결정함.
 - 성과 평가대상기간 이전 청구자료(historical claims data) :
2015년 9월 1일 ~ 2016년 8월 31일
 - 성과 평가대상기간 청구자료(performance period claims data) :
2016년 9월 1일 ~ 2017년 8월 31일

- 성과 평가대상기간이 2018년일 경우
 - MIPS 성과 평가대상기간을 2018년으로 설정할 경우, CMS는 다음 청구기간 중 진료량이 기준보다 낮은 값에 근거하여 2020년 지불을 결정함.
 - 성과 평가대상기간 이전 청구자료 : 2016년 9월 1일 ~ 2017년 8월 31일
 - 성과 평가대상기간 청구자료 : 2017년 9월 1일 ~ 2018년 8월 31일

셋째, APM에 참여하는 의료인은 MIPS 참여를 면제받을 수 있다. 그리고 부분적으로 APM에 참여한 의료인은 MIPS 측정 및 활동에 대해 보고여부를 선택할 수 있다. 다만, MIPS에 참여를 선택하지 않으면 MIPS 보고는 면제되나 지불조정을 받을 수 없게 된다.

5) PECOS(Provider Enrollment, Chain and Ownership System)는 메디케어 등록 정보를 위한 CMS의 중앙 집중식 데이터베이스를 의미한다.

3. MIPS의 성과 평가방법

가. 성과 평가 영역

질 성과연동 지불 프로그램의 핵심은 환자 진료의 질을 향상시키는 것이다. 제공자의 해당 영역에 대한 성과는 점수(1~100점)로 표기된다. 점수는 4가지 성과 영역에 가중치를 부여하여 산출한다(그림 1).

성과 평가 영역	2017년 영역 가중치	2017년 MIPS에 참여하는 심장전문의의 지표 예시
 <p>Quality</p> <p>[질] 의사 질 보고시스템 (PQRS)을 대체</p>	60%	1. #243 외래 우선순위 설정에 따른 심장 재활환자 의뢰회송 (과정지표) 2. #130 의무기록에서 현재 약물치료 문서화 (과정지표) 3. #438 심혈관질환(CVD) 예방 및 치료를 위한 스타틴 치료법 (과정지표) 4. #326 심방 세동 및 심방 조동 환자에 대한 만성 항응고제 치료* (과정지표) 5. #324 무증상, 저위험 환자에 대해 부적절한 심장초음파 검사 피하기* (효율성 지표) 6. #236 고혈압 조절 (결과지표)
 <p>Improvement Activities</p> <p>[개선활동] 성과 평가 영역으로 새롭게 도입(신규)</p>	15%	1. 항응고제 관리 개선(높은 값 가중치) 2. 체계적인 항응고제 프로그램 참여 (높은 값 가중치) 3. 진료접근성에 대한 환자 경험과 만족도 데이터 수집 및 사용(중간 값 가중치) 4. 처방약 모니터링 프로그램의 연간 등록(중간 값 가중치)
 <p>Advancing Care Information</p> <p>[선진진료정보] 메디케어 EHR 인센티브 프로그램을 대체</p>	25%	- 보안 위험 분석 수행 - 전자 처방 - 환자의 의료정보제공 접근성 향상 - 진료 요약 전송 - 진료 요약 요청/수락
 <p>Cost</p> <p>[비용] 가치기반 성과지불제도(VM)을 대체</p>	2018년부터 시작됨	-

그림 1. 2017년 MIPS 성과 평가 영역[심장전문의의 지표 예시]

주: 미국 심장병 학회(American College of Cardiology)에서 참여하는 지표이다.

자료: CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29. 재구성

질(Quality) 영역은 의사 질 보고시스템(PQRS)⁶⁾을 대체한 것이다. 참여 의료인은 90일 이내 약 300가지 질 기준 중 결과지표를 포함한 6가지 질 측정값을 보고해야 한다.

개선활동(Improvement Activities) 영역은 기존의 질 지불 프로그램에 없었던 새로운 성과 평가 영역이다. 참여 의료인은 약 100가지 활동 중 90일 이내 4가지 개선활동에 대하여 보고해야 한다. 다만, 참여 의료인이 15명 미만이거나 의료인이 부족한 지역의 경우, 90일 이내 2가지 개선활동을 보고해야 한다.

선진진료정보(Advancing Care Information) 영역은 메디케어 EHR 인센티브 프로그램을 대체한 것이다. 이 영역에 대한 평가는 90일 이내 보안 위험 분석(Security Risk Analysis), 전자 처방(e-Prescribing), 환자의 의료정보제공 접근성 향상(Provide Patient Access), 진료 요약 전송(Send Summary of Care), 진료 요약 요청/수락(Request/Accept Summary of Care) 지표를 사용하여 이루어진다.

비용(Cost) 영역은 가치기반 성과지불제도(Value-Based Modifier, VM)⁷⁾를 대체한 것이다. 이 영역은 심사완료된 청구자료를 이용하므로, 별도의 데이터를 제출하지 않아도 된다.

나. 질 측정 기준 값(Quality Measure Benchmarks)

의료인들이 제출한 질 성과영역 측정값은 기준 값과 비교하여 점수를 결정한다. 기준 값은 EHR, QCDR⁸⁾/등록체계(Registry), CAHPS⁹⁾ 청구 유형에 따라 제출 메커니즘이 달라진다. 각각의 기준 값은 십진법으로 표시되며, 분위별로 점수가 다르게 부여된다.

기준 값이 없는 지표의 경우, 2017년 성과 데이터에 근거하여 산출한다¹⁰⁾. 그리고 기준 값을 계산하지 못할 경우에는 3점을 할당받는다.

6) 메디케어와 진료계약을 맺은 의료인은 의료의 질 및 효율성과 관련된 자료를 CMS에 보고해야 한다.

7) 메디케어 제도 하에서 행위별 수가제로 보상받는 의료인 또는 의료인 그룹에게 비용 대비 제공된 의료의 질을 기반으로 보상에 차등을 주는 제도이다.

8) QCDR(Qualified Clinical Data Registry)은 2014년부터 의사 질 보고시스템(PQRS)에서 사용할 수 있는 새로운 보고 메커니즘이다. QCDR은 자격을 갖춘 전문가(EP)를 대신하여 PQRS의 질 측정 데이터를 수집하고 제출한다.

9) CAHPS(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)는 의료 제공자 및 소비자 평가 시스템으로 그룹의 형태로 MIPS에 참여할 수 있다.

10) 산출 조건은 ① 최소 사례 충족(환자 20명), ② 데이터의 완전성 확보, ③ 성과가 0% 이상(역측정일 경우 100% 미만)이다. 2017년 성과에 대한 기준 값 계산은 MIPS 자격을 갖춘 의료제공자 유형으로서, 2015년에 새로 등록하지 않은 의료인 또는 의료인 그룹이 PQRS에 제출한 2015년 데이터를 사용하였다.

표 1. 2017년 질 성과영역 기준값 추정점수

분위수	2017년 MIPS 성과주기에 할당된 점수
3분위 아래(1,2)	3점
3분위	3~3.9점
4분위	4~4.9점
5분위	5~5.9점
6분위	6~6.9점
7분위	7~7.9점
8분위	8~8.9점
9분위	9~9.9점
10분위	10점

자료: CMS. Quality Payment Program - Quality Measure Benchmarks Overview. 2016.12.29.

다. MIPS 성과 점수 계산방법

1) 질 영역

질 영역에 대한 MIPS 최종점수는 2017년 평가대상기간(transition year)¹¹⁾ 점수의 60%만 반영된다. 참여 의료인이 보고한 6개 지표를 기반으로 성과를 산출하며, 기준 값 대비 성과를 기준으로 3~10점 범위 내에서 점수를 부여한다. 그러나 측정값에 대한 성과 데이터를 제출하지 않으면 0점 처리된다.

질 영역에서는 추가 점수를 받을 수 있는데, 그 방법에는 2가지가 있다. 첫 번째는 각 지표의 추가 결과와 환자경험 측정값을 제출하면 2점을, 우선순위가 높은 측정값만 제출하면 1점을 추가로 받을 수 있다. 두 번째는 CEHRT¹²⁾를 사용한 등록체계와 CMS에 측정값을 전자적인 방법으로만 제출하면 1점을 추가로 받을 수 있다.

11) 2019년부터 시작되는 MIPS 성과지불제도에 2017년 MIPS 성과점수가 반영된다.

12) CEHRT는 EHR 인증번호(EHR Certification Number)를 뜻한다.

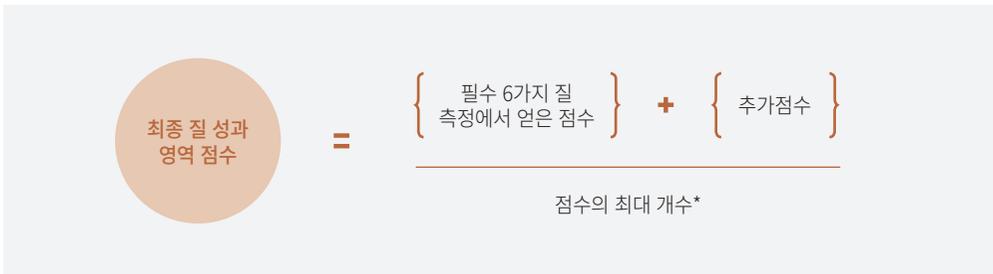


그림 2. MIPS 성과 질 영역 점수 계산방법

주1: 최대점수는 100%를 초과할 수 없다.

주2: 점수의 최대 개수 = # 필수 측정지표 개수 x 10

자료: CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29.

2) 개선활동 영역

개선활동 영역의 총점은 40점이며, MIPS 최종점수 산출 시 2017년 평가대상기간 점수의 15% 가중치가 부여된다. 일반적으로, 90일 이내 4개 지표에 대하여 완료 보고를 해야 하나, 참여 의료인이 15명 미만이거나 의료인이 부족한 지역의 경우 90일 이내 2가지 지표에 대한 보고를 마쳐야한다. 각 지표에는 활동 가중치(activity weights)가 표기되며, 산출된 값이 중간 값(medium)이면 10점을, 높은 값(high)이면 20점을 부여한다. 다만, 지표가 대체 활동 가중치(alternate activity weights)¹³⁾일 경우, 산출 값이 중간 값이면 20점을, 높은 값이면 40점을 부여한다.

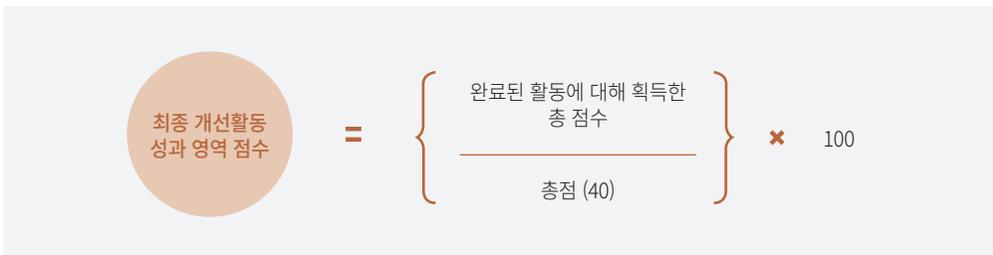


그림 3. MIPS 성과 개선활동 영역 점수 계산방법

주: 최대점수는 100%를 초과할 수 없다.

자료: CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29.

13) 대체 활동 가중치(alternate activity weights)는 서비스가 충분하지 못한 비도시지역의 의료인, 비환자대면 의료인 또는 그룹을 위한 것이다.

3) 선진진료정보 영역

선진진료정보 영역에 대한 MIPS 최종점수는 2017년 평가대상기간 점수의 25%만 반영되며, 기본점수(base score)와 성과점수(performance score)로 구분된다. 기본점수는 선진진료정보 영역 점수의 50% 비율로 측정된다. 참여 의료인은 필수 지표에 대해 분자/분모 또는 예/아니오 형태의 응답을 제출해야한다. 보고 요구사항을 충족시키지 못하면 기본 점수가 0점 처리되므로 선진진료정보 성과 점수는 0점이 된다.

<ul style="list-style-type: none"> ○ 선진진료정보 지표 - 보안 위험 분석(Security Risk Analysis) - 전자 처방(e-Prescribing) - 환자의 의료정보제공 접근성 향상 (Provide Patient Access) - 진료 요약 전송(Send Summary of Care) - 진료 요약 요청/수락(Request/Accept Summary of Care) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 2017년 선진진료정보 전환 지표 - 보안 위험 분석(Security Risk Analysis) - 전자 처방(e-Prescribing) - 환자의 의료정보제공 접근성 향상 (Provide Patient Access) - 건강정보교환(Health Information Exchange)
--	---

성과점수는 선진진료정보 영역 점수의 최대 90%에 해당하는 점수를 부여할 수 있다. 15개의 선진진료정보 지표 중 최대 9개의 지표를 보고할 수 있고, 11개의 2017년 선진진료정보 전환 지표 중 최대 7개의 지표를 제출할 수 있다. 각 지표가 전체점수에서 차지하는 비율은 10~20%이며 백분율 점수는 각 지표 항목의 성과 비율을 기반으로 한다.

이 영역에서 추가점수를 받는 방법에는 2가지가 있다. 첫째, 증후군 감시 보고(Syndromic Surveillance Reporting), 전자 사례 보고(Electronic Case Reporting), 공중보건 등록체계 보고(Public Health Registry Reporting), 임상 데이터 등록체계 보고(Clinical Data Registry Reporting)와 같이 측정값을 보고한 경우, 5%의 추가 점수를 받을 수 있다.

둘째, CEHRT를 사용하여 특정 개선활동을 보고한 경우, 10%의 추가 점수를 받을 수 있다.

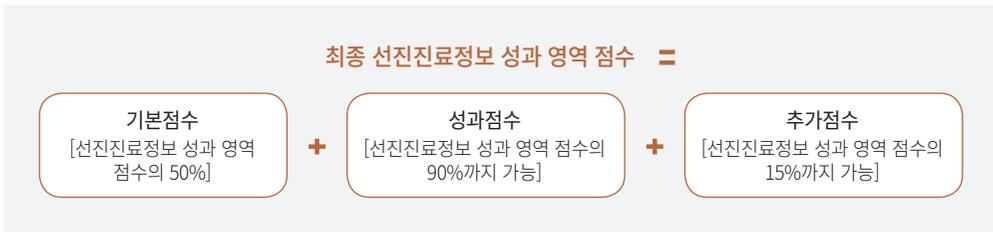


그림 4. MIPS 성과 선진진료정보 영역 점수 계산방법

주: 최대 점수는 100%로 제한된다.

자료: CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29.

4) MIPS에서 최종 점수 계산

MIPS에서 최종 성과 영역의 점수계산은 각 영역 성과 점수와 실제 각 영역 가중치를 곱한 값을 합산하여 백분율로 나타낸다(그림 5).

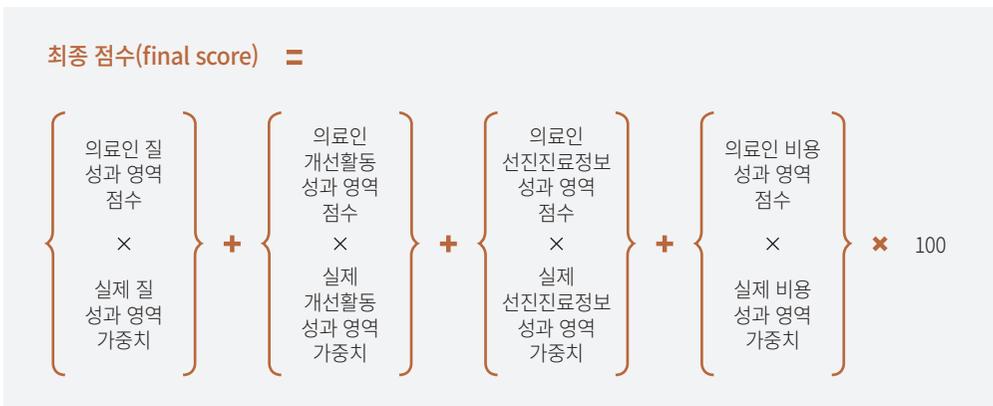


그림 5. MIPS에서 최종 점수 계산방법

자료: CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29.

4. 나가며

이 글에서는 미국의 기존 질 성과연동 지불 프로그램이었던 메디케어 EHR 인센티브 프로그램, 의사 질 보고시스템(PQRS), 가치기반 성과지불제도(VM)를 발전시킨 MIPS의 성과 평가방법을 살펴보았다. MIPS는 MACRA 법안에 근거하여 양질의 환자중심의 메디케어 지불제도 개혁에 중점을 두고 있으며, 이를 통해 환자 진료의 질을 향상시키는 것이 최종 목표이다.

MIPS의 성과 평가 영역은 질 영역, 개선활동 영역, 선진진료정보 영역, 비용 영역의 4개로 나누어져 있다. 무엇보다도, 기존 질 성과연동 지불 프로그램에 없는 새로운 평가 영역인 개선 활동 영역을 추가하였다는 점이 특이할 만하다. 이 영역에서 진료접근성에 대한 환자 경험과 만족도 데이터를 수집하고 환자 중심의 지표가 성과 평가된다는 점은 인상적이다.

미국과 우리나라는 제도적으로 많은 차이가 있으나 전반적으로 MIPS의 성과 평가 영역에서 EHR 프로그램을 활용하면 각 영역에서 추가점수를 받을 수 있다는 점과, 공중보건 등록체계 및 임상 데이터 등록체계 보고 기준 등을 지표로 활용한다는 점은 우리에게 시사하는 바가 있다. 이에 EHR 활용과 더불어 환자 중심의 성과지불제도를 착안하여 우리나라 실정에 맞게 실효성 있는 방안을 고려해 볼 수 있을 것이다. X

참고문헌

- CMS. Quality Payment Program - MIPS Participation Fact Sheet. 2017.05.04.
- CMS. Quality Payment Program - Strategic Objectives for the Quality Payment Program. 2016.12.29.
- CMS. Quality Payment Program - The Merit-based Incentive Program. 2016.11.29.
- CMS. Quality Payment Program - The Quality Payment Program Overview Fact Sheet. 2016.10.14.
- CMS. Quality Payment Program - Quality Measure Benchmarks Overview. 2016.12.29.
- MedPAC. Report to the Congress : Medicare Payment Policy. 2017.03.