

# 미국 CMS의 포괄적 일차의료 시범사업 소개



김태안 주임연구원  
건강보험심사평가원 심사평가연구부

<b>Key Point</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☑ 미국 CMS의 혁신센터는 일차의료서비스의 질 측정과, 환자관리에 대한 보상기전을 강화한 포괄적 일차의료 시범사업(CPC+)을 시행</li> <li>☑ CPC+는 다섯 가지 포괄적인 일차의료 핵심 기능을 제시하고 이에 근거하여 의료공급자의 자율적인 진료전략을 정기적으로 수집</li> </ul>
<b>Key Word</b>	미국, 포괄적 일차의료 시범사업, CPC+, CPCi

## 1. 들어가며

미국은 2010년 건강보험개혁법(Patient Protection and Affordable Care Act)을 도입하여 의료보험 미가입자의 비중을 줄이는 한편 의료의 질 개선과 비용절감을 위한 의료혁신을 추진하였다. 특히, 성공적인 혁신을 위해 사전적 예방과 환자관리에 중점을 둔 일차의료전달 시범사업들을 시행하고 있다(이은지 등, 2017).

CMS 혁신센터<sup>1)</sup>는 7개 분야 92개 시범사업(완료사업 포함)을 관장하며 일차의료관련 시범사업은 일차의료 혁신(Primary Care Transformation)분야에 속한다. 일차의료 혁신 분야에는 완료사업을 포함하여 총 11개의 시범사업이 존재하며, 2019년 10월 현재 4개의 시범사업이 진행 중이다. 대표적으로, 공공의료기관 중심의 저소득층 대상으로 시행된 연방자격

1) 미국 메디케어&메디케이드 서비스센터(Center for Medicare&Medicaid Services, 이하 CMS)의 혁신센터(Innovation Center)는 사회복지법(Social Security Act) 제1115A항의 규정에 따라 새로운 지불 제도를 개발하고 의료 전달모형 시범사업을 추진한다.

건강센터(Federally Qualified Health Center) 시범사업, 왕진서비스 중심의 장애인·복합 만성질환자 대상으로 시행된 자립생활지원(Independence at Home) 시범사업, 민간보험을 포함한 다양한 지불자가 존재하는 개선된 다보험자 일차의료 진료(Multi-Payer Advanced Primary Care Practice) 시범사업 등이 있다(Cohen et al, 2018).

포괄적 일차의료 시범사업(Comprehensive Primary Care Initiative, 이하 CPCi)은 체계적인 환자관리와 진료조정을 통해 일차의료서비스를 개선하고 효율성을 향상하기 위해서 2012년 10월부터 2016년까지 시행되었다. CPCi의 3차 사업평가에 따르면 일차의료 기능 향상에 양질의 성과를 이루었고, 의료공급자와 환자 모두 만족도 높은 성공적인 시범사업으로 평가되고 있다. 2017년부터는 일차의료서비스의 질 측정과 환자관리에 대한 보상기전을 강화하고 참여기관을 대폭 확대하여 포괄적 일차의료 시범사업(Comprehensive Primary Care Plus, 이하 CPC+)을 추진하였다(이은지 등, 2017; 조비룡 등, 2018).

한국에서는 보건복지부 주관 하에 지역사회 일차의료 시범사업, 만성질환관리 수가시범사업, 일차의료 만성질환관리 시범사업 등 일차의료 시범사업이 지속적으로 시행되어 왔다. 그러나 일차의료 인식부족, 제한적인 환자관리시스템, 일차의료 서비스 질 관리를 위한 평가체계 부재 등의 문제점이 제기되었다. 이 글에서는 미국의 CPC+ 추진과정과 주요 제도적 특성을 검토하여, 한국에서의 일차의료 강화를 위한 정책적 시사점을 제시하고자 한다.

## 2. Comprehensive Primary Care Plus(CPC+)

### 가. 개요

CPCi는 일차의료에서의 포괄적 환자관리를 위해 ①접근성과 지속성을 강화하기 위한 24시간 진료시스템, ②만성질환을 위한 계획적인 진료와 예방관리, ③위험계층화(risk stratification)<sup>2)</sup>를 통한 고위험 환자관리, ④환자와 보호자의 적극적 참여를 통한 진료개선, ⑤다양한 의료공급자의 진료참여를 위한 조정 등의 다섯 가지 핵심기능과 진료전략을 제시하였다. 이를 바탕으로 CPCi에 참여하는 의료공급자는 월 단위로 환자관리료와 비용절감액에 대한 인센티브를 지불 받는다(김윤 등, 2015; 조비룡 등, 2018).

CPC+는 기존 CPCi 사업목적의 큰 틀을 유지하며 ①의료 질에 대한 다양한 보상기전, ②보건의료 IT기술을 이용한 근거기반 일차의료로 강조한다. CPCi와 다르게 CPC+에 참여

2) CMS는 Hierarchical Condition Category(HCC) 위험도 보정 모형을 사용하여 환자의 다음 연도 의료비용 지출을 예측하기 위한 위험점수를 산출한다. 위험점수는 환자의 사회인구학적 상태와 건강상태를 반영하여 많은 의료비용 지출이 예상되는 경우 높게 산출된다. CPC는 산출된 위험점수를 바탕으로 환자들의 위험계층을 분류한다.

하는 의료공급자는 두 가지 트랙 중 조건에 맞는 하나의 트랙을 선택한다. 트랙 2는 트랙 1보다 발전된 IT인프라를 갖추어야하고, 진료계획의 수립·기록, 기관 간 회송(퇴원, 응급)기록 연계, 지역사회서비스와 연계 가능한 전자의무기록 시스템을 갖추어야 한다(표 1).

(표 1) CPCi와 CPC+ 프로그램 개요

구분	CPCi	CPC+	
		트랙 1	트랙 2
규모	7개 주, 500여개 의료기관	14개 지역, 2500개 이하 의료기관	14개 지역, 2500개 이하 의료기관
기간	4년(2012.10~2016년)	5년(2017~2021년)	5년(2017~2021년)
제공 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24시간 접근 가능한 진료시스템</li> <li>• 고위험군 환자분류 및 관리서비스</li> <li>• 팀 기반의 포괄적 행동, 정신건강 서비스</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 통합적 환자자기관리 지원</li> <li>• 지역사회서비스 연계를 통한 진료조정 및 환자회송</li> </ul>	
보상	기본	기본 행위별 수가(FFS) + 비대면 환자관리에 대한 수가보전(CPCPs) <sup>1)</sup>	
	환자 관리료	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (위험계층) 4단계</li> <li>• (정액 차등) 평균 \$20/월</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (위험계층) 4단계</li> <li>• (정액 차등) 평균 \$15/월</li> </ul>
	인센티브	비용절감액에 해당하는 TCOC <sup>2)</sup> 를 산출 및 지불	<ul style="list-style-type: none"> <li>• (기준) 질향상 및 의료이용 적절성 성과</li> <li>• (금액) 환자당 \$2.50/월</li> </ul>
전자의무기록 기술협약	불필요		필요

주: 1) Comprehensive Primary Care Payments

2) Total Cost of Care(TCOC)는 ①참여자의 과거비용 대비 비용절감, ②CPC 전체 참여자 평균비용 대비 비용절감 두 가지 산출방식이 존재하며, 산출된 TCOC를 바탕으로 인센티브가 지불되었다.

자료: Sessums et al. Medicare’s vision for advanced primary care: New directions for care delivery and payment. JAMA. 2016.

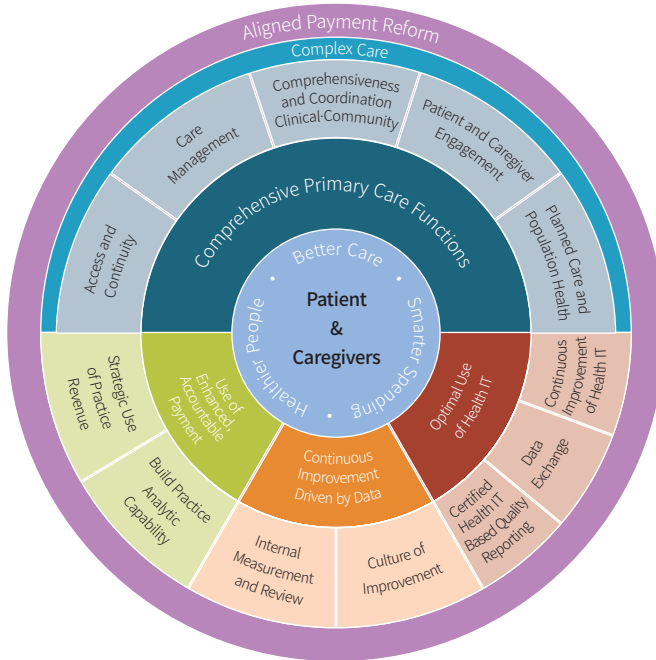
### 나. CPC+ 사업모형

CPC+의 사업모형은 진료개선, 국민건강향상, 합리적 의료비 지출을 목표로 ①포괄적 일차의료 기능(Comprehensive Primary Care Functions), ②책임지불제도 활용(Use of Enhanced, Accountable Payment), ③자료기반의 지속적인 개선활동(Continuous Improvement Driven by Data), ④최적의 보건의료 IT기술 활용(Optimal Use of Health IT) [그림 1]과 같이 네 가지 요소로 구분된다. 포괄적 일차의료 기능은 CPC+의 핵심 추진요소이며, 다른 세 가지 요소는 사업수행을 지원한다. 포괄적 일차의료 기능은 (표 2)와 같이 다섯 가지 세부요소로 구성된다.



### 1) 접근성과 지속성

효과적인 일차의료를 제공하기 위해서는 환자와 의료공급자 사이의 지속가능하고 신뢰할 수 있는 관계형성이 중요하다. 접근성과 지속성은 시의적절하고 지속가능한 일차의료 서비스 강화를 의미하며, CPC+는 진료시간 확대와 비대면 진료를 통한 환자관리강화, 불필요한 입원·응급치료의 사전예방을 강조한다.



[그림 1] CPC+ 사업모형

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. 2018 CPC+ Implementation Guide: Guiding Principles and Reporting. 2018.

### 2) 환자관리

고위험군 환자는 의료자원 사용이 많으며 집중관리가 필수적이다. CPC+는 위험요인을 사전관리하고 고위험 환자를 집중관리하기 위해 전체 환자들을 대상으로 체계적으로 위험을 계층화한다. CMS의 청구자료와 의료공급자들의 전자의무기록을 바탕으로 위험을 계층화하며, 보충적으로 개별 환자에 대한 의료공급자의 의견을 반영한다.

### 3) 포괄성과 조정

일차의료에서 포괄성은 환자의 임상적, 행태적, 건강관련 사회적 요구를 진료에 반영하

는 것을 의미한다. 조정은 서로 다른 기관의 진료시스템을 연계하여 효과적인 의료전달체계를 형성하는 것을 의미한다. CPC+는 일차의료의 포괄성과 조정 기능 강화를 통해, 여러 의료기관 사이에 분절적으로 이루어지는 환자관리를 개선하고 건강결과(outcome)를 향상시켜 의료비용을 절감한다. 즉, 포괄성과 조정은 향상된 건강결과를 도출할 수 있는 핵심적 요소이다. 이와 관련하여 CPC+는 일차의료공급자에게 환자별 맞춤 진료와 지역사회에 다양한 의료시스템을 포괄하는 환자관리의 중심축(hub) 역할을 부여하였다.

**4) 환자와 보호자 참여**

의료공급자가 진료를 수행함에 있어 환자와 보호자가 적극적으로 참여하게 되면 다양한 진료전략을 수립할 수 있다. 환자와 보호자가 의사결정 과정에 적극적으로 참여함으로써 환자는 자신의 특성에 맞게끔 자기관리를 효과적으로 할 수 있게 된다. 또한 노쇠한 환자나 복합질환자 진료시 적극적인 환자참여를 통해 더 효과적인 진료가 이루어질 수 있다.

**5) 진료계획 수립과 인구집단의 건강**

개별 환자의 건강회복이 효과적으로 이루어지려면 다양한 의료공급자로 구성된 팀 기반 진료가 체계적으로 이루어져야 한다. 그리고 전자의무기록을 기반으로 의료의 질을 측정하여 근거기반의 진료전략을 수립하고 환자관리와 예방진료를 수행해야 한다.

**(표 2) 포괄적 일차의료 기능의 세부요소와 진료전략**

세부요소	진료전략
1. 접근성과 지속성	<ul style="list-style-type: none"> <li>모든 환자들에게 의료공급자 배정</li> <li>의료서비스 적시제공(진료시간 확대, 온라인·문자메시지를 통한 비대면 진료 강화)</li> <li>진료 지속성 최적화(전자의무기록 시스템을 이용한 체계적인 진료기록관리, 진료지속성 측정)</li> </ul>
2. 환자관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자의 위험정도 분류(의료공급자 의견을 반영한 알고리즘 기반 위험분류 실시)</li> <li>고위험환자에게 포괄적인 장기간(longitudinal)의 환자관리 서비스 제공</li> <li>입원, 응급 환자들의 퇴원 후 후속조치 시행</li> <li>급성기 질환 치료는 질환에피소드 중심의 단기적인 환자관리 서비스 제공</li> </ul>
3. 포괄성과 조정	<ul style="list-style-type: none"> <li>통합적 행동건강 서비스와 스크리닝 도입으로 정신건강영역의 근거기반 일차의료 강화</li> <li>효과성, 안전성을 고려한 약물처방 관리</li> <li>지역의료기관과 사회보장서비스 연계를 통한 효과적인 진료조정 및 환자 회송</li> <li>진료기록 분석과 의료공급자간 의견 공유를 통한 임상적 환자관리 능력 향상</li> </ul>
4. 환자와 보호자 참여	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자와 보호자 참여를 통한 진료시스템의 개선 유도</li> <li>통합적인 환자자기관리 지원</li> <li>환자 참여를 통한 의사결정 공유와 진료계획 수립</li> </ul>
5. 진료계획 수립과 인구집단의 건강	<ul style="list-style-type: none"> <li>다양한 의료공급자로 구성된 팀 기반 진료를 바탕으로 진료의 효과성과 효율성 향상 도모</li> <li>만성질환의 사전적 관리와 예방 진료</li> </ul>

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. 2018 CPC+ Implementation Guide: Guiding Principles and Reporting. 2018.



## 다. 보고

CPC+는 보고시스템(Practice Portal)을 통해서 의료공급자들의 진료활동과 재정구조, 의료 질 측정 결과들을 수집한다(표 3). 보고는 매분기 이루어지며 세부항목마다 수집 시점이 다르다. CPC+ 참여하는 의료공급자들은 수집된 자료를 통해 다른 의료공급자들의 진료전략을 비교·검토함으로써 의료 질 향상을 도모할 수 있다. CMS 또한 수집된 자료를 바탕으로 CPC+가 의료공급자들의 진료행태에 미치는 영향을 파악하고 포괄적인 일차의료 개선활동을 지원한다.

### 1) 의료서비스 제공 관련 보고

CPC+ 참여 의료공급자는 포괄적 일차의료 기능의 다섯 가지 세부요소를 기준으로 진료활동을 보고한다. 보고된 정보를 통해 최적의 일차의료서비스를 파악하고 의료공급자의 진료행태 변화를 추적한다. 보고는 서베이 형식으로 웹기반의 보고시스템을 통해 이루어지며 제시된 척도를 선택하는 선택형 조사문항과 직접 수치를 입력하는 기입형 문항으로 구성된다. 각 문항에 답하기 위해서는 문항별로 요구되는 최소한의 조건을 충족해야 한다.

### 2) 재정 관련 보고

의료공급자들은 매년 마지막 분기에 의료기관의 재정정보를 보고한다. 의료기관의 한 해 총 수입과 지출을 보고하며, 다음 해의 재정상황도 예측하여 보고한다. 재정보고를 통해 수집된 자료들은 효율적인 일차의료 서비스 제공을 위한 투자근거로 사용되며, 실제 재정내역과 예측된 재정내역을 비교하여 의료기관 운영 전략수립에 반영 할 것을 권고한다.

### 3) 의료 질 측정 및 보고

CPC+ 사업의 궁극적인 목표는 일차영역의 의료 질 향상이다. CPC+는 임상 질 지표(Electronic Clinical Quality Measures), 의료이용 적절성(Utilization Measures), 환자만족도평가(Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) 세 가지로 의료 질을 측정하고 측정된 성과를 바탕으로 보상을 지불한다. 임상 질 지표는 전자의무기록 시스템을 통해 수집된 임상기록을 바탕으로 진료효과성, 진료조정, 환자참여, 공공보건 영역으로 세분화하여 의료 질을 측정한다. 2019년 CPC+는 두 개의 임상 질 지표를 선정(고혈압, 당뇨병 관리)하여 CPC+ 참여 의료공급자의 질 성과를 수집한다. 의료이용 적절성은 위험도가 보정된 기대입원·응급이용 대비 실제 입원·응급이용률을 의미한다. CMS는 의료공급자의 별도 보고 없이, 청구데이터를 사용하여 의료이용 적절성을 산출한다. 또한 CMS는 매년 각 기관의 환자들을 표본 추출하여 환자만족도평가를 실시하여 의료공급자의 의료 질 성과에 반영한다.

(표 3) CPC+ 분기별 보고내역

세부요소	보고내용	
<b>의료서비스 제공 관련 보고</b>		
접근성과 지속성	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자배정(Empanelment)</li> <li>24시간 의료접근성</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료의 지속성</li> <li>(비)대면 진료 용이성</li> </ul>
환자관리	<ul style="list-style-type: none"> <li>위험계층화</li> <li>환자의 위험도 식별</li> <li>환자관리를 위한 팀 구성 현황</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료계획수립</li> <li>환자들의 입원, 응급이용현황</li> <li>입원, 응급이용환자 후속조치 내역</li> </ul>
포괄성과 조정	<ul style="list-style-type: none"> <li>전문직과의 협진 내역</li> <li>입원, 응급회송정보 교류 현황</li> <li>포괄적인 약물관리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>통합적 행동건강서비스 이용</li> <li>사회보장서비스와의 연결</li> <li>추가적인 전문 진료가 필요한 환자상태</li> </ul>
환자와 보호자 참여	<ul style="list-style-type: none"> <li>환자참여 빈도 및 형태</li> <li>특정 환자상태에 대한 자기관리지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>치료계획수립 단계의 환자참여</li> </ul>
진료계획 수립과 인구집단의 건강	<ul style="list-style-type: none"> <li>팀 기반 진료</li> <li>치료계획단계에서 데이터 이용</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>지속적인 질 향상활동 평가</li> <li>진료방식</li> </ul>
진료에 대한 일반적인 사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPC수가(CPCP) 비율 선택</li> <li>환자거주분포</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CPC+ 정책정보 수신방식</li> <li>기관 내 CPC+ 최종 책임자</li> </ul>
<b>재정 관련 보고 - 4분기에만 보고가 이루어짐</b>		
당해 연도 수입 (차년도 예상 수입)	<ul style="list-style-type: none"> <li>공동개원의 명단</li> <li>CPC+ 시범사업 환자명단</li> <li>전체 메디케어 행위별 수가지불액</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>행위별 수가 이외 지불된 금액</li> <li>전체 수입</li> </ul>
당해 연도 지출 (차년도 예상 지출)	<ul style="list-style-type: none"> <li>인건비를 제외한 지출</li> <li>인건비</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>전체 지출</li> </ul>
<b>의료 질 측정 및 보고 - 2019년 기준</b>		
임상 의료 질 측정(eCQMs) <sup>1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>고혈압 관리</li> <li>당화혈색소(HbA1c) 9%이상의 고위험 환자관리</li> </ul>	
의료이용 적절성(UMs) <sup>2)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>입원 적절성</li> <li>응급 이용적절성</li> </ul>	
환자만족도평가(CAHPS) <sup>3)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>의사면담, 진료, 의료정보제공에 대한 적시성 판단</li> <li>의사와의 원활한 의사소통 여부</li> <li>의사를 제외한 의료공급자와의 원활한 의사소통 여부</li> <li>의료공급자의 환자자기관리 지원 여부</li> <li>환자들의 종합적인 진료만족도</li> </ul>	

주: 1) Electronic Clinical Quality Measures(eCQMs)

2) Utilization Measures(UMs)

3) Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems(CAHPS)

자료: 1) Centers for Medicare and Medicaid Services. CPC+ Electronic Quality Measure(eCQM) Reporting Requirements Overview for the 2019 Measurement Period. 2019.

2) Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

## 라. 지불보상

### 1) 메디케어 수가

메디케어 수가는 트랙에 따라 지불방식이 다르다. 트랙 1은 일차의료 서비스에 대해 일반적인 행위별수가로 지불된다. 트랙 2는 융합지불제로 일반적인 행위별 수가와, 과거 지급된 수가를 적용한 CPC수가(Comprehensive Primary Care Payments, 이하 CPCPs)를 분기별로 지급한다(표 4).

CPCPs는 비대면 환자관리에 대한 수가보전의 일환으로 의료공급자가 선택한 일정 비율을 반영한다. 최근 일차의료 영역에서 환자관리는 대면진료 외에도 전화, 문자메시지 등을 통해서 이루어지고 있다. 그러나 이러한 비대면 진료는 수가청구가 불가능하므로 CPC+는 환자관리 유연성을 제공하고, 의료공급자의 수익을 보전하기 위해 과거의 환자관리와 평가 수가<sup>3)</sup>를 바탕으로 지불예정인 행위별 수가의 일정비율로 CPCPs를 지급한다. 2019년 기준, 의료공급자는 행위별 수가의 25%, 40%, 65% 중 하나의 비율을 선택하여 CPCPs를 지급받는다.

CMS는 CPCPs 지불금액을 결정하기 위해서 과거 2년 동안 지불된 총 환자관리 및 평가 수가에 일차의료서비스의 유연성을 장려하기 위한 가산 10%와, 물가상승률을 고려한 진료비 평균 증가율 1.02(2019년 기준)를 곱하여 산출한다.

(표 4) 메디케어 수가지불기준(매월 환자 1인 기준)

구분	지불 방식
메디케어 수가	
트랙 1	일반적인 메디케어 행위별 수가방식을 변경 없이 적용
트랙 2	융합지급 = 일반적인 메디케어 행위별수가 + CPCPs CPCPs = 과거 지급된 환자 당 환자관리 및 평가 평균수가 × 1.1 × 1.02 (2019년 기준, CPCPs%/FFS% = 25%/75% or 40%/60% or 65%/35% 중 의료공급자 선택 가능)

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

3) 환자관리 및 평가(Evaluation&Management) 수가는 미국의사협회가 개발·관리하고 있는 의료행위 분류코드(Current Procedural Terminology)에서 환자관리 및 치료계획 수립과 관련된 행위를 반영한 것으로, 대면진료를 원칙으로 지불하는 일반적인 외래진료 수가이다.



## 2) 환자관리료

환자관리료는 비대면, 비갱신 정액수가로 분기별로 (표 5)와 같이 차등 지불된다. CMS의 계층적 질환군(Hierarchical Condition Category, 이하 CMS-HCC) 위험도 보정모형을 이용하여 환자의 사회인구학적·임상적 위험도를 반영한 위험 점수를 산출한다. CPC+는 같은 지역의 모든 대상 환자 위험 점수 분포와 비교하여 위험 계층을 설정한다.

트랙 1은 4단계, 트랙 2는 5단계로 프로그램 대상자들의 위험 계층을 구분한다. 의료공급자가 기피할 수 있는 고위험 환자에 대한 의료서비스 보장을 위해 많은 환자관리료를 지불한다. 트랙 2의 5단계 위험계층은 전체 위험 점수의 90 percentile 이상인 고위험군 환자와 치매환자가 포함된다.

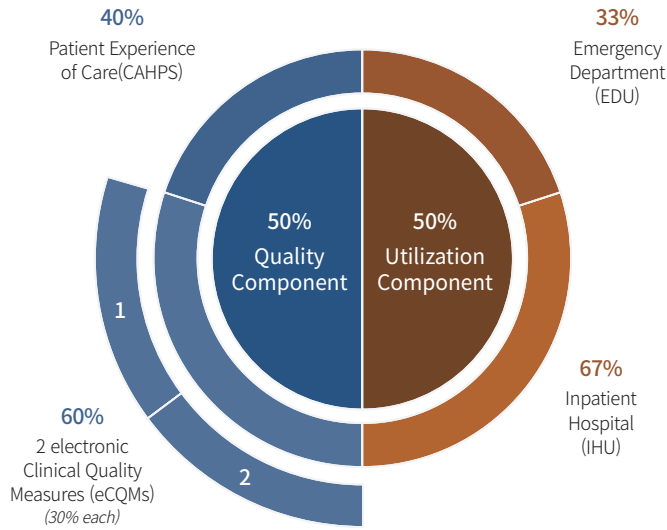
(표 5) 환자관리료 지불기준(매월 환자 1인 기준)

위험 계층	위험 점수 기준	트랙 1	트랙 2
환자관리료			
1	위험 점수 < 25 percentile	\$6	\$9
2	25 percentile ≤ 위험 점수 < 50 percentile	\$8	\$11
3	50 percentile ≤ 위험 점수 < 75 percentile	\$16	\$19
4	(트랙 1) 위험 점수 ≥ 75 percentile	\$30	\$33
	(트랙 2) 75 percentile ≤ 위험 점수 < 90 percentile		
5 (트랙 2만 해당)	위험 점수 ≥ 90 percentile 이거나 치매진단 환자인 경우	-	\$100

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

## 3) 성과연동지불

성과연동 인센티브 지불(Performance-Based Incentive Payment, 이하 PBIP)은 질(quality), 의료이용 적절성(utilization) 두 가지 요소로 구성되며, 이를 기반으로 일차의료의 기능을 얼마나 잘 수행했는지 평가하여 성과연동 인센티브를 지급한다(그림 2). 질 요소는 환자만족도평가 결과와 2개의 임상 질 지표 평가결과로 구성된다. 의료이용 적절성 요소는 CMS-HCC 모형을 이용하여 위험도가 보정된 기대 입원 및 응급이용 횟수 대비, 환자들의 실제 입원, 응급이용 횟수를 산출하여 반영한다. 의료공급자에게 최종적으로 지불되는 성과연동 인센티브는 전체 의료공급자의 성과를 백분위로 표준화하여 성과에 비례하여 산출된다.



[그림 2] 성과연동 인센티브 지불(PBIP) 구성요소

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

구체적으로 질 요소는 환자만족도평가 결과, 의료공급자가 선택한 2개의 임상 질 지표 평가결과에 각각 40%, 60%(지표 당 30%) 가중치를 부여한 값을 합산하여 백분위로 표준화한 후 최종 성과연동 인센티브를 산출한다. 표준화한 점수의 분포에 따라 성과연동 인센티브 지급비율이 결정 된다(표 6).

(표 6) 질 요소의 백분위 표준화(2019년 기준)

환자만족도평가		임상 질 지표	
기준	성과연동 인센티브 지급비율	기준	성과연동 인센티브 지급비율
30 percentile 미만	0%	30 percentile 미만	0%
30~69 percentile	20~39%	30~69 percentile	15~29%
70 percentile 이상	40%	70 percentile 이상	30%

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

의료이용 적절성 요소는 입원 적절성과 응급이용 적절성 결과에 각각 67%, 33% 가중치를 부여한 값을 합산하고 백분위로 표준화하여 최종적으로 성과연동 인센티브를 산출한다. 표준화한 점수의 분포에 따라 성과연동 인센티브 지급비율이 결정된다(표 7).

(표 7) 최종 의료이용 적절성 요소 백분위 표준화(2019년 기준)

입원 적절성		응급이용 적절성	
기준	성과연동 인센티브 지급비율	기준	성과연동 인센티브 지급비율
50 percentile 미만	0%	50 percentile 미만	0%
50~79 percentile	33~66%	50~79 percentile	16.5~32%
80 percentile 이상	67%	80 percentile 이상	33%

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

각 요소의 최종 성과연동 인센티브는 성과에 비례하여 트랙 1은 환자 당 최대 1.25 달러, 트랙 2는 환자 당 최대 2 달러가 지불된다(표 8).

(표 8) 성과연동 지불기준(매월 환자 1인 기준)

구성 요소	세부 구성	트랙 1	트랙 2
성과연동지불			
질 요소	CAHPS 결과(40%) + 2개 eQMs 평가결과(60%)	최대 \$1.25	최대 \$2.00
의료이용 적절성 요소	입원 적절성 평가결과(67%) + 응급이용 적절성 평가결과(33%)	최대 \$1.25	최대 \$2.00

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.

최종적으로 지급되는 성과연동 인센티브는 (표 9)와 같이 산출된다. 성과연동 인센티브 지불은 전년도 성과를 바탕으로 당해 성과연도 첫 분기에 지급이 이루어진다.

(표 9) 질 요소 · 의료이용 적절성 요소에 기반한 최종 성과연동 인센티브 산출 예시

요소		기준		성과	표준화된 지급비율	(트랙 2)인센티브 산출	
		30 percentile	70 percentile				
질 (quality)	환자만족도평가	78.77%	82.44%	81.00%	32.15%	88.09%(32.15+26.94+29.00) × \$2.00 = \$1.76 PBIP	
	임상 질 지표	지표1	56.52%	70.94%	68.00%		26.94%
		지표2	67.95%	27.27%	30.00%		29.00%
요소		기준		성과	표준화된 지급비율	(트랙 2)인센티브 산출	
		50 percentile	80 percentile				
의료이용 적절성 (utilization)	입원 적절성	1.17	0.89	0.92	63.41%	90.28%(63.41+26.87) × \$2.00 = \$1.81 PBIP	
	응급이용 적절성	1.42	1.07	1.20	26.87%		

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services. CY 2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.



### 3. 나가며

미국은 일차의료 서비스 제공 모형의 전환과 환자관리에 대한 보상기전을 강화한 포괄적 일차의료 시범사업(CPC+)으로 의료 질 향상과 의료비용 절감을 도모하고 있다. 한국 또한 의료전달체계의 개선, 의료 질 향상을 위해 일차의료 강화를 주요 해결책으로 제시하고 있다. CPC+를 통해 국내 일차의료 강화를 위한 몇 가지 시사점을 제시할 수 있다.

CPC+는 다섯 가지 포괄적 일차의료 핵심 기능으로 ①접근성과 지속성 강화를 위한 진료시간 확대와 비대면 진료 강화, ②위험계층화를 통한 효과적인 고위험 환자관리, ③포괄적인 의료서비스 도입과 지역사회연계를 통한 체계적인 진료조정, ④적극적인 환자참여 유도, ⑤팀 기반 진료를 통한 환자 맞춤형진료를 제시하였다. 의료공급자는 CPC+에서 제공하는 핵심기능을 바탕으로 자율적인 진료를 수행하고 분기별로 진료전략을 보고한다. 이를 통해, CMS와 참여 의료공급자들은 다양한 진료전략을 비교·검토함으로써 환자관리 역량을 강화하고, 일차의료의 질 향상을 도모하고 있다.

미국 CPC+는 지역사회 인구집단 전체를 대상으로 포괄성, 조정성, 접근성 등 일차의료의 기능을 개선하고 있다. 국내에서도 일차의료 강화를 위해 외과계 수술 전후 교육·상담 수가 시범사업(2018년), 일차의료 만성질환관리 시범사업(2019년)이 시행 중이며, 전체 의원급 의료기관을 대상으로 하는 교육상담료 시범사업과 지역중심 방문진료 수가 시범사업 또한 준비 중이다. 하지만 그동안 시행된 일차의료 관련 시범사업들은 전문과목 또는 질환 등을 기준으로 분절적으로 시행되고 있어 의료전달체계 내 일차의료 담당해야 하는 기능 개선 측면에서는 효과가 제한적이다. 장기적인 관점으로 일차의료 담당해야 하는 기능과 역할, 적절한 지불보상이 고려된 일차의료 지원체계가 논의되어야 한다고 제언한다. X

#### 참고문헌

김윤, 김희선, 조비룡, 최용준, 안아름, 이지혜, 신호균. 일차의료 중심의 만성질환관리 수가모형 개발. 한국보건의료연구원. 2015.  
이은지, 김형수, 김계현, 유빛나, 김희선. 미국의 일차의료 시범사업 기획, 수행 및 평가 체계: 혁신센터의 포괄적 일차의료 사업 사례를 중심으로. 한국보건의료연구원 근거와 가치 2017; 3(2):151-158. 2017.  
조비룡, 조미희, 김현경, 박형준, 정수민, 정원주, 이연주. 일차의료 만성질환관리 활성화를 위한 케어코디네이터의 역할 설정 및 진료 모형 개발. 서울대학교 산학협력단·보건복지부. 2018  
Centers for Medicare and Medicaid Services. 2018 CPC+ Implementation Guide: Guiding Principles and Reporting. 2018.  
Centers for Medicare and Medicaid Services. CY2019 CPC+ Payment and Attribution Methodologies for Program. 2019.  
Cohen M, Russo A, Kennell D, Irie S. Systematic Review of CMMI Primary Care Initiatives Final Report. Kennell and Associates, Inc. 2018.  
Sessums L, McHugh SJ, Rajkumar R. Medicare's vision for advanced primary care: New directions for care delivery and payment. JAMA. 2016; 315(24):2665-2666.