

G000F89-2020-125

의료 질 평가 사례 연구

- 미국을 중심으로 -

연구진

연구책임자 김 정 림 부연구위원

주 제 어

의료 질 평가, 미국, 메디케어, 메디케이드, 보건의료, 가치기반, 보상사업, 지불제도, 건강보험심사평가원
Healthcare quality assessment system, Quality program, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Agency for Health Research and Quality (AHRQ), Health Insurance Review & Assessment Service, HIRA



건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



미국의 의료 질 평가는 20세기 초반 환자 질 평가의 사례로부터 시작되었다. 이를 발판으로 미국은 보건부 산하에 여러 기관을 두고 의료서비스 질 향상을 위한 운영 및 다양한 사업 등을 통해 지속적인 활동을 하고 있다. 그 중 하나인 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services)는 보건의료 분야의 질과 관련된 정책을 개발하여 제도 등을 운영하고 있으며, 또한 최근 20주년을 맞이한 AHRQ (Agency for Health Research and Quality)는 보건의료시스템의 안전성과 개선에 필요한 도구 및 데이터 개발의 이론적 근거를 마련하는 연구기관으로서의 역할을 하고 있다.

우리나라의 요양급여 적정성평가 제도는 2000년 적정성평가 사업을 시작으로 평가시스템의 정착단계(2001~2003년), 임상 질 평가의 도입(2004~2006년), 질환 평가의 확대(2007~2014년), 그리고 성과지불제 기반조성 단계(2015년 이후) 등의 발전을 거듭해왔다. 그럼에도 불구하고 질병중심의 평가항목, 평가결과에 대한 연계 부족 및 보상기전의 미흡 등의 문제점이 도출되고 있다. 이러한 상황에서 최근 「제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)」에서는 국가 단위의 의료 질 제고를 위한 평가제도의 내실화와 목표중심의 포괄적 평가체계 구축의 필요성이 제기되었다.

오늘날 의료서비스는 양 중심에서 가치기반 방식으로의 전환 및 확대 등 의료패러다임 변화가 요구되고 있다. 본 연구에서 검토된 미국 CMS와 AHRQ의 의료 질 평가와 관련된 주요 사례는 우리나라 의료 질 관리 발전을 위한 방향 설정이나 관리 체계 마련 등의 인프라 구축에 필요한 토대로 활용될 수 있기를 기대한다.

끝으로 이 보고서의 내용은 연구자의 개인적인 의견으로 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2020년 11월

건강보험심사평가원 원장 김 선 민

건강보험심사평가원 심사평가연구소 소장 이 진 용

목 차

요 약	i
제1장 서론	1
1. 연구 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	2
3. 연구 내용	3
4. 연구 방법	3
제2장 의료의 질과 미국의 의료 질 전략	5
1. 의료 질의 정의	5
2. 의료 질의 구성요소	6
3. 미국의 의료 질 평가 배경	8
4. 환자보호 및 부담적정보험법 (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)	9
5. 국가 질 전략(National Quality Strategies, NQS)	10
제3장 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).....	13
1. 개요	13
가. 기능 및 역할	14
나. CMS 질 전략(CMS Quality Strategy)	14
다. 메디케어 어드밴티지 질 전략 (Medicare Advantage Quality Strategy, MA)	17
2. CMS의 질 관리 활동	18
3. CMS의 질 관리 사업(Quality Initiatives, QI)	20

가. 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative, HQI)	24
나. 병원 입원환자 질 보고 프로그램 (Hospital Inpatient Quality Reporting Program, HIQR).....	26
다. 병원 외래환자 질 보고 프로그램 (Hospital Outpatient Quality Reporting Program, HOQR) ...	27
4. CMS의 질 향상 보상 사업	28
가. 병원 질 향상 보상 사업 (Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID)	28
나. (구)전자의무기록 프로그램(Electronic Health Records, EHR), (신)상호운 용성 촉진 프로그램(Promoting Interoperability Program, PIP)	28
다. 질 지불 프로그램(Quality Payment Program, QPP)	32
라. 의료 향상을 위한 묶음지불제도 (Bundled Payments for Care Improvement Advanced, BPCI Advanced) ...	36
5. 가치기반 프로그램(Value Based Program, VBP)	37
가. 말기 신장질환 질 인센티브 프로그램 (End-Stage Renal Disease Quality Incentive Program, ESRD QIP)	39
나. 병원 가치기반 성과지불제도 (Hospital Value-Based Purchasing Program, HVBP)	41
다. 병원 재입원 감소 프로그램 (Hospital Readmission Reduction Program, HRRP)	43
라. 가치 보정 프로그램 (Value-Based Modifier Program, VBM or Value Modifier, VM) ...	44
마. 병원획득감염 감소 프로그램 (Hospital-Acquired Condition(HAC) Reduction Program, HACRP) ...	44
6. 지표관리시스템(Measures Management System, MMS)	46
7. CMS의 정보공개 프로그램 및 질 평가 도구	48
가. 병원비교 웹사이트(Hospital Compare)	48
나. 의미 있는 측정 프레임워크(Meaningful Measures Framework)...	49

8. CMS의 협력체계	53
가. 질향상 조직(Quality Improvement Organizations, QIOs)	53
나. 병원 질 연합회 (Hospital Quality Alliance, HQA)	54
제4장 Agency for Health Research and Quality (AHRQ).....	57
1. 개요	57
2. AHRQ의 질 지표 (AHRQuality Indicators)	59
가. 질 지표의 관리	59
나. 질 지표의 분류	61
3. AHRQ의 프로그램	63
가. 포괄적 단위기반 안전 프로그램 (Comprehensive Unit-based Safety Program, CUSP)	63
나. 보건의료공급자 및 시스템에 대한 소비자 평가 (Recommended Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS)	63
다. 의료 관련 감염(Healthcare Associated Infections, HAI)	64
라. 국가 보건의료 질 및 불균형 보고서 (National Healthcare Quality and Disparities Reports, NHQR/DR Reports) ...	64
마. 너싱홈 안전 프로그램(Nursing Home Safety Program)	65
바. 환자안전조직 프로그램 (Patients Safety Organization Program, PSO)	65
사. 아동 질 측정 프로그램 (Pediatric Quality Measures Program, PQMP)	65
4. 국가질포럼 (National Quality Forum, NQF)	68
제5장 결론 및 제언	71
참고문헌	79
Abstract	99

표 목차

<표 1> CMS의 질 전략 비전을 위한 3가지 목적 15

그림 목차

[그림 1] 연구 수행체계 4

[그림 2] 국가 질 전략(National Quality Strategy)의 3가지 목표 11

[그림 3] 국가질전략의 개요(National Quality Strategy Overview) 12

[그림 4] CMS 질 전략 목표 16

[그림 5] Institute for Healthcare Improvement, IHI)의 목표와
국가질전략 (National Quality Strategy, NQS)의 목표 17

[그림 6] CMS의 프로그램과 활동 19

[그림 7] CMS의 질 향상을 위한 16가지 전략 사업(Strategic Initiatives) 24

[그림 8] Hospital Quality Initiative 25

[그림 9] Meaningful Use의 개념적 접근 29

[그림 10] CMS EHR Incentive programs 연표 31

[그림 11] The Quality Payment Program 계획 32

[그림 12] The Quality Payment Program 2 Track (APMs, MIPS) 33

[그림 13] 연도별 가치기반 관련법과 프로그램의 흐름 38

[그림 14] Measures Management System Process Map 47

[그림 15] Hospital Compare의 예시(Washington, DC) 49

[그림 16] Meaningful Measures Framework의 구성과 19개 측정 영역 51

[그림 17] 만성질환의 예방과 치료에 관한 5가지 측정영역의 예시 52

[그림 18] AHRQ의 핵심역량 59

[그림 19] AHRQ 질 지표의 생애주기 60

[그림 20] NQF (National Quality Forum)의 전략적 방향 69

요 약

제1장 서론

1. 연구 배경

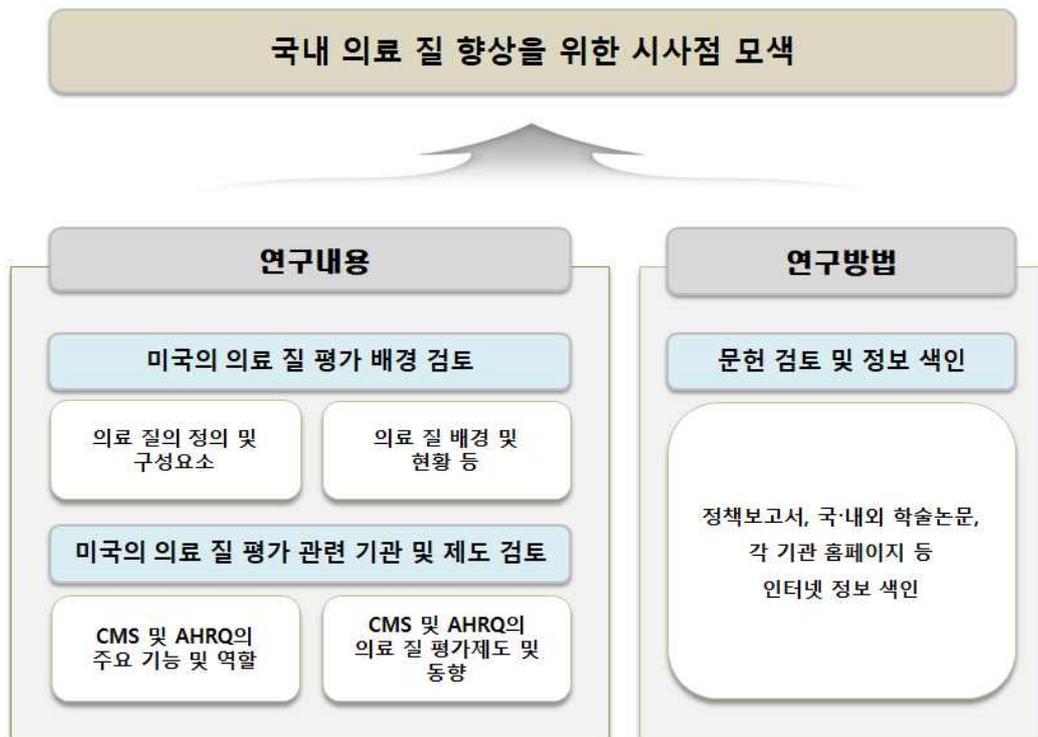
- 우리나라의 영양급여 적정성평가 제도는 2000년 적정성평가 사업의 도입을 시작으로 평가시스템의 정착단계, 임상 질 평가의 도입 단계, 질환 평가의 확대 단계, 성과지불제의 기반조상 단계를 거쳐 의료의 질 발전에 기여해 왔음.
- 「제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)」에서는 국가 단위의 의료 질 제고를 위한 평가제도의 내실화와 질 향상을 위한 목표 중심의 포괄적 평가체계 구축의 필요성이 제기되었음.
- 우리나라는 의료 질 향상에 필요한 토대를 마련하기 위해 주요국의 전략 또는 제도 등을 분석하여 정책 방향으로 설정하기도 하며, 특히 미국 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), AHRQ (Agency for Health Research & Quality) 등의 사례를 벤치마킹하고 있음.
- 그러나 의료 질 평가와 관련된 주요국의 다양한 제도 등에 대한 검토는 대부분 한 주제에 대한 내용으로 한정적이거나 단편적인 형태를 띠고 있음. 더불어 대부분 국가단위의 제도나 사례 등은 단기간에 변화하지 않는 특성을 가지고 있기 때문에 검토 내용이 중복되거나 혼재될 수밖에 없는 실정이기도 함.
- 따라서 보건의료 환경변화에 대응하고 우리나라 의료 질 평가의 정책 방향 등을 예상할 수 있는 토대를 마련하기 위해 주요국의 사례 등을 종합적으로 검토할 기초연구가 필요함.

2. 연구 목적

- 이 연구는 미국의 의료 질 평가와 관련된 제도의 사례 및 동향 등을 검토하고, 우리나라의 의료 질 평가 향상을 위한 시사점을 모색하는데 목적을 둬.

3. 연구 내용 및 방법

- 미국의 의료 질 평가 배경 및 현황을 검토하고, 의료 질 평가와 관련한 기관의 역할과 제도 등을 검토하여 우리나라 의료 질 평가 및 질 향상을 위한 시사점을 모색함.
- 의료 질 평가와 관련한 홈페이지 정보 및 다양한 문헌 등을 이용하였고, 세부적으로는 미국 보건부 (Department of Health and Human Services), CMS, AHRQ 등의 홈페이지에 게시된 의료 질과 관련된 정보를 색인하였음. 또한 정책 보고서 및 국내외 학술 논문 등의 문헌을 통해 주요 제도 및 동향을 고찰함.



[요약 그림 1] 연구 수행체계

제2장 의료의 질과 미국의 의료 질 전략

1. 의료 질의 정의

- 의료의 질은 정의하기가 어려운 개념이므로 근본적인 수준에서 다양한 문제가 존재하고, 질(quality)은 보건(health)과 의료(care)의 개념을 얼마나 협소하게 또는 광범위하게 정의하는냐에 따라 달라짐(Donabedian, 2005; 1988).
- 가장 보편적으로 활용되는 의료의 질은 1990년 미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)에서 개발된 것이며, 의료의 질을 ‘개인과 인구집단에 대한 보건의료서비스가 원하는 건강결과의 가능성(건강상 바람직한 결과를 얻을 가능성)을 증가시키고, 현재의 전문적 지식에 일치하는 정도’라고 정의함(IOM, 2001).

2. 의료 질의 구성요소

- 기술적 측면, 대인관계 측면, 쾌적한 환경 측면으로 분류됨(Donabedian, 1988).
 - 기술적 측면은 의학 기술을 개인의 건강 문제에 적용하는 것임.
 - 대인관계 측면은 환자와 치료자 간의 사회적, 심리적 상호작용을 관리하는 것임.
 - 쾌적한 환경 측면은 쾌적한 대기실, 편안하고 따뜻한 진료실, 깨끗한 침실 등, 좋은 음식으로 묘사되었음.
- 효과성, 효율성, 적절성, 의학적-기술적 측면의 질로 분류됨(Vuori, 1982).
 - 효과성은 일반적인 상황에서 실제로 나타난 영향 정도임.
 - 효율성은 서비스 또는 프로그램의 단위 생산비용 당 실제로 나타난 영향 정도임.
 - 적절성은 제공된 서비스 또는 프로그램이 집단의 필요에 부합하는 정도임.
 - 의학적-기술적 측면은 현재 이용가능한 의학적인 지식과 기술을 환자 진료에 적용한 정도임.
- 효과성, 안전성, 환자중심성, 적시성으로 분류됨(IOM, 2001).
 - 안전성은 환자를 돕기 위해 제공된 의료가 환자에게 상해를 입히지 않도록 하는 것임.
 - 효과성은 편익이 기대되는 환자에게 과학 지식에 기초하여 서비스를 제공하지

만 그렇지 않은 환자에게는 서비스 제공을 금지하는 것임.

- 환자중심성은 의료공급자, 환자, 가족 간에 동반 관계를 구축하여 환자의 바람, 필요, 선호도를 존중하고 환자가 의사결정에 참여할 수 있도록 교육하고 지원하는 것을 의미함.
- 적시성은 필요한 서비스를 불필요한 지연 없이 제공받는 것임.

○ 효과성, 형평성, 환자중심성으로 분류됨(AHRQ).

- 효과성은 과학적 증거로 뒷받침되는 관리 프로세스 제공 및 결과 달성과 관련이 있음.
- 효율성은 사용된 특정의료자원 단위에 대해 제공되는 비슷한 의료단위 또는 건강단위 혜택의 질을 최대화하는 것과 관련이 있음.
- 형평성은 임상상태나 치료 선호도 외에 개인특성이 다른 사람들에게 동등한 질의 건강관리를 제공하는 것과 관련이 있음.
- 환자중심성은 환자의 요구와 선호를 충족시키고 교육과 지원을 제공함.
- 안전성은 실제 또는 잠재적으로 신체 상해와 관련이 있음.
- 적시성은 지연을 최소화하면서 필요한 치료를 받는 것과 관련이 있음.

3. 미국의 의료 질 평가 배경

- 미국의 20세기 초반, 외과 의사였던 코드만(Ernest Amory Codman)이 환자 상태를 추적한 것은 의료 질을 평가한 최초의 계기가 됨.
- 미국은 1970년대 보건의료비의 증가에 대한 문제가 부각되자 보건의료의 접근성과 질에 대한 관심이 보건의료비 상승 제한으로 집중되었음.
 - 미 정부는 비용과 질을 동시에 관리하는 방법으로 PSRO (Professional Standards Review Organization)을 설립함.
 - 이후 PSRO는 PRO (Peer Review Organization)를 거쳐 QIO (Quality Improvement Organizations)로 전환하여 질 관리에 초점을 두었음.

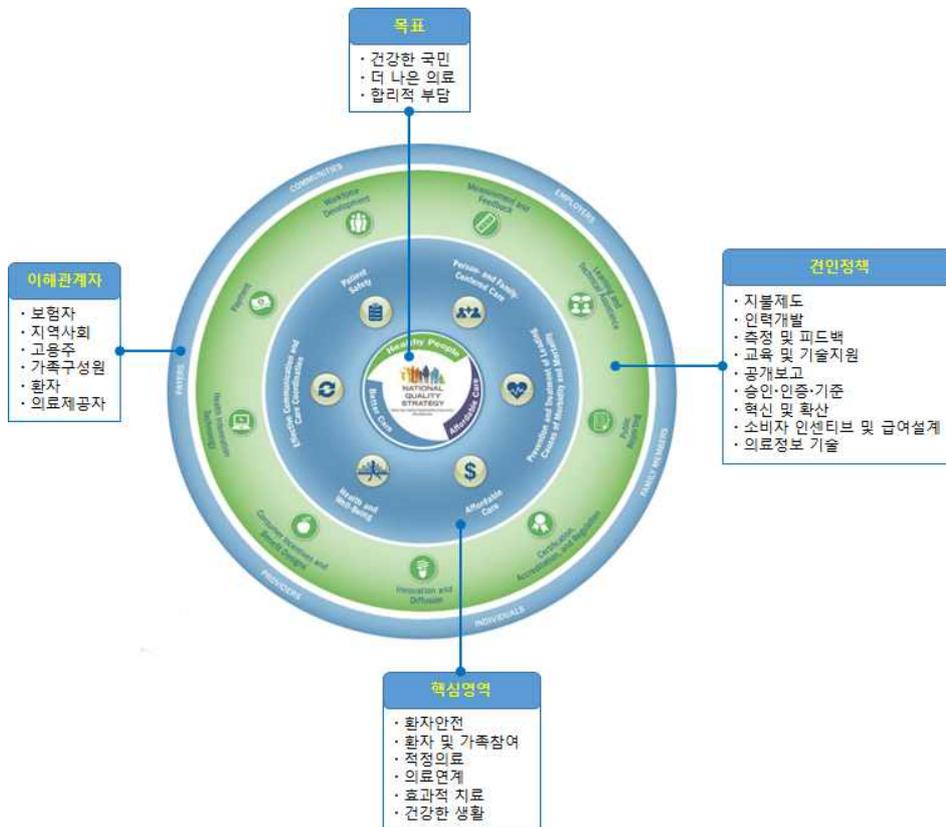
4. 환자보호 및 부담적정보험법

(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)

- 미국은 2010년 3월에 건강보험개혁법인 환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act)으로 의료개혁의 서막을 열었음.
 - PPACA는 일명 ‘오바마케어’라 명명되기도 하며, 미국인의 비보험 수 및 의료비용의 감소를 목표로 함.
 - 주요 내용은 환자들을 보호하고 재정적으로 큰 부담 없이 모든 국민에게 건강보험을 제공하는 것이며, 의료의 질과 효율성 향상, 만성질환 예방 및 공중보건의 향상에 대한 내용도 포함되어 있음.
- PPACA에서는 ‘국가 질 전략(National Quality Strategy)’을 수립하도록 규정 하였으며, 사람, 가족, 고용주 및 정부에 의료의 질을 보다 낮은 비용으로 제공할 필요성에 대해 강조하였음.

5. 국가 질 전략 (National Quality Strategies, NQS)

- 2011년 3월에 의료 질 향상을 위한 국가 질 전략(National Quality Strategy, NQS)이 발표되었음.
 - NQS는 의료의 질을 향상시키기 위해 지역, 주, 국가단위에 걸쳐 공공 및 민간이 노력하는 것에 대해 지도하고 조정하는 프레임워크 역할을 하며, 현재는 보건부를 대신하여 AHRQ가 주도하고 있음.
- 주요 전략 목표는 건강한 국민/건강한 공동체(Healthy People/Healthy Communities), 더 나은 치료(Better Care), 합리적 부담(Affordable Care)으로 구분됨.
 - 전략 목표 달성의 핵심 영역은 환자안전(Patient Safety), 환자 및 가족중심의 관리(Person and Family Centered Care), 적정의료(Care Affordability), 의료연계(Care Coordination), 효과적인 예방 및 치료(Effective Prevention and Treatment), 건강한 생활(Healthy Living)로 분류됨.



[요약 그림 2] 국가 질 전략의 개요(National Quality Strategy Overview)

제3장 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

1. 개요

- CMS는 1997년 메디케어와 메디케이드 프로그램의 재정 관리와 의료 질 관련 활동을 통합하기 위해 설립되었던 Health Care Financing Administration (HCFA)로부터 개편(2001.7)된 미국 보건부 산하의 연방정부 기구임.

가. 기능 및 역할

- 의료서비스 질 향상을 위한 사업 등을 추진하고 의료 질 관리에 필요한 목표 설정과 그 목표에 맞춰 의료의 질 평가 지표를 개발하여 관리·운영함.
 - 보건의료와 관련한 정책을 개발하고 주정부, 계약자에 의해 의료서비스가 적절히 운영되는지에 대해 감독하며 보건의료 분야의 질과 관련한 활동 등을

수행함.

- 주요 목적은 국민의 건강과 삶의 질을 향상시키는 것임.
 - 첫째, 전 미국인의 보건의료 질과 가용성을 향상시키는 것임.
 - 둘째, 양(volume)이 아닌 가치(value)에 대한 지불로 미국인의 건강관리를 유도하는 것임.
 - 셋째, 미국의 보건의료비 지출 증가에 따른 성장률 감소임.

나. CMS의 질 전략 (CMS Quality Strategy)

- CMS의 질 전략은 CMS의 전략(Stratgy)과 국가질전략(National Quality Strategy)을 기반으로 구축되었음.
 - 질 전략을 위한 3가지 비전은 ‘더 나은(better), 더 현명한(smarter), 더 건강한(healthier)’으로 이 전략은 국가질전략(NQS)의 6가지 핵심영역(priority)에 따라 조정됨.
 - 즉, NQS가 국가보건의료체계의 질 향상을 목적으로 제안된 것이라면, CMS 질 전략은 의료기관 단위의 질 향상에 집중하여 NQS의 목적을 기반으로 평가항목을 구성하고 있음.
 - 질 전략의 핵심영역은 ①진료가 제공되는 동안 위험을 줄임으로써 보다 안전한 진료(즉, 안전 문화에 대한 지원 향상, 부적절하고 불필요한 치료 감소, 모든 상황에서 위험을 예방 또는 최소화), ②환자와 그 가족이 치료 파트너로 참여, ③효과적인 의사소통과 진료 연계 촉진, ④만성질환의 효과적인 예방 및 치료 촉진, ⑤사람들과 건강하게 생활할 수 있도록 지역사회와 협력, ⑥적절한 비용으로 구분됨.

다. 메디케어 어드밴티지 질 전략 (Medicare Advantage Quality Strategy)

- 메디케어 어드밴티지 질 전략은 국가질전략(NQS) 및 국가예방전략(National Prevention Strategy)으로 지칭되는 보건의료 질 향상을 위한 ‘국가 전략’을 반영하여 2011년에 확대된 것임.
- 프로그램에 등록된 메디케어 수혜자의 치료에 대한 질을 향상시키는 것을 목표로 하며, 전략의 기초와 질 향상 프로그램은 근거에 기초한 임상 프로토콜을 사

용하여 조정 및 개선을 통해 의료를 제공함.

- 모든 메디케어 어드밴티지 조직(Medicare Advantage Organization)은 CMS와의 계약조건으로 수혜자를 위한 의료 조정을 기반으로 하는 질 향상 프로그램을 개발해야 하며, 연방 규정에서 설명한 질 개선 프로그램을 보유해야 함.

2. CMS의 질 향상 활동

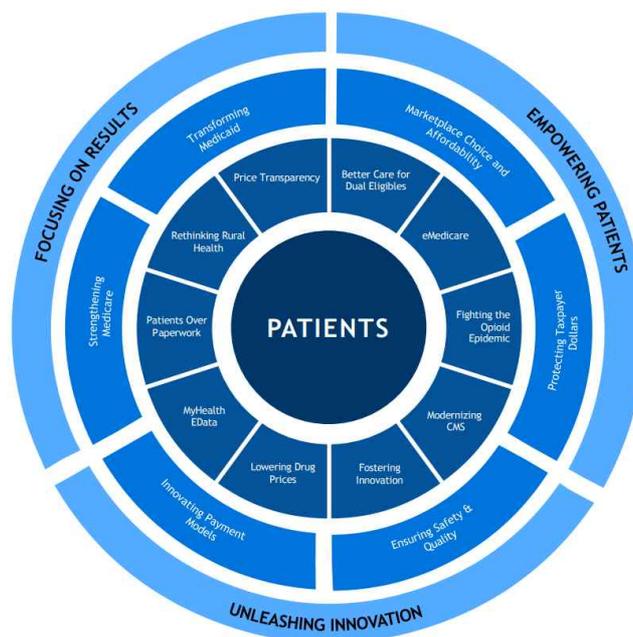
- CMS의 모든 질 관리 사업은 상호연관성을 갖추고 있음.
 - 사업의 기반이 되는 질 데이터 보고, 질 지표 개발과 인증, 질 지표 데이터의 제출, 결과의 공개와 관련된 사업들은 궁극적으로 질 정보의 타당성과 신뢰도를 높여 질 지불 프로그램을 확대시키고 있음.
- CMS는 의료 질 향상 활동의 비전으로 메디케어, 메디케이드 부문에서 보건의료 당사자들과 파트너십을 형성하고자 모든 프로그램을 개방함.
 - 모든 질 향상 활동에서 파트너십은 연방정부 및 주정부, 연구자, 전문가, 이해당사자, 소비자단체, 의료공급자 등의 협력관계 형성이 중요한 요소임.

3. CMS의 질 관리 사업 (Quality Initiatives, QI)

- 미 보건부(HHS)와 CMS는 정보 공개를 통해 모든 미국인들에게 양질의 보건의료를 보장하고자 2001년에 질 관리 사업(Quality Initiatives, QI)을 실행함.
 - 2002년 너싱홈(요양원) 질 관리 사업(Nursing Home Quality Initiative, NHQI)을 시작으로, 2003년 재가서비스 질 관리 사업(Home Health Quality Initiative, HHQI)과 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative, HQI)으로 확대됨.
 - 이후 2004년에는 개원의 질 향상 프로젝트(Doctor's Office Quality Project, DOQ Project)를 포함하는 의사 중심 질 관리 사업(Physician Focused Quality Initiative, PFQI)이 개시됨.
 - 현재 QI는 보건의료시스템의 모든 측면에 영향을 주고 있으며, 일부는 너싱홈(요양원), 가정보건기관(home health agency), 의료기관 및 신장 투석시

설의 질 측정을 공개적으로 보고하는데 중점을 두고 있음.

- CMS의 질 향상 전략의 핵심영역(priority)의 주요 결과는, 결과에 집중(Focusing on Results), 환자역량강화(Empowering Patients), 획기적인 혁신(Unleashing Innovation)을 구축으로 하고 있음.
- 문제 해결을 위한 16가지의 QI는 환자를 중심으로 MyHealthEData (My Health EData), 환자중복서류작업(Patients over Paperwork), 농촌 건강 재검토(Rethinking rural health), 가격 투명성(Price transparency), 이중 자격에 대한 보다 나은 관리(Better care for dual eligibles), e메디케어(eMedicare), 오피오이드 전염병 퇴치(Fighting the opioid epidemic), CMS 현대화(Modernizing CMS), 혁신 육성(Fostering innovation), 의약품 가격 인하(Lowering drug prices)로 구성됨.



[요약 그림 3] CMS의 질 향상을 위한 16가지 전략 사업(Strategic Initiatives)

가. 병원 질 관리 사업 (Hospital Quality Initiative)

- 병원 질 관리 사업(HQI)에서는 병원비교 웹사이트(Hospital compare), 입원 환자 지표(Inpatient Measures), 지표 과정(Process of Care Measures), 결

과지표(Outcome Measures), 보건의료 공급자 및 시스템에 관한 소비자 평가(Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems)의 환자 설문(Patients' Perspectives of Care Survey)등 세부 평가를 통하여 여러 종류의 의료기관에 대한 질 평가를 수행하고 그 결과를 공개하고 있음.

- Hospital Compare(병원비교 웹사이트)는 병원에서 제공되는 의료서비스의 질 향상을 위한 다양한 활동의 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative)의 한 부분으로 운영됨.

나. 병원 입원환자 질보고 프로그램

(Hospital Inpatient Quality Reporting Program, HIQR)

- 이 프로그램은 2003년 Medicare Prescription Drug and Modernization Act, MMA)에서 규정되어 개발되었음.
 - 소비자가 의료를 선택하는데 있어 보다 현명한 결정을 할 수 있도록 의료 질 정보를 제공하고, 병원과 임상의들은 모든 환자에게 양질의 입원 의료를 제공할 수 있도록 장려하고자 개발된 것임.
- 병원이 지표를 보고하지 않는 경우, 메디케어 환자 치료를 위해 사용하는 재화와 서비스 비용 인상에서 0.4%p(2005년, 2%p까지 확대)를 감소시키는 페널티를 부과함.
- Prospective payment system을 통해 지불된 병원으로부터 질과 관련한 데이터를 수집하고, QualityNet을 통해 데이터가 제출되면 수집된 자료는 Hospital Compare 웹 사이트를 통해 결과가 공개됨.
 - 측정된 일부 지표는 병원 가치기반구매 프로그램, 병원감염감소프로그램, 병원재입원감소프로그램을 포함하여 치료의 질과 효율성에 따라 지불을 결정하는 평가 정보로 활용됨.

다. 병원 외래환자 질보고 프로그램

(Hospital Outpatient Quality Reporting Program, OQR Program)

- 외래 환자 병원 서비스를 위해 CMS에서 구현한 데이터 보고 프로그램이며, 2006년 세금 감면 및 건강 관리법(Tax Relief and Health Care Act)에 의해

의무화되었음.

- 병원은 외래환자에게 제공하는 의료의 질 측정 데이터를 CMS에 제출해야 하며, 제출된 자료는 Hospital Compare(웹사이트)로 수집되어 환자들이 자신의 건강과 병원의 질 등에 대해 많은 정보를 얻을 수 있도록 하였음.

4. CMS의 질 평가 향상 사업

- CMS는 질 보고에서 질 평가까지 재정 인센티브를 활용한 사업을 확장하고 있으며, 의사와 병원을 대상으로 질 지불 프로그램을 운영하고 있음.

가. 병원 질 향상 보상사업

(Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID)

- 이 사업은 CMS가 모든 것을 주관하는 것이 아니고, 평가대상 임상 분야 및 평가 지표는 IOM 또는 NQF, NIH의 연구 과정을 거쳐 검증된 것을 선택함.
 - 평가는 병원들이 경영 및 관리 전반에 대한 자문을 주요 업무로 하도록 하여 자발적으로 만든 협의체인 Premier에 위임함.
 - 평가결과는 CMS의 웹사이트를 통해 수집되도록 하고 CMS는 각각의 병원평가에 대한 결과를 무작위로 선택하여 검증하는 방법을 택하고 있음.

나. (구)전자의무기록 프로그램 Electronic Health Records, EHR),

(신상호운용성 촉진 프로그램 (Promoting Interoperability Program, PIP)

- 2009년 2월 17일에 미국 경제회복 및 재투자 방안 법안(American Recovery and Reinvestment Act, ARRA)이 제정되었고, 이 법안 중 하나인 ‘Health Information Technology for Economic and Clinical Health Act’에는 전자의무기록(EHR)의 개념이 포함되어 있음.
 - 국가 목표로 미국 의료전달시스템 전체에서 상호운용 가능한 전자의무기록의 의미 있는 사용(meaningful use)을 장려하는 정책이 마련됨.
- CMS는 2011년부터 공인된 EHR의 meaningful use에 대한 인센티브 프로그램을 시행하고 있으며, 건강정보 기술 통합, 보건의료의 결과 효율성, 환자안전

개선을 목적으로 함.

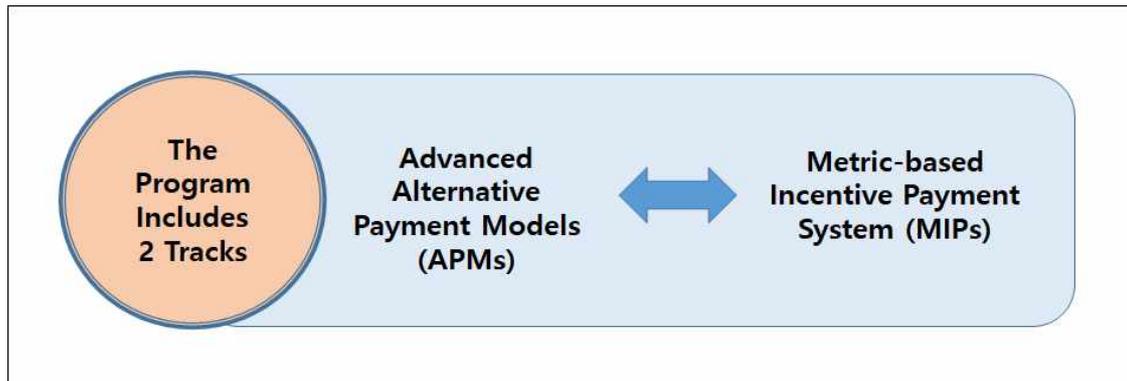
- Meaningful use의 개념은 ‘①질, 안전, 효율성 향상 및 건강 불균형의 감소, ②환자와 가족의 의료서비스 참여, ③의료 연계, ④국민과 공중보건의 개선, ⑤개인 정보 보호 및 보안 유지’로 건강 결과 정책 핵심영역에 기반을 둠.
- EHR의 meaningful use에 대한 인센티브 프로그램은 총 3단계로 구성됨.
 - 1단계에서는 환자에게 전자적 건강정보의 사본 제공을 포함하여 임상데이터의 전자적 캡처를 위한 요구사항을 설정함으로써 기반을 마련하는 것임.
 - 2단계에서는 1단계의 기준을 확대하는 것이며, 그 기준은 진료시점에서 지속적인 의료 질 향상과 가장 구조화된 형식의 정보 교환을 위해 차트(chart)를 사용하도록 권장하는 것임.
 - 3단계에서는 건강결과 향상을 위한 인증 EHR의 사용에 중점을 두며 2단계 수정을 통해 요구사항을 완화하고 다른 CMS 프로그램과 연계되도록 함.
- 2018년 4월에 EHR 인센티브 프로그램을 공중보건과 상호운용성 촉진 프로그램(Public Health and Promoting Interoperability Programs)으로 명칭을 변경함.
 - 자격을 갖춘 보건의료 전문가(Eligible health care professionals, EP) 및 자격을 갖춘 병원(Eligible Hospital, EH), 지방병원(Critical Access Hospitals, CAH)에 인증된 EHR기술의 meaningful use를 입증하도록 함.

다. 질 지불 프로그램 (Quality Payment Program, QPP)

- 2015년에 The Medicare Access and Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act (MACRA)법이 통과되었고, CMS는 2016년 10월에 QPP (Quality Payment Program)에 대한 최종 시행규칙을 발표함.
 - QPP는 CMS에서 기존에 제공하던 인센티브 프로그램(Physician Quality Reporting System, PQRS), Physician Value-based Payment Modifier (VBPM) or Value Modifier (VM), EHR Incentive Program을 통합한 것으로 행위별수가제에서 임상 의들이 서비스의 질을 향상시키도록 하는 성과지불제도임.
- QPP는 성과기반 인센티브 지불제도(Merit-Based Incentive Payment

System, MIPS)와 선진대안지불모형(Advanced Alternative Payment Models, APM)의 두 가지 형태로 운영됨.

- 임상의들은 진료소의 규모나 전문분야, 지역, 환자 수 등에 따라 하나의 제도를 선택할 수 있으며, 모형의 설계대로 의료비를 지급받게 됨.



[요약 그림 4] The Quality Payment Program 2 Track (APMs, MIPS)

1) 성과기반 인센티브 지불제도 (Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)

- MIPS는 Physician Value-based Payment Modifier (VBPM), EHR Incentive Program의 구성요소를 통합한 지불제도임.
 - 주요 목적은 인센티브를 결과 비용효과적인 치료를 연계하고, 치료과정 및 건강결과의 향상 도모, 건강관리정보의 사용을 촉진, 비용을 절감하는 것임.
- 그러나 MIPS가 지나치게 복잡하다는 피드백을 수용하여 2021년부터 시작되는 MIPS Value Pathway (MVP)를 제시함.
 - 임상의의 진료범위(환자 치료에 의미 있는) 보다 더 관련 있는 측정 옵션으로 이동하는 것을 목표로 하고 있음.

2) 선진대안지불모형 (Advanced Alternative Payment Models, Advanced APMs)

- 양질의 비용효과적인 의료를 제공하도록 인센티브를 제공하는 지불제도이며, 이는 특정 질환이나 에피소드, 인구집단 등에 적용 가능함.
 - 이 모델에 대한 자격을 얻으려면 인증된 전자의무기록(EHR)의 기술을 사용해야하며, MIPS의 질 범주에 사용 된 것과 유사한 질 측정을 기반으로 지불을 제공해야 함.

라. 의료 향상을 위한 묶음 지불제도

Bundled Payments for Care Improvement Advanced (BPCI Advanced)

- 2018년 1월에 BPCI Advanced 모델이 발표되었으며, 이 모델은 2018년 10월 1일부터 2023년 12월 31일까지 실행될 계획임.
- BPCI Advanced는 행위별수가의 대안으로 묶음의료에 대한 지불을 받게 되며, 32가지의 번들 임상 에피소드(입원환자 관련 29가지 및 외래 환자 관련 3가지)가 포함됨.

5. 가치기반 프로그램 (Value Based Program, VBP)

- VBP는 메디케어 수혜자에게 양질의 의료서비스를 제공한 의료제공자에게 인센티브로 보상하는 프로그램으로 병원질향상시범사업(HQID)을 연이은 것임.
- 의료서비스 제공 및 지불 방식을 개혁하기 위한 더 큰 질 전략의 일부이기도 하며, 보건의료의 제공을 어떻게 개혁할 것인가에 대한 질 전략 수행 방안 중 하나로 프로그램화된 것이기도 함.

가. 말기 신장질환 질 인센티브 프로그램

(End-Stage Renal Disease Quality Incentive Program, ESRD QIP)

- 2008년 환자 및 제공자를 위한 메디케어개선법(Medicare Improvements for Patients and Providers Act, MIPPA)은 보건부장관에게 신장 투석 서비스를 제공하는 시설에 대해 인센티브를 설정하도록 하였음.
- 시설에서 제공하는 투석 치료의 질을 평가하는 방법을 개발하고 시설이 설정된 성과 기준을 충족하지 못하는 경우 지불액을 삭감하도록 하였음.
- ESRD QIP는 메디케어 최초의 프로그램이며, CMS는 신장 투석 시설에서 양질의 서비스를 장려하기 위해 이 프로그램을 관리함.
- 지불의 일부를 진료의 질 측정에 대한 시설의 성과에 직접 연결함으로써 투석을 받는 환자의 치료에 대해 지불하는 방식을 변경하는 것임.
- 2011년 1월 1일부터 메디케어 수혜자에게 제공되는 신장투석서비스를 위한

묶음선불시스템(Bundled Prospective Payment System, PPS)을 유지함.

- 2020년 1월 1일부터는 ESRD PPS에 따라 Transitional Add-on Payment Adjustment for New and Innovative Equipment and Supplies (TPNIES)가 적용되었고, 2021년 1월 1일부터 말기 신장질환 시설은 적격한 품목에 대해 TPNIES를 지급받게 됨.

나. 병원 가치기반 성과지불제도

(Hospital Value-Based Purchasing Program, HVBP)

- HVBP는 의료서비스 제공자가 입원환자에게 제공하는 의료의 질에 대해 보상을 하는 메디케어 지불시스템을 구성하기 위한 것임.
 - 병원 환자에 대한 임상 결과를 개선시키고 재원기간 동안 의료경험을 향상시키기 위해 설계됨.
- 병원에서 제공되는 서비스의 양이 아니라 의료의 질에 따라 인센티브를 제공하는 것으로 급성기병원에 보상됨.
 - 메디케어의 지불제도와 보상을 연계한 입원환자 선불시스템(Inpatient Prospective Payment System, IPPS)에 따라 지불금을 조정함.
- 이 프로그램은 MS-DRG (Medicare severity diagnosis-related group)가 적용되는 참여병원의 해당 회계연도 지불금의 2%까지 감소시킨 재정으로 운영됨.
 - 남은 자금은 질과 자원사용 측정에 대한 성과를 기준으로 1년 동안 획득한 총 성과 점수 (Total Performance Scores, TPS)를 기반으로 병원에 재분배되므로 병원의 수입은 모든 참여 병원의 TPS 점수의 범위와 분포에 따라 다름.

다. 병원 재입원 감소 프로그램

(Hospital Readmission Reduction Program, HRRP)

- HRRP는 1980년대 중반, 포괄수가제(DRG)가 도입된 이후 재입원율은 점차 줄어들기 시작하였으나, 재입원률의 부작용이 초래됨에 따라 도입된 프로그램임.
 - 이에 일부 선택된 임상질환(심부전, 급성심근경색, index admission)에 대해 예측된 30일 재입원율보다 높은 병원을 색인하여 동일 진단명으로 30일 이

내 재입원한 경우가 많은 병원은 홈페이지에 공개하고 진료비를 삭감함.

- 그러나 상급종합병원으로 삭감이 몰리자 CMS는 '가치기반 의료시스템 (value-based purchasing)'이라는 종합적 의료 질 평가 방안을 도입함.
 - 2015년에는 고관절 또는 무릎관절치환술과 만성폐쇄성폐질환(COPD)을 추가하였고, 재입원율이 지난 3년 간 높은 재입원률을 나타낸 병원에 벌금을 부과함.
- 2018년에는 총 6개 지표(급성심근경색, 심부전, 폐렴, 만성폐쇄성폐질환, 관상동맥우회술, 인공관절치환술)의 30일 재입원률에 대한 초과재입원비(Excessive Readmission Ratios, ERRs)를 계산하여 이를 Hospital Compare에 공개함.

라. 가치 보정 프로그램

(Value-Based Modifier Program (VBMP), or Value Modifier, VM)

- VM은 환자가 받는 진료의 질과 비용을 바탕으로 임상가와 단독의사 그룹에 지급 조정을 제공하는 성과급 프로그램임.
 - 질 지불 프로그램(QPP)의 MIPS (Merit-based Incentive Payment System)가 Value Modifier (VM) 프로그램으로 대체된 것임.
 - 2018년에는 2016년을 기준으로 physicians, nurse practitioners (NPs), physician assistants (PAs), clinical nurse specialists (CNSs), and certified registered nurse anesthetists (CRNAs)에 대한 의료급여 지급액에 대해 진료수준의 상향·하향·중립적 지급 조정을 적용하였음.

마. 병원획득감염 감소 프로그램

(Hospital-Acquired Condition(HAC) Reduction Program, HACRP)

- 병원이 환자의 안전을 개선하고 건강관리와 관련된 감염률을 감소시키기 위해 권장된 메디케어 성과지불 프로그램임.
 - 고비용 또는 다빈도 부상병으로 중요한 합병증 확인, 근거기반의 지침을 적용함으로써 예방 가능한 사례를 예방 가능한 위해사건(HAC)으로 선정하고, 2008년부터 병원획득감염(Hospital-Acquired Conditions)에 대해서는 비용의 지불을 중단함.

- HAC 총점수를 사용하여 점수가 높은 병원의 사분위(quartile)를 결정하고, 전체 메디케어 수입의 1%에 해당하는 지불을 감액 조정함.
- 급성기병원에 적용이 되지만 일부 병원이나 병원시설이 면제되기도 함.

6. 지표관리시스템 (Measures Management System, MMS)

- 의료 질 측정에 대한 수요가 지속적으로 증가함에 따라 다양한 관리 사업 (initiative)과 프로그램에서 사용되는 질 지표를 개발하고, 유지 관리를 감독하기 위해 사용되는 과정과 결정 기준에 대한 방안으로 개발됨.
- 프로세스는 개발자 지원, 정보 수집, 이해 관계자 참여 및 CMS 프로그램 지원으로 구성됨.

7. CMS의 정보공개 프로그램 및 질 평가 도구

가. 병원비교 웹사이트 (Hospital Compare)

- CMS는 의료공급자의 의료 질 향상에 대한 노력을 지원하고 의료소비자가 정보 기반의 의료를 선택할 수 있도록 이 웹사이트를 통해 의료 질 평가 데이터와 질 측정 정보를 공개하고 있음.
- 환자 및 소비자는 웹사이트에서 심장마비, 심부전, 폐렴, 수술 및 기타 상태와 관련된 성능 측정 정보를 직접 비교할 수 있음.
- 일반적인 정보(General information), 환자경험조사(Survey of patients' experiences), 시기적절한 치료 및 효과적인 의료(Timely & effective care), 합병증(Complications), 재입원 및 사망(Readmissions & deaths), 의학 영상의 사용(Use of medical imaging), 지불 및 의료의 가치(Payment & value of care)에 대해 구성된 결과를 확인할 수 있음.

나. 의미 있는 지표 프레임워크 (Meaningful Measures Framework)

- 의미 있는 지표 프레임워크는 질 관리 사업/환자평가도구(Quality Initiatives /Patient Assessment Instruments)로 환자, 가족 및 제공자의 결과를 개선함과

동시에 임상 의 또는 제공자의 부담을 줄이는데 목적이 있음.

- CMS가 개발하고 있는 전략 목표와 메디케어, 메디케이드 및 CHIP 수혜자에게 양질의 결과를 달성하고 있는지를 보여주는 개인측정/질관리사업(individual measures/initiatives)과의 연결고리(connectors)와 같은 역할을 함.
 - 의료 질 핵심영역(priority)으로 구성된 19개의 측정 영역이 포함되어 있으며, 측정 영역을 ‘meaningful measure areas’로 명명하고 영역별 핵심지표의 사례를 제시함.
- 의미 있는 지표 관리 사업(initiative)은 3년마다 법에 따라 CMS가 관리하는 프로그램과 관리 사업에서 승인된 질 지표를 사용하고, 그 결과를 게시할 때의 영향을 평가하여 목표를 통해 가치 있는 지분이 되도록 함.



[요약 그림 5] Meaningful Measures Framework의 구성과 19개 측정 영역

8. CMS의 협력체계

가. 질 향상 조직 (Quality Improvement Organizations, QIOs)

- 질향상조직 (Quality Improvement Organizations)은 메디케어 수혜자에게 제공되는 서비스의 질과 효율성을 개선하기 위해 1982년 법령에 의해 개발된 가장 큰 연방기구 프로그램 중 하나임.
- QIO는 주정부에서 심사를 맡았던 PRO (Peer Review Organization)를 전환한 것으로, 적은 비용으로 보다 나은 의료와 보다 나은 건강(better care and better health)을 제공하기 위한 국가질전략의 핵심 부분임.

1) 수혜자 및 가족중심 케어

(Beneficiary and Family Centered Care (BFCC)-QIOs)

- BFCC-QIOs는 메디케어 수혜자가 양질의 의료(high-quality health care)에 대한 권리를 행사할 수 있도록 도와주는 역할을 함.
- 수혜자와 그 가족에게 중요한 지역적 요소를 고려하면서 검토 절차의 일관성을 유지하기 위해 모든 수혜자의 불만과 의료 질에 대한 검토를 관리함.

2) 질 혁신 네트워크 (Quality Innovation Network (QIN)-QIOs)

- 메디케어 수혜자, 제공업체 및 지역사회를 데이터 중심의 관리사업으로 통합하여 환자 안전의 강화 및 지역사회를 보다 건강하게 하고, 입원 후 관리의 개선 및 의료의 질을 향상시키는 역할을 함.

나. 병원 질 연합회 (Hospital Quality Alliance, HQA)

- HQA는 병원 진료의 질에 대한 보고를 촉진하기 위해 2002년 12월에 설립된 공공-민간 협력 조직으로, 소비자, 병원, 공급자, 고용주, 인증기관 및 연방 기관을 대표하는 조직으로 구성됨.
- 소비자, 병원 및 국가에 도움이 될 정보를 제공하기 위해 공개 보고하며, 소비자가 정보에 입각한 건강관리 결정을 쉽게 내리도록 하고, 또 병원의 질 향상을 위한 노력을 지원함.
- 목표는 표준화되고 이해하기 쉬운 병원의 질 측정지표를 정하는 것으로, 개발된 측정지표는 병원의 질과 소비자의 선택 능력을 향상시키기 위해 보건의료체계의 모든 이해당사자가 사용할 수 있도록 하고 있음.

제5장 Agency for Health Research and Quality (AHRQ)

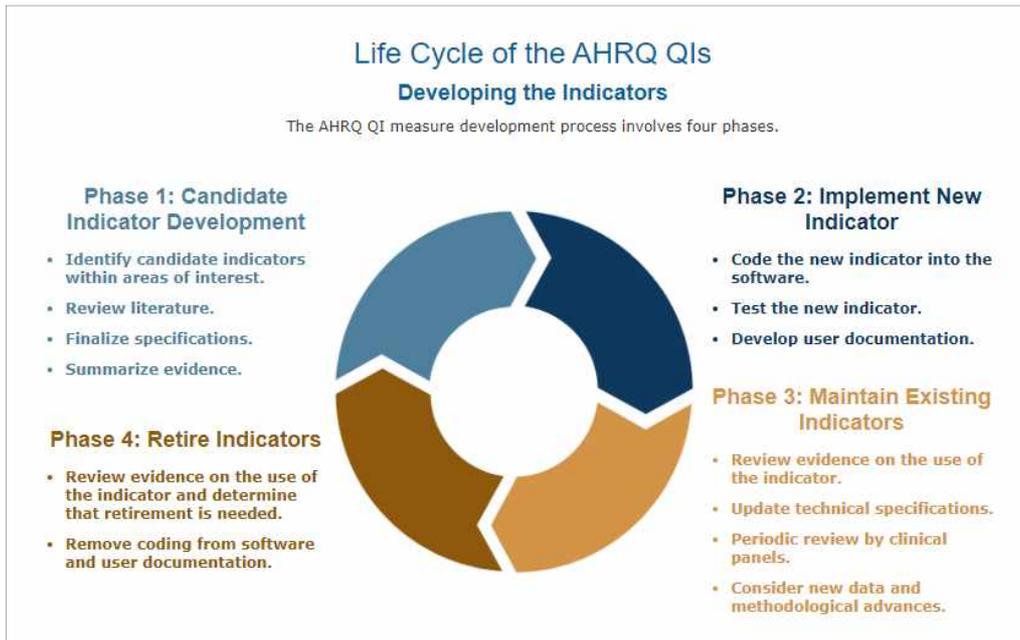
1. 개요

- AHRQ는 미국 보건의료시스템의 안전성과 질 향상을 담당하는 연방정부 기관으로 1989년 12월 19일 옴니버스예산조정법(Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA)에 의해 설립된 AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research)의 전신임.
 - 이후 1999년 12월 6일 Healthcare Research and Quality Act에 의해 AHRQ로 재승인 되었음.
- 보건의료시스템을 개선하는데 필요한 지식이나 도구 및 데이터를 개발하고, 보건의료 전문가 또는 정책입안자가 정보에 입각하여 의사결정(health decision)을 내릴 수 있도록 도와주는 역할을 함.
 - 미션은 보건의료서비스를 보다 안전하고, 질적으로도 좋고, 보다 더 접근 가능하고, 공정하며, 낮은 비용을 마련하는데 있음.

2. AHRQ의 질 지표 (AHRQuality Indicators)

가. 질 지표의 관리

- 의료 질 지표의 지속적 관리를 위한 기준과 원칙 등을 운영하고, 지표에 포함하는 이론적 근거 제시 및 지표 개발과 관련한 핵심 활동을 규정함.
- 질 지표의 생애주기(life cycle)를 개발(development), 실행(implement), 유지(maintaining), 퇴장(retire)의 총 4단계로 분류하여 관리하고 있음.



[요약 그림 6] AHRQ 질 지표의 생애주기

나. 질 지표의 분류

1) 질 지표 (Quality Indicators, QI)

- 잠재적인 의료 질에 대한 문제와 추가 연구 및 조사가 필요한 영역을 식별하고 시간에 따른 변화를 추적하는데 사용됨.
 - AHRQ의 질 지표는 급성기병원의 관리 자료로 사용할 수 있으나, 다른 유형의 설정(예를 들어, 장기요양, 외래환자, 외래, 호스피스, 개인 진료, 응급실 또는 진단센터) 또는 모집단(population) (예를 들어, 정신건강 또는 약물남용, 응급상황대비, 환자낙상, 재활, 재입원, 수술, 헤파린 요법, C.Clostridium 또는 간호의 질)에는 사용할 수 없음.

2) 예방 질 지표 (Prevention Quality Indicators, PQI)

- 퇴원 후 적절한 사후관리를 포함하여 외래진료에 대한 접근 문제를 식별하는데 사용되는 지표로서 양질의 외래진료에 대한 접근을 통해 피했을 수도 있는 입원을 확인하기 위해 병원 퇴원 자료를 사용함.
 - 특정 모집단(지역사회 또는 지역)에서 입원 중이나 후속 입원 중에 발생하는

잠재적으로 예방 가능한 합병증의 모든 사례를 포착하는 인구 기반 지표이며, 지역사회 건강 필요성 평가를 위한 핵심 도구임.

3) 입원환자 질 지표 (Inpatient Quality Indicators, IQI)

- 수술절차와 임상 상태에 대한 입원환자 사망률, overuse, underuse, misuse의 문제에 대한 절차의 활용 등 병원 내부의 진료의 질을 평가하고 추가 연구가 필요한 영역을 식별하는데 사용됨.

4) 환자안전 지표 (Patient Safety Indicators, PSI)

- 의료를 제공함에 있어서 잠재적으로 피할 수 있는 안전과 관련된 정보를 제공하는 지표로서 수술, 과정, 출산 후 발생할 수 있는 잠재적인 부작용과 병원 내 합병증의 발생률을 평가하는데 사용됨.

5) 아동 질 지표 (Pediatric Quality Indicators, PDI)

- 병원 내부 진료의 질에 초점을 맞추고 잠재적으로 피할 수 있는 아동의 입원을 식별하는 지표로서 입원환자 퇴원 자료와 함께 사용할 수 있는 측정 셋으로 아동 보건의료의 질에 대한 관점을 제공함.

3. AHRQ의 프로그램

- AHRQ의 프로그램은 다양한 의료기관, 공급자 및 기타 의료기관이 모든 의료 환경에서 보다 안전하게 치료할 수 있도록 돕는 실용적인 정보를 제공함.

가. 포괄적 단위기반 안전 프로그램

(Comprehensive Unit-based Safety Program, CUSP)

- CUSP는 의사, 간호사 및 기타 임상 팀 구성원이 협력하는 방식에 대한 기반을 개선하여 치료를 보다 안전하게 만드는 교육 도구를 포함하는 환자 안전 모델로서 임상 모범사례와 안전 과학을 결합하여 안전 문제를 해결할 수 있는 역량을 구축함.

나. 보건의료공급자 및 시스템에 대한 소비자 평가

(Recommended Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS)

- CAHPS는 소비자와 환자에게 의료서비스의 경험을 보고하고 평가하도록 요청하는 설문조사이며, 이 조사는 소비자에게 중요한 주제를 다루며 공급자의 의사소통 기술 및 의료서비스에 대한 접근성과 같이 소비자가 평가할 수 있는 가장 적합한 질 측면에 중점을 둬.

다. 의료 관련 감염 (Healthcare Associated Infections, HAI)

- 이 프로그램은 의료서비스가 실제로 환자에게 전달되는 방식을 개선하여 일선 현장에 있는 임상의 및 기타 의료진이 의료관련 감염을 예방할 수 있도록 지원하는 역할을 함.
 - 작업은 응용 연구에 초점을 맞춘 강력한 보조금 및 계약 포트폴리오를 통해 수행되며, 이러한 종류의 연구는 임상의와 직원이 치료를 보다 안전하게 만드는 입증된 방법에 대해 적용하는 방법을 더 잘 이해할 수 있도록 지원함으로써 일선 현장에 더 빠르게 지식을 제공함.

라. 국가 보건의료 질 및 불균형 보고서

(National Healthcare Quality and Disparities Reports, NHQR/DR Reports)

- AHRQ는 NHQR의 초기 지표 셋 설정 이후 지표의 지속적인 관리를 위한 기준과 원칙을 운영하고 있음.
 - NHQR은 미국에서 의료 질 지표를 인증하는 NQF (National Quality Forum)의 지표를 바탕으로 합의 기반 인증된 지표를 사용하고 있음.
 - NHQR에서는 의료의 질을 효과(effectiveness), 안전성(safety), 적시성(timeliness), 환자중심성(patient centeredness)의 4가지 구성요소로 구분하고, 보건의료 요구의 유형에 따라 각 구성 요소의 충족 정도를 계량화하고 있음.

마. 너싱홈 안전 프로그램(Nursing Home Safety Program)

- 일일 문서를 임상 치료 계획 향상의 유용한 정보로 전환하여 장기적인 치료를 개선하도록 고안된 정시(On-Time) 예방 프로그램임.
- On-Time은 전자의무기록을 사용하여 너싱홈에서 일반적인 부작용의 위험이 있는 거주자를 식별하는 주간 보고서를 개발하여 임상 직원이 조기에 개입할 수 있도록 지원함.

바. 환자안전조직 프로그램(Patients Safety Organization Program, PSO)

- 2005년 7월, 미의회는 의학연구소보고서 To Err Is Human에 대응하여 2005년 연방 환자안전및질개선법(Patient Safety and Quality Improvement Act)을 개발했고, 환자안전 규칙은 AHRQ가 감독함.
- 이 법에서는 AHRQ에게 환자 의료의 질 및 안전에 대한 위협의 원인과 위험을 줄이기 위한 개입을 식별하는데 전문성을 보유하고 있음을 증명하는 환자안전조직 프로그램(PSO)으로 단체를 나열하거나 지정할 수 있는 권한을 부여하였음.
- 이에 PSO는 표준화된 방식으로 데이터를 수집하여 분석하고, AHRQ는 환자안전 사건을 일관되게 보고하여 위해를 최소화함.

사. 아동 질 측정 프로그램(Pediatric Quality Measures Program, PQMP)

- 2009년 아동건강보험프로그램재승인법(Children's Health Insurance Program Reauthorization Act)을 구현하기 위한 보건부 전략의 핵심 구성요소임.
- 이 법은 State Medicaid 및 CHIP 프로그램 전반에 걸쳐 아동의 보건의료 질 상태를 평가하고, PQMP를 수립하는데 사용할 "initial core set(현재는 "Child Core Set"으로 불림)"의 식별을 요구하였음.
- Child Core Set에는 행동건강(behavioral health)에 초점을 맞춘 즉, 신체 및 정신건강을 모두 포함하는 다양한 아동의 질 측정이 포함됨.
- The Centers for Medicaid & CHIP Services (CMCS)는 2010년에 Child Core Set을, 2012년 1월에 Adult Core Set을 출시하였음.
- Child core set이 시작된 이래, CMCS는 서로 협력하여 질 향상을 추진하기 위해 핵심 설정 대책을 자발적으로 수집, 보고, 사용하고 있음.

4. 국가질포럼 (National Quality Forum, NQF)

- NQF는 1999년 보건의료산업분야의 소비자보호및보장위원회(Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry)의 권고로 창설된 민간 비영리법인기구임.
- 의료의 가치를 높이고 환자의 치료를 보다 안전하게, 그리고 더 나은 결과를 달성하기 위해 의료 성과 지표들에 대한 합의 기반의 기준을 마련하여 인증여부를 결정하고, 그 결과를 공표하는 역할을 수행함.

제6장 결론 및 제언

- 미국은 메디케어/메디케이드와 같은 정부 주도의 의료체계와 다양한 종류의 민간보험이 얽혀져 있는 복잡한 보건의료체계 내에서 미국의 높은 의료비 지출은 주요 관심사로 이어져 왔음.
- 이러한 상황으로 미국은 의료시스템의 효율성 제고를 위한 의료의 질과 결과 향상이라는 것에 관심을 갖게 되었고, 다양한 제도 등을 통해 국가 의료 질 관리체계를 갖추기 위한 노력을 기울여 왔음.
 - 2017년부터 의료의 질을 기반으로 하는 새로운 지불제도의 본격적인 도입이 시작되었고, 여러 제도들을 통해 의료 질 향상에 지속적인 측정과 측정된 결과에 근거하여 이를 공개함.
- CMS는 MIPS 및 APM에 대한 질 지표 계획을 구축하기 위해 질 지표 개발 경험에서 도출하는 방법 등을 소개하고 있음.
 - 지표 개발에는 환자(개인) 및 간병인 중심의 케어 경험, 환자보고 결과와 환자 건강결과, 의사소통과 치료 연계, 적절한 자원 이용에 우선순위를 둠.
- 관리의료(managed care)의 맥락에서 이어 온 가치기반 지불보상 모형인 책임 의료조직(Accountable Care Organizations)을 전략으로 제안하고 있음.

- ACO는 불필요한 서비스 이용과 의료 과실(medical errors)을 피하면서 정해진 인구집단(메디케어 수혜자)에 대해 돌봄의 비용과 질에 대한 결과에 책임을 가지고 성과에 대한 자료를 제공하는 개념임.
- ACO 의료공급자는 성과기간(performance period) 동안 행위별수가제로 지불보상을 받고, 기간이 종료되면 보험자는 지정된 측정기준(metrics)에 대한 ACO의 질 성과를 기반으로 지불보상을 조정하게 됨.
- 국가 정책은 구조개선의 관점에서 이끌어져야 의료 질에 대한 문제 인식에 좀 더 가까워 질 것임.
 - 진료 분야에 포괄적으로 적용될 수 있고 절대 다수의 의료공급자들이 수용할 수 있는 객관적인 지표와 평가항목이 개발되어야 함.
 - 정부 및 다수의 의료공급자와 각 전문분야의 이해관계자, 소비자들의 참여와 협력이 전제되어야 하고, 통합된 의견이 상호간에 움직이는 시스템으로 접근되어야 다양한 부분에서 활용성을 높일 수 있을 것임.
- 건강보험심사평가원은 기존의 심사와 평가를 환자중심의 관리기전으로 전환하여 환자관점에서 관리할 수 있도록 전환이 필요함.
 - 의료 질 평가에는 평가의 항목이나 기준 등이 환자중심에서 기본으로 설정되어야 합당한 합의점이 도출되고, 이를 바탕으로 한 의료기관의 여건, 보건의료체계의 특성, 의료비 상환방법 등이 고려되어야 할 것임.
- 결론적으로, 미국 CMS와 AHRQ의 프로그램 개발에서부터 관리까지 일련의 과정은 여러 기관들이 어떻게 협력적으로 관계를 구축하고 상호적으로 이익을 얻는지에 대한 좋은 사례로 활용될 수 있을 것임.
 - 미국 의료 질 평가의 방향과 현실은 국내 질 평가 발전을 위한 벤치마킹으로 유용할 것이고, 다양한 사업 등을 통한 이론적 개념, 가치기반, 성과보상, 새로운 지불제도 등은 우리나라의 질 향상 발전에 필요한 기반이 될 것임.
 - 가치기반, 사람중심의 건강보험 패러다임의 전환이 필요한 현 시점에서 과연 우리가 추구하고자 하는 가치기반이 무엇인지, 그리고 그 가치기반에 부합할 수 있는 개념적 틀을 어떻게 구축하고 또 어떠한 방식으로 이끌어 가야 하는지에 대한 고민과 노력이 필요함.

제1장 서론

1. 연구 배경 및 필요성

우리나라의 요양급여 적정성평가 제도는 2000년 적정성평가 사업의 도입을 시작으로 평가시스템의 정착(2001~2003년), 임상 질 평가의 도입(2004~2006년), 질환 평가의 확대(2007~2014년), 그리고 성과지불제의 기반조성(2015년 이후) 등의 단계를 거쳐 지속적으로 의료 질 발전에 기여해왔다(김창엽 등, 2017; 국민건강보험 40년사, 2017).¹⁾²⁾

최근 「제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023)」에서는 국가 단위의 의료 질 제고를 위한 평가제도의 내실화와 질 향상을 위한 목표중심의 포괄적 평가체계 구축의 필요성이 제기되었다(보건복지부, 2019)³⁾. 더불어 건강보험심사평가원(이하 심사평가원)에서는 국가 의료 질 향상의 지속가능한 체계 확립과 의료비 관리를 위한 가치 중심의 심사평가체계 개편을 추진 중에 있다.

전 세계적으로 의료서비스가 양(volume) 중심에서 가치기반(value based) 방식으로 전환하기 위한 추세에 있다. 의료의 질에 가치를 반영하고 이를 통해 보상 비중으로의 관심이 집중되는 상황에서 의료 질 향상의 대응책 마련이 필요하다.

우리나라는 의료 질 향상에 필요한 토대를 마련하기 위해 주요국의 다양한 전략 및 제도 등을 분석하여 정책 방향으로 설정하기도 하며, 특히 미국의 CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services, 이하 CMS), AHRQ (Agency for Health Research & Quality, 이하 AHRQ), 또는 NQF (National Quality Forum, 이하 NQF) 등에서 질 평가와 관련된 사례 등을 벤치마킹하고 있다(강희정 등, 2014).⁴⁾

1) 김창엽 등. 건강보험심사평가원 발전방안 연구. 건강보험심사평가원·서울대학교 산학협력단 2017.

2) 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. 국민건강보험 40년사. 2017.

3) 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023). 2019. 5.

4) 강희정 등. 한국 의료의 질 평가와 정책과제 II -한국 의료의 질 보고서 개발. 한국보건사회연구원 2014.

미국은 의료 질 향상을 위해 보건부 산하에 다양한 기관을 두고 사업 등을 통해 활동하고 있다. 특히 CMS와 AHRQ는 미국의 의료 질 관련 정책 수립에 필요한 다양한 사업을 추진하여 이론적 근거를 마련하는 등 보건의료의 정책 개발에 중추적인 역할을 담당하고 있다(김선민, 2007⁵⁾; 박춘선 등⁶⁾, 2014; 김동숙, 2008⁷⁾; CMS, 2020.6.24. 접속⁸⁾; AHRQ, 2020.6.24. 접속⁹⁾).

이러한 관점에서 국내 여러 연구에서는 의료 질 평가와 관련된 주요국의 다양한 제도 등을 검토하여 제시하고 있다. 그러나 대부분 검토 내용의 범위가 연구주제에 국한되어 한정적이거나 단편적인 형태를 띠고 있다. 더불어 대부분 국가단위의 제도나 사례 등은 단기간에 변화하지 않는 특성을 가지고 있기 때문에 검토 내용이 중복되거나 혼재될 수밖에 없는 실정이기도 하다.

따라서 보건의료 환경변화에 대응하고 우리나라 의료 질 평가의 정책 방향 등을 예상할 수 있는 토대를 마련하기 위해 주요국의 사례 등을 종합적으로 검토할 기초연구가 필요하며, 이에 이 연구는 미국을 중심으로 의료 질 평가 사례와 동향 등을 검토하였다.

2. 연구 목적

이 연구는 미국의 의료 질 평가와 관련된 제도의 사례 및 동향 등을 검토하고, 우리나라의 의료 질 평가 향상을 위한 시사점을 모색하는데 목적이 있다.

연구 목적에 따른 구체적인 목표는 다음과 같다.

첫째, CMS와 AHRQ의 의료 질 평가제도의 사례 및 동향을 검토한다.

둘째, 우리나라의 의료 질 평가 향상을 위한 시사점을 모색한다.

5) 김선민 등. 미국 보건부의 질 향상활동. 한국의료 QA학회지. 2007;13(1):45-57.

6) 박춘선 등. 의료의 질 평가 해외 동향 정리 -질 관리 기구를 중심으로-. 건강보험심사평가원. 2014. p4-19

7) 김동숙. 외국의 의료 질 평가기구의 현황 및 기관의 기능, 역할 등에 관한 기초연구. 2008.

8) CMS. www.cms.gov [cited 2020 June 24].

9) AHRQ. www.ahrq.gov [cited 2020 June 24].

3. 연구 내용

이 연구의 내용은 크게 세 가지로 구성되었다.

첫째, 미국의 의료 질 평가 배경 및 현황 등을 검토한다.

- 의료 질의 정의 및 국가 전략 등을 검토한다.
- 미국의 의료 질과 관련된 배경 및 흐름, 현황 등을 검토한다.

둘째, 미국의 의료 질 평가와 관련한 기관의 역할과 제도 등을 검토한다.

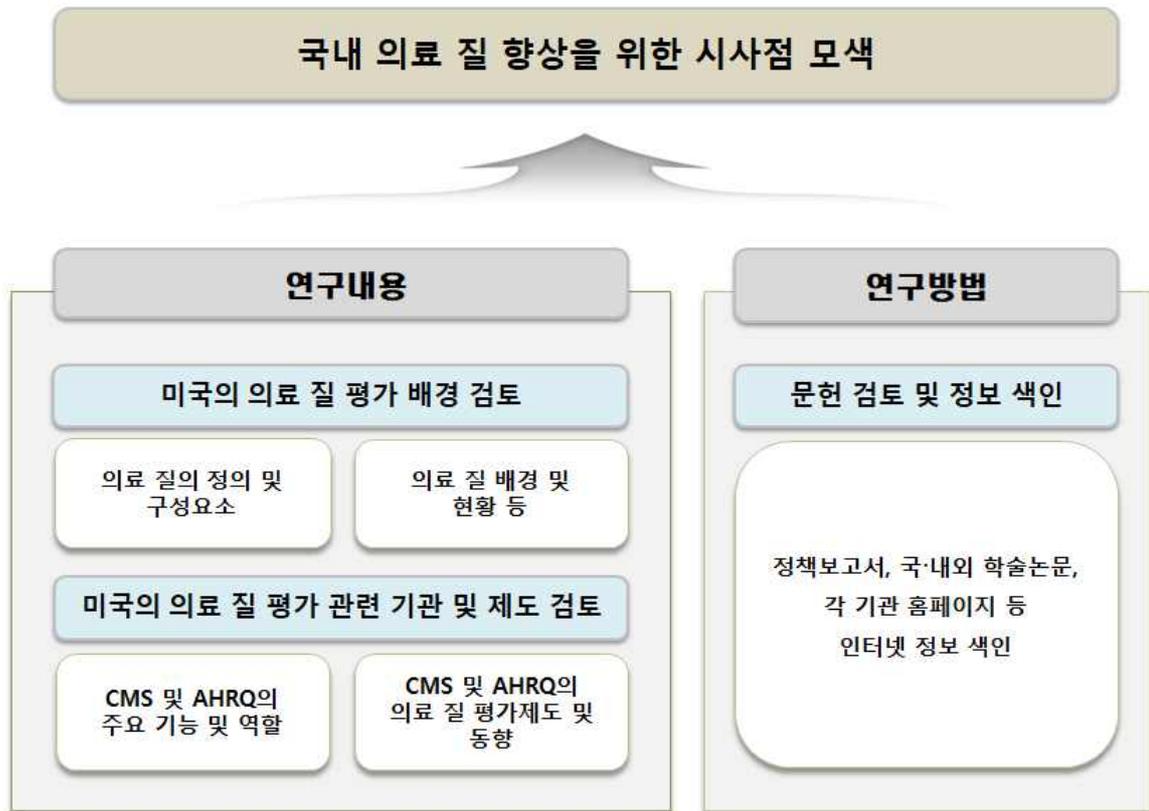
- CMS 및 AHRQ의 주요 기능 및 역할을 검토한다.
- CMS 및 AHRQ의 의료 질 평가제도 및 동향을 검토한다.

셋째, 우리나라 의료 질 평가 및 질 향상을 위한 시사점을 모색한다.

4. 연구 방법

각 연구 내용을 수행하기 위해 의료 질 평가와 관련한 홈페이지 정보 및 다양한 문헌 등을 이용하였다. 세부적으로는 미국 보건부 (Department of Health and Human Services), CMS, AHRQ 등의 홈페이지에 게시된 의료 질과 관련된 정보를 색인하였다. 또한 정책 보고서 및 국내외 학술 논문 등의 문헌을 통해 주요 제도 및 동향을 고찰하였다.

연구 내용 및 방법에 따른 연구 수행체계는 그림과 같다.



[그림 1] 연구 수행체계

제2장 의료의 질과 미국의 의료 질 전략

1. 의료 질의 정의

‘의료 질’의 정의는 여러 문헌에서 다양하게 서술되고 있다. 의료의 질에 대한 개념과 이론 정립의 역할자로 알려져 있는 도나베디안(Avedis Donabedian)에 따르면, ‘의료의 질’은 정의하기가 상당히 어려운 개념이기 때문에 근본적인 수준에서 다양한 문제가 존재한다고 하였다(Donabedian, 2005).¹⁰⁾ 또한 ‘질(quality)’은 보건(health)과 의료(care)의 개념을 얼마나 협소하게 또는 광범위하게 정의하느냐에 따라 달라지고, 질을 정의하는 데 사용되는 특정 요소(specific elements)와 특정 주제(specific subject) 사이에는 관계가 존재한다고도 하였다(Donabedian, 1988).¹¹⁾

오늘날 ‘의료의 질’에 관한 개념을 논할 때 가장 보편적으로 활용되고 있는 정의는 1990년 미국 의학연구소(Institute of Medicine, IOM)¹²⁾에서 개발된 것이다. IOM에서는 의료의 질을 ‘개인과 인구집단에 대한 보건의료서비스가 원하는 건강결과의 가능성(건강상 바람직한 결과를 얻을 가능성)을 증가시키고, 현재의 전문적 지식에 일치하는 정도’라고 정의하였다(IOM, 2001).¹³⁾ 여기서 의료의 질은 몇 가지의 특징을 갖는데 첫째, 여러 사람, 단체, 기관들이 환자에게 건강관리서비스를 제공하고 모두 좋은 질이어야 한다. 둘째, 양질의 의료는 환자가 원하는 결과를 도출해야 하며, 환자는 치료 선택사항(예를 들어, 침습적(대)비침습적 절차, 제한적 또는 광범위한 인명구조의 조치(lifesaving measures))에 대한 선호도가 다를 수 있다, 셋째, 양질의

¹⁰⁾ Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005; 83(4): 691-729.

¹¹⁾ Donabedian A. The Quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-1748.

¹²⁾ IOM (Institute of Medicine, 의학연구소)는 미국의 국가 의료 질 보고서를 설계하였으며, IOM(2001)에서는 의료효과성 범주에서 생애 주기적 관점에서의 의료 니즈 변화 즉, 건강유지(staying healthy), 상태의 호전(getting better), 질병 또는 장애가 있는 삶(living with illness or disability), 생애말기 관리(coping with the end of life)를 반영할 수 있도록 지표 유형을 분류하고 있다(강희정, 2014 p27).

¹³⁾ IOM. *Envisioning the National Health Care Quality Report.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

의료는 바람직한 결과를 보장하지 않는다. 즉, 이는 환경적인 위험과 같이 공급자나 기관이 통제할 수 없는 요인들에 대해서는 최상의 의료도 저해될 수도 있다는 것을 의미한다. 왜냐하면 인간의 회복력은 질 낮은 관리에도 불구하고 놀랄 만큼 좋은 결과가 나타날 수 있음을 의미하기 때문이다. 마지막으로, 모든 공급자는 자신의 분야에서 가장 최신의 발전에 대해 습득해야 하는 책임이 있다는 것이다.

한편 WHO에서 정의하는 의료의 질은 ‘개인과 환자 집단에게 제공되는 보건의료 서비스가 원하는 건강결과를 향상시키는 정도’이며, 이를 달성하기 위해서 보건의료는 안전하고 효과적이며, 시기적절하고, 효율적이고, 공평하고, 사람중심이어야 함을 명시하고 있다. 즉, ‘안전하고, 예방 가능한 부상을 피하고, 의료의 오류를 줄이는 것을 포함하여 서비스 이용자의 위험과 피해를 최소화하는 보건의료를 제공해야 하는 것’이다(WHO, 2020.6.16.접속).¹⁴⁾

2. 의료 질의 구성요소

의료 질의 다양한 정의에 이어 의료 질을 구성하는 요소 또한 다양하게 분류된다. 도나베디안은 의료의 구성요소를 기술적인 측면, 대인관계의 측면, 쾌적한 환경 측면의 세 가지로 분류하였고, 이 분류는 의료의 질을 결정하는 독립된 구성요소이기 보다 대인관계의 한 부분으로 보는 것이 타당하다고 하였다. 이를 구체적으로 살펴보면, 기술적 측면(technical aspect)은 의학 기술을 개인의 건강 문제에 적용하는 것이고, 대인관계 측면(interpersonal aspect)은 환자와 치료자 간의 사회적, 심리적 상호 작용을 관리하는 것이며, 환경의 쾌적함(amenity)은 쾌적한 대기실, 편안하고 따뜻한 진료실, 깨끗한 입원실 침대 및 침상 곁의 전화, 좋은 음식 등으로 묘사하였다 (Donabedian. 1988).¹⁵⁾

반면에 Vuori(1982)¹⁶⁾는 의료 질의 구성 요소를 효과성(effectiveness), 효율성 (efficiency), 적절성(adequacy), 과학적-기술적 측면의 질(scientific-technical

14) WHO. What is Quality of Care and why is it important?

15) Donabedian A. The Quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-1748.

16) Vuouri HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen, Regional Office for Europe World Health Organization, 1982.

quality)로 분류하였다. 효과성은 이상적인 상황에서 서비스 또는 프로그램이 달성할 수 있는 최대한의 효과(full potential impact)와 비교해 볼 때, 일반적인 상황에서 실제로 나타난 영향(actual impact)의 정도이며, 효율성은 서비스 또는 프로그램의 단위 생산비용 당 실제로 나타난 영향정도이며, 적절성은 제공된 서비스 또는 프로그램이 집단의 필요에 부합한 정도이고, 의학적-기술적 측면은 현재 이용가능한 의학적인 지식과 기술을 환자 진료에 적용한 정도라고 정의하였다(이상일, 2006).¹⁷⁾

또한 미국 의학연구소(IOM)에서는 의료의 질을 높이는 시스템 구성요소를 안전성, 효과성, 환자중심성, 적시성으로 분류하였다. 안전성(safety)은 환자를 돕기 위해 제공된 의료가 환자에게 상해를 입히지 않도록 하는 것이며, 효과성(effectiveness)은 편익이 기대되는 환자에게 과학 지식에 기초하여 서비스를 제공하지만 그렇지 않은 환자에게는 서비스 제공을 금지하는 것, 환자중심성(patient centeredness)은 의료 공급자, 환자, 가족 간에 동반 관계를 구축하여 환자의 바람, 필요, 선호도를 존중하고 환자가 의사결정에 참여할 수 있도록 교육하고 지원하는 것을 의미, 적시성(timeliness)은 필요한 서비스를 불필요한 지연 없이 제공받는 것이다.(IOM, 2001, p.41).¹⁸⁾

미국의 National Healthcare Quality Report에서는 의료 질의 구성요소를 효과성(effectiveness), 안전성(safety), 적시성(timeliness), 환자중심성(patient centeredness)으로 구분하며, 보건의료 요구의 유형에 따라 각 구성 요소의 충족 정도를 계량화하고 있다(NHQR, 2005).¹⁹⁾

한편 AHRQ에서는 질의 구성요소를 효과성, 형평성, 환자중심성으로 분류한다. 효과성(Effectiveness)은 과학적 증거로 뒷받침되는 관리 프로세스 제공 및 결과 달성과 관련이 있고, 효율성(Efficiency)은 사용된 특정의료자원 단위에 대해 제공되는 비슷한 의료단위 또는 건강단위 혜택의 질을 최대화하는 것과 관련이 있다. 형평성(Equity)은 임상상태나 치료 선호도 외에 개인특성이 다른 사람들에게 동등한 질의 건강관리를 제공하는 것과 관련이 있고, 환자중심성(Patient centeredness)은 환자의 요구와 선호를 충족시키고 교육과 지원을 제공한다. 안전성(Safety)은 실제 또는

17) 이상일. 의료의 질 관리: 기본 개념과 접근법. 가정의학회지. 2006;27(11):s170-174.

18) IOM. Envisioning the National Health Care Quality Report. 2001.

19) NHQR. National Healthcare Quality Report 2005.

잠재적으로 신체 상해와 관련이 있으며, 적시성(Timeliness)은 지연을 최소화하면서 필요한 치료를 받는 것과 관련이 있다(AHRQ, 2020.6.16.접속).²⁰⁾

흔히 의료의 질 평가 기준 영역으로 분류하는 구조, 과정, 결과에 대한 정의를 살펴보면, ‘구조(structure)는 의료가 발생하는 환경으로 서비스가 생산되도록 하는 도구들이며, 과정(process)은 좋은 의료의 제공과 일치 여부를, 결과(outcomes)는 회복, 기능복구, 생존’으로 분류되고 있다(강희정, 2014; Donabedian, 2005). 이러한 구조, 과정, 결과의 구성요소는 오늘날까지 질을 측정하고 개선하는데 있어 핵심적인 역할을 하고 있다고 해도 과언이 아니다.

3. 미국의 의료 질 평가 배경

미국의 20세기 초반, 메사추세츠병원(Massachusetts General Hospital)의 외과 의사였던 코드만(Ernest Amory Codman)²¹⁾은 환자의 상태를 추적한²²⁾ 결과를 통해 의료의 질을 평가한 최초의 인물로 알려져 있다(Wikipedia 2020.6.16.접속).²³⁾ 코드만의 환자 질 평가에 대한 시도는 ‘보건의료의 최종 결과(The end results of health care)’에 초점을 맞추어 공공(public) 뿐 아니라 의료서비스를 제공한 조직 내에서 책무성(accountability)을 향상시키기 위한 결과를 측정하고자 한 것’이라는 평을 받기도 했다(Donald Berwick & Daniel M., 2016).²⁴⁾

미국은 이후에도 의료 질과 관련하여 민간부분, 공공영역에서 다양한 질 평가 기구 및 사업 등의 발전을 거듭해왔다. 1970년대에 들어서면서 미국은 보건의료비 증가가

20) AHRQ. Institute of Medicine (IOM) Domains.

21) 코드만(Codman)은 질 관리 활동의 주요 과제 중의 하나인 ‘결과 평가’를 개척한 선구자로 오늘날 QA(질 평가)의 기본 틀을 마련한 인물로 인정받고 있다. 그는 의사의 능력만으로 의료의 질이 결정되지 않는다고 피력했으며, 환자가 의사와 병원을 선택할 때 안내 될 수 있도록 모든 정보가 공개되어야 한다고 했다. 의사와 병원의 신입제도, 질병의 중증도, 의료제공의 경제적 장애요인 등을 연구했다.

22) 환자 상태에 대한 관찰은 최종결과카드(End Result Cards)를 이용하였고, 이 최종결과카드에는 환자의 진단, 치료, 각 사례의 결과 뿐 아니라 치료된 모든 환자에 대한 기본적인 인구 통계학적 자료가 포함되어 있다 (Wikipedia 2020.6.16. 접속).

23) Wikipedia. Ernest_Amory_Codman.

24) Donald Berwick and Daniel M. Fox. “Evaluating the Quality of Medical Care”: Donabedian’s Classic Article 50 Years Later. *Milbank Quarterly*. 2016 Jun; 94(2):237-241.

사회 문제로 부각되자 보건의료의 접근성과 질에 대한 관심이 보건의료비 상승 제한으로 집중되기 시작하였다. 한편 메디케어와 메디케이드의 지출이 지속적으로 증가하자 정부는 보건의료와 관련한 정부 규제의 강화와 시장경쟁을 장려하는 정책으로 방향을 설정하였다. 이에 비용과 질을 동시에 관리하는 방안으로 의사 진료의 적정성을 평가하는 PSRO (Professional Standards Review Organization, 이하 PSRO) 즉, 전문표준검토기구의 설립을 1972년에 사회보장개정법안에 포함하여 통과시켰다.

PSRO는 소속 의사들이 동료의사의 메디케어, 메디케이드의 진료 적정성을 검토함으로써 효율성과 경제성을 증진시키도록 유도하는 역할을 하였다(장원기와 정혜선, 2003 재인용)²⁵⁾. 이후 PSRO를 대신하여 PRO (Peer Review Organization)가 역할을 수행하게 되었고, 주정부에서 심사를 맡았던 PRO는 질 관리에 초점을 맞춘 QIO (Quality Improvement Organizations)로 전환되었다(김동숙, 2008. 재인용).²⁶⁾

그러나 미국은 의료비 지출을 감소시키기 위한 여러 정책에도 불구하고, 1980년대 중반 메디케어 프로그램이 수혜자들의 요구를 충족시키지 못할 뿐 아니라 수혜자들의 본인부담금도 증가하는 상황이 지속적으로 전개되었다. 이에 정부는 메디케어 프로그램이 포괄하지 못한 외래처방약제비, 외상간병비, 간호요양소 비용 등 소위 “의료갭(medigap)을 프로그램이 포괄하도록 법안을 추진하여 1988년 메디케어재난관리법(Medicare Catastrophic Coverage Act)을 의회에 제출하였지만 다음해인 1989년에 폐지되었다.

4. 환자보호 및 부담적정보험법

(Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA)²⁷⁾

이후 미국은 2010년 3월에 건강보험개혁법인 환자보호 및 부담적정보험법 (Patient Protection and Affordable Care Act, 이하 PPACA)으로 의료개혁의 서

25) 장원기, 정혜선. 선진 주요국의 의료제도 연구. 대한의사협회 의료정책연구소. 2003. p81.

26) 김동숙. 외국의 의료 질 평가기구의 현황 및 기관의 기능, 역할 등에 관한 기초 연구. 건강보험심사평가원 2008.

27) Patient Protection and Affordable Care Act. [cited 2020 June 29]. Available from: <http://www.alpinehr.com/news/PPACA.pdf>

막을 열었다. 이 법안은 저소득층까지 의료보장제도를 확대하는 것으로 Affordable Care Act(이하 ACA)라고 약칭되기도 하며, 일명 ‘오바마케어(Obamacare)’라 명명되기도 한다. 목표는 미국인의 비보험 수를 감소시키고 전반적인 의료비용을 줄이는 것이며, 주요 내용은 환자들을 보호하고 재정적으로 큰 부담 없이 모든 국민에게 건강보험 혜택을 제공하겠다는 것이다.

한편 PPACA에서는 모든 국민이 질 좋고 낮은 비용의 의료서비스를 이용할 수 있도록 국민 건강관리의 질 개선을 위한 ‘국가 질 전략(National Quality Strategy, 이하 NQS)’을 수립하도록 규정하고 있다. 그 목표는 첫째, 사람, 가족, 고용주 및 정부를 위한 낮은 비용과 접근 가능한 양질의 의료보장이며, 둘째, 불필요한 비용을 줄이면서 접근성, 양질의 의료를 보장하기 위해서 지역사회를 지원하고 활성화하는 것이다(NQF, 2020.6.29. 접속). 국가 질 전략(NQS)은 이러한 두 가지 목표에 중점을 두어 의료의 질을 보다 낮은 비용으로 제공해야 하는 필요성을 강조하였다. 따라서 보건부(HHS)에서는 PPACA 재정에 맞춰 국민에게 직면한 건강문제를 해결하기 위한 목적으로 NQS에 목표를 두고 있다(HHS, 2011).²⁸⁾

5. 국가 질 전략 (National Quality Strategies, NQS)

2011년 3월 보건의료 질 향상을 위한 국가 질 전략(National Quality Strategy, 이하 NQS)이 발표되었다. NQS는 미국 의료의 질을 향상시키기 위해 지역, 주, 국가 단위에 걸쳐 공공 및 민간의 노력에 대해 지도하고 조정하는 중요한 프레임워크 역할을 한다. 한편, 프로그램에 사용되는 임상 질 측정에 중점을 두고 제공자의 부담을 최소화하여 문제에 대한 해결책을 마련하는데 목적이 있다(NQF, 2020.6.30. 접속).²⁹⁾

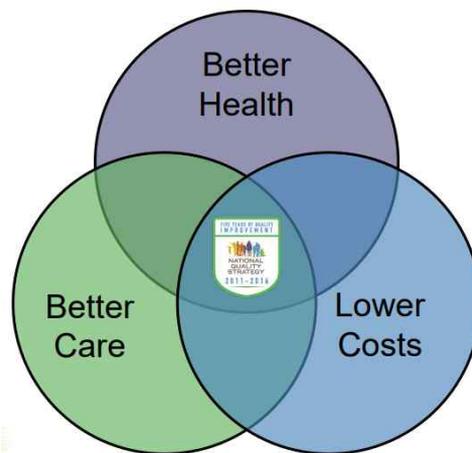
NQS는 국민에게 영향을 미치는 다양한 의료 질 문제에 관하여 다음과 같은 내용을 제시하고 있다. ①치료 제공으로 인한 피해를 줄임으로 보다 안전한 진료, ②환자와 가족이 간병파트너로 참여, ③효과적인 의사소통 및 진료 연계 촉진, ④심혈관 질

²⁸⁾ National Strategy for Quality Improvement in Health Care. Department of Human and Health Services Report to Congress. March. 2011. [cited 2020 June 29]. Available from: <https://www.amia.org/sites/amia.org/files/Report-Congress-National-Quality-Strategy.pdf>

²⁹⁾ NQF. Consensus Development Process. [cited 2020 June 30]. Available from: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Consensus_Development_Process.aspx

환으로 시작하여 사망의 주요 원인에 대한 가장 효과적인 예방 및 치료방법 장려, ⑤ 건강한 생활을 가능하게 하는 모범사례의 장려를 위해 지역사회와 협력, ⑥ 새로운 의료서비스 제공 모델을 개발하고 확산하여 개인, 가족, 고용주 및 정부에 양질의 의료 서비스를 보다 낮은 비용으로 제공한다(AHRQ, 2020.7.9.접속).³⁰⁾

주요 전략 목표는 첫째, ‘건강한 국민/건강한 공동체(Healthy People/Healthy Communities)’는 양질의 의료를 제공할 뿐만 아니라 행동, 사회적 및 환경적 건강 결정요인을 다루는 입증된 중재를 지원함으로써 미국 국민의 건강을 향상시키는 것, 둘째, ‘더 나은 치료(Better Care)’는 보다 환자 중심적이고, 신뢰할 수 있고, 접근 가능하며, 안전한 보건의료를 통해 전반적인 질을 향상시키는 것, 셋째, ‘합리적 부담(Affordable Care)’은 개인, 가족, 근로자 및 정부에게 질 좋은 의료서비스의 비용을 줄이는 것이다(AHRQ, 2020.7.9.접속).



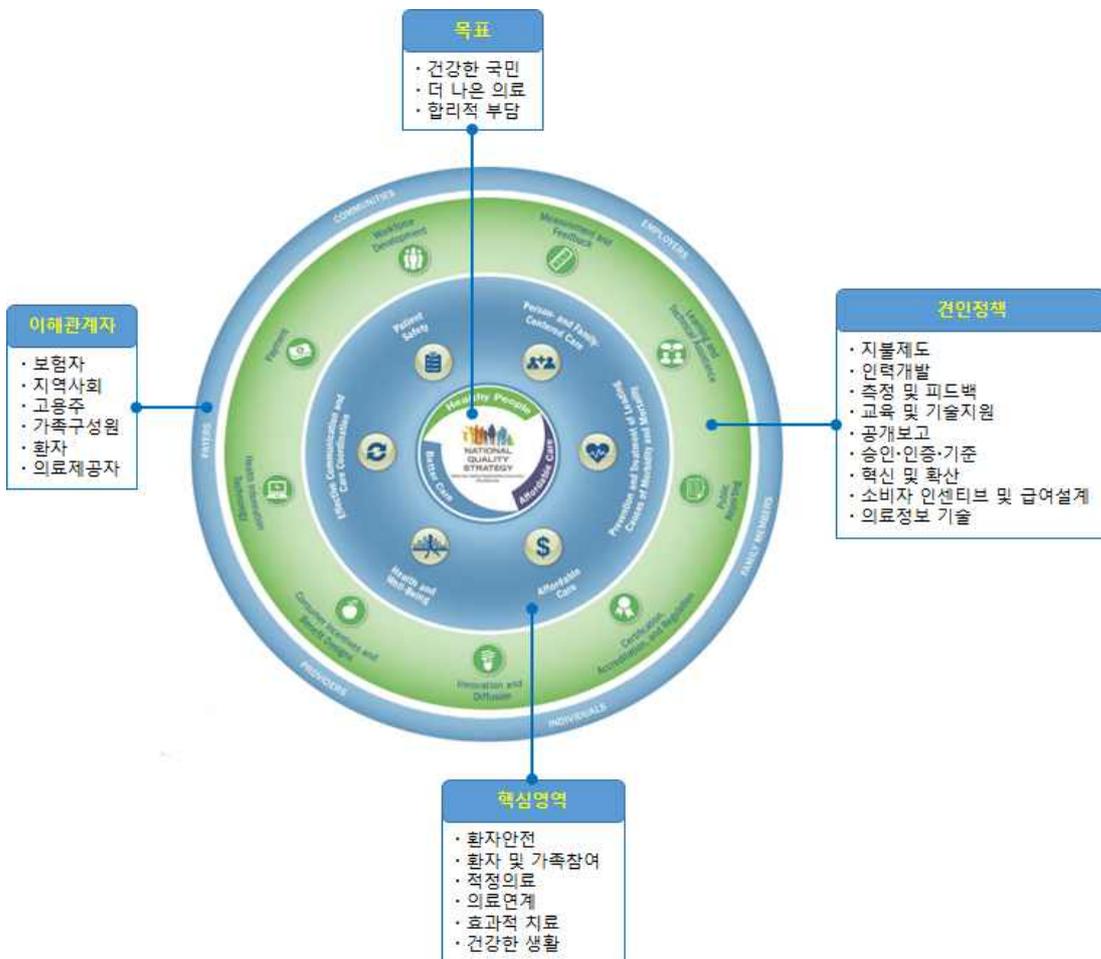
[그림 2] 국가 질 전략(National Quality Strategy)의 3가지 목표

자료: AHRQ. National Quality Strategy Overview. 2017.1.

또한 NQS는 전략 목표 달성을 위한 핵심영역으로 ①환자안전(Patient Safety), ②환자 및 가족중심의 관리(Person and Family Centered Care), ③적정의료(Care Affordability), ④의료연계(Care Coordination), ⑤효과적인 예방 및 치료(Effective Prevention and Treatment), ⑥건강한 생활(Healthy Living)에 초점을

³⁰⁾ AHRQ. About the National Quality Strategy.

맞추고 있다.³¹⁾ 이러한 전략목표와 핵심영역을 견인하기 위한 9가지 견인정책은 ‘지불제도’, ‘인력개발’, ‘측정 및 피드백’, ‘교육 및 기술지원’, ‘공개정보’, ‘승인·인증기준’, ‘혁신 및 확산’, ‘소비자 인센티브 및 급여설계’, ‘의료정보 기술’로 구성된다. 마지막으로 이해관계자의 구성은 ‘보험자’, ‘지역사회’, ‘고용주’, ‘가족구성원’, ‘환자’, ‘의료제공자’로 이루어진다. 현재 NQS는 보건부를 대신하여 AHRQ가 주도하고 있다(AHRQ, 2020.7.9.접속).³²⁾



[그림 3] 국가질전략의 개요(National Quality Strategy Overview)

자료: AHRQ. National Quality Strategy Overview. 2017.1.

31) NQF. Consensus Development Process. [cited 2020 June 30]. Available from: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Consensus_Development_Process.aspx

32) AHRQ. National Quality Strategy Overview. [cited 2020 July 9]. Available from: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/NQS_overview_slides-2017.pdf

제3장

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

1. 개요

CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services, 이하 CMS)는 1997년 메디케어와 메디케이드 프로그램의 재정 관리와 의료의 질 관련 활동을 통합하기 위해 설립되었던 HCFA (Health Care Financing Administration)로부터 2001년 7월에 개편된 미국 보건부 산하의 연방정부기구이다(Federal Register, 2020.6.25.접속). 사실상 메디케어와 메디케이드는 건강보험이 없는 미국 국민을 위한 기본 보험 프로그램으로 시작되었지만, 더 많은 국민이 질 좋고 낮은 비용의 보건의료를 이용할 수 있는 프로그램으로 변천되어 왔다(CMS, 2020.6.25. 접속).³³⁾

메디케어와 메디케이드는 정부에서 시행하고 있는 대표적인 공공보험(public program)이다. 메디케어는 연방정부가 관장하는 대표적인 의료보장 정책으로 주로 65세 이상 노인을 대상으로 한다.³⁴⁾ 반면에 메디케이드는 저소득층 및 장애인 등을 대상으로 하며(CMS, 2020.6.24. 접속),³⁵⁾ 주(state)에 따라서는 다른 기준(예를 들어, 연령, 장애상태, 임신)을 충족하는 특정 소득수준 이하의 사람들이 이용할 수 있다. 단, 메디케어의 자격은 소득에 의존하지 않기 때문에 메디케어 수혜자들은 메디케어와 메디케이드를 모두 보유 할 수 있어 이중 적격대상으로도 알려져 있다(CMS, 2020.6.24. 접속).³⁶⁾

³³⁾ CMS. CMS' program history. [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index>

³⁴⁾ Medicare 대상자는 65세 이상인 노인 외에도 특정 장애가 있는 65세 미만에 해당되는 자, 말기 신장질환(투석 또는 신장 이식이 필요한 영구적인 신부전)이 있는 모든 연령이 해당된다. (CMS. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo/index>)

³⁵⁾ CMS. [cited 2020 June 24]. Available from: <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>

³⁶⁾ CMS. Medicare interactive. [cited 2020 June 24]. Available from:

가. 기능 및 역할

CMS는 의료서비스 질 향상을 위한 사업 등을 추진하고 의료 질 관리에 필요한 목표 설정과 그 목표에 맞춰 의료의 질 평가 지표를 개발하여 관리·운영하고 있다. 주요 역할은 보건의료와 관련한 정책을 개발하고 주정부, 계약자에 의해 의료서비스가 적절히 운영되는지를 감독하며, 이외에도 보건의료 분야의 질과 관련한 활동을 한다.³⁷⁾

CMS의 주요 목적은 국민의 건강과 삶의 질을 향상시키는 것이며, 핵심결과는 ① 전 미국인의 보건의료 질과 가용성(affordability)을 향상시키는 것, ②양(volume)이 아닌 가치(value)에 대한 지불로 미국인의 건강관리를 유도하는 것, ③미국 보건의료비 지출 증가에 따른 성장률 감소(lower america's rate of growth in healthcare spending)이다.

미션은 수혜자에 대해 효과적인 최신 의료서비스의 급여보장 및 보건의료의 질 향상이다. 이는 의료의 질에 대한 접근성을 높이고 낮은 가격으로 건강을 향상 시킬 수 있도록 하여 국가보건의료시스템의 강화 및 근대화에 노력한다는 의미이다. 한편, 비전은 보건의료체계의 변화와 현대화 달성으로 이는 보건의료시스템의 질을 높여 질 좋은 의료를 제공하고, 의료의 보장성 및 접근성, 건강상태의 향상을 보장하는 것이다(CMS, 2020.6.25. 접속).³⁸⁾

나. CMS 질 전략 (CMS Quality Strategy)

CMS의 질 전략은 CMS의 전략(Strategy)과 국가질전략(National Quality Strategy, NQS)을 기반으로 구축되었고, 다양한 이해관계자의 의견과 투명한 협력적인 프로세스를 통해 개발되었다. CMS는 여섯 가지 목표달성을 통해 기대되는 결과(Desired outcomes)를 제시함으로써 의료기관 단위에서의 질 향상에 대한 방향성

<https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-overview/introduction-to-medicare>.

³⁷⁾ CMS. [cited 2020 June 25]. Available from: www.cms.gov

³⁸⁾ CMS. CMS' Quality Strategy. [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/CMS-Quality-Strategy>

을 제시하고 있다(CMS, 2020.6.22.접속).³⁹⁾

CMS 질 전략을 위한 3가지 비전은 ‘더 나은(better), 더 현명한(smarter), 더 건강한(healthier)’으로 구성되며, 이 전략은 국가 질 전략(NQS)의 6가지 핵심영역(priority)에 따라 조정된다. 즉, NQS가 국가보건의료체계의 질 향상을 목적으로 제안된 것이라면, CMS의 질 전략은 의료기관 단위의 질 향상에 집중하여 NQS의 목적을 기반으로 평가항목을 구성하고 있다. 그렇기 때문에 CMS의 질 전략 목표는 국가 질전략(NQS) 목표와 비슷하나 구성 및 내용에 다소 차이가 있다.

〈표 1〉 CMS 질 전략 비전을 위한 3가지 목적

목적	내용
더 나은 의료 (Better Care)	의료를 보다 사람 중심적이고, 신뢰할 수 있고, 접근 가능하고, 안전하게 만들어 전반적인 의료의 질을 향상
더 건강한 사람, 더 건강한 지역사회 (Healthier People, Healthier Communities)	습관적, 사회적, 환경적인 결정요인을 해결하고 양질의 관리를 제공하기 위해 입증된 중재를 지원함으로써 국민의 건강을 개선
현명한 지출 (Smarter Spending)	개인, 가족, 고용주, 정부 및 지역사회를 위한 보건의료의 비용 절감

자료: CMS. Overview of the CMS Quality Strategy. (2020.6.22. 접속)

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy-Overview.pdf>

CMS 질 전략 목표는 ①진료가 제공되는 동안 위험을 줄임으로써 보다 안전한 진료(즉, 안전 문화에 대한 지원 향상, 부적절하고 불필요한 치료 감소, 모든 상황에서 위험을 예방 또는 최소화), ②환자와 그 가족이 치료 파트너로 참여, ③효과적인 의사 소통과 진료 연계 촉진, ④만성질환의 효과적인 예방 및 치료 촉진, ⑤사람들과 건강하게 생활할 수 있도록 지역사회와 협력, ⑥적절한 비용으로 구성되어있다(CMS, 2020.6.22.접속).⁴⁰⁾

³⁹⁾ CMS. CMS Quality Strategy. [cited 2020 June 22]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Legacy-Quality-Strategy>

⁴⁰⁾ CMS. Overview of the CMS Quality Strategy. [cited 2020 June 22]. Available from:



[그림 4] CMS 질 전략 목표

자료: CMS. CMS Quality Strategy Goals. (2020.6.22. 접속)

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy-Fact-Sheet.pdf>

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy.pdf>

다. 메디케어 어드밴티지 질 전략

(Medicare Advantage Quality Strategy, MA)⁴¹⁾

CMS는 2010년 초에 2001년의 의학연구소(IOM) 보고서 및 Institute for Healthcare Improvement (IHI)의 3가지 목표(Triple Aims)를 기반으로 하는 메디케어 어드밴티지(Medicare Advantage, 이하 MA) 및 처방약 플랜(Prescription Drug Plan, 이하 PDP) 프로그램에 대한 질 향상 전략을 개발하였다. 이 전략은 국가질전략(NQS) 및 국가예방전략(National Prevention Strategy, NPS)으로 지칭되는 보건의료 질 향상을 위한 국가 전략을 반영하여 2011년에 확대되었다. 이후 2012년 6월에 ‘메디케어 어드밴티지 및 처방약 플랜 질 전략: 수혜자 의료개선프레임워크(Medicare Advantage and Prescription Drug Plan Quality Strategy: A Framework for Improving Care for Beneficiaries)’라는 제목으로 최종 메디케어 어드밴티지(MA) 및 처방약 플랜(PDP) 질 전략이 발표되었다.



[그림 5] Institute for Healthcare Improvement, IHI)의 목표(Triple Aim)(좌측)와 국가질전략(National Quality Strategy, NQS)의 목표(우측)

자료: AHRQ. National Quality Strategy Overview. January 2017. (2020.7.9. 접속)
https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/NQS_overview_slides-2017.pdf

41) CMS. Medicare Advantage Quality Strategy. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/Medicare-Advantage-Quality-Improvement-Program/2QualityStrategy>

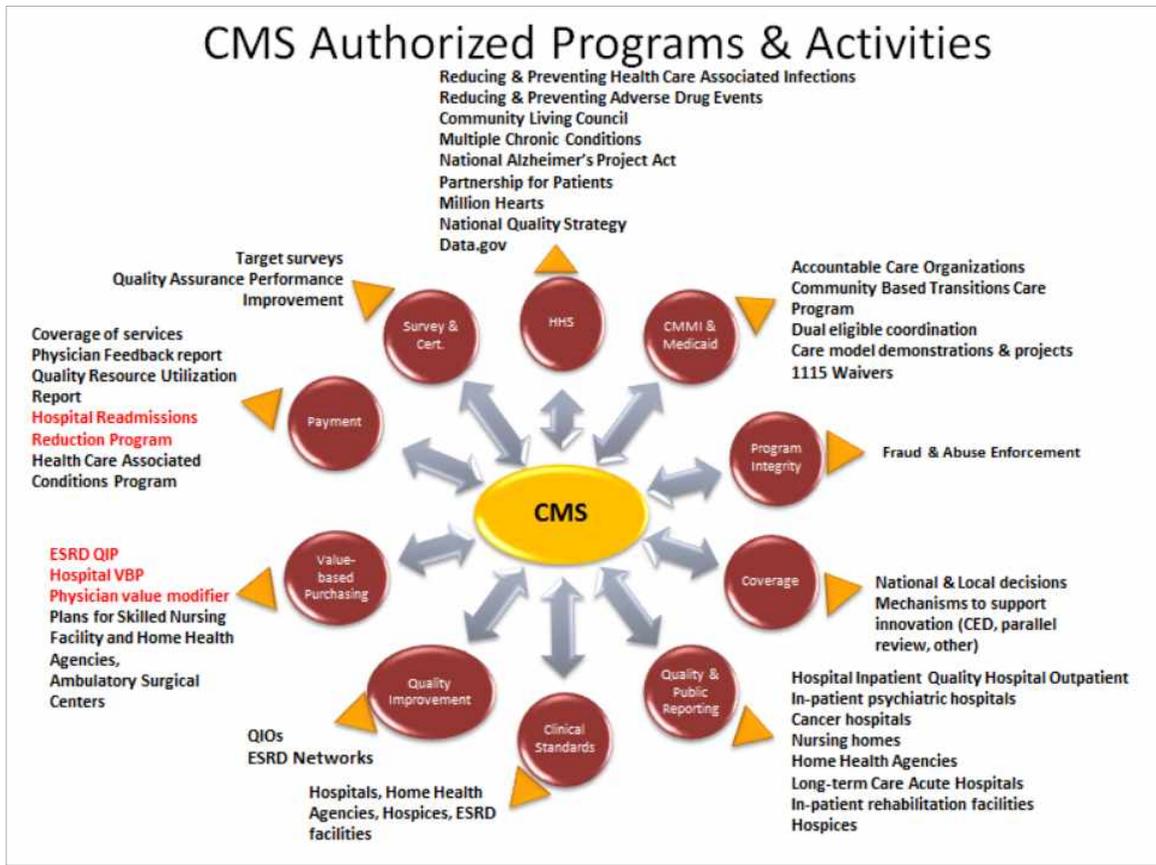
메디케어 어드밴티지 질 전략의 목표는 프로그램에 등록된 메디케어 수혜자의 치료에 대한 질을 향상시키는 것이다. 전략의 기초와 질 향상 프로그램은 근거에 기초한 임상 프로토콜을 사용하여 조정 및 개선을 통해 의료를 제공한다. 따라서 모든 메디케어 어드밴티지 조직(Medicare Advantage Organization, MAO)은 CMS와의 계약조건으로 수혜자를 위한 의료 조정을 기반으로 하는 질 향상 프로그램을 개발해야 한다.

한편, 메디케어 어드밴티지(MAOs) 및 처방약 플랜(PDPs) 질 전략은 MAOs 및 PDPs가 의료, 서비스 및 환자 건강결과(health outcome)를 개선할 수 있는 프레임워크를 제공함으로써 요구사항을 강화하도록 설계되어 있다. 모든 메디케어 어드밴티지 조직(MAO)은 연방 규정에서 설명한 질 개선 프로그램을 보유해야 하며, 질 개선 프로그램의 주요 목표는 환자 건강 결과의 지속적인 개선에 영향을 주는 것으로 이 프로그램에는 만성치료 개선 프로그램(Chronic Care Improvement Program, CCIP)이 포함되어야 한다.

2. CMS의 질 향상 활동

CMS의 모든 질 관리 사업은 상호연관성을 갖추고 있다. 사업의 기반이 되는 질 데이터 보고, 질 지표 개발과 인증, 질 지표데이터의 제출, 결과의 공개와 관련된 사업들은 궁극적으로 질 정보의 타당성과 신뢰도를 높여 질 지불 프로그램을 확대시키고 있다. CMS에서는 의료 질 향상 활동의 비전으로 메디케어, 메디케이드 부문에서 보건의료 당사자들과 파트너십을 형성하고자 모든 프로그램을 개방하는 것으로 한다. 따라서 모든 질 향상 활동에서 연방정부 및 주정부, 연구자, 전문가, 이해당사자, 소비자단체, 의료공급자 등의 협력관계 형성이 중요한 요소이다. 이처럼 연합회와 연계하여 병원, 요양원, 가정간호기관, 투석시설에 대한 질 측정지표를 정하고 측정함으로써 이 정보를 소비자에게 제공하고 있다(강희정, 2019 p30)⁴²⁾.

42) 강희정 등. 심사평가체계 개편에 따른 성과지표 개발 연구. 건강보험심사평가원 · 한국보건사회연구원 2019.



[그림 6] CMS의 프로그램과 활동

자료: CMS. Value-Based Programs. (2020.7.13. 접속)

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>

CMS 사업 중에 병원 입원환자의 서비스 개선을 위한 질 프로그램은 총 4가지로 구분하여 운영하고 있다. ①병원 입원환자 질보고 프로그램(Hospital Inpatient Quality Reporting (HIQR) Program), ②병원 가치기반 성과지불제도(Hospital Value-Based Purchasing (HVBP) Program), ③ 가치 보정(VM) 또는 의사 가치기반 보정(PVBM), ④병원 재입원 감소 프로그램 (Hospital Readmission Reduction Program, HRRP)이다(강희정 등, 2019).⁴³⁾

CMS에서는 질 프로그램들을 대상별로 분류하여 운영하고 있다. 대상자는 병원 입원환자, 병원 외래환자, 외래 수술센터, 선불상환제 제외 암 병원, 혈액투석 시설, 입원 정신과 시설로 분류하고 있다. 이 중에서 병원 입원환자와 관련한 프로그램들은

43) 강희정 등. 가잠지급사업 개선방안 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원 연구보고서. 2019. p30

병원이 제공하는 의료의 질을 향상시킴과 동시에 Hospital Compare를 통해 소비자 등에게 질 정보를 공개하고 있다.

3. CMS의 질 관리 사업(Quality Initiatives, QI)

미 보건부와 CMS는 정보 공개를 통해 모든 미국인들에게 양질의 보건의료를 보장하고자 2001년에 질 관리 사업(Quality Initiatives, QI)을 실행하기 시작하였다(CMS, 2020.6.25. 접속).⁴⁴⁾ QI는 2002년 너싱홈(요양원) 질 관리 사업(Nursing Home Quality Initiative, NHQI)을 시작으로, 2003년 재가서비스 질 관리 사업(Home Health Quality Initiative, HHQI)과 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative, HQI)으로 확대되었다. 이후 2004년에는 개원의 질 향상 프로젝트(Doctor's Office Quality Project, DOQ Project)를 포함하는 의사 중심 질 관리 사업(Physician Focused Quality Initiative, PFQI)이 개시되었다. 한편 말기신장 질환자에게 제공되는 의료 질 향상을 위한 ESRD (End State Renal Disease) 질 관리 사업이 시작되어 신장투석실까지 대상이 확대되기도 했다. 이어 2006년부터는 의사의 자발적 보고 프로그램(Physician Voluntary Reporting Program, PVRO) 계획에 대해 발표하였다(김선민 등, 2007).⁴⁵⁾

현재 QI는 보건의료시스템의 모든 측면에 영향을 주고 있으며, 일부는 너싱홈(요양원), 가정보건기관(home health agency), 의료기관 및 신장 투석시설의 질 측정을 공개적으로 보고하는데 중점을 두고 있다. 소비자는 이러한 의료 환경에 대해 메디케어 웹사이트(Hospital Compare)를 통해 제공되는 질 측정 정보를 이용하여 의료를 선택하거나 결정하기도 한다(CMS, 2020.6.24. 접속).⁴⁶⁾

국민의 건강과 삶의 질 향상을 목적으로 하는 CMS의 전략 핵심영역(priority) 중

44) CMS. CMS' Quality Strategy. [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/CMS-Quality-Strategy>

45) 김선민 등. 미국 보건부의 질 향상활동. 한국의료 QA학회지. 2007;13(1):p45-57.

46) CMS. Quality Initiatives - General Information. [cited 2020 June 24]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo>

3가지 주요 결과는 ①결과에 집중(Focusing on Results), ②환자역량강화(Empowering Patients), ③획기적인 혁신(Unleashing Innovation)을 구축으로 한다. 문제 해결을 위한 16가지의 QI는 환자를 중심으로 하여 MyHealthEData(My Health EData), 환자중복서류작업(Patients over Paperwork)⁴⁷⁾, 농촌 건강 재검토(Rethinking rural health), 가격 투명성(Price transparency), 이중 자격에 대한 보다 나은 관리(Better care for dual eligibles), e메디케어(eMedicare), 오피오이드 전염병 퇴치(Fighting the opioid epidemic), CMS 현대화(Modernizing CMS), 혁신 육성(Fostering innovation), 의약품 가격 인하(Lowering drug prices)의 10가지로 구성되어 있다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁴⁸⁾

각각의 내용을 살펴보면,

- MyHealthEData (My Health EData): 데이터를 공개하여 환자가 자신의 의료 정보를 제어할 수 있도록 하고 해당 데이터를 의료서비스가 전환되는 과정 내내 추적할 수 있도록 한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁴⁹⁾

- 환자중복서류작업(Patients over Paperwork): 불필요한 규제 부담을 줄여 제공자가 환자 건강 결과 개선이라는 주요 임무에 집중할 수 있도록 한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁰⁾

- 농촌 건강 재검토(Rethinking rural health): 농촌지역 주민이 새롭고 창의적인 아이디어를 통해 양질의 저렴한 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵¹⁾

47) 트럼프 대통령의 취임 직후 CMS는 정부 관료를 줄이는 방법에 대한 조사를 실시하였고, CMS는 이를 PoP (Patients over Paperwork)라고 한다. PoP를 통해 정보 요청 및 인터뷰 등을 임상에게 의견을 구하고, 불필요한 중복된 서류 작업을 제거 할 수 있는 방법을 알려주도록 했다. CMS Blog (2020). 2018 Quality Payment Program (QPP) Performance Results. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/blog/2018-quality-payment-program-qpp-performance-results>

48) CMS. Our 16 Strategic Initiatives. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/about-CMS/story-page/our-16-strategic-initiatives>

49) CMS. MyHealthEData. 2020.3. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/MyHealthEData-fact-sheet.pdf>

50) CMS. Patients over Paperwork. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Patients-Over-Paperwork-fact-sheet.pdf>

- 가격 투명성(Price transparency): 환자에게 필요한 정보를 제공하여 비용과 질에 따라 의사결정을 내릴 수 있도록 함으로써 의료시스템이 환자를 위해 경쟁하는 시스템으로 진화하도록 한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵²⁾
- 이중 자격에 대한 보다 나은 관리(Better care for dual eligibles): 메디케어 및 메디케이드 수혜자의 질을 개선하고 비용을 절감하며 고객의 경험을 개선한다.⁵³⁾
- e메디케어(eMedicare): 메디케어 수혜자의 증가하는 기대와 요구를 충족하기 위해 원활한 온라인 의료고객에게 경험을 제공한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁴⁾
- 오피오이드 전염병 퇴치(Fighting the opioid epidemic): 오피오이드 남용 예방, 치료에 대한 접근성 증가, 데이터 분석을 통한 개선 목표에 초점을 맞춰 오피오이드 사용장애 비율과 사망률을 낮춘다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁵⁾
- CMS 현대화(Modernizing CMS): CMS 직원 간의 통합과 보다 나은 협업을 촉진하고 이해관계자와의 보다 효과적인 참여를 지원하기 위해 현재의 운영방식을 보다 효율적이고 효과적으로 전환한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁶⁾
- 혁신 육성(Fostering innovation): 수혜자가 최신 의료기술에 접근할 수 있도록 보장하고, 의료시스템 전반에 걸쳐 혁신의 발전을 가로막는 장벽을 제거한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁷⁾
- 의약품 가격 인하(Lowering drug prices): 더 강력한 경쟁, 더 나은 협상, 더

51) CMS. Rethinking rural health. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Rethinking-rural-health-fact-sheet.pdf>

52) CMS. Price transparency. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Price-transparency-fact-sheet.pdf>

53) CMS. Better care for dual eligibles. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Better-care-for-dual-eligibles-fact-sheet.pdf>

54) CMS. eMedicare. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/eMedicare-fact-sheet.pdf>

55) CMS. Fighting the opioid epidemic. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Fighting-the-opioid-epidemic-fact-sheet.pdf>

56) CMS. Modernizing CMS. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Modernizing-CMS-fact-sheet.pdf>

57) CMS. Fostering innovation. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Fostering-innovation-fact-sheet.pdf>

낮은 가격에 대한 인센티브 및 투명성 제고를 통해 모든 미국인의 처방의약품 가격을 낮추기 위한 청사진을 실행한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁸⁾

- 메디케어 강화(Strengthening Medicare): 메디케어를 현대화하여 수혜자 선택을 강화하고, 민간부문 혁신을 촉진하여 의료서비스를 개선한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁵⁹⁾

- 메디케이드 혁신(Transforming Medicaid): 주정부의 유연성과 혁신을 촉진하고 결과에 대한 책임 강화 및 납세자를 위한 프로그램 무결성(program integrity)을 강화하여 메디케이드를 혁신한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶⁰⁾

- 시장 선택 및 경제성(Marketplace choice & affordability): 개별 건강보험 시장에서 보험을 찾는 모든 미국인을 위해 적절한 보상 옵션을 만든다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶¹⁾

- 납세자 세금 보호(Protecting taxpayer dollars): 프로그램 무결성(program integrity)을 향상하고 현대화하여 낭비, 부정행위 및 남용을 방지한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶²⁾

- 안전 및 질 보장(Ensuring safety & quality): 보다 나은 환자 건강결과에 초점을 맞추어, CMS는 임상이가 환자와 더 많은 시간을 보낼 수 있도록 보장하는 관리 부담을 최소화하는 동시에 공급자에게 안전하고 효과적인 의료를 제공할 책임을 맡긴다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶³⁾

- 혁신적인 지불 모델(Innovating payment models): 혁신적인 지불 구조를 개

58) CMS. Lowering drug prices. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Lowering-drug-prices-fact-sheet.pdf>

59) CMS. Strengthening Medicare. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Strengthening-Medicare-fact-sheet.pdf>

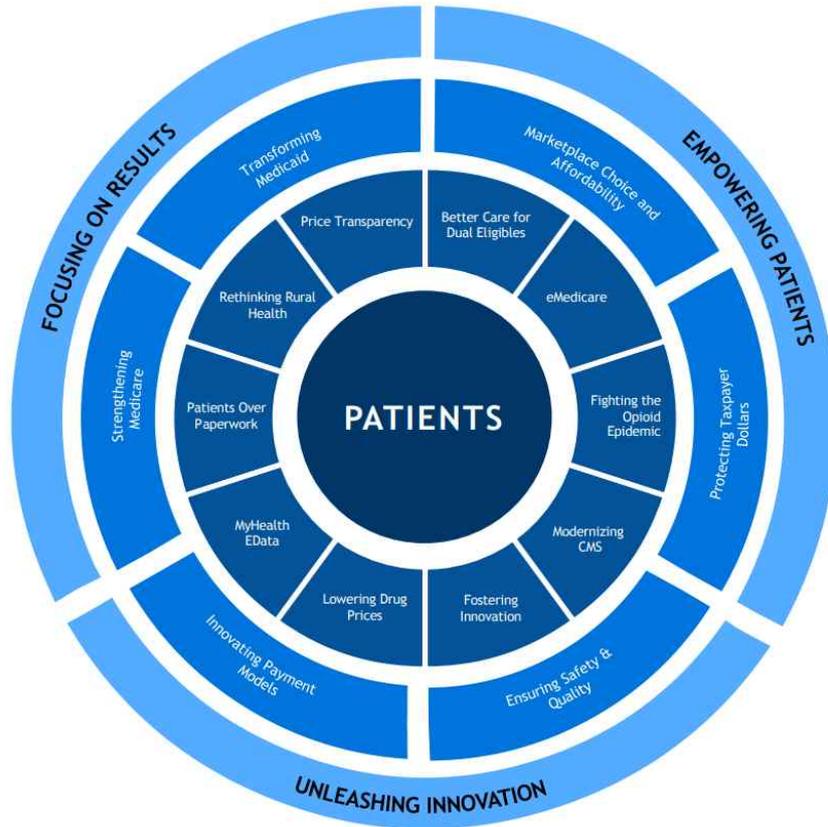
60) CMS. Transforming Medicaid. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Transforming-Medicaid-fact-sheet.pdf>

61) CMS. Marketplace choice & affordability. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Marketplace-choice-and-affordability-fact-sheet.pdf>

62) CMS. Protecting taxpayer dollars. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Protecting-taxpayer-dollars-fact-sheet.pdf>

63) CMS. Ensuring safety & quality. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Ensuring-safety-and-quality-fact-sheet.pdf>

선시켜 결과 성과에 대한 보상, 프로그램 비용 절감, 혁신 및 건강결과 개선을 통해 가치를 장려하는 보건의료시스템으로 전환한다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶⁴⁾



[그림 7] CMS의 질 향상을 위한 16가지 전략 사업(Strategic Initiatives)

자료: CMS. Our 16 Strategic Initiatives. [2020.7.14. 접속].

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/our-16-strategic-initiatives>

가. 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative, HQI)

CMS의 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative, HQI)에서는 병원비교 웹 사이트(Hospital compare), 입원환자 지표(Inpatient Measures, 지표과정(Process of Care Measures), 결과지표(Outcome Measures), 보건의료 공급자 및 시스템에 관한 소비자 평가(Hospital Consumer Assessment of Healthcare

⁶⁴⁾ CMS. Innovating payment models. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Innovating-payment-models-fact-sheet.pdf>

Providers and Systems, HCAHPS)의 Patients' Perspectives of Care Survey 등의 세부 평가를 통하여 여러 종류의 의료기관에 대한 질 평가를 수행하고 그 결과를 공개하고 있다. 이 중에서 병원비교 웹사이트(Hospital Compare)는 병원에서 제공되는 의료서비스의 질 향상을 위한 다양한 활동의 병원 질 관리 사업(Hospital Quality Initiative)의 한 부분으로 운영되고 있다(박춘선 등, 2016).⁶⁵⁾

The screenshot shows the CMS.gov website interface. At the top, there are navigation links for Home, About CMS, Newsroom, Archive, Help, and Print. Below this is a search bar. The main navigation bar includes buttons for Medicare, Medicaid/CHIP, Medicare-Medicaid Coordination, Private Insurance, Innovation Center, Regulations & Guidance, Research, Statistics, Data & Systems, and Outreach & Education. The breadcrumb trail indicates the current page is 'Home > Medicare > Hospital Quality Initiative > Highlights'. The left sidebar contains a list of links under the 'Hospital Quality Initiative' heading, including Hospital Inpatient Quality Reporting Program, Inpatient Psychiatric Facility Quality Reporting (IPFQR) Program, Hospital Outpatient Quality Reporting Program, Hospital Compare, Hospital Compare Ads, Inpatient Measures, Process of Care Measures, Outcome Measures, HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey, Medicare Payment and Volume Information for Consumers, Premier Hospital Quality Incentive Demonstration, Premier Hospital Historical Data, and Hospital Archives. The main content area is titled 'Highlights' and features two main sections: 'PPS-Exempt Cancer Hospital Quality Reporting Listening Session' and 'Inpatient Psychiatric Facility (IPF) Listening Session Announcement'. The PPS-Exempt section explains that the Affordable Care Act requires CMS to establish a quality reporting program for PPS-exempt cancer hospitals for fiscal year 2014 and subsequent years, and mentions a listening session to gather input from cancer communities. The IPF section explains that the Affordable Care Act requires CMS to establish a quality reporting program for inpatient psychiatric facilities for fiscal year 2014 and subsequent years, and mentions a listening session to gather input from the IPF community.

[그림 8] Hospital Quality Initiative

자료: CMS. Hospital Quality Initiative Highlights. [2020.7.14. 접속].

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHighlights>

65) 박춘선 등. OECD 병원 성과 프로젝트의 동향과 국내 시사점. Quality Improvement In Health Care. 2016:22:11-26

나. 병원 입원환자 질 보고 프로그램

(Hospital Inpatient Quality Reporting Program, HIQR)⁶⁶⁾

병원 입원환자 질 보고 프로그램은 2003년 메디케어 의약품처방 및 현대화법(Medicare Prescription Drug and Modernization Act, MMA)에서 규정되어 개발되었다. 이 프로그램은 소비자가 의료를 선택하는데 있어 보다 현명한 결정을 할 수 있도록 의료 질 정보를 제공하고, 병원과 임상 의들은 모든 환자에게 양질의 입원 의료를 제공할 수 있도록 장려하고자 개발된 것이다.

MMA에 근거하여 자격이 있는 병원이 지표를 보고하지 않는 경우에 메디케어 환자 치료를 위해 사용하는 재화와 서비스 비용 인상에서 0.4%p를 감소시키는 페널티를 부과하였고, 2005년에는 2%p까지 확대하였다. 이는 2009년도와 2010년 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)에 의해 개정되었는데, 이 법은 2015 회계연도부터 모든 병원 입원환자 질 보고 프로그램 요건을 충족하지 못할 경우 해당 연간 지급률 폭의 1/4을 감소하도록 규정하였다.

이 프로그램에 따라 CMS는 입원환자 선불시스템(prospective payment system)을 통해 지불된 병원으로부터 질과 관련한 데이터를 수집한다. 이에 QualityNet을 통해 데이터가 제출되고 수집된 자료는 Hospital Compare 웹 사이트를 통해 결과를 공개하며, 이를 통해 소비자가 정보기반의 선택을 하도록 지원한다.

CMS는 병원과 임상 의가 모든 환자에게 제공되는 입원 환자 치료의 질과 비용을 개선하도록 권장한다. 또한 자료를 공개함으로써 측정과 투명성을 통한 질 향상을 도모한다는 목표를 가지고 있다. 측정된 일부 지표는 병원 가치기반구매 프로그램, 병원감염감소프로그램, 병원재입원감소프로그램을 포함하여 치료의 질과 효율성에 따라 지불을 결정하는 평가 정보로 활용된다.

⁶⁶⁾ CMS. Hospital Inpatient Quality Reporting Program. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalRHQDAPU>

다. 병원 외래환자 질 보고 프로그램

(Hospital Outpatient Quality Reporting Program, HOQR)

CMS는 메디케어 수혜자에 대한 의료 질과 효율성 개선을 위한 국가 질 향상 중점 영역에 대해 질 지표 데이터를 보고하도록 설계하였다. 병원 외래환자 질 보고 프로그램(Hospital Outpatient Quality Reporting Program, HOQR)은 외래 환자 병원 서비스를 위해 CMS에서 구현한 양질의 데이터 보고 프로그램이다.

이 프로그램은 2006년 세금 감면 및 건강 관리법(Tax Relief and Health Care Act of 2006)에 의해 의무화되었으며, 병원은 외래환자에게 제공하는 치료의 질 측정 데이터를 CMS에 제출해야하며 제출된 자료는 질보고 데이터로 사용된다.

자료들은 병원비교 웹사이트(Hospital Compare)⁶⁷⁾로 수집되고 환자들이 자신의 건강과 병원의 질 등 의료서비스 이용에 대한 더 많은 정보를 얻을 수 있도록 체계화되어 있다. HOQR 측정에는 환자 치료결과, 치료과정, 영상 효율성 패턴, 치료 전환, ED처리 효율성, 건강정보 기술사용(Health Information Technology use, HIT), 치료 연계(care coordination) 및 환자안전을 측정하기 위해 다양한 방법에서 수집된 데이터가 포함된다. CMS는 병원 외래에서도 일반적이고 빈번한 시술 즉, 대장내시경 및 영상 절차 등을 확인하고 향후 외래 수술과 화학 요법에 대한 영역에 초점을 맞추고 있다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁶⁸⁾

⁶⁷⁾ Hospital Compare는 일반적으로 HOQR 프로그램에 대해 2년에 한 번 업데이트 된다.

⁶⁸⁾ CMS. Hospital outpatient Quality Reporting Program. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalOutpatientQualityReportingProgram>

4. CMS의 질 향상 보상 사업

CMS는 질 보고에서 질 평가까지 재정 인센티브를 활용한 사업을 확장하고 있으며, 의사와 병원을 대상으로 질 지불 프로그램을 운영하고 있다.

가. 병원 질 향상 보상사업

(Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID)

CMS는 의학회를 비롯한 여러 의료관련 단체들의 권고에 의하여 병원 질 평가 보상사업(Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID)을 2003년 9월부터 시작하였다. 이 사업은 CMS가 모든 것을 주관하는 것이 아니고, 평가대상 임상 분야와 평가 지표에 대해서는 IOM 또는 NQF, 그리고 NIH의 연구 과정을 거쳐 검증된 것을 선택한다.

평가는 병원들이 경영 및 관리 전반에 대한 자문을 주요 업무로 하도록 하여 자발적으로 만든 협의체인 Premier에 위임한다. 평가 결과는 CMS의 웹(web)으로 수집 되도록 하고 CMS는 각각의 병원평가에 대한 결과를 무작위로 선택하여 검증하는 방법을 택하고 있다. 이렇게 함으로써 HQID는 결과적으로 합병증을 줄이고 사망률을 낮추는 의료의 질이 향상 되었을 뿐 아니라 재입원율과 재원일수를 줄임으로써 병원 비용과 의료비용을 절감하는 효과를 얻을 수 있었다(박상근, 2007).⁶⁹⁾

나. (구)전자의무기록 프로그램(Electronic Health Records, EHR),

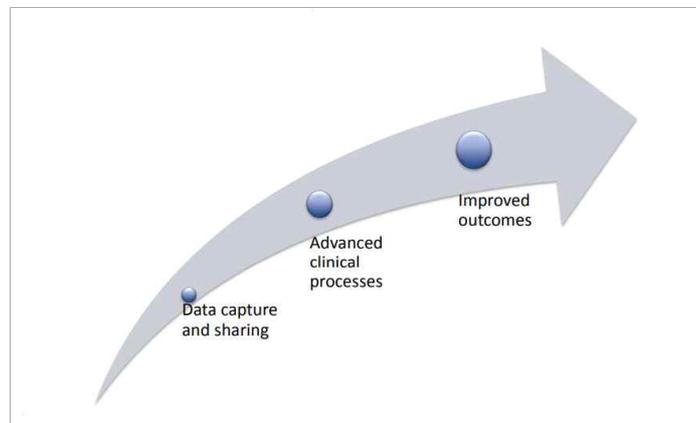
(신상호운용성 촉진 프로그램(Promoting Interoperability Program, PIP)

2009년 2월 17일에 미국 경제회복 및 재투자 방안 법안(American Recovery and Reinvestment Act, ARRA)이 제정되었다. 이 법안 중 하나인 'Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act'에는 전자의무기록(Electronic Health Record, EHR)의 개념이 포함되어 있어 중요

69) 박상근. 의료 질 평가와 건강보험 적정성 평가의 합리적 방향 -미국의 평가 사례를 중심으로-. 대한병원협회지 2007. p22.

한 국가 목표로 미국 의료전달시스템 전체에서 상호운용 가능한 전자의무기록의 의미 있는 사용(meaningful use)을 장려하는 정책이 마련되었다(CDC, 2020.7.30. 접속).⁷⁰⁾

Meaningful use의 개념은 ‘①질, 안전, 효율성 향상 및 건강 불균형의 감소, ②환자와 가족의 의료서비스 참여, ③의료 연계, ④국민과 공중보건의 개선, ⑤개인 정보 보호 및 보안 유지’로 건강 결과 정책 핵심영역에 기반을 두고 있다(CMS, 2020.7.30. 접속).⁷¹⁾



[그림 9] Meaningful Use의 개념적 접근

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Meaningful Use Stage 1 Requirements Overview 2010 [2020.7.30. 접속].
https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/downloads/MU_Stage1_ReqOverview.pdf

CMS는 2011년부터 공인된 EHR의 meaningful use에 대한 인센티브 프로그램을 시행하고 있으며, 이는 건강정보 기술 통합, 보건의료의 결과 효율성, 환자안전 개선을 목적으로 한다. 이 프로그램은 환자안전 유해사건을 감소시키는데 필요한 유용한

⁷⁰⁾ CDC. Public Health and Promoting Interoperability Programs (formerly, known as Electronic Health Records Meaningful Use) [cited 2020 July 30]. Available from:
<https://www.cdc.gov/ehrmmeaningfuluse/introduction.html>

⁷¹⁾ CMS. Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Meaningful Use Stage 1 Requirements Overview 2010 [cited 2020 July 30]. Available from:
https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/downloads/MU_Stage1_ReqOverview.pdf

정보기술로 잘 알려져 있으며, 두 가지 관련 기준을 제안하고 있다. 첫째는 임상 의사 결정지원시스템과 전자의무기록의 기능을 확대하여 의료기관의 질과 환자안전 향상을 위한 기능을 지원하고 의료기관의 자료제출에 대한 행정 부담을 줄일 수 있는, 그리고 둘째는 의료서비스 평가정보시스템 시범사업에 대한 참여이다.

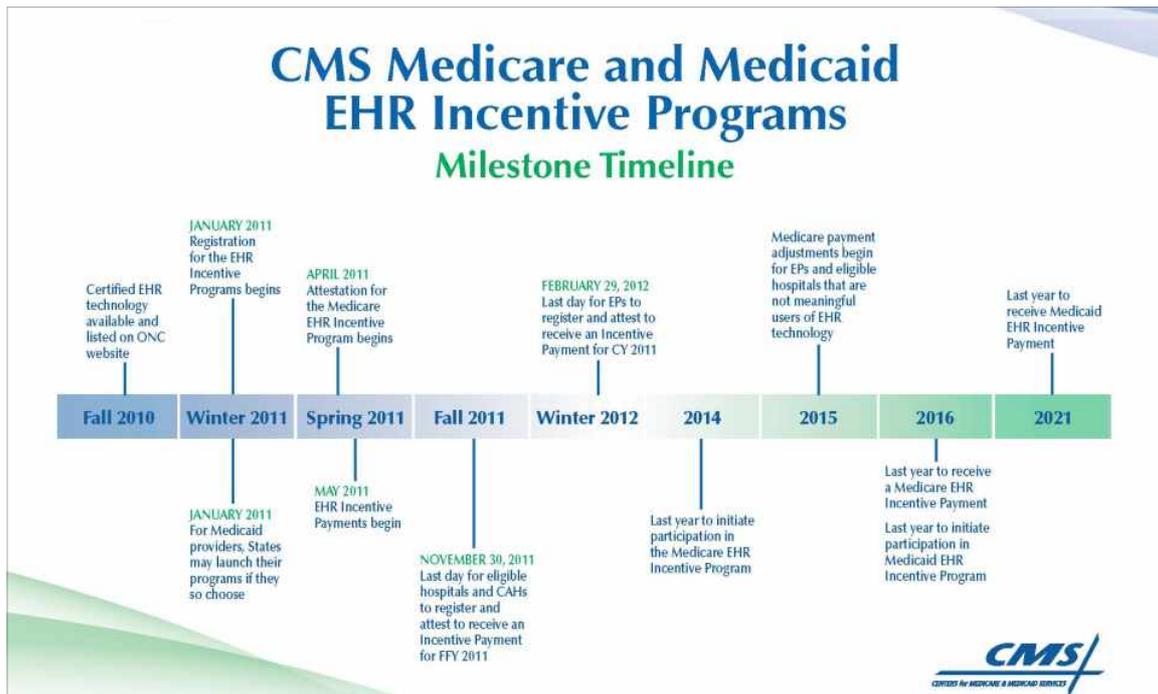
EHR의 meaningful use에 대한 인센티브 프로그램은 총 3단계로 구성되는데, 1 단계에서는 환자에게 전자적 건강정보의 사본 제공을 포함하여 임상데이터의 전자적 캡처를 위한 요구사항을 설정함으로써 기반을 마련하고, 2단계에서는 임상 프로세스 개선과 인증 EHR의 meaningful use가 국가 질 전략의 목표와 핵심영역을 지원하는데 중점을 두고 1단계의 기준을 확대하는 것이며, 2단계의 기준은 진료시점에서 지속적인 의료 질 향상과 가장 구조화된 형식의 정보 교환을 위해 차트(chart)를 사용하도록 권장한다. 3단계에서는 건강결과 향상을 위한 인증 EHR의 사용에 중점을 두는 것인데, CMS는 2015년 10월에 2017년 이후 적용될 3단계 운영 규정을 발표하였다. 이 규정은 2단계 수정을 통해 요구사항을 완화하고 다른 CMS 프로그램과 연계되도록 하였다(CDC, 2020.7.30. 접속).⁷²⁾ 이에 2018년부터 위의 3단계 요구사항을 준수하고, 3단계의 목표 및 지표에는 임계치의 증가, 건강 정보교환 기능의 고급 사용, 지속적인 질 개선에 대한 전반적인 중점 사항이 포함되었다(CMS, 2020.7.30. 접속).⁷³⁾

CMS는 2018년 4월에 EHR 인센티브 프로그램을 공중보건과 상호운용성 촉진 프로그램(Public Health and Promoting Interoperability Programs)으로 명칭을 변경하였다. 명칭 변경으로 인해 프로그램은 meaningful use의 기존 요구 사항을 넘어서 상호운용성에 초점을 맞추고 환자의 건강 정보의 접근성을 개선하는 새로운 단계의 EHR 측정으로 이동했다. 이 프로그램은 자격을 갖춘 보건의료 전문가(eligible health care professionals, EP) 및 자격을 갖춘 병원(Eligible Hospital, EH)과 지방병원(Critical Access Hospitals, CAH)⁷⁴⁾에 인증된 EHR 기술의

72) CDC. Public Health and Promoting Interoperability Programs (formerly, known as Electronic Health Records Meaningful Use) [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/ehrmmeaningfuluse/introduction.html>

73) CMS. Newsroom (2015.10.6.). CMS FACT SHEET: EHR Incentive Programs in 2015 and Beyond [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-fact-sheet-ehr-incentive-programs-2015-and-beyond>

meaningful use를 입증하도록 하였다(CDC, 2020.7.30. 접속).⁷⁵⁾



[그림 10] CMS EHR Incentive programs 연표

자료: CMS. Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Meaningful Use Stage 1 Requirements Overview 2010. (2020.7.14. 접속)

https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/downloads/MU_Stage1_ReqOverview.pdf

⁷⁴⁾ Critical Access Hospitals (CAH)는 1997년에 설립된 미국 연방정부 프로그램으로 농촌지역에 소규모 병원을 제공하여 응급치료와는 거리가 먼 주민들을 위해 제공된다. 메디케어 농촌지역의 제한된 서비스 참여 병원은 CAH가 될 수 있다. 그 조건으로는 현재 메디케어 참여 병원, 1989년 11월 29일 이후 영업을 중단한 병원, 보건소 또는 센터(주(state) 정의에 따라)로 축소 전에 병원으로 운영된 보건소 또는 센터의 경우이다. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Critical Access Hospitals. [cited 2020 July 30]. Available from:

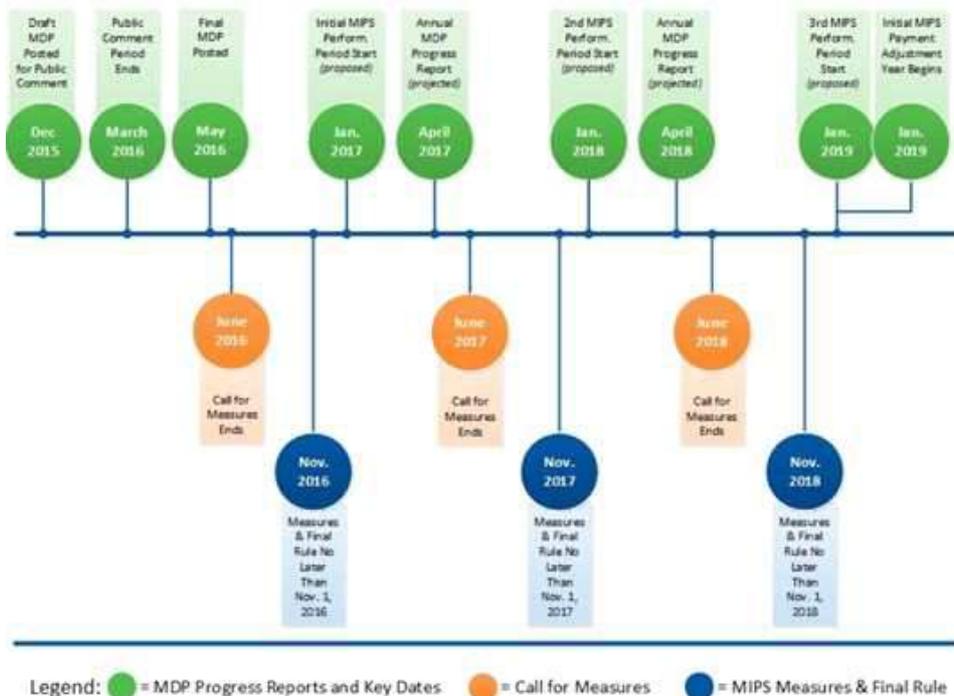
<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/CritAccessHospfctsh.pdf>

⁷⁵⁾ CDC. Public Health and Promoting Interoperability Programs (formerly, known as Electronic Health Records Meaningful Use) [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cdc.gov/ehrmmeaningfuluse/introduction.html>

다. 질 지불 프로그램(Quality Payment Program, QPP)

2015년에는 메디케어 접근성 및 CHIP 재승인법(The Medicare Access and Children’s Health Insurance Program Reauthorization Act, MACRA)법이 통과되었다(CMS, 2020.7.14. 접속).⁷⁶⁾ 2016년 10월 CMS는 질 지불 프로그램(Quality Payment Programm QPP)에 대한 최종 시행규칙을 발표하였고, 의료공급자를 위한 선진대안지불모형 (Advanced Alternative Payment Models, APMs)의 기회를 전략 창출의 초석으로 만들었다. 2017년 1월부터는 의료서비스에 대한 본격적인 질 관리 프로그램과 지불방법 개편작업을 시작하였고, 2019년에는 가치기반지불 제도를 이용한 가감지급을 시작하였다.



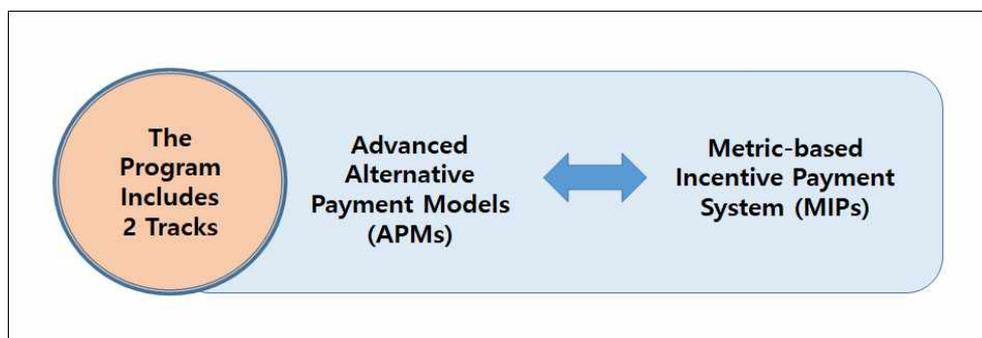
[그림 11] The Quality Payment Program 계획

자료: 건강보험심사평가원-대한신경정신의학회-대한정신건강재단. 정신건강영역 의료질 관리방안 및 평가기준 개발 연구용역. 2017. p15.

⁷⁶⁾ CMS. MACRA. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs>

CMS가 추구하는 방향은 보건의료체계의 패러다임 변화와 보건의료비 통제를 위한 접근이다. 질 측정 및 프로그램 정책의 조정을 가속화하기 위해 MACRA법은 CMS에서 기존에 제공하던 인센티브 프로그램(PQRS, VM, EHR Incentive program)에 대한 지불을 중단하였다(CMS, 2020.7.30. 접속).⁷⁷⁾ QPP는 이 세 가지 프로그램을 이를 하나로 통합한 것으로 행위별수가제에서 임상인들이 서비스의 질을 향상시키도록 하는 성과지불제도이다. 즉, 높은 가치의 케어를 제공하는 임상인들에게 보상을 하는 프로그램인 것이다(신영석 등, 2019; 강희정 등, 2018).⁷⁸⁾⁷⁹⁾

QPP는 성과기반 인센티브 지불제도(Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)⁸⁰⁾와 선진대안지불모형(Advanced Alternative Payment Models, APM)의 두 가지 형태로 운영되며, 임상인들은 진료소의 규모나 전문분야, 지역, 환자 수 등에 따라 하나의 제도를 선택할 수 있으며, 모형의 설계대로 의료비를 지급받게 된다(이상수, 2020.7.14. 접속).⁸¹⁾



[그림 12] The Quality Payment Program 2 Track (APMs, MIPS) (내용 재구성)

77) CMS Blog (Dec 18, 2015). CMS Quality Measure Development Plan Supporting the Transition to the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Models (APMs). [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/blog/cms-quality-measure-development-plan-supporting-transition-merit-based-incentive-payment-system-mips>

78) 신영석 등. 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민건강 성과 향상 방안 연구. 2019. p126-128.

79) 강희정 등. 의료질평가 제도 효과분석 및 평가모형 개발 연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원 연구보고서. 2018. p103.

80) 미 의회로 하여금 의사를 위한 여러 질 관리 프로그램을 간소화하기 위한 MACRA법은 MIPS (Merit Based Incentive Payments System)를 구축하였다.

81) 이상수. 메디케어 메디케이드 혁신센터(CMMI), 변화의 촉진제로서 개혁도 요구됨. 의료기기뉴스라인. [cited 2020 July 14]. Available from: <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=35993>

1) 성과기반 인센티브 지불제도

(Merit-Based Incentive Payment System, MIPS)

QPP의 두 가지 모형 중 하나인 MIPS는 질과 관련된 기존의 인센티브 프로그램인 Physician Quality Reporting System, PQRS), Physician Value-based Payment Modifier (VBPM), EHR Incentive Program의 구성요소를 통합한 것이다. MIPS의 주요 목적은 인센티브를 질과 비용효과적인 치료를 연계하고, 치료과정 및 건강결과의 향상 도모, 건강관리정보의 사용을 촉진, 비용을 절감하는 것이다 (CMS, 2020.7.14. 접속).⁸²⁾

MIPS의 평가항목은 질(quality), 비용(cost), 개선활동(improvement activities), 상호운용성 촉진(promoting interoperability)의 총 4가지로 구성되고, 각 항목별 점수를 가중치에 따라 환산하여 최종 점수를 산출한다. 각 항목의 내용은 첫째, 질(quality)은 의료 서비스의 가치를 평가하여 환자가 적시에 적절한 의료를 받도록 보장하는 것이다. 이 범주는 기존 PQRS 프로그램을 대체하는 것으로 MIPS 총 점수의 50%를 차지한다. 둘째, 비용(cost)은 VBM을 대체하는 것으로 성과 평가기간의 전체 비용이나 재원기간의 비용에 대해 상대 평가 점수가 부여되며, 이는 MIPS 총 점수의 10%를 차지한다. 셋째, 상호운용성 촉진(promoting interoperability)은 EHR 인센티브 프로그램을 대체하는 것으로 환자 참여 및 건강 정보의 교환에 중점을 두고 있다. 검사 결과 공유, 치료 계획 공유 등으로 치료를 조정하는 등 환자 및 다른 임상과의 사전에 포괄적으로 정보를 공유함으로써 이루어진다. 넷째, 개선활동(improvement activities)은 새로운 성과 평가 범주로 관리 프로세스를 개선하고 환자의 치료 참여를 향상시키며 치료에 대한 접근성을 높이는 방법 등을 평가한다(강희정 등, 2018).⁸³⁾

그러나 여러 이해관계자들은 MIPS가 지나치게 복잡하다는 것을 지적하였고,⁸⁴⁾

82) CMS. 2018 Program Requirements Medicare. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/2018ProgramRequirementsMedicare>

83) 강희정 등. 의료질평가 제도 효과분석 및 평가모형 개발 연구. 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원연구보고서. 2018. p36-45

CMS는 이를 수용하여 임상주의 부담을 줄이고자 ‘Papers over Patients’ 프로젝트를 통해 불필요한 요소들을 제거하는 등 프로그램 능률화를 도모하였다. 궁극적으로는 질, 개선활동, 비용의 평가범주가 서로 완전히 연계되어 현재의 복잡성을 해소하고, 의료공급자의 보고 부담은 감소시키면서, 환자의 목소리를 더욱 반영하는 등의 가치를 추구하고 있다. 이에 CMS는 2021년부터 시작되는 MIPS Value Pathway (MVP)를 제시하였고, 현재 MIPS 프레임워크가 MVP로 원활하게 전환될 수 있도록 노력하고 있다. 즉, 임상주의 진료범위(환자 치료에 의미 있는)보다 더욱 관련된 측정 옵션으로 이동하는 것을 목표로 하고 있는 것이다(CMS, 2020.7.30. 접속).⁸⁵⁾

2) 선진대안지불모형

(Advanced Alternative Payment Models, Advanced APMs)⁸⁶⁾

QPP 모형 중 또 다른 하나인 Advanced APMs은 지불금액 또는 환자가 특정 기준을 달성했을 때 인센티브로 지급하는 지불 모형이다. 즉, 양질의 비용효과적인 의료를 제공하도록 인센티브를 제공하는 지불 제도이며, 이는 특정 질환이나 에피소드, 인구집단 등에 적용 가능하다.

이 모델에 대한 자격을 얻으려면 다음을 충족해야한다. 첫째, 인증된 전자의무기록(EHR)의 기술을 사용해야하며, 둘째, MIPS의 질 범주에 사용된 것과 유사한 질 측정을 기반으로 지불을 제공해야 한다. Advanced APMs에 참여할 자격이 충족되면 Qualifying APM Participant (QP)가 되어, MIPS에 보고해야 되는 자료 제출을 면제받고 다음의 세 가지 필수조건을 달성 시에 5%의 인센티브를 부여한다. 면제 사항은 ①모든 참여자가 인증된 EHR 기술사용, ②질 지표에 기초한 전문의 서비스에 대한 지불보상 이행, 질 지표는 MIPS의 질 범주와 유사하게 설정, ③Medical Home Model이거나 APM 참여자의 재정적 위험 감수이다.

84) 현재 MIPS는 매우 많은 선택지가 제공되고 각 영역 간에도 연계가 원활하지 않아 성과지표에 대한 보고부담이 큰 문제점으로 지적되고 있다. 따라서 향후 MVP는 상호운용성 촉진을 기반으로 질, 개선활동, 비용이 서로 연계되는 방향으로 나아가고자 한다.(강희정, 2018 재인용)

85) CMS. MIPS Value Pathways (MVPs). [cited 2020 July 30]. Available from: <https://qpp.cms.gov/mips/mips-value-pathways>

86) CMS. The Quality Payment Program. Oct 25, 2016 [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/quality-payment-program>

라. 의료 향상을 위한 묶음 지불제도

(Bundled Payments for Care Improvement Advanced, BPCI Advanced)⁸⁷⁾

2018년 1월에 BPCI Advanced 모델이 발표되었으며, 이 모델은 2018년 10월 1일부터 2023년 12월 31일까지 실행된다. CMS는 지난 2018년에 1,299개 기관이 Bundled Payments for Care Improvement Advanced (BPCI Advanced) 모델에 참여하기 위해 기관과 계약을 체결했다고 발표한 바 있고, 참여 주체는 행위별수가의 대안으로 묶음의료에 대한 지불을 받게 된다.

그러나 새로운 에피소드 지불 모델에서 참가자는 수혜자의 치료 에피소드에 대한 모든 지출이 질 측정을 고려하는 지출 목표에 미치지 못했을 경우 추가 지불을 받게 되고, 반대로 지출이 목표 가격을 초과하면 가입자는 메디케어에 비용을 상환하게 된다. BPCI Advanced에는 처음에 32가지의 묶음 임상 에피소드 즉, 입원환자 관련 29가지 및 외래 환자 관련 3가지를 포함한다. 현재 참가자가 선택한 상위 3가지 임상 에피소드에는 하지주요관절교체술, 울혈성 심부전 및 패혈증이 속한다.

BPCI Advanced 모델은 2018년 9월 30일에 종료된 BPCI (Bundled Payments for Care Improvement) 이니셔티브를 기반으로 한다.

새로운 BPCI Advanced 모델은 기존 BPCI 이니셔티브와 다른 차이점을 두고 있다. ①BPCI Advanced는 처음으로 외래 환자 에피소드를 포함하여 BPCI에 포함 된 것 이외의 추가 임상 에피소드에 대해 묶음 지불(bundled payment)을 제공한다. ② BPCI Advanced는 보다 효과적인 계획을 위해 각 모델 연도가 시작되기 전에 참가자에게 예비 목표 가격을 제공하고, 목표 가격은 CMS가 모델에 따라 치료 에피소드에 대해 지불할 금액이다. ③BPCI Advanced는 Advanced APM으로 인정되고, 참여 임상 의는 환자의 건강관리 비용에 대한 위험을 감수하고 질 임계값 충족, 잠재적으로 인센티브 지불 자격을 부여하고 MIPS 프로그램에서 면제하는 등 기타 요구 사항을 충족한다.⁸⁸⁾

⁸⁷⁾ CMS Blog (Oct 09, 2018). CMS Announces Participants in New Value-Based Bundled Payment Model. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-participants-new-value-based-bundled-payment-model>

⁸⁸⁾ BPCI Advanced는 MACRA에 따라 Advanced Alternative Payment Model (Advanced APM) 자격을 갖추고 있으므로 참여 제공 업체는 Merit-Based Incentive Payment System (MIPS)과 관련된 보고 조건

5. 가치기반 프로그램(Value Based Program, VBP)⁸⁹⁾

CMS는 메디케어의 수요증가로 인한 재정 축소 대응으로 의료 질에 대한 보장과 더불어 가격을 통제할 수 있는 기전을 마련하고자 하였다. 이에 2010년 3월 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)을 공포하고 지불제도와 성과를 연계하는 가치기반 프로그램(VBP)을 도입하여 2011년 4월에 최종 규정을 발표하였다.

가치기반 프로그램(VBP)은 메디케어 수혜자에게 양질의 의료서비스를 제공한 의료제공자에게 인센티브로 보상하는 프로그램이다. 이는 의료서비스제공 및 지불 방식을 개혁하기 위한 더 큰 질 전략의 일부이기도 하며, 보건의료의 제공을 어떻게 개혁할 것인가에 대한 질 전략 수행 방안 중 하나로 다음의 3가지 목표를 달성하기 위해 프로그램화된 것이기도 하다. 그 목표는 첫째, 개인에게 더 나은 서비스를 제공하는 것, 둘째, 인구집단의 건강수준을 개선하는 것, 셋째, 비용을 절감하는 것이다.

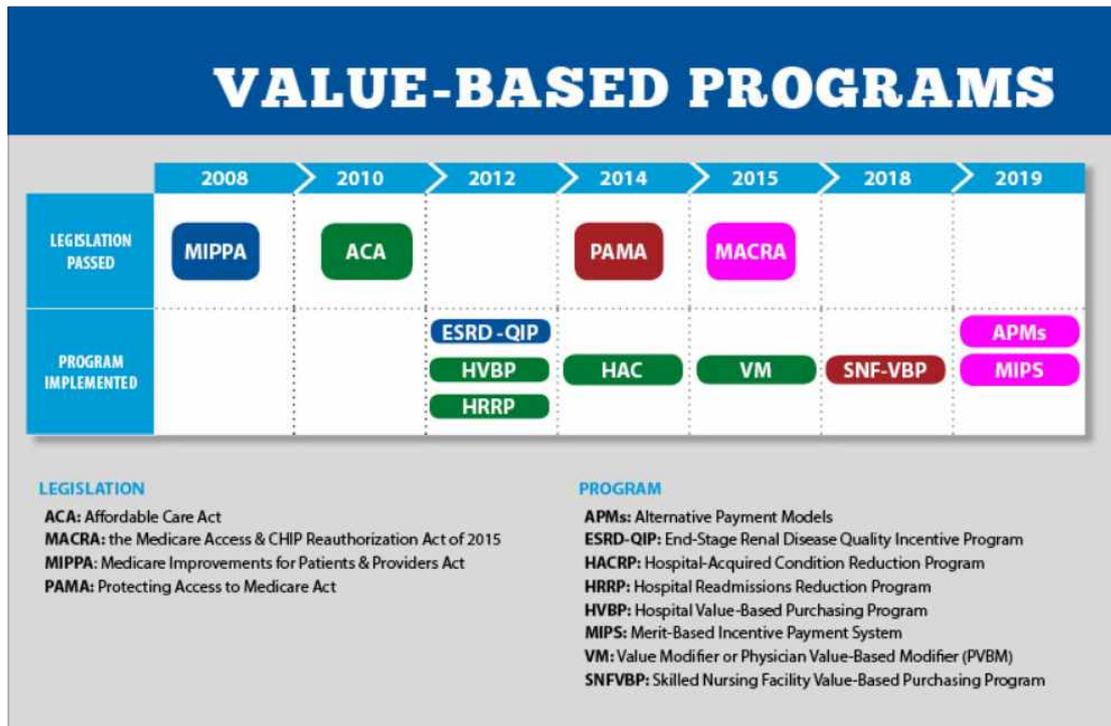
CMS에서는 가치기반 지불 설계에 대한 실험을 위해 다양한 인프라 형성 사업과 인센티브 프로그램을 확대해 왔고, 이 중에서 가치기반구매 사업은 병원질 향상보상사업(Hospital Quality Incentive Demonstration, HQID)⁹⁰⁾을 연이은 것이다. CMS는 HQID 사업 평가 이후 가치기반프로그램(VBP) 계획을 수립하여 이를 의회에 보고하였다(2007.11.). 그 당시의 계획은 ①입원환자에게 제공하는 서비스의 질과 효율성을 측정하는 지표를 개발하고, ②질과 관련된 자료를 보고·수집·확인하는 절차를 만들고, ③가치기반 지불(value based payment) 보상 조정의 구조와 크기, 재원을 결정하고, ④병원성과에 대한 정보를 공개하는 것이 포함되어 있었다(김선민 등, 2009).⁹¹⁾

에서 면제 될 수 있다.

⁸⁹⁾ CMS. Value-Based Program. [cited 2020 July 13]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>

⁹⁰⁾ HQID (Hospital Quality Incentive Demonstration) 사업은 Reporting Hospital Quality Data for Annual Payment Update, RHQDAPU) 프로그램 또는 Pay for Report (P4R)라는 약칭을 사용하기도 한다.

⁹¹⁾ 김선민. 미국 메디케어 가치기반 구매 지불(Value-Based Purchasing) 프로그램. 건강보험심사평가원 전문가 기고. 2009.1.



[그림 13] 연도별 가치기반 관련법과 프로그램의 흐름

자료: Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Value-Based Programs. [2020.7.14. 접속]. <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>

보건의료서비스의 ‘구매(Purchasing)’란, 공공 및 민간 공급자로부터 서비스를 확보하기 위해 사용되는 기전이며 의료보장을 위해 조성된 기금으로 국민이 필요로 하는 양질의 의료서비스를 효율적 제공을 위한 제반 활동을 일컫는다(정설희 등, 2015).⁹²⁾ 한편, ‘가치기반구매(value-based purchasing)’란, 의료공급자가 제공하는 보건의료서비스의 가치성과에 따라 의료공급자에게 인센티브를 지급하는 것이다. 여기에는 의료공급자가 자신이 제공하는 보건의료서비스에 대해 책임을 갖고, 부적절한(inappropriate), 불필요한(unnecessary), 고비용(costly)의 의료 제공을 지양하도록 유도한다(Deloitte, 2011).⁹³⁾

92) 정설희 등. 건강보험심사평가원의 기능과 역할: Strategic Purchasing의 관점에서. 건강보험심사평가원 연구 보고서. 2015. p1-10.

93) Deloitte. Value-based purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders. 2009.

CMS는 질 측정의 제공자 성과를 제공자 지불에 연결하는 것이 목표이며, 총 5가지의 독창적인 가치기반 프로그램을 운영하고 있다. 말기 신장질환 질 인센티브 프로그램(End-Stage Renal Disease Quality Incentive Program, ESRD QIP), 병원 가치기반 성과지불제도(Hospital Value-Based Purchasing Program, HVBP), 병원 재입원감소프로그램(Hospital Readmissions Reduction Program, HRRP), 가치보정 프로그램(Value Modifier Program, VM), 또는 의사가치기반보정(Physician Value-Based Modifier, PVBM), 병원획득감염감소프로그램 (Hospital Acquired Conditions (HAC) Reduction Program, HAC)이다. 이외에도 전문간호시설 가치기반 프로그램(Skilled Nursing Facility Value-Based Program, SNFVBP)과 가정 건강 가치기반 프로그램(Home Health Value-Based Program, HHVBP)의 다른 가치기반 프로그램이 있다.

가. 말기 신장질환 질 인센티브 프로그램

(End-Stage Renal Disease Quality Incentive Program, ESRD QIP)

2008년 환자 및 제공자를 위한 메디케어개선법(Medicare Improvements for Patients and Providers Act, MIPPA)는 보건부장관에게 신장 투석 서비스를 제공하는 시설에 대해 인센티브를 설정하도록 하였다(CMS, 2020.8.3. 접속).⁹⁴⁾ 이 법에서는 시설에서 제공하는 투석 치료의 질을 평가하는 방법을 개발하고 시설이 설정된 성과 기준을 충족하지 못하는 경우 지불액을 삭감⁹⁵⁾하도록 하였다(CMS, 2020.8.3. 접속).⁹⁶⁾

CMS는 신장 투석 시설에서 양질의 서비스를 장려하기 위해 ESRD QIP를 관리한

⁹⁴⁾ CMS. The Law Establishing the ESRD QIP. [cited 2020 August 3]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/05_LawsandRegs

⁹⁵⁾ 시설이 전액을 지불 받으려면 특정 질 지표에 따라 CMS에서 설정 한 총 성과 점수(Total Performance Score, TPS)를 충족하거나 초과해야 한다. 그러나 총 성과 점수를 충족하지 못하거나 초과하는 시설은 최대 2%의 감액을 받는다.

⁹⁶⁾ CMS. Payment Adjustments. [cited 2020 August 3]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/07_PaymentAdjustments

다. ESRD QIP는 메디케어 최초의 프로그램으로 지불의 일부를 진료의 질 측정에 대한 시설의 성과에 직접 연결함으로써 투석을 받는 환자의 치료에 대해 지불하는 방식을 변경한다. 관련 지불 연도에 설정된 지표에 따라 시설의 성과에 대한 점수를 산정하는데, 임상 지표의 경우 CMS는 달성(achievement, 시설의 성능을 전국의 모든 시설에서 도출된 값 집합과 비교) 및 개선(improvement, 시설 성능과 전년도 시설의 개별 성능 비교)의 두 가지 채점 방법을 적용한다. 이러한 방법을 통해 해당 지표에 대해 성과 기준을 충족하거나 초과하지 않는 신장 투석 시설에 대한 지불액을 삭감한다(CMS, 2020.8.3. 접속).⁹⁷⁾

환자 및 제공자를 위한 메디케어개선법(MIPPA)에서는 CMS 및 시설이 수혜자에게 ESRD QIP에 따른 시설 성능에 대해 알리도록 하였다. CMS는 투석 시설에 관한 정보를 공개하고, 투석 시설이 ESRD QIP하에서 얼마나 잘 수행되었는지를 설명하는 성능 점수 인증서(Performance Score Certificate, PSC)를 게시하도록 하였다. 이에 CMS는 시설 비교 웹사이트(Dialysis Facility Compare)를 통해 각 시설의 총성과점수(TPS)와 각 개별 측정 점수를 게시한다(CMS, 2020.8.4. 접속).⁹⁸⁾

CMS는 ESRD를 통해 수혜자에 대한 서비스의 질과 접근성을 모니터링 한다. 모니터링 프로그램은 ESRD 서비스 제공의 잠재적인 변화를 식별하는 조기감지시스템(early-detection system)의 역할을 하며, 추가조사 또는 적절한 조치의 필요성을 CMS에 경고한다(CMS, 2020.8.4. 접속).⁹⁹⁾ 모니터링에 필요한 조건은 ①투석 설비에 새롭게 인정된 ESRD 수혜자의 특성을 검토하고, ②신규 대상자의 특성을 위치, 시설 규모, 설정별로 총화하고, ③시간 경과에 따른 투석시설 입원과 퇴원 관행에 변화가 있는지를 판단한다(CMS, 2020.8.4. 접속).¹⁰⁰⁾

⁹⁷⁾ CMS. ESRD Quality Incentive Program. [cited 2020 August 3]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP>

⁹⁸⁾ CMS. Public Reporting & Certificates. [cited 2020 August 4]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/08_ReportandCert

⁹⁹⁾ CMS. Monitoring & Evaluation. [cited 2020 August 4]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/09_MonitorandEval

¹⁰⁰⁾ CMS. Methodology for monitoring changes in access to dialysis. [cited 2020 August 4]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP>

2011년 1월 1일부터 메디케어 수혜자에게 제공되는 신장투석서비스를 위한 묶음 지불시스템(Bundled Prospective Payment System, PPS)을 유지해왔다. ESRD PPS는 가정 및 자가 투석방식에 대한 교육 추가 기능을 제공하고, 이에 해당되는 경우 즉, 의학적으로 필요한 치료의 유형이나 양적으로 비정상적인 차이가 있는 경우 고비용 이상치에 대한 추가 지불을 제공한다. 묶음(Bundled)으로 제공되는 치료 당 지불액에는 유지 투석과 관련된 약물, 검사실 서비스, 소모품 및 자본 관련 비용이 포함된다. 2020년 1월 1일부터는 ESRD PPS에 따라 Transitional Add-on Payment Adjustment for New and Innovative Equipment and Supplies (TPNIES)가 적용되었고, 2021년 1월 1일부터 ESRD 시설은 적격 품목에 대해 TPNIES를 지급받게 된다(CMS, 2020.8.10. 접속).¹⁰¹⁾

나. 병원 가치기반 성과지불제도

(Hospital Value-Based Purchasing Program, HVBP)¹⁰²⁾¹⁰³⁾

CMS는 병원 의료서비스의 질 향상을 위해 다양한 형태의 가치기반 프로그램을 운영해 왔으며, 그 중 하나인 병원 가치기반 성과지불제도(HVBP)는 의료서비스 제공자가 입원환자에게 제공하는 의료의 질에 대해 보상을 하는 메디케어 지불시스템을 구성하기 위한 것이다. 병원 가치기반 성과지불제도(HVBP)는 병원 입원환자 질 보고프로그램(Hospital IQR) 인프라를 사용하며, 2003년 메디케어 의약품처방 및 현대화 법(Medicare Prescription Drug and Modernization Act, MMA)에 의해 승인되었다.

병원 환경에서 가치기반구매를 추구하면서 높은 질과 효율적 의료서비스를 보상하

[/Downloads/Methodology-for-Monitoring-Changes-in-Access-to-Dialysis.pdf](#)

¹⁰¹⁾ CMS. End Stage Renal Disease (ESRD) Prospective Payment System (PPS). [cited 2020 August 10]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ESRDpayment/index/>

¹⁰²⁾ CMS. Hospital Value based purchasing. [cited 2020 August 4]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing->

¹⁰³⁾ CMS. The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. [cited 2020 August 4]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing>

는 HVBP 프로그램은 병원 환자에 대한 임상 결과를 개선시키고 재원기간동안 의료 경험을 향상시키기 위해 설계되었다. 따라서 메디케어 수혜자가 급성기 치료를 받는 입원 기간 동안 의료의 질, 효율성, 환자 경험 및 환자 안전을 개선하도록 다음과 같은 내용을 권장하고 있다. ①부작용(결과적으로 환자에게 해를 끼치는 보건의료의 오류) 발생을 제거하거나 감소시킨다, ②대부분의 환자들이 최상의 결과를 얻도록 하는 근거기반의 치료 표준과 프로토콜을 채택한다. ③병원이 환자경험을 향상시키는 프로세스를 개발하도록 장려한다. ④소비자와 임상의 및 다른 사람들을 위한 질의 투명성을 향상시킨다. ⑤메디케어에 저렴한 비용으로 양질의 진료를 제공하는 병원을 인정한다.

이 프로그램은 병원에서 제공되는 서비스의 양이 아니라 의료의 질에 따라 인센티브를 제공하는 것으로 급성기병원(acute care hospitals)에 보상을 하는데, 병원 입원환자에게 제공되는 의료서비스의 질 개선을 위해 메디케어의 지불제도와 보상을 연계한 입원환자 선불시스템(Inpatient Prospective Payment System, IPPS)에 따라 지불금을 조정한다.

최근 CMS는 HVBP Percentage Payment Summary Report(2020)¹⁰⁴를 각 참여 병원에 제공하고 30일의 검토 및 수정 기간을 제시하였다. HVBP 프로그램은 MS-DRG (Medicare severity diagnosis-related group)가 적용되는 참여병원의 해당 회계연도 지불금의 2%까지 감소시킨 재정으로 운영된다. 남은 자금은 질과 자원 사용 측정에 대한 성과를 기준으로 1년 동안 획득한 총 성과 점수(Total Performance Scores, TPS)를 기반으로 병원에 재분배된다. 따라서 병원의 수입은 모든 참여 병원의 TPS 점수의 범위와 분포에 따라 다르다. 병원은 해당 회계 연도의 해당 금액보다 적거나 같거나 더 큰 가치 기반 인센티브 지불 비율을 되찾을 수 있다.

HVBP 프로그램에 병원은 ‘사망과 합병증(Mortality and complications)’, ‘의료와 관련된 감염(Healthcare-associated infections)’, ‘환자 안전(Patient safety)’, ‘환자 경험(Patient experience)’, ‘과정(Process)’, ‘효율성 및 비용 절감(Efficiency and cost reduction)’에 대해 결과를 측정한다. 측정 기준을 반영한 총 성과점수를 기준으로 병원의 메디케어 지불금은 ‘모든 병원과 비교했을 때의 성과’,

104) 지불 요약보고서(Hospital VBP Percentage Payment Summary Report)는 2020년에 각 Medicare 서비스 비용 환자 퇴원 시 적용될 총 성과 점수 및 가치기반 인센티브 지불 비율을 제공한다.

‘이전 기준기간 동안의 성과 대비 성과를 향상시키는 정도’로 일부를 조정한다. 최근 CMS는 회계연도 2020에 질 영역을 ‘임상결과’, ‘개인 및 지역사회 참여’, ‘안전’, ‘효율성 및 비용 절감’으로 분류하고 각 영역에 가중치를 25%씩 분배하였다.

다. 병원 재입원 감소 프로그램

(Hospital Readmission Reduction Program, HRRP)

1980년대 중반 입원 진료에 포괄수가제(DRG)가 도입된 이후 재원일수는 점차 줄어들기 시작했다. 그러나 재원일수의 감소는 재입원률을 증가시키는 부작용(특히 30일 이내 같은 진단명으로 재입원하는 경우)을 초래하였다(유지원, 2017).¹⁰⁵⁾ 이로 인해 메디케어의 지출이 상당한 부분을 차지하게 되자 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)은 재입원률을 낮추기 위한 방안으로 재입원감소프로그램(HRRP)을 도입하였다(Jencks SF. et al., 2009).¹⁰⁶⁾ 이 제도의 도입으로 CMS는 2013 회계 연도가 시작되는 2012년 10월 이후부터 일부 선택된 임상질환(심부전, 급성심근경색, index admission)¹⁰⁷⁾에 대해 예측된 30일 재입원율보다 높은 병원을 가려내기 시작하였다. 이에 환자들이 동일 진단명으로 30일 이내 재입원한 경우가 많은 병원을 홈페이지에 공개하고, 진료비를 삭감하였다.

그러나 이러한 이유로 상급종합병원에 삭감이 몰리자 CMS는 '가치기반 의료시스템(value-based purchasing)'이라는 종합적 의료 질 평가 방안을 도입하였고, 2015년에는 고관절 또는 무릎관절 전치환술과 만성폐쇄성폐질환(COPD)을 추가하였다. 한편 재입원율이 지난 3년 간 높은 재입원률을 나타낸 병원에 벌금을 부과하였다(Rachael B. et al., 2016).¹⁰⁸⁾

¹⁰⁵⁾ 유지원. 미국 가치기반 의료시스템 도입에 대한 임상역사의 경험, 메디케이트 뉴스 17.12.29. [cited 2020 July 29]. Available from: <https://m.medigatenews.com/news/1239443498>

¹⁰⁶⁾ Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. [cited 2020 July 29]. Available from: *N Engl J Med* 2009;360:1418-1428.

¹⁰⁷⁾ Index Admission은 해당 측정에 포함 및 제외기준을 충족하는 특정 상태의 주요 진단을 받은 병원에서의 입원을 일컫는다. 그러나 환자가 Index Admission 퇴원 후 30일 이내에 심장마비, 심부전 또는 폐렴에 대해 하나 이상의 추가 입원이 있는 경우 Index Admission이 아니고 재입원(Readmission)으로 간주된다. Health It Buzz. Index Admission. [cited 2020 July 30]. Available from: <https://healthitbuzz.com/2016/09/14/index-admission-readmission/>

2018년에는 대상 병원의 지불 계수를 결정하기 위하여 총 6개 지표(급성심근경색, 심부전, 폐렴, 만성폐쇄성폐질환, 관상동맥우회술(CABG), 인공관절치환술(Total Hip Arthroplasty/Total Knee Arthroplasty)의 예측된 30일 재입원률에 대한 초과재입원비(Excessive Readmission Ratios, ERRs)를 계산하여 이를 Hospital Compare에 공개하였다(이상수, 2017).¹⁰⁹⁾

라. 가치 보정 프로그램

(Value-Based Modifier Program, VBM or Value Modifier, VM)

2015년 MACRA (Medicare Access and CHIP Re Authorization Act of 2015)에 의해 설립된 질 지불 프로그램(QPP)은 새로운 질 지불 인센티브 프로그램이다. 질 지불 프로그램(QPP)의 MIPS (Merit-based Incentive Payment System)가 Value Modifier (VM) 프로그램으로 대체되었다. VM은 환자가 받는 진료의 질과 비용을 바탕으로 임상가와 단독의사 그룹에 지급 조정을 제공하는 성과급 프로그램이다(CMS, 2020.7.29. 접속).¹¹⁰⁾ 2018년에는 2016년을 기준으로 physicians, nurse practitioners (NPs), physician assistants (PAs), clinical nurse specialists (CNSs), and certified registered nurse anesthetists (CRNAs)에 대한 의료급여 지급액에 대해 진료수준의 상향·하향·중립적 지급 조정을 적용하였다.

마. 병원획득감염 감소 프로그램

(Hospital-Acquired Condition Reduction Program, HACRP)

병원획득감염감소프로그램(HACRP)은 병원이 환자의 안전을 개선하고 건강관리와

¹⁰⁸⁾ Rachael B. Zuckerman, Steven H. Sheingold, E. John Orav, Joel Ruhter, and Arnold M. Epstein. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med* 2016; 374:1543-1551. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1513024>

¹⁰⁹⁾ 이상수. 병원 재입원 감소프로그램, 비용절감과 질 향상 도모. 2017.11.14. [cited 2020 July 29]. Available from: <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=20862>

¹¹⁰⁾ CMS. 2018 Value-based payment modifier program experience report. [cited 2020 July 29]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/2018-VM-Experience-Rpt.pdf>

관련된 감염률을 감소시키기 위해 권장된 메디케어 성과지불 프로그램이다. CMS는 고비용 또는 다빈도 부상병으로 중요한 합병증 확인, 근거기반의 지침을 적용함으로써 예방 가능한 사례를 예방 가능한 위해사건(Hospital-Acquired Condition, HAC)으로 선정하고, 2008년부터 병원획득감염(Hospital-Acquired Conditions)에 대해서는 비용에 대한 지불을 중단하였다(CMS, 2020.7.29. 접속).¹¹¹⁾

환자보호 및 부담적정보험법(ACA)에서는 2013년 8월에 발표된 HACRP에 따라 환자 안전에 대한 인센티브를 강화하였다. CMS는 HAC 총점수를 사용하여 점수가 높은 병원의 사분위(quartile)를 결정하고, 전체 메디케어 수입의 1%에 해당하는 지불을 감액 조정하였다(Kyle H. et al., 2019).¹¹²⁾ 이 프로그램은 급성기병원에 적용이 되지만 일부 병원이나 병원시설이 면제되기도 한다. 이는 Critical access hospitals¹¹³⁾, 재활병원, 장기요양병원, 정신병원 및 병상, 어린이병원, 선불시스템(prospective payment system) 면제 암 병원, 재향군인 의료센터 및 병원, 미국령에 위치한(괌, 푸에르토리코, 미국령 버진아일랜드, 북마리아나 제도 및 미국령 사모아) 중 단기 급성기병원, 종교적 비의료기관 등이 여기에 해당된다.

HAC 프로그램은 환자 안전 및 위해 사건 종합점수(CMS PSI 90) 측정과 CDC National Healthcare Safety Network (NHSN) 의료 관련 감염(HAI)으로 그룹화되어 있다(CMS, 2020.7.29. 접속).¹¹⁴⁾ 환자 안전 및 위해 사건 종합점수(CMS PSI

111) CMS. Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP). [cited 2020 July 29]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/HAC-Reduction-Program>

112) Kyle H. Sheetz, Justin B. Dimick, Michael J. Englesbe, and Andrew M. Ryan. Hospital-Acquired Condition Reduction Program Is Not Associated With Additional Patient Safety Improvement. *Health Affairs* 2019;38(11): 1858-1865.

113) Critical Access Hospitals (CAH)는 1997년에 설립된 미국 연방정부 프로그램으로 농촌지역에 소규모 병원을 제공하여 응급치료와는 거리가 먼 주민들을 위해 제공된다. 메디케어 농촌지역의 제한된 서비스 참여 병원은 CAH가 될 수 있다. 그 조건으로는 현재 메디케어 참여 병원, 1989년 11월 29일 이후 영업을 중단한 병원, 보건소 또는 센터(주(state) 정의에 따라)로 축소 전에 병원으로 운영된 보건소 또는 센터의 경우이다. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Critical Access Hospitals. [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/CritAccessHospfctsh.pdf>

114) CMS. Hospital-Acquired Condition Reduction Program Fiscal Year 2020 Fact Sheet. [cited 2020 July 29]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Downloads/HAC-Reduction-Program-Fact-Sheet.pdf>

90) 측정은 환자기록지(chart), 보고서 및 기타 출처에서 추출한 감염에 대한 데이터를 사용하여 국가 보건의료 안전망 (National Healthcare Safety Network)에 보고하고 HAI 측정치를 계산한다.

- 중앙선 관련 혈류 감염
(Central Line-Associated Bloodstream Infection, CLABSI)
- 카테터 관련 요로 감염
(Catheter-Associated Urinary Tract Infection, CAUTI)
- 수술 부위 감염 (결장 및 자궁적출술 절차)
(Surgical Site Infection (SSI) (for colon and hysterectomy procedures))
- 메티실린내성포도상구균(MRSA)균혈증
(Methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) bacteremia)
- 클로스트리디움 디피실리 감염
(Clostridium Difficile Infection, CDI)

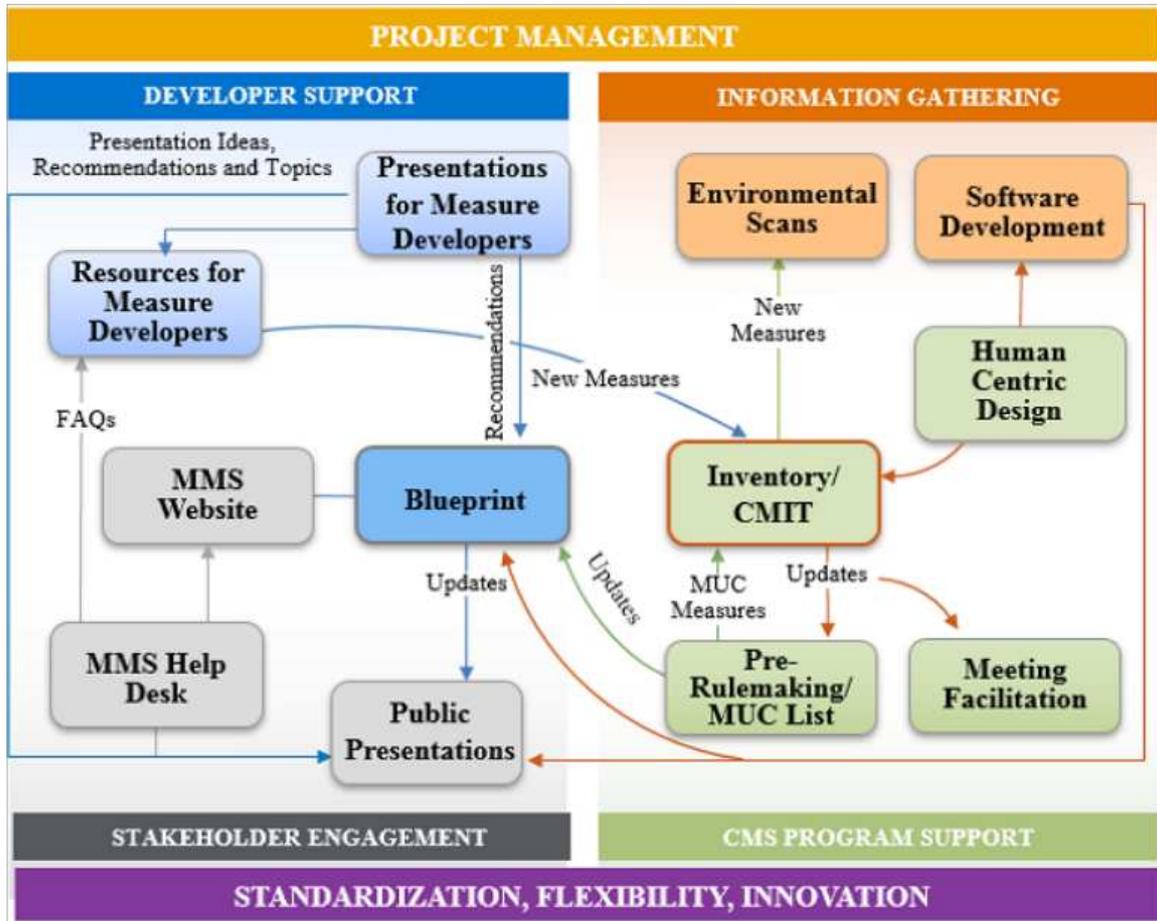
6. 지표관리시스템 (Measures Management System, MMS)

의료 질 측정에 대한 수요가 지속적으로 증가함에 따라 CMS는 다양한 관리 사업 (initiative)과 프로그램에서 사용되는 질 지표를 개발하고, 유지 관리를 감독하기 위해 사용되는 과정과 결정 기준에 대한 방안으로 지표관리시스템(MMS)을 개발하였다. MMS는 개발자 지원, 정보 수집, 이해 관계자 참여 및 CMS 프로그램 지원이라는 4가지 기본 프로세스로 구성되며, 이 프로세스는 표준화, 유연성 및 혁신을 촉진하고 지원하도록 설계되었다.

MMS의 핵심은 CMS 프로그램에서 사용되는 임상 질 지표이다. 따라서 CMS는 CMIT (CMS Measures Inventory Tool)를 이해당사자와 통신하는 한 가지 방법으로 사용하여 현재 프로그램에서 사용 중이거나 이전에 CMS 프로그램의 일부였던 지표를 이해관계자에게 전달한다.

CMS는 지표의 전 주기에서 가장 높은 수준의 과학적 안전성(scientific

soundness), 중요성(importance), 실행성(feasibility), 유용성(usability)이 유지되도록 최고수준의 질 측정의 필요성을 인지한다. 이 시스템은 표준화된 프로세스를 사용하여 CMS가 수혜자에게 제공되는 의료의 질 측정을 위해 일관성(coherency)과 투명성(transparency) 있는 시스템을 갖도록 보장한다.



[그림 14] Measures Management System Process Map

자료: CMS. Measures Management System Process Map. [2020.7.14. 접속].
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/MMS/MS-Content-Page>

7. CMS의 정보공개 프로그램 및 질 평가 도구

가. 병원비교 웹사이트(Hospital Compare)¹¹⁵⁾

Hospital Compare는 병원이 환자에게 의료서비스 정보를 제공하는 소비자 중심의 병원비교 웹사이트를 말한다. 즉, CMS는 의료공급자의 의료 질 향상에 대한 노력을 지원하고 의료소비자가 정보기반의 의료를 선택할 수 있도록 Hospital Compare라는 웹사이트에 의료 질 평가 데이터와 질 측정 정보를 공개하고 있다.

환자 및 소비자는 웹사이트에서 심장마비, 심부전, 폐렴, 수술 및 기타 상태와 관련된 성능 측정 정보를 직접 비교할 수 있으며, 일반적인 정보(General information), 환자경험조사(Survey of patients' experiences), 시기적절한 치료 및 효과적인 의료(Timely & effective care), 합병증(Complications), 재입원 및 사망(Readmissions & deaths), 의학 영상의 사용(Use of medical imaging), 지불 및 의료의 가치(Payment & value of care)에 대해 구성된 결과를 확인할 수 있다.

미국의 병원 비교(hospital compare)는 병원이 보고 할 임상 측정을 개선하는 것 외에도 HCAHPS는 환자의 경험에 대한 정보 수집을 승인했으며 CMS와 AHRQ는 병원-CAHPS (H-CAHPS)로 알려진 표준화 된 환자 관점의 치료 조사를 개발하고 있으며, 이는 향후 Hospital Compare에 추가 될 예정이다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹¹⁶⁾

¹¹⁵⁾ CMS. Hospital Compare. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare>

¹¹⁶⁾ CMS. Information on Hospital Quality NOW Available. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/information-hospital-quality-now-available>

Medicare.gov | Hospital Compare
The Official U.S. Government Site for Medicare

Home → Hospital Results

31 hospitals within 25 miles from the center of Washington, DC.

Choose up to 3 hospitals to compare. So far you have none selected.

Viewing 1 - 20 of 31 results

Hospital Information	Overall rating	Distance	Emergency Services	Hospital Type
GEORGE WASHINGTON UNIV HOSPITAL 900 23RD ST NW WASHINGTON, DC 20037 (202) 716-4605 	★●●●●	1.1 Miles	Yes	Acute Care Hospitals

Buttons: Add to Compare, Go to Map View, Update Search Results

[그림 15] Hospital Compare의 예시(Washington, DC)

자료: CMS. Hospital Results. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.medicare.gov/hospitalcompare/results.html#dist=25&loc=WASHINGTON%2C%20DC&lat=38.8951118&lng=-77.0363658>

나. 의미 있는 지표 프레임워크 (Meaningful Measures Framework)

‘의미 있는 지표 프레임워크(Meaningful Measures Framework)’는 질 관리 사업/환자평가도구(Quality Initiatives/Patient Assessment Instruments)로 환자, 가족 및 제공자의 결과를 개선함과 동시에 임상의 또는 제공자의 부담을 줄이는데 목적이 있다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹¹⁷⁾

¹¹⁷⁾ CMS. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/CMS-Quality-Strategy>

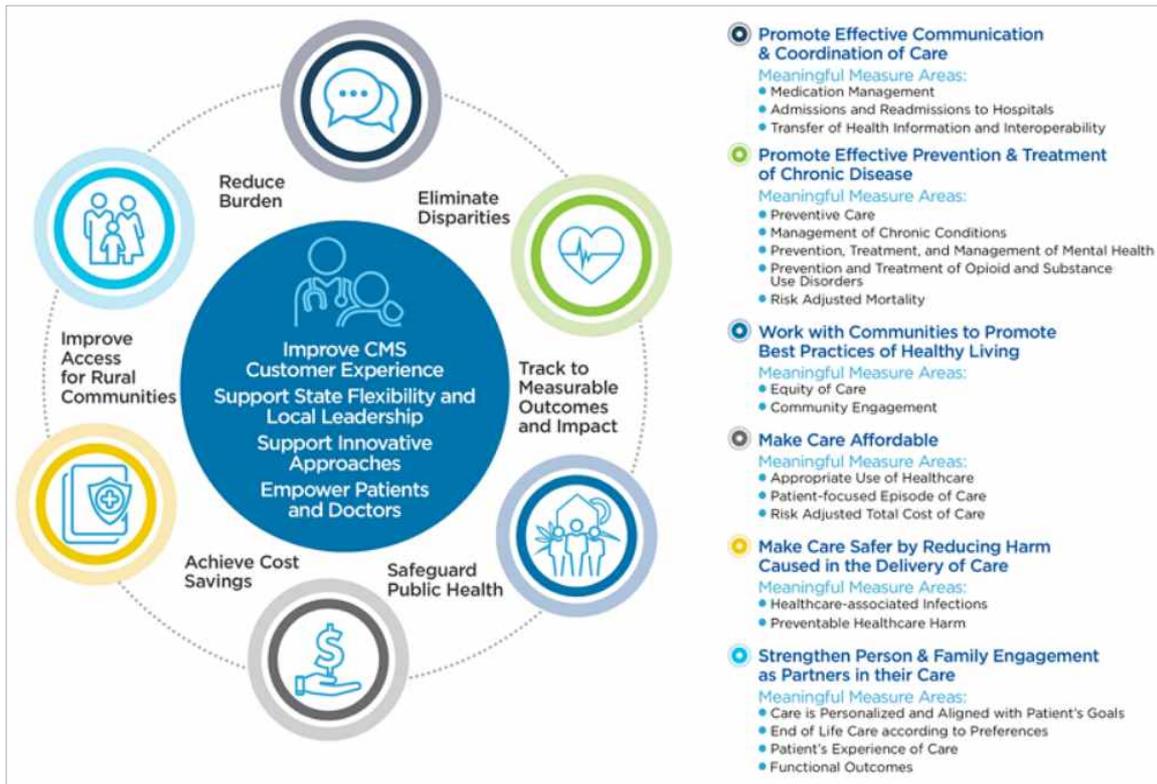
2017년에 시작된 이 프레임워크는 질 측정 및 개선의 가장 높은 핵심영역(priority)을 찾기 위한 새로운 사업(initiative)이다. 이 사업은 다양한 이해관계자(환자대표, 임상의 및 제공업체, 측정 개발자 및 핵심 질 측정 공동작업과 같은 전문가)의 의견에 따라 공동으로 개발된다.

이 프레임워크는 CMS가 개발하고 있는 전략 목표와 메디케어, 메디케이드 및 CHIP 수혜자에게 양질의 결과를 달성하고 있는지를 보여주는 개인측정/질관리사업(individual measures/initiatives)과의 연결고리(connectors)와 같은 역할을 한다. 여기에는 의료 질 핵심영역(priority)으로 구성된 19개의 측정 영역이 포함되어 있으며, 의료관련 감염, 아편 유사제 및 약물사용 장애의 예방 및 치료를 예로 들 수 있다. 이러한 측정 영역은 "환자와 의사가 자신의 건강관리에 대한 결정을 내릴 수 있도록 권한 부여" 및 "질, 안전, 접근성 및 경제성을 개선하기 위한 혁신적인 접근방식 지원"과 같은 전략적 목표 중 하나에 연결하는데 도움이 된다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹¹⁸⁾

프레임워크의 전략 목표는 '①격차를 감소하고, ②측정 가능한 성과와 영향을 추적, ③공중 보건 보장, ④비용 절감의 달성, ⑤농촌 지역사회에 대한 접근성 향상, 그리고 ⑥부담 완화'의 여섯 가지 교차 기준(cross-cutting criteria)에 연결된다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹¹⁹⁾

118) CMS. Meaningful Measures Information & Tools. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/Shareable-Tools>

119) CMS. Meaningful Measures Hub. [cited 2020 July 14]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page#General_Info



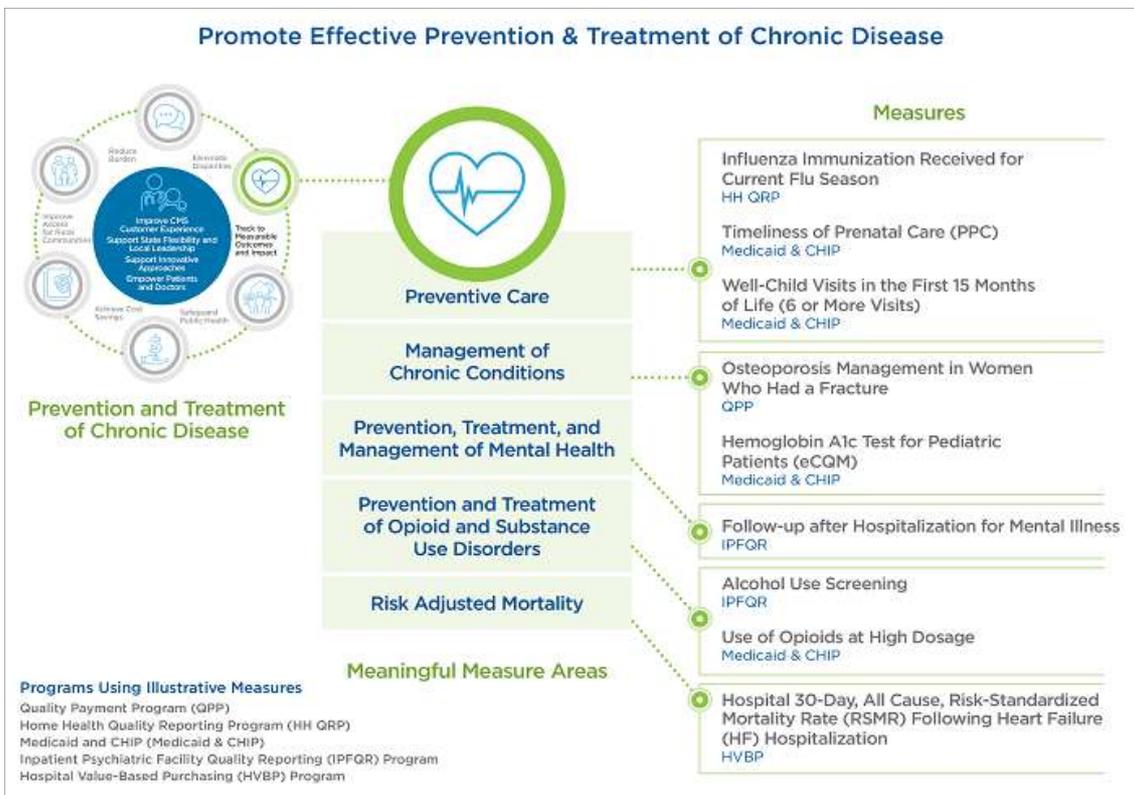
[그림 16] Meaningful Measures Framework의 구성과 19개 측정 영역

자료: CMS. Meaningful Measures Hub. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page>

또한 질 성과에 대한 측정 및 질 향상에 우선순위가 높은 영역 즉, 양질의 의료와 환자경험/결과에 가장 필수적인 19개의 주요 측정영역을 ‘meaningful measure areas’로 명명하고 영역별 핵심지표의 사례를 제시하였다. Meaningful Measure areas는 CMS 프로그램 및 기타 공공 및 민간 주도 사업 간에 측정 정렬(alignment)을 향상시키기 위한 것이다. 의미 있는 지표 관리 사업(initiative)은 3년마다 법에 따라 CMS가 관리하는 프로그램과 관리 사업에서 승인된 질 측정을 사용하고, 그 결과를 게시할 때의 영향을 평가하여 다음과 같은 8가지 목표를 통해 가치 있는 지분이 되도록 한다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹²⁰⁾

¹²⁰⁾ CMS. Meaningful Measures Information & Tools. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/Shareable-Tools>

- ① 공중보건을 보호하는 영향력이 큰 측정 영역을 다룬다.
- ② 환자 중심적이며 환자에게 의미 있는 측정을 한다.
- ③ 가능한 경우 결과에 따라 측정을 한다.
- ④ 각 프로그램의 법적 요구사항을 충족한다.
- ⑤ 의료서비스 제공자의 부담수준을 최소화한다.
- ⑥ 개선의 기회를 만든다.
- ⑦ 대체 지불모형을 통해 인구기반 지불에 대한 측정 요구사항을 해결한다.
- ⑧ 프로그램 전체 그리고/또는 다른 지불자(메디케이드, 상업적 지불자)와 함께 측정을 조정한다.



[그림 17] 만성질환의 예방과 치료에 관한 5가지 측정영역의 예시

자료: CMS. Meaningful Measures Hub.

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page#Measurement_Areas

8. CMS의 협력체계

가. 질 향상 조직 (Quality Improvement Organizations, QIOs)¹²¹⁾

질향상조직(Quality Improvement Organizations, 이하 QIOs)은 메디케어 수혜자에게 제공되는 서비스의 질과 효율성을 개선하기 위해 1982년 법령에 의해 개발된 가장 큰 연방기구 프로그램 중 하나이다(Michael O. 2006 접속).¹²²⁾ QIO는 주 정부에서 심사를 맡았던 PRO (Peer Review Organization)¹²³⁾를 전환한 것으로 의료 질 전문가, 임상 및 소비자 그룹으로 구성되어 있고, 프로그램의 활동은 조직 내 네트워크에 의해 수행된다.

QIO의 프로그램은 적은 비용으로 보다 나은 의료와 보다 나은 건강(better care and better health)을 제공하기 위한 국가질전략의 핵심 부분이다. 법률에 따라 QIO 프로그램의 미션은 메디케어 수혜자에게 제공되는 효과, 효율성, 경제 및 서비스 질을 향상시키는 것이다. QIO는 CMS의 지시에 따라 다음의 2가지 유형으로 작동한다.

1) 수혜자 및 가족중심 케어

(Beneficiary and Family Centered Care, BFCC-QIOs)

BFCC-QIOs는 메디케어 수혜자가 양질의 의료(high-quality health care)에 대

¹²¹⁾ CMS. Quality Improvement Organization. [cited 2020 June 23]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityImprovementOrgs/index>

¹²²⁾ Michael O. Leavitt. Improving the Medicare Quality Improvement Organization Program – Response to the Institute of Medicine Study [Internet]. CMS; 2006 [cited 2020 June 23]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityImprovementOrgs/Downloads/QIO_improvement_RTC_fnl.pdf

¹²³⁾ PRO (Peer Review Organization)는 1982년의 TEFRA (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act)에 의해 설립된 기관으로 메디케어와 메디케이드의 입원, 재입원 및 퇴원에 대한 의료의 질과 적합성을 검토한다. 또한 의무기록 및 청구의 검토를 통해 제공된 의료의 적절성을 평가할 수 있다. 이러한 검토를 통해 기관들은 부적절한 치료를 보장하면서 입원률을 유지하거나 또는 체류기간을 단축하도록 하는 역할을 한다. <https://www.plexishealth.com/glossary/peer-review-organization-pro/> [cited 2020 June 26].

한 권리를 행사할 수 있도록 도와주는 역할을 한다. 수혜자와 그 가족에게 중요한 지역적 요소를 고려하면서 검토 절차의 일관성을 유지하기 위해 모든 수혜자의 불만과 의료의 질 검토를 관리한다.

2) 질 혁신 네트워크 (Quality Innovation Network, QIN-QIOs)

QIN-QIOs는 메디케어 수혜자, 제공업체 및 지역사회를 데이터 중심의 관리사업 (initiative)으로 통합하여 환자 안전의 강화 및 지역사회를 보다 건강하게 하고, 입원 후 관리의 개선 및 의료의 질을 향상시키는 역할을 한다. QIN-QIO는 각각 2~6개 주 지역에 서비스를 제공함으로써 지역 조건과 문화적 요소를 수용하면서 보다 나은 치료 확산을 위한 모범 사례를 신속하게 전파 할 수 있다.

CMS는 메디케어 수혜자를 위한 서비스 질을 더욱 향상시키기 위해 QIO 프로그램을 재설계했다. 새로운 프로그램 구조는 개선에 있어 학습 및 협업을 극대화 하고, 유연성을 향상시키며, 효과적인 새로운 관행 및 의료 모형의 확산 지원, 국가질전략의 핵심영역(priority)과 CMS 질 전략의 목표를 달성하도록 돕고, 프로그램 가치를 수혜자, 환자 및 납세자에게 전달한다.

나. 병원 질 연합회 (Hospital Quality Alliance, HQA)

HQA는 병원 진료의 질에 대한 보고를 촉진하기 위해 2002년 12월에 설립된 공공-민간 협력 조직이다. 소비자, 병원, 공급자, 고용주, 인증기관 및 연방 기관을 대표하는 조직으로 구성된다. HQA는 소비자, 병원 및 국가에 도움이 될 정보를 제공하기 위해 공개 보고하며, 소비자가 정보에 입각한 건강관리 결정을 쉽게 내리도록 하고, 또 병원의 질 향상을 위한 노력을 지원하고 있다(CMS, 2020.7.14. 접속).¹²⁴⁾

HQA의 목표는 표준화되고 이해하기 쉬운 병원의 질 측정지표를 정하는 것이며, 개발된 측정지표는 병원의 질과 소비자의 선택 능력을 향상시키기 위해 보건의료체계의 모든 이해당사자가 사용할 수 있도록 하고 있다. HQA는 CMS, 미국병원협회 (American Hospital Association, AHA), 미국병원연맹 (Federation of

¹²⁴⁾ CMS. Hospital Compare. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare>

American Hospitals), 미국의과대학협회(Association of American Medical Colleges)로 구성되어 있다. 한편 HQA는 AHRQ, NQF (National Quality Forum, 국가질포럼), JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 합동보건의료신임위원회), AMA (American Medical Association, 미국의사협회), ANA (American Nurses Association, 미국간호사협회), NACHRI (National Association of Children's Hospitals and Related Institutions, 미국아동병원협회) 등 여러 조직의 지원을 받고 있다.(김선민 등, 2007)¹²⁵⁾

¹²⁵⁾ 김선민 등. 미국 보건부의 질 향상활동. 한국의료 QA학회지. 2007;13(1):45-57.

제4장

Agency for Health Research and Quality (AHRQ)

1. 개요

AHRQ (Agency for Health Research and Quality, 이하 AHRQ)는 미국 보건부의 여러 기관 중 하나로 미국 보건의료시스템의 안전성과 질 향상을 담당하는 연방 정부 기관이다.¹²⁶⁾ AHRQ의 전신은 AHCPR (Agency for Health Care Policy and Research, 이하 AHCPR)이다. AHCPR은 1989년 12월 19일 옴니버스예산조정법 (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA)에 의해 설립되었다.

AHCPR은 연구와 시범사업 및 평가를 수행하거나 지원하는 역할을 하였고, 이를 통해 보건의료서비스의 질과 적절성 및 효과성, 치료에 대한 접근성 강화를 위한 임상지침을 개발 또는 의료서비스 및 제공시스템에 대한 정보를 제공하였다. AHCPR은 이후 1999년 12월 6일 Healthcare Research and Quality Act of 1999에 의해 AHRQ로 재승인 되었고, AHRQ는 최근 20주년을 맞이하였다(Wikipedia, 2020.7.8. 접속¹²⁷⁾; AHRQ, 2020.7.14. 접속¹²⁸⁾).

AHRQ는 보건의료시스템을 개선하는데 필요한 지식이나 도구 및 데이터를 개발하고, 보건의료 전문가 또는 정책입안자가 정보에 입각하여 의사결정(health decision)을 내릴 수 있도록 도와주는 역할을 한다.¹²⁹⁾ 구체적으로는 건강관리의

¹²⁶⁾ AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality: A Profile. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>

¹²⁷⁾ Wikipedia. Agency for Healthcare Research and Quality. [cited 2020 July 8]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Agency_for_Healthcare_Research_and_Quality

¹²⁸⁾ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ at 20. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/20timeline.html>

¹²⁹⁾ Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Agency for Healthcare Research and Quality: A Profile. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>

안전성과 질적 향상을 도모하는 '국가 보건의료시스템에 관한 연구에 투자하고, 둘째, 의료시스템과 전문가를 교육하고 훈련하여 연구결과를 실제로 적용할 수 있는 자료를 생성하며, 셋째, 공급자와 정책입안자가 사용하는 측정 및 데이터를 구축하는 것이다.

AHRQ는 앞으로 보건의료를 어떠한 방법으로 더 안전하고 좋게 만들지에 대한 고민을 하고 있으며, 보건의료시스템의 큰 과제를 다루기 위한 노력으로 다음의 내용들을 나열하고 있다. 첫째, 항생제 남용 감소 및 보건의료와 관련된 감염을 줄이고, 복합만성질환자를 위한 치료를 개선하고, 최신 연구결과를 전자의무기록에 통합하여 임상적 의사결정을 용이하게 하고, 농촌지역에 오피오이드¹³⁰⁾ 중독 치료서비스를 잘 제공할 수 있도록 방법을 강구하고 있다(AHRQ, 2020.7.14. 접속).¹³¹⁾

AHRQ의 미션은 보건의료서비스를 보다 안전하고, 질적으로도 좋고, 보다 더 접근 가능하고, 공정하며, 낮은 비용을 마련하는데 있다(AHRQ, 2020.7.14. 접속).¹³²⁾ 이에 AHRQ는 보건부 내에서 다른 파트너들과 협력하여 근거를 마련하고 사용하도록 하는데 있다(AHRQ, 2020.7.14. 접속).¹³³⁾ 따라서 환자의 삶을 개선하기 위해 보건의료시스템 및 전문가가 좋은 질과 안전 및 높은 가치의 의료서비스를 제공하도록 돕는 것을 목표로 하고 다음의 세 가지 핵심역량에 초점을 맞추고 있다(AHRQ, 2020.7.14. 접속).¹³⁴⁾ 첫째, 양질의 안전하고 가치가 높은 의료서비스를 제공하는 방법에 대한 근거를 생성하는 연구에 대한 투자하는 것, 둘째, 보건의료시스템과 실천을 접하는(현장에서 일하는) 임상인들이 질 좋고, 안전하고, 가치 있는 의료서비스를 제공할 수 있도록 지원하는 도구와 전략을 개발하는 것, 셋째, 데이터와 분석은 보건의료 의사결정자들이 미국의 의료시스템이 어떻게 작동하고 있으며 개선의 여지가 있는지를 이해하도록 도움을 주는 것이다(AHRQ, 2020.7.7. 접속).¹³⁵⁾

130) 오피오이드: 합성 진통·마취제

131) AHRQ. Agency for Healthcare Research and Quality: A Profile. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>

132) AHRQ. Mission and Budget. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html>

133) AHRQ. AHRQ Strategic Plan. [cited 2020 July 6]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/strategic-plan/strategic-plan.html>

134) AHRQ. AHRQ's Core Competencies. [cited 2020 July 7]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/corecompetencies/index.html>



[그림 18] AHRQ의 핵심역량

2. AHRQ의 질 지표 (AHRQuality Indicators)

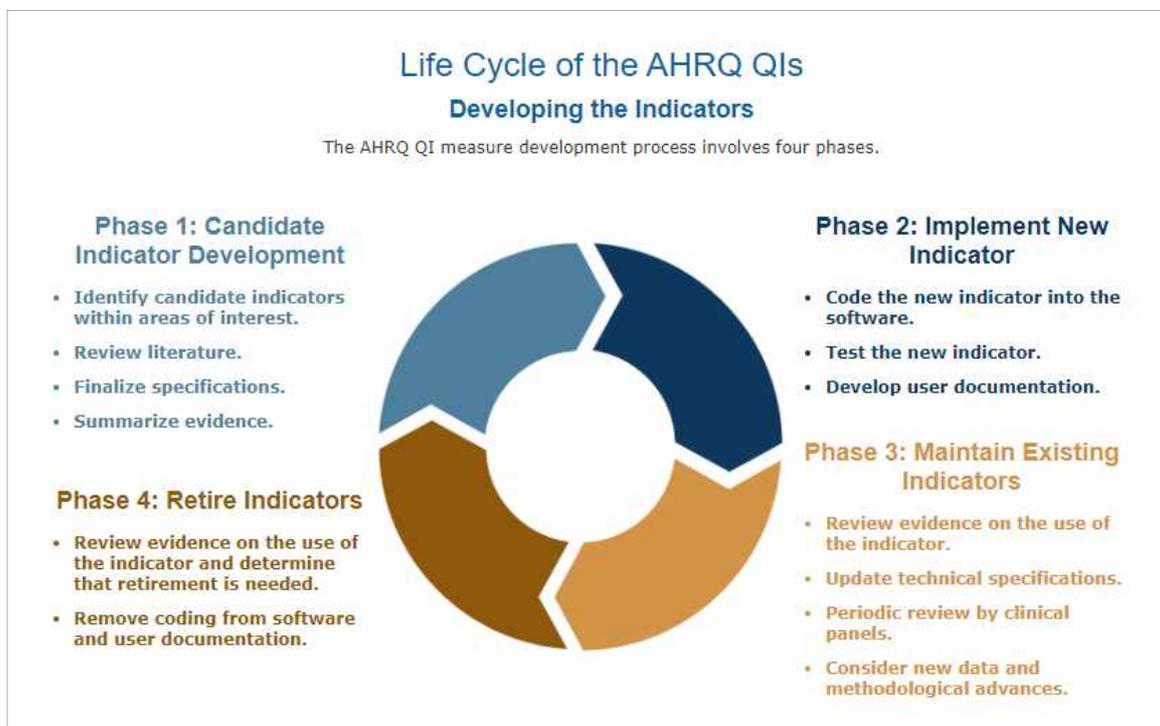
가. 질 지표의 관리

AHRQ는 의료 질 지표의 지속적 관리를 위한 기준과 원칙 등을 운영하고, 지표에 포함하는 이론적 근거 제시 및 지표 개발과 관련한 핵심 활동을 규정하는 역할을 하고 있다.

AHRQ는 질 지표에 대한 생애주기(life cycle)를 개발(development), 실행(implement), 유지(maintaining), 퇴장(retire)의 총 4단계로 분류하여 관리하고 있다. 구체적으로, 1단계는 확인된 주제영역에 대한 후보지표를 개발(Candidate Indicators Development)하는 단계이다. 문헌고찰, 전문가 참여, 후보지표 선정 등이 포함된 후보지표에 대한 확인과 후보지표 및 기존 AHRQ 질 지표의 설명서(specifications, 명세서), 패널검토, 위험보정(risk adjustment), 실증분석(empirical analyses), 규격화(finalization of specifications, 명세서의 최종화), 각 추천후보지표에 대한 근거 요약물 포함하는 후보지표의 평가가 이루어진다. 2단계

¹³⁵⁾ AHRQ. AHRQ's Core Competencies. [cited 2020 July 7]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cpi/corecompetencies/index.html>

는 신규지표를 실행(implement new indicator)하는 단계로 소프트웨어로 질 지표를 코드화하고 검증하여 사용자 문서를 개발하는 과정이 포함된다. 3단계는 현행지표를 유지(maintaining existing indicators)하는 단계로 지표사용에 대한 근거를 검토하고, 기술적인 설명서에 대한 갱신, 주기적인 임상패널 검토, NQF 승인 제출 및 유지보수, 신규 데이터 및 방법론 개선 등에 대해 고려한다. 4단계는 지표의 퇴장(retire indicators)에 대한 단계로 소프트웨어, 검사 및 사용자 문서에서 코드화 된 것을 제거한다(AHRQ, 2011).¹³⁶⁾



[그림 19] AHRQ 질 지표의 생애주기

자료: AHRQ. Quality Indicator Resources. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/Default.aspx>

¹³⁶⁾ AHRQ. Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement. AHRQ Quality Indicators. January 2011. [cited 2020 July 9]. Available from: https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Summary_05-03-11.pdf

나. 질 지표의 분류

1) 질 지표 (Quality Indicators, QI)¹³⁷⁾

질 지표(QI)는 잠재적인 의료 질에 대한 문제와 추가 연구 및 조사가 필요한 영역을 식별하고 시간에 따른 변화를 추적하는데 사용된다. AHRQ의 질 지표는 급성기병원의 관리 자료로 사용할 수 있으나, 다른 유형의 설정(예를 들어, 장기요양, 외래환자, 외래, 호스피스, 개인 진료, 응급실 또는 진단센터) 또는 모집단(population) (예를 들어, 정신건강 또는 약물남용, 응급상황대비, 환자낙상, 재활, 재입원, 수술, hepatin 요법, C.Clostridium¹³⁸⁾ 또는 간호의 질)에는 사용할 수 없다.

2) 예방 질 지표 (Prevention Quality Indicators, PQI)¹³⁹⁾

예방 질 지표(PQI)는 퇴원 후 적절한 사후관리를 포함하여 외래진료에 대한 접근 문제를 식별하는데 사용된다. 즉, 양질의 외래진료에 대한 접근을 통해 피했을 수도 있는 입원을 확인하기 위해 병원 퇴원 자료를 사용하는 것이다. PQI는 특정 모집단(지역사회 또는 지역)에서 입원 중이나 후속 입원 중에 발생하는 잠재적으로 예방 가능한 합병증의 모든 사례를 포착하는 인구 기반 지표이며, 지역사회 건강 필요성 평가를 위한 핵심 도구이다.

PQI는 일반적으로 병원 퇴원요약지에 있는 관리 데이터를 사용하여 추가 조사가 필요한 잠재적인 의료 질 문제 영역에 플래그(flag)를 지정하고, 지역사회의 1차 의료 접근 또는 외래환자서비스에 대한 빠른 확인을 제공하며, 조직이 커뮤니티에서 충족되지 않은 요구사항을 식별하도록 지원하는데 사용된다.

¹³⁷⁾ AHRQ. AHRQuality Indicators. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/otherwebsites/qualityindicators.ahrq.gov/qualityindicators.html>

¹³⁸⁾ 클로스트리디움 디피실 (Peptoclostridium difficile, 또는 C. difficile 또는 C. diff)로도 알려진 클로스트리디움 디피실(Clostridium difficile, 동의어 Clostridioides difficile)은 그람양성균의 포자 형성 박테리아를 일컫는다. <https://en.wikipedia.org/>

¹³⁹⁾ AHRQ. Prevention Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx

3) 입원환자 질 지표 (Inpatient Quality Indicators, IQI)¹⁴⁰⁾

입원환자질지표(Inpatient Quality Indicators, IQI)는 수술절차와 임상 상태에 대한 입원환자 사망률, overuse, underuse, misuse¹⁴¹⁾의 문제에 대한 절차의 활용 등 병원 내부의 진료의 질을 평가하고 추가 연구가 필요한 영역을 식별하는데 사용된다.¹⁴²⁾

4) 환자안전 지표 (Patient Safety Indicators, PSI)¹⁴³⁾

환자안전 지표(PSI)는 의료를 제공함에 있어서 잠재적으로 피할 수 있는 안전과 관련된 정보를 제공하는 것으로 수술, 과정, 출산 후 발생할 수 있는 잠재적인 합병증과 부작용에 초점을 맞추고 있다. 즉, 부작용과 병원 내 합병증의 발생률을 평가하고 추가 연구가 필요한 문제를 식별하는데 사용할 수 있다.

5) 아동 질 지표 (Pediatric Quality Indicators, PDI)¹⁴⁴⁾

아동 질 지표(PDI)는 병원 내부 진료의 질에 초점을 맞추고 잠재적으로 피할 수 있는 아동의 입원을 식별한다. PDI는 입원환자 퇴원 자료와 함께 사용할 수 있는 측정 셋으로 아동 보건의료의 질에 대한 관점을 제공한다.

소아 인구에 대한 질 지표 개발에는 성인 인구에 대한 질 지표 개발과 관련된 많은 동일한 과제가 포함된다. 이러한 과제에는 관리 데이터를 사용하여 지표를 신중하게

¹⁴⁰⁾ AHRQ. Inpatient Quality Indicators. March 6, 2005. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://psnet.ahrq.gov/issue/inpatient-quality-indicators>

¹⁴¹⁾ Overuse(과다사용): 위해의 가능성이 가능한 이익을 초과하는 상황에서 제공되는 건강관리. Underuse(과소 사용): 환자에게 유리한 결과를 만들어냈을 때 의료 서비스를 제공하지 않는 것, Misuse(오용): 적절한 서비스를 선택했지만 예방 가능한 합병증이 발생하여 환자가 서비스의 잠재적 혜택을 완전히 받지 못하는 경우. JAMA 1998;280:1002

¹⁴²⁾ AHRQ. Inpatient Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx

¹⁴³⁾ AHRQ. Patient Safety Indicators Overview. March 6, 2005. [cited 2020 July 16]. Available from: <https://www.psnet.ahrq.gov/issue/patient-safety-indicators-overview>

¹⁴⁴⁾ AHRQ. Pediatric Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from: https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pdi_overview.aspx

정의하고, 타당성과 신뢰성을 설정하고, 편견을 감지하고, 적절한 위험 조정을 설계하고, 구현 및 사용 문제를 극복해야하는 필요성이 포함된다.

PDI는 소아 인구의 특수한 특성에 적용됩니다. 소아 환자가 의료 시스템에 노출된 결과로 경험하고 제공자 수준 또는 지역 수준의 변화를 통해 예방할 수 있는 문제를 선별한다.

3. AHRQ의 프로그램¹⁴⁵⁾

AHRQ의 프로그램은 다양한 의료기관, 공급자 및 기타 의료기관이 모든 의료 환경에서 보다 안전하게 치료할 수 있도록 돕는 실용적인 정보를 제공한다. 이 장에서는 AHRQ의 다양한 프로그램 중 주요한 몇 가지 내용을 간략하게 소개하고자 한다.

가. 포괄적 단위기반 안전 프로그램

(Comprehensive Unit-based Safety Program, CUSP)

포괄적인 단위 기반 안전 프로그램(CUSP)은 의사, 간호사 및 기타 임상 팀 구성원이 협력하는 방식에 대한 기반을 개선하여 치료를 보다 안전하게 만드는 교육 도구를 포함하는 환자 안전 모델이다. 임상 모범사례와 안전 과학을 결합하여 안전 문제를 해결할 수 있는 역량을 구축한다.

나. 보건의료공급자 및 시스템에 대한 소비자 평가

(Recommended Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, CAHPS)

의료공급자 및 시스템에 대한 소비자 평가(CAHPS)는 소비자와 환자에게 의료서비스의 경험을 보고하고 평가하도록 요청하는 설문조사이다. 이 조사는 소비자에게 중

¹⁴⁵⁾ AHRQ. Program. [cited 2020 August 4]. Available from: https://www.ahrq.gov/programs/index.html?search_api_views_fulltext=&field_program_topics=14177&search_api_fulltext=&page=0

요한 주제를 다루며 공급자의 의사소통 기술 및 의료서비스에 대한 접근성과 같이 소비자가 평가할 수 있는 가장 적합한 질 측면에 중점을 둔다.

다. 의료 관련 감염 (Healthcare Associated Infections, HAI)

AHRQ의 HAI 프로그램은 의료서비스가 실제로 환자에게 전달되는 방식을 개선하여 일선 현장에 있는 임상의 및 기타 의료진이 의료관련 감염을 예방할 수 있도록 지원하는 역할을 한다. 이에 작업은 응용 연구에 초점을 맞춘 강력한 보조금 및 계약 포트폴리오를 통해 수행된다. 이러한 종류의 연구는 임상의와 직원이 치료를 보다 안전하게 만드는 입증된 방법에 대해 적용하는 방법을 더 잘 이해할 수 있도록 지원함으로써 일선 현장에 더 빠르게 지식을 제공한다.

라. 국가 보건의료 질 및 불균형 보고서

(National Healthcare Quality and Disparities Reports)

AHRQ는 NHQR(National Healthcare Quality Report)¹⁴⁶⁾의 초기 지표 셋 설정 이후 지표의 지속적인 관리를 위한 기준과 원칙을 운영하고 있다(강희정, 2014. p26). NHQR은 미국에서 의료 질 지표를 인증하는 NQF (National Quality Forum)¹⁴⁷⁾의 지표를 바탕으로 합의 기반 인증된 지표를 사용하고 있다(강희정 등, 2014).¹⁴⁸⁾ NHQR에서는 의료의 질을 효과(effectiveness), 안전성(safety), 적시성(timeliness), 환자중심성(patient centeredness)의 4가지 구성요소로 구분하고, 보건의료 요구의 유형에 따라 각 구성 요소의 충족 정도를 계량화하고 있다(이상일, 2006).¹⁴⁹⁾

국가 보건의료 질 및 불균형 보고서(National Healthcare Quality and Disparities Reports, NHQR/DR)는 NHQR/DR에 제시된 정보를 조사하기 위한

146) NHQR (National Healthcare Quality Report)는 국가 수준에서 질 향상의 성과를 보고하는 AHRQ의 국가 의료 질 보고서로서 주요 벤치마킹 보고서이다.

147) NQF (National Quality Forum)은 1999년에 신설되었으며, 의료의 질 지표에 대한 표준화 작업을 수행한다.

148) 강희정 등. 한국 의료의 질 평가와 정책과제 II -한국 의료의 질 보고서 개발. 한국보건사회연구원. 2014. p24

149) 이상일. 의료의 질 관리: 기본 개념과 접근법. 가정의학회지. 2006;27(11): s170-174.

통합 웹 도구를 제공한다. 국가 보고서, 상태 스냅 샷 및 NHQR/DR 쿼리 도구의 기능을 통합한다. 이를 통해 사용자는 국가 및 주(state) 수준의 의료 질 및 불균형에 대한 가장 광범위한 그림에서 드릴 다운하여 특정 측정에 대한 자세한 분석을 볼 수 있다.

마. **너싱홈 안전 프로그램 (Nursing Home Safety Program)**

너싱홈을 위한 안전 프로그램은 일일 문서를 임상 치료 계획 향상의 유용한 정보로 전환하여 장기적인 치료를 개선하도록 고안된 정시(On-Time) 예방에 관한 것이다. On-Time은 전자 의무기록을 사용하여 요양원에서 일반적인 부작용의 위험이 있는 거주자를 식별하는 주간 보고서를 개발하여 임상 직원이 조기에 개입할 수 있도록 지원한다.

바. **환자안전조직 프로그램**

(Patients Safety Organization Program, PSO)¹⁵⁰⁾

2005년 7월, 미 의회는 의학연구소보고서 To Err Is Human에 대응하여 2005년 연방 환자안전 및 질 개선법(Patient Safety and Quality Improvement Act)을 개발했다. 최종 환자안전 규칙은 2008년 11월 21일에 채택되어 2009년 1월 19일에 발효되었다. 환자안전 규칙은 AHRQ가 감독한다.

환자안전 및 질 개선법에서는 AHRQ에게 환자 의료의 질 및 안전에 대한 위협의 원인과 위험을 줄이기 위한 개입을 식별하는데 전문성을 보유하고 있음을 증명하는 환자안전조직 프로그램(PSO)으로 단체를 나열하거나 지정할 수 있는 권한을 부여하였다. PSO로 등재하려는 단체 또는 구성 조직의 주요 활동은 환자안전 및 건강관리 질을 개선하기 위한 활동을 수행하는 것이어야 한다.

이에 PSO는 표준화된 방식으로 데이터를 수집하여 분석하고, AHRQ는 환자 안전 사건을 일관되게 보고하여 피해를 최소화한다. 한편, 의료서비스 제공자의 노력을 개선하기 위해 공통 형식을 만들어 사용하고 있다(AHRQ, 2020.8.14. 접속).¹⁵¹⁾

¹⁵⁰⁾ AHRQ. Patients Safety Organization (PSO) Program. [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.pso.ahrq.gov/>

따라서 미국은 환자안전 관리에 대한 운동을 구현하기 위해 다양한 기구들이 참여하고 있다. 병원신임평가연합체(JCAHO), 국가질포럼(NQF), 보건의료재정청(CMS), 건강증진기구(Institute for healthcare improvement), 질 신임국립위원회(National committee for quality assurance), 국립환자안전기금(National patient safety foundation), 건강기획(Health plans), 환자안전조합(Partnership for patient safety), Leapfrog group, 투약안전기구(Institute for safe medication practices) 등이 그것이다(박상근, 2007.)¹⁵²⁾

사. 아동 질 측정 프로그램

(Pediatric Quality Measures Program, PQMP)

Medicaid와 아동건강보험프로그램(CHIP)은 저소득층 아동이 건강보험 및 기타 의학적으로 필요한 서비스를 받을 수 있도록 핵심적인 역할을 하며 매년 4천 3백만 명 이상의 어린이에게 서비스를 제공하고 있다. 아동 질 측정 프로그램(PQMP)은 2009년 아동건강보험프로그램재승인법(Children's Health Insurance Program Reauthorization Act, CHIPRA)을 구현하기 위한 보건부 전략의 핵심 구성요소이다. CHIPRA법은 우선적으로 State Medicaid 및 CHIP 프로그램 전반에 걸쳐 아동의 보건의료 질 상태를 평가하고, PQMP를 수립하는데 사용할 “initial core set(현재는 "Child Core Set"으로 불림)¹⁵³⁾”의 식별을 요구하였다.¹⁵⁴⁾

Child Core Set에는 행동건강(behavioral health)에 초점을 맞춘 즉, 신체 및 정신건강을 모두 포함하는 다양한 아동의 질 측정이 포함된다(CMS, 2020.8.14. 접속).¹⁵⁵⁾ The Centers for Medicaid & CHIP Services (CMCS)는 2010년에 Child

¹⁵¹⁾ AHRQ. Patient Safety Organization (PSO) Program. [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.pso.ahrq.gov/common>.

¹⁵²⁾ 박상근, 의료질 평가와 건강보험 적정성 평가의 합리적 방향 -미국의 평가사례를 중심으로-. 대한병원협회지. 2007. p18-26.

¹⁵³⁾ Core Sets는 Medicaid 및 CHIP 수혜자에게 제공되는 의료서비스의 질을 모니터링하고 향상시키기 위해 사용할 수 있는 도구이다. (CMS. Informational Bulletin, November, 2019).

¹⁵⁴⁾ AHRQ. What Is the PQMP? [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/pqmp/about/what-is-pqmp.html>

¹⁵⁵⁾ CMS. Children's Health Care Quality Measures. [cited 2020 August 14]. Available from:

Core Set을, 2012년 1월에 Adult Core Set을 출시했다. Child core set이 시작된 이래, CMCS는 서로 협력하여 질 향상을 추진하기 위해 핵심 설정 대책을 자발적으로 수집, 보고, 사용하고 있다(CMS, 2019).¹⁵⁶⁾

1) 초기단계 (2011-2015년)¹⁵⁷⁾

PQMP는 아동건강관리서비스의 공공 및 민간구매자가 이용할 수 있는 근거기반의 합의된 아동질측정포트폴리오를 늘리기 위해 설립되었다. 이 초기단계에서는 아동의 보육에 대한 질을 개선하는 아동 측정개발에 중점을 두었다. 이에 PQMP (Centers of Excellence, COE)에서는 프로그램의 초기단계를 통해 다양한 영역(주산기관리, 아동임상예방서비스, 만성 및 급성상태관리 포함)에서 소아 질에 대한 측정을 개발하였다.

2) 새로운 단계 (2016-2020)

2015년 의회는 PQMP를 확장하기 위한 MACRA(Medicare Access & CHIP Reauthorization Act)를 통과시켰다. 새로운 단계는 이전 초기단계에서 측정 개발을 지원했다면, 새로운 단계에서는 개선(refinement), 입증(demonstration), 질 향상(quality improvement) 및 성능 모니터링(performance monitoring)을 지원한다. 즉, 주(state), 보건계획(health plan) 및 공급자 수준(provider level)에서 새롭게 개발된 PQMP-COE 측정의 타당성과 유용성을 평가하는데 초점을 맞춘다.

<https://www.medicaid.gov/medicaid/quality-of-care/performance-measurement/adult-and-child-health-care-quality-measures/childrens-health-care-quality-measures/index.html#ChildCoreSet>

¹⁵⁶⁾ CMS. Informational Bulletin (November, 2019). 2020 Updates to the Child and Adult Core Health Care Quality Measurement Sets. [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.medicaid.gov/sites/default/files/Federal-Policy-Guidance/Downloads/cib111919.pdf>

¹⁵⁷⁾ AHRQ. What Is the PQMP? [cited 2020 August 14]. Available from: <https://www.ahrq.gov/pqmp/about/what-is-pqmp.html>

4. 국가질포럼 (National Quality Forum, NQF)

국가질포럼(NQF)은 1999년 보건의료산업분야의 소비자보호및보장위원회 (Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Healthcare Industry)의 권고로 창설된 민간 비영리법인기구이다(NQF, 2020.8.14. 접속).¹⁵⁸⁾

미국은 의료의 질에 대한 측정과 평가를 위한 조직들이 다수 설립되어 왔으나 지표들이 보다 과학적이고 객관적이며 중요한 영역으로 의미 있는 정보를 제공하는지에 대해 국가적 합의가 필요했다. 이에 NQF를 설립하여 의료의 가치를 높이고 환자의 치료를 보다 안전하게, 그리고 더 나은 결과를 달성하기 위해 의료 성과 지표들에 대한 합의 기반의 기준을 마련하여 인증여부를 결정하고, 그 결과를 공표하는 역할을 수행하게 하였다.

NQF는 의료기관의 의료 질을 측정하기 위해 국가단위에서 자발적으로 질 지표의 표준(National Voluntary Consensus Standards) 설정을 승인하고 있다(강희정 등, 2019).¹⁵⁹⁾ 따라서 오늘날 미국 보건부는 NQF를 통해 질 지표를 표준화하고 이를 질 측정의 근거로 사용하고 있다. NQF는 컨센서스개발프로세스(Consensus Development Process, CDP)¹⁶⁰⁾를 사용하여 대책을 평가하고 승인하는데 승인된 조치들은 국가질전략(NQS)을 지원한다(NQF, 2020.8.12. 접속).¹⁶¹⁾

¹⁵⁸⁾ NQF. NQF's History. [cited 2020 August 14]. Available from: http://www.qualityforum.org/about_nqf/history/

¹⁵⁹⁾ 강희정 등, 가감지급사업 개선방안 연구. 건강보험심사평가원·한국보건사회연구원 연구보고서. 2019. p31.

¹⁶⁰⁾ CDP (Consensus Development Process)는 의료산업 전반에 걸친 이해관계자 그룹의 의견과 토론을 허용하도록 설계되어있다.

¹⁶¹⁾ NQF. Consensus Development Process. [cited 2020 August 12]. Available from: http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Consensus_Development_Process.aspx



[그림 20] NCF (National Quality Forum)의 전략적 방향

자료: NCF. NCF's Strategic Direction 2016-2019¹⁶²⁾

¹⁶²⁾ NCF. NCF's Strategic Direction 2016-2019: Lead, Prioritize, and Collaborate for Better Healthcare Measurement. [cited 2020 August 14]. Available from: http://www.qualityforum.org/NCF_Strategic_Direction_2016-2019.aspx

제5장 결론 및 제언

이 연구는 미국의 의료 질 평가와 관련된 다양한 제도의 사례와 동향 등을 검토하고 이를 통해 우리나라의 의료 질 평가 향상을 위한 시사점을 모색하는데 목적이 있다. 이에 우선적으로 미국 의료 질 평가의 역사적 배경 및 국가 질 전략에 대한 목표와 개요 등을 살펴보고, 미국 의료 질 향상에 중추적인 역할을 담당하고 있는 CMS와 AHRQ를 중심으로 기능과 전략, 그리고 이 기구들의 주요 사업 및 의료 질 향상 활동 등의 동향에 대해 검토하였다.

미국에서의 의료 질에 대한 관심은 이미 오래 전부터 이어져 온 높은 보건의료비 지출 문제로부터 봉착되었다고 해도 과언이 아니다. 즉, 미국은 메디케어/메디케이드와 같은 정부 주도의 의료체계와 다양한 종류의 민간보험이 얽혀져 있는 복잡한 보건 의료체계를 가지고 있다. 그럼에도 불구하고 높은 의료비에 비해 건강성과는 낮은 결과로 이어져 비용 효과적이지 못하다는 평가를 초래하였다(강희정 등, 2014).¹⁶³⁾

미국 보건의료비의 절반가량은 엄격하게 보면 낭비에 해당되고, 낭비의 주요 원인은 과잉진료, 예방할 수 있었으나 기회를 놓친 것, 그리고 분절된 서비스 등이 양적인 것에 기인했기 때문이라고 설명되기도 하였다(Health Affairs & Robert Wood Johnson Foundation, 2012).¹⁶⁴⁾ 이러한 상황들로 미국은 의료시스템의 효율성 제고를 위한 의료의 질과 결과 향상이라는 것에 관심을 갖게 되었고, 이를 통해 다양한 제도를 마련하여 국가 의료 질 관리체계를 다지기 위한 노력을 기울여 왔다.

미국 보건부의 전략은 행위에 대한 지불(fee for service)에서 가치에 대한 지불(fee for value)로의 변환에 중점을 두고 있다(HHS, 2015).¹⁶⁵⁾ 이에 2017년부터 의료의 질을 기반으로 하는 새로운 지불제도의 본격적인 도입이 시작되었고, 여러 제도

163) 강희정 등. 한국 의료의 질 평가와 정책과제 II -한국 의료의 질 보고서 개발. 한국보건사회연구원. 2014.

164) Health Affairs & Robert Wood Johnson Foundation, Health Policy Brief, "Reducing the waste in health care. 12 December 2012.

165) HHS. "Better, Smarter, Healthier: In historic announcement. HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value" News, January 26, 2015.

등을 통해 의료 질 향상에 기반이 될 수 있는 지속적인 측정과 측정된 결과에 근거하여 이를 공개하고 있다.

미국의 건강보험개혁법에 배경이 되었던 의료비의 급증, 의료의 질, 치료 중심의 의료체계 등과 같이 의료비 지출의 고민이나 의료 질 향상을 위한 노력 등은 현재 우리나라의 상황과 크게 다르지 않은 것 같다. 왜냐하면 우리나라의 의료비 증가율이 OECD 최고 수준을 차지할 뿐 아니라 미국 보건의료비의 2배 이상에 달하고 있기 때문이다(OECD, 2019).¹⁶⁶⁾

이러한 측면에서 의료 질 평가의 개념을 살펴보면, 미국은 의료의 질을 더욱 좋은 질로 향상시키는 것에 초점이 맞춰져 있는 반면에 우리나라는 비용 대비 의료의 질에 대한 효과에 중점을 둔다. 사실상 우리나라의 현 의료체계는 행위별수가의 근간으로 질보다 양에 더 초점이 맞춰질 수밖에 없는 구조이기도 하고, 또 그렇기 때문에 선택된 의료행위에 대한 적정성 평가, 기관별 성향평가, 의료행위 수행의 당위성 평가의 형태로 시행될 수밖에 없는 실정이기도 하다.

의료이용의 접근성과 보건의료 비용의 통제, 그리고 질과 가치 향상에 대한 과제는 각 국가마다 가지고 있는 고민일 듯하다. 이미 여러 국가에서는 환자중심의 의료서비스와 의료의 가치를 바탕으로 하는 패러다임의 전환이 확산되고 있다. 즉, 비용 대비 질(quality)과 결과(outcome) 향상을 유도하는 가치(value) 기반의 의료시스템이 구축되고 있는 것이라 판단된다. 비록 국가마다 보건의료를 둘러싼 다양한 환경 등을 직접 비교하기는 쉽지 않지만, 성과결과에 대한 비교 분석과 모니터링을 통해 국가의 의료 질적 수준의 파악은 어느 국가이던 간에 공통적인 우선순위일 것이고, 또 그 우선순위에 맞춰 평가 영역 등의 확대 방안을 모색하는 것은 필수적일 것이다.

미국 보건부는 국민의 건강과 안녕(well-being)을 오피오이드의 위기¹⁶⁷⁾, 건강보험개혁, 의약품가격, 가치기반 의료라는 네 가지 핵심영역(priority)을 발표하였다. 이는 오피오이드 중독과 과다복용에 대한 위기, 건강보험에 대한 가용성과 경제성을 개선하는 것, 혁신을 방해하지 않으면서 전 국민에게 처방약의 비용을 낮추는 것, 그리고 가치 지불시스템의 전환 등에 대한 내용이다.

¹⁶⁶⁾ OECD. Health at a Glance 2019. OECD Indicators. 2019. [cited 2020 July 17]. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

¹⁶⁷⁾ 오피오이드: 합성 진통·마취제

핵심영역 중 가치기반 의료는 첫째, 상호운용성(interoperability) 촉진을 포함하여 보건의료 IT를 극대화 하는 것, 둘째, 가격과 질에 대한 투명성 제고, 셋째, 메디케어와 메디케이드의 혁신적인 모형, 넷째, 정부의 부담과 장벽, 특히 케어코디네이션을 방해하는 장애물을 제거하고자 하는 것이다(HHS, 2018).¹⁶⁸⁾ 또한 2020 AHQA 보건정책 포럼에서는 '환자중심의 저렴한 맞춤형 의료시스템을 만드는 것'이 현재 보건의료에 대한 비전이며, 양질의 의료는 높은 가치의 의료 및 낮은 지출, 그리고 오피오이드의 위기 및 농촌 의료와 모성 건강 같은 주요 보건 문제를 해결하는 두 가지 영역의 중요성을 강조하기도 했다(HHS, 2020).¹⁶⁹⁾

현재 미국은 관리의료(managed care)의 맥락에서 이어 온 가치기반 지불보상 모형인 책임의료조직(Accountable Care Organizations, 이하 ACO)을 전략으로 제안하고 있다. ACO는 의사, 병원 및 기타 의료서비스 제공자 그룹이 자발적으로 모여 환자에게 양질의 의료서비스를 제공하는 병원, 의사 및 기타 의료공급자 그룹을 일컫는다(CMS, 2020.7.14.).¹⁷⁰⁾ 의료의 질 향상과 보건의료 지출 감소에 대해 인센티브를 제공하는 ACO는 공공 및 민간 보험자가 광범위하게 시행하고 있는 가치기반 지불보상(value-based payment) 모형이다.¹⁷¹⁾ 이는 불필요한 서비스 이용과 의료 과실(medical errors)을 피하면서 정해진 인구집단(메디케어 수혜자)에게 돌봄 비용과 의료 질의 결과에 책임을 지고 성과에 대한 자료를 제공하는 개념으로 즉, 의료제공자가 계약에 바탕을 두고 외래, 입원, 재활 등 미리 정해진 환자군에게 포괄적인 서비스를 제공하도록 하는 것이다(이상수, 2019).¹⁷²⁾

한편 CMS는 MIPS 및 APM에 대한 질 지표 계획을 구축하기 위해 질 지표 도출

¹⁶⁸⁾ HHS. July 23, 2018 [cited 2020 August 12]. Available from: <https://www.hhs.gov/about/leadership/secretary/priorities/index.html>

¹⁶⁹⁾ HHS. February 5, 2020 Remarks at 2020 AHQA Health Policy Forum. [cited 2020 August 12]. Available from: <https://www.hhs.gov/about/leadership/eric-d-hargan/speeches/remarks-at-2020-ahqa-health-policy-forum.html>

¹⁷⁰⁾ CMS. ACOs. [cited 2020 July 29]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index>

¹⁷¹⁾ ACO가 양질의 의료서비스를 제공하고 건강관리에 소요된 비용을 절감하면, 질 평가의 결과를 근거로 절감된 비용을 보험자와 ACO가 서로 분배하는 형태지만, ACO는 비용이 지출기준(spending benchmarks)을 초과하면 손실을 상환해야하는 구조이다(이상수, 2019).

¹⁷²⁾ 이상수. 책임케어조직(Accountable Care Organizations, ACOs) 길라잡이. 의료기기 뉴스라인. 2019.11.25.

방법 등을 소개하고 있으며, 지표 개발에는 환자(개인) 및 간병인 중심의 케어 경험, 환자보고 결과와 환자 건강결과, 의사소통과 치료 연계, 적절한 자원 이용에 우선순위를 두고 있다(CMS, 2015).¹⁷³⁾

의료서비스의 질과 이를 연동시키기 위한 성과 지불은 여러 국가들이 겪고 있는 과제이기도 하다. 그렇기 때문에 지금까지 가치기반 성과보상 지불제도는 건강보험재정과 의료의 질에 대한 지속적인 확보를 위한 대안으로 제안되어 왔다(최병호 등, 2013; 김선민, 2011).¹⁷⁴⁾¹⁷⁵⁾ 이제는 환자중심의 정책 뿐 아니라 의료 질이 양(volume)에서 가치(value)로 전환되는 보건의료체계의 패러다임 변화 시점에 있다.

우리나라의 행위별수가체계에서는 의료의 질과 환자의 건강결과의 근거를 통합의료서비스¹⁷⁶⁾ 제공으로 방향을 설정하고, 환자중심의 관점에서 질과 비용을 관리 대상으로 삼아야 한다. 이에 객관적인 지표가 필수적일 것이며, 지표를 통해 질과 비용이 적절하지 않은 기관을 평가하여 기존의 보완적인 가감지급체제에서 적절한 지불 방식으로의 변화가 필요하다. 그러기 위해서는 현재의 지표들이 객관적인지, 과학적인지를 가려내야 하고, 이러한 지표들이 환자에게 의미 있는 정보를 제공하는지에 대한 검토가 필수적이다.

우리나라의 요양급여 적정성평가는 꾸준한 평가영역 확대에도 불구하고 여전히 평가의 사각지대와 의료기관 간 격차가 존재한다.¹⁷⁷⁾ 이는 적정성 평가가 대형병원을 중심으로 이루어지고 있기 때문에 중소병원은 평가의 기회조차 상실되고, 한편 행위별수가체계의 복잡한 의료서비스 과정을 객관적으로 평가하기에는 다소 어려움이 따를 수밖에 없는 구조이기 때문이다.

¹⁷³⁾ CMS Blog (Dec 18, 2015). CMS Quality Measure Development Plan Supporting the Transition to the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Models (APMs). [cited 2020 August 12]. Available from: <https://www.cms.gov/blog/cms-quality-measure-development-plan-supporting-transition-merit-based-incentive-payment-system-mips>

¹⁷⁴⁾ 최병호, 이수형. 성과연동지불제도의 확대 가능성 고찰. 보건행정학회지. 2013;23(1):3-18.

¹⁷⁵⁾ 김선민. 한국보건의료의 질과 성과. HIRA 정책동향. 2011;5(4):14-20.

¹⁷⁶⁾ 통합의료(coordinated care)의 목표는 환자가 적시에 올바른 치료를 받도록 하는 동시에 불필요한 서비스 중복을 피하고 의료 오류를 예방하는 것이다.

¹⁷⁷⁾ 의사신문. 올해부터 중소병원 적정성 평가 도입한다. 2019.01.30. <http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=205759>

요양급여 적정성 평가의 결과는 부적절한 의료서비스를 지속적으로 개선하여 의료 공급자들은 양질의 의료를 제공하도록 유도하고, 궁극적으로는 의료서비스를 제공받은 환자의 건강결과를 향상시키는 것이다(국민건강보험 40년사, 2017).¹⁷⁸⁾ 즉, 질 평가는 ‘의료의 질’이 의미하는 개념적이고 운영 가능한 정의에 근거해야 하는 것이다(Donabedian. A., 2005).¹⁷⁹⁾ 이제 의료서비스는 의료공급자 중심에서 의료소비자의 시대로 접어들었다. 의료소비자의 감시 하에 의료공급자가 스스로 발전하고 양질의 의료를 제공하지 못하면 생존할 수 없는 구조가 된 것이다.

이러한 측면에서 미국의 ACO 모형은 지불보상을 질과 연계할 뿐만 아니라 환자의 의료비용에 대한 재정적 책임을 의료공급자에게 부여함으로써 가치기반이라는 새로운 수준의 체계로 이끄는 제도로 판단된다. 이에 ACO 모형의 활용성을 검증하여 적용 가능할 수 있도록 지속적인 연구를 통한 관찰이 필요하다. 소비자는 공급자를 선택하고 공급자는 의료적인 평가를 통해 소비자의 건강을 책임지는 역할을 해야 한다.

미 보건부는 국민들의 보건의료서비스 질적 수준을 보장하기 위해 소비자들이 서비스 질에 관한 정보를 확보한 상태에서 의사결정을 할 수 있도록 지원하고, 제공자와 의사들이 의료의 질을 높일 수 있도록 장려하고 있다(김선민 등, 2007).¹⁸⁰⁾ 국가의 정책은 구조개선의 관점에서 이끌어져야 의료 질에 대한 문제 인식에 좀 더 가까워 질 것이다. 또한 진료 분야에 포괄적으로 적용될 수 있고 절대 다수의 의료공급자들이 수용할 수 있는 객관적인 지표와 평가항목이 개발되어야 할 것이다.

이를 실행하기 위해서는 의료 각 분야의 학회와 전문가들이 적극적으로 참여할 수 있는 토대가 마련되어야 한다. 정부 및 다수의 의료공급자와 각 전문분야의 이해관계자, 소비자들의 참여와 협력이 전제되어야 하고 통합된 의견이 상호간에 움직이는 시스템으로 접근되어야 대안 모색의 방향이 설정될 것이며, 다양한 부분에서 활용성을 높일 수 있을 것이다.

안전하고 효율적인 의료 정보는 공급자의 의사 결정에 효과적으로 활용될 수 있기 때문에 각 공급자의 의료행위 평가에 이용되는 기초정보를 수집하는 인프라의 구축

178) 건강보험심사평가원·국민건강보험. 국민건강보험 40년사. 원주; 서진문화인쇄사. 2017. p150

179) Donabedian. A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. [cited 2020 June 17] Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

180) 김선민 등. 미국 보건부의 질 향상활동. *한국의료 QA학회지.* 2007;13(1):45-57.

은 필요하다(이광수 등, 2019).¹⁸¹⁾ 그러나 비자발적인 참여로 인해 발생하는 즉, 평가 영역 확대와 지표 산출, 그리고 자료를 구축하는데 있어 상당한 시간과 노력이 소요되는 부분에 대해서는 참여방법 및 자료구축 등의 개선이 전제되어야 할 것이다.

가치기반 등 심사평가체계 개편을 준비하는 현 시점에서 심사평가원은 기존의 심사와 평가체계를 환자중심의 질 향상 관점에서 관리할 수 있도록 하는 전환이 불가피하며, 의료이용에 대한 접근과 비용 측면에서 의료의 질, 형평성, 그리고 효율성 방안이 필요하다(김창엽 등, 2017).¹⁸²⁾ 한편 의료의 질 향상에 기초할 가치기반 의료패러다임의 변화와 재정적 지속가능성의 위협에 대응하는 사람중심의 보건의료시스템 변화에는 건강성과 향상과 지출효율화를 위한 결과 중심의 목표 달성이 필요하다(강희정 등, 2019).¹⁸³⁾

의료 질 평가에는 평가의 항목이나 기준 등이 환자중심에서 기본으로 설정되어야 합당한 합의점이 도출되고, 이를 바탕으로 한 의료기관의 여건, 보건의료체계의 특성, 의료비 상환방법 등이 고려되어야 한다. 이러한 구조적인 형태에서는 무엇보다 현재 의료의 질 평가에 활용되고 있는 지표들의 환자중심적 객관성을 파악하고, 과학적 근거를 통해 환자에게 의미 있는 정보를 제공하고는 있는지를 판단하는 것도 매우 중요한 부분 중 하나이다. 의료의 질은 개인에 대한 진료 뿐만 아니라 집단에 대한 보건 의료서비스까지 포함하고 있다. 건강상 바람직한 결과는 보건의료의 제공을 통하여 얻을 수 있는 편익과 그로 인해 발생할 수 있는 위험 또는 손상의 크기를 함께 고려하여 편익이 위험에 비해 커야한다(이상일, 2006).¹⁸⁴⁾

양 중심에서 질 중심으로의 패러다임 전환은 단순히 의료비를 통제하는 것이 아니라 지출과 결과의 변화를 연계한 가치 향상의 접근이라 볼 수 있다. 국가수준에서는 정책의 통일성을 갖출 수 있는 전략이 필요하고, 전략에 필요한 평가 자료를 정보로 활용하기 위해서는 수집 및 관리 등 자발적 보고 체계에 대한 개선이 요구된다. 따라서 의료 질 평가의 기초가 되는 지표는 효율적으로 관리될 수 있도록 대처 방안이 마련되어야 한다.

181) 이광수 등. 의료 질 관련 평가지표 분류체계 개선 방안. 건강보험심사평가원 2019.

182) 김창엽 등. 건강보험심사평가원 발전방안 연구. 건강보험심사평가원 · 서울대학교 산학협력단 2017.

183) 강희정 등. 심사평가체계 개편에 따른 성과지표 개발 연구. 건강보험심사평가원 · 한국보건사회연구원. 2019.

184) 이상일. 의료의 질 관리: 기본 개념과 접근법. 가정의학회지. 2006;27(11): s170-174.

미국은 보건의료 결과(health care outcome)의 중요성을 인지하고 질 향상 기구를 관리하고 있으며, 이 기구들과 협력적 관계를 구축, 유지, 관리하고 있다. 특히 의료 질 향상에 주축이 되는 CMS와 AHRQ를 통해 의료 질 관리 프로그램 개발부터 관리까지 일련의 과정으로 여러 기관들이 어떠한 구조로 협력적 관계를 구축하고 또 상호적으로 이익을 얻는지에 대해 노력하고 있다. 양 중심에서 가치 중심으로 의료시스템 변화를 촉진하는 성과관리의 다양한 수준에서 바라볼 때 미국의 의료 질 향상 사업은 좋은 사례가 될 것이다.

몇몇 의료 질 관리 사업들을 살펴보면 인프라 구축에 필요한 기반과 국가 의료 질 전략 등은 결코 단편적이거나 한계적이지 않다고 판단되었다. 미국 의료 질 평가의 방향과 현실은 국내 질 평가 발전을 위한 벤치마킹으로 유용할 것이고, 다양한 사업 등을 통한 이론적 개념, 가치기반, 성과보상, 그리고 새로운 지불제도 등은 우리나라의 질 향상 발전에 필요한 기반이 될 것이다.

그러나 가치기반, 사람중심의 건강보험 패러다임의 전환이 필요한 현 시점에서 과연 우리가 추구하고자 하는 가치기반이 무엇인지, 그리고 그 가치기반에 부합할 수 있는 개념적 틀을 어떻게 구축하고 또 어떠한 방식으로 이끌어 가야 하는지에 대한 고민과 노력이 필요하다.

가치기반, 사람중심의 건강보험 패러다임 전환에 필요한 요소를 질 평가 확대와 질 향상의 두 가지 측면에서 분류해 보면, 질 평가 확대 측면에서는 지표 관리, 성과보상, 자료 수집 등에 대한 구축이 필요하고, 질 향상 측면에서는 환자중심, 건강정보 수집 등에 대한 구축이 마련되어야 할 것이다. 이 두 가지 측면을 수용하기 위해서는 환자중심의 안전성과 지속성 영역에서의 전략이 추진되어야 할 것이며, 이를 성과로 향상시키기 위해서는 자원 배분의 정책 방안과 결과 중심으로의 인식 전환, 그리고 상호연계성, 실행 가능성, 그리고 효율성이 달성될 수 있도록 지속적인 관리가 필요할 것이다.

참고문헌

- 강희정, 박은자, 오미애 등. 가감지급사업 개선방안 연구. 건강보험심사평가원 · 한국보건의사회연구원. 2019.
- 강희정, 신영석, 윤강재 등. 심사평가체계 개편에 따른 성과지표 개발 연구. 건강보험심사평가원·한국보건의사회연구원. 2019.
- 강희정, 이상일, 이광수 등. 의료질평가 제도 효과분석 및 평가모형 개발 연구. 건강보험심사평가원·한국보건의사회연구원. 2018.
- 강희정, 한솔잎, 이슬기 등. 한국 의료의 질 평가와 정책과제 II -한국 의료의 질 보고서 개발. 한국보건의사회연구원. 2014.
- 건강보험심사평가원 · 국민건강보험공단. 국민건강보험 40년사. 2017.
- 건강보험심사평가원 · 대한신경정신의학회 · 대한정신건강재단. 정신건강영역 의료 질 관리방안 및 평가기준 개발 연구용역. 2017. p15.
- 김동숙. 외국의 의료 질 평가기구의 현황 및 기관의 기능, 역할 등에 관한 기초 연구. 건강보험심사평가원. 2008.
- 김선민, 김재선, 박영희 등. 미국 보건부의 질 향상활동. 한국의료 QA학회지. 2007;13(1):45-57.
- 김선민. 미국 메디케어 가치기반 구매 지불(Value-Based Purchasing) 프로그램. 건강보험심사평가원 전문가기고. 2009.1.
- 김선민. 한국보건의료의 질과 성과. HIRA 정책동향. 2011;5(4):14-20.
- 김창엽, 김새롬, 김영수 등. 건강보험심사평가원 발전방안 연구. 건강보험심사평가원서울대학교 산학협력단. 2017.
- 박상근. 의료 질 평가와 건강보험 적정성 평가의 합리적 방향 -미국의 평가 사례를 중심으로-. 대한병원협회지. 2007.

- 박춘선, 신숙연, 황수희 등. 의료의 질 평가 해외 동향 정리 -질 관리 기구를 중심으로 -. 건강보험심사평가원. 2014. p4-19.
- 박춘선, 최효정, 황수희 등. OECD 병원성과 프로젝트의 동향과 국내 시사점. Quality Improvement In Health Care. 2016;22:11-26.
- 보건복지부. 제1차 국민건강보험종합계획(2019-2023). 2019.5.
- 신영석, 강희정, 황도경 등. 요양급여 적정성 평가를 통한 의료 질 관리 및 국민 건강 성과 향상 방안 연구. 2019. p126-128.
- 유지원. 미국 가치기반 의료시스템 도입에 대한 임상 의사의 경험. 메디게이트 뉴스 2017.12.29. [cited 2020 July 29]. Available from: <https://m.medigatenews.com/news/1239443498>
- 이상수. 메디케어 메디케이드 혁신센터(CMMI), 변화의 촉진제로서 개혁도 요구됨. 의료기기뉴스라인. [cited 2020 July 14]. Available from: <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=35993>
- 이상수. 병원 재입원 감소프로그램, 비용절감과 질 향상 도모. 2017.11.14. [cited 2020 July 29]. Available from: <http://www.kmdianews.com/news/articleView.html?idxno=20862>
- 이상수. 책임케어조직(Accountable Care Organizations, ACOs) 길라잡이. 의료기기 뉴스라인. 2019.11.25.
- 이상일. 의료의 질 관리: 기본 개념과 접근법. 가정의학회지. 2006;27(11): s170-174.
- 의사신문. 올해부터 중소병원 적정성 평가 도입한다. 2019.01.30. <http://www.doctorstimes.com/news/articleView.html?idxno=205759>
- 장원기, 정혜선. 선진 주요국의 의료제도 연구. 대한의사협회 의료정책연구소. 2003.
- 정설희, 이근정, 황수희 등. 건강보험심사평가원의 기능과 역할: Strategic Purchasing의 관점에서. 건강보험심사평가원. 2015. p1-10.
- 최병호, 이수형. 성과연동지불제도의 확대 가능성 고찰. 보건행정학회지. 2013;23(1):3-18.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). About the National Quality Strategy. [cited 2020 July 9]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Agency for Healthcare Research and Quality: A Profile. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ at 20. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/20timeline.html>

Agency for Health for Research and Quality (AHRQ). AHRQ's Core Competencies. [cited 2020 July 7]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/corecompetencies/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ Strategic Plan. [cited 2020 July 6]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/strategic-plan/strategic-plan.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQuality Indicators. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/otherwebsites/qualityindicators.ahrq.gov/qualityindicators.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Inpatient Quality Indicators. March 6, 2005. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://psnet.ahrq.gov/issue/inpatient-quality-indicators>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Inpatient Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/iqi_resources.aspx

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Institute of Medicine (IOM) Domains. [cited 2020 June 16]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality-resources/tools/chtolbx/understand/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Mission and Budget. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/cpi/about/mission/index.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National Quality Strategy Overview. [cited 2020 July 9]. Available from:

https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/NQS_overview_slides-2017.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Indicators Overview. March 6, 2005. [cited 2020 June 16]. Available from:

<https://www.psnet.ahrq.gov/issue/patient-safety-indicators-overview>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patients Safety Organization (PSO) Program. [cited 2020 August 14]. Available from:

<https://www.pso.ahrq.gov/>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Patient Safety Organization (PSO) Program. [cited 2020 August 14]. Available from:

<https://www.pso.ahrq.gov/common>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Pediatric Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pdi_overview.aspx

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Prevention Quality Indicators Overview. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/pqi_resources.aspx

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Program. [cited 2020 August 4]. Available from:

https://www.ahrq.gov/programs/index.html?search_api_views_fulltext=&field_program_topics=14177&search_api_fulltext=&page=0

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality Indicator Measure Development, Implementation, Maintenance, and Retirement. AHRQ Quality Indicators. January 2011. [cited 2020 July 9]. Available from:

https://qualityindicators.ahrq.gov/Downloads/Resources/Publications/2011/QI_Measure_Development_Implementation_Maintenance_Retirement_Summary_05-03-11.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality Indicator Resources. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.qualityindicators.ahrq.gov/Modules/Default.aspx>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). The National Quality Strategy: Fact Sheet. [cited 2020 July 9]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/workingforquality/about/nqs-fact-sheets/fact-sheet.html#about>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). What Is the PQMP? [cited 2020 August 14]. Available from:

<https://www.ahrq.gov/pqmp/about/what-is-pqmp.html>

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [cited 2020 June 24]. Available from: <https://www.ahrq.gov/>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Public Health and Promoting Interoperability Programs (formerly, known as Electronic Health Records Meaningful Use) [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cdc.gov/ehrmmeaningfuluse/introduction.html>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). ACOs. [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO/index>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Better care for dual eligibles. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Better-care-for-dual-elig>

ibles-fact-sheet.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Children's Health Care Quality Measures. [cited 2020 August 14]. Available from:

<https://www.medicare.gov/medicaid/quality-of-care/performance-measurement/adult-and-child-health-care-quality-measures/childrens-health-care-quality-measures/index.html#ChildCoreSet>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Blog (Dec 18, 2015). CMS Quality Measure Development Plan Supporting the Transition to the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Models (APMs). [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/blog/2018-quality-payment-program-qpp-performance-results>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Blog (Dec 18, 2015). CMS Quality Measure Development Plan Supporting the Transition to the Merit-Based Incentive Payment System (MIPS) and Alternative Payment Models (APMs). [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cms.gov/blog/cms-quality-measure-development-plan-supporting-transition-merit-based-incentive-payment-system-mips>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Blog (Oct 09, 2018). CMS Announces Participants in New Value-Based Bundled Payment Model. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-participants-new-value-based-bundled-payment-model>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Blog (2020). 2018 Quality Payment Program (QPP) Performance Results. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/blog/cms-quality-measure-development-plan-supporting-transition-merit-based-incentive-payment-system-mips>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS' program history. [cited 2020 June 25]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-Information/History/index>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Quality Strategy Goals. [cited 2020 June 22]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy-Fact-Sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS Quality Strategy. [cited 2020 June 22]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Legacy-Quality-Strategy>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). CMS' Quality Strategy. [cited 2020 June 25]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/CMS-Quality-Strategy>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Critical Access Hospitals. [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/CritAccessHospfctsht.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). eMedicare. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/eMedicare-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). End Stage Renal Disease (ESRD) Prospective Payment System (PPS). [cited 2020 August 10]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ESRDpayment/index/>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Ensuring safety & quality. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Ensuring-safety-and-quality-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). ESRD Quality Incentive Program. [cited 2020 August 3]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Fighting the opioid epidemic. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Fighting-the-opioid-epidemic-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Fostering innovation. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Fostering-innovation-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital-Acquired Condition Reduction Program Fiscal Year 2020 Fact Sheet. [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Downloads/HAC-Reduction-Program-Fact-Sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital-Acquired Condition Reduction Program (HACRP). [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/HAC-Reduction-Program>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Compare. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-In>

nstruments/HospitalQualityInits/HospitalCompare

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Inpatient Quality Reporting Program. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalRHQDAPU>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital outpatient Quality Reporting Program. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalOutpatientQualityReportingProgram>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Quality Initiative Highlights. [cited 2020 July 14].

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/HospitalHighlights>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Results. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.medicare.gov/hospitalcompare/results.html#dist=25&loc=WASHINGTON%2C%20DC&lat=38.8951118&lng=-77.0363658>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Hospital Value based purchasing. [cited 2020 August 4]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospital-Value-Based-Purchasing->

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Informational Bulletin (November, 2019). 2020 Updates to the Child and Adult Core Health Care Quality Measurement Sets. [cited 2020 August 14]. Available from:

<https://www.medicare.gov/sites/default/files/Federal-Policy-Guidance/Downloads/cib111919.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Information on Hospital Quality NOW Available. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/information-hospital-quality-now-available>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Innovating payment models. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Innovating-payment-models-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Lowering drug prices. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Lowering-drug-prices-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). MACRA. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/MACRA-MIPS-and-APMs/MACRA-MIPS-and-APMs>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Marketplace choice & affordability. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Marketplace-choice-and-affordability-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medicaid. [cited 2020 June 24]. Available from: <https://www.medicaid.gov/medicaid/index.html>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Meaningful Measures Framework. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/CMS-Quality-Strategy>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Meaningful Measures Hub. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-I>

nstruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Meaningful Measures Hub. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page#Measurement_Areas

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Meaningful Measures Hub. [cited 2020 July 14]. Available from:

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/General-info-Sub-Page#General_Info

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Meaningful Measures Information & Tools. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/MMF/Shareable-Tools>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Measures Management System Process Map. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/MMS/MMS-Content-Page>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medicare Advantage Quality Strategy. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Health-Plans/Medicare-Advantage-Quality-Improvement-Program/2QualityStrategy>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medicare interactive.

<https://www.medicareinteractive.org/get-answers/medicare-basics/medicare-overview/introduction-to-medicare>. [cited 2020 June 24].

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Medicare & Medicaid EHR Incentive Program Meaningful Use Stage 1 Requirements Overview 2010. [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePro>

grams/downloads/MU_Stage1_ReqOverview.pdf

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Methodology for monitoring changes in access to dialysis. [cited 2020 August 4]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/Downloads/Methodology-for-Monitoring-Changes-in-Access-to-Dialysis.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). MIPS Value Pathways (MVPs). [cited 2020 July 30]. Available from: <https://qpp.cms.gov/mips/mips-value-pathways>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Modernizing CMS. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Modernizing-CMS-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Monitoring & Evaluation. [cited 2020 August 4]. Available from: https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/09_MonitorandEval

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). MyHealthEData, 2020.3. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/MyHealthEData-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Newsroom (2015.10.6.). CMS FACT SHEET: EHR Incentive Programs in 2015 and Beyond [cited 2020 July 30]. Available from: <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/cms-fact-sheet-ehr-incentive-programs-2015-and-beyond>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Our 16 Strategic Initiatives. [cited 2020 July 14]. Available from: <https://www.cms.gov/about-CMS/story-page/our-16-strategic-initiatives>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Overview of the CMS Quality Strategy. [cited 2020 June 22]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy-Overview.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Overview of the CMS Quality Strategy. [cited 2020 June 22]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/Downloads/CMS-Quality-Strategy.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Patients over Paperwork. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Patients-Over-Paperwork-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Payment Adjustments. [cited 2020 August 3]. Available from:

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/07_PaymentAdjustments

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Price transparency. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Price-transparency-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Protecting taxpayer dollars. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Protecting-taxpayer-dollars-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Public Reporting & Certificates. [cited 2020 August 4]. Available from:

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/07_PaymentAdjustments

nstruments/ESRDQIP/08_ReportandCert

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Quality Improvement Organization. [cited 2020 June 23]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityImprovementOrgs/index>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Quality Initiatives - General Information. [cited 2020 June 24]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Rethinking rural health. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Rethinking-rural-health-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Strengthening Medicare. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Strengthening-Medicare-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). The Hospital Value-Based Purchasing (VBP) Program. [cited 2020 August 4]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/HVBP/Hospital-Value-Based-Purchasing>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). The Law Establishing the ESRD QIP. [cited 2020 August 3]. Available from:

https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/ESRDQIP/05_LawsandRegs

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). The Quality Payment Program. Oct 25, 2016 [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/quality-payment-program>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Transforming Medicaid. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/About-CMS/Story-Page/Transforming-Medicaid-fact-sheet.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Value-Based Program. [cited 2020 July 30]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/Value-Based-Programs>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). What's the CMS Quality Strategy?. [cited 2020 June 24]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/Value-Based-Programs/CMS-Quality-Strategy>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2018 Program Requirements Medicare. [cited 2020 July 14]. Available from:

<https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EHRIncentivePrograms/2018ProgramRequirementsMedicare>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). 2018 Value-based payment modifier program experience report. [cited 2020 July 29]. Available from:

<https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeedbackProgram/Downloads/2018-VM-Experience-Rpt.pdf>

Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). [cited 2020 June 24]. Available from: <https://www.ahrq.gov/>

Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Q.* 2005;83(4):691-729. [cited 2020 June 17] Available from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>

Donabedian A. The Quality of care. How can it be assessed? *JAMA* 1988;260(12):1743-1748.

Donald Berwick and Daniel M. Fox. “Evaluating the Quality of Medical Care” : Donabedian's Classic Article 50 Years Later. *Milbank Quarterly*. 2016 Jun; 94(2):237–241.

Deloitte. Value-based purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders, 2009.

Federal Register. Health Care Finance Administration. [cited 2020 June 25]. Available from:
<https://www.federalregister.gov/agencies/health-care-finance-administration>

Health Affairs & Robert Wood Johnson Foundation, Health Policy Brief, “Reducing the waste in health care. 12 December 2012.

Health It Buzz. Index Admission. [cited 2020 July 30]. Available from:
<https://healthitbuzz.com/2016/09/14/index-admission-readmission/>

Institute of Medicine (IOM). Envisioning the National Health Care Quality Report. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001. [cited 2020 June 16]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223308/>

Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. [cited 2020 July 29]. Available from: *N Engl J Med* 2009;360:1418–1428.

Kyle H. Sheetz, Justin B. Dimick, Michael J. Englesbe, and Andrew M. Ryan. Hospital-Acquired Condition Reduction Program Is Not Associated With Additional Patient Safety Improvement. *Health Affairs* 2019;38(11): 1858–1865.

Michael O. Leavitt. Improving the Medicare Quality Improvement Organization Program – Response to the Institute of Medicine Study [Internet]. CMS; 2006 [cited 2020 June 23]. Available from:
<https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instrume>

nts/QualityImprovementOrgs/Downloads/QIO_improvement_RTC_fnl.pdf

National Healthcare Quality Report (NHQR). National Healthcare Quality Report 2005. [cited 2020 June 16]. Available from:

<http://www.qualitytools.ahrq.gov/qualityreport/2005/>

National Quality Forum (NQF). Affordable Care. [cited 2020 June 29]. Available from: https://www.qualityforum.org/Topics/Affordable_Care.aspx

National Quality Forum (NQF). Consensus Development Process. [cited 2020 June 30]. Available from:

http://www.qualityforum.org/Measuring_Performance/Consensus_Development_Process.aspx

National Quality Forum (NQF). NQF's History. [cited 2020 August 14]. Available from: http://www.qualityforum.org/about_nqf/history/

National Quality Forum (NQF). NQF's Strategic Direction 2016–2019: Lead, Prioritize, and Collaborate for Better Healthcare Measurement. [cited 2020 August 14]. Available from:

http://www.qualityforum.org/NQF_Strategic_Direction_2016–2019.aspx

National Strategy for Quality Improvement in Health Care. Department of Human and Health Services Report to Congress. March, 2011. [cited 2020 June 29]. Available from:

<https://www.amia.org/sites/amia.org/files/Report–Congress–National–Quality–Strategy.pdf>

OECD. Health at a Glance 2019. OECD Indicators. 2019. [cited 2020 July 17]. Available from:

<https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

Patient Protection and Affordable Care Act. [cited 2020 June 29]. Available from: <http://www.alpinehr.com/news/PPACA.pdf>

Quality Payment Program (QPP) Performance Results. [cited 2020 July 14].

Available from:

<https://www.cms.gov/blog/2018-quality-payment-program-qpp-performance-results>

Rachael B. Zuckerman, Steven H. Sheingold, E. John Orav, Joel Ruhter, and Arnold M. Epstein. Readmissions, Observation, and the Hospital Readmissions Reduction Program. *N Engl J Med* 2016; 374:1543-1551. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMsa1513024>

Vuouri HV. Quality assurance of health services: concepts and methodology. Copenhagen, Regional Office for Europe World Health Organization, 1982.

Wikipedia. Agency for Healthcare Research and Quality. [cited 2020 July 8].

Available from:

https://en.wikipedia.org/wiki/Agency_for_Healthcare_Research_and_Quality

Wikipedia. Ernest_Amory_Codman. [cited 2020 June 16]. Available from:

https://en.wikipedia.org/wiki/Ernest_Amory_Codman

World Health Organization (WHO). What is Quality of Care and why is it important?. [cited 2020 June 16] Available from:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/quality-of-care/definition/en/

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). “Better, Smarter, Healthier: In historic announcement, HHS sets clear goals and timeline for shifting Medicare reimbursements from volume to value” News, January 26, 2015.

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). February 5, 2020 Remarks at 2020 AHQA Health Policy Forum. [cited 2020 August 12].

Available from:

<https://www.hhs.gov/about/leadership/eric-d-hargan/speeches/remarks-at-2020-ahqa-health-policy-forum.html>

U.S. Department of Health and Human Services (HHS). July 23, 2018 [cited 2020 August 12].

<https://www.hhs.gov/about/leadership/secretary/priorities/index.html>

Abstract

Health care quality assessment in the United States : a case study

Background: The health care quality assessment system has contributed to quality improvement of medical care in Korea. The first comprehensive plan of National Health Insurance (2019-2023) shed light upon the matter of national-level assessment system implementation for quality improvement and the need of goal-oriented comprehensive assessment system. As the focus of health care service is shifting from volume to value, it is time to discuss introduction of new systems to support quality improvement in response to the changing environment of health sector.

Objectives: This study aims to review the health care assessment systems and case examples of the United States and to investigate lessons and implications for Korea.

Methods: We reviewed health policy reports, academic papers, and webpages (Department of Health and Human Services, Centers for Medicare and Medicaid Services [CMS], and Agency for Health research and Quality [AHRQ]).

Conclusion: CMS and AHRQ have developed and put to use various programs for quality improvement. The theoretical concepts of the program, value based purchasing, and programs of using new payment system provide a meaningful foundation for health care quality management. In the future, value-based, patient-centered, medical home, and health data collection are essential for constructing a paradigm. Continuous efforts and management are required to achieve results-oriented interconnectivity, feasibility, and efficiency.

Keywords: Healthcare quality assessment system, Quality program, Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), Agency for Health Research and Quality (AHRQ), Health Insurance Review & Assessment Service, HIRA

의료 질 평가 사례 연구 - 미국을 중심으로 -

발행일 : 2020년 11월

발행인 : 김선민

편집인 : 이진용

발행처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
강원도 원주시 혁신로 60(반곡동)

대표전화 : 1644-2000

홈페이지 : www.hira.or.kr

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용을 할 수 없습니다.
(저작권법 제136조 등 관련법 적용)