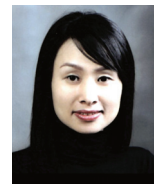


미국의 병원가치기반구매 프로그램



임지혜 부연구위원
 건강보험심사평가원
 급여정책연구팀

1. 들어가며

가치기반구매(value based purchasing, VBP)는 의료서비스의 질과 가치를 향상시키기 위한 기전으로, 보건의료 시장의 힘을 작동시키기 위한 전략이다(Webber, 2012). 다시 말해, 보건의료시스템에서 가치기반구매는 지불 인센티브와 투명성을 통해 의료서비스의 질을 보상하는 지불방법의 형태로 활용된다(CMS, 2007). 따라서 가치기반구매에 있어 가장 중요한 목표는 모든 진료비용에 대해 명확한 보상이 가능하도록 가치에 기반 한 보건의료시스템을 구축하는 것이다.

보건의료에서 가치(value)는 넓은 의미에서 질(quality), 효율성(efficiency), 안전성(safety), 그리고 비용(cost)의 함수라고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서, 가치기반구매의 공급자는 의료서비스의 질과 비용에 대한 책임을 져야 하고, 환자는 건강결과와 건강상태를 포함한 의료의 질과 관련된 모든 정보를 제공해야 한다. 이러한 이유로 가치기반구매 프로그램의 효과적인 작동을 위해서는 부적절한 진료를 감소시키고 최선의 진료를 제공해야 하는 보건의료시스템의 운영에 중점을 둘 수밖에 없다.

미국의 보건의료재정청(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS)은 양질의 의료와 비용효과적인 의료서비스 제공을 장려하는 도구를 개발하기 위해 많은 노력을 기울여 왔다(CMS, 2009). 무엇보다도, CMS는 과정(process), 결과(outcome), 환자 경험(patient experience of care) 등의 질 지표(quality measure)를 통해 측정된 병원의 성과를 인센티브 지불로 전환함으로써 메디케어(Medicare)의 비용을 증가시키지 않고도 가치에 기반 한 지불을 강화시키는 방법에 중점을 두고 다양한 시도를 해왔다. 그리고 병원 환경에서 가치기반구매를 추구하면서 높은 질과 효율적 의료서비스 전달을 위한 보상정책인 병원가치기반구매(hospital value based purchasing, HVBP) 프로그램을 2012년 10월부터 전국 3,500개 병원의 입원서비스에 적용하기 시작하였다. 따라서 본 고에서는 병원가치기반구매 프

로그램 시범사업 운영 보고서인 ‘Dry Run of the Fiscal Year 2013 Hospital VBP Program¹⁾’과 2014년 운영에 대한 검토 보고서인 ‘Fiscal Year 2014 Overview for Beneficiaries, Providers, and Stakeholders’에 기초하여 병원가치기반구매 프로그램의 도입과 운영에 대해 살펴보고자 한다.

2. HVBP 프로그램의 도입²⁾³⁾

역사적으로 메디케어 프로그램은 메디케어 가입자들에 대한 보건의료 서비스 구매에 이어 수동적인 입장을 취하고 있었다. 즉, 병원과 기타 공급자들이 메디케어 가입자들에게 제공한 의료서비스에 대해 메디케어 프로그램은 서비스의 질 또는 가치에 대한 어떠한 평가도 없이 서비스에 대해 지불해왔다. 그러나 의료서비스의 질 향상에 있어 반드시 수반되는 비용이 기하급수적으로 증가함에 따라 의회와 메디케어 운영자들은 이러한 수동적인 지불 방법에 대해 재평가를 실시하였다. 그 결과, 메디케어 프로그램은 양질의, 비용효과적인 의료를 구매해야 하는 적극적인 구매자로서 변모해야 한다는 신념 하에, 비용감소와 서비스의 질 향상을 목표로 재정적 인센티브를 제공하는 가치기반구매를 도입하였다.

CMS는 병원 의료서비스의 질 향상을 위해 다양한 형태의 가치기반구매 프로그램을 운영해 왔다. 가치기반구매는 2003년 메디케어 의약품처방 및 현대화법(Medicare Prescription Drug and Modernization Act of 2003, MMA)을 통해 승인 받았다. 특히, CMS는 2003년 7월 국가자율병원정보공개사업(National Voluntary Hospital Reporting Initiative)을 통해 소비자들에게 의료의 질 정보를 제공함으로써 정보에 근거한 의사결정(informed decision)을 할 수 있도록 함과 동시에 병원과 의사에게는 의료의 질을 향상시킬 수 있는 기전을 마련해 주었다. 그리고 이후에는 과학적 근거에 기반 한 표준 진료를 반영할 수 있는 질 측정 지표(quality measure set)를 개발하였고, 2003년 10월부터 보건의료의 가치(value)를 개선하도록 설계된 몇몇 시범사업을 진행하였다. 처음 3년간 실시된 시범사업을 통해 급성심근경

1) CMS의 2013 회계연도 프로그램 시범사업은 2008년 4월1일부터 2008년 12월 31일까지를 기준년도로 선정하고, 2010년 4월 1일부터 2010년 12월 31일까지를 평가년도로 선정 후, 프로그램 참여 가능한 병원을 중심으로 임상 질 지표 영역과 환자경험 지표 자료를 수집하여 성과 측정에 대해 시뮬레이션을 실시함.

2) Deloitte Center for Health Solutions(2011). Issue Brief: Value-based purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders.을 참조함.

3) Centers for Medicare & Medicaid. Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medicare Fee-for-Service Program.을 참조함. http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/downloads/vbroadmap_oea_1-16_508.pdf

색(AMI), 폐렴(pneumonia), 심부전(heart failure), 관상동맥우회술(CABG), 고관절치환술(hip and knee replacement)의 5개 영역에 대한 질 측정 결과 3년 평균 15.8% 정도의 질 향상을 보였으며, 점차 참여 병원 간 종합 질 점수(COS, Composite Quality Score)의 변이가 줄어드는 양상을 나타냈다.

이러한 과정을 통해 CMS는 병원의 P4R(pay for reporting) 프로그램을 P4P(pay for performance) 프로그램으로 전환하는 계획을 의회에 제출했으며, 의회는 적자감축법(Deficit Reduction Act of 2005) 5001(b)에 의거하여 2009년 회계연도부터 가치기반구매 프로그램 시행 계획 수립에 대해 정부에 요청하였다. 이 계획에는 가치기반구매 프로그램 시행과 관련하여 ①입원환자에게 제공되는 서비스의 질과 효율성을 측정하는 지표 개발, ②질 관련 자료 보고·수집·확인 절차 마련, ③가치기반 지불의 구조·규모·재원 결정, ④병원의 성과에 대한 대중 보고(public report) 등과 같은 다양한 옵션에 대한 논의를 담고 있었다. 그리고 2008년에는 메디케어 환자 및 공급자 개선에 관한 법(Medicare Improvements for Patient and Providers Act of 2008, MIPPA) 131(d)에 의거 메디케어를 통해 보수를 받고 있는 공급자들을 대상으로 가치기반구매 프로그램을 개발할 것을 정부에 요청하였다.

이에 따라, 정부는 환자보호 및 적정진료에 관한 법(Patient Protect and Affordable Care Act, PPACA) 3001(10335에 의해 개정)에 의거 2012년까지 가치기반구매 모델의 최종안 구축을 요청하였다. 그리고 적정진료에 관한 법(Affordable Care Act, ACA)의 승인 하에 사회보장법(Social Security Act) 1886(o)에 병원가치기반구매에 관한 사항을 추가하였다. 또한, 입원환자질보고(Hospital Inpatient Quality Reporting, IQR)에 근거하여 의료서비스의 질 측정 및 공개를 위한 질 인센티브 프로그램을 구축하였다.

3. HVBP 프로그램의 운영⁴⁾⁵⁾⁶⁾

가. 자격

4) CMS. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. Dry Run of the Fiscal Year 2013 Hospital VBP Program, February 28, 2012. 발표자료 참조.

5) CMS. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. Fiscal Year 2014 Overview for Beneficiaries, Providers, and Stakeholders. July 11, 2012. 발표자료 참조.

6) CMS. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. FY 2013 Actual Percentage Payment Summary Report. October 4, 2012. 발표자료 참조.

병원가치기반구매 프로그램은 적정진료에 관한 법(ACA) 1886(o)(1)(C)(i)의 세부 조항 (d)에서 정의하고 있는 병원을 대상으로 한다.

다만, 적정진료에 관한 법(ACA) 1886(o)(1)(C)(ii)에 의거 ①입원환자질보고(IQR) 프로그램에서 지불감축 대상이 되는 병원, ②입원환자 선지불시스템(IPPS) 예외 병원 및 병동(정신병원, 재활병원, 장기입원병원, 어린이병원, 암병원), ③정부로부터 공제받는 병원, ④보건의로 공급자 및 시스템에 관한 소비자 평가(Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems, HCAHPS)를 충족하지 못한 병원, ⑤최소 환자 수 및 측정 지표가 없는 병원, ⑥환자의 건강 또는 안전에 대해 즉각적으로 대처할 능력이 없는 병원은 제외된다.

그리고 병원가치기반구매 프로그램에서 제외된 병원은 DRG 지불금액의 1.25%까지 삭감된다(2014 회계년도 프로그램).⁷⁾

왜냐하면, 환자보호 및 적정의료에 관한 법(PPACA)에서 제안하고 있는 병원가치기반구매 프로그램은 환자들에게 낮은 가격으로 양질의 의료서비스를 제공하는 병원을 보상하기 위한 노력의 일환이기 때문이다.



그림 1. HVPB 프로그램 참여 가능한 의료기관의 자격(2014 회계년도 기준)

이와 같이, 모든 병원이 병원가치기반구매 프로그램에 참여할 수 있는 자격이 있는 것은 아니다. 실제로, 2014년 회계연도 평가기준에 따르면 평가기간 동안 측정 가능한 지표에 대한 조건을 최소 4개를 충족시키면서 각 지표에 대해 최소 10명의 환자가 입원해야지만 임상(Clinical Process of Care) 영역에 대한 점수를 획득할 수

7) CMS의 2013 회계연도 프로그램에서는 DRG 지불금액의 1%까지 삭감하는 것으로 정하고 있으나, 메디케어 지출 감소 계획에 따라 2017년 까지 삭감률을 2% 수준으로 점진적으로 증가시킬 것으로 계획하고 있음.

있고, 보건 의료 공급자 및 시스템에 관한 소비자 평가(HCAHPS) 설문을 최소 100개 완성한 병원에서 환자경험(Patient Experiment of Care) 영역의 점수를 받을 수 있다고 제한하고 있다. 또한, 평가기간 동안 진료결과 영역의 지표 3개 중 2개를 충족시키면서 해당 지표에 최소 10명의 환자가 입원한 경우에만 진료결과(Outcome) 영역의 점수를 획득할 수 있다.

나. 측정 지표

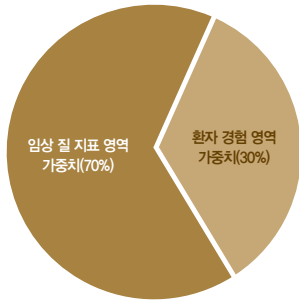
병원가치기반구매 프로그램의 질 측정 지표는 입원환자질보고(IQR) 프로그램의 지표와 병원비교 웹사이트에 속한 지표의 일부를 사용하고 있다(Thorpe & Weiser, 2011). 그리고 환자만족 설문 지표와 수술진료향상 프로젝트(Surgical Care Improvement Project)에 포함된 급성심근경색(AMI), 폐렴(pneumonia), 심부전(heart failure) 등의 수술 지표 및 기타 감염 관련 지표를 활용하고 있다. 따라서 병원가치기반구매 프로그램 운영을 위해 요구되는 추가적인 자료는 없다.

2013 회계연도 프로그램에서 사용된 병원가치기반구매 프로그램의 평가 영역은 12개의 임상 질 지표와 8개의 환자경험의 두 가지 영역이었다. 그리고 각 영역별 가중치는 임상 질 지표 영역이 70%, 환자경험 영역이 30%이다.

그러나 2014 회계연도 프로그램부터는 13개의 임상 질 지표와 8개의 환자경험에 3개의 사망률 지표가 추가된 세 가지 영역으로 구성된다. 각 영역 간 가중치를 살펴보면, 임상 질 지표 영역은 45%, 환자경험 영역은 30%, 진료결과 영역은 25%이다.

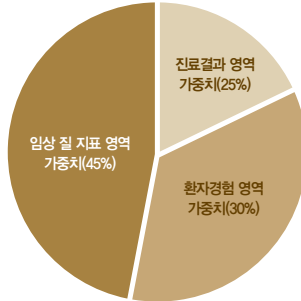
일반적으로, 임상 질 지표 영역은 환자의 회복과 전반적인 건강증진 등에 대해 추적 가능하므로, 합의중심 진료(consensus-based practice)를 의미하는 지표라고 볼 수 있다. 2013 회계연도 프로그램 결과에 따르면 총 점수의 30%를 차지하는 환자경험 영역은 진료에 대한 환자의 인식에 따라 달라지므로, 총 점수에 영향을 많이 미치는 것으로 나타났다.

2013 회계연도 프로그램



임상 질 지표 영역 (12개 항목)	환자경험 영역 (8개 항목)
<ol style="list-style-type: none"> 1. AMI-7a 병원도착 30분 이내 혈전용해제투여 2. AMI-7a 병원도착 90분 이내 PPCI실시 3. HF-1퇴원지도 4. PN-3b 병원의 첫 번째 항생제투여 전 혈액배양 검사 5. PN-6 적절한 항생제선택 6. SCIP-Inf-1 수술 절개 전 1시간 이내 예방적 항생제 투여 7. SCIP-Inf-2 수술환자 예방적 항생제 투여 8. SCIP-Inf-3 수술 종료 24시간 이내 예방적 항생제 중단 9. SCIP-Inf-4 10. SCIP-Card-2 11. SCIP-VTE-1 혈전 색전증 발생 가능 수술 환자 12. SCIP-VTE-2 24 시간 이내 혈전색전증 예방 치료 수술 환자 	<ol style="list-style-type: none"> 1.간호사 커뮤니케이션 2.의사커뮤니케이션 3.병원 직원들의 반응성 4.통증치료 5.진료 커뮤니케이션 6.병원 청결 및 정숙 7.퇴원 정보 8.전반적인 병원 평가

2014 회계연도 프로그램



임상 질 지표 영역 (13개 항목)	환자경험 영역 (8개 항목)	진료결과 영역 (3개 항목)
<ol style="list-style-type: none"> 1. AMI-7a 병원도착 30분 이내 혈전용해제투여 2. AMI-7a 병원도착 90분 이내 PPCI실시 3. HF-1퇴원지도 4. PN-3b 병원의 첫 번째 항생제투여 전 혈액배양 검사 5. PN-6 적절한 항생제 선택 6. SCIP-Inf-1 수술 절개 전 1시간 이내 예방적 항생제 투여 7. SCIP-Inf-2 수술환자 예방적 항생제 투여 8. SCIP-Inf-3 수술 종료 24 시간 이내 예방적 항생제 중단 9. SCIP-Inf-4 수술 후 혈당이 조절된 환자 ★ 10. SCIP-Card-9 수술 후 1~2일 이내 도노관 제거 11. SCIP-VTE-2 병원도착 전 베타블로커 투여 환자 중 수술시 베타블로커 투여 12. SCIP-VTE-1 수술환자 중 혈전 색전증 발생 환자 13. SCIP-VTE-2 수술환자 중 24시간 이내 혈전 색전증 예방 치료 	<ol style="list-style-type: none"> 1.간호사 커뮤니케이션 2.의사커뮤니케이션 3.병원 직원들의 반응성 4.통증치료 5.진료 커뮤니케이션 6.병원 청결 및 정숙 7.퇴원 정보 8.전반적인 병원 평가 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 급성심근경색증(AMI) 30일 이내 사망률 2. 심부전(HF) 30일 이내 사망률 3. 폐렴(PN) 30일 이내 사망률

* 표는 2014년 평가부터 추가되는 지표임.

그림 2. 병원가치기반구매(HVBP) 프로그램의 평가 영역별 지표

다. 가치 측정 방법

병원가치기반구매는 병원 성과기반 지불제도의 설계와 실행에 관련된 이슈들을 다루고 있다. CMS는 병원의 성과 측정은 성과평가모델(performance assessment model)을 활용한 병원 성과평가 모형을 구축하였다. 이것은 특정 의료서비스의 질 측정에 있어 병원의 성과를 점수화하는데 사용하는 일종의 방법론으로, 각 지표를 통해 획득한 점수와 개선된 점수 중 높은 점수에 기반 하여 병원의 성과를 평가하는 것이다. 개별 지표에 대한 병원의 성과는 과정, 결과, 환자경험, 효율성 등 각 영역에 가중치를 부여한 점수를 합산함으로써 측정할 수 있다. 인센티브는 이렇게 측정된 성과의 총점(aggregate score)에 근거하여 지불된다.

2014 회계연도 프로그램에서는 임상 질 지표 영역과 환자경험 영역에 대한 평가 기간을 기준년도(baseline period) 2010년 4월 1일부터 2010년 12월 31일까지 9개월, 평가년도(performance period) 2012년 4월 1일부터 2012년 12월 31일 9개월로 각각 설정하고 있다. 그리고 진료결과 영역에 대해서는 기준년도 2009년 7월 1일부터 2010년 6월 30일까지 12개월, 평가년도를 2011년 7월 1일부터 2012년 6월 30일까지 12개월로 설정하고 있다. 동 기간동안 참여 병원에 대한 세 가지 영역의 지표 자료를 수집한 후 각 영역에 대한 목표달성(achievement) 병원과 질 향상(improvement) 병원을 대상으로 성과 보상을 실시한다.

수집된 자료를 중심으로 성과측정 방법을 살펴보면, 우선 기준년도의 데이터를 중심으로 종 모양의 그래프를 그려서 기준년도 모든 병원의 각 영역별 성과를 단순화시켜 확인한다. 종 모양의 그래프는 세 개 지점으로 구분할 수 있는데, 첫 번째 포인트인 Floor는 백분위수 중 0점을 나타내는 구간으로 성과가 낮은 병원으로 정의할 수 있다. 두 번째 포인트인 Threshold는 100분위수의 절반을 나타내는 50번째 구간으로 이 지점을 기준으로 아래 분위에 분포한 병원은 성과가 낮고, 위 분위에 분포한 병원은 성과가 높다고 해석할 수 있다. 세 번째 포인트인 Benchmark는 상위 10% 내에 위치한 병원 또는 상위 10개 구간의 평균을 나타낸다.

기준년도의 성과에 대해 확인한 다음 평가년도의 성과를 목표달성(achievement) 성과와 질 향상(improvement) 성과로 구분하여 측정한다. 목표달성(achievement) 성과란 전체 참여 병원의 기준년도 등급을 개별 병원의 성과년도 등급과 비교하여 부과하는 점수이다.

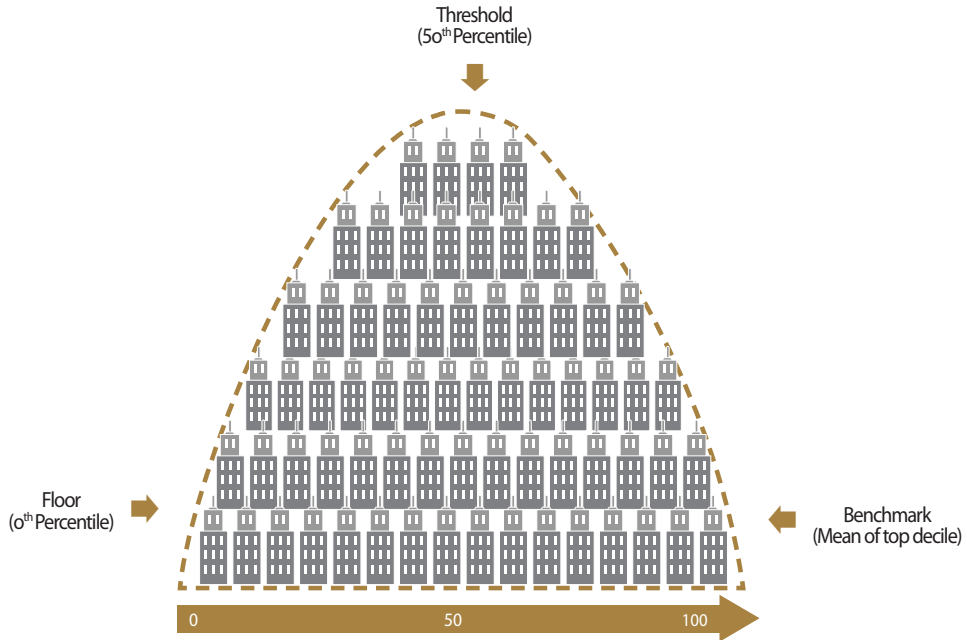


그림 3. 기준년도의 성과 측정 그래프

예를 들어, 어떤 병원의 성과년도 등급이 기준년도와 비교했을 때 전체 병원 등급의 기준점(benchmark)을 초과하거나 그 이상일 경우에는 10점을, 목표역치(achievement threshold)에 도달하지 못하면 0점을, 기준점보다 낮지만 목표역치에 도달했거나 그 이상이면 1-10점을 획득할 수 있다.

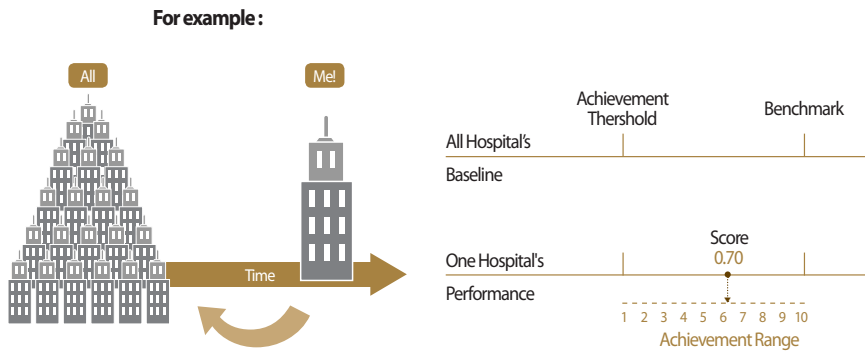


그림 4. 목표달성 성과 비교 기준 및 성과 측정

반면, 질 향상(improvement) 성과란 동일 병원에 대한 기준년도의 등급을 성과년도의 등급과 비교함으로써 측정할 수 있다.

즉, 한 병원의 성과년도 등급이 기준년도의 등급에 비해 기준점을 초과하거나 그 이상일 경우에는 9점을, 기준년도와 같거나 그 이하이면 0점을, 기준년도 등급과 기준점 사이에 있으면 0-9점을 획득할 수 있다.

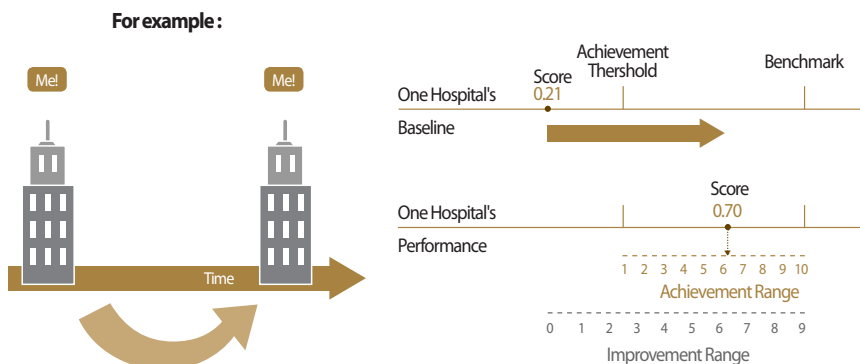


그림 5. 질 향상 성과 비교 기준 및 성과 측정

한편, 30일 사망률에 대한 성과측정의 경우 질병의 특성에 따라 결과에 차이가 있으므로, 질병별로 목표역치(목표점수를 받기 위해 요구되는 병원성과의 최소 수준)와 기준점(10분위수로 표시된 기준년도 병원성과의 평균) 사이에 목표달성 범위(achievement range)를 설정하고, 정해진 공식에 따라 점수를 산출한다.

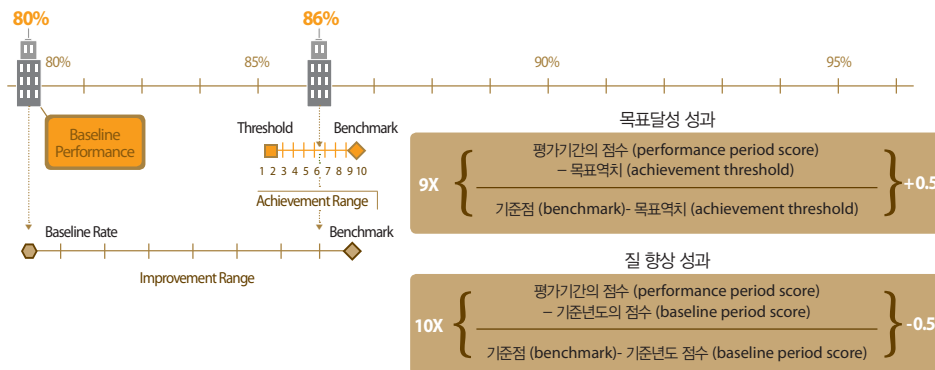


그림 6. 진료결과 영역의 성과 측정 방법(AMI 30일내 사망률 사례)

이렇게 산출된 질병별 사망률 점수는 진료결과 영역의 병원 점수로 전환하여 일
반화 하여 총점에 적용한다.

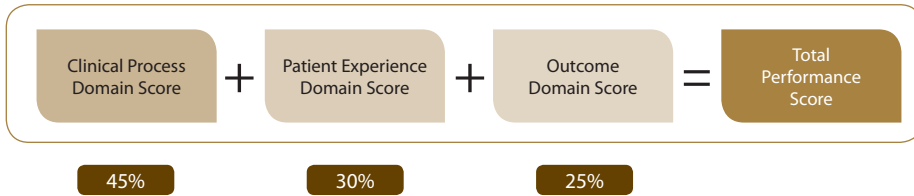


그림 7. 성과 총점 산출 내역(2014 회계연도 프로그램)

라. 성과 보상

CMS의 병원가치기반구매 모델은 환자보호 및 적정의료에 관한 법(PPACA)에 따라 핵심 진료와 환자 만족에 대한 가중치를 각 병원의 가치기반구매 총점과 합산함으로써 성과 및 재정적 인센티브 제공의 근거를 제공하는 것이다. 가치기반 인센티브의 분배와 관련하여 적정의료에 관한 법(ACA)은 CMS가 절감된 DRG 운영비용의 금액과 동일한 금액을 모든 병원에 분배할 것을 요구하고 있다. 그리고 동 법은 성과 점수에 근거하여 병원가치기반구매에 참여하는 모든 병원들에게 충분한 금액이 보상 될 것을 요구하고 있다.

이로써 가치기반 인센티브 지불을 통해 받을 수 있는 병원의 총액과 병원의 성과 총점과의 관계는 가치에 대한 교환함수가 되는 것이다.

현재 CMS에서 시행하고 있는 병원가치기반구매 프로그램은 DRG 지불에 참여하고 있는 병원을 대상으로 2014년 회계연도 지불금액의 최대 1.5%까지 지불삭감 함으로써 자금을 구축하는 방식을 채택하고 있다. 삭감된 금액은 병

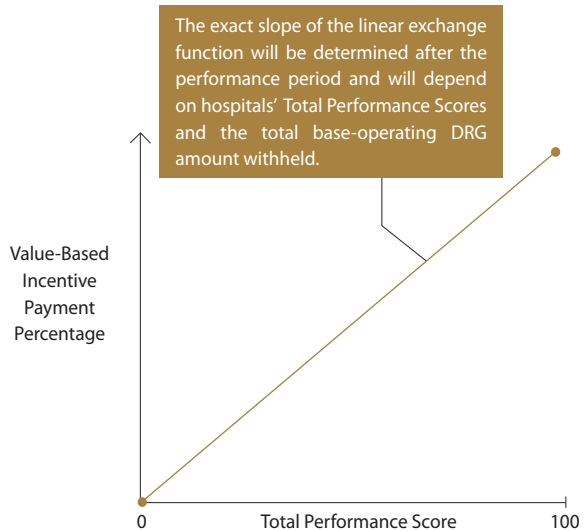


그림 8. 성과 총점과 가치기반 인센티브 지불의 선형 관계


원의 성과 총 점수(Total Performance Score, TPS)에 근거하여 재분배 된다. 그리고 각 병원의 가치기반 인센티브 지불금액은 DRG 입원환자에 대한 중증도 보정에 따라 다르게 적용될 것이다. 따라서 병원의 보상 금액은 성과 총 점수의 범위와 분배에 따라 달라질 것이다.

4. 나가며

보건의료서비스 부문에서 비용과 질의 문제는 양날의 칼과 같이 어느 한쪽도 양보할 수 없는 팽팽한 긴장을 유지하고 있다. 특히, 최근 OECD 국가들을 중심으로 보건의료시스템의 지속가능성에 대한 문제가 화두로 대두됨에 따라 대부분의 국가들은 의료비 지출을 효과적으로 통제하면서 의료서비스의 질을 향상시킬 수 있는 생산성 향상에 초점을 둔 보건의료시스템의 개혁을 단행하고 있다. CMS는 전국의 병원을 대상으로 2012년 10월부터 병원가치기반구매 프로그램을 의무(mandatory) 적용함으로써 가치에 기반 한 지불을 강화시키는 방법을 도입하였다. CMS가 도입한 병원환경에서의 가치기반구매는 ①임상 질 향상, ②환자안전 향상, ③환자중심 진료 장려, ④불필요한 비용 감소, ⑤질 향상에 효과적인 시스템에 대한 투자 촉구, ⑥비교성과 측정 및 공개, ⑦성과에 근거한 차등 지급, ⑧높은 가치의 서비스를 선택한 환자 및 공급자에 대한 인센티브 제공이라는 주요 원칙을 제시함으로써, 가격 감소가 의료의 질 향상을 담보하지 못했던 기존의 가격할인 협상의 제한된 노력과는 차별화 하고 있다. 그러나 CMS가 2017년 회계연도까지 병원에 제공하는 인센티브 기금을 증가시킬 것이라는 계획과 병원가치기반구매 프로그램 도입을 통해 2019년까지 메디케어 지불을 1,100억 달러까지 감소시키겠다는 계획을 발표함에 따라, 일각에서는 병원가치기반구매 프로그램이 반드시 병원에 당근 정책으로만 작용하지 않을 것(Rhew, 2012)이라는 우려 섞인 목소리도 흘러나오고 있다.

그럼에도 불구하고, 오늘날 보건의료 개혁에 있어 가치기반구매는 공급자와 구매자를 모두 아우르는 가장 핵심적인 개념으로 볼 수 있다.

무엇보다도, CMS의 병원가치기반구매 프로그램이 의료서비스에 대한 지불의 근거를 가치와 결과에 두면서 공급자의 책임을 강조하고 있다는 점에 주목해 보면, 행위별 지불체계 내에서 성과기반 지불 프로그램이 지향해야 할 목표가 무엇인지 분명하게 알려주고 있는 듯 하다.

따라서 CMS의 병원가치기반구매 프로그램의 성과를 주시하면서, 우리도 비용과 질의 지속가능성을 담보할 수 있는 성과기반 지불체계에 대한 고민을 구체화해야 할 것이다. 

참고문헌

1. Centers for Medicare & Medicaid. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. Dry Run of the Fiscal Year 2013 Hospital VBP Program. February 28, 2012.
2. Centers for Medicare & Medicaid. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. FY 2013 Actual Percentage Payment Summary Report. October 4, 2012.
3. Centers for Medicare & Medicaid. National Provider Call: Hospital Value-Based Purchasing. Fiscal Year 2014 Overview for Beneficiaries, Providers, and Stakeholders. July 11, 2012.
4. Centers for Medicare & Medicaid. Roadmap for Implementing Value Driven Healthcare in the Traditional Medical Fee-for Service Program.
Available from: URL:
http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/QualityInitiativesGenInfo/downloads/vbroadmap-oea_1-16_508.pdf
5. David C Rhew. What makes the program so challenging is every hospital is assessed relative to other hospitals. ADVANCE Newsmagazines, December 29, 2012.
6. Deloitte Center for Health Solutions. Issue Brief: Value-based purchasing: A strategic overview for health care industry stakeholders. 2011.
7. Jane Hyatt Thorpe, Chris Weiser. Hospital value-based purchasing program. March 30, 2011.
8. NBCH. What is value-based purchasing?
Available from: URL: <http://www.nbch.org/index.asp?bid=529&method>