

# 가치기반 만성질환 통합관리를 위한 주요국 사례 고찰

‘19.11.08 한국보건행정학회 후기 학술대회



건강보험심사평가원 심사평가연구실  
의료보장연구부 이근정



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE



# CONTENTS

- 01 보건의료와 가치
- 02 Pay For Performance
- 03 Bundled Payment
- 04 Accountable Care Organization
- 05 나가며





01

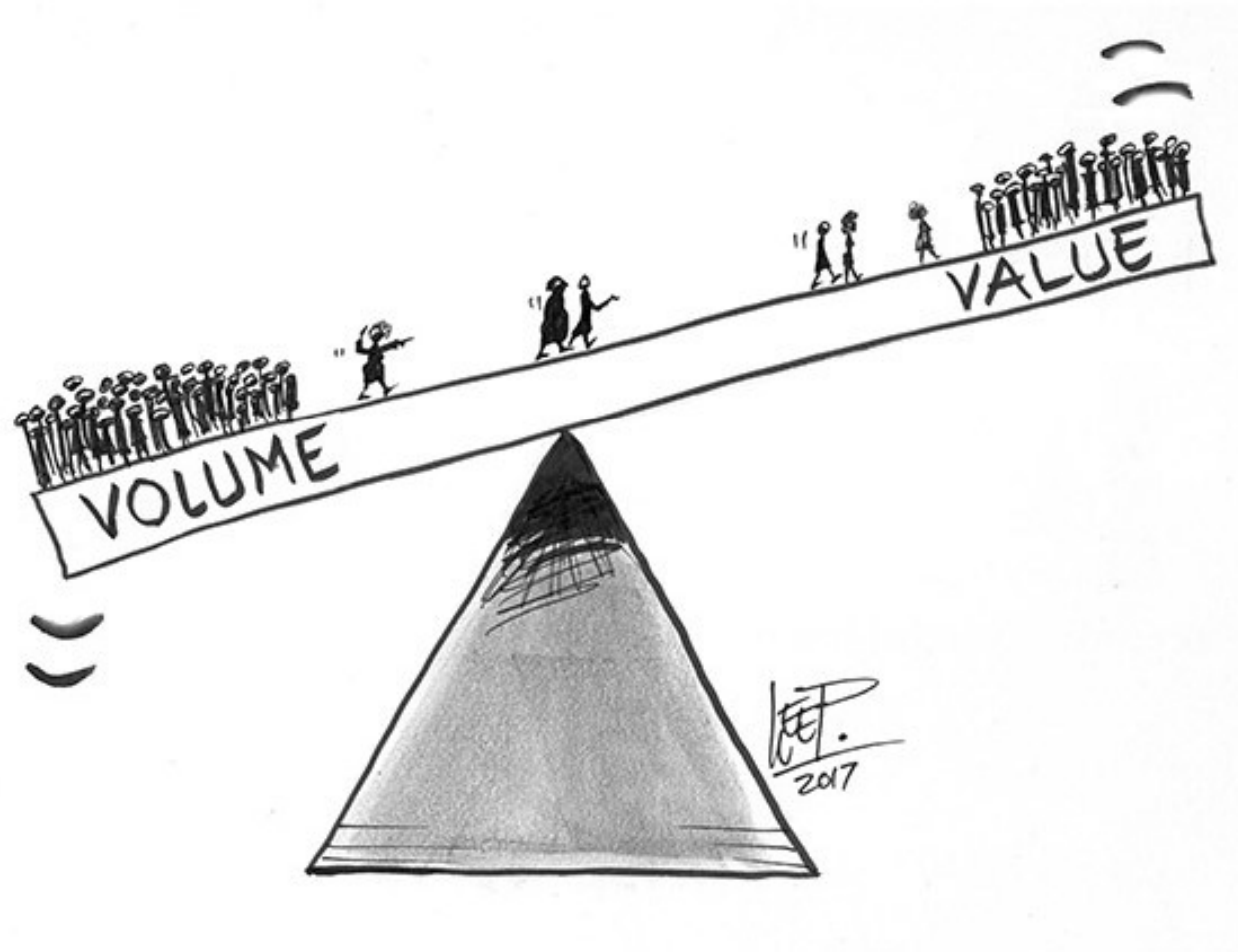
# 보건의료와 가치



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

# 1. 보건의료와 가치

1. 보건의료와 가치



Source : Larry Sobal(2017), Has value reached the tipping point?

$$\text{Value} = \frac{\text{Health outcomes that matter to patient}}{\text{Cost of delivering these outcome}}$$

Michael E. Porter

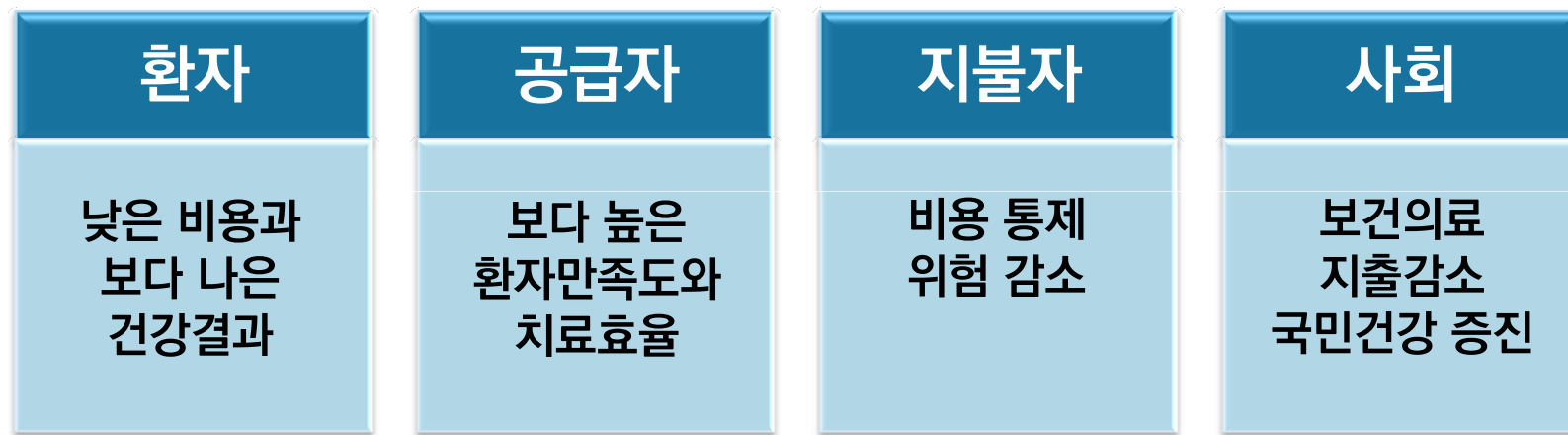
$$\text{Value} = \frac{\text{Set of outcomes that matter to patient for the condition}}{\text{Total costs of delivering them over the full care cycle}}$$



환자 가치 증진을 위한 최상의 방법은  
통합된 방식으로 연계된 서비스 제공

# 1. 가치기반이란 무엇인가

## 가치기반 시스템과 만성질환관리 접목의 이점





## 보건의료시스템의 목적는?

### 보건의료의 핵심 목적은 환자의 가치 증진

- ▶ Value =  $\frac{\text{Health outcomes that matter to patient}}{\text{Cost of delivering these outcome}}$
- ▶ 환자를 위한 높은 수준의 가치 전달이 모든 보건의료조직의 핵심 목표
- ▶ 재정효율화는 가치 전달과정의 결과 중 하나이며 그 자체가 궁극의 목표 아님



양적 기반에서 가치기반으로  
보건의료 전달체계 전환 필요

# 1. 가치기반이란 무엇인가

1. 보건의료와 가치

## 가치기반 전달체계 구축을 위한 전략적 아젠다



Source : Michael E. Porter and Thomas H. Lee(2013), The Strategy That Will Fix Health Care. Harvard Business Review

# 1. 대안적 지불제도 분석들

1. 보건의료와 가치

Category1	Category2	Category3	Category4
FEE FOR SERVICES	PERFORMANCE BASED PAYMENT	BUNDLED PAYMENT	ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATION
FFS – No Link to Quality & Value	FFS – Link to Quality & Value	APM Built on FFS Architecture	APM Built on FFS Architecture
Current System	P4C, P4R, P4P	Condition-Specific Population based	Gain Sharing → Risk Sharing
<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행위의 양에 근거한 지불</li> <li>· 질과 효율성 연계 안됨</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행위별수가 일부를 질과 가치에 연동하여 추가 지불</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행위별수가 기반</li> <li>· 질병군 및 환자단위 통합 통한 지불 연동</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 행위와 지불 직접 연결 안됨</li> <li>· 일정기간 환자집단에 제공한 전체 서비스에 대한 지불</li> </ul>
기존 시스템	호주 PIP	네덜란드 BP	US Medicare ACOs



02



# PAY FOR PERFORMANCE



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

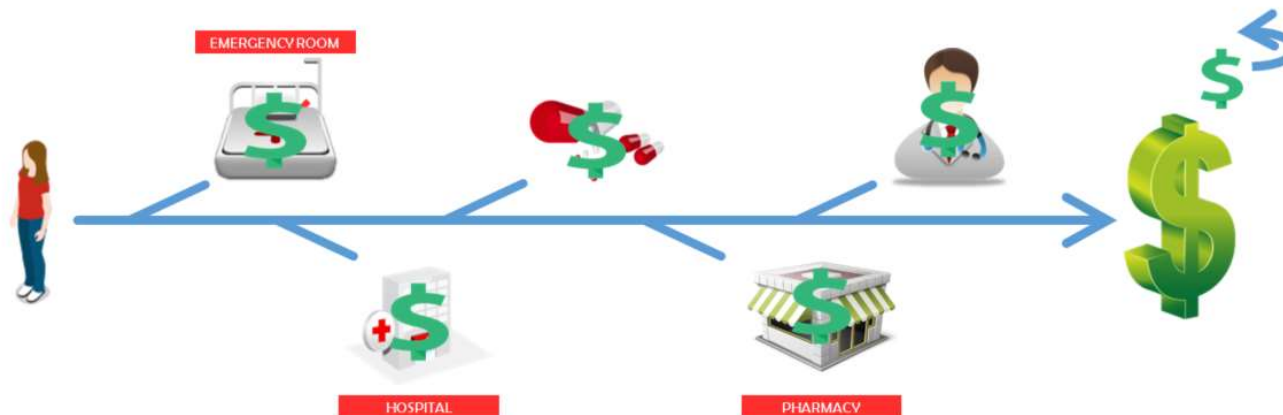
## 2. Pay for Performance

### 제도개요

- 의료의 질과 성과에 대하여 보상하는 근거기반 보완적 지불제도, 사후지불 방식  
- 결과에 따른 지불, 성과기반 자원조달, 결과기반 재정 등으로 지칭

### 주요 적용 분야

- 과소진료, 노인대상 예방접종 등 의료의 질 저하 발생 가능 분야
- 그 외, 입원진료와 외래 전문의 및 급성기 진료에도 활용
- 최근 당뇨병, 고혈압 등 만성질환관리에 사용되는 사례 증가



Source : Darshak Sanghavi et al.(2014). The Beginner's guide to new health care payment models. USC-Brookings Schaeffer on Health Policy에서 재구성

## 2. Pay for Performance

### 호주 Practice Incentives Program(PIP)

- 일차의료의 포괄적, 양질 진료에 대한 인센티브 지불
  - 행위별수가제의 부가지불제도로 활용
- 목적 : 일반의의 양질의 진료 장려와 역량 강화, 환자 접근성과 진료결과의 향상
- 질 영역, 자원 영역, 농어촌지원 영역 세가지 영역, 11개 프로그램 시행

### PIP 당뇨병 인센티브

- 당뇨병의 조기진단 및 당뇨병 환자의 효율적 관리 독려 목적
- 지불 영역 : 환자등록 지불, 서비스 제공 인센티브 지불, 결과 지불
- 연간 진료주기에 따른 서비스 제공 최소요건 규정
  - 당화혈색소 측정 1회, 안과검진 1회, 족부 검진 1회, BMI 측정 2회, 혈압 측정 2회, 총콜레스테롤·중성지방·고밀도단백질 측정 1회, 미세단백뇨 검사 1회, 추정사구체여과율 측정 1회, 자가관리교육, 식이점검, 신체활동 정도 점검, 흡연상태 점검, 복약상태 점검

## 2. Pay for Performance

구 분	내 용	지불금액
등록지불	· 당뇨병 환자를 등록하고 리콜 및 알림시스템을 사용하는 경우 1회 지불	SWPE <sup>1)</sup> 당 1달러
서비스 인센티브 지불	· 당뇨병 환자가 연간 치료주기 완료한 경우 지불(분기별 정산 지불) · 연간 치료주기에 포함되는 서비스의 최소 제공 조건을 충족해야 함	환자 당 연간 40달러
결과지불	· 총 진료환자의 2% 이상이 당뇨병 진단을 받은 환자이며, 이들 당뇨병 환자 중 연 치료주기를 완료한 비율이 50%이상인 경우 지불 · 연간 치료주기 완료 사례 당 연 1회 지불	환자 당 연간 20달러

주1. Standardised Whole Patient Equivalent: 지난 12개월 동안 환자에게 제공되는 진료의 총합  
Source : <https://www.humanservices.gov.au/sites/default/files/2018/06/diabetes-pip-guidelines.docx>



03



# BUNDLED PAYMENT

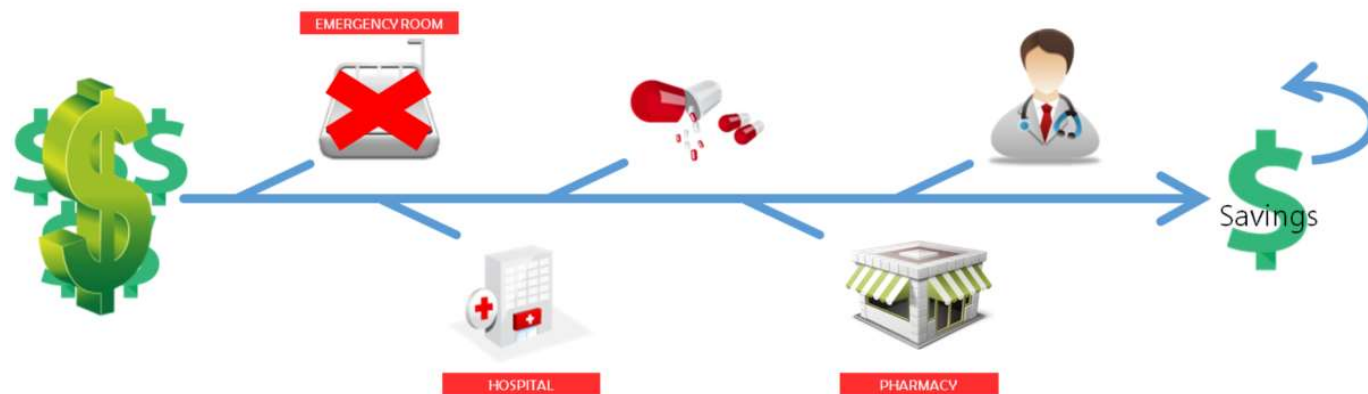


건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

# 3. BUNDLED PAYMENT

## 제도개요

- 환자의 건강상태나 치료 및 중재과정의 연관성에 따라 일련의 서비스를 하나로 묶어 비용을 지불하는 방식, 질 개선과 비용절감이 주 목적
- 주요 대상 : 선택적 외과수술 등 급성기 치료, 당뇨병 등 만성질환 치료에 주로 적용
- Multiple providers, pre-defined care episode, fixed price based on historical cost
- 공급자가 기준가격과 실제비용간의 차이에 따른 손실과 이득 모두 부담
- 만성질환 bundled Payment
  - 치료와 중재과정 전반의 협력과 조정 증진을 거시 목표로 함
  - 공급자들 간 분절적 치료 지양 및 지속적·장기적 치료 유도 위한 인센티브 제공



Source : Darshak Sanghavi et al.(2014). The Beginner's guide to new health care payment models. USC-Brookings Schaeffer on Health Policy에서 재구성

# 3. BUNDLED PAYMENT

## ■ 제도 설계(1)



### 급여범위

검진, 전문의 예약, 진단검사, 추후 관리 등 만성질환 치료와 관련된 일련의 진료과정을 하나의 단위로 묶음



### 대상환자

- 고위험군 포함 여부
- 복수의 만성질환 보유자 중복적용 여부 및 상호 영향에 대한 대처방안 고려



### 수가 설정

- 실제비용(historical costs)에 근거하여 가격 설정
- 임상진료지침 근거 '최적 진료' 규정 후 이에 기반해 예산 설정



### 재정적 위험

- 규정범위 외 서비스 제공시 공급자의 추가 재정부담 존재
- 질 요건 충족 시 총 비용 지급

# 3. BUNDLED PAYMENT

## 제도 설계(2)



재정적 보상

- 공급자 협업에 대한 보상 제공
- 질지표 달성에 대한 추가 보상 제공



모니터링

- 수가설계에 질과 결과자료 포함되도록 측정·보고·감독 시스템 구축



이해관계

- 공급자, 구매자 등과 목적 공유 및 참여 동기부여 필요



IT시스템

- 정보기록을 위한 IT 시스템의 역량 강화 필요
- 정보관리자에 대한 교육 필요



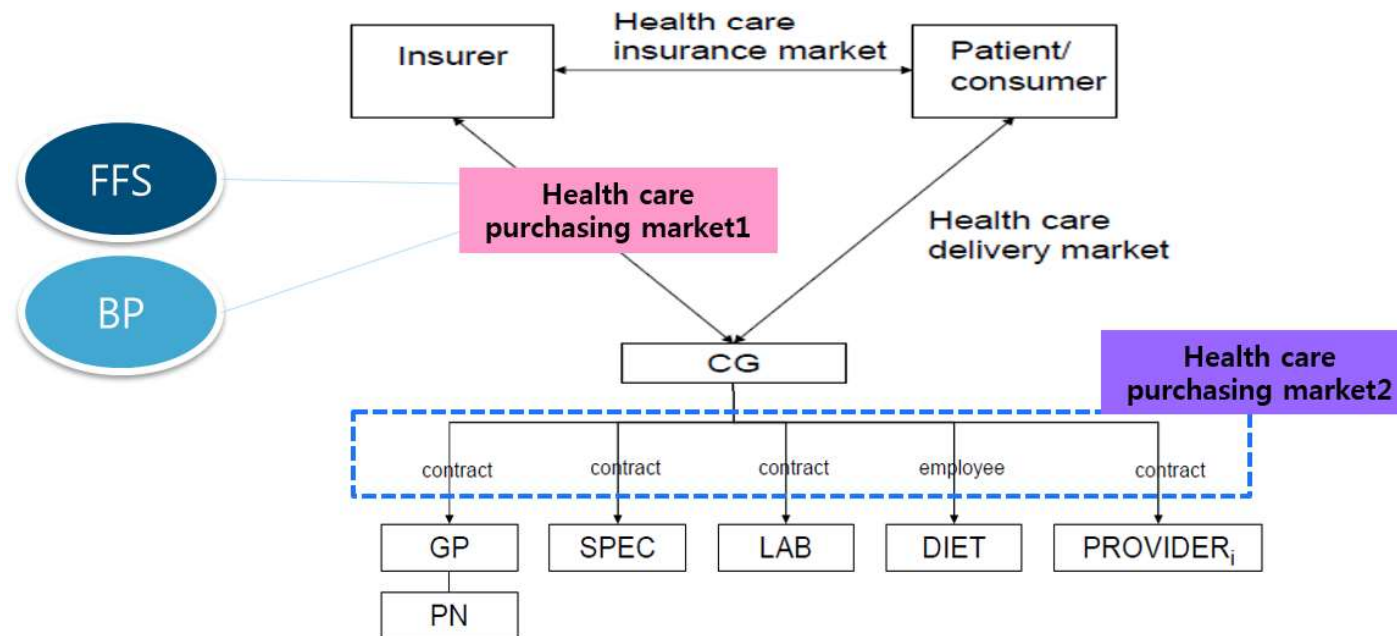
책임성

- 질적 요소가 수가에 반영되므로 이를 측정·기록·감독하는 모니터링, 평가, 환류 과정 구축 필요

# 3. BUNDLED PAYMENT

## 네덜란드 Bundled Payment

- '07, 만성질환 진료제공 개선을 위해 제2형 당뇨병, COPD, 심혈관계질환에 BP 도입
- 당뇨병 BP : 당뇨병 표준진료에 포함되는 서비스에 단일 수가로 비용 지불
  - 당뇨병 진료표준(HSC) : 네덜란드 당뇨병연합(NDF)이 결정
  - 진단단계와 치료 및 점검 단계로 구분
  - Care Group에 따라 당뇨병 묶음지불에 포함되는 급여서비스 상이



# 3. BUNDLED PAYMENT

		Diabetes care group								
	Required by NDF Health Care standard	1	2	3	4	5	7	8	9	10
<i>Diagnostic phase</i>										
Formal diagnosis	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Initial risk assessment	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
<i>Treatment and standard check-ups</i>										
12-monthly check-ups	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3-monthly check-ups	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Eye examinations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Foot examinations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Supplementary foot exams	Unclear	-	+	+	-	+	-	-	+	-
Foot treatment	No	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Laboratory testing	Yes	+	+	+	+	+	+	-	+†	+
Smoking cessation support	Yes	-	+	-	-	+	-	+	+	-
Exercise counselling	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Supervised exercise	No	-	-	-	-	-	-	-	+‡	-
Dietary counselling	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+/- #
Medication	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosocial care	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Medical aids	No	-β	-	-	-	-	-	-	-β	-
Additional GP consultations (diabetes-related)	Unclear	-	+/-	+/-	+/-	-	+/-	+/-	+/-	+/-
Additional GP consultations (non-related)	No	+/-	-	-	-	-	-	-	-	-
Specialist consultations	Yes	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Source : Struijs JN.(2015). Integrating care by bundled payment in the Netherlands. National Institute for Public Health and the Environment

# 04

## ACCOUNTABLE CARE ORGANIZATION

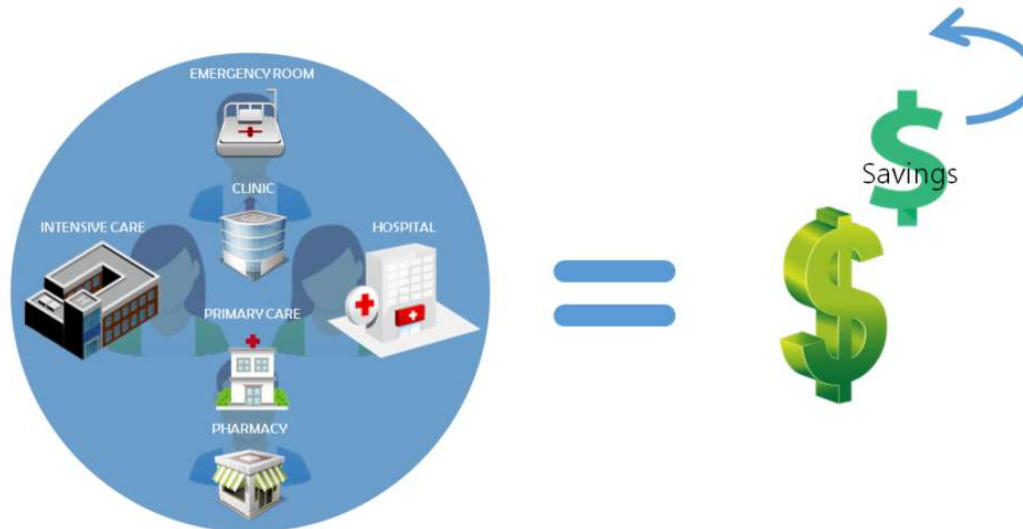


건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

## 4. Accountable Care Organization

### 제도개요

- ACO 정의
  - 특정 인구집단에 대한 보건의료서비스 제공 관련 재정적 책임을 지는 조직
  - 사전 정의된 질 기준을 충족하고 사전에 정의된 기준 예산 이하로 비용을 지출했을 경우 절감분을 ACO 조직 내에서 인센티브 개념으로 공유
- 지불방식
  - 행위별수가제 근거하여 지불, 연단위 벤치마크 기준으로 인센티브 지급
  - 벤치마크 수치보다 지출 낮으면 인센티브 지급, 지출 높으면 ACO가 배상



Source : Darshak Sanghavi et al.(2014). The Beginner's guide to new health care payment models. USC-Brookings Schaeffer on Health Policy에서 재구성

## 4. Accountable Care Organization

### 제도 설계

- 벤치마크 설정
  - 총 보건의료지출 or ACO 가입 인구집단의 보건의료비용을 기준으로 설정
  - Medicare ACO : 최근 3년간 ACO 가입자 1인당 평균 지출의 가중치로 계산
  - 민간 ACO : 개별 협상 통한 벤치마크 및 연증가율 설정
- 인센티브 지급의 선결조건 : 질 기준 달성
  - '18/'19년 기준, 4개 영역 30개 지표
    - ① 환자·간병인 경험 ② 케어 조직화·환자 안전 ③ 예방
    - ④ 주의가 필요한 환자(우울증, 당뇨병, 고혈압, 허혈성심질환 등)

### Medicare ACO

- 제도 유형
  - ① Medicare Shared Savings Program(MSSP): 비용절감공유 계약 주로 체결
  - ② Advanced Payment: 자원접근 어려운 지역, Medicare가 절감예산 선지급
  - ③ Pioneer ACO: 재정 보상 및 위험 수준이 높은 유형,  
공급자간 효과적인 진료·관리 수행이 증명된 기관만 CMS와 계약

## 4. Accountable Care Organization

### Medicare Shared Saving Program

- 가입자 건강향상 및 보건의료 지출 증가 억제를 목표로 함
- CMS 지불제도가 기존의 진료량(volume) 중심에서 가치와 결과 기반으로 나아가는데 혁신적 역할을 하고 있는 대안적 지불제도로,
  - ① 환자집단에 대한 공급자 조직의 책임을 증진시키고
  - ② Medicare 가입자를 위한 진료항목과 서비스를 조정하며
  - ③ 양질의 효율적인 서비스에 투자할 수 있도록 장려하는 역할 수행
- 자발적 프로그램으로, 의사, 병원 및 기타 공급자 그룹이 하나의 ACO로 결합하여 가입자에게 조직적·양질의 서비스를 제공하도록 장려
- 2019년 현재 미국 내 총 487개 Savings Program ACO 운영

## 4. Accountable Care Organization

### Texas 주 MSSP - Rio Grand Valley ACO의 당뇨관리 프로그램

- '12년 Medicare ACO 가입자에게 포괄적 당뇨관리 프로그램 제공 위해 설립
- 지불 모형
  - 양측 위험 모형 채택, 벤치마크 대비 최소 2% 이상의 절감률 달성 시 질 성과에 따른 비용절감의 60%까지 공유 가능. 반면 총 비용이 벤치마크 초과 시 1년차 5%, 2년차 7.5%, 3년차 10%의 손실을 공유하도록 계약
- 프로그램 내용
  - ① 환자가 질병을 이해하도록 지원 ② 적절한 생활습관 변화 장려
  - ③ 체계적 당뇨관리 접근법 제공 ④ 조절되지 않는 당뇨병환자 추가지원 연계
- 프로그램 결과
  - 당뇨병환자 중 80%가 프로그램에 참여, 그 중 70%가 당뇨관리 프로그램의 전략 1개 이상 수행, 당뇨 조절 성공 환자 50%
  - 질 지표 관련 당뇨 종합점수는 전국 상위 10% 달성
  - 지출절감 : 병원입원 및 재입원 감소, 재가의료서비스 시행 등을 통해 Medicare 가입자 1인당 지출을 14% 절감

05

나가며



건강보험심사평가원  
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

$$\text{Value} = \frac{\text{Set of outcomes that matter to patient for the condition}}{\text{Total costs of delivering them over the full care cycle}}$$



가치기반 시스템은 근본적으로 비용절감을 위한 대안이 아니며  
최고수준의 질과 건강결과 달성을 위하여  
충분한 자원과 비용을 투입하여 최적의 경로를 찾는 과정

## 5. 나가며





감사합니다