

미국의 아급성기 의료체계와 진료비 지불제도 개편 시범사업



노현승 부연구위원
건강보험심사평가원 자원기술정책연구팀

1. 들어가며

우리나라의 경우, 1989년 전 국민 대상 건강보험제도가 도입된 이후 의료전달체계의 확립을 위한 정부의 노력이 증대되어 왔다고 할 수 있다(오영호, 2012). 그러나 최근 가속화되고 있는 인구고령화 현상은 의료서비스의 정책적 환경을 급속하게 변화시키고 있다. 무엇보다도, 노인성 질환 및 만성질환 이환율과 복합성 질환자의 증가는 건강보험재정 운용에 부담을 가중시키고 있다(신영석, 2012). 이와 같이, 인구고령화와 만성질환자 증가가 수반하는 의료수요의 변화는 이를 효과적으로 관리할 수 있는 새로운 의료체계의 마련을 필요로 한다. 특히, 급성기 질환 중심으로 대응하고 있는 기존의 의료체계는 의료비 관리측면에서 한계에 직면하고 있는 것으로 지적되고 있다(이규식, 2013).

이러한 상황에서 미국은 아급성기 지불제도 개편을 위한 시범사업을 추진하고 아급성기 의료전달체계를 재정립하기 위해 노력을 기울여왔다. 이 시범사업의 주요 원인은 급속히 증가하는 아급성기 진료비 발생 부담 때문이다. 시범사업의 핵심 내용은 적정 이용환자 분류를 위한 평가도구의 적용과 결과 보고이다.

아급성기 의료체계 확충이 요구되는 현재의 시점에서 미국의 아급성기 수가체계 개편 노력은 선형적 경험으로서 참조할 가치가 있을 것이다. 이에 본고에서는 미국의 아급성기 의료체계를 담당하는 의료기관을 개괄하고, 이들 기관에 대한 이해를 토대로 아급성기 지불제도 개편 시범사업을 소개하고자 한다.

2. 미국의 아급성기 의료체계 개요¹⁾

가. 장기요양병원

장기요양병원(long-term care hospital, LTCH)은 미국 아급성기 의료체계에서 가장 급성기 상태에 가까운 환자치료를 담당하는 의료기관이다. 장기요양병원은 급성기 병원의 인증기준을 충족시키도록 하고 있으며, 평균 25일 이상의 입원치료가 필요한 환자를 대상으로 서비스를 제공한다. 이상의 운영조건을 제외하면 환자가 받는 치료 내용과 서비스 측면에서 급성기 병원과 비교해 볼 때 장기요양병원을 규정할 수 있는 범주는 미흡한 실정이다. 이처럼 장기요양병원은 급성기 병원과 기능 및 역할 측면에서 많은 유사성을 가지고 있기 때문에 급성기 병원과의 역할 조정과 관련하여 정책적 이슈가 되고 있다.

장기요양병원은 복합적인 의료적 문제가 있는 환자를 대상으로 급성기 혹은 직후의 의료서비스를 제공하는 곳이다. 따라서 환자구성집단(case-mix groups, CMGs)에 따라 진료비를 지불한다. 환자구성집단 구성은 MS-LTC-DRGs(Medicare severity long-term care diagnosis related groups)를 이용하여 유사한 임상적 문제를 가지고 있는 환자군을 선별하고, 이에 필요한 자원이용량을 할당하여 분류한다.

이렇게 분류된 장기요양병원의 분류체계는 급성기 병원의 입원환자 분류와 동일하게 사용되고 있으나 가중치 반영에서 차이가 있다. 메디케어 파트 A에서 90일 기간 동안 입원환자를 대상으로 보험급여를 지급하며, 61일 이후부터 90일까지의 기간 동안에는 개인부담금이 적용된다(MedPAC, 2008).

나. 입원재활시설

입원재활시설(inpatient rehabilitation facility, IRF)은 질병, 사고 및 수술 등 급성기 직후 환자를 대상으로 집중적인 재활서비스(intensive rehabilitation)를 제공하는 기능을 담당한다. 그리고 1주일을 기준으로 최소 5일, 하루 3시간 이상의 집중적인 재활서비스가 필요한 환자를 대상으로 하며, 다학제적 전문가 인력으로 구성된 팀 단위에 기초하여 서비스가 제공된다. 입원환자의 약 95% 이상은 급성기 병원에서 이송된 환자로 구성된다.

1) 미국 아급성기 의료기관의 개괄은 Medicare Payment Advisory Commission, Report to the congress medicare payment policy. 2013 자료를 참조하여 각 의료기관 별 특성을 중심으로 정리한 것이다.

입원재활시설을 이용하는 환자는 13가지의 의학적 상태 중 최소 하나 이상에 해당되는 환자이어야 한다. 특히, 2007년 발효된 법안(The Medicare, Medicaid, and SCHIP Extension Act of 2007, MMSEA 2007)에 따라 해당 질환군의 환자가 일정 수준 이상 입원하도록 역할 정립을 유인하고 있다. 입원재활시설은 임상적인 상태와 의료자원 요구도를 고려해서 87개의 환자구성집단으로 분류하며, 이를 기준으로 동반상병의 유무 및 중증도에 따라 4개의 소분류(계층)로 구분한 후 가중치를 각각 달리 적용하고 있다. 이렇게 이용환자의 임상적 특성과 자원요구도에 기초하여 분류된 환자구성집단은 진료비 산출을 위한 기본 단위로 활용된다.

표 1. 환자구성집단과 집중재활서비스 제공군 분류

구분	구성내용
환자구성집단 구분요인	<ul style="list-style-type: none"> • 진단 질병 군 • 기능장애 평가 • 인지능력 평가 • 연령
집중재활서비스 제공대상 구분	<ul style="list-style-type: none"> • 계층 1 (높은 수준의 요구도) • 계층 2 (중간 수준의 요구도) • 계층 3 (낮은 수준의 요구도) • 해당없음 (복합질환이 없는 경우)

자료: MedPAC, 2013.

입원재활시설의 지불보상액은 입원환자의 진단상병, 기능상태, 인지상태 및 연령과 입원재활시설이 위치한 지역의 임금수준 등을 고려하여 보정된 금액으로 산정된다. 입원재활시설 입원환자에 대해서는 최대 90일 동안의 급여 보장을 원칙으로 하지만, 60일 이후부터는 본인부담이 발생한다(MedPAC, 2008).

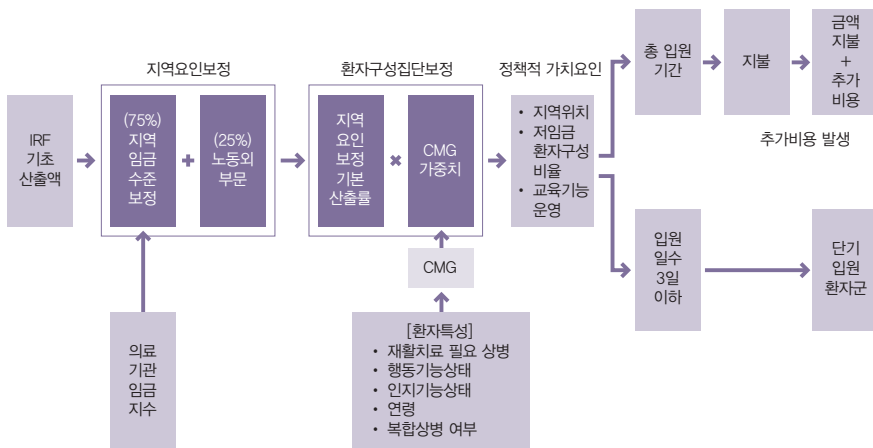


그림 1. 입원재활시설 지불보상체계

자료: MedPAC, 2008.

다. 전문간호시설

전문간호시설(skilled nursing facility, SNF)은 미국에서 가장 일반적인 형태의 아급성기 의료시설로서 급성기 이후 퇴원환자를 대상으로 전문간호서비스와 재활서비스를 제공한다. 주요 서비스로는 물리치료, 직업치료, 언어치료, 보조적 비치료 요법, 약물처방 등이 제공된다. 전문간호시설에서는 특정 질환에 대한 재입원율을 평가하여 재입원율이 높은 병원에 대해서는 패널티를 부과하는 정책을 운영하고 있다.

표 2. 전문간호시설의 서비스 질 평가 지표

서비스 평가 측정지표	(순기능 평가) 100일 이내 지역사회시설로 퇴원 (역기능 평가) 급성기 병원으로의 재입원
-------------	---

자료: MedPAC, 2013.

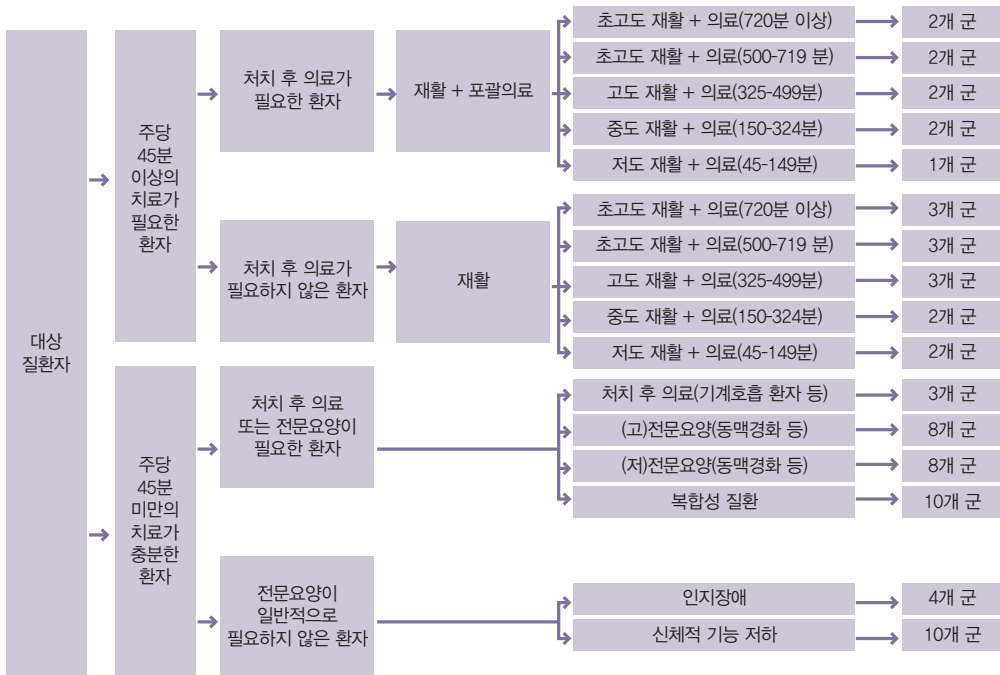


그림 2. 전문간호시설 환자군 분류체계

자료: MedPAC, 2011.

전문간호시설의 환자군은 체계화된 환자평가도구(minimum data set, MDS 3.0)를 이용하여 자원이용군(resource utility groups, RUG-IV)에 따라 분류하고 있으며, 이에 기초하여

서비스 제공 및 진료비 보상을 실시한다. 환자평가도구는 일상생활수행능력(activity of daily living, ADL) 측정지표를 포괄하여 반영하고 있으며, 재활의료 이용 환자군 파악이 가능하도록 체계적으로 설계되어 있다. 환자평가도구에 기초한 환자군 분류는 일차적으로 복합적 임상 서비스와 재활서비스 유형에 따라 각 서비스 유형 내 세부 서비스 제공군으로 분류한다. 그리고 이를 일상생활수행능력에 따라 구분된 자원이용군으로 분류하고 있다.

메디케어 파트 A는 전문간호시설에 입원한 환자 중 최소 3일 이상의 입원치료가 필요한 환자를 대상으로 100일 동안 급여를 지급한다. 입원 20일 기간 동안은 전액 급여지급을 보장하며, 이후에는 일부 본인부담금이 발생한다. 전문간호시설의 진료비 지불보상은 메디케어 파트 A의 66개 자원이용군 분류 기준에 따라 입원건당 지불된다(MedPAC, 2011).

라. 가정방문보건센터

가정방문보건센터(home health agency, HHA)는 간호서비스 및 치료서비스가 필요한 재가요양 환자를 대상으로 서비스를 제공한다. 2009년 현재 가정방문보건센터를 이용한 환자 수는 약 3,300,000명이며, 2010년 기준으로 약 11,400개 가정방문보건센터가 운영되고 있다.

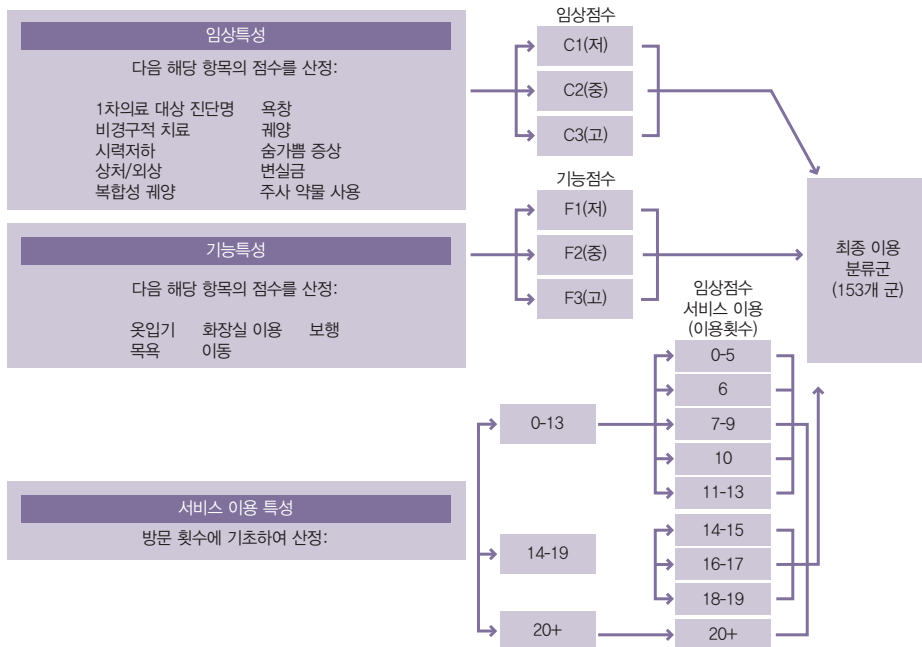


그림 3. 가정방문보건센터 진료비 지불 상환체계

자료: MedPAC, 2009.

가정방문보건센터에서는 OASIS(outcome and assessment information set) 평가도구를 이용하여 5일 이상 서비스를 제공받은 환자들을 대상으로 임상적, 기능적 상태에 기초한 153개 자원소모그룹(home health resource groups, HHRGs)으로 분류한다. 153개 자원소모그룹은 제공되는 총 서비스 양과 제공단위 에피소드에 기초하여 5개 단위 그룹으로 다시 분류된다. 이들 중 4개 그룹은 에피소드가 초기(1차 및 2차)인지 혹은 후기(3차 및 4차)인지 여부와 단위 에피소드에서의 방문횟수가 0에서 13회, 혹은 14회에서 19회인 경우로 나뉘어 분류된다. 나머지 1개 그룹은 에피소드의 시기와 관계없이 방문횟수가 20회 이상인 경우로만 적용한다.

메디케어 파트 A와 파트 B는 가정방문보건센터에서 제공하는 서비스에 대한 진료비를 지불하고 있다. 원칙적으로 가정방문보건센터 이용 자환자에 대해서는 개인부담금이 적용되지 않는다. 2000년도 CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)는 가정방문보건센터 지불과 관련하여 선지불방식(prospectively payment system, PPS)을 도입하였다. 이는 60일을 기준으로 가정방문보건센터 이용 빈도가 5회 미만인 환자에게 방문당 제공된 서비스 금액을 상환하는 방식이다. 60일 기간 동안 이용 빈도가 5회 이상인 환자는 에피소드를 적용하며, 메디케어에서 보상하는 방식을 취하고 있다(MedPAC, 2009).

마. 아급성 의료기관 및 시설 비교

미국의 경우, 4가지 종류의 의료기관 및 시설에서 메디케어에서 진료비를 상환해 주는 아급성기 의료서비스를 제공하고 있다. 아급성기 의료기관은 급성기 입원 치료 이후 해당 기관으로 전원되어 치료가 이루어진다. 전문간호시설과 가정방문보건센터의 시설 규정은 별도로 마련되어 있지 않으나, 입원재활전문시설과 장기요양병원의 시설 규정은 이용 환자의 특성과 상태별로 제시하고 있다. 특히, 장기요양병원을 제외하면 의료서비스 요구도와 주로 제공되는 서비스 내용에 따라 이용환자군 시설 범주를 제시하고 있다. 개별 기관 및 시설에서는 별도의 환자분류체계를 가지고 그에 따라 진료비를 지급한다.

표 3. 아급성 의료기관 및 시설의 운영특성 비교

구분	전문간호시설	가정방문보건센터	입원재활시설	장기요양병원
운영기준	-	-	• 입원환자 대상 기준에 부합된 환자수 60% 이상	• 최소 25일 이상 입원필요 환자
대상환자군	• 최소 3일 이상 입원이 필요한 환자 대상으로 전문간호 및 전문재활서비스가 필요한 환자	• 1일 8시간 미만 간헐적인 전문적 요양서비스가 필요한 경우	• 1일 3시간 이상 혹은 주 5일 이상 집중 재활서비스가 필요한 환자	-
주요질환	• 인공관절치환 • 패혈증 • 신장요로감염 • 둔부, 대퇴골 • 심부전	• 당뇨병 • 고혈압 • 심부전 • 피부궤양 • 관절염	• 뇌졸중 • (하지)골절 • 고관절(슬관절) 치환술 • 신경질환 • 뇌 손상	• 기계적 호흡환기가 필요한 환자 • 호흡부전 • 패혈증 • 호흡기 감염, 염증 • 피부궤양/복합성질환
환자군구성	자원소모그룹	자원소모그룹	환자구성그룹	MS-LTC-DRGs
평가도구	MDS	OASIS	IRF-PAI	-
지불보상	1일당 기준	에피소드(60일) 단위	포괄질환군 기준	포괄질환군 기준

자료: MedPAC, 2013.

3. 아급성기 지불제도 개편 시범사업

가. 시범사업 추진배경

1) 아급성기 의료기관의 진료비 증가

최근 미국의 아급성기 진료비용은 가파른 증가추이를 보이고 있다. 2005년부터 2010년 기간 동안 급성기 진료비가 약 2.5% 증가한 것과 비교하여 아급성기 진료비는 약 6.6% 증가한 것으로 나타나고 있다. 특히, 전문간호시설 진료비는 2010년부터 2011년 기간 동안 약 9.5% 증가하여 아급성기 의료기관의 진료비 증가와 더불어 기관별 차이도 보이고 있다(NHPF, 2012). 2011년 메디케어가 지급한 아급성기 의료기관의 진료비 규모는 2011년 기준으로 총 635억 달러이며, 2001년 이후 2011년 까지 전체 아급성기 의료기관의 진료비는 139% 증가하였다. 입원재활시설이 약 50% 정도의 증가율을 보인 것을 제외하면 모든 기관에서 약 2배 이상 증가하였다. 이중 가정방문보건센터는 이용자수 및 이용일수 증가가 진료비 상승의 주요 원인으로 파악되었고, 전문간호시설은 환자수의 변화보다 자원요구도가 높은 환자군의 증가가 주요한 원인이 된 것으로 나타나고 있다.

2) 아급성기 의료기관 수가체계의 문제점

MedPAC(Medicare Payment Advisory Commission) 및 회계감사원(U.S. Government Accountability Office, GAO)을 비롯한 여러 기관들에서는 아급성기 의료기관에 적용되는 수가체계에 대해 첫째, 아급성기 의료기관별 기능과 역할이 모호한 점, 둘째, 높은 진료비 보상률, 셋째, 환자집단구성별 각기 다른 자원소모를 적절히 반영하지 못하는 점, 넷째, 의료의 질과 적정성에 관계없이 유사한 서비스가 제공되는 점 등을 지적하며 개선의 필요성을 언급하였다. 그리고 이를 개선하기 위한 기본 방향으로 첫째, 기본 진료비 보상률 조정, 둘째, 환자집단의 재구성, 셋째, 시설이용 기준의 조정 등을 제시하고 있다.

그리고 의료기관별 역할과 관련해서는 기관 간 기능이 불명확한 부분이 존재함으로 인해 자원 요구도가 유사한 환자가 다른 의료기관에서 치료를 받게 되면서 발생하는 문제점을 지적하였다. 이는 실제 의료적 요구도에 따른 자원사용을 방해하여 불필요한 비용발생을 초래하게 된다. 게다가 장기요양병원은 진료비용이 상대적으로 비싸기 때문에 과도한 비용이 발생하는 구조이다. 이에 MedPAC은 복합적 의료이용 요구가 있는 장기요양병원 이용 입원 환자의 치료 결과와 급성기 병원 입원환자의 치료 결과를 비교함으로써 치료 결과에 차이가 거의 없는 것을 확인하였다.

한편, 이러한 아급성기 의료기관의 기능 유사성 문제는 전문간호시설과 입원재활시설 간에도 존재하는 것으로 파악되었다. 일반적으로, 입원재활시설의 비용을 보다 높게 책정하고 있지만 유사한 의료적 요구도를 가진 환자가 이용할 경우에는 의료자원의 비합리적인 사용이 발생하게 된다.

진료비 수익을 살펴보면, 가정방문보건센터와 전문간호시설의 수익은 상대적으로 높았으나, 입원재활시설과 장기요양병원은 낮게 나타나 아급성기 의료기관 간에도 진료비 수익에 차이가 존재하는 것으로 확인되었다. 또한 가정방문보건센터와 장기요양병원과의 수익 차이는 약 10% 수준으로 가정방문보건센터의 수익이 훨씬 높아 많은 차이가 있는 것으로 파악되고 있다(NHPF, 2012).

환자구성은 환자상태에 기초하여 의료자원 이용이 유사한 집단끼리 묶이도록 함으로써 진료비 지불상환금액을 산정하는 기본 단위로 활용될 수 있다. 특히, 아급성기 의료기관의 환자구성은 환자의 기능 상태, 임상적 상태, 진료의 총량 등을 고려하여 구성되도록 하고 있으므로, 아급성 의료기관의 유형에 따라 다르게 나타난다. 따라서 환자구성 집단이 정확하게 구분될 경우, 환자의 기능 상태 및 임상적 상태에 따라 의료자원의 사용을 유인할 수 있게 된다. 그러나 환자구성 집단이 명확하게 분류되지 않거나 주관적인 분류가 이루어지게 되면 공급자가 환자군을 인위적으로 조정하거나 상대적으로 이윤이 높게 발생하는 환자군을 선호하는 현상이 나타날 수 있다.

나. 시범사업 추진내용

1) 시범사업 추진 개요

미국은 아급성기 의료체계에서 발생되고 있는 진료비 증가와 수가체계의 문제점을 보완하기 위해 적자감축법(Deficit Reduction Act of 2005, DRA) 제5008조에 아급성기 의료기관 수가체계 시범사업 추진을 위한 근거를 마련하고, 아급성기 지불제도 시범사업(post-acute care payment reform demonstration, PAC-PRD)을 추진하였다. 본 시범사업의 목적은 아급성기 의료기관 이용환자에게 적용 가능한 표준화된 평가도구를 만들고, 시범사업을 통해 다른 아급성기 의료기관을 이용하는 유사한 상태 환자의 진료비용과 치료결과를 비교해 보는 것이다.

환자평가도구의 개발에는 공급자 및 보건의료 부분 전문가 그룹인 Open Door Forums, Technical Expert Panels 등이 참여하고 논의하였다. 아급성기 진료비 지불제도 개편을 위해 사용된 환자평가도구는 웹기반에서 운용되도록 함으로써 의료기관과 메디케어 프로그램 간 상호 정보교환이 가능하도록 하였다. 또한 기존의 아급성기 의료기관에서 사용하는 OASIS, MDS, IRF-PAI 등의 평가도구가 측정하는 항목을 반영할 수 있도록 하였다.

2) 환자평가도구의 개발과 적용

환자평가도구(continuity assessment record and evaluation tool, CARE)는 크게 의학적 상태, 기능상태, 인지장애 및 사회환경 요인을 측정하고 평가할 수 있도록 구성되어 있다. 이들 구성 요인은 환자구성에서의 중증도 차이와 의학적 상태를 포함하여 퇴원 및 재입원 여부를 평가할 수 있는 내용을 반영한다. 또한 환자에게 필요한 의료서비스의 수준과 함께 의사 및 간호사와 같은 의료인력 배치와 치료정도를 판단할 수 있도록 하는 것을 목표로 하고 있다. 환자에 대한 평가는 보통 30분에서 1시간 정도 소요되며, 기존 MDS 및 OASIS 도구의 사용시간과 크게 차이나지 않는다.

3) 실시기간 및 내용

아급성 진료비 지불제도 개편을 위한 시범사업은 2차에 걸쳐 추진되었다. 1차 시범사업 기간 동안에는 환자평가도구의 개발과 시범적용 등이 주요 내용으로 시행되었다. 개발된 환자평가도구는 시카고 지역에 위치한 급성기 의료기관을 포함하여 4개 아급성기 의료기관을 대상으로 적용되었으며, 각기 다른 아급성기 의료기관에서의 적용 가능성을 검토하고 보완점을 파악하는 형태로 추진되었다. 더불어 의료비용과 자원사용 평가 도구(cost and

resource use tool, CRU)를 개발하여 환자 유형에 따른 적정 의료인력의 배치와 자원이용 등을 파악하고자 하였다.

2차 시범사업은 10개 지역을 대상으로 확대하여 시행되었다. 시범사업이 실시된 10개 지역에서는 표준화된 환자평가도구 데이터를 수집하였으며, 의료비용과 자원사용 평가 도구를 이용한 자료를 수집하여 결과를 분석하였다.

다. 운영결과

아급성기 지불제도 개편 시범사업은 각기 다른 아급성기 의료기관에서 발생되고 있는 비용과 치료결과를 분석하고 이해함으로써 급성상태의 환자구성과 치료결과 및 비용발생 방향을 재검토하기 위한 것이었다. 시범사업 운영을 통해 각기 다른 아급성기 의료기관 이용 환자의 급성상태 측정 및 분류의 가능성을 확인하였다. 다음으로 현재 적용되고 있는 수가 체계에서 포괄하지 못하는 급성상태 환자에 대한 개선 가능성을 파악하였다. 또한 치료부문 이외의 환자의 의료자원 사용에 대한 조사를 통해 수가체계에 반영할 수 있음을 확인하였다. 시범사업 운영을 통해 장기요양병원, 입원재활시설 및 전문간호시설 이용 환자를 유사한 급성상태별 환자로 분류해 내고, 이를 통해 단일한 진료비 체계로 적용하는 것이 가능함을 확인한 것이 주요 성과로 요약된다(CMS, 2012).

4. 나가며

미국의 아급성기 지불제도 시범사업은 급격히 증가하고 있는 아급성기 진료비를 억제하기 위한 정책적 대응방안을 찾는 과정에서 추진되었다. 시범사업 추진과정에서 통합적용이 가능한 새로운 환자평가도구를 개발하고, 환자의 의료자원 이용형태를 이해하기 위한 측정 도구를 고안하여 적용하였다.

시범사업 시행결과에 따르면, 가정방문보건센터를 제외한 나머지 아급성기 의료기관에서 공통적인 환자평가도구의 적용과 환자군 분류가 가능함을 확인하였으며, 기존 수가 체계에서 포함하고 있지 못한 의료자원 이용형태를 측정하고 반영할 수 있음도 확인하였다(CMS, 2012).

기존의 아급성기 의료기관별 환자분류체계가 선별적인 환자군 파악에 적합하지 못하다는 것이 지적되면서 유사한 상태의 환자가 각기 다른 아급성기 의료기관을 이용하고, 진료비는 다르게 지급되는 문제가 발생해 왔다. 미국의 아급성기 의료전달체계는 의료기관별 기

능을 중심으로 환자분류와 수가체계를 적용하여 왔으나, 환자군 분류체계의 문제점이 확인되면서 통합형 환자평가도구를 적용한 시범사업 추진을 통해 새로운 운영 가능성을 모색하게 되었다.

미국이 추진한 아급성기 지불제도 시범사업의 1차 성과는 아급성기 의료기관에 통합 적용이 가능한 환자분류체계의 적용가능성을 확인한 것이다. 그러나 새로운 환자평가도구를 개발한 것이 기존 환자군 분류체계가 가지는 문제점에 따른 진료비 증가에서 기인한 것을 고려해 볼 때, 의료자원의 합리적인 배분과 사용의 유인을 위해서는 환자군 선별과 분류체계의 적절성 확보가 우선적으로 요구된다고 하겠다. 🌐

참고문헌

- 오영호. 의료전달체계의 문제점과 정책과제. 보건복지포럼 2012;189:50-67.
신영석. 건강보험 정책현안과 과제. 보건복지포럼 2012;189:75-82.
이규식. 보건의료체계의 발전과 성찰. 보건행정학회지 2013;23(4):303-13.
Medicare payment advisory commission, Report to the congress, 2013.
Medicare Payment Advisory Commission. Long-term care hospital payment system. 2008.
Medicare Payment Advisory Commission. Inpatient rehabilitation facility payment system. 2008.
Medicare Payment Advisory Commission. Skilled nursing facility payment system. 2011.
Medicare Payment Advisory Commission. Home health agency payment system. 2009.
National Health Policy Forum, Medicare's post-acute care payment: a review of the issues and policy proposals. 2012;847:2-18.
<http://www.cms.gov/Medicare/Demonstration-Projects/DemoProjectsEvalRpts>
Centers for Medicare & Medicaid services, Report to congress: post-acute care payment reform demonstration(PAC-PRD),2012:1-38.