

급성기 이후 치료의 의료전달체계 구상



김정희 부연구위원
건강보험심사평가원 의료전달체계개선팀

1. 급성기 이후 의료전달체계의 중요성

가. 인구고령화 및 만성질환 증가

낮은 출산율과 평균수명 연장으로 인구의 급속한 고령화가 시작되었으며 만성질환이 빠르게 증가하고 있다. 통계청 발표에 따르면 우리나라는 2018년에 전체 인구의 14.3%가 노인이 되는 고령사회에 이르고, 이어 2026년에는 20.8%로 본격적인 초고령 사회에 진입할 것으로 전망하고 있다(통계청, 2011). 더욱 심각한 것은 우리나라가 선진국에 비하여 초고령 사회¹⁾로 전환되는 속도가 빠르다는 점이다. 초고령 사회로의 진입까지 프랑스가 155년, 미국이 88년, 일본이 36년 걸렸지만, 우리나라는 불과 26년밖에 걸리지 않을 것으로 예상하고 있다.

「2013년 국민건강영양조사」결과에 따르면 우리나라 65세 이상 노인의 대부분(92.7%)이 만성질환²⁾을 가지고 있으며, 2개 이상의 만성질환을 갖고 있는 복합질환(multi-morbidity)의 경우가 74.5%를 차지하고 있다(질병관리본부, 2014). 가장 흔한 만성질환은 고혈압(63.3%), 백내장(35.8%), 비만(33.1%) 순으로 나타났다.

1) 건강보험심사평가원의 급성기 뇌졸중 요양급여 적정성 평가 대상 의료기관: 2011년 10월 1일부터 2011년 12월 31일까지 주상병 160~163으로 증상 발생 후 7일 이내에 응급실을 통해 입원한 진료건이 10건 이상인 의료기관

2) 비만, 고혈압, 당뇨병, 고콜레스테롤혈증, 폐쇄성폐질환, 만성콩팥병, 골관절염, 백내장, 양측성난청



그림 노인 1인당 만성질환 보유 개수 분포

자료: 질병관리본부(2014), 2013년 국민건강영양조사결과

인구 고령화 및 만성질환의 증가는 의료비 증가 현상을 더 부추길 것으로 인식되고 있다. 2013년 건강보험진료비 50조 7천억 원 가운데 65세 이상 인구의 노인의료비는 17조 5천억 원으로 약 35%를 차지하고 있다. 2003년 대비 건강보험 총 진료비는 144.9% 증가한 반면 65세 이상 노인진료비는 297.7%로 약 3배 증가하였다.

표 1. 건강보험 전체 및 65세 이상 진료비 (단위: 조 원, %)

	2003년	2005년	2007년	2009년	2011년	2013년	'03년 대비 '13년 증가율(%)
전체	20.7	24.9	32.3	39.3	46.2	50.7	144.9
65세 이상	4.4	6.1	9.1	12.3	15.4	17.5	297.7
비율(%)	21.3	24.5	28.2	31.3	33.3	34.5	

자료: 2013년 건강보험통계, 건강보험심사평가원

육체적으로 허약한 노인들은 퇴행성 만성질환에 시달리는 것이 일반적이고, 이러한 만성 질환은 완치되기 어렵기 때문에 장기간에 걸친 의료서비스를 필요로 한다. 인구고령화 속도가 세계에서 가장 빠른 우리나라로서는 이와 같은 현상에 더욱 관심을 가지지 않을 수 없다 (정형선 등, 2007; 김정희, 2012). 의료기관에 입퇴원을 반복하면서 오히려 신체 기능이 감소하는 결과를 초래하는 경우가 빈번하다.

그리고 인구고령화가 의료비 증가에 있어 중요한 의미는 사망 관련 비용이 높기 때문이다(Fuchs, 1984; 정형선 2007). Fuchs(1984)는 고령인구의 비율이 증가하면 의료비가 따라서 증가한다는 기존 학설을 비판하고 의료비는 연령이 아니라 사망 직전에 집중적으로 지

출하는 비용에 직결된다는 ‘사망까지의 기간(time-to-death)’가설을 제기한 바 있다. 노인의 의료비 지출과 관련된 연구들에서는 일관적으로 사망 직전에 의료비가 급증한다는 결과를 보고하였다(Scitovsky, 1984; Lubitz 등 1993; Emanuel, 1996; Hogan 등 2001; Hoover 등 2002; Felder 등 2000; 이지전 등 2003). 1인당 평생 지출하는 의료비 중 사망 전 1년간 사용한 의료비가 약 20%를 차지하였다(정형선 등, 2007). 우리나라 노인 사망자 전체를 대상으로 한 연구에서도 사망 전 12개월에서 사망시점까지의 의료이용 수준은 점차 증가하였고, 특히 사망 전 1개월에 가장 높은 것으로 나타났다(이지전 등, 2003).

나. 현재 의료체계의 한계

1) 급성기 의료 위주

1977년 건강보험제도 도입 이후, 30여 년 동안 보편적 의료보장으로 많은 성과를 거두었지만, 급성기 의료 시설 중심의 공급체계가 보건의료제도의 문제점 중의 하나로 지적되고 있다. 현재 민간 중심의 경쟁적인 보건의료시장이 급성기 의료서비스의 공급을 늘리고 있어, 지금의 의료제도로는 인구 고령화 및 만성질환 증가에 대비하기에 한계가 있기 때문이다. 의원은 외과 수술과 입원서비스를 제공하고 대형병원은 대규모 외래진료 부서를 운영하는 등 의원과 대형병원이 서로 유사한 서비스를 제공하면서 과잉경쟁하고 있다(OECD, 2012). 환자의 의료접근성은 높은 반면, 전문가의 조정 및 정보제공 없이 방임적 선택에 의한 이용으로 환자의 특성과 중증도에 맞는 효율적 의료기관 이용이 미흡한 실정이다(보건복지부, 2011). 대학병원 등 대형병원에서는 의원 및 중소병원에서도 진료가 가능한 경증과 만성질환의 비중이 커지고, 의료이용의 대형병원 쏠림현상이 심화되면서 의원의 역할이 위축되어 있다.

2) 취약한 일차의료

만성질환에 대응하기 위해서는 일차의료를 강화하여 환자들이 적절한 의료서비스를 받을 수 있게 해야 한다. 우리나라는 OECD 국가 중 인구고령화가 가장 빠르지만 이와 동시에 많은 사람들이 예방가능한 건강문제로 인하여 병원을 찾고 있다(OECD, 2012). 또한 외래에서 만성질환에 대한 지속적인 관리가 이루어지지 않아 합병증 발생 또는 입원으로 이어지는 사례가 증가하고 있다(보건복지부, 2011). 그 예로, 고혈압 및 당뇨로 인한 입원이 2005년 인구 10만 명당 324건에서 2009년 472건으로 연평균 9.8% 증가하였으며, 당뇨로 인한 하지절단은 같은 기간 동안 인구 10만 명당 5.2건에서 7.1건으로 연평균 8.2% 증가하였다. 2013년 기준, 당뇨병 사망률은 전체 사망률의 상위 5위(전체 사망자수의 4.1%), 고혈압성

질환은 상위 10위(전체 사망자의 1.8%)를 차지한다(통계청, 2014).

3) 분절적 의료전달체계 및 급성기 이후 전달체계

현재 급성기 이후 의료 및 요양을 담당하고 있는 기관은 요양병원과 요양시설로 볼 수 있다. 급성기 치료와 구분하여 요양을 위한 장기 입원을 허용하는 별도의 의료기관이 필요하다는 사회적 요구에 부응하여, 1994년 의료법 개정으로 요양병원 제도가 도입되었다. 또한 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하기 위해 2008년 노인장기요양보험이 시작되었다. 하지만 노인 의료 및 요양 체계가 제도별·기관별 분절적인 구조로 인해 비효율과 불만족을 초래하고 있다. 요양병원과 요양시설이 양적으로 급증했으나 서비스의 질적 수준이 미흡하고, 치료와 요양의 기능이 혼재되어 있다(권순만 등, 2013). 노인요양시설과 요양병원 간에 기능이 중복되고 상호연계체계가 미흡하여, 두 기능 간 비효율적인 자원 활용 및 분절적인 제도운영의 문제가 대두되고 있는 실정이다. 주요 상병은 치매와 뇌졸중으로 유사하며, 요양병원과 요양시설의 환자·입소자에게 공통 평가도구를 적용하여 산출한 결과, 요양병원과 요양시설의 환자·입소자의 건강 및 기능 상태, 서비스 요구도, 중증도가 혼재되어 있는 것으로 나타났다.

이로 인해 회복(재활), 말기 등 필수 의료서비스의 부족과 불필요한 입원 등 과잉 또는 낭비적 요소가 동시에 발생하고 있다(보건복지부, 2013). 사망 전 의료비는 많이 지출되고 있으나, 사망 전 말기 의료의 질은 열악한 상황이다. 말기에 통증 치료가 잘 이루어지지 못하고, 원하지 않거나 효과적이지 못한 처치나 시술을 받는다고 한다(김정희, 2012). 특히 재활 및 호스피스·완화의료와 같은 서비스를 제공할 수 있는 기관을 다양화할 필요가 있다. 현행 재활치료의 경우 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원 등 다양한 의료기관에서 시행되고 있으나 의료기관 종별에 따른 기능 구분이 뚜렷하지 않다. 급성기 병원에서 충분한 재활치료를 제공받지 못한 채 퇴원 후 2~3개월 간격으로 여러 병원을 전전하는 상황이 발생하고 있다. 여러 병원의 입원 퇴원을 반복한 결과 전체 재원기간은 증가하지만 충분한 재활치료를 제공받을 수 있는 적절한 수준의 입원기간이 보장되지 않고 있다(신형익, 2014). 집으로 복귀할 준비가 되어 있지 않은 상태에서 결국 요양병원으로 전원하고 충분한 재활치료를 제공받지 못하게 되는 경우가 많다.

다. 급성기 이후 의료전달체계 필요

보건의료체계도 급성기 의료서비스의 지속적 확대 중심에서 벗어나 고령화 및 만성질환 증가에 대응할 필요가 있다. 만성질환을 효과적으로 관리하기 위해서는 질병의 연속선상에

서 나타나는 다양한 필요에 부응하는 조화로운 서비스 제공체계를 마련하여, 일차의료를 중심으로 한 진료의 통합적 관리체계를 구축할 필요가 있다(이재오 등, 2009; 신호성 등, 2012; 정영호 등, 2013). OECD(2012)에서도 단순하게 급성기 의료 서비스의 지속적 확대를 지원하는 것에서 벗어나, 이제는 소득 수준이 높아지고 노령인구가 늘어남에 따라 중요하게 대두되는 만성질환 및 장애의 문제에 대응하기 위해서는 급성기 중심의 보건의료체계로는 충분치 않다고 권고하고 있다. 이와 더불어 급속한 고령화는 기존의 의료전달체계에서 고려되지 않던 새로운 보건복지 서비스의 필요성이 커지면서 의료서비스 전달체계의 범위를 확대할 필요가 있다. 급성기 이후 의료 및 요양 체계를 제대로 정비하지 않으면 본격적 고령화 사회에서 노인의료비는 폭증하면서 서비스 질은 하락할 우려가 있다. 본 고에서는 향후 우리나라의 보건의료체계에서 급성기 이후 의료전달체계를 어떻게 정립할 것인지에 대한 논의를 해보고자 한다.

2. 외국의 급성기 이후 제도 현황

향후 우리나라의 급성기 이후 의료전달체계를 어떻게 가져갈 것인가를 논의하기 전에 미국과 일본의 현황을 통해 시사점을 찾아보고자 한다.

외국의 급성기 이후 의료제공체계에 대한 현황을 보면, 미국이나 일본, 캐나다처럼 급성기 이후 시설을 환자 특성에 따라 구분하여 제공시설과 지불 제도를 별도로 운영하는 경우와 독일처럼 별도의 시설 구분 없이 일반 병원에서 급성기 이후 서비스를 함께 담당하는 경우로 나눌 수 있다. 그리고 우리나라와 같이 장기요양에 대해 사회보험이나 별도로 재정을 분리하여 운영하느냐에 따라 나눌 수 있다. 사회보험으로 별도로 운영하는 국가는 일본, 독일이 있고, 별도 재정으로 운영하지 않는 국가는 미국, 캐나다 등이 있다. 본 고에서는 급성기 이후 시설 구분이 다양한 미국과 일본의 사례를 살펴보고자 한다.

미국 메디케어에서 급성기 이후 의료를 담당하고 있는 기관은 장기요양병원(Long Term Care Hospital, LTCH), 입원재활시설(Inpatient Rehabilitation Facility, IRF), 전문요양시설(Skilled Nursing Facility, SNF), 가정방문보건센터(Home Health Agency, HHA)로 크게 4가지로 볼 수 있다. 기관별로 입원조건, 제공서비스, 환자분류 등에 차이가 있으나 공통적으로는 입원기준을 명확하게 규정하고 있다. 하지만 급성기 이후 비용이 증가하고 환자 간의 중복이 발생하여, 개혁을 추진 중에 있다(MedPAC, 2014; CMS, 2014). 급성기 이후 시설에 대해 1990년대 후반부터 전향적 지불제도(prospective payment system) 방식의 지불제도를 도입하였지만, 적절한 시기에 수가의 적정성을 평가하고 수가를 개선하지 못

하고 있다. 환자의 임상적 특성이나 서비스 제공이 매우 유사하다고 하더라도 시설(장기요양병원, 입원재활시설, 전문요양시설, 가정간호시설)간의 다른 지불제도와 평가시스템으로 비효율이 발생하여 개혁을 진행하고 있는 것이다. 현재 각 급성기 이후 시설마다 각각의 전향적 지불제도(PPS)를 가지고 있으며, 지불(수가)은 평가·질 향상·지불 등을 포함한 다양한 목적으로 개발된 서로 다른 표준화된 평가도구에 의해 결정되고 있다. 평가도구의 차이가 시설 간 정확한 평가를 어렵게 하고 있다. 급성기 시설에서 급성기후 시설까지 환자정보의 유연한 흐름이 부재해서 최적의 케어 전환(optimal care transitions)이 잘 이루어지지 못하고 있다. 각 시설마다 복잡한 지불제도로 인해 의료제공자들의 경제적 동기로 인해서는 환자중심의 급성기 이후 진료가 이루어지고 있지 못한다고 보고 있다. 이를 해결하기 위해 급성기 이후 시설 간에 동일한 환자 평가도구를 사용하도록 하고, 장기적인 급성기 이후 치료의 조정(coordination of post-acute care)을 위해서 공동으로 이용할 수 있는 전자의무기록(electronic health record)이 중요하다고 밝히고 있다.

일본은 우리나라와 달리 병동단위로 시설을 유형화하여 병동별로 다른 수가체계를 적용하고 있다. 급성기 이후 시설로는 크게 의료보험 및 개호보험 적용의 요양병동과 완화케어 병동, 회복기재활병동, 치매치료병동 등이 있다. 급성질환으로부터 만성질환에 이르기까지 대단히 넓은 범위에 걸쳐 동일 유형의 시설에서 의료서비스가 제공됨에 따라 여러 가지 문제가 발생하였고, 이에 대한 개선책으로 병동 구분에 의한 시설의 유형화가 추진되었다. 일본의 병원은 한 기관 내에 이러한 병동이 혼재해 있는 병원이 많다.

사회적 입원에 대한 조치로 개호보험적용 요양병상 폐지가 논의되고 있으며, 2012년 3월 말까지 폐지하기로 하였으나, 2018년 3월 말까지 유예한 상태이다. 단, 2012년부터 개호보험 요양병상의 신규개설은 금지되어 있다. 환자의 상태에 맞는 기능을 분담하고 경증환자(의료개호 1)에 해당하는 환자를 입원시킨 경우에는 병원 측의 이득이 거의 발생하지 않게 되어, 병원이 스스로 의료필요도가 낮은 환자를 입원시키지 않도록 유도하기 위해 요양병동 수가를 조정하였다.

일본의 재활의료서비스는 급성기, 회복기, 유지기 등의 형태로 구분할 수 있다. 환자의 특성에 적합한 표준적인 치료기간을 설정하여 장기간에 걸친 지속적인 재활이 필요한 일부 환자를 제외하고는 재활치료 일수에 상한을 두고 있다. 심혈관질환이나 운동기 150일, 뇌혈관질환 180일, 호흡기질환 90일을 상한으로 의료보험에서 담당하고 있으며 이후에는 개호보험의 통원재활(주간재활) 및 방문재활로 이관된다. 현재 일본은 회복기 재활의료서비스 제공을 위한 회복기 재활병원을 별도로 운영하는 곳이 많으나 일반병원과 요양병원에서 요건을 충족할 경우 회복기 재활병동으로 인정받아 운영하기도 한다(이상현, 2014).

표 2 일본의 재활의료서비스

구분	재활의료 서비스 제공 형태
급성기	<ul style="list-style-type: none"> 일반적으로 재활관련 질병 발병 후 1~3주간에 이루어지는 서비스 생명유지, 재활치료, 위험관리 등 중점적으로 실시 급성기 병원과 일반병상에서의 급성기 재활의료, 급성기 간호를 통해 제공
회복기	<ul style="list-style-type: none"> 재활병동을 중심으로 이루어지며 회복기 재활(병동훈련실시), 팀 접근방법에 의해 이루어지는 재활간호 및 개호 등 서비스 제공 질병발생 후 3~6개월 내에 이루어지는 재활의료서비스
유지기	<ul style="list-style-type: none"> 회복기 종료 후 가정생활로 복귀하여 일상생활 중에서 기능을 유지·개선하고 삶의 질 향상에 초점을 맞춘 시기 입원재활, 입소재활, 의료보험적용 요양병상, 재택서비스

자료: 이상헌, 국민을 위한 바람직한 재활의료체계 확립방안은? - 선진국에서의 재활의료, 2014

장기요양을 포함한 급성기 이후 의료제도 현황은 국가마다 자원 및 운영기관 형태가 다양하다. 하지만 시설 간의 명확한 기능과 역할을 두고 있고, 환자중심(patient centered)과 치료의 연속성(continuity of care), 그리고 적절한 지불제도(지불형태 및 수가 수준)가 중요하다는 것을 알 수 있다. 현재 우리나라의 경우 요양병원과 요양시설의 기능 중복으로 인한 문제를 해결하고 시범사업 운영 중인 완화의료, 회복(재활)을 확대하는 데 있어 이러한 점을 고려해서 시행착오를 줄여할 것이다.

3. 우리나라의 급성기 이후 의료전달체계

가. 급성기 이후 현황

1) 요양병원

실제 급성기 이후 치료³⁾가 일반 병원에서도 이루어지고 있지만 의료법상 급성기 이후 의료를 담당하고 있는 기관은 요양병원이다. 앞서 언급한 바와 같이 요양병원은 주로 장기요양이 필요한 입원환자에게 의료를 행할 목적으로 노인성 질환, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해 후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자(의료법 제3조, 의료법 시행규칙 제36조)를 입원대상으로 하는 기관이다.

2008년 7월 노인장기요양보험이 도입 이후 요양병원 및 장기요양 급여비 현황을 보면, 요양병원은 2009년 대비 2013년 392.8%가 증가한 반면 노인장기요양은 78.7% 증가하였다. 이는 장기 요양이 필요한 노인인구는 증가하고 있지만 노인장기요양보험의 시설 입소기

3) 급성기 이후 의료를 아급성기 치료(sub-acute care)와 장기요양(long-term care)을 포함하는 개념으로 일반적으로 재활기간에 따라 급성기와 급성기 이후를 구분함.

준이 엄격하고 시설입소가 가능하더라도 병원을 선호하는 환자들이 많아 상대적으로 입원이 용이한 요양병원의 수요가 급증한 것으로 생각된다.

표 3. 요양병원 및 장기요양 공급 및 급여비 현황 (단위: 억 원, 개, %)

구분		2009	2010	2011	2012	2013	'09년 대비 '13년 증가율(%)	
요양병원	요양급여비 ¹⁾ (억 원)	8,465	23,901	28,861	34,894	41,718	392.8	
	기관수 ²⁾ (개)	777	867	988	1,103	1,232	58.6	
노인장기 요양 ³⁾	요양급여비(억 원)	19,718	27,456	29,691	31,256	35,234	78.7	
	기관수	시설	2,628	3,751	4,061	4,326	4,648	76.9
		재가	11,928	11,228	10,857	10,730	11,056	-7.3

주1. 건강보험심사평가원 요양병원 심사결정 총 요양급여비용(입원, 외래 포함), 2014년 3월 심사분 기준

주2. 건강보험심사평가원 요양기관 현황 DB, 각 연도별 기관수는 해당년도 12월 31일 기준

주3. 국민건강보험공단 2013 노인장기요양보험통계연보

그리고 현재 요양병원은 급성기 병원과 유사한 치료, 아급성기 환자 치료, 수술 후 회복기 환자에 대한 단기간의 치료 및 요양서비스 제공, 사회적 입원환자 수용 등 다양한 기능을 하고 있어 그 역할이 호하다. 요양병원의 청구 행태, 환자 구성 자료를 통해 유형화를 한 연구에서는 재활치료와 내과질환 중심 9.09%, 치매환자 치료 중심 19.37%, 내과질환 중심 20.57%, 기타 요양병원 42.92%로 4개의 유형으로 분류가 되었다. 그리고 특정한 환자를 대상으로 특정한 치료에 집중하고 있는 요양병원은 양질의 진료를 하고 있는 것으로 나타났다(송현중 등, 2012).

2) 완화의료

완화의료는 암관리법에 따라 제도화를 추진하고 있어, 그 대상은 전체 말기 질환자가 아닌 말기 암환자로 국한되어 있다. 말기 암⁴⁾환자의 경우 진단 이후에도 의료 이용 행태는 거의 변화가 없으며, 오히려 사망일에 가까울수록 의료 이용이 더욱 증가하고 있다. CT·MRI·PET 등 진단 검사는 꾸준히 늘어나고 있으며, 사망에 가까울수록 기도삽관, 심폐소생술, 인공호흡기 사용도 급증하고 있다. 특히, 사망 1개월 전 응급실 이용이 급격히 증가하고 있어, 말기 암 환자들이 적기에 전문 의료서비스를 받기에는 한계가 있다(이건세 등, 2008; 보건복지부, 2013). 또한 사망 전까지 상급종합병원 및 종합병원에 대한 의존도가 높

4) 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고, 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내(통상 3개월) 사망이 예상되는 암

아, 말기 암 환자들의 입원·외래 진료비 중 87.9%가 종합병원급 이상에서 발생하고 있다.

이에 따라 2000년대 초반부터 말기 암환자의 신체적·정신적 고통을 완화하고 합리적인 의료비를 지출하기 위한 대안으로 호스피스·완화의료 제도 도입에 관한 논의가 시작되었다. 하지만 우리나라의 호스피스 완화의료는 아직 말기 암 환자에 대한 전문 의료서비스로 정착하지 못한 걸음마 단계로, 2011년 암 사망자의 완화의료 이용률은 11.9% 수준이며, 환자의 완화의료 이용 기간도 평균 21일에 불과하다. 특히 말기 암 환자의 특성상 완치 가능성이 없으며, 급성기 환자에 비해 수익성이 낮다는 이유로 의료적 관심 대상에서 배제되고 있으며, 말기 암 환자 또는 보호자도 호스피스 완화의료에 대한 이해 부족 및 부정적 인식으로 선택을 주저하거나 거부하고 있다.

완화의료 활성화를 위해 2008년 완화의료 서비스 특성을 반영한 일당정액 형태⁵⁾의 병동형 완화의료 수가를 개발하여, 2009년 12월부터 7개 완화의료전문기관을 대상으로 1차 시범사업을 실시하였고, 2011년 9월부터 12개 기관대상으로 2차 시범사업을 실시하고 있다. 시범사업의 목적은 크게 2가지로 수가 수준의 적정성과 진료 행태 변화(특히 통증 및 증상 관리)를 평가하기 위한 것으로, 1, 2차 시범사업 평가결과 일당정액 수가 수준이 원가에 여전히 미치지 못해 건강보험재정만으로는 운영이 어려운 것으로 나타났으며 말기 암환자에게 가장 중요한 통증 관리 및 영적 상담 등이 일당정액에 포함되어 있어 과소제공 가능성이 제기되고 있다(김정희 등, 2011; 김정희 등 2012)

3) 회복 및 재활 활성화

인구고령화 및 만성질환 증가로 급성기 이후 회복 및 재활을 필요로 하는 환자가 증가하고 있으나 앞서 언급한 대로 재활 치료의 경우 급성기 이후 서비스 제공이 원활하지 않아 치료 성과가 좋지 못한 실정이다. 재활 치료의 가장 중요한 역할 중 하나는 중증 질병·외상 발생 후 장애의 정도를 최소화하는 것이다. 중증 질병·외상 발생 환자에게 적절한 재활 의료가 투입되면 신체적 장애가 최소화되어 중증 장애 발생률을 낮출 수 있지만, 적절한 재활 의료 개입이 이루어지지 않는다면 신체적 기능이 충분히 회복되지 않고 중증장애 상태에 머물게 된다(신형익, 2014). 질병, 손상 등에 의한 장애 발생 직후 급성기 재활부터, 아급성기, 만성기 각각에서의 재활의료서비스의 인력, 시설, 내용에서 차이가 있으며, 시기에 맞는 재

5) 현재 의료기관에서 완화의료 서비스를 제공할 경우 행위별 수가 방식에 따라 보상을 받을 수 있지만 완화의료 서비스 특성상 행위별 수가로 보상받지 못하는 완화의료 전문 인력의 전문적인 상담 및 서비스가 존재함. 즉 완화의료(호스피스)의 특성에 맞는 상담 및 교육, 정서적·영적 간호, 사별관리 등의 활동이나 병실 사용 등의 완화의료(호스피스) 활동에 필요한 기관의 구조나 특성이 수가에 전혀 반영되고 있지 않음

활 의료기관의 이용 및 각 재활의료기관 사이의 전달시스템 구축이 중요하다.

보건복지부가 지정하는 전문병원 가운데 10개의 재활전문병원이 있으나 그 수가 적고, 요양병원의 경우 법적으로는 회복 및 재활 서비스를 제공하도록 되어 있으나 이러한 기능을 제대로 수행하고 있지 못하고 있는 실정이다. 즉 급성기 치료 이후 전문적인 재활서비스 제공을 위한 기반 조성이 미흡하고, 요양병원에서 제공되고 있는 재활서비스는 기관 간 질적 편차 문제와 환자군 특성에 적합하지 않은 서비스 제공 문제의 우려가 있다(노현승 등, 2014). 또한 만성질환 재활 환자의 지속적인 관리에 필요한 재활의료 서비스 전달체계에 대한 가이드라인이나 지침 등이 없는 실정이고, 만성질환 재활 환자들의 급성기 치료 후 지속적 관리에 대한 특별한 가이드라인이 없다. 이 때문에 총 재원기간은 매우 길지만 다른 병원들을 전전하며 반복적인 치료를 받고 있어 효율성이 낮은 것으로 보고되고 있다. 재활의료 서비스를 필요로 하는 수요의 빠른 증가에 맞추려다보니 급성기, 아급성기, 만성기 재활의료시설이 관리되는 시스템이 없이 비효율적인 의료전달체계가 비정상적으로 구축되고 있는 실정이다. 이러한 비체계적인 재활서비스 제공 시스템으로 인하여 재활치료의 효율성이 낮아지고 불필요한 국가적 재정의 낭비가 커지며, 장애인의 사회 복귀와 가정으로의 복귀를 지연시키는 등의 총체적인 문제점이 초래되고 있다. 그러므로 대학병원에서 재활전문병원, 요양병원, 지역사회 재활치료 재원으로 연결되는 재활의료전달체계의 확립이 시급하다(신용일 등, 2012).

나. 급성기 이후 의료전달체계 구축방향

급성기 이후 진료비를 효율적으로 관리하고 환자 중심의 진료를 제공하기 위해서는 적절한 기관에서 적절한 시기에 적절한 환자에게 적절한 진료를 제공하는 것이 중요할 것이다. 환자의 요구에 근거하여 가장 적절한 시설에서 질 좋은 서비스를 제공할 수 있도록 급성기 이후 서비스 전달체계를 만들어가야 할 것이다. 이를 위해서는 급성기 이후 서비스를 담당할 적절한 의료기관과 적절한 시기에 환자들이 이용할 수 있는 기관간 환자 연계시스템이 가장 중요할 것이다.

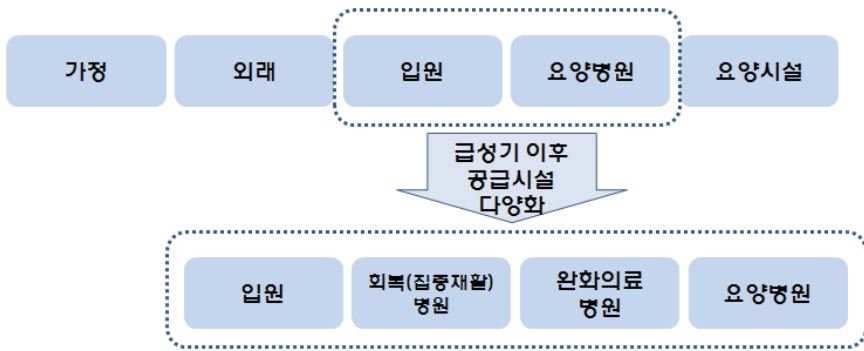


그림 3. 급성기 이후 전달체계 방향

급성기 이후 의료 서비스를 효율적으로 제공하기 위해서는 현재 화두가 되고 있는 요양병원과 요양시설 간의 기능 정립뿐만 아니라 완화의료, 회복·재활 의료를 포함하여 통합적인 전달체계를 고민해야 할 것이다. 미국의 급성기 이후 서비스에 대한 의료 개혁에서 보듯이, 급성기 이후 기관들(장기요양병원, 전문요양시설, 가정간호기관 등)의 역할과 연계가 잘 이루어지도록 하는 것이 매우 중요하다. 최근 미국의 연구 결과에 의하면 급성기 뇌졸중 치료 이후 전문요양시설(SNF)에서 치료를 받은 환자보다 입원재활시설(IRF)에서 치료를 받은 환자가 치료 효과가 좋은 것으로 나타나, 급성기 이후 의료전달체계가 중요함을 시사하고 있다(Chan L et al, 2013). 우리나라의 경우에는 급성기 이후 의료기관 이용에 대한 제한이 없으나 미국 전문요양시설(SNF)의 경우 최소 3일 이상의 급성기 병원 입원 후 단기간의 간호 및 재활서비스가 필요한 경우에 한하여 입원이 가능하도록 하고 있고, 입원재활시설(IRF)의 경우는 집중 재활치료가 반드시 필요하며 하루에 3시간 이상의 치료를 받을 수 있는 경우로 명시되어 있다(MedPAC, 2014). 독일의 경우는 퇴원관리(discharge management) 체계를 갖추고 있는데, 이는 환자들을 외래, 재활, 너싱홈(nursing home)으로 원활하게 이송, 연계하기 위한 체계이다. 환자들은 병원에서 퇴원함과 동시에 사례관리(case management)의 과정으로 상담 서비스를 시작해야 하고, 환자들은 병원의 전문 인력은 각 환자들의 장기적인 향후 요양계획에 대해 가족 및 사례관리자(case manager)와 논의하여 계획을 수립하고 지원한다(권순만 등, 2013). 우리나라도 급성기 이후 전달체계가 제대로 작동하기 위해서는 미국이나 독일과 같이 가능한 명확한 입원 기준과 급성기 이후 어떤 시설에서 어떤 서비스를 이용해야 하는지에 대한 연계시스템을 구축할 필요가 있다.

또한 급성기 이후 환자특성에 맞는 기능을 특화된 기능을 담당하는 의료기관의 형태를 일본과 같이 병동형으로 도입하는 것이 효율적인지에 대해서도 논의가 필요하다. 이미 완화의료는 병동형태로 도입하여 시범사업을 실시하고 있다. 그러나 향후 요양병원 개선 및 회

복·재활 서비스 활성화를 도모하고 의료의 질 향상 및 효율적 운영을 위해 어떤 형태의 완화의료이 우리나라에 적합할지 충분한 논의가 이루어져야 할 것이다.

그 외에도 환자중심의 효과적인 의료전달체계를 위해 미국에서 시도되고 있는 통합지불(bundled payment)⁶⁾이나 책임의료조직(accountable care organization)⁷⁾과 같은 지불제도의 혁신도 고려해 볼 수 있을 것이다.

완화의료 및 회복·재활 의료 기관 도입으로 급성기 이후 전문적인 의료서비스 제공체계를 확보하고 요양병원과 요양시설 간 역할 및 기능재정립을 통해 통합적인 노인의료서비스 제공체계를 구축할 필요가 있다.

5. 나가며

노인인구 및 만성질환 증가에 따른 의료비 지출 증가에 대한 대책으로서, 급성기 이후 진료(post acute care)에 대한 효율적인 의료전달체계 구축이 시급한 상황이다. 현재 의료는 급성기 위주로 제공되며, 인구구조 및 질병구조의 변화에 효율적으로 대응하지 못하고 있다. 의료법상 요양병원이 장기 요양 부분을 담당하도록 되어 있으나, 노인요양시설 환자와 구분이 되지 않고 불필요한 입원과 장기재원이 발생하고 있으며, 사망 전에도 불필요한 의료서비스로 인한 지출이 증가하고 있다.

현재 정부에서는 효율적 전달체계를 구축하는 동시에 다양한 환자 욕구에 대응하기 위해 요양병원 기능 정립과 함께 완화의료뿐만 아니라 회복·재활 의료를 활성화하기 위한 제도 도입을 검토하고 있다. 환자를 중심으로 한 지속적인 진료가 이루어질 수 있도록 요양병원, 완화의료 및 회복·재활 서비스를 통합적으로 고려하여 제도를 설계해야 할 것이다. 이러한 부분을 미리 고려하지 않을 경우 현재 요양병원과 요양시설 간의 기능 중복으로 인한 비효율적인 문제가 또 다시 반복될 것이다. 🌐

6) 통합지불은 하나의 공급자를 떠나, 환자단위로 모든 진료행위에 대해 묶어서 지불하는 제도임. 급성기 이후시설과 관련해서는 급성기 병원과 급성기 이후시설, 관련된 질환(inpatient day+PAC+readmissions)으로 인한 재입원을 통합 지불하는 모델과 급성기 이후 시설과 관련된 질환(PAC+readmissions)으로 인한 재입원을 통합하는 모델이 있음.

7) ACO란 의사, 병원, 그 외 의료서비스 제공자들의 집단으로서 한정된 인구집단의 환자들에 대한 의료서비스 제공(population-based care)은 물론 비용에 대해 총괄적 책임을 지며 양질의 통합 조정된(coordinated) 의료서비스를 효율적으로 제공하는 일종의 "공급자 연합체"라 정의할 수 있음(이정찬, 2014).

참고문헌

- OECD 대한민국정책센터. OECD 보건 의료의 질 평가: 한국편. OECD 대한민국정책센터, 2012
- 건강보험심사평가원. 의료심사평가 선진화 전략 실행보고서. 서울:건강보험심사평가원, 2013
- 권순만, 김홍수, 원장원, 이지윤, 김 호, 정영일 등. 실태조사를 통한 노인 의료(요양) 서비스 제도 개선방안 연구. 서울대보건대학원, 2013.10
- 김정희. 노인 진료 지속성이 사망 전 의료이용에 미치는 영향[박사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 2012
- 김정희, 주지수, 김지민, 윤안나, 박미숙, 김현정 등. 완화의료 수가 제도에 따른 완화의료 활성화 방안 및 바람직한 완화의료기관 모형개발. 건강보험심사평가원, 2011.5.
- 김정희, 신지연, 박영신, 주지수. 완화의료 2차 시범사업 평가 연구. 건강보험심사평가원, 2012.12.
- 노현승, 최윤정, 채정미, 이요셉. 회복병원 모형 개발: 집중재활을 중심으로. 건강보험심사평가원, 2014
- 도세록. 노인의 의료이용 현황과 정책과제. 한국보건사회연구원. 보건복지포럼, 2009;157:66-79
- 도세록. 노인의 의료이용 증가와 시사점. 한국보건사회연구원. 보건·복지issue&focus, 2012;167.
- 보건복지부. 노인의료복지체계 개선 추진방향. 보건복지부 내부자료, 2013.7
- 보건복지부. 만성질환의 체계적 관리를 위한 선택의원제 도입계획. 보건복지부 내부자료 2011.9
- 보건복지부. 수요자 중심의 지속가능한 보건 의료체계 구축을 위한 의료기관 기능 재정립 기본 계획. 보건복지부 내부자료, 2011
- 보건복지부. 완화의료 활성화 계획. 보건복지부 내부자료, 2013.11
- 송현중, 채정미. 노인의료기관 효율화를 위한 요양병원 기능 정립 방안. 건강보험심사평가원, 2012
- 신용일. 만성질환 재활환자의 퇴원 후 지속관리를 위한 재활의료서비스 전달체계 구축방안 연구. 부산대학교 · 질병관리본부, 2012
- 신형익. 국민을 위한 바람직한 재활의료체계 확립방안은?- 국내재활의료의 활성화방안, 2014.4
- 이건세, 김정희, 주지수, 김선민, 박진화, 김미옥 등. 호스피스 수가 체계 연구 수가 및 평가체계 개발 및 시범사업 설계. 건강보험심사평가원, 2008.
- 이상현. 국민을 위한 바람직한 재활의료체계 확립방안은?- 선진국에서의 재활의료, 2014.4
- 이정찬. 미국 ACO 도입 · 활용 실태와 시사점. 의료정책포럼 2014;12(2).
- 이지전, 이상욱, 유승흠, 정해영, 김정인, 이민. 우리나라 노인의 사망 전 1년간 의료이용 수준과 비용 분석. 대한예방의학회 추계학술대회 연제집. 서울: 대한예방의학회;2001
- 정형선, 송양민, · 이규식. 인구고령화와 의료비. 한국보건경제정책학회지 2007; 13(1):95~116.
- 질병관리본부. 2013년 국민건강영양조사 결과. 질병관리본부 보도자료, 2014.9.17.
- 통계청. 장래인구추계:2010년~2060년. 통계청 보도자료, 2011.12.7.
- Chan L, Sandel ME, Jette AM, Appelman J, Brandt DE, Cheng P, et al. Does postacute care site matter? A longitudinal study assessing functional recovery after a stroke. Arch Phys Med Rehabil. 2013;94(4):622-9.
- Emanuel EJ. Cost savings at the end of life. What do the data show? JAMA 1996;275:1907-1914
- Felder S, Meier M, Schmitt H. Health care expenditure in the last months of life. J Health Econ 2000;19:679-695
- Fuchs, V.R., "Though much is taken: reflections on aging, health and medical care". Millbank Memorial Fund Quarterly/Health Sociology. 1984; 62:143-166.
- Hogan C, Lunney J, Gabel J, et al. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. Health Aff(Millwood) 2001;20:188-195.
- Hoover DR, Crystal S, Kumar R, et al. Medical expenditures during the last year of life: findings from the 1992-1996 Medicare current beneficiary survey. Health Serv Res 2002;37:1625-1642.
- Lubitz JD, Riley GF. Trends in Medicare payments in the last year of life. N Engl J Med 1993;328:1092-1096.
- Medicare Payment Advisory Commission. Chapter 7 postacute care providers: Steps toward broad payment reforms. In : Report to Congress: Medicare payment policy. Washington, DC: MedPAC ; 2014, pp 169-177.
- Medicare Payment Advisory Commission. Payment Basics- Inpatient rehabilitation facilities payment system, 2014
- Medicare Payment Advisory Commission. Payment Basics- Skilled nursing facility services payment system, 2014
- Scitovsky AA. "The high cost of dying": what do the data show? Millbank Mem Fund Q Health Soc 1984;62:591-608