



# 미국 보건의료관리청(CMS)의 장기요양병원에 대한 수가정책

오주연 건강보험심사평가원 진료정보분석팀

복합상병 또는 만성질환과 같이 임상적으로 복잡한 문제를 가진 환자는 상대적으로 오랜 기간 동안 병원치료가 필요하다. 메디케어 수혜자들은 급성기 병원에서 퇴원 후 4개의 다른 급성기후 기관(post acute setting)에서 치료를 받을 수 있다; 전문요양시설(skilled nursing facilities; SNFs), 재가서비스기관(home health agencies; HHAs), 장기요양병원(long-term care hospitals; LTCHs), 그리고 입원재활기관(inpatient rehabilitation facilities; IRFs). 미국 보건의료관리청(CMS)은 2002년부터 메디케어 프로그램하에서 장기요양병원에 대해 포괄지불제도(prospective payment system; PPS)를 시행했다. 장기요양병원 포괄지불제도(이하 LTCH-PPS)는 환자의 진단명과 시장의 임금을 기초로 산출된 퇴원환자당 기결정금액을 장기요양병원에 보상하는 것이다.<sup>1)</sup>

이 제도가 도입되기 전에는 퇴원환자당 평균 비용에 기초하여 보상하였다.

장기요양병원과 급성기 입원병원 사이의 구분은 재원기간(length of stay; LOS)이다.<sup>2)</sup> 장기요양병원은 임상적으로 복잡하고 재원기간이 긴 환자를 치료하는 것을 목적으로 하는 급성기병원이다. 2006년에 장기요양병원에 지불된 금액은 약 46억 달러이며 메디케어 수혜자들이 이러한 병원 수입의 약 70%를 차지하고 있다. 미국 보건의료관리청은 매년 두 차례에 걸쳐 기준단가(매년 7월)와 질병군(DRGs, 매년 10월)을 개정한다.

LTCH-PPS하에서 메디케어는 입원환자의 재원기간 동안의 운영비용과 자본비용에 대하여 보상하는데 장기요양질병군(이하 LTC-DRGs)이라 부르는 환자구성그룹(case-mix group)에 대하여 퇴원환자당 상환단가(PPS payment

1) 장기요양병원은 2003년 청구기간(cost reporting periods)부터 새로운 포괄지불제도(LTCH-PPS)로 보상 받기 시작했다. 장기요양병원은 제도 도입 후 5년의 유예기간동안 LTCH-PPS와 시설 특정 단가(facility-specific rate)의 혼합으로 상환을 받았는데, 점차 LTCH-PPS로 보상받는 부분의 비율은 늘리고, 비용에 기초한 시설 특정 단가로 보상받는 부분의 비율은 낮추었다. 예를 들어, LTCH-PPS 시행 첫해의 상환은 포괄지불단가의 20%와 시설 특정 단가의 80%였다; 두 번째 연도에서 상환은 포괄지불제도 40%와 시설 특정 단가의 60%였다. 또한 장기요양병원은 시행 첫 해부터 LTCH-PPS의 100% 상환을 선택할 수도 있다.

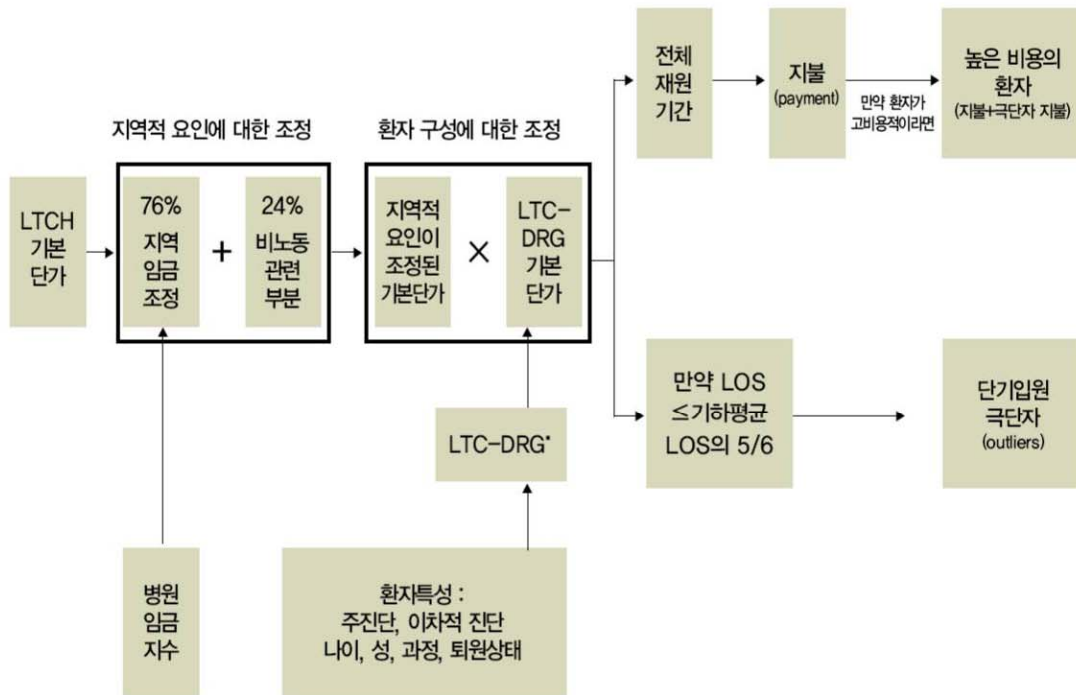
2) 장기요양병원은 환자의 평균 재원기간이 25일 이상인 급성기병원이다. 급성기병원의 포괄지불제도(Inpatient Prospective Payment System, IPPS)하에서 병원의 평균 재원기간은 약 5일이다. 여기서 IPPS란 급성기 치료병원에서의 입원비용에 대한 지불체계를 말한다. IPPS하에서 각각의 사례는 질병군으로 분류되고, 각각의 질병군은 메디케어 환자를 치료하는데 사용되는 자원의 평균에 기초한 지불보상가중치를 갖는다.

rate)로 보상한다. LTC-DRGs란 장기요양환자나 보정된 환자구성에 대한 자원 요구를 반영하기 위해 가중치를 준 질병군이다.<sup>3)</sup> 환자들은 주진단명, 부진단명(8개까지), 절차(procedures, 6개까지), 나이, 성, 그리고 퇴원상태에 따라서

LTC-DRGs로 분류된다. 2007년 10월 1일부터 메디케어는 중증도 수준(severity level)을 세 가지로 더 세분화 시킨 'Medicare Severity-LTC-DRGs'을 적용했다.<sup>4)</sup>

포괄지불제도에서 '08 기준년(rate year)에

[그림 1] 장기요양병원 포괄지불제도(LTCH-PPS)



주 : 1) LTCH(long-term care hospital), LTC-DRG(long-term care diagnosis related group), LOS(length of stay).  
 2) \* 2007년 10월 1일부터 메디케어는 중증도를 세 수준으로 나눈 질병군을 기초로 구성된 'MS-LTC-DRGs'을 사용하여 상한액을 보정하고 있다.

자료 : Long-term care hospitals payment system, medpac. 2007

3) 2003년 미국 보건료관리청은 청구자료를 기초로 매년 LTC-DRGs(LTCH-PPS하에서의 환자분류체계)를 갱신하기 시작했다. 그리고 장기요양병원의 기준단가의 적용기간을 그 해의 7월 1일부터 차기연도의 6월 30일까지로 정했다.

4) 새로운 환자구성그룹으로 이행되기 쉽도록 '08 회계연도(10월 1일부터 차기연도 9월 30일)에 각 'Medicare Severity-LTC-DRGs'에 대한 상대적 가중치의 50%는 과거 LTC-DRGs에서 적용되던 상대적 가중치를 기초로 할 것이다. 'Medicare Severity-LTC-DRGs'는 평균 요금을 고려한 5개의 항목으로 나뉘었으며 이러한 5개의 환자구성그룹에 대한 상대적 가중치는 각 그룹의 LTC-DRGs에 대한 평균 요금에 기초하여 결정된다.



대한 상환단가는 \$38,356이다(2007년 7월부터 2008년 6월). 상환단가는 노동관련 부분과 비-노동관련 부분(non-labor)으로 나뉜다. 노동관련 부분(76%)은 시장에서의 임금차이를 고려하기 위해 병원이 위치한 그 지역의 적절한 임금지수(wage index)에 의해 조정된다[그림 1].<sup>5)</sup> 만약 병원이 알래스카(Alaska)와 하와이(Hawaii)에 위치해 있다면, 비-노동관련 부분(24%)은 COLA(생계비 지수의 상승에 따른 임금인상)지수로 조정된다. 기본상환총액은 지역적 요인에 대해 조정된 기본단가와 질병군별 상대가치(가중치)와의 곱으로 산출된다.

### 단기입원환자(short-stay outliers)

장기요양병원은 단기입원환자(short-stay outliers; SSOs)에 대해 조정된 포괄수가제로 보상받는다. 단기입원환자는 LTCH-DRGs에 대한 재원기간이 기하평균 재원기간의 5/6보다 작을 때로, 다음 중 가장 적은 금액으로 보상받는다.

- 그 case의 비용 100%
- [(전체 LTCH-DRGs 지급총액/그 case의 LTCH-DRGs 평균재원기간) × 재원기간]의 120%
- LTCH-DRGs 상환총액, 또는
- 질병군에 대한 조정된 입원환자 포괄수가제(IPPS)의 일당총액과 재원기간에 대한 장기요양병원 일당 지급액 120%의 합

### 고비용환자(high-cost outliers)

장기요양병원은 고비용환자에 대해 별도의 보상(outlier payments)을 받는다. 고비용환자는 고정 손실액 이상의 사례에 대해 'Medicare Severity-LTC-DRGs'에서 상환하는 금액과 그들의 비용을 비교해봄으로써 정의될 수 있다. 2008년에 확정된 고정 손실 총액은 \$20,738이다. 메디케어는 기준 이상의 장기요양병원의 비용에 대해 80%를 지불한다.

### 비연속적 입원(interrupted stay)

비연속적 입원이란 장기요양병원의 환자가 급성기 병원, 입원재활기관(IRF), 또는 전문요양시설(SNF)에 일정기간 동안 입원후 퇴원했다가 같은 요양병원에 재입원한 경우를 말한다. 일정 기간은 급성기병원에서 9일, 입원재활기관에서 27일, 그리고 전문요양시설에서 45일을 말한다. 장기요양병원에서 퇴원한 후 3일 내에 재입원한 경우에도 비연속적 입원으로 간주된다.

### 25% rule

2004년 8월에 미국 보건 의료관리청은 부적절한 입원을 제한하기 위해 25% rule을 추가했다. 이 규칙은 장기요양병원이 주급성기병원(host hospital)의 단위로서 기능하지 않고 입원, 치료, 퇴원에 대한 결정을 재정적인 이유보다는 임상적인 이유로 이루어지도록 하기 위한 정책이

5) 장기요양병원의 상환을 조정하기 위해 사용되는 임금지수는 지리적인 재분류 없이 급성기병원이 보고하는 임금자료로 계산된다. 임금지수는 포괄수가제가 도입된 2002년부터 5년에 걸쳐 단계적으로 확대되었다; 2002년에는 1/5(20%), 2003년 2/5(40%), 2004년 3/5(60%), 2005년 4/5(80%), 2006년 5/5(100%).


6) '병원 내의 병원(HwH)'은 다른 병원의 내부나 다른 병원과 같은 캠퍼스에 실제 위치한 별개의 병원으로 급성기병원과 함께 위치해 있으나 그들의 소유권 및 재정은 분리되어 있다. 대부분의 새로 생겨난 장기요양병원들은 '병원 내의 병원' 모델을 사용한다. '병원 내의 병원'은 그들 소유의 통제기구와 병원직원이 있어야 하며 그들의 주급성기병원과 임대공간의 기본적인 기능독립에 대한 책임이 있다.



다. LTC "병원 내의 병원(hospital within hospital: HwH)"<sup>6)</sup>과 장기요양병원의 위성병원 들에게만 영향을 주는 이 규칙은 주급성기병원 에서 "병원 내의 병원"으로 의뢰된 입원 환자의 비율을 25%내로 제한하는 것이다. "병원 내의 병원"과 위성병원들은 주급성기병원으로부터 입원된 환자가 그 해의 기준치인 25% 이내일 때 LTCH-PPS로 보상받는다. 25% 기준치가 넘으면 장기요양병원은 LTCH-PPS보다 더 적게 보상받거나 주급성기병원으로부터 퇴원한 환자 에 대하여 급성병원포괄수가제(IPPS)로 보상받는다.<sup>7)</sup>

25% rule에도 몇 가지 예외가 있다. 시골의 "병원 내의 병원"에 대해 적용되는 비율은 50%이며, 도심지역에 "병원 내의 병원"이 단독으로 존재하거나 주요 병원과 함께 대도시지구 (metropolitan statistical areas: MSAs)에 위치해 있다면(지역내에 급성치료를 수행할 수 있는 병원비율이 적어도 1/4 이상) 기준치는 50%

가 된다.

미국 보건의료관리청은 이러한 비율 제한을 확대할 방침이다. 이 정책은 3년에 걸쳐 단계적으로 시행될 것이며 "비 병원 내의 병원"과 비위 성병원에 대한 적용 기준치는 다음과 같다. 

- 2008 기준연도 동안 75%
- 2009 기준연도 동안 50%
- 2010 기준연도 동안 25%

#### 참고문헌

1. Long-term care hospital, medpac, 2006.
2. CMS Manual System, CMS, 2007.
3. Long-term care hospital prospective payment system short-stay outliers fact sheet, CMS, 2006.
4. Long-term care hospitals payment system, medpac, 2007.

7) 급성치료병원에서 장기요양병원으로 transfer된 고비용의 환자는 25% 기준치 측정 시 환자로 간주되지 않으며 만약 25%기준치 에 도달했다 하더라도 LTCH-PPS로 지급될 수 있다.