발 간 등 록 번 호
G000F8L-2021-182

급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 의료기관 질 관리 및 수가체계 개발 연구

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

발 간 등 록 번 호
G000F8L-2021-182

급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 의료기관 질 관리 및 수가체계 개발 연구

연구진

연구책임자 이요셉 부연구위원
공동연구자 장 준 주임연구원
김명화 부연구위원

건강보험심사평가원
HEALTH INSURANCE REVIEW & ASSESSMENT SERVICE

머리말

의학이 발전에 따라 질병 치료 전문 분야가 세분화되었고 보건의료시스템은 지속적으로 확장되었다. 이는 의료기관의 기능과 역할의 분화를 가져왔고, 환자는 급성기 치료, 회복재활, 요양이라는 일련의 단계에 맞춰 치료의 이전이 필요하게 되었다. 퇴원 시 온전한 사회복귀 또는 이후 의료기관으로 전원을 위해 환자 상태와 관련한 합리적인 서비스 연계가 필요하지만, 현장에서는 진료정보 공유의 분절로 연계활동 활성화에 한계가 있었다.

이에 정부는 의료전달체계 개선의 일환으로서, 급성기 치료 후 회복과 재활이 필요한 환자의 의료기관 간, 지역사회 간 연계를 강화하고 원활한 일상회복을 돕기 위해 2020년 12월부터 '급성기 환자 퇴원 및 지역사회 연계활동' 시범사업을 추진하였다. 이 시범사업을 통해 급성기 의료기관에서 퇴원 시 환자 상태를 통합적으로 평가하고 적절한 퇴원 계획을 수립·이행하여 지역사회로 원활히 복귀할 수 있는 체계를 구축하고, 환자의 치료요구도와 사회경제적 지원 필요성을 종합적으로 파악하여 이를 적정서비스와 연계하고자 노력하고 있다.

본 연구는 '급성기 환자 퇴원 및 지역사회 연계활동' 시범사업이 시작된 지 1년이 되지 않은 초기 시점에서, 의료의 질 관리에 대한 국내외 요구에 발맞춰 의료기관 간 질 관리 활동을 구체화하고 이와 관련한 보상 체계를 제안하는 연구이다. 국내외 유사 사례를 고찰하고, 의료의 질 관리에 관한 국제적 개념과 방향을 바탕으로 본 시범사업에서 의료의 질 영역을 강화할 수 있는 방안과 보상안을 제시하였다. 또한 현장 전문가의 의견을 수렴하여 시범사업에서 개선해야 할 사항도 점검하였다.

본 보고서가 향후 '급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업 발전과 의료전달체계 개선을 위한 근거로 활용될 수 있기를 기대한다. 끝으로 이 보고서의 내용은 연구자의 개인적인 의견으로서, 건강보험심사평가원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2022년 1월

건강보험심사평가원 원장 김 선 민

건강보험심사평가원 심사평가연구소장 이 진 용

목 차

제1장 서론 ····· **1**

1. 연구 배경과 목적 ····· 1

가. 연구 배경 ····· 1

나. 연구 목적 ····· 2

2. 연구 내용과 방법 ····· 3

가. 연구 내용 ····· 3

나. 연구 방법 ····· 3

제2장 의료기관 간 환자관리에 관한 이론적 배경 ····· **5**

1. 치료 이전(transition of care) ····· 5

가. 세계보건기구의 치료 이전(transition of care) ····· 5

나. 미국 사례관리협회 치료 이전의 기준(Transitions of care standards) ·· 14

다. NCQA의 치료 이전(transition of care) ····· 21

라. 기타 문헌 고찰 ····· 23

2. ACO의 의료의 질 관리 평가 체계 ····· 26

제3장 국내·외 의료기관 간 환자와 질 관리 제도 ····· **31**

1. 개요 ····· 31

2. 국내 제도와 사례 ····· 35

가. 재활 의료기관 수가 2단계 시범사업 ····· 35

나. 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 ····· 41

다. 권역심뇌혈관센터 운영 사업 ····· 44

라. 공공보건의료 협력체계 구축 사업 ····· 48

3. 국외 제도와 사례 ····· 53

가. 일본 ····· 53

나. 호주 ····· 65

제4장 시범사업 현황과 의견조회 ····· 69

1. 시범사업 현황분석 ····· 69

가. 시범사업 일반현황 ····· 69

나. 환자의 퇴원·전원 경로 분석 ····· 72

다. 의료기관 간 환자관리 자료 내 종합의견 등 기술항목 분석 ····· 79

2. 의료기관 간 연계와 질 관리 방안 논의 ····· 85

가. 개요 ····· 85

나. 의료기관 간 연계 관련 의료의 질 관리 방안 등 ····· 85

다. 기타 개선 요구 사항 ····· 85

제5장 의료기관 질 관리 방안과 개선사항 ····· 89

1. 의료기관 질 관리 방안 ····· 89

가. 개요 ····· 89

나. 의료기관 간 질 관리 방안과 보상 체계(안) ····· 89

2. 시범사업 개선사항 ····· 96

가. 개요 ····· 96

나. 시범사업 개선사항 ····· 96

제6장 결론과 제언 ····· 99

참고문헌 ····· 103

부록 ····· 105

표 목 차

〈표 1〉 치료 이전에 따른 문제 요소 ····· 6
〈표 2〉 안전한 치료이전을 위한 다양한 시도(예시) ····· 7
〈표 3〉 ACMA 치료 이전의 기준 1.0 ····· 15
〈표 4〉 ACMA 치료 이전의 기준 2.0 ····· 17
〈표 5〉 ACMA 치료 이전의 기준 3.0 ····· 18
〈표 6〉 ACMA 치료 이전의 기준 4.0 ····· 19
〈표 7〉 ACMA 치료 이전의 기준 5.0 ····· 20
〈표 8〉 NCQA의 치료 이전 측정 항목 ····· 21
〈표 9〉 NCQA의 치료 이전 측정 항목의 결과 ····· 22
〈표 10〉 미국 CTM의 측정 문항 ····· 23
〈표 11〉 ACO 질 평가 항목 현황 ····· 26
〈표 12〉 ACO 구축과 운영 요건 ····· 28
〈표 13〉 급성기 환자 퇴원지원과 지역사회 연계활동 시범사업 서비스 내용과 보상 ····· 34
〈표 14〉 시범사업의 의료기관 간 질 관리 활동 권고 방향 ····· 35
〈표 15〉 재활의료기관 수가 시범사업 대상 질환 ····· 37
〈표 16〉 재활의료기관 수가 시범사업 추진경과 ····· 37
〈표 17〉 재활의료기관 수가 시범사업 주요 서비스 내용 ····· 38
〈표 18〉 재활의료기관 산정 수가 ····· 39
〈표 19〉 재활의료기관 수가 2단계 시범사업 간 비교 ····· 40
〈표 20〉 진료의뢰 · 회송 시범사업 산정 수가 ····· 42
〈표 21〉 진료의뢰 · 회송 시범사업 간 비교 ····· 44
〈표 22〉 권역심뇌혈관센터 지정 현황 ····· 44
〈표 23〉 권역심뇌혈관센터 주요 추진 내용 ····· 46
〈표 24〉 권역심뇌혈관질환센터 운영 사업 간 비교 ····· 47
〈표 25〉 공공보건의료 협력체계 구축 사업 추진경과 ····· 48
〈표 26〉 '21년 권역 · 지역 책임의료기관 현황 ····· 49

〈표 27〉 공공보건의료 협력체계 주요 사업내용 ····· 51
〈표 28〉 공공보건의료 협력체계 구축사업 간 비교 ····· 53
〈표 29〉 퇴원지원 관련 주요 진료보수 추진 연혁 ····· 55
〈표 30〉 개정 전 지역연계 관련 진료보수 상세 ····· 56
〈표 31〉 개정 후 지역연계 관련 진료보수 상세 ····· 58
〈표 32〉 기관 간 진료연계 관련 기타 진료보수 상세 ····· 60
〈표 33〉 일본 의료의 질 평가 공표 추진사업 내 참고 지표 ····· 63
〈표 34〉 전원에 필요한 관리 사항과 이행 항목 ····· 66
〈표 35〉 전원 과정의 효율성 · 효과성 평가 요소 ····· 68
〈표 36〉 급성기 의료기관 제출 서식 등록 현황(2021.9.) ····· 70
〈표 37〉 연계 의료기관 전원 여부에 따른 다빈도 주상병 비교(2021.9.) ····· 71
〈표 38〉 연계 의료기관 전원 여부에 따른 연령 분포 비교(2021.9.) ····· 71
〈표 39〉 급성기 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 환자관리 종합의견 현황 ····· 80
〈표 40〉 급성기 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 종합의견 예시 ····· 81
〈표 41〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 치료경과 요약 ····· 82
〈표 42〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 치료경과 기타 예시 ····· 83
〈표 43〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 향후 계획 요약 ····· 83
〈표 44〉 의료의 질 관리 주요 내용 ····· 90
〈표 45〉 의료기관 질 관리 방안에 따른 평가 지표 구성(안) ····· 92
〈표 46〉 의료기관 질 관리 평가 지표 운영 방안(안) ····· 94
〈표 47〉 의료기관 질 관리 평가 지표 점수 구간별 적용 보상(안) ····· 95
〈표 48〉 재활의료기관 수가 시범사업의 입원 기준 ····· 97

그 림 목 차

[그림 1] OECD HCQI 프로젝트의 개념적 프레임 ····· 2
[그림 2] 급성기 환자 퇴원지원 관련 시범사업 모형도 ····· 32
[그림 3] 급성기 환자 퇴원지원과 지역사회 연계 흐름도 ····· 33
[그림 4] 회복기 재활의료기관 서비스 모형 ····· 36
[그림 5] 진료의뢰 · 회송 협력진료 모형 ····· 41
[그림 6] 진료의뢰 · 회송 중계시스템 업무 흐름도 ····· 43
[그림 7] 권역심뇌혈관질환센터 구성과 기능 ····· 45
[그림 8] 공공의료협력과 지원체계 ····· 50
[그림 9] 공공의료연계망 시스템 ····· 52
[그림 10] 퇴원지원 관련 가산 산정횟수 비교 ····· 57
[그림 11] 지역연계 진료계획관리 보수개정 전 · 후 ····· 58
[그림 12] 의료의 질 평가 공표 추진사업 형태 ····· 62
[그림 13] 비연계 의료기관 전원의 권역별 · 종별 현황(2021.9.) ····· 73
[그림 14] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 연령별 현황(2021.9.) ····· 74
[그림 15] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 기능점수별 현황(2021.9.) ····· 75
[그림 16] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 영양상태별 현황(2021.9.) ····· 76
[그림 17] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 영양상태별 현황(2021.9.) ····· 77

요 약

1. 서론

가. 연구 배경과 목적

1) 연구 배경

○ 급성기 의료기관에서 치료받은 환자는 회복과 재활을 위해 전원 과정을 거쳐 지역사회로 복귀하는데, 이 과정에서 의료기관 간(또는 지역사회 간) 연계체계의 미비로 퇴원 지연, 중복된 진단 검사 등의 비효율이 발생하고 있음

○ 이를 보완하고자 “급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동” 시범사업은 환자 중심의 통합적 평가, 적절한 퇴원 계획 수립, 급성기 이후 재활과 요양을 위한 의료기관으로 유기적인 연계를 장려함으로써 원활한 지역사회 복귀를 유도하고 있음

○ 한편 시범사업의 질적 향상을 위해 ‘의료기관 간 질 관리 활동’을 권고하여 대상 의료기관의 자발적인 참여를 유도하고 있으나, 구체적인 방안과 적절한 보상 체계가 부족함

2) 연구 목적

○ 국내·외 사례와 문헌 고찰을 통해 국내에 적용 가능한 의료기관간 연계 관련 의료의 질 요소를 파악하여 ‘급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동’ 시범사업에서 보완해야 할 의료의 질 관리 활동과 보상 방안을 제시하고자 함

- 첫째, 환자중심의 의료기관 간 질 관리 활동의 정의와 관리방안 제시
- 둘째, 의료기관 간 질 관리 활동에 따른 보상 방향 제안
- 셋째, 시범사업의 개선사항 파악

나. 연구 내용과 방법

1) 연구 내용

○ 의료기관 간 질 관리 활동의 개념 정립

○ 의료기관 간 질 관리 활동 보상 방향 제시

○ 시범사업의 개선사항 파악

2) 연구 방법

○ 문헌조사, 임상 전문가 의견 청취 그리고 자료 분석 수행

2. 의료기관 간 환자관리에 대한 이론적 배경

가. 치료 이전(transition of care)

1) 세계보건기구의 치료 이전(transition of care)

○ (개요) WHO는 환자 중심의 통합 의료를 위한 우선순위로 일차의료의 중요성을 강조하며, 일차의료의 접근성 향상과 안전에 관한 기술문서를 발간함

○ (치료 이전) 안전하고 효율적인 이전을 위해 환자 참여 중심의 전략 수립이 필요함
- 치료 이전을 향상하기 위한 가장 성공적인 방법은 의사소통과 치료 간 협응에 중점을 두어야 함

○ (실행 방안) 치료 이전을 위한 단일 방안은 아직 없으며, 각 국가의 문화 또는 보건의료시스템에 따라 사람 중심의 제도 추진이 필요하다고 강조함
- 도구의 공유와 네트워크 거버넌스 구축
- 안전사고의 고위험 환자군 선별
- 표준화된 용어의 사용으로 의사전달 오류 최소화

2) 미국 사례관리협회 치료 이전의 기준(Transitions of care standards)

○ (개요) 가치기반 치료에 필요한 모델을 구현함으로써 치료 계획 수립과 소통, 실행, 조정의 동적 프로세스 로드맵을 제시함

○ (치료이전) 서로 다른 치료 환경 간 환자를 옮기는 과정임

- 환자 안전의 관점에서 치료 전달 시스템을 명확하게 이해하고 위험에 대응하는 효과적인 치료 조정을 지원하는데 필요한 자원 활용 집중이 중요함

○ (치료 전환을 위한 기준) 환자 위험 선별, 종합 평가, 약물 정보 전송, 치료 관리 계획 수립, 필수 정보 공유 등 5개 영역의 기준을 제시함

3) NCQA의 치료 이전(transition of care)

○ (개요) 보건의료 데이터와 정보세트(HEDIS)를 건강관리 개선 도구로 활용함

○ (치료 이전) 메디케어 가입자 데이터를 기반으로 입원 통보, 퇴원정보 접수, 퇴원 후 환자 참여, 퇴원 후 약물 조정 등 4가지 분석을 수행함

4) 기타 문헌 고찰

가) 미국의 care transition measure

○ CTM은 의료기관과 자택 사이의 이전 품질을 평가하는 주요 수단으로 의료기관 입원 시기, 퇴원 준비, 추적 관찰을 위한 진료 일정, 약물 관련 등 15개 문항을 제시함

나) 국내의 퇴원 후 연계 임상진료지침 연구

○ 퇴원 후 연계 지침으로 환자 평가, 연계 계획, 연계 관리 교육, 정보공유 등 4가지 권고안을 제시함

○ 표준화된 문서와 의사소통 활용을 강조함

나. ACO의 의료의 질 관리 평가 체계

○ (개요) CMS는 서비스 개선과 의료의 질 개선을 통해 절감된 비용에 따른 성과 보상을 위해, 환자(보호자)와 간병인 경험, 통합의료와 환자안전, 예방의료, 건강 취약인구 등 4개 영역을 중심으로 23개 세부 지표를 평가함

○ (질 관리 권고사항) AMA은 ACO 구축과 운영 요건으로서, 체계화와 호환성, 경영관리, 시너지효과 등의 영역을 제시하며, 다음과 같은 점검 사항을 제안함

〈요약 표 1〉 ACO 구축과 운영 관련 점검사항

구 분	내 용
Data management	- 통합자료시스템 배치 활용 통한 인프라 마련 - 근거기반진료와 의료의 질 추적
Impact on practice	- 의료의 질 전문가 발굴 - 환자 참여형 진료계획 수립

3. 국내 · 외 의료기관 간 환자와 질 관리 제도

‘급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동’ 시범사업은 뇌혈관 질환자를 대상으로 치료요구도와 사회·경제적 지원 필요성을 평가하고 적절한 퇴원계획을 수립하여 급성기의료기관-재활의료기관-지역사회 간 긴밀한 연계를 유도하는 사업임.

본 시범사업의 내용과 의료기관 간 질 관리와 관련하여 유사한 국내외 사례와 질 관리 사례를 고찰함.

가. 국내 제도와 사례

1) 재활의료기관 수가 2단계 시범사업

○ (개요) 회복기 환자의 효과적인 기능회복과 지역사회로의 조귀 복귀를 목적으로, 다양한 직종이 참여하여 환자 특성에 맞는 통합재활치료를 제공하는 사업임

○ (주요내용) 급성기 · 회복기 · 유지기 케어와 지역사회 간 연계를 개선함

- 적정입원 기간 보장, 다학제 통합치료, 수가보상방안 검토, 재활의료전달체계 확립 등

○ (질 관리) 재활의료수가 2단계 시범사업과 급성기 환자 퇴원지원 시범사업은 연계 의료기관 또는 지역사회로 환자 연계 관련 질(quality)을 측정하고 이를 향상시키기 위한 별도의 장치가 부재함. 두 시범사업은 궁극적으로 ’급성기치료-회복기재활-지역사회복귀‘라는 일련의 케어 과정으로 통합되어야 할 것으로 판단되므로, 각 단계 간 의료의 질을 제고할 수 있는 방안이 필요함

2) 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

○ (개요) 대형병원과 병·의원 간 진료의뢰·회송 비용 보상을 통해 대형병원 환자 쏠림 현상을 완화하고자 하는 시범사업임

○ (주요내용) 진료·영상정보 교류 수준에 따라 진료의뢰료 수가를 차등화하고, 동일 권역 가산을 통해 진료정보 교류와 지역 내 의뢰 활성화를 지원함

- 기관 간 협력진료체계 활용, 연속성 있는 의료서비스와 충실한 진료정보 교환이 가능토록 건강보험수가를 적용함

○ (질 관리) 진료의뢰·회송 시범사업과 급성기 환자 퇴원지원 시범사업 모두 환자 진료 정보의 전자적 방식 교류가 수가 산정 요건임. 급성기 환자 퇴원지원 시범사업 내 별도의 자료제출시스템 운영은 불필요한 행정 소요 가중 우려가 있으므로, 진료의뢰·회송 시범사업 중계시스템으로 일원화하여 운영하는 방안 검토가 필요함

3) 권역심뇌혈관센터 운영사업

○ (개요) 심뇌혈관질환의 응급치료와 전문치료 시스템 부재, 서울 중심의 의료시설 집중에 따른 지역 간 건강격차 심화를 해소하고자 추진된 사업임

○ (주요내용) 권역별 지방종합병원에 심뇌혈관센터를 구축하고, 지역별로 거점병원을 지정·육성하여, 질환 발생 즉시 진료받을 수 있는 체계를 마련함

- 집중진료기반 구축, 진료네트워크 구축, 지자체 공조체계 구축 등

○ (질 관리) 급성기 환자 퇴원지원 시범사업은 의료기관 간 유기적 협력 관계를 전제로 하나, 연계 의료기관에서 퇴원 후 환자에 대한 지속적인 모니터링의 체계화와 질 관리 전문인력 교육이 필요함

4) 공공보건의료 협력체계 구축사업

○ (개요) 비수도권(소도시) 지역 중심의 지역보건의료기관 간 협력체계 구축 통해, 필수의료와 지역서비스 연계 부족을 개선하고자 하는 사업임

○ (주요내용) 시·도 공공보건의료위원회와 책임의료기관 주도하에 필수의료 협력 모형을 구축하여, 공공보건의료 네트워크 구축, 기초조사와 문제 진단, 협력모델 개발과 사업수행, 공공의료연계망 운영 등이 있음

- 특히 공공의료연계망 운영을 통해 환자의 퇴원계획 수립과 연계과정에서 지역 내 의료·보건·복지기관 간 서비스 연계 활성화에 중점을 둠

○ (질 관리) 급성기 환자 퇴원지원 시범사업은 공공보건의료 협력체계 구축 사업의 '퇴원환자 지역사회 연계와 연속적 건강관리를 위한 퇴원 후 유지·회복 지원' 부문을 구체화하였음

나. 국외 제도와 사례

1) 일본

가) 일본의 지역연계 진료계획 관리 진료보수 운영

○ (개요) 환자가 급성기 의료기관에서 회복기 의료기관을 거쳐 조기에 자택으로 복귀 가능토록 진료계획을 작성하고, 기관 간 진료 정보 공유와 활용으로 지역완결형 의료를 실현하는 '지역연계 크리티컬 패스(Critical Path)' 제도임

○ (주요내용) 단순히 환자 퇴원지원 개념에서 발전하여 의료기관 연계를 통한 치료의 지속성에 주목하고, 효율적인 환자 전원 지원 활동을 보상함

- 급성기 의료기관(계획관리병원)이 작성한 진료계획을 환자(보호자)에게 설명하고 이를 연계 의료기관인 회복기병원(또는 요양시설)과 공유함으로써, 치료의 연속성·효율성·효과성을 제고함
- 환자의 퇴원·전원 계획과 지원 시 퇴원지원가산을 산정하고, 연계 기관과 환자정보를 공유하여 '지역연계 진료계획가산' 명목으로 추가 보상을 산정하는 형태로 운영함

나) 일본의 의료의 질 평가 공표 추진사업

○ **(개요) 환자 관심이 높은 특정 의료분야를 대상으로 병원이 임상지표(환자 만족도, 프로세스, 성과)를 설정하고 평가 결과를 공표함으로써 의료의 질 향상을 제고하고자 하는 사업임**

○ **(주요내용) 의료의 질 평가 공표 추진사업 보고서를 통해 7개 부문(임상과 병원관리, 질환, 진료기능, 지역연계, 인권, 환자만족, 지원만족) 평가 결과를 매년 공시함**

- 케어콘퍼런스 시행 비율, 지역연계 진료계획 산정 비율, 환자만족도 조사 등을 급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 의료기관 간 연계 질 관리 참고 지표로 검토함

〈요약 표 2〉 일본 의료의 질 평가 공표 추진사업 내 참고 지표

구 분	내 용
임상과 병원관리	환자별 콘퍼런스 기록 횟수를 통한 프로세스 성과 평가 등
지역연계	환자 대응과 타 의료기관 간 연계, 기능분화 평가 등
환자만족	치료 결과, 입원기간, 안전한 치료 등에 관한 환자 만족도 평가
직원만족	직원 만족도 평가

2) 호주

○ **(개요) 호주 Victoria's public health services의 급성기 환자 퇴원관리와 효율적인 전원을 위한 가이드라인으로서, 의료기관 간 의사소통 향상을 통해 환자의 일관된 치료 이전 방안을 제시함**

○ **(주요내용) 환자, 서비스, 임상, 전원 관련 정보를 의료기관 간 공유하도록 권장하며, 급성기 의료기관에서 전원에 필요한 관리사항, 이행항목 등을 제시함**

- 환자(보호자)의 치료의사결정 참여, 전원 시 기관 간 명확한 책임 규정, 의료공급자 간 폭넓은 협력, 성과 모니터링 원칙 등

4. 시범사업 현황과 의견조회

가. 시범사업 현황분석

1) 시범사업 일반 현황

가) 서식등록 현황

○ 급성기 의료기관은 통합평가표Ⅰ(의료적평가), 통합평가표Ⅱ(사회·경제적 평가), 통합퇴원계획관리표, 지역사회연계관리표Ⅰ(기관내활동), 지역사회연계관리표Ⅱ(현장방문활동), 퇴원환자재택관리표, 의료기관 간 환자관리표 등 6개 부문 산정 수가에 따라 서식을 제출함

- 기본적인 통합평가Ⅰ 기준으로, 지역사회연계관리Ⅰ은 약 21.5%, 퇴원환자재택관리는 약 32.1%, 의료기관 간 환자관리는 약 10.0%로서, 연계 의료기관으로 퇴원하는 것보다 자택으로 퇴원하는 사례가 더 많은 것으로 나타남

나) 의료기관 연계 현황

○ 급성기 의료기관 치료 후 이동 경로를 '연계 의료기관 전원 환자'와 '전원 환자 외'로 구분하였으며, 시범사업 동의 환자 521명 중 연계 의료기관 전원 환자 52명(10.0%), 전원 환자 외 469명(90.0%)으로 나타남

- (주상병) 시범사업 대상은 뇌혈관 질환자(I60~I69) 분포를 다빈도 순으로 분석한 결과, 뇌경색증(I63)과 뇌내출혈(I61)이 두 그룹에서 80% 이상을 차지하며 연계 의료기관 전원 여부에 따른 차이는 나타나지 않음
- (연령) 두 그룹 모두 50세 이상 환자가 80% 이상을 차지하는 것으로 나타나 연령과 연계 의료기관으로의 전원 간 뚜렷한 관계 나타나지 않음

2) 환자의 퇴원·전원 경로 분석

○ **연계 의료기관으로 전원하지 않은 환자의 특성과 상세 이동경로를 파악하기 위해 청구명세서 정보를 활용함**

○ **시범사업 동의 환자 에피소드 334명 중 137명(41.0%)이 전원하여 72명(21.6%)이 연계 의료기관, 65명(19.5%)이 비연계 의료기관으로 이동함**

- (권역) 비연계 의료기관 전원 65명 중 57명(87.7%)은 동일 권역 내 의료기관으로 전원
- (종별) 비연계 의료기관 전원 65명 중 병원 29명(44.6%), 요양병원 27명(41.5%)

○ **연계 의료기관으로 전원하지 않은 환자의 특성을 연령별, 기능점수와 영양상태별, 소득별로 분석함**

- (연령) 비연계 의료기관 전원 65명 중 60세 이상이 병원에서 18명(27.7%), 요양병원에서 23명(35.4%)으로서, 상대적으로 고연령 환자가 요양병원으로 전원
- (기능점수) 환자의 재활 요구도를 파악하는 버그균형척도, 근력, 일상생활 수행능력, 인지기능의 4가지 평균 점수 분석 결과, 요양병원 전원 27명의 BBS점수 평균은 12.7점, MMT 78.2점, KMBI 26.5, KMMSE 13.1점으로서, 상대적으로 기능점수가 낮은 환자들이 요양병원으로 전원
- (영양상태) 연계 의료기관 전원 여부 관계없이 상대적으로 경증으로 구분되는 경구섭취(일반식)·경구섭취(연하곤란식) 환자들이 대부분 전원
- (가구소득) 전원 환자 137명 중 월 가구소득 자료가 있는 107명의 소득분포 분석 결과, 월 가구소득 200만원 이상 해당 환자가 비연계 의료기관으로 17명, 연계 의료기관으로 26명 전원

○ **(소결) 시범사업의 초기로서 자료 축적이 충분치 않은 이유로 일반화에 한계가 있음에도, 비연계 의료기관으로 전원하는 환자의 특성을 파악하고자 했으나 유의미한 차이를 발견하지 못함**

나) 의료기관 간 환자관리 자료 내 종합의견 등 기술항목 분석

○ (급성기 의료기관) 종합의견 내용을 재활, 약물, 퇴원, 진료 일정으로 구분한 결과, 재활 부문 위주로 의견을 기재함

○ (연계 의료기관) 회신된 내용을 신체기능, 인지, 언어·연하, 약물·주사, 통증, 배뇨·배변, 퇴원 관련으로 구분한 결과, 신체기능 부문 위주로 기재함

○ (소결) 주관식으로 작성할 수 있는 텍스트 분량에 제한이 있어 입력된 자료의 질과 양에서 편차가 존재함

- 특히, 퇴원관리와 사회복지 관련 내용은 송·수신 가능한 정보의 양적 측면·질적 측면 모두 보완이 필요함

나. 의료기관 간 연계와 질 관리 방안 논의

○ 급성기 의료기관과 연계 의료기관 실무자를 대상으로 의료기관 간 질 관리 방안을 자문 하였으나, 현장에서는 직접적인 의료행위에 수반한 안전 관리 활동 외 의료의 질 개념은 추상적으로 이해하고 있어 의미있는 결과 도출이 어려웠음

○ 기타 시범사업 개선 요구사항으로는 자료제출 시스템 개선, 지연연계 활동 활성화 여건 마련, 추가 수가 산정, 행정업무 부담 개선 등이 있었음

5. 의료기관 질 관리 방안과 개선사항

가. 의료기관 질 관리 방안

1) 개요

○ 의료기관의 기능과 역할의 분화에 따라 전원에 따른 치료 이전이 필요하게 되었으며, 환경 변화 과정에서 치료 연속성 유지가 어렵고 위험도가 높아짐

○ 이 과정에서 필요한 의료기관 간 질 관리 활동은 치료의 연속성을 보장하고 환자의 안전을 확보하는 동시에, 급성기 의료기관을 중심으로 지역사회의 보건의료 거버넌스를 형성하려는 시도임

○ 그러나 본 시범사업 핵심이라 할 수 있는 의료기관 간 환자 연계 과정에서 질 관리 활동을 장려하기 위한 방안과 보상체계는 미흡함

- 시범사업 지침을 통해 의료기관 간 유기적인 네트워크 구축으로 평가와 치료계획 공유가 권고되고 있으나, 현실적인 어려움과 보상체계 부재 등으로 실효성에 의문이 제기됨

○ 이에 의료기관 간 환자 연계 과정에서 의료의 질 관리 방안과 보상 방향을 제안함

2) 의료기관 간 질 관리 방안과 보상 체계(안)

가) 의료기관 간 질 관리 활동의 지표 구성

○ 국내외 관련 제도와 사례로 고찰된 의료의 질 관리와 향상을 위한 방향은 환자안전, 임상지침 활용, 의사소통, 환자만족도, 직원역량강화, 정보보안 등으로 정리할 수 있음

○ 급성기 환자 퇴원지원 시범사업에서 의료기관 간 질 관리는 환자 연계 과정에 중점을 둔 관리 방안 제시가 중요하며, 고찰 내용을 바탕으로 의료기관 간 커뮤니케이션 활성화, 의료진 역량 강화, 임상경로 활용, 전원 환자의 만족도 조사 등 4개 영역, 8개 세부지표를 제시함

〈요약 표 3〉 의료기관 질 관리 방안에 따른 평가 지표 구성(안)

항목	세부 내용
의료기관 간 커뮤니케이션 활성화	- 전자교류시스템 운영 - 통일된 표준 전자문서 공유 - 의사소통 채널 확보 - 지역협의체 개설과 운영
의료진 역량 강화	- 의료진 교육 - 의료진 상호 교류
의사임상경로 활용	- 주요 임상경로 지침 개발과 운영
전원 환자의 만족도 조사	- 퇴원 시 만족도 조사와 공유

나) 의료기관 간 질 관리 활동 평가 운영과 보상 체계

○ **분기별 1회 제출된 자료를 대상으로 건강보험심사평가원이 주관하여 지표별 점수를 평가함**

○ **시범사업 진행의 시급성, 보상의 적시성 등을 고려하여 의료기관 자율 양식 제출 근거자료로 활동을 인정하는 방안을 제안함**

- (단기) 시범사업 자료제출시스템을 통해 기관별로 지표별 활동 간이 증빙
- (중장기) 시스템 고도화 (또는 진료의뢰·회송 시범사업의 중계시스템으로 일원화)와 통일된 양식 제출과 평가

○ **평가 지표 4개 영역을 의료기관 간 커뮤니케이션 40점, 의료진 역량강화 20점, 임상경로 활용 20점, 환자만족도 조사 20점 등 총 100점으로 구성함**

○ **점수 구간 20점 단위로 구분, 건강보험 입원환자 안전관리료(예시) 점수를 참고하여 90일로 계상하고 이를 분기별 연계 의료기관 전원에 동의한 환자 총원에 적용하여 총점수를 산정함(분기별 산정을 원칙)**

나. 시범사업 개선사항

1) 시범사업 자료제출 시스템 개선

○ 수기작성 공간과 전송량 확대

○ 의료기관 간 정보 공유를 위한 확장

2) 시범사업 대상자 확대

○ 의료급여 수급자로 사업 확대 필요

○ 재활이 필요한 타 상병으로 대상 확대

3) 시범사업 시행 의료기관 확대

○ 병상 수 이상 기준 종합병원 이상급 급성기 의료 기관과 재활의료기관의 참여 기준 완화 검토 필요

6. 결론과 제언

○ 본 연구의 의의는 선행연구의 부재, 불충분한 자료 여건 하에서 고찰과 분석을 통해 질 관리 보상 방향을 고민했다는 점, 현장 전문가 의견을 통해 향후 시범사업 개선 필요 사항을 검토했다는 점에 있음

○ 의료기관 간 커뮤니케이션, 의료진 역량 강화, 임상경로 활용, 환자만족도 영역 평가로 의료기관 간 환자 연계와 질 관리 활동의 보상을 제안함

○ 참여 기관과 참여 환자 확대를 통한 충분한 표본 확보가 우선이며, 이를 통해 시범사업의 효과를 평가하고 파생되는 개선 요구사항과 보완 필요사항 점검을 바탕으로 의료의 질 향상의 방향을 확장해 나가는 것이 과제임

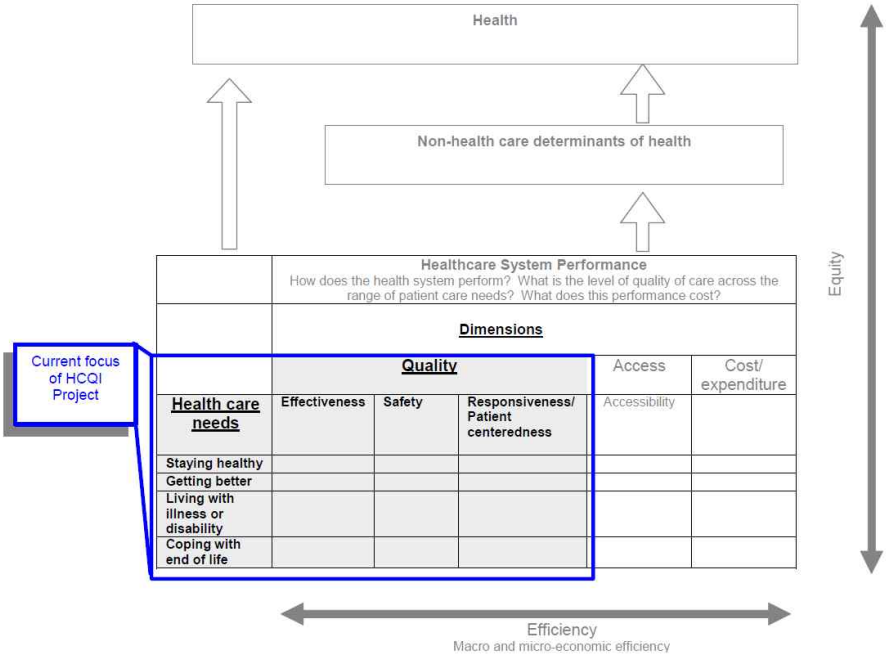
제1장 서 론

1. 연구 배경과 목적

가. 연구 배경

의학이 발전하고 전문 분야가 세분화됨에 따라 의료기관의 기능이 다양해지고 점차 규모가 커지게 되었다. 진료의 효율화를 위해 의료기관은 기능과 역할에 따라 분화하게 되었고 환자는 이에 맞게 치료 환경을 옮겨 다니게 되었다. 종합병원급에서 수술 등을 받은 환자는 회복과 재활을 위해 재활의료기관이나 요양병원으로 전원을 거쳐 지역사회로 복귀하는데, 그 과정에서 의료기관 간, 지역사회 간 연계체계의 미비로 퇴원 지연, 중복된 검사 등 비효율이 초래될 개연성이 높아졌다. 이러한 문제를 보완하기 위해 최근 우리나라 보건의료체계는 환자 중심의 통합적 평가와 적절한 퇴원 계획 수립을 통해, 급성기 이후 재활과 요양을 위한 의료기관으로 유기적인 연계를 장려함으로써 원활한 지역사회 복귀가 가능하도록 '급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업을 추진하고 있다.

한편 의료의 질과 관련하여 주요 국제기구들은 근거기반을 통한 보건정책의 효율적 실행을 위한 핵심 요소를 제시하고 있으며, 특히 OECD HCQI(Health Care Quality Indicator) 프로젝트는 의료의 질을 6가지 구성요소를 제시하고 이 가운데 효과성, 안전성, 환자중심성을 강조한 바 있다. 또 세계보건기구(WHO: World Health Organization) 등 다양한 협회와 단체는 의료기관 간, 의료기관과 요양시설 간, 의료기관과 자택 간 연계의 중요성을 인식하고 transition of care, transitional care 등 다양한 용어를 사용하여 의료의 질 측면에서 효과성, 안전성, 환자중심성 등을 반영하고 있다.



[그림 1] OECD HCQI 프로젝트의 개념적 프레임

이렇듯 국제사회 뿐만 아니라 국내에서도 의료의 질이 중요한 화두임에도 불구하고, 본 시범사업에는 이를 실효적으로 장려하기 위한 방안 또는 적절한 수가보상 체계가 현재 마련되어 있지 않으며, 선행 연구도 아직 없는 상태이다.

나. 연구 목적

본 연구는 국내외 유사사례와 문헌 고찰을 통해 국내에 적용 가능한 의료기관간 연계 관련 의료의 질 요소를 파악하여, '급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업이 보완해야 할 의료의 질 관리 활동 보상 방안을 제시하고자 한다. 또한 시범사업 운영 현황 분석과 임상 현장 전문가 자문 등을 통해 개선사항을 파악하여 추후 사업 개선을 위한 검토 사항을 다루고자 한다.

연구의 세부 목적은 아래와 같다.

- 첫째, 환자중심의 의료기관 간 질 관리 활동의 정의와 관리방안 제시
- 둘째, 의료기관 간 질 관리 활동에 따른 보상 방향 제안
- 셋째, 시범사업의 개선사항 파악

2. 연구 내용과 방법

가. 연구 내용

1) 의료기관 간 질 관리 활동의 개념 정립

의료기관 연계와 의료기관 네트워크에 따른 질 향상 활동을 파악하고 국제적으로 통용되는 의료기관 연계의 개념, 질 관리 활동의 구체적인 내용을 분석함

2) 의료기관 간 질 관리 활동 보상 방향

의료기관 단위의 질 향상 활동에 따라 국내에 적용 가능한 수가(안)를 제시함

3) 시범사업 개선 사항 파악

시범사업의 개선이 필요한 내용을 파악하여 추후 시범사업 확장 시 고려사항을 검토함

나. 연구 방법

1) 문헌 조사

일본, 호주 등 의료기관과 지역사회 연계 활동, 의료기관 간 연계를 활발히 수행하는 선험국의 사례를 고찰하고, WHO 등 국제기구의 임상지침을 참고하여 연계 활동에 필요한 요소를 파악함

2) 임상 전문가 의견 청취

시범사업과 관련한 임상 전문가의 의견 청취를 통해 실제적인 현장의 개선 필요 사항을 파악함

3) 자료 분석

시범사업과 관련된 운영 현황을 시범사업 자료 제출 시스템과 청구 명세서를 활용하여 분석하고 시사점과 개선점을 도출함

제2장 의료기관 간 환자관리에 관한 이론적 배경

1. 치료 이전(transitioin of care)

가. 세계보건기구의 치료 이전(transition of care)[1)]

1) 개요

환자는 의료시스템 내에서 다양한 위험에 노출되는데, 특히 다른 의료시스템으로 옮길 때 그 취약성이 극대화된다. 치료의 이전은 약물 등 중대한 임상정보의 손실이 발생할 가능성이 높고 이에 상응하는 상당한 협조가 필요할 수밖에 없다. WHO는 전문가 워킹그룹을 통해 사람 중심의 통합적 의료에 대한 보편적 의료보장의 첫걸음으로 일차의료의 중요성을 강조하는 동시에 일차의료의 접근성 향상과 안전 관련 기술문서를 발간하였다. 기술문서는 환자, 의료 인구, 치료과정, 도구와 기술로 나눠지며 이 가운데 치료과정은 관리적 오류, 진단 오류, 약물 오류, 다발 이환, 치료 이전으로 구분되어 있다.

의학적 인계(clinical handover)는 한 사람의 의료전문가로부터 다른 이로 전달되는 것을 의미하나 개념이 협소하여 의료시스템 전반에 적용하기는 어렵다. 반면, 치료 이전(transition of care)은 보다는 넓은 의미로서 환자의 이동, 회송, 장소의 이동 등 치료를 받기 위해 다른 의료전문가와 접점을 만드는 것을 의미하며, 자택, 의료기관, 요양시설, 외래 시설 등 다양한 의료전문가와 협의하는 활동을 예로 들 수 있다. 치료 이전 용어의 국제적인 정의는 없지만 WHO는 미국노인학회(The American Geriatrics Society)의 정의를 인용하여, 다른 장소 또는 동일 기관 내의 치료 수준으로 환자가 전원하면서 이루어지는 치료의 연속이며, 협응과 관련된 일련의 행동이라고 표현하였다. 여기에서 다른 장소란 의료기관뿐만 아니라 아급성 의료기관, 급성기 이후 전문요양시설, 환자의 자택, 일차의료기관과 전문 클리닉, 장기요양시설 등을 의미한다.

WHO는 일차의료를 중심으로 치료 이전의 중요성을 서술하고 있으나, 국내에서 급성기 이후 재활 또는 요양 의료기관의 명확한 전달체계가 갖춰져 있지 않고 역할이

1) Transitions of Care(WHO, 2016) 중심으로 내용 정리

혼재한 상황으로, WHO의 일차의료를 급성기 이후 의료기관으로 상정하여 본 기술문서를 고찰하고 의료기관 간 환자 관리에 필요한 부분을 집중적으로 살펴보고자 한다.

2) 치료 이전

치료 이전은 환자 치료의 여정에서 중요한 부분을 차지하며 의료기관 사이에 효율적인 이전과 관리가 필수적 요소라 할 수 있다. 그와 동시에 환자의 안전 측면에서 치료의 이전은 고위험 인자로 볼 수 있다〈표 1〉.

〈표 1〉 치료 이전에 따른 문제 요소

- 사망률 증가
- 질병의 이환율 증가(일시적, 영구적 손상 또는 장애)
- 부작용 증가
- 적절한 치료와 커뮤니티 지원의 지연
- 추가적인 일차의료 또는 응급의료기관의 내원
- 추가적 또는 중복적인 검사, 추적관찰 실패에 따른 검사
- 예방가능한 재입원
- 환자,보호자,가족의 물리적 · 감정적 고통과 괴로움
- 치료협조에 따른 의료진, 환자의 불만족

의료기관 간 치료의 이전에 따라 환자는 새로운 진단을 받거나 치료 또는 기능적 상태의 변화를 일으킬 수 있으며, 특히 노인은 부작용, 안전사고 위험도가 높아질 수 있다. 일련의 치료 과정에서 치료 이전이 필요할 수밖에 없기에 어떤 전략이나 계획에서든 안전하고 효율적인 이전을 위해 환자의 역할과 책임을 중심에 두는 것이 필수적이다. 치료 이전은 환자 치료에서 통합적 요소가 작용하는 과정이기 때문에 충분한 자원이 효과적으로 이전되고 협응될 수 있도록 노력해야 한다.

3) 잠재적 해결방안

효율적인 치료 이전을 위해서는 광범위한 전략이 필요한데, 거시적으로 보건의료 시스템, 중간에서의 보건서비스 조직, 미시적으로 전달체계 등 각 단계에서 다양한

중재가 시도되어야 한다〈표 2〉.

환자의 전원은 환자의 건강상태에 따라 결정되어야 하지만 의료기관의 환자과잉, 지역사회의 필요한 서비스 부족, 경제적 압박 등에 따라 결정될 때도 있다. 치료 이전에서 적절한 장소 등 일련의 결정은 환자 질병에 대한 임상적, 기능적, 사회적 요소를 고려해야 한다.

〈표 2〉 안전한 치료이전을 위한 다양한 시도(예시)

- 표준화된 문서와 전원과 퇴원에 필요한 수록정보 합의
- 합의된 범주와 과정에 따른 퇴원 계획
- 퇴원 문서의 질(quality)과 적시성 향상
- 효과적인 약물 조정(medication reconciliation)의 이행
- 전화상담 또는 자택 방문을 통한 시기적절한 환자의 추적관찰 수행
- 의료진 간의 효율적이며 시기적절한 임상적 인계 향상
- 의료기관 응급실과 일차의료기과 간의 핫라인 개설
- 복합적인 환자의 요구에 대응가능한 코디네이터 또는 사례관리자 배정
- 일차의료진의 참여도 향상
- 환자, 보호자, 간병인 교육과 지원

치료 이전에 영향을 주는 요소로 환자의 인지상태, 활동과 기능적 상태, 환자 자택의 적합도(예: 위생상태, 계단, 위치 등), 보호자와 가족의 지원 가능성, 약제와 보건사회 서비스의 수취 능력, 적절한 이송 가능성 등이 있다. 치료 이전을 향상하기 위한 가장 성공적인 방법은 의사소통, 관계 향상과 특히 치료 간의 협응에 중점을 둔 과정적 전략이다. 환자로부터 가장 높은 점수를 받은 중재적 전략은 의료진과 환자 간의 관계 형성에 관한 것이다.

치료 이전은 상당히 복잡한 과정의 연속으로, 각종 오류를 최소화하고 발생 가능한 실패의 영향을 줄이도록 체크하는 것이 필요하다. 위험을 최소화하는 방법으로 국가단위에서 합의된 가이드라인 준수, 의료기관과 의료진 간 통일된 용어 사용, 표준화된 정보 전송(예: 생성 위치 또는 수신 대상에 관계없는 통일된 형식의 퇴원요약지), 진단, 추적관찰 검사, 협진, 진료일정 추적조회 시스템 수립, 간단 체크목록 활용, 체계적인 퇴원 계획 등이 있다.

보건의료시스템의 구조, 크기, 예산의 제약없이 가장 효율적으로 이행할 수 있는

중재법은 약물 조정(medication reconciliation)이다. 모든 환자에게 적용할 수 있으나, 특히 다제 약물을 복용하는 환자에게 필수적이다. 약물 오류는 대표적인 환자 안전 사고로 약 40%의 약물 오류가 의료기관 입원, 전원 또는 퇴원 시 부적절한 조정으로 발생하며, 그 가운데 20% 가량은 치명적인 것으로 알려져 있다. 투약 오류는 환자가 복용하는 모든 약물뿐만 아니라 중단 약물, 복용 이력, 의료기관에서 추가된 약물을 점검하는 것으로 줄일 수 있다. 이러한 과정은 치료 이전으로 새로운 처방이 생기거나 재처방 단계에서 수행되어야 하며, 그에 따라 약물 부작용을 줄이고 재입원을 예방할 수 있다. 약물 조정 과정에는 환자가 항상 개입되어야 하는데, 관련 웹사이트의 활용은 환자의 참여를 유도하여 약물과 관련된 안전성을 향상시키기도 하고 약사의 중재도 가능케 한다. 치료 이전의 관점에서 벗어나 다양한 상황에서 환자의 약물복용 기록이 필요할 수 있는데, 다수의 의료 제공자가 개입된 상황 등이 그 예이다.

치료 이전을 향상시킬 수 있는 또 다른 방법으로는 환자의 퇴원 서류봉투(퇴원시 각종 기록이 담긴 서류봉투)를 활용하는 것인데, 이는 명시적이고 저비용으로 환자의 정보를 전달하는 수단으로서 봉투의 뒷면에 환자 이송에 중요하고 합의된 인계 정보 체크리스트가 작성되어 있다. 일명 온기가 있는 인수인계서(warm handover)는 환자의 가족을 정보 공유의 축으로 활용하면서 문서에만 의존할 때보다 사람간의 의사소통을 활발하게 한다.

모든 상황을 한번에 해결할 수 있는 단일 제도는 개발되지 않았지만, 다양한 근거를 기반으로 다양한 시스템을 결합한 접근방식이 유효할 수 있다. 치료 이전의 개선에 중요한 요소 중 하나는 조직문화이며 포괄적인 접근 방식으로 통합되어야 한다. 적절한 예산 지원, 정보를 용이하게 공유하는 정보전달시스템, 임상 지원과 교육, 환자의 건강이해와 참여 증진을 위한 다양한 프로그램 등이 대표적인 예이다. 다른 중요 요소로 의료서비스의 잠재적 위치, 환자 등록, 서비스 전반에 걸친 의사결정 공유 시스템, 특정조건에 따른 임상경로 개발과 다양한 부분의 지역 의료전문가 또는 의료서비스 간의 공식화된 관계가 있다.

급성기 의료기관과 급성기 이후 의료기관 사이에서 환자의 진료환경 조정은 주로 일차진료의 또는 급성기 이후 의료기관의 의료진에 의존하는데, 제공된 정보의 부족, 의료전문가 간의 직접적인 접촉 부족 등으로 역할 수행이 어려울 수 있다.

4) 실행 방안

치료 이전을 위한 단일 방안은 아직 없으며, 각 국가의 문화 또는 보건의료시스템에 따라 사람 중심의 제도 추진이 필요하다고 강조한다. 효과적인 치료 이전을 위해 4가지의 우선적인 요소를 고려하도록 한다.

가) 도구의 공유와 거버넌스 계획 개발

안전한 치료 이전을 위해 네트워크 거버넌스 구축으로 지역과 조직 간 공유 접근 방식을 확보하고, 구두적인 의사소통 뿐만 아니라 지역과 조직 간 상호운용이 가능한 전자의무기록 전송 시스템 구축이 필요하다. 여기에 진료일정, 의무기록, 검사결과와 의사소통과 관련된 표준화된 프로세스 구축이 필요하며, 표준화된 간이 체크리스트를 활용하여 업무의 효율화를 이끌어내고 진단검사, 의뢰와 진료일정 추적시스템 구축의 동반이 필요하다고 강조하고 있다.

1) 네트워크 거버넌스 구축
2) 전자의무기록 전송 시스템 구축
3) 표준화된 의사소통과 정보전달 프로세스
4) 체크리스트 사용
5) 추적시스템 구현

나) 시스템적 접근법

치료 이전 문제를 단일 개입으로 해결할 수 없기 때문에 시스템적 접근으로 보다 안전한 전원이 가능토록 해야 하는데, 환자와 간병인을 팀의 일부로 참여시키고, 의료기관 간에 정확한 임상적, 사회적 정보를 시기적절하게 공유하고, 의료진 간 투여·주입 약물을 조정하는 방법 등이 유효하다. 또한 퇴원 계획, 약물 조정, 환자의 추적 관찰, 시기적절한 임상적 인수인계, 환자(보호자) 지원과 교육 전략을 위한 근거기반의 제도 추진이 필요하다.

다) 안전사고의 고위험 환자군 선별

도구를 사용하여 환자의 전원에 따른 안전사고의 위험이 높은 환자군을 선별하도록 하고, 특히 고령자, 복합적인 상병을 가진 환자, 사회·경제적으로 어려움을 겪는 의료취약계층 등에 대한 연구가 수행되어야 한다.

라) 관계와 소통강화 중점

환자와 의료진, 의료기관 간 의사소통을 개선하기 위한 전략을 모색하고 환자, 가족, 간병인에게 치료 이전에 관한 체크리스트, 서면 지침을 제공하여 이해도를 높이도록 하고 급성기 의료기관과 이후 의료기관 사이에 표준화된 용어를 사용하여 의사전달의 오류를 최소화하도록 하는 과정이 필요하다.

5) 제언

마지막으로 WHO의 기술문서는 각 국가가 의료기관 간 안전하고 효과적인 치료 이전 또는 전원을 위해 우선적으로 적용해야 하는 10가지 요소를 제시하고 있다.

가) 지역에 따른 우선순위 설정

국가와 지역마다 문화와 특색이 다르며, 일부 지역의 개선효과가 타지역에서 작동하지 않을 수 있다. 그 때문에 지역 간 치료 이전 과정의 문제를 점검하고 의료전문가와 환자의 의견을 참고하며, 체크리스트를 통해 환경적 위험과 잠재적인 환자 안전 문제를 식별하도록 한다.

나) 환자 안전의 개선을 위한 광범위 시스템적 접근

한 가지 요소의 개선만으로는 환자 안전에 전반적으로 미치는 영향이 적을 수밖에 없다. 환자와 의사소통을 개선하고 의료전문가를 교육하며 유기적인 치료 제공을 위한 새로운 방식이 동시다발적으로 작동하는 것이 유효하다. 실용적 시스템 제도 추진에는 급성기 의료기관과 이후 의료기관 뿐만 아니라 사회복지 케어도 가능하도록 의사소통과 조정의 기능을 강화하는 것이 필요하다. 환자의 기록이나 현 상황을 공유하기 위한 기술적인 시스템 강화가 대표적인 예라고 할 수 있다. 또한 의료전문가 간의 관계 구축이 중요한데, 전문가 간의 네트워크를 구축하고 활용 가능한 자원을 목록화하여 자원을 확보해 나가는 노력이 필요하다. 이를 위해 의료기관, 사회복지기관 등이 참여하는 지역포럼 또는 회의체를 설정하여 전반적인 시스템 조정과 효율적인 단순화 작업을 진행해야 한다.

다) 환자 안전의 중요성

정책 관리자, 의료 전문가, 환자와 가족은 급성기 이후 의료기관에서 안전의 중요성을 인지하지 못할 수 있다. 우려 가능한 열악한 전원 환경과 관련된 특수성, 행정적, 진단적, 투약 오류로 초래되는 심각한 결과는 급성기 이후의 환자 안전 개선 인식을 높이게 된다. 인식을 높이는 방법으로 보건전문가의 통합적인 교육, 미디어 캠페인 등을 통한 핵심 메시지 전파 등 지역별 커뮤니케이션 계획을 개발할 수 있다.

라) 긍정적인 환자 안전의 문화 조성

급성기 이후 의료기관의 환자 안전 개선을 위해서는 의료기관에서 환자 안전 위험과 사고를 보고하고 교훈을 얻어 재발을 줄일 수 있도록 환경을 조성하는 것이 필요하다. 환자 안전은 개인보다는 주로 시스템 장애에 따라 발생하는 것으로 피드백 메커니즘을 형성해 투명성을 보장하는 안전 문화를 구축하는 것이 핵심이다. 환자 안전 문화를 강조하기 위한 실질적인 조치로서 고위관리자나 임상 리더가 현장에 참여하여, 무엇이 작동되거나 작동되지 않았는지 정기적인 팀 회의를 통해(또는 환자를 통해) 확인하고 구체적인 후속 조치를 진행할 수 있도록 해야 한다.

마) 환자 안전의 측정과 모니터링 강화

환자 안전 사고 정의, 매년 측정되어야 하는 환자안전 지표, 정기적으로 수집되는 국가 혹은 지역단위의 보고 시스템, 환자평가 도구 등 환자 안전의 개선 사항을 측정하고 모니터링하는 시스템 등을 구축해야 한다. 체크리스트를 통해 의료의 질을 향상시키고 상대적으로 품질이 낮은 의료기관에는 위험 관리 등 거버넌스 프로세스를 작동할 수 있다.

바) 전자의무기록 사용의 강화

전자의무기록의 사용은 많은 방면에서 환자안전을 향상시킬 수 있는데, 정확하고 완전한 기록이 가능하며, 정보공유의 적시성과 신뢰성을 향상시키며, 진단에 도움이 되고, 질병과 환자상태 관리 그리고 모니터링을 가능케 해주며, 건강 위험요소를 줄이고 환자의 행동 변화를 이끌어 낼 수 있다. 이헬스(eHealth)는 의료전문가 간 의사소통을 구조화하는데 도움을 주고 그에 따라 불필요한 상담이나 입원을 줄이는 효과가 있다. 특히, 의료기관 간 전자시스템을 통합하거나 의료전문가 또는 환자가 쉽게 전자시스템을 이용할 수 있도록 설계하는 것이 중요하다.

사) 환자와 가족 구성원의 참여

환자와 가족 구성원이 안전에 대해 감지하거나 이상을 느낄 때 바로 의견을 게재할 수 있도록 권한을 부여하여, 환자 안전의 기본요소로 작동될 수 있도록, 환자와 가족을 지원하고 교육해야 한다. 환자와 가족의 적극적인 참여는 환자 안전 시스템의 효율을 극대화할 수 있다. 건강인지가 낮거나 제한된 이들이 있다면 참여와 인식 제고를 위해 여러 가지 평가도구를 활용할 수 있을 것이다.

아) 환자 안전 관리 능력 향상을 위한 인력과 역량 강화

급성기 이후 의료기관의 환자안전 관리 능력 향상을 위해 의사, 간호사 그리고 각종 의료진을 대상으로 한 교육과 훈련이 필요한데, 의료종사자의 신체적, 생리적 안전뿐만 아니라 채용과 근로환경 변화도 이에 해당한다. 의료진의 피로와 스트레스가 환자의 안전에 부정적인 영향을 미칠 수 있기 때문이다. 이를 위해 다양한 전문적 교육과 훈련을 지속적으로 제공하고 교육 이수 또는 자격을 갖추도록 해야 한다. 환자 안전 사고와 개선을 위한 영역을 검토하고 의료진의 기술 향상을 위해 지역 내 회의, 교육 등 소규모 팀회의 개최가 대표적인 예이다.

자) 안전사고 고위험군의 집중

전 세계 대부분은 복합 상병을 지닌 환자를 잘 관리할 수 있는 시스템을 갖추고 있지 않다. 특히, 노인, 어린이, 요양원 입소 환자, 정신적·신체적 질환을 앓고 있거나 복합 상병을 지닌 환자가 대표적인 예이다. 위험성이 높은 그룹에 초점을 맞추면 개인화된 치료 서비스와 관리를 제공할 수 있게 되고, 보다 나은 의료의 질을 기대하고 안전성 또한 향상시킬 수 있다. 그 때문에 다양한 지침과 도구를 활용해 안전 사고의 위험성이 높은 그룹을 실용적으로 관리해야 한다.

차) 모범사례와 교육의 공유

지역사회와 국가는 효과가 있었던 모범 사례 또는 성공 사례를 공유하고 홍보함으로써 의료사회의 전반적인 질 향상을 유도할 수 있다. WHO는 각 지역 또는 국가마다 다른 상황과 문화에 따라 다양한 연구가 수행되어야 함을 강조하였다. 여기에 출판과 배포를 통해 의료기관과 환자의 학습을 지속적으로 촉진함으로써 의료의 질을 높일 수 있을 것이다.

나. 미국 사례관리협회 치료 이전의 기준(Transitions of care standards)[2)]

1) 개요

미국의 사례관리협회(ACMA: American Case Management Association)는 치료 이전(transition of care)의 기준서를 발간하여, 가치기반 치료에 필요한 모델을 구현하기 위해 환자 치료 계획 수립과 소통, 실행, 조정 등의 동적 프로세스에 관한 로드맵을 제시한다. ACMA는 치료 이전에 필요한 기준을 크게 5가지로 분류하여 제시하고 있으며, 각 구분에 따른 지표를 제시하고 있어 이를 집중적으로 고찰해 보고자 한다.

2) 치료 전환의 정의와 지원의 필요성

치료 전환(care transition)은 의료기관에서 가정으로, 의료기관에서 전문요양시설로와 같이 하나의 치료환경 또는 수준에서 다른 치료 환경으로 환자를 옮기는 과정을 뜻하며, 이러한 이전은 연속된 의료시스템에서 가장 취약한 지점이다. 전환 치료(transitional care)는 이러한 이동 중에 조정과 자원 관리 그리고 치료의 연속성을 보장하기 위해 의사와 기타 의료진이 취하는 조치를 의미한다. 중요한 정보를 효과적으로 수집하고 전달하여 환자가 변화된 치료환경에서 원활하고 체계적인 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 중요한데, CMS(Center for Medicare and Medicaid)에 따르면 급성기 치료에서 부적절한 치료 이전으로 2016년도에만 260억 달러를 지출한 것으로 보고 있으며, 개선을 위해 의료기관 재입원 감소 프로그램(hospital readmissions reduction program)과 비용절감 프로그램(medicare shared saving program)을 운영하여 긍정적 결과 도출과 비용 감소를 위해 치료 이전에 투자를 장려하고 있다. 환자 안전의 관점에서 치료 전달 시스템을 명확하게 이해하고 위험에 따른 효과적이고 종단적인 치료 조정을 지원하는데 필요한 자원을 집중하는 것이 중요하다.

환자의 중증도는 지속적으로 높아지고 있어 입원 기간을 줄이고 예방 가능한 재입

2) Transitions of care standards. American Case Management Association. 2019. (참고. 기준서는 pfizer의 펀드와 지원으로 진행됨)

원을 방지하기 위해 의료기관은 입원 즉시 치료 이전 계획에 집중해야 한다. 의학적으로 복잡한 환자는 종종 사회적, 환경적 문제를 안고 있는데, 치료 이전 기간에 이러한 문제를 해결하는 것이 핵심이며 다음 환경으로의 이전을 평가, 계획, 조정하기 위한 전문지식이 필요하다. 특정 진료환경에서 진료하는 의료전문가는 다른 환경의 요구 사항과 미묘한 차이에 익숙하지 않을 수 있으며, 파편화 또는 부적절하게 계획된 치료 이전으로 이어질 수 있다. 치료 이전을 개선하기 위한 노력은 모든 치료 환경을 통한 환자의 여정이라는 횡단적 관점에서 종단적 관점으로 조정해야 하는데, 복합적이고 복잡한 요구를 지닌 환자를 대상으로 한 의사소통 향상, 인력과 자원 차이의 인식, 각 환경에서 최적의 치료에 필요한 정보 등 필요한 관리법을 찾는 것이 더욱 중요해 지고 있다.

3) 치료 전환을 위한 기준

가) 기준 1.0 (열악한 이전 위험이 있는 환자의 선별)

기준 1.0은 환자의 최적의 건강결과를 도출하기 위해 치료 과정에 있는 모든 위치의 치료팀 구성원이 적절한 조치를 취할 수 있도록, 잘못된 치료 이전이 이뤄질 수 있는 환자를 식별하는 과정이다.

〈표 3〉 ACMA 치료 이전의 기준 1.0_열악한 이전 위험이 있는 환자의 선별

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
의료전달체계의 요구사항을 충족하고 측정가능한 정량적 위험점수로 구성된 **타당한 건강위험 평가도구의 사용**					/3
연속적인 치료 제공자에게 **건강위험 평가결과의 전송**					/3
새로운 치료환경으로 이전한 위험 환자군의 **재평가 수행**					/3
이전 또는 재입원 실패의 근본 원인을 식별하기 위한 이**행 향상 프로세스를 구현**					/3
건강에 대한 사회적 결정요소를 포함하여 부적절한 이전에 대한 높은 위험과 관련된 **의학적, 행동적, 사회적 요인에 대한 선별** - 빈번한 시설 입원 / 부적절한 의료자원 사용					/3

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
- 다제약물 / 약물 순응도 불량 - 다중 동반질환 / 2개 이상의 만성질환 - 인지 또는 기능 장애 - 행동 건강 문제 - 사회적 결정 요인					
지역, 사회, 기관 또는 지불자 데이터 분석을 통한 특정 환자집단에 대한 **사전 예방 예측 위험 모델 적용**					/3
표준과 관련된 서비스 제공을 위해 사용가능한 **기술의 최적화**					/3

나) 기준 2.0 (종합적인 이전 평가의 완료)

기준 2.0은 치료 환경 전반에 걸쳐 열악한 이전의 위험이 높은 것으로 인지된 환자를 대상으로 포괄적인 이전 평가를 수행하기 위한 프로세스가 마련되어 있는지를 식별하는 과정으로, 새로운 환경으로 위험에 처할 수 있는 환자를 추가로 식별하기 위한 기준이다.

〈표 4〉 ACMA 치료 이전의 기준 2.0_종합적인 이전 평가의 완료

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
청구데이터(가능한 경우)를 포함한 모든 치료환경에서 연관된 **보건의료 활용자료를 검토**					/3
환자, 가족, 간병인에게 **치료의 목표**, 치료 수준과 환경으로 인한 **잠재적인 이전에 대한 동의를 획득**					/3
환자/가족/간병인에게 현재 건강상태에 대한 **이해와 개입 정도를 평가하고 문서화**					/3
일상생활활동, 기능적 일상생활, 환자의 의사결정능력, 치료계획을 상의하려는 의지 등을 포함한 **자기관리능력을 평가**					/3
건강에 대한 **사회적 결정요인을 분석**					/3
약물 조정을 완료하고 환자의 **약물 순응도를 평가**					/3
필요한 경우 환자의 지정된 의사 결정자를 구분하여, 치료환경을 관장하는 규정에 따라 **환자의 치료목표를 검토**하고 **문서화**					/3
치료팀이 현재 완전히 사용할 수 있는 **구체적인 치료계획의 문서화를 검토**					/3
평가 요약을 다음 치료환경(전원 기관)에 **전달**					/3

다) 기준 3.0 (약물 조정의 수행과 전송)

기준 3.0은 각 치료 이전의 시점에서 조정된 약물 목록을 지원하는지 식별하기 위한 기준이다. 각각의 의료기관은 포괄적인 이전(전원) 평가를 완료하여 다음 요소가 포함된다는 증거를 보여줌으로써 이 기준을 충족할 수 있다.

〈표 5〉 ACMA 치료 이전의 기준 3.0_약물 조정의 수행과 전송

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
모든 사용가능한 출처를 통해 처방과 비처방 약물에 대한 **전체 약물기록을 편집** - EHR과 퇴원 요약 - 전자처방기록 - 청구 데이터 - 타의료기관과 제공자의 종이 기록 - 환자 또는 간병인의 자가 보고 - 환자의 약국 기록 - 정기적인 외래 진료 제공					/3
다제 약물, 아편유사제, 고가/특수 약물로 인한 **약물 부작용 또는 미순응 위험이 높은 환자를 식별**					/3
현재 환경에서 **활성 약물에 대한 기록을 검토**					/3
환자 또는 간병인과 함께 **약물 목록의 정확성을 확인**					/3
보장성, 경제성 또는 이동방법을 포함해 환자 또는 간병인과 함께 **약물 접근성을 확인하고 평가하여 문서화**					/3
적용가능한 코딩을 활용해 의료기록의 **모든 약물 조정 활동을 문서화**					/3

라) 기준 4.0 (치료 연속의 전반적인 동적 치료관리 계획을 수립)

기준 4.0은 환자와 가족, 간병인의 의견을 바탕으로 작성된 지속적인 치료관리 계획을, 개발하고 지원하는 프로세스를 마련하였는지 식별하는 기준이다. 이 치료관리 계획은 모든 치료 관리가 접근할 수 있어야 하며, 연속성을 위해 환자의 정기적인 외래 의료진에게도 공유되어야 한다. 의료기관은 치료관리 계획에 다음의 요소가 포함되어 있음을 증명함으로써 기준의 충족여부를 확인할 수 있다.

〈표 6〉 ACMA 치료 이전의 기준 4.0_치료 연속의 전반적인 동적 치료관리 계획 수립

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
환자의 자가보고서 또는 환자의 지원 네트워크에서 수집된 환자의 개인 정보를 포함한 **사용가능한 모든 데이터를 검토**					/3
환자, 가족, 간병인과 함께 치료수준과 환경에 대한 **잠재적 이전(전원) 그리고 치료목표를 검토**					/3
지속적인 치료관리 계획에서 **고위험 환자를 위한 추적법**					
식별과 문서화 - 정기적인 외래 의료진 - 보험 혜택과 제한을 확인 - 지정된 간병인 - 이용하는 약국 - 전문 진료 의료인 - 재택의료/가정간호 의료인 - 사회복지서비스 기관 - 일시적 또는 종적치료 관리자					
세부적인 치료계획의 식별과 문서화					/3
약국 상담의 적절성, 환자/가족/간병인의 인식 및 이해 정도를 위해 **필요한 조치에 대한 근거가 되는 문서화**					
환자가 치료환경을 옮길 때 **적절한 재평가를 수행한 근거**					
커뮤니티 자원과 서비스에 대한 **의뢰와 연결에 대한 문서화**					/3
전원 관련 **환자와 지원 네트워크(보험자) 동의의 문서화**					
보험자의 요구와 기대를 충족하는 **서비스와 의뢰에 대한 문서화**					
민감정보 교환과 (가능한 경우) 전자시스템을 통해 치료의 연속체(전원 의료기관)에 **치료계획 정보를 효율적으로 전송**할 수 있는 능력을 극대화할 수 있는 **가능한 기술을 활용**					/3
케어 연속체(전원 의료기관) 전반에 걸쳐 이전(전원)을 조정하는 **일시적 또는 종단적 케어관리자의 식별과 문서화**					
케어 연속체(전원 의료기관) 전반에 걸쳐 알려진 일시적 또는 종단적 **케어관리자에게 계획을 전달 및 공유**					
가능하면 전자시스템을 통해 **계획관리 계획을 안전한 데이터교환을 통해 공유**					/3

마) 기준 5.0 (케어 연속체의 주요 이해관계자에게 필수적 치료 이전 정보를 전달)

기준 5.0은 필수적인 치료 이전(전원)과 관련된 정보를 간병인과 외래 의료진, 지불자 그리고 전원 기관의 사례관리자를 포함한 주요 이해관계자에게 적시에 전달할 수 있는 프로세스를 마련했는지 식별하는 기준이다.

〈표 7〉 ACMA 치료 이전의 기준 5.0_주요 이해관계자에게 필수적 치료 이전 정보의 전달

구분	지속 (3)	빈번 (2)	일시 (1)	미수행 (0)	점수
적절한 치료 이전과 **관련된 관계자를 식별** - 환자 - 간병인 - 정기적으로 진료하는 외래 의료진 - (치료)환경과 연관된 약사 - 보험자 - 사회복지 기관					/3
표준적이며 안전하게 유지되는 **통신 전송의 사용**					/3
가능하면 **통신은 전자적으로 송신**					/3
정보 전송시 **수신 확인의 가능**					/3
건강과 관련된 임상적, 사회복지적 결정인자를 포함한 **필수적인 이전 정보를 전송**하며, 다음이 포함되어야 함 - 진단명, 동반상병, 만성질환 - 약물, 알려진 순응 이력 - 다제약물, 아편유사제 또는 약물남용 가능성 - 검사결과 - 진료 일정 - 인지 또는 기능 장애 - 행동적 건강 문제					/3

다. NCQA의 치료 이전(transition of care)[3)]

1) 개요

미국의 국가 품질 보증위원회(NCQA: The National Committee for Quality Assurance)는 보건의료 효과성 데이터와 정보세트(HEDIS: healthcare effectiveness data and information set)를 건강관리 개선 도구로 활용한다. HEDIS는 보건의료 계획 성과를 신뢰할 수 있는 비교 자료가 필요한 정보 구매자와 소비자에게 제공하기 위해 설계되었으며, 치료의 효과성, 접근성, 이용률, 위험보정 활용도, 전자임상시스템으로 보고된 자료의 측정 등 5개 영역으로 구분된다.

2) 치료 이전

HEDIS에서 치료 이전(전원)과 관련되어 활용하는 지표는 입원 의료기관에서 퇴원한 18세 이상의 메디케어 가입자의 데이터로 입원 통보, 퇴원정보 접수, 퇴원 후 환자 참여, 퇴원 후 약물 조정 등 4가지로 축약된다. 입원 환경에서 다시 집으로 이전하면 환자와 외래 의료진 간 의사소통 단절로 의도적 또는 비의도적인 약물 변경, 불완전한 진단, 진단·약물·추적관찰의 환자와 간병인, 외래 의료진의 오해 등 적절하지 않은 치료 조정과 개입이 종종 발생하게 된다.

〈표 8〉 NCQA의 치료 이전 측정 항목

구분	내용
입원 통보 (notification of inpatient admission)	입원 당일 또는 익일에 입원통지서를 접수한 (일차의료기관의) 의무기록 서류
퇴원 정보 접수 (receipt of discharge information)	퇴원 당일 또는 익일에 퇴원정보를 접수한 (일차의료기관의) 의무기록 서류
퇴원 후 환자 참여 (patient engagement after inpatient discharge)	퇴원 후 30일 이내 제공되는 환자 참여의 증거 (예: 외래방문, 가정방문, 원격 의료 등)
퇴원 후 약물 조정 (receipt of discharge information)	퇴원 후 30일까지 약물 조정

3) Transitions of care(NCQA, 2019) 중심으로 내용 정리

측정 결과 입원 통보는 HMO와 PPO과 각각 16.6%, 13.8%, 퇴원 정보에 대한 접수 또한 HMO와 PPO가 각각 11.3%, 9.0%로 의료기관의 입원과 퇴원 사실에 대한 고지율이 낮을 것을 알 수 있다. 반면 의료기관의 퇴원 후 환자가 참여하는 정도나 약물 조정하는 비율은 상대적으로 높은 것을 알 수 있다.

〈표 9〉 NCQA의 치료 이전 측정 항목의 결과

구분	메디케어 HMO[1)]	메디케어 PPO[2)]
입원 통보 (notification of inpatient admission)	16.6%	13.8%
퇴원 정보 접수 (receipt of discharge information)	11.3%	9.0%
퇴원 후 환자 참여 (patient engagement after inpatient discharge)	53.4%	50.4%
퇴원 후 약물 조정 (receipt of discharge information)	53.4%	50.4%

주. 2018년 기준
1. HMO: health maintenance organization(일차의료를 선택하여 전문진료를 처방의뢰가 필요)
2. PPO: preferred provider organization(일차의료를 선택하지 않으며 처방의뢰 없어 전문진료 가능)

라. 기타 문헌 고찰

1) 미국의 Care Transition Measure[4)]

미국의 CTM(Care Transition Measure)은 의료기관과 자택 사이의 이전 품질을 평가하는 주요 수단으로 정보 전달, 환자와 간병인 준비, 자가 관리, 약물과 선호도에 대한 권한 부여 등에 대한 질문 등이 수록되어 있으며, 4개 분류 15개 문항으로 구성되어 있다.

〈표 10〉 미국 CTM의 측정 문항

분류	문항
의료기관 입원 시기	
	1. 병원을 떠나기 전, 의료진과 당신은 명확한 건강목표와 이를 달성하는 방법에 대해 동의하였습니까?
	2. 병원의 의료진은 퇴원할 때 향후 필요한 의료서비스에 대한 당신과 당신 가족과 간병인의 선호도를 고려하였습니까?
	3. 병원의 의료진은 당신이 퇴원할 때 당신의 건강관리 요구사항에 부합하는 장소를 선정할 때 당신과 당신 가족과 간병인의 선호도를 고려하였습니까?
퇴원 준비	
	4. 퇴원할 때 당신은 당신 자신을 돌보는데 필요한 모든 정보를 가지고 있었습니까?
	5. 퇴원할 때 당신은 건강을 어떻게 관리해야 하는지 명확하게 이해했습니까?
	6. 퇴원할 때 건강상태를 모니터링하기 위해 주의해야 할 경고 사인과 증상을 명확하게 이해했습니까?
	7. 퇴원할 때 당신의 건강관리 요구사항이 충족된 이해하기 쉬운 서면 계획이 있었습니까?
	8. 퇴원할 때 당신은 당신의 건강상태와 건강에 득과 실이 되는 항목을 잘 이해하였습니까?
	9. 퇴원할 때 당신은 건강관리에서 당신이 책임져야 하는 일을 잘 이해하고 있었습니까?
	10. 퇴원할 때 당신은 건강관리를 위해 무엇을 해야 하는지 확실히 알고 있었습니까?

4) Care Transition Measure(2021) 중심으로 내용 정리

분류	문항
	11. 퇴원할 때 당신은 건강을 돌보기 위해 당신이 해야 할 일을 실제로 할 수 있다는 확신이 있었습니까?
추적 관찰을 위해 진료 일정	
	12. 퇴원할 때 당신은 몇 주 내에 완료해야 하는 진료 예약 또는 검사 목록을 읽기 쉽게 이해할 수 있는 서면을 가지고 있었습니까?
약물 관련	
	13. 퇴원할 때 각 약을 복용하는 목적을 분명히 이해했습니까?
	14. 퇴원할 때 약을 언제, 얼마나 복용해야 하는지를 포함해 각각의 약을 어떻게 복용하는지 명확하기 이해했습니까?
	15. 퇴원할 때 당신은 각 약의 부작용에 대한 충분히 이해했습니까?

자료. https://caretransitions.org/all-tools-and-resources/(2021.9.17.)

2) 국내의 퇴원 후 연계 임상진료지침 연구[5)]

김윤숙 등(2018)은 노인 환자의 재입원율 감소, 기능회복 지연의 최소화, 퇴원 후 일상생활의 독립성 저하를 예방하기 위한 환자와 가족, 간병인 그리고 의료기관 간 의사소통의 근거를 마련하기 위해 수행된 퇴원 후 연계 임상진료치침 연구를 수행하였다. 여기에서 '퇴원 후 연계'를 급성과 아급성 그리고 급성 후 요양시설, 일차의료기관과 전문진료기관, 장기요양시설과 자택으로 이동하는 것으로 정의하였다. 퇴원 후 연계 지침으로 ① 입원시 의료진은 노인의 상태, 치료요구의 변화도를 입원, 상태변화, 퇴원 전에 평가, ② 입원 치료계획에 노인 입원환자의 퇴원 후 연계 계획을 포함, ③ 의료진은 노인 입원환자의 가족, 간병인을 대상으로 퇴원 후 연계관리에 대한 교육을 실시, ④ 의료진은 퇴원 후 연계에 필요한 커뮤니케이션 기술을 향상하고 타 기관의 의료진과 정보 공유를 제시하였다.

특히, 권고안 ④의 커뮤니케이션 기술 향상, 정보 공유와 관련해서 표준화된 문서와 의사소통을 활용하여 연계 시 필요한 환자 정보를 명확하고 신속히 교환해야 한다고 강조한다. 표준화된 문서는 중요한 정보의 중복 또는 누락을 피해야 하고 간결해

5) 자료. 김윤숙, 신진영, 김경진, 이종민, 이건세 외. 퇴원 후 연계 임상진료지침. Korean J clin Geri 2018;19(1):27-37.

야 하며, 명확하고 중요한 정보 전달을 위해 알고리즘, 체크리스트, 의사소통 모델, 구조화된 의사소통법(situation, background, assessment, recommendation format), 건강 상태에 따른 구체적인 프로토콜과 서비스 제공 과정, 표준화된 요약지, 전자의무기록 등의 전자문서를 활용하도록 권고하고 있다.

그와 함께 안전하고 효과적인 퇴원 후 연계를 위한 추적 관리를 위해 현재 투약중인 약물과 환자 병력, 입원 시 중단된 약물 목록, 퇴원 후 필요한 의약품과 추가된 의약품 등 환자의 투약정보를 연계 문서 목록에 포함하도록 하고 있다.

2. ACO의 의료의 질 관리 평가 체계

1) 질 평가 항목

CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)는 ACO(Accountable Care Organization)의 서비스 개선 및 의료의 질 개선을 통해 절감된 비용에 따른 성과 보상(Medicare Shared Savings Program)을 위해 〈표 11〉과 같은 평가 영역을 제시·운영하고 있다(CMS, 2020). 이 평가는 크게 환자 보호자 및 간병인 경험, 통합의료(care coordination)와 환자안전, 예방의료, 건강 취약인구 등 4개 영역 23개의 세부지표로 구성되어 있다. 4개의 영역은 각 25%의 동일한 가중치가 부여되며, 각 영역의 세부지표 점수의 최고점은 영역별 총점의 1/n로 배분되어 설정되었다.

〈표 11〉 ACO 질 평가 항목 현황

영역	지표수	세부지표	최고점	가중치
환자와 간병인 경험	10	Getting Timely Care, Appointments, and Information	20	25%
		How Well Your Providers Communicate		
		Patient's Rating of Provider		
		Access to Specialists		
		Health Promotion and Education		
		Shared Decision Making		
		Health Status & Functional Status		
		Stewardship of Patient Resources		
		Courteous & Helpful Office Staff		
		Care Coordination		

영역	지표수	세부지표	최고점	가중치
통합의료와 환자안전	4	Risk-Standardized, All Condition Readmission	8	25%
		Risk-Standardized Acute Admission Rates for Patients with Multiple Chronic Conditions		
		Ambulatory Sensitive Condition Acute Composite		
		Falls: Screening for Future Fall Risk		
예방의료	6	Preventive Care and Screening: Influenza Immunization	12	25%
		Preventive Care and Screening: Tobacco Use: Screening and Cessation Intervention		
		Preventive Care and Screening: Screening for Clinical Depression and Follow-up Plan		
		Colorectal Cancer Screening		
		Breast Cancer Screening		
		Statin Therapy for the Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease		
건강 취약인구	3	Depression Remission at Twelve Months	6	25%
		Diabetes: Hemoglobin A1c (HbA1c) Poor Control (〉9%)		
		Hypertension: Controlling High Blood Pressure		
계	23		46	100%

자료: Quality Measurement Methodology and Resources. CMS. 2020.

2) 질 관련 권고 사항

AMA(American Medical Association)는 ACO를 구축하고 운영하기 위해 기관이 갖추어야할 요건으로서 다음의 5가지 영역을 제시하고 있다(AMA, 2021). 그 중 급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 의료기관 간 질 관리 활동에서 참고 가능한 사항을 발췌해 고찰하였다.

〈표 12〉 ACO 구축과 운영 요건

항목	세부 사항
체계화와 호환성	A. Successful partnering with physicians on clinical and financial initiatives
	E. Open communication concerning strategic and administrative initiatives
	H. Compatible EHR
	J. Significant medical staff presence in gonernance
재정 관리	-
경영 관리	A. Trusted and effective CEO and senior management team
	B. Efficient and effective operations
	D. Strong culture of compliance
	E. Strong communication skills and track record of good decision making
	F. Excellent clinical managers and medical staff leadership
	G. Ability to retain quality administrators
	M. Excellent patient satisfaction results and clinical outcomes
	N. Effective use of technology
시너지 효과	F. Learning curve savings on EMR, quality measurement systems and practice integration
기타	B. Effect on current referral sources both within the hospital and outside the hospital's medical staff and physician groups and other competing hospital affiliations
	E. Challenges in integrating administrative and clinical teams
	H. Number of primary care physicians who are NCQA certified at various level

자료: American Medical Association. 2021

또한 ACO의 구축과 효과적인 운영을 위한 권고 사항으로서, ACO planning guide에서 제시하는 사항 중 Data management(자료분석과 관리)와 Impact on practice(임상을 위한 고려사항)를 참고할 수 있다(AMA, 2021). Data management에 따르면 의료기관 간 포괄적인 네트워크와 효율적인 건강관리를 지원하는 자료 분석 도구가 강조되고 있다. 즉 진료, 재입원, 환자 조건과 진료비용 격차 등에 관한 정보를 수집하고 분석하는 기술적 능력 함양을 의미한다. 자료분석과 관리 능력에서 다음과 같은 점검 사항을 제안하고 있다.

① 인구 건강 개선을 지원하기 위한 자료 분석 인프라가 있는가

- 통합자료시스템이 1차 진료 의사와 병원 간에 배치되고 활용이 되어야 함

② 의료의 질에 관한 추적을 하고 있는가

- 의료의 질 향상을 위해서는 환자의 비진료기간 내 정보도 수집해야 함
- 진료 과정 중에도 의료의 질 측정이 이루어져야 함
- 근거기반진료(evidence-based care)가 표준화 되어야 함
- 활용 가능한 자료를 선별할 수 있도록 임상팀이 과정에 참여해야 함

Impact on practice에 따르면 ACO는 의사인력의 참여, 인력구조, 근거기반진료의 표준화, 통합의료, 환자참여 등 주요 영역을 지속적으로 혁신해야 함을 강조하고 있다. 제안 사항은 다음과 같다.

① 의사의 적극적인 참여 방안 마련

- 책임의식 함양을 위해 1차 진료 의사를 포함하여 의사 결정
- 근거기반진료의 우수 사례와 의료의 질 개선을 위한 전문가 발굴

② 효과적인 인력 구조 지원

- 효과적인 ACO 운영을 위해 필요한 의료인력을 충분히 확보

③ 근거에 기반한 clinical workflow 확립

- 임상지침을 통해 표준화되고 효율·효과적인 진료 제공
- 환자의 요구에 따른 진료 계획 수립

④ 체계적인 환자 관리

- ACO 내 의료기관 간 환자 이동 시 추적, 지원, 후속 조치
- 환자 커뮤니티에 상시 접근
- 환자와 진료결과 공유

⑤ 고위험 환자 관리와 지원

- 위험예측도구 또는 진료팀 의뢰를 기반으로 고위험 환자 식별
- 만성질환관리 프로그램 운영
- 고위험 환자별 맞춤형 진료계획 수립
- 고위험 환자 의료기관 간 이동 시 모니터링

⑥ 환자의 접근성 향상

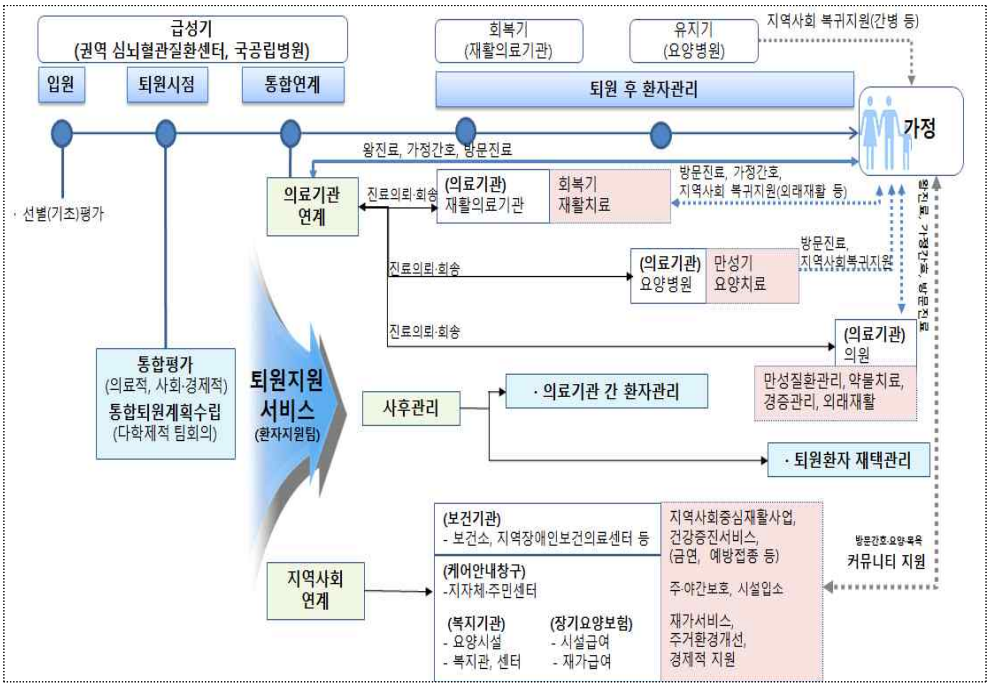
- 환자는 연중무휴 진료팀 구성원과 연락 가능해야 함
- 긴급 진료를 위한 당일 또는 익일 예약이 가능해야 함
- 환자 방문 때마다 공유된 의사결정이 이루어져야 함

제3장 국내·외 의료기관 간 환자와 질 관리 제도

1. 개요

본 장에서는 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동의 내용과 유사한 국내외 사례를 고찰하였다. 우리나라는 큰 틀에서 의료전달체계 개선, 세부적으로는 보건의료시스템 내 협력체계 구축을 목표로, 본 시범사업과 이론적으로 일부 유사 내용이 포함된 사업들이 진행 중이다. 국외 사례는 국내보다 구체적이다. 특히 일본의 지역연계 사업은 본 시범사업과 상당 부분 닮아있어 도출 가능한 시사점이 있으며, 질 관리 방향에서는 호주의 가이드라인이 좋은 참고 사례로 판단된다. 사례 고찰 내용에 앞서 본 시범사업의 내용은 다음과 같이 정리할 수 있다.

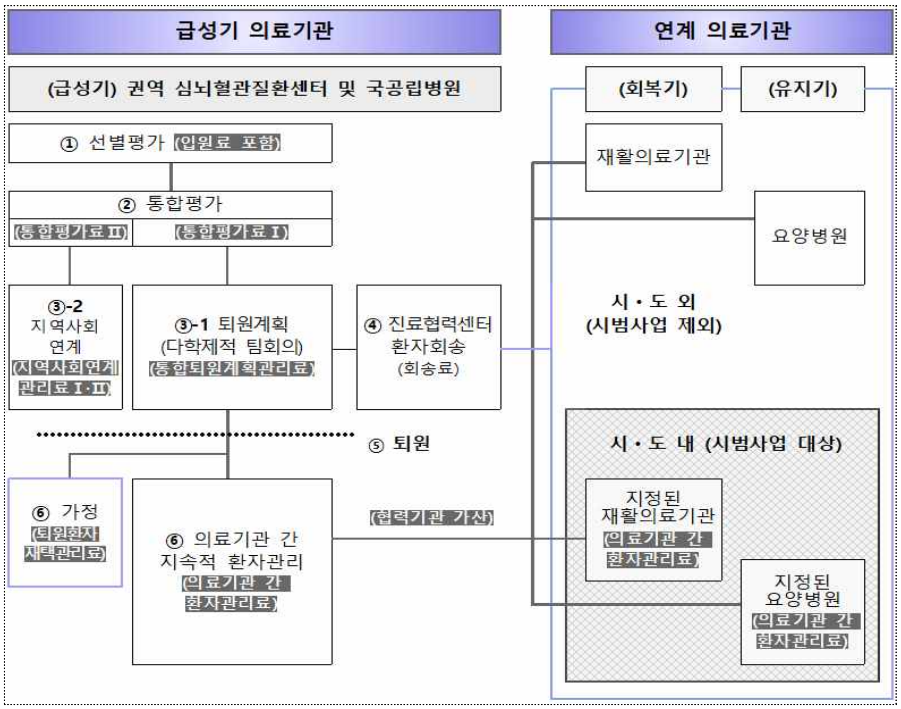
'급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업은 급성기 의료기관에서 뇌혈관 질환자(질병코드 I60~I69)를 대상으로 환자에 따른 치료요구도와 사회·경제적 지원 필요성을 종합적으로 평가하고, 이들에게 필요한 의료적, 사회복지적인 지역사회 자원을 탐색하여 적절한 퇴원계획을 수립하도록 유도하는 추진 사업이다. 그리고 이를 바탕으로 적절한 의료기관 또는 지역사회로의 연계와 관리를 통해 환자의 원활한 일상 복귀를 주목적으로 하고 있다. 2021년 9월 기준, 급성기 의료기관 17개소, 연계 재활의료기관 39개소, 연계 요양병원 53개소 등 총 109개 기관이 시범사업에 참여하고 있다〈부록〉.



자료: 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 지침. 2021.

[그림 2] 급성기 환자 퇴원지원 관련 시범사업 모형도

또한 급성기 의료기관에서 자택으로 바로 퇴원하는 환자도 있지만, 다수의 환자는 회복을 위해 재활 의료기관이나 요양 의료기관 등으로 전원하는 경우도 발생한다. 따라서 본 시범사업은 급성기 의료기관을 중심으로 인접 광역시·도를 묶은 7개 권역을 연계 지역범위로 하고 '의료기관 간 환자관리료'를 구성하여 의료기관 간 연계와 협력을 통해 전원 과정이 유기적이고 원활히 작동되도록 하고 있다.



자료: 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 지침. 2021.

[그림 3] 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계 흐름도

시범사업의 구체적인 서비스 내용과 보상체계는 〈표 13〉과 같이 운영되고 있다.

〈표 13〉 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 서비스 내용과 보상

구분	보상 항목	서비스 내용
통합평가 및 퇴원계획	통합평가료 I	퇴원 시점에 환자지원팀[6] 의사가 대상 환자의 의료적 기능상태 등을 종합적으로 평가
	통합평가료 II	선별평가 결과 사회·경제적 지원이 필요한 경우 환자지원팀이 환자의 경제적, 심리사회적 상태 등을 심층 상담하고 종합적으로 평가
	통합퇴원계획관리료	통합평가 I 실시 후 환자지원팀 의사 판단에 따라 퇴원 후 의료기관 연계, 재택관리가 필요한 경우 다학제적 팀 회의[7] 통해 통합퇴원계획 수립
지역사회 연계활동	지역사회연계관리료 I	통합평가 II 실시 후 환자지원팀이 필요한 지역사회 자원 및 서비스 정보를 수집하고, 유선 등으로 확인 및 신청하는 등 연계활동을 수행하고 환자(보호자)에게 정보 제공
	지역사회연계관리료 II	통합평가 II 실시 후 환자지원팀이 지역사회 자원 및 서비스 연계를 위하여 환자(보호자)와 함께 지역사회 기관 현장방문
퇴원 후 사후관리	퇴원환자재택관리료	퇴원계획에 따라 자택으로 퇴원한 환자에게 전화 또는 문자 등을 활용하여 환자상태를 주기적으로 점검하고 질병 및 투약 교육 등 지속적인 관리
	의료기관간환자관리료	퇴원계획에 따라 연계 의료기관으로 입원한 환자를 대상으로 급성기 의료기관 환자지원팀과 연계 의료기관 담당 의료진이 주기적 환자 상태 공유

참고: 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 지침. 2021.

또한 의료기관 간(급성기-연계의료기관) 협력체결 등 유기적인 네트워크 구축을 통한 환자관리의 질적 향상을 목표로, '의료기관 간 질 관리 활동'을 권고하며 대상 의료기관의 자발적인 참여를 유도하고 있다.

6) 시범기관에 소속된 재활의학과·신경과·신경외과 전문의, 정규직 전일제 간호사, 1급 사회복지사

7) 전문의 2인, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등 최소 4인 이상으로 구성하고 운영

〈표 14〉 시범사업의 의료기관 간 질 관리 활동 권고 방향

① 급성기 의료기관과 퇴원 후 지역 내 연계 의료기관(재활의료기관, 요양병원)의 유기적인 네트워크 구축을 통한 환자 정보 공유(대면 또는 영상 팀회의)
② 의료기관 간 인적 자원 교육을 위한 세미나 또는 워크숍
③ 의료인력 파견 · 교류활동(재활치료사 · 간호인력 교육, 재활전문의 방문 지도 등)
④ 환자 교육자료 프로그램 보급 및 교육
⑤ 임상진료지침(Critical Pathway) 등 보급과 공유

2. 국내 제도와 사례

가. 재활 의료기관 수가 2단계 시범사업

1) 개요

재활의료기관을 대상으로 하는 이 시범사업은 급성기 치료 후 회복기 환자의 효과적인 기능회복과 지역사회로 조귀 복귀를 목적으로 한다. 이를 위해 다양한 직종이 참여하여 환자 상태를 체계적으로 파악하고 환자 특성에 맞는 재활서비스 중심의 통합 치료를 제공하고자 하는 개념이다.

자료: 재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침. 2020.

[그림 4] 회복기 재활의료기관 서비스 모형

사업 대상기관은 보건복지부장관 지정 요양기관으로서 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」 제18조 의거하고 있다. '20년 기준 26개 참여기관에서 '21년 19개 기관이 추가되어 '21년 10월 현재 45개 기관이 본 시범사업에 참여하고 있다.

대상환자는 중추신경계(뇌손상 및 척수손상), 근골격계(고관절 및 하지부위 절단 등) 질환자 중 입원을 통해 집중적인 재활치료를 받을 필요성이 있는 환자이며, 뇌졸중(I60~I69) 환자군이 급성기 환자 퇴원지원 시범사업 대상과 동일하다.

〈표 15〉 재활의료기관 수가 시범사업 대상 질환

구분		대상 질환	입원기준	
			입원시기	입원 적용기간
중추 신경계	가	(뇌손상) 뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상	발병/수술 후 90일 이내	180일
	나	(척수손상) 외상성 및 비외상성 척수손상		
근골격계	다	고관절, 골반, 대퇴의 골절 및 치환술	발병/수술 후 30 이내	30일
	라	하지부위 절단	발병/수술 후 60일 이내	60일
기타	마	비사용 증후군	발병/수술 후 60일 이내	60일

자료: 재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침. 2020.

이 시범사업은 재활의료기관 수가 시범사업 2단계로서, ‘17년 10월 재활의료기관 지정운영수가 시범사업(1단계)을 시작으로, ’18년 12월 회복기 재활의료기관 수가 시범사업 2단계 추진계획의 건강보험정책심의위원회 보고를 거쳐 ‘20년 3월부터 진행 중이다.

〈표 16〉 재활의료기관 수가 시범사업 추진경과

일시	추진 내용
‘15.12.	장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 개정
‘17.8.	회복기 재활의료기관 지정운영 수가 시범사업 건강보험정책심의위원회 보고
‘17.10.	재활의료기관 지정운영 수가 시범사업(1단계) 시작
‘18.12.	회복기 재활의료기관 수가 시범사업 2단계 추진계획 건강보험정책심의위원회 보고
‘19.8.	재활의료기관 지정 및 운영 등에 관한 고시 발령, 제1기 재활의료기관 지정계획 공고
‘20.1.	회복기 재활의료기관 수가 시범사업 수가 개선방안 건강보험정책심의원회 보고
‘20.3.	재활의료기관 수가 2단계 시범사업 시작

2) 주요 내용

이 사업은 기능회복 시기에 환자의 집중재활을 통해 일상으로 조귀 복귀를 유도하고, 급성기 · 회복기 · 유지기 케어와 지역사회 간 연계의 개선을 주요 사업 내용으로 하고 있다. 질환별 적정입원기간의 보장, 다양한 전문가가 함께 수립하는 통합치료계획, 맞춤형 집중재활치료 시행, 객관적 평가에 기반한 치료성과의 측정, 지역사회로 온전한 복귀 지원 등을 서비스의 핵심으로 하고 있으며 상세 내용은 다음과 같다.

〈표 17〉 재활의료기관 수가 시범사업 주요 서비스 내용

구분	내 용
적정 입원기간 보장	급성기 치료 후 집중적인 재활치료가 가능토록 회복기 환자의 입원 기간을 보장
다학제 통합치료	재활의학과 전문의 중심의 다직종 전문가가 참여하는 맞춤형 집중재활 치료와 성과 점검 · 관리를 통해, 예견되는 장애를 최소화하고 일상생활로의 조귀 복귀를 유도
수가 보상방안 검토	재활수가모델을 구상하고, 객관적 평가에 기반한 치료성과 측정에 따른 차등 보상방안 검토
재활의료전달체계 확립	퇴원 후 지역사회 복귀 그리고 다양한 복지서비스와 유기적 연계를 지원하는 등 의료전달체계 내 재활의료기관 역할 정립 모색

이러한 사업내용의 수가로는 회복기 재활의료기관 재활치료료, 통합계획관리료, 통합재활기능평가료, 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료를 운영 · 적용하여 의료기관의 적정 재활서비스 제공을 유도하고 있다.

〈표 18〉 재활의료기관 산정 수가

구분	대상 질환	비고
재활치료료	재활치료 15분 이상 시행 시 1회 산정(1일 최대 16회)	「재활의료기관 이학요법료 수가 목록」에 따른 재활치료 해당 항목
통합계획관리료	재활의학과 전문의 1인을 포함한 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 유관 진료과목 전문의 등 각 직종 전문가가 함께 환자 평가, 치료계획 수립, 치료성과 점검, 퇴원 계획을 시행한 경우 산정	모든 참여 직종이 통합계획관리 서식 각각 작성
통합재활기능평가료	회복기 재활환자 평가를 실시하고, 통합재활기능평가표를 작성하고 제출한 경우 산정	
지역사회연계료	지역사회 서비스 의뢰 계획을 환자(보호자)에게 설명하고, 개인정보를 해당 기관에 제공하는 것에 동의한 경우 산정	기관 내 활동 현장 방문활동
통합재활안전방문관리료	사회복지사 1인과 재활치료전문가(작업치료사 등)로 구성된 2인 이상의 인력이 환자 퇴원 후 거주할 주택을 방문하여, 돌봄 환경 개선을 위해 환경을 평가하고, 통합재활안전방문관리 서식을 작성한 경우 산정	

자료: 재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침. 2020.

또한 보건복지부와 중앙장애인보건의료센터가 주관하여 업무종사자의 전문역량 강화 직무능력 향상을 위한 지역연계 활동 교육을 추진함으로써, 재활의료기관 지역연계 활동의 효율적이고 원활한 운영을 지원하고 있다.

3) 의료기관 간 환자 연계와 질 관리 고찰

급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 수가는 재활의료기관 수가 2단계 시범사업과 유사한 맥락에서 운영되고 있다. 특히 급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 '의료기관

간 환자관리'는 연계 재활의료기관에서 의료기관 간 환자관리표에 작성하는 치료·재활계획을 급성기 의료기관과 공유하게 되므로, 재활의료기관 수가 2단계 시범사업의 '통합계획관리'가 바탕이 된다. 그러나 재활의료기관 수가 2단계 시범사업도 급성기 환자 퇴원지원 시범사업과 마찬가지로 지역사회로의 환자 연계 관련 질(quality)을 측정하고 이를 향상시키기 위한 별도의 장치가 마련되어 있지 않다. 이 두 시범사업은 내용이 궁극적으로 '급성기치료-회복기재활-지역사회복귀'라는 일련의 케어 과정으로 통합되어야 할 것으로 판단되므로, 과정 내 의료의 질을 제고할 수 있는 방안이 필요하다.

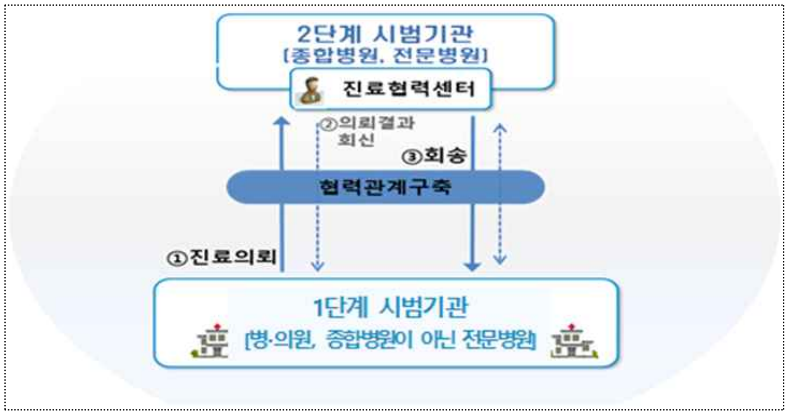
〈표 19〉 재활의료기관 수가 2단계 시범사업과의 비교

의료기관 간 환자관리 (급성기 환자 퇴원지원 시범사업)	통합계획관리 (재활의료기관 수가 2단계 시범사업)
- 급성기 의료기관 환자지원팀과 연계 의료기관(재활병원 등) 의료진이 의료기관 간 환자관리표를 활용하여 환자 치료 연계 - 연계 의료기관에서 환자관리표 작성·제출 후 급성기 의료기관에서 확인, 종합의견 작성 후 이를 연계 의료기관에서 최종 확인과 활용	- 재활치료 계획수립에 필요한 각 직종 전문가가 모여 치료계획 수립, 성과 점검, 퇴원계획 실시

나. 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업

1) 개요

진료협력체계를 갖춘 의료기관을 중심으로 진료의뢰 · 회송을 시행하여, 건강보험수가 모형의 타당성과 확대 적용 가능성 평가를 통해 제도화 기반을 구축하고자 하는 시범사업이다. 대형병원과 병 · 의원 간 진료의뢰 · 회송 과정을 비용 보상함으로써, 충실한 협력 진료를 유도하고 대형병원 환자 쏠림 현상을 완화하고자 하는 데 목적이 있다. '17년 12월 전체 상급종합병원, '19년 7월 전체 종합병원과 전문병원으로 회송기관이 확대되어 이 사업에 참여 중이다.



자료: 협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업지침. 2020.

[그림 5] 진료의뢰 · 회송 협력진료 모형

이와 관련하여 복건복지부는 '의료전달체계 개선 단기대책 발표('19.9.)'를 통해 적정 의료기관에서의 진료와 지역 병 · 의원 회송 활성화를 추진한 바 있다.

○ **적정 의료기관에서 진료 받도록 의뢰 내실화**
- 의사가 판단하여 직접 의뢰를 강화하고 의뢰 · 회송 중계시스템을 통한 의뢰 활성화와 전면 적용 추진
- 전문진료과목 의원 간 의뢰 적용 검토와 지역 내 의뢰 활성화 추진

○ **경증 · 중증치료 후 관리 환자의 지역 병 · 의원 회송 활성화**
- 환자 회송 활성화를 위한 수가개선, 진료협력센터 인력과 지원 강화
- 회송된 환자가 상급종합병원 진료 필요 시 우선 진료받도록 근거 마련

2) 주요 내용

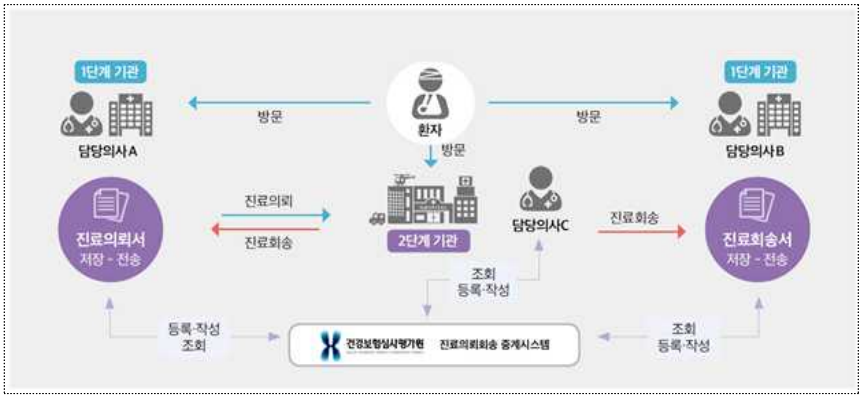
의뢰를 담당하는 1단계 시범기관[8]과 회송을 담당하는 2단계 시범기관[9] 간 구축된 협력진료체계를 활용하여, 연속성 있는 의료서비스와 충실한 진료정보 교환이 이루어질 수 있도록 건강보험 수가를 적용하고 있다. 특히 진료·영상정보 교류 수준에 따라 수가를 차등화하고, 동일 시·도내 의뢰 시 가산 등을 통해 내실 있는 진료정보 교류와 지역 내 의뢰 활성화를 지원하고 있다.

〈표 20〉 진료의뢰·회송 시범사업 산정 수가

구분	내 용	가 산
진료의뢰료 I	- 진료의뢰 시, 중계시스템(또는 진료기록전송지원시스템)을 활용하여 요양급여의뢰서를 전자 방식으로 제공 - 1단계 진료기관은 2단계 진료기관 선정과 협력 요청을 통해 환자의 2단계 요양급여를 지원	서울, 경기, 인천 제외한 비수도권 동일 시·도내 가산
진료의뢰료 II	- 진료의뢰료 I 산정 시, 표준화된 진료정보 1종 이상을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정	
진료의뢰료 III	- 진료의뢰료 I 산정 시, 영상정보와 영상검사결과지(또는 영상의학판독소견서)를 포함한 표준화된 진료정보 2종 이상을 전자적 방식으로 전송하는 경우 추가 산정	
회송료	- 중계시스템(또는 진료기록전송지원시스템)을 활용하여 요양급여회송서와 세부진료소견, 진료내역, 검사결과 등을 전자적 방식으로 제공	

8) 병·의원, 종합병원이 아닌 전문병원

9) 종합병원, 전문병원



자료: 협력기관 간 진료의뢰 · 회송 시범사업지침. 2020.

[그림 6] 진료의뢰 · 회송 중계시스템 업무 흐름도

3) 의료기관 간 환자 연계와 질 관리 고찰

진료의뢰 · 회송 시범사업은 대형병원 쏠림 현상 완화 측면의 의료전달체계 개선 사업의 일환으로서, 환자의 급성기 치료부터 재활 · 요양 과정의 일관성 · 효과성에 초점을 둔 급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 목적과 다소 차이가 있다. 그러나 두 사업 모두 환자 진료 정보의 전자적 방식 교류 측면을 수가 산정의 요건으로 두고 있는 가운데, 급성기 환자 퇴원지원 시범사업 내 자료제출시스템을 통한 이원화 방식은 불필요한 행정 소요를 가중시킬 우려가 있어 보인다. 그와 함께 의료기관 간 환자관리표 외 추가적으로 필요한 환자정보는 전자메일로 요청하거나 환자가 직접 지참하여 공유가 이루어진다는 점에서, 건강보험심사평가원이 기운영 중인 진료의뢰 · 회송 시범사업의 중계시스템으로 일원화하여 활용할 수 있는 방안을 검토할 수 있다.

〈표 21〉 진료의뢰 · 회송 시범사업과의 비교

의료기관 간 환자관리 (급성기 환자 퇴원지원 시범사업)	진료의뢰 (진료의뢰 · 회송 시범사업)
- 시범사업 자료제출시스템을 통해 환자관리표, 통합재활기능평가표 교류 - 추가적으로 필요한 환자진료정보는 별도 요청(전자메일) 또는 환자 지참 통해 공유	- 중계시스템 또는 진료기록전송지원시스템을 통해 표준화된 진료정보 교류

다. 권역심뇌혈관센터 운영 사업

1) 개요

권역심뇌혈관센터 운영사업은 선진국에 비해 뒤떨어지는 심뇌혈관질환의 급성기 치료 성적을 보완하고, 적정 진료를 위한 응급치료 또는 전문치료 시스템 부재와 서울 중심의 의료시설 집중에 따른 지역 간 건강격차 심화를 해소하고자 추진되었다. 주요 권역별로 지방종합병원에 심뇌혈관센터를 구축하고 지역별로 거점병원을 지정 · 육성하여, 심뇌혈관질환 발생 시 전국 어디서나 3시간 이내에 진료받을 수 있는 체계를 구축하는 것이 해당 사업의 목적이다. 현재 '08년 강원대병원 지정을 시작으로, '18년 울산대병원을 포함하여 14개 기관이 운영 사업에 참여하고 있다.

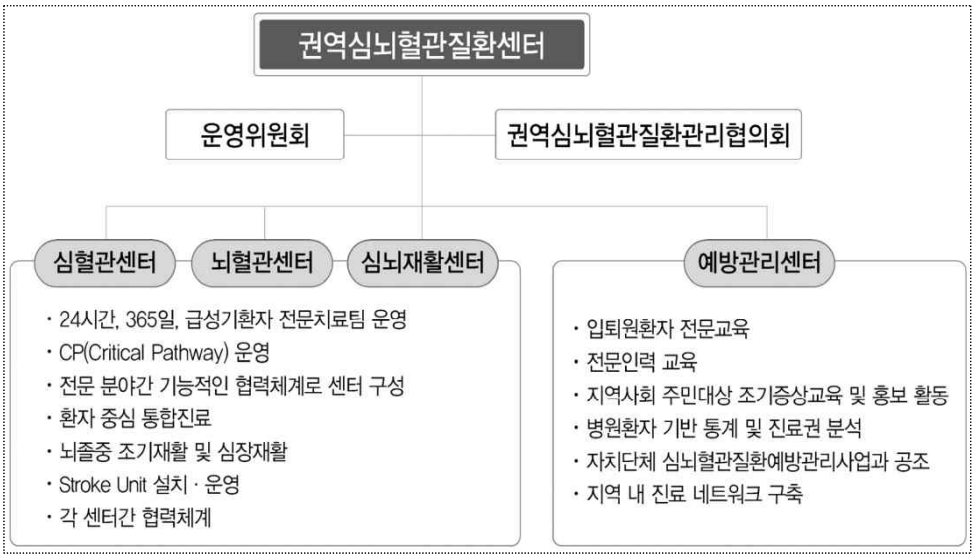
〈표 22〉 권역심뇌혈관센터 지정 현황

지정연도	기관명
2008년	강원대병원, 경북대병원, 제주대병원
2009년	충북대병원, 전남대병원, 경상대병원
2010년	동아대병원, 원광대병원, 충남대병원
2012년	분당서울대병원, 인하대병원
2017년	목포중앙병원, 안동병원
2018년	울산대병원

자료: 권역심뇌혈관센터 운영지침. 2021.

2) 주요 내용

권역심뇌혈관센터는 심혈관센터, 뇌혈관센터, 심뇌재활센터 등 3개 임상센터와 1개 예방관리센터로 구성하여 운영되고 있다. 그리고 운영과 관련된 주요 사항을 결정하는 운영위원회와 권역 내 보건기관, 의료계, 학계 대표자로 구성된 권역심뇌혈관질환관리 협의회를 설치하고 있다.



자료: 권역심뇌혈관센터 운영지침. 2021.

[그림 7] 권역심뇌혈관질환센터 구성과 기능

지방종합병원을 심뇌혈관질환 응급치료, 조기재활을 중심으로 하는 전문치료 거점병원으로 육성하여 경쟁력을 강화하고, 나아가 지역사회 보건의료 수준 향상 제고를 목표로 하고 있다. 권역 내 심뇌혈관질환관리 네트워크 구축으로 필수 치료 서비스를 제공하고 질을 향상시켜 환자를 체계적으로 관리하고 지역사회 역할을 강화하는 것이 주요 내용이다.

〈표 23〉 권역심뇌혈관센터 주요 추진 내용

구 분	내 용
집중진료기반 구축	- 포괄적이고 전문적인 집중진료기반 구축과 적정진료를 위한 표준진료지침 개발 그리고 24시간 전문진료팀 운용 - 병원 내 심뇌혈관질환에 대한 개별적인 관리기능 강화와 진료수준 향상 - 조기재활치료서비스 제공 통한 회복촉진과 장애최소화
진료 연계체계 구축	- 전 지역 심뇌혈관 발생 시, 적정시간 내 전문 진료가 가능토록 진료네트워크 구축 - 퇴원 후 지역 내 재활 병·의원과 유기적인 연계 유지
심뇌혈관질환 관리 중추 역할	- 심뇌혈관질환 입·퇴원환자 전문교육과정 운영 - 퇴원환자 F/U 서비스 제공 - 지역사회 교육·홍보과 지자체 심뇌혈관질환 예방관리 사업과 공조체계 구축

권역심뇌혈관센터는 이를 바탕으로 시설·장비 현대화와 인력 보강, 인지도·접근성 향상, 필수 치료서비스 제공과 질 향상으로 치료성과 향상, 체계적인 환자관리 시스템으로 임상연구기반 확충이라는 기대효과를 가지고 있다.

3) 의료기관 간 환자 연계와 질 관리 고찰

권역심혈관센터 운영 사업은 지역 단위 진료연계 구축과 환자 전문교육인 양성을 위한 교육과정을 운영함으로써 치료 과정의 완결성을 높이고 있다. 반면 급성기 환자 퇴원지원 시범사업은 급성기 의료기관과 연계 의료기관과의 유기적 협력관계를 전제하고 있으나, 연계 의료기관에서 퇴원 후 환자에 대한 지속적인 모니터링 또는 건강결과 확인의 의무화·체계화가 다소 미흡하다. 또한 질 관리와 질 향상을 위한 전문인력 교육 동기부여가 필요할 것으로 보인다.

〈표 24〉 권역심뇌혈관질환센터 운영 사업과의 비교

구분	의료기관 간 환자관리 (급성기 환자 퇴원지원 시범사업)	통합계획관리 (권역심뇌혈관질환센터 운영 사업)
퇴원 후 환자 관리	- 급성기 의료기관은 의료기관 간 환자관리를 통해 연계 의료기관으로부터 전원 후 최대 6차례에 거쳐 진료 계획을 피드백 받음 - 그러나 전원과 치료 후 퇴원이 이루어진 환자에 대해 급성기 의료기관 주도의 모니터링과 최종 건강결과 확인이 미흡한 측면이 있으므로, 퇴원 후 환자 모니터링에 대한 확장된 개념 도입 필요	- (퇴원 후 환자관리 프로그램) 전체 퇴원환자에게 건강관리를 위한 F/U 서비스와 재교육 제공
의료의 질 향상	- 권역별 또는 연계기관 간 질 향상 프로그램 수행과 보상체계 검토 필요	- (전문인력 교육사업) 심뇌혈질관 진료의 질 향상을 위한 전문인력 교육과 워크숍 지원

라. 공공보건의료 협력체계 구축 사업

1) 개요

비수도권과 소도시 지역은 수도권과 대도시에 비해 상대적으로 의료서비스 접근성이 낮으며, 양질의 진료를 위해 대도시로 이동하는 것으로 파악되고 있다. 공공보건의료 협력체계 구축 사업은 비수도권과 소도시 지역을 대상으로, 지역 보건의료기관 간 협력체계 구축을 통해 수익성이 낮은 필수의료[10] 분야의 공급 부족과 지역서비스 연계 미흡 문제를 개선하고자 하는 공공사업이다. 필수의료 지역격차 해소를 위한 공공보건의료 발전 종합대책('18.10.)과 지역의료 강화대책('19.11.)을 근거로 추진되었다.

〈표 25〉 공공보건의료 협력체계 구축 사업 추진경과

일시	추진 내용
'18.10.	공공보건의료 발전 종합대책 발표 - 권역/지역별 책임의료기관 지정 및 육성 추진
'19.2.	권역 국립대병원 10개소 '거점병원 운영 및 연계지원' 사업 실시 - 퇴원환자 연계 대상 질환군 선정 - 지역사회 자원 및 연계 현황 조사 수행 등
'19.11.	믿고 이용할 수 있는 지역의료 강화 대책 발표 - 전국 70개 진료권 기반, 책임의료기관 지정원칙 및 지원방향 발표
'19.12.	'20년 공공보건의료 협력체계 구축사업 예산 추진

'21년 현재 중앙기관으로서 국립중앙의료원 공공보건의료센터가 역할하고 있으며, 권역책임의료기관 15개소, 지역책임의료기관 35개소가 지정되어 운영 중이다.

10) ①응급 · 외상 · 심뇌혈관 등 중증의료, ②산모 · 신생아 · 어린이 의료, ③재활, ④지역사회 건강관리(만성질환, 정신, 장애인), ⑤감염 및 환자안전 등

〈표 26〉 '21년 권역 · 지역 책임의료기관 현황

시도	권역	지역	시도	권역	지역
서울	서울대병원	서울의료원 서울적십자병원 서울보라매병원	경기	분당서울대병원	수원·포천·안성·이천 · 의정부 · 파주 · 성남시의료원
부산	부산대병원	부산의료원	경북	칠곡경북대병원	김천·포항·안동의료원 영주 · 상주적십자병원
인천	가천대길병원	인천의료원	전북	전북대병원	남원 · 군산의료원
대구	경북대병원	대구의료원	광주	전남대병원	-
강원	강원대병원	원주 · 속초 · 영월 · 삼척 · 강릉의료원	전남	화순전남대병원	목포시의료원
충북	충북대병원	청주 · 충주의료원	경남	경상대병원	마산의료원 양산부산대병원
대전	충남대병원	-	제주	제주대병원	서귀포의료원
충남		홍성 · 천안 · 공주 · 서산의료원			
울산	울산대병원	-			

자료: 지역 필수의료 협력을 위한 책임의료기관 9개소 추가 지정 보도자료. 2021.

권역책임의료기관은 고난도 필수의료 진료기능을 수행하면서, 권역 내 협력체계를 총괄하고 지역의료 역량 강화를 위한 교육·파견 등을 지원한다. 한편 지역책임의료기관은 중진료권 단위에서 지역의료기관 등과 협력을 통해 지역별 필수의료 문제를 발굴하고, 문제 해결을 위한 연계·조정 등의 역할을 수행한다.

자료: 공공보건의료 협력체계 구축 사업안내. 2021.

[그림 8] 공공의료협력과 지원체계

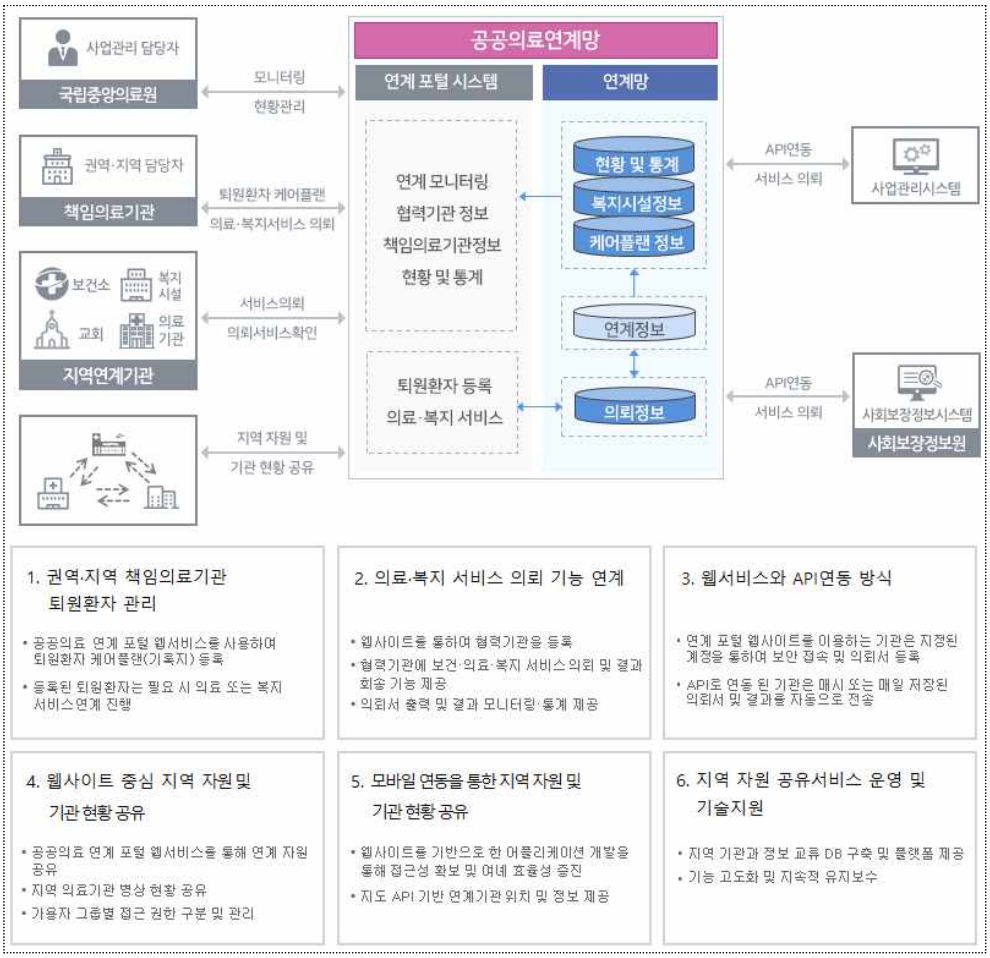
2) 주요 내용

시·도 공공보건의료위원회와 책임의료기관이 주도하여 필수의료 협력 모형을 구축하고 있으며, 공공보건의료 네트워크 구축, 기초조사와 문제 진단, 협력모델 개발과 사업수행 등을 주요 사업 내용으로 수행 중이다. 특히 협력모형 개발과 사업수행에서 책임의료기관들이 퇴원 후 유지·회복, 병원 전단계 치료, 감염관리와 환자안전관리 부문을 의무적으로 협력하도록 안내되고 있다.

〈표 27〉 공공보건의료 협력체계 주요 사업내용

구분	내용
공공보건의료 네트워크 구축	- 시 · 도-공공보건의료위원회 구성과 운영을 통해 권역 · 지역 내 필수의료 문제 개선을 위한 협력과제 우선순위 · 정책목표 · 사업방향 설정 - 책임의료기관-필수의료협의체 구성과 운영을 통해 필수의료 협력모델 개발, 사업수행 네트워크 구축
기초조사와 문제진단	- 권역 · 지역별 필수의료문제 기초조사 수행을 통해 문제를 진단하고 개선 방향을 논의
협력모델 개발과 사업수행	- 퇴원 후 유지와 회복, 병원 전단계 치료, 감염관리와 환자 안전관리, 중증 응급환자 이송 · 전원과 진료 협력, 예방과 건강관리, 교육 · 인력자원의 분야별 협력모델 개발과 사업수행

공공의료연계망은 이러한 권역 · 지역 책임의료기관 중심의 공공보건의료 협력체계를 구체화한 플랫폼이다. 구축된 연계망을 통해 필수보건의료 분야의 공공-민간기관의 자원과 서비스를 공유 · 연계하고, 환자의 퇴원계획 수립과 연계과정에서 맞춤형 지역별 · 유형별 자원정보를 제공한다. 이로써 지역 내 의료 · 보건 · 복지기관 간 서비스 연계를 활성화하고, 퇴원환자의 체계적 건강관리를 목표로 다양한 서비스를 통합적으로 제공하고 있다.



자료: 국립중앙의료원 공공의료연계망 안내.

[그림 9] 공공의료연계망 시스템

3) 의료기관 간 환자 연계와 질 관리 고찰

급성기 환자 퇴원지원 시범사업은 공공보건의료 협력체계 구축 사업의 '퇴원환자 지역사회 연계와 연속적 건강관리를 위한 퇴원 후 유지 · 회복 지원' 부문을 구체화한 사업의 일환으로 해석될 수 있다.

〈표 28〉 공공보건의료 협력체계 구축사업과의 비교

급성기 퇴원지원 및 지역사회 연계 (급성기 환자 퇴원지원 시범사업)	퇴원 후 유지 · 회복 지원 (공공보건의료 협력체계 구축사업)
- 급성기 의료기관에서 퇴원하는 뇌혈관 질환자 대상으로 환자지원팀이 의료적 · 사회경제적 요구도를 평가하고, 적절한 퇴원계획을 수립하여 적정 의료기관 또는 지역사회 기관으로 연계 및 후속관리	- 퇴원 이후에 지역사회에서 연속적인 의료 · 돌봄서비스를 제공받을 수 있도록 케어플랜 수립, 퇴원환자 지역사회 연계와 지속적인 모니터링

3. 국외 제도와 사례

가. 일본

1) 일본의 지역연계 진료계획 관리 진료보수 운영[11)]

가) 제도 배경와 도입

Critical Pathway는 양질의 의료를 효율적이고 안정적으로 제공하게 위해 개발된 진료계획으로서, 1950년대 미국 공업계에서 도입된 개념을 바탕으로 1980년대 미국 의료계에서 차용하기 시작했다. 1990년대 일본의 일부 의료기관에서도 이를 도입하였으며, 진료의 표준화와 근거기반의료(EBM) 시행을 통해 업무프로세스를 개선하고 팀의료 수준 향상 등의 효과를 기대했다.

일본은 1993년 구마모토 지역 의료기관을 중심으로 뇌졸중 치료의 문제점이 제기된 바 있다(하시모토요이치로 외, 2014). 고도의료 투자에 대한 유인요소가 제한됨에 따라 뇌졸중 전문의와 전담팀이 부족하였고, 지역별 · 의료기관별 · 의료진별 진단과 치료 수준에 편차가 있었다. 또한 장기입원일에 따른 수익률 저하, 급성기 의료기관에서 재활 의료기관으로 전원 과정에서 대기시간 장기화, 고위험

11) 退院支援加算と 地域連携クリティカルパス. 武藤正樹(퇴원지원 가산과 지역연계 크리티컬패스, 무토 마사키, 2017) 중심으로 내용 정리

환자 수용과 대응력 한계 등이 문제점으로 인식되었다.

이를 해결하기 위해 일본은 '지역연계 크리티컬 패스(Critical Path)' 도입을 검토하였다. 주요 개념은 환자가 급성기 의료기관에서 회복기 의료기관을 거쳐 조기에 자택으로 복귀 가능토록 진료계획을 작성하고, 기관 간 진료 정보 공유와 활용을 통해 지역완결형 의료를 실현하는 것이었다. 진료에 연계된 의료기관들이 역할을 분담하고, 사전에 진료계획을 환자에게 설명함으로써 신뢰성을 제고하였다. 또한 회복기 의료기관은 전원 전에 환자상태를 사전파악할 수 있으므로, 불필요한 중복 검사를 지양하는 등 효율적인 재활치료가 가능하게 되었다.

나) 지역연계 진료계획관리 관련 기존 진료보수

일본은 지역연계 크리티컬 패스 개념을 바탕으로 단순한 환자 퇴원지원을 벗어나 의료기관 연계에 바탕을 둔 치료의 지속성에 주목하여, 효율적인 환자 전원 활동을 보상키로 하였다. 급성기 의료기관(계획관리병원 역할)이 작성한 진료계획을 환자(보호자)에게 설명하고, 이를 연계 의료기관인 회복기병원(또는 요양시설)과 공유함으로써 환자 치료의 연속성 · 효율성 · 효과성을 제고하는 활동을 보상하는 내용이었다.

〈표 29〉 퇴원지원 관련 주요 진료보수 추진 연혁

연도	내 용
2000년	입원진료계획 수립 지원 - 입원진료계획 가산(1996년) - 입원진료계획 수립 평가(2000~2002년) - 입원진료 · 퇴원지도계획 작성 및 환자 지도 실시
2006년	의료기관 연계 추진 - 지역연계 진료계획관리료, 지역연계 진료계획 퇴원시지도료 - 대퇴부 경부 골절 대상(뇌졸중 2008년 추가)
2008년	퇴원지원계획 수립과 퇴원 시 정보공유 추진 - 퇴원조정가산, 종합평가가산 - 퇴원조정가산 내 지역계획가산 추가(2012년)

자료: 퇴원지원가산과 지역연계 크리티컬 패스. 무토마사키. 2015.

2016년 진료보수 개정 전 지역연계진료 관련 보수는 지역연계진료계획관리료, 지역연계진료계획 퇴원시지도료(Ⅰ · Ⅱ) 중심으로 운영되었다. 지역연계진료계획관리료는 급성기 의료기관이 산정받는 보수로서, 주요 내용은 환자별 지역연계진료계획을 작성하고, 이를 환자(보호자)에게 설명하고 연계 의료기관에 문서로 공유 시 보상하는 내용이었다. 또한 지역연계진료계획 퇴원시지도료는 연계 기관인 회복기 의료기관이 전원받은 환자의 진료 과정을 급성기 의료기관에 문서로 피드백 시 보상받는 내용이었다. 이들은 퇴원시 공동지도료나, 진료정보제공료와 성격은 유사하되 연계 보상에 초점을 두고 별도로 운영되는 보수였다.

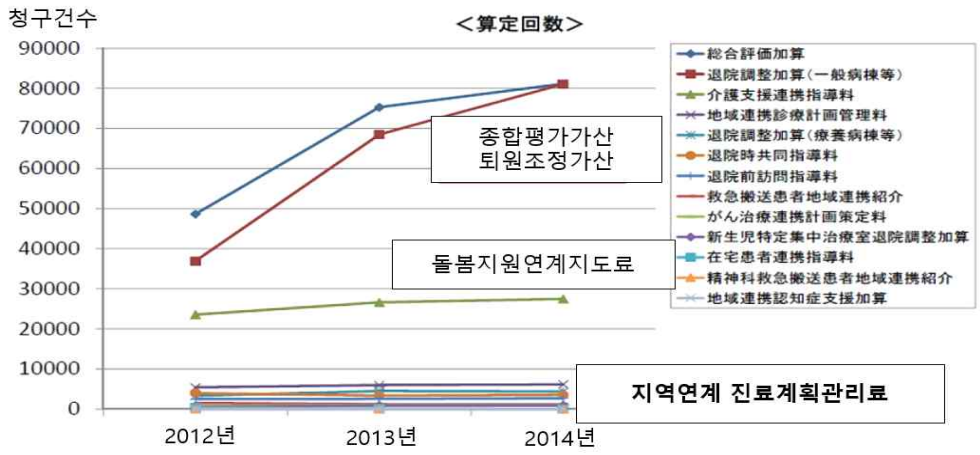
〈표 30〉 개정 전 지역연계 관련 진료보수 상세

진료보수코드	내 용	비 고
B005-2 지역연계 진료계획 관리료	- 질병별 · 환자별 지역연계진료계획 작성과 환자에게 설명 - 연계 의료기관에 진료계획과 진료정보 문서로 공유	A238퇴원조정가산, B005퇴원시공동지도료(Ⅱ), B009진료정보제공료 등 별도 산정 불가
B005-3 지역연계 진료계획 퇴원시지도료 (Ⅰ)	- B005-2 산정 대상 - 회복기 의료기관이 지역연계진료계획에 따라 회복기 진료계획 작성과 환자에게 설명 - 급성기 의료기관으로 환자 진료과정 문서 제공 - 연계 요양기관에 환자 진료정보 문서 제공 시 지역연계진료게획 퇴원계획 가산 추가 산정	
B005-3-2 지역연계 진료계획 퇴원시지도료 (Ⅱ)	- 요양기관이 B005-3의 진료계획에 따라 치료실시와 급성기 의료기관에 진료과정 문서 제공	B009 진료정보제공료 등 별도산정 불가
A238 퇴원조정가산	- (주2) 퇴원지원계획 수립 후 이를 퇴원 후 환자 치료를 담당하는 기관과 공유하는 경우 지역연계계획가산 추가 산정	

자료: 일본 의과진료보수점수표. 2014.

다) 진료보수 개정

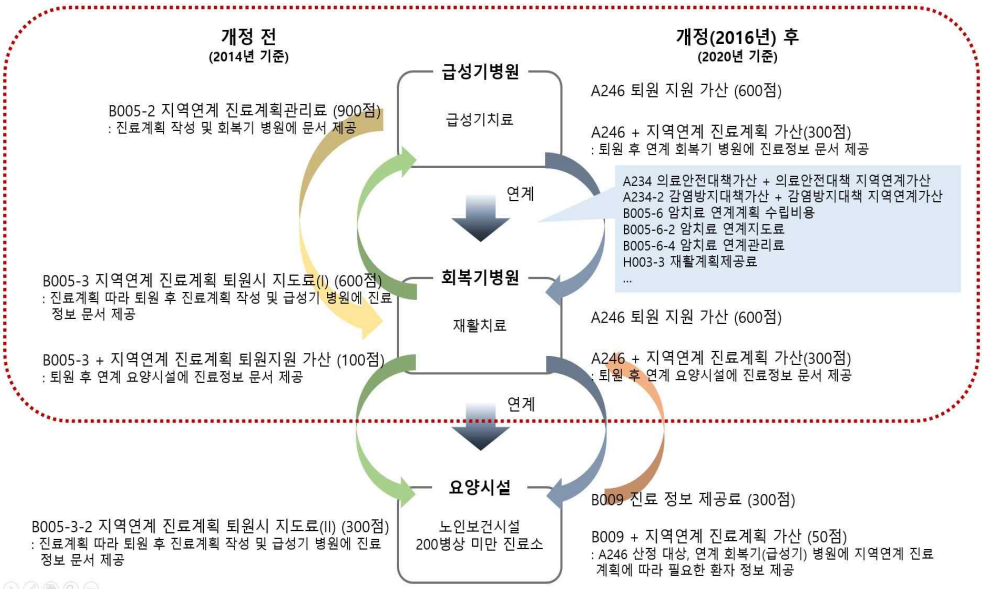
의료기관 간 지역연계 진료계획 추진(2006년) 이후, 지역연계진료계획관리료 · 퇴원시지도료 산정횟수가 퇴원조정가산 등 타 퇴원지원 관련 가산 대비 현저히 낮은 점이 지적되었다(무토마사키, 2015). 이에 '입원의료 조사 · 분과위원회'는 관련 협의(2015)를 거쳐 실적과 실효성이 낮은 지역연계진료계획관리료 등을 폐지하고, 퇴원지원가산을 신설하여 지역연계가산을 통합하여 운영 방향으로 진료보수를 개정하였다.



자료: 퇴원지원가산과 지역연계 크리티컬 패스, 무토마사키, 2015.

[그림 10] 퇴원지원 관련 가산 산정횟수 비교

기존에 별도로 급성기 의료기관에 산정되던 지역연계진료계획관리료(B005-2)와 연계 회복기 의료기관에 산정되던 지역연계진료계획퇴원시지도료(B005-3)는 코드 폐지되고, 신설된 퇴원지원가산(A246)의 추가 가산으로 통합되었다. 내용은 기존과 동일하게 환자의 퇴원·전원 계획을 미리 작성하는 것을 기본으로 환자 퇴원·전원을 지원 시 퇴원지원가산을 산정하고, 연계 기관에 환자정보를 서면으로 제공하는 경우 '지역연계 진료계획가산' 명목으로 추가 보수를 산정하는 형태로 개정하였다. 또한 이 경우 급성기(회복기) 의료기관이 연계 기관과 정기적으로 진료정보를 공유하고, 진료계획 평가를 시행할 것을 전제로 하고 있다.



참고: 퇴원지원가산과 지역연계 크리티컬 패스, 무토마사키, 2015.

[그림 11] 지역연계 진료계획관리 보수개정 전·후

〈표 31〉 개정 후 지역연계 관련 진료보수 상세

진료보수코드	내 용	비 고
A246 퇴원지원가산 (600점)	- 환자 퇴원·전원 시 퇴원·전원 계획을 작성하고 지원한 경우 산정 - 환자의 동의를 얻은 후 미리 작성된 지역연계 진료계획에 따라 전원 지원하고 진료정보를 연계 기관에 서면으로 제공하는 경우 지역연계 진료계획가산(300점) 추가 산정 ※ 연계 기관과 정기적으로 진료정보 공유, 진료 계획 평가가 이루어져야 함	A238 퇴원조정가산(삭제) B005 퇴원시공동지도료(II) B009 진료정보제공료 B011 진료정보제공료(III) 등 별도 산정 불가

자료: 일본 의과진료보수점수표, 2020.

라) 기타 기관 간 진료연계 관련 진료보수

일본은 의료기관 간 진료연계 과정에서 중증 환자치료, 환자 재활과 안전관리, 정보공유 등을 위한 진료보수도 운용 중이며, 대표적으로 의료안전대책가산(A234), 감염방지대책가산(A234-2), 암치료연계계획수립비용(B005-6), 암치료연계지도료(B005-6-2), 전자진료정보평가수수료(B009-2), 재활계획제공료(H003-3) 등이 있다. 의료안전 대책가산과 감염방지 대책가산은 환자 직접 진료행위에 대한 보상은 아니나 환자 관리 전반에 적용되는 개념으로서 우리나라의 환자안전관리료와 유사하게 운용되고 있다.

〈표 32〉 기관 간 진료연계 관련 기타 진료보수 상세

진료보수코드	내 용	비 고
A234 의료안전 대책가산	- 조직적인 의료안전대책과 의료안전관리부서의 관리자가 의료안전관리위원회와 연계하여 의료안전확보를 위한 업무개선을 지속적으로 실시하는 경우 - 다수 의료기관이 연계하여 의료안전대책에 관한 평가 실시하는 경우 의료안전대책 지역연계가산 추가 산정	
A234-2 감염방지 대책가산	- 병원 내 감염관리팀 설치하여 원내 감염 상황과 항생제 적정 사용 모니터링, 직원 감염방지, 관련 내용 평가 - 기관 간 연계하여 감염방지 대책에 대한 평가 실시하는 경우 감염방지대책 지역연계가산 추가 산정	
B005-6 암 치료 연계계획 수립비용	- 암 환자의 퇴원 후의 종합적인 치료 관리 목적 - 계획수립병원이 암치료 지역연계 진료계획 작성 - 연계 기관에 환자 진료정보 문서 제공	B005 퇴원시공동지도료(II) B009 진료정보제공료 등 별도 산정 불가
B005-6-2 암 치료 연계지도료	- B005-6 산정환자 대상 - 계획수립병원의 지역연계 진료계획에 따라 암 환자 치료와 계획수립병원에 환자 진료정보 문서 제공	B009 진료정보제공료 B011 진료정보제공료(III) 등 별도 산정 불가
B009-2 전자진료 정보평가수수료	- 타 기관에서 진료정보제공 동의를 받은 환자의 진료기록(검사결과, 영상진단, 투약 · 주사내용, 퇴원요약지 등)을 전자적 방법으로 열람 · 수신하여 해당 환자 진료에 활용한 경우 산정	
H003-3 재활계획제공료	- (주2) A246의 지역연계 진료계획가산 산정 환자 대상, 재활을 담당하는 기관에 재활계획(목표설정, 지원 · 관리비용 필요)을 문서 제공 시 산정(발병 · 수술로부터 14일 이내에 퇴원한 경우만)	

자료: 일본 의과진료보수점수표, 2020.

2) 일본의 의료의 질 평가 공표 추진사업[12)]

가) 의료의 질 평가 공표 배경

일본 내 의료기술의 고도화·복잡화에 따라 근거기반의료(Evidence-Based Medicine) 등 의료의 질을 측정하고 평가할 필요성이 대두되었다. 또한 의료의 질에 관한 환자의 관심도 높아져 이에 대한 정보 공개 요구가 지속되었다(후생노동성, 2019). 한편 의료의 질 평가 공표 관련 사회적 관심도가 높았으나, 지표에 대한 다음과 같은 의학적·사회적 관점에서의 종합적이고 지속적인 검토 요구 또한 이루어졌다.

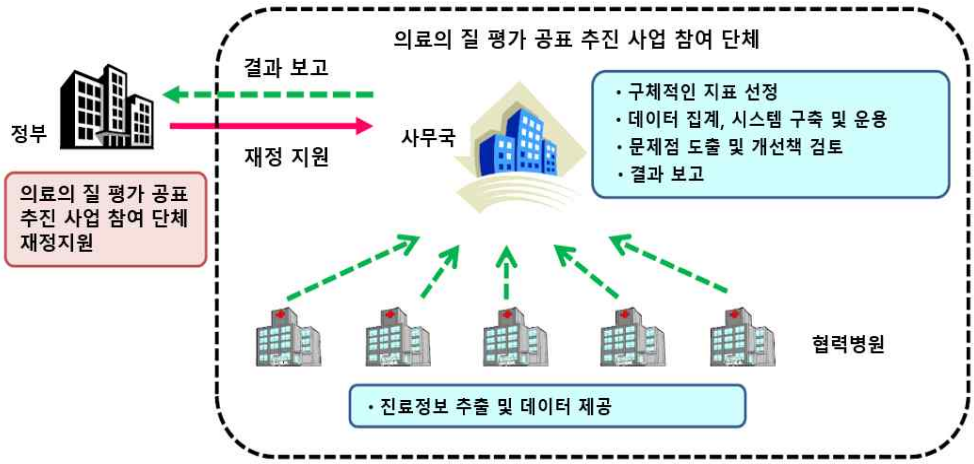
- 환자의 중증도와 연령을 고려한 객관적 지표 설정 필요
- 단순 수치 결과에 따른 환자 선택 유도 우려
- 다수의 중증환자를 치료한 병원이 낮은 평가를 받음으로써 불이익 또는 중증환자 수용 거부 가능성 우려

나) 주요 목적과 내용

이 사업은 환자 관심이 높은 특정 의료분야를 대상으로 병원이 임상지표(환자 만족도, 프로세스, 성과)를 설정하여, 이에 대해 분석하고 개선책을 검토한 뒤 결과를 공표함으로써 의료의 질 향상을 제고하는데 목적이 있다. 후생노동성은 2010년부터 의료의 질을 평가하고 공표하는 병원그룹을 지원함으로써 현재 1,000여개소가 협력하고 있다. 의료의 질 평가 공표 추진사업 보고서를 통해 7개 부문 61개 지표[13)] 결과를 매년 공시하고 있다.

12) 의료의 질 평가 공표 추진 사업 보고서(후생성, 2020) 중심으로 내용 정리

13) ①임상 및 병원관리 부문 31개, ②질환별 부문 21개, ③진료기능 부문 3개, ④지역제휴 부문 7개, ⑤인권존중 부문 2개, ⑥환자만족 부문 2개, ⑦직원만족 부문 1개



[그림 12] 의료의 질 평가 공표 추진사업 형태

이 사업에서 운용 중인 61개 지표 중, 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업의 의료기관 간 연계 질 관리에 참고 가능한 지표를 선별하였다. 케어 콘퍼런스 시행 비율, 지역연계 진료계획 산정 비율, 환자만족도 조사 등을 주요 참고 지표로 검토하였다.

〈표 33〉 일본 의료의 질 평가 공표 추진사업 내 참고 지표

구 분	지표명	내 용	산출식
①임상과 병원관리	E.팀의료 · 퇴원지원 23. 케어 콘퍼런스 실시 비율	환자별 콘퍼런스 기록 횟수 통한 프로세스 성과 평가	입원기간 중 1회 이상 의료인력에 의한 콘퍼런스 환자 수 / 퇴원환자 수
④지역제휴 · 재택	52. 악성종양, 치매 또는 흡인성 폐렴 등 호흡기 감염증 입원 후 7일 이내 퇴원지원계획 작성	일부 장기요양이 요구되는 질환자의 재택요양을 위한 체제 조기 구축 여부 평가	퇴원조정 산정 입원건수 / 악성종양 · 흡인성폐렴 · 치매 중 입원건수
	53. 재택요양 컨퍼런스 비율	지역 내 의료와 돌봄 간 제휴를 통해 재택요양을 희망하는 환자 대응 평가	퇴원 후 재택요양담당자를 포함하여 계획 검토한 환자 수 / 재원일수 7일 이상 환자 수
	54. 소개(역소개) 환자 비율	타 의료기관과 연계와 기능분화 평가	타 병원 또는 진료소에서 소개받은 환자 수(소개한 환자 수) / 초진환자수-(구급차 이송환자수+휴일 · 야간진료환자+건강검진환자)
	55-56. 뇌졸중(대퇴골경부골절)환자 지역연계 크리티컬패스 사용률	지역 내 의료와 돌봄 간 제휴를 통해 재택요양을 희망하는 환자 대응 평가	지역연계 진료계획 가산 산정 환자 수 / 뇌졸중(대퇴골경부골절) 입원환자 수

구 분	지표명	내 용	산출식
⑥환자만족	59. 입원환자 만족도(3종)	치료결과, 입원기간, 안전한 치료 등에 대한 환자 만족도 평가	(A) 입원 간 전반적으로 만족했는가 (B) 진단과 치료에 대해 의사로부터 충분한 설명을 받았는가 (C) 진단과 치료 설명 시 충분한 질문과 의견교환이 이루어졌는가 $\frac{\text{그렇다 · 매우그렇다 응답 수}}{\text{유효 응답 수}}$
⑦직원만족	61. 직원 만족도	직원 만족도 평가	(A) 가족(지인)이 질병 또는 부상 시, 이 병원을 권하고 싶은가

자료: 일본 의료의 질 평가 공표 추진사업 보고서. 2020.

나. 호주[14)]

1) 개요

호주 Victoria 주(州) public health services는 급성기 환자의 일관된 치료의 이전을 위한 퇴원관리와 효율적인 전원(transfer of care), 의료기관 간 환자 관련 의사소통 향상을 위한 가이드라인(Guidelines for managing the transfer of care of acute patients by Victoria's public health services)을 제시하고 있다. 전원 프로세스(the transfer of care process)는 치료결과의 향상, 재입원율 감소, 병원 효율성 향상과 일련의 치료 과정(flow) 개선에 큰 역할을 한다고 보고 있다. 이 가이드라인을 통해 아급성 서비스, 지역사회 기반서비스(노양요양시설 등)와 자택요양으로의 이동과 관리를 위한 프레임워크를 제공하고 있다.

2) 주요 내용

이 가이드라인은 호주의 National safety and quality health service standards(2011)에 기반하여 환자(보호자)가 치료 의사결정에 참여하고, 전원 관련 기관 내·기관 간 명확한 책임이 규정되며, 의료공급자와 지역사회서비스 등 전반에 걸친 협력과 서비스 수요에 대한 지속적인 성과 모니터링이 이루어져야 함을 원칙으로 하고 있다. 환자, 서비스, 임상, 전원과 관련된 각종 정보를 의료기관 간 공유하도록 권장하고 있고, 급성기 의료기관에서 전원에 필요한 관리사항, 이행항목 등의 내용을 다음과 같이 수록하고 있다.

14) Guidelines for managing the transfer of care of acute inpatient(Victoria's public health services, 2014.) 중심으로 내용 정리

〈표 34〉 전원에 필요한 관리 사항과 이행 항목

1) 환자(보호자)와 전원 과정에 대한 상담 진행과 동의 획득
2) 입원 초기에 환자별로 개별화된 전원계획 수립
3) 전원 전 체크리스트 작성 및 개인정보보호법 준수
4) 재입원 가능성 높은 환자 선별 및 재입원 가능성 최소화 전략 구축
5) 자택퇴원에 필요한 지역사회 자원정보 확인
6) 지속적인 약물관리 계획 수립
7) 전원 의료기관의 퇴원계획 확인

자료: Guidelines for managing the transfer of care of acute inpatient(Victoria's public health services, 2014.)

가이드라인에 따른 일반적인 실행 과정은 다음과 같이 진행된다.

가) 전원 준비 과정

입원 절차의 일원으로 퇴원 위험요소 평가를 시행한다. 일반적으로 위험요소 평가는 입원 시점에 이루어지며, 단순히 임상적 부문뿐만 아니라 환자의 심리적, 사회적, 문화적 여건을 고려해야 한다고 안내하고 있다. 그리고 환자의 상황 변화에 따라 평가가 업데이트 되어야 한다.

이후 퇴원(전원) 예정일 사정을 통해 이동 그리고 이동 후 단계에서 환자의 연속적인 치료가 이루어질 수 있도록 지역사회 자원 가용 여부를 조기에 파악한다. 또한 예상 퇴원(전원)일에 맞춰 모든 의료진이 서비스 완료를 위해 체계적으로 작업할 수 있는 목표 환경이 마련된다.

모든 환자를 대상으로 개별화된 퇴원(전원) 계획이 수립되어야 하는데, 환자(보호자)에게서 사전에 관련 정보를 제공받아 계획에 반드시 고려하고 포함시켜야 하며, 수립된 계획이 환자(보호자)에게 충실히 공유되어야 한다.

마지막으로 환자와 서비스 종류에 따라 퇴원(전원)을 담당하는 적절한 팀이 구성되어야 하며, 경우에 따라 다학제적 팀을 꾸리는 것도 고려해야 한다. 또한 퇴원(전원) 이후를 담당하는 기관 또는 담당자에게 충실한 프로세스 이전이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

나) 전원 수행 과정

환자의 퇴원(전원)전에 적절한 활동이 수행되었는지 확인하기 위한 체크리스트가 작성되고 이관되어야 한다. 또한 가장 적절한 재입원 위험 평가 모델과 데이터를 활용하여 예방 가능한 재입원율을 산출하고 모니터링 하는 것도 전원 수행에서 필요한 과정이다. 가이드라인은 이로써 고위험 환자 집단에서의 예방 가능한 재입원 비율을 줄일 수 있다고 설명하고 있다.

Victoria의 품질위원회는 병원 간 정확한 환자 정보 교환이 이루어지도록 병원 간 이송 양식을 개발하고 보급함으로써, 전원 과정에서 환자 정보와 전문적인 책임이 충실히 이전되게끔 장려하였다. 또한 약물 처방의 연속성 유지를 위해서 환자(보호자) 또는 전원 기관 담당의에게 환자에게 필요한 의약품과 소모품에 접근할 수 있는 방법을 조언하는 것도 중요하다.

다) 전원 이후 과정

퇴원(전원) 후에는 환자 진료의 연속성을 최적화하기 위해 해당 지역의 일반의 등 1차 의료 담당자의 적극적인 참여를 권장하고 있다. 환자의 이송 요약서는 예상 전원일 이전에 작성되어야 하며, 이송 요약본은 전원 후 48시간 이내에 환자의 주치의에게 송부되어야 한다(다중 치료가 필요한 경우 항암치료나 투석을 받는 환자 제외). 또한 재입원 위험이 높다고 판단되는 환자는 퇴원(전원) 후 48시간 이내에 연락하여 잠재적 문제를 조기에 해결해야 한다.

라) 과정과 성과 평가

전원 과정의 효율성 제고를 위해 입원 24시간 내 퇴원 위험요소 평가, 전원 후 적정 시간 내 임상서비스 수행, 지역사회기관 담당자 연락, 전원 후 48시간 이내 추적관찰 등을 제시하고, 임상적 효과성 제고를 위해 예방 가능한 재입원 횟수와 사유, 고위험 환자의 전원 후 48시간 이내 재입원율, 전원 간 의사소통, 전원계획 평가를 성과측정 도구로 제시하고 있다.

〈표 35〉 전원 과정의 효율성 · 효과성 평가 요소

효율성 평가	효과성 평가
- 입원 24시간 내 퇴원 위험요소 평가 - 환자 전원횟수 - 전원 후 적정 시간 내 임상서비스 수행 여부 - 지역사회기관 담당자 연락 여부 - 전원 후 48시간 이내 추적 관찰	- 예방 가능한 재입원 횟수와 사유 - 고위험 환자의 전원 후 48시간 이내 재입원율 - 전원 간 의사소통 - 전원계획 평가

제4장 시범사업 현황과 의견조회

1. 시범사업 현황분석

가. 시범사업 일반현황

1) 서식등록 현황

급성기 의료기관은 시범사업의 6개 부문 산정 수가에 따라 통합평가표Ⅰ(의료적평가), 통합평가표Ⅱ(사회·경제적평가), 통합퇴원계획관리표, 지역사회연계관리표Ⅰ(기관내활동), 지역사회연계관리표Ⅱ(현장방문활동), 퇴원환자재택관리표, 의료기관 간 환자관리표를 제출하고 있다. 본 시범사업은 2020년 12월부터 시행되었으나, 참여기관의 관련 인프라 마련을 위한 준비 기간이 필요하여, 실질적인 자료제출과 수가 청구는 2021년 3월경부터 이루어졌음을 감안하고 제출 자료 현황을 분석하였다.

시범사업에 동의하는 환자에 기본적으로 통합평가Ⅰ이 작성되며, 이를 기준으로 대상환자 중 지역사회연계관리Ⅰ은 약 21.5%, 퇴원환자재택관리는 약 32.1%, 의료기관 간 환자관리는 약 10.0%로서, 연계 의료기관으로 퇴원하는 환자보다 자택으로 퇴원하는 환자가 더 많은 것으로 나타났다. 한편 지역사회 연계관리Ⅱ 작성은 0건으로 현장방문활동이 저조한 것으로 나타났다〈표 36〉.

〈표 36〉 급성기 의료기관 제출 서식 등록 현황(2021.9.)

권역	통합평가 I		통합평가 II		통합퇴원 계획관리		지역사회 연계관리 I		지역사회 연계관리 II		퇴원환자 재택관리		의료기관 간 환자관리	
서울	6	(1.2)	6	(1.4)	5	(1.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)
강원	9	(1.7)	10	(2.3)	9	(1.8)	-	(0.0)	-	(0.0)	2	(1.2)	4	(7.7)
경인	215	(41.3)	213	(49.4)	214	(42.5)	69	(61.6)	-	(0.0)	90	(53.9)	37	(71.2)
경상	141	(27.1)	135	(31.3)	129	(25.6)	6	(5.4)	-	(0.0)	4	(2.4)	2	(3.8)
전라	114	(21.9)	31	(7.2)	112	(22.2)	18	(16.1)	-	(0.0)	59	(35.3)	-	(0.0)
충청	36	(6.9)	36	(8.4)	35	(6.9)	19	(17.0)	-	(0.0)	12	(7.2)	9	(17.3)
제주	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)	-	(0.0)
계	521	(100.0)	431	(100.0)	504	(100.0)	112	(100.0)	-	(0.0)	167	(100.0)	52	(100.0)

*의료기관 간 환자관리(월 1회, 최대 6개월 산정)는 실제 에피소드 건수로 환산

2) 의료기관 연계 현황

시범사업 동의 환자들의 급성기 의료기관 치료 후 이동 경로는 크게 연계 의료기관으로 전원, 지역사회(재택)로 퇴원, 비연계 의료기관으로 전원 등으로 구분된다. 이를 크게 '연계 의료기관 전원 환자'와 '전원 환자 외'로 구분하여 살펴보았으며, 시범사업 동의 환자 521명 중(통합평가 I 기준) 연계 의료기관 전원 환자는 52명(10.0%), 전원 환자 외는 469명(90.0%)으로 나타났다.

시범사업 대상은 뇌혈관 질환자(I60~I69)로서 주상병(3단) 분포를 다빈도 순으로 분석한 결과, 뇌경색증(I63)과 뇌내출혈(I61)이 두 그룹에서 80% 이상을 차지하며 연계 의료기관 전원 여부에 따른 차이는 나타나지 않았다〈표 37〉.

〈표 37〉 연계 의료기관 전원 여부에 따른 다빈도 주상병 비교(2021.9.)

순위	연계 의료기관 전원 환자			전원 환자 외[1]		
1	I63(뇌경색증)	30	(57.7)	I63(뇌경색증)	352	(75.1)
2	I61(뇌내출혈)	13	(25.0)	I61(뇌내출혈)	67	(14.3)
3	I62(기타 비외상성 두개내출혈)	4	(7.7)	I60(거미막하출혈)	34	(7.2)
4	기타	5	(9.7)	기타	16	(3.4)
계		52	(100.0)		469	(100.0)

주 1.입원중, 지역사회(자택) 퇴원, 연계 의료기관 이외 전원 등

연계 의료기관 전원 여부에 따른 연령 분포의 차이도 살펴보았으나, 50세 이상 환자가 두 그룹 각각 84.6%, 93.0%로서 모두 80% 이상을 차지하는 것으로 나타나 연령과 연계 의료기관으로 전원 간 뚜렷한 관계를 발견하지 못하였다.

〈표 38〉 연계 의료기관 전원 여부에 따른 연령 분포 비교(2021.9.)

연령 구분	연계 의료기관 전원 환자		전원 환자 외[1]	
40세 미만	3	(5.8)	10	(2.1)
40세 이상 - 50세 미만	5	(9.6)	23	(4.9)
50세 이상 - 60세 미만	10	(19.2)	77	(16.4)
60세 이상 - 70세 미만	7	(13.5)	132	(28.1)
70세 이상 - 80세 미만	12	(23.1)	130	(27.7)
80세 이상	15	(28.8)	97	(20.7)
전체	52	(100.0)	469	(100.0)

주 1.입원중, 지역사회(자택) 퇴원, 연계 의료기관 이외 전원 등

나. 환자의 퇴원·전원 경로 분석

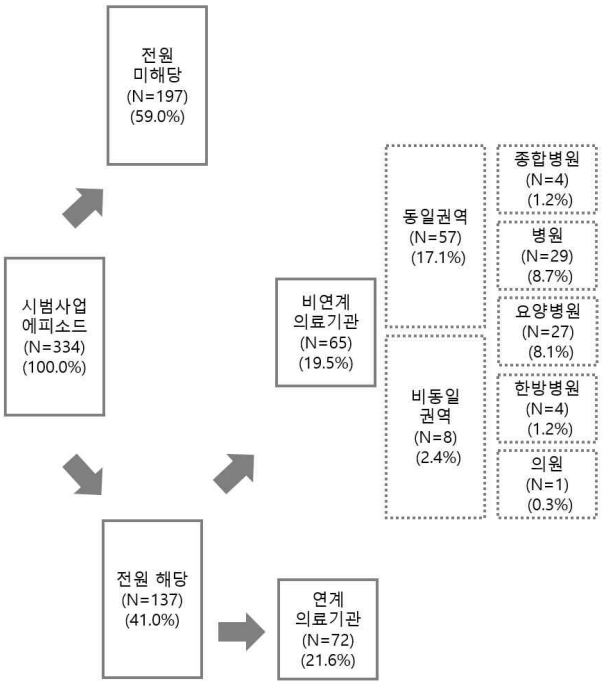
1) 환자 전원 경로의 권역과 종별 현황

시범사업 자료제출 시스템에서는 환자가 급성기 치료 후 연계 의료기관으로 전원 외에 어떤 경로로 이동하는지 상세한 정보를 파악하기 어렵다. 본 시범사업에 동의하는 환자는 기본적으로 급성기 치료 후 재활 또는 요양이 필요한 경우이다. 그리고 이들은 자택에서 케어가 가능한 경우와, 전문기관에서의 재활이나 요양이 필요한 경우로 구분될 것이다. 그러나 앞선 자료제출 시스템 현황 분석에서 보았듯이, 시범사업 내에서 유도하는 연계 의료기관으로 전원은 약 10%에 그쳤다.

본 연구는 연계 의료기관으로 전원하지 않은 환자의 특성과 상세 이동경로를 파악하기 위해 청구명세서 정보를 활용하였다. 시범사업 자료제출 시스템 기준으로 시범사업 동의 환자를 추출하여 334건의 입원 에피소드를 구축하였고, 〈그림 11〉와 같이 타 기관 전원(7일 이내 기준)에 해당하는 에피소드(이하 환자) 137명(41.0%)과 미해당 환자 197명(59.0%)을 구분하였다. 전원 환자 137명은 연계 의료기관 전원으로 추정되는 72명(21.6%)과 비연계 의료기관 전원으로 추정되는 65명(19.5%)로 분류 후, 비연계 의료기관의 권역과 종별에 따른 전원 현황을 파악하였다. 권역 구분은 급성기 퇴원환자가 동일 권역 내 기관으로 전원하는지 타 권역으로 전원하는지, 종별 구분은 비연계 의료기관 중 어떤 종류의 기관으로 전원하는지 경향을 파악하기 위함이다.

전원 환자 137명 중 비연계 의료기관 전원은 65명으로서, 연계 의료기관 전원 72명 대비 0.9배로 나타나 큰 차이를 보이지 않았다. 이 가운데 동일 권역 내 의료기관 전원은 57명(87.7%)을 차지하여 대부분의 환자가 급성기 의료기관 퇴원 후 동일 권역 내 의료기관으로 전원하는 것으로 나타났다. 종별 현황에서는 병원으로 전원이 29명(44.6%), 요양병원으로 전원이 27명(41.5%)로 나타나 요양병원 전원 비중이 비교적 높은 것으로 나타났다[그림 13].

(단위: 명)



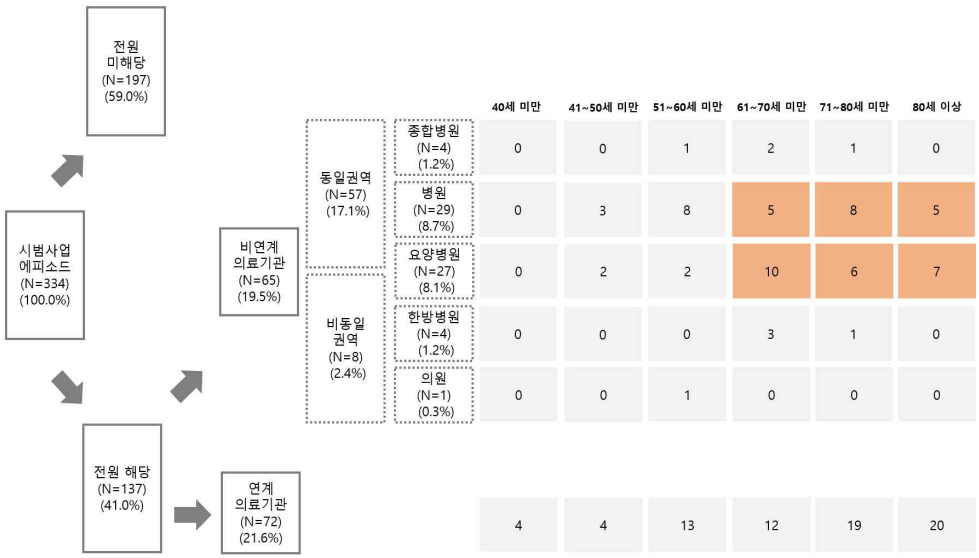
*연계 의료기관 전원 환자 72명 중 의료기관 간 환자관리 미동의 환자 포함, 시스템 현황과 상이

[그림 13] 비연계 의료기관 전원의 권역별 · 종별 현황(2021.9.)

2) 환자 전원 경로의 연령별 현황

비연계 의료기관 전원의 종별에 따른 연령 그룹 분포를 살펴본 결과 65명 중 60세 이상이 병원 18명(27.7%), 요양병원 23명(35.4%)으로 나타나, 상대적으로 고연령 환자에게서 요양병원 전원이 많았지만 병원과 요양병원 간 차이가 뚜렷하지는 않았다.

(단위: 명)



	40세 미만	41~50세 미만	51~60세 미만	61~70세 미만	71~80세 미만	80세 이상
종합병원 (N=4) (1.2%)	0	0	1	2	1	0
병원 (N=29) (8.7%)	0	3	8	5	8	5
요양병원 (N=27) (8.1%)	0	2	2	10	6	7
한방병원 (N=4) (1.2%)	0	0	0	3	1	0
의원 (N=1) (0.3%)	0	0	1	0	0	0
	4	4	13	12	19	20

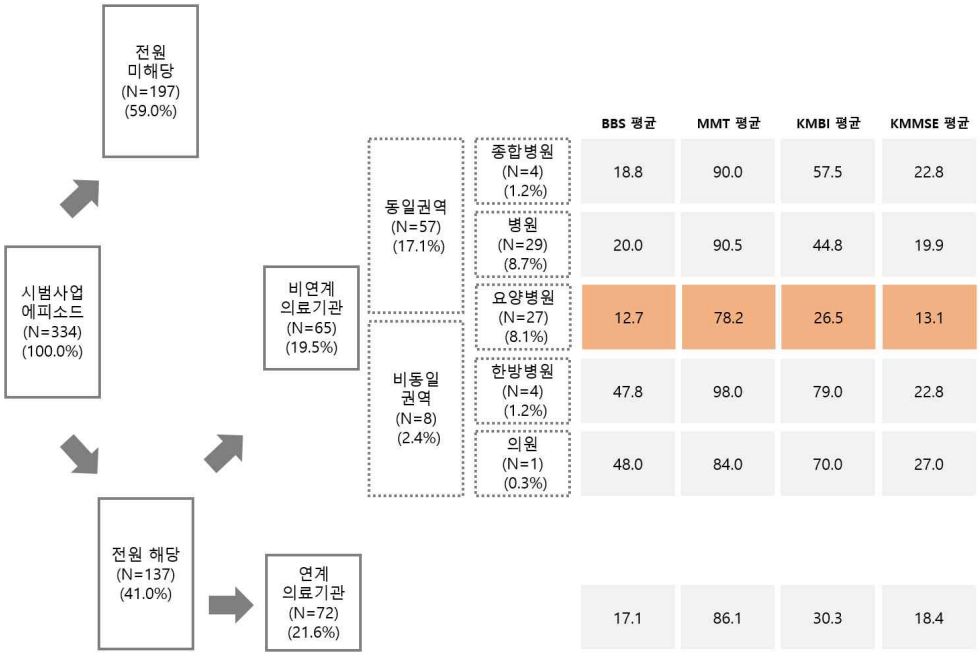
*연계 의료기관 전원 환자 72명 중 의료기관 간 환자관리 미동의 환자 포함, 시스템 현황과 상이

[그림 14] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 연령별 현황(2021.9.)

3) 환자 전원 경로의 기능점수와 영양상태별 현황

급성기 의료기관은 환자의 재활 요구도를 파악하기 위해 몇 가지 기능 검사를 수행한다. 그 중 통합평가 I 에 기재되는 버그균형척도(BBS: Berg Balance Scale), 근력(MMT: Manual Muscle Testing), 일상생활 수행능력(KMBI: Korean-Modified Barthel Index), 인지기능(KMMSE: Korean version of Mini Mental State Exam)의 4가지 부문의 평균 점수 분석을 통해 전원 경향을 파악하였다. 그 중 요양병원 전원 27명의 BBS점수 평균은 12.7점, MMT점수 평균 78.2점, KMBI점수 평균 26.5, KMMSE점수 평균 13.1점으로서, 상대적으로 기능점수가 현저히 낮은 환자들이 주로 요양병원으로 전원하는 것으로 나타났다.

(단위: 점)



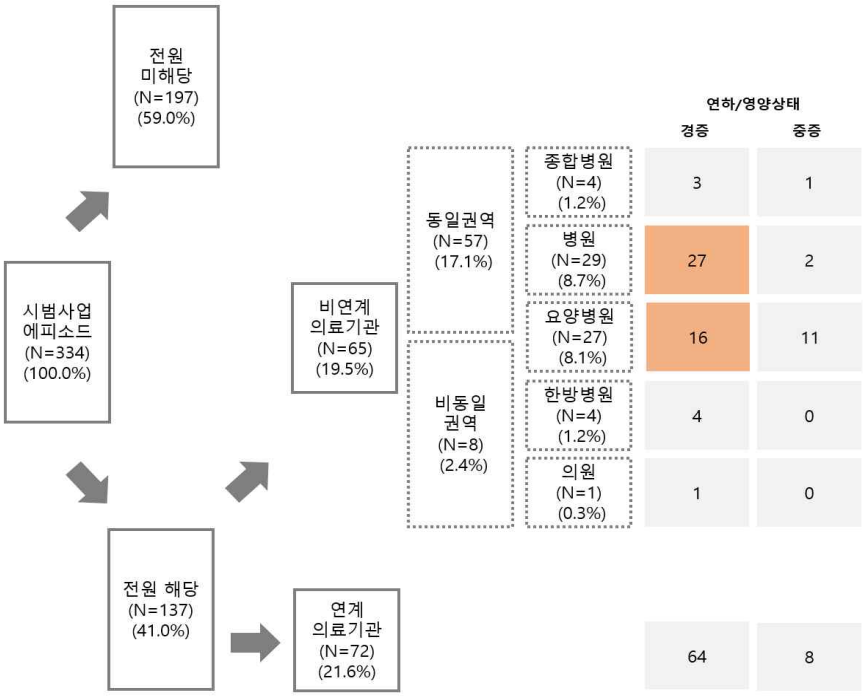
	BBS 평균	MMT 평균	KMBI 평균	KMMSE 평균
종합병원 (N=4) (1.2%)	18.8	90.0	57.5	22.8
병원 (N=29) (8.7%)	20.0	90.5	44.8	19.9
요양병원 (N=27) (8.1%)	12.7	78.2	26.5	13.1
한방병원 (N=4) (1.2%)	47.8	98.0	79.0	22.8
의원 (N=1) (0.3%)	48.0	84.0	70.0	27.0
연계 의료기관 (N=72) (21.6%)	17.1	86.1	30.3	18.4

*연계 의료기관 전원 환자 72명 중 의료기관 간 환자관리 미동의 환자 포함, 시스템 현황과 상이

[그림 15] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 기능점수별 현황(2021.9.)

환자의 연하·영양상태에 따른 현황도 분석하였으나, 상대적으로 경증으로 구분되는 경구섭취(일반식)·경구섭취(연하곤란식) 해당 환자들이 대부분 전원하는 것으로 나타났다. 이는 비연계 의료기관 내 종별 간 뿐만 아니라, 연계 의료기관에서도 동일하게 나타났다.

(단위: 명)



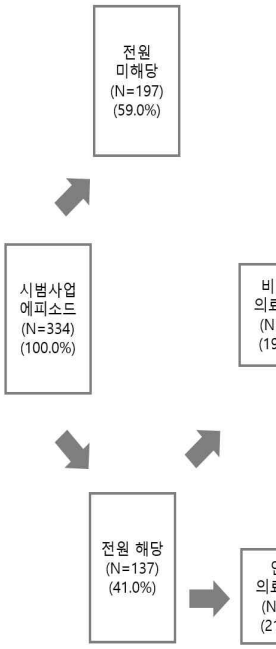
*연계 의료기관 전원 환자 72명 중 의료기관 간 환자관리 미동의 환자 포함, 시스템 현황과 상이

[그림 16] 비연계 의료기관 전원의 종별·영양상태별 현황(2021.9.)

4) 환자 전원 경로의 가구소득별 현황

비연계 의료기관 전원 내 종별 간 차이와 소득 간 관계를 보기 위해, 전원 환자 137명 중 월 가구소득 자료가 있는 107명(비연계 의료기관 전원 환자 44명, 연계 의료기관 전원 환자 63명)의 소득 분포를 살펴보았다. 월 가구소득 200만 원 이상에 해당하는 환자가 비연계 의료기관 전원 내 병원과 요양병원에서 각각 8명, 9명으로 나타났고, 연계 의료기관에서는 26명으로 나타나 유의한 차이를 보이지 않았다. 소득 정보가 불분명한 30명에 대해 추가 분석 시 소득에 따른 결과 차이가 있겠으나, 소득 수준에 따라 특정 종별을 선호하는 경향성은 보이지 않는 것으로 판단된다.

(단위: 만원, 명)



		50 미만	50~100 미만	100~200 미만	200 이상	소득자료 없음
동일권역 (N=57) (17.1%)	종합병원 (N=4) (1.2%)	1	0	0	0	3
	병원 (N=29) (8.7%)	1	4	5	8	11
	요양병원 (N=27) (8.1%)	4	7	3	9	4
비동일권역 (N=8) (2.4%)	한방병원 (N=4) (1.2%)	0	1	0	0	3
	의원 (N=1) (0.3%)	1	0	0	0	0
연계 의료기관 (N=72) (21.6%)		12	17	8	26	9

*연계 의료기관 전원 환자 72명 중 의료기관 간 환자관리 미동의 환자 포함, 시스템 현황과 상이

[그림 17] 비연계 의료기관 전원의 종별 · 영양상태별 현황(2021.9.)

5) 소결

연구 시점은 본 시범사업의 초기로서, 청구명세서 분석을 위한 자료 축적이 충분치 않아 분석 결과 일반화에는 한계가 있다. 또한 일반적으로 심사완료가 청구시점으로부터 5개월 이내에 이루어진다는 점에서 청구시점과 심사완료 간 시점 차이로 인한 시스템 등록 현황 간 편차도 감안해야하는 부분이다. 이러한 한계에도 불구하고 허용된 자료 활용 범위 내에서 비연계 의료기관으로 전원하는 환자의 특성을 구분해 추출하려고 했으나 유의미한 차이를 발견하지 못했다.

다. 의료기관 간 환자관리 자료 내 종합의견 등 기술항목 분석

1) 급성기 의료기관의 '의료기관 간 환자관리표' 내 종합의견 분석

시범사업에 참여하는 급성기와 연계 의료기관은 전원 환자의 유기적인 정보 공유와 의료진 간의 소통 강화를 위해 퇴원 후 한 달 주기로 최대 6개월 간 '의료기관 간 환자관리표'를 주고 받을 수 있도록 되어 있다. 연계 의료기관에서 전원 환자를 평가하여 작성한 통합재활기능평가표와 치료 경과, 향후 계획 등을 송부하면, 급성기 의료기관에서 해당 사항을 체크하고 종합의견을 첨부하는 방식으로 의사소통이 이뤄지게 된다. '의료기관 간 환자관리표'는 의료기관, 환자의 기본적 정보에 통합재활기능평가표를 첨부하도록 구성되어 있다.

시범사업 시행 9개월간 연계 의료기관으로부터 받은 의료기관 간 환자관리표 가운데 129건의 회신이 이루어졌다. 회신된 종합의견의 내용을 재활, 약물, 퇴원, 진료일정으로 구분하고 내용이 혼재된 경우 중복으로 처리하였다. 재활과 관련된 의견이 전체의 80.6%로 가장 큰 비중을 차지하였으며, 환자의 뇌질환과 관련된 재활의학과, 신경과 외래 진료, 또는 동방상병에 따른 타과 진료 일정과 관련된 내용이 35.7%를 차지하였다. 복용과 주입 약물에 대한 의견은 27.9%, 퇴원 계획수립과 종용과 관련된 의견은 16.3%를 차지하였다〈표 39〉.

〈표 39〉 급성기 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 환자관리 종합의견 현황

구분	실제 건수	재활 관련	약물 관련	퇴원 관련	진료 일정
1회차	52	46 (88.5%)	16 (30.8%)	9 (17.3%)	10 (19.2%)
2회차	39	31 (79.5%)	10 (25.6%)	6 (15.4%)	16 (41.0%)
3회차	22	19 (86.4%)	6 (27.3%)	3 (13.6%)	9 (40.9%)
4회차	10	7 (70.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	6 (60.0%)
5회차	5	1 (20.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)	4 (80.0%)
6회차	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)
합계	129	104 (80.6%)	36 (27.9%)	21 (16.3%)	46 (35.7%)

주1. 자료는 2021.1~9월 건수 기준
주2. 종합의견 기술 내용이 혼재된 경우 중복 계상

또한 환자의 임상자료와 관련하여, 전원 환자의 급성기 의료기관 외래 방문, 예기치 않은 응급실 방문 시의 검사, 처치 결과 등을 종합의견을 통해 제공하기도 하며, 통합재활기능평가표의 세부항목 결과, 임상검사 결과나 자택 퇴원계획 등을 요청하기도 하였다. 그 외에도 환자의 우울증 관리, 영양상태에 따른 식이 조절, 낙상 위험 고지와 교육 수행, 프리즘 안경 제작, 심장 기능상태 확인 등 필요성과 요청사항을 기재한 것으로 나타났다.

〈표 40〉 급성기 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 종합의견 예시

구 분	내 용
진료, 검사결과 공유	- *환자 좌측 하지의 swelling 있어 5/4일 본원 응급실 방문하여 DVT 검사 하였고 검사상 관찰되지 않았습니다. 좌측 하지의 Swelling 변화에 대해서 지속적으로 경과관찰 부탁드립니다.* - *TI로 환자 본원 응급실 내원하였고 시행한 Urinary culture상 균 동정되지 않았습니다. 귀원에서 Antibx. 치료 및 호전시 Antibx. DC 부탁드립니다.* - *상환 본원에서 7/13일 시행한 VFSS상 NRD에서는 aspiration (PAS 8) 소견 보이나 나머지 식이 (Small fluid, Large fluid, SBD, Yoplait, FT3 및 Cup에서는 Penetration 소견만 관찰되며 Vallecular/Pyriform sinus Residue도 많지 않은 소견 관찰되었습니다.*
자료 요청	- 통합재활기능평가표에 검사별 세무항목은 없고 총점만 있어 세부항목 확인 위해 결과 입력 부탁드립니다. - 다음번 f/u때 MBI 점수 및 mRS, FAC 점수를 알려주시면 감사하겠습니다.
기타	- *상기환자 Depression 및 Malnutrition이 재활치료참여에 영향을 많이 미치고 있어 이에 대해서 지속적인 평가 및 치료가 필요할 것이라 생각됩니다.* - *Osteoporosis에 대한 관리 필요한 분으로 약제 투약 및 낙상에 대한 교육도 함께 부탁드립니다.* - *Diplopia 장기적으로 지속시 프리즘안경 제작 고려하여 주십시오. Smoking cession 등을 포함한 2차예방을 위한 Life style modification 교육도 함께 진행하여 주시면 감사하겠습니다.* - *현재 R/O HCMP or infiltrative cardiomyopathy에 대해 심장내과 외래 추시 중으로 심기능 확인하며 재활치료 지속하면 될 것으로 사료됩니다.*

2) 연계 의료기관의 '의료기관 간 환자관리표' 내 치료경과와 향후계획 분석

재활병원, 요양병원 등 연계 의료기관이 작성하여 급성기 의료기관에 송부하는 '의료기관 간 환자관리표'는 의료기관과 환자의 기본 정보와 통합재활기능평가표 송부에 따른 치료 경과, 향후 계획 등이 포함되어 있다. 시범사업 시작 후 분석시점까지 연계 의료기관에서 급성기 의료기관으로 송부한 의료기관 간 환자관리표는 149건으로 집계되었으며, 작성된 '치료경과'와 '향후 계획'의 내용을 분석하였다.

연계 의료기관에서 작성한 환자관리표의 치료 경과에는 물리치료, 작업치료의 신체기능 관련 부분이 전체의 88.6%, 인지와 언어 및 연하에 대한 부분은 각각 54.4%, 28.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 주입하는 주사와 투여하는 약물에 대한 부분은 13.4%, 통증 11.4%, 배뇨와 배변 4.0%로 조사되었으며, 퇴원계획은 0.7% 수준인 것으로 나타났다.

〈표 41〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 치료경과 요약

실제 건수	신체 기능	인지	언어 연하	약물 주사	통증	배뇨 배변	퇴원계획
149	132 (88.6%)	81 (54.4%)	43 (28.6%)	20 (13.4%)	17 (11.4%)	6 (4.0%)	1 (0.7%)

주1. 자료는 2021.1~9월 건수 기준
주2. 치료경과 기술 내용이 혼재된 경우 중복 계상

치료경과에 작성된 기타 내용으로는 신장, 소화기 계통 등 재활의학과 외 진료영역에 대한 치료계획과 내역, 고혈압, 당뇨병 동반 상병에 대한 중재 내역, 낙상교육 수행 여부, 응급 이송과 타과 협진 내역 등이 있다〈표 42〉.

〈표 42〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 치료경과 기타 예시

내 용
- *추후 발목 관절 보조기 제작 및 우측 상지 경직에 대한 보톡스 주사치료 시행 예정임*
- *어제 밤부터 편마비측 근위약, 체간 균형의 악화, 구음장애의 악화 관찰되어 XX병원 신경외과 진료 시행 후 기존VP shunt의 이상 확인되어 입원치료 시행하기로 함*
- *GI bleeding 가능성 염두에 두고 경과 관찰 중입니다. 최근 검사 결과 안정되어 투약 유지하면서 내과 경과 관찰 중입니다*
- *Facial palsy, ptosis 등 불편감은 여전히 있음*

연계 의료기관에서 작성한 향후 계획은 물리치료, 작업치료의 장단기 계획에 해당하는 신체기능이 74.5%로 가장 많았으며, 인지와 언어·연하와 관련된 계획은 18.8%와 23.5%로, 약물·주사 17.4%, 통증 관리 6.0%, 퇴원계획 23.5%로 나타났다. 특히, 퇴원 후 지역사회 연계 계획은 1건에 그친 것으로 분석되었다.

〈표 43〉 연계 의료기관의 의료기관 간 환자관리표 향후 계획 요약

건수	신체 기능	인지	언어 연하	약물 주사	통증	배뇨 배변	퇴원계획
149	111 (74.5%)	28 (18.8%)	35 (23.5%)	26 (17.4%)	9 (6.0%)	0 (0.0%)	35 (23.5%)

주1. 자료는 2021.1~9월 건수 기준
주2. 향후계획 기술 내용이 혼재된 경우 중복 계상

기타 기재 사항으로 급성기 의료기관의 외래 진료에 필요한 자료송부 계획, 동반상병 질환 관리 계획, 뇌질환으로 오는 우울증에 대한 정서적 지지 계획 등이 있었다.

다) 소결

의료기관 간 환자관리표는 건강보험심사평가원의 시범사업 시스템을 통해 입력과 전송을 할 수 있는데, 앞서 언급한 환자관리표의 종합의견와 심층평가 그리고 치료계획은 모두 주관식으로 작성하도록 되어 있다. 그러나 작성할 수 있는 텍스트 분량에 제한이 있으며, 직종과 상관없이 하나의 기재란에 모두 기입하도록 되어 있어 입력된 자료의 질과 양에 다소 편차가 있었다.

의료기관에 따라 담당 의사, 간호사 또는 물리치료사, 작업치료사만 해당 정보를 입력한 것으로 보이며, 환자의 진료, 간호, 치료, 사회복지 영역 내용이 두루 작성된 사례는 찾기 어려웠다. 특히, 재활 환자의 지역사회 복귀에 중요한 요소로 작용하는 퇴원관리와 사회복지 부분은 송·수신 가능한 정보의 양뿐만 아니라 질적인 측면에서도 보완이 필요한 것으로 사료된다.

2. 의료기관 간 연계와 질 관리 방안 논의

가. 개요

시범사업 평가는 이 연구의 주된 목적이 아니다. 그러나 시범사업 개선이 필요한 부분에서 질 관리 방안과 수가체계 개발 관련 방향성을 얻고자 전문가 의견을 참고하였다. 실제 현장에서 시범사업을 추진하고 환자를 관리하는 실무담당자를 위주로 섭외하였다. 이 시범사업의 초점이 환자 돌봄이라는 일련의 과정 내 급성기 의료기관의 역할이라는 점을 고려하여, 시범사업에 참여 중인 급성기 의료기관 4개소, 연계 의료기관 2개소를 선정하여 자문을 진행하였다. COVID-19 상황으로 대면 자문에 제약이 있어, 2021년 7~9월에 걸쳐 병원별 영상회의를 활용한 자문으로 진행하였다.

나. 의료기관 간 연계 관련 의료의 질 관리 방안 등

급성기 의료기관-연계 의료기관 간 연계 과정에서 의료의 질을 어떻게 관리하고 향상시킬 수 있는지를 시범사업 지침의 질 관리 활동 권고 사항 등을 토대로 질의하였으나 유의미한 답변은 얻지 못했다. 의료기관 담당자들이 환자 대상의 직접적인 의료행위에 수반한 안전 관리 활동 이 외에 의료의 질 개념에 대해서 추상적으로 이해하고 있었다. 구체적인 활동 권고 사항의 방향성은 동의하나 현실적인 여건 한계를 사유로 실행하는데 어려움이 따를 것으로 판단하고 있었다.

다. 기타 개선 요구 사항

1) 시범사업 자료제출 시스템 내 제한점

충분한 환자 정보 교환을 위해 의료기관 간 환자관리표 종합의견 등 서술항목의 텍스트 분량 확대 요구가 많았다. 분량이 확대되면 재활 중심의 정보 외 환자에게 쓰인 약제와 기타 진료정보도 활발히 교환될 수 있을 것이란 의견이었다. 또한 의료기관 간 환자관리표와 동반 제출되는 통합기능재활기능평가 점수에 관해서는 회차별 조회뿐만 아니라, 환자별 누적된 점수 이력을 표 형태로

조회 가능 시 상태 파악에 좀 더 용이할 것이라는 제안도 있었다.

2) 지역연계 활동 제한점

환자의 급성기 치료 후 지역사회 편입 과정에서 지역사회 자원을 적절하고 충분하게 활용할 수 있는 여건 마련이 필요하다는 의견으로서, 특히 시·군단위로 활용할 수 있는 지역사회 자원리스트를 공공기관에서 관리하여 공유할 수 있는 방안이 제안되었다. 또한 이와 관련하여 현장 방문활동을 위한 인력 부족의 현실적인 문제도 지적되었다.

3) 수가 산정 불만족

물리적 노력이 많이 소요되나 수가 산정에 포함되지 않는 활동 등이 개선 요구 사항으로 언급되었다. 특히 시범사업 수행 시 환자 동의가 필수적인 상황에서, 환자 스크리닝과 부대 활동 등에 따른 물리적 소요가 적지 않으나 이러한 과정을 보상받지 못하는 부분이 있었다. 또한 현행 산정수가도 진행 과정 대비 낮게 책정되어 타 시범사업 대비 병원 입장에서 관심이 낮다는 부분도 언급되었다.

4) 현장에서 사업 내용 인식

급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 참여기관은 본 시범사업 외에도, 공공보건의료 협력체계, 권역심뇌혈관질환센터, 재활의료기관 수가 시범사업 등에 참여하고 있는 경우가 많았다. 각각 달리 추진되고 있는 사업임에도 내용이 유사해, 의료기관 현장에서는 이들 사업의 정확한 구분이 이루어지지 않고 중복으로 인식하고 있었다. 일부 재활의료기관에서는 급성기 의료기관 간 환자 정보 피드백을, 환자에게 실질적인 도움이 되지 않는 (제도 운영을 위한) 행정력 낭비라고 지적하기도 했다.

5) 사회복지 영역 교류 미흡

환자의 급성기 · 회복기 그리고 지역사회연계 과정에서 사회복지 영역도 큰 부분을 차지하고 있으나, 본 시범사업은 급성기 의료기관의 임상 활동 보상에 국한되어 있다는 점이 지적되었다. 의료기관 간 환자관리에서 치료와 재활 정보 외에 사회복지영역 간 충분한 정보 교류를 위한 장치가 마련되어야한다는 의견이었다.

6) 기타 (다학제 팀회의, 행정, 의료전달체계 확립 등)

그 외에 수가 산정 요건인 다학제 팀회의 일정 조율의 어려움이나, 자료제출 시스템과 병원 전산시스템과 비호환으로 초래되는 행정업무부담 등이 개선 요구 사항으로 언급되었다. 또한 급성기 · 회복기 · 유지기로 이어지는 의료전달체계가 실질적으로 작동하지 않고 있다는 점도 지적되었다.

제5장 의료기관 질 관리 방안과 개선사항

1. 의료기관 질 관리 방안

가. 개요

의학이 발전함에 따라 질병 치료 전문 영역이 세분화되고 있으며, 과거에 진단과 치료가 불가능한 질환 또한 치료의 가능성이 높아지게 되었다. 보건의료시스템의 확장에 따라 의료기관의 기능과 역할이 나눠지게 되고 퇴원 또는 전원에 따른 치료의 이전이 필요하게 되었다. 이는 장소와 환경의 변경으로서, 환자치료의 연속성이 유지되기 어려워 위험도가 높은 과정이라 할 수 있다.

급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업은 치료의 연속성을 보장하고 환자의 안전을 확보하는 동시에, 급성기 의료기관을 중심으로 지역사회의 보건의료 거버넌스를 형성하려는 시도라고 할 수 있다. 특히, 수도권의 상급종합병원으로 쏠리는 부자연스러운 현상은 본 시범사업을 통해 지역 중심으로 재편될 수 있으며, 올바른 재활의료전달체계 확립에 도움이 될 수 있을 것이다.

그러나 앞서 언급하였듯이, 본 시범사업에서 핵심이라 할 수 있는 의료기관 간 환자 연계 과정에서의 질 관리 활동을 장려하기 위한 방안과 적정 보상체계는 부족한 상태이다. 시범사업 지침에서 의료기관 간(급성기 ↔ 연계 의료기관) 협력 체결 등 유기적인 네트워크 구축 통한 정기적인 환자별 평가와 치료계획 공유가 권고되고 있으나, 현장의 물리적 어려움과 활동에 따른 보상체계의 부재 등을 이유로 실효적이지 않다고 판단되고 있다. 이에 본 장에서는 앞서 고찰하고 분석한 내용을 바탕으로 의료기관 간 연계 과정에서의 의료의 질 관리 방안과 보상 방향을 제안하고자 한다.

나. 의료기관 간 질 관리 방안과 보상 체계(안)

1) 개념적 접근

급성기 의료기관과 연계 의료기관은 각각 또는 기관 간 협력으로 질환별, 약물사용, 의료사고 등 다양한 분야와 범위에서 의료의 질 향상을 위한 활동을 수행 중일

것이다. 앞선 제도와 사례 고찰을 통해 의료의 질 관리와 향상을 위해 운용되거나 제안되는 방향과 방안은 다음과 같이 정리할 수 있다.

〈표 44〉 의료의 질 관리 주요 내용

항목	세부 내용
환자 안전	- 의료안전과 감염방지 대책 수립과 평가 - 환자 전원 후 즉각적인 추적 관찰
임상지침 활용	- 근거에 기반한 clinical workflow 활용 - 재입원 가능성 최소화 전략 구축
의사소통	- 의료기관 간 의사소통 채널 확보 - 표준화 된 의사소통 프로세스
환자 만족도	- 내 · 외부 고객 만족도 평가 - 환자(보호자) 참여형 의사결정
직원 역량 강화	- 질 관리 전문인력 교육
정보 보안	- 환자정보보호 기반 자료 공유

이 중 특히 급성기 환자 퇴원지원 시범사업에서 의료기관 간 질 관리는 환자의 전원에 따른 연계 과정에 초점을 두고 관리방안을 제시하는 것이 핵심이라고 판단된다. 국내외의 질 관리 평가 사례를 바탕으로 의료기관 간 커뮤니케이션 활성화, 의료기관 간 의료진 역량 강화, 임상경로 활용, 전원 환자의 만족도 조사 등 4개 영역 내 8개 세부 평가 지표로 구성하였다. 구성된 8가지 지표는 특정 환자를 대상으로 시행되는 행위가 아닌 전원 환자 그룹을 위한 의료기관의 제반적 활동을 평가하기 위해 설정되었다. 일반적인 환자 대상 직업행위 평가와 보상은 아니나, 환자안전과 의료의 질 향상의 국제사회 요구에 근거하여 이러한 일련의 활동을 현행 지불제도에 적용하는 것은 큰 무리가 아닐 것으로 사료된다. 또한 최근 건강보험은 '입원환자 안전관리료'를 신설하여 보안요원 배치, 입원환자 면담 프로토콜 등 특정 환자가 아닌 입원환자군 전체를 대상으로 수가를 적용하기도 했다.

2) 의료기관 간 질 관리 활동 평가 지표 구성

첫째, 의료기관 간 커뮤니케이션 활성화가 환자의 안전과 직결되는 다양한 근거와 지침에 따라 국제사회에서 통용되는 4개 지표로 설정하였다. 의료기관 간 전자교류 시스템과 표준화된 문서의 공유는 환자안전 사고를 예방할 수 있으며, 의료진 간 문서 또는 구두를 통한 정보 공유는 정보전달의 확실성을 높이게 된다(WHO, 2016; ACMA, 2019). 또한 지역회의 또는 협의체 운영은 지역의 보건의료체계 확립과 거버넌스 수립에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고되었다(WHO, 2016). 해당 지표를 통해 환자 진료의 일관성, 안전성, 의사소통 정도를 평가하고자 하였다.

둘째, 의료진 역량 강화는 급성기 의료기관을 중심으로 환자 관리 가이드라인 등 교육을 수행하거나, 의료기관 간 의료진의 견습 또는 견학을 통한 관찰 활동으로 진료 프로세스 등 전반적인 시스템에 관해 상호 교류를 기대할 수 있도록 구성하였다. 이는 환자 안전에 직·간접적인 영향을 주고 인력의 직접적인 교류를 문서 교류 이상의 효과를 발휘할 수 있는 항목으로서, 의료진 역량 강화를 위한 노력을 평가하고자 하였다.

셋째, 임상경로 활용 지표는 진료과정의 효율성 평가를 목적으로 하였다. 급성기 의료기관과 연계 의료기관이 상호 진료흐름을 파악하는데 도움이 되며, 양 의료기관과 합의된 주요임상경로를 설정하고 매뉴얼화함으로써 진료와 치료의 공백을 최소화하고 비효율을 방지할 수 있다.

마지막으로 환자중심의 전원 활동 평가를 위해, 환자 또는 보호자(가족)의 직접 평가 결과를 바탕으로 의료기관 스스로 개선활동을 수행할 수 있도록 만족도 조사 수행 여부를 지표로 구성하였다.

항목별 배점은 의료기관 간 커뮤니케이션 40점, 의료진 역량강화 20점, 임상경로 활용 20점, 환자만족도 조사 20점 등 총 100점으로 구성하였다〈표 45〉.

〈표 45〉 의료기관 질 관리 방안에 따른 평가 지표 구성(안)

항목	세부 지표	배점	
		급성기	연계기관
의료기관 간 커뮤니케이션 활성화 (A)	1. 급성기 의료기관과 연계 의료기관은 전원 환자의 임상정보 교환을 위해 보안이 검증된 전자교류 시스템을 운영하고 있는가? 예) 의료기관 간 전용 정보교류 시스템 활용	8	8
	2. 급성기 의료기관과 연계 의료기관은 통일된 표준 전자문서를 공유하는가? 예) 의료기관 간 동일한 양식을 이용	4	4
	3. 급성기 의료기관과 연계 의료기관은 의료진(의사, 간호사) 간 즉각적인 연락이 가능한 의사소통 채널을 확보하였는가? 예) 핫라인 개설, 의료진 간 연락처 공유, SNS를 활용한 의료기관 간 단체 대화방 개설 등	8	8
	4. 급성기 의료기관과 연계 의료기관은 환자의 전원의 효율성 향상과 환자안전 사고에 대한 대응 등을 위한 지역 협의체를 분기별 1회 이상 개설하여 운영하고 있는가? 예) 급성기 의료기관 주관으로 연계 의료기관의 의료진이 합의한 CP 개발, 의료기관 간 의료안전과 감염방지 대책 상호 평가 등	20	20
의료진 역량 강화 (B)	1. 급성기 의료기관은 연계 의료기관의 의료진(의사, 간호사, 치료사, 사회복지사 등)을 대상으로 분기별 1회 이상 대면 교육을 수행하고 있는가? 예) 치료사의 기능평가 신뢰도 향상을 위한 교육, 환자 관리 가이드라인 등	12	12
	2. 급성기 의료기관과 연계 의료기관은 의료진의 역량 강화를 위해 분기별 1회(회당 8시간) 이상 의료진의 견습을 상호 제공하고 있는가? 예) 급성기 의료기관의 의료진이 연계 의료기관을 방문하여 진료 프로세스, 치료방법 등 전반적인 시스템을 관찰	8	8
임상경로 활용 (C)	급성기 의료기관은 연계 의료기관과 주요임상경로[1)]에 대한 지침을 설정하여 운영하고 있는가? 예) 두 의료기관이 효율적인 진료와 전원 과정을 위해 프로토콜을 설정하여 운영	20	20

항목	세부 지표	배점	
		급성기	연계기관
전원 환자의 만족도 조사 (D)	급성기 의료기관에서 연계 의료기관으로 전원한 환자를 대상으로, 각 의료기관은 환자 퇴원 시 전원 과정에 대한 만족도 조사를 수행하고 이를 공유하고 있는가? 예) 전원한 환자를 대상으로 각 의료기관에서 퇴원시점에 전원 과정에 대한 만족도 조사 실시와 상호 공유	20	20
총점		100	100

주. 주요임상경로(critical pathway)는 진료목표를 설정하고 효율적 달성을 위해 의료기관 직원들의 행동순서와 시점을 제시한 계획으로 임상지침(clinical practice guideline)과 구분해야 함

3) 의료기관 간 질 관리 활동 평가 운영과 보상 체계

각 지표에 따른 질 관리 활동을 수가로서 보상받기 위해서는 근거 자료 제출이 필요하다. 지표에 따라 정밀한 평가과정을 거쳐 보상하는 것이 바람직하나, 시범사업 진행 상의 시급성, 의료기관 활동 보상의 적시성 등을 고려하여 의료기관 자가 체크와 일정 수준의 자료 제출로 수가 산정이 가능토록 제안하였다. 따라서 단기적으로는 현재 건강보험심사평가원에서 운영 중인 시범사업 자료제출시스템을 통해 기관별로 지표별 활동을 증빙 가능한 근거 자료 제출이 용이할 것으로 판단된다.[15] 그리고 향후에는 시스템 고도화(또는 진료의뢰·회송 시범사업의 중계시스템으로 일원화)와 통일된 양식 제출 그리고 기준을 통해 안정적이고 효율적인 평가가 가능할 것으로 보인다〈표 46〉.

15) 가령 의료기관 간 커뮤니케이션 활성화 지표 활동은 시스템 구축에 따른 컴퓨터 화면의 캡처, 협의체 구성과 운영은 회의결과보고서 등이 근거 자료로서 인정 가능

〈표 46〉 의료기관 질 관리 평가 지표 운영 방안(안)

세부 지표	자료제출	자료평가	
	자료제출 시기	단기	중장기
A-1	분기별 1회	의료기관 자율 양식 제출 / 건강보험심사평가원 확인	통일된 양식 작성 제출 / 건강보험심사평가원 실사[16]
A-2			
A-3			
A-4			
B-1			
B-2			
C			
D			

〈표 45〉의 기관별 획득 점수를 기반으로 〈표 47〉과 같은 5단계 점수 구간을 설정하였다. 점수 구간을 20점 단위 구분으로 제시하였으나 시범사업 여건에 따라 구간을 조정할 수 있다. 구간별 상대가치 점수는 예시로서, 건강보험 입원환자 안전관리료 점수를 참고[17]하여 1일당 1분기인 90일로 계상하고, 이를 분기별 연계 의료기관 전원 동의 환자 총원에 적용하였으며, 분기별 산정을 원칙으로 하였다.

16) 실제 이행 여부를 불시에 점검 또는 협의체 참석 등으로 확인 가능

17) 예시로 사용한 입원관리료는 종별가산 적용 행위는 아니나, 상급종합병원 입원환자 안전관리료 점수를 기준으로 상급종합병원 종별가산 비율 대비 종합병원과 병원의 종별가산 비율의 평균 적용(소수점 셋째짜리에서 반올림)

〈표 47〉 의료기관 질 관리 평가 지표 점수 구간별 적용 보상(안)

단위: 분기별(3개월)

점수 구간	상대가치 점수(예시)	
	급성기 의료기관	연계 의료기관
100 ~ 80	2,273	2,136
80 ~ 60	1,818	1,709
60 ~ 40	1,364	1,282
40 ~ 20	909	854
20 ~ 10	455	427

주: 계산에 따른 산출 점수는 소수점 첫째 자리에서 반올림

2. 시범사업 개선사항

가. 개요

'급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업의 시행 기간이 1년이 되지 않은 시점이므로 충분한 수행 기간 확보 후 개정 작업을 논의하고 진행하는 것이 마땅하나, 일부 의료기관의 개선 요구와 시범사업의 확장성을 감안하여 몇 가지 개선사항을 조기에 반영하는 것도 필요하다고 판단된다.

나. 시범사업 개선사항

1) 시범사업 자료제출 시스템 개선

현재 시범사업과 관련된 자료 제출은 건강보험심사평가원의 '시범사업 자료제출 시스템'을 통해 이루어지고 있는데, 임상 현장에서 유용하게 사용되기 위해선 몇 가지 개선작업이 필요한 것으로 보인다.

가) 수기작성 공간 확대와 전송량 확대

급성기 의료기관과 연계 의료기관은 '의료기관 간 환자관리표'를 기반으로 정보를 주고받는데, 평가표 이외에 의료진의 추가적 의견은 '종합의견', '치료경과', '향후계획'의 제한된 공간에만 작성할 수 있다. 더욱이 작성 용량 제한에 의해 충분한 정보 기입이 어려우며, 문서나 그림 등 파일 전송이 불가하다. 이에 따라 다수 의료기관이 간단한 의견만 작성하거나 제한된 직종만 대표로 의견을 작성하고 있다. 향후 지속적인 개선을 통해 의사, 간호사, 치료사, 사회복지사 등 직종별로 충분한 의견을 작성할 수 있도록 영역을 나누고 파일이나 영상·사진·그림 등을 전송할 수 있도록 기능을 추가하는 것이 필요하다.

나) 의료기관 간 정보 공유를 위한 확장

현재 시범사업 자료제출 시스템 운용의 주목적은 시범사업과 관련된 수가청구를 위해 해당 자료를 제출하는 것이나, 중장기적인 안목에서 자료 제출 이상의 부가적인 기능이 시스템에 부여되면 임상현장에서 더 효율적인 시스템 활용이 가능할 것이다. 예를 들면, 빈칸에 단순히 정보 입력, 파일 송·수신의 기능만 있는 것이 아니라 의료기관 간 표준화된 문서 공유가 가능하도록 e-form 기능을 장착하거나 중소형 의료기관의 EMR 시스템을 대체할 수 있는 기능이 삽입되어 별도의 자료 변환이 불필요한 방식 또한 검토할 필요가 있다. 여기에 진료의뢰·회송, 재활의료기관 수가 시범사업 등 관련된 사업과 연동이 가능하다면 임상현장에서 유용하게 시스템을 활용할 수 있을 것이라 생각된다.

2) 시범사업 대상자 확대

현재 시범사업은 건강보험 가입자로 급성기 의료기관에 뇌혈관 질환(질병코드 I60~I69)로 입원한 환자만 참여할 수 있도록 제한되어 있으나, 본 시범사업이 필요한 대상자는 보호자가 없거나 가족지지 체계가 상대적으로 부족한 의료급여 수급자라는 임상현장의 목소리가 있다. 여기에 뇌혈관뿐만 아니라 외상, 암, 염증 등에 의한 뇌손상, 척수손상 등 뇌·척수신경계, 골절·관절치환·절단과 관련된 정형외과계, 길렝바레와 같이 장기간 재활이 필수적인 말초신경계 등 급성기 이후 연속적인 재활이 필요한 환자로 시범사업 대상 확대가 필요하다.

〈표 48〉 재활의료기관 수가 시범사업의 입원 기준

구분		대상질환	입원기준	
			입원시기 (발병/수술 후)	입원 적용기간
중추 신경계	가	(뇌손상) 뇌졸중, 외상성 및 비외상성 뇌손상	90일내	180일
	나	(척수손상) 외상성 및 비외상성 척수손상		
근골격계	다	고관절, 골반, 대퇴의 골절 및 치환술	30일내	30일
	라	하지부위 절단	60일내	60일
기타	마	비사용 증후군		

3) 시범사업 시행 의료기관 확대

현재 시범사업은 7개 권역의 109개소 의료기관이 참여하고 있으나, 급성기 의료기관의 전원 환자에게 충분히 효과를 미치거나 사업의 효과를 평가하기에는 참여 기관수가 부족한 것이 사실이다. 기관수가 적은 이유는 현행 시범사업 대상 기관이 급성기 의료기관의 권역심뇌혈관센터, 회복기의 재활의료기관으로 국한되어 있어 진입 장벽이 상대적으로 높기 때문인 것으로 보인다. 그러나 시범사업의 효과 평가를 위한 충분한 표본 확보와 평가를 위해선 참여 기관수와 참여 환자수를 늘리기는 것이 관건일 것이다. 따라서 급성기 의료기관 진입 기준은 상급종합병원 또는 일정 병상 수 기준의 종합병원급 이상으로, 재활 의료기관 진입기준은 병상 수 또는 치료사 수 등으로 그 기준을 완화하는 등 다양한 개선 방안을 검토할 필요가 있다.

제6장 결론과 제언

국내의 보건의료 환경은 질병의 조속한 발견, 신속한 치료, 이후 건강관리를 중심으로 의료자원의 효율적인 배치와 활용을 강조하는 체계로 발전되어 왔다. 이에 따라 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원 ,전문병원, 재활병원 등은 각자의 기능과 역할을 충실히 수행하는 방향으로 영역을 구축하였다. 그 결과로 일차의료기관에서는 질병 발견, 상급종합병원과 종합병원에서는 질병 치료, 재활병원에서는 사회복귀 준비 등 그 역할이 확립되고 있다. 여기에 일련의 전달체계 과정을 거치는 환자의 관점에서 의료기관 간의 연결과 연계에 주목할 필요가 있다. 이와 관련하여 최근 정부는 '진료 의뢰·회송 사업'과 '급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 등을 추진하고 있다.

특히 급성기 환자의 재활과 요양을 위한 급성기 이후 의료기관 간 연계를 활성화하고 원활한 지역사회 복귀를 유도하기 위한 '급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업은 '의료기관 간 질 관리 활동' 권고를 통해 의료기관의 자발적인 참여를 이끌어 내고자 한다. 그러나 이를 위한 적절한 수가보상 체계와 구체적인 활동 내역이 제시되어 있지 않아, 실제 현장에서 관련 활동을 수행하는 기관은 많지 않은 것으로 보인다. 이에 본 연구는 의료기관 간 연계와 질 관리 강화를 위한 질 관리 활동의 방향 그리고 수가적용 방안 제시를 주요 목적으로 하고 있다.

의료기관 간 환자관리의 이론적 배경을 살펴보면, 세계보건기구의 치료 이전과 관련된 문헌을 통해 이전 또는 전원에 따른 문제요소, 해결방안과 4가지의 실행방안을 제시하였다. 의료기관 간 평가 도구 공유, 거버넌스 계획과 개발, 시스템적 접근, 안전사고 고위험군의 선별, 소통강화를 강조하였는데, 지역별 우선순위, 광범위한 시스템적 접근, 환자 안전 문화 조성, 모니터링 강화, 전자기록 활용 등 다양한 고려 요소를 반영해야 한다고 제언하고 있다. 또한, 미국의 사례관리협회의 치료 이전 기준도 세계보건기구와 유사하게 고위험 환자 선별, 종합적인 전원과 이전 평가 수행, 약물 관련 정보 제공, 동적 치료관리 계획 수립, 필수 정보 전달을 핵심 과제로 선정하였다. 의료기관 네트워크에 따른 ACO는 의료의 질 관련 권고 사항 중에 EHR 등 의료기관 간 호환성을 강조하고 있으며, 임상지침의 표준화, 환자 전원의 추적 관리 등을 제안하고 있다.

이러한 의료의 질 개념을 바탕으로 본 보고서는 우선 국내에서 '급성기 환자 퇴원 지원'과 유사한 제도와 사례를 고찰하였다. 거점병원을 중심으로 심뇌혈관질환자의 빠른 진료체계 구축을 위해 시행되는 '권역심뇌혈관센터 운영 사업'은 퇴원 후 지역 내 재활 병·의원과 유기적인 연계 체계 구축을 큰 특징으로 하고 있다. 특히, 심뇌혈관질환 관리 수준을 향상하기 위해 권역 의료기관, 지역보건 또는 공공보건사업 관계자와 협의회 구성 · 운영, 지역 병·의원에 주요임상경로(critical pathway) 보급 권장 등 의료기관의 연계와 질 관리 활동을 강조하고 있다. 재활의료기관은 수가 시범사업을 통해 통합치료계획을 수립하고 지역사회와 연계 체계를 설정한 것이 특징이다. 협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업은 의뢰 또는 회송 절차를 통해 환자의 퇴원 또는 전원 과정에서 영상정보 수준의 환자 정보 교환을 가능하게 하는 것이 특징이다.

일본 또한 퇴원 과정에서 필요한 지역사회 의료기관 연계를 위한 제도들을 시도하고 있는 것으로 보인다. 특히 지역연계의 critical path 개념을 도입하여 급성기, 회복기를 거쳐 자택으로 복귀하는 일련의 진료계획을 작성하고 의료기관 간 진료정보를 공유하고 활용하여 지역 내에서 케어가 가능하도록 진료보수를 개정하는 등 노력을 시도하였다. 다만, 제도 설계의 의도와 다르게 진료보수의 적은 산정 횟수와 실효성 의문 등으로 이 후 퇴원지원가산으로 통합되어 앞으로의 진행 추이를 지켜볼 필요가 있다. 호주의 Victoria 주(州)는 급성기 환자의 효율적인 전원과 기관 간 의사소통을 위한 가이드라인을 설정하고, 지역사회기관 연락망과 전원 후 48시간 이내 추적관찰을 권장하고 있다.

시범사업이 시작된 지 오래되지 않은 시점에서 사업과 관련된 현황을 검토하고 질적 향상의 방향을 논하기에눈 다소 시기상조일 수 있다. 그러나 이 사업에 대한 선행연구가 없는 가운데 고찰과 분석을 통해 질 관리 보상 방향의 고민을 시도했다는 점, 현장 전문가 의견을 토대로 향후 시범사업 개선 필요사항을 검토했다는 점에서 본 연구의 의의가 있다. 국내 제도들의 전달체계 관련 유사한 요소와 일본 · 호주 등의 선험국 사례 고찰을 통해 본 시범사업의 고려사항을 점검하였고, 국외 주요기구의 질 관리 개념과 평가 체계 고찰을 통해 본 시범사업이 담아야할 의료의 질 관리 활동과 그 보상 방향의 틀을 잡았다.

본 연구는 의료기관 간 환자 연계와 질 관리에 관해 의료기관 간 커뮤니케이션, 의료진 역량 강화, 임상경로 활용, 환자만족도 영역으로 구분하여 점수에 따른 기간 단

위 차등 보상을 제안하였다. 다만 시범사업의 시급성을 고려하여 단기적으로는 평가를 위한 근거자료 제출을 의료기관의 자율 양식에 맡기는 방안이 필요할 것으로 보인다. 이후 시스템 고도화와 건강보험심사평가원의 실사를 동반한 정밀한 평가 과정을 통해 본 시범사업의 의료의 질 관리 활동 보상의 신뢰도를 제고할 수 있으리라 판단된다.

한편 시범사업 참여기관이 제출하는 일련의 연계 관련 자료와 청구자료를 통해 '의료기관 간 환자관리'가 활발하지 않은 원인 분석과 이로부터 추가적인 의료의 질 관리 방향을 탐색하고자 하였다. 그러나 현재 시범사업 초기로서, 불충분한 자료 축적이라는 제약으로 유의미한 결과와 시사점을 도출하지 못했다는 아쉬움이 있다.

'급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동' 시범사업의 의료의 질 영역의 안정화와 효과평가를 위해서는 참여 기관과 참여 환자 수를 늘리는 것이 중요하다. 충분한 표본을 확보하여 시범사업 효과를 평가하고 이로부터 파생되는 개선과 보완 필요사항을 바탕으로 의료의 질 향상 방향을 확장해 나갈 수 있다고 판단된다. 따라서 추가적인 연구를 통해 시범사업 참여 기준 재검토 (또는 확장 가능성 검토)와 시범사업 동의(특히 의료기관 간 환자관리) 환자 증대 방안 모색이 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

American Case Management Association. Transitions of Care Standards. A new way forward. 2019.

ACO planning guide. American Academy of Family Physicians. 2021.

Care Transition Measure (CTM-15). https://caretransitions.org/all-tools-and-resources/(2021.9.17.)

Community liaison path for stroke in Kumamoto prefecture, Japan. Susumu Watanabe et al. 2010.

Community liaison path for stroke rehabilitation in the southern North-Tama, Tokyo. Shinichi Takashi. 2010.

Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. 2001.

Guidelines for managing the transfer of care of acute inpatient. Victoria's public health services. 2014.

Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health working papers. 2006.

Health Care Quality indicators Project Conceptual Framework Paper. OECD Health working papers. 2006.

NCQA. Transitions of Care. https://www.ncqa.org/hedis/measures/transitions-of-care(2019.9.17.)

Oikonumou Chatburn, Higham, Murray, Lawton, Vincent. Developing a measure to assess the quality of care transitions for older people. BMC Health Services Research 2019(19):505

Quality Measurement Methodology and Resources. Center for Medicare and Medicaid. 2020.

World Health Organization. Transitions of Care. Technical Series on Safer Primary Care. 2016.

2021년 공공보건의료 협력체계 구축 사업안내. 보건복지부. 2021.1.

국립순환기질환 연구센터 제역제휴패스안내

국립중앙의료원 공공의료연계망 안내

권역심뇌혈관질환센터 2021년 운영지침. 보건복지부. 2021.

급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 지침. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 2020.12.

김윤숙, 신진영, 김경진, 이종민, 이건세, 최재경, 한설희. 퇴원 후 연계 임상진료지침. Korean J Clin Geri 2018;19(1):27-37.

뇌졸중 환자의 퇴원 후 재발 방지를 위한 지속관리 체계 모형개발. 질병관리본부. 2017.

뇌졸중 환자를 위한 권역심뇌혈관질환센터와 권역 내 지역병원과의 연계 모형개발. 정한영. 2016.

무사시노 적십자 병원 지역제휴패스 안내

의료의 질 평가 공표 추진 사업 보고서, 후생노동성. 2020.

일본 국립순환기병센터 방문 및 도쿄도 뇌졸중 환자 지역연계체계 국외출장보고서. 질병관리본부. 2015.

일본 진료보수점수표. 헤이세이 26년(2014), 레이와 2년(2020).

재활의료기관 수가 2단계 시범사업 지침. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 2020.3.

지역 필수이료 협력을 위한 책임의료기관 9개소 추가 지정 보도자료. 보건복지부. 2021.2.

退院支援加算と 地域連携クリティカルパス. 武藤正樹(퇴원지원 가산과 지역연계 크리티컬패스, 무토 마사키) 2017.

협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업 지침. 보건복지부. 건강보험심사평가원. 2020.11.

부 록

부록. 급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동 시범사업 참여기관 현황

연번	권역	급성기 의료기관명	연계 의료기관명	
			재활의료기관	(신규) 요양병원
1	서울 특별시	■ 서울대학교병원	■ 국립재활원 ■ 서울재활병원 ■ 의료법인 춘혜의료재단 명지춘혜재활병원 ■ 제니스병원 ■ 청담병원	■ 드림요양병원 ■ 서울은빛요양병원 ■ 의료법인 미소들노인전문병원 ■ 의료법인 유라의료재단 온누리요양병원 ■ 의료법인 참예원의료재단 강남구립행복요양병원 ■ 의료법인 참예원의료재단 서초참요양병원 ■ 의료법인 참예원의료재단 성북참노인전문병원
2	강원도	■ 강원대학교병원	■ 강원도 재활병원	■ 동해요양병원
3	경인 지역	■ 분당서울대학교병원 ■ 인하대학교의과대학 부속병원	■ 국립교통재활병원 ■ 로체스터재활병원 ■ 린병원 ■ 분당러스크재활병원 ■ 분당베스트병원 ■ 브래덤병원 ■ 연세마두병원 ■ 의료법인	■ 서울대효청라요양병원 ■ 한우리요양병원 ■ 효성요양병원 ■ 효자병원

연번	권역	급성기 의료기관명	연계 의료기관명	
			재활의료기관	(신규) 요양병원
			기상의료재단 카이저병원 ■ 일산중심재활병원 ■ 휴앤유병원 ■ 미추홀병원	
4	경상도	■ 경북대학교병원 ■ 동아대학교병원 ■ 양산부산대학교병원 ■ 의료법인안동병원 ■ 창원경상국립대학교병원 ■ 칠곡경북대학교병원 ■ 학교법인울산공업학원 울산대학교병원 ■ 경상국립대학교병원	■ 근로복지공단 대구병원 ■ 남산병원 ■ 워크재활의학과병원 ■ 의료법인 갑을의료재단 갑을구미병원 ■ 의료법인 영재의료재단 큰솔병원 ■ 의료법인 인당의료재단 구포부민병원 ■ 의료법인 해성의료재단 해성병원 ■ 의료법인 희원 래봄병원 ■ (재)한호기독교선교회 맥켄지일신기독병원 ■ 파크사이드재활의학병원 ■ 해운대나눔과행복병원	■ 경상북도립경산노인 전문요양병원 ■ 대구명성요양병원 ■ 예손요양병원 ■ 의료법인 강혜의료재단 온천사랑의요양병원 ■ 의료법인 나라의료재단 연제나라요양병원 ■ 의료법인 나라의료재단 제일나라요양병원 ■ 의료법인 나라의료재단 중앙나라요양병원 ■ 의료법인 동오의료재단 도움요양병원 ■ 의료법인 동일의료재단 금정나라요양병원 ■ 의료법인 성원의료재단 감천참편한요양병원 ■ 의료법인 수성의료재단 영남요양병원 ■ 의료법인 신화성의료재단 장유요양병원 ■ 의료법인 영주의료재단 명품요양병원

연번	권역	급성기 의료기관명	연계 의료기관명	
			재활의료기관	(신규) 요양병원
				■ 의료법인 유성의료재단 유성요양병원 ■ 의료법인 은경의료재단 인창대연요양병원 ■ 의료법인 은경의료재단 인창요양병원 ■ 의료법인 은성의료재단 좋은선린요양병원 ■ 의료법인 청남의료재단 세민에스요양병원 ■ 의료법인 청원의료재단 수요양병원 ■ 의료법인 한솔의료재단 한서재활요양병원 ■ 의료법인 효민의료재단 대구큰사랑요양병원 ■ 이손요양병원 ■ 첨단요양병원 ■ 행복한요양병원 ■ 희연요양병원
5	전라도	■ 원광대학교병원 ■ 전남대학교병원	■ 광주365재활병원 ■ 우암병원 ■ 호남권역재활병원	■ 광주시립제1요양병원 ■ 광주시립제2요양병원 ■ 아중요양병원 ■ 의료법인 원광의료재단 군산원광효도요양병원 ■ 의료법인 원광의료재단 익산원광효도요양병원 ■ 전남제일요양병원 ■ 효사랑가족요양병원

연번	권역	급성기 의료기관명	연계 의료기관명	
			재활의료기관	(신규) 요양병원
6	충청도	■ 충남대학교병원 ■ 충북대학교병원	■ 다빈치병원 ■ 사회복지법인 화대전재활병원 ■ 씨엔씨푸른병원 ■ 아이엠병원 ■ 의료법인 리노의료재단 유성웰니스재활병원 ■ 천안재활병원 ■ 첼로병원	■ 다나힐요양병원 ■ 대전광역시립 제1노인전문병원 ■ 대전웰니스요양병원 ■ 씨엔씨재활요양병원 ■ 의)밝은마음의료재단 유성한가족요양병원 ■ 의료법인 비에스의료재단 브레인요양병원 ■ 의료법인 산수의료재단 웰시티요양병원 ■ 천안요양병원 ■ 청주삼성요양병원
7	제주도	■ 제주대학교병원	■ 제주권역재활병원	-

ABSTRACT

A study on the Medical fee Development for Quality management in a Pilot project to Support Discharge of Acute patients

Background: As medical care and its fields are getting specialized and subdivided, the hospitals have increased in size and have functionally diversified. In order to improving efficiency, the hospitals have differentiated according to this diversity of functions and roles and the patients have moved around the treatment environment accordingly. In these situations, insufficiency of linkage process between hospitals (and communities) is likely to lead some problems such as delayed discharges or overlapping diagnostic tests.

'A pilot project to support discharge of acute patients and linkage to community' has been promoted in expectation to solve the problems encouraging hospitals to perform patient-centered integrated assessments and transitions of care with appropriate discharge plans. But this project now has a weakness of not having system of managing quality and rewarding accordingly, although major international organizations emphasize the medical care quality of effectiveness, safety, patient-centeredness and so on.

Objective: This study showed what directions this project should give how to improve quality in transitions of care between hospitals, reviewing domestic and international literature and defining factors of quality

assessment. Additionally, it checked improvement requirements for this pilot project by analysis of operational status and advisory conferences with field experts.

Results: The framework for compensation for quality management activities was established, through reviews of the concept and evaluation system of quality specified and used by major international organizations. Based on this, the study made four assessment categories of communication between hospitals, medical staffs empowerment, use of critical pathway and patient satisfaction and it proposed a differential compensation by total acquired score from each category by each hospital. Free-forms was suggested for a while for the way each hospital submits evidence data due to the urgency of the project, however. And then a more precise evaluation would increase reliability through advanced system and actual inspection by HIRA in the future.

Discussion: It maybe somewhat premature, not long after the pilot began, to review the current status and discuss the direction of improving the quality of medical care. But this study is meaningful in that it attempted to consider the direction of compensation for quality management activities without preceding researches, and pointed out improvement requirements based on field experts' opinions.

It is important to increase hospital and patient participation for enough samples analysis, from which we could expect the stability of quality assessment and expand the concept and direction of quality improvement in this pilot project.

Keywords: HIRA, Health Insurance Review & Assessment, support discharge, quality, between hospitals

급성기 환자 퇴원지원 시범사업의 의료기관 질 관리 및 수가체계 개발 연구

발 행 일 : 2022년 1월
발 행 인 : 김 선 민
편 집 인 : 이 진 용
발 행 처 : 건강보험심사평가원 심사평가연구소
강원도 원주시 혁신로 60(반곡동)
대표전화 : 1644-2000
홈페이지 : www.hira.or.kr

※ 이 보고서는 무단으로 복제나 인용할 수 없습니다.
(저작권법 제136조 등 관련법 적용)