

미국의 급성기 이후 치료에 대한 지불제도 개편 시범사업



송현종 부연구위원
건강보험심사평가원 기술평가연구팀

미국의 메디케어에서 급성기 이후 치료(post-acute care)는 전문간호시설(skilled nursing facility, SNF), 입원재활시설(inpatient rehabilitation facility, IRF), 장기요양 병원(long-term care hospital, LTCH), 가정보건기관(home health agency)에서 제공하는 병원 퇴원 후의 회복, 재활, 간호서비스를 말한다. 1990년대 후반 균형재정법(Balanced Budget Act)를 비롯하여 관련 법령을 개정하면서 기관별로 사전적 고정진료비 지불제도(Prospective Payment System, PPS)를 실시하고 있다. 그런데 최근 메디케어에서는 급성기 이후 치료에 대한 개편 계획을 발표하였고 몇 가지 시범사업을 진행하고 있다. 본 고에서는 이를 고찰하고 함의를 도출하였다.

1. 미국의 급성기 이후 치료기관 현황

가. 기관별 특징

1) 전문간호시설

전문간호시설은 미국에서 가장 많은 급성기 이후 치료 기관이며 단기 전문간호케어, 물리치료, 작업치료, 언어치료 서비스와 같은 재활서비스를 제공한다(MedPac, 2009). 주로 거주자의 의학적 및 간호관리 요구에 대한 서비스를 제공하는데 손상, 장애 및 질병이 있는 환자들을

위한 재활서비스도 병행하고 있다. 이에 따라 간호사(RN/LPN/LVN), 작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 청각사 등의 인력으로 구성된다. 급성기 이후 치료 기관 중에서는 의학적으로 보다 안정적인 환자, 다양한 중증도를 가진 환자의 입원이 가능하다(CMS, 2007).

전문간호시설에서는 입소자평가도구(Resident Assessment Instrument, RAI)를 사용한 Minimum Data Set(MDS)에 기초하여 대상자를 평가하여 자원사용그룹(Resource Utilization Group, RUG)으로 분류하는 방법을 사용하고 있다. 환자분류군은 예상되는 치료방법(물리치료, 작업치료 등), 특정한 상태(폐렴, 설사 등), 일상생활수행능력(식사, 화장실 사용, 침상사용, 이동)을 근거로 한 지수와 우울증의 징후로 구성되어 있다(CMS, 2009).

2) 입원재활시설

기존 재활병원 및 일반병원 내 재활병동이 Medicare에서 정한 입원재활시설로 구분되기 위해서는 24시간 재활간호 및 2가지 이상의 치료가 요구되거나, 하루에 적어도 3시간씩 강도 높은 재활프로그램을 견딜 수 있고 합리적인 기간 안에 재활목표를 달성할 수 있는 환자가 입원하여야 하며, 전체 환자의 75%이상이 뇌졸중, 척수손상, 정신적 외상, 뇌손상 등의 13개 의학적 상태 중 하나 이상에 해당되어야 한다(Grimaldi, 2002). 또한 일반병원 내 재활병동의 경우 병원의 일반병상과 구분되는 병상을 보유하여 입원과 퇴원기록이 분리 관리되어야 한다.

입원재활시설에 입원한 환자는 입원의 1차적 원인 질병의 ICD-9-CM 코드에 따라 재활손상군(Rehabilitation Impairment Categories, RIC) 중 하나로 분류되고, 재활손상군 내에서 기능상태 및 연령에 따라 환자구성 집단(Case Mix Groups, CMG) 중 하나로 분류된다. 환자의 기능상태를 평가하기 위해서 기능독립성 측정도구(function independence measure, FIM)가 사용되며 문항별로 환자의 기능의존도에 따라 0~7점으로 점수를 매겨 환자의 기능상태를 최종 평가한다(CMS, 2009).

3) 장기요양병원

장기간 병원의 치료가 필요한 복합적인 급성 또는 만성 질환의 임상적인 복합 질병을 가진 환자를 치료하는 기능을 수행한다. 따라서 전문간호시설에 비하여 보다 중증도가 높은 급성기 입원환자에 대한 서비스를 제공한다. 메디케어에서 지불할 수 있는 장기요양병원로서의 요건을 갖추기 위해서는 기본적으로 급성기 병원의 시설 및 인력 조건을 만족시켜야 하며(MedPac, 2004), 이에 따라 의사가 24시간 상주하여 환자 치료에 적극적으로 개입한다. 입원기준으로는

기본적으로 25일 이상의 입원을 전제로 하여(MedPac, 2009) ① 심장 또는 혈압 또는 호흡 부족, 개방창상, 3도 혹은 괴저성 상처, 수혈을 요하는 위장 및 혈액학적 상태 혹은 치료를 요하는 감염과 같은 환자의 임상적 특징, ② 지속적인 정맥주사 혹은 투약 관리, 폐 모니터링, 맥박 산소측정, 완전비경구영양(TPN) 혹은 위관영양, 지속적인 위장 흡인, 복합적인 상처 치료, 흉관 삽입, 인공호흡기와 같은 특정한 치료 필요 여부의 요소가 포함된다(MedPac, 2004).

4) 가정간호기관

일반적으로 질병이나 상해가 있으며 집을 떠날 수 없고 정해진 일정한 기간동안 전문적인 의학적 치료가 필요한 환자가 가정간호기관을 이용한다. 서비스 내용에는 주로 전문간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 사회복지서비스 등이 포함된다.

가정간호기관에서는 결과평가정보셋(Outcome and Assessment Information Set, OASIS)를 작성하여야 한다. OASIS 항목에는 사회인구학적 및 환경적 변수, 건강상태, 기능상태와 보건의료이용과 관련된 일부 내용이 포함된다. 평가 내용을 바탕으로 환자는 가정간호자원그룹(Home Health Resource Group, HHRG) 중 하나에 속하게 되는데 각 HHRG는 임상적, 기능적, 서비스 이용의 중증도 수준을 조합하여 결정된다. 임상적 수준은 환자가 요실금, 통증, 시력 장애, 정맥주사, 욕창 등이 있는지를 고려하고, 기능적 수준은 일상생활수행능력으로, 서비스 이용은 10개 혹은 그 이상의 치료 필요 여부와 최근 입원 여부로 판단한다(Coleman 등., 2008).

나. 기관별 비교

미국의 급성기 이후 치료기관의 특징을 비교하면 아래 표와 같다(표 1).

표 1. 미국의 급성기 이후 치료기관별 특징

구분	장기요양병원 (LTCH)	입원재활시설 (IRF)	전문간호시설 (SNF)	가정간호기관 (HHA)
환자기준	의학적 복합 문제가 있는 경우	집중 재활치료가 반드시 필요하며 하루에 3시간 이상의 치료를 받을 수 있는 경우	최소 3일 이상의 병원 입원 후 단기간의 간호 및 재활서비스를 입원하여 받아야 하는 경우	집에 거주하면서 파트타임 혹은 간헐적으로 전문 간호처치 요구
시설기준	25일 이상의 평균 메디케어 재원기간	환자의 60% 이상이 입원 치료를 필요로 하는 특정한 의학적 상태이어야 함.	없음	없음

제공 서비스	급성기 치료 입원 환자 서비스	집중적인 입원 재활 서비스 (물리치료, 작업치료, 언어치료 등)	전문 간호 및 재활 서비스	전문 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 임상사회복지 서비스
환자 평가 도구	ICD-9CM code	Patient Assessment Instrument, (IRF-PAI)	Minimum Data Set(MDS)	Outcome & Assessment Information Set(OASIS)
환자 분류	MS LTC-DRGs 입원기준, 서비스 난이도, 동반질병 및 중증도에 근거하여 DRG로 분류	CMGs 재활치료의 일차적 이유, 기능 및 인지장애, 동반질병에 근거하여 분류	RUGs 특정 진단 유무, 치료 및 서비스 사용에 근거하여 판정한 자원소모량에 따라 분류	HHRGs 가정간호자원그룹, 임상적 및 기능적 상태와 서비스 이용에 근거하여 분류
지불 제도	입원 건당 지불	입원 건당 지불	입원 일당 지불	60일 에피스드당 지불

자료 1. Dummit LA. Medicare Bundling Pilot: Including post-acute care services. Issue Brief 2011; 841; 1-23.

자료 2. Dejong G. Bundling acute and postacute payment: From a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. Physical Therapy 2010; 90(5); 658-662.

2. 개편 배경 및 시범사업 내용

가. 개편 배경

Medicare에서는 급성기 이후 치료의 비용이 증가하고 있어 대안에 대한 논의가 시작되고 있다. 급성기 이후 치료 비용은 2000년에서 2007년까지 9% 증가한데 그쳤으나 2008년에서 2009년에 약 6%의 증가를 보였는데 이는 전체 의료비용의 증가세보다 높은 것으로 나타났다. 또한 규정상으로는 네 가지의 급성기 이후 치료 기관의 서비스 강도는 다르게 되어 있으나 실제로 이용하는 환자는 어느 정도 유사하게 겹치는 것으로 보고되었다. 이에 따라 기관 수는 증가하고 있으나(표 2) 기관 간 조정은 효율적으로 이루어지지 않고 있다.

표 2. 연도별 미국 급성기 이후 치료 기관 수

(단위: 개)

구분	1985	1989	1993	1997	2001	2005	2009
전문간호시설	6,725	8,688	11,436	14,568	14,765	15,008	15,071
입원재활시설	454	767	984	1067	1141	1227	1180
장기요양병원	86	89	113	194	273	385	427
가정간호기관			6,497	10,444	6,976	8,205	10,568

자료: Dejong G. Bundling acute and postacute payment: From a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. Physical Therapy 2010; 90(5); 658-662.

나. 개편 원칙

급성기 이후 치료 작업반(PAC Workgroup)은 개편을 위해서 ① 소비자의 선택권과 환자, 가족 및 보호자의 급성기 이후 서비스에 대한 규제 확대, ② 환자의 요구에 근거하여 가장 적합한 환경에서 양질의 급성기 이후 서비스 제공, ③ 가장 효율적인 방식으로 양질의 치료를 제공하는 방향으로 추진하기 위해서 효율적인 평가방법 개발, ④ 급성기 치료, 급성기 이후 치료, 장기요양서비스의 조정을 통하여 치료의 연속성 제공이라는 원칙을 설정하였다(CMS, 2006). 환자의 요구에 근거한다는 것은 환자 상태의 변화와 서비스의 질을 포함하여 가장 적합한 환경에서 가장 적합한 시기에 서비스를 제공하는 것을 의미한다.

다. 시범사업 내용

2005년도 적자감축법(Deficit Reduction Act)에서 의회는 급성기 이후 치료 지불 개편 시범사업(PAC-PRD)를 요구하였다(CMS, 2006). 시범사업의 주요 요소 중 첫 번째는 Medicare Part A에서 지불되는 네 가지 종류의 급성기 이후 치료 기관을 포함하는 기관의 참여이다. 두 번째는 급성기 병원에서의 퇴원 및 급성기 이후 기관에의 입원 및 퇴원에 대한 표준화된 환자 평가도구이다. 이러한 표준화된 도구는 비용, 자원 이용, 진료결과, 퇴원 처, 치료 이행과 관련된 환자의 임상적 특성을 포함한 환자의 요인에 대한 정보를 제공한다. 세 번째는 환자 단위의 비용과 자원 이용 측정이 포함된 자료 수집이다. 마지막으로 각 급성기 이후 치료 기관에서의 비용과 진료 결과를 예측하는 요인에 대한 이해를 돕는 것이다.


PAC-PRD는 세 부분으로 나누어진다. 첫째는 단일한 포괄적인 환자평가도구 개발이다. 이 도구는 급성기 치료 병원과 네 종류의 급성기 이후 치료 기관에서 사용될 수 있도록 만드는 것이다. 현재 지속성 평가 기록 및 평가(Continuity Assessment Record and Evaluation, CARE) 도구를 개발하였다. 이 도구에 포함된 항목 중 상당수는 이미 기존의 도구(MDS, OASIS, IRF-PAD)에 포함된 것이다. 둘째는 급성기 이후 치료기관으로부터 CARE 평가 정보를 수집하기 위한 인터넷 기반의 소프트웨어를 개발하는 것이다. 마지막으로 수집된 자료를 분석하는 것이다. 이와 같은 시스템은 환자 특성에 따라 각 영역을 측정하기 위하여 항목의 부분 집합이 적절한 시점에 사용될 수 있도록 하여 서비스 제공자의 부담을 최소화하기 위한 것이다. CARE 도구는 임상 영역, 기능 영역, 인지장애 영역, 사회 및 환경적 영역으로 구성되어 있다.

CMS에서는 시범사업 후에 의회에 결과 보고서를 제출하였다(CMS, 2012). 시범사업 결과 서로 다른 급성기 이후 치료 기관 사이에 중증도 보정을 위해서 통일된 환자평가도구를 적용하

는 것이 가능하였다. 이를 바탕으로 장기요양병원(LTCH), 입원재활시설(IRF), 전문간호시설(SNF)에 대해서는 동일한 지불체계를 개발할 수 있다는 근거를 발견하였다. 단, 가정간호의 경우 다른 세 가지 기관과 지불 모형을 결합하는 것은 무리가 있었다.

3. 결론

기관수, 환자수, 진료비 증가에 따라 요양병원에 대한 사회적 관심이 증대되고 있는데 이 중 질과 기능에 대한 문제 제기가 많은 부분을 차지하고 있다. 이러한 문제는 시설, 인력, 장비, 진료의 질에 대한 요양병원 간 변이가 언론에 보도되고 2008년 7월 1일 부터 노인장기요양보험이 시행됨에 따라 장기요양시설과의 기능 중복으로 인한 자원의 비효율적 사용에 지적이 제기되면서 촉발되었다고 할 수 있다. 의료법에는 요양병원의 목적, 입원환자 등을 규정하고 있으나 국내 선행연구에서는 요양병원의 기능에 대하여 논란을 제기하고 있다. 요양병원의 기능에 대한 제도적 규정과는 관계없이 실제 현실에서는 모호하게 적용되고 있어(서영준, 2009) 특별한 기능 없이 요양시설과 동일한 역할을 수행(김영배, 2011)한다는 것이다.

본 고에서의 고찰 결과, 미국에서도 우리나라와 유사한 문제에 봉착하여 개편을 시도하고 있다. 구체적인 실행 방안에 대해서는 우리나라 실정에 적합하지 않은 부분이 있으므로 이견이 있으나 여기에서 주목하여야 할 것은 미국에서의 개편의 핵심은 ‘환자 중심’이라는 것이다. 환자의 선택과 서비스에 대한 통제를 극대화하고 가장 적합한 환경에서 적합한 시점에 서비스를 이용하도록 하겠다는 정책의지는 중요한 시사점을 제공한다고 할 수 있다. 

참고문헌

1. 김영배. 요양병원형 수가제 전환에 대한 요양병원의 평가 및 개선방안 연구. 보건의료산업학회지 2011;5(2):105-117.
2. 서영준. 요양병원과 요양시설의 역할 정립방안. 국민건강보험공단 조찬세미나 자료집. 서울:국민건강보험공단;2009.
3. CMS. Medicare Coverage of Skilled Nursing Facility Care. Baltimore:CMS;2007.
4. CMS. Policy Council Document: Post-Acute Care Reform Plan. Baltimore:CMS;2006.
5. CMS. Reoprt to Congress: Post Acute Care Payment Reform Demonstration(PAC-PRD). Baltimore:CMS;2012.
6. Coleman KA, Wu N, Goldberg HB, Deitz D, White A. Refinement of Medicare's Home Health Prospective Payment System: Final Report. Cambridge:Abt Associates;2008.
7. Dejong G. Bundling acute and postacute payment: From a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. Physical Therapy 2010;90(5):658-662.
8. Dummit LA. Medicare Bundling Pilot: Including post-acute care services. Issue Brief 2011;841:1-23.
9. Grimaldi PL. Inpatient Rehabilitation Facilities Are Now Paid Prospective Rates. Journal of Health Care Finance 2002;28(3):32-48.
10. MedPac. Long-Term Care Hospital Payment System. Washington DC:MedPac;2009.
11. MedPac. Report to the Congress: Nwe Approaches in Medicare. Washington DC:MedPac;2004.