고령화시대 대비한
지역사회 기반 노인 케어 모델 연구

2021.12.

보건복지부
임 을기

< 목 차 >

Ⅰ. 서론 ····· 1

1. 연구배경 ····· 1
2. 지역사회 기반 노인 케어 모델 관련 선행연구 ····· 4
3. 연구범위, 방법 및 한계 ····· 7

Ⅱ. 한국의 노인 의료·요양체계 현황 및 도전과제 · 10

1. 노인 의료체계 현황 ····· 11
2. 노인 장기요양체계 현황 ····· 15
3. 요양병원과 요양시설 운영체계 및 현황 ····· 23
4. 노인 의료·장기요양체계 관련 주요 도전과제 ····· 26

Ⅲ. 미국의 노인 의료·요양체계 현황 및 도전과제 41

1. 미국 노인 의료체계 현황 ····· 41
2. 미국 장기요양체계 현황 ····· 51
3. 노인 의료·장기요양체계 관련 주요 도전과제 ····· 60

Ⅳ. 미국 PACE 현황과 평가 ····· 69

1. PACE 도입 배경 ····· 69
2. PACE 운영체계 현황 ····· 70
3. PACE 관련 평가 ····· 75

Ⅴ. 지역사회 기반 노인 케어 모델 발전방안 ····· 85

1. 한국과 미국의 노인 의료·요양 체계 비교 ····· 85
2. 한국의 노인 통합 돌봄 추진 현황 및 계획 ····· 89
3. 지역사회 기반 노인 케어 모델 발전방안 ····· 91

Ⅵ. 결론 ····· 102

< 표 차례 >

<표 1-1> '지역사회 통합돌봄 기본계획'중 4대 중점과제 ····· 3
<표 2-1> 요양병원 환자 세부 분류군 기준 ····· 13
<표 2-2> 장기요양보험 등급 인정기준 ····· 16
<표 2-3> 장기요양 등급별 이용가능 급여 ····· 18
<표 2-4> 장기요양 인정자 현황 ····· 19
<표 2-5> 장기요양보험 재정 기본구조 ····· 20
<표 2-6> 연도별 장기요양보험료율 변화 ····· 20
<표 2-7> 재가급여 종류 기준 재가급여기관 현황 ····· 22
<표 2-8> 요양병원과 요양시설 연혁 및 기관 현황 ····· 23
<표 2-9> 요양병원과 요양시설 인력 및 시설기준 ····· 24
<표 2-10> 요양병원과 요양시설 입원대상 및 이용절차 ····· 25
<표 2-11> 요양병원과 요양시설 재원구조 ····· 25
<표 2-12> 노인인구 비중 및 노인의료비 전망 ····· 29
<표 2-13> 요양병원 및 요양시설 입원(입소)환자 특성 ····· 33
<표 2-14> 요양병원 입원환자 환자구성 비교 ····· 33
<표 2-15> 요양병원 65세이상 입원환자 누적 입원기간('17) ····· 34
<표 2-16> 요양병원 입원실당 병상수 분포 현황 (2019년 기준) ····· 37
<표 2-17> 장기요양기관 설립주체별 현황 (2018.12월 기준) ····· 39
<표 3-1> 메디케어와 메디케이드 제도 비교 ····· 45
<표 3-2> 지역사회 거주 이중자격 및 메디케어 수급 노인 특성 비교 ····· 48
<표 4-1> PACE와 비교 집단 간 입원률과 재입원률 비교 ····· 76
<표 5-1> 한국과 미국의 의료·요양체계 비교 ····· 86
<표 5-2> 미국 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어매니지먼트 비교 ····· 87
<표 5-3> 고부가가치 통합케어(HVCC)의 특징들 ····· 88

< 그림 차례 >

<그림 2-1> 노인들의 의료 및 요양서비스 이용 흐름도 ····· 10
<그림 2-2> 장기요양 등급 신청 및 인정절차 ····· 17
<그림 2-3> 장기요양 등급 판정절차 ····· 17
<그림 2-4> 노인인구비율 전망 ····· 26
<그림 2-5> 장기요양보험 등급인정자의 의료와 요양서비스 이용현황(2015) ····· 27
<그림 2-6> 노인장기요양보험 재정지출 변화 ····· 29
<그림 2-7> 노인장기요양보험 재정수지 변화 ····· 30
<그림 2-8> 요양병원 연도별 현황 ····· 31
<그림 2-9> 장기요양병원 병상 및 장기요양시설 침상수 국제비교 ·· 32
<그림 2-10> 장기요양기관 설립주체별 변천 추세 ····· 38
<그림 3-1> 국민의료비 지출 규모 및 GDP : 1960~2017 ····· 60
<그림 4-1> 미국내 PACE모델 운영현황 ····· 70
<그림 5-1> 커뮤니케어 추진 로드맵 ····· 90

국외훈련개요

1. 훈련국 : 미국

2. 훈련기관명 : 듀크대학교 아시아태평양연구소
(Asian Pacific Studies Institutes in Duke University)

3. 훈련분야 : 보건행정

4. 훈련기간 : 2020.12.20. ~ 2021.12.19.

훈련기관 개요

<table>
<tr><td>명 칭</td><td colspan="4">미국 Duke University, Asian Pacific Studies Institute</td></tr>
<tr><td>소 재 지</td><td colspan="4">2204 Erwin Road, Durham, North Carolina State</td></tr>
<tr><td>홈페이지</td><td colspan="4">https://asianpacific.duke.edu.</td></tr>
<tr><td>설립목적</td><td colspan="4">ㅇ1981년 듀크대에 설립된 아시아·태평양지역 연구 및 교육 전문 연구소
- 아시아·태평양 지역 경제, 정치, 사회적 문제 등 해결방안 강구</td></tr>
<tr><td>조 직</td><td colspan="4">ㅇ동아시아 다양한 연구를 위한 석사과정 운영
ㅇ아시아·태평양 지역 다양한 분야 연구를 위한 타 연구기관과의 다양한 협동연구(Affilate Program) 운영 등</td></tr>
<tr><td>주요 기능 및 연구분야</td><td colspan="4">ㅇ동아시아지역 정치, 경제, 사회, 법률, 언어 등 석사과정 운영
ㅇ동아시아지역 급격한 경제성장 요인 및 부수적 사회문제 해결방안 연구
ㅇ동아시아 지역 공중보건, 사회정책 관련 연구
ㅇ동아시아 지역 고령화 등 인구변화 연구</td></tr>
<tr><td>주요인사 인적사항</td><td colspan="4">ㅇ Giovanni Zanalda, PH.D
- 현재 Director, Duke University Center for Interanational & Global Studies
- ASPI 전직 연구소장 (2015.8월 ~ 2017.12월)
- 국제경제, 경제사 전공으로 듀크대 정책학과에서 강의를 하고 있으며, 월드뱅크에서 Chief Economist로도 근무</td></tr>
<tr><td rowspan="3">교섭창구</td><td colspan="4">Xiaojuan Ping, Office Manager</td></tr>
<tr><td>전화</td><td>(919)684-2604</td><td>FAX</td><td>(919)681-7966</td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="3">xiaojuan.ping@duke.edu</td></tr>
<tr><td>훈련장비</td><td colspan="4">기관부담금 연간 USD 5,000</td></tr>
</table>

Ⅰ. 서론

1. 연구배경

한국은 2019년말 기준 노인인구의 비율이 15.48%로 이미 고령사회(aged society)에 진입하였다. 2030년에는 노인인구의 비율이 25%인 초고령사회(posted aged society)에 도달하리라고 추정되고 있다. 고령화는 전세계적 추세로 각 국가들은 건강한 노후를 위한 다양한 정책을 개발해 나가고 있다. 노후에 자신이 거주하고 있는 지역사회에서 최대한 오랫동안 거주하며 필요한 의료 및 요양서비스를 받을 수 있도록 사회시스템을 설계하는 것이 최근 노인정책의 목표이다. 특히, 노인들은 마지막까지 인간으로서 존엄성을 최대한 유지하며 살아가기를 원하고 있다. 이를 위해 자신이 살아왔던 지역사회에서 거주하며, 노화로 인해 필요한 의료 및 요양서비스를 지원받을 수 있는 체계 마련이 요구된다.

하지만 한국은 급격한 고령화가 진행되고 있는 반면, 자녀에 의한 부모부양 인식은 급격히 감소하고 있어 노후 돌봄에 대한 가족의 책임을 대신 할 국가와 사회의 공적 역할에 대한 기대와 요구가 증가하고 있다. 한국인의 기대수명과 건강수명간 격차는 약 10년으로 노인성 질환으로 의료요구와 요양수요가 함께 증가하고 있다.

이로 인해 노인의료비는 2018년 기준 GDP의 1.8%인 31.8조원이며, 10년 후 노인의료비는 90조원으로 GDP의 3%에 도달 할 전망이다. 특히, 2018년 기준 65세 이상 노인진료비 비중이 전체 진료비의 41%를 차지하고 있어 초고령사회로 진입을 고려할 때 노인의료비는 건강보험재정의 지속가능성을 위협하는 주요한 요인 중의 하나이다.

노인의료비 증가와 더불어 장기요양 급여 지출도 2008년 0.6조원에서 2019년 8.2조원으로 지속적으로 증가하고 있다. 2008년 출범 후 2015년 2조 5,342억원 흑자를 정점으로 2016년 당기수지가 적자로 전환하여 보험료율을 인상하지 않는 경우 누적적립금이 고갈되어 적자가 예상된다.

이와 같이 고령화와 더불어 노인의료비와 장기요양지출은 지속적으로 증가함에도 불구하고 중증 질환이 있는 노인들은 자신이 거주해 온 지역사회에서 살지 못하고 요양병원과 요양시설을 전전하며 인생의 마지막을 보내고 있다. 또한 급성기 질환으로 병원치료후 퇴원후에도 일상생활에 복귀하지 못하고 요양병원을 바꾸어 가며 '재활난민'으로 떠돌아야 하는 상황이다.

한국은 노인들의 의료적 서비스는 건강보험제도에서, 요양서비스는 장기요양보험제도로 이원화되어 제공되고 있다. 노인케어를 위한 돌봄 서비스 전달체계가 분절적이고 서비스는 파편적으로 제공되고 있다. 이로 인해 수요자 입장에서 통합적 케어 제공이 미흡하여 자신의 의료적, 돌봄 욕구에 기반한 서비스를 제공받기 보다는 공급자 중심의 서비스가 제공되고 있다.

최근 한국에서는 그동안 소외된 노인, 장애인, 정신질환자 등이 인간으로서 가치를 존중받고 삶의 질을 높임으로써 포용국가를 실현하기 위한 방안의 하나로 '지역사회 통합돌봄'('커뮤니티 케어') 선도사업을 2018년부터 추진하고 있다. 지역사회 통합돌봄이란 노인 등이 병원·시설이 아닌 평소 살던 곳에 거주하며 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄 등이 통합 제공되는 지역주도형 사회서비스 정책을 의미한다.

보건복지부는 커뮤니티케어 추진본부를 운영하고 커뮤니티케어 전문위원회를 총7회 개최하여 노인을 중심으로 하는「지역사회 통합돌봄 기본계획(안)」을 마련·발표('18.11.20)하였다.

동 계획안은 노인이 최대한 자신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 이제까지 분절적으로 제공되던 의료 및 요양 서비스를 체계적으로 연계하는 것을 핵심으로 하고 있다. 2025년까지 지역사회 기반 노인 통합 돌봄 제공기반 구축을 목표로 4대 중점과제 및 추진 로드맵을 제시하였다.

4대 중점과제는 ① 노인맞춤형 주거지원 인프라 확충, ② 집으로 찾아가는 방문건강·방문의료 활성화, ③ 돌봄·요양 등 다양한 재가서비스 지원 ④ 서비스 연계를 위한 지역자율형 전달체계 구축이다.

각 중점과제별 세부과제는 다음의 <표1-1>과 같다.

<표 1-1> '지역사회 통합돌봄 기본계획'중 4대 중점과제

4대 중점과제	세부과제
①주거지원 인프라 확충	• 노인 맞춤형 케어안심주택 • 집수리 사업 • 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜
②집으로 찾아가는 방문건강· 방문의료	• 집중형 방문건강서비스 • 방문의료 • 노인 만성질환 전담 예방·관리 • 병원 '지역연계실' 운영
③돌봄·요양 등 다양한 재가서비스 지원	• 차세대 노인장기요양보험 구축 • 재가 의료급여 신설 • 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스 • 회복·재활서비스
④서비스 연계를 위한 지역자율형 전달체계 구축	• '케어안내창구' 신설(읍면동) • 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력(시군구)

'지역사회 통합 돌봄 기본계획'은 3단계로 나누어, 1단계(2018~2022년)에는 선도사업 실시, 커뮤니티 케어 모델 개발 및 (가칭) '지역사회 통합 돌봄 기본법' 제정 등 핵심인프라 확충을, 2단계('2023~'2025)는 지역사회 통합 돌봄 제공기반 구축 단계(~'25)로 재가서비스 대대적 확충, 인력양성 및 재정전략 마련 등이 3단계(2026~)에는 지역사회 통합 돌봄 보편화 단계를 목표로 추진될 예정이다.

급격한 고령화에 대응하여 중장기적으로 지속가능하면서 인생의 마지막까지 인간으로서 가치를 보다 존중받으며 살아갈 수 있는 노인 케어 모델 구축은 세계 모든 국가의 과제이다.

한국 정부도 이러한 필요성에 의해 2018년 마련한 '지역사회 기반 노인 통합돌봄 기본계획'이 현재 의료와 요양으로 분절되어 공급자 중심으로 제공되는 현재의 노인 케어 문제점을 개선하기 위해 충분한지를 점검하고 좀 더 보완 및 개선해야 할 과제 등은 무엇인지를 고찰하는 것이 필요하다.

2. 지역사회 기반 노인케어 모델 관련 선행연구

지역사회 기반 노인케어 모델 관련 선행연구는 세 가지 유형으로 분류할 수 있다. 첫째, 노인의료특성을 토대로 초고령사회에 노인의료대응은 어떻게 해야 하는지에 대한 정책의 큰 방향을 제시하는 연구들 둘째, 중증질환이 있는 노인케어의 주요 중심축인 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성을 지적하고 역할 정립 방안을 제시한 연구들, 마지막으로 노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편방안, 노인의료와 요양서비스의 통합적 제공체계 구축방안 등 서비스간 연계·통합 필요성을 제시하는 연구들로 크게 분류할 수 있다.

노인들은 고혈압, 당뇨병, 뇌경색, 치매, 골다공증 등과 같이 쉽게 완치되는 병이 아니라 끝까지 지속되거나 결국은 합병증을 유발하는 난치성 퇴행성 만성질환으로 다양한 약물을 복용하며 생활하고 있다.

노인인구의 89.2%가 1개 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 3개 이상 복합질환자가 46.2%에 달하는 상황이며(보건복지부·한국보건사회연구원 2014) 전체 병원 방문 외래 환자의 약 25%가 입원환자의 35%가 노인환자이다.(통계청 2015) 건강보험심사평가원의 환자 표본자료(2010~2011년)를 분석한 결과, 노인 외래환자에서 환자 1인당 동시에 6개 이상의 약물을 처방받은 분들은 86.4%, 동시에 11개이상의 약물을 처방받은 분들은 44.9%로 이는 선진국에 비해 월등히 높은 수치이다.(윤종률, 2016) 이러한 노인들의 주요 보건현황을 토대로 고령화시대 보건정책의 방향으로 첫째, 건강증진과 예방관리적 접근, 둘째 지역사회와 재가 중심의 보건의료서비스 제공을 위한 대책마련, 셋째 환자의 의료필요도에 따라 포괄적인 의료서비스를 제공하기 위한 통합적 제공체계가 구축되어야 한다고 제안하고 있다.(이윤환, 2015)

고령화시대 보건의료서비스 목표는 건강노화 또는 활기찬 노화의 달성이라며, 이를 달성하기 위해 ① 노화 및 노쇠를 예방하기 위한 건강증진 강화, ② 복합만성질환 관리와 다약제복용 감소를 위한 노인주치의 제도 시행 ③ 아급성기 또는 급성기 치료후 의료서비스 마련과 장기요양 연계 ④ 말기의료 표준지침 마련을 제안하고 있다.(윤종률, 2016)

요양병원과 요양시설의 역할 정립 방안 관련 연구들에서는 현재 우리나라 요양병원과 요양시설에는 환자가 혼재되어 있음을 다양한 판정도구 및 급여실적을 분석하며 지적하고 있다. 요양병원에 의료처치나 간호가 필요하지 않음에도 입원하고 있는 환자가 있는 반면, 요양시설에는 건강상태, 의료처치 및 간호처치가 필요한 대상자도 존재하고 있다는 것이다. 그 원인으로 요양병원과 요양시설의 환자 및 입소자 기준이 명확하지 않고 두 기관이 분절적으로 운영되고 있음을 지적하고 요양병원과 요양시설의 유기적 연계체계 구축이 대안임을 제안하고 있다.

먼저 새로운 장기요양등급인정자를 대상으로 의사가 의료적 처치 필요 여부를 판정할 수 있는 평가체계를 마련하여 이를 토대로 요양병원과 요양시설 입소여부를 결정할 수 있도록 하는 것이 필요하다는 것이다. 둘째 요양병원과 요양시설에서 관리해야 할 대상자의 범위와 기준을 정하는 것이 필요하다는 것이다. 셋째 요양시설에 있는 입소자의 건강관리와 적절한 의학적 치료 강화 방안이 마련되어야 한다는 것이다. 이를 위해 ①요양시설 입소자의 입소 전 건강 상태 평가 의무화 ②입소자 건강관리 강화를 위한 주치의 선정과 진료 규정 강화 ③요양시설과 협력의료기관간의 전원 협력체계 강화 ④요양시설과 협력의료기관간의 전원 협력체계 강화⑤요양기관 운영자와 가족의 의학적 치료 필요성에 대한 인식 전환 ⑥협력의료기관 및 의료인에 대한 적절한 보상체계 마련 ⑦요양보호 대상자의 요양병원 입원 시 간병비 지원 등을 제안하고 있다. 넷째, 요양병원과 요양시설간 정보공유를 위한 통합된 정보공유시스템 구축 및 응급의료체계 확충이 제안되었다. (노용균 2011, 김진수・선우덕외 4인, 2013)

마지막으로 지역사회에 거주하며 의료와 장기요양 또는 의료・요양・복지의 통합 연계 필요성을 주장하며, 연계방안을 제시하는 연구들의 주요내용을 살펴보면 다음과 같다.

노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)는 해외 여러 국가에서도 노인복지의 목표로서 추진하고 있는 정책이라며, 이를 위해 노인이 지역사회 거주하며 보호받을 수 있도록 장기요양제도 개편을 제안한다. 첫째 재가급여량을 확대하고 재가급여 월 한도액 증액, 방문형 급여 제공 변화 등 재가급여 제공방식을 개편하며, 둘째 가족요양에 대한 공식인정 셋째 노인의 지역단위 종합적 사례관리 체계 구축이 필요하다고 주장한다.

노인이 지역사회 거주를 위해서는 장기요양보험 이외에도 여러 지원이 함께 마련되어야 한다고 하며 특히 후기 고령노인을 위해 의료 및 일상생활 지원, 주택 등의 서비스도 개발되어야 한다고 주장한다.

첫째 현행 공급자 중심의 의료체계를 의사에 의한 왕진, 방문간호 확대 등 이용자 중심의 의료로 전환이 필요하고 둘째 장기요양보험이외의 사회적 기업 등을 중심으로 한 일상생활지원서비스가 더 확대되어야 하며 셋째, 주택 개·보수 및 대안적 서비스형 고령자 주택이 확대되어야 한다고 주장한다. (이윤경·강은나 외 2명, 2017)

위 지역사회 중심 장기요양제도 개편방안 연구가 지역사회 중심을 위한 장기요양, 의료, 주택 등 개별 서비스내 개선방안을 제시하였다면, 노인의료와 장기요양서비스간 연계 부족을 지적하고 통합적 연계를 주장하는 연구도 있다. 노인의료와 요양서비스 제공체계가 구축되어 있으나 복합적 욕구를 갖고 있는 노인에 대한 서비스간 단절과 기능중복, 비효율적 자원 활용으로 인한 사회적 비용이 급증하고 있다며 각 개별 서비스가 통합적으로 연계되어 제공될 수 있는 체계가 마련되어야 한다고 제안한다. 이를 위해 진료생활권 또는 행정구역 단위로 진료권을 설정하고 해당 국·공립 의료기관에 '(가칭) 노인통합케어센터'를 설치하며 이를 중심으로 의료 공급자들 간의 수직적-수평적 네트워크를 구축하는 방안을 제안한다. 노인통합케어센터는 노인의 의료·요양에 적합한 전문의, 간호사, 지역 보건인력, 상담인력 등 20~30명의 다학제팀으로 구성한다. 노인통합케어센터에서는 진료권내 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공 기관 간 네트워크를 구성하며, 대상자에 대한 필요서비스 사정, 의뢰와 회송 관리 및 연계, 효과적인 자원 연결과 협력 등을 수행한다.(황도경 2017)

노인의료와 장기요양이외에 노인 돌봄의 연속성 측면에서 의료·보건·복지 영역의 서비스가 노인의 욕구 변화에 따라 적절하게 제공되고 필요한 서비스의 연계가 이루어지는 지를 분석한 연구에 따르면 의료·보건·복지의 '각 영역 내'와 '영역 간' 서비스의 연계가 이루어지지 않아 노인의 욕구 변화에 따라 대상자나 서비스의 의뢰와 연계가 매우 미흡한 것으로 분석됐다. 의료영역은 급성기 질환의 집중치료 의료시스템으로 왕진제도가 사실상 부재하며, 요양병원에는 부적합한

대상자와 높은 의료비용(간병 등)의 문제가 많다. 사회복지 영역의 재가서비스는 가사수발 중심의 단순한 저숙련 돌봄서비스가 주로 제공되며 요양원 서비스는 부적합한 대상자의 이용, 부실한 의료와 간호 서비스 제공 등의 문제가 지속적으로 제기되고 있다.

즉 노인이 지역사회에 거주하며 활동을 영위하기에는 적절한 서비스의 종류와 급여량이 부족하고 의료・보건・복지 영역내 및 영역 간 서비스의 연계를 도모할 수 있는 실질적인 시스템과 인력이 부족하다는 것이다. 특히, 공급주체의 시장화로 인한 제공기관간 경쟁 심화, 전달체계의 복잡화, 정부의 연계를 위한 미흡한 역할 등을 원인으로 지적 하고 있다. 다만, 동 연구는 돌봄의 연속성 측면에서 의료・보건・복지 영역의 연계가 부족함을 지적하며 연계방안에 대해서는 중앙부처 차원에서 통합적 연계를 견인하도록 하여야 하며, 각 지방정부가 지역단위의 연계를 주도하도록 재정지원과 제도개선을 독려하는 것이 필요하다는 방향성만을 제시하고 있다.(전 용호, 2018)

3.. 연구범위, 방법 및 한계

베이비부머 세대가 은퇴하게 됨에 따라 고령화는 전세계적 추세가 되고 있다. 고령화가 급속도로 진전됨에 따라 각 국가들은 의료비 등 재정 부담을 줄이면서 건강한 노화를 위한 사회시스템을 구축하기 위한 다양한 노력을 시도하고 있다. 특히, 노인들은 마지막까지 인간으로서 존엄성을 최대한 유지하며 자신이 살아왔던 지역사회에서 거주하며 살아가기를 원한다. 이를 위해서는 기존 문헌연구에서 고찰한 바와 같이 의료・요양・주택・복지 등 다양한 영역의 서비스가 충분히 제공되고 각 영역간 연계가 이루어져야 한다. 하지만 문헌고찰을 토대로 살펴본 바에 의하면 아직 우리나라는 의료・장기요양・복지 영역간 서비스 연계가 이루어지지 않고 있는 실정이다. 다만, 2018년 마련된 '지역사회 노인 통합 돌봄 기본계획'이 이러한 문제인식을 토대로 마련되고 선도사업이 추진되고 있음은 환영할 만한 정책변화이다.

기존 문헌연구에서 노인들의 지역사회 거주를 위해 의료・요양・복지의 연계 필요성이 제시되었으나 연계 방안에 대하여는 방향성만을 언급하고 있어 구체적 대안 모색이 필요한 상황이다, 정부에서는 '지역사회 통합

돌봄 기본계획'에서 노인 대상 주거, 방문의료, 장기요양, 통합체계 관련 방향성을 제시하고 있다.

본 연구에서는 지역사회 거주 노인케어 모델을 연구하되, 특히 중증 질환을 보유하고 있는 노인이 최대한 지역사회에서 거주하며 필요한 의료 및 요양서비스를 지원받을 수 있기 위해서 현재 문제점은 무엇이며, 이를 해결하기 위해 추진되어야 할 과제는 무엇인지를 살펴보고자 한다. 이를 위해 미국의 노인의료 및 장기요양시스템을 살펴보고 베이붐세대 은퇴로 인해 급격하게 진행되고 있는 고령화에 대응하여 미국 정부가 추진하고 있는 노인 의료 및 장기요양 제도 개혁을 위한 정책들을 한국의 현재 노인케어시스템과 비교 분석 후 한국 노인 케어 시스템의 개선 방안을 제시하고자 한다.

좀 더 구체적으로 살펴보면, 본 연구를 통해 분석하고자 하는 의제는 첫째, 노인들의 의료 및 요양 필요도에 적합하게 요양병원 및 요양시설을 이용할 수 있도록 하기 위한 시스템의 존재여부를 살펴보고 둘째 미국의 의료와 요양을 통합하여 제공하는 PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly)시스템 운영체계를 면밀히 고찰하여 한국 노인케어모델의 개선방안을 모색하고자 하는 것이다. 셋째 한국의 경우 심각한 기능성 장애가 발생한 노인이 합리적 의료처치 경로(clinical pathway)없이 입퇴원의 반복과 장기간의 입원으로 이어지는 상황을 개선하기 위한 방안을 미국 등 선진국의 사례 분석을 토대로 살펴보고자 한다. 넷째 치매, 중풍, 만성질환 등으로 의료적 처치가 필요하나 경제적 이유로 요양시설에 입소한 자들에게 적절한 의료연계를 위한 개선방안을 미국 등 선진국의 사례를 토대로 검토하고자 한다. 마지막으로 고령화로 인한 노인의료비 급증은 세계 모든 나라의 공통된 과제이다. 미국도 의료비 급증을 방지하기 위하여 메디케어와 메디케이드를 지속적으로 개혁하고 있다. 따라서 미국의 의료비 증가 방지를 위한 일련의 개혁 정책을 살펴보며, 환자중심(patient centered) 진료, 저비용 고효율의 서비스가 제공될 수 있도록 한국의 의료 및 장기요양 지불체계에 시사점이 있는지를 살펴보고자 한다.

한국의 지역사회에 기반한 노인케어 모델 연구는 관련 문헌, 연구보고서, 정부 공식문서, 보도자료 등 문헌고찰을 토대로 분석하고자 한다.

동 연구는 미국의 interRAI(International Resident Assessment Instrument), PACE 시스템, 메디케어와 메디케이드 개혁 조치, 이중자격자 관련 쟁점 및 제도개선방안, 사적 장기요양보험제도에 대한 검토 등 미국의 노인케어 시스템에 대한 검토를 포함하고 있다.

한국과 미국의 노인 의료 및 요양시스템의 비교 분석에 필요한 계량적 자료는 관련 문헌 및 논문의 해석을 통해 발견하고자 한다. 계량적 자료는 두 국가에서 이용가능하고 접근 가능한 자료를 주의 깊게 점검하여 사용하고자 한다.

다만, 본 연구는 지역사회 중심 노인케어 모델 연구를 위한 비교 대상 국가를 장기요양보험제도가 없는 미국만을 분석하고 있어 장기요양제도를 운영하고 있는 일본, 유럽의 선진국 등 보다 다양한 국가들을 같이 고찰하지 못하여 개선방안이 제한적이라는 한계가 있다. 또한 연구방법론 측면에서 문헌고찰 만을 중심으로 분석하여 PACE 운영 기관, 주정부 및 연방정부 노인 케어 관련 정책 책임자 등의 보다 생생한 문제인식 및 정책 방향을 포함하지 못했다는 한계가 있다.

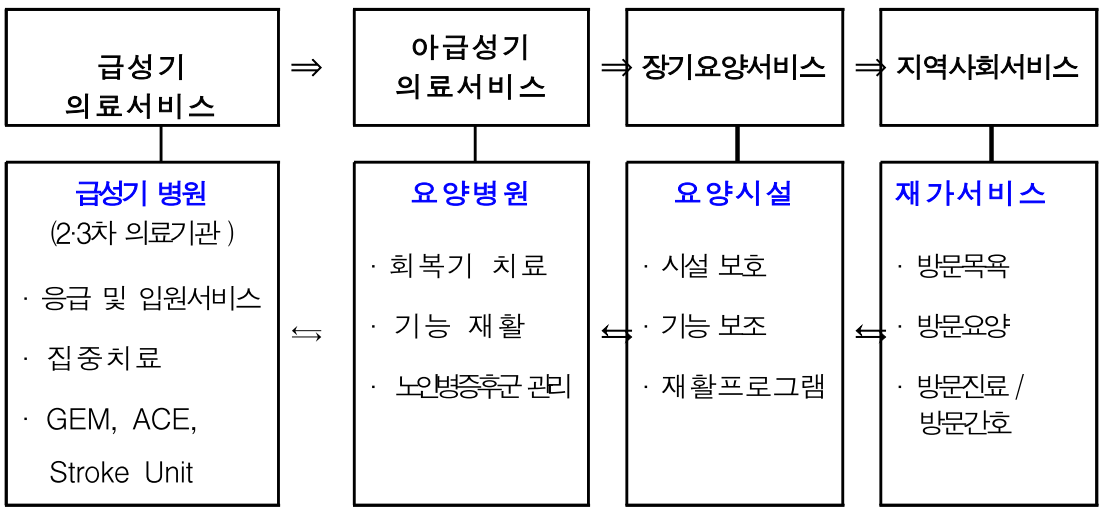
II. 한국의 노인 의료·요양체계 현황 및 도전과제

우리나라 노인들은 지역사회에 거주하며 의료 및 요양 필요도를 토대로 본인의 선택에 따라 병원, 요양병원, 요양시설, 복지기관의 재가서비스를 이용하고 있다.

일반적으로 만성질환을 보유하고 있는 건강한 노인들은 지역 내 일차의료기관(clinic)에서 질병관리 및 건강검진서비스를 이용한다.

응급 및 입원서비스와 집중치료가 필요한 경우에는 급성기 의료서비스를 제공하는 2차, 3차 의료기관을 이용한다. 회복기 치료, 기능 재활치료, 노인병증후군 관리가 필요한 경우에는 요양병원을 이용한다. 의료적 서비스 보다는 노화로 인한 돌봄의 필요성이 더 많은 경우에는 요양시설과 재가서비스를 이용한다. 돌봄 필요성의 정도에 따라 자신의 집에 거주하며 받을 수 있는 재가서비스를, 요양시설에 입소하여 받는 서비스를 선택하여 제공받을 수 있다.

<그림 2-1> 노인들의 의료 및 요양서비스 이용 흐름도



한국은 건강보험제도와 장기요양보험 제도를 개별 법률을 토대로 각각 운영하고 있다. 병원 및 요양병원을 이용할 경우에는 국민건강보험 재정으로 진료비를 지원받으며, 요양시설과 재가서비스를 이용할 경우에는 장기요양보험 재정으로 시설이용요금 및 서비스 비용을 지원받고 있다.

국민건강보험제도는 사회보험원리에 따라 전 국민이 의무적으로 가입하도록 하고, 보험가입자의 소득 및 재산에 따라 보험료를 부과하며 일부 정부재정 지원을 토대로 보험급여를 제공한다. 따라서 건강보험제도에 가입한 한국인들은 모든 의료기관을 이용할 경우 진료비의 일부만을 본인부담금으로 지출하면 된다. 일부 한국인들은 사적건강보험에 가입하여 건강보험에서 지원되지 않는 비급여에 따른 비용을 추가 지원받기도 한다.

장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 다른 사람의 도움을 받지 않고서는 생활하기 어려운 노인들에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다. 장기요양보험제도는 전 국민이 의무가입을 하는 점에서는 건강보험제도와 동일하다. 다만, 장기요양보험은 65세이상 노인들이 신청할 수 있으며, 심신상태를 조사하여 장기요양 필요정도에 따라 총 5등급으로 분류하고 재가급여, 시설급여, 특별현금급여 등을 제공한다.

1. 노인 의료체계 현황

한국은 건강보험제도를 운영하고 있으며, 건강보험제도는 전 국민 누구나 의원, 병원 및 상급종합병원 등에서 제공하는 치료 및 관리 등 의료서비스를 이용하는 경우 지원받는 사회보험제도로서 노인들만을 위한 별도의 의료체계가 운영되고 있지는 않다.

노인들의 경우도 건강 및 질환상태에 따라 건강하거나 허약한 경우에는 1차 및 2차 의료기관을 주로 이용하고 급성기 중증질환이 발생한 경우 3차 의료기관을 이용한다. 다만, 노인의 경우 급성기 치료후 요양병원을 지속적으로 이용하고 있다. 따라서 이하에서는 중증 노인들이 주로 많이 이용하며, 요양시설과 역할정립의 문제가 지속적으로 지적되고 있는 요양병원 현황을 중심으로 살펴보고자 한다.

(1) 요양병원의 연혁 등 개요

요양병원은 우리나라 의료법 제3조에 의하면 의사 또는 한의사가 의료를 행하는 곳으로서, 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고, 장기요양이 필요한 입원환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관이다.

국제적으로 사용하는 요양병원의 정의는 만성 질병과 기능 장애로 일상생활의 자립도가 저하되어 장기요양이 필요한 환자가 입원하는 병원 병상을 의미한다(OECD).

요양병원의 입원대상은 의료법 시행규칙 제36조에 규정하고 있으며, 노인성 질환, 만성 질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해 후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자이다. 다만, 정신질환자(노인성치매 제외) 및 전염성 질환자는 입원대상으로 하지 아니한다고 규정하고 있다.

요양병원 관련 주요 제도 변경 등 연혁에 대하여 간략히 살펴보면 다음과 같다. 요양병원 제도는 1994년 1월 의료법 개정으로 의료기관 종별 분류에 '요양병원'이 신설되며 도입되었다.

요양병원 환자는 급성기 병원 환자에 비해 의학적 상태가 안정되어 있고 의료적 서비스 부분에서 비급여가 거의 없어 포괄형 수가를 적용하기에 적합하다고 판단되어 일정정액인 요양병원수가를 개발하고 1년간의 시범사업을 거쳐 2008년 1월부터 일당 정액수가를 시행하였다.

2011년 1월부터 요양병원의 의료서비스 질 제고를 위하여 요양병원의 의료기관 평가인증 신청을 의무화하였다. 또한 2015년 5월부터는 의사정원을 확대하였다. 의사정원을 입원환자 40명당 1인에서 입원환자 80명까지 2인으로 변경하고 시설 안전관리를 담당하는 당직근무자 1인을 의무화 하였다. 2017년 6월부터 당직의료인 기준을 신설하였다. 의사는 입원환자 300명까지는 1명, 300명을 초과하는 300명마다 1명을 추가하고 간호사는 입원환자 80명까지는 1명, 80명을 초과하는 80명마다 1명을 추가토록 하였다.

(2) 요양병원의 환자분류 기준

요양병원의 환자는 의료서비스 요구도와 기능 상태에 따른 환자평가표에 의하여 다음의 <표 2-1>과 같이 7개 환자군으로 대분류한다. 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군으로 대분류된다. 그리고 각 군별로 임상적 상태 혹은 일상생활활동(ADL: activity of daily living) 기능 상태에 따라 2~3개 세부 분류한다.

< 표 2-1 > 요양병원 환자 세부 분류군 기준

대분류군	분류기준	중분류 기준
의료 최고도	ADL이 11점 이상이면서 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 하나 이상에 해당하는 경우	count 3-6 count 1-2
의료 고도	다음 중 어느 하나에 해당 - 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성희귀난치성질환을 가진 환자가 ADL 18점이상 - 다발경화증 사지마비환자가 ADL 11점이상 - 2단계 욕창 또는 2단계 울혈성 및 허혈성궤양이 2개 이상이면서 2가지 이상의 피부궤양치료를 받고 있거나 3~4단계 피부궤양이 1개 이상이면서 2가지 이상의 피부궤양치료를 받고 있는 경우 - 발열(탈수,구토,체중감소,경관영양중 하나 이상을 동반한 경우에 한함) - 2도 이상 화상 - 격렬하거나 참을 수 없는 통증이 매일 있는 경우 - 경관영양 또는 말초정맥영양 - 흡인 - 기관 절개관 관리 - 당뇨환자가 발의 감염 또는 발의 개방성 병변이 있는 드레싱을 받고있는 경우 - 수혈 - 산소요법 - ADL이 10점이하이면서 의료최고도 조건에 해당되는 경우	A D L 17-20점 ADL 9-16점 ADL 4-8점
의료 중도	다음 중 어느 하나에 해당 - 뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성희귀난치성질환을 가진 환자가 ADL이 11~17점인 경우 - 2단계 욕창 또는 2단계 울혈성 및 허혈성 궤양이 1개이면서 2가지 이상의 피부궤양치료를 받는 경우 - 당뇨이면서 매일 주사 필요 - 경미하거나 중등도의 통증이 매일있는 경우 - 정맥주사에 의한 투약 - 네블라이저요법 - 수술창상이 있으면서 이에 대한 치료를 받거나 개방창이 있으면서 이에 대한 드레싱을 받는 경우 - 위루,요루 또는 장루관리를 받고 있는 경우 - 배뇨훈련을 받고 있는 경우	A D L 16-20점 ADL 9-15점 ADL 4-8점
문제 행동군	망각, 환각, 초조•공격성,탈억제,케어에 대한 저항,배회 중 하나 이상의 증세를 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보인 경우	ADL 4-20점
인지기능 장애군	인지기능검사결과 0~19에 해당하는 경우	ADL 4-20점
의료 경도	의료최고도 내지 인지장애군에 해당하지 않는 환자로서 ADL이 6점 이상이고 전문재활치료중 적어도 한가지이상을 주2일 이상 받고 있는 경우	ADL 13-20점 ADL 6-12점
신체 기능 저하군	의료최고도~의료경도에 해당하지 않거나 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자에게 산정	ADL 13-20점 ADL 6-12점 ADL 4-5점

주: 1) ADL은 식사하기, 체위변경하기, 옮겨앉기, 화장실사용하기의 점수를 모두 합하여 산정하되, 문항별 점수는 1점(완전자립)~5점(전적인 도움과 행위발생 안함) 부여
2) count는 의료최고도 조건인 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 해당하는 조건의 수에 의료고도 또는 의료중고 해당조건이 존재 정도에 따라 1~2점 부여

(3) 요양병원 지불체계 및 수가구조

요양병원의 급여비용은 의료법 제3조 제2항 제3호에 의한 요양병원이 국민건강보험법령의 규정에 의하여 입원 진료에 대한 요양급여를 실시한 경우에 적용하고 있다.

요양병원의 수가구조는 입원 1일당 기본정액수가, 인력 등을 고려 한 차등 및 가산수가와 일정 항목에 대한 행위별 수가로 구성되어 있다. 2008년 1월부터 행위별수가제에서 일당 정액제로 변경되어 환자의 의료서비스 요구도와 기능 상태에 따른 환자군별로 입원 1일당 정액수가를 적용하고 있다.

차등 및 가산 항목은 입원일수에 따른 입원료 차등, 인력확보에 따른 입원료 차등, 요양병원 입원급여 적정성 평가결과에 따른 가산 및 요양병원 인증조사 미 신청기관에 대한 가산배제 등으로 구성되어 있다. 차등 수가를 적용하는 인력에는 의사, 간호사 및 간호조무사등 간호인력, 약사・의무기록사・방사선사・임상병리사・물리치료사・사회복지사 등 필요인력이며, 이들 인력 확보정도에 따라 차등 수가를 적용받는다.

행위별 수가를 적용받는 항목에는 식대, CT 및 MRI, 전문재활치료, 혈액투석 및 투석액, 전문의약품치매치료제, '07년 1월 이후 비급여에서 급여로 전환된 행위 및 치료재료, 타 의료기관으로 진료의뢰한 비용(행위, 약제, 치료재료)이 포함된다.

요양병원을 이용한 환자의 입장에서 병원비용은 진료비, 급여 본인부담금, 비급여 의료검사 항목 및 놀이프로그램 참여비 등 비급여 본인부담금 및 간병비로 구성된다. 본인부담금은 기본적으로 총 급여비용의 20%이고, 신체기능저하군의 경우 40%이며, 식대는 50%이다. 환자가 월 평균 부담해야 하는 비용은 52~74만원 정도이다. 간병비를 포함할 경우에는 100~174만원을 부담해야 한다.

(4) 요양병원 인력・시설 기준 등 운영체계

2018년 기준 요양병원은 총 1,445개이고, 병상수는 272천 병상이며, 요양병원 입원환자는 연간 45만 9천여명으로 평균 입원기간은 174일이다. 요양병원 운영의 근거법률은 '의료법'과 '국민건강보험법'이며, 재원은 건강보험에 의해 지원받고 있다.

요양병원 개설에 필요한 인력 기준은 의사는 환자 40인당 1인이고 간호 인력은 환자 6인당 1인이며, 이외에 약사, 물리치료사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사 및 의무기록사 등이 필요하다.

시설기준은 30병상 이상의 입원실이 있어야 하며, 병상당 면적은 6.3㎡ 이상, 1인실은 10㎡이상이어야 한다. 그 이외에 수술실, 응급실, 임상검사실, 방사선장치, 회복실, 조제실, 의무기록실, 탕전실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설, 적출물처리시설, 자가발전시설 등이 있어야 한다. 엘리베이터 및 경사로, 이동 공간, 문턱, 안전손잡이, 비상연락장치 등도 구비하고 있어야 한다.

2. 노인 장기요양체계 현황

(1) 노인 장기요양보험제도 개요

노인 장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주기 위하여 시행하는 사회보험제도이다.

장기요양보험제도는 '노인장기요양보험법'을 토대로 운영되고 있다. 동 법에 의한 장기요양보험 제도를 이용할 수 있는 대상자는 65세이상 노인 또는 65세 미만의 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 자로서 6개월 이상 기간 동안 스스로 일상생활을 수행하기 어려운 자이다.

이들에게 제공되는 장기요양급여는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 나뉘고, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간 보호 등이 있다. 시설급여는 노인요양시설 또는 노인공동생활가정에 입소하여 신체활동지원, 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것을 말한다. 특별현금급여는 대상자의 가족에게 지급하는 가족요양비, 특례요양비 및 요양병원 간병비 등이 있다. 노인 장기요양급여에 필요한 재원은 가입자의 보험료와 정부 재정지원, 본인부담금으로 충당한다.

(2) 장기요양 등급인정기준 및 이용절차

장기요양등급은 신체기능 등 5개영역 52개 항목을 조사한 장기요양 인정점수를 토대로 1등급부터 5등급 및 인지지원등급으로 구성된다. 인지지원 등급은 '18년 1월부터 신설되어 운영되고 있다.

장기요양보험의 등급별 기준 및 상태는 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 장기요양보험 등급 인정기준

등급	심신 상태	장기요양인정점수
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 **전적으로** 다른 사람의 도움이 필요한 자	**95점 이상**인 자
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 **상당부분** 다른 사람의 도움이 필요한 자	**75점 이상 95점 미만인** 자
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 **부분적으로** 다른 사람의 도움이 필요한 자	**60점 이상 75점미만**인 자
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 **일정부분** 다른 사람의 도움이 필요한 자	**51점 이상 60점미만**인 자
5등급	치매환자(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)	**45점 이상 51점미만**인 자
인지지원 등급	치매환자(노인장기요양보험법 시행령 제2조에 따른 노인성 질병으로 한정)	**45점 미만**인 자

* 보건복지부 내부 자료

장기요양 등급 판정에 사용되는 장기요양인정점수는 신체기능(12개 항목), 인지기능(7개 항목), 행동변화(14개 항목), 간호처치(9개 항목), 재활(10개 항목)과 같은 5개 분야, 52개 항목을 조사하여 산정한다.

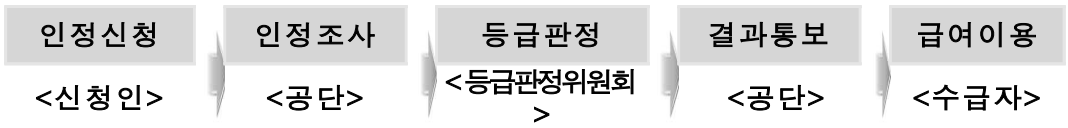
장기요양등급은 등급판정위원회에서 신청인의 장기요양이 필요한 정도에 따라 장기요양인정점수를 기준으로 등급을 판정한다.

등급판정위원회는 위원장 1인, 의사·한의사·간호사·사회복지사 등 전문가로 구성된 총 15으로 운영되며, 227개 건강보험공단 장기요양센터별로 설치된다. 등급 판정기간은 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내, 부득이한 사유가 있는 경우 30일 이내의 범위에서 연장이 가능하다.

일반적으로 등급 인정 유효기간은 최소 1년 이상이며, 등급 갱신 결과 직전 등급과 동일한 경우 1등급은 4년, 2~4등급은 3년, 5등급·인지지원 등급은 2년이다.

장기요양등급을 받기 위한 이용절차는 <그림 2-2>와 같다.

<그림 2-2> 장기요양 등급 신청 및 인정절차

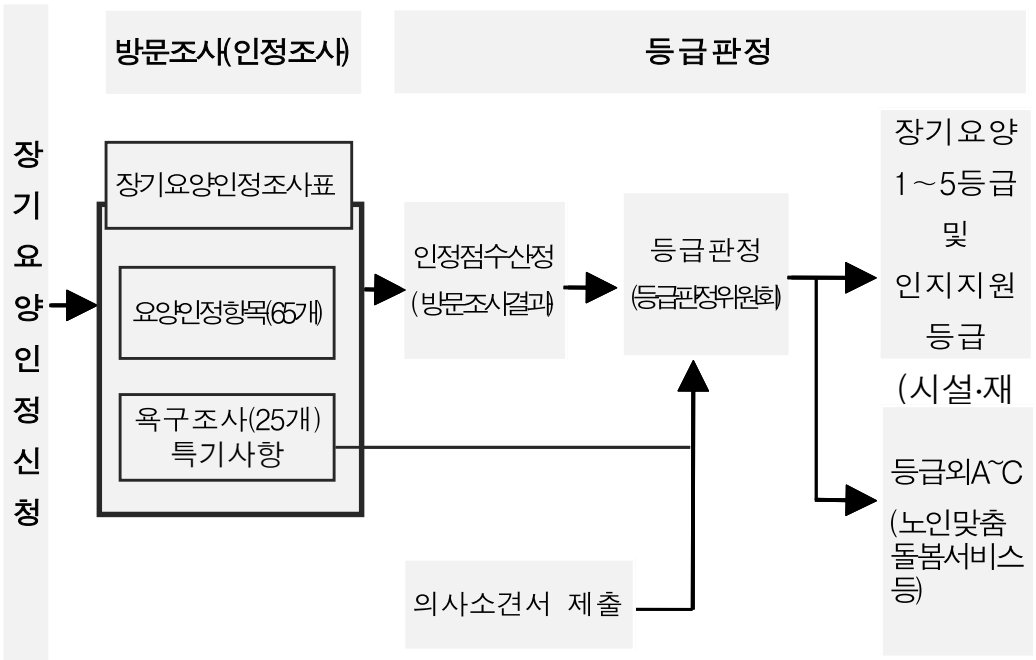


장기요양등급을 받기 위해서는 먼저 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자가 건강보험공단에 의사소견서를 첨부하여 장기요양인정을 신청하여야 한다. 신청을 받은 공단은 사회복지사 또는 간호사인 직원이 신청인의 자택을 방문하여 신청인의 심신상태 등을 조사한다. 이후 공단은 조사결과서, 의사소견서 등을 등급판정위원회에 제출하면 등급판정위원회에서 장기요양등급 판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자를 판정한다.

장기요양 급여자로 판정이 되는 경우 공단은 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용이 담긴 장기요양인정서와 적절한 서비스 내용, 횟수, 비용 등을 담은 표준장기요양이용계획서를 신청인에게 송부한다. 신청인은 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여를 시작하게 된다.

장기요양등급 판정절차는 <그림 2-3>과 같다.

<그림 2-3> 장기요양 등급 판정절차



* 보건복지부 내부 자료

(3) 장기요양보험 급여

장기요양 급여자로 판정을 받은 경우 이용할 수 있는 장기요양급여는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여 및 치매가족휴가제로 분류할 수 있다. 등급별로 이용 가능한 급여의 종류는 다음의 <표 2-3>와 같다.

<표 2-3> 장기요양 등급별 이용가능 급여

등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급 *'14.7월 시행	인지지원등급 *18.1월 시행
기능점수	95이상	95~75	75~60	60~51	51~45(치매)	45점 미만(치매)
제공급여	재가+시설		재가*		재가(주야간보호+인지활동형 방문요양)	주야간보호
	치매가족휴가제(종일방문요양)		치매가족휴가제(단기보호)			
	복지용구					

* 보건복지부 내부 자료

재가급여는 수급자의 가정을 방문하여 식사 및 약 챙겨드리기 등 신체활동, 장보기, 병원동행 등 일상생활 및 정서 지원과 치매수급자에게 회상훈련 등 인지 활동을 지원하는 서비스를 제공한다. 서비스 유형별로 살펴보면, 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 ①방문요양, ② 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비 등을 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 방문목욕과 ③ 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사, 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 방문간호가 있다.

이와 더불어 ④ 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원, 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련을 제공하는 주야간보호, ⑤ 수급자를 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원, 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련을 제공하는 단기보호 및 ⑥수급자의 일상생활, 신체활동 지원 및 인지기능 유지·향상에 필요 한 용구를 제공하거나 대여하여 주는 복지용구급여서비스가 있다. 복지용구에는 이동변기, 목욕의자 등 10개 품목의 구입품목과 수동휠체어, 전동침대 등 7개의 대여품목 등이 있다. 이러한 재가급여 서비스는 수급자가 월 한도액 내에서 원하는 급여종류·급여량을 선택하여 이용할 수 있다.

시설급여는 노인요양시설, 공동생활가정에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원, 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것이다. 시설급여의 경우 월 한도액 없이 1일당 이용단가만 정해져 있다.

특별현금 급여는 가족요양비, 특례요양비 및 요양병원 간병비가 있다. 가족요양비는 도서·벽지거주, 천재지변 등의 사유로 장기요양기관이 제공하는 급여를 이용하기 어려운 경우, 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때 지급하는 급여를 의미한다. 특례요양비는 수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등에서 재가급여 또는 시설급여에 상당하는 장기요양급여를 받은 때 비용의 일부를 지급하는 급여이며, 요양병원 간병비는 수급자가 요양병원 입원시 장기요양에서 사용되는 비용의 일부를 지급하는 급여이다.

마지막으로 치매가족휴가제는 치매가 있는 수급자를 돌보는 가족의 휴식을 지원하기 위한 제도로, 치매가 있는 수급자는 연간 6일 이내에서 월 한도액과 관계없이 단기보호급여를 이용하거나 종일 방문요양급여(1회당 12시간) 이용이 가능하다. 단기보호 이용 가능자는 1~5등급 치매수급자 및 인지지원등급 수급자이며, 종일 방문요양 이용가능자는 1~2등급 치매수급자이다.

(4) 장기요양 인정자, 이용자 및 종사자 현황

2020년말 기준 전체인구 52,839천명 중 노인인구는 전체인구의 15.4%인 8,121천명이며, 노인인구의 9.7%인 약 788천명이 장기요양등급을 인정받았다.

실제로 장기요양서비스를 이용하는 이용자는 약 655천명이며, 미이용자는 132천명이다. 이용자중 시설이용자가 179천명이며, 재가서비스 이용자는 469천명이다. 그 이외에 요양병원 이용 및 병의원 입원자가 59천명, 가족돌봄을 이용하는 수급자가 29천명이며, 기타가 44천명이다.

장기요양인정자의 등급별 현황은 <표 2-4>과 같다.

<표 2-4> 장기요양 인정자 현황

'20.2월말 현재 (단위 : 명, %)

계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
787,781	43,994	86,436	227,846	336,250	76,889	16,366
(100%)	(5.6%)	(11.0%)	(28.9%)	(42.7%)	(9.8%)	(2.1%)

* 보건복지부 내부 자료

요양보호사, 사회복지사, 간호사 및 간호조무사, 물리치료사 및 작업치료사 등 장기요양 종사자는 2020년 2월 기준으로 557천명이다. 요양보호사 양성 인력은 총 179만 여명이며, 이중 약 25.5%인 457천명이 현재 활동중이다. 요양보호사는 입소시설에 74천여명, 재가기관에 383천여명이 종사하고 있으며, 연령대는 60대 이상이 51.5%를 차지하고 있다.

사회복지사는 27천여명, 간호사 및 간호조무사는 17천 여명이며, 물리치료사 및 작업치료사는 2,500여명이 활동중이다.

(5) 장기요양보험 재정구조

장기요양보험의 기본적 재정구조는 <표 2-5>와 같다.

<표 2-5> 장기요양보험 재정 기본구조

① 가용재원 = (전년도 말 누적적립금) + (보험료 수입) + (국고지원금) + (본인부담금)
(수입)

② 총지출 = (급여비(공단부담금)) + (관리운영비)

⇨ **(연말 누적적립금) = ① (가용재원) - ②(총지출)**

가. 보험료 등 수입

장기요양보험의 수입은 장기요양보험료, 국고지원금 및 본인부담금으로 구성된다. 가입자가 부담하는 장기요양보험료는 매년 건강보험료액에 장기보험료율을 곱하여 산정된다. 연도별 장기요양보험료율 변화는 <표 2-6>과 같다.

<표 2-6> 연도별 장기요양보험료율 변화

구 분	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	'20
보험료율(%)	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	7.38	8.51	10.25

* 보건복지부 내부 자료

국고지원금은 노인장기요양보험법에 따라 국가가 매년 예산의 범위 안에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 지원하고 있다. 본인부담금은 수급자가 장기요양서비스를 이용하는 경우 부담하는 금액으로 재가급여의 경우 15%이며, 시설급여의 본인부담은 20%이다.

나. 급여비용 등 지출

지출은 공단이 부담하는 요양급여비와 관리운영비로 구성된다. 공단이 부담하는 요양급여비는 시설급여의 경우 공단이 80%, 재가급여의 경우 85%이다. 요양급여비용(수가)은 인건비와 관리운영비로 구성되며, 인건비는 최저임금을, 관리운영비는 물가상승률을 주요 조정변수로 하여 장기요양위원회에서 결정된다. 관리운영비는 장기요양제도 운영에 소요되는 공단 직원 인건비 및 사업비 등을 의미한다.

장기요양수가는 매년 물가인상률, 최저임금인상률 등을 고려하여 결정하며, 재가・시설급여종류 및 장기요양등급 등에 따라 장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정하여 고시하도록 하고 있다. 장기요양위원회는 보건복지부차관이 위원장이며 가입자, 공급자, 공익위원 등 22명으로 구성・운영되고 있다.

다. 누적 적립금

누적 적립금은 전년도말 누적수지와 해당연도 당기수지를 합한 금액을 의미한다. 해당연도 당기수지는 수입에서 지출을 마이너스 한 금액을 의미한다.

2008년 장기요양보험제도가 도입된 이후 당기수지는 2012년이 최고 흑자였으며, 그 당시 흑자금액은 5,593억원이었다. 그러나 고령화로 인한 수급자 확대와 서비스 확대 등으로 인한 지출 증가율이 수입증가율 보다 더 많아 2016년 후 당기재정수지가 적자로 감소 추세로 전환되었다.

또한 공단은 장기요양보험법 제51조에 따라 예기치 못한 과다지출이나 수입 감소 등 재정 충격에 대비하기 위하여 당해 연도 급여비의 5%이상의 금액을 준비금으로 적립하여야 한다.

(6) 장기요양기관 현황 및 인력기준

가. 장기요양기관 현황

장기요양기관은 2019년말 기준으로 전국에 총 39,080개소가 운영중이다. 입소시설은 총 5,543개소이며, 이들 시설의 전체 정원은 192,730명이며, 현원은 164,199명이다.

입소시설 중 노인요양시설은 3,604개소이며, 노인요양공동생활가정은 1,939개소이다. 재가기관은 33,537개소이다. 재가기관을 재가급여 종류를 기준으로 살펴보면 <표 2-7>와 같다.

<표 2-7> 재가급여 종류 기준 재가급여기관 현황

계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간	단기	복지용구
33,537	15,305	11,121	795	4,179	162	1,975

* 보건복지부 내부 자료

입소시설을 소유자를 중심으로 분석해 보면, 2020년 2월 기준으로 입소시설 총 5,576개소 중 국가·지자체 시설은 전체의 2%인 114개소이고 법인시설은 총시설의 24.3%인 1,355개소이며, 개인시설은 총 시설의 73.7%인 4,107개소이다.

지방자치단체, 법인 등 공공부문이 운영하는 시설은 시설 수를 기준으로 26.3%이며, 정원 기준으로 45.6%를 차지한다. 입소시설의 입소율은 평균적으로 85.2%이며, 지자체가 운영하는 시설의 입소율은 92.5%, 법인이 운영하는 시설의 입소율은 84.1%, 개인이 운영하는 시설은 86.7%이다.

나. 장기요양기관 인력배치 기준

노인복지법 시행규칙 별표 9 및 노인장기요양보험법에 규정하고 있는 장기요양기관의 인력배치 기준을 살펴보면 다음과 같다.

요양시설 등 입소시설의 경우 시설장, 사무국장, 사회복지사, 의사 또는 한의사, 간호사 또는 간호조무사, 물리치료사 또는 작업치료사, 요양보호사, 사무원, 영양사, 조리원, 위생원, 관리인 등을 채용하여야 하며, 입소인원에 따라 간호사, 요양보호사 등의 인원이 달라진다. 5~9명이 입소하는 공동생활가정의 경우, 시설장·사무국장·사회복지사 중 1명, 간호사·간호조무사·물리치료사·작업치료사 중 1명과 요양보호사를 입소인원 3명당 1명 기준으로 채용하여야 한다.

재가급여기관의 경우 시설장은 모든 재가급여서비스 기관이 필수적으로 채용하여야 하며, 방문요양의 경우 사회복지사, 요양보호사를 각각 수급자 15명을 기준으로 채용하여야 한다. 방문목욕의 경우에는 요양보호사 2명이상을, 방문간호의 경우에는 간호사 또는 간호조무사 1명을 채용하여야 하며, 만약 구강위생을 제공하는 경우에는 치과위생사를 채용하여야 한다.

주야간보호기관의 경우 이용인원이 10명 미만의 경우에는 간호사·간호조무사·물리치료사·작업치료사 중 1명이상, 요양보호사를 이용자 7명당 1인, 조리원을 채용하여야 한다.

10명 이상의 주야간보호기관의 경우 10명 미만 주야간보호기관에서 채용하는 인원 이외에 사회복지사, 사무원과 보조원 또는 운전원 1명을 추가로 채용하여야 하며, 요양보호사도 이용인원에 비례하여 추가로 채용하여야 한다.

노인복지법 시행규칙 별표 9에 따른 주요 인력별 역할을 보면, 요양보호사는 노인에게 신체활동 및 일상생활지원 등의 업무를 전문적으로 수행하여야 한다. 이들 요양보호사는 240시간의 요양보호사 교육과정을 이수하고 시·도지사가 실시하는 자격시험에 합격하여 자격을 취득한 자들이다. 간호사 또는 간호조무사는 해당 면허자로서 노인의 건강관리·간호 업무를 수행하며, 사회복지사는 수급자 욕구사정 및 수급자별 급여제공 계획을 수립하고, 복지증진에 관하여 상담·지도한다.

3. 요양병원과 요양시설 운영체계 및 현황

복합질환을 가지고 있는 노인들의 특성상 노인의료 및 장기요양체계 중 요양병원과 요양시설을 많이 이용하고 있어 이 두 기관의 특성을 대비하여 살펴보고자 한다.

(1) 연혁 및 기관 현황

요양병원은 의료서비스를 제공하고 요양시설은 신체활동을 지원하는 요양서비스를 지원하는 특성으로 근거법률도 의료법과 노인장기요양보험법으로 상이하며, 기관수는 요양시설이 많으나 입원자 수는 요양병원을 이용하는 입원환자 수가 더 많다. 다만, 요양병원에는 65세 미만도 재활치료 등을 위해 입원하고 있음을 고려할 필요가 있다.

<표 2-8> 요양병원과 요양시설 연혁 및 기관 현황

구분	요양병원	요양시설
의의	요양이 필요한 자에 대한 의료서비스 제공	6개월 이상 동안 혼자 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동 등의 서비스를 제공
연혁	1994년 1월	2008년 7월
법률	의료법&국민건강보험법	노인장기요양보험법
현시설수	1,445개 (‘18.12월 기준)	5,543개 (‘19.12월 기준)
이용자수	459천명(입원환자, ‘18년), 연간누적	164천명(‘19.12월) 기준, 현원

(2) 인력 및 시설기준 등

요양병원은 의료법의 적용을 받는 의료기관이고 요양시설은 노인장기요양보험법의 적용을 받는 사회복지시설이다.

따라서 인력 및 시설기준도 이 차이에 따라 요양병원의 인력은 의사, 간호사 등 의료인력이 중심이 되고 요양시설은 요양보호사 등이 주요 인력으로 활동한다. 의료인력은 의사의 경우 촉탁의로 최소한 월 2회 방문을 원칙으로 하고 간호사는 노인 25인당 1명을 기준으로 운영하고 있다

<표 2-9> 요양병원과 요양시설 인력 및 시설기준

구분	요양병원	요양시설
인력 배치	· 의사 : 환자 40인당 1인 · 간호인력 : 환자 6인당 1인 (2/3까지 간호조무사 대체 가능) · 기타인력(인센티브) : 약사, 물리치료사, 방사선사, 임상병리사, 사회복지사, 의무기록사	· 시설의 장: 사회복지사 또는 의료인 · 촉탁의 or 의료협약 · 간호사 : 노인 25인당 1인 · 물리치료사 : 1인 · 요양보호사 : 노인 2.5명당 1인 · 사무국장, 사회복지사 등
설비 현황	· 30인 이상 입원가능한 입원실, 의무기록실, 소독시설, 자가발전시설 · 식당, 휴게실, 욕실 및 화장실 등	· 침실(1실 4인이하), 식당 및 조리실, 세면장 및 목욕실, 화장실 등이 기본 * 10인 이상 시설에는 의료 및 간호사실, 물리(작업)치료실, 프로그램실을 갖춤
시설기준	· 30병상 이상 · 병상 당 면적 6.3㎡ 이상 (1인실 10㎡ 이상) · 입원실, 수술실, 응급실, 임상검사실, 방사선장치, 회복실, 한방요법실, 조제실, 탕전실, 의무기록실, 소독시설, 급식시설, 세탁물처리시설, 적출물처리시설, 자가발전시설 · 엘리베이터 및 경사로 · 기타 이동 공간, 문턱, 안전손잡이, 비상연락장치 등	· 1인당 연면적 23.6㎡ 이상(1명당 6.6㎡ 이상) · 침실 1인당 면적은 6.6㎡ 이상 · 침실, 사무실, 요양보호사실, 자원봉사자실, 물리(작업)치료실, 프로그램실, 식당 및 조리실, 비상재해대비시설, 화장실, 세면장 및 목욕실, 세탁장 및 세탁물건조장 등 * 10명이상 시설은 토지, 건물의 소유 필요

(3) 입원대상 및 이용절차 등

요양병원과 요양시설의 입원대상자, 환자분류기준 및 이용절차는 다음과 같다.

<표 2-10> 요양병원과 요양시설 입원대상 및 이용절차

구분	요양병원	요양시설
입원(소) 대상자	· 노인성 질환자 · 만성질환자 · 외과적 수술 또는 상해 후 회복 기간에 있는 자	· 장기요양급여 수급자 · 기초수급권자로서 65세 이상의 자 · 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세이상의 자
이용절차	· 환자 선택, 의사판단(입원 결정)	· 신청 → 등급판정위원회 판정(1·2등급) → 입소 *3~5등급자도 등급판정위원회에서 시설 급여가 필요하다고 인정한 경우 가능
환자 등급 분류체계	의료서비스 요구도에 따라 7개군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)으로 분류	기능상태 및 요양필요도에 따라 1~3등급으로 분류

(4) 본인부담 등 재원구조

요양병원과 요양시설의 재원형태, 비용내역 및 본인부담금 등 재원구조는 다음과 같다.

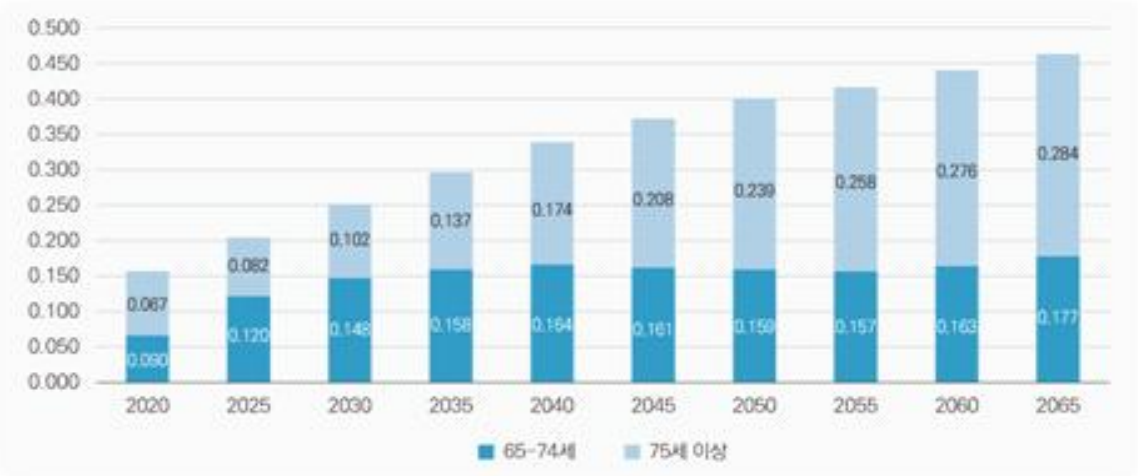
<표 2-11> 요양병원과 요양시설 재원구조

구분	요양병원	요양시설
재원형태	건강보험	장기요양보험
비용내역	· 진료비 · 급여본인부담금 · 비급여 본인부담금(비급여 의료검사 항목, 놀이프로그램 참여비 등) · 간병비	· 기본입소료(광열비, 주거비 등) · 추가비용(식사재료비, 이미용비, 1·2인실 이용에 따른 추가비용 등)
본인부담	· 입원진료의 경우 기본 20%(신체기능저하군 40%), 식대는 50% · 월 평균 52~74만원, 간병비 포함시 100~174만원	· 등급별 급여액의 20%(의료급여 수급자, 저소득자 등 감경대상자는 10%, 기초수급자는 무료) · 급여 :월 평균 26~32만원 비급여 포함시 월 평균 43~65만원
수가형태	환자 분류군별 일당정액제(25,800~59,160원) +행위별수가('08.1월 시행)	등급별 일당정액제
비고	· 식대 급여 · 의사 및 간호인력 확보수준에 따라 차등수가 설정 * 의사수 차등 +20~-50% * 간호인력 차등 +60~-50%	· 식대 별도비용 지출 · 인력 배치기준에 따른 수가 가·감산(공단부담금의 +10~-50%)

4. 노인 의료·장기요양체계 관련 주요 도전과제

한국은 다른 선진국과 마찬가지로 고령화, 치매인구 증가 등으로 노인 의료 및 요양서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가할 전망이다.
이미 2018년 노인인구가 전체의 14%를 넘는 고령사회에 진입하였고 2025년에는 20%를 초과하여 초고령 사회에 진입이 전망된다.
특히, 베이비붐 세대('55~'66)는 2020년부터 노인인구로 진입을 시작하였고 2030년에는 요양수요가 높은 후기 고령인구(75세)로 편입이 시작된다.
2019년 3월 통계청이 발표한 장래인구 특별추계 결과를 보면 아래 <그림 2-4>와 노인인구 중 75세 이상의 후기 고령인구가 차지하는 비중이 지속적으로 증가함을 알 수 있다. 다음 그림은 75세 이상 노인과 65~74세의 인구의 변화추이이다.

<그림 2-4> 노인인구비율 전망



*자료 : 통계청, 장래인구 특별추계, 2019

또한, 2030년 전체노인의 10%인 127만명이 치매환자로 예상되어 노인 요양서비스에 대한 수요는 더욱 증가하리라 예상된다. 노인실태조사 결과에 따르면 전체 노인의 약 16.6%~19.3%인 122만명~142만명은 타인의 도움이 필요한 것으로 추정된다. 향후 1인 가구 증가, 부모와 자식 세대 간 독립생활 선호 경향 등 사회적 상황 변화도 공적 돌봄 서비스 수요 증가를 더욱 촉진하리라 여겨진다.

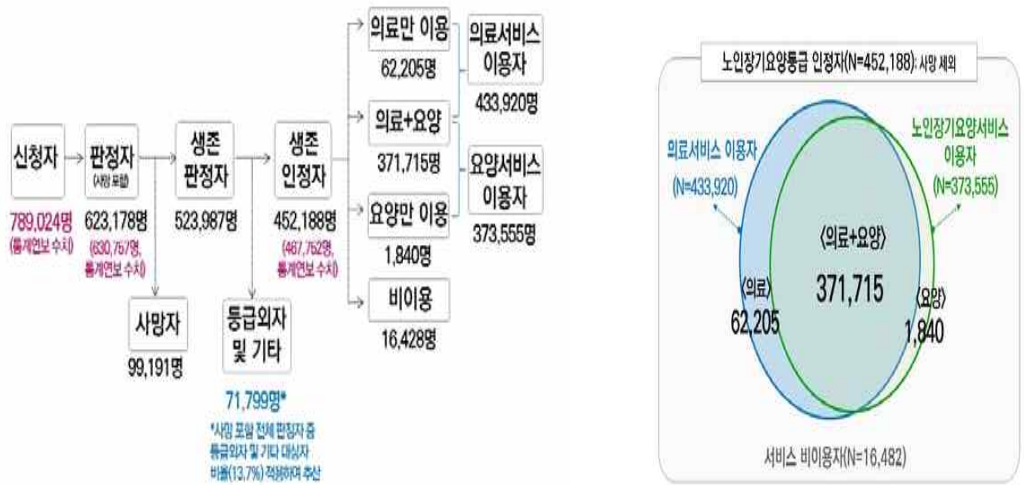
우리나라는 이러한 노인 의료 및 요양서비스 수요에 대응하기 위하여 요양병원, 장기요양보험 및 노인복지서비스를 통하여 돌봄 서비스를 제공하고 있다.

노인의료 및 요양서비스 이용현황을 황도경 연구결과를 토대로 살펴보면 다음과 같다. 2015년 장기요양보험등급 인정자는 46만 7,752명이고 이들 중 하나 이상의 질환을 갖고 있는 대상자는 약 97.6%이고 질병이 없는 대상자는 약 2.4%이다.

노인장기요양 등급인정자의 의료 이용 데이터를 분석한 결과, 전체 노인장기요양보험 등급인정자의 96.0%인 43만 3,920명은 의료서비스를 이용하고 있었으며, 장기요양보험 등급인정자의 82.2%인 37만 1,715명은 장기요양과 의료서비스를 함께 이용하는 것으로 나타났다.

장기요양 등급인정자 중 의료서비스만을 이용한 사람은 약 13.8%인 6만 2,205명이며, 장기요양서비스만을 이용한 대상자는 0.4%인 1,840명, 의료와 요양서비스 모두 이용하지 않은 대상자는 전체 등급인정자의 3.6%인 1만 6,428명이었다[1]. 요약하면, 노인들은 의료와 요양서비스의 복합욕구를 가지고 있음을 확인 할 수 있다.

<그림 2-5> 노인장기요양보험 등급인정자의 의료와 요양서비스 이용현황(2015)



*자료: 국민건강보험공단 내부자료(2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료참고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출

*주 : 2015년말 현재 사망자와 등급자는 제외

1)~2) 황도경, "노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 체계 구축 방안, 한국보건사회연구원 보건복지 ISSUE & FOCUS, 2017.5.22.

치매나 중풍을 가진 노인처럼 24시간 보호가 필요한 중증 노인은 요양시설이나 요양병원에 들어가 의료, 생활지원 서비스를 받을 수 밖에 없는 사회적 상황이 진행되고 있으며, 장기요양보험제도가 도입 되면서 본인 및 가족의 비용 부담이 감소하여 요양시설과 요양병원을 이용하는 노인 및 가족 등이 증가하고 있다.

하지만 현행 노인의료 및 요양서비스 공급체계 내에서 요양병원의 장기 입원, 요양병원 및 요양시설 기능에 적합하지 않은 환자의 입원 또는 입소로 인한 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 예를 들면, 낙상 사고 등으로 급성기 병원 입원 후 퇴원 한 노인이 집에서 생활하기를 원하나 지역사회에서의 재활과 생활이 어려워 요양병원에 장기입원을 하거나 의학적 처치는 필요하지 않으나 인지능력 저하 등으로 장기요양·돌봄 서비스가 필요한 노인이 요양병원에 장기 입원하는 경우가 지속적으로 발생하고 있다. 또한, 만성기 의료 문제로 지속적인 의료적 처치와 관리가 필요한 노인이 병원비 부담으로 인해 요양시설에 갑작스러운 건강문제로 급성기 병원을 지속적으로 이용하는 경우가 빈번하게 발생하고 있다. 이러한 문제 의식을 토대로 현행 노인 의료 및 요양서비스 체계에 대한 도전과제 등을 좀 더 면밀하게 살펴보고자 한다.

(1) 정부 재정부담 증가

한국은 이미 고령사회를 넘어 초고령 사회로 나아가고 있으며, 이는 단순히 노인인구 증가외에 돌봄이 필요해 지는 후기 고령인구가 더욱 빠른 속도로 증가하고 있음을 나타낸다. 하지만 노인들의 돌봄을 지원해 왔던 가족 구조는 시간이 지날수록 1인 가구 및 노인부부 가구 형태가 지속적으로 증가되어 노인 의료 및 요양서비스에 대한 수요는 지속적으로 증가할 수 밖에 없다. 이는 우리 사회의 노인 의료비 및 장기요양 재정의 지속적 증가로 이어져 정부의 재정 부담으로 이어지고 있다.

가. 노인의료비 급증 전망

2018년 노인인구 비율이 14%인 고령사회에 진입한 우리나라는 2030년에는 국민 4명중 1명은 65세 이상이며, 30여년 후인 2050년에는 10명중 4명이 65세 이상이다. 이로 인해 노인의료비는 2018년에는 31.8조원으로 GDP의 1.8%였으나 2030년에는 GDP 3%인 92조원이며, 2050년에는

GDP의 6%인 281조원으로 빠른 속도로 급증하여 정부에 큰 부담으로 작용할 전망이다.

<표 2-12> 노인인구 비중 및 노인의료비 전망

연도 / 노인인구비중	2018년	2030년	2040년	2050년
65세이상 인구비중	14%	25%	34%	40%
75세이상 인구비중	6%	10%	17%	24%
노인의료비 (GDP 비중)	31.8조원 (1.8%)	92조원 (3%)	178조원 (5%)	281조원 (6%

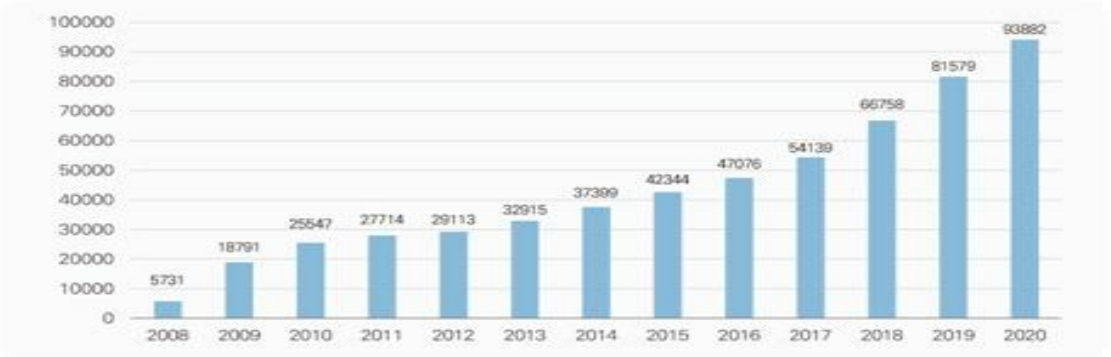
*주 노인인구비중 (통계청), 노인의료비는 건강보험공단 추계('15)

나. 장기요양보험 재정 부담 증가

장기요양보험제도가 도입된 2008년에는 노인장기요양급여 신청자가 37.6만명이었고 이중 인정자는 21.4만명이었으나 2019년에는 신청자는 111.3만명이었고 인정자는 77.2만명이었다. 이는 2008년 대비 신청자는 연평균 10.4%, 인정자수는 연평균 12.4% 증가했다. 노인인구 대비 인정률도 2008년에는 4.2%였으나 2019년에는 9.6%로 높아졌다[2]. 이러한 분석을 토대로 김용하는 그의 논문에서 장기요양급여 인정자수의 빠른 증가가 노인장기요양보험의 급여지출의 빠른 증가의 1차적 원인으로 판단된다고 분석하였다.

노인장기요양보험 급여지출은 2008~2019년 기간 중 연평균 29.4% 증가하여 2019년 7.8조가 되었다. 관리운영비를 합한 총지출은 급여지출의 증가에 비례하여 <그림 2-6>과 같이 2008년 0.6조원에서 2019년에는 8.2조원으로 증가하였다.

<그림 2-6> 노인장기요양보험 재정지출 변화



자료 : 보건복지부 노인장기요양보험위원회, 제4차 회의자료, 2020.9

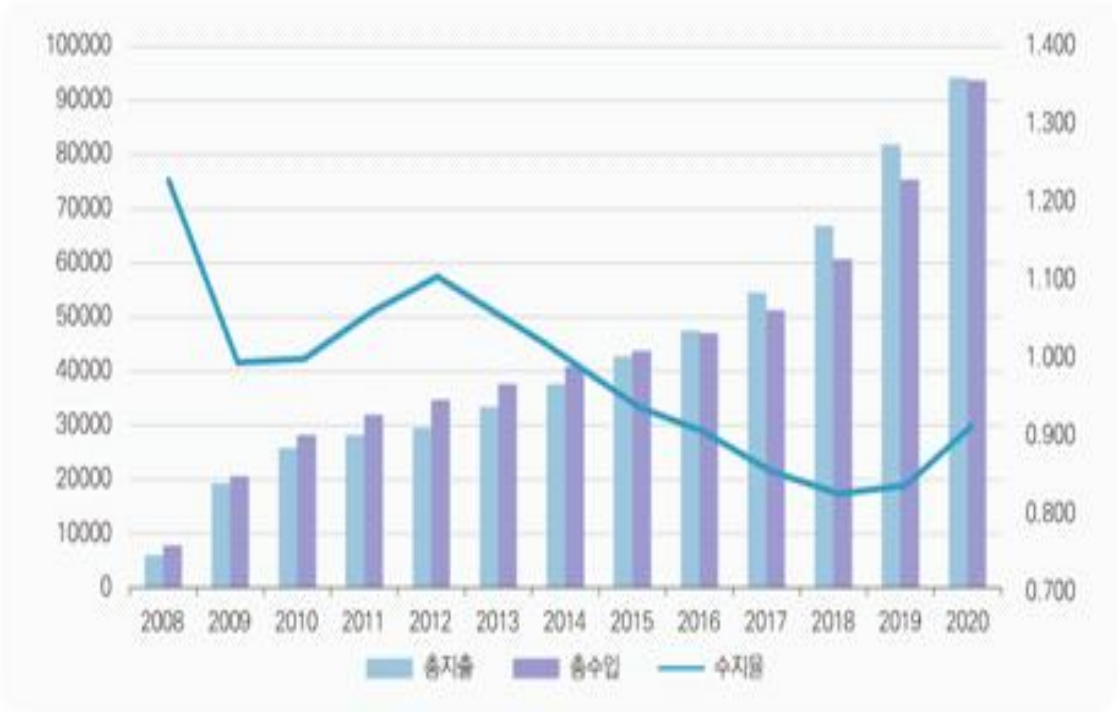
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계연보, 2008년, 2019년 참조

노인장기요양보험의 총수입의 증가율은 2008~2019년 기간 중 연평균 23.3%인데 비하여, 총지출의 증가율은 동기간 중 27.3% 증가하여, 총지출 대비 총수입 비율인 수지율은 2008년 1.31에서 2019년 0.92로 하락했다.

앞에서 살펴본 바와 같이 2015년까지 흑자를 유지하였던 당기재정수지가 2016년부터 당기 재정적자로 전환했다. 그 결과 2015년 2.4조의 누적 적립금은 2016년 이후 감소하기 시작하여 2019년에는 0.7조원으로 감소하였다.

2008년부터 2020년 9월까지 노인장기요양보험의 재정수지 변화추이는 <그림 2-7>과 같다[3]. 노인장기요양보험은 노인인구 증가, 정부의 장기요양보험 보장성 강화 정책에 의한 인정기준 완화 등으로 인하여 수지악화가 가속화되고 있다. 따라서 고령화 등에 따른 노인장기요양보험 재정부담을 적정수준으로 완화하기 위해서 재정지출의 증가요인을 가능한 억제하고 노인장기요양보험의 적립금을 가능한 많이 쌓아갈 수 있는 방안 등 지속가능한 방안을 모색하는 것이 필요하다.

<그림 2-7> 노인장기요양보험 재정수지 변화



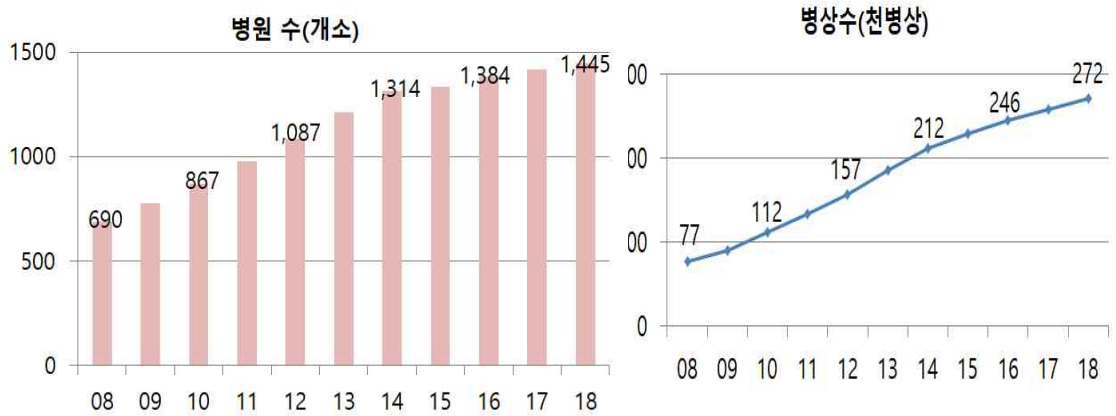
자료 : 보건복지부 노인장기요양보험위원회, 제4차 회의자료, 2020.9

3) 김용하, 노인장기요양보험 재정의 지속가능성과 세대 간 공평성, 보건사회연구 40(4), 2020, p149~177, 2020.11.27.

(2) 요양병원의 양적 증가와 사회적 입원으로 인한 건강보험재정 악화

요양병원은 2008년 일당정액수가제 도입이후 2008년 690개에서 2018년 1,445개로 약 2.09배가 증가하였고 병상수는 2008년 약77천 병상에서 2018년 272천 병상으로 3.5배가 증가하였다. 전체 요양기관 병상수 중 요양병원이 차지하는 비율도 2008년 17.4%에서 2017년 37.0%로 급증하여 건강보험 재정 악화의 요인으로 작용하고 있다. 이러한 요양병원의 급증은 건강보험 재정 악화로 더 나아가 노인의료비 급증의 요인으로 작용하고 있다. 요양병원의 연도별 현황은 <그림 2-8>과 같다.

<그림 2-8> 요양병원 연도별 현황



돌봄 수요 증가에 비해 열악한 주거 환경, 재가돌봄서비스의 부족 등으로 가정에서 노인을 돌볼 수가 없어서 요양병원에 의료적 필요도가 낮은 환자의 장기입원이 급증하고 있다. 요양병원 입원환자 특성을 분석한 권순만 연구 결과에 따르면, 요양병원 입원 보다 요양시설 또는 재가거주가 적합한 환자가 30~50%대로 추정된다고 한다. 또한, 요양병원의 의료비 증가율이 연평균 약 19.5%로 증가하여 연 8.0%인 총의료비 증가율 대비 2.5배 높은 수준이다.

이와 같이 요양병원의 양적 증가와 의료적 필요도가 낮은 환자의 장기입원으로 요양병원의 의료비가 급증하고 있으며, 이는 건강보험 재정 악화에 주요 원인으로 작용하고 있다. 건강보험에서 노인의료비가 2010년 13.7조원으로 총 급여비의 31.6%에서 2017년 총 급여비의 39%를 차지하고 있다.

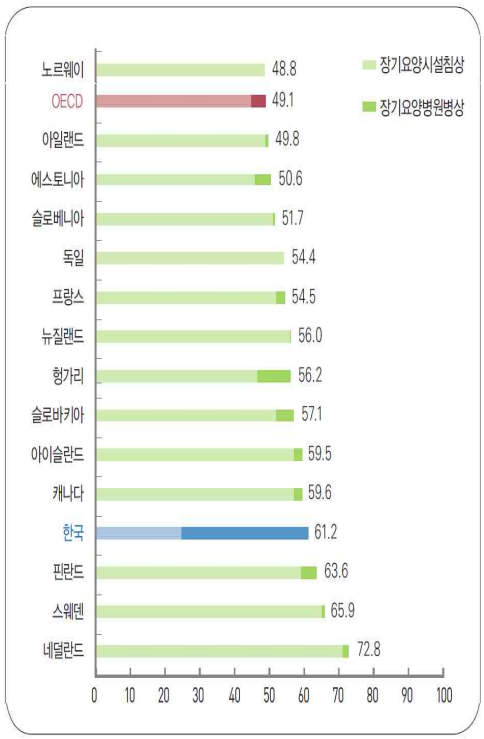
건강보험 재정 악화의 주요한 원인으로 지적되고 있는 요양병원을 비롯한

요양시설의 공급현황이 고령화가 우리나라 보다 더 진행된 나라들에 비하여 적정 수준인지 여부를 살펴보면 다음과 같다.

요양병원과 요양시설의 총 병상·침상 수는 노인 천명당 61.2로 OECD 평균 49.1보다 높다. 특히 요양병원 병상 수는 OECD 평균이 4.4인데 반해 36.4로 큰 격차를 보이고 있으며, OECD국가 중 우리나라가 가장 높은 기형적 구조이다. 반면, 요양시설 침상 수는 OECD 평균이 44.7인데 반해 우리나라는 24.8로 부족한 편이며, 이 부족한 시설 침상수를 요양병원의 병상수가 대체하고 있는 것이다. <그림 2-9>는 장기요양병원 병상 및 장기요양시설 침상수를 국제비교 한 것이다.

<그림 2-9> 장기요양병원 병상 및 장기요양시설 침상수 국제비교

	2016		
	전체	병원병상	시설침상
노르웨이	48.8	0.0	48.8
OECD 평균	49.1	4.4	44.7
아일랜드	49.8	1.1	48.7
에스토니아	50.6	4.9	45.7
슬로베니아	51.7	0.8	50.9
독일	54.4	0.0	54.4
프랑스	54.5	2.5	52.0
뉴질랜드	56.0	0.1	55.9
헝가리	56.2	9.7	46.5
슬로바키아	57.1	5.2	51.9
아이슬란드	59.5	2.5	57.0
캐나다	59.6	2.7	56.9
한국	61.2	36.4	24.8
핀란드	63.6	4.7	58.9
스웨덴	65.9	0.9	65.0
네덜란드	72.8	1.8	71.0



(3) 요양병원과 요양시설의 기능 혼재 및 부적절 이용

우리나라의 노인 돌봄의 중요한 인프라 역할을 하는 요양병원과 요양시설은 역할과 기능이 명확하게 제공되지 못하고 혼재되어 작동하고 있다. 요양병원과 요양시설에 입원 또는 입소된 환자를 분석한 권순만 연구결과에 따르면, 입원 환자 또는 입소자의 주요 입원 상병, 인지 및

일상생활 수행능력, 서비스 요구도 및 환자 구성 비율 등에서 두 기관은 큰 차이를 보이지 않고 그 기능과 역할이 유사하였다. 이로 인해 요양병원 내에는 의료적 처치가 필요하지 않아 요양시설로 이동이 가능한 인지장애군, 문제행동군 및 신체기능저하군인 경증환자가 약 53% 입원 해 있었다. 반면, 요양시설 내에서는 의료적 처치가 필요한 중증 환자가 약 30% 입소했다고 추정하였다.[4)]

<표 2-13> 요양병원 및 요양시설 입원(입소)환자 특성

구분	요양병원(N=1,320)		요양시설(N=1,368)
다빈도 상병	치매, 뇌졸중(편마비)	유사	치매, 뇌졸중, 치매+뇌졸중
인지기능척도	3.21	유사 (0-6중 0이 정상)	3.08
일상생활 수행척도	41.79%	유사 (전적인 도움필요비율)	44.97%
서비스 요구도	4.77개	유사 (통계적 차이 없음)	5.05개
환자 구성 비율(%)	최고도(3.6), 고도(20.2), 중도(21.1), **문제행동(15.0), 인지장애(34.6)**, 경도(1.7), **신체저하(3.9)**	유사 (통계적 차이 없음)	최고도(1.8), 고도(13.9), 중도(14.7), **문제행동(24.1), 인지장애(36.0)**, 경도(1.5), **신체저하(8.1)**
비고	**입원환자의 25.7%**는 입원치료 불필요한 환자	**서비스욕구의 불일치**	**입소자의 30.4%**는 의료적 필요도가 높은 입소자

* 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스 제도 개선방안 연구, 2013. 서울대학교 보건대학원 등

요양병원 중증도에 따른 7개 환자군 분류[5)] 연도별 비교에서도 중증환자 비율이 2008년 72.8%에서 2018년 47.1%로 줄어든 반면, 경증환자 비율은 25.3%에서 51.2%로 증가하였으며, 평균입원기간도 125일에서 174일로 장기화 한 것을 알 수 있다. 요양병원 입원환자 특성은 <표 2-14>와 같다.

<표 2-14> 요양병원 입원환자 환자구성 비교

구 분	2008년	2018년
연간 입원환자 수	186,280명	459,301명
중증환자* 비율	72.8%	47.1%
경증환자 비율**	25.3%	51.2%
평균입원기간	125일	174일

*(중증) 의료최고도, 의료고도, 의료중도, **(경증) 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군
*** '18년 요양병원 입원환자 기준(건강보험 및 의료급여 포함, 심평원 의료급여 심사결정분)

4) 권순만, 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스 제도 개선방안 연구, 서울대학교 보건대학원, 2013
5) 7개 환자군 분류 :(중증) 의료최고도, 의료고도, 의료중도, (경증)문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군

요양병원에 입원한 65세이상 노인들의 입원기간을 살펴보면, 입원 환자당 누적 입원일수 기준 46.7%가 180일 이상 장기 입원 중이며, 361일 이상 입원한 환자의 비율도 28.2%에 달하는 것을 <표 2-15>을 통해서 살펴볼 수 있다.

<표 2-15> 요양병원 65세이상 입원환자 누적 입원기간('17)

(단위: 명, %)

구분	15일 이하	16-30일	31-90일	91-120일	121-180일	181-360일	361일	총환자수
환자수 (비율)	45,819 (13.0)	31,637 (9.0)	65,554 (18.6)	18,009 (5.1)	26,531 (7.5)	65,004 (18.5)	99,231 (28.2)	351,785 (100.0)

*보건복지부 내부자료

위와 같이 요양병원에 의료적 처치가 필요하지 않은 경증환자의 비율이 높아지고 장기입원이 증가함에 따라 요양병원의 의료비 급증이 증가하고 있다. 요양병원의 사회적 입원이 증가하게 된 이유로는 첫째, 부모를 시설이 아닌 치료를 위한 병원에 모신다는 사회적 인식 및 의사가 상주하는 병원에 모신다는 안정감에서 오는 심리적 요인, 둘째, 장기입원에 따른 감산제가 적용되고 있기는 하나 급성기 병원에 비하면 병원비용 부담이 크지 않다는 점, 셋째, 요양시설 입소에 적합한 장기요양등급(1~2등급)을 받지 못하는 경우 시설 입소가 불가하여 요양병원을 이용하게 된다는 것이다. '17년 요양병원 입원환자 대상 조사한 자료에 따르면, 요양병원 입원환자 중 65세 이상은 전체 환자의 78.6%인 반면, 65세이상 입원환자 중 장기요양등급 보유자가 50.1%, 의료급여환자가 17%였다.

(4) 의료·요양 등 돌봄 통합 연계체계 부재

앞에서 살펴본 바와 같이 노인들은 의료서비스와 요양서비스에 대한 복합욕구를 가지고 있다. 실제로 장기요양등급인정자의 82.2%가 의료서비스와 장기요양 서비스를 동시에 이용하였다. 복합욕구를 가지고 있는 노인들에게 시의적절한 서비스를 제공하기 위해서는 각 개별서비스가 통합적으로 연계되어 제공될 수 있는 체계가 마련되어야 한다.

하지만, 우리나라는 현재 의료시스템, 장기요양시스템 및 복지시스템이 연계되지 못하고 각각 분절된 채 운영되고 있으며, 개별 시스템내에서도 연계가 원활하게 이루어지고 있지 못하다.

의료와 요양서비스에 대한 통합적 제공체계가 없다 보니, 요양병원과 요양시설의 이용은 전문가의 판단이 없이 개인의 선택에 따라 결정되어 각 기관의 기능에 적합하지 않은 환자가 입원되어 적절한 치료 및 요양서비스를 받지 못하고 있다.

요양병원의 급증으로 의료나 간호 처치가 많이 필요하지 않은 안정기 환자에게 과도한 의료처치나 재활서비스를 제공하고 있으며, 장기요양보험에서 제외되는 대상자들은 요양병원에 사회적 입원을 하고 있는 실정이다.

요양시설은 요양 등급 판정기준에 의료 중증도가 적절하게 반영되고 있지 않아 의료필요도가 높은 환자가 입소하여 적절한 건강관리를 받지 못하고 빈번하게 급성기 병원을 이용함에 따라 비용을 중복적으로 지출하는 문제가 발생하기도 한다.

김진수 연구에 따르면, 요양시설에서 요양 병원, 병원 및 의원 등으로 이송하는 이유에 대하여 요양시설에 근무하는 종사자의 대답은 다음과 같다. 가장 많은 응답은 요양시설에서 의료적 처치가 불가능한 경우와 의료적 처치가 필요한 경우가 가장 많았다고 한다. 매일 2회 이상 수액 및 진통제 처방 필요시, 시설에서 처방을 받아 치료가 곤란한 분 등의 사례를 꼽고 있고, 시설내 입원권고 사항 기준에 따라 케어보다는 간호 영역의 전문적인 의료서비스가 필요한 경우 이송한다고 응답하였다고 한다. 다음으로 가족이 원하는 경우로 병원으로의 이송은 대부분 보호자 판단에 의해서 이루어진다고 응답하였다고 한다. 특별한 기준을 가지고 있지 않다는 응답 비율도 높았다고 한다. 다음으로 요양시설의 입소자가 요양병원으로 전원을 원하는 경우도 폐렴 및 장염 등으로 병원치료가 장기간 필요한 경우 등 의료적 처치가 필요한 상황이 가장 많은 것으로 나타났다. 이와 함께 환자 및 보호자가 높은 수준의 의료서비스를 원할 경우로 나타났다. 이는 요양병원 등이 생활보다 치료가 우선이 되거나 응급상황이 자주 발생될 위험이 있는 경우 즉각적인 대응이 가능하기 때문 또는 요양시설은 의사가 상주하지 않기 때문에 불안감을 가지고 있다는 사유 등을 제시하였다. 또한 의료적인 서비스와 관련하여서는 반복적인 병원이용으로 경제적 부담이 클 경우 요양병원으로 이송을 하는 것으로 나타났다.

위의 사유에서 살펴본 바와 같이 요양시설에서 요양병원으로 이송이 전문적 치료가 요구되는 의사의 판단 등을 토대로 한 명확한 기준을 가지고 이루어져야 함에도 불구하고 종사자 및 가족의 판단에 의존하고 있음을 알 수 있다[6].

이와 더불어 요양병원에서 요양시설로의 전원도 원활하게 이루어지지 않고 있는 실정이다. 한 연구보고서에 따르면, 요양보호 대상자 중 요양병원에서 요양시설로 전원이 적절하게 이루어지고 있는지에 대한 질문에서 요양시설과 요양병원 양쪽 모두에서 적절하게 이루어지고 있지 않다는 비율이 73.8%와 68.1%로 높게 나왔다.

적절하게 요양시설로 전원이 안되는 이유로는 요양시설 관계자들은 요양병원에서 안정적인 환자를 확보하기 위해서 전원 시키지 않고 양 기관의 입원(소)대상자의 구분 기준이 없어서라고 대답한 반면, 요양병원에서는 환자와 가족의 병원에 대한 선호도, 병원이나 시설 간에 본인 부담금의 차이가 미미하고 양 기관의 입원(소) 대상자의 구분 기준이 없어서라는 다양한 의견을 제시하였다[7].

요양병원과 요양시설의 역할과 기능이 명확하게 정립되지 않고 연계체계도 마련되지 않은 상태에서 증가하고 있는 요양병원과 요양시설 간에 한정된 대상자를 관리함으로써 기관간 경쟁관계에 놓여 요양보호 대상자의 적절한 의료서비스를 중심으로 한 연계체계가 형성되지 못하여 노인과 가족의 미충족 의료필요도는 증가하며 서비스의 중복과 비효율이 초래되고 있다.

(5) 요양병원의 서비스 질 저하

급격하게 증가한 요양병원 관련해서는 병원으로서 치료 기능이 부족하고 과도한 경쟁으로 인한 수익추구로 불법행위 등이 발생하여 의료서비스의 질이 저하되고 있다는 문제점이 지적되고 있다.

의료서비스 질 저하의 원인으로는 첫째, 고령의사의 비율이 높다는 것이다. 의료의 질을 높이기 위해서는 충분한 의료인력 확보가 무엇보다 중요하다. 하지만 2018년 심사평가원 자료에 따르면, 요양병원 의사중 65세 이상 비율이 29.1%이며, 75세 이상도 11.2%를 차지하고 있음을

6) 김진수, 선우덕외 4인, 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구, 한국보건사회연구원, 2013
7) 노용균, 노인 장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성, Health Insurance Review & Assessment Service, 제5권3호, 건강보험심사평가원, 2011.5~6월호

볼 때 타 의료기관 대비 고령의사 비율이 상대적으로 많음을 알 수 있다.

둘째, 과밀병상 비율이 높다는 것이다. 5인실과 6인실 등 다인실 비율이 52.7%로 과반수를 넘고, 7인이상 과밀병상 비율도 35.6%를 차지하고 있다. 이와 같이 과밀병상 비율이 높고 고령의사 비율이 높다는 것은 요양병원에 입원해 있는 환자들에 대한 치료 기능이 낮고 케어 수준이 상대적으로 낮다는 것을 알 수 있다. 요양병원 입원실당 병상수 분포는 <표 2-16>와 같다.

<표 2-16> 요양병원 입원실당 병상수 분포 현황 (2019년 기준)

구분	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인	9인	10인 이상	계
병상 (개)	103	782	2,157	19,124	38,470	60,330	27,083	16,328	5,544	17,696	187,617
비율 (%)	0.1	0.4	1.1	10.2	20.5	32.2	**14.4**	**8.7**	**3.0**	**9.5**	100

* 요양병원 1,451기관(정신병원, 의료재활시설제외)중 과밀병상(6~14인이상)신고기관 1,062기관 현황

셋째, 환자 안전과 감염 사례에 대응이 미흡하다는 것이다. 2017년 기준으로 65세이상 입원환자의 연간 누적 입원일수가 180일 이상 장기입원자의 비율이 46.7%였다. 이러한 장기입원과 간병서비스에 대한 관리 미흡으로 노인 학대 및 과다한 항우울제 처방 등 인권침해 사례가 발생하여 언론 등에 문제제기가 되고 있다. 또한, 원내 감염 등에 대한 대응체계가 미흡하여 코로나 19로 사망자 중 요양병원 및 요양시설 관련 사망자의 비중이 상대적으로 높다.

넷째, 사무장병원 등 요양병원의 불법행위로 인한 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 의료기관은 의사, 의료법인 등 의료기관 개설 주체만이 개설할 수 있다. 하지만 의료기관의 개설주체가 아닌 비의료인이 의료기관 개설주체의 명의를 빌려 의료기관을 개설·운영하는 사무장 병원 등이 적발되고 있다. 의료기관 중 사무장 병원 운영으로 적발 된 비율이 2018년 기준으로 요양병원 운영기준 대비 적발 비율이 8.5%로 일반 병원이 2.2%인데 반해 4배 정도가 더 많다. 이와 같이 비의료인에 의한 불법의료기관을 개설한 요양병원은 입원환경이 열악하고 의료서비스 질이 낮으며, 수익을 우선시한 의료기관 운영 및 허위·부당청구 등으로 환자에게 피해를 줄 뿐 아니라 의료계 내에 교란을 가져오고 있다.

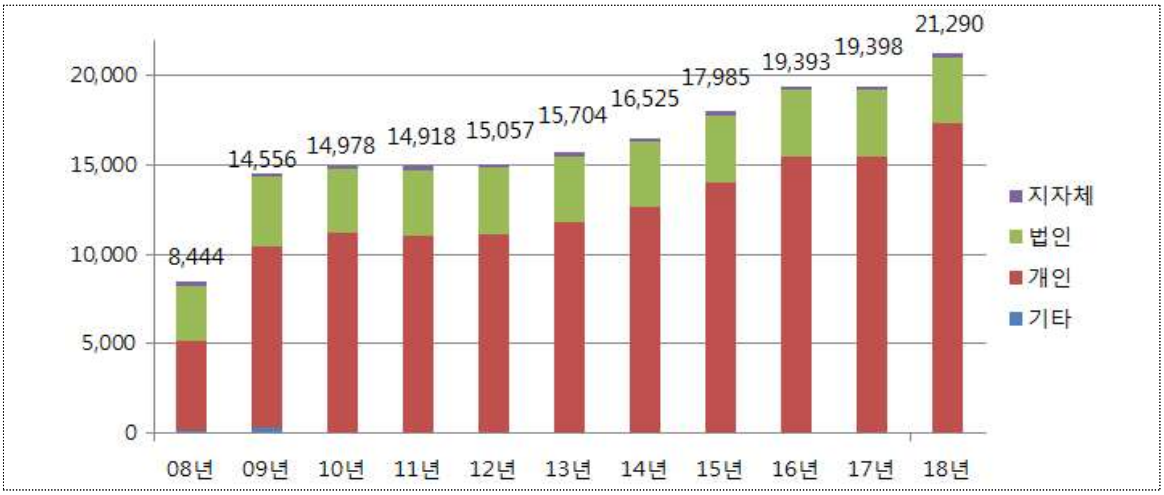
(6) 요양시설의 민간의존에 따른 공공성 부족

노인요양시설은 장기요양보험제도가 도입되기 이전에는 노인복지법에 근거하여 운영되며, 저소득층을 대상으로 국고 지원을 받으며 운영되어 전체 노인대비 입소시설인 요양시설을 이용하는 노인은 약 0.7%에 불과하였다. 장기요양보험제도 도입 이후에는 조속한 인프라 확충을 위해 민간기관이 쉽게 참여할 수 있도록 진입 장벽을 완화하였다. 즉 노인복지시설이 아닌 기관도 시설 · 인력 기준만 충족하면 장기요양기관으로 지정받을 수 있도록 하였다.

그 결과 요양시설은 2008년 1,700개, 정원 68,581명에서 2018년 5,320개 정원 180,428명으로 주야간보호 및 단기보호를 담당하는 재가시설은 2008년 10,224개, 정원 20,175명에서 2018년 27,992개, 정원 85,320명으로 10년간 3배가 확대하였다.

설립주체를 중심으로 살펴보면 <그림 2-10>에서 알 수 있듯이 민간시설을 중심으로 장기요양기관이 확충되었음을 알 수 있다.

<그림 2-10> 장기요양기관 설립주체별 변천 추세



민간 기관 중심의 요양시설 확충은 부당청구 등 불법행위가 발생하는 원인으로도 작용하였다. 민간 기관은 공공사업 수행 인식이 낮고 수익 추구 유인으로 부당청구 등 각종 부정행위가 발생하게 되었으나 감독 권한을 가진 지방자치단체 인력 부족, 조사 등 실무를 담당하는 건강보험공단 인력 부족 및 단속 권한 부족으로 요양시설의 부정행위 감독 및 제재가 불충분하게 이루어지고 있다. 2018년 기준 요양시설의 부당청구

사례를 분석해 보면 인건비 과다청구가 총 부당청구 사례중 72%로 가장 많고 그 다음이 서비스 미제공이 14%, 급여제공 기준 위반이 11%, 무자격 요양보호사 채용이 3%의 순이다.

2018년 기준으로 입소시설인 전체 요양시설 5,320개소 중 공립기관은 110개로 전체의 2%에 불과하여 공공기관이 절대적으로 부족한 실정이다. 공급은 부족한 반면, 공립 요양시설의 환경 및 제공하는 서비스가 민간시설보다 상대적으로 우수하여 이들 공립 요양시설에 입소하고자 하는 노인 및 그 가족의 입소대기가 상당한 기간이 소요된다.

<표 2-17> 장기요양기관 설립주체별 현황 (2018.12월 기준)

구분		계	지자체	법인	개인	기타
2018 (21,290개)	입소시설	5,320	110	1,334	3,864	12
	재가기관	15,970	135	2,374	13,390	71

정부에서도 공립 요양시설의 입소대기 문제를 해소하기 위하여 공립시설 확충 사업을 추진하고 있으나 요양시설 건축 예정지 지역 주민들의 반대, 지방자치단체의 관심 부족 및 낮은 사업 단가 등으로 빠른 확충이 이루어지지 않고 있는 실정이다.

또한, 고령화와 더불어 치매인구가 급증하고 있는데 현재 운영되는 요양시설은 신체기능 저하 노인들을 중심으로 설치·운영되고 있다. 따라서 부족한 치매환자 맞춤 서비스 및 시설을 공공형 시설 중심으로 확충하는 방안도 같이 검토하는 것이 필요하다.

(7) 불충분한 재가서비스 및 요양서비스 종사자 근로여건 미흡

의학적으로 지역에서 살수 있는 노인들이 요양병원 또는 요양시설이 아닌 자신의 집에서 최대한 오랫동안 거주하기 위해서는 지역돌봄서비스가 충분해야 한다. 하지만 우리나라의 노인과 그 가족들은 지역돌봄서비스가 부족해 어쩔수 없이 요양병원 또는 요양시설을 선택하는 경우가 많다. 방문요양, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등 여러 형태의 재가서비스가 존재하나 대다수 이용자는 방문요양 등 한가지 서비스만을 이용하고 있다. 재가 수급자 중 방문요양이나 주간보호 중 한가지 급여만 이용하는 수급자가 전체 수급자의 82%이다.

가족들이 노인을 돌보면서 재가 생활이 가능하도록 재가서비스의 양은 적절한 지를 점검하고 기존 서비스 외에도 외출시 휠체어 이동이 가능한

차량서비스, 집안의 대소사시 단기간 어르신을 맡길 수 있는 일시보호 서비스 등 섬세하고 보충적인 추가서비스 개발 등이 필요하다.

입소시설인 요양시설과 관련해서는 요양시설을 이용하는 수급자 및 그 가족의 입장에서는 요양시설의 서비스 질이 불만이고 요양시설에서 근무하는 요양보호사는 근무여건에 불만족 하는 상황이다.

요양시설은 민간시설이 대부분을 차지하고 있어 수익 창출을 위해 기관 편의 중심으로 운영되는 기관이 많아 존엄한 노후 생활을 하며 지내기에는 어려움이 많다. 언론의 보도에 따르면 '요양시설은 죽으러 오는 곳, 현대판 고려장'이라고 하거나 '냄새 나도 기저귀 교체는 정해진 시간에만' 한다는 문제 지적이 있었다[8].

종사자 입장에서는 요양시설이 여유 인력 없이 최소한의 인력으로 운영되어 근무 여건이 열악하고 시설장의 부당한 대우에 대해서도 법령 등을 잘 알지 못하여 대응에 한계가 있는 등의 문제가 지속되고 있다 인력부족 등으로 일부 시설에서는 노인학대가 발생하고 있으며, 생활시설내 노인학대 건수는 2013년 203건에서 2017년 327건으로 증가 추세이다. 노인학대는 내부고발 등 신고가 필수적이며, 증거확보 등에 어려움을 겪고 있는 것으로 알려지고 있다.

8) 한겨레, 대한민국 요양보고서 시리즈, '19.5.

III. 미국의 노인 의료·요양체계 현황

1. 미국 노인 의료체계 현황

미국의 의료보험체계는 한국과 달리 민간 보험회사에서 운영하는 민간의료보험이 주도하고 노인을 대상으로 한 메디케어(Medicare), 저소득층을 대상으로 하는 메디케이드(Medicaid), 어린이건강보험프로그램(CHIP: Children's Health Insurance Program) 등 연방정부 또는 주정부에 의해 운영되는 의료보장제도가 보완적 역할을 하고 있다.

대부분의 미국인이 민간보험에 가입하고 의료보험 가입이 의무가 아니므로 오바마케어라 불리는 "환자보호 및 부담적정보험법(Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, ACA 혹은 오바마케어)이 제정되기 이전에는 약 4,700만명의 사람들은 어떠한 형태의 의료보험에도 가입되어 있지 않았다.[9] 이러한 의료보험 미가입자는 의료서비스를 이용하는데 제한이나 한계를 가질 수 밖에 없어 이를 개선하기 위한 오바마케어가 시행된 이후 메디케이드 수혜자가 증가하고 저소득 인구가 연방정부 보조금을 받아 민간보험을 가입할 수 있게 되었다. ACA 시행이후 6년동안 의료보험 미가입자 수는 2,100만명이나 감소하였고 의료보험 미가입률은 2010년 16%에서 2016년 8.6%로 줄었다[10].

하지만 트럼프 대통령 취임이후 의료보험 미가입자는 3년동안 230만명이 늘어났다고 한다[11]. 따라서 의료접근성 측면에서 의료보험 미가입자의 문제는 미국 의료체계에서 여전히 해결해야 할 과제로서 남아있다.

다행히도 65세이상 노인의 경우 메디케어 덕분에 의료보험 미가입에 따른 의료접근성 제한이라는 어려움을 겪고 있지는 않다. 미국의 65세이상 노인의 경우 일반적으로 모두 공적보험인 메디케어의 혜택을 받을 수 있으며, 노인 중 저소득층인 경우에는 메디케어와 저소득층을 대상으로

9) U.S. Census Bureau, Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2005, 2006.

10) Cohen, R, Martinez,& Zammitti, E. Health Insurance Coverage : Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, National Center for Health Statistics, 2016

11) 연합뉴스 2021.2.11. "트럼프 코로나 대응 달랐다면 미국 사망자 40%는 살았을 것"이라는 기사 중 랜싯위원회 트럼프 공공·보건 정책 분석 자료 중

하는 메디케이드 두가지 혜택을 동시에 받을 수 있는 이중자격(dual eligible)을 얻는다. 즉 고령의 저소득층은 먼저 메디케어를 적용하고 부족한 서비스는 메디케이드를 통하여 제공받는 형식이다. 메디케어를 이용하는 노인중 20%가 메디케이드를 이용하고 있으며, 이들이 사용하는 메디케어 재정이 34%에 해당한다고 한다.

우선 노인들의 의료·요양체계의 기본 주축인 메디케어제도, 메디케이드제도와 이를 동시에 적용받는 이중자격(dual eligible)제도에 대하여 살펴보고자 한다.

(1) 메디케어(Medicare) 제도의 주요 내용

메디케어 제도의 적용 대상중 주요 대상은 65세 이상 노인이다. 이들 이외에 노인이 아니어도 장애인 인 경우와 신장이식과 같은 특정 질환이 있는 사람도 메디케어의 적용대상이다. 메디케어의 자격과 관련하여 메디케어 자격을 받을 수 직장에서 최소한 10년(40분기)이상 근무하고 65세가 도달한 경우 근로자 본인과 그 배우자는 메디케어의 혜택을 받을 수 있다.

메디케어 적용대상자는 크게 세가지로 분류 된 다음과 같은 보험혜택을 받는다. 이러한 분류기준에 따라 개인이 매월 납부해야 하는 보험료도 달라진다[12].

첫째는 Part A분야로 병원보험(Hospital Insurance) 부분이다. 즉, 보험적용 범위는 병원에 입원하여서 받는 치료 및 진료 분야이다. 이 때 병원은 급성기 치료를 담당하는 병원, 전문적 치료를 제공하는 요양병원(Skilled Nursing home)을 의미한다. 이와 더불어 호스피스 진료, 재택진료(Home health care)도 포함된다.

메디케어 보험재정의 많은 부분을 차지하는 Part A에 해당하는 보험혜택을 받기 위한 보험료는 매월 납부할 필요가 없다. 왜냐하면, 본인 또는 배우자가 근로하는 동안 납부한 사회보장 관련 개인 소득세가 Part A분야에 해당하는 보험 재원이기 때문이다.

둘째는 Part B분야로 의료보험 (Medical Insurance)부분이다. 이 부문은 의사와 관련된 진료 및 치료 부문과 외래 진료에 해당하는 부문의 보험혜택이 해당한다. 이와 더불어 Part A에서 지원하지 않은 물리치료 및

12) //www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo

작업치료와 같은 의료서비스와 일부 재택진료서비스(Home health care)가 포함된다. 방문간호 등 의료적 처치를 포함한 재택진료, 요양병원(Skilled Nursing Facility)에서의 치료와 같은 장기요양적 성격의 서비스에 대해서는 극히 제한적으로 보험혜택을 제공하고 있다.

Part B분야에 소요되는 보험재정 충당을 위해서 가입자가 선택한 서비스 분야에 따라서 차등화된 보험료를 매달 납부하여야 한다. 만약 가입자의 소득이 그리 높지 않다면 표준적으로 매월 약 135달러를 보험료로 지불하게 된다.

마지막은 Part D분야로 처방약(Prescription Drug Coverage) 관련 지원 부문이다. 즉 의료기관에서 처방하는 약 구입과 관련하여 받을 수 있는 보험혜택 부문이다. 이 부문의 혜택을 받기 위해서 가입자는 메디케어에서 제공하는 다양한 처방약 관련한 별도 보험계획을 추가로 선택하여야 한다. Part D에 소요되는 보험재정 충당을 위해서 가입자도 매달 보험료를 납부하여야 한다.

메디케어에 소요되는 보험재정은 메디케어 신탁자금(Medicare Trust Fund), 조세수입, 가입자가 매달 납부하는 보험료로 충당된다. 이중 보험재정의 많은 부분은 조세수입과 메디케어 신탁자금으로 충당되며, 보험료는 개인이 선택한 보험범위에 따라 상이하다

노인들이 의료서비스를 이용할 때 발생할 수 있는 도덕적 해이를 방지하기 위해서 의료서비스 비용의 일정 부문을 본인부담금으로 납부하여야 한다. 본인부담금은 의료서비스 이용 총액의 최대 20%까지 지불하여야 한다.

평균적으로 메디케어는 가입자가 사용한 의료서비스에 소요되는 비용(장기요양적 처치는 제외)의 거의 50%이상을 지원해 준다(Centers for Medical and Medicaid Services 2002). 메디케어에 의하여 지원되지 않는 비용은 가입자가 부담하거나, 메디케이드 또는 가입자가 가입한 보충적 사보험 등에 의하여 충당된다.

마지막으로 메디케어의 관리 주체는 연방정부이며, 연방정부에서 적용범위, 보험료, 보험재정, 전달체계, 관리 등 모든 것을 결정하고 관리한다.

이러한 메디케어 제도의 혜택을 받고 있는 미국인은 2018년 기준 56.8백만명으로 전체 인구의 1/6에 해당한다.

이 중 메디케어 혜택을 받고 있는 노인은 47.8백만명이다. 그리고 메디케어에 의해 가입자 개인당 받는 평균 급여혜택수준은 $12,289이다.[13]

(2) 메디케이드 제도의 주요내용

메디케이드 자격요건을 결정하는 중요한 기준은 자산을 포함한 소득수준이다. CMS(Center for Medicare and Medicaid Services)에서 제시한 메디케이드의 자격요건에 의하면, 소득수준은 연방빈곤수준(FPL: Federal Poverty Level)의 133%~200%이하이어야 한다. 구체적인 소득 수준은 주마다 상이하다.

메디케이드의 관리주체는 주정부이다. 그러므로 주별로 상이한 메디케이드제도가 운영되고 있다고 할 수 있다. 메디케이드의 소득수준과 관련하여 더 많은 미국인이 건강보험의 혜택을 받을 수 있도록 하기 위한 보장성 확대를 하나의 목표로 한 오바마케어에서 2014년부터 모든 주를 대상으로 메디케이드 가입자격을 동일하게 적용하고 소득이 138% 이하일 경우 메디케이드 가입 자격을 부여할 것을 제안하였다.

그러나 2012년 대법원이 모든 주가 메디케이드 확대를 의무화해야 할 필요가 없다는 판결을 내림에 따라 주별 메디케이드 확대는 상이하게 나타나게 되었다. 2013년 기준 미시간 주 중심의 북동연안의 주들과 워싱턴주, 캘리포니아주 등 서부해안 지역의 주들은 메디케이드 확대를 위해 노력했던 반면, 텍사스 주, 플로리다주, 조지아 주 등 서부와 남부지역은 메디케이드 확대에 적극적으로 참여하지 않은 것으로 나타났다.[14]

각 주들은 연방정부에서 제시한 메디케이드 관련 연방정부의 표준지침을 가이드라인으로 하여 각 주별 상황에 맞게 자격기준, 프로그램 종류 등 적용 범위를 다양하게 관리・운영하고 있다.

메디케이드 적용 범위와 관련하여 입원진료 및 외래진료 서비스는 연방정부에서 제안한 가이드라인을 표준으로 하여 적용하고 있으며, 처방약, 치과진료, 안경, 물리치료 및 기타 부가급여 등은 모두 주정부에서 결정하여 다양한 혜택을 제공하고 있다.

---

13) Sara Stephanie Rosomoff, *"Promote the General Welfare : A Political Economy Analysis of Medicare & Medicaid"*, Master Degree Thesis, Miami University, pp 2~3, 2019.

14) Edword Norton,(심사평가원 이혜진 주임연구원 원고정리), "미국 의료개혁의 경험과 시사점", HIRA 정책동향 8권 3호, pp10~11, 2014.

2018년 기준 메디케이드 적용을 받고 있는 사람은 66백만명으로 이는 전체 미국인의 1/5수준이다[15]. 메디케이드에 소요되는 보험재정은 거의 대부분을 연방 및 주정부 지원으로 충당하고 있다. 보험료는 연방정부의 제한 및 가이드라인에 따라 소액의 보험료를 납부하고 있다.

이러한 메디케어와 메디케이드 혜택을 받고 있는 미국인은 전체 인구의 36.5%에 해당한다. 2017년 기준으로 이 두 제도에 연방정부와 주정부는 총 13억 달러를 지원하고 있다. 이는 미국 전체 의료지출비(health care expenditure)의 약 37%에 해당한다[16].

이제까지 살펴 본 미국의 메디케어와 메디케이드 제도의 주요 특징을 간략하게 정리하면 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 메디케어와 메디케이드 제도 비교

구 분	Medicare	Medicaid
적용대상	65세 이상 (일부 장애 및 질환 포함)	저소득층
보험료	월 $135 ~ $428 (플랜별로 상이)	없거나 소액 부과
본인부담금	있음, 평균 20%	없거나 소액
보험적용범위	입원 및 외래진료 등	입원, 외래, 장기요양 및 치과진료 등
관리주체	연방정부	주정부

(3) 저소득 노인 대상 이중 자격제도(Dual Eligible)의 주요 내용

가. 이중자격제도 개요

이중자격(dual eligible)이란 메디케어 수급자로서 메디케이드의 소득과 요건을 동시에 충족하는 이들을 위한 제도를 의미한다.

이중자격제도의 적용대상은 저소득 노인과 메디케어와 메디케이드를 동시에 적용받는 장애인이다.

보다 자세하게 살펴보면, 이중자격 수급자가 되기 위해서 노인들의 경우 첫째, 메디케어 수급자이고 둘째, 소득수준은 연방빈곤수준(Federal

15)~6) Sara Stephanie Rosomoff, *"Promote the General Welfare : A Political Economy Analysis of Medicare & Medicaid"*, Master Degree Thesis, Miami University, pp 2~3, 2019.

Poverty Level)의 100%까지이고 셋째, 자산수준은 SSI(Supplemental Security Income)에서 제시하는 $2,000를 초과해서는 안된다.

이중자격 수급자들은 2000년 기준으로 총 7백만명으로 그 총수는 그렇게 많지는 않다. 그러나 2002년을 기준으로 이중자격 수혜자들이 사용하는 비용이 메디케어 총 지출의 24%를 차지하고 메디케이드의 42%를 차지하고 있어 정책결정자에게는 주요한 관심의 대상이다[17] (Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured 2004). 주로 이중자격 수급자들의 건강상태가 좋지 않기 때문에 이들의 메디케어 지출 비용이 일반 메디케어 수급자의 지출비용의 1.5배에 달한다 (Medicare Payment Advisory Commision 2004).

이와 같은 이중자격 수급자들에 대한 재정부담 관련하여 연방정부와 주정부가 각자 재정 부담을 줄이기 위해 서로에게 책임을 더 맡도록 요구하면서 나타나는 갈등이 주요한 이슈중의 하나이다.

보다 구체적으로 살펴보면, 연방정부의 주된 관심은 메디케어에 의해서 지원되는 처방약을 좀 더 제한적으로 운영하고 주정부에 지원하는 메디케이드 비용을 줄여서 재정부담을 낮추고자 하는 것이다. 주정부도 고령화로 인해 증가하는 메디케이드 재정부담을 완화하기 위한 압력을 지속적으로 받고 있어 이를 해결하기 위한 것이 최우선 과제이다

이중자격자들이 의료 및 장기요양서비스를 받고자 할 때, 우선 연방정부에서 관리하는 메디케어에 의해 우선 혜택을 받는다. 그리고 메디케어에 의해 충족되지 못하는 서비스의 경우 주정부에서 관리하는 메디케이드에 의해 필요한 서비스를 지원받게 된다.

다시 말하면, 주정부의 메디케이드 프로그램에 따라 첫째, 메디케어에 의해 지원받지 못하는 이송, 치과 및 시력치료, 둘째, 메디케어와 비용분담을 하는 재택진료 · 요양병원 · 병원 입원에서의 급성치료 서비스 셋째, 너싱홈, 재택케어 및 지역사회기반 케어 등 장기요양서비스와 같은 메디케이드의 모든 서비스 지원 혜택을 받게 된다.

또한 메디케이드 지원을 받는 모든 이중자격자들은 연방정부 규칙에 따라 추가소득보장(Supplemental Security Income :SSI) 급여를 받게

17) Harriet L. Komisar외 2인, (2005) “Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-M edicaid Dual Eligible” Inquiry Journal summer 2005 pp171~182

된다. SSI를 받을 수 있는 노인들의 자격기준은 소득은 연방빈곤선(Federal Poverty threshold)의 100%까지, 자산은 SSI의 자산기준인 2천달러 수준을 초과해서는 안된다.

이중자격자들의 보험혜택과 관련하여 가장 이슈가 되는 부분은 처방약과 장기요양서비스이다. 이들의 의료적 요구는 메디케어에 의해 상대적으로 많은 부분이 충족이 된다. 하지만 처방약과 장기요양 서비스와 관련한 메디케어의 지원이 약하고 메디케이드에 의해서도 충족되지 못한 부분이 많은 편이다.

특히, 메디케이드에 의해서 지원받는 많은 부분이 장기요양서비스 부문이다. 예를 들면 4개주에 대한 연구보고서에 의하면, 95년 기준 이중자격자들의 메디케이드 지출의 78%가 장기요양서비스이고 8%가 처방약이다(Komisar, Feder, and Gilden 2000) 그리고 지역사회거주 노인들의 경우 재택케어서비스가 메디케이드 지출의 61%를 처방약이 15%를 차지한다고 한다.

나. 이중자격 제도 수혜자들의 특성

이중자격 수혜를 받고 있는 여러 주에 거주하는 노인들을 대상으로 여러편의 논문을 취합하여 정리한 논문을 토대로 지역사회에 거주하는 이들 이중자격제도의 수혜를 받고 있는 노인들의 특성을 보다 자세하게 살펴보고자 한다.[18)]

① 일반적 특성

이중자격제도의 수혜를 받는 노인들은 메디케어만을 활용하는 일반 노인들보다 성별로는 여성이, 결혼여부와 관련해서는 사별한 노인이, 동거가족 관련해서는 혼자 거주하는 노인들이 더 많다.

여섯 개 주의 이중자격 노인들을 조사한 자료를 토대로 살펴보면 <표 3-2>와 같다[19)].

이중자격 수급 노인들의 여성비율은 77%인 반면, 메디케어 활용 노인들의 여성 비율은 57%이다. 결혼여부와 관련, 사별한 비율이 52%이고

18) Harriet L. Komisar외 2인, (2005) "Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-M edicaid Dual Eligible" Inquiry Journal summer 2005 pp171~182

19) Harriet L. Komisar외 2인, (2005) "Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-M edicaid Dual Eligible" Inquiry Journal summer 2005 pp171~182

이혼 또는 별거한 비율이 19%인 반면에 일반 노인들은 배우자와 같이 사는 비율이 57%이고 사별한 비율이 33%이다. 동거인 관련해서 동거인이 없이 홀로 사는 비율이 53%인 반면 메디케어 노인들은 30%이다. 소득 수준과 관련해서도 연간 소득이 1만 달러 이하인 노인의 비율이 87%인 반면, 메디케어 노인들은 10%이다.

<표 3-2> 지역사회 거주 이중자격 및 메디케어 수급 노인 특성 비교

구 분		이중자격 수급노인 (%)	메디케어 수급 노인	
			6개주 (%)	전국 (%)
총 계		100	100	100
연 령	65~79세	79	73	76
	80세 이상	30	27	24
성 별	여성	77	57	38
	남성	23	43	42
인종/민족	백인	57	89	84
	흑인	24	7	8
	히스패닉	10	2	5
	기타	9	1	3
결혼상태	결혼(배우자와 동거)	17	57	56
	사별	52	33	33
	이혼/별거	19	6	8
	미혼	12	4	4
동거인여부	독거	53	30	31
	배우자와 동거	15	55	55
	다른사람과 동거	32	15	15
연간가구소득	$5,000 이하	23	2	2
	$5,000~$9,999	64	8	10
	$10,000~$20,000	10	24	25
	$20,000 이상	3	66	63

② 건강상태 및 장기요양 필요 정도

이중자격 수급 노인들은 전반적으로 건강상 문제가 있었다. 이들중 49%가 건강상태가 보통이거나 나쁘다고 응답하였다. 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 노인이 응답자의 92%이며, 3개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 노인이 50%를 차지하고 있다. 가장 많이 응답한 만성질환은 관절염(65%), 심장질환(40%)이었다.

지역사회 거주하는 이들 이중자격 수급 노인의 32%는 장기요양서비스가 필요한 상황이었다. 즉 이들은 목욕하기, 옷갈아입기, 식사, 화장실가기, 침대 또는 의자에서 혼자 일어나기 등 일상생활활동 (ADLs : Activities of Daily Living)중 하나 이상을 타인의 도움 없이는 수행하기가 곤란한 상황이었다. 일상생활 활동 중 3개 이상이 곤란한 노인들은 14%이었다. 일상생활활동 중 가장 도움이 많이 필요하다고 응답한 일상생활은 목욕하기(85%), 옷갈아입기(53%), 침대 또는 의자에서 혼자 일어나기(46%), 집안에서 움직이기(42%), 화장실 사용하기(23%) 등으로 나타났다.

③ 의료보험과 장기요양 접근성

위와 같이 건강상태가 좋지 않은 이중자격 수급 노인들중 45%가 응급실, 입원 등 병원관련 의료서비스를 이용하였다. 이중 35%가 응급실을, 29%는 하루 이상 입원을 하였으며, 응급실 이용과 입원을 모두 경험한 이들은 19%이다. 의료보험과 관련하여 압도적으로 많은 부분을 차지하는 것은 처방약이며, 88%가 처방약 관련하여 메디케어를 이용하였으며, 다섯가지 이상 처방약을 이용한 비율은 35%이다.

의료보험(Medicare) 접근성과 관련하여 이중자격 수혜자의 15%가 병원진료와 같은 의료서비스 및 처방약 서비스를 받을 때 비용 지불과 관련하여 어려움을 느낀다고 응답하였다. 그러나 재정적 어려움으로 실제로 병원진료를 거부당하거나 필요한 의료서비스를 연기했던 비율은 단지 4%에 불과하다. 이러한 조사결과를 토대로 이중자격 수급 노인들의 메디케어를 토대로 한 의료적 접근성은 정책적 관심을 가지고 해결해야 할 정도로 그리 큰 문제가 있어 보이지는 않는다.

장기요양 접근성을 고찰하기 위해 우선 현재 시스템하에서 장기요양 필요가 충분히 충족되고 있는지 여부를 설문조사한 결과를 살펴보고자 한다. 지역사회 거주하는 이중자격 수급 노인들중 ADLs 관련 도움이 필요한 노인들중 58%는 그들이 필요한 일상생활활동 관련 타인의 도움이 충분하게 충족되지 않고 있다고 응답하였다. 이중 28%는 아주 빈번하게 도움이 필요하다고, 24%는 가끔 도움이 필요하다고, 5%는 거의 도움이 더 필요하지 않다고 응답하였다.

특히, 5~6개 ADLs의 어려움이 있는 이중자격 노인들의 72%가 미충족된 장기요양 필요가 있다고 응답한 반면, 1~2개의 ADLs 불편으로 타인의 도움이 필요한 이중자격 노인들중에서는 48%가 미충족된 장기요양 필요가 있다고 응답하였다. 즉 일상생활에 불편이 많은 이중자격 노인들이 더 많은 장기요양 필요도가 충족되지 않고 있음을 느끼고 있다고 유추할 수 있다.

장기요양 필요가 충족되지 못함으로 인하여 이들 이중자격 수급 노인들중 56%는 목욕을 하지 못하거나 배변을 적시에 처리하지 못해 옷이 젖는 등 생활에 불편을 경험하였다고 응답하였다. 어려움을 경험했던 노인들중 33%는 그들이 원했을 때 목욕이나 샤워를 할 수 없어 참아야 했으며, 28%는 침대나 의자에서 일어나다가 낙상을 경험하였고 15%s 적시에 배변을 처리하지 못하여 젖거나 더럽혀진 경험을 하였다고 응답하였다. 이는 모두 적시에 타인의 도움 즉 장기요양 서비스가 제공되지 못해서 발생한 것이라고 볼 수 있다.

저소득 이중자격 노인들은 위와 같은 장기요양 필요를 주에서 관리 운영하는 메디케이드를 통하여 거의 대부분 지원받고 있다. 6개주 대상으로 한 설문조사 결과에 따르면 54%의 수급 노인들이 홈케어서비스 제공기관 등 유료 장기요양서비스를 제공하는 기관으로부터 메디케이드의 지원을 받아 서비스를 지원받고 있다고 하였다. 다시 말하면 46%의 장기요양 필요가 있는 이중자격 노인들이 메디케어 또는 메디케이드 프로그램의 부족으로 서비스를 제공받지 못하고 가족 또는 친구들의 도움에 의존할 수 밖에 없다는 것이다.

요약하면, 이중자격 수혜자들의 경우 다양한 만성질환으로 의료적 치료와 처방약의 지속적 복용이 필요한 상태이며, 메디케어에 의하여 이러한 의료적 서비스 및 처방약 구입과 관련해서는 큰 어려움을 느끼고 있지 않다.

메디케어의 효과성과 메디케이드의 보조적 비용분담 등이 이중자격 수급 노인들의 의료접근성과 관련하여 효과를 발휘하고 있다고 볼 수 있다. 반면, 자택에 거주하는 이중자격 노인들의 장기요양 필요가 있으나 미충족이 광범위하게 확산되어 있음은 놀라운 조사결과이다.

특히, 부적정한 장기요양 지원은 이들 이중자격 수급 노인들이 더 쉽게 병에 노출되어 잠재적으로 더 큰 의료비용 지출로 이어질 수 있다고 지적하고 있다. 따라서 미국도 이중자격 수급자들의 장기요양 지원 확대를 하나의 과제로 인식하고 해결하기 위하여 노력하고 있다.

2. 미국 장기요양체계 현황

(1) 미국 장기요양제도의 변천과정

미국의 장기요양정책은 혼자서 일상생활을 하기에 불편을 겪고 있는 노인과 장애인들을 중심으로 발전되어 왔다. 특히, 미국의 장기요양정책은 1965년 메디케어와 메디케이드가 도입되면서 안정적 재원확보를 중심으로 급속하게 발전하게 된다. 따라서 본 보고서에서는 미국의 장기요양정책을 요양시설(nursing home)중심시기, 지역사회보호 확장기, 오바마 의료개혁 전후부터 현재까지로 분류하여 살펴보고자 한다.[20]

가. 요양시설 중심시기 (1965년~1973년)

이 시기는 요양시설의 확충과 시설에 대한 공적지원의 확충을 특징으로 한다. 무엇보다 이것이 가능했던 것은 1965년 메디케어와 메디케이드의 법제화로 의료보장 및 장기요양의 안정적 재원 역할 덕분이다. 메디케어는 노인의료 진료행위나 입원 등의 기본적 재원이 되었으며, 장기요양 관련해서 가정간호(home health care)의 중요한 재원이었다.

특히, 메디케이드는 요양시설 입소자를 지원함으로써 1965년 이후부터 1980년대 까지 미국 요양시설(nursing home)급증의 기폭제가 되었다.

또한, 이 기간동안 몇 가지 사회-인구학적 변화도 요양시설 증가에 기여하였다. 대표적인 변화로는 노령인구와 독립 노인가구 증가, 수발 제공자 역할을 해오던 기혼여성의 노동시장의 진출 및 노인 부모와 그 자녀 거주지간의 거리 등의 증가 등을 꼽을 수 있다.[21]

하지만 요양시설 입소자에게만 메디케이드 지원을 가능하게 한 규정은 시설중심 편향을 낳아 불필요한 시설입소를 증가시켰다. 또한 동 규정은 "자기자산 소모"와 "시설 조기입소"와 같은 도덕적 해이 현상을 증가하게 하였다. 첫째, 장기요양혜택을 받기 위해서 메디케이드 소득기준 충족을 위해 노후 자산을 미리 소진하는 도덕적 해이 현상이 발생하게 되었다.

---

20) 김찬우, 신수경, "미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰-오바마 법안과 아베 개혁을 중심으로-", 노인복지연구 2018년 3월호(제73권1호), 한국노인복지학회, p133~161

21) Almegren, G.R. (1989), Artificial nutrition and hydration practices and the American nursing home: currents of social change and adaptation by an industry in transition. *Deprartment of Sociology, Seattle, University of Washington.*

둘째, 시설입소자에게만 혜택이 주어지므로 중증노인의 지역사회 거주는 감소하고 조기에 요양시설 입소를 촉진하게 되었다. 이러한 시설중심 편향의 장기요양정책으로 인한 도덕적 해이, 요양시설의 질에 대한 여러 가지 문제점 등이 부각이 되었고 이를 개선하기 위한 정책들이 개발되었다.

나. 지역사회보호 확장기 (1974년~2009년)

1965년에 제정된 메디케어와 메디케이드의 재가요양에 대한 지원은 크지 않았으며, 요양시설에 대한 막대한 지원에도 불구하고 요양시설의 질 개선에 대한 문제제기가 지속적으로 보고되었다. 이러한 분위기속에서 1974년 사회보장법(Social Security Act)이 개정되어 지역사회보호 및 사회복지적 성격의 장기요양서비스들에 대한 연방교부금이 주정부로 지원 가능하게 되었다. 이를 통해 자신이 거주하는 지역사회에서 노후의 삶의 질을 유지하는 "살던 곳에서 노후보내기(Aging In Place)" 접근을 위한 재정지원이 가능하게 되었다.

1980년대 중반이후, 자유경쟁과 개인책임윤리를 강조하는 레이건 행정부는 복지예산의 대폭적인 삭감과 규제완화, 지방분권화, 경쟁적 시장모델을 의료 및 사회보장체계에 도입하였다. 이러한 영향으로 장기요양정책의 당면과제는 비용억제, 비용공유 및 혜택의 감소를 추진하는 쪽으로 전개된다. 장기요양 제도들도 메디케어와 메디케이드의 지출증가로 인한 재정적자 감소를 위해 포괄보조금(block grant)방식의 예산 할당, 관리의료(Managed Care) 및 사전지불제(PPS; Prospect Payment System)방식이 도입되었다. 본격적인 재가요양서비스 도입이 활발해진 1990년대부터는 시설위주의 서비스 제공이 감소되어 나간다. 주정부는 시설 증설 및 정원을 억제하기 위해 시설필요 인증제(CON: Certificate of Need)를 시행하였다.

시설필요인증제는 요양시설 허가와 관련하여 그 지역내 수요를 고려하여 제한적으로 요양시설 설립을 허가하는 것이다. 반면 사회적 모델 형태인 돌봄 지원 주거시설(Assisted Living Facility)과 같은 공동주거와 돌봄을 겸한 지역사회 복합서비스는 장려되었다.

다. 2000년대 이후 장기요양제도 변화

이 시기의 특징은 재가 및 지역사회보호중심 정책을 지속적으로 추진하면서 이를 보다 효과적으로 시행하기 위해 통합재정방식, 의료와

요양을 종합적으로 제공하는 통합케어모델 등이 도입·확산되기 시작하였다. 또한 2010년 오바마케어 도입시 지역사회거주지원법(CLASS: Community Living Assistance Service and Supports Act)제정은 지역사회 돌봄에 대한 새로운 개혁적 시도였다. 비록 직접 실행은 제동이 걸렸지만 쟁점은 지속적으로 논의되고 있다.

① Medicade waiver 정책

미국은 1990년대까지 저소득층 노인을 대상으로 시설중심의 장기요양 제도를 운영해왔다. 하지만 급격히 증가하는 시설중심 요양에 대한 메디케이드의 지출을 감소하고 재가거주 노인들의 요양 욕구 지원을 강화하려는 노력의 일환으로 Medicade wavier 정책이 추진되었다. 1990년대 Medicade wavier 조항 강화라는 법개정을 통해 주정부들이 재가 및 지역요양서비스(Home and Community Base Service :HCBS)들에 더 유연한 재정지원을 지속적으로 할 수 있게 되었다 이로 인해 장기요양 제도의 정책의 중심이 시설중심에서 재가중심으로 전환되었으며, 이 흐름은 현재까지 지속되고 있다. Medicade wavier 정책의 지원을 받는 HCBS 프로그램의 주요 대상은 요양시설(nursing home)케어 수준의 중증노인들중 메디케이드 수급자들이다.

메디케이드가 주정부 중심으로 운영되어 주마다 차이가 있지만 Medicade wavier 조항을 통한 HCBS의 주요 서비스는 사례관리, 주간보호(adult day care), 주간건강보호(adult day health center), 가정간호보조(home health aid), 가사보조, 단기보호, 식사지원 및 교통 등의 서비스이다. 또한 HCBS와 노인 집단주택(congregate housing)이 함께 제공되는 시범사업을 전개하는 주들도 생겨났다.

② 의료-요양 통합적 케어 등장

의료비용의 증가억제를 위한 관리의료(managed care)가 장기요양 제도에도 영향을 미쳤다. 관리의료는 기존의 의료비 지불방식인 행위별수가제 대신 일인당 일정액을 지불하는 인두제(capitation) 방식을 기반으로 관리조직을 중심으로 필요한 서비스를 통합 연계하는 것이 주요 특징이다. 이와 같이 서비스 전달체계와 재정의 통합운영의 특징을 가진 장기요양 모델들이 도입되기 시작하였고

대표적인 것이 PACE(Programs of All-inclusive Care for Elderly) 모델이다. PACE 모델의 특징은 첫째, 요양시설 입소 수준의 중증노인을 대상으로 일차진료, 급성치료 및 장기요양 서비스를 종합적으로 제공하며, 둘째, 다학제 전문가로 구성된 케어팀이 대상자의 서비스 이용을 관리하고 전반적인 비용을 통제하며, 셋째, 소요재원은 메디케어, 메디케이드, 사보험 등 개인지불액 등을 통합하여 인두제 방식으로 지불하는 것이다.

③ 지역사회거주지원법(CLASS Act) 제정 시도

오바마 대통령의 AAC법 통과이후 장기요양에도 새로운 개혁인 지역사회거주지원법(CLASS Act) 제정이 시도되었다. 동 법은 장기요양에 대한 메디케어와 메디케이드 지출 증가, 이러한 지출증가에도 불구하고 이 두가지 재원에서 혜택을 받기 어려운 고령자들의 장기요양 욕구에 대한 지원문제를 해결하기 위해 제정되었다.

이 법은 근로기간에 미리 장기요양보험료를 일부 내고 이후에 현금으로 지원받는 즉 민간보험원리를 적용한 자발적인 사회보험형태로 지원하는 것을 주요 내용으로 하고 있다. 혜택을 받기 위해서는 최소 5년 이상(최소 3년 이상 직장근로) 월 보험료를 평균 $65을 납부하면, 5년 후부터 노인의 기능적 상태에 따라 하루 $50 ~ $70정도의 현금 지원을 가능하도록 하였다[22]. 이 법은 오바마케어의 원칙에 맞게 민간 요양보험에 가입이 어렵고 동시에 Medicaid 대상이 되기 어려운 노인들을 위한 지역사회 서비스 지원을 목적으로 제정되었다.

하지만 이 법은 수요 급증이 발생할 경우 재정적 문제와 대상자 선정 기준 문제로 실효성에 대한 논란이 지속되다가 2013년 원안은 폐지되었다. 하지만 여전히 지역거주 장기요양 대상자에 대한 공적 재정 지원은 논란 중이다.

(2) 미국 장기요양제도의 주요 서비스

미국은 한국과 달리 별도의 공적인 장기요양보험을 운영하고 있지는 않다. 요양시설 입소, 간병인을 통한 일상생활지원서비스 등 다양한 재가서비스를 메디케어와 메디케이드를 통하여 지원하고 있다.

---

22) 김찬우, 신수경, “미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰-오바마 법안과 아베 개혁을 중심으로-”, 노인복지연구 2018년 3월호(제73권1호), 한국노인복지학회, p133~161

특히 의료적 처치보다는 일상생활 지원적 성격이 강한 재가서비스, 요양시설 입소와 같은 서비스는 메디케이드에서 다양한 프로그램과 더 많은 지원을 하고 있다.

병원에서 급성기 치료를 마치고 재활 등 아급성 치료를 담당하는 우리나라 요양병원과 유사한 기관으로 미국에는 전문요양시설(specified nursing facility)이 있다. 전문요양시설에서 90일간 치료 후에도 치료가 더 필요하여 장기 입원 하며 간호 및 일상생활 지원과 같은 간병 등의 서비스를 받을 수 있는 곳이 nursing home(이하 '요양시설)이며, 우리나라 요양시설과 유사하다. 이외에도 자택 생활이 더 이상 불가능한 경우 7명이내 소규모 인원이 입주하여 간헐적 간호요양, 약물투여 및 개인위생관리지원 등을 해주는 성인 패밀리홈 및 생활보조시설 등도 운영되고 있다. 이들 성인 패밀리홈 및 생활보조시설도 넓은 의미의 요양시설이라 할 수 있다. 이하에서는 미국의 장기요양제도에서 제공하고 있는 서비스를 크게 분류하여 요양시설 입소, 방문간호 등 재택진료 서비스 및 간병인 지원 등을 통한 재가서비스에 대해 살펴보고자 한다.

가. 요양시설 이용현황 및 질 관리 체계

① 요양시설 이용현황

급성병원을 통하여 메디케어에 의해 지원을 받는 요양병원(Specified nursing home)으로 들어오는 경우는 80%이며, 노인아파트(senior apartment)와 같은 지역사회에서 요양병원으로 들어오는 경우는 대략 20%이다.[23] 요양병원에 입원하여 장기입원이 가능한 요양시설로 이전되는 경우는 28%로 보고되고 있다[24]. 2015년 발간된 CMS 장기요양개요서(CMS nursing home compendium)에 의하면 요양기관 장기거주자의 연간 총 비용이 전국 평균 $9,500(한화 약 1억 1천만원)이다. 2014년 기준 미국에 15,640개의 요양시설이 있으며, 약 150만명 환자가 거주하고 있다.

요양기관의 운영형태별로 분류해 보면, 72.2%가 민간 영리기관이 운영하고 있으며, 공공기관이 운영하고 있는 비율은 6.2%에 불과하다.

23) Yoo JW, Jabeen S, Bajwa T외 3인, Hospital readmission of skilled nursing facility residents: a systematic review. Res Gerontal Nurs 2015.8. pp148~156

24) Yoo JW, Choi JB, Kim SJ, Shin HP외 2인, Factors associated with remaining in a skilled nursing facility for over 90 days from admission: residents' participation in therapy and desire to return to the community, J Am MedDir Assoc 2013:14: 710e-e4

운영규모 관점에서 100~199병상의 중형규모 요양기관이 44.1%로 다수를 차지하고 있다. 입소자중 85%가 65세이상 노인이며, 평균 나이는 82.6세이다. 기계적으로 변형된 식이가 필요한 경우는 35%, 인공영양의 경우는 5%이며, 60~70%의 경우 요실금 또는 보행장애로 도움이 필요하다.[25)]

② 요양시설 질관리 체계

연방정부 산하 CMS와 주정부산하 건강기구에서는 매년 장기요양기관의 진료의 질을 평가하고 일반에 공개한다. 요양기관의 평가기준은 주정부 산하기구에서 시설관리 등 실사조사, 온라인으로 진료결과 및 간호인력을 자체보고한 자료를 종합하여 평가한다. 진료의 질 평가항목은 장기거주자와 단기거주자로 분류하여 장기거주자의 경우 계절성 독감 및 폐렴 백신 접종여부, 일상생활 활동성 하락여부, 낙상 관련 상처 등을 평가하고 단기거주자의 경우 향정신성 약물 및 억제대 사용 등을 평가한다.

CMS는 매년 요양기관의 진료의 질을 5등급으로 나눠(5등급 최고등급, 1등급 최저등급) 2002년부터 'Nursing Home Compare'라는 항목으로 CMS 누리집에 공개를 하고 있다. 이는 환자 또는 보호자들이 요양시설을 선택하는데 점차 많이 활용되고 있다[26)].

하지만, Werner 등에 의하면 5등급 Nursing Home Compare는 진료의 질과 연관성이 통계적으로 유의하지 않다고 하며, 그 이유로 Nursing Home Compare가 진료결과나 간호 인력보다는 시설관리에 의해 결정되기 때문이라고 분석하고 있다[27)].

또한 요양기관은 Minimum Data Set (MDS)이라는 보고서를 정해진 기간동안 작성해 온라인으로 보고하여야 한다. 이 보고서는 주로 요양기관 내 전담 간호사가 각 환자마다 작성하며, 새로 기관에 들어온지 2주이내, 주요 변동이 생길 때는 매 90일마다 작성한다.

---

25)~26) Xibei Liu, 한규태, Takashi Yamashita, 유지원, Long-term Care Practice and Health Policy in the United States, Korean J chin Geri 2017:18(1) 1-7중 p3 재인용

27) Werner R, Konerzka RT, Kim MM. Quality improvement under nursing home compathe association between changes in process and outcome measures. Med Care 2013:51:523~528

그리고 퇴원 또는 사망 시 요양기관에 작성의무가 있다. MDS에는 일상생활능력(ADL), 임상정보, 환자의 퇴원계획 등이 포함되어 있다. 이 MDS에 내재된 연동기능으로 임상기록이 자동 산출되어 요양기관은 요양보험국 또는 주정부 산하 건강기구로부터 포괄수가제(Case-payment)형식으로 요양급여를 지급 받는다. 다만, 촉탁의를 포함한 의사 및 유사의사에게 주어지는 급여는 MDS에 적용되지 않고 행위별 수가제(fee-for service)에 의해 결정된다[28].

CMS는 요양기관에 들어온 환자에 대해 의사가 첫 90일동안은 매달, 이후 최소 두 달에 한 번씩 진료를 보게 하여 최소한의 의료서비스를 보장하고 있다. 장기요양 개요서에 의하면, 요양시설의 경우 환자 일인당 하루 평균 4.04시간(242분) 요양서비스를 받으며, 이중 대부분인 2.5시간은 간호조무사(certified nursing assistant) 담당이며, 물리·작업·언어치료의 경우 0.35시간, 의사 및 유사의사(mid-level practitioner, physician assistant, nurse practioner)에 의한 진료시간은 0.15시간에 불과하다[29].

나. 방문간호 등 재택진료서비스 (home health service)

미국에서는 재택진료서비스가 메디케어에 포함되어 65세이상 노인들에게 제공되고 있는데 이는 우리나라 방문간호와 유사하다.

재택진료(home health care)는 병원이나 시설보다는 자택을 선호하는 환자와 보호자를 위하여 저렴한 비용으로 의료기관과 유사한 의료서비스를 제공받아 단기적으로 질병이나 부상의 치료를 받고 장기적으로 최상의 건강상태를 유지하기 위해 도입되었다.

동 서비스는 메디케어 수급자로서 자택에 머무는 시간이 긴 환자를 대상으로 의사의 승인을 받아 치료계획을 수립하고 이에 따라 주기적으로 방문하여 치료 등 관리를 제공받게 된다.

재택 진료서비스 급여에는 전문간호, 재활치료, 일상생활 훈련 보조 등 돌봄서비스, 사회복지상담서비스 및 보장구·치료재료·의료기기 지원서비스가 제공된다[30].

---

28) Xibei Liu, 한규태, Takashi Yamashita, 유지원, Long-term Care Practice and Health Policy in the United States, Korean J chin Geri 2017:18(1) 1-7중 p4

29) Center for Medicare & Medicaid Service. Nursing home data compendium 2015 edition [Internet]

30) CMS 홈페이지 : www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-For-Service-Program/HomeHealthPPS

전문간호 서비스에는 치료계획 관리 및 평가, 환자・환자보호자・간병인 교육 및 훈련, 주사제를 포함한 약물관리, 튜브교체, 인공항문관리, 재활간호 등의 서비스가 포함된다. 돌봄서비스에는 화장실 이용, 구강위생, 식사, 보행보조 등 돌봄과 간단한 옷 갈아입기, 간단한 약물복용 보조, 전문치료사 없이 수행할 수 있는 일상생활 훈련 보조 등이 해당된다. 이동지원, 24시간 돌봄, 도시락 지원, 가사 지원 등의 비급여 성격의 서비스도 있으며, 급여 및 비급여서비스 항목은 지역마다 다르게 운영되는 가정건강센터에 따라 다르게 제공된다.

이들 재택진료서비스는 이를 전담으로 제공하는 가정건강센터(Home Health Agency: HHA)에서 제공하며, 연방정부ㆍ주정부의 공공비영리법인, 종교법인, 또는 사기업, 영리법인, 영리병원 형태로 설립 가능하다. 미국의 50개주, 워싱턴 DC, 자치령을 포함한 미국 전역에 약 11,385개의 가정건강센터가 운영되고 있다[31)]

서비스 제공인력으로서 간호사는 최소한 학사학위를 소지하여야 하며, 사례관리자, 케어 코디네이터, 교육, 행정, 감독, 질 향상 활동 등의 역할을 수행한다.

학사학위의 간호사는 generalist로서 전문 간호 제공과 치료 활동 조정 등을 하고 석사학위의 간호사는 임상전문가, 전문간호사, 연구자, 행정가, 교육자의 역할을 수행하며, 전문간호사(nurse practitioner)는 허약노인과 가정에 있는 환자를 대상으로 일차진료를 제공한다.

서비스 제공절차는 서비스를 제공받고자 하는 메디케어 수급자가 메디케어 인증을 받은 가정건강센터(HHA)에 방문간호 등록을 하면 동 기관에서 방문하여 환자 상태에 적합한 케어플랜을 작성하고 의사의 서명을 받아서 서비스를 제공하게 된다.

환자에게 제공되는 서비스 기간은 환자당 최대 60일을 기본으로 제공되며, 이 기간안에 전문간호, 재활치료, 돌봄지원 및 의료기기 대여 등 모든 재택진료서비스가 제공된다. 특히, 30일안에 종합적 케어서비스를 제공토록 요청하고 있으며, 환자의 상황과 의사의 판단에 따라 치료기간 연장이 가능하고 전문간호와 돌봄서비스를 동시에 받을 경우 두 서비스 합이 하루 8시간, 주 28시간 이하로 제한되고 있다[32)].

---

31) Lee, Y.S. (2019) Trends of visiting medical care services in the US and Singapore. *Policy Trend*. 13 (3), 83-97

32) Lee, Y.S. (2019) Trends of visiting medical care services in the US and Singapore. *Policy Trend*. 13 (3), 83-97

다. 간병인 지원서비스

자택에서 계속 거주할 수 있도록 도움을 주는 서비스가 많이 있으며, 이는 주로 메디케이드에 의해 지원되고 있다. 메디케이드는 주별로 서비스 기준 및 내용이 상이하므로 보다 자세한 내용을 살펴보기 위해서 워싱턴주의 장기요양서비스지원 내용을 살펴보고자 한다[33].

메디케이드 수급자로서 재가서비스를 제공받기 위해서 신청하면, 사회복지사 또는 사례관리자가 수급자의 개인위생평가 등을 통하여 수급자와 함께 필요한 요양옵션을 검토하여 제공하게 된다.

수급자의 보다 종합적인 필요한 요양서비스를 평가하기 위하여 간호사의 도움을 받기도 한다. 즉 공식간호사(RN)가 의료적 요양요구를 평가하고 약물투여, 대소변 처리 프로그램, 방관 도관 삽입, 간단한 상처치료 등을 간호보조사 또는 공인자택요양보조사를 훈련시키고 감독하여 이러한 요양과제를 수행하게 한다.

이러한 요양필요도 평가 후에 식사준비, 목욕, 옷입기, 화장실 사용 등의 개인위생관리 및 가사 등을 도와줄 간병인을 고용할 수 있으며, 메디케이드를 통하여 이에 필요한 비용의 전액 또는 일부를 지원 받게 된다.

자택에 머무르며 개인위생관리에 도움을 줄 간병인은 수급자가 직접 구할수도 있고 자택요양기관을 통해 구할 수 도 있으며, 이 두 가지 경로를 모두 동원해서 구할 수 있다. 가족 또는 친구를 간병인으로 원한다면 특정 주 및 연방기준을 이 가족 또는 친구가 충족하는 경우 개인간병인으로 정부의 지원을 받을 수 있다.

개인간병인을 고용할 경우 요양스케줄을 주당 노동시간 한도(보통 주당 40시간)내에서 정하며 언제 어떻게 간호 등 요양서비스를 제공받을지를 수급자가 결정한다. 즉 수급자가 간병인을 선택하고 고용해야 한다.

개인간병인을 직접 고용하는 것이 부담스러운 경우에는 면허가 있는 자택 요양기관을 선택하면 된다. 이 경우 이 요양기관을 통하여 신원조회를 하여 간병인을 모집하고 고용하고 감독하고 간병인에게 필요한 훈련을 시행한다. 다만, 이 경우에는 수급자의 간병인에 대한 통제권이 줄어들고 매번 집에 같은 간병인이 오지 않을 수 있는 등 자택요양기관의 간병인에 대한 영향력이 더 커진다.

---

33) Washingtion State Department of Social and Health Service, Aging and Long-term Support Adminstration, Manual for Medicaid and Long Term Support Services.

3. 노인 의료·장기요양체계 관련 주요 도전과제

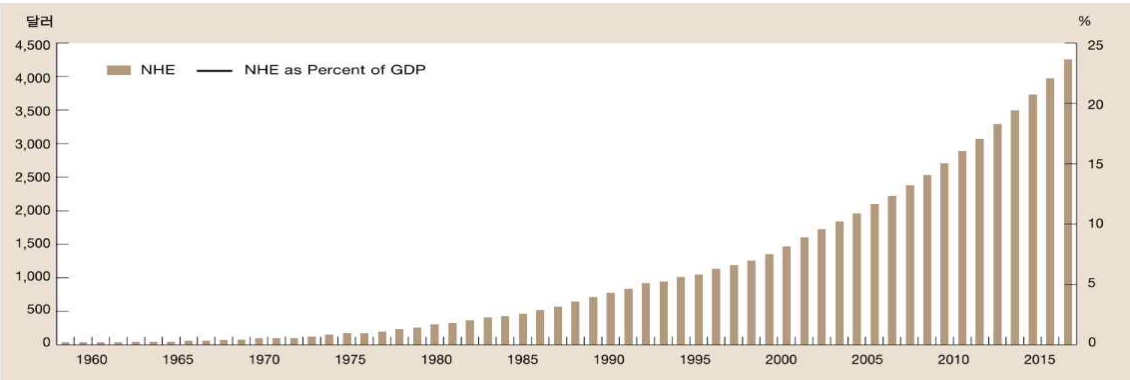
국민의 생명과 직결된 의료체계와 관련해 대부분의 나라가 고민하는 문제는 크게 고령화에 따른 의료비 부담 급증 등 비용문제, 의료접근성, 의료의 질 이 세가지가 가장 공통적인 과제이다.

미국의 의료체계도 동일한 문제의식을 가지고 해결하기 위해 노력하고 있다. 먼저 미국 의료체계의 주요 도전과제를 살펴보고 이를 토대로 미국 노인 의료·장기요양체계 관련 주요 도전과제 등을 살펴보고자 한다.

(1) 미국 의료체계 주요 도전과제

첫째는 비용 문제이다. 미국의 의료비 지출은 1970년데 1인당 1,300달러로 GDP의 7%를 차지하였으나 약 30년 후인 2004년의 1인당 의료비 지출은 GDP의 약 16%(6,300달러)에 이르고 있다(Holtz-Eakin, 2006). 이와 같이 미국의 1인당 의료비 지출은 국민소득 증가율의 두 배를 상회하고 있으며, Hagist와 Kotlikoff L.은 의료비지출 관련 논문에서 보건의료 관련 정부지출이 2050년에 GDP의 33%에 이를 것으로 예측하고 있다[34]. 이러한 의료비 지출 증가원인으로 우선 인구 구성에서 고령층 또는 고령진입층이 상당부분을 차지하고 있으며, 다른 요인으로는 소득 증가에 따른 의료보험 구매할 능력이 증가하여 의료보장 범위가 확대되고 있으며, 마지막으로 의료부문의 신기술 도입 등이 제시되고 있다.

<그림 3-1> 국민의료비 지출 규모 및 GDP : 1960~2017



주 : NHE(National Health Expenditure, 국민의료비)
자료 : Employee Bnefit Research Institute estimates from Centers for Medicare and Medicaid Services and U.S. Department of Commerce.(2006-2017 data are projected)

34)~35) 정영호, "미국의 의료개혁과 시사점", 노동연구원 국제노동브리프 기획특집 의료개혁 3, pp20~35 재인용

둘째는 의료의 질적 측면문제이다. 미국에서는 의료비 지출이 급격히 증가하고 있지만 이러한 추이가 의료의 질적 측면을 보장한다고 연결할 수 있는지에 대해서 의문이 제기된다.

미국의 의료제도에서 의료의 질적 측면을 측정한 연구결과에 따르면 환자의 절반 정도만이 적정한 치료를 받고 있으며 또한 환자들이 가입하고 있는 의료보험형태가 의료의 질적 측면에 영향을 주지는 않는 것으로 나타났다[35].

마지막으로 의료접근성 문제이다. 미국은 의료보험을 일반 민간시장에서 직장을 통해서 가입한 자가 60%로 대부분을 차지하고 있는 등 민간 부문의 역할이 강하다. 이로 인해 의료보험 미가입자가 2006년 미국 센서스 자료에 의하면 약 4,660만명에 달한다. 이들은 의료서비스가 필요할 때 제 때 받지 못하는 문제가 있다. 이들 의료보험에 가입되지 않은 가구는 빈곤층에만 국한되지 않고 소득별 · 연령별 · 인종별 등으로 다양하게 나타나고 있다.

이러한 의료보험 미가입자 문제를 해결하기 위해 오바마 대통령은 의료보험 시스템의 개혁을 추진하였고, 2010년 환자보호 및 부담적정보험법(ACA)을 제정하였다. 의료접근성 확대를 위해 전국민이 의료보험에 의무가입 하도록 규정하였고 주별로 다양하게 적용되고 있는 메디케이드를 동일한 기준으로 적용하여 메디케이드를 확대하며, 저소득층의 민간보험료 지원을 확대하고자 하였다. ACA 시행 이후 메디케이드 수혜자가 증가하고 저소득 인구가 연방정부 보조금을 받아 민간보험을 가입할 수 있게 되었다. 동 법 시행이후 6년간 의료보험 미가입자 수는 2,100만명이나 감소하였고, 의료보험 미가입률은 2010년 16%에서 2016년 8.6%로 줄었다[36].

하지만 트럼프 행정부에서 오바마케어를 폐지하고자 시도하였고 또 다시 의료보험 개혁을 수정하는 AHCA(The American Health Care Act)라는 의료법안을 트럼프 정부와 공화당이 제안하였다.

동 법에 의하면 첫째, 메디케이드의 재정체계를 1인당 정액제(per capita cap)로 바꾸고 주정부에 포괄보조금(block grant) 선택권을 부여토록 하였다.

35) Asch SM et al., “Who is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?”, New England Journal of Medicine 354(11), pp 147~156, 2006.

36) Cohen, R, Martinez, M, & Zammitti, E.(2016). Health Insurance Coverage:Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, National Center for Health Statistics.

이러한 제도 변화로 주정부는 급여 감소, 자격 요건 강화, 그리고 수혜자 제한 등으로 지출을 줄이게 되었다.

둘째, 저소득층에 대한 민간 보험료 지원금을 줄이는 것이었다. 이를 통해 연방정부의 지출을 줄이고 고소득층에 부과된 추가세를 폐지하려는 목적이었다. 이러한 ACA법 수정으로 인해 트럼프 대통령 취임후 의료보험 미가입자는 다시 230만명이 늘어났다.

바이든 대통령이 취임하면서 오바마케어로 복귀하기 위한 다양한 조치 들이 재논의 되고 있다. 이와 같이 의료접근성은 미국 의료개혁의 핵심 도전과제로서 다양한 해결방안이 지속적으로 논의 되고 수정될 것이다.

(2) 미국 노인 의료·장기요양체계 주요 도전과제

가. 정부 재정부담 증가

미국을 포함한 대부분의 선진국들은 고령화라는 인구통계학적 변화를 경험하고 있다. 미국의 베이비붐 세대가 이미 65세이상 연령대로 진입하여 노인 의료 및 장기요양에 따른 경제적 부담이 정부 입장에서는 해결해야 할 주요한 이슈이다.

미국은 국가 의료보험 체계를 갖고 있지는 않다. 하지만 연방정부의 의료보험 관련 지출은 2015년 정부예산의 25%를 차지했을 정도로 높다[37]. 미국 정부의 의료보험 관련 지출은 메디케어, 메디케이드와 저소득층에 대한 민간보험 가입 보조금을 통해서이다. 민간보험료 지원은 ACA에서 의료보험 가입을 의무화하고 미가입자에게 벌금을 징수함에 따라 저소득층의 민간의료보험 가입을 지원하기 위하여 도입된 제도이다.

특히, 메디케어에서 가장 지출이 큰 병원보험(메디케어 Part A)의 경우 근로자들에게 부과하는 메디케어세로 비용을 충당한다. 따라서 인구고령화로 근로자 대비 메디케어 수혜자 수가 늘어나는 상황에서는 재정 압박을 받을 수밖에 없다.

메디케이드의 경우 연방정부와 주정부 연합프로그램으로 주정부 지출비용에 대하여 연방정부가 매칭펀드를 제공한다.

---

37) Center on Budget and Policy Priorities.(2016). Policy Basics: Where Do our Federal Tax Dollars Go? http://www.cbpp.org/sites/default/files/atoms/files/4-14-08tax.pd

메디케이드가 확대되는 경우 연방정부와 주정부 모두 재정 부담은 증가할 수밖에 없다.

나. 장기요양 보장성 부족

① 메디케어의 장기요양 보장성 미흡

미국 의료체계 주요한 과제인 의료보험 미가입자의 문제는 노인의 경우 다행히 공적 의료보험인 메디케어로 인하여 의료접근성에 대한 문제는 상대적으로 적다고 할 수 있다.

노인대상의 메디케어는 외래 및 입원환자 모두에게 적절하다. 게다가 대부분의 사람들은 보충적 의료보험을 가지고 있기 때문에 본인부담금이나 일정액공제금액을 적게 부담한다. 이에 반하여 요양병원, 전문요양시설 및 재가서비스 관련 급여는 제한적으로 제공되고 있어 이들 서비스를 이용하고자 할 경우 본인부담금이 크게 발생하게 된다. 본인부담금은 적극적 소득활동을 하지 않는 노인들에게 재정적 위험을 미치는 영향이 매우 크다.

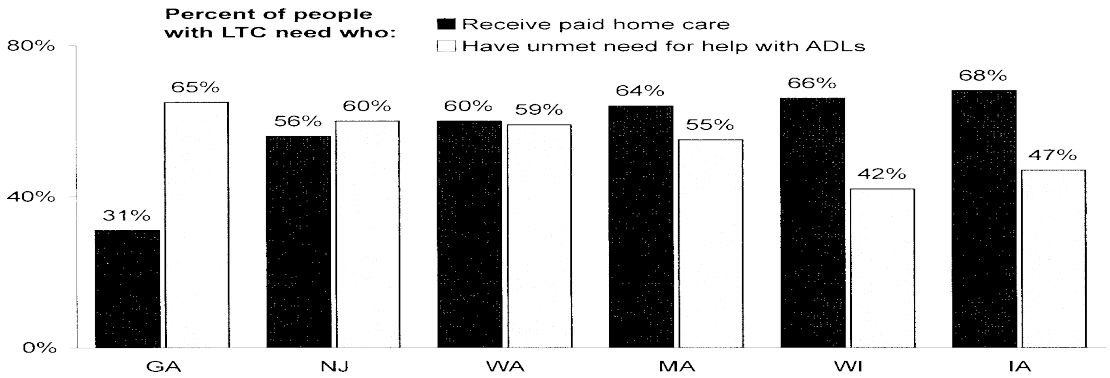
요약하면, 메디케어가 보장하고 있는 의료서비스의 범위는 넓지만 장기요양에 대한 보장 형태는 협소하다. 이러한 메디케어의 장기요양서비스 관련 보장 제한은 동 서비스를 이용하여야 하는 미국 국민들에게 본인부담금 증가로 이어지고 있어 장기요양서비스 이용이 노인들에게 가장 큰 부담이 되고 있다.

② 주별로 상이한 장기요양 보장 수준

저소득 노인의 경우 이중자격 제도의 수급자가 되어 메디케이드를 통하여 메디케어에서 제공하지 않는 다양한 장기요양서비스를 이용할 수 있다. 하지만 앞에서 이중자격제도를 살펴보면서 언급한 바와 같이 노인들이 필요로 하는 장기요양서비스가 충분히 충족되지 못하고 있다는 것을 알 수 있다. 또한, 메디케이드는 주에서 관리·운영하고 있어 각 주별로 제공되는 장기요양서비스의 정도와 내용이 상이하다.

이에 따라 다음 <그림 3-2>와 같이 6개 주 이중자격 제도 수급자 대상 설문조사에서 장기요양 필요서비스 충족여부는 장기요양서비스를 더 많이 제공하는 주일수록 미 충족되는 서비스가 더 낮음을 알 수 있다.

<그림 3-2> 주별 재가서비스 이용과 장기요양 미충족 출현율



이와 같이 미국 어느 주에 거주 하느냐에 따라 저소득 노인들이 받을 수 있는 장기요양서비스 수준이 상이하여 이에 대한 연방정부 수준의 동일한 자격기준 및 필수 서비스에 대한 기준이 필요하다는 민주당의 문제제기와 관련한 논의가 지속되고 있다.

다. 요양시설의 질 관리

요양시설은 환자가 사망 전까지 대부분의 시간을 보내는 곳으로 요양시설의 질은 매우 중요한 요소이다.

요양시설의 질에 영향을 미치는 요소는 시장 내 경쟁의 존재여부, 영리기관 여부 및 요양시설 운영비를 지원하는 메디케어 및 메디케이드 지불형태 등에 따라 다르다. 특히, 요양시설 운영에 많은 부분을 차지하는 메디케어 및 메디케이드 지불형태가 요양시설의 질을 고려하고 있지 않기 때문에 요양시설의 질 향상을 위한 지불체계의 개선 노력이 지속적으로 요구되고 있다. 이와 관련하여 요양시설의 질을 개선하기 위해 시범사업으로 추진되었던 가치기반구매(value-based purchasing) 프로그램을 통해 급성병원이송을 줄이고 진료의 질이 향상된 요양기관에 추가 인센티브 급여를 제공하였으나 Grabowski 등[38]에 의하면 요양기관의 전반적인 진료의 질 향상을 이끌지는 못하였다. 다만, 미 하원에서는 2014년 의료비 절감을 목적으로 가치기반구매 프로그램을 2018년 전국적으로 도입하는 법을 통과시켰다. 이로 인해 요양병원 입소 30일 이내 급성병원 이송이 생길 경우 요양기관에 지급하는 급여비를 2% 삭감하고 있다[39].

38) Grabowski DC외 4인, The impact of nursing home pay for perfermance on quality and Medicare spending: results from the nursing home value based purchasing demonstration. Healthe Serv Res 2016.4.

요양시설의 질 개선을 위한 또 하나의 노력은 환자들에게 요양병원 및 요양시설의 질 관련된 정보를 제공하여 올바른 의사결정을 돕는 것이다. 이를 위해 CMS는 2002년부터 요양시설의 질과 관련된 정보를 제공하고자 다양한 요양시설을 비교한 온라인 보고서를 발간하여 환자, 가족, 사회복지사 등에게 공개하고 있다. 현재 양질의 서비스를 제공하는 요양시설에 입소하는 환자가 증가하고 있다. 그러나 노인들이 인터넷을 이용하는 데 제한이 있다는 점, 요양시설의 등급이 간호인력 또는 진료결과 보다는 시설관리에 의해 결정되어 요양시설의 등급과 진료의 질 연관성이 유의하지 않다는 연구 등은 지속적 개선 노력이 요구된다.

라. 방문간호 급증에 따른 재정부담

메디케어는 자택에 거주하는 노인들에게 방문간호를 지원하고 있다. 방문간호는 사람들에게 인기가 많았으며, 메디케어 도입이후 30년간 메디케어에서 인증된 방문간호 기관은 급속히 증가하였고 행위별 수가제로 운영됨에 따라 비용이 크게 증가하였다.

이에 1997년 Balanced Budget Act을 도입하여 서비스 수혜자별 방문횟수를 제한하는 방문간호 개혁을 실시하여 2001년부터는 비용지출을 감소시켰다. 또한 일반적인 의료서비스보다 비용 증가속도를 늦추기 위해 사전지불시스템을 도입하였다. 그러나 예상과 달리 2001년 이후 방문간호는 메디케어 예산의 급속한 증가의 주요 원인이 되었다.

대다수의 방문간호 서비스 제공기관은 수입창출을 목적으로 운영하는 영리기관이다. 이들은 방문횟수에 따라 더 많은 돈을 지불받는 구조이므로 방문횟수의 증가를 유도하고 있다. 불필요한 입원을 줄이고 자택에서 최대한 오랫동안 거주할 수 있도록 하기 위해서 방문간호는 중요한 정책수단이다.

하지만 일련의 방문간호의 개혁에도 불구하고 방문간호에 따른 메디케어와 메디케이드의 재정부담이 지속적으로 증가하고 있어 방문간호의 재정절감을 위한 개혁에 대한 요구도 지속되고 있다.

---

39) Xibei Liu, Kyu-Tae Han, Takashi Yamashita, Ji Won Yoo, Long-term Care Practice and Health Policy in the United States. Korean J Clin Geri 2017:18(1):pp1~7

마. 이중자격 수급자 대상 Medicare와 Medicaid 조정체계 부재

이중자격 수급자인 저소득 노인들은 메디케어와 메디케이드 두 제도를 동시에 적용받는다. 하지만 메디케어는 연방정부, 메디케이드는 주정부로 관리주체가 상이하다 보니, 연방정부와 주정부는 자신이 운영하는 프로그램의 재정절감에만 관심이 있고 총체적 비용 절감 및 케어의 관리 또는 질에는 관심이 없다.

이로 인해 역설적으로 메디케어와 메디케이드는 비용, 의료·요양 서비스 접근성, 케어의 질 관점에서 부정적으로 상호 작용하고 있다.

첫째, 메디케어에서 우선적으로 지불하고 일정 부분을 메디케이드에서 지불하는 비용분담의 원칙에 따라 메디케이드는 저소득 노인들이 이용하는 서비스에 대한 비용을 지불하여야 한다. 하지만 비용 분담의 정도와 분담하는 서비스 유형 등에 대해서는 주에서 결정할 수 있다. 이로 인해 비용분담 원칙 적용에 보다 엄격한 주에 거주하는 저소득 노인일수록 동 원칙에 관대한 주에 거주하는 수급자들보다 외래진료를 더 적게 받는 것으로 나타났다는 연구 결과가 있다(Mitchell and Haber 2004). 장기요양의 관점에서는 동 원칙은 비용분담에 엄격한 적용을 하는 것이 이중자격 수급자의 케어를 메디케이드에서 지불하는 장기요양에서 급성치료로 전환시키는 비율이 크다는 함의가 있다.

둘째, 메디케어와 메디케이드는 특정한 재택진료서비스(home health care)와 요양시설(nursing home service)에서 제공하는 특정한 서비스를 지원하고 있다. 이로 인해 주정부들은 재택진료 서비스에 대하여 메디케어에서 최대한 지불하도록 하고 메디케이드 지불을 최소화 하기위한 정책 추진으로 이중자격 수급자들의 접근성에 부정적 영향을 초래하고 있다. 또한 전문요양시설에 입원하고 있는 이중자격 수급자들도 메디케어와 메디케이드 두 제도의 지원을 받을 수 있어 두 제도 모두 다른 프로그램의 지원을 받고 있는 환자들의 질 좋은 케어 등 복지에 대한 유인이 없어 최적의 치료를 받는데 한계가 있다는 지적이 있다.

마지막으로 메디케어는 이중자격 수급자들의 급성기 치료를 메디케이드는 그들의 장기 요양적 서비스를 지원하고 있는 특성으로 인한 갈등이다.

앞에서 언급한 바와 같이 메디케어와 메디케이드는 각자가 담당하는 케어의 측면만 고려하기 때문에 환자 케어 측면에서 종합적으로 고비용

치료 세팅에서 저비용 치료 세팅으로 대체할 유인체계가 부재한 상황이다.

이로 인하여 요양시설(nursing home)에서 도덕적 해이 문제를 제기하는 연구결과가 많다. 즉 요양시설에 거주하는 환자들을 퇴원시키지 않는 상태에서 급성기 병원에 입원시켜 진료를 받게 하는 것이다. 요양시설에서 퇴원시키지 않는 상태에서 급성기 병원 입원치료를 허용한 이유는 치료 후 요양시설로 돌아와야 할 경우 병상이 없을 수 있기 때문이다. 이 경우 메디케이드에서 지불하는 비용은 일부 감소하는 대신 메디케어에서 지불하는 비용은 증가하여 총비용은 증가하게 된다. 이와 관련한 연구결과를 살펴보면, 뉴욕주 요양시설 입소자들의 급성병원과 요양시설의 행정자료를 통합하여 조사한 결과를 살펴보면 2004년 요양시설에 장기 입소중인 수급자들중 82,230명이 급성기 병원에 입원치료를 받았다. 이로 인해 병원진료를 위해 $972백만달러의 비용을 지불하였으며, 이중 23%는 잠재적으로 피할 수 있는 입원치료라는 분석이다 (Grabwski, O'Malley, and Barhydt 2007). 더불어 요양시설 입소자들의 급성기 병원 입원 비율이 1999년에서 2004년 사이 29% 증가했다고 한다.

요양시설에 대한 투자를 통하여 급성기 치료를 요양시설에서 할 수 있도록 하는 경우 메디케어에서 지불하는 입원비율을 줄일 수 있으나 주정부 및 요양시설 입장에서는 이러한 투자를 할 유인이 없다. 한 연구보고서에 의하면 요양시설에 대한 메디케이드 지불을 $10 증가시키는 경우 급성기 병원 입원율을 5~9%로 낮출 수 있다는 연구결과가 제시되었다.(Intrator et al. 2007: Intrator and Mor 2004) 따라서 요양시설 입소자들의 불필요한 급성기 병원 입원을 막기 위하여 메디케어에 요양시설의 가치기반 구매 프로그램(Value-Based Purchasing Program)이 시범사업을 거쳐 사용되고 있다.

또한, 지역사회 거주하며 메디케이드에 의해 제공되는 재가서비스를 제공받고 있는 경우에도 일차의료, 급성기와 장기요양 제공자 측면에서 수급자에게 가장 적합한 의료 또는 장기요양서비스를 제공할 조정체계가 부재하다. 이로 인하여 각 주 입장에서는 재가서비스 수급자를 급성기 병원에 입원시킬 유인으로 작용하고 급성기 치료 후에도 적극적으로 지역사회로 복귀하게 하는 유인이 부재하다.

급성기 병원의 퇴원계획 등을 수립하는 사례관리자의 경우 급성기 병원입장에서의 조속한 퇴원만을 고려할 뿐 이 환자가 보다 저렴하면서도

적정한 치료를 받을 수 있는 요양시설 또는 재가서비스 등을 종합적으로 검토하며 고민할 유인체계가 현재 시스템에는 없다. 이로 인하여 급성기 병원 퇴원 후 우리나라 요양병원과 같은 전문요양시설 입소 후 장기 입원이 필요한 일반 요양시설로 이동하는 생활이 지속되고 있다.

이와 같은 저소득 노인과 같은 이중자격 수급자 대상 메디케어와 메디케이드의 조정체계 부재에 따른 문제를 해결하기 위해 서로 상이하게 작동하는 인센티브 체계를 수정하는 몇 가지 대안을 Grabowski가 제시한 바 있다. 그 연구보고서에 따르면 이들 대안의 핵심은 모든 잠재적 비용절감을 메디케어와 메디케이드가 각자의 비용으로 인식할 수 있도록 내재화하는 것이 핵심이다. 대안으로서는 두 프로그램의 재정을 혼합하여 사용할 수 있는 인두제(Capitation), 요양시설 입소자의 불필요한 입원을 막기 위한 성과중심지불(Pay-for-performance)과 이중자격 수급자 대상 메디케이드 프로그램의 연방으로의 이전이다[40]. 특히, 메디케이드 프로그램의 연방으로 이전은 연방정부의 막대한 재정부담으로 인하여 국회에서 거센 반대를 받고 있다. 이 세가지 대안도 모두 단점을 보유하고 있다. 하지만 고령화된 베이비붐세대가 지속적으로 증가하고 이로 인한 연방정부와 주정부의 재정부족 문제가 심각해질수록 위에서 제시된 문제에 대한 해결 방안을 모색하는 것이 정책결정자에게는 중요한 관심사가 될 것이라고 생각된다.

40) David C. Grabowski, Medical and Medicaid : Conflicting Incentives for Long-Term Care, The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 4, 2007 (pp. 579~610)

Ⅳ. 미국 PACE 현황과 평가

1. PACE 도입 배경

PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly)모델은 만성질환이 있는 노인의 케어와 그 가족의 행복을 위해 가장 좋은 곳은 노인이 거주하고 있는 지역사회라는 신념을 토대로 만들어졌다. PACE모델은 노인의 의료적 처치를 포함한 건강관리서비스부터 사회적 지원서비스까지 폭넓은 서비스를 포괄하여 지원해주고 있다.

PACE모델은 1973년, 미국 샌프라시스코 차이나타운 북쪽 해변의 한 지역에서 시작되었다. 이 지역에는 이탈리아, 중국, 필리핀 등에서 이주해온 노인들과 그 가족들의 장기요양 필요가 급증하고 있었다. 지역민인 Marie Louise Ansak이 On Lok(광동어로 "평화롭고 행복한 집"이라는 의미)이라는 노인들 대상 지역사회기반 건강서비스를 창설하였다. On Lok은 지역사회 및 가족과의 연계를 유지하면서 시설에 거주하지 않는 혁신적 모델이었다. 그리고 1983년 On Lock에 인두제 방식의 단일 지불체계가 시험되었다. 즉 노인대상 메디케어와 저소득 대상 메디케이드가 혼합되어 참여자 한명당 한달에 일정금액을 지불하는 인두제방식의 지불체계가 도입되었다. 이 시험의 성공덕분에 국회에서 On Lock 모델을 벤치마킹한 10개의 조직을 추가로 허용하는 법률을 통과시키면서 PACE모델은 공식화되기 시작하였다[41].

1994년에 비영리조직인 전국PACE협회(NPA: National PACE Association)가 생성되었다. 동 협회는 PACE 프로그램 확산 및 개선을 위하여 PACE프로그램의 철학 및 프로그램 등을 교육하고 관련 데이터 제공 및 배상 등 PACE 촉진에 필요한 관련 규정 등을 제공하고 있다. 즉 NPA는 서비스 제공자에게 PACE모델을 이해하고 이를 실행하는데 필요한 지역사회 평가 등 수많은 자료와 도구 등을 제공하는 역할을 수행하고 있다.

41) Laura R.Gadsby(Sentara Senior Community Care), PACE: Program of All-inclusive Care for the Elderly, Virginia Commonwealth University Scholars Compass, Fall 2007, Viginia Center on Aging.

1997년 균형예산법(Balanced Budget Act of 1997)에 메디케어와 메디케이드 두 재원으로부터 월 단위 정액제 방식의 재정지원을 기반으로 하는 PACE 모델이 규정되면서 확고한 제도로서 확립되게 되었다. PACE 모델이 메디케어와 메디케이드 재원으로 지원받는 영구적 서비스 제공자로서 법률에 규정되며 공식적으로 인정을 받게 된 것이다.

2. PACE 운영체계 현황

2019년 기준, PACE모델은 130개 프로그램이 31개주에서 활용되고 있으며, 약 51천여명이 참여하고 있다[42]. NPA에 따르면 미국에서 PACE 모델을 시행하고 있는 지역은 <그림 4-1>과 같다. 최초 발생지인 캘리포니아를 비롯하여 미국 동북부 지역에서 활성화되고 있음을 알 수 있다.

<그림 4-1> 미국내 PACE모델 운영현황

(1) PACE 모델의 일반적 개요

가. 서비스 이용자격

PACE에 가입하기 위해서는 첫째, 연령이 55세 이상이고, 둘째 요양시설(Nursing home)의 케어가 필요할 정도의 건강상태임이 주정부에 의해 인정을 받아야 하며, 마지막으로 거주하고 있는 지역이

42)미국 NPA 홈페이지 PACE 역사, http://www.npaonline.org/policy-advocacy/value-pace#history

PACE 서비스가 제공되는 지역이라는 요건을 충족하여야 한다.

PACE에 가입된 가입자의 평균적 특성을 살펴보면, 평균연령이 76세이며, 복수의 복합적인 의학적 질환이 있고, 인지적 · 신체 기능적 손상으로 상당한 의료적 · 장기요양적 케어가 필요한 상황이다. 이와 더불어 가입자의 대부분이 저소득의 빈곤층으로 가입자의 90%가 메디케어와 메디케이드 동시 자격을 가지고 있는 이중자격자이다[43].

노스캐롤라이나주의 경우 가입자 평균 연령이 80세이고, 8가지의 의학적 질환이 있으며, 가입당시 12가지 약을 복용하고 있었으며, 48%가 치매 진단을 받았다. 또한 노스캐롤라이나주 PACE가입자의 약 96%가 이중자격자로 저소득 노인들이 주로 이용하고 있음을 알 수 있다[44].

나. 제공 서비스

허약노인의 건강 유지와 개선을 위해 필요하다고 전문가가 인정하는 의료적 치료, 장기요양적 서비스 등을 포괄하는 일련의 서비스를 제공한다. 보다 자세하게 살펴보면, 첫째, 의사와 간호사에 의한 일차의료서비스, 병원 입원서비스, 처방약 등의 의료적 서비스 둘째, 물리치료, 작업치료 및 언어치료 등의 재활치료 셋째, 요양시설, (Nursing Home Care) 및 데이케어 센터 이용, 레크레이션 치료 및 홈케어 등 장기요양적 서비스, 넷째, 식사 제공, 사회복지 서비스, 사회복지사와 컨설팅 등 사회복지적 서비스, 마지막으로 치과진료, 이송, X-ray 서비스 등 기타 서비스 등을 가입자의 건강상태에 적합하게 제공하고 있다.

다시 말하면, PACE는 메디케어의 Part A, B 그리고 D인 모든 서비스와 메디케이드의 모든 혜택, 그리고 PACE 가입자가 필요로 하는 기타 지원서비스 등을 통합하여 제공하고 있다.

다. 서비스 제공인력 및 제공기관

개별 PACE 프로그램은 가입자의 다양한 욕구에 대응하기 위해 다양한 영역의 전문가가 하나의 팀(IDT: Interdisciplinary Team)으로 구성 되어 있다.

---

43) NPA 홈페이지, PACE FAQs, http://www.npaonline.org/start-pace-program/understanding-pace-model-care,

44) Linda Shaw, "Program of All-Inclusive Care for the Elderly: A comprehensive, Cost-Effective Alternative for Frail Elderly Individuals", NCMEDCALJOUNAL.Vol.75.no.5

이 IDT는 일차의료 의사, 간호사, 물리·작업치료사, 약사, 석사학위 수준의 사회복지사, 홈 헬스및 이송 조정자 등으로 구성되어 있다. 이 다학제팀(IDT)의 의사는 일차의료를 담당하는 일차의료 담당의사이며, 의사 한명이 재가 허약노인 100명 정도를 담당하고 있다. 이 다학제팀이 가입자에 제공되는 서비스를 인증하고 제공하는 책임을 맡고 있다. PACE에 등록한 가입자의 대부분은 지역사회 기반 주간건강센터(Adult Day Health Center)가 접점이 되어 그 곳에서 주로 서비스를 제공받고 있다.

PACE 제공기관은 비영리 기관에서부터 영리기관에 이르기까지 다양하며, 2019년 기준으로 31개주에서 130개 PACE 프로그램을 운영하고 있다.
이 PACE 조직에는 병원, 의료그룹, 연방정부 인증을 받은 헬스센터 등 대규모 조직의 일부인 경우도 있고 호스피스 기관, 노화 관련 에이전시 및 다양한 조직이 연합체로 구성된 경우도 있다. 또 일부 PACE 프로그램은 단독조직에 의해 운영되는 경우도 있다.

라. 재원구조

PACE 운영조직은 매달 고정금액을 각 조직에 등록된 노인수를 토대로 인두제 방식으로 지불받는다. 각 조직에 지불되는 재원은 메디케어, 메디케이드 및 이 두 제도에 가입되지 않은 사람을 위한 사적 지불체계로부터 제공된다. 이 세 가지 재원은 풀로 통합되어 운영된다. 이러한 통합재정운영방식이 PACE 운영조직으로 하여금 가입자가 가능한 한 건강을 유지할 수 있도록 예방적 조치를 취하도록 하고, 또한 치료 및 요양서비스가 필요할 경우에도 통합적 접근으로 가입자에게 적합한 서비스를 제공토록 하여 불필요하고 중복된 서비스를 제공하지 않게 하는 유인체계로서 작동하고 있다.

마. 서비스 제공절차

PACE 서비스 제공절차는 먼저 서비스 이용을 희망하는 대상자 본인이나 그 가족이 주정부에 신청을 하면, 상담을 한 후 PACE 서비스 가입자 기준에 부합하다고 판단될 경우에 간호사가 가정을 방문하여 건강상태 등을 직접 평가하고 그 결과를 토대로 주정부에서 검토하여 대상자에게 최종 통보하는 절차로 운영되고 있다.

(2) PACE 모델의 특징

PACE 모델의 가장 핵심요소는 PACE에 등록한 가입자에게 필요한 케어를 통합·조정하여 제공하는 것이다. PACE는 가입자가 필요로 하는 예방적, 일차의료적, 장기요양적 서비스 모두를 조정하여 제공하므로 요양시설 입소수준의 노인들이 지역사회에 거주할 수 있는 것이다. PACE 모델의 대표적 특징은 첫째, 요양시설 입소수준의 중증노인들에게 지역사회에서 서비스를 제공하고, 둘째, 다학제 팀(IDT)에 의한 서비스를 제공하는 것이며, 셋째, 메디케어와 메디케이드를 하나의 재원으로 통합하여 인두제 방식으로 지불하는 것이다 넷째, 주간건강센터(Adult Day health center)를 중심으로 한 통합된 서비스 전달체계이다[45].

가. 지역사회에서 서비스를 제공

PACE는 시설입소 수준인 중증의 건강상태 노인들에게 집에서, 지역에서, PACE센터에서 서비스를 제공하며, 중증 노인들이 최대한 자신의 지역사회에서 거주할 수 있도록 한다. PACE 모델은 그 지역 사회내 많은 전문가와 다양한 서비스 제공자와 계약을 맺고 가입자에게 필요한 서비스를 제공한다. PACE는 가족 및 간병인들에게 간병교육, 간병휴가 및 지원조직 등을 제공하여 가족들이 지역사회에서 노인들과 계속해서 살아갈 수 있도록 도와준다.

나. 다학제팀(IDT)에 의한 서비스 제공

PACE에 등록하면, 가입자는 IDT에 의해 전반적인 평가를 받고 IDT는 서로 상의하여 가입자에게 가장 필요한 케어플랜을 작성하고 가입자의 필요에 따라 즉각적인 서비스가 제공된다. IDT는 일차의료의사, 간호사, 사회복지사, 요법치료사, 간병인 및 운송 담당자 등으로 구성되어 있다. IDT는 가입자의 상태 변화에 따른 문제를 해결하기 위해 서로 정보를 공유하고 규칙적으로 만난다. 다학제팀을 통하여 서로 다른 관점에서 환자에게 적합한 치료 및 케어 방법이 논의되며 통합되어 제공된다.

---

45) NPA 홈페이지, Understanding the PACE Model of care, http://www.npaonline.org/sites/default/files/profile%20%of%20PACE_December%202016.pdf

다. 통합 재정을 통한 인두제 지불방식

PACE는 등록된 가입자 수에 따라 매월 일정금액을 지불 받으며, 가입자의 필요한 케어에 대한 책임을 지게 되어 있다. 이 때 지불 받는 재원은 메디케어, 메디케이드, 가입자 사보험 등이 통합되어 사용된다. 통합재정구조는 재원 사용의 유연성을 제공하여 기존의 메디케어와 메디케이드 개별 재원별 지불했던 당시 발생했던 사각지대 및 중복 지급 등의 문제를 방지할 수 있으며, 가입자에게 필요한 서비스에 집중이 가능하게 하였다.

메디케어와 메디케이드의 행위별수가(fee-for-service)지불 방식과 달리 PACE의 인두제 지불방식은 가입자가 최대한 병원 또는 요양시설에 입소하지 않도록 예방부터 일차의료, 장기요양에 이르는 서비스를 가입자 맞춤형으로 설계하여 제공하게 한다. 인두제 지불방식은 PACE 서비스 제공자에게 가입자의 상태변화에 민감하게 하여 가입자를 좀 더 면밀하게 모니터링하게 하여 그렇지 않아서 발생하는 값비싼 급성기 병원 치료 및 입원을 예방하게 한다. 예를 들면, 벼룩에 물려 피부감염으로 매월 응급실을 방문하는 메디케어 수혜자의 경우 기존의 분절적 전달체계 하에서는 지속적으로 벼룩에 물리면 피부감염을 치료할 수 밖에 없다. 하지만, PACE 모델에서는 다학제 팀에 의하여 응급실 이용의 원인이 벼룩이라는 것을 알고 사회복지사, 간병인 등을 통하여 집안에 벼룩이 살지 않도록 살충제 등 방역조치를 하는 것과 같은 원인 제거가 가능하다는 것이다.

이러한 유연한 재원운영이 값비싼 약물복용 및 지속적 병원 이용 보다 비용 효과적이며, 가입자의 삶의 질을 더 높이는 해결책을 모색하게 한다.

라. 통합된 서비스 전달체계

PACE 가입자는 PACE 센터를 중심으로 일련의 장소에서 가입자에게 필요한 건강과 일상생활 지원적 서비스를 종합적으로 제공받게 된다. PACE 가입자는 평균 일주일에 3일은 주간양로센터 등 PACE센터에 방문하여야 한다. PACE센터는 의사, 간호사가 있는 의원(health clinic), 물리치료와 작업치료가 가능한 치료실 등이 포함되어 있다. 가입자는 PACE센터에서 일차의료, 물리치료 등 각종 치료요법, 개인적 돌봄 등을 제공받을 수 있으며, 보다 전문적 치료가 필요한 경우

이 센터에서 전문적 치료 및 서비스를 제공하는 기관을 연계해 준다. PACE는 기존의 메디케어와 메디케이드의 행위별 지불방식(fee-for-service)과 달리 서비스 제공에 있어서 보다 유연성이 있다. 예를 들면, 작업치료와 물리치료의 경우 질환의 개선이 측정가능하지 않더라도 환자의 상태를 유지하거나 나빠지는 것을 늦추는 데에 도움이 된다고 판단하는 경우에도 동 서비스를 제공할 수 있다. 또한, 가입자들은 그들을 잘 아는 일차의료 전문가들을 규칙적으로 만나기 때문에 약간의 변화가 있는 경우에도 즉각적으로 대처할 수 있다.

3. PACE 관련 평가

PACE 평가 관련 기존 논문 등을 토대로 주요 쟁점을 정리해 보고자 한다. 최근 데이터를 토대로 PACE 모델을 평가한 논문이 거의 없어 PACE 모델 평가 관련 여러 논문에서 공통적으로 인정하는 장점과 한계를 살펴보고 앞으로 나아갈 방향에 대해서 살펴보고자 한다.

PACE 모델은 요양시설 입소를 지연시키고, 병원의 입원 기간을 단축시켰다는 점에서 성공했다는 것은 공통적으로 인정하고 있으며, 그 외에 사망률이 더 낮거나 더 비용 효과적이라고 평가한 연구결과도 있다. 하지만 이러한 장점에도 불구하고 PACE 모델의 확산이 예상보다 늦다는 한계가 지적되고 있다.

(1) 장점

가. 병원 이용 관련

PACE 모델의 성과로 가장 많이 연구 논문 등에서 제시되고 있는 것이 병원 이용률 및 재입원률 등 병원 이용 관련 내용이다. 이러한 병원 이용 관련 긍정적 성과를 가져올 수 있게 한 요인은 PACE 모델의 인두제 지불형식과 예방적 케어와 꾸준한 모니터링이며, 이러한 특징이 허약노인의 불필요한 입원과 값비싼 입원을 줄이게 했다는 것이다.

① 병원입원과 재입원

PACE 가입자가 가입후 1년 동안 병원입원후 퇴원한 사람이 가입자 1000명 기준으로 539명이고 가입후 2년 동안에는 547명이다.

행위별수가제 지불방식을 사용하는 메디케어의 경우 1000명당 352명이 입원을 위해 병원을 이용하여 PACE 가입자가 더 높다. 하지만 보다 실제적으로 PACE 가입자와 비슷한 특성을 지닌 가입자 등으로 구체화하는 경우 그 결과는 다르게 나타난다.

즉 이중자격자로서 요양시설에서 메디케이드 지원을 받는 수급자의 경우는 1천명당 719명이 입원을 위해 병원을 이용하여 547명인 PACE 가입자가 24% 낮다. 또한, 이중자격자로서 지역사회에서 재가 및 지역사회서비스를 메디케이드에서 지원 받고 있는 수급자의 경우 1천명당 962명이 병원에 입원하여 PACE 모델이 43% 더 낮다[46].

30일간 재입원률의 경우에도 PACE는 가입 후 1년간에는 19.3%(1,536/7,955)이고 가입 후 2년 이내에는 19.1%(1,777/9,299)이다. 메디케어 가입자의 재입원률은 19.6%로 PACE와 비슷하다. 하지만 이중자격자인 메디케어 가입자의 재입원률은 22.9%로 PACE 재입원률이 16% 낮다. (Micah et al, 2014) PACE 가입자와 메디케어, 이중자격자 등과 병원 입원률과 30일간 재입원률을 비교하여 정리한 것이 다음의 <표 4-1>이다.(Micah et al, 2014)

<표 4-1> PACE와 비교 집단 간 입원률과 재입원률 비교

인 구	연구기간	입원 인원/연간1천명당, 명	재입원률 %
		평균 (범위)	평균 (범위)
PACE 1년	6/1/08~5/31/09	539 (189~1,321)	19.3 (4.0~43.9)
PACE 2년	5/1/09~4/30/10	547 (251~1,378)	19.1 (5.5.~36.6)
메디케어 (행위별수가제)	2010	352 (199~426)	19.6 (13.3~23.2)
이중자격자중 요양시설 입소자(메디케이드 지원)	2005	719	
이중자격자중 65세이상 노인으로서 재가및지역사회서비스 이용자	2005	962	
이중자격자중 65세이상 메디케어 가입자	2008		22.9 (14.8~30.9)

46) Micah Segelman외 7명, Hospitalizations in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Journal American Geriatrics Society, 2014, 62:pp320~324

② 잠재적으로 방지 가능한 입원

전문가 패널 조사를 토대로 잠재적으로 입원을 피할 수 있었던 환자(PAH: Potentially Avoidable Hospitalization)에 대하여 PACE와 다른 비교 집단간 조사한 연구결과는 다음과 같았다.

PACE의 입원환자 16,996명중 전문가가 입원을 피할 수 있었던 환자(PAH)라고 한 환자가 5,792명으로 PAH의 비율은 34%이었다. 이를 1천명당으로 변경하는 경우 PACE의 PAH의 숫자는 188명이다.

이중자격자 중 메디케이드 가입자의 인구 1천명당 PAH는 338명으로 PACE의 PAH의 비율이 44% 낮게 나타났다. 지역사회 서비스를 제공받는 가입자중에서 PACE의 PAH수(인구 1천명당)는 100명인 반면, 65세이상 이중자격자중 재가 및 지역사회서비스 이용자로서 PAH수(인구 1천명당)는 250명이다. PAH 비율이 PACE 가입자가 이중자격자중 재가 및 지역사회서비스 이용자 보다 60%가 더 낮다.(Micah et al, 2014) 요약하면, 병원 입원률, 재입원률 및 잠재적으로 방지 가능한 입원 비율이 PACE 가입자가 비교 집단 보다 더 낮다는 것이고 이는 PACE 모델이 다른 장기요양 지원을 하는 프로그램 보다 불필요하고 값비싼 입원을 줄일 수 있다는 것을 의미한다.

③ PACE 모델의 병원 이용 감소 이유

PACE 모델의 서비스 구조와 인두제 지불방식이 병원이용을 감소하게 하는 메카니즘을 제공한다. 첫째, 다학제 팀은 예방적 케어를 강조하고 서비스 수혜자의 임상적 상태를 주기적으로 모니터링하며, 수혜자의 건강 및 기능상태 변화에 맞추에 케어 플랜을 수시로 변경하기 때문에 불필요한 병원 이용을 막을 수 있다.

둘째, 다학제 팀은 급성기 병원, 요양시설, 집 등 모든 장소에서 수혜자의 케어 관리에 대한 책임이 있다.

셋째, 인두제 지불방식은 가입자 케어에 대한 비용을 줄이기 위해서 예방 조치를 제공하고 값비싼 케어 서비스를 줄이는 것이 공급자에게 보다 유리하게 설계되어 있다.

마지막으로 다학제 팀은 서비스 전달체계를 통하여 제공되는 서비스를 보다 유연하게 결정하고 제공토록 할 수 있어 결국 가입자가 원하는 서비스를 더 잘 제공할 수 있다[47].

다. 비용 관련

PACE 모델이 장기요양 관련 다른 프로그램 보다 더 비용 효과적인지에 대한 기존의 연구보고서를 검토한 결과, 여러 데이터를 혼합하여 간접적으로 검토한 결과, 더 비용 효과적이라는 것이 결론이다.

먼저, 메디케이드가 인두제 방식의 PACE와 장기요양 관련 행위별 지불방식을 사용하는 프로그램간에 어디에 더 비용을 지불 하는지를 조사한 연구결과를 살펴보고자 한다.

먼저 조사대상자는 이중자격자로서 지역사회에서 장기요양 관련 서비스를 제공받는 PACE 가입자, 메디케이드 면제자, 요양시설 입소자이다. PACE 가입자와 요양시설 입소자가 메디케이드 면제자보다 건강상태가 더 좋지 않으며, PACE 가입자가 질환 등으로 중간 정도의 건강상태라면, 요양시설 입소자는 심각한 수준으로 건강상태가 좋지 않았다. PACE 모델의 입원한 가입자들은 신체 기능상 문제보다는 치매 등으로 인한 행태상 문제를 가지고 있는 경우가 많았다. PACE 가입자들의 입원이 메디케이드 면제자보다 더 빈번한 반면, 요양시설 입소자들보다는 더 적었다.

건강상태 및 서비스 필요정도에 따라 4가지 임상유형으로 분류하였다. 메디케이드 면제그룹을 대표하는 유형은 타입 1로서 가장 건강상 손상이 적은 반면, 요양시설 입소그룹은 타입 4로 가장 장애가 많았으며, PACE 그룹에서 가장 빈번하게 나타난 것은 치매이며, 타입 3에 해당되었다. 메디케이드의 자연감소분을 조정하지 않은 상태에서 메디케이드 면제자에 대한 지출 비용이 연간 $3,667인 반면, 요양시설 입소자들에게 지출한 비용은 $65,944이다. 이를 평균적인 연간 메디케이드 자연감소분을 토대로 조정한 결과 메디케이드 면제자에 대한 지출비용은 $4,177이며, 요양시설 입소자들에게 지출한 비용은 $77,945이었다. PACE 가입자에는 메디케이드 면제자와 요양시설 입소자들의 혼합되어 구성되어 있으므로 이를 고려하여 장기요양 서비스를 사용하는 PACE 가입자의 예측가능한 평균 지출 비용을 살펴보면 $36,620이다. ($35,662와 $37,580의 평균) 이를 토대로 2005년 메디케이드 인두제 지불금액을 계산하면 연간 $27,648이다.

47) Micah Segelman외 7명, Hospitalizations in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Journal American Geriatrics Society, 2014, 62:pp320~324

이는 메디케이드가 PACE 가입자에게 지출한 비용이 장기요양 관련 행위별지불방식 서비스 보다 28% 더 적게 지출했다는 것이다.[48]

PACE 모델이 보다 비용효과적이라는 다른 연구논문에 따르면, PACE 모델이 지역사회 거주하는 허약노인들의 병원이용을 효과적으로 통제함으로써 비용지출을 절감할 수 있기 때문에 더 비용 효과적이라는 것이다.

PACE 가입자는 월평균 0.2일 병원에 입원하는 반면, 다른 프로그램 등은 월평균 0.8일을 병원에 입원한다는 것이다. 따라서 PACE 가입자가 개인당 월평균 0.6일간 병원 입원을 하지 않는 비용절감 효과가 있다는 것이다. 절감되는 평균비용을 예측하기 위해, 물가를 반영한 2000년도 병원 일일 입원비용은 $865이다. 이를 토대로 PACE 가입자의 월평균 입원을 방지할 수 있는 0.6일을 계산하면, PACE 가입자가 대략 개인당 월평균 $520를 절감할 수 있다. 그리고 잠재적 월평균 절감 비용은 메디케어 $450, 메디케이드 $10, 그리고 사적 부담이 $60이다[49]. 이와 같이 간접적으로 비용 효과적임을 추정할 수 있지만 직접적으로 비용 효과적이라고 말하기는 곤란 하다는 것이다. 왜냐하면 이들 그룹들의 병원 입원이 적절했는지에 대한 것이 검토되지 않고 이에 대한 조정이 되어 있지 않기 때문이라는 것이다.

라. 생존률 및 요양시설 입소 연기 등 기타

PACE 모델에 대한 평가 관련 기존 논문에 따르면, PACE 가입자가 다른 PACE 미가입자에 비해 요양시설 입소율이 낮고, 병원 입원일이 더 짧으며, 사망률도 낮으며, 스스로 보고한 건강도 더 좋다는 것이다[50]. (Chatterji et al, 1998) 또한, PACE 가입자가 Medicare 가입자보다 집에서 사망하는 비율이 더 높다는 것이다[51].(Temkin-Greener, 2002)

---

48) Darryl Wieland외 3인, Does Medicaid Pay More to a Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE) Than for Fee-for-Service Long-term Care?, Journal of Gerontology:Medical Sciences 2013 January: 68(1):47~55

49) Louise A. Meret-Hanke, Effect of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use, The Gerontologist Vol. 51, No 6, pp774~785, 2011

50) Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White AJ. The Impact of PACE on Participant Outcomes. Cambridge, Mass: Abt Associates, 1998.

51) Temkin-Greener H and Mukamel D. Predicting Place of Death in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE): Participant versus Program Characteristics. Journal of the American Geriatric Society 2002 50: 125~135

이하에서는 사망률 관련 5년간 생존률에 대하여 PACE 모델과 다른 프로그램을 보다 자세하게 비교한 연구 결과를 살펴보고자 한다.
이 결과는 사우스캐롤라이나 두 카운티의 PACE 가입자, 요양시설(NH: Nursing Home) 입소자, 지역사회 기반 서비스(CC:Community based Care) 수급자간 5년간 생존률을 기존 자료를 토대로 비교한 결과이다.

PACE 가입자를 CC 수급자, NH 입소자와 비교한 결과, 더 나이가 많고(77.2±0.42 vs 74.5±0.32 vs 74.8), 흑인 비율이 더 높고 (70.6% vs 49.1% vs 45.7%), 덜 교육을 받았으며 (고등학교 이상 : 27.1% vs 33.5% vs 33.1%) 행태적 문제가 더 많았다.

위험도를 고려하지 않고 5년간 생존률을 비교한 결과, 중위수준의 생존률이 요양시설 입소자는 2.3년, 지역사회 서비스 수급자는 3.5년인 반면, PACE 가입자는 4.2년이다. 하지만 층화하지 않고 측정한 이 결과는 통계적으로 유의미한 차이라고 말하기는 어렵다는 것이다.

하지만 중등도 및 고위험의 사망위험률이 PACE는 72.6%, NH 가입자는 71.6%, CC 가입자는 58.8%로 차이가 있음을 반영한 결과, 통계적으로 유의미한 결과를 얻을 수 있었다. 즉, PACE 가입자의 5년 생존률이 CC 가입자보다 높다는 것이다. 중위 수준의 5년간 생존률은 PACE 가입자가 4.7년, CC 가입자는 3.4년으로 PACE 가입자의 생존률이 더 길다는 것을 알 수 있다. 고위험군의 생존률에서도 PACE 가입자는 3.0년인 반면, CC 가입자는 2.0으로 나타났다[52].

요약하면, 5년간 생존률의 관점에서 장기요양 서비스 제공 모델간에 PACE 모델이, 요양시설 입소 모델, 케어 매니저 중심의 일반적 지역사회 서비스 단순 연계 모델인 지역사회 기반 서비스 모델보다 더 우수하다는 것이다.

마. 팀 성과와 PACE 등록자 건강상태와 관계

PACE 모델의 가장 큰 특징중의 하나가 다학제 팀으로 운영된다는 것이다. 이 다학제팀은 다양한 전문가와 비전문가로 구성되었다는 점에서도 다른 모델과 차이가 있다. 이러한 다학제 팀의 업무 성과가 PACE 가입자의 건강에 어떠한 영향을 미치는지를 연구한 결과를 살펴보면 다음과 같다.

52) Darryl Wieland 외 3인, Five-Year Survial in a Program of All-Inclusive Care For Elderly Compared With Alternative Institutional and Home-and Community-Based Care, Medical Sciences, 2010 July:65(7): 721-726

팀의 업무성과가 좋은 경우 PACE 가입자의 위험도를 잘 관리하여 더 좋은 건강상태를 유지할 수 있다는 가설을 전제로 연구한 결과, 결론적으로 팀의 좋은 업무성과와 PACE 가입자의 건강상태는 서로 유의미하게 연관성이 있다는 결론이 도출되었다. 즉 팀의 업무성과는 PACE 가입 후 단기(3개월 이내)와 장기(1년이내) 모두 가입자의 신체기능상 상태와 연관성이 있었으며, 장기간 요실금 관리 성과와 관련해서 유의미한 연관성이 있다는 것이다. 다만, 팀의 업무성과와 PACE 가입자의 생존률과의 관계는 유의미한 결과가 도출되지는 않았다[53].

이러한 결과는 PACE 팀이 다양한 셋팅하의 다양한 학위를 가진 다학제팀으로 구성되어 그들이 환자의 케어를 통합적으로 고려하여 서비스를 제공할 수 있기 때문이다. 게다가 그들은 환자의 케어와 안녕을 위해 협력하고 서비스 제공에 필요한 권한이 그들에게 위임되어 있어 유연하게 케어 플랜을 수립하고 실행할 수 있기 때문에 좋은 업무성과를 낼 수 있고 이것이 환자의 건강상태 개선으로 연결되는 것이다. 즉 PACE 프로그램은 환자 케어를 담당하는 다학제 팀의 기능을 개선함으로써 환자의 상태를 호전시킬 수 있다는 것이다.

팀이 더 좋은 업무성과를 낼 수 있도록 하는데 영향을 주는 요소로 다음과 같은 요소가 제시되고 있다. 첫째, 팀 리더쉽이다. 팀 리더쉽이 팀 업무진행에 있어서 긍정적이고 효과적 영향을 미치는 중요한 요소라는 것이다. 리더쉽은 그 팀의 목표와 지침 등을 설정하고 그 팀이 집중해야 할 아젠다를 결정하며, 전문가, 비전문가로 구성된 팀원 모두가 훈련 등을 통하여 토론 등에 적극적으로 참여하며, 팀원들에게 편안한 업무환경을 제공하는 역할을 수행하기 때문이다.

둘째, 팀원들의 소속감과 주인의식이다. 이것은 팀원 모두가 업무에 적극적으로 참여할 수 있도록 하기 때문이다.

셋째, 팀원들간 원활한 의사소통이다. 개방적이고 상호 존중하는 의사소통은 정확한 정보를 구성원 전원에게 전달하게 하여 충분한 정보를 토대로 의사결정을 할 수 있게 하기 때문이다.

넷째, 갈등관리이다. 다양한 사람들이 함께 일을 하는 경우 서로 다른 의견들을 가지는 것이 당연하므로 이들이 서로 협력하여 하나의 동일한

53) Dana B. Mukamel 외 6인, Team Performance and Risk-Adjusted Health Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE), The Gerontologist Vol. 46, No.2, 2006

의견에 도달할 수 있도록 하는 것이 중요하다. 특히, PACE 팀은 전문가와 비전문가, 다양한 학위를 지닌 팀원등으로 구성되어 있기 때문에 갈등을 사전에 예방하고 함께 문제를 해결해 나갈 수 있도록 하는 갈등관리가 중요하다.

(2) 한계

1973년 시작되어 1997년 법제화되며, 메디케어와 메디케이드 지원을 받게 되었음에도 불구하고 2019년 기준, 31개주 51천 여명 만이 이용을 하고 있다. 이렇게 확산 속도가 예상과 달리 늦은 원인을 참여자, 공급자, 주정부 등의 측면에서 살펴보고자 한다.

가. 참여자 측면

첫째, PACE는 많은 노인들에게 그렇게 매력적이지 않다. 왜냐하면, 동 모델은 노인들에게 주간건강센터(adult day health center)에 1주일에 2~3회 참석할 것을 요청한다. 하지만 노인들은 자신의 집이나 자신들이 원하는 주간보호센터를 방문하고 싶어 한다. 또한, 일차의료 의사들도 주간건강센터 내에 다학제팀 내 일차의료 의사로 변경해야 하는데 이처럼 자신의 기존의 서비스 공급자와의 관계를 단절하고 변경해야 하는 것을 서비스 수급자인 노인들이 원하지 않는다[54].

PACE는 메디케이드에서 개인당 지불해야 할 비용의 2/3를 지원해 주기 때문에 메디케이드 지원대상이 아닌 경우에는 그 비용을 개인이 모두 부담해야 하므로 중산층 노인들까지 확산되지 못하는 한계가 있다.

나. 비영리 및 영리 공급자 측면

첫째, 비영리 공급자의 경우 현재 지역을 확장하거나 새로운 지역을 추가로 개발하기 위해 적정한 지원이 필요함에도 지원이 이루어지지 않고 있다. 초기에는 국립재단 등을 통하여 비영리 공급자들에게 필요한 재원의 70%를 지원하기도 하였으나 이제는 이러한 지원이 없어 비영리 공급자가 독자적으로 비용을 마련하여 프로그램을 확산해 나가야 하는데 재정적 어려움이 있다는 지적이다.

54) Lynch M, Hernadez M, and Estes C. PACE: Has it Changed the Chronic Care Paradigm? Social Work in Public Health 2008 23(4):3-24

특히, 다학제 팀을 중심으로 운영하는 모델의 특성상 노동집약적 사업으로 그 지역에서 더 확산하고자 할 경우 필요한 인력 충원에 어려움이 있다[55]

둘째, 영리 공급업자의 참여가 부족하다. 1997년 균형예산법(BBA:Balanced Budget Act)개정으로 메디케어와 메디케이드의 안정적 재정지원이 공식화되었음에도 영리 공급업자에 의해 제공된 프로그램은 10개에 불과했다. 하지만 그 이후에도 영리 공급업자의 참여는 증가하지 않고 있다. 이는 메디케어의 인두제 비율에 대한 불확실성과 요양시설 입소 수준 대상 노인 케어에 대한 재정적 부담이 공급업자에게 부담으로 다가오면서 PACE 서비스 시장 참여를 주저하게 만들고 있다

셋째, 마케팅의 부족이다. 이로 인해 노인들과 그 가족들은 PACE 모델에 대해 잘 모르고 있다. 이는 서비스를 제공하는 비영리조직들이 홍보 등 마케팅을 할 만한 충분한 재원의 부족에서 기인 한다

다. 주정부 측면

주정부의 적극적 지원 부족이다. 메디케이드 예산 부족을 겪고 있는 주정부의 경우 현재 운영하고 있는 PACE 프로그램 및 수혜자를 더 이상 확대하는 것을 원하지 않는다. 또한 일부 주의 경우 현재 메디케이드 수혜자가 아닌 노인이 PACE 모델에 가입하여 메디케이드 재정 부담이 더 증가할 것을 우려하여 적극적으로 지원하지 않고 있다는 것이다. 또한 PACE 제공 지역들이 주정부 지원을 받고 있는 재가지역 프로그램과도 경쟁을 하여야 하는 상황에서 이미 허약 노인을 대상으로 한 재가 지역 프로그램이 풍부한 지역의 경우 주정부의 적극적 지원이 부족한 경우 확산에는 한계가 있다는 것이다. 이와 더불어 시골 지역이 많은 주정부의 경우 인구가 분산되어 분포되어 있기 때문에 PACE 모델의 중심인 주간건강센터를 사용할 수 있도록 하기 위해서는 별도의 교통 및 케어 조정 등을 추가로 마련해야 하므로 이 또한 장벽으로 작용하였다.

55) Gross DL, Temkin-Greener H, Kunitz S, and Mukamel D. The Growing Pains of Intergrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE, Milbank Quarterly 2004 82(2): 252-287

(3) 개선방향

PACE 모델이 실질적으로 성장하고 확산되기 위해서 현재의 PACE 모델의 한계를 인정하고 수정하는 것이 필요하다는 것이 전문가들의 공통된 지적이다.

첫째, 메디케이드 자격 조건을 충족하지 않는 중산층의 메디케어 가입 허약 노인들도 PACE 모델을 이용할 수 있도록 중산층 가입자에게 적정한 가격 모델을 고민해 보아야 한다.

둘째, PACE 가입자들이 서비스 제공의 핵심 기관인 주간건강센터에서 서비스를 받지 않고 그들이 서비스 제공을 기존에 받았던 기관들에서도 이용할 수 있도록 하는 방안을 고민하고 개선해 나가야 한다.

마지막으로 PACE 모델 확산 관련 주정부의 지원을 증가시키고 다른 많은 주정부가 지원하는 재가 및 지역사회 프로그램과 조정을 하는 것이 필요하다는 것이다.[56]

56) Boenheimer T. Long-term Care for Frail Elderly People - The On Lok Model. New England Journal of Medicine 1999 341(17): 1324-1328

Ⅴ. 지역사회 기반 노인 케어 모델 발전방안

1. 한국과 미국의 노인 의료·요양체계 비교

노인들이 지역사회에 거주하다 급성기 질환이 발생한 경우, 응급처치, 집중치료 및 전문적 치료가 가능한 급성기 병원을 이용하고, 기능재활 및 회복기 치료 등이 필요한 경우에는 요양병원을, 의료적 처치보다는 신체기능 보조 중심의 서비스를 받기 위해서는 요양시설을, 그 외에 집에 거주하는 경우 방문간호, 방문목욕 등 다양한 재가서비스를 이용하게 된다. 후기 고령노인들은 급성기 질환 발생 후 의료 및 요양서비스를 이용하고 있으며, 그 이용 흐름은 한국과 미국이 유사하다.

다만, 이를 제공하는 의료 및 요양서비스 제공체계가 차이가 있다. 가장 큰 차이는 한국은 장기요양서비스 지원을 위한 장기요양보험이라는 별도의 사회보험체계가 있는 반면, 미국은 공적제도로는 Medicare에서 방문진료 등 재택진료 서비스라는 극히 일부분과 저소득층에게 제공되는 Medicaid를 통해서 요양시설 및 다양한 재가서비스가 제공되고 있다. 따라서 저소득층이 아닌 일반 노인들이 노인요양시설을 이용하기 위해서는 민간보험에 가입하여 본인비용부담을 줄이거나 아니면 전액 본인부담을 지불해야 한다. 급성기 치료 후 회복기 치료 등 재활치료를 한국은 요양병원에서 하는 것과 같이 미국에서도 이와 유사한 Skilled Nursing Facility가 있다. Nursing home과 차이는 의사, 간호사 등 전문의료인력이 Nursing home보다는 많이 상주하고 또한 재활 등 의료서비스를 제공한다는 점에서 차이가 난다. 한국의 요양병원을 건강보험에서 지원하듯이 미국의 Skilled Nursing Facility에서 제공하는 서비스는 미국의 Medicare에서 지원된다. 또한 Medicare와 Medicaid의 관리주체가 Medicare는 중앙정부, Medicaid는 지방정부로 나뉘어져 있다 보니, 저소득층 환자에게 효과적이며, 비용을 절감할 수 있는 효율적인 방법을 모색할 유인체계도 없는 상황하에서 각 정부의 이해관계를 우선하는 정책대안이 선택되어 지고 있는 상황이다. 이러한 문제점은 특히, Medicare와 Medicaid를 동시에 적용받는 이중자격자 관리와 관련하여 더욱 문제가 되고 있다.

이와 반면, 한국에서는 지난 10여년간 요양병원과 요양시설의 역할 정립에 대한 논의가 지속되어 오고 있으나 여전히 완전한 해결책을 실천하지 못한채 아직 진행중인 상황이다. 이와 같은 한국과 미국의 의료 및 요양체계를 간략히 정리한 것이 다음의 <표5-1>이다.

<표 5-1> 한국과 미국의 의료·요양체계 비교

구 분		급성기 의료서비스	아급성기 의료서비스	장기요양서비스	재가서비스
서비스 내용		응급 및 입원 서비스, 집중치료	회복기치료 기능 재활 노인병 증후군	기능보조 재활프로그램	방문요양 방문목욕 방문진료/ 방문간호
제공 기관	한국	급성기 병원 (2,3차 병원)	요양병원	요양시설	재가서비스 제공기관
	미국	Acute Hospital	Skilled Nursing Facility	Nursing Home	재가서비스 제공기관 Hospital(방문진료)
공적 제도	한국	건강보험	건강보험	장기요양보험	장기요양보험
	미국	Medicare Medicaid	Medicare	Medicaid	Medicaid Medicare(방문진료 등 재택진료)
기금 구축 원리	한국	사회보험	사회보험	사회보험	사회보험
	미국	조세, 사회보험, 민간보험	조세, 사회보험, 민간보험	조세,사회보험, 민간보험	조세, 사회보험, 민간보험
적용 대상	한국	전국민	전국민	65세이상 노인*	65세이상 노인
	미국	65세이상 노인	65세이상 노인	저소득층	저소득층
관리 주체	한국	중앙정부	중앙정부	중앙정부	중앙정부
	미국	연방정부	연방정부	주정부	주정부

미국에서는 장기요양의 경우 통합된 요양재정의 부재, 단편적 서비스 전달체계, 의료성향 중심 장기요양서비스, 시설편향의 문제점들이 노정되었고 이러한 도전과제를 해결하기 위한 다양한 시도들이 지속되고 있다. 그러한 다양한 시도 중의 하나가 PACE 모델이다. PACE 모델의 가장 큰 목적은 급성케어와 장기요양서비스의 통합과 유연한 재정운영을 바탕으로 부적절하거나 시기상조적인 시설화를 예방하고 지역사회에 거주하며 적절한 의료 및 요양서비스를 제공받도록 하는 것이다.

이러한 PACE 모델[57] 등으로 대표되는 통합적 케어관리 모델에 대한 이해를 높이기 위하여 동 모델을 기존 전통 사례관리 모델과 비교한 것이 다음의 <표5-2>이다.

<표 5-2> 미국 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어매니지먼트 비교

	전통적 사례관리 모형	통합적 케어 매니지먼트
사례	서비스 제공기관의 사례관리	PACE, Social HMO
통합기제	수평적 통합 욕구와 서비스의 통합	수직적 통합 사례관리+조직내・조직간 통합
준거틀	중계체계 모델	통합체계 모델
케어 관리수준	사례관리 실천 클라이언트 수준 의료서비스와 사회서비스 분리	케어조정 및 연계 클라이언트 개개인 + 체제수준 의료서비스와 사회서비스의 통합
수가 지불방식	행위별 수가제(fee for service)	인두제, 포괄수가제
주요 장점	운영이 용이하며 구조 재조정이 불필요	통합재정운영으로 인한 전체 비용감소 급성케어와 장기요양의 통합
취약점	서비스 산별성, 단편성 및 남용 무책임성	서비스 대상 제한, 한정된 지역, 공급자의 재정 위험 부담

이와 같은 PACE 모델의 주요특징 및 목표와 동일한 맥락하에서 미국에서 추진되고 있는 또 하나의 의료개혁 시도가 고부가가치 통합케어(High-Value Comprehensive Care: HVCC)이다.

미국의 의료체계는 의료서비스의 질, 성과 및 지속적 비용증가라는 관점에서 현 시스템에 대한 혁신이 요구되고 있으며, 결과 중심의 투명하고 책임 있는 대안 지불체계 및 통합케어 모델에 대한 요구가 증가하였으며, 이에 대한 요구에 대한 하나의 대안으로 고부가가치 통합케어(HVCC)가 시도되고 있다. 고부가가치 통합케어는 COVID 19와 같은 공중보건 위기상황에서도 잘 대응하며, 개인・가족 및 지역사회에 적시에 효과적 의료서비스를 감당 가능한 수준으로 제공하고자 하는 것이다.

57)PACE 모델의 주요특징은 ①시설입소 수준의 중증 노인들에게 지역사회에서 지역 및 재가요양서비스 제공 ②Medicare와 Medicaid의 인두제 방식 상환을 통한 통합재정방식과 공급자 위험 부담, ③주간양로보호센터를 중심으로 한 통합된 서비스 전달체계 ④다학문 장기요양 전문직으로 구성된 케어매니지팀에 의한 사례 관리 등이다. (Branch, Coulman et al. 1995)

고부가가치 통합케어의 주요특징은 다음 <표5-3>과 같다. 특히, HVCC의 지불체계를 기존의 행위별 수가제가 아닌 환자의 건강 성과를 중심으로 지불하는 "'가치기반 지불체계"를 기반으로 한다는 점에서 커다란 변화가 요구되고 있다.

<표 5-3> 고부가가치 통합케어(HVCC)의 특징들

특징	세부내용
통합적·종적	개인이 필요로 하는 모든 건강 관련 서비스를 제공.관리.조정하며 의료서비스 제공자와 장기간 관계를 유지
다양한 전문가로 구성된 팀 중심	의사, 간호사 등 의료전문가와 건강관리전문가, 사회복지사 등 다양한 전문가가 하나의 팀으로 상호 협력
사전 예방적	서비스제공자와 장기간에 걸쳐 지속적으로 건강상태가 나빠지지 않도록 사전 예방적 서비스 제공
지역사회 중심	개인과 연관이 있고 건강과 복지에 영향을 미치는 자원을 가지고 있는 지역사회내 다양한 기관들이 같이 참여
재택중심	개인의 집이거나 가까운 곳에서 서비스가 전달되는 것을 우선 만약 안전하고 적절하다면 가상치료, 재택병원, 재택기반 요양 및 재활서비스 제공도 가능
접근이 원활하고 고객중심	대면, 비디오방문, 앱등 개인이 선호하는 것을 중심으로 원활하게 필요한 의료서비스가 연계될 수 있도록 함
지속가능	적절한 서비스와 과학기술 활용 등을 통하여 과다하고 불필요한 치료와 행정부담은 줄여서 개인에게 비용효과적 서비스 제공
개인 및 지역사회 문제에 대한 책임성과 인식 공유	치료상태를 평가하고 개선하기 위해 필요한 데이터를 수집하고 개인의 의미있는 정보를 서비스 제공자들과 공유
신뢰가능, 탄력적	경제적.사회적으로 어려운 시기에도 의료서비스 제공자가 안정적으로 의료서비스를 제공할 수 있도록 '가치기반지불체계'를 사용

위와 같은 특징을 가지고 있는 HVCC가 추구하는 목표는 첫째, 개인·가정의 건강 및 건강성과를 개선하는 것이다. 둘째, 일차의료 의사 및 다양한 전문케어 제공자간 조정을 통하여 개인 및 가족이 적시에 보다 쉽고 편리하게 의료서비스에 접근할 수 있도록 하는 것이다.

셋째, COVID-19를 포함 건강성과에 있어서 인종적・민족적・지역적・성별・사회경제적 차별을 받지 않고 건강의 형평성을 달성하는 것이다. 넷째, 경제성장 수준에 적합한 의료비 부담으로 지속가능한 건강관리 시스템을 구축하는 것이다.

2. 한국 노인 통합 돌봄 추진현황 및 계획[58)]

건강보험과 장기요양보험을 토대로 한 한국의 돌봄 서비스는 병원과 대규모 시설을 중심으로 제공되고 있다. 재가서비스는 제공되고 있지만 공급자 중심의 개별적 서비스 제공으로 인해 수요자는 충분히 돌봄을 받고 있다고 생각하기 어려운 상황이다. 병원과 요양시설을 선택하는 문제를 포함한 돌봄의 최종 책임은 여전히 개인과 가족의 몫으로 남아 있다. 뇌졸중 등 급성기 질환으로 입원 후 퇴원하고자 하나 돌봄 부족 등의 사유로 요양병원 입원을 선택하는 '사회적 입원' 현상이 언론 등에서 지속적으로 제기되고 있다.

이러한 인식을 토대로 보건복지부는 2018년부터 초고령사회에 대비하기 위한 핵심과제로 지역사회 통합 돌봄, 커뮤니티 케어(Community Care) 정책을 추진하고 있다. 지역사회 통합 돌봄이란 노인 등 일상생활을 영위하는데 돌봄이 필요한 사람이 평소 살던 곳에서 개인의 욕구에 맞는 돌봄서비스를 통합적으로 제공받으며 살아갈 수 있도록 지원하는 지역주도형 사회서비스 정책이다. 2018년 11월, 노인을 중심으로 하는 '지역사회 통합 돌봄 기본계획'을 수립하고 발표하였다.

동 기본계획을 토대로 지역사회 통합 돌봄 추진방향을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 노인이 안심하고 지낼 수 있는 주거인프라를 대폭 확충하는 것이다. 돌봄서비스가 지원되는 '케어안심주택'을 2026년까지 18만호까지 확충해 나갈 계획이라고 한다. 집문턱 등을 제거하여 노인들의 낙상을 예방하는 집수리사업도 대대적으로 실시한다고 한다. 커뮤니티 케어와 도시재생 뉴딜사업, 행정안전부에서 추진하는 주민자치를 융합하여 마을공동체를 회복할 수 있도록 노력할 계획이라고 한다.

둘째, 의사 등이 노인들의 집으로 찾아가 진료를 하는 방문의료를 활성화하고

58) 배병준, '정부의 지역사회 통합 돌봄 추진방향', 보건사회연구원 정책동향 2019년 13권 3호

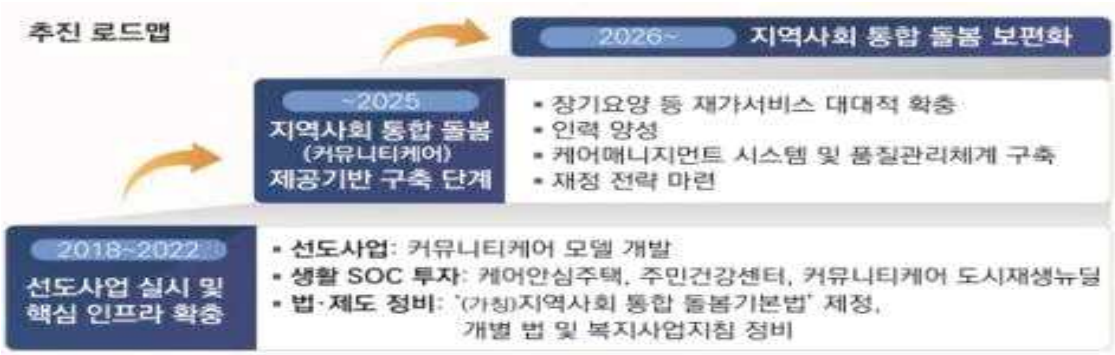
간호사들이 노인들의 집에서 혈압, 혈당 등을 관리해 주는 방문건강관리 서비스도 대폭 확대할 예정이라고 한다. 또한, 약 2천개 병원에 지역연계실을 설치하여 퇴원을 앞 둔 환자의 퇴원계획을 수립해 주고 각종 돌봄서비스를 연결해줘서 집으로 돌아갈 수 있도록 지원하고자 할 계획이라고 한다.

셋째, 차세대 장기요양보험을 구축하고 돌봄 서비스를 획기적으로 확충해 나갈 계획이라고 한다. 장기요양보험으로 돌보는 노인을 OECD 선진국 수준으로 확대하는 것을 목표로 사회적 논의를 추진할 계획이다. 또한, 통합재가급여를 도입하여 방문요양, 방문간호 등 다양한 재가급여가 수요자를 중심으로 통합 제공될 수 있도록 하고 이동 서비스 등 신규 서비스도 개발해 나갈 계획이라고 한다. 의료급여를 받는 저소득층 노인도 집에서 재택의료, 간병, 돌봄 지원을 받을 수 있는 재가 의료급여를 신설한다고 하였다. 현재 설립 추진중인 사회서비스원과 종합사회복지관 등을 활용하여 다양한 재가서비스를 한 기관에서 제공하는 '종합재가센터'를 대폭 확충하려는 계획도 포함되었다고 한다.

마지막으로 사람을 중심으로 민·관이 협업하여 서비스를 제공할 수 있도록 읍면동에 각종 돌봄 서비스에 대한 안내를 하는 '케어안내창구'를 신설하고, 지역에서 민·관이 협력하여 서비스를 연계·통합 제공하는 '지역케어회의'도 마련할 계획이라고 한다. 또한, 지역사회의 민·관 복지자원, 각종 서비스 등을 사람을 중심으로 재구조화하여 서비스의 흐름에 따라 끊임없이 안내·연계할 수 있도록 차세대 통합플랫폼도 구축할 계획이다.

이러한 4대 핵심과제를 2025년까지 추진하여 초고령사회에 진입하는 2026년 커뮤니티 케어를 보편적으로 제공하기 위한 구체적 추진 로드맵은 다음 <그림5-1>과 같다.

<그림 5-1> 커뮤니케어 추진 로드맵



3. 지역사회 기반 노인 케어 모델 발전방안

고령화가 진행되고 있는 한국과 미국은 노인 의료비 등으로 인한 정부재정 부담을 완화시키면서 노인들이 자신이 거주하는 지역에서 인간으로서 존엄성을 유지하며 살아갈 수 있는 노인 의료 및 요양시스템 구축을 위한 혁신을 추진하고 있다. 미국의 경우 PACE 모델의 주요특징을 포함한 가치기반 통합케어가 추진되고 있다. 특히, PACE 모델은 노인들의 병원 입원률 및 재입원률을 감소시키고, 요양시설 입소를 지연시키는데 효과가 있었다. 한국은 2018년부터 지역사회 통합돌봄, 즉 커뮤니티 케어가 추진되고 있다. 양 국가에서 추진되고 있는 노인 의료 및 요양체계 혁신의 노력은 세부적 내용에 있어서는 많은 차이가 있으나 혁신의 방향성은 많은 부분에서 유사하다.

동 보고서에서 모색하고자 하는 지역사회 기반 노인 케어 발전모델도 두 국가에서 추구하고 있는 노인 의료 및 요양체계 혁신 방향성을 토대로 모색해 보고자 한다. 고령화에 대응한 지역사회 기반 노인케어 모델이 추구하고자 하는 추진방향은 다음과 같다. 첫째, 통합성이다. 노인을 중심으로 필요한 의료 및 요양서비스가 적절하게 조정·연계되어 제공되도록 하는 것이다. 둘째, 다양한 전문가로 구성된 팀 중심의 관리다. 이 팀에는 의사, 간호사등 의료전문가와 사회복지사, 건강관리전문가 등 다양한 전문가가 같이 참여하여 상호 협력할 수 있어야 한다. 셋째, 지역사회중심이다. 노인이 거주하는 지역사회에서 최대한 오랫동안 거주하며, 이 지역의 다양한 기관들이 노인의 건강관리를 위하여 참여토록 하는 것이다. 넷째, 사전예방성이다. 현재의 사후 치료적 관점에서 벗어나 의료 및 요양서비스 제공자와 지속적 관계를 토대로 사전 예방적 건강관리가 가능하도록 하는 것이다. 마지막으로 재정유연성이다. 미국의 PACE모델에서 메디케어와 메디케이드의 재정을 통합하여 인두제로 사용할 수 있도록 한 것을 한국 사회에 적용할 방안에 대한 고민이 필요하다. 즉, 요양병원과 요양시설이 환자의 건강상태에 적합하게 이용될 수 있도록 하기 위한 건강보험과 장기요양보험 재정을 유연하게 사용할 수 있는 방안에 대한 고민이 필요하다. 실현가능한 방안을 모색하기 위해서는 상당한 시간이 소요되리라 생각된다. 특히, 이러한 추진방향은 노인 의료 및 요양 통합서비스 제공체계 구축 과정에서 준수되어야 할 것이다.

지역사회 기반 노인케어 모델의 구체적인 발전방안은 다음과 같다.

(1) 지역사회 기반 일차의료 기능 강화

고령화로 노인 의료비가 급증하는 상황에서 중증질환의 불안요인인 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 지속적으로 관리하는 것이 무엇보다 중요하다. 하지만 고혈압 및 당뇨병 환자의 인지율, 치료율, 조절율은 50%미만으로 나타나고 있을 정도로 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다고 한다. 만성질환이 제대로 관리되려면 지속적인 치료와 행태개선, 그리고 포괄적인 건강관리가 체계적으로 이루어져야 한다. 비용과 질을 동시에 만족시키면서 지속적인 만성질환관리가 이루어지기 위해서는 일차의료기관의 역할이 중요한 것으로 알려져 있다.[59] 우리나라도 이러한 중요성을 인식하고 일차의료에 기반을 둔 만성질환관리 시범사업을 추진하고 있으나 보완이 필요한 부분이 아직은 많다.

따라서 지역사회에 거주하는 노인들이 뇌졸중, 심근경색 등 중증질환이 발생하지 않도록 체계적 만성질환 관리를 통한 사전예방 기능을 수행할 수 있도록 일차의료기관의 기능을 강화하는 것이 필요하다. 지역 내 노인들을 잘 아는 동네의사가 만성질환을 보유하고 있는 노인환자에게 생활습관 개선, 치료 등 환자의 상태에 적합한 건강관리를 위한 지속적으로 제공할 수 있는 체계를 마련하는 것이 필요하다.

미국의 경우도 병원 기반 치료 의존도를 줄이기 위해서 추진하고 있는 고부가가치 통합케어의 주요 요소중의 하나가 일차 의료이다. 일차 의료 역량은 다양한 전문직종이 참여한 팀 중심, 환자에 관한 다양한 건강 데이터를 토대로, 디지털 지원을 받으며 이제까지 저평가된 행동건강서비스도 적절하게 통합하여 제공 하는 것을 의미한다. 이러한 일차 의료역량의 강화를 주정부에 요구하고 있다. 하지만, 일차 의료만으로는 개인의 모든 건강상 욕구를 충족하지 못하므로 세분화된 전문 치료를 제공하는 전문의들과 지속적 연합과 조정을 하며, 개인의 건강에 영향을 미치는 서비스 충족을 위해 지역사회조직들과도 연계하도록 하고 있다[60].

---

59) 임준, "커뮤니티 케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안", 보건교육건강증진학회지 제36권 제4호, 2019.10. pp15~16

60) Rachel Roiland, Mark McClellan, Aparna Higgins, "High-Value Comprehensive Care For Individuals, Families, and Communities: A vision and Strategy for the Centers for Medicare and Medicaid Services in Collaboration with States, Payers, and Purchasers.", Duke Margolis Center for Health Policy, June 10, 2021

한국의 일차의료기능 강화를 추진하는 과정에 미국의 통합케어의 기반인 일차의료 역량 강화 방향은 많은 시사점을 제공하고 있다.

(2) 요양병원의 병원으로서 기능 강화

한국의 요양병원은 OECD 국가 대비 요양병원의 비율이 상대적으로 많다. 의료적 필요도가 낮은 환자의 장기 입원에 대한 문제, 높은 고령의사 비율 및 과밀 병상 등으로 인한 의료서비스 질에 대한 문제를 개선해 나가는 것이 필요하다.

요양병원이 의료적 필요도가 높은 환자를 중심으로 운영될 수 있도록 병원의 기능을 강화하는 방향으로 역할을 재정립하는 하는 것이 필요하다. 의료 필요도가 높은 환자가 요양병원을 선택할 수 있도록 유인체계를 구축하는 것이 요구 된다.

보건복지부도 요양병원을 의료중심으로 전문화하기 위한 다양한 정책을 추진하고 있으며, 이러한 정책들을 지속적으로 모니터링하며, 보완해 나가는 것이 필요하다.

현재 추진되고 있는 요양병원 기능 강화 정책은 다음과 같다. 첫째, 요양병원이 중증환자 치료에 집중할 수 있도록 요양병원 입원 가능한 환자 분류군 및 수가체계를 개편하였다. 먼저 환자분류군은 현재의 의료중심의 4개 단계, 요양중심의 3단계로 구성된 총 7개 단계 환자분류를 의료중심의 5개 단계로 개편하고, 입원 필요성이 낮은 환자들은 '선택입원군'으로 통합·재분류하였다. 의료중심의 4개 단계는 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도로 구성되어 있으며, 요양중심 3개 단계는 문제행동군, 인지장애군, 신체기능 저하군으로 구성되어 있었다. 새로운 환자분류군은 신의료최고도, 신의료고도, 신의료중도, 신의료경도, 선택입원군인 5개 단계이다. 기존의 인지장애군 및 문제행동군 중 이상행동이 심한 중증치매 환자는 신의료중도로 분류하였으며, 선택입원군의 경우 환자 본인부담비율[*61)]을 상향하였다.

둘째, 중증 환자 치료를 보상하기 위하여 의료적 필요도에 따른 수가체계로 조정하였다. 중증도가 높은 환자에 대해서 적극적 진료 및 입원을 독려하기 위해 정액수가 10~15% 수준을 인상하였다.

---

61) 입원료 본인부담비율을 40%에서 50%, 식대를 50%에서 100%로 상향 ('19.4월 건정심 의결)

셋째, 요양병원 장기 입원이 어려워지도록 현행의 입원료체감제를 개선하였으며, 체감제 효과 모니터링 후 감산율 상향을 지속적으로 검토한다는 계획이다. 입원료체감제는 병원 유인으로 인한 장기입원 방지를 위해 입원기간이 길어질수록 입원료 일부를 감산하는 제도로 요양병원은 6개월 이상 입원시 적용된다. 2019년 4월 건강보험정책심의위원회 의결을 통과한 입원료체감제 개선안은 현행 180일~360일 입원시 5% 감산하였던 것을 271~360일은 10%로, 361일 이상 입원은 기존의 10% 감산에서 15% 감산으로 상향하였다.

넷째, 요양병원이 의료서비스 질 향상을 위해 스스로 노력할 수 있도록 보상연계를 강화하는 것이 필요하다. 환자안전을 위한 전담인력 배치 등 환자안전 증진 활동을 수행하는 경우 적용 가능한 환자안전관리료를 신설하여 2019년 하반기부터 운영하고 있다. 또한, 감염관리 강화를 위해 2019년부터 격리실 수가를 신설하였으며, 2022년부터 9인실이상 과밀병상은 입원료를 30% 감산할 예정이다. 코로나 19로 인해 요양병원의 감염관리는 더욱 중요해졌으며, 코로나와 같은 감염병 대응에 적합한 감염관리체계를 구축할 수 있도록 재점검하는 것이 필요하다. 의료서비스 질 향상에 가장 중요한 의료 인력과 관련하여 단순히 의료법 준수여부를 기준으로 보상하였던 것에서 더 나아가 의료의 질 향상과 연계될 수 있도록 보상을 강화하는 것이 요구된다.

다섯째, 요양병원 병상 관리를 위해 도입된 병상총량제가 현장에서 정착될 수 있도록 허가권이 있는 시·도와 지속적으로 점검해 나가야 한다. 2020년 2월말부터 시행되고 있는 병상총량제는 지역은 시·도별로, 병상의 기능은 급성기, 회복기, 만성기로 분류하여 병상총량을 결정 후 신규 허가는 병상총량이 유지되는 범위 내에서 이루어지도록 하는 것이다. 보건복지부 장관은 5년마다 병상의 공급과 배치에 관한 기본시책을 수립하고 시·도지사는 기본시책에 따라 병상 수급계획을 수립하도록 하고 있다.

여섯째, 요양병원 퇴원시 지역사회와 연결경로를 마련하는 정책이 지속적으로 추진되어야 한다. 의료적 필요도가 낮은 환자가 퇴원하지 못하는 요인을 퇴원시 병원이 지역사회와 연계하여 지원할 수 있는 시스템을 마련하는 것이 필요하다.

보건복지부는 2천여개의 병원에 지역연계실을 설치하고 사회복지사를 배치하여 퇴원을 앞둔 환자의 퇴원계획을 수립하고자 한다. 또한 퇴원 후 끊김이 없도록 장기요양 재가서비스 등 각종 돌봄서비스를 연결해줘서 집으로 돌아갈 수 있도록 지원할 계획이라고 한다. 또한 이러한 활동이 활성화될 수 있도록 건강보험으로 지원할 예정이라고 한다.

이와 더불어 지속적 의료서비스가 필요하나 거동불편 등으로 의료기관 직접 방문이 어려운 환자를 대상으로 하는 방문진료 시범사업도 활성화하여야 한다. 간호사들이 노인들의 집에서 혈압, 혈당 등을 관리해 주는 방문건강관리서비스도 확대가 필요하다. 다만, 의원급을 중심으로 추진 중인 만성질환자관리 시범사업의 대상과 중복이 되지 않고 상호 연계될 수 있는 방안을 모색하여야 한다.

마지막으로 요양병원이 중장기 입원이 필요한 주요 질병군인 뇌졸중, 종양, 치매 등 질병군별 또는 중증도별 기능 분화가 이루어져야 한다. 보건복지부는 우선 요양병원중 인력, 시설, 진료량 등의 일정요건을 충족하는 요양병원을 재활치료 중심의 회복기 재활의료기관으로 전환을 추진 중이다. 요양병원이 중장기 입원이 필요한 질병중심으로 전문화되고 이에 필요한 의료적 처치가 가능할 경우 요양시설과 역할 구분이 분명해 지고 노인들에게 필요한 재활 등 적절한 의료서비스 제공이 가능해진다.

(3) 공공인프라 중심의 노인요양서비스 확충

첫째, 노인 및 그 가족들이 믿고 이용할 수 있는 요양시설을 확충하는 것이 필요하다. 2018년 12월 기준 장기요양인정자중 약 25%[*62)]가 요양시설에 입소하였다고 한다. 고령화와 의료적 처치가 필요 없음에도 요양병원에 입원하고 있는 노인을 고려하면, 요양시설의 확충이 필요하다. 하지만, 전과 같은 민간기관 중심의 확충보다는 장기요양 공공성 강화를 위하여 공공 인프라 비중을 지속적으로 확대하는 것이 필요하다. 요양시설 확충은 지방자치단체의 수용능력이 전제되어야 하므로 단계적으로 추진하는 것이 바람직하다. 보건복지부도 우선 기존 공립시설이 없는 시군구를 중심으로 확충하되, 기존 공립시설이 있는 지역은 공립요양시설에 대한 대기인원 해소를 위해 증축을 병행 추진한다고 한다.

62) 2019년 4월 사회보장위원회 회의자료 “장기요양인정자 및 재정전망 추계자료”중

이와 더불어 지역별 노인인구, 기존 인프라 등을 고려하여 2027년까지 현재 수준의 2배를 목표로 공립 요양시설 확충을 추진해 나갈 계획이라고 한다.

둘째, 민간요양시설의 질 관리를 위해 진입 퇴출 구조 관리를 강화하는 것이 필요하다. 민간시설의 진입 및 퇴출 엄격화를 위하여 2019년 12월부터 지정요건이 강화되었고 지정갱신제가 도입되었다. 민간시설중 일부는 행정처분 및 시설평가를 회피하기 위해 폐업 후 재개업하는 문제가 지속적으로 발생하였다. 이를 방지하기 위하여 지방자치단체장은 기관 설치·운영자의 행정처분 이력 및 급여제공 이력, 지역별 기관 공급량 등을 고려하여 기관을 지정하도록 강화한 것이다. 지정갱신제는 매6년마다 지정요건 준수여부, 기관평가결과 등을 고려하여 지정 갱신 심사를 실시하여 부실기관이 퇴출될 수 있는 구조를 마련한 것이다.

셋째, 치매 노인 돌봄·의료서비스 제공 확대를 위한 공공 인프라 확충이 요구된다. 민간시설만으로 담당하기 어려운 치매 노인의 증가에 대비하여 지역사회 내 공공중심의 치매 노인 돌봄 인프라 확충을 추진하여야 한다. 공공인프라로서 치매안심병원을 확충하고 치매안심센터의 돌봄서비스를 강화하며, 지역사회 치매관리 체계화를 추진해 나가는 것이 필요하다.

정부는 2017년 9월 치매환자의 효율적 치료를 위한 '치매국가책임제' 계획을 발표하였으며, 이중 하나인 치매안심병원을 확충해 나가야 한다. 치매안심병원은 가정에서 돌보기 어려운 폭력·섬망 등 행동심리증상이 있는 치매환자를 전문적으로 치료·관리할 수 있는 병원이다. 병원급 의료기관이 치매전문병동 등 치매환자 전용 시설과 신경과·정신과 전문의 등 치매전문 의료인력을 갖추어야 지정받을 수 있다. 50여개의 공립요양병원에 치매전문병동이 설치 완료되어 있다.

전국적으로 설치·운영되고 있는 치매안심센터의 인프라, 인력을 활용하여 경증 치매환자에게 전문 주간보호서비스를 제공하는 등 돌봄서비스를 강화해 나가야 한다. 치매노인의 증가와 더불어 치매노인의 의사결정권을 보호하기 위하여 치매노인 공공후견제를 전국적으로 확대해야 한다.

또한 치매안심센터의 조정 역할 강화를 위해 장기요양기관, 노인복지관 등 지역내 노인대상 서비스 제공기관과 협력체계를 구축하여야 한다. 이러한 협력체계를 토대로 지역사회 내 치매환자 관리를 체계화 해 나가야 한다.

치매안심센터가 중심이 되어 노인복지관과 연계하여 경증치매노인 인지활동 프로그램이 제공될 수 있도록 하고 독거 등 취약계층을 대상으로 치매검진, 예방관리를 강화해 나가는 것이 바람직하다.

(4) 장기요양 재가서비스 다양화 등 장기요양 보장 확충

노인들이 요양병원 또는 요양시설이 아닌 지역사회에서 가족과 함께 오랫동안 거주하기 위해서는 노인들의 자립 또는 가족의 돌봄을 지원하는 다양한 재가서비스가 개발되고 제공되어야 한다. 가족들의 돌봄 부담을 줄이고 노인들의 지역사회 거주 지원에 적합하도록 장기요양 재가서비스 제공체계를 개선해 나가야 한다.

첫째, 장기요양보험이 지역 사회내 노인돌봄서비스 제공체계로서 역할을 강화하기 위해서는 장기요양보험의 보장성을 더욱 강화하여야 한다. 장기요양보험의 적용대상을 '17년 현재 전체 노인의 8%에서 재가서비스를 중심으로 OECD 선진국 수준으로 확대해 나가도록 하여야 한다. 고령화가 빠른 속도로 진행되고 있는 한국에서 대상범위를 확대하는 것은 장기요양보험료를 납부하는 가입자의 부담 증가와 연결되므로 사회적 논의를 토대로 지속적으로 확대해 나가는 것이 필요하다. 적용대상을 확대하는 경우 가족의 돌봄 부담이 많은 치매와 일상수행능력 제한이 많은 노인들이 더 많이 장기요양 보험의 혜택을 받을 수 있도록 단계적으로 확대해 나가야 한다. 보건복지부는 2018년 장기요양등급 중 인지지원등급을 별도로 신설하여 경증 치매 노인도 신체기능과 관계없이 장기요양 대상자로 포함하도록 하고 있다.

둘째, 방문요양 중심으로 이루어지는 재가급여를 다양한 서비스가 필요에 맞게 통합 제공될 수 있도록 개편하는 것이 필요하다. 복합적 돌봄이 필요한 노인들이 자신에게 필요한 서비스를 한 번의 신청으로 하나의 기관에서 통합하여 이용할 수 있는 통합재가급여를 확대·발전시켜 나가야 한다. 노인들은 복합적 돌봄이 필요함에도 재가서비스 이용자의 82.3%가 하나의 서비스만 이용하고 있었다. 이에 보건복지부는 2019년부터 통합재가급여를 도입하여 방문요양·방문간호·방문목욕·주야간보호서비스중 2개 이상의 서비스를 패키지로 이용할 수 있는 체계를 도입하였다. 또한, 이러한 통합재가급여는 한 번의 신청과 상담으로 하나의 기관에서 통합 제공토록 하였다.

셋째, 사회적 입원을 했던 노인들이 재가생활이 가능 하도록 하는 신규서비스가 지속적으로 개발되어야 한다. 몸이 불편한 장기요양 재가 수급자도 병원 방문 등 외출 할 수 있도록 휠체어 탑승 환자도 이용 가능한 차량 등을 통한 이동서비스가 제공되어야 한다. 또한, 입원, 출장 등 가족의 일시적 부재시 노인을 일시 보호하는 단기보호서비스도 활성화 될 수 있도록 하여야 한다. 돌보는 가족의 간병에 따른 탈진 등을 방지하여 노인들이 지역사회에서 최대한 오랫동안 지낼 수 있도록 하여야 한다.

마지막으로 장기요양 재가 수급자의 신체·인지활동 지원을 위한 복지용구 보급을 확대하고 품질이 좋은 제품의 경우 복지용구로 등재가 용이하도록 지속적으로 제도개선을 추진하여야 한다. 재가 생활에 도움이 되는 다양한 스마트 복지용구들이 개발 될 수 있도록 이 분야에 대한 공적 R&D 투자도 병행해 나가야 한다.

(5) 노인 의료·요양 통합서비스 제공체계 구축

고령화로 75세이상 노인들이 증가하고 있다. 이들 후기 노인들의 경우 복합 만성질환을 보유하고 있는 비율이 높다. 이들의 신체적·정신적·사회적 기능상태에 따라 일차의료, 전문진료, 방문간호, 재활, 장기요양 등 다양한 서비스를 필요하게 된다. 하지만 현재의 의료 및 요양시스템에서는 각 서비스 제공기관이 분절된 상태로 운영되면서, 서비스가 상호배타적으로 제공되고 있어 노인환자에 대한 체계적 관리가 이루어지고 있지 못하다. 이로 인해 노인들과 그 가족들은 필요한 의료 및 요양서비스를 충분히 제공받지 못하고 있을 뿐 아니라 서비스의 중복과 비효율이 초래되고 있다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 노인을 중심으로 한 통합 의료·요양서비스 제공체계가 구축되어야 한다는 것에 대해서는 이견이 없다. 다만, 노인의 건강 및 신체기능 상태에 따라 적절한 의료 및 요양서비스를 제공할 수 있는 하나의 통합된 제공체계를 어떠한 형태로 구축해야 하는지에 대해서는 전문가들 사이에서는 다양한 의견이 제시되고 있다. 첫째, 보건의료전문가들은 고령화에 대응하여 연계와 조정을 통한 통합의료서비스를 제공할 수 있는 환자중심 의료서비스 제공체계 구축이 필요하다는 입장이다. 이러한 통합적 제공체계는 단일 창구를 통해서 포괄적 건강상태 평가, 사례관리, 의료정보공유, 다학제팀을 통한 공동치료계획

등의 관리체계를 기반으로 해서 노인에게 적합한 서비스가 적시에 이루어지도록 한다는 것이다. 이 곳에서는 건강한 노인에서부터 복합 만성질환 및 허약노인, 응급 및 급성기 환자, 재활 및 기능회복, 장기요양, 호스피스 및 완화의료가 필요한 환자에 이르기까지 노인을 위한 의료의 연속체가 가능하도록 하여야 한다는 것이다[63].(이 윤환, 2015)

둘째, 또 다른 의견은 노인 지역 돌봄체계의 혁신방안으로 의료부문은 일차의료기관을 중심으로 연계와 조정을 통하여 통합된 의료서비스가 제공될 수 있는 체계를 구축하고, 장기요양을 비롯한, 보건소에서 제공하는 건강관리 서비스 및 다양한 복지서비스는 시군구 중심의 통합적 서비스를 제공하는 체계를 구축해야 한다는 것이다.

환자 중심의 의료서비스를 제공하기 위한 연계와 조정의 중심축으로서 일차의료기관이 그 역할을 수행할 수 있도록 현재의 의원급 의료기관을 개선해야 한다는 것이다. 의원급 의료기관을 기능적 일차의료 의원과 전문 의원으로 분류하고 기능적 일차의료 의원은 급성기 입원 치료가 필요한 환자의 연계와 조정을 담당하도록 하며, 유지기 또는 회복기 재활치료, 요양병원, 요양시설과 연계 및 조정은 전문의원에서 담당하도록 하자는 것이다.

장기요양보험을 중심으로 다양한 건강관리 및 복지 서비스 이용계획 수립, 사례관리, 수급자 의뢰, 서비스 제공자 관리 등의 기능은 시군구에 (가칭)지역돌봄협력센터를 구축하여 운영하는 것이 필요하다는 의견이다.[64](김윤, 2020)

셋째, 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공체계에 대한 또 다른 의견은 진료생활권 또는 행정구역 단위로 진료권을 설정하고 해당 국·공립 의료기관에 '(가칭) 노인통합케어센터'를 설치하여 이를 중심으로 의료공급자들 간의 수직적 및 수평적 네트워크를 구축하자는 것이다.

노인통합케어센터는 통합적 케어를 주도할 총괄조직으로 20~30명 정도로 구성하며, 내과·가정의학과와 같이 노인의 의료·요양에 적합한 전문의, 간호사, 지역 보건인력, 상당인력 등 다학제 팀으로 구성해야 한다는 것이다. 노인통합케어의 대상자는 우선적으로 의료와 요양 등 다양한 서비스가 요구되는 75세 이상 노인으로 한다는 것이다.

---

63) 이 윤환, "초고령사회와 보건의료대응", 보건복지포럼, 2015. 7월
64) 김 윤, "재정 통합 기반 노인 지역돌봄체계 혁신방안" 2020.9월

노인통합케어센터에서는 대상자에 대한 필요 서비스 사정, 지역 내 의료·요양 자원 정보 수집, 의뢰와 회송 관리 및 연계, 효과적인 자원 연결과 협력 등 전반적인 통합적 케어 제공 과정이 효율적으로 운영될 수 있도록 하는 중심 역할을 담당하도록 한다는 것이다. 즉 진료권내 노인통합케어센터를 중심으로 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공기관간 네트워크를 구성한다는 것이다. 또한, 장기요양보험 대상자가 의료기관에 입원하는 경우에는 노인통합케어센터의 사정 결과에 따라 장기요양보험의 간병비 지원이 연계될 수 있도록 한다는 것이다. 이 노인통합케어센터의 또 다른 중요한 역할은 전자건강기록을 관련 기관들과 공유하는 것이다. 케어 네트워크 내 기관들이 진료 기록, 건강검진 정보, 장기요양보험 인정 자료 등을 공유함으로써 환자 중심의 치료 계획을 수립하고 중복 검사, 치료, 투약을 방지할 수 있다는 것이다[65].(황 도경, 2017)

정부에서는 2018년 케뮤니티 케어 추진 로드맵을 발표하면서, 개별 사업 중심의 분절적 지원에서 수요자를 중심으로 서비스를 통합 제공해 나가겠다고 밝혔다. 다양한 직종이 연계하여 노인에게 필요한 서비스를 제공할 수 있도록 하기 위해서 읍면동에 케어안내창구를 개설하고 복합적 욕구를 가진 대상자는 시군구 지역케어회의를 통해 심층 사례관리가 이루어지도록 하겠다고 밝혔다. 하지만, 시군구 지역케어회의는 장기요양 및 복지서비스 중심의 통합 사례관리와 맥락을 같이하고 있다.

노인들은 급성기에서 장기요양으로 이어지는 일방향적 진행이 아닌 각 개별 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 의료 및 요양서비스의 통합적 제공이 중요하다. 또한 이들 의료 및 요양서비스는 연속성 차원에서 적절하게 제공될 수 있는 체계가 되어야 한다. 하지만 현재는 노인 대상 의료서비스 부문에서 통합의료서비스 제공체계도 구축이 되어 있지 않고, 장기요양 및 복지서비스 관련해서도 통합 서비스 제공체계가 구축되어 있지 않는 것이 현실이다. 따라서 고령화에 대응한 지역사회 중심 의료 및 요양서비스를 포괄하는 제공체계를 구축은 단계적으로 추진해 나가는 것이 바람직 할 것 이다. 우선은 정부가 발표한 지역통합 돌봄 체계가 지역에서 정착될 수 있도록 노력함과 동시에 노인 의료와 관련해서는 일차의료기관이 향후 노인의료의 연계·조정의 중심 역할을

65) 황 도경, “노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공체계 구축”, 보건복지 ISSUE & FOCUS, 2017.5월, 한국보건사회연구원

수행할 수 있도록 하여야 한다. 이를 위해서는 현재의 의원급 의료기관이 본연의 일차의료기관의 기능을 회복하도록 하는 방안을 마련하여야 한다. 이러한 발판을 토대로 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공체계에 대한 실현가능한 모델을 모색하려는 노력이 지속적으로 이루어져야 한다.

(6) 장기요양요원 처우개선을 통한 서비스 질 개선

돌봄 서비스는 노동집약적 서비스로 요양서비스를 제공하는 인력이 무엇보다 중요하다. 종사자의 낮은 처우와 열악한 근무 환경은 서비스 질 저하로 이어질 가능성이 크므로 다양한 종사자 지원방안이 마련되어야 한다. 첫째, 장기요양기관이 수령하는 장기요양급여비 중 일부가 인건비로 지급되도록 하여야 한다. 종사자의 처우개선을 위해 수가 인상을 하여도 종사자의 인건비로 직접 연계되지 않는 문제점이 발생하여 2017년 5월부터 급여비중 일정 비율 이상을 인건비로 지급하도록 하는 인건비 지급 가이드라인을 마련하여 적용 중이다. 장기요양기관에서 제시된 가이드라인 수준으로 인건비를 지급하고 있는 지를 지속적으로 점검하고 계도 해 나가야 한다.

둘째, 요양시설의 경우 시설내 종사하는 인력 수는 서비스 질과 상관관계가 크다. 중장기적으로 요양시설의 배치 기준 강화를 통하여 서비스 질이 개선될 수 있도록 하여야 한다. 장기요양제도 도입 후 시설 인력 배치 기준에 큰 변화가 없었다. 시설은 수익 극대화를 위해 법에서 규정한 최소한의 인력만으로 운영함에 따라 질 높은 서비스 제공에는 한계가 있었다. 현재 요양 인력 기준은 월 평균 이용자 현원 대비 월 평균 근로자 수로 규정되어 있어 수급자 상태나 주야간 업무 특성 등에 대한 고려가 부족한 실정이다. 따라서 향후 인력배치 기준은 입소자 중 치매 비율, 장기요양 등급 분포 등 입소자 건강 상태 및 야간 근무 인력을 고려하여 결정하여야 한다. 요양시설의 인력 배치 기준 변경은 막대한 재정이 수반되므로 서비스 질, 종사자 처우 개선, 요양 서비스 종사자 수급 상황 등을 종합적으로 고려한 5년 단위 로드맵을 수립하여 적용할 수 있도록 하여야 한다. 고령화로 인한 장기요양서비스에 대한 수요가 급증하는 경우 필요한 인력에 대한 중장기 인력 로드맵에 따른 대비를 하지 않는 경우 이는 요양 인력 부족과 서비스 질 저하로 연계될 가능성이 높으므로 철저한 준비가 필요하다.

Ⅵ. 결론

한국을 비롯한 미국 등 선진국들은 베이비부머의 은퇴 등으로 고령화가 빠른 속도로 진행되고 있다. 고령화로 인한 노인 의료비 급증은 각 국가의 주요한 문제로서 이를 해결하기 위한 다양한 방안을 모색하고 있다. 세계 각 국 노인정책의 주요 흐름 중의 하나가 '자신이 살던 곳에서 나이 들어가기(Aging in Place)'이다. 즉 노인들이 자신이 친숙한 삶의 터전에서 그 동안 관계 맺고 살았던 사람들과 그 환경 안에서 계속 관계를 유지하며 살아갈 수 있도록 삶의 연속성을 보장하자는 것이다. 이와 같이 지역사회에서 죽음의 순간까지 삶의 주인으로서 독립성과 자율성을 최대한 유지하며 자기 관리를 지속할 수 있도록 재활과 잔존능력의 활용을 지원하자는 것이다. 최대한 인간으로서 자율성을 존중하는 존엄한 돌봄 체계를 마련하자는 것이다.

노인들은 나이가 들어감에 따라 복합 만성질환을 보유하는 비율이 많아진다. 또한 노인들은 급성기 입원 치료, 뇌졸중 등으로 인한 일정기간의 재활치료가 필요하거나, 치료와 요양이 동시에 필요한 경우 등이 다양하게 나타난다. 하지만, 미국, 한국 양 국가 모두 병원 및 요양시설 의존적인 의료 및 요양서비스를 제공해 왔었다. 그리고 이러한 의료 및 요양서비스를 제공하는 각 공급기관은 분절적으로 서비스를 제공함으로써 서비스간 중복 및 비효율적으로 제공된다는 문제가 지속적으로 제기되어 왔다.

이에 한국, 미국 등 각 국가들은 고령화에 대응하는 효과적인 의료 및 요양서비스 제공체계를 구축하기 위한 다양한 혁신 방안을 시도하고 있다.

미국은 의료체계에서 민간보험이 차지하는 비중이 한국과 달리 매우 크다. 따라서 미국의 건강보험의 가장 큰 과제중의 하나가 의료 사각지대 해소이다. 다만, 노인들의 경우 메디케어라는 공적 보험체계가 있어 이러한 의료보험의 사각지대 문제는 없다. 하지만, 미국은 장기요양보험이라는 별도의 보험체계가 없다. 우리의 방문요양 등 재가서비스는 메디케어에서 극히 일부가 제공되고 있으며, 한국의 장기요양보험에 해당하는 서비스는 주로 저소득층에게 제공하는 메디케이드에서 제공되고 있다. 또한 이러한 장기요양서비스는 메디케이드를 운영하는 주정부 별로 격차가 크다.

따라서 미국은 중산층까지 장기요양 보장서비스를 제공받을 수 있도록 보장성을 확대하는 것이 주요한 과제중의 하나이다. 이와 더불어 노인 의료비 및 장기요양 보장에 따른 정부 재정 부담을 완화시키기 위한 노력을 지속적으로 추진하고 있다. 이러한 노력중의 하나로 추진되고 있는 것이 PACE, 통합적 가치기반 의료제공체계를 구축하고자 하는 것이다. PACE 또는 통합적 가치기반 의료제공 체계의 주요 특징은 첫째, 일차의료기관의 기능을 강화하고 이러한 일차의료기관을 중심으로 필요한 의료 및 요양서비스를 조정·연계하는 것이다. 둘째, 이 기관에는 노인 치료 및 건강관리와 관련된 의사, 간호사 등 의료 인력외에도 사회복지사, 건강관리 전문가 등 다학제적 팀이 함께 참여하고 있다. 셋째, 노인이 거주하는 지역사회중심으로 노인 의료, 요양, 복지서비스를 제공하는 다양한 기관들이 함께 참여하는 것이다. 넷째, 환자를 장기간에 걸쳐 지속적으로 관리하며, 예방적, 일차의료적, 장기요양 서비스 등 노인에게 필요한 서비스를 적절하게 통합하여 제공하는 것이다. 마지막으로 이러한 서비스가 가능하도록 하기 위해 재정 운영의 유연성을 제공하자는 것이다. PACE의 경우 메디케어와 메디케이드를 하나의 재원으로 인두제 지불 방식을 채택하고 있으며, 통합적 가치기반 체계의 경우 행위별 수가제 대신 건강 성과 등 가치를 기반으로 지불하자는 것이다.
물론 미국에서도 이러한 PACE 및 가치기반 통합의료체계는 메디케이드를 중심으로 한 일부에서 추진되고 있어 이를 노인 의료 및 요양체계 전반으로 보다 확산하려는 노력이 지속되고 있다.

한국도 효과적인 노인 의료 및 요양체계를 구축하기 위한 노력의 일환으로 2018년도 케뮤니티 케어의 일환으로 노인 통합돌봄 기본계획안을 발표하였다. 병원 또는 대규모 시설 위주에서 평소 살던 곳을 중심으로 전환하고, 개별 사업중심의 분절적 지원에서 수요자를 중심으로 서비스를 통합 제공해 나감으로써 기존의 돌봄 패러다임을 지역 사회 중심 통합 돌봄으로 한 단계 발전시켜 나가고자 한다고 밝혔다. 이러한 지역사회 통합 돌봄 추진의 4대 원칙을 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 커뮤니티 케어는 지역사회가 주도적으로 기획하고 이끌어 나가야 하는 지역자율형 정책이다. 노인들이 자신이 거주하는 지역에서 살아갈 수 있도록 그 지역을 만들어 나가는 정책이므로 그 지역상황을 잘 아는 지역사회가

주도적으로 추진해 나갈 때 효과적으로 추진될 수 있기 때문이다. 둘째, 정부는 지역사회가 주도적으로 정책을 추진해 나갈 수 있도록 재정적 유인구조를 마련하고 지방의 책임과 권한을 강화하는 방향으로 법과 제도를 개선해 나가고자 한다. 셋째, 커뮤니티케어 서비스의 원활한 제공을 위해서는 반드시 서비스 제공과정에서 다직종 연계가 이루어져야 한다. 노인이 살던 곳에서 살아가기 위해서는 주거, 보건의료, 건강관리, 요양, 돌봄부터 일상생활 지원에 이르기까지 다양한 서비스가 필요하다. 다양한 분야의 전문가와 직종이 대상자를 중심에 두고 서로 협력하여야 통합 돌봄을 이뤄낼 수 있다. 넷째, 민과 관이 협업하여 이루어나가야 한다[66]. 이러한 4대 원칙하에 2019년 6월부터 지역에서 선도사업 형태로 이루어져 나가고 있다. 커뮤니티 케어는 이제 시작이다. 이제부터 30년 이상의 중장기적 시야를 가지고 꾸준히 한국사회에 적합한 지역사회 중심의 노인 의료 및 요양체계를 만들어 나가야 한다. 최종 목표는 지역사회 중심의 예방적 건강관리, 일차의료, 전문치료, 재활치료, 요양 및 일상생활지원 등이 통합하여 노인의 필요에 맞게 적절하게 연속선상에서 제공되는 시스템을 구축하는 것이다. 이 과정에서 요양병원과 요양시설의 역할이 혼재 되지 않고 각자의 역할에 맞게 기능을 할 수 있도록 정비하고 각 기관의 특성에 적합한 환자가 입원 또는 입소할 수 있는 시스템도 갖추어 나가야 한다. 이를 위해서는 요양병원 입원 기준 및 요양시설 입소기준이 연속선상에서 일관성을 가지고 정비되어야 한다. 이들 기관을 이용하기 위한 의료・요양 필요도를 최종적으로 판정하기 위한 통합 판정기준을 마련하고 각 기관에 적합한 환자가 입원 또는 입소될 수 있도록 판정하는 절차 및 주체 등과 관련된 체계도 같이 고려되어야 한다. 이를 토대로 요양시설에 있는 의학적 치료가 필요한 환자와 요양병원에 있는 환자 중 시설 서비스가 필요한 환자를 관리해 나가야 한다.

미국, 한국 등 선진국들은 고령화로 인한 정부 재정부담을 완화하면서 노인들이 건강하고 존엄하게 삶의 마지막까지 살아갈 수 있는 의료 및 요양 시스템을 구축하기 위해 다양한 개혁을 시도하고 있다.

66)배 병준, “정부의 지역사회 통합 돌봄 추진 방향”, 건강보험심사평가원 정책동향 2019년 13권 3호, pp 8~9

양 국가의 노인의료 및 요양체계 혁신의 주요 방향은 병원 및 요양시설 의존에서 지역사회 중심으로, 분절적 서비스 제공에서 예방, 입원치료, 요양, 재활치료 등을 통합한 서비스 제공으로, 사후 치료 중심에서 예방적 건강관리로 나아가자는 것이다.

고령화에 대응한 한국의 노인 의료 및 요양시스템 구축도 2019년부터 시작한 커뮤니티 케어 선도사업을 시작으로 미국의 PACE 확산 노력, 통합적 가치기반 의료체계 확산 노력 등을 참조하여 더 발전된 시스템을 지속적으로 만들어 나가는 것이 바람직 할 것이다.

본 보고서는 이를 위해 고령화에 대응하기 위한 미국과 한국의 노인 의료 및 요양시스템 혁신을 위해 추진하고 있는 PACE 모델, 가치기반 통합 의료체계 및 통합 돌봄 기본계획의 주요 핵심요소 등을 고찰하였다. 그리고 한국의 고령화에 대응한 지역사회 중심 노인케어 모델 발전방안으로 일차의료 기능 강화, 요양병원의 병원으로서 기능 강화, 공공 인프라 중심의 노인요양서비스 확충, 재가서비스 등 장기요양보장 확충, 노인 의료·요양 통합서비스 제공체계 구축, 장기요양요원 처우 개선을 통한 서비스 질 개선을 제시하였다. 이 중 우리나라 노인 의료 및 요양체계에서 가장 미흡하고 향후 지속적으로 발전시켜 나가야 할 부분이 한국에 적합한 노인 의료·요양 통합서비스 제공체계 구축방안이다. 이와 더불어 발전방안에서 언급한 요양병원이 병원으로서 기능을 하도록 하고, 요양병원에서 퇴원할 경우 지역사회로 연계하도록 하며, 의료와 요양의 단순한 연계를 뛰어 넘어 통합서비스를 제공할 수 있는 시스템을 구축하도록 하기 위해서는 이를 지원하는 재정기반이 전제가 되어야 한다. 노인들이 지역사회에 거주하며 노인들에게 적합한 의료 및 요양 등 다양한 서비스가 연속선상에 제공될 수 있도록 현재의 건강보험 및 장기요양보험의 수가체계의 개선도 같이 고려되어야 한다.

PACE 모델도 메디케어와 메디케이드를 하나의 통합재정으로 인두제 방식으로 지불하면서 재정 운영의 유연성을 제공하고 있다. 가치기반 통합의료 체계도 기존의 개별 서비스 마다 지불하는 행위별 수가제에서 성과중심의 가치기반 지불체계로 전환을 추진하고 있다.

미국의 재정 지원 개혁 방향을 고려하여 한국에 적합한 노인 의료 및 요양 통합서비스 제공체계 구축에 적합한 지불체계 등 재정구조에 대한 개선방안 대해서는 별도의 연구가 필요하다.

< 참고문헌 >

김용하(2020), 노인장기요양보험 재정의 지속가능성과 세대 간 공평성, 보건사회연구 40(4), pp149~177

김 윤(2020), “재정 통합 기반 노인 지역돌봄체계 혁신방안” 2020.9월

김진수・선우덕외 4인(2013), 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로, 한국보건사회연구원

김찬우, 신수경(2018). 미국과 일본의 장기요양제도에 대한 비교 고찰 : -오바마 법안과 아베 개혁을 중심으로-, 노인복지연구 2018년 3월호(제73권1호), 한국노인복지학회, p133~161

김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어 매니지먼트의 등장에 관한 연구, 사회복지연구 Vol 26.2005.겨울, pp 91~122

김태근(2017). 오바마케어 대체에 실패한 트럼프케어: 미국 의료보험정책의 정치사회적 함의, 국제사회보장리뷰 2017 가을호 Vol 2, pp37~48

권순만(2013), 실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스 제도 개선방안 연구, 서울대학교 보건대학원

노용균(2011), 노인 장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성, Health Insurance Review & Assessment Service, 제5권3호, 건강보험심사평가원, 2011.5~6월호

석재은(2018). 커뮤니티 케어와 장기요양 정책과제, 월간 복지동향(238), pp28~33

임준(2019). 커뮤니티 케어에서 보건의료의 공적 책임 강화 방안, 보건교육건강증진학회지 제36권 제4호, 2019.10. pp15~16

이윤경・강은나・김세진・변재관(2017). 노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편 방안, 한국보건사회연구원

오영인(2019). 한국형 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)의 올바른 추진 방향을 위한 비판적 시각, 의료정책포럼, Vol 17.No1, pp16~21

이윤환(2015). 초고령사회와 보건의료대응, 보건복지포럼, 2015. 7월

윤종률(2016). 노인의료 관련 정책수립에서 고려해야 할 노인의료의 특성, 정책동향 10권 3호 2016, pp7~17, 건강보험심사평가원

Edword Norton(2014). 미국 의료개혁의 경험과 시사점, HIRA 정책동향 8권 3호, pp10~11

배병준(2019). 정부의 지역사회 통합 돌봄 추진 방향, 건강보험심사평가원 정책동향 2019년 13권 3호, pp 8~9

배병준(2018). 지역사회 기반 일차의료와 커뮤니티케어, 의료정책포럼, Vol 16.No4, pp23~26

정영호, “미국의 의료개혁과 시사점”, 노동연구원 국제노동브리프 기획특집 의료개혁 3, pp20~35 재인용

정지아(2017). 트럼프시대 미국의료보험의 개편과 전망, 국제사회보장리뷰 2017 여름 창간호 Vol 1 pp19~26

최지숙(2019). 지역사회 통합 돌봄과 심평원의 과제, 정책동향 2019년 13권3호, pp32~37, 건강보험심사평가원

한영란・양숙자외 4인(2020). 국외 커뮤니티 케어의 방문간호서비스 사례 분석, 한국보건간호학회지 제34권 1호 pp 5~11. 2020.4월.

황도경(2017). 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 체계 구축 방안, 보건복지 ISSUE & FOCUS 2017.5월, 한국보건사회연구원

국민건강보험공단 통계연보, 노인장기요양보험 2008년・2019년

한겨레, 대한민국 요양보고서 시리즈, ‘19.5.

사회보장위원회 회의자료(2019년 4월), 장기요양인정자 및 재정전망 추계자료

Almegren, G.R. (1989), Artificial nutrition and hydration practices and the American nursing home: currents of social change and adaptation by an industry in transition. *Deprartment of Sociology, Seattle, University of Washington.*

Asch SM et al.(2006), Who is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care?, New England Journal of Medicine 354(11), pp 147~156

Boenheimer T.(1999) Long-term Care for Frail Elderly People – The On Lok Model. New England Journal of Medicine 341(17): pp1324-1328

Chatterji P, Burstein NR, Kidder D, White AJ(1998). The Impact of PACE on Participant Outcomes. Cambridge, Mass: Abt Associates

Cohen, R, Martinez,& Zammitti(2016), E. Health Insurance Coverage : Early Release of Estimates from the National Health Interview Survey, National Center for Health Statistics

David C. Grabowski(2007), Medical and Medicaid : Conflicting Incentives for Long-Term Care, The Milbank Quarterly, Vol. 85, No. 4, pp. 579~610

Darryl Wieland외 3인(2013), Does Medicaid Pay More to a Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE) Than for Fee-for-Service Long-term Care?, Journal of Gerontology: Medical Sciences 2013 January: 68(1):47~55

Darryl Wieland 외 3인(2010), Five-Year Survial in a Program of All-Inclusive Care For Elderly Compared With Alternative Institutional and Home-and Community-Based Care, Medical Sciences, 2010 July:65(7): 721-726

Dana B. Mukamel 외 6인(2006), Team Performance and Risk-Adjusted Health Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE), The Gerontologist Vol. 46, No.2

Grabowski DC외 4인(2016), The impact of nursing home pay for perfermance on quality and Medicare spending: results from the nursing home value based purchasing demonstration. Healthe Serv Res 2016.4.

Gross DL, Temkin-Greener H, Kunitz S, and Mukamel D(2004). The Growing Pains of Intergrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE, Milbank Quarterly 2004 82(2): pp252 – 287

Harriet L. Komisar외 2인(2005). Unmet Long-Term Care Needs: An Analysis of Medicare-Medicaid Dual Eligible, Inquiry Journal summer pp171~182

Laura R.Gadsby(Sentara Senior Community Care)(2007), PACE: Program of All-inclusive Care for the Elderly, Virginia Commonwealth University Scholars Compass, Fall 2007, Viginia Center on Aging.

Lee, Y.S. (2019) Trends of visiting medical care services in the US and Singapore. *Policy Trend.* 13 (3), 83-97

Linda Shaw, "Program of All-Inclusive Care for the Elderly: A comprehensive, Cost-Effective Alternative for Frail Elderly Individuals", NCMEDCALJOUNAL.Vol.75.no.5

Louise A. Meret-Hanke(2011), Effect of the Program of All-Inclusive Care for the Elderly on Hospital Use, The Gerontologist Vol. 51, No 6, pp774~785

Lynch M, Hernadez M, and Estes C(2008). PACE; Has it Changed the Chronic Care Paradigm? Social Work in Public Health 2008 23(4):3-24

Micah Segelman외 7명(2014), Hospitalizations in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly, Journal American Geriatrics Society, 62:pp320~324

Sara Stephanie Rosomoff(2019), Promote the General Welfare : A Political Economy Analysis of Medicare & Medicaid, Master Degree Thesis, Miami University, pp 2~3

Temkin-Greener H and Mukamel D.(2002) Predicting Place of Death in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE): Participant versus Program Characteristics. Journal of the American Geriatric Society 50: pp125~135

Rachel Roiland, Mark McClellan, Aparna Higgins(2021), High-Value Comprehensive Care For Individuals, Families, and Communities: A vision and Strategy for the Centers for Medicare and Medicaid Services in Collaboration with States, Payers, and Purchasers., Duke Margolis Center for Health Policy, June 10, 2021

Werner R, Konerzka RT, Kim MM(2013). Quality improvement under nursing home compathe association between changes in process and outcome measures. Med Care 2013:51:pp523~528

Xibei Liu, 한규태, Takashi Yamashita, 유지원(2017), Long-term Care Practice and Health Policy in the United States, Korean J chin Geri 2017:18(1) 1-7중 p3 재인용

Yoo JW, Jabeen S, Bajwa T외 3인(2015), Hospital readmission of skilled nursing facility residents: a systematic review. Res Gerontal Nurs 2015.8. pp148~156

Yoo JW, Choi JB, Kim SJ, Shin HP외 2인(2013), Factors associated with remaining in a skilled nursing facility for over 90 days from admission: residents' participation in therapy and desire to return to the community, J Am MedDir Assoc 2013:14: 710e-e4

Center for Medicare & Medicaid Service. Nursing home data compendium 2015 edition [Internet]

CMS 홈페이지
:www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-For-Service-Program/HomeHealthPPS

Washingtion State Department of Social and Health Service, Aging and Long-term Support Adminstration, Manual for Medicaid and Long Term Support Services.

Center on Budget and Policy Priorities.(2016). Policy Basics: Where Do our Federal Tax Dollars Go?

http;//www.cbpp.org/sites/default/files/atoms/files/4-14-08tax.pd

U.S. Census Bureau(2005・2006), Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States