

미국의 거동불편 칩거노인들을 위한 재택의료 서비스

이태훈¹, 이자경¹, 장숙량², 이해진³, 서동민⁴, 홍종원⁵, 김창오^{1,*}

¹중앙대학교 지역돌봄과 건강형평성 연구소, ²중앙대학교 적십자간호대학, ³분당서울대학교병원 가정의학과, ⁴백석대학교 사회복지학부, ⁵건강의집의원

Home-Based Medical Care for Homebound Elderly with Mobility Impairment in the U.S.

Taehoon Lee¹, Jakyung Lee¹, Soong-nang Jang², Hyejin Lee³, Dongmin Seo⁴, Jongwon Hong⁵, Chang-O Kim^{1,*}

¹Institute for Community Care and Health Equity, Chung-Ang University; ²Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul; ³Department of Family Medicine, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam; ⁴Division of Social Welfare, Baekseok University, Cheonan; ⁵Visiting Doctors Program of Medical Home, Seoul, Korea

Home-based medical care (HBMC) aims to meet the complex medical and functional needs of the homebound elderly with multimorbidity and mobility impairment by providing comprehensive and longitudinal primary care. Unlike South Korea where home visit service by a physician has completely vanished since the late 1990s, the HBMC in the U.S. has continued to expand and evolve as a new demand for HBMC has increased over the years. The favorable clinical and functional impact and cost-saving effect of the home visit service have been attributed to the resurgence of HBMC in the U.S. The article describes the crucial components of HBMC and driving forces for its growth in the U.S., and these qualities may need to be incorporated into newly implemented HBMC initiatives in South Korea.

Keywords: Homebound Persons; Home-Based Medical Care; Home Care Services

서론

한국의 거동불편 칩거노인(homebound elderly) 인구는 약 140만 명 이상으로 추정된다.¹⁾ 이들 중 약 80.8%는 만성 복합질환을 가지고 있으며 일상생활 기능을 유지하는 데 있어 반드시 타인의 도움이 필요한 의료-돌봄의 복합적 요구(complex needs)를 가진 인구집단이다.²⁾ 세계에서 가장 빠른 고령화 속도로 초고령 사회 진입을 앞둔 한국의 노인인구 증가율을 감안할 때, 칩거노인 수 또한 매우 빠른 속도로 증가할 전망이다. 그러나 환자가 의료 서비스 제공자가 있는 장소로 물리적 이동을 해야만 서비스를 제공받을 수 있는 우리나라 의료환경에서 이들의 미충족 의료요구(unmet medical needs)는 매우 크다. 2019년도 장기요양 실태조사 결과를 살펴보면 장기요양보험 수급자 10명 중 3명이 넘는 환자들이 대리처방의 경험이 있었으며,

아픈데도 의료 서비스를 제공받지 못한 경우가 조사 대상자의 약 13%에 달했다.³⁾ 이러한 미충족 의료는 지속적이지 못하고 파편화된 의료 서비스로 이어지고, 결과적으로 칩거노인들에 대한 질병의 조기관리가 어려워져 회피 가능한 입원율(unnecessary hospitalization) 및 응급실 이용률을 높게 된다. 실제로 장기요양 수급자의 연간 급성기 병원 입원율은 약 26.1%이며, 이들 중 약 33.4%가 2회 이상 반복입원을 경험했다고 한다.³⁾

재택의료는 의료 서비스 제공 공간을 병·의원이 아닌 환자의 주거지로 옮김으로써 의료 서비스의 물리적 접근성을 높이고, 다학제적 접근을 바탕으로 지속적이고 포괄적인 의료 서비스를 제공할 수 있어 거동불편 칩거노인이 가진 복합적 요구에 부합하는 의료 서비스 제공모델이다.⁴⁾ 미국 사회의 재택의료는 1950년대 이후 지속적으로 침체를 견뎌다, 2000년대 이후 재가요양 서비스의 확대 및 재택

Received March 29, 2022 Accepted April 6, 2022

Corresponding author Chang-O Kim

Tel: +82-2-982-3391, Fax: +82-2-983-3391

E-mail: nation@skhu.ac.kr

ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5858-4529

Copyright © 2022 The Korean Academy of Family Medicine

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

의료 서비스 제공자를 위한 보상 체계 정비와 같은 정책적 도움으로 성장하게 되었다.⁵⁾ 이 시기에 재택의료 서비스가 칩거인들에게 제공되었을 때 병원 입원을 및 재원기간 감소와 이에 따른 의료비 절감과 같은 긍정적인 효과를 증명하는 관찰연구와 실험연구들도 꾸준히 발표되었다.⁶⁻⁸⁾ 재택의료의 효과성에 주목하여 연방정부 차원의 재택의료 시범사업인 Independence at home (IAH) demonstration이 2012년 이후 지속되고 있으며, 앞으로 더욱 확대 적용될 전망이다.⁸⁾

미국의 상황과는 대조적으로 우리나라의 경우 1990년대 후반 의료기관을 벗어나 진료할 수 없는 규정에 따라 의사에 의한 방문진료는 사실상 금지된 의료행위였다. 이후 2018년 12월 국민건강보험법 개정안(국민건강보험법 제41조 5항)이 통과됨으로써 다시 방문진료에 대한 법적 근거가 마련되어 2019년도 12월에는 일차의료 왕진수가 시범사업이 시행되고 있고, 2022년도 9월부터는 재택의료센터 시범사업이 추진될 예정이다.⁹⁾ 그러나 현재까지 국내 일차의료진료 환경에 적합한 재택의료 모델에 대한 구상은 아직 초기단계이며, 재택의료 효과성 및 안전성에 대한 국내 실험연구는 전무한 상황이다.

이 글은 미국의 다학제팀 기반 재택의료의 작동하는 방식을 고찰하기 위해 작성되었다. 한국과 미국의 이질적인 의료환경을 감안하더라도 미국 사회 안의 재택의료의 발전해 온 역사, 수요 및 공급의 추이 변화, 대상자 선정기준, 재택의료기관의 형태 및 중재의 내용, 재택의료 질평가 지표들을 살펴보는 것은 초기 단계에 있는 우리나라 재택의료 서비스의 정착을 위해 유의미한 작업이 될 것이다.

본 론

1. 미국 재택의료의 역사

미국 사회에서 환자가 살고 있는 거주지로 이동하여 진료하는 의료 서비스는 1900년대 초반부터 왕진(house calls)의 형태로 존재해왔다.¹⁰⁾ 1930년대 의사에 의한 의료 서비스 중 40%가 왕진에 의해 이루어질 정도로 방문 진료는 일반적인 의료 전달 방법으로 여겨졌다.¹⁰⁾ 그러나, 1950년대 이후 서비스 이용률이 점차로 감소하여 방문진료가 전체 의료 전달 서비스에서 차지하는 비중이 10% 정도로 감소하였고, 1980년대 방문 진료 이용률은 0.6% 정도에 지나지 않을 정도로 급감하였다.^{10,11)} 이같은 미국 내 방문 진료 서비스 이용률의 감소는 첫째, 환자가 병·의원으로 찾아가는 것이 전형적인 형태로 자리잡은, 이른바 공급자 중심 의료 서비스 전달체계로의 점차적 진화, 둘째, 진료실이 아닌 환자의 집에서 의료행위를 했을 때 발생할 수 있는 제반의 상황과 그에 따른 책임 소재에 대한 의료진이 느끼는 부담, 셋째, 방문 진료 서비스에 대한 낮은 지불 보상체계 등

복합적인 요인이 작용한 것으로 보인다.^{5,11,12)}

방문 진료 서비스의 양적 감소는 1990년대까지 지속되었으나, 왕진을 법적으로 규제했던 한국과 달리 미국 의료 서비스 전달 체계 내에서 외래 진료의 연장형태로 항상 존재해왔다. 미국 방문 의료의 가장 긴 역사를 가지고 있는 Veterans administration's home-based primary care 프로그램은 1970년대 초반에 만들어졌으며, 지금까지 다학제 기반 재택의료 서비스를 전쟁 유공자들에게 제공하고 있다.¹³⁾ 그리고 의료 취약 계층에 대한 방문 진료 또한 산발적이지만 언제나 존재하였는데, 1995년 이후 지속적으로 성장해 온 Mount Sinai Visiting Doctors 프로그램이 대표적인 사례이다.^{14,15)}

1990년대 후반 재택의료 서비스 제공자들을 위한 지불 보상 체계 개선과 방문진료 범위 확대는 재택의료의 양적으로 성장을 이룰 수 있는 토대를 마련해 주었다. 다학제 팀 구성을 필요로 하는 재택의료의 특성을 고려할 때 행위별 수가제에만 의존하는 경우 재택의료 서비스 제공자가 수익을 내기 매우 어려웠으나, 1998년도 재택의료 행위별 수가 2배 가까이 인상되면서 방문 진료의 수가 더욱 활성화하는 계기가 되었다.^{4,10)} 2006년도에는 환자의 개인 자택으로 방문하여 진료하는 형태 이외에 공동 주거시설(domiciliary facilities)로 이동하여 방문진료를 할 수 있게 허용하였고, 요양시설을 방문하여 진료하는 경우에도 수가를 청구할 수 있게 방문 진료 제공자의 수와 제공횟수 또한 증가하게 되었다.^{4,12)}

2000년대 후반 요양시설 입소자들의 지역 사회로의 복귀를 위한 연방정부의 제도적 지원 또한 재택의료의 성장하는 데 영향을 주었다.⁵⁾ 2005년 의회의 승인을 거쳐 시작된 Money Follows the Person은 돌봄의 요구가 큰 요양시설 입소자들이 지역사회로 돌아와 자신의 주거지에서 생활할 수 있도록 지원하는 연방정부 차원의 사업이다.¹⁶⁾ 이 사업에 참여하는 주정부는 연방정부로부터 지원금을 받아 대상자들의 지역사회로 복귀를 돕고 이들이 돌봄 실패를 경험하지 않도록 필요한 재가요양서비스(Home and Community Based Services)를 제공하였다.¹⁶⁾ 실제로 2007년부터 2019년 12월까지 이 사업에 참여한 환자 101,540명이 요양시설을 떠나 지역사회로 돌아올 수 있었다.¹⁷⁾ 2010년 Patient Protection and Affordable Care Act (오바마케어)의 일환으로 이 사업에 참여하는 주정부에 지원금을 40억 달러로 늘렸으며, 대상 환자 조건 중 요양시설 입소 기간을 180일에서 90일로 단축함으로써 환자들의 지역사회 내 거주지로의 복귀는 점차 확대될 전망이다.¹⁶⁾ 이러한 정부차원의 제도적 지원은 재택의료에 대한 수요로 이어질 것으로 보인다.

노인 인구증가에 따른 지역사회 및 주거지 내에서의 돌봄에 대한 사회적 요구와 의료비 지출의 기하급수적 증가에 따른 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)의 재정 부담 또한 2000년대 이

후 재택의료 성장의 배경이 되었다.⁹⁾ 2011년도 미국 보건의료에 지출된 재정은 약 2.7조 달러로 2000년도에 비해 2배가 증가하였는데, 의료 서비스의 소비가 가장 많았던 상위 5%에 해당하는 인구집단(약 182만 명)에게 지출된 의료비가 약 전체 의료비의 60%를 차지하였으며, 이들 인구집단을 규정하는 특성이 요양원 또는 전문간호시설(skilled nursing facilities)과 같은 요양시설에 거주하는 생활 기능 장애를 동반한 만성질환 환자라는 점에 주목하면서 이들에 대한 양질의 재택의료 서비스 제공은 의료비 절감을 위한 하나의 대안이 될 수 있다고 보았다.^{5,18)} 2010년 오바마케어의 일환으로 시행된 IAH demonstration은 연방 정부와 CMS의 재택의료에 가지는 경제적 효용성에 대한 이러한 기대감이 반영된 사업으로, 의사 및 전문간호사(nurse practitioner) 또는 physician assistant가 주도하는 재택의료 서비스가 만성질환을 가진 환자들의 예방 가능한 입원율, 급성기 치료 후 재입원율, 응급실 방문율, 중복 처방 및 검사율을 낮추고, 환자와 가족들의 만족도를 높일 수 있는지 평가하기 위한 목적으로 출범하였다.¹²⁾ 이 사업은 2020년도 12월 관련 법령(Section 1866E of the Social Security Act)이 통과됨에 따라 2023년 12월까지 연장될 예정이다.¹⁹⁾

2. 칩거인구의 재택의료 수요와 공급

미국 노인 인구의 약 5.6%인 200만 명 이상이 칩거 상태인 것으로 추정되며, 칩거의 기준을 주변의 도움 없이 자신의 주거지를 벗어나 다른 곳으로 이동하는 데 지대한 어려움이 있는 경우로 확대하면 미국의 칩거 인구는 700만 명이 넘는다.^{20,21)} 그러나 칩거노인 대비 재택의료 이용률에는 큰 간극이 존재한다. 메디케어 수혜자 대상 설문조사(National Health and Aging Trends Study, NHATS) 자료를 이용한 표본연구 결과에 따르면, 2011년과 2017년 사이에 한 번이라도 재택의료 서비스를 이용한 65세 이상 메디케어 수혜자는 4.97% 정도였고, 이들 중 칩거 노인의 비율은 약 11.26%에 지나지 않았다.^{21,22)} 또한, 동일 연구의 사후분석에 따르면 재택의료 서비스를 이용하지 않았던 칩거노인들의 20%가 6개월 넘게 일차진료 서비스를 전혀 제공 받지 못한 것으로 조사되었는데, 이는 칩거노인들의 미충족 의료 요구에 비해 재택의료 서비스 공급량이 지극히 부족하다는 것을 시사한다.²¹⁾

2000년대 이후 방문 진료의 횟수는 점차 증가하였으나, 재택의료 서비스 제공자의 수는 오히려 감소 추세이다. 메디케어 청구자료를 가지고 수행한 표본 연구에 따르면, 2000년도 방문 진료를 수행한 의료인은 2,019명이었으나 2006년도에는 1,350명으로 감소하였다.²²⁾ 2006년도와 2011년도의 재택의료 제공자 비교 연구에서도 비슷한 현상을 보였는데, 이 연구에 따르면 재택의료 방문 진료 횟수는

2006년도 대비 2011년도에 약 6.92% 증가하였으나 재택의료 제공 의사의 수는 11.76% 감소하였다.¹²⁾ 이러한 현상은 한 해 1,000회 이상 방문진료를 수행하는 방문 진료를 진행하는 전업(full-time) 재택의료 제공 의사의 수가 늘고 일시적인 방문 진료(episodic house calls)를 하는 의사의 수가 점차 줄어들었기 때문이다.²²⁾ 실제로 재택의료 서비스 기관들의 특성을 고찰한 연구를 보면, 2013년도 한 해 동안 7,788명의 의료인이 약 170만 회에 달하는 방문진료를 수행하였는데, 전업 재택의료 서비스 제공자는 약 474명이었고 이들이 전체 방문 진료 횟수의 절반에 가까운 약 75만 회의 방문진료 서비스를 제공하였다.²³⁾

3. 재택의료 대상환자 선정 조건

미국의 장기요양서비스에서 규정한 칩거(homebound)의 정의는 “장애 또는 질환으로 인해 환자가 거주지를 떠나 이동하기 위해 보조기나 특별한 이동 수단 또는 타인의 도움이 필요한 경우, 또한 의학적으로 거주지를 벗어나지 못하는 상태이면서, 동시에 정상적으로 거주지를 벗어날 수 있는 능력이 없거나 거주지를 떠나 이동하는 데에 지대한 어려움이 동반하는 상태”이다.²⁴⁾ 재택의료 제공 의료진은 대상 환자에게 외래 진료가 아닌 재택医료를 제공할 수밖에 없는 불가피한 칩거 상황에 대한 의학적 필요성을 기록하는 것이 원칙이나, CMS가 정한 칩거의 정의에 완벽히 부합하지 않더라도 재택의료 서비스 제공이 가능하다.⁹⁾ 낮은 외래 방문 순응도 및 약물 복용 순응도, 잦은 응급실 방문, 거주지 환경 평가의 필요와 같은 이 유도 방문 진료의 필요성을 정당화할 수 있는 근거가 된다.⁹⁾

칩거할 수밖에 없는 의학적 조건 이외에 환자의 거주지 형태도 재택의료 서비스 대상자를 선정하는 데 있어 중요한 조건이 된다. 환자의 주거 형태에 따라 방문진료의 유형은 두 가지로 분류된다. 의료인이 환자의 자택으로 이동하여 진료를 하는 경우 “home visit을 통한 방문진료”라고 하며, 자택이 아닌 생활보조시설(assisted living facilities), 그룹 홈(group home), 보호 시설(custodial care facility) 등과 같이 공동주거시설로 이동하여 의료 서비스를 제공하는 경우를 “domiciliary care visit을 통한 방문진료”라고 한다.²⁵⁾ 2006년도 이전에는 home visit에 의한 방문진료 서비스에 대해서만 비용을 청구할 수 있었으나, 2006년 이후부터 공동 주거지에 살고 있거나 요양원과 같은 요양시설에 입소한 환자들을 위한 재택의료 서비스에 대해서도 지불보상 체계가 마련되었다.^{4,12)}

일반적인 재택의료 제공 기관의 경우 위에서 언급한 칩거라는 임상적 또는 기능적 조건과 환자의 주거 형태가 방문진료 대상자 결정에 중요한 요소였다면, 재택의료 효과성 평가를 위한 시범사업인 IAH demonstration은 재택의료 서비스 대상자 선정기준을 좀 더 구

체적으로 제시하였다. IAH demonstration 시범사업에 참여하는 의료기관으로부터 방문진료 서비스를 제공받기 위해 환자는 1) 의료적 처치가 필요한 만성질환을 2가지 이상 진단 받은 자, 2) 일상생활 수행능력 장애로 일상 생활 동작(Activities of Daily Living)을 수행함에 있어 2가지 이상에서 타인의 도움이 필요한 자, 3) 초회 방문진료 시점을 기준으로 지난 1년간 적어도 1회 이상 급성기 병원에 입원을 했던 자이어야 한다.²⁵⁾ 미국의 대다수 재택의료 효과성 연구들에서도 이 시범사업의 대상자 선정기준과 유사한 기준들을 적용하는 것을 볼 수 있는데, 이것은 효과성 연구들이 주요지표로 삼고 있는 재택의료의 의료비 절감 효과와 연관이 있다. 복합만성질환을 진단 받은 칩거 노인들 중 기능저하로 인해 일상 생활에 타인의 도움이 필요한 이들은 병원입원 위험도가 높고, 결과적으로 높은 의료비 지출이 예상되는 인구집단이기 때문이다.

4. 재택의료 기관의 형태 및 특성

1) 다학제적 접근

미국에서 재택의료 서비스 제공 권한이 부여된 자는 의사, 전문 간호사(nurse practitioner), 진료지원인력(physician assistant)으로 한정되어 있다.^{15,26,27)} 의료-돌봄의 복합적 요구를 가진 칩거 상태의 환자를 대상으로 하는 재택의료의 특성상 방문 진료를 주도하는 의사 이외에 간호사, 사회복지사, 임상 코디네이터, 행정 업무 코디네이터 등에 의한 다학제적 접근이 필수적이다.^{26,28-30)} 272개 재택의료 기관이 참여한 한 설문조사에 따르면 정기적으로 다학제 간 팀 회의를 여는 재택의료 기관은 140개(60%)였고, 그 중에 71개 기관은 매일 또는 매주 팀 회의를 한다고 답하였다.²⁶⁾ 팀 회의를 주도하는 직종은 의사, 전문간호사, 행정 코디네이터, 간호사, 임상 코디네이터 순으로 많았다.²⁶⁾

일차의료기관 소속 간호사가 주도하는 방문 서비스도 존재하는데, Guided Care와 Care Management Plus가 대표적이다. Guided Care는 2001년도 Johns Hopkins University 소속 연구자들에 의해 고안된 프로그램으로, 만성질환자들 중 증상의 악화가 빈번하거나 이로 인해 급성기 병원 및 입원의 위험도가 높은 환자들을 대상으로 일차 진료의원 소속의 간호사들이 환자들의 거주지로 이동하여 간호 서비스를 제공하는 구조를 가지고 있다.^{31,32)} Guided Care의 간호사들은 같은 의료기관 소속 일차진료의사 2-5명과 함께 의사소통 하여 의학적 개입의 필요성을 판단하게 된다.³²⁾ Care Management Plus 또한 만성질환자들을 관리하기 위한 프로그램으로, 간호사 또는 사회복지사가 훈련 과정을 거쳐 일차진료의원에 고용되어 환자 진료에 참여하게 된다.^{33,34)} 이들은 같은 의원 소속 의사들로부터 환자들을 의뢰받아 보통 외래 진료와 유사한 형태로 환자들의 상태를 모니터

링하고, 필요한 경우 환자의 주거지로 방문하여 사례관리 서비스를 제공하며, 필요에 따라 장기요양 서비스 연계 업무도 담당한다.^{33,34)}

2) 24시간 응급 대응 체계

미리 예정된 스케줄 이외의 긴급 방문진료 요청에 대응할 수 있는 시스템은 재택의료 서비스의 매우 중요한 질적 구성 요소이다.^{35,36)} 272개 재택의료 서비스 기관을 대상으로 한 설문조사에 따르면, 88%에 가까운 의료기관이 24시간 응급 대응 체계를 가지고 있는 것으로 응답하였다. 설문에 참여한 73개(27%)의 재택의료 기관은 요청이 온 당일 방문진료를 수행한다고 답하였고, 적어도 72시간 이내에 방문 진료를 수행한다고 답변한 기관은 모두 152개(56%) 기관이었다.²⁶⁾

3) 완화의료 서비스 제공기관과의 연계

재택의료의 외래 진료의 성장 과정에서 진화해 온 의료 서비스 전달 모델이라면, 가정형 완화의료는 입원 환자의 증상 조절 및 임종 돌봄의 연장선상에서 파생된 형태이다. 두 서비스 모델은 환자 중심의 의료와 돌봄의 통합적인 접근을 지향한다는 점에서 서로 접점을 가진다.

미국의 호스피스 기관의 서비스 제공 규정을 보면, 환자의 말기 질환이 정상적인 궤적을 밟을 때 임종까지 6개월 미만의 예후를 가지고 있는 메디케어 환자에 한해서만 호스피스 기관을 선택하여 서비스 제공을 받을 수 있도록 하였다.³⁷⁾ 재택의료 서비스를 받던 환자가 완화의료 서비스 대상자가 되어 호스피스 기관을 선정하더라도 기존의 재택의료 서비스 제공자는 본인의 역량에 따라 완화의료 서비스를 위한 방문진료를 지속적으로 할 수 있으며, 대상 환자가 호스피스 기관으로 입원한 후에도 방문진료를 할 수 있다. 총 272개의 재택의료 기관을 대상으로 한 재택의료 기관의 특성 연구에서 80%가 넘는 재택의료기관이 환자에게 완화의료 서비스 제공을 위해 기관 내에서 완화의료 서비스를 제공했거나 호스피스 기관으로 의뢰를 하였다고 답하였다.²⁶⁾

4) 재가요양 서비스 기관과의 연계

미국의 장기요양 서비스는 요양원과 같은 시설에 거주하는 환자를 대상으로 돌봄 서비스를 제공하는 형태와 지역 사회 내 환자의 거주지로 이동하여 돌봄 서비스를 제공하는 재가요양 및 복지 서비스 형태로 나뉜다.³⁸⁾ 재가요양 및 복지 서비스는 환자의 의료적인 필요에 따라 결정되는 health service와 일상생활 영위를 위해 필요한 human services로 구분된다.³⁸⁾ Health service는 환자 상태 평가 및 모니터링, 복약지도, 비위관 영양, 도노관 관리, 창상 관리 등이 포함

되는 전문간호서비스(skilled nursing service), 물리치료, 언어치료, 작업치료, 환자 및 보호자 교육, 건강증진 및 질병 예방 교육, 호스피스 돌봄 서비스를 포함한다.³⁹⁾ human services는 주간 보호, 노인 센터 지원, 식사지원, 교통 지원, 개인 위생 관리(목욕, 옷 갈아입기 등의 돌봄 서비스), 집안일 서비스 등을 포함한다.³⁸⁾

CMS는 담당의사로부터 환자 상태에 대한 포괄적인 평가를 바탕으로 필요한 health service의 종류, 방문 빈도, 기간 등을 포함한 돌봄 계획서를 제출한 경우에 한해 재가요양 서비스 기관이 제공하는 health service를 이용할 수 있도록 제한하고 있다.²⁴⁾ 재가요양 서비스 기관들은 환자의 담당 의사로부터 환자의 집거 상태 및 돌봄 계획서가 기록된 인증서를 CMS에 제출한 경우에만 제공하는 서비스에 대한 지불 보상을 받게 된다.²⁴⁾ 환자는 60일마다 의사에 의한 재인증(recertification) 과정을 거쳐야 재가요양 서비스 기관이 제공하는 서비스를 연장할 수 있다.²⁴⁾

담당의사는 재가요양 서비스를 제공받는 환자의 상태를 주기적으로 파악하고, 여타 검사 결과들을 바탕으로 추가적인 검사를 결정하며, 타과 전문의 의뢰 및 자문 필요성을 타진하게 되는데, 이러한 서비스를 일컬어 skilled home health care supervision이라고 한다. 2013년도 CMS 청구자료로 분석한 연구에 따르면 1,000회 이상의 방문진료를 수행한 전업재택의료 서비스 제공 의사들이 주로 청구하는 평가 및 관리 서비스(evaluation and management service) 이외에 가장 많이 청구한 진료 서비스는 skilled home health care supervision, recertification, and certification이었다.²³⁾

대부분의 재택의료 기관은 재가요양 및 복지 서비스가 필요한 환자가 있다면 재가요양 기관에 돌봄 서비스를 의뢰한다. 2016년도 101개 재택의료 제공기관을 대상으로 한 설문조사에 따르면 참여한 기관 중 86개 기관(88%)이 주기적으로 재가요양 서비스의 필요성을 검토한다고 답하였고, 63개의 재택의료기관(64%)에 종사하는 서비스 제공자가 직접 재가요양서비스 기관에 의뢰하는 것으로 보고하였다.³⁰⁾ 동일연구에서 73개 기관(74%)에서 설문 조사 시점을 기준으로 지난 1년간 환자의 대부분이 돌봄 서비스가 필요했다고 응답하였고, 환자들이 필요로 했던 서비스는 개인 위생 관리, 복약지도, 환자 및 보호자 교육, 이동을 위한 교통 수단 제공 순으로 많았다.³⁰⁾ 2015년 272개 재택의료 제공기관을 대상으로 한 설문조사에서도 재택의료기관과 재가요양 서비스 기관과의 공고한 협력관계를 확인할 수 있는데, 이 설문에 응답한 거의 모든 재택의료 기관(n=260)이 적어도 1개 이상의 재가요양 서비스 제공기관과 지속적인 관계를 맺고 서비스를 의뢰한다고 답하였다.²⁶⁾

5. 재택의료 서비스 구성

미국 재택의료 서비스의 구성은 일반적인 외래 업무와 유사하다. 환자에 대한 평가 및 관리(evaluation and management)가 방문진료의 주된 서비스이며, 평가 및 관리는 문진, 신체진찰, 치료 및 돌봄의 필요에 따른 의학적 개입을 위한 의사결정을 포괄한다.^{39,40)} 추가적으로 환자 상담 및 환자, 보호자 교육을 포함하여 타과 전문의 또는 상급 병원 의뢰 업무뿐만 아니라 재가요양 서비스 기관 의뢰도 통상적인 재택의료의 평가 및 관리서비스에 해당한다.⁴⁰⁾ 환자에 대한 평가 및 관리 서비스 이외에 단기 입·퇴원 지원(transitional care management), 만성질환 관리(chronic care management), 연명의료 계획(advanced care planning) 등 여러 형태의 재택의료 서비스에 대한 금전적 보상을 받을 수 있다.^{39,40)}

6. 재택의료 질 평가 지표

미국은 의료 행위의 지불보상 체계를 행위별 수가체제와 같은 양기반 보상(volume-based payment)에서 가치 기반 보상(value-based payment)으로의 점차적 전환을 시도하고 있다. 이러한 가치 기반 지불체로의 전환에 대비하여 재택의료 연관 학회 차원에서 2013년도 이후 재택의료 서비스 제공자들이 적용할 수 있는 질 지표 개발 연구가 진행되었다.³⁶⁾ 이들은 기존에 CMS가 사용하고 있는 만성질환 관리 평가의 질 지표 검토를 시작으로 재택의료 서비스 질 지표에 관한 문헌고찰과 재택의료 협력 단체 가입 회원들, 환자 및 보호자를 대상으로 한 심층 면담을 진행하여 재택의료 서비스의 질 성과 지표들을 제시하였다.³⁶⁾ 이들이 제시한 재택의료의 주요 질 성과 지표들은 1) 환자의 물리적 건강 상태 이외에 정신 사회적 평가, 2) 다학제적 접근과 치료와 돌봄을 위한 지역사회 자원의 활용, 3) 거주지 환경 평가를 통한 낙상방지 및 학대와 방임 방지, 4) 방문 진료에 대한 서비스 제공자의 역량, 5) 현실적인 치료 계획의 설정, 환자 및 보호자 교육을 통한 자가관리 능력 배양, 6) 24시간 응급 체계와 같은 진료 접근성의 확보, 7) 환자와 보호자가 경험하는 치료 부담 및 스트레스 해소를 위한 지원과 같은 재택의료 특유의 임상 조건에서 의료 서비스의 질적 수준을 담보할 수 있는 내용을 포함하였다.³⁶⁾

2019년도 CMS가 승인한 질 지표 257개 중 재택의료 서비스 종사자들이 적용하기에 타당한 것으로 보이는 질 지표는 78개 정도였는데, 이들 지표들은 심부전 및 관상동맥질환의 약물 사용, 우울증 약물 관리, 당뇨 합병증 관리, 고혈압 관리, 치매 환자 증상 관리 및 인지 기능 평가 등 질환별 관리에 편중되는 경향을 보였다.⁴¹⁾ 앞으로 재택의료 서비스가 가지는 특수한 상황을 적절히 반영하는 질 평가 도구의 추가적인 개발 및 도입이 필요할 것으로 보인다.

결론

미국의 재택의료는 의료-돌봄의 요구가 높은 고비용 인구집단에 지출되는 보건의료비 증가와 이를 억제하기 위한 정부차원의 여러 가지 정책적 시도에 의해 성장할 수 있었다. 재택의료 서비스 제공자들을 위한 지불보상 체계의 확대 또한 재택의료의 성장하는 데 기여하였다. 장기요양시설이 아닌 재가요양 서비스 지원 및 육성에 집중하는 정책은 환자와 가족들이 돌봄 실패를 경험하지 않고 지역사회에 계속 거주할 수 있도록 도왔으며, 결과적으로 재택의료에 대한 수요 증가로 이어질 수 있었다. 그러나 재택의료 기관들이 양적 성장을 이루고 있음에도 불구하고 미국 사회 내 지역사회 거주 치매노인들의 미충족 의료 문제는 여전히 심각하다. 전업 재택의료기관의 수는 증가하였지만, 재택의료기관의 분포는 운영상의 편의 및 수익성에 따라 지역 간 편차가 매우 커서 아직도 대다수의 치매노인들은 재택의료 서비스의 혜택을 받지 못하고 있다. 2015년 이후 재택의료에 대한 지불 보상체계가 진료량에 의해 결정되는 행위별 수가제에서 진료의 성과에 기반한 가치 기반 보상체제로의 점차적 전환이 이루어지고 있는데, 재택의료의 특수성을 평가할 수 있는 적절한 질 평가 도구가 개발되어 보상체계에 반영된다면 보다 많은 재택의료기관이 의료 사각지대에 있는 거동불편 치매노인들에게 양질의 일차의료 서비스를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

거동불편 치매노인은 의료로부터 소외를 경험하는 의료취약인구 집단이다. 재택의료는 이들이 가진 미충족 의료요구뿐만 아니라 지역사회 계속 거주(aging in place)에 대한 욕구도 충족시킬 수 있는 잠재력을 가지고 있으며, 치매노인들에게 지속적이고 포괄적인 일차의료 서비스를 전달할 수 있는 가능성을 가진 의료 서비스 제공모형이다. 2022년 9월 재택의료센터 시범 사업을 앞둔 시점에서 미국의 재택의료 성장의 추동력이 되었던 요소들을 한국의 의료상황에 맞게 활용할 수 있을 것이라 생각한다. 약 20년이 넘게 방문진료의 단절을 경험했던 한국은 재택의료의 효용성을 평가하는 연구가 전혀 없었다. 앞으로 재택의료의 지속가능성을 담보하기 위해 재택의료의 안정성 및 효과성에 대한 검증과정으로써의 관찰 및 실험연구가 반드시 필요할 것이다.

요약

재택의료는 만성복합질환을 앓고 있는 거동불편 노인들이 가지는 복합적인 요구를 충족하기에 적합한 의료 서비스 제공모델이다. 1990년대 말 한국사회에서 왕진은 그 자취를 감추었으나, 미국의 재

택의료는 의료 서비스 제공 수단의 한 방법으로 꾸준히 존재해왔으며, 지난 20여 년에 걸쳐 괄목한 만한 성장을 보이고 있다. 미국 재택의료의 성장의 배경에는 노인인구 증가에 따른 수요 증대 이외에도 재택의료의 임상의적 효과성 및 비용절감과 같은 긍정적인 요인이 작용하였다. 미국 재택의료 성장의 추동력이 되었던 지점들을 확인하는 것은 2022년 재택의료센터 시범사업을 앞둔 시점에서 유의미한 작업이 될 것이다.

중심단어: 치매노인; 재택의료; 재가요양 서비스

CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

ORCID

Tae-hoon Lee, <https://orcid.org/0000-0001-6650-025X>

Jakyung Lee, <https://orcid.org/0000-0001-5773-1523>

Soong-nang Jang, <https://orcid.org/0000-0003-2621-945X>

Hyejin Lee, <https://orcid.org/0000-0001-5279-340X>

Dongmin Seo, <https://orcid.org/0000-0001-9517-5724>

Jongwon Hong, <https://orcid.org/0000-0002-8694-7654>

Chang-O Kim, <https://orcid.org/0000-0001-5858-4529>

REFERENCES

- Kim CO, Jang SN. Home-based primary care for homebound older adults: literature review. *Ann Geriatr Med Res* 2018; 22: 62-72.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. Analysis of demand for elder health care and long-term care: strategies for diversifying providers. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2016.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. Long-term care report. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2019.
- Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C, et al. Home-based primary care interventions: comparative effectiveness reviews, No. 164. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2016.
- Schuchman M, Fain M, Cornwell T. The resurgence of home-based primary care models in the United States. *Geriatrics (Basel)* 2018; 3: 41.
- Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A, Manheim L, Henderson W, Kubal JD, et al. Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *JAMA* 2000; 284: 2877-85.
- Wajnberg A, Wang KH, Aniff M, Kunins HV. Hospitalizations and skilled nursing facility admissions before and after the implementation of a home-based primary care program. *J Am Geriatr Soc* 2010; 58: 1144-7.

8. Valluru G, Yudin J, Patterson CL, Kubisiak J, Boling P, Taler G, et al. Integrated home- and community-based services improve community survival among independence at home medicare beneficiaries without increasing medicaid costs. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 1495-501.
9. Health Insurance Review and Assessment Service. Home-based primary care pilot project. [Internet]. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2021 [cited 2021 Mar 21]. Available from: <https://www.hira.or.kr/bbsDummys.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltno=4&brdBltno=10300&pageIndex=1>.
10. Meyer GS, Gibbons RV. House calls to the elderly--a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997; 337: 1815-20.
11. Landers SH, Gunn PW, Flocke SA, Graham AV, Kikano GE, Moore SM, et al. Trends in house calls to Medicare beneficiaries. *JAMA* 2005; 294: 2435-6.
12. Sairenji T, Jetty A, Peterson LE. Shifting patterns of physician home visits. *J Prim Care Community Health* 2016; 7: 71-5.
13. Haverhals LM, Manheim C, Gilman C, Karuza J, Olsan T, Edwards ST, et al. Dedicated to the mission: strategies US Department of Veterans Affairs Home-Based Primary Care teams apply to keep veterans at home. *J Am Geriatr Soc* 2019; 67: 2511-8.
14. Ornstein K, Hernandez CR, DeCherrie LV, Soriano TA. The Mount Sinai (New York) visiting doctors program: meeting the needs of the urban homebound population. *Care Manag J* 2011; 12: 159-63.
15. Reckrey JM, Soriano TA, Hernandez CR, DeCherrie LV, Chavez S, Zhang M, et al. The team approach to home-based primary care: restructuring care to meet individual, program, and system needs. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 358-64.
16. Coughlin R, Ward J, Denny-Brown N, Hagen B, Maurer K, Morris E, et al. Money follows the person demonstration: overview of state grantee progress, January to December 2016. Cambridge (MA): Mathematica Policy Research; 2017.
17. Centers for Medicare & Medicaid Services. Money follows the person: state transitions as of December 31, 2019 [Internet]. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2019 [cited 2021 June 2]. Available from: <https://www.medicare.gov/medicaid/long-term-services-supports/money-follows-person/index.html>.
18. Committee on Approaching Death: Addressing Key End of Life Issues; Institute of Medicine. Dying in America: improving quality and honoring individual preferences near the end of life. Washington (DC): National Academies Press; 2015.
19. Centers for Medicare and Medicaid Services. Independence at home demonstration [Internet]. Baltimore: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2021 [cited 2021 June 2]. Available from: <https://innovation.cms.gov/innovation-models/independence-at-home>.
20. Ornstein KA, Leff B, Covinsky KE, Ritchie CS, Federman AD, Roberts L, et al. Epidemiology of the homebound population in the United States. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1180-6. Erratum in: *JAMA Intern Med* 2015; 175: 1426.
21. Reckrey JM, Yang M, Kinosian B, Bollens-Lund E, Leff B, Ritchie C, et al. Receipt of home-based medical care among older beneficiaries enrolled in fee-for-service medicare. *Health Aff (Millwood)* 2020; 39: 1289-96.
22. Peterson LE, Landers SH, Bazemore A. Trends in physician house calls to Medicare beneficiaries. *J Am Board Fam Med* 2012; 25: 862-8.
23. Yao N, Ritchie C, Camacho F, Leff B. Geographic concentration of home-based medical care providers. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35: 1404-9.
24. Centers for Medicare and Medicaid Services. Medicare benefit policy manual chapter 7 - home health services [Internet]. Baltimore (MD): Centers for Medicare and Medicaid Services; 2012 [cited 2021 June 1]. Available from: <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Guidance/Manuals/Downloads/bp102c07.pdf>.
25. Li E, Kimmey L, Cheh V. Evaluation of the independence at home demonstration: an examination of the first five years. Baltimore (MD): Centers for Medicare & Medicaid Services, Center for Medicare & Medicaid Innovation; 2020.
26. Leff B, Weston CM, Garrigues S, Patel K, Ritchie C. Home-based primary care practices in the United States: current state and quality improvement approaches. *J Am Geriatr Soc* 2015; 63: 963-9.
27. Melnick GA, Green L, Rich J. House calls: California program for homebound patients reduces monthly spending, delivers meaningful care. *Health Aff (Millwood)* 2016; 35: 28-35.
28. Norman GJ, Orton K, Wade A, Morris AM, Slaboda JC. Operation and challenges of home-based medical practices in the US: findings from six aggregated case studies. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 45.
29. Smith KL, Ornstein K, Soriano T, Muller D, Boal J. A multidisciplinary program for delivering primary care to the underserved urban homebound: looking back, moving forward. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54: 1283-9.
30. Norman GJ, Wade AJ, Morris AM, Slaboda JC. Home and community-based services coordination for homebound older adults in home-based primary care. *BMC Geriatr* 2018; 18: 241.
31. Boyd CM, Shadmi E, Conwell LJ, Griswold M, Leff B, Brager R, et al. A pilot test of the effect of guided care on the quality of primary care experiences for multimorbid older adults. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 536-42.
32. Boyd CM, Boulton C, Shadmi E, Leff B, Brager R, Dunbar L, et al. Guided care for multimorbid older adults. *Gerontologist* 2007; 47: 697-704.
33. Dorr DA, Wilcox A, McConnell KJ, Burns L, Brunner CP. Productivity enhancement for primary care providers using multicondition care management. *Am J Manag Care* 2007; 13: 22-8.
34. Miller A. Care management plus: strengthening primary care for patients with multiple chronic conditions [Internet]. New York (NY): The Commonwealth Fund; 2016 [cited 2021 Jun 17]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2016/dec/care-management-plus-strengthening-primary-care-patients-multiple#2>.
35. Shafir A, Garrigues SK, Schenker Y, Leff B, Neil J, Ritchie C. Homebound patient and caregiver perceptions of quality of care in home-based primary care: a qualitative study. *J Am Geriatr Soc* 2016; 64: 1622-7.
36. Leff B, Carlson CM, Saliba D, Ritchie C. The invisible homebound: setting quality-of-care standards for home-based primary and palliative care. *Health Aff (Millwood)* 2015; 34: 21-9.
37. Centers for Medicare & Medicaid Services. Hospice coverage [Internet]. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2022 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/Hospice>.
38. Centers for Medicare & Medicaid Services. LTSS (Long-Term Services and Supports) overview [Internet]. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2021 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/American-Indian-Alaska-Native/AIAN/LTSS-TA-Center/info/lts-overview>.
39. CISION PRweb. Ziegler publishes white paper on home based primary care

- highlighting key themes and sector developments [Internet]. Beltsville: CISION PRweb; 2020 [cited 2022 Mar 20]. Available from: https://www.prweb.com/releases/ziegler_publishes_white_paper_on_home_based_primary_care_highlighting_key_themes_and_sector_developments/prweb17309722.htm.
40. Centers for Medicare & Medicaid Services. Fee schedules [Internet]. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2021 [cited 2022 Mar 20]. Available from: <https://www.cms.gov/medicare/medicare-fee-for-service-payment/feeschedulegeninfo>.
41. Leff B, Sheehan O, Bhatnagar S, Harrison KL, Barrows RC, Ritchie CS. To what extent are the centers for Medicare & Medicaid Services 2019 MIPS quality measures inclusive of home-based medical care? *Ann Intern Med* 2020; 173: 243-5.