

미국 재가돌봄서비스 정책변화와 한국 정책에의 함의: 재정지원 및 품질관리방식을 중심으로*

김 은 정

국문요약

본 연구는 미국의 재가돌봄서비스의 정책 현황을 파악하고 정책적 변화의 방향과 특성을 재정원천이나 지원 방식, 그리고 품질관리 방식을 중심으로 검토하고자 하였다. 이러한 정책적 변화가 한국 사회에 주는 함의를 도출하기 위해 본 연구는 한국의 재가돌봄서비스 정책 상황을 개관하고 재정방식과 품질관리정책의 주요 쟁점에 대해서 미국과의 비교 분석을 시도하였다. 분석결과 미국과 한국 모두 고령화와 더불어 재가돌봄서비스 공급이 크게 증가되고 있었고 사회보험 재정의 확대, 이용자 직접 재정 방식 증가 등 공통된 재정적 다변화 현상이 나타나고 있었다. 한편 미국에서는 의료와 돌봄서비스의 통합적 공급 정도나 재가돌봄서비스 내용과 방식 등에 있어서 지역 간 편차가 중요한 정책적 쟁점이 되고 있다는 점에서 한국과 차이를 보였다. 재가돌봄서비스 품질관리의 중요성은 양국 모두에서 강조되고 있으나 품질관리체계를 구축하는 방식에는 차이가 있었다. 미국은 전국 통일적 품질관리 영역과 주정부 재량적 영역이 구분되어 있으며, 전문적 민간비영리 기구를 활용한 품질인증 방식을 많이 활용하였다. 반면 한국의 경우 재가돌봄서비스 품질평가의 주체가 서비스 종류와 자원별로 각기 이루어지고 있어서 평가중복이나 과다의 문제가 지속적으로 제기되고 있다.

주제어: 재가돌봄서비스, 재정관리방식, 품질관리방식

I. 서론

고령화가 심화되고 여성들의 경제활동이 확대되면서 일상적 혹은 만성적 돌봄(care)서비스를 가족외부에서 지원받아야 하는 인구가 꾸준히 증가하고 있다. 지속적으로 확대되는 이러한 돌봄 서비스 요구에 어떻게 효과적이고 효율적으로 대응할 것인가는 최근 한국 사회정책의 중요한 의제이다. 특히 시설입소가 아니라 지역사회 이용서비스나 재택서비스에 정책적 관심이 집중되고 있다. 이는 공공재정의 효율적 집행, 그리고 돌봄욕구의 효과적인 충족 측면에서 재가돌봄 서비스가 시설입소 서비스보다 나은 대안으로 여겨지기 때문이다. 단기에 걸친 집중 치료가 필요한 경우가 아니라면 많은 사람들이 가능한 자신의 주거지에 머무르면서 신체적 돌봄과 일상생활의

* 본 연구는 2013년도 OECD 한국정책본부의 용역연구 ‘사회서비스 재정지원방식과 공급주체의 성격 및 품질관리 기제에 대한 국가 간 비교연구’의 제 4장 중 일부를 재편집하고 수정한 것이다.

도움 받기를 원한다(박명화 외, 2008).

한국보다 앞서 돌봄 중심 사회서비스 정책을 확대시켜온 서구 선진국의 경우에도 시설입소보다 지역사회 이용서비스나 재택서비스가 더 많이 증가되고 있다. 일찍이 시설기반 돌봄정책을 강조했던 스웨덴도 시설입소서비스 비중은 낮아지는 반면 재가돌봄서비스 비중은 지속적으로 높아지고 있다(윤영진 외, 2009). 고령화가 심화되면서 인생주기에서 일상생활 지원을 필요로 하는 시기가 점차 길어지고 있기 때문에 재가돌봄서비스 정책의 중요성은 더욱 커지게 될 전망이다.

특히 미국은 일상적 돌봄서비스 정책에서 지역사회 기반 재가서비스를 강조하는 대표적인 국가이다. 지난 20여년에 걸쳐서 미국 연방정부는 주정부가 재가돌봄서비스를 시설입소서비스보다 우선적으로 제공하도록 하는 인센티브 조치들을 강력하게 실시하고 있다(Harrington et al., 2009). 특히 의료적 서비스가 필요한 상황이라 하더라도 이용자에게 시설입소를 강요해서는 안 되며 자신의 집에서 서비스를 받기를 원하는 경우 그 권리를 인정해 주어야 한다는 옴스테드(Omstead) 판례(1999년) 이후 재가돌봄서비스 정책은 확대일로에 있다.

2010년 통과된 미국 의료개혁법(Affordable Care Act)¹⁾에서도 재가돌봄서비스를 확대하기 위한 새로운 조치들이 가장 눈에 띈다(DHHS, 2012). 의료개혁법의 핵심적인 내용 중 하나가 재가돌봄서비스를 확대시켜서 서비스 접근성을 높이고 혜택의 범위를 넓히는 것이다. 이 법에 따르면 노인장기요양서비스와 장애인돌봄서비스 비용을 의료급여(Medicaid) 재정으로 충당할 수 있는 가능성을 크게 높이면서(Klees et al, 2010), 주정부가 이러한 서비스를 재가 방식으로 제공할 때 다양한 재정적 인센티브를 가질 수 있도록 하고 있다(DHHS, 2012).

미국의 경우 공공부문의 직접적 돌봄서비스 공급 역할은 미미한 반면 민간부문의 직접 공급 비중이 매우 높다. 특히 재가돌봄서비스 부문은 민간 영리부문이 서비스 공급주체로서 큰 역할을 하고 있으며 역할 비중도 점점 더 높아지고 있다. 이러한 점은 2000대 이후 노인, 장애인 재가돌봄서비스를 확대시키는 과정에서 민간 영리부문 비중이 커지고 있는 한국의 상황과 상당히 유사하다. 돌봄서비스 공급주체의 성격은 공공재정 지원 방식이나 서비스 품질관리 방식에도 직접적으로 영향을 미치게 된다.

본 논문은 미국 재가돌봄서비스 현황을 파악하고 정책적 변화의 방향과 특성을 분석함으로써 한국의 재가돌봄서비스 정책에 대한 함의점을 도출해보고자 한다. 이를 위해 먼저 한국의 재가돌봄서비스 정책현황을 간략히 검토하고 두드러진 정책 변화의 양상을 파악한다. 다음으로 이러한 정책적 변화가 미국에서는 어떻게 나타나고 있는지, 그 과정에서 불거지고 있는 정책적 쟁점은 무엇인지를 살펴볼 것이다. 이를 기반으로 미국의 경험이 한국 재가돌봄서비스 정책 방향에 제기하는 함의는 무엇인지, 양국 정책의 유사점과 차이점을 중심으로 분석해 보고자 한다. 이러한 작업은 한국의 재가돌봄서비스 정책설계에서 간과해서는 안 되는 요인들을 파악하는데 도움을 줄 것이다.

1) <http://www.whitehouse.gov/healthreform/healthcare-overview>.

II. 한국 재가돌봄서비스 정책 현황 및 정책분석 틀

1. 한국 재가돌봄서비스²⁾ 정책현황

한국에서는 2000년대 이후 본격적으로 돌봄서비스에 대한 사회적 지원이 확대되고 있다. 돌봄 서비스 중에서도 특히 재가돌봄서비스의 중요성과 비중은 주로 노인과 장애인을 중심으로 지속적으로 높아지고 있으며, 노인장기요양서비스와 장애인활동지원서비스가 대표적인 성인대상 재가돌봄서비스를 구성하고 있다. 이 밖에 주로 일정소득 수준 이하의 소득계층을 대상으로 지역 사회 자체적으로 설계하여 공급하는 다양한 형태의 재가돌봄서비스가 있으며, 바우처 방식으로 제공되는 가사간병, 산모신생아 재가돌봄서비스도 있다<표 1참조>.

노인요양서비스는 최근 10년 사이에 가장 큰 변화를 보여주고 있는 사회적 돌봄서비스이다. 노인 장기요양보험이 실시되기 전에도 빈곤 노인이나 독거 노인을 대상으로 재가돌봄서비스가 공급되었으나, 수혜대상 노인의 수는 상당히 제한적이었다. 그러던 것이 2008년 장기요양보험이 실시되면서 시설서비스와 재가서비스 모두에 대해 보편서비스가 공급되기 시작했다. 특히 방문목욕, 방문간호, 방문요양을 내용으로 하는 재가돌봄서비스의 증가속도는 매우 가파르다(선우덕, 2012).

장애인활동지원서비스는 2007년 처음 설계될 당시부터 서비스 이용 장애인 개인에게 서비스 이용권인 바우처를 제공하는 방식을 택하였다. 이전에도 장애인들을 대상으로 하는 파견형 돌보미지원 사업이 있었으나 이러한 서비스는 저소득층 장애인만을 대상으로 하는 선별 서비스였으며 서비스 공급기관에 재정을 지원하는 방식이었다. 보편서비스로 확대되면서 서비스 공급기관 규모도 커졌는데, 지역사회활센터나 장애인복지관, 유관비영리 단체 등 비영리기관이 많은 편이지만, 영리부문의 비중도 조금씩 증가하고 있다(김용득 외, 2013).

〈표 1〉 한국 성인대상 재가돌봄서비스 정책 특성 요약

서비스 종류	주요 내용	재정방식	재원	품질관리주체	품질관련법
노인장기요양 서비스	방문요양, 방문목욕, 방문간호 등	사회보험방식	보험료, 의료급여, 본인부담금	국민건강보험공단	노인장기요양보험법
장애인활동 지원서비스	활동보조, 방문목욕, 방문간호 등	바우처방식	중앙정부재원 (지방정부 부분매칭), 본인부담금	국민연금, 보건복지정보개발원	장애인활동 지원법
가사간병, 산모신생아 서비스	간병서비스, 식사준비, 일상생활지원/산모, 신생아 돌봄 등	바우처방식	중앙정부재원 (지방정부 부분매칭), 본인부담금	보건복지정보개발원	사회서비스 이용및이용권 관리법
지역사회의 재가돌봄서비스	도시락배달, 방문상담 등	공급기관보조금 방식 등	지방정부재원 (분권교부세)	지방자치단체	노인복지법, 장애인복지법 등

2) 미국이나 영국에서는 정책관리의 주체나 재원 등에서 아동 재가돌봄서비스와 성인 재가돌봄서비스에 대한 접근이 상이하다. 미국과의 정책비교를 위해서 본 연구에서도 성인 돌봄서비스 정책으로 국한하여 논의한다.

한국의 재가돌봄서비스 정책 변화에서 두드러지는 점은 과거에는 특정 저소득층에게만 한정적으로 지원되던 서비스가 수급자격 조건에서 소득기준이 점차 완화되는 보편적 서비스로 전환되고 있다는 것이다. 또 재정원천이 사회보험료, 바우처 본인부담금 등과 같이 다양화되고 있다는 것이 특징이다(김은정, 2014). 재원이 다양화 되는 것은 재정지원방식의 다변화와 맞물린다. 과거 서비스 공급기관에만 재정을 지원하는 방식을 넘어서, 서비스 이용자들에게 (명목적 혹은 암묵적으로) 재정을 지원하는 비중이 증가하고 있다. 이러한 재정지원방식의 변화는 공급기관이 이용자를 선택하는 방식에서 이용자가 공급기관을 선택하는 방식으로의 전환과 맞물린다. 재가돌봄서비스 이용자가 일반시장에서의 소비자와 유사한 지위를 갖게 된 것이다.

이러한 경향으로 인해 재가돌봄서비스에 있어서 이용자들에 대한 정보제공, 권익 보호, 선택권 확보 등이 중요한 정책적 과제가 되고 있으며, 이를 담보해줄 수 있는 품질관리 정책이 중요해지고 있다. 다양한 종류의 재가돌봄서비스가 갖는 공통적인 특성을 고려하여 통합적 방식의 품질관리체계가 구축되어야 한다는 목소리가 증가하고 있으나(이봉주 외, 2012; 2013), <표 1>에서 제시되고 있는 바와 같이 현재 한국의 재가돌봄서비스 품질관리체계는 서비스 대상과 내용, 재정지원 방식별로 모두 분절적이다.

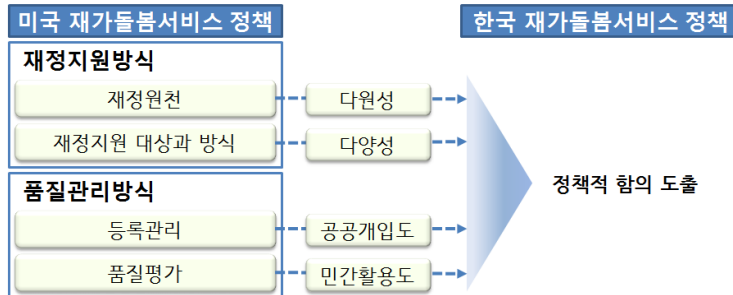
2. 재가돌봄서비스 정책분석의 틀

앞서 살펴 본 바와 같이 한국 재가돌봄서비스 정책 변화에서 가장 두드러지게 나타나고 있는 경향이 재정원천의 다원성과 재정지원방식의 다양화이다. 그리고 이러한 재정지원방식의 변화는 공급주체로서 영리부문의 비중을 높임으로써 체계적인 품질관리체계 구축 필요성을 증가시키고 있다. 이에 본 연구는 한국의 재가돌봄서비스 정책설계에 대한 함의점을 도출하기 위해 미국의 재가돌봄서비스 정책의 핵심적 내용을, 재정지원과 품질관리 방식을 중심으로 분석하고자 한다.

사회정책에서 재정원천의 성격이나 이전방식의 특성은 정책실행의 전 과정에 영향을 미치는 중요한 요인이며 특히 보편적 인구를 대상으로 하는 일상적 돌봄서비스의 경우 정책의 지속가능성이나 효과성이 재정관리 방식에 의해 직접적으로 영향을 받는다. 또한 재가돌봄서비스는 주로 노인, 장애인 등 취약 인구집단을 정책대상으로 하여 신체적 돌봄이 수반되기 때문에 서비스 품질에 대한 체계적인 관리와 이용자 보호가 중요한 정책적 과제이다. 체계적인 품질관리는 대체로 등록과 진입관리, 서비스 공급과정 모니터링과 관리, 성과관리 및 환류와 같은 일련의 과정이 유기적으로 구축되어 있을 때 가능하다(이봉주 외, 2012). 서비스 공급기관(공급자)등록에서부터 이용 후 품질평가 환류에 이르기까지의 전 과정을 체계적으로 구성하는 것은 사회서비스 품질관리 정책 전반에서 중요한 정책적 의제라고 하겠다. 미국의 경우 등록관리는 공공성이 강화되는 반면, 품질평가는 민간기구 활용도가 오히려 증가하는 경향을 보인다.

본 연구에서는 아래 <그림 1>에서 나타나고 있는 바와 같이 미국의 재가돌봄서비스 정책을 재정지원방식과 품질관리 방식의 측면에서 분석하고자 한다. 재정지원방식은 재정의 원천의 다원성 정도와 재정지원대상과 방식의 다양성 정도를 중심으로 검토한다. 품질관리 방식은 등록 진입에서의 공공의 개입정도(강제성)와 품질모니터링과 평가의 측면에서 민간의 활용도를 중심

으로 정책현황을 살펴볼 것이다. 이러한 일련의 정책분석을 통해 한국적 상황과의 유사점과 공통점을 파악하고, 이에 근거하여 핵심적 쟁점들을 논의하고자 한다.



〈그림 1〉 재가돌봄서비스 정책분석 틀

Ⅲ. 미국 재가돌봄서비스 정책 분석

미국에서 성인대상 재가돌봄서비스로 독립적 일상생활 유지를 지원하는 다양한 정책사업들은 대부분 지역사회재가서비스(Home and Community Based Service: HCBS) 정책의 범주에 포함된다. 이 정책은 1973년부터 많은 주정부에서 실시되기 시작했다. 의료적 처치를 동반하면서 신체적 돌봄을 제공하는 홈헬스 서비스와 의료적 처치 없이 신체적 돌봄을 위주로 독립생활을 지원하는 홈케어 서비스가 주요 내용을 차지한다. 물론 홈헬스와 홈케어 서비스 간의 이러한 구분이 항상 명확한 것은 아니며, 실제로 제공되고 있는 서비스의 내용을 살펴보면 상당 부분 중첩된다.

1. 미국 재가돌봄서비스 정책 현황³⁾: 정책대상 및 지출 규모 확대

미국의 지역사회재가서비스(HCBS) 중 돌봄서비스 정책의 주요 내용과 구체적인 프로그램들이 <표 2>에 간략히 제시되어 있다. 홈헬스 서비스를 제외하면 정책의 구체적인 내용은 주별로 매우 상이하기 때문에 특정 형태로 범주화하기는 어렵다. 홈헬스는 의료적 서비스를 부분 포함하면서 신체적 돌봄서비스를 제공하는 서비스로서, 주정부는 홈헬스 서비스 지출에 대해서 의무를 갖는다. 이 밖에 입소권리포기서비스(Waiver Service)⁴⁾나 지역돌봄계획(State care plan)에서

3) 미국의 사회적 돌봄서비스는 크게 시설입소서비스와 재가서비스로 구분해 볼 수 있다. 대표적인 시설입소 서비스로는 요양시설서비스(Nursing Home)와 호스피스(Hospice), 재활 및 물리치료 서비스(Rehabilitation and Physiotherapy)가, 재가서비스로는 홈헬스(Home Health)와 홈케어(Home Care) 서비스가 있다(Klees et al, 2010). 요양시설서비스나 홈헬스는 주정부가 반드시 제공해야만 하는 의무서비스인 반면 홈케어를 포함한 여타의 서비스는 대개 주정부의 선택적 서비스에 속한다.

4) 주로 사회보장법(Social Security Act)상의 1915(c) Waiver 프로그램이 대표적이나 주에 따라서는 1915(i), 1915(j), 1115 Waiver 프로그램도 포함된다. 대표적 Waiver 프로그램으로서 1915(c)는 의료기관이나 시설에 거주할 자격을 갖춘 의료급여 대상자들에게 입소권리를 포기하는 대신 지역사회재가서비스(HCBS) 이용 자격을

제공하는 돌봄서비스 프로그램도 있다. 2011년 현재 홈헬스 서비스는 모든 주에서 실시하고 있으며 입소권리포기서비스도 48개 주에서 실시되고 있다. 지역돌봄계획의 돌봄서비스는 21개 주에서 제공해주고 있다(PAS, 2012a).

〈표 2〉 미국 성인대상 지역사회재가서비스(HCBS) 정책의 주요 내용

서비스 종류 ⁵⁾	주요 내용	관련 프로그램
홈케어 서비스	대인돌봄(personal care), 가사지원, 일상활동 지원 등	입소권리포기 프로그램, 지역돌봄계획 프로그램 등
홈헬스 서비스	일상활동지원, 간호서비스, 물리치료, 언어치료, 재활치료 등	

지역사회재가서비스(HCBS) 정책 프로그램의 주요 재원인 의료급여에서 재가돌봄서비스에 지출하는 금액을 프로그램 비중별로 보면, 입소권리포기서비스에 67%, 지역돌봄계획 서비스에 22%, 홈헬스 서비스에 11%를 지출하는 것으로 나타난다(2010년). 전체적으로 보면 의료급여 재정의 약 35%가 노인장기요양서비스와 돌봄서비스 전반에 지출되는데, 이 중에서 거의 50%는 시설입소 서비스가 아닌 재가돌봄서비스에 지출되고 있다. 의료급여 지출에서 재가돌봄서비스가 차지하는 비중은 1995년 18%, 2005년 35%, 2010년 46.2%로 지속적으로 증가하고 있다(PSA, 2012b).

〈표 3〉은 의료급여 재정을 이용한 재가돌봄서비스 지출의 증가추이를 주요 프로그램별로 구분하여 제시하고 있다. 전반적으로는 2001년에서 2011년에 이르기까지 재가돌봄서비스 지출 비중이 매해 약 10% 이상씩 크게 증가해왔으며, 그 중에서도 입소권리포기 프로그램의 지출 증가가 두드러진다. 입소권리포기 프로그램의 지출규모는 10여 년 동안 거의 3배 가까이 증가하였다.

〈표 3〉 홈헬스와 지역사회돌봄계획, 입소권리포기 프로그램 지출 증가경향(2001-2011)

(천만달러)

	홈헬스 프로그램	지역사회돌봄계획 프로그램*	입소권리포기 프로그램	총액
2001	2.5	5.3	14.3	22.1
2003	2.7	6.5	19.0	28.2
2005	4.3	7.7	23.3	35.3
2007	5.0	9.5	27.5	42.0
2009	5.4	10.9	34.3	50.6
2011	6.0	10.5	38.9	55.4

출처: Kaiser Commission(2012); Ng & Harrington (2014).

* 홈케어 서비스가 가장 높은 비중을 차지함

부여하는 프로그램을 의미한다(PAS, 2012b).

- 5) 지역사회재가서비스(HCBS) 프로그램에는 이러한 케어서비스 외에도 접근서비스(교통, 사례관리, 정보지원 등)와 지역사회지원서비스(법률서비스, 정신보건서비스, 성인 주간보호 등)도 포함되는데, 본 연구에서는 돌봄서비스에만 초점을 두어 서비스를 분류하였다.

<표 4>는 의료급여 재정으로 지원되는 재가돌봄서비스의 이용자 규모 증가추이를 보여준다. 2001년에서 2011년까지 10년 동안 이용자 규모가 약 1.5배 증가하여 2011년에는 의료급여 재정으로 약 3백2십만 명이 재가돌봄서비스를 이용하고 있다. 특히 입소권리포기 프로그램 이용자 수가 크게 증가하여 거의 두 배 가까이 늘어났다. 홈헬스 서비스 이용자의 증가율만이 상대적으로 다소 완만하여 동기간 동안 약 1.2배 증가하였다.⁶⁾ 2011년 의료급여 재정 재가돌봄서비스 이용자 전체에서 입소권리포기 서비스 이용자가 차지하는 비중이 약45%, 지역돌봄계획 프로그램 이용자가 약30%, 그리고 홈헬스 서비스 이용자가 약25%로 나타난다. <표 3>의 지출비중과 비교하면 입소권리포기 프로그램은 총 지출의 70%를 차지하나 이용자 비중은 45%로 1인당 지출액이 많은 반면, 홈헬스 서비스의 경우 지출비중은 11%에 지나지 않으나 이용자 비중은 25%로 1인당 지출액이 적은 편이다(PAS, 2012b).

<표 4> 홈헬스와 지역사회돌봄계획, 입소권리 프로그램 이용자 증가 추이(2001-2011)

(천명)

	홈헬스 프로그램	지역사회돌봄계획프로그램*	입소권리포기 프로그램	총수
2001	705	582	841	2,128
2003	813	716	984	2,513
2005	803	912	1071	2,786
2007	842	813	1181	2,836
2009	841	911	1367	3,119
2011	814	961	1451	3,226

출처: Ng & Harrington(2014); PAS(2012a).

* 홈케어 서비스가 가장 높은 비중을 차지함

2. 미국 재가돌봄서비스 정책분석: 재정지원 방식 및 품질관리의 방식

1) 재가돌봄서비스 재정원천의 다원화

재가돌봄서비스에 대한 재정지원은 다양한 원천과 방식을 통해 이루어진다<표 5참조>. 전체적으로 보면 연방정부 중심의 표준적 재정지원 방식인 노령의료보험과 의료급여 재정은 규모가 점차 증가하고 있는 반면, 연방정부가 지원하지만 주정부의 재량적 공급가능성이 높은 사회서비스포괄보조금이나 기타의 주정부 기반 재정은 크게 확대되지는 못하고 있다. 민간보험과 같은 사적 재원의 경우 상당히 광범위한 인구집단이 이용 가능한 재원이기는 하나, 정부의 규제나 세제상의 혜택 정책에 따라 공급량에 변동이 심해서 불안정하다. 각 재원의 특징에 대해 간략히 살펴보면 아래와 같다.

6) 이러한 지역사회재가서비스(HCBS) 이용자들의 수는 1000명당 3명에서 15명에 이르기까지 주별로 상당한 편차가 있으며, 평균 지출액도 30불에서 363불에 이르기까지 12배 정도의 차이가 있다(PAS, 2012a).

〈표 5〉 미국 재가돌봄서비스 주요 재정지원 프로그램과 이전 방식

재정지원 프로그램	주요 특성과 자격기준	주요 정책 프로그램명	재정이전방식
의료급여	- 자산조사(선별) - 연방프로그램	- 지역돌봄계획 - 입소권리포기서비스 - 홈헬스서비스	- 연방 중심-주정부 부분 대응
노령의료보험	- 사회보험(보편) - 연방프로그램		
장기요양사적보험	- 민간보험, 시장방식	민간보험 상품	- 서비스 지불보상 - 세제혜택 등 간접 지원
사회서비스 포괄보조금	- 자산조사(선별) - 주별 수급자격 편차 큼	주정부별로 다양	- 연방-주정부
노인법과 장애인법 기반 기금	- 자산조사(선별) - 소득상한선 높은 편	주정부별로 다양	- 연방-주정부
주정부 단독 케어관련 재정	- 주별 수급자격 상이	주정부별로 다양	- 주정부 단독 재정

(1) 연방정부 중심, 주정부 부분 대응 방식의 강화: 의료급여와 노령의료보험 재정

의료급여 재정프로그램은 자산조사 방식에 의거하여 재가돌봄서비스를 공급하는 재정 프로그램이다. 연방정부 재정이 주된 원천이며 여기에 주정부의 재정이 일정 수준 대응되도록 설계되어 있다. 대체로 전체 의료급여 지출의 약 1/4 미만을 주정부가 지출한다. 일정소득-자산 수준 이하의 저소득층이 지원대상이며, 의료기관에서 제공하는 의료서비스에 대해서 뿐만 아니라 홈헬스 서비스에 대해서도 상당 부분 지원하고 있다. 2010년 미국의 전체 장기요양 및 돌봄서비스 총 비용의 40%를 의료급여 프로그램이 담당하고 있다(Kaiser Commission, 2010). 의료급여를 재원으로 하는 서비스는 주정부의 선택사항이 아니며 반드시 제공해야만 하지만, 대상자 선정기준 등을 포함하여 서비스 전반에 대한 설계에 있어서는 주정부가 상당한 재량권을 가지고 있다. 소득-자산기준과 의료적 욕구수준 기준 중 어떤 것을 더 크게 고려하는가도 주정부별로 차이가 있다(Harrington et al., 2009)

의료급여 재정 중에서도 주로 재가돌봄서비스에 대한 지원은 앞서 살펴본 바와 같이 지역돌봄계획 프로그램과 입소권리포기 프로그램, 그리고 홈헬스 서비스를 통해 이루어진다. 지역돌봄계획 프로그램은 저소득층에게만 해당되는 선별 프로그램이며, 입소권리포기 프로그램은 시설서비스 이용 권리를 포기하는 대신 재가돌봄서비스를 이용할 수 있도록 해주는 프로그램이다. 한편 노령의료보험은 사회보험방식을 통한 재가돌봄서비스 재정이며, 노인들에 대해서 제공되는 보편지원 재정원천으로서 일반조세와 노령의료보험 프리미엄, 의회재정 등을 결합하여 운용한다. 노령의료보험을 통한 홈헬스 서비스 지원은 기간 제한성이 높은 편이나 점차 많은 수의 노인들이 노령의료보험 재정을 통한 홈헬스 서비스 수혜자가 되고 있다(CMS, 2011).

(2) 주정부 주도적 재정 방식: 연방의 부분 대응 재정 및 주정부 단독 재정 프로그램

사회서비스 포괄보조금(Social Service Block Grant: SSBG)은 연방정부가 주정부의 포괄적 사

회서비스에 지원하는 재정으로서, 주정부는 연방정부 지원금에 일정비율 이상의 재정을 대응한다. 이 포괄보조금이 지원하는 재가돌봄서비스의 내용은 주정부별로 상이하기 때문에 사실상 유형화가 불가능하다. 사회서비스 포괄보조금은 의료적 서비스뿐만 아니라 다양한 자립생활 지원 서비스를 모두 포괄하여 지원할 수 있다. 노인법이나 장애인법 상의 돌봄서비스도 대체로 연방의 주정부 대응재정 방식으로 지원된다(한국보건사회연구원, 2012). 한편 1970년대 후반부터는 주정부 단독 재정에 의한 재가돌봄서비스가 조금씩 증가하였다. 주정부 단독 재정이므로 주별로 대상자 선정기준이나 서비스의 내용에서 편차가 크다. 이러한 프로그램의 주요 장점은 연방재정 프로그램의 사각지대에 해당되는 연령층이나 소득계층 등에 일정수준 이상의 서비스를 제공할 수 있다는 것이다. 1988년에는 주정부 단독 재정 프로그램이 약 27개, 1995년에는 약 35개에 달했는데 이 중 22개는 소득자산 조건을 부과하지 않았다. 하지만 주정부 단독 재정 프로그램은 수요에 비해 공급이 항시적으로 부족하고 주정부의 재정여건에 따라 삭감이나 폐지 등이 빈번히 이루어진다는 것이 가장 큰 문제로 지적된다(Kitchener et al., 2007).

(3) 민간보험 재정의 불안정적인 확대

미국에서는 민간 보험도 재가돌봄서비스의 중요한 재정원천 중 하나이다. 장기요양서비스에 대한 민간보험은 시설서비스 뿐만 아니라 재가돌봄서비스 이용에 대해서도 지불보상방식(reimbursement)으로 지원한다. 최대 급여액이나 급여수급 가능기간은 민간 보험 종류별로 상당한 편차가 있으나, 인플레이션으로부터 급여수준을 보호받을 수 있도록 강제하고 있다. 2008년 민간보험은 장기요양 서비스에 대해 1인당 연 2000~2500 달러 정도를 지불한 것으로 나타나며 홈케어 서비스에 대해서는 일평균 135불 정도까지 지불해주는 것으로 나타났다. 민간보험시장의 약 30%가 그룹보험회사 방식으로 운영되고 있다(Colombo et al., 2011).

이러한 민간 보험에 대해서 정부는 규제적 개입과 세제상의 혜택을 지원하고 있다. 규제적 개입의 대표적인 내용은 보험계약의 표준화, 최저한 요구사항 설정 등이며 연방정부의 “Health Insurance Portability and Accountability Act(HIPAA)” 규정을 준수하는 경우에 한해서 사적보험 구매로 인한 비용을 의료비 공제액으로 포함시키는 것을 주요 내용으로 하는 세제상 혜택을 준다(Colombo et al., 2011). 이렇듯 미국에서는 민간보험시장을 활성화하려는 시도가 꾸준히 이어지고 있으나, 세제상의 혜택이나 규제내용에 따라 공급기관의 시장 퇴각 등이 나타날 수 있어서 공급의 불안정성이 문제가 된다. 실제로 1970년대에는 적절한 수익성이 담보되지 않아서 민간보험시장이 재가돌봄서비스 판매를 중지하였다. 1990년대로 접어들어 인구의 고령화, 재가서비스 수요 확대, 정부의 세제상 혜택과 기타 인센티브 조치들로 인해 민간보험 재정 비중이 증가하고 있지만 중장기적인 공급 안정성은 확신할 수 없다(CMS, 2010).

2) 재가돌봄서비스 재정지원 방식의 다양화

전통적으로 미국은 다수 공급기관을 전제로 이용자에게 선택권 제공하는 시장적 방식을 선호하기 때문에 서비스 제공주체로서 영리부문의 진입은 꾸준히 증가하고 있다. 전반적으로 보면

2000년대 이후 정부가 서비스 공급주체에 보조금을 지급하는 방식이나 서비스 구매계약을 하는 방식은 줄이고 서비스 이용자가 원하는 서비스를 이용한 후 그 비용에 대해 지불보상을 해주거나 세제혜택을 제공하는 방식을 확대했다. 이 과정에서 비용통제를 위한 방법으로 사회서비스에 대한 관리제(managed care) 방식도 많이 활용되고 있다(Smith, 2007).

미국의 재가돌봄서비스 재정지원 방식의 주요 정책적 특성은 다음의 몇 가지로 요약될 수 있다. 첫째, 재가돌봄서비스 재원으로 의료급여와 노령의료보험의 비중이 커지면서 서비스 비용에 대한 지불보상 방식이 크게 확대되고 있다는 것이다. 서비스 이용자들은 원하는 기관을 선택하여 서비스를 받고 그 비용은 기관에 지불보상해주는 방식인데, 서비스 유형별로 구체적으로 지불보상이 이루어지는 방식에는 차이가 있지만⁷⁾ 개별화된(individualized) 서비스에 대해 그 비용을 보상해준다는 점에서 유사하다.

둘째, 시설입소서비스에서 재가돌봄서비스로 전환시키기 위한 재정지원이 확대되고 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 입소권리포기 서비스 지출비중이 지속적으로 증가하고 있을 뿐만 아니라, 의료급여나 노령의료보험 재정지원 대상자가 시설입소서비스에서 재가돌봄서비스로 전환하는 것을 추가 지원하는 “Money Follows the Person(MFP)”프로그램 등도 확대 실시되고 있다. 이전에는 입소서비스에 대해서만 재정지원이 되던 것을 재가돌봄서비스에도 지원 가능하도록 해주는 프로그램이다. 이 프로그램은 2005년 실시된 이래 비용효과성이 높다고 평가되어 2016년까지 지속적으로 지원규모를 확대시킬 계획이다. 주정부가 입소서비스 대신 재가돌봄서비스 지원을 증가시키는 경우 연방정부의 의료급여 재정의 대응율을 높여주는 “Community First Choice(CFC)” 프로그램도 있다. 이러한 프로그램들은 의료급여와 노령의료보험 간 통합적 재정지원을 확대시키려면 입소시설서비스 대신 재가돌봄서비스 접근성을 높여야 한다는 정책적 방향을 보여주는 것이다(Harrington et al., 2009).

셋째, 최근에 이르기까지 재가돌봄서비스의 주요 3가지 프로그램 모두에서 소비자 지향적(consumer-directed)인 설계가 강조되고 있다. 서비스 예산의 배당, 서비스 제공자의 고용과 해고 등에 있어서 소비자에게 선택권을 제공하는 방식이 가장 대표적인데, 2011년 현재 입소권리포기 프로그램에 대해서는 41개 주(85%), 지역돌봄계획 프로그램에서는 10개주(29%), 홈헬스에 대해서는 3개 주가 이것을 가능케 하고 있다. 구체적으로는 재가돌봄서비스 중에서 “상담기반 현금 지원(Cash and Counseling)” 시범사업이 1998년에서 2000년 사이 3개 주에서 실시되었는데, 서비스 이용자가 스스로 서비스 제공자를 고용하고 돌봄일정을 잡고 서비스 제공전반을 통제할 수 있도록 해준다. 2004년에서 2009년 사이에는 12개 주에서 제 2기 이 사업을 실시하였다(Harrington et al., 2009).

넷째, 의료서비스와 돌봄서비스 간 통합을 위한 재정적 전략들도 1990년대 이후 다수 실행되고 있다. 노령의료보험은 주로 의료적 치료서비스에 대해서 그리고 의료급여는 장기적인 돌봄서비스에 대해서 지불하는 경향이 있는데, 비용효율성을 높이기 위해서는 이 두 가지 자금원을 동시에 활용하여 재정자원이 남용될 가능성을 줄여야 한다는 것이다. 2011년 요양시설 거주자 중

7) 예를 들어 의료급여 프로그램 중 전문요양시설, 홈헬스 서비스, 입원재활치료서비스, 장기요양병원서비스, 호스피스 서비스 등에 대해 각각 지불보상이 이루어지는 방식은 다르다(Klees et al, 2010).

의 약 20%는 이 두 가지 자금원으로부터의 지원을 동시에 받고 있다고 알려져 있다. 돌봄서비스에 소요되는 공공재정 비용을 절감하고 서비스의 통합성을 높이기 위해서 다양한 프로그램들이 실행되고 있다⁸⁾.

다섯째, 재가돌봄서비스 공급주체로서 민간 영리부문의 비중이 높아서 공공부문의 재정지원 방식의 변화에 따라 공급량이 불안정적이다. 1997년 균형예산법이 통과되면서 홈헬스 비스에 대한 지불보상 방식을 행위별수가제가 아니라 포괄수가제로 전환하였는데, 1회 방문당 비용과 1인당 비용에 제한을 두고 수급자격 조건을 더 엄격히 제한하였다(CMS, 2009). 결과적으로 2000년대 초반까지 서비스 공급기관의 절대적 숫자가 감소하였는데, 특히 영리기관은 서비스 가능 지역을 축소시키거나 아예 문을 닫는 행위를 더 빈번히 하였으며 방문횟수의 조정을 더 많이 한 것으로 나타났다(Choi & Davitt, 2009; CMS, 2010).

3) 재가돌봄서비스 품질관리 방식: 공공 등록제도 강화와 민간 품질평가 활용

1990년대 이후 미국 연방정부는 대표적인 시설입소서비스로서 요양시설서비스와 대표적인 재가서비스로서 홈헬스 서비스 공급기관에 대해 강제적이고 단일하며 포괄적인 품질측정 및 평가 도구를 개발하고, 분기별로 이를 보고하도록 하고 있다. 의료적 서비스를 포함하고 있는 기관에 대해서는 연방차원에서의 직접적 관리 필요성이 크다고 판단하기 때문이다(PAS, 2012a). 그러나 입소권리포기나 지역돌봄계획 프로그램에서 제공하는 재가돌봄서비스는 의료적 서비스가 제한적으로만 포함되기 때문에, 주정부가 서비스 품질을 보증할 수 있는 체계를 갖추도록 만 요구하고 있다.

주정부는 이러한 재가돌봄서비스에 대해서는 서비스 계획, 서비스 제공자 자격, 이용자의 건강과 복지의 적절성을 효과적으로 모니터링 할 수 있는 체계를 갖추었다는 것만을 연방정부에 입증하면 된다. 그런데 미국의 재가돌봄서비스 품질에 관한 논의에서 가장 큰 문제는 품질평가를 위해 필요한 데이터가 양적 질적으로 너무 부실할 뿐만 아니라 품질관리 수준에 있어서 주별 편차가 심하다는 것이다(PAS, 2012a). 2012년에 발간된 미국 감사원(Office of Inspector General:OIG) 보고서에 따르면, 7개의 주가 입소권리포기 서비스의 품질 모니터링 체계를 갖추고 있지 못하였다.

이처럼 전국적 차원에서는 재가돌봄서비스 품질이 체계적으로 관리되고 있지 못하다고 할 수 있는데, 이러한 문제에 대한 정책적 대응은 크게 두 가지로 요약될 수 있다. 하나의 방향은 연방정부 차원에서 전국 단위로 서비스 공급기관 등록을 강화하여 기초 품질체계를 구축하고자 하는 것이다. 과거 서비스 유형별(요양시설, 홈헬스)로만 강제적 등록 대상기관을 제한하던 방식에서 재정원천별로 기초 품질관리 대상기관을 확대하는 노력을 하고 있다. 또 다른 하나의 방향은 민

8) 민간보험 재정의“Social Health Maintenance Organization(SHMO),” 노령의료보험의 “Advantage Special Need Plans(ASNPs),”“Ever Care Program”등이 대표적이다. 이 중에서 SHMO의 경우 몇몇 주에서는 “Health Care Financing Administration” 기금을 활용하여 시범사업 재정을 지원하였다(Colombo et al, 2011). 주정부 차원의 통합프로그램으로 미네소타주의 Senior Health Options(MSHO), 캘리포니아주의 In-Home Supportive Services(IHSS) 등이 다수 있다(Coffman & Chapman, 2012).

간의 전문 품질인증 기구를 보다 광범위하게 활용하고, 이러한 민간영역과 공공부문간의 협업과 연계를 강화하여 품질평가의 실효성을 높이고자 하는 것이다.

(1) 연방정부 차원의 서비스 공급기관 등록제도의 확대

재가돌봄서비스에 대한 연방정부 차원의 기관 등록 및 관리제도로는 의료(돌봄)서비스 공급기관확인제도(National Provider Identifier: NPI)⁹⁾를 들 수 있다. 구체적으로는 노령의료보험보고카드(Medicare report card)에 성과평가정보기록(Outcome and Assessment Information Set: OASIS) 체계를 결합시켰으며 이를 통해 기초적인 품질관리를 행하고 있다(DHHS, 2004). 이 카드에는 일련의 성과와 품질평가 정보가 들어있다.

1993년부터 노령의료보험 재정으로 서비스를 공급하는 의료(돌봄) 기관 관리를 위해 전국단위의 기관등록 프로젝트가 연방정부 차원에서 계획되었다. 국가표준을 충족시키기에는 기존의 민간 방식 품질인증제도가 한계가 있다고 판단했기 때문에 새로운 인증체계를 구축하기로 한 것이다. 1996년부터 하나의 단일한 체계로서 전국공급기관확인제도(NPI)를 실시하도록 법적으로 강제하게 되었으며, 우선적으로 노령의료보험 서비스 공급기관은 반드시 NPI를 부여받도록 하였다.¹⁰⁾

NPI는 전국공급기관관리체계(National Provider System: NPS)를 통한 정보에 근거하여 작동된다. NPS안에는 관련 서비스 공급자들에 대한 기본적인 정보가 수집되어 있으며 이를 지속적으로 최신화 하고 있다. NPS에 축적된 자료는 초기에는 노령의료보험 공급기관에 대한 것으로 제한되었으나, 점차 의료급여 공급기관의 일부분, 그리고 그 밖에 의료관련서비스를 제공하는 기관에 관한 것으로 확대되고 있다. 연방정부, 주정부, 기타 민간건강기구 등에서 활용할 수 있도록 공개하여 운영하고 있다. NPS와 NPI와 같은 정보관리체계는 최종적 시점에서 재가돌봄서비스 이용자들이 공급기관을 선택할 때 필요로 하는 기본적인 정보의 원천으로 중요한 역할을 한다.

NPI가 확립되기 전에도 의료(돌봄)서비스 공급기관에 대한 정보가 수집, 관리되었으나 주정부 권한으로 이루어져서 지역별 편차가 컸으며 1993년 전까지는 사회보장법과 같은 연방법에 의해 강제되는 경우는 없었다. 현재는 NPI 체계를 통해 수집되는 정보가 연방법 규정에 의해 보호받고 강제된다는 점에서 전국단위 기초품질관리체계 확립의 대표적인 예라고 할 수 있다.

(2) 민간 품질인증 전문기구를 활용한 품질평가

한편 미국은 대규모의 공적 품질관리기구를 통한 품질관리체계를 구축하는 대신 광범위한 영역에서 민간 기구를 활용하고 있다. 전국품질인증위원회(National Commission for Quality Assurance: NCQA)¹¹⁾는 현재 미국에서 의료(돌봄)서비스 공급기관에 대한 품질관리와 인증을 담

9) 이 부분은 미국보건복지부 발간 45 CFR(Code of Federal Regulation, DHHS 2004) 162의 내용을 중심으로 정리한 것이다.

10) 노령의료보험의 경우 주정부가 아닌 연방정부의 직접적 관리 하에 놓이는 경향이 높은 반면, 의료급여는 주정부가 최종 책임을 지고 재원을 집행하고 평가하는 경우가 대부분이기 때문에 연방정부의 품질관리는 노령의료보험 제공기관에 초점이 주어진다. 하지만 의료나 돌봄서비스를 제공하는 기관들은 노령의료보험과 의료급여를 동시에 재원으로 활용하는 경우가 많기 때문에 서비스 공급기관 관리에서 중복이 발생할 수밖에 없다.

11) 이 부분은 NCQA의 홈페이지(<http://www.ncqa.org>)를 참조하였다.

당하는 대표적 비영리민간기구이다. 돌봄서비스에 대한 품질인증의 필요성이 강조되기 시작한 1990년에 발족하였는데, 현재 연방정부의 노령의료보험 서비스 공급기관, 주정부의 의료급여 서비스 공급기관에 대한 품질평가는 NCQA의 정보를 적극 활용하는 것으로 알려져 있다. 사실상 현재 모든 주의 건강보험 회사들은 NCQA에 등록되어 있는데, 이는 1억9백만명(전체 인구의 약 75%)이 NCQA 인증을 받은 기관을 건강보험 공급기관으로 이용하고 있다는 것을 의미한다.

NCQA는 인정(accreditation)과 인증(certification)을 포함하여 몇 가지 종류의 품질관리체계를 갖추고 있다. 인정의 경우 서비스 제공기관이 특정한 역량이 있음을 공식적으로 인정해주는 것을 의미하며, 인증이란 대체로 특정 서비스나 제품이 정해진 특정 요구에 적합함을 의미한다. NCQA는 품질에 대한 측정, 분석, 향상, 반복을 품질관리의 중심과정으로 규정하고 60개 이상의 평가지표에서 40개 이상의 영역에서 성과를 보여야 품질인증을 획득할 수 있도록 하고 있다. 이러한 품질평가의 결과를 웹(Web)을 통해 소비자들에게 적극적으로 공개하도록 하여 공급기관 품질관리의 정보로 활용한다.

NCQA는 연방정부 및 주정부와의 정책적 연계를 강화시켜 왔다. 특히 노령의료보험 서비스 공급기관이 되기 위해서는 NCQA의 인정을 받도록 강제하는 분야가 넓어지고 있다. 예를 들어, 연방정부는 노령의료보험 어드벤처지(Medicare Advantage) 프로그램과 같은 최근 확대되고 있는 서비스 제공기관의 경우 NCQA로부터 품질인증을 받도록 강제하고 있다. 의료급여의 경우 2010년 현재, 40개의 주정부가 지역돌봄계획 프로그램 참여의 조건으로 NCQA의 제공기관 품질 인증을 요구하고 있다.

25개 주정부는 의료급여서비스 공급기관 선정시 활용하고 있으며, 10개의 주정부는 이 인증을 반드시 요구한다. 미국의 연방법에 따르면 주정부나 주정부의 외부품질위원회(External Quality Review Organization)를 대신하여 의무품질표준준수 여부를 판단함에 있어서 전국적 품질인증기관 으로부터 얻어진 정보를 사용할 수 있도록 규정하고 있기 때문이다(NCQA, 2009). 앞서 언급한 바와 같이 서비스 공급기관의 품질평가와 인증결과는 공공에 공개하고 있다. 주정부 뿐만 아니라 일반 대중들도 NCQA가 발표하는 공급기관 품질평가의 결과를 활용할 수 있도록 하고 있다.¹²⁾

다음으로 오랜 역사를 가지고 있으며 대표성을 갖는 민간 품질인증기관은 의료기관품질인증 연합회(Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organization: JCAHO)¹³⁾이다. 1951년 설립된 이래 현재까지 대략 19,000여개의 의료서비스 프로그램에 대해 품질인증을 제공하였으며, NCQA와 마찬가지로 연방정부와 주정부로부터의 서비스 공급기관 인증요구 시 제출가능한 인증마크를 부여하고 있다. 홈케어 공급기관에 대해서는 1988년부터 인증을 실시하고 있으며 2011년 현재까지 약 5,600여개의 기관이 인증을 받은 것으로 되어있다.

JCAHO를 통한 품질인증은 1993년 6월부터 홈헬스 기관에 대한 연방정부의 인증요구를 충족 하였다. 연방정부는 이러한 품질인증이 타당한지를 무작위로 조사하여 인증취소를 할 수 있는 권한을 가지고 있으며 모든 형태의 불만제기에 대해서 이를 조사할 수 있는 권한도 가지고 있다. 주정부나 여타 인증요건 충족 정보로는 꾸준히 활용되어 왔으나 연방정부의 인증요구는 홈헬스

12) <http://reportcard.ncqa.org> 참조.

13) 이 부분은 JCAHO의 홈페이지(www.jointcomission.org)를 참조하였다.

로만 한정되었으나 최근에는 그 범위가 확대되어 신체적 돌봄과 일상생활지원서비스 공급기관, 호스피스 서비스 공급기관등에 대해서도 연방정부의 인증요구를 충족시키고 있다(JCAHO, 2012).

IV. 한미 재가돌봄정책 비교 및 한국 정책への 함의

미국 재가돌봄서비스 정책의 현황과 재정지원 및 품질관리 방식의 특성을 분석하였다. 이상의 분석결과에 입각하여 한국과 미국의 재가돌봄서비스 정책현황, 재정지원 방식의 변화, 그리고 품질관리의 틀을 비교해본다. 양국의 정책적 접근에서 나타나는 차이점과 유사점을 바탕으로 향후 고려해야할 중요한 정책적 쟁점을 논의한다.

1. 한국과 미국 재가돌봄서비스 정책 비교

미국과 한국 모두에서 재가돌봄서비스 정책대상과 지출규모가 증가하고 있다. 미국은 2000년 대 이후 시설입소기 전후를 보완하는 서비스로만 활용되던 재가돌봄서비스가 시설입소서비스를 대체하는 서비스로 자리 잡고 있는 경향이다. 의료기관에 입원하거나 생활시설에 입소 가능한 정책대상자가 입소 대신 재가돌봄서비스를 이용하도록 전환시키기 위해서 적극적인 재정적 인센티브를 제공하고 있으며, 2010년 대대적 의료개혁을 통해서 이러한 방향을 더욱 강조하고 있다. 노인인구 뿐만 아니라 신체적, 지적, 발달 장애가 있는 성인서비스 이용자들도 이러한 입원 권리포기 서비스를 선택하는 경향이 증가하고 있다.

한국의 성인대상 재가돌봄서비스 공급도 노인장기요양보험제도 실시 이후 두드러지게 증가하고 있다. 2013년 현재 노인장기요양서비스 재정지출 중 재가돌봄서비스 급여가 차지하는 비중이 48.3%로 시설서비스 급여와 거의 비슷한 수준이다. 보험시행 초기에는 재가돌봄서비스가 차지하는 비중이 38.6%에 지나지 않았으나 제도 시행 5년 이후 현재는 그 비중이 약 10%정도 증가하였다(국민건강보험공단, 2013). 한국의 장기요양보험제도도 시설서비스에 대한 본인부담금이 재가서비스에 비해 높도록 설계되어 있으나, 미국의 입소권리포기서비스와 같이 시설입소가능 대상이 재가서비스를 선택하여 이용할 경우 적극적인 인센티브를 제공하지는 않는다.

재가돌봄서비스의 재원이 다원화하고 재정이전 방식이 다변화되는 경향은 미국과 한국에서 동일하게 나타나고 있다. 그러나 재정지원 방식에 있어서 두 국가 간에는 몇 가지 차이가 있다. 먼저 보건의료서비스 뿐만 아니라 재가돌봄서비스까지도 민간보험재정이 중요 원천이 되고 있는 미국과 비교하면, 한국의 경우 재가돌봄서비스 재원으로서 민간보험의 역할은 미미한 수준이다. 또, 미국의 경우 주정부 재량적 재가돌봄서비스 비중이 상대적으로 높아서 지역간 수급 가능한 재가돌봄서비스의 내용이나 재원에서 편차가 큰 반면 한국은 재정지원 방식이나 재원이 전국적으로 표준화 되어 있다. 재가돌봄서비스 정책의 내용이나 형식에서 지역 간 편차 문제는 미국의 경우에는 주요 정책적 쟁점이 되고 있는 반면 한국에서는 두드러진 쟁점이 되지 못한다.

품질관리 체계에 있어서도 미국은 지역 간 편차가 큰 반면 한국은 전국에 동일하게 적용되는 일반 법률에 근거하여 품질관리가 이루어지고 있다. 한국의 경우 지방정부가 그 지역의 특성을 반영한 자체적 재가돌봄서비스 품질인증체계를 확립하는 방식이 아니며, 단순히 서비스 기관 등록, 품질확인, 보고, 등록취소 등에서 형식적으로 최종 책임주체의 역할을 하고 있다(김은정, 2013). 반면 미국의 경우 전국 단위의 표준적 재원(의료급여나 사회보험)으로 실행되는 개인단위 서비스에 대해서는 연방정부가, 지역기반 프로그램이나 지역 자체 생산 서비스에 대해서는 지방정부가 품질관리에 최종적 책임을 갖도록 하고 있다는 점에서 한국과는 명확히 다른 접근을 하고 있다.

결과적으로 미국의 경우 한국과 비교하면 실질적인 서비스 품질관리 체계 구축에 있어서 주정부의 권한이 훨씬 크다고 할 수 있다. 이것은 특히 미국이 지역기반(community-based) 방식으로 돌봄서비스를 발달시켜왔던 전통과도 관련된다. 주정부에 따라서는 돌봄서비스에 대해 정량적 품질지표 설정이나 자료 수집을 거의 하지 않는 경우도 많으며, 지역 내 자체적 네트워크 강화 등으로 품질관리를 대체하거나 민간 품질인증기관과의 협업관계를 형성하여 품질관리의 틀을 구축하는 경우도 있다.

민간부문 품질인증 평가기구 활용에서도 미국과 한국 간에는 차이가 있다. 미국은 품질 평가 인증만을 전문적으로 하는 대표적인 몇 개의 민간 기구를 활용한 품질관리가 주를 이룬다. 재가돌봄서비스 품질관리의 큰 틀은 공공부문과 민간부문의 파트너십 유형이라고 하겠다. 재가돌봄서비스 기관이나 인력에 대해 품질평가와 인증을 해주는 이러한 민간 전문기관들은 전국망을 가지고 있으며, 보건서비스 영역 혹은 일상돌봄 서비스 영역 등으로 특화된 전문성을 갖는 것으로 나타난다.

반면 한국은 미국처럼 다수의 민간 전문기구를 활성화하고 선택적으로 이용가능하게 하는 방식보다는 중앙정부 산하의 독립적 품질관리기구를 설립하고 전국적으로 단일한 품질평가 및 관리망을 구축하는 논의가 더 활발히 이루어지고 있다(이봉주 외, 2012, 2013). 이러한 방식은 영국의 사회서비스 품질관리위원회(Care Quality Commission) 체제와 유사하다. 한국의 경우 향후 통합적인 재가돌봄서비스 품질관리체계 구축이 필요하다는 것에는 동의(양남주, 2014; 황인매, 김용득, 2014)가 이루어지고 있으나 그 방식에 대해서는 여전히 논의가 진행 중이라고 하겠다.

2. 주요 쟁점과 한국 재가돌봄서비스 정책에의 함의

한국의 경우 재가돌봄서비스의 대부분이 전국 단위의 표준화된 서비스 방식으로 공급되고 있기 때문에 미국과는 달리 지역 간 편차가 핵심적 정책쟁점은 아니다. 오히려 지나치게 지역적 특성이 반영되지 못한다는 것이 문제로 지적된다(김은정 외, 2013). 기본적인 서비스에 대한 이용권에서 지역 간 불평등이 있어서는 안 되지만, 지역특성을 반영할 수 있는 융통성을 지역 스스로 가질 수 있도록 할 필요도 있다. 효과적이고 체감적인 돌봄서비스 정책설계를 위해 정책적 고민이 필요한 지점이다.

지역기반을 강화하고 지역적 특성을 반영할 수 있는 방식으로 재가돌봄서비스를 확대할 수

있는 여지는 이러한 서비스에 대한 재정원천이나 이전방식의 성격과 밀접히 관련된다. 미국의 경우 사회서비스 포괄보조금과 같이 주정부가 상당한 재량을 가질 수 있는 대응방식 재원, 그리고 주정부 단독 케어재원 등도 재원으로 많이 활용되고 있다. 뿐만 아니라 주정부는 연방차원의 의료서비스 재원과 주정부 자체의 돌봄서비스 재원을 다양한 방식으로 결합시킬 수 있으며 이러한 융통성은 더욱 증가하고 있다. 몇몇 주에서는 고령화의 증가와 함께 지방정부 차원에서 의료와 돌봄서비스를 통합적으로 공급할 수 있는 방안을 적극적으로 마련하고 있는 것으로 나타난다 (Coffman & Chapman, 2012; Waterstone et al., 2004).

한국의 경우 재가돌봄서비스에 대한 지방정부의 재량적 설계가능성에서 미국과 상당한 차이가 있다. 지역기반 복지서비스 재원인 분권교부세가 현재 지방정부의 자율적 정책 기획 재량권의 구현 수단이 되지 못하고 있다. 사회서비스 영역에 대해 중앙정부가 지방정부에 공급하는 재원을 포괄보조금 방식으로 전환할 필요성이 크다는 논의도 증가되어 왔으나(이정희, 박경돈, 2010; 이재원 외, 2012) 큰 진전을 보이지는 못하고 있다. 장애인활동지원서비스나 가사간병서비스 등과 같은 재가돌봄서비스는 지방정부 재원이 대응되고 있지만, 사실상 지방정부는 집행, 관리의 역할만을 하고 있다. 지방정부 차원에서 이러한 재가돌봄서비스를 상호 연계하거나 통합적으로 운영할 재량은 거의 없는 것이다. 지역특성 반영적인 재가돌봄서비스 정책을 실행하기 위해서는 점차적으로 서비스 기획에 있어서 지방정부의 재량권을 확대시킬 필요가 있다.

한국과 미국 모두 재가돌봄서비스 재정지원 방식에서 두드러지게 나타나는 것이 소비자주의에 입각한 이용자 재정지원이다. 특히 미국은 영국의 직불제도와 마찬가지로 이용자가 서비스 내용이나 고용인을 모두 결정할 수 있는 융통적 방식의 재정지원 방식을 확대시키고 있다 (Harrington et al., 2009). 한국은 아직 이러한 재정지원방식을 도입하고 있지는 않으나 이러한 방식의 서비스를 확대시킬 가능성은 있다. 그런데 소비자주의가 확대되면 서비스 공급에 대한 모니터링과 평가체계 구축 필요성은 더욱 커질 수밖에 없다. 한국의 경우 재가돌봄서비스 품질 평가의 주체가 서비스 종류와 재원별로 각기 이루어지고 있어서 평가중복이나 과다의 문제가 지속적으로 제기되고 있다. 유사한 서비스에 대해서는 보다 통합적이고 효율적인 품질관리 체계가 구축되어야 한다는 목소리가 높다(정병오, 2012).

그런데 미국에서와 같이 민간전문기구를 활용하여 품질인증을 하고 이를 공공부문이 활용하는 방식은 서비스 공급기관 입장에서는 각기 다른 주체에 대해 중복해서 품질평가를 받지 않아도 된다는 장점이 있다. 전문기구로부터의 인증은 여러 서비스 공급자격을 신청하는데 활용할 수 있기 때문이다. 그러나 이러한 일회성의 기관 품질인증 방식은 재가돌봄서비스의 지속적 품질관리 측면에서는 한계가 있다. 노인이나 장애인, 환자 등이 주로 정책 대상인 재가돌봄서비스의 경우 이용자를 보호하기 위해서는 품질에 대한 지속적 모니터링, 그리고 품질향상을 위한 상시적 컨설팅 등이 필요하기 때문이다.

본 연구는 최근 확대일로에 있는 성인대상 재가돌봄서비스의 현황과 재정이나 품질관리 정책의 변화경향을 미국을 중심으로 고찰하고 한국의 재가돌봄서비스 정책 설계시 고려해야 할 정책적인 쟁점들을 다루어보았다. 미국만을 정책분석의 대상국가로 삼았다는 점에서 분명한 한계가

있지만, 미국은 국가의 돌봄서비스 직접 공급 전통이 미약하고 서비스 공급기관으로서 영리부문이 약진하고 있다는 점에서 한국과 유사점이 크다. 추후 연구들은 각기 다른 방식으로 성인 재가돌봄서비스를 제도화 하고 있는 국가의 상황을 보다 면밀히 분석하고 한국의 정책상황과 비교 분석을 시도할 필요가 있을 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2013). 2013 노인장기요양보험 통계연보. 국민건강보험공단.
- 김은정. (2013). 사회서비스 품질관리 규정 현황과 쟁점. 「사회서비스연구」, 4(1): 59-95
- 김은정. (2014). 사회서비스 재정의 지방화에 따른 지역의 대응방안. 「지방정부연구」, 18(1): 219-241.
- 김은정·배상훈·윤소영. (2013). 지역주민의 삶의 질 개선. 「지역과 발전」, 12: 34-38.
- 김영중. (2012). 사회복지의 대안적 공급 패러다임으로서 지역복지체계와 지방정부의 역할. 「2011 지방정부학회 동계학술대회 자료집」, 421-436.
- 김용득·김은정·조남경·이동석·황인매·오홍진. (2013). 「사회서비스 재정지원방식과 공급주체의 성격 및 품질관리기제에 대한 국가 간 비교연구: 성인재가돌봄서비스를 중심으로」. 한국 OECD사회정책센터
- 박경돈·이정희. (2010). 「복지포괄보조금 제도의 도입에 관한 연구」. 한국행정연구원.
- 박명화 외. (2008). 「2008노인실태조사 기초분석 보고서」. 보건복지가족부.
- 선우덕. (2012). 노인장기요양보험 재정지출 분석을 통한 제도 개선방향. 「보건복지이슈& 포커스」. 한국보건사회연구원.
- 양난주. (2014). 사회복지시설평가제도에 대한 비판적 고찰. 「한국사회복지행정학」, 16(3): 493-517.
- 윤영진·장승옥·지은구·김은정. (2009). 「사회복지서비스 재정지원방식」. 청목출판사.
- 이봉주·김용득·김은정·김남희·서정민. (2012). 「사회서비스 품질관리 전담기구 설치에 관한 연구」. 보건복지부 연구용역보고서.
- 이봉주·김용득·김은정·서정민·김남희. (2013). 「사회서비스 공통품질 최저기준 마련연구」. 보건복지정보개발원 연구용역보고서.
- 이재원·김은정·김준현. (2012). 「지역사회서비스투자사업 포괄보조 전환방안 마련」. 보건복지부 연구용역보고서.
- 정병오. (2012). 사회복지 인적자원의 전문성 향상과 시설평가의 발전방향. 「한국사회복지학회 2012년 추계학술대회 자료집」(산학협력세션).
- 한국보건사회연구원. (2012). 「주요국의 사회보장제도: 미국편」. 한국보건사회연구원.
- 황인매·김용득. (2014). 성인돌봄서비스 품질관리제도의 다양한 모습: 스웨덴, 영국, 미국, 싱가포르, 일본, 한국의 비교를 중심으로. 「한국사회복지행정학」, 16(2): 93-125.
- Center for Medicare and Medicaid Services. (2011). *Home Health Study Report*. L& M Policy

- Research.
- Center for Medicare and Medicaid Services. (2010). *Data Compendium 2010 Edition*. (http://www.cms.gov/DataCompendium/15_2009_Data_Compendium.asp)
- Choi, S. & Davitt, J. K. (2009). Changes in the Medicare Home Health Care Market: The Impact of Reimbursement Policy. *Medical Care* 47(3): 302-309.
- Coffman, J. M. & Chapman, S. A. (2012). Envisioning Enhanced Roles for In-Home Supportive Services Workers in Care Coordination for Consumers with Chronic Conditions: A Concept Paper.
- Colombo, F. et al. (2011). *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-term Care*. *OECD Health Policy Studies*. OECD Publishing.
- Department of Health and Human Services, US. (45 CFR Part 261). (2006). *Re-authorization of the Temporary Assistance for Needy Families Program: Interim*. Final Rule.
- Department of Health and Human Services, US. (45 CFR Part 162). (2004). *HIPAA Administrative Simplification: Standard Unique Health Identifier for Health Care Provider*. Final Rule.
- Department of Health and Human Services, US. (2012). The Affordable Care Act for Americans with Disabilities. Newsroom. www.healthcare.gov/news
- Harrington, C., Ng, T., Kaye, S. H., Newcomer, R. (2009). *Home and community-based Services: Public Policies to Improve Access, Costs, and Quality*. PAS Center for Personal Assistance Services.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. (2012). Facts About Home Care Accreditation.
- Kaiser Commission. (2012). *Medicaid and Uninsured: Medicaid Home and Community-Based Services Programs: 2009 Data Update*. Kaiser Family Foundation Issue Paper.
- Kitchener, M., Wong, A.; Willmott, M., & Harrington, C. (2007). *Home & Community-Based Services: State-Only Funded Programs*. UCSF National Center for Personal Assistance Services.
- Klees, B. S., Wolfe, C., J., & Curtis, C.A. (2010). *Brief Summaries of Medicare & Medicaid. Title XVIII and Title XIX of Social Security Act*. CMS/ DHHS. Health Care Financing Review.
- National Commission for Quality Assurance. (2010). *States Using NCQA Accreditation for Medicaid Plans*.
- National Commission for Quality Assurance. (2009). *NCQA Medicaid Managed Care Toolkit: 2010 Health Plan Accreditation Standards*.
- Ng, T. & Harrington, C., (2014). *Medicaid LTC & HCBS Programs and Policies: Data and Trends*. National HCBS Conference, Washington DC.
- PAS center for Personal Assistance Services. (2012a). *Home and Community Based Service Costs and Quality*. Research Brief Sep. 2012.

- PAS center for Personal Assistance Services. (2012b). *Access to Home and Community Based Services*. Research Brief Sep. 2012.
- Smith, S. (2007). Privatization and Devolution in Social Services: Contracting and Its Policy and Practice Implication. *International Symposium: Social Service Provision System*: 58-88.
- Waterstone, D., Kang, T., Flores, C., Howes, C., Harrington, C., & Newcomer, R. (2004). *California's In-Home Supportive Services Program: Who is Served?* Center for Personal Assistance Services.

김은정(金垠廷): 미국 텍사스 주립대학교(오스틴) 사회복지정책학 박사. 전)계명대학교 사회복지학과 교수, 현) 국립부경대학교 행정학과 교수, 보건복지정보개발원 이사, 한국사회복지학회 학술위원장, 한국사회복지행정학회 편집위원장.(ejkim@pknu.ac.kr).

〈논문접수일: 2014. 10. 10 / 심사개시일: 2014. 10. 28 / 심사완료일: 2014. 11. 06〉

Abstract

The Public Finance Provision and Quality Management System on “Home and Community Based Social Services” in the US: Implications on Korean Social Policy

Kim, Eunjeong

The study seeks to analyze how the sources of public financing and the ways to transfer those finances are changing and also quality control systems are established since the last twenty years in the US. To draw the policy implications on Korean social policy from the US experiences, Korean in-home care service policies are roughly outlined and analyzed compared to those of the US. Findings show that the amount of the in-home care service provision have steadily increased in the US since the mid of 1990. Korean society also have expanded the size of in-home care services when social insurance institution for the long term care established in 2008. Both in the US and in Korea the sources of public finances and ways to transfer those finances are diversified. Especially the individualized and standardized benefit based on social insurance are rapidly increased, and the consumerism emphasizing the consumer choices are stressed both in the US and Korea. This trend increases the importance of systematic quality management. On the other hand, this study finds that the ways to establish quality control systems in the US are quite different from Korea.

Key Words: In-home care service, Public finance management, Quality management system