

DOI: 10.23063/2024.12.4

미국 메디케어의 치매 환자 및 가족 지원 사업 사례: GUIDE 모델을 중심으로

US Medicare's Dementia Support Program for Patient and Caregivers

김수진 (한국보건사회연구원 보건정책연구실 연구위원)
Kim, Sujin (Korea Institute for Health and Social Affairs)

치매 환자의 증가와 함께, 다른 한편으로 장기요양서비스 및 포괄적 관리와 지원 체계의 부재는 치매 환자뿐 아니라 가족과 돌봄제공자에게 상당한 신체적, 정신적, 경제적 부담을 야기해 왔다. 미국의 65세 이상 노인과 장애인 대상 공보험인 메디케어는 치매 환자의 지역사회 거주 기간을 늘리고 가족 돌봄제공자의 부담을 완화하기 위해 2024년 7월 GUIDE(Guiding an Improved Dementia Experience) 사업을 시작했다. 사업은 케어 조정 및 관리, 가족돌봄자 지원 및 교육, 치매 환자에 대한 임시 간호서비스를 제공하며 참여기관은 이를 위해 치매 관리 역량이 있는 의사와 케어 내비게이터(care navigator)를 필수적으로 두어야 한다. 8년 시행 후 평가를 통해 사업의 지속성이 결정될 예정으로 향후 관찰이 필요하다.

1. 들어가며

장기요양서비스에 대한 높은 비용이 가족에게 경제적 부담을 야기하고 형평성을 악화시키는 가운데 대부분의 선진국들은 공적으로 자금을 조달하는 장기요양 제도를 가지고 있다. 미국에서도 장기요양서비스에 대한 수요가 많지만 65세 이상 노인과 장애인에 대한 보편적인 서비스를 제공하는 공보험인 메디케어(Medicare)는 장기요양서비스를 사실상 제공하지 않는다.¹⁾ 다만

1) 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)에 모두 자격이 있는 경우 전문요양시설인 너싱홈(nursing home)을 제한 없이 이용할 수 있고 일부 주정부들은 메디케이드를 통해 재가서비스인 가정 및 지역사회 기반 서비스(HCBS: home- and community-based service)를 제공한다. 메디케어(Medicare)는 너싱홈(nursing home) 이용에 대해 최대 100일까지 보장하는데 처음 20일은 본인부담이 없고 남은 80일은 메디케어 보충보험인 메디갭(Medigap)이 본인부담을 지불하며 100일을 초과하는 경우 메디케어 수혜자가 재산을 모두 소진할 때까지 서비스를 보장하지 않는다.

저소득층 대상 건강보험인 메디케이드(Medicaid)와 일부 주정부들은 주 차원의 프로그램을 운영하고 있다(Horstman et al., 2023).

이런 가운데 2023년 4월 바이든 행정부는 Increasing Access to High-Quality Care and Supporting Caregivers를 발표하고 가족 돌봄제공자에 대한 지원을 포함해 치매 케어에 초점을 둔 새로운 보건료지불제도와 서비스 제공 모델을 검토할 것을 요청했다. 이에 따라 미국 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(CMS: Center for Medicare and Medicaid Services)는 2024년 7월 1일 치매 환자 대상 재가서비스와 가족 돌봄제공자를 위한 임시 간호서비스 등을 통합적으로 제공하는 GUIDE(Guiding an Improved Dementia Experience) 모델을 시작했다(CMS, 2024). GUIDE 모델은 이제 막 시범사업이 시작되었고 치매로만 한정되지만 최근 중요성이 강조되고 있는 통합돌봄의 한 형태로 진행되는 사업인 동시에 연방정부 차원의 장기요양제도의 부재라는 공백을 일정 부분 메울 것으로 예상된다. 이 글에서는 미국에서 최근 시작된 메디케어(Medicare)의 GUIDE 모델 도입의 배경과 사업의 주요 내용, 향후 전망을 살펴보고자 한다.

2. 메디케어(Medicare) 치매환자 지원사업의 배경 및 주요 내용

가. 배경

1) 열악한 치매관리와 사회경제적 부담

2023년 기준 미국에서 약 670만 명에게 치매가 영향을 미치고 있고 2060년 즈음에는 그 수치가 1400만 명에 이를 것으로 예상되는 가운데(CMS, 2024) 장기요양서비스 및 포괄적 관리와 지원 체계의 부재는 치매 환자뿐 아니라 치매 환자를 둔 가족과 돌봄제공자에게 상당한 신체적, 정신적, 경제적 부담을 야기한다. 특히 치매 환자는 다제 약물 복용과 잦은 입원을 경험하며 여러 전문가 간의 신중한 조정이 필요하지만 기존의 행위별 수가제에 기반한 질병 중심 접근 방식은 치매 환자와 돌봄제공자의 요구 사항을 고려해 조정된 질 높은 서비스를 연속적으로 제공하지 못한다. 이로 인해 치매환자들은 우울증, 행동 및 심리적 증상과 동반 질환으로 인한 입원과 응급실 방문을 경험한다(CMS, 2024; Ramesh et al., 2024). 더 나아가 부적절한 질환 관리는 장기요양 시설 입소로 이어지며 사회적 비용을 야기한다.

제도적 지원의 부재는 가족 돌봄의 부담으로도 이어진다. 미국에서 2022년 기준 치매 환자의 주요 가족 돌봄제공자는 주당 평균 30시간을 돌봄에 사용하는 것으로 나타났다(Alzheimer's Association, 2023). 돌봄제공자는 치매 환자에게 일상적인 지원을 제공해야 할 뿐 아니라 필

요한 지역사회 및 보건의료시스템의 자원을 스스로 찾아야 하므로 이로 인한 스트레스와 상당한 경제적 부담을 경험하며 전반적인 건강 상태가 좋지 못하고 높은 입원과 사망 위험에 노출된다(Sörensen et al., 2002; Jackson et al., 2023; CMS, 2024). 따라서 환자별 치료 계획에 기반한 포괄적이고 조정된 치매 관리를 통해 비공식 가족 돌봄제공자의 부담을 줄이고 치매 환자가 집과 지역 사회에 남을 수 있도록 지원하는 보건의료시스템의 역할이 미국에서도 강조되어 왔다(Powell, 2018; Reuben et al., 2019).

2) 새로운 형태의 서비스 제공 및 지불제도의 모색

미국은 치매로 인한 사회경제적 부담을 줄이기 위해 2011년 국가 알츠하이머 프로젝트 법(National Alzheimer's Project Act)을 도입했고 이 법에 기반해 알츠하이머 질환 해결을 위한 국가 계획(National Plan to Address Alzheimer's Disease)을 수립하여 치료법 연구 가속화와 치매 환자에 대한 케어 향상, 돌봄제공자 지원을 위해 지속적으로 노력하고 있다. 이러한 연장선에서 바이든 행정부는 2023년 4월 임시 간호 서비스를 비롯한 가족 간병인 지원과 치매 케어에 초점을 맞춘 혁신적인 새로운 지불제도 및 서비스 제공 모델을 CMS 혁신센터(CMS Innovation Center)에서 검토할 것을 요청했다.

CMS 혁신 센터²⁾는 2011년부터 기존 행위별 수가제를 개혁하며 책임 의료 기관, 에피소드 기반 묶음 지불과 같은 대체 지불 모델(Alternative Payment Model) 등 가치 기반 지불 프로그램을 발전시키기 위해 수립되었는데 치료의 품질을 저하시키지 않고 지출을 감소시키거나 지출 증가 없이 품질을 개선하는 대체 지불 모델을 확인하고 확대하는 역할을 해 왔다(Ayanian, 2023). 이에 따라 CMS 혁신센터는 다양한 지불 방식에 기반해 포괄적 서비스를 제공하는 모형을 시도하고 있으며(Ayanian, 2023) GUIDE 모델은 치매라는 특정 질환에 초점을 둔 포괄적 케어를 제공하는 모델로 개발되었다(Fowler et al., 2024. 7. 8.)

나. GUIDE 모델의 주요 내용

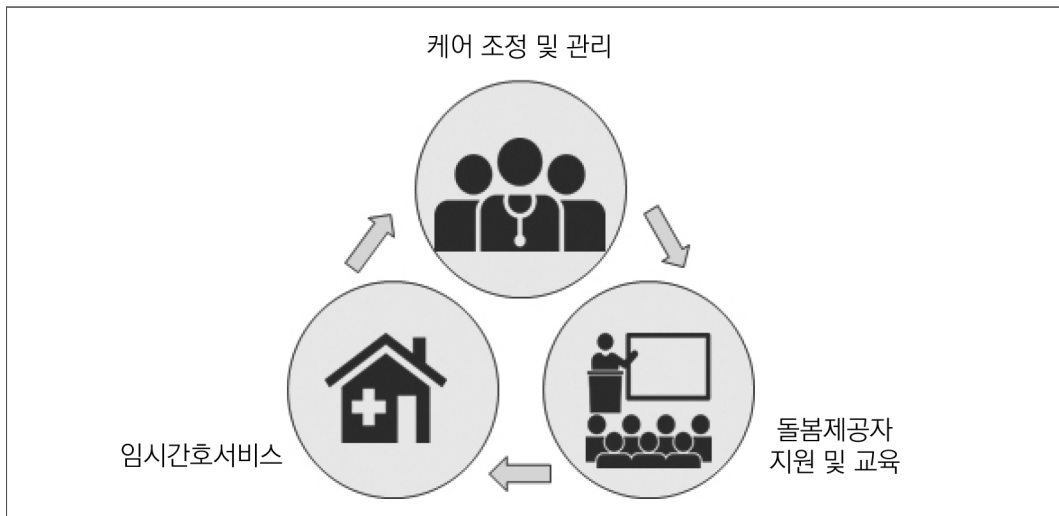
1) 개요

GUIDE 모델은 케어 조정 및 관리, 간병인 지원 및 교육, 임시 간호 서비스의 포괄적인 패키

2) Affordable Care Act는 미국 CMS가 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid) 프로그램의 치료 품질을 개선하고 의료비 지출을 통제하기 위해 CMS 혁신 센터를 설립하도록 결정했다.

지를 통해 치매 환자와 비공식 돌봄제공자의 삶의 질을 개선하는 동시에 피할 수 있는 장기 요양 시설 입소를 지연시키고 더 많은 사람들이 임종까지 집에 머물 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다. 우선 케어 조정 및 관리에 따라 참여기관은 개인 중심의 종합적인 케어 계획을 개발하며 다학제적 접근을 통해 치매 및 동반 질환을 관리하고 지속적인 모니터링과 지원을 제공한다. 참여기관은 수혜자의 심리사회적 요구와 건강 관련 사회적 요구를 확인하고 이를 해결할 수 있는 지역 사회 기반 조직을 찾을 수 있도록 도와야 한다. 두 번째로 간병인 지원 및 교육과 관련해 비공식 가족 돌봄제공자에게 기술 교육을 제공하고 간병 과정에서 나타나는 문제를 해결하는 데 도움을 줄 수 있는 24시간 연중 무휴 전화상담서비스 등 지원을 제공한다. 세 번째로 비공식 돌봄제공자가 간병 책임에서 일시적으로 휴식을 취할 수 있도록 연간 최대 2500달러 한도 내에서 임시 간호 서비스를 제공한다(CMS, 2023. 8. 10.).

| 그림 1. Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) 모델의 개요 |



출처: "GUIDE Model Overview Webinar", CMS, 2023. 8. 10. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>

2) 참여기관 자격 및 서비스 항목

참여기관은 메디케어(Medicare) 파트 B에 가입된 제공자로 GUIDE 모델의 케어 전달 요구사항을 충족해야 한다. 참여기관은 단일 메디케어(Medicare) 제공자일 수 있고 메디케어 제공자가 작

업치료기관 등 파트너조직과 계약하여 참여하는 형태일 수 있는데 어떤 경우든 메디케어 제공자는 최소한 한 명의 케어 내비게이터^(care navigator)와 치매숙련도^(dementia proficiency)³⁾가 있는 의사를 포함해야 한다(CMS, 2023. 8. 10.).

기존 프로그램과 신규 프로그램을 위한 두 가지 트랙이 있는데 제공자가 이미 GUIDE 모델에서 제시한 포괄적인 치매 케어를 제공하고 있고 즉시 GUIDE 모델의 케어 제공 요구 사항을 이행할 준비가 되어 있는 경우 2024년 7월에 사업이 바로 시작된다(기존 프로그램). 신규 프로그램은 포괄적인 치매 케어를 제공하기 위한 구체적인 계획을 제출해야 하는데 2024년 7월 1일에 시작하여 2025년 6월 30일에 끝나는 1년의 사전 구현 기간이 있으며 2025년 7월 1일에 GUIDE 모델의 서비스를 제공하기 시작한다(CMS, 2024). 신규 참여기관이 안전망 제공자^(safely net providers)로 분류되는 경우⁴⁾ 초기 준비 비용에 대해 7만 5000달러를 받을 수 있다(CMS, 2024).

표 1. Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) 모델의 서비스 제공 요구 항목 |

서비스 항목	내 용
포괄평가	수혜자와 돌봄제공자는 그들의 욕구 파악을 위해 별도의 평가를 받으며 수혜자의 안전을 평가하기 위한 가정 방문이 이뤄짐
케어계획	수혜자에 따른 케어의 목표와 선호, 욕구를 반영하여 수혜자의 케어 계획을 수립함
상시접근	수혜자와 돌봄제공자는 7일 24시간 상시 전화상담서비스를 사용하여 케어팀 혹은 담당자에게 연락할 수 있음
지속모니터링과 지원	케어 내비게이터는 수혜자와 돌봄제공자에게 장기적인 도움을 제공하여 목표와 필요 사항을 수시로 검토하여 조정함
의뢰와 연계지원	케어 내비게이터는 수혜자와 돌봄제공자를 가정 배달 식사 및 교통과 같은 지역 사회 기반 서비스 및 지원과 연계함
돌봄제공자 지지	돌봄제공자에게 교육 수업을 제공하고 수혜자는 임시 간호 서비스를 받음
약물 관리	임상적 필요에 따라 약물을 검토 및 조정하며 케어 내비게이터는 수혜자에게 올바른 약물 일정을 유지하도록 도움을 제공함
케어 연계와 이행	수혜자는 다른 건강 문제를 해결하기 위해 적시에 전문의에게 의뢰되며 케어 내비게이터는 전문의와 치료를 조정함

출처: "GUIDE Model Overview Webinar", CMS, 2023. 8. 10. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>

3) ① 환자 중 최소 25%가 치매를 포함한 인지 장애가 있는 성인으로 구성되어 있거나 ② 환자의 최소 25%가 65세 이상이거나 ③ 신경과, 정신과, 노인의학, 노인정신과, 행동신경학, 노인신경학 중 한 가지 전문자격이 있어야 한다.

4) 메디케어(Medicare) 수혜자 중 메디케어와 함께 메디케이드(Medicaid) 자격이 동시에 있는 수혜자가 33.7%이거나 메디케어 파트 D 저소득 수혜자의 비율이 36%를 구성하는 경우다.

9. 12.). 케어 내비게이터는 사람 중심 케어 계획, 치매의 행동 및 심리사회적 증상 관리 등 치매와 관련해 훈련을 받아야 하며 그 외 추가적인 자격을 요구하지는 않는다(CMS, 2024. 9. 12.). 참여기관은 <표 1>에서 제시한 것처럼 포괄평가, 케어계획 수립을 비롯해 8개 영역의 서비스를 수혜자 개인의 욕구에 기반해 적절하게 조합하여 제공한다(CMS, 2023. 8. 10.).

3) 수혜자

수혜자는 GUIDE 모델의 치매 치료 프로그램 내에서 진료하는 임상주의 증명을 통해 치매가 확인되고 메디케어(Medicare)를 주 보험자로 하며 SNP(Special Needs Plans)를 포함한 Medicare Advantage에 등록되어 있지 않아야 하고 장기 요양 시설에 거주해서는 안 된다. 또한 GUIDE 모델 제공서비스와 상당히 중복되는 메디케어(Medicare) 호스피스 및 노인을 위한 포괄적 케어 프로그램(PACE: Program of All-Inclusive Care for the Elderly)⁵⁾에 가입되어 있지 않아야 한다. 수혜자는 치매 중증도와 돌봄제공자 여부에 따라 5개의 그룹으로 구분되며 이에 따라 케어 강도와 수가가 달라진다(CMS, 2023. 8. 10.). 그룹별 기준 및 기본 요금은 <표 2>와 같다. 메디케어(Medicare) 파트 B는 의사서비스에 대해 20%의 본인부담을 적용하지만 GUIDE 모델은 프로그램이 제공하는 치매 케어 관리 지불(DCMP: Dementia Care Management Payment) 및 임시간호서비스에 대해 본인부담금을 면제한다(CMS, 2024. 5. 8.).

| 표 2. 치매 케어 관리 지불(DCMP) 기본 요금 가이드(2024) |

(단위: 미국 달러)

돌봄제공자	구분	기준	월별 기본요금*
있음	복잡성 낮음	경증 치매	150(약 202,500원) [65]
	복잡성 보통	보통 및 중증 치매, 돌봄제공자 부담 낮음/보통	275(약 371,250원) [120]
	복잡성 높음	보통 및 중증 치매, 돌봄제공자 부담 높음	360(약 486,000원) [220]
없음	복잡성 낮음	경증 치매	230(약 310,500원) [120]
	복잡성 보통/높음	보통 및 중증 치매	390(약 526,500원) [215]

주: * 신규 환자의 첫 6개월 요금, [] 안의 수치는 첫 6개월 이후 요금이며 원화는 1달러를 1350원으로 계산했을 때 금액임.
'복잡성'은 필요한 케어의 강도로, 치매의 심각성과 돌봄제공자의 부담 수준에 따라 결정됨.

출처: "GUIDE Model Payment Methodology Paper", CMS, 2024. 5. 8. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>

5) PACE는 요양 시설 입소 자격이 되지만 지역사회에서 거주하고자 하는 노인의 니즈를 충족시키기 위한 포괄적 보건의료서비스 제공 프로그램으로 대부분의 수혜자는 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 이중 자격자이다.

4) 지불 및 평가 방식

돌봄제공자 여부 및 복잡도에 따라 5개의 그룹으로 구분되어 치매케어관리비용(DCMP: Dementia Care Management Payment)이 정해지며 성과 기반 조정(PBA: Performance-Based Adjustment)과 형평성 기반 조정(HEA: Health Equity Adjustment)에 따라 지불 수준이 조정된다.⁶⁾ 또한 보통/중증 치매 환자의 돌봄제공자에게 연간 2500달러 수준까지 임시간호서비스 비용을 지원한다.⁷⁾ DCMP는 연간 건강관리 방문, 만성질환 관리 등 메디케어(Medicare) 의사 수가표에 따라 행위별 수가제로 지불되던 서비스를 포함한다. 필수 제공으로 포함되지 않는 서비스는 기존처럼 행위별 수가제에 따라 청구할 수 있다(CMS, 2024. 5. 8.).

소외된 지역사회에서 서비스 제공을 독려하기 위해 DCMP 기본 요금에 형평성 보정이 이뤄지는데 지역 박탈 지수와 수혜자의 저소득 여부에 따라 각 수혜자의 점수가 정해지며⁸⁾ 상위 50 백분위수인 경우 -6달러, 하위 20 백분위수인 경우 +15달러가 적용된다. 또한 <표 3>에 제시한 것과 같은 성과 기반 조정이 이뤄지는데 고위험약물사용률 보고 시 +1%, 수혜자 삶의 질 보고 시 +2%가 가산되며 1인당 총비용, 요양원 장기입소율 달성 여부에 따라 -0.5% 혹은 +1.5%가 가감산된다(CMS, 2024. 5. 8.).

| 표 3. Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) 모델 성과 기반 조정 지표와 가중치 |

영역	지표	비중	조정수준(-1%~+6%)
케어 조정/관리	고위험 약물 사용	16%	0% - +1%
수혜자 삶의 질	신경 질환을 앓고 있는 사람들의 삶의 질	34%	0% - +2%
활용도	1인당 총비용*	25%	-0.5% - +1.5%
	요양원 장기 입소 비율*	25%	-0.5% - +1.5%

주: * 달성, 미달성으로 평가함.

출처: "GUIDE Model Payment Methodology Paper", CMS, 2024. 5. 8. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>

6) 지역별 직원의 급여 및 수당, 임대료, 과실 보험 등의 차이를 보정하기 위해 추가로 지리적 조정이 이뤄진다.

7) 재가는 4시간당 120달러, 성인 주간 센터는 8시간당 78달러, 시설서비스는 24시간당 260달러이며 GUIDE 모델에서 본인부담은 면제된다.

8) 주(state)와 국가 차원을 각각 고려해 센서스 그룹 수준의 지역 박탈 지수(ADI: Area Deprivation Index)가 측정되며 수혜자의 저소득 여부는 저소득층 보조금 수혜 여부 및 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid) 이중 자격 여부에 따라 결정된다(CMS, 2024. 5. 8.).

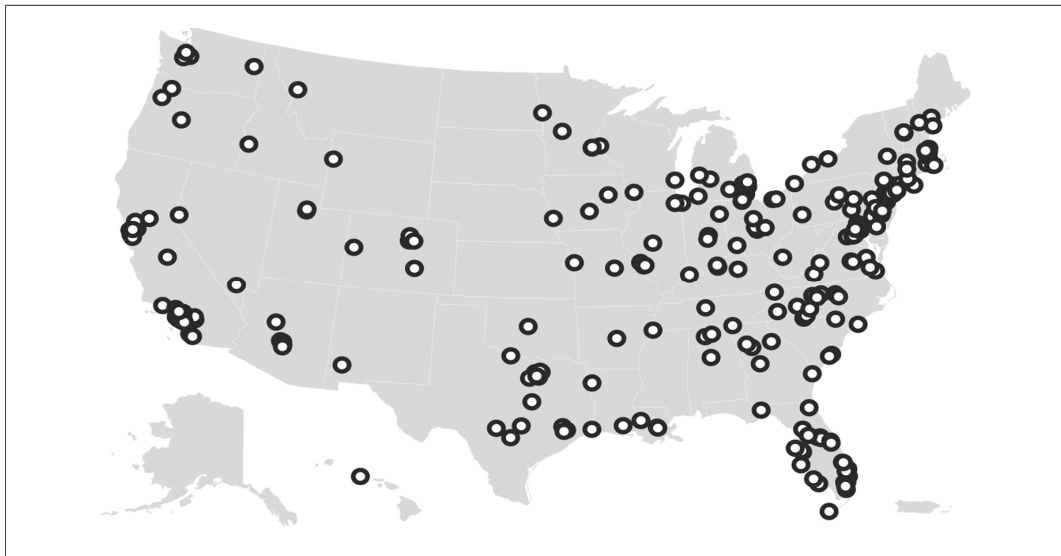
참여기관들은 GUIDE 모델 모니터링과 평가를 위해 수혜자의 삶의 질 및 고위험 약물 복용율과 같은 서비스 질 정보와 요구사항에 맞는 케어 제공에 대한 정보를 제출해야 한다. 또한 수혜자와 돌봄제공자를 평가한 정보와 인구사회학 및 건강 관련 서비스 요구 정보를 CMS에 보고해야 한다. 모든 참여기관은 CMS의 평가 수행에 협력해야 하는데 서비스 수혜자 인터뷰, 현장 방문 등이 포함될 수 있다(CMS, 2024. 9. 12.).

3. 메디케어(Medicare) 치매 환자 지원사업의 참여 현황 및 전망

가. 참여 현황

CMS는 GUIDE 모델 웹사이트에 GUIDE 모델의 참여기관 목록을 게시했다. 이에 따르면 2024년 7월 8일 기준 390개 기관이 GUIDE 모델에 참여했는데 대략적인 분포는 [그림 2]와 같다. 이 중 96개 기관은 기존 트랙이고 294개 기관은 신규 트랙에 해당한다(CMS, 2024. 7. 9.).

| 그림 2. Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) 모델 참여기관 현황 |

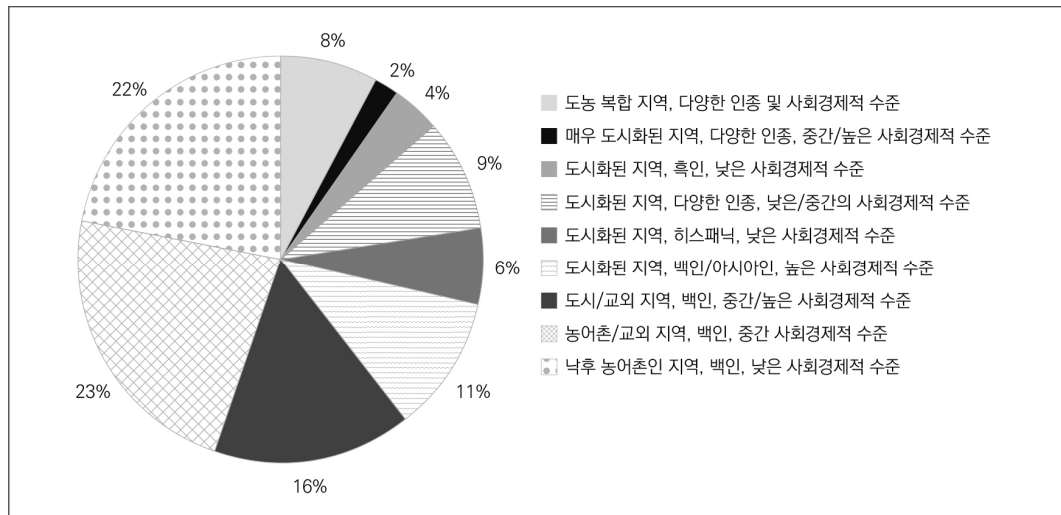


출처: "Guiding an Improved Dementia Experience (GUIDE) Model", CMS, 2024. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>

다른 혁신 센터 모델과 마찬가지로 GUIDE 모델의 참가자는 건강 형평성 계획을 개발하고 구현해야 하는데 참가자는 환자 집단의 결과 격차를 파악하고 이를 줄이기 위한 이니셔티브를

구현해야 한다(Fowler et al., 2024. 7. 8.). [그림 3]에서 제시한 것과 같이 최근 보고에 따르면 GUIDE 모델 참여기관의 서비스 지역은 농어촌 지역을 포함하며 사회경제적 수준이 다양한 편이나 백인 거주 지역이 좀 더 높은 편으로 나타났다. 일반적으로 도시 지역이나 사회경제적 수준이 높은 지역에서 서비스를 제공하는 기관이 보다 많을 것으로 예상할 수 있으나 앞서 언급한 것처럼 소외된 지역사회에서 서비스 제공을 독려하기 위해 형평성 보정을 통해 기본요금에 가산이 이뤄지므로 이러한 인센티브가 유도한 결과일 수 있다.

| 그림 3. Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) 모델 서비스 지역의 특성 |



출처: “Guiding an Improved Dementia Experience by Clearing the Path for Comprehensive, High-Quality Dementia Care”, Fowler et al., 2024. <https://www.cms.gov/blog/guiding-improved-dementia-experience-clearing-path-comprehensive-high-quality-dementia-care>

나. 기대 및 우려

CMS 혁신센터 모델들은 총비용 절감과 질 개선에 대해 평가하며 최종 평가 결과에 따라 국가 차원으로 확장되어 이행된다. 예를 들어 Repetitive Scheduled Non-Emergent Ambulance Transport(RSNAT) 모델은 말기 신장 질환 및 욕창이 있는 메디케어(Medicare) 수혜자 1인의 분기별 비용을 평균 381달러 절감하는 것으로 평가되었는데 2019년 국가 전체로 모델이 확장되었다(Sullivan, 2023. 2. 12.). GUIDE 모델은 8년간 시행될 예정으로 이후 평가를 통해 모델의 지속 및 확장이 결정될 것으로 예상된다.

GUIDE 모델은 메디케어(Medicare)에서 2024년 7월 시작되었고 아직 그 결과를 평가하기는 어렵다. 하지만 GUIDE 모델이 기존 연구들이 제시한 근거에 기반해 설계되었다는 점에서 포괄적 치매 치료에 대한 경제적 접근성 개선과 확대는 수혜자와 비공식 돌봄제공자에게 긍정적인 영향을 미칠 것으로 예상된다(Haggerty et al., 2023). 미국에서 포괄적 치매 치료 사업을 평가한 연구들은 포괄적 치매 치료가 저소득 안전망 의료 시스템, 재가 환경, 치매 전문 관리 및 일차 의료를 포함한 다양한 환경에서 치료의 질을 개선하고 치매 환자의 행동 증상 등을 감소시키며 간병인의 불안과 우울증 등을 줄이고(Reuben et al., 2019) 더 나아가 비용 절감에도 도움이 된다고 보고했다(Haggerty et al., 2020).

다만 일부에서는 GUIDE 모델이 환자와 가족 돌봄제공자의 경험을 개선하더라도 CMS 혁신 센터가 요구하는 기준을 충족시키지 못할 것이라는 우려도 제기된다. 앞서 언급한 것처럼 혁신 센터의 모델들은 치료 품질을 손상시키지 않고 메디케어(Medicare) 지출을 줄여야 한다. 현재까지 이러한 기준을 충족시킨 모델들은 대체로 급성기 치료 후 발생하는 합병증 등으로 인한 의료서비스 이용을 감소시킨 사업들이다. 일례로 GUIDE 모델과 상대적으로 유사성이 높은 포괄적인 1차 의료 모델(Comprehensive Primary Care)과 같은 케어 조정 모델에서 지불액은 다른 서비스 이용 감소로 상쇄되지 않았다(Ramesh et al., 2024; Dale et al., 2016). 또한 포괄적인 치매 치료 프로그램이 장기요양 시설 입원을 지연시킴으로써 비용 절감으로 이어질 수 있지만 응급실 이용이나 입원을 의미 있게 감소시키지 못했다는 연구 결과도 있다(Ramesh et al., 2024; Guterman et al., 2023; Jennings et al., 2019). 이와 함께 GUIDE 모델은 서비스에 대한 정액 지불 외에도 돌봄제공자를 위한 교육 서비스 및 임시간호서비스 등 추가 비용이 지출되므로 환자와 돌봄제공자의 경험이 개선되더라도 지속 가능하지 못할 수 있다는 우려가 있다(Ramesh et al., 2024).

4. 나가며

치매 환자의 증가로 환자와 가족의 삶의 질 및 사회적 부담에 대한 우려가 증가하는 가운데 미국 메디케어(Medicare)는 CMS 혁신센터가 시행하는 가치 기반 지불제도 모형의 하나로 치매 환자와 가족에게 의료서비스와 사회서비스를 통합적으로 제공하는 GUIDE 모델을 시작했다. 8년간의 사업 후 서비스의 질과 비용 절감에 대한 평가를 통해 사업의 확대 여부가 결정되는데 환자 및 가족의 삶의 질에 미칠 긍정적인 영향에도 불구하고 비용 절감 정도 등은 향후 지속적인 관찰이 필요하다.

미국의 GUIDE 모델은 한국에서 진행 중인 노인 의료-돌봄 통합지원 시범사업 등과는 차이가 있는데 가장 큰 차이점은 미국의 GUIDE 모델이 치매 관리 역량이 있는 의사와 케어 내비게이터를 두는 것을 의무화한다는 점이다. 최근 한국의 커뮤니티 케어를 평가한 연구는 장기요양 시설 입소와 총비용은 감소했지만 병원 입원은 증가했다고 보고하며 의료서비스 제공 체계의 미비함이 그 원인일 수 있다고 제기했다(Choi & Yoo, 2023). 비록 미국의 선행연구들도 통합적 케어의 입원 감소 효과는 크지 않다는 비슷한 결과를 보고했지만(Guterman et al., 2023; Jennings et al., 2019) 향후 이러한 서로 다른 사업 설계의 영향에 대한 검토도 필요할 것이다.

한편 미국의 GUIDE 모델에서 주목할 점은 월별 정액 지불금액이 사업의 성과와 형평성을 반영해 조정된다는 점이다. 이는 CMS 혁신센터 모형이 일관되게 추구하는 방향이기도 하다. 국내에서도 통합돌봄, 만성질환 관리 등 다양한 시범사업이 진행되고 향후 CMS 혁신센터와 유사하게 새로운 지불 제도 및 서비스 제공 모형이 시행될 것으로 예상되는 가운데 성과와 형평성을 강조하는 이러한 일관된 방향성은 국내에서도 참고할 필요가 있다.

노인 인구의 증가와 치매 케어에 대한 수요 증가를 감안할 때, 미국의 GUIDE 모델은 한국의 통합 관리 프로그램 개발에도 시사점을 제공한다. 치료 조정과 의료 및 사회 서비스 통합에 중점을 두는 훈련된 치료 내비게이터의 존재를 의무화하여 환자와 가족을 위한 포괄적이고 개인화된 지원을 보장할 수 있다. 또한 비용 효율성과 형평성을 모두 우선시하는 성과 기반 지불 기전은 프로그램의 지속 가능성을 향상시킬 수 있다. 환자 중심 치료를 보장하면서 제공자에 대한 인센티브를 조정하는 가치 기반 지불 모델의 구현은 한국 고령화 인구의 장기적인 의료 및 돌봄 욕구를 충족하는 데 중요할 수 있다.

| Abstract |

As the number of dementia patients continues to rise, the absence of a long-term care system and support scheme has long added considerably to the physical, mental, and financial burdens not only on patients themselves but also on their families and caregivers. Medicare, a public health insurance program for people aged 65 and older, as well as people with disabilities, launched its Guiding an Improved Dementia Experience (GUIDE) model in July 2024, aiming to reduce the care burden on families and help people with dementia continue living in their communities. The GUIDE model offers coordinated care, care management services, and ad-hoc nursing care for patients, along with support and education for family caregivers. Participating entities must have physicians and care navigators capable of managing dementia patients. Whether the GUIDE model will continue will be determined based on assessments following its 8-year pilot phase.

참고문헌

- Alzheimer's Association. (2023). 2023 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's Dement*, *19*, 1598–1695. <https://doi.org/10.1002/alz.13016>
- Ayanian, J. Z. (2023). Transforming Primary Care Through Innovations in Medicare. *JAMA Health Forum*, *4*(12): e235071. doi:10.1001/jamahealthforum.2023.5071
- Choi, J. W., & Yoo, A. J. (2023). Outcomes of the Pilot Project for Community Care Among Older Adults in South Korea. *Journal of Aging & Social Policy*. DOI:10.1080/08959420.2023.2284571
- CMS. (2024). *Guiding an Improved Dementia Experience(GUIDE) Model*. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>
- CMS. (2023. 8. 10.). *GUIDE Model Overview Webinar*. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>
- CMS. (2024. 5. 8.). *GUIDE Model Payment Methodology Paper*. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>
- CMS. (2024. 7. 9.). *GUIDE Participant List (XLSX)*. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/innovation-models/guide>
- CMS. (2024. 9. 12.). *GUIDE Model Frequently Asked Questions*. <https://www.cms.gov/priorities/innovation/guide/faqs>
- Dale, S. B., Ghosh, A., Peikes, D. N., Day, T. J., Yoon, F. B., Taylor, E. F., Swankoski, K., O'Malley, A. S., Conway, P. H., Rajkumar, R., Press, M. J., Sessums, L., & Brown, R. (2016). Two-year costs and quality in the comprehensive primary care initiative. *N Engl J Med*, *374*(24), 2345–2356. doi:10.1056/NEJMsa1414953
- Fowler, L., Rawal, P., Fogler, S., Schreiber, C., Gutermauth, L., Saffer, T., Ho, S., Ligus, K., Kaye, C., Stinnett, M., & Miescier, L. (2024. 7. 8.). *Guiding an Improved Dementia Experience by Clearing the Path for Comprehensive, High-Quality Dementia Care*. <https://www.cms.gov/blog/guiding-improved-dementia-experience-clearing-path-comprehensive-high-quality-dementia-care>
- Guterman, E. L., Kiekofer, R. E., Wood, A. J., Allen, I. E., Kahn, J. G., Dulaney, S., Merrilees, J. J., Lee, K., Chiong, W., Bonasera, S. J., Braley, T. L., Hunt, L. J., Harrison, K. L., Miller, B. L., & Possin, K. L. (2023). Care Ecosystem collaborative model and health care costs in Medicare beneficiaries with dementia: a secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*, *183*(11), 1222–1228. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.4764>
- Jackson, V. L., Robin, L. W., Theresa, A. H., & Eileen, P. (2023). Evaluation of a care management program on family caregivers of persons with dementia. *Geriatric Nursing*, *54*, 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2023.10.001>
- Jennings, L. A., Laffan, A. M., Schissel, A. C., Colligan, E., Tan, Z., Wenger, N. S., & Reuben, D. B. (2019). Health care utilization and cost outcomes of a comprehensive dementia care program for Medicare beneficiaries. *JAMA Intern Med*, *179*(2), 161–166. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5579>
- Haggerty, L. K., Epstein-Lubow, G., Spragens, L. H., Stoeckle, R. J., Evertson, L. C., Jennings, L. A., & Reuben, D. B. (2020). Recommendations to improve payment policies for comprehensive dementia care. *J Am Geriatr Soc*, *68*(11), 2478–2485. <https://doi.org/10.1111/jgs.16807>
- Haggerty, L. K., Epstein-Lubow, G., Stoeckle, R. J., Carmody, J., Maglich, A., Johnson, M., Super, N., Spragens, L., Lee, D. R., & Snyder, R. E. (2023). *Applying An Evidence-Based Approach To Comprehensive Dementia Care Under The New GUIDE Model*. Health Affairs Forefront. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20231120.826884>.
- Horstman, C., Gumas, E. D., & Jacobson, G. (2023). *U.S. and Global Approaches to Financing Long-Term Care: Understanding the Patchwork*. The Commonwealth Fund Issue Briefs. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2023/feb/us-global-financing-long-term-care-patchwork>
- Powell, T. (2018). Health Policy and Dementia. *Current Psychiatry Reports*, *20*(4), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0868-0>
- Ramesh, T., Kadakia, K., & Moura, L. (2024). Transforming Value-Based Dementia Care— Implications for the GUIDE Model. *JAMA Internal Medicine*, *184*(3), 238–239.
- Reuben, D. B., Tan, Z. S., Romero, T., Wenger, N. S., Keeler, E., & Jennings, L. A. (2019). Patient and caregiver benefit from a comprehensive dementia care program: 1-year results from the UCLA Alzheimer's and Dementia Care Program. *J Am Geriatr Soc*, *67*(11), 2267–2273. <https://doi.org/10.1111/jgs.16085>
- Sörensen, S., Pinquart, M., & Duberstein, P. (2002). How Effective Are Interventions With Caregivers? An Updated Meta-Analysis. *The Gerontologist*, *42*(3), 356–372. <https://doi.org/10.1093/geront/42.3.356>
- Sullivan, T. (2023. 2. 12.). *CMMI Releases Biennial Report to Congress*. <https://www.policyd.com/2023/02/cmmi-releases-biennial-report-to-congress>