치매국가 책임제가 연착륙하려면?

For the soft landing of National responsibility for dementia

이동우

인제대학교 상계백병원 / 노원구 치매안심센터

Dong Woo Lee

Inje University Sanggye Paik Hospital / Nowon Dementia Ansim(安心) Center

Received: July 20, 2018

Revised: November 16, 2018

Accepted: November 20, 2018

© Published by Korean Society for Public Health and Medicine; all rights reserved

Abstract

Korean government has launched “National Responsibility for Dementia”, a bold approach to overcome the increasing demands of Dementia.

“National Responsibility for Dementia” was designed to meet the unmet needs along the progress of dementia by establishing dementia an-sim(安心) center and dementia an-sim(安心) hospital nationwide and by decreasing the burden for the medical and welfare expenses of the patient and caregivers.

To implement the plan successfully, we should overcome some major “HURDLES”: moral hazard, uneven resources, referral system, and deficient beds for patients with severe behavioral problems, leadership, expenses, and specialty. The strategies to overcome these major hurdles are suggested.

들어가는 말

치매 국가 책임제가 전국적으로 시행되고 있다. 현 정부의 대표 공약 가운데 하나인 치매국가책임제가 전국적인 치매안심센터 개소를 필두로 하여 본격적인 시행에 들어간 것이다. 치매 국가 책임제는 대선 과정에서 대표 공약 가운데 하나로 발표 되고, 현 정부 출범 직후 추경 예산 편성과 대통령의 국회 시정 연설에서의 신속한 시행 의지 표명 등 정부 출범 첫 해부터 강력한 정책 의지를 가지고 추진된 결과 1년이 채 안 되는 짧은 기간 동안에 전국적인 치매 안심센터 개소라는 성과를 거두었다. 정책 추진 선언과 홍보, 그리고 시행 과정에서 치매 국가책임제는 치매 환자와 가족은 물론, 국민들의 마음 속에 현 정부의 대표적인 보건복지 공약으로서, 국가가 국민들의 의료와 복지 문제에도 책임성을 가질 것이라는 큰 기대를 불러 일으켜 왔다. 이제는 치매 국가책임제의 연착륙을 위한 심도 있는 고민이 필요한 시점이다. 즉, 정책 홍보와 시행 과정에서 불러 일으켜진 국민적인 큰 기대에 부응할 수 있도록 치매 국가 책임제가 애초의 제도 설계 취지에 맞게 시행 계획이 마련되었고 실제 시행되고 있는가에 대한 고찰이 필요한 시점이라 하겠다.

이를 위해 본 고에서는 치매의 진행 단계에 따른 복합적인 서비스 욕구를 충족시킬 수 있도록 치매 국가 책임제의 중추적 수행 기관이라 할 수 있는 치매 안심센터의 내실 있는 운영 계획이 마련되고 시행되고 있는지, 이와 더불어 치매 치료 관리와 연관된 보건 의료 및 복지 시스템 전반의 정비를 위해서는 어떤 노력이 필요한지 고찰해 보고자 한다.

치매 국가 책임제 이전의 치매 관리 정책

치매 국가 책임제 이전에도 역대 정부들은 치매 관리를 위한 많은 정책적 노력을 기울인 바 있다. 2008년에는 ‘이제 치매와 중풍은 국가가 책임져 드립니다’라는 슬로건 하에 장기요양보험이 출범하였고, 동년 9월 21일에는 치매 극복의 날이 제정되고 “국가 치매 관리 종합계획이 수립, 집행되었으며, 이후 2차, 3차 계획까지 수립, 집행되어 왔다. 1-3차에 걸쳐 수립, 집행되어 온 “국가 치매 관리 종합 계획”의 흐름을 개괄 해 보자면 다음과 같다[1]. 장기요양보험이 출범한 2008년에 수립, 시행된 1차 국가 치매 관리 종합 계획에서는 치매의 조기치료를 촉진하기 위해 치매 조기 검진 사업을 전국적으로 확산하고 치매 진단검사비용의 일부와 치매 치료비 본인 부담금을 지원하였다. 2012년 국가치매관리법의 시행과 더불어 수립되고 이듬 해에 시행된 2차 국가치매관리 종합계획에서는 기존의 치매조기검진사업의 강화와 함께 중앙치매센터-광역치매센터-지역치매센터로 이어지는 치매관리를 위한 인프라 구축을 우선적인 정책 목표로 하였다. 2016년에 수립되어 현재 시행 중인 3차 국가치매관리 종합계획은 기존의 공급자 중심의 관점에서 전환하여 수요자인 환자와 가족 중심의 지역사회 기반의 연속적인 서비스 체계 구축을 정책 목표로 하였다.

기존 치매 관리 정책의 한계와 “치매 국가 책임제” 공약의 설계

이처럼 다년간에 걸쳐 다양한 정책적 노력이 제공되고 있었음에도 불구하고 “치매국가책임제”가 제 19대 대통령 선거 과정에서 공약으로 제시된 이유는 무엇인가? 그것은 바로 치매 진행 경과 별 미충족 욕구 때문이다[2].

첫째, 치매 관리사업의 중추적 역할을 담당할 지역치매센터가 수도권을 비롯한 일부 지역에만 설치되어 있는 한계로 인해, 초기 치매 단계에서 치매조기검진사업을 통해 치료를 시작한 환자들이 지속적인 치료로 이어지지 못하고 치료가 중단되는 사례가 빈번하고, 둘째 중기 치매 단계에서 치매의 정신행동증상(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: BPSD)이 발생할 경우, 치매요양병원과 시설들의 BPSD에 대한 대처 능력 부족으로 인하여 다수의 환자들이 적절한 치료·요양 서비스를 제공받지 못하고 있으며, 셋째, 후기 치매 단계에 이르러서는 치매의 인지증상, 정신행동증상과 더불어 일상생활기능장애까지 심화되어 치매환자와 가족들의 의료비 및 요양비 부담이 급증하게 되는데, 이와 같이 치매의 진행단계별로 봉착하게 되는 문제점들을 기존의 치매 관리 정책이 해결해 주지 못해 온 것이다.

치매 국가 책임제 공약은 이러한 미충족 욕구들을 해결할 수 있도록 설계되었다, 즉, 첫째, 치매안심센터를 전국적으로 확산하여 치매조기검진에 이은 연속적인 치료관리를 가능케 하고, 둘째, 치매 안심병원과 치매안심요양시설의 전국 확산을 통하여 치매 중기에 BPSD가 발생한 환자들을 위한 적절한 치료 및 요양 서비스를 제공하며, 셋째 치매 환자에 대한 의료비 및 장기요양 비용의 본인부담금 경감을 통해 환자와 가족들의 치료 요양비 부담을 완화하도록 설계된 것이다.

치매 국가 책임제의 시행 계획과 예상되는 난관들

보건복지부가 작년 9월 발표한 치매국가책임제 추진계획의 주요 내용을 요약하면 다음과 같다. 첫째, 전국 252개 보건소가 직영하는 치매안심센터를 설치하여 침 환자와 가족들이 1대 1 맞춤형 상담, 검진, 사례관리까지 통합적, 연속적인 지원을 받을 수 있게 하며, 센터 내부에 단기 쉼터와 가족 카페를 마련하여 치매 환자의 초기 안정화와 가족 지지를 제공한다(그림 1).

〈그림 1〉 치매안심센터 업무 흐름도.

출처: http://치매국가책임제.nid.or.kr/sub/nid00_3.html

둘째, 치매의 정신행동증상에 대한 대응력 강화를 위해 공립요양병원을 치매안심요양병원으로 육성한다. 아울러 치매안심형 시설도 확산시킬 계획으로, 전국적으로 9개소에 불과한 치매 안심형 주야간 보호시설과 22개소에 불과한 치매안심형 입소시설을 단계적으로 확대한다는 것이다. 셋째, 중증치매환자의 치매 의료비 본인 부담율을 10%로 인하하고, 장기요양 본인 부담금 완화 대상 계층도 확대할 계획이다.

필자는 이미 학술지 기고를 통해 치매 국가 책임제의 시행 과정에서 예상되는 난관들을 제시한 바 있다[2]. 시행 과정의 주무 부처의 노력으로 이러한 난관들이 일부 해결되기도 하였으나, 아직도 다수의 문제들이 미해결 상태로 남아 있다. 현 시점에서 이러한 난관들(“HURDLES”)을 재정리해 보자면 첫째, 모럴 해저드(Hazard)의 발생 가능성, 둘째, 지역별 치매 관련 자원의 불균형(Unevenness), 셋째, 치매 환자 의뢰(Referral) 체계의 미확립, 넷째, 심한 정신행동증상을 보이는 치매환자를 위한 치매안심병원 병상의 공급 부족(Deficiency), 다섯째, 치매안심센터 내외에서의 리더십(Leadership)의 미확립, 여섯째, 비용(Expense) 부담의 급증에 대한 우려, 마지막으로 치매 관리 인력의 전문성(Specialty) 부족 등이다. 각각의 난관들에 대해 상술하자면 아래와 같다.

첫째, 수요자 측면에서는 치매 인정 조사 과정에서의 모럴 해저드의 발생 가능성이 있으며, 공급자 측면에서는 치매에 대한 효과성이 검증되지 못한 프로그램들을 공급하려는 모럴 해저드의 발생 가능성이 있다. 둘째, 치매 센터 개소 과정에서 나타났듯이, 치매안심센터에서 근무할 정신건강의학과 및 신경과 전문의가 부재한 지역이 있고, 임상심리사, 간호사, 사회복지사, 작업 치료사 또한 지역별 불균형을 보이고 있다. 셋째, 우리 의료 시스템의 취약점 중의 하나인 의료 전달체계 미확립의 문제가 치매 분야에서도 예외가 아닌 것이다. 넷째, 정신행동증상을 보이는 환자들을 위해 전국의 공립요양병원들을 치매안심병원으로 전환하겠다는 계획을 발표하였으나, 공립요양병원의 숫적 제한으로 인해 병상의 공급 부족을 초래하게 될 것이다. 다섯째, 치매안심센터는 다학제적 팀으로 운영되며, 치매 유관기관 또한 보건의료와 복지 분야의 다양한 직업들이 종사하고 있기에 치매에 대한 전문 지식을 바탕으로 다양한 직역을 아우를 수 있는 리더십을 발휘할 수 있는 리더가 각 지역사회별로 필요한 상황에 있는 것이다. 여섯째, 단기간에 치매 안심센터와 병원을 전국적으로 확산하고 치료요양비용의 본인 부담금을 경감하는 데에서 오는 예산 비용부담의 급증에 대한 우려 또한 제기되고 있다. 일곱 번째로, 보건의료와 복지 분야의 치매 관련 분야 종사자들의 치매에 대한 전문성의 문제가 오래 전부터 제기되어 왔으나 해결되지 못한 채 흘러온 바, 단기간에 치매국가책임제를 추진하고자 하는 현 시점에서는 종사자들의 전문성의 문제는 시급히 해결되어야 할 것이다.

결론: 치매국가 책임제의 연착륙을 위하여

이와 같은 난관들을 극복하고 치매 국가 책임제를 연착륙 시킬 방안은 무엇인가? 앞서 문제 제기한 사안별로 그 해법을 열거해 보자면 다음과 같다(표 1).

첫째 치매 인정평가와 관련된 모럴 해저드(Hazard)를 차단하기 위해서는 무엇보다도 치매 진단 평가 과정의 엄정성, 정확성이 확립되어야 한다. 둘째, 지역별 치매 관련 자원의 불균형(Unevenness), 특히 전문의 부족 현상을 극복하기 위해서는 광역 치매 센터가 전문의를 채용, 전문의가不在한 지자체에 파견하여 치매협력의사의 역할을 수행하도록 해야 한다. 셋째, 치매 환자 의뢰(Referral) 체계의 미확립의 문제를 극복하기 위해서는 지역사회 일차 의료기관을 포함한 의

로 전달 체계를 확립해야 하며, 치매 안심센터가 이러한 전달체계 확립 과정에 촉매 역할을 할 수 있도록 해야 한다. 넷째, 심한 정신행동증상을 보이는 치매환자를 위한 치매안심병원 병상의 공급 부족(Deficiency) 현상을 극복하기 위해서는 민간 요양병원이 치매 안심병원으로 참여할 수 있는 길을 열어주어야 한다. 다섯째, 치매안심센터 내외에서의 리더십(Leadership)의 확립을 위해서는 지역 사정에 따라 치매안심센터의 직영과 위탁을 유연하게 적용해야 할 것이다. 여섯째, 비용(Expense) 부담의 급증에 대한 우려를 불식하기 위해서는 치매안심센터의 주력 사업을 사례관리에 두어야 할 것이다. 마지막으로 치매 관리 인력의 전문성(Specialty) 부족을 극복하기 위해서는 인력별 교육 강화와 더불어 교육 이후 협력의사 또는 치매센터장(전문의가 센터장인 경우)에 의한 지속적이고 반복적인 슈퍼비전이 필요하다. 아울러 사업이 안정화 되기 전까지는 지나친 실적 경쟁을 유예하는 조치가 이루어져야 할 것이다.

아울러 이런 해결 방안들이 실제 현장에서 작동하기 위해서는 치매국가책임제 실행 과정에서 긴밀한 민관협력이 이루어져야 한다. 공공의료자원이 절대적으로 부족한 우리 나라의 여건 하에서는 민간의료자원의 참여를 이끌어내는 것이 공공의료사업 성공의 첩경이며, 이러한 사실은 치매 분야라 해서 예외가 아니기 때문이다.

〈표 1〉 치매국가책임제가 맞이할 난관과 그 해결 방안

	난관 (장애물: HURDLES)	해결 방안
Hazard	모럴 해저드(Hazard)	치매 진단 평가 과정의 엄정성, 정확성 확립
Unevenness	지역별 치매 관련 자원의 불균형 (Unevenness)	광역 치매 센터가 전문의를 채용, 전문의가不在한 지자체에 파견
Referral	치매 환자 의뢰(Referral) 체계의 미확립	지역사회 일차 의료기관을 포함한 의뢰 전달 체계 확립 (2016, 의사협회성명)
Deficiency	공립요양병원만으로는 심한 치매 정신행동증상을 보이는 환자를 위한 병상이 부족 (Deficiency)	민간 요양병원의 치매 안심병원 참여
Leadership	치매 안심 센터 内外에서의 리더십(Leadership) 확립	직영과 위탁을 유연하게 적용
Expense	비용(Expense) 부담의 급증에 대한 우려	안심 센터 사례 관리 강화
Specialty	관련 인력의 전문성(Specialty) 부족	교육 과정 강화 / 실적 경쟁 유예

참고문헌

1. 성수정, 이동우. 대한민국 국가치매관리 종합계획: 1차에서 3차까지 J Korean Med Assoc. 2018;61(5):298-303. Korean.
2. 이동우. 치매국가책임제가 성공하려면? J Korean Med Assoc. 2017; 60(8):618-621. Korean.