

2021~2025 국가재정운용계획

지원단 보고서

| 노인 돌봄 · 의료서비스 개선 |



2021. 10



본 자료는 2021~2025년 국가재정운용계획 지원단에서
준비한 자료로서 정부의 공식적인 입장은 아님을
유의하여 주시기 바랍니다.

2021~2025 국가재정운용계획

지원단 보고서

Ⅰ 노인 돌봄·의료서비스 개선 Ⅰ

2021. 10

국가재정운용계획 지원단

노인 돌봄·의료서비스 개선

연구책임자 한국조세재정연구원 : 최성은 재정정책연구실 선임연구위원

공동연구자 한 립 대 학 교 : 석재은 사회복지학과 교수

인 천 대 학 교 : 전용호 사회복지학과 부교수

상 지 대 학 교 : 송현중 의료경영학과 부교수

목 차

제1장 노인 돌봄·의료서비스 부문 재정투자 현황 및 중점 투자방향	8
제1절 노인 돌봄·의료서비스 부문 재정투자 현황	8
제2절 현황 및 문제점	9
제3절 노인 돌봄·의료서비스 부문 중점 투자방향	21
제2장 초고령사회 대응한 노인돌봄체계 개편방안	24
제1절 현행 사회적 돌봄체계 및 문제점	26
제2절 통합적 거버넌스 구축 방안	37
1. 통합판정체계 도입	37
2. 지역사회 통합 돌봄	39
3. 지자체 중심의 통합적인 예방형 시스템 구축	43
제3절 장기요양 급여·공급·인력체계 개편 방안	44
1. 장기요양 급여체계 개편	44
2. 장기요양 공급체계 개편	47
3. 돌봄인력의 양적·질적 개선	50
제4절 재가서비스 강화 방안	51
1. 장기요양 재가서비스 확충	51
2. 스마트돌봄 활용 방안	52
제5절 요약: 사회적 노인돌봄체계 개편방안	54
제3장 노인돌봄과 의료의 연계를 위한 요양병원 기능정립 방안	56
제1절 요양병원과 노인요양시설의 공급 및 이용현황	57
1. 요양병원과 요양시설 비교	57
2. 공급 현황	58
3. 이용 현황	60

제2절 요양병원의 입퇴원 기준과 지불제도 현황 및 쟁점	62
1. 입퇴원 기준	62
2. 지불제도	66
제3절 요양병원 기능 정립방안	73
1. 요양병원 기능 미정립으로 인한 문제	74
2. 제도개선 방향 제언	77
참고문헌	86

표 목차

〈표 1-1〉 노인 돌봄·의료서비스 관련 주요 사업 예산	8
〈표 1-2〉 노인 돌봄 및 의료서비스 관련 주요 재정사업 개요 및 운영현황	10
〈표 1-3〉 노인장기요양보험 재정 추이	12
〈표 1-4〉 노인장기요양보험 대상자 추이 및 비중	13
〈표 1-5〉 노인장기요양보험 인정대상자 등급별 추이	14
〈표 1-6〉 장기요양보험 인정자 대비 이용자 비율: 등급별	15
〈표 1-7〉 연도별 장기요양시설 및 요양병원 기관 수	16
〈표 1-8〉 노인돌봄사업 관련 센터 및 기관현황(2021년 기준)	20
〈표 2-1〉 장기요양 재가급여와 시설급여 격차	27
〈표 2-2〉 방문건강관리사업의 노인 대상 허약예방 및 관리	31
〈표 2-3〉 2019년 장기요양보험 수급자 노인의 만성질환 보유 현황	33
〈표 2-4〉 지역사회통합돌봄의 기본구상	41
〈표 3-1〉 요양병원과 노인요양시설 비교	57
〈표 3-2〉 요양병원과 요양시설 기관 추이	59
〈표 3-3〉 OECD 국가의 병상 수	60
〈표 3-4〉 요양병원과 요양시설 이용 추이	61
〈표 3-5〉 노인성 질병의 종류	63
〈표 3-6〉 만성질환의 종류	63
〈표 3-7〉 환자분류군 및 기준 개편	67
〈표 3-8〉 장기요양 인정조사표 항목	69
〈표 3-9〉 요양병원 수가 구성	71
〈표 3-10〉 인력확보수준에 따른 입원료 차등제	72
〈표 3-11〉 요양병원 환자평가표를 이용한 요양병원, 요양시설 환자 평가 결과	74
〈표 3-12〉 장기요양등급 인정자별 요양병원, 요양시설 이용	75

〈표 3-13〉 요양병원과 노인요양시설의 기능 미정립으로 인한 비효율적 재정지출	76
〈표 3-14〉 환자분류군 현황	79
〈표 3-15〉 일본 요양병상 수가	81

그림 목차

[그림 2-1] 의료 및 돌봄 필요도별 집단유형과 대응 서비스	26
[그림 2-2] 지자체 중심의 지역사회 노인 돌봄 모형	43
[그림 2-3] 지자체 중심의 통합방문간호센터 지역사회자원연계 모식도	46
[그림 3-1] 노인 입원진료비 및 요양병원 입원진료비	62
[그림 3-2] 2018년도 장기요양등급 판정자의 등급별 요양병원 환자분류군 분포 현황과 입원건당 평균재원일수	76
[그림 3-3] 가감지급사업 모형	82

< 2021~2025년 노인 돌봄·의료서비스 개선(요약) >

1. 노인 돌봄·의료서비스부문 재정사업 현황

- 노인돌봄부문의 재정사업은 노인장기요양보험서비스가 근간을 이루고 있으나, 노인 장기요양보험외에 노인맞춤돌봄서비스, 치매관리사업, 방문건강관리사업, 지역사회 통합돌봄 선도사업등 다양한 재정사업이 지원되고 있으며, 의료부문의 요양병원도 장기요양시설과의 기능혼재로 노인돌봄의 기능을 하고 있음
- 이외에도 보건소등의 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 정신건강복지센터 등 보건소 전달체계를 활용한 다양한 돌봄 및 의료서비스가 제공되고 있고, 일차의료서비스도 노인 건강관리와 같은 유사한 기능을 담당하고 있음
- 2021년 기준 노인돌봄 및 의료서비스 부문의 총지출 규모를 광범위하게 살펴보면, 노인장기요양보험지출 10.86조원, 요양병원 진료비 6.8조원, 치매관리사업 2,047억원, 노인맞춤돌봄서비스 4,183억원 등 노인돌봄부문 총지출은 약 18.6조원에 달하는 것으로 추산됨

〈표〉 노인 돌봄·의료서비스 분야 주요 사업 예산¹⁾

(단위: 억원)

구분	사업명	2016	2017	2018	2019	2020	2021
노인장기 요양보험	노인장기요양보험	47,227	55,891	68,008	83,149	94,695	++108,631
국민건강 보험	요양병원(진료비)	47,456	51,936	55,313	59,665	61,714	++68,000
보건복지부 일반회계	노인맞춤돌봄서비스 ²⁾	1,534	+1,696	1,945	2,458	3,728	4,183
	방문건강관리사업 ³⁾	-	-	301	306	+380	411
	지역사회 통합 돌봄 선도 사업 ⁴⁾	-	-	-	+95	178	182
	양로시설 운영 지원	323	+329	345	363	+403	426
	노인요양시설 확충	-	213	859	+1,177	+694	669
	일차의료 만성질환관리사업 ⁵⁾	-	4	4	11	+41	36
	연명의료제도화 지원 ⁷⁾	-	-	27	55	38	31
	소계	1,857	2,242	3,481	4,465	5,462	5,938

〈표〉의 계속

구분	사업명	2016	2017	2018	2019	2020	2021
국민건강 증진기금	치매관리체계 구축	158	+2,186	1,457	2,364	+1,889	2,047
	노인건강관리사업	174	172	196	196	252	282
	자살예방 및 생명존중문화 조성	59	99	168	218	291	368
	호스피스전문기관 지원 ⁶⁾	33	37	52	75	88	92
	소계	424	2,494	1,873	2,853	2,520	2,789
응급의료 기금	독거노인·중증장애인 응 급안전안심서비스	125	115	100	110	+136	212
합계		97,089	112,678	128,775	150,242	164,527	185,570

주: 1) 추경을 반영한 예산으로 집계하되, 본예산과 추경예산이 상이할 경우 숫자 앞 ‘+’ 표기하였으며, 숫자 앞 ‘++’ 표기는 예산지출액 기준 수치

2) 2019년까지 6종 서비스로 분절(돌봄기본, 돌봄종합, 독거노인 사회관계활성화, 초기독거노인자립 지원, 단기가사서비스, 지역사회 자원연계)되어 운영되다 2020년부터 통합 운영

3) 2017년까지 ‘지역사회 통합건강증진사업’의 내역사업으로 운영되다, 현재는 ‘사례관리 전달체계 개선’의 내역사업으로 운영되며, 한국건강증진개발원에서 보건소와 협력하여 운영

4) 커뮤니티케어로 불리며, 2019년 6월부터 2년간 시행

5) 한국건강증진개발원에서 동네의원과 협력하여 운영

6) ‘국가암관리’ 내역사업으로 운영

7) ‘생명윤리 및 안전관리’ 내역사업으로 운영

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도; 국민건강보험공단, 「건강보험통계」, 2017~2020년; 국민건강보험공단, 「2020 건강보험 주요통계」, 2021년; 보건복지부, 「보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요」, 각 년도

2. 현황 및 문제점

□ 서비스 전달체계의 분절성과 낮은 효과성

- 노인장기요양보험을 근간으로 중앙정부, 건강보험, 지자체 및 보건소등 다양한 전달체계를 지닌 다양한 지원정책들이 중첩된 대상자와 유사한 기능을 가지고 수행되고 있음
- 지역사회내 보건소, 건강생활지원센터, 정신건강복지센터, 치매안심센터등 각 센터들이 일차의료서비스와 유사한 기능을 제공하면서 증가하고 있음
- 일부 대상자와 기능이 중첩되는 재정지원 센터들의 경우, 효과성이 낮은 것으로 나타나는 문제가 있음

- 등급외 인정자등 경증 노인에 대한 돌봄서비스 제공을 목적으로 하는 노인맞춤 돌봄서비스는 주로 단순안부확인을 하고 있고, 치매안심센터 또한 인지기능 저하 검사등의 조기검사 기능에 치중되고 있고 상당히 중첩적인 서비스를 제공하고 있어 이들 센터들의 예방관리적 기능이 실효성 있게 작동하지 못하고 있음
 - 소관부처, 운영기관, 법령, 관리시스템, 재원등이 각각 다른 서비스 기관들이 일부 중첩되어 양적으로 팽창하는 과정에서, 정작 수요자에게 필요한 서비스를 제공 받는 것은 어려운 비효율성이 발생하고 있음
 - 수요자 입장에서는 기존의 서비스에 더하여 새로운 서비스가 제공되는 것도 좋지만, 무엇보다 흩어져 있는 서비스 중 원스톱으로 필요한 서비스 자원에 대한 안내와 신청이 가능한 서비스 포인트가 필요한 부분임
- 노인장기요양보험 재정의 지속적 악화와 노인돌봄 수요증가에 따른 서비스 효과성 제고 필요
- 노인장기요양보험의 대상자와 급여비 지출이 보험료 인상 수준을 넘어 급증하여 왔으며, 노인장기요양보험의 재정수지도 지속적으로 악화되고 있음
 - 인지지원등급의 포괄등 요양보험 대상자는 경증중심으로 확대되고 있으나, 인지지원등급의 서비스 이용율은 낮은 수준으로 서비스지원의 효과성이 작음. 전반적인 서비스 이용율도 감소하고 있으며, 특히 중증대상자의 서비스 이용율은 지속적으로 감소하고 있음
- 재가급여의 불충분성과 요양병원 선호 현상 및 사회적 입원증가
- 재가서비스의 불충분성과 돌봄의 어려움등의 이유로 시설보호가 필요하지 않은 경증노인의 요양시설이용이 증가하고 있고, 요양병원 선호현상과 사회적 입원이 증가하고 있음
- 요양시설의 서비스 수준 미흡
- 요양병원 선호현상은 요양시설의 환경과 서비스의 질이 개선의 여지가 많고, 요양시설의 의료서비스와의 연계도 부족하기 때문에 나타나는 현상이기도 함
 - 개인사업자 운영시설과 소규모 시설의 서비스 질 평가는 대체로 낮게 나타나고 있는 현실임

3. 노인돌봄 및 의료서비스 부문 중점투자방향 및 개선방안

□ 통합적 거버넌스 구축 방안

- 사회적 돌봄의 공평한 자원배분을 위한 통합판정체계 도입
 - 제도의 분절성을 넘어, 돌봄을 받는 제도 및 장소에 관계없이 누구나 공평하게 사회적 자원배분이 할당되고 사회적 자원의 최적화된 효과적 활용이 유도될 수 있도록 동일한 표준화된 돌봄욕구 평가도구를 적용
- 시군구가 통합적으로 책임지고 관리하는 지역사회통합돌봄 모델 구축
 - 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·독립생활 지원
- 지자체 중심의 통합적인 예방형 시스템 구축
 - 복지 영역의 노인맞춤돌봄서비스와 보건 영역의 방문건강관리서비스, 치매안심서비스, 정신건강복지서비스(우울증) 등의 사업을 중심으로 통합적인 예방시스템 구축
 - 사업의 대상자와 사업의 세부내용이 중복되지 않도록 공통의 정보시스템 구축
 - 허약노인과 경증 치매노인을 중요 정책대상으로 하여, ‘허약중재프로그램’ 제공 및 지역사회 집단 프로그램 개발·운영을 통한 지속적인 사회교류 지원
 - 포괄 예산(block grant)을 통해 지자체가 보건과 복지 분야 예산을 효율적으로 사용할 수 있도록 유도하며, 지자체의 읍면동을 단일 집입 창구로 설정하여 이용자 접근성 제고

□ 장기요양 급여·공급·인력체계 개편 방안

- 장기요양 급여체계 개편
 - 시설급여와 재가급여에 관계없이 등급별로 동일액을 보장하는 등급별 완전 정액제 및 통합급여 시행 검토
 - 시설급여 유인 제거와 다양한 니즈에 대응하기 위해 시설급여 거주비 자기부담화 및 인증제 전환 검토
 - 방문간호서비스 등 보건의료서비스 통합, 연계를 통해 재가급여의 적극적인 내실화 도모
- 장기요양 공급체계 개편
 - 서비스 공급자의 양적 규제를 시행하여, 서비스 기관들의 적정 규모 서비스

이용자 확보 지원 및 서비스 질 개선 유도

- 시설기준, 인력기준, 운영주체의 자격기준 등 국가최소기준(National Minimum Standards)을 강화하고, 지정제 및 6년마다 재지정제를 시행하는 등 서비스 공급자의 질적 규제를 통해 서비스 질 제고
- 재가서비스기관이 적극적 서비스관리자로서 책임성 및 전문성을 강화할 수 있도록 서비스 관리 및 제공행태 혁신 지원
- 복합서비스 제공기관을 재가서비스기관 표준화함으로써 기관이 서비스 이용자와 직접 소통하며 사람 중심의 전문적 사례관리 및 복합서비스(care-mix)를 구성할 수 있도록 지원
- 다양한 서비스 욕구에 대응할 수 있도록 기본기준 이상의 서비스 질 다양화 및 차별적 가격 허용
- 노인장기요양보험의 1~3등급의 중증의 대상자를 위한 케어매니지먼트의 도입

○ 돌봄인력의 양적·질적 개선

- 요양시설 서비스 인력 최소기준 강화
- 의료인력 및 요양보호사에 대한 교육과 훈련 강화
- 재활급여 등 신규 장기요양 서비스를 제공할 수 있는 작업치료사와 물리치료사 등 인력의 양성

□ 재가서비스 강화 방안

○ 장기요양 재가서비스 확충

- 재가급여기관 공공성 및 책임성 강화(기관의 법인화, 규모화, 통합재가기관화) 통한 케어매니지먼트 역할 제고
- 재가급여 충분성 제고를 위해 1-2급 시설급여 수준으로 제고하고, 의료, 재활, 영양, 이동 서비스 등 장기요양 재가급여 다양성을 제고함
- 통합재가서비스 도입을 통해 AIP를 강화하며, 거점 통합재가센터 지정, 설치를 통해 서비스 연속성 도모
- 가족인 요양보호사제도 개선

○ 스마트돌봄 활용

- 응급안전안심서비스에 축적된 고령자 생활정보를 체계화·고도화하여 비대면 안심 서비스 등 고령자 자립생활 지원기술 개발 지원
- 주택의료 서비스와 돌봄기술 연계하여 국공립 시설에 고령친화제품 우선구매제도 도입 등 기술 확산 추진 지원

- 사회적 요구가 높은 고가제품 대상 장기요양보험 예비급여로 도입
- 지능정보기술을 활용한 돌봄로봇 및 일상생활 보조기기 개발·보급과 함께 고부가가치 핵심부품 국산화 추진 지원

□ 요양병원 기능정립 방안

○ 요양병원의 법적 정의 재정립

- 의료법과 의료법 시행규칙내 요양병원 관한 규정 중 ‘요양’을 삭제하여 요양병원의 기능을 회복·재활 등을 중심으로 축소 재편하고 중증치매 전문요양 및 전환기 의료서비스는 강화하는 방향으로 기능을 재정립
- 노인의료복지시설로 분류된 노인요양시설에 대해서도 의료복지시설로의 역할을 할 수 있도록 하는 법적 근거 마련 필요

○ 입원기준 개선 필요

- 아급성기 병원으로서의 역할을 제대로 수행할 수 있도록 시행규칙 개정 필요

○ 환자분류군 기준 모니터링 필요

- 환자분류 기준 관련하여, 2019년 11월부터 적용되고 있는 기준에 대한 지속적인 모니터링이 우선적으로 필요하며, 이에 대한 평가가 실시된 이후에 보완하는 것이 바람직
- 향후 환자분류 기준을 재정비할 때는 경증 환자는 노인장기요양보험을 이용할 수 있도록 하는 방안을 적용하는 것이 바람직(일차적으로 선택입원군을 단계적으로 지역사회기관으로 연계 및 퇴원조치하는 방안 검토)
- 요양병원과 요양시설에서 동일한 평가도구를 사용하여 요양병원과 요양시설의 입원환자 및 입소자를 구분하는 제도 관련하여서는, 일차의료에서 예비 요양병원 입원환자 및 요양시설 수급자가 적절하게 관리되고 이를 바탕으로 평가를 실시하여 요양병원 입원과 요양시설 입소의 적절성을 평가하도록 하는 체계를 구축하는 것이 타당하다고 판단됨

○ 수가체계 개편

- 환자분류 기준을 개편하여 요양병원형 DRG를 적용하는 방안 제언
- 현재의 일당정액수가를 지속적으로 이용할 경우, 요양병원에 대하여 가산과 감산을 동시에 적용하는 형태로 가치기반 성과보상의 틀을 정비하여야 함
- 요양병원과 장기요양시설간의 기능 정립과 관련해서 실제 요양병원 입원환자와 장기요양시설 입소자 중 의료 및 요양요구를 적절하게 해결할 수 있는 기관으로의 전원 필요

○ 퇴원기준 개선

- 임상적 안정성이라는 요양병원 퇴원기준을 고시 등에 명시하여 퇴원과 관련하여 요양병원과 환자 모두 인식하도록 하는 방안 제언
- 장기입원 추이에 대한 자료를 축적하여 제도를 지속적으로 개선할 필요가 있으며, 관리에도 불구하고 입원필요도가 낮은 환자의 장기입원이 개선되지 않을 경우에는 입원료 체감제 기준 강화와 더불어 본인부담률 상향 조정 등을 검토
- 요양병원 처치내역 검토를 통해 환자분류군과 처치내역이 일치하지 않거나 처치내역이 환자의 임상적 상태에 비하여 부실하다고 판단되는 경우 퇴원을 권고할 수 있는 제도 필요
- 의료 필요도가 낮은 환자의 지역사회로의 퇴원 유도

제1장

노인 돌봄·의료서비스 부문 재정투자 현황 및 중점 투자방향

제1절 노인 돌봄·의료서비스 부문 재정투자 현황

인구고령화의 가속화와 함께 장기요양과 노인돌봄 및 의료서비스 부문의 재정지출은 급속히 증가하여 왔다. 2025년 초고령사회 진입이 예고되고 있는 가운데, 75세 이상 고령인구의 증가와 높은 치매유병율등을 고려할 때 노인돌봄과 의료서비스 수요는 향후 지속적으로 증가할 것으로 예측된다. 노인돌봄과 요양서비스는 노인장기요양보험서비스가 근간을 이루고 있으나, 노인장기요양보험외에 노인맞춤돌봄서비스, 치매관리사업, 방문건강관리사업, 지역사회 통합돌봄 선도사업 등 다양한 재정사업이 지원되고 있으며, 의료부문의 요양병원도 장기요양시설과의 기능혼재로 노인돌봄의 기능을 하고 있다. 이외에도 보건소등의 방문건강관리사업, 건강생활지원센터, 정신건강복지센터 등 보건소 전달체계를 활용한 다양한 돌봄 및 의료서비스가 제공되고 있고, 일차의료서비스도 노인건강관리와 같은 유사한 기능을 담당하고 있다. 2021년 기준 노인돌봄 및 의료서비스 부문의 총지출 규모를 광범위하게 살펴보면, 노인장기요양보험지출 10.86조원, 요양병원 진료비 6.8조원, 치매관리사업 2,047억원, 노인맞춤돌봄서비스 4,183억원등 노인돌봄부문 총지출은 약 18.6조원에 달하는 것으로 추산된다.

〈표 1-1〉 노인돌봄·의료서비스 관련 주요 사업 예산¹⁾

(단위: 억원)

구분	사업명	2016	2017	2018	2019	2020	2021
노인장기요양보험	노인장기요양보험	47,227	55,891	68,008	83,149	94,695	⁺⁺ 108,631
국민건강보험	요양병원(진료비)	47,456	51,936	55,313	59,665	61,714	⁺⁺ 68,000
보건복지부 일반회계	노인맞춤돌봄서비스 ²⁾	1,534	⁺ 1,696	1,945	2,458	3,728	4,183
	방문건강관리사업 ³⁾	-	-	301	306	⁺ 380	411

〈표 1-1〉의 계속

구분	사업명	2016	2017	2018	2019	2020	2021
보건복지부 일반회계	지역사회 통합 돌봄 선도사업 ⁴⁾	-	-	-	+95	178	182
	양로시설 운영 지원	323	+329	345	363	+403	426
	노인요양시설 확충	-	213	859	+1,177	+694	669
	일차의료 만성질환관리사업 ⁵⁾	-	4	4	11	+41	36
	연명의료제도화 지원 ⁷⁾	-	-	27	55	38	31
	소계	1,857	2,242	3,481	4,465	5,462	5,938
국민건강 증진기금	치매관리체계 구축	158	+2,186	1,457	2,364	+1,889	2,047
	노인건강관리사업	174	172	196	196	252	282
	자살예방 및 생명존중문화조성	59	99	168	218	291	368
	호스피스전문기관 지원 ⁶⁾	33	37	52	75	88	92
	소계	424	2,494	1,873	2,853	2,520	2,789
응급의료 기금	독거노인·중증장애인 응급 안전안심서비스	125	115	100	110	+136	212
합계		97,089	112,678	128,775	150,242	164,527	185,570

주: 1) 추경을 반영한 예산으로 집계하되, 본예산과 추경예산이 상이할 경우 숫자 앞 ‘+’ 표기하였으며, 숫자 앞 ‘++’ 표기는 예산지출액 기준 수치

2) 2019년까지 6종 서비스로 분절(돌봄기본, 돌봄종합, 독거노인 사회관계활성화, 초기독거노인자립지원, 단기가사서비스, 지역사회 자원연계)되어 운영되다 2020년부터 통합 운영

3) 2017년까지 ‘지역사회 통합건강증진사업’의 내역사업으로 운영되다, 현재는 ‘사례관리 전달체계 개선’의 내역사업으로 운영되며, 한국건강증진개발원에서 보건소와 협력하여 운영

4) 커뮤니티케어로 불리며, 2019년 6월부터 2년간 시행

5) 한국건강증진개발원에서 동네의원과 협력하여 운영

6) ‘국가암관리’ 내역사업으로 운영

7) ‘생명윤리 및 안전관리’ 내역사업으로 운영

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도; 국민건강보험공단, 「건강보험통계」, 2017~2020년; 국민건강보험공단, 「2020 건강보험 주요통계」, 2021년; 보건복지부, 「보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요」, 각 년도

제2절 현황 및 문제점

노인돌봄 및 의료서비스 부문의 재정사업은 돌봄과 요양서비스 외에도 노인의 건강관리와 예방을 통해 노쇠를 지연시키고 중증 돌봄 대상으로의 이행을 지연시키는 관리 및 예방사업을 포괄할 수 있으며, 보다 광범위하게는 임종과정으로의 이행을 지원하는 재정사업까지를 포괄한다고 볼 수 있다. 노인의 돌봄과 의료서비스 욕구를 구분하여 효과적이며 효율적인 서비스를 지원하기 위해서는 돌봄과 요양 필요도가 높은 중증노인에 대한 돌봄서비스와,

건강관리 및 예방사업, 임종과정으로의 이행부문에 대한 재정지원사업 목표와 대상자의 명확한 설정이 필요하다고도 볼 수 있다. 그러나 현재의 노인돌봄 및 의료서비스 부문 재정사업의 대상자와 서비스는 상당히 중첩적인 반면, 관련 서비스 제공은 분절적으로 이루어지고 있으며, 수요자의 돌봄 및 의료서비스 욕구의 효과적 충족에는 상당한 한계가 있는 것으로 판단할 수 있다.

〈표 1-2〉 노인 돌봄 및 의료서비스 관련 주요 재정사업 개요 및 운영현황

분야	사업명	사업개요 및 운영현황
돌봄 · 요양	치매관리체계 구축	- (사업개요) 치매안심센터, 중앙·광역치매센터 및 치매상담콜센터 운영, 공립요양병원 기능보강 사업 등으로 치매 환자 및 가족에 대한 치매관리서비스 제공 - (운영 현황) 2021년 기준, 치매안심센터 256개소 운영
	노인맞춤돌봄서비스 ¹⁾	- (사업개요) 혼자서 일상생활을 영위하는 데 어려움이 있는 노인에게 적절한 예방적 돌봄서비스를 제공하여 장기요양 진입 예방 및 노후 삶 질 제고 - (운영 현황) 2021년 기준, 지원대상은 취약노인 50만명, 제공인력 33,203명(전담사회복지사 1,953명/생활지원사 31,250명), 6~700여 개 권역별 책임기관제
	방문건강관리사업 ²⁾	- (사업개요) 빈곤, 질병, 장애 고령 등 건강위험요인이 큰 지역주민에게 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등 전문 인력이 직접 찾아가 건강관리서비스를 제공하는 사업 - (운영현황) 2021년 기준, 지원대상은 2,041명, 2020년부터 ICT방문 건강관리 사업비가 추가됨
	지역사회 통합 돌봄 선도사업 ³⁾	- (사업개요) 노인, 장애인 등 돌봄 필요자가 주거·의료·요양·돌봄 서비스 등을 통합제공받으며 살던 곳(지역사회)에서 지낼 수 있는 지역사회 통합돌봄 모형 마련을 위한 시범사업 추진 - (운영현황) 2019년 6월부터 2년간 16개 지자체에서 운영하며, 그 중 노인 선도사업은 13개, 장애인 선도사업 2개, 정신질환자 선도사업 1개
	양로시설 운영지원	- (사업개요) 65세 이상의 무의탁 노인들이 거주하는 양로시설의 종사자 인건비, 관리운영비, 프로그램사업비 등 시설운영비를 지원, 양로시설 내 돌봄공백(야간 등) 방지를 위한 IoT 기기 설치 및 빅데이터 수집 시범사업 - (운영현황) 국고지원 양로시설 94개소(4,206명) 지원
	노인요양시설 확충	- (사업개요) 양로시설, 요양시설, 재가시설 기능 보강, 화재안전 창문 설치 지원, 치매전담형 요양시설 확충, 재가장기요양기관 인력 교육, 장기요양요원지원센터 운영 - (운영현황) 2019년 기준, 치매전담형 요양시설 192개소 등 486개 기능보강 사업 지원
	독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스	- (사업개요) 독거노인·중증장애인 댁내에 화재·가스 및 활동센서를 설치하고 응급상황에 신속히 대처할 수 있도록 지원 - (운영현황) 2021년 기준, 수혜자는 독거노인 8.8만명, 중증장애인 1.1만명

〈표 1-2〉의 계속

분야	사업명	사업개요 및 운영현황
예방 · 관리	노인건강관리사업	- (사업개요) 노인에 적합한 각종 건강증진 프로그램을 개발·보급하여 노인건강수준 및 삶의 질 제고 - (운영현황) 2021년 기준, 치매관리사업, 노인실명예방사업, 노인 무릎관절 수술, 전립선질환 예방·관리 사업 운영
	일차의료 만성질환관리사업 ⁴⁾	- (사업개요) 기존 만성질환관리 시범사업을 통합하여 지역사회 만성질환관리를 체계적으로 수행하기 위해 서비스 모델 및 민간-공공 협력활동 등을 개발하고 지원하는 사업 - (운영현황) 2021년 기준, 일차의료 정책지원을 위한 사업준비단 운영(1개소), 현재 고혈압·당뇨질환 시범사업 참여환자 중 5만명 선정하여 만성질환관리 자가측정기기 지원
	자살예방 및 생명존중문화조성	- (사업개요) 자살예방법에 근거한 범정부적 차원의 자살예방사업 추진 및 생명존중 사회·문화 환경 조성 - (운영현황) '21년 기준, 생명존중문화조성, 자살예방교육 및 인력 양성, 자살유해정보 모니터링 및 차단, 응급실 기반 자살시도자 사후관리사업, 중앙자살예방센터 운영, 심리부검체계구축, 민관 협력자살예방사업, 자살 유족 지원사업, 정신건강복지센터 자살 예방사업 인력 지원, 지역사회기반 자살예방사업, 지역자살예방 및 정신건강증진사업, 자살예방 실무자 등 정신건강증진, 자살예방 상담전화 운영체계 개선 운영
임종 지원	호스피스전문기관 지원	- (사업개요) 통증 등 말기 환자의 신체적 증상을 적극적으로 조절하고, 환자와 가족의 심리 사회적, 영적 어려움을 돕기 위해 의사, 간호사, 사회 복지사 등으로 이루어진 완화의료 전문가가 팀을 이루어 환자와 가족의 고통을 경감시켜 삶의 질을 향상시키는 것을 목표로 하는 의료 서비스를 제공하는 호스피스전문기관 지원 - (운영현황) 2020년 6월 기준, 전국 87개소 운영
	연명의료제도화 지원	- (사업개요) 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」에 의해 2018년 2월부터 연명의료결정제도가 시작되었으며, 연명의료결정제도가 안정적으로 정착하고 시행되도록 지원 - (운영현황) 2021년 기준, 연명의료결정제도의 안정적 정착을 위한 국립연명의료기관 운영, 연명 의료계획서 등록시스템 구축 등 지원 및 수용성 확보를 위한 교육·홍보 지원

주: 1) 2019년까지 6종 서비스로 분절(돌봄기본, 돌봄종합, 독거노인 사회관계활성화, 초기독거노인 자립지원, 단기가사서비스, 지역사회 자원연계)되어 운영되다 2020년부터 통합 운영

2) 2017년까지 '지역사회 통합건강증진사업'의 내역사업으로 운영되다, 2018년부터 별도 사업으로 분리 되었으며, 한국건강증진개발원에서 보건소와 협력하여 운영

3) 커뮤니티케어로 불리며, 2019년 6월부터 2년간 시행

4) 한국건강증진개발원에서 동네의원과 협력하여 운영

자료: 보건복지부, 「2021년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요」, 2021년; 한국건강증진개발원 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 4.; 중앙호스피스센터 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 4.; 국립연명의료관리기관 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 4.

무엇보다 노인돌봄 및 의료서비스 부문의 근간이 되고 있는 노인장기요양보험의 재정지출의 확대와 더불어 노인장기요양보험의 효과성이 제고될 필요가 있다. 노인돌봄수요의 증가와 함께 노인장기요양보험의 대상자와 급여비 지출이 보험료 인상 수준을 넘어 급증하여 왔으며, 노인장기요양보험의 재정수지도 지속적으로 악화되고 있다. 장기요양보험 재정의 총수지율(비용/수익)은 2008년 도입당시 63.9%였던 것이 2017년부터는 108.7%로 당기순적자를 보이기 시작하여 2019년도의 총수지율은 109.1%로 적자재정이 증가하였다. 2020년에는 건강보험료율과 장기보험료율의 인상, 누적적립금 사용, 국고지원의 확대로 총수지율이 98.5%로 개선되기는 하였으나, 향후 재정의 지속가능성에 대한 불투명성은 여전히 존재한다. 2020년 노인장기요양보험 누적적립금은 2019년 약 1.1조원에서 4,136억원으로 절반 이상 감소하였고, 건강보험료율 인상과 더불어 노인장기요양보험료율도 2020년에는 10.25%로 증가하였다. 장기요양보험료율은 2017년 6.55%였던 것이 2022년 12.27%로 2018년 이후 매년 지속적으로 증가하고 있다. 장기요양보험료는 건강보험료율에 연동되어 있어 건강보험료율이 인상되면 자동적으로 인상되는 구조임에도, 장기요양보험료율 자체도 장기요양위원회의 심의를 거쳐 노인장기요양보험법 시행령 개정으로 거의 매년 인상되고 있다. 장기요양보험에 대한 국고지원은 2020년 약 12,414억원으로 전년 8,912억원 대비 약 40% 증가하였으며, 사후 보험료수입 대비 국고지원 비중도 2019년 18%에서 2020년 약 20%로 증가하였다. 고령화의 가속도와 돌봄수요 증가로 매년 10~20% 이상의 증가율을 보이는 요양보험 급여지출 속도를 따라가 위해서는 향후에도 보험료의 20% 수준의 국고지원 확대의 필요성이 존재할 것으로 보인다.

〈표 1-3〉 노인장기요양보험 재정 추이

(단위: 억원)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
수익	보험료	4,770	11,996	18,316	21,423	23,697	25,421	27,047	28,833	30,916	32,772	39,245	49,526	63,568
	국고지원금	1,207	2,044	3,323	3,883	4,152	4,591	5,033	5,166	5,525	5,822	7,107	8,912	12,414
	의료급여부담금	2,661	6,601	6,704	6,773	7,018	7,439	8,025	8,849	9,761	12,081	14,347	16,853	19,463
	기타	51	209	434	552	750	861	1,381	1,036	1,095	755	833	913	692
	소계(A)	8,690	20,849	28,777	32,631	35,617	38,312	41,486	43,884	47,297	51,430	61,533	76,203	96,138
비용	보험급여비	4,314	17,467	24,153	26,027	27,328	30,995	35,984	40,362	44,204	52,317	64,652	79,469	90,858
	관리운영비	1,079	1,357	1,441	1,556	1,663	1,782	1,977	2,002	2,164	2,396	2,502	2,927	3,039
	기타	156	260	297	295	382	403	536	775	858	1,177	855	754	798
	소계(B)	5,549	19,085	25,891	27,878	29,373	33,180	38,497	43,140	47,227	55,891	68,008	83,149	94,695

〈표 1-3〉의 계속

(단위: 억원)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
총수지출 (B/A) (%)	63.9	91.5	90.0	85.4	82.5	86.6	92.8	98.3	99.9	108.7	110.5	109.1	98.5
누적준비금 적립금	230	1,054	3,082	6,994	11,258	11,258	12,855	15,092	17,038	18,632	17,685	10,997	4,136

주: 1) 각 연도말 결산기준, 2012년 이전에는 기업회계기준(K-GAAP)을 적용하였으나, 2013년부터 국제회계기준(K-IFRS)로 변경 적용보험료에 사용자부담금 포함

2) 지역 세대주 수에 비가입세대주 포함

3) 기타는 사업외 수입으로 예금이자, 기타징수금 수입 및 가산금 등이 포함됨

4) 누적법정준비금: 2013년부터(K-IFRS적용)는 당기 법정준비금적립액을 이익잉여금 처분 해당일인 이사회결의일(차기2월)에 법정준비금으로 반영

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도

장기요양보험 급여비 지출 증가의 필요성과는 별도의 논의로, 장기요양보험의 급여비 지출의 효과성에 대한 판단과 효과성 개선을 위한 제도개선은 병행될 필요가 있다. 장기요양보험 급여비 지출 증가는 장기요양보험의 보장성 강화로 인한 포괄 대상자의 확대에 기인한 바 있다. 장기요양보험의 대상자는 인지지원등급의 포함 (2018년)등 등급체계 확대를 거듭하며 급속히 증가하여 왔다. 장기요양보험 등급인정대상자는 2008년 도입당시 전체 65 이상 고령인구의 4.7%에서 2020년 약 10.6%로 증가하였다. 장기요양보험 등급외 대상자 1.84%와 장기요양보험 지원 영역 밖의 요양보험 입원자, 노인맞춤돌봄서비스 대상자까지를 고려하면 전반적인 돌봄 및 의료서비스 지원대상은 국제적으로 볼 때도 낮지 않은 수준으로 판단할 수 있다. 오히려 돌봄 및 의료서비스 지원대상의 확대가 돌봄과 의료 필요도가 상대적으로 낮은 경증 대상자를 중심으로 확대되고 있다는 사실을 주목할 필요도 있다. 노인장기요양보험의 등급별 대상자수 현황을 살펴보면, 1등급 대상자는 2010년 11.5%에서 2020년 5.0%로 감소한 반면, 4등급 대상자는 2020년 약 44.1%로 증가하였다.

〈표 1-4〉 노인장기요양보험 대상자 추이 및 비중

(단위: 천명, %)

연도	대상자 수			65세 인구 중 대상자 비율 ¹⁾		
	인정대상자	등급외대상자	대상자합계	인정대상자	등급외대상자	대상자합계
2010	270.3	67.3	337.6	5.04	1.25	6.29
2011	324.4	154.0	478.4	5.88	2.79	8.67
2012	341.8	153.7	495.4	5.93	2.67	8.59
2013	378.5	156.8	535.3	6.28	2.60	8.89
2014	424.6	160.8	585.4	6.76	2.56	9.33

〈표 1-4〉의 계속

(단위: 천명, %)

연도	대상자 수			65세 인구 중 대상자 비율 ¹⁾		
	인정대상자	등급외대상자	대상자합계	인정대상자	등급외대상자	대상자합계
2015	467.8	163.0	630.8	7.15	2.49	9.64
2016	519.9	161.2	681.0	7.69	2.39	10.08
2017	585.3	164.5	749.8	8.28	2.33	10.61
2018	670.8	160.7	831.5	9.10	2.18	11.28
2019	772.2	156.8	929.0	10.05	2.04	12.09
2020	858.0	149.4	1007.4	10.56	1.84	12.40

주: 1) 각 연도별 65세 이상 인구수는 통계청, 주요 연령계층별 추계인구, 자료 활용
 자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도

〈표 1-5〉 노인장기요양보험 인정대상자 등급별 추이

(단위: 천명)

연도	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원 등급	합계
2010	31.4 (11.6%)	63.7 (23.6%)	175.3 (64.8%)	-	-	-	270.3 (100.0%)
2011	41.3 (12.7%)	72.6 (22.4%)	210.4 (64.9%)	-	-	-	324.4 (100.0%)
2012	38.3 (11.2%)	70.6 (20.7%)	232.9 (68.1%)	-	-	-	341.8 (100.0%)
2013	37.3 (9.9%)	71.8 (19.0%)	269.4 (71.2%)	-	-	-	378.5 (100.0%)
2014	37.7 (8.9%)	72.1 (17.0%)	170.3 (40.1%)	134.0 (31.6%)	10.5 (2.5%)	-	424.6 (100.0%)
2015	37.9 (8.1%)	71.3 (15.2%)	176.3 (37.7%)	162.8 (34.8%)	19.5 (4.2%)	-	467.8 (100.0%)
2016	40.9 (7.9%)	74.3 (14.3%)	185.8 (35.7%)	188.9 (36.3%)	29.9 (5.8%)	-	519.9 (100.0%)
2017	43.4 (7.4%)	79.9 (13.6%)	196.2 (33.5%)	23.9 (38.3%)	42.0 (7.2%)	-	585.3 (100.0%)
2018	45.1 (6.7%)	84.8 (12.6%)	211.1 (31.5%)	264.7 (39.5%)	53.9 (8.0%)	11.3 (1.7%)	670.8 (100.0%)
2019	44.5 (5.8%)	86.7 (11.2%)	226.2 (29.3%)	325.9 (42.2%)	73.3 (9.5%)	15.6 (2.0%)	772.2 (100.0%)
2020	43.0 (5.0%)	87.0 (10.1%)	238.7 (27.8%)	378.1 (44.1%)	92.0 (10.7%)	19.2 (2.0%)	772.2 (100.0%)

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도 자료를 바탕으로 저자 재가공

장기요양보험의 효과성에 관한 판단근거로 살펴볼 수 있는 것은 노인장기요양보험의 인정자 대비 이용자 비율이 지속적인 감소세를 보이고 있다는 통계이다. 장기요양서비스 인정자 대비 이용자 비율은 2014년 85.9%에서 2019년 83%로 지속적인 감소세를 보이고 있다. 장기요양보험 중증 이용자의 서비스 이용률도 감소하고 있는 가운데, 비교적 경증인 5등급 및 인지지원등급의 경우는 서비스 이용률이 증가하고 있는 것을 볼 수 있다. 요양등급 1등급인 중증노인의 장기요양서비스 이용률은 2014년 82.6%에서 2018년 기준 76.8%로 지속적으로 감소하고 있는 것으로 나타나고 있다. 시설급여의 필요도가 높은 1등급 중증노인의 서비스 이용률이 감소하는 것은 요양병원 이용증가현상에 기인하는 것일 수도 있다. 이는 장기요양보험의 시설급여의 효과성에 대한 문제제기를 할 수 있는 부분이기도 하다. 반면, 비교적 경증인 장기요양보험 5등급의 요양서비스 이용률은 2014년 46.1%에서 2018년 70.9%로 증가하고 있어, 경증 노인의 불필요한 시설이용 현상과도 맥을 같이 한다고 볼 수 있다. 한편, 인지지원등급의 경우 장기요양서비스 이용률은 24.2%에 불과한 것으로 나타나고 있어, 치매국가책임제 대상자와도 중첩되는 인지지원등급에 대한 요양급여지원의 효과성이 떨어지고 있음을 보이고 있다.

〈표 1-6〉 장기요양보험 인정자 대비 이용자 비율: 등급별

(단위: %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019. 4.	
인정자대비 이용자 비율 ¹⁾	전체	85.9	85.5	85.2	84.9	83.5	83.0
	1등급	82.6	81.5	80.5	79.1	76.8	76.1
	2등급	86.9	86.4	85.9	85.2	84.3	83.7
	3등급	88.2	88.1	88.2	87.9	87.3	86.9
	4등급	86.4	86.6	86.8	86.7	86.3	85.9
	5등급	46.1	56.0	60.2	66.9	70.9	70.9
	인지지원	-	-	-	-	24.2	24.8

주: 1) ‘인정자 대비 이용자 비율’ 계산 시 인정자 중 포기자는 제외하고 계산함
 자료: 국회예산정책처, 「노인건강분야 사업 분석」, 2019, p. 44 자료 재인용

중증 노인을 대상으로 하는 장기요양시설과 요양병원의 부적절한 이용증가도 재정지원의 효과성을 논함에 있어 살펴보아야 할 문제이다. 입원 및 시설입소 필요도가 높다고 여겨질 수 있는 1-2등급 대상자의 증가율이 경증대상자의 증가율에 비해 높지 않음에도 불구하고 요양시설과 요양병원의 수는 급속하게 증가하고 있다. 요양시설과 요양병원은 소비자들의 입장에서든 같은 선택지 하에 있는 유사한 서비스 제공기관으로 인식되고 있는 등 기능과 역할의 차별성이 정립되지 못하고 있다. 장기요양보험이 도입되기전 건강보험제도하의 요양

병원이 요양시설의 기능을 수행하던 것이 장기요양보험 도입 이후에도 여전히 요양시설과 유사한 기능을 수행하고 있다는 것은 돌봄 및 의료서비스 재정지원의 효과성을 저해하는 한 요인으로 작용하고 있다. 최근들어 증가세가 주춤하고 있다고는 하지만, 장기요양보험의 도입이후에도 요양병원의 수는 급속히 증가하였고, 재가서비스의 불충분성과 돌봄의 어려움등의 이유로 시설보호가 필요하지 않은 경증노인들의 요양시설이용이 증가하고 있다.

〈표 1-7〉 연도별 장기요양시설 및 요양병원 기관 수¹⁾

(단위: 개소)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
재가 서비스 기관 ²⁾	방문요양	4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073	10,077	11,072	11,662	12,335	15,305	15,412
	방문목욕	2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479	8,253	8,957	9,357	9,665	11,121	11,086
	방문간호	592	787	739	692	626	597	586	574	598	650	682	795	774
	주야간보호	790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688	2,018	2,410	2,795	3,211	4,179	4,587
	단기보호	694	1,368	199	234	257	368	322	299	267	218	179	162	148
	복지용구	720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599	1,700	1,823	1,892	1,920	1,975	1,941
	소계	6,618	11,931	11,228	10,857	10,729	11,056	11,672	12,917	14,211	15,073	15,970	19,410	33,948
요양 시설	노인요양 시설	1,379	1,695	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714	2,935	3,137	3,289	3,389	3,604	3,850
	노인요양 공동생활 가정	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157	2,150	2,050	2,015	1,931	1,939	1,913
	소계	1,700	2,629	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871	5,085	5,187	5,304	5,320	5,543	5,763
요양병원 ³⁾	690	777	867	988	1,103	1,232	1,337	1,372	1,428	1,529	1,560	1,577	1,582	

주: 1) 각 연도말 기준으로 지정운영되고 있는 기관 대상

2) 재가서비스기관의 합계는 급여종류별 중복 서비스 기관 수를 제외한 합계임

3) 연도말 자료(12월, 4분기)

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」, 각 년도; 국민건강보험공단, 「건강보험 통계」, 각 년도

요양필요도와 의료필요도가 낮은 경증 노인의 요양병원에서의 사회적 입원 현상은 본인부담금 환급이후 실제 본인부담금이 요양병원이 요양시설에 비해 낮다는 수요자 측면의 유인이 존재하고, 공급자 측면에서도 일당 정액수가제와 본인부담 상한제로 인한 도덕적 해이의 유인이 존재함에 따라 더욱 심화되어 가고 있다. 사회적 입원에 대한 공급측 유인을 최소화하기 위한 요양병원 수가체계 개편노력은 환자군 분류를 7개군에서 5개군으로 축소하고, 의료최고도와 고도에 대한 수가를 인상함과 동시에 일정기간 입원이 필요한 선택입원군을 신설하고 40%의 본인부담금을 부여하는 등 지속적으로 이루어지고 있으나, 지속적인 모니터링을 통해 수가체계 개편노력을 여러 방향으로 지속할 필요도 있다.

사회적 입원의 증가는 요양병원 선호현상에 기인하기도 한다. 앞서 1등급 노인의 시설 이용률이 지속적으로 감소하는 사실에서도 가늠하였듯이, 대체로 요양시설에 비해서는 요양병원 선호현상이 발생하고 있는 실정이다. 이는 요양시설의 환경과 서비스의 질이 개선의 여지가 많고, 요양시설의 의료서비스와의 연계도 부족하기 때문에 나타나는 현상이기도 하다. 요양시설의 2018년 정기평가결과 요양시설의 20.6%, 방문요양기관의 10%가 최하위 등급 평가(국회예산정책처, 2019)를 받는 것으로 나타나고있어 요양시설의 서비스 질 문제가 개선될 필요성이 있는 것으로 나타나고 있다. 요양시설의 공급에 있어서 민간의 역할을 배제할 수 없는 현실에서, 소규모 요양시설과 재가기관의 경우 대부분 개인사업자가 운영하고 있는데, 개인사업자 운영시설과 소규모 시설의 서비스 질 평가는 대체로 낮게 나타나고 있는 현실이다. 개인이 운영하는 요양시설의 25%가 최하위 등급의 평가를 받는 것으로 나타났고, 10인 미만 노인요양공동생활가정의 경우 31%, 10인~30인 미만 요양시설도 21.4%가 최하위 등급평가를 받고 있어 소규모 시설의 서비스 질이 개선될 필요가 있는 것으로 파악되고 있다. 재가서비스 기관의 경우도 소규모 기관일수록 평가결과가 좋지 않은데, 10인 미만 재가서비스 기관의 경우 최하위 등급비율이 23.7%로 나타나고 있다.

요양시설에 대한 평가체계는 최근들어 비교적 잘 구축되어 요양시설평가가 강화되고 있고 장기요양기관의 재무회계 규칙도입등 회계투명성을 강화하고 있으나, 요양시설 서비스 질 제고를 통한 효과성 강화를 위해서는 요양시설 지정요건을 보다 강화하고 평가결과와 실효성 있는 환류를 도모할 필요가 있다. 월 2회 방문하는 계약의사의 빈도수 의무화나 전문간호사 배치기준을 강화하고, 전문요양실 설치에 대한 인센티브를 마련하고 지역의료서비스와의 연계를 강화할 필요가 있다.

한편, 시설 이용 필요도가 낮은 경증 노인들의 경우는 재택이 굳이 시설입소나 병원입원이 불필요한 경우임에도 시설이용의 사례가 증가하고 있다. 요양시설급여 이용률을 살펴보면 1등급 판정자가 5.4%임에도 불구하고 시설급여 이용률은 32.08% (2016년)으로 나타나는 반면, 시설이용 필요도가 낮은 5등급 대상자의 약 5.4%, 4등급 대상자의 19.5%가 시설급여를 이용하는 것으로 나타나고 있다. 경증 노인들의 불필요한 시설이용의 증가는 재가급여 서비스의 불충분성과 시설의 낮은 본인부담금의 문제에 기인할 수 있다. 재가서비스 이용률은 (2016년) 방문요양서비스 이용이 45%, 복지용구 34%, 방문목욕 10%, 주야간보호 9%, 방문간호 1%, 단기보호 1%로 주로 방문요양서비스를 이용하는 것으로 나타나고 있다. 타인의 도움이 있는 경우 생활이 가능한 2등급~3등급 노인들의 경우 재가서비스의 필요도가 높으나, 현재 제공되는 3-4시간 단일 유형의 재가서비스로는 케어의 불충분성이 존재하며, 특히 독거노인이나 노인부부의 재가생활을 지원하는 것에는 서비스가 불충분한 것으로 조사되고 있다.

2019년부터 시행된 통합재가서비스는 방문통합형과 주야간보호통합형으로 분류하여 방문

요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호서비스 중 필요한 여러 가지 서비스를 추천받아 선택할 수 있도록 하고 있다. 2020년 기준 전국적으로 122개의 통합재가기관이 등록되는 등 통합재가서비스를 제공하는 기관의 수가 늘어나고 있는 있다. 그러나 소규모 민간시설에서 통합서비스를 제공할 유인이 부족한 한계가 있어, 통합재가서비스의 확대에 현실적 어려움도 존재한다. 우선적으로 지자체, 사회서비스원 등 공공부문 운영의 재가센터를 중심으로 하면서, 통합재가서비스 제공기관의 저변을 확대할 필요가 있다. 다른 한편으로는 여러 가지 이유로 재가서비스의 이용보다는 가족의 돌봄을 선호하는 수요자들을 위해 노인부부나 가족돌봄의 어려움을 경감시킬 수 있는 재정지원도 필요하고, 돌봄을 제공하는 배우자나 가족에 대한 기술적 정서적 교육제공 지원도 필요하다.

무엇보다 노인돌봄 및 의료서비스 지원부문 정책의 문제점은 노인장기요양보험을 근간으로 중앙정부, 건강보험, 지자체 및 보건소등 다양한 전달체계를 지닌 다양한 지원정책들이 중첩된 대상자와 유사한 기능을 가지고 수행되고 있다는 점이다. 지역사회내 보건소, 건강생활지원센터, 정신건강복지센터, 치매안심센터등 각 센터들이 일차의료서비스와 유사한 기능을 제공하면서 증가하고 있다. 한편, 노인장기요양보험 등급의 노인을 대상으로 노인맞춤돌봄서비스가 기초연금 수급자를 대상으로 확대되면서, 경증 노인들에 대한 방문 서비스 지원 기관도 확대되고 있다. 노인건강과 관련된 예방관리적인 측면에서는 일차의료와도 기능의 중복성이 보이는 것도 사실이다. 이러한 문제는 중증노인 대상의 요양시설과 요양병원이 재원 및 법령으로 분절되어 있고, 중경증 노인을 대상으로 한 장기요양보험의 재가서비스와, 노인맞춤돌봄서비스, 건강관리서비스등의 예방관리서비스가 부처 및 법령등으로 분절되어 있어 수요자 맞춤형 서비스 제공이 어렵다는 근본적인 문제에 기인하기도 한다. 소관부처, 운영기관, 법령, 관리시스템, 재원등이 각각 다른 서비스 기관들이 일부 중첩되어 양적으로 팽창하는 과정에서 정작 수요자에게 필요한 서비스를 제공받는 것은 어려운 비효율성이 발생하고 있다. 수요자 입장에서는 기존의 서비스에 더하여 무언가 새로운 서비스가 제공되는 것도 좋지만, 무엇보다 흩어져 있는 서비스 중 원스톱으로 필요한 서비스 자원에 대한 안내와 신청이 가능한 서비스 포인트가 필요한 부분이다.

2019년 시범사업이 실시된 지역사회통합돌봄사업은 지역의 실정에 맞게 노인의 욕구에 맞는 서비스를 연계하고 통합적으로 제공하는 서비스 제공 모형을 마련하고자 하는 목표하에 발족되었다. 지역사회통합돌봄은 노인 뿐 아니라 장애인, 정신질환자, 노숙인 자립을 포괄하는 모형이기는 하지만, 노인돌봄부문의 선도사업에 있어서 주된 대상자는 요양병원의 사회적 입원환자 또는 요양병원 입원 위험이 큰 재가 거주 노인으로서 이들이 시설이나 병원이 아닌 지역에서 살아갈 수 있도록 수요자의 욕구에 맞는 서비스를 연계하고 통합적으로 제공하고자 하는 것에 보다 최근 정책목표의 방점이 주어지고 있다. 요양병원 입원환자 중 지역사회복귀를 희망하는 노인을 대상으로 지자체가 중심이 되어 지원 가능한 서비스

등을 연계시켜주는 모형으로 요양병원 퇴원을 지원하고, 재가서비스나 일차의료, 방문진료, 노인돌봄서비스등의 서비스를 연계하여 지원하며, 나아가서는 빅데이터 기반의 건강관리 서비스까지를 제공하는 것으로 선도사업을 시행하고 있다. 이는 노인돌봄과 의료서비스 자원의 불충분성과 분절성을 해소하고자 하는 바람직한 시도라고 볼 수 있으나, 현재 지역내 노인돌봄과 의료서비스 부문의 자원만 하더라도 상당히 중첩되고 있어 효과성이 떨어지고 있기도 하기 때문에 이에 더하여 서비스 연계를 위한 새로운 조직과 센터가 만들어 질 경우 그 효과성의 담보가 어려울 수 있다. 지역내 공공의료 자원의 확충을 통한 노인건강관리 및 예방을 도모하고, 기존의 돌봄서비스와의 연계를 도모하는 것이 새로운 서비스의 신설보다 효과적일 수도 있다. 이러한 측면에서 지역자원 통합 연계를 위한 정보시스템의 구축이 우선될 필요도 있고, 지자체의 복지관등 기존 자원을 우선적으로 활용하여 서비스 연계 창구로 활용할 필요도 있다.1)

한편, 일부 대상자와 기능이 장기요양보험과 중첩되는 재정지원 센터들의 효과성이 낮은 것으로 나타나는 문제도 있다. 중첩적인 등급외 인정자등 경증 노인에 대한 돌봄서비스 제공을 목적으로 하는 노인맞춤돌봄서비스는 주로 단순안부확인을 하고 있고, 치매안심센터 또한 인지기능저하 검사등의 조기검사 기능에 치중되고 있고 상당히 중첩적인 서비스를 제공하고 있어서, 이들 센터들의 예방관리적 기능이 실효성 있게 작동하지 못하고 있다는 측면도 있기 때문이다. 치매안심센터의 경우도 치매환자 재가돌봄서비스 기능이 미흡하고 치매환자 가족에 대한 지원서비스도 부족하여 중증치매로의 이행을 예방관리하는 기능이 매우 미약한 것으로 알려져 있어, 오히려 치매전담형 장기요양기관의 확충, 치매전문병동의 서비스 제공 강화등에 보다 중점을 두는 것이 나은지에 대한 판단이 필요하다.

무엇보다 근본적으로 장기요양보험의 등급판정 과정에서 이용 가능한 자원들이 안내되고 연계되는 것이 지자체가 별도의 행정력을 가지고 대상자 파악과 자원을 연계하는 것보다 효율적일 수 있다는 점도 간과할 수 없는 측면이다. 등급판정의 주체가 건강보험공단인 상황에서 케어안내를 위한 별도의 지자체 행정력을 요구하는 것보다는, 등급판정 과정에서 지자체와의 협업하에 일련의 케어 매니지먼트가 이루어 질 필요성도 있다. 요양병원 사회적 입원의 최소화는 장기요양보험 판정시 요양병원 입원 필요도를 함께 판정하도록 하는 통합판정체계의 도입등을 통해서도 수행될 수 있다.2)

1) 한국판 뉴딜 2.0모형에서는 지역사회통합돌봄 선도사업 실시후 추진모형을 마련하는 방안이 포함되어 있다.
2) 제3차 인구정책 TF에서도 고령층의 돌봄, 요양, 의료 필요도에 따른 맞춤형 서비스를 제공하고 현행의 분절적 전달체계의 문제점을 극복하기 위해 통합판정체계를 도입하고 서비스 간 연계를 도모하는 방안이 마련되고 있다. 2021년 10월부터 장기요양신청 노인들을 대상으로 통합판정체계 모의 적용을 추진하는 것으로 계획되어 있다.

〈표 1-8〉 노인돌봄사업 관련 센터 및 기관현황(2021년 기준)

(단위: 개)

기관명	역할 및 기능	개소
중앙치매센터	치매 정보와 치매지원서비스에서 소외되는 사람이 없도록 대국민 치매서비스 지원 인프라를 구축해 운영하며, 치매안심통합관리시스템을 구축해 광역치매센터, 치매안심센터를 통한 개인별 맞춤 서비스 제공과 서비스 품질향상을 지원	1
광역치매센터	중앙치매센터와 유기적인 협조체계를 구축하여 치매와 관련한 지역 중심기관으로서의 역할 수행하며, 광역 및 기초자치단체의 치매관련 대책 수립, 조사 및 교육훈련 등의 지원 사업에 적극 참여	17
치매안심센터	치매 관련 통합(원스톱) 서비스를 제공하는 지역사회 핵심기관으로, 치매 관련 상담 및 등록관리, 치매조기검진 및 예방관리, 치매환자쉼터 운영(인지자극 프로그램 제공), 치매가족 지원사업(돌봄부담 분석 및 가족 상담), 치매인식개선 및 교육·홍보사업 등	256
독거노인종합 지원센터 (중앙노인돌봄 지원기관)	취약노인에게 종합적인 서비스 제공을 통해 취약노인을 보호하고 자립을 지원하는 등 취약노인의 안정적인 노후생활을 지원하며, 복지부로부터 위탁받아 노인맞춤돌봄서비스 수행기관을 관리함	1
노인맞춤돌봄 서비스 수행기관	노인맞춤돌봄서비스(안전지원서비스, 사회참여서비스, 생활교육서비스, 일상생활지원서비스, 연계서비스, 특화서비스 등) 제공	645
방문건강관리	전국 256개 보건소 전체가 참여	256
지역사회통합 돌봄전담부서	16개 모든 선도사업 지자체에서 전담부서(15개 시군구 본청, 화성시 보건소) 설치	16
통합돌봄창구	지자체 당 평균 23개(총 368개소) 통합돌봄창구를 설치해 통합돌봄서비스 정보제공, 상담, 욕구사정 담당	368
국고지원 양로시설	국고지원 65세 이상의 무의탁 노인들이 거주하는 양로시설	94
장기요양요원 지원센터	장기요양요원 고충 해소 기능을 위한 전문 창구	6
사회서비스 중앙지원단	초고령사회 대비, 17개 시도에 균질화된 사회서비스와 공공성을 강화하여 필요한 욕구에 기반한 질 높은 서비스를 제공할 수 있도록 정책 지원, 시범사업 관리, 운영기준 마련, 성과분석 제도 설계 및 운영, 연구 및 교육	1
시도 사회서비스원	「지방출자출연법」에 따라 시·도지사가 설립하는 공익법인으로, 국가 및 지자체가 설치·운영하는 사회복지시설수탁·운영, 종합재가센터 설치·운영, 민간기관 사회서비스 품질향상 지원, 기타(긴급돌봄, 정부위탁, 장기요양서비스 대상자 이동지원)	141)
종합재가센터	노인돌봄 사회서비스 제공기관	31

〈표 1-8〉의 계속

(단위: 개)

기관명	역할 및 기능	개소
데이케어센터	노인돌봄 사회서비스 제공기관	2
국공립요양원	노인돌봄 사회서비스 제공기관	1
건강생활지원센터	주민 참여와 지역자원 협력을 통해 주민들의 건강한 생활을 관리하고 지원하는 소생활권 중심의 건강증진 기능 특화 지역보건의료기관	78
광역 정신건강 복지센터	지역사회 내 정신질환자의 등록관리, 사례관리, 주간재활(Day care), 교육·훈련, 타 기관 연계 등 정신질환자 관리, 재활사업 추진 및 지역 주민의 정신건강, 자살예방 등 지역사회 정신건강 증진사업 수행	16
기초 정신건강 복지센터	지역사회 내 정신질환자의 등록관리, 사례관리, 주간재활(Day care), 교육·훈련, 타 기관 연계 등 정신질환자 관리, 재활사업 추진 및 지역 주민의 정신건강, 자살예방 등 지역사회 정신건강 증진사업 수행	244
서울케어-건강 돌봄서비스	마을의사를 포함한 건강돌봄팀이 가정을 방문해 건강 평가, 의료 기관 및 전문 센터 연계, 복지 서비스 연계, 만성질환 관리, 복약 지도 및 영양·재활 서비스를 3개월간 제공. 재평가 후 지역과 생활 복귀 또는 재돌봄(추가 3개월) 제공, 퇴원 환자 지역 안착 지원 및 모니터링 실시	10
서울케어-재택 의료 서비스	각 자치구 의사회와 보건소가 협력해 의사가 거동이 불편한 환자 집을 방문해 외과적 처치를 해주는 ‘찾아가는 의료 서비스’로 서울시내 15개 자치구에서 실시	15
서울시 돌봄SOS센터	일시제가, 단기시설, 동행지원, 주거편의, 식사지원 등 돌봄과 관련된 다양한 어려움에 도움을 제공하며, 특히 갑작스러운 일시적 위기의 상황에 대응한 서비스 제공에 초점. 서울시내 25개 전자치구에서 실시	25

주: 1) 2019년 4개소(서울, 대구, 경기, 경남) → 2020년 +7개소(인천, 광주, 대전, 세종, 강원, 충남, 전남) → 2021년 7월 +3개소(울산, 전북, 제주) → 2022년 +3개소(부산, 충북, 경북)로 전국 지자체 운영 예정
 자료: 보건복지부 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 3., http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=365613; http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=4&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351987; 각 사회서비스원 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 3.; 대한민국 정책브리핑 홈페이지, 검색일자: 2021. 6. 4., <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>; 한국건강증진개발원 홈페이지, 검색일자: 2021. 9. 6., <https://www.khealth.or.kr/board?menuId=MENU01060&siteId=null->; 서울복지포털 홈페이지, 검색일자: 2021. 9. 6., <https://wis.seoul.go.kr/hope/center/guide.do>

제3절 노인 돌봄·의료서비스 부문 중점 투자방향

인구고령화의 가속화와 노인가구의 증가는 노인돌봄 및 의료서비스 부문 재정지원의 확대를 필요로 하고 있다. 초고령사회를 대비한 노인 돌봄과 의료서비스 확충의 과제는 노인 장기요양보험을 근간으로 하여 각종 돌봄서비스 자원 및 지자체 자원들을 통합·연계하고,

수요자 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 시스템을 정비하며, 돌봄과 의료 필요도에 따른 서비스 지원이 적재적소에 이루어 질 수 있도록 제도의 개선과 서비스 강화를 꾀하는 것이다. 노인장기요양보험을 근간으로 경증 노인들에 대한 돌봄서비스와 예방 및 건강관리서비스, 노인맞춤돌봄서비스등과 지역자원의 효과적 활용을 위하여 노인돌봄 및 의료서비스 부문 재정투자의 우선순위를 설정하고 제도개선과 함께 필요한 부분에 대한 재정지원의 확충이 이루어질 필요가 있다. 무엇보다 노인돌봄부문 재정지원에 있어서는 분절된 서비스 전달체계를 연계하고 수요자가 제공받을 수 있는 서비스와 센터를 연계할 수 있는 정보시스템의 구축과 인프라 구축 등 노인돌봄과 의료서비스의 통합적 거버넌스 구축에 재정투자의 우선순위가 있다고 보여진다. 공통된 기준으로 요양과 의료필요도를 통합적으로 판정하는 체계 구축을 통하여 제도간 분절성을 극복하여 서비스의 최적 배분을 유도할 필요가 있다. 통합판정체계 구축을 위하여 장기요양보험의 등급판정시에 요양병원입소의 필요도를 함께 판정하고, 각종 지역자원과 돌봄서비스를 연계하여 판정과 동시에 서비스 신청도 지원할 수 있도록 시스템을 개선할 필요가 있다. 제3차 인구정책 TF에서도 통합판정체계의 도입과 서비스간 연계가 논의된 바 있다. 우선적으로 장기요양보험 등급판정과정에서부터 지자체등과의 협업과 정보의 연계를 위한 단계적 판정 시스템 및 정보연계 시스템 구축이 필요하다.

다음으로 고의료 및 고요양 필요도가 있는 중증노인이 필요한 서비스를 효과적으로 제공받을 수 있도록 지원하는 것에 재정투자의 우선순위가 주어진다고 판단된다. 노쇠의 진행이 심각하여 재가가 어려운 노인이나 의료와 돌봄의 필요도가 높아 시설입소나 입원이 불가피한 노인들의 시설과 요양병원이용의 효과성과 효율성을 제고하는 동시에, 시설과 요양병원의 서비스 질이 담보될 필요가 있다. 요양시설의 서비스 질을 제고하고 1인실 중심의 향상된 요양시설에 대한 수요를 충족시킬 수 있도록 본인부담금의 소득별 차등화등을 통한 향상된 요양시설 제공이 가능하도록 하는 방안을 검토할 수 있다. 또한 요양기관에 대한 평가체계를 강화하여 진입과 퇴출에 대한 기제를 실효성있게 가져갈 수 있도록 평가 환류체계를 강화할 필요도 있다. 요양시설의 의료서비스 연계강화를 통해 요양병원으로의 수요이동을 줄이는 것도 필요하다. 요양시설의 계약의사 및 간호전문인력 배치기준 강화, 전문요양실 설치등 요양시설의 의료서비스 강화의 필요성도 있다.

비교적 경증노인의 돌봄수요 충족을 위하여서는 재가서비스 이용 효과성 제고와 지역돌봄자원 및 의료서비스와의 연계 강화가 필요하다. 비교적 경증인 노인의 건강관리와 돌봄수요 충족은 중증으로의 이행을 지연할 수 있게 한다. 노인맞춤돌봄센터, 치매안심서비스, 방문건강관리서비스등 지역돌봄자원의 통합적 연계를 통해 중증으로의 진입을 예방관리하는 시스템을 우선적으로 확충하는 것이 필요하며, 무엇보다 지역돌봄자원 및 의료서비스와의 연계 강화가 필요하다. 재가서비스의 효과성 제고를 위하여서는 통합재가서비스 제공기관의 저변확대를 유도하고, 재택의료 강화등을 통해 자택내에서 필요한 돌봄서비스와 의료

서비스를 원활히 이용할 수 있도록 유도할 필요가 있다. 재가서비스의 불충분성 해소를 위해 우선적으로 사회서비스원등 기존의 공공 서비스 기관을 중심으로 통합재가서비스를 제공하도록 저변을 확대하고, 신규 서비스 기관 지정은 통합재가서비스를 제공할 수 있는 복합 서비스 기관을 중심으로 지정하는 등 통합재가서비스 제공기관의 저변을 확대할 필요가 있다. 한국판 뉴딜 2.0에서는 공립요양시설을 확충하고 통합재가서비스를 도입하는 방안 및 전국 시도 사회서비스원 설립방안, 돌봄로봇 등을 통한 스마트 돌봄 인프라 구축과 건강관리 서비스 활성화 등이 포함된 바 있다. 공립요양시설의 확충에 앞서 사회서비스원과 현행 공립시설의 통합재가서비스 제공을 활성화 하고, 지정 및 재지정제 강화와 평가환류체계의 강화를 통한 서비스 질 개선을 유도할 필요가 있다. 다양한 서비스 욕구해소를 위해서는 재가서비스에 대한 소득계층별 본인부담금 부과체계 개편과 본인부담금 인상도 고려할 필요가 있다. 이는 경증노인의 불필요한 시설이용을 해소할 수도 있으므로 1~2등급 중증노인에 대하여서는 재가급여 본인부담을 시설급여 본인부담과 동일한 수준으로 상향하는 방안도 고려할 필요가 있다. 한편 경증 재가노인의 의료필요도 해소를 위해 방문진료 수가 시범사업을 활성화 하여 재택의료서비스가 용이할 수 있도록 유도할 필요도 있다.³⁾

또한, 현재 요양병원과 요양시설 간 기능 및 대상자가 일부 중복되는 점을 고려하여 요양병원의 기능을 회복·재활 및 의료행위 중심으로 정립할 필요가 있다. 경증환자의 요양병원 장기 입원을 제한하기 위한 수가체계 개편 등을 지속 추진해 나가는 한편, 요양병원 서비스 질을 향상시키기 위한 수가체계 정비 방안이 필요하다.

3) 제3기 인구정책 TF에서는 방문진료 수가 시범사업 활성화, 의원 보건소등의 재택의료 전담팀이 고령자를 직접 방문하여 주기적으로 의료와 돌봄서비스를 제공하는 재택의료센터(가칭)의 도입, ICT 활용 의료 취약지의 의사 및 의료인간 협진 활성화 방안을 논의과제로 삼고 있다.

제2장

초고령사회 대응한 노인돌봄체계 개편방안4)

전통적으로 노인돌봄은 가족에서 수행하는 일로 여겨졌지만 여성의 경제활동 참여와 노인 부양의식 약화 등으로 인해 국가가 개입해서 ‘돌봄의 사회화(Socialization of care)’를 통해서 제공하고 있다. 노인의 욕구는 일상생활을 지원하는 사회적 돌봄(social care)의 서비스 뿐만 아니라 보건의료와 주거, 여가 등으로 다양하다. 노인을 위한 다양한 돌봄서비스가 점차적으로 제도화되어서 제공되고 있으며 특히 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스 등을 통해 노인의 일상생활을 지원하는 사회적 돌봄(social care)이 제공되고 있다.

정부가 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어)을 국정과제로 도입하면서 노인이 집과 지역사회에서 건강하게 생활해서 최대한 시설에 입소하는 시기를 늦추는 것이 중요한 정책적 과제로 등장하고 있다(보건복지부, 2020). 특히 재가와 지역사회에서 이용할 다양한 서비스가 개발되어서 노인이 시설에 입소하지 않고 건강하게 생활하도록 지원하는 것의 필요성이 대두되고 있다.

노인돌봄의 대표적인 제도인 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스는 주로 사회적 돌봄 중심으로 제공되면서 재가에서 이용할 보건의료서비스가 부족하고 서로 연계되지 않고 파편적으로 제공되고 있다. 이는 노인 욕구 충족에 미흡한 원인으로 작용하고 있다. 특히, ‘돌봄의 연속성(continuum of care)’ 측면에서 노인의 욕구 변화에 따라 적절한 노인 돌봄 시스템을 구축하는 것이 중요한 과제로 대두되고 있다(전용호, 2018). 장기요양이 필요한 노인은 기본적으로 재가의 보건의료서비스가 충분히 제공되어야 하는데 의사의 방문진료와 작업치료사의 방문재활 등이 제공되지 않고, 방문간호서비스도 급격히 축소되었다.

초고령사회는 이미 정해진 미래이고, 피할 수 없는 위기이다. 초고령사회가 초래하는 위기도 주로 연금문제를 중심으로 제기되어 왔다. 초고령사회에 대응한 의료체계와 돌봄체계의 전면적 정비 필요성에 대한 논의는 상대적으로 소홀히 다루어져 왔다.

장기요양보험 지출은 2021년 약 11조원 수준이지만, 최근 가장 높은 급여지출 증가율을

4) 이 장은 다음의 선행연구를 기반으로 작성하였음을 밝혀둔다.

석재은·김용하·문병걸·서동민·장숙량(2020), 「재정사업심층평가: 노인의료지원사업군」, 기획재정부, 한림대학교산학협력단; 석재은·김용하·남현주·최선희(2020), 「초고령사회 대비한 장기요양제도 발전방향 연구」, 보건복지부, 한림대학교산학협력단; 석재은·김형용·전용호·이기주·최선희(2018), 「노인돌봄종합서비스 개편방안 연구」, 보건복지부, 한림대학교산학협력단; 오영민·석재은 등(미발간), 「2021년도 통합돌봄사업 타당성조사 보고서」; 석재은(2021), 「초고령사회 노인돌봄체계 개편방안」, 한국노년학회 춘계학술대회 발표자료

보이는 사회보장제도이고, 향후 더욱 가파른 지출증가가 이루어질 전망이다. 현재는 GDP 대비 0.54% 지출수준을 보이지만, 서비스 질적 발전을 제외한 인구증가분만 반영하는 경우에도 2060년에는 GDP 대비 4% 수준으로 높아질 것으로 전망되고 있다. 요양병원까지 합하면 GDP 대비 6% 수준으로 높아질 것으로 전망된다(김용하, 2020).

초고령사회는 노인돌봄체계에 어떠한 도전적 과제를 던지는가? 첫째, 현행 노인돌봄체계는 양적으로 급증하고 질적으로 높아지는 사회적 돌봄수요에 적절히 대응할 수 있는 역량과 체계를 갖추고 있는가? 둘째, 현행 사회적 돌봄체계는 Aging in Place, Aging in Community를 촉진하며 인간의 개별성과 삶의 주도성을 존중하는 존엄성(Dignity)을 보장하는 돌봄체계로 적합한 체계를 구축하고 있는가? 셋째, 현행 사회적돌봄체계는 사회적 돌봄수요에 효과적으로 대응하면서도 비용효율적인 지속가능한 사회적돌봄체계를 구축하고 있는가? 넷째, 현행 사회적 돌봄체계는 사람중심의 개별성 존중과 사회적 공공성을 조화하는데 적합한 사회적 돌봄체계를 구축하고 있는가?

본 연구의 목적은 노인돌봄의 연속성 측면에서 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스를 중심으로 현재 돌봄 시스템의 부적합성으로 인한 미충족 욕구와 자원의 비효율적인 사용의 문제점을 점검하고, 이를 해결하기 위한 개선 방안을 모색하는데 있다. 지역사회 통합돌봄의 도입으로 보건의료와 요양, 복지 연계가 중요한 과제로 대두되는 정책적 상황을 고려할 것이다. 특히 다음 사항에 대한 문제점을 세부적으로 제시하고 개선방안을 모색하고자 한다. 첫째, 등급외자 노인을 위한 예방형 돌봄시스템이 체계적으로 구축되지 않고 보건의료와 복지가 파편적으로 운영되어 대상자의 욕구 미충족과 대상자의 중복과 예산 낭비가 발생하고 있다. 둘째, 경증과 중증의 노인을 위한 재가서비스가 미흡해서 욕구 충족에 미흡해서 시설 입소를 촉진시키고 이는 비용의 부담이 되고 있다. 셋째, 최중증 노인을 위한 요양원과 요양병원의 역할 정리의 미흡으로 급격한 의료 비용의 증가로 예산의 큰 부담이 되고 있다. 넷째, 국민건강보험공단의 역할과 기능의 미흡성에 대해 제시하고자 한다.

본 연구는 ‘이용자 중심주의(user-centeredness)’에 입각해서 노인의 보건의료와 복지 등의 포괄적인 욕구를 충족시키기 위해서 보건의료와 복지의 다양한 서비스가 함께 제공되고 전달체계가 상호 연계되어야 하는 것을 가정으로 하고 있다. 노인 돌봄은 크게 사회적 돌봄의 영역인 노인장기요양보험과 등급외자를 위한 노인맞춤돌봄서비스로 구성된다. 본 연구의 노인 돌봄과 연관된 주요한 보건의료 서비스는 보건소의 방문건강관리서비스, 치매안심센터, 정신건강복지센터, 요양병원 등으로 범위를 제한한다.

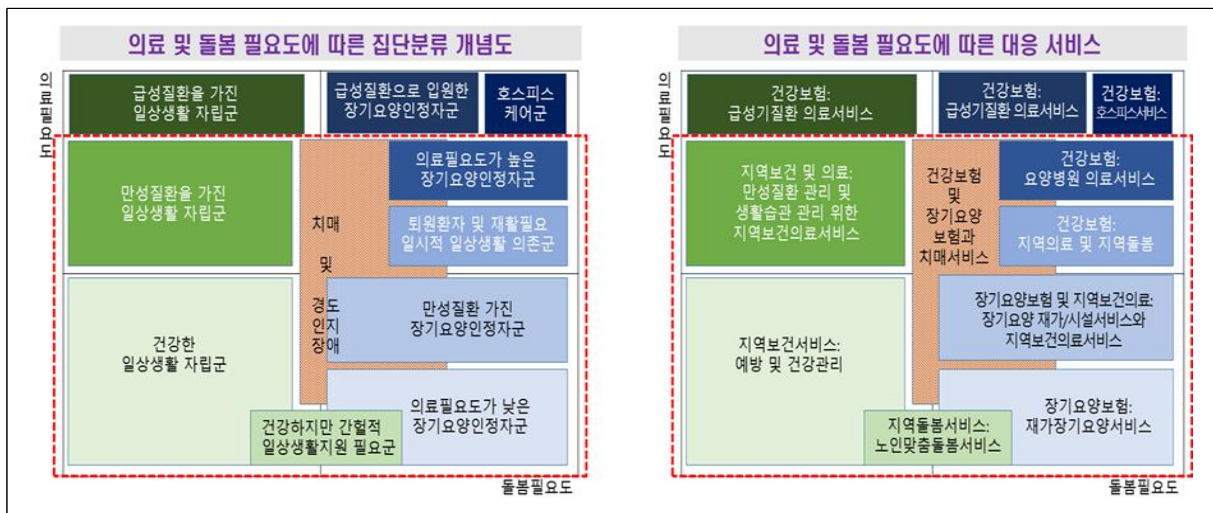
노인장기요양보험은 장기요양 등급을 받은 대상자에게 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호와 같은 재가급여와 요양원과 같은 시설급여로 구성된다. 장기요양보험제도는 보편적인 제도로 소득에 관계없이 노인성 질환의 욕구를 가진 대상자가 이용 가능하다. 노인맞춤돌봄서비스는 등급외자 노인의 일반대상자에게 기본적인 안부확인 서비

스를 제공하고, 중점대상자에게 가사수발과 같은 직접적인 대인서비스를 제공한다. 기초연금 수급자에게 제공되므로 상위 30% 대상자는 이용이 제한된다. 노인돌봄과 연관된 보건소의 방문건강관리사업은 건강관리서비스 이용 및 접근이 어려워면서, 건강관리가 필요한 지역사회 주민을 대상으로 간호사, 영양사, 물리치료사 등 전문 인력이 가정 등을 방문하여 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스 제공, 보건소 내·외 자원 연계 등을 실시하는 건강관리서비스이다. 치매안심센터는 전국의 시군구에 설치되어 있으며 노인의 치매 검사를 중심으로 사업을 시행하고 있다.

제1절 현행 사회적 돌봄체계 및 문제점

현행 노인돌봄 관련 주요 사회적 돌봄제도로 노인장기요양보험, 치매관리체계 구축, 노인맞춤돌봄서비스, 방문관리사업, 지역사회통합돌봄선도사업등이 있으며, 요양병원 진료비까지 합하면 노인돌봄부문 주요 사회적 돌봄체계에 2021년 기준 총 18조 4천억원 정도를 지출하고 있다. 노인장기요양보험이 가장 비중이 큰 제도로, 11조를 지출하고 전체 노인돌봄 사회적지출의 58.9%를 차지하고 있다. 요양병원은 당초 목적이 노인요양이라고 할 수는 없으나 실질적으로 노인요양의 한 축을 담당하고 있으며, 6조 8천억원으로 지출 비중도 37.0%를 차지하고 있다. 치매관리체계 구축이 약 2천억원, 노인맞춤돌봄서비스 4,200억원, 방문건강관리사업 410억원, 지역사회통합돌봄선도사업 182억원을 지출하고 있다. 돌봄필요도 및 의료필요도에 따른 대상집단별로 다양한 주체, 다양한 제도에 의해 사회적 돌봄이 이루어지고 있으나, 포괄성, 충분성, 효율성, 효과성 측면에서 재편이 필요한 상황이다.

[그림 2-1] 의료 및 돌봄 필요도별 집단유형과 대응 서비스



자료: 석재은(2020)

가. 불충분한 지역사회돌봄체계

지역사회에서 적절한 돌봄을 받을 수 없어 Aging in Place, Aging in Community를 보장받지 못하고 시설입소 및 요양병원 입원으로 내몰리게 되는 경우가 빈번하다. 지역사회에 적절한 돌봄을 받을 수 있도록 지원하는 총괄적 지원체계(coordination system)가 부재하다. 또한 지역사회에서 이용가능한 노인 건강 및 돌봄 서비스는 종류가 제한적이고 불충분하며, 제도의 분절로 제도 간 서비스 사각지대가 존재하고, 공급자의 서비스 제공행태 경직성 등 등 문제로 결과적으로 가족의 돌봄부담 과중으로 인해 시설입소 및 요양병원 입원으로 내몰린다.

첫째, 장기요양 재가급여의 불충분성이 시설입소 유인이 된다. 동일한 등급의 장기요양 인정을 받은 경우에도 시설급여와 재가급여의 선택에 따라 시설급여와 재가급여 간에 이용할 수 있는 급여범위, 급여일수 및 급여시간 등 급여수준에서 시설급여 선택이 유리한 격차가 존재하여 시설입소 유인으로 작용한다. 시설급여와 재가급여 지원 수준의 격차는 시설급여의 유인효과를 발휘한다. 2020년 기준 1~3등급의 시설급여 월급여액은 184.7~215.9만원인데 비해 재가급여 월한도액은 127.6~149.8만원 수준이다. 시설급여액이 재가급여액보다 월 57.1만원에서 66.1만원 높고, 배율로 보면 시설급여액이 재가급여액보다 1.44배~1.50배 높다. 또한 재가급여 방문요양서비스의 경우 대부분 획일적으로 1일 1회 3시간 서비스 제공에 그치는 데 비하여, 시설급여의 경우 24시간 케어와 생활지원을 보장받기 때문이다. 이러한 재가급여와 시설급여 간 보장 수준의 간극은 개별성이 존중되지 않고 자기주도적 삶의 결정권이 존중되기 어려워 삶의 질이 낮음에도 불구하고 고비용의 요양시설 또는 요양병원 선택을 부추기게 된다.

〈표 2-1〉 장기요양 재가급여와 시설급여 격차

등급	재가급여(A) (월 한도액)	시설급여(B) ¹⁾		시설급여(B)- 재가급여(A)		시설급여(B)/ 재가급여(A)	
		노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정
1등급	1,498,300	2,159,279	1,892,829	660,979	394,529	144.1	126.3
2등급	1,331,800	2,003,546	1,756,563	671,746	424,763	150.4	131.9
3등급	1,276,300	1,847,508	1,619,079	571,208	342,779	144.8	126.9
4등급	1,173,200	1,847,508	1,619,079	674,308	445,879	157.5	138.0
5등급	1,007,200	1,847,508	1,619,079	840,308	611,879	183.4	160.8

자료: 석재은(2020)

또한 중증, 독거 등의 경우 현행 공식적인 사회적 돌봄으로는 충분치 않아 불가피하게 요양시설이나 요양병원으로의 입소를 선택하도록 내몰리게 된다. 중증도 돌봄이 필요한 장기요양인정자의 경우 시설서비스에 준하는 고도의(intensive) 충분하고 다양한 서비스의 맞춤형 제공방식(1일 다회 방문, 야간서비스, 간헐적 단기보호 등)이 필요하다.

둘째, 장기요양 재가급여의 경직성 역시 시설입소 유인이 된다. 공급자 중심으로 경직적으로 운영되는 서비스 제공행태에 근본적인 변화가 필요하다. 장기요양 재가수급자는 월한도액 내에서 ‘방문요양, 방문간호, 주야간보호’ 등 서비스를 혼합하여 이용할 수 있으나 실제로는 기관 경영정책상 82%의 수급자가 한가지 서비스만 사용하고 있다. 특히 방문요양 위주로 이용하는 경우가 많다. 재가수급자가 하나의 서비스만 이용하는 비율은 방문요양 65%, 주야간보호 15%이다.

셋째, 제도 간 분절로 돌봄의 사각지대 발생과 비효과적 대응체계로 귀결하고 있다. 지역사회에서 퇴원환자 및 만성질환자에 대한 관리가 적절히 되지 못하는 상황에서 건강보험의 의료보장성 강화정책은 입원의료의 이용 증가로 귀결된다. 장기요양보험 수급권을 갖지 못하였으나 긴급돌봄서비스가 필요한 퇴원환자 및 재환환자, 그리고 간헐적으로 일상생활 지원이 필요한 고령자 및 독거노인의 경우에 지역사회생활(Aging in Place)을 위해 필요한 서비스를 제 때 적절히 이용할 수 없어 불가피하게 요양시설 또는 요양병원 선택으로 내몰리거나 또는 보호의 사각지대에서 방치된다.

또한 돌봄에 대한 다양한 서비스 연계 및 결합이 미흡하다. 방문진료 등 장기요양인정자에 대한 의료서비스 연계 및 효과적 결합 미흡으로 요양병원으로의 이동을 선택하는 경우가 많다. 지역의 일차의료체계 및 건강관리체계가 적절히 작동하지 않아 노쇠, 만성질환 관리 및 예방관리 체계가 미흡하다. 돌봄친화적 주거환경 개선, 서비스지원 독립주거, ICT, IoT 기술 결합된 돌봄주거 조성 등 돌봄친화 주거정책 지원이 필요하다.

넷째, 돌봄에 대한 총괄적 조정체계 부재도 시설입소를 촉진할 수 있다. 돌봄수요자 입장에서 사회적 돌봄을 요청하고 상담할 수 있는 총괄조정체계 부재로 돌봄가족의 부담이 과중할 뿐만 아니라 사회적으로 부적절한 돌봄자원 활용이 빈번히 이루어진다. 가족돌봄의 부담이 여전히 과중하여, 요양기간 장기화시 가족 동거가 시설입소 및 병원입원에 더 유의미한 촉진요인으로 작용하는 경향이 있다(석재은,이기주, 2017). 특히 당사자 노인의 자기결정권, 자기주도성이 배제되고, 주로 가족의 결정으로 시설과 병원 입소가 결정되는 경우가 많다.

나. 장기요양시설 이용체계/자원배분체계 재편 및 서비스의 질적 개선 필요

중증, 중증치매 등 시설서비스가 더 적합하다고 평가된 장기요양대상자에 대해서만 사회적 자원으로 시설서비스를 지원받을 수 있도록 하는 등의 서비스 이용체계 및 사회적 돌

봄자원의 할당체계의 합리적 재편이 필요하다.

또한 장기요양시설 서비스 환경의 개선이 필요하다. 인력배치 기준을 실제 적정 서비스 질 유지가능 수준으로 현실화하는 것이 필요하다. 현재 2.5인당 1인 구조는 근로기준법상 휴일과 근무시간을 준수하려면 활동이 집중되는 낮, 밤 모두 서비스 인력이 절대적으로 부족하다. 4인 1실의 표준공간 기준은 COVID-19 Pandemic 겪는 과정에서 확인했지만 감염에도 취약하고, 인간의 존엄성 보장을 위해 절대적으로 필요한 사적 공간 확보 측면에서 개선이 필요하다. 개별성, 자기결정권이 반영될 수 있는 맞춤형 지원이 가능한 서비스 체계가 필요하다. 또한 가정과 같은 Unit Care 구조로의 시설구조 변경이 필요한데, 이 때 필요인력 수는 더 많아지고, 더 높은 비용을 필요로 한다.

시설환경의 혁신적인 질적 개선과 다양한 욕구에 대응하기 위해서는 장기요양서비스와 주거정책 차원에서 구분하는 것이 필요하며, 동시에 공적 책임과 사적 책임의 차원에서 구분하여 접근하는 것이 필요하다.

서비스 인력배치 및 맞춤 서비스는 장기요양서비스 차원에서 접근하고, 거주환경은 주거정책 차원에서 접근하는 것이 적절하다. 장기요양서비스는 기본적으로 공적 책임으로 대응하고, 주거보장은 기본적으로 사적 책임으로 대응하는 것이 적절하다.

다. 치매국가책임제의 정책방향 및 재정투자 방향에 대한 점검 필요

치매와 장기요양대상자가 완전히 중복되는 상황에서 치매 및 장기요양 서비스전달체계 간 역할분담 적절성에 대한 점검이 필요하다. 치매안심센터 256개소(1개소당 다학제 인력 25명 정원, 평균 20명 배치), 중앙치매센터(1개소), 광역치매센터(17개소) 및 치매상담콜센터(1개소) 운영, 공립요양병원(79개소), 치매전문요양병원으로 기능보강 등이 투입되었다. 사업추진체계는(보건복지부 → 광역지자체(광역치매센터, 시·도립 공립요양병원) → 기초지자체(치매안심센터, 공립요양병원), 보건복지부 → 민간보조사업자(중앙치매센터, 치매상담콜센터 등))로 이루어지고 있다. 치매안심센터의 역할을 치매진단 기능에 집중하던 것에서 직접적 서비스제공기관 및 사례관리 기관으로 기능을 확대 조정할 필요 있다.

장기요양인정등급에 경증치매5등급, 인지지원등급 등 경증치매 포함하여 치매환자가 장기요양인정자의 부분집합으로 포괄되어 있으나, 치매전달체계는 별도로 구축되어 있어 분절성이 발생하고 있다. 장기요양보험에서 치매 환자에 특화된 등급인 5등급(경증치매등급)과 인지지원등급을 장기요양보험에서 포괄하는 것이 적절한 것인가에 대한 점검이 필요하다. 특히 경증치매의 경우 지역사회 중심 치매정책이 바람직하다는 관점에서 현행 치매정책 방향 및 재정투자 방향에 대한 점검이 필요하다.

라. 분절적인 예방형 시스템의 문제점

노인장기요양보험의 등급외자를 위한 서비스를 예방형 서비스로 임의적으로 규정하고자 한다. 예방형 서비스의 목적은 노인의 잔존기능 활용과 만성질환의 체계적인 관리와 식생활습관의 개선 등을 통해서 장기요양의 진입을 최대한 늦추는 것이다. 그러나 우리나라의 대표적인 등급외자 노인돌봄서비스인 노인맞춤돌봄서비스와 보건영역의 여러 사업들은 다음과 같은 한계가 있다.

첫째, 복지영역의 노인맞춤돌봄서비스는 하위 70%의 노인에게만 서비스를 제공하고, 대부분의 노인에게 ‘단순 안부확인’을 하는데 그치고 있다. 노인맞춤돌봄서비스는 하위 70%의 노인에게만 제공되어서 상위 30%의 노인은 서비스를 이용할 수 없다. 이전에 등급외자를 위한 서비스가 저소득층을 중심 제공에서 대상자가 확대되었지만 여전히 보편적인 제도로서는 미흡하다. 상위 30%의 노인들도 지역에서 제공되는 돌봄서비스를 이용해서 기능의 악화로 인한 비싼 비용의 노인장기요양보험에 진입하는 것을 최대한 늦춰야 한다. 상위 30%의 노인은 장기요양보험을 이용할 정도로 기능상태의 심각한 저하가 발생해야 비로소 공식적인 노인돌봄서비스에 대상자가 되는 것으로 조기에 공적인 개입을 통해서 체계적으로 기능 저하를 관리하는 것이 요구된다.

노인맞춤돌봄서비스는 중점대상자와 일반대상자로 구분된다. 중점대상자는 주로 등급외 a, b의 장기요양보험 진입 직전의 대상자에게 생활지원사가 방문해서 가사수발과 신체수발 등의 직접 대인서비스를 제공한다. 일반대상자는 대인서비스는 제공하지 않고 노인의 고독사와 생활 안전 등의 안부확인을 한다. 그러나, 현장에서는 생활지원사들의 대인서비스에 대한 거부감과 업무 부담 등을 이유로 해서 대다수가 단순 안부 확인을 하는데 그치고 있다(이민홍 외, 2020). 이는 노인맞춤돌봄서비스를 도입하면서 기대한 대상자 맞춤형의 다양한 보건의료와 사회적 돌봄 서비스를 제공하겠다는 당초 취지에 크게 미치지 못하는 것으로 볼 수 있다.

단순한 안부 중심의 서비스는 사회적 돌봄의 신체수발과 가사수발 뿐만 아니라 노인의 여가와 사회참여 등의 적극적인 활동을 유도하려는 것에도 미흡하다. 물론 여기에는 갑작스러운 코로나19로 인해 재가 방문을 통한 대면서비스 제공과 집단프로그램을 운영하기 어려운 현실적인 요인도 작용한 것으로 보인다. 이같은 결과의 원인에는 보건복지부가 노인맞춤돌봄서비스가 과거의 노인돌봄기본서비스와 같은 단순 안부 서비스로 회귀하려는 것에 대한 인식을 바탕으로 적극적인 서비스의 개발과 제공을 견인하지 못하기 때문일 것이다. 특히, 장기요양보험의 진입 직전의 중점대상자의 수를 전체 서비스 이용 노인의 20%로 제시했던 가이드라인을 폐지하면서 중점대상자에 대한 서비스의 급격한 감소와 단순 안부 확인 중심으로 서비스가 제공되고 있다.

둘째, 보건소에서는 간호사가 방문건강관리서비스를 제공하지만 주로 기초생활보호대상

자와 차상위 계층과 같은 저소득층에게 한정되어서 일반 노인을 위한 건강증진서비스로서는 부족하고(이상영 등, 2012), 서비스 내용도 노인을 위한 노쇠관리가 이뤄지지 않고 간단한 혈압, 당뇨 관리 등의 상담, 의뢰, 기본간호 중심으로만 제공되고 있다. 보건소 방문건강관리서비스의 주요한 대상자는 저소득층 노인이다. 노인의 약 절반이 세 개 이상의 만성질환을 가지고 있고, 노쇠로 인한 기능저하와 외래와 입원 등을 통해서 의료비를 가장 많이 사용하고 있는 집단으로 높은 욕구를 가지고 있기 때문이다. 현재의 제도상에서 저소득층만이 아닌 중산층 이상의 노인을 위한 체계적인 보건의료적인 관리가 필요하다. 정부는 지방정부가 여건을 감안해서 자율적으로 건강증진사업을 하기 위해 ‘지역사회 통합건강증진사업’을 지난 2013년에 도입해서 운영하고 있다. 특히 방문건강관리사업은 ‘지역사회 주민의 건강행태의 개선’을 위한 사업이다. 지역주민의 자가건강관리 능력향상 및 허약예방 등을 통한 건강수준을 향상하는 것이 목적이다. 이를 위한 목표는 금연, 절주, 식생활, 신체활동 등 건강행태개선, 고혈압 당뇨 등 만성질환 관리율 향상 및 합병증 예방, 노인의 허약(노쇠) 속도 지연이다. 방문건강관리사업은 건강상태 스크리닝, 건강관리서비스(건강교육, 상담, 정보제공), 보건소내외 자원연계를 제공하고 있다(보건복지부, 한국건강증진개발원, 2021).

〈표 2-2〉 방문건강관리사업의 노인 대상 허약예방 및 관리

구분	상세내용
목적	노인의 신체적 인지적 정서적 사회적 기능향상 및 유지율 증가를 통해, 건강한 노후 생활을 도모하고 장기요양상태를 사전 예방
대상	만 65세 이상 어르신(허약노인 판정기준 4~12점 포함)
내용	<ul style="list-style-type: none"> • 장기요양등급 외 판정자에 대해 허약노인판정 실시 및 정기적 모니터링 • 신체활동, 영양, 구강관리, 요실금, 우울 예방, 인지 강화, 낙상 예방 등 • 허약노인 중재 교육 및 상담 <ul style="list-style-type: none"> - 저작, 연하, 발음, 타액 분비 등의 구강기능 향상을 위한 입 제조, 의치의 보관 및 구강건강 실천법 - 일상생활 속에서 실천 가능한 치매 예방법 - 취미, 종교 활동 등 사회적 참여지지 및 실행방안 안내 - 가정 내외의 안전 환경조성을 위한 교육 • 대상자 가족의 참여 및 지지를 위한 가족대상 교육

자료: 보건복지부, 한국건강증진개발원(2021)

그러나, 방문건강관리사업은 노쇠(fraility) 관리를 위한 프로그램이 체계적으로 제공되지 않고 있다. 노쇠(fraility)는 노화에 의해서 여러 신체기능이 저하되어 육체적 정신적 스트레스에 취약해지고, 이로 인해 장애가 발생하거나 사망의 위험이 증가된 상태다(이수현·박기수, 2021: 2). 노쇠는 그 자체로 노인성 질환으로 진입하는 1차적 경로이고, 신체의 기능저하 및 불편함을 초래한다(조성은 외, 2017). 노쇠 노인은 근육의 양과 근력 및 신체기능이 감소하는

‘근감소증’을 경험하게 되며 이는 노쇠 발생의 시작점으로 근감소증을 개선해서 노쇠의 예방을 하는 것이 필요하다. 근감소증은 운동 부족과 적절한 영양의 결핍 등 중요한 변수의 영향을 받으므로 저항성 운동을 통한 근육량의 유지와 근력 향상과 함께 유산소 운동을 통해 신체 능력의 향상을 도모하는 것이 필요하다(이수현·박기수, 2012: 2).

그러나, 방문건강관리사업은 주로 상담과 교육, 정보제공을 중심으로 이뤄져서 노쇠를 실질적으로 개선할 수 있는 직접적인 프로그램인 운동 등과는 연결되지 못하고 있다. 방문건강관리사업의 목표가 노인의 허약 속도 지연이지만 명시 목표일 뿐 실질적인 효과는 매우 제한적이다. 수요에 비해 간호인력도 많이 부족하다(황라일, 2020). 더욱이 방문관리사업의 지침상에 연계를 위한 여러 사업 중의 하나로 노인맞춤돌봄서비스 명칭만 제시될 뿐(보건복지부·한국건강증진개발원, 2021: 27)이다. 구체적으로 노인맞춤돌봄서비스와 연계 방법이 없고, 이를 이행시 인센티브와 불이행시 처벌 등의 실질적 규제도 부재하다.

셋째, 노인맞춤돌봄서비스, 방문건강관리서비스, 치매안심서비스(센터), 정신건강복지서비스 등의 사업이 각각 이뤄지면서 자원의 비효율적인 사용과 포괄적인 욕구 충족에 미흡하다. 장기요양보험의 등급외자로서 허약 욕구를 가진 노인을 위해 보건의료와 복지 욕구가 통합적으로 제공되어야 하는데 사업간 분절성이 심각해서 상호간 대상자의 연계 및 의뢰가 제한된다. 이는 자원의 비효율적인 사용으로 대상자 중복과 광범위한 사각지대가 발생하는 원인이다. 대표적으로 복지영역의 노인맞춤돌봄서비스와 보건소의 방문건강관리사업은 관할 부서가 다르면서 사업간 연계가 이뤄지지 않고 있다. 보건소의 방문건강관리서비스와 노인맞춤돌봄서비스와의 대상자는 노인장기요양보험의 등급외자로 동일하지만 제도적으로 사업의 연계나 조정이 잘 이뤄지지 않는다. 노인맞춤돌봄서비스의 중점대상자(과거 등급외 a, b)는 노쇠와 만성질환 등으로 인해 거동이 불편한데 이들을 위한 방문건강관리서비스를 통한 만성질환의 관리를 위한 상담과 정보제공, 교육이 필요하지만 함께 제공되지 않는다. 노인맞춤돌봄서비스는 서비스 종류에 신체건강을 강화하기 위한 하체근력 운동 등을 제시하지만 사회복지사와 생활지원사의 자체인력으로는 미흡하므로 보건소의 전문인력 등을 연계해서 제공해야 하는데 전반적으로 부족하다(이민홍 외, 2020).

마찬가지로 방문건강관리대상자 중에도 일상생활의 지원이 필요한 노인에게 노인맞춤돌봄서비스와 같은 사회적 돌봄이 필요하지만 제도적 연계가 이뤄지지 않고 있다. 보건영역의 방문건강관리서비스, 정신건강복지센터, 치매안심센터는 노인을 위한 보건의료서비스를 제공하고 있지만 관리 전산시스템을 각각 운영하면서 대상자의 서비스 중복 여부를 확인하지 못하고 있다. 보건소는 지역보건의료정보시스템(PHIS), 정신건강복지센터는 정신건강사례관리시스템(MHIS), 치매안심센터는 치매안심통합관리시스템(ANSYS)을 각각 운영하고 있다(보건복지부, 국립정신건강센터, 사회보장정보원, 2021). 이로 인해 유사한 서비스를 제공하는 경우에도(예: 노인 정신 우울) 다른 기관에서 서비스를 중복으로 제공하고 있는지

여부 파악에 어려움을 겪고 있다. 더욱이 상호간에 형식적인 연계망이 있어도 각 기관의 이용 대상자 공유는 이뤄지지 않고 있다. 복지 영역의 노인맞춤돌봄서비스는 맞춤형장을 비롯한 5개의 여러 시스템을 사용하고 있어 자체 사업에 대한 관리도 미흡하다. 생활지원사와 같은 제공인력이 서비스 실적 입력과 관리에 대한 업무의 비효율적인 운영이 지적된다(이민홍 외, 2020). 따라서, 보건 영역의 시스템과의 연결을 생각하지 않는 것이다.

한편, 복지영역의 등급외자 서비스에 재가노인지원서비스가 중복적으로 제공되는 경우도 있다. 이 사업은 지방정부의 지방제로 운영되는 사업으로 사업의 내용이 노인맞춤돌봄서비스와 매우 유사해서 도입시 통합의 필요성이 대두되었지만 기획재정부에서 중앙정부가 지방정부의 고유사업에 대한 폐지를 요구하기 어렵다는 이유로 계속 존재한다. 그러나 서비스 내용의 유사와 대상자의 중복 등의 문제는 노인장기요양보험 도입 때부터 지속적으로 제기된다.

마. 재가의 경증과 중증 노인을 위한 의료-요양서비스 통합-연계 미흡

첫째, 장기요양보험을 이용하는 노인은 복합 만성질환이나 노쇠 등으로 인해 일상생활 수행능력(Activities of Daily Living: ADL)에 제한이 발생하고 치매로 인해 인지기능의 저하가 발생하는 것이 일반적이다. 따라서, 보건의료적인 서비스의 필요성이 커지고 일상생활을 지원하는 사회적 돌봄의 필요성이 점차 높아지고 있다. 그러나 우리나라는 노인장기요양보험 제도에서 방문간호만이 보건의료 서비스로 극히 제한적으로 제공되고 있다. 이마저 이용이 급격히 감소했고 재가서비스는 방문요양 중심으로 제공되고 있다. 이처럼 복합 만성질환과 노쇠한 노인을 위한 보건의료적인 욕구가 적절히 관리되지 못하고 재가의 돌봄서비스가 불충분함으로 노인의 요양원과 요양병원과 같은 고비용 시설의 조기 입소와 잦은 응급실과 입원과 같은 장기요양보험과 건강보험 비용의 급격한 증가의 일부 원인으로 보인다.

장기요양서비스 수급 노인들은 <표 2-3>에 제시된대로 평균 3.4개의 만성질환을 가지고 있고 고연령, 도시지역, 치매 노인일수록 만성질환의 보유수가 많다. 특히, 고혈압(60.3%), 치매(57.2%), 당뇨병(29.3%), 골관절염이나 류마티즘(27.8%), 뇌졸중(25.8%)의 순으로 만성질환 보유 노인이 많다(강은나 외, 2019).

<표 2-3> 2019년 장기요양보험 수급자 노인의 만성질환 보유 현황

(단위: %, 명, 개)

특성	없다	1개	2개	3개	4개	5개 이상	계	평균	
전체	1.0	10.4	21.8	26.0	19.5	21.3	100.0 (5,606)	3.4	
성별	남성	1.6	10.8	23.5	25.0	17.7	21.4	100.0 (1,526)	3.3
	여성	0.8	10.2	21.2	26.3	20.1	21.3	100.0 (4,080)	3.4

〈표 2-3〉의 계속

(단위: %, 명, 개)

특성	없다	1개	2개	3개	4개	5개 이상	계	평균
연령대								
65세 미만	0.5	23.0	24.9	23.4	13.9	14.4	100.0 (209)	2.8
65~69세	2.3	9.5	20.9	24.0	19.0	24.3	100.0 (263)	3.3
70~74세	0.2	13.6	23.3	22.1	17.9	22.8	100.0 (447)	3.4
75~79세	0.7	7.5	20.1	27.1	20.9	23.7	100.0 (951)	3.5
80~84세	0.6	8.6	21.1	27.2	17.9	24.7	100.0(1,472)	3.5
85~89세	0.8	8.7	21.3	26.2	22.2	20.8	100.0(1,334)	3.4
90세 이상	2.2	14.4	24.6	25.7	18.7	14.4	100.0 (930)	3.0
지역								
대도시	0.9	9.7	21.2	25.7	20.2	22.4	100.0(1,984)	3.4
중소도시	0.9	10.2	21.5	25.6	19.1	22.7	100.0(1,777)	3.4
농어촌	1.2	11.3	22.8	26.7	19.0	18.9	100.0(1,844)	3.2
장기요양인정등급								
1등급	0.6	17.7	25.9	26.5	14.0	15.2	100.0 (328)	2.9
2등급	0.8	13.2	19.6	27.5	19.0	19.9	100.0 (652)	3.3
3등급	0.7	8.9	20.2	25.1	21.5	23.6	100.0(1,745)	3.5
4등급	1.1	9.2	22.0	26.7	19.4	21.5	100.0(2,314)	3.4
5등급	1.3	11.9	25.4	24.1	18.4	18.9	100.0 (477)	3.2
인지지원등급	6.6	14.3	29.7	22.0	7.7	19.8	100.0 (91)	2.9
급여유형								
방문요양	0.8	9.1	18.0	25.2	20.6	26.3	100.0(2,113)	3.6
방문목욕	0.9	12.9	21.5	24.1	19.8	20.9	100.0 (349)	3.3
방문간호	0.0	8.9	26.8	21.4	19.6	23.2	100.0 (56)	3.4
주야간보호	1.0	12.7	23.0	25.3	18.3	19.8	100.0 (526)	3.2
단기보호	0.0	10.0	40.0	30.0	10.0	10.0	100.0 (10)	2.8
노인요양공동생활가정	0.8	8.3	28.1	26.4	19.8	16.5	100.0 (121)	3.2
노인요양시설	0.5	10.3	25.0	29.5	20.5	14.2	100.0(1,168)	3.1
미이용	1.9	11.2	24.0	24.9	17.1	20.9	100.0(1,264)	3.2
치매 여부								
예	0.0	8.0	21.7	25.9	20.5	24.0	100.0(3,205)	3.5
아니오	2.3	13.6	22.0	26.2	18.1	17.8	100.0(2,401)	3.1

주: 1. 본인응답과 대리응답을 포함한 5,606명의 자료를 분석

2. 만성질환은 의사에게 진단을 받고 3개월 이상 앓고 있는 질환을 의미함

자료: 강은나 외(2019)

장기요양 노인의 기능 중증화를 지연시키는 것은 만성질환의 체계적인 관리에 달려있다. 그러나, 유일한 보건의료서비스인 방문간호의 급여비(221억원)는 2019년 기준으로 전체 장기요양 급여비(7조7,363억원, 전체 공단 부담금)의 0.5%에 불과하고, 전체 장기요양 이용자 기준으로는 2%(15,727명)에 그친다(국민건강보험공단, 2020). 전반적으로 방문간호의 서비스 이용률이 장기요양보험이 도입된 이후에 지속적으로 감소하고 있고, 대신에 일상생활 지원을 하는 사회적 돌봄인 방문요양의 이용률이 높은 상태다.

이처럼 방문간호서비스의 이용률이 낮은 이유는 장기요양보험의 급여비를 주로 지불하는 자녀 보호자 등이 다양한 가사수발과 신체수발을 제공하고 상대적으로 저렴한 방문요양 서비스를 주로 선택하고, 개인별장기요양이용계획서의 낮은 방문간호 권고율 등이 원인이 되고 있다(강새봄·김홍수, 2014; 전용호, 2018). 특히 방문간호가 고난이도의 간호처치인 욕창간호, 도뇨관리, 경관영양, 흡인, 기관지 절개, 암성통증, 산소요법, 장루간호, 간호투석, 당뇨 발간호 등이 필요한 노인의 욕구를 충족시키지 못하고, 혈압과 당뇨 측정, 상담, 교육, 정보제공, 기본적인 간호 중심으로 이뤄지는 것도 일부 원인이 있다(오의금 등, 2015; 전용호, 2018). 방문간호서비스를 적절히 이용할 경우에는 외래 의료서비스 이용 횟수와 비용을 낮춰주고, 특히 방문간호 고이용군에는 병원 입원의 기간과 비용을 실질적으로 감소시켜주는 효과가 있는데도 방문간호가 활성화되지 못하고 있다(강새봄·김홍수, 2014). 실제로 방문간호서비스를 이용하면 연간 총 진료비, 연간 총 입원일과 입원일이 미이용자에 비해 감소한 것으로 나타나고 있다(이상진·곽찬영, 2016; 박금령·최병호, 2018). 이처럼 간호서비스의 미흡한 제공은 노인의 시설 조기 입소와 병원 외래와 입원을 증가해서 건강보험의 재정을 악화시키는 원인이다.

물론, 노인장기요양보험 외에도 가정간호서비스를 통해서 병원에서 퇴원한 환자와 장기요양의 외상환자를 비롯한 중증 노인을 위한 투약 및 주사, 치료적 간호와 같은 고난이도 간호서비스가 제공되고 있다. 그러나 가정간호서비스는 전국적으로 불과 197개소에서 제공되고, 가정전문간호사는 626명, 가정간호 이용자는 74,840명(중장년 포함), 연간 총 283.7억원(전체 노인의료비의 0.08%)에 불과하다(국민건강보험공단, 2020b; 이정석, 2021 재인용). 가정간호서비스 제공기관의 지역적 불평등도 매우 심각해서 전체 197개소 가운데 서울(15.2%), 경기(33.5%), 인천(10.7%)에 약 60%가 집중되어서 경기도 이남 지역에서는 가정전문간호서비스를 이용하기에 구조적으로 어려운 상황이다. 더욱이 노인장기요양보험의 방문간호와 국민건강보험의 가정간호는 다른 보험방식으로 인해 상호간에 제도적인 연계가 이뤄지지 않고 있다. 이처럼 재가의 방문간호는 장기요양보험 뿐만 아니라 건강보험 제도에서도 크게 미활성화된 영역으로 노인의 지역사회 통합돌봄 활성화를 위해서 시급히 확충이 필요하다(전용호 외, 2021; 이정석, 2021). 이를 통해서 노인요양시설과 병원의 외래와 입원의 비용의 급격한 증가를 억제해야 한다.

둘째, 노인을 위해 필요한 방문진료, 방문재활, 영양 등의 서비스가 장기요양보험에서 급여화되지 않고 관련 연계서비스도 미흡해서 장기요양 노인의 욕구 충족에 큰 한계가 있다. 이는 노인의 영양과 건강, 기능 저하로 시설 입소의 중요한 원인이 되고 있다(전용호, 2018). 우리나라는 전반적으로 방문진료를 통해서 의사가 포괄적인 건강에 대한 진단과 관리가 이뤄지지 않고 있다. 우리나라는 긴급한 의료서비스가 재가에서 필요한 상황에서도 왕진이 제공되지 않아 응급실을 방문하고 있고, 이는 의료비용의 증가의 원인이 된다. 2019년 장기요양보험 이용 대상자 중 지난 1년 동안 입원 경험이 있는 대상자는 26.8%이었고 이중 입원 횟수가 1회(66.6%), 2회(20.1%), 3회 이상(13.3%)으로 나타났다(강은나 외, 2019). 노인장기요양보험의 대상자 노인은 고혈압, 당뇨, 치매와 같은 만성질환과 뇌졸중, 심장마비와 같은 급성기 질환을 가진 노인도 많으므로 의사에 의한 포괄적인 의료요구 진단과 관리가 필요하다. 장기요양보험법도 제3조에 의료서비스 연계 원칙에 의거해서 노인 심신상태나 건강 등이 악화되지 않도록 해야 한다(전용호 외, 2021). 이처럼 일상생활수행능력이나 인지기능이 저하될 정도로 중증의 노인임에도 불구하고 이같은 원칙은 장기요양보험에서 시도되지 않고 있다. 노인장기요양보험의 주요 대상자는 치매나 뇌졸중이 있고 거동이 불편해서 제대로 보건의료와 복지서비스를 이용하지 못하는 노인이 많다. 노인의 보행 능력을 개선시키고 신체적 인지적 기능의 약화를 지연시키거나 적극적으로 기능의 회복을 지원하는 ‘재활’서비스가 필요하다. 그러나 우리나라 장기요양보험은 재활요구에 대한 사정은 하면서도 정작 그에 상응한 재활서비스는 급여화하지 않아 기능의 실질적인 개선을 도모하는 서비스가 부재하다. 반면에 복지 선진국에서는 재활서비스를 노인의 기능의 중증화를 예방하는 핵심 서비스로서 제공하고 있다. 노인의 신체적 인지적 기능을 실질적으로 강화하는 재활서비스의 활성화가 시급하게 요구된다. 일본은 노인장기요양보험에서 재활이 급여로서 제공되고 있다. 방문재활서비스가 노인의 일상생활 수행능력의 개선, 기능 회복, 퇴원 및 퇴소 직후의 상황 조정, 낙상 예방 등의 목적으로 활용하고 있다(황재영, 2020). 기능의 중증화가 심할수록 심신기능과 일상생활수행 동작에 관한 재활이 많고, 기능의 중증화가 낮을수록 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 대한 재활이 주로 이루어진다. 구체적으로 보행과 이동, 자세유지 및 변환, 목욕, 화장실 사용, 취미와 사회참여 등의 활동이 제공되고 있다.

노인부부와 1인 노인가구가 증가하면서 영양을 갖춘 식사의 제공이 매우 중요해지고 있다. 그러나 현재 우리나라는 소화, 섭식, 연하장애가 있는 노인 친화적인 식사가 보편적으로 제공되지 못하고, 탄수화물 위주의 식사 등 잘못된 식습관으로 인해 영양상태가 나쁘다(보건복지부, 2018). 이는 노인의 건강악화와 기능 저하로 연결된다. 특히 2017년 노인실태조사 결과(보건복지부, 2018)에 따르면, 독거노인의 72.5%는 영양에 문제가 있고, 독거노인의 24%는 결식 상태다. 장기요양의 노인은 신체적 인지적 기능의 저하로 인해 영양이 갖춰진 식사가 제공되는 것이 중요하다. 노인의 영양문제는 재가에서의 빈곤, 가족 돌봄 기능 약화,

1인 노인의 증가, 영양서비스 부재 등 여러 원인으로 심각한 사회문제가 될 것이다.

셋째, 장기요양보험의 낮은 급여량과 장기요양보험의 지역과 미결합의 상태다. 재가의 대표적인 서비스인 방문요양서비스는 일일 최대 시간이 3~4시간으로 일률적으로 제한되고 있다. 이는 외상노인을 비롯한 중증노인의 욕구를 충족시키기에는 부족하다. 가령, 식사 준비와 씻기, 대소변 처리 등의 일상적인 생활에서의 욕구와 영위를 위해서는 서비스 시간의 확대를 통한 다각화가 필요하다. 이처럼 노인의 기능 중증화가 이루어지면 제도적으로 돌봄서비스가 충분한 시간과 내용으로 제공되지 않으므로 인해 시설로의 입소를 촉진시키고 있다(전용호, 2018). 이와 함께, 지역사회 통합돌봄의 측면에서 보건의료와 복지의 다양한 공식과 비공식적인 서비스가 유기적으로 연계되어야 하는데, 장기요양보험은 지역의 자원과 전혀 연결되지 않고 있다. 국민건강보험공단은 보험 방식의 중앙집권적인 전달체계를 구축하고 지역의 자원과 연결하려는 노력을 하지 않고 있다. 등급사정 외에 이용지원을 통해 대상자의 서비스 이용에 대한 모니터링을 수행하고 있지만, 장기요양제공기관에 대한 통제 및 관리가 주요한 목적을 보이고 이용자의 기능상태의 변화와 욕구 충족 여부에 대한 모니터링은 시작 단계로 보인다. 더욱 중요한 것은 노인의 기능 중증화로 인해 다양한 보건의료와 복지 서비스 종류와 급여량의 증가가 이뤄져야 하는데, 지역의 자원을 체계적으로 연계하는 ‘케어매니지먼트’제도가 부재한 것이다. 요컨대, 장기요양의 급여 종류와 급여량 자체가 중증 노인의 욕구 충족에 미흡한 상황에서 지역의 공식적 비공식적인 자원 연계를 시도하지 않고 이는 노인을 시설 입소를 촉진시키는 주요한 원인 중의 하나로 작용하는 것으로 보인다.

제2절 통합적 거버넌스 구축 방안

1. 통합판정체계 도입

가. 통합 돌봄필요도 평가 및 공평한 자원배분 체계 도입⁵⁾

사회적 돌봄의 공평한 자원배분 위한 돌봄욕구평가 기준의 통일이 필요하다. 장기요양 욕구평가 기준을 전체적 돌봄영역에서 공유하고 이에 따른 사회적자원배분의 수준이 결정되는 것만으로도 통일되고 전체적인 정책목표의 공유와 정책적 틀이 공유되는 효과를 가질 수 있다.

이를 위해 제도를 넘어서는 동일한 욕구평가 적용을 통해 사회적 자원의 최적 배분이

5) 제3기 인구정책 TF 안전과 관련: 고령층에게 돌봄·요양·의료 필요도에 따른 맞춤형 서비스를 제공하기 위해 통합판정체계를 도입하고, 각 서비스 간 연계 제공

이루어지도록 한다. 일상생활 지원 등 기본돌봄에 대해서는 동일한 욕구에 따른 사회적 돌봄지원 수준을 균등화하여 사회적 지원의 공평성을 제고하는 것을 목표로 한다.

이를 통해 동일한 돌봄욕구를 가진 경우에도 시설입소/병원입원하는 경우에 더 많은 사회적 지원을 받는 불공평성을 제거함으로써 돌봄 지원의 사회적 공평성을 제고한다. 또한 사회적 지원 수준 격차로 인한 시설입소/병원입원의 유인을 제거하고, 장기요양 진입을 앞당기고자 하는 유인을 제거할 수 있다.

이에 따라 동일 돌봄필요도 평가에 따른 기본돌봄 보장제도를 구분하여, 중등증 이상은 장기요양보험, 경증치매 이하는 지역사회돌봄, 의료필요도가 높은 경우는 요양병원 등 건강보험에서 돌봄을 받을 수 있도록 통합적인 돌봄평가체계를 적용하고, 사회적 자원을 할당한다.

돌봄에 대한 사회적 자원배분 기준이 되는 욕구평가 도구는 공통적으로 장기요양 욕구평가 도구를 사용하도록 한다. 그리고 추가적으로 필요한 욕구의 경우에 해당 욕구평가를 덧붙여 모듈식으로 병행하는 방안을 채택하는 것이 바람직하다.

장기요양 뿐만 아니라 요양병원, 지자체 돌봄 서비스 대상에 대해 장기요양등급기준(기능장애 중심)으로 일관되게 평가를 하여, 사회적 자원을 지원하는 수준을 일관되게 설정하고 적용하는 것이 바람직하다. 여기에 장기요양 등급기준으로 평가되지 않는 욕구에 대해서는 추가적인 평가를 통해 욕구를 평가하고 보장을 하는 방식을 채택한다.

이를 위해 장기요양 욕구평가도구의 단순화가 필요하다. 기능장애중증도 중심으로 개편할 필요성이 있다. 장기요양 욕구평가도구는 현행의 기능장애 정도와 수발시간을 함께 고려한 제3의 인정점수라는 기준을 적용하기 보다는 객관적이고 직관적으로 명확한 기능장애 정도를 중심으로 등급체계를 개편하는 것이 바람직하다. 장기요양 및 일상생활지원이라는 기본적 돌봄욕구에 대해서는 제도의 분절성을 넘어 돌봄을 받는 제도 및 장소에 관계없이 누구나 공평하게 사회적 자원배분의 공평성이 확보되고 사회적 자원의 최적화된 효과적 활용이 유도될 수 있도록 동일한 표준화된 돌봄욕구 평가도구를 적용토록 한다. 일상생활 지원이 필요한 사람들에 대해서는 장기요양, 요양병원, 지역사회통합돌봄 등 어떤 제도이든 어디에서 돌봄을 받든지 관계없이 기본적 돌봄욕구 평가결과에 따라 동일한 돌봄욕구 수준의 경우에는 사회적 돌봄지원 수준도 동일함을 원칙으로 한다. 이를 통해 분리된 제도와 상이한 돌봄장소에 관계없이 통일적 기준에 의해 공평한 사회적 돌봄지원을 받을 수 있다.

그렇게 되면 장기요양제도에 굳이 진입하지 않아도 필요한 일상생활 돌봄을 공평하게 받을 수 있게 됨으로써 장기요양 진입 유인을 제거하여 장기요양 진입을 가능한 늦추도록 할 수 있다. 또한 요양시설이나 요양병원에 입소, 입원하는 경우에도 동일한 돌봄욕구 수준에 대해서는 동일한 수준의 사회적 돌봄 지원만을 받도록 함으로써 현재 시설입소, 병원입원시 더 많은 사회적 지원을 받을 수 있기 때문에 발생하는 시설입소 및 병원입원 유인효과를

제거할 수 있다. 한편, 중증도가 높은 경우에는 재가에서도 동일한 수준의 지원을 받을 수 있도록 준시설서비스 수준으로 재가서비스가 가능하도록 급여수준을 높임으로써 공평성을 확보할 수 있다.

일상생활 지원에 대한 돌봄 욕구평가도구는 장기요양보험제도의 욕구평가도구를 현행 중증도 및 수발시간을 고려한 장기요양인정점수라는 다소 복잡한 기준을 사용하기 보다는 일상생활 지원 필요수준으로 단순화된 도구로 개선하여 적용하는 것이 적절할 것이다. 사회적 자원할당을 위한 표준화된 욕구평가는 일관되게 건강보험공단에서 주관하는 것이 바람직할 것이다. 다만, 건강보험공단의 수용역량의 한계를 고려하고, 평가도구의 간편성에 따라 평가자에 따른 편차가 문제되지 않는 수준이라면 욕구평가주체의 다원화도 고려할 수 있다.

2. 지역사회 통합 돌봄

시군구가 통합적으로 책임지고 관리하는 지역사회통합돌봄 모델을 구축할 필요가 있다. 지역사회통합돌봄은 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건의료·요양·돌봄·독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책이다. 지역사회통합돌봄의 사업대상자는 돌봄이 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람으로, 입원·입소자 또는 예방적 선제개입이 필요한 사람이다.

시군구 중심의 지역사회통합돌봄은 시군구 책임돌봄과 총괄적 케어코디네이션체계 도입을 핵심요소로 한다. 또한, 소생활권 거점 통합재가센터를 통해 장기요양-지역돌봄 연속성을 확보하고, 현행 노인맞춤돌봄기관과의 연계를 강화해 나간다. 더불어, 경증치매에 대한 서비스를 장기요양에서 지역사회돌봄체계로 전환하여 치매안심센터를 핵심 거점으로 하여 서비스가 이루어질 수 있도록 해야 하며, 퇴원환자 관리체계를 강화하여 지역사회 퇴원환자 회복재활에 대한 집중지원을 제공해야 한다. 사례관리를 통해 주거개조서비스, 이동서비스, 청소서비스 등 필요서비스 제공받을 수 있도록 조정·연계해야 하며, 서비스 비용은 개별부담을 원칙으로 하되, 소득수준에 따라 지원을 하는 것이 바람직하다. 마지막으로, 제도적 돌봄뿐만 아니라 자기돌봄 강화, 창의적 공동체 돌봄을 강화토록 하며, 사회적 경제 등 지역자원의 최적 연계를 활용해야 한다.

지역사회통합돌봄의 도입시 고려할 것은 첫째, 시설입소/병원입원 고위험집단 예방 집중관리 및 사각지대 수급대상을 포괄해야 한다는 것이다. 장기요양보험, 노인맞춤돌봄, 지역보건서비스 등 현행 제도 및 정책을 통해 돌봄 등 사회적 지원을 받고 있지만, 사회적 지원의 수준 및 다양성이 불충분하여 불가피하게 시설입소 및 병원입원을 모색하고 있는 잠재적

시설입소 및 병원입원 집단이 지역사회에서의 자율적 삶을 계속 유지할 수 있도록 서비스 지원 수준의 충분성과 다양성을 확보해주는 것을 목표로 한다. 이 때 장기요양보험은 장기요양제도의 개선을 통하여 중증 재가서비스의 급여 충분성을 확보하도록 하되, 장기요양에서 포괄되지 않지만 지역사회에서의 삶을 지원하는 다양한 급여종류의 경우에는 장기요양 대상의 경우에도 수급대상이 될 수 있도록 한다. 또한 돌봄 포괄범위의 사각지대를 해소하기 위하여 돌봄 등 사회적 지원이 필요하지만 현행 제도의 수급범위에는 포괄되지 않은 돌봄대상을 새롭게 발굴하여 수급범위로 포괄하는 것을 목표로 한다.

둘째, 퇴원환자의 회복재활을 지원해야 한다. 퇴원환자의 회복재활 지원을 통해 병원의 퇴원환자사례관리팀과 연계하여 회복재활에 필요한 보건의료서비스 및 일상생활지원 서비스를 일정기간 지원함으로써 원활한 회복재활을 통해 지역사회에서의 자율적 삶을 유지할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 셋째, 시설입소/병원입원자의 탈원화 및 지역사회 복귀를 지원해야 한다. 사회적 지원의 수준 및 다양성이 불충분하여 불가피하게 병원입원과 시설입소를 한 집단에 대해 탈원화하여 지역사회에 복귀하여 지역사회에서의 자율적 삶이 가능하도록 서비스 지원 수준의 충분성과 다양성을 확보해주는 것을 목표로 한다. 넷째, 만성질환 집단의 건강관리와 AIP를 지원해야 한다. 만성질환 집단의 자기건강관리 및 돌봄역량을 강화하고, 정기적인 지역사회 보건의료서비스를 지원함으로써 건강수준을 높이고 병원입원 및 의료이용 기간을 감소하는 것을 목표로 한다. 다섯째, 돌봄대상 가족에게 돌봄부담이 과중되지 않도록 다양한 방식으로 돌봄대상 가족을 지원한다.

지역사회통합돌봄을 위해서는 대상자 중심으로 부문별로 다양한 직종의 협업이 이루어지도록 민·관의 조직·인력 재구조화가 필요하다. 따라서 각 부문을 연결하는 네트워크 구축 및 지자체 중심 조정기제 마련이 필수적이다. 첫째, 시군구청장이 지역주민의 돌봄을 책임지고 지원하기 위해 통합돌봄 책임조직을 만드는 것을 목표로 한다. 통합돌봄 책임조직은 돌봄을 총괄적으로 책임진다. 돌봄이 필요한 사람들의 돌봄욕구를 평가하고, 돌봄의 사회적 지원을 공평하게 할당하며, 개인별 돌봄지원계획을 수립한다. 또한 돌봄 지원을 위한 서비스 제공 환경을 조성하며, 돌봄을 위한 사회적 지원체계를 통합적으로 총괄 관리함으로써 제도 간 및 기관 간에 역할을 조정하고, 연계하고, 필요한 경우 통합적으로 제공토록 한다. 통합돌봄 책임조직의 총괄적 돌봄책임을 수행하기 위해 필요한 기능을 위탁할 수 있다. 예컨대, 기본돌봄 욕구평가 및 자원할당은 건강보험공단에게 그 기능을 위탁할 수 있으며, 주거지원의 욕구평가 및 자원할당은 LH에 그 기능을 위탁할 수 있다. 지역사회돌봄의 일상생활지원 서비스 제공은 노인맞춤돌봄 서비스조직에게 연계할 수 있다.

둘째, 돌봄이 필요한 사람들의 최적화된 돌봄과 사회적 자원의 효과적 활용을 위하여 상담 및 정보제공, 돌봄당사자의 돌봄내용 및 방식의 선호, 전문적 사례관리를 잘 결합하여 개인별 돌봄지원계획을 수립한다. 셋째, 지역의 돌봄을 생산하고 돌봄을 제공하는 방식에

대해서는 지역의 창발성 및 다양성을 존중하여 지역상황에 맞는 최적의 지역사회 돌봄서비스 제공모델이 개발되는 것을 목표로 한다.

〈표 2-4〉 지역사회통합돌봄의 기본구상

구분	기본구상
<p>목표</p>	<p>지역사회통합돌봄체계하에서 지역사회돌봄-장기요양 등-요양병원 등과 같이 상이한 제도 및 상이한 돌봄방식을 포괄하는 연계-조정-통합을 통해 돌봄기본권을 보장하는 지속가능한 사회적 돌봄체계 구축</p>
<p>세부목표</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 돌봄기본권에 대한 사회적 책임을 명확히 하고, 돌봄 관련 다양한 제도들을 포괄하는 사회적 돌봄책임 체계를 구축한다. 2) 사회적 돌봄의 공평한 보장을 위해 적용 제도(의료-장기요양-지역사회돌봄 등) 및 돌봄 장소(재가, 시설 등)에 따른 유불리를 제거하고 사회적으로 공정하게 평가한 돌봄욕구에 따라 사회적 돌봄자원을 공평하게 할당한다. 3) 가능한 장기요양 진입을 지연하고, 시설입소를 예방하고, 입원기간을 줄이고 지역사회에서의 자기주도적 생활을 지원하는 데 지역사회돌봄의 목표를 두고 점차적으로 지역사회돌봄의 역할을 확대해 나가도록 한다. 4) 의료-요양-돌봄-주거 지원체계 간 분절 및 통합 조정체계 부재로 인해 장기요양 및 요양병원 등 고비용 돌봄체계로 편입되지 않도록 하고 지역사회통합돌봄체계의 관점에서 개인별 최적의 사회적돌봄을 책임 관리하기 위해 시군구에 지역사회통합돌봄 책임행정체계를 구축한다. 5) ICT 기술을 활용한 돌봄욕구 및 자원활용 정보공유체계, 건강돌봄 정보 모니터링, 건강돌봄 센서 등 응급위기대응 체계 구축 등 ICT 지역사회돌봄 Hub를 구축한다. AI 기술 활용한 치매돌봄 로봇 등 보조기기 활용한 돌봄서비스를 지원한다. 6) 지역사회 돌봄자원 불충분(결핍)으로 인해 장기요양 및 요양병원 등 고비용 돌봄체계로 편입되지 않도록 지역사회돌봄자원을 충분히 확보한다. 7) 지역별로 상이한 인프라 및 인력 상황, 특수한 지역사황 등을 고려하고 다양한 창발적인 지역사회돌봄 혁신 방식을 개발하기 위하여 지역사회돌봄에 관한 내용과 방식은 지자체에게 전적으로 맡기는 것을 원칙으로 한다. 다만, 지자체를 지원하기 위해 몇가지 유형의 지역사회돌봄 방식 및 내용과 가이드라인을 제공한다. 8) 가능한 장기요양 진입을 지연하고, 시설입소를 예방하고, 입원기간을 줄이는 지역사회돌봄 목표 달성에 대한 성과를 평가하고 물질적, 비물질적 유인체계를 통해 지자체의 지역사회돌봄 노력의 견인체계를 구축한다.
<p>전략</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) 돌봄기본권에 대한 사회적 책임 천명하고 다양한 사회적 돌봄체계를 포괄하는 지역사회통합돌봄체계 구축하는 지역사회통합돌봄법 제정하고, ICT 기반 다양한 돌봄 관련 욕구평가 및 사회적 지원 정보 통합

〈표 2-4〉의 계속

구분	기본구상
전략	2) 일상생활기능 돌봄욕구에 대한 공정한 돌봄욕구 평가를 위한 공통 욕구 평가도구 적용 및 일관된 적용: 의료-장기요양-지역사회돌봄 등 제도와 관계없이 돌봄이 필요한만큼 적절한 사회적 돌봄을 공평하게 받을 수 있도록 공정한 돌봄욕구 평가체계를 적용하고 그에 따른 공평한 사회적 자원 할당 3) 지역사회통합돌봄의 공통목표를 위한 지역사회돌봄 체계 구축, 장기요양제도의 AIP 강화 혁신, 요양병원 공급자 및 수요자 유인 제거 정책 4) 지역사회통합돌봄 책임행정체계 및 사람중심 통합돌봄 관리체계 구축: 시군구 통합돌봄국 조직 구축, 건강보험공단의 욕구평가 및 사회적 자원 할당 지원, 노인맞춤돌봄서비스, LH 주거서비스 지원 등 연계 및 조정 5) ICT 기술을 활용한 돌봄욕구 및 자원활용 정보공유체계, 건강돌봄 정보 모니터링, 건강돌봄 센서 등 응급위기대응 체계 구축 등 ICT 지역사회돌봄 체계 구축 6) 지역사회돌봄 자원의 충분성 확보 7) 지자체 자율적인 창발적 지역사회돌봄 시도 포용 8) 지역사회통합돌봄 성과평가 및 지자체에 대한 물질적, 비물질적 유인 체계 적용
가용재정	인구수 및 돌봄욕구(후기고령노인, 장애인) 등을 고려한 자원할당 산식에 의하여 각 지역에 할당된 자원규모 내에서 이루어짐 - 지자체의 총액 가용예산 수준은 중앙에서 통제됨 - 성과평가에 따른 경제적 인센티브에 의한 추가 지원
표적대상	1) 시설입소/병원입원 고위험집단(독거, 치매, 여성, 취약주거 등) 예방 집중 관리 및 돌봄 사각지대 포괄 2) 급성기병원 퇴원환자의 회복재활 지원 3) 장기 입소/입원환자의 지역사회 복귀 및 적응 지원 4) 만성질환 집단의 건강관리 및 AIP 지원 5) 돌봄 가족의 휴가 등 돌봄제공자 가족 지원
욕구평가 및 개인별 사회적 자원할당	일상생활기능 장애 관련 돌봄필요 가진 모든 사람에 대한 공통의 돌봄욕구 평가 및 사회적 지원등급 결정 - 건강보험공단이 표준적 일관적으로 일상생활기능 돌봄욕구 평가 지원 - 보건의료욕구, 주거지원욕구 등은 별도의 욕구평가도구로 평가
서비스	- 일상생활지원서비스 - 영양급식서비스 - 이동지원서비스 - 보건의료서비스 - 재활지원서비스 - 주거지원서비스 - 가족지원서비스 등등

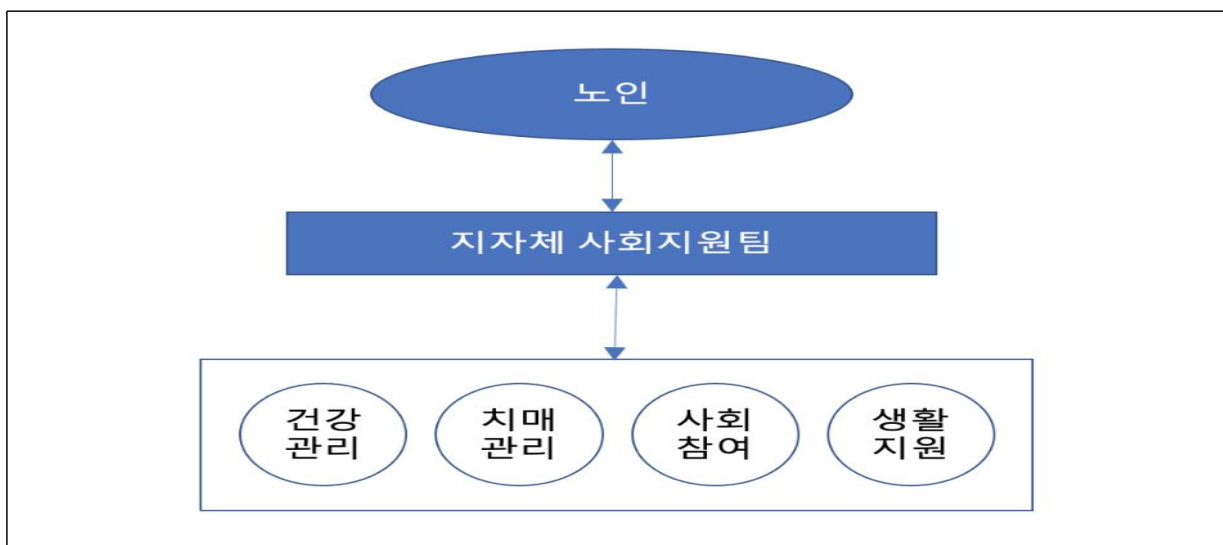
자료: 석재은(2021)

3. 지자체 중심의 통합적인 예방형 시스템 구축

복지 영역의 노인맞춤돌봄서비스와 보건 영역의 방문건강관리서비스, 치매안심서비스, 정신건강복지서비스(우울증) 등의 사업을 중심으로 통합적인 예방시스템을 구축해야 한다. 이를 통해서 사업의 대상자와 사업의 세부내용이 중복되지 않도록 공통의 시스템을 구축해서 확인하는 것이 필요하다. 지금처럼 상호간에 어떤 대상자에게 어떤 사업이 제공되는지 여부가 확인되지 않음으로 발생하는 비효율성을 해소해야 한다. 특히 ‘허약노인’과 ‘경증치매노인’이 중요한 정책적인 대상으로 노인맞춤돌봄서비스와 보건소의 사업(방문건강관리서비스, 건강증진 등)을 연계해서 복지와 보건의료의 욕구를 동시에 충족시켜야 한다.

노인맞춤돌봄서비스는 안부확인과 가사수발의 사회적 돌봄을 지원하고, 보건소의 사업을 통해서 노인의 신체적 정신적 기능을 강화하는 근력운동, 걷기, 인지기능과 같은 활동을 제공한다. 허약노인을 위한 ‘허약중재 프로그램’을 적극적으로 개발해서 전국적으로 확산시켜야 한다. 이를 통해 허약과 근소감소증 등에 대응해야 한다. 지역사회의 집단 프로그램을 개발해서 운영하는 것도 필요하다. 노인들은 사회적 관계망의 축소로 어려울 때 도움을 청하거나 일상생활에서 대화를 하면서 지속적인 사회교류의 대상자가 줄어드는 경향이 있다(최혜지 외, 2020). 지속적인 활동과 사회참여를 통해서 노인의 신체적 인지적 기능 등을 유지하는 것이 중요하다. 지역사회에서 노인의 건강관리, 치매관리, 영양, 사회참여, 생활지원 등을 위한 프로그램을 적극 개발해서 집밖에서 지속적인 프로그램의 참여와 사회적 교류가 바람직하다.

[그림 2-2] 지자체 중심의 지역사회 노인 돌봄 모형



자료: 전용호 외(2021)

지자체가 이처럼 보건과 복지 영역의 사업들을 통합적으로 운영하도록 중앙정부에서 분명한 지침과 권한을 분명히 부여해야 한다. 특히, 보건과 복지의 사업의 예산을 통합적으로 배정하고 이를 지자체가 여건에 맞게 자율적으로 활용할 수 있는 ‘포괄 예산(block grant)’의 부여를 통해 보건과 복지의 통합을 통한 예산의 효율적인 사용을 적극 도모하도록 유도하는 것이 필요하다. 지자체에게 일정한 수준으로 예산을 통합적으로 통제하는 역할의 책임을 부여하는 시스템을 구조화해야 한다.

노인맞춤돌봄서비스의 대상자의 확대를 통한 보편적 제도 구축해야 한다. 현재의 상위 30%를 모두 포함시켜서 보편적인 노인돌봄시스템 구축을 통한 노인의 건강수명 연장과 삶의 질 개선 도모하는 것이 필요하다. 서비스의 품질이 높아지고 수반비용이 증가할 경우에 본인부담금을 일부 지불하도록 유도해야 한다.

지자체의 읍면동을 ‘단일 진입 창구(single point of entry)’로 해서 이용자의 접근성을 제고하는 방식으로 운영되어야 한다. 공공기관인 지자체에 각종 정보와 데이터, 자원이 확충되고 있으므로 이곳을 통해서 자원의 할당이 이뤄지도록 해야 한다. 이를 위해서 읍면동 공무원의 정보제공, 상담, 욕구 사정, 계획수립, 지역기관과의 의뢰와 자연연계 등을 적극적으로 실행하도록 역량을 강화해야 한다. 아울러, 공무원의 잦은 인사이동으로 인한 전문성 결여 문제를 해결하도록 사회복지직 공무원은 일정 의무 근무기간 부여해서 전문성 축적을 유도해야 한다.

제3절 장기요양 급여·공급·인력체계 개편 방안

1. 장기요양 급여체계 개편

가. 등급별 완전정액제 및 통합급여

시설급여와 재가급여에 관계없이 등급별 동일액을 보장하는 등급별 완전정액제 방안을 검토한다. 장기요양급여수준을 장기요양필요도만을 고려하여 급여종류와 관계없이 등급별 정액제로 개편하는 방안의 개선을 검토할 필요가 있다. 동일 등급이면 시설급여와 재가급여 모두 동일한 정액 급여를 보장받는 방식이다.

재가급여의 측면에서 등급별 상한액이 아니라 등급별 정액제를 적용하기 위해서는 장기요양등급을 현행보다 세분화하는 것이 필요하다. 현행 기준으로 재정에 비교적 중립적인 등급별 정액수준으로 설정하여야 연착륙이 가능할 것이다. 따라서 등급을 기능장애 중심으로 평가하여 평가기준을 단순화하고, 현행보다 등급을 세분화하며, 등급별 상한제가 아닌

등급별 정액제로 개편하는 방안의 검토가 필요하다.

등급별 정액제로 개편하게 되면, 서비스제공기관의 서비스 남용에 대한 우려 없이 이용자와의 협의하에 서비스제공기관의 사례관리 역할을 공식적으로 요구할 수 있게 된다. 서비스 제공기관을 복합재가기관으로 재편하고 서비스제공기관에게 사람 중심의 서비스사례관리 책임성 및 전문성을 요구함으로써 사람 중심으로 맞춤형 서비스 mix가 이루어질 수 있도록 정책환경을 만들어 나갈 필요가 있음. 그 필요조건 중의 하나가 등급 세분화와 등급별 정액제라고 할 수 있다.

나. 시설급여 거주비 자기부담화 및 인증제 전환 검토

시설급여 유인 제거와 다양한 니즈에 대응하는 다양한 거주형태 발전을 위해 시설급여 거주비의 본인부담 방안에 대한 검토가 필요하다. 일본과 독일은 시설입소 유인을 제거하기 위하여 거주비, 식비를 급여범위에서 제외하여 본인부담으로 하고 있다.

거주비 본인부담화는 시설급여 수요를 줄이고 삶의 자기통제권을 높이는 존엄한 삶을 보장하고 베이비붐세대의 다양한 니즈에 대응가능한 다양한 고령친화 거주형태의 발전이 가능하고 연금소득 등과 연계한 유료노인홈 발전가능성도 높아진다.

한국도 장기요양 시설수가에서 거주비를 제외하고 공적연금(기초연금 포함) 급여를 비롯한 부담능력과 연계하여 거주비를 지불하도록 하는 방안에 대한 검토가 필요하다. 베이비붐세대의 다양한 수준의 시설선택 범위를 넓혀준다는 측면에서도 거주비 분리가 필요하다.

이를 위하여 시설 거주비와 서비스비를 분리한다. 서비스비는 장기요양에서 담당하고, 주거비는 주거정책에서 담당한다. 서비스비는 장기요양에서 부담하고, 거주비는 연금수입 등과 연계하여 자기부담을 원칙으로 한다.

한편, 시설 서비스는 인증제로 전환한다. 인증받은 시설의 자유로운 발전을 허용하여 다양한 수준의 시설서비스 공급환경을 조성함으로써 시설거주 환경을 개선한다. 4인 1실 기준을 개선하며, 시설서비스 인력배치 기준을 개선하고, 신규 시설 거주환경 기준요건을 강화한다.

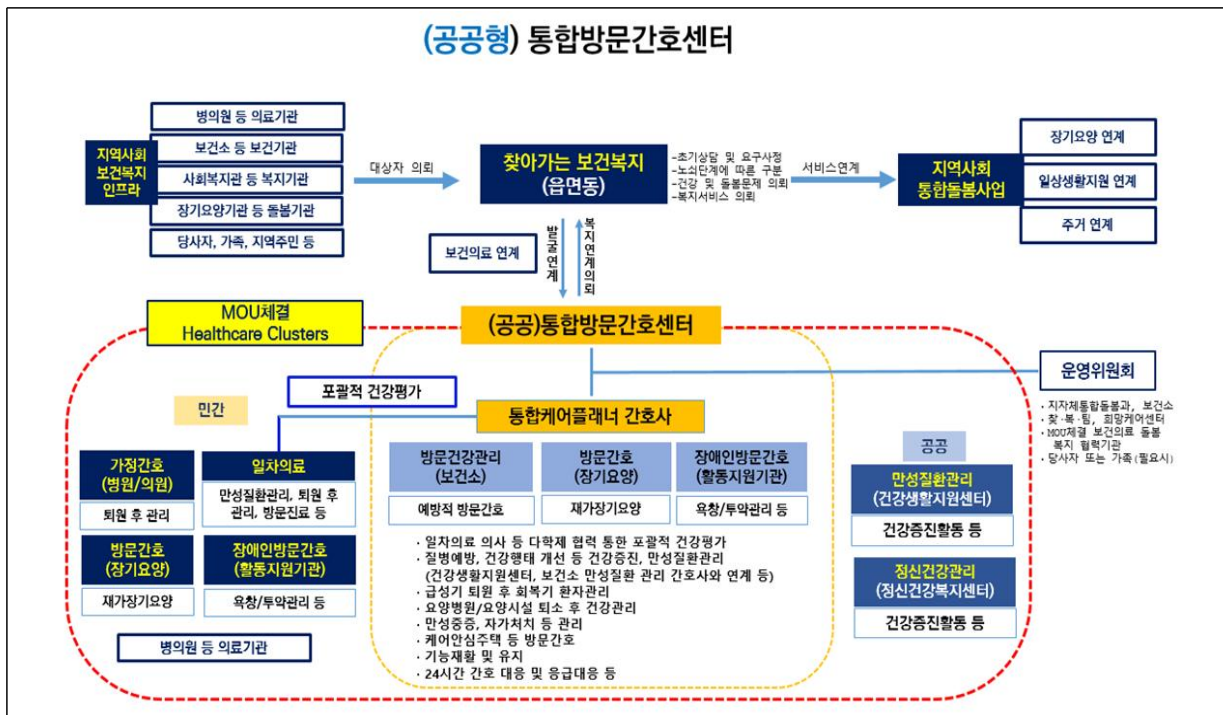
다. 보건의료서비스 연계 및 통합 강화

재가급여에 보건의료서비스를 통합, 연계를 통한 적극적인 내실화를 도모하는 것이 필요하다. 먼저, 방문진료를 장기요양보험과 제도적으로 활성화시키는 방안을 마련하고, 재활급여를 신규 급여화해서 전국적 이용 사업으로 제공해야 한다(전용호 외, 2021). 아울러, 사용이 급격히 감소된 방문간호를 활성화시키기 위해 노인 욕구에 따라 서비스 이용을 일정 부분 의무화시키는 것이 필요하다. 방문간호서비스는 공공 서비스관리를 통해 일정한 필수 서비스수요를 창출한다. 방문간호서비스는 초기 장기요양수급자 방문교육, 가족인 요양보

호사 대상 모니터링, 중증 통합재가서비스 대상 등 서비스 질과 서비스 공공성을 확보하기 위한 장기요양을 위한 급여설계에 필수적인 급여로 포함함으로써 방문간호에 대한 필수 수요를 공공적으로 창출하는 것이 필요하다(석재은, 2020). 거동불편을 위한 이동지원서비스와 영양, 호스피스 서비스 등도 적극 활성화시키는 것이 요구된다. 이를 위해서 지자체의 다양한 서비스가 지역사회 통합돌봄을 통해 확대되는 것을 장기요양보험과 제도적으로 연결하도록 상시 시스템을 구축해야 한다. 특히, 지역사회통합돌봄에서 중요한 역할을 수행하는 통한 방문간호서비스 확대를 위해 시군구나 보건소 산하의 통합방문간호서비스 제공이 필요하다(전용호 외, 2021).

아래 [그림 2-3]처럼 통합방문간호센터는 노인, 아동, 장애인 등에게 기존의 3대 재가 간호서비스를 모두 제공할 기관으로, 앞으로 전국적으로 설치해야 한다. 특히, 재활서비스는 노인의 기능 상태를 실질적으로 개선할 수 있는 서비스로 신규 급여로 제도화하는 것이 필요하다.

[그림 2-3] 지자체 중심의 통합방문간호센터 지역사회자원연계 모식도



자료: 김정애(2021)

영국을 비롯한 유럽국가에서는 병원에서 조기퇴원을 통해서 비용감축을 도모하기 위해 퇴원환자를 위한 재활서비스로 'Reablement' 서비스를 제공하고 있다. 이 서비스는 노인이 입원하면 신체활동의 저하로 인해 각종 기능이 저하되면서 독립적인 일상생활 수행이 어려워지는 것에 대응해서 1~2주 동안 집중적으로 기능회복훈련을 실시해야 한다. 즉, 강점이론에

기반해서 노인이 스스로 할 수 있는 잔존능력을 활용해서 활동하도록 유도하고, 노인이 혼자 할 수 없는 사항만 전문인력 등이 수행 방법 등을 안내하고 교육해야 한다(SCIE, 2021). Reablement 서비스는 질병의 치료가 목표가 아닌 노인이 스스로 씻고 걷고 음식하기 등의 일상적인 활동을 다시 수행할 수 있도록 지원하는 것이다. 이를 통해 잔존기능의 유지 및 강화로 병원이나 요양원과 같은 시설로의 재입소를 막는 것이다(SCIE, 2021). 일본에서도 재활급여를 통해서 대상자별 단기 집중 맞춤형 재활서비스를 제공해서 가정내 재활을 도모하고, 복지 용구와 주택개보수를 통한 생활환경 개선을 위해 노력하고 기능의 변화가 이뤄지고 있다(황재영, 2020).

2. 장기요양 공급체계 개편

장기요양 재가서비스 공급체계 개편 없이는 AIP를 위한 통합재가서비스, 복합재가서비스의 맞춤형 서비스 이용은 구조적으로 어렵다. 따라서 서비스공급체계의 개편이 장기요양개혁의 핵심이고 필수적 전제조건이다.

가. 서비스 공급자의 양적 규제

지역의 서비스 수요 및 서비스공급 인프라 상황 고려하여 진입 허가 통제권을 활용하여 서비스 기관들이 적정 규모의 서비스이용자 확보가 가능한 수준의 서비스 시장 형성을 위해 서비스 공급량을 조절해야 한다. 적정 이용자수 확보가 가능한 서비스 시장의 조성은 기관의 서비스 질 개선 및 기관 운영의 선진화의 필수조건이다.

2018년 법개정으로 지역서비스 수요 감안한 적정 서비스기관 공급량 고려 기준이 포함되었으나 실제로 지자체에서 작동하지 않았다. 향후 서비스 기관 규모화를 위하여 지역 서비스시장 수급 감안하여 서비스공급의 양적 통제 기능을 활성화할 필요가 있다.

특히 단종 재가서비스기관 진입을 통제하고, 복합재가서비스기관 중심으로 진입 허용 등 지정제 순기능을 활용할 필요가 있다.

나. 서비스 공급자의 질적 규제

안심하고 보증할 수 있는 서비스 질을 담보하기 위한 시설기준, 인력기준, 운영주체의 자격기준 등 국가최소기준(National Minimum Standards)을 강화하고, 지정제 및 6년마다 재지정제를 통하여 서비스 공급자의 질을 담보하여야 한다.

2018년 법개정으로 공공성 강화를 위한 지정제 및 재지정제 도입, 진입/퇴출 반복하는 불량기관 걸러내기 위해서서비스기관 대표 및 참여자의 서비스이력 및 평판조회 포함, 장기요양기관 운영계획 정성평가가 이루어졌다. 그러나 지정제 이후에도 여전히 신청기관의 지

정율은 95% 내외로 질적 규제의 내실화가 필요하다. 향후 3년마다 실시하는 서비스 평가결과와 연계한 재지정제를 통한 탈락기관의 퇴출을 작동시켜야 한다.

또한 운영주체에 대한 자격기준 도입이 필요하다. 향후 운영주체로서 개인을 배제해야 한다. 현행 개인기관의 경우 법적 공신력 있는 법인화 또는 사회적협동조합으로의 단계적 전환이 필요하다.

다. 적극적 서비스관리자로서 책임성 및 전문성 강화

재가서비스기관이 서비스 제공 및 질에 대한 책임을 지고 서비스 인력을 관리, 배치, 운영하는 적극적 서비스관리자로서의 책무를 수행할 필요가 있다. 재가서비스기관이 서비스 계약 당사자로서 서비스 제공 및 서비스 질에 책임성을 가지고 서비스 제공인력을 교육, 지원, 관리, 배치, 운영하면서 서비스 관리자로서 적극적 역할을 수행할 수 있도록 서비스 관리 및 제공행태를 혁신하여야 한다.

이를 위해서는 재가서비스기관이 서비스수요의 불확실성과 불안정성을 책임질 수 있어야 한다. 기관이 돌봄노동자를 선고용하여 적어도 최소한의 기본급을 보장하고 일의 양에 따라 유연하게 성과급을 제공할 수 있는 방식으로 경영구조를 마련해야 한다. 기관이 소속 돌봄노동자를 책임지고 관리하는 입장에서 서비스 제공의 전체적 과정을 적극 조율하고 관리해야 한다.

향후 기관이 서비스제공관리에 대해 적극적인 책임을 지는 방식으로 변경되면, 1일 서비스시간, 1일 서비스횟수, 주당 서비스횟수 등을 서비스 실질 수요에 맞추어 서비스 인력을 유연하게 배치하고 서비스 제공임무를 구체적으로 할당하고 서비스 제공을 책임지고 관리하는 구조로 변경할 수 있다.

재가서비스기관이 4종 또는 5종의 재가서비스를 탑재한 규모화된 통합재가서비스기관으로 재편되고 회원제로 운영되게 되고, 기관이 이용자수의 안정적 확보가 이루어지면 경영의 안정성이 어느 정도 확보될 수 있고, 그에 기반하여 돌봄노동자의 고용안정성을 담보할 수 있는 구조가 마련될 수 있다. 인력의 원활한 배치와 조정을 통해 이용자를 위한 맞춤형 서비스 기능도 제고될 수 있다. 경영의 책임성과 서비스 기관으로서의 전문성 역량도 요구되고, 이를 감당할 수 있는 기관만이 서비스 시장에서 생존할 수 있을 것이다.

기관이 서비스제공과 관련하여 경영의 여지를 갖고 인력을 적절히 운용할 수 있으려면 현재 서비스 시간당 서비스수가를 제공하는 방식을 개선할 필요가 있다. 장기요양등급별 정액제로 할당하고, 서비스이용자는 회원으로 서비스기관에 등록하고 월정액의 이용료를 납부하는 방식이 되어야 한다. 기관은 이용자수로 어느 정도는 서비스 수입을 가늠할 수 있고 경영의 안정성을 도모할 수 있다.

라. 복합재가서비스기관의 표준화 및 전문적 사례관리자

복합서비스 제공기관을 재가서비스기관 표준으로 전환함으로써 재가서비스기관이 서비스 이용자와 직접 소통하며 사람 중심의 전문적 사례관리 및 care-mix를 구성하는 역할을 수행하여야 한다.

현행 단종 중심 재가서비스기관으로는 서비스 공급기관의 안정적 경영의 추구라는 이해와 충돌하여 개인별 상황에 따라 유연하게 복합적인 맞춤 서비스 구성(care mix)의 이루어지기 어렵다. 방문요양, 주야간보호, 단기보호 등이 가능한 복합서비스 재가서비스기관을 재가서비스 기관의 표준모형으로 설정하게 되면, 기관의 규모화를 통해 서비스 선진화를 위한 안정적 기반이 마련되고, 기관 단위에서 개인별 케어매니지먼트가 작동하고 유연한 맞춤서비스(care mix) 제공이 가능하다.

복합재가서비스기관에서 제공되는 모든 급여는 통합재가서비스가 되는 것이고, 통합재가서비스를 재가급여의 기준으로 삼는 것이 필요하다. 등급별 정액제 내에서 이용자와의 협의하에 급여량 및 구성의 변이를 인정하고, 욕구 맞춤(개인별, 상황별), 서비스 제공행태 다양화, 수시 대응이 필요하다. 기관은 포괄 서비스계약을 통해 서비스 수요 안정적 확보로 경영안정성 및 고용안정성을 담보할 수 있음. 경과적으로 방문요양서비스를 단일 서비스를 제공하는 기관도 병행하지만, 주야간 제공기관을 포함하는 복합재가기관으로 규모화할 필요가 있다.

이는 재가서비스기관의 서비스 전문성과 책임성을 제고하고, 재가서비스 인력의 안정적 고용 등 일자리 질을 높이는 데 기여할 수 있다. 이를 통해 서비스 공공성을 제고할 수 있다. 장기요양 재가서비스 공급체계 표준모형을 복합재가서비스기관으로 한다는 정책방향을 명확히 하고, 관련하여 복합 재가서비스기관 수가, 인력 및 시설기준을 마련함으로써 서비스공급체계의 신속한 재편을 유인할 수 있다.

마. 기본기준 이상의 서비스 질 다양화 및 차별적 가격 허용

다양한 서비스 욕구에 대응하여 장기요양제도 서비스의 질적 수준을 상회하는 서비스 수준의 다양성과 그에 따른 차별적 서비스 가격을 허용하는 방안 검토할 필요가 있다. 장기요양제도의 서비스수준은 공적 장기요양서비스의 표준 수준으로 삼고, 이를 최소한의 기본 수준으로 하되(단, 최소한의 기본수준은 충분한 질적 수준을 담보해야 한다), 그 이상의 수준에서 다양한 서비스 수준의 개발을 허용하고 그에 따른 서비스 가격의 자율적 책정을 원칙적으로 허용하는 방안이다.

공적 서비스는 사회적 재정으로 조달 가능한 수준에서 기본적 서비스 질을 담보하되, 그 이상의 서비스 수준에 대해서는 자율적으로 플러스 알파의 질이 표준 공적급여와 결합하여 제공할 수 있도록 허용함으로써 베이비붐세대 등 다양화하고 높아지는 서비스 질의 요구에

대해 대응할 수 있다. 호주의 경우, ordinary service와 extraordinary service로 구분하여 서비스 공급기관 트랙을 구분, 관리 하고 있다.

공적서비스는 서비스수준의 인증제도와 같은 역할을 하고, 이를 초과하는 수준에 대해서는 자율적인 서비스 수준의 개발을 원칙적으로 허용한다. 시설서비스, 재가서비스는 모두 가능하다.

바. 케어매니지먼트의 도입

노인장기요양보험의 1-3등급의 중증의 대상자를 위한 케어매니지먼트를 도입하는 방안을 적극 검토해야 한다. 케어매니지먼트는 고비용의 서비스이므로 중증의 복합적인 서비스 욕구 대상자의 서비스 연계 및 모니터링과 욕구재사정과 케어플랜 수정 등의 업무를 지속적으로 수행해야 한다. 케어매니지먼트 시행의 주체는 지자체와 건보공단을 고려할 수 있다(전용호 외, 2021). 이와 함께, 국민건강보험공단의 지역과 분리성과 지역자원의 소극적 이용지원과 업무 방식도 근본적으로 개선되어야 한다. 건보공단 지사는 각 지자체의 복지정책과나 노인정책과, 또는 희망복지지원단과 상시적인 운영회의체를 제도화해서 복합적인 욕구 대상자(예, 자기방임으로 서비스를 거부하는자, 저장강박자, 외상노인 등)에 대한 적극적인 지역자원의 연결을 통해 노인 욕구를 충족시켜야한다.

3. 돌봄인력의 양적·질적 개선

요양시설 서비스 인력 최소기준을 강화할 필요가 있다. 요양시설 요양보호사 인력수 기준을 보호인원 2.5인당 1명에서 2인당 1명 수준 등 요양시설 인력수에 대한 국가최소기준을 제고하여야 한다. 요양시설 간호인력 자격기준을 강화하여 간호사 또는 간호조무사로 설정하고 있는 부분을 간호사로 설정하여 서비스 질을 담보하는 방안을 검토하여야 한다. 간호사 구인의 현실적 어려움이 문제가 되는 상황이나 서비스 질 측면에서는 필요하다.

또한 현재 노인장기요양보험은 요양보호사가 주요한 인력이므로 요양보호사에 대한 교육과 훈련을 강화하는 동시에, 앞에서 제시한 신규 장기요양 서비스를 제공할 수 있는 작업치료사와 물리치료사 등의 인력의 양성이 필요하다.

첫째, 재가와 시설에서의 핵심인력인 요양보호사는 현재 240시간의 훈련을 받고 자격증 시험을 실시해서 요양보호사 공인자격증을 취득한다. 그러나, 현재의 교육시간은 실제 현장에서 인간적인 돌봄(person-centred care)을 수행하기에는 너무 부족하다. 따라서, 치매노인을 위한 인간적인 돌봄을 비롯해서 실습교육시간을 더욱 확대해야 한다. 아울러, 현재 요양보호사에 대한 보수교육은 제도화되어 있지 않아 국민건강보험공단에서 직무교육을 실시하고 있으며, 의무사항이 아니라 기관평가에 반영하는 수준의 권고사항이다. 요양보호사

보수교육을 신설하고 의무화해서 요양보호사가 현장에서 반드시 숙지해야할 돌봄 기술과 업무 자세 등의 새로운 요구사항에 대한 적극적인 습득을 지원해야 한다. 현재 제공기관의 영세성 등을 감안할 때 보수교육비에 대한 지원을 통해서 요양보호사들의 적극적인 참여와 학습을 지원하는 것이 바람직할 것이다.

둘째, 앞에서 제시한대로 재할급여는 신규서비스로서 노인 기능을 실질적인 개선에 매우 유용할 것으로 기대된다. 현장에서 많은 서비스를 제공하기 위해서 작업치료사와 물리치료사 인력의 적극적인 배출과 장기요양보험에 적합한 교육이 필요하다. 현재 작업치료사와 물리치료사는 주로 병원 셋팅에서만 근무하고 있는 데 재가와 시설에서 서비스를 제공하도록 유인해야 한다. 이를 위해서 현재 작업치료사와 물리치료사 인력의 의 배출 상황과 현재 근무인력의 수를 종합적으로 파악해서 수요에 대응해야 한다.

셋째, 의사와 간호사, 간호조무사와 같은 의료 인력에 대한 관리 및 지원도 필요하다. 요양원의 구조적인 문제는 의료서비스가 너무 미흡하게 제공되면서 서비스 질에 대한 우려와 요양병원 선호를 초래하고 있다. 현재 계약의사 제도가 운영되고 있지만 형식화되는 경우도 있기 때문에 방문진료를 하는 지역의사의 적극적인 양성과 활용을 추진하는 것이 요구된다. 아울러, 간호사를 채용하지 못하고 간호조무사가 의료서비스를 사실상 제공하는 비정상적인 행위도 적지 않으므로 간호사의 적극적인 처우개선을 통한 채용을 현실화시켜야 한다. 현행법상 의사의 지시서를 통해서만 의료서비스가 제공되어야하기 때문에 현장에서는 간호사, 간호조무사, 요양보호사 등이 사실상 불법적으로 의료행위를 하는 상황이 발생할 수 있다. 이를 개선하기 위해 의사의 독점적인 권한을 변경해서 일부는 현장의 간호사의 전문인력이 수행할 수 있는 의료행위는 인정하는 현실적인 방안을 적극 마련해야 한다. 간호인력의 역량 강화가 동시에 수반되어서 전문적인 의료서비스가 체계적으로 제공되어야 한다.

제4절 재가서비스 강화 방안

1. 장기요양 재가서비스 확충

장기요양 재가서비스 강화를 통해 삶의 질, 존엄한 삶, 가족의 돌봄부담 경감, 지속가능성을 제고한다. 재가서비스 충분성, 다양성, 유연성 제고 통한 AIP를 연장한다. 재가기관의 공공성 및 책임성 강화(기관의 법인화, 규모화, 복합재가서비스기관화와 통합재가서비스 도입)를 통한 케어매니지먼트 역할을 제고한다. 거점 통합재가기관 지정을 통한 소생활권 책임돌봄 강화 및 돌봄 공공성 강화, 민간 방문요양기관 공공성 제고, 지역돌봄에서 장기요양까지 연속성을 강화한다.

첫째, 장기요양 재가급여 충분성을 제고한다. 1~2급 인정등급 재가급여수준을 시설급여 수준으로 제고한다. 1~2등급 등 중증 재가급여는 준(준)시설급여와 같은 충분한 수준으로 급여수준을 올리는 것이 필요하다. 한편 3등급 이하인데도 시설급여를 이용하는 경우에는 재가급여 수준에 맞추어 사회적지원을 하는 것이 적절하다.

둘째, 장기요양 재가급여 다양성을 제고한다. 의료, 영양, 재활, 이동, 주거서비스 등의 연계를 강화하고, 더 나아가 급여포함을 모색한다. 장기요양 표준급여 외에 주거개조서비스, 이동서비스, 청소서비스 등 기타 서비스가 필요한 경우, 사례관리를 통해 서비스를 제공받을 수 있도록 조정역할을 수행하며, 서비스 부담은 개별부담을 원칙으로 하되, 소득수준에 따라 지원할 수 있도록 한다. 주거와 돌봄을 동시에 제공하는 ‘지원주택(supportive housing)’(예, 케어안심주택)이 부족한데 이를 적극적으로 확대 설치해야 한다.

셋째, 비와상의 경우, 주간보호서비스를 재가서비스 중심서비스로 한다. 주간보호서비스 주 1-3회 표준모형으로 하여 간호, 재활, 작업치료, 목욕서비스 등 통합적으로 제공한다. 와상이 아닌 경우, 주간보호서비스 주 1회~3회 이용을 표준서비스 모형으로 설정하는 것이 필요하다. 주간보호서비스에서 간호서비스, 재활서비스, 작업치료, 목욕서비스 등 통합적서비스를 제공함으로써 통합재가서비스의 특성을 강화한다. 이를 위해 주간보호서비스 인력 기준을 강화해야 한다. 주야간보호시설에 단기보호서비스를 통합하여 2베드 이상 운영하고, 서비스 제공시에 단기보호수가를 별도 적용할 수 있도록 한다.

넷째, 장기요양 재가급여기관을 법인화, 규모화, 복합재가서비스기관화하여 공공성 및 책임성, 전문성을 강화함으로써 서비스 유연성을 제고하고, 고용안정성을 제고한다.

다섯째, 통합재가서비스를 도입한다. 포괄 정액제 및 맞춤 사례관리로 AIP를 강화한다.

여섯째, 거점 통합재가센터를 지정, 설치함으로써 재가장기요양에서 지역돌봄까지 거점 통합재가센터를 통한 서비스 연속성을 도모한다.

일곱번째, 가족인 요양보호사제도 개선 통한 직접 공적관리와 현금급여 지급 및 공적서비스 지원을 강화한다. 가족인요양보호사를 건강보험공단에 직접 등록 관리로 전환하여 현금급여로 지급하고, 급여개시 초기 서비스(방문간호의 돌봄교육, 방문요양, 주야간보호 등 이용경험 1-2회 제공) 및 정기적 서비스 지원(주야간보호, 방문간호, 가족휴가 대체 단기보호 및 24시간 방문요양 등), 그리고 지속적 모니터링 및 관리를 한다.

2. 스마트돌봄 활용 방안

AI, IT 등 4차 산업혁명 기술을 활용하여 스마트돌봄 활성화를 추진할 필요가 있다. 현재, 고령화 등의 인구구조 변화로 돌봄의 수요자는 빠르게 증가하고 있으나, 돌봄을 제공할 인력은 충분하지 않은 상황이며, 코로나 19 등은 요인으로 대면돌봄이 더욱 어려워졌다. 대면·

방문 주심의 노인 돌봄은 시간과 공간의 제약으로 인해 돌봄 공백이 발생하기 쉽고, 고독사와 실종 예방 등을 조기 대응하기 쉽지 않다. 비대면 스마트 돌봄이 활성화된다면, 돌봄 공백 방지 및 고독사 예방·조기대응을 효과적으로 할 수 있으며, 돌봄제공자의 업무 부담을 줄이거나, 업무효율화에 기여할 수 있다. 나아가, 축적된 데이터를 통해 개인 맞춤형 의료, 건강관리 및 편의 서비스를 제공하기 용이해져 돌봄 수요자의 삶의 질을 향상시킬 수 있다.

스마트돌봄 관련하여 진행되고 있는 정부 사업으로는 ‘독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 사업’과 ‘디지털돌봄 시범사업’이 있다. ‘독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 사업’은 보건복지부 응급의료기금 사업으로, 독거노인·중증장애인 댁내에 화재·가스 및 활동센서를 설치하여 응급상황에 신속히 대처할 수 있도록 지원한다. 해당 사업은 ICT 기술 발달에 따른 선진모델 도입 및 사업관리체계 개편을 통해 사회적 취약계층인 독거노인 및 장애인의 안전망 구축에 기여할 예정이다. ‘디지털돌봄 시범사업’은 보건복지부 일반회계 ‘양로시설 운영지원’의 세부내역사업으로, 2020년부터 시범사업을 통해 양로시설 내 돌봄 공백(야간 등) 방지를 위한 IoT 기기 설치 및 빅데이터 수집을 진행하고 있다. 축적된 데이터는 향후 IoT·AI 활용 통합돌봄을 위한 AI 알고리즘 개발 등에 활용될 예정이다.

현재 스마트돌봄 관련하여 진행되고 있는 서비스 사례⁶⁾로는 SKT의 “인공지능 돌봄 서비스”, KT의 “AI케어 서비스”, KT의 “AI케어 서비스”의 경우, 독거노인종합지원센터에서 활용하고 있는 AI기반 스피커 “실버 프렌즈” 등이 있다. SKT의 “인공지능 돌봄 서비스”는 대상자의 사용패턴 기반 빅데이터 분석을 통해 365일 24시간 안심케어 서비스 제공을 목표로 하고 있다. 현재, 인공지능 스피커가 위급상황을 인식해 119를 호출하는 서비스와 IoT센서를 활용한 스마트 맞춤형 돌봄 서비스를 제공하고 있으며, AI로봇을 활용하여 독거노인들의 말벗, 식사, 복약, 신체 운동 알림, 인지기능 강화 훈련 및 위험 예방 등 스마트한 일상생활을 지원하고 있다. KT의 “AI케어 서비스”는 AI/BigData 기술(기기 및 플랫폼 포함)을 활용하여 개인화된 맞춤형 케어 서비스 제공을 목표로 하고 있다. AI스피커, 케어로봇, IoT 등의 KT AI 케어 단말을 활용하여 데이터를 수집하고, 고령자에게 서비스를 제공한다. 이를 통해 수집된 데이터는 KT AI 케어 플랫폼에 축적되며, 이상상황 발생시 통합관제센터에 알람이 가며, 119를 출동시키는 등 조치를 취한다. 이는 지자체, 복지사, 복지관계자와도 협업하여 데이터를 모니터링하고, 응급알람이 갈 수 있도록 지원한다. 독거노인종합지원센터는 AI기반 스피커 “실버 프렌즈”를 활용하여 독거노인들에게 돌봄을 제공하고 있다. 많은 노인들이 해당 기기를 가족·친구로 받아들였으며, 로봇과 교류하며 소외감, 정서적 우울감이 감소했다는 결과를 발표하였다. 정서안정 외에도 노인들이 해당 기기를 통해 기기를 통해

6) 해당 사례는 2021.9.29. 한국사회보장정보원이 주최한 『2021년 사회서비스 발전포럼』의 자료집을 참고하였음(SKT: 채영훈, 「독거노인 사회서비스의 미래와 혁신 SK텔레콤 행복커뮤니티 인공지능 돌봄」 / KT: KT AI/DX 융합사업본부 AI/BigData사업본부, 「인공지능(AI)을 활용한 케어 서비스 운영 사례」, 독거노인종합지원센터: 김현미 센터장)

날씨 등 각종 생활정보와 평소 듣고 싶은 음악을 쉽게 검색하여 정보접근성을 제고했다는 긍정적 반응도 관찰되었다고 밝혔다.

ICT 및 AI, IoT, 로봇 등 지능정보기술 활용한 스마트 돌봄기술의 개발 및 보급 확대⁷⁾를 위해서는 첫째, 응급안전안심서비스에 축적된 고령자 생활정보를 체계화·고도화하여 비대면 안심 서비스 등 고령자 자립생활 지원기술 개발한다. 개인건강정보 활용 공통 서비스 플랫폼을 개발하고, 건강 취약계층 대상(고령자·만성질환자 등) 맞춤형 헬스케어 서비스를 개발한다. 치매·만성질환 등의 건강·생활편의를 위한 고령친화 신기술 개발 지원한다. 독거노인 가정에 태블릿PC 설치·센서 정보수집을 통해 응급상황에 대응하고, 감지정보(수면, 호흡 등)를 통해 행동패턴 분석 후 이상감지 서비스 등을 제공할 수 있다.

둘째, 주택·의료 서비스와 돌봄기술 연계하여 국공립 시설(병원·요양원, 치매예방센터 등)에 고령친화제품 우선구매제도 도입 등 기술 확산을 추진할 필요가 있다. 또한 리빙랩(Living lab), 고령친화센터, 플랫폼 구축 등을 통해 고령친화 제품·서비스 사용성 검증, 체험기회 및 정보를 제공할 필요가 있다.

셋째, 사회적 요구가 높은 고가제품 대상 장기요양보험 예비급여로 도입하는 방안을 검토할 수 있다. 일상생활 보조·지원을 위한 복지용구 연 한도액 상향 검토가 필요하다. 복지용구 급여의 경우, 현행 건강보험공단의 품목 및 가격 등 포지티브 방식의 제품 규제방식으로는 복지용구의 발전적 잠재력을 담아내기 어렵다. 복지용구의 발전 잠재력을 성장시키기 위해서는 복지용구를 완성된 제품을 구매하는 방식 뿐만 아니라 복지용구 이용 서비스를 구매하는 방식으로 개념을 확대하는 것이 필요할 것이다.

넷째, 재가 24시간 모니터링 체계, 쌍방향 소통 감지, 응급 SOS 체계 등과 인지재활, 배변서비스 등 정서지원 로봇, 이동지원 로봇, 배변서비스 로봇 등을 통해 지능정보기술을 활용한 돌봄로봇 및 일상생활 보조기기 개발·보급과 함께 고부가가치 핵심부품 국산화를 추진한다.

제5절 요약: 사회적 노인돌봄체계 개편방안

초고령사회 노인돌봄체계를 개편하기 위한 주요 개선방안을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 사회적 돌봄의 공평한 자원배분 위한 돌봄욕구평가 기준 통일 및 최적 자원배분이 필요하다. 제도의 분절성을 넘어 돌봄을 받는 제도 및 장소에 관계없이 누구나 공평하게 사회적 자원배분이 할당되고 사회적 자원의 최적화된 효과적 활용이 유도될 수 있도록 동일한 표준화된 돌봄욕구 평가도구를 적용토록 한다.

7) 제4차 저출산고령사회기본계획

둘째, 장기요양 재가서비스 충분성, 다양성, 유연성 제고 통한 AIP 연장이 필요하다. 재가급여 충분성 제고를 위해 1-2급 시설급여 수준 제고 및 통합재가서비스의 도입이 필요하다. 재가급여기관 공공성 및 책임성 강화(기관의 법인화, 규모화, 통합재가기관화)를 통한 케어매니지먼트 역할 제고로 유연성 제고가 필요하다. 또한 장기요양 재가급여 다양성 제고를 위해 의료, 재활, 영양, 이동 서비스 등과의 연계 확대가 필요하다.

셋째, 장기요양시설 유인구조 제거 통한 요양시설 유인 제한이 필요하다. 시설입소 유인 제거를 위해 동일 등급에 대해 시설-재가 동일 급여를 적용하고, 시설 거주비는 연금수입 등과 연계하여 자기부담 원칙으로 한다.

넷째, 치매에 대응한 전달체계와 서비스 제공체계를 정비한다. 첫번째로 치매안심센터가 치매환자 발굴 중심에서 치매환자와 그 가족을 지원하는 지속적인 사례관리기관으로서의 역할을 강화할 수 있도록 치매환자 관리체계를 재편한다. 또한 중앙치매센터와 광역치매센터와의 역할 재정리가 필요하다. 두번째로 중증치매는 장기요양서비스 전달체계와 통합하여 대응하되, 치매 특화서비스에 대한 수가를 마련한다. 세번째로 장기요양의 경증치매등급과 인지장애등급은 중증의 장기요양환자와 함께 돌보기보다는 지역사회를 기반으로 지역사회돌봄체계내에서 돌봄을 제공할 수 있도록 제도 적용체계를 개편한다. 경증치매는 지역사회돌봄체계내에서 치매안심센터를 허브기관 및 사례관리기관으로 하여 노인복지관, 치매안심마을 서포터즈 등 지역사회를 기반으로 돌봄을 제공할 수 있도록 치매서비스 대응체계를 재편한다. 네번째로 치매안심센터를 중심으로 치매환자 가족에 대한 사회적 돌봄체계를 마련한다.

다섯째, 지역통합돌봄체계 도입이 필요하다. 시군구 책임돌봄 및 총괄적 케어코디네이션 체계 도입이 필요하다. 일본의 지역포괄지원체계 및 개호보험재정에서 요지원 및 개호예방 지원 경험을 참고할 수 있다. 또한 영국의 Better Care Fund 경험을 참고할 수 있다. 소생활권 거점 통합재가기관 지정, 설치를 통한 책임돌봄을 강화하고, 장기요양-지역돌봄 연속성을 확보한다. 노인맞춤돌봄기관과의 연계를 강화하고, 전환기 의료 도입 및 지역사회 퇴원환자 회복재활 집중지원이 필요하다. 치매안심센터의 기능 정비 통한 경증치매의 지역사회 돌봄 강화가 필요하다. 자기돌봄 및 창의적 공동체 돌봄 강화, 사회적 경제 등 지역자원 연계 활용이 필요하다.

제3장

노인돌봄과 의료의 연계를 위한 요양병원 기능정립 방안

1994년 7월 8일에 시행된 의료법에 ‘요양병원’에 대한 기준이 제정되어 우리나라에 요양병원이 공식적인 의료기관으로 편입된 지 26년이 지났다. 현재 우리나라 의료법 제3조에서는 ‘의료기관의 종류는 의원급 의료기관, 조산원, 병원급 의료기관으로 나눈다’고 명시하고 병원급 의료기관에는 ‘병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원이 있다’고 규정하여 병원급 의료기관의 한 종류로 요양병원을 두고 있다. 또한 동법 제3조 2에서는 ‘요양병원이란 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위하여 필요한 요양병상을 갖춘 병원’이라고 정의하였고 의료법 시행규칙 제36조에서는 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자 중 주로 요양이 필요한 사람을 요양병원 입원 대상으로 규정하였다. 이와 같은 법적인 정의에 따르면 우리나라 의료체계에서 요양병원은 급성기 이후 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하는 병원이라는 것을 알 수 있다.

이와 같은 요양병원에 대한 법적인 규정에 따라 요양병원 입원환자의 대부분이 노인 환자이며, 노인 환자의 임상적 및 기능적 특성상 2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험 수급자와 입원의 대상자가 중복되고 있다. 요양병원 환자와 노인요양시설 입소자의 건강 및 기능상태를 평가한 실증연구(김홍수, 2014)에 의하면, 요양병원 환자와 노인요양시설 입소자의 인지기능, ADL(일상생활수행능력) 수준, 우울증상 모두 유사한 패턴을 보이고 있었다. 이러한 선행연구의 결과는 요양병원의 기능에 비추어서 상대적으로 의료필요도가 낮은 환자들이 입원하고 있음을, 노인요양시설에는 상대적으로 의료필요도가 높은 노인들이 입소하고 있음을 의미하는 것이다. 또한 요양병원과 노인요양시설의 설립 목적이 다름에도 불구하고 물리치료, 완화케어 프로그램, 배뇨훈련 프로그램의 실시율에서는 유의한 차이가 없었으나, 작업치료는 노인요양시설에서의 실시율이 다소 높았으며, 체위변경 프로그램은 요양병원에서 높았다고 보고하였다. 즉, 요양병원과 노인요양시설의 환자가 혼재되어 있으며, 요양병원과 노인요양시설의 서비스의 차별화가 부족한 결과, 선행연구(김동환·송현중, 2013)에서는 노인요양시설과 요양병원 간에는 대체관계가 존재하며, 환자유치에 있어서는 경쟁관계가 존재한다고 보고하였다.

요양병원과 노인요양시설이 각 기관의 본래 목적을 충실히 수행하기 위해서는 각 기관에 입원 및 입소하여야 하는 대상자를 구분할 수 있도록 하는 것이 선행되어야 한다. 즉,

요양병원의 환자 입원 기준이 명확하게 정립되어야 하며, 환자분류군이 노인요양시설이 아닌 요양병원에 적합하여야 한다. 또한 요양병원이 병원으로서의 역할을 수행할 수 있도록 지불제도가 작동하여야 한다. 본 고에서는 요양병원의 환자 입퇴원 기준 및 지불제도를 중심으로 요양병원의 기능정립 방안을 제언하고자 하였다.

제1절 요양병원과 노인요양시설의 공급 및 이용현황

1. 요양병원과 요양시설 비교

요양병원은 의료법의 시설 및 인력기준을 적용받아 설립되어 국민건강보험법 하에서 재원조달과 지불이 이루어지는 의료기관이고, 노인요양시설은 노인복지법의 시설 및 인력기준에 의하여 설립되어 노인장기요양보험법 하에서 재원조달과 지불이 이루어지는 노인복지시설이다. 입원 및 입소기준에서 노인요양시설은 노인장기요양보험의 등급을 인정받아야 한다는 것이 차이점이고, 인력기준에 있어서 노인요양시설에 배치하여야 하는 직종이 요양병원에 비하여 더 많다고 할 수 있다.

〈표 3-1〉 요양병원과 노인요양시설 비교

구분	요양병원	노인요양시설
법적근거	「의료법」, 「국민건강보험법」	「노인복지법」, 「노인장기요양보험법」
재원	국민건강보험	노인장기요양보험
설립목적	장기입원이 필요한 환자를 대상으로 의료서비스 제공	노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생한 노인을 대상으로 일상생활지원서비스 제공
입원(소)기준	노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자 중 주로 요양이 필요한 사람	- 일상생활기능, 인지기능, 행동변화, 간호 처치, 재활영역으로 이루어진 인정조사, 의사소견 등을 토대로 판정된 노인장기 요양등급 1~2등급 인정자 - 3~5등급 인정자 중 특별한 사유 발생한 예외적인 경우
시설기준	- 30명 이상을 수용할 수 있는 입원실, 의무기록실 등 - 거동이 불편한 환자가 장기간 입원 하는데 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실, 복도 및 계단 엘리베이터 구비	침실(1실 4인 이하), 물리(작업)치료실, 프로그램실, 식당, 조리실, 세면장 및 목욕실 등

〈표 3-1〉의 계속

구분	요양병원	노인요양시설
인력기준	<ul style="list-style-type: none"> - 의사: 환자 80명당 2명 상주하되 80명 초과 시 매 40명마다 1명 - 간호사: 환자 6명당 1명(간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2범위 내에서 배치 가능) 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사: 의사 또는 계약의사 1명 - 사회복지사: 1명 - 간호인력: 입소자 25명당 1명 - 물리(작업)치료사: 1명 - 영양보호사: 입소자 2.5명당 1명 - 영양사: 1명(1회 급식 인원이 50명 이상인 경우) - 조리원: 입소자 25명당 1명 - 위생원: 1명 - 관리인, 사무국장, 사무원: 각각 1명(입소자 50명 이상인 경우)

주: 요양병원의 최소 병상 수가 30개이므로 노인요양시설의 경우 입소자 30명 이상과 비교
 자료: 의료법 시행규칙 별표 3, 5; 노인복지법 시행규칙 별표 4

2. 공급 현황

요양병원의 기관 수 및 병상 수를 살펴보면, 2005년 203개이었던 요양병원은 2020년 1,582개가 되어 7.8배가 되었으며, 병상 수는 24,072개에서 308,112개로 12.8배가 되었다. 기관 수의 증가보다도 병상 수의 증가가 커서 병원 당 병상 수는 118.6개에서 194.8개로 증가하였다. 이와 같은 수치는 요양병원의 대형화 양상을 보여주는 것이다. 2005년에서 2010년 기관 수의 연평균 증가율은 33.7%에 달하였으나, 2010년에서 2015년 기관 수의 연평균 증가율은 9.6%로 감소하였고, 2015년에서 2020년의 경우 2.9%로 감소하였으며, 2019년에 비하여 2020년에는 5개소가 증가한 것으로 보고되었다. 이러한 수치는 최근 요양병원 기관 수의 증가가 미미하다는 것을 보여준다. 그러나 병상 수의 경우에는 2005년에서 2010년 연평균 증가율 36%에서 2010년에서 2015년 16.2%, 2015년에서 2020년 5.3%로 여전히 높은 수준을 보이고 있다.

노인장기요양보험 하의 노인요양시설의 경우 2010년 2,408개에서 2020년 3,850개로 증가하였다. 2010년에서 2015년의 연평균 기관 수 증가율이 4.0%인데 반하여 2015년에서 2020년의 연평균 기관 수 증가율이 5.6%로 증가하였다. 또한 정원 수는 2010년 105,478명에서 2020년 188,302명으로 증가하였고, 2010년에서 2015년의 연평균 증가율은 5.9%, 2015년에서 2020년 연평균 증가율은 6.0%로 큰 차이를 보이지는 않았다. 즉, 시설 당 정원 수의 변화는 크지 않아서 요양병원과는 달리 대형화되는 양상을 보이지는 않았다.

요양병원보다는 요양시설의 기관 수가 많아서 2020년 기준으로 요양병원은 1,582개소, 요양시설은 3,850개소로 2.4배에 달하였다. 그러나 요양병원 병상 수와 요양시설 정원을 비

교하면, 요양시설 정원에 비하여 요양병원 병상 수의 증가가 컸기 때문에 2020년 현재 요양 시설 정원은 188,302명이지만 요양병원 병상 수는 308,112개로 1.6배에 달한다.

요양병원 병상수의 증가는 경영이 어려운 지역의 중소병원들이 적극적인 수요창출이 가능한 요양병원으로 대거 전환함에 따른 것으로, 증가한 요양병상 수만큼 적극적인 요양병원의 수요 유인 효과가 요양병원 의료비용을 배가시키는 요인이 되고 있다.

〈표 3-2〉 요양병원과 요양시설 기관 추이

구분		2005년	2010년	2015년	2020년	2005~2010 증가율(%)	2010~2015 증가율(%)	2015~2020 증가율(%)
요양 병원	기관 수(개)	203	867	1,372	1,582	33.7	9.6	2.9
	병상 수(개)	24,072	112,014	237,669	308,112	36.0	16.2	5.3
	병원 당 병상 수(개)	118.6	129.2	173.2	194.8	1.7	6.0	2.4
요양 시설	기관 수(개)	-	2,408	2,935	3,850	-	4.0	5.6
	정원(명)	-	105,478	140,788	188,302	-	5.9	6.0
	시설 당 정원(명)	-	43.8	48.0	48.9	-	1.8	0.4
요양병원 병상 +요양시설 정원		-	217,492	378,457	496,414	-	11.7	5.6

자료: 통계청, KOSIS, 각 연도

요양병원의 병상 수와 요양시설 정원을 OECD 국가와 비교한 결과는 아래 표와 같다. 우리나라의 요양병원은 OECD Health Data의 병상 분류에서는 병원 병상 중 ‘Long-term care beds’에 포함된다. 65세 이상 인구 천명당 요양병상 수는 2019년 기준으로 우리나라는 35.56개로 OECD 국가 중 가장 많았으며, 다음으로는 일본이 8.82개이었다. 그런데 다른 국가들의 경우 전혀 없거나, 5개 미만으로 매우 낮은 수준이었다. 요양시설 병상의 경우에는 2019년 기준 우리나라는 65세 이상 인구 천명당 24.8개로 매우 낮은 수준이었다. 독일, 프랑스, 캐나다, 뉴질랜드는 65세 인구 천명당 약 50개이었으며, 네덜란드와 스웨덴은 70개 내외이었다. 그런데 요양병원과 요양시설의 병상 수를 합하여 비교할 경우, OECD 다른 국가에 비하여 높은 수준은 아니었다. 즉, 우리나라의 요양병원과 요양시설 병상을 합하면 2019년 기준으로 65세 이상 인구 천명당 60.4개로 스웨덴이나 네덜란드보다는 낮았다.

〈표 3-3〉 OECD 국가의 병상 수

국가	병원의 long-term care 병상 (65세 이상 인구 천명당)		요양시설 병상 (65세 이상 인구 천명당)		급성기 병상 (인구 천명당)	
	2015	2019	2015	2019	2015	2019
한국	35.14	35.56	24.5	24.8	7.02	7.08
일본	10.01	8.82	24.3	26.3	7.85	7.74
독일	0	0	54.4	54.2	6.11	5.95
프랑스	2.59	2.3	53.1	49.1	3.21	3
네덜란드	2.26	1.87	78.2	72.1	2.98	2.62
스웨덴	-	-	65.5	68.1	2.26	1.9
덴마크	0.23	0.23	48.2	37.7	2.46	2.49
노르웨이	0	0	48.8	43.5	3.36	3.1
캐나다	2.83	2.44	49.1	51.9	2.03	1.97
미국	1.25	1.2('18)	34.7	33.4('16)	2.46	2.5('17)
뉴질랜드	0.17	0.17	56.3	52.1	2.68	2.52

자료: OECD Health Data 2021

Retrieved on September 1, 2021, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?ThemeTreeId=9#>

3. 이용 현황

이용 환자 수와 진료비를 토대로 이용 현황을 살펴보았으며, 요양병원과 노인요양시설을 비교한 결과는 아래 표와 같다. 요양병원의 입원일수는 2009년 19,588천일에서 2019년 65,701천일로 3.35배 증가하였다. 반면 요양시설은 19,382천일에서 49,685천일로 2.56배 증가하여 요양병원이 요양시설에 비하여 입원일수 증가는 큰 것으로 분석되었다. 이용 실인원의 경우 2015년과 2019년을 비교하면, 요양병원의 이용 실인원이 요양시설의 약 2배인 것으로 나타났으며, 2019년의 경우 이 둘을 합하면 585,819명으로 65세 이상 노인 인구 중 7.3%이었다. 그러나 요양병원과 요양시설을 모두 이용한 이용자가 있기 때문에 실제 이용 인원 수는 이보다 적을 것으로 판단된다. 급여비의 경우 요양병원과 요양시설 모두 2009년 대비 2019년 급여비는 4배가 넘는 것으로 분석되었으며, 요양병원이 요양시설보다는 다소 높았다. 2019년 현재 요양병원의 급여비는 5조 8천억원가량이었으며, 요양시설은 3조 4천억원으로 이 둘을 합하면, 9조 2천억원이 넘는 것으로 보고되었다.

이용자 1인 당 혹은 입원 1건당 입원 및 입소 일수는 2019년 기준 요양병원은 약 166일, 요양시설은 약 269일로 100일 가량 차이가 있었다. 그런데 요양병원의 건당 입원일수가 요양시설의 인당 입소일수보다 빠르게 증가하고 있어서 요양병원의 장기입원에 대한 대책 마

련이 필요함을 알 수 있다. 1인당 급여비는 요양병원보다 요양시설이 다소 많지만 이는 1인당 입원일수가 길기 때문이고 1일당 급여비는 요양병원이 요양시설보다는 높았다.

〈표 3-4〉 요양병원과 요양시설 이용 추이

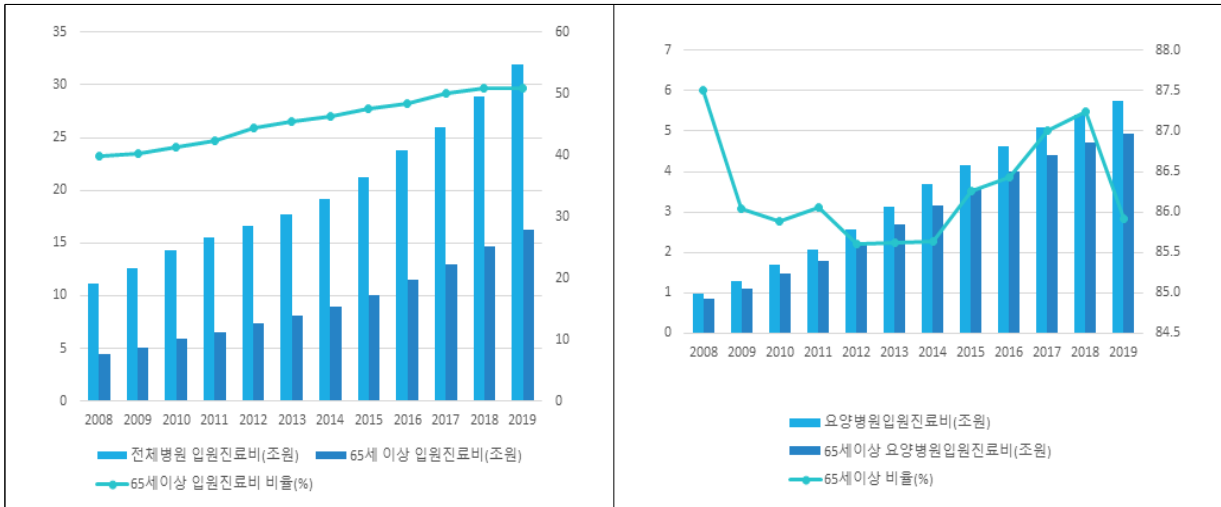
구분		2009(A)	2012	2015	2019(B)	B/A
입원/소 일수(천일)	요양병원	19,588	33,680	51,806	65,701	3.35
	요양시설	19,382	19,631	40,375	49,685	2.56
이용 실인원(명)	요양병원			316,049	396,204	
	요양시설	85,691	83,538	153,840	189,615	2.21
급여비 (천원)	요양병원	1,253,707,438	2,511,884,557	4,144,565,675	5,805,778,529	4.63
	요양시설	805,807,079	886,049,623	2,055,761,826	3,431,922,523	4.26
1인당 입원/소 일수(일)	요양병원	125.1	147.7	164.4	165.8	1.33
	요양시설	226.2	235.0	262.4	268.1	1.19
1인당 급여비 (천원)	요양병원	68,004	11,017	13,018	14,653	1.83
	요양시설	9,404	10,607	13,363	17,230	1.83

주: 요양병원의 진료 실인원은 2009년과 2012년 자료는 발표되지 않았음
자료: 「건강보험통계연보」, 각 연도; 「노인장기요양통계연보」, 각 연도

지역사회에서 건강 및 돌봄 관련 적절한 서비스를 이용할 수 없는 노인들과 그 가족들 입장에서는 요양병원의 사회적 입원이 합리적 선택이다. 서비스 이용 접근이 자유롭고 보장받는 서비스범위는 더 넓을 뿐만 아니라, 본인부담상한액 적용 및 보장범위 확대 등 의료보장성이 강화되고 있어 본인부담비용은 더 낮기 때문이다. 즉 노인과 가족 입장에서는 요양병원에서 장기적인 사회적 입원을 지속하는 것이 합리적인 선택일 수 있으나, 이로 인해 사회적으로는 노인의료비용이 계속 급증할 수밖에 없는 구조이다.

노인의료비 지출은 계속 급증하는 추세로, 65세 이상 노인진료비가 전체 진료비의 40.9%를 차지하고, 노인 1인당 진료비는 전체 1인당 진료비의 3배를 상회하고 있다. 65세 이상 노인인구의 입원진료비 및 요양병원 입원진료비 급증으로 전체 병원 건강보험 급여실적 입원진료비 약 31.9조원 중 65세 이상이 16.23조원, 약50.8%를 차지하고 있으며(2019년 기준), 전체 요양병원의 건강보험급여 입원진료비 약 5.75조원 중 65세 이상 약 4.94조원, 약 86%를 차지하고 있다 (2019년 기준).

[그림 3-1] 노인 입원진료비 및 요양병원 입원진료비



자료: 석재은(2020)

제2절 요양병원의 입퇴원 기준과 지불제도 현황 및 쟁점

1. 입퇴원 기준

가. 입원기준

현재 요양병원에 적용되는 입원기준은 「의료법 시행규칙」 제36조에 규정되어 있으며, 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자 중 주로 요양이 필요한 사람을 요양병원 입원 대상으로 규정하였다. 또한 「의료법」 제3조 2에서는 장기입원이 필요한 환자가 입원하는 병원으로 요양병원을 규정하고 있다. 즉, 「의료법」상 요양병원의 환자 입원 기준에는 환자의 상태와 입원 기간을 적용하고 있다고 할 수 있다. 그러나 이와 같은 환자의 상태와 입원 기간이라는 기준이 명확하지 않아 장기요양시설과의 대상자 혼재의 문제가 발생하고 있다.

1) 환자상태

환자상태를 의미하는 노인성 질환, 만성질환, 외과적 수술 후 상해 후 회복에 대해서 대상 질환의 정의를 재검토할 필요가 있으며 이를 바탕으로 입원 기준을 마련하는 것이 필요하다고 판단된다.

우선 노인성 질환의 경우 의료법 및 건강보험법, 관련 규정에는 노인성 질환에 대하여

언급하고 있지 않으나 노인장기요양보험법 시행령에 노인성 질환에 대하여 다음과 같이 명시하고 있다. 치매와 뇌혈관질환이 대부분임을 알 수 있다.

〈표 3-5〉 노인성 질병의 종류

질병명	질병코드
가. 알츠하이머병에서의 치매	F00
나. 혈관성 치매	F01
다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
라. 상세불명의 치매	F03
마. 알츠하이머병	G30
바. 지주막하출혈	I60
사. 뇌내출혈	I61
아. 기타 비외상성 두개내출혈	I62
자. 뇌경색증	I63
차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64
카. 뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65
타. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66
파. 기타 뇌혈관질환	I67
하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	I68
거. 뇌혈관질환의 후유증	I69
너. 파킨슨병	G20
더. 이차성 파킨슨증	G21
러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
버. 중풍후유증	U23.4
서. 진전(震顫)	R25.1

자료: 「노인장기요양보험법 시행령」 별표 1

만성질환의 경우 학자 및 관점에 따라서 다양하게 정의할 수 있겠지만 본 연구에서는 건강보험에서 수가로 보상하고 있는 만성질환 관리료의 정의를 검토하였다.

〈표 3-6〉 만성질환의 종류

질병명	질병코드	질병코드
고혈압	I10~I13, I15	상병명으로 하는 환자
당뇨병	E10~14	

〈표 3-6〉의 계속

질병명	질병코드	질병코드
정신 및 행동장애	F00~F99, G40~G41	주상병으로 하는 환자
호흡기결핵	A15~16, A19	
심장질환	I05~I09, I20~I27, I30~I52	
대뇌혈관질환	I60~I69	
신경계질환	G00~G37, G43~G83	
악성신생물	C00~C97, D00~D09	
갑상선의 장애	E00~E07	
간의 질환	B18, 19, K70~K77	
만성신부전증	N18	

자료: 건강보험요양급여비용 중 ‘만성질환 관리료’ 대상 질환

만성질환 관리료는 ‘만성질환으로 인해 의료기관에 지속적으로 내원하는 재진환자에 대하여 교육 상담 등을 통하여 환자가 자신의 질병을 이해하고 합병증을 예방할 수 있도록 관리체계를 수립한 경우에 산정’하는 수가 항목이다. 즉, 만성질환 관리료는 외래환자에 대하여 산정하는 수가이므로 요양병원의 만성질환에는 적합하지 않을 수 있으나, 합치된 정의가 없기 때문에 이를 참고하였다. 정신 및 행동장애, 대뇌혈관질환, 신경계질환의 경우 노인장기요양보험에서 규정하고 있는 노인성 질환과 건강보험에서의 만성질환에 모두 포함되어 있어 요양병원 환자 입원 기준으로 적용하는데 있어 중요한 상병이라고 할 수 있다. 그러나 이러한 상병은 장기요양시설의 입소자에서도 대부분을 차지하고 있는 상병으로(송현종·채정미, 2011) 노인장기요양보험 인정자 중 가장 많은 상병은 치매, 뇌졸중, 치매+뇌졸중이었다. 따라서 상병명만으로는 입원 기준으로 적용하기에 한계가 있다.

외과적 수술 후 및 상해 후 회복에 대해서는 건강보험 수가 항목 중 ‘처치 및 수술’를 적용할 수 있다. 즉, 요양병원으로의 전원 이전의 기관에서 처치 및 수술을 받았다면 이 기준에 해당하여 입원이 가능하다고 할 수 있다.

환자상태 관련 정의에서 혼란이 있는 것은 ‘주로 요양이 필요’하다는 것이다. 「국민건강보험법」 제41조에는 요양급여의 종류를 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 및 그 밖의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송으로 규정하고 있으며, 이와 같은 요양급여를 제공하는 기관을 요양기관으로 정의하였다. 또한 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에서는 요양급여의 방법·절차·범위·상한 및 제외대상 등 요양급여기준에 관하여 필요한 사항을 규정하고 있다. 또한 요양급여 대상의 여부 결정은 의학적 타당성, 의료적 중대성, 치료효과성 등 임상적 유용성, 비용효과성, 환자의 비용부담정도, 사회적 편익 및 건강보험 재정상황

등을 고려하여 하도록 하고 있다. 즉, 국민건강보험법에서는 ‘요양’이라는 단어에 대한 정의를 별도로 하고 있지 않으나, 요양급여와 요양기관의 개념으로 유추한다면 보험급여의 원리 하에서 수행되는 ‘의료’, ‘치료’, ‘예방’ 정도로 해석할 수 있다고 볼 수 있다.

국민건강보험법 외에도 ‘요양’에 대해서는 노인장기요양보험에서 그 정의를 찾을 수 있다. 「노인장기요양보험법」 제2조에서 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동, 가사 활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 장기요양급여라고 정의하였다.

이와 같은 법적인 정의를 토대로 살펴보면, 요양병원에 입원하는 환자는 ‘의학적인 서비스와 일상생활지원’이 장기간 필요한 환자라고 볼 수 있는데 이러한 용어 사용이 요양병원과 노인요양시설의 기능에 있어서 혼동을 가져온 데 일정 부분 영향을 미쳤다고 할 수 있다.

2) 입원 기간

입원 기간과 관련해서는 「의료법」 제3조 2에 ‘장기입원’이라고 명시되어 있으나 장기입원에 대한 정의는 명확하지 않다. 요양병원을 제외한 병원에서의 입원료 차등제 기준은 입원 16일째부터 30일째까지는 입원료 해당 점수의 90%, 31일째부터는 85%를 산정하도록 되어 있다. 이를 감안한다면 요양병원을 제외한 병원에서는 16일 이상의 입원이 장기입원이라고 할 수 있다. 따라서 요양병원에 입원이 필요한 장기입원은 급성기 병원⁸⁾에서 16일 이상 입원 후에도 지속적인 입원이 필요한 경우라고 할 수 있다.

요양병원이 장기입원이 필요한 환자가 입원하도록 되어 있으나 장기입원은 재정적인 측면에서 국가 의료비에 대한 부담과 환자들의 삶의 질 측면에서 관리되어야 하는 중요한 문제이며, 이러한 이유로 많은 국가들이 입원일수를 감소하기 시키기 위한 전략을 사용하고 있다. 이에 따라 번들지불(bundled payment) 도입, 질 평가 지표에 위험도를 포함한 지역사회 퇴원을 포함 등의 방법을 사용하고 있다(송현중 외, 2020). 우리나라에서도 요양병원의 입원 181일째부터 270일째까지는 입원료의 5%를, 271일째부터 360일째까지는 10%, 361일째부터는 15% 감산하는 입원료 체감제를 적용하고 있다. 또한 2020년 1월 1일 퇴원환자부터는 퇴원 후 90일 이내에 요양병원으로 재입원하는 경우에는 이전 요양병원 입원기간을 합산하여 입원료 체감제 수가를 적용하고 있어서 장기입원에 대하여 적극적인 관리를 실시하고 있다고 할 수 있다. 이와 같은 정책을 모두 감안한다면 요양병원이 장기입원이 필요한 환자가 입원할 수 있는 의료기관이지만 180일까지를 허용한다고 할 수 있다. 전술한 바와 같이 요양병원 입원환자 1인당 입원일수는 지속적으로 증가하고 있어 2019년 현재 165.8일로 180일에 근접해 가고 있는 실정이다.

8) 본 고에서는 요양병원 외 병원을 급성기 병원이라고 하였음

나. 퇴원 기준

퇴원을 위한 별도의 기준은 마련되어 있지 않으나 입원치료가 더 이상 필요하지 않다고 임상적 판단이 내려질 경우 퇴원하는 것으로 간주할 수 있어 임상 전문가의 의사결정 영역이라고 할 수 있다. 현재 전술한 바와 같이 요양병원을 포함한 모든 의료기관에 대해서는 입원료 체감제를 적용하고 있으므로 입원일수를 퇴원 기준으로 간주할 수 있다고 판단된다. 현재 건강보험 제도 하에서는 요양병원의 경우 180일 이내에 퇴원하는 것을 기준으로 하고 있다고 할 수 있다.

2019년 11월부터 요양병원 지역사회 연계 평가료, 요양병원 지역사회 연계 관리료 I, II가 신설되었는데 이 중 지역사회 연계 관리료는 입원일로부터 120일 경과 후 퇴원이 예정되어 있고 지역연계가 필요한 환자를 대상으로 연계를 실시할 경우 산정하도록 되어 있다. 이것은 지역연계를 통하여 지역사회로의 복귀가 가능한 환자는 퇴원할 수 있음을 의미한다고 할 수 있다. 이러한 기준과 유사하게 미국의 CMS(Center for Medicare and Medicaid Service)에서는 메디케어에서 지불하는 대표적인 급성기 이후 의료기관인 Long-term Care Hospital(LTCH)에 대하여 환자의 의학적 상태가 안정되어 LTCH보다 낮은 단계의 시설에서 환자의 상태에 대한 관리가 가능할 것으로 평가되는 경우 퇴원을 고려할 수 있다고 제시하고 있다(송현중 외, 2020). 대상자의 의학적 진단명, 기능수준, 인지수준, 피부상태 등을 고려하여 퇴원 가능 여부를 평가하도록 하고 있다.

2. 지불제도

현재 요양병원에 대해서는 일당정액제를 기본 지불제도로 사용하고 있다. 일당정액제를 적용하기 위해서는 기본적으로 환자분류군에 대한 검토가 필요하다. 따라서 본 고에서는 환자분류군과 수가 체계를 포함하여 지불제도를 살펴보았다.

가. 환자분류군

요양병원은 환자분류군별 일당 수가가 책정되는 일당정액제를 사용하고 있어 환자분류군은 전술한 입원 기준을 수가와 연계하여 적용하는 중요한 장치이다. 2019년 11월부터 7개 환자분류군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)을 5개 환자분류군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 선택입원군)으로 조정하여 적용하고 있다. 또한 7개 환자분류군에서는 ADL 점수를 기준으로 동일 환자분류군 내에서 수가가 달라 22개 소분류군으로 구분되었으나 변경된 환자분류군에서는 ADL을 환자분류군 내의 환자분류 기준으로 적용하지 않았다.

보건복지부는 환자분류군 개편의 취지를 크게 두 가지로 밝히고 있다.⁹⁾ 첫째, 7개 환자

분류체계는 의학적 입원 필요성에 따른 분류(의료최고도-의료고도-의료중도-의료경도)와 돌봄 필요성에 따른 기능적 분류(문제행동군-인지장애군-신체기능저하군)가 혼재되어 있어 의학적 입원 필요성에 따른 단일 기준으로 입원환자 분류체계를 정비(의료최고도-의료고도-의료중도-의료경도)하였다는 것이다. 둘째, 의학적 분류군에 속하지는 않지만 일정 기간 입원이 필요한 환자들은 본인부담을 차등하여 입원하도록 하는 선택입원군으로 신설 통합하기로 하였다는 것이다.

환자분류군의 체계가 변경됨에 따라 환자분류군의 산정 기준도 변경되었다. 의료최고도와 의료고도는 기존의 환자분류기준을 대부분 유지하되, 기존의 발열을 발열이 최소 3일 이상 있고 발열 원인을 찾는 검사와 처치가 동반된 경우로 변경하는 등 일부 불명확한 기준을 정비하였다. 망상·환각 등으로 약물 치료가 필요한 정도의 중증 치매 환자, 마약성 진통제 등의 투여가 필요한 암환자의 경우 의료중도로 새롭게 분류하여 적극적 치료가 이뤄질 수 있도록 개선하였다. 의료경도(예: 경증치매, 일정수준의 전문재활치료를 받는 환자 등)의 경우 단순 기억력 저하를 치매로 입원시키는 현상을 방지하기 위해 치매진단을 받은 후 관련 약제 투여가 이루어지는 경우로 분류 기준을 명확히 하였다.

〈표 3-7〉 환자분류군 및 기준 개편

환자분류군	2019년 11월 이후~현재	2019년 11월 이전
의료최고도	ADL이 11점 이상이면서 인공호흡기, 혼수, 중심정맥영양 중 하나 이상에 해당	ADL 11점 이상이면서 혼수, 체내출혈, 중심정맥영양, 인공호흡기 중 하나 이상에 해당
의료고도	뇌성마비, 척추손상마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성희귀난치성 질환자가 ADL 18점 이상	뇌성마비, 척추손상마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성희귀난치성 질환자가 ADL 18점 이상 다발경화증, 사지마비인 환자가 ADL 11점 이상
	3단계 이상 욕창으로 2가지 이상의 피부궤양 치료	2단계 욕창이 2개 이상이면서 2가지의 피부궤양 치료 3~4단계 피부궤양이 1개 이상이면서 2가지 이상의 피부궤양 치료
	발열(탈수·구토·체중감소 중 하나 이상을 동반)이 최소 3일 이상 있고 발열 원인을 찾는 검사와 처치	발열(탈수·구토·체중감소·경관영양 중 하나 이상을 동반)
	2도 이상 화상 처치	2도 이상 화상
	매일 격렬하고 참을 수 없는 통증으로 관련 치료	격렬하고 참을 수 없는 통증이 매일 있는 경우

9) 보건복지부, 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결, 보도자료, 2019.

〈표 3-7〉의 계속

환자분류군	2019년 11월 이후~현재	2019년 11월 이전
의료고도	7일 이상의 지속적 경관영양	경관영양 또는 말초정맥영양
	매일 기관절개관관리	흡인 기관절개관관리
	당뇨환자의 합병증으로 인한 발 감염에 대한 주기적 드레싱(ADL 4~8점 제외)	당뇨환자가 발의 감염 또는 발의 개방성 병변으로 드레싱
		수혈
	산소포화도가 90% 이하인 상태에서 산소 투여를 시작하여 7일 이상 산소를 투여받고 있는 경우	산소요법
	ADL이 10점 이하이면서 의료최고도 조건에 해당	
의료중도	뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성 질환자, AIDS, 다발경화증 환자가 ADL 11~17점	뇌성마비, 척수손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀난치성 질환자가 ADL 11~17점
	2단계 욕창으로 2가지 이상의 피부궤양 치료	2단계 욕창이 1개이면서 2가지 이상의 피부궤양 치료
	당뇨이면서 혈당검사 및 인슐린 주사가 매일 시행되고 혈당 또는 인슐린 투여 용량의 변화가 심한 경우	당뇨이면서 매일 주사 필요
	매일 있는 중등도 통증으로 관련 치료 또는 암성통증으로 통증 관련 치료(마약성 진통제 등)	매일 경미하거나 중등도의 통증
	연속 또는 간헐적으로 3일 이상의 정맥주사로 치료약제 투여	정맥주사에 의한 투약
	하기도 증기흡입치료	네블라이저 요법
	수술창상 치료 및 이에 준하는 치료	
	3개월 이내 루 수술로 루 관리를 받고 있거나 출혈이나 감염 등의 문제로 지속적인 루 관리	위루, 요루 또는 장루 관리
	배뇨장애로 일정하게 짜여진 배뇨계획, 방광훈련 프로그램, 규칙적 도뇨 중 하나 이상의 배뇨 훈련을 받고 있으면서 7일 이상 배뇨 일지 작성	배뇨훈련
치매진단을 받은 환자가 망상, 환각, 초조, 공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주 8일 이상 보여 이에 대한 약물치료		

〈표 3-7〉의 계속

환자분류군	2019년 11월 이후~현재	2019년 11월 이전
의료경도	치매진단을 받은 환자가 우울·낙담, 불안, 이상 운동증상 또는 반복적 행동, 수면·야간행동 중 하나 이상의 증상을 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보이며 치매관련 약제 투여	
	의료최고도, 의료중도에 해당하지 않는 환자로서 루 관리	
	ADL 6점 이상이면서 특정 항목에 해당하는 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있으면 지속적으로 입원 치료 필요	ADL 6점 이상이고 전문재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상
문제행동군		망각, 환각, 초조, 공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증세를 1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보인 경우
인지장애군		인지기능검사 결과 0~19
선택입원군	일정기간 입원이 필요하나 나머지 군에 속하지 않는 환자	신체기능저하군: 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합한 환자

요양병원과 요양시설의 기능 정립과 관련하여 환자분류군 기준을 노인장기요양보험의 등급 판정 기준과 비교하여 살펴볼 필요가 있다. 아래 표는 장기요양 인정조사표의 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목이다.

〈표 3-8〉 장기요양 인정조사표 항목

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활기능) (12항목)	<ul style="list-style-type: none"> · <u>옷 벗고 입기</u> · <u>세수하기</u> · <u>양치질하기</u> · <u>목욕하기</u> 	<ul style="list-style-type: none"> · <u>식사하기</u> · <u>체위변경하기</u> · <u>일어나 앉기</u> · <u>옮겨 앉기</u> 	<ul style="list-style-type: none"> · <u>방밖으로 나오기</u> · <u>화장실 사용하기</u> · <u>대변 조절하기</u> · <u>소변 조절하기</u>
인지기능 (7항목)	<ul style="list-style-type: none"> · <u>단기 기억장애</u> · <u>날짜불인지</u> · <u>장소불인지</u> · <u>나이/생년월일 불인지</u> 	<ul style="list-style-type: none"> · <u>지시불인지</u> · <u>상황판단력 감퇴</u> · <u>의사소통/전달장애</u> 	

〈표 3-8〉의 계속

영역	항목		
행동변화 (14항목)	<ul style="list-style-type: none"> · 망상 · 환각, 환청 · 슬픈상태, 울기도 함 · 불규칙수면, 주야혼돈 · 도움에 저항 	<ul style="list-style-type: none"> · 서성거림, 안절부절못함 · 길을 잃음 · 폭언, 위협행동 · 밖으로 나가려함 · 물건 망가트리기 	<ul style="list-style-type: none"> · 의미없거나 부적절한 행동 · 돈/물건 감추기 · 부적절한 옷입기 · 대소변불결행위
간호처치 (9항목)	<ul style="list-style-type: none"> · 기관지 절개관 간호 · 흡인 · 산소요법 	<ul style="list-style-type: none"> · 욕창간호 · 경관 영양 · 암성통증간호 	<ul style="list-style-type: none"> · 도뇨관리 · 장루간호 · 투석간호
재활 (10항목)	운동장애(4항목)		관절제한(6항목)
	<ul style="list-style-type: none"> · 우측상지 · 좌측상지 	<ul style="list-style-type: none"> · 우측하지 · 좌측하지 	<ul style="list-style-type: none"> · 어깨관절, 팔꿈치관절, 손목 및 수지관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절

주: 밑줄 친 항목은 요양병원 환자평가표와 유사

밑줄 친 항목은 요양병원 환자평가표와 유사한 항목이다. 표에서 알 수 있듯이 장기요양 등급 판정을 위한 ‘장기요양 인정조사표’와 요양병원의 환자분류군을 결정하는 ‘환자평가표’에는 완전히 일치하지는 않아도 매우 유사한 항목이 다수 있다. 항목에 대한 표현이나 응답범주 등은 상이하지만 항목 자체는 거의 동일하다. 의료기관인 요양병원에서 사용하는 환자평가표에는 이외에도 의료적인 처치 및 질병 상태에 대한 상세한 항목이 추가적으로 포함되어 있으나 장기요양인정조사표의 항목과 유사한 항목이 많다는 것을 알 수 있다.

나. 수가체계

2008년 1월 1일부터 요양병원에 일당정액제 수가가 적용되고 있으며, 현재 일당정액수가+행위별수가(환자, 특정 항목 및 기간)+인력차등수가(의사, 간호인력, 필요인력)+지역사회연계료로 구성되어 있다. 즉, 요양병원에는 포괄형 수가를 사용하면서도 행위별 수가를 인정하고 있으며, 전반적으로 낮은 인력 수준을 향상시키기 위해서 가산과 감산을 적용하고 있고 최근 지역사회 통합돌봄 관련 수가가 신설되어 요양병원 환자의 지역사회 조기 복귀를 위한 연계 기능을 강화하고 있다고 할 수 있다. 앞서 노인요양시설과 요양병원의 비교에서 노인요양시설이 법적인 인력 기준에서 요양병원에 비하여 배치해야 하는 직종이 다양하다고 언급하였는데 필요인력 확보에 따른 별도 보상수가를 요양병원에는 적용하고 있기 때문에 실질적으로는 물리치료사나 사회복지사를 상근자로 배치하고 있는 요양병원이 많다.

환자분류군별 일당정액수가에는 입원료, 행위료, 약제·치료재료대 외에 최근 수가개편으로 요양병원 입원환자 안전관리료가 포함되었다. 입원료는 환자분류군에 관계없이 동일하

지만 행위료와 약제·치료재료대는 환자분류군별로 차이가 있다. 행위료의 경우 행위점수로, 약제·치료재료대는 금액(원)으로 산정된다. 요양병원 입원환자 안전관리료는 환자안전법 규정에 근거하여 신설되었으며, 의료기관평가인증원의 ‘인증’ 또는 ‘조건부인증’을 받은 200병상 이상 요양병원 중 급성기 병원의 입원환자 안전관리료 산정기준, 전담인력기준, 병문안 관리기준을 충족시킨 경우에 산정가능하다. 요양병원 입원환자 안전관리료는 환자 당 입원일수별로 산정할 수 있으며 환자분류군에 관계없이 동일하다.

〈표 3-9〉 요양병원 수가 구성

구분	내용
환자분류군별 일당정액수가	<ul style="list-style-type: none"> - 입원료(병원관리료 53%+의학관리료 31%+간호관리료 16%)(환자분류군에 관계없이 동일) - 행위료(환자분류군별로 차이가 있음) - 약제, 치료재료대(환자분류군별로 차이가 있음) - 요양병원 입원환자 안전관리료(환자분류군에 관계없이 동일)
행위별 수가 적용 환자	<ul style="list-style-type: none"> - 입원 6일 이내에 퇴원 - 낮병동 입원환자 - 한방과 입원환자 - 치과 입원환자
행위별 수가 적용 기간(특정기간)	<ul style="list-style-type: none"> - 폐렴 치료기간 - 패혈증 치료기간 - 체내출혈 치료기간 - 중환자실 입원기간 - 격리실 입원기간 - 외과적 수술 및 동 수술에 따른 관련된 치료기간
행위별 수가 적용 항목(특정 항목)	<ul style="list-style-type: none"> - 식대 - CT, MRI - 전문재활치료 - 혈액투석 및 투석액 - 전문의약품: Erythropoietin 주사제(품명 : 에포론주 등), Darbepoetin Alpha 주사제(품명 : 네스프프리필드주 등), Methoxy polyethylene glycol - epoetin β 주사제(품명 : 미세라프리필드주), Recombinant Human Epidermal Growth Factor(품명 : 이지에프외용액), Riluzole(품명 : 리루텍정 등), Interferon β-1a (품명 : 레비프프리필드주 등) - 전혈 및 혈액성분제제 - 다른 요양기관으로 적정하게 의뢰한 경우 발생한 행위·약제 및 치료재료 - 선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준에 의한 행위·치료재료
인력확보수준에 따른 입원료 차등수가	<ul style="list-style-type: none"> - 의사 확보수준에 따른 입원료 차등 - 간호인력 확보수준에 따른 입원료 차등

〈표 3-9〉의 계속

구분	내용
필요인력 확보에 따른 별도 보상수가	약사가 상근하고 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근자가 1명 이상인 직종이 4개 이상인 경우 일당 1,710원 별도 보상(필요인력의 경우, 해당 치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 물리치료실, 임상병리실, 방사선실을 갖추고 실제 사용할 수 있는 해당 장비를 보유하고 있는 요양기관에 한하여 산정)
지역사회 연계료	- 지역사회 연계평가료 - 지역사회 연계관리료 I - 지역사회 연계관리료 II

인력확보수준에 따른 입원료 차등제 수가는 아래 표와 같다. 인력확보수준의 기준은 환자 수 대 인력 수로 하며, 가감금액은 입원료를 기준으로 한다. 의사인력 확보수준에 따른 차등제는 4등급, 간호인력에 따른 차등제는 6등급으로 구분된다. 간호인력 확보수준에 따른 차등제에서는 간호사와 간호조무사를 모두 포함한 간호인력의 수에 따라 차등을 하되, 1~5등급에서 간호사의 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우에는 1일당 2,000원을 별도 산정하도록 규정되어 있다. 현재 대부분의 요양병원이 가산기준을 충족하고 있는데 2020년 1분기를 기준으로 하면 96.5%가 의사 1등급, 98.9%가 간호인력 1, 2등급인 것으로 보고¹⁰⁾ 되어 차등의 효과는 거의 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-10〉 인력확보수준에 따른 입원료 차등제

구분	등급	기준	가감금액
의사	1	35:1 이하	전문의 비율이 50% 이상: 18% 가산
	2		전문의 비율이 50% 미만: 10% 가산
	3	35:1 초과 40:1 이하	0
	4	40:1 초과	50% 감산
간호인력	1	4.5:1 미만	60% 가산
	2	4.5:1 이상 5:1 미만	50% 가산
	3	5:1 이상 5.5:1 미만	35% 가산
	4	5.5:1 이상 6:1 미만	20% 가산
	5	6:1 이상 6.5:1 미만	0
	6	6.5:1 이상	50% 감산

10) 보건복지부, 2021년 제2차 건강보험정책심의위원회, 보도자료, 2021.

다. 서비스 질 연동 수가

요양병원에 대해서는 진료의 질을 향상시키기 위하여 전술한 수가와 별도로 요양병원 입원급여 적정성 평가결과를 인력확보수준에 따른 차등제 및 필요인력 확보에 따른 별도 보상에 연동하고 있다. 이에 따라 요양병원 입원급여 적정성 평가결과 전체 하위 20%에 해당하는 요양병원은 결과 발표 직후 2분기 동안 인력확보수준에 따른 가산 및 필요인력 확보에 따른 별도 보상을 받을 수 없도록 하고 있다. 또한 인증조사를 신청하지 않은 요양병원에 대해서는 인력확보수준에 따른 가산 및 필요인력 확보에 따른 별도 보상 대상에서 제외하고 있다.

보건복지부에서는 최근 보도자료¹¹⁾에서 적정규모의 인력 확보 차원을 넘어 실제 환자에게 제공하는 의료서비스 질에 따른 보상 체계를 구축하고자 입원료 차등제를 개편한다는 계획을 밝혔다. 의사인력 확보 수준에 따라 지급하던 기존의 인력 가산은 축소하고 적정성 평가결과와 연계한 가산기준을 신설한다는 것이다. 이에 따라 적정성 평가결과가 우수한 상위기관과 이전 평가결과 대비 점수가 상향된 기관에 대해서 차등적으로 보상하는 방안을 발표하였다. 즉, 의사인력확보수준 1등급의 가산율은 13%로 2등급은 5%로 5%씩 인하하고, 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 종합점수 상위 10% 이내의 기관은 20% 가산, 종합점수 상위 30% 이내 기관은 10% 가산, 직전 대비 5점 이상 상승한 기관은 5% 가산을 신설하였다. 이와 더불어 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과 종합점수 하위 5% 이하 요양병원은 적정성 평가 연계 가산 지급대상에서 제외한다고 밝혔다. 이와 같은 최근의 수가 개편 계획은 요양병원의 서비스 질을 개선하겠다는 정책 의지를 강하게 표명한 것으로 판단된다.

제3절 요양병원 기능 정립방안

노인돌봄과 의료의 연계는 요양병원의 기능 정립만으로는 해결될 수 없으며 노인장기요양보험 하에서 운영되고 있는 노인요양시설의 기능 정립도 함께 논의되어야 한다. 그러나 요양병원-노인요양시설의 연계 및 기능 분화와 관련된 현재까지의 논의는 대체로 요양병원의 기능 정립에 초점이 맞추어져 있었다. 이것은 요양병원과 달리 노인요양시설의 경우 입소를 위한 평가와 이를 토대로 한 등급인정체계가 갖추어져 있기 때문에 진입에 대한 관리가 가능하였기 때문으로 판단된다. 결국 요양병원의 기능 정립은 입원 및 퇴원 기준과 관련되어 시작되었다고 볼 수 있으며 이러한 이유로 본 고에서는 입퇴원 기준과 지불제도 및 관련된 환자분류체계 등을 살펴보았다. 그런데 2019년 11월에 요양병원 수가체계가 대대적으로 개편되면서 환자분류군과 환자분류기준, 입원료 체감제 등에 큰 변화가 있었으며, 아직

11) 보건복지부, 2021년 제2차 건강보험정책심의위원회, 보도자료, 2021.

까지는 이러한 개편이 요양병원에 어떠한 영향을 주었는지에 대해서 명확하게 진단하기는 어려운 한계가 있다. 환자분류군과 환자분류기준은 입원기준에 해당하기 때문에 향후 요양병원 이용행태의 변화 등을 면밀히 검토하여 개편된 환자분류군과 환자분류기준 및 장기입원을 예방하기 위한 입원료 체감제가 실제 목적인 바대로 작동하는지에 대한 분석 후에 방안을 마련하는 것이 적절하다. 따라서 본 고에서는 이와 같은 분석 결과가 아직 도출되지 않은 상태에서 기능 정립방안을 제언하는 한계가 있다.

1. 요양병원 기능 미정립으로 인한 문제

요양병원과 요양시설의 기능 미정립으로 인한 환자 중복에서 초래되는 양 사회보험의 비효율성이 문제가 되고 있다. 본 고에서는 우선적으로 이 문제의 현황에 대하여 선행연구 자료를 토대로 살펴보고자 하였다.

요양병원 환자평가표를 요양병원과 요양시설에 적용하여 조사한 김홍수(2014)의 연구에 의하면 요양시설 입소자 중 약 30%가 의료중도 이상으로 의료적 필요도가 높았으며, 요양병원 입원환자 중 약 53%는 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군으로 의료적 필요도가 낮았다고 보고하였다. 결과적으로 요양병원 환자 중 약 절반가량은 병원 서비스에 대한 요구도가 낮은 환자이고, 요양시설의 약 1/3은 의료서비스가 필요한 환자라는 것이다. 이러한 결과는 대상자의 요구도에 적합한 서비스가 요양병원과 요양시설 모두에서 적절하게 제공되고 있지 못함을 보여주는 것이다.

〈표 3-11〉 요양병원 환자평가표를 이용한 요양병원, 요양시설 환자 평가 결과

(단위: %)

구분	요양병원(n=1,320)	요양시설(n=1,368)
의료최고도	3.6	1.8
의료고도	20.2	13.9
의료중도	21.1	14.7
문제행동군	15.0	24.1
인지장애군	34.6	36.0
의료경도	1.7	1.5
신체기능저하군	3.9	8.1

자료: 김홍수(2014), 「한국 요양병원과 요양시설: 서비스 니즈와 제공실태」, 『2014년 한국보건행정학회 후기 학술대회 연제집』, 재구성

두 기관에 환자가 혼재되어 있어 요양병원에서 요양시설로, 요양시설에서 요양병원으로 환자가 이동하거나 노인장기요양보험에서 장기요양등급 인정을 받았음에도 불구하고 의료기관인 요양병원만 이용하는 현상이 발생하고 있다. 2012년 지급분을 기준으로 노인장기요양보험 인정자 중 113,459명(57.0%)은 요양시설만 이용하였으나, 67,039명(33.7%)은 요양병원만을 이용하였으며 요양시설에서 요양병원으로 이동한 환자는 4.5%, 요양병원에서 요양시설로 이동한 환자는 4.8%이었다(김진수 외, 2013). 또한 장기요양등급에 따라 양상이 다르게 나타났는데 1등급이나 2등급의 경우 약 60%정도가 요양시설만 이용하였고, 요양병원만 이용한 경우는 약 30%미만이었으나, 3등급의 경우 약 절반가량이 요양시설만 이용한 반면, 요양병원만 이용한 경우가 41.1%에 달하였다. 장기요양등급 3등급 인정자의 경우 의료적 필요도가 높음을 알 수 있다.

〈표 3-12〉 장기요양등급 인정자별 요양병원, 요양시설 이용

(단위: 명, %)

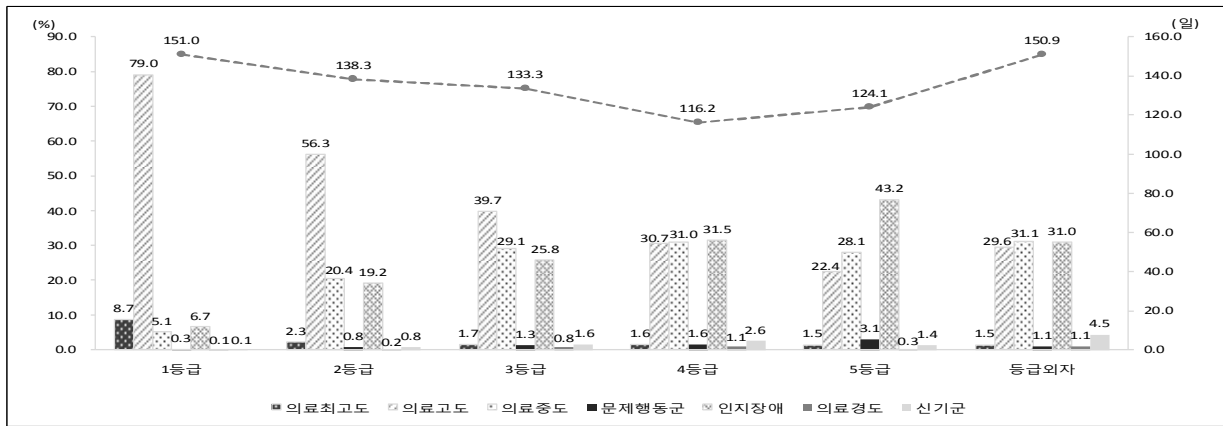
구분	1등급		2등급		3등급		계	
	이용자 수	비중	이용자 수	비중	이용자 수	비중	이용자 수	비중
요양시설만 이용	20,953	59.3	40,267	65.1	52,239	51.3	113,459	57.0
요양시설 → 요양병원	1,742	4.9	3,298	5.3	3,928	3.9	8,968	4.5
요양병원 → 요양시설	2,156	6.1	3,642	5.9	3,701	3.6	9,499	4.8
요양병원만 이용	10,472	29.7	14,649	23.7	41,918	41.2	67,039	33.7
계	35,323	100.0	61,856	100.0	101,786	100.0	198,965	100.0

주: 분석기준은 2012년말 지급 기준

자료: 김진수 외(2013), 『요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구-연계방안을 중심으로』, 서울: 한국보건사회연구원 재구성

최근에 수행된 연구(조경희 외, 2019)에서도 동일한 결과가 발표되었는데, 2018년 기준 장기요양등급 판정자 중 2018년에 사망자를 제외한 총 670,883명 중에서 102,791명(670,883명 중 15.3%)은 등급을 받고도 장기요양서비스를 이용하지 않았고, 이 중 50,740명(49.4%)은 요양병원 입원의료서비스만 이용하였다.

[그림 3-2] 2018년도 장기요양등급 판정자의 등급별 요양병원 환자분류군 분포 현황과 입원건당 평균재원일수



자료: 조경희 외(2019), 『환자 중심의 의료-요양 서비스 제공체계 구축 연구』, 국민건강보험공단

장기요양서비스를 이용하지 않고 요양병원 입원서비스만을 이용한 비율은 1등급 86.7%, 2등급 78.6%, 3등급 55.8%, 4등급 33.8%, 5등급 21.9%로 중증의 등급으로 갈수록 높았다. 장기요양등급 1~3등급자는 의료최고도나 의료고도로 입원하는 비율이 높고, 4, 5등급자가 요양병원 의료중도와 인지기능저하군으로 입원하는 비율이 높았다. 이러한 결과는 대상자의 요구도에 적합한 서비스가 요양병원과 요양시설 모두에서 적절하게 제공되고 있지 못함을 보여주는 것이며 비효율적인 이용으로 인하여 요양병원과 요양시설이 목적인 바를 달성하지 못하고 있음을 알 수 있다.

유사한 대상자가 유사한 기관을 중복적으로 이용함에 따라 국민건강보험과 노인장기요양보험이라는 두 사회보험에서 중복적인 비효율적인 재정지출이 발생하고 있다. 조경희 외(2019)의 연구에서는 요양병원과 요양시설의 기능 미정립으로 인한 비효율적인 재정지출을 다음과 같이 추계하였다. 첫째는 장기요양시설 입소자가 입소 중 의료기관에 입원하였기 때문에 비어있게 되는 장기요양시설의 침상에 대한 기회비용을 보험자가 부담하게 되는 비효율적 재정지출로 보았으며 둘째는 의료적 요구는 낮으나 요양필요도가 높은 경증 환자인 인지기능저하군과 신체기능저하군 중 180일 이상 입원한 것을 요양요구로 간주하였다. 비용 추계 결과는 <표 3-13>과 같다.

<표 3-13> 요양병원과 노인요양시설의 기능 미정립으로 인한 비효율적 재정지출

(단위: 천원)

구분	건강보험	노인장기요양보험	계
급여비	455,511,226	25,355,413	480,866,639
보험자 부담금 (80%로 가정)	364,408,981	20,284,330	384,693,311

주: 2018년 기준

자료: 조경희 외(2019), 『환자 중심의 의료-요양 서비스 제공체계 구축 연구』, 국민건강보험공단

장기요양시설 입소자가 입소 중 의료기관에 입원하였기 때문에 비어있게 되는 장기요양시설의 침상에 대하여 보험자가 부담한 기회비용은 약 200억원인 것으로 분석되었고, 의료적 요구는 낮으나 요양필요도가 높은 경증 환자가 180일 이상 입원하여 발생한 비용 중 보험자가 부담한 비용은 약 3,640억원이 추계되었다. 건강보험에서의 비효율적 재정지출과 노인장기요양보험에서의 비효율적 재정지출을 합산하면 급여비로는 약 4,809억원, 보험자 부담금으로는 약 3,847억원이었다. 2018년 요양병원 급여비와 노인요양시설의 급여비를 합하면, 약 7조2,972억원이고 이 중 비효율적인 재정지출은 약 6.6%라고 할 수 있다. 선행연구의 추계는 비교적 단순하게 수행되었으며, 각 사례별로 면밀히 살펴보아야 하는 한계에도 불구하고, 이와 같은 지출은 요양병원과 장기요양시설이 각각 본래의 목적인 대로 역할을 수행하였다면 일부는 막을 수 있는 것이었다고 판단된다.

요양병원과 장기요양시설 기능 미정립과 관련해서는 보험자 측면에서의 비효율적인 지출뿐만 아니라 실제 이와 같은 기관을 이용해야 하는 국민에게도 혼란을 주고 있다. 각종 인터넷 검색엔진에 ‘요양병원 요양원 차이’를 검색할 경우 아직도 국민들이 두 기관의 차이에 대하여 혼동하고 있다는 기사가 쉽게 검색되며 2020년부터 시작된 코로나19 대유행으로 국민들 입장에서는 구분이 더 어렵게 되었다고 할 수 있다. 이러한 상황에서 요양병원과 장기요양시설의 역할과 기능을 정립하기 위한 정책적 대안을 적용하는 것이 매우 시급하다고 하겠다.

2. 제도개선 방향 제언

노인돌봄-의료연계를 위해서는 대상자의 요구를 충족시키도록 필요한 서비스를 제공하되 건강보험과 장기요양보험의 지출 효율성을 극대화할 수 있도록 하는 것을 전제로 해야 한다. 요양병원을 이용하는 환자가 가지는 요구의 특성을 감안하여 제도를 개선하도록 하여야 한다. 요양병원을 이용하는 환자에게는 치료(cure)와 돌봄(care)에 대한 요구가 동시에 존재하며, 급성기 치료-요양병원-요양시설과 같이 연속선상의 다음 단계로 이동하지 않고 비순차적으로 이동할 가능성이 크고, 노인과 가족 및 지역사회 중심의 정책을 요구하고 있다. 환자의 요구를 해결해야 하는 것과 동시에 건강보험과 장기요양보험의 지출 효율성 극대화의 전제 조건은 요양병원과 노인요양시설의 각 기관이 본래의 설립 목적을 충실히 수행하여야 한다는 것이다. 이를 위해서는 여러 차례 논의가 되었으나 아직 해결하지 못한 과제를 해결하기 위해서 노인요양시설과 요양병원의 설립 목적 및 기능, 역할에 대한 사회적 합의가 필요한 시점이라고 판단된다. 본 고에서는 제도개선 방향과 관련하여 몇 가지 제언을 하고자 한다.

가. 요양병원의 법적 정의 재정립

요양병원이 의료기관인 병원으로서의 역할을 충실히 수행하기 위해서는 요양병원의 법적 정의가 재정립이 선결되어야 한다. 현재 의료법과 의료법 시행규칙 내에서도 요양병원에 대해서는 ‘의료행위’와 ‘요양’이라는 규정이 동시에 적용되고 있어 혼란을 초래하고 있다. 따라서 ‘요양’을 삭제하는 방안을 검토하는 것이 바람직하며 요양병원이라는 의료법 상 병원의 종류도 명칭을 개정하는 방안에 대한 논의가 필요하다. 이를 통해 요양병원의 기능을 회복·재활 등을 중심으로 축소 재편하되, 중증치매 전문요양 및 전환기 의료서비스는 강화하는 방향으로 기능을 재정립하는 것이 바람직하다.

이와 더불어 노인요양시설의 경우 현재 「노인복지법」에 따르면 노인의료복지시설로 분류되어 있으며, 노인복지법 시행규칙 별표 5의 노인의료복지시설의 운영기준에 따르면 의사 및 간호사를 두고 건강관리를 실시하도록 규정하고 있다. 이는 장기요양 대상자의 기능 장애가 대체로 만성질환과 관련된 것으로, 노인성 질환의 특성 상 시간이 경과함에 따라 중증도가 심해지는 경향이 있어 지속적인 의료적 처치가 필요한데서 비롯된다(노용균 외, 2010). 이에 따라 요양시설 입소자 가운데에는 전문적인 의료적 처치가 필요한 경우가 다수 있으나 시설 내 의료 및 간호 처치 제공(범위, 절차, 보상 등)과 관련된 법적 근거가 마련되어 있지 않고 시설 간호인력의 수, 전문성 부족으로 충실히 대응하지 못하고 있는 실정이다(이윤경 외, 2017). 따라서 요양병원의 법적 정의와 더불어 노인의료복지시설로 분류된 노인요양시설에 대해서도 의료복지시설로의 역할을 할 수 있도록 하는 법적 근거 마련이 필요하다고 할 수 있다.

나. 입원기준

요양병원의 입원기준에 대해서는 두 가지 측면에서 논의가 가능하다. 첫째, 의료법이나 의료법 시행규칙에 입원기준을 명시하여야 하는가?에 대한 논의이다. 다른 의료기관의 경우 입원기준을 법에 명시하지는 않았다. 만약 요양병원에 입원할 수 있는 기준을 명확하게 하여 급성기 병원과 차별화하는 것이 법적으로 필요하다면 아급성기 병원으로서의 역할을 제대로 수행할 수 있도록 시행규칙을 개정하는 것이 필요하다. 현재 의료법 시행규칙에 ‘노인성 질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해 후의 회복기 환자로 주로 요양이 필요한 자’로 규정하고 있으며 ‘요양’이라는 단어를 다른 명칭으로 대체하는 것에 대해서는 전술한 바와 같다. 이에 덧붙여 ‘노인성 질환자’의 경우에도 건강보험법이나 의료법에는 명시되어 있지 않고 노인장기요양보험법에 명시되어 있으며 더욱이 노인장기요양보험법 제1조에 장기요양서비스의 대상자는 ‘고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등’으로 명시하고 있다. 또한 노인성 질환은 대체로 만성질환이기 때문에 만성질환자라는 표현으로도 가능하다고 판단된다.

둘째, 법적으로 기준을 명시하는 것이 필요하다고 할 때 현재의 기준 외에 추가할 것이 있는가?에 대한 논의이다. CMS에서는 LTCH의 입원기준으로 다소 복합적인 질병으로 의료적 처치 및 치료가 요구되어 25일 이상의 입원치료가 필요하지만 급성기 병원의 중환자실에 비해 임상적 상태가 안정된 환자로 제한하고 있다(Richter, 2007). 이와 같은 정의는 LTCH에 입원할 정도의 임상적 중증도를 나타내는 것이며 현재 우리나라 요양병원은 환자분류군에 상세한 기준이 포함되어 있기 때문에 법적으로 입원기준을 명시한다고 하더라도 상세한 기준을 법에 담는 것은 적절하지 않다고 판단된다. 또한 메디케어에서 지불되고 있는 미국의 전문간호시설(Skilled Nursing Facility)의 경우 급성기 병원에서 최소 3일을 입원한 후 전원을 통해서 입원할 수 있음을 명시하고 있다(CMS, 2021). 이것은 급성기 이후 의료기관임을 명확하게 명시한 것이다. 이와 같은 기준은 우리나라 요양병원에 대해서도 적용할 수 있다고 판단된다. 단, 이러한 기준을 명시할 경우 요양병원에 입원하기 위해서 불필요하게 급성기 병원에 입원하는 사례가 발생할 수 있으므로 신중한 접근이 필요하다.

다. 환자분류군

환자분류군과 관련해서는 분류 기준과 환자분류군 구성의 세 가지 측면에서 논의가 필요하다. 첫째, 환자분류 기준과 관련해서는 2019년 11월부터 적용되고 있는 기준에 대한 지속적인 모니터링이 우선적으로 필요하며 이에 대한 평가가 실시된 이후에 보완하는 것이 바람직하다고 판단된다. 기존에 비하여 개편된 환자분류 기준에 임상적 중증 상태가 추가로 포함되었고 기준 자체도 명확하게 변경되었다. 따라서 실제 적용된 결과를 살펴보고 추후 논의하는 것이 바람직하다고 판단된다.

둘째, 요양시설과 요양병원의 기능 재정립의 근거로 지속적으로 거론된 내용 중 하나가 요양병원에서 경증 환자가 지속적으로 증가한다는 것이었다. 이에 따라 의료기관인 요양병원에 경증 환자가, 노인복지시설인 요양시설에 중증 환자가 입원 및 입소하고 있음을 많은 학자들이 문제로 제기하였다. 본 고에서 다루고 있는 입퇴원 기준, 환자분류기준은 모두 이 문제와 관련이 있다. 2018년 1~3월 진료기간 기준 인지장애군이 39.7%로 가장 많았고, 의료최고도는 1.5%에 불과하였다. 이를 2015년 동 기간과 비교하면, 인지장애군은 3.1%p, 신체기능저하군은 1.5%p 증가하였다. 이와 같은 자료는 결국 요양시설과 요양병원의 환자가 유사하다는 문제제기의 근거가 되었다.

〈표 3-14〉 환자분류군 현황

(단위: 건, %p)

구분	2018년	2015년	증감
의료최고도	10,910(1.5)	10,922(1.8)	0.3 ↓
의료고도	180,167(25.6)	145,973(24.2)	1.4 ↑

〈표 3-14〉의 계속

(단위: 건, %p)

구분	2018년	2015년	증감
의료중도	145,686(20.7)	148,872(24.7)	4.0 ↓
의료경도	12,722(1.8)	11,148(1.8)	-
문제행동군	5,617(0.8)	14,640(2.4)	1.6 ↓
인지장애군	279,630(39.7)	220,760(36.6)	3.1 ↑
신체기능저하군	69,743(9.9)	50,940(8.4)	1.5 ↑
계	704,475(100.0)	603,255(100.0)	

주: 1~3월 진료분 기준

자료: 건강보험심사평가원, 『2018년도 요양병원 입원급여 적정성평가 결과』, 2019.

개편된 요양병원 수가체계 및 다양한 장기입원 관련 정책이 환자분류군 분포를 개선하게 될 것으로 판단되며 개편 초기이기 때문에 면밀한 모니터링이 필요함은 전술한 바와 같다. 이와 더불어 본 고에서 제안한 요양병원의 법적 정의 및 입원기준 정비 등이 동시에 적용된다면 요양병원을 급성기 이후 의료기관으로서 자리매김하는데 일조할 것으로 판단된다.

의료적 필요도가 높은 중증 환자 중심의 환자분류군 구성을 유도하는 것과 관련해서는 일본의 사례를 참고할 수 있다. 일본의 요양병상은 환자분류 기준으로 의료구분과 ADL구분을 사용하고 있는데 의료구분과 ADL구분은 각각 의료구분1, 의료구분2, 의료구분3, ADL구분1, ADL구분2, ADL구분3의 세 그룹으로 구성되어 있으며 숫자가 높을수록 중증도가 높아짐을 의미한다(송현중 외, 2010). 수가는 9개 환자분류군에 대하여 일당정액수가를 적용하고 있어 일본의 요양병상에는 의료적 필요도(의료구분)와 기능적 필요도(ADL)을 모두 감안하는 환자분류군을 사용한다. 요양병상의 입원료는 1과 2의 두 가지로 구분되는데 이 구분은 의료구분 2와 3에 해당하는 환자의 비율이 50% 이상인 경우에는 입원료 2를 80% 이상인 경우에는 입원료 1을 적용한다. 이에 따라 중증도가 높은 환자가 많을수록 높은 수가를 적용한다. 우리나라의 경우 인력을 법적 기준보다 많이 확보하는 경우 가산을 주는 방식을 채택하고 있는데 일본의 경우 중증 환자의 비율이 높은 경우 수가를 높게 적용하고 있다. 즉, 일본에서는 환자분류군 구성에 따라서 수가를 다르게 하는 방식으로 의료적 필요도가 높은 중증 환자 중심으로 환자 구성을 유도하는 것이다. 이와 같은 방식은 우리나라 요양병원에도 적용해볼 수 있을 것으로 판단되지만 이 경우 업코딩에 대한 심사 기준을 별도로 마련하여야 한다.

〈표 3-15〉 일본 요양병상 수가

구분	의료구분3		의료구분2		의료구분1	
	입원료 1	입원료 2	입원료 1	입원료 2	입원료 1	입원료 2
ADL구분3	1,813점	1,748점	1,414점	1,349점	968점	903점
ADL구분2	1,758점	1,649점	1,386점	1,322점	920점	855점
ADL구분1	1,471점	1,406점	1,232점	1,167점	815점	951점

자료: 후생노동성, 「요양병상 진료보수점수」, 2020.

최근 개편된 수가체계는 기존에 비하여 환자분류 기준이 의료적 필요도가 높은 방향으로 조정되었다. 이와 같은 개편은 요양병원의 본래 역할인 아급성기 의료기관으로서의 자리매김하는데 중요한 수단으로 작용할 수 있으며 일본에서도 유사하게 진행되고 있어서 의료적 필요도가 높은 환자 위주로 의료요양병상은 기능하게 하고, 돌봄이 필요한 환자는 개호보험을 이용하는 방향으로 바꾸고 있다(이윤경 외, 2017). 따라서 향후 환자분류 기준을 재정비할 때는 경증 환자는 노인장기요양보험을 이용할 수 있도록 하는 방안을 적용하는 것이 바람직하다. 이와 관련하여, 일차적으로 경증환자의 요양병원 장기입원을 제한하기 위해 선택입원군을 단계적으로 지역사회기관으로 연계 및 퇴원 조치하는 방안을 검토하는 것이 필요하다. 예를 들어, 먼저 1단계로서 선택입원군 중 180일 이상 입원자를 대상으로 하고, 그 후에 2단계로서 선택입원군 전체에 대해 적용하는 방안을 생각해볼 수 있다.

셋째, 요양병원과 요양시설의 환자 및 수급자의 혼재 문제와 기능의 재정립을 위해서 요양병원 입원은 의료 필요도가 높은 대상자, 요양시설 입소는 의료 필요도가 상대적으로 낮은 대상자로 제한하기 위해서 새로운 제도를 도입하는 것에 대해서 선행연구(김홍수 외, 2013; 김운 외, 2019)에서 구체적인 방안을 제안하고 있다. 요양병원과 요양시설에서 동일한 평가도구를 사용하여 이 평가도구의 평가 결과에 따라 요양병원과 요양시설의 입원환자 및 입소자를 구분하자는 방법이 핵심적인 내용이다. 이와 같은 제안은 요양병원을 현재와 같이 개인의 판단에 따라 자유롭게 진입하는 것을 통제하여 요양시설과 유사하게 일정한 등급에 충족하는 경우에만 이용할 수 있도록 하자는 방안이다. 이와 같은 제도를 운영하기 위해서는 일차의료체계를 정립하여 일차의료에서 예비 요양병원 입원환자 및 요양시설 수급자가 적절하게 관리되고 이를 바탕으로 평가를 실시하여 요양병원 입원과 요양시설 입소의 적절성을 평가하도록 하는 체계를 구축하는 것이 타당하다고 판단된다.

라. 수가체계

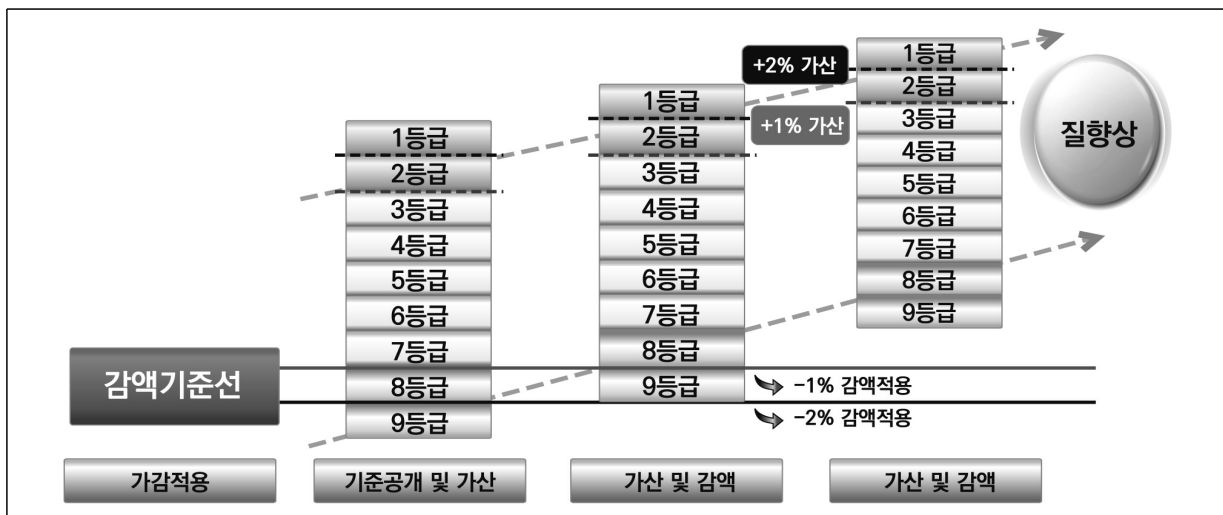
2019년 11월부터 개편된 수가체계가 적용되고 있어 이로 인한 급여비용의 지출 추이 등을 분석하는 것이 선결되어야 하지만 본 고에서는 현재 수가체계 개편의 방향성에 대해서는

대체로 동의하기 때문에 그 외 사항에 대해서 논의하고자 한다.

첫째, 근본적인 문제제기로 일당정액제를 지속적으로 적용할 것인가?에 대한 논의가 필요하다. 2008년 1월 1일부터 요양병원에 대해서 행위별 수가제에서 일당정액제로 수가체계가 변경되었다. 일당정액제의 도입은 행위별수가가 급성기 질환 위주로 구성되어 있어서 만성질환자의 특성에 맞는 적정 의료서비스 공급을 위해 2005년 7월부터 요양병원 및 요양병상을 대상으로 ‘요양병원형 건강보험수가 시범사업’을 운영한 후 시범사업 운영 결과 제시된 문제점을 보완하여 일당 정액제를 개발하여 적용하게 되었다(건강보험심사평가원, 2007). 요양병원 환자가 급성기 병원 환자에 비하여 의학적 상태가 안정되어 있고 의료적 서비스 부분에서 비급여가 거의 없어 포괄형 수가를 적용하기에 합당하다는 판단이 배경이 되었다. 현재도 이와 같은 배경은 크게 다르지 않으나 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험이 도입되면서 상황이 달라졌다고 할 수 있다. 본 고에서는 환자분류 기준을 개편하여 요양병원형 DRG를 적용하는 방안을 제안한다. 수가 수준은 현재보다 상승할 수 있으나 돌봄이 필요한 경증 환자가 노인장기요양보험을 이용할 수 있는 상황으로 바뀐다면 DRG의 적용이 충분히 가능하다고 판단된다.

둘째, 현재의 일당정액수가를 지속적으로 이용할 경우 가감지급을 확대하는 방안을 제안한다. 2021년 1월 29일 보건복지부 보도자료에 의하면, 적정성 평가결과가 우수한 상위기관과 이전 평가결과 대비 점수가 상향된 기관에 대해서 차등적으로 보상한다는 계획을 발표하였다. 그러나 가산에 대한 계획만 있기 때문에 향후 보험재정이 추가적으로 소요될 여지가 있으므로 감산에 대한 기준을 함께 제시하여 요양병원 질 향상을 위한 가감지급제도를 정비하여야 한다. 현재 급성기뇌졸중, 수술의 예방적 항생제 사용, 혈액투석, 당뇨병 등 8개 평가 항목의 적정성 평가 결과에 따라 진료비의 1~5%를 가감산하고 있다.

[그림 3-3] 가감지급사업 모형



자료: 건강보험심사평가원 급여평가실, 「가감지급 사업의 성과와 발전방향」, 『한국의료QA학회지』, 2011; 17:5-20

요양병원에 대해서도 이와 같은 사례를 적용하여 가산과 감산을 동시에 실시하는 계획을 추진하여야 한다. 급성기뇌졸중의 경우 종합점수 55점 미만인 기관에 대해서는 1% 감산을 실시하고 있으며, 항생제 처방률, 혈액투석의 경우 각각 5%, 2%의 감산율을 정하였다. 요양병원에 대해서도 가산과 감산을 동시에 적용하는 형태로 가치기반 성과보상의 틀을 정비하여야 한다. 평가결과 최하 등급에 대해서 감산을 적용하는 방안을 모색하되, 기준 점수와 해당되는 기관의 비율은 연구 및 충분한 의견수렴을 통해 도출하며 감산의 비율은 가산의 규모를 감안하여 재정 중립 관점에서 정하되 1~5% 내에서 결정하는 것을 제언한다.

셋째, 요양병원과 장기요양시설간의 기능 정립과 관련해서 실제 요양병원 입원환자와 장기요양시설 입소자 중 의료 및 요양요구를 적절하게 해결할 수 있는 기관으로의 전원이 필요하다. 2018년 장기요양등급 1등급 판정자 중 장기요양서비스를 이용하지 않은 경우의 86.7%는 요양병원 입원으로 인하여 장기요양서비스를 이용하지 않았다. 이러한 비율은 5등급으로 갈수록 감소하여 2등급의 경우 78.6%, 3등급은 55.8%, 4등급은 33.8%, 5등급은 21.9%이었다(조경희 외, 2019). 이러한 결과는 장기요양등급을 받았으나 중증도가 상대적으로 높은 경우 장기요양시설보다는 요양병원을 선택한다는 것을 보여주는 것이다. 2019년 11월부터 지역사회 연계 수가를 신설하여 적용하고 있으나 전국 요양병원에 환자지원팀이 설치된 비율은 26%에 불과하고 지역사회연계료를 청구한 병원은 65개소에 그친 것으로 보도되었다.¹²⁾ 이와 같은 상황에서 서로 다른 사회보험에서의 환자 및 수급자 전원과 같은 획기적인 방안이 마련되지 않는 한 의료적 필요도가 낮은 환자를 자의반 타의반 계속 입원시킬 수 밖에 없다. 이와 관련해서는 수직적으로 혹은 수평적으로 다양한 방안이 있을 수 있다. 즉, 환자평가의 도구를 통일하고 노인에 대해서 한 기관 혹은 하나의 주체가 평가하여 요양요구도가 높은 경우 장기요양시설에 입소하게 하고, 의료적 필요도가 높은 경우 요양병원에 입원하게 하는 방안이다.¹³⁾ 이를 위해서는 노인주치의 제도와 같은 gatekeeper가 필요하며, 우리나라 상황에서는 두 사회보험의 보험자인 국민건강보험공단이 이러한 역할을 수행할 수 있다. 그러나 현재 우리나라 의료제도 하에서는 gatekeeper가 없을 뿐만 아니라 국민건강보험공단이 이러한 역할을 할 수 있는 제도적 뒷받침이 전혀 되어 있지 않다. 따라서 새로운 제도가 정착되기 이전에는 입원 평가 시 의료적 필요도가 낮고 요양요구도가 높다고 판단되는 환자 중 본인이 원하는 경우 국민건강보험공단에 연계하여 노인장기요양보험 인정조사를 받도록 하고 단기적으로 요양병원에는 노인장기요양보험에서 전원수가를 지불하는 방안을 제언한다. 이와 더불어 노인장기요양시설에서 의료적 필요도가 높아 요양병원 입원이 필요하다고 판단되는 경우 요양병원으로 전원 시 전원수가를 건강보험에서 지불하는 방안을 제언한다.

12) 『한의신문』, 「요양병원 퇴원환자 지원사업 지역사회 연계율, 3.9%에 그쳐」, 2020년 10월 6일 보도

13) 이와 관련하여 제3기 인구정책 TF 추진전략 발표시(2021. 7월) 통합판정체계 도입이 언급된 바 있음

마. 퇴원기준

현재 우리나라 요양병원에 대해서는 퇴원기준이 명문화되어 있지 않고 입원료 체감제를 181일부터 적용하고 있으므로 입원일수가 퇴원기준으로 작동하고 있다고 할 수 있다. 그러나 미국의 급성기 이후 의료기관의 경우 임상적 안정성을 중요한 퇴원기준으로 하고 있다. 따라서 요양병원에도 임상적 안정성이라는 퇴원기준을 고시 등에 명시하여 퇴원과 관련하여 요양병원과 환자 모두 인식하도록 하는 방안을 제언한다.

퇴원과 관련해서는 장기입원에 대해서도 두 가지 논의할 사항이 있다. 첫째, 2019년 11월부터 요양병원 관련 제도가 새롭게 도입되면서 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제3조 2 요양병원 입원진료 현황 등의 고지에 따라 2019년 11월부터 요양병원 입원 유형, 환자의 입퇴원 일시 등 입원진료 현황을 공단에 제출하도록 되어 있다. 이에 따라 수진자별로 입원일수에 대한 관리가 가능하게 되었으므로 장기입원에 대하여 효율적인 관리가 가능하게 되었다. 이와 같은 관리를 통하여 장기입원 추이에 대한 자료를 축적하여 제도를 지속적으로 개선할 필요가 있으며, 관리에도 불구하고 입원필요도가 낮은 환자의 장기입원이 개선되지 않을 경우에는 입원료 체감제 기준 강화와 더불어 본인부담률 상향 조정 등을 검토해볼 수 있다. 구체적인 예로는, 요양병원 입원자 중 선택입원군의 본인부담 상한액 적용의 배제, 선택입원군의 입원료 본인부담률 인상(현행: 40%), 선택입원군의 식대 본인부담률 인상(현행: 50%), 장기입원에 따른 의료수가 삭감률 확대(현행: 180~270일 △5%, 271~360일 △10%, 361일 이상 15%) 등을 들 수 있다. 이러한 의료적 필요도가 낮은 환자의 불필요한 입원 관리와 더불어 요양병원의 치료가 필요한 환자가 불합리하게 퇴원하게 되는 상황을 예방하는 것이 필요하다. 이에 따라 장기입원으로 인한 입원료 체감제 예외 기준을 두는 것에 대해서 제언을 하고자 한다. 즉, 치료가 더 필요함에도 불구하고 입원료 체감제로 인하여 부득이하게 퇴원을 해야 하는 제도는 바람직하지 않다고 판단된다. 그러나 이와 관련해서는 180일의 입원이 적절한가에 대한 것이다. 일본의 의료요양병상의 입원일수는 원칙적으로 3개월이며, 미국의 SNF는 100일을 명시하고 있다(송현중 외, 2020). 180일을 120일 정도로 단축하되, 입원료 체감제 예외 기준을 상정하는 것에 대해 검토가 필요하다고 판단된다. 일본에서는 요양병상에 입원하고 있는 의료부조 수급자의 경우 180일을 경과하기 전까지 퇴원할 수 있도록 지도하면서 임상적 상태를 근거로 하여 이에 대한 예외 규정을 후생성 고시로 명시하고 있다(황도경 외, 2019).

둘째, 퇴원기준과 관련해서 현재 요양병원이 환자분류군에 따른 일당정액제를 적용하고 있으므로 과소진료의 우려가 있는 것은 주지의 사실이다. 2019년 11월부터 요양병원 청구방법이 개정되어 실제 처치내역 제출이 의무화되었으며 이는 2019년 7월 9일 보건복지부 고시 제2019-150호 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」 일부 개정안으로 공표되었다. 이에 따라 청구명세서의 실제 처치내역을 심사 시 활용할 수 있으며

로 환자분류군과 처치내역이 일치하지 않거나 처치내역이 환자의 임상적 상태에 비하여 부실하다고 판단되는 경우 퇴원을 권고할 수 있도록 하는 제도가 필요하다고 판단된다. 이와 더불어 미국 LTCH에서와 같이 입원 이전에 선별 검사(Pre-admission Review: PAR)를 실시하고 입원기준에 적합한지 입원 48시간 이내에 입증하며, 주기적으로(예를 들어 일주일마다) 환자를 평가하여 환자가 입원할 수 있는 기준에 더 이상 적합하지 않을 경우 퇴원을 위한 가용한 옵션을 평가하는 방법을 사용하여 불필요한 입원은 줄이고 필요한 환자가 입원할 수 있도록 하는 방안을 제언한다(송현중 외, 2020).

셋째, 의료 필요도가 낮은 환자의 지역사회로의 퇴원 유도는 중요한 정책임에도 불구하고 이러한 정책이 현실적으로 적절하게 안착하기 위해서는 지역사회 기관으로의 연계가 핵심적인 사항이다. 이와 같은 관점에서 볼 때 현재 지역사회에 의료 필요도가 낮지만 돌봄 필요도가 높은 사회적 입원 환자를 위한 지역사회 서비스가 충분한지에 대한 검토가 매우 필요하며 동시에 지역사회 자원 관련 정보가 충분히 공유되고 있는지에 대해서도 확인할 필요가 있다. 언론보도¹⁴⁾에 따르면 요양병원에는 2019년 수가개편 당시 지역사회 연계료 수가가 신설되었으나 실제 청구기관의 수가 적었는데 지자체와 자원정보 연계가 되어 있지 않아 요양병원 환자지원팀이 직접 환자에게 필요한 지역사회 서비스를 발굴하려다 보니 실질적인 연계가 이루어지지 않았다는 것이 그 이유 중 하나였다.

14) 『의료&복지 뉴스』, 「요양병원 환자 지역사회 연계 안되는 이유」, 2020년 10월 7일 보도

참고문헌

- 강새봄·김홍수, 「장기요양방문간호이용과 의료이용의 관계」, 『보건행정학회지』, 24(3), 2014, pp. 283~290.
- 강은나·이윤경·임정미·주보혜·배혜원, 「2019년도 장기요양 실태조사」, 『한국보건사회연구원 정책실태보고서』, 2019.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 「2019년 건강보험통계연보」, 원주, 2020.
- 국민건강보험공단, 「2019 노인장기요양보험 통계연보」, 원주, 2020a.
- _____, 「건강보험공단 DW자료 분석결과」, 원주, 2020b.
- 김동환·송현중, 「급성기 병원과 장기요양시설 공급이 요양병원 입원진료비에 미치는 영향: 요양병원 기능에 대한 시사점을 중심으로」, 『한국노년학』, 33(3), 2013, pp. 647~659
- 김용하, 「노인장기요양보험 재정의 지속가능성과 세대 간 공평성」, 『보건사회연구』, 40(4), 2020, pp. 149~177.
- 김윤·김보영·김승연·김진우·박정연·석재은·유애정·이건세·이기주·이자호·이해우·이혜원·이혜진·임준·정현진·홍선미, 「목표 중심의 커뮤니티케어사업 모형과 전략개발 연구」, 보건복지부·서울대학교의과대학, 2019.
- 김정애, 「한국일차보건의료학회 월례세미나 발표자료」, 2021.
- 김진수·선우덕·이기주·최인덕·이호용·김경아, 『요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구-연계 방안을 중심으로-』, 한국보건사회연구원, 2013.
- 김홍수 외, 「장기요양자 표준평가도구 및 표준건강성과정보군 개발에 관한 연구」, 서울대학교, 2013.
- 김홍수, 「한국 요양병원과 요양시설: 서비스 니즈와 제공실태」, 『2014년 한국보건행정학회 후기 학술대회 연제집』, 2014.
- 노용균, 「노인 장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성」, 『HIRA정책동향』, 5(3), 2011, pp. 23~33.
- 박금령·최병호, 「노인의 미충족 돌봄과 미충족 의료에 대한 탐색적 연구」, 『보건사회연구』, 38(4), 2018, pp. 040~056.
- 보건복지부, 「지역사회 통합돌봄 자체 추진 지침서(가이드북)」, 세종시, 2020.
- 보건복지부·국립정신건강센터, 「사회보장정보원(2021)정신건강 사례관리시스템 표준 매뉴얼」.
- 보건복지부·한국건강증진개발원, 「2021년 지역사회 통합건강증진사업 안내: 방문건강관리」, 2021.
- 석재은, 「지역사회통합돌봄: 사회서비스 패러다임 전환과 과제」, 『2019 사회정책연합공동학술

- 대회』. 2019. 10. 11., 2019b.
- _____, 「초고령사회 사회적 돌봄체계 개편방향」, 『한국노년학회 학술대회 발표자료』, 2021.
- _____, 「커뮤니티케어의 의의와 정책과제」, 『한국사회복지협의회 편, 왜 커뮤니티케어인가?』, 한국사회복지협의회, 2019a.
- 석재은·김용하·남현주·최선희, 「초고령사회 장기요양제도 발전방향 연구」, 보건복지부·한림대학교산학협력단, 2020b.
- 석재은·김용하·문병걸·서동민·장숙량, 「2020 재정사업 심층평가 노인의료지원사업군」, 기획재정부·한림대학교산학협력단, 2020a.
- 석재은·김형용·전용호·이기주·최선희, 「노인돌봄종합서비스 사업의 개편방안 연구」, 보건복지부·한림대학교산학협력단, 2018.
- 송현중·노용균·부선주·박현아·박창규·박준규, 「장기입원환자 퇴원 지원체계 마련을 위한 입퇴원 사례분석 연구: 의료급여 수급자를 대상으로」, 보건복지부·상지대학교 산학협력단, 2020.
- 송현중·채정미, 「노인의료관리 효율화를 위한 요양병원 기능정립 방안」, 건강보험심사평가원, 2011.
- 오영균 외, 「2021년도 통합돌봄사업 타당성 조사 보고서」, 보건복지부·동국대학교산학협력단.(미발간), 2021.
- 이상진·곽찬영, 「노인장기요양보험의 방문간호서비스가 의료이용에 미치는 영향」, 『지역사회간 호학회지』, 27(3), 2016, pp. 272~283.
- 이수현·박기수, 「농촌 지역 노인의 영양 상태」, 「근감소증과 노쇠의 연관성」, 『지역보건학회지』, 46(1), 2021, pp. 23~31.
- 이윤경 외, 『제2차 장기요양 기본계획 수립 연구』, 한국보건사회연구원, 2017.
- 이정석, 「지역사회 방문간호 역할과 과제」, 『제4차 의료-요양-돌봄 통합관정체계 전문가 포럼 발표자료』, 국민연금공단 송파지사 대회의실, 2021.
- 전용호, 「노인 돌봄의 연속성 측면에서 바라본 의료·보건·복지 서비스의 이용과 연계」, 『보건사회연구』, 38(4), 2018, pp. 10~39.
- 전용호·장숙량·남일성·김창오·현다운·임승자·이연호, 「지역사회통합돌봄 제도화를 위한 기존 제도 재구조화 방안 연구」, 인천대 산학협력단, 2021.
- 조경희·강하림·정현진·박인태·전하늬·권정은, 『환자 중심의 의료-요양 서비스 제공체계 구축 연구』, 국민건강보험공단.
- 조성은·최은영·오영삼·김영선·김성복, 「연령집단에 따른 노인의 허약(Frailty) 예측요인」, 『보건사회연구』, 37(3), 2017, pp. 139~169.
- 최혜지·이미진·전용호·이민홍·이은주, 「노인복지론」, 『사회평론』, 서울, 2020.

SCIE Reablement: a guide for carers and families, 2021., 검색일자: 2021. 5. 28. https://www.scie.org.uk/reablement/what-is/carers-family?gclid=CjwKCAjwtdFBhBAEiwAKOIy56GVdVtcJKRgUuBGoiWLD9wSvXLA090GF9FvYnNrO_wi6RxSu0hcJhoCn60QAvD_BwE

Richer J., “Long-term Care Hospital(LTCH) payment system monitoring and evaluation phase II Report,” Center for Medicare & Medicaid, 2007.



2021~2025
국가재정운용계획

지원단 보고서

| 노인 돌봄 · 의료서비스 개선 |

국가재정운용계획 지원단