

노인건강분야 사업 분석



노인건강분야 사업 분석

2019. 8.

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 보고서발간심의위원회의 심의 (2019. 8. 1.)를 거쳐 발간되었습니다.

발 간 사

우리나라는 2017년 65세 이상 고령 인구가 0~14세 유소년 인구보다 처음으로 많아졌고, 2018년부터 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 14% 이상을 차지하는 고령 사회에 진입했습니다. 노인 인구 증가에 따라 노인 의료비 지출도 증가하여 2018년 기준 노인 의료비 지출 규모는 전체 의료비 지출 규모의 40% 이상을 차지하는 것으로 나타나고 있습니다. 이러한 인구 고령화 및 노인 의료비의 높은 지출 수준으로 인해 노인의 건강 증진과 질병 관리를 위한 정책 대응의 중요성이 더욱 커지고 있습니다.

이에 국회예산정책처에서는 현재 실시되고 있는 노인건강분야의 주요 제도와 사업을 종합적으로 분석하여 시사점과 개선과제를 도출하고자 하였습니다. 본 보고서는 정부가 추진하고 있는 노인장기요양보험과 치매국가책임제, 호스피스·완화의료 및 연명의료결정 제도 등의 제도와 그 외 노인의 질병예방과 관리, 그리고 노인돌봄과 관련된 주요 사업을 망라하여 분석하고 있습니다. 이를 통해 노인 건강과 관련하여 질병 예방부터 임종 지원에 걸친 주요 제도와 사업들을 종합적으로 조망하는 한편, 사업의 효과성과 효율성을 제고 하기 위한 정책방향을 모색하고자 하였습니다.

본 보고서가 노인건강분야의 정부 정책에 대한 의원님들의 법률안 발의 및 예·결산 심사 등 의정활동에 유용하게 활용되기를 바랍니다. 앞으로도 국회예산정책처는 전문적이고 객관적인 분석과 평가를 통해 의원님들의 의정활동을 적극 지원하겠습니다.

2019년 8월

국회예산정책처장 이 종 후

차 례

CONTENTS

요 약 / i

I. 개 요 / 1

- 1. 분석 배경 및 목적 1
- 2. 분석 대상 및 분석의 틀 2

II. 정책 환경 및 주요 정책 현황 / 4

- 1. 정책 환경 4
 - 가. 노인 건강 실태 4
 - 나. 노인 질병 현황 6
 - 다. 노인 의료비 지출 8
- 2. 노인 의료보장성 강화 정책 14
 - 가. 건강보험 보장성 강화 정책 14
 - 나. 의료급여 지원 확대 16
- 3. 노인건강분야 주요 정책 및 사업 현황 18
 - 가. 주요 정책 추진 계획 18
 - (1) 국민건강증진종합계획 18
 - (2) 저출산·고령사회 기본계획 19



나. 주요 정책	21
(1) 노인장기요양보험	21
(2) 치매국가책임제	22
(3) 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도	24
다. 주요 사업 및 재정 투입 현황	26
(1) 주요 사업 현황	26
(2) 재정투입 현황	28

Ⅲ. 주요 정책과제 분석 / 31

1. 노인장기요양보험	31
가. 현황	31
(1) 대상자	31
(2) 급여의 종류 및 내용	32
(3) 서비스 전달체계	34
(4) 재정투입 현황	35
나. 분석 의견	38
(1) 재정운용 분석	38
(2) 대상자 분석	43
(3) 지원 내용 분석	45
(4) 전달체계 분석	55



2. 치매국가책임제	68
가. 현 황	68
(1) 사업 현황	68
(2) 대상자	69
(3) 서비스 전달체계	71
(4) 재정투입 현황	72
나. 분석 의견	74
(1) 대상자 분석	74
(2) 지원 내용 분석	78
(3) 전달체계 분석	81
3. 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도	91
가. 현 황	91
(1) 대상자	91
(2) 서비스 유형	92
(3) 서비스 전달체계	94
(4) 재정투입 현황	95
나. 분석 의견	96
(1) 대상자 분석	96
(2) 지원 내용 분석	100
(3) 전달체계 분석	101



4. 노인 질병예방·관리 분야 주요 사업 분석	105
가. 현황	105
(1) 주요 사업 현황	105
(2) 재정투입 현황	106
나. 분석 의견	109
(1) 종합	109
(2) 노인 건강검진 분석	111
(3) 노인건강관리 사업 분석	115
(4) 자살예방 사업 분석	118
5. 노인돌봄 분야 주요 사업 분석	123
가. 현황	123
(1) 주요 사업 현황	123
(2) 재정투입 현황	124
나. 분석 의견	126
(1) 노인돌봄종합서비스 사업 분석	126
(2) 노인돌봄기본서비스 사업 분석	129
(3) 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 사업 분석	132

IV. 시사점 / 136

[부표] 노인건강분야 지원 사업 재정 추이(2014~2019년) / 139

요 약

1. 개요

□ 분석배경

- 한국은 2018년부터 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 14% 이상을 차지하는 고령사회에 진입
 - 2019년 7월 주민등록 인구 기준 65세 이상 노인 인구(약 784만 명)는 전체 인구의 15.1%
- 전체 인구 대비 65세 이상 노인 인구 비중이 2030년 25.0%, 2060년 43.9%로 증가 전망(통계청, 「장래인구추계(2018~2067년)」, 2019)

□ 분석 대상

- 노인장기요양보험, 치매국가책임제, 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도
- 그 외 노인 건강분야 관련사업

□ 분석의 틀 및 분석 내용

- 주요 제도는 재정, 대상자, 서비스 내용, 전달체계 등의 네 가지 틀로 분석
- 주요 사업은 노인 질병예방·관리, 노인돌봄으로 나누어 주요 사업별 개선 과제 도출

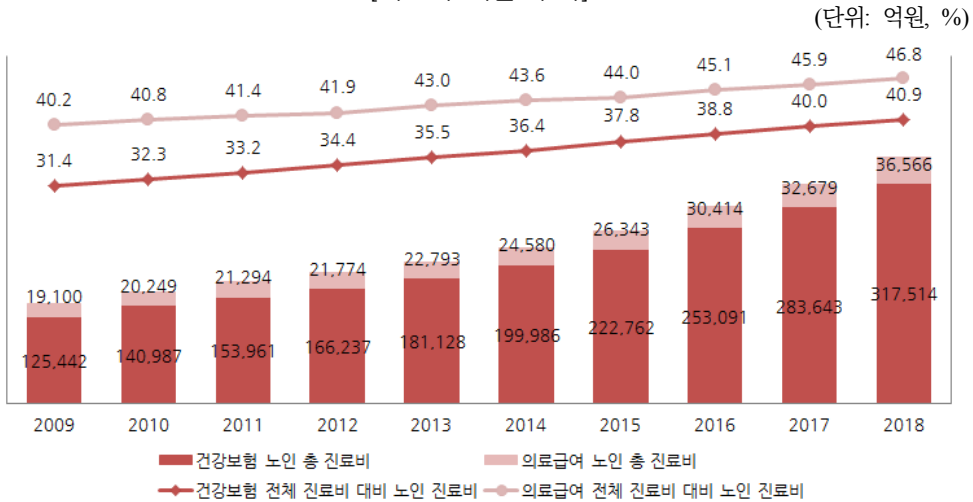
[분석대상 및 분석의 틀]

구분	예방·관리	돌봄·요양	임종준비	분석의 틀 및 분석 내용
주요 제도	치매국가책임제	장기요양보험제도	호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도	재정, 대상자, 지원 내용, 전달체계 분석
	<ul style="list-style-type: none"> • 치매안심센터 구축 • 치매검진지원 • 치매치료관리비 지원 	<ul style="list-style-type: none"> • 시설급여·재가급여 • 노인요양시설 확충 	<ul style="list-style-type: none"> • 호스피스전문기관 지원 • 요양병원호스피스 시범사업 	
그 외 주요 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 노인건강관리 • 건강검진지원 • 건강백세운동교실 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인돌봄기본서비스 • 노인돌봄종합서비스 • 커뮤니티케어선도사업 	-	주요 사업별 개선과제 도출

2. 정책 환경 및 주요 정책 현황

- 2018년 기준 노인 의료비 지출 규모는 전체 의료비 지출 규모의 40% 이상
 - 건강보험 적용자 기준 65세 이상 노인의 총 진료비(31조 7,514억원)는 전체 건강보험 적용자 진료비의 40.9%
 - 의료급여 수급자 기준 65세 이상 노인의 총 진료비(3조 6,566억원)는 전체 의료급여 수급자 진료비의 46.8%

[의료비 지출 추이]



자료: 국민건강보험공단

- 노인건강분야 주요 제도 및 사업 재정 추이
 - (노인장기요양보험제도) '18회계연도 결산 기준 장기요양보험재정 6조 8,196억원, 일반재정 8,852억원 지출
 - (치매국가책임제) '19년 본예산 기준 일반재정 2,627억원 편성
 - (호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도) '19년 본예산 기준 일반재정 130억원, 건강보험재정 13억원 편성
 - (노인 질병예방·관리) '19년 본예산 기준 일반재정 686억원, 건강보험재정 182억원 편성
 - (노인돌봄) '19년 본예산 기준 일반재정 2,624억원 편성

[노인 건강분야 지원 사업 재정투입 추이(2014~2019년)]

(단위: 억원, %)

구 분		2014	2015	2016	2017	2018 (A)	2019 (B)	연평균 증가율	(B-A) /A
노인장기요양 보험	장기요양보험재정	38,653	43,242	47,294	55,891	68,196	미확정	15.3	-
	일반재정(중앙부처)	6,136	6,230	6,563	6,868	8,852	11,480	13.3	29.7
치매국가책임제	일반재정(중앙부처)	291	266	285	2,309	1,680	2,627	55.3	56.4
호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도	일반재정(중앙부처)	29	33	33	66	79	130	34.8	64.8
	건강보험재정	0	0	0	0	7	13	순증	98.6
노인 질병예방· 관리	일반재정(중앙부처)	202	231	256	295	627	686	27.7	9.5
	건강보험재정	137	142	193	180	168	182	5.7	8.1
노인돌봄	일반재정(중앙부처)	1,503	1,489	1,687	1,801	2,094	2,624	11.8	25.3
합계	일반재정(중앙부처)	8,161	8,250	8,823	11,339	13,331	17,547	16.5	31.6
	장기요양보험재정	38,653	43,242	47,294	55,891	68,196	미확정	15.3	-
	건강보험재정	137	142	193	180	175	195	7.2	11.5

주: 1. 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

2. 장기요양보험재정 중 서울요양원에 대한 특별회계는 제외함

3. 치매국가책임제는 노인장기요양보험제도를 통한 요양급여지급 관련 현황은 제외되어 있음

4. 호스피스·완화의료에는 건강보험재정에서 수가로 지급된 진료비는 제외되어 있음

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단, 문화체육관광부 제출자료를 바탕으로 재작성

3. 주요 정책과제 분석

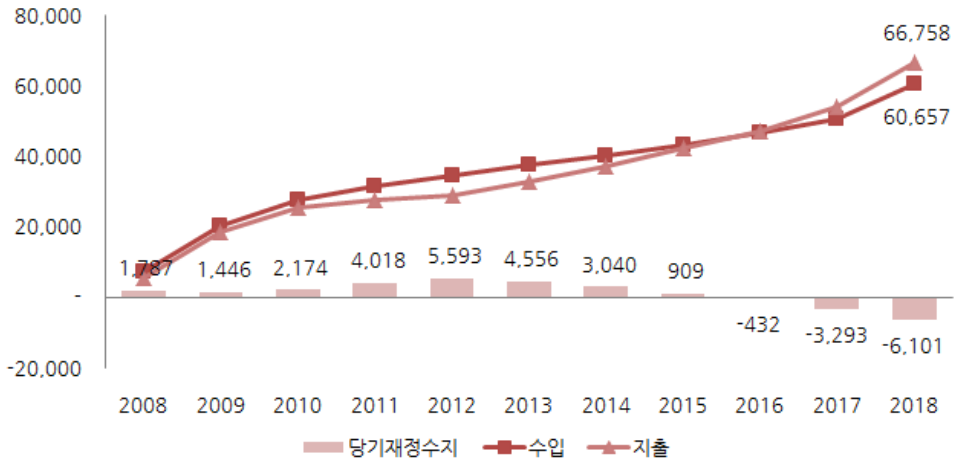
가. 노인장기요양보험

□ 재정 운용 분석

- 장기요양보험재정의 지속가능성 제고를 위하여 충분한 재원의 확보 및 서비스 제공의 효율화 등 다각도의 노력이 요구됨
 - 장기요양보험재정은 2016년부터 당기재정적자 기록
 - 2018년 현금흐름 기준 수입 6조 657억원, 지출 6조 6,758억원으로 6,101억원 적자

[장기요양보험 재정 운용]

(단위: 억원)



주: 현금흐름 기준

자료: 국민건강보험공단

□ 대상자 분석

- 장기요양등급 판정자 중 서비스 미이용 노인들의 돌봄 수요 파악 필요
 - 2018년 기준 5등급의 경우 인정자의 70.9%(3만 8,334명), 인지지원등급은 인정자의 24.2%(2,887명)만 급여를 이용
 - 1등급은 2014~2018년 간 이용자 비율 감소(82.6% → 76.8%)

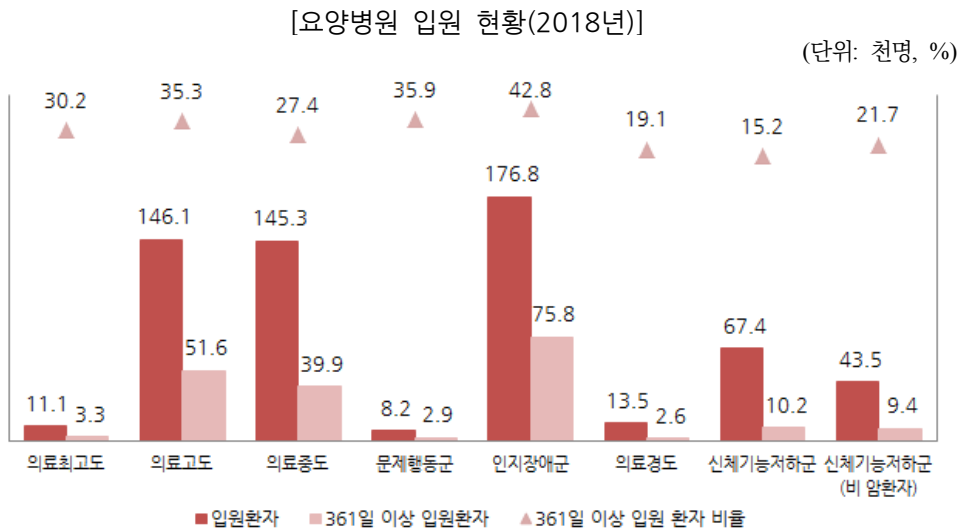
□ 지원 내용 분석

- 「노인장기요양보험법」 상의 재가급여 우선원칙을 고려하여 시설급여 선호 유인에 대한 조정 필요
 - 실제 시설급여를 통한 돌봄 시간이 상대적으로 길어 시설급여 선호 유인이 있음
- 통합재가급여 사업 추진 시 재가급여의 혼합 서비스 이용에 대한 실 수요 파악 및 이에 맞는 서비스 유형·제공기관 발굴 필요
 - 2018년 전체 재가급여 이용자 중 방문요양만 이용한 사람의 비율이 24%, 방문요양과 복지용구만 이용한 사람이 32%
 - 3차에 걸친 통합재가급여 시범사업을 통해 혼합 서비스 이용에 대한 실 수요 파악이 어려운 측면이 있음

- 노인이 필요 시 가정에서 적절한 간호 처치를 받을 수 있도록 방문간호 서비스의 질 제고 및 가정간호에 대한 관리 강화 필요
 - 2018년 방문간호 이용자는 전체 재가급여 이용자의 1.7%로 낮음
 - 방문간호는 간호사나 간호조무사가 간호 서비스를 제공하며 방문간호의 서비스 제공기록은 장기요양기관에서 보관하는 반면, 가정간호는 가정전문간호사가 서비스를 제공하고 병원 의무기록으로 관리
 - 가정간호는 환자의 가정이 아닌 특정 기관 방문을 통한 서비스 제공이 의심되는 상황

□ 전달체계 분석

- 요양병원(의료시설)에 경증환자 장기입원 사례가 발생하는 한편, 장기요양보험 노인요양시설(노인의료복지시설)은 정원충족률 미달
 - 2018년 요양병원 입원자 중 의료경도 판정자의 19.1%, 암 이외 질환 신체기능저하군의 21.7%가 1년 이상 입원
 - 2019년 2월 기준 장기요양 시설급여의 정원 충족률은 노인요양시설이 85.6%, 노인요양공동생활가정은 88.5%
 - 의료중증도에 따른 요양병원 입원 수가 마련 및 노인요양시설 서비스의 질 제고 등 필요



자료: 국민건강보험공단

- 장기요양기관 평가결과에 대한 실효성 있는 환류체계 마련 필요
 - 노인요양시설의 62.7%, 노인요양공동생활가정의 90.6%, 재가급여 기관의 84.3%가 개인사업자가 운영
 - 정기평가 결과 개인운영 시설급여 기관의 25.0%(지자체 운영 기관은 4.8%), 개인운영 방문요양 기관의 11.0%(지자체 운영 기관은 4.8%)가 최하위 등급

[장기요양기관 정기평가 결과]

(단위: 개소, %)

〈 시설급여 기관 정기평가 결과(2018년) 〉		
구분	평가 실시 기관	평가 결과
합계	4,287	합계 13.5 21.7 24.4 19.8 20.6
지자체	105	지자체 48.6 22.9 13.3 10.5 4.8
법인	1,267	법인 26.1 26.8 21.9 13.3 11.9
개인	2,906	개인 6.6 19.5 25.9 23.0 25.0
30인 이상	1,490	30인 이상 27.2 26.0 23.2 13.9 9.7
10~30인	1,328	10~30인 8.6 21.6 26.3 22.1 21.4
10인 미만	1,469	10인 미만 3.9 17.4 24.0 23.6 31.0

〈 방문요양 기관 정기평가 결과(2016~2017년) 〉		
구분	평가 실시 기관	평가 결과
합계	5,567	합계 24.5 31.8 21.4 12.3 10.0
지자체	21	지자체 52.4 28.6 9.5 4.8 4.8
법인	888	법인 40.1 32.8 14.6 7.7 4.8
개인	4,623	개인 21.4 31.7 22.7 13.2 11.0
30인 이상	2,295	30인 이상 36.3 34.7 16.9 7.4 4.7
10~30인	2,479	10~30인 18.6 31.9 24.2 14.6 10.6
10인 미만	793	10인 미만 8.4 23.3 25.3 19.2 23.7

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

- 장기요양기관의 허위·부당 급여청구에 대한 관리 강화 필요
 - 2018년 기준 742기관 부당청구 적발(1,328건, 150억원)
 - 2018년 기준 누적 미환수금액은 약 83억원

나. 치매국가책임제

□ 대상자 분석

- 치매 유병률 증가에 대비하여 치매 예방 프로그램의 활성화 및 체계화 필요
 - 2018년 치매안심센터 치매 고위험군 인지강화교실 참여자는 1만 968명, 참여자 중 경도인지장애 진단자는 1,958명으로 치매안심센터 치매검진 시 경도인지장애 진단을 받은 사람의 3.9% 규모

□ 지원 내용 분석

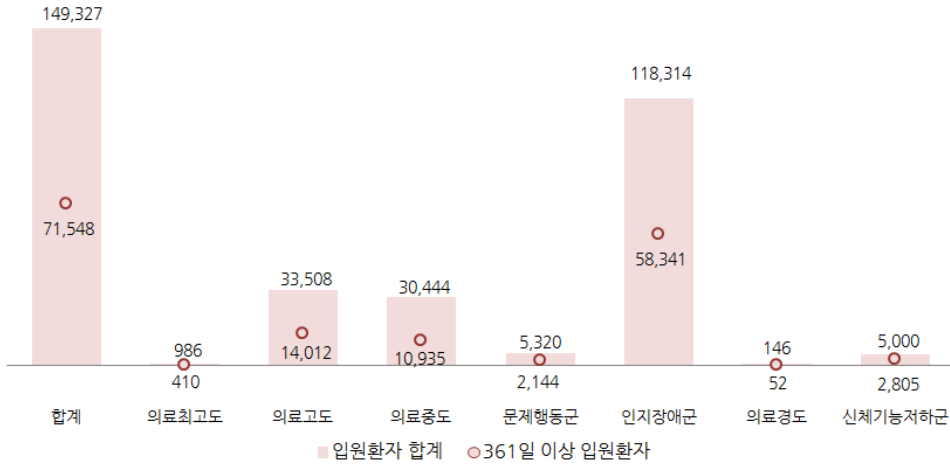
- 국가건강검진의 인지기능장애검사 결과 인지기능 저하 판정을 받은 사람에 대한 적극적인 서비스 연계 필요
 - 2018년 국가건강검진 결과 인지기능저하 판정자는 수검자의 12.3%
- 치매안심센터 치매선별검사(1단계) 결과 인지저하 진단을 받은 사람들의 진단검사(2단계) 수검률 제고 노력 필요
 - 2018년 치매안심센터 치매선별검사(1단계)에서 인지저하 진단을 받은 사람 중 진단검사를 받은 사람은 53.7%에 불과함
 - 진단검사(2단계)를 받은 사람의 53.4%가 치매진단을 받고 37.9%가 경도인지장애 진단을 받는 등 진단검사 대상자 중 치매 위험군의 비율이 높음

□ 전달체계 분석

- 치매안심센터의 원활한 인력 충원 및 명확한 인력 기준 수립 필요
 - 2019년 5월 기준 전국 치매안심센터 충원율은 61.6%
 - 인력 중 간호사 비율은 시·도 단위 평균 56.9~84.1%까지 편차
- 요양병원 내 설치 중인 치매안심병원에 대한 실효성 있는 역할 설정 필요
 - 치매안심병원의 설치 목적은 가정에서 돌보기 어려운 치매 환자에게 단기입원(6개월 내) 치료를 제공하여 지역사회로 복귀하도록 유도하기 위함
 - 2018년 요양병원에 입원한 치매 환자 중 47.9%가 361일 이상 입원, 문제 행동군에 해당하는 입원환자의 경우 40.3%가 361일 이상 입원

[요양병원 입원 '치매' 환자의 입원 기간 현황(2018년)]

(단위: 명)



자료: 건강보험심사평가원

- 치매전담형 장기요양기관의 실효성을 제고할 필요
 - 치매전담형 노인요양시설은 전체 노인요양시설의 1.3%(46개), 노인요양공동 생활가정은 전체 시설의 0.2%(3개), 주야간보호 기관은 전체 기관의 0.9% (31개)에 불과
 - 치매전담형 시설 이용 시 비용이 더 높으나 치매전담형 시설의 활성화를 위해 설치 기준을 완화하여 일반 요양시설과의 차이가 미미

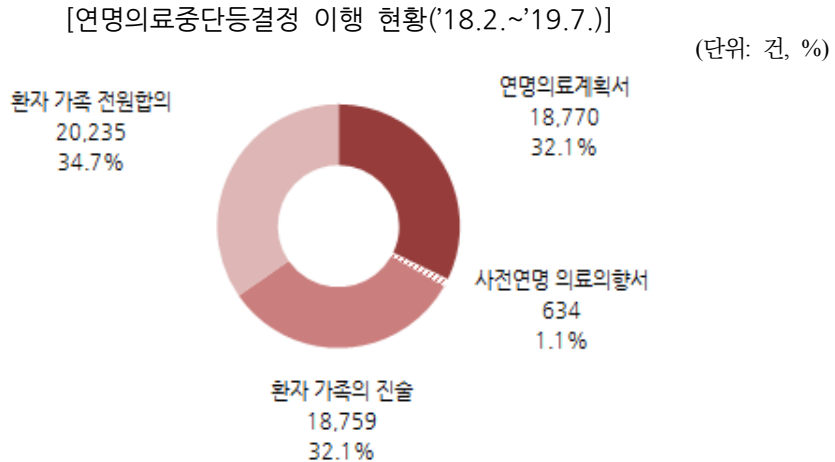
다. 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도

□ 대상자 분석

- 말기환자 대비 호스피스·완화의료 이용자 규모가 작고, 대상 질환이 확대되었으나 암 환자 이외의 이용자는 적으므로 실효성 있는 확대 노력 필요
 - 2017년 기준 암, 후천성면역결핍증(AIDS), 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화 질환 사망자 대비 호스피스·완화의료 신규 이용자 규모는 20%
 - 2017년 호스피스·완화의료 이용자 중 암환자는 1만 7,336명, 그 외 질환자는 14명

□ 지원 내용 분석

- 직접적인 환자 의사에 근거한 연명의료중단등결정 이행 확대 노력 필요
 - 2018년 2월부터 2019년 7월까지 연명의료중단등결정 이행(5만 8,398건)의 34.7%가 환자 가족 전원합의에 의한 이행



자료: 국민연명의료관리기관

□ 전달체계 분석

- 호스피스·완화의료 추진 체계와 연명의료중단 제도 추진 체계 간 협력 강화 필요
- 연명의료중단등결정과 관련한 가족 상담 및 자문의 역할을 수행하는 의료기관윤리위원회의 전문성 강화 지원 필요

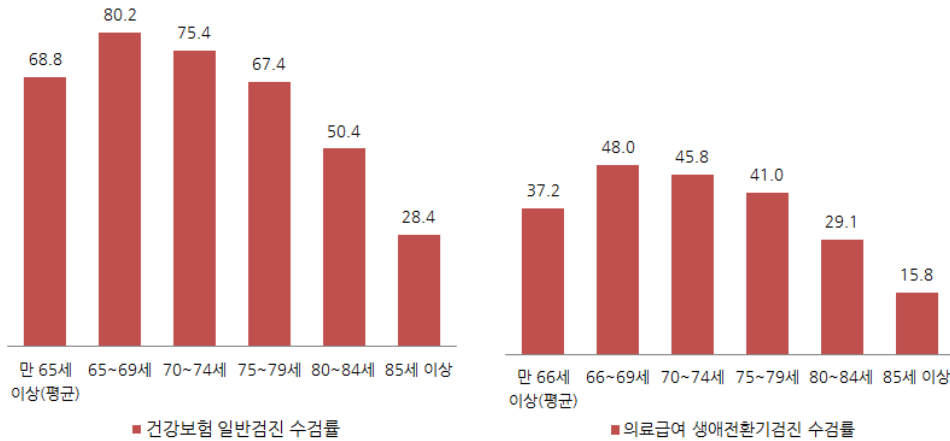
라. 노인 질병예방·관리 분야 주요 사업

□ 노인 건강검진 분석

- 의료급여 수급권자의 생애전환기 검진 수검률이 건강보험 가입자 일반검진 수검률 대비 낮으며, 고령일수록 수검률이 낮으므로 수검률 제고 방안 모색 필요
 - 건강보험 적용자 중 만 65세 이상 노인의 일반건강검진 수검률은 68.8% (65~69세 수검률은 80.2%, 85세 이상 수검률은 28.4%)

- 만 66세 이상 의료급여 수급권자 대상 생애전환기 검진의 수검률은 37.2%(66~69세 수검률은 48.0%, 85세 이상 수검률은 15.8%)

[건강보험 일반건강검진 및 의료급여 수급권자 생애전환기검진 수검 현황(2018년)]
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단

- 만 65세 이상 의료급여 수급권자를 대상으로 하는 노인건강진단(지방이양사업)은 지자체 별로 실시 여부가 다르므로 이에 대한 형평성 제고 필요
 - 2018년 기준 기초지자체(세종 및 제주도 포함) 228개 중 76개(33.3%)만 실시

□ 자살예방 사업 분석

- 2017년 기준 노인 자살률은 십만명당 47.7명(65세 미만은 십만명당 24.3명, 80세 이상은 십만명당 70명), 2015년 기준 OECD 국가 노인 자살률 1위(십만명당 58.6명, 2위 슬로베니아는 십만명당 38.7명)
- 노인자살예방 사업은 규모가 작으며, 노인관계활성화 중심으로 추진
- 2013~2017년 자살사망자 전수조사 결과, 만 65세 노인은 신체 건강 및 정신 건강 때문에 발생하는 자살이 가장 많음

마. 노인돌봄 분야 주요 사업

□ 노인돌봄종합서비스

- 노인돌봄종합서비스와 노인장기요양보험 재가서비스는 지원 내용이 유사하며, 제공기관도 중복되는 경우가 많으므로 이용 비용 등 정합성 제고 필요
 - 일부 저소득층의 경우 노인돌봄종합서비스 이용 비용이 재가서비스보다 더 높음

□ 노인돌봄기본서비스

- 서비스를 제공하는 생활관리사는 현황조사 업무가 과도한 것으로 나타나 이에 대한 개편 방안을 마련할 필요
 - 생활관리사 1인당 서비스 제공 인원은 26명, 현황조사 인원은 146명

□ 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어)

- 지원 계획 수립 및 사례관리 등 기존 사업(찾아가는 보건복지, 희망복지지원단, 통합사례관리사 지원 등)과 중복되는 측면이 있음에도 별도 사업 추진으로 기존 업무가 축소되어 커뮤니티 케어 대상자 외의 취약계층에 대한 지원 약화 우려

4. 시사점

□ 질병 예방에 대한 지원 사업 강화

- 치매 유병률 증가 전망에 대응하여 예방을 위한 지원 활성화 필요
- 노인의 자살률이 타 연령대에 비해 높으며, 이 중 신체 건강에 의한 자살 비중이 높은 것으로 나타나므로 이에 초점을 둔 적극적인 지원방안 마련 필요

□ 전달체계 간 명확한 역할 부여를 통한 효율적인 업무분담 추진

- 중증질환자는 요양병원 등 의료기관에서 필요한 의료서비스를 받도록 하고, 경증환자에게는 장기요양제도 등 적절한 요양·돌봄서비스를 제공하여 불필요한 입원을 최소화할 수 있도록 해야 함
- 치매안심병원과 치매전담형 장기요양기관은 무리한 확대를 지양하고 각 기관의 필요성 및 역할에 대한 검토가 선행될 필요

- 전달체계에 대한 철저한 관리·감독 수행
 - 장기요양 서비스의 질을 제고하고 급여의 허위·부당 청구를 방지하기 위하여 장기요양기관 평가결과에 대한 실효성 있는 환류체계 마련 필요
- 지원의 사각지대 방지와 맞춤형 서비스 제공을 위한 서비스 수요의 면밀한 파악
 - 장기요양등급 판정을 받았으나 장기요양 서비스를 이용하지 않는 노인과, 노인돌봄종합서비스 대상자 중 서비스를 이용하지 않거나 소득기준 때문에 서비스를 이용할 수 없는 노인에 대한 돌봄 수요 파악이 필요
 - 치매안심센터의 치매선별검사(1단계)에서 인지저하 진단을 받은 사람들이 적기에 필요한 관리를 받을 수 있도록 진단검사(2단계) 수검률 제고 노력 필요

1

분석 배경 및 목적

한국은 기대수명의 증가에 따라 노년기 삶의 질 향상에 대한 사회적 관심이 높아지고 있으며, 고령화의 가속화에 따른 의료비 지출 규모의 증가로 노인 건강관리의 중요성이 증대되고 있다. 우리나라 기대수명은 2017년 기준 82.7세로 30년 전인 1988년의 70.7세 대비 약 12세 증가하였다. 이는 기대수명이 제시된 OECD 35개 국가 중 5번째로 높은 수준이다.

이러한 기대수명 증가와 동시에 저출산 현상이 지속되고 있어¹⁾ 인구 고령화가 빠르게 진행되고 있다. 한국의 65세 이상 노인 인구는 2019년 7월 주민등록 인구 기준 약 784만 명으로 전체 인구의 15.1%에 달하고 있다. 통계청 장래인구추계(2018~2067년) 자료에 따르면, 이 비율은 2030년 25.0%(1,298만명)로, 2060년에는 43.9%(1,881만명)로 증가할 것으로 전망된다.²⁾

이에 따라 노인의 의료비 지출 규모는 빠르게 증가하고 있다. 2018년 기준 노인 의료비 지출 규모는 전체 의료비 지출 규모의 40% 이상을 차지하는 것으로 나타나고 있다. 이는 65세 이상 노인 인구 규모를 고려했을 때 매우 높은 수준이다.

이와 같이 기대수명 증가 및 인구 고령화, 그리고 이에 따른 노인 의료비 지출 증가로 노년기 건강증진과 질병관리에 대한 국가적인 대응이 불가피해졌으며, 그 효과성을 제고시키는 것이 중요한 정책 과제 중 하나가 되었다. 이러한 상황에서 정부는 노인의 건강관리와 돌봄을 위해 노인장기요양보험 및 치매국가책임제 등을 통해 다양한 사업을 추진하고 있다. 이에 본 보고서는 노인 건강분야 지원 사업의 재정투입 현황과 정책 추진 실태를 분석하여 개선과제를 도출하고자 하였다.³⁾

1) OECD는 합계출산율이 1.3명을 밑도는 나라를 ‘초저출산국’으로 분류하고 있는데, 우리나라는 2018년 기준 합계출산율이 0.98명이며, 2001년 이래 지속적으로 초저출산 현상이 지속되고 있는 실정이다. 합계출산율은 가임 여성(15-49세)이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수이다.

2) 이는 중위가정을 기준으로 한 전망이다.

3) 본 보고서에서 별도의 설명 없이 ‘노인’이라고 지칭하는 인구는 만 65세 이상인 사람들을 가리키며, 연령 범위의 조정이 있는 경우에만 연령을 명시하는 것으로 하였다.

본 보고서는 대표적인 노인건강 지원 체계인 노인장기요양보험과 치매국가책임제, 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도를 주요 분석 대상으로 하고, 그 외 일반재정과 건강보험재정으로 운영되고 있는 노인 대상 질병 예방·관리 및 돌봄 지원 사업을 분석하였다. 분석 범위에 포함되는 사업들은 정부의 일반재정(일반회계 및 기금)과 재정 외로 운영되는 국민건강보험 및 장기요양보험재정을 재원으로 하여 추진되고 있다.

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병⁴⁾ 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상 생활을 수행하기 어려운 노인 등을 대상으로 신체활동 지원 또는 시설보호 등의 장기요양급여를 제공하는 제도이다. 동 제도는 「노인장기요양보험법」을 근거로 2008년 7월부터 본격적으로 시행되었고, 2018년에는 경증치매노인 지원을 위한 인지지원등급이 신설되었다.

치매국가책임제는 2017년 9월 정부가 「치매 국가책임제 추진계획」을 발표하면서 본격적으로 추진되고 있다. 이는 조기진단에서부터 의료지원까지 종합적인 치매지원체계를 구축하려는 것으로, 맞춤형 사례관리, 치매안심형 장기요양서비스 확충, 치매 의료지원 강화, 치매 친화적 환경 조성 등의 내용을 포함하고 있다.

호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도는 말기환자 및 임종과정에 있는 환자의 임종준비를 지원하는 것으로 2016년 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」이 제정되면서 본격적으로 추진되고 있다.

이상의 주요 제도는 크게 재정, 대상자, 서비스 내용, 전달체계 등의 네 가지 틀로 분석하였다. 이 외 주요 재정사업은 노인 질병예방·관리와 노인돌봄 분야로 나누어 주요 사업별로 개선 과제를 도출하는 것을 목적으로 하였다. 주요 사업은 「국민건강증진종합계획」과 「저출산·고령사회 기본계획」에서 노인 건강 분야 과제로 관리하는 사업을 바탕으로 분석 범위를 설정하였다.

4) 「노인장기요양보험법 시행령」 [별표 1]에서 정의하고 있는 ‘노인성 질병’은 치매, 알츠하이머병, 지주막하출혈, 뇌내출혈, 뇌경색증, 뇌졸중, 파킨슨병, 중풍 등이다.

[분석대상 및 분석의 틀]

구분	예방·관리	돌봄·요양	임종준비	분석의 틀 및 분석 내용
주요 제도	<p>치매국가책임제</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매안심센터 구축 • 치매검진지원 • 치매치료관리비 지원 	<p>장기요양보험제도</p> <ul style="list-style-type: none"> • 시설급여·재가급여 • 노인요양시설확충 	<p>호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도</p> <ul style="list-style-type: none"> • 호스피스전문기관 지원 • 요양병원호스피스 시범사업 	<p>재정, 대상자, 지원 내용, 전달체계 분석</p>
그 외 주요 사업	<ul style="list-style-type: none"> • 노인건강관리 • 건강검진지원 • 건강백세운동교실 • 일차의료만성질환관리 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인돌봄기본서비스 • 노인돌봄종합서비스 • 단기가사서비스 • 커뮤니티케어선도사업 		<p>주요 사업별 개선과제 도출</p>

II 정책 환경 및 주요 정책 현황

1 정책 환경

가. 노인 건강 실태

우리나라의 건강수명(Healthy Life Expectancy)⁵⁾은 지속적으로 증가하고 있으나 기대수명의 빠른 증가로 인해 기대수명과 건강수명 간 격차는 점점 증가하고 있는 실정이다. 세계보건기구(WHO; World Health Organization)는 우리나라의 건강수명을 2016년 기준 73세로 보고하고 있다. 이는 2000년 기준 68.1세보다 약 4.9세 증가한 것이다. 그런데 우리나라 기대수명은 2000년 76세에서 2016년 기준 82.4세로 동 기간 약 6.4세 증가하였다.⁶⁾ 이에 따라 기대수명과 건강수명 간 격차는 2000년 7.9세에서 2016년 9.4세로 확대되었다.

[우리나라 건강수명 및 기대수명 추이]

(단위: 세)

구 분	2000	2005	2010	2015	2016
건강수명(A)	68.1	69.9	71.4	72.7	73.0
남성	65.2	67.2	68.8	70.3	70.7
여성	70.8	72.2	73.7	74.8	75.1
기대수명(B)	76.0	78.2	80.2	82.0	82.4
기대수명과 건강수명 간 격차 (B-A)	7.9	8.3	8.8	9.3	9.4

자료: 통계청, 「생명표」 자료 및 WHO 'Healthy life expectancy (HALE)' 자료를 바탕으로 재작성

보건복지부와 한국보건사회연구원이 실시한 「2017년 노인실태조사」에 따르면, 7개의 일상수행능력(ADL; Activities of Daily Living)⁷⁾ 중 1개 이상의 신체기능에서 제한

5) WHO는 '건강수명'을 기대수명에서 질병이나 장애로 인하여 건강을 잃은 기간을 뺀 연령으로 정의하고 있다.

6) OECD에 따르면, 우리나라의 기대수명은 2017년 기준 82.7세인 것으로 나타나고 있다.

7) 7개의 ADL은 옷 입기, 세수·양치질·머리감기, 목욕 또는 샤워하기, 차려 놓은 음식 먹기, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기, 대소변 조절하기의 7개 항목으로 측정되었다.

이 있는 노인은 8.7%로 2008년의 11.4% 대비 2.7%p 감소한 것으로 나타났다. 또한, 10개의 도구적일상생활수행능력(IADL; Instrumental Activities of Daily Living)⁸⁾ 중 1개 이상의 기능에서 제한이 있는 노인은 2017년 기준 24.6%로 2008년의 27.0% 보다 2.4%p 감소한 것으로 확인되었다.

[65세 이상 노인의 일상생활능력 추이]

(단위: %)

구분	2008	2011	2014	2017
일상생활수행능력(ADL) 장애율	11.4	7.2	6.9	8.7
도구적일상생활수행능력(IADL) 장애율	27.0	13.8	17.8	24.6

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「2017년도 노인실태조사」, 2017.11.

한편, 주관적 건강상태⁹⁾를 살펴보면, 연령이 증가할수록 건강 상태가 좋다고 응답한 비율이 낮아지는 것으로 나타났다. 「국민건강영양조사」에 따르면, 2017년 기준 전 연령에서 건강이 좋다고 응답한 사람은 32.0%였으나 60대는 22.0%, 70세 이상은 17.9%였다. 이는 10년 전인 2008년보다 더 낮아진 것이다. 2008년 기준 건강 상태가 좋다고 응답한 사람의 비율이 60대는 35.2%, 70세 이상은 33.6%였다.

[주관적 건강상태 추이]

(단위: %)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체	42.8	43.9	36.6	36.0	33.1	35.1	32.5	29.2	32.3	32.0
19-29세	52.8	52.5	43.4	44.9	46.1	47.6	42.9	40.3	43.6	35.3
30-39세	41.6	42.8	39.8	34.6	31.4	38.8	33.3	31.6	31.1	32.5
40-49세	43.6	45.3	34.4	37.1	34.7	34.9	32.1	31.8	31.3	28.9
50-59세	37.6	40.7	31.5	32.9	26.8	26.4	27.1	29.8	28.1	25.2
60-69세	35.2	37.7	32.1	27.3	23.2	22.3	23.2	26.7	26.2	22.0
70세 이상	33.6	31.3	27.9	27.1	18.8	18.9	21.4	19.8	20.6	17.9

주: 주관적 건강상태 = (만 19세 이상 해당연령 중 건강상태 ' 좋음' 또는 '매우 좋음' 응답자 수 ÷ 만 19세 이상 해당연령의 조사대상자 수) × 100) 2005년 추계인구로 연령표준화한 수치임

자료: 질병관리본부, 「국민건강영양조사」, 각 연도.

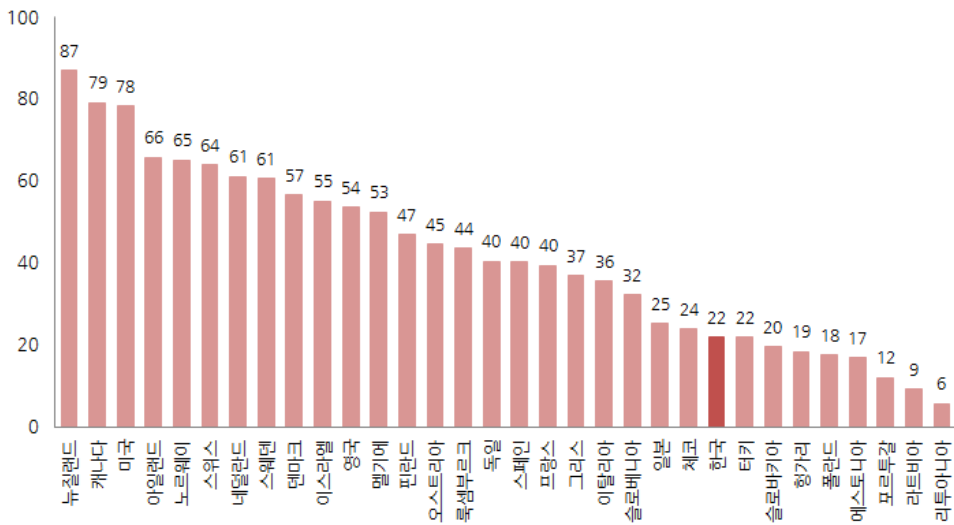
8) 10개의 IADL은 목단장, 집안일, 식사 준비, 빨래, 약 챙겨 먹기, 금전관리, 근거리 외출, 물건 구매, 전화 걸고 받기, 교통수단 이용하기의 10개 항목으로 구성되어 있다.

9) 주관적 건강상태는 신체적, 심리적, 정신적 안녕 등을 포괄한 삶의 질을 반영한다는 점에서 의미를 갖는다.

이러한 주관적 건강상태는 OECD 국가와 비교하면 상대적으로 낮은 수준이다. 가장 최근 OECD 국가의 통계치가 제시된 2016년 기준으로 우리나라의 65세 이상 노인 중 건강이 좋다고 응답한 사람의 비율은 22%였다. 이는 통계치가 제시된 32개국 중 24위의 수준이다. 노인의 주관적 건강상태가 가장 좋은 국가는 뉴질랜드로 87%가 건강이 좋다고 응답하였으며, 미국도 78%로 상대적으로 높은 수준으로 나타났다. 우리나라와 노인의 주관적 건강수준이 비슷한 국가는 일본(25%), 체코(24%), 터키(22%) 등이 있다.

[OECD 국가의 65세 이상 노인의 주관적 건강상태]

(단위: %)



주: 2016년 기준

자료: 국민건강보험공단

나. 노인 질병 현황

2018년 진료인원 기준으로 60세 이상인 사람의 다빈도 상병 순위를 살펴보면, 외래의 경우 치주질환, 고혈압, 급성 기관지염, 등 통증, 무릎관절증 등이 전 연령에서 높은 순위로 나타났다. 입원의 경우는 백내장의 진료인원이 전 연령에서 높은 순위로 나타났다. 다만, 70~75세를 전후로 다빈도 상병 순위가 서로 다른 양상을 보였다. 75세 미만 전기노인은 척추병증, 무릎관절증, 기타 추간판장애 등의 질환 환자가 많았으나, 이러

한 질병의 진료인원은 75세 이후에 상대적으로 적어지는 것으로 나타났다. 대신 70세 이상부터는 폐렴의 순위가 높아지고, 75세 이상에서 뇌경색증과 알츠하이머성 치매 환자가 타 질환 환자보다 많은 것으로 나타났다.

[연령별 다빈도 상병]

구분	순위	60-64세	65-69세	70-74세	75-79세	80세 이상
외래	1	치은염 및 치주 질환	치은염 및 치주 질환	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압
	2	본태성(원발성) 고혈압	본태성(원발성) 고혈압	치은염 및 치주 질환	치은염 및 치주 질환	급성 기관지염
	3	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	급성 기관지염	치은염 및 치주 질환
	4	등통증	무릎관절증	무릎관절증	등통증	등통증
	5	위·식도역류병	등통증	등통증	무릎관절증	무릎관절증
입원	1	노년백내장	노년백내장	노년백내장	노년백내장	알츠하이머병에 서의 치매
	2	기타 추간판장애	무릎관절증	무릎관절증	상세불명 병원 체의 폐렴	상세불명 병원 체의 폐렴
	3	무릎관절증	기타 척추병증	기타 척추병증	뇌경색증	노년백내장
	4	기타 척추병증	기타 추간판장애	상세불명 병원 체의 폐렴	알츠하이머병에 서의 치매	뇌경색증
	5	어깨병변	협심증	협심증	무릎관절증	대퇴골의 골절

주: 2018년 기준

자료: 건강보험심사평가원, 보건 의료빅데이터 개방시스템을 통해 추출

65세 이상 노인의 사망원인별 사망자 비중을 살펴보면, 2017년 기준으로 암에 의한 사망자가 25.5%로 가장 높은 것으로 나타났고, 그다음으로 심혈관 질환 등 순환계통 질환에 의한 사망자가 23.7%인 것으로 나타났다. 다만, 75세 미만 전기 노인의 경우 암에 의한 사망자가 더 높은 반면, 75세 이상 후기 노인으로 갈수록 순환계통 질환에 의한 사망자 비중이 더 커지는 것으로 확인된다.

[65세 이상 인구의 사망원인별 사망자 비중]

(단위: 명, %)

구 분	65세 이상	65-69세	70-74세	75-79세	80세 이상
사망인원	217,703	19,942	26,828	43,132	127,801
특정 감염성 및 기생충성 질환	3.1	2.3	2.7	3.0	3.3
신생물	26.0	45.3	39.8	32.9	17.8
암	25.5	44.7	39.2	32.2	17.3
혈액 및 조혈기관의 질환과 면역 메커니즘을 침범하는 특정장애	0.3	0.2	0.2	0.2	0.3
내분비, 영양 및 대사질환	4.0	3.6	4.2	4.5	3.8
당뇨병	3.5	3.2	3.8	4.1	3.3
정신 및 행동장애	2.0	0.9	0.9	1.2	2.8
신경계통의 질환	4.5	2.5	3.0	3.9	5.3
순환계통 질환	23.7	17.6	19.9	22.6	25.8
허혈성 심장질환	5.3	4.7	5.2	5.2	5.4
뇌혈관 질환	8.7	7.0	8.1	9.1	9.0
호흡계통의 질환	14.0	7.3	9.9	12.4	16.5
폐렴	8.4	3.8	5.0	6.9	10.3
소화계통의 질환	3.2	4.3	3.7	3.3	3.0
피부 및 피하조직의 질환	0.3	0.1	0.1	0.2	0.3
근골격계통 및 결합조직의 질환	0.6	0.4	0.4	0.6	0.6
비노생식계통의 질환	3.1	2.3	2.7	3.0	3.3
선천 기형, 변형 및 염색체 이상	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
달리 분류되지 않은 증상, 징후와 임상 및 검사의 이상소견	9.9	4.0	4.8	6.1	13.2
노쇠	6.3	0.4	1.3	2.7	9.5
질병이환 및 사망의 외인	5.3	9.2	7.6	6.0	4.0

자료: 통계청, 「사망원인통계(2017년)」

다. 노인 의료비 지출

노인의 의료비 지출은 지속적으로 증가하고 있다. 2018년 건강보험 적용자 기준 65세 이상 노인의 총 진료비는 31조 7,514억원으로 전체 건강보험 적용자 진료비의 40.9%를 차지하였다. 이는 10년 전인 2009년보다 19조 2,072억원 증가한 것이다. 이와 같이 노인 의료비 지출 비중이 증가하고 있는 이유 중 하나는 고령화로 인해 건강

보험 적용인구가 증가하고 있기 때문이다. 2018년 기준 65세 이상 건강보험 적용인구는 약 710만명으로 2009년(483만명) 대비 약 47% 증가하였다.

[65세 이상 건강보험 적용인구 및 의료비 지출 추이]

(단위: 천명, 천일, 천건, 억원, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
적용인구	4,826 9.9	4,979 10.2	5,184 10.5	5,468 11.0	5,740 11.5	6,005 11.9	6,223 12.3	6,445 12.7	6,806 13.4	7,092 13.9
진료인원	4,856 10.8	5,025 11.1	5,236 11.5	5,535 12.0	5,805 12.5	6,071 12.9	6,332 13.4	6,536 13.7	6,897 14.4	7,199 15.0
입내원일수	322,630 24.3	341,962 24.8	359,224 25.7	383,606 26.7	404,754 27.9	425,816 28.7	439,073 29.7	457,782 29.8	476,925 31.1	495,665 31.7
급여건수	275,466 23.0	289,549 23.4	304,012 24.2	331,761 24.9	347,563 25.9	363,346 26.5	371,532 27.4	385,535 27.3	400,472 28.4	416,239 29.0
총진료비	125,442 31.4	140,987 32.3	153,961 33.2	166,237 34.4	181,128 35.5	199,986 36.4	222,762 37.8	253,091 38.8	283,643 40.0	317,514 40.9
지원액	95,040 32.3	108,155 33.2	118,142 34.1	127,375 35.2	138,488 36.3	152,838 37.1	169,241 38.4	191,408 39.2	214,479 40.4	243,484 41.5

- 주: 1. 점선 하단 수치는 건강보험의 전체에 해당하는 값 대비 65세 이상 해당 값의 비율
 2. 적용인구는 연도 말 기준이며 진료인원은 1년 간 진료를 받은 인원으로, 진료인원이 적용인구보다 많은 것은 해당 연도 내 사망자가 있기 때문
 3. 지원액은 총 진료비 중 건강보험에서 부담하는 비용을 의미함
 자료: 국민건강보험공단

의료급여 수급권자에 대한 의료비 지출 현황을 살펴보면, 65세 이상 노인의 총 진료비는 3조 6,566억원으로 전체 의료급여 수급권자에 대한 진료비 대비 46.8%를 차지했다. 이는 2009년의 40.2%보다 6.6%p 증가한 것이다. 이 역시 노인 수급자 수의 증가에 기인하는 측면이 있는데 2018년 수급자는 약 52만명으로 2009년(46만명) 대비 13% 증가하였다.

[65세 이상 의료급여 수급권자 및 의료비 지출 추이]

(단위: 천명, 천일, 천건, 억원, %)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
수급자 수	460 27.4	470 28.1	460 28.6	454 30.1	453 31.1	458 31.8	496 32.1	495 32.8	625 38.9	519 35.0
진료 인원	615 31.6	572 32.9	580 33.7	605 36.0	569 36.6	609 39.2	605 38.1	619 38.3	639 40.1	657 40.8
입내원 일수	44,195 38.7	43,763 39.2	44,328 39.7	44,693 40.2	44,950 41.1	46,132 41.7	46,771 41.9	50,649 42.4	51,041 42.8	52,632 43.5
급여 건수	31,981 41.0	31,127 41.2	31,014 41.7	32,710 42.0	31,623 42.7	32,145 43.3	32,255 43.3	35,135 43.7	35,224 43.8	36,127 44.3
총 진료비	19,100 40.2	20,249 40.8	21,294 41.4	21,774 41.9	22,793 43.0	24,580 43.6	26,343 44.0	30,414 45.1	32,679 45.9	36,566 46.8
지원액	18,756 40.4	19,961 41.0	21,008 41.6	21,491 42.0	22,493 43.1	24,251 43.6	25,979 44.1	29,945 45.2	31,987 45.9	35,754 46.8

- 주: 1. 점선 하단 수치는 건강보험의 전체에 해당하는 값 중 65세 이상 해당 값의 비율
 2. 수급자 수는 연도 말 기준이며 진료 인원은 1년 간 진료를 받은 인원으로, 진료인원이 수급자 수보다 많은 것은 해당 연도 내 사망자가 있기 때문
 3. 지원액은 총 진료비 중 정부가 지원하는 비용을 의미함

자료: 국민건강보험공단

총 진료비 증가와 더불어 1인당 의료비 지출도 증가하고 있는 것으로 나타났다. 건강보험 적용자의 경우 65세 이상 노인의 1인당 입내원일수와 급여건수는 2009년부터 2018년까지 약간 증가 추세에 있으나 큰 변동은 없는 상황이다. 그러나 1인당 진료비는 2018년 기준 441만원으로 2009년의 258만원 대비 70.9% 증가하였고, 건당 진료비 역시 2009년 4만 6천원에서 2018년 7만 6천원으로 65.2% 증가하였다.

의료급여 수급권자의 경우 노인의 입내원일수와 급여건수가 건강보험 적용자와 달리 상대적으로 뚜렷한 증가 추세를 보인다. 또한, 1인당 진료비는 2018년 557만원으로 2009년의 311만원 대비 79.3% 증가하였고, 건당 진료비는 2018년 10만원으로 2009년의 6만원 대비 66.7% 증가하였다.

[건강보험 적용자 및 의료급여 수급권자의 1인당·건당 의료이용 현황]

(단위: 일, 건, 천원)

구분		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
건강 보험	1인당	입내원일수	66	68	69	69	70	70	69	70	69	69
		총 진료비	2,583	2,805	2,940	3,003	3,120	3,294	3,518	3,872	4,113	4,410
		지원액	1,957	2,152	2,256	2,301	2,386	2,518	2,673	2,929	3,110	3,382
		급여건수	57	58	58	60	60	60	59	59	58	58
	건당	총 진료비	46	49	51	50	52	55	60	66	71	76
		지원액	35	37	39	38	40	42	46	50	54	58
의료 급여	1인당	입내원일수	72	76	76	74	79	76	77	82	80	80
		총 진료비	3,105	3,539	3,670	3,596	4,005	4,033	4,351	4,910	5,116	5,566
		지원액	3,049	3,488	3,621	3,549	3,953	3,979	4,291	4,834	5,008	5,442
		급여건수	52	54	53	54	56	53	53	57	55	55
	건당	총 진료비	60	65	69	67	72	76	82	87	93	101
		지원액	59	64	68	66	71	75	81	85	91	99

주: 지원액은 총 진료비 중 건강보험에서 부담하는 비용을 의미함

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

건강보험 적용자와 의료급여 수급자를 비교하면, 의료급여 수급자의 건강수준이 더 낮은 것으로 나타나고 있다. 건강보험 적용자 중 노인의 입내원일수는 평균 69일이었던 데 반해, 의료급여 수급권자 노인의 입내원일수는 평균 80일이었으며, 총 진료비는 건강보험 적용 노인의 경우 441만원인데 반해, 의료급여 수급 노인의 경우 556만 6,000원으로 1.26배 더 높았다. 또한, 청구건당 진료비도 의료급여 수급 노인은 약 10만원으로 건강보험 적용 노인의 7만 6,000원보다 더 높았다.¹⁰⁾

10) 이는 노인뿐 아니라 전체 연령에서 나타나는 현상이다. 2018년 기준 전체 연령의 진료인원 1인당 입내원일수는 건강보험 적용자는 평균 32일이나 의료급여 수급자는 평균 75일이었고, 1인당 총 진료비는 건강보험 적용자가 161만 5,000원, 의료급여 수급자가 484만 8,000원이었다.

[건강보험 적용자 및 의료급여 수급권자의 1인당 의료이용 현황(2018년)]

(단위: 일, 천원)

구분	건강보험			의료급여		
	전체	65세 미만	65세 이상	전체	65세 미만	65세 이상
1인당 입내원일수	32	26	69	75	57	80
1인당 총 진료비	1,615	1,123	4,410	4,848	3,433	5,566
1인당 지원액	1,218	837	3,382	4,742	3,358	5,442
건당 총 진료비	54	45	76	96	91	101
건당 지원액	41	34	58	94	89	99

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

한편, 사망 직전 의료비 지출 현황을 살펴보면, 연령에 상관없이 사망 직전 의료비 지출 비중이 높은 것으로 나타나고 있다. 건강보험 적용자 중 2018년 사망자를 대상으로 사망 3년 전부터의 의료비 지출을 현황을 살펴보면, 3년 동안 지출한 의료비의 약 30%를 사망 전 3개월 동안 지출하는 것으로 나타났다. 2018년 사망자의 사망 전 3년 동안의 1인당 평균 의료비는 3,632만원이었고, 이 중 28.4%인 1,031만원이 사망 전 3개월 동안 지출되었다. 사망 전 3개월 동안 지출된 의료비 중 건강보험을 통해 지원된 금액은 887만원이었다.

이를 연령별로 나누어보면 65세 미만인 사람이 65세 이상 노인보다 사망 직전 의료비 지출 비중이 약간 더 높은 것으로 나타났다. 65세 미만의 경우 사망 전 3년 간 지출된 의료비(3,711만원)의 36.5%인 1,355만원을 사망 전 3개월 동안 지출하였다. 65세 이상 노인의 경우 사망 전 3개월 동안 지출된 의료비는 3년 동안 지출된 의료비(3,609만원)의 26.3%인 949만원이었다.

[사망 전 의료비 지출 현황(2018년)]

(단위: 천원, %)

구분		사망 36개월 전 ~사망	사망 36개월 전 ~24개월 전	사망 24개월 전~12개월 전	사망 12개월 전~사망	사망 3개월 전 ~사망
합계	1인당 진료비	36,320	5,908	8,643	21,769	10,305
		100.0	16.3	23.8	59.9	28.4
	1인당 지원금	30,078	4,657	6,983	18,439	8,873
		100.0	15.5	23.2	61.3	29.5
65세 미만	1인당 진료비	37,109	4,243	7,488	25,379	13,551
		100.0	11.4	20.2	68.4	36.5
	1인당 지원금	32,859	3,590	6,524	22,746	12,194
		100.0	10.9	19.9	69.2	37.1
65세 이상	1인당 진료비	36,095	6,370	8,935	20,790	9,492
		100.0	17.6	24.8	57.6	26.3
	1인당 지원금	29,287	4,943	7,073	17,270	8,041
		100.0	16.9	24.2	59.0	27.5

주: 1. 건강보험 적용인구 중 2018년 한해 사망자 및 수진 기준(비급여, 의료급여 제외)이며, 2019년 4월 지급분까지 반영한 것(동 기간 65세 미만 사망자는 6만 7,852명, 65세 이상 사망자는 23만 3,351명)

2. 점선 아래 수치는 사망 36개월 전~사망 기간의 의료비 지출 대비 해당 기간 의료비 지출 비율

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

그런데 사망자 중 진료인원을 사망 전 기간별로 살펴보면, 사망 전 1개월 간 진료를 받은 사람의 비중은 노인의 경우가 더 높았다. 사망자 대비 사망 전 1개월 간 진료인원의 비중은 65세 미만은 63.2%, 65세 이상은 79.4%였다.

[사망 전 진료인원 현황(2018년)]

(단위: 명, %)

구분	사망인원	진료인원					
		사망 36개월 전~사망	사망 24개월 전~사망	사망 12개월 전~사망	사망 6개월 전~사망	사망 3개월 전~사망	사망 1개월 전~사망
합계	301,203	266,624	262,348	257,269	252,581	247,767	228,215
	100.0	88.5	87.1	85.4	83.9	82.3	75.8
65세 미만	67,852	59,083	57,410	54,890	52,253	49,637	42,876
	100.0	87.1	84.6	80.9	77.0	73.2	63.2
65세 이상	233,351	207,541	204,938	202,379	200,328	198,130	185,339
	100.0	88.9	87.8	86.7	85.8	84.9	79.4

주: 1. 건강보험 적용인구 중 2018년 한해 사망자 및 수진기준(비급여, 의료급여 제외)

2. 점선 아래 수치는 사망인원 대비 해당 기간 진료인원 비율

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

가. 건강보험 보장성 강화 정책

우리나라의 건강보험제도는 사회보험의 형태로 운영되는 사회보장제도 중 하나로, 국민이 낸 보험료를 관리·운영하여 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망·건강증진 등을 위하여 보험급여를 지급하는 제도이다.¹¹⁾ 기초생활보장 수급권자나 국가유공자 등의 의료급여 수급권자를 제외하고는 건강보험가입이 강제된다. 보험료는 소득수준 등 부담능력에 따라 차등 부과되지만 보험급여는 균등하게 제공된다.

정부는 건강보험의 보장성을 강화하기 위하여 2005년부터 4~5년 단위로 중기 보장성 강화 계획을 추진하였다. 마지막으로 수립된 「제3차 건강보험 중기 보장성 강화계획(2014~2018)」에서는 ‘건강한 노년과 존엄한 죽음을 위한 지원 강화’를 과제 중 하나로 선정하여 ① 65세 이상 노인 틀니·임플란트 보험 적용, ② 치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대, ③ 호스피스·완화의료 건강보험 적용 등을 추진하였다. 이 과정에서 2017년 8월에 발표된 「건강보험 보장성 강화대책」은 노인 분야 과제의 주요 내용으로 중증치매 노인에 대한 의료비 부담 완화, 틀니 및 임플란트 본인부담률 인하, 노인외래정액제 개선 등의 내용을 담고 있다.

이후 2016년 「국민건강보험법」이 5년 단위로 국민건강보험종합계획을 수립하도록 개정됨에 따라 정부는 2019년 5월 「제1차 국민건강보험종합계획(2019~2023)」을 수립하였다. 동 계획에는 노인 건강과 관련하여 ‘통합적·효율적인 노인 의료 제공’을 추진과제 중 하나로 설정하였다. 동 과제는 노인 의료 제공체계의 개편 측면에서 요양병원과 노인외래정액제 제도의 개선방안을 마련하고 노인 의료비에 대한 적정관리 방안을 수립하는 등의 내용을 포함하고 있으며, 존엄한 임종 지원을 강화하는 측면에서 호스피스·완화의료 및 연명의료 등의 제도 개선 노력에 대한 계획을 담고 있다.

11) 「국민건강보험법」

제1조(목적) 이 법은 국민의 질병·부상에 대한 예방·진단·치료·재활과 출산·사망 및 건강증진에 대하여 보험급여를 실시함으로써 국민보건 향상과 사회보장 증진에 이바지함을 목적으로 한다.

[노인 관련 건강보험 보장성 강화 대책 추이]

제3차 건강보험 중기 보장성 강화계획 (2014~2018)	건강보험 보장성 강화대책(2017.8.)	제1차 국민건강보험종합계획 (2019~2023)
<ul style="list-style-type: none"> 65세 이상 노인 틀니·임플란트 보험 적용 치매 조기진단 및 치료를 위한 급여 확대 호스피스·완화의료 건강 보험 적용 	<ul style="list-style-type: none"> 중증치매 본인부담률 인하 및 치매진단 신경인지검사 건강보험 적용 틀니 본인부담률 인하(50→30%) 노인외래정액제 개선 임플란트 본인부담률 인하(50→30%) 	<ul style="list-style-type: none"> 요양병원 제도 개선 노인외래정액제 개선방안 마련 요양병원·시설 복합 모델 도입 검토 노인의료비 적정 관리 방안 수립 호스피스·완화의료 및 연명의료 수가체계 적용 대상 등 확대 검토 임종실 건강보험 적용 검토

자료: 각 계획 및 대책 문서를 바탕으로 재작성

건강보험 적용 노인에 대한 지원 중 보험료 측면에서의 대표적인 지원은 보험료 경감이다. 건강보험의 지역가입자 중 65세 이상 노인이 있는 세대는 소득금액(2019년 기준 360만원 이하) 및 과표재산(2019년 기준 1억 3,500만원 이하)에 따라 보험료 경감을 받는다.

의료비 지출 측면에서 보면 외래진료비 본인부담 정액제가 대표적이다. 정부는 1986년부터 2007년 상반기까지 외래정액제를 실시하였는데, 1995년 12월부터 70세 이상 노인을 대상으로 본인부담을 경감하였으며, 2000년에는 65세 이상으로 경감 대상을 확대하였다. 이후 2007년 8월부터 65세 미만은 정률제로 전환되었으나 65세 이상 노인에 대해서는 정액제를 유지하고 있다. 2019년 기준으로 의원의 요양급여비용이 1만 5천원 이하인 건에 대해서는 본인부담액이 1,500원이며, 약국의 요양급여비용이 1만원 이하인 건에 대해서는 본인부담액이 1,000원이다.

[노인 외래진료 본인부담액]

구 분	요양급여비용 총액에 관한 조건	본인부담액
의원·치과의원·한의원	1만 5천원 이하	1,500원
	1만 5천원 초과 2만원 이하	요양급여비용 총액 × 10%
	2만원 초과 2만 5천원 이하	요양급여비용 총액 × 20%
	2만 5천원 초과	요양급여비용 총액 × 30%

구 분	요양급여비용 총액에 관한 조건	본인부담액
약국	1만원 이하	1,000원
	1만원 초과 1만 2천원 이하	요양급여비용 총액 × 20%
	1만 2천원 초과	요양급여비용 총액 × 30%

자료: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표3] ‘외래진료 등의 요양급여비용 총액에 관한 조건 및 본인부담액’을 바탕으로 재작성

나. 의료급여 지원 확대

정부는 「의료급여법」에 따라 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민을 대상으로 의료서비스를 제공하는 의료급여 제도를 추진하고 있다. 의료급여 제도가 제공하는 급여의 범위나 비용은 건강보험과 유사하나 정신과 입원과 혈액투석 등에 대한 수가체계가 상이하다. 2019년 기준으로 의료급여 수급 대상은 가구 소득이 기준 중위소득의 40% 이하인 경우이며, 국가유공자 등 타법에 의하여 의료급여 적용을 받는 사람도 있다.

[의료급여 수급권자의 자격요건 및 선정기준]

구분	1종	2종
「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> 국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 없는 자만으로 구성된 가구 <ul style="list-style-type: none"> - 18세 미만, 65세 이상 - 4급이내 장애인 - 임신부, 병역의무이행자 등 	<ul style="list-style-type: none"> 국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 있는 가구
「국민기초생활 보장법」이외의 타법에 의한 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> 타법수급자 <ul style="list-style-type: none"> - 이재민 - 의상자 및 의사자의 유족 - 국내 입양된 18세 미만 아동 - 국가유공자 및 그 유족·가족 - 국가무형문화재 보유자 및 그 가족 - 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 - 5·18 민주화운동 관련자 및 그 유가족 - 노숙인 	-
「의료급여법」에 의한 수급권자	<ul style="list-style-type: none"> 행려환자 	-

자료: 보건복지부

정부는 2017년 8월 「제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)」 수립을 계기로 의료급여를 포함한 기초생활보장 제도의 부양의무자 기준¹²⁾을 단계적으로 폐지하고 있다. 이에 따라 의료급여는 2017년 11월부터 수급자 가구 및 부양의무자 가구 양쪽 모두 중증장애인 또는 노인이 포함된 경우에는 부양의무자 기준을 적용하지 않고 있다.¹³⁾ 또한, 2022년 1월부터는 부양의무자 가구에 기초연금 수급 노인이 포함된 경우 부양의무자 기준을 적용하지 않을 계획이다.

[의료급여 부양의무자 완화 계획]

급여	계획시점	부양의무자 기준 적용 면제 가구	
생계·의료급여	1단계 (17.11.)	부양의무자 가구 소득 하위 70% 중증장애인 또는 노인 포함	수급자 가구 소득 하위 70% 중증장애인 또는 노인 포함
	2단계 (19.1.)	부양의무자 가구 소득 하위 70% 중증장애인 (장애인연금 수급자) 포함	수급자 가구 일반 수급권 가구
	3단계 (22.1.)	부양의무자 가구 소득 하위 70% 노인(기초 연금 수급자) 포함	수급자 가구 일반 수급권 가구

주: 1. 수급권 가구는 부양의무자 유무와 상관없이 소득인정액만 고려했을 때 급여를 수급할 자격이 있는 가구를 의미함
 2. 부양의무자의 범위는 수급권자의 1촌의 직계혈족(부모, 아들·딸 등) 및 그 배우자(며느리, 사위 등)를 가리킴(사망한 1촌의 직계혈족의 배우자는 제외)
 3. 중증장애인은 1~3급 등록장애인이며, 노인은 65세 이상 기준
 자료: 관계부처합동(보건복지부, 국토교통부, 교육부), 「제1차 기초생활보장 종합계획(2018~2020)」, 2017.8.10.

12) 부양의무자 가구가 부양능력이 있다고 판정되면 수급권자 가구는 기초생활급여를 수급할 수 없다. 부양의무자 가구가 부양능력이 없다고 판정되면 수급권자 가구는 기초생활보장 급여별 지급내용에 따라 수급이 가능하다. 부양의무자 가구가 부양능력이 미약하다고 판정되면 부양의무자 가구의 부양비 지원을 전제로 수급권자 가구의 수급액이 (감액) 결정된다.

13) 2019년 1월부터는 부양의무자 가구에 소득 하위 70% 중증장애인(장애인연금 수급자)이 포함되는 경우 부양의무자 기준 적용에서 제외된다.

가. 주요 정책 추진 계획

(1) 국민건강증진종합계획

「국민건강증진종합계획」은 「국민건강증진법」에 따라 정부가 2010년부터 5년마다 수립하고 있는 계획으로, 노인 등 건강취약 집단에 대한 건강증진 지원방안을 포함하고 있다. 「제4차 국민건강증진종합계획(Health Plan 2020, 2016~2020)」은 노인건강 분야의 달성 목표로 노인 신체기능 장애율 감소, 치매 유병률 증가율 경감, 노인 건강검진 수진율 증가, 노인 낙상률 증가 예방 등의 네 가지를 설정하고 있다. 이에 따라 정부는 노인의 만성질환 관리, 실명예방 및 개안수술, 전립선질환 예방 및 치료, 무릎관절수술 지원, 치매관리체계 구축 등의 계획을 추진하고 있다.

〔「국민건강증진종합계획」 중 노인 관련 추진 계획〕

구분	목표	세부추진계획
1차 (Health Plan 2010, 2002~2005)	<ul style="list-style-type: none"> 만성질환 예방·치료 및 노인성 치매 관리 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 치매전문요양병원, 요양시설, 재가노인복지 시설 등 시설 확충 치매노인 가정에 위생재료·간병비 지급, 요양비용에 대한 세액공제 추진 저소득·취약계층 노인을 위한 의치(틀니) 보철사업 지속 추진 건강한 노인의 사회활동 장려
2차 (Health Plan 2010, 2006~2010)	<ul style="list-style-type: none"> 노인 건강검진 수진율 증가 치매 유병률 유지 노인 일상생활동작(ADL) 장애노인발현율 유지 	<ul style="list-style-type: none"> 노인 일차건강검진도구의 개선 및 보급 치매 조기 발견 및 등록관리사업 강화 노인 개안수술의 지원강화 노인건강 대축제
3차 (Health Plan 2020, 2011~2015)	<ul style="list-style-type: none"> 노인 신체기능 장애율 억제 치매 유병률 증가율 경감 노인 건강검진 수진율 증가 노인 낙상률 감소 	<ul style="list-style-type: none"> 치매조기발견 및 예방관리 실명예방 및 개안수술 노인건강운동교실

구분	목표	세부추진계획
4차 (Health Plan 2020, 2016~2020)	<ul style="list-style-type: none"> 노인 신체기능 장애율 감소 치매 유병율 증가율 경감 노인 건강검진 수진율 증가 노인 낙상률 증가 예방 	<ul style="list-style-type: none"> 만성질환 관리 실명예방 및 개안수술 전립선질환 예방 및 치료 무릎관절수술 지원 치매관리체계 구축

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원 「1차~4차 국민건강증진종합계획」을 바탕으로 재작성

(2) 저출산·고령사회 기본계획

「저출산·고령사회 기본법」은 고령사회정책 중 하나로 건강증진과 의료제공을 포함하여 국가가 국민의 건강증진 지원의 일환으로 노인을 위한 의료·요양 제도 등을 발전시켜야 함을 명시하고 있다.¹⁴⁾ 이에 따라 동 법에 근거하여 5년마다 수립되는 「저출산·고령사회 기본계획」에는 노인건강관리를 위한 정책 목표와 세부 추진 계획이 포함되어 있다.

2016년에 수립된 「제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016~2020)」에는 고령자 건강생활 보장을 위해 고령자 운동 활성화 등 8개의 세부 추진 과제를 설정하였다. 정부는 제3차 계획의 추진 과정에서 모든 세대 삶의 질을 제고하기 위한 포용적 패러다임으로 전환하고 핵심정책과제를 발굴하여 2019년 2월 수정계획을 발표하였다. 정부가 발표한 수정계획은 노인 건강과 관련하여 지역사회 중심의 건강·돌봄 환경 조성을 목표로 설정하였다. 세부 추진 계획으로는 건강보험 강화를 통한 의료서비스 보장, 건강노화를 위한 예방적 관리 강화, 지역사회 통합 돌봄 추진으로 재가 기반 서비스 강화, 돌봄의 예방적 기능 강화, 장기요양시설의 공공성 강화 및 서비스 질 제고, 이용자 중심의 서비스 연계 등을 설정하고 있다.

14) 「저출산·고령사회 기본법」

제12조(건강증진과 의료제공) ①국가 및 지방자치단체는 성별·연령별 건강상의 특성과 주요 건강위험요인을 고려하여 국민의 건강증진을 위한 시책을 강구하여야 한다.

②국가 및 지방자치단체는 노인을 위한 의료·요양 제도 등을 확립·발전시키고 필요한 시설과 인력을 확충하기 위하여 노력하여야 한다.

[「저출산·고령사회 기본계획」 중 노인 건강 관련 추진 계획]

구분	목표	세부추진계획
1차 (2006~ 2010)	• 노후 건강관리 및 요양보호 기반 확충	• 사전예방적 보건의료체계 구축 • 노후의료보장 강화 및 노인운동 활성화 • 노인수발보험제도 도입 및 노인요양 인프라 확충 • 치매노인에 대한 종합적 관리·지원체계 구축
2차 (2011~ 2015)	• 노인빈곤예방을 위한 소득보장 방안 마련	• 노년기 주요질환 관리체계 구축 • 치매노인 관리체계 구축 • 장기요양보험 내실화 • 노령기 기초건강 증진을 위한 운동사업 활성화 • 의료비 지출 적정화
3차 (2016~ 2020)	• 고령자 건강생활 보장	• 고령자 운동 활성화 • 고령자 질병예방 및 관리 강화 • 고령자 정신건강관리 강화 • 노인의료비 부담 경감 • 포괄간호·간병 서비스 확대 • 장기요양보험제도 고도화 • 치매에 대한 대응체계 강화 • 호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화
3차 수정 (2019~ 2020)	• 지역사회 중심의 건강 ·돌봄환경 조성	[의료·건강관리] • 건강보험 강화를 통한 의료서비스 보장 • 건강노화를 위한 예방적 관리 강화 [돌봄·요양] • 지역사회 통합 돌봄 추진으로 재가 기반 서비스 강화 • 돌봄의 예방적 기능 강화 • 장기요양시설의 공공성 강화 및 서비스 질 제고 [주거·환경] • 안전하고 편안하게 노후를 보낼 수 있는 주거환경 조성 • 사회적 약자를 포용하는 지역사회 물리적 여건 조성 • 이용자 중심의 서비스 연계
	• 성숙한 노년기를 위한 기반 마련	• 존엄하게 삶을 마무리할 수 있는 기반 마련 • 노인자살 예방을 위한 적극적인 대응

자료: 보건복지부 및 저출산·고령사회위원회 「1차-3차 및 3차 수정 저출산·고령사회 기본계획」을 바탕으로 제작됨

나. 주요 정책

(1) 노인장기요양보험

노인장기요양보험은 치매·뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 사람이나 65세 이상인 노인 중 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 사람에게 신체활동 및 가사활동을 지원하기 위하여 장기요양급여를 제공하는 사업이다. 정부는 2001년 처음으로 노인요양보장제도 도입을 발표한 이래, 2005년부터 2007년까지 3차례에 걸쳐 시범사업을 추진하였고, 2008년 7월부터 「노인장기요양보험법」(’08.7.1.시행)에 근거하여 본격적으로 노인장기요양보험을 도입하여 추진하고 있다.

「노인장기요양보험법」은 5년 단위로 기본계획을 수립하도록 되어있으나 첫 번째 기본계획의 수립은 2012년 9월에 이루어졌다. 당시 정부는 「제1차 장기요양 기본계획(2013~2017)」을 수립하여 보장성 확대, 다양하고 질 높은 서비스 제공, 전달체계의 효율성 강화, 재정관리 강화 등 네 가지 분야별 추진과제를 설정하였고, 이를 통해 제도 개선을 시도하였다. 이에 따라 2014년 7월부터 기존 1~3등급을 4등급으로 세분화하고 5등급(치매특별등급)을 신설하여 5등급 체계로 개편하였다.

2016년 9월부터는 1등급 및 2등급의 장기요양수급자 중 치매노인에 대하여 일시적으로 가족이 돌보기 어려운 경우 요양보호사가 가정을 방문하여 24시간 돌봄서비스를 제공하는 ‘24시간 방문요양 서비스’가 도입되었다. 또한, 2018년부터 경증 치매질환자에 대한 ‘인지지원등급’을 도입하여 전체 6개 등급으로 등급체계를 개편하였다.

2018년 정부가 발표한 「제2차 장기요양 기본계획(2018~2022)」에는 보장성 강화, 지역사회 돌봄 강화, 인프라 조성, 지속가능성 담보 등의 4개 분야가 포함되어 있다. 이에 따라 본인부담 경감 혜택 확대 등 14개 과제가 선정되어 관리되고 있다.

[제1차 및 제2차 장기요양 기본계획 주요내용]

구분	분야	세부 추진 과제
제1차 노인장기 요양보험 기본계획 (2013~ 2017)	• 장기요양보험 보장성 확대	• 적정 수준의 수혜 대상 확대 • 등급외자에 대한 지원 강화 • 본인부담 감면 대상 확대
	• 다양하고 질 높은 서비스 제공	• 다양한 재가 서비스 활성화 • 요양기관 서비스 품질 관리 강화 • 요양기관 종사자 처우 개선
	• 전달체계의 효율성 강화	• 적정 장기요양기관 확충 • 요양기관 관리체계 개선 • 요양병원과 시설간 역할 정립
	• 재정 관리 강화	• 중장기 재정관리체계 확립 • 부당청구 등 재정누수 방지 • 요양기관 회계투명성 강화
제2차 노인장기 요양보험 기본계획 (2018~ 2022)	• 돌봄의 사회적 책임을 강화하는 장기요양 보장성 확대	• 경증치매 어르신에게 장기요양서비스 제공 • 장기요양 본인부담경감 혜택 확대 • 장기요양 보장 서비스 확대
	• 이용자 삶의 질을 보장하는 지역사회 돌봄 강화	• 장기요양 서비스 이용의 체계적인 관리 강화 • 지역사회 맞춤형 돌봄을 보장하는 재가서비스 개편 • 가족수발자에 대한 사회적 인정과 지원체계 강화 • 수요자 중심의 노인 의료·요양 체계 개선
	• 안심하고 맡길 수 있는 장기요양서비스 인프라 조성	• 지역별 적정 장기요양인프라 관리 및 공공인프라 확충 • 안심하고 이용할 수 있는 장기요양기관 관리 체계 강화 • 장기요양기관의 서비스 전문성 강화 • 장기요양 일자리 질 향상 및 종사자 역량 강화
	• 초고령 사회에 대응한 장기요양 지속가능성 담보	• 안정적인 보험재정 확보 및 정책 거버넌스 체계 개편 • 장기요양 수가체계 합리화 • 장기요양 부정수급 관리 강화 및 투명성 제고

자료: 보건복지부 「1차~2차 노인장기요양보험 기본계획」을 바탕으로 재작성

(2) 치매국가책임제

정부는 「치매관리법」(’11.8 제정, ’12.2 시행)에 따라 치매를 예방하고 치매환자에게 적절한 의료서비스를 제공하기 위한 치매관리사업을 추진하고 있다. 치매에 대한 정부의 지원이 본격적으로 시작된 것은 「치매관리법」 제정 전인 2008년이다. 당시 정부는

「치매 종합관리대책」(’08.9)을 발표하고 보건소를 통한 치매검진사업과 치매치료관리비 지원 사업을 본격적으로 시작하였다. 이후 2012년 「치매관리법」 제정과 그에 따른 「국가치매관리종합계획(2013~2015)」 수립을 통해 중앙·광역치매센터 및 치매상담콜센터를 설치하는 등 치매관리를 위한 전달체계와 인프라를 확충하고자 하였다.

2019년 현재 정부는 「제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020)」에 따라 지역사회 중심의 치매 예방·관리, 치매 진단·치료·돌봄 지원, 치매환자 가족 부담 경감, 연구 및 기술개발을 통한 지원 등의 과제를 추진하고 있다.

[제1~3차 국가치매관리종합계획 및 치매국가책임제 추진계획 주요내용]

구분	목표	세부 추진 계획
1차 (2008 ~ 2012)	<ul style="list-style-type: none"> 노인의 편안하고 인격적인 삶 	<ul style="list-style-type: none"> 치매 조기 발견 및 예방 강화 종합적·체계적 치매 치료 및 관리 효과적 치매관리를 위한 인프라 구축 치매환자 부담 경감 및 부정적 인식 개선
2차 (2013 ~ 2015)	<ul style="list-style-type: none"> 치매의 예방·발견·치료·보호를 위한 체계적 기반 구축 치매 환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년의 불안감 해소 치매에 대한 올바른 이해 및 사회적 관심 제고 	<ul style="list-style-type: none"> 조기 발견 및 예방 강화 맞춤형 치료 및 보호 강화 인프라 확충 가족지원 및 사회적 소통 확대
3차 (2016 ~ 2020)	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 중심의 치매 중증도별 치매치료·돌봄 치매환자의 권리·안전보호와 가족 부담경감 중심의 지원체계 마련 	<ul style="list-style-type: none"> 지역사회 중심의 치매 예방 및 관리 편안하고 안전한 치매환자 진단, 치료, 돌봄 서비스 제공 치매환자 가족의 부양부담 경감 연구·통계 및 기술을 통한 인프라 확충
치매 국가 책임제	<ul style="list-style-type: none"> 치매 부담없는 행복한 나라 	<ul style="list-style-type: none"> 맞춤형 사례관리 장기요양 서비스 확대 치매 환자 의료지원 강화 치매 요양비·의료비 부담 완화 치매 예방 및 친화적 환경 조성 치매연구개발(R&D) 치매정책 행정체계 정비

자료: 보건복지부 「1차~3차 국가치매관리종합계획」 및 「치매 국가책임제 추진계획」을 바탕으로 재작성

한편, 정부는 2017년 9월 「치매 국가책임제 추진계획」을 통해 치매 조기진단과 예방에서부터 사례관리 및 의료지원까지를 아우르는 종합적인 치매지원체계를 구축하겠다는 방침을 발표하였다. 「치매 국가책임제 추진계획」은 치매안심센터를 통한 1:1 맞춤형 사례관리 제공, 치매환자를 대상으로 하는 장기요양 서비스 확대, 치매환자에 대한 의료 지원 강화 및 의료비 부담 완화, 치매 예방 및 치매 친화적 환경 조성, 치매 연구개발(R&D) 추진 등의 내용을 담고 있다.

(3) 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도

정부는 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 「연명의료결정법」)에 근거하여 호스피스·완화의료와 연명의료결정제도를 추진하고 있다. 호스피스·완화의료란 말기환자 및 임종과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함하여 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 제공하는 것을 가리킨다. 동 사업은 「연명의료결정법」 제정 전인 2003년에 제정된 「암관리법」에 근거하여 도입한 말기암환자 호스피스 1차 시범사업을 시초로 한다. 이후 정부는 2009년 12월부터 입원 1일당 1일당정액 수가를 적용하는 말기암환자 완화의료 건강보험수가 시범사업을 2차에 걸쳐 추진하였다.¹⁵⁾

이 과정에서 2013년 10월 「호스피스완화의료 활성화 대책」이 수립되었는데, 동 대책은 2020년까지 완화의료 이용률을 20%로 확대하고 완화의료 전문병상을 1,400여개로 확대하겠다는 계획을 포함하고 있다. 이에 따라 2015년 7월부터 완화의료전문기관 57개소에 건강보험 수가가 전면 적용되었고, 2016년 3월부터 가정형 호스피스·완화의료 건강보험 수가 시범사업이 추진되었다. 또한, 2016년 9월부터는 요양병원을 대상으로 하는 호스피스 수가 시범사업이 실시되었으며, 2018년 4월부터 2019년 현재까지 2차 시범사업이 추진 중이다.

이후 「연명의료결정법」이 5년 단위로 종합계획을 수립하도록 되어 있어, 이에 근거하여 2019년 6월 「제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023)」이 발표되었다. 동 계획은 호스피스 서비스 접근성 제고 및 질 향상, 연명의료결정제도 정착 및 활성화, 국민 정보제공과 생애말기 지원, 서비스 제공체계 및 기반 강화 등의 추진 과제를 포함

15) 말기암환자 완화의료 건강보험수가 1차 시범사업은 2009년 12월부터 2011년 8월까지 추진하였으며, 2차 시범사업은 2011년 9월부터 2015년 7월 14일까지 시행하였다.

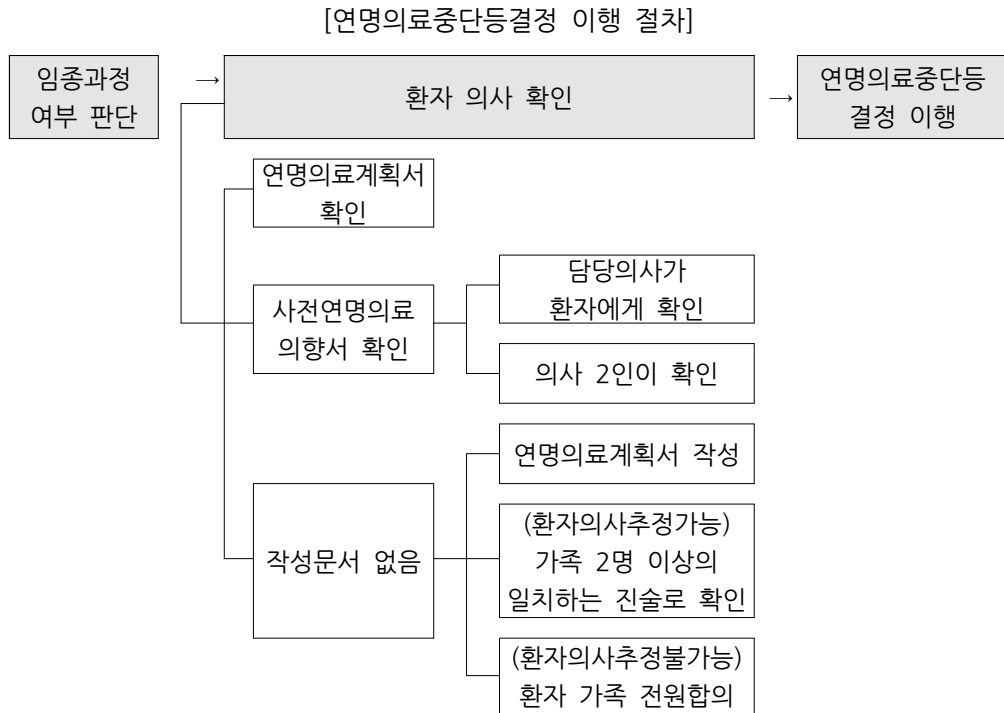
하고 있다.

〔제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023)〕의 주요내용]

추진과제	주요내용
<ul style="list-style-type: none"> 호스피스 접근성 제고 및 질 향상 	<ul style="list-style-type: none"> 호스피스 서비스 접근성 강화 호스피스 서비스 전문성 및 질 향상
<ul style="list-style-type: none"> 연명의료결정제도 정착 및 활성화 	<ul style="list-style-type: none"> 의료기관윤리위원회 설치 확대 및 자기결정 강화 사전연명의료의향서 등록기관 확대 및 운영 활성화 대상기관·인력의 전문성 및 질 향상
<ul style="list-style-type: none"> 대국민 정보제공과 생애말기 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 호스피스·연명의료 인식개선 및 홍보 강화 환자 및 가족 생애말기 준비 지원
<ul style="list-style-type: none"> 서비스 제공체계 및 기반 강화 	<ul style="list-style-type: none"> 생애말기 돌봄 전략 마련, 일반완화의료 단계적 도입 호스피스·연명의료 제도 운영체계 고도화

자료: 보건복지부 「제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023)」(‘19.6.24.)을 바탕으로 재작성

한편, 「연명의료결정법」 제정에 따라 2018년 2월부터 연명의료결정제도가 시행되고 있다. 동 제도는 의사가 의학적으로 무의미한 연명의료라고 판단한 경우 환자의 의사를 바탕으로 연명의료를 시행하지 않거나 중단하는 것(이하 ‘연명의료중단등결정’)을 가리킨다. 연명의료중단등결정 이행의 대상이 되는 것은 임종과정에 있는 환자만 해당된다. 여기서 임종과정이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 가리킨다. 사전연명의료의향서나 연명의료계획서를 통해 임종과정에 있는 환자의 의사를 확인한 후 이를 존중하여 연명의료를 시행하지 않거나 중단하게 된다. 「연명의료결정법」에서는 연명의료를 ‘임종과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용의 의학적 시술’로 정의하고 있다.



자료: 보건복지부·국립연명의료관리기관 설립추진단, 「연명의료결정제도 안내(의료기관용)」(2017.12.)를 바탕으로 재작성

다. 주요 사업 및 재정 투입 현황

(1) 주요 사업 현황

노인건강분야 지원 사업을 예방·관리, 요양·돌봄, 임종 준비 등으로 나누면 동 분야의 대표적인 제도인 노인장기요양보험은 요양·돌봄에 포함되고, 치매국가책임제는 예방·관리와 요양·돌봄에 걸쳐있다고 할 수 있으며, 호스피스·완화의료지원과 연명의료 결정제도가 임종 준비에 해당된다고 할 수 있다. 이 외에 「국민건강증진종합계획」과 「저출산·고령사회 기본계획」에서 노인 건강 분야로 관리하고 있는 사업들을 정리하면, 노인의 전반적인 건강 증진과 치매 외 질병의 관리를 지원하는 예방·관리사업이 있으며, 노인장기요양보험 대상자 이외의 노인을 대상으로 하는 노인돌봄사업으로 나눌 수 있다.¹⁶⁾

16) 사업의 전체 목록은 재정투입 현황과 함께 pp.139~141의 부표에 제시되어 있다.

[노인건강 분야 주요사업 현황]

구분	예방·관리	돌봄·요양	임증 지원
주요 제도	노인장기요양보험제도		
	치매국가책임제		
노인장기요양보험재정	<ul style="list-style-type: none"> 인건증진(무료관절, 전립선, 안 질환) 임차의료만성질환관리 자살예방 사업 	<ul style="list-style-type: none"> 인건증진에 대한 시설급여·재가급여 이동지원서비스 치매가족휴가제 	<ul style="list-style-type: none"> 시설급여 재가급여 통합재가급여서비스업 가족요양보호사지원
정부재정	<ul style="list-style-type: none"> 노인건강증진(무료관절, 전립선, 안 질환) 임차의료만성질환관리 자살예방 사업 	<ul style="list-style-type: none"> 치매검진지원 치매치료관리비지원 치매안심센터구축 	<ul style="list-style-type: none"> 노인돌봄기본서비스 노인돌봄종합서비스 단기가사서비스 커뮤니티케어선도사업
국민건강보험재정	<ul style="list-style-type: none"> 건강검진지원 건강백세운동교실 노인건강마일리지 	<ul style="list-style-type: none"> 중증산정특례 	<ul style="list-style-type: none"> 호스피스전문기관지원 요양병원호스피스 시범사업

주: 건강검진지원 및 임차의료만성질환관리 사업은 보건복지부와 국민건강보험공단이 함께 추진하고 있음
 자료: 각 사업 자료를 바탕으로 재작성

이러한 사업들은 정부의 일반재정(일반회계 및 기금)과 재정 외로 운영되는 국민건강보험 및 장기요양보험재정을 재원으로 하여 추진되고 있다. 노인장기요양보험재정은 장기요양보험 제도 운영을 위해 사용되며, 최근 인지지원등급 신설 및 치매국가책임제 추진으로 장기요양보험을 통한 치매환자 지원에도 사용되고 있다. 다만, 이 역시 장기요양보험 제도 내에서 추진되고 있기 때문에 이하 분석에서 치매환자를 대상으로 하는 사업을 포함하여 장기요양보험재정을 통한 지원은 모두 장기요양보험제도에 포함하여 분석하였다.

국민건강보험재정은 건강보험 적용자 노인의 급여비를 지급하는 것 외에 일부 예방·관리와 임종 준비를 위한 지원 사업을 추진하는 데 사용되고 있다. 따라서 해당 분야 사업 분석 시 이를 포함하여 재정사업과 함께 분석하였다.

(2) 재정투입 현황

사업 추진을 위한 재원은 일반재정과 국민건강보험재정, 그리고 노인장기요양보험재정으로 나누어 볼 수 있다. 노인장기요양보험제도는 장기요양보험재정으로 운영되고 있으며, 다만 서비스 제공을 위한 인프라 구축 및 재정 운용을 위해 일반재정이 투입되고 있다. 치매국가책임제는 노인장기요양보험재정을 재원으로 하여 보험제도의 일환으로 추진되는 사업과 일반재정을 재원으로 하여 추진되는 사업이 있다. 호스피스·완화의료 및 연명의료결정제도 추진과 관련하여 인프라 구축은 일반재정을 통해 지원하고 있으며, 건강보험제도의 수가체계를 이용하여 건강보험재정으로 서비스 비용이 지원된다.

주요 제도 및 분야별로 재정 투입 현황을 살펴보면¹⁷⁾, 노인장기요양보험 운영을 위하여 장기요양보험재정 지출은 2014년 3조 8,653억원에서 2018년 6조 8,196억원으로 연평균 15.3% 증가한 것으로 나타나고 있다. 일반회계를 통한 정부 재정지원은 2014년 결산 기준 6,136억원에서 2019년 예산 기준 1조 1,480억원으로 연평균 13.3% 증가했는데, 2019년 예산은 전년 결산액 대비 29.7% 증가한 것이다.

치매국가책임제와 관련한 지원 중 장기요양보험 외 일반재정으로 추진되는 사업은 일반회계와 국민건강증진기금을 통해 지원되고 있다. 2014년 국민건강증진기금에서 291억원이 지출되었고 2019년 기금과 일반회계를 재원으로 하여 총 2,627억원이 예산에 편성되어 연평균 55.3% 증가를 보였다.

17) 전체 사업의 재정투입 현황은 pp.139~141의 부표에 제시되어 있다.

[노인 건강분야 지원 사업 재정 추이(2014~2018년)]

(단위: 억원, %)

구분	재원	2014	2015	2016	2017	2018 (A)	2019 (B)	연평균 증가율	(B-A)/ A	
장기 요양	재정	일반회계	6,136	6,230	6,563	6,868	8,852	11,480	13.3	29.7
	재정 외	장기요양 보험재정	38,653	43,242	47,294	55,891	68,196	미확정	15.3	-
치매	재정	(합계)	291	266	285	2,309	1,680	2,627	55.3	56.4
		일반회계	0	0	0	0	76	120	순증	57.6
		국민건강 증진기금	291	266	285	2,309	1,603	2,507	75.2	56.4
임종 지원	재정	(합계)	29	33	33	65	78	130	34.8	66.9
		일반회계	0	0	0	28	27	55	순증	105.6
		국민건강 증진기금	29	33	33	38	52	75	20.8	44.0
	재정 외	건강보험 재정	0	0	0	0	7	13	순증	98.6
예방 관리	재정	(합계)	202	231	256	295	627	686	27.7	5.5
		일반회계	6	5	5	4	294	317	125.0	7.8
		국민건강 증진기금	41	71	78	111	147	177	34.0	20.1
		국민체육 진흥기금	156	156	173	180	185	192	4.2	3.6
	재정 외	건강보험 재정	137	142	193	180	168	182	5.7	8.1
노인 돌봄	재정	(합계)	1,503	1,489	1,687	1,801	2,094	2,624	11.8	25.3
		일반회계	1,433	1,417	1,563	1,689	1,992	2,514	11.9	26.2
		응급의료 기금	70	72	124	112	102	110	9.4	7.7

주: 1. 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

2. 장기요양보험재정 중 서울요양원에 대한 특별회계는 제외함

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단, 문화체육관광부 제출자료를 바탕으로 재작성

임종지원은 일반회계와 국민건강증진기금의 일반재정과 건강보험재정을 통해 지원되고 있는데, 일반재정은 2014년 29억원이 투입되었고, 2019년 예산에 130억원이 편성되어 34.8% 증가한 것으로 나타나고 있다. 이는 전년도 결산액 대비 66.9% 증가한 것이다. 건강보험재정은 사업비만 2018년에 7억원이 투입되었으며, 2019년에 13억원이 편성되어 있다.

이 외 예방·관리 분야의 지원 사업은 2019년 일반재정 예산에 686억원이 편성되었으며, 건강보험재정에 182억원이 편성되었다. 또한, 노인돌봄 분야 지원 사업은 2019년 일반재정에 2,624억원이 편성되었는데, 이는 2014년의 1,503억원 투입을 감안했을 때 동 기간 연평균 11.8% 증가한 것이다.

III 주요 정책과제 분석

1 노인장기요양보험

가. 현황

(1) 대상자

노인장기요양보험(이하 장기요양보험)의 대상자는 「노인장기요양보험법」 제12조에 따라 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 「의료급여법」에 따른 의료급여수급권자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 65세 이상의 노인, 또는 65세 미만의 노인성 질병을 가진 사람이다. 장기요양보험제도를 이용하고자 하는 사람이 신청을 하면, 장기요양인정조사표에 따라 등급이 판정되며¹⁸⁾, 그 결과 1~5등급 또는 인지지원등급을 받은 대상자가 장기요양보험제도를 이용할 수 있다.¹⁹⁾

2018년 말 기준으로 급여이용 수급자는 총 56만 391명이며, 이 중 85세 이상 수급자가 34%로 가장 많았다. 등급별 수급자를 보면, 4등급 수급자가 22만 8,697명(40.8%)으로 가장 많았으며 인지지원등급 수급자는 전체 수급자의 0.5%인 2,887명으

18) 장기요양인정조사표는 65개 항목조사와 25개 육구조사로 구성되어 있다. 인정신청을 하게 되면 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 공단 소속장기요양 직원이 직접 방문하여 「장기요양인정조사표」에 따라 방문조사를 실시하게 된다.

19) 2019년 기준 장기요양등급별 판정 기준은 아래 표와 같다.

[노인장기요양등급 판정 기준]

등급	심신의 기능상태	장기요양인정 점수
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자	95점 이상
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자	75점 이상 95점 미만
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자	60점 이상 75점 미만
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자	51점 이상 60점 미만
5등급	치매환자	45점 이상 51점 미만
인지지원등급	치매환자	45점 미만

자료: 국민건강보험공단

로 나타났다. 의료보장 종별로 수급 현황을 살펴보면, 건강보험 일반 적용자인 수급자가 전체 수급자의 47.8%로 가장 많았다.

[장기요양보험 급여이용 수급자 현황(2018년)]

(단위: 명, %)

합계	65세미만	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상
560,391 (100.0)	24,865	30,175	53,199	111,146	150,711	190,295
	(4.4)	(5.4)	(9.5)	(19.8)	(26.9)	(34.0)
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
	34,667	71,443	184,363	228,697	38,334	2,887
	(6.2)	(12.7)	(32.9)	(40.8)	(6.8)	(0.5)
	건강보험 (일반)	건강보험 (경감)	의료급여	기초수급		
	268,029	194,012	6,675	91,675		
(47.8)	(34.6)	(1.2)	(16.4)			

주: 괄호 안 수치는 총 급여이용 수급자 대비 해당 유형 수급자 비율
 자료: 국민건강보험공단

(2) 급여의 종류 및 내용

장기요양급여의 종류는 「노인장기요양보험법」 제23조에 명시되어 있으며, 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분할 수 있다. 재가급여는 요양보호사 등이 수급자의 가정을 방문하여 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등을 지원하거나, 가정 요양 수급자에게 장기요양기관에서 일정 시간이나 일정 기간 동안 주·야간보호나 단기보호를 지원하는 서비스로 구성되어 있다. 시설급여는 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 등의 장기요양기관을 통해 장기간 요양서비스를 제공하는 것이다. 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비 등이 있다. 가족요양비는 요양시설이 없는 도서벽지에 거주하거나 천재지변이나 신체·정신·성격 등의 사유로 가족으로부터 요양서비스를 받는 경우 지급한다. 2019년 현재 요양병원 간병비는 시행이 유보되어 있는 상태이며, 특례요양비는 노인복지관 인지지원서비스 시범사업 대상자에게 제한적으로 지급되고 있다.

[장기요양급여 종류]

종 류		내 용
재가 급여	방문요양	수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원
	방문목욕	목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕 서비스를 제공
	방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등 제공
	단기보호	수급자를 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	기타재가급여 (복지용구)	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공
시설 급여	노인요양시설, 노인요양공동생활가정	장기요양기관이 운영하는 노인의료복지시설 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
특별 현금 급여	가족요양비	수급자가 도서·벽지에 거주하거나 천재지변, 신체·정신·성격 등의 사유로 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용 지급
	특례요양비	장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당하는 장기요양급여를 받은 경우 지급
	요양병원 간병비	(시행 유보) 요양병원에 입원 시 지급

자료: 「노인장기요양보험법」 제23조를 바탕으로 작성

2018년 기준으로 급여별 수급자 현황을 살펴보면, 1회 이상 시설급여를 수급한 사람이 21만 4,192명이었으며, 전체 장기요양 급여비의 46.1%가 시설급여에 지출되었다. 1회 이상 재가급여를 이용한 사람은 82만 1,930명이었고, 그중 방문요양 이용자가 35만 7,575명으로 가장 많은 것으로 나타났다.

[급여별 수급자 및 비용 현황(2018년)]

(단위: 명, %, 억원)

구 분	급여이용 수급자	급여비용	비율	지원금
합계	1,036,122	70,670	100.0	62,992
시설급여	214,192	32,471	46.1	28,648
노인요양시설	190,028	29,477	41.7	25,879
노인요양공동생활가정	24,164	3,120	4.4	2,769
재가급여	821,930	38,073	53.9	34,344
방문요양	357,575	26,987	38.2	24,364
방문목욕	74,801	1,115	1.6	1,003
방문간호	14,270	197	0.3	177
주야간보호	94,699	8,170	11.6	7,361
단기보호	4,685	138	0.2	123
복지용구	275,900	1,465	2.1	1,315

- 주: 1. 2018년도 지급일자 기준(1~12월)의 장기요양급여(재가, 시설) 지급현황
 2. 급여이용 수급자는 2018년 1년 동안 급여비용이 지급된 적이 있는 모든 사람을 지칭함
 3. 급여이용 수급자의 합계는 급여종별 중복이 포함된 수치이며 사망자가 포함됨
 자료: 국민건강보험공단

(3) 서비스 전달체계

장기요양보험의 등급 판정을 받은 사람이 시설급여 또는 재가급여 서비스를 이용하고자 할 때, 대상자는 장기요양기관과 서비스 제공에 대한 계약을 맺게 된다. 이때, 서비스 이용을 위한 비용(장기요양급여비용)의 일부는 이용자가 장기요양기관에 지불하고(본인부담금), 나머지 비용(공단부담금)은 국민건강보험공단에서 장기요양기관에 지불하게 된다.

이러한 서비스 제공 과정에서 국민건강보험공단은 보험료를 부과·징수하는 등 장기요양보험 재정을 관리·운영하는 것 외에도 수급자의 등급판정 절차를 관리하고 공급자가 적절한 서비스를 적절한 절차에 따라 제공할 수 있도록 감독·평가하는 등의 역할을 담당하고 있다.

보건복지부는 제도 운영 전반을 관장하고 중장기적인 계획을 수립·추진하며 제도 운영을 위한 국고부담금을 지원하는 등의 역할을 수행한다. 지방자치단체는 공급 기관(장기요양기관)의 운영을 허가해 주고, 국민기초생활보장 수급권자에 대한 장기요양비용을 부담하고 있다.

[장기요양보험제도의 서비스 전달체계]



자료: 국민건강보험공단

2019년 4월 기준 장기요양기관은 총 2만 1,392개가 있는 것으로 나타나고 있다. 이 중 노인요양시설은 3,408개이며, 노인요양공동생활가정은 1,926개이다. 재가급여를 제공하는 기관은 1만 6,058개가 있는 것으로 확인된다.

[장기요양기관 현황]

(단위: 개소)

구분	합계	시설급여 제공기관		재가급여 제공기관
		노인요양시설	노인요양공동생활가정	
기관 수	21,392	3,408	1,926	16,058

주: 2019년 4월 기준
자료: 국민건강보험공단

(4) 재정투입 현황

장기요양보험의 재원은 보험료와 국고지원금을 통해 조달되며, 서비스 공급 과정에서 수급자가 지불하는 본인부담금이 있다.

건강보험가입자는 장기요양보험가입자가 되며 건강보험료와 함께 장기요양보험료를 납부해야 한다. 장기요양보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율을 곱한 금액으로 산정되는데, 장기요양보험료율은 2019년 기준 8.51%이다.²⁰⁾

국고지원금은 보험료 수입에 연동되는데, 「노인장기요양보험법」 제58조에 따라 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국가가 지원하도록 되어있다.²¹⁾ 「국민기초생활보장법」에 따른 기초생활수급권자의 장기요양급여비용은 지방자치단체가 전액 부담하며, 타법에 따른 의료급여수급권자에 대해서는 국가 및 지방자치단체가 나누어 부담한다(국가 법정부담률: 서울 50%, 기타 지역 80%).

2019년 예산 기준 총 수입은 8조 2,418억원이며, 이 중 보험료 수입은 58.6%인 4조 8,273억원이다. 장기요양보험에 대한 중앙정부의 총 국고지원금(중앙정부가 지원한 운영지원금, 의료급여 부담금, 차상위 지원금 포함)은 1조 351억원이 편성되어 전체 수입의 12.6%를 차지하는 것으로 나타나고 있다.

[노인장기요양보험 수입 현황]

(단위: 억원, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	비율
합계	28,998	32,494	35,598	40,301	42,997	43,866	46,926	54,795	70,042	82,418	100.0
보험료 수입	17,432	20,204	22,771	25,170	26,858	28,695	30,193	32,368	38,525	48,273	58.6
국고 운영지원금	3,323	3,883	4,152	4,591	5,033	5,166	5,525	5,822	7,107	8,912	10.8
의료급여 부담금	7,450	7,369	7,695	8,642	8,904	9,036	10,267	12,105	14,062	17,029	20.7
차상위 지원금	0	0	0	12	17	14	14	14	14	20	0.0
기타수입	793	1,038	979	1,887	2,185	955	927	4,485	10,335	8,185	9.9

주: 1. 예산 기준

2. 의료급여부담금에는 중앙정부 부담금과 지자체 부담금이 합산되어 있음

자료: 국민건강보험공단

20) 장기요양보험료율은 「노인장기요양보호법」 제9조에 따라 매년 재정상황 등을 고려하여 장기요양위원회(보건복지부장관 소속)의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 되어있다.

21) 「노인장기요양보험법」

제58조(국가의 부담) ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.

장기요양보험의 지출은 보험급여비와 관리운영비, 기타 지출로 나뉜다. 2018년 결산 기준으로 전체 지출의 94.8%를 차지하는 보험급여비는 6조 4,652억원이었다. 그중 시설급여는 2조 9,352억원이 지출되었고, 재가급여에 3조 5,134억원이 지출된 것으로 나타났다.

[노인장기요양보험 지출 현황]

(단위: 억원, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	비율
합계	25,891	27,878	29,373	33,178	38,653	43,242	47,294	55,891	68,196	100.00
보험급여비	24,153	26,027	27,328	30,995	35,984	40,362	44,204	52,317	64,652	94.80
시설급여	10,336	12,211	13,962	15,982	18,867	20,574	22,537	24,892	29,352	43.04
재가급여	13,740	13,745	13,297	14,933	17,023	19,685	21,538	27,282	35,134	51.52
특별현금급여	13	10	10	10	12	12	13	13	14	0.02
의사소견서 발급비용	61	59	57	69	81	88	114	126	147	0.22
방문간호사 발급비용	2	2	2	2	2	2	2	4	4	0.01
관리운영비	1,441	1,556	1,663	1,782	1,977	2,002	2,164	2,396	2,502	3.67
기타 지출	297	295	382	401	692	877	926	1,177	1,042	1.53

주: 1. 결산 기준이며 서울요양원(특별회계)를 통한 지출은 제외함

2. 기타지출에는 주요사업비, 시설관리비, 사업 외 비용, 비유동자산 등이 포함됨

자료: 국민건강보험공단

한편, 보건복지부는 일반재정에서 장기요양보험의 운영비와 시설 확충을 지원하는 사업을 추진하고 있다. 사업 운영을 위한 지원에는 2014년 5,836억원이 투입되었고 연평균 12.1% 증가하여 2019년 1조 351억원을 지원하는 것으로 예산 편성되었다. 시설 확충 지원은 2014년 300억원을 지원하였고, 연평균 30.3% 증가하여 2019년 예산안에는 1,129억원이 편성되어 있다. 내역사업 단위에서 연평균 증가율이 가장 높은 것은 노인요양시설 확충 사업으로 2014년 291억원이 투입되었으나 2019년 1,121억원이 편성되어 연평균 30.9%의 증가율을 보였다.

[장기요양보험 지원 사업 재정 추이(2014~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
합 계	613,620	623,032	656,298	686,830	885,190	1,147,999	13.3
노인장기요양보험 사업운영	583,585	597,072	634,289	668,823	805,801	1,035,129	12.1
노인장기요양보험 운영지원	503,301	516,596	552,470	582,216	710,701	891,167	12.1
공무원·사립학교 교원 등 장기요양보험 국가부담금	42,570	44,478	44,361	47,533	51,631	73,437	11.5
기타의료급여수급권자 급 여비용 국가부담금	36,750	35,156	37,056	38,711	41,498	68,456	13.2
노인장기요양보험 사업관리	964	842	402	363	401	1,208	4.6
장기요양기관 재무회계 프로그램 구축 운영	0	0	0	0	1,570	861	순증
노인요양시설 확충	30,035	25,960	22,009	18,007	79,389	112,870	30.3
노인요양시설 확충	29,110	25,206	21,367	17,374	78,737	112,068	30.9
지역사회자원연계	919	746	632	627	644	796	△2.8
업무추진비	6	8	10	6	8	6	0.0

주: 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준
 자료: 보건복지부

나. 분석 의견

(1) 재정운용 분석: 재정의 지속가능성 제고 노력 필요

장기요양보험재정의 지속가능성 제고를 위하여 충분한 재원의 확보 및 서비스 제공의 효율화 등 다각도의 노력이 요구된다.

인구 고령화와 제도 적용 범위 확대로 장기요양급여 비용이 매년 빠르게 증가함에 따라 장기요양보험재정은 2016년부터 당기재정적자를 기록하고 있다. 2016년 장기요양보험 지출은 4조 7,068억원으로 수입 4조 6,636억원보다 432억원 더 지출되었으며, 이러한 적자 폭은 2017년 3,293억원, 2018년 6,101억원으로 증가 추세에 있다. 또한 누적준비금 역시 2015년을 기점으로 감소하여 2018년에는 1조 3,698억원으로 나타났는데 이는 당기수지 적자규모(△6,101억원)와 7,597억원 차이에 불과하여 장기요양보험재정 고갈이 우려되는 실정이다.

[노인장기요양보험 재정 추이]

(단위: 억원)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
수입	7,518	20,238	27,720	31,732	34,706	37,471	40,439	43,253	46,636	50,846	60,657
지출	5,731	18,791	25,547	27,714	29,113	32,915	37,398	42,344	47,068	54,139	66,758
당기재정수지	1,787	1,446	2,174	4,018	5,593	4,556	3,040	909	△432	△3,293	△6,101
누적준비금	1,787	3,234	5,407	9,425	15,019	19,575	22,615	23,524	23,092	19,799	13,698

주: 현금흐름 기준

자료: 국민건강보험공단

이에 장기요양위원회는 장기요양보험료율을 인상하여 재정의 안정성을 제고하고자 하였다. 2010년부터 2017년까지 장기요양보험료율은 6.55%로 유지되었으나 2018년 7.38%, 2019년 8.51%로 인상되었다.²²⁾

[장기요양보험료율 추이]

(단위: %, %p)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
보험료율	4.78	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	7.38	8.51
인상폭	0.73	1.77	동결	동결	동결	동결	동결	동결	동결	0.83	1.13

자료: 보건복지부

또한, 「제2차 장기요양 기본계획(2018~2022)」에 따르면, 정부는 안정적인 보험재정 확보를 위하여 국고지원 비율을 확대하고 독일 사례와 같은 적립금 성격의 별도 계정 확보 여부 등을 검토하겠다는 계획을 밝히고 있다. 그러나 이러한 방안의 실효성에 대하여 면밀한 검토가 필요하다.

22) 장기요양보험료는 건강보험료액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정되고 건강보험료와 통합징수된다. 장기요양보험료율이 동결되었던 2011년부터 2017년까지의 기간에 건강보험료율이 증가하여 동 기간 장기요양보험료 액수는 증가하였다.

[건강보험료율 추이]

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
직장가입자(%)	5.08	5.33	5.64	5.80	5.89	5.99	6.07	6.12	6.12	6.24	6.46
지역가입자(원)	143.9	156.2	165.4	170.0	172.7	175.6	178	179.6	179.6	183.3	189.7

주: 건강보험료는 직장가입자의 경우 보수월액에 건강보험료율을 곱하여 산정하고, 지역가입자는 보험료 부과점수에 부과점수당 금액을 곱하여 산정함

자료: 보건복지부

먼저, 국고지원 비율의 확대와 관련하여 정부가 법정 지원기준에 상응하도록 지원 비율을 상향 조정하는 것이 재정의 당기적자 감소에 미칠 영향에 대하여 검토가 필요하다. 「노인장기요양보험법」은 정부가 예산 범위 안에서 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 장기요양보험재정에 지원하도록 하고 있다. 정부는 이에 따라 노인장기요양보험 운영지원 사업을 통해 매년 일반회계에서 장기요양보험재정을 지원하고 있다. 2019년 지원 예산은 8,912억원으로 예상수입 대비 18.5%를 지원할 계획이다. 그러나 제도가 도입된 2008년을 제외하고 매년 장기요양보험료 예상수입의 20%에 미치지 못하는 예산을 편성하고 있어 과소 편성에 대한 지적이 가능하다.²³⁾

[장기요양보험재정에 대한 장기요양보험료 수입 및 국고지원금 추이]

(단위: 백만원, %)

연도	장기요양보험료 수입		국고지원금 (C)	정부 지원비율	
	예산(A)	결산(B)		예상수입 대비 (C/A)	실제수입 대비 (C/B)
2008	490,024	477,011	120,747	24.6	25.3
2009	1,205,500	1,199,551	204,351	17.0	17.0
2010	1,743,150	1,831,555	332,318	19.1	18.1
2011	2,020,355	2,142,332	388,311	19.2	18.1
2012	2,277,116	2,369,669	415,243	18.2	17.5
2013	2,517,043	2,542,098	459,058	18.2	18.1
2014	2,685,828	2,704,721	503,301	18.7	18.6
2015	2,869,514	2,883,322	516,596	18.0	17.9
2016	3,019,293	3,091,599	552,470	18.3	17.9
2017	3,236,824	3,277,181	582,216	18.0	17.8
2018	3,852,461	3,924,506	710,701	18.4	18.1
2019	4,827,287	-	891,167	18.5	-

자료: 국민건강보험공단

그러나 정부 지원금을 장기요양보험료 예상수입의 20% 수준으로 조정한다 하더라도 당기적자 감소에 미치는 영향은 크지 않을 것으로 예상된다. 2018년 국고지원금을 장기요양보험료 수입(결산 기준)의 20% 수준으로 맞추었다면 실제 지원금인 7,107억원

23) 정부는 이에 대하여 법률이 규정하는 것이 장기요양보험료 예상 수입액의 20%에 '상당하는' 금액이므로 정확히 20%를 편성할 필요는 없다는 입장이다.

보다 742억원 더 많은 7,849억원이 지원하였을 것으로 추론할 수 있다. 그러나 2018년 당기적자 규모는 6,101억원이었기 때문에 742억원이 더 지원되었다 하더라도 5,359억원의 적자가 발생했을 것으로 보인다.

[장기요양보험 재정 국고지원을 변동 시 예상 지원액]

(단위: 백만원, %)

구분	당기적자	장기요양보험료 수입(결산 기준) (A)	실제 국고지원금 (B)	법정국고지원금 (A*0.2) (C)	실제 국고지원금과 법정 국고지원금의 차액 (C-B)
2018년	△610,064	3,924,506 (100.0)	710,701 (18.1)	784,901 (20.0)	74,200

주: 괄호 안 수치는 장기요양보험료 수입(결산 기준) 대비 국고지원금 비율

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

또한, 정부는 검토 계획을 밝힌 독일 사례와 같은 적립금 성격의 별도 계정을 확보하는 방안에 대하여 재정수지 개선 효과 측면에서 검토할 필요가 있다. 독일은 베이비부머 세대(1959~1967년생)가 노인이 되어 장기요양보험의 재정이 악화되는 것을 방지하기 위해 2015년부터 장기요양보험료(기여금)의 약 0.1%를 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds)으로 적립하고, 2035년부터 사용하도록 하였다. 우리나라는 장기요양재정 운용에 적립금 성격의 별도 계정은 없는 실정이다.

[독일 장기요양준비기금]

- 독일 베이비부머 세대가 고령자가 되는 2034년을 대비하여 장기요양보험료(소득의 2.55%) 외에 2015년부터 20년간 매년 전년도 장기요양보험료의 0.1%를 적립
- 기존 장기요양보험재정과 별도로, 적립된 준비기금은 주식, 펀드 등에 투자하고, 독일 베이비부머 세대가 75세에 진입한 1년 후(2035년)부터 사용

주: 기본계획 상에는 전년도 소득의 0.1%를 독일연방은행에 적립한다고 되어있으나 실제로는 장기요양보험료(기여금)의 0.1%를 적립하는 것임

자료: 보건복지부 「제2차 장기요양 기본계획(2018~2022)」을 바탕으로 재작성

그러나 독일은 장기요양보험재정이 8년 연속 당기흑자를 기록하던 2015년에 장기요양준비기금을 도입했다는 점을 고려할 필요가 있다. 독일 장기요양보험의 경우 2035년이 되기 전까지는 기금 적립 목적으로 장기요양보험 수입의 일부를 추가 지출하는 것

과 같으므로, 우리나라와 같이 이미 당기 재정수지가 적자인 상태에서는 도입하기가 어려운 정책 대안이다. 독일의 장기요양준비기금은 재정의 장기적인 지속가능성을 제고시키는 측면에서 도입을 검토해 볼 수 있는 사례이나, 당기 재정수지 개선을 위해서는 별도의 방안 마련이 필요할 것으로 보인다.

[독일 장기요양보험 수입 및 지출 추이]

(단위: 십억 유로)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
총 수입(A)	18.02	19.77	21.31	21.78	22.24	23.05	24.96	25.91	30.69	32.03	36.10
보험료(기여금)	17.86	19.61	21.19	21.64	22.13	22.92	24.86	25.83	30.61	31.96	36.04
기타수입	0.16	0.16	0.12	0.14	0.11	0.13	0.09	0.08	0.08	0.07	0.06
총 지출(B)	18.34	19.14	20.33	21.45	21.93	22.94	24.33	25.45	29.01	31.00	38.52
급여 및 서비스	17.45	18.20	19.33	20.43	20.89	21.86	23.17	24.24	26.64	28.29	35.54
의료비 지원	0.27	0.28	0.31	0.30	0.32	0.34	0.36	0.37	0.37	0.39	0.42
행정비용	0.62	0.65	0.68	0.71	0.71	0.75	0.79	0.84	0.89	1.02	1.18
기금으로 적립	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.10	1.29	1.36
기타지출	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
재정수지(A-B)	△0.32	0.63	0.98	0.33	0.31	0.11	0.63	0.46	1.68	1.03	△2.42
연말잔액	3.18	3.81	4.80	5.13	5.45	5.55	6.17	6.63	8.31	9.34	6.92
장기요양준비기금	-	-	-	-	-	-	-	-	1.09	2.44	3.83

주: 독일의 장기요양보험은 보험료 수입에 의존하며 조세지출에 의한 재정지원은 없음

자료: 독일 보건부(Bundesministerium für Gesundheit), 장기요양보험 재정(Die Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung),

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html>

이에 정부는 재정의 지속가능성을 제고할 수 있도록 고려 중인 방안의 효과성을 면밀히 검토함과 동시에, 보다 근본적인 측면에서 이하에서 제시하고 있는 개선 과제 등 서비스 효율화 방안을 함께 모색할 필요가 있다. 우리나라는 인구 고령화로 장기요양보험의 대상자가 자연 증가될 가능성이 크며, 최근 인지지원등급 신설 등 제도가 포괄하는 대상자가 확대되어 지출 규모가 계속 증가할 것으로 예상된다. 따라서 서비스의 무리한 신설보다는 현행 체계상 효율성을 제고시킬 수 있는 개선 방안을 모색하고 서비스의 남용이나 오용이 없도록 관리 감독을 강화하는 등 다각도의 노력을 기울일 필요가 있다.

(2) 대상자 분석: 서비스 남용 방지 및 맞춤형 서비스 제공 노력 필요

장기요양등급 판정을 받았으나 서비스를 이용하지 않는 노인들에 대한 미이용 원인을 조사하여 제도 개선이 필요한 측면을 파악할 필요가 있다.

장기요양급여를 이용하고자 하는 사람이 서비스를 신청하면(신청자) 장기요양등급 판정을 받게 되고(판정자), 그 결과 1~5등급, 그리고 인지지원등급을 받으면(인정자) 등급별로 장기요양급여를 이용할 수 있다. 그런데 장기요양에 신청하여 장기요양급여를 이용할 수 있는 등급을 판정받았음(인정자)에도 불구하고 장기요양급여를 이용하지 않는 사람의 비율이 높은 집단이 있는 것으로 확인되어 이들이 서비스를 이용하지 않는 원인에 대하여 면밀한 조사가 필요하다.

장기요양보험의 재가 및 시설 급여는 2018년 기준으로 56만 391명이 이용하였으며, 장기요양등급별로 살펴보면, 상대적으로 3, 4등급이 이용자 수가 많은 것으로 나타났다. 2018년 기준으로 4등급 이용자는 22만 8,697명이었고, 3등급은 18만 4,363명이 급여를 이용한 것으로 나타났다.

그런데, 인정자(등급 포기자 제외²⁴⁾) 대비 이용자 비율을 살펴보면, 상대적으로 장기요양등급 갱신 주기²⁵⁾가 짧은 5등급과 인지지원등급(2년 주기 갱신)의 인정자 대비 이용자 비율이 낮은 것으로 나타나고 있다. 5등급의 경우 2018년에 인정자의 70.9%(3만 8,334명)만 급여를 이용하였고, 인지지원등급은 인정자의 24.2%(2,887명)만 급여를 이용하였다. 가장 중증도가 높은 1등급의 경우, 2014년 인정자 대비 이용자 비율이 82.6%였으나 2018년 76.8%로 5.7%p 감소한 것으로 확인된다.

24) 장기요양보험은 2015년 9월부터 장애인활동지원 등 타법령에 의한 사회복지 서비스를 이용하기 위해 장기요양 등급을 포기하고자 하는 수급자를 위하여 인정등급 포기제를 실시하고 있다.

25) 2016년까지 1등급의 갱신 주기는 3년, 2~4등급은 2년이었으나, 2017년부터 1등급은 4년, 2~4등급은 3년으로 각각 1년씩 연장되었다. 5등급과 인지지원 등급은 2년 주기로 갱신이 필요하다.

[장기요양보험 인정자 대비 이용자 비율: 등급별]

(단위: 명, %)

구분		2014	2015	2016	2017	2018	2019.4.
이용자 수	전체	364,596	399,761	442,819	497,394	560,391	582,352
	1등급	31,100	30,907	32,973	34,319	34,667	34,441
	2등급	62,643	61,549	63,889	68,055	71,443	71,860
	3등급	150,169	155,435	163,866	172,477	184,363	187,896
	4등급	115,861	140,965	164,034	194,351	228,697	242,936
	5등급	4,823	10,905	18,057	28,192	38,334	42,146
	인지지원					2,887	3,073
인정자 대비 이용자 비율	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: '인정자 대비 이용자 비율' 계산 시 인정자 중 포기자는 제외하고 계산함
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 작성성

정부는 이와 같이 장기요양등급을 받고도 서비스를 이용하지 않는 사람들의 미이용 원인을 조사하고 적절한 대응을 마련할 필요가 있다. 1등급의 경우 장기요양의 이용률 감소가 요양병원의 이용자 증가에 기인할 가능성이 있다. 정부는 이에 대하여 의료서비스가 필요한 노인이 증가하는 것인지 원인을 면밀히 살펴볼 필요가 있다.²⁶⁾ 또한, 5등급과 인지지원등급의 경우 요양 수요가 있으나 제도의 이용 절차나 내용이 수요와 맞지 않아 이용을 하지 않는 상황이라면 인정자에게 필요한 서비스를 개발하고 서비스 이용

26) 요양병원의 입원 환자는 증가 추세에 있다. 2018년 65세 이상 노인 중 요양병원에 입원한 환자는 46만 1,132명으로 5년 전인 2014년보다 7만 911명 더 많은 것으로 나타났다. 다만, 노인 인구 대비 요양병원 입원율은 큰 폭으로 증가하지는 않는 것으로 나타나고 있다.

[요양병원의 65세 이상 노인 입원환자 추이]

(단위: 명, 일, 억원, %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018
진료인원	390,221	403,423	420,040	444,406	461,132
(인구대비 비율)	5.98	5.95	6.00	6.04	6.03
입내원일수	42,158,554	46,728,781	50,841,193	54,527,332	56,740,253
총 진료비	32,063	36,329	40,691	44,735	47,733
지원금	24,267	27,454	30,781	33,939	36,304

자료: 통계청 주민등록인구 통계 및 건강보험심사평가원 보건의료빅데이터개방시스템을 통해 추출한 자료를 바탕으로 작성성

을 용이하게 하는 노력이 필요하다. 만약, 해당 집단의 돌봄 수요가 높지 않으나 장기요양서비스의 방만 제공을 틈타 일단 판정을 받아두는 것이라면, 등급 판정을 보다 엄격히 하는 등 서비스의 남용을 방지하기 위한 제도 개선이 필요할 것이다.

(3) 지원 내용 분석: 효과성 제고를 위해 장기요양 급여 및 관련 서비스 간 체계 개선 필요

첫째, 「노인장기요양보험법」상의 재가급여 우선원칙을 고려하여 시설급여 선호 유인에 대한 조정이 필요하다.

「장기요양보험법」 제3조에 따르면 장기요양급여는 재가급여를 우선적으로 제공하도록 되어 있다.²⁷⁾ 그런데 재가급여보다 시설급여를 선택할 유인이 있는 것으로 확인된다. 시설급여와 재가급여는 급여 한도액이 달라 동일한 등급의 장기요양보험 적용자가 시설급여와 재가급여 각각을 통해 이용할 수 있는 서비스 총량이 다르다. 이로 인해 재가급여를 선택할 경우 30일 전일 이용에 상응하는 서비스를 받을 수 없는 실정이다.

2019년 기준으로 시설급여를 이용할 수 있는 1~2등급²⁸⁾의 재가급여 월 한도액은 129~146만원이다. 이용률이 높은 방문요양을 기준으로 월 이용량을 살펴보면, 30일 동안 재가급여 중 방문요양만 매일 같은 시간만큼 이용한다고 했을 때, 하루 최대 제공받을 수 있는 시간은 1등급의 경우 180분이며, 2등급은 150분이다.

[방문요양 이용 시 월 최대 이용량(2019년)]

(단위: 원)

등급	재가급여 월 한도액	월 한도액 내 월 최대 방문요양 이용 가능 시간		
		일 제공 시간	급여 단가	30일 기준 비용
1등급	1,456,400	180분	46,130	1,383,900
2등급	1,294,600	150분	41,730	1,251,900

주: 추가 30분 또는 휴일가산에 대한 비용은 고려하지 않은 계산임

자료: 국민건강보험공단 자료를 바탕으로 재작성

이와 달리 시설급여는 사실상 이용 시간의 월 한도는 없고 장기요양기관이 청구할 수 있는 비용의 한도만 있어서 대상자는 본인부담금을 부담하면 시설급여를 통해 전일

27) 제3조(장기요양급여 제공의 기본원칙)

③장기요양급여는 노인등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 한다.

28) 시설급여는 1~2등급 수급자만 이용이 가능하며, 동일 세대 가족 구성원으로부터 수발이 곤란한 수급자 등 예외적인 경우에만 3~5등급 수급자에게 시설 급여 이용을 허용하고 있다.

제 서비스를 제공받을 수 있다. 시설급여의 급여비용은 일 단위로 한도가 정해져 있는데 30일 동안 시설급여를 이용하는 것 기준으로 노인요양시설은 193만원~207만원, 노인요양공동생활가정은 169만원~182만원의 비용이 산출된다.

[시설급여 비용]

(단위: 원)

등급	노인요양시설		노인요양공동생활가정	
	1일 급여비용	30일 급여비용	1일 급여비용	30일 급여비용
1등급	69,150	2,074,500	60,590	1,817,700
2등급	64,170	1,925,100	56,220	1,686,600

주: 2019년 기준
자료: 국민건강보험공단

본인부담금 규정(재가급여 15%, 시설급여 20%²⁹⁾)을 적용하여 재가급여의 월 한도액과 시설급여 30일 기준 이용비를 비교하면, 재가급여는 최대 월 본인부담금이 19만원~22만원이고, 노인요양시설은 39만원~41만원, 노인요양공동생활가정은 34만원~36만원이다. 따라서 재가급여를 이용했을 때와 노인요양시설을 이용했을 때의 차액은 19만원~20만원이었고, 재가급여를 이용했을 때와 노인요양공동생활가정을 이용했을 때의 차액은 14만원~15만원 수준이었다. 즉, 이용자는 요양등급과 시설 유형에 따라 재가급여 한도액 보다 월 14만원~20만원을 더 내면 월 30일 전일제 시설 서비스를 받을 수 있다.

[재가급여 및 시설급여의 급여비용 비교]

(단위: 원)

등급	재가급여 월 한도액의 본인부담금(A)	노인요양시설		노인요양공동생활가정	
		30일 급여비용의 본인부담금(B)	재가급여와의 차액(B-A)	30일 급여비용의 본인부담금(C)	재가급여와의 차액(C-A)
1등급	218,460	414,900	196,440	363,540	145,080
2등급	194,190	385,020	190,830	337,320	143,130

주: 1. 2019년 기준
2. 인지기원등급은 시설급여가 제공되지 않으므로 본 표에서는 제외함
자료: 국민건강보험공단

29) 이는 일반대상자에 대한 기준이며, 본인부담금 40% 경감자(보험료 순위 25~50% 이하인 건강보험 가입자)는 재가급여는 9% 시설급여는 12%를 부담하며, 본인부담금 60% 경감자(보험료 순위 25% 이하인 건강보험 가입자, 희귀난치성 질환자나 만성질환자 중 차상위계층)는 재가급여는 5%, 시설급여는 8%를 부담한다. 기초생활수급자는 두 급여 모두 본인부담금을 지자체가 지원한다.

이와 같이 재가급여보다 시설급여를 통해 이용할 수 있는 서비스 총량이 많기 때문에 이용자는 장시간 돌봄이 필요한 경우 재가급여보다 시설급여를 선택할 가능성이 있다. 또한, 재가급여를 이용하고 나머지 돌봄이 필요한 시간에 가족이 돌봄을 제공하지 못하는 경우에는 사적 간병인 등을 고용해야 하는 상황이 발생하여 돌봄 비용 측면에서 시설급여가 비용 효율적일 가능성도 있다.

보건복지부와 한국보건사회연구원이 발표한 「2017년 노인실태조사」 결과에 따르면, 독거노인은 2008년 19.7%에서 2017년 23.6%로 증가한 반면, 자녀와 동거하는 노인 가구는 2008년 27.6%에서 2017년 23.7%로 감소하는 것으로 나타나고 있다. 따라서 돌봄에 대한 수요가 있는 노인이 재가 서비스로 충분한 돌봄서비스를 받을 수 없는 경우 시설 이용을 선택할 수밖에 없는 상황이다. 따라서 정부는 「장기요양보험법」이 명시하고 있는 급여의 우선순위를 감안하여 시설 이용 없이 노인 본인이 살던 환경에서 생활을 이어나갈 수 있는 경우 재가급여를 통해 이를 최대한 지원할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

둘째, 통합재가급여 사업 추진 시 재가급여의 혼합 서비스 이용에 대한 실 수요를 면밀히 파악하고 이에 맞는 서비스 유형 및 제공기관을 발굴해야 할 것이다.

장기요양급여 이용자 현황을 살펴보면, 장기간 동안 1개 재가급여만 이용한 이용자의 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 2018년 1년 동안 재가급여만 이용한 사람은 44만 1,537명으로 전체 이용자의 68%를 차지했다. 그중 대부분은 방문요양만 이용하거나 방문요양과 복지용구만 이용한 것으로 나타났다. 동 기간 방문요양급여만 이용한 사람은 10만 4,000명이었고, 방문요양과 복지용구만 이용한 사람은 14만 747명으로 두 집단을 합하면 전체 급여 이용자의 38%, 재가급여만 이용한 사람의 56%를 차지했다.

[장기요양 급여별 이용자 현황]

(단위: 명, %)

구분	'18년 (1년)			'18년 하반기(6개월)			'19년 1분기(3개월)		
	이용자	A	B	이용자	A	B	이용자	A	B
합계(중복제거)	651,409	100		588,186	100		571,120	100	
시설급여	171,272	26		164,234	28		163,928	29	
재가급여	441,537	68	100	404,776	69	100	397,434	70	100
1개 급여	185,722	29	42	197,521	34	49	214,191	38	54
방문요양	104,000	16	24	117,458	20	29	129,787	23	33
그 외 재가급여	81,722	13	19	80,063	14	20	84,404	15	21
2개 급여	195,743	30	44	165,190	28	41	150,287	26	38
방문요양+ 타 재가급여 (복지용구 제외)	33,636	5	8	34,412	5	9	35,596	5	9
방문요양+ 복지용구	140,747	22	32	113,274	19	28	98,848	17	25
방문요양 제외 2가지	21,360	3	5	17,504	3	4	15,843	3	4
3개 이상	60,072	9	14	42,065	7	10	32,956	6	8
시설+재가급여	37,820	6		18,410	3		8,994	2	
기타	780	0		766	0		764	0	

주: 이용자는 해당 기간 동안 급여비용이 지급된 적이 있는 모든 사람을 가리킴

A: 전체 이용자 대비 비중

B: 재가급여 이용자 대비 비중

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

국민건강보험공단은 이용자 중심의 통합적 서비스 제공체계를 구축하기 위하여 2016년부터 통합재가급여 시범사업을 추진하고 있다. 동 시범사업은 수급자가 장기요양 기관에 한 번만 신청하면, 간호(조무)사·사회복지사·요양보호사가 한 팀을 구성하여 수급자에게 필요한 서비스를 통합적으로 제공하는 새로운 급여 유형으로, 2016년 7월 1차 시범사업('16.7.~12.)을 시작으로 2017년 2차 시범사업('17.3.~8.)을 거쳐 2018년부터는 3차 시범사업('18.7.~'19.12.)을 추진하고 있다. 시범사업의 차수가 바뀔수록 유형의 변화가 있으나 공통적으로는 1일 다횟수 방문을 허용하고, 방문요양과 방문간호를 통합적으로 제공하는 방향으로 추진되고 있다.

[통합재가급여 시범사업 주요 추진 내용]

구분(기관수)	주요 서비스	비용	
1차	<ul style="list-style-type: none"> 1일 다횟수, 단시간 방문(1일 1시간씩 2회 이상 방문) - 주 3일은 1일 1회 방문(3시간), 2일은 1일 2회 이상 방문 (2시간+1시간, 1시간+1시간+1시간) 적용 권고 간호 인력이 월 2회 수준의 건강관리서비스 제공 케어매니지먼트 	기존 수가	
2차	통합형	<ul style="list-style-type: none"> 1일 다횟수 방문 간호(조무)사에 의한 월 2회 건강관리서비스 	월정액
	연계형	<ul style="list-style-type: none"> 케어매니지먼트 협력의에 의한 방문간호지시서 발급 	기존 수가
3차	주간보호 통합형	<ul style="list-style-type: none"> 주야간보호+방문요양 (1일 60분 이내) 	월정액 (주야간보호 무료)
	가정방문형	<ul style="list-style-type: none"> 방문요양·목욕+방문간호 다횟수 제공 	월정액

주: 2차 시범사업의 통합형은 방문요양(목욕), 방문간호를 모두 제공하는 기관을 통한 서비스 제공, 연계형은 방문요양과 방문간호를 각각 제공하는 기관들이 연계하여 참여한 것임
 자료: 국민건강보험공단

1차에는 총 30개 기관을 통해 284명에게 통합재가급여가 제공되었으며, 2차는 30개 기관이 통합형에 참여하여 295명에게 급여를 제공하였고, 10개 기관이 연계형에 참여하여 총 60명에게 서비스를 제공하였다. 3차 시범사업에서는 2018년 말 기준으로 주간보호 통합형에 10개 기관이 참여하여 83명에게 서비스를 제공하였고, 가정방문형에 20개 기관이 참여하여 464명에게 통합재가급여를 제공하였다.

[통합재가급여 시범사업 참여기관 및 참여자 현황]

(단위: 개소, 명)

구분	참여기관 수	참여자 수						
		합계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	
1차	30	284	12	21	110	141	-	
2차	통합형	30	295	12	30	117	136	-
	연계형	10	60	2	3	20	35	-
3차	주간보호 통합형	10	83	0	2	20	46	15
	가정방문형	20	464	21	31	168	221	23

자료: 국민건강보험공단

동 시범사업은 서비스 제공 기관을 먼저 선정한 후 선정된 기관이 참여자를 추천하도록 하였다.³⁰⁾ 그런데 건강보험정책연구원의 1차 및 2차 시범사업 평가연구 결과에 따르면 두 차례 모두 대상자와 요양보호사의 참여 설득이 어려웠던 점으로 지적되고 있다.³¹⁾ 또한, 추천에 의한 참여 방식은 장기요양기관의 특성이 사업성과에 영향을 미칠 가능성이 있다.³²⁾

이 외에도 3차 시범사업의 연계형을 제외하고 전반적으로 규모가 큰 기관들이 수행 기관으로 선정되어 전체 재가급여 제공 기관에 대한 대표성이 있는 기관이라고 하기 어려운 측면이 있다. 전체 재가기관의 경우 종사자 30인 미만 시설이 전체 시설의 34.4%로 가장 높았으나 1차 시범사업에서 종사자 30인 미만인 기관은 1개 기관에 불과했고, 2차 시범사업의 통합형은 2개 기관에 그쳤다. 2차 연계형은 전체 10개 기관 중 4개 기관이 종사자 30인 미만의 소규모 기관이었으나 3차 가정방문과 주야간보호의 경우 수행 기관의 70%가 종사자 70인 이상인 대규모 기관이었다. 이는 통합재가 시범사업이 상대적으로 대규모인 기관이 수행하기에 적합한 사업일 가능성을 시사한다.

30) 단, 가족요양보호사에게 서비스 받는 사람은 제외하였다.

31) 건강보험정책연구원, 「장기요양보험 통합재가급여 1차 시범사업 운영 및 평가 I」(2016) 및 「장기요양보험 통합재가급여 2차 시범사업 평가 연구」(2017).

32) 사업 참여자 집단의 특성이 사업에 참여하지 않은 집단의 특성과 유의미한 차이가 있는 경우, 선택편의(selection bias)에 의해 사업의 순수한 효과가 측정될 수 없다. 선정된 기관이 추천한 사람이 그렇지 않은 사람보다 기관에 대해 훨씬 호의적이거나 요양보호사와 좋은 관계를 맺고 있다면 결과로 나타난 효과는 통합재가서비스 제공의 순수한 효과로 보기 어렵다.

[통합재가급여 시범사업 참여기관별 종사자 현황]

(단위: 개소, %)

구분	1차		2차 통합형		2차 연계형		3차 가정 방문		3차 주야간 보호		전체 재가 기관	
	개소	비율	개소	비율	개소	비율	개소	비율	개소	비율	개소	비율
합 계	30	100.0	30	100.0	10	100.0	20	100.0	10	100.0	7,998	100.0
30인 미만	1	3.3	2	6.7	4	40.0	0	0.0	0	0.0	2,748	34.4
30인 이상 50인 미만	6	20.0	5	16.7	1	10.0	1	5.0	2	20.0	1,692	21.2
50인 이상 70인 미만	7	23.3	3	10.0	2	20.0	2	10.0	1	10.0	1,058	13.2
70인 이상 100인 미만	8	26.7	9	30.0	1	10.0	8	40.0	4	40.0	910	11.4
100인 이상	8	26.7	11	36.7	2	20.0	9	45.0	3	30.0	1,590	19.9

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 작성

이러한 상황에서 정부는 통합재가를 본사업으로 추진하는 것을 준비하고 있어 사업 추진에 만전을 기할 것이 요구된다. 정부는 본사업 추진 전에 이용자 입장에서 재가급여에 대한 혼합 이용의 실 수요가 있는지를 보다 면밀하게 조사할 필요가 있으며, 이를 바탕으로 제도 개선을 추진해야 할 것이다. 또한, 서비스 기관 측면에서 이용자의 수요에 따라 적절한 서비스를 제공하기에 적합한 제공 기관의 특성에 대한 고려가 필요하다.

셋째, 노인이 필요시 가정에서 필요한 간호 처치를 받을 수 있도록 방문간호 서비스의 질을 제고하고 가정간호에 대한 관리를 강화하는 등의 개선 노력이 필요하다.

장기요양보험이 제공하는 재가급여 중 방문간호는 간호사 또는 간호조무사가 의사·한의사·치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자를 직접 방문하여 간호 서비스를 제공하는 것이다. 방문간호지시서는 대상자가 의료기관을 직접 방문하거나 촉탁의 등 의사가 가정을 방문하여 발급하게 된다.

방문간호 이용자는 매년 증가 추세에 있으나 2018년 기준 전체 재가급여 이용자의 1.7%인 1만 2,140명에 불과했다. 1인당 평균 급여비용은 162만원으로 2014년 138만원보다 약 24만원 증가한 것으로 나타나고 있다.

[장기요양보험 방문간호 이용 추이]

(단위: 명, %, 백만원, 천원)

구분	2014	2015	2016	2017	2018
재가급여 이용자	450,217	497,444	555,854	640,205	730,664
방문간호 이용자	6,159	6,884	7,462	9,769	12,140
(비중)	1.4	1.4	1.3	1.5	1.7
방문간호 급여비용 (백만원)	8,512	9,968	10,809	14,800	19,721
1인당 급여비용 (천원)	1,382	1,448	1,448	1,515	1,624

- 주: 1. 이용자는 해당 연도에 급여비용이 지급된 적이 있는 모든 사람을 가리킴
 2. 급여비용은 공단부담금과 법정본인부담금의 합산
 3. 재가급여 이용자는 서비스 중복 이용자를 허용한 값
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

방문간호에 대한 수요가 낮은 것은 방문간호를 제공하는 기관 수가 적기 때문일 수 있다. 2019년 2월 기준 전체 재가요양기관 1만 1,541개 중 간호사, 간호조무사, 촉탁의사가 모두 없는 시설은 7,998개로 69.3%에 달했다.

낮은 수요의 또 다른 원인 중 하나는 건강보험을 통해 제공되는 가정간호 서비스와 비교했을 때 경쟁력이 없기 때문일 수 있다.³³⁾ 방문간호는 간호사나 간호조무사가 간호 서비스를 제공하는 반면, 가정간호는 가정전문간호사가 서비스를 제공한다는 차이가 있다. 또한, 방문간호의 경우 제공한 처치 내용을 급여제공기록지에 작성하여 장기요양기관이 보관하도록 되어 있으나, 가정간호의 경우 병원 의무기록으로 관리되어 의사의 진료와 연계될 수 있다.

33) 건강보험의 가정간호 서비스 이용자는 지속적으로 증가하고 있는데, 이용자 중 65세 이상 노인의 비율이 높다. 2018년 기준으로 전체 이용자(6만 9,389명)의 90.5%가 65세 이상 노인이었다.

[가정간호 이용 추이]

(단위: 명, %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018
합 계	22,646	23,181	25,598	37,601	56,128	69,389
65세 미만	9,255	9,021	8,837	9,143	9,251	9,207
65세 이상	14,153	15,015	17,634	29,649	49,046	62,763
	62.5	64.8	68.9	78.9	87.4	90.5

주: 점선 아래 수치는 전체 이용자 대비 65세 이상 이용자 비중임
 자료: 건강보험심사평가원

[장기요양보험 방문간호와 건강보험 가정간호 비교]

구 분	장기요양보험 방문간호	건강보험 가정간호
대상	장기요양등급자	지속적인 치료와 간호가 필요한 환자 (의사·한의사의 판단+환자 의뢰)
서비스 제공기관	재가서비스기관	의료기관
서비스 제공인력	간호사 또는 간호조무사	가정전문간호사 * 2년 이상 대학원 전문간호사 석사 과정 취득자
서비스 실시	의사의 방문간호지시서 발급	의사의 의뢰
제공 서비스	간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등 제공	간호, 검체 채취 및 운반, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육 및 훈련, 상담, 타 보건의료기관 등에 대한 건강관리에 관한 의뢰
환자기록 관리	장기요양기관	병원 의무기록(5년 보존)

자료: 「장기요양보험법」, 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」, 「의료법 시행규칙」을 바탕으로 제작

따라서 노인에게 적절한 재택의료서비스를 제공하려면 방문간호의 질을 가정간호 수준으로 제고할 필요가 있다. 특히, 간호조무사는 방문간호 서비스를 제공할 수 있지만 「의료법」에 따라 의료행위를 할 수 없어 방문요양 서비스와의 차별화에 일정 부분 한계가 있다. 이를 해결하기 위해서는 대상자의 중증도에 따라 방문간호 인력 활용을 달리하는 제공 서비스를 나누는 방안도 고려할 수 있다.

한편, 가정간호의 경우 원칙적으로 환자가 집에서 간호 처치를 받을 수 있도록 하는 것이 목적이나, 실제 가정전문간호사가 환자의 가정이 아닌 요양병원 등의 시설을 방문 하여 입원 환자들에게 서비스를 제공하는 경우가 있는 것으로 추정된다. 2018년 기준 가정간호 제공 현황을 살펴보면, 간호사 1인이 1일 최대 101건을 제공한 사례가 있는 것으로 나타났다. 지역별로 보면 간호사 1인 하루 최대 제공 건수가 경기도는 101건, 인천 94건, 충북 90건, 충남 89건 등이었다.

[건강보험 가정간호 제공 현황(2018년)]

(단위: 명, 건, 일)

시도	연간 이용자	연간 서비스 제공건	간호사	간호사 1인 1일 제공건 최대값	간호사 1인당 1일 10~12인			간호사 1인당 1일 13인 이상		
					간호사	제공일	평균 제공일	간호사	제공일	평균 제공일
합계	69,389	603,042	948	101	321	5,130	16	255	10,121	40
서울	18,150	151,750	321	73	76	832	11	44	793	18
부산	701	9,595	19	13	2	8	4	1	1	1
인천	11,424	83,532	89	94	47	837	18	44	2,372	54
대구	1,053	9,839	34	12	3	22	7	0	0	0
광주	544	7,801	14	21	5	81	16	4	65	16
대전	4,001	43,103	36	52	15	368	25	16	1,100	69
울산	24	231	2	3	0	0	0	0	0	0
경기	25,757	174,912	257	101	110	1,998	18	98	3,546	36
강원	1,174	8,349	11	34	7	66	9	5	41	8
충북	4,490	29,296	25	90	16	261	16	16	908	57
충남	4,291	38,076	37	89	17	194	11	15	1,187	79
전북	969	15,826	43	16	7	37	5	3	6	2
전남	840	24,329	33	16	13	363	28	6	55	9
경북	52	806	3	6	0	0	0	0	0	0
경남	261	3,365	21	25	1	26	26	1	28	28
제주	356	2,232	3	17	2	37	19	2	19	10

주: 1. 세종시는 서비스 제공 건수가 없어 제외함

2. 동 자료는 2018년 1~12월의 진료분에 대하여 2019년 2월까지 심사결정분을 반영한 자료이며, 전자 청구분만 대상으로 하였으며, 기본방문료가 청구되지 않은 가정전문간호사는 미포함

자료: 건강보험심사평가원

서울대학교병원 가정간호사업팀의 2018년 서비스 제공 시간을 살펴보면³⁴⁾, 첫 방문 시 평균적으로 간호에 65분, 이동에 51분 등 총 116분이 소요되었고, 정규방문의 경우 간호에 평균 50분, 이동에 45분 등 총 94분이 소요된 것으로 보고하고 있다. 1일 8시간의 근로시간을 적용하면 하루에 4~5명에게 서비스를 제공할 수 있다는 결과가 도출된다. 이를 감안하면 한 명의 간호사가 하루에 수십 건의 서비스를 제공할 수 있었던 것은 특정 기관 등을 이용하여 서비스를 제공하였을 가능성이 크다는 것을 의미한다.

가정전문간호사가 이동시간을 최소화하여 하루에 최대한 많은 대상자에게 서비스를

34) 서울대학교병원공공보건의료사업단·한국보건사회연구원 공동 주최, '제1회 의료공공성 강화를 위한 국제 심포지엄' 자료집, 2019.3.27.

제공하려는 것은 바람직한 것이나 그 방법이 의료시설 등의 방문을 통해서 달성되어서는 안 될 것이다. 따라서 국민건강보험공단은 동 사업에 대한 관리·감독을 강화하고 가정간호가 재가의료제공의 측면에서 효과적으로 운영될 수 있도록 할 필요가 있다.

(4) 전달체계 분석: 서비스 질 제고를 위한 장기요양기관 관리·감독 강화

첫째, 요양병원과 노인요양시설의 역할을 명확히 하고 시설급여의 질을 제고함으로써 불필요한 입원이 지속되는 것을 방지하고 경증질환자는 장기요양제도로 포괄할 수 있도록 해야 할 것이다.

요양병원은 「의료법」에 근거한 의료시설이며, 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정은 「노인복지법」에 근거한 노인의료복지시설이다. 「의료법」은 요양병원이 포함된 병원급 의료기관을 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 의료기관으로 정의하고 있으며, 「의료법 시행규칙」에 따르면, 요양병원의 입원 대상은 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 또는 상해 후 회복기간에 있는 환자 등으로 주로 요양이 필요한 자이다. 반면, 「노인복지법」에 따른 노인의료복지시설 이용 대상은 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인이며, 시설은 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다.

[요양병원 및 노인의료복지시설 비교]

구분	요양병원	노인의료복지시설
제공 서비스	주로 입원환자 의로서비스	급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의 제공
대상	노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 환자 등으로 주로 요양이 필요한 자	치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인
재원	건강보험재정	장기요양보험재정

자료: 「의료법」, 「의료법 시행규칙」, 「노인복지법」을 바탕으로 재작성

장기요양보험의 시설급여를 제공하는 노인의료복지시설은 증가 추세에 있다. 노인의료복지시설은 2014년 총 4,871개에서 2018년 5,320개로 9.2% 증가하였다. 그런데 이를 노인요양시설과 노인요양공동생활가정으로 나누어 살펴보면, 노인요양시설은 빠르게 증가하고 있는 반면, 노인요양공동생활가정은 감소하고 있는 것으로 확인된다. 노인요양시설은 2014년 2,714개에서 2018년 3,389개로 24.9% 증가하였으나, 노인요양공동생활가정은 동 기간 2,157개에서 1,931개로 10.5% 감소하였다.

[장기요양시설 수 추이]

(단위: 개소, %)

구분	2014(A)	2015	2016	2017	2018(B)	(B-A)/A
합계	4,871	5,085	5,187	5,304	5,320	9.2
노인요양시설	2,714	2,935	3,137	3,289	3,389	24.9
노인요양공동생활가정	2,157	2,150	2,050	2,015	1,931	△10.5

자료: 국민건강보험공단

의료기관인 요양병원은 기관 수와 병상 수가 빠르게 증가하고 있다. 2018년 기준으로 요양병원 1,560개로 2014년 대비 16.7%가 증가하였으며, 병상 수는 동기간 50% 증가한 것으로 나타났다. 그중 일반 입원실은 2018년 기준 27만 6,332병상으로 2014년 대비 39%가 증가한 것으로 나타났다.

[요양병원 병상 수 추이]

(단위: 개소, 병상, %)

구분	2014(A)	2015	2016	2017	2018(B)	(B-A)/A
기관 수	1,337	1,372	1,428	1,529	1,560	16.7
병상 수	201,434	237,286	253,777	267,999	302,197	50.0
일반 입원실	198,695	230,326	246,188	259,160	276,332	39.1
정신과 폐쇄 병실	2,651	6,921	7,546	8,815	25,751	871.4
중환자실	87	35	35	16	0	△100.0
격리병실	1	4	8	8	114	11,300.0

자료: 국민건강보험공단

그런데 실제 요양병원과 노인의료복지시설 간의 역할이 모호한 측면이 있어, 입원이 필요하지 않은 경증 환자가 요양병원에 장기 입원한 경우가 많은 반면, 노인의료복지

시설은 정원에 여유가 있는 것으로 나타나고 있다. 2018년 전체 요양병원 입원환자 중 의료중증도가 가장 낮은 의료경도 판정자는 1만 3,491명이었다. 신체기능저하군 판정을 받은 사람은 6만 7,433명이었는데 이 중 암 이외의 질병을 앓고 있는 사람은 4만 3,479명이었다. 361일 이상 장기 입원한 사람 기준으로 살펴보면, 의료경도 판정자 중 19.1%인 2,574명이 장기 입원한 것으로 나타났고, 신체기능 저하군 중 15.2%인 1만 241명(비 암환자로 한정하면 21.7%인 9,428명)이 361일 이상 입원한 것으로 확인되었다.

[의료중증도별 요양병원 입원 현황]

(단위: 명, %)

구분	전체 입원환자 (A)	361일 이상 입원환자 (B)	361일 이상 입원환자 비율 (B/A)
합계	425,123	151,610	35.7
의료최고도	11,052	3,335	30.2
의료고도	146,072	51,563	35.3
의료중도	145,290	39,868	27.4
문제행동군	8,193	2,939	35.9
인지장애군	176,835	75,767	42.8
의료경도	13,491	2,574	19.1
신체기능저하군	67,433	10,241	15.2
비 암환자	43,479	9,428	21.7

주: 1. 2018년 요양병원 입원환자 기준(1~12월 건강보험, 의료급여 심사결정 기준)

2. 환자 수는 범주 내 중복을 제거한 실인원수이며, 의료중증도 범주별 환자수를 단순합산하면 중복이 발생하여 합계 수치와 달라질 수 있음

자료: 건강보험심사평가원 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 같이 경증 환자의 요양병원 입원 사례가 많음에도 불구하고, 장기요양보험의 시설급여를 제공하는 노인의료복지시설은 현원이 정원에 미치지 못하고 있는 실정이다. 2019년 2월 기준으로 노인요양시설의 정원 충족률은 85.6%로 2만 3,757명의 정원 여유가 있었으며, 노인요양공동생활가정은 정원의 88.5%가 채워져, 1,949명의 정원 여유가 있는 것으로 확인되었다. 이는 2018년 분기별로 살펴보아도 유사한 상황이 나타나고 있다.

[노인의료복지시설(장기요양 시설급여 제공 기관)의 정원 충족률 현황]

(단위: 명, %)

구 분		2018				2019
		3월	6월	9월	12월	2월
노인요양 시설	정원	157,886	159,957	161,171	163,484	164,823
	현원	131,064	135,011	137,781	140,607	141,066
	정원 충족률	83.0	84.4	85.5	86.0	85.6
노인요양 공동생활 가정	정원	17,356	17,194	16,987	16,944	16,972
	현원	15,019	15,149	15,056	15,059	15,023
	정원 충족률	86.5	88.1	88.6	88.9	88.5

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

정부는 불필요한 장기 입원을 방지하는 측면에서 요양병원과 노인의료복지시설 간 포괄 대상과 제공 서비스를 보다 명확하게 하고 시설급여의 질을 제고할 필요가 있다. 이용자 입장에서 장기요양보험으로 노인의료복지시설을 이용(시설급여) 할 때와 달리 요양병원을 이용하려면 간병인을 자기부담으로 고용해야 한다는 차이가 있지만 의료진 등 인력 기준이 더 높다는 점에서 요양병원을 더 선호할 가능성이 있기 때문이다.

또한, 요양병원 장기입원에 적용되는 본인부담상한액에 대한 검토가 필요하다.³⁵⁾ 현행 본인부담상한액은 소득수준을 반영하여 산정하고 있으나 질병의 중증도에 따른 차등은 없다. 이에 따라 소득수준이 같은 경증 환자와 중증 환자는 동일 수준의 본인부담 상한액 적용을 받게 되는 것이다. 정부는 이러한 상황이 경증환자의 요양병원 입원에 대한 유인으로 작용하지 않도록 요양병원 수가체계 등 현행 제도에 대한 면밀한 검토를

35) 정부는 2019년부터 건강보험의 본인부담상한제를 개선하였으나, 이는 저소득분위(1~3구간)의 본인부담상한액은 소비자 물가 변동률을 반영하여 설정하고, 4구간 이후부터는 건강보험 가입자 연평균 소득의 10% 수준으로 조정하는 등의 형평성 제고 조치였다.

[요양병원 120일 초과 입원 시 소득분위별 본인부담상한액 기준]

(단위: 만원)

구분	소득분위						
	1구간 (1분위)	2구간 (2~3분위)	3구간 (4~5분위)	4구간 (6~7분위)	5구간 (8분위)	6구간 (9분위)	7구간 (10분위)
~2018	124	155	208	260	313	418	523
2019	125	157	211	280	350	430	580

주: 1. 1~3구간은 요양병원 120일 초과 입원과 그 외 유형의 단가가 구분되며, 4~7구간은 요양병원 120일 초과 입원과 그 외 유형의 단가 구분이 없음

2. 지역가입자의 경우 월별 보험료 하한액 대상자는 1구간(하위 1분위) 상한액과 동일하게 적용

자료: 보건복지부

수행하여 개선 방안을 마련할 필요가 있다.

둘째, 장기요양기관 평가결과에 대한 실효성 있는 환류체계를 마련하는 등 민간 장기요양기관의 서비스 질에 대한 관리를 강화할 필요가 있다.

장기요양기관을 운영주체별로 살펴보면, 지방자치단체가 운영하는 시설의 비율은 매우 낮고 개인사업자가 운영하는 시설의 비율이 가장 높은 것으로 나타나고 있다. 노인요양시설 중 지자체 운영 시설은 2.9%에 불과하며 개인 운영 시설은 62.7%였다. 노인요양공동생활가정은 개인사업자 운영 시설의 비율이 90.6%에 달했다. 재가급여 제공 기관도 지방자치단체 운영 기관 비율은 0.8%에 불과했으며 개인운영시설이 84.3%로 가장 많았다.

[장기요양기관 현황]

(단위: 개소, %)

구분	노인요양 시설		노인요양공동 생활가정		재가급여 제공기관	
	시설	비율	생활가정	비율	제공기관	비율
합 계	3,408	100.0	1,926	100.0	16,058	100.0
지방자치단체	100	2.9	10	0.5	134	0.8
법인	1,164	34.2	168	8.7	2,319	14.4
개인	2,136	62.7	1,744	90.6	13,533	84.3
기타	8	0.2	4	0.2	72	0.4

주: 2019년 2월 기준
자료: 국민건강보험공단

개인 운영 기관의 경우 신설과 폐업이 다른 유형 기관보다 지속적으로 높게 나타나고 있다. 2014년부터 2018년까지 신설기관과 폐업기관 현황을 살펴보면, 개인운영 기관이 전체 신설기관·폐업기관의 대부분을 차지하는 것으로 확인된다. 2018년 기준 신설기관 중 개인 운영 기관은 노인요양시설의 경우 89.1%, 노인요양공동생활가정은 98.0%, 재가급여 제공 기관은 89.3%에 달했다. 같은 해 폐업기관 중 개인운영기관은 노인요양 시설은 78.6%, 노인요양공동생활가정은 93.8%, 재가급여 제공 기관은 88.5%였다.

[장기요양기관 신설·폐업 추이]

(단위: 개소, %)

구분		신설기관 현황					폐업기관 현황				
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
노인요양 시설	합계	400	351	357	327	321	170	141	162	173	220
	개인	328	298	320	302	286	115	103	130	135	173
	(비중)	82.0	84.9	89.6	92.4	89.1	67.6	73.0	80.2	78.0	78.6
노인요양 공동생활 가정	합계	440	355	334	293	305	418	323	379	303	370
	개인	416	335	316	280	299	375	286	352	276	347
	(비중)	94.5	94.4	94.6	95.6	98.0	89.7	88.5	92.9	91.1	93.8
재가급여 제공기관	합계	1,937	2,380	2,779	2,452	2,691	1,238	1,078	1,369	1,479	1,672
	개인	1,694	2,137	2,524	2,225	2,402	1,019	881	1,178	1,297	1,479
	(비중)	87.5	89.8	90.8	90.7	89.3	82.3	81.7	86.0	87.7	88.5

자료: 국민건강보험공단

기관의 존립 기간도 개인 운영 기관이 상대적으로 더 짧은 것으로 나타나고 있다. 2019년 2월 기준으로 운영되고 있는 장기요양기관의 운영주체별 평균 운영 기간을 살펴보면, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 합한 시설급여 제공 기관의 경우 지자체 운영 기관의 평균 운영 기간은 7.6년이었으나 개인 운영 기관의 평균 운영 기간은 4.5년이였다. 또한 지자체 운영 기관의 46.4%가 10년 이상 운영 중인 것으로 나타났으나 개인 운영 기관 중 10년 이상 운영 기관은 7.7%에 불과했고 28%가 2년 미만 운영 기관인 것으로 확인되었다. 재가급여기관도 마찬가지로 지자체 운영 기관의 평균 운영 기간은 7.4년인 반면, 개인 운영 기관은 평균 4.7년 운영 중인 것으로 나타났다. 또한, 지자체 운영 기관의 35.8%가 10년 이상 운영 중인 반면, 개인 운영 기관의 10년 이상 운영 기관 비율은 9.5%에 그쳤고, 31.6%가 운영을 시작한 지 2년이 채 안 되는 것으로 나타났다.

[장기요양기관 평균 운영 기간]

(단위: 개소, 년, %)

구분	시설급여 제공기관				재가급여 제공기관			
	기관 수	평균 운영 기간	2년 미만 운영 기관 비율	10년 이상 운영 기관 비율	기관 수	평균 운영 기간	2년 미만 운영 기관 비율	10년 이상 운영 기관 비율
지자체	110	7.6	5.5	46.4	134	7.4	10.4	35.8
법인	1,332	7.1	5.0	41.7	2,319	6.5	19.4	32.8
개인	3,880	4.5	28.0	7.7	13,533	4.7	31.6	9.5
기타	12	6.9	16.7	0.0	72	4.8	31.9	13.9

주: 2019년 2월 기준

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

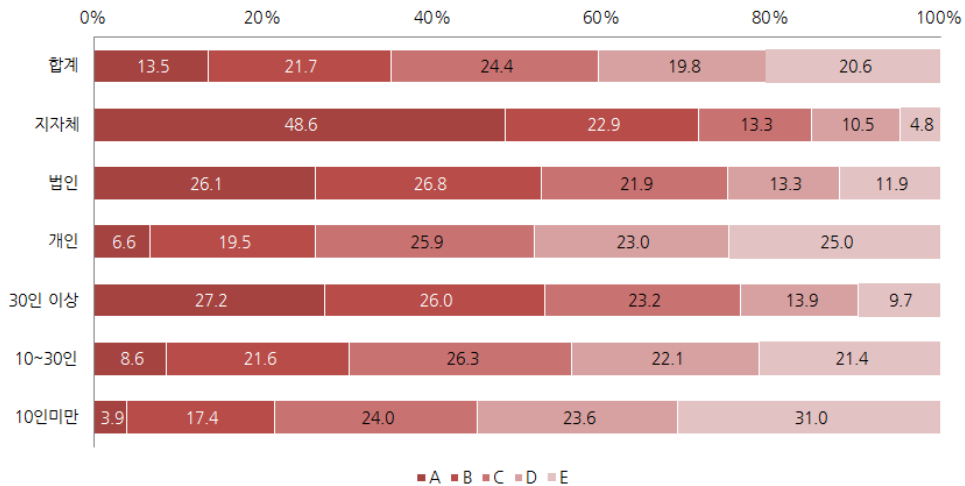
또한, 장기요양기관 평가 결과를 살펴보면, 개인이 운영하는 기관의 평가 점수가 상대적으로 낮은 것으로 나타나고 있다.³⁶⁾ 평가 결과는 A~E의 5개 등급 중 하나를 부여하도록 되어있는데, A가 가장 높은 등급이며 E가 가장 낮은 등급이다. 시설급여에 대한 2018년 정기평가의 경우 지자체가 운영하는 기관의 48.6%가 A등급을 받은 반면, 개인이 운영하는 기관은 6.6%만 A등급을 받았고 25.0%가 최하위 등급을 받았다. 또한, 종사자 30인 이상 규모의 기관은 A등급 비율이 27.2%인 반면, 10인 미만은 3.9%에 그쳤다.

36) 장기요양기관에 대한 평가는 2014년까지는 2년 주기로 상대평가를 실시하였으나 2015년부터 3년 주기의 절대평가 방식으로 변경하였다. 이에 따라 2015년과 2018년에는 시설급여에 대한 정기평가가 수행되었으며, 재가급여에 대한 평가는 2016년과 2017년 2년에 걸쳐 평가가 실시되었다. 2016년은 장기요양기관기호 끝자리가 짝수인 재가급여 제공 기관을 대상으로 평가하였으며, 2017년에는 장기요양기관기호 끝자리가 홀수인 재가급여 제공 기관을 대상으로 하였다.

[시설급여기관 설립 주체별, 운영규모별 정기평가 결과(2018년)]

(단위: 개소, %)

구분	평가대상 기관	평가실시 기관	평가 실시율	평가결과				
				A	B	C	D	E
합계	4,763	4,287	90.0	577	930	1,048	848	884
지자체	110	105	95.5	51	24	14	11	5
법인	1,352	1,267	93.7	331	339	278	168	151
개인	3,291	2,906	88.3	193	566	753	668	726
30인 이상	1,559	1,490	95.6	406	387	346	207	144
10~30인	1,436	1,328	92.5	114	287	349	294	284
10인 미만	1,768	1,469	83.1	57	256	353	347	456



주: 1. 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 모두 포함
 2. 기타유형의 기관(총 13개소)을 제외한 결과
 3. 30인 이상 등의 구분은 종사자 기준
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

재가급여에 대한 2016~2017년 정기평가의 경우, 가장 기관 수가 많은 방문요양급여 제공 기관의 경우 지자체가 운영하는 기관은 52.4%가 A등급을 받은 반면, 개인이 운영하는 기관은 A등급이 21.4%에 그쳤고 11%가 E등급을 받았다. 수급자 규모별로 살펴보면, 방문요양 기관 중 30인 이상 기관의 A등급 비율은 36.3%인 반면, 10인 미만인 방문요양 제공 기관은 8.4%만 A등급을 받았다.

[재가급여기관 운영주체·운영규모별 정기평가 결과(2016~2017년)]

(단위: 개소, %)

구분	평가 대상기관	평가 실시기관	평가율	평가 실시기관 대비 평가등급별 비율					
				A	B	C	D	E	
방문 요양	합계	6,431	5,567	86.6	24.5	31.8	21.4	12.3	10.0
	지자체	25	21	84.0	52.4	28.6	9.5	4.8	4.8
	법인	1,008	888	88.1	40.1	32.8	14.6	7.7	4.8
	개인	5,360	4,623	86.3	21.4	31.7	22.7	13.2	11.0
	30인 이상	-	2,295	-	36.3	34.7	16.9	7.4	4.7
	10~30인	-	2,479	-	18.6	31.9	24.2	14.6	10.6
	10인 미만	-	793	-	8.4	23.3	25.3	19.2	23.7
방문 목욕	합계	1,891	1,360	71.9	21.6	33.8	24.6	13.2	6.8
	지자체	7	5	71.4	20.0	20.0	60.0	0.0	0.0
	법인	314	237	75.5	34.6	31.6	18.6	10.5	4.6
	개인	1,557	1,107	71.1	18.7	34.4	25.9	13.6	7.3
	30인 이상	-	352	-	26.4	34.9	22.2	10.2	6.3
	10~30인	-	425	-	22.1	32.0	25.9	14.6	5.4
	10인 미만	-	583	-	18.4	34.5	25.2	13.9	8.1
방문 간호	합계	213	167	78.4	37.1	34.7	15.6	6.0	6.6
	법인	30	21	70.0	52.4	23.8	19.0	4.8	0.0
	개인	182	145	79.7	34.5	36.6	15.2	6.2	7.6
	30인 이상	-	37	-	32.4	32.4	16.2	10.8	8.1
	10~30인	-	91	-	39.6	38.5	13.2	2.2	6.6
	10인 미만	-	39	-	35.9	28.2	20.5	10.3	5.1
주간 보호	합계	1,503	1,374	91.4	33.0	30.0	18.2	11.1	7.7
	지자체	112	103	92.0	61.2	28.2	4.9	2.9	2.9
	법인	663	635	95.8	44.1	31.2	14.5	6.6	3.6
	개인	718	629	87.6	17.2	29.1	24.2	16.9	12.7
	30인 이상	-	202	-	36.6	35.1	13.9	10.9	3.5
	10~30인	-	867	-	37.0	29.9	16.6	9.6	6.9
	10인 미만	-	305	-	19.3	26.9	25.6	15.4	12.8
단기 보호	합계	157	95	60.5	10.5	34.7	30.5	16.8	7.4
	지자체	3	2	66.7	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0
	법인	23	12	52.2	25.0	66.7	8.3	0.0	0.0
	개인	130	81	62.3	7.4	29.6	34.6	19.8	8.6
	30인 이상	-	1	-	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0
	10~30인	-	32	-	9.4	28.1	46.9	9.4	6.3
	10인 미만	-	62	-	11.3	37.1	22.6	21.0	8.1

(단위: 개소, %)

구분	평가 대상기관	평가 실시기관	평가율	평가 실시기관 대비 평가등급별 비율					
				A	B	C	D	E	
복지 용구	합계	992	865	87.2	7.6	11.7	16.6	16.8	47.3
	법인	121	96	79.3	9.4	18.8	17.7	16.7	37.5
	개인	869	767	88.3	7.4	10.8	16.6	16.7	48.5
	30인 이상	-	524	-	11.5	15.3	19.7	18.3	35.3
	10~30인	-	226	-	1.8	8.0	15.0	15.5	59.7
	10인 미만	-	115	-	1.7	2.6	6.1	12.2	77.4

- 주: 1. 2016~2017년 재가급여기관 정기평가 결과 합산 기준
 2. 기타유형의 기관(방문요양 35개소, 방문목욕 11개소, 방문간호 1개소, 주야간보호 7개소, 복지용구 2개소)을 제외한 결과
 3. 기관 평가 대상은 수급자 규모별로는 산출하지 않고, 평가 수행 시 수급자 규모를 조사함
 4. 30인 이상 등의 구분은 수급자 기준

자료: 국민건강보험공단

따라서 개인 운영 및 소규모 기관의 서비스 질을 제고할 수 있는 관리 방안이 마련 될 필요가 있다. 특히 평가의 환류 체계를 강화할 필요가 있다. 현행 장기요양기관 평가는 정기평가 결과 하위등급을 받은 장기요양기관에 대해서는 컨설팅을 제공하고 정기평가를 실시한 다음 해에 수시평가를 실시하도록 되어있으나³⁷⁾ 개선에 대한 유인의 역할이 충분하지 못한 것으로 확인된다.

수시평가는 정기평가 결과 최하위 등급을 받은 기관을 당연 대상으로 하고, B~D등급을 받은 기관 중 신청기관을 포함하여 정기평가 실시 차년도에 평가를 수행한다. 수시평가는 직전 정기평가 결과에서 최대 한 단계를 올려줄 수 있도록 되어 있는데, 2016년 시설급여 수시평가와 2017~2018년 재가급여 수시평가 결과에서 개선 없이 여전히 최하 등급을 받은 기관들이 상당수 있는 것으로 확인되었다.

기관 시설급여 수시평가에서 E등급 비율은 37.1%였다. 재가급여 역시 같은 상황이 나타나고 있다. 특히, 복지용구 제공 기관의 상황이 가장 심각했는데, 수시평가에서 E등급을 받은 기관이 50%가 넘었다. 이러한 상황은 현행 평가체계가 서비스 질 관리에 미치는 영향이 미미하다는 것을 보여준다.

37) 「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」

제4조(평가의 절차 및 방법)

② 정기평가 결과 하위등급(제4항에 따른 공고에서 평가지표를 고려하여 정한 방법에 따라 결정한 다)의 장기요양기관에 대하여는 정기평가를 실시한 다음 해에 수시평가를 실시한다.

[장기요양기관 수시평가 결과(2017~2018년)]

(단위: 개소, %)

구분	평가 실시기관	평가등급							
		A	B	C	D	비중	E	비중	
2016년 시설급여 수시평가	666	0	5	15	399	59.9	247	37.1	
2017~2018년 재가급여 수시평가	방문요양	402	1	7	14	254	63.2	126	31.3
	방문목욕	53	0	2	1	40	75.5	10	18.9
	방문간호	8	0	1	1	5	62.5	1	12.5
	주야간보호	81	1	0	3	61	75.3	16	19.8
	단기보호	1	0	0	0	1	100.0	0	0.0
	복지용구	340	0	3	7	157	46.2	173	50.9

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

이러한 상황에서 정부는 「제2차 장기요양 기본계획(2018~2022)」에 장기요양기관 평가 결과에 따라 인센티브나 페널티를 부과하겠다는 방침을 밝혔다. 정기평가 결과 2회 연속 A등급을 받은 기관은 1회에 한하여 차기 정기평가 대상에서 제외하며, 정기평가 결과 2회 연속 E등급을 받은 기관은 지정갱신의 탈락 요건으로 활용한다는 것이다. 현행 평가체계가 최하등급을 받은 기관에 페널티를 부과하는 등의 환류 장치가 없는 점을 감안하면, 이러한 개선 노력은 필요한 것으로 보인다.

그러나 정부 계획에 따라 평가체계가 개선되는 것이 장기요양기관의 서비스 질 제고로 이어질 수 있는지에 대하여 보다 면밀한 검토가 필요하다. 먼저, 인센티브의 경우, 현행 정기평가 주기가 3년이므로 A등급을 받은 기관은 금전적 인센티브를 받은 상태에서 최대 6년 동안 평가를 받지 않게 되어 현행 체계보다 감독이 느슨해지는 측면이 있다. 또한, 최하 등급에 대한 페널티의 경우, 기본계획이 제시한 안에 따르면 2회 연속 최하위 등급을 받아도 바로 퇴출되지 않고 지정갱신제에 반영하도록 되어있는데, 지정갱신제는 6년 주기로 실시하는 안이 제시되고 있어 정기평가에서 2회 연속 E등급을 받은 기관에 즉각적인 조치가 취해지지 않을 가능성이 있다.

정부는 이러한 한계점 등을 고려하여 관리·감독을 강화하는 방향으로 평가체계 개선을 추진할 필요가 있다. 전체 장기요양서비스 제공 기관 중 개인이 운영하는 기관의 비중이 월등히 높기 때문에 이들이 제공하는 서비스의 질이 장기요양제도가 제공하는 전반적인 서비스의 질을 대표할 수밖에 없는 상황이다. 따라서 개인이 운영하는 기관이 제공하는 서비스의 질을 제고할 수 있는 실효성 있는 환류 체계가 마련되어야 할 것이다.

셋째, 장기요양기관의 허위·부당 급여청구에 대한 관리 강화가 필요하다.

장기요양기관에 대한 2014년부터 2018년까지 5년 간의 부당청구 적발 현황을 살펴보면 적발 건수가 감소하지 않고 있으며, 동 기간 적발액은 949억원이 넘는 것으로 나타나고 있다. 2018년 기준으로 부당청구 적발 건수는 1,328건으로 과거 5년 동안 가장 높은 적발 건수를 보였다. 총 적발액은 150억원 규모이고, 이 중 가장 많은 것이 수가가감산위반에 의한 것으로 약 109억원이었다. 매년 환수가 이루어지고 있으나, 누적된 미환수 규모가 크게 감소하지 않는 추세이다. 누적 미환수금액은 2014년 42억 6,400만 원이었고, 2016년에는 114억원을 넘기도 하였다. 2018년 기준으로 여전히 83억원 이상이 미환수된 것으로 나타나고 있다.

[장기요양보험 부당청구 적발 및 환수 추이]

(단위: 건, 기관, 백만원)

구분	2014	2015	2016	2017	2018
부당청구 적발 건수	1,073	1,275	1,228	1,233	1,328
수가가감산위반	477	550	550	535	568
산정기준위반	288	296	248	253	285
허위청구	247	362	356	363	397
자격기준 위반 등	61	67	74	82	78
부당청구 적발 기관	665	774	760	731	742
환수완료 기관	788	881	911	938	854
미환수 기관(누적)	285	679	996	1,291	1,765
총 적발액	17,832	23,501	23,604	14,942	15,037
수가가감산위반	13,308	17,800	18,796	10,961	10,891
산정기준위반	2,008	1,585	1,788	828	1,558
허위청구	2,282	3,579	2,658	2,744	2,167
자격기준 위반 등	234	537	362	409	421
환수완료금액	13,568	20,744	19,213	18,958	14,113
미환수금액(누적)	4,264	7,021	11,412	7,396	8,320

주: 적발 주요내용 및 결과 건수는 한 기관에서 중복 발생할 수 있어 적발건수와 적발기관수는 다름
 자료: 국민건강보험공단

정부는 이러한 허위·부당청구에 대한 관리·감독을 강화할 필요가 있다. 현행 장기요양기관의 지정과 불법행위 단속 및 행정처분 등은 「장기요양보험법」에 따라 지방자치단체가 담당하고 있다. 그러나 지방자치단체는 의료급여 수급권자에 대한 국가부담금(지자체 부담률: 서울 50%, 기타 지역 20%)³⁸⁾ 외에는 재정적 부담이 없어 시설에 대한 지도·감독 유인이 적다. 전체 장기요양보험의 운영을 담당하는 국민건강보험공단은 제도 운영에 깊이 관여하고 있으나 지급한 장기요양급여에 대한 감독 권한만 있고 시설의 운영 실태 관리 등에 대한 권한은 없는 실정이다. 따라서 지자체가 주도적으로 장기요양기관에 대한 관리·감독을 강화할 수 있는 장치를 마련할 필요가 있으며 필요시 법 개정을 통한 관리·감독 권한 위임 등의 방안을 고려할 필요가 있다.³⁹⁾

38) 「노인장기요양보험법」

제58조(국가의 부담) ①국가는 매년 예산의 범위 안에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.

②국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용(제40조제1항 단서 및 제3항제1호에 따라 면제 및 감경됨으로 인하여 공단이 부담하게 되는 비용을 포함한다) 및 관리운영비의 전액을 부담한다.

③제2항에 따라 지방자치단체가 부담하는 금액은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도와 시·군·구가 분담한다.

④제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 부담액 부과, 징수 및 재원관리, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

39) 보건복지부와 지방자치단체 합동으로 2019년 5월부터 10월까지 방문요양기관에 대한 기획현지조사를 실시하고 있다. 그러나 이는 30개소를 대상으로 하기 때문에 범위가 제한적이다.

가. 현황

(1) 사업 현황

정부가 2017년 9월부터 추진하고 있는 치매국가책임제는 치매 조기진단부터 예방, 상담·사례관리, 의료지원을 아우르는 종합지원체계를 구축한다는 내용을 담고 있다. 주요 내용은 치매안심센터를 통한 맞춤형 사례관리와, 경증 치매 노인에 대한 장기요양 서비스 확대, 치매안심요양병원을 통한 중증 치매 노인 집중 치료, 치매 요양비 및 의료비 부담 완화를 위한 지원 등이다. 이에 따라 소관부처인 보건복지부는 치매안심센터와 치매안심병원 등 전달체계 구축과 운영 지원, 치매환자를 위한 치매치료관리비 지원, 국가치매극복기술개발(R&D) 등의 사업을 추진하고 있다.

[치매국가책임제 및 관련 주요 사업 현황]

치매국가책임제 주요 내용		관련 주요 재정사업
맞춤형 사례관리	<ul style="list-style-type: none"> 치매안심센터를 통한 1:1 맞춤형 상담, 서비스 연계 치매상담콜센터 추진 	<ul style="list-style-type: none"> 치매상담콜센터 운영 광역치매센터운영 치매안심센터 운영 치매안심센터 설치 및 기능보강
장기요양 서비스 확대	<ul style="list-style-type: none"> 경증 치매 노인에게 장기요양서비스 제공 치매안심형 장기요양시설 확충 	<ul style="list-style-type: none"> 인지지원등급 장기요양 서비스 제공(장기요양)
치매 환자 의료지원 강화	<ul style="list-style-type: none"> 치매안심요양병원을 통한 중증 치매 노인 집중 치료 치매통합진료 수가 신설 등 수가 조정 	<ul style="list-style-type: none"> 치매안심병원 확충 공립요양병원 기능보강 치매안심병원 공공사업 지원
치매 요양비·의료비 부담 완화	<ul style="list-style-type: none"> 중증 치매환자의 의료비 본인부담률 인하, 치매 진단검사에 건강보험 적용 장기요양 본인 부담금 경감 대상 확대 기저귀 등 복지용구 지원방안 검토 	<ul style="list-style-type: none"> 치매치료관리비 지원

	치매국가책임제 주요 내용	관련 주요 재정사업
치매 예방 및 친화적 환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> 노인복지관 치매예방 프로그램 제공 국가건강검진의 인지기능검사의 정밀화 치매가족휴가제, 치매어르신 실종 예방사업, 치매노인 공공후견제도 등 치매 친화적 사회환경 조성 	<ul style="list-style-type: none"> 중증치매노인 공공후견 노인복지관 인지지원서비스 사업(장기요양)
치매연구개발 (R&D)	<ul style="list-style-type: none"> 국가치매연구개발 10개년 계획 수립·추진 	<ul style="list-style-type: none"> 국가치매극복기술개발 (R&D)
치매정책 행정체계 정비	<ul style="list-style-type: none"> 지자체에 국고 재정 투입 및 지역 특화사업 추진 여건 조성 	

자료: 「치매 국가책임제 추진 전략」을 바탕으로 재작성

(2) 대상자

치매국가책임제 하에서 시행되고 있는 지원 사업들은 크게 치매의 예방·진단, 치매환자 관리, 치매환자 돌봄·요양, 치매환자 가족 지원 등으로 나눌 수 있다. 치매의 예방·진단과 관련한 주요 사업에는 치매안심센터를 통해 이루어지는 치매검진과 고위험군 인지지원 서비스가 있다. 치매검진은 60세 이상의 노인을 대상으로 하며 1차 선별검사를 통해 인지장애 판정을 받은 사람에 대하여 진단검사를 실시하고, 진단검사 결과 치매 진단자에게는 감별검사를 실시한다.⁴⁰⁾

치매 초기환자를 대상으로는 치매안심센터의 쉼터를 통한 단기보호를 제공하거나 장기요양 5등급 및 인지지원등급의 경우 단기보호를 제외한 재가급여를 제공한다. 치매 중증환자에 대하여는 2017년 10월부터 건강보험 산정특례가 적용되어 의료비 본인부담률이 종전 20~60%에서 10%로 낮아졌다. 또한, 치매 중기 이후라고 할 수 있는 장기요양 2~5등급 및 인지지원등급 판정을 받은 사람 중 치매환자는 치매전담시설을 이용할 수 있다. 기준 중위소득 120% 이하인 만 60세 이상 노인 중 치매진단을 받은 사람은 치매안심센터에 등록된 경우 치매치료관리비 지원을 받을 수 있다.

40) 치매국가책임제 실시 이후 치매선별검사는 만 60세 이상 노인에게 무료로 실시되며, 진단검사는 만 60세 이상 노인 중 기준 중위소득 120% 이하에게는 무료로 제공되며, 협약병원에서 검사가 수행되는 경우 기준 중위소득 120% 이하인 60세 이상 노인에게 최대 15만원까지 비용이 지원된다(2019년 6월까지는 최대 8만원 지원). 감별검사는 협약병원에서 수행되는데 기준 중위소득 120% 이하인 60세 이상 노인에게 최대 11만원을 지원한다.

한편, 치매환자 가족의 돌봄 부담을 경감하고 휴식을 지원하는 차원에서 추진되고 있는 치매가족휴가제는 장기요양등급을 받은 치매 노인에게 연간 최대 6일의 돌봄서비스를 제공하는 사업이다.

[주요 치매관리사업 내용 및 대상]

지원 대상	지원사업	사업 내용
예방·진단	치매검진지원	○ 치매안심센터에서 60세 이상의 노인을 대상으로 치매 조기검진 실시
치매 초기 환자	치매안심센터 쉼터	○ 치매안심센터 등록 치매환자 중 장기요양 판정결과가 나오지 않았거나 판정 받은 후 장기요양서비스 이용 대기자에게 단기보호 제공
	장기요양 인지지원등급에 대한 장기요양서비스	○ 주·야간보호 내 치매전담실을 통해 장기요양보험 재가입여 제공
치매 초·중기 환자	장기요양 2~5등급에 대한 장기요양서비스	○ 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양 공동생활가정, 주·야간보호 내 치매전담실을 통해 장기요양보험 시설급여 및 재가입여 제공
치매 중기 이후 환자	건강보험 산정특례	○ 중증도 치매 이상 환자 대상으로 건강보험 급여 본인부담 경감(본인부담률 20~60% → 10%)
	중증치매노인공공후견	○ 65세 이상 저소득 중증도 이상 치매노인에게 후견활동 지원
저소득 치매환자	치매치료관리비 지원	○ 치매진단 받은 기준 중위소득 120% 이하 만 60세 이상 노인 중 치매안심센터에 치매환자로 등록된 노인에게 치매치료관리비 본인부담금(치매약제비 본인부담금 + 약 처방 당일의 진료비 본인부담금)을 월 3만원(연 36만원) 이내에서 실비로 지원
치매환자 가족	치매가족휴가제	○ 장기요양등급 전 등급 치매수급자, 1~2등급 중증 수급자에게 연간 최대 6일 단기보호시설 또는 종일 방문요양 제공

주: 2019년 기준

자료: 정부 사업설명자료를 바탕으로 재작성

(3) 서비스 전달체계

정부의 치매관리사업은 보건복지부와 중앙·광역치매센터 및 시군구 단위에 설치된 치매안심센터를 중심으로 수행되고 있다. 또한, 국민건강보험공단의 관리·감독 하에 요양병원 및 요양시설에서 치매환자 대상 요양 서비스를 제공하고 있다.

중앙·광역치매센터와 치매안심센터는 1998년 정부가 「노인복지법 시행규칙」에 따라 설치한 치매상담센터를 전신으로 한다. 이후 정부는 2012년부터 「치매관리법」에 근거하여 전국 보건소에 치매상담센터를 설치·운영하였으나, 2017년 9월 치매국가책임제 발표 이후 치매상담센터를 치매안심센터로 변경하고 2017년 기준 전국 256개를 확충하였다. 2019년 현재 치매안심센터는 치매노인과 가족을 대상으로 1:1 상담을 진행하고 조기검진과 서비스 연결 등의 통합적인 지원을 제공하는 역할을 담당하고 있다.

또한, 정부는 공립요양병원에 치매환자에 대한 전문적인 치료를 위한 시설 및 장비를 보강한 치매전문병동을 설치하는 사업을 추진하고 있다. 치매전문병동에는 치매환자를 대상으로 운영하는 프로그램실 등이 확충되어 있고, 신경과 전문의 등의 의사와 치매환자를 전담하는 간호인력 및 작업치료사 등이 배치되어 있다.

한편, 장기요양보험 수급자 중 치매환자를 대상으로 치매전문교육을 받은 요양보호사가 요양서비스를 제공하는 치매전담형 장기요양기관이 있다. 치매전담형 장기요양기관에는 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주·야간보호 기관 내 치매전담시설 등의 세 가지 종류가 있으며, 노인장기요양보험 2~5등급 및 인지지원등급 수급자 중 장기요양 의사소견서에 ‘치매’ 상병이 기재되어 있거나 최근 2년 이내 치매 진료내역이 있는 사람이 이용할 수 있다. 단, 인지지원등급을 받은 수급자는 주·야간보호 시설 내 치매전담실만 이용할 수 있다.

[주요 치매관리사업 내용 및 대상]

시설	주요 업무
치매안심센터	<ul style="list-style-type: none"> ○ 치매환자의 등록·관리 ○ 치매등록통계사업의 지원 ○ 치매의 예방·교육 및 홍보 ○ 치매환자 및 가족 방문·관리 ○ 치매조기검진
치매안심병원	○ 치매의 진단과 치료·요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공
치매전담형 장기요양기관	○ 장기요양보험 2~5등급 및 인지기원등급 수급자에게 치매전담실 제공 및 치매맞춤형 프로그램 실시

자료: 「치매관리법」 및 ‘치매전담형 장기요양기관 매뉴얼’(2019.1.)을 바탕으로 재작성

(4) 재정투입 현황

정부는 국민건강증진기금을 재원으로 치매관리체계 구축 사업과 치매관리사업(노인 건강관리 사업의 내역사업)을 추진하고 있다. 또한, 2018년부터 일반회계로 국가치매극복기술개발(R&D) 사업을 추진 중이다. 2014년 치매 관련 지원사업에 291억원이 투입되었으며, 2019년 본예산에 2,627억원이 편성되어 연평균 55.3%의 증가율을 보였다. 특히 치매안심센터 구축 등의 내역사업을 포함하고 있는 치매관리체계 구축 사업은 재정투입 규모가 동 기간 연평균 70.4%가 증가하여 2019년 예산에 2,364억원이 편성된 것으로 나타났다.

[치매국가책임제 관련 재정 사업 재정 추이(2014~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
합 계	29,052	26,599	28,458	230,925	167,973	262,719	55.3
치매관리체계 구축	16,473	14,153	15,822	218,284	146,004	236,356	70.4
국가치매관리사업	1,600	1,765	1,962	2,703	2,418	2,423	8.7
치매상담콜센터운영	1,706	1,684	1,434	1,471	1,501	1,501	△2.5
광역치매센터운영	4,620	4,830	5,460	7,140	7,238	7,238	9.4
광역치매센터설치	0	0	2,268	0	0	0	-
치매안심센터운영	0	0	0	18,420	103,510	208,670	순증
치매안심센터 시스템 개선	0	0	0	0	0	1,745	순증
공립요양병원 BTL 정부 지 급금 지원사업	3,324	3,926	3,898	3,739	3,739	3,739	2.4
치매안심센터 설치 및 기 능보강	0	0	0	123,373	0	0	-
치매안심병원확충	0	0	0	60,480	0	0	-
공립요양병원기능보강	5,223	800	800	959	800	6,367	4.0
치매안심병원공공사업지원	0	0	0	0	3,950	3,950	순증
중증치매노인공공후견	0	0	0	0	0	423	순증
치매 등 예방을 위한 운동 프로그램 개발	0	0	0	0	0	300	순증
노인건강관리(치매관리사업)	12,579	12,446	12,636	12,641	14,334	14,334	2.6
국가치매극복기술개발(R&D)	0	0	0	0	7,635	12,029	순증

주: 1. 치매환자에 대한 노인장기요양보험제도를 통한 요양급여지급 관련 현황은 제외되어 있음

2. 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

자료: 보건복지부

2019년 기준으로 가장 큰 규모의 예산이 편성된 사업은 치매안심센터 운영사업이며 전년 결산 대비 101.6%가 증가한 2,087억원이 편성되었다. 2018회계연도 결산액 대비 2019년 예산액의 증가율이 가장 높은 사업은 공립요양병원에 치매전문병동 구축을 지원하는 공립요양병원기능보강 사업으로 2018년 8억원이 투입되었으나 2019년 본예산에는 그보다 695.9%가 증가한 64억원이 편성되었다.

[치매국가책임제 관련 재정사업 예·결산 현황(2018~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	2018		2019	증감	
	예산	결산(A)	예산(B)	B-A	(B-A)/A
합계	168,010	167,973	262,719	94,746	56.4
치매관리체계 구축	145,731	146,004	236,356	90,352	61.9
국가치매관리사업	2,418	2,418	2,423	5	0.2
치매상담콜센터운영	1,501	1,501	1,501	0	0.0
광역치매센터운영	7,238	7,238	7,238	0	0.0
치매안심센터운영	103,510	103,510	208,670	105,160	101.6
치매안심센터 시스템 개선	0	0	1,745	1,745	순증
공립요양병원 BTL 정부지급금 지원사업	3,739	3,739	3,739	0	0.0
치매안심센터 설치 및 기능보강	22,575	0	0	0	순감
공립요양병원기능보강	800	800	6,367	5,567	695.9
치매안심병원공공사업지원	3,950	3,950	3,950	0	0.0
중증치매노인공공후견	0	0	423	423	순증
치매 등 예방을 위한 운동 프로그램 개발	0	0	300	300	순증
노인건강관리(치매관리사업)	14,334	14,334	14,334	0	0.0
국가치매극복기술개발(R&D)	7,945	7,635	12,029	4,394	57.6

주: 1. 치매환자에 대한 노인장기요양보험제도를 통한 요양급여지급 관련 현황은 제외되어 있음

2. 2018년 예산은 추경포함이며, 2019년은 본예산 기준임

자료: 보건복지부

나. 분석 의견

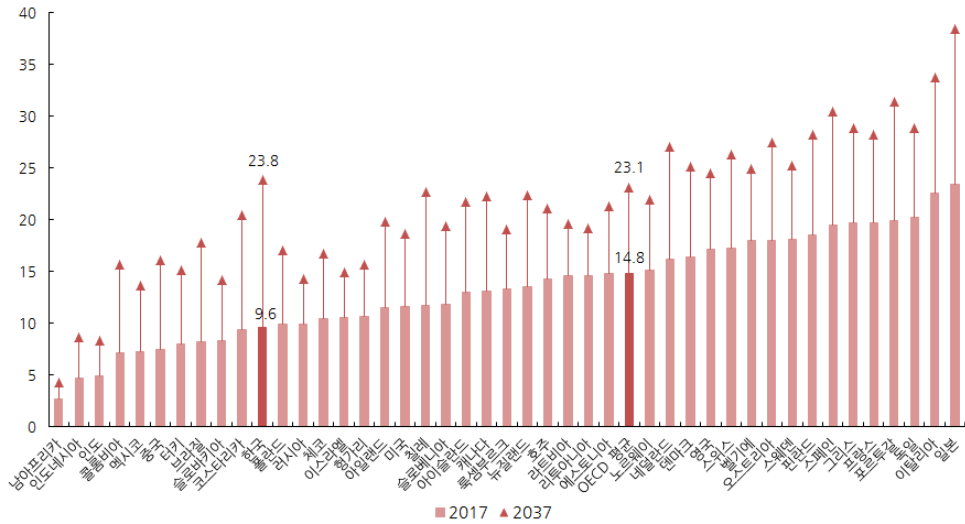
(1) 대상자 분석: 치매 유병률 증가를 감안한 치매 예방 프로그램 확대

우리나라 치매 유병률이 장기적으로 크게 증가할 것으로 예상되므로 치매 예방을 위한 프로그램의 활성화 및 체계화가 요구된다.

2018년 OECD가 발간한 자료에 따르면, 2017년 기준으로 우리나라 치매 유병률은 인구 1천명당 9.6명으로 OECD 국가 평균인 14.8명보다 낮은 수준인 것으로 보고되었다. 그러나 2037년에는 OECD 국가 평균 23.1명보다 높은 23.8명이 될 것으로 전망되고 있다.

[OECD 국가 치매 유병률 비교]

(단위: 인구 1,000명당 명)



자료: OECD, Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia, 2018.6.

그런데 노인의 경우 치매 유병률이 이보다 높은 것으로 나타나며 상승 추세에 있다. 보건복지부와 중앙치매센터가 발간한 「대한민국 치매현황」의 2016~2018년 자료에 따르면 65세 이상 노인의 치매 유병률 추정치는 2015년과 2016년에 각각 9.8%였다가 2017년에 10.0%로 증가하였다.

[치매 유병률 추이]

(단위: %)

구 분	2015	2016	2017
치매 유병률	9.8	9.8	10.0

자료: 보건복지부·중앙치매센터, 「2016~2018년 대한민국 치매현황」, 각 연도

보건복지부와 중앙치매센터가 공동으로 발간한 치매역학조사 결과에 따르면, 2016년 기준으로 80세 이상 노인의 치매 유병률이 평균 이상으로 높아지는 것으로 나타나고 있다. 특히, 85세 이상 노인의 치매 유병률은 33.09%에 달했다.

성별로 나누어 살펴보면 여성의 치매 유병률이 높은 것으로 나타나고 있다. 특히 75세 미만에서는 남녀 치매 유병률의 차이가 1%p 미만이었으나, 75세 이상 연령대에서

그 차이가 커지는 것으로 확인된다. 연령대별로 여성의 치매 유병률은 남성의 치매 유병률보다 75~79세에서 3.67%p, 80~84세에서 7.08%p, 85세 이상에서 13.18%p 더 높았다.

[연령별 치매 유병률 현황(2016년)]

(단위: %)

구분	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상
전체	2.42	3.52	7.37	19.32	33.09
남성	2.81	3.15	5.01	14.65	22.16
여성	1.96	3.84	8.68	21.73	35.34

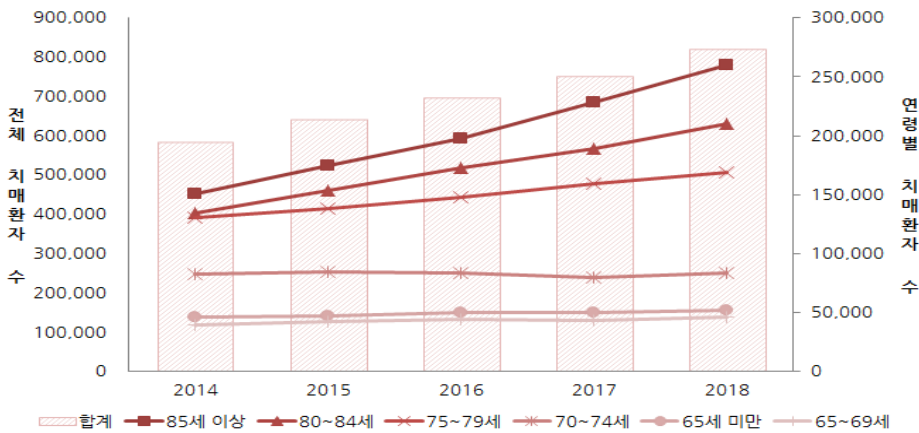
자료: 보건복지부·중앙치매센터, 「2016 전국 치매역학조사」, 2017.

치매 실수진자 현황을 살펴보면, 2018년 기준으로 65세 이상 치매 수진자는 전체 치매 수진자의 93.7%인 76만 7,639명인 것으로 나타났다. 이는 2014년의 92.2% 보다 약간 높아진 수치이다. 연령대별로 살펴보면 고령일수록 치매 환자의 증가 속도가 더 빠른 것으로 나타나고 있다.

[치매 실수진자 추이]

(단위: 명, %)

구분	2014		2015	2016	2017	2018	
	치매환자 수	비율				치매환자 수	비율
합계	583,728	100.0	640,918	695,593	749,754	819,212	100.0
65세 미만	45,750	7.8	47,408	49,702	49,966	51,573	6.3
65세 이상	537,978	92.2	593,510	645,891	699,788	767,639	93.7
65~69세	39,442	6.8	42,554	43,935	43,720	45,839	5.6
70~74세	82,845	14.2	84,885	83,953	79,573	83,332	10.2
75~79세	130,566	22.4	138,386	147,366	159,600	168,442	20.6
80~84세	134,799	23.1	153,372	172,744	188,626	209,918	25.6
85세 이상	150,326	25.8	174,313	197,893	228,269	260,108	31.8



주: 치매치료 질병코드 기준 의료기관에서 진료받은 실수진자(보험청구 지급) 기준
 자료: 국민건강보험공단

이와 같이 치매 환자가 급격히 증가하고 있으므로 치매의 조기 발견과 질병의 진행을 지연하는 초기 대응이 중요하다. 그러나 정부의 치매국가책임제 하에서 초기 대응에 대한 체계적인 지원이 미흡한 것으로 나타나고 있다.

치매국가책임제 하에서의 대표적인 치매 초기 대응 사업인 치매안심센터의 인지 강화교실 사업은 치매안심센터 검진 결과 인지저하나 경도인지장애 진단을 받은 사람과 만 75세 진입자 및 만 75세 이상 독거노인을 대상으로 추진되고 있다. 그러나 대상자 대비 참여자 비율이 낮은 것으로 나타나고 있다. 2018년 치매안심센터 인지강화교실에 참여한 사람은 총 1만 968명이었다. 이 중 경도인지장애 진단자는 1,958명이었는데 이는 치매안심센터의 치매 검진 결과 경도인지장애를 받은 사람의 3.9%에 상응하는 규모

이다. 또한, 인지저하진단을 받고 인지강화교실에 참여한 사람은 2,360명으로 인지저하 진단을 받은 사람의 1.2% 규모에 불과했다.

[치매안심센터 치매 고위험군 인지 강화교실 참여자 현황(2018년)]

(단위: 명, %)

합계	경도인지장애 진단자	인지저하 진단자	75세 진입자	75세 이상 독거 노인	기타
10,968	1,958 (3.9) ¹⁾	2,360 (1.2) ²⁾	477	2,705	3,468

주: 1) 치매안심센터 치매 검진 결과 경도인지장애 진단자 대비 참여자 비율

2) 치매안심센터 치매 검진 결과 인지저하진단자 진단자 대비 참여자 비율

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이 외 장기요양을 통해 5등급과 인지지원등급을 받은 사람은 치매전담장기요양기관을 이용하여 인지활동형 프로그램을 제공받을 수 있으나 기본 장기요양급여 보다 비용이 높은 실정이다.⁴¹⁾ 또한, 장기요양 인지지원등급을 대상으로 노인복지관을 통해 인지 지원 프로그램을 제공하는 시범사업이 2018년부터 추진되고 있으나, 2018년 2차 사업 기준으로 참여자는 325명에 그치고 있다.

정부는 이와 같이 치매 환자가 빠르게 증가하고 있음에도 불구하고 초기 대응 측면에서의 지원 사업의 수가 적고 이용하는 사람의 규모도 작은 것으로 나타나고 있으므로 초기 대응을 위한 체계적인 지원 방안을 마련할 필요가 있다.

(2) 지원 내용 분석: 치매 검진 결과 인지기능저하 판정자에 대한 후속 조치 활성화 필요

첫째, 국가건강검진의 인지기능장애검사 결과 인지기능 저하 판정을 받은 사람 대한 적극적인 서비스 연계 노력이 필요하다.

정부는 치매국가책임제 발표 시 66세부터 4년마다 실시되었던 국가건강검진의 인지기능검사에 대한 정밀화 계획을 발표하였다. 이에 따라 종래 1차 간이검사 후 추가적인 검사가 필요하다고 판단되었을 때 2차로 인지기능 장애검사를 실시하였던 것을 2018년부터는 처음부터 인지기능장애검사를 실시하는 것으로 변경하였다. 또한, 검사 주기도 단축하여 66세부터 2년마다 실시하도록 하였다.

41) 2019년 기준으로 노인요양시설에 대한 1일 단가는 치매전담형이 약 7천원에서 1만 5천원정도 더 높았다. 주야간보호 역시 치매전담형 시설 이용 비용이 약 7천원에서 1만 6천원까지 더 높았다. 이와 관련하여 pp.87~90에 자세한 내용이 제시되어 있다.

2018년 국가건강검진의 인지기능장애검사 대상인 사람은 총 280만 4,908명이고, 그중 70.8%인 198만 5,120명이 검사를 받았다. 이 중 인지기능저하 판정을 받은 사람은 24만 4,350명으로 수검인원의 12.3%인 것으로 나타났다.

[국가건강검진 인지기능장애검사 결과(2018년)]

(단위: 명, %)

구분	대상인원(A)	수검인원(B)	수검률(B/A)	인지기능저하 판정(C)	판정률(C/B)
합계	2,804,908	1,985,120	70.8	244,350	12.3
66세	525,396	406,992	77.5	37,061	9.1
68세	408,781	314,261	76.9	31,051	9.9
70세	405,123	304,031	75.0	34,749	11.4
72세	321,536	233,525	72.6	27,452	11.8
74세	302,084	211,941	70.2	28,354	13.4
76세	364,076	241,371	66.3	36,918	15.3
78세	253,932	152,417	60.0	25,776	16.9
80세	223,980	120,582	53.8	22,989	19.1

주: 1. 건강보험 국가건강검진 적용자와 의료급여 생애주기검진 대상자를 합한 값

2. 국가건강검진 통계연보 발간 이전이므로 향후 수치변동 가능성이 있음

자료: 국민건강보험공단

그런데 국가건강검진의 인지기능장애검사는 문진검사이므로 정확한 진단을 받기 위해서는 수검자가 추가 검사를 받아야 한다. 치매국가책임제 추진 계획에 따르면, 건강검진 결과 치매가 의심되는 경우 치매안심센터로 연결하여 상담 및 약제비 지원 등 지속적인 관리를 하도록 하고 있다. 이에 국민건강보험공단은 인지기능장애검사 결과 인지기능 저하판정을 받은 사람에게는 공단이 치매안심센터와 지원 내용에 대한 안내문을 발송하고 있다.

그러나 인지기능저하 판정을 받고도 적절한 처치를 선택하지 않으면 검사를 실시하는 것의 실효성이 없다는 한계가 있으며, 치매안심센터에 직접 방문하는지는 확인할 수 없는 문제가 있다. 따라서 정부는 검진 결과와 치매안심센터 등록 간의 데이터 매칭을 통하여 인지기능저하 판정을 받은 사람 중 적절한 조치를 취하지 않은 것으로 확인되면 2차 안내문을 발송하는 등 적극적인 서비스 연계를 위한 방안을 마련할 필요가 있다.

둘째, 치매안심센터가 수행하고 있는 치매검진의 인지저하 진단자들의 진단검사 수검률을 제고할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

치매안심센터의 관할 지역에 거주하는 만 60세 이상인 사람 중 치매로 진단받지 않은 사람은 치매안심센터를 통해 치매검진을 받을 수 있다. 검진은 선별검사와 진단검사, 그리고 감별검사 순으로 진행된다. 원칙적으로는 진단검사는 선별검사 결과 인지저하 판정을 받은 사람을 대상으로 하며, 감별검사는 진단검사 결과 치매 판정을 받은 사람을 대상으로 한다. 그러나 상담 시 본인이 진단검사나 감별검사를 받기를 원하거나 상담사 소견에 선별검사나 진단검사가 필요하지 않을 정도의 상태라고 판단되는 경우 앞단계 검사 없이 진단검사나 감별검사를 바로 받을 수 있도록 하고 있다.

그런데 진단검사의 경우 인지저하 판정을 받은 사람의 수검률이 낮은 것으로 나타나고 있다. 2018년 선별검사를 받고 인지저하를 받은 사람은 전국 기준 약 12만 명이었으나 이 중 진단검사를 받은 사람은 6만 5천여 명으로 수검률이 53.7%에 불과했다. 2019년 상반기 기준으로는 동 수치가 45.3%인 것으로 나타났다.

[치매안심센터 치매 검진 현황]

(단위: 명, %)

연도	검사구분	수검 현황		검사 결과		
		총 수검자	진단 후 수검 (수검률)	인지저하진단 (진단율)	경도인지장애 진단 (진단율)	치매 진단 (진단율)
2018년 (1년)	선별검사	979,468	-	122,209 (12.5)	-	-
	진단검사	84,458	65,578 (53.7)	-	32,016 (37.9)	45,099 (53.4)
	감별검사	38,732	32,205 (71.4)	-	-	33,072 (85.4)
2019년 상반기 (6개월)	선별검사	1,003,564	-	100,940 (10.1)	-	-
	진단검사	60,010	45,681 (45.3)	-	25,525 (42.5)	27,678 (46.1)
	감별검사	21,568	18,074 (65.3)	-	-	18,073 (83.8)

주: 1. 진단검사 시 진단 후 수검자는 선별검사의 인지저하 진단자 중 수검자를 뜻하며, 감별검사의 진단 후 수검자는 진단검사 결과 치매 진단자 중 수검자를 의미함

2. 감별검사는 치매 진단을 받은 사람을 대상으로 치매의 원인을 추적 검사하는 것이며, 이 때 치매 진단 결과가 전과 다르게 나올 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

2018년 기준으로 진단검사 결과 전체 수검자의 53.4%가 치매 진단을 받았고, 37.9%는 관리가 필요한 치매 위험군이라고 할 수 있는 경도인지장애 진단을 받은 것으로 미루어 보아 진단검사의 대상이 되는 사람들의 치매 위험률은 높다고 할 수 있다. 따라서 정부는 인지저하 판정을 받은 사람들이 정확한 진단을 받아 필요에 따른 적절한 관리를 받을 수 있도록 인지저하 진단자들의 진단검사 수검률을 제고하는 방안을 마련할 필요가 있다.

(3) 전달체계 분석: 인력 기준 마련 및 기관별 명확한 역할 부여 등 실효성 제고

첫째, 치매안심센터의 인력 충원이 미흡한 것으로 나타나고 있다.

2019년 5월 기준 전국 치매안심센터는 총 256개소가 설치되었으며, 이 중 48개는 정식 개소 전이나 2019년 말까지 정식 개소 될 예정이다.⁴²⁾ 치매안심센터는 보건소에서 운영하고 있는데, 정부는 2017년 하반기 치매안심센터 구축 시점부터 치매안심센터 운영지원 사업을 통해 기존 보건소 인력 외에 치매안심센터 운영을 위한 신규 채용인원에 대한 인건비를 지원하고 있다.

그런데 전국적으로 인원의 충원율이 저조한 것으로 나타나고 있다. 2019년 5월 기준으로 전국 충원율은 61.6%에 그치고 있으며, 충원율이 가장 높은 울산과 세종도 충원율이 76.0%에 불과하다. 또한, 강원도의 경우 47.7%만 충원된 것으로 나타나고 있다.

[치매안심센터 충원 현황]

(단위: 개소, 명, %)

구분	센터 수	배정인원(A)	채용인원(B)	충원율(B/A)
합계	256	6,284	3,870	61.6
서울	25	632	464	73.4
부산	16	383	249	65.0
대구	8	223	132	59.2
인천	10	253	167	66.0
광주	5	132	79	59.8
대전	5	134	78	58.2
울산	5	104	79	76.0
세종	1	25	19	76.0
경기	46	1,180	761	64.5

42) 치매안심센터의 정식 개소는 시설과 인력기준을 갖추어 운영하는 상태를 가리킨다.

(단위: 개소, 명, %)

구분	센터 수	배정인원(A)	채용인원(B)	충원율(B/A)
강원	18	421	201	47.7
충북	14	294	157	53.4
충남	16	409	245	59.9
전북	14	359	180	50.1
전남	22	499	297	59.5
경북	25	624	367	58.8
경남	20	495	327	66.1
제주	6	117	68	58.1

주: 2019년 5월 기준

자료: 보건복지부

이에 따라 센터별로 관리해야 하는 인원의 편차가 큰 것으로 나타나고 있다. 지역별로 센터 당 평균 인력은 9명~16명의 편차를 보였다. 센터가 제공하는 대표적인 서비스인 등록관리서비스, 상담, 사례관리의 참여 인원을 기준으로 인력 현황과 비교한 결과 역시 지역 편차가 컸다. 예를 들어 전남의 경우 인력 대비 사례관리 인원은 35.74명인데 반해, 대구 지역은 사례관리 선정자가 47명에 불과하여 인력 대비 사례관리 인원이 0.47명 수준인 것으로 나타났다.

따라서 정부는 인력 충원이 원활히 될 수 있도록 지원하여 치매안심센터 정식 개소가 지연되지 않도록 할 필요가 있다. 또한, 센터별 등록 및 서비스 이용 인원을 모니터링하여 충분한 인력이 투입될 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

[치매안심센터 서비스 제공인력 및 이용자 현황]

(단위: 개소, 명)

지역	센터 (A)	인력 합계 (B)	센터 평균인력 (B/A)	등록관리 서비스 (X)	상담자 (환자 본인) (Y)	사례관리 선정자 (Z)	인력대비		
							X/B	Y/B	Z/B
합계	256	3,079	12	2,071,008	389,468	31,975	673	126	10.38
서울	25	376	15	285,910	58,971	2,904	760	157	7.72
부산	16	203	13	122,102	16,614	1,053	601	82	5.19
대구	8	100	13	74,054	14,113	47	741	141	0.47
인천	10	134	13	77,943	15,675	943	582	117	7.04
광주	5	63	13	42,187	7,537	287	670	120	4.56
울산	5	71	14	56,463	6,012	668	795	85	9.41
대전	5	66	13	38,072	9,195	867	577	139	13.14
세종	1	16	16	5,536	1,220	40	346	76	2.50
경기	46	618	13	346,171	55,074	1,112	560	89	1.80
강원	18	157	9	89,694	15,638	3,590	571	100	22.87
충북	14	120	9	84,647	14,253	1,803	705	119	15.03
충남	16	187	12	171,395	27,826	1,774	917	149	9.49
전북	14	134	10	142,601	36,385	3,004	1,064	272	22.42
전남	22	245	11	180,937	33,029	8,757	739	135	35.74
경북	25	296	12	173,234	34,300	2,231	585	116	7.54
경남	20	238	12	153,671	38,007	2,691	646	160	11.31
제주	6	55	9	26,391	5,619	204	480	102	3.71

주: 2019년 4월 기준

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

둘째, 치매안심센터의 인력 기준이 모호한 측면이 있으므로 개선이 필요하다.

보건복지부의 「2019년 치매정책 사업안내」에 따르면, 치매안심센터는 보건소 직영을 원칙으로 하며 보건소 내 전담조직을 마련하여 사업을 운영하도록 되어있다. 치매안심센터 전담조직은 센터장, 부센터장, 팀장 및 팀원으로 구성되며, 센터장은 보건소장이 겸직하되 부센터장과 팀장·팀원은 간호사, 사회복지사, 임상심리사, 작업치료사로 구성 되도록 하고 있다.

그러나 정부는 치매안심센터 인력 구성에 대하여 전체 인원이나 구체적인 자격별 구성 비율 등을 제시하지 않고 있어 센터별로 인력 구성 편차가 큰 것으로 나타나고 있다. 전반적으로 간호사의 비중은 전체 인력 구성의 절반을 넘는 것으로 나타났는데 서울은 간호사 비율이 56.9%인 반면, 광주는 84.1%였다. 전국에 임상심리사가 없는 센터는

192개, 작업치료사가 없는 센터는 29개가 있었는데, 이 중 28개 센터는 임상심리사와 작업치료사가 동시에 없었다.

[지역별 치매안심센터 인력 구성 현황]

(단위: 개소, 명, %)

지역	센터	인력 합계	간호사	(간호사 비율)	사회복지사	작업치료사	임상심리사
합계	256	3,079	2,005	65.1	550	451	73
서울	25	376	214	56.9	86	74	2
부산	16	203	120	59.1	39	31	13
대구	8	100	59	59.0	19	14	8
인천	10	134	92	68.7	25	15	2
광주	5	63	53	84.1	4	5	1
울산	5	71	52	73.2	7	11	1
대전	5	66	39	59.1	11	12	4
세종	1	16	10	62.5	4	2	0
경기	46	618	400	64.7	98	107	13
강원	18	157	104	66.2	24	27	2
충북	14	120	75	62.5	23	18	4
충남	16	187	129	69.0	31	21	6
전북	14	134	84	62.7	30	17	3
전남	22	245	166	67.8	41	35	3
경북	25	296	190	64.2	66	35	5
경남	20	238	178	74.8	33	21	6
제주	6	55	40	72.7	9	6	0

주: 2019년 4월 기준

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

정부는 이와 같이 치매안심센터 인력의 구성에 지역별 격차가 큰 것으로 나타나므로 명확한 인력 배치 기준을 마련할 필요가 있다. 특히 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 임상심리사 등은 그 전문 분야가 명확히 구분되는 측면이 있어 서로의 역할을 대체하기 어렵다. 따라서 치매안심센터의 역할을 감안하여 센터가 제공하는 서비스를 효과적으로 전달할 수 있도록 적정 인력 구성 기준을 수립할 필요가 있다.⁴³⁾

43) 「치매관리법」에 따르면, 치매안심센터의 역할은 치매환자의 등록·관리, 치매등록통계사업의 지원, 치매의 예방·교육 및 홍보, 치매환자 및 가족 방문·관리, 치매조기검진 등이다.

셋째, 치매안심병원에 대하여 실효성 있는 역할 설정이 필요하다.

정부는 치매전문병동이 설치된 치매안심병원을 활성화하기 위해 공립요양병원에 치매전문병동 설치를 지원하는 사업을 추진하고 있다. 치매안심병원은 치매의 진단과 치료·요양 등 치매와 관련된 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위한 인력과 시설·장비를 갖춘 병원으로 행동심리증상 집중치료 전용 병동인 치매전문병동이 1개 이상 있어야 하며 전담 간호인력 등의 요건을 갖추어야 한다.

정부는 2013년부터 공립요양병원 기능보강 사업을 통해 공립요양병원이 치매전문병동 설치를 자체적으로 추진하도록 지원하였으며, 2017년 추경부터 「치매관리법」이 명시하는 기준에 맞추어 공립요양병원에 치매전문병동 구축을 완료하는 사업을 추진하고 있다. 2019년 6월 기준으로 2017년 추경 대상 50개소 중 19개소 치매전문병동 설치가 완료되었으며, 2019년 내에 50개소가 모두 공사 완료될 예정이다. 그러나 아직 치매안심병원으로 지정된 병원은 없으며, 공사 완료 후 인력기준을 갖춘 병원에 대하여 신청 후 지정을 추진할 계획이다.⁴⁴⁾

[치매전문병동 설치 공사 추진현황]

(단위: 개소)

합계	2018년	2019년 1분기	2019년 2분기	2019년 3분기	2019년 4분기
50	5	2	12	18	13

주: 2017년 추경대상 50개소에 대한 현황임

자료: 보건복지부

치매국가책임제 추진 계획에 따르면 치매안심병원은 이상행동증상이 심한 중증환자의 단기 집중 치료를 담당하고 경증 치매노인은 장기요양보험 제도를 통해 지원하는 것으로 역할이 구분되어 있다. 보건복지부가 발간한 「2019년 치매정책 사업안내」에 따르면, 치매안심병원의 설치 목적은 가정에서 돌보기 어려운 행동심리증상을 보이는 환자에게 단기입원(6개월 내) 치료를 통해 지역사회로 복귀하도록 유도하기 위함이라고 명시하고 있다.

44) 2019년 6월 기준으로 치매안심병원 지정 신청한 병원은 1개소다. 지정 신청한 병원에 대해서는 현지 실사 후 시설·장비·인력기준을 충족할 경우 지정하게 된다.

[치매안심병원의 치매전문병동의 기능]

치매전문병동(치매안심병동) 우선 입원 대상	제공 프로그램
<ul style="list-style-type: none"> • 급성으로 치매증상이 악화되어 의학적 평가가 필요한 치매환자 • 행동심리증상이 악화되어 전문적 약물 및 비약물적 치료가 필요한 치매환자(자신과 타인에 위해를 가할 가능성이 있는 상태) • 섬망(급성 혼란상태)이 동반된 치매환자 	<ul style="list-style-type: none"> • 개인, 집단 및 소그룹의 인지치료, 회상치료, 감각치료, 운동 • 인정요법 등 제공 • 가족을 위한 프로그램 제공(치매에 대한 정보제공 등)

자료: 보건복지부가 발간한 「2019년 치매정책 사업안내」를 바탕으로 재작성

그런데 실제 요양병원에 입원 중인 치매 환자의 입원 기간을 살펴보면 장기 입원의 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 2018년 요양병원에 입원한 치매 환자는 총 14만 9,327명이었고, 이 중 47.9%가 361일 이상 입원하였다. 의료중증도별로 살펴보면, 행동심리증상을 보이는 환자가 포함될 확률이 높은 문제행동군의 경우 요양병원 입원 환자 5,320명 중 40.3%인 2,144명이 361일 이상 입원한 것으로 확인된다. 또한, 상대적으로 중증도가 낮은 신체기능저하군의 경우 5,000명 입원 환자 중 56.1%인 2,805명이 361일 이상 입원한 것으로 나타나고 있다.

[요양병원에 입원 중인 '치매' 환자의 입원 기간 현황]

(단위: 명, %)

구분	전체 입원환자 (A)	361일 이상 입원환자 (B)	361일 이상 입원환자 비율 (B/A)
합계	149,327	71,548	47.9
의료최고도	986	410	41.6
의료고도	33,508	14,012	41.8
의료중도	30,444	10,935	35.9
문제행동군	5,320	2,144	40.3
인지장애군	118,314	58,341	49.3
의료경도	146	52	35.6
신체기능저하군	5,000	2,805	56.1

주: 1. 2018년 요양병원 입원환자 기준(1~12월 건강보험, 의료급여 심사결정 기준)

2. 환자 수는 범주 내 중복을 제거한 실인원수이며, 의료중증도 범주별 환자수를 단순합산하면 중복이 발생하여 합계 수치와 달라질 수 있음

자료: 건강보험심사평가원 제출자료를 바탕으로 재작성

이러한 점을 감안하면 정부가 계획한 대로 치매안심병원이 가정에서 돌보기 어려운 행동심리증상을 보이는 환자에게 단기입원(6개월 내) 치료를 제공하는 것으로 활용될 수 있을지에 대한 의문을 제기할 수 있다. 치매전문병동의 장기 입원을 방지할 수 있는 장치가 없는 상황에서 요양병원 병상 수의 증가는 장기 입원환자의 증가로 이어질 가능성이 있다. 따라서 정부는 치매안심병원의 역할을 보다 명확히 하고 치매안심병원 확충이 사회적 입원 환자의 증가로 이어지지 않도록 할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

넷째, 치매전담형 장기요양기관의 실효성을 제고할 필요가 있다.

정부는 장기요양보험제도를 이용하는 치매 노인에게 맞춤형 서비스를 제공하기 위하여 2016년부터 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 등 시설급여를 제공하는 장기요양기관과 주야간보호를 제공하는 장기요양 재가급여 기관에 치매전담실 설치를 지원하고 있다. 이는 노인요양시설 확충 사업을 통해 추진되고 있으며, 신축(공립), 증·개축 및 개보수 비용을 지방자치단체에 지원한다(국고보조율: 서울 50%, 그 외 지역 80%).

그런데 2019년 2월 기준으로 전국의 치매전담형 장기요양기관 현황을 살펴보면, 설치 실적이 저조한 것으로 나타나고 있다. 전국의 치매전담형 노인요양시설은 46개로 전체 노인요양시설의 1.3%이며, 노인요양공동생활가정은 3개로 전체 시설의 0.2%에 불과하고, 주야간보호 기관도 전체 기관의 0.9%인 31개에 그치고 있다.

[치매전담형 장기요양기관 지정 현황]

(단위: 개소, %)

구분	노인요양시설	노인요양공동생활가정	주야간보호
전체 시설	3,408	1,926	3,308
치매전담형 시설	46	3	31
(전체 시설 대비 비율)	(1.3)	(0.2)	(0.9)

주: 2019년 2월 기준
자료: 국민건강보험공단

이와 같이 장기요양기관의 치매전담형 시설의 설치 실적이 저조하자 정부는 「노인복지법 시행규칙」 개정을 통해 치매전담형 시설의 설치 기준을 완화하였다. 이에 따라 종래 모든 치매전담형 시설은 1인실이 1실 이상 설치되어야 했으나 2019년 4월부터 이러한 기준이 적용되지 않는 등의 변화가 있었다. 또한, 치매전담실 수가도 기존 대비 약

25% 인상되며, 2020년 말까지 치매전담형을 새로 개시한 장기요양기관에 대하여 수급자 1인당 월 10만원, 입소일수 월 15일 이하 월 5만원을 36개월 간 한시적으로 지원한다.

[장기요양기관 치매전담실 설치 기준]

구분		개정 전	개정 후
모든 기관	시설기준	1인실 1실 이상 의무 설치	시설 자율
시설급여 기관	시설기준	전체면적 25% 이상의 공동거실	1인당 1.65㎡ 이상인 공동거실
		화장실, 오물처리, 세면 및 간이욕실, 간이주방, 간이세탁 및 수납공간 등 부대시설 설치	화장실, 세면 및 간이욕실 설치
요양시설	대상시설	30인 이상 시설	30인 미만도 설치 허용
	정원	1실당 최대 12명	1실당 최대 16명
	면적	1인당 15㎡이상 확보	기준 없음
공동생활 가정	시설	옥외공간 확보	시설 자율
	요양보호사 배치기준	2:1	2.5:1

주: 기본 노인요양시설의 입소정원은 10명 이상임

자료: 「노인복지법 시행규칙」(19.4.1. 시행) 개정 전 후를 바탕으로 재작성

그러나 정부는 치매전담형 시설의 확대에만 목적을 두지 말고 근본적으로 치매전담형 장기요양시설의 실효성을 검토할 필요가 있다. 장기요양보험제도의 이용자 입장에서 살펴보면, 치매전담실을 이용하려면 본인부담금이 높아지기 때문에 치매전담실을 선호하지 않을 가능성이 있다. 2019년 기준으로 노인요양시설에 대한 1일 단가는 치매전담형이 약 7천원에서 1만 5천원정도 더 높았다. 주야간보호 역시 치매전담형 시설 이용 비용이 약 7천원에서 1만 6천원까지 더 높았다. 치매환자가 기존 시설이 아닌 치매전담형 시설을 선택하려면 치매전담형 시설 이용 비용이 높은 만큼 제공되는 서비스가 차별화되어야 하는데 오히려 시설 설치 기준을 완화함으로써 기존 시설과의 차별성은 더 약화되는 측면이 있다.

[시설급여 및 주야간보호 시설의 일반형과 치매전담형 단가 비교]

(단위: 원)

〈 시설급여 〉						
구분	노인요양시설			노인요양공동생활가정		
	일반	치매전담		일반	치매전담	
		가	나			
2등급	64,170	79,140	71,220	56,220	69,690	
3~5등급	59,170	72,970	65,670	51,820	64,260	
〈 주야간보호 〉						
구분	3시간이상~6시간미만		6시간이상~8시간미만		8시간이상~10시간미만	
	일반	치매전담	일반	치매전담	일반	치매전담
2등급	31,590	39,730	42,370	53,290	52,710	66,300
3등급	29,160	36,670	39,110	49,190	48,660	61,200
4등급	27,830	35,010	37,780	47,520	47,330	59,530
5등급	26,500	33,330	36,440	45,830	45,980	57,840
인지지원등급	26,500	33,330	36,440	45,830	45,980	57,840
구분	10시간이상~12시간미만		12시간이상			
	일반	치매전담	일반	치매전담		
2등급	58,060	73,040	62,270	78,300		
3등급	53,640	67,470	57,520	72,360		
4등급	52,290	65,770	56,190	70,670		
5등급	50,960	64,090	54,850	69,000		
인지지원등급	45,980	57,840	45,980	57,840		

자료: 국민건강보험공단

더욱이 치매전담형 시설 설치 이전부터 장기요양보험의 주 대상자가 치매환자였다는 것을 감안하면 치매전담형 시설에서 수급자가 체감할 수 있는 차별적인 서비스가 제공되지 않는 한 비용이 더 높은 치매전담형 시설로 옮길 가능성은 낮다고 할 수 있다. 치매전담형 시설을 설치하기 시작하기 전부터 이미 장기요양보험제도의 등급판정을 받은 사람 중에는 치매 환자가 약 30%였으며, 치매와 중풍을 동반한 사람까지 포함하면 약 50%가 치매질환을 가지고 있는 사람이었다.

[주요질병 및 증상 현황에 따른 장기요양급여 자격판정자 현황]

(단위: 명, %)

시점	2014		2015		2016		2017	
	인원	비율	인원	비율	인원	비율	인원	비율
합 계	424,572	100.0	467,752	100.0	519,850	100.0	585,287	100.0
치매	123,759	29.1	141,385	30.2	169,903	32.7	203,610	34.8
중풍(뇌졸중)	86,106	20.3	87,402	18.7	87,253	16.8	86,331	14.8
치매+중풍	28,411	6.7	31,537	6.7	37,656	7.2	47,401	8.1
고혈압	3,868	0.9	4,238	0.9	6,433	1.2	7,671	1.3
당뇨병	5,925	1.4	6,438	1.4	8,028	1.5	8,721	1.5
관절염	35,186	8.3	38,114	8.1	44,376	8.5	50,256	8.6
요통, 좌골통	41,472	9.8	48,656	10.4	59,054	11.4	71,637	12.2
호흡곤란	2,314	0.5	2,520	0.5	2,659	0.5	2,985	0.5
난청	567	0.1	608	0.1	733	0.1	892	0.2
백내장 등 시각장애	4,887	1.2	5,359	1.1	6,315	1.2	7,233	1.2
골절, 탈골 등 사고로 인한 후유증	33,143	7.8	37,526	8.0	42,088	8.1	46,975	8.0
암	6,454	1.5	7,130	1.5	8,849	1.7	10,509	1.8
기타	41,823	9.9	45,718	9.8	39,407	7.6	37,617	6.4
질병 없음	10,657	2.5	11,121	2.4	7,096	1.4	3,449	0.6

자료: 국민건강보험공단, 「노인장기요양보험통계」

따라서 정부는 단순히 시설의 확대를 위하여 기준을 완화하는데 그치지 말고 이용자 측면에서 비용에 상응하는 서비스를 제공할 수 있는지를 검토할 필요가 있다. 또한, 치매전담형 시설 기준을 설정함에 있어 완화된 기준이 치매환자를 돌보기에 적절한 기준인지에 대한 검토가 필요하다.

가. 현황

(1) 대상자

정부는 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」(이하 「연명의료결정법」)에 따라 말기환자를 대상으로 호스피스·완화의료를 제공하는 사업을 추진하고 있다. 당초 호스피스·완화의료는 「암관리법」에 근거하여 말기암환자만을 대상으로 하였으나, 2017년 8월 「연명의료결정법」 시행 후 호스피스 대상 환자의 범위가 후천성면역결핍증(AIDS), 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화질환으로 확대되었다. 이상의 질환을 가진 환자 중에서 적극적인 치료에도 불구하고 점차 증상이 악화되어 해당 분야 전문의로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 말기환자 및 임종과정에 있는 환자 중 호스피스·완화의료 이용 동의서를 작성하여 신청한 사람에게 서비스가 제공된다.

2018년 기준으로 호스피스·완화의료를 이용한 사람은 총 2만 2,341명이며 그중 65세 이상이 66.7%를 차지했다. 65세 이상 노인 중에는 80세 이상이 5,451명으로 비중이 가장 높았다.

[호스피스·완화의료 이용자 추이]

(단위: 명, %)

구분	2016	2017	2018	비율
합계	15,690	18,933	22,341	100.0
65세 미만	5,608	6,299	7,437	33.3
65세 이상	10,082	12,634	14,904	66.7
65~70세 미만	1,916	2,267	2,732	12.2
70~75세 미만	2,257	2,546	2,921	13.1
75~80세 미만	2,506	3,312	3,800	17.0
80세 이상	3,403	4,509	5,451	24.4

주: 수가 청구 현황을 바탕으로 작성

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

한편, 「연명의료결정법」에 따라 임종과정에 있는 환자에 대하여 본인의 의사를 바탕으로 연명의료를 시행하지 않거나 중단하는 등의 결정(‘연명의료중단등결정’)을 할 수 있도록 하는 연명의료결정제도가 2018년 2월부터 시행 중이다. 동 법의 대상이 되는 임종과정에 있는 환자는 치료의 효과가 나타날 가망성이 없이 사망에 임박한 상태에 있는 사람으로, 이에 대한 판정은 담당의사와 해당 분야 전문의 1명으로부터 일치하는 판정을 받아야 한다.

[임종과정 및 임종과정에 있는 환자에 대한 정의]

임종과정	임종과정에 있는 환자의 판정
회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태	담당의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받아야 함

자료: 「연명의료결정법」 제2조를 바탕으로 재작성

(2) 서비스 유형

2019년 기준으로 호스피스·완화의료는 입원형, 가정형, 자문형 등 크게 세 가지 유형으로 실시되고 있다. 이 중 가정형과 자문형, 그리고 요양병원을 통한 입원형은 시범사업으로 실시되고 있다.⁴⁵⁾

입원형은 2005년부터 도입된 것으로 호스피스 병동에 입원한 말기암환자를 대상으로 호스피스·완화의료를 제공하는 것을 가리킨다. 가정형은 가정형 호스피스 팀이 환자의 가정에 방문하여 서비스를 제공하는 것이다. 자문형은 일반 병동이나 외래 또는 응급실에서 자문형 호스피스팀에 의해 말기 환자와 가족에게 자문의 형태로 서비스를 제공하는 것을 가리킨다. 입원형은 말기암환자만을 대상으로 하는 것과 달리 가정형과 자문형은 암을 포함하여 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화 등의 질병을 가지고 있는 말기환자를 대상으로 한다.

2019년 4월 기준 입원형은 85개 호스피스전문기관에서 1,375개 병상을 사업 추진에 활용하고 있다. 가정형은 38개 기관, 자문형은 26개 기관에서 서비스를 제공하고 있다. 요양병원의 경우 13개 기관이 171개 병상을 호스피스·완화의료서비스를 위해 제공하고 있다.

45) 가정형과 요양병원은 2016년부터 시범사업이 시작되었으며, 자문형은 2017년부터 시행되고 있다.

[호스피스전문기관 현황]

(단위: 개소, 병상)

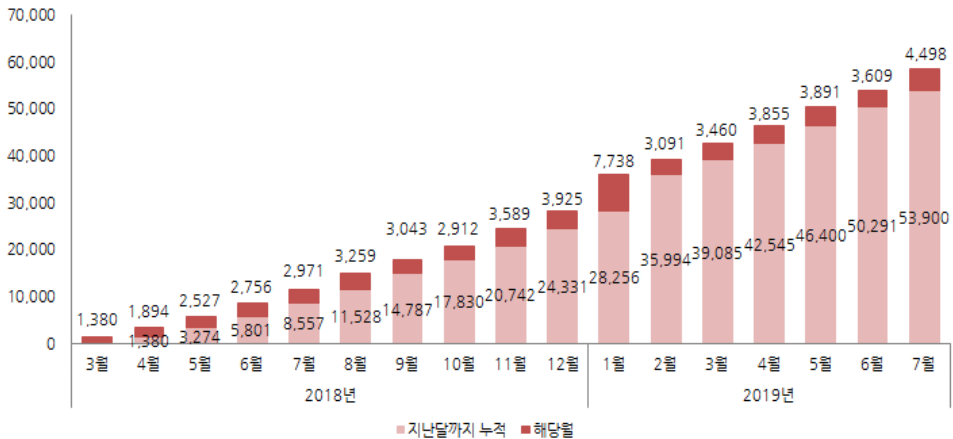
구분		'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17	'18	'19	
입원형	기관	19	40	42	46	56	54	57	66	77	81	84	85	
	병상	282	633	675	755	893	867	950	1,100	1,293	1,337	1,358	1,375	
가정형	기관										21	25	33	38
자문형	기관										20	25	26	
요양 병원	기관										12	11	14	13
	병상										132	124	184	171

주: 2019년은 5월 기준
자료: 보건복지부

한편, 연명의료중단등결정에 대한 환자의 의사는 사전연명의료의향서나 연명의료계획서, 또는 가족 2명 이상의 가족의 일치하는 진술을 통해 확인하며, 이것이 불가능한 경우 환자 가족 전원합의로 결정한다. 2019년 7월 4,498명이 연명의료중단등결정을 이행하였으며, 이행 누적 인원은 전월 누적인원 5만 3,900명을 합하여 총 5만 8,398명이다.

[연명의료중단등결정 이행 현황]

(단위: 명)



자료: 국립연명의료관리기관

(3) 서비스 전달체계

호스피스·완화의료와 연명의료결정제도는 보건복지부 소관이며 보건복지부 차관을 위원장으로 하는 국가호스피스연명의료위원회에서 종합계획과 시행계획의 심의 등을 담당한다. 호스피스·완화의료의 경우 서비스 전달은 호스피스전문기관으로 지정된 의료기관에서 제공되고 있는데, 호스피스전문기관의 지정과 취소, 서비스의 질 평가 등의 업무는 중앙호스피스센터(국립암센터로 지정)에서 수행하도록 되어있다. 다만, 2016년 9월부터 추진되고 있는 요양병원 호스피스 시범사업은 국민건강보험공단이 시범사업 기관의 선정과 관리를 담당하고 있다.

2019년 4월 기준으로 입원형 호스피스전문기관은 요양병원을 제외하고 총 85개 기관의 1,375병상이며, 요양병원은 13개소 171병상이다. 가정형과 자문형은 입원형 서비스를 운영 중인 의료기관에서 제공할 수 있도록 하였는데, 2019년 5월 기준으로 가정형은 총 38개 기관, 자문형은 총 26개 기관이 제공하고 있다.

[호스피스전문기관 현황]

(단위: 개소, 병상)

구 분	입원형	(병상수)	가정형	자문형
합 계	85	1,375	38	26
상급종합	16	212	8	15
중합	47	753	21	11
병원	9	211	2	0
의원	13	199	7	0
요양병원	13	171	0	0

주: 1. 2019년 5월 기준

2. 가정형 및 자문형은 입원형 호스피스·완화의료로 추진 중에 있는 의료기관만 제공할 수 있음

자료: 보건복지부

한편, 연명의료결정제도에 따른 임종과정에 있는 환자 판단, 환자의사 확인, 연명의료 유보 및 중단 등을 실시하는 것은 의료기관윤리위원회가 설치된 의료기관에서만 할 수 있도록 되어있다. 다만, 사전연명의료의향서 작성은 별도의 사전연명의료의향서 등록기관을 통해서 수행되고 있다. 의료기관과 사전연명의료의향서 등록기관의 관리·감독과 종사자 교육 및 시스템 구축 등의 제도 전반에 대한 관리는 국립연명의료관리기관(국가생명윤리정책원에 위탁)에서 맡아서 수행한다.

(4) 재정투입 현황

정부는 호스피스·완화의료에 대한 건강보험 수가지원 외에 일반재정으로 호스피스 전문기관을 지정하여 운영비를 지원하는 사업을 추진하고 있다. 동 사업은 국가암관리 사업의 내역사업으로 추진되고 있으며, 2014년 29억원을 투입하였으나 2019년 예산에 75억원이 편성되어 연평균 20.8%의 증가율을 보였다. 또한, 2017년부터 연명의료제도화를 위한 재정 지원을 추진하고 있으며, 2019년 55억원이 예산에 편성되어 있다. 두 사업에 대한 2019년 예산액의 합계는 130억원이며, 2014년 대비 연평균 34.8% 증가하였다.

[임종 분야 지원 사업 재정 추이(2014~2019년)]

(단위: 백만원, %)

소관	사업명	내역사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
복지부	합 계		2,920	3,300	3,330	6,536	7,782	12,992	34.8
	국가 암관리	호스피스전문기관 지원	2,920	3,300	3,330	3,775	5,212	7,503	20.8
		호스피스전문기관 운영 지원	2,720	3,000	3,000	3,345	3,740	5,115	13.5
		호스피스 활성화 지원	200	300	330	330	330	200	0.0
		중앙·권역 호스피스센터 운영지원	0	0	0	100	960	1,460	순증
		소아청소년 호스피스 전문기관 지원	0	0	0	0	182	728	순증
	생명윤리 및 안전관리	연명의료제도화지원	0	0	0	2,780	2,570	5,489	순증
건보	호스피스완화의료서비스 지원	0	0	0	0	659	1,309	순증	

주: 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

2019년 본예산 기준으로 가장 많은 예산이 편성된 사업은 연명의료제도화지원 사업으로 총 55억원이 편성되었는데, 이는 전년 결산액 대비 113.6% 증액된 규모이다. 한편, 국민건강보험공단은 2019년 요양병원 호스피스·완화의료 시범사업에 전년 결산액 보다 98.6% 증가한 13억원을 편성하였다.

[임종 분야 지원 사업 예결산 현황(2018~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	내역사업명	2018		2019	증감		
		예산	결산(A)	예산(B)	B-A	(B-A)/A	
복지부	합 계	7,882	7,882	12,992	5,210	66.9	
	국가암 관리	호스피스전문기관 지원	5,212	5,212	7,503	2,291	44.0
		호스피스전문기관 운영 지원	3,740	3,740	5,115	1,375	36.8
		호스피스 활성화 지원	330	330	200	△130	△39.4
		중앙·권역 호스피스센터 운영지원	960	960	1,460	500	52.1
		소아청소년 호스피스 전문기관 지원	182	182	728	546	300.0
	생명윤리 및 안전관리	연명의료제도화지원	2,670	2,570	5,489	2,919	113.6
건 보	호스피스완화의료서비스 지원	949	659	1,309	650	98.6	

주: 2018년 예산은 추경기준이며, 2019년은 본예산 기준임

자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

나. 분석 의견

(1) 대상자 분석: 대상자를 감안하여 체계적인 공급 확대 및 활성화 노력 필요

첫째, 호스피스·완화의료를 제공하는 호스피스전문기관의 수가 증가하고 있으나, 말기환자 대비 아직 그 규모가 미미하므로 체계적인 확대가 필요하다.

앞서 현황에서 살펴보았듯이, 호스피스전문기관은 빠르게 증가하고 있다. 그러나 말기 환자 대비 병상 수가 적어 호스피스·완화의료서비스에 대한 수요가 있어도 이용하지 못하는 환자가 발생할 가능성이 있다.

2017년 기준 호스피스·완화의료 대상 질환 사망자는 8만 6,593명이었으나 같은 해 동 서비스를 신규로 이용한 사람은 1만 7,333명으로 대상자의 20%인 것으로 나타났다. 암 환자에 국한하여 이용률을 살펴보면 2017년 기준 22%이다.

[호스피스·완화의료 대상 질환 사망자 현황(2017년)]

(단위: 명, %)

구분	합계	암	후천성면역 결핍증	만성폐쇄성 호흡기질환	만성간경화
사망자 (A)	86,593	78,863	91	5,273	2,366
호스피스·완화의료 신규이용 환자 (B)	17,333	17,317	1	5	10
사망자 대비 신규이용 환자 비율 (B/A)	20.0	22.0	1.1	0.1	0.4

주: 보건복지부는 호스피스 이용률 계산 시 통계청이 발표한 사망원인통계상의 암 사망자 대비 암환자 중 호스피스·완화의료 신규이용 환자 비율을 이용하고 있음
 자료: 보건복지부·국립암센터, 「2017 호스피스·완화의료 현황」 및 통계청, 「사망원인통계(2017년)」 자료를 바탕으로 제작됨

2018년 호스피스·완화의료 이용자 중 건강보험 청구 기준 잠정 집계치 기준으로 이용자 규모를 살펴보면, 전체 질병의 신규 이용자는 2만 882명인 것으로 나타나고 있다. 2017년 신규 이용 환자 규모인 1만 7,333명보다는 증가한 것이지만 전년도 대상 질환 사망자 규모를 감안하면 아직 이용자 규모가 작다고 할 수 있다.

같은 기준을 적용하여 2018년의 호스피스·완화의료 전문기관 대비 전체 이용(신규 및 재이용 합산) 현황을 살펴보면, 입원형의 경우 총 1,368개 병상이 서비스를 제공하였고, 이용자는 1만 5,294명으로 병상 당 평균 11명이 이용한 것을 알 수 있다. 요양병원도 비슷한 수준으로 병상 당 10명이 이용하였다. 가정형과 자문형의 경우 서비스 제공 전문기관 대비 이용 인원은 가정형이 평균 48명, 자문형이 평균 134명이었다.

[호스피스·완화의료 이용 현황(2018년)]

(단위: 개소, 병상, 명)

구분	입원형	가정형	자문형	요양병원
호스피스 전문기관 (병상 수)	85 (1,368)	38 -	26 -	13 (171)
전체 이용 인원	15,294	1,823	3,473	1,751
병상(입원형) 또는 기관(가정형·자문형) 대비 이용 인원	11	48	134	10

주: 입원형 및 요양병원은 병상 대비 이용인원, 가정형 및 자문형은 기관 대비 이용인원을 제시
 자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 제작됨

보건복지부와 국립암센터가 발간한 「2017 호스피스·완화의료 현황」에 따르면, 평균 호스피스·완화의료 이용 기간이 30.3일이므로, 이를 감안하면 1년 동안 병상 당 평균 12명이 이용한다고 볼 수 있다. 따라서 2018년 입원형의 경우 병상 당 평균 11명이 이용하였으므로 입원형 병상이 연중 비어있는 경우가 거의 없었다는 점을 추론할 수 있다. 이를 감안하면, 호스피스·완화의료서비스를 이용하고 싶으나 인프라의 부족으로 이용하지 못하는 환자가 있을 가능성이 있다. 따라서 정부는 동 서비스의 대상 질환의 말기환자 수를 감안하여 서비스 수요에 적절한 서비스 공급이 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다.

둘째, 호스피스·완화의료 대상 질환이 확대되었으나 암 환자를 제외한 이용자는 여전히 적은 것으로 나타나고 있어 실효성 있는 확대 노력이 필요하다.

정부가 2019년 6월 발표한 「제1차 호스피스·연명의료 종합계획(2019~2023)」은 서비스 대상 질환을 단계적으로 확대하겠다는 계획을 담고 있다. 동 계획이 구체적인 질환명을 제시하고 있지는 않으나 세계보건기구(WHO)의 권고 등을 감안하여 다양한 질환으로 확대하겠다는 것이다.⁴⁶⁾

그러나 이미 2017년 8월 대상 질환을 한차례 확대하였음에도 불구하고 호스피스·완화의료 이용인 사람의 대부분이 암 환자인 것으로 나타나고 있어 대상 질환 확대에 대한 실효성 있는 활성화 조치가 필요한 상황이다. 호스피스·완화의료는 2003년 시범사업으로 시작되었고, 2004년 「암관리법」에 근거하여 본사업으로 추진된 이래 암 환자를 대상으로 하다가 2017년 8월부터 대상자를 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성간경화질환자로 확대하였다. 이러한 확대에도 불구하고 여전히 이용자의 대부분은 암 환자인 것으로 나타나고 있다.

2017년 기준 호스피스·완화의료 이용인 암 환자는 1만 7,336명인데 반해, 만성 폐쇄성 호흡기 질환자는 6명, 만성 간경화 환자는 7명, 후천성 면역 결핍증 환자는 1명에 불과했다. 같은 해 각 질환 사망자 수와 비교하면, 암 환자의 경우 암 사망자의 약

46) 세계보건기구(WHO)는 2014년 발행한 ‘Global Atlas of Palliative Care at the End of Life’에서, 호스피스·완화의료의 대상으로 성인에 대하여는 암, 후천성면역결핍증, 심혈관질환, 간경변, 신부전, 만성 호흡부전, 당뇨, 다발성 신경증, 파킨슨, 알츠하이머, 치매, 류마티스 관절염, 약제저항 결핵 등 13개 질환을 제시하였고, 소아에 대하여는 암, 심혈관질환, 간경변증, 선천성 기형, 혈구 면역 질환, 후천성 면역결핍증, 뇌염, 신장질환 등 8개 질환을 제시하였다.

22% 규모가 호스피스·완화의료를 이용한 것으로 나타난 것과 달리, 나머지 질환 대상자들은 이용률이 1% 내외였다. 2018년 호스피스·완화의료 이용 암 환자는 1만 9,229명인데 반해, 만성 폐쇄성 호흡기 질환자는 12명, 만성 간경화 환자는 8명에 불과했고, 후천성 면역 결핍증 환자 중 동 서비스를 이용한 사람은 없었다.

[질환 별 사망자 및 호스피스·완화의료 이용인원 현황]

(단위: 명, %)

구분	사망자				호스피스·완화의료 이용인원				사망자 대비 호스피스·완화의료 이용률			
	암	후천성 면역 결핍증	만성 폐쇄성 호흡기 질환	만성 간경화	암	후천성 면역 결핍증	만성 폐쇄성 호흡기 질환	만성 간경화	암	후천성 면역 결핍증	만성 폐쇄성 호흡기 질환	만성 간경화
'16	78,194	88	5,419	2,423	13,350	-	-	-	17.07	-	-	-
'17	78,863	91	5,273	2,366	17,336	1	6	7	21.98	1.10	0.11	0.30
'18	83,733	96	80,794	19,289	19,229	0	12	8	22.96	0.00	0.01	0.04

주: 1. 2016~2017년의 사망자는 통계청 「사망원인통계」 기준이며, 이용인원은 보건복지부·국립암센터 「호스피스·완화의료 현황(2016, 2017 각 연도)」에서 제시하고 있는 수치임
 2. 2018년 호스피스·완화의료 이용인원은 2018년 이용자 중 2019년 5월까지 비용청구가 된 건에 한하여 입원형, 가정형, 자문형, 요양병원 이용자를 모두 합한 값으로 잠정 집계치임
 3. 보건복지부는 이용률 계산시 사망자 대비 '신규' 이용인원 비율 지표를 사용하고 있으므로 본 표에서 제시하는 기준과 다름
 자료: 통계청 「사망원인통계」, 보건복지부·국립암센터 「2016 호스피스·완화의료 현황」, 「2017 호스피스·완화의료 현황」, 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 작성

이와 같이 정부는 서비스 대상 질환의 확대가 곧바로 다양한 질환을 가진 말기환자의 호스피스·완화의료 이용 활성화로 이어지지 않는다는 점을 감안하여 질환 확대에 대한 활성화 노력을 기울일 필요가 있다. 특히, 암 환자 중 호스피스·완화의료 이용률은 2016년 사망자의 17.07% 수준에서 2018년 사망자의 22.96% 수준으로 지속적으로 증가하고 있으므로 타 질환 환자들 역시 동 서비스에 대한 잠재 수요가 있을 것으로 추론된다. 이에 정부는 타 질환 환자들을 대상으로 홍보 등 적극적인 활성화 노력을 기울일 필요가 있다.

(2) 지원 내용 분석: 환자의 직접적인 의사에 근거한 연명의료중단등결정 이행 확대 노력 필요

연명의료중단등결정 이행과 기존의 심폐소생술 금지와의 혼란을 최소화하고, 환자의 직접적인 의사에 근거한 이행이 확대될 수 있도록 방안을 마련할 필요가 있다.

의료현장에서는 연명의료중단등결정 이행이 기존에 의료기관에서 수행하던 심폐소생술 금지(DNR; Do Not Resuscitate) 관행과 혼란을 가져올 가능성이 있다. DNR은 법적 근거가 있는 의료행위는 아니며, 의료기관에서 심정지라는 특수 상황에서 자체적으로 활용하는 것이다. 통상 환자 가족 2명으로부터 동의를 받아 심정지가 온 환자에게 심폐소생술을 하지 않는 결정을 내린다.

[연명의료중단등결정과 심폐소생술 금지 비교]

구분	연명의료중단등결정	심폐소생술 금지(DNR)
대상	임종과정에 있는 환자	심정지가 온 응급환자
이행 전제조건	연명의료계획서, 사전연명의료의향서, 또는 환자 가족 2인의 일치하는 진술에 의한 환자 의사 확인 환자 의사 확인불가시 가족 전원의 동의	통상적으로 환자 가족 2명의 동의
법적근거	「연명의료결정법」	없음

자료: 「연명의료결정법」 및 보건복지부 자료를 바탕으로 재작성

연명의료결정제도의 취지는 자기 결정권을 존중한다는 것이 핵심이기 때문에 가능한 한 가족의 의사보다는 환자 본인의 의사를 확인하는 것이 중요하다. 만약 환자의 의사를 확인할 수 없을 정도로 질병이 진행되었을 때 그 가족의 의사에 따라 연명의료중단등결정을 내리는 것이 빈번해진다면 연명의료중단의 취지가 제대로 이행되지 않을 수 있다.

연명의료중단등결정 제도 시행 시점인 2018년 2월부터 2019년 7월까지 연명의료중단등결정 이행자는 5만 8,398명이었는데, 환자 의사에 근거한 결정 비중이 상대적으로 크기는 하지만, 환자의 의사를 확인할 수 없어 환자 가족의 전원합의로 이행이 된 사람도 전체 이행자의 34.7%인 2만 235명인 것으로 나타나고 있다. 동 기간 연명의료계획서에 근거한 결정 이행자는 1만 8,770명, 연명의료중단등결정의 전체 이행자의 32.1%로 가족 전원합의에 의한 이행 비율 보다 낮았으며, 사전연명의료의향서에 의한 이행자는 634명으로 1.1%였다.

[연명의료중단등결정 이행 현황]

(단위: 명, %)

구분	합계	연명의료 계획서	사전연명 의로의향서	환자 가족의 진술	환자 가족 전원합의
2018년 2월~ 2019년 7월 이행자	58,398	18,770	634	18,759	20,235
(비율)	100.0	32.1	1.1	32.1	34.7

자료: 국립연명의료관리기관

따라서 환자의 의사를 근거로 연명의료중단등결정이 이루어질 수 있도록, 말기환자가 의식이 있을 때 연명의료계획서를 작성할 수 있도록 할 필요가 있다. 여기서 검토가 필요한 상황은 말기환자에 대한 판단이다. 「연명의료결정법」에 따르면, 연명의료계획서 작성 대상이 ‘말기환자등’으로 되어 있는데, 현행법상에는 연명의료계획서는 언제든지 변경 또는 철회할 수 있으므로 작성 시기를 임종 직전으로 할 필요성이 낮다. 따라서 정부는 연명의료계획서 작성 시기에 대한 조정 등 다각도의 개선 방안을 검토하여 환자의 의사에 근거하여 연명의료중단등결정이 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다.

(3) 전달체계 분석: 추진체계 간 협력 강화 및 의료기관윤리위원회 자문 기능 강화

첫째, 연명의료중단등결정과 호스피스·완화의료 등의 임종돌봄 간의 연계를 활성화시키기 위하여 호스피스·완화의료 추진 체계와 연명의료중단 제도 추진 체계 간 협력을 강화할 필요가 있다.

2017년 8월부터 시행된 「연명의료결정법」은 연명의료중단과 관련된 법률 제정 논의에서 출발하였으나⁴⁷⁾, 법률 검토 과정에서 임종돌봄을 함께 제공하는 것이 필요하다는 인식에 따라 호스피스·완화의료와 연명의료중단등결정을 함께 다루고 있다.⁴⁸⁾ 그런데 연명의료계획서나 사전연명의료의향서를 통해 임종과정에 있을 시 연명의료를 중단하겠다고 의사를 밝힌 사람이 호스피스·완화의료 등 어떠한 임종돌봄서비스를 받고 있는지 확인할 수 없는 상황이다.

이는 호스피스·완화医료를 담당하는 전달체계와 연명의료중단등결정을 담당하는

47) 논의의 출발은 2013년 7월 대통령 직속 국가생명윤리심의위원회에서 특별위원회를 구성하여 연명의료중단 등 결정과 관련된 특별법 제정을 권고한 것이다.

48) 보건복지부·국립연명의료관리기관 설립추진단, 「연명의료결정 제도 안내: 의료기관용」, 2017.12.

전달체계가 분리되어 있는 상황에 일부 기인하는 면이 있다. 소관부처인 보건복지부 내에서 연명의료중단등결정은 생명윤리정책과에서 담당하고 있고, 호스피스·완화의료는 질병정책과 담당 업무이다. 또한, 연명의료결정제도는 국립연명의료관리기관(국가생명윤리정책원 위탁)이 담당하고 있으며 호스피스·완화의료는 중앙호스피스센터(국립암센터 위탁)가 담당하고 있어 업무가 분리되어 있다.

[연명의료중단제도 및 호스피스·완화의료 사업 추진 체계]

구분	연명의료중단제도	호스피스·완화의료 사업
소관부처 및 부서	보건복지부 생명윤리과	보건복지부 질병정책과
수행기관	국립연명의료관리기관 (국가생명윤리정책원 위탁)	중앙호스피스센터 (국립암센터 위탁)

자료: 보건복지부 사업설명 자료를 바탕으로 재작성

정부는 말기 환자의 삶의 질 제고 측면에서 연명의료중단제도와 호스피스·완화의료 사업 간 연계를 보다 강화할 필요가 있다. 특히, 현재 분절적으로 운영되고 있는 전달체계 간 협력 방안을 모색하는 등 서비스의 체계적인 연계를 위한 노력을 기울여야 할 것이다.

둘째, 의료기관윤리위원회가 자문역할을 효과적으로 수행할 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

「연명의료결정법」⁴⁹⁾에 따르면 연명의료중단등의결정과 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관은 의료기관윤리위원회를 설치하여야 한다. 의료기관윤리위원회는 모든 연명의료중단등의결정을 심의해야 하는 것은 아니지만, 연명의료중단등의결정과 관련하여 임종과정 환자 및 가족을 상담하고 해당 의료기관 의료인에 대하여 의료윤리 교육을 수행하며 임종과정에 있는 환자 및 가족이 요청한 사항을 심의하는 등의 역할을 수행해야 한다.⁵⁰⁾ 따라서 의료진이나 가족들 간에 이견이 있는 경우 이를 조정하기 위한

49) 「연명의료결정법」

제14조(의료기관윤리위원회의 설치 및 운영 등) ① 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관한 업무를 수행하려는 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 해당 의료기관에 의료기관윤리위원회(이하 "윤리위원회"라 한다)를 설치하고 이를 보건복지부장관에게 등록하여야 한다.

50) 「연명의료결정법」

자문 역할을 수행할 수 있어야 한다.

2019년 6월 21일 기준으로 의료기관윤리위원회가 설치된 의료기관은 총 178개이며, 이 중 종합병원이 104개로 가장 많았다. 「연명의료결정법」에는 윤리위원회의 적정 운영이 불가능한 경우 공용윤리위원회에 윤리위원회 업무를 위탁할 수 있도록 되어 있는데, 공용윤리위원회와 협약을 맺은 기관은 24개인 것으로 나타났다.

[의료기관윤리위원회 설치 현황]

(단위: 개소)

구분	합계	자체 위원회 설치	공용윤리위원회 협약
합계	202	178	24
상급종합병원	42	42	0
종합병원	111	104	7
병원	12	9	3
의원	5	3	2
요양병원	32	20	12

주: 1. 2019년 6월 21일 기준
 2. 공용윤리위원회는 전국에 총 9개가 있음
 자료: 보건복지부

그런데 의료기관윤리위원회에서 자문 역할을 효과적으로 수행할 수 있는 전문인력 양성 체계가 미흡한 실정이다. 현행법상 의료기관윤리위원회는 5명 이상으로 구성하되, 의료인이 아닌 사람 중 종교계·법조계·윤리학계·시민단체 등의 추천을 받은 사람 2명 이상을 포함하도록 되어있는데, 연명의료중단등결정에 대해서는 전문적 지식을 요하므로 이들이 윤리위원의 역할을 잘 수행할 수 있도록 교육 등의 지원이 필요하다.

제14조(의료기관윤리위원회의 설치 및 운영 등)

② 윤리위원회는 다음 각 호의 활동을 수행한다.

1. 연명의료중단등결정 및 그 이행에 관하여 임종과정에 있는 환자와 그 환자가족 또는 의료인이 요청한 사항에 관한 심의
2. 제19조제3항에 따른 담당의사의 교체에 관한 심의
3. 환자와 환자가족에 대한 연명의료중단등결정 관련 상담
4. 해당 의료기관의 의료인에 대한 의료윤리교육
5. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사항

이와 관련하여 국립연명의료관리기관이 의료기관을 대상으로 연명의료결정제도에 대하여 교육을 제공하고 있으나 참여자 수는 적은 것으로 나타나고 있다. 2018년 기준 국립연명의료관리기관이 주관한 의료기관 대상 교육 중 2.5시간의 기본교육 이후 위원회를 대상으로 하는 3시간의 심화교육은 5회 실시되었고 총 253명이 참석하였다. 위원회가 5명 이상으로 구성되며 2019년 2월 기준 자체 위원회가 173개였던 점을 감안하면, 최소 800명 이상의 위원 중 253명만 심화교육을 이수한 것이다.

[국립연명의료관리기관 주관 의료기관윤리위원회 대상 교육 실적(2018년)]

교육종류	교육 개최 횟수 및 시간	참여인원	교육내용
심화교육	5회×3시간	253명	<ul style="list-style-type: none"> • 의료기관윤리위원회 및 위원의 역할과 실제 • 의료기관 내 종사자 대상 연명의료 교육 계획 수립 및 시행 방안 • 연명의료 관련 자문 및 상담 절차 수립 • 연명의료 관련 Data 관리와 위원회의 역할

자료: 보건복지부

정부는 연명의료중단등의결정에 환자와 가족, 그리고 의료진 간의 의견 조정이 중요할 수 있다는 점을 감안하여 윤리위원회가 그 역할을 효과적으로 감당할 수 있도록 교육 활성화 등 위원의 전문성을 강화하기 위하여 노력할 필요가 있다. 또한, 정부가 의료기관윤리위원회가 종사자 등을 대상으로 자체적인 교육프로그램도 운영하도록 안내·지도하고 있는 실정이므로 위원회의 전문성 강화를 위한 체계적인 방안을 마련할 필요가 있다.

가. 현황

(1) 주요 사업 현황

정부는 노인의 질병의 예방과 관리를 지원하기 위하여 다양한 재정사업을 추진하고 있다. 그중에는 건강증진과 질병예방 차원에서 노인 운동 활성화를 지원하는 사업이 있으며, 질병관리 차원에서 특정 질환 환자를 지원하는 사업 등이 있다. 또한, 대상이 노인에게 특정된 것은 아니지만 노인이 주요 대상자가 되는 사업으로 일차의료 만성질환 관리 사업과 방문건강관리 사업 등이 있다.⁵¹⁾

[노인 질병예방·관리 주요 사업 내용 및 대상]

소관	사업명	사업 내용	사업 대상
복지부	일차의료 만성질환관리	○ 1년 간 환자 맞춤형 건강관리 제공	○ 의원급 의료기관의 고혈압·당뇨병 외래환자
	노인건강관리	○ 안 검진, 개안수술비 지원	○ 만 60세 이상 기초생활수급자, 차상위 계층, 한부모가족(안 검진은 소득무관)
		○ 무릎인공관절 수술비 지원 ○ 전립선 질환 검진	○ 만 60세 이상 기초생활수급자, 차상위 계층, 한부모가족 ○ 55세 이상 남성
	방문건강관리	○ 건강문제 스크리닝, 건강관리서비스, 보건소 내·외 자원 연계 등	○ 건강취약계층(저소득층, 북한이탈주민·다문화가족) 및 65세 이상 독거노인 가구, 75세 이상 노인 부부 가구
건강 보험 공단	건강백세 운동교실	○ 운동강좌, 건강교육 등	○ 전국민('16년까지 노인 대상)
	노인건강 마일리지	○ 운동강좌 등 제공 후 참여 실적에 따라 인센티브 지급	○ 65세 이상 노인
문체부	어르신체육 활동지원	○ 생활체육종목 강습	○ 65세 이상 노인

주: 2019년 기준

자료: 각 사업 설명자료를 바탕으로 재작성

51) 동 분야 사업은 「국민건강증진종합계획」과 「저출산·고령사회 기본계획」에서 노인 건강 분야로 관리하고 있는 사업들을 분석 대상으로 하였다.

정부 예산으로 추진하는 대표적인 노인 질병관리 사업에는 보건복지부의 노인건강 관리 사업이 있다. 동 사업은 치매관리비 지원을 포함하여 노인실명예방관리와 전립선질환예방관리, 그리고 노인무릎관절 수술비지원 등으로 구성된다.⁵²⁾ 노인실명예방사업은 한국실명예방재단을 통해 안 검진과 개안수술을 지원하고 저시력 예방교육을 실시하는 사업으로 만 60세 이상 노령자를 대상으로 한다. 개안수술비 지원은 그중에서도 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가족 노인을 대상으로 한다. 전립선질환 예방관리 사업은 한국전립선관리협회를 통해 보건소와 노인복지관을 대상으로 전립선 관리 교육을 실시하며, 55세 이상 남성을 대상으로 전립선 무료검진을 실시한다. 노인 무릎인공관절 수술비 지원 사업은 만성적 관절염을 앓고 있는 저소득층 노인에게 인공관절수술비를 지원하는 사업으로 만 60세 이상 노인 중 기초생활수급자, 차상위계층, 한부모가족인 사람을 대상으로 한다.

한편, 방문건강관리는 건강취약계층을 대상으로 보건소 내 전문 인력이 가정을 방문하여 건강관리서비스를 제공하는 사업이다. 정부는 2019년부터 지역 여건에 따라 65세 이상 독거노인 및 75세 이상 노인 부부 가구로 사업 대상을 단계적으로 확대해나갈 것이라는 방향을 설정하였다. 또한, 당초 지역사회 통합건강증진사업의 차원에서 지역 자율로 추진되었으나 2018년부터 보건소 필수 사업으로 추진하고 있다.

(2) 재정투입 현황

노인 질병예방·관리 분야의 중앙부처 재정사업은 보건복지부와 문화체육관광부가 관련 사업을 추진하고 있다. 재정투입 현황을 살펴보면, 2014년 중앙부처 재정사업 추진을 위해 202억원이 투입되었고, 2019년에 686억원이 편성되어 연평균 27.7% 증가한 것으로 나타나고 있다.

한편, 국민건강보험공단은 노인의 질병예방을 위한 운동 지원 차원에서 건강백세운동교실을 추진하고 있으며 2014년 134억원을 투입하였다. 동 사업은 2016년 노인 외 청장년까지 지원 대상을 확대했고, 2019년 예산에 149억원을 편성하였다.

52) 「노인복지법」은 정부가 노인성 질환의 예방교육, 조기발견 및 치료 등에 필요한 비용을 지원할 수 있다고 명시하고 있으며, 「노인복지법 시행령」 제20조의2는 노인성 질환의 범위를 안 질환, 무릎관절증, 전립선 질환으로 설정하고 있다. 보건복지부에 따르면, 2018년 4월 동 조가 신설되기 전부터 정부는 이러한 질환에 대한 지원을 추진하였고, 그 지원의 근거를 마련하는 차원에서 「노인복지법 시행령」이 사업 추진 현황에 맞게 개정되었다.

[노인 질병예방·관리 분야 지원 사업 재정 추이(2014~2019년)]

(단위: 백만원, %)

소관	사업명	내역사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율	
	중앙부처	재정사업 합계	20,223	23,128	25,571	29,488	62,659	68,597	27.7	
복지부	노인건강 관리	노인실명예방관리	1,193	1,896	1,662	1,762	2,070	2,070	11.7	
		전립선질환 예방관리	200	200	200	200	200	200	0.0	
		노인 무릎관절 수술비 지원	0	2,000	2,929	2,629	2,992	2,992	순증	
	혁신형	건강플랫폼 구축	550	452	470	372	327	1,141	15.7	
	사례관리 전달체계 개선	방문건강관리	0	0	0	0	29,102	30,588	이관*)	
	지역사회 통합건강 증진사업	모바일 헬스케어	0	0	0	2,203	2,608	2,732	순증	
	자살예방 및 지역정신 보건사업	민관협력자살예방사업	400	700	700	700	700	700	11.8	
		자살예방 교육 및 인력양성	300	300	300	300	1,475	2,093	47.5	
		자살고위험군 집중관리(응급실)	2,000	2,000	2,000	3,292	4,700	6,326	25.9	
		자살유족지원	0	0	0	0	0	600	순증	
	문 체 부	생활체육 프로그램 지원	어르신체육활동지원	2,465	2,465	2,665	2,665	2,400	2,400	△0.5
			어르신 생활체육 지도자 인건비	13,115	13,115	14,645	15,365	16,085	16,755	5.0
		건강보험재정 합계	13,748	14,195	19,268	18,007	16,812	18,175	5.7	
건보 공단		만성질환관리 수가 시범사업	0	0	3,676	336	397	0	-	
		지역사회 일차의료 시범사업	0	472	834	3,124	1,536	0	-	
		일차의료시범사업분담금	320	460	501	460	460	0	순감	
		일차의료 만성질환관리 시범사업	0	0	0	0	0	3,228	순증	
		건강백세운동교실	13,428	13,263	14,257	14,087	14,419	14,947	2.2	

주: 1. 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 예산 기준

2. 혁신형 건강플랫폼 구축(일차의료 만성질환관리 시범사업), 방문건강, 모바일 헬스케어 등의 사업은 노인 외 전국민을 대상으로 하지만 제3차 저출산·고령사회 기본계획(수정) 상에 건강노화를 위한 예방적 관리 강화 과제의 일환으로 관리되는 사업이므로 포함시킴

3. 건강검진 사업은 노인 대상만 별도로 재정투입 규모가 산출되지 않아 여기서는 제외함

*) 방문건강관리 사업은 2017년까지 지역사회통합건강증진 사업에 통합되어 수행되었으며, 해당 기간은 별도의 결산액을 산출할 수 없음

자료: 보건복지부, 문화체육관광부, 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

이 중 2019년에 가장 많은 예산이 편성된 사업은 방문건강관리 사업으로 전년 결산액 대비 5.1%가 증가한 306억원이 편성되었다. 그다음으로 문화체육관광부의 어르신 생활체육 지도자 인건비 사업에 168억원이 편성되었는데 이는 전년도 결산액 대비 4.2% 증가한 규모이다.

[노인 질병예방·관리 분야 지원 사업 예·결산 현황(2018~2019년)]

(단위: 백만원, %)

소관	사업명	내역사업명	2018		2019	증감	
			예산	결산(A)	예산(B)	B-A	(B-A)/A
복 지 부	노인건강 관리	노인실명예방관리	2,070	2,070	2,070	0	0.0
		전립선질환 예방관리	200	200	200	0	0.0
		노인 무릎관절 수술비 지원	2,992	2,992	2,992	0	0.0
	혁신형 건강플랫폼 구축		427	327	1,141	814	248.9
	사례관리 전달체계 개선	방문건강관리	30,090	29,102	30,588	1,486	5.1
	지역사회 통합건강 증진사업	모바일 헬스케어	2,639	2,608	2,732	124	4.8
	자살예방 및	민관협력자살예방사업	700	700	700	0	0.0
		자살예방 교육 및 인력양성	1,475	1,475	2,093	618	41.9
	지역정신 보건사업	자살고위험군 집중관리(응급실)	4,700	4,700	6,326	1,626	34.6
		자살유족지원	0	0	600	600	순증
문 체 부	생활체육 프로그램 지원	어르신체육활동지원	2,400	2,400	2,400	0	0.0
		어르신 생활체육 지도자 인건비	16,085	16,085	16,755	670	4.2
건보 공단	일차의료 만성질환관리 시범사업		0	0	3,228	3,228	순증
	건강백세운동교실		15,785	14,419	14,947	528	3.7

주: 1. 2018년 예산은 추경포함이며, 2019년은 본예산 기준임

2. 혁신형 건강플랫폼 구축(일차의료 만성질환관리 시범사업) 방문건강, 모바일 헬스케어 등의 사업은 노인 외 전국민을 대상으로 하지만 제3차 저출산·고령사회 기본계획(수정) 상에 건강노화를 위한 예방적 관리 강화 과제의 일환으로 관리되는 사업이므로 포함시킴

3. 건강검진 사업은 노인 대상만 별도로 재정투입 규모가 산출되지 않아 여기서는 제외함

자료: 보건복지부, 문화체육관광부, 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

나. 분석 의견

(1) 종합: 질병 예방 및 관리를 위한 지원 강화 필요

정부는 노년기 질병이 발생하는 것을 최소화하기 위하여 질병 예방에 대한 지원을 강화할 필요가 있다.

건강생활을 증진하고 질병을 예방하는 것이 노인기 질병 발생을 최소화할 수 있는 근본적인 방법이라고 할 수 있으나 이에 대한 정부의 재정 지원 규모는 상대적으로 작은 실정이다. 2019년 본예산 기준 동 보고서에서 정리한 노인돌봄 분야의 정부 재정 투입 규모는 2,624억원인데 반해, 질병 예방·관리에 대한 정부 재정 투입 규모는 중앙정부재정 686억원과 건강보험재정 182억원으로 상대적으로 낮다.⁵³⁾

또한, 「국민건강증진법」에 따라 국민의 건강 증진을 위한 사업 추진을 목적으로 설치된 국민건강증진기금도 건강증진과 질병 예방 분야에 대한 재정투입 규모가 상대적으로 작은 것으로 나타나고 있다. 2019년 본예산 기준으로 기금의 전체 지출액은 3조 4,363억원이며, 사용 목적에 따라 분류하여 재정 투입 현황을 살펴보면,⁵⁴⁾ 2019년 본예산 기준으로 전체 지출의 51.0%가 건강검진에 편성된 것을 알 수 있다. 건강검진에

53) pp.139~141의 부표를 통해 재정 규모를 비교할 수 있다.

54) 동 기금의 지출은 「국민건강증진법」과 「국민건강보험법」이 명시하고 있는 사용 목적에 따라 크게 건강생활, 예방, 검진, 관리 등으로 나눌 수 있다.

[국민건강증진기금 지출 목적에 따른 분류]

관련 법 조항		대분류
「국민건강증진법」 제25조①	1. 금연교육 및 광고, 흡연피해 예방 및 흡연피해자 지원 등 국민건강관리사업	건강생활
	2. 건강생활의 지원사업	건강생활
	3. 보건교육 및 그 자료의 개발	교육
	4. 보건통계의 작성·보급과 보건의료관련 조사·연구 및 개발에 관한 사업	조사연구·연구개발
	5. 질병의 예방·검진·관리 및 암의 치료를 위한 사업	예방·검진·관리
	6. 국민영양관리사업	건강생활
	7. 구강건강관리사업	관리
	8. 시·도지사 및 시장·군수·구청장이 행하는 건강증진사업	건강생활
	9. 공공보건의료 및 건강증진을 위한 시설·장비의 확충	인프라
	10. 기금의 관리·운용에 필요한 경비	운영비
「국민건강보험법」 제108조④	1. 건강검진 등 건강증진에 관한 사업	건강생활·검진
	2. 가입자와 피부양자의 흡연으로 인한 질병에 대한 보험급여	관리
	3. 가입자와 피부양자 중 65세 이상 노인인에 대한 보험급여	관리

주: 「국민건강증진법」 제25조 1항의 11호는 기타 대통령령이 정하는 사업에 사용하도록 하고 있으나 표에서 제시한 분류가 이를 포괄하여 여기서는 별도로 명시하지 않음

자료: 「국민건강증진법」 및 「국민건강보험법」을 바탕으로 재작성

대한 재정투입 규모는 2016년~2019년 사이에 연평균 13.5% 증가하였다. 반면, 건강생활 지원 예산은 전체 기금 지출예산의 8.4%를 차지하고 있으며, 예방 분야에는 13.5%가 편성되어 있다.⁵⁵⁾

[국민건강증진기금 지출 분류별 재정 추이]

(단위: 백만원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	연평균	
					비율	증가율
합 계	3,137,900	3,474,258	3,281,301	3,436,319	100.0	3.1
건강생활	227,928	363,682	334,329	288,910	8.4	8.2
건강생활 지원	1,977	1,485	1,341	1,382	0.0	△11.2
영양	4,114	5,199	4,587	4,927	0.1	6.2
지자체 건강증진	85,349	89,071	66,111	66,940	1.9	△7.8
건강증진 사업(건강보험)	0	122,738	116,888	76,840	2.2	순증
금연	136,489	145,189	145,402	138,821	4.0	0.6
예 방	365,971	441,538	435,862	464,286	13.5	8.3
검 진	1,198,319	1,611,847	1,738,465	1,753,319	51.0	13.5
검진	7,123	6,659	7,565	10,419	0.3	13.5
건강검진비 지급(건강보험)	1,191,196	1,605,188	1,730,900	1,742,900	50.7	13.5
관 리	948,262	759,176	458,209	554,944	16.1	△16.4
관리	241,675	493,022	332,274	473,163	13.8	25.1
흡연 및 65세 이상 보험 급여비 지급(건강보험)	700,213	265,651	125,360	81,342	2.4	△51.2
구강	6,374	503	575	439	0.0	△59.0
인프라	99,119	96,200	118,360	130,168	3.8	9.5
연구개발(R&D)	258,053	250,597	239,622	200,047	5.8	△8.1
조사연구	28,287	31,293	31,579	29,745	0.9	1.7
ODA	9,879	9,989	15,338	14,813	0.4	14.5
기금 운영비	2,080	2,431	2,594	87	0.0	△65.3

주: 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

자료: 기획재정부 디지털 예산회계 시스템을 통하여 추출한 자료 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

55) 건강생활 지원의 주요 사업은 지역사회 통합건강증진사업으로 2019년 본예산 기준 669억원이 편성되어 건강생활 지원에 대한 예산 규모의 약 23%를 차지하고 있다. 예방 분야의 주요 사업은 국가예방접종실시 사업으로 2019년 본예산에 3,294억원이 편성되어 예방 분야에 대한 예산 규모의 71%를 차지하고 있다.

검진과 질병 관리, 노인돌봄 등에 대하여 정부의 충분한 지원이 이루어져야 한다는 것에는 이견이 없으나 정부의 재원 배분 현황을 살펴보면 건강생활 증진과 질병의 예방에 충분한 재원이 투입되고 있다고 보기 어려운 측면이 있다. 따라서 정부는 노인 의료비 지출의 증가를 최소화하고 노인이 건강한 생활을 향유할 수 있도록 하는 차원에서 질병의 예방에 대한 지원의 적정성을 검토하고 지원의 체계화와 강화 방안을 모색할 필요가 있다.

(2) 노인 건강검진 분석: 의료급여 수급권자 대상 검진사업의 체계적 추진 필요

첫째, 의료급여 수급권자의 수검률이 건강보험 가입자 수검률 대비 낮으며, 고령일수록 수검률이 낮은 것으로 나타나므로 방문검진 등 수검률을 제고할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

노인에 대한 건강검진은 「국민건강보험법」에 따른 성인 일반건강검진 및 생애전환기검진과 「노인복지법」에 따른 건강진단으로 구분된다. 건강보험공단은 만 20세 이상 건강보험 가입자 및 피부양자(세대원)와 만 19세 이상 만 64세 이하의 의료급여 수급권자를 대상으로 일반건강검진을 실시하고 있으며, 만 66세 이상의 의료급여 수급권자에 대하여 의료급여 생애전환기검진을 실시하고 있다.⁵⁶⁾ 의료급여 수급권자 중 만 65세 이

기금 중 일부는 「국민건강보험법」 및 「국민건강증진법」 부칙에 따라 담배부담금 예상수입의 65%를 건강보험공단에 지원하도록 되어있어, 전체 기금 지출액의 55.3%인 1조 9,011억원을 공단에 지원하는 것으로 예산이 편성되어 있다. 공단은 건강검진에 국민건강증진기금을 사용하고 남은 금액을 흡연 및 65세 이상 보험급여비와 건강증진 사업에 투입하고 있다. 65세 이상 급여비 중 동 재원으로 충당되지 않는 금액은 공단의 일반회계(건강보험재정)를 통해 지출되고 있다.

[국민건강증진기금 국고지원의 지출 현황(예산 기준) 및 노인보험급여 지출 현황]

(단위: 백만원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	비율
국민건강증진기금 국고지원 합계	1,891,409	1,993,577	1,973,148	1,901,082	100.0
건강검진비 지급	1,191,196	1,605,188	1,730,900	1,742,900	91.7
흡연 및 65세 이상 보험급여비 지급	700,213	265,651	125,360	81,342	4.3
건강증진 사업	0	122,738	116,888	76,840	4.0
구분	2016	2017	2018		
노인보험급여 지출 합계	19,110,939	21,417,319	24,258,888		
국민건강증진기금 국고지원액 (비중)	700,213 (3.7)	265,651 (1.2)	125,360 (0.5)		

- 주: 1. 흡연 및 65세 이상 보험급여비는 구분할 수 없으며, 전체가 65세 이상 보험급여비로 보아도 무방
 2. 노인보험급여 지출은 2015년까지는 일반회계와 국민건강증진기금을 구분하여 관리하지 않았음
 3. 2018년 노인 보험급여 총액은 잠정치임

자료: 국민건강보험공단

상 노인에 대하여는 「노인복지법」⁵⁷⁾에 따라 국가 또는 지자체가 건강검진을 실시할 수 있는데, 동 사업은 2005년 지방자치단체로 이양되었다.

[만 65세 이상 노인 대상 건강검진 실시 현황]

대상		검진 종류	검진 주기
건강보험 가입자	직장가입자	일반건강검진	(사무직) 격년 1회 (비사무직) 1년 1회
	피부양자	일반건강검진	2년에 1회
	지역가입자	일반건강검진	2년에 1회
의료급여 수급권자	만 65세 이상	지자체 건강진단	지자체 자율
	만 66세 이상	의료급여 생애전환기검진	2년에 1회

주: 2019년 기준

자료: 「국민건강보험법」 및 「노인복지법」을 바탕으로 재작성

그런데 건강보험 적용자 중 만 65세 이상 노인의 수검 현황과 의료급여의 만 66세 이상 생애전환기 검진의 수검률을 비교하면 의료급여 수급권자의 수검률이 상대적으로 낮은 것으로 나타나고 있다. 2018년 기준으로 건강보험 적용자 중 만 65세 이상 노인의 수검률은 68.8%인데 반해 의료급여의 생애전환기 건강검진의 수검률은 37.2%에 그쳤다.⁵⁸⁾ 의료급여 수급권자의 수검률이 건강보험 적용자 보다 낮은 것은 5세 단위로 연령을 나누어서 비교해도 전 연령 구간에서 동일하게 나타나는 현상이다.

56) 일반건강검진의 경우, 중·고령 수검자를 대상으로 공통 검진항목에 더하여 골다공증(만 54세, 66세 여성), 우울증(만 20, 30, 40, 50, 60, 70세), 생활습관평가(만 40, 50, 60, 70세), 인지기능장애(만 66세 이상, 격년), 노인신체기능(만 66, 70, 80세) 등의 항목에 대하여 검진을 실시하고 있다. 또한, 의료급여 생애전환기검진은 문진 및 상담, 골다공증, 우울증, 생활습관평가, 인지기능장애, 노인신체기능 등(홍부방사선 촬영, 요검사, 혈액검사 제외) 검진을 실시하고 있다.

57) 「노인복지법」

제27조(건강진단 등) ①국가 또는 지방자치단체는 대통령령이 정하는 바에 의하여 65세 이상의 자에 대하여 건강진단과 보건교육을 실시할 수 있다. 이 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 성별 다빈도질환 등을 반영하여야 한다.

「노인복지법 시행령」

제20조(건강진단 등) ①법 제27조제1항의 규정에 의한 건강진단은 보건복지부장관, 시·도지사 또는 시장·군수·구청장(이하 "복지실시기관"이라 한다)이 2년에 1회이상 국·공립병원, 보건소 또는 보건복지부령이 정하는 건강진단기관에서 대상자의 건강상태에 따라 1차 및 2차로 구분하여 실시한다.

58) 의료급여 수급자의 건강검진 수검률이 건강보험 가입자의 수검률 보다 낮은 것은 65세 미만에서도 동일하게 나타나고 있다. 2018년 기준 65세 미만의 건강보험 가입자의 건강검진 수검률은 78.7%였던 반면, 의료급여 수급자의 경우는 41.9%에 그쳤다.

[노인 건강검진 수검률 현황(2018년)]

(단위: 명, %)

건강보험				의료급여					
구분	대상자	수검자	수검률	구분	대상자	수검자	수검률		
일반 검진	만 65세 이상	3,462,672	2,381,614	68.8	생애 전환 기	만 66세 이상	248,175	92,365	37.2
	65~69세	1,083,087	868,949	80.2		66~69세	45,320	21,757	48.0
	70~74세	1,032,318	778,628	75.4		70~74세	63,866	29,262	45.8
	75~79세	617,323	416,181	67.4		75~79세	48,494	19,865	41.0
	80~84세	501,644	253,026	50.4		80~84세	54,115	15,747	29.1
	85세 이상	228,300	64,830	28.4		85세 이상	36,380	5,734	15.8

주: 건강검진 통계연보 발간 이전의 자료이므로 수치변동 가능성이 있음
 자료: 국민건강보험공단

또한, 동일한 의료보장에 적용을 받는다 하더라도 고령이 될수록 수검률은 낮아지고 있는 실정이다. 2018년 만 65~69세 건강보험 적용자의 건강검진 수검률은 80.2%였는데 반해 85세 이상 건강보험 적용자의 수검률은 28.4%에 그쳤다. 66~69세 의료급여 수급권자의 생애전환기 검진의 수검률은 48.0%였으나 85세 이상 의료급여 수급권자의 수검률은 15.8%에 불과했다.

2018년 건강검진체계 개편 전인 2014년부터 2017년까지 만 66세를 대상으로 실시한 생애전환기 건강검진 수검 현황을 살펴보면, 의료급여 수급권자의 수검률이 건강보험 적용자의 수검률보다 지속적으로 더 낮았던 것으로 확인된다. 또한, 2014년부터 2017년까지 건강보험의 생애전환기 건강검진 수검률은 지속적으로 증가한 반면, 의료급여 수급권자에 대한 생애전환기 건강검진의 수검률은 하락 추세를 보였다.

[66세 생애전환기 건강검진 수검률 현황(2014~2017년)]

(단위: 명, %)

구분	건강보험			의료급여		
	대상인원	수검인원	수검률	대상인원	수검인원	수검률
2014	393,092	307,307	78.2	17,206	10,525	61.2
2015	399,135	315,577	79.1	17,612	9,657	54.8
2016	402,079	323,423	80.4	19,185	10,547	55.0
2017	370,551	298,703	80.6	17,663	9,294	52.6

자료: 국민건강보험공단

따라서 정부는 의료급여 수급권자와 후기고령인구에 대한 건강검진 수검률 제고 방안을 마련할 필요가 있다. 의료급여 수급권자의 경우 의료급여 사례관리사를 통한 검진 독려 등의 방안을 모색할 필요가 있다. 또한, 후기고령인구는 거동이 불편하여 검진기관 까지 방문하는 것이 어려운 경우가 많을 가능성이 있으므로 방문 검진 등의 방안을 고려할 필요가 있다.⁵⁹⁾

둘째, 만 65세 이상 의료급여 수급권자를 대상으로 하는 노인건강진단은 지자체 별로 실시 여부가 다르므로 만 65세 이상 의료급여 수급권자에 대한 건강검진의 형평성을 제고할 필요가 있다.

2005년 지방자치단체로 이양된 노인 의료급여 수급권자에 대한 건강검진사업은 보조금지급 제외 사업에 포함되어 지자체가 자체 예산으로 실시해야 하는 상황이다. 그런데 2018년 기준으로 만 65세 이상 노인 중 의료급여 수급권자에 대하여 건강검진을 실시하고 있는 기초지자체는(세종특별자치시 및 제주특별자치도 포함) 228개 중 76개(33.3%)에 불과한 것으로 나타났다.⁶⁰⁾ 이는 5년 전인 2014년보다도 16.3%p 낮은 것으로 2014년에는 총 228개 지자체 중 113개(49.6%)가 동 사업을 실시하고 있었다.

또한, 수검률도 전반적으로 낮은 것으로 확인된다. 2018년 기준으로 의료급여 수급권자 대상 노인건강진단 사업을 실시하고 있는 지자체의 진단 대상자는 총 8만 3,439명이었으나 진단을 받은 사람은 2만 5,257명으로 수검률이 30.3%에 그쳤다.

[지자체 노인건강진단 실시 현황]

(단위: 명, %)

구분	2014			2018		
	대상자	수검자	수검률	대상자	수검자	수검률
합계	68,102	23,492	34.5	83,439	25,257	30.3
서울	42,512	14,005	32.9	52,238	16,730	32.0
부산	6,027	621	10.3	6,165	532	8.6
대구	-	-	-	-	-	-
인천	1,438	828	57.6	14,226	5,334	37.5
광주	781	786	100.6	674	674	100.0

59) 현행 건강검진 제도는 「건강검진기본법」에 따라 건강검진기관으로 지정된 기관에서만 수행하도록 되어 있다.

60) 감사원 역시 2018년 국가건강검진 체계 및 관리 실태에 대한 감사에서 이를 지적하고 있다.

(단위: 명, %)

구분	2014			2018		
	대상자	수검자	수검률	대상자	수검자	수검률
대전	469	397	84.6	449	321	71.5
울산	129	109	84.5	-	-	-
세종	-	-	-	-	-	-
경기	-	-	-	-	-	-
강원	1,946	389	20.0	629	102	16.2
충북	-	-	-	-	-	-
충남	1,489	172	11.6	806	5	0.6
전북	2,550	1,737	68.1	1,200	1,006	83.8
전남	3,626	3,555	98.0	221	173	78.3
경북	-	-	-	-	-	-
경남	1,001	684	68.3	487	270	55.4
제주	6,134	209	3.4	6,344	110	1.7

자료: 각 시·도 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 같이 건강검진에 대한 만 65세 이상 의료급여 수급권자의 접근성에 지역별 격차가 있으므로 정부는 형평성을 제고할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 정부는 먼저 노인 의료급여 수급권자의 건강과 건강검진 간의 관계를 면밀히 파악할 필요가 있다. 그런 다음 현행 만 66세 이상 생애전환기 검진을 보강하여 실시하거나 또는 지자체가 만 65세 이상 의료급여 수급권자에 대한 건강진단을 필수적으로 실시하도록 하는 등 다각도의 방안을 모색해야 한다. 최종적으로 의료급여 수급권자 노인의 건강 증진의 측면에서 효과성이 높은 정책 대안을 선택해야 할 것이다.

(3) 노인건강관리 사업 분석: 지역별 형평성 제고 필요

정부가 노인건강관리사업을 통해 추진하고 있는 노인실명예방관리, 전립선질환예방관리, 노인무릎관절수술비 지원 등의 지역별 형평성을 제고할 필요가 있다.

정부는 2003년부터 노인실명예방관리 사업을 실시하고 있으며, 2008년부터는 전립선질환예방관리 사업을, 2015년부터는 노인무릎관절수술비 지원 사업을 추진하고 있다. 이상의 사업은 2018년 「노인복지법 시행령」 개정을 통해 지원 근거를 마련하기는 하였으나 2014년~2018년 5년 간의 지원액이 201억원으로 동일 세부사업 내의 치매치료 관리비와 비교하면 상대적으로 규모가 작은 실정이다.

[노인건강관리 사업의 내역사업별 재정투입 현황]

(단위: 백만원, %)

사업명	2014	2015	2016	2017	2018	'14~'18		2019	비율
						합계	비율		
노인건강관리	13,972	16,542	17,427	17,232	19,596	84,769	100.0	19,596	100.0
치매관리사업	12,579	12,446	12,636	12,641	14,334	64,636	76.2	14,334	73.1
노인실명예방관리	1,193	1,896	1,662	1,762	2,070	8,583	10.1	2,070	10.6
전립선질환예방관리	200	200	200	200	200	1,000	1.2	200	1.0
노인무릎관절 수술비 지원	0	2,000	2,929	2,629	2,992	10,550	12.4	2,992	15.3

주: 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 예산 기준
 자료: 보건복지부

그런데 2014년부터 2018년까지 5년 간의 지원 규모를 살펴보면 지역별로 편차가 큰 것으로 나타나고 있다. 동 기간 개안수술비 지원의 경우 서울은 4,694명에게 지원한 반면, 세종의 지원 인원은 20명, 울산은 52명에 그쳤다. 무릎관절수술비 지원도 서울에 가장 많은 인원(1,245명)이 지원되는데 반해, 세종(22명)과 울산(31명)의 지원 인원이 가장 낮았다. 동 사업이 저소득층을 대상으로 한다는 점에서 저소득층 인구와의 비교를 위해 각 지역의 2018년도 말 사업 대상 연령대의 기초생활보장 수급자 대비 사업 지원 인원의 비율을 살펴보면 개안수술비 지원은 광주의 경우 기초생활보장 수급자 인원의 13.3%의 인원이 지원을 받은 반면, 충북은 기초생활보장 수급자 인원의 0.5% 규모에 대해서만 지원이 이루어졌다. 무릎관절수술비 지원은 부산의 경우 기초생활보장 수급자 인원의 19.6%가 지원을 받았으나, 세종의 경우 그 수치가 0.1%에 불과했다.

[개안수술비 지원 및 무릎관절수술비 지원 현황(2014~2018년)]

(단위: 명, %)

구분	개안수술비 지원		무릎관절수술비 지원	
	지원인원 (2014~2018)	기초생보 수급자 대비 비율	지원인원 (2015~2018)	기초생보 수급자 대비 비율
합계	18,025	2.9	5,755	1.1
서울	4,694	4.3	1,245	1.4
부산	909	1.4	264	19.6
대구	737	1.9	183	1.3
인천	400	1.1	320	1.6
광주	2,642	13.3	72	0.4
대전	151	0.8	137	1.9
울산	52	0.6	31	0.2
세종	20	1.2	22	0.1
경기	2,994	2.8	1,026	2.0
강원	751	2.9	317	0.4
충북	98	0.5	541	9.2
충남	587	2.5	182	0.6
전북	323	0.9	262	1.0
전남	1,222	3.7	534	1.9
경북	1,071	2.6	283	0.9
경남	786	1.9	253	0.8
제주	588	8.2	83	0.2

주: 개안수술은 사업 대상자인 60세 이상, 무릎관절수술은 사업 대상자인 65세 이상에 대응하도록 해당 연령대 기초생활보장 수급자 수(2018년 말 기준)를 적용하여 계산함
 자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

안검진과 전립선검진도 마찬가지로 지역별 지원 규모에 차이가 나타나고 있다. 안검진의 경우 2014년부터 2018년까지 5년 간 최대 40회 검진을 제공한 곳이 있는가 하면 5년 동안 단 1차례만 검진을 실시한 지역도 있다. 전립선검진은 5년 간 단 1차례도 검진이 제공되지 않은 시·도가 6개나 있었다.

[안 검진 및 전립선 검진 추진 현황(2014~2018년)]

(단위: 회, 명, %)

구분	안검진			전립선검진		
	검진횟수	실검진인원	비율	검진횟수	실검진인원	비율
합계	313	55,398	100.0	118	24,926	100.0
서울	33	5,788	10.4	69	11,655	46.8
부산	9	1,385	2.5	6	992	4.0
대구	3	526	0.9	0	0	0
인천	10	1,967	3.6	2	376	1.5
광주	8	1,515	2.7	0	0	0
대전	2	326	0.6	0	0	0
울산	1	206	0.4	1	470	1.9
세종	0	0	0	0	0	0
경기	37	6,527	11.8	15	2,445	9.8
강원	36	5,924	10.7	3	1,644	6.6
충북	11	2,578	4.7	1	696	2.8
충남	25	4,414	8.0	3	2,652	10.6
전북	23	4,005	7.2	0	0	0
전남	25	4,392	7.9	2	1,557	6.2
경북	36	6,849	12.3	14	1,595	6.4
경남	40	6,999	12.6	2	844	3.4
제주	14	1,997	3.6	0	0	0

주: 검진횟수 및 실검진인원은 모두 2014년~2018년의 5년 간에 대한 추진 현황임

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

정부는 이와 같이 지역별로 지원 규모의 편차가 크므로 지원의 형평성을 제고할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다. 특히 지원 예산 규모가 제한적이므로 정책 대상을 도서지역 거주자나 최빈곤층 등으로 보다 특성화하는 방안 등을 다각도로 모색할 필요가 있다.

(4) 자살예방 사업 분석: 체계적이고 적극적인 지원방안 마련 필요

노인의 자살률이 타 연령대에 비해 높고 해외 주요 국가보다도 높게 나타나고 있으며, 신체 및 정신 건강에 의한 자살 비중이 높은 것으로 나타나므로 이에 초점을 둔 적극적인 지원방안을 마련할 필요가 있다.

정부는 노인자살예방을 위하여 자살예방 교육과 관계형성 지원 등의 사업을 추진하고 있다. 일례로 「제3차 저출산·고령사회 기본계획(수정계획)(2018~2022)」은 노인의 자살 예방을 위하여 민관협력 사업 집중 추진, 고위험군 발굴, 초기 독거노인 및 은둔형 독거노인에 대한 지역사회 관계형성 지원, 자살시도자 응급실 사례관리를 강화 등의 계획을 담고 있다. 또한, 「제2차 독거노인 종합지원대책(2018~2022)」 역시 위기취약 독거노인에 대한 안전서비스 강화 차원에서 은둔형 독거노인 대상 전문 사례관리를 강화하겠다는 계획을 밝히고 있다.

그런데 정부가 추진 중인 사업의 규모가 크지 않아 예방 효과를 기대하기 어려운 실정이다. 저출산·고령사회 기본계획에서 관리하고 있는 민관협력 자살예방사업은 자살 예방을 위한 지역협력체계를 구축하고 자살예방 생명지킴이 교육과 사례발굴 등을 실시하는 등의 내용으로 추진되고 있다. 그러나 민간 사업수행기관을 공모하여 단년도로 진행되는 사업이며 수행기관 당 약 1억원 내외를 지원하고 있어 지원 규모가 크지 않다. 더욱이 노인과 관련된 사업은 2017년과 2018년에 각각 2억원과 3억원 규모로 수행된 것이 전부이다.⁶¹⁾

또한, 독거노인의 관계형성을 지원하는 독거노인 사회관계활성화 사업도 2018년 기준으로 1만 5,965명이 대상자로 발굴되었으나 실제 독거노인사회관계 활성화 사업에 참여한 사람은 3,656명에 그치는 등 그 규모가 작은 실정이다.⁶²⁾ 한편, 「자살예방 및

61) 민관협력 자살예방사업 중 빈곤계층 밀집지역 노인자살예방 분야의 사업은 아래와 같다. 2019년은 5월 말 기준으로 특정 분야를 구분하지 않고 공모를 진행중이며 5~6개 기관을 선정하여 기관당 최대 5천만원을 지원할 계획이다.

[빈곤계층 밀집지역 노인자살예방 분야 사업 추진 실적]

연도	사업 수행 기간	지원액	사업 수행 대상 지역
2017	9~12월(4개월)	1억원	2개 시군구(서울 강북구·성북구)
	9~12월(4개월)	1억원	2개 시군구(서울 동대문구·중랑구)
2018	7~12월(6개월)	1억 7천만원	2개 시군구(서울 강북구·성북구)
	7~12월(6개월)	1억 3천만원	7개 시군구(인천 중구·동구, 안산시 상록구·단원구, 전남 목포·순천·나주)

자료: 보건복지부

62) [독거노인 사회관계 활성화 사업 추진 실적(2018년)]

(단위: 명)

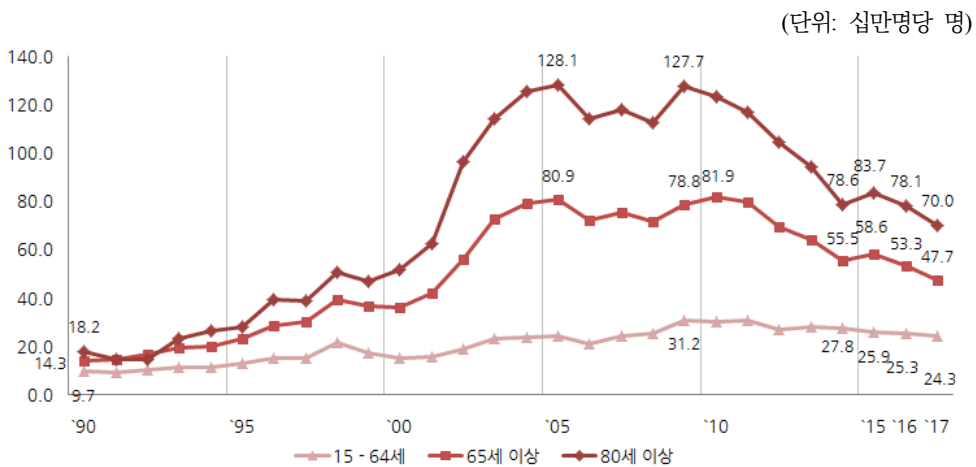
합계	대상자 발굴			독거노인사회관계 활성화 참여자	우울증 검사(연계) 인원
	은둔형 고독사 위험군	우울증 자살 고위험군	관계위축집단		
15,965	900	11,688	3,377	3,656	3,243

자료: 보건복지부

생명존중문화 조성을 위한 법률」에 따라 설치된 중앙·광역·기초자살예방센터는 자살예방 생명지킴이를 양성하고 자살예방 홍보 등의 사업을 추진하고 있기는 하지만 노인 특화사업을 개발하여 운영하지는 않고 있는 실정이다.⁶³⁾

정부는 노인의 자살률이 타 연령보다 높고, OECD 국가와 비교했을 때 그 수준이 심각하다는 점을 감안하여 노인에 대한 체계적인 지원을 마련할 필요가 있다. 우리나라 만 65세 이상 노인 중 자살로 사망한 사람은 2010년 기준 십만명당 81.9명에 달하였으나 이후 감소 추세를 보이며 2017년 십만명당 47.7명으로 나타났다. 그러나 이는 65세 미만 십만명당 사망자(24.3명) 수준 보다 높은 수치이며, 특히 80세 이상 노인의 경우 십만명당 70명이 자살로 사망하는 것으로 나타나고 있다.

[자살에 의한 사망 현황]



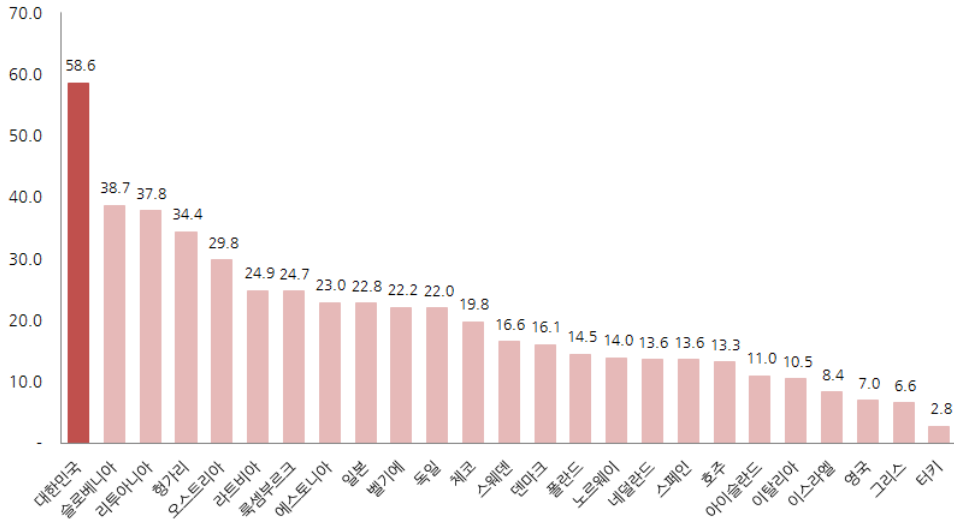
자료: 통계청, 「사망원인통계」

이러한 상황은 OECD 국가 중 가장 심각한 수준인 것으로 확인된다. OECD 회원국 중 2015년 65세 이상 노인 자살 및 인구 자료가 제시된 25개 국가를 비교해보면, 우리나라의 노인 자살률은 인구 십만명당 58.6명으로 1위로 나타난다. 이는 2위인 슬로베니아(인구 10만명당 38.7명)와도 큰 차이인 것으로 확인된다.

63) 「자살예방 및 생명존중문화 조성을 위한 법률」에 따른 자살예방센터의 역할은 자살 관련 상담, 자살 위기 상시현장출동 및 대응, 자살시도자 사후관리, 자살자의 유족 지원 및 관리, 자살예방 홍보 및 교육, 자살예방 전문 인력 양성 등이다. 2019년 5월 기준으로 전국에 중앙자살예방센터는 1개소, 광역 자살예방센터는 9개가 설치되어 있으며, 전국 시군구 단위 총 228개 기초정신건강복지센터 중 총 26개 센터 안에 기초자살예방센터가 설치되어 운영되고 있다.

[OECD 국가 노인 자살 현황(2015년 기준)]

(단위: 십만명당 명)



주: 1. 국제질병분류(International Classification of Diseases (ICD-10)) 중 고의적 자해(Intentional self-harm) 코드(X60~X84)를 적용하여 계산함
 2. OECD 국가 중 2015년 기준 자료가 있는 국가로 한정하여 제시함
 자료: WHO mortality database 원자료를 바탕으로 재작성

이와 같이 노인의 자살률이 높은 것의 주된 원인은 신체건강 문제인 것으로 나타나고 있다. 정부가 2013년부터 2017년 발생한 자살사망자에 대하여 2018년부터 수행하고 있는 전수조사⁶⁴⁾ 중 2019년 3월까지 조사가 완료된 지역의 자살 원인을 살펴보면, 정신 건강에 의한 자살 비율은 노인과 비노인을 불문하고 높게 나타나고 있다. 그런데 65세 이상 노인의 경우 65세 미만과 달리 신체 건강에 의한 자살이 가장 빈번한 원인 것으로 나타나고 있다(모든 지역에서 40% 이상). 따라서 정부는 이러한 상황을 감안하여 노인자살 예방을 위하여 실질적으로 노인의 신체적·정신적 고통을 완화를 지원하는 사업을 함께 개발할 필요가 있다.

64) 동 사업은 보건복지부의 자살예방 및 지역정신보건사업 중 심리부검체계구축 사업을 통해 2018~2019년 2년에 걸쳐 진행되는 사업이다.

[5개 지역의 자살사망원인 현황]

(단위: %)

구분	지역	직업 문제	경제 문제	가족 관계	대인 관계	신체 건강	정신 건강	기타	미상
65세 미만	서울	6.8	25.1	8.0	5.9	7.1	40.0	2.6	4.7
	대전	5.5	27.3	8.4	8.0	5.5	40.8	1.3	3.4
	세종	7.3	14.6	17.1	0.0	7.3	48.8	0.0	4.9
	충남	5.4	26.3	12.6	7.8	7.3	35.5	0.8	4.3
	제주	4.4	26.5	10.6	8.8	4.4	35.4	1.8	8.0
65세 이상	서울	0.4	6.2	8.0	1.1	41.9	38.6	0.9	2.9
	대전	0.0	4.5	10.2	0.0	40.9	42.0	0.0	2.3
	세종	0.0	0.0	0.0	0.0	57.1	42.9	0.0	0.0
	충남	0.0	3.8	9.9	0.5	50.5	33.5	0.0	1.6
	제주	2.0	2.0	12.2	0.0	42.9	36.7	2.0	2.0

주: 2013~2017년 사망자 대상 조사 결과임

자료: 보건복지부

가. 현황

(1) 주요 사업 현황

정부는 거동이 불편하거나 경제적·사회적으로 취약한 독거노인에게 건강 상태 점검과 필요에 따라 돌봄서비스를 제공하는 사업을 추진하고 있다. 그중 노인돌봄종합서비스는 만 65세 이상의 노인 중 노인장기요양등급 외 판정을 받은 사람을 주 대상으로 하며, 가사 등 방문서비스와 주간보호서비스 등을 제공한다. 단기가사는 독거노인이나 만 75세 이상의 고령 노인(부부가구) 중 골절이나 수술 등으로 단기간 돌봄이 필요한 사람에게 방문 가사지원을 제공하는 사업이다.

또한, 정부는 노인 1인가구의 증가와 노인 빈곤 및 고독사 등의 문제를 방지하기 위하여 독거노인을 지원하는 돌봄 사업을 추진하고 있다. 그중 노인돌봄기본서비스는 「노인복지법」에 근거하여 독거노인의 보호 차원에서 추진되고 있는 사업으로, 만 65세 이상 독거노인을 대상으로 안전확인, 생활교육, 서비스연계 등을 제공한다. 독거노인사회관계 활성화 사업은 고독사 또는 자살 고위험군 독거노인을 대상으로 관계활성화 프로그램 제공하는 사업이다.

[노인돌봄 주요 사업 내용 및 대상]

지원사업	사업 내용	사업 대상
노인돌봄종합	○ 가사·활동지원서비스, 주간보호서비스 제공	○ 노인장기요양등급 외 판정을 받은 만 65세 이상 노인 중 가구소득이 기준 중위소득 160% 이하 ○ 시군구청장이 인정하는 장애 1~3등급 및 중증질환자 중 차상위계층 이하
노인단기가사서비스	○ 가사·일상생활 지원 및 신변·활동지원	○ 가구소득이 기준 중위소득 160% 이하 만 65세 이상 독거노인 또는 75세 이상 고령부부 노인가구 중, 최근 2개월 이내 골절(관절증, 척추병증 포함) 또는 중증질환 수술로 단기 돌봄이 필요한 자
노인돌봄기본	○ 안부확인, 생활교육, 복지서비스 연계 등	○ 만 65세 이상 독거노인

지원사업	사업 내용	사업 대상
독거노인사회 관계 활성화	○ 전문상담, 집단활동 프로그램, 자조모임, 봉사 활동 등	○ 가족·친구·이웃 등과의 접촉이 거의 없어 고독사 및 자살 위험이 높은 독거노인 (65세 이상)
지역사회 통합돌봄	○ 살던 곳에서 생활을 이어나가며 다양한 돌봄서비스를 통합적으로 이용할 수 있도록 지원	○ 노인·장애인·정신질환자

주: 2019년 기준

자료: 각 사업 설명자료를 바탕으로 재작성

한편, 정부는 2019년부터 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 선도사업을 추진하고 있다. 동 사업은 노인·장애인·정신질환자를 대상으로 본인이 살던 곳에서 생활을 이어나가며 다양한 돌봄서비스를 통합적으로 이용할 수 있도록 지원하는 사업이다. 노인을 대상으로 하는 선도사업은 당초 8개 기초자치단체에서 실시할 계획을 수립하여 6월부터 사업을 시작하였고, 2019년 말까지 8개 지역에서 추가로 실시할 계획이다.

(2) 재정투입 현황

노인돌봄 분야 재정지원 사업의 재정 현황을 살펴보면, 2014년 1,503억원이 투입되었고 매년 투입 재정 규모가 증가하다가 2019년 예산에 2,624억원이 편성되어 동 기간 연평균 11.8% 증가율을 보였다. 동 기간 재정투입 증가율이 가장 높은 사업은 노인돌봄기본사업으로 연평균 20.3% 증가하였다. 반면, 단기가사서비스는 2014년 17억원이 투입되었으나 2017년부터 감소하여 2019년 본예산에는 5억원이 편성되었다.

[노인돌봄 분야 지원 사업 재정 추이(2014~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	내역사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
합 계		150,272	148,906	168,663	180,114	209,420	262,394	11.8
사례관리 전달체계개선	노인돌봄기본사업*)	52,713	61,129	69,951	78,511	100,475	132,610	20.3

(단위: 백만원, %)

사업명	내역사업명	2014	2015	2016	2017	2018	2019	연평균 증가율
노인돌봄 서비스	노인돌봄종합서비스	85,094	74,234	79,875	85,488	93,882	105,591	4.4
	단기가사서비스	1,743	2,363	2,363	626	499	491	△22.4
	독거노인사회관계활성화	2,520	2,650	2,670	2,670	2,680	3,853	8.9
	초기 독거노인 자립 지원	0	0	0	0	0	335	순증
	독거노인종합지원센터 운영지원	1,025	1,048	1,283	1,437	1,504	1,955	13.8
	노인 돌봄서비스 운영	169	270	160	167	168	171	0.2
커뮤니티케어 선도사업추진	노인 커뮤니티 케어 추진	0	0	0	0	0	6,393	순증
독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스		7,003	7,212	12,361	11,215	10,212	10,995	9.4

주: 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

*) 노인돌봄기본사업은 2014~2017년 노인돌봄서비스 사업의 내역사업이었음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

2019년 기준으로 예산규모가 가장 큰 사업은 노인돌봄기본사업으로 1,326억원이 편성되었는데, 이는 전년대비 321억원(32%) 증가한 것이다. 그다음으로 노인돌봄종합서비스에 1,056억원이 편성되었다. 2018년 결산액 대비 2019년 예산액의 증가율이 가장 높은 사업은 독거노인사회관계활성화 사업으로 2019년에 39억원이 편성되어 전년 결산액 대비 43.8% 증가된 것으로 확인된다.

[노인돌봄 분야 지원 사업 예·결산 현황(2018~2019년)]

(단위: 백만원, %)

사업명	내역사업명	2018		2019	증감	
		예산	결산(A)	예산(B)	B-A	(B-A)/A
합 계		209,217	209,420	262,394	52,974	25.3
사례관리 전달체계 개선	노인돌봄기본사업	100,475	100,475	132,610	32,135	32.0
노인돌봄 서비스	노인돌봄종합서비스	93,882	93,882	105,591	11,709	12.5
	단기가사서비스	499	499	491	△8	△1.6
	독거노인사회관계활성화	2,680	2,680	3,853	1,173	43.8
	초기 독거노인 자립 지원	0	0	335	335	순증
	독거노인종합지원센터 운영지원	1,504	1,504	1,955	451	30.0
	노인 돌봄서비스 운영	171	168	171	3	1.8

(단위: 백만원, %)

사업명	내역사업명	2018		2019 예산(B)	증감	
		예산	결산(A)		B-A	(B-A)/A
커뮤니티케어 선도사업 추진	노인 커뮤니티 케어 추진	0	0	6,393	6,393	순증
	독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스	10,006	10,212	10,995	783	7.7

주: 2018년 예산은 추경포함이며, 2019년은 본예산 기준임
 자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

나. 분석 의견

(1) 노인돌봄종합서비스 사업 분석: 서비스 수요 파악 및 재가서비스와 비용 체계 조정 필요

첫째, 노인장기요양보험 등급외자 중 노인돌봄종합서비스를 이용할 수 없는 노인에 대한 돌봄 수요를 파악하여 적절한 지원을 마련할 필요가 있다.

노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험이 시작되기 전인 2007년에 도입되었고, 2008년 7월부터 노인장기요양보험이 시작되면서 노인장기요양보험의 등급판정체계를 활용하여 장기요양등급 외 A, B를 받은 노인에게 서비스를 제공하고 있다. 2019년 기준으로 기준 중위소득의 160% 이하 노인을 대상으로 한다.

2018년 기준 노인돌봄종합서비스 이용자는 4만 9,512명으로 장기요양 등급 외 A, B를 받은 14만 7,308명 대비 33.6%가 이용한 것으로 확인된다. 이는 2014년의 31.9%보다 1.7%p 증가한 것이다.

[노인장기요양 등급 외 및 노인돌봄종합서비스 이용자 현황]

(단위: 명, %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018
노인돌봄종합서비스 이용자 (X)	46,759	43,428	44,293	47,686	49,512
장기요양 등급 외 A, B (Y)	146,472	148,502	146,763	149,735	147,308
X/Y	31.9	29.2	30.2	31.9	33.6

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

장기요양보험과 달리 노인돌봄종합서비스는 소득기준을 이용한다는 점에서 직접적으로 이용률의 수준을 판단할 수는 없으나 노인돌봄종합서비스 이용자 비율이 2018년 기준 33.6%이므로 서비스 이용률이 높다고 할 수 없다. 따라서 정부는 장기요양등급 외 A, B 판정을 받은 노인 중 소득기준을 충족함에도 불구하고 노인돌봄종합서비스를 이용하지 않는 것에 대한 원인을 파악할 필요가 있다. 장기요양등급 판정을 신청했다는 것은 돌봄에 대한 수요가 있어 장기요양보험에 신청했다는 것을 의미하기 때문에 돌봄 수요가 있으나 비용 등의 이유로 노인돌봄종합서비스를 이용하지 못했을 가능성이 있다. 이러한 원인 파악을 통하여 사업의 개선 방안을 마련해 나갈 필요가 있다.

또한, 장기요양등급 외 A, B 판정을 받은 노인 중 소득기준이 충족되지 않아 서비스를 이용하지 못하는 노인들에 대한 돌봄 수요도 파악할 필요가 있다. 장기요양보험을 제외하고 정부가 제공하는 노인 돌봄 사업은 소득기준을 적용하고 있기 때문에 소득 수준이 기준보다 높은 경우 이용할 수 있는 돌봄 지원이 없는 실정이다. 그러나 돌봄수요가 반드시 소득에 비례한다고 할 수 없으며 소득 수준이 높아도 장기요양보험제도를 이용하려는 수요가 있다는 점에서 이들의 돌봄 수요를 살펴볼 필요가 있다. 이를 바탕으로 장기적으로 본인부담금에 차등을 두는 등의 방식을 통해 이들을 지원할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

둘째, 일부 저소득층의 경우 노인돌봄종합서비스 이용 비용이 노인장기요양 재가서비스 이용 비용보다 높으므로 두 사업 간 비용 산정 체계의 합리성과 타당성을 제고할 필요가 있다.

노인돌봄종합서비스와 노인장기요양의 재가서비스는 제공되는 서비스의 내용 측면에서 유사한 측면이 있다. 노인돌봄종합서비스의 방문 및 단기가사 서비스는 노인돌보미가 가정에 방문하여 신체활동과 가사활동 등을 제공한다는 측면에서 노인장기요양의 방문요양급여와 유사하다. 또한, 노인돌봄종합서비스의 주간보호와 노인장기요양의 주·야간보호급여 역시 하루 중 일정시간 동안 노인을 시설에서 보호한다는 측면에서 유사하다. 이에 보건복지부는 노인돌봄종합서비스를 제공하는 대부분의 기관이 장기요양 재가급여 기관이라고 설명하고 있다.

[노인돌봄종합서비스와 노인장기요양 재가급여 비교]

노인돌봄종합서비스		노인장기요양	
방문 서비스	식사·세면도움, 옷 갈아입히기, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출동행, 생필품 구매, 청소·세탁 등 서비스 제공	방문 요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체 활동 및 가사활동 등을 지원
단기 가사	식사도움, 옷 갈아입히기, 외출동행, 취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등		
주간 보호	심신기능 회복서비스(여가, 물리치료·작업치료·언어치료 등의 기능 훈련), 급식 및 목욕, 노인 가족에 대한 교육 및 상담 등의 주간보호서비스 제공	주·야간 보호	하루 중 일정 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 목욕, 식사, 기본간호, 치매관리, 응급서비스 등 제공

자료: 각 사업 설명자료를 바탕으로 재작성

그런데 노인돌봄종합서비스가 기준 중위소득 160% 이하인 노인을 대상으로 함에도 불구하고 일부 소득계층에 대하여 본인부담금은 더 높은 실정이다. 노인돌봄종합서비스는 소득수준 구간 별로 본인부담금에 차등을 두고 있는데, 2019년 기준으로 월 27시간 이용 시 본인부담금은 소득수준 구간별로 무료~7만 3,000원이며, 월 36시간 이용 시 본인부담금은 8,280원~9만 7,000원이다. 장기요양 재가급여의 경우 본인부담금은 급여비용의 15%로 방문요양을 120분씩 9일 이용하는 경우 본인부담금은 4만 9,572원이며, 12일 이용 시 6만 6,096원이다. 주야간보호는 하루에 3~6시간씩 9일 이용하면 본인부담금이 3만 5,775원, 12일 이용하면 4만 7,700원이다. 여기에 장기요양보험제도를 이용하는 저소득층은 본인부담금의 60% 또는 40%를 감경받는다.⁶⁵⁾

65) 직장가입자(피부양자 포함) 중 보험료 순위가 25% 이하이거나 지역가입자 중 재산이 일정기준 이하 인자는 본인일부부담금의 60%를 감경받으며, 직장가입자(피부양자 포함) 중 보험료 순위가 25% 초과 50% 이하이거나 지역가입자 중 재산이 일정기준 이하인자는 40%를 감경받는다.

[노인돌봄종합서비스 및 장기요양보험 서비스 비용 비교]

(단위: 원)

구분		서비스가격	정부지원금	본인부담금	
노인 돌봄 종합	월 27시간 (9일)	중위소득 140%이상 ~ 160%이하	349,920	276,920	73,000
		중위소득 120%이상 ~ 140%미만		292,920	57,000
		기준중위소득 120%미만		308,920	41,000
		차상위 계층		331,920	18,000
		기초생활수급자		349,920	무료
	월 36시간 (12일)	중위소득 140%이상 ~ 160%이하	466,560	369,560	97,000
		중위소득 120%이상 ~ 140%이하		389,560	77,000
		기준 중위소득 120%미만		412,560	54,000
		차상위 계층		442,560	24,000
		기초생활수급자		458,280	8,280
구분		급여비용	공단부담금	본인부담금	
장기 요양 (5등급, 인지 지원)	5등급 월 한도		980,500	833,426	147,074
	인지지원 월 한도		551,800	469,030	82,770
	월 9일	방문요양 120분*9일	330,480	280,908	49,572
		주야간보호 3시간~6시간*9일	238,500	202,725	35,775
	월 12일	방문요양 120분*12일	440,640	374,544	66,096
		주야간보호 3시간~6시간*12일	318,000	270,300	47,700

자료: 보건복지부

이러한 차이가 노인 질병의 증증도에 따른 차이에서 기인한 것으로 보기 어려운데, 노인돌봄종합서비스는 노인장기요양 등급 외인 사람을 대상으로 하지만 장애1~3등급 또는 중증질환자 등 시군구에서 인정한 사람도 이용할 수 있기 때문이다. 이와 같이 노인돌봄종합서비스의 일부 소득구간의 경우 본인부담액이 장기요양보험보다 높은 상황으로 소득계층별 비용 산정에 불합리가 발생하지 않도록 단가를 재정비할 필요가 있다.

(2) 노인돌봄기본서비스 사업 분석: 사업의 효과성 제고를 위한 현황조사 체계 개선

노인돌봄기본서비스를 제공하는 생활관리사는 실제 서비스 제공보다 현황조사 업무가 과다한 것으로 나타나고 있으므로 서비스 제공의 효과성 제고 측면에서 현황조사 체계의 개편 방안을 마련할 필요가 있다.

노인돌봄기본서비스는 서비스를 제공하는 생활관리사가 대상자 발굴을 위해 배정된

현황조사 대상자 가구를 직접 방문하여 현황조사를 실시하도록 하고 있다. 생활관리사의 현황조사가 끝나면 그 결과를 바탕으로 서비스관리자가 판정기준에 따라 점수화한 후 시군구에 서비스 제공이 필요한 노인으로 추천하게 된다. 시군구는 추천된 노인 중 서비스 이용 신청을 한 노인에 대하여 자격을 심사한 후 최종 서비스 제공 대상자를 선정한다.

[노인돌봄기본서비스 서비스 제공 과정]

구분	① 현황조사	② 추천	③ 사업대상자 선정
업무 담당자	생활관리사	서비스관리자	시군구
업무 수행 방법	직접 방문하여 현황조사카드 작성	판정점수 부여하여 대상자 추천	중복 불가 서비스 수혜자 제외 등 자격 심사 후 사업대상자 선정

자료: 보건복지부

그런데 2019년 3월 기준으로 현황조사 대상자와 서비스 이용자, 생활관리사 현황을 살펴보면, 생활관리사가 1인당 서비스를 제공하는 인원보다 현황조사 인원이 더 많은 것으로 나타나고 있다. 2019년 실제 현황조사 대상자는 전국 합계 약 164만명이며 서비스를 제공한 생활관리사는 1만 1,222명으로 한 해 동안 생활관리사 1인당 평균 146명을 조사해야 하는 것으로 나타났다. 이와 달리 서비스 이용자는 약 29만명으로 생활관리사 1인당 서비스를 제공하는 인원은 평균 26명이었다.

[노인돌봄기본서비스 현황조사 및 서비스 이용 현황]

(단위: 명)

구분	현황조사 대상자 (지자체 등록)	실 현황조사 대상자	서비스 이용자	생활관리사	생활관리사 1인당 연간 현황조사 인원	생활관리사 1인당 서비스 제공 인원
합계	2,041,607	1,635,896	291,600	11,222	146	26
서울	330,034	236,526	29,734	1,128	210	26
부산	155,594	127,616	19,461	753	169	26
대구	91,987	77,202	13,123	498	155	26
인천	92,286	69,192	8,487	329	210	26
광주	47,310	34,792	6,865	249	140	28
대전	46,424	39,479	8,482	356	111	24
울산	30,339	22,218	4,329	173	128	25
세종	6,648	4,620	845	37	125	23
경기	365,289	270,646	40,817	1,597	169	26
강원	86,071	74,161	13,701	513	145	27
충북	76,747	67,193	13,090	526	128	25
충남	106,069	90,380	16,722	665	136	25

(단위: 명)

구분	현황조사 대상자 (지자체 등록)	실 현황조사 대상자	서비스 이용자	생활관리사	생활관리사 1인당 연간 현황조사 인원	생활관리사 1인당 서비스 제공 인원
전북	111,312	99,114	20,049	760	130	26
전남	141,481	122,450	32,999	1,235	99	27
경북	166,936	139,129	31,807	1,168	119	27
경남	159,512	138,940	25,574	1,059	131	24
제주	27,568	22,238	5,515	213	104	26

주: 2019년 3월 기준

자료: 보건복지부

보건복지부가 발간한 ‘2019년 노인돌봄서비스 사업안내’ 지침에 따르면 서비스 제공 대상자는 생활관리사 1명당 평균 25명 내외로 배정하도록 되어 있어 현행 생활관리사 1인당 서비스 제공 인원은 지침 기준으로 적정하다고 볼 수 있다. 그러나 현황조사 대상자에 대해서는 생활관리사가 매년 전수조사를 하도록 되어있기 때문에 업무가 과다할 가능성이 있다.⁶⁶⁾ 보건복지부는 2018년에 현황조사를 위한 지원 인력을 예비비로 단기간(2개월) 충원하는 등 생활관리사의 업무 경감을 위한 추가조치를 취하기도 하였다. 그러나 이것은 단기적 방안일 뿐 장기적으로 추진하기에 바람직하지 않다.

생활관리사의 현황조사 업무가 과다한 경우 실제 동 사업이 지원하고자 하는 독거노인에 대한 안전확인, 생활교육, 서비스 연계 등의 서비스 제공의 질이 하락할 가능성이 있다. 따라서 정부는 현황조사 체계의 효과성을 제고하기 위하여 읍면동 보건복지전담팀이나 방문건강관리 등 취약계층을 직접 찾아가서 복지서비스를 제공하는 타 사업과의 연계 방안을 검토하는 등 개편 방안을 마련할 필요가 있다.⁶⁷⁾ 이를 통해 생활관리사의 업무 과다를 방지하는 한편, 본래 제공하고자 했던 서비스를 내실있게 전달하는 등 서비스 질의 제고를 위해 노력해야 할 것이다.

66) 현황조사 대상자는 시군구가 만 65세 이상 독거노인 중 국민기초생활수급자나 기초연금 수급자로 명단을 확정한다.

67) 방문건강관리 사업의 경우 건강 취약계층을 대상으로 하고 있으며, 전체 이용자 중 65세 이상 노인이 84.9%로 비노인 이용자보다 많다.

[방문건강관리 사업 이용자 현황(2018년)]

(단위: 명, %)

구분	합계	65세 미만	65세 이상	
				80세 이상
이용자 수	1,315,633	198,437	1,117,196	369,355
(비율)	(100.0)	(15.1)	(84.9)	(28.1)

자료: 보건복지부

(3) 지역사회 통합돌봄(커뮤니티케어) 사업 분석: 사업 추진의 효율성 제고 필요

대상자 발굴 및 사례관리 대상을 확대하고 기존 사업을 체계화하여 활용하는 방안을 모색하여 사업을 효율적으로 추진할 필요가 있다.

정부는 돌봄이 필요한 사람이 자신이 살던 곳에서 생활을 이어가며 지역사회를 기반으로 필요한 영양·돌봄·보건의료 등의 서비스를 제공받을 수 있도록 하는 커뮤니티케어(지역사회 통합돌봄) 선도사업을 추진하고 있다. 동 사업은 2019년부터 신규 추진되는 사업으로, 선도사업 추진 지역으로 선정된 지자체에서 노인, 장애인, 정신질환자, 노숙인 등의 대상별 케어모델 시범사업을 추진하는 것을 내용으로 한다. 그중 노인 케어 모델은 지역에서 노인의 필요에 따른 재가 돌봄서비스, 건강관리, 주거 등을 제공하여 병원이나 요양시설이 아닌 자신이 살던 집에서 건강하게 살 수 있도록 돕는 것(노년기 지역사회 계속 거주[AIP; Aging in Place])를 목표로 한다. 노인을 위한 시범사업은 총 5개 지자체에서 2019년 6월부터 시행되었으며, 2019년 말까지 추가 8개 지자체에서 추진할 예정이다.⁶⁸⁾

동 사업의 서비스 전달체계 모형을 보면, 발굴과 사례관리⁶⁹⁾ 기능이 중요한 것으로 나타나고 있다. 이 중 읍면동 단위에 운영하는 케어안내창구는 돌봄이 필요한 사람에 대한 서비스 수요 조사와 서비스 안내 및 신청 등을 실시해야 한다. 또한, 시군구 단위에서 운영되는 지역케어회의는 대상자의 종합적인 니즈를 파악하고 지원 계획을 작성하며, 심층 사례관리와 서비스 연계를 실시하도록 되어있다.

68) 1차로 선정된 5개 지역은 광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 김해시 등이며, 추가 선정된 8개 지역은 부산 북구, 부산 부산진구, 경기 안산, 경기 남양주, 충북 진천, 충남 청양, 전남 순천, 제주 서귀포 등이다.

69) 일반적으로 사례관리의 주 업무는 니즈 사정과 지원 계획 수립 및 서비스 연계이다.

[커뮤니티케어 서비스 제공 단계 및 단계별 업무 담당]

지원단계		업무담당
대상자 발굴	신청 또는 발굴·동의	읍면동 케어안내창구 <ul style="list-style-type: none"> 인구규모에 따라 읍면동에 전담인력 배치 사회복지공무원 등 확충 시 선도사업 읍면동에 케어안내창구 전담인력으로 우선 배치
↓		
니즈 사정	수요자 니즈 평가	시군구 지역케어회의 <ul style="list-style-type: none"> 보건소, 시군구 서비스 제공부서, 시군구 융합 서비스팀(희망복지지원단(실무간사)), 읍면동 케어안내창구, 지역사회보장협의체, 건강보험공단 지사, 민간기관 등
↓		
지원 계획 (케어플랜)	개인별 맞춤형 지원계획 수립	
↓		
서비스 제공	민관협력으로 지원계획에 따른 서비스 제공	서비스 제공기관
↓		
모니터링 사후관리	제공 현황 모니터링 및 지원계획 보완·변경	시군구

자료: 보건복지부, 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」(2019.1.)을 바탕으로 재작성

이러한 사업 내용은 보건복지부에서 기존에 추진하고 있는 통합사례관리와 중첩되는 측면이 있다. 통합사례관리 사업은 읍면동의 찾아가는 보건복지와 시군구 희망복지지원단을 통해 빈곤층 및 차상위계층을 중심으로 초기 상담을 실시하여 대상자별로 복지·보건·고용·주거·교육 등의 서비스 연계 및 제공계획을 수립하고 사후관리를 실시하는 사업이다.⁷⁰⁾

70) 읍면동의 찾아가는 보건복지는 전담 사회복지 공무원으로 구성되며 2017년까지 보건복지부의 사회복지인력 인건비 지원 사업을 통해 인건비가 지원되었다(국고보조율: 서울 50%, 그 외 70%). 동 사업은 공공사회복지전달체계 개선(코드: 2639-301) 사업의 내역사업이며, 2017년까지 총원된 인력에 대한 인건비를 2019년까지 지원할 계획이다. 2018년부터는 찾아가는 보건복지가 행정안전부의 주민자치형 공공서비스의 관리 대상에 포함되어 행정안전부가 2022년까지 총원계획을 수립한 사회복지공무원 1만 2천명을 통해 찾아가는 보건복지 서비스를 강화할 계획이다. 시군구 희망복지지원단은 통합사례관리사를 주축으로 운영되는데, 보건복지부의 통합사례관리사 지원 사업을 통해 인건비가 지원된다(국고보조율 50%). 동 사업은 사례관리 전달체계 개선(코드: 2639-306) 사업의 내역사업이다.

[찾아가는 보건복지 및 희망복지지원단]

구분	찾아가는 보건복지 (구 읍면동 복지허브화)	희망복지지원단
소관부처	보건복지부	보건복지부
제공지역	읍면동	시군구
	3,509개 읍면동(전체 읍면동의 100%) 찾아가는 전담팀 2,578개소	229개소(전체 시군구의 100%)
주요 인력	찾아가는 전담팀 공무원	통합사례관리사
	8,112명	928명
제공 서비스	찾아가는 복지상담, 위기가구 통합사례관리, 방문건강관리, 민간자원 연계 활용	통합사례관리(고난도 사례관리), 자원 총괄관리, 지역보호체계 운영, 읍면동 복지업무 총괄·관리
	찾아가는 방문상담 330.1만 건 사례관리 가구 12.7만 건	통합사례관리 13.4만 가구

- 주: 1. 제공지역 및 주요인력, 서비스 제공 건 등의 수치는 2018년 기준
 2. 찾아가는 보건복지는 기본형과 권역형이 있어 찾아가는 전담팀이 전체 사업 추진 읍면동 수 보다 적음
 3. 통합사례관리사가 읍면동에 배치된 지역도 있음
 자료: 보건복지부 제출자료, 「2019년 희망복지지원단 업무 안내」, 보건복지부 보도자료(전국 모든 읍면동주민센터에서 빠짐없이 “찾아가는 보건복지서비스” 제공(2018.12.26.))를 바탕으로 재작성

지역사회 통합돌봄은 이러한 유사 기존 사업의 기존 인력을 활용하는 방식으로 추진하게 된다는 점에서 기존 업무와의 조정이 불가피한 상황이다. 보건복지부는 케어안내 창구의 경우 읍면동 사회복지공무원 자체 전담인력으로 추진하도록 하고, 지역케어회의는 관련 전문가와 기관이 참석하되 기존 희망복지지원단이 시군구 융합서비스팀으로 전환하여 실무 간사를 맡도록 하는 가이드라인을 제시하였다. 실제 2019년 선도사업 추진 중인 8개 지역은 시군구 단위에서 기존 공무원 인력을 중심으로 전담팀을 구성하고, 그 외 찾아가는 보건복지팀 및 통합사례관리사 등이 기존 업무와 지역사회 통합돌봄 사업을 함께 수행하도록 하였다. 2019년 7월 말 기준으로 시군구 단위에서는 겸임을 두는 지역이 3지역인데 반해, 읍면동 단위는 전담팀이 2지역에서만 구성되었고 나머지는 6지역은 겸임인력만으로 사업을 추진하고 있다. 각 지역에서 부족한 인력은 2019년 하반기부터 신규로 충원할 예정이다.

[지역사회 통합돌봄 선도사업 추진 지역별 인력 구성 현황]

(단위: 명)

구분	읍면동			시군구				
	합계	전임 (업무전환)	전임 (신규채용)	겸임	합계	전임 (업무전환)	전임 (신규채용)	겸임
광주 서구	36	0	0	36	4	4	0	0
충남 천안	78	0	0	78	3	3	0	0
경기 부천	30	18	0	12	13	3	0	10
경남 김해	36	0	0	36	5	5	0	0
전북 전주	38	0	0	38	5	5	0	0
대구 남구	66	0	13	53	4	3	1	0
제주 제주	31	0	0	31	10	3	0	7
경기 화성	29	0	0	29		1	9	1

주: 1. 2019년 7월 말 기준

2. 전임 중 업무전환은 기존 공무원 인력이 지역사회 통합돌봄 담당으로 전환된 것이며, 읍면동의 경우 찾아가는 보건복지 담당에서 전환된 것이 대부분임

3. 겸임은 찾아가는 보건복지 및 보건소 등 업무와 겸임하는 것을 가리킴

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

그런데 커뮤니티케어의 대상이 노인 등 돌봄이 필요한 인구의 일부만을 포괄한다는 점에서 기존 사회복지분야 인력이 커뮤니티케어 업무로 전환할 경우 커뮤니티케어 대상자 이외의 취약계층 등 돌봄이 필요한 대상자들에 대한 지원이 약화될 가능성이 있다. 또한, 지원 계획 수립과 사례관리 등 유사한 기능을 수행하는 사업이 기존에 추진되고 있는 상황에서 지역사회 통합돌봄을 위한 별도의 신규 인력을 충원하는 것도 효율성 측면에서 적절하지 않을 수 있다.

따라서 정부는 기존 관련 서비스를 체계화하여 돌봄이 필요한 전 대상에게 제공하는 방안을 검토할 필요가 있다. 기존의 찾아가는 전담팀과 통합사례관리사 등에게 교육을 제공하는 등의 방법을 통해 이들이 ‘지역사회 계속 거주’ 관점에서의 사례관리를 수행할 수 있도록 하는 방안을 고려할 수 있다. 또한, 기존에 특정 계층 또는 지원 분야별로 대상자에게 사례관리를 제공하는 의료급여 사례관리사, 방문건강관리 인력, 중독자사례관리사 등과 업무를 연계하여 협력할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다. 커뮤니티케어 추진과 관련된 신규 사업은 지역사회 및 재가 중심의 서비스 발굴과 인프라 확충에 초점을 맞추되, 특정 대상자 중심으로 먼저 추진한 후 단계적으로 범위를 확대해 나가는 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다.

우리나라는 기대수명이 증가하는 동시에 고령인구 비중이 빠르게 늘고 있어 노인 건강에 대한 개인과 사회의 관심이 커지고 있다. 개인의 측면에서는 수명이 늘어나는 만큼 노년기를 건강하게 보내는 것이 중요한 과제가 되었고, 사회적으로는 노인의 삶의 질 향상을 돕는 동시에 고령화에 따라 가중되고 있는 의료비 부담 문제에 대응해야 하는 상황이다.

이에 본 보고서는 노인 건강과 관련된 주요 제도 및 사업을 분석하여 개선과제와 시사점을 도출하고자 하였다. 질병의 예방·관리, 돌봄과 요양, 임종준비 등의 단계별로 노인의 건강과 관련된 주요 제도로는 노인장기요양보험, 치매국가책임제, 호스피스·완화 의료 및 연명의료결정제도를 분석하였다. 또한, 이러한 제도가 포괄하지 못하는 기타 주요 사업에 대한 분석 의견을 추가로 제시하였다.

이상의 분석을 통하여 얻을 수 있는 시사점은 노인에게 필요한 서비스를 충분히 제공하면서도 부정 수급이나 관리 미흡으로 인한 국가적 손실이 발생하지 않도록 지출을 효율화할 필요가 있다는 것이다. 이를 위하여 개선이 필요한 과제는 다음의 다섯 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 전달체계를 구성하는 단위마다 명확한 역할을 부여하여 효율적인 업무 분담이 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다. 무엇보다 요양병원과 노인요양시설의 역할을 명확히 하여 중증질환자는 요양병원 등 의료기관에서 필요한 의료서비스를 받도록 하고, 경증환자는 장기요양제도 등 요양·돌봄서비스를 제공하여 불필요한 입원을 최소화할 수 있도록 해야 한다. 또한, 치매안심병원과 치매전담형 장기요양기관은 무리한 확대를 지양하고 각 기관의 필요성 및 역할에 대한 검토가 선행되어야 할 것이다.

둘째, 전달체계가 담당 업무를 효과적으로 수행할 수 있도록 철저한 관리·감독이 요구된다. 장기요양기관의 경우 서비스의 질을 제고하고 허위·부당 급여청구를 방지하기 위하여 평가결과에 대한 실효성 있는 환류체계를 마련하는 등 관리 강화가 필요하다. 또한, 치매안심센터는 적절한 인력 구성 기준을 마련하고 인력 충원 상황을 관리할 필요가 있다.

셋째, 관련 사업 간 시너지 효과가 나타날 수 있도록 할 필요가 있다. 의료시설을 이용하지 않고 필요한 간호 처치를 가정에서 받는 것이 가능한 노인의 경우, 노인장기요양보험 재가급여 중 하나인 방문간호와 건강보험의 가정간호를 통해 적절한 서비스를 받을 수 있도록 각 서비스의 질을 제고하려는 노력이 필요하다. 또한, 임종 돌봄 분야의 경우, 말기 환자의 삶의 질 제고를 위하여 분절되어 있는 호스피스·완화의료 추진 체계와 연명의료중단 제도 추진 체계 간 협력을 강화할 필요가 있다. 한편, 2019년부터 정부가 신규로 추진하고 있는 지역사회 통합돌봄 사업의 경우, 찾아가는 보건복지, 노인돌봄기본서비스, 방문건강관리 등 기존 사업을 체계화하여 활용하는 방안 등 사업의 효율성을 제고할 수 있는 방안을 다각도로 검토할 필요가 있다.

넷째, 질병이 발생하기 전 이를 예방하고 건강을 관리할 수 있도록 지원하는 사업을 활성화할 필요가 있다. 특히, 우리나라는 사망 직전 의료비 지출이 급증하는 것으로 나타나므로 질병의 예방 및 관리에 대한 지원을 적기에 받을 수 있도록 하는 것이 매우 중요하다. 이러한 측면에서 건강검진의 역할이 중요한데, 노인 의료급여 수급권자를 대상으로 하는 노인건강진단의 경우 지자체 별로 실시 여부가 다르므로 이들에 대한 건강검진의 형평성을 제고할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다. 또한, 치매의 경우 우리나라의 치매 유병률이 장기적으로 크게 증가할 것으로 전망되므로, 치매 예방을 위한 프로그램의 체계적인 확대가 필요하다.

마지막으로, 노인건강 분야 지원의 사각지대가 발생하지 않도록 수요를 면밀히 파악하고 이에 근거하여 필요한 서비스를 마련하는 노력이 요구된다. 돌봄·요양 분야의 경우 장기요양등급 판정을 받았으나 급여를 이용하지 않는 사람들과, 노인장기요양보험 등급외자 중 노인돌봄종합서비스를 이용하지 않거나 이용할 수 없는 노인들에 대한 돌봄 수요를 파악할 필요가 있다.

우리나라의 기대수명과 건강수명 간 격차는 2016년 기준 9.4세로 나타났다는 사실은 임종 전 약 9.4년 동안 질병이나 장애 등을 겪을 가능성이 높다는 것을 의미한다. 노년기 건강 문제는 삶의 질을 크게 하락시키고 경제적·정신적 부담을 가중시킬 수 있다. 노인 자살 중 신체 건강 문제에 기인한 것이 가장 많다는 점도 이를 뒷받침한다. 또한, 국가적으로는 노인 인구의 의료비 증가로 재정 부담이 가중될 수 있다. 따라서 정부는 본 보고서가 제시하고 있는 분석을 바탕으로 노인건강 분야 제도 및 사업의 체계화 및

효과성·효율성 제고 노력을 통하여 노년기 건강에 대한 개인 및 사회적 부담을 완화할 수 있도록 해야 할 것이다.

[부표] 노인건강분야 지원 사업 재정 추이(2014~2019년)

(단위: 억원, %)

소관	재원	사업명	2014	2015	2016	2017	2018 (A)	2019 (B)	연평균 증가율	(B-A) /A
< 의료비 지출 >										
건보 공단	건강 보험 재정	만 65세 이상 건강보험 적용자 의료비 지원	152,838	169,241	191,408	214,479	243,484	미확정	12.3	-
복지 부	-	만 65세 이상 의료급여 수급자 의료비 지원	24,251	25,979	29,945	31,987	35,754	미확정	10.2	-
< 노인장기요양보험 >										
장기요양보험재정 합 계			38,653	43,242	47,294	55,891	68,196	미확정	15.3	-
건보 공단	장기 요양 보험	보험급여비	35,984	40,362	44,204	52,317	64,652	미확정	15.8	-
		관리운영비	1,977	2,002	2,164	2,396	2,502	미확정	6.1	-
		기타	692	877	926	1,177	1,042	미확정	10.8	-
중앙부처 재정사업 합계			6,136	6,230	6,563	6,868	8,852	11,480	13.3	29.7
복지 부	일반 회계	노인장기요양보험 사업운영	5,836	5,971	6,343	6,688	8,058	10,351	12.1	28.5
		노인요양시설 확충	300	260	220	180	794	1,129	30.3	42.2
< 치매국가책임제 >										
합 계			291	266	285	2,309	1,680	2,627	55.3	56.4
복지 부	국민 건강 증진 기금	치매관리체계 구축	165	142	158	2,183	1,460	2,364	70.4	61.9
		노인건강관리 (치매관리사업)	126	124	126	126	143	143	2.6	0.0
	일반 회계	국가치매극복기술개발 (R&D)	0	0	0	0	76	120	순증	57.6
< 임종 지원 >										
중앙부처 재정사업 합계			29	33	33	65	78	130	34.8	66.9
복지 부	국민 건강 증진 기금	국가 암관리 (호스피스전문기관 지원)	29	33	33	38	52	75	20.8	44.0
		일반 회계	생명윤리 및 안전관리 (연명의료제도화지원)	0	0	0	28	27	55	순증
건강보험재정 합계			0	0	0	0	7	13	순증	98.6
건보 공단	건강 보험 재정	호스피스완화의료서비스 지원	0	0	0	0	7	13	순증	98.6

(단위: 억원, %)

소관	재원	사업명	2014	2015	2016	2017	2018 (A)	2019 (B)	연평균 증가율	(B-A) /A
< 질병예방·관리 >										
중앙부처 재정사업 합계			202	231	256	295	627	686	27.7	9.5
복 지 부	일반 회계	혁신형 건강플랫폼 구축	6	5	5	4	3	11	15.7	248.9
		사례관리 전달체계 개선 (방문건강관리)	0	0	0	0	291	306	순증	5.1
		노인건강관리 (노인실명예방관리)	12	19	17	18	21	21	11.7	0.0
	국민 건강 증진 기금	노인건강관리 (전립선질환 예방관리)	2	2	2	2	2	2	0.0	0.0
		노인건강관리 (노인 무릎관절 수술비 지원)	0	20	29	26	30	30	순증	0.0
		지역사회통합건강증진사업 (모바일 헬스케어)	0	0	0	22	26	27	순증	4.8
		자살예방 및 지역정신 보건사업 (민관협력자살예방사업)	4	7	7	7	7	7	11.8	0.0
		자살예방 및 지역정신 보건사업 (자살예방 교육 및 인력양성)	3	3	3	3	15	21	47.5	41.9
		자살예방 및 지역정신 보건사업 (자살고위험군 집중관리)	20	20	20	33	47	63	25.9	34.6
		자살예방 및 지역정신 보건사업 (자살유족지원)	0	0	0	0	0	6	순증	순증
문 체 부	국민 체육 진흥 기금	생활체육 프로그램 지원 (어르신체육활동지원)	25	25	27	27	24	24	△0.5	0.0
		생활체육 프로그램 지원 (어르신 생활체육 지도자 인건비)	131	131	146	154	161	168	5.0	4.2
건강보험재정 합계			137	142	193	180	168	182	5.7	8.1
건보 공단	건강 보험	만성질환관리 수가 시범사업	0	0	37	3	4	0	-	순감
		지역사회 일차의료 시범사업	0	5	8	31	15	0	-	순감
		일차의료시범사업분담금	3	5	5	5	5	0	순감	순감
		일차의료 만성질환관리 시범사업	0	0	0	0	0	32	순증	순증
		건강백세운동교실	134	133	143	141	144	149	2.2	3.7

(단위: 억원, %)

소관	재원	사업명	2014	2015	2016	2017	2018 (A)	2019 (B)	연평균 증가율	(B-A) /A
< 노인돌봄 >										
중앙부처 재정사업 합계			1,503	1,489	1,687	1,801	2,094	2,624	11.8	25.3
복지부	일반회계	사례관리전달체계개선 (노인돌봄기본사업*)	0	0	0	0	1,005	1,326	순증 (19.7)	32.0
		노인돌봄서비스	1,433	1,417	1,563	1,689	987	1,124	△4.7	13.8
		커뮤니티케어선도사업추진 (노인 커뮤니티 케어 추진)	0	0	0	0	0	64	순증	순증
	응급의료기금	독거노인·중증장애인 응급안전알림서비스	70	72	124	112	102	110	9.4	7.7

주: 1. 2014~2018년은 결산 기준, 2019년은 본예산 기준

2. 장기요양보험재정 중 서울요양원에 대한 특별회계는 제외함

3. 질병예방·관리 분야 사업 중 혁신형 건강플랫폼 구축, 방문건강관리, 모바일 헬스케어 사업은 「제3차 저출산·고령사회 기본계획(수정계획)」의 ‘건강노화를 위한 예방적 관리 강화’ 과제에 해당되는 사업이므로 포함시킴

*) 노인돌봄기본사업은 2017년까지는 노인돌봄서비스의 내역사업으로 추진됨

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단, 문화체육관광부 제출자료를 바탕으로 재작성

집 필

총괄 | 김 일 권 예산분석실장

심 의 | 서 세 옥 사업평가심의관
정 승 환 예산분석총괄과장
공 춘 택 산업예산분석과장
이 동 훈 사회예산분석과장
이 중 구 행정예산분석과장
전 용 수 경제산업사업평가과장
신 은 호 사회행정사업평가과장
박 흥 업 공공기관평가과장

작 성 | 김 우 림 예산분석관

지 원 | 양 희 열 행정실무원

노인건강분야 사업 분석

발간일 2019년 8월
발행인 이종후 국회예산정책처장
편 집 예산분석실 사회행정사업평가과
발행처 **국회예산정책처**
서울특별시 영등포구 의사당대로 1
(tel 02·2070·3114)
인쇄처 ㈜명문기획 (tel: 02-2079-9200)

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)에서 보실 수 있습니다.

ISBN 978-89-6073-176-9 93350

© 국회예산정책처, 2019

건전한 재정
희망찬 미래

