연구보고서 2016-05

노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구

- 공급의 통합적 연계 체계 구축

황도경 · 신영석 · 이윤경 · 최병호 · 김찬우 · 박금령 · 김은아

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
황도경 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】
의료이용 합리화를 위한 실태분석과 개선방안
한국보건사회연구원, 2015(공저)
의료급여수급자의 장기입원 실태조사 및 관리방안 연구
건강보험심사평가원· 한국보건사회연구원, 2015(공저)

【공동연구진】
신영석 한국보건사회연구원 선임연구위원
이윤경 한국보건사회연구원 연구위원
최병호 서울시립대학교 사회복지학과 교수
김찬우 가톨릭대학교 사회복지학과 교수
박금령 한국보건사회연구원 전문연구원
김은아 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-05

노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구
- 공급의 통합적 연계 체계 구축

발 행 일	2016년 12월 31일
저 자	황 도 경
발 행 인	김 상 호
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처	고려씨엔피
가 격	11,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2016
ISBN 978-89-6827-364-3 93330

발간사

우리나라는 전 세계적으로 그 유례를 찾아보기 어려울 정도로 빠른 고령화를 경험하고 있다. 2015년 현재 우리나라 전체 인구의 8명 중 1명은 65세 이상 노인이며 베이비부머 세대의 고령화와 함께 10년 후에는 노인 인구 비율이 전체 인구의 20%를 초과하는 초고령 사회로 접어들 것으로 예상된다. 더욱이 급속도로 진행되고 있는 고령화와 더불어 저출산으로 인한 인구성장률의 정체는 우리 사회 모든 영역에 있어 큰 영향을 미칠 것으로 예상되며, 특히 사회보장제도 중 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속 가능성을 위협하는 요인으로 작용하고 있다. 의료와 요양 비용은 신체적, 기능적 저하가 시작되는 노년기에 집중적으로 발생한다. 65세 이상 노인 의료비는 건강보험 전체 진료비의 3분의 1 수준을 넘어섰으며 진료비 증가 속도는 65세 미만에 비해 두 배가량 빠르게 증가하고 있다. 2008년부터 시행되고 있는 노인장기요양보험제도는 도입 이전의 요양에 대한 수요가 폭발적으로 증가하면서 2015년 현재 요양급여비는 4조 5000억 원으로 연평균 약 11%씩 급증했다. 노인장기요양보험의 도입으로 외형적으로는 노인 의료와 요양서비스의 공급체계가 마련되었다고 할 수 있으나 서비스의 전달체계에 대해서는 상대적으로 관심이 적었다. 노년기에는 질병 이환, 신체 및 인지 기능 저하 등 복합적인 문제가 발생하게 되어 연속적이며 전사적인 서비스가 제공되어야 하지만 현재 노인 의료와 요양서비스는 분절되어 운영되고 있으며, 이러한 분절은 의료와 요양서비스 내에서도 발생하고 있다. 노인인구의 급격한 증가에 따라 노인 의료와 요양급여 비용의 적절한 통제가 정책적 현안이 되지만 노인인구의 의료와 장기 요양 접근성을 확보하고 질적 향상을 도모하는 것 역시 중차대한 과제이다. 이제까지는 주로 노인 의료비의 문제, 요양병원

과 요양시설 간의 역할 정립 방안, 노인장기요양보험의 공급체계 등 노인 의료와 요양서비스 제공에 있어 단편적인 연구들이 수행되었다. 본 연구에서는 우리나라의 노인 의료와 요양 공급체계를 검토함에 있어 전체적인 틀 속에서 다루어 보고자 하였다. 즉, 노인 의료와 요양서비스 각각의 현안들과 문제점 그리고 노인에 대한 서비스의 연속성 확보를 위한 다양한 공급체계를 살펴보았다. 최종적으로는 급성기의료부터 요양까지 아우르는 노인 의료와 요양 전달체계를 모색하고자 하였다. 하지만 노인의 의료와 요양을 위한 서비스 공급 모형은 전 국민에 대한 보건의료서비스 전달체계 속에서 운영될 수밖에 없다. 따라서 노인 의료와 요양서비스 제공기관들 각각의 역할과 기능을 연계하여 서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있는 통합적 케어 제공 체계를 구축함으로써 수요자 중심의 시의적절한 서비스를 제공함과 동시에 중복·과잉 서비스 등 불필요한 비용 증가 억제를 위한 제공 체계를 제시해 보고자 한다. 단기간 동안 의료와 노인장기요양체계의 많은 주제들을 다루기에는 한계가 있었으나 노인에 대한 시의적절한 서비스 제공 기능 부재, 의료와 요양 비용의 비효율과 중복 등의 문제를 안고 있는 우리나라 노인 의료와 요양서비스 공급체계 마련에 있어 단초를 제공하는 데 활용되기를 기대한다.

본 연구를 수행함에 있어 많은 시간과 노력을 아끼지 않은 연구진께 먼저 감사드린다. 본 보고서는 최병호 서울시립대 교수, 김찬우 가톨릭대 교수, 신영석 선임연구위원, 이윤경 연구위원, 박금령 전문연구원과 김은아 연구원이 공동연구진으로 참여하여 작성하였다. 아울러 사려 깊은 의견을 주신 윤종률 한림대 교수, 최인덕 공주대 교수에게 감사드린다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 43

제1절 연구의 배경 ····· 45

제2절 연구의 목적 ····· 54

제2장 노인을 둘러싼 환경변화와 쟁점 ····· 57

제1절 고령화로 인한 인구구조의 변화 ····· 61

제2절 노인 의료와 요양서비스 관련 쟁점 ····· 74

제3장 노인 의료와 요양서비스 이용 실태 및 쟁점 고찰 ····· 81

제1절 노인 의료서비스 이용 실태 ····· 85

제2절 노인장기요양보험 이용 실태 ····· 103

제3절 노인 의료와 요양서비스 제공에서의 주요 쟁점 ····· 127

제4장 노인 의료와 요양의 수요 및 실태 분석 ····· 185

제1절 노인 의료와 요양서비스 수요 분석 ····· 192

제2절 노인 의료와 요양 서비스 실태 분석 ····· 215

제5장 국외 노인 의료와 요양서비스 제공 모형 고찰 ····· 265

제1절 외국 의료와 요양서비스 제공 체계 ····· 267

제2절 국외 의료와 요양서비스 연계·통합 사례 ····· 301

제3절 외국 의료와 요양서비스 제공에 있어서의 시사점 ····· 331

제6장 노인 의료와 요양서비스 공급 모형 탐색 ····· 345
제1절 노인 의료와 요양서비스 공급체계 모색 ····· 349
제2절 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 체계 구축 방안 ····· 364

제7장 결 론 ····· 379

참고문헌 ····· 387

표 목차

〈표 1-1〉 노인인구 수 및 구성비(1994~2034년) ····· 45
〈표 1-2〉 건강보험 진료비 현황 ····· 46
〈표 1-3〉 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황(2015년도) ····· 47
〈표 2-1〉 출생·사망자 및 자연증가 추이(2005~2015) ····· 62
〈표 2-2〉 한국의 기대수명 추이(1970~2014) ····· 65
〈표 2-3〉 UN의 주요국 기대수명 추계 결과(1995~2020) ····· 66
〈표 3-1〉 총진료비 대비 노인 의료비 점유율 추이 ····· 86
〈표 3-2〉 진료 행태별 총진료비 및 노인 의료비 점유율 추이(2008~2014년도) ····· 87
〈표 3-3〉 전체 적용 인구 대비 65세 노인 대상자 비중 ····· 89
〈표 3-4〉 연령별 1인당 진료비 추이 ····· 91
〈표 3-5〉 1인당 입·내원 일수 ····· 94
〈표 3-6〉 진료 행태별 1인당 입·내원 일수 ····· 94
〈표 3-7〉 입·내원일당 진료비 ····· 95
〈표 3-8〉 진료 행태별 입·내원일당 진료비 ····· 96
〈표 3-9〉 총진료비 구성 요소별 추이 개요 ····· 97
〈표 3-10〉 총진료비 구성 항목별 연평균 증가율 ····· 98
〈표 3-11〉 65세 미만 건강보험 대상자의 총진료비 구성 항목별 기여도 ····· 99
〈표 3-12〉 65세 이상 노인의 총진료비 구성 항목별 기여도 ····· 99
〈표 3-13〉 65세 이상 노인 진료비 지출 추계 결과(2060년) ····· 101
〈표 3-14〉 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황 추이(2011~2015년도) ····· 104
〈표 3-15〉 노인장기요양보험 등급별 판정 및 인정자 수 현황(2015년도) ····· 106
〈표 3-16〉 노인장기요양보험 급여 실적 추이(2011~2015년도) ····· 107
〈표 3-17〉 노인장기요양보험 급여 유형별 공단부담금 추이(2011~2015년도) ····· 109
〈표 3-18〉 노인장기요양보험 급여이용수급자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도) ·· 111
〈표 3-19〉 노인장기요양보험 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도) ····· 112
〈표 3-20〉 재가급여 이용자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도) ····· 112

〈표 3-21〉 재가급여 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도) ····· 113
〈표 3-22〉 시설급여 이용자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도) ····· 114
〈표 3-23〉 시설급여 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도) ····· 114
〈표 3-24〉 연령별 노인장기요양급여 이용 현황 개요(2015년도) ····· 116
〈표 3-25〉 연령별 노인장기요양급여 이용자 수(2015년도) ····· 117
〈표 3-26〉 연령별 1인당 노인장기요양급여 이용 일수(2015년도) ····· 118
〈표 3-27〉 연령별 1인당 노인장기요양급여 공단부담금(2015년도) ····· 118
〈표 3-28〉 연령별 장기요양급여 이용기관 수(2015년도) ····· 119
〈표 3-29〉 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2015년도) ····· 121
〈표 3-30〉 노인장기요양등급별 주 수발자 현황(2015년도) ····· 122
〈표 3-31〉 노인장기요양보험등급별 주요 질병 및 증상 현황(2015년도) ····· 124
〈표 3-32〉 요양기관 종별 규모와 구성비(2008년과 2015년) ····· 130
〈표 3-33〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상) ····· 131
〈표 3-34〉 요양기관 종별 규모와 구성비(외래 전체) ····· 132
〈표 3-35〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상 외래) ····· 133
〈표 3-36〉 요양기관 종별 규모와 구성비(입원 전체) ····· 134
〈표 3-37〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상 입원) ····· 135
〈표 3-38〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별) ····· 137
〈표 3-39〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별) ····· 139
〈표 3-40〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 ····· 141
〈표 3-41〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 본인부담 비율(요양기관 종별) ····· 142
〈표 3-42〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 요양기관 종별) ····· 144
〈표 3-43〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별) ····· 145
〈표 3-44〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별) ····· 146
〈표 3-45〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(요양기관 종별) ····· 148
〈표 3-46〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 본인부담 비율(요양기관 종별) ····· 149
〈표 3-47〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 요양기관 종별) ····· 150
〈표 3-48〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별) ··· 152

〈표 3-49〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 (연령별, 요양기관 종별) ····· 153
〈표 3-50〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용 1인당 총진료비(요양기관 종별) ····· 154
〈표 3-51〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (연령별, 의료기관 종별) ····· 155
〈표 3-52〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 본인부담금 구성비 (요양기관 종별) ····· 156
〈표 3-53〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 (요양기관 종별) ····· 157
〈표 3-54〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 (연령별, 요양기관 종별) ····· 158
〈표 3-55〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (요양기관 종별) ····· 159
〈표 3-56〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (연령별, 의료기관 종별) ····· 160
〈표 3-57〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 본인 부담 비율 (요양기관 종별) ····· 161
〈표 3-58〉 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별) ·· 162
〈표 3-59〉 위 및 십이지장 궤양질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 (연령별, 요양기관 종별) ····· 163
〈표 3-60〉 위 및 십이지장 궤양질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(요양기관 종별) · 164
〈표 3-61〉 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (연령별, 의료기관 종별) ····· 165
〈표 3-62〉 요양병원 환자 구성 변화 ····· 167
〈표 3-63〉 요양병원 환자 분류 체계 ····· 168
〈표 3-64〉 노인장기요양 등급 구성 및 기능 상태 ····· 172
〈표 3-65〉 시설급여 1일 이용 수가 및 월 이용액(30일) ····· 173
〈표 3-66〉 시설시급여 시설별 정원 및 시설 기준 설급여 시설별 정원 및 시설 기준 ··· 174

〈표 3-67〉 시설급여 시설별 인력 기준 시설급여 시설별 인력 기준 ····· 174
〈표 3-68〉 노인장기요양서비스 공급 기관 개요 ····· 177
〈표 3-69〉 노인장기요양서비스의 공급 현황(2008~2014년도) ····· 178
〈표 3-70〉 노인장기요양시설 수 및 정원 수 추이(2008~2014년도) ····· 179
〈표 3-71〉 설립 구분별 장기요양기관 추이(2008~2014년도) ····· 180
〈표 3-72〉 설립 구분별 입소 시설 현황 ····· 181
〈표 3-73〉 방문요양서비스의 이용 시간별 이용 실태(2013년도) ····· 183
〈표 3-74〉 노인장기요양등급별 주거 현황 ····· 184
〈표 4-1〉 사회경제적 변수별 완전 자립 분포(전체) ····· 198
〈표 4-2〉 사회경제적 변수별 단일 욕구 분포(전체) ····· 199
〈표 4-3〉 사회경제적 변수별 단일 욕구 분포(의료 욕구 및 요양 욕구) ····· 200
〈표 4-4〉 사회경제적 변수별 이중 욕구 분포(전체) ····· 201
〈표 4-5〉 사회경제적 변수별 이중 욕구 분포(의료 욕구 및 요양 욕구) ····· 202
〈표 4-6〉 사회경제적 변수별 삼중 욕구 분포(전체) ····· 203
〈표 4-7〉 노인의 단일 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성 ····· 210
〈표 4-8〉 노인의 이중 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성 ····· 212
〈표 4-9〉 노인의 삼중 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성 ····· 214
〈표 4-10〉 노인장기요양등급인정자의 사회경제학적 특성에 따른 요양비 현황(1) ····· 217
〈표 4-11〉 노인장기요양등급인정자의 사회경제학적 특성에 따른 요양비 현황(2) ····· 218
〈표 4-12〉 급여 유형(재가, 시설)별 급여 실적 현황(2015년도) ····· 222
〈표 4-13〉 급여유형별 장기요양서비스 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 223
〈표 4-14〉 급여 유형별 장기요양서비스 총요양비 세부 현황(2015년도) ····· 225
〈표 4-15〉 급여유형별 1인당 총요양비 세부 현황(2015년도) ····· 226
〈표 4-16〉 급여 유형별 1인당 장기요양 일수 세부 현황(2015년도) ····· 227
〈표 4-17〉 노인장기요양보험인정자의 사회경제학적 특성에 따른 진료비 현황(1) ····· 229
〈표 4-18〉 인정자의 사회경제학적 특성에 따른 진료비 현황(2) ····· 230
〈표 4-19〉 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도) ····· 235
〈표 4-20〉 의료기관 종별 1인당 진료비 현황((2015년도) ····· 236

〈표 4-21〉 연령별·진료 행태별 총진료비 현황(2015년도) ····· 237
〈표 4-22〉 연령별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 242
〈표 4-23〉 연령별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 243
〈표 4-24〉 장기요양등급별 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도) ····· 244
〈표 4-25〉 장기요양등급별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 249
〈표 4-26〉 장기요양등급별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 250
〈표 4-27〉 소득 수준별 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도) ····· 251
〈표 4-28〉 소득 수준별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 256
〈표 4-29〉 소득 수준별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도) ····· 257
〈표 4-30〉 장기요양등급별 요양 및 의료서비스 이용자 수(2015년도) ····· 259
〈표 4-31〉 장기요양등급인정자 중 의료기관 입원서비스 이용자 비중: 장기요양등급별 (2015년도) ····· 259
〈표 4-32〉 연령별 요양 및 의료서비스 이용자 수(2015년도) ····· 260
〈표 4-33〉 장기요양등급인정자 중 의료기관 입원서비스 이용자 비중: 연령별 비교 (2015년도) ····· 260
〈표 4-34〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 진료비: 장기요양등급별 비교 (2015년도) ····· 261
〈표 4-35〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 진료비: 연령별 비교(2015년도) ··· 262
〈표 4-36〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 입·내원 일수: 장기요양등급별 비교 (2015년도) ····· 263
〈표 4-37〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 입·내원 일수: 연령별 비교(2015년도) ·· 263
〈표 5-1〉 통합적 케어 구축을 위한 OECD 국가의 전략 ····· 302
〈표 5-2〉 PACE 프로그램의 주요 요소 및 특징 ····· 309
〈표 5-3〉 PACE 제공 서비스 내역 ····· 313
〈표 5-4〉 SIPA 프로그램 내 다학제 팀의 구성 ····· 320
〈표 5-5〉 2008~2011년 PRIMSA 실행률 ····· 326
〈표 5-6〉 PRISMA와 SIPA의 영역별 구분 ····· 328
〈표 5-7〉 통합 서비스 모델의 특징 비교 ····· 329

〈표 5-8〉 국외 의료-요양 연계 서비스 주요 사례 비교 ····· 330
〈표 6-1〉 실손의료보험 계약 추이 ····· 366

그림 목차

[그림 2-1] 세계와 한국의 합계출산율 추이 ····· 61
[그림 2-2] 출생·사망자 및 자연증가 추이(2005~2015) ····· 63
[그림 2-3] 한국의 인구성장률 추이(1961~2040) ····· 64
[그림 2-4] UN의 주요국 기대수명 추계 결과(1955~2020) ····· 67
[그림 2-5] 65세 이상 노인인구 비중 추이(1990~2060) ····· 68
[그림 2-6] 고령자 가구 추이(2000~2035) ····· 69
[그림 2-7] 연령별 인구 구성비 추계(1990~2060) ····· 70
[그림 2-8] 인구구조의 변화 추이(1960~2060) ····· 71
[그림 2-9] 노년부양비 및 노령화지수(1990~2060년) ····· 72
[그림 3-1] 진료 행태별 총진료비 및 노인 의료비 점유율 추이 ····· 87
[그림 3-2] 진료비 분석틀 ····· 88
[그림 3-3] 연령별 적용 대상자 수 분포 추이 ····· 89
[그림 3-4] 연령대별 1인당 진료비 추이 ····· 92
[그림 3-5] 진료 행태별 1인당 진료비 ····· 93
[그림 3-6] 65세 이상 노인 진료비 지출 추계 결과(2014~2060년) ····· 102
[그림 3-7] 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황 추이(2011~2015년도) ····· 105
[그림 3-8] 노인장기요양보험 등급별 인정자 수 현황(2015년도) ····· 106
[그림 3-9] 노인장기요양보험 급여 실적 추이(2011~2015년도) ····· 107
[그림 3-10] 노인장기요양보험 등급별 급여 실적(2015년도) ····· 108
[그림 3-11] 노인장기요양보험 급여 유형별 공단부담금 추이(2011~2015년도) ····· 110
[그림 3-12] 재가급여 유형별 1인당 요양 일수 및 요양일당 급여 비용 추이
(2011~2015년도) ····· 113

[그림 3-13] 시설급여유형별 1인당 요양 일수 및 요양일당 급여 비용 추이 (2011~2015년도) ····· 115
[그림 3-14] 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2015년도) ····· 121
[그림 3-15] 노인장기요양등급별 주 수발자 현황(2015년도) ····· 123
[그림 3-16] 노인장기요양보험 지출 추계(2014~2060년도) ····· 126
[그림 3-17] 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 구성비 ····· 140
[그림 3-18] 경증질환자의 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비 중 Big 5 병원과 Big 5 제외한 병원의 구성비 ····· 141
[그림 3-19] 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율 ····· 143
[그림 3-20] 만성질환자 외래 이용에 따른 총진료비의 종별 요양기관 구성비 ····· 147
[그림 3-21] 만성질환자의 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비 중 Big 5 병원과 Big5 제외한 병원의 구성비 ····· 148
[그림 3-22] 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율 ····· 149
[그림 3-23] 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비의 요양기관 종별 구성비 ····· 154
[그림 3-24] 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율 ·· 156
[그림 3-25] 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용 총진료비의 의료기관 종별 구성비 ····· 159
[그림 3-26] 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인부담 비율 ·· 161
[그림 3-27] 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용 총진료비의 의료기관 종별 구성비 ·· 164
[그림 4-1] 노인의 상태에 따른 의료서비스와 사회서비스 욕구 ····· 188
[그림 4-2] 건강한 노화를 위한 보건의료-요양 서비스 유형 ····· 189
[그림 4-3] 노인 의료-요양 욕구 분석틀 ····· 193
[그림 4-4] 노인의 욕구 유형별 특성 ····· 194
[그림 4-5] 노인의 욕구 유형별 사람 수 ····· 195
[그림 4-6] 노인의 욕구 유형별 사람 수 분포 ····· 195
[그림 4-7] 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포 ····· 197
[그림 4-8] 성별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포 ····· 197

[그림 4-9] 욕구 유형별 낙상 경험율 ····· 204
[그림 4-10] 낙상에 대한 두려움 ····· 204
[그림 4-11] 욕구 유형별 자살 생각 경험율 ····· 205
[그림 4-12] 욕구 유형별 일상생활 만족도 ····· 206
[그림 4-13] 욕구 상태에 따른 신체 나이와 실제 인지 나이와의 차이 ····· 206
[그림 4-14] 욕구 상태에 따른 자가 건강 수준 ····· 207
[그림 4-15] 욕구 상태에 따른 건강 상태 만족도 ····· 208
[그림 4-16] 욕구 상태에 따른 생활의 도움을 받은 지인 ····· 208
[그림 4-17] 의료 및 요양 수요분석 대상자 추출 과정 및 현황(2015년도) ····· 216
[그림 4-18] 연령별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황(2015년도) ··· 219
[그림 4-19] 소득 수준별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황(2015년도) ·· 220
[그림 4-20] 장기요양등급별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황 (2015년도) ····· 221
[그림 4-21] 급여 유형별 장기요양서비스 이용자 수 분포(2015년도) ····· 224
[그림 4-22] 연령별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도) ····· 231
[그림 4-23] 소득 수준별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도) ····· 232
[그림 4-24] 장기요양등급별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도) ····· 233
[그림 4-25] 연령별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 239
[그림 4-26] 연령별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 240
[그림 4-27] 연령별 1인당 입원 진료비 세부 현황(2015년도) ····· 242
[그림 4-28] 연령별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도) ····· 243
[그림 4-29] 장기요양등급별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 246
[그림 4-30] 장기요양등급별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 247
[그림 4-31] 장기요양등급별 1인당 입원 진료비 세부 현황(2015년도) ····· 249
[그림 4-32] 장기요양등급별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도) ····· 250
[그림 4-33] 소득 수준별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 253
[그림 4-34] 소득 수준별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도) ····· 254
[그림 4-35] 소득 수준별 1인당 입원진료비 세부 현황(2015년도) ····· 256

[그림 4-36] 소득 수준별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도) ····· 257
[그림 5-1] PACE 규모 변화 추이: 제도 참여 주 및 프로그램 수 ····· 306
[그림 5-2] PACE의 서비스 전달체계 ····· 311
[그림 5-3] PRISMA 전달체계 ····· 327
[그림 6-1] 노인 의료-요양서비스의 연속적 측면에의 기능별 의료 공급체계 ····· 350
[그림 6-2] 사망 장소별 구성비 추이, 2015 ····· 358
[그림 6-3] 연간 사망자 중 완화의료를 받았던 환자 비율 ····· 360
[그림 6-4] 한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안) ····· 373
[그림 6-5] 네트워크 공급자에 대한 지불 방식 ····· 376

Abstract

Analysis of Demand for Elder Health Care and Long-Term Care: Strategies for Diversifying Providers

Korea is one of the world's most extreme examples of demographic challenge. Rapid advances in medicine, diet, and living standards have increased life expectancy. Back in 1960, Korean women on average gave birth to 6.0 children. By 2015, the fertility rate had fallen to 1.24. With life expectancy rising and birthrates plumbing record lows, Korea is about to undergo a stunning demographic transformation. According to the latest government projections, 40.1 percent of Korea's population will be 65 years of age or older by 2060. Korea faces the challenge of providing for one of the most rapidly aging populations in the world. The aging of its population will bring profound changes to nearly every dimension of Korean life. Government budgets will come under relentless pressure from rising expenditures on health care and long-term care. Unless Korea takes adequate and timely steps of preparation, it could face a future of slower economic growth and stagnating living standards. Therefore, various policy efforts are needed to integrate healthcare and long-term care services for the elderly.

요 약

1. 연구의 필요성 및 목적

□ 우리나라 노인인구는 2018년 노인인구 비율이 14.5%가 되어 고령사회에 진입할 것으로 전망되며 2026년에는 초고령 사회에 진입할 것으로 예상됨.

○ 2015년 기준 생산가능인구(15~64세) 5.6명이 65세 이상 노인 1명을 부양하고 있는데 2030년에는 2.6명, 2060년에는 1.2명이 노인 1명을 부양할 것으로 전망됨.

□ 인구구조의 변화는 사회 모든 영역에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되며, 특히 노인과 관련된 의료와 요양서비스 분야에서는 국가·사회·개인의 의료비 및 부양비 부담의 급증을 초래할 것임.

○ 고령화에 의한 의료비 재정 수지 악화 속도는 약 34배로, G20 국가 평균인 11.7배 보다 3배 이상 높은 수준임(이은경, 2011, p.21, 원자료: IMF, 2011).

□ 노인인구의 증가로 65세 이상 노인의 의료비와 요양비는 급격하게 증가할 것으로 예측되며, 이에 따라 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속가능성 확인과 노인을 위한 효율적인 의료와 요양서비스의 제공 체계에 대한 적극적인 준비가 필요함.

○ 2060년 기준 노인 의료비는 약 229조~337조 원에 이를 전망이며, 노인장기요양보험은 약 101조원으로 전망됨.

□ 노인은 다양한 욕구를 동시에 갖고 있음에도 불구하고 전달 기관과 상호 연계 체계의 부재로 서비스의 단절을 경험하게 됨.

○ 급성기-아급성기-장기요양으로 이어지는 전달체계의 효율적 연계가 이루어져 있지 않고, 각 서비스에서 의료 이용의 적절성을 파악할 수 있는 체계가 갖추어져 있지 않음.

□ 노인 대상 서비스가 분절화됨에 따른 건강 보장 체계의 비효율성 발생 및 노인의 사회적 비용의 급증을 초래함.

○ 1차 의료기관 위축, 대형병원의 외래 진료 확장, 의원급과 기능이 중복되는 중소형 병원 증가, 유명무실한 의뢰·회송제도로 인한 의료기관 간 협력체계 상실과 이로 인한 고비용·비효율이 발생함.

□ 노인 의료 및 장기요양은 모두 평생건강관리체계로 지속적 보건의료(continuum of care)의 개념 안에서 이루어져야 함.

○ 현행 의료와 요양서비스의 분절적 제공은 복합 질환 이환과 기능 저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하지 못함.

○ 노인 의료와 요양서비스의 분절은 건강 증진과 질병 관리, 기능 유지와 재활, 독립적 생활 연장을 통한 노년기 삶의 질 향상이라는 노인 보건의료 및 장기요양의 근본 목적과 지속적 건강 관리 측면에서 한계가 있음.

□ 본 연구는 노인의 복합적인 질환과 동시에 신체적 기능 저하로 인한 다양한 욕구에 대응하기 위하여 새로운 공급체계를 모색하고, 다양한 공급체계가 노인의 상태에 따라 유연하고 시의 적절하게 제공될 수 있도록 노인 의료와 요양서비스 제공 체계를 마련하는 것을 목적으로 함.

○ 노인 의료와 요양서비스 제공 체계의 현황과 문제점을 검토하여, 급성기부터 임종기에 걸쳐 노인의 다양한 욕구에 대응할 수 있는 공급체계를 모색함.

○ 노인 의료와 요양서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 전달체계를 마련하고 수요자 중심의 건강관리체계 구축, 의료서비스 공급자 협력 방안 마련, 보건의료 자원 연계 등 노인의 의료와 요양서비스가 연계·통합체계로 이루어질 수 있도록 하는 한국형 노인통합케어 모형의 구축 방안을 제안하고자 함.

2. 노인 의료서비스 이용 실태

□ 전체 건강 보장 인구 중 65세 이상 노인의 수는 약 11.9%이며, 노인 의료비는 전체 진료비의 약 36.3%인 약 20조 원을 차지함.

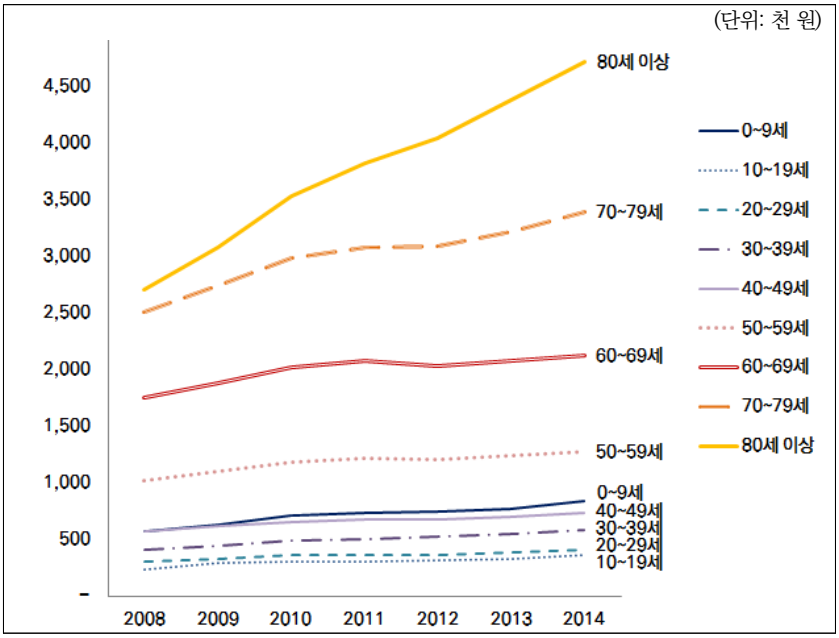
○ 총진료비 중 65세 이상 노인 의료비의 비중은 지속적으로 증가(2008년 30.8% → 2014년 36.3%)하고 있으며, 연평균 10.9%씩 증가

- 특히 입원은 65세 이상에서 연평균 12.8%로 가장 빠르게 증가하고 있으며, 건강보험 입원 진료비에서 차지하는 비중도 46.1%로 절반 수준에 이르고 있음.

□ 건강보험 적용 인구는 2008년 대비 2014년에 연평균 약 0.7%씩 증가한 반면 동 기간 65세 이상 노인인구는 연평균 4.5%씩 증가하여 뚜렷한 인구 고령화 추세를 보이고 있으며, 이는 향후 의료비 지출 증가에 주요 요인으로 작용할 것으로 예상됨.

□ 고령일수록 1인당 진료비가 높았으며 특히 70대와 80대의 1인당 진료비가 높고 다른 연령대에 비해 증가 속도가 빨랐음.

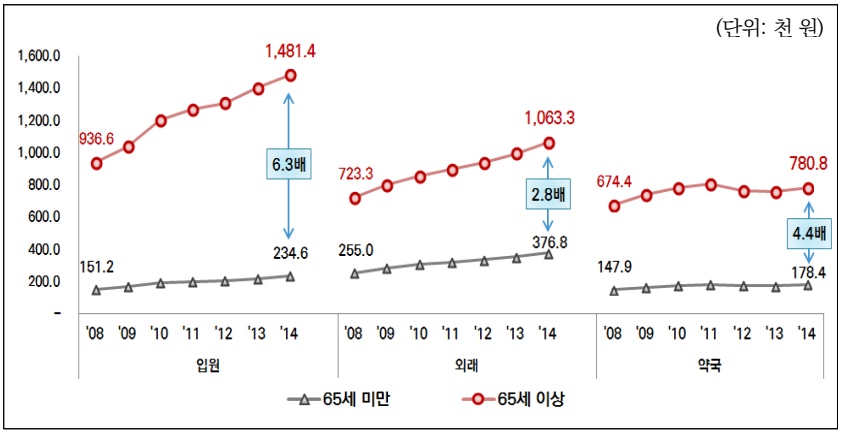
〔그림 1〕 연령대별 1인당 진료비 추이



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

□ 65세 이상 대상자와 65세 미만 대상자의 1인당 진료비는 진료 행태별로 최소 2.8~최대 6.3배가량 차이가 발생하고 있으며, 특히 노인의 입원진료비가 빠르게 증가하였음.

〔그림 2〕 진료 행태별 1인당 진료비



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

□ 총진료비 증가에 대한 구성 항목별 기여도 분석 결과, 65세 미만에서는 진료 강도(입·내원일당 진료비)의 증가가 총진료비 증가에 가장 큰 영향을 미치고 있었으나, 65세 이상에서는 적용인구 수의 증가(43.1%)가 총진료비 증가의 가장 큰 요인으로 작용함.

□ 노인인구의 건강 상태 변화, 미래 인구구조의 변화 등을 고려한 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, 이하 OECD) 장기 재정 전망 모형을 통해 65세 이상 노인인구 진료비를 추계한[1]결과, 시나리오에 따라 2060년 기준 최소 229조 4618억 원에서 최대 337조 1131억 원까지 증가할 것으로 전망됨.

1) 이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.) 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

3. 노인장기요양보험 이용 실태

□ 2015년 현재 노인장기요양보험 누적 인정자는 약 46만 8천 명으로 장기요양보험 신청자의 약 59.3% 수준이며, 이는 우리나라 전체 노인인구의 7%에 해당하는 규모임.

○ 전체 노인인구 대비 장기요양보험인정자는 2011년 5.7%에서 2015년 7.0%로 지속적으로 증가

- 전체 등급인정자의 72.5%가 3~4등급 인정자였음.

□ 2015년 현재 노인장기요양보험의 연간 급여비는 4조 5382억 원으로 지난 5년 동안 연평균 약 11.1%씩 빠르게 증가함.

○ 2015년 1인당 월평균 급여비는 약 105만 7천 원 수준이며 1인당 급여 일수는 약 212일임.

○ 2015년 장기요양 급여 비용 중 51.3%는 시설급여, 48.7%는 재가급여로 지급됨.

- 재가급여 비용의 76%가 방문요양 급여로 가장 높은 비중을 차지하였고, 시설급여에서는 요양시설 급여가 88%를 차지하였음.

□ 급여 유형별로는 방문요양 이용자 수가 가장 많았고(평균 54.7%), 그다음으로 복지 용구(40.8%), 노인요양시설(32.4%), 방문목욕(12.7%), 주야간 보호(9.5%) 순이었음.

○ 연령이 증가할수록 가정 내 방문 서비스(방문요양, 목욕, 간호)를 이용하는 비율은 줄어들고 시설(노인요양시설, 공동생활가정)을 이용하는 비율은 증가함.

□ 주거 및 돌봄 제공자 현황

○ 자택 거주 대상자가 65.2%로 가장 많았고, 노인요양시설 20.4%, 요양병원 9.9% 순이었음.

- 노인장기요양등급이 높아질수록 요양시설과 요양병원에 거주하는 비율이 높았음.

○ 주 수발자는 배우자, 자녀 등 가족인 경우가 60.8%로 가장 많았고, 다음으로 기타(시설 관계자 등) 16.6%, 간병인이 12.8% 순이었음.

□ 주요 질환으로 치매와 중풍이 전체 질환의 55.6%로 가장 많았고 다음으로 관절 관련 질환이 18.4%로 많았음.

○ 1등급 인정자의 71%가 치매 및 중풍을 주요 질환으로 하고 있는데 특히 두 가지 상병을 복합적으로 가진 경우도 14.7% 수준이었음.

□ 국민건강보험공단(2015. 10.)에서 성·연령·등급별 요양급여비 및 이용자수를 이용하여 추계한 결과, 노인장기요양보험 재정규모는 2060년 기준 101조 3378억 원에 이를 것으로 전망됨.

4. 노인 의료와 요양서비스 제공에서의 주요 쟁점

가. 의료전달체계의 문제점

□ 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상, 의료기관 종별 기능 미분화는 우리나라 의료전달체계의 주요한 문제점으로 지적되어 왔음.

□ 대형병원 쏠림

○ 65세 이상 노인의 상급종합병원 진료비 비중은 다소 감소(2.2% 포인트)하였으나 의원급은 9.7% 포인트로 감소 폭이 훨씬 컸음.

○ 상급종합병원 중에서도 소위 'big 5'병원은 43개 상급종합병원 진료비의 약 42%를 차지하면서 대형병원 안에서의 환자 쏠림 현상도 지속되고 있음.

○ 특히, 노인의 외래 이용에서는 상급종합병원의 진료 비중이 오히려 0.2% 포인트 증가한 반면 의원급은 8.1% 포인트 감소하였음.

□ 경증질환자의 병원급 의료기관 외래 이용

○ 경증질환을 잦고 있는 65세 이상 노인의 약 80%정도는 의원급 의료기관을 이용하고 있었으나 종합병원급 이상의 요양기관을 이용하는 경우도 65세 이상 75세 미만에서는 13.7%, 75세 이상에서는 11.6% 수준이었음.

○ 경증질환 외래 진료비는 'big 5'병원이 13만 3000원으로 의원급(4만 1000원)의 3배 이상으로 나타나고 있어 의료 자원의 비효율적 활용이 지속되고 있었음.

□ 만성질환자의 병원급 의료기관 외래 이용

○ 65세 이상 만성질환자의 경우도 지난 7년간 의원급 이용률이 크게 증가하였으나, 여전히 병원급 이상이 차지하는 비중이 약 25% 수준에 이르고 있음.

○ 만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비도 2015년 현재 상급종합병원 17만 6000원 〉 big 5병원 20만 8000원 〉 종합병

원 14만 2000원 〉 의원 11만 원 〉 병원 10만 4000원 순이었음.

- 특히 지난 7년간 의원급 진료비는 연평균 2.8% 포인트 감소하였으나 상급종합병원의 1인당 진료비는 0.1% 포인트(big 5는 1.5% 포인트) 증가하였음.

□ 의원급 권장 질환

○ 의료기관 종별 표준업무규정상 대표적 의원급 권장 질환인 '위염과 십이지장염'의 진료 경향을 분석한 결과 의원급 진료 비중은 2015년 기준 72.0% 수준을 보이고 있었으나 65세 이상 노인으로 갈수록 의원급 이용이 감소하는 추세를 보였음.

- 65세 이상 노인은 종합병원을 이용하는 비중이 증가하였고 75세 이상에서는 상급종합병원 진료 비중도 다소 증가하였음.

○ 1인당 총진료비는 의원급이 약 3만 2000원으로 가장 낮았으며 상급종합병원이 107만 원으로 가장 높았음.

□ 병원급 권장 질환

○ 의료기관 종별 표준업무규정에 따른 병원급 권장 질환 중 '위 및 십이지장 궤양'의 진료 경향 분석 결과 65세 이상 75세 미만 노인의 27.3%, 75세 이상 노인의 23.7%만이 병원급을 이용한 것으로 나타났음.

□ 의료기관 종별 기능 정립은 의료 자원의 효율적 활용에 기여하여 건강보장 체계의 지속 가능성을 보장해 주며, 환자가 질환별, 중증도별로 필요한 의료기관을 효과적으로 선택할 수 있는 기반을 마련해 준다 할 수 있음.

○ 따라서 의료기관 종별 권장 질환을 기반으로 의료기관 종별 진료비 변화를 정기적으로 모니터링하고, 필요 시 합리적 의료기관 종별 의료 이용을 유도하기 위한 정책적 개입이 필요할 것임.

나. 요양병원과 요양시설 간의 역할 미정립

□ 요양병원 입원환자와 요양시설 입소 환자 간에 노인의 상태에 따른 환자 특성 차이가 존재하지 않아, 양 기관의 기능 및 역할이 여전히 불명확한 실정임 .

○ 의료서비스의 필요성이 없고 돌봄서비스의 수요가 높은 이용자가 요양병원에 입원하는 경우, 반대로 질환 이환 등으로 병원 또는 요양병원에 입원하여 의료적 처치를 받아야 하는 대상자가 장기요양시설에 입소하는 경우 등 의료기관과 요양시설 간 기능 왜곡과 자원 활용의 비효율이 발생.

○ 요양병원 입원환자의 약 47.2%가 치료가 아닌 요양 목적으로 입원해 있는 것으로 보고되는 등 당초 기능과 부합하지 않는 운영이 이루어지고 있는 상황임(김진수 등, 2013, p. 35).

□ 요양병원과 노인장기요양보험의 요양시설 간 명확한 역할과 기능의 부재로 의료적 필요보다 요양에 대한 욕구 충족을 위한 요양병원 입원이 증가함.

○ 요양병원 환자 구성의 변화를 보면 중증도가 낮은 하위 등급자의 요양병원 입원이 빠르게 증가하였음.

□ 요양병원 환자 분류군 기준 및 결정 방식의 문제로 신체 기능 저하군, 인지 장애군, 문제 행동군은 요양시설 입소보다 요양병원 입원이 용이함.

○ 노인장기요양보험의 등급이 인정된 대상자만 요양시설 또는 재가서비스를 받을 수 있으나 요양병원은 특별한 요건 없이 이용이 가능함.

- 요양병원도 입원 대상자의 적절성을 판단하기 위하여 환자 분류 체계를 기준으로 환자군을 분류하여 진료비를 청구하고 있으나 의료중도 분류 기준 중 '당뇨이면서 매일 주사 필요', '네뷸라이저요법' 등은 장기 입원 사유로 부적합하다고 지적되고 있음.
- 특히, 신체 기능 저하군의 분류 기준은 '의료최고도 내지 의료경도에 해당하지 않는 경우에 산정'으로 명시하고 있어 사실상 입원에 제약이 없다고 볼 수 있음.

□ 현행 본인부담상한제는 불필요한 요양병원 입원을 증가시키는 요인으로 작용함.

○ 의료기관인 요양병원은 본인부담상한제를 적용받아 소득에 따라 일정 금액 이상의 본인 부담을 하지 않는 반면, 노인장기요양보험은 의료기관이 아니기 때문에 본인부담상한제를 적용받지 않음.

- 요양병원 입원환자에 대한 본인 부담 감소는 의료적 필요성이 아닌 단순 요양을 목적으로 한 요양병원 입원 장기화를 가속화

○ 요양병원 환자 중 본인부담상한제를 적용받는 경우는 40%이상으로 보고되고 있으며(전보영, 김홍수, 권순만, 2016, p.40) 2015년 본인부담상한제 총환급액 9902억 원 중 요양병원의 본인부담상한제 환급액 규모는 총 4933억 원으로 전체 환급액의 절반을 차지

다. 장기요양기관 간 역할 미정립

□ 시설급여에서는 요양시설과 노인요양공동생활가정의 기능과 역할, 그리고 목적을 달리하여 공급체계를 설계하였다는 점을 고려할 때 이들 시설별로 어느 이용자가 보호되는 것이 적합할 것인가에 대한 분류가 이루어져야 함.

○ 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 시설 설치 및 인력 운영 기준에서 차이를 두고 있으나 요양필요도가 매우 높은 1등급이라도 요양시설에 비해 전문적 요양서비스를 받기 어려운 1~2등급 인정자도 노인요양공동생활가정에 입소할 수 있도록 하고 있음.

○ 재가급여에서도 주야간보호기관에서도 등급별 혼재(1~5등급)과 노인의 특성(치매/중풍 등)에 따른 수급자의 분류 없이 운영됨에 따라 기관의 전문적 서비스 제공이 이루어지지 못하고 있음.

□ 장기요양급여 종류에 따른 비용, 시설 및 인력 기준의 차이 등으로 인해 서비스의 양과 질에도 차이가 있으나 이에 대한 가이드라인의 부재로 기능 상태에 따른 적절한 서비스 제공을 받지 못하는 경우가 발생함.

○ 장기요양서비스는 간호, 재활과 사회복지의 전문가적 서비스와 직접적 신체 수발과 가사 업무와 같은 비전문가적 서비스를 포괄하므로 서비스 제공 기관 종류별로 목적과 역할을 달리할 필요가 있음.

라. 노인장기요양서비스 기관의 무분별한 증가

□ 노인장기요양기관은 2008년도 제도 도입 이후 급격히 증가하였으나 무분별한 시설의 증가는 기관운영의 비효율성, 서비스 질의 한계를 가져옴.

○ 노인장기요양보험이 도입되기 이전 대부분 공공 또는 국가의 위탁을 받은 사회복지법인에 의해 서비스가 제공되었으나 사회보험이 도입되면서 무한 경쟁이 이루어지는 시장 논리에 의해 운영되기 시작하였음.

- 입소 정원이 9명 이하인 노인요양공동생활가정 2150개소 중 1902개소가 개인 시설로, 질 관리가 어려운 소규모 개인 시설이 급증하였음.

□ 지역복지계획 수립에 있어서 장기요양에 대한 수요와 공급 분석을 통해 지역 단위의 장기요양기관에 대한 공급 조절 장치를 마련할 필요가 있음.

○ 지역의 수요에 대한 충분한 고려 없이 허가되고 있어 일부 지역에서는 지역 수요에 비해 공급 기관이 과잉되거나, 급여 유형에 따라 부족해지는 현상도 발생함.

마. 불충분한 재가서비스

□ 노인장기요양보험제도는 재가 보호 우선의 원칙을 두고 있으나 현행 장기요양보험 재가서비스가 실질적으로 가족 등의 비공식적 돌봄 없이 대상자의 독립적인 생활이 가능할 정도로 제공되는지에 대한 검토가 필요함.

○ 노인장기요양등급 인정자의 56%가량을 차지하고 있는 치매나 중풍 질환자는 신체 기능의 마비나 행동상의 장애를 갖고 있어 자택 생활자에 대한 공식적 돌봄이 부족함.

- 재가서비스는 1회 방문에 4시간 이상 제공하는 유형이 전체의 30.9%(2013년 기준)이고 나머지는 3시간 이내임.
- 재가서비스는 하루 24시간 중에 일부 시간에만 제공되기 때문에, 나머지 시간대에는 가족을 포함한 비공식 돌봄자에 의해 서비스가 제공될 수밖에 없음.

○ 노인장기요양등급인정자의 주거 상태에서 보듯이 전체 대상자의 65.2%는 자택 생활자로 나타나는데 기능 상태의 중증도가 높아질수록 자택 생활의 비율이 낮아지고 요양시설과 요양병원 등의 입소 비중이 증가함.

- 이는 기능 상태가 저하될수록 자택에서의 돌봄 제공에 대한 부담이 크게 증가하기 때문임.

5. 노인 의료와 요양서비스 수요 분석

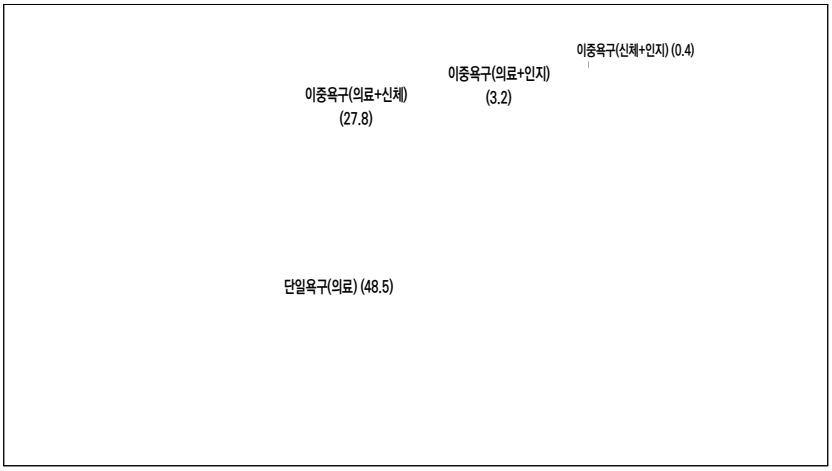
□ 노년기에는 신체적, 심리적, 사회적으로 매우 다양한 욕구가 발생하며 이를 충족하기 위한 횡적 해소 방안이 필요함.

○ 생애주기별로 볼 때, 신체 기능저하와 질병의 이환은 주로 노년기에 발생하게 되며 비슷한 연령대의 노인이라도 건강 상태 및 질환의 중증 정도와 사회경제적 수준에 따라 서비스의 욕구는 다양할 수 있음.

□ 노인실태조사 자료를 활용하여 노인의 욕구를 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구로 구분하여 노인들의 의료와 요양 욕구를 분석한 결과 전체 노인의 41.1%는 2가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있었음.

○ 두 가지의 복합 욕구를 가진 집단은 31.4%였으며 세 가지 욕구를 모두 가진 복합 욕구의 집단은 9.7%인 반면 의료, 신체적 돌봄 및 인지적 돌봄 중 한 가지 욕구만 있는 집단은 전체의 51.4%였으며, 완전 자립 상태의 노인은 7.5%수준이었음.

〔그림 3〕 노인의 욕구 유형별 사람 수 분포 (단위: %)



자료: 노인실태조사 원자료를 활용하여 연구진이 재구성

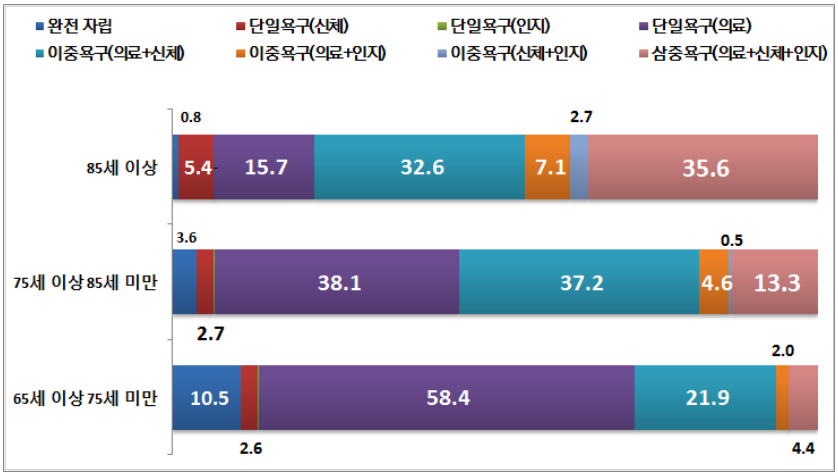
□ 연령이 증가할수록 욕구의 상태가 복잡하고 다양해지는 것으로 나타났음.

○ 75세 이상 85세 미만의 노인 중 2가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있는 사람은 55.6%였으며, 85세 이상에서는 78.0%로 크게 증가하였음.

- 세 가지의 복합 욕구(의료+인지+신체적 돌봄 욕구)를 갖고 있는 노인의 비율은 65~74세는 4.4% 수준이나, 75~84세 노인은 13.3%, 85세 이상에서는 35.6%로 크게 증가하였음.
- 이중 욕구(의료+신체적 돌봄 욕구)를 가진 노인의 비율은 75~84세에서 37.2%로 가장 높았으며, 85세 이상 32.6%, 65~74세 21.9% 순이었음.

〔그림 4〕 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포

(단위: %)



자료: 노인실태조사 원자료를 활용하여 연구진이 재구성

□ 욕구가 다양하고 복잡할수록 낙상 경험율, 자살에 대한 생각 등에 영향을 미치고 있는 것으로 나타났음.

○ 낙상 경험율이 가장 높은 집단은 삼중 욕구를 가진 집단(42.0%)으로 삼중 욕구를 가진 노인은 낙상에 대한 두려움도 78.6%으로 가장 높았음.

○ 욕구 유형의 개수가 많을수록 자살 생각을 가졌던 경험율이 높게 나타났으며 특히 3가지 복합 욕구를 가진 노인은 자살 생각을 생각해 본 경험이 16.0%로, 완전 자립 상태인 노인의 (8.0%) 두 배였음.

○ 복합 욕구가 증가할수록 일상생활에서 가족의 도움 정도가 높아지는 경향을 보였음.

- 삼중 욕구 91.9% 〉 이중 욕구(의료+인지) 89.4% 〉 이중 욕구(의료+신체) 89.2% 〉 단일 욕구 77.3%

□ 노인의 의료 및 요양 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성

○ 노인의 의료 및 요양 욕구에 영향을 미치는 다양한 결정요인을 살펴본 결과,

- 복합 욕구(의료+인지)를 갖고 있는 노인은 연령이 높을수록(의료 β: 1.70, 인지 β: 2.17), 여성에서(의료 β: 0.51, 인지 β: 0.43), 교육 수준이 낮을수록 욕구 정도가 증가하는 경향을 보였음.

- 복합 욕구(의료+신체)를 갖고 있는 노인에서는 연령과 성별, 취업 상태가 유의한 변수였음.

- 복합 욕구(의료+신체+인지)를 갖고 있는 노인에서는 연령이 미치는 영향이 큰 것으로 나타났는데, 65세 이상 75세 미만 노인에 비해 85세 이상 노인이 삼중욕구를 가질 가능성은 매우 높았고 그 수준도 유의했음(β: 3.20). 여성일수록, 동 지역

보다는 읍면 지역에 거주하는 노인일수록 삼중 욕구를 가질 가능성이 높았음.

6. 노인 의료와 요양 서비스 실태 분석

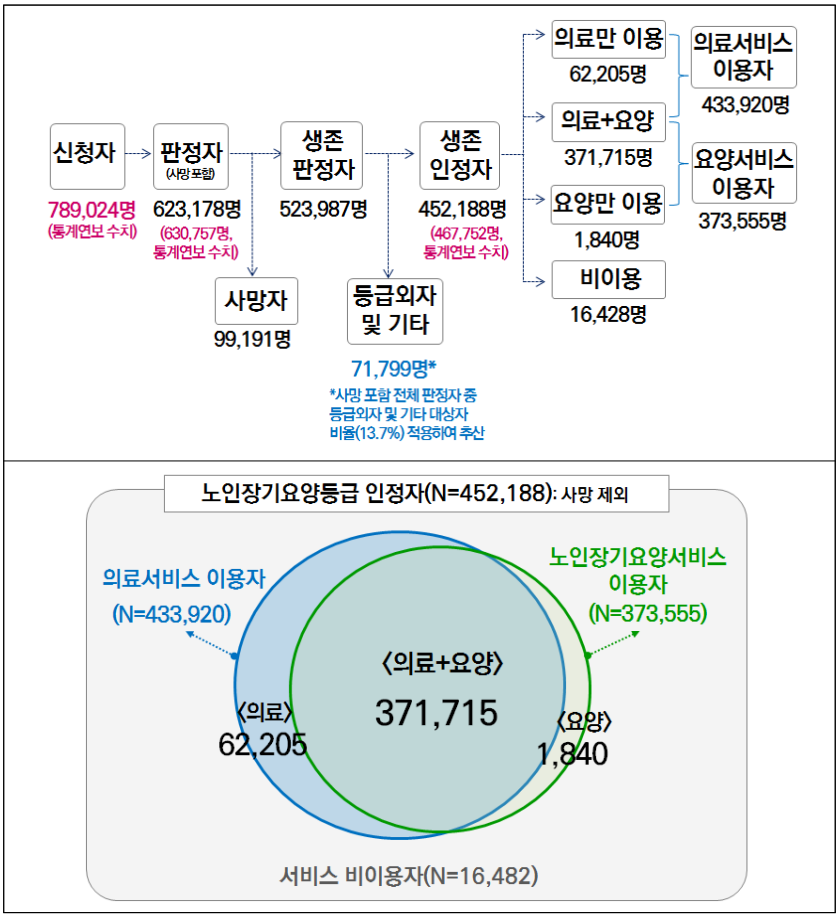
□ 앞서 살펴본 것과 같이 노년기 복합적인 욕구 발생 비율은 41.1%로 높게 나타났음. 이러한 복합 욕구를 갖고 있는 노인의 의료와 요양 서비스의 이용 실태를 분석하기 위하여 국민건강보험공단의 2015년 기준 노인장기요양 등급인정자의 의료 이용 실적 데이터를 추출하여 복합 욕구 대상자의 이용 실적을 분석하였음.

○ 2015년도 노인장기요양등급 판정자 중 사망자와 등급외자를 제외한 노인장기요양등급 인정자 45만 2188명을 분석 대상으로 하였음.

□ 분석 대상의 82.2%인 37만 1715명은 의료와 장기요양 서비스를 함께 이용한 것으로 나타났음.

○ 특히, 분석 대상의 13.8%인 6만 2,205명은 의료서비스만 이용한 것으로 나타났고, 0.4%인 1840명은 장기요양서비스만을 이용하였으며, 의료나 장기요양 모두 이용하지 않은 대상자도 전체 등급인정자의 3.6%인 1만 6,482명이었음.

〔그림 5〕 의료 및 요양 수요분석 대상자 추출 과정 및 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출

□ 의료와 요양서비스를 모두 이용한 노인장기요양등급 인정자 37만 1715명 중 의료기관의 외래를 이용한 대상자는 98.5%였으며 입원 경험이 있는 대상자는 41.1%였음.

○ 의료기관 입원자의 46.9%는 종합병원에 입원한 경험이 있고, 34.4%는 요양병원 입원 경험이 있었음.

- 특히 요양병원 입원자 비율은 신체 기능 저하가 큰 장기요양 상위 등급일수록 높게 나타났음(1등급 인정자 46.8% 〉 2등급 43.5% 〉 3등급 34.4% 〉 4등급 27.6% 〉 5등급 29.5%)
- 종합병원의 경우, 장기요양등급에 상관없이 입원자 비율이 비슷하게 나타났으며, 병원은 장기요양등급이 낮아질수록 입원 비율이 증가하였음.

□ 노인장기요양등급 인정자 1인당 입원 일수는 평균 74일로 나타났으며 등급이 높아질수록 연간 입원 일수가 증가하였음.

○ 1등급 139일 〉 2등급 101일 〉 3등급 72일 〉 4등급 51일 〉 5등급 45일

○ 특히 요양병원의 경우 평균 입원 일수가 140일로 나타났으며 1등급 대상자의 요양병원 평균 입원 일수는 205일, 2등급 대상자는 165일로 매우 높게 나타났음.

□ 노인장기요양등급 인정자의 1인당 입원 진료비는 약 865만 원이며, 장기요양 등급별로 큰 차이를 보이고 있음.

○ 의료기관 종별로는 요양병원이 평균 1157만 원으로 높았으며, 특히, 장기요양 1등급자의 1인당 요양병원 입원 진료비는 1797만 원 수준으로 나타났음. 장기요양등급별 입원 진료비의 편차는 요양병원 입원에 기인하다고 볼 수 있음.

7. 외국 의료와 요양 서비스 제공 체계의 시사점

□ 1차 의료기관의 형태와 역할

○ 영국과 스웨덴의 1차 의료기관은 4~5명의 일반의(General Practice, GP)들로 구성되며 네덜란드, 호주, 싱가포르에서도 집단 개원 형태가 계속 증가하는 추세임.

○ 일본은 '단골 의사'가 관행화되어 있는데, 단골 의사는 병원 내 의사도 할 수 있으며 진료 과목에 관계없이 진료함. 최근 '지역포괄진료의사제도'를 도입하여 지역포괄진료에 대해 수가를 가산하여 주치의의 정착을 도모하고 있음.

○ 1차 의료의 시작이 늦은 대만에서도 사구(社區)의료군제도를 시범 사업으로 도입하여 의원의 의사가 주치의로서 가족의 의료 기록을 보관하고 24시간 전화 상담을 하며, 전인적인 건강 관리를 하도록 함. 주치의 등록자(환자)에게는 필요 시 상급병원진료에 대한 우선권을 부여함.

○ 전문의 중심의 1차 의료를 담당하고 있는 우리나라는 집단개원 형태의 1차 의료를 형성하기 어려운 실정으로 노인에 대한 주치의제도를 시행하는 데에 진료 과목 선택이라는 한계에 부딪치고 있음. 따라서 지역별로 다양한 전문 과목 의원으로 구성되는 1차 의료기관 간의 네트워크 구성을 통해 주치의 그룹으로 역할을 할 가능성을 고려해 볼 수 있음.

□ 1차 의료의 정보시스템 강화와 전자건강보험카드 도입

○ 벨기에는 환자에 대한 포괄적인 의료정보파일(Global Medical File, GMF) 시스템을 구축하여 불필요하고 중복된 진료를 줄이

고 모순된 처방을 제거하였음.

- 환자가 GMF에 참여하면 본인부담금의 30%를 감면하고, 2차 진료 의뢰 시 본인부담금을 경감함.

○ 호주에서는 국민 누구나 본인과 미성년 자녀의 의료 정보(진료와 처방 기록, 의약품 부작용, 알레르기 등)를 온라인전자의무기록시스템에 등록할지 여부를 선택할 수 있음.

- 시스템에 등록된 정보는 일반의, 전문의, 병원이 참고할 수 있도록 함.
- 복합 만성질환을 보유한 노인의 경우 이러한 시스템에 등록하면 효율적인 의료 관리가 가능할 것임.

□ 장기요양서비스의 운영 주체

○ 많은 선진국에서는 재정상의 한계, 전달체계에서의 유연화를 위하여 장기요양서비스를 지방정부로 이양하여 운영하는 추세임.

○ 영국은 노인을 위한 장기요양서비스와 복지서비스를 지방정부의 서비스로 통합적으로 운영하기 위해 노력하고 있으며, 중앙정부의 의료서비스 제도와 분리하여 지방정부별로 요양 욕구의 판정, 서비스의 범위와 형태 등에 지역별 수요를 반영하고 있음.

○ 캐나다도 장기요양서비스는 주 정부 단위에서 운영하고 있음.

○ 스웨덴은 환자가 퇴원한 후의 재활이나 생활 보조 등을 기초자치단체(commune)에서 관장하며, 기초자치단체의 노인복지서비스의 하나로 장기요양서비스를 제공하고 있음.

○ 일본은 의료 및 개호의 연계를 강화하고, 지역포괄케어시스템을 통해 대상자 중심으로 일상생활권 내에서 의료, 개호, 예방, 주거 등

의 연속적인 연결이 지속되도록 종합적인 지원을 도모하고 있음.

○ 반면 벨기에와 네덜란드는 장기요양서비스를 건강보험에 포함하여 운영하고 있음.

□ 의료와 요양서비스의 연계·통합

○ 선진국 대부분이 분절화된 의료서비스를 연계하고 통합하며, 의료서비스와 사회서비스 간에도 통합된 서비스를 제공하는 방향으로 개혁을 시도하고있음.

○ 영국은 보건의료와 사회서비스 간 통합 서비스를 제공하고 질 향상에 주력하고 있음. 의료, 장기요양, 공공보건 간의 연계와 협력을 강화하기 위해서 지자체에 보건복지위원회를 설립하였고, 동 위원회에 공공보건 담당자, 장기요양담당자, 임상의사그룹(CCGs)이 참여하여 협의하고 있음.

○ 미국의 책임의료조직(Accountable Care Organization, 이하 ACO)은 개원의나 병원 등 지역 내 여러 공급자들이 제휴한 공급자 조직으로 비용 절감분을 인센티브로 제공하고 있음. 보험회사와 ACO는 수평적인 관계를 맺으며, 통합의료시스템을 운영하고 참여 의료기관들 간에는 전자건강기록(EHRs)을 통해 정보를 공유함. 또한 지불 방식도 외래, 진단, 입원(수술), 퇴원 후 케어, 재활, 너싱홈 등 질병의 발생부터 종료에 이르는 비용에 대해 총액계약제를 도입하였음.

○ 싱가포르의 공공병원 통합의료서비스 시스템은 우리나라에 시사하는 바가 크다고 할 수 있음. 전자의무기록(Electronic Medical Records, EMR)을 모든 병원이 공유하면서 전국을 6개 지역의

거점 클러스트로 형성하여 종합병원을 중심축으로 전문 센터, 중소형 공공병원 및 종합진료소, 기타 특수 시설, 약국 등과 연계하였음.

○ 일본 역시 의료와 장기요양을 연계하려고 하고 있으며 가능한 한 오랫동안 자신의 거주지에서 생활할 수 있도록 지역포괄진료시스템을 구축하는데, 일상생활권 내에서 의료, 개호, 예방, 주거 등의 연속적인 연결이 지속되도록 종합적으로 지원함.

○ 캐나다의 SIPA는 보건 복지 사무소를 중심으로 가정의학과 전문의를 포함한 다학제 팀(Multidisciplinary team)과 사례 관리자가 보건의료, 사회복지서비스를 제공하고 있음. PRISMA는 SIPA처럼 한 기관에서 모든 서비스를 제공해 주는 완전한 통합 모형이 아니며 지역사회 관련 기관의 서비스를 노인의 수요에 맞게 연결, 조정(coordination)하여 노인의 욕구를 사정하고 서비스를 제공해 주고 있음.

○ 우리나라도 중앙정부 중심의 건강보험, 장기요양보험, 공공보건의 관리 권한과 책임에 있어서 광역 지자체와 기초 지자체의 역할을 고려해 보아야 함.

□ 장기요양서비스의 범위

○ 캐나다는 시설서비스, 완화의료(paaliative care), 수발자 휴식(respite care), 가정간호서비스, 물리치료와 작업치료 등의 재활 서비스, 가사 지원, 신체 케어 등에 이르기까지 광범위한 영역에서 장기요양서비스를 운영하고 있음.

○ 네덜란드는 장기요양서비스를 건강보험제도 속에서 함께 운영하

고 있으며 건강보험 소득 정률 보험료의 59%는 사회 민간 건강보험에 쓰이고 나머지 41%는 장기요양서비스에 사용하고 있음.

○ 스웨덴은 재가서비스에 가정 도우미 서비스를 포함하여 가정도우미가 청소. 세탁, 취사, 입욕 서비스 및 교통 편의 서비스를 제공하는 등 재가에서도 노인 혼자 생활이 가능하도록 하고 있음. 스웨덴의 재가서비스에는 식사 배달 서비스와 활동 보조 서비스가 포함되며, 벨기에의 재가서비스에도 음식 배달이 포함됨. 시설서비스 중심이 아닌 재가에서도 충분히 생활할 수 있는 다양한 서비스 개발이 필요할 것으로 보임.

○ 영국은 노인과 장애인을 위한 장기요양서비스와 복지서비스를 지방정부의 서비스로 통합·운영하기 위해 노력하고 있음.

○ 우리나라에서도 건강보험공단의 장기요양서비스와 지자체의 노인돌봄서비스 및 민간 복지 시설에서 제공하는 노인돌봄서비스 간의 연계 방식을 고민해야 할 것임. .

□ 장기요양에 대한 지불

○ 영국은 재가서비스에 대한 본인 부담이 거의 없고, 시설서비스는 자산조사를 거쳐 차등적으로 부과하고 있음.

○ 우리나라는 장기요양시설과 재가서비스를 이용함에 있어 본인 부담에 큰 차이가 없어, 노인장기요양등급 인정자들의 시설 선호 현상이 나타남. 재가서비스의 활성화를 위해 재가서비스의 본인 부담을 낮추고 시설서비스의 본인 부담을 높이는 방안을 검토해 볼 수 있으며 요양 대상 가구의 소득 자산 수준에 따라 본인 부담률 조정도 검토해 볼만함.

□ 재가서비스의 확산과 입소 시설의 질 평가 강화

○ 대부분의 국가들은 재가서비스를 강화하여 시설 입소를 제한하고 있으며 입소 시설은 환자 당 비용을 효율화하기 위하여 대형화되는 추세임.

○ 독일에서는 보험자(장기요양보험조합)와 독립된 별도의 심사기구인 건강보험 의료 심사원(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK)에서 장기요양시설에 대한 평가 결과를 공개하고 있음.

○ 네덜란드는 장기요양서비스의 질을 감시하기 위해 보건의료감시기관(Healthcare Inspectorate, IGZ)을 설립하였음.

○ 캐나다의 장기요양시설은 보건서비스인증위원회의 기준을 충족해야 하며, 입소 생활 시설은 캐나다인증원(Accreditation Canada)의 인증을 받아야 하는데 안전, 장기요양서비스 접근성, 종사자 실태, 의료 정보 시스템의 유지, 그리고 삶의 질 등 5가지를 충족해야 함.

○ 우리나라도 건강보험공단과 독립된 형태의 장기요양서비스 질 평가 기구의 설립이 필요할 것임.

□ 텔레헬스(Tele-Health: 원격 보건의료서비스) 통합상담센터 구축

○ 호주와 독일은 24시간 전화 상담 등의 텔레헬스를 운영하면서 건강상담서비스(Health Direct Australian), 자가 건강 관리를 지원, 일반의(General Practitione, GP)가 근무 시간 후에 진료 상담을 하게 함으로써 불필요한 방문을 줄이고 있음.

○ 우리나라에서도 노인의 의료와 요양서비스에 대한 정보를 한곳에서 제공해 주고 야간에 전화 상담을 하도록 하는 체계에 대한 검토가 필요함.

8. 노인 의료와 요양서비스 공급체계 모색

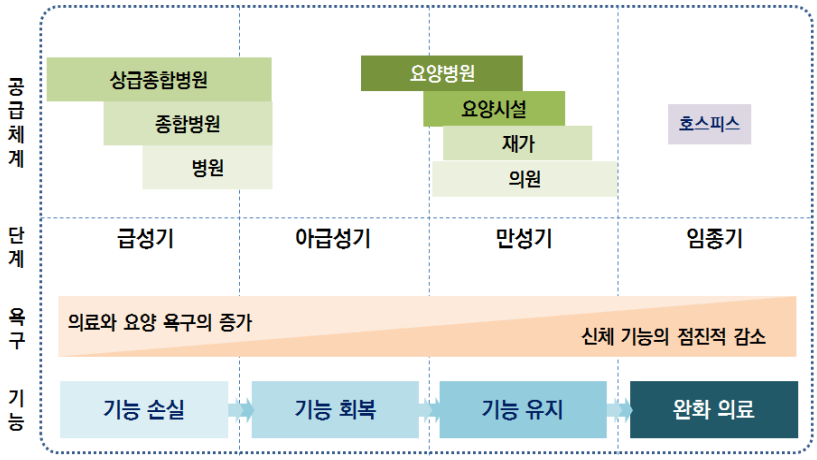
□ 급성기에서 임종기에 이르기까지의 현행 서비스 공급 체계를 투영하여 각 단계별로 서비스가 부족한 제공 주체를 모색함으로써 향후 노인에 대한 연속적인 서비스 공급 체계를 제시하였음.

○ 병원급 이상의 의료기관들은 대부분 급성기와 만성기를 담당하고 있으나 아직까지 급성기와 만성기 또는 요양기까지를 이어 주는 아급성기에 대한 서비스 공급은 매우 제한적임.

○ 의료기관인 요양병원과 노인장기요양급여 제공시설인 요양시설 간의 역할이 명확히 구분되어 있지 않으며, 요양시설과 재가서비스 간의 불명확한 역할도 여전히 문제가 되고 있음.

○ 최근 호스피스 완화의료에 대한 확대가 이루어지고 있으나, 특정 질환에만 국한되어 적용되고 있어 우리나라는 임종기에 대한 체계가 미흡한 것으로 평가되고 있음.

〔그림 6〕 노인 의료-요양서비스의 연속적 측면에의 기능별 의료공급체계



가. 아급성기 의료서비스 제공 체계 구축

□ 아급성(sub-acute) 의료서비스란 급성기 이후(post-acute)의 의료서비스를 구성하는 첫 단계로 장기요양서비스와 급성기 치료를 연결하는 과정으로 볼 수 있음.

○ 현재 우리나라 의료서비스를 전달하는 중요한 통로는 급성기 치료서비스와 장기요양서비스라 할 수 있음. 그러나 만성질환이 증상의 발현과 호전을 반복하는 특징을 가진다고 할 때, 급성기 치료 이후의 호전 또는 회복기를 담당할 의료전달체계는 부족한 상황임.

○ 즉, 급성기 치료와 장기요양 사이의 중간 단계를 구축하여 의료전달체계를 급성기 치료-아급성 치료-장기요양으로 개편함으로써 서비스 제공의 빈틈(gap)을 제거해야 함.

○ 뇌졸중 등 중증 질병, 외상 등의 발생 후 초기의 집중 재활 치료[2]의 시행에 따라 후유증, 장애 발생의 정도, 삶의 질, 사회복귀 여

부 등에 많은 차이가 발생할 수 있으며 급성기 이후 재활 치료 미비로 인한 장기 입원 및 장애 정도의 악화 등은 개인과 가족의 어려움 및 사회적 부담으로 작용하고 있음.

□ 아급성기 의료체계 강화, 요양병원의 기능 재정립을 통해 급성기 이후 의료 제공의 연속성 확보 및 질적 수준 제고를 위한 의료서비스 제공 체계 마련이 요구되는 시점이며, 노인장기요양보험제도와의 관계뿐만 아니라 급성기 병원과의 관계를 고려하여 요양병원을 급성기 후 아급성기 의료 시설로 유도·강화하는 방안이 필요함.

○ 현재의 요양병원 기능을 강화·분화하여 재활 치료 중심, 치매 관리 중심, 내과 질환 중심 등 의료적 기능을 강화와 함께 기존 요양병원의 기능을 재편·강화하고 자원소모량에 따라 별도의 가산 또는 환자 중증도에 따른 행위별수가 인정 등의 차등을 두는 방안을 검토할 필요가 있음.

□ 아급성기 후기의료체계 정착을 통해 환자 본인에게는 치료의 연속성 향상과 의료비용의 절감, 의료비 차원에서는 불필요한 입원과 상급 의료기관 이용 축소에 따른 재정 절감 효과를 기대할 수 있을 것임.

나. 호스피스 완화의료 확대

□ 2015년 현재 의료기관 내 65세 이상 노인의 점유율은 76.7%로 4명중 3명 이상이 의료기관에서 임종을 맞고 있으나 임종의 질은 아주 낮은 수준으로 평가되고 있음.

---

2) 손상된 신경계의 회복은 발병 후 6개월 시점까지는 빠르게 회복되고, 2년까지는 어느 정도의 회복이 가능한 것으로 판단되고 있음.

○ 우리나라 임종의 질이 낮게 평가되는 것은 마지막 순간까지 의료기관에서 최선의 '치료'를 받고 있기 때문임. 즉, 임종 전까지 고통을 완화하기보다는 전산 단순 촬영술(CT), 핵자기 공명 장치(MRI), 양전자 단층 촬영(PET), 항암제, 인공호흡기, 기도삽관 등을 통해 치료를 받고 있는 상황임.

□ 우리나라의 '죽음의 질'에서 완화의료 제공 항목에 대한 평가는 매우 낮음.

○ OECD 30개국을 대상으로 조사한 '죽음의 질(Quality of Death)'을 통해 얼마나 품위 있게 죽음을 맞는가를 비교한 결과 우리나라는 '연간 사망자 중 완화의료를 받았던 환자 비율' 항목에서 5.6점(33위)으로 매우 낮은 수준임.

□ 호스피스 완화의료를 자국의 특성에 맞게 도입하고 법제화, 전문화 과정을 거쳐서 공적 건강보험에서 급여하고 있는 일본(1998년), 대만(2000년), 독일(1997년), 미국(1986년) 등 외국에서는 대상자를 말기 암 환자로 제한하지 않고 전체 질환자로 확대하였음.

○ 외국의 호스피스 완화의료 제공 기관은 병원 내 병동형, 병원 독립 시설형, 지역사회, 가정형 등 다양한 형태가 있으나 우리나라에서는 상급종합병원 중심의 병원에 국한되는 경향이 있으며 건강보험 급여 제도로서도 완전하게 정착되지 못한 상황임.

○ 우리나라에서도 호스피스 완화의료를 말기 환자 이외의 전체 임종기 환자를 대상으로 확대할 필요가 있으며 지역별로 적절한 수의 기관이 배치되어 이들 간의 유기적인 연계 체계하에 지역 중심으로 서비스가 제공되도록 하여야 함.

다. 노인 전문의 제도 도입 검토

□ 우리나라의 전문의 제도는 1960년부터 전문의 자격시험이 실시됨으로써 정착되어 오고 있으나 아직까지 국내 의료법에는 '노인과'가 없으며 노인과 전문의 제도도 없는 상황임.

○ 노인 의료서비스가 가지는 특성으로 인하여 외국에서는 노인에 적합한 치료를 위해 의사 인력을 교육하고 있으며 노인병 전문의의 양성은 크게 두 가지 형태로 요약됨.

- 내과, 가정의학과 전문의 자격 취득 후, 1~3년간 노인병 전문의 수련 프로그램을 이수하고, 전문의 자격시험을 거쳐 노인병 전문의가 되는 추가 전문의 방식(일본, 미국, 캐나다, 벨기에, 프랑스, 독일, 핀란드, 스웨덴 등)과 타 전문과목과 동일하게 의사 자격 취득 후 4년간의 전공의를 거쳐 전문의 자격을 취득하는 방식(영국, 이탈리아)이 있음.

□ 노령층의 증가에 따라 노인의 신체적 기능적 상황을 고려한 적절한 치료가 이루어질 수 있도록 노인 전문의제 도입에 대한 사회적 필요성을 검토해 보아야 함.

○ 복합 질환과 이로 인한 여러 약물의 복용, 기능 상태 저하로 인한 임상적 수술 시술의 필요성 등 노인의 질환, 신체 기능 등 전반적 상태를 고려한 노인 전문의 양성을 고려해야 할 시점임.

○ 복합적인 신체적, 정신적 질환을 가지고 있고 노인환자들을 일차적으로 치료할 뿐 아니라 총체적으로 관리할 전문 인력인 의사의 역할은 매우 중요하다 할 수 있음.

9. 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 체계 구축 방안

가. 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공의 필요성

□ 우리나라의 의료전달체계는 몇 가지의 구조적인 문제점을 가지고 있음. 의료전달체계가 잘 작동하기 위해서는 1차, 2차, 3차 의료기관의 기능과 역할이 명확하게 나누어져 있어야 하지만 우리나라의 경우는 그 역할과 기능이 명확하게 구분되어 있지 못함.

○ 의원과 병원은 상호 보완적인 관계가 아닌 경쟁 관계를 형성하고 있으며 실제로는 환자가 의료기관을 직접 선택하여 진료를 받을 수 있음.

- 1차 의료기관을 거치지 않고서도 바로 3차 의료기관의 진료를 받을 수 있어, 1차 의료기관에서 치료 가능한 경증질환으로 2, 3차 의료기관을 이용하는 경우가 많음.

○ 이러한 의료전달체계의 문제점으로 인해 의료 자원을 효율적으로 관리하지 못하고 있으며, 환자가 시의적절한 치료를 받지 못하는 경우가 발생함.

○ 이러한 문제는 비단 의료 분야뿐만 아니라 의료기관과 요양시설, 요양시설과 노인요양공동생활가정, 요양시설과 재가서비스 간 역할 등 많은 상황에서 발생하고 있음.

□ 현재 우리나라는 의료기관 종별 본인 부담 차등화를 통해 상급종합병원의 이용을 제한하고 있으나 사회경제적 환경 변화와 상급종합병원 이용의 예외적 조항 등으로 효율적 의료 이용과 재정을 관리할 수 있는 의료전달체계는 사실상 작동하고 있지 않음.

○ 이미 보편화된 실손의료보험을 통해 비급여를 포함한 본인부담금의 80~90%를 보상받고 있기 때문에 현재의 가격 정책을 통한 의료전달체계 확립은 사실상 그 목적을 달성하기 어려울 것임.

○ 상급종합병원을 바로 이용하기 위한 진료 의뢰서는 유효 기한이 없기 때문에 한 번 제출하고 나면 동일 상병으로 계속 상급종합병원을 이용할 수 있음.

○ 또한 현행법에는 진료의뢰서 없이 상급종합병원을 이용할 수 있는 예외적 조항을 두고 있음.

- 가정의학과 및 응급실을 통한 진료는 진료의뢰서 없이 자유롭게 상급종합병원을 이용할 수 있음.
- 건강검진도 상급종합병원을 이용할 수 있는 또 다른 통로로 작용하고 있음. 상급종합병원에서 받은 건강검진 결과 통보서상 추가적인 검사 및 치료가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 진료 의뢰서 없이 상급종합병원에서 진료 받을 수 있음.

□ ‘의료’는 정보의 비대칭성이 강한 분야로, 의사와 환자 간 정보의 비대칭으로 인해 공급이 수요를 창출해 낼 수 있으며 환자는 스스로 적절한 의사결정을 하기 어려움.

○ 환자의 치료 과정이 종료된 후에는 다시 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 의뢰·회송하는 단계가 필요하며 의료전문가는 대리인으로서 적절한 요양기관을 안내하는 것이 의료 자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이 될 것임.

□ 어느 경우이건 논의의 핵심은 서비스의 연속성(continuum of care)임.

○ 서비스 연속성에 따라 급성기 의료서비스와 급성기 이후의 아급성기 의료서비스, 장기요양서비스가 연속적으로 이루어져야 하며 비용이 합리적으로 산출되어야 함.

○ OECD 국가에서는 고령화를 대비하여 급성기 케어부터 요양까지 다양한 수준과 유형의 서비스를 연계하고 재정과 전달체계를 통합하여 케어의 연속망(continuum of care)을 구축하고자 함. 이를 위한 정책 목표는 다음과 같음.

- 첫째, 복합적 서비스가 필요한 노인에게 종합적 관리를 제공할 단일 창구(single entry point) 필요
- 둘째, 서비스나 서비스 제공 기관의 통합 관리를 통해 다양한 욕구에 대한 즉각적이고 유연한 대처
- 셋째, 예방-돌봄-치료(급성기 케어) 간의 통합 서비스 제공을 위한 공급자 유인책 강조

나. 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 모형

□ 노인에 대해 적절한 의료와 요양서비스를 제공해 줄 수 있는 다양한 공급체계가 마련되었다 하더라도 서비스의 연속성을 담보하기 위해서는 통합적으로 서비스가 연계될 수 있는 제공 체계가 마련되어야 함.

○ 특히, 노인이 급성기에서 장기요양으로 이어지는 일방향적 진행이 아니라 각 개별 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 서비스

의 통합적 제공은 서비스의 연속성에 있어 중요한 가치를 가지며 시의적절한 서비스를 통합적으로 제공함과 동시에 각 서비스 제공 기관과의 연계를 원활하게 할 수 있도록 설계하는 것이 핵심임.

"어머님이 치매이신데 요양병원으로 가야할까요? 아니면 요양시설로 가야할까요?"

○ 누군가는 이러한 질문에 합리적인 판단으로 대답을 할 수 있어야 함. 즉, 노인의 질환과 기능, 중증도, 과거 병력, 사회적 상황 등 전체적인 상태를 파악하여야만 이러한 질문에 답할 수 있을 것이나, 현재 우리나라의 의료나 요양 시스템에서 적절한 판단을 하기 어려우며 이러한 판단은 고스란히 환자와 환자 가족의 몫으로 남겨져 있음.

□ 한국형 노인 의료-요양 통합 모형은 다음과 같음.

○ 총괄 조직으로서의 '노인통합케어센터'와 '주치의로서의 1차 의료기관 그룹'이 핵심적인 역할을 수행함.

○ 우선 진료권생활권 또는 행정 구역 단위로 진료권을 설정하고 해당 국공립 의료기관에 '(가칭)노인통합케어센터'를 설치하며 '노인통합케어센터'를 중심으로 의료 공급자들 간의 수직적-수평적 네트워크를 구축함.

○ '노인통합케어센터'는 통합적 케어를 주도할 총괄 조직으로서 20~30명 정도로 구성하며 내과, 가정의학과와 같은 노인의 의료·요양에 적합한 전문의, 간호사, 지역 보건 인력, 상담인력 등 다학제 팀으로 구성함.

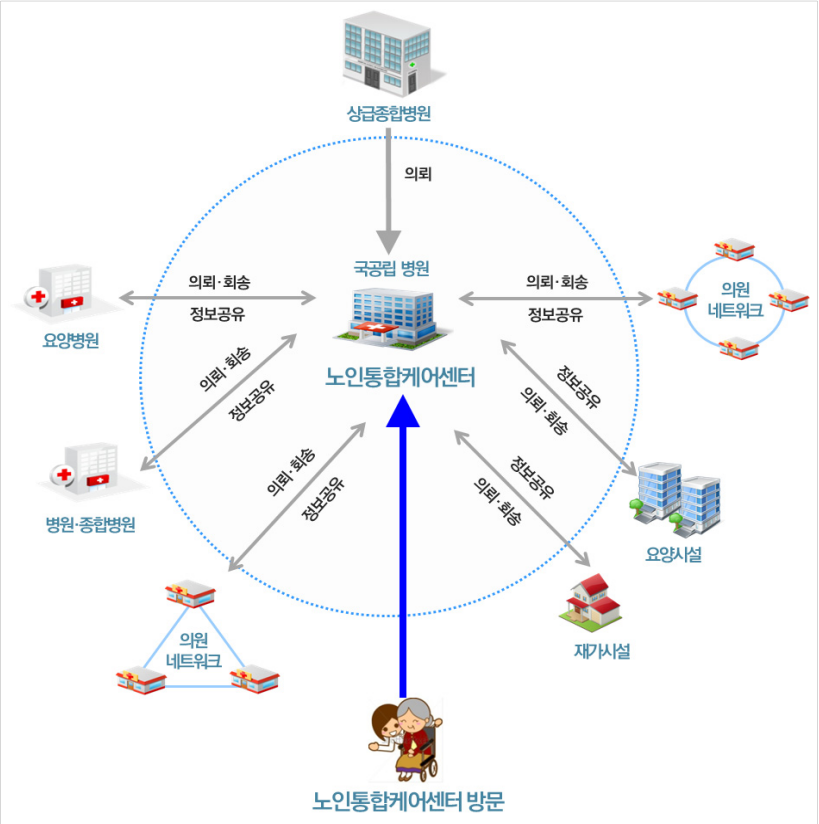
○ ‘노인통합케어센터’는 대상자에 대한 필요 서비스 사정, 지역 내 의료·요양 자원에 대한 정보 수집, 의뢰와 회송 관리 및 연계, 효과적인 자원 연결과 협력 등 전반적인 통합적 케어 제공 과정이 효과적으로 운영될 수 있도록 하는 중심 역할을 담당함.

○ ‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’은 다양한 전문 과목으로 구성된 3~5개 정도의 1차 의료기관들이 네트워크를 구성하고 이 1차 의료기관 그룹은 1차 의료기관 네트워크에 가입한 노인의 질병 예방과 치료 등을 담당하는 주치의 역할을 함.

○ 진료권 내 ‘노인통합케어센터’를 중심으로 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공 기관 간 네트워크를 구성하며 진료권 내 여러 개의 1차 의료기관 그룹을 형성할 수 있음.

○ 1차 의료기관 그룹이 주치의 역할을 담당하고 필요 시 각 네트워크 내 타 진료과(1차 의료기관)로 의뢰·회송을 하게 되며 외래 이상의 관리가 필요한 경우에는 ‘노인통합케어센터’에 2차 소견(Second opinion)을 의뢰함.

〔그림 7〕 한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안)



○ ‘노인통합케어센터’에서는 환자의 진료기록, 병력, 질환 및 기능 상태 등을 종합적으로 검토하여 환자와 환자 가족에게 정보를 제공하고 의료기관 또는 시설 등으로 연계함.

- 급성기 질환 등에 대한 상위 의료기관에서의 치료가 종료되면 해당 기관은 ‘노인통합케어센터’를 통해 환자를 다시 회송하게 됨.

○ 노인통합케어의 대상자는 우선적으로 의료와 요양 등 복합 욕구가 있는 75세 이상 노인으로 하되, 자발적인 참여를 원칙으로 함. 또한 공급자도 자발적 참여를 원칙으로 하되, 참여에 따른 별도 수가 신설, 본인 부담 축소 등의 인센티브를 제공함.

- 공급자 인센티브: 예방 차원의 진료, 건강 상담, 대상자의 의뢰·회송, 1차 의료기관 그룹과 통합케어 총괄 조직과의 상담 등에 대한 별도의 수가를 인정할 수 있음.
- 수요자 인센티브: '1차 의료기관 그룹' 내 노인에게 정액제 상한 조정, 노인장기요양등급 인정자에게 의료기관 입원 시 간병비 지원 등을 고려해 볼 수 있을 것임.
- 진료권 내 네트워크를 선택할 수 있으며 매년 변경 가능하도록 설계함. 장기요양시설 입소자는 촉탁의 대신 1차 의료기관 그룹이 주치의로서의 역할을 하도록 하여 책임진료를 도모함.

○ 노인통합케어의 또 다른 중요한 역할은 전자건강기록(Electronic Health Record, 이하 EHR)의 공유임.

- '노인통합케어센터'와 '1차 의료기관 그룹'은 환자에 대한 건강보험, 요양보험 자격 뿐 아니라 진료기록과 건강검진 정보들을 공유하여 환자 중심의 치료 계획을 수립하고 중복 검사, 치료, 투약을 방지함.
- 노인에 대한 진료 정보는 참여자의 동의를 받아 공유하며, 외국의 사례와 같이 진료 정보 공유에 따른 진료비 감면 또는 환급 등도 고려해 볼 만할 것임.

○ 노인통합케어센터에 권역 내 요양병원과 장기요양기관에 대한 질 관리와 공급 조절자로서의 역할을 부여할 수도 있을 것임.

- 권역 보건소와 협력하여 서비스의 질이 떨어지는 병원과 요양기관에 대한 자료를 수집하고 그 결과를 바탕으로 노인통합케어센터를 통한 환자 의뢰 시 서비스의 질이 담보되지 않는 기관으로의 의뢰를 제한함으로써 권역 내에서 질 향상을 위한 유인을 제공하거나 질 향상이 되지 않는 기관에 대해서는 자연스럽게 도태될 수 있도록 하여 자원 사용의 합리화를 추구할 수 있을 것임.

□ 중·장기적으로 노인 의료-요양 통합 모형을 시행함에 있어 지불 제도와 연계하여 지역별 총액계약제, 인두제 등을 검토해 보아야 함.

○ 이러한 통합적 전달체계가 잘 작동하기 위해서는 재정적인 기전이 효과적으로 결합되어야 함. 바람직한 전달체계를 구상하더라도 재정적 뒷받침이 되지 않으면 작동하지 않으며 재정이 낭비될 수 있을 뿐 아니라 의도하지 않은 방향으로 전달체계가 왜곡될 수도 있기 때문임.

○ 중장기적인 지불 제도는 각 진료권별로 총액 예산을 시행하는 방안이 있을 수 있으며 공급자 네트워크에 대한 지불 제도는 미국의 ACO를 참고할 수 있음.

*주요용어: 노인 의료요양 통합서비스, 의료전달체계, 노인 의료비, 노인장기요양급여비, 노인통합케어

제 1 장 서 론

제1절 연구의 배경
제2절 연구의 목적

1 서 론

제1절 연구의 배경

우리나라는 2000년에 65세 이상 노인인구의 비율이 7.2%가 되면서 고령화 사회에 진입하였고, 2018년 노인인구 비율이 14.5%가 되어 고령 사회에 진입할 것으로 전망된다. 또한 2026년에는 노인인구의 비율이 전(全)인구의 20%를 초과하는 초고령 사회에 진입할 것으로 예측되어 전 세계적으로 그 유례를 찾아볼 수 없을 정도로 빠른 속도의 고령화를 경험하는 나라가 되었다. 2015년 기준 노년부양비[3]는 17.9명으로 생산가능인구(15~64세) 5.6명이 고령자 1명을 부양하였으며, 2030년에는 2.6명, 2060명에는 1.2명이 1명을 부양해야 하는 것으로 전망하고 있다.

〈표 1-1〉 노인인구 수 및 구성비(1994~2034년)

(단위: 천 명, %)

구분	2004		2014		2024		2034	
	노인인구 수	구성비	노인인구 수	구성비	노인인구 수	구성비	노인인구 수	구성비
준고령자	6,806	14.2	10,507	20.8	12,635	24.4	11,910	22.9
(베이비부머)	7,257	15.1	7,112	14.1	6,881	13.3	6,206	11.9
고령자	4,166	8.7	6,386	12.7	9,834	19.0	14,325	27.6
65~79세	3,530	7.3	5,070	10.1	7,570	14.6	11,022	21.2
80세 이상	636	1.3	1,316	2.6	2,264	4.4	3,303	6.4

자료: 통계청. (2014.9.29.). 2014 고령자 통계. 통계청 보도자료. p.5 〈인구 추이〉 표 재인용(원자료; 통계청. (2011.12.). 장래인구추계)

3) 노년부양비 = (65세 이상 인구/15~64세 인구) x 100

노인인구가 증가함에 따라 의료비 중 노인 의료비가 차지하는 비중이 증가할 것으로 예상되고 있다. 의료비 지출 증가에서 고령화가 차지하는 비중은 약 3분의 1수준이고, 고령화에 의한 의료비 재정 악화 속도는 약 34배이다. 이는 G20 국가 평균 11.7배 보다 3배 이상 높은 수치이다(이은경, 2011, p.21, 원자료: IMF, 2011).

인구구조의 변화는 사회 모든 영역에 큰 영향을 미칠 것으로 예상되며, 특히 노인과 관련된 의료와 요양서비스 분야에서는 국가·사회·개인의 의료비 및 부양비 부담의 급증을 초래할 것이다(윤강재 등, 2014, p.35). 고령화에 따른 신체적, 정신적 기능 저하는 건강보험제도와 2008년부터 시행되고 있는 노인장기요양보험제도의 재정 증가에 큰 영향을 미치고 있다. 건강보험 요양급여비 중 65세 이상 노인의 진료비 비중은 지속적으로 증가하고 있다. 2006년 약 7조 4천 억 원으로 전체 건강보험 요양급여비 중 25.9%를 차지하였던 65세 이상 노인의 진료비는 2014년 기준 약 19조 9687억 원으로 약 2.7배 증가하였고 전체 진료비의 36.3%를 차지한다. 또한 전체 건강보험 보장 인구의 11.9%에 해당하는 노인이 전체 건강보험 요양급여비의 3분의 1 이상을 지출하고 있다.

〈표 1-2〉 건강보험 진료비 현황

(단위: 억 원, %)

구분	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
전체	323,892	348,690	393,389	436,283	462,379	478,392	509,262	549,639	7.85
65세 미만	232,702 (71.8)	241,319 (69.2)	269,153 (68.4)	294,933 (67.6)	308,486 (66.7)	313,898 (65.6)	328,410 (64.5)	349,952 (63.7)	6.00
65세 이상	91,190 (28.2)	107,371 (30.8)	124,236 (31.6)	141,350 (32.4)	153,893 (33.3)	164,494 (34.4)	180,852 (35.5)	199,687 (36.3)	11.85

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

노인장기요양보험 누적 인정자는 2015년 현재 약 46만 8천 명 수준으로 전체 노인인구 대비 장기요양보험인정자는 2011년 5.7%에서 2015년 7.0%로 지속적으로 증가하고 있으며, 연간 급여비는 4조 5226억 원으로 지난 5년 동안 연평균 약 11.1%씩 증가하고 있다.

〈표 1-3〉 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황(2015년도)

(단위: 명, %, 억 원, 원, 일)

	2011	2012	2013	2014	2015
노인인구 (65세 이상)(A)	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244
인정자(C)	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752
노인인구 대비 인정률(C/A)	5.7%	5.8%	6.1%	6.6%	7.0%
급여비(억 원)	29,691	31,256	35,234	39,849	45,226
급여 이용 수급자 1인당 월평균 급여비(원)	944,916	956,986	996,714	1,024,520	1,057,425
1인당 급여 일수	220	217	215	213	212

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

노인인구의 증가로 65세 이상 노인의 의료비와 요양비는 급격하게 증가할 것으로 예측되고 있으며, 이에 따라 건강보험제도와 노인장기요양보험제도의 지속가능성과 노인에 대한 효율적인 의료와 요양서비스의 제공 체계에 대한 적극적인 대비가 필요하다. 건강 상태수준의 향상과 향후 인구구조의 변화 등 다양한 변수를 고려한 65세 이상 노인인구의 의료비 추계 결과[4]를 보면, 2060년 기준 최소 229조 4618억 원에서 최대 337조 1131억 원이 노인 의료비로 지출될 전망이다. 또한 노인인구 증가로

4) 이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.) 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

인한 노인장기요양보험의 재정 추계 결과[5]도 2060년 기준 101조 3378억 원 정도 소요될 것으로 예측되고 있다.

고령 사회의 심화에 따라 국민 의료비와 사회 보장 비용은 감당하기 어려울 정도로 증가할 것으로 예측된다. 노인인구 집단이 급격히 증가함에 따라 노인 의료와 요양 비용의 적절한 통제가 정책적 현안이 되지만 노인인구의 의료와 장기요양 접근성을 확보하고 질적 향상을 도모하는 것 역시 중차대한 과제이다. 비용과 접근성, 질 3자 사이에서 늘 고민할 수밖에 없고, 논쟁이 계속될 것이다.

그동안 노인의 의료와 요양에 대해서는 접근성과 보장성을 확보해나가는 과정에서 재정적 문제에 주로 초점을 두어 왔고, 전달체계에는 상대적으로 관심이 덜하였다. 우리나라 의료공급체계가 주로 민간에 의존하다 보니 의료와 요양서비스가 환자에게 전달되는 과정은 대부분 시장에 맡겨 왔다. 통상 보건의료체계의 양대 축은 재정(financing)과 전달(delivery)이다. 재정과 전달은 동전의 양면이자 실과 바늘의 관계에 있다. 사실 바늘(전달)이 가는 대로 실(재정)이 따라오는 것이 자연스럽다. 우리나라는 실이 바늘을 통제하거나, 때로는 실이 느슨하여 바늘이 제 마음대로 움직이는 형국이다. 실과 바늘이 적당한 긴장 관계에 있으면서 서로 교감해야만 멋진 수를 놓을 수 있다. 돌이켜보면, 우리는 그동안 재정 운영(적용 인구, 재원 조달 및 지불 방식 등)에 주로 중점을 두어 왔고 전달에는 소홀하였다.[6]

---

5) 이호용. (2015.10.8.) 2015-2060 노인장기요양보험 장기재정전망. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

6) '의료 전달'이란 용어 자체가 정부가 국민에게 의료서비스를 전달하는 공공성과 시혜성을 함축하고 있다. 영국을 대표로 하는 국가보건서비스 방식하에서는 의료 전달이란 용어가 쉽게 받아들여질 수 있지만, 사회보험 방식을 채택한 국가들의 경우에는 대부분 어색하다. '의료서비스의 공급 및 이용 체계'가 적절한 의미일 것이다. 그럼에도 불구하고 본고에서는 관행화된 '의료 전달'이란 용어를 사용하기로 한다.

노인은 신체적 측면에 있어서 질병 완치의 한계가 분명하지 않다. 청장년의 경우 질병의 발병, 치료, 사회복귀로의 직선적 경과를 거쳐 치료가 끝나면 완전한 상태로 복귀하는 경우가 대부분이다. 하지만 노인은 하나가 아닌 여러 종류의 질환과 신체적 기능상태 저하로 복합적인 문제가 나타나게 되면 신체 기능, 면역의 저하로 치료 기간도 장기로 이어지는 경우가 많다(오성광, 한동희, 1997, pp. 97-116). 노인의 경우 욕구가 특정 욕구에 한정되어 서비스가 필요한 것이 아니다. 복합적인 욕구를 가진 문제에 대응하기 위해서는 보건, 복지, 의료 등 어느 한 가지 자원으로 해결되지 않으며, 노인의 다양한 생활 문제를 해소하기 위한 횡적 노력이 요구된다. 노인을 위한 서비스는 광범위하게 분산되어 있고 단편화되어 있어 노인들이 지속적이고 효과적인 서비스를 받을 수 없는 것이 문제가 되고 있다. 즉, 다양한 욕구를 동시에 갖고 있음에도 불구하고 전달 기관과 상호 연계 체계의 부재로 서비스의 단절을 경험하게 되는 것이다. 따라서 다양한 욕구에 대응하여 적절한 시기에 적합한 서비스가 주어지게 하는 것이 필요하다(이현주, 권수정, 2011, p.167).

노인의 건강을 관리하는 데 있어, 의료서비스와 요양서비스의 전달체계는 한계를 가지고 있다. 먼저, 급성기-아급성기-장기요양으로 이어지는 전달체계의 효율적 연계가 되어 있지 않고, 각 서비스에서 의료 이용의 적절성을 파악할 수 있는 체계가 갖추어져 있지 않다. 예방, 급성기, 아급성기 의료에서 요양까지 아우르는 합리적 관계 설정이 부재할 경우 노인 대상 서비스가 분절화됨에 따른 건강 보장 체계의 비효율성 발생 및 노인의 사회적 비용의 급증을 초래할 수 있다. 1차 의료기관 위축, 대형병원의 외래 진료 확장, 의원급과 기능이 중복되는 중소형 병원의 양적 증가, 실효성 없는 의뢰·회송제도로 인한 의료기관 간 협력 기전 상실과 이로 인한 고비용·비효율이 발생하고 있다. 건강보험 급여비에서 1차 의료

기관이 차지하는 비중은 2003년 45.5%에서 2009년 34.9%, 2014년 27.5%로 지속적으로 감소한 반면, 상급종합병원의 외래 진료 수입은 2003년 21.5%에서 2009년 29.9%, 2014년 31.3%로 꾸준히 증가하였다. 또한 2009년부터 2014년까지 1차 의료기관 외래 내원 일수는 0.8% 감소했지만, 300병상 미만 병원급 의료기관의 외래 내원 일수는 13.1% 증가해 동네 의원과 중소형 병원의 비효율적 경쟁이 지속되고 있다(김계현 등, 2015). 요양기관 종별 건강보험 외래 총진료비 점유율에서 1차 의료기관이 차지하는 비중은 2008년 49.2%에서 2015년 43.4%로 감소한 반면 65세 이상에서는 같은 기간 48.2%에서 40.1%로 감소하여 65세 이상 노인의 1차 의료기관 이용률이 더 감소한 것으로 나타났다.[7)]

노인장기요양보험과 의료서비스의 분절로 인한 문제도 마찬가지다. 노인장기요양보험 시설서비스나 재가서비스는 고령이나 노인성 질병으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인들에게 신체 활동 및 가사 지원 등을 제공하고 있다. 하지만 의료기관과 장기요양기관으로 엄격히 구분되어 운영되고 있으며 또한 각기 별개의 서비스 제공 체계를 갖고 있다. 의료와 요양서비스의 분절적 제공 체계는 복합 질병(만성질환 포함)과 기능 저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하고 있지 못하다. 또한 건강 증진과 질병 관리, 기능 유지와 재활, 독립적 생활 연장을 통한 노년기 삶의 질 향상이라는 노인 보건의료 및 장기요양의 근본 목적과 지속적 건강 관리 측면에서 한계가 있다.

노인장기요양제도와 의료서비스의 연계가 필요하다는 논리는 크게 둘로 나눌 수 있다. 첫 번째는 보건·복지 통합 서비스를 실현하는 데 있어 노인장기요양보험제도와 의료서비스 제공이 이원화된 것 자체가 근본적인 문제라는 것이다(윤희숙 등, 2010, p.210에서 재인용, 원자료: 윤종

7) 국민건강보험공단 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 발췌하여 분석

률, 2009). 두 번째는 요양시설 입소자의 수요를 충족할 수 있는 적절한 서비스를 제공하지 못하는 점이다. 이로 인해 요양시설 입소 대상자의 병원 입원 증가, 임종기 호스피스 케어의 어려움, 기능재활 치료의 부족 등의 문제가 발생한다(윤희숙 등, 2010, p.210에서 재인용, 원자료: 서영준, 2009a). 역사적으로 방역에서 급성질환 치료, 만성질환 치료, 요양으로 정책적 영역이 이동하고 있지만 이에 걸맞은 전달체계와 거버넌스가 따라오지 못하고 있다. 근래에는 공중 보건이나 환자진료지침(patient pathway), 일차 의료, 약료서비스, 응급의료, 완화의료, 정신 건강, 치과진료 등 여러 영역들이 보건의료정책의 대상이 되지만, 여러 영역의 전달체계를 그때그때 해당 영역의 전문가들과 정책 담당 부서에서 구축하다 보니 전체적으로 중복과 비효율, 왜곡이 발생하고 있다(Rechel et al., 2010). 이러한 여러 영역들에 소아, 노인, 여성, 장애인 등 인구 집단별 특성을 고려하게 되면 너무나 복잡한 체계를 운영해야 한다. 따라서 노인 인구 집단의 의료 및 요양 서비스 전달체계는 완전히 별도로 구축하기에는 쉽지 않다.

노인의 의료와 요양을 위한 서비스 공급 모형은 전 국민에 대한 보건의료서비스 전달체계 속에서 운영될 수밖에 없다. 다만, 노인의 신체적, 정신적 특성과 생활양식을 고려한 서비스 제공 체계가 세심하게 배려되어야 한다. 노인의 장기요양에는 신체 및 인지 기능의 퇴행과 더불어 복합적인 만성질환이 병행되므로 노인에 대한 의료서비스와 통합 혹은 연계되면서 제공되어야 한다. 노인은 독거 혹은 부부 단독 가구의 형태가 많아 사회적 지원을 받아야 하는 경우가 많다. 보건의료서비스뿐 아니라 사회서비스도 병행하여 제공되어야 하므로 노인을 대상으로 한 별도의 의료·요양서비스 전달체계를 구축하는 것은 어려운 과제이다. 따라서 경증·만성질환 관리를 통한 중증질환 예방, 급성기, 아급성기, 요양서비스 등

노인 의료부터 요양까지를 아우르는 각 서비스 간 유기적인 연계를 위한 통합적 노인 의료·요양 공급체계를 구축해야 할 지점에 놓여 있다.

노인 의료 및 장기요양은 모두 평생건강관리체계로 지속적 보건의료(continuum of care)의 개념 안에서 이루어져야 하는 것이 핵심이다(윤종률, 2008, p.29). 요양병원은 건강보험에서, 요양시설은 노인장기요양보험에서 지원 및 관리가 되어 기능이 중복되고, 상호 연계 체계가 미흡하여 비효율적인 자원 활용 및 분절적인 노인 의료-요양 서비스 공급은 노인에 대한 연속적인 케어를 제공할 수 없다. 현행 노인 의료와 요양서비스 제공 체계 내에서는 비효율성의 한계가 극복될 수 없으므로 지속 가능하면서 고령화에 대비하고 공급자들도 제도운영의 책임을 분담할 수 있는 새로운 노인 의료와 요양서비스의 제공 체계가 검토되어야 한다.

따라서 본 연구에서는 노인을 대상으로 한 의료와 요양서비스 제공 체계에 있어 노인의 다양한 욕구에 부응할 수 있는 다양한 공급체계를 모색하도록 한다. 또한 급성기 치료 및 아급성기, 만성질환 관리, 요양서비스 등 각각의 역할과 기능이 연계되어 서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있는 통합적 케어 제공 체계 구축 방안을 통해 수요자 중심의 시의적절한 서비스를 제공함과 동시에 중복·과잉 서비스 등 불필요한 비용 증가 억제를 위한 제공 체계를 제시하고자 한다.

본 연구는 서론을 제외하고 크게 다섯 개의 장으로 구성되어 있다. 먼저 2장에서는 노인을 둘러싼 우리 사회의 환경 변화와 노인 의료와 요양서비스 간 역할에 관한 선행연구의 고찰을 통해 노인과 관련된 쟁점을 검토하였다. 3장에서는 노인 의료와 요양서비스 이용 실태와 추계 그리고 노인 의료와 요양 제공 체계의 주요 쟁점과 문제점을 정리하였다. 노인 의료 이용 실태 분석은 건강보험통계연보를 활용하였으며, 연령대별로 구분하여 그 차이점을 살펴보았다. 또한 노인 진료비 분석을 통해 인구의

증가, 의료 이용 강도 및 의료 이용량이 진료비에 미치는 영향을 살펴보았다. 노인 장기요양 이용 실태 분석에도 노인장기요양통계연보를 활용하였으며 65세 이상 노인 의료비와 장기요양보험 추계 결과는 건강보험공단 추계 결과를 활용하였다. 노인 의료와 요양 제공 체계의 쟁점에서는 현행 의료전달체계의 문제점, 대형병원 환자 쏠림, 경증 만성질환으로 인한 의료 이용 현황과 최근 분절적인 의료와 요양 제공 체계의 대표적인 쟁점인 요양병원과 요양시설 간 역할 미정립을 검토하였다. 또한 장기요양보험 내에서의 요양시설과 노인공동요양생활가정 그리고 시설과 재가서비스 간의 역할과 기능 정립 부재 등의 문제점을 검토하였다. 4장에서는 노인 의료와 요양 관련 이론들을 살펴보았고, 노인실태조사 결과를 활용하여 우리나라 노인의 복합 욕구 정도를 분석하였다. 또한 이에 대한 실증적 검증을 위해 2015년도 장기요양보험 등급인정자의 의료와 요양서비스 이용 데이터를 분석하여 노인의 의료와 요양 이용 현황을 분석하였다. 5장에서는 외국의 의료와 요양서비스 제공 체계와 외국의 통합적 서비스 제공 체계를 검토하였다. 우리나라의 의료 공급 및 의료 이용 체계는 다른 국가들과 다르게 진화해 왔으며 이러한 진화가 바람직한 방향으로 나아갈 수 있도록 외국의 의료와 요양 제공 체계를 학습하고, 그 학습에서 우리나라에 적용해 볼 만한 지혜를 모색해 보았다. 마지막으로 6장에서는 우리나라 노인 의료와 요양서비스 공급체계를 모색함에 있어 현재의 노인의 의료·요양 체계를 검토하여 새로운 서비스 제공 모형을 제시해 보았으며, 최종적으로 한국형 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 모형을 제시하였다.

제2절 연구의 목적

본 연구는 노인의 복합적인 질환과 동시에 신체적 기능 저하로 인한 다양한 욕구에 대응하기 위한 새로운 공급체계를 모색하고, 이러한 다양한 공급체계가 노인의 상태에 따라 유연하고 시의적절하게 제공될 수 있는 제공 체계를 마련하는 것으로 목적으로 하고 있다. 이에 따라 현행 노인 의료와 요양서비스 제공 체계의 문제점을 진단해 보고, 향후 다양한 노인의 의료와 요양서비스 수요에 대응할 수 있는 노인 중심의 서비스 공급체계를 제안해 보고자 한다. 다양한 공급체계가 마련된다 하더라도 연속적인 서비스 제공 체계가 구축되지 않는다면 현재와 같은 분절적인 서비스가 이루어질 수밖에 없다. 하지만 노인의 의료와 요양을 위한 서비스 제공 체계는 우리나라의 보건의료서비스 제공 체계에서 운영될 수밖에 없는 한계가 있다. 따라서 현행 보건의료체계 내에서 노인의 의료와 요양서비스가 연속적이며 수요자 중심으로 제공될 수 있는 통합적인 의료-요양 서비스 제공 방안을 제시하고자 한다. 이를 통해 노인의 건강 수준 향상과 의료비 부담을 완화할 수 있는 통합적 노인 의료-요양 서비스 제공 체계 구축하는 데에 목적을 둔다. 본 연구의 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 현행 의료와 요양서비스 제공 체계의 현황과 문제점을 검토하여, 급성기부터 임종기에 걸쳐 의료, 요양, 완화의료에 이르기까지 노인의 다양한 욕구에 대응할 수 있고 시의적절한 서비스가 제공될 수 있는 공급체계를 모색해 보고자 한다.

두 번째로 의료-요양서비스 공급에 있어 예방 및 만성질환 관리, 급성기 치료 및 아급성기, 요양서비스별 유형에 따라 각각의 역할과 기능이 연계될 수 있도록 권역별 의료기관과 요양서비스 제공 기관 간 네트워크

를 구성하여 서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있는 통합적 케어 제공 체계의 방안을 검토하고자 한다. 구체적으로 노인 의료와 요양서비스를 통합적으로 제공할 수 있도록 하여 필요한 서비스를 제때 제공받을 수 있는 전달체계 마련하고, 수요자 중심의 건강관리체계 구축, 의료서비스 공급자 협력 방안 마련, 보건의료 자원 연계 등 노인의 의료와 요양서비스가 연계·통합될 수 있도록 하는 한국형 노인통합케어모형의 구축 방안을 제안하고자 한다.

제 2 장 노인을 둘러싼 환경변화와 쟁점

제1절 고령화로 인한 인구구조의 변화
제2절 노인 의료와 요양서비스 관련 쟁점

2 노인을 둘러싼 환경 변화와 쟁점

우리나라의 급속한 고령화와 저출산은 사회적으로 큰 쟁점이 되고 있으며 정부도 저출산·고령화의 해결 방안을 모색하기 위하여 다각적인 노력을 하고 있으나 이렇다 할 긍정적 지표는 아직까지 뚜렷하게 나타나고 있지 않다. OECD Health Data 2015에 따르면 우리나라의 합계출산율은 OECD국가 중 가장 낮은 수준이며 인구성장률(전년 대비 총인구의 증가율)은 1996년 이후부터 1% 미만을 유지하고 있다. 반면 2013년 기대수명[8] 중 한국의 기대수명은 81.8년으로, OECD 회원국의 평균인 80.5년 보다 1.3년 더 긴 것으로 나타나고 있다. 이렇듯 우리나라는 초저출산 현상의 지속, 기대수명의 증가, 노인인구 비중의 증가 등으로 급격한 인구구조 변화를 맞이하고 있다. 통계청의 장래인구추계 결과에 따르면 2017년에는 총인구 대비 65세 이상 인구가 14%를 초과하는 고령 사회에 진입하게 된다. 인간의 수명이 길어진다는 것은 인류의 오랜 숙원이기도 하지만 건강한 노년과 사회보장제도의 지속가능성을 담보하기 위한 노력과 대비가 필요하다는 뜻이기도 하다. 저출산으로 인한 생산가능인구의 감소와 노인인구 증가로 인한 건강보험과 노인장기요양보험의 보험료 부과 기반의 감소는 향후 우리 사회를 지탱해 주는 사회보장제도의 지속가능성을 위협할 것으로 예상된다. 고령화 현상이 보건의료, 사회복지, 연금 등 노후소득보장제도에 대한 압박 요인으로 작용한다는 것은 선험국에서도 일어나는 공통적 현상이다(윤강재 등, 2014, p.35에서 재인용;

8) OECD에서 제시한 전체 기대수명은 남·여 기대수명의 평균값임.; 각국의 통계 작성 사정에 따라 2013년 기준으로 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음.

Bloom & Canning, 2004; Bongaarts J, 2004; Stauner, 2008).

노인인구 증가로 인한 의료서비스와 요양서비스에서의 문제점들은 이미 많은 연구에서 지적되고 있다. 노인인구 증가로 인한 노인의료비 관련 연구와 노인장기요양보험 도입 이후의 의료와 요양서비스의 연계와 통합, 요양병원과 요양시설 간의 역할에 관한 연구 등 많은 연구에서 그 해결 방안을 모색하고 있다.

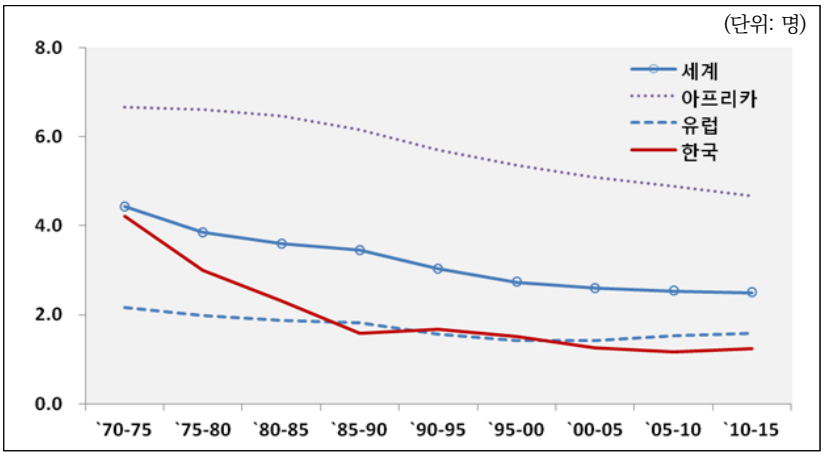
본 장에서는 노인을 둘러싼 우리 사회의 환경 변화와, 노인 의료와 요양서비스 간 역할에 관한 선행연구의 고찰을 통해 노인과 관련된 쟁점을 검토하였다.

제1절 고령화로 인한 인구구조의 변화

1. 초저출산 및 인구성장률 지연 현상

통계청의 출생 통계에 따르면 우리나라의 합계출산율(Total Fertility Rate, TFR)[9]은 2002년 이후 1.2명대가 지속되며 초저출산 기조가 장기간 유지되고 있으며, 2015년 기준 1.24명을 기록하였다(통계청, 2016. 2. 24., p.4). 우리나라의 합계출산율은 매우 가파른 감소세를 보이고 있다. 1970년대 초 우리나라의 합계출산율은 4.21명으로 비교적 높은 수준이었으나, 2010~2014년에는 평균 1.23명으로 세계에서 4번째로 낮은 수준으로 빠르게 감소하였다(통계청, 2015.7.8., p.20).

〔그림 2-1〕 세계와 한국의 합계출산율 추이



자료: 통계청. (2015.7.8.) 7월 11일 인구의 날에 즈음한 세계와 한국의 인구현황 및 전망. 통계청 보도자료. p.20. [그림 6] 재인용

9) 2015년 잠정 자료 사용: 합계출산율은 가임여성(15~49세) 1명이 평생 동안 낳을 것으로 예상되는 평균 출생아 수로 연령별 출산율(ASFP)의 총합이며, 출산력 수준을 나타내는 대표적인 국제지표이다(출처: e-나라지표).

출생아에서 사망자 수를 뺀 자연증가 수는 2015년 기준 16만 3천명으로 전년보다 4천 7백 명(2.8%) 감소하였으며, 인구 1000명당 자연증가 수를 계산한 자연증가율은 3.2명으로 전년보다 0.1명 감소하였다(통계청, 2016. 2. 24., p.19).

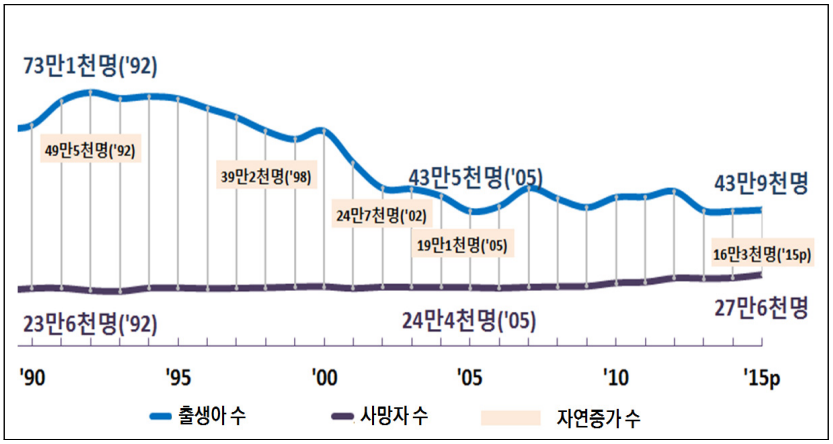
〈표 2-1〉 출생·사망자 및 자연증가 추이(2005~2015)

(단위: 천 명, 인구 1천 명당 명)

구분	자연증가 건수(A=B-C, 단위: 천명)			자연증가율 (인구 1천 명당 명)
		출생자 수(B)	사망자 수(C)	
2005	191.1	435	243.9	3.9
2006	205.9	448.2	242.3	4.2
2007	248.3	493.2	244.9	5.1
2008	219.8	465.9	246.1	4.4
2009	197.9	444.8	246.9	4.0
2010	214.8	470.2	255.4	4.3
2011	213.9	471.3	257.4	4.3
2012	217.3	484.6	267.2	4.3
2013	170.2	436.5	266.3	3.4
2014	167.7	435.4	267.7	3.3
2015p	163.0	438.7	275.7	3.2

주: 2015년 자료는 잠정치임.
자료: 통계청. (2016.2.24.). 2015년 출생·사망통계(잠정). 통계청 보도자료. 〈표18〉 재구성.p.19 .

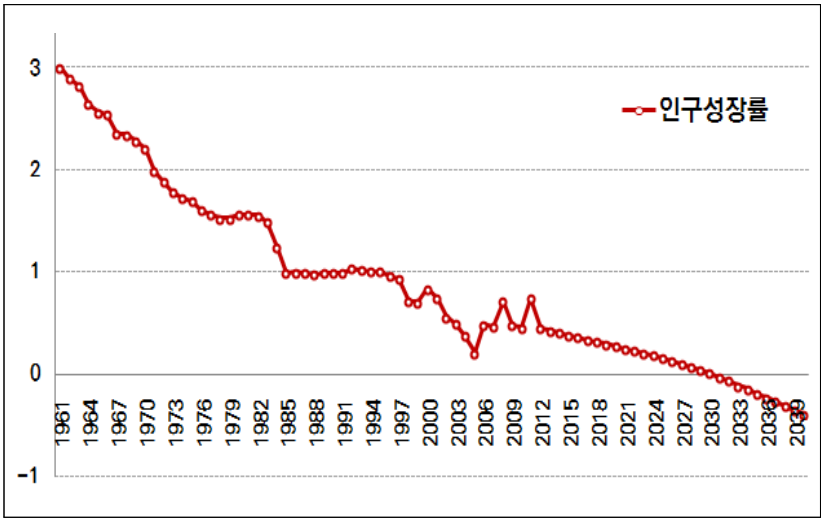
〔그림 2-2〕 출생·사망자 및 자연증가 추이(2005~2015)



주: 2015년 자료는 잠정치임.
자료: 통계청. (2016.2.24.). 2015년 출생·사망통계(잠정). 통계청 보도자료. 〈2015년 사망 통계(잠정)〉 그림 재인용.p.3

출생과 사망의 격차에 의한 자연증가와 인구이동에 의한 사회적 증가를 반영한 '인구성장률'은 인구의 변화를 파악하는 대표적인 지표로서, 전년 대비 총인구의 증가율을 뜻한다. 통계청의 인구주택총조사 결과, 한국의 인구성장률은 1955년부터 1963년까지 베이비붐 현상으로 인해 약 3%에 이르는 높은 수치를 기록하였으나 그 이후 지속적으로 감소하여 1985년에 0.99%로 처음 1% 미만의 수치를 보였다. 저출산 현상에 따라 1996년 이후부터는 1% 미만의 수치를 유지하고 있다(e-나라지표. www.index.go.kr에서 2016. 9. 2. 인출). 통계청의 장래인구추계 결과에 따르면 인구성장률은 2031년 처음으로 마이너스로 전환되며 지속적인 감소 추세를 이어갈 것으로 전망된다(통계청, 2011. 12. 7. p.2).

〔그림 2-3〕 한국의 인구성장률 추이(1961~2040)



주: 2010년까지는 확정인구이며, 2011년 이후는 통계청의 장래인구추계 자료(2011.12. 작성분)를 이용함.
자료: 통계청. (2011.12.). 장래인구추계. http://kosis.go.kr에서 2016. 8. 31.인출. 자료 재구성.

2. 기대수명의 증가

기대수명은 인구의 건강 상태를 나타내는 가장 기본적인 지표로서 '0세의 기대여명'을 뜻한다. 사회경제적 수준 및 의료 기술의 발전 등에 따라 우리나라의 기대수명은 1970년 61.9세에서 2014년 82.4년으로 약 20년 이상 증가하였다. 성별로는 여성의 기대수명이 남성에 비해 지속적으로 높았으며, 2014년 기준 남성의 기대수명은 79.0년, 여성은 85.5년으로 여성에서 약 6.5년 더 길었으나, 최근 성별 기대수명 차이가 다소 감소하는 경향을 보였다(e-나라지표 www.index.go.kr에서 2016. 9. 2. 인출.).

〈표 2-2〉 한국의 기대수명 추이(1970~2014)

(단위: 년)

	전체 기대수명	남자 기대수명	여자 기대수명
1970	61.9	58.7	65.6
1980	65.7	61.8	70.0
1990	71.3	67.3	75.5
2000	76.0	72.3	79.6
2005	78.6	75.1	81.9
2010	80.8	77.2	84.1
2011	81.2	77.7	84.5
2012	81.4	78.0	84.6
2013	81.9	78.5	85.1
2014	82.4	79.0	85.5

자료: e-나라지표. 기대수명. www.index.go.kr에서 2016.9.2. 인출. 자료 재구성(원자료: 통계청, 각 연도, 생명표).

OECD Health Data 2015에 의하면 2013년 한국의 기대수명[10]은 81.8년으로, OECD 회원국의 평균인 80.5년보다 1.3년 길었다. 2013년 기준 OECD 회원국 중 일본의 기대수명이 83.4년으로 가장 길었으며, 스페인이 83.2년, 스위스가 82.9년으로 그 뒤를 이었고, 우리나라는 총 34개 회원국 중 11위를 차지하였다. 또한 2008년부터 2013년까지 과거 5년간 한국의 기대수명이 1.9년 증가(2008년 79.9년, 2013년 81.8년)하였는데 OECD 회원국의 평균 증가 수준인 1.2년(2008년 79.3년, 2013년 80.5년)에 비해 큰 폭으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2015, pp. 14-15).

UN에서 추계한 세계인구전망(World Population Prospects: The 2015 Revision)에 의하면 한국의 기대수명이 단시간 내에 유의한 수준으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 1955년에 일본 및 주요 유럽 국가

10) OECD에서 제시한 전체 기대수명은 남녀 기대수명의 평균값임. 각국의 통계작성 사정에 따라 2013년 기준으로 이용 가능한 가장 최근 자료로 구성되었음.

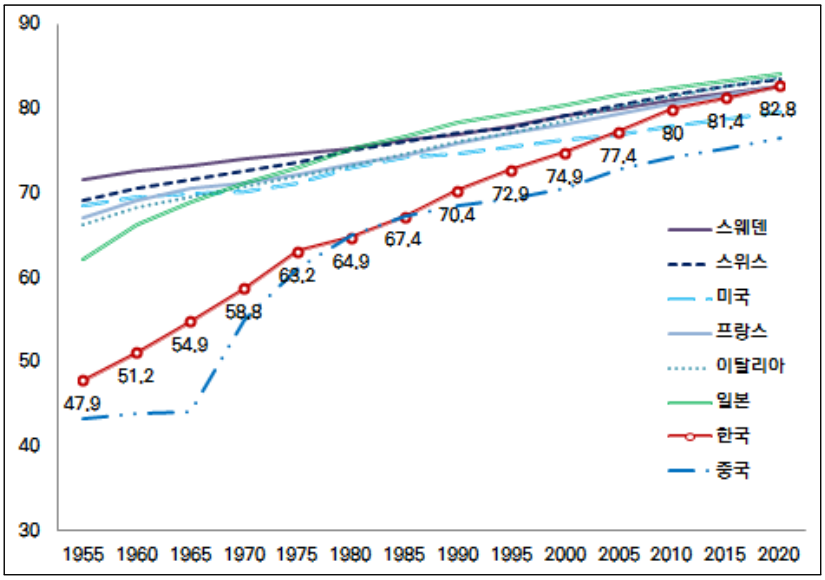
의 기대수명이 60세 이상을 기록한 반면 한국의 기대수명은 47.9세로 약 15년 이상 짧았다. 그러나 한국의 기대수명은 가파르게 상승하여 2000년대에는 주요 선진국들과 동등한 수준에 이르렀으며, 향후 2020년에는 미국, 영국, 독일, 그리스 등을 앞질러 82.8세를 기록할 것으로 전망된다. 1955년과 2020년의 기대수명 차이는 한국이 34.9년으로 가장 컸으며, 중국이 33.1년, 일본이 21.9년으로 그 뒤를 이었다(e-나라지표 www.index.go.kr에서 2016. 9. 2. 인출.).

〈표 2-3〉 UN의 주요국 기대수명 추계 결과(1995~2020)

	1955(A)	1990	2020(B)	기대수명 증가치(B-A)
일본	62.2	78.5	84.1	21.9
이탈리아	66.3	76.2	83.8	17.5
스위스	69.3	77.2	83.6	14.3
스페인	64.2	76.7	83.2	19.0
호주	69.4	76.1	83	13.6
한국	**47.9**	**70.4**	**82.8**	**34.9**
프랑스	67.1	75.9	82.8	15.7
스웨덴	71.7	77.1	82.8	11.1
캐나다	68.9	76.7	82.6	13.7
그리스	65.7	75.7	81.6	15.9
독일	67.5	75	81.5	14.0
영국	69.3	75	81.2	11.9
미국	68.6	74.8	79.6	11.0
중국	43.4	68.6	76.5	33.1

주: 국제기구에서 작성한 나라별 지표는 국제비교를 위해 특정 가정에 따라 조정된 자료로서, 주요·보조지표의 수치, 수록기간, 단위 등이 다를 수 있음.
자료: e-나라지표. 주요국의 기대수명. www.index.go.kr에서 2016.9.2.인출. 자료 재구성(원자료: UN, 2015, World Population Prospects: The 2015 Revision).

〔그림 2-4〕 UN의 주요국 기대수명 추계 결과(1955~2020)



주: 국제기구에서 작성한 나라별 지표는 국제비교를 위해 특정 가정에 따라 조정된 자료로서, 주요·보조지표의 수치, 수록기간, 단위 등이 다를 수 있음.
자료: e-나라지표. 주요국의 기대수명. www.index.go.kr에서 2016.9.2.인출. 자료 재구성(원자료: UN, 2015, World Population Prospects: The 2015 Revision).

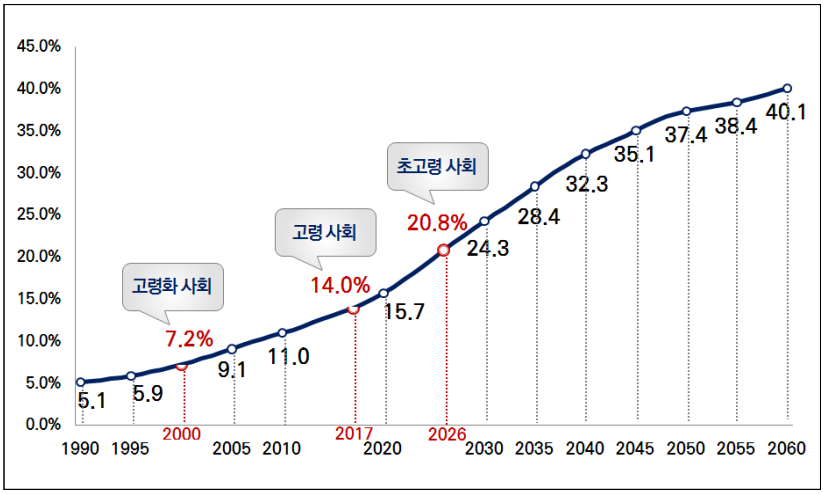
3. 노인인구 비중의 증가

일반적으로 65세 이상 인구가 전체 인구의 7% 이상일 때를 '고령화 사회', 14% 이상일 때는 '고령 사회', 20% 이상일 때를 '초고령 사회'라고 한다. 통계청의 장래인구추계 결과에 따르면 우리나라는 2000년도에 총인구 대비 65세 이상 인구가 7.2%[11]를 차지하여 고령화 사회에 진입하고, 2017년에 14.0%로 고령 사회에 진입하며, 2026년에 20.8%로 전망되어 초고령화 사회에 진입할 것이다. 이와 같은 고령인구의 증가 추세는

11) 통계청 인구총조사에 따른 2000년도의 실제 노인인구 비중은, 총인구 4598만 5289명 중 337만 3674명으로 7.34%를 기록함.(www.kosis.kr에서 2016. 8. 31. 인출.)

지속적으로 유지되어, 2030년에는 고령인구의 비중이 24.3%, 2040년에는 32.3%. 2050년에는 37.4%, 2060년에는 40.1%에 이를 것으로 전망된다(통계청, 2011. 12. 7., p.42).

[그림 2-5] 65세 이상 노인인구 비중 추이(1990~2060)



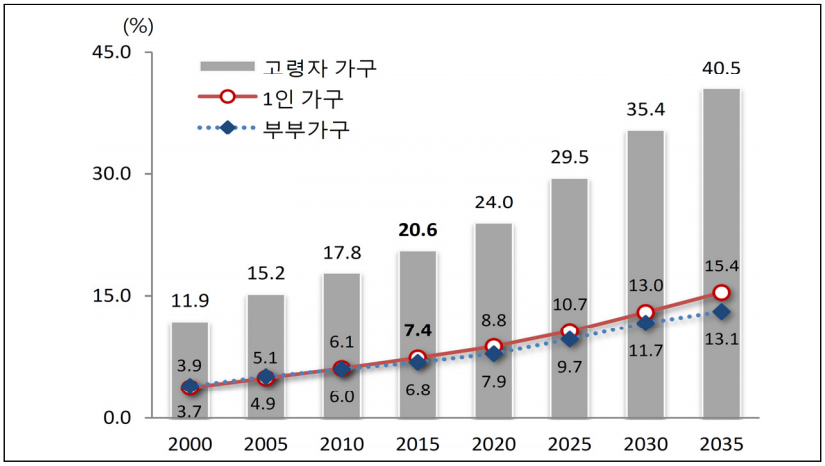
주: 연령계층별 인구 및 구성비 중위수준 가정 값
자료: 통계청. (2011.12.7.). 장래인구추계: 2010년~2060년. 통계청 보도자료. '5.연령계층별 인구 및 구성비, 2010-2060' 자료 재구성. p.42

이때 65세 이상 고령인구의 남녀 성비는 1990년 기준 여성 100명당 남성 59.8명이었던 반면, 2010년에는 69.1명, 2030년에는 81.1명, 2060년에는 87.0명으로 늘어 노인인구의 성비 격차가 점차 줄어들 것으로 예상된다(통계청, 2011. 12. 7., p.13).

또한 2012년 통계청의 장래가구추계 결과에 따르면, 가구주 연령이 65세 이상인 '고령자 가구' 또한 증가 추세를 보이고 있다. 2015년 기준 고령자 가구 수는 총 385만 2천 가구로 이는 전체 가구의 20.6%를 차지하였으며, 2035년에는 40.5%까지 증가할 것으로 전망된다. 특히 고령자

가구의 유형 중 고령의 가구주 혼자 거주하는 1인 가구의 구성비가 2015년 전체의 7.4%인 데 반해 2035년에는 15.4%로 약 2배에 이를 것으로 전망되어 독거노인의 돌봄 및 자생에 대한 중요성이 높아질 것으로 보인다(통계청, 2015. 9. 24., p.20).

[그림 2-6] 고령자 가구 추이(2000~2035)



자료: 통계청. (2015.9.24.). 2015 고령자통계. 통계청 보도자료. 〈고령자 가구 추이〉 그림 재인용. p.20.

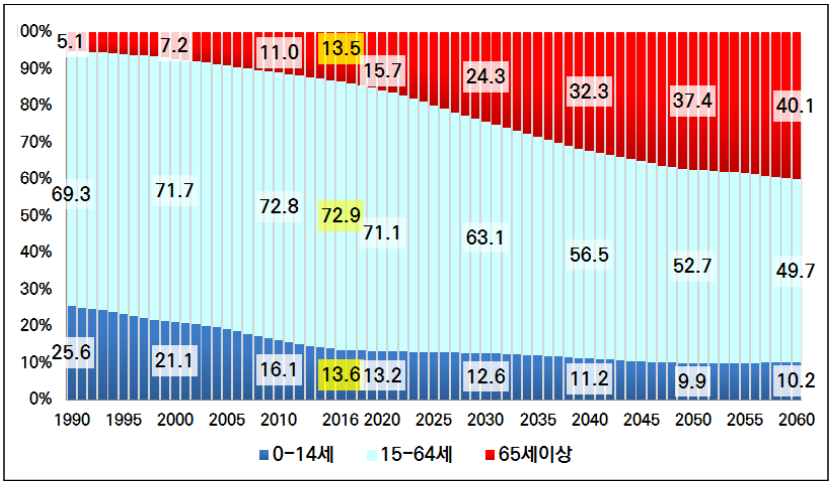
4. 인구구조의 변화

통계청의 장래인구추계 결과에 따른 연령별 인구 비중의 추이를 요약하면 다음과 같다.

0~14세의 유소년인구 비중은 1990년 25.6%에서 2016년 13.6%로 급격히 감소하였으며, 2030년 12.6%, 2040년 11.2%, 2050년 9.9%, 2060년 10.2%로 10% 이내를 유지할 전망이다. 15~64세의 생산가능인구 비중은 1990년 69.3% 이후 증가 추세를 보이다가 저출산의 영향으로 2013년 73.1%를 정점으로 지속적으로 감소하여 2030년 63.1%, 2040년

56.5%, 2050년 52.7%, 2060년 49.7%로 총인구의 절반 이하를 구성하게 된다. 유소년인구 및 생산가능인구 비중의 장기적인 감소 추세에 반해 인구 고령화가 진행됨에 따라, 65세 이상의 고령인구 비중은 1990년 5.1%에서 2016년 13.5%, 2030년 24.3%, 2040년 32.3%, 2050년 37.4%, 2060년 40.1%로 급격한 증가 추세를 보인다.

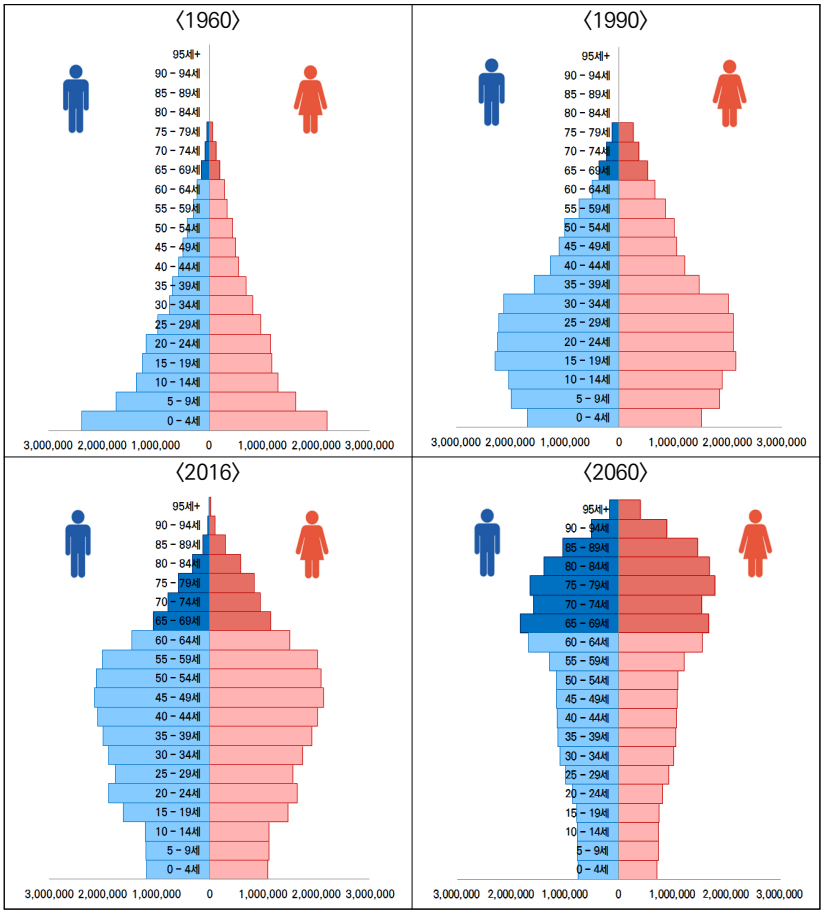
[그림 2-7] 연령별 인구 구성비 추계(1990~2060)



주: 인구성장 시나리오 중위수준 가정 값.
자료: 통계청. (2011.12.). 장래인구추계. http://kosis.go.kr에서 2016. 8. 31.인출. 자료 재구성.

상기에 서술된 지속적인 저출산고령화 현상은 거시적으로 인구구조의 변화를 야기하게 된다. 1960년에는 유소년층이 큰 비중을 차지하는 인구 증가형 구조인 피라미드 형태를 보였으나, 1990년에는 점차 출생률이 감소하여 총인구가 감소하는 방추형 구조를 띄며, 향후 2060년에는 고령자의 비중이 전 인구 연령층 중 가장 많은 비중을 차지하는 역삼각형 구조로 변화될 전망이다.

〔그림 2-8〕 인구구조의 변화 추이(1960~2060)



주: 인구성장 시나리오 중위수준 가정 값.
자료: 통계청. (2011.12.). 장래인구추계. http://kosis.go.kr에서 2016. 8. 31.인출. 자료 재구성.

5. 노년부양비 및 고령화지수의 증가

이와 같이 초저출산 현상의 지속과, 베이비붐 세대의 고령인구 진입, 기대수명의 증가 등은 생산가능인구(15~64세)의 노년 부양에 대한 부담을 가중시키게 된다.

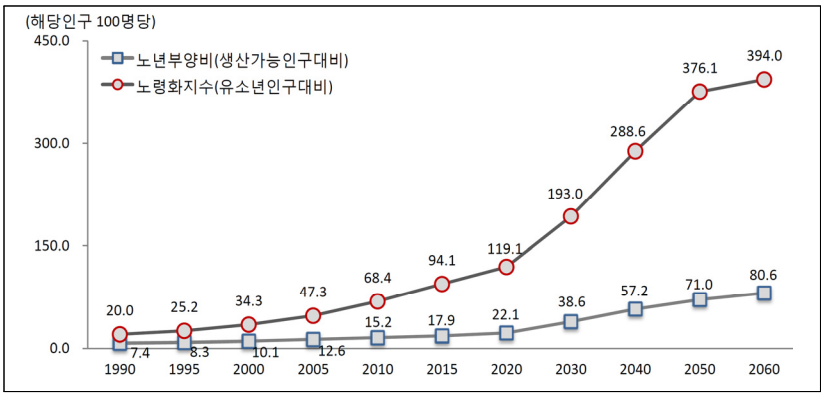
노년부양비란, 생산가능인구(15~64세) 100명당 부양해야 할 65세 이상 인구수를 타내내는 지표이다. 이 노년부양비는 1990년 7.4에서 2015년 17.9, 2030년 38.6, 2060년 80.6으로 급증하게 되는데, 이는 2015년 기준 5.6명의 생산가능인구가 노인 1명을 부양하는 반면 2060년에는 1.2명의 생산가능인구가 노인 1명을 부양하여야 함을 뜻한다(통계청, 2016.3.23., p.3).

$$\text{노년부양비} = \frac{(65\text{세 이상 인구수})}{(15 \sim 64\text{세 인구수})} \times 100$$

고령화지수는, 유소년인구(0~14세) 100명 대비 65세 이상 인구수를 나타내는 지표로, 인구의 고령화 정도를 나태낸다. 한국의 고령화지수는 1990년 20.0에서 2015년 94.1, 2030년 193.0, 2060년 394.0로 가파르게 증가하여 인구 고령화가 빠르게 진행될 것으로 예상된다(통계청, 2016.3.23. p.3).

$$\text{고령화지수} = \frac{(65\text{세 이상 인구수})}{(0 \sim 14\text{세 인구수})} \times 100$$

〔그림 2-9〕 노년부양비 및 노령화지수(1990~2060년)



자료: 통계청. (2016.3.23.). 2015 한국의 사회지표. 통계청 보도자료, 〈노년부양비 및 고령화지수〉 그림 재인용. p.3.(원자료: 통계청 「장래인구추계」. 2011.12.).

우리나라의 인구구조는 초저출산 현상의 지속과, 베이비붐 세대의 고령인구 진입, 기대수명의 증가 현상이 뚜렷하며, 특히 2026년 이후 65세 이상 노인인구 비중이 20%를 넘어서는 초고령 사회로 접어들게 되면서 노년 부양의 부담이 가중될 것으로 보인다. 이에, 65세 이상 노인인구의 의료·요양 수요 분석을 통해 맞춤형·통합형 서비스 제공 체계를 구축함으로써 전체 인구의 건강한 노년화 및 의료비 지출의 효율성을 도모해야 한다. 특히 수요자의 욕구 측면에서는 향후 65세 이상 인구의 건강한 노년화에 대한 중요성이 커질 것이며, 다양한 수요에 맞는 양질의 의료를 이용할 수 있도록 해야 한다.

또한 건강보험 재정 측면에서 인구성장률의 감소 및 기대수명의 증가로 인해 건강보험료 주요 지불자인 경제활동인구(생산가능인구)는 감소하는 반면 주요 지출자인 노인층의 폭등이 예상된다. 이에 의료비 지출 효율성이 더욱 중요한 화두가 될 것이며, 노인층의 의료 이용 수요 및 공급체계에 대한 관리 대책 구축이 필요하다.

제2절 노인 의료와 요양서비스 관련 쟁점

본 절에서는 노인 의료, 요양서비스와 관련하여 기존 선행연구들을 검토하였다. 기존 선행연구들은 크게 노인인구 증가로 인한 의료비 증가 요인과 관리 방안, 우리나라의 의료전달체계의 현황 및 문제점, 요양병원의 역할과 기능 미정립의 문제 그리고 요양병원과 장기요양보험 간의 기능 중복, 의료와 요양서비스의 연계 체계의 부재 등으로 구분할 수 있다.

1. 노인 의료비 관리 방안

신현웅 등(2012)은 노인 의료비 증가 요인을 분석하여, 수요자·공급자 제도적 측면의 노인 의료비 지출을 효율화할 수 있는 방안을 제시하는 데에 주목적을 두었다. 본 연구에 의하면, 노인 의료 증가의 항목별 기여도를 분석했을 때, 의료서비스 형태에 따른 대상자 수 증가가 26.5~35.8%, 1인당 내원 일수가 22.1~60.5%, 내원일당 진료비가 13.0~46.1% 기여한 것으로 나타났다. 아울러, 노인 의료 이용에 영향을 주는 요인을 분석한 결과, 의료 이용 양상에 가장 큰 영향을 주는 결정적 요인은 만성질환으로, 만성질환의 개수가 증가함에 따라 의료 이용의 빈도(특히 외래 이용)가 증가했다.

이러한 분석 결과를 토대로, 노인 만성질환 관리를 위한 사전적 예방, 의료전달체계의 강화, 수요자 및 공급자 측면에서의 관리 방안을 제시하였다. 먼저 사전적 예방 측면에서는 사례 관리를 강화하고, 관리의 동기부여를 위해 인센티브제 도입을 제안하는 한편, 일차 의료의 중요성을 강조하였다. 또한 수요자 측면에서는 적절한 외래 이용을 유도하기 위해, 본인 부담 정액제를 정률제로 전환하여야 하며, 공급자 측면에서는 과다

의료 이용 유인 기관으로 판단되는 기관에 대한 관리 감독의 기전을 강화해야 함을 강조했다.

한편, 이은경(2011)은 노인 의료비를 안정화하는 정책 방안을 제시하는 데에 주목적을 두었다. 고령화 패널을 이용해 노인의 의료 이용을 분석했을 때 연평균 노인 의료비 지출은 175만 원(보험자 105만 원, 환자 본인부담금 70만 원)증가하며, 노인의 만성질환 유병률을 감소시켜 건강보험 재정을 안정화할 필요가 있음을 강조했다. 특히 다양한 정책 방안 중에서, 비만과 흡연 등 좋지 않은 건강 행위를 사전에 예방하면 재정 절감이 가능하고, 단골 의사, 주치의제를 도입하면 지속적으로 관리가 가능하다는 제언을 제시했다. 특히, 다양한 질환군 중에서도 복합 질환군은 질병 간 상호작용, 다수 공급자의 투약이 발생하므로 공급자 간 연계 체계 구축이 시급하다고 강조했다. 이를 통해 궁극적으로 의료비 절감이 가능하다고 예측했다.

2. 의료전달체계

그간 보건의료와 사회복지 분야에서 전달체계의 문제점은 지속적으로 제기되었다. 구체적으로 살펴보면, (특히 보건의료 분야에서) 단일화된 창구의 부재, 수요자의 욕구보다 가용 자원이 더 많은 영향을 미치는 전달체계상의 특징, 표준화된 도구를 활용하지 않는 평가 체계, 자원의 부적절한 사용, 긴 대기시간 등이 있다(Hébert et al., 2003, pp. 1-2).

우리나라의 의료공급체계는 합리적인 의료전달체계가 이루어지지 않아 보건의료의 성과를 저하시키는 주요 원인으로 작용하고 있다. 의료공급체계는 인구 집단의 다양한 수준의 의료서비스 수요를 충족할 수 있도록 지역사회를 기반으로 1차-2차-3차 의료기관으로 단계적으로 구성되

어 있으나 실질적으로 작동한다고 말하기는 어려운 현실이다.

정부는 의료전달체계의 문제점을 개선하기 위해 '의료기관 기능 재정립 기본 계획'에서 의원은 외래 진료 중심, 병원은 입원 진료 중심, 대형병원은 중증질환과 연구 중심으로 특화한다고 밝혔고, '경증 외래환자 약국 본인 부담 차등제', '연구 중심 병원 지정 및 평가' 등의 정책을 시행하였으나 괄목할만한 성과는 없었다. 우리나라는 단계적 의료 이용에 대한 제한이 없어 "민간 자본 중심의 공급 확대, 보장성 확대에 따른 환자 비용 부담 완화, 행위별 수가제로 인한 수입 증대"가 복합적으로 발생하고 있으며, 이는 의료기관 간 무한 경쟁을 유도하여 중복·과잉 진료와 경증질환자의 대형병원 이용 증가 현상을 심화하고 있다(강희정, 2016, p.21).

1차 의료기관 위축, 대형병원의 외래 진료 확장, 의원급과 기능이 중복되는 중소형 병원 증가, 의뢰·회송제도의 실효성 부재로 인한 기관 간 협력 기전 상실, 결과적으로 이로 인한 고비용·비효율의 발생은 심각하다. 김계현 등(2015, pp. 4-17)의 연구에 따르면 건강보험 급여비에서 1차 의료기관이 차지하는 비중은 2003년 45.5%에서 2009년 34.9%, 2014년 27.5%로 지속적으로 감소한 반면, 상급종합병원의 외래 진료 수입은 2003년 21.5%에서 2009년 29.9%, 2014년 31.3%로 꾸준히 증가하였다. 2009년부터 2014년까지 1차 의료기관 외래 내원 일수는 0.8% 감소했지만, 300병상 미만 병원급 의료기관의 외래 내원 일수는 13.1% 증가해 의원급과 병원 간 비효율적 경쟁이 지속되고 있다. 2014년 기준 전체 상급종합병원의 외래환자의 16%는 경증질환자였음에도 불구하고 43개 상급종합병원 중 단 한 명도 1차 의료기관으로 회송하지 않은 병원이 18개로 나타났다.

3. 요양서비스 전달체계

아급성기 환자가 요양병원으로 흡수되는 현상이 확대되면서, 급성기 이후 진료를 제공하는 요양병원의 기능과 역할을 강화해야 한다는 기대와 의견이 확산되고 있다(이용균 등, 2011, p.4). 이러한 흐름에 부응하여 최근 요양병원들 역시 양적으로 성장하면서도 재활, 치매, 암 호스피스, 만성질환 관리 등 기능과 역할을 세분화·다각화하려는 노력을 기울이고 있다. 의료적 치료와 더불어 상태의 악화를 방지하기도 하지만, 호스피스 병상 기능도 함께 수행하고 있다(최인덕, 2014, p.169).대체적으로 급성기 이후 치료와 만성기 치료를 동시에 제공하고 있으며 현 기능을 고려했을 때 노인의 의료-요양 욕구를 충분히 충족할 수 있는 잠재적 가능성을 가지고 있다고 볼 수 있을 것이다. 하지만 환자와 공급자 모두 요양병원의 기능에 대해서는 동일한 의견을 보이지 않고 있어, 기능 재정립에 대한 요구는 확대될 전망이다(송현종, 채정미, 2012, pp. 85-86).

현재 우리나라 노인 의료와 요양서비스의 분절적 운영은 복합 질병과 기능 저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하고 있지 못하다. 또한 건강 증진과 질병 관리, 기능 유지와 재활, 독립적 생활 연장을 통한 노년기 삶의 질 향상이라는 노인 보건의료 및 장기요양의 근본 목적과 지속적 건강 관리 측면에서 한계가 있다. 요양병원은 건강보험에서, 요양시설은 노인장기요양보험에서 지원 및 관리되어 기능이 중복되고, 상호 연계 체계가 미흡하여 비효율적인 자원 활용 및 분절적인 노인 의료-요양서비스 공급이 문제점으로 지적되고 있다.

요양병원은 노인성 질병의 치료 및 예방, 급성기 퇴원 이후 환자의 기능 회복을 위한 회복기 치료 및 단순 요양까지를 광범위하게 담당하고 있어 그 역할이 모호하다. 요양병원 다수가 치료보다 단순 요양에 치중하는

실정이며, 요양병원에 치료의 의미가 없는 입원환자가 상당수 존재하는 등 요양기관 간 역할의 부재로 인해 서비스 질은 저하되고 급여비 지출은 급증하고 있다.

4. 노인 대상 의료-요양서비스 연계 방안

고령화 사회에 선제적으로 대응한 선진국에서 지역사회 차원에서 보건과 의료, 복지를 연계한 서비스 모형을 이미 개발하고 해당 사업을 시행하고 있다. 대표적인 예로 일본의 경우, 2000년대 요양 병상이 일찍이 양적으로 성장하면서, 전체 병상 중 약 37%를 요양시설로 전환했고 환자의 욕구를 충족하기 위한 서비스를 제공하고 있다(이용균 등, 2011, p.5). 즉, 해당 요양시설은 복합체 형태로서, 급성기-재활-시설이 공존하여, 지역사회 단위 보건서비스, 만성질환 관리 서비스 등 환자의 편의를 위한 서비스를 다양화하고 있는 것이다.

일본의 의료 복합체 형태를 한국에 도입 또는 적용하기에는 제도적 장벽이 존재한다. 그 이유로는 첫 번째, 환자와 보호자 입장에서는 진료비 부담이 덜하지만, 현재 요양병원의 일당 정액제 수가는 급성기의 80%밖에 미치지 못하며, 건강보험 재정과 통합되어 운영되지 않기 때문이다(이용균 등, 2011, p.141). 또한 질환의 중증도에 대한 평가 없이 입원하는 상태에서, 적정 수준의 치료 또는 입원의 조치는 이루어지지 못하고 있으며, 입원이 불필요한 환자라도 퇴원을 시켜 상주할 수 있는 시설이 부재하는 점 역시 장애 요인으로 작용하고 있다(이용균 등, 2011, pp. 129-130).

최인덕과 이은미(2010, p.866)는 장기요양과 의료서비스 연계의 필요성을 강조했다. 요양시설과 요양병원 각 192개, 168개의 시설 관계자 및

이용자를 대상으로 한 설문조사를 실시한 결과, 장기요양병원을 이용할 수 있는 등급으로 판정받았음에도 요양병원을 이용하고 있는 환자가 존재하는 반면, 요양병원·병원 등에서의 진료가 필요함에도 요양시설에 입소하여 서비스를 수급하는 환자가 존재하는 제공 체계의 불균형을 지적했다. 이러한 결과를 토대로 요양병원과 시설 간 역할 재정립을 재차 강조했다. 현재는 공급체계가 분절적으로 관리되고 있어, 서비스가 제공되어도 보상이 어려운 실정이다. 기본적으로 노인 의료 분야에 있어 조정과 연계의 필요성에 대한 인식이 확대되어야 하며, 요양과 시설서비스가 함께 제공되는 보건의료통합복지시설을 대안으로 제시하였다.

박종연 등(2010, pp. 14-15)은 장기요양-의료-복지가 연계하여 발전할 수 있는 통합케어(integrated)의 개념을 제시했다. 장기요양 인정자 대상으로 의료 요구도를 분석한 결과, 노인성 질환의 발병·유병률은 매년 증가하고 있으며 의료비도 증가하고 있었다. 노인의 다양한 욕구와 기능 상태가 존재하므로 이를 충족할 수 있는 건강 증진, 진료, 치료, 재활, 요양을 포괄하는 체계뿐만 아니라 복지의 가정 봉사, 가사, 보호 등의 체계와의 연계도 필요하다고 강조했다.

김진수 등(2013, p.12)은 요양병원과 요양시설 간 연계 방안에 중점을 두어 연구를 수행했다. 이해관계자 대상 심층 면접 조사 결과, 요양시설 입소자는 대부분 의료서비스가 필요할 경우 병원 이용을 제약하는 요인이 부재하나 요양시설에서는 치료 가능 인력의 부재로 의료서비스를 적절히 받지 못하는 것으로 나타났다. 병원, 시설 안에 혼재된 환자의 분포를 보았을 때, 의료적 처치 관련 객관적 판단 기준이 마련되어야 하며, 환자의 상태가 변화하면 이에 따른 서비스 연계에 필요한 전달체계의 마련이 필요하다고 제언했다.

송현종과 채정미(2012, p.93) 역시 동일한 맥락과 문제 인식하에 정책

제언을 하였다. 급성기 병원에서의 전원 의뢰가 있었을 시에만, 요양병원에 입원하도록 하는 기준이 필요하고, 퇴원 이후 치료 계획 수립을 의무화함으로써 노인 환자를 지속적으로 관리할 것을 강조했다.

요양병원과 요양시설 기능에 대한 환자와 공급자의 의견은 일치되지 않으며 해결해야 할 과제들이 산재해 있다. 대체적으로 요양병원들도 별도의 치료가 필요없는 환자들은 요양시설로 이송하지 않고 사망할 때까지 입원시키는데, 기능의 구분이 이루어지지 않는다는 사실에 바탕을 둔 선택이다(김경자, 2009). 서비스에 대한 욕구를 가진 환자 입장에서 기능 재정립에 대한 논쟁보다, 얼마나 본인들에게 적절한 서비스가 적시에 제공되느냐가 더 현실적인 문제로 와 닿는다. 그러므로 기능 재정립에 대한 논의와 더불어 의료와 복지의 연계를 완성하는 협력적 제공 체계와 연계가 반드시 같이 이루어져야 한다(윤종률, 2008, p.35; 송현종, 채정미, 2012, p.96). 그 협력과 연계에서 요양병원이 중심 역할을 수행할 수 있다(윤종률, 2008, p.36). 요양병원은 아급성기 의료 역할을 수행하여 노인의 건강을 장기적으로 관리할 수 있기 때문이다.

먼저, 요양병원은 요양시설과의 중간 단계 기능으로 재가 노인 환자의 주치의 기능을 담당하고, 급성기 노인 환자를 대상으로 진료하는 것이 바람직할 것이며 급성기 이후 진료에 따른 의료비를 최대한 감소시키면서도 장기요양이 필요해지는 시기를 지연하는 역할을 수행해야 한다(서영준, 2009b; 송현종, 채정미, 2012, p.88). 두 번째, 실제 요양시설 입소자와 요양병원 입원환자의 주 상병이 큰 차이를 보이지 않고 있어, 기능 재정립을 위해서는 처치 관련 판단 기준과 환자 상태 변화에 따른 연계 기준 마련에 대한 준비도 선제적으로 갖추어져야 할 것이다(김진수 등, 2013, p.197). 마지막으로 효율적 연계를 위해서는 건강보험 재정과 장기요양보험 재정을 통합해야 한다(최인덕, 이은미, 2010, p.866).

제 3 장 노인 의료와 요양서비스 이용 실태 및 쟁점 고찰

제1절 노인 의료서비스 이용 실태
제2절 노인장기요양보험 이용 실태
제3절 노인 의료와 요양서비스 제공에서의 주요 쟁점

3 노인 의료와 요양서비스 이용 실태 및 쟁점 고찰

소득 수준의 향상, 신의료 기술의 발달, 전후 베이비부머 세대의 노인인구 진입 등으로 우리나라의 노인인구 비율은 전 세계적으로 그 유례를 찾아보기 어려울 정도로 빠르게 증가하고 있다. 인간의 생애 전반에서 의료와 요양에 대한 요구는 거의 대부분 생애 말기에 그 필요도가 집중되어 의료비와 장기요양 비용의 증가를 야기한다. 급격한 고령화와 더불어 초저출산의 지속은 사회안전망의 위협 요인으로 작용할 것으로 예상되고 있다. 즉, 노인인구의 증가는 의료와 요양 비용의 증가를 야기하고 생산가능인구의 감소는 건강보험과 노인장기요양보험의 부과 기반의 감소를 가져오게 되어 사회보장제도의 지속 가능성에 끊임없는 노력과 대비가 필요하다고 할 수 있다. 본 절에서는 현재의 노인 의료와 요양서비스의 이용 현황을 검토하고 현재와 같은 제도의 틀 속에서 고령화로 인한 미래의 의료와 요양서비스 비용 추계를 통해 노인 의료와 요양서비스 공급체계 개편의 필요성을 검증해 보고자 하였다. 그리고 현행 의료전달체계의 한계로 지적되고 있는 대형병원 환자 쏠림과 경증질환, 만성질환자의 의료 이용 행태, 그리고 의료기관 종별 표준업무규정에 따른 권장 질환의 분석을 통해 의료서비스 제공에서의 문제점을 검토하였다. 다만 의료전달체계를 논의함에 있어 노인만을 대상으로 한 의료전달체계를 구축할 수 없으며 전 국민에 대한 의료체계 속에서 운영될 수밖에 없다. 따라서 전체 의료전달체계의 문제점을 검토하되, 연령별로 구분하여 노인 계층의 특성을 반영하고자 하였다. 또한 2008년도 도입된 노인장기요양보험에서 가장 큰 문제점으로 지적되고 있는 요양병원과 장기요양시설 간의 역할 미정립으로 인한 서비스의 불연속성과, 본인부담상한제 등의 제도

적 문제점을 검토하였다. 요양병원과 요양시설 각각의 명확한 역할과 기능 부재 그리고 노인에 대한 통합적 의료와 요양서비스 제공의 필요성에 대해서는 4장의 실태 분석에서 보다 구체적으로 분석하였다. 이러한 역할과 기능의 부재는 비단 요양병원과 요양시설 간의 문제에 국한되지 않으며 노인장기요양보험제도 내에서도 역할 혼란은 존재한다. 따라서 노인장기요양시설의 서비스 제공 주체별 기능과 역할의 부재에 대한 문제점도 함께 검토하였다. 본 절에서는 분절적으로 제공되고 있는 노인 의료와 요양서비스의 현황과 주로 논의되고 있는 현재의 문제점들을 고찰하여 향후 노인 의료와 요양서비스의 통합적 제공 체계의 필요성을 제시하고자 하였다.

제1절 노인 의료서비스 이용 실태

본 절에서는 65세 이상 노인인구의 의료 이용 실태를 파악하였다. 이를 위해 65세 이상 건강보험 적용 인구의 진료 내역을 '노인의료비'로 정의하고 건강보험통계연보의 최근 7년(2008~14년) 진료비 내역을 연령별, 진료 행태별로 구분하여 분석하였다. 또한 노인 의료비에 영향을 주는 요소와 기여율의 크기를 확인하기 위하여 진료비를 구성 요소별로 분해하여 노인 의료비에 영향을 미치는 항목별 기여도를 분석하였다. 노인 의료비 분석은 각각 입원, 외래, 약국진료 행태별로 구분하여 살펴보았다.

1. 노인인구의 의료비 추이

건강보험 총진료비는 2014년 현재 54조 9639억으로 2008년 이후 연평균 7.9%씩 증가하였다. 전체 건강 보장 인구의 약 11.9%를 차지하고 있는 65세 이상 노인이 지출한 진료비는 전체의 약 36.3%인 약 20조 원 수준에 이르고 있다. 총진료비 중 65세 이상 노인인구가 지출한 의료비의 비중은 지속적으로 증가(2008년 30.8% → 2014년 36.3%)하고 있으며, 노인 의료비 규모 자체도 매년 10.9%씩 증가함을 알 수 있다.

〈표 3-1〉 총진료비 대비 노인 의료비 점유율 추이

(단위: 억 원, %)

	총진료비(A)	65세 미만 총진료비	65세 이상 총진료비(B)	노인 의료비 점유율(B/A)
2008	348,690	241,319	107,371	30.8%
2009	393,390	269,153	124,236	31.6%
2010	436,283	294,933	141,350	32.4%
2011	462,379	308,486	153,893	33.3%
2012	478,392	313,898	164,494	34.4%
2013	509,262	328,410	180,852	35.5%
2014	549,639	349,952	199,687	36.3%
연평균 증가율	7.9%	6.4%	10.9%	

주: 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

65세 이상 노인 의료비를 진료 행태별 구분하여 살펴보면, 입원, 외래, 약국 모두 65세 미만보다 빠르게 증가하였다. 특히 입원의 경우 65세 이상에서 연평균 12.8%로 가장 빠르게 증가하고 있으며, 건강보험 입원 진료비에서 차지하는 비중도 46.1%로 거의 절반에 가까운 것으로 나타났다.

입원 진료비(연평균 10.0% 증가)는 2014년도 19조 2904억 원이었으며, 이 중 노인 입원 진료비는 8조 8952억 원으로 46.1%를 차지하였다. 외래 진료비(연평균 8.1% 증가)는 2014년도 23조 812억 원이었으며, 이 중 노인 외래 진료비(연 11.5% 증가)는 6조 3849억 원으로 27.7%를 차지하였다. 약국진료비(연 4.7% 증가)는 2014년도 12조 5923억 원이었으며, 이 중 노인 약국진료비(연 7.1% 증가)는 4조 6887억 원으로 37.2%를 차지하였다.

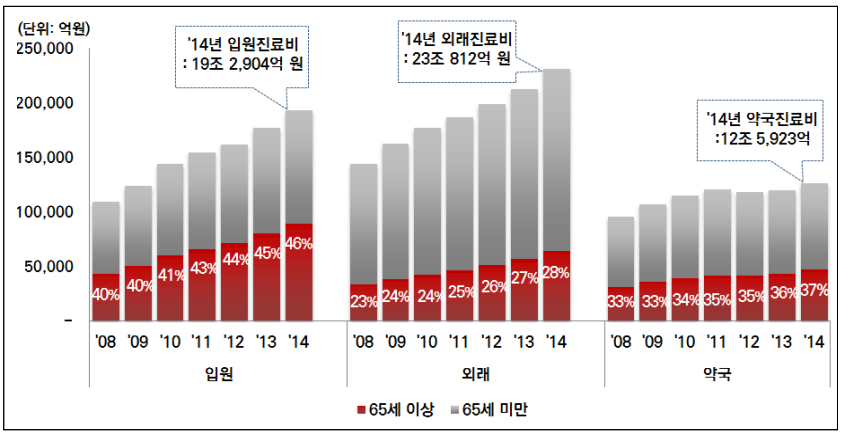
〈표 3-2〉 진료 행태별 총진료비 및 노인 의료비 점유율 추이(2008~2014년도)

(단위: 억 원)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
입원	입원 진료비(A)	108,924	123,880	144,388	154,365	161,791	176,944	192,904	10.0%
	65세 미만	65,843	73,853	84,584	88,727	90,305	96,609	103,952	7.9%
	65세 이상(B)	43,082	50,026	59,804	65,637	71,485	80,335	88,952	12.8%
	점유율(B/A)	39.6%	40.4%	41.4%	42.5%	44.2%	45.4%	46.1%	-
외래	외래 진료비(A)	144,329	162,536	177,040	187,045	198,648	212,888	230,812	8.1%
	65세 미만	111,059	123,876	134,506	140,597	147,415	155,813	166,964	7.0%
	65세 이상(B)	33,270	38,660	42,534	46,448	51,233	57,075	63,849	11.5%
	점유율(B/A)	23.1%	23.8%	24.0%	24.8%	25.8%	26.8%	27.7%	-
약국	약국 진료비(A)	95,436	106,974	114,855	120,969	117,953	119,431	125,923	4.7%
	65세 미만	64,417	71,424	75,843	79,162	76,177	75,989	79,036	3.5%
	65세 이상(B)	31,019	35,550	39,012	41,807	41,776	43,442	46,887	7.1%
	점유율(B/A)	32.5%	33.2%	34.0%	34.6%	35.4%	36.4%	37.2%	-

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 반올림 관계로 총계와 내용의 합이 다를 수 있음.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

〔그림 3-1〕 진료 행태별 총진료비 및 노인 의료비 점유율 추이



주: 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

2. 진료비 구성 요소별 분석

노인인구의 의료 이용 행태를 파악하기 위해서는 먼저 진료비를 구성하고 있는 요소들로 세분화하여 각 요소별로 의료 이용에 미치는 영향을 살펴볼 필요가 있다. 노인 의료 이용에 있어서의 진료비 증가 요인 분석은 총진료비 증가분, 적용 인구, 진료 일수 및 진료 일당 진료비를 분해하여 어떠한 요인들이 총진료비 증가에 영향을 미치는지 살펴보기 위함이다.

다음은 진료비 분석틀에 근거하여 총진료비를 1) 적용 인구수, 2) 1인당 진료비, 3) 1인당 입·내원 일수, 4) 입·내원일당 진료비로 분해하여 각 구성 요소별 최근 증감 추이를 관찰한 것이다.

〔그림 3-2〕 진료비 분석틀

총진료비 = 적용 인구 ×적용 인구 1인당 진료비

= 적용 인구 ×1인당 진료 건수 ×건당 진료비

= 적용 인구 ×1인당 입내원 일수 ×입·내원일당 진료비

= 적용 인구 ×1인당 입내원 일수 ×1일 진료 강도 × 환산지수

= 적용 인구 ×1인당 입내원 일수 ×진료 가지수 증가 ×상대가치점수 증가 × 환산지수

1) 적용 인구수

건강보험 적용 인구는 2008년 대비 2014년까지 연평균 약 0.7%씩 증가한 반면 동 기간 65세 이상 노인인구는 연평균 4.5%씩 증가하여 2014년 현재 600만 명 수준이며, 건강보험 적용 인구 중 노인인구 비중은 2008년 9.6%에서 2014년 전체 대상자의 11.9%에 이르고 있다.

2008년 이후 연령별 적용 대상자 수 분포 그래프는 점차 우측으로 편향되어 뚜렷한 인구 고령화 추세를 보이고 있으며, 이는 향후 의료비 지출 증가에 주요 요인으로 작용할 것으로 예상된다.

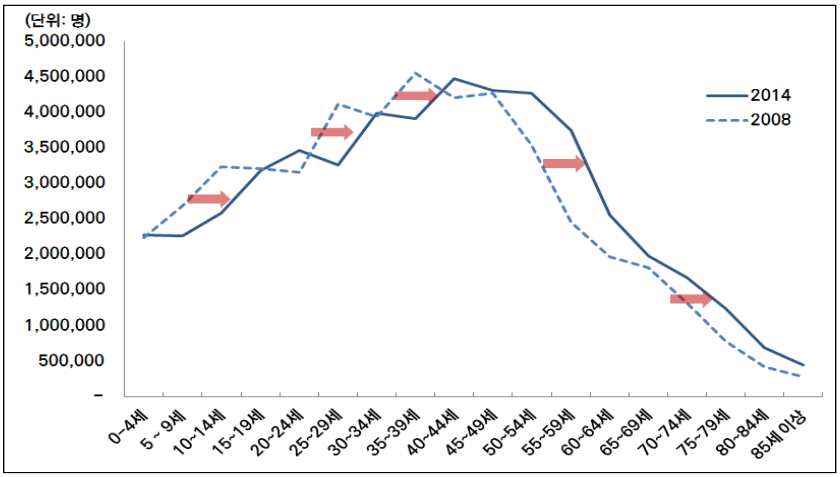
〈표 3-3〉 전체 적용 인구 대비 65세 노인 대상자 비중

(단위: 명, %)

구분	적용 인구수(A)	65세 미만 대상자 수	65세 이상 대상자 수(B)	노인인구 점유율(B/A)
2008	48,159,718	43,560,156	4,599,562	9.6%
2009	48,613,534	43,787,094	4,826,440	9.9%
2010	48,906,795	43,928,038	4,978,757	10.2%
2011	49,299,165	44,114,778	5,184,387	10.5%
2012	49,662,097	44,194,236	5,467,861	11.0%
2013	49,989,620	44,249,941	5,739,679	11.5%
2014	50,316,384	44,311,732	6,004,652	11.9%
연평균 증가율	0.7%	0.3%	4.5%	

주: 연도 말 기준.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

[그림 3-3] 연령별 적용 대상자 수 분포 추이



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

2) 1인당 진료비

다음은 연령대별 1인당 진료비를 분석한 결과이다. 2014년 현재 건강보험 대상자는 평균적으로 1인당 약 109만 원의 의료비를 지출하였으나, 연령대가 증가할수록 1인당 진료비는 급격히 증가하는 것을 알 수 있다. 특히 65세 미만 대상자는 1인당 약 79만 원 정도의 의료비를 지출하는 반면 65세 이상 노인은 1인당 약 333만 원 정도의 의료비를 지출하여 65세 미만 대상자 대비 약 4.2배 정도의 의료비를 지출하는 것으로 나타났다.

10세 단위 연령별 1인당 진료비 분석 결과, 60세 이상의 노인인구에서도 의료비 지출 수준은 큰 차이를 보이고 있는데 60대의 경우 1인당 약 213만 원, 70대는 약 339만 원, 80대는 약 473만 원 정도로 80대는 60대의 2배 이상을 지출하였다. 더욱이 80대 이상 노인의 의료비는 2008년 약 271만 원에서 2014년 약 473만 원으로 급격히 증가하였으며 연평균 증가율도 9.7%로 모든 연령대보다 가장 빠르게 증가하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-4〉 연령별 1인당 진료비 추이

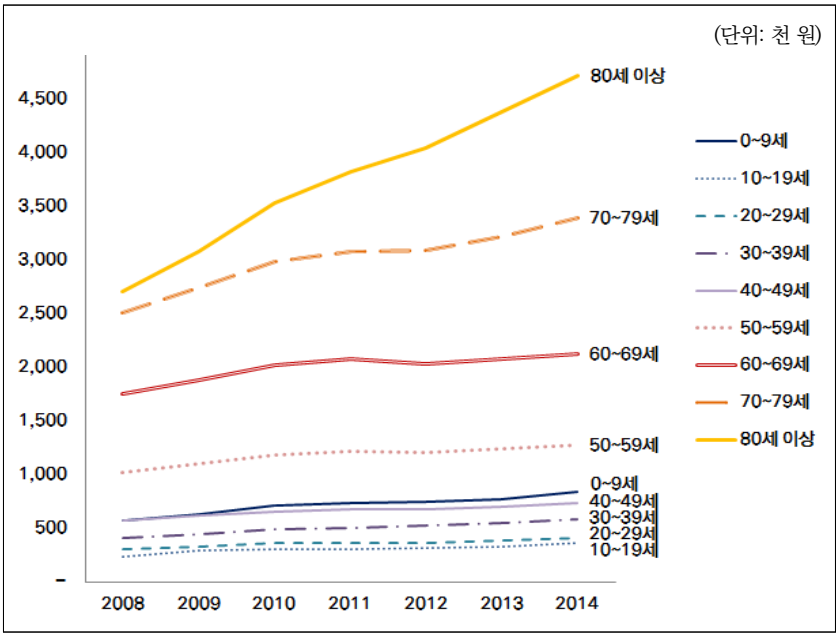
(단위: 천 원)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
계	724.0	809.2	892.1	937.9	963.3	1,018.7	1,092.4	7.1%
0-9세	577.2	628.5	716.1	741.3	750.0	772.0	846.1	6.6%
10-19세	240.5	292.8	311.2	311.9	314.7	328.0	361.5	7.0%
20-29세	305.8	335.8	360.0	367.3	370.8	384.8	413.4	5.2%
30-39세	411.2	451.3	489.1	508.7	522.6	550.6	590.7	6.2%
40-49세	574.7	624.4	661.5	676.0	678.5	708.4	743.2	4.4%
50-59세	1,026.0	1,107.8	1,181.3	1,216.4	1,208.0	1,241.0	1,279.1	3.7%
60-69세	1,749.8	1,885.4	2,025.5	2,080.3	2,037.0	2,080.5	2,128.4	3.3%
70-79세	2,505.5	2,742.3	2,989.8	3,085.9	3,094.3	3,223.7	3,390.3	5.2%
80세이상	2,710.4	3,079.8	3,530.1	3,824.8	4,044.5	4,378.6	4,723.8	9.7%
65세미만	554.0	614.7	671.4	699.3	710.3	742.2	789.7	6.1%
65세이상	2,334.4	2,574.1	2,839.1	2,968.4	3,008.4	3,150.9	3,325.5	6.1%

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 1인당진료비=연령별 진료비/ 연령별 적용인구수.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

〔그림 3-4〕는 연령대별 1인당 진료비를 그래프로 나타낸 결과이다. 50대 이하의 1인당 연간 진료비는 100만 원 이하로 비슷한 규모를 보이고 있다. 하지만 60대 이상에서는 1인당 진료비 규모가 커지는 것으로 볼 수 있으며, 특히 60세 이상에서도 70대와 80대의 1인당 진료비는 큰 차이를 보이고 있으며, 80대의 경우는 진료비 규모도 매우 높은 수준이며 진료비 증가율(곡선의 기울기)이 급격하게 증가하는 것으로 나타났다. 이는 노인 의료비 지출을 단순히 65세 이상으로 규정할 것이 아니라 70대와 80대 노인 의료비 지출이 다른 양상을 보이는 것같이 노인이라도 연령대에 따라 다르게 접근할 필요가 있다는 것으로 보여 준다 할 수 있다.

〔그림 3-4〕 연령대별 1인당 진료비 추이



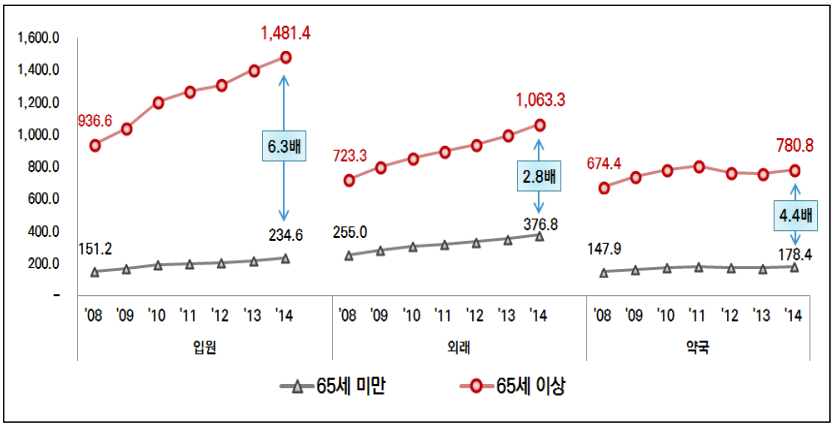
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

다음은 1인당 진료비를 진료 행태별로 구분하여 비교한 결과이다. 65세 이상 대상자와 65세 미만 대상자의 1인당 진료비는 진료 행태별로 최소 2.8~최대 6.3배가량 차이가 발생하였으며, 특히 노인의 1인당 입원진료비가 최근 7년 동안 큰 차이를 보이며 빠르게 증가하고 있다.

2014년 현재 1인당 입원진료비는 65세 이상 노인이 약 148만 원으로 65세 미만자(약 23만 원)보다 6.3배 많이 지출하는 것으로 나타났다. 외래 1인당진료비는 65세 이상 노인이 106만 원, 65세 미만자는 38만 원으로 노인에서 약 2.8배였으며, 약국 1인당 진료비는 65세 이상 노인이 78만 원, 65세 미만자는 18만 원으로 노인에서 약 4.4배였다.

〔그림 3-5〕 진료 행태별 1인당 진료비

(단위: 천 원)



자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

3) 1인당 입·내원 일수

1인당 입·내원 일수와 입·내원일당 진료비는 각각 의료 이용의 양과 강도를 나타내는 지표이다. 먼저 1인당 입·내원 일수는 보면 2014년 기준 65세 이상 노인은 50.5일인 데 반해 65세 미만자는 15.6일로 노인의 입내원 일수가 65세 미만 대상자에 비해 약 3.25배 많아 65세 이상에서 의료 이용량이 월등히 높게 나타나고 있다.

진료 행태별 1인당 입·내원 일수를 분석한 결과, 노인의 입원 일수가 연평균 6.3%로 빠르게 증가하고 있으며 65세 미만 대상자 대비 7.9배에 이르러 진료비 증가의 주요 요인으로 작용하고 있었다.

1인당 입원 일수는 2014년 기준 65세 이상 노인이 11.2일인 데 반해 65세 미만자는 1.4일로 약 7.9배였다. 1인당 외래 내원 일수는 65세 이상 노인이 39.2일인 데 반해 65세 미만자는 14.1일로 약 2.8배였다. 1인당 약국진료비는 65세 이상 노인이 20.3일인 데 반해 65세 미만자는 8.3일로 약 2.4배였다.

〈표 3-5〉 1인당 입·내원 일수

(단위: 일)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
전체	16.8	17.9	18.5	18.8	19.2	19.3	19.7	2.7%
65세미만(A)	13.9	14.8	15.2	15.2	15.4	15.3	15.6	1.9%
65세이상(B)	44.0	46.5	48.4	48.9	49.5	50.1	50.5	2.3%
대비(B/A)	3.15	3.14	3.19	3.21	3.22	3.26	3.25	·

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 1인당 입·내원 일수= 연령별 입·내원 일수/ 연령별 적용 인구수.
3) 내원 일수 합계 산출 시 약국의 처방조제는 제외함(단 진료비는 모두 포함함).
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

〈표 3-6〉 진료 행태별 1인당 입·내원 일수

(단위: 일)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
입원	전체	1.7	1.9	2.1	2.2	2.3	2.5	2.6	6.9%
	65세 미만(A)	1.1	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	4.3%
	65세 이상(B)	7.8	8.2	9.1	9.6	10.0	10.8	11.2	6.3%
	대비(B/A)	7.0	6.8	6.9	7.2	7.5	7.9	7.9	·
외래	전체	15.0	16.0	16.4	16.6	16.8	16.9	17.1	2.2%
	65세 미만(A)	12.8	13.6	13.8	13.9	14.0	14.0	14.1	1.6%
	65세 이상(B)	36.1	38.2	39.2	39.3	39.5	39.2	39.2	1.4%
	대비(B/A)	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	·
약국	전체	8.8	9.4	9.5	9.6	9.8	9.7	9.8	1.7%
	65세 미만(A)	7.7	8.2	8.3	8.3	8.5	8.3	8.3	1.3%
	65세 이상(B)	19.4	20.1	20.5	20.5	20.8	20.4	20.3	0.8%
	대비(B/A)	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	·

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 1인당 입·내원 일수=(입원,외래,약국)입·내원 일수/적용 인구수.
3) 약국의 처방조제와 직접조제를 모두 합산한 내원 일수를 기준으로 함.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

4) 입·내원일당 진료비

65세 이상 노인의 입·내원일당 진료비는 입·내원 일수와 다른 양상을 보인다. 2014년 현재 65세 이상 노인 일당 진료비는 약 6만 6000원으로 65세 미만자는 5만 1000원으로 노인에서 약 1.30배였으나 지난 7년간 일당 진료비 증가율은 65세 미만 대상자보다 다소 낮게 나타났다. 이러한 결과는 65세 노인의 의료 이용 경향은 의료 강도(일당 진료비)보다는 의료 이용량(진료 일수)이 노인 의료비 증가의 주요 요인이라 볼 수 있다.

〈표 3-7〉 입·내원일당 진료비

(단위: 천 원)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
입·내원 일당 진료비 (단위: 천 원)	전체	43.1	45.1	48.1	49.9	50.3	52.7	55.3	4.3%
	65세 미만(A)	39.7	41.6	44.3	45.9	46.1	48.4	50.7	4.2%
	65세 이상(B)	53.1	55.4	58.7	60.7	60.7	62.9	65.8	3.6%
	대비(B/A)	1.34	1.33	1.33	1.32	1.32	1.30	1.30	

주:1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 입·내원일당 진료비= 연령별 진료비/연령별 입·내원 일수.
3) 내원 일수 합계 산출 시 약국의 처방조제는 제외함(단 진료비는 모두 포함).
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

진료 행태별 입·내원일당 진료비는 2014년 기준 입원 14만 8000원, 외래 2만 7000원, 약국 2만 6000원이었으며, 외래 내원일당 진료비의 연평균 증가율이 5.1%로 가장 높았다. 연평균 증가율을 비교해 보면, 입원일당 진료비는 65세 미만 대상자가 더 빠르게 증가하는 경향을 보인 반면, 외래 및 약국의 일당 진료비는 연령에 상관없이 비슷한 증가 속도를 보였다.

또한 65세 미만 대비 65세 이상 노인인구의 입·내원일당 진료비 비중은 2008년 이후 비슷한 추세를 유지하고 있는데, 입원의 일당 진료비가 0.8배로 오히려 적었으며, 외래는 동일한 수준이었고, 약국에서 1.8배 높았다.

〈표 3-8〉 진료 행태별 입·내원일당 진료비

(단위: 천 원)

구분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
입원	전체	129.8	133.7	139.3	142.3	141.6	144.3	147.6	2.2%
	65세 미만(A)	136.7	139.2	145.5	150.8	152.1	159.0	164.7	3.1%
	65세 이상(B)	120.4	126.4	131.5	132.2	130.2	129.8	131.7	1.5%
	대비(B/A)	0.9	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	·
외래	전체	19.9	20.9	22.1	22.9	23.8	25.3	26.8	5.1%
	65세 미만(A)	19.9	20.9	22.2	22.9	23.8	25.2	26.7	5.0%
	65세 이상(B)	20.0	21.0	21.8	22.8	23.7	25.3	27.1	5.2%
	대비(B/A)	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	·
약국	전체	22.5	23.5	24.7	25.5	24.2	24.8	25.6	2.2%
	65세 미만(A)	19.2	19.9	20.9	21.6	20.3	20.8	21.4	1.8%
	65세 이상(B)	34.8	36.7	38.2	39.2	36.8	37.2	38.5	1.7%
	대비(B/A)	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	·

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 입·내원일당 진료비=(입원,외래,약국)연령별 진료비/입·내원 일수.
3) 약국: 처방조제와 직접조제를 모두 합산한 내원 일수를 기준으로 함.
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

3. 노인 의료비 증가 요인 분석

상기에 서술한 총진료비 증가 요인 분석 요소별 진료 실적 및 연평균 증가율값을 요약한 내역은 다음 〈표 3-9〉 및 〈표 3-10〉와 같다.

〈표 3-9〉 총진료비 구성 요소별 추이 개요

	총진료비(억 원)				
		적용 인구(명)	1인당 진료비(천 원)		
				1인당 입·내원 일수(일)	입·내원일당 진료비(천 원)
2008	348,690	48,159,718	724.0	16.8	43.1
2009	393,390	48,613,534	809.2	17.9	45.1
2010	436,283	48,906,795	892.1	18.5	48.1
2011	462,379	49,299,165	937.9	18.8	49.9
2012	478,392	49,662,097	963.3	19.2	50.3
2013	509,262	49,989,620	1,018.7	19.3	52.7
2014	549,639	50,316,384	1,092.4	19.7	55.3
연평균 증가율	7.9%	0.7%	7.1%	2.7%	4.3%
(2014년) 65세 미만	349,952	44,311,732	789.7	15.6	50.7
(2014년) 65세 이상	199,687	6,004,652	3,325.5	50.5	65.8

주: 1) 2008~2012년도는 지급 기준, 2013~2014년도는 수진 기준 수치임. 연도 말 기준.
2) 내원 일수 합계 산출 시 약국의 처방조제는 제외함(단 진료비는 모두 포함).
자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

2008~14년도의 노인 의료비 실태 분석 결과, (1)적용 대상자의 고령화와 (2)65세 이상 입원 증가로 인한 1인당 진료비의 빠른 증가를 특징으로 한다.

〈표 3-10〉 총진료비 구성 항목별 연평균 증가율

		총진료비				
			적용 인구	1인당 진료비		
					1인당 입·내원 일수	입·내원일당 진료비
총 진료비	전체	7.9%	0.7%	7.1%	2.7%	4.3%
	65세 미만	6.4%	0.3%	6.1%	1.9%	4.2%
	65세 이상	10.9%	4.5%	6.1%	2.3%	3.6%
입원	전체	10.0%	0.7%	9.2%	6.9%	2.2%
	65세 미만	7.9%	0.3%	7.6%	4.3%	3.1%
	65세 이상	12.8%	4.5%	7.9%	6.3%	1.5%
외래	전체	8.1%	0.7%	7.4%	2.2%	5.1%
	65세 미만	7.0%	0.3%	6.7%	1.6%	5.0%
	65세 이상	11.5%	4.5%	6.6%	1.4%	5.2%
약국	전체	4.7%	0.7%	4.0%	1.7%	2.2%
	65세 미만	3.5%	0.3%	3.2%	1.3%	1.8%
	65세 이상	7.1%	4.5%	2.5%	0.8%	1.7%

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

총진료비 증가에 대한 구성 항목별 기여도를 분석한 결과, 65세 미만에서는 진료 강도(입·내원일당 진료비)의 증가가 총진료비 증가에 가장 큰 영향을 미치고 있었으나, 65세 이상에서는 적용 인구수의 증가가 진료비 증가의 가장 큰 요인으로 작용하는 것을 알 수 있었다.

65세 미만 건강보험 대상자의 연평균 총진료비 증가율은 6.4%였는데, 해당 증가율에 대한 진료비 구성 요소별 기여도는 입·내원일당 진료비 증가에 따른 기여도가 65.9%, 1인당 입·내원 일수 증가의 영향이 29.5%, 적용 인구수 증가의 영향이 4.5%를 차지하여 입·내원일당 진료비 증가의 영향이 가장 컸다.

반면, 65세 이상 노인 의료비의 연평균 증가율은 10.9%였는데, 해당 증가율에 대한 진료비 구성 요소별 기여도는 적용 인구수 증가의 영향이 43.1%, 내원일당 진료비 증가의 영향이 34.6%, 1인당 입·내원 일수 증

가의 영향이 22.2%를 차지하여 적용 인구 증가의 영향이 가장 컸다.

진료 행태별 분석 결과, 입원진료비의 증가는 1인당 입원 일수 증가의 영향이 가장 컸으나 65세 이상 노인은 적용 인구수, 즉 입원자 수의 증가가 65세 미만에 비해 월등히 높게 나타났다. 외래 진료비의 증가는 외래 내원일당 진료비의 증가 영향이 가장 컸으며, 입원과 유사하게 적용 인구수의 증가가 진료비 증가 에 상대적으로 큰 영향을 미치고 있었다. 이 같은 경향은 65세 이상 노인인구에서도 동일하게 나타났다.

〈표 3-11〉 65세 미만 건강보험 대상자의 총진료비 구성 항목별 기여도

구분		총진료비	적용 인구수	1인당 입·내원 일수	입·내원일당 진료비
전체	증가율	6.4%	0.3%	1.9%	4.2%
	기여도		4.5%	29.5%	65.9%
입원	증가율	7.9%	0.3%	4.3%	3.1%
	기여도		3.7%	55.7%	40.6%
외래	증가율	7.0%	0.3%	1.6%	5.0%
	기여도		4.1%	23.8%	72.1%
약국	증가율	3.5%	0.3%	1.3%	1.8%
	기여도		8.3%	38.8%	52.9%

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

〈표 3-12〉 65세 이상 노인의 총진료비 구성 항목별 기여도

구분		총진료비	적용인구수	1인당 입·내원 일수	입·내원일당 진료비
전체	증가율	10.9%	4.5%	2.3%	3.6%
	기여도		43.1%	22.2%	34.6%
입원	증가율	12.8%	4.5%	6.3%	1.5%
	기여도		36.7%	51.2%	12.1%
외래	증가율	11.5%	4.5%	1.4%	5.2%
	기여도		40.9%	12.4%	46.7%
약국	증가율	7.1%	4.5%	0.8%	1.7%
	기여도		64.9%	11.3%	23.8%

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). 건강보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

4. 노인 의료비 지출 추계

앞서 살펴본 바와 같이 65세 이상 노인 의료비는 매우 빠르게 증가하고 있으며 건강보험의 지속 가능성을 위협하는 가장 큰 요인으로 작용하고 있다. 노인인구의 증가가 건강보험 의료비 증가의 가장 큰 요인으로 작용하고 있었으며 2014년 현재 65세 이상 노인 의료비는 약 2조 원에 이르고 있고, 지난 7년간 매년 약 11% 급증하는 추이를 보이고 있다.

이수연, 이동헌, 조정완(2015. 12., pp. 18-21)은 노인인구의 건강 상태의 변화, 미래 인구구조의 변화 등을 고려한 OECD 장기재정전망모형을 구축하여 65세 이상 노인인구 진료비를 추계하였다.

해당 모형은 요인별 예측 방법을 이용하였으며 인구 요인 및 비인구 요인(소득, 잔차)을 고려한 지출 시나리오 8개를 설정하였다.

인구 요인은 건강한 고령화 및 순수한 고령화를 각각 가정하여 사망 관련 비용과 생존자 비용으로 구분하였다. 이때 건강한 고령화는 평균수명의 증가가 생활 환경과 영양 상태의 개선, 건강 증진 행위 등을 통해 건강하게 사는 기간(건강수명)의 증가로 연결되는 것을 의미하며, 순수한 고령화는 노인인구의 건강 상태의 개선이 없이 평균수명만 증가하는 고령화를 의미한다.

소득 요인은 소득 탄력도에 대한 가정을 적용하여 연도별 1인당 명목 지디피(Gross Domestic Product, 이하 GDP) 증가율을 산출하였으며, 그 외의 보건의료 관련 제도 변화 및 신의료 기술 등의 유지 또는 수렴 여부에 대한 가정을 잔차 요인으로 고려하였다.

각 가정에 따른 노인 의료비 지출 추계 결과는 다음 〈표 3-13〉과 같으며 각 시나리오별로 2060년 기준 최소 229조 4618억 원(시나리오 8)에서 최대 337조 1131억 원(시나리오 1)까지 증가하는 것으로 나타났다.

급증하는 노인 의료비에 대한 지출 관리 방안도 중요할 것이다. 하지만 건강한 고령화를 위한 노력 여부에 따라 2060년 노인 의료비 지출의 약 107조 원가량을 절감할 수 있다는 것에 방점을 두어야 할 것이다. 이러한 이유로 노인의 의료와 요양에 있어 적절한 공급체계와 합리적 전달체계를 마련하여 건강한 고령화 사회가 될 수 있도록 설계하는 것이 미래를 대비하는 최선의 방안일 것이다.

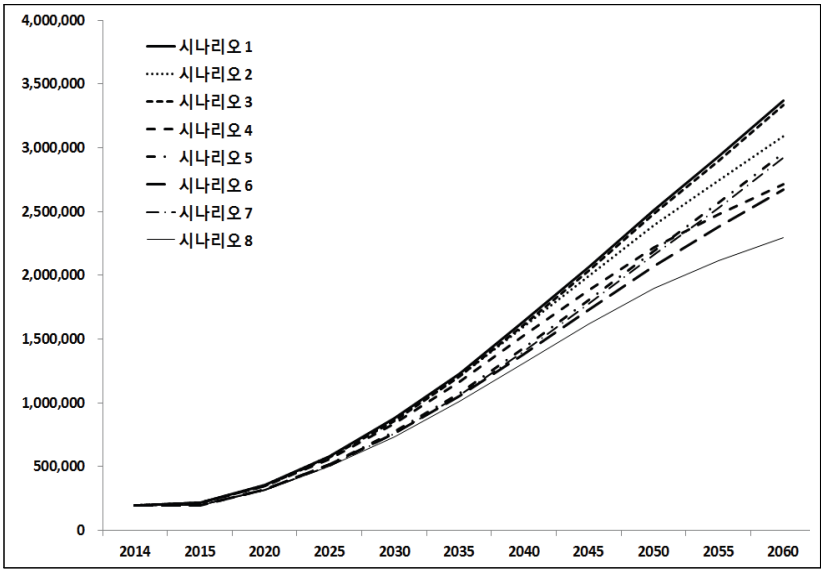
〈표 3-13〉 65세 이상 노인 진료비 지출 추계 결과(2060년)

(단위: 억 원)

구분	시나리오 기준			2060년 추계 결과
	고령화	소득탄력도	잔차	
시나리오 1(기준)	순수한 고령화	1	유지	3,371,131
시나리오 2	순수한 고령화	1	수렴	3,089,583
시나리오 3	순수한 고령화	0.8	유지	3,336,130
시나리오 4	순수한 고령화	0.8	수렴	2,710,165
시나리오 5	건강한 고령화	1	유지	2,955,584
시나리오 6	건강한 고령화	1	수렴	2,674,036
시나리오 7	건강한 고령화	0.8	유지	2,920,584
시나리오 8	건강한 고령화	0.8	수렴	2,294,618

자료: 이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.) 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 〈표 5-4〉 p.83 과 〈표 5-7〉 p.88 자료 재구성.

〔그림 3-6〕 65세 이상 노인 진료비 지출 추계 결과(2014~2060년)



자료: 이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.) 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. [그림 5-8] 그림 재인용. p.90

제2절 노인장기요양보험 이용 실태

본 절에서는 2008년부터 시행되고 있는 노인장기요양보험의 이용현황을 분석하였다. 노인장기요양보험은 2008년 제5의 사회보험으로 도입되었고, 이로 인해 노인 보호[12)]을 사회가 공동 분담 하게 되었다. 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전 우리 사회의 노인은 자녀와 배우자가 중심이 되어 가족이 보호하였으나, 2000년대 이후 노인 부양에 대한 가치관 변화, 사회의 정책 발전 등에 의해 노인 보호를 위한 사회 제도 도입에 대한 욕구가 확대되었다. 핵가족화로 인해 노인의 자녀 세대와의 동거 비율은 급격히 감소하고, 노인 부부 또는 노인 독거 가구가 노인 가구 형태의 주류로 자리 잡게 되었다. 이로 인해 노인보호서비스는 2000년대 이전에는 무의탁 빈곤노인을 위한 무료 양로시설과 요양시설 중심으로 제공되었으나, 점차 가족 내 직접 보호가 어려운 노인이 증가하면서 실비양로·요양시설, 전문노인요양시설 등을 비롯하여 재가노인서비스가 발전하게 되었다. 이러한 사회 변화 및 복지 정책의 발전의 일환으로 노인 보호를 사회가 공동으로 부담하는 노인장기요양보험제도가 도입되었다.

노인장기요양보험제도를 이용하기 위해서는 보험 가입자이면서, 일정 수준 이상의 장기요양 욕구가 있다고 판정되어야 한다. 노인 장기요양급여의 수급권은 65세 이상 노인이거나 65세 미만 노인성 질환자로 노인장기요양보험 등급 판정 체계를 통해 장기요양등급을 인정받은 자이다. 따라서 급여 이용을 희망하는 경우 운영 주체인 건강보험공단에 장기요양 인정을 신청하면, 인정조사자에 의해 인정 조사, 등급판정위원회에 의해 장기요양 대상자로 인정받은 후 서비스를 이용할 수 있다. 노인장기요양

12) 노인에 대한 장기요양(long-term care)는 노인 돌봄 또는 노인 보호, 수발 등의 용어로 혼용되어 사용되고 있음. 본 글에서는 노인 보호로 통일하여 사용함.

보험의 등급은 1~5등급이며, 1등급은 요양 욕구도가 가장 높은 최중증이며 5등급이 요양 욕구도가 가장 낮은 등급이다. 건강보험과 가장 큰 차이로, 건강보험은 가입과 동시에 서비스를 받을 권리가 있으나 노인장기요양보험은 보험 가입 후 일정 수준 이상의 요양 필요도의 판정을 받은 후 서비스 권리가 발생한다.

1. 신청자 및 인정자 현황

2015년 현재 노인장기요양보험 누적 인정자는 약 468천 명 수준으로 장기요양보험 신청자의 약 59.3% 수준이며, 이는 우리나라 전체 노인인구의 7%에 해당하는 규모이다. 2008년부터 시행된 장기요양보험 신청자는 노인인구 증가율보다 빠르게 증가하고 있는데 이는 장기요양에 대한 그 동안의 미충족 욕구가 반영된 것이라 볼 수 있다. 장기요양보험은 노인 10명 중 약 1.2명이 신청한 경험이 있으며 약 0.7명이 장기요양보험 등급 인정을 받았다. 전체 노인인구 대비 장기요양보험인정자는 2011년 5.7%에서 2015년 7.0%로 지속적으로 증가하고 있다.

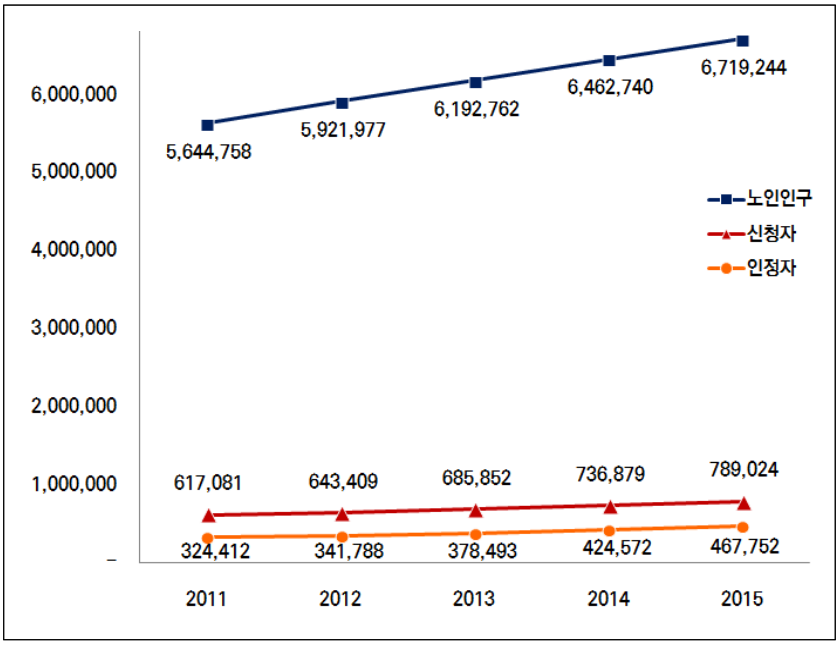
〈표 3-14〉 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황 추이(2011~2015년도)

(단위: 명)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
노인인구 (65세 이상)(A)	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740	6,719,244
신청자(B)	617,081	643,409	685,852	736,879	789,024
인정자(C)	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752
신청자 대비 인정률(C/B)	52.6%	53.1%	55.2%	57.6%	59.3%
노인인구 대비 인정률(C/A)	5.7%	5.8%	6.1%	6.6%	7.0%

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

〔그림 3-7〕 노인장기요양보험 신청 및 인정자 현황 추이(2011~2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

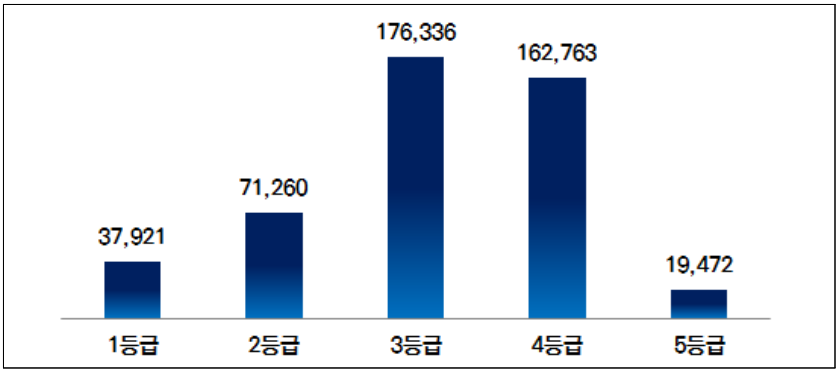
장기요양보험 등급인정자 중에서는 3등급 인정자가 약 37.7%로 가장 많았고 다음으로 4등급 인정자가 34.8%로 수준으로 전체 등급인정자의 72.5%가 3~4등급 인정자로 나타났다. 즉, 장기요양보험 등급인정자의 4명 중 3명은 3~4등급 인정자이며 일정 생활에서 상당 부분 또는 전적으로 타인의 도움이 필요한 것으로 평가되는 2등급 이상자는 대략 4명 중 1명 수준이었다.

〈표 3-15〉 노인장기요양보험 등급별 판정 및 인정자 수 현황(2015년도)

판정자 수	인정자수					등급 외자
	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	
630,757	37,921	71,260	176,336	162,763	19,472	163,005
	467,752					

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

〔그림 3-8〕 노인장기요양보험 등급별 인정자 수 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

2. 급여 실적

2015년 현재 노인장기요양보험의 연간 급여비는 4조 5382억 원으로 지난 5년 동안 연평균 약 11.1%씩 빠르게 증가하고 있으며 건강보험공단 부담금[13]은 약 88% 수준이다. 장기요양보험인정자의 1인당 월평균 급여비는 약 105만 7000원 수준이며 이 중 공단부담금은 약 93만 원 수준이다. 장기요양시설과 재가서비스를 포함한 1인당 급여 일수는 2015년 현재 약 212일에 이르고 있다.

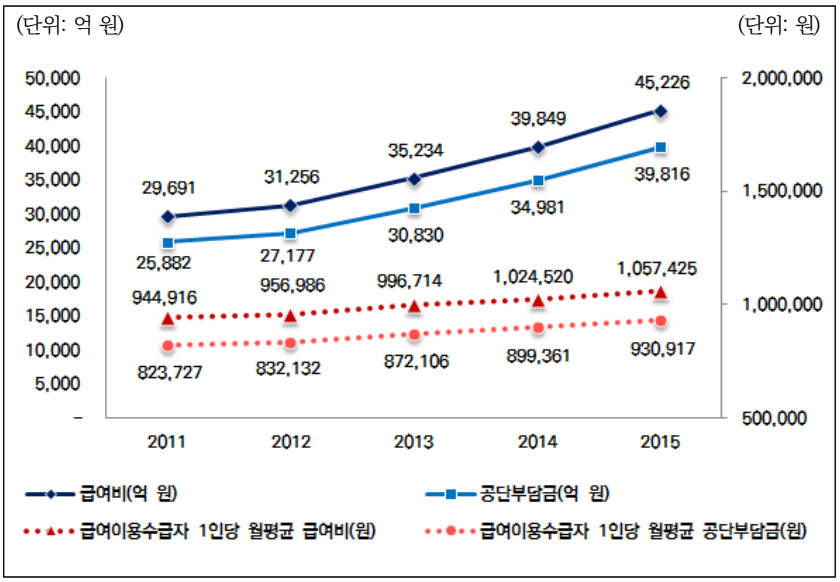
13) 건강보험의 급여비 개념과 동일

〈표 3-16〉 노인장기요양보험 급여 실적 추이(2011~2015년도)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
급여 이용 수급자(명)	360,073	369,587	399,591	433,779	475,382
급여 제공 일수(만 일)	7,938	8,034	8,585	9,223	10,084
급여비(억 원)	29,691	31,256	35,234	39,849	45,226
공단부담금(억 원)	25,882	27,177	30,830	34,981	39,816
공단부담률(%)	87.2%	86.9%	87.5%	87.8%	88.0%
급여 이용 수급자 1인당 월평균 급여비(원)	944,916	956,986	996,714	1,024,520	1,057,425
급여 이용 수급자 1인당 월평균 공단부담금(원)	823,727	832,132	872,106	899,361	930,917
1인당 급여 일수(일)	220	217	215	213	212

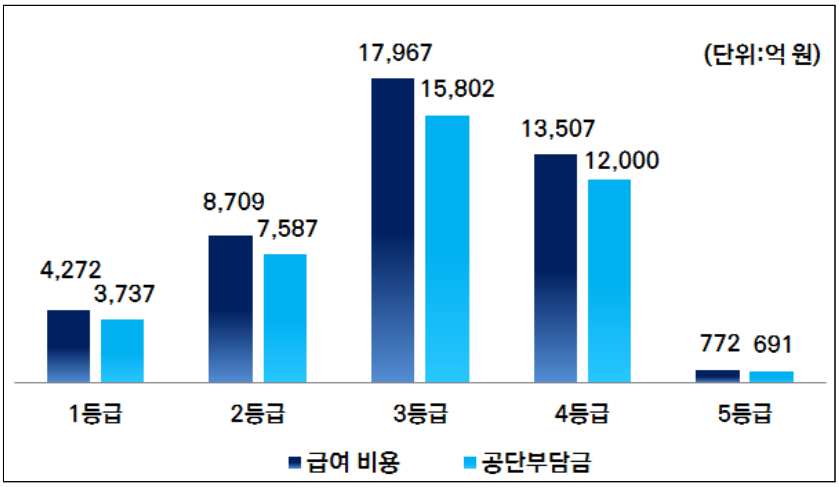
주: 1) 공단부담률 = 공단부담금/급여비.
2) 급여이용수급자 1인당 월평균 급여비(공단부담금)=(월간 급여비(공단부담금)/월간 급여이용수급자 수)의 평균.
자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

[그림 3-9] 노인장기요양보험 급여 실적 추이(2011~2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

〔그림 3-10〕 노인장기요양보험 등급별 급여 실적(2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

3. 급여 유형별 공단부담금 현황

2015년 장기요양 급여비용 중 공단부담금은 3조 9816억 원이었으며 이 중 51.3%는 시설급여, 48.7%는 재가급여로 지급되었다. 재가급여 중에서는 대상자의 가정을 방문하여 신체 활동 및 가사 활동을 지원하는 방문요양이 1조 4809억 원으로 전체 재가급여의 76%에 이르고 있으며 일정 기간 동안 장기요양기관에 입소하는 단기 보호가 차지하는 비중은 약 13% 수준이었다. 시설급여는 노인장기요양시설에 지급된 공단부담금이 88%로 노인요양공동생활가정보다 월등히 많음을 알 수 있다.

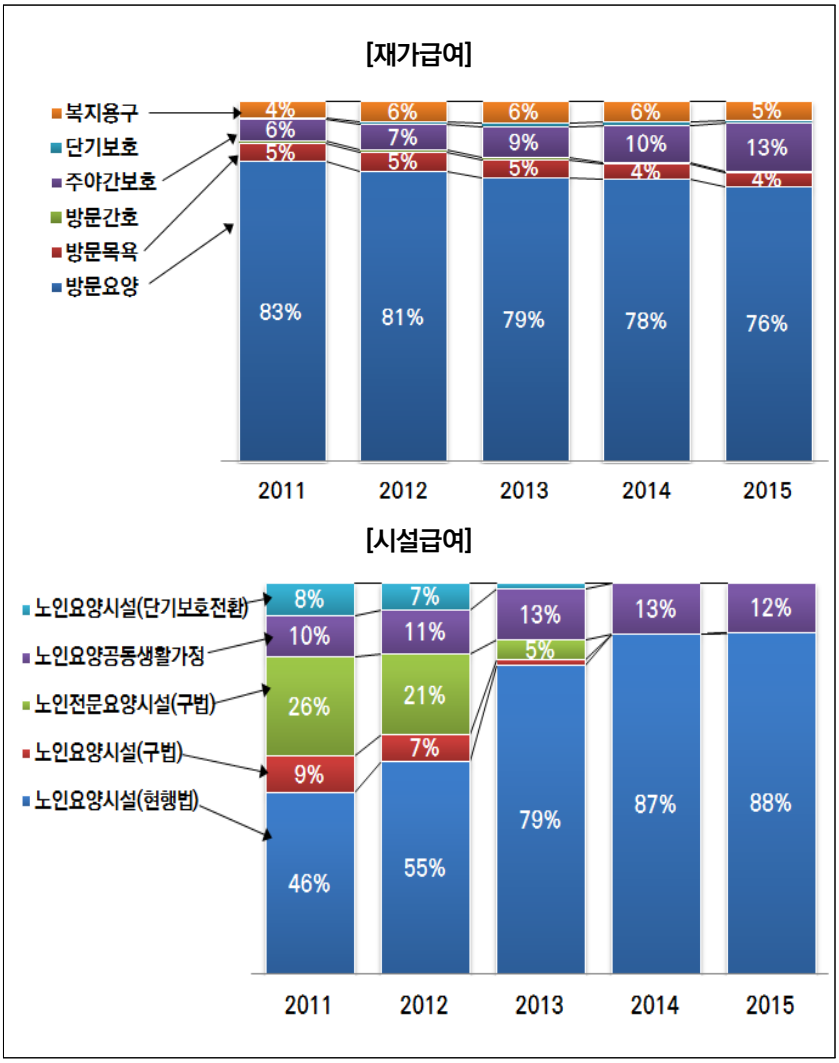
〈표 3-17〉 노인장기요양보험 급여 유형별 공단부담금 추이(2011~2015년도)

(단위: 억 원)

구분		2011	2012	2013	2014	2015
장기요양 공단부담금 계		25,882	27,177	30,830	34,981	39,816
재가급여		13,704	13,303	14,864	16,748	19,376
	방문요양	11,415	10,724	11,736	13,119	14,809
	방문목욕	712	707	736	711	723
	방문간호	58	70	73	75	89
	주야간 보호	837	958	1,279	1,745	2,563
	단기 보호	67	89	150	163	154
	복지 용구	614	756	891	934	1,037
시설급여		12,178	13,874	15,966	18,234	20,441
	노인요양시설(현행법)	5,646	7,571	12,626	15,839	17,892
	노인요양시설(구법)	1,139	913	225	-	-
	노인전문요양시설(구법)	3,111	2,864	811	-	-
	노인요양공동생활가정	1,268	1,571	2,057	2,394	2,548
	노인요양시설 (단기 보호 전환)	1,014	955	246	-	-

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

〔그림 3-11〕 노인장기요양보험 급여 유형별 공단부담금 추이(2011~2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

4. 1인당 요양 일수 및 일당 요양 비용 현황

노인장기요양보험인정자의 평균 급여 일수는 2015년 기준 212일로, 2011년 220일 대비 다소 감소하였으나 지난 5년간 큰 변화를 보이지 않았다. 등급별로는 2015년 기준 2등급 인정자의 요양 일수가 201일로 가장 많았고 다음으로 3등급 197일, 1등급 189일 순으로 나타났다. 4등급과 5등급의 요양 일수가 전년 대비 급등한 것은 2014년 하반기부터 노인장기요양보험 인정 등급이 1~3등급에서 1~5등급까지 확대되었기 때문이다.

〈표 3-18〉 노인장기요양보험 급여이용수급자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도)

(단위: 일)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
계	220	217	215	213	212
1등급	204	200	193	193	189
2등급	203	205	200	201	201
3등급	196	198	199	177	197
4등급	-	-	-	91	179
5등급	-	-	-	47	116

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

노인장기요양보험 요양일당 급여비는 지난 5년간 연평균 약 4.6%씩 증가하여 2015년 현재 약 4만 4846원 수준이었다. 장기요양등급별로는 기능 상태가 가장 낮은 1등급자가 일당 5만 2291원으로 가장 높았으며, 2등급 4만 9237원, 3등급 4만 3644원 순이었다.

〈표 3-19〉 노인장기요양보험 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도)

(단위: 원)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
계	37,401	38,904	41,041	43,206	44,846
1등급	43,120	44,779	47,540	50,131	52,291
2등급	40,502	42,225	44,757	47,222	49,237
3등급	34,759	36,554	38,887	41,062	43,644
4등급	-	-	-	41,722	42,147
5등급	-	-	-	43,263	43,451

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

재가급여 서비스 유형별 1인당 요양 일수는 2015년 기준 방문요양이 176일로 가장 길었고, 주야간 보호 143일, 단기 보호 67일, 방문간호 27일, 방문목욕 24일 순이었다. 이때 방문요양은 2011년 기준 187일에서 최근 5년간 감소 추세를 보였으며, 방문목욕은 24~25일 수준으로 유지, 그 외는 대체로 증가하는 경향을 보였다.

〈표 3-20〉 재가급여 이용자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도)

(단위: 일)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
방문요양	187	181	176	176	176
방문목욕	25	25	25	24	24
방문간호	23	26	26	26	27
주야간 보호	123	131	149	135	143
단기 보호	48	57	63	68	67

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

재가급여서비스 유형별 일당 급여비는 방문목욕 서비스가 2015년 기준 5만 5506원으로 가장 높았으며 2011년 이후 연평균 6.3%씩 빠르게 증가하였고, 주야간보호서비스의 일당 급여비 또한 4만 4547원으로 상대적으로 높으면서 연 6.5%씩 증가하는 모습을 보였다. 반면 방문요양서

비스는 3만 6219원으로 가장 비용이 낮았으며 연평균 증가율은 3.6% 수준이었다.

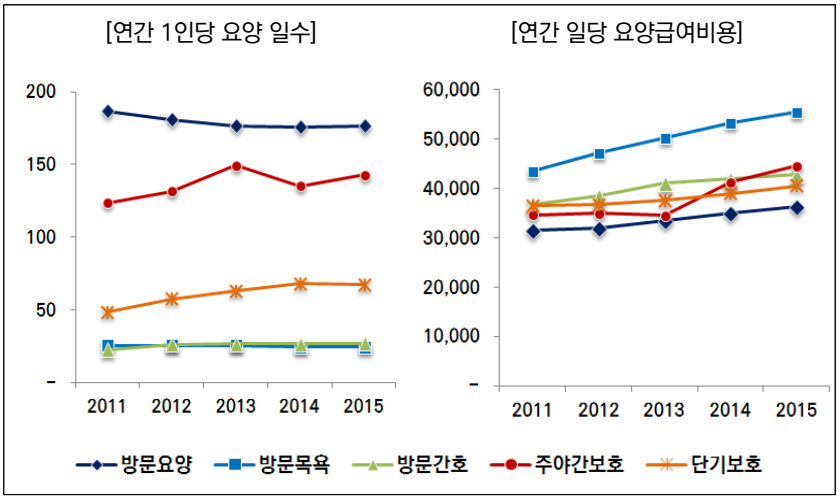
〈표 3-21〉 재가급여 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도)

(단위: 원)

구분	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 증가율
방문요양	31,422	31,969	33,493	34,960	36,219	3.6%
방문목욕	43,480	47,141	50,284	53,260	55,506	6.3%
방문간호	36,822	38,449	41,099	41,946	42,848	3.9%
주야간 보호	34,677	34,926	34,594	41,323	44,547	6.5%
단기 보호	36,468	36,701	37,630	38,970	40,524	2.7%

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

[그림 3-12] 재가급여 유형별 1인당 요양 일수 및 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도)



주: 1) 복지용구 제외.
2) 1인당 요양 일수는 실급여이용 수급자 1인당 기준임.
3) 요양일당 급여비용은 요양일당 총요양비를 뜻함.
자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

시설급여서비스는 2014년도를 기준으로 법 개정이 이루어졌으며, 2015년 기준 1인당 요양 일수는 노인요양시설이 262일, 노인요양공동생활가정이 228일 수준이었다.

〈표 3-22〉 시설급여 이용자 1인당 요양 일수 추이(2011~2015년도)

(단위: 일)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
노인요양시설	223	235	237	261	262
노인요양시설(구법)	244	236	92	-	-
노인전문요양시설(구법)	258	259	92	-	-
노인요양공동생활가정	196	205	204	221	228
노인요양시설(단기 보호 전환)	213	219	88	-	-

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

요양시설과 노인요양공동생활가정은 시설 면적 기준, 요양보호사 등 인력 기준을 상이하게 운영하고 있음에도 불구하고 일당 급여비는 큰 차이를 보이고 있지 않다. 시설급여의 일당 급여비는 2015년 기준 노인요양시설이 5만 916원, 노인요양공동생활가정이 4만 8709원으로 시설 간 비슷한 수준이었다.

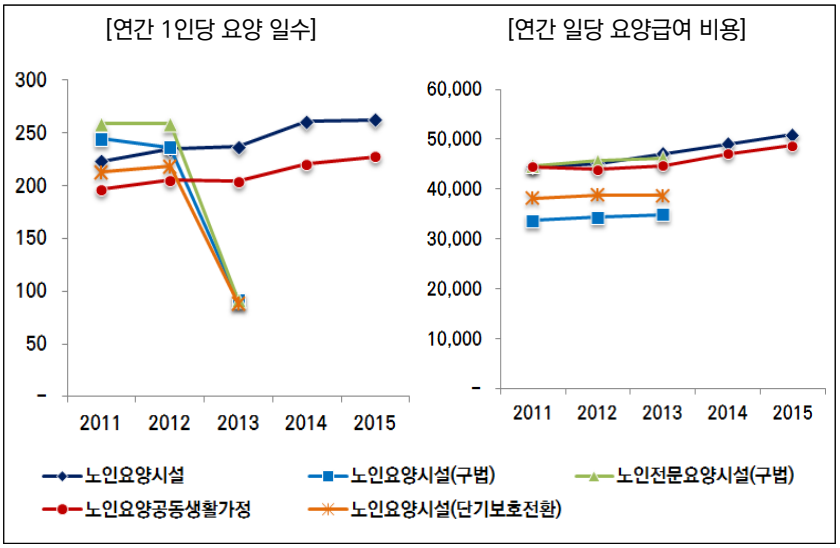
〈표 3-23〉 시설급여 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도)

(단위: 원)

구분	2011	2012	2013	2014	2015
노인요양시설	44,468	45,136	47,105	49,036	50,916
노인요양시설(구법)	33,686	34,345	34,921	-	-
노인전문요양시설(구법)	44,720	45,677	46,290	-	-
노인요양공동생활가정	44,433	43,979	44,687	47,069	48,709
노인요양시설(단기 보호 전환)	38,187	38,846	38,684	-	-

자료: 국민건강보험공단. 노인장기요양보험통계연보. 각 연도 자료 재구성.

〔그림 3-13〕 시설급여유형별 1인당 요양 일수 및 요양일당 급여 비용 추이(2011~2015년도)



주: 1) 1인당 요양 일수는 실 급여이용 수급자 1인당 기준임.
2) 요양일당 급여비용은 요양일당 총요양비를 뜻함.
자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

5. 연령별 노인장기요양급여 이용 현황

노인장기요양등급 인정자 중 급여 이용 현황을 연령별로 분석한 결과, 연령이 증가할수록 대상자 수가 늘어나 총 47만 5000명의 급여 이용자 중 85세 이상 대상자가 17만 5천 명(36.9%)으로 가장 많았다.

대상자들이 이용하는 급여 기관은 2015년 기준 전체 16만 937개였으며 연령이 증가할수록 대상자들이 이용하고 있는 급여 기관 수도 늘어나 85세 이상 고령자의 기관 점유율이 높았다.

1인당 급여 이용 일수는 평균 212일이었으며, 연령별로는 85세 이상 대상자가 221일로 가장 길었고 75~79세 대상자가 203일로 가장 짧았다. 1인당 공단부담금은 연평균 838만 원 이었으며, 65세 미만 대상자를

제외하고 연령이 증가할수록 금액도 증가하는 경향을 보여 85세 이상 대상자가 884만 원으로 가장 고액을 지출하고 있었다.

〈표 3-24〉 연령별 노인장기요양급여 이용 현황 개요(2015년도)

(단위: 명, 개, 일, 천 원)

	급여 이용 수급자 수	(%)	급여 제공 기관	1인당 급여 이용 일수	1인당 공단부담금
계	475,382	(100.0%)	16,937	212	8,376
65세 미만	21,116	(4.4%)	10,223	213	8,456
65~69세	24,514	(5.2%)	11,203	207	7,801
70~74세	49,832	(10.5%)	13,699	207	7,920
75~79세	88,711	(18.7%)	15,353	203	7,997
80~84세	115,939	(24.4%)	15,915	208	8,264
85세 이상	175,270	(36.9%)	16,287	221	8,841

주: 1) 사망자 급여 실적을 포함한 총지급을 기준을 함.
2) '계'의 급여이용수급자 및 급여제공기관 수는 급여유형별, 자격별 중복을 제외한 수임.
자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

급여유형별 이용자 수는 전 연령층에서 방문요양 이용자 수가 가장 많았고(평균 54.7%), 그다음으로 복지 용구(40.8%), 노인요양시설(32.4%), 방문목욕(12.7%), 주야간 보호(9.5%) 순이었다.

연령이 증가할수록 가정 내 방문 서비스(방문요양·목욕·간호)를 이용하는 비율은 줄어들고 시설(노인요양시설, 공동생활가정)을 이용하는 비율은 늘어나는 특징이 있었다. 방문요양의 경우 65~74세 대상자의 62.5%가 이용한 반면 85세 이상 고령자는 48.7%가 이용하였으며, 노인요양시설의 경우 65~74세 대상자의 23.8%가 시설에 입소한 반면 85세 이상 대상자의 39.3%가 시설을 이용하였다.

〈표 3-25〉 연령별 노인장기요양급여 이용자 수(2015년도)

(단위: 명, %)

구분	계	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
계	475,382 -	21,116 -	74,346 -	204,650 -	175,270 -
방문요양	260,252 (54.7%)	12,781 (60.5%)	46,475 (62.5%)	115,624 (56.5%)	85,372 (48.7%)
방문목욕	60,285 (12.7%)	2,531 (12.0%)	10,246 (13.8%)	26,285 (12.8%)	21,223 (12.1%)
방문간호	8,613 (1.8%)	436 (2.1%)	1,690 (2.3%)	3,761 (1.8%)	2,726 (1.6%)
주야간 보호	45,006 (9.5%)	1,268 (6.0%)	6,672 (9.0%)	21,781 (10.6%)	15,285 (8.7%)
단기 보호	6,436 (1.4%)	182 (0.9%)	693 (0.9%)	2,619 (1.3%)	2,942 (1.7%)
복지 용구	194,139 (40.8%)	10,374 (49.1%)	35,458 (47.7%)	87,028 (42.5%)	61,279 (35.0%)
노인요양시설	153,840 (32.4%)	5,169 (24.5%)	17,705 (23.8%)	62,034 (30.3%)	68,932 (39.3%)
노인요양 공동생활가정	26,317 (5.5%)	913 (4.3%)	2,743 (3.7%)	9,953 (4.9%)	12,708 (7.3%)

주: 1) '계'의 급여이용수급자는 급여유형별, 자격별 중복을 제외한 수임.
2) (%)비중은 연령별 총이용자 수 대비 해당 급여서비스 이용자 수의 비중을 나타냄.
자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

1인당 급여 이용 일수는 노인요양시설이 평균 262일로 가장 길었고, 노인요양공동생활가정이 228일, 방문요양이 176일, 주야간 보호가 143일 순이었다. 연령별로는 85세 이상 고령자의 급여 이용 일수가 평균 221일로 가장 길었고, 75~84세 연령군이 206일로 가장 짧았다. 65세 미만 대상자의 경우 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간 보호, 노인요양시설 등 전반적인 서비스의 이용 일수가 타 연령군에 비해 높았다.

〈표 3-26〉 연령별 1인당 노인장기요양급여 이용 일수(2015년도)

(단위: 일, %)

구분	Total	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
계	212	213	207	206	221
방문요양	176	201	189	171	173
방문목욕	24	31	27	23	23
방문간호	27	39	30	25	25
주야간 보호	143	146	142	142	145
단기 보호	67	60	62	65	71
노인요양시설	262	274	263	261	263
노인요양 공동생활가정	228	241	225	223	230

주: 복지용구 제외

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동기관. 자료 재구성

1인당 공단부담금은 평균 838만 원이었으며, 85세 이상 고령자가 885만 원으로 가장 높고, 65~74세 연령군이 788만 원으로 가장 낮았다. 급여 유형별로 세분하여 분석한 결과 65세 미만 대상자의 1인당 공단부담금이 전반적인 서비스에서 모두 높은 특징이 있었다.

〈표 3-27〉 연령별 1인당 노인장기요양급여 공단부담금(2015년도)

(단위: 천 원)

구분	Total	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
계	8,376	8,456	7,881	8,148	8,841
방문요양	5,690	6,430	5,923	5,628	5,538
방문목욕	1,199	1,404	1,274	1,178	1,163
방문간호	1,028	1,554	1,144	964	961
주야간 보호	5,696	5,896	5,614	5,618	5,826
단기 보호	2,400	2,289	2,221	2,322	2,519
복지 용구	534	627	564	531	506
노인요양시설	11,630	13,104	11,853	11,499	11,581
노인요양 공동생활가정	9,683	10,963	9,768	9,479	9,733

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

총 1만 6937개의 노인장기요양급여 기관 중 방문요양 및 방문목욕 서비스를 제공하는 기관이 각각 8796개와 4681개로 가장 많았고, 노인요양시설이 3035개, 노인요양공동생활가정이 2493개였다.

급여 유형 전반에 걸쳐 연령이 높아질수록 이용하고 있는 기관의 수도 많아지는 양상을 보인다. 85세 이상의 경우 대부분의 기관을 활용하고 있는 반면, 65세 미만은 급여 수준 및 자격의 문제로 인해 제한적으로 기관을 이용하고 있는 것으로 보인다.

〈표 3-28〉 연령별 장기요양급여 이용기관 수(2015년도)

(단위: 개)

구분	Total	65세 미만	65~69세	70~74세	75~79세	80~84세	85세 이상
계	16,937	10,223	11,203	13,699	15,353	15,915	16,287
방문요양	8,796	5,538	6,089	7,222	7,856	8,061	8,222
방문목욕	4,681	1,642	1,872	2,504	2,805	3,027	3,609
방문간호	374	199	229	286	300	319	328
주야간 보호	2,007	909	1,224	1,642	1,875	1,923	1,946
단기 보호	335	128	144	222	292	306	325
복지 용구	1,407	1,104	1,160	1,254	1,311	1,330	1,346
노인요양시설	3,035	2,142	2,238	2,747	2,974	3,001	3,022
노인요양 공동생활가정	2,493	780	824	1,380	2,017	2,303	2,470

주: 급여제공기관 수의 계는 급여유형별, 자격별 중복을 제외한 값임.
자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

급여 이용 현황을 종합해 보면, 85세 이상 고령자가 전체 대상자의 약 37%를 차지할 정도로 많았고 다양한 급여 기관을 이용하고 있었으며, 1인당 급여 일수 및 1인당 공단부담금이 모두 높아, 주요 서비스 이용 대상자라 할 수 있다.

반면 급여를 서비스 유형별로 세분하여 분석한 결과, 65세 미만 대상

자의 수 및 이용 기관수는 적었으나 급여 유형별 1인당 급여 일수 및 1인당 공단부담금은 타 연령군에 비해 유의하게 높았다. 이는 65세 미만 대상자가 급여 유형별 수요자의 규모는 작으나, 각 대상자들이 필요 서비스를 보다 집중적으로 이용하고 있음을 나타낸다.

6. 주거 및 돌봄 제공자 현황

2015년 기준 노인장기요양보험인정자 46만 8천 명 중, 자택에서 거주하는 대상자는 30만 5천명으로 65.2%를 차지하였고, 9만 5천명(20.4%)이 노인요양시설에, 4만 6천명(9.9%)이 요양병원에 거주하고 있었다.

등급별로는 1, 2등급 인정자가 자택에 거주하는 경우는 33.8%(1등급)~40.3%(2등급)수준인 데 반해 중증도가 낮아질수록 자택에 거주하는 경우가 점차 늘어나 5등급 대상자의 대부분(87.7%)은 자택에 거주하고 있었다. 특히 1등급 인정자의 33.1%는 노인요양시설에, 25.9%는 요양병원에 거주하는 특징이 있었으며 5등급으로 갈수록 해당 비율은 현저히 줄어들었다.

〈표 3-29〉 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2015년도)

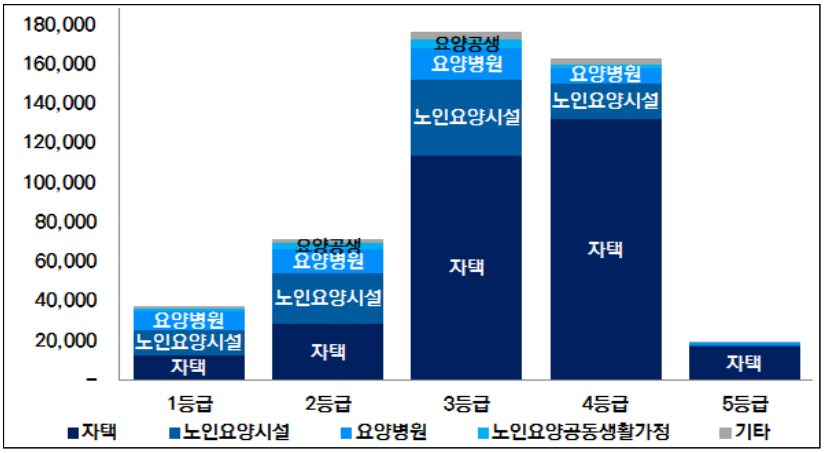
(단위: 명, %)

구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계	467,752 (100.0%)	37,921 (100.0%)	71,260 (100.0%)	176,336 (100.0%)	162,763 (100.0%)	19,472 (100.0%)
자택	304,865 (65.2%)	12,807 (33.8%)	28,741 (40.3%)	113,780 (64.5%)	132,455 (81.4%)	17,082 (87.7%)
노인요양시설	95,398 (20.4%)	12,536 (33.1%)	25,610 (35.9%)	38,423 (21.8%)	18,039 (11.1%)	790 (4.1%)
노인요양공동생활가정	10,761 (2.3%)	1,186 (3.1%)	2,889 (4.1%)	4,516 (2.6%)	2,070 (1.3%)	100 (0.5%)
단기 보호 시설	929 (0.2%)	33 (0.1%)	124 (0.2%)	459 (0.3%)	283 (0.2%)	30 (0.2%)
양로시설	959 (0.2%)	82 (0.2%)	161 (0.2%)	316 (0.2%)	322 (0.2%)	78 (0.4%)
요양병원	46,496 (9.9%)	9,813 (25.9%)	12,323 (17.3%)	15,862 (9.0%)	7,483 (4.6%)	1,015 (5.2%)
기타	8,344 (1.8%)	1,464 (3.9%)	1,412 (2.0%)	2,980 (1.7%)	2,111 (1.3%)	377 (1.9%)

주: 1) 2015년 연도 말 현재 인정 자격 유지자 기준(사망건 제외);
2) 기타는 한센병 집단농원, 기타수용시설 등 포함.

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동기관. 〈표 II-6〉 자료 재구성

[그림 3-14] 노인장기요양등급별 주거 상태 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성.

주 수발자는 배우자, 자녀 등 가족인 경우가 전체의 60.8%로 가장 많았고, 다음으로 배우자 22.0%, 기타(시설 관계자 등) 16.6%, 간병인 12.8% 순이었다.

등급별로는 중증도가 낮을수록(5등급에 가까울수록) 자녀가 주로 수발하는 경우가 많았고, 1등급에 가까울수록 간병인 및 시설 관계자가 전문적 돌봄을 제공하는 경향을 보였다.

〈표 3-30〉 노인장기요양등급별 주 수발자 현황(2015년도)

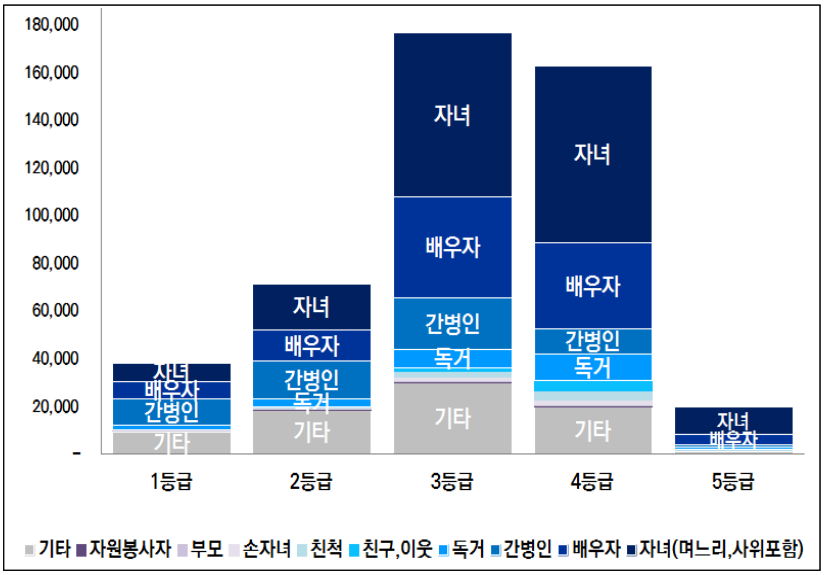
(단위: 명, %)

	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계	467,752 (100.0%)	37,921 (100.0%)	71,260 (100.0%)	176,336 (100.0%)	162,763 (100.0%)	19,472 (100.0%)
독거	25,551 (5.5%)	1,735 (4.6%)	3,577 (5.0%)	7,939 (4.5%)	11,261 (6.9%)	1,039 (5.3%)
배우자	102,751 (22.0%)	7,036 (18.6%)	12,912 (18.1%)	42,551 (24.1%)	36,126 (22.2%)	4,126 (21.2%)
부모	1,887 (0.4%)	320 (0.8%)	228 (0.3%)	706 (0.4%)	598 (0.4%)	35 (0.2%)
자녀(며느리, 사위 포함)	181,506 (38.8%)	7,812 (20.6%)	19,337 (27.1%)	68,572 (38.9%)	74,298 (45.6%)	11,487 (59.0%)
손자·녀	3,775 (0.8%)	75 (0.2%)	276 (0.4%)	1,331 (0.8%)	1,920 (1.2%)	173 (0.9%)
친척	6,690 (1.4%)	245 (0.6%)	496 (0.7%)	2,153 (1.2%)	3,464 (2.1%)	332 (1.7%)
친구, 이웃	6,961 (1.5%)	96 (0.3%)	264 (0.4%)	1,727 (1.0%)	4,579 (2.8%)	295 (1.5%)
간병인	59,995 (12.8%)	11,312 (29.8%)	15,908 (22.3%)	21,383 (12.1%)	10,489 (6.4%)	903 (4.6%)
자원봉사자	861 (0.2%)	68 (0.2%)	146 (0.2%)	275 (0.2%)	342 (0.2%)	30 (0.2%)
기타	77,775 (16.6%)	9,222 (24.3%)	18,116 (25.4%)	29,699 (16.8%)	19,686 (12.1%)	1,052 (5.4%)

주: 1) 2015년 연도 말 현재 인정자격 유지자 기준(사망건 제외)
2) 기타는 항목에 해당하지 않는 경우로 시설관계자 등이 포함됨

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 〈표 II-8〉 자료 재구성.

〔그림 3-15〕 노인장기요양등급별 주 수발자 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 자료 재구성

7. 주요 질환 및 증상 현황

노인장기요양보험인정자는 주요 질환으로 치매와 중풍이 전체 질환의 55.6%로 가장 많았고 다음으로 관절 관련 질환이 18.4%로 많았다.

1등급 인정자의 71%가 치매 및 중풍을 주요 질환으로 하고 있는데 특히 두 가지 상병을 복합적으로 가진 경우도 14.7%에 이르렀다. 반면 5등급 인정자의 대부분(80.8%)은 치매를 주요 질환으로 하며 신체 활동보다는 인지적 기능의 문제를 보유하고 있었다.

〈표 3-31〉 노인장기요양보험등급별 주요 질병 및 증상 현황(2015년도)

(단위: 명, %)

	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
계	467,752 (100.0%)	37,921 (100.0%)	71,260 (100.0%)	176,336 (100.0%)	162,763 (100.0%)	19,472 (100.0%)
치매	141,385 (30.2%)	9,336 (24.6%)	18,662 (26.2%)	51,268 (29.1%)	46,391 (28.5%)	15,728 (80.8%)
중풍(뇌졸증)	87,402 (18.7%)	12,026 (31.7%)	16,792 (23.6%)	34,920 (19.8%)	23,395 (14.4%)	269 (1.4%)
치매+중풍	31,537 (6.7%)	5,562 (14.7%)	8,536 (12.0%)	11,206 (6.4%)	5,475 (3.4%)	758 (3.9%)
고혈압	4,238 (0.9%)	143 (0.4%)	395 (0.6%)	1,516 (0.9%)	2,095 (1.3%)	89 (0.5%)
당뇨병	6,438 (1.4%)	258 (0.7%)	763 (1.1%)	2,471 (1.4%)	2,845 (1.7%)	101 (0.5%)
관절염	38,114 (8.1%)	762 (2.0%)	2,954 (4.1%)	14,153 (8.0%)	19,740 (12.1%)	505 (2.6%)
요통, 좌골통	48,656 (10.4%)	757 (2.0%)	4,932 (6.9%)	18,565 (10.5%)	23,844 (14.6%)	558 (2.9%)
호흡곤란	2,520 (0.5%)	76 (0.2%)	284 (0.4%)	925 (0.5%)	1,204 (0.7%)	31 (0.2%)
난청	608 (0.1%)	8 (0.0%)	32 (0.0%)	222 (0.1%)	322 (0.2%)	24 (0.1%)
백내장 등 시각장애	5,359 (1.1%)	76 (0.2%)	283 (0.4%)	2,000 (1.1%)	2,956 (1.8%)	44 (0.2%)
골절,탈골 등 사고 후유증	37,526 (8.0%)	2,294 (6.0%)	7,603 (10.7%)	15,937 (9.0%)	11,434 (7.0%)	258 (1.3%)
암	7,130 (1.5%)	486 (1.3%)	1,279 (1.8%)	2,626 (1.5%)	2,678 (1.6%)	61 (0.3%)
기타	45,718 (9.8%)	5,266 (13.9%)	7,155 (10.0%)	16,382 (9.3%)	16,357 (10.0%)	558 (2.9%)
질병 없음	11,121 (2.4%)	871 (2.3%)	1,590 (2.2%)	4,145 (2.4%)	4,027 (2.5%)	488 (2.5%)

주: 1) 2015년 연도 말 현재 인정자격 유지자 기준(사망건제외)
2) 기타는 만성질환 및 정신질환, 기타 감염성 질환 등 포함
3) 주요 질병은 인정조사 결과를 바탕으로 한 것으로서 의사소견과 다를 수 있음

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 〈표 II-7〉 자료 재구성.

8. 장기요양보험 지출 추계

이호용(2015.10.8., pp. 7-20)의 연구에서 장기요양보험의 지출을 추계한 결과[14]는 다음과 같다.

인구 전망 및 거시 경제 수준 전망을 고려하여 장기요양보험 총지출을 추계하였으며, 2014년도의 성·연령·등급별 요양급여비 및 이용자 수를 이용하여 이용자 1인당 장기요양급여비를 추계한 후, 해당 기준치에 장래 인구 추계 자료 및 거시 경제 변수(명목임금 상승률 등)를 적용하여 2015~2060년의 노인장기요양보험 총지출을 추계하였다.

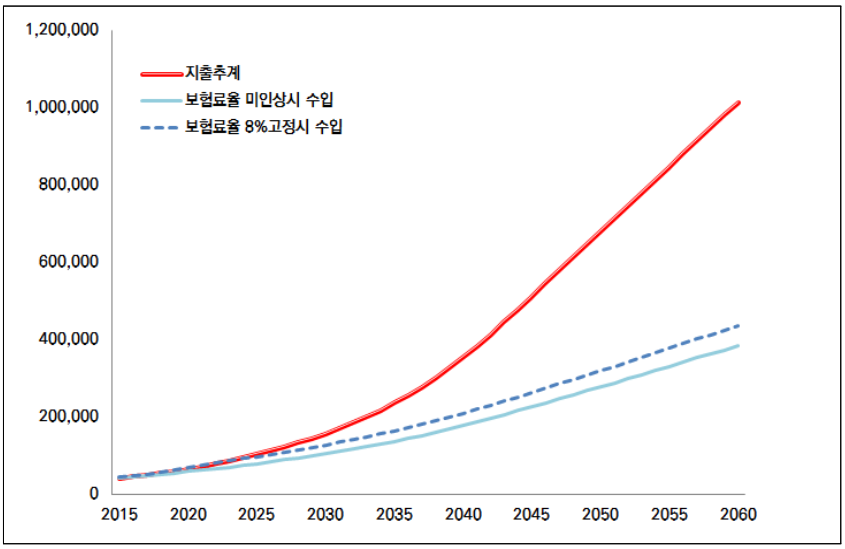
공통 가정으로 '전체 인구수→인정자 수→이용자 수' 추계 시 2014년도 현행 비율이 2060년까지 유지되며, 거시 경제 전제 중립·인구 전제 중위·경제 변수 중립을 가정하였다. 이때 전체 인구수는 2030년까지 증가하다가 감소로 전환되며 65세 이상 인구는 매년 증가하여, 2018년 고령사회에, 2027년 초고령 사회에 진입함을 가정하였다.

이에 따른 지출 추계 결과는 다음 〔그림 3-16〕과 같으며, 2060년 기준 101조 3378억 원이 지출될 전망이다.

14) 원자료(이호용, 2015.10.8.)에서는 보험료율 인상 여부에 따른 수입추계 결과와 당기수지를 함께 제시하였으나, 본 고에서는 지출추계분만을 제시함.

〔그림 3-16〕 노인장기요양보험 지출 추계(2014~2060년도)

(단위: 억 원)



자료: 이호용. (2015.10.8.). 2015-2060 노인장기요양보험 장기재정전망. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원. 〈표 3-2〉 p.17 및 〈표 3-3〉 p.20 자료 재구성

65세 이상 노인 의료비 및 장기요양비를 포함한 총지출액은 2060년까지 최소 330조 7996억 원에서 최대 438조 4509억 원에 이를 것으로 전망된다. 따라서 통합적인 노인 의료-요양서비스 연계 방안을 마련하여 수요자 중심의 시의적절한 서비스를 제공함과 동시에 중복·과잉 서비스 등 불필요한 비용 증가 억제를 위한 제공 체계 구축이 필요한 시점이다.

- 노인 의료비: 2060년 기준 최소 229조 4618억 원~최대 337조 1131억 원 지출
- 장기요양보험: 2060년 기준 101조 3378억 원 지출

자료: 노인 의료비: 이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.) 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원; 장기요양보험: 이호용. (2015.10.8.). 2015-2060 노인장기요양보험 장기재정전망. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

제3절 노인 의료와 요양서비스 제공에서의 주요 쟁점

건강보험제도와 노인장기요양보험제도는 노인에 대한 의료와 요양서비스 제공에 있어 양대 축을 이루고 있는 제도이다. 하지만 우리나라 의료체계의 고질적인 몇 가지 문제점들로 도입된 지 8년을 맞이하는 노인장기요양보험이 완전히 자리 잡지 못한 것이 사실이다. 특히, 의료서비스와 요양서비스는 재정·전달체계 등이 분리되어 운영되면서 이에 따른 부작용도 발생하고 있다. 본 절에서는 노인을 둘러싼 의료와 요양서비스 제공 체계에 있어서의 주요 문제점들을 살펴보기로 하겠다.

최근 의료전달체계의 쏠림 현상, 종별 기능 미분화가 심각한 문제로 지적되고 있다. 본 절에서는 우리나라의 왜곡된 의료체계 쏠림 현상을 살펴보기 위해 경증질환과 만성질환 중심으로 진료비 추이를 살펴보았다.

전달체계(Delivery System)란 적정 의료서비스를 적시 적소에 적합한 의료인에게 받을 수 있도록 자원 배분을 효율화하는 공급자와 소비자 간 연결 구조를 뜻한다. 의료 욕구가 있는 사람이 적시에 적정 서비스를 받기 위해서는 물리적, 경제적 접근성이 보장되어야 하며, 지불 능력 범위 내에서 서비스가 공급되어야 한다(신영석, 2015, p.8).

의료법상 의료기관은 병상수와 진료 과목 수를 기준으로 의원, 병원, 종합병원 그리고 상급종합병원 등 크게 4가지로 구분하고 있다. 의원급 의료기관은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 외래환자를 대상으로 하는 30병상 미만의 의료기관으로 정의하고 있으며, 병원급 의료기관은 병원·치과병원·한방병원·요양병원으로 30병상 이상 100병상 미만으로 구분되고 있다. 종합병원급 의료기관은 100병상 이상 300병상 이하 의료기관은 7개 이상 진료 과목을, 300병상을 초과하는 경우에는 9개 이상 진료 과목을 설치하고록 하고 있으며, 상급종합병원 의료기관은 종합병원 중 20개

이상 진료 과목을 설치하고 진료 과목 수 이외에 전문의 수련 기능, 보건복지부령이 정하는 인력·시설·장비 구축, 질병군별 환자 구성 비율 등 상급종합병원 선정 기준을 충족해야 한다. 하지만 우리나라의 의료 이용 관련 법적 전달체계는 제대로 작동하고 있지 못한 것으로 평가된다. 우리나라는 의료법상 의료기관의 종류별 표준업무규정을 명시하고 있으나 경증질환 환자도 상급종합병원을 선호하는 경향이 있고 또 이용에 큰 제한이 없으며, 상급종합병원도 연구 중심, 희귀 난치성 질환, 고난도 수술 등 본연의 기능과 상관없이 외래환자 유치에 경주하는 모습이다. 결과적으로 1차 의료 수준에서 충분히 감당할 수 있는 환자조차도 종합병원, 상급종합병원을 자유로이 이용하게 되면서 의료체계의 효율성을 저하하고 있다는 것이다(권순만, 배은영, 최용준, 2010, p.21).

노인장기요양보험은 그 동안은 장기요양에 대한 미충족 수요가 반영되면서 서비스 제공 기관이 급격히 증가하였다. 하지만 이러한 급격한 증가로 서비스 제공 기관의 질에 대한 보장 없이 소규모 민간 자본이 유입되고 있다. 또한 서비스 제공 기관 간의 역할 및 기능에 대한 충분한 검토가 부족하여 노인의 욕구에 대응할 수 있는 기관의 성격이 명확히 규명되지 않는다고 할 수 있다. 본 절에서는 향후 합리적인 노인의 의료와 요양서비스 체계 구축을 위해 현재 노인을 둘러싼 의료와 요양서비스 제공 체계에 있어서의 주요 문제점들을 살펴보기로 하겠다.

1. 대형병원 환자 쏠림

현행법상, 의료기관은 크게 의원급과 병원급, 상급종합병원으로 구분된다. 의원은 외래, 병원은 입원, 상급종합병원은 중증질환을 대상으로 한 의료 행위를 하도록 하고 있다. 하지만 실제 의원급부터 상급종합병원

까지 환자 유치를 위해 경쟁하고 있는 모습이다.

그 동안 의료기관 기능 재정립 대책의 시행에도 불구하고 수도권 대형병원으로의 환자 쏠림 현상은 보건의료체계의 주요 문제로 제기되어왔다(윤강재 등, 2014, p.103), 이러한 쏠림 현상은 국내 의료체계 상 환자가 특별한 제약 없이 자유롭게 공급자를 선택할 수 있기 때문이며, 동일한 규모와 시설 수준을 갖추고 있다 하더라도 수도권 대형병원이 지방 소재 기관과 비교하여 더 높을 의료서비스를 제공할 것이라는 환자의 '인식'이 작용한 결과이다(윤강재 등, 2014, p.103에서 재인용, 원자료: 권순만, 배은영, 최용준, 2010, p.23).

〈표 3-32〉은 2008년부터 2015년까지 약국을 제외한 요양기관 종별 진료비 점유율을 나타낸 표이다. 이 기간 동안 의료기관 전체 진료비는 76.6% 증가하였다. 지난 7년간 상급종합병원의 진료비 점유율은 거의 차이가 없는 반면 동네 의원급의 진료비 점유율은 오히려 6.16% 포인트 감소하였다. 요양기관 전체의 0.05%[15]를 차지하고 있는 상급종합병원[16]의 진료비 점유율은 약 21%를 차지한다. 이러한 대형병원으로의 환자 쏠림 현상은 전체 요양기관뿐만 아니라 상급종합병원 내에서도 나타난다. 43개 상급종합병원 중에서도 소위 'Big 5'의 진료비 점유율이 총진료비의 약 7%수준을 유지하고 있으며 43개 상급종합병원 진료비 점유율의 3분의 1 이상을 차지하고 있어 상급종합병원 내에서의 환자 쏠림 현상을 실증적으로 보여 주고 있다. 또한 의원급 진료비 증가율은 보건기관을 제외하면 가장 낮은 진료비 증가율(42.7%)을 보이고 있다.

---

15) 2015년 현재 우리나라의 요양기관 수는 8만 8163개로 이 중 상급종합병원은 43개, 종합병원은 294개, 병원은 1496개, 요양병원은 1372개, 의원은 2만 9488개임.

16) 2013년 현재 전체 요양기관의 수는 8만 4971개이며, 이 가운데 0.05%인 44개가 상급종합병원임(건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 2014, pp. 40-41).

〈표 3-32〉 요양기관 종별 규모와 구성비(2008년과 2015년)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1. 상급종합병원	5,399,350,489	(20.9)	9,502,146,671	(20.8)	76.0
(Big 제외)	3,568,457,333	(13.8)	6,290,596,316	(13.8)	76.3
(Big 5)	1,830,893,156	(7.1)	3,211,550,356	(7.0)	75.4
2. 종합병원	5,486,726,177	(21.2)	9,049,904,448	(19.8)	64.9
3. 병원	2,961,285,791	(11.5)	5,571,124,719	(12.2)	88.1
4. 요양병원	1,017,420,746	(3.9)	4,250,317,007	(9.3)	317.8
5. 의원	8,294,974,708	(32.1)	11,840,897,958	(25.9)	42.7
6. 치과	1,146,113,312	(4.4)	2,927,700,140	(6.4)	155.4
7. 보건기관	157,090,223	(0.6)	166,588,417	(0.4)	6.0
8. 한방	1,375,822,423	(5.3)	2,325,107,604	(5.1)	69.0
합계	25,838,783,869	(100.0)	45,633,786,964	(100.0)	76.6

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

〈표 3-33〉에서는 65세 이상의 입원 및 외래 이용에 따른 총진료비를 2008년과 2015년 나누어 진료비 점유율을 나타내었다. 모든 요양기관 중 가장 낮은 증가율을 보인 곳은 보건기관(17.7%)과 의원급(65.4%)이다. 반면, 상급종합병원과 종합병원은 그 증가율이 각 97.0%. 95.7%로 전달체계의 쏠림현상이 노인에게서도 예외가 아님을 실증적으로 증명하고 있다. 상급종합병원의 구성비는 2015년 기준 5.7%로 2008년에 비해 구성비는 감소했으나, 다섯 개의 상급종합병원이 노인 전체의 총진료비에서 5% 이상을 차지하는 결과는 전달체계의 쏠림 현상을 시사한다. 한편, 증가율이 확연이 높은 기관은 요양병원(증가율: 319.6%)이며, 구성비 역시 2008년과 비교했을 때, 2015년에 두 배(21.1%)로 증가했다.

〈표 3-33〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1. 상급종합병원	1,686,206,452	(21.5)	3,321,845,878	(19.3)	97.0
(Big 제외)	1,178,639,677	(15.1)	2,336,895,867	(13.6)	98.3
(Big 5)	507,566,775	(6.5)	984,950,011	(5.7)	94.1
2. 종합병원	1,865,680,806	(23.8)	3,650,356,430	(21.2)	95.7
3. 병원	870,396,765	(11.1)	1,619,593,160	(9.4)	86.1
4. 요양병원	864,989,129	(11.0)	3,629,919,610	(21.1)	319.6
5. 의원	1,942,196,876	(24.8)	3,212,753,332	(18.7)	65.4
6. 치과	125,349,785	(1.6)	932,590,222	(5.4)	644.0
7. 보건기관	109,619,557	(1.4)	129,072,017	(0.8)	17.7
8. 한방	365,098,987	(4.7)	702,906,545	(4.1)	92.5
합계	7,829,538,357	(100.0)	17,199,037,194	(100.0)	119.7

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

외래 이용에 따른 총진료비 점유율에서도 대형병원으로의 쏠림 현상을 파악할 수 있다. 상급종합병원의 증가율은 84.5%로 병원과 요양병원의 뒤를 이어 높게 나타났다. 전체 인구의 외래 이용에 있어 총진료비 대비 점유율이 상급종합병원에서 14.1%를 차지하고 있다. 반면 의원급에서는 점유율이 2008년 49.2%에서 2015년 43.4%로 감소했다.

전달체계 쏠림 현상을 파악할 수 있는 외래 이용 총진료비 결과와 더불어 진료비 규모의 증가율에서도 동일한 현상을 파악할 수 있다. 타 종별 요양기관에 비해 의원급에서 확연히 낮은 수준(증가율: 47.5%)임을 알 수 있다.

〈표 3-34〉 요양기관 종별 규모와 구성비(외래 전체)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1. 상급종합병원	1,868,406,248	(12.8)	3,447,012,936	(14.1)	84.5
(Big 제외)	1,158,836,351	(7.9)	2,178,261,009	(8.9)	88.0
(Big 5)	709,569,897	(4.9)	1,268,751,928	(5.2)	78.8
2. 종합병원	1,935,884,979	(13.3)	3,225,561,219	(13.2)	66.6
3. 병원	948,812,158	(6.5)	1,854,339,856	(7.6)	95.4
4. 요양병원	54,491,000	(0.4)	105,751,332	(0.4)	94.1
5. 의원	7,187,211,587	(49.2)	10,603,319,737	(43.4)	47.5
6. 치과	1,143,203,934	(7.8)	2,922,053,243	(11.9)	155.6
7. 보건기관	154,837,725	(1.1)	165,126,322	(0.7)	6.6
8. 한방	1,313,892,938	(9.0)	2,133,856,301	(8.7)	62.4
합계	14,606,740,568	(100.0)	24,457,020,947	(100.0)	67.4

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

전체 인구에 비해 노인인구에서는 2008년 대비 2015년 증가율이 높았다. 〈표 3-35〉에서 나타난 바와 같이, 노인인구의 2008년 대비 2015년 총진료비 증가율은 111.2%로 전체 인구의 증가율 67.4%에 비해 높다. 한편 보건기관을 제외하고, 의원급의 증가율이 가장 낮게 나타났고(75.7%), 총진료비 대비 점유율도 48.2%에서 40.1%로 감소했다. 반면 상급종합병원의 2008년 대비 2015년 증가율은 115.0%로 의원급의 증가율에 비해 확연히 높았다. 진료비 점유율 역시 각 14.0%, 14.2%로 총진료비에서 차지하는 비율이 견고했다. 세부적으로는 상급종합병원의 총진료비 중 3분의 1 이상을 Big 5가 차지하고 있어, 상위 5개 병원의 쏠림 현상 또한 매우 심각한 수준이다.

〈표 3-35〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상 외래)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1. 상급종합병원	472,398,637	(14.0)	1,015,566,314	(14.2)	115.0
(Big 제외)	299,740,290	(8.9)	657,290,929	(9.2)	119.3
(Big 5)	172,658,347	(5.1)	358,275,385	(5.0)	107.5
2. 종합병원	498,033,504	(14.7)	1,051,650,953	(14.7)	111.2
3. 병원	182,059,858	(5.4)	424,739,996	(5.9)	133.3
4. 요양병원	25,495,518	(0.8)	49,059,273	(0.7)	92.4
5. 의원	1,629,363,923	(48.2)	2,863,176,131	(40.1)	75.7
6. 치과	124,728,497	(3.7)	931,102,422	(13.0)	646.5
7. 보건기관	108,397,462	(3.2)	128,006,858	(1.8)	18.1
8. 한방	338,981,795	(10.0)	675,480,294	(9.5)	99.3
합계	3,379,459,194	(100.0)	7,138,782,241	(100.0)	111.2

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

다음으로는 입원 이용에 따른 총진료비 규모의 변화와 점유율을 종별로 살펴보았다. 2008년에서 2015년 사이 요양병원의 총진료비는 330.4%로 가장 높은 증가율을 보였으며, 그다음의 순서로 한방(208.8%), 치과(94.1%)로 나타났다. 반면 보건기관은 유일하게 35.1%의 감소율을 보였다. 입원 이용이 상대적으로 작은 의원급에서는 가장 낮은 증가율(11.7%)을 보이면서 종별 점유율도 9.9%에서 5.8%로 감소했다.

〈표 3-36〉 요양기관 종별 규모와 구성비(입원 전체)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1. 상급종합병원	3,530,944,241	(31.4)	6,055,133,735	28.6	71.5
(Big 제외)	2,409,620,983	(21.5)	4,112,335,307	19.4	70.7
(Big5)	1,121,323,259	(10.0)	1,942,798,428	9.2	73.3
2. 종합병원	3,550,841,199	(31.6)	5,824,343,229	27.5	64.0
3. 병원	2,012,473,634	(17.9)	3,716,784,863	17.6	84.7
4. 요양병원	962,929,746	(8.6)	4,144,565,675	19.6	330.4
5. 의원	1,107,763,121	(9.9)	1,237,578,221	5.8	11.7
6. 치과	2,909,378	(0.0)	5,646,897	0.0	94.1
7. 보건기관	2,252,498	(0.0)	1,462,095	0.0	-35.1
8. 한방	61,929,485	(0.6)	191,251,303	0.9	208.8
합계	11,229,133,924	(100.0)	21,176,766,017	100.0	88.6

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

65세 이상 노인 전체의 입원 이용에 따른 총진료비와 종별 점유율을 살펴본 결과는 〈표 3-37〉과 같다.

먼저 보건기관의 감소율(-12.8%)을 제외하고, 외래 이용에 따른 총진료비 규모 변화와 비슷한 패턴을 보였다. 요양병원에서 가장 높은 증가율(139.5%)을 보였으며 타 종별 기관도 모두 증가했다. 그다음의 순서로 치과가 139.5%였다. 종별 점유율을 살펴보면, 상급종합병원과 종합병원, 그리고 의원급에서 점유율이 감소한 반면, 요양병원이 증가했다. 특히 요양병원의 점유율은 2008년 기준 18.9%에서 2015년 기준 35.6% 약 두 배로 증가했다. 반면 의원은 7.0%에서 3.5%로 감소했다.

〈표 3-37〉 요양기관 종별 규모와 구성비(65세 이상 입원)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		2008년 대비 2015년 증가율
	총진료비	점유율	총진료비	점유율	
1.상급종합	1,213,807,815	(27.3)	2,306,279,564	(22.9)	90.0
(Big제외)	878,899,387	(19.8)	1,679,604,938	(16.7)	91.1
(Big5)	334,908,428	(7.5)	626,674,626	(6.2)	87.1
2.종합병원	1,367,647,301	(30.7)	2,598,705,477	(25.8)	90.0
3.병원	688,336,907	(15.5)	1,194,853,164	(11.9)	73.6
4.요양병원	839,493,612	(18.9)	3,580,860,337	(35.6)	326.6
5.의원	312,832,953	(7.0)	349,577,201	(3.5)	11.7
6.치과	621,288	(0.0)	1,487,800	(0.0)	139.5
7.보건기관	1,222,095	(0.0)	1,065,159	(0.0)	-12.8
8.한방	26,117,192	(0.6)	27,426,251	(0.3)	5.0
합계	4,450,079,163	(100.0)	10,060,254,953	(100.0)	126.1

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

2. 경증·만성질환 외래 진료비 실적으로 본 종별 기능 미분화

2011년 10월부터 복지부는 경증질환으로 종합병원급 이상 의료기관에서 의료 이용을 할 경우, 약제비를 인상하기로 결정한 바 있다. 즉, 불필요한 상급종합병원 외래 진료 이용을 억제하여 대형병원 쏠림을 개선하고자 52개 경증질환에 대해 약값 본인 부담을 인상하였는데,대표적 질환군으로 위장염, 당뇨병, 결막염, 노년성 백내장 등이 포함되어 있다. 또한 고혈압과 당뇨병은 대표적인 만성질환으로 2012년 4월부터 동일의원을 이용하는 경우 본인 부담율을 경감(30%→20%)해 주는 만성질환 관리제를 시행하고 있으며 최근에는 스마트폰 등 전화 상담을 통한 만성질환 관리 시범 사업의 대상질환이기도 하다. 본 사업은 노인 전체를 대상으로 하는 사업은 아니지만, 특정 질환 대상자에게 등록 의사 여부를 물어, 등

록 의사가 있는 경우 지속적으로 관리를 하는 대표 사업 중 하나라 볼 수 있다(2012년 1월부터 시행). 애초 사업은 의료기관 기능 재정립을 취지로 시작되었으며 만성질환의 증가라는 의료 환경 측면에서 시작된 사업이라는 의의를 둘 수 있다(보건복지부, 2011[17]; 오인환, 2012).[18] 해당 관리제에 참여하면, 진찰료 본인부담금의 30%에서 20%를 감면해 준다. 고혈압 또는 당뇨 환자가 의원에 지속적인 질환 관리를 하겠다는 의사를 표현하면, 의사는 진료 기록 하여 경감 자격을 부여 한다. 이후 자격부여 이후 진료부터 등록한 해당 의원에서 진료할 경우 본인부담금을 경감해 주며, 추가적으로 원할 시 건강 지원 서비스를 이용할 수 있도록 하고 있다.[19] 의원급 의료기관이 참여를 하고 있었으며, 2016년 기준으로, 의원 1870개가 참여 신청을 하였다.[20] 따라서 의원급 의료기관에 충분히 진료할 수 있는 경증질환과 만성질환에 대해 요양기관별 진료비 추이를 분석하였다. 또한 의료기관 종별 표준업무규정에 따른 권장 질환의 이용 실태 분석을 통해 각 의료기관의 의료 행위별 업무 비중과 그 경향의 변화를 살펴봄으로써 우리나라 의료체계 전반적 문제를 검증하였다.

우리나라 의료전달체계의 문제점을 검토함에 있어 노인의 의료 이용 특성에 집중할 수 있도록 모든 분석에서는 65세 이상 노인으로 구분하였다. 질환군별 분석에서는 65세 이상 노인을 연령대별로 세분하였으며(전체, 65세 미만, 65세 이상 75세 미만, 75세 이상) 외래 이용에 따라 발생하는 총진료비, 1인당 총진료비, 본인부담금을 살펴보았다. 국민건강보

17) 보건복지부(2011), “수요자 중심의 지속가능한 보건의료체계 구축을 위한 의료기관 기능 재정립 기본계획”
18) 오인환(2011). 건강관리서비스제도와 의원급 만성 질환 관리제, 10(4)
19) 국민건강보험공단 홈페이지, 만성질환 관리 제도, hi.nhic.or.kr/ggpcf001.ggpcf001_m01.do
20) 의학신문 보도자료. (2016. 9. 9.). 만성질환 관리제 참여 의원 1870곳 확정: 의협·복지부 고혈압·당뇨 26일부터 신청, 환자 20명 이하 의원 제외, 2016. 9. 9. 인출.

험공단의 자료창고 자료를 활용하여, 2008년, 2015년 2회에 걸친 진료비 추이를 살펴보았다.

가. 경증질환

2015년 현재 52개 경증질환으로 인한 외래 총진료비는 약 4조 2743억 원으로 연평균 3.6% 증가율을 보였다. 2008년 대비 2015년 경증질환 외래 진료비 비중은 병원급에서만 증가하였고 종합병원 이상과 의원에서는 감소한 것으로 나타나 경증질환으로 병원급의 외래 이용이 크게 증가하였다. 진료비 증가율을 보면 지난 7년간 상급종합병원의 경증질환 외래 진료가 감소한 것으로 나타나 약제비 본인 부담 인상이 어느 정도 영향이 있었다고 볼 수 있으나 여전히 소위 'Big 5'[21]의 경증질환 외래 진료에 따른 총진료비는 다소 증가한 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-38〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

	2008년		2015년		연평균 증가율
	진료비	구성비	진료비	구성비	
상급종합병원	145,852,245	(4.4)	132,827,665	(3.1)	-1.3
- Big 5	36,458,282	(1.1)	39,721,653	(0.9)	1.2
종합병원	314,838,627	(9.4)	382,572,517	(9.0)	2.8
병원	217,666,638	(6.5)	371,805,220	(8.7)	7.9
의원	2,654,543,700	(79.6)	3,387,182,911	(79.2)	3.5
합계	3,332,901,210	100.0	4,274,388,313	100.0	3.6

주: 1) 총합계= 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 총진료비 합계
2) 구성비= 요양기관 종별 진료비/총합계 진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

21) 분석에서 사용된 'Big 5' 의료기관은 서울대학병원, 삼성의료원, 세브란스병원, 카톨릭병원, 아산병원임.

모든 연령에서 병원의 외래 총진료비 증가 폭이 두드러졌다. 상급종합병원의 외래 이용을 위해서는 진료 의뢰서 발급은 반드시 거쳐야 하는 절차이다. 의원급 또는 병원급 의사의 진료 결과 종합병원 이상의 치료가 필요한 경우 의뢰하는 진료 의뢰서를 반드시 발급받아야 국민건강보험에 적용된 혜택을 받을 수 있다(발급받지 않을 시 본인부담금 이상의 금액을 환자가 부담해야 함.). 또한 진료 의뢰서 발급은 유효기간[22]이 없고 환자가 본인의 상태를 인지한 상태에서 진료 의뢰서를 가지고 상급 의료기관을 방문해 진료를 받을 수 있는 점을 고려한다면, 무분별한 상급종합병원 진료 쏠림 현상을 예방하는 중요한 기능을 수행한다. 그럼에도 불구하고 의원급에 비해서는 작은 비중이나, 상급종합병원과 종합병원이 총진료비 중 차지하는 비중을 나타내는 결과는 전달체계의 쏠림 현상이 여전히 해소되지 않았음을 시사한다. 총진료비의 구성비를 의료기관 종별로 살펴보면, 대체적으로 의원급 요양기관의 총진료비 규모가 가장 컸다. 2015년 기준 경증질환자 전체의 총진료비 중 의원급이 차지하는 비중은 79.2%로 0.4% 포인트 감소했다. 65세 미만의 경우, 의원에서 감소한 반면 75세 이상은 증가했다. 또한 2015년 65세 미만의 경증질환 외래 진료비 비중은 의원 〉 병원 〉 종합병원 〉 상급종합병원 순이었으나, 65세 이상에서는 의원 〉 종합병원 〉 병원 〉상급종합병원 순으로 나타나 노인의 경우 경증질환으로 종합병원을 이용하는 경향이 65세 미만보다 상대적으로 높았다.

그럼에도 불구하고, 의원을 제외한 병원, 종합병원, 상급종합병원에서 차지하는 비중이 모든 연령군에서 20% 정도를 차지하고 있어, 의료기관 종별 기능이 명확히 되었다고 설명하긴 힘든 결과를 보였다.

---

22) 단, 의료급여 수급권자의 경우, 진료 의뢰서 유효기간은 1주일임.

〈표 3-39〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

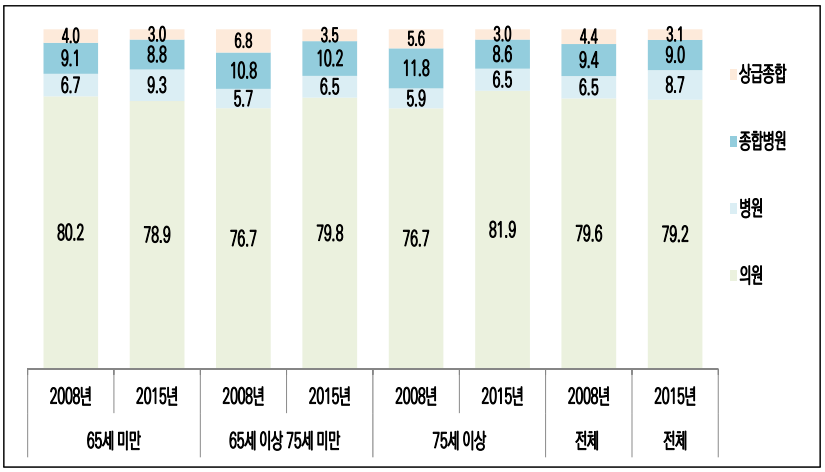
(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	112,509,644	(4.0)	102,457,106	(3.0)	-1.3
- Big 5	27,098,780	(1.0)	28,525,788	(0.8)	0.7
종합병원	257,613,352	(9.1)	295,178,110	(8.8)	2.0
병원	188,047,017	(6.7)	312,830,270	(9.3)	7.5
의원	2,258,791,565	(80.2)	2,650,954,571	(78.9)	2.3
합계	2,816,961,578	(100.0)	3,361,420,057	(100.0)	2.6
구분	65세 이상 75세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	25,071,868	(6.8)	19,718,999	(3.5)	-3.4
- Big 5	7,042,259	(1.9)	7,367,718	(1.3)	0.6
종합병원	39,690,449	(10.8)	57,028,925	(10.2)	5.3
병원	20,905,636	(5.7)	36,146,055	(6.5)	8.1
의원	282,275,461	(76.7)	447,215,197	(79.8)	6.8
합계	367,943,414	(100.0)	560,109,177	(100.0)	6.2
구분	75세 이상				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	8,270,732	(5.6)	10,651,560	(3.0)	3.7
- Big 5	2,317,243	(1.6)	3,828,147	(1.1)	7.4
종합병원	17,534,826	(11.8)	30,365,481	(8.6)	8.2
병원	8,713,985	(5.9)	22,828,894	(6.5)	14.7
의원	113,476,674	(76.7)	289,013,143	(81.9)	14.3
합계	147,996,218	(100.0)	352,859,079	(100.0)	13.2

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

〔그림 3-17〕 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 구성비

(단위: %)

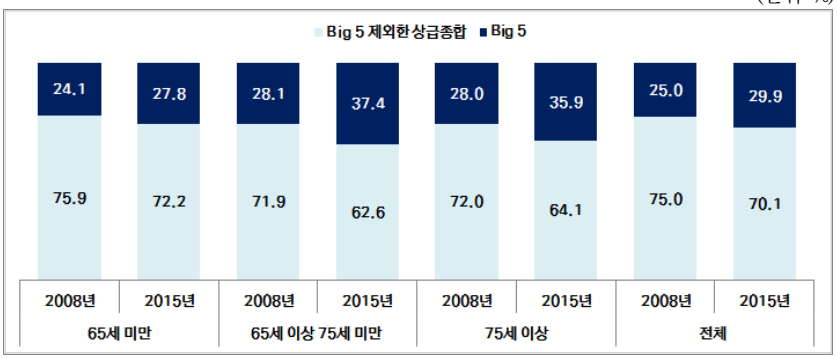


주: 구성비=종별 의료기관 총진료비/총진료비 합계(상급종합병원+종합병원+병원+의원)×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

상급종합병원 중에서도 5대 상급종합병원(Big 5)의 비중이 모든 연령군에서 증가했다. 2015년 기준 전체 경증질환자의 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비에서 Big 5 병원이 차지하는 비중은 2008년에 비해 25.0%에서 29.9%로 증가했으며, 다른 연령 집단에서도 비슷한 경향을 보였다.

〔그림 3-18〕 경증질환자의 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비 중 Big 5 병원과 Big 5 제외한 병원의 구성비

(단위: %)



주: 종별 요양기관(Big 5 제외 또는 Big 5)의 총진료비/상급종합병원의 총진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

병원과 의원의 1인당 외래 총진료비는 증가하였으며, 5대 상급종합병원의 1인당 외래 총진료비도 소폭 상승했다. 특히 가장 많은 증가율을 보인 곳은, 의원급으로 외래 이용에 따른 1인당 총진료비는 2008년 2만 5000원에서 2015년 4만 1000원으로 연평균 7.3% 증가율을 보였다. 그럼에도 불구하고 경증질환자 1인당 외래 총진료비는 'big 5'가 13만 3000원으로 의원급(4만 1000원)의 3배 이상으로 나타나고 있어 효율적 의료전달체계 마련이 시급한 것으로 보인다.

〈표 3-40〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비

(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	124	122	-0.2
- Big 5	131	133	0.2
종합병원	80	88	1.4
병원	50	65	3.8
의원	80	98	2.9

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

경증 질환의 치료에 있어 불필요한 상급 요양기관의 이용은 환자에게는 의료비 부담으로 작용함과 동시에 불필요한 의료 자원의 낭비 요인으로 작용할 수 있다. 요양기관 종별 본인 부담률을 보면 상급 의료기관으로 갈수록 증가하였다. 2008년 대비 2015년 경증질환 외래 본인 부담률은 전체적으로 연평균 0.8% 감소율을 보였다. 이를 요양기관 종별로 살펴보면 종합병원급 이하 의료기관의 본인 부담 수준은 감소하였으나 상급종합병원의 본인 부담은 오히려 증가하였다. 반면 상급종합병원 중 Big 5는 본인 부담 비율이 감소하는 추세를 보였다. 2008년 기준 59.0%에서 2015년 기준 66.1%로 연평균 1.6% 증가율을 보였다.

〈표 3-41〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 본인부담 비율(요양기관 종별)

(단위: %)

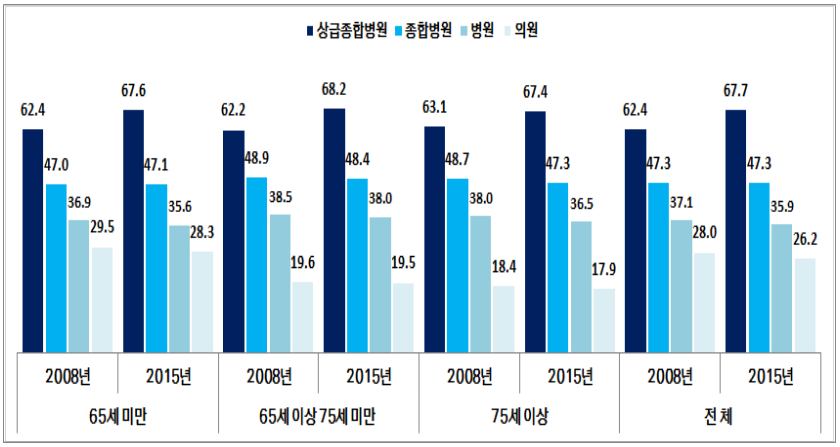
구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	62.4	67.7	1.2
- Big 5	59.0	66.1	1.6
종합병원	47.3	47.3	0.0
병원	37.1	35.9	-0.5
의원	28.0	26.2	-0.9
합계	31.9	30.2	-0.8

주: 본인부담금 구성비= 해당 연도 기준 본인부담금/해당 연도 기준 총진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

모든 연령에서 상급종합병원의 외래 이용에 따른 총진료비 대비 본인 부담 비율이 높았다. 의원은 절반 이하인 반면 병원, 종합, 상급종합으로 갈수록 구성비가 증가하여, 경제적 부담이 크게 작용하고 있다.

〔그림 3-19〕 경증질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율

(단위: %)



주: 구성비=종별 요양기관 본인부담금/종별 요양기관 총진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

연령별로 세분화하여 살펴보면 병원급과 의원급의 1인당 총진료비가 대체적으로 증가하는 반면, 상급종합병원과 종합병원은 일부 증가하나 그 추세가 병원급과 의원급에 비해서는 미미한 수준이었다. 65세 미만에서 가장 많은 증가율을 보인 종별 요양기관은 병원급으로 2008년 4만 9000원에서 2015년 6만 3000원으로 연평균 증가율이 3.7%였다. 65세 이상 75세 미만 5대 상급종합병원 외래 1인당 총진료비가 감소했다(연평균 증가율 -1.7%). 반면, 75세 이상은 외래 1인당 총진료비가 증가했다. 75세 이상 의원 외래 1인당 총진료비의 연평균 증가율이 4.6%로 타연령에 비해 경제적 부담이 크게 작용함을 알 수 있다. 연령과 관계없이 공통적으로 병원급과 의원급의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 증가율이 가장 높게 나타났다.

〈표 3-42〉 경증질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	118	119	0.1
- Big 5	126	128	0.2
종합병원	76	83	1.3
병원	49	63	3.7
의원	76	89	2.3
구분	65세 이상 75세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	150	133	-1.7
- Big 5	153	148	-0.5
종합병원	106	117	1.4
병원	66	80	2.8
의원	117	149	3.5
구분	75세 이상		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	138	132	-0.6
- Big 5	145	149	0.4
종합병원	109	104	-0.7
병원	69	82	2.5
의원	110	151	4.6

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

나. 만성질환

만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 규모는 2008년 대비 2015년 만성질환자의 의원급 이용률이 크게 증가하였으나, 여전히 병원급 이상이 차지하는 비중이 25% 수준에 이르고 있음을 알 수 있다. 상급종합병원의 진료비 비중은 감소한 반면, 의원뿐만 아니라 종합병원과 병원의 진료비 비중도 증가하였다.

〈표 3-43〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	77,805,246	(11.1)	69,949,468	(6.7)	-1.5
- Big 5	28,694,841	(4.1)	22,824,853	(2.2)	-3.2
종합병원	113,839,234	(16.2)	126,531,260	(12.2)	1.5
병원	44,141,931	(6.3)	63,460,788	(6.1)	5.3
의원	464,903,559	(66.3)	776,367,932	(74.9)	7.6
합계	700,689,970	(100.0)	1,036,309,447	(100.0)	5.8

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

연령별로 살펴보면, 65세 미만과 75세 미만 만성질환자의 의원급 진료비 점유율이 가장 많이 증가하였고 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비 비중은 감소하였다. 반면 75세 이상 만성질환 노인의 외래진료비는 지난 7년간 약 890억 원에서 2015년 약 1876억으로 2배 이상 크게 증가하였으며 만성질환으로 인한 진료비는 모든 요양기관에서 증가한 것으로 나타났다.

〈표 3-44〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

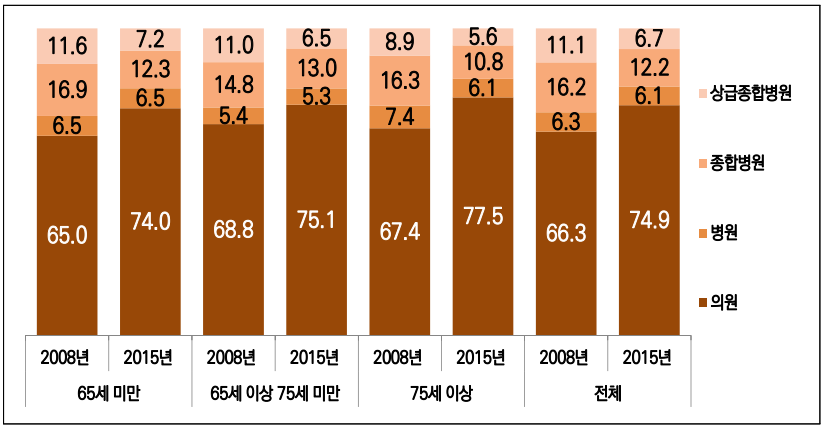
구분	65세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	48,453,102	(11.6)	41,523,855	(7.2)	-2.2
-Big5	17,250,775	(4.1)	12,306,822	(2.1)	-4.7
종합병원	70,666,702	(16.9)	70,520,022	(12.3)	0.0
병원	27,066,242	(6.5)	37,479,081	(6.5)	4.8
의원	271,461,069	(65.0)	424,863,128	(74.0)	6.6
합계	417,647,115	(100.0)	574,386,087	(100.0)	4.7
구분	65세 이상 75세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	21,421,912	(11.0)	17,927,147	(6.5)	-2.5
-Big5	8,216,248	(4.2)	6,598,275	(2.4)	-3.1
종합병원	28,681,197	(14.8)	35,702,992	(13.0)	3.2
병원	10,490,250	(5.4)	14,618,046	(5.3)	4.9
의원	133,430,707	(68.8)	206,064,024	(75.1)	6.4
합계	194,024,067	(100.0)	274,312,210	(100.0)	5.1
구분	75세 이상				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	7,930,232	(8.9)	10,498,466	(5.6)	4.1
-Big5	3,227,817	(3.6)	3,919,755	(2.1)	2.8
종합병원	14,491,334	(16.3)	20,308,246	(10.8)	4.9
병원	6,585,439	(7.4)	11,363,661	(6.1)	8.1
의원	60,011,783	(67.4)	145,440,779	(77.5)	13.5
합계	89,018,789	(100.0)	187,611,151	(100.0)	11.2

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

만성질환으로 인한 의원급 진료비 구성비는 66.3%에서 74.9%로 증가하였다. 연령별로 세분화하여 살펴보아도 그 경향은 비슷한 것으로 나타났다. 반대로, 상급종합병원. 종합병원, 병원이 차지하는 총진료비 종별 구성비가 감소하고 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 만성질환의 외래 이용에 따른 진료비 구성비에서는 의원급을 제외한 병원, 종합병원, 상급종합병원이 차지하는 비중이 30% 안팎을 유지하고 있었으며 만성질환자의 외래 이용에서 여전히 상급종합병원으로의 쏠림 현상이 해소되었다고 단언하기는 어려운 것으로 해석할 수 있다.

[그림 3-20] 만성질환자 외래 이용에 따른 총진료비의 종별 요양기관 구성비

(단위: %)

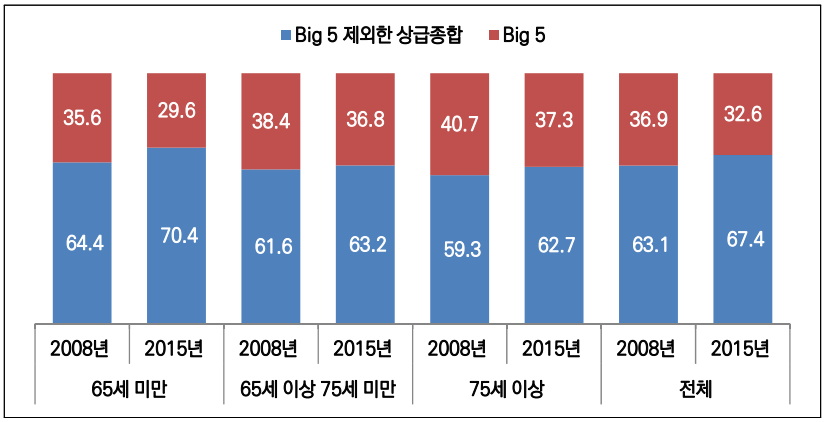


주: 구성비=해당 요양기관의 총진료비/총진료비 합계(상급종합병원+종합병원+병원+의원)×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

만성질환자의 상급종합병원 이용에 따른 총진료비 중 Big 5가 차지하는 비중도 미미한 수준이지만 감소했다. 65세 미만, 65세 이상 75세 미만, 75세 이상에서도 감소했다. 하지만 Big 5로의 쏠림 현상이 완전하게 해소되었다고 말하기는 어려운 수준이다.

〔그림 3-21〕 만성질환자의 상급종합병원 외래 이용에 따른 총진료비 중 Big 5 병원과 Big5 제외한 병원의 구성비

(단위: %)



주: 종별 요양기관(Big5 제외 또는 Big 5)의 총진료비/상급종합병원의 총진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비는 Big 5에서 가장 높았는데, 1인당 20만 8000원으로 2008년 기준 18만 8000원에 비해, 연평균 1.5%의 증가율을 보였다. 반면 의원급의 경우 오히려 감소하여, 2015년 기준 11만 원이었다.

〈표 3-45〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	175	176	0.1
- Big 5	188	208	1.5
종합병원	148	142	-0.6
병원	106	104	-0.3
의원	134	110	-2.8

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인부담금이 차지하는 구성비는 연령과 시기에 관계없이 상급종합병원에서 가장 큰 비중을 차지하고 있었다. 2015년 기준 모든 연령에서 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인부담 비율은 상급종합병원이 60% 이상으로 나타났다. 반면 의원급의 경우 구성비가 30% 미만이고, 가장 적게는 2015년 기준 75세 이상의 의원급 외래 이용에 따른 총진료비 중 구성비가 17.3%로 가장 낮은 수치를 보였다.

〈표 3-46〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 본인부담 비율(요양기관 종별)

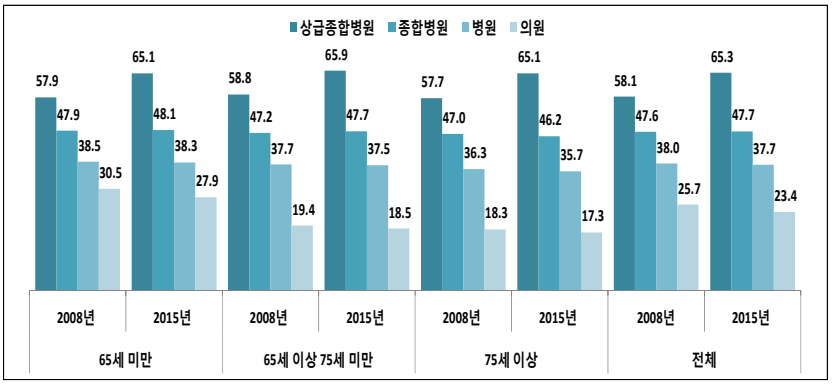
(단위: %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	58.1	65.3	0.02
- Big 5	51.5	62.9	0.03
종합병원	47.6	47.7	0.0
병원	38.0	37.7	0.0
의원	25.7	23.4	-0.01
합계	35.7	31.5	-0.02

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

[그림 3-22] 만성질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율

(단위: %)



주: 본인부담 비율=해당 요양기관 본인부담금/해당 요양기관 총진료비×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

연령별 1인당 총진료비의 추이를 살펴보면, 동일한 질환으로 인한 외래 이용이라도 종별로 차이가 있음을 알 수 있다. 대체적으로 Big 5을 포함한 상급종합병원이 가장 높고, 75세 이상의 경우 Big 5는 19만 3000원이다. 즉, 동일한 질환에 따른 외래 이용이라도 (특히 연령이 높을 때) 상급요양기관을 이용할수록 경제적 부담이 환자에게 더 많이 작용하고 있음을 알 수 있다. 한편, 의원급 1인당 총진료비는 전 연령에서 증가 추이를 보였다.

〈표 3-47〉 만성질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	180	178	-0.2
- Big 5	211	187	-1.7
종합병원	143	144	0.1
병원	100	102	0.3
의원	106	129	2.8
구분	65세 이상 75세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	175	172	-0.2
- Big 5	203	187	-1.2
종합병원	143	165	2.1
병원	108	113	0.6
의원	120	143	2.5
구분	75세 이상		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	160	167	0.6
- Big 5	208	193	-1.1
종합병원	132	135	0.3
병원	115	112	-0.4
의원	110	138	3.3

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

3. 의료기관 종별 표준업무규정에 따른 권장 질환 진료 경향 분석

다음으로는 의료법상 의료기관의 종류별 표준업무규정에서 명시하고 있는 의료기관 종류별 권장 질환에 대한 분석을 수행하였다. 의료기관의 종류별 표준업무규정에 따르면 의원, 병원 및 종합병원, 상급종합병원의 3단계로 의료기관 종별을 구분, 이에 따른 표준 업무와 부합하는 질환의 예시를 제시했다. 표준업무규정에 따르면 의원급은 간단하고 흔하게 발생하는 질환, 상담 및 관리 등 외래 진료를 통해 입원 등 환자의 상태가 악화되는 것을 예방할 수 있는 질환을 중심으로 하는 의료기관, 병원과 종합병원은 일반적인 입원, 수술, 분야별로 보다 전문적인 관리가 필요한 질환을 중심으로 하는 의료기관, 상급종합병원은 고난이도의 치료 기술, 특수 시설과 장비의 활용이 필요한 중한 질환, 희귀 난치성 질환의 진료를 하는 의료기관으로 규정하고 있다.[23] 직접적인 규제나 조치가 적용되는 것은 아니나 의료기관 종별 표준업무규정을 통해, 외래-의원, 입원-병원, 중증-상급종합병원으로의 바람직한 기능 재정립에 대한 방향을 제시할 수 있는 청사진을 제시해 주었다는 점에서 의의를 찾을 수 있을 것이다.

가. 의원급 권장 질환

먼저 의료기관 종별 표준업무규정상 대표적 의원급 권장 질환인 '위염과 십이지장염', '급성기관지염 및 세기관지염'의 진료 경향을 분석하였다. 요양기관 종별에 따라 총진료비 구성비를 살펴보면, 의원급에서의 위염 및 십이지장염 진료 비중은 2015년 기준 72.0%로 2008년과 비슷한

23) 보건복지부 고시 제2011-69호, 의료법제3조, 의료기관의 종류별 표준업무규정

수준을 보이고 있다. 위염과 십이지장염의 경우, 의원급에서의 외래 진료가 가장 많은 비중을 차지하고 있으나 종합병원 외래 진료비 점유율이 14.9%로 증가한 것으로 나타나고 있으며 여전히 병원급 이상 의료기관의 외래 진료비 점유율은 28%수준에 이르고 있었다.

〈표 3-48〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	8,483,152	(5.0)	9,048,078	(4.6)	0.9
종합병원	23,895,048	(14.0)	29,429,373	(14.9)	3.0
병원	15,434,759	(9.0)	16,856,826	(8.5)	1.3
의원	123,075,586	(72.0)	142,380,385	(72.0)	2.1
합계	170,888,546	(100.0)	197,714,661	(100.0)	2.1

주: 총합계= 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 총진료비 합계
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

의원급 권장 질환인 위염 및 십이지장염 진료 비중은 65세 이상 노인으로 갈수록 의원급 이용이 감소하는 추세를 보이고 있다. 65세 이상 75세 미만 노인은 위염 및 십이지장염으로 종합병원을 이용하는 비중이 크게 증가하였고 75세 이상에서도 종합병원의 이용이 증가한 것으로 나타났다. 또한 75세 이상에서는 상급종합병원의 이용도 다소 증가하였다.

〈표 3-49〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	6,774,382	(4.9)	6,810,226	(4.5)	0.1
종합병원	19,578,854	(14.3)	22,195,464	(14.7)	1.8
병원	12,949,987	(9.4)	13,571,065	(9.0)	0.7
의원	97,901,712	(71.4)	108,075,723	(71.7)	1.4
합계	137,204,934	(100.0)	150,652,477	(100.0)	1.3
구분	65세 이상 75세 미만				
	2008년		2015년		
	총진료비	비중	총진료비	비중	연평균 증가율
상급종합병원	1,313,380	(5.4)	1,465,720	(5.1)	1.6
종합병원	3,095,350	(12.8)	4,696,133	(16.3)	6.1
병원	1,815,960	(7.5)	2,088,937	(7.3)	2.0
의원	17,903,425	(74.2)	20,506,304	(71.3)	2.0
합계	24,128,116	(100.0)	28,757,094	(100.0)	2.5
구분	75세 이상				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	395,390	(4.1)	772,132	(4.2)	10.0
종합병원	1,220,844	(12.8)	2,537,776	(13.9)	11.0
병원	668,812	(7.0)	1,196,824	(6.5)	8.7
의원	7,270,450	(76.1)	13,798,358	(75.4)	9.6
합계	9,555,496	(100.0)	18,305,090	(100.0)	9.7

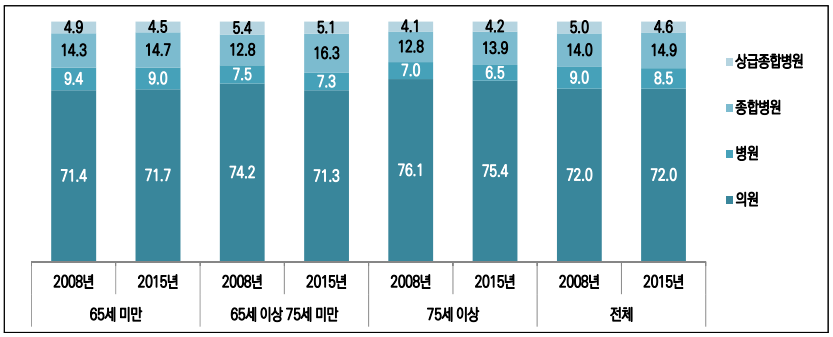
주: 총합계= 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 총진료비 합계
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

진료비 증가율이 가장 높은 집단은 75세 이상의 노인으로, 종합병원의 외래 이용에 따른 총진료비 연평균 증가율이 3.0%로 가장 높았다. 반면, 65세 이상 75세 미만(2008년 기준 74.2%, 2015년 기준 71.3%), 75세 이상(2008년 기준 76.1%, 2015년 기준 75.4%)에서 의원급 구성비가 미미한

수준이지만 오히려 감소하고 있어 표준업무규정에 따른 진료 지침이 잘 이루어지지 않고 있다고 볼 수 있다.

[그림 3-23] 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비의 요양기관 종별 구성비

(단위: %)



주: 구성비=종별 의료기관 총진료비/총진료비 합계(상급종합병원+종합병원+병원+의원)×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

1인당 총진료비는 의원급에서 가장 낮았으며 상급종합병원에서 가장 높았다. 2015년 기준 10만 7200원으로 2008년 9만 5000원인 것에 비해, 증가했다. 반면 의원급의 경우 증가율이 완만하여 의원급에서 3만 1700원으로 총진료비가 가장 낮았다.

〈표 3-50〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용 1인당 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	95.0	107.2	1.7
종합병원	55.1	63.8	2.1
병원	38.9	36.9	-0.8
의원	29.5	31.7	1.0

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

연령별로 세분화해서 살펴보아도 그 결과는 동일하였다. 전체적으로 상급종합병원의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비가 가장 높으며, 종합병원, 병원, 의원이 그 순서를 이었다.

〈표 3-51〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 의료기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	94.8	105.8	1.6
종합병원	54.4	62.3	2.0
병원	38.2	36.5	-0.6
의원	28.0	30.1	1.0
구분	65세 이상 75세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	96.7	110.3	1.9
종합병원	58.2	68.5	2.4
병원	42.6	38.7	-1.4
의원	37.4	37.6	0.1
구분	75세 이상		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	92.8	113.8	3.0
종합병원	60.7	69.8	2.0
병원	44.2	39.0	-1.8
의원	36.5	38.9	0.9

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

총진료비에서 본인부담금이 차지하는 구성비는 종별 요양기관 중, 다른 질환자의 외래 이용에 따른 결과와 비슷하게, 상급종합병원에서 가장 컸다. 그 순서가 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 순이었다. 총진료비 중 요양기관 종별 구성비의 결과와 종합해 해석해 볼 때, 상급종합병원의

이용이 경제적 부담으로 크게 작용하고 있음에도, 환자들이 지출하는 총 진료비는 줄어들지 않고 있어, 종별 기능 재정립의 필요성을 시사한다.

〈표 3-52〉 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 본인부담금 구성비(요양기관 종별)

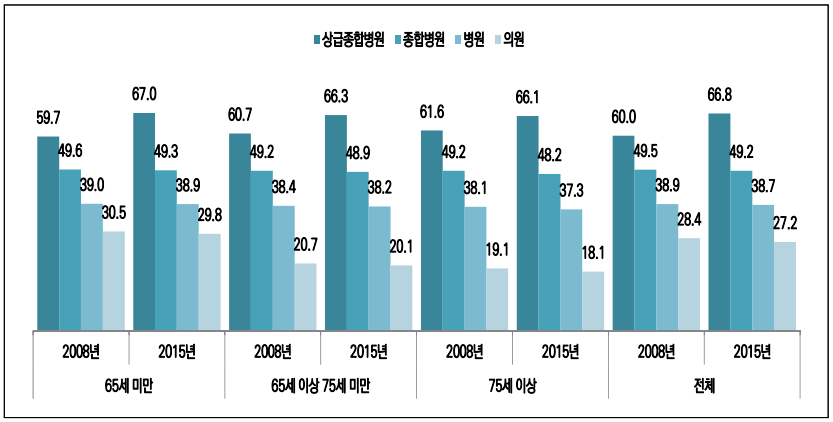
(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	60.0	66.8	0.02
종합병원	49.5	49.2	0.0
병원	38.9	38.7	0.0
의원	28.4	27.2	-0.01
합계	33.9	33.3	0.0

자료: 국민건강보험공단 DW자료

〔그림 3-24〕 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율

(단위: %)



주: 구성비=종별 요양기관 본인부담금/종별 요양기관 총진료비 ×100
자료: 국민건강보험공단 DW자료

다음 의원급 권장 질환인 ‘급성기관지염 및 세기관지염’ 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 규모를 살펴보았다. 급성기관지염 및 세기관지염의 의원급 진료비 점유율은 ‘위염 및 십이지장염’보다 의원급 진료 비중이 더 높게 나타났다. 하지만 지난 7년간 병원급의 진료비 증가율이 약 17%로 가장 빠르게 증가하였다.

〈표 3-53〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	4,261,301	(1.0)	5,072,356	(0.7)	2.5
종합병원	26,404,549	(6.2)	33,433,684	(4.3)	3.4
병원	23,962,127	(5.6)	72,052,759	(9.3)	17.0
의원	373,803,817	(87.2)	666,083,582	(85.8)	8.6
합계	428,431,794	(100.0)	776,642,382	(100.0)	8.9

주: 총합계= 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원의 총진료비 합계
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 연령별 총진료비 규모를 살펴보면 오히려 연령이 증가할수록 의원에서의 진료 비중이 높았다. 하지만 75세 이상에서 증가율이 다른 연령에 비해 높았으며 지난 7년간 상급종합병원의 진료비 규모가 다른 연령대에 비해 크게 증가한 것으로 나타났다. 특히, 75세 이상에서는 종합병원과 병원급의 진료 비중이 크게 증가하였다.

〈표 3-54〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	3,996,096	(1.0)	4,682,131	(0.7)	2.3
종합병원	25,304,727	(6.4)	30,600,427	(4.4)	2.8
병원	22,573,435	(5.7)	68,501,513	(9.8)	17.2
의원	341,389,619	(86.8)	596,558,600	(85.2)	8.3
합계	393,263,877	(100.0)	700,342,670	(100.0)	8.6
구분	65세 이상 75세 미만				
	2008년		2015년		
	총진료비	비중	총진료비	비중	연평균 증가율
상급종합병원	187,303	(0.7)	216,861	(0.5)	2.1
종합병원	746,437	(3.0)	1,672,249	(3.5)	12.2
병원	953,784	(3.8)	2,133,261	(4.5)	12.2
의원	23,373,761	(92.5)	43,412,867	(91.5)	9.2
합계	25,261,286	(100.0)	47,435,237	(100.0)	9.4
구분	75세 이상				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	77,903	(0.8)	173,365	(0.6)	12.1
종합병원	53,385	(0.5)	1,161,009	(4.0)	55.3
병원	34,908	(0.3)	1,417,985	(4.9)	69.8
의원	9,040,436	(98.1)	26,112,116	(90.5)	16.4
합계	9,206,631	(100.0)	28,864,475	(100.0)	16.5

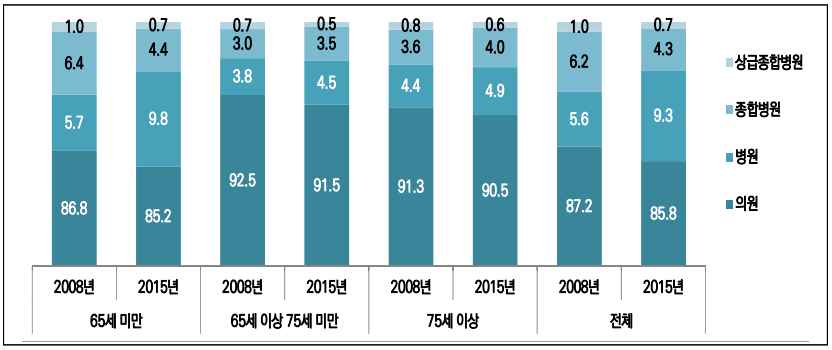
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

총진료비의 종별 구성비를 살펴보면 전반적으로 의원급에서 높은 비중을 보였다. 65세 이상의 노인에서 의원급 비중이 상대적으로 높았다. 65세 이상 75세 미만의 경우 2015년 기준 91.5%. 75세 이상 노인의 경우

90.5%로 대체적으로 의원급 기관을 이용하고 있다. 반면 65세 미만에서는 65세 이상에 비해 그 수준은 낮으나, 의원급 비중이 컸다(2015년 기준 85.2%).

〔그림 3-25〕 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용 총진료비의 의료기관 종별 구성비

(단위: %)



주: 구성비=해당 요양기관의 총진료비/총진료비 합계(상급종합병원+종합병원+병원+의원)×100
자료: 국민건강보험공단 DW자료

2015년 기준 1인당 총진료비가 가장 높은 상급종합병원의 외래 이용은 7만 7000원으로 의원에 비해 약 1.5배 가량 높았다. 1인당 총진료비는 모든 종별 요양기관에서 2008년에 비해 2015년에 증가했으며, 병원에서 그 증가 수준이 높았다.

〈표 3-55〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	61	77	3.4
종합병원	49	53	1.1
병원	36	49	4.5
의원	35	46	4.0

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

연령별로 구체적으로 살펴보면 75세 이상에서 총진료비가 가장 높았다. 특히 75세 이상 노인의 상급종합병원에 따른 진료비는 1인당 12만 원으로 동일 시기 65세 미만의 7만 5000원에 비해 현저히 높았다. 연령과 종별에 관계없이 2008년에 비해 2015년에 모두 1인당 총진료비가 증가했다.

〈표 3-56〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비 (연령별, 의료기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	59	75	3.5
종합병원	49	53	1.1
병원	36	50	4.8
의원	35	47	4.3
구분	65세 이상 75세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	90	102	1.8
종합병원	45	50	1.5
병원	35	36	0.4
의원	33	40	2.8
구분	75세 이상		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	91	120	4.0
종합병원	48	54	1.7
병원	37	38	0.4
의원	33	41	3.1

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

다른 질환자의 외래 이용과 동일한 패턴으로 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인 부담 비율이 의원급에서 가장 낮게 나타났다. 상급종합병원의 본인 부담 비율은 75세 이상에서 2008년 기준 55.2%, 2015년 기준 64.7%로 증가했다. 반면 병원급과 의원급의 본인부담 비율은 지난 7년간 다소 감소하였다.

〈표 3-57〉 급성기관지염 및 세기관지염 질환자의 외래 이용에 따른 본인 부담 비율 (요양기관 종별)

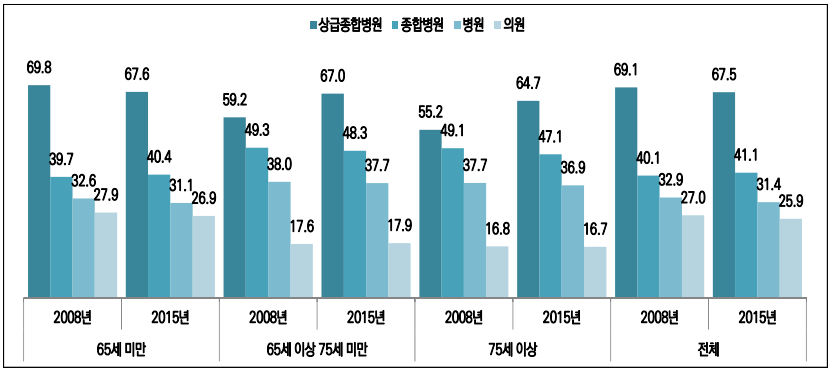
(단위: %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	69.1	67.5	0.0
종합병원	40.2	41.1	0.0
병원	32.9	31.4	-0.01
의원	27.0	25.9	-0.01
합계	28.6	27.3	-0.01

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

[그림 3-26] 위염 및 십이지장염 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비 중 본인부담 비율

(단위: %)



주: 본인부담 비율=해당 요양기관 본인부담금/해당 요양기관 총진료비×100
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

나. 병원급 권장 질환

다음으로는 의료기관 종별 표준업무규정에 따른 병원급 권장 질환 중 '위 및 십이지장 궤양'의 진료 경향을 분석하였다. 병원급 권장 질환인 위 및 십이지장 궤양의 총진료비는 2008년에 비해 2015년에 전체적으로 감소하는 추이를 보였다. 연평균 4.5% 감소하였으며 특히 상급종합병원의 감소율이 가장 컸다(연평균 증가율: 6.3%). 65세 미만과 65세 이상 75세 미만에서는 총진료비가 모두 감소하였지만, 75세 이상에서는 총진료비가 증가했다. 특히 의원급의 외래 이용에 따른 총진료비 연평균 증가율이 4.9%로 제일 컸다.

의료기관 종별 표준업무규정에 따른 병원급 권장 질환인 위 및 십이지장 궤양의 병원급(종합병원+병원) 진료 비중은 25.5%에서 27.1%로 다소 증가하기 하였으나, 여전히 병원급에서의 진료 비중은 낮게 나타나고 있다. 특히, 65세 미만에서는 병원급의 진료가 다소 증가한 것으로 나타나고 있으나 65세 이상에서는 오히려 감소하였다. 75세 이상에서는 병원급 진료 비중이 2008년 26.0%에서 2015년 23.7%로 감소하였다.

〈표 3-58〉 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	8,856,315	(7.4)	5,614,177	(6.4)	-6.3
종합병원	19,816,844	(16.5)	15,146,536	(17.4)	-3.8
병원	10,866,199	(9.0)	8,446,602	(9.7)	-3.5
의원	80,845,994	(67.2)	57,869,371	(66.5)	-4.7
합계	120,385,352	(100.0)	87,076,685	(100.0)	-4.5

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

〈표 3-59〉 위 및 십이지장 궤양질환자의 외래 이용에 따른 총진료비(연령별, 요양기관 종별)

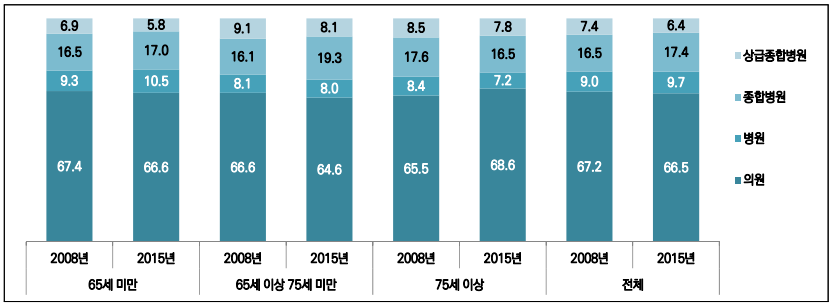
(단위: 천 원, %)

	65세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	6,443,379	(6.9)	3,620,193	(5.8)	-7.9
종합병원	15,372,455	(16.5)	10,593,681	(17.0)	-5.2
병원	8,652,579	(9.3)	6,531,302	(10.5)	-3.9
의원	62,970,852	(67.4)	41,415,484	(66.6)	-5.8
합계	93,439,264	(100.0)	62,160,661	(100.0)	-5.7
	65세 이상 75세 미만				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	1,835,936	(9.1)	1,291,369	(8.1)	-4.9
종합병원	3,254,152	(16.1)	3,063,948	(19.3)	-0.9
병원	1,642,003	(8.1)	1,267,308	(8.0)	-3.6
의원	13,442,440	(66.6)	10,248,069	(64.6)	-3.8
합계	20,174,531	(100.0)	15,870,694	(100.0)	-3.4
	75세 이상				
	2008년		2015년		연평균 증가율
	총진료비	비중	총진료비	비중	
상급종합병원	577,000	(8.5)	702,615	(7.8)	2.9
종합병원	1,190,237	(17.6)	1,488,907	(16.5)	3.3
병원	571,617	(8.4)	647,991	(7.2)	1.8
의원	4,432,702	(65.5)	6,205,818	(68.6)	4.9
합계	6,771,556	(100.0)	9,045,331	(100.0)	4.2

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

〔그림 3-27〕 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용 총진료비의 의료기관 종별 구성비

(단위: %)



주: 구성비=해당 요양기관의 총진료비/총진료비 합계(상급종합병원+종합병원+병원+의원)×100
자료: 국민건강보험공단 DW자료

위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비는 대체적으로 감소하였으며, 종합병원에서는 미미한 증가(연평균 증가율 0.2%)를 보였다.

〈표 3-60〉 위 및 십이지장 궤양질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(요양기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	107.5	106.9	-0.1
종합병원	74.8	75.6	0.2
병원	53.9	53.1	-0.2
의원	48.7	45.5	-1.0

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

대체적으로 모든 연령군에서 상급종합병원으로 갈수록, 1인당 총진료비의 규모는 증가했다. 연령별 비교에서는 2008년과 비교했을 때 종별로 감소와 증가 추이가 달랐다. 65세 미만의 경우 병원급을 제외하고 대체적으로 규모가 감소하였다. 65세 이상 75세 미만과 75세 이상에서는 의원급과 병원급에서 1인당 총진료비가 감소했다.

〈표 3-61〉 위 및 십이지장 궤양 질환자의 외래 이용에 따른 1인당 총진료비(연령별, 의료기관 종별)

(단위: 천 원, %)

구분	65세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	105.3	101.8	-0.5
종합병원	73.2	71.6	-0.3
병원	52.8	52.9	0.0
의원	47.2	43.9	-1.0
구분	65세 이상 75세 미만		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	115.9	119.8	0.5
종합병원	80.6	87.9	1.2
병원	57.6	53.1	-1.2
의원	55.8	50.0	-1.6
구분	75세 이상		
	2008년	2015년	연평균 증가율
상급종합병원	108.1	114.1	0.8
종합병원	82.4	85.4	0.5
병원	61.5	55.2	-1.5
의원	51.2	50.3	-0.3

주: 1인당 총진료비=총진료비/실인원수
자료: 국민건강보험공단 DW 자료

의료기관 종별 기능 정립을 통해 의료 자원을 효율적으로 활용하여 건강 관리 체계의 지속가능성을 보장할 수 있으며, 환자가 질환별·중증도별로 필요한 의료기관을 적절히 선택할 수 있게 된다. 따라서 주기적으로 의료기관 종별 권장 질환의 진료비 변화를 모니터링하고, 필요시 합리적으로 의료기관을 이용할 수 있도록 유도하는 정책 개입이 필요할 것이다(윤강재 등, 2014, p.101).

4. 요양병원과 요양시설 간의 역할 미정립

1994년부터 의료법 개정에 의해 의료기관으로 규정된 요양병원은 장기 입원이 필요한 환자를 대상으로 의료 행위를 위해 설치된 병상이 30개 이상인 병원급 의료기관을 의미한다. 법률상으로 요양병원은 '장기 입원이 필요한 환자를 대상으로 의료 행위를 하기 위한 요양 병상을 설치한 병원(의료법 제3조 2항)'으로 정의하고 있으며, 요양병원 입원 대상자는 '노인성 질환자', '만성질환자', '외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자' 중 어느 하나에 해당하면서 주로 요양이 필요한 자로 규정하고 있다(의료법 시행규칙 제 36조). 하지만 요양병원 입원환자와 요양시설 입소 환자 간에 노인의 상태에 따른 환자 특성 차이가 존재하지 않아, 양 기관의 기능 및 역할이 여전히 불명확한 실정이다(김홍수 등, 2015).

의료서비스 제공의 필요성이 없는 한편 돌봄서비스에 대한 수요는 존재하는 이용자가 요양병원 입원 시, 반대로 질환 이환 등으로 병원 또는 요양병원에 입원하여 의료적 처치를 받아야 하는 대상자가 장기요양시설에 입소하는 경우 등 의료기관과 요양시설 간 기능 왜곡과 자원 활용의 비효율의 발생하고 있다. 즉, 의료서비스의 필요성이 없고 돌봄서비스의 수요가 높은 이용자가 노인요양병원에 입원하고 있다는 것은 당초 의도한 기능 왜곡과 의료 자원의 비효율의 원인으로 작용할 뿐만 아니라 과대경쟁이 발생하여 의료나 간호 처치가 필요하지 않은 환자에게도 과도한 서비스를 제공하는 도덕적 해이의 원인이 된다(윤강재 등, 2014, p.84). 요양병원 입원환자의 약 47.2%가 치료가 아닌 요양 목적으로 입원해 있는 것으로 보고되는 등 당초 기능과 부합하지 않는 운영이 이루어지고 있는 상황이다(김진수 등, 2013, p. 35).

요양병원과 노인장기요양보험의 요양시설 간 명확한 역할과 기능의 부

재로 의료적 필요보다 요양에 대한 욕구 충족을 위한 요양병원 입원이 증가하고 있다. 이러한 경향은 요양병원 환자 분류 체계상 의료적 중증도가 낮은 하위 등급자의 입원 증가에서 찾아볼 수 있다. 2008~13년 요양병원 환자 구성의 변화를 보면 중증도가 낮은 하위 등급자의 요양병원 입원이 빠르게 증가한 것을 볼 수 있다. 중증도에 따른 7개 환자군 분류에서 의료최고도, 의료중도 등 중증 환자는 감소한 반면 신체 기능 저하군, 인지 장애군, 문제 행동군의 구성비 2008년 25.3%에서 2013년 43.5%로 증가한 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-62〉 요양병원 환자 구성 변화

구분	의료최고도	의료고도	의료중도	문제 행동군	인지 장애군	의료경도	신체 기능 저하군
2008년	3.1	27.5	42.2	9.4	8.7	1.8	7.2
2013년	1.9	23.3	29.6	6.7	31.5	1.7	15.3

자료: 김정회. (2015). 요양병원 지불 제도 개선을 위한 문제점 분석.

요양병원의 유형을 분석한 선행연구(송현종, 채정미, 2012, p.29)에 의하면 분석 대상 요양병원 중 9.1%는 재활치료와 내과 질환 치료 중심의 요양병원으로 분류가 가능하였고, 19.4%는 치매 치료 중심 요양병원, 20.6%는 내과 질환 치료 중심 요양병원으로 분류가 가능하였으나 43.0%는 어떠한 치료를 중심으로 하는지 분류가 불가능하였고 이러한 요양병원은 환자의 치료보다는 요양(Care)에 더 치우친 것으로 지적하였다.

장기요양등급 인정을 받지 못한 대상자가 장기요양을 목적으로 요양병원에 장기 입원이 가능한 것은 요양병원 환자 분류 체계의 문제에서도 찾아볼 수 있다. 환자 분류군 기준 및 결정 방식의 문제로 신체 기능 저하군, 인지 장애군, 문제 행동군의 경우 요양시설 입소기준 보다 용이하여 경증 환자 입원이 허용되고 있다는 것이다. 노인장기요양보험의 등급 판정을

거쳐 장기요양이 필요하다고 인정된 대상자만이 요양시설 또는 노인장기요양보험의 재가서비스를 받을 수 있다. 하지만 요양병원의 경우 특별한 요건 없이 이용할 수 있다는 것이다. 물론, 요양병원은 입원 대상자의 적절성을 판단하기 위하여 환자 분류 체계 기준으로 환자군을 구분하여 이에 대해 진료비 청구를 하고 있다. 그런데 이러한 현행 환자 분류 체계에 대한 논란이 끊이지 않고 있으며 환자 분류 체계 개편에 대한 목소리가 커지고 있는 상황이다. 예를 들어 의료중도 분류 기준 중 '당뇨이면서 매일 주사 필요', '네뷸라이저요법' 등은 많은 전문가들이 장기 입원 사유로 부적합하다고 지적하고 있다. 특히, 신체 기능 저하군의 분류 기준은 '의료최고도 내지 의료경도에 해당하지 않는 경우에 산정'으로 명시하고 있어 사실상 요양병원 입원에 아무런 제약이 없다고 해도 과언이 아니다.

〈표 3-63〉 요양병원 환자 분류 체계

대분류	분 류
의료 최고도	- 혼수, 인공호흡기 간호, 체내 출혈, 중심 정맥 영양 등 중환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 · ADL이 11점 이상이면서 혼수, 체내 출혈, 중심 정맥 영양, 인공호흡기중 하나 이상에 해당하는 경우에 산정
의료 고도	- ADL이 많이 저하되어 있으면서 신경 난치성 질환(파킨슨병, 다발성 경화증 등)을 가지고 있거나, 욕창 치료, 기관절개관 간호, 경관영양 등 중증 환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 (1) 뇌성마비, 척수 손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀 난치성 질환을 가진 환자가 ADL이 18점 이상인 경우 (2) 다발 경화증, 사지마비 환자가 ADL이 11점 이상인 경우 (3) 2단계 이상 피부 궤양(욕창, 울혈성·허혈성 궤양)이 2개 이상이면서 2가지 이상의 피부 궤양 치료를 받고 있거나, 3~4단계 피부 궤양이1개 이상이면서 2가지 이상의 피부 궤양 치료를 받고 있는 경우 (4) 발열(탈수·구토·체중 감소·경관영양 중 하나 이상을 동반한 경우에 한함.) (5) 2도 이상 화상 (6) 격렬하거나 참을 수 없는 통증이 매일 있는 경우 (7) 경관영양, 또는 말초 정맥 영양 (8) 흡인(Suction) (9) 기관 절개관 관리 (10) 당뇨환자이면서 발의 감염·개방성 병변이 있어 드레싱을 받고 있는 경우 (11) 수혈 (12) 산소요법 (13) ADL이 10점 이하이면서 의료 최고도 조건에 해당

대분류	분 류
의료 중도	- ADL이 약간 저하되어 있으면서 신경난치성 질환(파킨슨병, 다발성 경화증 등)을 가지고 있거나, 정맥주사, 장루케어, 배뇨 훈련 등 일반병실환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 (1) 뇌성마비, 척수 손상에 의한 마비, 편마비, 파킨슨병, 신경성 희귀 난치성 질환을 가진 환자가 ADL이 11~17점인 경우 (2) 2단계 피부 궤양(욕창 및 울혈성·허혈성 궤양)의 수가 1개이면서 2가지이상의 피부 궤양 치료를 받고 있는 경우 (3) 당뇨이면서 매일 주사 필요 (4) 경미하거나 중등도의 통증이 매일 있는 경우 (5) 정맥주사에 의한 투약 (6) 네뷸라이저(Nebulizer) 요법 (7) 수술창상이 있으면서 이에 대한 치료를 받거나 개방창이 있으면서 이에 대한 드레싱을 받는 경우 (8) 위루, 요루 또는 장루 관리를 받고 있는 경우 (9) 배뇨 훈련을 받고 있는 경우
문제 행동군	- 망상, 환각, 초조·공격성, 배회 등의 문제 행동이 있는 경우 · 망상, 환각, 초조·공격성, 탈억제, 케어에 대한 저항, 배회 중 하나 이상의 증세를1주에 2일 이상 또는 4주에 8일 이상 보인 경우
인지 장애군	- 분명한 인지 기능 장애가 있는 경우 · 인지기능검사(K-MMSE또는 MMSE-K)결과 0~19에 해당하는 경우에 산정
의료 경도	- 위의 군에 해당하지 않지만 전문 재활 서비스를 받고 있는 경우 · 요-1. 의료최고도 내지 요-5. 인지장애군에 해당하지 않는 환자로서 ADL이 6점 이상이고 특정 항목에 해당하는 전문 재활치료 중 적어도 한 가지 이상을 주 2일 이상 받고 있는 경우에 산정
신체기능 저하군	- 위의 상태 어디에도 해당하지 않는 경우 · 요-1. 의료 최고도 내지 요-6. 의료 경도에 해당하지 않는 경우에 산정

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

또 다른 문제는 요양병원 입원 비용의 문제로 현행 본인부담상한제는 불필요한 요양병원 입원을 증가시키는 요인으로 작용하고 있다. 요양병원 입원환자에 대한 본인 부담 감소는 의료적 필요성이 아닌 단순 요양을 목적으로 요양병원에 장기 입원 하는 경향을 가속화하고 있다. 요양병원과 요양시설은 모두 일당 정액제 개념의 진료비(급여비)를 부과하고 있는데 이용에 따른 본인 부담에는 큰 차이가 없다. 더욱이 의료 이용에 대한 본인부담상한제는 요양시설 보다는 의료기관인 요양병원 입원의 부담을 감소시켜 요양병원 입원을 더욱 용이하게 하고 있다.

요양병원 입원의 본인 부담은 입원 진료비의 20%를 부담하게 되고 노인장기요양보험의 장기요양시설은 20%, 재가서비스는 15%의 본인 부담을 하게 된다. 그런데 의료 기관인 요양병원은 본인부담상한제를 적용받아 소득에 따라 일정 금액 이상의 본인 부담을 하지 않는 반면, 노인장기요양보험은 의료 기관이 아니기 때문에 본인부담상한제를 적용받지 않는다.

요양병원의 양적 증가와 요양병원에서의 입원 일수 증가는 건강보험 본인부담상한제와 결합하여 건강보험 재정에 상당한 영향을 미치고 있다. 요양병원 환자 중 본인부담상한제를 적용받는 경우는 40%이상으로 보고되고 있으며(전보영, 김홍수, 권순만, 2016, p.40), 2015년 본인부담상한제 총환급액 9902억 원 중 요양병원의 본인부담상한제 환급액 규모는 총 4933억 원으로 전체 환급액의 절반을 차지하고 있다. 결과적으로 본인부담상한제는 재난적으로 발생할 수 있는 과도한 의료비를 보전해 준다는 기존 취지와는 달리 제도적 상황과 맞물려 일부 불필요한 장기 입원자의 입원 진료비를 늘리는 요인으로 작용하고 있다.

이러한 본인부담상한제는 요양병원과 요양시설 이용에 있어서의 왜곡을 심화시키고 있다. 현재 요양병원과 요양시설의 역할이 명확히 구분되지 않는 상황에서 요양병원 입원환자에 대한 본인 부담 감소는 요양을 목적으로 한 요양병원 장기 입원을 가속화하고 있다.

5. 장기요양기관 간 역할 미정립

노인장기요양보험제도는 '보호'라는 사회서비스를 사회보험 방식으로 도입함으로서 보호를 필요로 하는 노인은 소득이나 부양가족 등과 무관하게 누구나 이용할 수 있는 우리나라 최초의 보편적 서비스라는 측면에

서 큰 의미를 갖는다. 하지만 보편적 서비스 제공을 위해 기존 서비스 공급의 부족을 급속히 확대하는 과정에서 서비스 공급의 불안정성이 나타나게 되었다.

시설급여에서는 요양시설과 노인요양공동생활가정의 기능과 역할, 그리고 목적을 달리하여 공급체계를 설계하였다는 점을 고려할 때 이들 시설별로 어느 이용자가 보호되는 것이 적합할 것인가에 대한 분류가 이루어져야 할 것이다. 노인요양공동생활가정의 설치 목적은 노인이 가정과 같은 형태로 생활하도록 하는 것으로 전문적 서비스의 제공보다는 편안하고 안정적인 환경에서 보호하는 것이었다. 그로 인해 시설 및 인력 기준도 요양시설에 비해 비전문적 수준으로 설정되었다. 이는 재가급여에서도 주야간 보호와 단기 보호, 방문형 서비스 등의 기능 역할이 명확히 제시되고 그에 따라 이용자가 선택할 수 있도록 해야 할 것이다.

장기요양등급을 판정받은 자는 장기요양기관과의 계약을 통해 장기요양급여를 이용할 수 있다. 장기요양급여에 대한 선택은 재가급여는 모든 장기요양등급에서 자유롭게 이용할 수 있으나, 시설급여는 이용 가능 등급을 제한하고 있다. 시설급여는 1등급, 2등급과 3~5등급 중 동일 세대의 구성원으로부터 수발이 곤란한 경우, 주거 환경이 열악하여 시설 입소가 불가피한 경우, 심신 상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우에 이용할 수 있다. 이는 노인장기요양보험은 재가 보호 우선의 원칙에 따라 과도한 시설급여를 제한하고 재가 보호를 촉진하기 위한 방안으로 등급별 시설급여 이용에 제한을 두고 있다. 또한 시설급여가 재가급여에 비해 고비용이므로 기능 상태가 비교적 양호한 3~5등급자의 시설급여를 제한하는 측면이 있다.

〈표 3-64〉 노인장기요양 등급 구성 및 기능 상태

	등급별 기능 상태
1등급	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 95점 이상인 자
2등급	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3등급	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4등급	심신의 기능 상태 장애로 일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5등급	치매(노인장기요양보험법 시행령 제2조의 노인성 질병에 한정)환자로서 장기요양 인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자
등급외자	장기요양 인정 점수 51점 미만의 치매 환자가 아니거나 또는 45점 미만의 치매 환자

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 〈장기요양 등급별 대표적 상태〉 자료 재인용. p.28

장기요양등급별 이용할 수 있는 서비스양에 차이가 나는데, 재가급여는 등급별 월 급여 한도액을 두고 한도 내에서 다양한 급여를 이용하도록 하며, 시설급여는 등급별 1일 이용 수가를 기준으로 한다. 동일한 1등급이라도 재가급여이용자의 경우 월 급여 한도액은 119만 6000원이며, 노인요양시설 이용의 경우 월 171만 1000원(30일 기준), 노인요양공동생활가정은 월 153만 8000원으로 서비스 종류에 따라 차이가 발생한다. 즉, 동일 등급이라도 이용자가 어떤 급여를 이용하느냐에 따라 이용할 수 있는 한도에 차이가 발생하고 있으며, 특히 같은 시설급여라도 노인요양동공생활가정은 시설 인력 기준의 차이로 요양시설보다 급여 액수가 낮다.

〈표 3-65〉 시설급여 1일 이용 수가 및 월 이용액(30일)

(단위: 원)

구분	월급여한도액	노인요양시설(1일당)		노인요양공동생활가정(1일당)	
		월 30일 기준	1일 기준	월 30일 기준	1일 기준
1등급	1,196,900	1,711,200	57,040	1,538,700	51,290
2등급	1,054,300	1,587,900	52,930	1,427,700	47,590
3등급	981,100	1,434,300	48,810	1,316,100	43,870
4등급	921,700				
5등급	784,100				

주: 1) 노인요양시설 및 노인요양 공동생활가정의 월 30일 기준 이용금액 =1일당 급여비용 × 30일
2) 재가급여 월 한도액 적용 기간은 매월 1일부터 말일까지로 하며, 월중에 재가 급여를 개시하는 경우(① 최초 장기요양 인정 ② 시설급여에서 재가급여로 변경), 별도 금액 적용
3) 시설급여 비용은 신체활동지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련비용 등을 포함하며, 이를 별도로 수급자에게 요구하여서는 아니 됨.

자료: 보건복지부 고시 제 2016-171호(2016.8.31.) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시

현재 노인장기요양보험제도에서는 장기요양등급별로 이용이 가능한 급여 기준을 제시하고 있으나 시설급여 이용 기준을 제한하고 있을 뿐 그 외에는 모두 자유롭게 선택이 가능하다. 이러한 기준은 이용자의 선택권을 최대한 보장하고 있다고 해석될 수도 있으나, 급여에 따라 비용이 다르고 또한 앞서 살펴본 것과 같이 시설 및 인력기준의 차이 등으로 인해 서비스의 양과 질에도 차이가 발생한다.

시설급여의 장기요양기관은 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이며, 이 둘은 법적 정의만으로는 정원 규모 이외에는 명확한 구분이 어려운 것이 사실이다. 그러나 두 기관의 시설 설치 및 인력 운영기준에서 차이를 두고 있다. 노인요양공동생활가정은 노인요양시설에 비해 시설 기준, 인력 배치 기준에서 낮은 기준을 두고 있다. 노인요양시설의 노인 1인당 연면적 기준은 23.6㎡ 이상이지만, 노인요양공동생활가정은 20.5㎡ 이상으로 좁다.

〈표 3-66〉 시설급여 시설별 정원 및 시설 기준

	정원 기준	시설 기준
노인요양시설	입소정원 30명 이상	1명당 연면적 23.6㎡ 이상
	입소 정원 10~30명 미만	
노인요양공동생활가정	입소 정원 5~9명 이하	1명당 연면적 20.5㎡ 이상

인력 기준에서도 노인요양공동생활가정은 시설장과 사무국장, 사회복지사 중 1명, 간호(조무)사 또는 물리치료사 중 1명, 요양보호사 3명당 1명을 최소 기준으로 제시한다. 즉, 9인의 노인이 거주하는 경우 시설장, 간호(조무)사, 요양보호사 3명의 직원으로 운영하게 된다. 반면, 노인요양시설의 경우 사회복지사, 간호사외에도 물리치료사를 별도로 배치하도록 하며, 요양보호사 배치 기준에서도 노인 2.5명당 1명으로 제시하고 있다.

〈표 3-67〉 시설급여 시설별 인력 기준

시설별 / 직종별	노인요양시설		노인요양공동생활가정
	입소 정원 30명 이상	입소 정원 10명 이상~30명 미만	
시설의장	1명	1명	1명
사무국장	1명(입소자 50명 이상인 경우에 한정함)	1명	
사회복지사	1명(입소자가 100명을 초과할 때마다 1명 추가)		
의사(한의사)	1명	1명	-
간호사(간호조무사)	입소자 25명당 1명	1명	1명
물리치료사 (작업치료사)	1명(입소자가 100명을 초과할 때마다 1명 추가)	1명	
요양보호사	입소자 2.5명당 1명	입소자 2.5명당 1명	입소자 3명당 1명
사무원	필요 수	-	-
영양사	1명(입소자가 50명 이상인 경우에 한정함)	-	-
조리원	필요 수	필요 수	-
위생원	필요 수	필요 수	-
관리인	필요 수	-	-

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

그러나 현재는 요양 필요도가 매우 높은 1등급이라도 등급인정자 본인이나 가족이 전적으로 선택하도록 하고 있어 요양시설에 비해 전문적 요양서비스를 받기 어려운 1~2등급 인정자도 노인요양공동생활가정에 입소할 수 있도록 하고 있다. 노인요양공동생활가정의 서비스 질은 요양시설에 비해 낮으나 가정과 같이 어울려 자연스럽게 생활하는 것에 목적을 두고 있으므로 1등급과 같이 전적으로 타인의 도움이 필요한 경우 이러한 목적을 달성하기 어려운 상태이다. 그럼에도 불구하고 현재는 급여 공급 기관별 적정 대상자에 대한 기준이 부재하는 상태이며, 이로 인해 공급 기관별 특성을 고려한 기관 운영이 어려운 실정이다. 앞서 언급한 노인요양공동생활가정뿐만 아니라 재가급여에서도 주야간 보호 기관에서도 등급별로 혼재(1~5등급)되고 노인의 특성(치매/중풍 등)에 따른 수급자의 분류 없이 운영됨에 따라 기관의 전문적 서비스 제공이 이루어지지 못하고 있다.

최근 노인을 대상으로 한 각 기관별 역할 정립에 대한 논의는 요양병원과 요양시설을 둘러싸고 이루어지고 있다. 이는 건강보험과 노인장기요양보험 간의 역할을 어떻게 할 것인가의 문제이기도 한다. 하지만 비단 두 제도간뿐 아니라 노인장기요양보험제도내의 공급 기관별로도 역할 혼란은 존재한다. 장기요양급여 종류에 따라 비용, 시설 및 인력 기준의 차이 등으로 인해 서비스의 양과 질에도 차이가 있으나 이에 대한 가이드라인의 부재로 기능 상태에 따른 적절한 서비스 제공을 받지 못하는 경우가 발생하고 있는 것이다. 즉, 재가와 시설급여 제공 기관별 특성과 역할, 그에 적합한 노인의 상태에 대한 구분이 부족하다. 지금 현 상태는 최소한의 시설급여 이용을 제한할 뿐 이용자가 대부분의 선택을 하도록 하고 있다. 장기요양서비스는 간호, 재활과 사회복지의 전문가적 서비스와 직접적 신체 수발과 가사 업무와 같은 비전문가적 서비스를 포괄적으로 의미

하며 따라서 서비스 제공 기관 종류별로 목적과 역할을 달리할 필요가 있다. 이에 대해 이용자에게 최선의 서비스가 제공될 수 있도록 하는 장기요양서비스 제공 기관의 종류별로 목적과 역할을 달리할 필요가 있으며, 노인에 대한 연속적인 서비스 제공 측면에서 가장 바람직한 방안이 모색될 수 있도록 해야 한다. 하지만 이에 대한 정보가 풍부하지 않은 노인 또는 가족에게 최적의 서비스를 선택하도록 함으로써 본래 공급 기관의 목적 달성이 어려운 실정이다.

6. 노인장기요양서비스 기관의 무분별한 증가

노인장기요양보험의 급여 종류는 시설급여와 재가급여이며, 시설급여는 장기요양기관이 노인복지법 제34조에 따른 노인의료복지시설 등에 장기간 동안 입소하도록 하여 신체 활동 지원 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육, 훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 정의되며, 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간 보호, 단기 보호, 기타재가급여(복지용구)로 정의된다(노인장기요양보험법 제23조 장기요양급여의 종류). 또한 장기요양급여의 공급은 장기요양기관을 통해 이루어진다. 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관은 노인복지법 제34조 제1항 제1호와 제2호에 따른 노인요양시설과 노인요양공동생활가정으로 노인장기요양보험법 제 31조에 따라 지정을 받은 장기요양기관이며, 재가급여를 제공할 수 있는 장기요양기관은 노인복지법 제38조에 따른 재가노인복지시설로서 노인장기요양보험법 제32조에 따라 지정받은 장기요양기관 또는 노인장기요양법 제32조에 따라 설치한 재가 장기요양기관으로 한다.

〈표 3-68〉 노인장기요양서비스 공급 기관 개요

시설 종류		설치 근거 법	정의	특징
시설급여 장기요양 기관	노인요양 시설	노인복지법 제34조 제1항 제1호	치매 중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설	정원 노인 10인 이상 시설
	노인요양 공동생활 가정	노인복지법 제34조 제1항 제2호	치매 중풍등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거 여건과 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설	정원 노인 5~9인 이하
재가급여 장기요양 기관	재가노인 복지시설	노인복지법 제38조 재가노인복지 시설	재가노인복지시설은 방문요양서비스, 주야간 보호 서비스, 단기 보호 서비스, 방문목욕서비스, 그 밖의 서비스를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다.	제공 서비스 중 1개 이상 복합 제공 가능
	재가장기 요양기관	노인장기요양 법 제32조	방문간호	
			복지 용구	

자료: 노인복지법, 노인장기요양보험법의 내용을 기준으로 정리

노인장기요양기관은 2008년도 제도 도입 이후 급격히 증가하였다. 장기요양 인정자의 규모가 2배 이상 증가한 것과 비교할 때, 기관 수의 증가는 더욱더 크게 증가하였다. 시설급여는 2008년 1700개였으나, 2014년 4871개로 약 2배 이상 증가하였으며, 재가급여는 6618개에서 2만 747개로 3배가량 증가하였다. 시설급여에서는 노인요양시설은 1379개에서 2714개로 증가하였으며, 노인요양공동생활가정은 321개에서 2157개로 증가하였다. 노인요양시설에 비해 노인요양공동생활가정은 설치가 용이하여 제도 도입 이후 급격히 증가할 수 있었다.

〈표 3-69〉 노인장기요양서비스의 공급 현황(2008~2014년도)

(단위: 개소)

구분		2008	2010	2011	2012	2013	2014
시설급여	노인요양시설	1,379	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714
	노인요양공동생활가정	321	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157
	전체	1,700	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871
재가급여	방문요양서비스기관	4,206	9,164	8,709	8,500	8,620	9,073
	방문목욕서비스기관	2,959	7,294	7,162	7,028	7,146	7,479
	방문간호서비스기관	592	739	692	626	597	586
	주야간보호센터	790	1,273	1,321	1,331	1,427	1,688
	단기보호시설	694	199	234	257	368	322
	복지용구사업소	720	1,278	1,387	1,498	1,574	1,599
	전체	6,618	19,947	19,505	19,240	19,732	20,747

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관

하지만 소규모의 노인요양공동생활가정의 증가는 장기요양 공급기관의 소규모화로 인한 비효율성을 야기할 수 있다. 현재 시설급여 제공 기관 중 절반 정도는 입소 노인 9인 미만의 노인요양공동생활가정의 형태이다. 노인요양공동생활가정이 급격히 확대된 것은 요양시설에 비해 설치가 용이하여 개인 운영자의 진입이 크게 증가하였기 때문이다. 소규모 시설은 가정과 같은 편안한 환경을 제공하는 장점은 있으나 시설 운영에 있어서 효율성이 낮은 단점을 갖는다. 특히 시설이 안정적으로 운영되고 전문적 서비스를 제공하기 위한 인력을 갖추기 위해서는 일정 수준 규모가 되어야 함에도 불구하고, 현재는 시설급여 제공에서는 노인요양공동생활가정과 10~30인 미만의 요양시설의 비율이 높게 나타나 기관 운영에서의 효율성이 낮고 또한 제도 전반적으로 비용의 손실, 서비스 질의 한계를 갖고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 노인요양시설의 향후 설치 규모를 30인 이상으로 운영하도록 허가하고 소규모의 장점을 위해 유니트 케어 등의 시설 설치에 대한 고려가 필요로 할 것이다.

노인장기요양 제공 기관의 급격한 증가로 인한 또 다른 쟁점은 노인장기요양서비스 기관의 공급 관리의 필요성이다. 노인요양시설의 정원을 살펴보면, 2008년 6만 9천 명을 보호할 수 있었으나, 2014년 15만 명의 정원으로 2배 이상 증가하였으며, 인정자를 기준으로 할 때, 약 35.5%를 보호할 수 있는 규모이다. 이 중 요양시설의 정원은 13만 1천 명, 노인요양공동생활가정은 1만 8천 명으로, 시설 수는 두 유형이 유사하지만 정원에서는 약 13%에 해당하는 수치이다.

〈표 3-70〉 노인장기요양시설 수 및 정원 수 추이(2008~2014년도)

(단위: 개소, 명)

구분		2008	2010	2011	2012	2013	2014
노인요양시설	기관수	1,379	2,408	2,489	2,588	2,498	2,714
	정원	66,224	105,478	110,387	116,810	121,349	131,958
노인요양공동생활가정	기관수	321	1,343	1,572	1,739	2,150	2,157
	정원	2,754	11,304	13,325	14,951	18,670	18,658
전체	기관수	1,700	3,751	4,061	4,327	4,648	4,871
	정원	68,978	116,782	123,712	131,761	140,019	150,616

자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관

장기요양보험이 도입되기 이전 노인보호서비스는 대부분 공공 또는 국가의 위탁을 받아 사회복지법인에 의한 제공이 이루어졌다. 그러나 수급자가 크게 증가하는 사회보험이 도입되면서 공급 기관 부족을 우려하게 되었으며, 공급의 확대를 위해 장기요양기관 운영을 개인도 가능하도록 하였다. 이로 인해 제도가 도입되면서 장기요양서비스는 무한 경쟁이 이루어지는 시장 논리에 의해 운영되기 시작하였다.

설립 주체별 장기요양기관 운영 현황을 살펴보면, 2014년 전체 장기요양기관의 76.0%는 개인에 의해 운영되며, 지방 단체는 1.4%, 법인은 22.2%이며, 이는 제도 초기 2008년 법인이 36.7%인 것과 비교하면 개

인에 의한 장기요양기관 운영의 비율이 더욱 높게 된 것이다. 재가 기관에서는 개인의 비율이 79.2%로 입소 시설의 68.2%에 비해 크게 높게 나타났다. 시설의 개인 운영자 비율은 2008년 이후 꾸준히 증가하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-71〉 설립 구분별 장기요양기관 추이(2008~2014년도)

(단위: 개소, %)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
재가 시설	지방 단체	109 (1.6)	138 (1.2)	110 (1.0)	114 (1.1)	104 (1.0)	121 (1.1)	120 (1.0)
	법인	2,269 (34.3)	2,840 (23.8)	2,227 (19.8)	2,267 (20.9)	2,260 (21.1)	2,240 (20.3)	2,242 (19.2)
	개인	4,024 (60.8)	8,663 (72.6)	8,832 (78.7)	8,412 (77.5)	8,300 (77.4)	8,629 (78.0)	9,245 (79.2)
	기타	216 (3.3)	290 (2.4)	59 (0.5)	64 (0.6)	66 (0.6)	66 (0.6)	65 (0.6)
	계	6,618 (100.0)	11,931 (100.0)	11,228 (100.0)	10,857 (100.0)	10,730 (100.0)	11,056 (100.0)	11,672 (100.0)
입소 시설	지방 단체	73 (4.3)	89 (3.4)	105 (2.8)	111 (2.7)	99 (2.3)	109 (2.3)	108 (2.2)
	법인	785 (46.2)	1,049 (39.9)	1,358 (36.2)	1,401 (34.5)	1,435 (33.2)	1,424 (30.6)	1,425 (29.3)
	개인	832 (48.9)	1,472 (56.0)	2,281 (60.8)	2,534 (62.4)	2,780 (64.3)	3,101 (66.7)	3,324 (68.2)
	기타	10 (0.6)	19 (0.7)	7 (0.2)	15 (0.4)	12 (0.3)	14 (0.3)	14 (0.3)
	계	1,700 (100.0)	2,629 (100.0)	3,751 (100.0)	4,061 (100.0)	4,326 (100.0)	4,648 (100.0)	4,871 (100.0)
계	지방 단체	182 (2.2)	227 (1.6)	215 (1.4)	225 (1.5)	203 (1.3)	230 (1.5)	228 (1.4)
	법인	3,054 (36.7)	3,889 (26.7)	3,585 (23.9)	3,668 (24.6)	3,695 (24.5)	3,664 (23.3)	3,667 (22.2)
	개인	4,856 (58.4)	10,135 (69.6)	11,113 (74.2)	10,946 (73.4)	11,080 (73.6)	11,730 (74.7)	12,569 (76.0)
	기타	226 (2.7)	309 (2.1)	66 (0.4)	79 (0.5)	78 (0.5)	80 (0.5)	79 (0.5)
	계	8,318 (100.0)	14,560 (100.0)	14,979 (100.0)	14,918 (100.0)	15,056 (100.0)	15,704 (100.0)	16,543 (100.0)

주: 1) 연도 말 장기요양기관 소재지 기준임.
2) 급여종류별 중복이 제외된 값이며, 입소시설 수는 요양시설과 요양공동생활가정의 합산임.
자료: 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관

설립 구분별 입소 시설 현황을 살펴보면, 앞서 개인 시설의 비율이 68.2%이지만, 보호 노인 규모에서는 법인과 개인 시설의 비율이 유사하게 나타난다. 법인 시설에서의 보호 노인은 7만 6천 명, 개인 시설은 7만 5천 명이다. 이는 입소 시설 중 보호 노인의 규모가 10인 이상인 노인요양시설의 경우 법인의 비중이 노인요양공동생활가정에 비해 높고, 요양시설에서도 법인 시설의 경우 보호 노인의 정원이 대규모인 시설이 많기 때문이다. 노인요양시설의 경우 법인에 의한 시설은 1190개이지만, 7만 4000명의 노인을 보호하고 있으며, 개인요양시설은 1635개에서 5만 8000명의 노인을 보호하고 있는 것으로 나타난다. 또한 노인요양공동생활가정의 2150개 중 1902개가 개인 시설로 대부분을 차지하고 있음을 볼 수 있다.

〈표 3-72〉 설립 구분별 입소 시설 현황

(단위: 개소, 명)

	계		요양시설 수		노인요양공동생활가정	
	시설 수	정원	요양시설수	요양시설정원	시설 수	정원
계	5,085	159,368	2,935	140,788	2,150	18,580
지방단체	111	7,647	99	7,544	12	103
법인	1,421	76,021	1,190	74,035	231	1,986
개인	3,540	75,291	1,638	58,844	1,902	16,447
기타	13	409	8	365	5	44

자료: 국민건강보험공단 DW 자료

현재 장기요양기관의 설치 허가와 신고 업무는 해당 시·군·구에서 담당하고 있다. 하지만 현재는 해당 지역의 수요에 대한 충분한 고려 없이 시설 설치 기준에 부합할 경우 허가를 해 주고 있다. 이로 인해 일부 지역에서는 지역 수요에 비해 공급 기관이 과잉되거나, 급여 유형에 따라 부족

한 현상이 나타나고 있다. 도시 지역의 경우 설치가 손쉬운 방문요양 중심의 재가기관과 공동생활가정은 공급이 과잉되지만, 요양시설은 설치가 어려워 부족하게 된다. 반면 농어촌 지역에서는 요양시설의 설치는 용이하지만 수요가 높지 않아 공실률이 발생하는 문제가 나타나고 있다. 이들을 고려할 때 지역별 장기요양기관에 대한 공급 조절 장치가 요구된다. 시·군·구청장은 지역 복지 계획 수립에 있어서 장기요양에 대한 수요와 공급 분석을 통해 향후 해당 지역의 기관 허가 과정에서 이에 대한 고려가 필요로 할 것이다. 또한 공급이 부족한 경우 이의 확보를 위한 지역 단위의 공급이 이루어져야 한다.

7. 불충분한 재가서비스

최근의 사회복지 정책의 방향성은 지역사회 중심의 복지 제공을 원칙으로 하고 있으며 노인장기요양보험제도도 재가 보호 우선의 원칙에 따라 기능 상태의 저하 정도가 낮은 3~5등급자의 요양시설 입소를 원칙적으로 제한하고 있다. 하지만 우선적으로 현행 장기요양보험 재가서비스가 실질적으로 가족 등의 비공식적 돌봄 없이 대상자의 독립적인 생활이 가능할 정도의 서비스가 제공되는지를 먼저 검토해 볼 필요가 있다.

장기요양등급인정자라 하더라도 자택에서 생활하는 경우, 현행 제도상 제공되는 서비스가 적절한지 또는 충분한지에 대한 검토가 필요하다. 등급인정자의 질병 상태를 보면, 치매나 중풍, 그리고 골다공증이나 낙상 등에 의한 골절 후유증이 전체의 3분의 2 정도를 차지하고 있어서 지속적 관리가 요구된다(선우덕 등, 2015, p.45). 특히, 전체의 56% 정도[24]를

24) 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관. 제3장 〈표 3-25〉 참조

차지하고 있는 치매나 중풍은 신체 기능의 마비나 행동상의 장애를 지니므로 자택에서 생활하는 경우 현행 돌봄서비스는 부족하다. 재가 서비스의 경우, 1회 방문에 4시간 이상 서비스를 제공하는 유형이 전체의 30.9%(2013년)이고 그 나머지는 3시간 이내이다. 비록 4시간 이상일지라도 8시간을 초과하는 경우는 거의 없는 실정이다. 또한, 주야간 보호 서비스를 보더라도 전체 장기요양등급인정자의 약 9.5% 수준이며, 법적으로 숙박은 불가능하므로 주야간 보호 서비스를 이용한 후 반드시 귀가하여야 하고, 누군가가 자택에서 돌봄을 제공하여야 한다. 따라서 노인장기요양보험제도가 도입되어 공식적 돌봄이 확대되더라도 비공식 돌봄은 여전히 유지될 수밖에 없다는 것이다(선우덕 등, 2015, p.56).

〈표 3-73〉 방문요양서비스의 이용 시간별 이용 실태(2013년도)

구분	이용자수(%)
30~60분	0.2
60~90분	16.6
90~120분	12.6
120~150분	5.8
150~180분	4.7
180~210분	19.7
210~240분	9.6
240분 이상	30.9
전체	100.0

자료: 선우덕 등. (2015). 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할 정립과 연계체계 구축, 세종: 한국보건사회연구원. 〈표 3-10〉 자료 재구성. p.56

치매 질환자나 중풍(뇌졸중) 환자는 상시적으로 돌봄이 필요한 대상자이므로 공적 서비스가 필요함에도 재가서비스 자체가 시설서비스와 차별

화되어 24시간 제공되고 있지 못해 요양보험 제도권 밖에서의 추가적인 서비스가 필요하다고 할 수 있다. 재가서비스의 경우에는 하루 24시간 중에 일부 시간에만 서비스가 제공되기 때문에, 그 나머지 시간대에는 노인장기요양보험제도에 의한 요양보호사가 아닌 가족을 포함한 비공식 돌봄자에 의해 서비스가 제공될 수밖에 없다.

장기요양보험 등급인정자의 주거 상태에서 보듯이 전체 대상자의 65.2%는 자택 생활자로 나타나고 있는데 기능 상태의 중증도가 높아질수록 자택 생활자의 비율이 낮아지고 요양시설과 요양병원 등의 입소 비중이 증가하였다. 이는 기능 상태가 저하될수록 자택에서의 케어 제공에 대한 부담이 크게 증가하기 때문인 것으로 판단된다.

〈표 3-74〉 노인장기요양등급별 주거 현황

(단위: 명, %)

구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
자택	304,865 (65.2%)	12,807 (33.8%)	28,741 (40.3%)	113,780 (64.5%)	132,455 (81.4%)	17,082 (87.7%)
노인요양시설	95,398 (20.4%)	12,536 (33.1%)	25,610 (35.9%)	38,423 (21.8%)	18,039 (11.1%)	790 (4.1%)
요양병원	46,496 (9.9%)	9,813 (25.9%)	12,323 (17.3%)	15,862 (9.0%)	7,483 (4.6%)	1,015 (5.2%)

자료: 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관

등급인정자의 주 수발자 형태도 가족원이 전체의 60% 비중을 차지하고 있다. 노인장기요양보험 도입 후에도 주 수발자는 공식적 돌봄자가 아닌 비공식 돌봄자이라는 것은 그만큼 재가서비스에서의 공식적 돌봄의 제공량이 충분하지 못하다는 것을 뒷받침해 주는 근거라 할 수 있다.

제 4 장

노인 의료와 요양의 수요 및 실태 분석

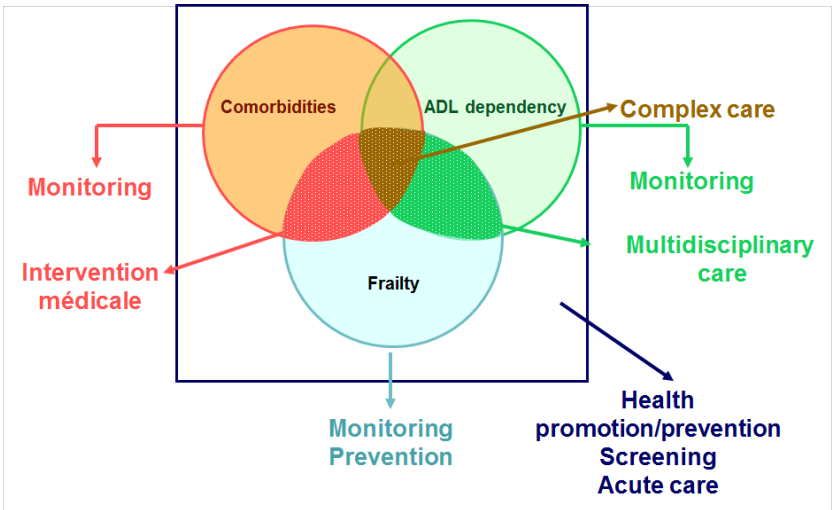
제1절 노인 의료와 요양서비스 수요 분석
제2절 노인 의료와 요양서비스 실태 분석

4 노인 의료와 요양의 수요 및 실태 분석

노년기에는 신체적, 심리적, 사회적으로 매우 다양한 욕구가 발생하게 된다. 생애주기별로 볼 때, 신체 기능 저하와 질병의 이환은 주로 노년기에 발생하게 되며 어느 한 가지 욕구보다는 복합적인 욕구로 인해 이를 해결하기 위한 횡적 해소 방안이 요구된다고 할 수 있다. 또한 비슷한 연령대의 노인이라도 어떠한 건강 상태에 놓여 있느냐, 질환의 중증 정도와 사회경제적 수준에 따라 서비스의 수요와 욕구는 다양할 수 있다.

〔그림 4-1〕에는 노인의 상태에 따라 필요한 서비스 또는 중재 개입의 종류를 구분해 놓았다. 먼저 상태와 관계없이, 건강 수준을 유지할 수 있는 예방적 차원의 접근과 검진이 필요하다. 만성 복합 질환이 있는 노인은 임종 직전까지 질환에 대한 지속적인 관리를 해야 하기 때문에, 사전에 체계적인 모니터링이 필요하다. 일상생활을 위해 타인의 도움에 의존해야 하는 경우(ADL dependency)에도 지속적인 모니터링이 필요하다. 연령이 증가하면서 신체적, 정신적 기능이 노쇠해지는 상태의 노인에게는 모니터링과 함께, 상태가 악화되지 않도록 사전에 예방하는 접근이 필요하다. 하지만 만성질환을 동반하고, 독립적인 일상생활이 어려우며, 신체적으로 노쇠해진 상태 등 복합적인 문제에 직면하게 되면 다학제적 접근을 통한 케어(CARE)나 의료적인 개입이 필요하다고 지적하고 있다(Bergman, 2012).

〔그림 4-1〕 노인의 상태에 따른 의료서비스와 사회서비스 욕구



자료: Bergman. (2012.3.17.) 발표자료 p.8 재인용

WHO(2015)는 노인의 삶이 건강한 노화(Healthy Ageing)로 갈 수 있는데 초점을 맞춰야 하며 이를 위한 구체적인 전략이 필요하다고 강조한 바 있다. 건강한 노화란, 학계, 정책 분야에서 사용되고 있으나, 개념적 정의에 대해서는 아직까지 합의된 바가 없다. WHO의 보고서에서는 건강한 노화를 노년기의 웰빙을 가능하게 하는 '기능적 능력(Functional ability)'[25]을 유지하고, 발전시키는 일련의 과정이라고 지칭한 바 있다. 기능적 능력을 구성하는 구성 요소로 '내재적 역량(Intrinsic capacity)'[26]이 있으며 이는 건강 행위, 질병 부담과 질병으로 인한 위험 등 건강의 다양한 특징을 포함하고 있다.

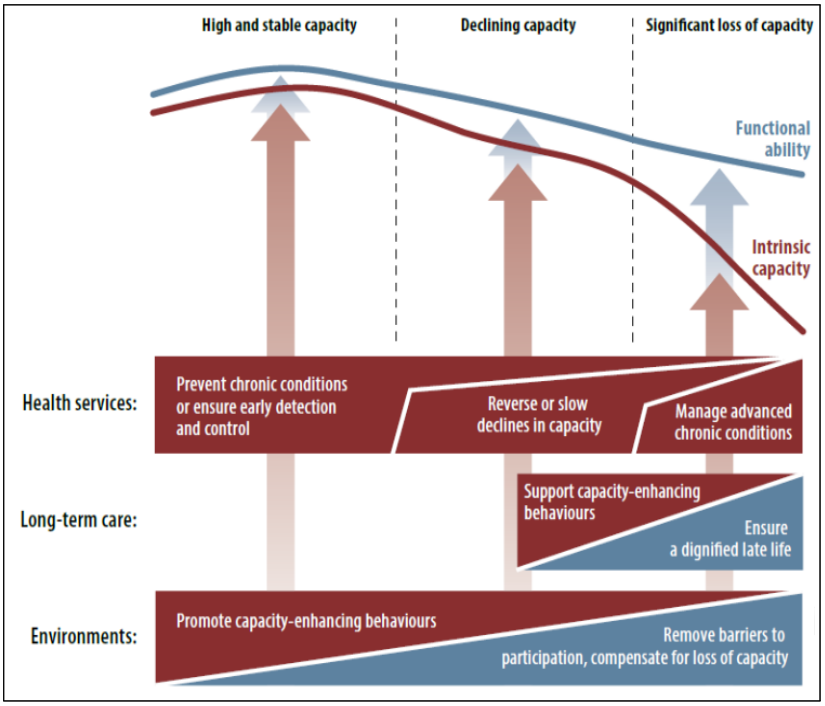
생애주기별로 살펴보면 인간은 노화할수록 기능적 능력과 내재적 역량

25) 기능적 능력이란, 사람들이 해야 하는 또는 되어야 하는 것을 가능하게 하는 총체적인 건강의 특성을 지칭함. 이는 개인의 능력 또는 개인을 둘러싼 환경의 특징, 그리고 이것들이 상호작용 하여 만들어지는 것임.

26) 개인이 가진 모든 종류의 정신적 신체적 역량을 총칭함.

이 모두 감소하고, 이것을 최대한 높여 주는 것이 보건의료서비스와 요양서비스라고 볼 수 있다. [그림 4-2]은 생애주기별 중재와 개입이 필요한 보건의료, 요양서비스의 영역을 표시한 그림이다.

[그림 4-2] 건강한 노화를 위한 보건의료-요양 서비스 유형



자료: WHO. (2015). ageing and Health. p. 33 〈figure 2.4〉 재인용

1단계는 역량이 강화된 최상의 기능 유지 단계, 2단계는 역량 감퇴 단계, 3단계는 역량 상실 단계이다. 1단계에서는 최상의 역량을 유지하기 위해 만성질환을 예방하고 빠른 시간 내에 감지할 수 있는 보건의료의 개입과 환경적 측면에서는 건강 행동을 촉진할 수 있는 개입이 필요하다. 2단계에서는 기능이 하락하고 질병의 위험으로부터 회복할 수 있도록 하

는 서비스 개입이 필요하다. 마지막으로 3단계에서는 질병의 주요 발생 원인이 고령에 의한 노쇠와 관련이 있으므로 만성질환 관리뿐만 아니라 존엄성 있는 노후를 보장하면서도 서비스를 제공받는 데 있어 장벽이 없도록 해야 한다. 또한 3단계에서는 기능이 감퇴하는 노인을 위한 장기요양서비스 제공이 동시에 이루어져야 한다. 결론적으로 노인은 의료적 욕구나 요양서비스가 복합적으로 발생하는 경우가 많으며, 이러한 복합적 문제에 직면하게 되는 경우 다학제적인 개입과 중재가 필요하다는 것으로 보여 주고 있다.

본 장에서는 먼저 노인의 다양한 욕구를 파악하기 위하여 전국노인실태조사 결과를 활용하여 노인의 의료와 요양서비스에 대한 욕구 정도를 살펴보고자 한다. 노인실태조사 분석을 통하여 노인의 욕구를 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구로 구분하였고 이를 다시 단일 욕구, 복합 욕구 집단으로 구분하여 노년기의 복합적인 욕구를 규명하고 각 욕구별 규모를 추정해 보고자 하였다. 제2절에서는 복합적인 욕구를 갖고 있는 노인에 대한 실증 분석을 위하여 노인장기요양보험 등급인정자를 대상으로 의료와 요양서비스의 수요를 분석하였다. 2015년도 노인장기요양보험인정자 중 의료와 요양서비스를 함께 이용한 노인의 이용 실태를 통해 노인의 복합적 욕구의 정도와 의료와 요양서비스 전달체계의 문제점을 도출하고자 하였다. 특히, 기존 선행연구들에서는 노인의 의료비 분석과 장기요양보험 이용 실적 각각을 분석하였으나, 본 연구에서는 노인의 복합적인 욕구를 검증하기 위하여 노인장기요양보험 등급인정자의 데이터를 추출하여 이들의 의료 이용 실적 데이터를 병합하여 함께 분석하였다. 이를 통해 의료 욕구와 돌봄 욕구를 함께 갖고 있는 복합 욕구 대상자의 의료 및 장기요양 실적을 분석해 보고 문제점을 도출해 보고자 하였다.

앞서 서론에서 언급하였듯이, 국내외 선행연구에서 노인의 의료서비스, 혹은 요양서비스 전달체계의 문제점과 연계 방안에 대한 연구가 일부 이루어졌다. 하지만 데이터를 바탕으로 현 시점의 노인이 '어떠한 수요와 욕구를 가지고 있는가'에 대한 검토는 충분히 이루어지지 않았다. 이를 파악할 수 있는 구체적이면서도 다양한 자료원이 부족하기 때문을 첫 번째 이유로 볼 수 있을 것이다. 두 번째 이유로는 급속한 고령화가 최근 들어 주요 현상으로 부각되었기 때문에 노인의 의료, 요양서비스의 욕구를 파악하기 위한 준비가 이제야 확산되는 점이 있을 것이다. 이러한 한계를 극복하기 위해 본 연구에서는 2차 자료원을 활용해 노인의 의료, 요양 욕구를 개괄적으로 살펴보는 데 주안점을 두고자 했다.

제1절 노인 의료와 요양서비스 수요 분석

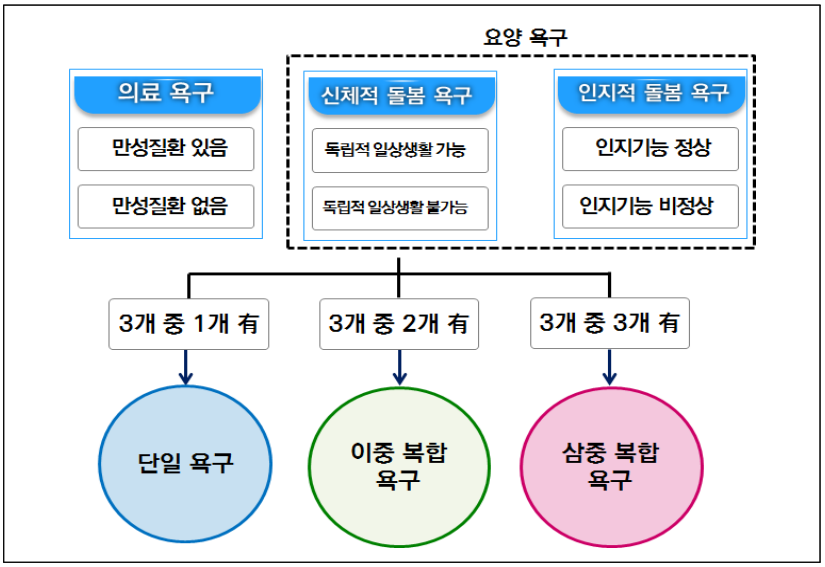
본 연구에서 활용하고 있는 노인실태조사는 전국에서 표본 추출 한 노인을 대상으로 실시하는 조사로 1994년, 1998년, 2004년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사의 후속이다. 조사의 주요 목표가 한국 노인의 생활 현황과 욕구를 파악하는 것이라는 점에서 본 연구의 목적을 달성하기에 적합하다. 가장 최근 실태 조사인 2014년도를 이용하였으며 총 1만 270명 노인의 조사 자료를 활용하였다.

1. 분석의 틀

분석의 틀은 〔그림 4-3〕과 같다. 만성질환을 한 개라도 가지고 있는 경우를 의료 욕구를 가지고 있는 것으로 보았으며, 요양 욕구는 인지 기능과 독립적 일상생활 가능 여부로 정의를 내렸다. 먼저 독립적 일상생활은 "귀하께서는 일상생활을 수행하는 데 가족이나 가족 이외의 사람에게서 도움을 받으십니까?"이며 해당 문항에서 완전 자립으로 응답하지 않은 경우를 제외한 부분 도움 또는 완전 도움이 필요한 경우를 독립적 생활이 가능하지 않다고 보았다. 인지 기능의 경우 인지 기능을 측정하는 도구[27]로 산출된 총점 30점의 평균 미만을 비정상군으로, 30점 이상의 평균 이상을 정상군으로 보고 요양 욕구를 보았다. 일반적으로 인지 기능 저하군은 치매 고위험군으로 분류되고 이들은 걷기와 외출과 같은 가벼운 일상생활도 어렵다.

27) 치매 선별에 주로 활용되는 한국형 간이 인지기능검사(MMSE_KC)

〔그림 4-3〕 노인 의료-요양 욕구 분석틀



자료: 연구진의 의견으로 도식화한 그림임.

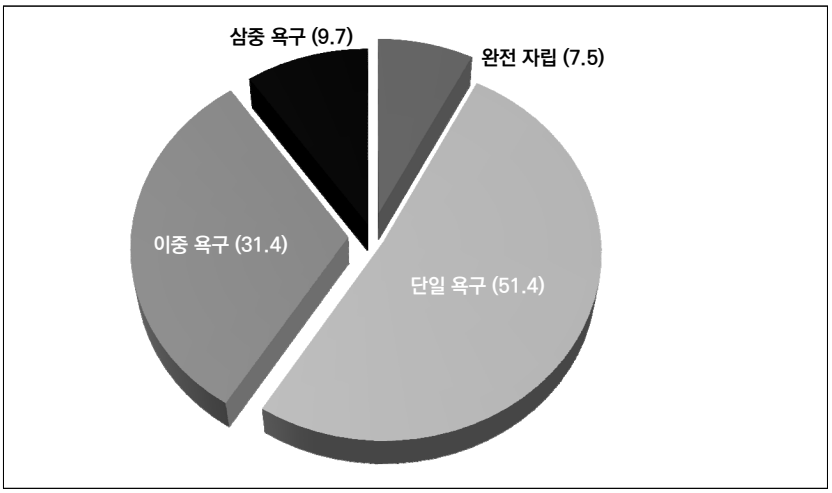
2. 의료 및 요양 욕구 분석 결과

가. 기초 분석 결과

노인실태조사 대상 노인 1만 259명의 욕구를 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구로 구분하여 노인들의 의료와 요양에 대한 수요를 분석하였다. 2가지의 복합 욕구를 가진 집단은 31.4%였으며 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구를 모두 가진 복합 욕구의 집단은 9.7%로 조사 대상 전체 노인의 41.1%는 2가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있는 것으로 나타났다. 반면 의료, 신체적 돌봄 및 인지적 돌봄 중 한 가지 욕구만 있는 집단은 전체의 51.5%였으며, 특정한 욕구가 없는 완전 자립 상태의 노인은 7.5%수준이었다.

〔그림 4-4〕 노인의 욕구 유형별 특성

(단위: %)

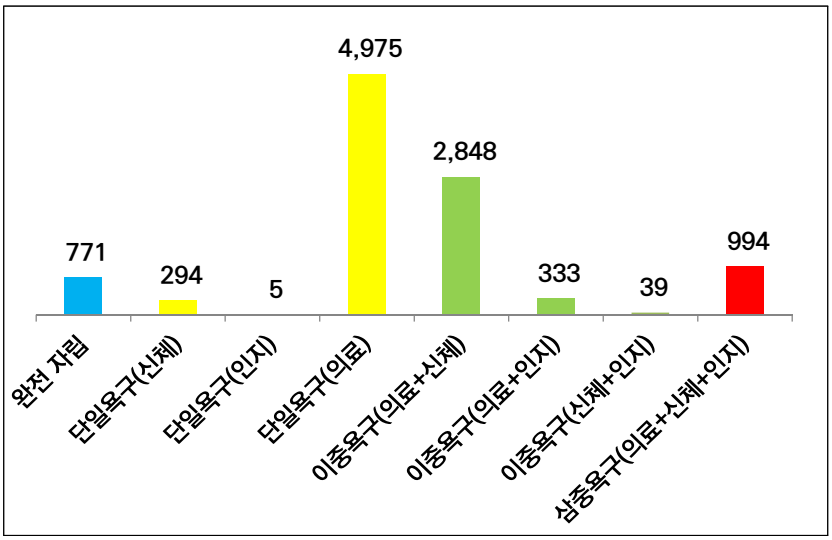


자료: 노인실태조사(2014)

욕구 유형을 보다 구체화하여 노인의 분포를 살펴보면 〔그림 4-5〕와 같다. 전체 노인 중 가장 많은 분포를 차지하는 유형은 의료 욕구를 가진 노인으로 4975명이 의료에 대한 욕구를 가지고 있었다. 반면 단일 욕구 집단 중 인지적 돌봄 욕구를 가진 사람은 5명으로 그 수가 의료 욕구를 가진 사람에 비해 작았다. 이중 욕구를 가진 집단에서는 의료 욕구와 신체적 돌봄 욕구를 가진 사람이 가장 많았으며 그 수는 2848명이었다. 신체적 돌봄 욕구와 인지적 돌봄 욕구를 가진 사람은 39명으로 이중 욕구를 가진 집단 중 가장 낮은 분포를 보였다. 이중 욕구를 가진 집단에서는 대체적으로 의료 욕구가 있는 집단이 많은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

〔그림 4-5〕 노인의 욕구 유형별 사람 수

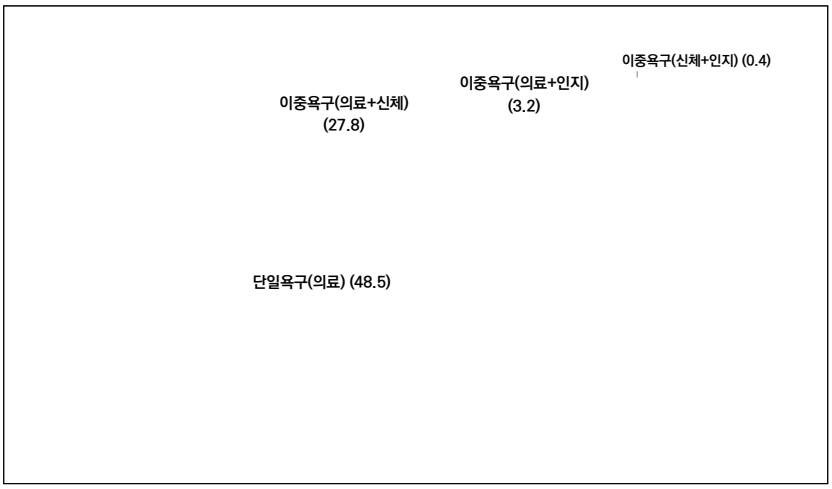
(단위: 명)



자료: 노인실태조사(2014)

〔그림 4-6〕 노인의 욕구 유형별 사람 수 분포

(단위: %)



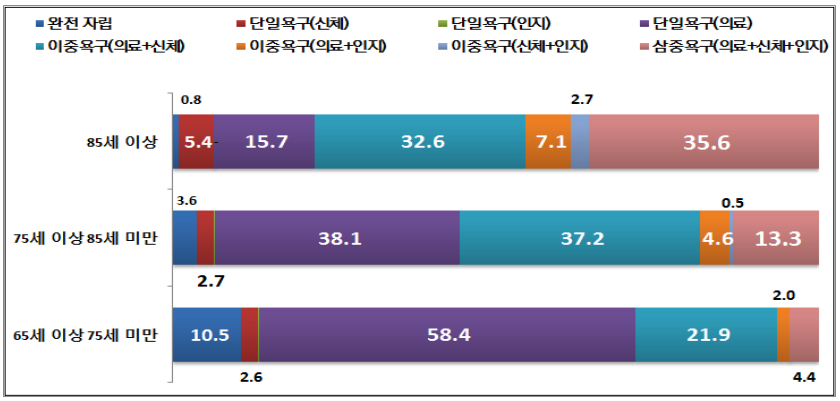
자료: 노인실태조사(2014)

〔그림 4-7〕은 노인의 연령별로 의료 및 요양 욕구를 살펴본 것이다. 연령이 증가할수록 욕구의 상태가 복잡하고 다양해지는 결과를 보여 준다. 우선 연령대가 증가할수록 복합 욕구의 증가가 두드러진다. 75세 이상 85세 미만의 노인 중 2가지 이상의 복합욕구를 갖고 있는 사람은 55.6%였으며, 85세 이상에서는 78.0%로 크게 증가하였다. 즉, 65세 이상 노인에서도 연령이 증가함에 따라 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구가 복합적으로 발생하는 경우가 많다는 것으로 보여 준다고 하겠다. 특히, 3가지의 복합욕구를 갖고 있는 노인의 비율은 65~74세는 4.4% 수준이나, 75~84세 노인은 13.3% 그리고 85세 이상에서는 35.6%로 크게 증가하였다.

85세 이상의 노인에서 가장 많은 비중을 보인 집단은 의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구를 모두 가진 삼중 욕구 집단으로 35.6%를 차지하고 있었다. 85세 이상에서 삼중 욕구 다음으로 이중 욕구(의료 욕구+신체적 돌봄 욕구)를 가진 집단이 순서를 이었다(32.6%). 75세 이상 85세 미만의 노인에서 의료 욕구만을 가진 노인(38.1%)과 의료 및 신체적 돌봄 욕구를 가진 노인(37.2%)이 많았고, 그 비중이 전체 중 절반 이상을 현저히 넘게 차지하고 있었다. 삼중 욕구를 가진 비중은 13.3%로 85세 이상 노인에 비해 절반 이하의 비중이었다. 마지막으로 65세 이상에서 75세 미만의 경우, 단일 욕구를 가진 노인의 비중이 58.4%로 가장 많았다. 반면 의료 욕구와 인지적 돌봄 욕구, 신체적 돌봄 욕구 모두 없는 완전 자립 상태는 10.5%로 타 연령에 비해 가장 높았다.

[그림 4-7] 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포

(단위: %)

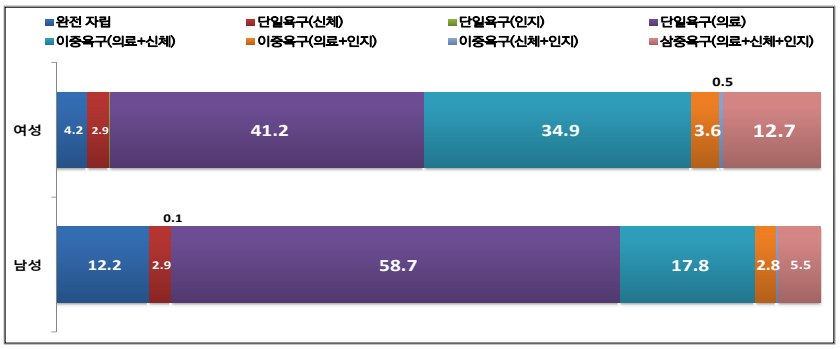


자료: 노인실태조사(2014)

여성이 남성에 비해 다양한 욕구의 비중이 높다. 여성이 남성에 비해 삼중 욕구를 가진 비중이 두 배 이상 많다. 여성은 12.7%, 남성은 5.5%이다. 반면, 건강 욕구는 남성이 12.2%, 여성이 4.2%로 남성이 약 3배 높았다. 이중 욕구(의료 욕구+신체적 돌봄 욕구)를 가진 비중은 여성 34.9%. 남성 17.8%로 약 2배 정도여성이 높은 비중을 보였다.

[그림 4-8] 성별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포

(단위: %)



자료: 노인실태조사(2014)

사회경제적 변수별로 완전 자립, 단일 욕구, 이중 욕구, 삼중 욕구로 살펴보았다. 대체적으로 사회경제적 상태가 좋을수록 건강 욕구를 가진 노인의 비중이 높았다. 이는 의료 욕구 또는 요양 욕구가 나타나기 전에 사전에 잘 관리하여 충족하거나, 나타나더라도 주변에 충족할 수 있는 다양한 자원을 활용할 수 있는 환경이 더 잘 갖추어져 있음을 시사한다.

교육 수준이 높을수록 완전 자립의 비중이 높았다. 대학교 이상의 경우 건강 욕구의 비중은 16.1%로, 무학 상태인 노인이 1.6%인 것에 반해 10배의 차이가 나고 있다. 혼인 상태별로 살펴보면, 배우자와 혼인 상태로 함께 사는 노인이 높은 비중의 완전 자립의 상태(10.1%)를 가지고 있다. 취업 상태의 노인 역시 10.8%의 완전 자립 상태로 미취업인 상태의 노인보다 4.6% 포인트 높게 나타났다.

〈표 4-1〉 사회경제적 변수별 완전 자립 분포(전체)

(단위: 명, %)

		전체	완전 자립	
			(명)	(%)
전체		10,260	771	(7.5)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	643	(10.5)
	75세 이상 85세 미만	3,401	122	(3.6)
	85세 이상	756	6	(0.8)
성별	남성	4,287	522	(12.2)
	여성	5,973	249	(4.2)
교육 수준	무학	3,106	49	(1.6)
	초등학교 졸업 이하	3,291	199	(6.0)
	고등학교 졸업 이하	3,062	394	(12.9)
	대학교 이상	800	129	(16.1)
혼인 상태	미혼	40	4	(9.7)
	기혼	6,326	641	(10.1)
	사별	3,477	91	(2.6)
	이혼/별거/기타	416	36	(8.6)
거주 지역	동	7,853	648	(8.3)
	읍면	2,407	123	(5.1)
취업 상태	취업	2,970	320	(10.8)
	미취업	7,290	451	(6.2)

자료: 노인실태조사(2014)

의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구 중 하나라도 가지고 있는 단일 욕구의 경우, 교육 수준이 높거나, 배우자와 함께 살거나, 취업 상태인 노인에게서 높게 나타났다. 전체 10,260명 중, 대학교 이상의 교육 수준을 가진 노인은 71.1%를, 무학 상태인 노인은 25.9%의 단일 욕구를 가지고 있다. 취업상태에 따라 단일 욕구를 가진 비중을 살펴보았을 때, 다른 사회경제적 상태에 비해 큰 차이는 아니지만, 취업 상태의 노인이 미취업 상태의 노인보다 단일 욕구의 비중이 높음을 알 수 있다(각 57.2%, 49.1%)

〈표 4-2〉 사회경제적 변수별 단일 욕구 분포(전체)

(단위: 명, %)

		전체	단일 욕구	
			(명)	(%)
전체		10,260	5,275	(51.4)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	3,726	(61.1)
	75세 이상 85세 미만	3,401	1,389	(40.8)
	85세 이상	756	159	(21.1)
성별	남성	4,287	2,642	(61.6)
	여성	5,973	2,633	(44.1)
교육수준	무학	3,106	803	(25.9)
	초등학교 졸업 이하	3,291	1,787	(54.3)
	고등학교 졸업 이하	3,062	2,116	(69.1)
	대학교 이상	800	569	(71.1)
혼인상태	미혼	40	17	(42.0)
	기혼	6,326	3,709	(58.6)
	사별	3,477	1,292	(37.2)
	이혼/별거/기타	416	257	(61.8)
거주지역	동	7,853	4,263	(54.3)
	읍면	2,407	1,012	(42.0)
취업상태	취업	2,970	1,699	(57.2)
	미취업	7,290	3,576	(49.1)

자료: 노인실태조사(2014)

〈표 4-3〉에서는 단일 욕구를 가진 집단을 구체화하여 살펴보았다. 대체적으로 요양 욕구 중 하나인 신체적 돌봄 욕구의 비중은 낮았다. 반면 의료 욕구의 비중은 상대적으로 컸고 사회경제적 변수별로 비중이 다르게 나타났다. 연령이 높을수록 의료 욕구의 비중이 높은 반면, 교육 수준이 높을수록 의료 욕구가 낮았다. 또한 미혼 상태와 사별 상태인 노인이 기혼 상태와 이별/별거 상태인 노인에 비해 의료 욕구를 가진 비중이 낮았다.

〈표 4-3〉 사회경제적 변수별 단일 욕구 분포(의료 욕구 및 요양 욕구)

(단위: 명, %)

구분		전체	(1) 의료 욕구		(2) 요양 욕구			
					(2-1) 인지적 돌봄 욕구		(2-2) 신체적 돌봄 요구	
			(명)	(%)	(명)	(%)	(명)	(%)
전체		10,260	4,975	(48.5)	294	(2.9)	5	(0.1)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	3,562	(58.4)	160	(2.6)	4	(0.1)
	75세 이상 85세 미만	3,401	1,294	(38.1)	93	(2.7)	1	(0.0)
	85세 이상	756	118	(15.7)	41	(5.4)	-	(0.0)
성별	남성	4,287	2,515	(58.7)	123	(2.9)	3	(0.1)
	여성	5,973	2,460	(41.2)	171	(2.9)	2	(0.0)
교육 수준	무학	3,106	684	(22.0)	118	(3.8)	1	(0.0)
	초등학교 졸업 이하	3,291	1,680	(51.0)	106	(3.2)	1	(0.0)
	고등학교 졸업 이하	3,062	2,047	(66.9)	66	(2.2)	3	(0.1)
	대학교 이상	800	564	(70.5)	5	(0.6)	0	(0.0)
혼인 상태	미혼	40	15	(37.3)	2	(4.7)	-	(0.0)
	기혼	6,326	3,528	(55.8)	178	(2.8)	3	(0.0)
	사별	3,477	1,190	(34.2)	100	(2.9)	2	(0.1)
	이혼/별거/기타	416	243	(58.3)	14	(3.5)	-	(0.0)
거주 지역	동	7,853	4,057	(51.7)	202	(2.6)	5	(0.1)
	읍면	2,407	919	(38.2)	92	(3.8)	1	(0.0)
취업 상태	취업	2,970	1,579	(53.1)	120	(4.0)	0	(0.0)
	미취업	7,290	3,397	(46.6)	174	(2.4)	5	(0.1)

자료: 노인실태조사(2014)

의료 욕구, 신체적 돌봄 욕구, 인지적 돌봄 욕구 중 두 개를 가지고 있는 이중 욕구의 경우 사회경제적 수준이 낮은 집단이 현저히 높았다.

먼저 무학 상태의 노인 중에서 절반 이상이 이중 욕구를 가지고 있었다(52.7%). 대학교 이상 교육 수준을 가진 노인 중 10.8%가 이중 욕구를 가진 것에 비하면 매우 높은 비중이다. 혼인 상태의 유형별로 살펴보면, 배우자와 사별한 상태인 노인에서 이중 욕구를 가진 비중이 가장 높았으며(43.6%), 그다음으로 미혼 상태인 노인의 이중 욕구(38.3%)가 뒤를 이었다.

〈표 4-4〉 사회경제적 변수별 이중 욕구 분포(전체)

(단위: 명, %)

구분		전체	이중 욕구	
			(명)	(%)
전체		10,260	3,220	(31.4)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	1,462	(24.0)
	75세 이상 85세 미만	3,401	1,437	(42.2)
	85세 이상	756	321	(42.5)
성별	남성	4,287	888	(20.7)
	여성	5,973	2,332	(39.0)
교육 수준	무학	3,106	1,638	(52.7)
	초등학교 졸업 이하	3,291	1,039	(31.6)
	고등학교 졸업 이하	3,062	456	(14.9)
	대학교 이상	800	87	(10.8)
혼인 상태	미혼	40	15	(38.3)
	기혼	6,326	1,580	(25.0)
	사별	3,477	1,516	(43.6)
	이혼/별거/기타	416	109	(26.2)
거주 지역	동	7,853	2,233	(28.4)
	읍면	2,407	987	(41.0)
취업 상태	취업	2,970	864	(29.1)
	미취업	7,290	2,356	(32.3)

자료: 노인실태조사(2014)

〈표 4-5〉 사회경제적 변수별 이중 욕구 분포(의료 욕구 및 요양 욕구)

(단위: 명, %)

구분		전체	(1) 의료 욕구 + 요양 욕구				(2) 요양 욕구	
			(1-1) 의료 +인지적 돌봄		(1-2) 의료 +신체적 돌봄		인지적 돌봄 +신체적 돌봄	
			(명)	(%)	(명)	(%)	(명)	(%)
전체		10,260	333	(3.2)	2,848	(27.8)	39	(0.4)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	123	(2.0)	1,336	(21.9)	2	(0.0)
	75세 이상 85세 미만	3,401	156	(4.6)	1,265	(37.2)	17	(0.5)
	85세 이상	756	54	(7.1)	247	(32.6)	21	(2.7)
성별	남성	4,287	118	(2.8)	761	(17.8)	8	(0.2)
	여성	5,973	214	(3.6)	2,086	(34.9)	32	(0.5)
교육 수준	무학	3,106	81	(2.6)	1,528	(49.2)	28	(0.9)
	초등학교 졸업 이하	3,291	144	(4.4)	885	(26.9)	10	(0.3)
	고등학교 졸업 이하	3,062	78	(2.5)	376	(12.3)	2	(0.1)
	대학교 이상	800	29	(3.6)	58	(7.2)	-	(0.0)
혼인 상태	미혼	40	2	(4.0)	14	(34.2)	-	(0.0)
	기혼	6,326	181	(2.9)	1,390	(22.0)	9	(0.1)
	사별	3,477	137	(3.9)	1,348	(38.8)	31	(0.9)
	이혼/별거/기타	416	13	(3.2)	96	(23.0)	-	(0.0)
거주 지역	동	7,853	264	(3.4)	1,942	(24.7)	27	(0.3)
	읍면	2,407	69	(2.9)	906	(37.6)	12	(0.5)
취업 상태	취업	2,970	33	(1.1)	829	(27.9)	2	(0.1)
	미취업	7,290	300	(4.1)	2,019	(27.7)	37	(0.5)

자료: 노인실태조사(2014)

세 가지 유형의 욕구를 모두 가진 노인은 사회경제적 수준이 낮은 경우 그 특징이 두드러진다. 어떠한 교육도 이수하지 않은 무학의 노인은 삼중 욕구가 19.8%인 것에 반해, 대학교 이상의 교육 수준을 가진 노인은 1.9%로 열 배 이상 차이가 났다. 혼인 상태에서도 사별인 노인이 16.6%로 기혼 상태의 노인의 삼중 욕구(6.3%)보다 10% 포인트가량 차이가 났다. 마지막으로 취업 상태의 노인은 3.0%, 미취업 상태의 노인은 12.4%로 3배 이상 차이를 보였다.

〈표 4-6〉 사회경제적 변수별 삼중 욕구 분포(전체)

(단위: 명, %)

구분		전체	삼중 욕구	
			(명)	(%)
전체		10,260	994	(9.7)
연령	65세 이상 75세 미만	6,103	272	(4.4)
	75세 이상 85세 미만	3,401	453	(13.3)
	85세 이상	756	269	(35.6)
성별	남성	4,287	235	(5.5)
	여성	5,973	759	(12.7)
교육 수준	무학	3,106	616	(19.8)
	초등학교 졸업 이하	3,291	266	(8.1)
	고등학교 졸업 이하	3,062	96	(3.1)
	대학교 이상	800	15	(1.9)
혼인 상태	미혼	40	4	(10.0)
	기혼	6,326	397	(6.3)
	사별	3,477	579	(16.6)
	이혼/별거/기타	416	14	(3.4)
거주 지역	동	7,853	709	(9.0)
	읍면	2,407	285	(11.8)
취업 상태	취업	2,970	88	(3.0)
	미취업	7,290	906	(12.4)

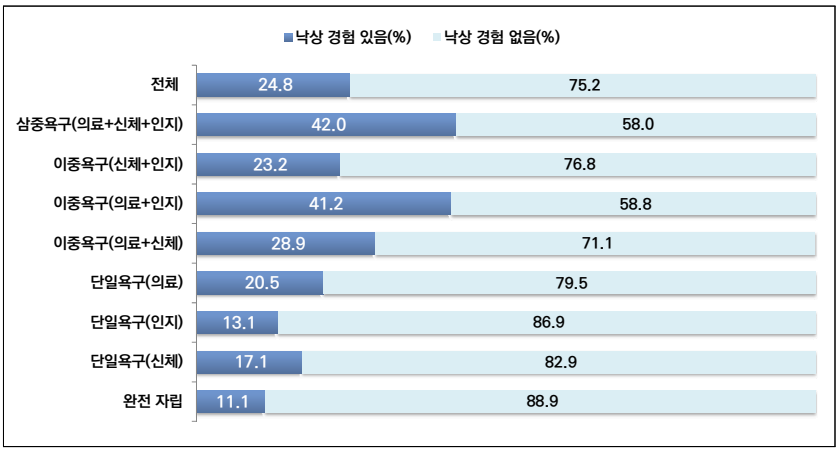
자료: 노인실태조사(2014)

나. 낙상 경험율과 낙상의 두려움

욕구가 다양하고 복잡할수록 낙상 경험율이 높았다. 낙상 경험율이 가장 높은 집단은 삼중 욕구를 가진 집단으로 경험율이 42.0%이다. 반면 욕구가 없는 집단(건강 욕구)은 11.1%로 낙상 경험율이 가장 낮았다. 욕구의 수준이 높을수록 낙상에 대한 두려움도 컸다. 특히 삼중 욕구를 가진 집단은 많이 두렵다고 대답한 사람이 78.6%로 가장 높았으며 완전 자립 상태의 노인 절반 이상(53.8%)이 두렵지 않다고 대답했다.

〔그림 4-9〕 욕구 유형별 낙상 경험율

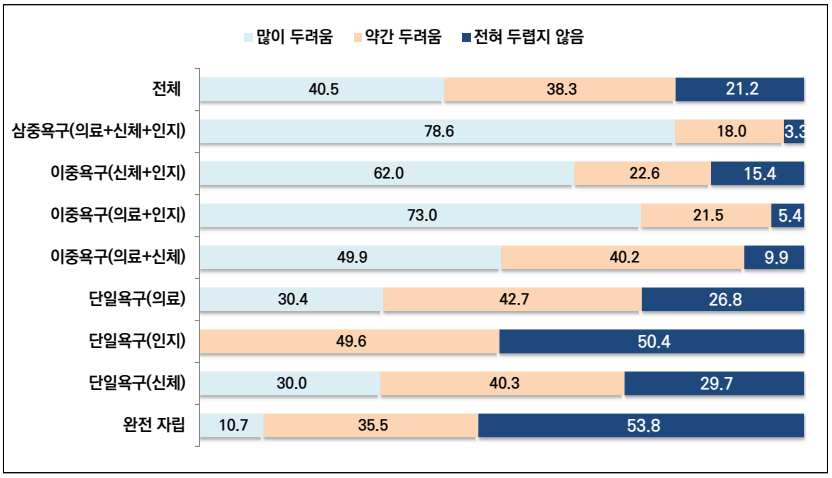
(단위: %)



자료: 노인실태조사(2014)

〔그림 4-10〕 낙상에 대한 두려움

(단위: %)



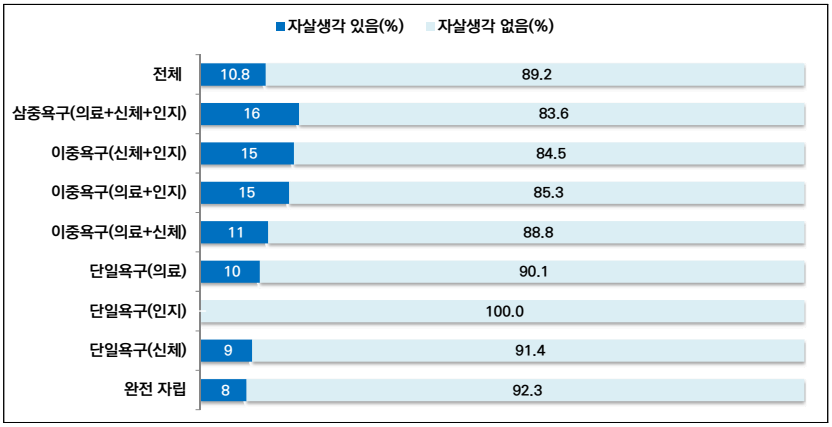
자료: 노인실태조사(2014)

다. 자살 생각 경험율

욕구의 개수가 많을수록 자살 생각을 가졌던 경험율이 높게 나타났다. 특히 의료 욕구, 자립, 인지적 돌봄 욕구를 모두 가진 노인의 경우 자살 생각을 한 번이라도 했던 경험률이 16.0%로 완전 자립 상태가 8.0%인 것에 비해 확연히 높은 수치임을 알 수 있다.

〔그림 4-11〕 욕구 유형별 자살 생각 경험율

(단위: %)



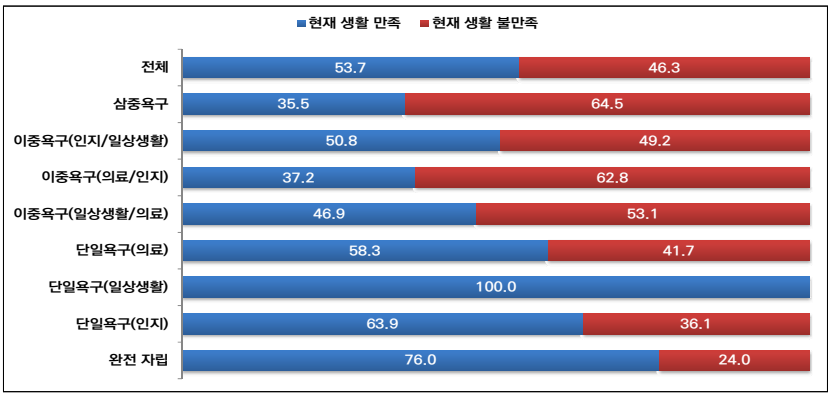
자료: 노인실태조사(2014)

라. 일상생활에 대한 만족도

일상생활의 만족도에서도 욕구 유형별 차이가 나타난다. 노인 전체에서 일상생활에 대한 만족도가 보통 이상이라고 대답한 경우는 전체 중 53.7%로 절반 이상이었다. 반면, 삼중 욕구를 가진 노인은 35.5%의 만족을 보이고, 64.5% 불만족을 보여, 욕구가 많은 노인에게서 생활에 대한 불만족 수준이 높음을 알 수 있다. 반면, 의료 욕구, 요양 욕구가 모두 없는 건강 욕구의 노인은 생활에 대한 만족도가 76.0%로 평균에 비해서도 높았다.

〔그림 4-12〕 욕구 유형별 일상생활 만족도

(단위: %)

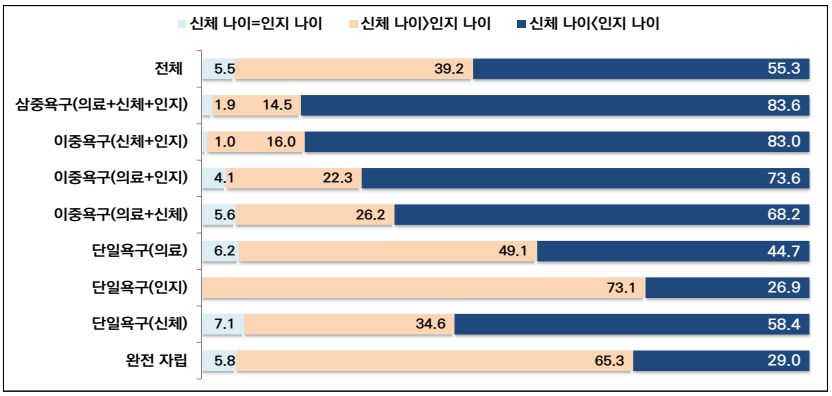


마. 자가 건강 수준 및 건강 상태에 따른 나이

욕구가 없는 건강 욕구 집단은 본인의 신체 연령보다 인지하고 있는 연령이 낮은 경향이 큰 반면, 욕구가 많을수록, 반대의 경향을 보였다.

〔그림 4-13〕 욕구 상태에 따른 신체 나이와 실제 인지 나이와의 차이

(단위: %)

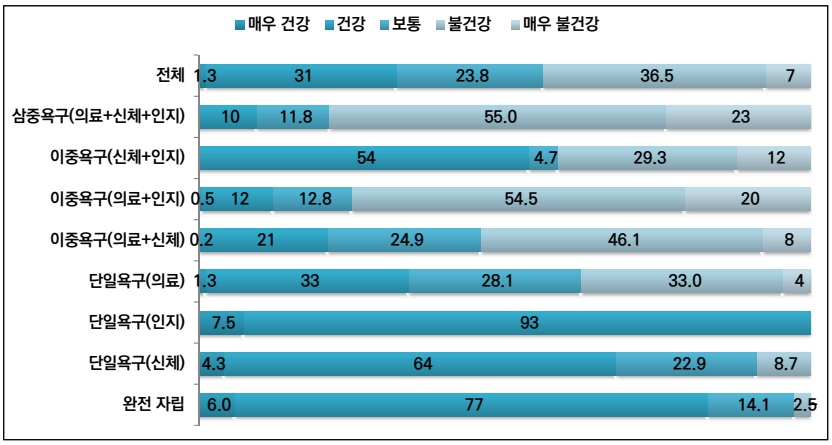


자료: 노인실태조사(2014)

완전 자립 상태의 노인이 본인의 건강 수준에 대해 매우 건강하다고 대답한 비율이 6.0%, 건강하다고 대답한 비율이 77.0%로 큰 규모였다. 반면, 삼중 욕구를 가진 집단은 불건강 또는 매우 불건강하다고 대답한 비율이 각 55.0%, 23.0%로 반대의 결과를 보였다.

[그림 4-14] 욕구 상태에 따른 자가 건강 수준

(단위: %)

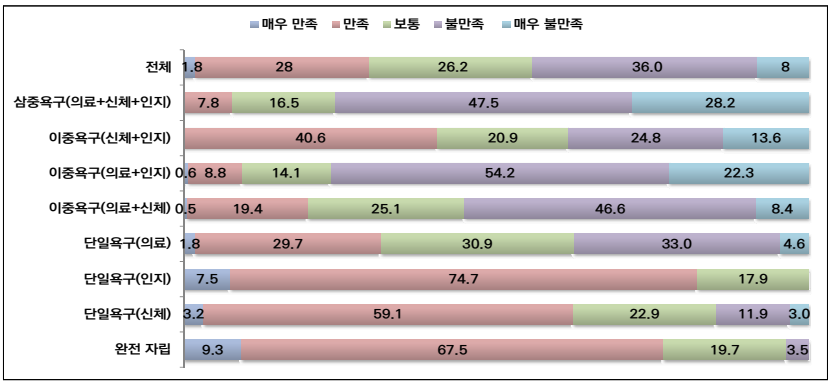


자료: 노인실태조사(2014)

본인의 건강 상태에 대한 만족도는 의료 욕구와 요양 욕구가 적을수록 높았다. 완전 자립 상태를 가진 노인의 건강 수준 만족도는 매우 만족 9.3%, 만족 67.5%인 반면, 삼중 욕구를 가진 노인의 건강 상태에 대한 만족 수준은 불만족이 47.5%, 매우 불만족이 28.2%로 불만족의 경향이 더 높았다.

〔그림 4-15〕 욕구 상태에 따른 건강 상태 만족도

(단위: %)



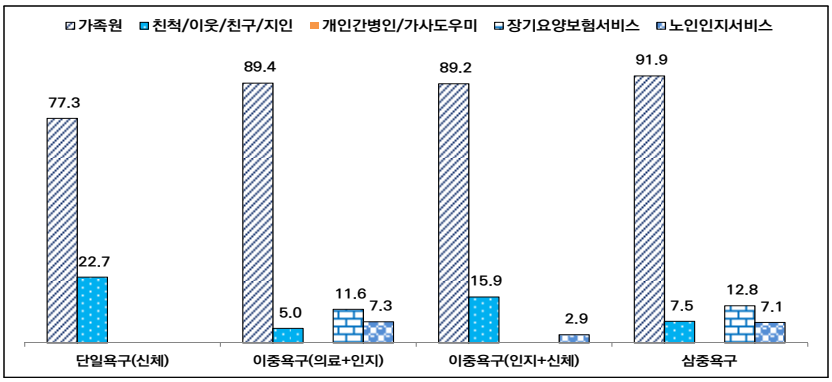
자료: 노인실태조사(2014)

바. 생활의 도움을 받는 지인

이중 욕구와 삼중 욕구를 가진 일부 노인은 친척, 장기요양보험서비스, 노인 돌봄 서비스를 지원받고 있지만, 대체적으로 가족으로부터 생활의 도움을 받고 있었다.

〔그림 4-16〕 욕구 상태에 따른 생활의 도움을 받은 지인

(단위: %)



자료: 노인실태조사(2014)

사. 노인의 의료 및 요양 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성

1) 단일 욕구

노인의 의료 및 요양 욕구에 영향을 미치는 다양한 결정요인을 살펴보기 위해 회귀분석을 실시하였다. 주요 변수로 연령, 성별, 교육 수준, 혼인 상태, 소득 분위, 거주 지역, 취업 상태를 넣었으며, 완전 자립 상태인 노인을 비교 집단으로 두고 욕구에 미치는 영향을 살펴보았다.

〈표 4-7〉은 단일 욕구(의료 욕구나 인지적 돌봄 욕구, 신체적 돌봄 욕구 중 하나라도 가지고 있는 경우)를 가진 노인의 결과이다. 신체적 돌봄 욕구를 가진 집단을 제외하고, 인지적 돌봄 욕구와 의료 욕구에서 남성에 비해 대체적으로 여성에서 욕구를 가질 가능성이 높았다. 의료 욕구의 경우 β: 0.51, 인지적 돌봄 욕구는 β: 0.43으로 유의했다.

의료 욕구 또는 인지적 돌봄 욕구를 가진 노인 집단의 경우, 교육 수준이 높을수록 그 경향이 낮게 나타났다. 특히 인지적 돌봄 욕구에서 무학에 비해, 대학교 이상의 교육 수준이 인지적 돌봄 욕구를 가질 가능성이 β: -3.74으로 낮게 나타났다. 또한 남성에 비해 여성이 의료 욕구 또는 인지적 돌봄 욕구를 가질 가능성이 높았다(의료 욕구 β: 0.51, 인지적 돌봄 욕구 β: 0.43). 소득 수준에서는, 낮은 소득 집단에 비해 높은 소득 집단이 의료 욕구나 요양 욕구를 가질 가능성이 낮게 나타났으나, 대체적으로 유의하지는 않았다.

〈표 4-7〉 노인의 단일 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성

		(1) 의료 욕구		(2) 요양 욕구			
				(2-1) 인지적 돌봄 욕구		(2-2) 신체적 돌봄 욕구	
		β	*p-value*	*β*	*p-value*	*β*	*p-value*
연령	65세 이상 75세 미만						
	75세 이상 85세 미만	0.51	0.000	0.72	0.000	0.61	0.447
	85세 이상	0.85	0.031	2.17	0.000	-13.89	0.996
성별	남성						
	여성	0.51	0.000	0.43	0.008	-1.09	0.257
교육 수준	무학						
	초등학교 졸업 이하	-0.25	0.129	-1.28	0.000	-0.23	0.853
	고등학교 졸업 이하	-0.46	0.005	-2.00	0.000	-0.26	0.836
	대학교 이상	-0.56	0.004	-3.74	0.000	-0.50	0.753
혼인 상태	미혼						
	기혼	0.46	0.476	0.64	0.587	14.38	0.998
	사별	0.75	0.249	0.91	0.442	15.87	0.998
	이혼/별거/기타	0.53	0.424	0.87	0.476	0.32	1.000
소득 분위	1분위						
	2분위	0.21	0.244	0.06	0.813	-0.68	0.592
	3분위	-0.02	0.911	-0.35	0.172	-14.75	0.988
	4분위	-0.09	0.588	-0.16	0.520	-1.13	0.382
	5분위	-0.16	0.333	-0.36	0.163	-0.16	0.875
거주 지역	동						
	읍면	0.15	0.140	0.41	0.010	0.49	0.577
취업 상태	취업						
	미취업	0.17	0.063	-0.26	0.096	1.35	0.228
상수항		1.32	0.044	-0.40	0.738	-19.32	0.998

자료: 노인실태조사(2014)

2) 이중 욕구

〈표 4-8〉은 완전 자립 상태인 노인과 비교했을 때, 이중 욕구에 영향을 미치는 요인을 살펴본 결과이다. 의료 욕구와 요양 욕구(인지적 돌봄 욕구)를 가진 집단에서 연령과 성별, 교육 수준, 소득 수준, 거주 지역이 유의한 변수로 나타났다. 연령이 높고, 여성일수록 해당 욕구를 가질 가능성이 높게 나타났으며, 소득 수준이 높고, 교육 수준이 낮을수록 그 가능성이 낮은 경향을 보였다.

의료 욕구와 신체적 돌봄 욕구를 동시에 가진 노인에서는 연령과 성별, 취업 상태가 유의한 변수였다. 취업 상태에 비해 미취업 상태, 그리고 65세 이상 75세 미만 연령에 비해 높은 연령에서 해당 욕구를 가질 가능성이 높았다. 교육 수준이 높을수록 해당 욕구를 가질 가능성은 낮게 나타났다. 마지막으로 신체적 돌봄 욕구와 인지적 돌봄 욕구를 모두 가진 요양 욕구 집단에서는 연령과 교육 수준이 유의했다. 타 집단과 동일하게 연령이 높을수록 요양 욕구를 가질 경향이 두드러졌다.

세 집단(단일 욕구, 이중 욕구, 삼중 욕구)의 결과를 살펴보았을 때 대체적으로 사회경제적 특성이 욕구에 미치는 영향이 그 수준에서는 차이가 있었으나 패턴은 동일했다. 즉, 연령이 높을수록, 여성일수록, 미취업 상태일수록 욕구를 가질 경향이 높았다. 반대로 교육 수준과 소득 수준이 높을수록 경향성이 낮았다.

〈표 4-8〉 노인의 이중 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성

		(1) 의료 욕구 + 요양 욕구				(2) 요양 욕구 (인지적 돌봄 +신체적 돌봄)	
		(1-1) 의료 +인지적 돌봄		(1-2) 의료 +신체적 돌봄			
		β	*p-value*	*β*	*p-value*	*β*	*p-valu*
연령	65세 이상 75세 미만						
	75세 이상 85세 미만	0.96	0.000	1.40	0.000	1.96	0.000
	85세 이상	1.70	0.000	2.63	0.000	4.04	0.000
성별	남성						
	여성	0.97	0.000	0.58	0.000	0.46	0.361
교육 수준	무학						
	초등학교 졸업 이하	-1.39	0.000	-0.50	0.023	-1.89	0.000
	고등학교 졸업 이하	-2.41	0.000	-1.18	0.000	-3.89	0.000
	대학교 이상	-2.88	0.000	-1.28	0.000	-15.57	0.978
혼인 상태	미혼						
	기혼	0.44	0.509	0.41	0.729	13.60	0.996
	사별	0.77	0.254	0.72	0.544	14.46	0.996
	이혼/별거/기타	0.08	0.906	0.89	0.463	0.79	1.000
소득 분위	1분위						
	2분위	-0.02	0.926	0.50	0.059	0.32	0.591
	3분위	-0.36	0.038	0.46	0.071	0.49	0.388
	4분위	-0.65	0.000	0.32	0.211	-0.12	0.852
	5분위	-0.70	0.000	0.09	0.744	0.24	0.683
거주 지역	동						
	읍면	0.52	0.000	0.51	0.002	0.72	0.066
취업 상태	취업						
	미취업	0.23	0.020	1.54	0.000	0.97	0.063
상수항		1.65	0.016	-2.97	0.014	-17.81	0.995

자료: 노인실태조사(2014)

3) 삼중 욕구

마지막으로 의료 욕구와 요양 욕구(인지적 돌봄+신체적 돌봄)를 모두 가진 삼중 욕구 집단의 결과를 〈표 4-9〉에 나타내었다. 해당 집단에서 유의한 변수는 연령과 성별, 교육 수준, 거주 지역과 취업 상태로, 혼인상태와 소득 상태를 제외하고는 대체적으로 유의했다.

앞서 살펴본 집단과 비교했을 때, 연령이 삼중 욕구에 영향을 미치는 영향은 컸다. 65세 이상 75세 미만에 비해, 85세 이상이 해당 욕구를 가질 가능성은 매우 높았고 그 수준도 유의했다(β: 3.20). 남성에 비해 여성이 욕구를 가질 가능성이 높았으나, 이중 욕구, 단일 욕구 집단과 비슷한 수준의 결과를 보였다(β: 0.97). 동 지역에 비해 읍면 지역에 거주하는 노인이 삼중 욕구를 가지는 경향이 높았고, 취업 상태에 비해 미취업 상태인 노인에게서도 동일한 패턴의 결과를 보였다.

〈표 4-9〉 노인의 삼중 욕구에 영향을 미치는 사회경제적 특성

		삼중 욕구	
		β	*p-value*
연령	65세 이상 75세 미만		
	75세 이상 85세 미만	1.52	0.000
	85세 이상	3.20	0.000
성별	남성		
	여성	0.97	0.000
교육 수준	무학		
	초등학교 졸업 이하	-1.65	0.000
	고등학교 졸업 이하	-2.74	0.000
	대학교 이상	-3.28	0.000
혼인 상태	미혼		
	기혼	0.82	0.341
	사별	1.13	0.190
	이혼/별거/기타	0.24	0.791
소득 분위	1분위		
	2분위	0.27	0.190
	3분위	0.00	0.991
	4분위	-0.19	0.339
	5분위	-0.25	0.210
거주 지역	동		
	읍면	0.59	0.000
취업 상태	취업		
	미취업	1.55	0.000
상수항		-1.59	0.070

자료: 노인실태조사(2014)

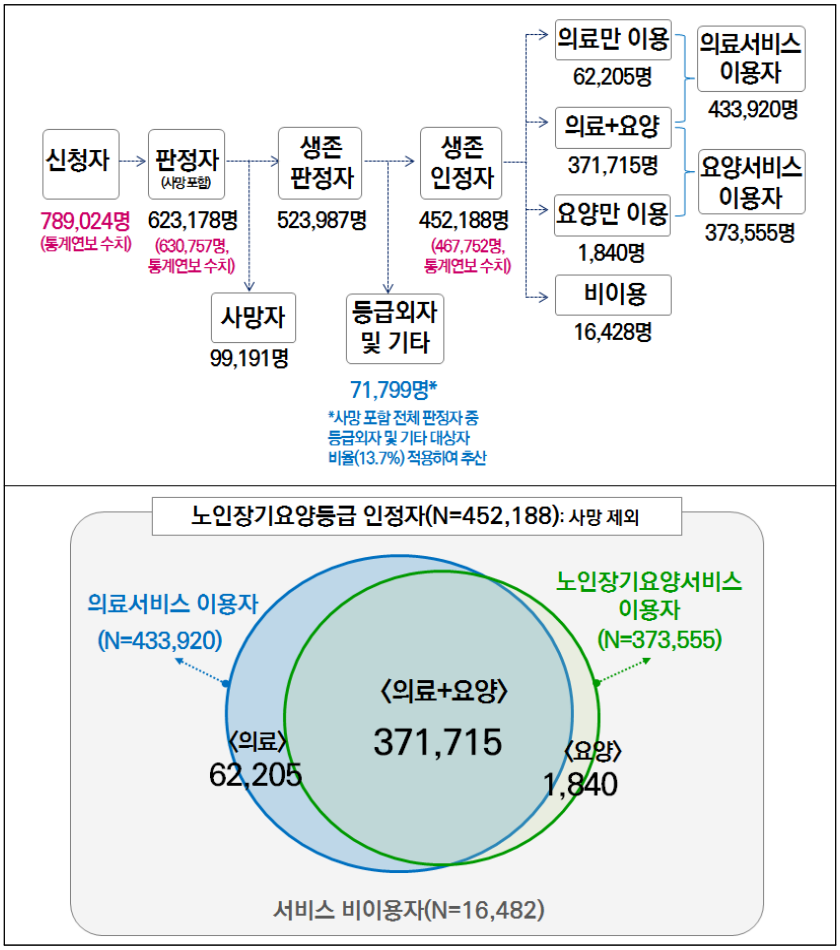
제2절 노인 의료와 요양 서비스 실태 분석

앞서 살펴본 것과 같이 노년기에는 의료적 욕구, 신체적 욕구, 인지적 욕구 등 매우 다양하게 발생하고 있었으며 노인의 복합적인 욕구 발생 비율도 41.1%로 높은 것을 알 수 있었다. 본 절에서는 이러한 복합 욕구를 갖고 있는 노인의 의료와 요양의 이용 실태를 분석하기 위하여 노인장기요양등급인정자의 의료 이용 실적 데이터를 병합하여 복합 욕구 대상자의 이용 실적을 분석하였다. 이를 위해 국민건강보험공단의 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료와 장기요양 실적 자료를 분석하였다. 사망자를 포함한 전체 노인장기요양보험 등급 판정자 수는 62만 3178명이었으며, 이 중 사망자(N=99,191)와 등급 외자(N=71,799)를 제외한 '생존하여 있는 노인장기요양보험 등급인정자 수'는 45만 2188명이었다.

해당 인정자 중 의료서비스를 이용한 경험이 있는 대상자는 43만 3920명이었고, 장기요양급여서비스를 이용한 경험이 있는 대상자는 37만 3555명이었으며, 의료와 요양서비스를 모두 이용하지 않은 대상자도 1만 6428명이 있었다. 이중 의료 및 요양의 복합 서비스 욕구를 지닌 대상자를 파악하기 위하여 장기요양급여서비스를 이용한 경험이 있는 인정자(N=373,555) 중 의료기관 입원 및 외래 의료서비스를 이용한 경험이 있는 대상자를 별도로 추출한 결과 37만 1715명이 있었다. 즉, 45만 2188명의 인정자 중 의료 및 요양급여서비스를 모두 이용한 대상자는 37만 1715명(82.2%), 의료서비스만 이용한 대상자는 6만 2205(13.8%)명, 장기요양급여서비스만 이용한 대상자는 1840명(0.4%), 그 어떤 서비스도 이용하지 않은 대상자는 1만 6428명(3.6%)이었다.

먼저 장기요양서비스 이용자의 급여 이용 행태를 분석하였으며, 다음으로 장기요양 및 의료서비스 복합 수요자의 의료 이용 행태를 분석하였다.

〔그림 4-17〕 의료 및 요양 수요분석 대상자 추출 과정 및 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

1. 장기요양서비스 이용 행태 개괄

장기요양등급인정자 중 장기요양급여와 의료서비스를 이용한 경험이 있는 대상자(N=373,555)의 이용 실태를 분석 한 결과는 다음과 같다.

전체 대상자 중 여성의 비율이 약 74.1%로 높게 나타났고 연령별로는 75~84세가 45.6%, 85세 이상이 29.7%로 고령의 여성 비율이 높게 나타나고 있다. 등급별로는 3등급 인정자가 39.1%로 가장 많았고 4등급이 36.1%로 3등급과 4등급 인정자가 전체 대상자의 4명중 3명(75.1%) 수준으로 많았다.

〈표 4-10〉 노인장기요양등급인정자의 사회경제학적 특성에 따른 요양비 현황(1)

구분		이용자 수 (단위: 명)	장기요양 일수 (단위:천 일)	총요양비 (단위:백만 원)	법정 본인부담금 (단위: 백만 원)
계		373,555	107,728	3,764,749	446,881
성	남자	96,758	27,452	875,810	103,039
	여자	276,797	80,275	2,888,939	343,842
연령	65세 미만	21,640	6,414	202,544	17,548
	65~74세	70,396	20,642	663,173	74,943
	75~84세	170,407	48,054	1,688,723	206,338
	85세 이상	111,112	32,618	1,210,309	148,052
지역	대도시	194,498	57,908	1,908,532	230,779
	중소 도시	118,591	33,755	1,239,860	146,388
	농어촌	60,466	16,064	616,358	69,714
보험 유형	지역 가입자	92,336	26,394	934,189	123,930
	직장 가입자	214,720	60,628	2,083,396	316,466
	의료보호	66,499	20,706	747,164	6,485
주거 유형	독거	95,357	28,543	1,087,447	53,573
	동거	278,198	79,185	2,677,303	393,308
장애 유무	비장애	224,364	62,064	2,272,261	277,617
	장애	149,191	45,663	1,492,488	169,264
소득 수준	의료급여	72,493	22,399	805,222	14,958
	1분위	56,759	16,885	609,438	63,035
	2분위	30,801	8,696	304,954	40,221
	3분위	37,821	10,664	365,394	54,491
	4분위	56,129	15,840	539,538	87,567
	5분위	119,552	33,244	1,140,204	186,610
요양 등급	1등급	26,870	9,586	349,020	43,690
	2등급	55,457	18,668	707,667	90,472
	3등급	145,925	44,470	1,506,038	180,499
	4등급	134,733	33,499	1,143,468	126,091
	5등급	10,570	1,504	58,557	6,129

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

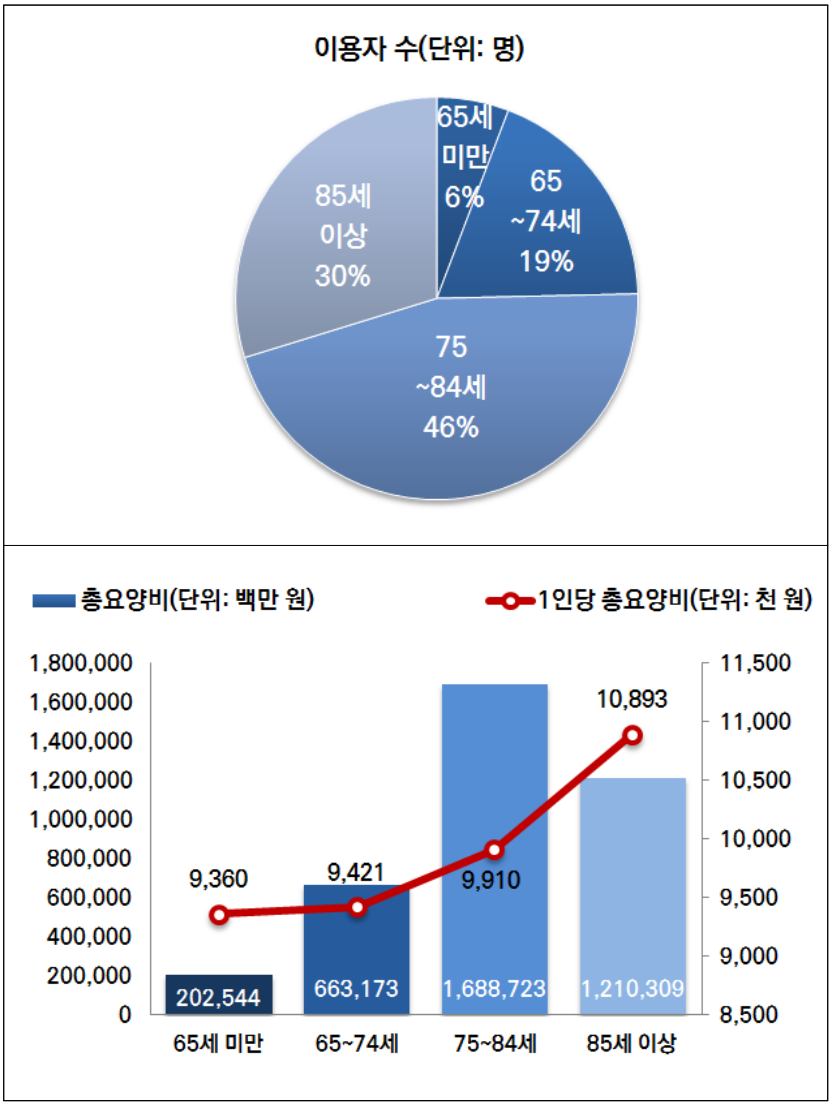
1인당 요양비는 연령이 증가할수록, 장기요양등급이 1등급에 가까울수록 증가하였다. 1인당 요양 일수는 연령이 아닌 요양 등급에 영향을 받으며, 1등급의 경우 평균 357일에 이르렀다.

〈표 4-11〉 노인장기요양등급인정자의 사회경제학적 특성에 따른 요양비 현황(2)

구분		1인당 총요양비 (단위: 원)	1인당 법정 본인부담금 (단위: 원)	1인당 장기요양 일수(단위: 일)	일당 요양비 (단위: 원)
계		10,078,166	1,196,292	288	34,947
성	남자	9,051,551	1,064,915	284	31,903
	여자	10,437,033	1,242,217	290	35,988
연령	65세 미만	9,359,705	810,891	296	31,577
	65~74세	9,420,608	1,064,594	293	32,128
	75~84세	9,909,939	1,210,854	282	35,142
	85세 이상	10,892,696	1,332,457	294	37,106
지역	대도시	9,812,603	1,186,535	298	32,958
	중소 도시	10,454,925	1,234,394	285	36,731
	농어촌	10,193,458	1,152,949	266	38,368
보험 유형	지역 가입자	10,117,280	1,342,161	286	35,395
	직장 가입자	9,702,852	1,473,854	282	34,364
	의료보호	11,235,715	97,521	311	36,084
주거 유형	독거	11,403,952	561,815	299	38,099
	동거	9,623,731	1,413,770	285	33,811
장애 유무	비장애	10,127,567	1,237,352	277	36,612
	장애	10,003,874	1,134,544	306	32,685
소득 수준	의료급여	11,107,583	206,333	309	35,949
	1분위	10,737,285	1,110,567	297	36,093
	2분위	9,900,775	1,305,832	282	35,067
	3분위	9,661,132	1,440,751	282	34,265
	4분위	9,612,469	1,560,097	282	34,063
	5분위	9,537,306	1,560,913	278	34,298
요양 등급	1등급	12,989,201	1,625,977	357	36,410
	2등급	12,760,637	1,631,397	337	37,908
	3등급	10,320,632	1,236,927	305	33,867
	4등급	8,486,918	935,859	249	34,134
	5등급	5,539,893	579,829	142	38,923

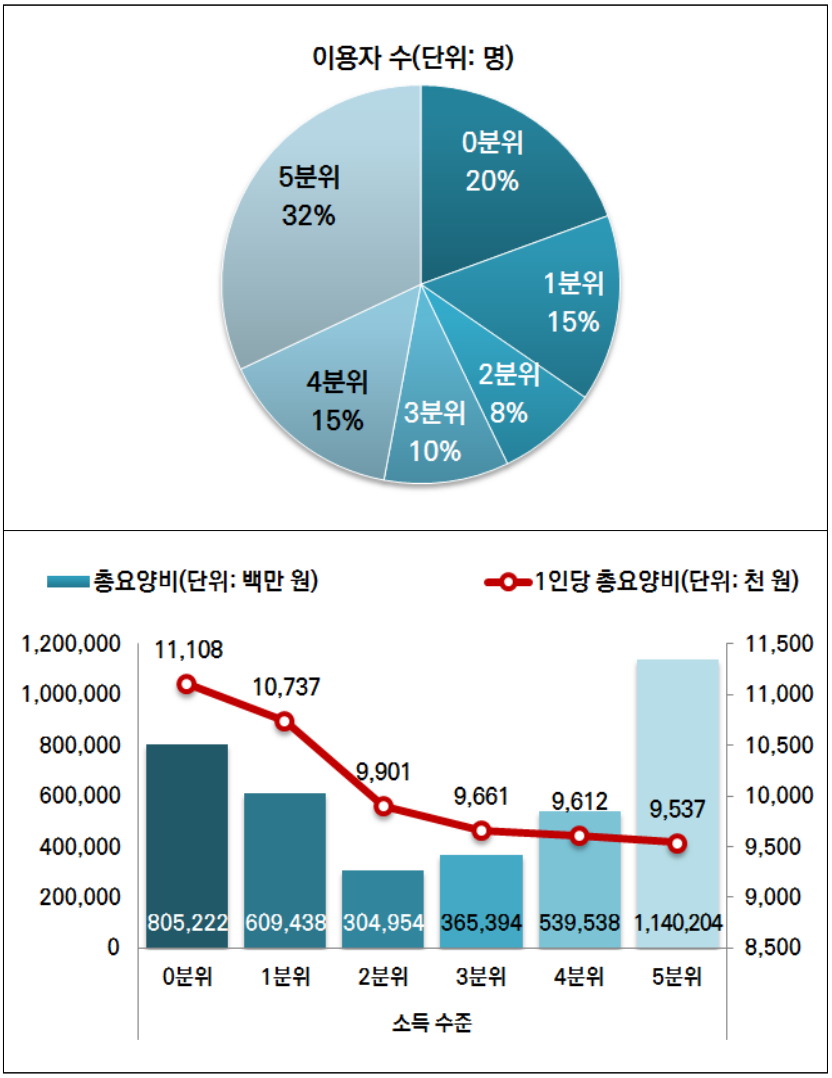
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-18〕 연령별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황(2015년도)



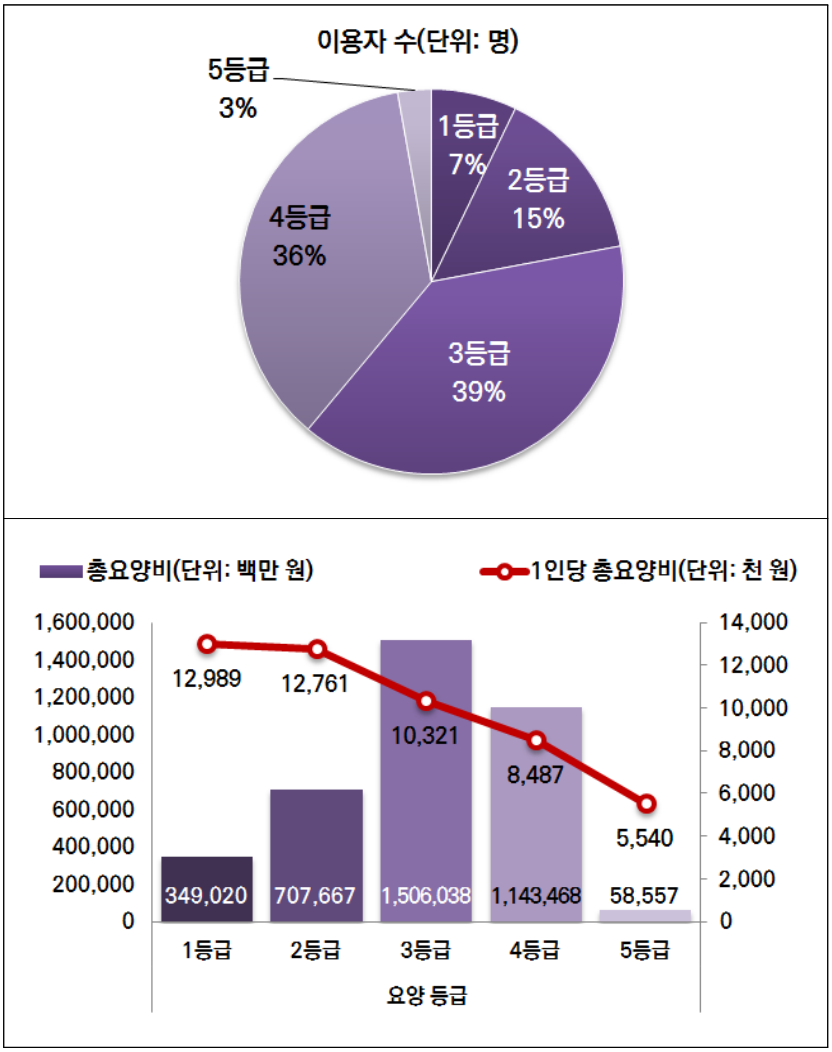
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

[그림 4-19] 소득 수준별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황(2015년도)



자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-20〕 장기요양등급별 요양서비스 이용자 수, 총요양비, 1인당 총요양비 현황 (2015년도)



자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

2. 급여 유형별 노인장기요양 세부 이용 실적

〈표 4-12〉 급여 유형(재가, 시설)별 급여 실적 현황(2015년도)

	전체	재가	시설
이용자 수 (단위: 명)	373,555	267,056	129,027
장기요양 일수 (단위: 천 일)	107,728	70,158	37,570
총요양비 (단위: 백만 원)	3,764,749	1,866,621	1,898,128
법정 본인부담금 (단위: 백만 원)	446,881	203,286	243,595
1인당 총요양비 (단위: 원)	10,078,166	6,989,624	14,711,093
1인당 법정 본인부담금 (단위: 원)	1,196,292	761,211	1,887,938
1인당 장기요양 일수 (단위: 일)	288	263	291
일당 요양비 (단위: 원)	34,947	26,606	50,523

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

가. 이용자 수 세부 현황

연령별로는 75~84세 대상자 수가 가장 많았는데, 해당 연령군은 특히 재가급여를 이용하는 비중이 높았다.

소득분위별로는 소득분위가 가장 낮은 대상자와 가장 높은 대상자에서 각각 재가서비스 이용자 수가 많아 U자 곡선 형태를 보였고, 특히 소득 5분위의 재가급여 이용자 수가 많았다.

요양급여 등급별로는 1,2 등급 대상자의 경우 시설급여와 재가급여 이용자 수 비중이 비슷했으나, 3,4 등급에서는 재가급여 이용자 수가 훨씬

많았다. 특히 3,4등급 대상자의 경우, 타 등급에서는 이용 빈도가 적은 '주야간 보호 및 단기 보호' 이용자 수가 많은 특징이 있었다.

〈표 4-13〉 급여유형별 장기요양서비스 이용자 수 세부 현황(2015년도)

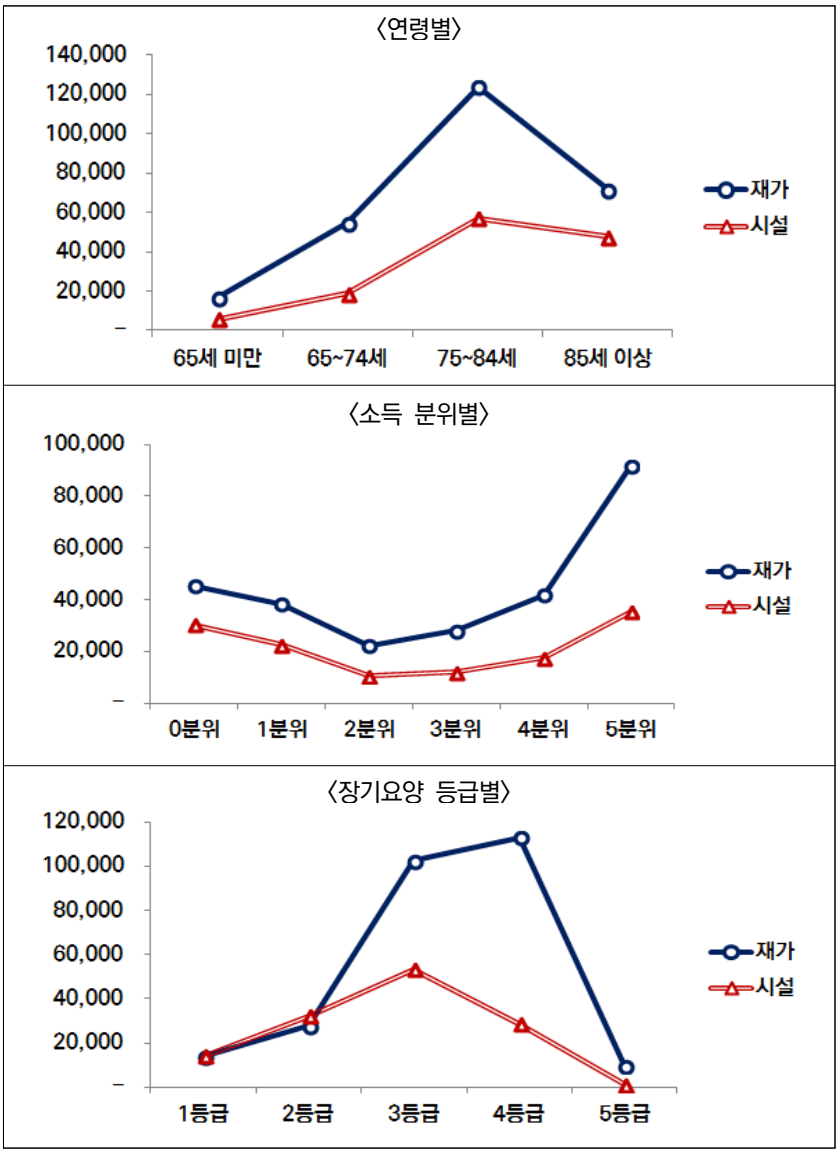
(단위: 명)

구분		시설 급여	재가급여					
			소계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간 보호	단기 보호
계		129,027	267,056	132,057	105,152	7,441	34,202	4,696
연령	65세 미만	5,827	16,571	7,912	6,523	533	1,366	218
	65~74세	18,645	55,073	27,549	21,586	1,553	6,185	751
	75~84세	57,014	124,049	61,194	48,872	3,374	17,062	2,119
	85세 이상	47,541	71,363	35,402	28,171	1,981	9,589	1,608
소득	의료 급여	30,386	45,443	24,137	18,489	1,180	4,248	545
	1분위	22,622	38,173	19,291	15,116	1,086	4,752	793
	2분위	10,661	22,239	10,836	8,643	592	2,898	490
	3분위	12,240	27,982	13,631	10,940	797	3,548	555
	4분위	17,758	41,797	20,117	16,316	1,179	5,622	759
	5분위	35,360	91,422	44,045	35,648	2,607	13,134	1,554
요양 등급	1등급	14,274	14,053	5,885	4,971	803	641	227
	2등급	32,128	27,557	13,032	10,670	965	2,095	674
	3등급	53,087	102,643	51,453	41,440	2,778	12,245	2,047
	4등급	28,450	113,035	58,543	45,748	2,699	14,941	1,492
	5등급	1,088	9,768	3,144	2,323	196	4,280	256

주: 재가급여의 소계는 복지용구 포함 값임.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-21〕 급여 유형별 장기요양서비스 이용자 수 분포(2015년도)

(단위: 명)



자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

나. 총요양비 세부 현황

〈표 4-14〉 급여 유형별 장기요양서비스 총요양비 세부 현황(2015년도)

(단위: 백만 원)

구분		시설 급여	재가급여					
			소계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간 보호	단기 보호
계		1,898,128	1,866,621	837,406	649,215	34,669	214,876	20,550
연령	65세 미만	86,694	115,850	52,263	43,151	2,704	8,636	906
	65~74세	270,913	392,260	180,204	138,008	7,192	38,880	3,412
	75~84세	828,146	860,577	382,242	297,606	15,685	106,158	9,144
	85세 이상	712,375	497,934	222,697	170,451	9,089	61,201	7,088
소득	의료 급여	470,158	335,064	160,135	117,531	5,346	26,168	2,430
	1분위	335,614	273,824	125,359	94,087	5,048	30,383	3,521
	2분위	152,514	152,440	68,263	52,963	2,372	17,810	2,153
	3분위	174,383	191,011	85,071	66,755	3,656	22,129	2,393
	4분위	255,143	284,395	124,030	99,590	5,723	35,397	3,306
	5분위	510,316	629,888	274,548	218,288	12,525	82,990	6,746
요양 등급	1등급	250,190	98,830	44,496	36,549	3,314	3,886	1,043
	2등급	513,020	194,647	88,899	70,374	4,329	12,556	2,937
	3등급	754,099	751,939	337,286	265,324	13,471	81,887	9,125
	4등급	370,925	772,543	352,989	267,326	12,837	94,501	6,480
	5등급	9,894	48,663	13,735	9,643	720	22,046	966

주: 재가급여의 소계는 복지용구 포함 값임.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

다. 1인당 총요양비 세부 현황

〈표 4-15〉 급여유형별 1인당 총요양비 세부 현황(2015년도)

(단위: 원)

구분		시설 급여	재가급여					
			소계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간 보호	단기 보호
계		14,711,093	6,989,624	6,341,246	6,174,066	4,659,226	6,282,554	4,376,031
연령	65세 미만	14,877,974	6,991,133	6,605,557	6,615,160	5,072,261	6,322,375	4,157,778
	65~74세	14,530,047	7,122,553	6,541,203	6,393,407	4,631,311	6,286,237	4,543,243
	75~84세	14,525,314	6,937,393	6,246,392	6,089,497	4,648,728	6,221,888	4,315,044
	85세 이상	14,984,441	6,977,481	6,290,534	6,050,572	4,587,860	6,382,450	4,407,894
소득	의료 급여	15,472,844	7,373,285	6,634,420	6,356,820	4,530,757	6,159,961	4,458,770
	1분위	14,835,737	7,173,225	6,498,316	6,224,352	4,648,108	6,393,763	4,440,513
	2분위	14,305,783	6,854,617	6,299,635	6,127,898	4,007,233	6,145,521	4,394,286
	3분위	14,246,972	6,826,200	6,240,962	6,101,944	4,586,741	6,237,108	4,312,450
	4분위	14,367,794	6,804,196	6,165,449	6,103,838	4,853,706	6,296,083	4,355,448
	5분위	14,432,018	6,889,894	6,233,357	6,123,427	4,804,268	6,318,690	4,341,115
요양 등급	1등급	17,527,683	7,032,641	7,560,929	7,352,459	4,126,539	6,062,653	4,594,118
	2등급	15,968,006	7,063,417	6,821,617	6,595,455	4,485,639	5,993,414	4,357,605
	3등급	14,204,966	7,325,772	6,555,229	6,402,598	4,849,030	6,687,369	4,457,545
	4등급	13,037,792	6,834,545	6,029,567	5,843,439	4,756,139	6,324,947	4,342,968
	5등급	9,093,556	4,981,867	4,368,789	4,151,307	3,671,541	5,150,858	3,772,070

주: 재가급여의 소계는 복지용구 포함 값임.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

라. 1인당 장기요양 일수 세부 현황

등급별로는 1, 2등급 대상자가 시설급여뿐만 아니라 방문요양 및 방문목욕 등의 재가급여 일수도 높았다. 1등급 대상자는 시설급여를 313일,

재가급여를 365일 이용하였고, 2등급 대상자는 시설급여를 305일, 재가급여를 322일 이용하는 것으로 나타났다.

연령별로는 65세 이상 노인층의 경우 연령이 높아질수록 대체로 1인당 시설급여 일수는 늘고 재가급여 일수는 줄어드는 특징이 있었다.

소득은 낮을수록 1인당 시설 및 재가급여 일수가 길었다.

〈표 4-16〉 급여 유형별 1인당 장기요양 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

구분		시설급여	재가급여					
			소계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
계		291	263	176	171	131	149	110
연령	65세 미만	290	285	193	191	151	155	110
	65~74세	286	278	186	182	140	151	118
	75~84세	288	255	170	165	127	146	106
	85세 이상	297	259	176	169	127	150	111
소득	의료급여	307	288	181	173	125	148	110
	1분위	294	268	184	176	134	151	113
	2분위	284	255	176	170	117	143	111
	3분위	282	258	175	171	131	147	108
	4분위	285	258	176	173	140	150	110
	5분위	285	253	171	168	133	149	109
요양등급	1등급	313	365	210	201	113	150	111
	2등급	305	322	191	183	129	140	104
	3등급	292	282	185	180	140	157	113
	4등급	269	229	166	160	132	151	111
	5등급	186	133	112	109	92	120	91

주: 재가급여의 소계는 복지용구 포함 값임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

3. 의료 이용 행태 개괄

장기요양등급인정자 중 의료기관 입원 및 외래 등의 의료서비스를 이용한 경험이 있는 대상자(N=371,715)의 의료 실적을 분석 한 결과는 다음과 같다.

1인당 진료비, 1인당 입·내원 일수, 입·내원일당 진료비 등은 연령이 낮을수록, 소득 수준은 높을수록(의료 급여 제외), 요양 등급이 1등급에 가까울수록 높았다.

※ 건강보험 대상자의 경우 1인당 진료비는 연령과 비례하여 높아지는 반면, 장기요양등급인정자의 경우 연령이 높을수록 의료비는 감소하는 특징 보임.

- 1인당 장기요양비는 연령에 비례하여 증가하는 것으로 보아, 장기요양등급인정자들은 연령이 증가할수록 의료서비스가 아닌 장기요양서비스를 이용함을 알 수 있음.

〈표 4-17〉 노인장기요양보험인정자의 사회경제학적 특성에 따른 진료비 현황(1)

구분		이용자 수 (단위: 명)	입·내원 일수 (단위: 천 일)	총진료비 (단위: 백만 원)	법정본인부담금 (단위: 백만 원)
계		371,715	23,940	2,253,453	447,764
성	남자	96,314	6,889	701,988	135,648
	여자	275,401	17,051	1,551,465	312,117
연령	65세 미만	21,625	1,985	201,431	31,675
	65~74세	70,298	5,464	562,160	102,228
	75~84세	170,082	11,199	1,039,420	215,737
	85세 이상	109,710	5,293	450,442	98,124
지역	대도시	193,565	13,444	1,308,850	260,915
	중소 도시	118,051	7,061	655,638	129,133
	농어촌	60,099	3,435	288,965	57,716
보험 유형	지역가입자	91,797	5,748	545,148	123,679
	직장가입자	213,328	13,663	1,309,338	315,711
	의료보호	66,590	4,528	398,967	8,374
주거 유형	독거	94,858	6,032	534,079	55,090
	동거	276,857	17,908	1,719,375	392,674
장애 유무	비장애	222,893	13,260	1,213,280	257,045
	장애	148,822	10,680	1,040,173	190,719
소득 수준	의료급여	71,971	4,878	432,051	15,886
	1분위	56,465	3,278	298,870	66,449
	2분위	30,616	1,869	176,843	41,133
	3분위	37,573	2,340	224,353	53,227
	4분위	55,818	3,538	342,716	82,282
	5분위	119,272	8,036	778,620	188,788
요양 등급	1등급	26,415	2,450	268,994	51,352
	2등급	54,923	3,856	385,819	77,654
	3등급	145,215	8,980	848,824	171,841
	4등급	134,524	8,115	703,543	136,072
	5등급	10,638	538	46,273	10,845

주: 1) 이용자 수 및 입·내원 일수: 입원 및 외래 진료 실적 합계.
2) 총진료비 및 법정 본인부담금: 약국 실적 포함.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

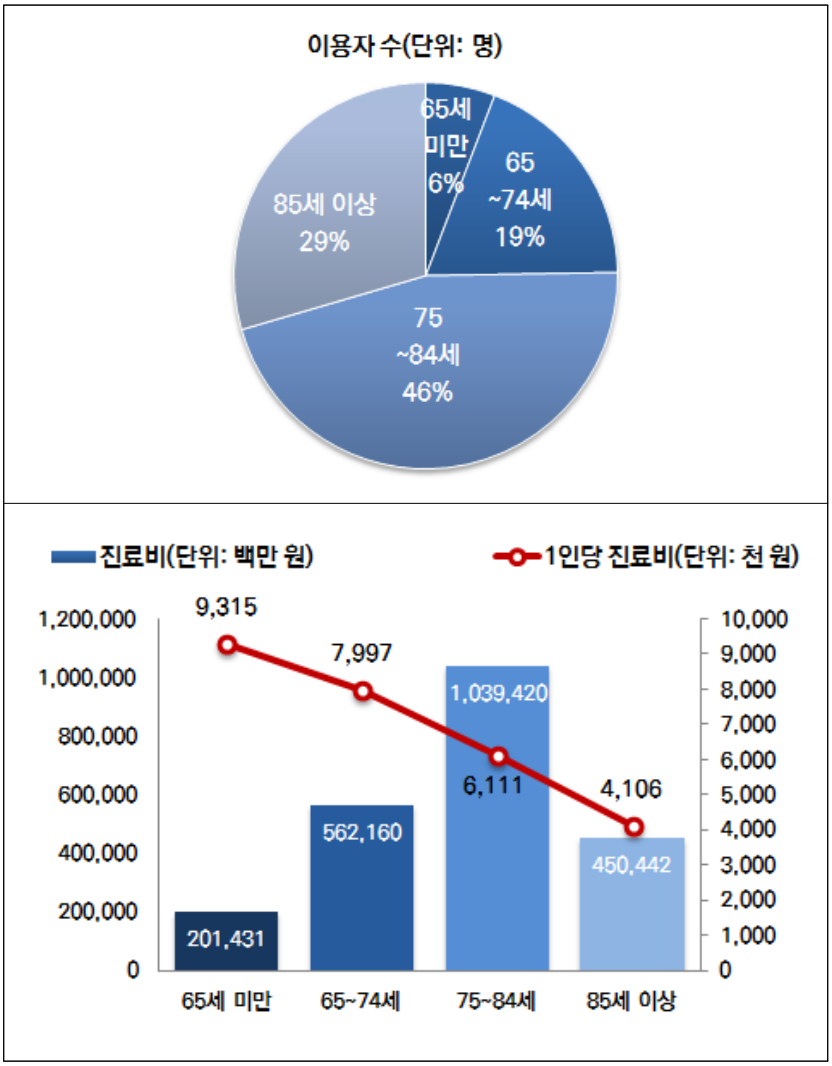
〈표 4-18〉 인정자의 사회경제학적 특성에 따른 진료비 현황(2)

구분		1인당 진료비 (단위: 원)	1인당 법정 본인부담금 (단위: 원)	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	입·내원일당 진료비(단위: 원)
계		6,062,314	1,204,590	64	94,130
성	남자	7,288,537	1,408,389	72	101,905
	여자	5,633,476	1,133,317	62	90,988
연령	65세 미만	9,314,731	1,464,734	92	101,471
	65~74세	7,996,810	1,454,213	78	102,891
	75~84세	6,111,288	1,268,427	66	92,817
	85세 이상	4,105,754	894,397	48	85,109
지역	대도시	6,761,813	1,347,945	69	97,356
	중소 도시	5,553,855	1,093,874	60	92,858
	농어촌	4,808,145	960,351	57	84,117
보험 유형	지역 가입자	5,938,631	1,347,310	63	94,836
	직장 가입자	6,137,673	1,479,931	64	95,829
	의료보호	5,991,397	125,759	68	88,106
주거 유형	독거	5,630,296	580,763	64	88,547
	동거	6,210,334	1,418,328	65	96,010
장애 유무	비장애	5,443,330	1,153,221	59	91,502
	장애	6,989,377	1,281,526	72	97,392
소득 수준	의료급여	6,003,121	220,721	68	88,579
	1분위	5,293,019	1,176,816	58	91,161
	2분위	5,776,174	1,343,512	61	94,623
	3분위	5,971,113	1,416,634	62	95,860
	4분위	6,139,887	1,474,112	63	96,863
	5분위	6,528,104	1,582,832	67	96,887
요양 등급	1등급	10,183,392	1,944,054	93	109,814
	2등급	7,024,730	1,413,870	70	100,048
	3등급	5,845,289	1,183,357	62	94,519
	4등급	5,229,871	1,011,506	60	86,692
	5등급	4,349,750	1,019,445	51	85,992

주: 1) 1인당 진료비: 총진료비/이용자 수
2) 1인당 법정본인부담금: (총진료비-보험자부담금)/이용자 수
3) 1인당 입·내원 일수: 입·내원 일수/이용자 수
4) 입·내원일당 진료비: 총진료비/입·내원 일수

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

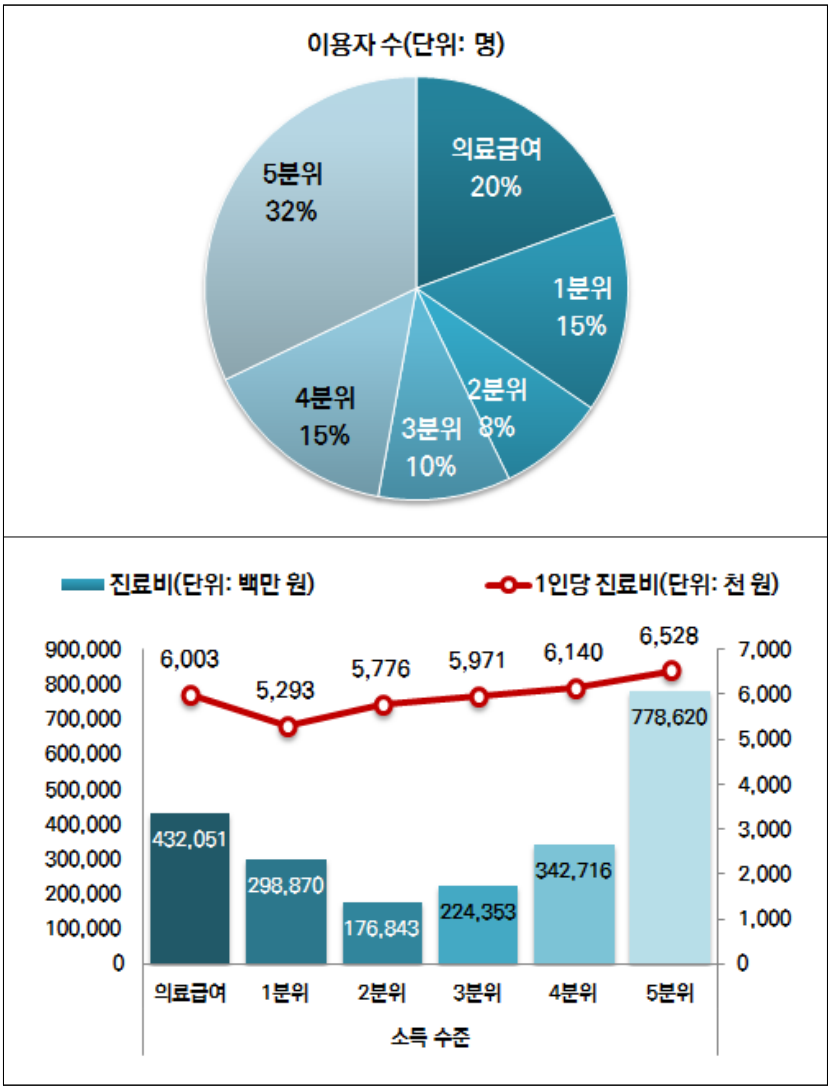
〔그림 4-22〕 연령별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도)



주: 1) 이용자 수는 입원 및 외래 전체 이용 대상자(중복제외).
2) 총진료비 및 1인당 진료비는 약국이 포함된 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

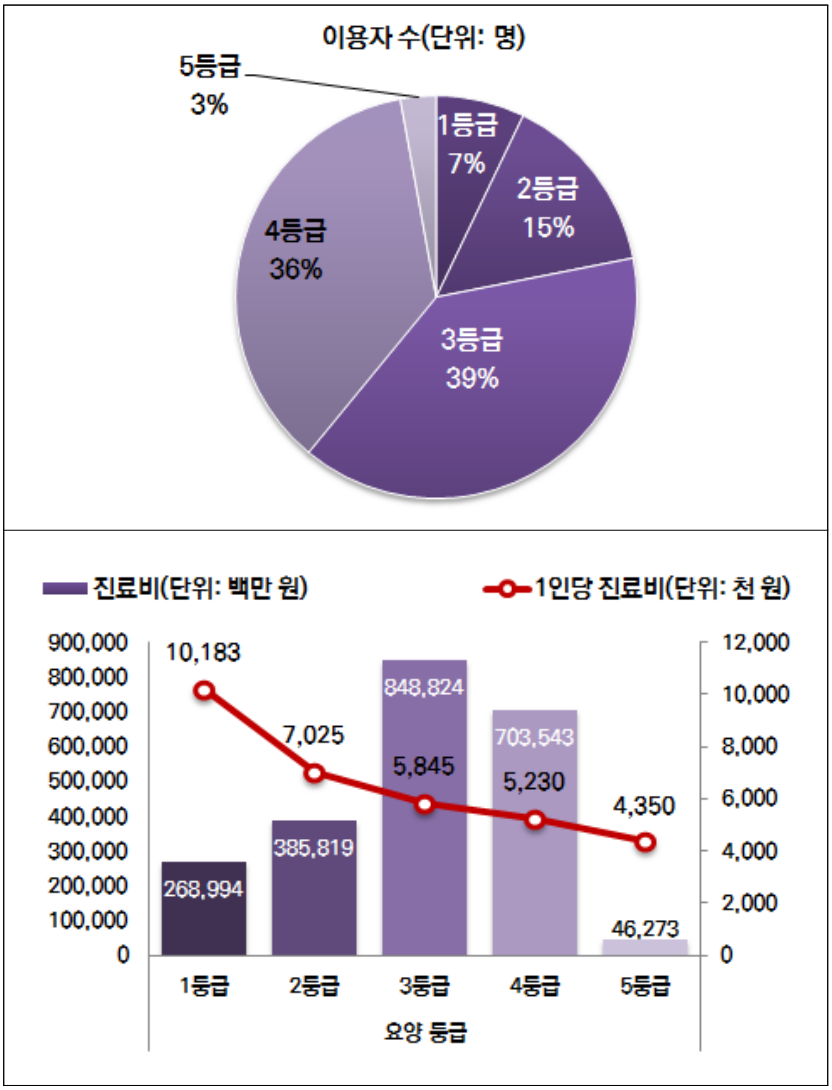
〔그림 4-23〕 소득 수준별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도)



주: 1) 이용자 수는 입원 및 외래 전체 이용 대상자(중복제외).
2) 총진료비 및 1인당 진료비는 약국이 포함된 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-24〕 장기요양등급별 이용자 수, 총진료비, 1인당 진료비 현황(2015년도)



주: 1) 이용자 수는 입원 및 외래 전체 이용 대상자(중복제외).
2) 총진료비 및 1인당 진료비는 약국이 포함된 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

4. 진료 행태별·의료기관 종별 세부 의료 이용 실적

다음에서는 장기요양등급인정자 중 의료기관에서 의료서비스를 이용한 경험이 있는 대상자(N=371,715)의 세부 의료 이용 실적을 분석하였다. 대상자의 사회경제적 특성에 따른 진료행태 및 의료기관 종별 진료비 이용 실적을 분석하였으며, 다음 분석틀을 적용하여 세부 의료 이용 행태를 파악하였다.

* 대상자의 의료 수요 파악을 위한 분석 기준
- 대상자의 사회경제적 특성 : 연령별(65세 미만/65~74세/75~84세/85세 이상 : 소득 수준별(의료급여/1분위/2분위/3분위/4분위/5분위) : 장기요양등급별(1등급/2등급/3등급/4등급/5등급) - 진료 행태 : 입원, 외래 - 의료기관 종별 : 상급종합/종합병원/병원/요양병원/의원/기타(치과, 한방, 보건기관) - 총진료비 구성 요소 : 이용자 수/1인당 진료비/1인당 입·내원 일수/입·내원일당 진료비

〈표 4-19〉 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도)

구분	전체	입원	외래
이용자 수(단위: 명)	371,715	152,925	366,097
입·내원 일수(단위: 천 일)	23,940	11,348	12,592
총진료비(단위: 백만 원)	2,253,453	1,323,407	480,957
법정 본인부담금(단위: 백만 원)	447,764	242,929	106,677
1인당 진료비(단위: 원)	6,062,314	8,653,960	1,313,743
1인당 법정 본인부담금(단위: 원)	1,204,590	1,588,553	291,391
1인당 입·내원 일수(단위: 일)	64	74	34
입·내원일당 진료비(단위: 원)	94,130	116,621	38,195

주: 1) 이용자 수 및 입·내원 일수: 입원 및 외래 진료 실적 합계.
2) 총진료비 및 법정본인부담금: 약국 실적 포함.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

1인당 입원 진료비는 평균 865만 원이었다. 의료기관 종별로는 요양병원(1157만 원), 상급종합병원(598만 원), 종합병원(482만 원), 병원(394만 원), 의원(132만 원) 순으로 높았으며, 요양병원이 타 기관 대비 2배 이상 높았고 이는 1인당 평균 140일에 이르는 긴 입원 일수에서 기인하였다.

1인당 외래 진료비는 평균 131만 원이었다. 의료기관 종별로는 상급종합병원(79만 원), 종합병원(69만 원), 의원(50만 원), 병원(38만 원), 요양병원(34만 원) 순으로 높았으나 1인당 외래 내원 일수는 의원 및 한방에서 높았다.

〈표 4-20〉 의료기관 종별 1인당 진료비 현황((2015년도)

(단위: 원)

구분	입원		외래	
	1인당 진료비	1인당 입원 일수	1인당 진료비	1인당 내원 일수
소계	8,653,960	74	1,313,743	34
상급종합	5,977,058	18	789,018	9
종합병원	4,821,436	24	694,378	12
병원	3,964,364	36	378,166	10
요양병원	11,567,186	140	344,687	11
의원	1,318,256	11	502,043	19
치과	1,518,128	7	409,007	4
한방	2,332,794	31	337,711	18
보건기관	722,756	11	118,042	8

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

가. 연령별 세부 분석

〈표 4-21〉 연령별·진료 행태별 총진료비 현황(2015년도)

구분		소계	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
입원	이용자 수 (단위: 명)	152,925	9,203	31,042	73,292	39,388
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	11,348	1,150	2,504	5,149	2,545
	총진료비 (단위: 백만 원)	1,323,407	134,729	323,732	600,019	264,926
	본인부담금 (단위: 백만 원)	242,929	20,390	56,126	113,758	52,656
	1인당 진료비 (단위: 원)	8,653,960	14,639,647	10,428,846	8,186,697	6,726,070
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	1,588,553	2,215,551	1,808,072	1,552,121	1,336,842
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	74	125	81	70	65
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	116,621	117,167	129,269	116,535	104,104
외래	이용자 수 (단위: 명)	366,097	21,139	69,237	167,699	108,022
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	12,592	835	2,959	6,050	2,748
	총진료비 (단위: 백만 원)	480,957	40,131	143,344	217,715	79,767
	본인부담금 (단위: 백만 원)	106,677	7,048	26,795	51,842	20,992
	1인당 진료비 (단위: 원)	1,313,743	1,898,435	2,070,336	1,298,249	738,436
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	291,391	333,407	387,007	309,136	194,335
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	34	40	43	36	25
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	38,195	48,048	48,438	35,987	29,031

주: 1) 이용자 수 및 입·내원 일수: 입원 및 외래 진료 실적 합계.
2) 총진료비 및 법정본인부담금: 약국 실적 포함.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

1) 총진료비 및 이용자 수 세부 현황

입원진료비 1조 3234억 원에 대한 연령별 분석 결과, 전 연령층에서 입원 진료비는 요양병원에서 가장 많이 발생하고 있으며, 입원환자 수는 종합병원에서 가장 많았다.

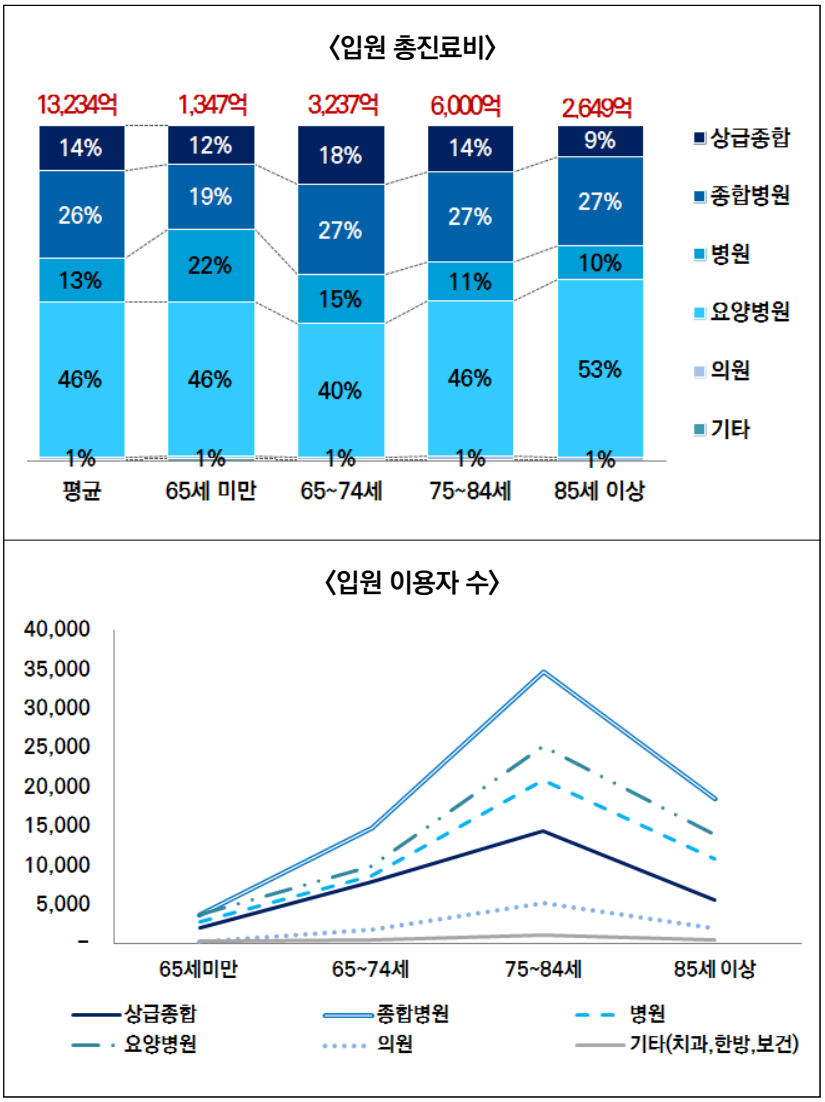
74~85세의 노인층이 입원환자 및 진료비가 가장 높은 주요 의료 이용 대상자 그룹이었다(74~85세 입원 진료비 6000억 원으로 전체의 45% 차지, 입원환자 7만 3292명으로 전체의 48%차지).

의료기관 종별 이용 양상 중 특이 사항으로는, 85세 이상의 노인은 전체 입원진료비 중 요양병원의 비중이 53%로 높은 반면(전 연령 평균 46%), 65~74세의 노인층은 상급종합병원 및 종합병원에 총 45%(전 연령 평균 40%)의 진료비를 소요하여 평균 대비 유의한 차이를 보였다.

외래 진료비의 경우, 의원(1452억 원, 30%)과 종합병원(1310억 원, 27%)에서 전체 외래 진료비의 57%가 소요되었으며 이용 환자 수 또한 많았다.

각 연령별 진료비 구성 비중을 살펴보면, 상대적으로 연령이 감소할수록 상급종합병원 및 종합병원을 이용한 외래 진료의 비중이 높았고, 연령이 증가할수록 의원 및 병원을 이용한 외래 진료의 비중이 높았다.

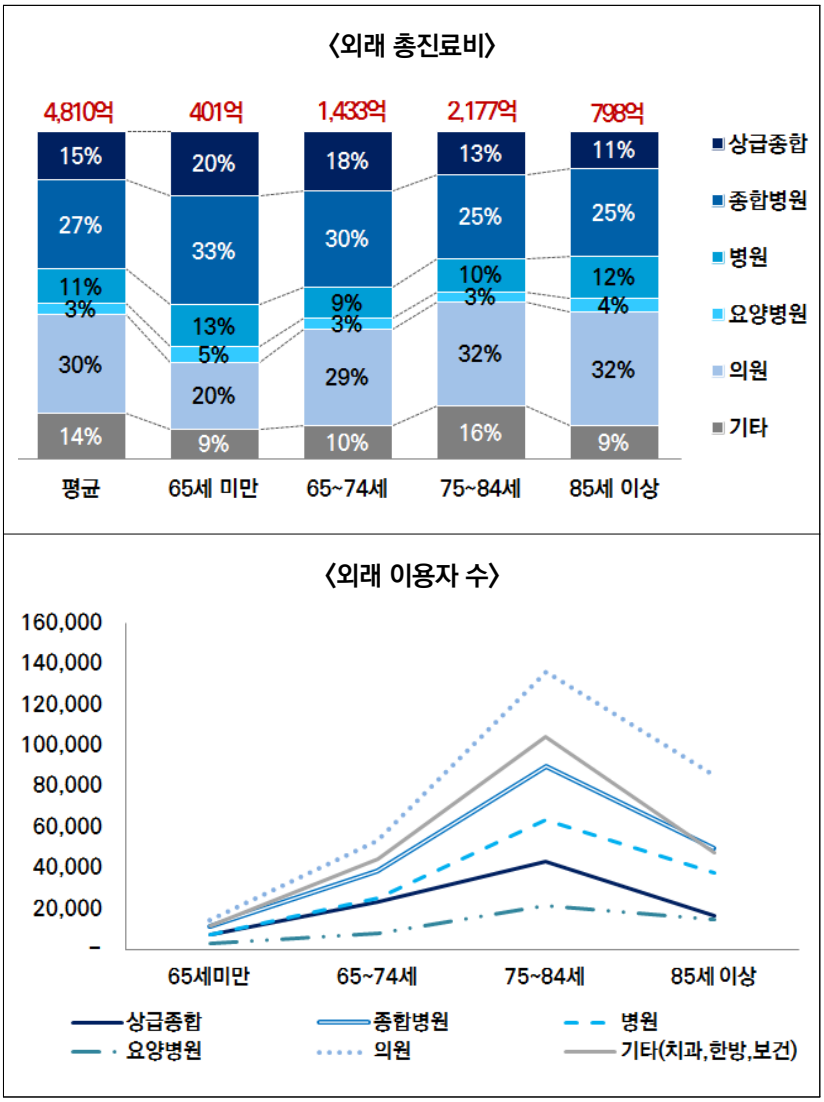
〔그림 4-25〕 연령별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산.
2) 총진료비에서 약국 실적 제외.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-26〕 연령별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



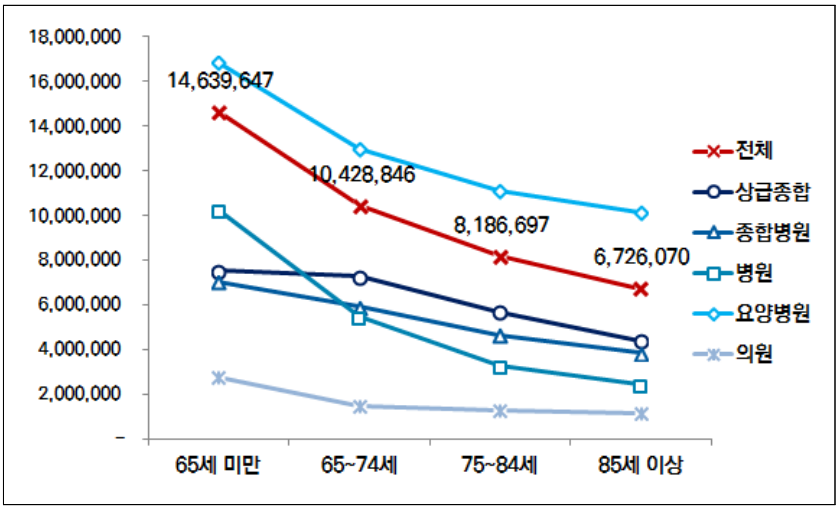
주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산함.
2) 총진료비에서 약국 실적 제외.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

2) 1인당 진료비 및 1인당 입·내원 일수 세부 현황

1인당 입원진료비 및 1인당 입원 일수는 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다. 65세 미만 대상자의 경우 상기에 기술한 바에 따르면 입원환자 수는 적지만 1인당 입원 일수가 평균 125일로 가장 길었다. 특히 요양병원은 177일, 병원은 102일로 장기간 입원하고 있으며, 그 외 의료기관 유형에서도 입원 일수가 길어, 높은 1인당 진료비를 기록하였다. 65세 이상 대상자의 경우 1인당 진료비는 요양병원, 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원 순으로 높았으며 1인당 입원 일수는 주로 요양병원에 편중되어 있었다(요양병원 입원 일수는 65~74세 145일, 75~84세 136일, 85세 이상 133일). 1인당 외래 진료비는 1인당 외래 내원 일수와 증감 경향이 유사하며, 65~74세가 1인당 외래 내원 일수 및 외래 진료비가 가장 높고 연령이 증가할수록 수치가 감소하였다.

〔그림 4-27〕 연령별 1인당 입원 진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

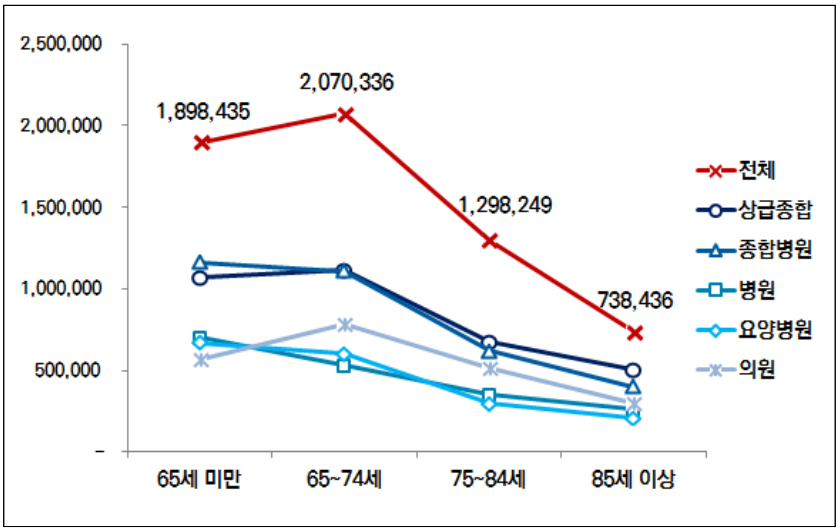
〈표 4-22〉 연령별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	평균	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
전체	74	125	81	70	65
상급종합	18	22	21	17	14
종합병원	24	37	29	23	19
병원	36	102	50	29	22
요양병원	140	177	145	136	133
의원	11	31	12	10	10
치과	7	3	8	7	9
한방	31	52	35	27	23
보건기관	11	23	12	12	9

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-28〕 연령별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-23〉 연령별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	평균	65세 미만	65~74세	75~84세	85세 이상
전체	34	40	43	36	25
상급종합	9	11	11	9	7
종합병원	12	18	16	12	9
병원	10	15	11	9	8
요양병원	11	18	14	10	10
의원	19	15	22	21	16
치과	4	4	4	4	4
한방	18	27	22	17	12
보건기관	8	13	9	8	7

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

나. 장기요양등급별 분석

〈표 4-24〉 장기요양등급별 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도)

구분		소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
입원	이용자 수 (단위: 명)	152,925	13,321	24,039	58,389	53,337	3,839
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	11,348	1,845	2,439	4,176	2,714	174
	총진료비 (단위: 백만 원)	1,323,407	214,293	270,720	487,828	331,003	19,563
	본인부담금 (단위: 백만 원)	242,929	39,343	51,423	90,761	57,632	3,770
	1인당 진료비 (단위: 원)	8,653,960	16,086,888	11,261,695	8,354,791	6,205,873	5,095,842
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	1,588,553	2,953,464	2,139,151	1,554,413	1,080,534	982,083
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	74	139	101	72	51	45
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	116,621	116,136	110,996	116,820	121,973	112,400
외래	이용자 수 (단위: 명)	366,097	24,755	53,222	143,572	133,927	10,621
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	12,592	604	1,417	4,805	5,402	364
	총진료비 (단위: 백만 원)	480,957	27,038	55,319	184,995	201,234	12,372
	본인부담금 (단위: 백만 원)	106,677	6,352	12,903	41,786	42,084	3,553
	1인당 진료비 (단위: 원)	1,313,743	1,092,204	1,039,403	1,288,516	1,502,564	1,164,858
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	291,391	256,575	242,435	291,048	314,227	334,532
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	34	24	27	33	40	34
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	38,195	44,738	39,030	38,504	37,254	33,984

주: 1) 이용자 수 및 입·내원 일수: 입원 및 외래 진료 실적 합계.
2) 총진료비 및 법정본인부담금: 약국 실적 포함.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

1) 총진료비 및 이용자 수 세부 현황

장기요양등급별 입원 진료비 분석 결과, 전 등급에 걸쳐 입원환자 수는 종합병원에서, 입원 진료비는 요양병원에서 가장 높았는데, 특히 1, 2등급 대상자의 경우 상대적으로 요양병원 입원 이용량이 많아 진료비의 절반 이상이 요양병원에서 지출된 특징이 있었다. 1등급의 요양병원 진료비는 1120억 원으로 1등급 전체 입원 진료비의 52%에 이르렀고, 2등급의 경우 1461억 원으로 54%에 이르렀다.

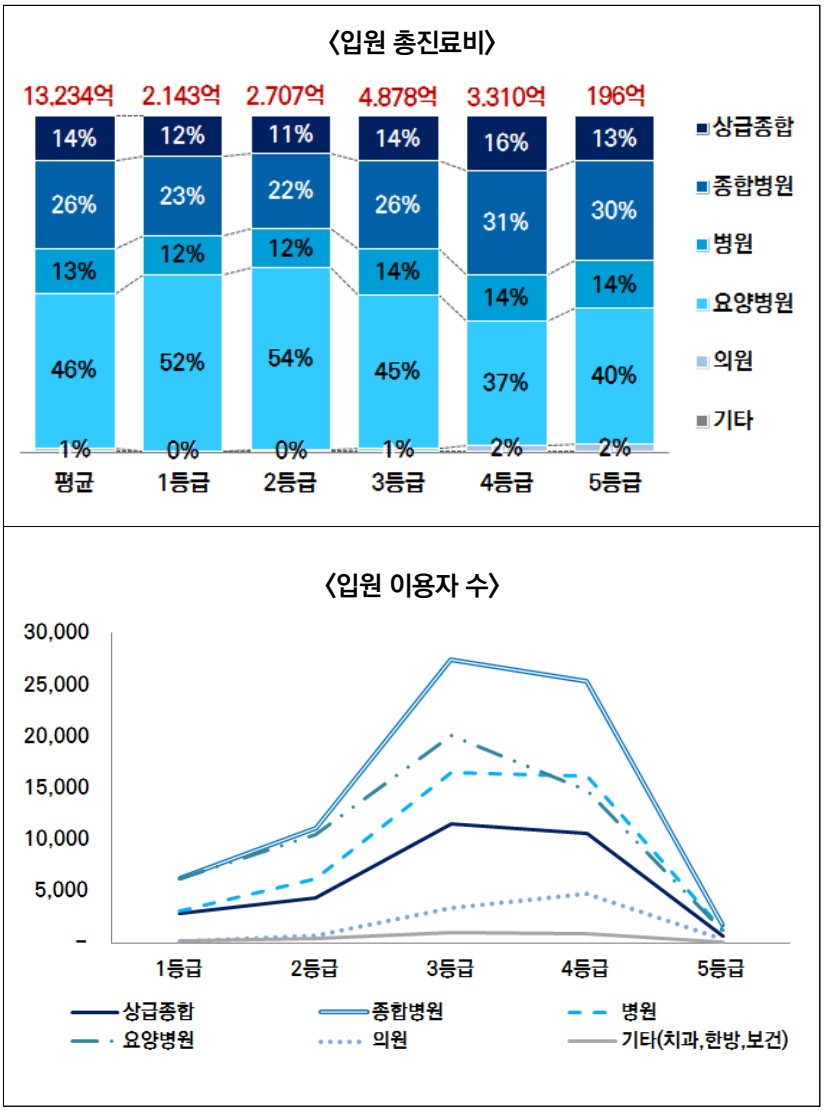
3등급(5만 8389명)과 4등급(5만 3337명) 대상자는 전체 입원환자 규모의 73%를 차지하였으며, 입원진료비 또한 3등급 4878억, 4등급 3310억으로 높은 비중을 나타내었다. 또한 4등급 입원환자는 의료기관 유형 전반에 걸쳐 다양하게 입원 진료를 이용하고 있었다.

5등급의 경우 입원환자 수 3839명, 입원진료비 196억으로 타 등급 환자에 비해 의료 이용량이 현저하게 적었다.

외래 진료의 경우 1등급 대상자의 의료 이용 행태가 타 등급 환자와 유의한 차이를 보였는데, 상급종합병원 및 종합병원의 외래 진료비가 총 67%(상급종합 27%, 종합병원 40%)를 차지하여 상대적으로 고급, 고도의 의료를 이용하고 있었다.

전반적으로 1등급에서 5등급으로 갈수록 의원 및 보건기관, 치과, 한방의 비중이 높아졌고, 대신 상급종합 및 종합병원의 외래 진료비 비중은 줄어들었다. 특히 외래 이용 환자 수의 경우 3등급과 4등급 대상자는 의원 및 종합병원 외에도 타 등급 대비 상대적으로 치과, 한방, 보건기관 등을 많이 이용하였다.

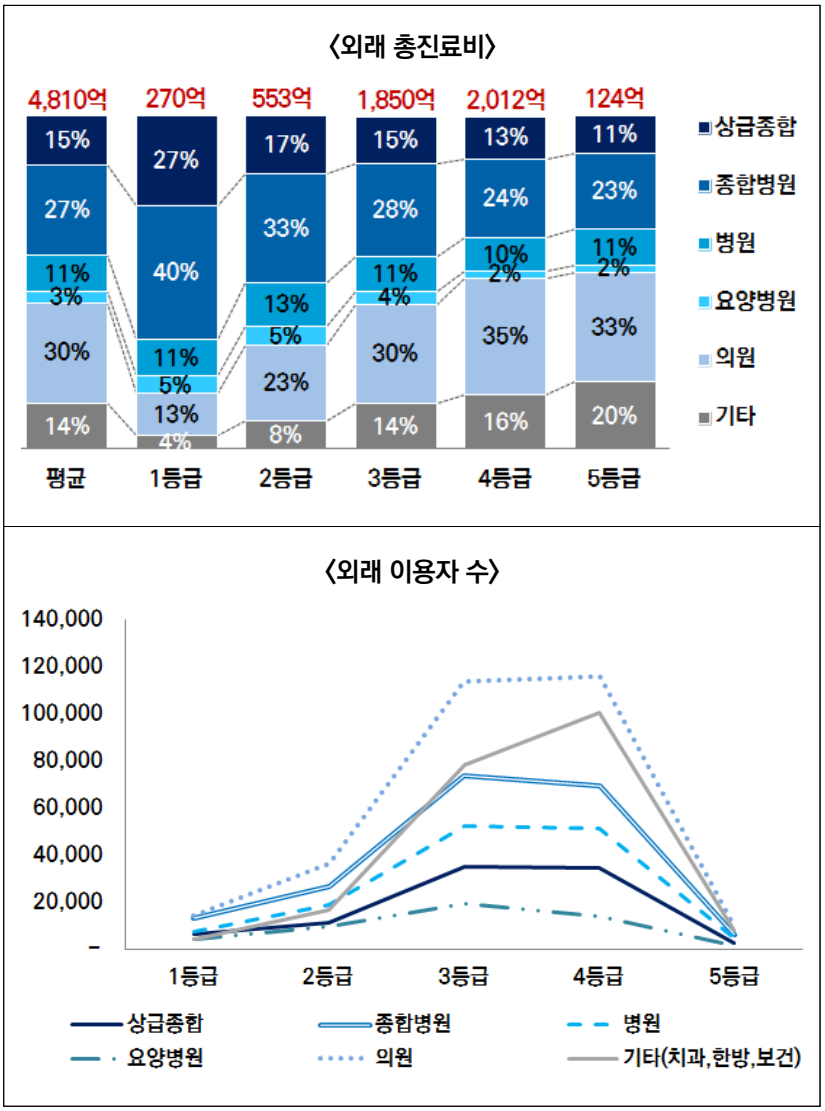
〔그림 4-29〕 장기요양등급별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산함.
2) 총진료비에서 약국 실적 제외.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-30〕 장기요양등급별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산함.
2) 총진료비에서 약국 실적 제외.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

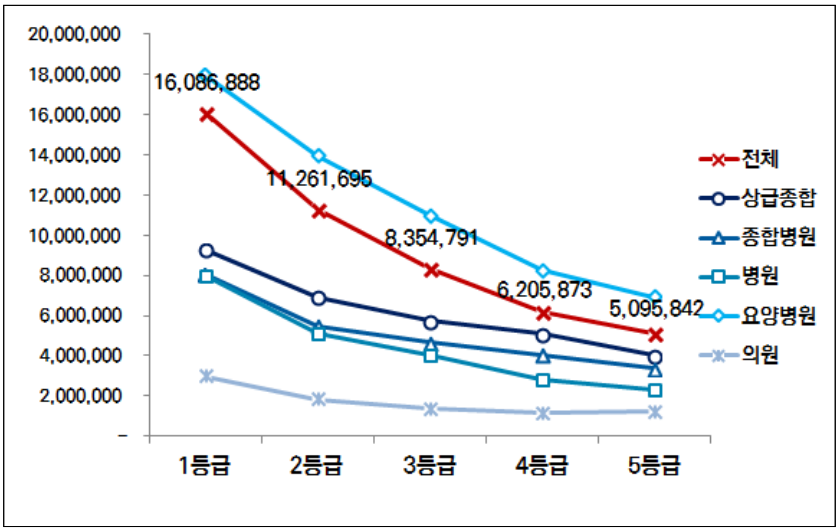
2) 1인당 진료비 및 1인당 입·내원 일수 세부 현황

1인당 입원 진료비 및 1인당 입원 일수는 1등급(1607만 원, 139일)에서 가장 높고, 5등급(510만 원, 45일)으로 갈수록 낮아지는 경향을 보였다. 즉 1~2등급 대상자일수록 의료 이용 빈도가 많을 뿐 만 아니라 의료기관 종별 1인당 입원 일수 및 입원진료비의 격차가 큰 반면, 5등급으로 갈수록 의료기관 종별 의료 이용 격차는 줄어들었다. 1등급 대상자의 경우 요양병원에 대한 의료 이용이 특히 높았는데, 요양병원의 입원 일수는 205일, 1인당 입원 진료비는 1797만 원으로 매우 높았다.

1인당 외래 진료비 및 내원 일수는 1등급에서 4등급으로 갈수록 높아지다가 5등급에서 다소 감소하는 양상을 보이는데, 이는 의료기관 유형 중 '의원'에서의 요양 등급별 진료 실적 양상과 일치하였다.

1, 2등급 대상자의 경우 상급종합병원 및 종합병원 1인당 외래 진료비가 높았고, 그 외의 기관은 40만 원 이하의 낮은 수준이었으나, 4, 5등급으로 갈수록 상급종합병원 및 종합병원의 1인당 진료비는 줄어들고, 대신 의원에서 소요되는 1인당 진료비가 늘어났다.

〔그림 4-31〕 장기요양등급별 1인당 입원 진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

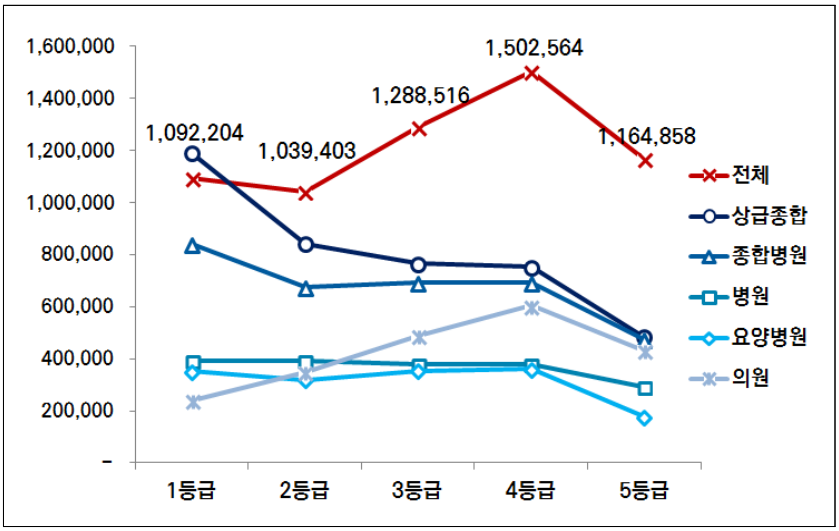
〈표 4-25〉 장기요양등급별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
전체	74	139	101	72	51	45
상급종합	18	29	22	17	15	11
종합병원	24	40	27	23	20	17
병원	36	71	47	37	25	22
요양병원	140	205	165	133	106	94
의원	11	29	20	12	9	11
치과	7	3	6	9	7	12
한방	31	54	36	33	23	14
보건기관	11	14	12	11	11	14

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-32〕 장기요양등급별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-26〉 장기요양등급별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
전체	34	24	27	33	40	34
상급종합	9	13	10	9	9	7
종합병원	12	14	13	12	12	10
병원	10	12	11	10	9	7
요양병원	11	13	12	11	10	7
의원	19	11	14	18	23	19
치과	4	3	3	4	4	4
한방	18	18	18	18	17	14
보건기관	8	6	7	8	9	6

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

다. 소득 수준별 분석

〈표 4-27〉 소득 수준별 진료 행태별 총진료비 현황(2015년도)

구분		소계	의료급여	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
입원	이용자 수 (단위: 명)	152,925	30,242	21,593	12,154	15,091	22,688	51,157
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	11,348	2,227	1,489	894	1,131	1,701	3,905
	총진료비 (단위: 백만 원)	1,323,407	236,113	170,826	105,355	135,489	205,918	469,706
	본인부담금 (단위: 백만 원)	242,929	7,271	35,447	22,633	29,498	45,059	103,021
	1인당 진료비 (단위: 원)	8,653,960	7,807,442	7,911,165	8,668,319	8,978,133	9,076,080	9,181,666
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	1,588,553	240,443	1,641,597	1,862,171	1,954,658	1,986,048	2,013,819
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	74	74	69	74	75	75	76
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	116,621	106,015	114,738	117,792	119,744	121,027	120,297
외래	이용자 수 (단위: 명)	366,097	70,968	55,676	30,146	37,018	54,970	117,319
	입·내원 일수 (단위: 천 일)	12,592	2,650	1,790	975	1,209	1,837	4,132
	총진료비 (단위: 백만 원)	480,957	100,061	64,273	36,741	45,811	71,579	162,493
	본인부담금 (단위: 백만 원)	106,677	5,817	15,386	9,353	12,026	19,188	44,907
	1인당 진료비 (단위: 원)	1,313,743	1,409,943	1,154,416	1,218,773	1,237,528	1,302,140	1,385,049
	1인당 본인부담금 (단위: 원)	291,391	81,964	276,345	310,270	324,882	349,064	382,775
	1인당 입·내원 일수(단위: 일)	34	37	32	32	33	33	35
	입·내원일당 진료비(단위: 원)	38,195	37,753	35,914	37,702	37,894	38,970	39,327

주: 1) 이용자 수 및 입·내원 일수: 입원 및 외래 진료 실적 합계.
2) 총진료비 및 법정본인부담금: 약국 실적 포함.

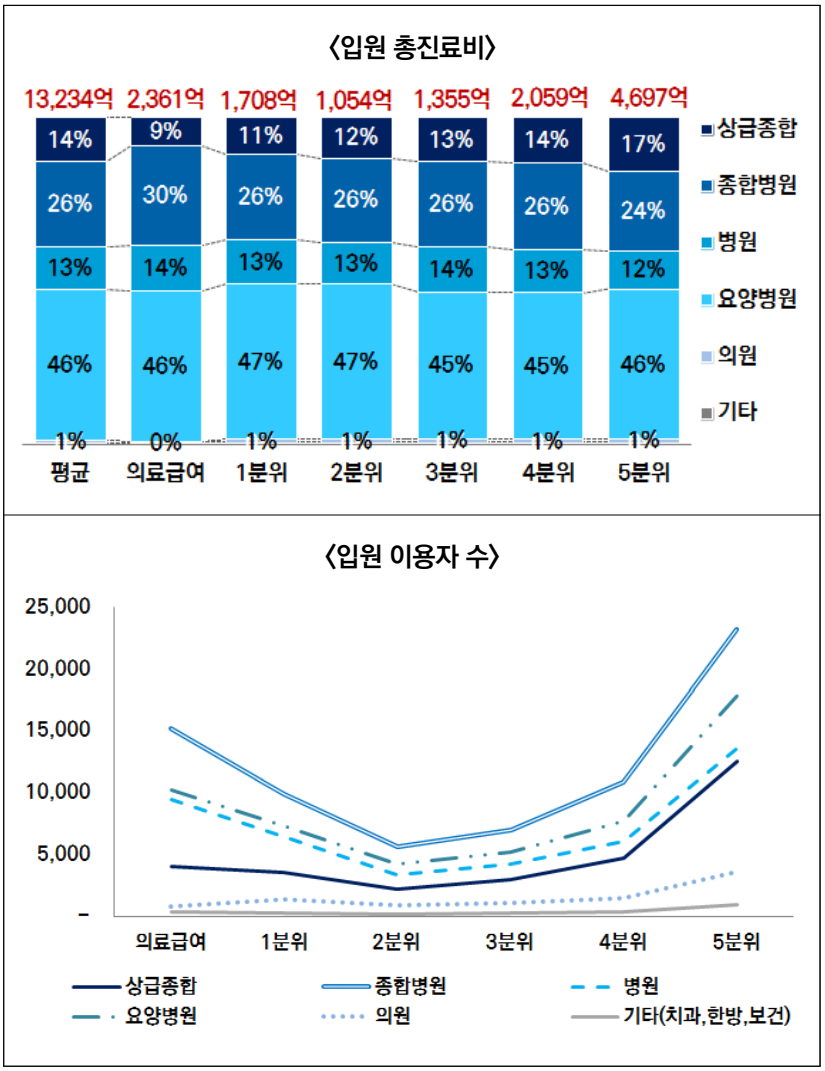
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

1) 총진료비 및 이용자 수 세부 현황

전체 입원환자 수는 의료 급여 대상자 및 소득 5분위에서 많아 U자형 그래프를 이루는데, 의료 급여 대상자 및 저소득층의 경우 상대적으로 상급종합병원의 진료비 비중이 적고 이를 종합병원급으로 대체하여 이용하는 양상을 보였으며, 고소득층에서는 상급종합병원의 입원진료비가 높은 특징을 보였다.

외래 진료의 경우, 소득 분위가 높아질수록 전체 외래 진료비에서 상급종합병원 진료비가 차지하는 비중이 높고, 소득분위가 낮을수록 의원급 외래 진료비 비중이 높았다.

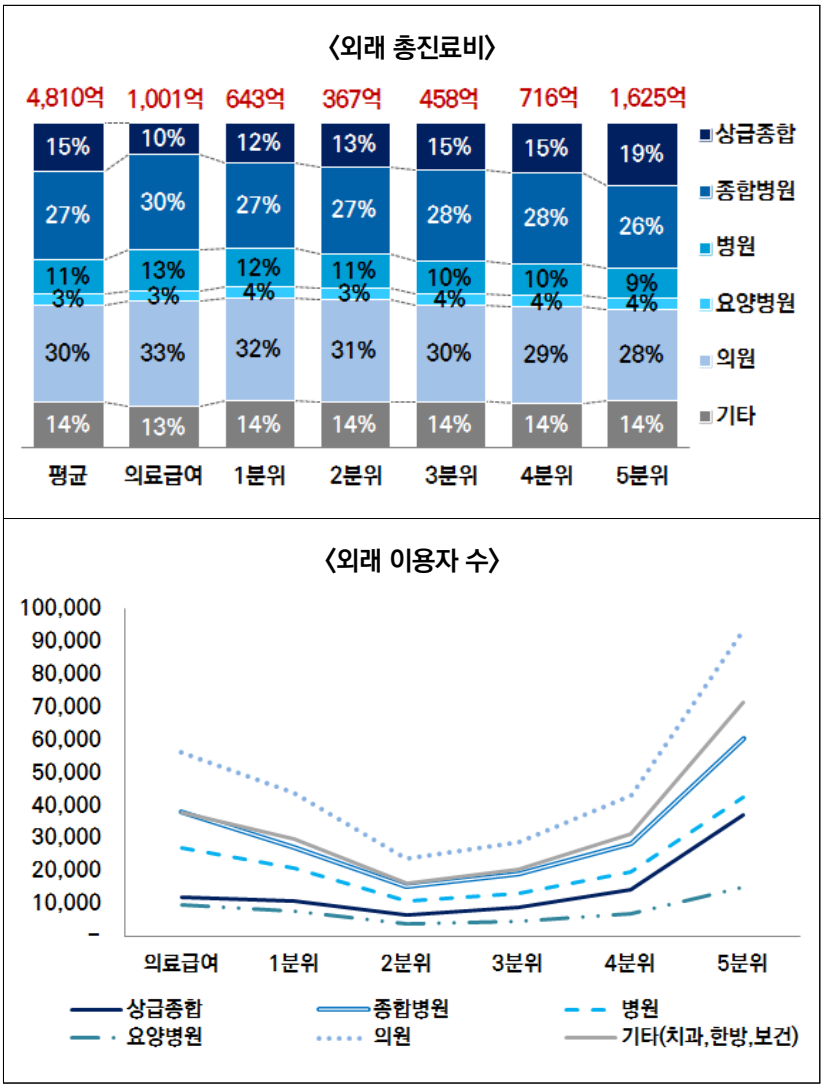
〔그림 4-33〕 소득 수준별 입원 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산함.
2) 총진료비에 약국 제외.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-34〕 소득 수준별 외래 총진료비 및 이용자 수 세부 현황(2015년도)



주: 1) 기타; 한방, 치과, 보건기관 합산, 이용자 수의 경우 중복을 포함하여 단순 합산함.
2) 총진료비에 약국 제외.

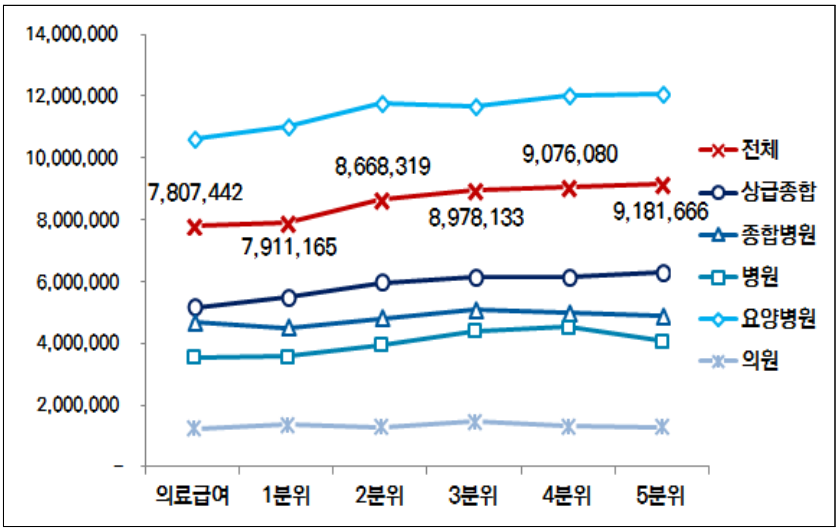
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

2) 1인당 진료비 및 1인당 입·내원 일수 세부 현황

소득 수준별 분석 결과, 전체 의료기관에서 소득 수준이 높아질수록 1인당 입원 진료비도 증가하는 경향을 보였다. 1인당 입원 일수는 소득 수준별로 큰 차이가 없었으나 소득 1분위 대상자의 경우 평균 입원 일수가 69일로 전체 평균인 74일 대비 다소 낮았는데, 이는 의료기관 유형 중 요양병원의 입원 일수가 134일로 전체 평균인 140일 대비 낮은 데서 기인한다.

1인당 외래 진료비는 의료 급여 대상자가 총 141만 원으로 가장 높고, 1분위 대상자가 115만 원으로 가장 낮았으며, 의료 급여 대상자를 제외하고는 소득 분위가 높아질수록 1인당 외래 진료비 및 외래 내원일수가 높아지는 경향을 보였다.

〔그림 4-35〕 소득 수준별 1인당 입원진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

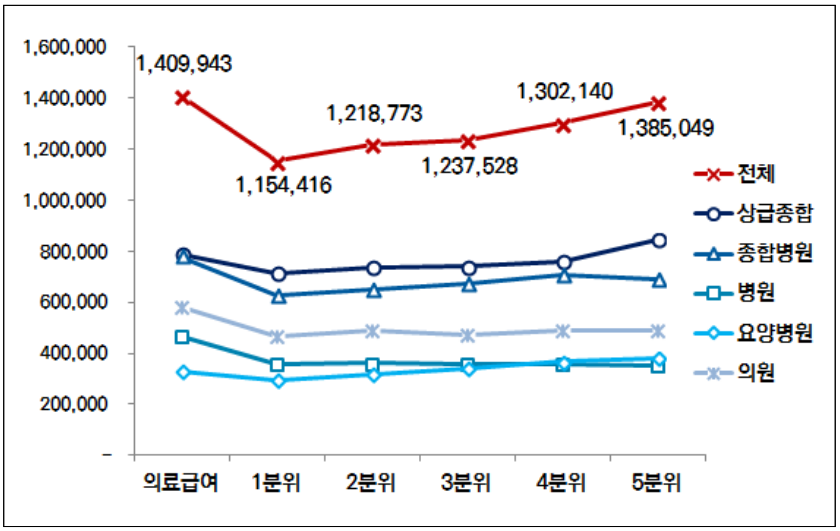
〈표 4-28〉 소득 수준별 1인당 입원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	평균	의료급여	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
전체	74	74	69	74	75	75	76
상급종합	18	16	16	18	18	18	19
종합병원	24	25	22	23	25	25	24
병원	36	36	32	35	38	39	36
요양병원	140	139	134	139	138	141	142
의원	11	13	12	11	13	11	11
치과	7	6	4	13	6	8	7
한방	31	27	31	26	31	32	33
보건기관	11	16	9	11	7	10	11

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〔그림 4-36〕 소득 수준별 1인당 외래 진료비 세부 현황(2015년도)



주: 1) 한방, 치과, 보건기관 미표시.
2) 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-29〉 소득 수준별 1인당 외래 내원 일수 세부 현황(2015년도)

(단위: 일)

	소계	의료급여	1분위	2분위	3분위	4분위	5분위
전체	34	37	32	32	33	33	35
상급종합	9	9	9	8	9	9	10
종합병원	12	14	11	11	12	12	12
병원	10	12	10	9	9	9	9
요양병원	11	12	11	10	11	11	11
의원	19	21	18	19	18	18	19
치과	4	4	4	4	4	4	4
한방	18	17	17	17	18	18	18
보건기관	8	7	8	8	9	9	8

주: 약국진료비 제외.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

5. 장기요양등급인정자의 의료 및 요양서비스 수요 종합 비교

장기요양 및 의료서비스 이용자 수 현황을 비교 분석한 결과는 다음과 같다. 장기요양등급인정자 45만 2188명 중 의료기관에 입원한 자는 15만 3천 명이었으며, 이 중 34.4%의 환자(N=52,649)는 요양병원 입원 경험이 있었다. 특히 장기요양 1, 2등급을 받고 의료기관에 입원한 경우, 약 45% 가량의 환자가 요양병원에 입원한 경험이 있었다(1등급 46.8%, 2등급 43.5%). 65세 이상 등급인정자의 경우, 연령이 증가할수록 의료기관 입원 경험은 낮아지지만, 대신 입원 결정 시 요양병원을 선택하는 경우는 많아졌다. 65~74세의 등급인정자 44.2%가 의료기관 입원 경험이 있었고, 이 중 31.8%가 요양병원에 입원한 반면, 85세 이상 고령의 등급인정자는 35.9%가 의료기관 입원 경험이 있었고 입원자 중 35.3%가 요양병원에 입원하였다.

〈표 4-30〉 장기요양등급별 요양 및 의료서비스 이용자 수(2015년도)

(단위: 명)			소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
장기요양등급인정자			452,188	43,625	75,976	170,893	144,897	16,797
요양급여이용자			373,555	26,870	55,457	145,925	134,733	10,570
	재가급여이용		267,056	14,053	27,557	102,643	113,035	9,768
	시설 입소		129,027	14,274	32,128	53,087	28,450	1,088
요양 & 의료 이용자			**371,715**	**26,415**	**54,923**	**145,215**	**134,524**	**10,638**
	외래 진료 이용		366,097	24,755	53,222	143,572	133,927	10,621
	의료기관 입원		**152,925**	**13,321**	**24,039**	**58,389**	**53,337**	**3,839**
		상급종합	30,025	2,836	4,363	11,550	10,623	653
		종합병원	71,798	6,199	11,076	27,409	25,385	1,729
		병원	43,162	3,125	6,220	16,479	16,147	1,191
		요양병원	52,649	6,231	10,466	20,107	14,713	1,132
		의원	9,288	173	676	3,327	4,712	400
		기타	2,472	184	358	983	896	51

주: 1) 중복 포함.
2) 의료기관 입원 중 기타는 치과, 한방, 보건기관 입원자 수를 단순 합산한 값임.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-31〉 장기요양등급인정자 중 의료기관 입원서비스 이용자 비중: 장기요양등급별 (2015년도)

(단위: %)			소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
의료기관 입원·외래 이용자 전체			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	의료기관 입원자		41.1% (100.0%)	50.4% (100.0%)	43.8% (100.0%)	40.2% (100.0%)	39.6% (100.0%)	36.1% (100.0%)
		상급종합	(19.6%)	(21.3%)	(18.1%)	(19.8%)	(19.9%)	(17.0%)
		종합병원	(46.9%)	(46.5%)	(46.1%)	(46.9%)	(47.6%)	(45.0%)
		병원	(28.2%)	(23.5%)	(25.9%)	(28.2%)	(30.3%)	(31.0%)
		요양병원	(34.4%)	(46.8%)	(43.5%)	(34.4%)	(27.6%)	(29.5%)
		의원	(6.1%)	(1.3%)	(2.8%)	(5.7%)	(8.8%)	(10.4%)
		기타	(1.6%)	(1.4%)	(1.5%)	(1.7%)	(1.7%)	(1.3%)

주: 1) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
2) 괄호( ) 안의 값은 각 등급별 입원환자 중 의료기관 종별 분포를 뜻하며, 의료기관 종별 중복 이용 환자가 있기 때문에 소계는 100.0%를 초과함.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-32〉 연령별 요양 및 의료서비스 이용자 수(2015년도)

(단위: 명)			소계	65세미만	65~74세	75~84세	85세 이상
장기요양등급인정자			452,188	22,132	85,477	209,554	135,025
요양급여 이용자			373,555	21,640	70,396	170,407	111,112
	재가급여 이용		267,056	16,571	55,073	124,049	71,363
	시설 입소		129,027	5,827	18,645	57,014	47,541
요양 & 의료 이용자			**371,715**	**21,625**	**70,298**	**170,082**	**109,710**
	외래 진료 이용		366,097	21,139	69,237	167,699	108,022
	의료기관입원		**152,925**	**9,203**	**31,042**	**73,292**	**39,388**
		상급종합	30,025	2,064	7,865	14,477	5,619
		종합병원	71,798	3,736	14,813	34,764	18,485
		병원	43,162	2,846	8,647	20,865	10,804
		요양병원	52,649	3,685	9,883	25,178	13,903
		의원	9,288	285	1,875	5,160	1,968
		기타	2,472	289	581	1,158	444

주: 1) 중복포함.
2) 의료기관 입원 중 기타는 치과, 한방, 보건기관 입원자 수를 단순 합산한 값임.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-33〉 장기요양등급인정자 중 의료기관 입원서비스 이용자 비중: 연령별 비교(2015년도)

(단위: %)			소계	65세미만	65~74세	75~84세	85세 이상
의료기관 입원·외래 이용자 전체			100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	의료기관 입원자		41.1% (100.0%)	42.6% (100.0%)	44.2% (100.0%)	43.1% (100.0%)	35.9% (100.0%)
		상급종합	(19.6%)	(22.4%)	(25.3%)	(19.8%)	(14.3%)
		종합병원	(46.9%)	(40.6%)	(47.7%)	(47.4%)	(46.9%)
		병원	(28.2%)	(30.9%)	(27.9%)	(28.5%)	(27.4%)
		요양병원	(34.4%)	(40.0%)	(31.8%)	(34.4%)	(35.3%)
		의원	(6.1%)	(3.1%)	(6.0%)	(7.0%)	(5.0%)
		기타	(1.6%)	(3.1%)	(1.9%)	(1.6%)	(1.1%)

주: 1) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
2) 괄호()안의 값은 각 등급별 입원환자 중 의료기관 종별 분포를 뜻하며, 의료기관 종별 중복 이용 환자가 있기 때문에 소계는 100.0%를 초과함.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

실제 서비스 이용 대상자 1인당 총진료비를 비교한 결과, 장기요양등급인정자가 의료기관에 입원한 경우 약 865만 원의 높은 입원의료비가 발생하였으며 특히 1등급 환자의 입원의료비는 1609만 원이었다.

의료기관 종별로는 요양병원에서 평균 1157만 원으로 높았으며, 1등급 환자의 요양병원 입원 의료비는 1797만 원에 이르렀다.

연령별로는 고령 환자일수록 입원 진료비는 낮아지는 경향을 보였다.

〈표 4-34〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 진료비: 장기요양등급별 비교(2015년도)

(단위: 원)

구분			소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
의료기관 입원·외래 총진료비*			6,062,314	10,183,392	7,024,730	5,845,289	5,229,871	4,349,750
	의료기관 입원 진료비		8,653,960	16,086,888	11,261,695	8,354,791	6,205,873	5,095,842
		상급종합	5,977,058	9,269,569	6,910,632	5,726,308	5,108,517	4,004,528
		종합병원	4,821,436	8,032,585	5,479,032	4,643,583	4,042,459	3,352,185
		병원	3,964,364	7,981,991	5,081,919	4,021,405	2,818,692	2,329,528
		요양병원	11,567,186	17,970,326	13,958,400	11,008,033	8,275,880	6,923,593
		의원	1,318,256	2,991,421	1,842,035	1,362,739	1,159,797	1,206,087

주: 1) 1인당 총진료비는 입원, 외래, 약국 포함 실적임.
2) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
3) 치과, 한방병원, 보건기관 입원 진료비 내역 미표시.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-35〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 진료비: 연령별 비교(2015년도)

(단위: 원)

구분			소계	65세미만	65~74세	75~84세	85세 이상
의료기관 입원·외래 총진료비			6,062,314	9,314,731	7,996,810	6,111,288	4,105,754
	의료기관 입원 진료비		8,653,960	14,639,647	10,428,846	8,186,697	6,726,070
		상급종합	5,977,058	7,534,062	7,248,788	5,688,527	4,368,454
		종합병원	4,821,436	7,011,890	5,888,718	4,656,673	3,833,318
		병원	3,964,364	10,235,576	5,450,119	3,285,952	2,433,437
		요양병원	11,567,186	16,814,025	12,961,718	11,065,440	10,093,850
		의원	1,318,256	2,729,373	1,478,568	1,245,290	1,152,479

주: 1) 1인당 총진료비는 입원, 외래, 약국 포함 실적임.
2) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
3) 치과, 한방병원, 보건기관 입원 진료비 내역 미표시.

자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

실제 서비스 이용 대상자 1인당 입·내원 일수를 비교한 결과, 장기요양등급인정자가 의료기관에 입원한 경우 평균 74일, 1등급 환자는 139일, 2등급 환자는 101일가량 입원하였다.

의료기관 종별로는 요양병원의 입원 일수가 높았으며 1등급 환자는 요양병원에 평균 205일, 2등급 환자는 165일을 입원했다.

연령별로는 고령 환자일수록 의료기관 입원 일수는 줄어들었는데 65세 미만자의 요양병원 입원 일수가 177일로 매우 긴 특징이 있었다.

〈표 4-36〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 입·내원 일수: 장기요양등급별 비교 (2015년도)

(단위: 원)

구분			소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
의료기관 입·내원 일수			64	93	70	62	60	51
	의료기관 입원 일수		74	139	101	72	51	45
		상급종합	18	29	22	17	15	11
		종합병원	24	40	27	23	20	17
		병원	36	71	47	37	25	22
		요양병원	140	205	165	133	106	94
		의원	11	29	20	12	9	11

주: 1) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
2) 치과, 한방병원, 보건기관 입원 일수 내역 미표시.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

〈표 4-37〉 장기요양등급인정자의 1인당 의료서비스 입·내원 일수: 연령별 비교(2015년도)

(단위: 원)

구분			소계	65세미만	65~74세	75~84세	85세 이상
의료기관 입·내원 일수			64	92	78	66	48
	의료기관 입원 일수		74	125	81	70	65
		상급종합	18	22	21	17	14
		종합병원	24	37	29	23	19
		병원	36	102	50	29	22
		요양병원	140	177	145	136	133
		의원	11	31	12	10	10

주: 1) 장기요양등급인정자 중 장기요양서비스가 아닌 의료서비스만 이용한 경우 제외.
2) 치과, 한방병원, 보건기관 입원 일수 내역 미표시.
자료: 국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출.

제 5 장 국외 노인 의료와 요양서비스 제공 모형 고찰

제1절 외국 의료와 요양서비스 제공 체계
제2절 국외 의료와 요양서비스 연계·통합 사례
제3절 외국 의료와 요양서비스 제공에 있어서의 시사점

5 국외 노인 의료와 요양서비스 제공 모형 고찰

제1절 외국 의료와 요양서비스 제공 체계

우리나라의 의료체계는 서구 유럽 국가들과는 상당히 다른 경로로 발전하여 왔다. 우리나라의 의사 양성 체계는 대부분 단과 전문의 중심이고, 의료기관은 자유로운 개업이 허용되고 개원의는 중소병원이나 종합병원으로 성장하는 기업형으로 운영되어 왔다. 국공립 병원의 역할 역시 민간 병원과 거의 차별화되지 않고 민간 병원과 경쟁 관계에 있다. 자치단체 소속의 대부분의 공공병원은 경쟁력이 약화되어 만성적인 적자에 시달리고 있다. 국민의 의료 이용도 별 제한을 받지 않고 자유가 주어졌다. 유럽과 같이 주치의가 1차 의료 담당자로서 문지기(gate-keeper) 역할을 하면서 2차와 3차 기관에 의뢰하고, 환자의 치료가 종결되고 다시 1차 기관으로 회송되는 관행이 확립되지 못하였다. 우리나라의 의료 공급 및 의료 이용 체계는 다른 국가들과 다르게 진화해 왔기 때문에 우리 나름의 진화를 계속해 나가야 할지 모른다. 이러한 진화가 바람직한 방향으로 나아갈 수 있도록 외국의 의료전달체계를 학습하고, 그 학습에서 우리나라에 적용해 볼 만한 지혜를 얻어야 한다. 본 절에서는 외국의 의료와 요양서비스의 전달체계와 공급체계를 검토하여 우리나라의 발전 방향을 모색함에 있어 시사점을 도출해 보고자 한다.

대부분의 선진 외국은 1-2차, 혹은 1-2-3차 의료전달체계가 정립되어 있다. 1차 의료로서 주치의제도가 관행화되어 있거나 의무화되어 있다. 주치의제도의 참여 여부는 의사와 환자의 선택에 맡겨지는 경향이 있다.

주치의가 문지기(gate-keeper)로서 환자에 대해 진단과 검사, 건강 상담, 예방접종, 예방 의료, 간단한 치료 등을 담당하고, 나아가 지역 보건 서비스까지 포함한 포괄적인 서비스를 담당하며 필요 시 환자를 2차 및 3차 기관에 진료를 의뢰하고 2, 3차 기관에서 진료가 끝난 후 다시 주치의에게 회송하는 시스템이다.

일차 의료는 주치의 단독 보다는 여러 주치의들과 보조 인력이 팀을 이루는 형태가 많다. 주치의는 환자에 대한 진료기록을 2, 3차 기관에 제공하고, 2, 3차 기관 역시 진료기록을 주치의에게 제공한다. 주치의와 주치의와 계약한 환자에 대해 수가 및 환자 본인 부담에 있어서 인센티브를 부여한다. 환자에 대한 진료 정보의 공유를 위해서는 전자건강기록(Electronic Health Record, EHR) 시스템을 구축하고 EHR에 대한 의사와 환자의 접근을 보장하기 위해 전자카드를 도입하는 국가들이 있다. 더불어 통합진료체계(Integrated Delivery System)의 정착을 추진하고 있다. 통합진료체계의 목적은 지역 단위로 의료 공급자들이 수직적 혹은 수평적으로 연계하여 환자에게 연속적 서비스를 제공함과 동시에 서비스의 중복을 줄이고 질을 향상하며 비용을 절감하는 데에 있다.

최근 외국에서도 재정적 한계와 전달체계의 효율화를 위해 의료와 요양서비스의 연계와 통합을 도모하고 있다. 장기요양에서는 재가 보호 또는 지역사회(Aging in place) 서비스를 강화하고 있으며, 서비스의 다양화와 질 관리를 통해 노인에 대한 통합적 서비스 제공과 비용 절감을 위해 경주하고 있다.

외국의 사례는 주로 국민건강보험공단에서 발간하였고 매년 수정 보완해 나가고 있는 '주요국의 건강보장제도 현황과 개혁 동향'(2014년과 2015년)을 참고하여 외국의 의료와 요양서비스 체계를 소개하고 해석하였다. 또한 12개국의 의료보장체계의 전반적인 개요를 간략하게 요약 정

리하여 각국의 의료전달체계를 이해하는 데에 도움이 되도록 하였다. 12개국의 의료체계로부터 우리나라에 주는 시사점이 무엇인지를 정리하고, 이를 바탕으로 우리나라의 현행 의료와 요양 체계가 나아갈 방향을 제시하고자 하였다.

12개국은 다음과 같다. 국가보건서비스 방식을 채택한 국가군으로 영국, 캐나다, 호주, 스웨덴이 있다. 이들 국가는 재원 조달은 기본적으로 조세에 의존한다. 이 중 캐나다, 호주, 스웨덴은 연방제를 채택하여 광역 지방자치단체가 독자적인 보건의료제도를 운영하는 특징이 있다. 사회보험 방식을 채택한 국가군으로 독일, 프랑스, 벨기에, 네덜란드가 있다. 이들 국가군은 국가와 지방자치단체보다는 보험 조합이 보험자로서의 역할을 담당하는 특징을 가진다. 다만, 보험자와 의료 공급자 간의 계약은 국가와 지방자치단체 단위로 이루어지며, 장기요양과 같은 보건서비스에는 지방자치단체의 역할이 크며, 보험 조합과 자치단체 간의 협력이 중요하게 작용하고 있다. 동아시아 국가군으로 일본, 대만, 싱가포르가 있다. 일본과 대만은 사회보험 방식을 채택했고, 싱가포르는 국가보건서비스 방식과 의료 저축 방식을 혼합한 방식이다. 그렇지만 이들 국가군은 유럽 국가군과는 의료 공급 및 의료 이용 체계가 상당히 다르고 동아시아 특유의 공통점을 가진다. 우리나라도 이러한 유형에 속한다. 마지막으로 미국은 사회보험 방식에 가까운 노인을 위한 메디케어제도와 민간 건강보험 방식으로 이원화된 체제를 유지해 왔으나, 2010년 오바마 대통령의 의료개혁법안이 통과되면서 민간 건강보험은 민간 사회 의료보험으로 변화하였다. 모든 근로자와 자영자 및 지역 주민은 민간 보험사의 건강보험 상품에 의무적으로 가입하게 되었다. 가입하지 않으면 벌금을 내야 한다. 이러한 개혁에 의해 미국식 관리의료(managed care)는 ACO(accountable care organization)로 진화를 모색하고 있다.

1. 외국의 의료-요양서비스 제공 현황

가. 영국

영국은 국가보건서비스(NHS) 방식을 채택하고 있는데 영국의 의료 환경과 보건의료제도는 우리나라와 상당한 차이가 있다. 이 때문에 영국의 방식을 한국에 적용하기에는 많은 제약이 있다. 그럼에도 불구하고 몇 가지 시사점을 살펴본다.

영국은 거주 지역 내의 1차 진료의(GP)를 주치의로 의무적으로 등록해야 하는 엄격한 의료전달체계를 지켜오고 있다. 우리나라에서 이러한 의무적인 주치의제도를 따르기는 어렵지만, 주치의가 예방접종이나 금연과 같은 포괄적인 건강관리 서비스를 제공하는 것은 우리나라의 개원의에게도 유사한 역할을 부여해볼 수 있다. 영국의 일차 진료를 담당하는 GP는 통상 4~5명의 의사들로 구성되며, GP의 자격은 의대 졸업 후 5년의 수련 과정(2년 기본 수련, 3년 전문 훈련[28])을 거쳐야 얻을 수 있다. 우리나라의 단과 전문의 중심의 개원의에게 일차 진료의 역할을 부여하려면 자신의 전문의 자격 이외에 일차 진료에 필요한 교육을 이수하고 자격을 부여하는 게 좋을 것이다. 또한 환자가 등록하여 지속적인 진료를 받는 일차 진료 의사로서의 역할을 하게 된다면 환자당 일정한 수가 보상이 필요할 것이다. 영국의 GP는 인두제 이외에 만성질환에 대한 성과 지불 방식(P4P)이 적용된다.[29] 우리나라에 주치의가 도입될 경우 성과 지불 방식

---

28) GPSTP(GP Specialty Training Program containing)는 산부인과, 소아과, 노인과, 사고 및 응급과, 정신과와 같은 병원 전문과를 혼합하여 18개월 동안 Specialty Registrar(우리나라의 레지던트)로서 일하고 이후 18개월은 일반의 진료소에서 GP Specialty Registrar로서 일함

29) 일반의(GP)의 수입 구성은 75% 인두제, 20%는 성과급(pay-for- performance, P4P), 5%는 특별 서비스 제공에 대한 계약에 의한 수입임.

(P4P)에 의한 추가적인 보상이 필요할 것이다.

영국의 노인을 위한 장기요양서비스와 복지서비스는 지방정부의 서비스로 통합적으로 운영하기 위해 노력하고 있으며, 중앙정부의 의료서비스 제도와 분리되어 있다. 지방정부별로 요양 욕구의 판정, 서비스의 범위와 형태 등에 다소 차이가 있다. 우리나라의 경우에도 장기요양서비스와 지자체의 노인복지서비스 간의 연계 방식을 고민해야 한다. 영국은 무상이라는 인식을 변화시키기 위해 일부 장기요양 서비스 대신에 현금을 직접 급여하여 요양 대상자가 직접 보조인을 고용하도록 하는 현금 급여 방식을 확산시키려고 한다. 우리나라에도 현금 급여 방식의 도입을 검토할 만하다. 영국에서 시행하는 요양 대상자의 등급별 급여 상한액 범위 내에서 적절한 서비스 계획을 수립하는 데에 케어매니저가 도움을 주는 소위 '개인 예산제(Individual Budget)'를 참고할 만하다.

최근 영국의 개혁은 보건의료와 사회서비스 간 통합 서비스를 제공하고 질을 향상하는 데 주력하고 있다. 규제 감독 기구인 보건의료위원회(Helathcare Commission)와 사회서비스위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 통합하여 진료의 질 관리 위원회(CQC)를 설치하였다. 보건과 사회서비스 기관들은 진료 질 관리 위원회(CQC)에 의무적으로 등록해야 하고, 서비스의 질과 안전(quality and safety)에 대한 감독을 받아야 한다. 필수 기준을 미충족한 기관에 대해 등록을 취소할 권한을 가진다. 우리나라의 경우도 노인 의료 및 요양서비스, 사회서비스의 낭비를 줄이고 질적 수준을 감시하는 통합적인 기구의 설립을 고민해 볼 필요가 있다. 최근 우리나라에서도 노인장기요양시설에 대한 평가를 통해 부실한 기관을 폐쇄하려는 계획을 발표한 바 있다.

장기요양 대상자의 본인 부담은 재가서비스의 경우 본인 부담이 거의 없도록 하고, 시설서비스의 경우 자산 조사를 거쳐 차등화한다. 우리나라

의 경우 재가서비스의 활성화를 위해 본인 부담을 낮추고 시설서비스의 본인 부담을 높이고, 요양 대상 가구의 소득 자산 수준에 따라 본인 부담률을 조정할 필요가 있다. 영국의 장기요양서비스는 독거노인에 대한 지역 간호 방문 서비스 제공을 가장 우선시하며, 청소나 장보기 등 가사 서비스는 가장 많은 노인인구가 이용하는 서비스이다. 또한 재정 부담을 줄이기 위해 지역사회 자원을 이용한 보호 체계 강화 등의 노력을 확대하고 있다. 중증 장애에 대해서는 지방정부가 직접 개입하고, 중경증과 경증은 지역 내 민간 기관 및 자원봉사 단체에 소개하는 것으로 진행하고 있다.

최근 영국의 NHS 개혁의 주요 내용에서 다음과 같은 시사점을 얻을 수 있다. 임상 의사들에게 보건의료 예산의 집행권을 상당 부분 위임하고, 의료기관 간 공정 경쟁과 인수 합병을 허용하고 있다. 의료인들에게 상당한 권한을 부여하는 대신에 의료의 질을 관리하고 소비자의 권리를 보호하기 위한 기구(Health Watch)를 신설했다. 전통적인 국가 보건 방식에서 지방자치단체의 역할을 강화하는 방향으로 전환을 시도하고 있다. 지자체에 공공보건(public health)의 기능을 부여하여 기존의 NHS 소속의 일차 의료 관리 기구(PCTs, Primary Care Trusts) 소속 직원들을 지자체로 전출시켰다. 즉 일차 의료의 관리를 상당 부분 임상 의사 집단에게 맡긴 것이다. 특히 의료, 장기요양, 공공보건 간의 연계와 협력을 강화하기 위해 지자체에 보건복지위원회를 설립하였다. 동 위원회에 지자체 공공보건 담당자, 장기요양 담당자, 임상의사그룹(CCGs)이 참여하여 협의한다. 우리나라의 경우 중앙정부 중심의 건강보험, 장기요양보험, 공공보건의 관리 권한과 책임을 광역지자체와 기초지자체로 위임하고 지자체 내에서 의료-장기요양-공공보건-사회서비스 등이 효과적으로 연계되어 제공될 수 있는 방안을 고민해야 할 것이다,

나. 캐나다

캐나다의 일차 의료는 통상 가정의(family doctor)에서 시작된다. 가정의는 지역 보건소, 병원 또는 병원 외래 부서와 제휴하여 진료한다. 지역 보건소를 통해서도 일차 보건 의료가 일부 행해지기도 한다. 다만, 지역 보건소는 치료 중심이라기 보다 건강 증진과 예방 서비스를 중심으로 지역 주민의 건강을 관리한다. 주 정부는 보건소 및 포괄적 일차 의료 서비스를 제공하는 건강센터(health center)를 설립하기 위해 다양한 사업을 펼치고 있으나 일차보건의료는 여전히 민간의 개업 의사(가정의 또는 일반의)가 담당하고 있다. 캐나다의 공중보건(public health service)은 전염성 질환의 관리, 공중위생, 보건 교육의 보급을 위해 설립되었으나 전염성 질환의 발생이 줄어들게 되면서 근래에는 만성질환의 예방, 사고의 예방, 공중보건의 위기에 대처하고, 건강 증진 및 예방접종에 중점을 두고 있다.

캐나다의 보건의료서비스는 보험의료서비스(IHS, Insured Health Service)와 보충적 의료서비스(Extended Health Care Service, EHCS)로 구분되며, 장기요양서비스는 보충적 의료서비스로 요양시설, 장기 주거형 의료 주택 보호, 재가 보호 등이 포함된다. 장기요양서비스는 주 정부 단위에서 운영한다. 장기요양서비스에는 시설서비스, 완화의료(paaliative care), 수발자 휴식(respite care), 가정간호서비스, 물리치료와 작업치료 등의 재활 서비스, 가사 지원, 신체 케어 등이 있다. 케어 종사자들의 임금과 처우는 열악하다. 이 때문에 외국인 케어 종사자들이 증가하고 있다. 이민자들을 케어 종사자로 고용하기 위한 특별 이민 프로그램을 갖고 있다. 입주식 케어 프로그램(The Canadian live-in care giver programme, LCP)은 장기요양시설에 상주하면서 서비스를

제공하는 것으로 2년간 근속하면 캐나다 영주권을 얻게 해 준다. 영주권을 획득하면 어떤 직업이든 가질 수 있도록 허용한다. 장기요양시설은 각 주 정부가 요구하는 시설 기준을 충족해야 할 뿐 아니라 캐나다보건서비스인증위원회(Canadian Council on Health Service Accreditation)의 기준도 충족해야 한다. 입소 생활 시설에 대해서는 캐나다인증원(Accreditation Canada)의 인증을 받아야 하는데, 안전, 장기요양서비스 접근성, 종사자 실태, 의료 정보 시스템의 유지, 그리고 삶의 질 등 5가지를 충족해야 한다.

다. 호주

호주의 의료전달체계 역시 일차 의료인 GP가 전문의 진료를 위한 의뢰를 한다. 입원 대기 기간이 길어짐에 따라 민간 환자(private patient)로서 대기 시간이 짧아지는 민간 건강보험을 활성화하였다. 공적 건강보험이 재정적 압박을 받음에 따라 정부는 국민들에게 세금과 보조금을 통해 민간 건강보험의 가입을 권장하고 있다. 민간 건강보험에서는 환자의 의사 선택이 자유롭고 개인 병실을 사용할 수 있다. 2012년 6월 기준으로 공적 건강보험인 메디케어 가입자의 46.5%가 민간 건강보험에 가입되어 있다. 당연하게도 의료 이용에 있어서 소득 계층 간 격차가 벌어질 수밖에 없다. 보충적 민간 보험이 활성화됨에 따라 민간 보험에 대한 정부는 통제는 강화되었다. 즉 보험사가 가입자의 위험을 선별하지 못하도록 하였고, 위험에 비례한 보험료 차등을 하지 못하도록 하였다. 공보험 재정의 압박과 환자대기 문제를 해결하기 위해 민간 건강보험을 촉진하면서 동시에 민간 건강보험이 국민에게 미칠 부작용을 줄이기 위한 장치를 두었다. 이를 위해 독립된 민간 건강보험 관리 위원회를 두었다. 그럼에도

불구하고 민간 건강보험 비중의 증가는 의료 이용에 있어서 소득 계층 간 격차를 야기할 것이고 민간 건강보험을 보유하지 못하는 저소득층의 의료 이용은 상당한 제한을 받게 될 것이다. 대부분의 주에서 보건의료서비스 전달에 있어서 정부의 역할은 줄이고 비정부 부문과 민간의 역할을 늘려 공공-민간 파트너십을 발전시키고 있다.

호주의 의료전달체계에 있어서 몇 가지 주목할 게 있다. 먼저 국민 누구나 진료와 처방 기록, 의약품 부작용, 알러지 등 의료 정보를 일반의, 전문의, 병원이 참고할 수 있도록 온라인전자의무기록시스템에 등록할지 여부를 선택할 수 있다. 복합 만성질환을 보유한 노인의 경우 이러한 시스템에 등록하면 효율적인 의료 관리가 가능할 것이다. 두 번째는 텔레헬스가 활성화되어 있는 것이다. 전화 상담, 특히 24시간 무료 건강상담서비스(Health Direct Australian)를 제공하고 있다. 전화 상담을 통해 불필요한 방문을 줄일 수 있다. 전화로 자가 건강 관리를 지원하기도 한다. 인터넷이나 의료 장비를 통해 의료기관과 환자의 주거지 간에 의료 정보를 교류하기도 한다. 일차 의료의 강화를 위해 일차 기관들의 전국 네트워크인 메디케어 로컬을 조성하였다. GP의 근무시간 후에 진료 상담이 필요한 경우 'After hours GP helpline'을 운영하고 있다.

대부분의 일차 의료는 GP들의 집단 개원이 많다. 2000~2010년 간 1인 GP가 운영하는 의원 수의 비중은 19%에서 9%로 감소한 반면에 10인 이상 GP들이 운영하는 의원 수의 비중은 10%에서 20%로 증가함으로써 대형화되고 있다. 한편 전문 간호사 수는 2003년 3300명에서 2009년 1만 100명으로 증가함으로써 부족한 의사 인력을 대체하는 역할을 강화하고 있다.

메디케어에서는 일차 의료 강화의 일환으로 만성질환 관리를 강조하고 있다. 첫 번째는 PIP(Practice Incentive Program)라는 인센티브가 행

위 수가제를 보완하고 있다. 환자 정보 관리와 야간 진료, 농촌 진료, 학생 건강 교육에 일정한 유인을 제공한다. 이와 더불어 SIP(Service Incentive Program)를 제공한다. 환자가 만성질환 프로그램에 등록하고 환자 정보를 제공했을 때에 환자당 정액(1A$)을 지불하고, 매년 당뇨 프로그램을 완수했을 때에 40A$를 지원하고, 프로그램을 완수한 환자 수가 일정한 목표치를 달성했을 때에 20A$를 지원한다. 두 번째는 다른 선진국들과 같은 만성질환 관리 프로그램(Chronic Disease Management)을 운영하고 있다. 세 번째는 GP 정신 건강 관리 프로그램(GP Mental Health Treatment Program)을 운영한다.

완화의료는 일차 의료 제공자인 GP, 지역사회 간호사, 완화의료 전문가에 의해 제공되며, 호스피스 병동이나 환자 가정, 노인 주거 복지시설 등에서도 제공된다. 민간 병원 보다는 공공병원에서 제공되는 경우가 대부분이다.

장기요양서비스는 환자의 가정에서 노화(Aging in place)를 지원하고 강조한다. 장기요양 대상 자격은 장기요양 평가 팀(Aged Care Assessment Team, ACAT)에서 수행하는데 ACAT는 공공병원의 의사, 간호사, 사회복지사, 기타 보건의료서비스 인력으로 구성된다. 다만, 가정 및 지역사회 서비스의 경우에는 ACAT의 평가가 필요하지는 않다. 연방정부는 호주 전역에서 장기요양서비스 이용이 가능하도록 매년 장기요양기관의 유형과 요양 대상자(70세이상)의 지리적 분포를 고려한 계획을 수립한다. 근래에 입소 시설은 대형화 추세에 있으며, 시설에 대한 인증과 평가를 강화하기 위해 독립된 기구인 ACSAA(Aged Care Standards and Accreditation Agency)를 설립했다.

라. 스웨덴

스웨덴은 1-2-3차 의료기관으로 구분된 의료전달체계를 갖고 있다. 1차 의료의 팀은 통상 4~6명의 주치의와 다른 의료 전문인력들 즉 간호사, 조산사, 물리치료사, 정신 상담사, 산부인과 의사 등으로 구성되어 있다. 주치의 1인이 운영하는 1차 의료는 매우 드물다. 1차 의료에서는 전문적인 의료 장비가 필요하지 않은 진료를 보며, 어린이 예방접종, 건강검진 및 건강 상담 등을 수행한다. 게이트키퍼(gatekeeper)로서의 주치의제도가 엄격하게 운영되지 않는다. 환자는 주치의를 자유롭게 선택할 수 있고, 주치의 의뢰서 없이 2, 3차 의료기관에서 진료받을 수 있다. 다만, 2010년부터 스톡홀름을 제외한 지역에서 환자는 주치의 등록이 의무화되어 있다.

1차 의료기관은 전국적으로 약 1100여 개이며 민영 의료기관이 약 3분의 1을 차지한다. 금연, 절주, 신체 활동, 영양 등 건강 위험요인 들을 중재하는 상담을 하도록 권장된다. 일부 광역자치단체에서는 사례 관리 또는 질병 관리와 같은 프로그램이 개발되고 있다. 간호사에게 상당한 범위의 일차 의료 제공자로서의 역할을 부여한다. 의사의 감독하에 제한적으로 처방전을 발행할 수 있도록 하며, 어린이에게 제한적인 진료 서비스를 제공하며, 기초자치단체의 복지서비스의 하나로 노인에 대한 가정간호서비스를 제공한다.

2차 의료기관은 전국에 약 70개로 병원 수준의 전문 의료 장비를 보유하고 입원 및 외래 진료, 응급진료를 제공한다. 3차 의료기관은 6개 진료권에 7개의 대학병원이 있다. 스웨덴의 2, 3차 의료기관은 당일 입·퇴원의 비중이 꽤 높다. 2008년 기준으로 전체 수술의 약 30%를 차지하였다. 비공식적 간병(informal care)은 가족이나 친척이 간병 서비스를 제공하

는 경우로써 기초자치단체가 관할하여 급여할 수 있다. 환자가 퇴원한 후의 재활이나 생활 보조 등은 기초자치단체(commune)에서 관장하도록 되어 있다. 스웨덴의 보건의료는 광역자치단체와 기초자치단체의 역할이 매우 큰 것이 특징이다.

유럽의 많은 국가들과 마찬가지로 스웨덴 역시 환자 대기 시간이 문제가 되어 2005년 개혁으로 '0-7-90-90'이라는 규칙을 도입하였다. 즉, 의료서비스에 당장 접근할 수 있고(0일), 7일 내에 주치의 진료를 받으며, 그 후 90일 내에 전문의 진료를 받고, 다시 90일 내에 치료를 받을 수 있도록 하는 것이다. 환자가 진료 대기 없이 곧 치료를 받기를 원하면 민영병원을 직접 방문하여 본인 부담으로 혹은 민영 보험을 통해 진료받을 수 있다. 그러나 민영 보험에는 일부 소수만이 가입되어 있다.

노인 서비스의 기획과 제공은 기초자치단체가 책임을 진다. 이렇게 된 배경에는 1990년 초에 몰아닥친 경제위기로 인해 1992년 1월의 에델개혁이 큰 영향을 미쳤다. 개혁의 핵심은 광역자치단체가 담당했던 노인복지 업무가 기초자치단체로 이관된 것이다. 당시 광역자치단체 전체 지출의 약 20%가 기초자치단체로 이관되었다. 노인의료의 책임을 떠맡은 기초자치단체는 재원 부족으로 수요(needs)가 가장 큰 노인 집단에게 서비스를 집중하거나 서비스의 효율화를 도모해야 했다. 광역자치단체의 종합병원 병상수는 1991년 9만 3679개에서 2009년에 2만 5653개로 급격히 줄어들었다. 수술 후 바로 퇴원하여 가정에서 필요한 조치를 취하도록 하였고, 투석도 가정에서 이루어지는 것이 일반화되었다. 80세 이상 노인성 질환의 평균 입원 일수가 1993년 21.5일에서 2008년 12일로 줄어들었다. 이러한 변화는 노인 의료서비스의 상당 부분이 기초자치단체에서의 진료나 의료서비스로 이전되었음을 의미한다. 광역자치단체 병원에서 장기요양서비스를 받던 노인의 상당수가 기초자치단체의 재가 및

시설서비스로 전환되면서 간호사, 간호 보조원과 같은 인력이 대폭 감축되었다. 이러한 변화는 2000년대에 들어 노인보호서비스의 악화로 이어졌다.

스웨덴의 장기요양서비스는 기초자치단체의 노인복지서비스의 하나로 제공된다. 시설급여는 중앙정부가 기초자치단체에 위임하였으며, 재가서비스는 기초자치단체의 임의 업무이며 광역자치단체와 협의하여 기초자치단체에서 수행할 수 있다. 장기요양서비스는 기초자치단체에 신청하고, 기초지자체의 홈페이지에 시설에 대한 정보와 기초지자체가 평가한 결과와 이용자 만족도가 공개되어 있다. 대상자 판정은 대상자 가구의 개별 사정, 사회적 상태 및 가정 상황을 참작하여 결정하며, 지자체 공무원인 케어매니저가 전담한다. 재가서비스는 기초지자체뿐 아니라 일반 서비스업체, 위탁 사업체, 협동조합 등 민간 부문에 위탁하기도 한다. 재가서비스에는 가정 도우미 서비스를 포함한다. 즉 가정 도우미가 청소. 세탁, 취사, 입욕 서비스 및 교통 편의 서비스를 제공한다. 식사 배달 서비스와 활동 보조 서비스(보호자로서 동행)를 포함한다. 친인척 보호자 대체 서비스도 제공된다. 시설서비스에는 너싱홈 외에 집단거주홈(Group home)[30], 퇴직자홈(Retirement home)이 있다. 자택에서 거주하는 노인의 수가 증가함에 따라 퇴직자홈은 1980년대 이후 거의 사라지고 있다.

마. 독일

독일의 1차 의료기관은 GP나 주치의, 병원 외래 의사, 공공 외래 의료기관이 해당된다. 2차 의료기관은 외래 전문의나 병원이 해당한다. 3차

30) 집단거주홈은 작은 주택에서 거주자가 각각 자기만의 방을 가질 수 있고 공동의 장소를 공유함. 24시간 상주하는 직원에 의해 보호를 받을 수 있다. 거주자들 대부분이 노인성 치매를 앓는 경우가 많다.

의료기관은 특정 종합병원과 센터가 해당된다.

주치의는 의료서비스 체계의 중심적인 위치를 가지며, 치료의 길잡이 역할을 한다, 진료 의뢰와 회송이 통상 이루어지나 강제적이지는 않다. 주치의는 건강보험조합과 계약 관계에 있고, 환자는 주치의를 선택한다. 주치의는 환자에게 주치의 중심의 진료 계획 즉 질병관리프로그램(Disease Management Program, DMP)을 제공해야 할 의무를 진다.

DMP는 2002년에 도입되었고 만성질환 관리를 위한 통합적인 서비스를 제공함으로써 의료의 질을 향상하고 비용을 절감하기 위해 도입되었다. DMP는 연방보험청의 품질 인증을 받도록 되어 있으며 환자의 프로그램 참여 여부는 자유이다.[31] 주치의를 정하고 질병관리프로그램에 참여할 경우 가입자에게 일정액을 환급해 주거나 보험료를 할인하는 인센티브를 부여한다. 단, 안과와 산부인과는 주치의 제도가 적용되지 않는다. 문지기 의사들은 DMP 참여 여부를 선택하게 되고 참여 의사들은 교육을 받고 인센티브를 받는다. 2014년 기준으로 DMP 참여 가입자당 연간 145.68유로(19만 원)를 보조하였으며, 630만 명이 1만 501개의 DMP에 참여하였다. DMP에 참여하는 GP의 비율은 지역에 따라 60~80% 정도이다. 보험의사협회가 임상 진료 지침을 제공하고 의사를 대상으로 교육 프로그램을 운영하며, 건강보험조합이 관리를 지원한다. DMP 적응증은 당뇨, 유방암, 심혈관질환, 알레르기성천식, COPD 등이다. DMP 참여 의사는 3개월 단위로 환자의 진료기록을 보험의사협회에 보내고, 협회는 개별 의사에 대한 평가 보고서로서 피드백을 준다. DMP 참여 의사와 비참여 의사 간의 진료 성과를 비교한다. 독일의 주치의제도와 환자 질환 관리 시스템이 강제적이지 않고 가입자와 의사 양자에게 인

31) DMP 참여 절차는 다음과 같다. 환자가 동 프로그램을 수행하는 의사를 선택하고, 의사가 동의하는 경우 의사와 환자가 함께 참여 의사 표시서를 작성하여 정보 제공처에 제출한다. 정보 제공처는 환자를 익명으로 처리하여 건강보험조합에 전달한다.

센티브를 부여하여 참여를 유인하고, 의사협회가 국민의 질환 관리를 위한 중심적이고 적극적인 역할을 하는 점은 우리에게 주는 시사점이 크다.

지역보험조합인 AOK는 환자를 대신해서 진료 예약을 하고 환자를 의뢰하는 역할까지 하며, 의사의 진단에 대해 2차 소견(second opinion)을 내기도 한다. 365일 24시간 콜센터를 운영한다. 전자건강기록을 운영하여 환자의 만족도, 수술 후 합병증이나 재발률 등을 조사한다. 전자건강카드(EGK)를 1995년부터 도입을 시작하여 2013년에 95%가 카드를 소지하였으며 2014년부터 완전히 도입하였다. 가입자를 위한 보험조합의 역할에 대해 우리나라는 깊이 숙고할 필요가 있다.

독일의 장기요양서비스는 주 정부 단위의 사회서비스에서 1995년에 연방 장기요양보험제도로 전환하였다. 전 국민을 대상으로 하는 점이 우리나라(65세 이상)와 차이가 있다. 건강보험과 별도의 제도로 운영되지만, 건강보험조합과 조합에 소속된 건강보험 의료서비스 단체[32] (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK)가 건강보험과 함께 운영한다. 연방제 국가이기 때문에 장기요양보험의 실제 운영은 주 단위로 이루어진다. 주 보건부가 시설의 인허가와 지도감독권을 가진다. MDK에서 대상자의 등급 인정을 위한 조사를 하고 요양기관을 평가한다. 등급 인정 조사는 MDK 소속의 의사와 간호사가 한다. 현실적으로는 대부분 간호사들이 수행하며, 간호사는 6개월간 심사 판정을 위한 전문 교육을 수료해야 한다. 가정을 방문하여 면접 조사를 한다. 2009년부터 MDK에서 요양기관이 제공하는 급여를 공개하고, 질을 점수화하여 공개하였다. 조합은 입소 시설 및 재가 시설과 서비스 계약을 맺고 수가를 협상한다. 독일 장기요양서비스의 특징의 하나는 현금 급여가 활성화되어 있는 점이다. 현금 급여의 수준은 현물 급여의 50%에 상당하는 금

32) 우리나라의 건강보험심사평가원과 유사함.

액이다. 현물과 현금 급여를 혼합한 형태로 서비스를 제공받기도 한다. 우리나라도 장기요양보험제도를 독일과 유사하게 운영하지만 일본과 매우 가까운 형태로 운영한다. 다만, 우리는 단일 보험자 형태를 띠고 건강보험공단에서 장기요양과 관련된 모든 업무를 처리한다. 매우 중앙 집중화된 형태로 운영되어, 지방자치단체는 거의 개입하지 못하고 있어 지역 단위의 장애인과 노인에 대한 돌봄서비스와는 거의 연계를 갖지 못하고 있다. 등급 판정 조사 요원의 전문화, 요양기관의 서비스 질 관리를 위한 정보 공개, 현금 급여의 허용 등은 우리나라가 신중하게 참조할 만하다.

바. 프랑스

프랑스는 근래에 1차 의료 중심으로 의료체계를 개편하고, 통합적 의료서비스 제공 체계를 강화하고, 지역의 특수성을 반영한 정책을 시행하는 방향으로 개편하였다. 2005년 7월에 주치의제도를 전면 도입하였다. 가입자가 선택하는 주치의가 환자 진료의 첫 단계이다. 주치의는 예방 의료와 건강 증진에 기여하며, 환자의 개인 의료 기록부를 작성한다. 환자에게 의료 기록을 모두 제공해야 한다. 2008년 기준으로 가입자의 85%, 만성질환자의 96%가 주치의에 등록되어 있다. 1년에 한 번씩 주치의를 변경할 수 있다. 환자가 주치의에게 진료 비용을 선불한 뒤에 보험자로부터 공단 협약 수가의 70%를 환불받는다. 만약 주치의 아닌 의사에게 진료를 받을 경우에는 30%만 환급받는다. 다만, 산부인과와 안과는 주치의 경로를 이탈할 수 있도록 예외를 두었다.[33] 주치의인 경우와 주치의가 아닌 경우에 환자 본인 부담에 큰 차이가 발생하기 때문에 주치의에 등록할

33) 프랑스의 진료 의사의 유형은 두 가지인 점이 특이하다. 하나는 보험자와 의사 단체가 체결한 협약 수가를 준수해야 하는 의사로서 전체 의사의 76%에 해당한다. 다른 하나는 의사가 자율적으로 수가를 정하는 경우로서 전체 의사의 24%에 해당한다.

유인은 매우 크고 강력하다. 우리나라의 경우, 진료비 선불 제도와 주치의 진료 비용의 환급 제도가 도입된다면 대부분의 가입자들이 주치의 등록을 주저하지 않을 것이다. 프랑스 의사들이 어떻게 이런 제도 시행에 협조하였는지에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

2003년부터 주 단위 의료 자원의 유기적 협력 체계를 구축하기 위하여 지역보건의료종합계획(SROS)을 매년 의무적으로 작성하도록 하였다. 지역 내 병원 병상수, 고가 의료기기의 보급 실태, 개원의수, 재택 의료와 사회 의료의 실태를 바탕으로 의료 자원의 효율적 배분과 활용을 위한 계획을 수립하도록 했다. 2009년에는 지역 보건의료정책의 효과적 수행을 위해 기존의 지역 병원청(ARH)을 지역보건청(ARS)으로 확대 개편하여 병원뿐 아니라 지역보건의료자원의 전반적인 조정을 통해 지역예방계획, 지역보건의료조직계획, 지역사회의료계획을 종합화한 포괄적인 지역보건의료종합계획을 수립하여 시행하고 있다. 선진국들 대부분이 지향하는 보건의료공급체계의 개편의 방향과 보조를 맞추고 있다.

장기요양서비스는 2002년부터 도입된 '노인간병수당제도(APA)'로 운영되는 것이 특징이다. 1997년에 도입된 장기요양급여특별제도를 보완한 것이다. 1997년 이전에는 사회부조제도와 건강보험제도 내 재택 간호 및 의료 복지 시설에서의 요양, 연금제도와 보충적 연금제도에서 일부 부담하는 홈헬퍼 서비스 등이 분절적으로 장기요양을 담당하였으나 포괄적인 장기요양 수요에 대응하지 못한다는 비판이 제기되었다. 2004년 6월에는 노인장애인연대공단(CNSA)이 설립되었다. 노인 간병 수당의 재원의 70%는 지방세로 충당되며, 나머지 재원은 사회보장 분담금(CSG), 자립 연대 분담금(CSA), 사회 의료 비용에 대한 국고 지원, 각 연금공단의 분담금으로 이루어지는 노인장애인연대공단(CNSA)의 일부 지원금으로 조달된다. 노인 간병 수당의 혜택은 60세 이상 노인에게 주어지며, 등급

판정은 의료인과 사회복지 종사자로 구성된 '의료 사회 팀'이 방문하여 결정되는데 1~4등급은 노인 간병 수당을 받고, 5~6등급은 연금제도나 기타 사회보장제도로부터 혜택을 받는다.

장기요양 부문에서 제공되고 있는 서비스 유형은 매우 다양해서 우리에게 시사하는 바가 있다. 재가서비스 부문에서 재택돌봄서비스는 청소와 장보기, 요리 등 가사 지원 서비스가 중심이다. 재택 치료 서비스는 개업 간호사가 주사, 상처 처치, 욕창 처치, 예방 등 보건 위생적인 케어를 함으로써 간호사의 의료적 행위를 상당 부분 인정하고 있다. 또한 재택입원 서비스는 입원과 동일한 의료서비스와 간호서비스를 가정에서 제공받을 수 있도록 한다. 시설서비스도 다양하다, 먼저 고령자 주택으로서 재택과 노인요양복지시설의 중간 형태인 집합적인 주택 시설이다. 비교적 활동에 제한이 없는 노인이 거주할 것이다. 노인요양복지시설은 노인 주거와 의료서비스가 결합한 형태의 시설이다. 장기요양시설은 의료 설비가 잘 갖추어진 시설이다. 일반 가정 수용이 있는데, 가정에서 노인을 돌보며 최대 3인까지 돌봄을 허용한다.

재가서비스의 제공 방식에 있어서 수급자에게 간병 수당을 직접 제공하는 방식 외에 제3자 지불(서비스 종사자 또는 사업자)도 가능하도록 하였다. 좀 더 구체화하면, 수급자가 직접 간병인을 고용하는 방식이 있고, 수급자가 서비스 업체로부터 서비스를 받고 비용을 업체에 지불하는 방식이 있다. 또한 수급자가 서비스 업체에게 사용자로서 관리를 위탁하며 서비스 종사자는 서비스 업체로부터 보수를 받는 방식이 있다. 수급자의 본인 부담은 수급자의 소득 수준에 따라 차등 지급 하도록 하였다.

간병 수당 방식이기 때문에 요양 대상자의 선택의 폭이 넓고, 장기요양 시장 내 사업자들의 서비스 유형도 소비자 욕구에 맞추기 위해 매우 다양해진다. 시설에 비해 재가서비스를 받을 경우에 비용을 아낄 수 있고 집

에서 요양할 수 있기 때문에 프랑스는 재가서비스의 비중이 높은 것이 특징이다. 우리나라의 경우, 현금 수당을 지급하는 방식을 신중하게 검토할 필요가 있다. 보육서비스의 경우 바우처를 부모에게 지급하고 보육시설을 선택하도록 되어 있는데, 장기요양의 경우에도 현물 외에 바우처나 수당을 지급하는 방안을 고민해 봐야 한다. 현물 급여 방식을 유지하더라도 시설서비스의 유형을 대상자의 기능 상태와 욕구에 따른 다양성을 인정해 줄 필요가 있고, 재택에서 서비스가 이루어질 수 있는 다양한 사업 모델을 도입하는 방안을 고민해야 할 것이다.

사. 벨기에

벨기에는 작은 나라이지만 여러 유럽 국가들의 보건의료제도를 유연하게 받아들여 다양한 시스템을 독창적으로 운영하는 나라이다. 의료전달체계가 명료하게 규율화되어 있지는 않다. 환자의 자유로운 의료기관 선택이 보장되지만, 1-2차 진료가 현실에서는 관행화되어 있다. 1차 진료의 30%가 가정 방문인 것이 특징이다. 1차 진료의 문지기(gatekeeper) 역할을 의무화하지는 않지만 95%가 단골 개원의를 통해 진료한다.

1차 진료의 강화를 위해 GMF(Global Medical File) 시스템을 구축하였다. GMF는 환자에 대한 포괄적인 의료정보파일이며 1999년에 시작하였다. 환자의 정보를 활용하여 불필요하고 중복된 진료를 줄이고 모순된 처방을 제거하려 한다. 환자가 GMF에 자율적으로 참여하며 참여 시 정보 관리료를 부담해야 하지만 정보 관리료는 보험공단에서 추후에 상환받는다. GMF 참여 시 본인부담금의 30%를 감면받으며, 2차 진료 의뢰 시 본인부담금이 경감된다(전문의 진료 시 본인 부담률이 40%에서 15%로 경감). 외래 본인 부담률은 개원의 25%, 왕진 35%, 전문의 40%(저소

득자는 각각 10%, 15%, 20%)이다. 선불상환제를 도입하여 환자의 잦은 방문을 억제하고 있다. 1차 의료 부족 지역 개원의에게 기금을 지원하여 의료 사각지대 해소를 위해 노력한다.

1차 진료에서 통합재가서비스를 제공한다. 만성질환자에 대해 다양한 정보를 제공하고 재가 보호를 조정 관리해준다. 전자건강보험카드를 시행했으나 2014년에 전자주민증으로 통합되었다. 전자주민증은 사회보장의 자격 확인, 세금 정보, 진료 정보를 확인하는 log-in key 역할을 한다. 응급의료에 있어서 응급 콜 100번을 통해 적절한 응급의료 가이드를 해주며, 특히 자동차이동형응급서비스(MUG, Mobile Urgency Group)가 24시간 운영되어 신속한 처치가 제공된다. MUG에는 응급의료 전문 간호사와 구급차 운전사가 PITs(Paramedical Intervention Team)를 구성한다. 2차 병원은 모든 직원에게 심폐소생술을 훈련할 책임을 진다.

건강보험공단(NIHDI, 질병장애보험공단)에서 만성질환자추적센터(Observatory)를 설립하여 환자들을 모니터링한다. 그리고 진료 부문별 DB를 구축하여 진료 행태와 처방의 패턴을 모니터링하며, 표준 진료 지침을 제공한다. 표준을 벗어난 진료를 한 의사나 병원에 대해 소명을 요청하며 시정을 요구한다.

1997년에 장기요양서비스를 건강보험에 포함시켰다. 장기요양 대상자의 판정은 담당 의사 혹은 장기요양시설의 전문 팀(간호사, 사회복지사)이 수행한다. 재가서비스는 지방 정부가 관리하고 감독하며, 일반의와 간호사를 포괄하는 통합재가서비스를 하는 것이 원칙이다. 2002년에 ISHC(Integrated Service for Home Care)가 설립되어 장기요양시설을 감독하고 서비스 제공자를 지원한다. 재가서비스에는 음식 배달과 집안일까지 포함된다. 시설서비스의 경우 거주 비용은 본인이 부담하나 의사와 간호사에 의한 서비스 비용은 건강보험에서 부담한다. 거주 비용을

본인이 부담하기 때문에 연방정부는 65세이상 노인에 대해 매달 수당을 지급한다. 수당은 대상자의 소득 및 자산 수준에 따라 차등화된다. 벨기에의 재가서비스에 대한 지원 강화 때문인지 재가서비스 이용이 증가하는 추세에 있다. 건강 상태에 문제가 없는 노인에 대해서는 독립 시설(service-flat) 혹은 집단 거주 시설을 제공한다. 이들 시설에서는 식사와 청소, 일차 진료 서비스를 제공한다.

아. 네덜란드

모든 국민은 의무적으로 주치의에 등록을 해야 하며, 1차 주치의를 거쳐야 2차 진료가 가능하다. 산부인과, 정신과, 직업병, 너싱홈의 의사는 주치의제도의 예외를 인정받는다. 국민의 의사(GP) 선택은 자유롭다. 1차 진료에 대해서는 원칙적으로 인두제로 보상하며, 부가서비스에 대해 행위 수가를 허용한다. 1차 의료는 공동 개원이 많다. 2012년 기준으로 3인 이상 공동 개원이 36.4%, 2인 공동 개원이 37.9%, 1인 개원이 25.7%다. 주치의 1인당 등록 환자수는 평균적으로 2350명이다. 국민 1인당 연간 주치의 방문 수는 5회로 우리나라에 비해 매우 적다. 2차 의료로 의뢰한 경우는 4% 수준이다. 1차 의료 의사에게 매년 표준임상지침을 제공하며 지속적으로 교육한다. 2차 전문의료서비스는 일반병원, 대학병원, 특화병원(암센터 등), 중증외상센터가 있고, 특히 네덜란드의 특징으로 당일 입·퇴원 진료를 전문으로 하는 외래 전문 의료서비스(outpatient specialty clinics)가 특화되어 있다. 1994~2005년간 당일 입원진료 건이 두 배 증가하는 동안 평균 재원 일수는 낮아졌고 입원 건수는 증가하지 않았다. 우리나라에서 주치의제도를 도입하려면 공동 개원 형태가 늘어나야 할 것이고, 임상진료지침의 개발이 중요한 과제가 됨을 네덜란드

의 사례에서도 확인할 수 있다. 개원의와 병원의 중간 형태인 당일 입·퇴원을 전문으로 하는 의료기관의 활성화를 고려해 볼 만하다.

질병을 다섯 가지 영역으로 구분한다. 즉 예방(위험군), 진단(질병진행군), 치료(질환자), 관리(만성질환자), 고통 완화(의학 치료가 무의미한 경우)로 구분된다. 질병관리프로그램(DMP)을 운영하며, 대상 질환은 고혈압, 당뇨, 심부전, 천식, 뇌혈관질환, 만성폐쇄성폐질환, 만성관절장애, 요통이다. 예방 서비스로 교육, 운동, 영양, 금연이 있으며, 호스피스도 제공된다. 간호사의 역할이 크며, 퇴원 후 독립 생활이 어려운 환자를 관리하고 일정한 범위 내에서 약 처방을 변경할 권한까지 가진다. 간호사는 병원과 지역사회 서비스 사이를 잇는 가교 역할을 한다. 우리나라에서 의사가 부족한 상황에서 의사가 부족한 지역이나 의사의 역할이 잘 미치지 않는 진료 영역에서 간호사의 역할을 강화해 볼 필요는 있겠다. 전문 간호사제도의 활성화를 고려해봐야 한다.

한편 건강검진, 예방접종, 환경 보건, 건강 증진 등 공중보건서비스는 지방자치단체의 책임으로 운영되고 있다. 1차 의료에서 건강검진이나 예방접종, 건강 증진 등 서비스를 제공하는 다른 국가들과는 달리 지방자치단체의 공중보건서비스 영역을 규정하고 있다.

네덜란드의 장기요양서비스는 건강보험제도 내에 포함되어 운영되고 있는 것이 특징이다. 1968년부터 시작되어 오랜 역사를 가지고 있으며, 재택서비스를 원칙으로 하며 지역사회 활동에 참여하여 건강한 삶을 유지하도록 지원한다. 건강보험제도 내에서 함께 운영되다보니 만성질환자에 대해 장기요양서비스를, 급성질환자에 대해 단기요양, 가정 방문, 간호서비스, 정신적 장애 치료를 제공한다. 장기요양의 포괄 영역이 매우 넓어, 건강보험 소득 정률 보험료의 59%는 사회민간건강보험에 쓰이고 나머지 41%는 장기요양서비스에 쓰인다.. 장기요양서비스의 질을 감시

하기 위한 기관(IGZ)을 두었고, 요양시설 내부에 양질의 서비스를 보장하기 위한 질 관리 체계를 운영해야 하고, 매년 질 보고서를 제출하도록 한다. 장기요양서비스의 질에 대한 관심은 네덜란드도 예외는 아니며 대부분의 국가에서 요양서비스의 질 문제는 늘 주요 관심사가 되고 있다. 재가서비스에는 현물 급여와 현금 급여 두 가지를 혼합하여 제공할 수 있다. 현금 급여는 개인 계정을 통해 제공하며, 현금 급여의 집행책임은 개인 계정의 소지자에게 있다. 프랑스의 노인 간병 수당, 독일의 현금 급여 등과 함께 장기요양서비스에 대한 현금 급여의 가능성에 대해 우리는 좀 더 주목할 필요가 있다.

자. 일본

주치의가 법제화되지는 않았지만 '단골의사'가 관행화되어 있다. 단골의사는 병원 내 의사, 진료소(개원의) 의사로 할 수 있으며 진료과목에 관계없이 운영된다. 2014년에 지역포괄진료의사라는 제도를 도입하고 지역포괄진료에 대해 수가를 가산하여 주치의사의 정착을 기대하고 있다. 1차 의료로서 진료소의 의사는 예방접종, 건강진단 및 건강 상담, 암 검진, 모자보건, 학교 및 산업보건, 지역보건사업을 수행한다. 2차 의료로 거 지역의 중핵병원을 두고 있다. 3차 의료로써 대학병원과 센터 등이 해당된다. 지역 중핵병원을 일차적인 주치의로 간주하는 환자들이 많은 것이 사실이다. 40세 이상자의 65%가 주치의를 갖고 있고, 65~69세는 77.9%, 70~74세는 87.5%, 75세 이상의 88.6%가 주치의를 갖고 있다고 응답하여 실질적으로는 주치의가 상당 부분 생활화되어 있다.[34] 개호

34) 일본의사회 종합정책연구기구. (2013). 단골의사 기능 강화를 위한 조사 연구. 재인용., 국민건강보험공단. (2014). 일본의 건강보장제도 현황과 개혁 동향.

보험의 대상자로 인정받기 위해서는 주치의 의견서를 필요로 한다.

일본은 2008년에 고액 의료와 고액 개호 합산 제도를 도입하여 양 제도에 의한 본인 부담 합산액이 고액인 경우 연간 56만 엔(약 6백만 원)을 상한으로 조정하였다. 다만, 상한액은 대상자 가구의 소득과 연령에 따라 조정된다.

일본은 의료와 장기요양을 연계하려는 노력을 하고 있다. 2011년 사회보장·조세일체개혁법을 통해 가능한 오랫동안 지역의 거주지에서 생활할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축하고자 한다. 2014년 6월 의료개호종합확보추진법에서 다음 세 가지 사항을 담았다. 첫째, 새로운 기금을 창설하여 의료 및 개호의 연계를 강화한다. 둘째, 지역에서 효율적이고 효과적인 의료공급체계를 확보한다.[35] 셋째, 지역포괄케어시스템을 구축하고 비용 부담을 형평화하도록 한다. 지역포괄케어시스템은 대상자 중심으로 일상생활권 내에서 의료, 개호, 예방, 주거 등이 연속적인 연결이 지속화되도록 종합적으로 지원하는 시스템이다. 이 시스템을 통해 분절화된 시스템에서 발생하는 중첩적인 비용이 줄어들어 재정 부담의 감소를 도모하고 있다.

차. 대만

의원-지구병원(중소 도시)-구역병원(대도시)-메디컬센터(대학병원)로 형식상 계층화되어 있으나 각 유형 간 역할이 분명히 구분되어 있지는 않다. 환자들은 자유롭게 의료 기관을 선택한다. 1차 의료기관 소속 의사의 의뢰(轉診)제도가 있지만, 거치지 않을 경우 추가로 부담해야 할 본인 부

35) 도지사는 지역의 의료 수요에 대한 전망을 통해 2차 의료권별 의료 기능의 장래 수요에 필요한 의료 기능의 분화와 연계를 적절히 추진하기 위한 지역 의료 구상을 제출한다.

담은 12달러(약 400원)에 불과하므로 유명무실하다. 대만은 선진국에서 시행하는 각종 의료제도들을 자국에 적용하는 데에 매우 유연함을 보이고 있다. 물론 자국의 의료 현실에서 성공할 수 있도록 수정·보완하고 있다.

1차 의료 강화를 위해 사구(社區)의료군제도(PCCNs, Primary Community Care Networks)를 시작하였다. 2003년에 시범 사업으로 도입한 가정의사제도로서 현재까지 실험을 계속하고 있다. 의원의 의사에게 주치의 역할을 부여하여 전인적인 건강 관리를 하도록 한다. 가족 구성원의 의료 기록을 보관하고 24시간 전화 상담을 하며 신속하게 상급 기관에 진료 의뢰를 하며 상급 기관에서 진료 후 다시 회송받는다. 주치의 등록자에 대해 상급병원에 진료 의뢰의 우선권을 준다. 지역 내 5개 이상의 의원들이 지역 내 병원과 네트워크를 만들어 의료군을 형성할 수 있으며 인두제로 급여 총액을 계산한다. 2013년 6월 기준으로 374개의 의료군에 2785개 의원이 참여하였다. 이는 전체 의원의 27.7%에 해당한다. 의사 수 기준으로는 3343명이 참여하였으며 전체 의사 수의 23.3%에 해당한다. 등록 환자 수는 200만 명에 달하였으며 꾸준히 늘고 있다. 환자와 개원의는 가정의사제도에 자발적으로 참여한다.

대만에서 장기요양서비스는 비교적 늦은 편이다. 2007~2016년 간 10년에 걸쳐 다양한 모형을 적용하는 시범 사업을 진행하고 있으며, 2017년에 시행할 예정이다. 장기요양보험법 제정에 앞서 2014년 1월에 장기요양서비스법을 제정한 바 있다. 장기요양서비스의 지역 간 균형 분포를 위한 장기요양펀드를 도입하며, 적용은 전체 인구를 대상으로 하며, 본인부담은 10%로 하되 부담의 상한제를 도입할 계획이다. 대만에 이미 20만 명의 외국인 홈헬퍼가 있어 이들 인력을 어떻게 활용할 것인지가 관건이 된다.

2004년에 전자카드를 도입하여 환자의 진료 내역, 복용 약물 내역, 보

험료 납부 기록을 실시간으로 확인할 수 있도록 하였다. 2013년 제2세대 건강보험을 시작하였다. 여기에서 의사와 약사가 실시간으로 환자의 의료 이력을 확인할 수 있는 'NHI pharma cloud system'을 개발하였다. 이 시스템을 통해 중복 투약을 방지하고 처방의 질을 향상하며 의약품의 안전한 사용과 더불어 약품비 절감을 기대한다. 2013년 11월 기준으로 전체 488개 병원 중 14.4%인 66개 병원이 참여하였다. 그리고 의료 비용의 심사를 온라인에서 할 수 있도록 정보를 통합한 전자의무기록(Electronic Medical Records)의 개발을 지원한다.

카. 싱가포르

공공 부문과 민간 부문의 이원적 의료 공급체계를 갖고 있다. 1차 의료의 80%는 민간 의원(2400개)에서 공급하고 20%는 공공 종합진료소(polyclinic) 18개가 담당한다. 2, 3차 의료의 80%는 공공부문에서 공급하는데, 공공병원 7개, 공공 전문 센터 8개이다. 나머지 20%는 민간병원 10개가 담당한다.

1차 의료에 있어서 가벼운 질환에 대한 비용은 환자가 전적으로 부담하는 것이 특징이다. 공공의 종합진료소를 통해 2차 진료 기관인 공공병원을 이용할 경우 환자에게 보조금을 지원한다. 종합진료소는 퇴원 후 follow-up care, 예방접종, 건강검진, 보건 교육, 약국서비스를 제공한다. 종합진료소 이용 시에는 비용의 50%를 감면하고 65세 이상 노인이나 18세 미만 아동에 대해 75%를 감면하게 되면서 종합진료소의 방문이 급격히 증가하고 있다고 한다. 종합진료소에 대한 환자 쏠림을 해소하고 민간 의원의 이용을 권장하기 위해 2012년에 거주지기반의료지원(Community Health Assist Scheme, CHAS)을 도입하였다. 환자가 거

주지 근처의 CHAS에 참여하는 GP와 치과의원에서 진료받는 경우에는 정부가 보조금을 지급한다. 가구원 1인당 소득이 월 S1800달러(싱가포르 달러 기준, 약 150만 원) 이하인 가구에 대해 보조금을 지급한다. 한편 민간 의원의 55%는 단독 개원이고 3인 이상의 의사가 공동 개원을 한 경우는 19%에 이름으로써 민간 의원의 규모는 커지고 있다.

2, 3차 의료에서 공공병원은 규모가 크고 정부의 지원을 받는다. 정부의 직접보조금(정액)과 환자진료비의 일정 비율(DRG 기반 70개 질병군별)을 지원받는다. 민간병원은 규모가 작고 진료비가 비싸다. 공공병원의 병실은 5등급(A, B1, B2+, B2, C)으로 구분되어 등급별로 정부의 보조율에 차등을 둔다.[36] 우리나라의 종합병원의 병상 등급은 비공식적이고 병원에서 자율적으로 운영하는 데에 비해 싱가포르는 병상 등급의 차별이 제도화되어 있다. 민간 병원의 경우에는 상대적으로 병상 가동률이 낮고, 의료 수가도 공개하지 않으며 규제도 느슨하다. 민간 병원의 환자는 대부분 다국적기업이나 대기업의 직원 및 가족이며, 의료관광산업이 활성화되어 있다.

공공병원은 환자의 대기 시간이 길고 의사를 선택할 수 없다. 반면 민간 병원은 환자가 전액을 부담하지만 대기시간이 없고 의사 선택이 가능하다. 공공병원에도 대기 없이 진료를 받는 private track이 있으며 환자 본인이 전액을 부담해야 한다. 여기에서 얻는 시사점은 우리나라의 공공병원(지방공사의료원)의 경우에도 환자가 공공병원을 이용할 경우 본인 부담율을 대폭 낮추어 주거나 비급여 없이 진료하여 실제 본인 부담을 확연히 낮추어 주는 것이다. 공공병원 진료 후 환자에게 적합한 개원의를

36) A급(1, 2인실)과 B1급(3, 4인실)은 에어컨, 화장실, 텔레비전, 전화가 구비되어 있고 의사의 선택이 가능하다. B2+급은 5인실로 에어컨과 화장실이 있다. B2급은 6인실이며 에어컨이 없다. C급은 6인실 이상 개방 병동이다. 메디실드나 메디펀드의 혜택을 받으려면 B2 혹은 C급 병상을 이용해야 한다.

소개하거나 당초의 개원의에게로 회송하는 시스템을 운영한다면 공공병원에 대한 환자의 신뢰가 높아질 것이다.

싱가포르의 특징으로 공공병원의 관리 운영은 우리나라에 참고가 될 만하다. 보건부 산하에 지주회사로 MOH Holdings를 두어 공공병원을 총괄 관리한다. 환자별 전자의무기록을 갖고 모든 병원이 공유하도록 한다. 의사와 간호사 등 의료 인력 자원의 정보를 수집하여 의료기관에서 원활한 인력의 수급과 적절한 배치가 이루어지도록 한다. 6개 지역으로 나누어 각 지역의 550~700병상의 종합병원을 중심으로 거점 클러스트를 형성하였다.[37] 종합병원을 중심축으로 하여 전문 센터, 중소형 공공병원 및 종합진료소, 기타 특수 시설, 약국 등으로 연계되도록 하였다. 6개 거점 클러스트에 대해 성과에 근거하여 지원을 차별화함으로써 경쟁을 통한 효율화를 도모하였다. 통합건강정보시스템(Integrated Health Information Systems, IHIS)을 구축하여 만성질환자를 위한 통합의료서비스를 제공하는 통합의료기구(Agency for Integrated Care, AIC)를 자회사로 두었다. AIC는 각 병원에 케어코디네이터를 두어 환자 상담과 자문을 한다. 즉 병원에 얼마나 입원할지, 퇴원 후 어디에서 후속 케어를 할지, 집에서 요양할 경우에 발생할 문제를 상담한다.

싱가포르 역시 선진국들과 마찬가지로 통합의료시스템(Integrated Healthcare System)을 [38]구축하였다. 그러나 싱가포르가 이러한 시스템을 필요로 하게 된 배경에는 의사 수의 부족과 특수분야 전문의들이 증

37) 2000년에는 동서로 분리된 2개 권역(National Health Group, Sing Health)을 두어 상호 경쟁을 하게 했다. 2008년에는 동·서·북·중심 4개 권역으로 나누어 공공의료전달체계를 구축하였다.

38) AIC는 환자가 가장 적절한 의료 시설에서 가장 적절한 서비스를 받을 수 있도록 지원하는 것이 핵심적인 역할이다. 의사, 간호사, 연구원 등으로 구성되며 약 500명의 직원이 있다. 지역 권역 병원에 파견된 간호사는 100명 정도이다. 2010년에 인력개발원(AIC Learning Institute)를 설립하여 아급성기 및 장기요양시설에 근무하는 인력의 역량을 향상하기 위한 교육프로그램을 제공하고 있다.

가함에 따른 문제를 해결하려는 의도가 크다. 의사 수가 부족하니 의료 자원 간의 진료 연계를 통한 효율적인 진료가 필요해졌고, 수입이 좋은 특수 분야 전문의들이 증가함에 따른 의료의 분절화 현상이 심화되고 비용도 증가하였기 때문이다. 통합의료시스템은 연속형 의료 공급 시스템으로서 권역별 종합병원을 중심으로 1차 진료소, 보건진료소, 급성 병원, 너싱홈, 홈케어 시설 등과 긴밀한 협조 체제를 구축하고, 환자 진료기록(National Electronic Health Records, NEHR)을 공유한다. 민간 병원과 공공병원이 모두 이용이 가능하고, 환자와 의료 종사자들이 정보에 접근할 수 있다. 2011년 1월 1단계 사업을 시행했고, 2012년 7월 2단계 사업을 실시했다.

통합의료시스템은 만성질환자에게 유용한 만성질환 관리 프로그램(Chronic Disease Management Programs, CDMP)을 운영한다. CDMPs 참여 의료기관은 정부가 요구하는 자료를 정기적으로 제공해야 하고, 정부는 자료를 통해 근거 중심의 만성질환 관리 프로그램을 제공한다. CDMPs의 대상 질환은 당뇨, 고혈압, 지질장애, 뇌졸중(2006년), 천식, 만성폐쇄성폐질환(2008년), 정신분열증, 우울증(2009년), 치매, 조울증(2011년)으로 확대되어 왔다. 통합의료는 1차 의료를 강화하는 데에 중점을 두고 있고, 의사 외 의료 인력을 효율적으로 활용하고 있다. 즉 의학적으로 복잡한 사항에 대해서는 의사에게 의존하지만, 의학적으로 간단한 경우에는 간호 인력을 활용하고 있다. 이러한 점은 우리에게도 시사점이 크다 하겠다. 이러한 통합의료는 6개 권역별 지역의료전달체계의 정립을 통해 구현하려 한다. 우리나라의 상황도 싱가포르에 못지않게 의사 수가 적고 단과 전문의 중심으로 개원의 시장이 형성된 분절화된 의료 시스템을 갖고 있다. 그래서 통합의료의 필요성은 큰 데 어떤 방법으로 통합의료를 조직화할 것인지가 과제이다. CDMPs에 참여하는 환자의 경

우 S$30(약 2만 5000원)은 기본 부담이 있고, 나머지 금액의 15%가 본인 부담이다.

통합의료시스템에서 눈여겨볼 만한 점은 ACTION(Aged Care Transition) 프로그램이다. 노인이 병원에서 퇴원 후 가정이나 지역사회의 장기요양시설로 이행하는 과정을 지원하는 것이다. 먼저 환자에게 적합한 서비스 팀을 구성하고, 다음으로 적합한 시설을 찾아 환자의 삶의 질이 개선되도록 지원한다. ACTION 팀은 간호사, 사회복지사, 보건전문인력 등 10명 정도로 구성되며 6개 권역별 중심 병원에 상주한다. ACTION 팀 운영으로 이용자의 재입원율이 2009년 9.7%에서 2010년 7.3%로 감소했고, 재원 일수는 43% 감소했다고 한다.

종합진료소의 CDMPs의 경우, 간호사, 전문 간호사 혹은 케어 조정자가 자가관리 계획을 수립한 후에 질환 관리 프로토콜을 토대로 여러 전문가들로 이루어진 팀이 치료와 자가관리를 병행하도록 한다. 방문 예약부터 상담, 검사, 진단과 약국 방문 등 모든 상황을 정보시스템을 통해 ACTION이 치료 프로토콜 및 건강 관리의 방향을 설계한다.

장기요양서비스를 위해 엘더실드(Eldershield)라는 장기요양보험을 운영하고 있으며, 메디세이브(Medisave)에 가입된 국민은 자동적으로 40세부터 가입된다. 다만, 본인이 원하지 않으면 탈퇴할 수 있다. 보험료는 가입자의 연령과 성에 따라 차등화된다. 남성의 경우 젊을수록 보험료 수준이 낮고 65세에 이르기까지 동일 금액을 납부한다. 따라서 가능하면 보험료가 낮은 젊을 때에 가입하도록 유도한다. 급여는 최대 6년(72개월) 동안 월 S$400(약 33만 6000원)을 지급한다. 이 금액으로는 부족하기 때문에 보충형 Eldershield의 가입이 급격히 증가하고 있다. 2007년에 1만 2000명이 가입했으나 2012년에 26만 5000명으로 증가했다. Eldershield의 관리는 3개 민영 보험회사에 위탁하여 운영한다.

한편 정부가 보조하는 중장기 요양서비스가 있다. 급성기 퇴원 환자, 지속적 요양이 필요한 노인, 만성질환자, 말기 환자, 정신질환자 등이 대상이다. 서비스 유형은 재택 서비스(재택 의료, 재택 간호, 재택 호스피스), 센터 기반 서비스(지역 재활 서비스, 치매 주간 보호, 사회 주간 보호), 시설 기반 서비스(지역 병원, 만성질환 병원, 너싱홈, 호스피스 등)가 있다. 중장기요양서비스는 민간 부문뿐 아니라 비영리복지기관(Voluntary Welfare Organization, VWOs)에서 담당하며, 참여를 활성화하기 위해서 보조금을 지급한다. 보조금은 자산조사를 근거로 여섯 계층으로 구분하여 보조율을 차등화한다. 재택 및 지역사회 기반 중장기 요양서비스에 대해서는 가구원 1인당 월 소득이 58만 8000원 이하이면 보조율이 80%이고 가구원 월 소득이 1인당 218만 원 이상이면 보조율이 0%이다. 지역 병원의 병상에 대한 보조율은 소득수준에 따라 20~75%로 차등화된다.

싱가포르는 예방과 건강 증진을 강조하고 있다. 먼저 건강한 고령화사업(Healthy Ageing)으로써 3단계에 걸친 사업을 추진하고 있다. 1단계는 건강한 삶을 유지하는 단계로서 신체 활동, 정신 건강, 건강 식단 및 체중 관리 프로그램으로 짜여 있다. 2단계는 위험성 조기 발견 단계로서 만성질환, 암, 신체 기능성의 위험에 대한 선별 검사를 수행한다. 3단계는 질병단계로서 만성질환 관리 프로그램(CDMPs), 낙상 예방 등이 있다. 다음으로 지역사회 기반 융합형 건강 관리로서 지역사회 내 건강 관리 프로그램을 통하여 생활 습관을 관리하고, 만성질환자는 민간 의원이나 종합진료소, 지역사회건강 센터(Community Health Center, CHC)에서 진료를 받는다. 대상자가 자주 이용하는 학교, 쇼핑몰, 지역사회 센터, 식당, 병원, 사업장 등과 파트너십을 맺어 건강을 관리하는 방안도 추진하고 있다.

타. 미국

미국 의료전달체계의 특징은 관리의료(managed care)에 있다. 관리의료의 원리는 의사가 환자를 건강하게 관리할수록 비용이 절감되어 비용의 절감분은 보험자와 의사에게 분배되고, 환자의 보험료가 절감되고 의료의 질이 향상됨으로써 보험자, 의료 공급자, 환자 3자 모두에게 이익이 되도록 하는 것이다. 관리의료의 원형은 1차 의료기관이 문지기 역할을 하고, 고가의 검사나 수술의 적절성이나 입원 기간의 적절성 등에 대해 보험자의 승인과 심사를 거쳐 의료 공급자에게 지불되도록 하는 것이다. 보험자는 의료기관들의 네트워크를 형성하여 가입자가 네트워크 의료기관을 이용하도록 제한하였다. 이러한 원형은 통상 보험자가 공급자와 가입자를 통제하는 경우가 많아, 공급자와 가입자의 불만을 사게 되었다. 이러한 비판에서 관리의료는 다양한 형태로 발전하게 된다. 즉 관리의료는 지난 40여 년간 이익의 분배를 두고 보험자와 의료 공급자 간 힘겨루기가 진행되었고, 환자에 대한 의료 이용을 얼마나 통제할 것인지에 대한 다양한 옵션이 발전되어 왔다.

1983년 DRGs가 도입되면서 병원계는 관리의료 보험회사와의 계약에서 협상력의 우위를 점하기 위해 통합의료체계(Integrated Delivery System, IDS)를 탄생시켰다. 오바마 정부의 의료 개혁은 ACO(Accountable Care Organization)을 출범시켰다. ACO는 개원의나 병원 등 지역 내 여러 공급자들이 제휴한 공급자 조직으로 비용 절감분을 인센티브로 제공받는 것이다. 기존의 관리의료와 원리는 유사하나 공급자들의 자율성을 강화했다. ACO 내에서 가입자의 주치의 선택이 자유롭고, 행위별 수가와 인센티브가 결합된다. 또한 보험회사와 ACO는 수평적인 관계를 맺어 의료 공급자 조직의 보험자 종속에서 벗어나도록

했다. 진료 비용에 있어서 의사에게 과도한 책임을 지우지 않고 가입자의 의료 이용 제한도 완화하도록 하였다.

ACO가 성공하기 위해서는 ACO 조직 내에서 통합의료시스템을 잘 운영해야 하고 ACO에 참여하는 의료기관들 간의 전자의무기록(EHRs)을 통한 정보 공유가 중요하다. 또한 지불 방식도 행위별 수가나 DRGs 보다는 외래, 진단, 입원(수술), 퇴원 후 케어, 재활, 너싱홈 등 질병의 발생부터 종료에 이르기까지를 하나의 에피소드로 묶는 Bundled Payment를 도입하게 되면 비용을 줄일 수 있다. 이에 따라 참여 공급자들에게 이익이 분배된다. ACO모형의 성공을 위해 미국의 연방 의료보장청(CMS)는 Innovation Center를 2010년에 설립하여 다양한 지불 제도를 실험하고 있다. 특히 Bundled Payment for Care Improvement(BPCI) Initiative를 실험하고 있다. 한편 2012년에는 CMS가 Medicare Shared Savings Program(MSSP)를 도입하여 ACO가 참여할 수 있도록 하고, ACO는 중복된 의료서비스 및 검사를 줄이기 위해 환자의 의료기록을 공유함으로써 절감된 비용을 인센티브로 받도록 하는 것이다. 2012년에 Pioneer ACO 모형을 도입하여 인구 집단 기반의 지불 방식으로 전환하도록 하였다. 첫 2년 간은 행위 수가제를 적용하고 3년 차부터 인구 집단 기반의 지불로 전환하는 것이다.

미국의 장기요양은 대부분 가정에서 개인이 부담하는 형태였다. 정부는 메디케이드를 통해 빈곤층의 장기요양비용을 보조한다. 너싱홈, 식대, 장기요양서비스 대부분의 비용을 정부가 부담하며, ADL/IADL 관련 수발 서비스로 일부 급여에 포함된다. 메디케어에서는 의사가 필요하다고 판단하는 전문 간호서비스나 물리치료, 재활서비스, 작업치료, 언어병리치료, 의료 용구 등을 제공한다. 아급성기치료(SNFs), 호스피스, 홈헬스에 대해서는 일정 조건하에 급여혜택이 제공된다. 너싱홈은 통상 비급여

이나, 급여인 경우에도 최대 100일까지 혜택을 부여한다. 평균적으로 22일 정도이다. 그러나 ADL/IADL 관련한 서비스는 급여에 포함되지 않는다. 통상적으로 재가서비스의 80%는 가족이나 친구, 이웃 등이 담당하고 간호사와 요양보호사의 방문 서비스를 받는다. 지역사회 차원의 서비스는 주간 보호(Adult day care), Private duty home(간호사 home health aid가 가정 방문 간호서비스), 교통 이용, 방문 서비스 등이 있다. 시설 기반 서비스는 너싱홈(메디케어 환자와 자비 환자를 위한 Skilled nursing home, 메디케이드 환자를 위한 nursing home), Assisted living(24시간 관리, 일상생활 활동 보조, 레크리에이션, 간호/재활 서비스), Board and care homes, Continuing care retirement communities 등이 있다. 그 밖에 Independent living(독립된 생활을 하며 의료서비스는 제공하지 않음.)이 있다.

제2절 국외 의료와 요양서비스 연계·통합 사례

1. OECD 국가의 사례[39)]

〈표 5-1〉은 통합적 케어의 연속망 구축과 관련한 OECD 국가 현황을 정리한 결과이다. 먼저 호주는 Aged Care Assessment Team(ACAT)을 활용한다. 해당 팀은 시설 요양 입소 대상자에게 욕구 판정을 실시하여, 재가요양서비스와의 연계 가능성을 탐색한다. 서비스를 제공받는 소비자 입장에서 그들에게 적합한 서비스 욕구를 충족하면서도 ACAT가 장기요양체계의 주 역할을 행할 수 있다. 동시에 정부 입장에서 적절한 수준에서 비용을 통제하는 데에 기여하고 있다.

보건의료와 요양을 연계하여 서비스를 제공한 핀란드와 스웨덴은 1998년부터 일차 의료의 제공을 지방정부의 책임으로 두었다. 퇴원 판정을 받은 노인이 병원에 입원했을 때에 해당 비용을 시 정부 관리로 이관했다. 결과적으로 일반 병원의 요양 입원자 수가 감소했다. 스웨덴의 경우, 지방정부가 주거, 보건, 간호에 중추적 역할을 하고 있으며, 시설 요양의 주거시설을 통해 요양 병상수가 감소하는 경우 성과급을 제공하도록 했다. 지역사회 요양급여의 예는 주 간호, 단기 보호, 현금 급여가 있다.

일례로, 스웨덴 도시 순스발(Sundsvall)은 1980년에 노인 1000명당 454개의 병상이 있었고 대기자도 많았다. 하지만 정부 정책의 변화로 1986년 병상은 266개로 감소되었고 대기자 수는 오히려 더 감소되었다. 이러한 사례는 많은 노인이 본인의 지역사회에 거주하여 재가요양서비스의 욕구를 충족할 수 있었다는 성과를 보여 준다(스웨덴 보건복지부, 2001).

---

39) 본 내용은 OECD 국가의 연계 통합 사례 살펴본 최은영 등(2005)의 자료를 재정리한 것임.

〈표 5-1〉 통합적 케어 구축을 위한 OECD 국가의 전략

	장기요양체계	통합적 케어 구축	
		통합적 서비스 전달체계	장기요양 재원의 재배치
Australia	National Strategy for an Aging Australia(2001)	Aged Care Assement Teams(ACATs); Co-ordinated trials; 재가요양	재가요양서비스에 대한 욕구 사정과 서비스 지불의 통합(1997)
Austria			비공식적 수발자 지원을 위한 long-term care allowances의 통합체계
Canada	Collborative strategy for home and community care	CHOICE(Alberta); SIPA(Montreal)	
Germany			Long-term care insurance(1995)
Japan	Gold Plan2(2000)	케어매니저를 활용한 서비스 제공	개호보험
Netherlands		지방 욕구 사정 팀	
New Zealand	Health of Older People Strategy(2002)	지역보건 수준에서의 급성 케어와 장기요양의 통합(2003)	통합 서비스에 대한 공통 재원
Norway	Action Plan for the Elderly(1998)	지방정부 차원의 통합적 장기요양 케어 제공(2002년 후)	지방정부 차원의 장기요양 재원
Spain	Gerontological Plan(2000-2005)	지역에서 의료와 복지서비스의 통합	지역에서의 의료 및 복지 통합재원
Sweden	National Action Plan on Policy for the Elderly	일차 의료와 장기요양의 통합(지방정부 수준)	통합재정: 노인 환자의 장기 입원 시 병원의 지방정부에 대한 지불 신청
United Kingdom	National Service Framework for Older People	케어매니지먼트(1993 이후) Single Assessment Process(요양욕구평가)	지방정부의 재정: 노인 환자의 장기 입원 시 병원의 지방정부에 대한 지불 신청

출처: OECD's questionnaire on long-term care; OECD (2005), p35

영국과 뉴질랜드의 경우는 1993년부터 지방행정국(local authority)들의 장기요양 관련 재정의 일부를 국민연금부(social security department)로부터 충당하도록 했다. Block Grant 유형의 예산 지원을 통해 지방정부의 자율적인 재정 운용 권한을 강화하였다(OECD, 2005).

특히 영국은 지역 중심의 요양서비스를 강조한 국가였다. 하지만 1990년 'The Community Care Act'를 제정하면서 지방정부가 그 지역 요양시설을 지역사회의 책임에 두었다. 즉, 지방정부가 중앙정부로부터 예산 지원 및 성과급을 받아 운영의 책임을 질 수 있도록 법제화 하였다(Challis, & Davies, 1995). 일례로 켄트(Kent) 지방의 Care Management Project는 병원이나 양로시설에 가야하는 중증도 노인들의 지역사회 거주를 최대한 연장하는 목적을 성공적으로 달성한 시범 사업이다. 대상자에게 요양시설의 연간 비용의 3분의 2 정도의 비용 안에서 케어매니저는 여러 가지 재가요양서비스를 효율적으로 지원할 수 있었다. 이 후 연구결과들은 이 시범 사업에 참여한 노인들의 사망률이 통제 집단보다 유의미하게 낮은 성과를 보였음을 검증했다(Challis, & Davies, 1985).

덴마크는 1980년대 이후 점차 노인 장기요양의 책임을 지방정부 관할로 이전했다. 이후, 1987년에 'The Housing for the Elderly Act'를 제정하였는데 이 입법의 중요 취지는 보다 많은 노인들이 '가능한 한 오래 동안 자기 집에서 독립적으로 살 권리'를 법으로 보호해 주도록 했다. 예를 들어 Skaevinge라는 소도시에서는 요양시설을 24시간 간호서비스를 제공하는 거주 쉼터(sheltered residence)로 전환하고 일괄적인 서비스 제공에서 욕구에 따른 서비스를 제공하였다. Aalborg 지역은 요양시설을 보다 많은 지역 주민이 참여하는 Activity Center로 개조하였다.

2. 미국의 PACE(Program of All-inclusive Care for the Elderly)

미국의 The Program of All-inclusive Care for the Elderly(이하 PACE)는 40여 년에 걸쳐 시행·보완되어 왔으며 성공적인 '요양시설 대체 모형'으로 평가받고 있다. 이는 다학제 간의 환자 중심적 팀 체제를 통해 대상자에게 연속적이고 포괄적인 서비스를 제공하는 지역사회 기반의 장기요양 제공 모형이며, 통합된 재원(메디케어 및 메디케이드 총액예산제-인두제)을 통해 지속가능성을 담보하고 있다(Cortes and Sullivan-Marx, 2016, p.10).

가. 제도 시행 배경 및 연혁

미국 장기요양제도에서는 시설중심의 요양에 대한 지출을 줄이고 재가거주 노인의 요양욕구를 충족하기 위하여 Medicaid waiver 정책을 제정하였다. 이 정책을 통해 의료 성향의 재가요양서비스(Community Care)들이 주 정부 Medicaid로부터 수가를 상환받게 됨에 따라 미국 장기요양체계의 획기적인 변화가 나타났다(김찬우, 2005, p.107). 1982년 TEFRA(Tax Equity and Fiscal Responsibility Act) 제정 이후에는 노인요양서비스에 대하여 통합체계 모델을 통해 인두제 계약 방식으로 한 기관에서 재정 위험을 부담하도록 했고(김찬우, 2005, p.112에서 재인용, 원자료: Estes and Close, 1998), 이후 1990년대에 개정된 OBRA(Omnibus Budget Reconciliation Act)는 재가 및 지역 요양(Home and Community Based Services, HCBS) waiver 조항의 강화를 통해 주 정부들이 재가요양서비스들에 보다 유연하게 재정 지원을 지속하도록 하였다(김찬우, 2005, p.107에서 재인용, 원자료: Leutz,

1999, p.87).

PACE는 고비용을 지출하는 고령 만성 복합 질환자 등의 취약 계층에게 통합된 포괄적 의료서비스를 제공함으로써 그들이 요양시설이 아닌 가정 및 지역사회 내에서 오랫동안 건강한 상태로 머물도록 하는데 목적을 둔 제도이다(National PACE Association, 2013, p. 1).

1971년 샌프란시스코의 차이나타운에서는 고령 이주자 가정에서 장기요양서비스에 대한 욕구가 증가함에 따라 요양시설 건설을 고려하였으나 시설 운영이 재정적으로 불가능하였으며 문화적으로도 부적합한 상황이었다. 이에 'On Lok Senior Health Services'라는 비영리단체에서는 지역사회 기반의 새로운 의료시스템 모형을 설계하여 시범 사업을 운영하다 그 효과성을 인정받아 추후 CMS의 의료전달체계 중 하나로 정착하였다. 해당 모형은 영국의 주간 병원 모형(the British day hospital model)에 기초하여 주거와 전반적인 필수 의료 및 사회서비스를 결합한 포괄적인 의료시스템 모형으로 설계되었다(National PACE Association, 2016a).

1971년 논의가 시작된 이래, 1983년 시범 사업을 시작하여 서비스 제공 및 재원 조달 체계를 구성하였으며, 1986년에는 중앙 입법부에서 이 신규 시스템을 타 지역으로 확대 적용하도록 하여 10개 조직에서 On Lok 서비스 전달체계를 차용하여 시범 사업이 시행되었다. 1990년부터 PACE는 메디케어 및 메디케이드 프로그램의 일환으로 서비스를 제공하기 시작하였으며, 1997년 The Balanced Budget Act에서 PACE 모형을 메디케어의 영구적 제공 유형 및 각 주별 메디케이드 옵션이 되도록 인증하여, 메디케어 프로그램으로부터 처음으로 의사나 병원과 같은 '공급자'로서 인증을 받았다.

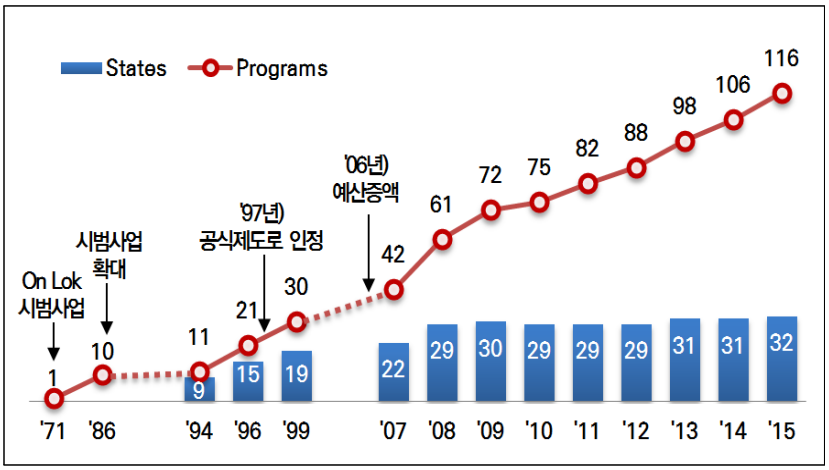
2005년에는 the Deficit Reduction Act(DRA)에 따라 의회에서

PACE 프로그램을 외지(rural area)까지 확대하도록 하였으며, 2006년 이를 위해 50만 달러의 보조금을 지급하였다(National PACE Association, 2016a).

그 이후 지속적으로 규모가 확장되어 점차 제도에 참여하는 주(state)와 프로그램의 수가 늘어났으며 최근 2015년 11월 5일에는 오바마 정부에서 PACE innovation act를 승인하여 메디케어와 메디케이드의 총액예산제 구조 속에서 보다 많은 사람들이 해당 연계 보건의료서비스 모형을 제공받을 수 있도록 하였다(Cortes and Sullivan-Marx, 2016, p. 10).

2015년 기준 총 32개의 주에서 116개의 프로그램이 시행되고 있으며, 약 3만 2000명이 등록되어 있고(Cortes and Suliivan-Marx, 2016, p. 10), 프로그램당 대상자는 최소 295명에서 최대 2992명 규모로 운영되고 있다(National PACE Association, 2013, p. 6).

〔그림 5-1〕 PACE 규모 변화 추이: 제도 참여 주 및 프로그램 수



자료: National PACE Association. (2016a). Is PACE for You?-History. http://www.npaonline.org/pace-you에서 2016.5.16.인출.

나. 가입자 유형

PACE 지원 자격이 되기 위해서는 (1) 55세 이상으로, (2) PACE 서비스 제공 지역에 거주하면서, (3) 주 정부로부터 요양시설 입소 수준의 치료가 필요하다고 인증을 받아야 하며, (4) 등록 기간 동안 건강상 위급한 상황에 처하지 않고 안전하게 지역사회 내에서 거주할 수 있는 정도의 건강 수준을 가진 사람이어야 한다(National PACE Association, 2013, p. 2).

최근 2015년 11월에 PACE Innovation Act 2015가 입법안을 통과하면서 PACE를 관할하는 Center for Medicare and Medicaid Innovations(CMMI)에서는 모형의 적용 대상자 기준을 완화하는 시범사업을 추진 중에 있다. 따라서 55세 이하의 장애인과, 현재 요양원 입소 정도의 수준은 아니지만 해당 욕구가 예상되는 대상자 등의 신규 대상자를 포함함으로써 PACE의 규모 확장뿐만 아니라 효율성 및 혁신성을 신장하고자 한다(Cortes and Sullivan-Marx, 2016, p.10).

PACE 참여자의 특성은 요양시설 입소자와 유사한데 여성의 비율이 높았으며, 연령은 평균 80세에 8가지의 상병 상태(medical conditions)와 3가지 종류의 일상 활동의 제약(ADLs, Activities of Daily Living)을 가지고 있었으며, 참여자의 49%가 치매 환자였고, 높은 수준의 의료적 욕구를 가지는 특징이 있었다(National PACE Association, 2016b).

약 90%의 대상자가 메디케어와 메디케이드 제도의 동시 적용자였다(National PACE Association, 2013, p. 5).

다. 공급자 구성 요소

PACE 모형의 핵심은 PACE center와 포괄적 다학제 간 팀이라고 할 수 있는데, 이 다학제 간 팀에서는 참여자 개개인의 맞춤형 치료 계획을 세우고 의료 연속성 관점에서 포괄적인 서비스를 제공한다.

팀 구성은 일차 의료 의사, 간호사, 사회복지사, 물리·직업치료사, 레크레이션 치료사, 가정보건사(health aides)가 필수적으로 포함되며, 그 외에도 약사, 영양사, 심리치료사, 이송 조정자(transportation coordinator)와 필요에 따라 그 외의 공급자가 포함될 수 있다(Gross et al., 2004, p. 260).

참여자의 치료 수요를 PACE center clinic에서 모두 수용할 수 없을 때에, PACE 조직은 특정 서비스를 제공할 수 있는 공급자와 계약을 하여 치료 옵션을 확장한다. 이때 다학제 간 팀은 참여자의 치료를 조직 외부로 '떠넘기는'것이 아니라 전문의와의 계약을 통해 협업함으로써 '치료팀을 확장'하여 대상자에게 적정한 보건의료 환경을 제공한다. 이는 PACE가 대상자에게 제공되는 의료서비스를 전반적으로 관리하며 그 책임성을 유지하겠다는 것을 의미하는데, 실제로 PACE 조직이 계약자 혹은 계약 시설로부터 서비스를 활용하고자 할 때에는 계약 사항에 PACE 다학제 간 팀에 의해 서비스가 관할되며 책임은 PACE 조직에 있음을 명시하도록 하고 있다(DHHS and CMS, 2011).

〈표 5-2〉 PACE 프로그램의 주요 요소 및 특징

PACE의 주요 특징 요약
■ PACE 프로그램의 특징 • 일차 의료, 전문 진료, 응급, 재가, 재활, 장기요양 등과 같은 포괄적인 서비스 제공 • 가족 및 환자 중심의 지역사회 기반 다학제 간 팀 치료 • 통합된 재원(메디케어 및 메디케이드 총액예산제): 공급자 주도의 월간 1인당 인두제 지불 모형 ■ PACE 프로그램의 주요 구성 요소 • '성인주간센터(an adult day care center)'를 기반으로 고령자에게 센터까지 이동 차량을 지원하여 주간 동안 사회화의 기회를 제공할 뿐만 아니라 의료 치료 및 사회서비스를 받을 수 있도록 함. • '다학제 간 팀' 형태로 일차 의료 공급자와, 간호사, 사회복지사, 영양사, 치료사(therapist), 요양사(care attendant), 운전 기사 등이 팀에 포함되어 있으며 심리상담, 족병학(podiatry), 정신과, 심장 질환, 치의학 연계 체계를 갖춤.

자료: Cortes and Sullivan-Marx, (2016). A case exemplar for national policy leadership - Expanding program of all-inclusive care for the elderly(PACE). Journal of Gerontological nursing. 42(3). pp. 10-11.

라. 서비스 등록 및 제공절차

대상자의 발굴 및 등록은 주로 지역사회의 고령화 관련 단체 또는 정부의 노인 서비스 정보 센터에서 적합한 대상자를 PACE 팀에게 연계해 주거나, 병원 및 요양시설에서 환자의 퇴원 계획을 관리하는 관리사에 의해 이루어진다(Gross et al., 2004, p. 260).

신청자에 대해서는 총 8명의 PACE 다학제 간 팀 구성원(일차 의료 의사, 등록 간호사, 전문 사회복지사, 영양사, 물리치료사, 직업치료사, 레크레이션 치료사/활동 코디네이터, 재가 치료 코디네이터)이 초기 욕구 평가를 실시하며, PACE 팀 내에서 해결하기 어려워 전문의의 치료가 필요한지 여부를 판단하고 대상자 개인의 의료 및 돌봄 욕구에 따라 맞춤형 치료 계획을 세워 이를 서류상으로 명시한다(DHHS and CMS, 2011).

그 후 대상자의 적합성을 최종적으로 판단한 뒤 정부의 승인을 얻어 등록 절차를 거친다. 최종 승인이 완료되면 PACE 팀은 정기적으로 회의를 열어 대상자의 건강 상태를 수시로 모니터링 하고 이를 공유하며, 대상자의 수요가 변하는 경우 이를 반영하여 치료 계획을 지속적으로 갱신함으로써 이상 징후를 조기 발견·대처하여 시설 입원을 늦출 수 있도록 관리한다(Gross et al., 2004, p. 260).

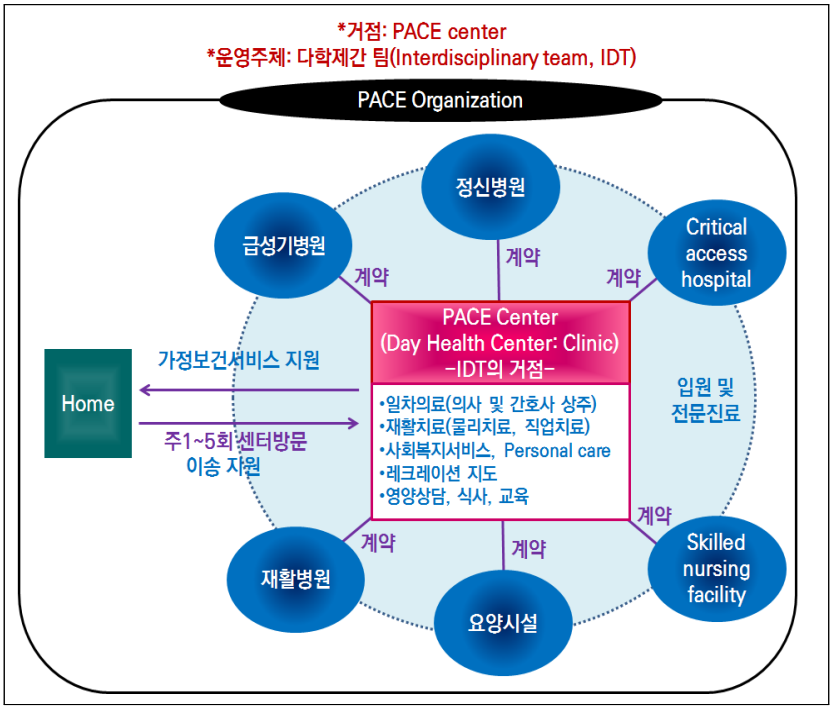
PACE에 가입을 희망하는 자가 서비스를 제공받기 위해서 기존의 치료관계(주치의 등)를 포기하여야 하며 PACE 클리닉에 있는 일차 의료 의사 및 간호사와 PACE에서 지정해 준 전문의에게서 전적으로 의료서비스를 받는 데 동의해야 한다.(Gross et al., 2004, p. 260) 참여자의 PACE 센터 방문 빈도는 대상자의 의료적 상황과, 행동학적·심리학적· 돌봄 욕구 및 선호도를 반영하여 주간 1~5회로 다학제 간 팀에서 결정하며, 이를 서류상 치료 계획에 명시하여 참여자 및 기관이 준수하도록 하고 있다(DHHS and CMS, 2011).

PACE 모형이 일반 가정보건치료 또는 기관에서의 치료와 차별화된 점은 대상자들이 PACE 센터에 정기적으로 방문하여 서비스를 이용한다는 점인데, PACE 센터는 일차 의료 의원 겸 다양한 서비스가 제공되며 사회화 활동이 이루어지는 장소로서 거점 서비스를 제공한다.

PACE는 접근성 및 수용 가능성을 고려하여 조직 내 최소한 1개 이상의 센터를 갖추어야 하는데, 센터가 여러 개인 경우에도 각각의 센터에서는 전체 서비스를 커버할 수 있어야 한다. 그 외 PACE 센터에는 일차 의료를 제공할 수 있는 적정 공간 및 장비가 구비되어야 하고 각종 재활치료 및 레크레이션, socialization, 식사, personal care를 위한 공간이 있어야 하며, PACE팀을 위한 회의실이 갖추어여 있어야 한다(DHHS and CMS, 2011).

다학제 간 팀은 다양한 장소에서 대상자와 접촉하여 서비스를 제공하는데 서비스 제공 장소는 PACE center를 기반으로, 환자의 가정, 또는 급성 및 장기 요양병원과 요양원, 재활시설과 같은 입원 시설이 될 수 있다. 이 때 PACE Center clinic에서 해결하기 어려운 입원 및 전문 치료를 제공하기 위해서는 병원들(급성 치료 병원, 재활병원, 급성기 병원의 별도 재활과, 정신병원, 급성기 병원의 별도 정신과, critical access hospital, 요양시설, skilled nursing facility 등)과 계약을 맺고 PACE 조직으로서 서비스를 제공하도록 하고 있다(DHHS and CMS, 2011).

[그림 5-2] PACE의 서비스 전달체계



자료: DHHS and CMS, (2011), CMS Manual System-Programs of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE) Manual-Chapter 6. Services and Chapter 7. Service delivery system-. http://www.cms.hhs.gov/manuals에서 2016.5.13.인출. 내용 재구성

마. 서비스 종류

PACE 수혜 내역은 재원 구분에 상관없이 모든 대상자에게 모든 메디케어 보장 서비스와, 각 주별 메디케이드 계획에 따른 전체 메디케이드 보장 서비스를 포괄하고 있으며, 전 서비스의 제공이 대상자의 수요에 맞추어 연중 24시 상시 적용되도록 하고 있다.

또한 기존의 메디케어/메디케이드 대상자들의 수혜 기준이 되는 서비스의 보장 범위, 양, 제공 기간, 공제 내역, 본인부담금, co-insurance, 또는 절감액 비용 공유 등의 제한 기준은 적용되지 않고, PACE 프로그램의 적용을 받게 되며, 서비스 제공 범위, 양, 기한에 제한이 없어지고 IDT의 결정에 따르게 된다(DHHS and CMS, 2011).

서비스 영역은 의료, 보건, 사회, 재가 및 돌봄서비스 등을 포괄(일차의료, 전문 진료, 응급, 입원, 외래서비스, 의약품, 성인 주간 건강 센터, 가정보건서비스 등)하며, 급성 및 장기요양까지 의료 연속성 관점에서 통합의료를 제공한다. 그 외에도 주간 보건 센터로의 이송과, 환자 가족·돌봄 제공자 교육을 제공하며 또한 다학제 간 팀이 필요하다고 판단하는 서비스를 추가적으로 제공할 수 있다(National PACE Association, 2016c).

대부분의 참여자는 일주일에 1~5회 주간 센터에 들러 레크레이션 및 재활치료, 진료, 식사, 교육 서비스를 이용하며 센터로 이동 시 차량이 지원된다. 또한 PACE는 주간 센터에서의 서비스 이외에도 자택에서 전문간호(skilled nursing), personal care, 가사 서비스 등의 재가서비스와, 처방약 조제, 전문의 면담, 병원 입·내원, 장기적인 요양시설 입소 등을 지원한다(Gross et al., 2004, p. 260).

〈표 5-3〉 PACE 제공 서비스 내역

구분	세부내역
성인 주간 보건 센터 (Adult Day Health Center)	• On-Site Physician/Medical Supervision • Nursing Care • Physical Therapy • Occupational Therapy • Recreational Therapy • Activities and Exercise • Lunch • Nutritional Counseling • Social Services • Dental Care Audiology Optometry Podiatry
전문의 (Medical Specialists)	• Women's Services • Dentistry and Dentures • Optometry and Eye Glasses • Audiology and Hearing Aids • Podiatry, Diabetic Shoes and Orthotics • Cardiology Rheumatology
외래서비스 (Outpatient Services)	• Lab Tests • Radiology • X-Rays • Outpatient Surgery
일차 의료 의사 (Primary Care Physician)	• On call 24 hours a day, seven days a week
가정보건서비스(Home Health and Home Care Services)	• Skilled Nursing • Physical and Occupational Therapy • Personal Care • Chore Services • Meal Preparation
입원 서비스 (Inpatient Services)	• Emergency Room Visits • Hospitalizations • Inpatient Specialist • Skilled Inpatient Rehabilitation
이송 (Transportation Services)	• (센터로의 이동 시 이용)
처방전 및 일반의약품	
가족 및 돌봄 제공자 지원 서비스(Family/Caregiver Support Services)	• Respite Care and Caregiver Education
재활 및 유지 장치 (Rehab and Durable Medical Equipment)	• Wheelchairs • Walkers • Oxygen • Hospital Beds • Diabetic Testing Supplies • Adult Day Care

자료: National PACE Association (2016c) “Is PACE for You?-PACE Services”. http://www.npaonline.org/pace-you/pace-services에서 2016.5.16인출. 내용 번역

바. 재원 및 지불보상방식

PACE 프로그램은 메디케어와 메디케이드로부터 '인두제' 재원을 받으며, 일차 의료, 급성기 및 장기요양서비스 등 참여자의 모든 보건의료서비스 욕구에 대한 책임을 지고 있다(Gross et al., 2004, p.259).

즉 메디케어와 메티케이드 지불 모형이 통합되어 있는 체계이며, 대부분의 대상자들이 두 제도의 동시 적용자들이고, 총재원의 3분의 2가량이 메디케이드로부터 지불되고 있다(Gross et al., 2004, p.278).

그러나 일부 대상자들은 메디케어 단일 제도 적용자인 경우가 있는데, 이때는 메디케이드 서비스에 대해 본인 부담을 해야 하며(Cortes and Sullivan-Marx, 2016, p.11), 가능한 경우 장기요양보험에서 해당 보험료의 일부 혹은 전액을 지불하기도 한다(National PACE Association, 2016d, p. 3).

사. PACE의 성과

지역사회 내 고령 복합 만성질환자의 일차 의료를 향상하기 위해서는 환자의 전반적인 상태에 대한 포괄적 평가와 근거 기반의 치료 계획 수립 및 지속적 모니터링, 환자와 돌봄 제공자의 치료 활동 증진, 전문가의 연계 절차가 이루어져야 하는데, PACE는 이러한 주요 요소를 적용하여 만성질환 관리에 있어서 일차 의료의 효과성 및 효율성을 대폭 향상한 모형이라 할 수 있다(Boult and Wieland, 2010, p.1940).

Medicare Payment Advisory Commission(MEDPAC)에서는 PACE와 같은 메디케어 프로그램의 비용 효과성은 양(volume)과 관련된 규모의 경제에서 기인한 결과이며 대규모의 프로그램이 소규모에 비하여

지속 가능성이 높다고 보고한 바 있다(Cortes and Sullivan-Marx, 2016, p. 11 에서 재인용, 원자료: MEDPAC, 2012).

Boult and Wieland(2010, pp. 1938-1939)가 PACE 참여자들의 건강 성과를 대조군과 비교한 선행연구를 고찰한 결과, PACE 대상자는 청각 및 시각 검진, 예방접종, 사전 의사 결정이 보다 양호하였으며, 목욕·의복·일상생활 보조에 대한 미충족 욕구가 적었으며(원자료: Beauchamp, 2008)[40], 병원 입원의 경우 월별 환자 1000명당 병원 입원환자가 대조군은 52.8명인 데 반해 PACE는 35.7명으로 현저하게 낮았고, 예방 가능한 병원 입원의 경우 대조군은 13.3명인 데 반해 PACE 대상자는 8.6명이었다(원자료: Kane, 2006)[41].

이처럼 병원 입원은 적은 대신 아급성 및 후급성, respite care를 위해 요양시설을 이용하는 특징이 있었고(원자료: Beauchamp, 2008), 전체 응급실 방문 및 예방 가능한 질환으로 인한 응급실 방문율 또한 낮았으며(원자료: Kane, 2006), 결과적으로 PACE 대상자의 생존 기간이 더 길고, 사망 위험 기준치에 유의한 차이가 발생하였다(원자료: Wieland et al., 2010)[42] .

---

40) PACE 대상자 및 지역 기반의 지원 서비스를 받는 메디케이드 장애인을 대조군으로 한 6개 연도 코호트 자료(N=1215)를 분석한 결과임.[원자료: Beauchamp J. 2008. The effect of the program of all-inclusive care for the elderly(PACE) on quality: final report; Mathematica Policy Research]

41) PACE 대상자와, 지역사회 내에서 개별 일차 의사에 의해 PACE와 유사한 서비스를 제공받고 있는 대조군 자료를 cross-sectional time series(N=1,285명, 20,107 person-month 자료 대상)로 분석한 결과임.[원자료: Kane RL, Homyak P, Bershadsky B, Flood S. 2006. Variations on a theme called PACE. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.. 61(7). pp.689-693.]

42) PACE 참여자와 일반 지역사회 서비스 및 사례 관리를 받는 대조군의 5개 연도 코호트 분석 결과임.(N=2040)[원자료: Wieland D, Boland R, Baskins J, et al. 2010. Five-year survival in a program of allinclusive care for elderly compared with alternative institutional and home- and community-based care. J Gerontol A Biol Sci Med Sci.65(7). pp.721-726.)

아. 장애요인 및 국내적용 시 고려점

1) 장애요인 및 한계점

PACE 프로그램이 작동하는 데 가장 큰 장애요인은 조사 건물을 마련하고 다학제 간 팀을 구성하는 것이다. 또한 등록의 효율성을 달성하는 데에는 상당한 시간이 소요되는데, 이는 다학제 간 팀, 정부의 인증 담당처, 지역사회 referral 자원, 가족 및 환자의 집약된 노력이 필요하기 때문이다. 또한 복합 만성질환을 가진 고령자가 지역사회 내에서 가능한 독립적으로 건강한 생활을 하기 위해서는 다학제 간 팀이 기존의 의료 제공 절차 및 공급자들의 전통적인 역할을 뛰어넘는 역할을 해 주어야 한다(National PACE Association, 2016d, p. 3 번역).

PACE의 한계로는 의료적 돌봄에 대한 자원이 풍부한 곳에서만 제도가 최대로 작동 가능하다는 점과, 기존 주치의를 포기하고 제도에 가입하는 데 대한 가입자의 부담, 인두제 방식의 재원 조달 체계상 효과 없는 치료 제공 시 의료비의 낭비가 발생할 수 있는 점, 그리고 장기적으로 제도를 운영하는 데 대한 재정의 지속 가능성 등에 대한 문제가 있다(박세경 등, 2015, pp. 196-197에서 재인용, 원자료: Gross et al., 2004)

2) 성공 요인 및 국내 적용상 고려점

PACE 스태프가 환자와 자주 접촉하고 있으면서, 통합된 의료 전달 및 재원 체계를 갖춤으로써 환자의 만성질환 상태를 모니터링하기가 수월하였으며 그 결과 병원 입원을 예방하고 고령자의 시설화를 지연할 수 있도록 도와주었다(Gross et al., 2004, p. 260).

National PACE Association에서는 PACE의 성공 요인을 6가지로 구분하여 시장에서 PACE가 제대로 작동하기 위한 세부 고려 사항을 다음과 같이 제시하였다(National PACE Association, 2013, pp. 5-11).

먼저 (1) 프로그램 서비스에 대한 충분한 수요가 있어야 하는데, 향후 5~10년 이후의 인구 고령화 경향을 반영한 서비스 예상 대상자 규모와, 예상 서비스 지역의 사회인구학적 특이 사항 등에 대한 고려가 필요하다. 또한 (2) 긍정적인 시장 요인, 즉 대상자 등록에 있어서 PACE 프로그램과 경쟁 관계에 있는 시장 요인을 파악해야 한다. 요양시설, 가정 및 지역사회 기반의 프로그램, 가정보건서비스 등의 기타 대체 프로그램의 유무와, PACE 센터로의 운전 시간 및 거리 등이 고려 요소가 될 수 있다. 그 외에도 (3) 강력한 정부의 정책적 의지 및 지원이 필요하며, (4) 대상자들이 받는 서비스에 대한 충분한 지불이 이루어지도록 인두제 예산을 조정해야 한다. (5) PACE 기관들에서는 지속적으로 프로그램에 참여하면서 역량을 유지하도록 해야 하며, (6) 초기 정착을 위해 적정 자본을 확보하여 PACE 센터 설립, 장비, 차량, IT 등 하드웨어와 소프트웨어 구입, 운영 손실비용 및 정부의 위험부담을 위한 펀드를 마련해야 한다.

3. 캐나다의 SIPA

가. 제도 시행 배경 및 연혁

Integrated Services for Frail Elders(이하 SIPA)는 1995년에 몬트리올(Montreal)대학과 맥길(McGill)대학의 연구 팀이 개발한 통합 모델이다(박종연 등, 2010, p.106). 실험적 연구(experimental design)의 일환으로 Solidage라는 기관이 본 프로젝트를 시범적으로 시행해 볼 것을 제안하였고, 이후 프로그램에 대한 평가를 담당하고 있다(François Béland et al., 2006). 일상생활을 정상적으로 할 수 없는 노인들을 위한 의료 기관과 복지 기관 간에 조정이 이루어지지 않고, 다양한 서비스(사회복지, 급성 의료, 만성 요양, 재가서비스, 시설서비스) 간에 단절이 문제로 제기되면서 새로운 모델을 고안하고자 했고 이것이 모델의 도입 배경이라 할 수 있다(박종연 등, 2010, p.106).

모델의 큰 목적은 쇠약한 노인들의 독립적 생활을 가능하게 하고, 병원 이용 대신, 지역사회 기반 서비스 이용을 활성화하는 데에 있으며 일차 의료에 기반을 두고 사회복지-보건의료-장기요양-약국-요양기관 등 수요를 충족하기 위한 여러 서비스를 지역사회 기반으로 제공하고 있다(François Béland et al., 2012; Mira Johri et al, 2013). 프로그램은 크게 (1) 사례관리 (2) 다학제 팀 (3) 최근 연구 결과에 기반을 둔 지식과 지역 주민의 수요를 바탕으로 한 서비스 가이드라인의 적용을 통해 서비스 연계와 통합이 이루어진다고 보면 된다(François Béland et al., 2006, p.26).

1998년부터 준비 단계에 들어가면서 인력(관리자, 임상 전문의, 행정직원, 의사 등), 재정, 정보에 대한 수요를 파악하고 프로그램을 시행하기에 적합한 장소(site)를 지정했다(François Béland et al., 2006, p.

29). 또한 다학제 팀 구성을 위한 기본 가이드라인과 프로토콜을 개발했다. 아울러 프로그램에 참여하기 전 환자를 담당했던 가정의학과 전문의, 지역사회 단체, 홈케어 센터 등 다양한 이해관계자 간에 해당 프로그램 시행에 대한 동의를 얻었다.

사업은 크게 세 가지 단계로 진행되었다(Mira Johri et al, 2003). 1999년부터 2000년까지 진행된 첫 번째 단계에서는 프로그램 통합을 가시화하는 과정으로 본래 도입하고자 했던 인두제 지불 보상 제도를 일부 영역에만 시행하였다. 두 번째 단계는 2000년 6월부터 2001년 4월 1일까지로 의약품 처방에서도 인두제 형태로 지불 보상제도를 시행하였고 이후 모든 서비스 영역으로 확대했다.

나. 공급자 구성 현황

퀘벡주 정부에서 운영하는 보건기관인 보건복지사무소(CLSC)[43]는 국내 보건의료제도에서 보건소와 같이 일차 의료 서비스를 제공하는 유사한 기능을 수행하나 역할과 책임의 범위는 한국의 보건의료체계 내 보건소가 수행하는 기능과 역할과 비해서 더 넓고 크다. 예를 들어 별도의 예약을 거치지 않고 간호사와 상담을 통해 전문의를 연결해 주기도 하며 일부 지역에서는 조산원과 정신건강상담센터, 금연상담센터 등을 독립적으로 운영하기도 한다(Lysette Trahan, Patricia Caris, 2002).

사회복지와 보건의료 모든 서비스 영역에서 보건복지사무소가 가장 중요한 공급자로서의 역할을 수행하고 있다. 한 개의 보건복지사무소는 약 1만 1000명의 노인을 관할하는데 이 중 평균적으로 20~25%가 기능이 쇠약한 노인으로 사업의 참여 가능 대상으로 선정된다(박종연 등, 2010,

43) CLSC: Local Community Service Center, Centre local des services communautaires)

pp. 106-107).

보건복지사무소에 가정의학과 전문의를 포함한 다학제 팀(Multidisciplinary team)과 사례 관리자(간호사 또는 사회복지사, 작업치료사)가 상주하고 있으면서 보건의료, 사회복지서비스 제공에 대한 중요 사안을 결정하는 역할을 담당한다(François Béland, 2012, pp. 141-143). 해당 사례 관리자는 총 35~45명의 환자를 관리하는 책임을 지고 있다(François Béland et al., 2006, p.31). 그들은 다학제 팀의 구성원으로서 환자의 임상 관리와 행정 업무에 대한 전반적인 책임을 지고 있다. 구체적으로 노인 환자의 욕구를 파악하고, 이에 맞는 서비스를 제공할 수 있도록 계획을 하며 서비스가 제공된 이후에도 환자의 건강 상태가 나아지고 있는지, 마지막으로 그들의 의무기록이 정보로서 전자화된 형태로 잘 기록되고 있는지 살펴보는 업무를 의미한다. 또한 다학제 팀 간에 의사소통이 원활하게 이루어져 업무에 차질이 없도록 환경을 조성해야 한다. 특히 의학적 욕구를 파악하는 가정의학 전문의와 긴밀한 관계를 맺어야 한다. 다학제 팀은 사무소 내에 상주하나, 사무소와는 분리된 별도의 독립 관리 체계를 운영하고 있다. 〈표 5-4〉는 다학제 팀의 구성을 나타내었다.

〈표 5-4〉 SIPA 프로그램 내 다학제 팀의 구성

구성원	비율
사례 관리자(간호사 또는 사회복지사)	4
지역사회 간호사	2
사회복지사	0.5
작업치료사	0.5
물리치료사	0.5
가정부(homemaker)	15
가정의학과 의사	0.5
상담 약사 (1곳에 예외)	0.5
지역사회 지도자 (1곳에 예외)	0.2

자료: 박종연 등(2010). p.107 〈표 3-2〉 다학제팀의 구성을 발췌하여 번역하였음.

다. 서비스 전달체계

프로그램 참여자가 수요에 맞는 알맞은 서비스를 제공받고 있는지 확인하기 위해 (1) 참여자의 수요, 욕구가 표현되었을 때 즉각적으로 프로그램 관리자가 참여자와의 의사소통을 실시하고 (2) 전화 서비스를 통해 수요를 파악하거나 (3) 서비스 제공자 간에 필요하다고 판단될 때 수시로 연계와 조정을 이룬다(Béland et al., 2006, p.26). SIPA 프로그램이 운영되는 각 site별로 독립적으로 예산배정, 인력배치, 집행 계획을 결정할 수 있다(Béland et al., 2006, p.29)

라. 장애요인 및 한계점

SIPA 프로그램을 통해 참가한 모든 노인 환자는 아니나, 일부 만성질환을 가지거나 일상생활에 장애가 있거나, 혼자 거주하는 노인 환자의 서비스 비용과 병원 재원 기간이 크게 감소한 것으로 나타났다(Béland et al., 2006, p. 38). 이는 사례 관리자가 환자의 입원과 퇴원을 포함한 의료 이용을 전반적으로 책임지고 있기 때문이다.

간호사, 사회복지사, 전문의 등과 토론을 통해 불필요한 의료 이용을 사전에 통제할 수 있는 기전이 존재한다. 또한 환자가 퇴원한 이후에도 지역사회 자원을 이용할 수 있는 환경을 사례 관리자가 조성하기 때문에, 양질의 서비스를 수요에 맞게 제공할 수 있는 장점이 있는 것이다.

해당 사업의 의미 있는 취지와 목적에도 불구하고 한계점을 가지고 있다. 먼저, SIPA 센터가 사업을 독립적으로 시행하다 보니 유사한 사업을 시행하고 있던 CLSC와의 갈등이 발생하는 것이다. 두 번째로 시범 사업에 참여하지 않은 개원 의사와 협력 관계가 맺기 어려운 점이 있다(박종연 등, 2010). 또한 사전 시행 단계 없이, 갑작스레 도입이 되어 이해관계자 간에 일부 의사소통의 문제가 있다는 점도 극복해야 할 문제 중 하나이다.

4. 캐나다의 PRISMA(Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy)

가. 제도 시행 배경 및 연혁

만성질환의 유병률이 증가하고 장기요양에 대한 수요가 증가하면서 (병원 중심의 서비스 제공보다) 노인들이 거주하는 지역 중심의 서비스가 적절하다는 인식이 확산되었다. 이러한 인식의 확대와 늘어나는 수요의 증가에 부응하기 위해 지역사회 단체들이 자발적으로 참여하면서 시작되었다(박종연 등, 2010, François Béland et al., 2011, p.143). 퀘백주 중소 도시/농촌 지역에 거주하는 노인들과 장애인들의 안정된 생활을 유지할 수 있도록 보건의료·사회복지서비스 제공 체계를 조정하는 기전이다.

기존에 시행되고 있던 미국의 PACE를 캐나다의 보건의료 환경에 맞게 변형한 프로그램이다(박종연 등, 2010). 프로그램 명칭에서 살펴볼 수 있듯이 노인의 기능이 독립적으로 이루어질 수 있도록 여러 서비스를 통합하여 제공하는 데에 목적을 둔다.

나. 공급자 구성 요소

SIPA처럼 한 기관에서 모든 서비스를 제공해 주는 완전한 통합 모형이 아니며 지역사회 관련 기관의 서비스를 노인의 수요에 맞게 연결, 조정(coordination)해 주는 것이 주요 역할이라 할 수 있다. 즉, 지역 수준에서 의사결정자와 프로그램 관리자 간 조정(coordination)이 주된 내용으로 '조정 기전'이 프로그램 성공을 위한 핵심 요소라 할 수 있다.

다. 서비스 전달체계

지역사회 보건의료센터에서 SIPA 모델 사업을 주도적으로 운영하며, 센터는 65세 이상 노인 중 (1) 중증 장애를 가지고 있으나, 재가 생활이 가능하며 (2) 보건의료, 사회복지서비스를 필요로 하는 경우 중 사업 대상자를 선정한다. 영역에 따라 의사결정을 하는 주체는 상이하다(박종연 등, 2012, 재인용; Réjean Hébert et al, 2003).

먼저, 거버넌스 수준에서는 보건의료 및 사회서비스 기관, 지역사회 단체로 구성된 연합 위원회(the Governing Board)에서 모든 의사결정자들이 자원 분배, 정책과 관련한 주요 사항을 결정한다. 경영 수준에서는 서비스 조정 위원회[44]가 서비스 조정 메커니즘(mechanism)을 모니터링하고, 서비스 지속성(service continuum)을 용이하도록 하며 마지막으로 운영 수준에서는 사례 관리자와 다학제 팀(Multi-disciplinary team)이 환자의 수요를 파악해 기관 간 서비스 연계를 총지휘하고 서비스를 연결해 준다. 아울러 환자에 대한 모니터링을 전적으로 책임지고 있다. 특히 사례 관리자는 노인의 서비스 수요 평가, 수요에 맞춘 서비스 연결, 다학제 팀에게 업무 지시, 서비스 평가 및 모니터링 등 전반의 업무를 담당하면서 서비스 제공의 모든 지점에서 개입할 수 있는 권리를 합법적으로 부여받았다.

〔그림 5-3〕은 PRISMA의 전달체계를 모식화한 그림이다[45]. 전달체계를 이해하기 위해서 PRISMA의 기본 구성 요소(서비스 간 조정, 단일화된 창구, 사례 관리, 단일한 평가 도구, 개인화 맞춤 서비스 계획, 정보 도구)를 파악하는 것이 필요하다(François Béland et al., 2010, Walter,

44) Service Co-ordination Committee
45) 해당 내용은 Hébert et al, 2003, pp. 4-5의 내용을 인용하여 번역하였음.

P Wodchis, 2013). 먼저 서비스 간 조정은 본래 전달체계에서 제 역할을 수행하는 서비스 제공 기관의 대표자 간의 협상을 통해, 서비스 조정에 대한 합의를 하고, 지역 수준의 위원회를 만들어 서비스 조정이 직접 이루어질 수 있도록 하는 것이다.

단일화 창구(single entry point)는 복잡한 수요를 가진 허약한 노인(frail senior with complex needs)이 이용하는 보건의료기관, 사회복지기관의 모든 서비스를 제공받기 위한 접근(access) 경로라고 할 수 있다. 제일 처음 환자가 프로그램과 접촉 시, 진단 도구를 통해 환자의 상태를 빨리 파악하도록 한다.

사례 관리의 경우, PRISMA의 프로그램에서 사례 관리자는 총괄 감독의 역할을 수행한다(박종연 등, 2010, p. 112). 최소 연 2회 이상 프로그램 참여자에 대한 모니터링과 재평가를 하며, 참여자의 욕구에 맞춘 서비스를 제대로 받을 수 있도록 조치를 취한다. 해당 프로그램의 사례 관리자는 간호사 또는 사회복지사, 보건 전문의로, 1인당 40명의 대상자를 책임지는 한편, 지역사회 기관들과 관계 맺고 일할 수 있는 법적 지위를 부여받고 있다. 이러한 법적 지위로 인해 고객의 욕구에 맞춘 서비스 제공 기관을 연결해 주는 것이다.

라. 프로그램의 평가와 관리

노인 또는 노인의 가족이나, 전문가들이 전화나 서면을 통해 서비스가 필요하다고 판단되는 노인을 이송(referral)하면, 서비스를 제공받기에 적합한지 평가한다. 노인의 상태를 점검하기 위해 사용하는 SMAF[46]는 WHO의 장애 분류에 근거해 만든 29개 문항으로 구성된 평가 도구로, 보

46) Systeme de measure de l'autonomie fonctionnelle

건의료 전문가(health professional)가 노인에게 직접 물어보거나, 활동 상태를 모니터링하여 기록한다.

PRISMA 모델에서는 참여하는 관련 모든 기관이 노인의 전자의무기록을 공유하고 있다. 개인화된 맞춤 서비스(Individual Service Plan)는 사례 관리자의 주도하에, 환자와 가족이 동의했을 때, 각 서비스 공급자에게 환자에게 알맞은 서비스를 제공할 수 있도록 하는 계획을 의미한다(Walter, P Wodchis, 2013).

마지막으로 정보 도구(information tool)는 임상 정보 차트가 모두 전자 의무기록으로 등록되어, 정보의 흐름을 원활하게 하고 기관과 서비스 공급자들도 쉽게 접근 가능할 수 있도록 해야 한다(Walter, P Wodchis, 2013). 이렇게 생성된 정보는 모니터링과 연구를 위한 도구로 활용될 수 있으나, 지역사회 내에서 프로그램에 참여하지 않고 독립적으로 활동하는 의료서비스 공급자의 접근 문제는 여전히 문제가 되고 있다.

마. 장애요인 및 국내 적용 시 고려점

1) 성과

프로그램이 도입된 지 3년 후, 애초 프로그램의 주요 특성(서비스 간 조정, 단일화된 창구, 사례 관리, 단일한(Unique) 평가 도구, 개인화 맞춤 서비스 계획, 정보 도구)으로 보였던 여러 요소의 실행율이 80%에 달했고, 공급자의 참여율도 73%로 높게 나타났다. 도입 4년 후, 기능 장애의 유병/발생률이 감소하는 한편, 프로그램 참여자의 만족도도 높게 나타났다(Walter, P Wodchis, 2013).

2) 제언

단발성 프로그램으로 그치지 않고 지속적으로 프로그램의 성과가 높게 평가되는 이유는 크게 두 가지에서 찾을 수 있다. 첫 번째로는 여러 이해당사자 간 협력과 리더십이다. 노인 대상 의료서비스와 사회복지 서비스 간 연계가 이루어지지 않고 이것이 노인에게 알맞은 서비스 제공으로 이어지지 않는 문제로 부각되면서, 학계 연구자, 정부 관계자, 마지막으로 이미 오랜 기간 실무에서 문제를 체감한 지역사회 유관 기관 간 협력이 이루어진 것이다.

두 번째 요소는 큰 비전 하에, 점진적 변화를 유도했다는 점이다. 큰 틀 안에서 학계 연구자가 조언을 하고, 이에 맞게 서비스 간 통합을 이루었다. 대부분의 프로그램이 단기간에 그 효과를 파악하기 힘들다는 한계가 있다는 점에서 PRISMA의 효과와 그 의의는 주목할 만하다.

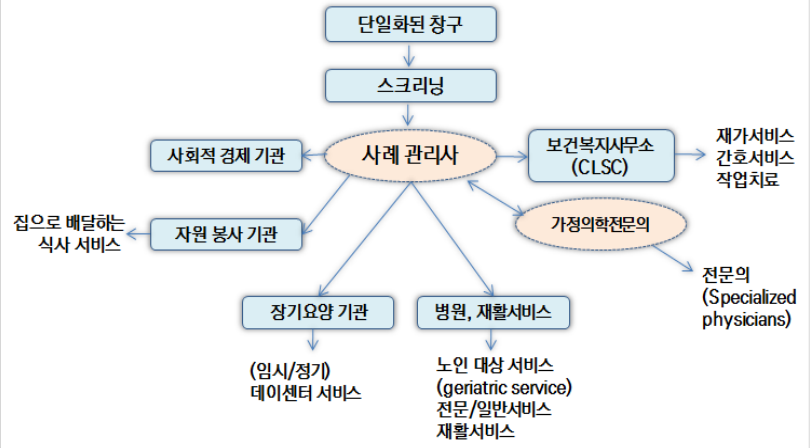
〈표 5-5〉 2008~2011년 PRIMSA 실행률

(단위: %)

특성	2008년	2011년
프로그램 총괄 책임자 지명	77.4	84.4
조정 기전	26.9	48.1
단일화 창구	36.0	64.3
사례 관리	31.1	53.3
평가 도구	54.5	67.4
개인화된 서비스 계획	15.6	15.3
정보 도구	26.5	40.4
가정의학과 의사의 이용 가능성	27.5	48.9
노인병의학 서비스 이용 가능성	36.9	67.1

자료: Walter, P Wodchis(2013)의 발표자료 p.20를 번역함.

〔그림 5-3〕 PRISMA 전달체계



주: Réjean Hébert et al(2003) p5. 〈figure 2〉를 번역함.

바. 프로그램 간 비교

같은 국가 내에서 시행하는 프로그램이라도 운영되는 메커니즘, 의사결정의 주체와 재정·운영·전문성·임상적 측면의 자율성, 상호의존성, 책임 수준의 정도 역시 상이하다(Réjean Hébert et al., pp.2-4).

먼저 완전 통합 모델(Full integration model)은 통합 조직이 타 기관과 계약을 맺거나, 단일한 구조 아래서 모든 서비스에 대한 책임을 지닌다. 의료서비스를 제공하는 보건복지사무소가 넓은 범위의 서비스까지 포괄적으로 제공할 수 있으므로 노인의 의료수요를 충분히 충족할 수 있다. 단순한 서비스 간 조정을 넘어 노인에게 맞는 의료, 요양, 사회복지서비스를 통합적으로 제공하고 있으므로 이에 맞는 수가 제공은 필수 요소이며, 이에 걸맞은 인두제로 보상 체계를 시행하고 있다.

PRISMA는 관련 기관 간의 협력과 조정을 강조한다(박종연 등, 2010). 조정 모델(co-ordination model)은 환자의 다양하면서도 복잡

한 수요를 충족하기 위해 구조, 또는 메커니즘, 조정 기전을 개발하는 것이다. 모든 관련 기관이 본래 가지고 있는 본연의 조직 구조하에, 프로그램 참여에만 동의한 후 요구하는 조건에 따라 업무 수행에 참여하는 형태를 지닌다.

서비스 통합과 연계의 현황을 분석한 François Béland(2012)은 (1) 재정(financing), (2) 운영(managing), (3) 전문성(professional), (4) 임상(clinical) 각 영역의 통합 수준을 ① 교환(exchange), ② 협력(cooperation), ③ 공동 작업(collaboration), ④ 조정(coordination), ⑤ 통합(integration)으로 나누어서 살펴본 바 있다.

(1)에서 (4)로 갈수록 임상 분야에서의 책임 수준이 높음을 의미하며, (4)에서 (1)로 갈수록 재정 또는 행정 분야에서의 책임 수준이 높음을 의미한다. 한편 ①에서 ⑤로 갈수록 상호의존성이 높음을 의미하며 ⑤에서 ①로 갈수록 각 영역의 자율성 수준이 높음을 의미한다(François Béland, 2012. p. 4).

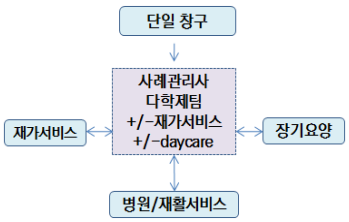
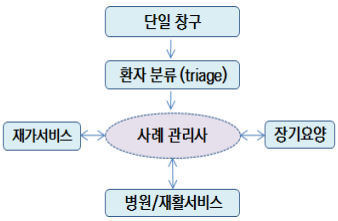
해당 구분에 따르면 SIPA는 운영 측면의 조정 기전을 제외하고 재정, 전문성, 임상 측면에서 모두 통합된 체계를 보이는 반면, PRISMA는 재정은 공동 작업을 하되 운영, 전문, 임상 측면에서는 모두 조정 기전의 형태를 보이고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-6〉 PRISMA와 SIPA의 영역별 구분

	(1) 재정 (financing)	(2) 운영 (managing)	(3) 전문성 (professional)	(4) 임상 (clinical)
① 교환 (exchange)				
② 협력 (cooperation)				
③ 공동 작업(collaboration)	PRISMA			
④ 조정 (coordination)		PRISMA, SIPA	PRISMA	PRISMA
⑤ 통합 (integration)	SIPA		SIPA	SIPA

주: François Béland의 발표자료(2012.10.10.) pp.5의 "where is SIPA?"의 내용 인용, 번역하였음.

〈표 5-7〉 통합 서비스 모델의 특징 비교

구성 요소	완전 통합 모델 (Full integration model)	조정 모델 (Co-ordination model)
분류	SIPA, PACE	PRISMA
보건의료 서비스와의 연계	모델 내 보건의료서비스 포함 (Nested in)	모델 내 보건의료서비스 흡수 (embedded within)
조정	필수(임상에만 한정)	모든 수준에서 필수 (거버넌스, 경영, 임상)
사례 관리자	필수(다학제 팀과 협력)	필수(기존 팀과 협력)
단일 창구[47]	필수 × (환자 이송시에만 필수)	필수
개인화된 서비스 계획[48]	필수	필수
특수한 평가 도구[49]	필수(내부 목적에 한정)	모든 파트너와 서비스에 필수
자동화된 임상 차트	내부 사용용으로만 가능	모든 파트너와 서비스에 필수
예산	인두제 필수(필요한 경우 외부 서비스는 계약)	파트너 간 교섭 (인두제가 필수는 아님)
메커니즘		

주: Réjean Hébert et al(2003)의 pp. table1을 번역함.

47) single entry
48) 개인화된 서비스 계획, Individualised service plan
49) Unique assessment tool

〈표 5-8〉 국외 의료-요양 연계 서비스 주요 사례 비교

	PACE주[1]	CCO주[2]	SIPA주[3]	PRISMA주[4]
시행 국가	미국	미국(오리건 주)	캐나다	캐나다
시행 시기	1990년	2012년 8월	1995년	-
일차 의료진	PACE staff	PCPCH	팀내 가정의학과 의사	가정의학 전문의
그 외 팀구성	등록된 간호사, 사회봉사자, 물리치료사, 직업치료사, 레크레이션 지도자, 약사, 영양사, 운전사, home care coordinator, personal care aide, site manager	일차 의료, 전문의 의원, 병원, 응급의료 및 장기요양 공급자, 일차 의료 공급자 (PCPCH) 등	사례 관리자, 지역사회간호사, 사회복지사, 작업치료사, 물리치료사, 가정부, 가정의학과 의사, 상담 약사, 지역사회 지도자	사례 관리사, 병원/재활서비스, 자원봉사 기관, 보건복지 사무소, 가정의학 전문의, 장기요양기관 등
서비스 제공기반	day health center-IDT	PCPCH	Local Community Service Center	지역사회 단체
대상자 요건	55세 이상, 장기요양이 필요하다고 인증받은 자	기존에 Oregon Health Plan하에서 의료 서비스를 제공받았던 사람들	노인 중 기능이 쇠약한 노인 중심	65세 이상 노인 중 (1) 중증 장애를 가지고 있으나, 재가생활이 가능하며 (2) 보건의료, 사회복지서비스를 필요로 하는 경우
관리 (접촉) 빈도	주당 1~5일 대상자별 욕구에 따라 빈도를 상이하게 설정하되 정기적 접촉	비정기적 접촉 (수요 발생 시)	비정기적 접촉 (참여자의 수요, 욕구가 표현되었을 때 즉각적으로 프로그램 관리자가 참여자와의 의사소통을 실시)	사례 관리사가 정기적/비정기적 접촉으로 관리
재원	Medicare, Medicaid	Medicare, Medicaid	지역사회 재원 (인두제)	지역사회 재원

주: 1) Boult and Wieland (2010). Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions-Nobody rushes you through- 〈table 1〉 번역
2) 신영석 등(2015) 내용 재구성; 본문에서는 세부내역 미제시
3) 박종연 등(2010) 내용 재구성
4) 박종연 등(2012), 재인용; Réjean Hébert et al(2003)

제3절 외국 의료와 요양서비스 제공에 있어서의 시사점

1. 1차 의료기관의 형태

대부분의 일차 의료기관은 GP로 구성된 집단 개원의 형태가 많다. 호주의 경우 2000~2010년간 10인 이상 GP들이 운영하는 의원 수의 비중은 10%에서 20%로 증가함으로써 대형화되었다. 영국의 1차 의료기관은 4~5명의 GP들로 구성된다. 스웨덴은 대부분 4~6명의 주치의와 간호사, 조산사, 물리치료사, 정신 상담사, 산부인과 의사 등으로 구성된 형태가 많다. 네덜란드는 2012년 기준으로 3인 이상 공동 개원이 36.4%, 2인 공동 개원이 37.9%, 1인 개원이 25.7%다. 싱가포르의 경우 단독 개원은 55% 정도이고 3인 이상 공동 개원이 19%에 이르렀다. 1차 의료기관에 병원의 외래 의사를 포함할 것인지가 관건이 될 수 있는데, 대체로 병원 외래 의사를 1차 의료 의사로 정하는 데에 별다른 제한은 없는 경향이 있다. 대만은 지역 내 5개 이상의 의원들이 지역 내 병원과 네트워크를 만들어 의료군을 형성할 수 있도록 하였으며 이에 대해서는 인두제로 급여 총액을 계산한다. 일본은 단골의사가 관행화되어 있고, 단골의사는 병원 내 의사도 할 수 있으며 진료 과목에 관계없이 운영된다. 2014년에 지역포괄진료의사제도를 도입하여 지역포괄진료에 대해 수가를 가산하여 주치의사의 정착을 기대하고 있다. 전문의 중심의 1차 의료를 담당하고 있는 우리나라는 집단 개원 형태의 1차 의료를 형성하기 어려운 실정으로 노인에 대한 주치의제도를 시행함에 진료과목 선택이라는 한계에 부딪치고 있다. 따라서 지역별 다양한 전문 과목 의원으로 구성되는 1차 의료기관 간의 네트워크 구성을 통해 주치의 그룹으로서의 역할 가능성으로 고려해 볼 수 있을 것이다.

2. 1차 의료의 역할

1차 의료 의사인 주치의 역할은 대부분 포괄화 추세에 있다. 스웨덴은 금연, 절주, 신체 활동, 영양 등 건강 위험 요인들을 중재하고 상담하도록 권장하고, 일부 광역자치단체에서는 사례 관리 또는 질병관리와 같은 프로그램이 개발되고 있다. 벨기에의 경우 1차 진료에서 통합 재가서비스까지 제공하는 역할을 한다. 만성질환자에 대해 다양한 정보를 제공하고 재가 보호를 조정 관리 해 준다. 캐나다의 경우 가정의는 지역보건소, 병원 또는 병원 외래 부서와 제휴하여 진료하며, 지역보건소도 1차 의료의 역할을 일부 행하기도 한다. 캐나다의 보건소는 공중보건(public health service), 즉 전염성 질환의 관리, 공중위생, 보건 교육의 보급을 위해 설립되었으나 전염성 질환의 발생이 줄어들게 되면서 근래에는 만성질환, 사고를 예방하고, 공중 보건의 위기에 대처하고, 건강 증진 및 예방접종에 중점을 둠으로써 1차 의료의 기능으로 역할을 넓혀 가고 있다. 정신과 진료의 영역도 1차 의료에서 담당하는 경향도 있는데, 호주의 경우 GP 정신건강관리프로그램(GP Mental Health Treatment Program)을 운영한다. 프랑스에서는 1차 의료의 경우 선불 제도를 운영하여 진료 후 보험자로부터 30%를 환급받는데, 주치의제도의 활성화를 위해서 주치의 등록자에 대해서는 공단 협약 수가의 70%를 환불받도록 했다.

1차 의료의 시작이 늦은 대만의 경우에도 사구(社區)의료군제도(Primary Community Care Networks, PCCNs,)를 2003년에 시범사업으로 도입하여 실험을 계속하고 있다. 의원의 의사가 주치의로서 가족의 의료 기록을 보관하고 24시간 전화 상담을 하며 전인적인 건강 관리를 하도록 한다. 그리고 주치의 등록자에게 상급병원에 진료 의뢰의 우선권을 주었다. 싱가포르의 경우 종합진료소라는 공공 1차 의료기관을 운

영하며, 종합진료소를 통해 2차 진료기관인 공공병원을 이용할 경우 환자에게 보조금을 지원한다. 종합진료소에서는 퇴원 후 follow-up care, 예방접종, 건강검진, 보건 교육, 약국 서비스를 제공한다. 종합진료소 이용 시에는 비용의 50%를 감면하고 65세 이상 노인이나 18세 미만 아동에 대해 75%를 감면한다. 종합진료소에 환자들이 쏠리기 때문에 2012년 거주지기반의료지원(Community Health Assist Scheme, CHAS)을 도입하여 환자의 거주지 근처의 CHAS에 참여하는 민간 의원(치과 의원)에서 진료받는 경우에는 정부가 보조금을 지급하도록 하였다. 일본의 경우 진료소의 의사는 예방접종, 건강진단 및 건강 상담, 암 검진, 모자보건, 학교 및 산업 보건, 지역보건사업 등 지역포괄서비스를 수행한다. 호주는 1차 의료에서 완화의료를 제공하기까지 한다. 1차 의료 제공자인 GP, 지역사회 간호사, 완화의료전문가가 제공한다. 완화의료는 호스피스 병동이나 환자 가정, 노인주거복지시설 등에서도 제공된다. 민간병원보다는 공공병원에서 제공되는 경우가 대부분이다. 우리나라의 경우 공공병원에서의 완화의료 제공을 적극적으로 검토해볼 만하다.

3. 1차 의료에서 간호사 역할의 강화

대부분의 선진국에서 의사 부족 현상을 경험하고 있으며, 그 대안으로 간호사의 역할을 강화하는 방향이 대세이다. 호주의 경우 전문 간호사 수를 2003년 3300명에서 2009년 1만 100명으로 증가시켰다. 스웨덴은 간호사에게 제한적으로 처방전을 발행할 수 있도록 하며, 어린이에게 제한적인 진료 서비스를 제공하며, 노인에 대한 가정간호서비스를 제공한다. 네덜란드의 경우 간호사가 퇴원 후 독립생활이 어려운 환자를 관리하고 약 처방을 변경할 권한까지 가진다. 싱가포르 역시 의사 수의 부족으

로 의사 외 인력을 활용한다. 의학적으로 간단한 경우에는 간호 인력을 활용한다. 대표적으로 ACTION(Aged Care Transition) 프로그램을 들 수 있다. 노인이 병원에서 퇴원 후 가정이나 지역사회의 적합한 장기요양 시설로 효과적으로 이행하도록 지원한다. ACTION 팀은 간호사, 사회복지사 등 10인 정도로 구성되며 전국의 6개 권역별 중심 병원에 상주한다. 한편 프랑스에서는 개업 간호사가 제공하는 재택치료서비스도 눈여겨볼 만하다. 간호사가 주사, 상처 처치, 욕창 처치, 예방 등 보건위생적인 처치를 함으로써 의료 행위를 상당부분 인정하고 있다.

4. 1차 의료의 정보시스템 강화와 전자건강보험카드 도입

1차 의료가 단순한 진단과 상담의 기능에서 벗어나 환자에 대한 종합적인 의료정보를 바탕으로 정확히 진단하고 가족력을 감안한 전인적인 진료 서비스를 제공하는 시스템을 구축하도록 노력한다. 벨기에의 경우, 환자에 대한 포괄적인 의료정보파일인 GMF(Global Medical File) 시스템을 구축하여 불필요하고 중복된 진료를 줄이고 모순된 처방을 제거하려 한다. 환자가 GMF에 참여하면 본인부담금의 30%를 감면하고, 2차 진료 의뢰 시 본인부담금 경감 등의 인센티브 제공하여 GMF에 자율적 참여를 독려하였다. 벨기에는 전자건강보험카드를 시행했으나 2014년에 전자주민증으로 통합되었다.

대만도 2004년에 전자카드를 도입하여 환자의 진료 내역, 복용 약물 내역, 보험료 납부 기록을 실시간으로 확인할 수 있도록 하였다

호주의 경우 국민 누구나 본인과 미성년 자녀의 진료와 처방 기록, 의약품 부작용, 알레르기 등 의료정보를 일반의, 전문의, 병원이 참고할 수 있도록 온라인전자의무기록시스템에 등록할지 여부를 선택할 수 있다.

복합 만성질환을 보유한 노인의 경우 이러한 시스템에 등록하면 효율적인 의료 관리가 가능할 것이다.

5. 1차 의료에서 질병관리프로그램 운영

1차 의료에서 질병관리프로그램, 특히 만성질환 관리 프로그램을 운영하는 것이 대세이다. 이러한 프로그램은 의사와 환자 양자에게 인센티브를 부여하여 참여를 유인하는 경향이 있다. 독일의 DMP는 연방보험청의 품질 인증까지 받아야 하며, 보험의사협회가 임상진료지침을 제공하고 의사를 대상으로 교육 프로그램을 운영하는 등 적극적이다. DMP 참여 의사는 환자의 진료기록을 보험의사협회에 보내고, 협회는 개별 의사에 대해 평가 결과를 피드백해 주며, DMP 참여 의사와 비참여 의사 간의 진료 성과를 비교한다. 또한 의사협회에서 365일 24시간 콜센터를 운영한다. 결국 의사 단체의 적극적인 관심과 열정이 매우 중요하다. 호주의 경우, GP 연합체를 결성하여 After-hour GP help line을 운영한다.

네덜란드의 질병관리프로그램(DMP)의 대상 질환은 고혈압, 당뇨, 심부전, 천식, 뇌혈관질환, 만성폐쇄성폐질환, 만성 관절 장애, 요통이다. 예방 서비스로 교육, 운동, 영양, 금연이 있으며, 호스피스까지도 제공된다. 싱가포르의 경우 만성질환 관리 프로그램(Chronic Disease Management Programs, CDMP)을 운영하며, CDMPs 참여 의료기관은 정부가 요구하는 자료를 정기적으로 제공해야 하고 정부는 자료를 통해 근거 중심의 만성질환 관리 프로그램을 제공한다. CDMPs의 대상 질환을 당뇨, 고혈압, 지질장애, 뇌졸중(2006년), 천식, 만성폐쇄성폐질환(2008년), 정신분열증, 우울증(2009년), 치매, 조울증(2011년)으로 확대하고 있다.

6. 장기요양서비스의 운영 주체

많은 선진국에서는 재정상의 한계, 전달체계에서의 유연화를 위하여 장기요양서비스를 지방정부로 이양하여 운영하는 추세이다. 영국은 노인을 위한 장기요양서비스와 복지서비스를 지방정부의 서비스로 통합적으로 운영하기 위해 노력하고 있으며, 중앙정부의 의료서비스 제도와 분리되어 있다. 따라서 지방정부별로 요양 욕구의 판정, 서비스의 범위와 형태 등이 지역별 수요에 따라 차이를 보인다. 캐나다도 장기요양서비스는 주 정부 단위에서 운영하고 있으며, 스웨덴의 경우, 환자가 퇴원한 후의 재활이나 생활 보조 등은 기초자치단체(commune)에서 관장하도록 되어 있으며 노인서비스의 기획과 제공은 기초자치단체가 책임을 진다. 스웨덴의 장기요양서비스는 기초자치단체의 노인복지서비스의 하나로 제공하고 있다.

일본은 의료와 장기요양을 연계하려는 노력을 하고 있다. 2011년 사회보장·조세일체개혁법을 통해 가능한 오랫동안 지역의 거주지에서 생활할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축하였다. 이를 통해 의료 및 개호의 연계를 강화하고, 지역에서 효율적이고 효과적인 의료 공급체계를 확보하였다. 지역포괄케어시스템을 통해 대상자 중심으로 일상생활권 내에서 의료, 개호, 예방, 주거 등이 연속적인 연결이 지속화되도록 종합적인 지원을 도모하고 있다.

반면 장기요양서비스를 건강보험에 포함하여 운영하고 있는 국가들도 있다. 벨기에는 1997년에 장기요양서비스를 건강보험에 포함했으나 여전히 재가서비스는 지방정부가 관리하고 감독하며, 일반의와 간호사를 포괄하는 통합 재가서비스를 하는 것을 원칙으로 하고 있다.

네덜란드도 장기요양서비스를 건강보험제도 내에 포함해 운영하면서

만성질환자에 대해 장기요양서비스를 제공하고, 급성질환자에 대해 단기요양, 가정 방문, 간호서비스, 정신적 장애 치료 등을 통합적으로 제공하고 있다.

7. 의료와 요양서비스의 연계·통합

선진국 대부분이 분절화된 의료서비스를 연계하고 통합하며, 의료서비스와 사회서비스 간에도 통합된 서비스를 제공하는 방향으로 개혁을 도모한다. 이는 곧 환자 중심의 서비스를 제공하려는 것이며, 중앙정부와 지방정부, 의료와 복지의 공급자 조직이 복잡하게 얽혀 있고 재정 관계도 복잡다단하게 얽혀 있어 쉽지는 않다. 그럼에도 불구하고 각국의 상황에 맞추어 부단한 노력을 전개하고 있다. 우리나라도 예외는 아니며, 이 분야의 실태를 분석하고 해법을 마련하기 위한 전문적인 연구에 지원이 이루어져야 한다.

영국의 경우 보건의료와 사회서비스 간 통합 서비스를 제공하고 질 향상에 주력하고 있다. 최근 중앙의 규제 감독 기구인 보건의료위원회(Healthcare Commission)와 사회서비스위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)를 통합하여 진료의 질 관리 위원회(CQC)를 설치하였다. 의료, 장기요양, 공공보건 간의 연계와 협력을 강화하기 위해서 지자체에 보건복지위원회를 설립하였고, 동 위원회에 공공보건 담당자, 장기요양 담당자, 임상의사 그룹(CCGs)이 참여하여 협의한다. 우리나라의 경우에도 중앙정부 중심의 건강보험, 장기요양보험, 공공보건의 관리 권한과 책임에 있어서 광역지자체와 기초지자체의 역할을 고려해 봐야 한다.

미국의 오바마 의료 개혁 이후, 관리의료(managed care)는 새로운 형

태의 ACO로 전환해 나가고 있다. ACO는 개원의나 병원 등 지역 내 여러 공급자들이 제휴한 공급자 조직으로 비용 절감분을 인센티브로 제공받는 것이다. 보험회사와 ACO는 수평적인 관계를 맺으며, ACO는 통합의료시스템을 운영하고 참여 의료기관들 간의 전자의무기록(EHRs)을 통한 정보 공유를 한다. 또한 지불 방식도 외래, 진단, 입원(수술), 퇴원 후 케어, 재활, 너싱홈 등 질병의 발생부터 종료에 이르기까지 Bundled Payment를 도입하는 특징이 있다. 통합의료와 더불어 지역사회의 서비스까지 연계하기까지 한다. 결국 규모의 경제와 범위의 경제를 결합한 관리 시스템이다.

네덜란드의 경우 당일 입·퇴원 진료를 전문으로 하는 외래 전문 의료서비스(outpatient specialty clinics)를 특화하고 있다. 우리나라의 경우에도 여러 유형의 전문 병원들 외에 외래 전문 병원 형태의 설립을 검토할 만하다. 복합 만성질환 노인에 대해 입원 진료보다는 당일 퇴원하는 형태의 외래 진료가 노인이나 가족에게 편리하고 비용 면에서도 효율적일 것이다. 여러 전문과 의사들이 참여하여 복합질환을 협진하는 외래 전문 병원의 설립을 허용해 볼 수 있다.

싱가포르의 공공병원의 통합의료서비스시스템은 우리나라에게 시사하는 바가 크다. 보건부 산하의 지주회사인 MOH Holdings가 공공병원을 총괄 관리하며, 전자의무기록을 모든 병원이 공유한다. 전국을 6개 지역으로 거점 클러스트로 형성하여 종합병원을 중심축으로 전문 센터, 중소형 공공병원 및 종합진료소, 기타 특수 시설, 약국 등으로 연계되도록 하였다. 클러스트 간의 경쟁을 통한 효율화를 도모하였다. 특히 만성질환자를 위한 통합의료서비스를 제공하는 통합의료기구(Agency for Integrated Care, AIC)를 자회사로 두었다. AIC는 각 병원에 케어코디네이터를 두어 환자의 진료 계획을 상담한다. 우리나라의 경우 지방의료

원엽합회를 싱가포르의 지주회사와 같은 형태로 발전시켜 공공병원의 역량을 혁신하는 역할을 부여할 필요가 있겠다. 일본 역시 의료와 장기요양을 연계하려고 한다. 가능한 한 오랫동안 자신의 거주지에서 생활할 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축하는데, 일상생활권 내에서 의료, 개호, 예방, 주거 등이 연속적인 연결이 지속화되도록 종합적으로 지원하도록 한다.

노인에 대한 통합적 지원 체계를 구축하고자 시행되었던 미국의 PACE는 노인의 전반적인 상태에 대한 포괄적 평가와 근거 기반의 치료 계획 수립 및 지속적 모니터링, 환자와 돌봄 제공자의 치료 활동 증진, 전문가의 연계 절차 등을 노인주간보호센터(Adult day health care)를 중심으로 연계한 프로그램이다. PACE를 통해 노인환자에 대한 지속적 관찰과 통합된 의료 전달 및 재원 체계를 갖춤으로써 환자의 만성질환 상태를 모니터링하기가 수월하였으며 그 결과 병원 입원을 예방하고 고령자의 시설화를 지연할 수 있었던 것으로 평가 받고 있다.

캐나다의 SIPA는 보건복지사무소를 중심으로 가정의학과 전문의를 포함한 다학제 팀(Multidisciplinary team)과 사례 관리자가 보건의료, 사회복지서비스를 제공하는 역할을 하면서 쇠약한 노인들의 독립적 생활을 가능하게 하고, 병원 이용 대신, 지역사회 기반 서비스 이용을 활성화하는 데 기여한 것으로 평가되고 있다. PRISMA는 SIPA처럼 한 기관에서 모든 서비스를 제공해 주는 완전한 통합 모형이 아니며 지역사회 관련 기관의 서비스를 노인의 수요에 맞게 연결, 조정(coordination)하는 활동을 통해 노인의 욕구를 사정하고 제공해 주는 역할을 하였다. 노인 의료와 요양서비스의 통합과 연계 체계를 구축한 사례들에서는 공통적으로 관련 기관 간 전자의무기록을 공유함으로써 서비스의 중복을 차단하고 효율적 관리를 도모하였다.

8. 장기요양서비스의 범위

장기요양서비스는 의료서비스와는 구별되지만, 그 경계가 분명하지는 않다. 그래서 의료서비스의 연장선상에서 장기요양서비스를 연계하는 경향이 있다. 또한 장기요양서비스 역시 사회서비스(돌봄서비스)와 구분되나 그 경계 역시 분명하지 않다. 이 때문에 장기요양서비스의 연장선상에서 돌봄서비스를 연계하거나, 혹은 돌볼서비스의 연장선상에서 장기요양서비스를 연계하려는 경향이 있다. 음식 배달이나 취사, 청소 등 집안일이 노인의 신체적, 정신적 기능 장애와 유리되지 않는다는 게 상식에 가깝다.

네덜란드는 사실 장기요양서비스를 건강보험제도 속에서 함께 운영해 왔으며, 벨기에도 장기요양을 건강보험제도에 포함하여 운영하고 있다. 과거에는 다소 희귀한 사례였지만 근래에 이르러서는 유용한 측면이 있는 것으로 평가받는다. 네덜란드의 장기요양의 포괄 영역이 매우 넓어, 건강보험 소득 정률 보험료의 59%는 사회민간건강보험에 쓰이고 나머지 41%는 장기요양서비스에 쓰인다.

스웨덴은 재가서비스에 가정 도우미 서비스를 포함하여 가정 도우미가 청소, 세탁, 취사, 입욕 서비스 및 교통 편의 서비스를 제공 등 재가에서도 노인 혼자 생활이 가능하도록 다양한 서비스를 제공하고 있다. 스웨덴의 재가서비스에는 식사 배달 서비스와 활동 보조 서비스도 포함되며, 벨기에의 재가서비스에는 음식 배달까지 포함되고 시설 서비스 중심이 아닌 재가에서도 충분히 생활할 수 있는 다양한 서비스 개발이 필요할 것으로 보인다.

영국은 노인과 장애인을 위한 장기요양서비스와 복지 서비스를 지방정부의 서비스로 통합 운영하기 위해 노력하고 있다. 우리나라의 경우에도 건강보험공단의 장기요양서비스와 지자체의 노인돌봄서비스 간의 연계

방식을 고민해야 한다. 민간복지시설에서 제공하는 노인돌봄서비스도 연계되는 것이 바람직할 것이다.

캐나다의 경우 장기요양서비스에는 시설서비스, 완화의료(paaliative care), 수발자 휴식(respite care), 가정간호서비스, 물리치료와 작업 치료 등의 재활서비스, 가사 지원, 신체 케어 등 매우 포괄적이다. 요양사들의 임금과 처우가 열악하기 때문에 외국인 요양사들이 증가하고 있으며, 이민자들을 고용하기 위한 특별 이민 프로그램까지 운영한다. 우리나라의 경우에도 중국으로부터 건너오는 조선족이 간병과 요양보호사의 역할을 상당 부분 담당하는데, 그 공급이 부족하게 되면 외국으로부터의 이민도 고려해야 할 시기가 올 것이다.

프랑스의 서비스 유형의 다양성은 시사하는 바가 크다. 재가서비스 부문에서 재택돌봄서비스는 청소와 장보기, 요리 등 가사 지원 서비스가 중심인데, 우리나라에는 이러한 목적의 서비스 유형은 없다. 그리고 개업간호사가 제공하는 재택치료서비스도 눈여겨볼 만하다. 간호사가 주사, 상처 처치, 욕창 처치, 예방 등 보건위생적인 처치를 하는 의료 행위를 상당 부분 인정하고 있다. 입원과 동일한 의료 및 간호서비스를 가정에서 제공받을 수 있는 재택 입원 서비스가 특이하다. 시설서비스도 다양해서 재택과 노인요양복지시설의 중간 형태인 집합적인 주택 시설이 있다. 노인 주거와 의료서비스가 결합한 시설이 있다. 스웨덴의 경우에도 재가서비스에 가정 도우미 서비스를 포함한다. 즉 가정도우미가 청소. 세탁, 취사, 입욕 서비스 및 교통편의 서비스를 제공한다. 벨기에는 건강 상태에 문제가 없는 노인에 대해서는 독립 시설(service-flat) 혹은 집단 거주 시설을 제공한다. 이들 시설에서는 식사와 청소, 일차 진료 서비스를 제공한다. 우리나라의 경우에도 기능 장애가 심각하지 않지만 자립 생활을 하기 힘든 노인을 위한 시설의 유형이 따로 필요할 것이다.

9. 장기요양에 대한 지불

장기요양서비스는 통상 현물 급여가 많으나 근래에는 현금 급여가 활성화되는 경향이 있다. 우리나라의 경우 논쟁 끝에 오·벽지인 경우를 제외하고는 모두 현물 급여로 제공하고 있다. 영국은 현금을 급여하여 요양 대상자가 직접 보조인을 고용하는 현금 급여 방식을 확산시키려 한다. 현물 지원은 '무상'이라는 인식을 심어 줄 우려가 있기 때문이었다. 프랑스는 아예 2002년부터 '노인간병수당제도(APA)'로 운영하고 있다. 현금 급여이기 때문에 요양 대상자의 선택의 폭이 넓고 장기요양 사업자들의 서비스도 소비자 욕구에 맞추기 위해 매우 다양해지는 장점이 있다.

간병 수당 방식이기 때문에 요양 대상자의 선택의 폭이 넓고, 장기요양 시장 내 사업자들의 서비스 유형도 소비자 욕구에 맞추기 위해 서비스의 폭이 매우 다양해진다는 장점이 있다. 네덜란드에서는 재가서비스에 현물 급여와 현금 급여 두 가지를 혼합하여 제공할 수 있다. 특히 현금 급여는 개인 계정을 통해 제공하며 개인 계정의 소지자가 집행 책임을 지게 함으로써 개인이 비용에 대해 의식하도록 한다. 프랑스의 노인 간병 수당, 독일의 현금 급여 등과 함께 장기요양서비스에 대한 현금 급여의 가능성에 대해 고민할 필요가 있다.

우리나라는 장기요양시설과 재가서비스를 이용함에 있어 본인 부담의 큰 차이가 없어, 장기요양등급인정자들의 시설 선호 현상이 두드러진다. 특히, 3~4등급 대상자의 시설 이용률이 매우 높다. 영국은 재가서비스의 경우 본인 부담이 거의 없고, 시설서비스의 경우 자산 조사를 거쳐 차등화하여 부과하고 있다. 우리나라의 경우 재가서비스의 활성화를 위해 본인 부담을 낮추고 시설서비스의 본인 부담을 높이고, 요양 대상 가구의 소득 자산 수준에 따라 본인부담률을 조정을 검토할 필요가 있다.

10. 재가서비스의 확산과 입소 시설의 질 평가 강화

장기요양서비스에서 대부분의 국가들은 재가서비스를 강화하여 시설 입소를 제한하려 한다. 입소 시설의 경우 환자당 비용을 효율화하기 위하여 대형화되는 추세에 있다. 장기요양비용의 절감을 위해 자원봉사자와 자조 그룹에 대한 지원도 강화되는 추세이다. 그리고 입소시설의 환자에 대한 서비스가 취약해질 우려 때문에 입소시설의 인증 평가를 강화하고 있다.

영국의 경우 독거노인에 대한 지역간호 방문 서비스 제공을 가장 우선시하며, 청소나 장보기 등 가사 서비스는 가장 많은 노인인구가 이용한다. 독일도 장기요양시설에 대한 MDK의 평가 결과를 공개하고 있다. 네덜란드는 장기요양서비스의 질을 감시하기 위한 기관(IGZ)을 설립했다.

캐나다의 경우 장기요양시설은 보건서비스인증위원회(Canadian Council on Health Service Accreditation)의 기준을 충족해야 하며, 입소생활시설은 캐나다인증원(Accreditation Canada)의 인증을 받아야 한다. 안전, 장기요양서비스 접근성, 종사자 실태, 의료정보 시스템의 유지, 그리고 삶의 질 등 5가지를 충족해야 한다. 호주의 경우 시설에 대한 인증과 평가를 강화하기 위해 독립된 기구인 ACSAA(Aged Care Standards and Accreditation Agency)를 설립했다. 우리나라의 경우에도 건강보험공단과 독립된 형태의 장기요양서비스 질 평가 기구의 설립이 필요할 것이다.

11. 기타

호주와 독일은 24시간 전화 상담 등의 텔레헬스를 운영하면서 건강상담서비스(Health Direct Australian), 자가 건강관리를 지원, GP의 근무시간 후에 진료 상담 등을 통해 불필요한 방문을 줄일 수 있다. 우리나라에서도 노인의 의료와 요양서비스에 대한 정보를 한곳에서 제공해 주고 야간에서 전화 상담이 가능한 체계에 대한 검토가 필요할 것으로 보인다. 또한 우리나라의 완화의료 호스피스도 의료기관에서 벗어서 가정에서 완화의료를 받을 수 있도록 말기암환자에 대해서 시범 사업을 시행하고 있으나 호스피스의 접근성을 높일 필요가 있다. 호주의 완화의료는 일차 의료 제공자인 GP, 지역사회 간호사, 완화의료전문가를 통해 제공되고 있으며, 호스피스 병동이나 환자 가정, 노인주거복지시설 등에서도 다양하게 제공하고 있다.

제 6 장

노인 의료와 요양서비스 공급 모형 탐색

제1절 노인 의료와 요양서비스 공급체계 모색
제2절 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 체계 구축 방안

6 노인 의료와 요양 서비스 공급 모형 탐색

2000년 이후 한국 보건의료체계는 일련의 개혁을 거치면서 보장성 강화와, 장기요양보험 포괄수가제 등 다양한 영역에서 괄목할 만한 성과를 이루었다. 하지만, 제공체계에 있어서는 성과를 이루지 못한 과제가 남아 있다. 특히 노인과 만성질환자를 위한 서비스가 크게 부족하고, 그나마 있는 서비스도 개별 기관들이 분절적으로 제공할 뿐 제대로 된 체계가 없다고 해도 과언이 아니다(김윤, 2013).

인구 고령화 현상이 확산되고 만성질환자 수가 증가하는 환경에서 의료 수요의 변화는 효과적으로 인구의 건강을 관리할 수 있는 체계 개편의 필요성을 시사한다. 특히, 급성기 질환 중심으로 대응하고 있는 기존의 의료체계는 의료비 관리 측면에서 한계에 직면하고 있는 것으로 지적되고 있다(이규식, 2013). 현재와 같이 급성기 질환 중심의 의료제공체계가 지속되면 증가하는 의료비를 감당하기 어려우며 건강 수준의 향상을 제고하기도 어렵다. 반대로 노인과 만성질환자에게 급성기, 아급성기, 요양으로 이어지는 포괄적 서비스가 연속적으로 제공될 경우 의료비 낭비를 줄이면서도 노인들의 건강과 삶의 질은 크게 개선될 것이다(김윤, 2013).

앞서 제3장에서는 현행 의료와 요양서비스 이용현황과 의료전달체계의 문제점 그리고 건강보험과 노인장기요양보험으로 제도의 재정, 운영 등 분절적으로 운영되고 있는 노인 의료와 요양서비스에서 문제 그리고 노인장기요양보험 내에서의 기능과 역할의 미정립에 대해 검토하였다. 여기서는 현행 노인의 의료와 요양서비스 제공에 있어서의 급성기 치료에서부터 임종기까지의 의료와 요양서비스 제공 기관 간 기능별 구분을

통해 노인의 욕구에 대응할 수 있는 의료와 요양서비스 공급체계의 다양화를 모색해 보고자 하였다. 하지만 다양한 공급체계가 마련된다 하여도 노인에 대한 의료요양서비스가 연속적으로 제공될 수 있는 통합적 지원체계 마련이 필요하다. 본 장에서는 노인 의료와 요양서비스 제공에서의 전달체계, 의료와 요양의 분절적 운영으로 인한 한계를 극복하고 다양한 서비스를 아우를 수 있는 통합적 서비스 제공체계를 모색해 보았다.

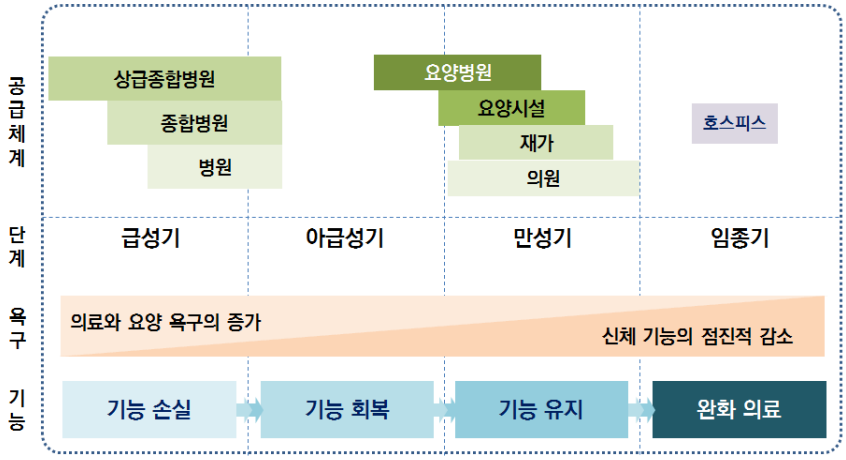
제1절 노인 의료와 요양서비스 공급체계 모색

우리나라의 의료전달체계는 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙에 명시되어 있는데 1단계와 2단계로 구분하고 있다. 1단계 요양급여를 받은 후 2단계 요양급여를 받도록 되어 있다. 의료법에 규정된 요양기관 종별 기능에 따르면 의원은 외래환자를 대상으로 의료 행위를 해야 하며 병원급은 의료인이 주로 입원환자를 대상으로 의료 행위를 하는 의료기관으로 규정되어 있다. 또한 상급종합병원은 중증질환에 대하여 난이도가 높은 의료 행위를 전문적으로 하는 종합병원으로서 기능이 권장되고 있다(의료법 제3조 및 제3조의 4). 상급종합병원 이용을 위해서는 상급종합을 제외한 의료기관의 의료 이용 후 상급종합병원을 이용해야 한다. 한편, 1단계 의료기관 간에는 별도 전달체계을 규정하고 있지 않다. 비교적 단순하며 분절적인 형태의 의료전달체계를 가지고 있다고 할 수 있다. 이와 같은 전달체계는 고령화 시대를 맞이하여 만성질환과 기능 상태 저하를 경험하며 통합적인 욕구를 가지는 노인의 절대 수가 급증하는 시점에 적합하지 않으며 재정비가 필요하다(신영석 등, 2014). 요양병원과 요양시설에 증상 또는 질환의 중증도가 비슷한 환자가 입원해 있으며 기관 간 기능이 모호하다. 또한 임종을 앞둔 암환자의 대부분이 호스피스 완화의료를 받으면서 의미 있는 죽음을 맞이하기 보다는 무의미한 치료를 받으면서 많은 비용을 지불하고 있다(김윤, 2013).

다음 〔그림 6-1〕은 급성기에서 임종기까지 현행 우리나라의 의료와 요양서비스 제공 주체별 역할과 기능 수준으로 구분한 것이다. 급성기부터 임종기까지의 단계별로 노인에 대한 서비스를 제공하고 있는 현행 체계를 보여주는 것이다. 병원급 이상의 의료기관들은 대부분 급성기와 만성기를 주로 담당하고 있으나 아직까지 급성기와 만성기 또는 요양기까지

를 이어주는 아급성기에 대한 공급은 매우 제한되어 있는 것으로 볼 수 있다. 의료기관인 요양병원과 노인장기요양보험의 요양시설의 역할은 명확히 구분되고 있지 않으며, 요양시설과 재가서비스 간에도 불명확한 역할은 여전히 문제가 되고 있다. 특히, 우리나라는 임종기에 대한 체계가 미흡한 것으로 평가되고 있다. 최근 호스피스 완화의료의 확대가 이루어지고 있으나, 특정 질환에만 국한되어 적용되고 있으며 의료기관 이외의 환경에서는 아직까지 초기 단계라 할 수 있다. 여기서는 급성기에서 임종기에 이르기까지의 현행 서비스 공급체계를 투영하여 각 단계별 서비스 부족한 제공 주체를 모색하여 향후 노인에 대한 연속적인 서비스 공급체계를 제시해 보고자 한다.

[그림 6-1] 노인 의료-요양서비스의 연속적 측면에의 기능별 의료 공급체계



주: 연구진의 의견을 바탕으로 도식화한 그림임.

1. 아급성기 의료서비스 제공체계 구축

우리나라의 노인인구는 급속하게 증가하는 환경에 대비하여, 정부는 급성기 중심 병원 체계를 개편하여 건강보험 지출의 효율화를 꾀한다는 목표를 가지고 아급성기 병원의 제도화 방안을 추진하였다(신영석 등, 2014). 아급성기 의료는 건강의 질을 높이는 보건의료서비스 체계 구축이라는 국정 과제로 포함되었다. 구체적으로는 회복 병원 체계 강화, 의료·요양·생활 통합 서비스 활성화, 호스피스·가정간호 등 노인 의료 체계 확충을 제시된 바 있다. 선진국들은 의료체계를 확립하고 환자의 상태에 맞는 적절한 진료를 제공할 수 있는 방법으로 아급성(sub-acute) 의료서비스의 개념을 도입하고 있다. 특히 연령이 증가하면서 기능이 쇠퇴하는 고령자의 경우 젊은 사람들에 비해 회복까지 오랜 시간이 걸린다. 또한 아급성기로 넘어가며 노인들은 기능적인 손상과 관련된 이슈와도 얽혀 있다.

우리나라에서 급성기 이후 의료제공체계에 대한 논의가 비교적 최근에야 시작되었고 관련된 연구도 거의 수행되지 않아 아급성기 의료에 대한 정의 및 개념, 서비스 내용 등에 대한 합의가 이루어지지 않았다(신영석 등, 2014). 아급성 의료에 대해서는 법이나 제도적 정의가 존재하지 않고, 여러 가지 속성이 제안되기도 하였으나 일반적으로 급성기 의료서비스 이후에 제공되는 의료적 서비스라 할 수 있다(성창현, 2013). 미국의 National Association of Subacute/Post-Acute Care (NASPAC)에서는 급성기 이후 치료(Postacute Care, PAC)와 아급성기 치료(Subacute Care)를 구분했다. 급성기 이후 치료는 병원에서 진료 후 지역사회에서 원활하게 활동할 수 있도록 추가적인 지원을 제공하여 회복을 도울 수 있는 서비스이다. 반면 아급성기 치료는 상태의 악화로 갑작

스레 치료가 필요한 환자에게 통합적이면서도 비용효과적인 치료를 제공하는 것이라고 정의했다. 아급성기 치료는 집중 치료 정도의 수준은 아니지만 진단과 치료가 요구되며, 치료의 과정이 정해져 있는 것이라고 개념을 설명하였다(신영석 등, 2014). 즉, 아급성(sub-acute) 의료서비스란 급성기 이후(post-acute)의 의료서비스를 구성하는 첫 단계로 장기요양서비스와 급성기 치료를 연결하는 과정으로 볼 수 있다. 현재 우리나라 의료서비스를 전달하는 중요한 통로는 급성기 치료서비스와 장기요양서비스라 할 수 있다. 그러나 만성질환이 증상의 발현과 호전을 반복하는 특징을 가진다고 할 때, 급성기 치료 이후의 호전 또는 회복기를 담당할 의료전달체계는 부족한 상황이다. 즉, 급성기 치료와 장기요양 사이의 중간 단계를 구축하여 의료전달체계를 급성기 치료-아급성 치료-장기요양으로 개편함으로써 서비스 제공의 빈틈(gap)을 제거하자는 것이다(신영석 등, 2013, p.77-78). 즉, 우리나라의 아급성 의료는 급성기 이후 지역사회 복귀 또는 요양으로의 연계를 목적으로 재활치료, 집중간호, 복합적인 임상 치료 등 시의적절한 의료서비스를 제공하는 의료기관으로 정의될 수 있다.

노인인구 및 만성질환의 증가로 뇌신경질환 등과 같은 2차적 장애를 남기는 질환의 발생이 증가하고 있으며, 재활 의료 수요도 지속적으로 늘고 있다. 65세 이상 노인인구의 비율이 14%가 되는 고령 사회를 앞두고 아급성 의료에 대한 수요는 증가할 것으로 예상된다. 뇌졸중 등 중증 질병, 외상 등의 발생 후 초기의 집중 재활치료[50]의 시행에 따라 후유증, 장애 발생의 정도, 삶의 질, 사회 복귀 여부 등에 많은 차이가 발생한다. 또한 급성기 이후 재활치료 미비 시 장기 입원 및 장애 정도의 악화 등으로 개인과 가족의 어려움 및 사회적 부담으로 작용한다.

50) 손상된 신경계의 회복은 발병 후 6개월 시점까지는 빠르게 회복되고, 2년까지는 어느 정도의 회복이 가능한 것으로 판단되고 있음.

우리나라는 아급성기 의료의 구분이 명확하지 않은 상태이나 요양병원을 아급성의료를 제공하는 기관으로 분류할 수 있다. 요양병원은 '아급성 질환이 있는 노인 환자, 아급성기 치료 이후 회복기에 있는 환자, 뇌졸중 등 뇌혈관질환으로 인해 발생하는 재활치료 환자, 호스피스 제공이 필요한 환자들의 입원 치료'에 그 목적이 있는 반면, 노인요양시설은 '노화 및 노인성질환에 신체적, 정신적 기능 저하로 거동이 불편한 자에 대한 신체 활동 및 일상생활 지원 등의 요양서비스 제공'(참여연대, 2013, pp. 6)을 목적으로 하는 기관으로 정의하였다. 법률상 요양병원은 '장기 입원이 필요한 환자를 대상으로 의료 행위를 하기 위한 요양 병상을 설치한 병원'(의료법 제3조 2항)으로 정의한다. 요양병원 입원 대상자는 '노인성 질환자', '만성질환자', '외과적 수술 후 또는 상해 후 회복 기간에 있는 자'로 규정하고 있다(의료법 시행규칙 제 36조). 하지만 급성기 이후 모든 서비스를 포괄하는 아급성 의료서비스를 정의할 때, 요양병원이 아급성기 의료서비스를 담당하고 있다고 할 수 없다. 요양병원은 의료법 상에 장기 입원이 필요한 환자에게 의료서비스를 제공하도록 하고 있는데 다른 국가의 아급성기 의료의 개념으로 보면 요양병원이 그 역할을 담당하고 있다. 하지만 현재 우리나라 요양병원 중에서 양질의 아급성기 서비스를 제공하는 기관은 소수라고 할 수 있으며 많은 기관이 요양시설과 유사한 서비스를 제공하고 있는 실정이다(신영석 등, 2014).

우리나라의 요양병원은 2006년 361곳에서 15년 1372개로 급증하는 양적 성장을 이뤘지만 본래 기능인 아급성기 의료를 적절히 수행하지 못한 것으로 평가되고 있다. 전국의 요양병원을 대상으로 대표성을 가진 표본을 추출하여 interRAI(International Resident Assessment Instrument) 도구로 자원 이용군(Resource Utilization Group: RUG-Ⅲ)에 따라 환자를 분류한 선행연구(김홍수, 2014)에서는 재활군

이 조사 대상 요양병원 환자 중 44.1%를 차지하였으나 실제 전문 재활치료를 주 2회 이상 실시하는 의료 경도 환자는 2% 미만이었다. 이와 같은 결과는 interRAI와 우리나라 요양병원에서 사용하는 환자 평가표의 차이, RUG-Ⅲ에 의한 환자 분류와 우리나라 요양병원의 환자 분류군 기준의 차이를 고려한 해석이 요구되나, 이것이 시사하는 바는 크다. 즉, 요양병원에 재활의 요구도가 있는 환자에 비하여 실제 전문적인 재활치료를 받는 환자는 매우 소수임을 알 수 있었고 이것은 요양병원에서 필요한 서비스가 제대로 제공되지 못하고 있음을 의미하는 것이라고 할 수 있다(신영석 등, 2014). 우리나라 요양병원은 치매나 뇌졸중 등의 특정한 환자를 대상으로 진료하고 있으며, 상당수는 환자 치료의 기능보다는 요양(care)의 기능에 더 치우쳐 있고, 뇌졸중 환자를 대상으로 분석한 결과 다른 종별과 비교하여 효과가 낮다고 알려진 치료를 실시하는 것으로 보고되었다(송현종 등, 2012).

요양시설과 요양병원 간 명확한 기능이나 역할 정립의 부재로 장기요양등급 인정을 받고 의료기관만을 이용하는 대상자도 존재하는 것으로 나타나고 있다. 요양병원 입원에 대한 통제 장치가 없기 때문에 장기요양보험 등급 인정자들의 요양병원 입원이 지속되고 있다. 본 연구의 결과에서 장기요양시설 또는 재가서비스를 이용하는 등급인정자의 의료기관에서 발생한 총진료비는 약 2조 2534억에 이르고 있는 것으로 나타났다. 특히, 장기요양보험등급 인정을 받고 의료서비스만을 이용한 대상자도 전체 인정자의 약 13.8%인 약 6만 2천 명 수준으로 나타나고 있다. 장기요양등급인정자의 41.1%인 약 152천 명은 의료기관에 입원한 경험이 있은 것으로 나타났으며, 이들의 총입원 진료비는 1조 3234억 원이었다. 장기요양등급인정자 중 약 9.5%인 52만 7000명은 요양병원에 입원한 것으로 나타났으며 1등급 인정자는 연간 205일, 2등급 인정자는 165일,

3등급은 133일 등 장기요양보험등급인정자의 평균 입원 일수가 연간 140일에 이르고 있었다. 요양병원 입원 총진료비는 전체 등급인정자의 입원 진료비의 46%(6090억 원)에 이르고 있으며 1인당 약 1157만 원으로 요양기관 중 가장 높았다.

아급성기 의료체계 강화, 요양병원의 기능 재정립을 통해 급성기 이후 의료 제공의 연속성 확보 및 질적 수준 제고를 위한 의료서비스 제공체계 마련이 요구되는 시점이다. 요양병원은 노인장기요양보험제도와의 관계뿐만 아니라 급성기 병원과의 관계도 고려하여 요양병원을 급성기 후 아급성기 의료 역할로 유도·강화해야 할 것이다.

현재의 요양병원은 재활치료 중심, 치매 관리 중심, 내과 질환 중심 등 의료적 기능의 강화와 함께 기능 분화가 필요하며 이에 따른 시설, 인력 기준의 강화 방안과 광범위한 행위별 수가의 인정 또는 가산 형태로의 보상 방안 등을 검토할 필요가 있다.

요양병원 세분화는 서비스의 연속성이라는 개념에서 '포괄적 서비스'와 관련이 있다. 현행 의료기관 종별이라는 법적 정의가 존재하고, 의원부터 상급종합병원까지 있다. 2008년 7월 1일부터 장기요양보험이 도입되어 의료서비스와 사회서비스가 큰 틀에서 완성되었다. 그러나 실제 이용에 있어서는 요구보다 부족한 서비스가 있기 때문에 요양병원 세분화 방안을 통하여 이 간극을 줄여 보고자 하는 것이다(송현종 등, 2013).

현재 요양병원 중에서도 재활치료를 특화하고 있는 병원들이 있고 이들 병원 중 두 곳은 재활전문병원지정제도로 전문병원으로 지정되었다. 뇌, 척수 손상 등 아급성기 재활 의료를 필요로 하는 고령 환자는 늘어나고 있는 상황이나 이를 전문적으로 진료할 수 있는 재활병원은 현재 17개에 불과한 수준이다.

2015년도 12월 제정된 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법

률에 따라 2019년부터 재활병원 제도가 도입되지만 의료법상 별도의 종별을 신설하는 방안을 놓고 논란이 있다. 새로운 종별을 만들기보다는 기존 요양병원의 기능을 재편·강화 하는 방향으로 가는 것이 좋을 것이다. 즉, 기존 요양병원의 기능을 재편·강화하고 자원 소모량에 따라 별도의 가산 또는 환자 중증도에 따른 행위별 수가 인정 등의 차등을 두는 방안을 검토할 필요가 있다.

현행 요양병원 환자 분류 체계의 일당 정액제 수가 차등 폭이 크지 않으므로 일부 요양병원들은 자원 소모량이 많은 중증 환자를 기피하게 되며 특히 아급성기의 회복과 재활이 필요한 환자에 대해 충분한 의료서비스의 제공을 기피하게 되기도 한다. 따라서 요양병원의 서비스를 전문화, 다양화하고 서비스의 질에 따른 수가 차등 폭을 확대하고 아급성 치료를 수행할 수 있도록 행위별 수가에 대해 폭넓게 인정해야 할 것이다. 이러한 금전적 수용과 더불어 아급성 의료를 수행하는 의료기관에 대하여 보다 면밀한 질 관리가 필요하며 일부 서비스 질이 떨어지는 요양병원은 자연스럽게 도태될 수 있도록 하여 자원 사용의 합리화를 추구해야 할 것이다.

의료전달체계는 종별 의료기관이 제 기능을 하지 못해, 다양한 문제를 발생시키고 있다. 급성기 치료와 장기요양으로 이원화된 체계에서 의료적 처치가 불필요한 만성질환자나 재활서비스가 필요한 환자가 이용하기에 적절한 단계가 부족하다. 따라서 아급성기 후기 의료체계가 정착된다면 지역사회 의료기관에서 회복, 재활, 통증 관리 등의 서비스가 가능하며, 보건의료체계 차원에서는 1차-2차-3차의 연계성 강화와 기능 정립, 환자 본인에게는 치료의 연속성 향상과 의료 비용의 절감, 의료비 차원에서는 불필요한 입원과 상급의료기관 이용 축소에 따른 재정 절감 효과를 기대할 수 있다(윤강재 등, 2014).

2. 호스피스·완화의료 확대

2002년 처음으로 정부가 호스피스 전문병원 지정 및 건강보험 수가 신설, 호스피스 전문인력 육성 등 호스피스 법제화 추진을 선언했으며, 이후 말기 환자와 가족의 삶의 질 향상을 위한 호스피스 완화의료 제도를 추진해 왔다. 2003년 5월에는 암관리법이 제정·공포되며, 말기암 환자 전문병원 지정 및 국가, 지방자치단체가 말기암 환자 관리를 의무적으로 시행하게 되었다(윤영호, 2013). 2008년 9월, 말기암 환자 전문 의료기관 지정 기준 고시의 제정으로 완화의료 전문기관 인력·시설·장비 기준이 제시되었다. 2010년 4월, 암관리법의 개정으로 말기암 환자 삶의 질 향상을 위한 제도 도입이 공식화되었다. 암관리법 정부 개정 법률안에 따르면 완화의료는 '통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통해 말기암 환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료'로 규정하고 있다(윤영호, 2013).

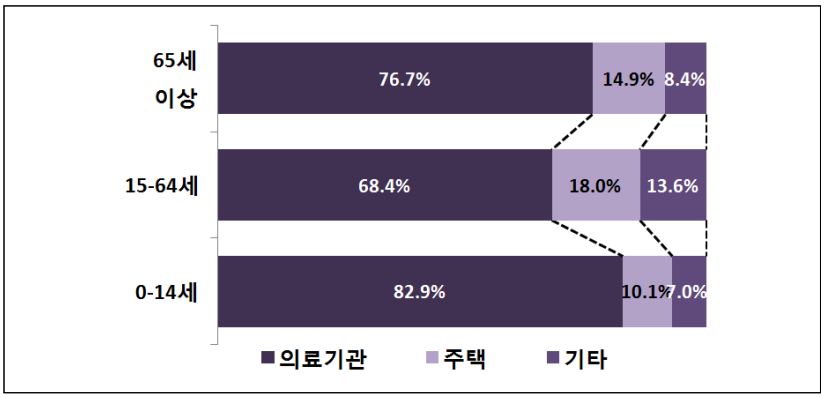
우리나라 65세 이상 노인의 4명 중 3명 이상 정도는 의료기관에서 임종을 맞고 있으나, 임종의 질은 아주 낮은 수준으로 평가되고 있다.

우리나라 임종의 질이 낮게 평가되는 데에는 다양한 요인이 결부되어 있겠지만, 상당수의 말기 질환자가 임종 전까지 수술 및 처치, 방사선치료, 화학요법 검사 등의 치료를 받고 막대한 치료 비용으로 남은 가족들에게 경제적 부담까지 지우게 된다. 즉, 마지막 순간까지 의료기관에서 최선의 '치료'를 받고 있는 것이다. 돌이킬 수 없는 죽음이 임박한 상황에서도 중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 등의 연명치료를 하는 경우가 많아 일반적으로 사망 전 1년 동안에 지출되는 의료비의 약 40~50%가 사망 전 2개월 동안에 지출되며 약 30~40%가 임종 전 1개월

동안에 지출되었다(윤영호, 2013). 또한 2010년 암으로 사망한 7만 6574명의 사망 전 3개월 의료비가 사망 전 1년 의료비 1조 3922억 원 중 7012억원으로 당해 연도 의료비의 50.4%에 이르는 것으로 나타났으며 특히, 사망 1개월 전에는 의료비 지출이 가장 많은 것으로 나타났다(보건복지부 보도 자료, 2013). 즉, 임종 전까지 CT, MRI, PET, 항암제, 인공호흡기, 기도삽관 등 고통을 완화하기 보다는 최선을 치료를 하고 있는 것이다.

매년 의료기관에서 사망하는 환자의 수는 늘어나고 있으나 정작 말기 환자가 완화의료 시설에서 사망한 수는 매우 적다. 2001년 의료기관에서 사망한 환자의 비율은 39.8%였으나 2015년 의료기관에서의 사망자 비율은 74.7%로 전년 대비 1.5% 포인트 증가하였고, 가정 내 사망자는 0.9% 포인트 감소하였다(통계청, 2015). 65세 이상에서는 의료기관 사망자 비율은 76.7%로 우리나라 노인 4명 중 3명은 의료기관에서 생의 마지막 순간을 맞이하고 있다는 것이다.

〔그림 6-2〕 사망 장소별 구성비 추이, 2015

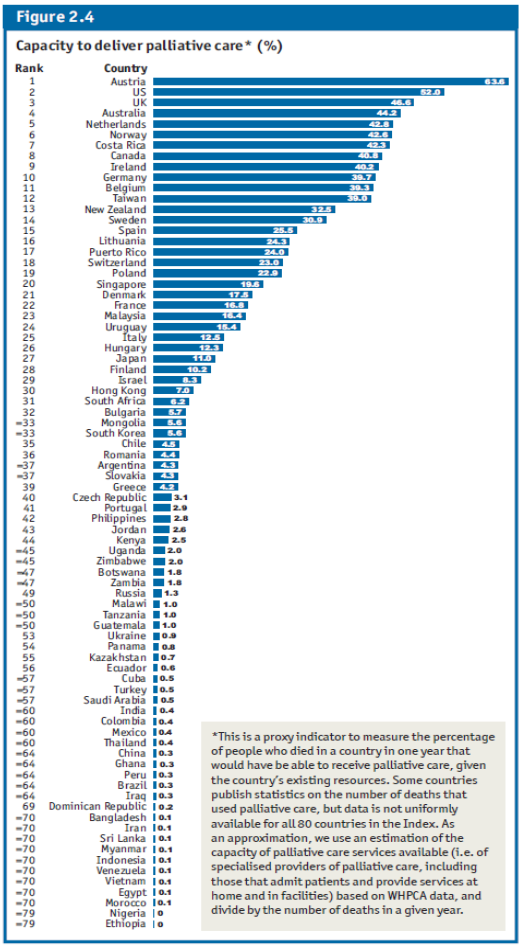


자료: 통계청, 2015 출생사망통계 보도 자료 2016.2.24.

영국 이코노미스트 산하 연구 기관인 EIU(Economist Intelligence Unit) 연구소가 OECD 30개국을 포함해 '죽음의 질(Quality of Death)'를 통해 얼마나 품위 있게 죽음을 맞는가를 비교한 바 있다. EIU는 죽음의 질 지수를 산정하기 위해 총 5개 카테고리 20개 지수를 선정·평가하고 있다. '죽음의 질(Quality of Death)'지표[51]는 크게 5가지 항목으로 구성되어 있으며 100점을 기준으로 높은 점수가 죽음의 질이 좋은 것을 의미한다. 2010년 전 세계 40개국 중 우리나라의 '죽음의 질'은 최하위권인 32위였으나 2015년에는 80개국 중 18위로 높은 순위를 받았다. 하지만 구체적 내용을 보면 '치료의 수준'항목에서 높은 점수를 받았기 때문이며 여전히 완화의료 제공 항목에서는 매우 낮은 평가를 받고 있다. '연간 사망자 중 완화의료를 받았던 환자 비율'을 묻는 항목에서 5.6점(33위)으로 나타나 1위인 오스트리아(63.6%)와 큰 차이를 보이고 있어 임종 환자나 죽음을 앞둔 노인에게 심리적 안정을 주는 체계적인 도움 역시 절실하다고 할 수 있다. 우리나라는 급속한 고령화에 직면하고 있고 이에 따라 의료 자원은 급속히 팽창하고 있어 의료기관에서의 완화의료뿐만 아니라 가정 또는 요양시설 등 의료기관 밖에서의 다양한 완화의료의 필요성이 제기되고 있다.

51) 5가지 지표별 우리나라 죽음의 질 평가 지표는 완화의료와 의료 환경(the palliative and healhcare environment)의 4개 지표, 전문의 등 인적자원(the human reaources)의 5개 지표, 본인 부담 의료비(the affordability of care) 3개 지표, 마약성 진통제 접근성, 모니터링, 가족과 환자에 대한 심리사회적인 지지 기반 등의 케어의 질(the quality of care)항목의 2개 지표, 마지막으로 지역사회와의 연계(the level of community engagement) 2개 지표로 구성.

〔그림 6-3〕 연간 사망자 중 완화의료를 받았던 환자 비율



자료: The 2015 Quality of Death Index, The Economist Intelligence Unit, 2015

OECD 국가가 호스피스 완화의료 제도의 내실화를 꾀하고 있는 반면, 우리나라는 질병 부담 1위인 암의 치료를 위한 인프라가 부족한 문제에 봉착하였고 이를 해결하기 위한 방안으로 완화의료 전문 기관 지원 제도를 도입했다. 말기암 환자와 가족의 삶의 질을 전반적으로 향상하는 것이

주요 목적이라 할 수 있다. 2016년 현재 호스피스 완화의료 지정 기관 수는 69개 1143병상에 불과하다.[52] 2015년 7월부터 말기암 환자와 가족을 위한 호스피스 완화의료에 대해 건강보험을 적용하여 시행하고 있다. 2015년 '호스피스 완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명 의료 결정에 관한 법률'이 의결되고, 2017년 8월 본격 시행을 앞두고 있다. 또한 적용 대상을 현행 말기암 환자에서 후천성면역결핍증, 만성폐쇄성호흡기질환, 만성 간경화 등 4가지 질환자로 확대하여 적용할 예정이다. 말기암 환자가 자신의 집에서도 호스피스 서비스를 받을 수 있도록 지난 3월부터 가정 호스피스 시범 사업을 시행하고 있다.

호스피스 완화의료를 자국의 특성에 맞게 도입하고 법제화, 전문화 과정을 거쳐서 공적 건강보험에서 급여하고 있는 일본(1998년), 대만(2000년), 독일(1997년), 미국(1986년) 등 외국에서는 대상자를 말기암 환자로 제한하지 않고 전체 질환자를 대상으로 확대하였다. 또한 외국의 호스피스 완화의료 제공 기관은 병원 내 병동형, 병원 독립 시설형, 지역사회, 가정형 등 다양한 형태가 있으나 우리나라에서는 상급종합병원 중심의 병원 내 병원에 국한되는 경향이 있으며 건강보험 급여제도로서도 완전하게 정착되지 못한 상황이다(최영순 등, 2014).

1990년 세계보건기구는 완화의료(palliative care)를 '완치가 불가능한 환자에 대한 적극적이고 총체적인 돌봄으로 통증과 다른 증상들, 심리적·사회적 그리고 영적인 문제들의 조절이 주가 되는 것을 의미하며, 완화의료의 목표는 환자와 그 가족들의 삶의 질을 고취하는 것' 이라고 정의하면서 보건의료체계에 호스피스 완화의료를 포함할 것을 권고했다(김계현 등, 2015). 환자의 흐름을 유도하고 말기 환자 이외의 전체 임종기 환자를 대상으로 확대할 필요가 있다. 또한 환자의 회송과 의뢰를 활성화할

52) 국립의료원 호스피스완화의료사업 홈페이지

수 있는 제도적 방안이 요구된다. 나아가 지역별로 적절한 수의 기관이 배치되어 이들 간의 유기적인 연계 체계하에 지역 중심의 호스피스 완화 의료가 제공되어야 할 것이다.

3. 노인 전문의 제도 도입 검토

노인의 신체적 특성이 고려될 수 있는 노인 전문의 제도 도입의 검토가 필요하다. 노인 환자는 다음과 같은 의학적 특성이 존재한다. 노인 환자는 한 사람이 복수의 질환을 지니고 있으며 개인차가 크다는 점, 증상이 비정형적이고 장기의 기능 부전이 잠재적으로 존재하고 있다는 점, 약제에 대한 반응이 일반 성인과 다르다는 점, 생체 방어력이 저하되어 질환의 치료가 어렵다는 점, 환자의 예후가 사회적 환경에 따라 크게 영향을 받는다는 점 등이다(윤종률, 1999). 따라서 노인 치료는 특정 질환에만 집중하기보다는 전인적으로 접근하는 것이 필요하다. 단순히 환자의 상태에 대해 진단을 내리고 치료를 제공하는 역할을 넘어 노인의 건강과 기능 유지를 위한 관리 및 조정의 역할을 담당하여야 한다. 그러나 다양한 질병을 가지고 노인들은 여러 명의 의사들에게 진료를 받는 낭비적이고 비효율적인 의료체계에 놓여있으며, 기능적 측면이 우선되어야 할 노인들에게 현 의료체계는 불리한 방식이라 할 수 있다(최현림, 2011).

우리나라의 전문의 제도는 1960년부터 전문의 자격시험이 실시됨으로써 정착되어 오고 있다. 현재 전문 과목은 26개 이르고 있으며 자격증은 보건복지부에서 발급하고 있다. 그러나 아직까지 국내 의료법에는 '노인과'가 없으며 노인과 전문의 제도가 없는 상황이다. 현재 우리나라는 전문의 제도와 달리 학회의 교육을 통하여 양성되는 인정의가 있으며 대한노인병학회, 대한임상노인의학회에서 노인병 인정의 자격증을 발급하고 있다(이성천, 2008). 노인 전문의 도입은 급증하는 노인 의료수요에 대비

하여 노인의 독특하고 복합적인 건강문제를 예방하고, 치료계획을 세울 수 있는 전문적인 교육훈련을 받은 자로서 의미가 있다(선우덕, 2002).

노인 의료서비스가 가지는 특성으로 인하여 외국에서는 노인에 적합한 치료를 위한 의사 인력이 교육되고 있다. 주요 선진국의 노인병 전문의의 양성은 크게 두 가지 형태로 요약된다. 내과, 가정의학과 전문의 자격 취득 후, 1~3년간 노인병 전문의 수련 프로그램을 이수하고, 전문의 자격시험을 거쳐 노인병 전문의가 되는 추가 전문의 방식(일본, 미국, 캐나다, 벨기에, 프랑스, 독일, 핀란드, 스웨덴 등)과 타 전문 과목과 동일하게 의사 자격 취득 후 4년간의 전공의를 거쳐 전문의 자격을 취득하는 방식(영국, 이탈리아)이 있다(Duursma S, 2005; 이성천, 2007 재인용).

노령층의 증가에 따라 노인의 신체적 기능적 상황을 고려한 적절한 치료가 이루어질 수 있도록 노인 전문의제 도입에 대한 사회적 필요성을 검토해 보아야 한다. 소아에 대한 약물의 용량, 질병에 대한 신체 반응 등이 다르듯이 노인도 고유의 특성이 소아나 성인과는 다르다. 복합 질환과 이로 인한 여려 약물의 복용, 기능 상태 저하로 인한 임상적 수술 시술의 필요성 등 노인의 질환, 신체 기능 등 전반적 상태를 고려한 노인 전문의 양성을 고려해야 할 시점이다.

65세 이상 노인 진료비는 건강보험 진료비의 약 36%인 약 20조 원에 이르고 있다. 노인에 대한 적절한 의료가 이루어지지 않는다면 노인의 건강 유지는 물론 의료 재정도 비효율적으로 지출될 것이다. 의료서비스를 제공하는 의사의 측면에서 볼 때 노인인구의 증가는 곧 노인 환자의 증가로 연결된다. 노인 환자들은 비노인 환자들에 비해 관리가 어려운 것이 사실이다. 따라서 이렇게 복합적인 신체적, 정신적 질환을 가지고 있고 노인 환자들을 일차적인 치료뿐 아니라 총체적으로 관리할 전문 인력인 의사의 역할은 매우 중요하다고 하겠다(이영진, 2005).

제2절 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 체계 구축 방안

1. 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공의 필요성

우리나라의 의료전달체계는 구조적 한계를 가지고 있다. 의료전달체계가 잘 작동하기 위해서는 1차, 2차, 3차 의료기관의 기능과 역할이 명확한 구분이 필요하다. 그러나 우리나라의 경우는 그 역할과 기능이 명확하게 구분되어 있지 못하다. 예를 들어, 의료법에 병원은 주로 입원환자를 대상으로 의료 행위를 하는 의료기관, 의원은 주로 외래환자를 대상으로 의료 행위를 하는 의료기관이라고 정의하고 있지만 실제는 병원도 외래환자를 진료하고 있고, 의원도 역시 병상을 보유하면서 입원환자를 진료하고 있어 상호보완적 관계가 아닌 경쟁 관계가 형성되어 있다. 또 하나는 국민들이 의료 이용을 할 때 질병의 중증도에 따라 1차에서 2차로, 다시 2차에서 3차로 이용하는 것이 바람직하다. 그러나 실제로는 환자가 의료기관을 직접 선택하여 진료를 받을 수 있으며, 1차 의료기관을 거치지 않고서도 바로 3차 의료기관의 진료를 받을 수 있다(이진용, 2012). 이러한 의료전달체계의 문제점 때문에 우리나라 의료기관들은 의료기관 간 협력, 의뢰, 회송과 같은 활동의 경험이 없다. 따라서 시의적절한 치료를 받지 못하는 경우가 발생할 수도 있고, 1차 의료기관에서 치료를 받아도 되는데 2, 3차 의료기관에서 치료를 받는 경우도 있어 의료 자원을 효율적으로 이용하지 못하는 경우가 발생하고 있다(이진용, 2014). 이러한 문제는 비단 의료 분야에만 있는 것은 아니다. 의료기관과 요양시설, 장기요양시설 중 요양시설과 노인요양공동생활가정, 요양시설과 재가서비스 간 역할의 문제 등 많은 상황에서 발생하고 있다. 즉, 건강보험 내의 역할 혼재, 건강보험과 노인장기요양보험 간의 역할을 어떻게 할 것인가의 문

제이기도 하며 노인장기요양보험제도 내의 공급 기관별 역할의 혼란도 존재한다. 재가와 시설급여 제공 기관별 특성과 역할, 그에 적합한 노인의 상태에 대한 구분이 부족하다. 현 상태는 최소한의 상급종합병원이나 시설급여 이용을 제한할 뿐 이용자가 대부분의 선택을 하도록 하고 있다. 노인의 의료와 요양에 있어서 환자의 선택권은 중요한 가치로 여겨지고 있다. 하지만 의료와 요양은 매우 전문적인 분야이며 의료 공급자와 수요자 간 정보의 비대칭으로 인해 의료적 판단에 있어 수요자가 최적의 합리적인 판단을 하는 것은 매우 어려운 구조이다. 결국 의료 공급자인 의사의 판단이 중요하게 여겨지는 것이 이러한 이유 때문이다. 하지만 의료 이용과 노인장기요양서비스는 완전히 분리되어 운영되고 있으며, 또한 의료체계 내에서도 환자 중심의 회송과 의뢰 체계의 부재는 서비스의 단절을 가져오고 있다. 이와 같은 전달체계는 고령화 시대를 맞이하여 만성질환과 기능 상태 저하를 경험하며 통합적인 요구를 가지는 노인의 절대 수가 급증하는 시점에 적합하지 않으며 재정비가 필요하다(신영석 등, 2014).

현재 우리나라는 의료기관 종별 본인 부담 차등화를 통해 상급종합병원의 이용을 제한하고 있으나 사회경제적 환경 변화와 상급종합병원 이용의 예외적 조항 등으로 효율적 의료 이용과 재정을 관리할 수 있는 의료전달체계는 사실상 작동하고 있지 않다.

민간의료보험이 보편화되면서 본인 부담 정책을 통한 의료전달체계 개선 노력은 거의 물거품이 되었다고 해도 과언이 아니다. 2015년 4월 말 현재, 실손의료보험 가입자는 3천만 명에 이르고 있으며 연간 3백만 명 이상이 신규로 가입한 것으로 보고되고 있다. 의료 이용자는 이러한 실손의료보험을 통해 비급여를 포함한 본인부담금의 80~90%를 보상받고 있기 때문에 현재의 가격 정책을 통한 의료전달체계 확립은 사실상 그 목적을 달성하기 어려울 것으로 보인다.

〈표 6-1〉 실손의료보험 계약 추이

(단위: 천 건)

구분	2012년 3월 말	2013년 3월 말	2013년 12월 말	2014년 12월 말	2015년 4월 말
계약 건수	26,623	29,041	29,696	30,817	30,831

자료: 금융감독정보 제2015-34호 2015년 8월 25일

상급종합병원을 바로 이용하기 위한 진료의뢰서는 유효기한이 없기 때문에 한 번 제출하고 나면 동일상병으로 계속 상급종합병원을 이용할 수 있다. 또한 현행법에서는 진료의뢰서 없이 상급종합병원을 이용할 수 있는 예외적 조항을 두고 있어, 가정의학과를 통한 진료, 응급실 등의 경로를 통하게 될 경우, 진료의뢰서 없이 자유롭게 이용할 수 있다. 건강검진도 상급종합병원으로 이용할 수 있는 또 다른 루트로 작용하고 있다. 상급종합병원에서의 건강검진 결과 통보서상 추가적인 검사, 치료가 필요하다는 의사의 소견이 기재된 경우, 진료의뢰서 없이 상급종합병원에서 진료 받을 수 있다.

통합적 서비스의 필요성은 요양병원과 장기요양시설의 이용 행태에서도 나타난다(신영석 등, 2014). 요양병원에서 요양시설로, 요양시설에서 요양병원으로 환자가 이동하거나 장기요양보험인정자임에도 불구하고 의료기관인 요양병원만 이용하는 현상이 발생하였다(김진수 등, 2013). 본 연구 결과에서도 장기요양등급인정자의 약 13.8%는 의료서비스만을 이용한 것으로 나타났다. 더욱이 장기요양 서비스 이용자의 34.4%는 요양병원을 함께 이용하였으며 이들의 평균 요양병원 입원 일수는 연간 140일 이르고 있었다.

'의료'는 정보의 비대칭성이 강한 분야로 경제학의 일반적 수요-공급 법칙이 적용되지 않는다. 즉, 의사와 환자 간 정보의 비대칭으로 공급이 수요를 창출해 낼 수 있으며 환자는 스스로 적절한 의사결정을 하기 어려

워 의사가 환자를 대신하여 필요한 서비스를 결정하는 구조이다. 따라서 누군가는 대리인으로서 환자에 대한 통합적인 통찰을 통해 적정 의료 자원을 연계시켜 주는 것이 필요하다. 또한 환자의 치료 과정이 종료된 후에는 다시 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 의뢰, 회송하는 단계가 필요하다. 1차 의료기관은 경증의 외래환자를 담당하고 전문적 치료가 필요한 환자들에 대해서는 대리인으로서 적절한 요양기관을 안내하는 것이 의료 자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이 될 것이다. 의원급 의료기관은 환자의 의료 이용 전반을 안내하고 조정하는 역할을 맡는 것이 바람직하다(권순만 등, 2010).

어느 경우이건 논의의 핵심은 서비스의 연속성(continuum of care)이다. 서비스의 연속성은 급성기 의료서비스와 이후의 아급성기 의료서비스, 장기요양서비스가 연속적으로 이루어져야 하며, 비용효과적으로 제공되어야 한다는 의미이다(성창현, 2013). 의료와 요양 등 복합적인 상태를 관리하기 위한 급성기, 아급성기, 만성기 의료서비스와, 기능 저하에 따른 일상생활 지원을 위한 사회서비스, 공식적 혹은 비공식적인 서비스 제공자, 지역사회 서비스가 필요하다. 이러한 노인의 욕구를 감안한다면 서비스의 연속적이고 유기적인 통합은 필수적이다. 서비스의 연속성을 적용하는 데 있어 염두해야 할 점은 노인이 서비스를 이용하는 단계가 급성기에서 장기요양으로 이어지는 정적인 진행은 아니라는 것이다(송현종, 2013; 신영석 등, 2014). 만약 사다리처럼 단계를 따라서 올라가는 수순을 밟는다면 각 단계를 이어 주기만 하면 되므로 비교적 간단한 제공체계로 가능지만, 노인의 욕구는 개념적인 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 서비스의 통합은 서비스의 연속성에 대한 설명에서 중요한 기저를 이룬다(송현종, 2013).

현행 제도처럼 급성기 중심의 분절적 체계가 지속될 시 많은 의료비를 지출하면서도 국민들의 건강 수준을 개선하기 어려울 것이다. 반대로 노인과 만성질환자에게 급성기, 아급성기, 요양으로 이어지는 포괄적 서비스가 연속적으로 제공될 경우 의료비 낭비를 줄이면서도 노인들의 건강과 삶의 질은 크게 개선될 것이다(김윤,2013).

아직까지 개인으로서의 노인은 자신의 다양한 신체적 기능의 문제, 질환으로 인한 의료적 문제를 각각 제공받고 있다. 이 경우 문제를 보는 종합적 시점이 결여될 수밖에 없으며, 각각 연결되어 있는 생활문제를 영역별로 종단적으로 해석하는 오류를 범하게 된다.(박정란, 2003) 즉, 연속적 서비스 제공을 위해 급성기-아급성기-병원-요양시설-의원 간 연계를 통해 노인에 대한 통합적 서비스 제공 모형을 구축하여야 한다.

OECD 국가들은 고령화를 대비하여 급성기 케어부터 요양까지를 포함한 다양한 수준과 유형의 서비스들 간에 케어의 연속망(continuum of care)을 구축하고 있다. 다양한 서비스들을 개인별 욕구를 충족하기 위해 등장한 개념이 '케어의 연속망'이다. 따라서 이 케어의 연속망의 구축을 위해서는 의료와 요양 서비스들 간의 연계와 통합이 필수적인 기제가 되었다. 재정과 전달체계의 통합을 통한 케어의 연속망 구축의 정책 목표는 다음과 같이 요약될 수 있다(OECD, 2005). 첫째, 단일 창구(single entry point)의 필요성이다. 고령 사회의 증가하는 노인의 의료적 욕구 및 돌봄 욕구에 대해 동시에 관리해야 하는 필요성이 있다. 기본적으로 진입체계가 분절된다면 통합적 정보가 보건과 장기요양체계 간에 서로 연계되기가 어렵다. 특히 노인은 여러 가지 복합적 서비스가 필요한 경우가 많은데 single entry point는 종합적 관리에 용이하다. 둘째, 욕구에 대한 즉각적이고 유연한 대처가 필요하다. 서비스나 서비스 제공기관을 통합 관리하므로 서비스 이용자의 상태가 변하거나 새로운 서비스를 원할

때 전체적인 관리가 이루어진다. 셋째, 예방-돌봄-치료(급성기 케어)간의 통합 서비스 공급자 유인책의 강조이다. 건강 및 장기요양의 예방이 효과가 낮은 가장 큰 이유는 예방 서비스 공급자에 대한 유인책(incentive)이 낮기 때문이다. 공급자에게 통합적 케어에 대한 재정 통합 기제(총액예산제, 인두제의 근거한 선지급제) 등은 예방이나 경증환자 관리 등에 효과성을 높이게 된다. 현재 우리나라 요양병원이나 장기요양시설에서도 상태가 호전되더라도 지역사회 복귀에 대한 유인책이 전혀 없다.

WHO(2003)에 의하면 통합적 케어는 "치료(cure)와 케어 영역 간 또는 각 영역 내의 재정, 행정 및 서비스 공급 차원의 연결성(connectivity), 적소 배치(alignment) 그리고 협동적 노력(collaboration)을 구축하기 위해 설계된 케어 모델이나 정책"으로 정의된다. 그 목적은 첫째, 삶의 질을 증진하고, 둘째, 공급체계 간 연계를 통해 서비스 대상자의 복합적 문제를 해결함으로써 제도의 효율성을 증진하는 것이다. 그러나 많은 국가들의 이러한 통합적 케어의 관심, 필요성 및 수요의 폭발적 증가에도 불구하고 국가들이 해결해야 할 과제는 다양한 영역에 걸쳐 있다. 한정된 재정에서 환자 개개인의 치료, 회복, 재활 등 필요한 서비스를 연계·조정·통합하는 노력은 지속적으로 필요하다.

이러한 과제들을 해결하기 위한 OECD 국가들의 통합적 체계 구축 전략은 크게 세 가지 차원에서 진행되어 왔다. OECD 국가들은 급성 케어와 장기 요양의 통합(integration of acute and long-term care), 재정과 전달체계의 통합(integration of financing and service delivery) 및 재가와 시설 요양의 연속적 케어망(continuum of care) 구축이라는 세 가지 차원의 통합 목표 아래 정책들을 추진해 나가고 있다(김찬우, 2005). 이 관점에서 보면 케어의 연속망(continuum of care)은 다양한 상태의 장애 정도에 있는 대상자의 복합적인 서비스 욕구 해결을

위한 일련의 서비스들을 연계하고 조정하는 망(network)으로(Evashwick, 1996), 통합의 가장 높은 수준으로 볼 수 있다. 그러나 급성 케어와 장기요양의 통합이나 재정과 전달체계의 통합은 거시적인 차원의 변화 전략으로 국가 제도의 큰 변화를 요구하는 반면 케어의 연속망 구축은 서비스 전달체계의 변화로 가능하여 오늘날 통합적 케어와 유사한 개념으로 사용되고 있다(WHO, 2003).

통합적 의료-요양 전달체계 구축의 핵심 개념은 앞서 언급했듯이 '케어의 연속망'이다. 한국형 케어의 연속망을 위해서는 몇 가지 중요 요소를 고려해야 한다. 우리나라는 국민건강보험과 노인장기요양보험은 공히 국민건강보험공단에서 관리를 하고 있으나 각 보험의 재정은 별도로 운영하고 있다. 우선 보다 현실적 개편을 위해서는 의료-요양 통합케어매니지먼트체계의 도입이 우선적으로 필요하다. 즉 기존 전달체계의 통합은 오랫동안 분리되어 분화해 온 의료체계와 요양체계의 기존 구조를 개편해야 하는 거시적 과제이므로 의료-요양 통합케어매니지먼트 체계를 우선적으로 실시하여 비용 통제와 서비스 질 개선의 중요한 기제로서 충분히 작동할 수 있는 케어매니지먼트의 도입이 절실하며 지속적인 논의가 이루어져야 하겠다. 두 번째는 지역 단위의 단일 창구(single entry point)의 구축이다. 책임 소재가 여러 서비스 제공 관리 주체와 지방정부 사이에 불명확할 경우 케어 제공의 질과 성과에 영향을 끼치게 된다. 따라서 통합적 케어는 서비스 대상자와 가장 가까운 수준에서의 단일 기관에 욕구사정, 케어 플랜 작성, 서비스 조정, 질 관리 및 재정 관리와 같은 핵심 기능을 수행하는 구조의 개편이 필요하다. 서비스를 통합 관리하는 기관이 필수적이다. 표준화되고 단일화된 서비스 행정 구조는 서비스 접근성을 개선하고 궁극적으로는 단일 창구(single entry point)를 가능하게 만듦으로써 서비스의 연계 및 통합을 용이하게 한다. 세 번째는 서비

스 기관 간 수직적·수평적 통합이다. 다양한 서비스 제공 장소를 물리적으로 동일한 장소에 배치하는 것은 '소비자 중심주의'의 기본 방향이 된다. 즉 서비스를 한곳에서 모두 이용하게 하는 것이다. 하지만 우리나라의 의료체계는 전문의를 중심으로 발전해 왔으며 대부분의 의원급 의료기관들은 분절적으로 운영되고 있다. 우리나라에서의 통합적 제공체계에서는 의원급 의료기관 간 연계, 즉 네트워크의 구축이 더 적합할 것이다. 즉, 재정과 전달체계의 통합에 초점을 둔 통합형 모델(consolidated model)의 케어매니지먼트보다는 서비스 의뢰 및 조정을 중심으로 한 중계형 모델에 기반을 둔 통합형 제공체계 구축이 우선되어야 한다(강혜규 등, 2008).

2. 노인 의료와 요양서비스 통합적 제공 모형

노인에 대해 적절한 의료와 요양서비스를 제공해 줄 수 있는 다양한 공급체계가 마련되었다 하더라도 서비스의 연속성을 담보하기 위해서는 통합적으로 서비스가 연계될 수 있는 제공체계가 마련되어야 한다. 노인보건의료 및 노인장기요양은 평생건강관리체계 또는 지속적 건강관리(continuum of care)의 개념 안에서 이해되고 다루어져야 한다. 특히, 노인이 급성기에서 장기요양으로 이어지는 정적인 진행이 아니라 각 개별 서비스의 진행 단계를 넘나들기 때문에 서비스의 통합적 제공은 서비스의 연속성에 있어 중요한 가치를 가진다. 즉, 시의적절한 서비스를 통합적으로 제공함과 동시에 각 서비스 제공 기관과의 연계를 원활하게 할 수 있도록 설계하는 것이 핵심이다.

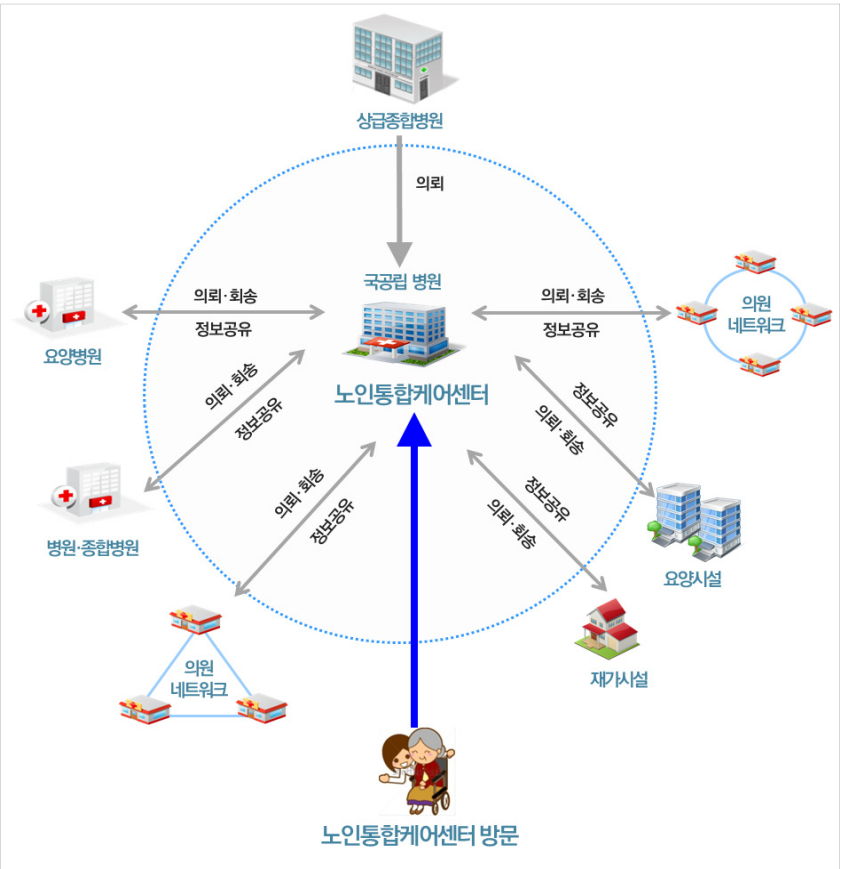
“어머님이 치매이신데 요양병원으로 가야할까요? 아니면 요양시설로 가야할까요?”

누군가는 이러한 질문에 합리적인 판단으로 대답을 할 수 있어야 한다. 치매의 경우에도 경도인지장애일수도, 고도치매일수도 있다. 또한 치매와 함께 복합 질환이 있을 수 있으며, 기능 상태도 저하되어 있을 수 있다. 즉, 노인의 질환과 기능, 중증도, 과거 병력, 사회적 상황 등 전체적인 상태를 파악하여야만 이러한 질문에 답할 수 있을 것이다. 현재 우리나라의 의료나 요양 시스템에서 적절한 판단을 하기 어렵다. 아직까지 이러한 판단은 고스란히 환자와 환자 가족의 몫으로 남겨져 있다.

의료와 요양 구체적으로는 기능재활치료, 호스피스케어에 이르기까지 대상자들에게 어떤 서비스가 필요한지에 대한 통합적 정보를 제공해 줄 수 있는 체계가 마련되어야 한다. 노인통합케어를 제공함으로써 환자의 건강 수준 향상과 더불어 불필요한 서비스 제공을 억제하여 운영의 효율성을 제고할 수 있는 통합적 케어가 요구된다.

한국형 노인 의료-요양 통합 모형은 다음과 같다. 이 모형에서는 총괄조직으로서의 ‘노인통합케어센터’와 ‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’이 핵심적인 역할을 한다.

[그림 6-4] 한국형 노인 의료 요양 통합 모형(안)



주: 연구진의 의견을 바탕으로 도식화한 그림임.

우선 진료권 생활권 또는 행정구역 단위로 진료권을 설정하고 해당 국공립 의료기관에 '(가칭)노인통합케어센터'를 설치하며 '노인통합케어센터'를 중심으로 의료 공급자들 간의 수직적-수평적 네트워크를 구축하는 방안이다. '노인통합케어센터'는 통합적 케어를 주도할 총괄 조직으로서 20~30명 정도로 구성하며 내과, 가정의학과와 같은 노인의 의료·요양에 적합한 전문의, 간호사, 지역 보건 인력, 상담 인력 등 다학제 팀으로 구

성한다. ‘노인통합케어센터’는 대상자에 대한 필요 서비스 사정, 지역 내 의료·요양 자원에 대한 정보 수집, 의뢰와 회송에 대한 관리 및 연계, 효과적인 자원 연결과 협력 등 전반적인 통합적 케어 제공 과정이 효과적으로 운영될 수 있도록 하는 중심역할을 담당한다.

‘주치의로서의 1차 의료기관 그룹’은 다양한 전문 과목으로 구성된 3~5개 정도의 1차 의료기관들이 네트워크를 구성하고 이 1차 의료기관 그룹은 1차 의료기관 네트워크에 가입한 노인에 대해 질병의 예방부터 치료 등을 담당하는 주치의 역할을 한다. 우리나라는 외국과 같이 일반의 중심이 아닌 전문의 중심으로 발전되어 왔기 때문에 정형외과, 안과 등 전문적인 1차 의사를 주치의로 하는데 한계가 있으며, gate keeping 단계에서 다양한 진료 과목으로 구성된 의사 그룹은 노인의 복합 질환에 대한 대응이 가능하다는 장점이 있을 것이다.

진료권 내 ‘노인통합케어센터’를 중심으로 1차 의료기관 그룹과 지역 요양병원, 요양시설, 재가서비스 제공 기관 간 네트워크를 구성하게 된다. 진료권 내 여러 개의 1차 의료기관 그룹이 가능하다. 1차 의료기관 그룹이 주치의 역할을 담당하고 필요시 각 네트워크 내 타 진료과(1차 의료기관)으로 의뢰·회송을 하게 되며 외래 이상의 관리가 필요한 경우에는 ‘노인통합케어센터’에 2차 소견(Second opinion)을 의뢰하여야 하고 ‘노인통합케어센터’에서는 환자의 진료기록, 병력, 질환 및 기능 상태 등을 종합적으로 판단하여 환자와 환자 가족에게 정보를 제공하고 의료기관 또는 시설 등으로 연계한다. 급성기 질환 등으로 상위 의료기관에서의 치료가 종료되면 해당 기관은 ‘노인통합케어센터’를 통해 환자를 다시 회송하게 된다.

65세 이상 노인이라 하더라도 각 연령대별로 의료와 요양 필요도에 있어 큰 차이를 보이고 있다. 본 연구에서도 의료 이용에 있어서 75세 미만

과 75세 이상에서 큰 차이를 보였으며 특히, 통합적 케어가 필요한 복합 욕구를 갖고 있는 노인의 경우, 75세 이상 85세 사이의 노인은 55.6%였으며, 85세 이상에서는 78.0%로 크게 증가하였다. 따라서 노인통합케어의 대상자는 우선적으로 의료와 요양 등 복합 욕구가 있는 75세 이상 노인으로 하되, 자발적인 참여를 원칙으로 한다. 공급자의 경우도 자발적 참여를 원칙으로 하되, 참여에 따른 별도 수가 신설, 본인 부담 축소 등의 인센티브를 제공한다. 예방 차원의 진료, 건강 상담, 대상자의 의뢰·회송, 1차 의료기관 그룹과 통합케어 총괄 조직과의 상담 등에 대해 별도의 수가를 인정 할 수 있으며, 수요자 측면에서는 1차 의료기관 그룹 내 노인 정액제 상한 조정, 노인장기요양등급인정자의 경우 의료기관 입원 시 간병비 지원 등으로 고려해 볼 수 있을 것이다. 진료권 내 네트워크를 선택할 수 있으며 매년 변경도 가능하도록 설계한다. 장기요양시설 입소자는 촉탁의 대신 1차 의료기관 그룹이 주치의로서의 역할을 하도록 하여 책임 진료를 도모한다.

노인통합케어에서 또 다른 중요한 것은 전자건강기록의 공유이다. '노인통합케어센터'와 '1차 의료기관 그룹'은 환자에 대한 건강보험, 요양보험 자격뿐 아니라 진료기록과 건강검진 정보들을 공유하여 환자 중심의 치료 계획을 수립하고 중복 검사, 치료, 투약을 방지한다. 노인에 대한 진료 정보는 참여자의 동의를 받아 공유하며, 외국의 사례와 같이 진료 정보 공유에 따른 진료비 감면 또는 환급 등도 고려해 볼 만하다.

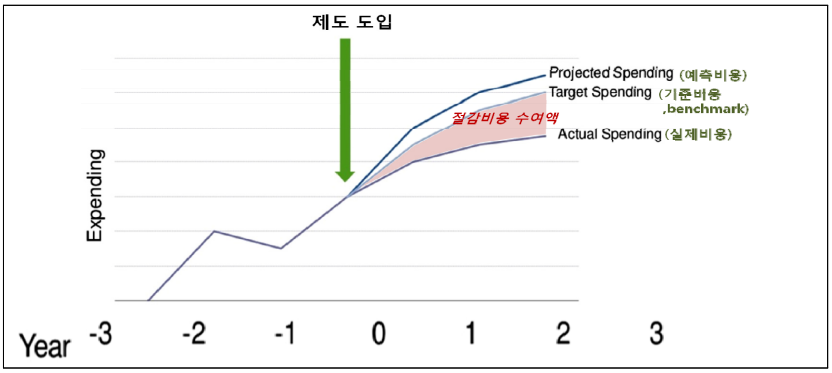
노인통합케어센터를 통해 권역 내 요양병원과 장기요양기관에 대한 질 관리와 공급 조절자로서의 역할을 부여할 수도 있을 것이다. 권역 보건소와 협력하여 서비스의 질이 떨어지는 병원과 요양기관에 대한 자료를 수집하고 그 결과를 바탕으로 노인통합케어센터를 통한 환자 의뢰 시 서비스의 질이 담보되지 않는 기관으로의 의뢰를 제한하여 권역 내에서 질 향상을

위한 유인을 제공하거나 질 향상이 되지 않는 기관에 대해서는 자연스럽게 도태될 수 있도록 하여 자원 사용의 합리화를 추구할 수 있을 것이다.

중장기적으로 지불 제도와 연계하여 지역별 총액계약제, 인두제 등을 검토해 보아야 할 것이다. 이러한 통합적 전달체계가 잘 작동하기 위해서는 재정적인 기전이 효과적으로 결합되어야 한다. 바람직한 전달체계를 구상하더라도 재정적 뒷받침이 되지 않으면 작동하지 않으며 재정이 낭비될 수 있을 뿐 아니라 의도하지 않은 방향으로 전달체계가 왜곡될 수도 있기 때문이다.

고령화로 인한 노인인구가 증가하는 상황에서 건강보험과 장기요양보험 재정의 지속 가능성을 담보하기 위해서는 진료비 지불제도에 대한 고민도 필요하다. 중장기적인 지불제도는 각 진료권별로 총액예산을 시행하는 방안이 있을 것이다. 공급자 네트워크에 대한 지불제도는 미국의 ACO를 참고할 만하다.[53]

〔그림 6-5〕 네트워크 공급자에 대한 지불 방식



자료: 신영석 등. (2015). 〔그림 3-8〕 재인용(원자료: Verisk Health(2013). ACO Quality Measure Reporting)

53) 미국의 ACO(Accoutable Care Organization)와 CCO(Coordinated Care Organization) 체계를 우리나라 실정에 맞게 변형하여 추진.

진료권별 네트워크 구성 촉진 및 의료서비스 제공의 효율화 유도를 위해 성과와 연동된 보상 체계를 설계해야 한다. 보상은 발생된 총진료비를 성과 기준선(벤치마크)과 비교하여 보상하며 구체적 성과 기준선은 전년 대비 고령화 정도, 보장성 등 제도 변화, 수가 인상률 등을 감안하여 결정한다. 성과 기준선에서 상급종합병원 입원 등 네트워크 외부로의 의뢰에 의해 발생한 비용은 제외한다. 목표로 정한 지출 비용보다 실제 지출 비용이 적을 경우 성과급을 지급받게 되며, 반대로 비용을 초과 지출하거나 성과를 달성하지 못한 경우에는 네트워크 공급자들이 공동으로 위험 부담을 지게 되는 구조이다. 이러한 지불 제도를 통해 공급자는 책임 이행을 위해 스스로 최적의 의뢰와 회송 절차 등을 자체적으로 강구하는 등 중복 방지와 노인의 건강의 질 향상을 위해 노력할 수 있고 네트워크 스스로 최적 진료 체계를 갖추기 위해 비용 합리화 기전을 마련할 유인을 가질 수 있을 것이다. 물론 이를 위해서는 충분한 검토와 사회적 합의가 필요하다. 어느 한 가지 정책만으로는 새로운 의료제공체계를 구축하기 어렵다. 제공체계의 개선과 개혁과 동시에 새로운 지불 제도의 모색도 필요하다. 효율적이면서도 양질의 서비스를 유도하기 위해 좋은 성과를 내는 의료기관에 대해 더 많은 보상이 돌아가는 성과 기반 인센티브제도도 필요하다.

제 7 장 결 론

7 결 론

통계청에 따르면 2015년 현재 우리나라 전체 인구 8명 중 1명은 65세 이상 노인이다. 노인 가구는 385만 2천 가구로 전체 가구의 20.6%를 차지하였으며, 2035년에는 40.5%까지 증가할 전망이며, 65세 이상 노인 1인 가구는 전체 가구의 7.4%이나, 20년 후인 2035년에는 2배 이상 증가할 것으로 전망되고 있다.

바로 내년부터 우리나라 노인인구 비중이 14%에 이르는 '고령 사회'로 들어섬과 동시에 노인인구가 유소년(0~14세) 인구를 앞지르는 인구구조의 역전 시대의 진입을 앞두고 있다. 더불어 생산가능인구(15~64세)의 감소는 우리 사회 전반에 걸쳐 큰 부담이 되고 있다.

의료비 증가는 신의료 기술의 발달, 소득 증가, 노인인구 증가, 질병 구조의 변화 등이 주요 요인으로 지목되고 있다. 본 연구의 65세 이상 노인 의료비 진료비 증가 기여도 분석 결과에서는 내원일당 진료비나 입·내원 일수의 증가보다 적용 인구수 증가 영향이 가장 컸다.

노인인구의 증가로 건강보험과 노인장기요양보험의 재정 지출은 지속적으로 증가하지만 재정 수입인 건강보험과 노인장기요양 보험료의 부과기반 감소로 사회보험의 지속 가능성이 위협받을 수 있다. 따라서 노인 의료와 요양서비스에 대한 적절한 공급체계를 마련함과 동시에 합리적인 제공체계를 구축하여 효율적 재정 지출 방안을 도모해야 할 시점이다.

누구나 시간이 지남에 따라 노인이 되고, 노인이 되면 신체적 기능 저하, 질병 이환의 가능성이 증가한다. 젊은 사람들과 같이 병이 완쾌되는 경우도 흔치 않다. 증상을 완화하고 기능을 유지하고자 하는 것이 치료이

다. 자녀의 돌봄도 기대하기 어려울지 모른다.

우리나라는 노인의 건강을 지속적으로 관리할 수 있는 의료서비스와 요양서비스 제공 측면에서 많은 한계를 갖고 있다. 노인의 경우 어느 한 가지 욕구에 한정되기 보다는 신체적, 정신적으로 매우 다양한 복합적인 욕구가 증가하지만 현행 노인에 대한 서비스 제공체계는 이러한 상황에 대응하기 어려운 구조이다. 특히, 노인에 대한 의료서비스와 요양서비스가 그러하다. 의료와 요양서비스의 분절적 제공은 질환 이환과 기능 저하를 동시에 갖고 있는 노인들의 상태를 충분히 고려하고 있지 못하다. 급성기에서 아급성기, 장기요양, 임종기까지를 연계할 수 있는 효율적인 전달체계가 마련되어 있지 않으며, 각 서비스 단계는 단절되어 있고 또한 이러한 서비스 단계별로 시의적절한 서비스 제공이 이루어졌는지에 대한 적절성을 판단할 수 있는 체계도 갖추어져 있지 않다.

본 연구에서는 노인을 둘러싼 다양한 문제점들을 검토하고 이에 대한 실증 분석을 통해 노인의 의료와 요양의 연속적 서비스 제공체계의 필요성 제시하고 그 대안을 모색해 보고자 하였다. 이를 위해 현행 노인의 의료와 요양서비스 이용 현황과 진료비 분석을 통해 재정적 측면의 지속 가능성을 검토하였다. 먼저 건강보험 재정에서 노인 의료비가 차지하는 비중은 계속 증가하고 있었으며, 그 증가 속도도 65세 미만 대상자 보다 빠르게 증가하였다. 또한 65세 이상에서도 1인당 진료비 증가율은 연령이 증가함에 따라 큰 차이를 보이고 있었다. 노인 의료비 증가의 주요 요인은 노인인구의 증가로 65세 미만 적용 인구가 진료비 증가 요인에 미치는 영향은 약 9.5% 수준이었으나 65세 이상에서는 43.1%로 노인의료비 증가 요인은 노인인구의 증가가 가장 큰 영향을 미치고 있었다. 이러한 추세가 지속될 경우 2014년 현재 약 20조 원인 65세 이상 노인의료비는 2060년 현재의 약 10~15배 증가하고 노인장기요양보험은 약 25배 정도

소요될 것으로 전망된다.

다음으로 합리적인 노인의 의료와 요양서비스 체계 구축을 위해 현재 노인을 둘러싼 의료와 요양서비스 제공체계에 있어서 주요 문제점들을 살펴보았다. 먼저 우리나라 의료전달체계의 문제점으로 지적되고 있는 대형병원 쏠림 현상, 의료기관 종별 기능 미분화 등의 문제점을 검토하였다. 그리고 노인 의료와 요양서비스 제공에 있어 가장 대표적인 문제라 할 수 있는 요양병원과 요양시설 간의 역할 중복과 본인부담상한제 등 역할의 왜곡을 심화하고 있는 제도적 문제를 지적하였다. 그리고 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 간의 역할 정립의 필요성, 지역사회 중심의 장기요양서비스 제공에 있어 그 한계로 지적되고 있는 불충분한 재가서비스의 문제점도 제시하였다.

제4장에서는 의료적, 신체적, 인지적 욕구로 구분하여 노인의 욕구와 복합적인 욕구를 갖고 있는 노인의 규모를 추정하였고, 복합욕구를 갖고 있는 노인의 의료와 요양서비스 이용에 대한 실증 분석을 위해 노인장기요양보험 등급인정자의 의료와 요양 이용 실태를 파악하였다. 분석 결과 전체 노인의 약 41.1%는 두 가지 이상의 복합 욕구를 갖고 있었고, 연령이 증가할수록 의료와 요양 욕구(신체적 돌봄 욕구 및 인지적 돌봄 욕구)가 증가하였으며 그 양상도 다양하게 나타났다. 의료, 신체적 돌봄, 인지적 돌봄의 삼중 욕구를 갖는 노인은 연령이 증가할수록 그 비중도 증가하는 것으로 나타났다. 따라서 이러한 복합 욕구를 갖고 있는 노인의 의료와 요양서비스 이용 실태를 분석하기 위하여 건강보험 데이터를 구득하여 장기요양등급인정자의 장기요양과 의료 이용 실적을 분석하였다. 장기요양등급인정자의 약 13.8%는 의료서비스만 이용하였으며, 3.6%는 장기요양등급을 인정받음에도 불구하고 의료나 장기요양서비스를 이용하지 않은 것으로 나타났다. 장기요양서비스와 의료서비스를 함께 이용

한 대상자 37만 1715명 중에서 약 41%의 노인은 의료기관에 입원한 것으로 나타났다. 특히 상급종합병원과 요양병원의 입원 비율은 신체적 기능 저하의 수준의 높은 등급일수록 높았으나, 종합병원은 장기요양 등급별 차이가 없었고 병원의 경우 오히려 등급이 낮아질수록 입원율이 높아졌다. 요양기관 종별로는 요양병원 입원자의 평균 입원 일수가 140일 매우 높았으며 요양병원 입원 노인 1인당 입원 진료비는 평균 1157만 원 수준이었고 1등급 인정자의 경우 연간 205일의 입원으로 연간 1681만 원의 입원 진료비를 지출하고 있었다. 의료적 단일 욕구만을 갖고 있는 65세 이상 건강보험 노인의 1인당 연간 진료비는 약 333만 원 수준인 데 반해 의료와 요양서비스를 함께 이용하고 있는 복합 욕구 노인의 1인당 의료(약 606만 원)와 요양비(약 1013만 원)는 연간 약 1619만 원으로 큰 차이를 보였다. 의료와 요양의 복합 욕구를 가진 노인의 의료와 요양 비중이 높은 것은 당연한 결과일지 모른다. 다만 여기서 우리가 주목해야 할 것은 노인에 대한 의료와 요양서비스 제공에 있어 아무런 판단 기준이 없다는 것이다. 다시 말해, 신체적 기능 저하로 장기요양보험등급을 인정받았으나 의료서비스만을 이용한 노인도 있으며, 그 어떤 서비스도 받지 않은 노인도 존재한다. 더욱이 의료와 요양서비스를 같이 이용한 노인 중에는 요양병원에 장기 입원하고 있는 대상자도 있으며 1~2등급 대상자보다 3~4등급 대상자의 높은 시설 이용률과 종합병원, 병원에서의 높은 입원율 등 의료와 요양서비스 이용에 있어 적절한 서비스가 적시에 이루어졌는지 판단할 근거가 없다는 것이다.

노인의 의료와 요양을 위한 서비스 전달체계는 전 국민에 대한 보건의료서비스 전달체계 속에서 운영될 수밖에 없다. 다만, 노인의 신체적, 정신적 특성과 생활양식을 고려한 서비스 전달체계가 세심하게 배려되어야 한다. 노인의 장기요양은 신체 및 인지 기능의 퇴행과 더불어 복합적인

만성질환이 병행되므로 노인에 대한 의료서비스와 통합 혹은 연계되면서 제공되어야 한다. 노인은 독거 혹은 부부단독 가구의 형태가 많아 사회적 지원을 받아야 하는 경우가 많다. 보건의료서비스뿐만 아니라 사회서비스도 병행 제공되어야 하므로 노인에 대한 의료·요양 서비스 제공체계를 구축하는 것은 어려운 과제이다.

노인의 욕구에 대응할 수 있는 의료 공급체계 및 적절한 자원을 적절한 시기에 제공해 줄 수 있는 통합적인 의료와 요양서비스 제공체계를 마련하여 노년기의 건강한 삶의 질 향상과 의료와 장기요양보험의 지속 가능성을 담보하기 위한 대비가 필요한 시점이며 건강한 노년기를 맞이하기 위한 준비를 서둘러야 할 때이다.

참고문헌

강혜규, 김찬우, 김용득, 석재은, 선우덕, 엄기욱, 이태화, 정형선, 조추용. (2008). 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역복지서비스의 변화 전망과 과제. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

강희정. (2016). 건강보험제도의 현황과 정책과제. 보건복지포럼, pp.15-30. 한국보건사회연구원

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (각 연도). (2008~2014)건강보험통계연보. 원주: 동 기관.

국민건강보험공단. (각 연도). (2011~2015)노인장기요양보험통계연보. 원주:동 기관.

국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 동 기관.

국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주:동 기관.

국민건강보험공단 내부자료. (2016). 2015년 기준 장기요양보험 등급인정자의 의료 및 장기요양 실적. 자료창고(Data Warehouse, DW)에서 2016.9.5. 인출

권순만, 배은영, 최용준.(2010). 병원·의원 역할구분 모호한 "현행 의료전달체계" 명확한 기능 부여해야-국내 의료전달체계의 현황과 문제점. 의료정책포럼, 8(2), pp.16-25.

금융감독원. (2015. 8. 25.). 실손의료보험 가입자 권익제고 방안. 금융감독정보

김경자.(2009). 건강보험과 노인장기요양보험의 실태와 통합의료체계에 관한 연구. 경원대학교 사회정책대학원 석사학위 논문.

김계현. 이정찬, 서경화, 김석영, 이진석.(2015). 의료전달체계 현황분석과 개선방안. 의료정책연구소.

김미진.(2015). 일본의 개호보험제도의 개호예방과 지원책. 한국노년학회.

김윤.(2013). 비급성기 의료제공체계의 구축 방향-의료체계의 지속성 보장을 위한 핵심과제. HIRA 정책동향, 7(4), pp.3-5.

김정회. (2015). 요양병원 지불 제도 개선을 위한 문제점 분석.

김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아.(2013). 요양병원과 요양시설의 역할 정립방안 연구- 연계방안을 중심으로. 한국보건사회연구원.

김찬우.(2005). “미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구”. 사회복지연구, 26 (겨울). pp.91-122.

김찬우.(2006). “OECD 국가의 통합적 장기요양체계에 대한 비교연구”. 한국사회복지행정학, 8(2), pp.65-103.

김찬우. (2013). “노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰”. 보건사회연구, 33(2) pp.219-242.

김홍수, 김찬우, 권순만, 김호, 전보영, 박연진, 고수진, 황순영, 추지영. (2015). 노인장기요양보험 성과지표 개발. 국민건강보험공단.

박정란. (2003). 중소도시 재가노인을 위한 보건복지서비스 연계에 관한 연구. 노인복지학연구, 21. pp.167-184.

박종연, 이윤환, 권진희, 이은미, 이호용, 김용현. (2010). 장기요양과 의료 서비스의 통합케어 모형 개발. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

박세경, 강은나, 황주희, 김정현, 하태정, 이정은, 김영선, 노승현, 이민홍, 임정기, 호승희. (2015). 돌봄·보건의료 연합서비스 공급모형에 관한 전망과 과제. 한국보건사회연구원.

보건복지부. (2011). 2011 OECD보건의료 질 지표 생산 및 개발. 보건복지부.

보건복지부. (2013.10.10.). 말기암 투병 환자, 호스피스 완화의료 선택의 길이 넓어진다. 보건복지부 보도자료.

보건복지부, 한국보건사회연구원. (2015). OECD Health Data 2015. 세종: 동기관

서영준. (2009a). 요양병원과 요양시설의 역할정립방안. 국민건강보험공단 정책세미나 발표자료

석재은, 김수정, 여유진, 이정남, 민은주, 송인주, 남찬섭. (2006). 사회서비스제도화모형 구축에 관한연구. 대통령자문 빈부격차·차별시정위원회.

선우덕. (2002). 노인의료복지시설의 현황과 개선 방향. 대한병원협회지, 31(2), pp.34-42.

선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미. (2015). 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할 정립과 연계체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.

성창현. (2013). 아급성기 의료체계 정책방향. HIRA 정책동향, 7(4), pp.6-10.

송현종, 채정미. (2012). 노인의료관리 효율화를 위한 요양병원 기능정립 방안. 서울: 건강보험심사평가원.

송현종. (2013). 요양병원제도 개선 방향. HIRA 정책동향, 7(4), pp.11-18.

송현종. (2016). 노인의료전달체계 활성화 방안. 한국보건행정학회. 한국보건행정학회 학술대회논문집, 2016, 1, pp.97-98.

서영준. (2009b). 장기요양시설 및 인력의 질 관리 방안. 한국보건행정학회 학술대회 논문집, pp.208-209.

스웨덴 보건복지부. (2001). *Policy for the elderly*. Stockholm.

신영석, 강희정, 김남순, 정영호, 김동진, 황도경. (2013). 건강보험 보장성 강화에 따른 의료체계의 지속가능성 제고 방향. 한국보건사회연구원.

신영석, 김종걸, 김진우, 석재은, 송현종, 신종철, 오인환, 이소정, 이진형, 강지원. (2014). 보건복지 국정과제 추진현황과 정책과제, 한국보건사회연구원.

신영석. (2015). 의료자원배분의 효율성 제고방안: 전달체계를 중심으로. 보건복지포럼, 한국보건사회연구원. 2015. 12.

신영석 , 강희정, 황도경, 윤장호, 박금령, 김은아. (2015). 지역밀착형 의료급여 전달체계 모형 구축. 한국보건사회연구원.

오성광, 한동희. (1997). 노인의료공급의 활성화를 위한 노인병원 제도의 도입 방안, 한국노년학, 17(3). pp. 97-116

오인환. (2012). 건강관리서비스제도와 의원급 만성질환관리제, 10(4). pp.21-27.

유애정. (2015). 일본 개호보험제도의 2015년도 개정안 분석을 통한 정책적 시사점. 한국노년학회, 35(4), pp.985-1002.

유재남. (2008). 영국, 독일, 호주의 노인장기요양 보호에서의 케어매니지먼트 체계 비교분석. 노인복지연구, 43. pp.381-406.

윤강재, 오영호, 이수형, 하솔잎, 여지영, 김진호, 이기주. (2014). 한국의료전달체계의 쟁점과 발전 방향. 한국보건사회연구원.

윤영호. (2013). 호스피스완화의료 제도화 방향. HIRA 정책동향, 7(4) pp.19-26.

윤종률. (1999). 노화와 질병. 인제대학교 출판부.

윤종률. (2008). 노인장기요양보험제도와 요양병원의 역할. 의료정책포럼, 6, pp.28-39.

윤종률. (2009). 바람직한 의료연계체계를 중심으로 본 노인장기요양보험제도 평가 연구. 대한의사협회 정책연구보고서

윤희숙. (2010). 노인장기요양보험 이용현황과 제도확대방향의 모색. 보건행정학회지, 20(3), pp.104-122.

윤희숙, 정경희, 박능후, 전병유, 권용진. (2010). 노인장기요양보험의 연계 현황과 과제. KDI

이규식. (2013). 보건의료체계의 발전과 성찰. 보건행정학회지, 23(4), pp.303-313.

이성천. (2008). 노인병 전문의 제도 도입에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 석사 학위 논문.

이수연, 이동헌, 조정완. (2015. 12.). 65세 이상 노인진료비 지출 중장기 추계 연구. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원

이영진. (2005). 노인의학전문의 제도에 대한 인식도. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

이옥희 등. (2014). 2013년 건강보험환자 진료비 실태조사. 건강보험정책연구원.

이용균, 김덕진, 권순정, 장선경, 강정아. (2011). 한국형 노인의료·시설 복합체 도입방안. 한국병원경영연구원.

이은경. (2011). 고령화와 노인의료비 연구. 한국조세연구원.

이진용. (2012). 일차의료 활성화를 위한 의료자원공급의 개편 방향. 의료정책포럼, 10(3), pp.32-37.

이진용. (2014). 의료전달체계의 분절화로 인한 사회안전망 기능의 약화. 2014 사회정책연합 공동학술대회, pp.130-124.

이현주, 권수정. (2011). 김해지역 노인 보건복지서비스 제공기관의 연계망에 관한 연구. 한국지역사회복지학, 37. pp.165-197.

이호용. (2015.10.8.). 2015-2060 노인장기요양보험 장기재정전망. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

임승지, 조정현, 김승희. 김성옥, 김유리, 정희정, 정현진, 문성웅, 서수라, 이정면. (2014). 주요국의 건강보장제도 현황과 개혁동향 - 건강보험 37주년 기념 12개국 제도 보고서-. 국민건강보험공단.

전보영, 김홍수, 권순만. (2016). 요양병원 장기입원 현황과 관련 노인 및 기관 특성 비교 연구. 보건행정학회지, 26(1). pp.39-50

최병호. (2016). 외국사례를 통해서 본 의료전달체계의 발전방향. HIRA 정책동향, 건강보험심사평가원. 5/6.

최영순, 최정규, 태윤희, 김지윤, 김정덕. (2014). 호스피스 완화의료 활성화 방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

최은영, 권순만, 김찬우, 강주희. (2005). OECD 국가의 노인장기요양서비스체계 비교와 정책적 함의. 한국보건사회연구원.

최인덕. (2014). 이용자 욕구(need)와 거주지역에 기반한 요양병원과 요양시설의 기능 재정립 방안 연구. 한국지역사회복지학, 50, pp.139-176.l

최인덕, 이은미. (2010). 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안. 한국노년학, 30(3), pp.855-869.

최현림. (2011). 우리나라 노인의학의 현재와 미래, *J Korean Geriatr Soc,* 15(2), pp.71-79.

통계청. (2011.12.7.). 장래인구추계: 2010년~2060년. 통계청 보도자료

통계청. (2014.9.29.). 2014 고령자 통계. 통계청 보도자료.

통계청. (2015.7.8.). 7월 11일 인구의 날에 즈음한 세계와 한국의 인구현황 및 전망. 통계청 보도자료

통계청. (2015.9.24.). 2015 고령자 통계. 통계청 보도자료.

통계청. (2016.2.24.). 2015년 출생 사망통계(잠정). 통계청 보도자료

통계청. (2016.3.23.). 2015 한국의 사회지표. 통계청 보도자료

통계청. (2011.12.). 장래인구추계. http://kosis.go.kr에서 2016. 8. 31.인출.

e-나라지표. 인구성장률. www.index.go.kr에서 2016.9.2. 인출

e-나라지표. 기대수명. www.index.go.kr에서 2016.9.2. 인출

e-나라지표. 주요국의 기대수명. www.index.go.kr에서 2016.9.2.인출.

Arena Conrad, D. A. and Dowling. (1990). "Vertical integration in health services: Theory and managerial implications." *Health Care Management Review.* 15(4). pp.9-22.

Beauchamp J. (2008). *The effect of the program of all-inclusive care for the elderly[PACE] on quality: final report*; Mathematica Policy Research.

Rechel, B., Thomson, S., Ginneken, E.. (2010). HiT(Health Systems in Transition) Template for authors, European Observatory on Health Systems and Policies.

Bodenheimer, T. (1999). Long-term care for frail elderly people: The On Lok model. *The New England Journal of Medicine,* 341(17). pp. 1324-1328.

Boult C., Wieland G.D. (2010). Comprehensive primary care for older patients with multiple chronic conditions-Nobody rushes you through-. *JAMA.* Vol 304. No.17 pp.1938-1939 내용 재구성.

Branch, L. G., R. F. Coulman, et al. (1995). The PACE evaluation: Initial findings. *The Gerontologist,* 35(3). pp.349-359.

Conrad, D. A. and Dowling. (1990). "Vertical integration in health services: Theory and managerial implications." *Health Care Management Review,* 15(4). pp 9-22.

Cortes T.A. and Sullivan-Max E.M. (2016). A case exemplar for national policy leadership - Expanding program of all-inclusive care for the elderly(PACE). *Journal of Gerontological nursing.* 42(3). pp.9-14.

Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., & Traske, K. (1995). *Care management and health care of older people: The Darlington community care project.* Aldershot, England.

David Oliver, Catherine Foot, Richard Humphries. (2014). *Making our*

health and care systems fit for an ageing population, The Kind's fund.

Department of Health & Human Services(DHHS) and Center for Medicare & Medicaid Services(CMS). (2011). CMS Manual System-Programs of All-Inclusive Care for the Elderly(PACE) Manual-Chapter 6. Services and Chapter 7. Service delivery system-(http://www.cms.hhs.gov/manuals에서 2016.5.13.인출)

Department of Human Services. (2001). S*ub-Acute/Acute Interface Project: Final Report*. Victoria: Department of Human Services.

Department of Human Services. (2001). S*ub-Acute/Acute Interface Project: Final Report*. Victoria: Department of Human Services.

Estes, C. L. and Close, L. (1998). *Organization of health and social services for the frail elderly. Living in the community with disability: Service needs, use, and systems.* S. M. Allen. New York, Springer Publishing Company: Ch.4.

Evashwick, C. J. (1996). *The Continuum of long-term care: An integrated systems approach.* Albany, N.Y, Delmar Publishers.

François Béland, Marcus J. Hollander. (2011). *Integrated models of care delivery for the frail elderly: International perspectives*. Gaceta Sanitaria, 25, supplemental 2, pp.138-146.

François Béland, Howard Bergman, Paule Lebel, Luc Dallaire, John Flethcer, Pierre Toursignant, André-Pierre. (2006). Integrated Service for Frail Elders(SIPA): A Trial of a Model for Canada, *Canadian Journal on Aging*, 25(1). pp.25-42.

Evashwick, C. J. (1996). *The Continuum of long-term care: An integrated systems approach*. Albany, N.Y, Delmar Publishers.

Fischer, L. R., Leutz, W. Miller A., von Sternberg TL., Ripley JM. (1998). The closing of a social HMO: A case study. *Journal of Aging and*

Social Policy, 10(1): pp.57-75.

Gross, D. L., TEMKIN-GREENER, H. E. L. E. N. A., Kunitz, S., & Mukamel, D. B. (2004). The Growing Pains of Integrated Health Care for the Elderly: Lessons from the Expansion of PACE. *The Milbank Quarterly*, Vol. 82, No. 2., pp.257-282.

Howard Bergman. (2012), *the Complexity of care for older persons*, 발표자료 (2012.10.10.)

International Monetary Fund. (2011), 「*Global Trends in Public Health Spending and the Outlook, Fiscal Affairs Department, presented at Public Health Care Reforms: Challenges and Lessons for Advanced and Emerging Europe*」, June 2011.

Kane RL, Homyak P, Bershadsky B, Flood S. (2006). Variations on a theme called PACE. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*. 61(7). pp. 689-693.

Kai Leichsenring. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, Jul-Sep; 4, e10.

Leutz, W. (1999). Policy choices for Medicaid and Medicare Waivers. *The Gerontologist,* 39(1), pp. 86-93.

Leutz, W. N., M. R. Greenlick, et al. (1994). Integrating acute and long-term care. *Health Affairs*, 13(4), pp.59-74.

Lysette Trahan, Patricia Caris. (2002). The system of care and services for frail older persons in Canada and Quebec, *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(4). pp.226-232.

Medicare Payment Advisory Commission(MEDPAC). (2012). *Report to the congress-Medicare payment policy*. MEDPAC.

Mira Johri, François Béland, Howard Bergman. (2003). International experiments in integ0rated care for the elderly: a synthesis of

the evidence, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, pp.222-235.

National PACE Association. (2013). *PACE in your community: Understanding PACE operating experience and the critical success factors.* National PACE Association.

National PACE Association. (2016a). "Is PACE for You?-History" . http://www.npaonline.org/pace-you에서 2016. 5. 16. 인출.

National PACE Association. (2016b). "Is PACE for You?-Eligibility Requirements". http://www.npaonline.org/pace-you/eligibility-requirements -programs-all-inclusive-care-elderly에서 2016. 5. 16. 인출.

National PACE Association. (2016c). "Is PACE for You?-PACE Services". http://www.npaonline.org/pace-you/pace-services에서 2016. 5. 16. 인출.

National PACE Association, (2016d), Understanding PACE-PACE FAQ. National PACE Association. http://www.npaonline.org/sites/default/files/PDFs/4%20 PACE%20FAQs%20DRAFT%201.pdf에서 2016. 6. 16. 인출.

OECD. (2005). *Long-term care for older people*.

OECD. (2010). Health system institutional characteristics.

Réjean Hébert, Pierre J. Durand, Nicole Dubuc, André Tourigny, The PRISMA Group. (2003), PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada, I*nternational journal of Integrated Care*, 3(18). pp.1-8.

The Economist Intelligence Unit. (2015). *The 2015 Quality of Death Index*, The Economist Intelligence Unit.

United Nations. (2015.08.). *World Population Prospects: The 2015 Revision*. UN

Walter P Wodchis. (2013). Approaches to supporting older people to maintain autonomy: The PRSISMA Model in Quebec, Canada, The King's Fund·Health System Performance Research Network·The Commonwealth Fund 공동 발표자료(2013. 5. 8.).

WHO. (2003). *Key policy issues in long-term care*, Geneva, World Health Organization.

WHO. (2015). *World Report on Ageing and Health*.

Wieland D, Boland R, Baskins J, et al. (2010). Five-year survival in a program of all inclusive care for elderly compared with alternative institutional and home- and community-based care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*. 65(7), pp.721-726.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr