NABO

국민에게 힘이 되는 국회

인구구조 변화와 사회안전망 정책 분석 Ⅲ

[노인 건강관리 및 돌봄 대책 분석]

국회예산정책처
National Assembly Budget Office

인구구조 변화와 사회안전망 정책 분석 III

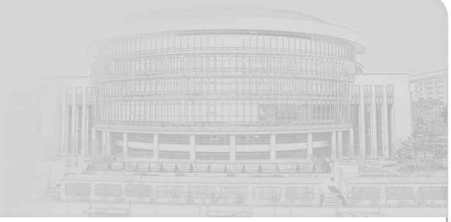
노인 건강관리 및 돌봄 대책 분석

2017. 10.

국회예산정책처
National Assembly Budget Office

이 보고서는「국회법」제22조의2 및「국회예산정책처법」제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처「보고서발간심의위원회」의 심의를 거쳐 발간되었습니다.

발 간 사



2017년 8월말을 기점으로 우리나라는 65세 이상 노인 인구가 전체 인구의 14%를 차지하는 고령사회에 진입했습니다. 고령화 현상은 저출산과 기대수명의 연장 등 인구구조변화에서 기인하는 것으로 대부분의 국가에서 일어나고 있는 현상입니다. 그러나 우리나라의 고령화 속도는 OECD 국가 평균보다 4배 빠른 속도(1993~2013년 고령화 속도 한국: 4.06%, OECD: 1.19%)로 진행되고 있어 이러한 충격을 잘 흡수하기 위한 제도적 노력과 정책 대응이 그 어느 나라보다도 중요하다고 볼 수 있습니다.

정부에서도 2006년부터 「저출산·고령사회기본법」에 따라 고령사회 대책을 추진해 오고 있으며, 기초연금, 노인장기요양보험, 중·장년 일자리 등 관련 정책을 통해 의미있는 성과를 내고 있습니다. 그러나 2014년 기준 우리나라의 노인빈곤율은 49.6%로 OECD 평균(12.6%)의 4배, 노인자살률은 인구 10만명 당 55.5명으로 OECD 평균(18.8명)의 3배 수준입니다. 이러한 지표들은 노후 사회안전망에 대한 우려와 그간 추진해 온 정부의 고령화 대책에 대한 점검 필요성을 제기하고 있습니다.

국회예산정책처에서는 고령사회 사회안전망 대책을 「노후준비 지원법」에서 규정하고 있는 빈곤·질병·무위·고독 등 노년기의 4고(苦)에 대응하는 소득·건강·일자리·사회참여 및 여가 등으로 범주화하여 분석하였습니다. 제1권은 총괄편으로 주제선정 배경, 정책환경 변화 및 공공사회복지지출 추이에 대한 검토사항을 담았습니다. 제2권부터 제5권까지는 노후소득보장대책, 노인 건강관리 및 돌봄 대책, 중·고령자 근로기반 확대 대책, 노인 사회참여 및 여가 대책에 대하여 분석하였습니다.

분석결과에 따르면 노후사회안전망의 정책방향은 평생사회안전망과의 연계선상에서 검토되어야 할 것입니다. 또한 개인은 길어진 노년기에 미리 대비하고, 정부는 정책대상을 전·후기 고령자로 세분화하는 등 보다 면밀하게 정책을 수립·추진해야 할 필요가 있습니다.

본 기획보고서가 인구구조변화에 따른 사회안전망에 대한 국민적 관심을 제고하고, 관련 정책의 개선 방안에 관심을 갖고 계신 의원님들의 의정활동에 기여할 수 있기 바랍니다.

2017년 10월

국회예산정책처장 김춘순

요 약

1. 분석의 배경

❑ 65세 이상 노인인구는 2017년 8월 현재 전체 인구 중 14%에 달하는 726만명인데, 그 비율이 2030년 24.5%, 2050년 38.1%로 증가할 것으로 예상됨

  ○ 특히 85세 이상 후기노인인구 비율은 2015년 7.8%에서 2050년 21.8%로 급증할 것으로 예측됨

❑ 노인인구의 절대적 규모 증가에 따른 치매 유병률 증가[1]와 10만명 당 58.6명에 이르는 높은 노인 자살률, 그리고 베이비붐 세대의 노년층 편입에 따른 사회경제적 요구의 다양화로 인하여 노년기 건강관리 및 돌봄 등 노인복지의 중요성이 커지고 있음

2. 노인 건강관리 및 돌봄 사업 개요 및 현황

❑ 정부는 2006년부터 3차에 걸친 저출산·고령사회 기본계획을 통하여 노인 건강관리 및 돌봄 대책을 추진하고 있음

  ○ 1차 기본계획은 2006~2010년 동안 노인 건강관리 및 돌봄 대책에 2조 919억원의 재정을 지출하였고, 2차 기본계획은 2011~2015년 동안 3조 4,485억원을, 3차 기본계획은 2016~2017년 동안 1조 3,506억원의 재정을 투입함

1) 65세 이상 노인 인구수가 2012년 589만명에서 2017년 712만명으로, 치매환자수는 약 54만명에서 72만명으로 증가하여, 치매 유병률이 9.18%에서 10.18%로 1%p 증가할 것으로 예상된다.

[저출산·고령사회 기본계획(고령화 대책) 및 재정 지출 현황]

	소영역	재정규모 (5년간,억원)
1차 (2006-2010)	노후 건강관리 기반 조성	2,089.3
	공적 노인요양보장체계 확립	18,829.7
2차 (2011-2015)	사전예방적 건강관리체계 구축	7,281.1
	건강한 노후생활 및 의료비 지출 적정화	27,203.6
3차 (2016-2020)	고령자 건강생활 보장	13,506.3 (2016~2017)

자료: 제1~3차 저출산·고령사회 기본계획 및 시행계획 보고서를 바탕으로 국회예산정책처 재작성

❑ 정부는 노인 건강관리 및 돌봄을 위하여 2018년 예산(안)에 장기요양보험제도 고도화 7,238억원, 치매관리체계 구축 2,332억원, 호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화 52억원, 노인 의료비 부담 경감 30억원 등 총 9,658억원을 편성함

[노인 건강관리 및 돌봄 사업 현황]

(단위: 백만원)

사업명	2017년 예산	2018년 예산(안)
고령자 질병예방 및 관리 강화	818	690
노인 의료비 부담 경감	2,629	2,992
장기요양보험제도 고도화	668,868	723,784
치매에 대한 대응체계 강화	218,512	233,156
호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화	3,775	5,212
계	894,602	965,834

❑ 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등[2]의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주고자 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도로서, 2008년에 도입됨

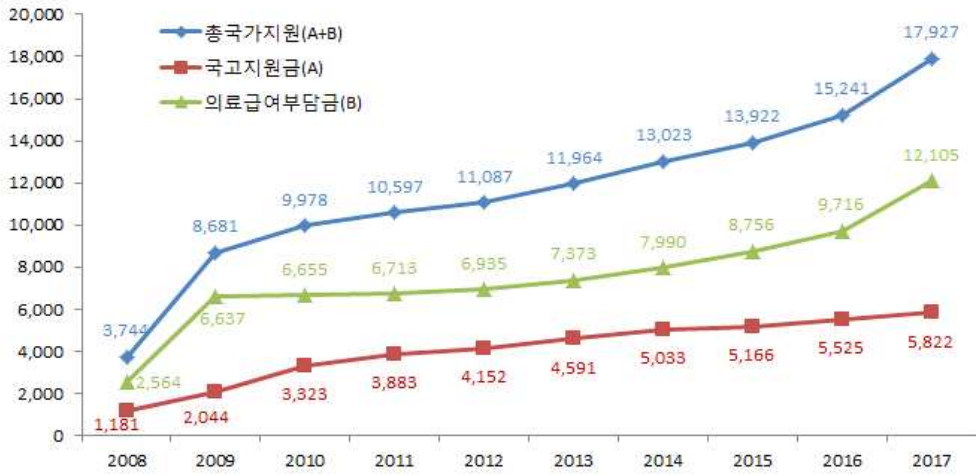
2) 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.

○ 노인장기요양보험의 주된 재원은 건강보험료의 6.55%를 징수하는 장기요양보험료이고, 국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하는 국고지원금과 의료급여부담금[3]을 부담함

❑ 2013년 이후 노인장기요양보험에 대한 국고지원금은 4,591억원에서 5,822억원으로 완만하게 증가(연평균 6.1%)하였으나, 의료급여부담금은 7,373억원에서 1조 2,105억원으로 증가율이 점차 커지는 추세(연평균 13.2%)임

[노인장기요양보험에 대한 국가 지원 현황]

(단위: 억원)



3. 해외 주요국 사례

❑ 각국은 2000년대 들어 국가 차원에서 적극적인 치매관리대책 추진

○ 일본과 영국은 중장기 종합계획 및 국가전략을 수립하였고, 독일은 장기요양보험법 강화를 통해 치매관리대책을 추진함

○ 공통적으로 치매환자가 원하는 가정, 지역사회에서 생활할 수 있도록 돌보는 것에 중점을 두고 있고, 돌봄제공자에 대한 지원을 강화하고 있으며, 치매에 대한 인식 개선을 위한 홍보를 적극적으로 추진함

3) 국가와 지방자치단체가 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용 등을 부담하는 것을 말한다.

[주요국 치매관리대책 현황]

	일본	영국	독일
주요 대책 추진 경과	○ 2012년 「치매대책 추진 5개년 계획(오렌지 플랜)(2013~2017)」 ○ 2015년 「치매 정책을 가속화시키기 위한 종합전략(신오렌지 플랜)(2015~2025)」	○ 2009년「제1차 국가전략(2009~2013)」 ○ 2012년「제2차 국가전략(2012~2015)」 ○ 2016년「제3차 국가전략(2016~2020)」	○ 2014년「제1차 장기요양보험법 강화」 ○ 2015년「제2차 장기요양보험법 강화」
최근 정책 주요 내용	○ **치매에 대한 이해 개선을 위한 캠페인 추진** ○ 치매경과에 따라 시의적절한 의료 및 돌봄서비스 등 제공 ○ 젊은 치매환자에 대한 시책 강화 ○ **치매환자의 돌봄 제공자에 대한 지원** ○ 치매환자를 포함한 고령자 친화적 지역사회 만들기 ○ 연구개발 및 성과의 보급 추진 ○ **치매환자와 가족 관점 중시**	○ **치매에 대한 사회적 인식 개선** 및 위험 관리 ○ 조기진단 강화 – 진단 접근성에 대한 형평성 제고 ○ **가정 내 돌봄 지원** ○ 병원 및 케어홈의 치매 친화적 보건의료환경 기준 마련 ○ **돌봄제공자에 대한 지원** ○ 생애말기 돌봄 지원 ○ 치매교육·훈련 및 전문인력 양성 ○ 연구개발 강화	○ 치매 등급인정자 중 재가서비스를 받는 경우, 연간 최대 460유로 추가지원 ○ 수발을 필요로 하는 범위(“in need of care”)에 대한 정의 수정 – 물리적 보살핌은 크지 않더라도 정신적·심리적 지원이 필요한 치매환자들까지 보장범위에 포함 ○ 치매관리체계 중점이 **“원하는 곳”에서 생활**할 수 있도록 하는 것으로 변화

❑ 장기요양보험제도를 시행하고 있는 독일, 네덜란드, 일본은 총지출 규모가 우리나라의 약 9~26배에 이르며, 재원에서 국가예산이 차지하는 비율은 각각 0%, 24%, 50%로 나타남

○ 공통적으로 시설급여 조건을 재가서비스 이용이 불가능한 경우 또는 중등도 이상의 장기요양 등급 인정자로 제한하고 있음

[주요국 장기요양보험 현황 및 특징]

	독일	네덜란드	일본
시행 연도	1995년	1968년	2000년
장기요양 등급	3등급 ('0'등급과 '특별히 위중한 경우' 별도)	10등급 (ZZP1~ZZP10)	7등급(요개호 5등급, 요지원 2등급)
시설급여 조건	재가서비스 이용이 불가능한 경우	ZZP5 이상	요개호 3등급 이상 고령자
재원 구성	고용주 50%, 피고용주 50%	사회보장보험료 67%, 국고보조금 24%, 본인부담금 8%	보험료 50%, 정부예산 50% (중앙정부, 지자체 각 25%)
총지출 (원화)	2014년 254.5억유로 (34조 2,129억원)	2013년 277.154억유로 (37조 2,584억원)	2014년 9조 4,446억엔 (96조 6,598억원)

주 1. 일본 100엔=1,023.44원, 1EUR=1,344.32원 적용함
2. 네덜란드는 2015년에 신장기요양보험제도가 시작되기 전까지 특별의료비보장보험제도에서 장기요양비용을 지급함
3. 우리나라의 2014년도 장기요양보험 총지출은 3조 7,398억원임

자료: Netherlands Institute for Care(Zorginstituut Nederland), Bundesministerium fur Gesundheit(BMG), 2015(선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016에서 재인용)

4. 주요 쟁점 분석

❑ 노인 돌봄 정책 수급자는 2017년 6월말 현재 약 80만 6,000명(노인장기요양보험 등급인정자 52만 4,000명 포함)으로, 노인인구의 약 11.19%에 불과함

○ 노인돌봄종합서비스와 돌봄기본서비스는 지자체 재정 여건에 따라 기준을 만족하는 대상자의 일부만이 서비스를 이용하고 있는 실정임

[노인 돌봄 정책 수급 대상자 수 추이(2017년 6월말 기준)]

(단위: 명, %)

구 분		수급자 수	노인인구 대비 비율
노인 돌봄 수급자(총계)(A+B+C)		805,672	11.19
노인장기요양보험 등급인정자 중 65세 이상 (A)		524,307	7.28
노인돌봄서비스	돌봄종합서비스 (B)	41,365	0.57
	돌봄기본서비스 (C)	240,000	3.33

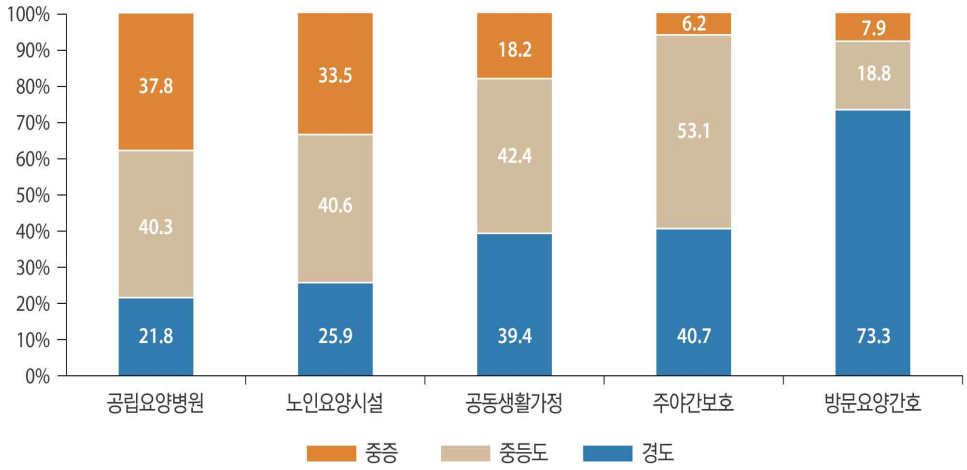
주: 2017년 6월 주민등록인구 기준 65세 이상 인구 7,201,879명(통계청 KOSIS)

❑ 현재 노인 돌봄의 국제적 추세는 재정 절감 및 당사자 만족도 증가를 위해 재가 중심의 노인 돌봄을 지향하고 있으나, 우리나라의 현행 장기요양보험제도는 시설급여가 재가급여보다 선호되고 있음

○ 노인요양시설에 재가서비스가 적절한 환자가 수용되는 사례를 볼 수 있는데, 설문조사 결과, 노인요양시설, 노인공동생활가정에 수용된 치매환자 중 25.9%, 39.4%가 경도(초기) 치매환자인 것으로 나타남

[돌봄 시설별 치매환자 돌봄 현황(국회예산정책처 설문조사 결과)]

(단위: %)

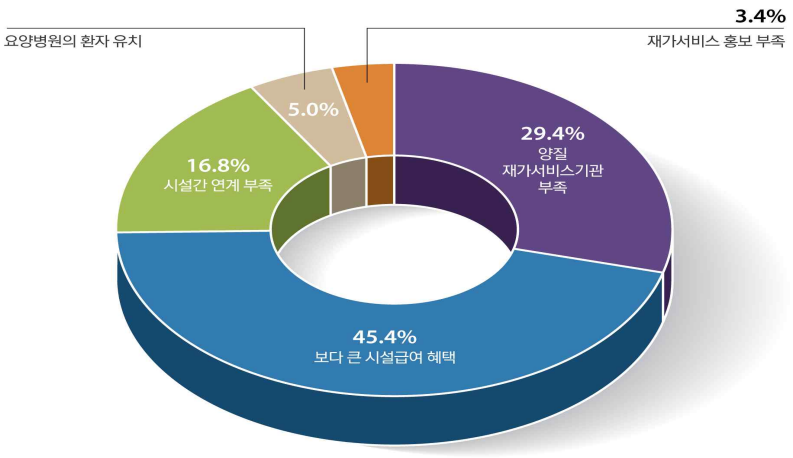


○ 현행 재가급여 월 한도액만으로는 24시간 집에 혼자 거주하면서 돌봄을 받을 수 없는 상태이므로, 수요자의 입장에서는 재가급여보다 시설급여를 선호하게 되는 것임

❑ 인구고령화와 만성질환의 증가는 필연적으로 노인의료비의 증가를 가져오고, 합병증 등으로 만성질환을 보유한 노인 가구의 의료비 부담도 커질 수밖에 없는데, 만성질환의 예방과 관리에 관한 정부의 관심은 미흡

○ 특히 저소득층으로 갈수록 만성질환 유병률이 높아지는데, 의료패널 자료 분석에 의하면, 소득 하위 10% 가구의 고혈압, 당뇨 유병률이 상위 10% 가구의 3.2배, 3.7배에 이름

[시설급여 이용이 재가급여 이용보다 선호되는 이유(국회예산정책처 설문조사 결과)]



[가구소득 분위별 만성질환자 현황]

(단위: 명, %)

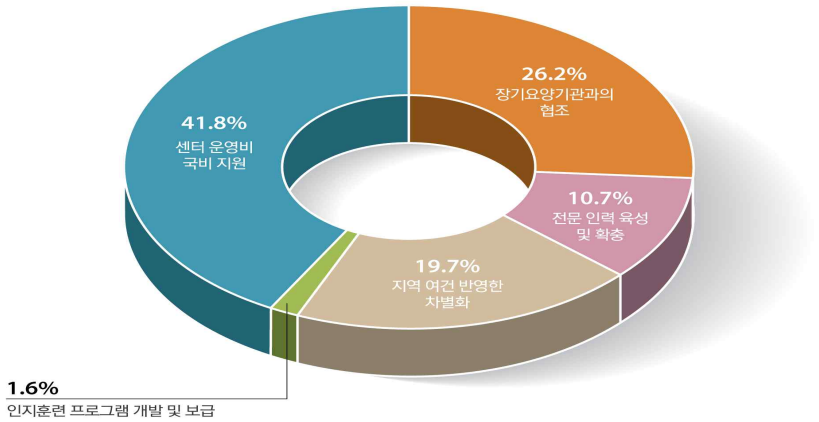
가구소득 분위	고혈압		당뇨		30세이상 총 가구원수(C)
	유병자(B)	비율(A/C)	유병자(B)	비율(B/C)	
1	510	46.4%	190	17.3%	1,099
2	482	39.6%	189	15.5%	1,216
3	422	31.1%	163	12.0%	1,357
4	397	27.6%	136	9.5%	1,437
5	352	23.2%	123	8.1%	1,517
6	330	21.0%	117	7.4%	1,573
7	272	17.6%	116	7.5%	1,546
8	295	18.6%	100	6.3%	1,584
9	251	15.7%	87	5.4%	1,603
10	232	14.5%	75	4.7%	1,603
계	3,543	24.4%	1,296	8.9%	14,543

자료: 의료패널(2013년) 자료를 바탕으로 국회예산정책처 분석

❑ 정부는 치매안심센터 신규 설치 및 운영, 치매안심병원 확충을 위하여 2017년 추가경정 예산을 통해 2,022억 7,200만원을 추가로 편성하였으나, 치매안심센터와 치매안심병원의 구체적인 모델은 아직 제시되지 않고 있음

○ 설문 조사 결과, 치매안심센터와 치매안심병원의 성공적 정착을 위해서는 센터 운영비에 대한 국비 지원, 기존의 장기요양시설·요양병원과의 역할 정립·협력체계 구축, 거주지 분산·인력 확충 용이성 등 지역 여건을 반영한 모델 차별화가 필요한 것으로 나타남

[치매안심센터의 성공적 정착을 위한 요건(국회예산정책처 설문조사 결과)]



❑ 2015년 65세 이상 노인 10만명 당 자살자수는 58.6명으로, OECD 국가 중 1위인 전 연령대 자살률(26.5명)보다도 2배 이상 높은 실정인데, 노인 자살 문제에 대한 관심과 자살 예방을 위한 투자는 부족함

○ 2009~2017년 동안 정부가 자살예방이라는 정책 목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 총 466억원(연평균 52억원) 수준이고, 노인 자살 문제의 원인을 분석하고 구체적 예방책을 강구하는 사업은 없는 실정임

[자살예방사업 세부 예산 현황]

(단위: 백만원)

사업명	계	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
■ 자살예방사업	31,596	535	735	1,435	1,800	2,800	5,560	5,860	5,540	7,331
■ 지역자살예방사업	6,700	-	-	-	-	1,500	-	-	2,600	2,600
■ 중앙자살예방센터 운영	2,705	-	-	-	480	480	480	480	386	399
■ 학생자살예방관리 (교육부)	5,594	-	-	-	-	-	1,500	1,546	1,469	1,079
합 계	46,595	535	735	1,435	2,280	4,780	7,540	7,886	9,995	11,409

주: 국고에서 투입되는 예산만을 포함함(지역사회기반 자살예방사업, 지역자살예방사업, 학생자살예방관리(교육부)는 국고와 매칭으로 지방비가 투입되는 사업임)

자료: 각 부처의 「2017년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 작성

5. 정책 시사점

- ❑ 지자체 재정 여건에 따른 노인 돌봄 정책 수혜의 형평성을 도모하고 최소한의 사회 안전망을 구축하기 위해서는 재원 배분 효율화 및 필수 재정 확보 등에 의해 노인돌봄서비스를 확대하는 등 사각지대 해소 노력이 시급함
- ❑ 재가 돌봄을 확대하기 위해서는 우선적으로 재가서비스의 혜택을 확대하고, 질 높은 재가서비스 기관을 확충함으로써 서비스의 질을 향상시키며, 일본에서 시행 중인 요양휴가 등 가족에 대한 지원을 검토할 필요가 있음
- ❑ 만성질환의 예방과 관리를 위해 1차 의료기관인 동네의원 등을 활용한 주치의 제도의 도입을 검토할 필요가 있고, 저소득 만성질환 노인 가구에 대한 소득지원, 의료비지원 강화 등 취약계층의 의료비 부담을 경감하는 방안의 모색이 필요함
- ❑ 보건복지부는 시·군·구와 협력하여 당초 계획한대로 치매안심센터와 치매안심병원이 설치·운영될 수 있도록 모니터링을 강화할 필요가 있으며, 지역 여건에 따라 차별화된 운영모델과 인력기준을 마련함으로써 운영의 효율성을 도모할 필요가 있음
- ❑ 노년층의 경우 경제적 어려움이나 질환이 가장 중요한 자살의 원인으로 분석되는 점을 반영하여, 사회복지 급여 및 서비스 제공과 심리상담을 병행하는 방식으로 자살예방사업을 개선할 필요가 있음

[60대 이상 연령층의 자살 충동 이유: 2006~2012년]

(단위: %)

	경제적 어려움	이성 문제	질환	직장 문제	외로움, 고독	가정 불화	불화, 따돌림	기타
2006	41.1	0.5	26.5	0.9	17.7	11.2	0.2	1.9
2008	33.9	0.9	37.1	0.6	13.2	10.6	-	3.7
2010	35.3	2.4	36.2	1.2	11.4	8.8	-	4.6
2012	37.4	4.2	36.2	1.7	11.7	6.9	-	1.8

자료: 각 연도별「사회조사」결과를 바탕으로 국회예산정책처 작성

차 례

CONTENTS

Ⅰ. 분석 배경 및 개요 / 1

1. 분석 배경 및 목적 ····· 1
2. 분석 대상 및 방법 ····· 2

Ⅱ. 노인 건강관리 및 돌봄 사업 개요 및 현황 / 5

1. 노인 건강관리 및 장기요양보험 개요 ····· 5
2. 노인장기요양보험 체계 및 재정 현황 ····· 6
   가. 기본 구조 ····· 6
   나. 운영 체계 ····· 9
   다. 재정 투입 규모 ····· 10
3. 노후 건강관리·돌봄 정책(저출산·고령사회기본계획) 현황 ····· 12

Ⅲ. 해외 주요국 사례 / 15

1. 노인 건강관리 정책 국외 사례 – 치매관리체계를 중심으로 ····· 16
   가. 일본 ····· 16
   나. 독일 ····· 18
   다. 영국 ····· 20
2. 노인장기요양보험 국외 사례 ····· 22
   가. 일본 ····· 22
   나. 독일 ····· 27
   다. 네덜란드 ····· 31

Ⅳ. 주요 쟁점 분석 / 35

1. 노인 돌봄 정책의 사각지대 ····· 35
2. 시설급여 중심의 노인장기요양보험제도 운영 ····· 37
3. 만성질환 예방 및 관리 ····· 46
4. 지역적 여건·수요와 치매관리체계의 부합성 ····· 50
5. 노인 자살 문제에 대한 정책대응 ····· 60

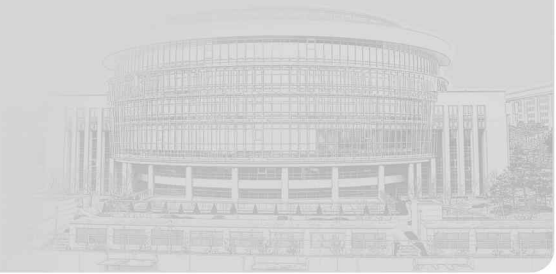
Ⅴ. 정책 시사점 / 73

참고문헌 / 77

표 차례

CONTENTS

[표 1] 노인장기요양 인정대상자수 변화 추이 ····· 2
[표 2] 치매관리 담당자 설문 조사 현황 ····· 3
[표 3] 장기요양인정등급별 인정점수 분포 ····· 9
[표 4] 장기요양보험 재정수지 현황 ····· 11
[표 5] 저출산·고령사회 기본계획(고령화 대책) 및 재정 지출 현황 ····· 13
[표 6] 노인 건강관리 및 돌봄 사업 현황 ····· 14
[표 7] 일본의 제1,2차 치매관리종합계획 비교 ····· 17
[표 8] 일본 뉴오렌지 플랜의 주요 정책 내용 ····· 18
[표 9] 독일 치매시설의 개념 변화 ····· 19
[표 10] 영국의 연차별 국가치매관리정책 비교 ····· 21
[표 11] 영국 국가치매관리전략의 주요 정책 내용(2016~2020년) ····· 21
[표 12] 일본 장기요양보험제도의 도입과 이후 추진 과정 ····· 23
[표 13] 일본 장기요양보험제도의 성과(재정수지율) ····· 25
[표 14] 일본 장기요양보험제도의 성과(급여 유형별 구성 비율) ····· 26
[표 15] 주요 독일 장기요양 관련 법 제정 및 개정 내용 ····· 27
[표 16] 독일의 장기요양보험급여액 변경 추이(2015.1. 기준) ····· 29
[표 17] 네덜란드 대상자 상태에 따른 서비스 내용 구분 ····· 33
[표 18] 노인 돌봄 정책 수급 대상자 수 추이 ····· 37
[표 19] 주요국 장기요양보험 현황 및 특징 ····· 42
[표 20] 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준) ····· 43
[표 21] 가구소득 분위별 만성질환자 현황 ····· 47
[표 22] 소득 하위 50%(1~5분위) 본인부담상한액 인하에 따른 추가 경감 효과 ·· 49
[표 23] 치매안심센터 설치·운영 및 치매안심병원 설치 소요예산 및 산출근거 ·· 50
[표 24] 2011~2015년 OECD 국가별 자살률 ····· 61



[표 25] 연령대별 자살 현황 추이: 2013~2015년 ····· 62
[표 26] 연령대별 자살 원인 비중 및 자살자 수(2015) ····· 64
[표 27] 자살 충동 이유: 2006~2012년 ····· 65
[표 28] 자살예방사업의 범위 ····· 66
[표 29] 자살예방사업 세부 예산 현황 ····· 69
[표 30] 일본의 자살 대책 관련 예산 ····· 72

그림 차례

CONTENTS

[그림 1] 노인장기요양보험제도의 기본 구조 ····· 7
[그림 2] 노인장기요양보험에 대한 국가 지원 현황 ····· 12
[그림 3] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(2008~2013) ····· 34
[그림 4] 노인 돌봄 정책의 수급 대상자 기준 ····· 35
[그림 5] 경도(초기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스 ····· 38
[그림 6] 중등도(중기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스 ····· 39
[그림 7] 중증(말기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스 ····· 40
[그림 8] 돌봄 시설별 치매환자 돌봄 현황 ····· 41
[그림 9] 시설급여 이용이 재가급여보다 선호되는 이유 ····· 45
[그림 10] 노인요양병원 및 요양시설 운영의 애로사항 ····· 52
[그림 11] 치매거점병원 및 치매전문병동 시설 현황 ····· 54
[그림 12] 치매안심센터 성공적 정착을 위한 요건 ····· 55
[그림 13] 효과적인 치매관리 재정 투자 확대 방안 ····· 57
[그림 14] 경증 치매환자에 대한 효과적인 노인장기요양보험 확대 방안 ····· 59
[그림 15] 연령대별 자살률 추이: 2003~2015년 ····· 63
[그림 16] 65세 이상 노년층 자살률(10만 명당 자살자 수) 추이 ····· 70
[그림 17] 소속기관에서 수행하는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원 상황 ····· 71

I. 분석 배경 및 개요

1. 분석 배경 및 목적

65세 이상 노인인구는 2017년 8월 현재 전체 인구 중 14%에 달하는 726만명인데, 그 비율이 2030년 24.5%, 2050년 38.1%로 증가할 것으로 예상된다. 특히 85세 이상 후기노인인구 비율은 2015년 7.8%에서 2050년 21.8%로 증가할 것으로 예측된다.[1] 이러한 노인인구의 절대적인 규모 증가와 함께 베이비붐 세대의 노년층 편입에 따른 다양성 증대에 따라 노년기 삶의 질 향상 등 노인복지의 중요성이 커지고 있다.

국민건강보험과 노인장기요양보험은 사회보험으로서 노인 건강관리와 돌봄정책에 있어서 핵심적인 역할을 수행하고 있다. 건강보험제도는 사회보험형 보건의료체계로서, 형평성 있는 비용부담과 적정한 보험급여 제공을 통해 국민들의 의료비 과다 지출로 인한 생활수준 하락 위험을 분산하고, 소득을 재분배하며, 궁극적으로 국민건강 및 사회보장 증진을 도모한다. 우리나라의 건강보험제도는 1977년 500인 이상 사업장을 대상으로 도시 근로자에게 의료보험을 제공하면서 본격적으로 출범하였다. 1989년에는 도시자영업자까지 지역의료보험을 확대 실시함에 따라 전 국민 건강보험제도가 확립되었으며, 2000년 직장 및 지역의료보험의 통합을 통해 단일보험체계를 구축하였다.[2] 노년기에는 다른 연령층에 비해 건강 및 기능 상태가 상대적으로 나빠지기 때문에 의료적 치료 욕구가 커지고, 의료비 지출이 증가하게 된다. 실제 노인 진료비는 2015년 건강보험 총진료비 대비 36.8%를 차지하는 것으로 나타났다.[3] 건강보험제도의 적용 대상이 전 국민으로 확대되었으나 아직 고혈압, 당뇨, 만성퇴행성질환 등 만성질환에 대한 보장성이 미흡한 실정인데, 인구고령화로 인한 의료비 지출 증가는 노인 본인, 가족과 국가 재정에 큰 부담이 될 것으로 예측된다.

---

1) 통계청, 장래인구추계, 2011(「2016~2020 제3차 저출산·고령사회기본계획」에서 재인용)
2) 이은경, "우리나라 건강보험제도에 관한 고찰", 「재정포럼」 제167호(2010. 5), 33쪽.
3) 건강보험심사평가원, 2015년 손에 잡히는 의료심사·평가 길잡이, 2015.

우리나라의 노인 돌봄 정책은 2008년 노인장기요양보험제도 도입을 계기로 급격히 변화하였다. 노인장기요양보험은 노인 돌봄 욕구를 사회보험의 형태로 제도화한 것으로서, 노인에 대한 책임 주체가 가족에서 사회의 공동 책임으로 전환하였음을 의미한다. 동 제도는 2008년도에 도입된 이래 지속적으로 적용 범위가 확대되면서 장기요양인정자 수가 늘어났고 장기요양서비스 공급 기관도 크게 증가하였으나, 서비스 공급·지원 체계, 급여 형태 등에서 효율성 및 형평성에 문제가 있다는 지적이 제기되고 있다.

[표 1] 노인장기요양 인정대상자수 변화 추이

(단위: 명)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
노인장기요양 인정대상자수	214,480	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계연보

노인인구, 특히 85세 이상 후기노인인구의 증가에 따라 치매환자의 수와 유병률이 급격히 증가할 것으로 예상되고, 치매환자에 대한 관리와 돌봄이 노인 복지의 중요한 문제로 대두되고 있다. 또한 2015년도 한국 65세 이상 노인의 자살률은 10만 명 당 58.6명으로 경제협력개발기구(OECD)국가 중 1위이며, 연령이 높아질수록 자살률이 증가하는 경향을 보여서 80대 이상의 자살률은 83.7명에 이른다.

이러한 맥락에서 본 평가보고서는 노인 건강관리 및 돌봄 정책 중에서 만성질환에 대한 보장성 강화, 치매관리 및 노인 자살예방 사업과 노인장기요양보험을 중심으로 사업의 효율성 및 형평성을 분석하고, 개선과제를 도출하려 한다.

2. 분석 대상 및 방법

관련 논문, 연구보고서 등 선행연구에 대한 문헌조사와 정부부처와의 업무협의, 담당 공무원 면담 및 민간 시설 현장 방문, 관련 전문가 대상 간담회를 통해 정부의 노인 건강관리 및 노인장기요양·돌봄 정책의 실태 및 문제점을 분석하고, 개선과제를 도출하였다.

일선에서 치매환자를 돌보고 있거나 치매관리 정책의 추진을 담당하고 있는 실무자들의 의견을 수렴하기 위하여 설문조사를 수행하였다. 설문조사 대상자는 공립요양병원, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 주야간보호센터, 방문요양 및 방문목욕서비스시설 등 노인 돌봄 시설의 담당자들과 광역치매센터 및 치매지원센터 등 치매관리 전달체계의 담당자들이다. 설문조사는 2017년 7월 25~31일 동안 이메일과 팩스를 통하여 수행하였으며, 모든 기관에 유선 통화를 통하여 답변을 요청하였다.

[표 2] 치매관리 담당자 설문 조사 현황

(단위: 명, %)

	공립 요양병원	노인 요양시설	요양공동 생활가정	주야간 보호센터	방문 요양	방문 목욕	광역 치매센터	치매 지원센터	계
대상수	79	36	17	20	17	17	30	47	263
회답수	31	16	6	7	8	2	29	33	132
응답률	39.2	44.4	35.3	35.0	47.1	11.8	96.7	70.2	50.2

자료: 국회예산정책처 작성

총 263명의 설문 대상자 중에서 132명이 회답을 보내와서 응답률은 50.2%로 나타났다. 공립요양병원, 노인요양시설, 주야간보호센터 등 노인 돌봄 시설의 담당자들과 광역치매센터, 치매지원센터 등 치매관리 전달체계의 담당자들 간에 의식 차이가 나타날 것이 예상되기 때문에 회답수 비율이 70:62로 균형이 이루어지도록 하였고, 공립요양병원과 노인장기요양서비스 시설 간에도 31:39로 균형을 고려하였다. 다만 민간요양병원은 연락처 입수의 어려움과 시간·예산상의 제약으로 설문 대상에서 제외하였다.

건강보험관리공단 자료 등 통계·조사자료 및 선행연구 분석을 통해 장기요양서비스 급여 형태별 혜택 및 본인부담의 적정성을 분석하고, 장기요양 급여 지출 및 수입 변화 추이 분석을 통해 정부의 노인장기요양보험 지원 규모·방식의 타당성을 검토하였다.

Ⅱ. 노인 건강관리 및 돌봄 사업 개요 및 현황

1. 노인 건강관리 및 장기요양보험 개요

국민의 건강관리를 담당하는 보건의료체계는 재원조달방식과 의료공급 유형에 따라 사회보험형, 국영의료형, 민간보험형의 세 가지 형태로 분류할 수 있는데, 우리나라는 독일, 프랑스, 일본 등과 같은 사회보험제도를 채택하고 있다. 건강보험제도는 위험분산, 소득재분배, 형평성 있는 비용부담과 적정한 보험급여 제공을 통해 국민의 의료서비스 이용 기회를 보장함으로써 국민건강 및 사회복지 증진을 도모하는 것을 목적으로 한다.

우리나라의 건강보험은 강제가입을 원칙으로 하며, 적용대상은 2016년말 기준으로 전 국민의 97.1%이고 직장가입자[4]와 지역가입자로 나뉜다. 건강보험료는 소득 및 부담능력에 따라 차등부담[5]하지만 보험급여는 균등하게 제공받는다. 나머지 3.0%는 대부분 의료급여 대상자[6]이다.

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등[7]의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주고자 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다.

노인장기요양보험은 2005년 7월부터 2008년 6월까지 3차에 걸친 시범사업을 실시한 후 2008년 7월부터 본격적으로 시행되었다. 2014년 7월에는 치매특별등급이

---

4) 일반근로자, 공무원, 교직원

5) 2015년 기준으로 직장가입자의 경우, 보수월액 × 보험료율(6.07% = 근로자 3.035% + 사용자 3.035%), 지역가입자의 경우 소득, 재산, 생활수준 등을 고려하여 계산한 보험료 부과점수에 점수당 단가인 178원을 곱한다.

6) 의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제를 국가가 보장하는 공공부조제도로서 건강보험과 함께 국민 의료보장의 수단이 되는 사회보장제도이다. 의료급여제도의 지원대상자는 다음과 같다. ① 국민기초생활보장수급자 ② 의료급여법에 의한 수급권자 : 행려환자 ③ 타 법률에 의한 수급권자 : 이재민, 의사상자 및 의사자의 유족, 입양아동(18세 미만), 국가유공자, 노숙인 등

7) 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.

도입되는 등 노인장기요양 등급체계가 개편되었다. 노인장기요양보험 적용 인구는 2015년말 기준, 총 52,034,424명(65세 이상 6,719,244)인데, 건강보험 적용인구 50,490,157명(65세 이상 6,222,919), 의료급여수급권자 118,888명(65세 이상 44,445명), 기초수급자 1,425,379명(65세 이상 451,880명) 등으로 구성된다.

2015년말 기준, 신청 인구는 총 789,024명(65세 이상 745,348명)이며, 일반 535,027명(65세 이상 512,040), 경감대상자 93,638명(65세 이상 88,357), (기타)의료급여수급권자 10,066명(9,834명), 기초수급권자 150,293명(135,117명)으로 구성된다.[8] 2015년말 기준, 인정 인구는 총 467,752명이며, 1등급 37,921명, 2등급 71,262명, 3등급 176,336명, 4등급 162,763명, 5등급 19,472명으로 구분된다.

2. 노인장기요양보험 체계 및 재정 현황

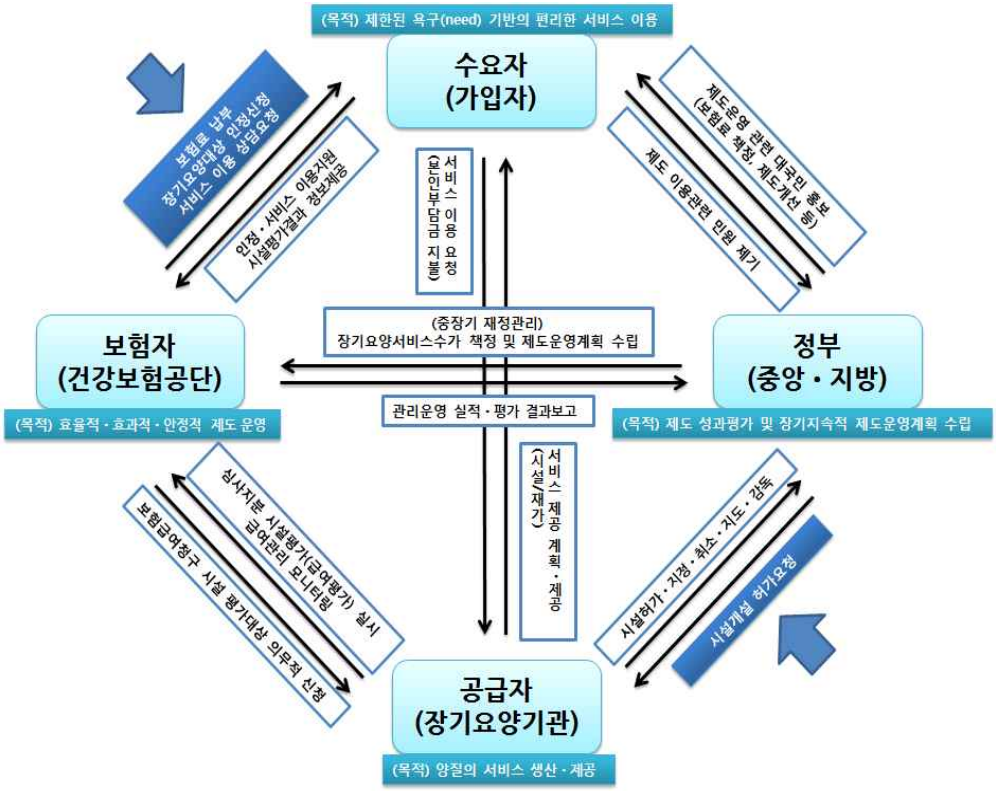
가. 기본 구조[9]

노인장기요양보험제도의 기본 구조는 다음 [그림 1]과 같다. 전체적으로 수요자(가입자)가 공급자(장기요양기관)의 장기요양서비스를 구입하고, 양자 간에 대리인(agent) 성격의 보험자(국민건강보험공단)가 위치해 있으며, 제도 전반적인 운영 계획 및 성과 평가 등을 담당하는 정부가 있다.

8) 경감대상자는「노인장기요양보험법」제40조제3항제호에 따라 본인일부부담금이 감경되는 건강보험 가입자, 의료급여수급권자는 기초생활수급권자를 제외한 기타 의료급여수급권자, 기초수급권자는 의료급여수급권자 중 기초생활수급권자이다.

9)「선우덕 외 9인, 노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.」의 내용을 요약·정리한 것이다.

[그림 1] 노인장기요양보험제도의 기본 구조



자료: 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

수요자는 미래에 발생될 큰 서비스 비용에 대처하기 위해 현재의 적은 비용(보험료)을 부담하고, 공급자로부터 적절한 서비스를 제공받게 된다. 이때 수요자는 장기요양서비스를 받을 필요가 있는 상태인지에 대해 보험자로부터 사전적으로 인정을 받아야 하고,[10] 인정받은 가입자에 한하여 공급자로부터 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 다만, 사회보험제도에서는 위험에 대한 공동 대처가 필요한 일정 수준 이상에 해당하는 자에게만 보험급여를 제공하기 때문에 장기요양 필요 욕구 수준에 제한을 두고 있다.

10) 건강보험가입자의 경우에는 의료서비스를 받을 필요가 있는지를 사전적으로 의사(치과의사 및 한의사를 포함)에게 진단, 인정받아야 하지만, 노인장기요양보험제도에서는 사전적으로 의사와 같은 특정인에 해당하는 인정조사자에게 일단 진단을 받도록 하고 있다. 이때, 건강보험제도에서는 의사의 진단 시 비용(초진료 및 재진료)이 발생하여 이용자가 부담하고 있지만, 노인장기요양보험제도에서는 비용이 발생하여도 이용자는 부담하지 않고, 전액 보험자(정부)가 부담하고 있다.

공급자(장기요양기관)는 장기요양 대상자로 인정받은 자로부터 서비스 요청이 있을 때 서비스를 제공하고 필요한 소요 비용을 보험자에게 청구하여 지불받도록 하고 있다. 이때 소요 비용의 전액을 청구하는 것이 아니라 이용자의 본인부담금을 제외한 비용을 청구한다. 서비스 공급자는 사전적으로 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 지정받아야 하는데, 이를 위해서는 공급 기관의 설치에 필요한 조건을 갖추어 각 지방자치단체에 설치 신고를 사전적으로 하여야 한다. 이는 최소한의 적정 수준의 서비스를 제공하기 위함이며, 모든 공급자는 적절한 서비스를 제공할 책임을 지닌다.

보험자(국민건강보험공단)는 가입자로부터 받은 보험료를 관리하고 장기요양 필요 상태라는 위험이 발생한 가입자에게 보험급여를 제공한다. 다만, 보험급여는 가입자(이용자)에게 직접 제공하지 않고, 서비스 공급자에게 제공한다. 아울러 보험자는 공급자가 적절한 서비스를 제공하고, 정당한 방법으로 서비스를 제공하였는지를 파악하며, 청구된 비용을 심사하여 급여비로 지급하는 것을 주요 기능으로 한다. 이와 같은 일련의 업무는 가입자와 정부로부터 위임받은 것으로 보아야 한다.

마지막으로 정부는 제도 운영에 대한 전반적인 책임을 지고 있는데, 우리나라의 경우 지방자치단체(지역) 또는 특정 기업체, 동업자 등 각 단위별로 보험자를 설립한 것이 아니라 전국의 단일 보험자 방식을 선택하고 있기 때문에 가입자 및 공급자의 관리 측면에서 지방자치단체의 역할은 매우 제한된 상태이다. 현행 제도에서 지방자치단체의 주요 기능은 공급 기관(장기요양기관)의 설치를 허가해 주는 정도이다. 이 외에 정부는 제도를 운영하는 데 필요한 관리·운영비나 국민기초생활보장 수급권자에 대한 장기요양비용을 부담하고 있다.

나. 운영 체계[11)]

장기요양서비스를 받고자 하는 사람은 우선적으로 본인이 장기요양이 필요한 상태에 있는지를 평가, 인정받아야 한다. 먼저 장기요양인정 신청을 하여야 하는데, 연령에 따라 제한이 뒤따른다. 65세 이상인 경우에는 인정신청서를 보험자에게 제출하면 되지만 65세 미만인 경우에는 법에 지정한 노인성질환[12)]이 있어야 한다. 장기요양등급의 인정 체계는 '장기요양인정신청 → 방문 인정조사 → 1차 판정 → 장기요양등급판정위원회에서의 최종 판정 → 신청자에게 통보' 순으로 구축되어 있다. 방문 인정조사는 보험자에 소속된 사회복지사 또는 간호사가 90개에 이르는 항목[13)]을 조사하고, 조사된 항목을 PC에 입력하여 사전적으로 프로그램화된 절차에 따라서 1차적으로 장기요양등급이 결정된다. 장기요양등급은 요양필요점수에 따라서 2014년 7월부터 5개의 등급으로 구분되어 있다. 1차 판정 결과와 의사소견서를 바탕으로 각 시군구에 설치된 장기요양등급판정위원회[14)]에서 최종적으로 장기요양등급이 결정되는데, 이때 장기요양필요점수가 조정되는 경우가 있다.

[표 3] 장기요양인정등급별 인정점수 분포

	기능 상태	요양필요점수
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	95점 이상
2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	75~95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	60~75점 미만
4등급	일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	51~60점 미만
5등급	경증치매환자(법 제2조에 따른 노인성질병으로 한정)	45~51점 미만

자료: 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

---

11) 「선우덕 외 9인, 노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.」의 내용을 요약·정리한 것이다.

12) 구체적으로 노인성질환에는 1. 알츠하이머병에서의 치매, 2. 혈관성치매, 3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매, 4. 상세불명의 치매, 5. 알츠하이머병, 6. 지주막하출혈, 7. 뇌내출혈, 8. 기타 비외상성 두개내출혈, 9. 뇌경색증, 10. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중, 11. 대외경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 12. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 13. 기타 뇌혈관질환, 14. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관질환, 15. 뇌혈관질환의 후유증, 16. 파킨슨병, 17. 이차성 파킨슨병, 18. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨병, 19. 기저핵의 기타 퇴행성질환, 20. 중풍 후유증, 21. 진전 등이다.

13) 이 중에서 52개 항목은 장기요양등급을 판정하는 데 활용되고, 나머지는 표준장기요양이용계획서를 작성하는 데 활용되고 있다.

14) 장기요양등급판정위원회에는 지방자치단체장이 위촉하는 위원장을 포함하여 15인으로 구성되며, 이 중에 의사 또는 한의사가 각각 1인 이상 포함되어야 하고, 나머지는 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등이 포함되어 있다. 실제적으로 위원회가 개최될 때에는 5명 정도가 참여하고, 15인 중에서 순번제 등으로 참여하고 있는 실정이다.

현행 노인장기요양보험제도는 보험급여 형태가 시설급여와 재가급여, 특별현금급여로 구분되어 있다. 즉, 시설급여와 재가급여는 현물급여만을 원칙적으로 인정하고 있으며, 장기요양수급자 중 도서·벽지에 거주하거나, 천재지변 등으로 장기요양기관의 서비스 제공이 어려운 경우, 신체·정신, 또는 성격 등의 사유로 인해 가족 등이 수발하는 경우에 예외적으로 현금급여(가족요양비)를 지급하고 있다.

이용자는 서비스 이용 시 건강보험제도와 마찬가지로 공급자에게 직접 지불하는 본인일부부담금이 있는데, 이는 소득 수준에 따라 차등이 있다. 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함) 입소의 경우, 일반 소득자는 총비용의 20%, 차상위 저소득자[15]는 10%, 기초수급권자는 무료이고, 재가 장기요양기관의 이용 시에는 각각 15%, 7.5%, 무료로 되어 있다. 다만 재가급여서비스의 경우에는 한 달에 보험급여를 받을 수 있는 한도 금액[16]을 설정해 놓고 있다. 나머지 비용은 보험자(국민건강보험공단)가 공급자에게 직접 지불하고 있는데, 이용자의 본인부담금은 법정 보험급여서비스에 한정되어 있고, 비법정급여에 대한 비용[17]은 전액 이용자가 부담하는 것으로 되어 있다. 공급자(장기요양기관)는 이용자의 본인부담금을 제외한 급여비용에 대해 사전적으로 정해진 지불 금액을 보험자에게 청구하고, 심사를 통해 지불받게 되어 있다.

다. 재정 투입 규모

노인장기요양보험의 주된 재원은 건강보험료의 6.55%를 징수하는 장기요양보험료이고, 국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하며, 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용 등을 부담한다.[18]

2016년도 노인장기요양보험 수입은 총 4조 6,636억원이고, 지출은 4조 7,068억원으로 당기수지는 2008년 시행된 이후 처음으로 432억원 적자로 전환되었다. 2008~2016년

15) 이는 건강보험제도 가입자 중 경감대상자와 의료급여수급권자를 말한다.
16) 월급여한도액 범위에 적용되는 급여서비스는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 및 단기보호급여이고, 복지용구급여는 제외되어 있다.
17) 법정급여가 아닌 내용으로 입소시설에서의 상급침실 이용에 따른 추가비용, 식재료비, 이·미용비 및 기타이다. 이는 법정 급여 내용이지만, 재가급여의 월 한도액 이상으로 서비스를 이용한 경우에도 해당한다.
18) 기초수급권자의 급여비용은 지방자치단체가 전부 부담하고, 기타의료급여 수급권자의 급여비용은 기초생활수급자 의료급여 기준 보조율에 따라 국가와 지방자치단체가 공동 부담한다.

동안의 누적수지는 2조 3,093억원 흑자이다. 수입은 보험료수입 3조 505억원(65.4%), 국고지원금 5,525억원(11.8%), 의료급여부담금 9,716억원(20.8%), 기타수입 890억원(1.9%)으로 구성되며, 지출은 보험급여비가 4조 4,120억원(93.7%)으로 대부분을 차지하고 그 밖에 관리운영비 2,775억원(5.9%), 기타지출 173억원(0.4%) 등이 있다.

[표 4] 장기요양보험 재정수지 현황

(단위: 백만원)

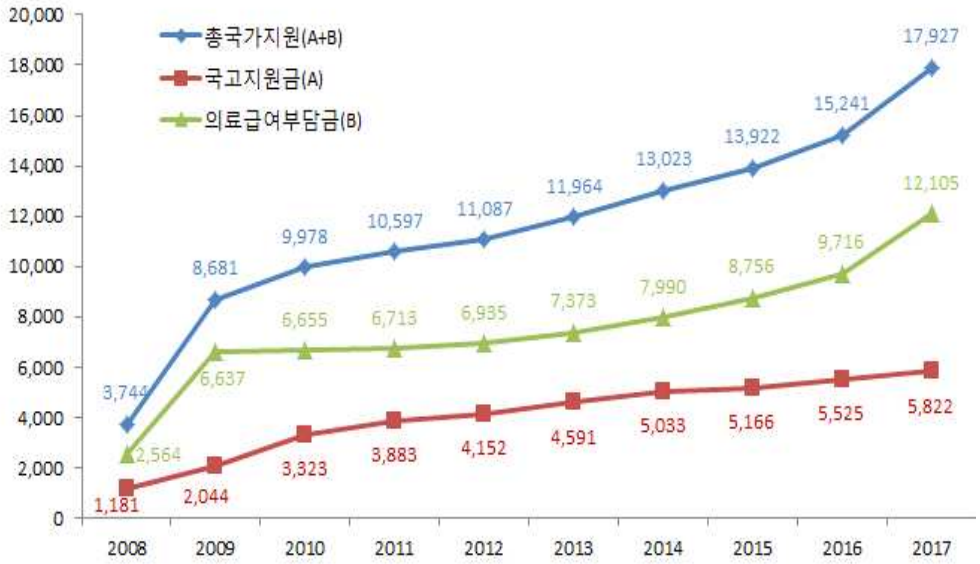
구 분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
수입		751,818	2,023,781	2,772,017	3,173,221	3,470,606	3,747,139	4,043,879	4,325,301	4,663,573
보험료수입		372,295	1,137,063	1,750,857	2,080,588	2,313,734	2,496,857	2,661,208	2,844,286	3,050,543
국고지원금		118,055	204,351	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301	516,596	552,470
의료급여부담금	소계	256,391	663,747	665,502	671,339	693,480	737,324	799,028	875,551	971,568
	국가부담금	0	49,900	20,764	29,591	28,909	34,758	36,750	35,156	34,778
	지자체부담금	256,391	613,847	644,737	641,748	664,571	702,566	762,278	840,395	936,790
기타수입		5,077	18,619	23,340	32,983	48,149	53,900	80,342	88,868	88,992
지 출		573,085	1,879,134	2,554,655	2,771,440	2,911,257	3,291,509	3,739,842	4,234,380	4,706,773
보험급여비		458,136	1,721,173	2,390,546	2,589,391	2,724,335	3,089,805	3,501,230	3,973,819	4,411,976
관리운영비		114,585	151,134	152,042	176,051	175,556	189,900	226,868	244,313	277,477
기타지출		364	6,827	12,067	5,999	11,366	11,804	11,743	16,248	17,320
당기수지		178,733	144,646	217,362	401,780	559,348	455,630	304,037	90,921	-43,201
누적수지		178,733	323,380	540,741	942,522	1,501,870	1,957,500	2,261,537	2,352,458	2,309,257

주: 현금흐름 기준
자료: 보건복지부

2017년도 예산 기준으로 노인장기요양보험에 대한 국고지원금은 5,822억원이고, 급여부담금은 국가부담금 387억원, 지방자치단체부담금 1조 1,718억원 등 1조 2,105억원이다. 노인장기요양보험제도가 처음으로 시행된 2008년 이후, 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하는 국고지원금은 지속적으로 완만하게 증가하고 있으며, 국가와 지방자치단체가 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용 등을 부담하는 의료급여부담금은 2013년부터 증가율이 상승하는 추세이다.

[그림 2] 노인장기요양보험에 대한 국가 지원 현황

(단위: 억원)



자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 재작성

3. 노후 건강관리·돌봄 정책(저출산·고령사회기본계획) 현황

정부의 고령사회 대비 정책은 3차에 걸친 저출산·고령사회 기본계획을 중심으로 추진되고 있다.

제1차 저출산·고령사회 기본계획(2006~2010)에서는 '노후 건강관리 기반 조성'과 '공적 노인요양보장체계 확립'을 위해 '노령기 기초건강 증진', '노인질환에 대한 종합 지원 강화', '치매노인에 대한 종합적인 관리 및 지원체계', '노인장기요양보험 제도의 안정적 정착 및 내실화', '노인요양시설 인프라 확충' 등에 5개년 동안 총 2조 919억원의 재정을 지출하였다.

[표 5] 저출산·고령사회 기본계획(고령화 대책) 및 재정 지출 현황

	소영역	세부영역	소관	재정규모 (5년간,억원)
1차 (2006-2010)	노후 건강관리 기반 조성	노령기 기초건강 증진	보건복지부	2,089.3
		노인질환에 대한 종합 지원 강화		
		치매노인에 대한 종합적인 관리 및 지원체계		
	공적 노인요양보장 체계 확립	노인장기요양보험제도의 안정적 정착 및 내실화		18,829.7
		노인요양시설 인프라 확충		
2차 (2011-2015)	사전예방적 건강관리체계 구축	사전예방적 보건의료체계 구축		7,281.1
	건강한 노후생활 및 의료비 지출 적정화	노년기 주요질환 관리체계 구축		27,203.6
		치매노인 관리체계 구축		
		장기요양보험 내실화		
		노령기 기초건강 증진을 위한 운동사업 활성화		
		의료비 지출 적정화		
3차 (2016-2020)	고령자 건강생활 보장	고령자 운동 활성화		13,506.3 (2016~2017)
		고령자 질병예방 및 관리 강화		
		고령자 정신건강관리 강화		
		노인의료비 부담 경감		
		포괄간호·간병 서비스 확대		
		장기요양보험제도 고도화		
		치매에 대한 대응체계 강화		
		호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화		

자료: 제1~3차 저출산·고령사회 기본계획 및 시행계획 보고서를 바탕으로 국회예산정책처 재작성

제2차 저출산·고령사회 기본계획(2011~2015)에서는 '사전예방적 건강관리체계 구축'과 '건강한 노후생활 및 의료비 지출 적정화'를 위해 '사전예방적 보건의료체계 구축', '노년기 주요질환 관리체계 구축', '치매노인 관리체계 구축', '장기요양보험 내실화', '노령기 기초건강 증진을 위한 운동사업 활성화', '의료비 지출 적정화' 등에 5개년 동안 총 3조 4,485억원의 재정을 지출하였다.

제3차 저출산·고령사회 기본계획(2016~2020)에서는 ‘고령자 건강생활 보장’을 위해 2016~2017년 동안 총 1조 3,506억원을 투입하여 ‘고령자 운동 활성화’, ‘고령자 질병예방 및 관리 강화’, ‘고령자 정신건강관리 강화’, ‘노인의료비 부담 경감’, ‘포괄간호·간병 서비스 확대’, ‘장기요양보험제도 고도화’, ‘치매에 대한 대응체계 강화’, ‘호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화’ 등을 추진하고 있다.

정부는 노인 건강관리 및 돌봄을 위하여 2018년 예산(안)에 장기요양보험제도 고도화 7,238억원, 치매관리체계 구축 2,332억원, 호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화 52억원, 노인 의료비 부담 경감 30억원 등 총 9,658억원을 편성하였다.

[표 6] 노인 건강관리 및 돌봄 사업 현황

(단위: 백만원)

사업명	2017년 예산	2018년 예산(안)
고령자 질병예방 및 관리 강화	818	690
노인 의료비 부담 경감	2,629	2,992
장기요양보험제도 고도화	668,868	723,784
치매에 대한 대응체계 강화	218,512	233,156
호스피스 활성화 등 후기의료체계 강화	3,775	5,212
계	894,602	965,834

자료: 보건복지부 제출자료(2017.10.)

Ⅲ. 해외 주요국 사례

각국은 국민의 의료서비스 이용을 보장함으로써 국민건강 및 사회복지 증진을 도모하는 것을 목적으로 하는 보건의료체계를 구축하고 있다. 특히 전 세계적으로 급속한 고령화가 진행되면서 의료서비스 및 돌봄의 필요성이 커졌고, 주요국들은 노인 건강관리 및 돌봄 정책을 적극적으로 추진하고 있다.

또한 인구고령화와 함께 치매환자가 급증함에 따라 치매를 국가적으로 다루어야 할 중요한 정책 과제로 인식하고, 정부를 중심으로 한 다양한 정책이 마련되고 있다. 치매환자를 돌보는 것은 막대한 시간적·경제적 비용을 초래하기 때문에 이러한 부담을 치매환자와 가족에게만 지울 수 없다는 공감대가 형성되고 있기 때문이다. 국제적으로도 치매관리정책에 대한 관심이 고조되고 있는 가운데, 2013년 개최된 G8 치매정상회의(G8 dementia summit, Department of Health, 2013)를 비롯하여 OECD와 WHO와 같은 주요 국제단체를 중심으로 치매관리정책을 수립·추진하고 있다.

이 장에서는 치매관리정책을 중심으로 주요국의 노인 건강관리 정책을 검토한 후, 노인 돌봄 정책의 핵심이라고 할 수 있는 노인장기요양보험의 국외 사례를 비교·분석하였다.

1. 노인 건강관리 정책 국외 사례 - 치매관리체계를 중심으로

가. 일본

일본은 1961년 전국민건강보험제도를 시행하였다. 1973년에 「노인보건법」에 의해 노인 의료비 무료화제도를 도입하여 노인 의료비를 모두 정부에서 부담하였으나 이는 보험재정을 악화시키는 원인이 되었다. 이에 따라 1983년에 노인 의료비 무료화 제도를 폐지하고, 70세 이상 노인을 대상으로 의료비를 지원하는 노인보건제도를 시행하였다.[19]

2006년 10월 의료보험제도 개혁을 단행하여, 전체 의료비 지출의 상당 부분을 차지하고 있는 고령자에 대하여 기존의 약자라는 개념에서 벗어나 고령자라 하더라도 일정 수준 이상의 소득이 있는 경우 현역세대와 동등하게 의료비를 부담하도록 하였다.[20] 2008년 4월에는 노인보건제도 대신 75세 이상의 초고령자 대상의 독립형 보험제도인 후기 고령자의료제도를 시행하였다.

일본은 1987년 '보건부의 노인 치매 대책 방안 마련 촉구'에 대한 보고서를 발간하였고, 1989년에 '고령자보건복지 추진 10개년 전략(Gold Plan)'을 수립하였다. 2005년 '치매에 대한 이해 및 지역 네트워크 구상을 위한 10년 계획'을 수립하였고, 2006년 「개호보험법」 제정 이후 첫 개정 시 치매환자 지원을 강화하고자 법의 목적에 '고령자의 존엄 유지'를 추가하였다.

2008년 '치매환자에 대한 의료서비스 및 삶의 질 개선을 위한 긴급 프로젝트'를 실시하였고, 2012년 「개호보험법」에 '치매에 관한 조사·연구 추진' 규정을 추가함으로써 국가치매정책을 강화하였으며, 2012년 국가 차원의 최초 치매관리 종합계획인 '치매 대책 추진 5년 계획(Orange Plan; 이하 오렌지 플랜)'을 발표하였다. 2015년에는 '치매 정책을 가속화시키기 위한 종합 전략(New Orange Plan; 이하 뉴 오렌지 플랜)'을 발표하였다.

오렌지 플랜에서는 치매환자 대상 서비스 제공 중심의 정책이 추진된 반면, 뉴 오렌지 플랜에서는 사회적인 인식개선, 치매환자 친화적 지역사회 형성을 통한 분위기 개선을 위한 정책이 수립되었다([표 7] 참조).

---

19) 한국보건사업진흥원, 「주요국의 의료서비스산업 정책 연구」, 2013.
20) 한국노동연구원, 일본의 의료제도 구조개혁, 「국제노동브리프」, 2006.

[표 7] 일본의 제1,2차 치매관리종합계획 비교

구분	오렌지 플랜(1차)	뉴오렌지 플랜(2차)
추진 시기	2013년 ~ 2017년	2015년 ~ 2025년
추진 비전	치매 대책 추진 5년 계획	치매 정책 가속화 위한 종합 전략
추진 방향	치매 초기 사전 대응하는 방식	9개 부처와 공동으로 치매 대책 추진
	재택중심 서비스	치매관리경로 상 의료와 개호서비스 간의 연계
	치매환자 거주 지역 중심의 일상생활 지원 서비스	치매환자 친화적인 지역사회 형성
추진 정책	표준 치매관리경로의 작성 및 보급	치매에 대한 이해를 위한 보급·계발의 추진
	조기 진단, 조기 대응	치매 경과에 따라 시의적절한 의료 및 돌봄 서비스 등 제공
	지역에서의 일상생활 및 가족지원 강화	젊은 치매환자에 대한 시책 강화
	지역에서의 일상생활 및 가족지원 강화	치매환자의 돌봄 제공자에 대한 지원
	지역에서의 생활을 유지하는 개호서비스의 구축	치매환자를 포함한 고령자 친화적 지역사회 만들기
	젊은 치매환자에 대한 시책의 강화	연구개발 및 성과의 보급 추진
	의료 및 개호서비스를 담당하는 인재 육성	치매환자와 가족 관점 중시

자료: 김민경 외 1인, “국내외 치매관리정책에 대한 비교연구”, 국가정책연구 제31권 1호(2017), 242쪽

오렌지 플랜에서 치매환자들이 치매관리경로에서 다양한 접점을 통해 특정 의료서비스와 사회복지서비스를 제공받을 수 있도록 통합·연계하는 노력이 있었으나, 여전히 치매관리경로에서 이들 간의 연계에 단절이 있음이 확인되었다.[21] 이에 따라 뉴오렌지 플랜을 수립하여 치매환자들이 익숙한 환경에서 지속적으로 생활을 영위해 나갈 수 있도록 지역사회를 형성하고, 치매환자들의 의견이 존중되고 가능한 오랫동안 익숙한 지역 환경에서 즐겁게 생활할 수 있는 사회의 실현을 지원하고자 하였다.([표 8] 참조)

21) Nakanishi, M., Nakashima, T, "Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health and social care system?." Alzheimer's & Dementia, 10(2010): 468~476

[표 8] 일본 뉴오렌지 플랜의 주요 정책 내용

추진 정책	세부 내용
치매에 대한 이해를 위한 보급·계발의 추진	1. 치매에 대한 사회적 이해도 제고를 위한 캠페인 실시
	2. 치매 서포터 양성 및 활동 지원
	3. 학교 교육 등 치매환자를 포함한 고령자에 대한 이해 제고 추진
치매경과에 따라 시의적절한 의료 및 돌봄서비스 등의 제공	4. 조기 진단 및 대응을 위한 체제 정비(주치의, 치매지원 의사 등)
	5. 행동심리증상(BPSD)과 신체 합병증 등에 대한 적절한 대응
	6. 치매환자들의 생활을 지원하는 돌봄서비스 제공
	7. 의료 및 돌봄서비스 등의 유기적인 연계 추진 : 치매경로 활용
젊은 치매환자에 대한 시책 강화	8. 도도부현마다 상담창구 설치 및 젊은 치매환자의 요구 파악 등
치매환자의 돌봄 제공자에 대한 지원	9. 치매환자 간병인의 부담 경감, 일과 돌봄의 양립
	10. 치매환자 가족 등에 대한 지원
치매환자를 포함한 고령자 친화적 지역사회 만들기	11. 생활지원(가사, 배식, 외출, 치매환자에 대한 지원)
	12. 생활하기 편한 물리적 환경 정비
	13. 취업, 사회 참여 지원
	14. 안전확보(고령자 주시, 교통안전, 학대방지 등)
연구개발 및 성과의 보급 추진	15. 치매예방법, 진단법, 치료, 재활모델, 돌봄모델 등 연구개발 및 성과보급
치매환자와 가족 관점 중시	16. 치매환자 관점에서 치매에 대한 사회의 이해를 위한 전국 캠페인 전개
	17. 초기단계 치매환자들의 요구 파악 및 삶의 만족도 증진을 위한 지원
	18. 치매 시책의 기회, 입안 및 평가 시 치매환자와 가족 참여

자료: 김민경 외 1인, “국내외 치매관리정책에 대한 비교연구”, 국가정책연구 제31권 1호(2017), 242쪽

나. 독일

독일은 1961년에 전국민 건강보험제도를 시행하였다. 1970년대에 주 정부마다 상이한 수급자격과 주 정부의 재정압박 등으로 독자적인 장기요양제도의 필요성이 대두되었다. 1988년에 「질병보험개혁법」을 제정하여 일부 수발급여를 제공하였고, 1994년에 건강보험 외에 「장기요양보험제도」를 도입하였다.

독일은 1950년대에 민간 종교단체 차원의 정신병원입소 서비스 중심으로 치매 환자를 관리하였고, 1960년대에는 주 차원의 수발(Pflege)직업을 도입하였다.[22] 1995년에 "일상화 접근방법(Normalisie rungsansatz)"이라는 개념을 정립하여, 치매 시설 입소자 중심으로 정책 전환을 도모하였다. 또한 치매 돌봄을 위한 전문 집단 결성과 돌봄 활동 지침을 작성하였다.

2002년에 치매 등급인정자 중 재가서비스를 받는 경우, 연간 최대 460유로를 추가지원하기 시작하였고, 2008년에는 기존의 수발 등급 3단계에 수발 0등급(치매와 관련한 일상적인 돌봄이 필요하다고 판단되는 경우)을 추가하여 현금급여와 현물급여를 지급하게 되었다. 2015년 「제2차 장기요양보험법 강화(The Second Act to Strengthen Long-Term Care)」를 통해 2017년부터 "보살핌을 필요로 하는 범위(in need of care)"에 대한 정의를 수정하였다. 기존의 3단계 등급제를 5단계 등급제로 수정하여, 물리적 보살핌뿐만 아니라 정신적 도움이 필요한 치매환자들까지도 범위에 포함시켰다.[23]

독일 치매관리체계는 과거 정신병원과 같이 "격리"하는 것을 중점적으로 두는 것에서 "원하는 곳"에서 생활할 수 있도록 하는 것으로 변화되었다고 볼 수 있다.

[표 9] 독일 치매시설의 개념 변화

시기	치매시설 개념
1940~1960년대	1세대: 정신병원개념으로 격리시설 강조
1960~1970년대	2세대: 시설개념으로 병원중심
1980년대	3세대: 주거개념으로 주거시설 강조
1990~2000년대	4세대: 공동주택개념으로 가족 강조
2011년 이후	5세대: 일반주거지 주택개념. 원하는 곳에서 생활하는 것을 강조

자료: 엄기욱 외 5인, 「치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스기준에 관한 연구」, 보건복지부, 2013.12.

22) 엄기욱 외 5인, 「치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스기준에 관한 연구」, 보건복지부, 2013.12.

23) Gerhard Bäcker, Reform of the long-term care insurance in Germany, ESPN Flash Report 43, 2016.

다. 영국

영국은 1946년「국가보건의료서비스법(National Health Service Act)」제정을 통해 국가보건서비스체계(National Health System; NHS)를 도입함으로써 무상으로 제공하는 보편적 의료보장제도를 실시하였다.[24] 1948년에「국민부조법」제정으로 영국 내 공공부조제도의 기틀을 마련하였다.

1990년「국민보건서비스 및 지역사회보호법(NHS and Community Care Act)」을 제정하였고, 2001년: 정부 문서 "National Service Framework for Older People"의 발표를 통해 현행 노인서비스 정책의 근간을 마련하였다.

영국은 2007년에 치매환자들이 적합한 서비스를 받음으로써 사회 전반에 긍정적으로 기여하고자 치매환자와 가족들을 대상으로「사회서비스 전환에 관한 계획(NHS, 2007)」을 발표하였다. 2008년에는「치매관리에 관한 임상지침」및「치매환자의 보호자들에 대한 전략」및「생애말기에 대한 보호 전략(Department of Health, 2008)」을 발표하였다.

2007년 감사원(National Audit Office; NAO) 보고서에서 치매에 대한 포괄적·효율적 국가대책의 필요성과 시급성을 언급함에 따라, 2009년 제1차 국가치매전략(이하 '국가전략')을 발표하였다. 보건부에서 발표한 이 국가전략은「Living well with dementia: national dementia strategy」라는 5개년 치매종합계획으로서, 영국이 국가차원에서 수립한 첫 종합계획이다.

2012년에는 영국 총리가 치매 정복을 위한 연구와 환자관리를 국가 최우선 정책으로 내세우며 제2차 국가치매전략인 'Prime Minister's challenge on dementia : delivering major improvement in dementia care and research by 2015'를 발표하였다. 2015년에 제3차 국가치매전략인 'Prime Minister's challenges on dementia 2020' 발표함으로써 연구증진을 비롯하여 치매관리에 대한 개선 및 영국 내 대중들의 치매에 대한 인식개선에 초점을 두었다.[25]

초기 정책에서 치매환자의 건강불평등을 해소하는 데 초점을 두어 서비스를 제공했다면, 2차부터 근본적인 치매관리를 위해 연구 분야에 보다 더 강화된 정책을 수립하기 시작하였다. 마지막 3차 국가전략에서는 환자를 비롯하여 돌봄 제공자들에 대한 삶의 질 향상을 위한 세부정책들을 수립하였다.([표 10] 참조).

---

24) 한국보건사회연구원, "영국 NHS", 글로벌 사회정책 브리프 제19호, 2016., 1~4쪽

25) Parkin, B., Baker, C.,「Dementia: policy, services and statistics」, London: House of Commons Library, 2016.

[표 10] 영국의 연차별 국가치매관리정책 비교

구분	제1차 국가전략	제2차 국가전략	제3차 국가전략
추진 시기	2009년 ~ 2013년	2012년 ~ 2015년	2016년 ~ 2020년
추진 비전	치매환자로서 잘 살기	치매 정복을 위한 연구와 환자관리	치매환자 및 돌봄제공자들에 대한 근본적인 삶의 질 향상
추진 방향	치매서비스 개선 및 치매관련 건강불평등 해결	치매환자 요양서비스에 대한 질 제고	치매환자관리서비스 수준 향상
	치매서비스 계획, 개발 및 모니터링 지원	NHS와 사회서비스에 대한 미래의 부담 경감	치매관리 정책 강화
	치매환자 및 가족들의 기대치 반영 서비스 제공	체계적인 인프라 구축	잠재적인 치매환자 수 최소화
추진 정책	인식개선 및 이해	보건복지서비스에 대한 개선 유도	사회적 인식개선 및 위험감소
	조기진단 및 지원	치매 친화적인 지역사회 구축	가정 및 보건기관내 건강 및 돌봄서비스 지원
	치매와 함께 건강한 삶 살기	연구 강화	연구개발 강화

자료: 김민경 외 1인, “국내외 치매관리정책에 대한 비교연구”, 국가정책연구 제31권 1호(2017), 247쪽

특히 2015년 제3차 전략에서는 치매에 대한 인식개선, 치매환자에 대한 지속적이고 통합적인 조기진단과 치료 및 지원체계 확립, 중앙정부와 지자체, 의료기관과 의료 인력의 역할강화, 연구개발 증진 등 2012년보다 모든 분야에서 치매관리에 대한 보다 강화된 정책을 포괄하고 있다([표 11] 참조).

[표 11] 영국 국가치매관리전략의 주요 정책 내용(2016~2020년)

추진 정책	세부 내용
위험관리 및 경감	1. 대중들의 인식 개선 및 치매 발병 위험 증감요인에 대한 이해 제고
진단율 향상	2. 전국 모든 치매환자들의 진단 접근성에 대한 형평성 제고(GP로부터 전문서비스로 연계 받은 후 평균 6주 이내에 초기평가)
진단 후 지원	3. GP의 치매환자들에 대한 치료 지속성과 통합조정 역할 중요성 제고
돌봄제공자들에 대한 지원	4. 치매환자 돌보미들에 대한 지원 내용 및 정보 제공 5. 사업장 내 돌보미 친화적인 정책 분위기 형성 지지
가정 내 돌봄	6. 독립적인 생활공간에 중점을 둔 친숙한 가정 내 돌봄 지원

추진 정책	세부 내용
병원 및 케어홈 내 돌봄	7. 모든 병원 및 케어홈에서 치매 친화적인 보건의료환경 기준 마련
향정신성의약품의 부적절한 처방 감소	8. 향정신성의약품의 부적절한 처방 감소 9. 보건의료 관계자들에 대한 치매환자관리 관련 교육 제공
생애말기 돌봄	10. 치매환자와 돌봄제공자들에게 통합적, 진정성 있는 케어 지원
치매교육, 훈련 및 전문 인력 양성	11. NHS(국가보건서비스체계)담당자들 대상 적합한 치매교육 제공
연구개발 강화	12. 치매연구에 대한 재정지원 확대 13. 치매 치료법 및 질병치료제 개발

자료: 김민경 외 1인, "국내외 치매관리정책에 대한 비교연구", 국가정책연구 제31권 1호(2017), 249쪽

2. 노인장기요양보험 국외 사례[26]

가. 일본

1) 제도의 발전 과정

일본의 장기요양보험제도는 2000년 4월 '개호보험제도'를 시행함으로써 도입되었다. 기존의 노인복지법으로는 고령화에 따른 인구사회적 변화에 대응하는 것이 불가능해졌고, 비영리단체만이 운영 가능한 기존의 서비스는 이용자의 서비스선택권을 제한하여 늘어나는 장기요양 보호 욕구에 대하여 대처하기 어려웠기 때문이다. 따라서 개호보험제도의 주요 도입 목적은 노인케어를 사회적 차원에서 제공하여 가족의 부담을 완화시키는 것, 민간 사업자를 포함한 다양한 공급자를 참여시켜 이용자의 서비스 선택권을 확대시키는 것, 보험료를 재원으로 하여 전체 서비스의 양을 확대하겠다는 것이었다.

2005년에는 지역포괄지원센터를 설치하여 지역밀착형 서비스를 본격적으로 실시하였으며, 재가서비스의 활성화를 위하여 시설 입소자에 대한 거주비와 식비를 보험급여에서 제외하였고, 경미한 등급을 세분하고 이들을 지역포괄센터로 이관하는 등 예방 중시형 시스템으로의 전환을 추구하였다. 2008년에는 장기요양보험서비스 사업자의 부정행위를 방지하기 위한 관할지역 중심 허가·실사제도, 관리체계의

26) 「선우덕 외 9인, 노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.」의 관련 내용을 요약·정리한 것이다.

의무화 등 제도를 개선하였다. 2011년에 정기·수시대응형 서비스와 복합형서비스를 신설하였고, 2015년에는 시설입소에 등급 제한을 두는 등 시설서비스보다는 재가서비스를 강화하는 방향으로 제도를 시행하고 있다.

[표 12] 일본 장기요양보험제도의 도입과 이후 추진 과정

연 도	주요 내용
2000	○ 개호보험제도 실행(4월) – 노인케어에 대한 가족 부담 완화 – 다양한 장기요양서비스 공급자를 참여하게 하여 서비스 선택권을 확대 – 보험료를 재원으로 하여 전체 서비스의 양을 확대 – 사회적 입원을 감소시켜 의료비 적정화
2005	○ 1차 제도 개혁(6월) – 예방중시형 시스템으로의 전화 ▹경증자 등급의 세분화 ▹예방급여 대상자에 대한 케어는 지역포괄케어센터로 이관 – 시설급여의 개선 ▹시설입소자에 대하여 거주비와 식비를 보험급여에서 제외 – 신규서비스 체계의 확립 ▹지역밀착형 서비스의 신설(지역포괄지원센터) – 부담 방식 및 제도 운영 개선 ▹제1호 보험료의 개선, 요개호 인정의 개선
2008	○ 2차 제도 개혁(2008) – 개호서비스 사업자의 부정행위를 방지하기 위한 허가 제도, 실사제도, 관리체계의 의무화 등 제도 개선
2011	○ 3차 제도 개혁(2011) – 지역포괄케어시스템 구축 – 재가서비스의 확충 ▹정기순회/수시대응형 방문개호간호서비스, 복합형서비스의 신설
2014	○ 4차 개혁(2014) – 재택의료와 개호와의 연계, 치매대책 추진, 지역케어회의 추진, 생활지원서비스의 강화 및 신규 재정지원제도 구축, 예방급여 – 시설입소에 대하여 요개호 3등급자 이상으로 제한
2015	○ 5차 개혁(2015) – 재택의료 및 개호연계의 추진 등 지역지원사업 강화 – 예방급여의 지역지원사업으로 이관 – 시설 입소는 중등도 이상의 고령자를 대상으로 제한 – 저소득자의 보험료 경감 확충 – 일정소득 이상의 이용자에 대한 본인부담률 20%로 인상

자료: 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

2) 운영 체계

일본의 장기요양보험제도는 보험 대상을 65세 이상의 노인(제1호 피보험자)과 40~65세 미만의 의료보험가입자(제2호 피보험자)로 구분하여 서비스를 제공한다. 제1호 피보험자의 경우, 장기요양보호가 필요한 상태(요개호 상태)이거나 지원을 받을 수 있는 상태(요지원 상태)에 있으면 서비스 수급권이 발생하며, 제2호 피보험자는 요개호 또는 요지원 상태에서 초로기 치매나 뇌혈관 장애 등 노화에 기인하는 질병을 지닌 자를 수급권자로 설정하고 있다. 서비스 수급권자는 보험자에 해당하는 시정촌에 보험 자격을 신청해야 하며, 시정촌은 방문조사를 통해 1차로 장기요양등급을 결정하고, '개호인정심사회'에서 1차 결정 결과를 기준으로 주치의 의견서와 방문조사 시 특이사항 등을 참고하여 최종적으로 장기요양등급을 결정한다. 현재 일본의 장기요양등급은 요개호 등급이 5개, 요지원 등급이 2개로 총 7개로 구분되어 있다.

장기요양보험의 급여는 원칙적으로 현물로만 제공하는데, 이는 다시 시설급여와 재가급여로 구분할 수 있으며, 등급에 따라 이용할 수 있는 급여서비스의 내용이 달라진다. 서비스 수급자는 총비용의 10%를 본인이 부담하고, 나머지 비용은 보험자가 공급자에게 지급하고 있다. 다만 2015년도부터 고소득층에 한해서 본인부담률을 20%로 상향 조정하였다. 그리고 본인부담 상한액을 초과하면, 초과액을 고액개호서비스비의 명목으로 지급하고 있다. 또한 재가급여서비스를 이용할 때에는 보험급여의 월지급상한액이 설정되어 있어서 상한액을 초과하면 전액 이용자가 부담하여야 한다.

장기요양보험제도는 가입자 보험료와 정부예산이 각각 50%씩 재원으로 사용되고 있다. 보험료는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자 간 부과 방식을 달리하여 적용한다. 정부의 부담금은 중앙정부가 전체의 25%, 도도부현이 12.5%, 시정촌이 12.5%를 분담하고 있다.

일본은 장기요양서비스의 내용 및 운영 실태에 관한 정보를 공개하여 이용자가 직접 선택하게 함으로써 서비스의 질을 관리하고 있으며, 시설로써의 지정을 6년마다 갱신하고 지정이 취소되면 향후 5년간 개설하지 못하도록 하고 있다.

3) 운영 현황

일본의 장기요양보험 재정수지 현황을 살펴보면 다음 [표 13]과 같다. 장기요양보험 제도의 도입 이후 재정수지율은 2000년의 94.5%을 제외하고는 대부분 98%내외로 유지되고 있다. 이는 보험제도 자체가 단기성이기 때문에 PAYGO(pay-as-you-go)방식, 즉 재정수입에 기반을 둔 재정 지출 방식으로 운영되어왔기 때문으로 보인다. 2006년도에 재정수지율이 96.1%로 감소한 것은 2005년도의 제도 개혁으로 인하여 급여지출이 축소되었기 때문이나, 이는 어디까지나 일시적인 현상으로 3년 후인 2009년도부터 다시 98%대 수준으로 회귀하였다. 그리고 개호급부비준비기금의 규모를 보면, 초년도의 2천억 엔 수준에서 최근 3천억 엔 수준으로까지 증액, 유지되고 있는 것으로 나타나고 있다.

[표 13] 일본 장기요양보험제도의 성과(재정수지율)

(단위: 억 엔)

	총수입(A)	총지출(B)	수지율(B/A)(%)	개호급부비준비기금
2000	38,000	35,899	94.5	1,123
2001	46,566	45,530	97.8	1,888
2002	50,480	49,835	98.7	1,944
2003	54,863	54,070	98.6	2,259
2004	59,309	58,289	98.3	2,021
2005	62,313	61,053	98.0	1,663
2006	65,688	63,104	96.1	2,140
2007	69,188	67,437	97.5	3,178
2008	72,351	70,469	97.4	4,050
2009	75,383	74,174	98.4	4,426
2010	78,326	77,318	98.7	3,962
2011	82,093	81,110	98.8	2,848
2012	87,875	86,545	98.5	3,123
2013	91,650	90,172	98.4	3,154
2014	96,142	94,446	98.2	3,024

자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도

장기요양보험 급여지출의 구성을 살펴보면, 지역밀착형 서비스를 도입하기 이전인 2005년 이전까지 재가서비스가 전체의 33.3%(2000년)에서 51.9%로 증가한 반면, 시설서비스는 66.1%에서 48.1%로 감소하였다. 이는 그동안 지속적으로 재가서비스를 확충해왔다는 것을 의미한다. 그리고 지역밀착형 서비스가 도입된 2006년 이후를 보면, 2006년도 재가서비스가 전체의 48.8%, 시설서비스가 44.4%, 지역밀착형 서비스가 6.8%였지만, 2014년도에는 각각 54.6%, 34.0%, 11.4%로 지속적으로 재가서비스 비중이 높아진 반면에 시설서비스 비중은 축소되어 왔으며, 특히 지역밀착형 서비스 비중은 도입 초기에 비해 거의 2배 가까이 늘어난 것으로 나타나고 있다.

[표 14] 일본 장기요양보험제도의 성과(급여 유형별 구성 비율)

(단위: 억 엔, %)

	재가서비스	지역 밀착형 서비스	시설서비스	합계
2000	10,956 (33.9)	-	21,336 (66.1)	32,292 (100.0)
2001	15,926 (39.0)	-	24,958 (61.0)	40,884 (100.0)
2002	19,688 (42.6)	-	26,572 (57.4)	46,260 (100.0)
2003	23,568 (46.5)	-	27,085 (53.5)	50,653 (100.0)
2004	27,064 (49.0)	-	28,157 (51.0)	55,221 (100.0)
2005	29,370 (51.9)	-	27,212 (48.1)	56,582 (100.0)
2006	24,914 (48.8)	3,485 (6.8)	22,649 (44.4)	51,048 (100.0)
2007	28,626 (49.0)	4,450 (7.6)	25,293 (43.3)	58,369 (100.0)
2008	30,228 (49.8)	5,082 (8.4)	25,431 (41.9)	60,741 (100.0)
2009	32,923 (50.7)	5,680 (8.7)	26,373 (40.6)	64,976 (100.0)
2010	35,455 (51.8)	6,240 (9.1)	26,700 (39.0)	68,395 (100.0)
2011	37,828 (52.6)	7,010 (9.7)	27,097 (37.7)	71,935 (100.0)
2012	40,853 (53.3)	8,027 (10.5)	27,704 (36.2)	76,584 (100.0)
2013	43,362 (54.1)	8,659 (10.8)	28,142 (35.1)	80,163 (100.0)
2014	45,765 (54.6)	9,515 (11.4)	28,506 (34.0)	83,786 (100.0)

자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도

나. 독일

1) 제도의 발전 과정

독일의 장기요양보험제도는 1970년대 발생한 노인수발 이슈에 대한 대안으로 처음 제시된 후 20여 년의 준비과정을 거쳤다. 그리고 1994년 5월 사회법전 제11권(Sozialgesetzbuch XI)으로 사회보험으로서의 장기요양보험이 제정되었으며, 1995년 4월 1일부터 장기요양보험제도가 시행되었다.

2008년부터는 장기요양지속발전법이 시행되어 보험료와 급여가 동시에 확대되었으며, 장기요양지원센터를 설립하고 재가서비스의 활성화를 추진하는 방향으로 추진되었다. 2013년 1월1일부터 신장기요양이행법이 시행되어 보험급여를 인상하고 요양서비스의 범위를 확대하였으며, 보험료를 0.1%p 인상하여 재원으로 활용하였다. 또한 비공식 수발자에 대한 지원 강화와 주거공동체의 재가급여액을 인상함으로써 지속적으로 재가서비스를 강화하는 방향으로 추진되었다.

2015년에는 장기요양강화법I을 시행하여 보험급여는 물가상승률에 연동시켰으며, 보험료율을 인상하고 장기요양준비기금을 마련하여 재정의 안정화를 추구하도록 하였다. 기본적으로 독일의 장기요양보험은 노인이 장기요양 필요상태가 되지 않도록 하는 것과 장기요양상태가 되어도 시설에 입소하지 않고 재가서비스를 받도록 하는 것을 목표로 운영되고 있다.

[표 15] 주요 독일 장기요양 관련 법 제정 및 개정 내용

연 도	법령 및 내용
1994	사회법전 제11권(장기요양보험법) 제정
1995	장기요양보험제도 시행: - 부분시설서비스를 포함한 제가급여 제공
1996	사회법전 제11권 개정: - 1996년 7월 1일부터 시설급여 제공
2002	장기요양품질보장법(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)): - 장기요양기관 내 품질관리 의무화 - 품질보장, 품질개발, 소비자 권리 강화 장기요양보험급여보완법(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz): - 치매환자, 정신장애인, 정신질환자 등을 위한 급여 추가
2005	자녀참작법(Kinder-Berücksichtigungsgesetz): - 24세 이상 무자녀 가입자의 0.25% 포인트 추가보험료 납부 의무화

연 도	법령 및 내용
2008	장기요양지속발전법(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz): - 보험료를 0.25% 포인트 인상하면서 동시에 급여 확대 - 예방 및 재활 강화
2013	신(新)장기요양이행법(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz): - 보험료율을 1.95%에서 2.05%로 인상하면서 급여 인상 및 범위 확대 - 비공식 수발자 지원 강화 - 주거공동체의 재가급여액 인상
2015	장기요양강화법 I(Erstes Pflegestärkungsgesetz): - 2015년부터 시행 - 보험료율을 2.35%로 인상하면서 급여는 물가상승률에 연동 - 재정안정화를 위한 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds) 마련 - 재가급여 확대/비공식 수발자 지원 강화

자료: 선우덕 외, 「노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 2016

2) 운영 체계

독일의 장기요양보험제도에서는 적용대상을 장기요양을 필요로 하는 자로서 신체적·정신적·정서적 질병이나 장애로 인하여 규칙적으로 반복되는 일상활동을 수행하는데 최소 6개월 이상 지속적으로 도움이 상당히 필요로 하는 자로 규정하고 있다. 장기요양서비스를 이용하기 위해서는 MDK(Medizi-nischer Dienst der Krankenversicherung)에 등급판정을 신청해야 하며, MDK는 규정에 따라 신청자의 장기요양등급과 급여 종류를 장기요양보험조합에 권고한다. 장기요양보험조합에서는 이를 근거로 이용자에 대한 등급을 판정한다. 독일의 장기요양 등급은 공식적으로 3등급으로 구분되지만, 등급은 받지 못했으나 치매환자와 같이 일상생활을 수행하는데 현저한 제한이 있을 경우에 '0등급'으로 판정하며, 3등급자 중 중증치매환자와 같이 특별히 많은 도움이 필요한 자들을 '특별히 위중한 경우(Härtefall)'로 추가 구분하고 있다.

독일의 장기요양보험서비스는 시설급여와 재가급여, 현금급여, 비공식수발자를 위한 급여, 장기요양지원센터의 상담서비스로 구분할 수 있으며, 2015년 기준 보험급여액은 아래의 표에 정리되어 있다.

[표 16] 독일의 장기요양보험급여액 변경 추이(2015.1. 기준)

(단위: 유로)

급여의 종류		0등급	1등급	2등급	3등급
재가현물급여(월 상한액)	비치매	-	468	1,144	1,612 (1,995)
	치매	231	689	1,298	1,612 (1,995)
재가현금급여(월액)	비치매	-	244	458	728
	치매	123	316	545	728
대체수발(수발자의 지장발생, 연간) A형 (친척)	비치매	-	366	687	1,092
	치매	1845.0	474	817.50	1,092
대체수발(수발자의 지장발생, 연간) B형 (비친척)		1,612			
복지용구(소모품)(월 상한)		40			
기술적 복지용구		비용의 100%			
주택개조(건당 상한액)		4,000			
주야간보호(월 상한)	비치매	-	468	1,144	1,612
	치매	231	689	1,298	1,612
단기보호(연간 상한)		1,612			
시설보호(월 상한)		-	1,064	1,330	1,612 (1,995)
장애자 지원을 위한 종일입소시설개호 (장애자의 사회 참가, 교육, 양육 목적)			시설수가의 10%(최고 월 266유로)		

주: 1유로=1,333.27원(2017.8.9. 기준)

자료: BMG, 2016a:2.

재가현물급여는 방문요양, 복지용구, 현금·현물연계급여, 대체수발, 주거환경개선지원금 등으로 분류되는데, 주로 기초수발(Grundpflege)과 가사지원서비스를 지칭하며, 2013년 1월부터 가정내돌봄(häusliche Betreuung)서비스가 추가로 제공되고 있다. 최소 231유로에서 1,995유로까지 등급에 따라 급여액이 달라진다.

재가현금급여는 수급자가 본인을 수발하는 가족이나 친척 또는 자원봉사자 등에게 대가로 줄 수 있는 서비스를 말하며, 현금급여와 현물급여를 연계한 혼합급여도 가능하다. 대체수발(Ersatzpflege)은 장기요양 수급자가 사적으로 고용한 수발자가 휴가나 질병으로 단기간 수발을 하지 못하게 될 경우 지급되는 서비스이며, 매년 6주까지 가능하다.

복지용구(Pflegehilfsmittel)는 가정수발에 도움을 주는 기구와 물품의 지원 및 대여를 의미하는데, 매월 최고 40유로까지 지원금이 지급된다. 보장구를 구매할 때는 개인부담금(최소 10%, 최대 25유로)을 지불해야 한다. 주거 환경 개선은 수급자가 주거 환경을 개선함으로써 가정에서 수발이 가능할 경우에 지원되는 서비스로, 모든 수급자가 개별적으로 최고 4,000유로까지 지원금을 받을 수 있다.

독일은 시설급여를 재가서비스 이용이 불가능한 경우에만 이용하도록 규정하고 있다. 시설급여는 완전주거시설과 부분주거시설에서의 요양급여 그리고 단기보호가 포함된다. 완전주거시설은 요양원(Pflegeheim), 양로원(Altenheim) 그리고 노인공동주택(Altenwohnheim)으로 구분할 수 있으며, 모든 장기요양서비스와 돌봄서비스를 제공한다. 완전주거시설에서 생활하는 경우 장기요양조합은 2016년 기준, 1등급은 1,064 유로, 2등급은 1,330 유로, 3등급은 1,612 유로를 지불하게 되는데, 3등급자 중 "특별히 위중한 경우(Härtefall)"는 1,995유로까지 시설에 직접 지불한다. 부분주거(teilstationär)시설은 시설급여 중 주·야간보호서비스를 제공하는 시설을 말하며, 주·야간보호는 다른 재가급여, 현금급여와 연계하여 사용할 수 있다. 단기보호란 재가급여를 받던 수급자가 예외적으로 연 4주까지 요양원 또는 병원에서 거주할 수 있도록 하는 서비스이다. 2013년 이후에는 현금급여 수급자가 단기보호를 받을 경우에도 현금급여의 절반이 계속 지급되며, 등급과 상관없이 연 4주 1,612유로가 지급된다.

2008년 이후에는 장기요양지원센터가 도입되었는데, 장기요양급여의 신청부터 급여 종류, 급여액 및 급여 제공 기관 그리고 의료 및 사회서비스에 관한 각종 정보와 상담을 제공한다. 이를 통하여 노인이 집에서 장기요양급여를 이용함으로써 의료 및 장기요양 재정에 기여할 것으로 기대되고 있다.

독일 장기요양보험제도의 운영은 부과방식으로 이루어지기 때문에 원칙적으로 고용주와 피고용자가 절반씩 부담하도록 한다. 그러나 독일은 또한 부분보장(Teillleistungs-Versicherung)이 원칙이기 때문에 보험자가 지급하는 보험급여로는 이용금액을 전액 충당할 수 없으며, 수급자나 그 가족이 함께 분담해야 한다. 이원화된 재정구조로 경상운영비와 급여지출비는 장기요양보험조합이 보험료 수입 내에서 지불하며, 주정부는 시설유지와 투자를 책임지고 있다.

보험료는 2016년 현재 2.35%이며 자녀가 없는 경우 0.25%p 추가된다. 장기요양보험의 최고 부담 상한 소득은 2016년 현재 월 4,237.50 유로이다. 매월 최고 보험료는 99.58유로이며, 자녀가 없는 경우 110.18유로이다. 최고 부담 상한 소득은 매년 조정되며, 월 450유로 이하 소득의 미니잡(Minijob)의 경우 고용주가 보험료 전액을 부담하고, 본인이 원할 경우 장기요양보험에 가입하지 않아도 된다. 월 소득이 450.01유로와 850유로 사이인 미디잡(Midijob)의 경우 감액된 보험료를 납부한다(BMG, 2016). 또한 2015년 장기요양강화법I이 시행되면서 장기요양준비기금

(Pflegevorsorgefonds)을 통하여 장기요양보험료 수입의 0.1%를 20년 동안 적립하여 장기적인 위험에 대비하고 있다.

다. 네덜란드

1) 제도의 발전과정

네덜란드는 국가 차원의 사회서비스로 건강보험(ZVW), 특별의료비보장제도(AWBZ), 사회적 지원(WMO)이 있으며, 민간 차원의 서비스로는 민간보충건강보험(QV-Voluntary Health Insurance)이 제공된다. 이 중 장기요양서비스는 특별의료비보장제도(AWBZ)로 1968년부터 시행되었다.

네덜란드의 장기요양보험은 공적 영역이 대부분을 차지하고 있는 제도로, 도입 후 30년이 경과한 1998년에는 장기요양관련 지출이 GDP의 8%를 차지하는 것으로 나타났다. 이후 2000년까지 비용억제정책을 추진하였으나, 서비스의 대기시간이 증가하고 품질은 하락하는 문제가 발생하였다. 이에 따라 2000년부터 2005년까지 한시적으로 개방형 예산(Open ended)을 편성하여 재가서비스를 향상하는 방향으로 장기요양서비스 정책을 실시하였고, 서비스의 현대화와 재정부담 경감을 추구하는 방향으로 전환하였다. 2007년 가사지원서비스를 사회지원법 내 서비스로 이관하였고, 2011년 일부 일상생활지원서비스를 지자체로 이관하여 재정지출의 증가를 억제하였다.

2015년 1월부터는 새장기요양법(Wlz)이 도입되어 특별의료비보장제도가 신장기요양보험제도(De Wet langdurigezorg)로 대체되어 실시되고 있다. 신장기요양보험제도에서는 시설서비스에 대한 의존도를 줄이고 재가서비스를 장려하는 방향으로 정책을 운영하도록 하고 있다. 지속적인 보호나 24시간 케어가 필요한 대상자에게 서비스가 제공될 수 있도록 명시함으로써 서비스의 자격 요건을 강화하여 중증 이용자만 서비스를 이용 가능하도록 하고, 경증 이용자의 경우에는 사회지원법 내 서비스로 지원받게 하고 있다. 또한 일상생활지원서비스를 완전히 지방으로 이관하여 자립이 가능한 대상자의 관리를 강화하면서 동시에 재정 부담을 줄여 지속가능성을 높이고 있다. 그리고 서비스 제공자들에 대한 고용 및 훈련 장려, 직접 고용 비율 증가 등 자구책과 평가 체계에 대한 개선을 실시하여 재정지출의 감소에 따른 서비스 질의 하락을 방지하고 있다.

2) 운영 체계

기존 네덜란드의 장기요양보험제도는 연령, 장애 종류 및 정도, 소득계층에 관계없이 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하였다.[27] 그러나 장기요양재정에 대한 부담으로 2015년 1월부터 장기요양서비스가 개혁됨에 따라 현재는 나이에 관계없이 만성질환자이면서 신체기능 및 인지기능 상태가 24시간 중증요양서비스를 필요로 하는 자를 대상으로 제공된다.[28] 경증 대상자일 경우 장기요양서비스 체계가 아닌 사회지원법 내 서비스를 통해 지원한다.

서비스를 이용하기 위해서는 CIZ(Centrum Indicatiestelling Zong)에 등급판정을 신청해야 한다. CIZ는 2005년부터 장기요양서비스 신청서 접수, 대상자 선정을 위한 욕구 사정 및 등급 판정, 서비스 양 결정, 상담, 입소를 위한 지원 등 일련의 업무를 담당하는 독립적 기구로서, 질병, 장애, 의사소통 여부, 일상생활상 문제, 주거환경 등을 고려하여 등급을 판정하고 있다.[29]

등급판정을 받은 이용자는 제공 장소에 따라 재가, 시설서비스로 분류된 장기요양보험서비스를 제공받을 수 있다. 재가서비스는 집에서 제공되는 서비스로 신체수발(Personal care), 간호케어(Nursing care), 지원(Supporting guidance), 상담(Activating guidance), 치료(Treatment)로 구성되어 있으며, 시설서비스는 요양기관 등에 입소하여 제공되는 서비스를 의미한다. 급여는 현물 및 현금으로 이용이 가능하지만, 현금지원은 현물서비스보다 25% 감액된 금액이 적용된다.

재가서비스는 대부분 시간을 기준으로 서비스 단가가 책정되며, 시설서비스는 ZZPs[30]에 기초하여 책정되는데, ZZP5단계 이상인 경우에만 시설서비스 이용이 가능하다.

---

27) 이수형, "네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점", 보건복지포럼, 통권 제150호, 2009., pp.96-105.

28) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

29) 김세진, "네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점", 보건복지포럼, 통권 제192호, 2012.

30) 종전의 장기요양보험인 특별의료비보장제도(AWBZ)의 각기 다른 서비스 유형들을 여러 유형으로 통합·분류한 것이다.

[표 17] 네덜란드 대상자 상태에 따른 서비스 내용 구분

구분	서비스 내용	구분	서비스 내용
ZZP1	노인보호주택+일부 지원	ZZP6	노인보호주택+집중 요양+간호
ZZP2	노인보호주택+지원+간호	ZZP7	노인보호주택+안내 중심 집중 요양
ZZP3	노인보호주택+상담+집중 요양	ZZP8	노인보호주택+치료 및 간호 중심 집중 요양
ZZP4	노인보호주택+집중 지원+연장 요양	ZZP9	간호+회복치료
ZZP5	노인보호주택+치매 집중 요양	ZZP10	완화치료, 임종간호

자료: 1. 김세진, "네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점", 보건복지포럼, 통권 제192호, 2012.
2. 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

장기요양보험의 재원은 사회보장보험료 67%, 국고보조금 24%, 이용자의 본인부담금 8%로 조성된다.[31] 보험료율은 매년 정부에서 결정하며, 본인부담금은 소득, 연령, 동거 가족 여부 등에 따라 결정된다. 종전의 장기요양보험제도(AWBZ) 보험료율은 2014년 기준 12.65%였으며, 신장기요양보험제도(Wlz)의 2015년 보험료율은 9.65%로 결정되었다.[32]

장기요양기관에 대한 관리 및 감독은 지자체가 담당하나, 개별 기관의 서비스 질 관리는 별도의 기관인 IGZ(Healthcare Inspectorate) 등을 통해 수행되고 있다. 한편, 최근 들어 서비스 질 및 평가 체계 개선을 위하여 등급판정 단계를 단순화하기 위한 노력과 종사자들의 고용 및 훈련 장려, 직접 고용 비율 증가를 위한 움직임을 보이고 있다.

네덜란드의 장기요양서비스는 역할 수행에 따라 크게 4개의 기관, 즉 건강보험위원회, 보건의료감독원, CIZ(Centrum Indicatiestelling Zong), 지역요양사무소(Zorkantoren)가 관여하고 있다.

건강보험위원회는 건강보험, 장기요양보험 관련 업무를 총괄 감독·조정하고, 보건의료감독원은 보건의료정책에 대한 감독기관으로서의 업무를 수행한다. CIZ는 등급판정기관으로 장기요양서비스 신청서 접수 및 대상자 선정을 위한 욕구 사정, 등급판정, 서비스 종류 및 서비스 양 결정 등의 중추적인 역할을 담당한다. 지역요양사무소(Zorkantoren)는 실질적 서비스 집행 기관으로, 요양시설과의 서비스 수가

31) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.
32) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

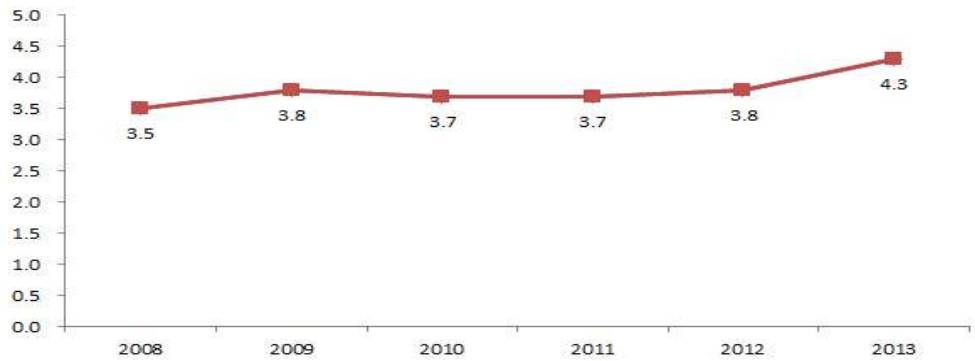
계약, 서비스 제공자에게 장기요양 대상자의 서비스 구매 이력 송부, 결산 등의 업무를 수행하였지만, 2013년 이후 지역요양사무소의 역할을 민간보험사로 이관함으로써 이용자의 선택권을 강화하고 있다.

3) 장기요양보험 재정지출 변화

네덜란드의 장기요양보험은 공적영역의 대다수를 국가에서 실시하므로, 관련 지출의 비중이 높다. 제도가 도입된 1968년에는 GDP 대비 장기요양서비스 지출 비율은 0.8%였으나, 1980년에 2.0%, 1998년에는 약 8%로 증가하였다. 이후 장기요양보험에 대한 개혁을 실시하며 2001~2002년 사이에는 약 14%로 급증하지만, 이후 점차적으로 감소하여 2004년에 5% 이하로 낮아졌다. 그리고 2008년부터 최근까지 재정지출 비율을 살펴보면 3.5~4.3% 사이를 유지하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(2008~2013)

(단위: %)



자료: OECD, Health at a glance, 각 연도

그러나 이는 어디까지나 상대적인 비율일 뿐 재정지출에 대한 부담은 지속되었다. 2012년 기준 네덜란드 성인 1명의 평균 보험료 청구 금액이 4,878유로에서 2014년 5,188유로로 급격히 증가하였는데, 이 중 기존 장기요양보험제도 지출이 2012년 1,231유로에서 1,465유로로 약 20% 가까이 증가하면서 개혁을 추진하는 배경이 되었다.[33]

33) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

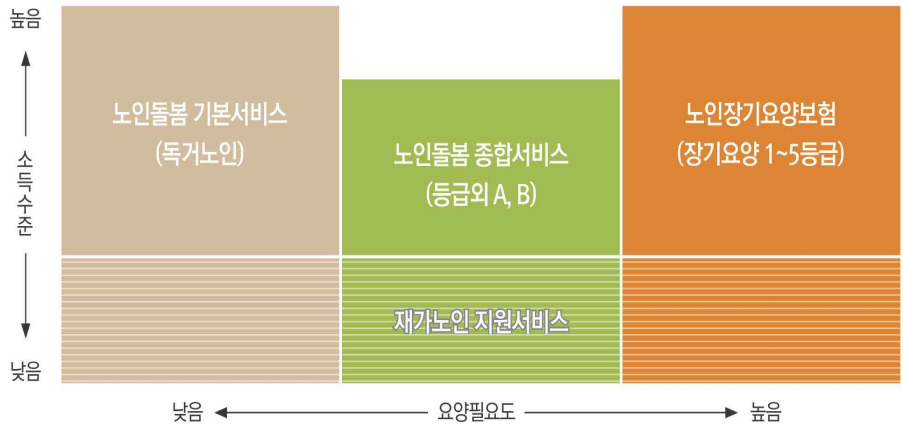
Ⅳ. 주요 쟁점 분석

1. 노인 돌봄 정책의 사각지대

노인 돌봄 정책인 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스의 급여 대상자 선정은 요양필요도와 소득수준, 가구 형태, 건강 상태 등을 기준으로 한다. 그런데 노인장기요양보험제도를 제외한 타 돌봄 서비스에서는 소득 기준이나 가구 형태에 제한을 둠으로써 기준에 부합하지 못할 경우 서비스 이용에 사각지대가 발생할 수 있다.

사회보험제도인 노인장기요양보험제도는 요양필요도만을 기준으로 장기요양 1~5등급으로 대상자를 분류하고 있다. 그러나 조세 제도로 운영 중인 돌봄 정책은 서비스에 따라 소득기준, 가구형태, 건강상태 등의 기준을 활용하고 있다. 바우처 방식의 노인돌봄종합서비스는 요양필요도가 장기요양 등급외 A·B자이면서 중위 소득 160% 이하인 자를 대상으로 하며, 노인돌봄기본서비스는 요양필요도가 더 낮지만 가구 형태가 독거이면서 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준이 열악하여 지원이 필요한 경우 등을 대상으로 한다. 또한 재가노인지원서비스는 요양필요도 수준보다는 지역사회에서 노인이 겪는 불편함, 어려움을 지원하는 제도로 운영되고 있으며, 소득수준에서 비교적 빈곤한 층을 대상으로 하고 있다.

[그림 4] 노인 돌봄 정책의 수급 대상자 기준



자료: 정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.

이와 같이 노인장기요양보험제도를 제외한 타 돌봄 서비스에서 소득 기준이나 가구 형태에 제한을 둠으로써 제도 설계상 근본적으로 서비스 이용에 사각지대가 발생할 수 있다. 즉, 현재 노인 돌봄 정책 수급대상자의 사각지대는 장기요양 등급외 A·B자로서 중위 소득 160% 이상인 자, 낮은 수준의 보호를 필요로 하는 비빈곤 계층의 비독거 노인층이라고 할 수 있다.

또한 노인돌봄종합서비스 제도 설계에서는 요양필요도와 소득수준이 제시되어 있으나, 실제 지자체별로 마련되는 예산에 따라 서비스를 희망하는 대상자를 포괄하지 못하는 한계를 갖고 있다. 대상자 선정에서 우선순위 기준을 두어 소득, 건강상태 등의 기준을 충족하더라도 시·군·구별 예산 한도 범위 내에서 지원하도록 하고 있기 때문이다. 우선순위의 1순위는 독거노인, 장기요양 등급외 A자,[34] 2순위는 치매질환자, 장기요양 등급외 B자,[35] 3순위는 기타 노인성질환자로 제시되고 있다. 2017년 6월 기준 장기요양 등급외 A·B자는 14만 6,000명가량이지만,[36] 실제 노인돌봄종합서비스를 이용하는 노인은 4만 1,000명으로 약 27.7%만이 이용하고 있는 것으로 나타난다.

노인 돌봄 정책에 의한 수급자 규모[37]는 2017년 6월말 현재 약 80만 6,000명이며, 이는 노인인구의 약 11.19%에 해당하는 규모이다. 노인장기요양보험 등급 인정자(1~5등급) 중 65세 이상자는 약 52만 4,000명(노인인구의 7.28%), 노인돌봄종합서비스는 약 4만 1,000명(노인인구의 0.57%), 노인돌봄기본서비스는 24만 명(노인인구의 3.33%)이다. 정해진 예산 규모 내에서 우선순위를 선정해야 하는 노인돌봄종합서비스와 돌봄기본서비스의 경우 각각 요양 필요도가 상대적으로 낮은 등급외자, 노인부부가구나 자녀동거가구의 일부와 독거노인 중 일부만을 선정함으로써 상당한 정도의 사각지대가 있는 것으로 판단된다.

34) 장기요양 5등급을 제외한 장기요양인정점수 45~51점 미만인 자
35) 장기요양인정점수 40~45점 미만인 자
36) 2017년 6월 기준, 등급외 A 76,680명, 등급외 B 69,667명, 등급외 C 14,593명
37) 재가노인지원서비스 수급 대상자 규모는 공식적 통계가 발표되지 않아 제외되었다.

[표 18] 노인 돌봄 정책 수급 대상자 수 추이

(단위: 명, %)

구 분		수급자 수	노인인구 대비 비율
노인 돌봄 수급자(총계)(A+B+C)		805,672	11.19
노인장기요양보험[1]	1등급	42,178	-
	2등급	77,224	-
	3등급	191,372	-
	4등급	205,784	-
	5등급	35,879	-
	등급 인정자 소계	552,437	-
	(인정자 중 65세 이상)(A)	524,307	7.28
	장기요양 등급외자	(160,940)	(2.23)
노인돌봄서비스	돌봄종합서비스[2](B)	41,365	0.57
	돌봄기본서비스[3](C)	240,000	3.33

주: 2017년 6월 주민등록인구 기준 65세 이상 인구 7,201,879명(통계청 KOSIS)

자료: 1) 보건복지부 내부 자료(2017년 6월말 기준)

2) 보건복지부 내부 자료(2017.7.31., 2017년 목표 기준)

3) 보건복지부 내부 자료(2017.8.1., 2017년도 추경 포함 목표 기준)

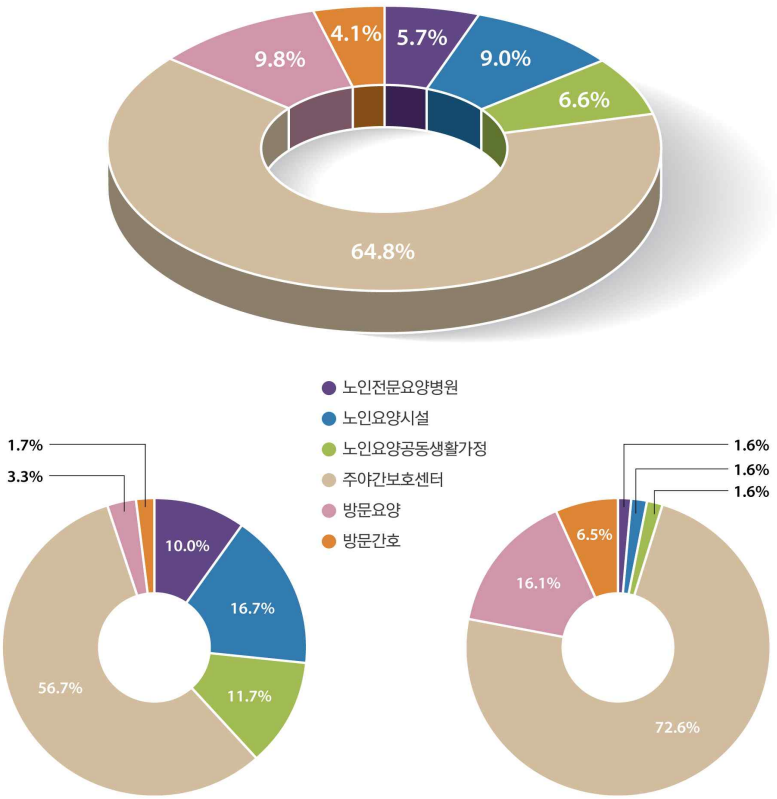
2. 시설급여 중심의 노인장기요양보험제도 운영

현재 노인 돌봄의 국제적 추세는 재가 중심의 노인 돌봄을 지향하고 있으며, 정부의 노인 돌봄 정책도 표면적으론 이러한 추세를 따르고 있다. 그러나 우리나라의 장기요양보험제도는 재가급여보다 시설급여가 선호되는 것으로 나타난다. 재가급여가 적절한 이용자도 시설급여를 이용하는 경향이 있는 것으로 나타나고 있다.

국회예산정책처의 설문조사 결과에서도 치매의 경중에 따른 적합한 기관·서비스와 실제 치매환자의 돌봄 현황이 일치하지 않는 것으로 나타났다.

경도(초기) 치매환자는 어떤 시설에서 돌보는 것이 가장 적절할지 묻는 설문에 대하여, 64.8%가 '주야간보호센터'라고 응답하였고, 그 밖에 방문요양, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문요양병원이라는 응답이 각각 9.8%, 9.0%, 6.6%, 5.7%로 모두 10.0% 이하로 나타났다.

[그림 5] 경도(초기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스



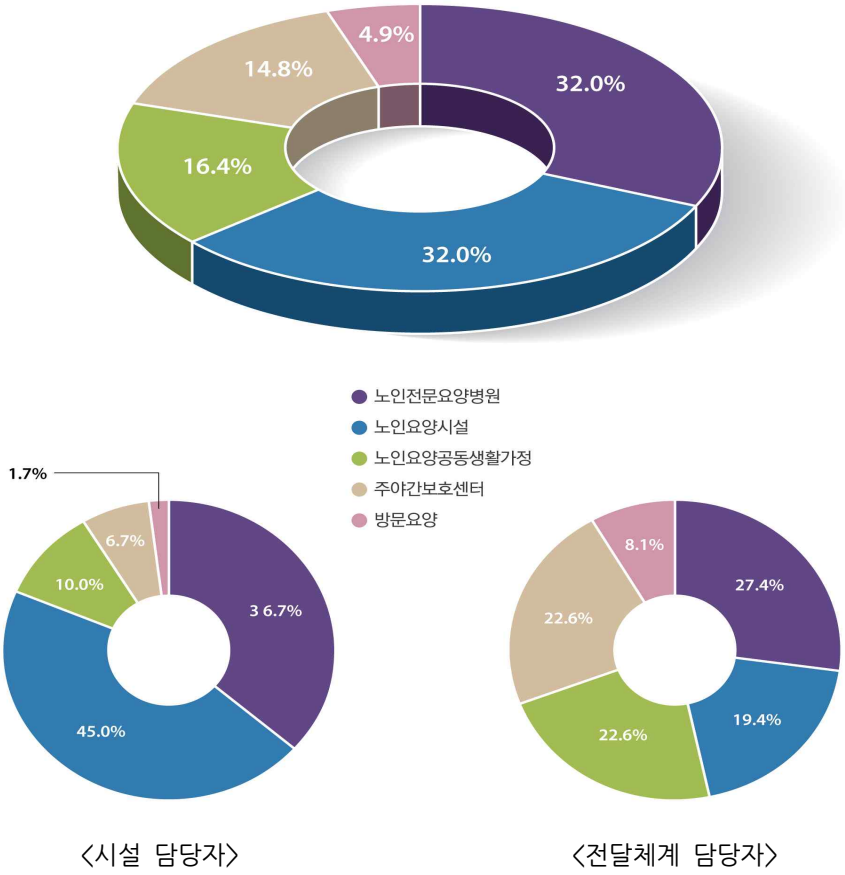
〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 돌봄 시설 담당자들은 56.7%가 '주야간보호센터'라고 응답하였고, 그 밖에 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문요양병원이라는 응답이 각각 16.7%, 11.7%, 10.0%인 것으로 나타났다. 재가서비스 기관인 방문요양과 방문간호라는 응답은 각각 3.3%, 1.7%에 그쳤다. 반면 치매관리 전달체계 담당자들의 경우, '주야간보호센터'라는 응답이 72.6%로 매우 큰 비중을 차지하였고, 다음으로 방문요양 16.1%, 방문간호 6.5%로 재가서비스 기관이 적합하다는 응답이 총 95.2%에 이르는 것으로 나타났다. 시설급여 기관인 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 노인전문요양병원이라는 응답은 모두 1.6%에 그쳤다.

중등도(중기) 치매환자는 어떤 시설에서 돌보는 것이 가장 적절할지 묻는 설문에 대하여, '노인전문요양병원'과 '노인요양시설'이 32.0%로 같은 비중으로 나타났고, 다음으로 16.4%가 '노인요양공동생활가정', 14.8%가 '주야간보호센터'라고 응답하였다.

[그림 6] 중등도(중기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

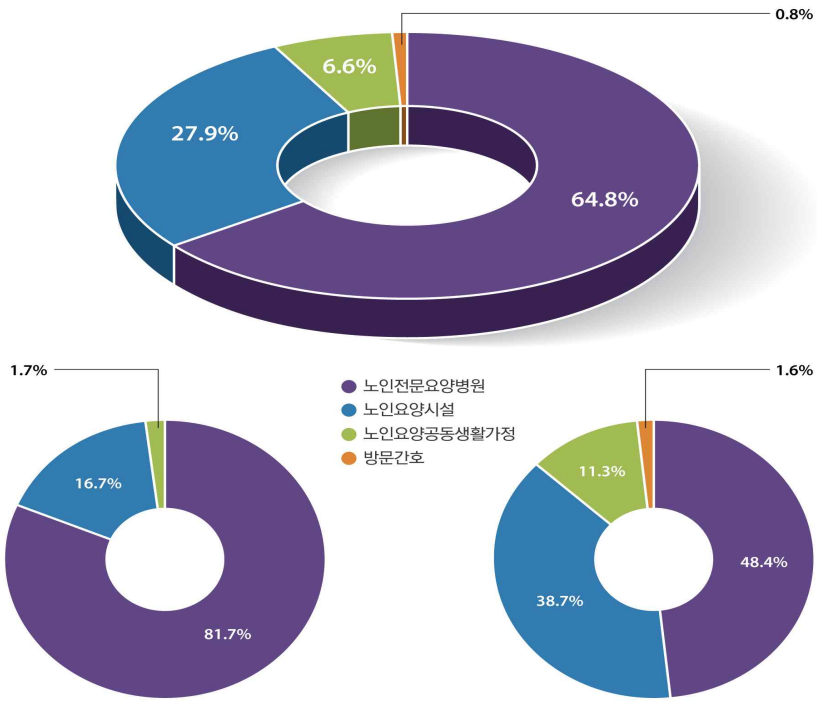
자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 돌봄 시설 담당자들은 45.0%가 '노인요양시설'이라고 응답하였고, 다음으로 36.7%가 '노인전문요양병원', 10.0%가 '노인요양공동생활가정'이라고 답변하였다. 재가서비스 기관인 주야간보호센터와 방문요양이라는 응답은 각각 6.7%, 1.7%에 그치는 것으로 나타났다. 반면 치매관리 전달체계 담당자들의 경우, '노인전문요양병원'라는 응답이 27.4%로 가장 큰 비중을 차지하였고, 다음으로 '주

야간보호센터'와 '노인요양공동생활가정'이 22.6%로 동일한 비중으로 나타났으며, 19.4%가 '노인요양시설'이라고 답변하였다. 방문요양이라고 응답한 8.1%를 포함하면 재가서비스 기관이 적절하다는 응답이 30%를 넘고, 시설급여 서비스 기관 중에서도 소규모 시설인 '노인요양공동생활가정'을 선호한 것이 특징이라고 할 수 있다.

중증(말기) 치매환자는 어떤 시설에서 돌보는 것이 가장 적절할지 묻는 설문에 대하여, 64.8%가 '노인전문요양병원'이라고 응답하였고, 다음으로 27.9%가 '노인요양시설'이라고 답변하였다.

[그림 7] 중증(말기) 치매환자에 적합한 기관 및 서비스



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

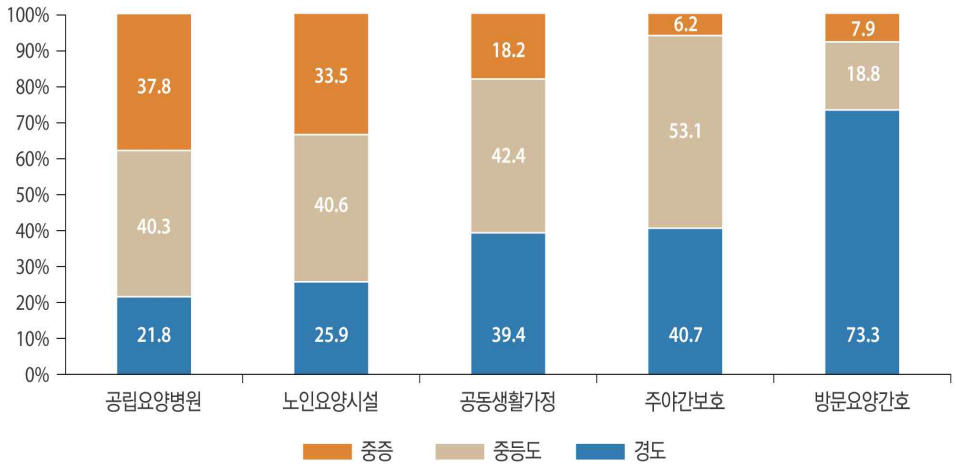
자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 돌봄 시설 담당자들은 대다수인 81.7%가 '노인전문요양병원'이라고 응답하였고, 다음으로 16.7%가 '노인요양시설'이라고 답변하였다. 치매관리 전달체계 담당자들의 경우도, '노인전문요양병원'라는 응답이 48.4%로 가장 큰 비중을 차지하였으나, '노인요양시설'이라는 응답도 38.7%인 것으로 나타났고, 11.3%는 '노인요양공동생활가정'이라고 답변하였다.

그런데 실제 시설별로 돌보고 있는 치매환자의 중증도별 비중을 설문조사를 통해 분석한 결과,[38] 공립요양병원에 수용된 치매환자들 중에 경도(초기) 환자가 21.8%나 되는 것으로 나타났다. 경도(초기) 치매환자의 경우 대부분 주기적인 외래 진료와 약 처방을 받는 것으로 충분하고 상시적 의료서비스는 필요로 하지 않는다는 점에서 요양병원에 수용되는 것은 적합지 않다고 볼 수 있다. 또한 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 경우도 각각 25.9%, 39.4%가 경도(초기) 환자인 것으로 나타났다. 이것은 경도(초기) 치매환자는 주야간보호센터를 중심으로 한 재가서비스 시설에서 돌보는 것이 적합하다는 의견이 80% 이상인 것으로 나타났던 것과 일치하지 않는 결과라고 볼 수 있다.[39]

[그림 8] 돌봄 시설별 치매환자 돌봄 현황

(단위: %)



자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

38) 돌봄 시설 담당자(시설장 또는 요양보호사)에게 설문을 실시한 것으로, 치매 중증도에 대한 기준이 명확하지 않다는 한계가 있다.

39) 이에 대하여 보건복지부는 장기요양 3~5 등급자라도 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우, 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우 등도 시설 입소가 가능하고, 이것은 또한 필요한 것이므로, 시설내 경도 환자가 많다는 점이 반드시 문제라고 할 수는 없다는 의견을 제시하였다. 그러나 본 설문조사에서 경도(초기) 치매환자로 분류된 경우는 대부분 치매특별등급(5등급)에 해당한다는 점을 고려할 때 재가서비스가 적합한 경우가 많은 것으로 판단된다.

전문가 의식 조사 결과에서도 현행 제도가 재가 중심으로 실현되고 있는가에 대해서는 상당히 부정적으로 진단하고 있는 것으로 나타났다.[40][41] 재가 중심의 이용이 이루어지지 못하는 원인으로는 급여체계의 문제로서 재가급여의 단순화, 낮은 질, 재가급여량의 부족이 제시되었으며, 그 밖에 주택과 주거 서비스 부족, 지역사회 시스템의 고령 친화성 부족, 재가에서의 통합적 지원 체계 부족 등이 지적되었다.

독일, 네덜란드 및 일본 장기요양보험제도와 관련한 제도 및 개혁 내용 등을 살펴보면, 공통적으로 시설케어에서 재가케어를 중심으로 제도를 전환하고 있다는 것을 알 수 있다. 시설급여 조건을 재가서비스 이용이 불가능한 경우 또는 중등도 이상의 장기요양 등급 인정자로 제한하고 있다. 3개국 모두 인구 고령화의 심화로 장기요양보험재정 지출이 급증하고 있지만(우리나라의 약 9~26배), 보험료 인상의 한계에 부딪혀 재정지출을 억제하는 방향으로 제도를 개혁하고 있다.[42]

[표 19] 주요국 장기요양보험 현황 및 특징

	독일	네덜란드	일본
시행 연도	1995년	1968년	2000년
장기요양 등급	3등급 ('0'등급과 '특별히 위중한 경우' 별도)	10등급 (ZZP1~ZZP10)	7등급(요개호 5등급, 요지원 2등급)
시설급여 조건	재가서비스 이용이 불가능한 경우	ZZP5 이상	요개호 3등급 이상 고령자
재원 구성	고용주 50%, 피고용주 50%	사회보장보험료 67%, 국고보조금 24%, 본인부담금 8%	보험료 50%, 정부예산 50% (중앙정부, 지자체 각 25%)
총지출 (원화)	2014년 254.5억유로 (34조 2,129억원)	2013년 277.154억유로 (37조 2,584억원)	2014년 9조 4,446억엔 (96조 6,598억원)

주 1. 일본 100엔=1,023.44원, 1EUR=1,344.32원 적용함
2. 네덜란드는 2015년에 신장기요양보험제도가 시작되기 전까지 특별의료비보장보험제도에서 장기요양비용을 지급함
3. 우리나라의 2014년도 장기요양보험 총지출은 3조 7,398억원임

자료: 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.

40) 시설 및 재가급여 지출 규모에서도 2015년도 시설급여가 2조 441억원으로 1조 9,376억원인 재가급여보다 큰 것으로 나타났다.
41) 정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.
42) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

시설케어의 비중을 줄이는 것은 시설케어의 단위비용이 재가케어에 비해서 높기 때문인데, 재가케어가 어려운 중증상태의 이용자에게는 시설케어가 필수적이지만, 그렇지 않은 이용자까지도 시설에 입소하고 있어서 비용지출이 효과적으로 이뤄지지 못하고 있다고 보고 이를 중점적으로 관리하겠다는 것이다. 또한 재가케어의 강화는 이용자 입장에서도 본인이 거주하는 가정, 지역사회 내에서 보호받음으로써 삶의 질을 보장받을 수 있다는 이점이 있기 때문에 제도의 방향을 재가서비스 중심으로 개편하고 있다.

이에 따라 일본은 시설케어의 입소자에 제한을 두기 시작하였고, 독일이나 네덜란드는 재가케어의 활성화 차원에서 재가 이용자에게는 현금급여를 선택할 수 있도록 조치를 취해 놓고 있다. 그 외에 케어 이용 지원이나 케어매니지먼트 체계를 구축하여 재가서비스 이용자를 지원함으로써 재가케어의 효율성을 극대화하고 있다. 특히, 가족이 있는 경우에 가족수발자를 지원하는 사회보장대책도 강구하였다. 일례로 독일의 가족수발자를 위한 연금 가입 기간 연장, 산재보험의 적용 등을 들 수 있다.[43]

반면 현재 우리나라 노인장기요양보험은 다음 [표 20]과 같이 재가급여 서비스보다 시설급여 서비스를 받는 경우에 더욱 많은 혜택을 받도록 설계되어 있다.

[표 20] 장기요양급여의 월 한도액(2015년 기준)

(단위: 원)

구 분	재가급여 월 한도액	시설급여			
		노인요양시설		노인요양공동생활가정	
		30일 기준 이용수가	재가 월 한도액과 차액	30일 기준 이용수가	재가 월 한도액과 차액
1등급	1,196,900	1,711,200	514,300	1,538,700	341,800
2등급	1,054,300	1,587,900	533,600	1,427,700	373,400
3등급	981,100	1,464,300	483,200	1,316,100	335,000
4등급	921,700	1,464,300	542,600	1,316,100	394,400
5등급	784,100	1,464,300	680,200	1,316,100	532,000

자료: 보건복지부 고시 제2015-223호 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시 (정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원(2016.12.)에서 재인용)

43) 선우덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

장기요양 1~2등급의 경우 시설급여와 재가급여를 자유롭게 선택할 수 있으며, 3~5등급의 경우 재가급여를 원칙으로 하되, 치매 등으로 인해 시설급여가 필요할 경우 허가를 통해 시설급여를 이용할 수 있다. 그런데 재가급여는 [표 20]과 같이 1~5등급별로 월 한도액이 정해져 있는 반면, 시설급여는 수급자가 이용할 수 있는 월 한도액의 기준 없이 시설에서 입소하여 서비스를 받은 일수에 대해 등급별 1일당 이용수가를 기준으로 시설에 급여를 지급한다. 따라서 실제 이용할 수 있는 급여량은 재가급여에 비해 시설급여가 많게 책정되어있다. 예를 들어 1등급의 경우, 시설급여의 요양시설을 이용할 경우 재가급여에 비해 51만 4,300원을 더 이용 가능하다는 결과이다. 현행 재가급여 월 한도액만으로는 24시간 집에 혼자 거주하면서 돌봄을 받을 수 없는 상태이므로, 수요자의 입장에서는 재가급여보다 시설급여를 선호하게 되는 것이다.[44]

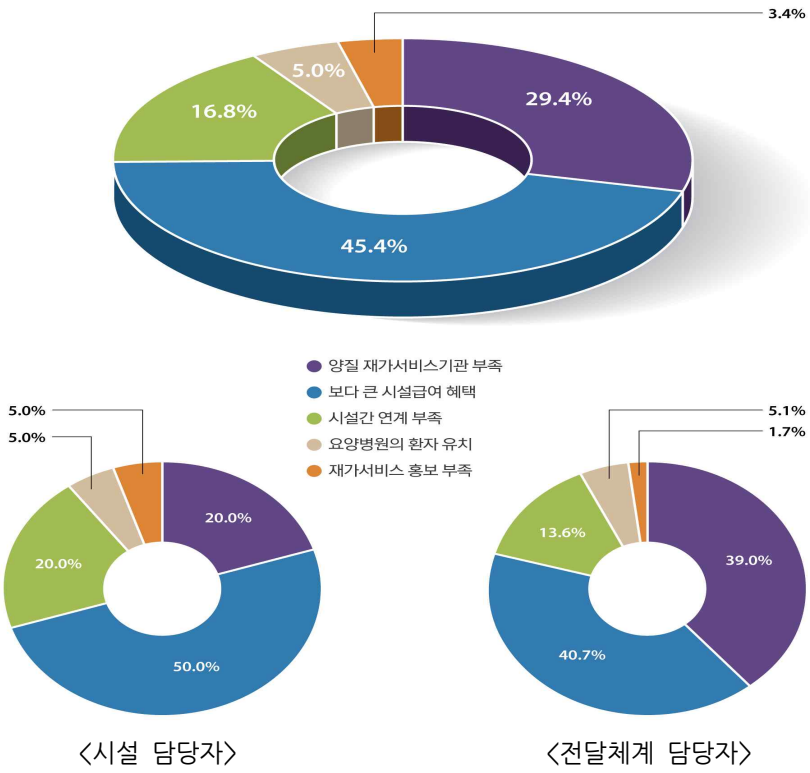
국회예산정책처가 수행한 설문조사에서도 노인장기요양서비스 이용에 있어서 주야간보호센터, 방문요양(간호) 등 재가서비스보다 노인요양시설 등 시설급여 이용의 비중이 높은 원인을 묻는 질문에 대하여 시설급여가 재가급여보다 많은 혜택을 주기 때문이라는 응답이 가장 많은 것으로 나타났다. 45.4%가 '서비스 제공 시간 등 재가급여에 비하여 많은 실질적 혜택을 주고 있는 시설급여'라고 응답하였고, 다음으로 29.4%가 '국공립 주야간보호센터 등 질 높은 재가복지서비스 기관 부족', 16.8%가 '치매의 경중을 따른 치매거점(요양)병원·노인의료복지시설·재가노인복지시설간의 연계 부족'이라고 답변하였다.

돌봄 시설 담당자들은 50.0%가 '서비스 제공 시간 등 재가급여에 비하여 많은 실질적 혜택을 주고 있는 시설급여'라고 응답하였고, 다음으로 '국공립 주야간보호센터 등 질 높은 재가복지서비스 기관 부족'과 '치매의 경중을 따른 치매거점(요양)병원·노인의료복지시설·재가노인복지시설간의 연계 부족'이라는 응답이 공히 20.0%를 차지하였다. 치매관리 전달체계 담당자들도 '서비스 제공 시간 등 재가급여에 비하여 많은 실질적 혜택을 주고 있는 시설급여'라는 응답이 40.7%로 가장 많았으나, '국공립 주야간보호센터 등 질 높은 재가복지서비스 기관 부족'이라고 응답한 비율도 39.0%로 비슷한 것으로 나타났다. '치매의 경중을 따른 치매거점(요양)병원·노인의료복지시설·재가노인복지시설간의 연계 부족'이라는 의견은 13.6%이다.

---

44) 정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.

[그림 9] 시설급여 이용이 재가급여보다 선호되는 이유



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

이와 같은 분석 결과를 고려할 때, 재가 돌봄을 확대하기 위해서는 우선적으로 재가서비스의 혜택을 확대할 필요가 있다. 특히 요양필요도가 높은 1~2등급의 경우 상대적으로 부족한 재가급여량이 시설급여를 선택하게 되는 가장 큰 원인으로 보인다. 따라서 현재 시설급여 이용권이 부여되는 1~2등급의 경우 재가급여 한도액의 수준을 시설급여 이용 수준으로 증액해야 할 것이다. 또한 현재 재가급여 이용에서의 본인 부담금 비율을 낮추는 방안에 대하여 검토할 필요가 있다.[45]

또한 돌봄을 필요로 하는 노인이 재가에서 생활을 유지하기 위해서는 질 높은 재가서비스 기관이 늘어남으로써 서비스의 질이 향상되어야 한다. 통상적으로 제공되는 직접적 돌봄서비스 외에 이동서비스, 식사서비스 등의 다양한 재가서비스가 제공되어야 할 것이다. 이러한 통합서비스를 통해 장기요양 등급자 이외의 등급외자의 경우도 요양시설, 요양병원으로의 이동을 늦출 수 있을 것으로 보인다.

45) 정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.

지역에서의 통합적 돌봄서비스를 제공하기 위해서는 노인요양병원·노인의료복지시설·재가노인복지시설 등 돌봄 체계 간의 연계와 조정을 필요로 할 것이며, 특히 이 과정에서 지역 단위의 통합적 서비스 제공을 위한 재가노인지원서비스의 역할과 대상 확대가 요구된다.

돌봄을 필요로 하는 노인이 재가에서 생활하기 위해서는 가족의 돌봄이 함께 이루어지는 경우가 상당수에 있으며, 매우 주요한 역할을 하게 된다. 따라서 현재 제도에서 이루어지고 있는 가족에 대한 지원을 확대할 필요가 있다. 현재 가족에 대한 지원으로는 가족요양비와 가족상담 서비스, 치매가족휴가제도 등의 활성화를 필요로 한다. 또한 가족인 요양보호사 제도에 대해서도 장기적으로 가족에 대한 지원 방안으로 검토할 필요가 있다.[46]

3. 만성질환 예방 및 관리

노년기는 신체적인 노화가 일어나는 시기로 만성적인 질환을 얻거나 신체의 기능이 쇠락하는 등의 건강 악화를 경험하게 되는 시기이다. 60대에서 83.7%, 70대 이상에서 91.3%가 의사가 진단한 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있는 것으로 나타난다.[47] 인구고령화와 만성질환의 증가는 필연적으로 노인의료비의 증가를 가져오게 된다. 이에 따라 만성질환을 보유한 노인 가구의 의료비 부담도 커질 수밖에 없는데,[48] 만성질환의 예방과 관리에 관한 정부의 관심은 미흡한 것으로 나타나고 있다.

특히 고소득층에 비하여 저소득층으로 갈수록 고혈압과 당뇨 환자의 비율이 증가한다는 점에 주목할 필요가 있다. 2013년 의료패널 자료에 의하면, 가구소득 10분위 가구의 고혈압 유병자 비율이 14.5%인 반면, 소득이 감소할수록 그 비율이 증가하여 1분위 가구는 고혈압 유병자 비율이 46.4%로 약 3.2배에 이른다. 또한 가구소득 10분위 가구의 당뇨 유병자 비율이 4.7%인 반면, 1분위 가구는 당뇨 유병자 비율이 17.3%로 약 3.7배 높은 것으로 나타났다.[49]

---

46) 정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.

47) 배지영, "만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구", 사회과학연구 제25권 4호, 2014., 충남대학교 사회과학연구소

48) 복합만성질환 보유 노인의 경우 그렇지 않은 집단에 비해 연간 1.6배의 본인부담 의료비를 더 지출하는 것으로 확인되었다.(배지영, "만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구")

[표 21] 가구소득 분위별 만성질환자 현황

(단위: 명, %)

가구소득 분위	고혈압		당뇨		30세이상 총 가구원수(C)
	유병자(B)	비율(A/C)	유병자(B)	비율(B/C)	
1	510	46.4%	190	17.3%	1,099
2	482	39.6%	189	15.5%	1,216
3	422	31.1%	163	12.0%	1,357
4	397	27.6%	136	9.5%	1,437
5	352	23.2%	123	8.1%	1,517
6	330	21.0%	117	7.4%	1,573
7	272	17.6%	116	7.5%	1,546
8	295	18.6%	100	6.3%	1,584
9	251	15.7%	87	5.4%	1,603
10	232	14.5%	75	4.7%	1,603
계	3,543	24.4%	1,296	8.9%	14,543

자료: 의료패널(2013년) 자료를 바탕으로 국회예산정책처 분석(「건강보험 보장성 강화 정책 평가(2016)」에서 재인용)

우리나라 성인의 만성질환 유병률이 소득수준에 따라 어떻게 달라지는지를 분석한 연구[50]에서도 고도비만, 당뇨병, 골관절염, 치아우식증 등 대부분의 만성질환의 유병률이 소득수준이 낮을수록 증가하는 것으로 나타났다.

만성질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 관한 연구[51] 결과를 보면, 2007년도에 만성질환자가 없는 저소득가구는 지불능력 대비 의료비 비중이 3.5%인 반면, 만성질환자가 있는 저소득가구의 경우는 15.3%로 크게 상승하는 것으로 나타났다. 동 연구에서 중증질환자가 있는 저소득가구의 경우 지불능력 대비 의료비 비중이 21.6%로 나타난 점을 고려할 때,[52] 만성질환이 중증질환 못지않게 저소득층의 의료비 부담에 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 고혈압과 당뇨는 질환 자체로 인한 의료비도 있지만, 만성신부전 등 진료비 부담이 큰 다양한 합병증을 유발한다는 점에서 의료비 부담에 큰 영향을 미치게 된다.[53] 이러한 결과는 만성질환의 예방과 관리가 미흡할 경우 저소득층의 의료비 부담이 커질 수 있음을 보여준다.

---

49) 김상우, 「건강보험 보장성 강화 정책 평가」, 국회예산정책처, 2016.6.

50) 김윤아·오경원, "우리나라 성인에서 소득수준에 따른 만성질환 유병률", 건강과 질병 제8권 제2호, 2013.

51) 최정규 외, "보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향", 「보건행정학회지」 제21권 제2호, 2011.

52) 중증질환자가 없는 저소득가구의 지불능력 대비 의료비 비중은 12.4%이다.

53) 예를 들어, 고혈압은 관상동맥 질환과 뇌졸중의 주요 위험 인자이며, 합병증으로는 심부전, 말초혈관 질환, 신장 손상, 망막 출혈, 시야 결손 등이 있다.

만성질환 보유 노인의 삶의 질에 관한 연구[54]에 따르면, 만성질환 보유 노인의 의료 미이용 경험과 과도한 의료비 지출 부담은 소득 능력이 건강관련 삶의 질에 미치는 영향을 유의미하게 매개하는 요인으로 확인되었다. 이것은 만성질환을 보유한 노년층의 사회경제적 지위에 따른 삶의 질의 차이가 필요한 의료서비스 이용의 제한이나 과도한 의료비 지출 부담으로 인해 발생할 수 있다는 점을 규명한 것이다. 또한 실제로 복합적인 만성질환을 가진 노인들의 취약한 소득능력은 의료서비스 이용을 제한하거나 가구의 과도한 의료비부담을 발생시켜 이들의 삶의 질이 악화되고 있음을 보여준다. 특히 복합적인 만성질환을 보유한 노인이 건강보험 가입자인 경우 유의미하게 과부담 의료비 지출이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 저소득 만성질환 노인 가구에 대한 소득지원, 의료비 지원이 강화되어야 함을 확인시켜준다.

세계보건기구(WHO)도 만성질환 관리를 위해 각국의 보건의료체계 개편을 권고하고 있다. 1차 의료를 강화하여 만성질환 예방과 관리의 중심으로 구축하고, 의료기관을 중심으로 보건기구, 시민단체 등이 같이 참여하는 거버넌스를 구축하며, 담배·술 등에 세금을 높여 재원을 마련하고, 관리지침과 같은 기술적 지원체계를 개발하고 등록 및 정보체계를 구축하며, 만성질환관리법 등 제도적 뒷받침이 필요하다는 점을 강조하고 있다. 우리나라도 2008년부터 고혈압, 당뇨병 등록관리사업을 시작하였으나, 건강증진기금에서 65세 이상 노인에게 진료비와 약값을 감면해 주고 의원에 약간의 등록비를 지원하는 데 그치고 있다. 만성질환으로 인한 사회적 비용을 줄이기 위해서는 무엇보다 예방과 관리가 중요하기 때문에 1차 의료기관인 동네의원 등을 활용한 주치의 제도의 도입을 검토할 필요가 있고, 만성질환 유병률이 높은 취약계층의 의료비 부담 완화를 위한 대책이 강화해야 할 것이다.

그런 점에서 최근 발표된 정부의 건강보험 보장성 강화 대책(2017.8.)에서 소득 하위 50%를 대상으로 한 재난적 의료비 지원[55]을 제도화하고, 소득 하위 50%에 대한 본인부담 상한액을 인하키로 한 것은 진일보한 정책이라고 할 수 있다.

2015년도 한국의료패널 자료를 이용하여 분석한 결과, 동 대책에 따라 소득 하위 50%에 대한 본인부담 상한액을 인하할 경우, 추가로 의료비 경감을 받는 대상자의 81.3%가 소득 하위 30%(1~3분위)에 속하는 것으로 추정되었다. 추가 경감

54) 배지영, "만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구", 사회과학연구 제25권 4호, 2014., 충남대학교 사회과학연구소

55) 소득 하위 50%(1~5분위) 가구에 한하여 의료비지출이 100만원~ 연간소득 30% 이상인 경우에 본인부담액의 50%(2천만원 한도)를 지원해주는 제도이다.

대상자수를 기준으로, 소득2분위가 30.0%로 가장 많은 혜택을 받고, 다음으로 1분위(29.3%), 3분위(22.0%), 4분위(11.3%), 5분위(7.3%) 순으로 나타났다. 본인부담상한제 강화로 인하여 소득이 낮은 취약계층일수록 더 많은 혜택을 보는 것이다.

[표 22] 소득 하위 50%(1~5분위) 본인부담상한액 인하에 따른 추가 경감 효과

(단위: 원, 명)

소득10분위 중 분위수	추가 경감액	추가 경감 대상자수	1인당 경감액	추가 경감 대상자수 (전체인구 환산)주)
1	27,762,760	44	630,972	124,856
2	39,112,501	45	869,167	127,693
3	30,764,420	33	932,255	93,642
4	13,646,091	17	802,711	48,240
5	16,862,706	11	1,532,973	31,214
계(평균)	128,148,478	150	854,323	425,644

주: 2017년 추계 인구 51,446,201명을 기준으로 환산함
자료: 2015년 한국의료패널 자료를 바탕으로 국회예산정책처 분석

그러나 본인부담상한제는 예비급여[56]와 선별급여[57] 등을 적용 대상에서 제외함으로써, 추가로 혜택을 받는 대상자가 약 42만 6,000명으로 전체 인구(2017년 추계 인구 51,446,201명)의 0.83%에 지나지 않을 것으로 추정된다. 1인당 추가로 경감받는 금액도 약 85만 4,000원 수준인데, 1~5분위 본인부담상한제 적용 대상자의 평균 본인부담액(법정+비급여)이 약 477만 3,000원인 점을 고려할 때, 본인부담상한제의 적용을 받더라도 1인당 약 392만원의 의료비를 부담하게 된다.

재난적 의료비 지원을 제도화하는 것도 취약계층의 과중한 의료비 부담을 경감하는 데 기여할 것으로 기대된다. 법적 근거 없이 한시적 사업으로 시행해오던 기존 재난적 의료비 지원 사업은 4대 중증질환 관련 의료비만을 대상으로 하였고, 비급여를 제외하였기 때문에 실효성이 크지 않았다. 새로 제도화되는 재난적 의료

56) 금번 건강보험 보장성 강화 대책에서 새롭게 도입되는 요양급여 개념으로서, 의학적 타당성이 있는 치료적 비급여에 대해 본인부담률을 높여 우선 예비적으로 건강보험을 적용한 후, 평가를 거쳐 급여 여부를 사후에 판단하는 것이다. 본인부담률을 50~90%로 차등 적용할 계획이다.

57) 2013.9월 국민건강보험법 시행령 개정, 2013.12월 선별급여 고시 제정을 통해 도입하였고, 2017.3월 「국민건강보험법」에 선별급여 정의, 재평가 등 근거를 명시하였다. 경제성(비용효과성)이 충분하지 않더라도 보험 급여의 필요성이 인정되는 의료에 대해 본인부담률을 높여 급여하는 제도로서, 적용 대상을 특정 항목(주로 4대 중증질환)으로 한정하여 시행한 점을 제외하고는 '예비급여'와 동일한 제도라고 할 수 있다..

비 지원 제도는 모든 질환을 대상으로 하고 비급여 본인부담까지 지원할 계획이다. 그러나 동 제도는 적용 대상이 한정[58]되기 때문에 사각지대가 존재할 수 있고, 본인부담액의 50%까지만 지원한다는 한계가 있다.

4. 지역적 여건·수요와 치매관리체계의 부합성

정부는 치매국가책임제의 도입을 목적으로 치매안심센터 신규 설치 및 운영, 치매안심병원 확충을 위하여 2017년 추가경정 예산을 통해 치매관리체계 구축사업(국민건강증진기금)에 2,022억 7,200만원을 추가로 편성하였다. 그런데 보건복지부는 아직 치매안심센터와 치매안심병원의 구체적인 모델을 구축하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

세부 예산 내역을 보면, 전국적으로 치매안심센터 205개소를 신규 설치하는 데 1,230억원을, 센터당 평균 25명의 전담사례관리사 등 인력 확충을 통해 치매환자와 가족에 1:1 맞춤형 서비스를 지원·연계하고 정책 체감도를 제고하기 위해 운영비(1개월) 187억 9,200만원을 편성하였다. 또한 전국 공립요양병원 45개소에 치매전문병동을 추가로 설치하여, 시설이나 가정에서 돌보기 어려운 치매환자를 전문적으로 집중 치료할 수 있는 치매안심병원을 확충하는 데 604억 8,000만원을 편성하였다.

[표 23] 치매안심센터 설치·운영 및 치매안심병원 설치 소요예산 및 산출근거

(단위: 개소, %, 백만원)

	개소수 (A)	설치(운영)단가 (B)	보조율 (C)	소요예산 (A×B×C)
치매안심센터 설치	205	750	80	123,000
치매안심센터 운영	205	1,375	80	18,792
치매안심병원 확충	45	1,680	80	60,480
계				202,272

주: 치매안심센터 운영 소요예산은 (연간)운영단가 13억 7,500만원을 적용한 후 12로 나누어 1개월치를 구한 것임

자료: 보건복지부 (2017.6.)

58) 보건복지부에 의하면 의료급여 대상자 및 차상위 계층은 연간 의료비가 100만원을 초과하는 경우, 중위 소득 80% 이하 가구는 200만원을 초과하는 경우, 중위 소득 100% 이하 가구는 연간 소득의 30%를 초과하는 경우를 적용 대상으로 할 계획이다. 다만 소득기준 지원 상한기준을 다소 초과하더라도 지원이 필요한 경우 심사를 통해 지원할 예정이라고 한다.

정부는 치매안심센터와 치매안심병원의 소요예산을 기설치된 치매지원센터와 공립요양병원 치매전문병동의 평균설치(운영)단가를 기준으로 산출하였다.

치매안심센터 개소당 설치단가 7억 5,000만원은 기설치된 치매지원센터의 ㎡당 평균설치단가 150만원과, 평균 필요면적 500㎡을 적용하여 산출하였고, 진료실, 검진실, 교육실, 회의실, 사무실 및 주간보호프로그램실 3개(고위험군 프로그램실, 경증 치매환자 프로그램실, 치매단기쉼터(카페))를 설치하는 것을 기준으로 하였다. 치매안심센터 개소당 (연간)운영단가 13억 7,500만원은 기설치된 치매지원센터 인력 1인당 (연)평균 운영비가 약 5,500만원임을 감안하여, 센터 1개소 평균 25인을 기준으로 산출하였다.

치매안심병원 개소당 설치단가 16억 8,000만원은 기설치된 치매전문병동 1병상당 평균설치단가 3,000만원과, 현재 34개 공립요양병원에 설치된 치매전문병동 평균 병상수 56병상을 적용하여 산출하였다.

그런데 지역별로 상이한 여건을 가지고 있기 때문에, 전국적으로 신설되는 모든 치매안심센터에 대하여 획일적인 모델을 적용할 경우, 설치·운영상의 비효율 발생이 우려된다. 도시 지역은 기설치된 치매지원센터 모델(센터 1개소 10~18인)을 기준으로 이를 확대 적용하는 것이 가능하지만, 농어촌 지역의 경우 이러한 모델의 적용가능성 및 적합성이 낮다. 농어촌 지역의 경우, 치매안심센터에서 사례관리 등을 담당할 25명의 인력을 구하는 것이 어려울 뿐만 아니라,[59] 주거지가 원거리에 퍼져 있는 특성상 치매단기쉼터 등 주간보호프로그램실의 운영이 쉽지 않기 때문이다.[60]

따라서 보건복지부는 시·군·구와 협력하여 당초 계획한대로 치매안심센터가 설치·운영될 수 있도록 모니터링을 강화할 필요가 있으며, 지역 여건에 따라 차별화된 운영모델과 인력기준을 마련함으로써 운영의 효율성을 도모할 필요가 있다.

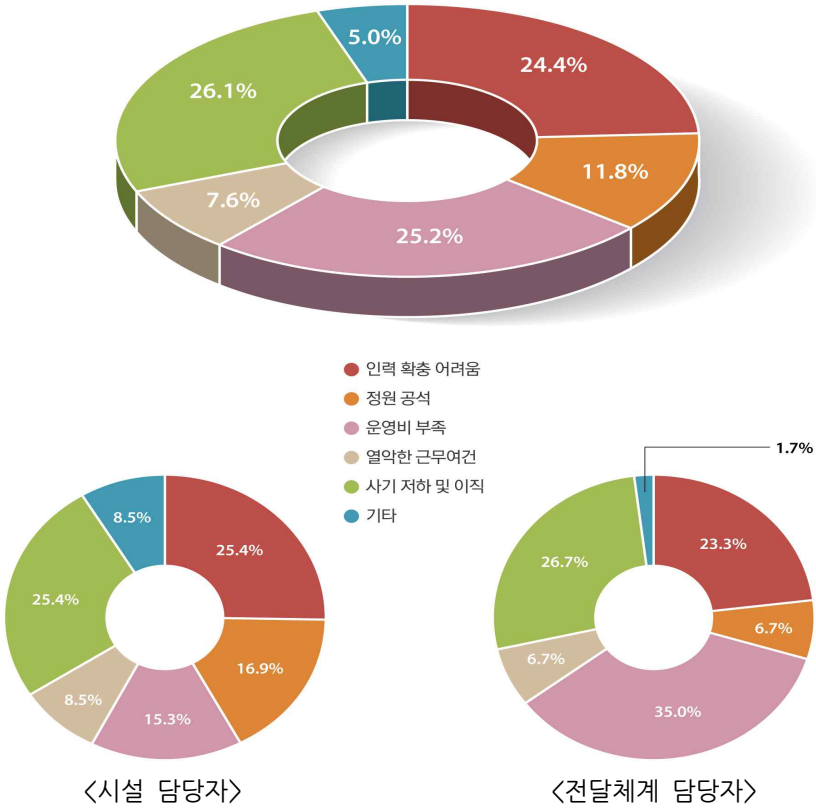
국회예산정책처의 설문조사 결과, 치매거점병원, 노인장기요양서비스 시설 등 치매질환자를 돌보는 시설에서 가장 큰 애로사항이 안정적으로 전문 인력을 확보하

59) 지방에 위치한 민간 요양서비스 기관에 대한 방문 면담을 통하여, 사회복지사, 요양사, 작업치료사 등을 구하려고 공고를 내도 채용하는 게 쉽지 않다는 답변을 들었으며, 정부에서 치매안심센터를 전국적으로 205개소를 설치할 경우 그나마 고용하고 있는 인력마저도 빼길 것을 우려하는 의견도 있었다. 정부의 치매 국가 책임제가 민간 기관과의 보완 및 시너지 효과를 내기 위해서는 명확한 역할 정립이 필요함을 알 수 있었다.

60) 전남 장성의 한 주간보호서비스 기관은 14명의 이용자를 위하여 2대의 차량을 배치하고 있으며, 또 다른 기관은 40명의 이용자를 위하여 8대의 차량을 운영하고 있는 것으로 나타났다. 차량 구입비 등 초기 투자와 운영비가 주간보호서비스를 운영하는 데 큰 부담이 된다고 답변하였다.

는 것으로 나타났다. '시설 근무자들의 낮은 임금 수준 등으로 인한 사기 저하 및 잦은 이직'과 '전문의, 간호(조무)사, 요양사 등 필수 인력을 구하기 쉽지 않은 실정'이라는 답변이 각각 26.1%, 24.4%를 차지하였다. 전문 인력의 안정적 확보와 관련된 것이라고 볼 수 있는 뒤 2개 답변의 비율이 50%를 넘는 것으로 나타난다. '시설 요건 및 정원을 모두 충족했음에도 불구하고 부족한 시설관리·운영비'라는 응답이 25.2%를 차지하여 운영비 부족이 중요한 애로 사항임을 알 수 있다.

[그림 10] 노인요양병원 및 요양시설 운영의 애로사항



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 치매거점병원, 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설 등 돌봄 시설 담당자와 치매지원센터, 광역치매센터 등 전달체계 담당자간에는 약간의 의견 차이를 보였다. 돌봄 시설 담당자들은 35.0%가 '시설 요건 및 정원을 모두 충족했음에도 불구하고 부족한 시설관리·운영비'라고 응답하였고, 다음으로 '시설 근무자들의 낮은 임금 수준 등으로 인한 사기 저하 및 잦은 이직'과 '전문의, 간호(조무)사, 요양사

등 필수 인력을 구하기 쉽지 않은 실정'이라는 답변이 각각 26.7%, 23.3%를 차지하였다. 전문 인력의 안정적 확보와 관련된 것이라고 볼 수 있는 뒤 2개 답변의 비율이 50%를 넘는 것으로 나타난다. 전달체계 담당자들도 '전문의, 간호(조무)사, 요양사 등 필수 인력을 구하기 쉽지 않은 실정'과 '시설 근무자들의 낮은 임금 수준 등으로 인한 사기 저하 및 잦은 이직'이라는 두 가지 응답이 25.4%로 동등한 비율을 차지하고 있고, 다음으로 16.9%가 '시설의 공석(정원을 채우지 못한 경우)으로 인한 시설유지관리 어려움', 15.3%가 '시설 요건 및 정원을 모두 충족했음에도 불구하고 부족한 시설관리·운영비'라고 응답하였다.

공립요양병원 시설(장비) 보강 비용 지원을 통해 기설치된 치매전문병동들도 인력 확충 어려움 등으로 효율적으로 운영되지 못하고 있는 실정이다. 치매환자와 기타 환자들의 병실을 분리하고 있는 정도에 그치고 있으며, 실질적으로 치매전문병동을 운영하지는 못하는 것으로 나타났다. 신경정신과 전문의, 작업치료사 등 인력을 확충하는 것이 어렵고,[61] 간병비 수가가 책정되어 있지 않으며,[62] 알츠하이머 치매에 대해서는 작업 치료 수가도 없어서 인지·재활 치료를 수행하기 어려운 실정이다.

공립요양병원에 대한 현지 출장을 통해서 이러한 사실을 확인할 수 있었다. 치매거점병원으로 지정된 공립요양병원이고 치매전문병동 시설 보강 비용 지원을 받았으나, 치매환자가 수용된 병실의 침대를 전동 침대로 교체한 것 외에는 치매전문병동이라고 할 수 있는 특징은 찾아보기 어려웠다. 조선대학교병원에 시범적으로 설치된 치매전문병동 병실의 경우, 모든 벽면과 출입문 안쪽, 창틀까지 충격완화를 위한 쿠션 보드가 부착되어 있고, CCTV 카메라가 두 대 설치되어 있으며, 출입문에는 번호키 디지털 잠금장치가 설치되어 있고, 병실 내에 환자를 씻기기 용이한 샤워시설을 갖추고 있었다. 방문했던 장성공립요양병원은 광주광역시와 인접한 점 등 유리한 지역적 여건으로 인해 신경과 및 재활의학과 전문의를 보유하고 있고, 치매환자를 고려한 재활 센터까지 갖추어서 치매거점병원으로서의 역할을 충실히 수행하려는 노력을 엿볼 수 있었다. 그러나 현재 정부가 치매안심병원 확충 사업을 추진함에 있어서 기준으로 삼은 공립요양병원에 대한 시설(장비) 보강 비용 지원만으로는 실질적인 치매전문병동을 갖춘 치매안심병원을 설치하기는 어려울 것으로 판단된다.

---

61) 의학전문대학원 제도 시행 이후 공중보건의사(공보의)를 구하는 것이 더욱 어려워졌다고 한다. 대부분 의학전문대학원에 입학하기 전인 대학 재학 중에 군복무를 마치기 때문이다.

62) 공립요양병원은 간호·간병통합서비스 시행 기관에서 제외되어 있다.

[그림 11] 치매거점병원 및 치매전문병동 시설 현황

〈A. 치매거점병원의 병실 및 재활센터 모습〉

〈B. 치매전문병동의 병실 모습(조선대학교병원)〉

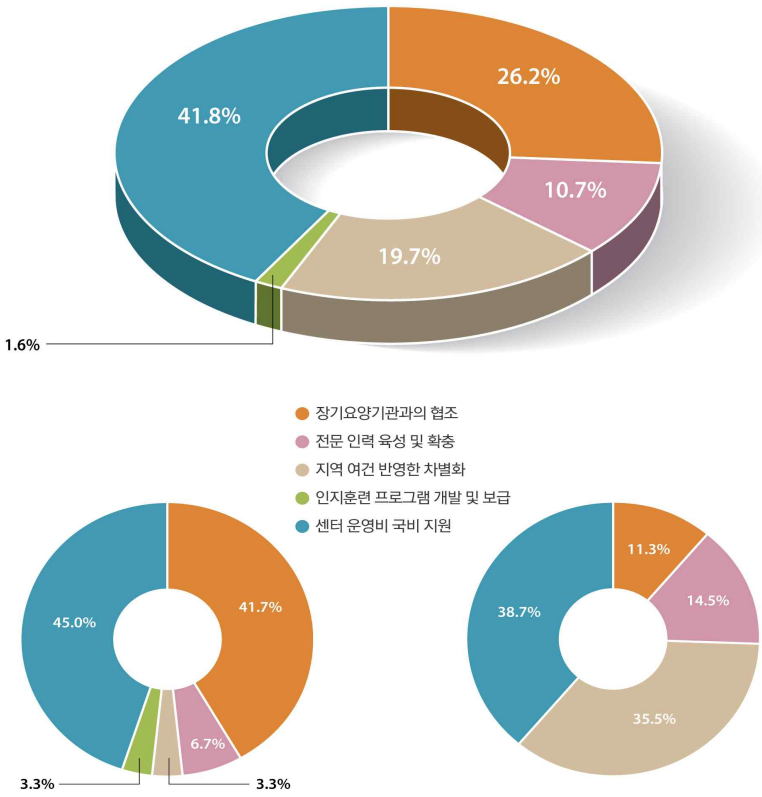
자료: 국회예산정책처 현장 방문 및 촬영

또한 치매안심센터와 치매안심병원의 효율적 운영을 위해서는 운영비 조달 방안에 대한 검토가 필요하다. 신설되는 치매안심센터 205개소의 운영비용으로 연간 2,255억원(기존 47개소 포함 시 2,772억원)[63]이 소요되고, 치매전문병동의 경우도 이번에 편성된 시설 보강 비용 외에 많은 운영비용이 소요될 것으로 예상된다. 재정 부담 경감을 위해 치매안심센터 주간보호프로그램 등은 체계 정립 후 민간 위탁 운영 전환을 검토하고, 치매전문병동의 경우 전문 인력의 확충·유지를 위한 수가 설정[64] 등 구체적 운영 재원 조달 방안을 강구할 필요가 있다.

63) 국고 보조율 80% 적용. 나머지 20%는 지자체 부담(시·도와 시·군·구 분담 가능)

국회예산정책처의 설문조사 결과에서도 치매안심센터 제도의 성공적 정착 및 역할 수행을 위해서는 센터 운영비에 대한 국비 지원이 가장 필요하다는 의견이 제시되었다. '프로그램 운영, 시설 유지관리, 인건비 등 센터 운영비에 대한 국비 지원'이 필요하다는 응답이 41.8%로 가장 많았고, 다음으로 '치매거점(요양)병원, 노인의료(재가)복지시설 등 노인장기요양서비스기관과의 역할 정립·협조'가 26.2%, '치매환자 거주지 분산 정도, 인력 확충 용이성 등 지역적 여건을 반영한 차별화된 모델 구축'이 19.7%를 차지하였다.

[그림 12] 치매안심센터 성공적 정착을 위한 요건



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

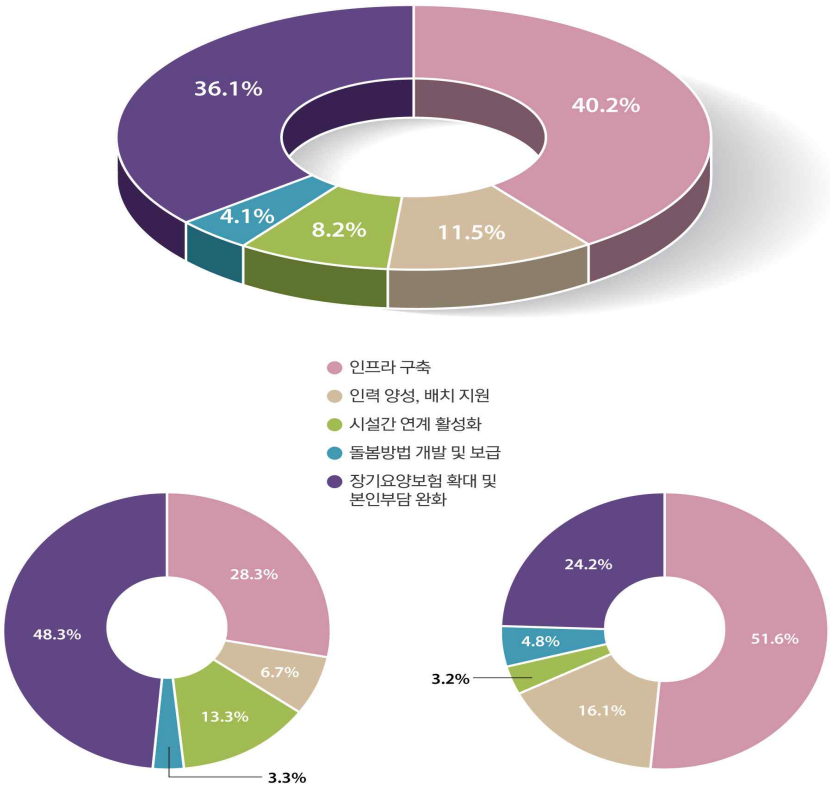
자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

64) 현재 치매거점병원과 일반 요양병원의 수가가 동일하여 차별화된 치매전문병동의 운영이 어려운 실정이다.

동 설문에 대하여, 돌봄 시설 담당자들은 45.0%가 '프로그램 운영, 시설 유지 관리, 인건비 등 센터 운영비에 대한 국비 지원', 41.7%가 '치매거점(요양)병원, 노인의료(재가)복지시설 등 노인장기요양서비스기관과의 역할 정립·협조'라고 답변하여 두 가지 응답이 대부분을 차지하였다. 반면 치매관리 전달체계 담당자들의 경우, '프로그램 운영, 시설 유지관리, 인건비 등 센터 운영비에 대한 국비 지원'이 38.7%로 가장 많았지만, '치매환자 거주지 분산 정도, 인력 확충 용이성 등 지역적 여건을 반영한 차별화된 모델 구축'이라는 응답도 35.5%로 비슷한 비중을 차지하였고, 다음으로 14.5%가 '치매 전문 사회복지사, 간호사, 인지치료사 등 전문 인력의 육성 및 확충', 11.3%가 '치매거점(요양)병원, 노인의료(재가)복지시설 등 노인장기요양서비스기관과의 역할 정립·협조'라고 응답하였다. 치매안심센터의 기준이 되고 있는 치매지원센터 담당자들이 지역적 여건을 반영한 차별화가 중요하다는 의견을 많이 보인 것을 주목할 필요가 있다.

정부가 치매관리를 위한 재정 투자를 확대함에 있어, 가장 효과적이고 중요한 정책이 무엇인지를 묻는 설문에 대하여, 40.2%가 '치매거점(안심)병원, 치매지원(안심)센터, 노인의료(재가)복지시설 등의 인프라 구축'이 가장 중요하다고 응답하였고, 다음으로 36.1%가 '노인장기요양보험 적용 확대 및 간병비 등 비급여 항목을 포함한 환자·가족 부담 완화', 11.5%가 '치매 전문 사회복지사, 간호사, 방문요양사 등 전담 인력의 양성 및 배치 지원'이라고 답변하였다.

[그림 13] 효과적인 치매관리 재정 투자 확대 방안



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

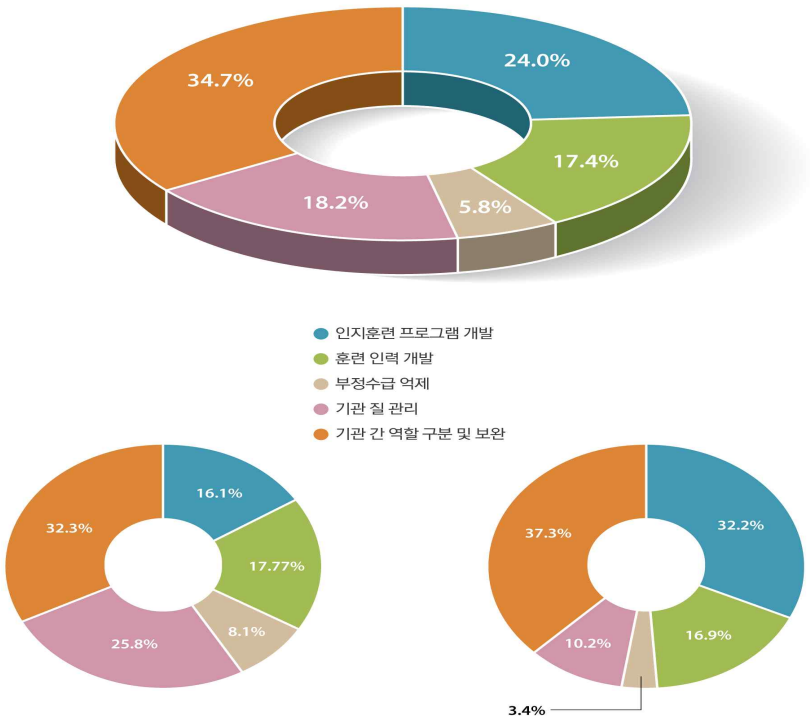
자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 돌봄 시설 담당자들은 가장 많은 48.3%가 '노인장기요양보험 적용 확대 및 간병비 등 비급여 항목을 포함한 환자·가족 부담 완화'라고 응답하였고, 다음으로 28.3%가 '치매거점(안심)병원, 치매지원(안심)센터, 노인의료(재가)복지시설 등의 인프라 구축', 13.3%가 '치매의 경중을 고려한 치매거점병원·노인의료복지시설·재가노인복지시설간의 연계 활성화'라고 답변하였다. 반면 치매관리 전달체계 담당자들은 가장 많은 51.6%가 '치매거점(안심)병원, 치매지원(안심)센터, 노인의료(재가)복지시설 등의 인프라 구축'이 가장 중요하다고 응답하였고, 다음으로 24.2%가 '노인장기요양보험 적용 확대 및 간병비 등 비급여 항목을 포함한 환자·가족 부담 완화', 16.1%가 '치매 전문 사회복지사, 간호사, 방문요양사 등 전담 인력의 양성 및 배치 지원'이라고 답변하였다.

노인장기요양보험에서 제공되는 치매관리 서비스와 치매안심센터 기능의 중복성을 검토하고 상호보완할 수 있는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 특히 치매안심센터의 주간보호프로그램 기능은 현재 노인장기요양보험에서 제공되는 치매환자에 대한 주야간단기보호 서비스와 중복될 소지가 있다. 처음부터 노인장기요양보험 서비스 기관과의 기능 차별화 없이 치매안심센터를 출발할 경우 추후 유보통합 문제와 유사한 비효율성이 나타날 우려가 있다. 노인장기요양보험은 등급 판정을 받은 치매환자를 서비스 대상으로 하고, 치매안심센터는 등급외 치매환자 및 고위험 인지장애자를 서비스 대상으로 함으로써 상호보완이 가능할 것이다.

국회예산정책처에서 수행한 설문조사에서도 장기요양서비스기관과 등급외 치매환자(인지장애) 대상 기관간의 역할 구분 및 보완이 매우 중요하다는 의견이 나타났다. 경증 치매환자에 대한 노인장기요양보험 적용을 확대할 때 가장 효과적이고 중요한 것이 무엇인지를 묻는 설문에 대하여, '장기요양서비스기관과 등급외 치매환자(인지장애) 대상 기관간의 역할 구분 및 보완'이라는 응답이 34.7%로 가장 많은 것으로 나타났다. 다음으로 24.0%가 '경증 치매환자 대상 인지훈련 프로그램 개발 및 보급', 18.2%가 '주야간보호센터, 방문요양 및 방문간호 기관 대상 인증 및 모니터링제도를 통한 질 관리', 17.4%가 '인지훈련 제공자(사회복지사, 작업치료사, 방문요양사, 방문간호사 등)의 능력 개발'이라고 답변하였다.

[그림 14] 경증 치매환자에 대한 효과적인 노인장기요양보험 확대 방안



〈시설 담당자〉 〈전달체계 담당자〉

자료: 국회예산정책처, 치매관리 및 노인장기요양서비스 정책에 대한 의식 조사, 2017.7.

동 질문에 대하여 돌봄 시설 담당자들은 가장 많은 37.3%가 '장기요양서비스기관과 등급외 치매환자(인지장애) 대상 기관간의 역할 구분 및 보완'라고 응답하였고, 다음으로 32.2%가 '경증 치매환자 대상 인지훈련 프로그램 개발 및 보급', 16.9%가 '인지훈련 제공자(사회복지사, 작업치료사, 방문요양사, 방문간호사 등)의 능력 개발', 10.2%가 '주야간보호센터, 방문요양 및 방문간호 기관 대상 인증 및 모니터링제도를 통한 질 관리'라고 답변하였다. 치매관리 전달체계 담당자들도 가장 많은 32.3%가 '장기요양서비스기관과 등급외 치매환자(인지장애) 대상 기관간의 역할 구분 및 보완'이 가장 중요하다고 응답하였다. 그러나 25.8%가 '주야간보호센터, 방문요양 및 방문간호 기관 대상 인증 및 모니터링제도를 통한 질 관리', 17.7%가 '인지훈련 제공자(사회복지사, 작업치료사, 방문요양사, 방문간호사 등)의 능력 개발', 16.1%가 '경증 치매환자 대상 인지훈련 프로그램 개발 및 보급'라고 답변하여 차이를 보인다.

5. 노인 자살 문제에 대한 정책대응

우리나라의 자살률은 OECD 국가들 중에서 가장 높고 특히 노년층으로 갈수록 자살률이 급격히 상승하는 경향을 보이고 있음에도 불구하고, 노인 자살 문제에 대한 관심과 자살 예방을 위한 투자는 부족한 것으로 나타나고 있다.

우리나라는 1990년대 초반 이후 자살률이 지속적으로 증가하였으며, 2011년 33.3명을 기록한 이후 조금씩 감소하고 있지만, 아직도 OECD 국가 자살률[65] 평균 12.1명의 두 배를 훨씬 넘는 28.7명의 자살률로 OECD 국가들 중에서 가장 높은 자살률을 나타내고 있다.

65) 국가 간 연령별 인구 구조를 표준화한 OECD 표준인구 10만명 당 자살자 수이다. 따라서 통계청에서 발표하는 실제 인구수를 적용한 자살률과 약간의 차이를 보인다.

[표 24] 2011~2015년 OECD 국가별 자살률

(단위: 명)

국 가	2011	2012	2013	2014	2015	2015 (또는 최근년)	순 위
Australia	10.7	11.4	11.2	12.2	-	12.2	16
Austria	14.1	13.7	13.6	13.9	-	13.9	11
Belgium	18.1	17.4	16.2	16.1	-	16.1	7
Canada	10.5	10.9	-	-	-	10.9	20
Chile	12.3	11	10.3	10.4	-	10.4	26
Czech Republic	14.3	14.7	14.2	13.3	12.3	12.3	14
Denmark	10.2	11.3	10.3	10.6	-	10.6	23
Estonia	15.3	16.6	15.3	17.5	-	17.5	6
Finland	16.4	15.6	15.8	14.1	-	14.1	10
France	15.8	14.6	14.3	-	-	14.3	9
Germany	10.8	10.5	10.8	10.8	-	10.8	22
Greece	3.9	4.2	4.5	4.7	-	4.7	34
Hungary	22.8	22	19.4	17.8	19.4	19.4	2
Iceland	8.7	11.6	16	13.8	12.3	12.3	14
Ireland	12.2	12.1	10.9	-	-	10.9	20
Israel	6.2	6.4	5.5	5.5	-	5.5	32
Italy	6.2	6.3	-	-	-	6.3	31
Japan	20.9	19.1	18.7	17.6	-	17.6	5
Korea	33.3	29.1	28.7	-	-	28.7	1
Latvia	19.9	20.5	17.8	18.1	-	18.1	3
Luxembourg	10.4	9.4	7.3	11.8	-	11.8	18
Mexico	5.2	5	5.2	5.5	-	5.5	32
Netherlands	9.5	10	10.5	10.4	10.5	10.5	24
New Zealand	11.3	12.5	-	-	-	12.5	13
Norway	12.1	10.2	10.8	10.5	-	10.5	24
Poland	15.3	15.8	15.5	14.8	-	14.8	8
Portugal	8.6	9	8.7	10	-	10.0	27
Slovak Republic	..	10.2	10.9	9.7	-	9.7	28
Slovenia	19.3	19.3	19.6	16.9	18.1	18.1	3
Spain	6.3	6.9	7.5	7.6	-	7.6	29
Sweden	11.4	11.6	12.3	11.4	11.7	11.7	19
Switzerland	12.1	12	12.2	-	-	12.2	16
Turkey	1.7	2.1	2.6	-	-	2.6	35
United Kingdom	6.9	6.9	7.5	-	-	7.5	30
United States	12.8	13	13.1	13.5	-	13.5	12
OECD 국가 자살률 평균						12.1	-

주: 국가 간 연령별 인구 구조를 표준화한 OECD 표준인구 10만명 당 자살자 수임

자료: OECD Health data 2017.

특히 우리나라는 연령이 높아질수록 자살률이 급격히 증가하는 경향을 보인다. 2015년 각 연령대별 인구 10만 명당 자살자 수는 10대 2.3명, 20대 16.4명, 30대 25.1명, 40대 29.9명, 50대 34.3명, 60대 36.9명, 70대 62.5명, 80대 이상 83.7명으로 나타났다. 이러한 경향은 모든 연도에서 동일하게 관찰되었다. 자살 사망자 수는 중장년층인 40~50대가 5,419명으로 가장 많은 비율을 차지하지만, 65세 이상 노년층의 자살 사망자 수도 3,837명으로 2015년 총 자살 사망자 수의 28.4%에 이른다.

[표 25] 연령대별 자살 현황 추이: 2013~2015년

(단위: 명, %)

	2013		2014		2015	
	자살자 수	자살률	자살자 수	자살률	자살자 수	자살률
10대 이하	308	2.8	276	2.6	245	2.3
20대	1,184	18.0	1,174	17.8	1,087	16.4
30대	2,275	28.4	2,193	27.9	1,926	25.1
40대	2,867	32.7	2,854	32.4	2,624	29.9
50대	2,963	38.1	2,914	36.4	2,795	34.3
60대	1,768	40.7	1,699	37.5	1,778	36.9
70대	2,004	66.9	1,775	57.6	1,957	62.5
80대 이상	1,057	94.7	949	78.6	1,098	83.7
미상	1	-	2	-	3	-
65세 이상	3,871	64.2	3,497	55.5	3,837	58.6
전체	14,427	28.5	13.836	27.3	13,513	26.5

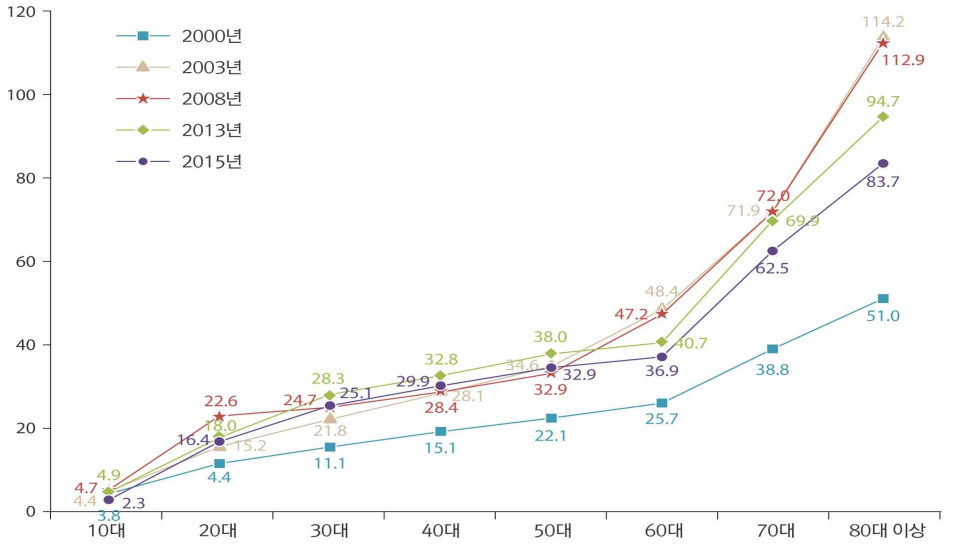
주: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 바탕으로 작성된 것으로 OECD 표준인구로 조정된 자살률과 약간의 차이를 보임

자료: 중앙자살예방센터 제출 자료를 바탕으로 국회예산정책처 재작성

2000년부터 2015년까지의 연령대별 자살률 변화추이를 살펴보면, 2000~2003년 사이에 자살률이 크게 상승하여 2003~2008년 동안 비슷한 수준을 유지하였고, 2008~2013년 동안에는 30~50대의 자살률은 상승한 반면 60대 이상의 노년층 자살률은 감소하였으며, 2013~2015년 동안은 전반적으로 모든 연령대의 자살률이 소폭 감소한 것으로 나타났다. 그러나 여전히 절대적으로 높은 자살률을 기록하고 있으며, 특히 70대 이상 노년층의 경우 위의 표에서 보는 바와 같이 2014년 대비 2015년의 자살률이 상승세를 보이고 있다.

[그림 15] 연령대별 자살률 추이: 2003~2015년

(단위: 인구 10만 명당 자살자 수)



자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 바탕으로 국회예산정책처 작성

이와 같이 심각한 노인 자살 문제에 대처하여 자살을 예방하기 위해서는 먼저 자살 원인에 대한 분석이 선행되어야 할 것이다.

경찰청이 집계하는 자살 원인 통계가 실제 자살 사망자별로 원인을 분석할 수 있는 유일한 자료라고 할 수 있다.[66] 2015년도 자살 사망자를 대상으로 집계한 연령대별 자살 원인 통계를 보면, 61세 이상의 연령층에서는 육체적 질병 문제가 46.4%로 가장 큰 비중을 차지하고 있으며, 정신적·정신과적 문제(30.3%) 다음으로 가정문제(8.2%)와 경제생활문제(8.1%)가 큰 비중을 차지한다.

66) 이것은 경찰청이 자살이라고 분류한 사망자들에 대하여 유가족을 비롯한 주변 사람들의 증언과 유서 등을 기초로 자살 원인을 구분한 것으로서, 실제 자살 원인과는 차이가 있을 수 있다. 보다 정확한 자살 원인을 분석하기 위해서는 자살 사망자 전체를 대상으로 한 심리적 부검 등을 통한 보다 엄밀한 조사가 필요하다.

[표 26] 연령대별 자살 원인 비중 및 자살자 수(2015)

(단위: %, 명)

구 분	계	가정 문제	경제생활문제	남녀 문제	사별 문제	육체적 질병문제	정신적, 정신과적 문제	직장·업무상 문제	학대·폭력 문제	기타	미상
총 계	100.0 (13,436)	9.6 (1,285)	23.0 (3,089)	3.5 (469)	0.8 (101)	21.6 (2,903)	31.5 (4,228)	4.2 (559)	0.0 (2)	1.8 (243)	4.1 (557)
0~20세	100.0 (307)	11.1 (34)	2.9 (9)	10.7 (33)	0.3 (1)	2.9 (9)	44.3 (136)	3.9 (12)	0.3 (1)	16.0 (49)	7.5 (23)
21~30세	100.0 (1,143)	6.0 (69)	22.2 (254)	12.5 (143)	1.1 (13)	2.8 (32)	36.0 (411)	11.2 (128)	0.1 (1)	3.1 (35)	5.0 (57)
31~40세	100.0 (2,014)	10.7 (215)	33.1 (667)	6.8 (137)	0.6 (12)	4.8 (96)	31.2 (629)	5.8 (116)	-	2.1 (42)	5.0 (100)
41~50세	100.0 (2,651)	11.7 (309)	34.7 (921)	3.2 (86)	0.4 (10)	8.4 (224)	31.2 (828)	4.8 (127)	-	1.3 (34)	4.2 (112)
51~60세	100.0 (2,777)	10.3 (286)	31.3 (870)	1.8 (51)	0.5 (15)	15.8 (440)	30.6 (849)	4.6 (128)	-	1.3 (37)	3.6 (101)
61세~	100.0 (4,533)	8.2 (372)	8.1 (368)	0.4 (19)	1.1 (50)	46.4 (2,102)	30.3 (1,375)	1.1 (48)	-	1.0 (45)	3.4 (154)
미상	100.0 (11)	-	-	-	-	-	-	-	-	9.1 (1)	90.9 (10)

자료: 경찰청 내부자료

자살충동을 유발하는 요인을 파악하기 위하여 2006~2012년 「사회조사」를 통해 수집된 자살 충동 이유를 연령대별로 분석한 결과에서도, 60대 이상의 연령대에서는 경제적 어려움이나 질환에 의해 자살 충동을 느끼는 것으로 나타났다. 경제적 어려움이나 질환 등의 문제는 정신보건이나 임상심리적 접근 방식으로 해결하는 데 한계가 있다. 그러므로 사회복지 급여 및 서비스 제공과 심리상담을 병행하는 방식으로 자살예방사업을 추진할 필요가 있다.

[표 27] 자살 충동 이유: 2006~2012년

(단위: %)

		경제적 어려움	이성 문제	질환	직장 문제	외로움, 고독	가정 불화	성적, 진학문제	불화, 따돌림	기타
10대	2006	6.2	2.2	1.4	1.0	10.1	15.5	56.1	6.0	1.6
	2008	8.8	2.0	3.5	1.7	13.6	10.1	51.0	6.6	2.9
	2010	10.5	1.9	2.2	1.6	11.2	12.6	53.4	3.8	2.8
	2012	16.7	1.4	2.0	0.4	12.5	16.9	39.2	7.1	3.7
20대	2006	32.5	7.6	3.5	18.6	18.4	11.0	4.4	1.0	3.0
	2008	23.9	6.2	6.0	22.9	19.4	11.8	4.3	1.4	4.0
	2010	30.0	7.0	5.9	15.0	16.5	12.9	5.3	1.0	6.4
	2012	28.7	5.4	8.7	21.4	17.0	7.9	4.2	1.0	5.9
30대	2006	53.0	3.6	4.4	6.6	10.6	19.2	-	0.4	2.2
	2008	39.3	3.2	5.0	9.7	17.6	20.6	0.3	1.4	2.9
	2010	37.4	3.4	4.8	9.5	17.4	20.5	-	1.0	6.0
	2012	42.6	5.6	6.1	8.9	15.0	17.6	0.3	0.5	3.3
40대	2006	62.4	1.4	4.7	4.5	9.0	17.2	-	0.1	0.6
	2008	49.7	3.3	7.8	4.8	12.9	19.2	0.1	0.2	1.8
	2010	50.4	2.6	8.4	4.7	10.7	17.5	-	0.3	5.5
	2012	51.5	4.3	8.8	5.1	11.1	16.9	0.1	0.5	1.6
50대	2006	58.6	1.2	11.0	3.8	9.4	14.5	-	0.3	1.2
	2008	49.9	0.8	16.8	2.9	8.9	17.3	0.2	0.3	2.9
	2010	52.7	3.3	14.2	4.4	9.4	14.1	-	-	2.0
	2012	52.6	3.9	12.3	5.3	11.0	13.5	-	0.2	1.3
60대 이상	2006	41.1	0.5	26.5	0.9	17.7	11.2	-	0.2	1.9
	2008	33.9	0.9	37.1	0.6	13.2	10.6	-	-	3.7
	2010	35.3	2.4	36.2	1.2	11.4	8.8	-	-	4.6
	2012	37.4	4.2	36.2	1.7	11.7	6.9	-	-	1.8

주: 1. 각 연령대별로 짙은 음영은 1순위, 옅은 음영은 2순위임
2. 사회조사는 2년 단위로 실시됨

자료: 각 연도별「사회조사」결과를 바탕으로 국회예산정책처 작성

그러나 정부가 노인 자살 예방을 위해 추진하고 있는 구체적인 대책은 미흡한 것으로 나타났다.

현재 자살예방을 직접적인 목표로 내세운 사업은 보건복지부 소관 세세부사업인 “자살예방사업”, “중앙자살예방센터 운영” 및 “지역자살예방사업”과 교육부 소관 “학생자살예방관리” 뿐이다. 보건복지부 소관 “자살예방사업”은 자살예방정책 연구개발, 생명존중문화조성, 자살예방 교육 및 전문인력 양성, 자살유해정보 모니터링 및 차단, 민관협력 자살예방사업,[67] 응급실기반 자살시도자 지원사업[68]으로 구성된다. “지역자살예방사업”은 지방자치단체의 정신건강복지센터에 자살예방 업무 담당자를 배치하고 인건비를 지원하는 사업이다. “중앙자살예방센터 운영”은 중앙자살예방센터에 필요한 재원을 지원하는 사업이다. 교육부 소관 “학생자살예방관리”는 학교를 중심으로 학생자살예방교육, 자살의 위험이 있는 학생에 대한 조기발견 및 치료 등 각종 지원 프로그램을 제공하는 사업이다.

[표 28] 자살예방사업의 범위

	소관 부처	단위사업	세부사업	세세부사업
직접사업	보건복지부	정신보건시설확충 (국민건강증진기금)	자살예방 및 지역정신건강 복지사업	자살예방사업
				중앙자살예방센터 운영
				지역자살예방사업
	교육부	(지방교육재정교부금)		학생자살예방관리

67) 자살 예방을 위해 다양한 민간기관의 활동을 지원하는 것을 목적으로 한다.
68) 응급실에 내원한 자살시도자와 그 가족이 정서적 안정을 도모하고 치료서비스를 제공받을 수 있도록 사례관리를 진행하며 지역 자살예방기관으로 연계를 돕는다.

	소관 부처	단위사업	세부사업	세세부사업
간접사업	보건복지부	정신보건시설확충(국민건강증진기금)	자살예방 및 지역정신건강 복지사업	정신건강복지센터운영
				아동청소년정신건강복지
				알코올상담센터운영
				노숙자등알코올중독자 사례관리
				중앙정신건강복지사업지원단 운영
	교육부	(지방교육재정교부금)		학생정서 · 행동 특성검사
				정책중점연구소 운영
				정신건강 전문가학교 방문사업
				Wee프로젝트 구축 및 운영
		민간경상보조금		학생정신건강지원센터
	여성가족부	청소년관련 산하기관 지원(일반회계)	한국청소년상담 복지개발원 운영지원	자살예방 프로그램 지도자 교육
		청소년사회 안전망구축(청소년육성기금)	청소년사회 안전망구축	지역사회 청소년 통합지원체계 구축
				청소년동반자 프로그램 운영
				청소년 사이버·문자상담 운영
				이주배경 청소년 지원
				학교 밖 청소년 지원
		다문화가족지원(양성평등기금)	건강가정 및 다문화가족지원	-
	고용노동부	근로자복지지원(근로복지진흥기금)	선진기업복지 지원제도 도입지원	근로자지원프로그램(EAP)

자료: 각 부처의 「2017년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 제출 자료를 바탕으로 국회 예산정책처 작성

그 밖에 보건복지부의 정신건강복지센터 운영, 아동청소년정신건강복지, 알코올상담센터 운영, 중앙정신건강복지사업지원단 운영, 노숙자 등 알코올중독자 사례관리[69] 등이 각 민간위탁기관에 자살 예방 관련 업무에 필요한 재원을 지원함으로써 간접적으로 자살 예방에 기여하는 사업이라고 할 수 있다. 교육부가 수행하는 학생정서 · 행동특성검사,[70] Wee프로젝트,[71]는 심리검사 실시와 학교상담체계를 통하여 학생 자살 예방에 기여할 수 있고, 여성가족부는 한국청소년상담복지개발원[72] 운영지원과 청소년사회안전망구축 사업[73]을 통해 수행되는 청소년상담과 건강가정지원센터[74]를 통해 수행되는 가족상담을 담당하고 있다. 고용노동부가 선진기업복지지원제도 도입지원 사업의 일환으로 수행하는 근로자지원프로그램(EAP)[75]도 근로자 대상 온라인·오프라인 상담을 통해 자살 예방에 기여한다고 할 수 있다. 그러나 이와 같은 간접 사업들은 정신건강을 위한 상담에 주안점을 두고 있기 때문에 구체적·적극적으로 자살을 예방하기 위한 대책을 수행하는 사업이라고는 볼 수 없으며, 이러한 사업들을 통해 자살 예방 효과를 기대하는 것은 한계가 있다.

직접 자살예방을 목적으로 수행되는 사업에 투입된 예산액은 2009년 5억 3,500만원에서 2017년 114억 900만원으로 크게 증가하였다. 구체적으로 살펴보면, 주무부처인 보건복지부가 수행하는 자살예방사업의 예산액이 2009년 5억 3,500만원에서 2017년 73억 3,100만원으로, 9개년 동안 가장 높은 증가추세를 보였다. 2011년에

---

69) 사례관리란 개인에게 어떤 지원이 필요한가를 확인하고, 이를 충족시켜주기 위하여 다양한 급여 및 서비스를 연결해 주는 것을 의미한다.

70) 초 · 중 · 고등학생을 대상으로 기분장애, 과잉행동장애, 자살충동 등을 측정할 수 있는 검사 도구를 개발하여 정기적으로 검사를 실시하는 사업이다.

71) 학교상담체계로, 학교 단위의 Wee클래스, 지방교육지원청 단위의 Wee센터와 지방교육청 단위의 Wee스쿨에 배치된 상담교사가 학교폭력, 학업스트레스 등 학생들이 겪는 다양한 문제에 대해 상담서비스를 제공하고, 필요할 경우 지역사회의 사회복지 서비스 등을 연계해주는 사업이다.

72) 한국청소년상담복지개발원은 청소년을 대상으로 하는 다양한 상담 프로그램을 개발하며, 인터넷을 통한 상담 서비스를 제공한다.

73) 청소년사회안전망구축에 포함되는 각종 사업들은 한국청소년상담복지개발원을 중심으로 각 기초지방자치단체 단위에서 청소년에게 필요한 상담서비스를 제공한다. 특히, 세부사업인 청소년동반자 프로그램은 상담이 필요한 청소년에게 상담사가 직접 찾아가서 서비스를 제공하는 사업이다.

74) 건강가정지원센터는 지역사회 내 가족을 대상으로 가족교육, 가족상담, 가족돌봄나눔, 가족문화 프로그램 등과 같은 서비스를 제공한다.

75) 근로자지원프로그램(Employee Assistance Program; EAP)은 건강문제, 부부·가족생활문제, 법 · 재정문제, 알코올 · 약물문제, 정서문제, 스트레스 등 업무 성과 전반에 영향을 미칠 수 있는 근로자의 문제를 해결하기 위해 개발된 사업장 기반의 프로그램이다. 현재 EAP는 온라인 상담과 각 광역지방자치단체 단위별로 배치된 상담사가 제공하는 오프라인상담으로 운영되고 있다.

「자살예방법」이 제정되고 중앙자살예방센터가 설립되면서 자살예방에 대한 정부의 관심이 제고된 것이 반영된 결과라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 2009~2017년 동안 정부가 실질적으로 자살예방이라는 정책 목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 총 466억원에 불과하다([표 29] 참조).[76] 또한 노인 자살 문제 등 구체적 대상을 정하여 원인을 분석하고 예방책을 강구하는 사업은 없는 실정이다.

[표 29] 자살예방사업 세부 예산 현황

(단위: 백만원)

사업명	계	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
■ 자살예방사업	31,596	535	735	1,435	1,800	2,800	5,560	5,860	5,540	7,331
자살예방정책 연구개발	2,000	100	100	100	700	200	200	200	200	200
생명존중문화조성	8,460	300	300	700	600	800	1,600	1,600	1,280	1,280
자살예방교육 및 인력양성	2,105	35	135	135	300	300	300	300	300	300
자살유해정보 모니터링및차단	1,000	100	200	200	-	100	100	100	100	100
민관협력자살예방 사업	3,400	-	-	300	200	400	400	700	700	700
응급실기반자살 시도자관리사업	10,292	-	-	-	-	1,000	2,000	2,000	2,000	3,292
지역사회기반 자살예방사업	100	-	-	-	-	-	-	-	-	100
심리적부검 체계구축	3,840	-	-	-	-	-	960	960	960	960
■ 지역자살예방사업	6,700	-	-	-	-	1,500	-	-	2,600	2,600
■ 중앙자살예방센터 운영	2,705	-	-	-	480	480	480	480	386	399
■ 학생자살예방관리 (교육부)	5,594	-	-	-	-	-	1,500	1,546	1,469	1,079
합 계	46,595	535	735	1,435	2,280	4,780	7,540	7,886	9,995	11,409

주: 국고에서 투입되는 예산만을 포함함(지역사회기반 자살예방사업, 지역자살예방사업, 학생자살예방관리(교육부)는 국고와 매칭으로 지방비가 투입되는 사업임)

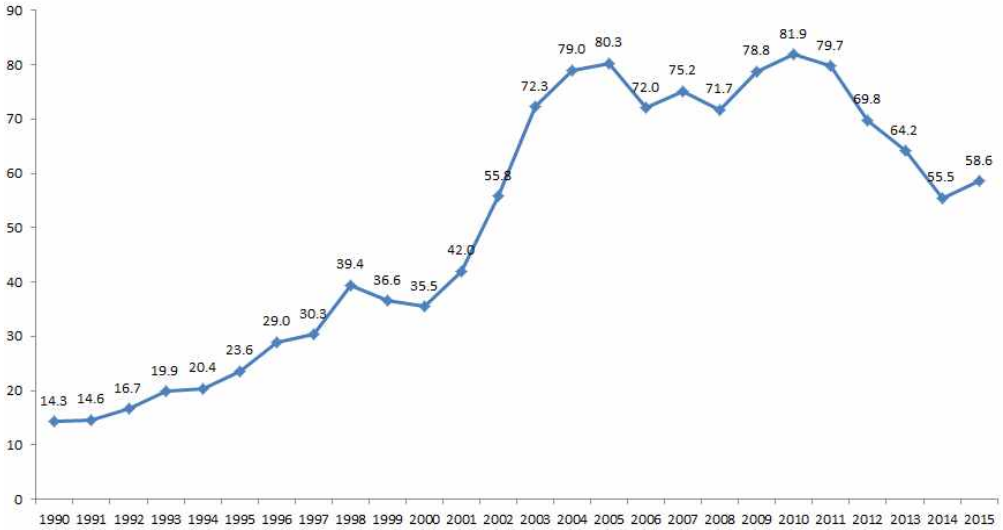
자료: 각 부처의 「2017년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 작성

76) 그나마 2012~2013년 동안의 '자살예방 교육 및 전문인력 양성'에 투입한 예산 약 9억원에는 정신보건전문요원 교육비용이 포함되어 있어서 모두 자살예방 사업과 관련되었다고 보기 어렵다.

보건복지부가 농촌 지역 자살 예방을 위해 추진한 맹독성 농약 '그라목손'의 생산 금지(2011년) 및 사용 금지(2012년)가 노인 자살 예방에 기여한 것으로 평가되고 있다. 이러한 정책 사례는 정부가 연령대별 자살의 원인에 주목하여 적극적인 자살 예방 대책을 추진할 때 실질적 효과를 기대할 수 있음을 보여준다.

[그림 16] 65세 이상 노년층 자살률(10만 명당 자살자 수) 추이

(단위: %)



자료: 각 연도별 통계청 「사망원인통계」를 바탕으로 국회예산정책처 작성

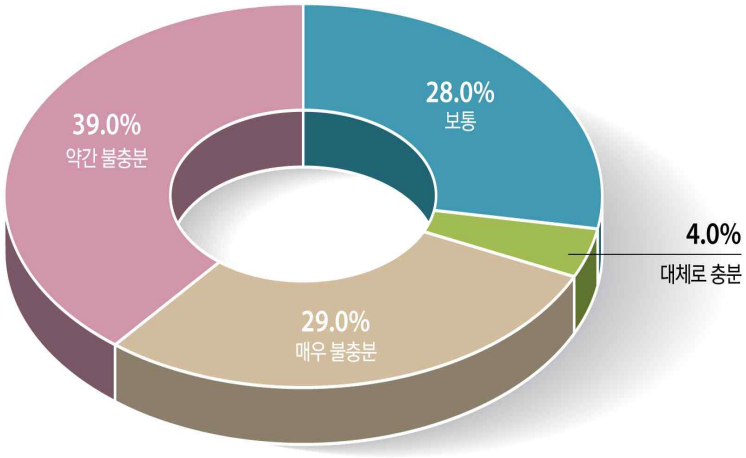
국회예산정책처가 일선 자살예방사업 관련 전달체계에서 근무하는 상담 서비스 제공자들을 대상으로 실시한 설문조사[77]에서도 자살예방 관련 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원이 불충분한 것으로 나타났다.

소속기관에서 수행하고 있는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원이 충분한 수준이라고 생각하는지 질문한 결과, '매우 불충분한 상태'라는 응답이 29.0%, '약간 불충분한 상태'라는 응답이 39.0%로 나타나 전반적으로 정부 예산 지원이 부족한 실정이라는 입장이 68.0%에 달했다. 반면, 대체로 충분한 편이라는 답변은 4.0%에 그쳤다.[78]

77) 국회예산정책처는 자살예방사업의 문제점을 파악하기 위하여 자살예방사업을 수행하고 있는 정신건강증진센터, 청소년상담복지센터, 건강가정증진센터 실무자 100명과 민간 상담소 상담사 40명을 대상으로 「자살예방 및 상담서비스제공 정책에 대한 의식 조사」를 실시하였다.(이채정·김상우, 「자살예방사업의 문제점과 개선과제」, 국회예산정책처, 2013.11.)

[그림 17] 소속기관에서 수행하는 사업에 대한 중앙정부의 예산 지원 상황

(단위: %)



자료: 이채정·김상우, 「자살예방사업의 문제점과 개선과제」, 국회예산정책처, 2013.11.

우리나라의 높은 자살률은 국가가 해결해야 할 심각한 사회문제라는 점에 대해서는 공감대가 형성되고 있다. 국회예산정책처의 연구[79]에 의하면 자살예방사업에 의한 경제적 편익은 연간 최저 1조원에서 최고 3조원 이상인 것으로 나타났다. 그럼에도 불구하고, 우리나라가 자살예방을 직접 목적으로 하는 사업을 투입하는 2017년도 예산은 114억원에 불과하다.

우리나라보다 자살 문제에 먼저 주목한 일본[80]은 내각부에 자살대책추진실을 두고 2015년에 자살 대책에 약 7,800억원의 예산을 투입하였다. 우리나라는 보건복지부 정신건강정책과에 담당자 2명[81]이 모든 자살예방 대책을 맡고 있는 실정이다. 자살 예방을 위한 정부의 보다 적극적인 관심과 투자가 필요한 것으로 사료된다.

78) 설문 결과를 양호(매우 충분, 대체로 충분), 보통, 불량(매우 불충분, 약간 불충분)의 3개로 재분류하여 카이제곱검정을 실시한 결과, p-value가 매우 작아서 통계적으로 유의미하게 양호가 적고 불량이 많은 것으로 나타났다.

79) 이채정·김상우, 「자살예방사업의 문제점과 개선과제」, 국회예산정책처, 2013.11.

80) 일본은 2014년 자살률이 17.6명으로 OECD 국가들 중에서 5위를 기록하고 있다.

81) 서기관 1인, 주무관 1인

[표 30] 일본의 자살 대책 관련 예산

(단위: 천엔)

대책 내용	2014	2015	증감액
1. 자살의 실태 공개	34,736	17,193	▲ 17,543
2. 국민 개인 인식과 보호 촉구	6,306,318	6,206,922	▲ 99,396
3. 조기 대응의 중심 역할 인재 양성	294,009	137,468	▲ 156,541
4. 마음의 건강 만들기 진행	14,694,500	13,087,427	▲ 1,607,073
5. 적절한 정신과 치료	2,016,767	1,502,065	▲ 514,702
6. 사회적인 활동에서 자살 방지	21,855,349	66,186,492	▲ 44,331,143
7. 자살 미수자의 재 자살 시도 방지	1,887,699	1,344,354	▲ 543,345
8. 남겨진 사람(유가족)에 대한 지원	2,831	2,856	▲ 25
9. 민간단체와의 연계 강화	213,144	209,152	▲ 3,992
10. 상기에 해당하지 않는 것	34,995	30,366	▲ 4,629
총	36,137,454	78,374,662	▲ 42,237,208
원화(100엔=1,000원 기준)	3,600억원	7,800억원	

자료: 일본 내각부, 자살대책추진실(2015.3.)

Ⅴ. 정책 시사점

65세 이상 노인인구는 2016년 현재 전체 인구 중 13.2%에 달하는 676만 3,000명인데, 그 비율이 2030년 24.5%, 2050년 38.1%로 증가할 것으로 예상된다. 특히 85세 이상 후기노인인구 비율은 2015년 7.8%에서 2050년 21.8%로 급증할 것으로 예측되고 있다.

이와 같은 노인인구의 절대적 규모 증가에 따른 치매 유병률 증가와 높은 노인 자살률, 그리고 베이비붐 세대의 노년층 편입에 따른 사회경제적 요구의 다양화로 인하여 노년기 건강관리 및 돌봄 등 노인복지의 중요성이 커지고 있다. 노인인구, 특히 85세 이상 후기노인인구의 증가에 따라 치매환자에 대한 관리와 돌봄이 노인 복지의 중요한 문제로 대두되고 있으며, 2015년도 한국 65세 이상 노인의 자살률은 10만 명 당 58.6명으로 경제협력개발기구(OECD)국가 중 1위이며, 연령이 높아질수록 자살률이 증가하는 것으로 나타난다. 그 밖에 만성질환에 대한 건강보험 보장성 미흡과 노인장기요양보험의 비효율성 문제 등이 노인복지의 중요 과제로 제기되고 있다. 정부는 1~3차 저출산·고령사회 기본계획을 통하여 2006~2017년 동안 노후 건강관리·돌봄 정책에 총 6조 8,910억원이 투입하였다.

먼저 노인 돌봄 정책의 사각지대를 해소할 필요가 있다. 노인 돌봄 정책인 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스의 급여 대상자 선정은 요양필요도와 소득수준, 가구 형태, 건강 상태 등을 기준으로 하고 있다. 그런데 이러한 기준에 부합하지 못할 경우에 서비스 대상에서 제외될 뿐만 아니라, 노인돌봄종합서비스와 돌봄기본서비스의 경우 지자체 재정 여건에 따라 기준을 만족하는 경우에도 서비스를 이용하지 못하고 있는 실정이다. 노인 돌봄 정책 수급자는 2017년 6월 말 현재 노인장기요양보험 등급인정자(1~5등급) 약 52만 4,000명을 포함하여 약 80만 6,000명으로, 노인인구의 약 11.19%에 불과한 것으로 나타난다. 지자체 재정 여건에 따른 노인 돌봄 정책 수혜의 형평성을 도모하고 최소한의 사회 안전망을 구축하기 위해서는 재원 배분 효율화 및 필수 재정 확보 등에 의해 노인돌봄서비스를 확대하는 등 사각지대 해소 노력이 시급하다.

단위비용이 높은 시설급여 중심의 노인장기요양보험제도 운영으로 인하여 재정적 비효율성이 발생하고 있다. 현재 노인 돌봄의 국제적 추세는 재정 절감을 위해 재가 중심의 노인 돌봄을 지향하고 있으며, 정부의 노인 돌봄 정책도 표면적으론 이러한 추세를 따르고 있으나, 현행 장기요양보험제도는 재가급여보다 시설급여가 선호되는 실정이다. 현행 재가급여 월 한도액만으로는 24시간 집에 혼자 거주하면서 돌봄을 받을 수 없는 상태이므로, 수요자의 입장에서는 재가급여보다 시설급여를 선호하게 되는 것이다. 재가 돌봄을 확대하기 위해서는 우선적으로 재가서비스의 혜택을 확대할 필요가 있고, 질 높은 재가서비스 기관이 늘어남으로써 서비스의 질이 향상되어야 하며, 가족요양비 등 가족에 대한 지원을 검토할 필요가 있다.

인구고령화와 만성질환의 증가는 필연적으로 노인의료비의 증가를 가져오게 된다. 이에 따라 만성질환을 보유한 노인 가구의 의료비 부담도 커질 수밖에 없는데, 만성질환의 예방과 관리에 관한 정부의 관심은 미흡한 실정이다. 특히 고소득층에 비하여 저소득층으로 갈수록 고혈압, 당뇨 등 만성질환자의 비율이 크게 증가하는 것으로 나타난다. 2013년 의료패널 자료에 의하면, 소득 하위 10% 가구의 고혈압, 당뇨 유병자 비율이 상위 10% 가구의 3.2배, 3.7배에 이른다.[82] 만성질환으로 인한 사회적 비용을 줄이기 위해서는 무엇보다 예방과 관리가 중요하기 때문에 1차 의료기관인 동네의원 등을 활용한 주치의 제도의 도입을 검토할 필요가 있고, 저소득 만성질환 노인 가구에 대한 소득지원, 의료비지원 강화 등 취약계층의 의료비 부담을 경감하는 방안의 모색이 필요하다.

지역적 여건과 수요를 고려한 치매관리체계 구축이 필요하다. 정부는 치매안심센터 신규 설치 및 운영, 치매안심병원 확충을 위하여 2017년 추가경정 예산을 통해 2,022억 7,200만원을 추가로 편성하였으나, 치매안심센터와 치매안심병원의 구체적인 모델을 구축하지 못하고 있다. 제도의 성공적 정착 및 역할 수행을 위해서는 센터 운영비에 대한 국비 지원, 기존의 장기요양시설 및 요양병원과의 역할 정립·협조, 거주지 분산 정도, 인력 확충 용이성 등 지역적 여건을 반영한 차별화된 모델 구축이 필요하다. 보건복지부는 시·군·구와 협력하여 당초 계획한대로 치매안심센터와 치매안심병원이 설치·운영될 수 있도록 모니터링을 강화할 필요가 있으며, 지역 여건에 따라 차별화된 운영모델과 인력기준을 마련함으로써 운영의 효율성을 도모할 필요가 있다.

82) 김상우, 「건강보험 보장성 강화 정책 평가」, 국회예산정책처, 2016.6.

노인 자살 문제에 대한 관심과 체계적인 대책이 필요하다. 2015년 65세 이상 노인 10만명 당 자살자수는 58.6명으로, OECD 국가 중 1위인 전 연령대 자살률(26.5명)보다도 2배 이상 높은 실정인데, 노인 자살 문제에 대한 관심과 자살 예방을 위한 투자는 부족한 실정이다. 2009~2017년 동안 정부가 자살예방이라는 정책 목표를 명시적으로 설정하고 추진한 사업의 예산은 총 466억원(연평균 52억원)에 불과하고, 노인 자살 문제 의 원인을 분석하고 구체적 예방책을 강구하는 사업은 없는 실정이다. 노년층의 경우 경제적 어려움이나 질환이 가장 중요한 자살의 원인으로 분석되는 점을 반영하여, 사회복지 급여 및 서비스 제공과 심리상담을 병행하는 방식으로 자살예방사업을 추진할 필요가 있다.

노년기에는 다른 연령층에 비해 건강 및 기능 상태가 상대적으로 나빠지게 되는데, 특히 고혈압, 당뇨, 만성퇴행성질환, 치매 등 만성질환은 노년기 삶의 질을 심각하게 하락시킬 뿐만 아니라 노인 본인 및 가족에게 큰 경제적·정신적 부담을 유발하게 된다. 이러한 질환과 그로 인한 경제적 어려움은 결국 노인들을 우울증에 빠지게 하고 자살이라는 극단적인 선택으로 내몰고 있음을 보게 된다. 건강보험과 노인장기요양보험과 같은 사회보험제도가 노인 건강관리 및 돌봄 정책의 중심적 역할을 수행하고 있으며, 재정사업으로 추진되는 노인종합·기본돌봄서비스, 노인기초연금 등도 노인들의 기본적인 삶을 유지토록 하는 사회안전망이라고 할 수 있다. 본 보고서는 노인 건강관리 및 돌봄 정책의 효율성 및 형평성을 분석하고 개선과제를 도출하는 데 목적을 두었다. 정부는 여기서 도출된 개선과제들을 면밀히 검토함으로써 노인의 삶의 질을 향상시키는 구체적 방안을 모색해야 할 것이다.

참고문헌

김민경 외 1인, “국내외 치매관리정책에 대한 비교연구”, 「국가정책연구」 제31권 1호, 2017.

김상우, 「건강보험 사업 평가」, 국회예산정책처, 2013.10.

_____, 「건강보험 보장성 강화 정책 평가」, 국회예산정책처, 2016.6.

김상우·이채정, 「치매관리사업의 현황과 개선과제」, 국회예산정책처, 2014.8.

김세진, “네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점”, 「보건복지포럼」 통권 제192호, 2012.

김 윤, “4대 중증질환 보장성 강화정책의 평가”, 「대한의사협회지」 제57권 제3호, 2014.3.

김윤아·오경원, “우리나라 성인에서 소득수준에 따른 만성질환 유병률”, 「건강과 질병」 제8권 제2호, 2013.

박윤형, “만성질환 관리전략”, 「대한의사협회지」 제57권 제10호, 2014.10.10.

박은철, “정부의 중기 보장성 강화계획에 대한 생각”, 「병원」 통권 356호(2015년 7/8월), 2015.7.1.

배지영, “만성질환 보유 노인의 의료비 부담 및 의료 미이용 경험과 건강관련 삶의 질 간 관계에 관한 연구”, 「사회과학연구」 제25권 4호, 2014., 충남대학교 사회과학연구소

선우 덕 외 9인, 「노인장기요양보험의 운용 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안」, 한국보건사회연구원, 2016.12.31.

송은철·신영전, “재난적 의료비 예방을 위한 포괄적 의료비 상한제: 비용 추계를 통한 적용 가능성을 중심으로”, 「보건사회연구」 35(2), 2015

엄기욱 외 5인, 「치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스기준에 관한 연구」, 보건복지부, 2013.12.

이수형, “네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점”, 「보건복지포럼」 통권 제150호, 2009.

이은경, “우리나라 건강보험제도에 관한 고찰”, 「재정포럼」 제167호, 2010. 5

이채정·김상우, 「자살예방사업의 문제점과 개선과제」, 국회예산정책처, 2013.11

정경희 외 4인, 「노인복지정책 진단과 발전 전략 모색」, 한국보건사회연구원, 2016.12.

정형선, “건강보험 보장성 강화 정책의 성과와 과제(학계)”, 「HIRA 정책동향」 제9권 3호 (2015년 5/6월), 2015.5.1.

최정규 외, “보장성 강화정책이 만성질환자 및 중증질환자 보유가구의 과부담 의료비 발생에 미친 영향”, 「보건행정학회지」 제21권 제2호, 2011.

건강보험심사평가원, 「2015년 손에 잡히는 의료심사·평가 길잡이」, 2015.

보건복지부, 「2014~2018 건강보험 중기보장성 강화 계획」, 2015. 2

한국노동연구원, 일본의 의료제도 구조개혁,「국제노동브리프」, 2006.

한국보건사업진흥원,「주요국의 의료서비스산업 정책 연구」, 2013.

한국보건사회연구원, “영국 NHS”,「글로벌 사회정책 브리프」제19호, 2016.

Gerhard Bäcker, Reform of the long-term care insurance in Germany, ESPN Flash Report 43, 2016.

Nakanishi, M., Nakashima, T, "Features of the Japanese national dementia strategy in comparison with international dementia policies: How should a national dementia policy interact with the public health and social care system?." Alzheimer's & Dementia, 10(2010)

Parkin, B., Baker, C., “Dementia: policy, services and statistics”, London: House of Commons Library, 2016.

OECD Health Data(2017) http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm

집 필

총 괄 | 조용복 예산분석실장

심 의 | 고기석 사업평가심의관
상지원 예산분석총괄과장
서세욱 산업예산분석과장
임종수 사회예산분석과장
박혜진 행정예산분석과장
정연수 경제산업사업평가과장
김수옥 사회행정사업평가과장
박홍엽 공공기관평가과장

작 성 | 김상우 경제분석관

지 원 | 양희열 행정실무원
백승훈 자료분석지원요원

인구구조 변화와 사회안전망 정책 분석 Ⅲ
노인 건강관리 및 돌봄 대책 분석

발간일 2017년 10월 31일

발행처 **국회예산정책처**

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

ISBN 978-89-6073-505-7 93350

© 국회예산정책처, 2017

나라살림 지킴이
나라정책 길잡이

nabo
National Assembly Budget Office

(07233) 서울특별시 영등포구 의사당대로 1
Tel. 02-2070-3114 www.nabo.go.kr

발 간 등 록 번 호
31-9700487-001578-14