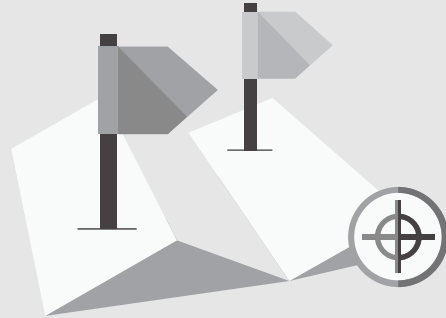


이달의 초점

인구구조 변화와 사회보장 재정정책의 대응 방안



인구고령화와 사회보장 재정 현황 및 전망

박소은

공적연금 재정계산 현황과 과제

신화연

아동복지 재정 운용의 특징과 발전적 개선 방안

이영숙

노인돌봄 재정 지원 정책의 재정적 지속가능성과 향후 과제

최혜진



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

노인돌봄 재정 지원 정책의 재정적 지속가능성과 향후 과제

The Current Status and Implications of the Elderly Long term Care Policy in Korea

최혜진 | 한국보건사회연구원 부연구위원

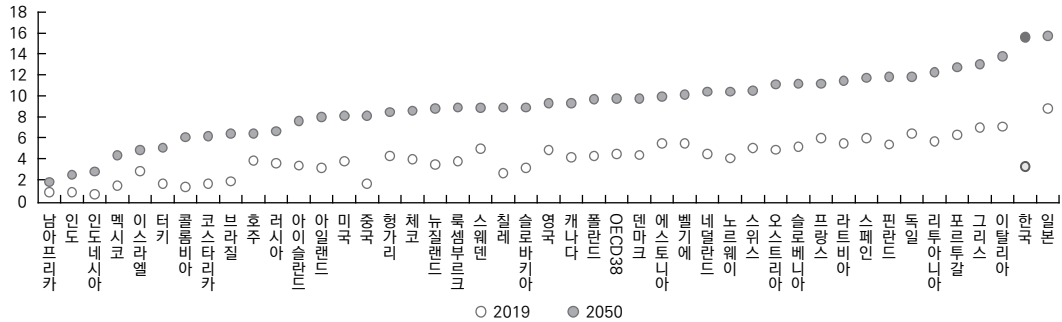
후기 고령인구의 증가세가 지속되면서 사회적으로 대응해야 하는 돌봄 욕구가 빠르게 늘고 있다. 그동안 장기요양서비스와 요양병원, 지역사회 노인돌봄제도 확대를 통해 돌봄서비스의 양을 확대해 왔다. 그러나 지출 수준에 비해 수혜자 규모는 상대적으로 작아 보장성이 충분하지 않으며, 높은 사회적 입원율로 인한 재정적 비효율성 문제가 지속적으로 지적되고 있다. 이를 개선하기 위해 최근까지 정부는 요양병원의 환자군 분류체계 개선 및 수가 조정, 의료·돌봄 통합판정체계, 지역사회 통합돌봄 선도사업 등 일련의 정책 개선안을 추진하였다. 이 글에서는 이러한 정책의 한계를 짚어 보고, 노인돌봄 분야의 재정 및 전달체계 통합과 사회적 입원율 지표를 중심으로 한 성과평가 강화를 제언한다.

1. 들어가며

급속한 인구고령화로 인해 나타나는 주요한 위험 중 하나는 사회가 대처해야 하는 욕구의 증가라고 할 수 있다. [그림 1]에 제시되었듯이 우리나라는 2050년에 80세 이상 인구가 전 세계에 서 가장 높은 수준이 된다. 80세 이상 고령자는 치매와 같은 인지기능 장애나 신체기능 장애가 발생하는 비율이 높아 향후 돌봄 욕구가 지속적

으로 상승할 것이라 예상할 수 있다. 이와 함께 최근 노인돌봄 영역에서 지속가능성 문제가 제기되고 있으며, 추후 보험료 인상이나 사회보장제 같은 대안적 세원에 대한 논의를 촉발하고 있기도 하다(전병목, 안종석, 2020). 그러나 부과형으로 운영되는 재정사업의 지속가능성을 제고하기 위해 보험료를 지속적으로 인상하거나 대안적 세원을 마련하는 일은 조세 부담자들의 저항을 불러올 수 있다.

그림 1. 80세 이상 고령자 증가 전망(2019, 2050년)



자료: OECD. (2021). Health at a Glance.

건강보험과 장기요양보험은 모두 부과 체계 (pay as you go)로 운영되는데, 부과 체계는 당 해 연도 수익과 지출이 균형을 이루게 되는 재정 관리 구조라고 할 수 있다. 두 제도 모두 주요 수급자는 질병과 신체기능 저하 등에 따른 욕구가 발생하는 65세 이상 노령계층이며, 비용 부담자는 주로 동년도의 근로계층이기 때문에 수급자가 부담자와 일치하지 않는다. 이러한 제도에서 재정 부담의 세대별 형평성이 달성되기 위해서는 인구부양비가 일정하게 유지되어야 하지만, 우리나라의 인구부양비는 일정하게 유지되기 어렵다는 전망이 우세하다. 따라서 조세 부담자들에게 추가 부담을 요구하기 위해서는 현재의 제도가 충분히 효율적으로 운영되고 있다는 신뢰가 뒷받침되어야 한다.

이러한 관점에서 이 글에서는 현재 우리나라 노인돌봄 재정 지원 정책의 현황을 살펴보고, 재정 효율성 관점에서의 문제점과 최근의 정책 동

향, 그리고 향후 과제를 논의하고자 한다.

2. 노인돌봄 관련 재정 현황

이 글에서는 노인돌봄 관련 재정을 비교하기 위해 경제협력개발기구(OECD)의 보건 데이터 (Health Data)에서 제공하는 장기요양지출을 살펴보고자 한다. 이때 노인돌봄서비스는 만성질병과 신체기능 장애로 인해 일상생활을 스스로 유지하기 어려운 고령자에게 시설 혹은 자택에서 제공하는 돌봄서비스를 말하며, 병원에서 제공하는 요양서비스(longterm care beds in hospital)와 요양시설, 지역사회에서 이용할 수 있는 재가 서비스를 포함한다. OECD 보건통계는 이러한 정의에 기반하여 국가별 재정통계 자료를 제공하고 있다.

물론 각 국가의 자료 분류 방식이 완전히 일치하지는 않기 때문에 OECD의 장기요양지출 차

료를 활용하여 노인돌봄서비스를 살펴보는 것은 비교 가능성 측면에서 일정한 제약이 있다(OECD, 2021). 예컨대, 국가에 따라서는 의료기능이 없는 장기요양서비스(social care)를 전체 장기요양서비스 범주에 포함하기도 하고, 이를 제외하고 의료기능이 포함된 장기요양서비스만을 장기요양 비용으로 산정하여 OECD 보건 데이터베이스(DB)에 보고하는 경우도 있다. 또한 개인지출을 통해 비공식 시장(gray market)에서 돌봄서비스를 이용하는 비용은 장기요양지출 비용에 포함되지 않기 때문에 비공식 돌봄시장에 대한 의존이 큰 국가에서는 실제 노인돌봄지출이 과소 보고되는 측면이 있다. 그러나 이러한 제약에도 불구하고 돌봄서비스는 의료서비스와 결합되는 경우가 많으며, 대부분의 국가에서는 비공식 시장보다 공식적인 제도를 통해 돌봄서비스를 제공하고 있으므로 OECD 보건 데이터는 장기요양 지출의 거시적 현황을 살펴보는 데 유용한 정보

를 제공한다.

먼저, 우리나라의 노인돌봄 관련 제도를 살펴보면 <표 1>과 같다. 장기요양보험은 시설돌봄과 지역사회 내 재가돌봄을 포괄하는데, 서비스 이용자에게 장기요양등급을 부여하고, 등급이 부여된 이용자(등급 내 이용자)에게 등급에 따른 서비스를 제공한다. 1~2등급을 받은 사람은 요양시설 이용이 가능하며, 1~5등급을 받은 사람은 재가서비스를 이용할 수 있다. 다음으로, 건강보험에서 지원하는 요양병원에 대해 살펴보면, 요양병원은 별도의 등급 판정을 거치지 않으며 의사진단서를 통해 입원이 결정된다. OECD 보건계정에 포함되지는 않지만 지역사회에서 제공되는 맞춤형돌봄사업 및 건강관리사업도 노인돌봄사업의 범주에 포함된다. 이들 사업은 욕구가 비교적 낮은 사람에게 초점을 맞추고 있으며, 장기요양보험에서 등급 내 판정을 받지 못했으나 상당한 돌봄 욕구를 가진 등급 외자와 등급이 없는 사람

표 1. 노인돌봄 관련 제도 체계

		등급 내 이용자	등급 외 이용자	등급이 없는 이용자
시설(입원)	요양병원	건강보험		
	요양시설	장기요양		
재가 (지역사회)	방문돌봄			일반회계 : 맞춤형돌봄서비스
	주야간보호	(장기요양)		
	단기보호			
	방문간호			
	방문진료	(건강보험)		
	일상생활 지원		일반회계: 맞춤형돌봄서비스	
	건강관리		방문건강관리사업	

주: 괄호 안은 서비스는 제공되지만 실제 전달체계가 제한적이어서 서비스 접근성이 충분하지 않은 서비스임.
자료: 저자 작성.

표 2. 재원별 노인돌봄지출 현황

(단위: 억 원)

재원	사업	2018	2019	2020	2021	2022
장기요양	장기요양보험 급여비	64,652	79,469	90,858	103,326	-
건강보험	요양병원 급여비	56,895	59,636	61,291	62,096	-
일반회계	노인맞춤돌봄서비스	1,945	2,458	3,728	4,183	4,366
	방문건강관리	301	306	356	411	457
	지역사회 통합돌봄 선도사업	-	95	178	182	159

주: 요양병원은 요양을 목적으로 입원하는 기관으로 노인 외 환자도 입원하므로 급여비 전체를 노인돌봄 비용으로 간주할 수 없으나, 노인 외 환자의 급여비를 구분하기 어려워 전체 지출 규모를 제시함.

자료: 1) 국민건강보험공단. (각 연도). 노인장기요양보험통계.
 2) 국민건강보험공단. (2018-2020). 건강보험통계.
 3) 국민건강보험공단. (2021). 2020 건강보험 주요통계.
 4) 보건복지부. (각 연도). 예산 및 금융운용계획 개요.

에게 제공된다.

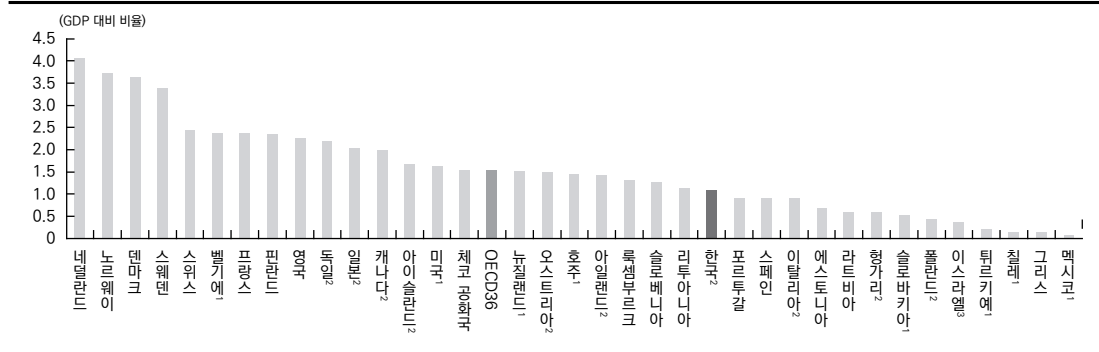
〈표 1〉에 제시된 제도를 재원별로 살펴보면, 장기요양보험이 가장 높은 비중을 차지하며, 건강보험이 장기요양의 3분의 2 정도 재원이 소요된다. 반면, 장기요양보험과 건강보험에 비해 일반회계를 통해 지출하는 노인맞춤돌봄서비스와 방문건강관리사업은 전체 노인돌봄 재정에서 매우 미미한 역할을 담당하는 것을 알 수 있다. 2021년 기준으로 이들 재원별 비율을 살펴보면, 장기요양보험은 60.7%, 건강보험은 36.5%, 노인맞춤돌봄은 2.5%이며 방문건강관리사업은 0.2%, 시범사업으로 실시된 지역사회 통합돌봄 선도사업은 0.1%이다. 즉, 실질적으로 우리나라의 노인돌봄 관련 재정은 약 98%가 장기요양보험과 건강보험에서 지출되고 있으며, 지출 규모는 매년 증가하는 추세이다.

우리나라의 노인돌봄지출은 다른 나라와 비교할 때 어느 정도 수준일까. 일반적으로 사회지출

규모는 그 나라의 경제 규모를 반영하므로 국내 총생산(GDP) 대비 규모로 보고되는 경우가 많다. [그림 2]는 GDP 대비 장기요양지출 수준을 보여 준다. 우리나라는 OECD 평균에 못 미치는 수준이며, 포르투갈이나 스페인보다 약간 높은 수준임을 알 수 있다. 그런데 이러한 비교는 정확한 비교라고 하기는 어려운데, [그림 1]에 제시된 바와 같이 2019년 기준 우리나라의 고령화 수준은 낮은 편에 속하므로 경제 규모만을 활용하여 장기요양지출 수준을 비교하면 GDP 대비 고령화 수준이 낮은 국가에서는 지출 수준이 과소하게 제시될 수밖에 없다. 따라서 GDP 대비 장기요양지출 비율을 다시 고령자 비율을 활용하여 나누면 고령인구 규모를 반영한 지출 규모를 비교할 수 있다. [그림 3]과 같이 우리나라의 고령자 지출 규모는 노르웨이, 네덜란드, 덴마크, 스웨덴 등의 북유럽 국가에 비해 낮지만, 독일 및 OECD 평균과 유사한 수준임을 알 수 있다.

그림 2. GDP 대비 장기요양지출(2019년)

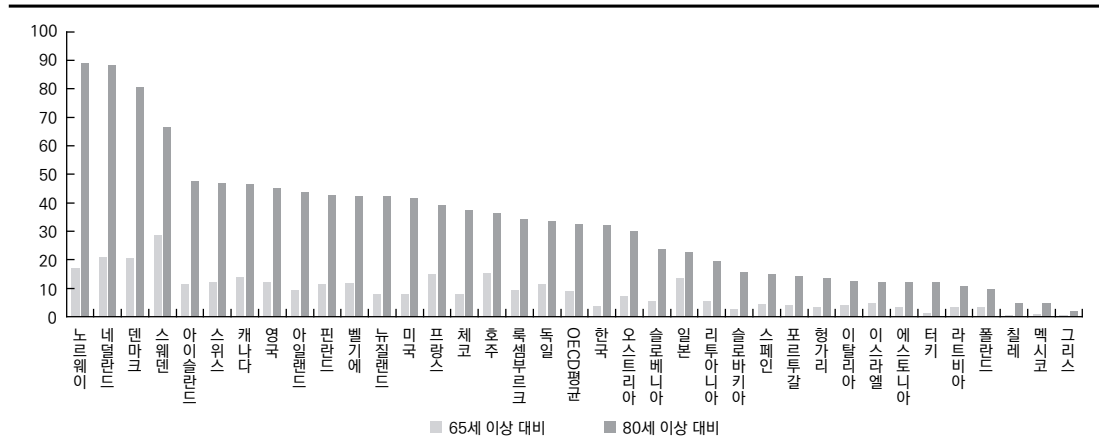
(단위: %)



주: 1) 1. OECD에서 추정된 수치. 2. 사회적 돌봄에 대한 지출을 보고하지 않는 국가. 이들 국가에서는 사회적 돌봄이 총지출에서 제외되며, 일부 국가에서는 부분적으로 전체 지출에 포함됨. 3. 의료기능을 포함한 장기요양서비스에 대한 지출을 보고하지 않는 국가.
 2) 한국의 장기요양지출은 요양병원 급여비와 일반회계를 제외한 장기요양보험 급여비만을 포함한 수치임.
 자료: OECD. (2021). Health at a Glance. 자료를 활용하여 저자 작성.

그림 3. 65세 및 80세 이상 고령자 대비 장기요양지출(2019년)

(단위: %)

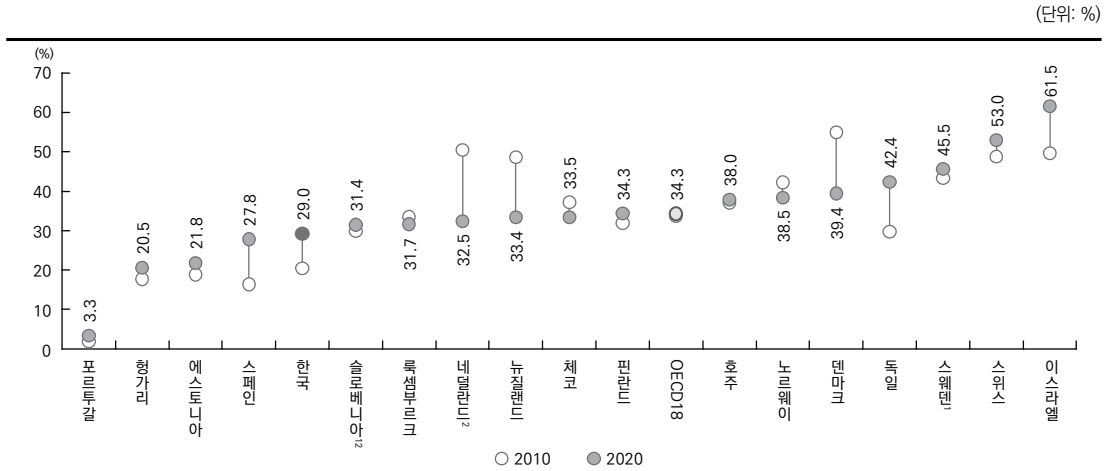


자료: OECD. (2021). Health at a Glance. 자료를 활용하여 저자 작성.

그렇다면 이러한 재정 지출을 통해 얼마나 많은 이용자를 돌보고 있을까. [그림 4]에 제시되어 있듯이 호주는 우리나라와 지출 수준이 유사하지만 80세 이상 고령자 대비 장기요양서비스 이용

률은 가장 높다. 또한 리투아니아, 룩셈부르크, 독일은 우리나라와 유사하거나 적은 비용을 지출하고 있으나 더 많은 고령자를 돌보고 있는 것을 알 수 있다.

그림 4. 80세 이상 고령자의 장기요양서비스 이용률(2010, 2020년)



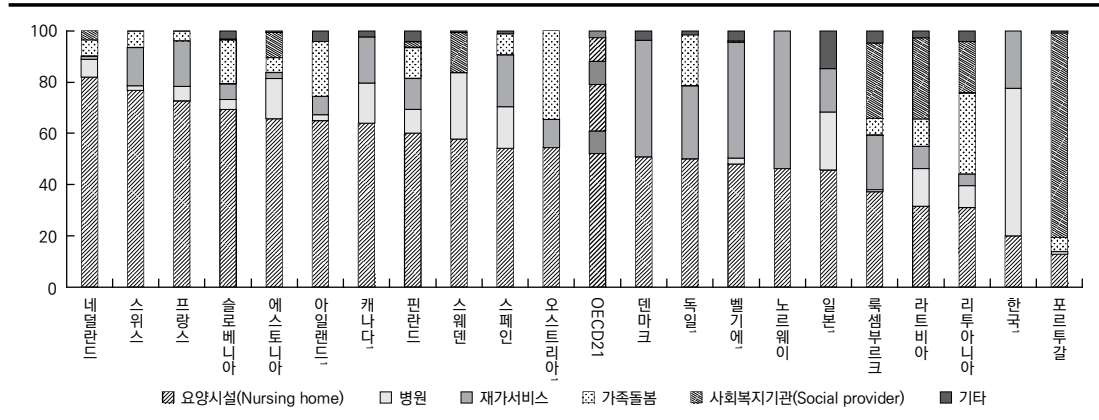
주: 재가서비스와 시설서비스를 합한 금액임.
 자료: OECD (2022) 자료를 활용하여 저자 작성.

다음으로, 우리나라의 장기요양서비스 수급률 수준을 다른 OECD 국가들과 비교해 보자. 이를 위해 이 글에서는 80세 이상 고령인구 대비 이용률을 살펴보았다. 65세는 일반적으로 노인을 규정하는 연령 기준이지만, 돌봄 욕구를 비교하는 데는 다소 한계가 있다. 돌봄 욕구는 65세 중에서도 고연령대일수록 높게 나타나는데, 65세 이상의 연령 분포와 건강 수준 차이가 국가별로 크게 나타난다. 이에 돌봄서비스 이용률에서는 75세 또는 80세 이상 인구 대비 수급률을 비교하는 경우가 많다. 75세 및 80세는 일반적으로 후기 고령기를 규정하는 연령 기준이기 때문이다. [그림 4]에 제시되었듯이 80세 이상 고령인구를 기준으로 하면 OECD 18개국의 장기요양서비스 평균 수급률은 34.3%이다. 한국은 29.0% 수준으로 비교 대상 18개국 중 다섯 번째로 낮다.

이렇듯 우리나라는 OECD 국가와 비교해 볼 때, 장기요양지출과 이용률만으로 비교하기에는 한계가 있으나, 80세 이상 인구 대비 OECD 평균 수준의 비용을 지출하면서도 서비스 이용률은 OECD 평균에 못 미친다고 할 수 있다. 이러한 상황에 대해 기존의 논의에서 제기되는 대표적인 원인은 높은 시설 이용률이다. 일반적으로 병원 입원이 장기요양서비스보다 더 큰 비용을 발생시키므로 의료서비스에 대한 요구가 없는 상태에서 병원에 장기간 입원하는 것은 의료 재정의 낭비를 초래할 수 있다.

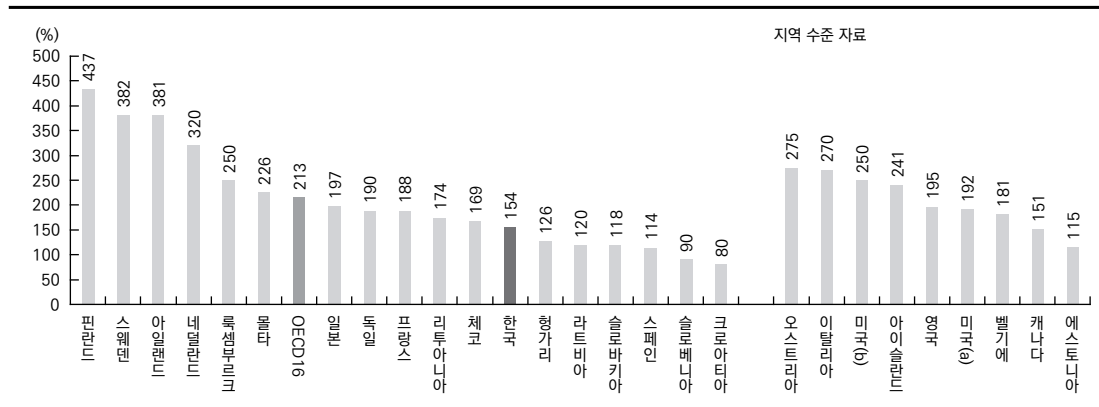
물론 우리나라 요양병원의 환자당 돌봄에 소요되는 절대비용은 다른 나라에 비해 크게 높다고 보기 어렵다. [그림 6]에 제시되어 있듯이, 우리나라의 시설서비스 비용은 퇴직 연령 노인의 중위소득 대비 154%에 불과하며, 이는 핀란드,

그림 5. 서비스 제공자별 장기요양비 지출(2019년)



자료: OECD. (2021). Health at a Glance. 자료를 활용하여 저자 작성.

그림 6. 퇴직 연령 이상 노인 중 중위소득 대비 돌봄 욕구가 높은 노인의 요양시설 비용(2020년)



주: 지역 수준 자료에서 벨기에에는 플랑드르, 아이슬란드에는 레이카비크, 캐나다는 온타리오, 에스토니아는 탈린, 오스트리아는 빈, 미국(a)는 캘리포니아, 미국(b)는 일리노이, 이탈리아는 사우스 티롤, 영국은 잉글랜드를 의미함.

자료: OECD. (2021). Health at a Glance. 자료를 활용하여 저자 작성.

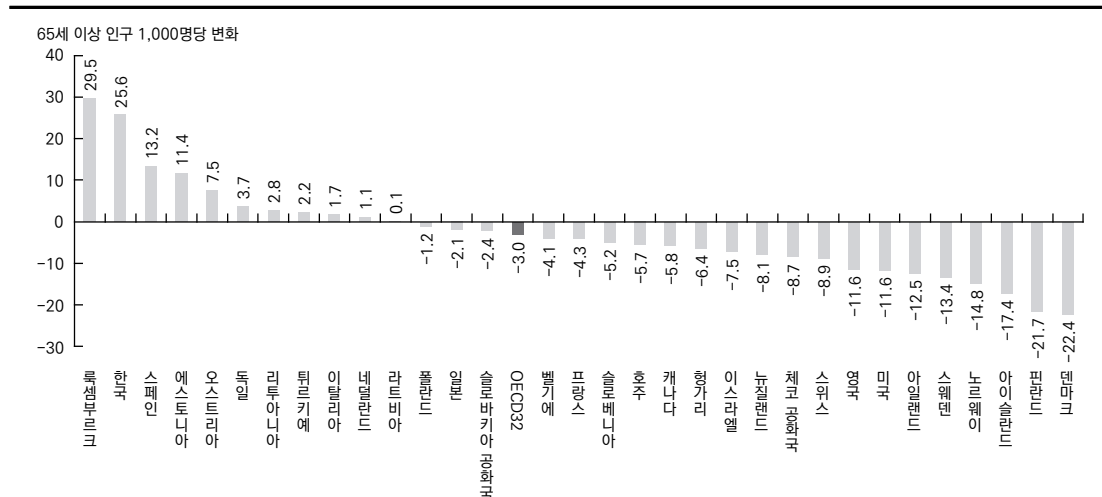
스웨덴, 아일랜드 등의 국가에 비해 크게 낮은 수준이다. 특히 우리나라의 퇴직 연령 이상 노인의 중위소득이 경제 규모 등에 비해 낮은 수준임을 감안하면, 우리나라의 장기요양병원 및 시설 이용 비용은 상당히 저렴한 편이라고 할 수 있다.

그러나 1인당 시설 이용 비용은 낮다고 하더라도 필요한 수준을 넘어서 시설을 이용하는 사람이 많다면 재정 운영의 효율성은 떨어지고 낭비가 초래된다. 더구나 다른 나라에서는 불필요한 병원 입원 및 시설 입소를 최소화하고, 고령자

가 최대한 오래 자신이 기존에 거주하던 환경에서 삶을 지속할 수 있도록 돕는 것을 주요한 정책 방향으로 설정하고 있다. 그 결과 [그림 7]과 같이 높은 장기요양 비용을 지출하는 국가들에서 병상 이용률 감소가 나타나고 있다. 그러나 우리나라는 이러한 경향에서 많이 벗어나 있으며, 오히려 최근 11년 동안 병상 이용률이 가장 빠르게 증가하는 경향을 보이고 있다. 특히 다른 OECD 국가에서는 요양병상이 병원 내에서 운영되는 경우가 많으나, 우리나라처럼 건강보험에서 수가가 지불되는 의료기관의 한 종류로 요양병원을 운영하는 경우는 거의 없다. 일본에서도 요양병상은 의료보험에서 지불되는 의료요양병상과 개호보험에서 지불되는 개호요양병상으로 구분되어 있고, 미국의 장기요양병원에 대해서는 메디케어 및 메디케이드센터에서 비용과 공급량 통제가 엄

격하게 이루어지고 있다(송현중, 2012). 이러한 구조적 비효율성은 앞서 논의한 바와 같이 향후 인구구조의 변화를 고려할 때 재정적 지속가능성 측면에서 큰 문제가 될 것이다. 또한 현재의 비효율적 구조가 지속되는 상황은 향후 추가 세원 부담에 대한 조세 저항을 불러올 수 있으며, 재정적 비효율성을 안고 세원을 확충하는 상황이기 때문에 정당성을 떨어뜨린다. 이러한 문제는 학계 및 언론에서 꾸준히 제기되어 왔으며, 이와 관련하여 최근까지 정부는 불필요한 시설 이용을 줄이기 위해 수가 체계 개편, 통합판정 체계 도입, 통합돌봄 선도사업 실시와 같은 개선 방안을 추진하고 있다. 아래에서는 각 정책의 내용과 한계를 살펴본다.

그림 7. 기관 및 병원의 장기요양병상 동향(2009~2019년)



자료: OECD, (2021). Health at a Glance. 자료를 활용하여 저자 작성.

3. 노인돌봄 분야의 최근 정책적 변화와 평가

가. 요양병원의 수가 조정

먼저, 요양병원에 입원하는 환자에 대한 분류군 개편과 이에 따른 수가 조정이 있다. 요양병원은 다른 의료기관과 같이 ‘행위별 수가제’가 아닌 ‘입원일당 정액 수가제’의 적용을 받는다. ‘입원일당 정액 수가제’는 장기요양 환자의 임상적·기능적 특성을 반영하기 위해 도입된 수가 체계로 진료에 필요한 요양급여 각 항목의 점수와 약제 등의 비용을 합산하여 비용을 지급하는 방식이다. 즉, 환자에게 이루어지는 처치가 아닌 환자의 분류에 따라 일정 금액을 지급하는 것이다.

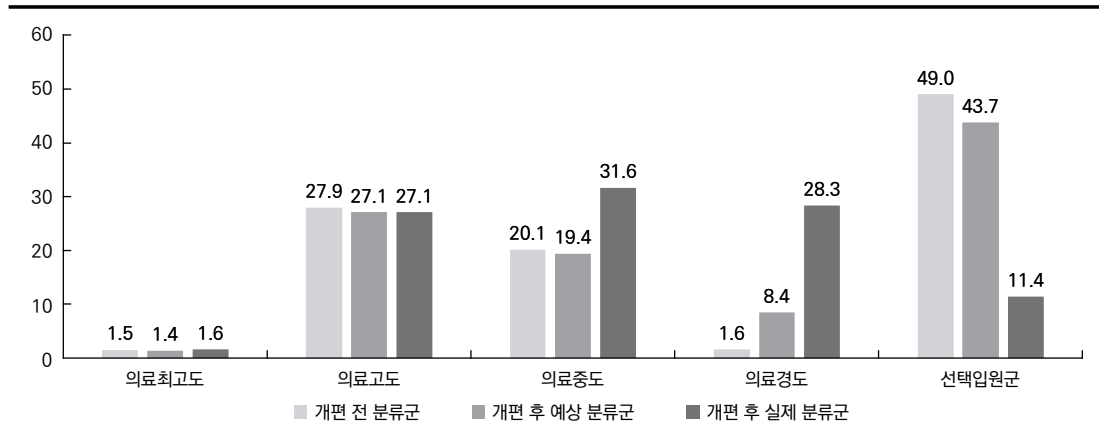
환자분류는 환자평가표에 따라 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군 등 7개 환자군으로 분류

하고, 군별로 임상적 상태 혹은 일상생활수행능력에 따라 2~3개의 세부 항목으로 분류한다. 의료최고도에 가까울수록 일당 정액의 금액이 높아지고, 신체기능저하군에 가까울수록 금액이 낮아진다. 비록 병세와 기능을 수가에 일정 부분 반영하고 있기는 하지만, 기본적으로 환자의 입원에 따라 수가가 지급되기 때문에 입원 치료가 요구되지 않는 환자들이 요양병원에 입원할 수 있는 기제가 되고 있다.

이에 최근 건강보험심사평가원은 환자분류군을 조정하고, 요양병원 입원이 부적절한 경우 수가가가 낮게 책정되도록 수가 체계 개편안을 제시했다. 구체적으로 살펴보면, 기존에 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군으로 분류되던 환자를 선택입원군으로 분류하고, 이들에 대한 수가 체계를 의료 필요도가 높은 환자에 비해 차

그림 8. 요양병원 환자분류체계 개편 전후 환자분류군별 환자 수 비율 변화

(단위: %)



주: 개편 전 선택입원군은 문제행동군(2.5%), 인지장애군(38.8%), 신체기능저하군(7.7%)을 포함하는 것임.
 자료: 이다희, 전인혜, 김명화, 김록영. (2021). 요양병원 입원환자 분류체계 및 수가수준 정기적 조정기전 마련을 위한 기초연구. 재작성.

등적으로 설정하는 것이다.

그러나 제도 시행 2년이 지난 현재 심평원이 분류체계 개편 전과 후를 비교·분석한 결과에 따르면, 의료 필요도가 낮은 선택입원군의 비율이 정부의 예상과 달리 낮게 나타났다(이다희, 전인혜, 김명화, 김록영, 2021). 정부는 분류체계 개편 전 선택입원군의 비율이 개편 후 43.7%(8만 7,928명)가 될 것으로 예상했지만, 실제 개편 후 비율은 11.4%(2만 2,980명)에 그쳤다. 개편 후 예상 분류군과 다르게 분류된 약 7만 명에 대해 분석한 결과, 환자 대부분이 개편 후 행동심리증상 빈도 증가나 향정신병 또는 치매 치료 약물 처방을 통해 상위 환자군으로 분류되었다. 즉 정부는 기존의 문제행동군 및 인지장애군 내 중증 환자가 의료중도 및 의료경도로, 경증 환자가 선택입원군으로 분류될 것으로 기대했지만, 선택입원군으로 분류될 것이라 기대되었던 환자의 상당수가 의료중도 및 의료경도로 분류돼 정부가 기대했던 효과가 충분하게 나타나지 않았다.

제도를 시행하기 전에도 이러한 분류체계가 가진 한계에 대한 지적이 제기되었다(디멘시아 뉴스, 2018). 요양병원에 입원한 환자 상당수는 어떤 형태로든 질병을 가지고 있는 경우가 많으며, 이들의 의료 필요를 단순히 특정 기준으로 명확하게 분류하기 어렵다는 것이다. 예컨대, 치매 환자를 분류하는 도구로 주로 사용되는 간이치매 검사(Mini-Mental State Examination) 역시 절대적인 의료 필요를 대변하지 않으며, 이들의 진단 타당성 역시 진단 시점에 따라 달라질 수 있

다. 이러한 예상은 실제 제도 시행 후 현실화되었는데, [그림 6]과 같이 정부는 개편 전 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군이 대부분 선택입원군으로 분류될 것으로 예상했으나, 실제로는 이들이 의료중도와 경도로 분류되었다. 의료경도로 분류된 환자 4만 1,132명의 의료경도 분류 이유를 살펴보면, 98%가 치매 항목 기준에 부합하는 의료경도였다.

나. 의료-요양-돌봄 통합판정체계 시범사업

다음으로, ‘의료-요양-돌봄 간 통합판정체계’ 도입을 위한 시범사업이 추진되고 있다. ‘의료-요양-돌봄 간 통합판정체계’는 현행 장기요양등급 판정 체계, 요양병원 환자분류군, 지역사회 노인돌봄서비스의 판정·조사 기준을 융합하여 의료·돌봄 욕구 및 필요도를 포괄적으로 판단함으로써 요양병원(건강보험)-장기요양서비스(장기요양보험)-노인맞춤돌봄서비스(지방자치단체) 간 합리적 이용을 지원하기 위해 도입이 검토되는 제도이다. 앞서 제시한 바와 같이 현재 체계에서는 서비스 이용자의 욕구를 건강보험, 장기요양보험, 그리고 지자체에서 각각 다른 방식과 기준으로 판정하고 있다. 이에 의료-요양-돌봄 통합판정체계는 욕구 사정 단계에서 이러한 분절성을 극복하고 서비스 이용자에게 적합한 서비스를 안내할 수 있는 체계를 수립하여 불필요한 사회적 입원을 줄이도록 제안되었다.

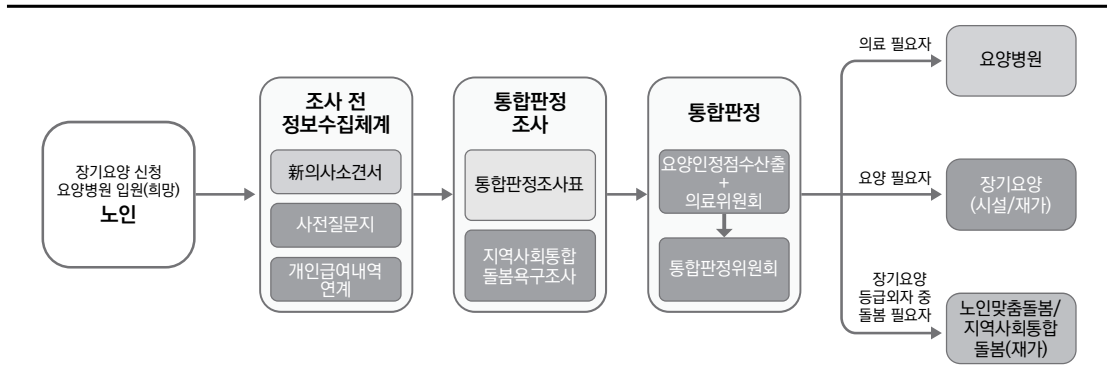
통합판정체계의 내용은 장기요양등급 판정 체계를 확대 개편하여 요양병원 환자분류군, 노인

표 3. 욕구별 서비스 대상자 기준

구분	요양 필요도 높음	요양 필요도 낮음
의료 필요도 높음	요양병원	(요양)병원
의료 필요도 낮음	장기요양(요양시설/재가)	지역사회 노인돌봄서비스 → 장기요양 진입 전 예방적

자료: 보건복지부. (2021. 10. 8.). 10월 12일부터 '의료-요양-돌봄 통합판정체계' 모의 적용 실시. 보도자료.

그림 9. 의료-요양-돌봄 통합판정체계



자료: 보건복지부. (2021. 10. 8.). 10월 12일부터 '의료-요양-돌봄 통합판정체계' 모의 적용 실시. 보도자료.

돌봄서비스 판정·조사 기준을 융합하는 방식으로 개발이 추진되고 있다. 특히 기존의 장기요양 의사 소견서를 전면 개편하고 통합판정위원회 내 의사 3인으로 구성된 의료위원회 구성·운영 등 의료적 판단 기능을 강화하는 것을 주요 내용으로 한다. 보건복지부는 2021년 10~12월 '의료-요양-돌봄 통합판정체계' 모의 적용을 실시하여 요양병원-장기요양기관-지역사회 돌봄 대상자를 재판정한 바 있다. 9개 지역의 4개 요양병원을 대상으로 의사의 소견서와 질문지를 통해 재판정한 결과 총 971명 중 674명(69.4%)만이 요양병원이 아닌 장기요양기관(시설, 재가) 및 지역

사회 돌봄서비스에 적합한 것으로 나타났다(보건복지부, 2021).

이 사업은 도입 논의를 진행하는 상태이므로 지금 당장 제도에 대한 명확한 판단을 하기는 어렵다. 그러나 현재 의료-요양-돌봄 통합판정체계는 강제성이 있는 판정체계로 논의되고 있지는 않으며, 기존에 건강보험과 장기요양보험으로 구분되어 운영되는 제도를 그대로 둔 채 판정체계만을 도입하는 것은 어느 정도 한계가 있을 것으로 예상된다. 현재 환자가 자신의 상태에 대한 정확한 정보가 부족하여 요양병원을 선택하는 것이라기보다는 등급을 받기 까다로운 장기요양보험

보다 접근성이 자유롭게 보장되는 상황에서 요양 병원을 선택하는 경우가 많기 때문이다. 또한 현재의 분절적 구조 속에서 통합판정체계를 실질적으로 강제성을 띠는 제도로 적용하는 것 역시 일정한 한계가 있을 것으로 예상된다. 앞서 수가 조정 사례에서 제시된 것처럼 의료 필요도는 절대적인 개념이라고 보기 어렵고, 우리나라와 같이 개인이 1, 2, 3차 의료서비스에 대한 이용을 자유롭게 결정하는 의료환경에서 의료서비스에 대한 접근성을 통제하는 것은 현실적으로 어렵기 때문이다. 또한 요양병원을 대체할 정도의 의료적 기능을 갖춘 돌봄환경이 지역사회에 충분히 준비되어 있지 않다는 점에서도 의료-요양-돌봄 통합판정체계가 실질적으로 사회적 입원을 감소시키는 기제가 되기는 어려울 것으로 보인다.

다. 지역사회 통합돌봄 선도사업과 퇴원 환자 지원 사업

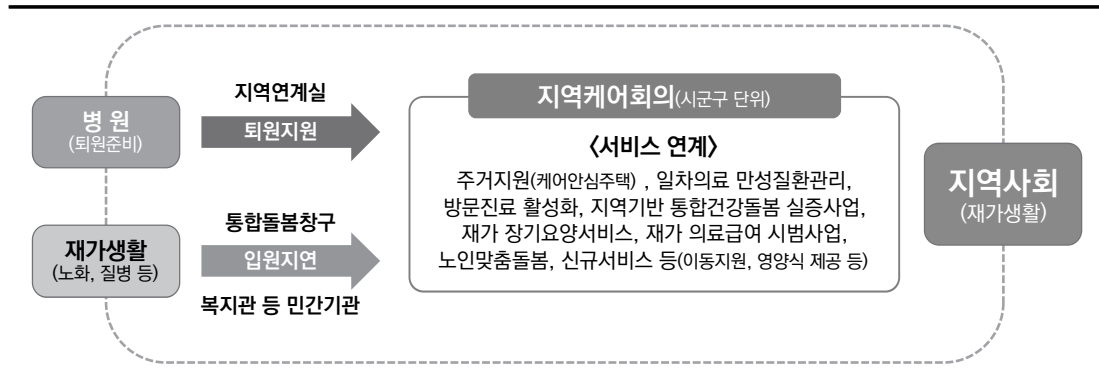
마지막으로, 지역사회 통합돌봄 선도사업이 있다. 앞서 제시한 정책들이 효과를 거두기 위해서는 좀 더 근본적인 측면에서 접근할 필요가 있는데, 거동이 불편한 개인이 지역사회에서 살아가는 데 필요한 가사서비스, 돌봄서비스, 의료서비스, 이동서비스 등 다양한 서비스를 결합하여 제공하는 것이다. 즉, 돌봄이 필요한 고령자가 병원을 떠나서 갈 곳을 마련하는 것이 중요하다. 지역사회 통합돌봄 선도사업은 2019년 6월부터 2021년까지 지역사회에서 지속적으로 거주할 수 있는 환경을 구축하려는 시도라고 할 수 있다.

지역사회 통합돌봄은 노인뿐 아니라 장애인, 정신질환자, 노숙인의 자립을 포괄하는 모형이기는 하지만, [그림 8]과 같이 주된 대상자는 요양병원의 사회적 입원 환자와 지역사회에 거주하는 재가 고령자라 할 수 있다. 지역사회 통합돌봄 선도사업의 내용은 주거, 보건의료, 복지·돌봄을 통합하여 서비스를 제공하는 것으로 개인이 지역에서 거주하는 데 필요한 복합적 욕구를 충족시키고자 하는 것이다. 현재 기존의 선도사업은 종료되었으며, 지자체별로 다양한 돌봄 모델이 개발되는 성과를 거두었다.

그러나 지역사회 통합돌봄 선도사업은 지역사회에서 ‘사회적 입원’을 막는 것이 사업 모델에는 제시되어 있으나 성과 목표와 관련한 정책적 지원은 제공되지 않았다. 즉, 고령자의 사회적 입원을 막기 위해서는 퇴원 환자나 만성질환자를 먼저 지원할 필요가 있는데, 사업 평가 결과에서 퇴원 환자 지원 비율이 높지 않았다. 보건복지부·건강보험공단(2021)에 따르면 통합돌봄 선도사업에서 커뮤니티케어 서비스를 받은 1만 3,000여 명 중 퇴원 환자의 비율은 높지 않았다. 단기 입원 후 퇴원(11%), 급성기 입원 후 퇴원(4%), 사회적 입원 후 퇴원(1%) 등이었다. 서비스 이용자들은 대부분 의료·돌봄 필요가 적은 ‘노쇠 예방’ 목적의 관리가 필요한 이들로 전체의 45%를 차지했고, 복합만성질환자는 16%에 불과했다.

지역사회 통합돌봄 사업에서 사회적 입원 감소 성과가 미미했던 이유 중 하나는 이 사업이 예방적 서비스에 초점이 맞춰져 있었기 때문이다.

그림 10. 지역사회 통합돌봄 모델(노인돌봄)



자료: 보건복지부, (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북.

이는 병원에 이미 입원한 사람들에 대한 지역사회의 접근성이 낮다는 것도 중요한 문제 중 하나로 제시된다. 지역사회 거주 고령자의 경우, 관할 지자체가 방문하여 상담 및 서비스 연계를 할 수 있지만, 이미 병원에 입원한 환자에게 이러한 서비스를 제공하는 것은 현실적으로 어렵기 때문이다. 다음으로, 지역사회 통합돌봄 사업의 사업 평가 지표를 살펴보면, 사회적 입원 감소가 성과 지표로 제시되고 있지 않다. 이는 도입 취지에서 사회적 입원 감소를 목표로 하였다면, 해당 내용이 실제 사업을 추진하는 주체에게 인식되어야 하는데 그렇지 못했다는 것을 의미한다.

4. 나가며: 향후 과제

이상의 논의에서 재원의 효율적 사용을 위해 정책적 방안이 제시되었지만 현재의 비효율적 구조를 개선하기에는 한계가 있음을 알 수 있다. 고령자가 지역사회에서 살아가기 위해서는 다양한

서비스가 결합되어야 하지만 실제 현실화되지 못하고 있으며, 이는 결국 재정 비효율성으로 이어지고 있다. 이에 이 글에서는 재정의 지속가능성을 위협하는 사회적 입원 문제를 줄이기 위한 향후 과제로 크게 주체의 명확화, 인센티브 강화, 수단의 확장을 제안한다.

첫째, 주체의 명확화는 사회적 입원을 감소하기 위한 대안을 만들어 갈 주체를 분명히 하는 것이다. 사회적 입원 문제는 건강보험공단이 수가 체계 변경을 통해 시도해 왔지만, 지역사회에 대한 서비스 체계가 구축되지 않은 상황에서 새로운 환자분류체계를 도입하는 것만으로는 충분치 않다. 단순히 요양병원에서 사회적 입원을 줄이기 위한 인센티브를 지속한다고 해도, 환자 입장에서는 지역사회에서 적절한 의료서비스와 돌봄서비스에 접근할 수 없다면 어떤 방식으로든 요양병원에 남으려 할 것이다. 즉, 지역에서 사회적 입원을 줄이는 대안을 만들 수 있는 주체가 필요하며, 핵심 주체를 중심으로 지역의 돌봄

을 체계화해 나가야 한다.

둘째, 공통된 인센티브를 강화하는 것이다. 지역사회 통합돌봄 사업은 지역에서 돌봄 대안을 창출한 주체로 지자체를 제시했으나, 사회적 입원 감소가 지자체뿐 아니라 병원 및 건강보험공단에 공통된 인센티브로 인식되지 않았다. 결과적으로 지자체, 병원, 건강보험공단과 협력하여 사회적 입원을 줄이기 위해 자원을 동원할 유인을 제공하지 못했다. 특히 지역사회 통합돌봄 사업은 주체의 역할을 강화하는 데 기여한 사업이라고 할 수 있으나 사업의 평가 지표에서 사회적 입원 감소가 누락되는 등 한계가 있었다.

셋째, 수단을 확장하는 것이다. 현재의 노인돌봄체계에서는 지자체에 분명한 역할을 주고 성과평가를 통한 인센티브를 부여한다 하더라도 이를 실제화할 수단이 충분하지 않다. 재가서비스의 대다수는 장기요양보험, 수급자에 대한 정보에 있어서도 지자체가 충분한 정보를 가지고 있지 않다. 그렇다고 장기요양보험이 지자체를 대신하여 주거, 의료 등 다양한 서비스를 연계하기도 어렵다.

따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 현재의 분절적인 제도 체계를 개선하고, 사회적 입원 감소를 성과 목표로 설정하여 정책적 역량을 집중할 필요가 있다. 이와 관련하여 김운(2022)은 장기요양보험과 건강보험에서 요양병원 급여비를 통합하는 방안을 제시한 바 있다. 노인돌봄 영역에서 가장 중요한 요양병원과 장기요양서비스가 서로 다른 두 자원 관리 체계로 구분되어 있

기 때문에 욕구 사정 단계부터 분리된 체계로 운영되는 것을 피하기 어려우며, 사정된 욕구에 따라 서비스 이용을 제한하기도 어렵다. 이에 따라 요양병원과 노인장기요양보험이 경증 노인의 일부까지 대상으로 포함하는 가운데 중앙정부 및 지자체 사업들과 대상자가 중복되는 일이 발생하고 있다.

앞서 제시한 의료-요양-돌봄 통합판정체계가 실효성을 지닌 체계로 기능하기 어려운 주요한 이유 중 하나도 자원과 제도 운영이 완전히 다른 체계에 기반하고 있다는 점이었다. 따라서 이러한 분절성을 극복하기 위해서는 요양병원 급여비와 장기요양급여비를 통합적으로 운영 및 관리함으로써 기능의 중첩성을 극복하고, 욕구에 따른 서비스가 제공될 수 있도록 판정체계 및 제공체계를 개혁해야 할 것이다.

다음으로, 노인돌봄서비스에서 사회적 입원 감소율을 공통 지표로 설정한 성과평가를 실시하는 것을 고려할 수 있다. 현재 서로 다른 체계에 있는 서비스들이 연계되지 못하고 분절적으로 운영되는 것의 주요 원인은 이용자의 욕구에 대해 서로 다른 시스템이 서로 다른 유인을 가지고 운영되기 때문이다. 앞서 제시한 바와 같이 노인돌봄 영역에서 핵심적인 두 사업을 통합적으로 운영하는 한편, 지자체와 건강보험공단의 협력을 이끌어 내기 위해서는 동일한 인센티브 체계에서 서로 협력할 수 있는 유인을 제공하는 것이 필요하다. 이를 통해 지역사회에서 사례관리나 서비스 연계가 궁극적으로 사회적 입원이 더 이상 증

가하지 않고 감소하는 결과로 귀결되도록 조정하는 것이다.

이와 관련해서는 산재보험에서의 케이스매니지먼트 사례를 벤치마킹할 수 있다. 산재보험의 케이스매니지먼트 사업은 산재근로자의 직장 복귀를 돕는 프로그램이다. 산재근로자는 재해 발생 이후 개인적 차원뿐만 아니라 다양한 차원의 문제를 복합적으로 갖게 되는데, 기존 재활서비스가 단순히 일회적 서비스를 제공하는 수준에서는 이들의 사회 복귀율이 현저히 낮았다. 이러한 문제를 지원하기 위해 사례관리(case management)가 도입되었으며, 가족과 주변 지역사회 자원을 연계하여 개인에게 필요한 서비스와 자원을 제공하고 문제 해결을 위한 역량을 강화함으로써 직장 복귀를 지원하고 있다. 산재보험의 사례관리는 사회 복귀라는 분명한 목적에 따라 운영되었으며, 이를 통해 휴업급여¹⁾와 같은 장기성 급여가 감소하였다는 점에서 산재보험의 재정건전성에도 상당한 기여를 하였다. 물론 노인돌봄은 단일 제도로 운영되는 산재보험에 비해 사회적 입원 감소 및 지역사회 거주라는 목표를 달성하는데 있어 다양한 주체가 개입하고 인센티브 제도가 상이하며, 서로 상이한 정책 수단을 가지고 있어 산재보험과는 정책환경이 다르다. 그러나 현재의 분절적 구조를 통합하고 노인돌봄 영역의 행위자 간 이해관계를 일치시킴으로써 재정의 지속가능성을 높이고자 하는 정책적 노력이 지속되

어야 할 것이다.

돌봄의 욕구는 의료, 돌봄, 일상생활 관리 등 복합적인 욕구의 총합이라고 할 수 있다. 이러한 복합적 욕구에 대응하기 위해서는 상호 보완적인 통합적 서비스가 제공되어야 한다. 그러나 기존의 체계에서는 요양병원과 돌봄기관이 환자 유치 경쟁을 벌여 왔고, 그 결과 입원 환자와 장기요양 서비스 시설 이용자가 급격히 증가하는 방향으로 제도가 변화해 왔다. 돌봄이 필요한 사람에게 돌봄서비스가 제공되는 것은 분명 반가운 일이지만, 필요도에 부합하지 않는 서비스는 지속 가능하지 않다. 이러한 현재의 경로를 변화시키기 위해서는 돌봄서비스 체계에서 좀 더 근본적인 변화가 시도되어야 할 것이다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (각 연도). **노인장기요양보험 통계**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2018-2020). **건강보험통계**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2021). **2020 건강보험 주요 통계**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부·건강보험공단(2021). **지역사회 통합 돌봄 선도사업 모니터링 및 효과성 분석을 위한 양적·질적조사**. 세종: 보건복지부.
- 김윤. (2022.5.17.) 요양병원 입원 10명 중 7명이 입원 필요 없는 노인. 오피니언: 김윤의

1) 휴업급여는 평균 임금의 70% 수준이다.

- 퍼스펙티브. 중앙일보. <https://www.joongang.co.kr/article/25071752#home>
- 디멘시아 뉴스. (2018.7.18.). 요양병원의 환자 분류체계와 장기입원에 대한 소고. **디멘시아 뉴스**. <http://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=1041>
- 보건복지부. (각 연도). **예산 및 기금운용계획 개요**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2020). **지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021. 10. 8.) **10월 12일부터 ‘의료-요양-돌봄 통합관정체계’ 모의 적용 실시**. 보도자료. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=368134
- 송현중. (2012). 요양병원 기능에 대한 고찰: 외국 사례와의 비교를 중심으로. **대한 노인 병학회지**, 16(3), 114-120.
- 이다희, 전인혜, 김명화, 김록영. (2021). **요양병원 입원환자 분류체계 및 수가수준 정기적 조정기전 마련을 위한 기초연구**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 이승욱, 임희정. (2022). 산재근로자 사례관리서비스의 성과와 발전방안. **직업재활연구**, 32(2), 99-127.
- 전병목, 안종석. (2020). **사회보장세에 대한 기초연구**. 세종: 한국조세재정연구원.
- 한겨레. (2022. 9. 15.). 따로 노는 복지서비스... “의료·장기요양 통합 지원 필요”. **한겨레**. <https://www.hani.co.kr/arti/society/health/1058659.html>
- OECD (2021), Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD (2022) Long-Term Care Resources and Utilisation : Long-term care recipients, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_LTCR (2022.11.10. 인출)

The Current Status and Implications of the Elderly Long term Care Policy in Korea

Choi, Hyejin

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Korea's elderly population will further increase in the coming decades, and so will the socioeconomic demand for their care. The amount of care services has increased with the introduction of the long-term care insurance, the expansion of the long-term care hospitals, and the elderly care system in the local community. As a result, the long-term care spending, reflecting the demographic structure, reached the OECD average level. However, the coverage level remains low in terms of spending. One of the major cause of the financial inefficiency is the high level of "social hospitalization". Recently, several policy measures have been taken to reduce social hospitalization, such as the reimbursement rate adjustment, the pilot project of the medical-care integrated judgment system, and the community-based integrated care initiative. However, despite of these policy measures, social hospitalization has not declined. This study proposed several policy suggestions to reduce social hospitalization such as the reform of the financial and delivery system, and strengthening performance evaluation focusing on social hospitalization rate indicators.