

## 공적 장기요양서비스 체계 재편에 관한 정책 제언

김기식 소장, 최새봄 연구원

(재)더미래연구소

# 1. 서론

---

- 고령인구가 급격히 증가하는 추세에 반해 가구구성의 변화로 노인에 대한 가정 내 돌봄이 거의 불가능해진 상황에서, 노인장기요양보험제도는 국가가 노인돌봄을 책임지는 공적체계를 마련하기 위해 도입되었다. 노인장기요양보험제도는 기존 의료기관을 적극 활용하는 연속적인 의료돌봄통합체계를 구축하여 노령층에 대해 의료서비스와 돌봄서비스를 통합적으로 제공하고자 하였다).
  - 노인장기요양보험제도의 도입 전 노인에 대한 부양은 일반적으로 가족 내에서 자체적으로 이루어지고 있었다. 그러나 핵가족화가 진행됨에 따라 노인과 주거를 같이하여 직접적인 수발을 드는 부양방식은 더 이상 불가능하게 되었다. 2000년도 고령인구 비율이 7%를 넘어서는 고령화 사회로 진입하면서 공적 노인돌봄체계의 마련이 시급해졌고, 이에 따라 2008년 노인장기요양보험제도가 도입되었다.
  - 이 제도의 목적은 복합적인 질환과 욕구를 가진 노인들에 대해 의료와 돌봄을 통합적으로 제공하고자 함이었다. 장기요양서비스는 크게 시설서비스와 재가서비스로 나뉘는데, 시설서비스 중에서도 요양원은 노인이 일정 시설에 거주하며 24시간 돌봄서비스를 받을 수 있고, 요양원에서 촉탁의 또는 협약의료기관을 통해 기본적인 의료서비스를 받을 수 있다. 한편, 재가서비스는 요양보호사 또는 간호사가 수급자의 가정에 방문하여 요양, 목욕, 간호 등을 지원하거나, 수급자가 직접 센터에 방문하여 일정 시간 동안 보호를 받는 서비스 등이 있다. 재가서비스는 노인들이 가장 선호하는 형태의 서비스로 그 수요가 계속해서 증가하고 있다.
  - 장기요양보험제도의 또 다른 목적은 기존의 의료기관을 적극적으로 이용하여 일반 급성기 병원-요양병원-요양원 및 재가서비스로 이어지는 의료돌봄통합체계를 구축하는 것이었다<sup>1)</sup>. 특히 요양병원은 장기요양보험제도의 적용대상에서는 제외되지만, 급성기 이후 재활과 회복이 필요한 아급성기 환자를 대상으로 의료 및 요양을 제공한다는 점에 있어 의료돌봄통합체계의 중요한 축으로 자리잡게 되었다.
- 돌봄서비스는 제공량과 서비스의 질에 대해서 여전히 비판이 있으나, 제도 시행 이후 어느정도 자리를 잡았다고 평가할 수 있다. 그러나 노년기에 가장 필요한 의료서비스는 매우 부족한 상황이며, 의료기관과의 연계 또한 매우 미흡하여<sup>3)</sup> 기대했던 의료돌봄통합체계가 제대로 작동되지 않고 있다. 대표적인 예로 치료가 필요한 중증환자가 요양병원에 입원해야 함에도 불구하고 입원 필요성이 낮은 경증환자가 병상을 차지하는 이른바 요양병원과 요양원 간 대상자 역전 현상이 나타나고 있다. 또한, 요양병원과 요양원의 질 낮은 의료서비스와 만연한 부정수급 문제도 심각한 사회문제로 거론되어 왔다. 더 나아가, 노인들이 가장 선호하는 재

1) 보건복지부 공적노인요양보장추진기획단(2004). 「노인요양제도 청사진 마련: 공적노인요양보장체계 최종보고」.

2) 위와 같음.

3) 노용균(2017). 「노인장기요양제도의 나아갈 방향」 의료정책포럼 15.2: 37-43.

가서비스는 의료서비스 제공이 질적, 양적으로 매우 부족하여 수급자들의 건강관리가 되지 않고 있는 실정이다.

- 노인장기요양보험제도는 요양원 또는 재가서비스를 통해 의료와 돌봄을 통합적으로 제공한다는 기틀을 마련하였지만 실제로는 의료서비스를 충분하게 제공하지 못하고 있다. 더 나아가, 요양병원과 요양원 간 단절이 심각하여 연계된 의료돌봄체계 역시 제대로 작동하지 못하고 있다.
- 우선적으로 제기되는 문제는 요양병원과 요양원은 각각 의료기관과 요양기관으로서 역할과 기능이 다름에도 불구하고 대상자가 혼재되어있다는 점이다. 요양병원에는 본래 의료적 처치 필요성이 높은 아급성기 환자가 입원해야 하지만, 2019년 감사원 자료에 따르면 입원 환자의 40%는 입원 필요성이 낮은 경증환자로 보고되고 있다. 즉, 치료 이후 만성질환으로 발전한 환자는 퇴원 후 요양원 또는 가정에서 의료·돌봄서비스를 받아야 함에도 계속해서 요양병원에 장기입원해 있는 현상이 나타나고 있다.
- 두 번째로 장기요양보험법상 요양원과 재가서비스에서는 기본적인 의료서비스가 제공되어야 함에도 불구하고, 요양원에서는 의사가 방문하여 진찰하는 촉탁의 제도가 지켜지지 않는 경우가 다반사이며, 재가서비스에서는 의료서비스가 거의 없다시피한 상황이다. 또한, 요양병원과 요양원의 부정수급 문제 역시 보험재정을 위협하는 심각한 사회문제로 제기되고 있다.
- **제도 도입 당시의 취지와는 달리, 의료돌봄체계가 제대로 작동하지 않고 있는 현실은 요양서비스 전달체계상의 전체 공급기관 중 90%가 민간 시설인 상황에서 비롯된 바 크다. 민간 요양병원과 민간 요양원은 기관 각각의 경제적 이윤동기가 작동하기 때문에 의료돌봄통합체계가 목표했던 양자 간의 전원이거나 연계가 이루어지기 어려운 실정이다. 또한 일당정액수가제의 적용을 받아 서비스 과소공급의 유인이 존재하기 때문에, 의료서비스의 질은 악화되고 부정수급의 문제가 끊이지 않는 것이다.**
  - 요양병원과 요양원 모두 장기요양보험제도의 도입 이후 90% 이상이 민간에서 공급되고 있다. 특히 행위별수가제의 적용을 받는 일반 병의원과는 달리, 요양병원에는 환자의 수와 입원일수대로 정해진 수가를 받는 일당정액수가제가 적용되기 때문에 환자의 상태가 호전되어도 환자를 퇴원시키기는커녕 장기입원을 권유하는 양상이 나타난다. 요양원 역시 일당정액수가제도를 적용받는 건 마찬가지이기 때문에 요양병원과 요양원 간 유기적인 연계가 이루어지지 않고 오히려 같은 환자를 두고 경쟁하는 현상이 벌어진다<sup>4)</sup>. 이 때문에 요양병원과 요양원의 대상자 간 역전 현상이 나타나기도 한다.
  - 또한 정해진 수가에서 이윤창출을 위해 비용을 절감하다보니, 요양병원과 요양원 모두 서비스를 과소공급하고 부정수급을 할 유인이 존재한다. 요양병원은 병원 간 의료서비스 질의 편차가 심한 편이고, 요양원의 경우 10곳 중 3곳은 비용절감을 이유로 의료서비스를 제공하지 않는다. 이 때문에 의료서비스를 제대로 제공하는 공공요양원에 입소하기 위해 길

4) "요양원과 경쟁하는 요양병원...'기능 분화 필요'", 청년의사, 2018년 3월 30일자.

게는 10년씩 기다려야 하는 상황이 발생하기도 한다<sup>5)</sup>. 또한 두 기관의 부정수급 규모가 많게는 2조 가까이 될만큼 도덕적 해이 현상이 심각하다.

- 따라서 이를 해결하기 위해서는 가장 먼저 요양병원과 요양원, 그리고 재가서비스가 설립 목적에 맞게 운영되도록 역할 정립이 필요하고, 이후 환자의 변화하는 의학적 상태에 따라 이들 간 전원 및 연계가 이루어지도록 통합체계를 재구축해야 한다. 통합체계가 원활히 운영되기 위해서는 중심역할을 하는 허브기관이 필요한데, 연계에 있어 의학적 판단이 가장 중요하다는 점에서 의사가 상주하고 있는 요양병원이 그 역할을 해야 한다. 아울러 시스템이 제대로 작동할 수 있도록 요양병원의 일정 부분을 공영화하여 시장견제효과를 발휘할 수 있도록 해야 한다.
  - 먼저 요양병원과 요양원 간 혼재된 대상자 문제를 해결하기 위해서는 이들의 역할을 재정립하는 제도적 보완을 해야 한다. 요양병원은 아급성기 환자를 치료하는 의료기관으로서, 요양원은 아급성기 이후 만성질환의 환자들을 돌보는 요양기관으로서 본래의 역할을 해야 한다. 이를 위해서는 요양병원 장기입원에 대해 병원에 부과하는 불이익을 강화하고 입원환자의 본인부담 비율을 입원기간에 따라 점진적으로 증가시켜야 한다. 또한 부정수급에 대한 감시체계 역시 강화해야 한다.
  - 요양병원과 요양원 간 역할 정립이 된다면, 환자의 건강상태에 따라 요양병원 입원 및 요양원/재가서비스 이용이 이루어질 수 있도록 기관 간 연계가 효과적으로 이루어져야 한다. 요양병원에 입원했다라도 건강이 호전되면 요양원 또는 가정에서 돌봄서비스를 받을 수 있어야 하고, 요양원에 입소했다라도 치료가 필요한 상황이 오면 언제든지 일반병원이나 요양병원에 입원하는 연계 시스템이 갖추어져야 한다.
  - 그러나 요양병원이나 요양원, 재가서비스 기관 모두 90%에 달하는 민간공급체계 하에서는 기관 각각이 자기 이해에만 집중하여 이들 간 연계가 이루어지기 어렵다. 따라서 환자의 건강상태에 따라 필요한 서비스를 판단하는 일종의 허브기관이 필요한데, 의학적 판단이 가장 중요한 기준이라는 점에서 의사가 상주하는 요양병원이 그 역할을 하는 것이 적절하다. 또한 이러한 체계가 원활하게 작동할 수 있도록 요양병원의 30~40% 정도를 공영화하여 시장견제효과를 발휘하도록 하고, 이후 이 비율을 점차 늘려나가야 한다.
- 공공 요양병원을 중심으로 의료돌봄체계가 재편된다면, 지역의 요양원에 대해서는 요양병원 파견 촉탁의 제도를 통해 충분한 의료서비스를 담보할 수 있고, 요양병원 퇴원 후 요양원 입소환자에 대해 돌봄 및 간병이 제대로 이루어지고 있는지 감시역할까지 가능할 것이라 기대된다. 또한 가정에서 간호 및 돌봄서비스를 받을 수 있는 수급자에게 방문간호 서비스를 적극적으로 권유하여 재가서비스의 확대에 기여할 수 있을 것이라 기대된다.
- 본 보고서에서는 그동안 확대되어 온 노인 의료돌봄체계의 현황과 문제점을 짚어보고 원인에 대해 진단해본다. 이후 요양병원과 요양원, 재가서비스 기관 각각의 기능과 역할이 제대로 정립될 수 있도록 몇 가지 대안을 제시하고자 한다. 이에 더해 환자를 위한 의료돌봄통합

5) "10년 대기 서울요양원, 알고 보니 적자투성이 "건보공단 직영 손 떼야", 중앙일보, 2020년 10월 20일자.

체계가 제대로 작동할 수 있도록 요양병원을 중심으로 요양원 및 재가서비스 기관을 연계하는 시스템 재편 방안을 제시하고, 이를 위한 공공 요양병원 확대의 필요성을 제안하고자 한다.

## 2. 현황

### 1. 장기요양보험제도의 도입 배경

- 노년기에는 노화에 따른 신체적·정신적 기능 저하가 나타나 만성질환이 발병할 위험이 높고, 일상생활에 있어 타인에 대한 의존이 커지게 된다<sup>6)</sup>. 또한 만성질환이 언제든지 급성 질환으로 전환될 가능성이 있기 때문에 의료와 돌봄에 대한 욕구가 매우 높다.
  - 노인성 만성질환에는 고혈압, 뇌졸중, 당뇨, 고지혈증, 치매, 관절염 등이 있다. 이 질환들은 공통적으로 장기간에 걸쳐 질환이 지속되고, 본인 혼자서는 일상생활을 수행하기 어렵다는 특징을 갖고 있다<sup>7)</sup>. 이 때문에 누군가 옆에서 일상생활을 영위할 수 있도록 지속적으로 수발을 들어주거나 요양서비스를 제공해야 한다. 또한 만성질환과 급성질환을 오가는 불안정한 노년기 건강의 특성상, 주기적인 검진과 간호, 투약과 같은 의료서비스에 대한 항시적인 수요가 있다.
- 만성질환을 겪는 노인에 대한 돌봄은 주로 가정에서 자체적으로 해결하는 것이 일반적이었다. 과거 의료보호대상자(현재의 기초생활수급자)에게 양로원 입소 비용을 지원해주거나 고급 실버타운을 이용하는 고소득자들이 일부 존재하기도 했으나 이것은 극히 드문 경우였다.
- 우리나라의 노인 인구 및 기대수명은 해마다 증가하여 돌봄에 대한 수요는 계속해서 확대될 것으로 예측된다. 반면에 가정에서에서의 노인 부양은 사실상 불가능한 상황이 되고 있다. 가구구성의 변화로 노인과 동거하지 않는 가구가 급격히 증가했으며, 더 나아가 2040년에는 전체 가구 중 대부분이 노인과 동거하지 않는 3인 이하 가구일 것으로 예측된다.
  - 우리나라는 1990년 전체 인구 대비 5%에 불과하였던 노인인구가 2010년 11%를 넘어섰고, 2020년 기준 15.7%로 고령 사회에 진입하였다. <표 1>을 살펴보면, 고령화 추세는 가속화되어 2045년에는 전체 인구의 약 37%가 노인인구가 되는 초고령 사회가 될 것으로 예측된다.

표 1 우리나라의 고령화 추세

연도	1990	2000	2010	2020	2025	2035	2045
전체 인구수	4,287만 명	4,701만 명	4,955만 명	5,178만 명	5,191만명	5,163만 명	4,957만 명
노인 인구수	220만 명 (5.07%)	339만 명 (7.37%)	537만 명 (11.05%)	813만 명 (15.70%)	1,051만 명 (20.25%)	1,523만 명 (29.50%)	1,833만 명 (36.98%)

출처: 통계청, 「장래인구추계」 「성 및 연령별 추계인구」

주1) 노인인구수는 65세 이상 인구를 뜻함. 천 명단위에서 반올림.

주2) 괄호 안은 전체 인구수 대비 노인 인구수를 뜻함.

- 기대수명 역시 1990년 71.7세에서 2010년 80.2세, 2025년 84.2세, 2045년 87.5세로 해마다 증

6) 김창오(2019). 「노쇠와 노인증후군」. 노년내과 심포지엄. 2019년 대한내과학회 추계학술대회.

7) 김철호(2006). 「노인질환의 특징」. 대한내과학회지 제71권 부록2호. p.844-847

가하고 있다<sup>8)</sup>. 인구 고령화는 곧 노인성 만성질환 환자 증가로 이어지는데, 실제로 의사진단 기준 만성질환을 1개 이상 보유 노인은 전체 노인 대비 2008년 81.3%에서 2014년 89.2%, 2017년 89.5%로 기대수명이 증가할수록 만성질환의 발병률도 증가하고 있음을 알 수 있다<sup>9)</sup>. 또한 65세 이상 노인인구의 31.9%가 기본적인 일상생활 6가지<sup>10)</sup> 중 1가지 이상에 제한을 받고 있으며, 3.5%는 6가지 기본적인 일상생활 수행능력이 전혀 안되는 것으로 나타났다<sup>11)</sup>. 따라서 인구 고령화가 이어질수록 돌봄이 필요한 75세 이상의 후기 고령자도 증가하게 됨을 알 수 있다<sup>12)</sup>.

- 한편 가구구성의 변화 역시 빠르게 진행되고 있다. 이러한 가구구성의 변화는 노인의 주거 조건 및 부양 방식의 변화를 의미하기도 한다. 즉, 과거에는 어르신을 모시고 살며 가족구성원이 수발을 들며 부양을 했다면, 이제는 생활비를 지원하는 등 노인 부모세대를 경제적으로는 부양하더라도 대부분 주거는 분리하는 부양방식이 일반화되고 있다. 이에 따라 만성질환을 겪는 노인에 대한 가족구성원의 직접적인 돌봄은 현실적으로 더욱 어려워지고 있다.
- 대개 노인을 직접적으로 부양하는 가구는 대부분 4인 이상(부부+자녀+한부모노인)의 가구로 추산되는데, 가구 당 평균 가구원 수를 나타낸 <표 2>을 살펴보면 우리나라의 4인 이상 가구는 1990년을 기점으로 감소 추세로 접어들었음을 알 수 있다. 1980년의 4인 이상 가구는 약 559만 여가구로 전체의 70.2%를 차지하였으나, 2010년에는 약 530만여가구로 전체의 30.6%를 차지하여, 절대적인 수치는 소폭 감소했으나 비율은 크게 감소하였음을 알 수 있다. 이러한 경향은 계속되어 2040년에는 전체 가구 비율 중 10%만이 4인 이상 가구일 것으로 예측된다. 따라서 우리 사회에서 주거를 같이하며 어르신을 직접적으로 부양하는 가구는 매우 극소수일 것이라 예상된다.

표 2 가족 구성원 수의 변화 (단위: 가구)

연도	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2020	2030	2040
1인가구	38만 3천	66만	102만 1천	164만 2천	222만 4천	317만	414만 2천	616만 6천	744만	823만 7천
2인가구	84만	117만 6천	156만 6천	218만 5천	273만	352만	420만 5천	569만 6천	702만 2천	769만 3천
3인가구	115만 3천	158만	216만 3천	263만 6천	298만 7천	332만 5천	369만 6천	428만 3천	450만	442만
4인 이상 가구	559만 4천	615만 5천	660만 4천	649만 5천	636만 9천	587만	529만 6천	420만 5천	307만 5천	230만
전체 가구 대비 4인 이상 가구비율	70.2%	64.3%	58.2%	50.1%	44.5%	37.0%	30.6%	20.7%	14.0%	10.2%

8) 통계청. 「장래인구추계」. ‘장래 기대수명’.

9) 보건복지부 「노인실태조사」.

10) 목욕하기, 옷 입기, 화장실 이용하기, 기동하기(침상에서 나오거나 의자로 이동), 요실금, 식사 등으로 구성되어 있음.

11) 최현림(2011) 「우리나라 노인의학의 현재와 미래」. 대한노인병학회 15(2) p.71-79

12) 차흥봉, 선우덕. (2013). 「노인장기요양보험제도의 발전과정과 향후 개선방향에 대한 논의」. 장기요양연구, 1(1), 7-30.

출처: 통계청. 「인구총조사」 가구부문 연도별 전수조사.

주1) 백의 자리에서 반올림함.

- 이를 세대구성 별로 살펴보면 더욱 확연하게 드러난다. 주로 부부로 구성되어있는 1세대 가구는 전체 가구구성 대비 1960년 기준 약 7%에서 점차 늘어 2010년에는 약 17%를 차지하였다. 반면, 주로 부부와 자녀로 구성되어있는 2세대 가구의 비율은 1960-1970년 사이 소폭 증가했다가 2010년까지 계속해서 감소하였다.
- 부부와 자녀, 그리고 노인부모로 구성되어있는 3세대 가구는 1960-1980년 사이 117만 7천에서 131만 1천가구로 증가세를 보였으나, 1990년을 기점으로 138만 3천가구에서 2000년에 이미 117만 6천가구로 급격히 감소하였다. 이후 2010년 106만 3천 가구로 지속적으로 감소세를 보였으며, 전체 가구 대비 비율로 살펴보면 3세대 가구의 비율은 1960년 약 27%에서 2010년 약 6%로 지속적으로 감소하는 추세였다. 조부모 등을 모시고 사는 4세대 이상의 가구 역시 1960년 약 1.6%에서 2010년 약 0.1%로 현재는 거의 찾아볼 수 없게 되었다.

표 3 가족 세대구성의 변화 (단위: 가구)

연도	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010
전체 가구수	437만	557만 6천	796만 9천	1,135만 5천	1,431만 2천	1,588만 7천	1,733만 9천
1세대 가구	32만 6천 (7.46%)	37만 6천 (6.74%)	65만 8천 (8.26%)	122만 (10.74%)	203만 4천 (14.21%)	257만 5천 (16.21%)	302만 7천 (17.46%)
2세대 가구	279만 8천 (64.03%)	390만 6천 (70.05%)	545만 7천 (68.48%)	752만 9천 (66.31%)	869만 6천 (60.76%)	880만 7천 (55.44%)	889만 2천 (51.29%)
3세대 가구	117만 7천 (26.93%)	123만 (22.06%)	131만 1천 (16.45%)	138만 3천 (12.18%)	117만 6천 (8.22%)	109만 3천 (6.88%)	106만 3천 (6.13%)
4세대 이상 가구	6만 9천 (1.58%)	6만 4천 (1.15%)	4만 2천 (0.53%)	3만 5천 (0.31%)	2만 2천 (0.15%)	1만 6천 (0.10%)	1만 3천 (0.07%)
1인 가구	-	-	38만 3천 (4.81%)	102만 1천 (8.99%)	222만 4천 (15.54%)	317만 1천 (19.96%)	414만 2천 (23.89%)

출처: 통계청. 「인구총조사」 가구부문 연도별 전수조사.

주1) 1세대 가구는 주로 부부, 2세대 가구는 주로 부부+자녀, 3세대 가구는 주로 부부+자녀+한부모(노인)로 구성되어 있음.

주2) 백 가구 단위에서 반올림.

- 이 같은 경향은 시간이 지날수록 계속해서 나타날 것으로 예측된다. 2020년 이후 장래가 구추계 자료를 살펴보면, <표 4>에서 전체 가구수는 2020년 2,035만 가구에서 2040년 2,265만 가구로 증가하는데, 이는 대부분 1인 가구의 증가에서 기인하는 것으로, 가족과 노인부모가 동거하는 3세대 이상 가구는 2020년 89만 1천여 가구에서 2040년 58만 7천여 가구로 계속해서 감소할 것으로 예측된다.

표 4 장래가구추계 (단위: 가구)

연도	2020	2030	2040
전체 가구수	2,035만	2,203만 6천	2,265만
1세대 가구	374만 5천	468만 3천	518만 4천
2세대 가구	920만 7천	880만 2천	826만 6천
3세대 이상 가구	89만 1천	71만 4천	58만 7천
1인 가구	616만 6천	744만	823만 7천

출처: 통계청 「장래가구추계」

주1) 백 가구 단위에서 반올림.

주2) 비친족가구는 집계에서 제외함.

- 반면, <표 5>에 나타난 독거노인 가구는 1985년 11만 5천여 가구에서 2010년 106만 6천여 가구로, 25년 사이에 10배 가까이 급속도로 증가하였다. 노인부부 가구 역시 1985년 14만 6천여가구에서 2010년 104만 6천여가구로 약 7배 이상 증가하였다. 독거노인가구 및 노인 부부가구의 증가 역시 노인에 대한 돌봄이 가정에서 더 이상 충족되기 어려움을 뜻한다.

표 5 독거노인 및 노인부부 가구 (단위: 가구)

연도	1985	1990	1995	2000	2005	2010
독거노인 가구	114,610	192,584	349,020	542,690	782,708	1,066,365
노인부부 가구	145,528	229,064	380,742	573,597	827,722	1,045,651

출처: 통계청 「인구총조사」 연령별 세대구성별 가구

- 부양에 대한 수요는 증가하는 반면, 주거를 함께하는 직접적인 가족 돌봄은 앞서 지적했듯 가구구성의 변화로 인해 현실적으로 어려워졌다. 때문에 공적 노인부양제도의 필요성이 높아짐에 따라 김대중 대통령 임기말 주요 정책과제로 선정되었고, 이를 공약으로 내세운 노무현 대통령은 당선 직후 2003년 공적노인요양보장추진기획단을 발족시켜 노인장기요양보장제도의 기본 골격을 마련토록 하였다. 이후 계속된 논의와 시범사업 후 마침내 2008년 7월, 노인 장기요양보험제도가 도입되었다.
  - 장기요양보험을 선제적으로 도입한 독일이나 네덜란드와 같은 선진국의 사례를 고려하여 김대중 대통령은 2001년 8·15 경축사에서 장기요양보험제도의 필요성을 언급하였고<sup>13)</sup>, 임기말 주요 정책과제로 선정되어 내부적으로 연구가 시작되었다. 이러한 장기요양보험제도 도입 추진은 특히 2000년 일본에서 개호보험을 도입한 점도 상당한 영향을 주었다<sup>14)</sup>.
  - 이후 노무현 대통령은 후보시절 공적 장기요양제도의 도입을 공약으로 포함시켰고, 당선 직후 2003년도에 공적노인요양보장추진기획단을 발족하였다. 기획단은 일본의 개호보험과 독일의 수발보험 등 우리보다 앞서 장기요양제도를 도입한 선진국의 사례를 참고하여 노인 요양보장제도의 기본 골격을 마련하였다. 이후 추가적인 논의와 세 차례의 시범사업 이후 2007년 4월 2일, ‘노인장기요양보험법’ 이 국회 본회의를 통과하였고 2008년 7월, 노인장기요양보험제도가 도입되었다.

13) 제56주년 광복절 경축사. 2001년 8월 15일자.

14) "구상부터 도입까지, 이런 과정 겪었다", 청년의사. 2008년 7월 24일자.

- 노인장기요양보험제도가 도입됨에 따라 장기요양서비스가 필요한 사람은 소득수준이나 경제적 부담능력이 아닌, 장기요양등급 판정에 따라 누구나 서비스를 제공받을 수 있게 되었다.
  - 장기요양서비스란 신체적 및 정신인지적 기능 상의 장애나 고령 등의 사유로 장기간에 걸쳐<sup>15)</sup> 일상생활을 단독으로 수행할 수 없다고 인정되는 사람에게 제공되는 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 서비스를 뜻한다<sup>16)</sup>.
  - 장기요양서비스를 받을 수 있는 사람은 장기요양보험료를 납부한 65세 이상의 노인 또는 노인성 질병을 가진 45세-64세의 국민이며, 이들은 52개로 이루어진 장기요양인정점수에 따라 5개 등급으로 나뉘어 등급에 따른 장기요양급여를 제공받는다. 장기요양인정점수는 의료인, 사회복지사, 공무원 등으로 구성된 등급판정위원회에서 판정되며, 수급자의 심신상태를 판단한 의사소견서 등을 바탕으로 조정될 수 있다<sup>17)</sup>. 기존에는 3개 등급으로 판정이 이루어졌으나, 치매환자 급증과 세분화된 분류체계가 필요하다는 인식 하에 2014년 7월 기존의 3등급이 3, 4, 5등급으로 세분화되어 총 5개 등급으로 변경되었다<sup>18)</sup>. 이외에도 인지지원등급이 별도로 마련되었다.
    - 장기요양인정점수는 기본적인 일상생활기능부터 인지기능, 행동변화, 간호처치 및 재활 등 5가지 항목을 종합적으로 포함하여 매겨진다. 종합점수에 따라 다른 사람의 도움이 전적으로 필요한 1등급부터 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 5등급까지 분류된다.
    - 장기요양인정점수는 1차적으로 주로 일상생활의 자립성과 관련한 점수가 매겨지고, 이후 객관적인 의료처치 필요도를 담은 의사소견서가 첨부되어 종합적으로 계산된다. 합산된 점수와 등급판정에 따라 이용가능한 장기요양서비스와 월별 제공되는 장기요양급여가 정해진다.

표 6 장기요양등급 판정 기준

등급구분	판정기준
장기요양 1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
장기요양 3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 60점 이상 75점 미만인 자
장기요양 4등급	일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정점수가 51점 이상 60점 미만인 자
장기요양 5등급	치매환자로서 장기요양인정점수가 45점 이상 51점 미만인 자
인지지원등급	치매환자로서 장기요양인정 점수가 45점 미만인 자

출처: 보건복지부 홈페이지 '요양보험제도'

15) 노인장기요양보험법 제2조 2항에서는 '6개월 이상'으로 정의하고 있다.

16) 노인장기요양보험법 제1조.

17) 노인장기요양보험법 행정규칙. 「장기요양등급판정기준에 관한 고시」.

18) 보건복지부 홈페이지 보도자료 "치매특별등급 신설 등 장기요양보험 등급체계 개편에 따른 수가 신설·조정 및 보험료율 결정". 2014년 5월 2일자.

- 장기요양급여로 받을 수 있는 서비스로는 크게 시설서비스와 재가서비스가 있다. 시설서비스는 24시간 일정한 장소에서 보호하는 생활시설 서비스로, 원칙적으로는 1~2등급판정 대상자만이 받을 수 있다. 재가서비스는 주로 수급자가 센터에 통원하거나 본인의 가정에서 받는 서비스로, 모든 등급에서 월 급여 한도 내에서 원하는 재가서비스를 선택하여 받을 수 있다.
  - 장기요양판정 인정자가 1~2등급일 경우, 시설서비스와 재가서비스 중 선택하여 받을 수 있다. 3~5등급 및 인지지원등급 판정자는 예외가 인정되지만 원칙적으로는 시설서비스를 받을 수 없고, 매년 정해지는 월 장기요양급여<sup>19)</sup> 내에서 원하는 재가서비스를 선택하여 제공받을 수 있다.
  - 시설서비스 기관으로는 요양원과 노인요양공동생활가정이 있다. 요양원은 최대 입소정원에 따라 정해져 있지 않고, 노인요양공동생활가정은 최대 입소 정원이 9명으로 제한되어 있다. 본 보고서에서는 요양원이 노인요양공동생활가정에 비해 노인돌봄시설로서 보편화되어 있다는 점을 고려하여 요양원만을 시설서비스로 다루고자 한다.
  - 재가서비스의 종류로는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구 등이 있다. 수급자는 등급별로 산정된 월 한도액 내에서 필요한 서비스를 골라 사용할 수 있다. 방문요양은 요양보호사가 수급자의 가정 등을 방문하여 일정 시간동안 신체활동 및 가사활동을 지원하는 서비스를 뜻하며, 방문목욕은 가정을 방문하여 머리를 감기고 온몸을 씻겨주는 서비스를 뜻한다. 방문간호는 간호사 또는 간호조무사가 의사로부터 발급받은 방문간호지시서를 통해 수급자의 가정에서 간호, 진료 보조, 구강 위생 등을 지원하는 서비스를 말한다. 주·야간보호 및 단기보호는 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없을 때 주간 또는 야간, 그리고 단기간 동안 보호시설에 입소시키는 서비스를 뜻한다. 마지막으로 복지용구는 휠체어, 이동변기, 보행기, 지팡이 등 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용품을 지원하는 서비스를 의미한다.
- 이외에도 장기요양보험제도의 전반적인 내용을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 재원조달의 방식은 기본적으로 사회보험 방식으로 하되, 국가가 일부 부담하는 조세방식을 혼합하였다. 보험료 부담주체는 전체 건강보험가입자이며, 보험료율은 2021년 기준으로 건강보험급여의 11.52%이다.
  - 장기요양보험제도의 재원조달 방식은 사회적 리스크가 된 노인의 장기요양 문제를 사회적 연대원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하고자 기본적으로 사회보험 방식을 채택했다<sup>20)</sup>. 다만, 의료급여 수급자 등을 위한 공공부조를 위해 일부 조세방식이 가미되어 현재는 예상수입액의 20%를 국가에서 보조하고 있다. 특히 질병치료를 목적으로 하는 국민건강보험과는 분리된 장기요양보험 재정을 마련하여, 장기요양서비스가 건강보험 재정에 구속받지 않고 정책 목적에 부합하여 운영될 수 있도록 하였다<sup>21)</sup>.

19) 2021년 기준 1등급: 152만 700원, 2등급: 135만 1,700원, 3등급: 129만 5,400원, 4등급: 118만 9,800원, 5등급: 102만 1,300원, 인지지원등급: 57만 3,900원으로 책정되어있다.

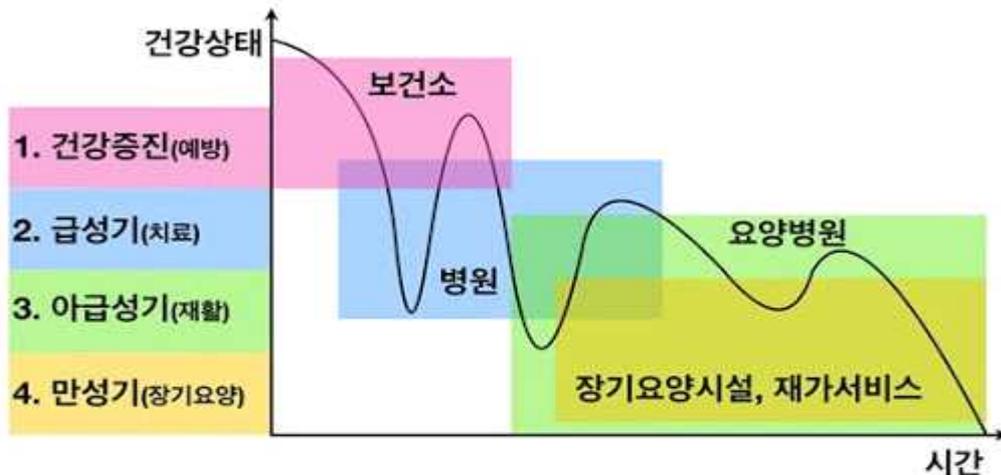
20) 국회예산정책처(2015). 「노인장기요양사업 평가」. 통권 339호. p.8

21) 한국재가장기요양기관정보협회 홈페이지.

## 2. 요양서비스 제공 기관의 역할 및 체계

- 장기요양보험제도를 도입하며 기대했던 또 다른 변화는 치료·요양·재활·예방 등 통합적인 의료돌봄서비스가 제공되는 체계를 구축하는 것이었다. 이를 위해 기존의 요양병원을 적극 활용하여, 소득수준이 아닌 심신의 기능상태에 따라 서비스가 선택·제공될 수 있는 기관들의 통합을 지향하였다<sup>22)</sup>. 특히 요양병원은 장기요양보험제도의 적용을 받지 않으나, 노인성 질환자 및 아급성기 환자를 대상으로 치료와 재활을 진행한다라는 점에서 우리나라의 의료돌봄통합체계에서 중요한 축을 담당하고 있다<sup>23)</sup>.
  - 적절한 의료처치는 치료를 통해 환자의 장애를 감소시켜 장기요양서비스의 이용을 줄이고, 적절한 장기요양서비스는 불필요한 입원을 감소시키는 한편, 의료 수요를 줄여 의료비 부담을 경감시킨다. 따라서 의료서비스와 장기요양서비스는 대체관계라고 할 수 있으며<sup>24)</sup>, 이들이 적절하게 활용된다면 효과적인 건강관리를 할 수 있고 의료 자원의 손실을 방지할 수 있다. 당시 구상했던 의료돌봄통합체계는 급성기 병원-요양병원-요양시설 및 재가서비스 기관을 통해, 노인의 건강상태에 따라 의료와 돌봄서비스가 종합적·연속적으로 제공되는 <그림 1>과 같은 체계였다<sup>25)</sup>.

그림 1 의료돌봄통합체계



출처: “의료의 출구는 복지의 입구”. 의료&복지 뉴스. 2018년 10월 8일자.

- 2004년 공적노인요양보장추진기획단의 보고에 따르면, 당시 민간 요양원의 평균 이용료는 월 32~70만원 정도이고, 고급 양로원이나 요양병원은 100~250만원 정도로, 만약 이를 2년간 이용한다면 의료비만 약 1,680만원에서 최대 6,000만원까지 부담해야 했다<sup>26)</sup>. 또한 타 세대와 비교하여 노인 의료비가 급격하게 증가하였는데, 건강보험공단의 심사통계지표를 살펴

22) 보건복지부 공적노인요양보장추진기획단(2004). 「노인요양제도 청사진 마련: 공적노인요양보장체계 최종보고」.

23) 노용균(2017). 「노인장기요양제도의 나아갈 방향」 의료정책포럼 15.2: 37-43.

24) 김명화 외 (2013). 「노인의 장기요양이용이 의료이용에 미치는 영향: 보건경제와 정책연구」, 19(3), p.1-22

25) 권진희(2017). 「법 탄생에서 제도가 발전하기까지 주요 이슈를 통해 본 시사점」. 의료정책포럼 15(2), p.8-14

26) 보건복지부 공적노인요양보장추진기획단(2004). 「노인요양제도 청사진 마련: 공적노인요양보장체계 최종보고」.

보면 2000년에서 2005년까지 5년 사이 전체인구 급여비는 약 4.7배 증가한 반면, 노인 진료비는 7.3배로 증가하였다<sup>27)</sup>. 이에 따라 가계의 의료비 부담을 경감시키고 노인세대에 대한 적절한 의료돌봄서비스를 제공하기 위해, 전 소득계층을 아우르는 보편적인 공적 장기요양체계의 필요성에 대한 공감대가 더욱 확대되었던 바 있다.

- 정리하자면, 현재 의료돌봄통합체계 상 장기요양서비스를 제공하는 기관들은 다음 <표 7>과 같다. 요양병원은 의료기관으로서 급성기 치료를 마친 후 재활 및 회복치료가 필요한 아급성기 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 요양원은 요양기관으로서 아급성기를 지나 만성질환 단계로 진입한 환자를 대상으로, 필요한 의료서비스와 함께 일상생활을 보조하는 돌봄서비스를 제공한다. 이후 의학적 처치보다는 돌봄 필요성이 높은, 보다 호전된 상태의 노인들에게는 가정에서 돌봄을 받을 수 있도록 재가서비스가 제공된다. 이들은 모두 기능과 역할 면에서 상이하다.

- 의료돌봄통합체계를 구성하는 주체로는 요양병원, 요양원, 재가서비스 기관이 있다. 가정과 분리된 일정 공간에서 대상자에게 서비스를 제공하는 ‘시설’이라는 면에서 요양병원과 요양원이 혼동될 수 있으나, 요양병원은 의료기관이고 장기요양보험법에서 정의하는 시설 서비스는 요양원을 뜻한다.

- (대상과 서비스 내용)

- 요양병원은 노인성 질환자나 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 사람을 대상으로 의료서비스를 제공한다.
- 요양원은 일부 예외를 두고 있으나 원칙적으로는 노인성 질환 등으로 도움을 필요로 하는 노인 중 장기요양등급판정 1, 2등급을 받은 사람만이 입소할 수 있고, 이에 대해 촉탁의 방문진찰 등을 통한 기본적인 의료서비스를 제공하는 동시에 일상생활 전반에 걸친 돌봄서비스를 제공한다.
- 재가서비스는 모든 장기요양등급판정자가 받을 수 있으며, 가정에서 의료서비스 및 돌봄 서비스를 받게 된다. 단, 중복 수급은 금지되기 때문에 요양원에 입소한 사람은 재가서비스를 받을 수 없다. 실질적으로 재가서비스를 받는 등급판정자는 대부분 3~5등급으로 나타난다.

- (재원 및 본인부담률) 요양병원은 의료기관이기 때문에 건강보험의 적용을 받으며, 요양원과 재가서비스는 요양기관인만큼 장기요양보험의 적용을 받는다. 요양병원은 자세히 후술하겠지만 입원 당시 환자분류체계에 따라 본인부담률이 차등적으로 적용되며, 간병비의 경우 100% 본인부담이다. 요양원은 간병비를 포함하여 본인부담률은 20%이고, 재가서비스는 간병비 포함 본인부담률이 15%이다.

- (입퇴소 및 이용절차) 요양병원은 의료기관인만큼 의사의 판단에 따라 입퇴원이 결정된다<sup>28)</sup>. 요양원은 앞서 언급했듯 장기요양등급판정자 1~2등급만이 입소할 수 있으며, 부득이

27) 건강보험공단 의료비 심사통계지표.

28) 이정택(2017). 「요양병원 현황 및 개선 과제」. 보험연구원 고령화리뷰.

한 사유에 따라 3등급 이하에서도 예외적으로 입소가 허용된다. 또한 상태가 호전되어 3등급 이하로 하락할 때는 원칙적으로 퇴소해야 한다. 재가서비스의 경우, 장기요양등급판정을 받은 모든 등급에서 이용할 수 있으며, 매년 정해지는 월 한도액 내에서 원하는 서비스를 재가서비스 기관에 개별적으로 신청하여 받는다. 다만, 이 한도액을 초과할 경우 초과분은 모두 본인이 부담한다.

표 7 장기요양서비스 제공기관 분류

구분	의료기관	요양기관	
	요양병원	요양원(시설서비스)	재가서비스
법적근거	의료법 제3조에 따른 의료기관	노인복지법 제31조에 따른 노인복지시설	노인복지법 제38조에 따른 재가노인복지기관
대상	노인성 질환자나 만성 질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복 기간에 있는 자	치매·중풍 등 노인성 질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인 중 장기요양등급판정 1, 2등급을 받은 자.	심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상인 사람 중 장기요양등급판정을 받은 자.(단, 요양원과 중복 금지)
서비스 내용	(의료) 내과, 외과, 물리 치료 등 사고 후 재활과 노인성 질환을 치료하기 위한 의료 및 간호서비스 제공	(의료) 촉탁의 방문진찰, 건강상태 측정 및 처방약 투약, 욕창예방 및 상처관리와 같은 기본적인 간호서비스 제공 (돌봄) 급식, 목욕, 배변 관리, 구강관리, 수면보조 등 전반적인 일상생활 지원	(의료) 방문간호 (돌봄) 방문요양, 방문목욕, 주·야간보호, 단기보호, 복지옹구지원 등 수급자의 가정 내에서 혹은 통원을 통해 서비스 제공
재원 및 본인부담률	건강보험	장기요양보험	
	-본인부담: 환자분류체계에 따른 차등적용. 간병비 본인부담: 100%	-간병비 포함 본인부담: 20%	-간병비 포함 본인부담: 15% -월 한도액 초과시 초과분 전액 본인 부담.
필수 인력 기준	의사: 환자 40명당 1명 간호사: 6명마다 1명	간호(조무)사: 입소자 25명당 1명 요양보호사: 입소자 2.5명 당 1명	방문간호의 경우, 간호(조무)사 서비스 내용에 따른 요양보호사 파견
입퇴소 절차 및 서비스 이용절차	-입퇴원 모두 의사의 판단에 따름.(단, 환자 분류체계와 입원일수에 따라 수가가 상이하게 적용됨)	-입소 제한 있음.(장기요양등급판정 1~2등급 판정자 및 3등급 이하 중 부득이한 사유) -상태 호전으로 등급 하락(3등급 이하) 시 퇴소.(단, 등급 재평가 유효기간 2년)	매년 정해지는 월 한도액 내에서 수급자가 재가서비스 제공기관에 신청.

주1) 요양원의 필수 인력기준은 30병상 이상 규모를 기준으로 함.

### 3. 요양서비스 전체 현황 및 증가 추이

- 장기요양보험제도가 시행된 지 13년이 지난 2021년 현재, 요양병원과 요양원, 재가서비스 기관의 수와 이용자 수는 모두 급속도로 증가하였다. 또한 요양병원 의료비와 장기요양급여비

역시 이에 비례하여 해마다 증가추세에 있어 장기요양서비스의 전반적인 팽창이 이루어지고 있음을 알 수 있다.

1) 요양병원 입원 환자 수 및 요양기관 이용자 수 증가

- **(요양병원)** 요양병원의 입원 환자 수는 지속적으로 증가하였다. 감사원에서 발간한 요양병원 운영 및 급여관리 실태 보고서를 살펴보면, 2009년 20만 8,000명에서 2018년 45만 9,000명으로 10년만에 2배 이상 증가하였다.

표 8 요양병원 입원 환자수 (단위: 천 명)

연도	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
환자 수	208	228	253	289	325	361	385	409	484	459

출처: 감사원(2019) '요양병원 운영 및 급여관리 실태' p.18.

주1) 요양병원 중 정신병원과 의료재활 시설 제외.

주2) 심평원, 통계청 장래인구추계 자료를 감사원에서 재구성함.

주3) 연말 기준, 중복환자 제외

- **(요양기관)** 장기요양서비스의 인정자 수 또한 해마다 증가하였는데, 제도 도입 당시 등급인정자 수는 2008년 기준 26만 5천여명이었던 반면, 2019년 기준 92만 9천여명으로 약 4배 가까이 증가하였다. 전체 노인 의료보장적용인구 대비 비율로 살펴보아도 장기요양 인정등급을 받은 노인의 비율이 2008년 5.22%에서 2019년 11.61%로 과거에 비해 2배 가까이 증가하여, 장기요양서비스가 필요한 노인 인구가 계속해서 증가하고 있음을 알 수 있다.
- 등급별로 살펴보면 요양원 입소자격을 가진 1-2등급 판정자의 비중은 2008년 기준 43.6%에서 2019년 14.1%로 감소하고 있는 것으로 나타난다. 이는 2014년 단순 치매환자까지 포함하는 '4, 5등급' 및 인지기원등급을 포함한 '등급외'의 기준이 신설되었고, 전반적인 요양등급 판정 기준이 완화되었기 때문에 장기요양등급 인정을 받는 사람이 대폭 증가한 것에서 연유한다. 실제로 1~2등급 판정자의 절대적인 수 자체는 2008년 기준 11만 6천여명에서 2019년 13만 1천여명으로 지속적으로 증가해왔음을 알 수 있다.

표 9 장기요양등급 인정 판정 현황 (단위: 명)

연도	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019
1등급	57,396	31,352	38,262	37,655	40,917	45,111	44,504
2등급	58,387	63,696	70,619	72,100	74,334	84,751	86,678
요양원 입소 가능자 비율	43.6%	28.2%	22.0%	18.7%	16.9%	15.6%	14.1%
3등급	98,697	175,272	232,907	170,329	185,800	211,098	226,182
4등급	-	-	-	134,032	188,888	264,681	325,901
5등급	-	-	-	10,456	29,911	53,898	73,294
등급외	50,891	67,266	153,657	160,814	161,156	171,973	172,444
계	<b>265,371</b>	<b>337,586</b>	<b>495,445</b>	<b>585,386</b>	<b>681,006</b>	<b>831,512</b>	<b>929,003</b>
전체 노인 의료보장 적용인구 대비 비율	5.22%	6.20%	8.37%	9.06%	9.81%	10.92%	11.61%

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 등급외에는 인지도원등급(2018년 신설)도 포함되어있음. 2014년 판정체계가 변경됨에 따라 2008년, 2010년의 4, 5등급은 집계되지 않았음.

주2) 연도말 누적 판정자격 유지자 현황이며, 최초 등급판정 후 재신청, 등급변경 신청(중복)건은 최종 등급판정 결과만 반영(1인1건), 다만 재신청 등으로 등급판정이 진행 중인 경우는 신청 전 최종 등급 반영.

주3) 사망자 및 유효기간 만료자 제외

주4) 전체 노인 의료보장 적용인구는 당해연도의 적용인구를 추계하였음.

- 장기요양보험 급여실적 통계를 살펴보면, 장기요양등급 인정자 수가 증가함에 따라 서비스 이용자 수 역시 지속적으로 증가하는 양상을 보였다. 사망자를 포함하고 중복을 배제한 전체 장기요양서비스 이용자 수를 살펴보면, 2008년 기준 약 15만 명이었던 서비스 이용자 수는 10년만에 4.7배 증가하여 2019년 기준 약 70만 명이 장기요양서비스를 이용하였다. 이를 서비스 유형별로 살펴보면, 2008년 기준 요양원의 이용자 수는 3만 4천여명에서 2019년 19만 9천여 명으로 약 5.8배 증가하였고, 재가서비스는 서비스 별 중복을 포함한 결과 이용자 수는 2008년 13만 8천여 명에서, 2019년 96만 5천 여명으로 약 7배 증가하였다.

표 10 장기요양서비스 급여실적 실인원 (단위: 명)

연도	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2019
요양원	34,098	101,154	123,820	142,382	164,221	189,615	199,180
재가서비스	137,318	453,834	447,785	522,075	634,955	821,630	965,453
전체(계)	149,573	320,554	335,672	407,237	494,890	624,632	709,149

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 연도말 기준 누적. 재가서비스는 서비스 중복이 포함된 숫자임.

주2) '요양원' 은 2013년 이전의 경우, 보건복지부 시행규칙에 따라 구법이 적용된 노인요양시설, 노인전문요양시설, 노인요양시설(구법)을 합계함.

주3) 사망자 급여실적 포함, 전체(계)는 중복이 배제된 숫자에서 노인공동생활가정 및 구법의 단기보호 전환을 제외한 숫자임.

## 2) 요양병원 및 요양기관 증가

- **(요양병원)** 요양병원은 장기요양보험제도가 도입되기 전 2005년 기준 203개에 불과하였으나, 제도 도입 직후 2008년 말 기준 690개로 급증하였고, 최근 2019년에는 1,577개로 그 수가 2005년에 비해 약 7.8배 증가하였다. 특히 공공 요양병원은 2005년 당시 12개소에서 2019년 87개소로 증가한 반면, 민간의 요양병원은 2005년 당시 183개소에서 2019년 1,471개소로 증가하여, 요양병원의 증가는 대체로 민간에서 기인했음을 알 수 있다.

표 11 요양병원 수 (단위: 개)

연도	2005	2008	2011	2014	2017	2019
요양병원	203	690	988	1,337	1,529	1,577
공공	12 (5.91%)	21 (3.04%)	24 (2.43%)	24 (2.54%)	92 (6.02%)	87 (5.5%)
민간	183 (90.15%)	669 (96.96%)	962 (97.37%)	1,313 (98.21%)	1,407 (92.02%)	1,471 (93.3%)

출처: 통계청 「설립구분별 종별 요양기관 현황」

주1) 공공의 경우, 국공립을 포함하였음.

주2) 민간의 경우, 개인과 법인을 포함한 통계임. 협동조합이나 군병원은 제외하였음.

- 이러한 요양병원의 급증은 고령화에 따른 수요 증가라는 시대적 흐름 뿐만 아니라 경영난에 시달리던 2차 의료기관인 중소병원들의 요양병원으로의 전환이 크게 작용하였다. 이는 2008년 1월 요양병원의 일당정액수가제 적용에 따른 결과였다<sup>29)</sup>.
  - 더미래연구소의 [IF-Report 2019-04 ‘문제인 케어’ 는 성공할 것인가? 보건의료체계 공공성 강화 정책 제언]에서도 분석한 바 있듯, 왜곡된 의료전달체제로 인한 환자들의 상급 종합병원으로의 쏠림현상으로 인해 2차 의료기관인 중소병원은 수익 구조에서 구조적 취약성을 노정해왔다.
  - 그러한 조건에서 2008년 1월 비교적 정형화된 치료가 중장기간 이뤄진다는 요양병원의 특성을 고려하여 진료수가 지불방식이 행위별수가제에서 일당정액수가제로 변경되었다<sup>30)</sup>. 행위별수가제의 적용을 받는 급성기 병원과는 달리, 입원일수당 수가가 책정되는 요양병원이 수익성의 측면에서 유리하다는 점으로 인해<sup>31)</sup> 기존의 2차 의료기관 중 일부가 급성기 병원에서 요양병원으로 전환하거나, 다수의 요양병원이 신설되기도 하였다.
  - 통계청 자료에 따르면, 요양병원을 제외한 2차 의료기관은 2003년 기준 1,367개에서 2018년 기준 2,320개로 15년 간 약 1.7배 증가한 반면, 요양병원은 2005년 기준 203개에서 2018년 기준 1,560개로 약 7.7배 증가했다. 특히 노인장기요양보험제도가 도입된 2009년을 기준으로 살펴보면, 요양병원을 제외한 2차 의료기관의 증가율은 전 기간 대비 16.7%로 나타난 반면, 요양병원의 증가율은 31.5%로, 그 차이가 2배 가까이 나타나는 것으로 확인된다. 요양병원의 증가율이 요양병원을 제외한 2차 의료기관의 증가율을 상회하는 현상은 2018년까지 지속되어, 전자의 증가율이 후자의 증가율에 비해 최소 2배(2009년 기준 16.7%와 31.5%)에서 5배(2017년 기준 2.1%와 11.4%)까지 높은 것으로 나타났다.
  - 특히 2007년~2009년 사이 요양병원이 191.1% 증가하였는 바, 이는 노인장기요양보험 도입이 기정사실화되면서 요양병원이 폭발적으로 증가한 것으로 분석된다. 당시 기사에 의하면, 노인장기요양보험법 제정의 일환으로 2007년 복지부가 중소병원의 요양병원 전환을 추진 계획으로 밝히면서 중소병원의 특수가 기대되는 상황이었다<sup>32)</sup>. 결론적으로 요양병원은 노인장기요양보험법 적용에서 제외되었으나, 요양병원은 일당정액수가제 적용과 맞물려 급속히 증가하였다.

29) 건강보험심사평가원(2015). 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」.

30) 보건복지부 보도자료 “<제7차 건강보험정책심의위원회 > 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결”. 2019년 4월 30일자.

31) 이정택(2017). 「요양병원 현황 및 개선 과제」. 보험연구원 고령화리뷰.

32) “노인장기요양보험법’ 중소병원의 돌파구?” 데일리메디, 2007년 3월 8일자.

표 12 2차의료기관 및 요양병원의 증가 추이(단위: 개소)

연도	2003	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018
2차의료기관	1,367	1,431	1,604	1,872	2,033	2,147	2,263	2,310	2,320
전 기간 대비 증가율 (평균: 7%)	-	4.7%	12.1%	16.7%	8.6%	5.6%	5.4%	2.1%	0.4%
요양병원	-	203	591	777	988	1,232	1,372	1,529	1,560
전 기간 대비 증가율 (평균: 42.8%)	-	-	191.1%	31.5%	27.2%	24.7%	11.4%	11.4%	2.0%

출처: 통계청 「시도별 종별 요양기관 현황」

주1) 2차의료기관에는 요양병원을 제외한 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원만 집계.

- **(요양기관)** 장기요양보험통계연보에 따르면 장기요양서비스를 제공하는 요양원과 재가서비스 기관 수 역시 해마다 증가하고 있다. 특히 요양원이나 재가서비스 기관 모두 국공립과 같은 공공기관에서 설립한 비율은 5%가 채 되지 않으며, 대부분의 장기요양서비스는 민간에서 제공되고 있다.
  - 장기요양보험제도 도입 전 2006년에는 요양원 815개소, 재가서비스 기관 1,045개소에 불과했으나, 제도 도입년도인 2008년에는 각각 1,371개소, 6,402개소로 급증하였으며, 2019년 기준 요양원은 3,595개소, 재가서비스 기관은 19,329개소로 2006년에 비해 각각 약 4.4배, 약 18.5배 증가하였다.
  - 요양원과 재가서비스 기관 모두 공공이 설립한 비율은 전체 기관 대비 지속적으로 감소해왔다. 요양원의 경우 2008년에는 약 5%를 차지했던 공공기관 설립 비중이 2019년에는 2.9%로 감소하였다. 재가서비스 기관 역시 2008년 공공의 설립 비중은 1.7%로 매우 적었으나, 2019년에는 그마저도 줄어, 현재는 전체 재가서비스 기관의 0.7% 남짓만이 공공에서 제공되고 있다.

표 13 장기요양서비스 기관 수 (단위: 개)

구분	2006년	2008년	2011년	2014년	2017년	2019년
요양원	815	1,371	2,090	2,706	3,279	3,595
공공	-	69 (5.0%)	97 (4.6%)	97 (3.6%)	90 (2.7%)	104 (2.9%)
민간	-	1,302 (95.0%)	1,993 (95.4%)	2,609 (96.4%)	3,189 (97.3%)	3,491 (97.1%)
재가서비스	1,045	6,402	10,971	11,607	15,006	19,329
공공	-	109 (1.7%)	114 (1.0%)	120 (1.0%)	106 (0.7%)	134 (0.7%)
민간	-	6,293 (98.3%)	10,679 (97.3%)	11,487 (99.0%)	14,900 (99.3%)	19,195 (99.3%)

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

2006년 자료: 보건복지부 노인요양운영팀 보도자료에서 확인.  
[https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0601vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=03160501&CONT\\_SEQ=39574&page=30](https://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb0601vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=03160501&CONT_SEQ=39574&page=30)

주1) 연도말 기준.

주2) '요양원' 은 2013년 이전의 경우, 보건복지부 시행규칙에 따라 구법이 적용된 노인요양시설,

노인전문요양시설, 노인요양시설(구법)을 합계함.  
 주2) '민간' 은 법인과 개인을 합계한 숫자임.

- 요양원 및 재가서비스 기관이 급속도로 증가한 배경에는 장기요양보험제도의 도입에 따른 결과라는 시각이 있다<sup>33)</sup>. 박능후(2010)에 따르면 도입 당시 정부는 장기요양서비스의 빠른 양적 확대를 위해 기존 시장가격보다 높은 가격으로 요양수가를 책정하여 적극적으로 기관 설립을 장려한 것으로 추정된다<sup>34)</sup>. 덕분에 장기요양서비스를 제공하는 기관들은 급속도로 팽창하였다.

### 3) 요양병원의 진료비와 요양기관 급여비의 증가

- **(요양병원)** 건강보험심사평가원 통계에 따르면 요양병원에 지급되는 건강보험급여비는 해마다 빠르게 증가하고 있으며, 특히 건강보험 전체 급여비 증가율에 비해 요양병원의 급여비 증가율이 매우 높게 나타나고 있는 것으로 확인된다.
  - 2008년부터 2019년 사이 11년간 요양병원을 제외한 건강보험 전체 급여비는 18조 9,420억 원에서 51조 9,683억 원으로 약 2.7배 증가한 반면, 동 기간 요양병원의 급여비는 7,342억 원에서 4조 5,840억 원으로 약 6.2배 증가하였다. 또한 요양병원을 제외한 건강보험 전체 급여비의 평균 증가율은 18.5%인 것에 비해, 요양병원 급여비의 평균 증가율은 이보다 2배 이상 높은 37.7%로 나타났다. 즉, 타 의료기관에 비해 요양병원에서 더 많이, 더 빠른 속도로 건강보험 급여지출 증가가 이루어졌음을 알 수 있다.
  - 특히 2008년과 2010년 사이 요양병원의 급여비 증가율은 78.26%로 폭발적으로 증가했는데, 이는 앞서 언급했듯 2008년 요양병원에 대한 일당정액수가제도가 실시되며 요양병원의 증가와 함께 많은 환자들이 입원하며 급여비가 폭증한 것으로 분석된다.
- 한편, 자세한 것은 후술하겠으나, 요양병원 급여비 중 평균 95% 이상이 입원급여로 입원환자 수 및 입원일수의 증가가 요양병원 전체 급여비 증가를 견인하고 있음을 알 수 있다<sup>35)</sup>.

표 14 요양병원 급여비

구분	2008년	2010년	2012년	2014년	2016년	2018년	2019년
건강보험 전체 급여비	18조 9,420억 원	24조 2,841억 원	27조 5,551억 원	31조 8,771억 원	38조 679억 원	46조 6,967억 원	51조 9,683억 원
전 기간 대비 증가율 (평균: 18.5%)	-	28.2%	13.47%	15.68%	19.42%	22.67%	11.29%
요양병원 (전체 건강보험 급여비 대비 비율)	7,342억 원 (3.88%)	1조 3,088억 원 (5.39%)	1조 9,817억 원 (7.19%)	2조 8,483억 원 (8.94%)	3조 5,787억 원 (9.40%)	4조 3,495억 원 (9.31%)	4조 5,840억 원 (11.3%)
전 기간 대비 증가율 (평균: 37.7%)	-	78.26%	51.41%	43.73%	25.64%	21.54%	5.39%

33) 권진희(2017). 「법 탄생에서 제도가 발전하기까지 주요 이슈를 통해 본 시사점」. 의료정책포럼 15(2), p.8-14.

34) 박능후(2010). 노인장기요양서비스의 질 관리 방안. KDI. 노인장기요양보험의 현황과 과제, p.118-156.

입원 (요양병원 입원비율)	6,989억 원 (95.2%)	1조 2,549억 원 (95.9%)	1조 9,175억 원 (96.8%)	2조 7,696억 원 (97.2%)	3조 4,936억 원 (97.6%)	4조 2,325억 원 (97.3%)	4조 2,402억 원 (92.5%)
----------------------	------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

출처: 건강보험심사평가원 「진료비통계지표」 건강보험 급여실적.

주1) 천만원 단위에서 반올림. 2019년의 경우 진료일기준.

주2) '건강보험 전체 급여비' 는 요양병원 급여비를 제외한 집계임.

- **(요양기관)** 요양원과 재가서비스 기관 등에 지급하는 장기요양보험 급여비 역시 해마다 증가추이를 보이고 있다. 증가율을 중심으로 살펴보면, 요양기관인 요양원 및 재가서비스 기관의 급여비 증가율이 의료기관의 건강보험 급여비 평균 증가율을 상회하였다.
  - 장기요양보험 급여비는 제도 도입 직후인 2009년 기준으로 약 1조 6,945억원이었으나, 2019년 기준에는 8조 2,301억원으로, 10년만에 약 4.8배 증가하였다. 또한 동 기간 내 장기요양보험 급여비의 평균 증가율은 30.5%로 나타났다. 이는 상기한 전체 건강보험 급여비의 평균 증가율 18.5%보다 높은 것으로, 장기요양급여비가 의료보험급여비보다도 더욱 빠른 속도로 증가해왔음을 있음을 의미한다. 특히 2017년부터 2019년에는 급여비의 증가율이 50%에 달할 정도로 요양서비스에 대한 수요가 계속해서 증가하고 있음을 알 수 있다.
  - 서비스 유형별로 살펴보았을 때, 요양원 급여비는 2009년 기준 7,089억원에서 2019년 3조 4,319억원으로 약 4.8배 증가했으며, 재가서비스 급여비 역시 2009년 9,856억원에서 2019년 4조 7,982억원으로 약 4.9배 증가하였다.

표 15 장기요양보험 급여비

구분	2009년	2011년	2013년	2015년	2017년	2019년
총계	1조 6,945억원	2조 5,882억원	3조 2,547억원	4조 2,310억원	5조 4,699억원	8조 2,301억원
전 기간 대비 증가율 (평균: 30.5%)	-	52.74%	25.75%	30.00%	29.28%	50.46%
요양원	7,089억원	1조 2,178억원	1조 5,759억원	2조 558억원	2조 5,213억원	3조 4,319억원
재가서비스	9,856억원	1조 3,704억원	1조 6,788억원	2조 1,752억원	2조 9,486억원	4조 7,982억원

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 천만원 단위에서 반올림.

주2) 공단부담금만 집계한 결과임.

- 요양원과 재가서비스의 1인당 급여비 역시 유사한 비율로 증가해왔다. <표 16>에 따르면, 요양원의 1인당 급여비는 2009년 기준 827만원에서 2019년에는 1,723만원으로 약 2배 증가하였으며, 1인당 급여비의 평균 증가율은 17%로 나타났다. 재가서비스의 1인당 급여비는 2009년 기준 262만원에서 2019년에는 497만원으로 약 1.9배 증가하였으며, 1인당 급여비 역

35) 이정택(2017). 「요양병원 현황 및 개선 과제」. 보험연구원 고령화리뷰.

시 동 기간 동안 평균적으로 약 16% 증가해, 1인당 급여비의 증가율은 요양원과 재가서비스 간 거의 동등하게 나타난 것으로 확인된다.

표 16 요양기관 1인당 급여비

구분	2009년	2011년	2013년	2015년	2017년	2019년
요양원	827만원	1,081만원	984만원	1,336만원	1,432만원	1,723만원
전 기간 대비 증가율 (평균: 17%)	-	30.7%	-9.0%	35.8%	7.2%	20.3%
재가서비스	262만원	307만원	344만원	378만원	407만원	497만원
전 기간 대비 증가율 (평균: 16%)	-	17.2%	12.1%	23.1%	7.7%	22.1%

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 공단부담금만 집계한 결과임.

- (소결) 공적 장기요양보험제도의 도입은 공공 장기요양서비스의 기틀을 마련하고, 돌봄의 사회화 기조에 기여를 한 것은 사실이나, 2019년 기준 연간 12조 8천억여 원(요양병원 급여비 4조 5,840억원과 요양기관 급여비 8조 2,301억원)의 막대한 보험재정이 투입되고 있음에도 불구하고 의료기관과 요양기관의 기능과 역할의 혼재, 질 낮은 의료서비스, 만연한 부정수급, 불충분한 재가서비스 등의 문제들이 제기되어왔다. 따라서 전반적인 점검을 통하여 도입 취지에 맞게 각각의 기관들이 제대로 기능과 역할을 할 수 있도록 시스템을 재정비할 필요성이 있다. 다음 장에서 구체적인 문제점과 대안을 제시하고자 한다.

### 3. 문제점

- 상기했듯, 만성질환을 가진 노인은 의료와 돌봄의 욕구가 동시에 존재하므로 건강상태에 따라 의료기관과 요양기관을 유기적으로 이용할 수 있어야 한다. 그러나 의료기관인 요양병원과 요양기관인 요양원의 이용자가 뒤섞여있고, 적절한 의료서비스의 질이 담보되고 있지 않으며, 막대한 부정수급의 문제가 나타나고 있다. 게다가, 재가서비스의 경우 의료서비스인 방문간호의 이용률이 매우 낮아, 정책의 도입 당시 의도했던 의료돌봄통합체계가 제대로 작동하지 않고 있다는 비판이 제기된다.

#### 1. 요양병원과 요양원의 기능과 역할의 혼재-무력화된 입원·입소 요건

- 앞서 언급하였듯, 요양병원과 요양원은 요양서비스의 제공형태가 ‘시설’이라는 면에서 유사한 듯 보이나 의료기관과 요양기관이라는 면에서 본질적으로 상이한 기관이다. 요양병원은 아급성기 환자를 대상으로 의료서비스를 제공하며, 요양원은 아급성기를 지나 만성질환 단계로 진입한 환자를 대상으로 기본적인 의료서비스와 돌봄서비스를 제공하는 것이 각각의 역할과 기능이다.
- 그러나 노인장기요양보험제도의 도입 취지와는 무관하게 요양병원과 요양원 간 입소대상자가 서로 엇갈린 양상을 보이고 있다. 즉, 요양병원의 경우 의학적 처치 필요성이 낮은 환자들이 장기입원하는 현상이 발생하며, 요양원의 경우 오히려 의학적 처치 필요성이 높은 환자들이 입소하고 있는 실정이다.

##### 1) 요양병원의 ‘사회적 입원’ 증가

- 요양병원 입원은 의사의 의학적 판단에 따라 이루어지는데, 요양병원이 건강보험공단으로부터 받는 입원급여는 환자분류체계별 산정된 수가에 의해 결정된다. 기존의 환자분류체계는 의학적 처치 필요성에 따라 의료최고도·의료고도·의료중도·의료경도·문제행동군·인지장애군·신체기능저하군으로 분류되었다<sup>36)</sup>. 그러나 이 같은 체계가 의학적 입원 필요성에 따른 분류(의료최고도~의료경도)와 돌봄 필요성에 따른 기능적 분류(문제행동군~신체기능저하군)가 혼재되어 있다는 비판이 제기됨에 따라, 2019년 5월 의학적 입원 필요성에 따른 단일 기준으로 분류체계를 정비하여 의료중도와 문제행동군을 묶어 ‘의료중도’로, 의료경도와 인지장애군을 묶어 ‘의료경도’로 개편하였다. 또한 의학적 분류군에 속하지 않는 신체기능저하군을 ‘선택입원군’으로 신설·통합하였다<sup>37)</sup>. 요양병원은 환자분류체계에 따라 산정된 수가를 건강보험공단으로부터 지급받는데, 의료최고도 환자의 입원수가 가장 높고 신체기능저하군 환자의 입원수가 가장 낮다<sup>38)</sup>.

36) 김홍수 외(2020) 「노인 만성기의료와 요양돌봄 분야 지속가능한 환자중심 의료체계 구축 방안」 건강보험공단 토론회.

37) “요양병원 입원환자 분류체계 7개->5개 개편”, 후생신보, 2019년 4월 30일자.

38) 2020년 기준 입원수가는 의료최고도의 경우 80,870원, 선택입원군은 45,100원이다.

표 17 요양병원 환자분류체계(개정 전)

의학적 처치 필요성 높음  ↓  의학적 처치 필요성 낮음	<b>환자분류체계</b>
	의료최고도
	의료고도
	의료중도
	의료경도
	문제행동군
	인지장애군
	신체기능저하군

- 주목해야 할 부분은 신체기능저하군(개정 후 ‘선택입원군’)은 환자분류체계상 의학적 처치 필요성이 가장 낮은 환자로, 입원치료보다 외래진료를 받거나 요양시설에 머무르는 것이 적합한 환자에게 판정되는데<sup>39)</sup>, 이들이 요양병원에 장기입원하며 병상을 오래 점유하는 ‘사회적 입원’ 현상이 나타나고 있어 사회적 문제가 되고 있다는 점이다.
- 건강보험심사평가원(2015)에서 파악하고 있는 2008년~2013년 사이 요양병원의 환자분류 체계별 입원환자 분포를 살펴보면 <표 18>과 같다. 의학적 처치 필요성이 높은 의료최고도·의료고도·의료중도·의료경도의 경우, 2008년 기준 요양병원 입원환자의 74.6%를 차지했던 것에 비해 2013년에는 이 비율이 56.5%로 나타났다. 반면, 의학적 처치보다는 돌봄 필요성이 높은 문제행동군·인지장애군·신체기능저하군의 경우 2008년 25.3%에서 2013년 43.5%로 약 1.9배 증가하였다. 건강보험정책연구원(2019)의 2018년 자료에서도 의료최고도~의료경도에 분포한 환자는 모두 57.6%로, 문제행동군·인지장애군·신체기능저하군이 42.5%로 나타났다.

표 18 요양병원의 환자분류 체계별 입원환자 분포 (단위: %)

구분		2008년	2013년	2018년
의학적 처치 필요성 높음	의료최고도	3.1	1.9	2.2
	의료고도	27.5	23.3	27.0
	의료중도	42.2	29.6	26.0
	의료경도	1.8	1.7	2.4
	(합계)	<b>(74.6)</b>	<b>(56.5)</b>	<b>(57.6)</b>
.....				0.9
	문제행동군	9.4	6.7	27.1
	인지장애군	8.7	31.5	14.5
	신체기능저하군	7.2	5.3	<b>(42.5)</b>
	(합계)	<b>(25.3)</b>	<b>(43.5)</b>	

출처: 2008-2013년 자료: 건강보험심사평가원(2015) ‘요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로’ . p. 7.

출처: 2018년 자료: “불필요 장기입원 방지, 의료 요양 통합모델 구축해야” . 메디포뉴스. 2019년 12월 18일자에서 건강보험정책연구원(2019) 보고서 발췌.

- 이 중에서도 요양병원에 입원한 신체기능저하군을 집중적으로 살펴보면 2014년 이후 이들의 비중은 계속해서 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히 환자분류체계가 개정되기 앞서 보건복지부가 추산한 2019년 자료에서는 신체기능저하군이 전체 입원환자 대비 최소 27.7%에서 최대 39.6%까지 차지하고 있는 것으로 추정되었다. 결론적으로, 의학적 처치

39) “치료 필요 없는 요양병원 환자 3년새 35% 급증”. 청년의사. 2017년 10월 24일자.

필요성이 낮은 환자들이 요양병원의 병상을 점유하는 현상이 지속적으로 나타나고 있고, 이 현상이 개선되기는 커녕 더욱 악화되고 있음을 알 수 있다<sup>40)</sup>.

표 19 요양병원의 신체기능저하군 입원환자 비율 (단위: %)

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2019년
신체기능저하군	8.8	9.6	10.8	11.3	27.7~39.6

출처: 감사원(2019) 「요양병원 운영 및 급여관리 실태」 p.43

2019년 자료: 보건복지부 추산. [https://www.chosun.com/site/data/html\\_dir/2020/01/03/2020010300246.html](https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2020/01/03/2020010300246.html)

주1) 복지부 제출자료 감사원 재구성.

- 요양병원만 이용한 환자를 중심으로 살펴보면 문제가 더욱 심각하다는 것을 알 수 있다. 장기요양등급체계 개편 이전의 보건사회연구원(2013) 자료에 따르면, 장기요양등급 판정을 받고도 요양병원만을 이용한 환자는 2012년 기준 67,039명으로 나타났다. 이 중 의료적 처치 필요성이 낮아 가정에서 재가서비스를 받는 것만으로도 충분히 일상생활이 가능한 장기요양 3등급 판정자가 41,918명으로 62.5%를 차지하였다. 기존의 장기요양 3등급 판정자가 등급체계 개편 이후 3, 4, 5등급으로 세분화되었다는 점을 고려한다면, 3등급 이하 판정자가 병상의 2/3을 차지한다는 점은 요양병원을 이용하는 행태가 의료적 필요에 따른 것이 아니라는 것을 반증한다.

표 20 요양병원만을 이용한 장기요양등급 판정자 수 및 비율 (단위: 명, %)

구분	1등급		2등급		3등급		합계	
	이용자	비율	이용자	비율	이용자	비율	이용자	비율
요양병원만 이용	10,472	15.6	14,649	21.9	41,918	62.5	67,039	100

출처: 보건사회연구원(2013) 「요양병원과 요양시설 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로」 p.131.

주1) 2012년말 지급 기준.

주2) 2014년의 등급체계 개편 이전 자료이므로 4, 5등급이 부재함.

- 다수의 연구결과와 언론기사에서도 요양병원이 의료기관으로써의 역할보다는 요양시설로 전락하였다는 비판과 함께, 객관적인 현황 파악조차 이루어지지 않고 있고 있음을 지적하였다.
  - 권순만 외(2013)에 따르면 2019년 개정 전 요양병원 환자분류체계 기준을 적용하여 요양병원과 요양원의 입소자를 분류한 조사 결과, 요양병원 입원환자 중 상대적으로 중증도가 낮은 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군이 55.2%를 차지하는 것으로 나타났다<sup>41)</sup>, 윤희숙 외(2009)에서는 요양병원과 요양원의 입소자 혼재 문제가 어느 정도로 심각한지 판단하는 것조차 어렵다고 비판하였다<sup>42)</sup>.
  - 데일리팜(2014.10.12.일자)에 의하면 노인성 질환자를 대상으로 하는 요양병원과 요양원은 기능과 역할이 명백하게 법적으로 구분되어있지만, 현실적으로는 대상이나 기능에서 많은

40) “한국은... 돌봐줄 사람 없어서 입원해 있는 노인 17만명”, 조선일보, 2020년 1월 3일자.

41) 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.

42) 윤희숙 외(2009) 「노인장기요양보험 시행 1년의 현황과 개선방안」. KDI.

부분이 혼재되어 있다며 요양병원이 요양환자의 숙박시설로 전락하여, 어떤 환자에 대해서는 최대 연간 6,400만원(본인부담금 1,000만원)의 건강보험 급여를 지급하여 건강보험료가 누수되고 있다고 지적하였다<sup>43)</sup>.

- 이에 대해 보건복지부는 수가체계 개편 이후 요양병원의 진료비 적정 청구 유도를 위해 요양병원 현황 등에 대한 실태과악이 필요하다고, 2021년 10월 현지조사를 통해 요양병원의 ‘장기입원’ 환자들에 대한 실태 점검을 나서겠다고 발표하였다<sup>44)</sup>.
- 한편, 요양병원의 평균 입원기간을 살펴보면, 2014년 기준으로 138.3일, 2015년 149.5일(▲8.1%), 2016년 152.3일(▲1.9%), 2017년 164.6일(▲8.1%), 2018년 173.1일(▲5.2%), 2019년 166.6일(▽3.8%)로, 2019년을 제외한 모든 년도에서 점진적으로 증가해온 것을 알 수 있다. 이는 같은 급에 해당하는 타 2차 의료기관인 종합병원과 병원급 의료기관에서 각각 2017년, 2015년 일시적으로 소폭 증가한 것 외에는 동 기간 내 점진적으로 감소해온 것과는 대조적인 현상이다.

표 21 병원급 의료기관의 평균 입원기간 (단위: 일)

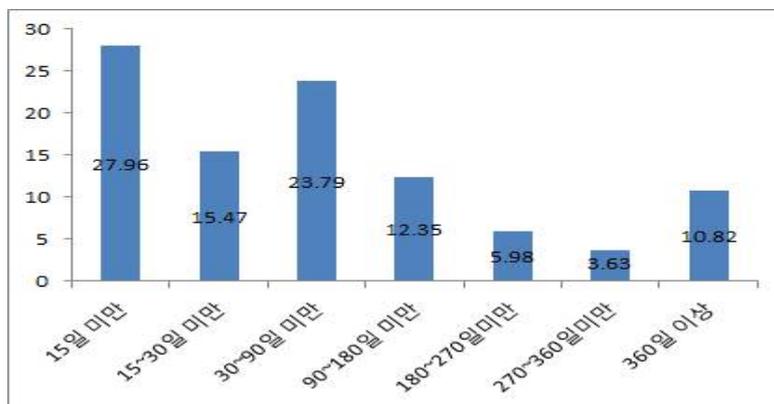
구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년
요양병원	138.3	149.5 (▲8.1%)	152.3 (▲1.9%)	164.6 (▲8.1%)	173.1 (▲5.2%)	166.6 (▽3.8%)
종합병원	9.7	9.7 (-%)	9.2 (▽5.2%)	9.3 (▲1.1%)	8.9 (▽4.3%)	8.7 (▽2.2%)
병원	14.6	15.5 (▲6.2%)	14.1 (▽9.0%)	12.9 (▽8.5%)	12.7 (▽1.6%)	11.7 (▽7.9%)

출처: 건강보험심사평가원, 「2019년 기준 의료서비스 이용현황」

주1) 괄호 안의 숫자는 전년대비 변화율을 뜻함.

- 또한 건강보험심사평가원(2015)의 2008년-2013년 사이 전수조사에 가깝게 구성된 요양병원 입원환자 약 150만 명의 에피소드 자료인 <그림 2>를 보면, 요양병원 입원환자 중 6개월(180일) 이상 입원환자가 20%를 넘고, 그 중에서도 360일 이상 입원하는 환자만 10.8%에 이르는 것으로 나타났다.

그림 2 요양병원 입원환자 평균 입원일수 분포(2008-2013) (단위: %)



43) “‘요양환자 숙박시설 전락한 요양병원’ 건보료 누수”. 데일리팜, 2014년 10월 12일자.

44) “하반기 요양병원 ‘장기입원’ 실태조사 예고”. 메디팜스투데이, 2021년 6월 30일자.

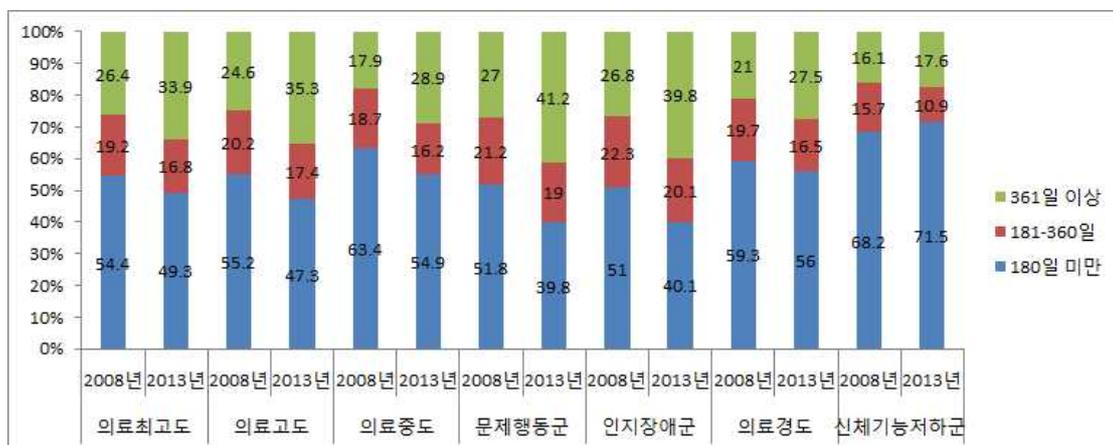
자료: 2008년 1월~2013년 12월 요양병원 동일기관 연속입원 에피소드 자료.

출처: 건강보험심사평가원(2015) 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」. p.52.

주1) 본 자료는 2008년 1월~2013년 12월 사이 진료건수를 기준으로 청구된 진료비 청구자료 중 동일 기관에 연속입원한 약 150만 명 대상으로 전수조사에 가깝게 구성되어있음.

- 요양병원이 장기요양을 필요로 하는 아급성기 환자를 대상으로 재활과 회복치료를 하는 만큼 타 급성기 병원에 비해 입원일수가 많을 수 밖에 없다는 반론이 제기될 수 있다. 그러나 입원일수가 지나치게 길고, 타 병원급 의료기관의 입원일수는 감소하고 있는데도 요양병원의 입원일수는 계속해서 증가추이를 보이고 있다. 또한 요양병원은 아급성기 환자를 대상으로 하고 있고, 의료돌봄통합체계상 만성질환자는 요양원으로 전원되거나 재가서비스를 받는 것으로 설계되어있음을 미루어볼 때, 노인성질환자의 특성을 고려하더라도 이토록 긴 입원일수는 합리적으로 설명하기 어렵다.
- 더 나아가, 아래 <그림 3>을 통해 환자분류별 입원일수를 살펴보면 의학적 처치 필요성이 낮은 경증환자가 장기입원을 하는 경향이 나타나고 있음을 확인할 수 있다.
  - 앞선 건강보험심사평가원(2015) 자료 <그림 3>에 따르면, 2013년 기준 약 33만명의 요양병원 입원 환자 중 361일 이상 장기입원하는 비율은 의료최고도의 33.9%, 의료고도의 35.3%, 의료중도의 28.9%, 의료경도의 27.5%로 나타난 반면, 의료적 처치 필요성이 낮은 문제행동군과 인지장애군의 비율은 각각 41.2%, 39.8%로 더 높게 나타났고, 신체기능저하군의 17.6% 역시 361일 이상 장기입원하는 환자인 것으로 나타났다.
  - 또한 모든 환자분류군에서 2008년에 비해 2013년도에 361일 이상 장기입원하는 비율이 증가하였으며, 특히 의학적 처치 필요성이 낮은 문제행동군과 인지장애군에서 각각 14.2%p, 13%p로 가장 높은 증가율을 보여주고 있다.

그림 3 요양병원 환자분류별 입원일수 (단위: %)



자료: 2008년 1월~2013년 12월 요양병원 동일기관 연속입원 에피소드 자료

출처: 건강보험심사평가원(2015) 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」 p.55.

- 이 같은 경향은 현재까지도 계속되고 있다. 2019년 감사원 자료에 따르면, 2013년~2018년 의학적 처치 필요성이 가장 높은 의료최고도의 평균 입원일수는 93일이었다. 반면, 의학적 처치 필요성이 가장 낮은 인지장애군과 신체기능저하군의 평균 입원일수는 동기간 내 각각 169일, 93일로 의료최고도군과 유사하거나, 오히려 더 많은 것으로 나타났다.

표 22 요양병원 입원환자 분류군별 평균입원일수 (단위: 일)

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
의료최고도	86	89	93	98	94	98
의료고도	117	122	126	133	125	135
의료중도	106	105	104	105	98	107
의료경도	111	105	104	93	86	97
문제행동군	96	94	85	81	75	76
인지장애군	155	164	171	178	163	182
신체기능저하군	80	87	92	101	95	101

출처: 감사원(2019) 「요양병원 운영 및 급여관리 실태」 p.43

주1) 복지부 제출자료를 감사원에서 재구성함.

- 의료기관 중별 건강보험 급여비 지출을 나타낸 <표 23>을 보면, 입원과 외래를 포함한 전체 급여비에서 각 급 의료기관 중 요양병원이 차지하는 비율은 불과 7%에 해당하지만, 입원급여비만 살펴보았을 때 전체 입원급여비 중 17%를 차지하는 것을 알 수 있다. 이는 요양병원이 입원환자를 위주로 하는 의료기관이기 때문에 전체 급여비 중 입원급여비가 90%를 넘게 차지하는 특성이 일부 반영된 것으로 보인다. 그러나 4.4조에 달하는 요양병원 입원급여 중 많게는 40%가 의학적 처치 필요성이 낮은데도 불구하고 장기입원을 하는 이들의 ‘사회적 입원’을 위해 쓰여지고 있다는 점에서, 부적절한 입원급여 지출이 건강보험 재정의 막대한 손실로 이어지고 있다는 비판은 피하기 어렵다<sup>45)</sup>.

표 23 2019년 의료기관 별 급여비 및 입원급여비 비율

구분	전체 급여비(입원+외래)	입원급여비	입원급여비 지출 순위
총계	51조 8,464억원	26조 1,073억원	-
상급종합병원	11조 8,722억원 (18.36%)	8조 2,954억원 (31.77%)	1
종합병원	11조 1,723억원 (17.27%)	8조 589억원 (30.87%)	2
병원	5조 6,401억원 (8.72%)	3조 8,543억원 (14.76%)	4
요양병원	4조 5,550억원 (7.04%)	4조 4,318억원 (17.00%)	3
의원	12조 7,644억원 (19.74%)	1조 2,183억원 (4.67%)	5
치과의원	3조 2,310억원 (5.00%)	0.008억원 (0.00%)	8
한방병원	2,983억원 (0.46%)	2,287억원 (0.88%)	6
한의원	1조 9,878억원 (3.07%)	81억원 (0.03%)	7

출처: 건강보험심사평가원, ‘2019년 진료비통계지표’ 심사일기준

주1) 천만원 단위에서 반올림.

주2) 괄호 안의 비율은 전체 급여비, 전체 입원급여비 대비 각 기관별 비율임.

## 2) 요양원 입소자들의 높은 의료 욕구

- 2013년 요양원 실태를 조사한 감사원 조사결과<sup>46)</sup>에 따르면, 전체 요양원 입소자 중 요양필요성이 가장 높은 장기요양 1등급 판정을 받고 입소한 입소자 가운데, 전문적인 의료·간호 처치가 필요한 중증환자는 1등급 판정자의 30%를 차지하는 것으로 나타났다. 요양병원에 입소하여 치료를 받아야 할 중환자임에도 요양원에 입소해 있는 상황인 것이다.

표 24 요양원 입소자 중 의료·간호 처치가 필요한 환자 (단위: 명, %)

구분	계	1등급	2등급	3등급
전체입소자(A)	109,964	19,454	39,959	50,551
의료·간호 처치가 필요한 환자(B)	9,524	5,839	2,801	884
비율(B/A)	8.7	30.0	7.0	1.7

출처: 감사원, '2013년도 고령사회 대비 노인복지시책 추진실태 감사결과보고서' p. 38.

주1) B는 기관절개관 간호, 흡인, 산소요법, 장투 간호, 욕창 등 전문적인 의료 및 간호처치가 필요하다고 인정된 환자

주2) 등급체계 개편 전 자료이므로 4, 5등급이 부재함.

- 또한 박영옥 외(2010)에 따르면 요양원 입소자들은 평균적으로 6가지의 약물을 복용하고 있었으며<sup>47)</sup>, 권순만(2013)의 연구결과에 의하면 임상적인 불안정성을 측정하기 위한 '상태불안정성 척도'가 요양병원과 요양원 입소자 간에 통계적으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다<sup>48)</sup>. 척도 수치가 높을수록 급성기 병원 입원, 응급실 방문, 사망 등 부정적 결과의 가능성이 높아지는데, 보고서에서는 일반적으로 요양병원에 수치가 높은 환자들이 입원하고 요양원은 수치가 낮은 환자들이 입소하여 양자 간 유의미한 차이가 나타나길 기대한 것과 다른 결과라는 점을 이례적으로 침언했다.
- **요양병원과 요양원이 각각의 역할별로 기능을 해내지 못한 채 대상자가 혼재되어있어 있다는 점은 의료돌봄통합체계가 제대로 작동되지 못하고 있음을 의미한다. 더 나아가 요양병원과 요양원의 이용마저도 개인의 소득수준에 따라 이루어지고 있어, 의료 및 돌봄에 대한 경제적 부담을 경감시키지 못하고 있는 상황이다.**
  - 2009년부터 2012년까지의 소득분위별 요양병원 및 요양원 입원·입소 현황을 파악한 보건사회연구원(2013)의 자료에 따르면(<표 25>), 요양병원과 요양원 모두 저소득 서민층의 이용률이 낮아 가계의 경제적 부담을 경감시켜주고자 했던 공공 돌봄체계의 목적이 달성되지 못하고 있음을 알 수 있다.
    - 기관별로 살펴보면, 요양병원의 소득분위별 이용양상은 **5분위(평균 47.8%) > 4분위(평균 18.5%) > 1분위(평균 14%) > 3분위(평균 11.4%) > 2분위(평균 8.5%)**로 나타났다. 요양원의

45) "장기입원 多 요양병원, 본인부담상한제 제한 필요할까?" 메디포뉴스, 2018년 9월 8일자.

46) 감사원, 「2013년도 고령사회 대비 노인복지시책 추진실태 감사결과보고서」.

47) 박영옥 외 (2010). 「일 노인요양시설 거주 노인의 의료기관 이용 영향 요인. 노인간호학회지」, 12(1): 10-20

48) 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.

소득분위별 이용양상 역시 5분위(평균 38.3%) > 4분위(평균 19.7%) > 1분위(평균 18.5%) > 3분위(평균 13.2%) > 2분위(평균 10.4%)로 나타났다. 소득분위별 이용양상은 두 기관에서 모두 동일하게 나타났으며, 모두 1분위와 5분위의 이용률이 높고 중위층은 낮게 나타나는 U자 형태를 보였다. 1분위의 이용률이 높은 이유는 의료서비스 이용에 있어 본인부담이 거의 없는 국민기초생활보장법상 의료급여 수급권자가 다수 분포해있기 때문인 것으로 분석된다.

- 3분위를 중위소득으로 가정했을 때, 중위소득 이하는 전체 요양병원 입원환자 비율의 대략 30% 비중을 차지했으며, 요양원 입소자 비율 역시 전체의 대략 35%에 불과하였다. 반면, 중위소득 이상은 전체 요양병원 입원환자비율의 70%, 전체 요양원 입소자 비율의 65%에 달했다.
- 의료급여 수급권자가 분포해있는 1분위의 이용률을 통제한다면, 요양병원과 요양원의 이용률은 모두 5분위에서 가장 높고, 2분위에서 가장 낮은 것을 알 수 있다. 즉, 경제적 부담능력이 낮을수록 요양병원과 요양원의 이용이 제한되고, 부담능력이 높을수록 이용이 원활하게 하는 양의 상관관계가 나타나고 있다. 이는 의료와 돌봄에 대한 경제적 부담을 덜어주고자 했던 공공 의료돌봄통합체계가 제대로 작동하지 않고 있다는 점을 의미한다.

표 25 요양병원과 요양원의 소득분위에 따른 입원·입소 비율 비교

구분	소득분위	2009년	2010년	2011년	2012년
요양병원	1분위	13.6%	13.5%	14.2%	14.5%
	2분위	8.5%	8.5%	8.3%	8.5%
	3분위	11.3%	11.2%	11.7%	11.4%
	4분위	18.8%	18.4%	18.2%	18.3%
	5분위	47.9%	48.4%	47.5%	47.3%
요양원	1분위	17.9%	18.3%	18.7%	19.0%
	2분위	10.0%	10.4%	10.5%	10.5%
	3분위	13.2%	13.1%	13.1%	13.2%
	4분위	19.6%	19.7%	19.7%	19.7%
	5분위	39.2%	38.5%	37.9%	37.6%

출처: 보건사회연구원(2013) 「요양병원과 요양시설 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로」. p.110, 119.

주1) 소득분위가 높을수록 소득이 높음을 의미함.

- 앞서 살펴본 바와 같이 현재 요양병원과 요양원의 대상자가 혼재되어있고, 요양병원의 경우 불필요한 장기입원과 함께 의학적 처치 필요성이 낮은 경증환자의 ‘사회적 입원’이 두드러지게 나타나고 있다. 또한 요양서비스의 이용마저도 경제적 부담능력에 따라 이루어지고 있는 실정이다. 이 같은 현상은 수요와 공급, 그리고 정부기관의 관리·감독 등 세 가지 측면의 원인이 복합적으로 맞물려 발생하고 있는 것으로 분석된다.
- 첫째로, 살펴보았듯 요양병원 입원은 의학적 처치 필요성이 아닌 경제적 부담능력이 중요한 요인으로 작용하고 있다. 특히 고소득자의 경우 요양원이나 재가서비스에 대한 불신으로 요양병원을 선호하여, 입원할 필요가 없는 경증환자임에도 불구하고 요양병원 입원을 택하는 경향이 나타난다.

- 앞서 살펴본 바 있듯, 요양병원이나 요양원 등 요양서비스의 이용은 경제적 부담능력과 양적인 상관관계가 존재한다. 특히 요양병원은 요양원과 달리 환자나 보호자가 간병비까지 온전히 부담해야 하기 때문에, 저소득층은 고소득층에 비해 요양병원 이용이 제한될 수밖에 없다.
- 더 나아가 요양병원은 요양원이나 재가서비스와 달리 전문 의료인력이 상주하고 위급상황 발생시 즉각 조치가 가능하기 때문에, 환자 본인 혹은 보호자가 요양병원을 선호하기도 한다<sup>49)</sup>. 입소경험이 없는 12명의 노인들을 대상으로 요양원에 대한 인식을 조사한 김세영(2016)에 따르면, 노인들에게 요양원은 ‘가고 싶지 않은 곳’임과 동시에 가족의 부담을 덜어주기 위해 ‘가야만 하는 곳’으로 인식되고 있었다<sup>50)</sup>. 물론 ‘갈 곳이 있어 그나마 다행인 곳’으로 여기는 노인들도 있었으나, 공통적으로 나타난 결과는 가정 안에서 본인들의 삶이 지속될 수 있을 것이라는 가능성에 대한 ‘체념’이라는 감정이었다. 또한 보호자 역시 요양원은 ‘현대판 고려장’이라는 인식 때문에 요양원보다는 요양병원을 선호하기도 하였다<sup>51)</sup>.
- **수요 측면의 요인도 크게 작용하지만, 이보다는 근본적으로 요양병원의 90%가 민간에서 공급되는 공급체계 상의 문제가 더욱 중요한 원인으로 작용하고 있다. 환자의 입원일수 당 급여가 제공되는 일당정액수가제 하에서, 민간 요양병원은 이윤을 위해 환자를 오랫동안 유지하고자 한다. 이 때문에 퇴원시켜야 하는 경증환자에 대해서도 수익을 위해 장기입원시키는 양상이 발생하는 것이다.**
  - 요양병원에 경증환자가 장기입원하게 되는 배경에는 첫 번째로 환자가 많을수록, 오래 입원할수록 증가하는 일당정액수가제도의 수익구조에 있다. 두 번째로, 중증환자는 고정된 수가에 비해 처치에 대한 비용이 많이 들기 때문에 기피하고 경증환자는 비용이 보다 적게 들어 요양병원의 입장에서는 경증환자들의 장기입원을 선호한다<sup>52)</sup>. 대한요양병원협회에서도 요양병원이 신체기능저하군과 같은 경증환자가 다수 분포하게 된 배경에 일당정액수가제가 일정 부분 영향을 미쳤다고 설명한다. 노인 특성상 여러 질환에 대한 의학적 처치가 필요한데, 일당정액수가제도 하에서는 비용이 높은 의학적 처치를 꺼리고, 환자 역시 경증환자 위주로 받게 된다는 것이다<sup>53)</sup>.
  - 이외에도 민간 요양병원은 수익을 위해 진료비를 불법적으로 할인해주거나 환자를 사고 파는 요양병원 브로커<sup>54)</sup> 등을 이용하여 환자를 경쟁적으로 유치하기도 한다. 이 같은 불법 할인행위는 “공멸의 지름길”이라며 대한요양병원협회에서 요양병원에 대해 자제를 요청하기도 하였다<sup>55)</sup>.

49) 조주연(2018) 「한국의 노인 장기의료 및 요양서비스」. 임상노인의학회지 19(2). p.63~71.

50) 김세영(2016) 「노인요양시설에 대한 한국노인의 인식」. 지역사회간호학회지 27(3) p.242-253.

51) “현대판 고려장 노래” 송도신문, 2019년 7월 17일자.

52) “중증환자 기피하고 환자돌려막는 요양병원, 설자리 않는다”, 청년의사, 2019년 4월 19일자.

53) “요양병원 일당정액수가제 ‘과소진료 부추긴다’”, 청년의사, 2012년 11월 14일자.

54) “브로커 판치는 요양병원...환자 사고 파는 ‘인간시장’으로 전락”, 노컷뉴스, 2018년 8월 3일자.

55) “요양병원들 불법 진료비 할인행위 척결”, 데일리메디, 2019년 12월 20일자.

- 앞서 언급한 문제들이 발생하지 않도록 관리해야 하는 정부 당국의 관리체계가 허술한 것 역시 또 하나의 원인이다. 요양병원에 장기입원하는 경증환자에 대한 제재가 기관과 환자에 대해 이루어지고는 있으나 실질적으로는 미미한 수준이어서 현실적인 관리·감독 대책이 마련되어야 한다. 이외에도 후술하겠으나, 허술한 관리체제로 인해 발생하는 요양병원 및 요양원의 막대한 부정수급은 보험 재정을 위협하는 심각한 문제로 제기된다.
  - 현재 장기입원 시 건보공단에서 요양병원에 지급하는 수가 일부 삭감되기는 하지만, 병원의 불이익은 미미한 수준이어서<sup>56)</sup>, 이윤을 추구하고자 하는 민간 요양병원의 행위동기는 제어되지 않는 실정이다. 또한 요양병원 입원한 환자 중 신체기능저하군(개정 후 ‘선택입원군’)의 경우, 요양병원 입원 시 본인부담금을 40%로 설정하고 있음에도 불구하고 이를 지불할 여력이 있는 고소득층의 경우 입원 억제 효과가 거의 나타나지 않고 있다.
- 한편, 요양원 역시 입소 요건이 지켜지지 않고 있어 원칙적으로 입소가 제한된 장기요양등급 3등급 이하 판정자가 다수를 차지하는 비정상적인 현상이 나타나고 있다.
  - 요양원은 일상생활에 있어 타인의 돌봄이 절대적으로 필요하여 장기요양등급평가 1~2등급을 받은 수급자에 한해 입소 자격이 주어진다. 다만, 3등급 이하 수급자 중 ①동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우, ②주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우, ③심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우에 해당하고 등급판정위원회에서 요양원 입소가 필요한 것으로 판정된 수급자는 예외적으로 이를 이용할 수 있도록 하고 있다. 3-5등급임에도 위와 같은 사유로 요양원에 입소한 수급자는 <표 26>와 같이 매년 증가하여 2019년 3월 기준으로 11만 6천여 명으로, 전체 입소자의 무려 약 66.8%에 해당한다. 요양원 입소자의 2/3가 예외인정자라는 것은 사실상 요양원 입소자격 기준이 무력화되어 있음을 반증한다.

표 26 3~5등급 입소자 현황 (단위: 명, %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019. 3
전체 입소자 수	132,877	141,655	150,577	159,490	169,405	173,692
3~5등급 입소자	79,039	89,049	95,157	102,805	111,431	116,061
비율	59.5	62.9	63.2	64.5	65.8	66.8

출처: 감사원 보고서(2020). 「노인요양시설 운영 및 관리실태」 p.92.

주1) 건강보험공단 제출자료를 재구성함.

주2) 노인공동생활가정(5-9인 미만 시설)도 포함되어 있음.

- 2019년 기준 예외인정자들의 입소사유는 ‘치매로 인해 심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우’가 73.6%(85,432명), ‘동일세대 가족구성원의 수발이 곤란한 경우’가 25.1%(29,207명)으로 대부분을 차지하고 있다.
- 또한 등급판정위원회의 심사 결과를 보면 2016년~2018년 3~5등급 수급자 중 예외인정을 신청한 이들의 99.4%는 요양원을 이용할 수 있도록 인정받았다. 즉, 원칙적으로 요양원에 입소할 수 없는 3~5등급 수급자라도 예외인정을 신청한다면 사실상 모두 요양원에 입소

56) 이정택(2017). 「요양병원 현황 및 개선 과제」. 보험연구원 고령화리뷰.

할 수 있음이 확인된다.

표 27 등급판정위원회의 3-5등급 시설급여 심사 결과 (단위: 건, %)

구분	전체심사건수	인정		기각·각하	
		건수	비율	건수	비율
2016년	61,304	60,879	99.3	423	0.7
2017년	70,064	69,556	99.3	509	0.7
2018년	81,173	80,727	99.5	446	0.5
계	212,541	211,162	99.4	1,378	0.6

출처: 감사원 보고서, 「노인요양시설 운영 및 관리실태」 p.93.

주1) 건강보험공단 제출자료를 재구성함.

주2) 노인공동생활가정(5-9인 미만 시설)도 포함되어 있음.

- 또한 요양원 퇴소 기준 역시 마련되어 있으나 실질적으로 지켜지지 않고 있다.
  - 장기요양등급은 등급판정 후 최초 1회에 대해 2년 동안 유효하며, 상태가 호전되어 등급 재판정 후 3등급 이하로 하락하면 원칙적으로 요양원을 퇴소해야 한다. 그러나 실질적으로 이 규정은 지켜지지 않고 있다. 2009년 한 기사<sup>57)</sup>에 따르면 요양등급 재평가 후 상태가 호전되어 1등급에서 3등급 이하로 하락한 경우는 737명, 2등급에서 3등급 이하로 하락한 경우는 2,071명으로, 약 3천여 명이 당해년도에 요양원을 퇴소해야 하는 인원으로 알려졌다. 그러나 당시 정부는 기존 입소 노인이 퇴출 등급을 받았다고 하더라도 보호자가 아예 없거나 보호자가 돌볼 능력이 부족한 노인은 요양원에 계속 머물게 하도록 방침을 세웠다. 건강보험공단에 문의한 결과, 등급이 하락하면 원칙적으로 요양원 이용에 대한 급여가 중단되고, 이후에는 100% 본인부담으로 이용하도록 하고 있으나 별도의 퇴소 조치가 이루어지지 않는 것으로 확인되었다. 요양병원과 마찬가지로 요양원 역시 입소자격 기준이 사실상 무력화되어 있는 것이다.
- (소결) 결론적으로 제도 도입 당시의 의도와 취지를 제대로 구현하려면 요양병원은 의료기관으로서, 요양원은 요양기관으로서 본연의 기능과 역할을 할 수 있도록 의학적 처치 필요에 따라 입원 및 입소 대상자가 구별되어야 하며, 무력화된 입퇴소 요건이 실질적으로 작동할 수 있도록 제도적으로 보완해야 한다.

## 2. 질 낮은 의료서비스

- 요양병원의 경우 아급성기 환자를 치료하기 위한 의료기관임에도 불구하고 병원 간 의료서비스의 편차가 매우 큰 편이며 질 낮은 의료서비스가 제공되는 경우가 많다. 또한 요양원은 노인장기요양보험제도의 취지 상 기본적인 의료서비스가 제공되어야 함에도 거의 제공되고 않고 있는 실정이다.

57) “노인요양시설 입소자 3천명 퇴소등급”. 연합뉴스. 2009년 5월 13일자.

## 1) 요양병원

- 2008년부터 시작되어 요양병원의 구조, 진료, 모니터링 등에 대한 평가를 망라한 요양병원 입원급여 적정성 평가에 따르면, 전반적인 의료서비스 수준은 과거에 비해 다소 개선되었다. 그러나 여전히 10곳 중 4곳이 3등급 이하의 평가를 받은 기관으로, 어느 요양병원에 입원하느냐에 따라 받을 수 있는 의료서비스의 질이 다르고, 최하 등급인 5등급을 받은 기관의 비율 역시 10년 전과 비교하여 거의 개선되지 않은 상황이다.
- <표 28>는 요양병원의 입원적정성 평가 등급별 분포를 나타낸 표이다. 1등급 평가결과를 받은 요양병원은 2009년 4.7%에서 2018년 19.0%로 증가하였고, 2등급 역시 19.5%에서 38.9%로 크게 증가하였다. 그러나 여전히 40%가 넘는 요양병원이 3등급 이하이며, 5등급의 경우 2018년 기준 6.4%로 10년 전과 비교하여 기관의 비율이 거의 달라지지 않았다.

표 28 요양병원 입원적정성 평가 등급별 분포 (단위: 개소)

구분	2차 ( '09년)		3차 ( '10년)		4차 ( '12년)		5차 ( '13년)		6차 ( '15년)		7차( '18년)	
전체	702	100%	769	909	1,076	1,229	1,305	100%				
1등급	33	4.7%	78	112	113	202	248	19.0%				
2등급	137	19.5%	141	184	315	512	508	38.9%				
3등급	269	38.3%	234	251	293	305	323	24.7%				
4등급	215	30.6%	213	239	209	144	143	11.0%				
5등급	48	6.9%	103	123	146	66	83	6.4%				

출처: “요양병원, 1주기 평가(2008~2018) 통해 의료서비스 수준 상당히 개선”. 보건복지부 보도자료. 2019년 6월 26일자.

주1) 종합접수 미산출 기관은 제외

주2) 등급의 숫자가 낮을수록 질 좋은 서비스를 제공하는 요양병원이며, 높을수록 의료서비스의 질이 낮은 요양병원임.

- 또한 의료서비스 질의 병원 간 편차는 심한 편이며<sup>58)</sup>, 최근 들어서까지 이 차이는 좁혀지지 않고 있다.
- 2011년~2013년의 적정성 평가의 1등급 기관과 5등급 기관의 특성을 나타낸 <표 29>을 보면 ‘인력’ 과 ‘의료과정’, ‘의료결과’ 분야에 있어서 기관 간 차이가 매우 큰 것을 알 수 있다.
- (인력) 간호사 1인당 환자수는 1등급의 경우 평균 10.33명이었으나, 5등급은 평균 12.56명으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 특히 5등급의 경우, 한 명의 간호사가 100명까지 담당하는 기관도 존재했다.
- (과정) 치매선별검사(MMSE)는 65세 이상 환자가 입원할 때 치매여부를 파악하는 검사로 환자에 대해 적절한 서비스를 제공하기 위해 필요하다. 그러나 1등급 요양병원의 평균 치매선별검사 실시율은 98%인 반면, 5등급 기관은 평균 실시율이 64.76%에 그쳤다.
- (결과) 유치도뇨관은 배뇨조절이 어려운 환자를 대상으로 요도를 통해 방광 내 플라스틱

58) “2012년도 요양병원별 적정성평가 결과 공개”, 대한민국 정책브리핑, 2013년 2월 27일자.

관을 삽입하여 배뇨를 유도하는 관을 말한다. 이는 병원감염의 1위인 요로감염의 주요 원인으로 지적되고 있으며, 정신적인 측면에서도 많은 부정적 영향을 미쳐 필요한 환자들에 게만 신중하게 사용되도록 권고되고 있다<sup>59)</sup>. 1등급 기관은 고위험군 환자 중 10.23%, 저위험군 환자 중 0.48%만 유치도뇨관을 사용하고 있지만, 5등급 기관에서는 고위험군의 30.9%, 저위험군의 4.46%에게 유치도뇨관을 사용하고 있는 것으로 나타났다. 보고서에 따르면 기저귀를 이용하거나 화장실로 모시는 것보다 유치도뇨관을 삽입하는 것이 기관의 배설관리 비용 및 인력운영의 측면에서 비용을 더 절감할 수 있기 때문이라고 지적한다<sup>60)</sup>.

- 한편, 일상생활수행능력이 감퇴된 환자의 비율을 살펴보면 1등급 기관의 경우 치매환자군과 치매환자제외군에서 각각 평균 1.9%, 1.8%로 나타났으나, 5등급 기관에서는 치매환자군의 평균 15.52%, 치매환자제외군의 평균 12.41%가 일상생활수행능력이 감퇴된 것으로 나타났다. 욕창이 새로 생긴 환자비율도 1등급 기관의 경우, 고위험군 환자의 평균 0.11%, 저위험군에서는 0%로 나타났으며, 욕창이 악화된 환자비율 또한 0.07%에 불과하였다. 반면, 5등급 기관에서는 평균 3.1%의 고위험군 환자가 욕창이 새로 생겼으며, 평균적으로 1.78%의 환자는 욕창이 악화된 것으로 나타났다.

표 29 2011년~2013년 적정성 평가 1등급과 5등급 기관 특성 비교

구분		1등급(190기관)			5등급(220기관)			
		최소	평균	최대	최소	평균	최대	
인력	간호사 1인당 환자수	4.5	<b>10.33</b>	17.4	2.6	<b>12.56</b>	100.3	
과정	치매선별검사 실시율	65.7	<b>98.07</b>	100	0.00	<b>64.76</b>	100	
결과	유치도뇨관이 있는 환자비율	고위험군	0.00	<b>10.23</b>	80.8	0.00	<b>30.9</b>	100
		저위험군	0.00	<b>0.48</b>	7.5	0.00	<b>4.46</b>	31.3
	일상생활수행능력 감퇴 환자비율	치매환자군	0.00	<b>1.9</b>	10.5	0.00	<b>15.52</b>	57.1
		치매환자제외군	0.00	<b>1.8</b>	18.9	0.00	<b>12.41</b>	37.9
	욕창이 새로 생긴 환자비율	고위험군	0.00	<b>0.11</b>	1.9	0.00	<b>3.1</b>	13.3
		저위험군	0.00	<b>0</b>	0.6	0.00	<b>0.24</b>	9.1
욕창이 악화된 환자비율	고위험군	0.00	<b>0.07</b>	2.2	0.00	<b>1.78</b>	10	

출처: 건강보험심사평가원(2015) 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」. p.66.

## 2) 요양원

- 요양원 역시 기관마다 서비스 질의 편차가 존재한다. 특히 설립주체별로 차이가 두드러졌는데, 건강보험공단에서 2년마다 실시하는<sup>61)</sup> 시설급여 평가를 살펴보면 민간 요양원은 공공 요양원에 비해 평가점수가 전반적으로 낮은 것을 알 수 있다.
  - 장기요양기관 시설급여 정기평가는 요양원 및 노인공동생활가정을 대상으로 기관운영, 환경 및 안전, 수급자권리보장, 급여제공과정, 급여제공결과 등 5개 영역에 대해 점수를 집계하고 있다. 연도별·설립주체별 평가점수를 표시한 <표 30>을 살펴보면, 요양원 평가점

59) “요양병원 흡수 속 방치되는 노인환자들?”, 청년의사, 2013년 7월 18일자.

60) 건강보험심사평가원(2017). 「2015년도 요양병원 입원급여 적정성평가 결과」. p.9

61) '15.1.30 고시 개정에 따라 2015년부터 평가주기가 3년으로 변경되었다.

수의 평균은 2011년 82.7점, 2013년 78.2점, 2015년 80.9점, 2017년 80.2점으로 4회의 정기 평가 결과 평균적으로 80.5점을 기록하였다. 개인 설립은 2011년 74.5점에서 2018년 75.1점으로 전체적으로 평균 69.5점이었으며, 법인 설립은 2011년 83.7점을 시작으로 2018년 80.2점으로 전체적으로 평균 80.3점, 지자체 설립은 2011년 89.9점부터 2018년 85.2점까지 전체적으로 평균 87.1점으로 확인되어, 지자체>법인>개인 설립 순으로 높은 평가점수를 받았다.

- 노인공동생활가정까지 포함한 <표 31>를 살펴보면, 지자체에서 운영되는 요양기관의 최저 점수는 평균적으로 48.4점인 반면, 법인과 개인 기관의 평균 최저점수는 각각 20.5점, 11.5점으로 지자체 운영 요양원에 비해 2배 이상 낮은 점수를 보이고 있다. 특히 개인이 운영하는 요양기관은 대부분의 평가기준을 거의 지키지 못한 사례(2018년 기준 11점)도 존재한다. 통계적 유의성을 차치하고 표준편차를 살펴보아도 대체적으로 지자체에 비해 법인과 개인에서 운영되는 민간 시설은 기관 간 서비스 질의 편차가 크다는 것을 알 수 있다.
- 설립주체별 평가점수 분포를 표시한 <표 32>에서도 민간 설립 기관과 지자체 설립 기관 간 점수 분포가 서로 다른 양상을 보이고 있음을 알 수 있다. 기관별로 살펴보면 모든 연도에서 90점 이상을 받은 기관의 비율은 지자체가 평균 약 52%로 가장 높았고, 개인 설립 기관은 평균 6.7%로 계속해서 한 자릿수를 유지했다. 반면 60점 미만을 받은 기관의 비율은 모든 연도에서 지자체 설립기관이 평균 2.2%로 가장 낮았고 개인 설립 기관의 비율은 평균 약 24.7%로 가장 높았다.
- 이 같은 양상을 2018년도만을 기준으로 그림으로 나타내면 <그림 4>와 같다. 개인이 운영하는 요양기관의 경우, 2018년 기준으로 90점 이상을 받은 비율은 7.4%에 그쳤으며, 80점 대 역시 23.2%에 그쳤다. 약 70%의 기관들은 80점 미만을 받았고, 60점 미만인 기관 또한 17.7%에 달했다. 이에 비해 지자체에서 운영하는 공공 요양기관은 50.4%가 90점 이상을 받았으며, 80점 대 역시 26.7%에 달했다. 80점 미만의 점수를 받은 기관들은 전체의 25.6%였으며, 60점 미만의 기관 역시 1.9%에 불과하였다.

그림 4 개인과 지자체 운영 요양원의 점수 분포



출처: '장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서' 2018년.

표 30 설립주체별 평가점수 현황 (단위: 개소, 점)

구분연도	실시기관				평균점수			
	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18
계	2,059	1,480	2,189	2,818	82.7	78.2	80.9	80.2
개인	940	914	1,035	1,604	74.5	71.8	74.5	75.1
법인	1,018	1,062	1,061	1,112	83.7	77.4	80.3	80.2
지자체	96	96	86	96	89.9	85.3	87.9	85.2

출처: '장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서 2011-2018년.'

주1) '기타(협동조합 설립 등)' 는 제외하였음

주2) 해당 자료는 요양원만 집계함.

표 31 설립주체별 평가점수 현황 (단위: 점)

구분연도	최고점수				최저점수				표준편차			
	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18
계	100	99	99.2	100	14	4.5	8.3	11	16.3	16.3	15.4	13.9
개인	99.5	95	98.1	99.3	14	12.8	8.3	11	16	15.4	14.9	13.3
법인	100	99	99.2	100	21.6	4.5	27.7	28.1	13.3	15.3	13.7	13.1
지자체	99.6	97.7	99	100	49.2	40	51.2	53	9.7	12.1	10	10.6

출처: '장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서 2011-2018년.'

주1) '기타(협동조합 설립 등)' 는 제외하였음

주2) 해당 자료는 노인공동생활가정이 포함되어있음.

표 32 설립주체별 평가점수 분포 현황 (단위: %)

구분연도	90점 이상				80점 이상				70점 이상				60점 이상				60점 미만			
	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18	'11	'13	'15	'18
계	21.6	10.8	15.8	14.6	25	21.6	24.6	25.4	21.9	23.1	23.2	26	14	19.1	18.9	19.7	17.4	25.5	17.5	14.3
개인	9.5	2.8	6.8	7.4	21.2	16.5	21	23.2	25.3	24.8	26.3	28.1	19	23	22.7	23.6	25	32.9	23.2	17.7
법인	37.2	22.3	29.1	28.1	30.7	30	31.1	30.4	17.8	20.5	18.3	22.2	7.1	13.3	12.9	11.9	7.2	13.9	8.6	7.4
지자체	58.7	43	55.2	50.4	25	29	27.1	26.7	10.6	19.6	9.4	14.3	4.8	3.7	6.7	9.4	1	4.7	1	1.9

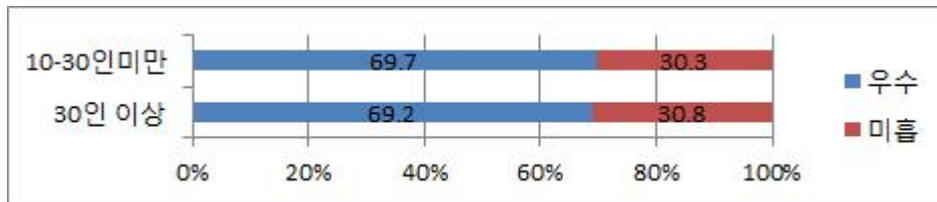
출처: '장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서 2011-2018년.'

주1) '기타(협동조합 설립 등)' 는 제외하였음.

주2) 해당 표에는 노인공동생활가정이 포함되어있음.

- 민간 중심으로 운영되는 요양원의 부족한 의료서비스는 전반적으로 낮은 평가점수뿐만 아니라 다른 부분에서도 두드러진다. 2018년 요양원의 인력기준 평가결과를 살펴보면, 10-30인 미만 영세 요양원들은 30인 이상의 대형 요양원에 비해 대체적으로 낮은 점수를 받았다. 10-30인 미만 기관들의 98.4%가 개인 및 법인이 운영하는 민간 요양원이라는 점에서, 영세한 민간 요양원들은 인력기준을 충족하지 못하거나, 의료 및 간호서비스가 제대로 이루어지지 않고 있음을 알 수 있다.
- 노인복지법 시행규칙<sup>62)</sup>에 따르면 요양원의 간호 인력배치 기준은 10-30인 미만 요양원의 경우 의사(또는 촉탁의) 1명, 간호사(또는 간호조무사) 1명, 요양보호사는 입소자 2.5명당 1명이다. 그러나 인력기준 시행률을 나타낸 <그림 5>를 살펴보면 2018년 기준 10-30인 미만의 영세한 민간 요양원의 30.3%는 인력기준을 충족하지 못하고 있으며, 이 비율은 30인 이상의 대형 요양원에서도 유사한 것으로 나타났다.

그림 5 인력기준 시행률 (단위: %)



자료: 장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서 2018년

- 노용균(2019)에 따르면, 실제로 10인 이상 요양원 2,829개소 중 68.7%(1,943개소)만이 촉탁의를 배치하였고<sup>63)</sup>, 촉탁의 제도를 개선한 2016년 이후에도 요양원의 86.44%만이 촉탁의와 계약을 하였다고 한다<sup>64)</sup>. 따라서 촉탁의를 배치하는 것이 의무임에도 불구하고 실질적으로 지켜지고 있지 않아, 환자나 보호자 입장에서는 어느 요양원에 입소하는지에 따라 받을 수 있는 의료서비스의 질이 매우 달라질 수 있는 것이다.
- 또한 2개 요양원의 자원이용량을 분석한 이민경·김은경(2010)의 논문에 따르면, 24시간을 기준으로 입소자 1인당 인력별 서비스 제공시간은 간호사가 30.70분인 반면, 요양보호사는 285.64분인 것으로 나타났다. 이 중 간호사의 직접 서비스 제공시간은 23.49분으로, 서비스 제공시간이 가장 많은 항목은 ‘측정 및 관찰’로 11.71분이었으며, 다음으로 ‘운동 및 활동보조(5.19분)’, ‘투약(3.42분)’ 등이었다. 미국의 너싱홈(nursing home, 우리나라의 요양원과 유사)의 경우, 정규간호사 비율이 높을수록 간호의 질이 높아진다는 것을 근거로 요양원 입소자별 일당 평균 간호사 서비스 제공시간이 45분 이상 될 것을 권장하고 있는데, 그 기준에 한참 미치지 못하는 제공량이며<sup>65)</sup>, 요양원이 기본적인 간호·

62) 노인장기요양보험법. 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준 시행규칙.

63) 노용균(2019) 「장기요양에서의 서비스 사각지대: 의료측면」. 2019년도 장기요양학회 한국노인과학학술단체연합회 학술대회 발표문.

64) 이시현 외(2018) 「노인요양시설 촉탁의 활동현황 분석」. 건강보험정책연구원. 노용균(2019)에서 재인용.

65) 이민경·김은경(2010) 「노인요양시설 거주자의 장기요양등급에 따른 요양서비스 및 자원이용량 분석」. 대한간호학회지 40(6) p.903-912.

의료서비스와 함께 재활과 회복을 통한 신체기능 향상과 가정으로의 복귀를 목표로 하고 있는 점을 고려할 때, 충분치 못한 제공수준이라고 할 수 있다.

- 요양원의 실태조사를 진행한 권순만(2013)의 논문에 의하면, 전국 요양원 중 36.92%(2013년 당시 1,631개소)가 참여한 설문조사에서 중복응답을 허용한 결과, 실제 제공되는 의료·간호처치는 가벼운 상처간호(81.3%) 혹은 요양보호사가 주로 담당하는 체위변경(80.8%)이 대부분이었고 그 외의 흡인(47%), 산소요법(34.6%), 인공호흡기(25%), 투약(10.1%), 투석(2.2%)와 같은 전문 간호인력이 필요한 의료·간호처치 서비스는 매우 제한적으로 제공되고 있었다<sup>66)</sup>. 요양원 내 응급, 만성질환에 대한 대처가 미흡하여 가벼운 건강문제만 있어도 보호자를 동반하여 병원으로 이송하는 경우가 잦아, 의료 처치가 필요한 노인은 단순한 처치를 위해 병원의 입퇴원을 반복하고, 외래 방문이 빈번하다는 문제 역시 제기된 바 있다<sup>67)</sup>.
- 문제는, 요양원에서 요구되는 최소한의 의료서비스마저 행해지지 않거나 이를 비전문 인력이 수행하고 있어, 장기요양보험제도 도입 당시 의도했던 촉탁의, 간호사 등을 통한 요양원 내 통합적인 의료 및 돌봄서비스 제공이라는 목적이 달성되지 않고 있음에도 불구하고, 평가를 통한 부적격 요양원 퇴출은 전혀 이루어지지 않고 있다는 점이다.
  - 2013년 감사원의 ‘고령사회 대비 노인복지시책 추진실태’ 보고서에 따르면, 요양원에서 병원으로 옮긴 후 사망한 사례 중 20.9%는 요양원에서 제대로 처치를 받지 못해 상태가 악화됐던 것으로 추정된다<sup>68)</sup>.
  - 또한 오랜 관행으로 이어져온 요양보호사의 무면허 의료행위 역시 심각한 문제이다. 2013년 서울시의 ‘서울시 요양보호사 노동실태와 개선방안’ 조사결과에 따르면, 원칙적으로 의료행위가 금지된 요양보호사의 51.5%가 요양원 등에서 불법적으로 의료행위를 한 적이 있다고 답했다. 2012년 국가인권위원회의 ‘요양보호사 노동 인권 개선 정책권고’ 에서도 요양원 요양보호사의 56.4%가 의료행위인 관장을 했다고 답했고, 50.9%와 21.1%는 각각 석션과 드레싱<sup>69)</sup> 등의 의료행위를 했다고 답했다. 심지어 그 중 5.4%는 비교적 고난도의 의료행위인 배뇨관 삽입까지 해봤다고 밝혔다. 2018년 대구의 한 요양원에서는 요양보호사의 불법의료행위로 사망한 경우도 있었으며<sup>70)</sup>, 이 같은 비전문 인력이 실시하는 불법 의료행위는 민간 요양원에서 대부분 발생하고 있다<sup>71)</sup>.
  - 현재 기관에 대한 평가결과가 노인장기요양보험 홈페이지에 공표되고, 상위 20% 점수를 받은 기관에 대해서는 인센티브가 지급되고 있으며, 최하위 등급을 받은 기관에 대해서는 사례관리가 진행되고 있다. 그러나 질 낮은 요양원의 퇴출은 법적 근거가 부족하여 이루어지지 않고 있다<sup>72)</sup>. 이에 대해서 2019년 보건복지부는 최하위 등급을 연속적으로 받은

66) 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.

67) 조은희(2019) 간호측면에서 본 장기요양에서의 서비스 사각지대. 2019년도 장기요양학회 한국노인과학학술단체연합회 학술대회 발표문.

68) “요양병원<->요양시설, 번지수 틀린 환자 ‘수두룩’”, 데일리메디, 2013년 4월 17일자.

69) 상처나 외상 부위 소독.

70) “불법 의료행위 의혹 대구 모 요양원 본격 수사”, 연합뉴스, 2018년 2월 20일자.

71) “욕창 관리, 수액주사... 무면허 의료에 맡겨진 요양원 노인들”, 한국일보, 2018년 3월 9일자.

72) 어유경(2020) 「경쟁이 사회서비스 질에 미치는 영향: 요양병원 및 노인장기요양서비스의 준시장적 공급을 중심으로

기관에 대해 지자체장이 장기요양시설 지정 거부권을 행사할 수 있도록 하는 지정갱신제를 새로 도입하였다. 그러나 여전히 간단한 신고를 통해 누구나 요양원을 설립할 수 있도록 하고 있다는 점에서 근본적으로 정부가 요양원에 대한 체계적인 관리를 할 수 없다는 비판이 제기되고 있다<sup>73)</sup>.

- 한편, 요양원은 부족한 의료서비스도 문제이지만 낮은 질의 돌봄서비스 역시 비판이 제기되는 부분이다.

- 본 보고서에서 깊이 다루지는 않겠으나, 30인 미만의 소규모 영세 요양원들은 재화와 회복을 위한 돌봄보다는 밀려오는 일을 처리하는 수준으로 요양서비스를 제공하는 경우도 상당수였다<sup>74)</sup>. 사실상 ‘죽어야만 나갈 수 있는’ 수용소처럼 운영되는 요양원은 과거에 비해 나아졌다고는 하나 여전히 노인 학대, 보호자의 동의없는 신체구금 등 인권침해 사건들이 최근까지도 끊이지 않고 있다<sup>75)</sup>.

- **요양병원과 요양원 등의 의료서비스의 질이 담보되지 않는 가장 중요한 원인은, 요양서비스를 제공하는 기관들이 대부분 이윤을 추구하는 민간 중심으로 운영되고 있기 때문이다. 행위별수가제 하에서 과잉진단 및 과잉진료가 나타나는 급성기 일반 병원과는 반대로, 일당정액수가제를 적용받는 요양병원은 충분한 의료서비스를 제공할 유인이 없으며 오히려 서비스를 과소공급할 유인이 존재한다.**

- 더미래연구소의 「F-Report 2019-04 “ ‘문재인 케어’ 는 성공할 것인가?:보건의료체계 공공성 강화 정책 제언”」에서도 밝힌 바 있듯, 우리나라의 일반 급성기 의료서비스 역시 민간을 중심으로 제공되어왔다. 2000년대 이후 유독 한국인들의 갑상선암 발생자 수가 급격히 증가한 것은 이윤을 추구하는 민간 병원들이 갑상선암에 대해 과잉진단을 했기 때문인 것으로 분석된다. 즉, 행위별 수가제가 적용되는 일반 급성기 병원에서는 과잉진단 및 과잉진료를 통해 수익을 보전하는 것이다.

- 이와는 정반대로, 환자의 입원 일수당 급여가 지급되는 일당정액수가제 하에서는 요양병원이 오히려 과소진단 및 과소진료를 할 유인이 존재한다<sup>76)</sup>. 굳이 양질의 의료서비스를 제공하지 않아도 환자를 유치하고 유지만 한다면 수가가 기본적으로 지급되기 때문이다. 이 때문에 요양병원은 앞서 언급했듯 환자의 장기입원을 유도하고, 환자의 호전과 퇴원을 위해 제대로 된 의료서비스를 제공하기보다는 무분별하게 유치도뇨관을 삽입하는 등 비용을 줄이는 도덕적 해이 현상이 발생하는 것이다.

- **영세한 민간 기관 위주로 운영되는 요양원 역시 일당정액수가제도 하에서는 의료서비스를 제공하기 위해 노력할 유인이 없다. 촉탁의 규정이나 인력배치 기준을 지키지 않아도 행정적 제재가 없어 값비싼 의료 전문 인력을 고용할 필요성이 없고, 입소자를 유치하고 유지하는**

로」. 서울대학교 행정대학원 박사 학위논문.

73) “장기요양기관 신뢰성 높인다는 복지부...방향과 영향은?”, 디멘시아 뉴스, 2019년 8월 26일자.

74) “숨 멈춰야 해방되는 곳... 기자가 뛰어든 요양원은 ‘감옥’이었다”, 한겨레, 2019년 5월 13일자.

75) “휠체어 침상에 ‘공공’...70대 환자 묶어 밤새 방치한 요양원”, 연합뉴스, 2021년 3월 25일자.

76) “커뮤니티케어와 장기요양 정책과제”, 참여연대, 2018년 8월 1일자.

것만으로도 충분한 이윤이 남기 때문이다. 그러나 요양원에서 의료서비스가 제대로 제공되지 않는 점은 소비자들의 요양원에 대한 불신을 키워 거꾸로 요양원 대신 요양병원에 장기입원 하도록 부추긴다는 점에서 반드시 개선되어야 하는 문제이다.

- 현행의 평가기관 명단 홈페이지 공표 제도로 소비자의 선택에 의해 질 낮은 요양기관들은 시장에서 자연스럽게 퇴출될 것이라는 반박이 있을 수 있으나, 요양병원 혹은 요양원 기관이 적은 지역에서는 울며겨자먹기로 질 낮은 요양기관을 선택할 수 밖에 없다.
- (소결) 민간 중심으로 형성되어있는 우리나라의 의료돌봄체계 하에서, 기관들의 우선순위는 환자나 입소자의 상태나 욕구가 아닌 기관의 이해와 수익일 수 밖에 없으며, 이는 일반 병원은 물론 요양병원과 요양원도 마찬가지이다. 더군다나 일당정액수가제가 적용되는 요양병원과 요양원은 환자 수와 입원일수에 따라 수익이 좌우되고, 과잉진료가 문제가 되는 일반 병의원과는 달리 비용절감이 되는 과소진료가 일반화되어 있다는 점에서, 환자들에 대한 적절한 의료서비스 제공이 되지 않고있는 것은 구조적인 문제라 할 수 있다.

### 3. 부당청구 및 부정수급

- 요양병원과 요양원의 보험급여 부정수급은 문제인 대통령이 ‘생활적폐’ 라고 지목한 바 있을 정도로 심각한 수준이다. 요양병원은 10년 동안 2조 112억여원의 부당청구가 이루어졌고, 요양원과 재가서비스 기관은 전체 기관의 불과 5% 남짓의 표본조사에서 5년간 약 1천억원이 넘는 부정수급이 적발되었다.

#### 1) 요양병원

- 요양병원의 부정수급 유형으로는 크게 두 가지가 존재한다. 하나는 병원 개설기준을 위반한 일명 ‘사무장 병원’ 을 운영하는 유형이며, 다른 하나는 허위청구나 중복청구와 같은 부당청구의 유형이다. 건강보험공단에 따르면, 2010년~2020년의 기간동안 적발된 사무장 요양병원만 전국 누계로 304곳이며 부정수급이 확인되어 환수를 결정한 환수결정액은 2조 112억여원에 달했다. 2019년 기준 전국 요양병원의 수가 1,500여 개임을 감안한다면 적발된 사무장 요양병원의 수가 결코 적지 않음을 알 수 있다. 전체 의료기관 중 요양병원이 차지하는 비율이 불과 약 1.7% 남짓임을 고려할 때<sup>77)</sup> 이는 국민 건강과 보험 재정을 위협하는 중대한 문제이다.
  - ‘사무장 병원’ 은 비의료인이 의사와 의료법인 명의를 빌려 영리 성격으로 운영하는 불법 병원을 뜻한다. 특히 요양병원은 시설과 인력의 법적 기준이 다른 일반 급성기 병원에 비해 낮기 때문에 개설 진입장벽이 낮고<sup>78)</sup> 응급환자가 적어 고가의 의료장비가 불필요하고 의사 역시 많이 필요하지 않아 수익성이 높기 때문에<sup>79)</sup> 사무장 병원이 양산될 공산이

77) 통계청 「2019년 전국 요양기관 현황」

78) “오로지 돈... 요양병원 주인은 ‘사무장’?”, 노컷뉴스, 2018년 8월 10일자.

79) “대부업자들 사무장병원 운영 80억대 챙겨”, 데일리메디, 2014년 10월 14일자.

크다. 실제 적발된 2009년~2020년 적발된 1,632개의 사무장 병원 중 약 15.8%는 요양병원인 것으로 확인된다<sup>80)</sup>.

표 33 적발된 사무장 요양병원 (단위: 백 만원)

연도	적발된 개소	환수결정액
계	304	2,011,188
2010	8	3,360
2011	36	27,246
2012	22	25,011
2013	21	72,612
2014	36	142,650
2015	48	214,575
2016	33	133,022
2017	29	254,130
2018	18	145,672
2019	34	681,540
2020	19	311,370

출처: 남인순 의원실. ‘2010~2020년 요양병원 부정수급 현황’ (2021.5.31. 기준)

- 이외에도 요양병원의 부정수급 유형으로는, ‘장기입원한 것처럼 서류 허위작성’, ‘경증 환자에 대한 허위시술 및 허위진단’, ‘허위·과다 진료 실시’, ‘의사인력 확보수준에 따른 입원료 차등제 산정기준 위반’ 등 여러 형태가 존재했다.
  - A요양병원은 실손보험에 가입한 암환자만을 유치한 뒤, 이들과 공모하여 하루 입원했는데도 11일 간 입원한 것처럼 서류를 꾸며 보험사로부터 약 53억원을 타냈다. B요양병원은 관광호텔 건물을 요양병원으로 둔갑시켜 개원한 후, 실손의료보험에 가입한 환자들을 모집해 허위·과다 진료를 실시하고 장기입원시켜 보험사로부터 약 93억원을 편취했다<sup>81)</sup>.
  - C요양병원은 의사인력 확보 수준이 높으면 입원료를 가산해 지급받는 점을 이용하여 의사 D씨가 근무한 사실이 없지만 상근한 것으로 신고하여 부당청구하였다<sup>82)</sup>.
- 부정수급으로 이루어진 부당청구 금액 역시 막대한 것으로 나타났다. 건강보험공단이 제출한 요양병원 부당청구의 건수 및 환수결정액 자료에 따르면, 중복을 포함하여 2009년~2020년 간 적발된 부당청구 건수는 총 16,078건이었으며, 10여년의 기간동안 2천 억원에 이르는 부정수급이 이루어진 것으로 확인된다. 특히 부정수급 건수는 2009년 831건에서 2020년 1,579건으로 2배 가까이 증가하였으며, 환수결정액 역시 약 71억 7천만원에서 209억 8천만원으로 3배 가까이 증가하여 요양병원의 부정수급이 줄어들기는 커녕 오히려 증가하고 있음을 알 수 있다.

표 34 요양병원 부당청구 적발 건수 및 환수결정액 (단위: 백 만원, %)

연도	적발 건수(중복 포함)	환수결정액
계	16,078	200,381
2009	831	7,166
2010	968	13,990

80) “사무장 요양병원”. 한국일보. 2021년 7월 6일자.

81) “‘진료없이 잠만 자요’ 요양병원으로 둔갑한 관광호텔”, 머니투데이, 2019년 3월 28일자.

82) “요양병원이 주의해야 할 5대 부당청구”, 의료&복지뉴스, 2018년 2월 13일자.

2011	1,029	11,562
2012	1,173	12,013
2013	1,424	9,835
2014	1,498	10,930
2015	1,484	11,061
2016	1,509	21,035
2017	1,480	21,635
2018	1,574	26,545
2019	1,529	33,634
2020	1,579	20,975

출처: 남인순 의원실. '2010~2020년 요양병원 부정수급 현황' . (2020.12.31. 기준)

## 2) 요양원

- 2015년부터 2019년까지 국민건강보험공단에서 전체 요양기관의 평균 약 5%를 대상으로 조사한 결과 이들이 착복한 금액은 약 978억 원에 달했다(표 35). 해당 조사 대상 요양기관의 부당청구 적발률이 평균 81.7%에 이르는 점을 감안하면 전국의 요양기관을 대상으로 전수조사를 할 경우 착복금액이 최소 수천억에서 최대 2조 가까이 이를 수 있다는 우려가 제기된다.
  - 2015년~2019년 사이 재가서비스 기관을 포함한 전체 장기요양기관 부당청구의 평균 적발률은 81.7%로 장기요양기관의 부당청구 및 부정수급이 만연해 있음을 알 수 있다. 심지어 2016년 대비 2019년에는 조사기관은 1,071개소에서 854개소로 줄어들었음에도 불구하고 적발률은 71.0%에서 91.8%로 20%p 이상 상승하는 등, 개선되기보다는 오히려 악화되고 있는 것으로 확인되었다.
  - 전체 요양기관의 5%만을 대상으로 한 조사임에도 불구하고 10곳 중 8곳 이상에서 부당청구가 이루어지고, 그 금액이 약 1천억 원 가까이 된다는 점은, 전체 요양기관을 대상으로 전수조사를 한다면 최소 수천억 원에서 최대 2조원 가까이 부당청구 및 부정수급이 있을 것으로 추산할 수 있다.

표 35 장기요양기관 부당청구 적발 현황 (단위: 개소, %, 백만원)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년	2019년	계
총 청구기관	16,935	18,363	19,355	20,141	22,102	96,896
조사기관	1,028	1,071	895	838	854	4,686
조사실시율	6.1%	5.8%	4.6%	4.2%	3.9%	평균: 4.9%
부당적발기관	774	760	731	742	784	3,791
부당적발률	<b>75.3%</b>	<b>71.0%</b>	<b>81.7%</b>	<b>88.5%</b>	<b>91.8%</b>	<b>평균: 81.7%</b>
부당적발금액	23,501	23,064	14,942	15,037	21,235	97,779

출처: 남인순 의원실. '국민건강보험공단 장기요양기관 현지조사 현황' . (2021.5.31. 기준)

주1) 해당 자료는 요양원을 비롯한 시설서비스 및 재가서비스 기관이 모두 포함된 자료임.

- 요양기관의 부당청구 중에서도 약 70%는 요양원에서 이루어졌는데, 2015년 기준 중 종사자 배치 기준 위반이 75.9%를 차지했고, 뒤이어 종사자 추가배치 가산기준 위반이 13.3%를 차지하였다. 요양원에서 의무적으로 배치해야 할 의료인력이나 요양보호사를 배치하지 않았음에도 한 것처럼 허위 등록하거나 추가로 배치한 것처럼 꾸며 허위청구를 한 경우가 대다

수였다.

- A요양원은 시설장이 근무하지 않는 딸과 사촌을 요양보호사 및 물리치료사로 허위등록하고, 요양보호사를 조리원, 사무원, 간호조무사 등으로 이중등록하여 비용을 절감하며 32억 원을 부당청구하였다<sup>83)</sup>. B요양원에서는 C 촉탁의가 방문하여 진료를 하고 원외처방전을 발행한 것으로 의료급여비용을 청구하였으나, 실제로는 요양원 관계자와 전화로 환자상태를 문진하고 원외처방전을 발행한 경우도 있었다<sup>84)</sup>.
- 재가서비스 제공기관의 경우, 실제 요양을 제공한 일수보다 서비스 일수를 늘려 잡아 급여를 청구하는 경우가 대표적이었다<sup>85)</sup>. B재가복지센터에서는 2015년 1월부터 7월까지 6개월간 수급자를 상대로 목욕 등 재가서비스를 제공한 것처럼 전산 자료를 위조해 공단으로부터 1억 5천만원 상당의 급여를 타낸 혐의로 수사대상에 올랐다<sup>86)</sup>.

표 36 시설별 부당청구 유형 (단위: 개소, 백만원. %)

계	부당청구 유형	부정수급 금액	부정수급 금액 비율
	합계	23,501	100
	소계	16,329	69.5
요양원	종사자배치 기준 위반	12,388	75.9
	종사자추가배치 가산기준 위반	2,177	13.3
	정원초과 기준 위반	1,122	6.9
	기타	642	3.9
	소계	7,721	30.5
재가	허위청구(서비스 미제공, 증량 청구)	3,529	49.2
	종사자추가배치 가산기준 위반	1,477	20.6
	방문목욕 제공기준 위반	432	6.0
	기타	1,734	24.2
	소계	7,212	28.5

출처: “지난해 장기요양기관서 부당청구된 요양급여 235억원”. MBC뉴스. 2016년 4월 19일자.

- 의료처치의 행위별로 건강보험심사평가원의 상시적인 검증을 받는 일반 급성기 병원에서도 부정수급 문제가 끊이지 않고 있다. 하물며 환자의 입원일수에 맞춰 포괄적으로 수가가 지급되는 요양병원과 요양원에서는 부정수급을 감시하기가 더욱 어렵고, 적발금액을 환수하는 비율도 매우 저조하다. 이런 점에서 요양병원과 요양원에 대한 체계적인 감시·감독 시스템을 구축할 필요성이 제기된다.
  - 요양병원에 대해 부당청구 및 부정수급에 대한 환수 결정을 내렸으나, 실제 징수율은 매우 낮은 것으로 나타났다. 2010년~2020년 기간동안 이루어진 사무장 요양병원에 대한 환수결정액과 실제환수금액을 살펴보면, 2조 112억여원의 총 환수결정액 중 실제 환수된 금액은 696억여원에 불과했다. 연도별로 살펴보면 2010년 기준 18.12%였던 징수율이 2018년을 제외하고 계속해서 감소해, 2020년에는 징수율이 불과 1.75%로 매우 저조한 것으로 나타났다.

83) 정부합동 부패척결추진단(2016). 「장기요양기관 분야별 불법행위 사례」

84) 건강보험심사평가원(2017) 「의료급여 청구 부당사례 모음집」

85) “편법으로 가로챈 80억원”, 복지로 부정수급 신고사례. 2015년 6월 16일자.

86) “요양급여 부정수급 요양보호사 18명 무더기 검거”, 매일경제, 2019년 6월 7일자.

표 37 사무장 요양병원 환수결정액 및 실제환수금액 (단위: 백 만원, %)

연도	환수결정액	실제환수금액	징수율
계	2,011,188	69,520	3.46
2010	3,360	609	18.12
2011	27,246	2,748	10.09
2012	25,011	2,334	9.33
2013	72,612	4,623	6.37
2014	142,650	9,813	6.88
2015	214,575	8,520	3.97
2016	133,022	7,252	5.45
2017	254,130	8,200	3.23
2018	145,672	7,559	5.19
2019	681,540	12,427	1.82
2020	311,370	5,435	1.75

출처: 남인순 의원실. '2010~2020년 사무장 요양병원 부정수급 비율' .  
(2021.5.31. 기준)

주1) '징수율' = 실제환수금액/환수결정액\*100

#### 4. 불충분한 재가서비스

- 재가서비스는 노인환자가 가장 선호하는 장기요양서비스임에도 불구하고 등급판정 인정자에 비해 이용률이 저조한 편이다.
  - 재가서비스는 노인이 익숙한 환경에서 요양을 받을 수 있다는 점에서 노인들이 가장 선호하는 장기요양서비스이다. 통계청의 ‘한국의 사회동향 2018’에 따르면, 65세 노인들의 거동 불편시 희망 거주형태를 묻는 문항에서 57.6%가 ‘재가서비스를 받으며 현재 집 계속 거주’를 꼽았다<sup>87)</sup>. 반면 노인요양시설 입소를 희망한다는 비율은 31.9%에 그쳤다.
  - 그럼에도 불구하고 등급판정 인정자의 재가서비스 이용률은 등급판정 인정자에 비해 저조한 편이다. 장기요양급여 이용자의 연도별·서비스 유형별 이용추이(〈표 38〉)를 살펴보면, 2008년~2018년 사이 재가서비스 이용자 비율은 2008년 47.4%, 2010년 68.4%, 2012년 63.1%, 2014년 65.0%, 2016년 66.8%, 2018년 69.6%로 2010년을 제외한 나머지 기간동안 소폭 증가해왔다<sup>88)</sup>. 그러나 앞서 언급한 2014년 판정등급 개편 이후 재가서비스를 받을 수 있는 3등급 이하 판정자 수의 증가 폭과 재가서비스를 중복으로 선택해서 받을 수 있다는 점을 고려한다면 급여 이용에 있어서 재가서비스 이용자 증가율은 등급인정자 수의 증가에 비해 낮았음을 알 수 있다<sup>89)</sup>.
    - 재가서비스 중 ‘방문요양’의 이용자 수는 2008년 7만여명에서 2018년 35만 7천여명으로, 2012년을 제외한 기간동안 지속해서 증가하였다. 다만, 전체 장기요양서비스 이용자 수 대비 ‘방문요양’ 이용자 수의 비율로 계산했을 때 평균 약 60%정도가 유지되고 있다. ‘방문목욕’ 이용자 수 역시 2008년 2만 4천여명에서 2018년 7만 4천여명으로 이용자

87) “한국의 사회동향 2018”. 2018년 12월 13일자. KDI 경제정보센터.

88) 표 37에서 전체(계) 중 요양원 수를 제외한 재가서비스 이용자를 전체(계)와 비교하여 계산함.

89) 앞서 표 9에 따르면, 2008년 기준 재가서비스를 받을 수 있는 3등급 이하 판정자수는 14만 9천여명이었던 것에 비해 2019년 79만 7천여명으로 약 5배 이상 증가하였다.

수는 증가했으나, 전체 이용자 대비 비중은 2010년을 제외한 기간동안 감소하는 경향을 보였다. ‘방문간호’의 이용자 수는 2008년 4천여명에서 2018년 1만 4천여명으로 증가했으며, 평균적으로 2.4%의 낮은 이용률을 보였다.

- 특히 휠체어나 욕창방지 매트리스 등 생활편의 물품을 대여 및 판매하는 ‘복지용구’ 서비스는 타 재가서비스와는 다르게 2008년~2018년의 기간동안 감소현상 없이 꾸준히 이용량과 전체 이용자 수 대비 이용률이 증가하였다. 2008년 이용자 수는 2만 2천여명으로 전체 이용자 수의 18.8%로 나타났던 것에 비해, 2018년의 이용자 수는 27만 5천여명으로 전체 이용자 수의 44.2%로 나타났다.

표 38 장기요양급여 이용자의 연도별·서비스 유형별 이용추이 (단위: 명)

구분	2008년	2010년	2012년	2014년	2016년	2018년
재가 서비스	방문요양 (58.6%)	224,908 (70.2%)	210,508 (62.7%)	240,392 (59.0%)	284,232 (57.4%)	357,575 (57.2%)
	방문목욕 (20.2%)	71,561 (22.3%)	67,035 (20.0%)	62,017 (15.2%)	61,812 (12.5%)	74,801 (12.0%)
	방문간호 (3.5%)	8,462 (2.6%)	7,866 (2.3%)	7,660 (1.9%)	9,077 (1.8%)	14,270 (2.3%)
	주야간보호 (8.4%)	21,255 (6.6%)	24,014 (7.2%)	35,089 (8.6%)	57,165 (11.6%)	94,399 (15.1%)
	단기보호 (5.4%)	16,468 (5.1%)	4,867 (1.4%)	7,021 (1.7%)	5,866 (1.2%)	4,685 (0.8%)
	복지용구 (18.8%)	111,180 (34.7%)	133,495 (39.8%)	169,896 (41.7%)	216,803 (43.8%)	275,900 (44.2%)
전체(계)	119,573	320,554	335,672	407,237	494,890	624,632

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 전체(계)는 중복을 배제하고 요양원과 재가서비스의 이용자 수를 합계한 숫자임.

주2) 사망자 집계 포함된 숫자임.

주3) 재가서비스는 수급자의 중복선택이 가능하기 때문에 연도별 괄호 안 숫자의 합은 100을 넘을 수 있음.

- 2009년부터 2019년까지 전체 급여비 증가율에서도 재가서비스의 낮은 이용률을 간접적으로 살펴볼 수 있는데 요양원에 대한 요양급여 평균 증가율은 38.1%, 재가서비스 기관에 대한 요양급여 평균 증가율은 37.9%로, 이용자 수가 4.8배 차이 나는 것<sup>90)</sup>과는 달리 두 종류의 기관 간 급여 증가율은 유사한 수준으로 확인되었다.

표 39 장기요양보험 급여비

연도	2009	2011	2013	2015	2017	2019
요양원	7,089억원	1조 2,178억원	1조 5,759억원	2조 558억원	2조 5,213억원	3조 4,319억원
전 기간 대비 증가율 (평균: 38.1%)	-	71.78%	29.41%	30.45%	22.64%	36.12%
재가서비스	9,856억원	1조 3,704억원	1조 6,788억원	2조 1,752억원	2조 9,486억원	4조 7,982억원

90) p.15의 <표 10>.

전 기간 대비 증가율 (평균: 37.9%)	-	39.04%	22.50%	29.57%	35.56%	62.73%
-------------------------------	---	--------	--------	--------	--------	--------

출처: 연도별 노인장기요양보험통계연보

주1) 천만원 단위에서 반올림.

주2) 공단부담금만 집계한 결과임.

- 특히 재가서비스 중에서도 유일한 의료서비스인 ‘방문간호’는 수급자의 기본적인 건강관리 및 건강수준 유지 관리를 위해 반드시 필요하며, 사전적인 건강관리로 진료비·입원일수·외래방문일 감소 등에 효과적이다. 따라서 장기적으로 재가서비스를 확대해 나가야 하는 상황에서 방문간호는 노인장기요양보험 제도의 성공과 연결되는 요인이라고 할 정도로 중요하다<sup>91)</sup>.

- ‘방문간호’는 장기요양요원인 간호사나 간호조무사가 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료 보조, 구강위생, 검사, 투약, 주사 등을 제공하는 서비스를 말한다.
- 2005년 노인과 그 보호자를 대상으로 재가서비스의 요구도를 조사한 김현철 외(2005)에 따르면, 재가서비스 중 방문간호의 요구도가 64.2%로 가장 높았으며, 그 뒤로 방문목욕(39.6%), 방문재활(34.0%), 간병 및 수발서비스(34.0%) 등이 따랐다<sup>92)</sup>. 마찬가지로 재가노인의 서비스 욕구를 파악한 김은경 외(2005)의 보고서에서도 중복응답을 허용한 결과, ‘방문간호사의 정기적인 방문’이 87.1%로 압도적으로 높았으며, ‘종교·심리·정서 지원서비스(73.9%)’, ‘의사의 정기적인 방문 진료(58.5%)’ 등이 차례대로 나타났다<sup>93)</sup>.
- 한편, 2009년~2011년 재가서비스 이용자를 대상으로 방문간호 서비스가 수급자의 의료이용에 미치는 효과를 분석한 이상진·곽찬영(2016)에 따르면<sup>94)</sup>, 방문간호 서비스 이용자는 서비스 미이용자에 비해 연간 총 진료비가 약 197만원 감소한 것으로 나타났다. 또한 연간 총 입원일은 약 19일 감소하였으며, 특히 방문요양과 같은 비의료적 재가서비스를 이용한 수급자는 입원대체 효과가 미미했던 반면, 방문간호 서비스를 이용한 수급자는 입원대체 효과가 통계적으로 유의미한 수준에서 나타났다. 한편, 통계적으로 유의하지 않았으나, 연간 총 외래방문일 역시 미이용자에 비해 약 3일 감소하였다는 분석이 보고되었다. 강새봄(2014)의 연구에서도 방문간호 서비스는 외래 이용을 감소시킴과 동시에, 입원을 대체하는 역할을 수행하고 있음을 밝혔다<sup>95)</sup>.

- 그러나 방문간호에 대한 선호는 높는데 비해 실질적으로 이용하는 비율은 매우 낮은 편이다.

91) 임지영, Anh-Tuan Cao and Dookie Kim. (2020). 「노인장기요양보험 재가방문간호 서비스 개발과 확대 방안」. 가정간호학회지, 27(3), 241-249.

92) 김현철 외(2005) 「장기요양서비스를 누가, 얼마나, 얼마에 원하고 있는가?」. 보건행정학회지 15(4), p.136-160.

93) 김은경, 이재창(2005) 「요양보호 대상노인의 서비스 요구도 평가」. 간호행정학회지 11(1), p.1-11.

94) 이상진, 곽찬영. (2016). 「노인장기요양보험의 방문간호 서비스가 의료이용에 미치는 효과」. 지역사회간호학회지, 27(3), p.272-283.

95) 강새봄(2014). 「노인장기요양 방문간호 이용과 의료이용의 관계: 방문간호를 권고받은 군을 중심으로」. 서울대학교 석사 학위논문.

재가서비스 급여 현황을 살펴보면, 대부분의 수급자는 가사지원 위주의 방문요양서비스만 이용하고 있다.

- 강새봄·김홍수(2014)의 논문에서는 방문간호 서비스를 이용하도록 권고받은 방문간호 권고군의 서비스 이용률이 약 7.4%에 불과하여 재가서비스 수급자들의 의료필요가 충족되지 못하고 있음을 밝혔다<sup>96)</sup>. 광찬영(2016)의 논문에서도 방문간호 서비스는 평균 주 1.98회 이용으로 타 재가서비스에 비해 이용횟수가 적고, 서비스 제공시간 역시 방문요양서비스는 평균적으로 1일 4시간이 제공되고 있는 것에 비해, 방문간호서비스는 30분에서 60분 정도만 제공되고 있음을 밝혔다<sup>97)</sup>.
- 2020년 장기요양통계연보에 따르면, 중복을 배제한 재가서비스의 전체 이용 현황은 방문목욕이 42.4%로 압도적으로 많은 비율을 차지하였고, 그 뒤를 이어서 35%가 복지용구, 12%가 주·야간보호, 8.4%가 방문목욕을 이용하였다. 이에 비해 방문간호의 이용률은 1.6%에 그쳤다.

표 40 2020년 재가서비스 이용 현황

구분	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주·야간 보호	단기보호	복지용구
재가서비스 급여실적	732,181	409,526	81,345	15,727	116,529	3,905	338,421
전체 대비 비율	100%	42.4%	8.4%	1.6%	12%	0.4%	35%

출처: 2020년 노인장기요양보험통계연보 장기요양급여현황.

주1) '계' 는 급여종류별 중복을 배제한 수입.

- 재가서비스를 받는 수급자의 경우 유일한 의료서비스인 방문간호를 이용하지 않아 의료요구가 충분히 충족되고 있지 못하고 있으며, 특히 저소득층에서 이러한 경향이 확연히 드러난다. 또한 고소득층에서도 저소득층에 비해 방문간호서비스 이용률은 높으나 여전히 의료 처치를 위한 외래 방문 및 입원이 반복되고 있는 실정이다.

- 정영일 외(2016)의 논문<sup>98)</sup>에서는 재가서비스 이용자 중 특히 저소득층의 의료요구가 충족되지 못하고 있음을 밝혔다. 수평적 형평성 지수를 통해 소득과 장기요양서비스 이용률 간 상관관계를 밝힌 그는, 재가서비스의 이용횟수는 저소득층(소득 1분위)이 월 37.2회로 고소득층(소득 4분위)의 월 29.4회와 비교하여 통계적으로 유의한 수준에서 더 높게 나타났다. 반면, 본인부담금은 저소득층이 월 12만 2천원, 고소득층이 월 13만원으로 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다. 저소득층의 서비스 이용횟수가 많음에도 본인부담금에서 차이가 없다는 결과는, 저소득층이 재가서비스 중 단위비용이 높은 방문간호를 고소득층에

96) 강새봄, 김홍수(2014). 「노인장기요양보험 방문간호 권고군의 방문간호 이용과 의료이용의 관계」. 보건행정학회지 24(3). p.283-290.

97) 광찬영(2016). 「장기요양보험 등급판정 대상자의 지역별 방문간호 서비스 이용만족도 및 요구도: 대도시, 중소도시, 농촌지역을 중심으로」. 지역사회간호학회지 27(2). p.114-123.

98) 정영일, 김홍수 and 권순만. (2016). 「재가 장기요양자의 장기요양이용과 의료이용의 수평적 형평성」. 보건경제와 정책연구, 22(4), p.59-78.

비해 적게 이용하고 단위비용이 낮은 방문요양 등을 주로 이용했음을 의미한다.

- 또한 외래방문이나 입원 등 병원 이용 횟수도 저소득층에 비해 고소득층에서 통계적으로 유의한 수준에서 높은 것으로 나타났다. 특히 재가서비스만으로도 일상생활이 충분한 장기요양 3등급에서 고소득층의 의료이용이 집중되었다. 이와 같은 결과는 재가서비스가 일상생활 지원에 그치며, 치료나 재활과 같은 의료욕구를 충족시키기에는 전문성 및 충분성 면에서 부족하다는 점을 뜻한다. 결론적으로 저소득층은 방문간호와 같은 재가서비스를 받지 못하고 의료이용률도 낮아 의료 욕구가 충족되지 못하고 있으며, 고소득층의 경우에도 저소득층에 비해 방문간호 서비스 이용률은 높으나, 여전히 일반 병원의 외래방문 및 입원이 반복되고 있는 것으로 해석할 수 있다.
- 방문간호가 활성화되지 못한 원인은 서비스의 수요와 공급의 측면에서 모두 선호되지 않기 때문이다. 방문간호는 타 재가서비스에 비해 수가가 높고 본인 부담금이 높은 편이며, 방문간호지시서 발급절차가 복잡해 수요자의 입장에서 선호되지 않는다. 반면, 대부분을 차지하는 민간 공급자 입장에서는 행위별이 아닌 시간별 책정되는 수가 구조와 그에 따른 인력 확보 및 운영의 문제로 인해 방문간호를 제공하고자 하는 기관은 매우 적은 편이다.
  - 방문간호의 단가는 방문요양이나 기타 재가서비스에 비해 매우 높은 편이다. 따라서 월 급여 한도가 정해져있는 재가서비스 이용자의 입장에서는 짧은 시간에 단가가 비싼 방문간호 보다는 오랜 시간 돌봄이 제공되는 방문요양을 선호한다<sup>99)</sup>.
    - 재가서비스 이용자는 월 한도액 내에서 원하는 재가서비스를 신청하여 받을 수 있다. 2021년 기준 재가서비스의 월 한도액은 1등급 1,520,700원, 2등급 1,351,700원, 3등급 1,295,400원, 4등급 1,189,800원, 5등급 1,021,300원, 인지지원등급 573,900원이다<sup>100)</sup>.
    - 2021년 기준 방문요양의 수가는 60분 기준 22,640원이며, 본인부담금은 3,396원인데 비해, 방문간호의 수가는 60분 기준으로 55,120원이며, 본인부담금은 8,268원으로 높다<sup>101)</sup>. 즉, 방문간호가 방문요양에 비해 수거나 본인부담금 측면에서 비용 부담이 2배 가까이 높은 것이다. 따라서 최대한 본인부담을 하지 않고 지급된 월 한도액 내에서 재가서비스를 받고자 하는 수급자들은 방문간호보다 저렴한 방문요양을 선호한다.

표 41 방문요양과 방문간호 서비스의 수가 및 본인부담금 (단위: 원)

제공시간	2021년 수가	본인부담금
	<b>방문요양</b>	
30분	14,750	2,213
60분	22,640	3,396
90분	30,370	4,556
120분	38,340	5,751
150분	43,570	6,536
180분	48,170	7,226

99) 이정석 외(2012) 「노인장기요양보험의 방문간호 제공기관 특성별 서비스 제공 추이」. 지역사회간호학회지 23(4). p.415-426.

100) “21년 장기요양보험료를 11.52%, 세대 평균 보험료 1,787원 증가”, 보건복지부 보도자료. 2020년 9월 8일자.

101) 위와 같음.

210분	52,400	7,860
240분	56,320	8,448
<b>방문간호</b>		
30분 미만	36,530	5,480
30분-60분 미만	45,810	6,872
60분 이상	55,120	8,268

출처: “21년 장기요양보험료를 11.52%, 세대 평균 보험료 1,787원 증가” .

보건복지부 보도자료. 2020년 9월 8일자.

- 복잡한 방문간호지시서 발급절차 및 비용 역시 이용자 입장에서 방문간호를 꺼리게 만드는 요인이다.
  - 방문간호지시서는 방문간호를 이용하고자 하는 수급자가 사전에 의료기관에 방문하여 의사, 한의사 또는 치과의사로부터 진찰을 받거나, 의료진이 수급자 가정에 방문하여 수급자를 직접 진찰을 하고 필요한 방문간호 서비스에 대해 지시하는 서류를 뜻한다. 방문간호지시서가 있어야만 간호사, 간호조무사 등의 전문인력이 수급자에게 방문간호를 제공할 수 있다.
  - 이 과정에서 거동이 불편한 노인은 병원에 내원하기 쉽지 않으며, 지시서 발급을 위한 비용을 별도로 지불해야 하기 때문에(2018년 기준 본인부담 3,784원) 이용을 꺼리게 된다. 의사가 환자 가정에 방문하여 진찰하고 발급할 수 있으나, 이 경우 본인부담금이 11,928원(2018년 기준)으로 급격히 증가하고, 병원 측에서도 낮은 수가와 발생할 수 있는 불이익 때문에 의사의 왕진을 꺼려하는 분위기이다<sup>102)</sup>. 실제로 방문간호사업을 하고 있는 한 관계자에 따르면 의사의 왕진을 통해 지시서를 발급하는 경우가 거의 없고<sup>103)</sup>, 대부분 요양보호사나 방문간호 간호사, 혹은 보호자가 대상자를 병원에 모시고 간다고 하였다<sup>104)</sup>.
  - 또한 지시서의 유효기간이 현재의 건강상태나 기능 상태를 고려하지 않고 획일적으로 6개월로 설정되어있어, 6개월마다 지시서를 발급받는 것에 대한 방문간호 관계자의 스트레스도 보고되었다<sup>105)</sup>.
  - 실제로 설문조사를 통해 방문간호의 장애요인을 조사한 임지영 외(2012)의 논문에서는 방문간호 이용자의 경우 ‘방문간호지시서 발급절차가 복잡하여 번거롭다’ 는 항목을 가장 큰 장애요인으로 인식하고 있음을 밝혔다<sup>106)</sup>. 즉, 방문간호의 높은 본인부담금 못지않게 복잡한 방문간호지시서 발급절차가 방문간호활성화에 있어 장애요인으로 작용하고 있는 것이다.
- 한편, 기관이나 간호인력과 같은 공급자 입장에서는 행위별 수가가 아닌 시간에 비례한 정액수가제도가 서비스 공급을 꺼리게 하는 요인이다.

102) “공단 무관심에 표류하는 ‘방문간호서비스’”. 청년의사. 2012년 1월 25일자.

103) “간헐 ”방문간호지시서, 전문간호사 발급 허용해야“”. 청년의사. 2009년 9월 17일자.

104) 변도희(2015) 「노인장기요양보험 내 방문간호센터 운영의 활성화 방안」. 한국보건간호학회지 29(2). p.203-218.

105) 위와 같음.

106) 임지영 외(2012) 「노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안」. 한국콘텐츠학회논문지 12(8). p.283-299.

- 박은옥(2019)에 따르면 장기요양기관 전체 인력 중 간호사는 2013년 1,262명, 2014년 1,218명, 2017년 1,371명으로 전체 장기요양서비스를 제공하고 있는 인력 중 0.5%에 불과하다. 간호조무사 역시 2013년 1,838명, 2015년 2,476명, 2017년 3,120명으로 1.0%에 불과했다<sup>107)</sup>.
- 방문간호 서비스는 중증질환자에게 필요한 소변줄 교환, 위관, 욕창관리, 투약 등 직접적인 간호행위가 필요한데, 이러한 행위에 들어가는 재료비용에 대한 고려없이 시간당 정액 수가로 지급되다보니, 대부분의 민간 영세 기관들은 방문간호 서비스 공급을 꺼린다. 한 방문간호사에 따르면 “소변줄 교체 시, 식염수 1통, 소변줄, 소변주머니, 주사기(10cc와 50cc), 멸균장갑, 1회용 멸균 세트 등이 필요한데, 재료비만 최소 15,000원이 들어간다”며 “만약 이 환자가 욕창까지 있다면, 재료비에서 벌써 만 원정도가 마이너스 되는 셈”이라고 밝혔다<sup>108)</sup>.
- 실제 방문간호서비스 이용자가 받은 서비스는 중복응답을 포함하여 집계한 결과, 제공률이 높은 상위 3개의 서비스는 신체기능 측정 및 관찰이 92.6%, 건강교육 및 상담 63%, 마사지 및 운동이 62.6% 등 주로 재료비가 적은 서비스에 치우쳐져 있었다. 반면, 재료비가 높은 전문적인 간호서비스는 이에 비해 제공률이 낮았는데, 욕창간호 46.3%, 배설간호 36.7%, 투약 및 주사 35.2%, 기본 간호 22.6%, 호흡간호 16.3%, 영양 간호 13.3% 순으로 나타났다<sup>109)</sup>.
- 2013년부터 2017년까지 방문간호서비스를 제공하는 기관의 수를 분석한 결과, 방문요양이나 방문목욕 서비스를 제공하는 기관의 수는 꾸준히 증가한 반면, 방문간호서비스 제공기관은 거의 변화가 없었다. 기관의 수가 가장 많은 경기도 및 서울특별시의 두 개 지역을 중심으로 비교해 봤을 때, 재가 방문요양기관은 2013년 경기도 1,678개, 서울시 1,379개에서 각각 2017년 2,379개와 1,852개로 증가하였으나 재가 방문간호기관은 2013년 경기도 140개, 서울특별시 130개에서 각각 2017년 각각 146개, 130개로 거의 변화가 없었다<sup>110)</sup>. 임지영 외(2012)에 따르면, 공급자 입장에서 방문간호 활성화의 가장 큰 장애요인은 ‘부족한 홍보’ (5점 만점에 4.60점)와 더불어 ‘수가가 낮아 방문간호를 제공할수록 손해가 나기 때문에 운영이 꺼려진다’ (4.53점)는 것이었다<sup>111)</sup>.
- 실제로 방문간호사 인력은 전체 장기요양보험제도의 인력 중 약 1%에 불과한 것으로 나타났다. 아래 <표 42>에 따르면 장기요양보험제도에 종사하는 사회복지사, 요양보호사, 간호사, 의사 등을 포함한 전체 인력은 2014년 기준 약 29만 명에서 2019년 약 49만 명으로 1.7배 가까이 증가하였다. 그러나 방문간호 서비스를 제공하는 간호(조무)사의 인력은 2014년

107) 박은옥(2019) 「우리나라 가정방문간호의 현황과 향후 과제」. 한국농촌의학지역보건학회 44(1). p.28-38.

108) “이대로 가면 방문간호 미래 어둡다”. 청년의사. 2009년 2월 22일자.

109) 곽찬영(2016). 「장기요양보험 등급판정 대상자의 지역별 방문간호 서비스 이용만족도 및 요구도: 대도시, 중소도시, 농촌지역을 중심으로」. 지역사회간호학회지 27(2). p.114-123.

110) 임지영, Anh-Tuan Cao and Dookie Kim. (2020). 「노인장기요양보험 재가방문간호 서비스 개발과 확대 방안」. 가정간호학회지, 27(3), 241-249.

111) 임지영 외(2012) 「노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안」. 한국콘텐츠학회논문지 12(8). p.283-299.

기준 전체 인력의 1.1%에 불과하였으며, 2019년 역시 1.3%로 매우 적은 것으로 나타났다.

표 42 방문간호 종사자 현황 (단위: 명)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019
전체 인력	292,889	324,946	344,242	377,184	421,326	492,132
방문* 간호(조무)사 (%)	3,286 (1.1%)	3,694 (1.1%)	3,979 (1.2%)	4,491 (1.2%)	5,255 (1.2%)	6,360 (1.3%)
간호사	1,213	1,218	1,249	1,371	1,584	1,793
간호조무사	2,073	2,476	2,730	3,120	3,671	4,567

출처: 통계청 「노인장기요양보험통계」 장기요양기관 수 및 인력.

주1) ‘전체 인력’ 은 장기요양보험제도에 종사하는 전체 인력을 뜻하는 것으로, 시설과 재가서비스에서 근무하는 인력을 모두 합한 숫자임.

주2) 괄호 안의 숫자는 전체 인력 대비 재가 간호(조무)사의 비율임.

주3) \*표시는 원 자료에서는 ‘재가’ 간호사로 작성되어있으나 대부분의 재가서비스 간호사 인력이 방문간호를 제공하고 있음을 고려할 때 ‘방문’ 간호(조무)사로 표기하였음.

- (소결) 노인장기요양보험제도는 의료와 돌봄을 통합적으로 제공하고자 도입되었다. 충분하고 적정한지에 대한 비판은 있으나, 돌봄서비스의 경우 어느 정도 안정적인 궤도에 올랐다고 평가할 수 있다<sup>112)</sup>. 그러나 요양원과 재가서비스 기관 모두 의료적 측면의 서비스 제공은 매우 부족한 실정이며, 특히 재가서비스는 의료서비스가 거의 전무한 상황이다. 재가서비스 수급자는 의료서비스를 받기 위해 외래방문이나 입원을 반복하여, 가정에서 의료·돌봄 서비스를 받아 질환을 예방하고 재활을 지원하려던 재가서비스의 취지에 반하는 상황이 발생하고 있는 것이다.
- 현재 의료돌봄통합체계에서 나타나는 문제점을 정리하자면, 요양병원과 요양원은 의료기관과 요양기관으로서의 각각의 기능과 역할이 다름에도 불구하고, 대상자가 혼재되어있는 양상이 나타나고 있고, 요양병원과 요양원의 입원·입소 요건은 사실상 무력화되고 있다. 또한 요양병원과 요양원 모두 의료서비스의 질이 낮고, 부정수급이 만연해있으며, 재가서비스는 의료 지원이 거의 전무한 상황이다. 노인장기요양보험제도가 도입된 지 15년 가까이 되어가는 지금, 부정수급 등으로 적게는 수 천억원에서 많게는 수 조원 가까이 재정 손실이 발생하고 있고, 이용자는 불만족스러운 상황이 계속된다는 점에서 전반적인 점검과 재검토를 통해 도입 당시 취지에 맞도록 체계를 정비할 필요가 있다.

112) 노용균(2017). 「노인장기요양제도의 나아갈 방향: 건강관리를 중심으로」. 의료정책포럼 15(2). p.37-43.

## 4. 정책적 제언

- 공적 노인장기요양보험제도의 도입 취지는 사회적 위험으로 발전한 노인 돌봄에 대해 경제적, 물리적 부담을 경감시키고, 기존 의료기관을 이용하여 급성기 병원-요양병원-요양원 및 재가서비스 등으로 이어지는 의료돌봄통합체계를 구축하여 노인의 만성질환에 대해 적절한 서비스를 제공하는 것이었다. 덕분에 장기요양등급판정자와 장기요양서비스를 제공하는 기관들 모두 양적으로 팽창하였다. 그러나 앞서 지적했듯 여러 문제가 노정되고 있으며, 그와 같은 문제들이 개선되지 않고 심지어 악화되고 있는 상황이다.
- 여러 문제가 산적한 의료통합돌봄체계를 재편하기 위해서는 우선 요양병원과 요양원·재가서비스 기관들이 각각의 역할과 기능을 할 수 있도록 대상과 서비스 내용이 명확히 구별되어야 하며, 요양병원 및 요양원의 입·퇴소 기준을 준수하도록 해야 한다. 이후 환자의 건강상태에 따라 적절하게 기관을 이용할 수 있도록 연계체계를 구축해야 한다. 또한 가장 많은 수요와 선호가 있는 재가서비스를 양적·질적으로 확충하고, 재가서비스 중에서도 요구가 높은 방문간호의 확대를 위해서 제도정비 및 간호사 인력의 확충과 그들의 역할 확대가 필요하다.

### 1. 요양병원 및 요양원, 재가서비스 기관의 역할 재정립

- 의료돌봄통합체계의 재편을 위한 최우선 과제는 각 기관들이 취지에 맞게 제 기능을 할 수 있도록 대상과 서비스에 있어서 명확한 역할 정립과 서비스 질이 담보될 수 있는 인력 및 객관적 조건 확보이다. 요양병원은 치료를 담당하는 의료기관으로서, 요양원과 재가서비스 기관은 회복과 돌봄을 담당하는 요양기관으로서 이를 필요로 하는 환자에게 적절한 서비스가 제공되어야 한다.
- 요양병원은 의료기관으로서 급성기 치료 후 재활·회복 단계에 놓인 아급성기 환자를 대상으로 의료서비스를 제공해야 한다. 그럼에도 불구하고 실제로는 앞서 살펴본 것처럼 의료처리 비용이 낮은 경증환자들의 ‘사회적 입원’이 만연해있어 정작 처치가 필요한 사람들이 입원하지 못하는 현상이 발생하고, 건강보험 재정의 누수를 불러오기도 한다. 따라서 ‘사회적 입원’에 대하여 요양병원과 수요자에 대한 제재를 강화해야 한다.
  - 요양병원은 아급성기 환자를 대상으로 의료서비스를 제공해야 함에도 불구하고, 앞서 살펴 보았듯 요양병원의 전체 입원환자 중 ‘신체기능저하군’이 최대 39.6%(2019년 보건복지부 추산)에 달할 정도로 의료적 처치 필요성이 낮은 환자들이 병상을 차지하고 있는 상황이다. 이 때문에 요양병원에 입원해야 함에도 불구하고 병상이 없어 급성기 병원에 입원하고 있는 상황이 발생하고<sup>113)</sup>, 건강보험 재정이 ‘사회적 입원’ 급여비로 지출되는 등 재정 누수가 심각한 상황이다.
  - 따라서 의학적 처치 필요성이 낮은 경증환자의 장기입원에 대해 요양병원에 가해지는 불이

113) 건강보험심사평가원(2014) 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」.

익을 실질적으로 강화해야 하고, 수요자에 대해서도 장기입원 시 입원기간에 따른 본인부담금을 증가시키는 조치가 필요하다.

- 물론 현재도 요양병원에 대해서는 환자의 입원일수가 길어질수록 요양병원에 지급하는 수가를 감산하고 있으나, 상기했듯 병원 입장에서는 불이익이 미미하여 여전히 ‘사회적 입원’이 줄어들지 않고 있다. 또한 신체기능저하군의 요양병원 입원 시 환자의 본인부담률을 40%로 설정하고 있으나 이 역시 마찬가지로 ‘사회적 입원’을 방지하는데 있어 효과적이지 못하다.
- 따라서 요양병원에 대해서는 실질적인 불이익을 더욱 강화하고, 수요자에 대해서는 입원일수에 따른 본인부담을 점진적으로 증가시켜 퇴원을 유도해야 한다. 예컨대 미국의 LTCH(우리나라의 요양병원)에서는 입원 1-60일까지는 메디케어의 적용을 받고, 61-90일부터는 일부 본인부담금 부과, 90일 이상부터는 전액 본인부담이 적용된다. 일본 역시 급성기 병원에서 90일 이상, 전원 포함 180일 이상 장기입원하는 환자에 대해 비용을 환자가 부담하도록 한다<sup>114)</sup>.

● **요양원은 아급성기 이후 만성기로 접어든 환자에 대해 기본적인 의료서비스와 함께 일상생활을 보조해주는 돌봄서비스를 제공해야 한다.** 그러나 현실은 재가서비스만으로도 일상생활이 가능한 3등급 이하 판정자가 요양원 입소자 중 2/3를 차지하는 등 본말이 전도된 상황이다. 따라서 요양병원과 마찬가지로 요양원 역시 입소 기준을 준수하도록 해야하며, 건강이 호전되어 평가등급이 하락했다면 요양원 퇴소 후 재가서비스를 받도록 해야 한다. 또한 요양원의 의료서비스 강화를 위해 촉탁의 방문 횟수 상향 및 의무화, 퇴출 등 불이행 기관에 대한 강화된 제재 조치 및 간호사 인력 충원 등 제도적 보완 역시 필요하다.

- 앞서 살펴본 바 있듯, 요양원 입소자의 66.8%(2019년 3월기준)가 원칙적으로는 입소가 제한된 장기요양 3등급 이하 판정자가 차지하고 있는 양상이 나타나, 입소 기준 자체가 무의미해지고 있을 뿐만 아니라 이 때문에 타인의 돌봄이 절대적으로 필요하여 요양원에 입소해야 할 1-2등급 수급자가 요양원 자리가 없어 입소하지 못하는 상황이 발생할 수 있다. 따라서 노인장기요양보험제도의 본래 취지에 맞게 요양원의 입·퇴소 대상자가 명확하게 구분되어야 하며, 예외적으로 입소를 허용하는 경우가 객관적으로 검증될 수 있는 방안을 세워야 한다<sup>115)</sup>.
- 또한 의료서비스 강화를 통해 요양원에 대한 소비자들의 불안감을 해소해야 한다. 이에 대해서는 촉탁의 의무 배치를 준수하지 않는 기관에 대해 퇴출 등의 강력한 제재 조치를 취하고, 간호사 인력 역시 확충하여 요양원에서도 충분한 의료서비스를 받을 수 있도록 구조적으로 개선해야 한다.

● **한편 요양원의 입·퇴소 요건의 강화 및 엄격한 준수 시 발생할 수 있는 부작용을 방지하기 위해서는 건강상태가 완화되었으나 주거가 불안정하거나 일신상의 이유로 여전히 24시간 시**

114) 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.

115) 감사원(2020). 「노인요양시설 운영 및 관리실태」. 감사보고서.

설돌봄이 필요한 대상자에 대해서 별도의 돌봄시설을 운영하여 서비스를 제공해야 한다.

- 요양원은 노인장기요양보험을 재원으로 운영되며, 노인장기요양보험은 국민의 건강보험료에 일정 부분을 부과하여 마련된 재원이다. 따라서 요양원은 입·퇴소자 기준을 제도의 취지대로 엄격하게 지켜야하며, 다만 여러 이유로 여전히 시설돌봄이 필요한 대상자에 대해서는 정부가 별도의 노인돌봄예산을 마련하여 생활돌봄시설을 운영해야 한다.
- 재가서비스는 만성질환을 겪는 수급자를 대상으로 기본적인 의료 및 돌봄서비스를 받을 수 있도록 해야 한다. 특히 의료돌봄통합체계상 재가서비스는 매우 중요한 위상을 차지하는만큼, 요양병원과 요양원에서 퇴소하는 사람들이 지역과 가정에서 건강한 생활을 할 수 있도록 충분한 양과 보장된 질의 재가서비스가 제공되어야 한다. 후술하겠으나, 재가서비스 확대에 결정적인 방문간호 서비스의 이용을 억제하는 제도를 정비하고 전체적으로 부족한 의료서비스의 확대를 위해 재가 간호사 인력을 충원해야 하며, 간단한 의료행위를 할 수 있도록 간호사의 역할을 확대하는 방안이 필요하다.

## 2. 의료돌봄통합체계 재편 - 요양병원을 중심으로 요양원과 재가서비스 기관의 연계 체계 구축

- 노인의 질환은 언제든 변화할 가능성이 있기 때문에 건강상태에 따라 치료가 필요할 때 의료기관, 돌봄이 주로 필요할 때 요양기관을 이용하는 것이 바람직하다. 따라서 타 복지대상자 역시 마찬가지이지만, 특히나 노인에 대해서는 수요자 중심의 전달체계가 반드시 구축되어야 한다.
  - 노년기 질환의 특징은 급성기와 아급성기, 만성기 사이를 반복적으로 오갈 수 있다는 점이다. 즉, 급성질환 치료 후 상태가 호전되어 아급성기 회복치료를 하고 있는 도중에도 언제든지 다시 병세가 악화되어 급성기로 이어질 수 있다는 의미로, 1992년 자료이나 실제 응급실 방문자의 15.7%는 노인 환자라는 통계가 존재한다<sup>116)</sup>.
- 각 기관들의 역할과 기능이 명확하게 정립된 이후에는, 변화하는 환자의 건강상태에 따라 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 이들이 원활히 연계되어야 한다. 그러나 민간 서비스 제공체계가 지배적인 한 각 기관들은 경영상 이해를 따르기 때문에 타 기관과의 연계가 거의 불가능하다. 따라서 일종의 허브역할을 하는 중심기관이 필요한데, 기관 간 연계 및 전원의 기준이 담당 의사의 의료적 판단이 근거가 될 수 밖에 없다는 점에서 서비스 연계에 있어서 의료기관인 요양병원에 중심적 역할을 부여해야 한다.
  - 환자가 요양병원에 입원할지, 요양원에 입소하거나 재가서비스를 받을지는 수요자의 요구와 함께 담당 의사의 환자의 건강상태에 대한 의료적 판단이 종합적으로 고려되어야 한다. 의학적 처치 필요성이 높은 환자에 대해서는 입원시켜 치료를 받도록 해야 하며, 의학적

116) Strange GR, Chen EH, Sanders AB(1992). 「Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base」. Ann Emerg Med.21(7), p.819-24.

처치 필요성이 낮은 환자에 대해서는 퇴원 후 요양원 입소 또는 재가서비스를 받도록 권유해야 한다. 따라서 효과적인 연계 시스템이 구축되기 위해서는 요양원에 입소해있거나 재가서비스를 받고 있는 만성질환자가 건강상태가 악화되어 치료가 필요할 때 언제든지 요양병원에 입원할 수 있도록 요양병원의 병상이 비워져 있는 상태로 일정부분 확보되어있어야 한다.

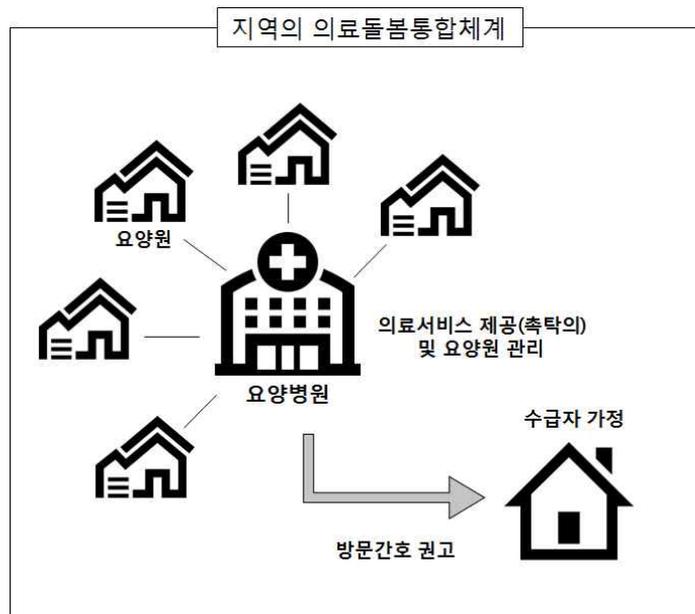
- 실제로 현행의 의료돌봄체계 하에서는 요양병원과 요양원 간 상호 이동 및 전원의 비중이 매우 적은 것으로 조사되었다. 요양병원 및 요양원에 입소한 노인 2,800여명을 대상으로 조사한 권순만(2013)의 연구에 따르면, 요양원에서 요양병원으로 이동해 왔다고 응답한 경우는 요양병원 입원환자 중 2.93%에 불과하였고, 요양병원에서 요양원으로 이동해 왔다고 응답한 경우 역시 요양원 입소자 중 11.21%에 그쳤다<sup>117)</sup>. 또한 2011년 급성기 뇌졸중으로 최초 입원한 노인환자 2,426명에 대해 퇴원 후 입원·외래·요양원 이동경로를 분석한 결과, 퇴원환자가 요양병원을 거쳐 요양원에 입소한 경우는 0%였고, 요양병원을 거쳐 가정에서 외래이용을 한 경우는 15%에 불과하였다. 이에 비해 21%는 퇴원 후 요양병원만 계속해서 이용하거나, 16.9%는 급성기 병원만 이용한 경우였다<sup>118)</sup>.
- 앞서 언급했듯, 기관 간 전원·연계 시스템이 원활히 운영되기 위해서는 환자의 상태에 대한 의료적 판단이 선행되어야 한다. 따라서 시스템을 구성하는 세 주체 중 의료기관인 요양병원만이 환자에게 적합한 서비스가 무엇인지 의료적인 판단을 할 수 있기 때문에, 요양병원이 의료돌봄통합체계의 중심기관이 되어야 한다.
- **요양병원을 중심으로 의료돌봄통합체계가 재편된다면 요양병원 소속 촉탁의 방문을 통해 지역 요양원들의 의료서비스 질이 담보되는 효과를 기대할 수 있다. 뿐만 아니라 요양원에 대한 전반적인 평가가 실질적으로 행해질 것이라 기대되며, 더 나아가 방문간호 재가서비스에 대한 연계까지 작동될 것이라 기대된다.**
- **첫째, 요양병원을 중심으로 지역의 의료돌봄통합체계가 재편된다면, 요양병원이 연계·관리하는 지역의 요양원을 대상으로 촉탁의 파견을 통해 요양원의 의료서비스 수준이 담보될 수 있다. 또한 만성질환으로 요양원에서 돌봄을 받고 있어도 치료가 필요할 경우 언제든지 담당 요양병원으로의 전원 및 신속한 처치가 가능할 것으로 예상된다.**
- 앞서 살펴보았듯 요양원이 당면한 문제는 낮은 질의 의료서비스로 환자 및 보호자에게 신뢰를 주지 못하고 있다는 점이다. 요양병원을 중심으로 의료돌봄통합체계가 재편된다면, 병원에서 퇴원하고 요양원에 입소한 환자들을 대상으로 지속적으로 모니터링하고 사례관리하며 의료서비스를 제공할 수 있다. 전문 의료진의 정기적인 검진과 의료서비스로 요양원의 의료서비스 수준을 높일 수 있을 것이라 기대되며, 이는 자연스럽게 요양원에 대한 불신을 해소시키는 효과를 가져올 수 있다. 마찬가지로 요양원 내 응급상황에 대해서도 거점기관인 요양병원을 통해 대처가 가능할 것으로 기대된다.

117) 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.

118) 위와 같음.

- 둘째, 재가서비스 중 선호가 높지만 서비스 이용률은 낮은 방문간호에 대해 권고 및 연계를 통해 충분한 서비스 제공이 가능하다.
  - 현재 장기요양등급을 판정하기 위한 장기요양인정조사에서는 수급자의 기능상태 및 욕구 등을 종합적으로 분석한다. 이후 급여가 인정되는 범위 내에서 적절한 재가서비스를 이용할 수 있도록 표준장기요양이용계획서라는 일종의 가이드라인이 제시되고 있다. 그러나 방문간호가 권고되더라도 이를 받는 것은 의무사항이 아니며, 더욱이 전문성이 낮은 건강보험공단의 직원이 계획서를 작성하고 있기 때문에 보호자 또는 환자 본인의 편의에 의해 서비스가 선택되는 것이 일반적이다<sup>119)</sup>.
  - 요양병원이 의료돌봄통합체계의 거점기관이 된다면, 의사가 객관적인 의학적 판단을 통해 재가서비스만으로도 충분히 일상생활이 가능하다고 여겨지는 수급자에 대해 방문간호 서비스를 받도록 권고하고 지역의 방문간호서비스 제공기관과 연계할 수 있을 것이라 기대된다.
- 다만, 입원기간이 아닌 퇴원 이후 환자의 민감한 개인정보를 민간 요양병원에서 지속적으로 관리하는 것은 적절치 않다. 따라서 공공이 아닌 민간 요양병원이 센터화된다면 기존의 보건소나 치매안심센터 등을 활용하거나 보건복지사무소를 신설하여 사례관리 등 정보 집중과 연계 작업을 해줄 수 있는 공적 컨트롤타워 기관을 두어야 한다.
- 정리하자면 다음 <그림 6>과 같이 요양병원을 중심으로 의료돌봄체계가 재편된다면, 지역의 요양원과 연계하여 요양원 내 의료서비스의 질을 담보하고, 필요한 대상자에게는 방문간호를 받도록 권고하여 병원에 입원하지 않고도 가정에서 충분히 의료서비스를 받을 수 있을 것으로 기대된다.

그림 6 요양병원 중심의 의료돌봄통합체계



119) “표준장기요양이용계획서 실효성 보장해야”. 간호사신문. 2011년 6월 28일자.

- 이처럼 요양병원이 지역의 의료돌봄통합체계의 허브역할을 하는 사례로 경남 창원시의 희연병원이 있다. 희연요양병원은 환자가 퇴원 후 제공받을 수 있는 장기요양서비스에 대해 안내를 해주거나, 요양원과 연계하여 의료서비스를 제공하기도 하며, 더 나아가 재가서비스를 직접 제공하기도 한다.
  - 희연병원은 아급성기 환자를 대상으로 재활, 투석 등의 치료를 전문적으로 하는 요양병원이다. ‘낙상없는 병원’이라는 별명을 갖고 있을 정도로 의료서비스의 질 자체도 높지만, 타 병원과 비교하여 독보적인 점은 환자를 지역사회로 복귀시키는 것을 목표로, 치료 이후 회복과 재활을 위한 요양기관과의 연계를 직접적으로 진행하고 있다는 점이다. 퇴원 환자를 대상으로 장기요양서비스를 안내해주기도 하고, 무료로 신청을 도와주기도 한다. 또한 가족이 없는 환자는 지방자치단체 의료급여 관리사와 연계하여 요양원 등을 이용할 수 있게 해주며, 자립이 가능하지만 거주지가 없는 경우 월세주택 등을 활용할 수 있게 복지제도 안내까지 맡고 있다.
  - 또한 ‘희연 재가커뮤니티센터’를 통해 주간보호, 방문요양, 방문간호, 방문목욕 등 장기요양서비스를 직접적으로 제공하기도 한다. 서비스 유형마다 각기 다른 기관을 선택해야 하는 민간시장과는 다르게, 해당 센터에서는 4가지 재가서비스를 통합적으로 제공하면서 환자 상태에 따라 적절한 서비스를 제공하는 지속적인 환자 관리까지 가능하다. 또한 창녕군노인전문요양원과 연계되어 의료서비스를 제공하고 있다.

### 3. 요양병원 공공화를 통한 효율적인 의료돌봄체계 구축

- 더 나아가 요양병원을 공공화하여 이윤에 좌우되지 않고 의료돌봄통합시스템의 거점기관으로서 제대로 역할할 수 있는 공공 요양병원을 대폭 확대할 필요가 있다. 이윤을 추구하는 민간 요양병원은 환자 수와 입원일수에 비례한 일당정액수가제도의 적용을 받기 때문에 의료돌봄통합체계의 거점기관으로서 전원·연계 시스템을 구축할 유인이 존재하지 않기 때문이다. 다만, 당장 모든 요양병원을 공공화할 수 없다는 점에서 초기에는 30% 정도를 목표로 공공 요양병원을 확대하고, 이후 점진적으로 그 비율을 확대해 나가야 한다.
  - 통상적으로 시장견제효과가 나타나기 위해서는 20-30%의 공공화가 필요하다. 교통안전공단, 한국전기안전공사, 한국감정원, 한국시설안전공단 등 공기업은 시장점유율을 20~30%정도 유지하며 민간 시장의 독과점과 불완전경쟁의 폐해를 방지하고 있다<sup>120)</sup>. 따라서 요양병원의 30% 정도를 공공화하여 이윤에 좌우되지 않고 의료돌봄통합체계의 중심기관으로서 역할할 수 있도록 해야 한다.
- 공공성을 추구하는 공공 요양병원은 의료적 처치 필요성이 높은 중증환자가 우선 입원할 수 있도록 엄격하게 입원관리를 하기 때문에 가장 먼저 ‘사회적 입원’ 환자들의 비율이 눈에

120) 한국조세재정연구원(2015). 「독점에서 경쟁체제로의 전환이 갖는 효과성 분석」.

띄게 줄어들 것이라 기대된다.

- 공공 요양병원은 수익성이 아닌 공공성을 추구하기 때문에, 요양병원을 공공화한다면 불필요한 ‘사회적 입원’의 비율이 줄어들 것이라고 기대할 수 있다. 실제로 2020년 공립요양병원 운영평가 결과보고서에 의하면, 공립요양병원에 입원한 신체기능저하군의 평균 재원일수는 97.6일로 조사되었다<sup>121)</sup>. 이는 민간이 90% 이상을 차지하는 전체 요양병원 신체기능저하군의 평균 재원일수인 166.6일(2019년 기준)보다 훨씬 적은 수치이다.
- 또한 공공 요양병원은 지역 요양원에 대한 의료서비스를 제공할 뿐만 아니라 요양원의 간병·돌봄 서비스 질에 대한 실질적인 관리·감독 기능까지 할 수 있을 것이라 기대된다.
- 공공 요양병원을 중심으로 요양원에 대한 촉탁의 의무방문 및 협약의료기관 지정 제도가 시행된다면, 의사의 진찰 및 환자 상태 점검을 통해 해당 요양원의 간병 및 돌봄 서비스가 제대로 제공되고 있는지 정성평가를 할 수 있을 것이다.
  - 건강보험공단이 실시하는 현행의 평가체계에서는 서비스 제공결과에 대해 등급현황(입소 후 수급자의 등급이 유지·호전되었는가), 욕창현황(수급자의 욕창 발생률이 낮고, 치유율이 높은가), 유치도뇨관현황(수급자의 유치도뇨관 삽입률이 낮고, 제거율이 높은가), 배설기능현황(수급자의 배설기능상태가 유지·호전되었는가)에 대해서만 정량적으로 평가를 할 뿐, 환자의 신체기능 또는 인지기능이 실질적으로 향상되었는지에 대한 정성적 평가가 부족하다.
  - 공공 요양병원에서 요양원에 촉탁의를 파견한다면, 담당 의사가 주기적으로 요양원 입소 환자의 객관적인 상태를 평가할 수 있을 것이라 기대된다. 즉, 서비스의 제공 여부에서 더 나아가 환자의 회복률과 개선율에 집중하여, 요양원의 서비스 질에 대한 실제적인 평가가 가능할 것으로 기대된다. 또한 환자의 상태가 악화되거나 조사가 필요하다고 인지되는 경우, 요양원의 간병 및 돌봄서비스가 제대로 되고 있지 않다고 판단하여 지자체에 감사를 건의하거나 요양원 평가에 참여하여 요양원의 수준을 향상시키는 데에도 기여할 수 있을 것이다.
- 특히 상기했듯, 공공 요양병원에서는 공공기관으로서 환자의 민감한 개인정보를 직접 취급할 수 있어, 환자가 요양병원을 퇴원한 이후 요양원에 입소하거나 재가서비스를 받더라도 사례관리를 통해 환자의 건강상태를 지속적으로 모니터링할 수 있어 보다 효율적으로 의료돌봄통합체계의 거점기관으로서 역할할 수 있을 것이라 기대된다.

#### 4. 재가서비스의 대대적인 확대-간호인력 확충 및 역할 강화

- 재가서비스는 상기한 의료돌봄통합체계에서 다수의 장기요양등급판정자가 이용해야 하고, 불필요한 요양병원 장기입원 및 3등급 이하 판정자의 요양원 입소를 최소화하기 위해서 양

121) 「공립요양병원 운영평가 결과보고서」(2020). 공공의료포털 홈페이지.

적·질적으로 더욱 확대되어야 한다. 그러나 현재 재가서비스의 이용률은 저조한 편이며, 특히 방문간호는 노년기 의료비 절감과 입원 대체의 효과를 갖고 있는 매우 효과적인 서비스임에도 이용률이 매우 낮은 편이다. 이는 수요자와 공급자 각자의 이해관계가 얽혀있기 때문이다.

- 재가서비스의 확대는 보험재정의 효율적 지출과 노년기의 건강하고 사회적인 삶을 보장한다는 측면에서 거스를 수 없는 국제적 추세이며<sup>122)</sup>, 재가급여가 요양원과 같은 시설급여보다 우선적으로 제공되어야 한다는 점은 노인장기요양보험법상 급여제공 일반원칙으로 명시되어있다<sup>123)</sup>. 원리적인 측면 뿐만 아니라 실질적인 측면에서도 앞서 살펴본 바와 같이 요양병원의 ‘사회적 입원’ 과 장기요양 3등급 이하 판정자들의 요양원 입소를 최소화하고, 가정에서도 충분히 건강한 노년생활을 보낼 수 있도록 보장하기 위해서는 양질의 재가서비스가 제공되어야 한다.
- 그러나 앞서 살펴보았듯, 재가서비스의 확대를 위해 가장 중요한 방문간호 서비스는 이용률이 1.6%(2020년 기준)에 불과할 정도로 매우 미미한 편이다. 수요자의 입장에서는 정해진 재가급여 내에서 단가가 높은 방문간호 서비스보다는 단가가 낮은 타 재가서비스를 선호하기 때문이며, 공급자의 입장에서는 이용률도 낮고 인건비와 운영 면에서 비용이 많이 소모되는 방문간호 서비스를 공급하기 꺼리기 때문이다.

● **따라서 방문간호를 확대하기 위해서는 적정 수준의 본인부담금 및 수가체계를 개편하고, 재료를 별도로 산정하여 수요와 공급의 활성화를 꾀해야 한다.**

- 2021년 기준 방문간호의 수가는 30분 미만 36,530원, 30분~60분 미만 45,810원, 60분 이상은 55,120원으로 책정되어 있다. 타 재가서비스에 비해 수가가 높은 편이나, 값비싼 간호소모품비 등이 별도로 산정되어 있지 않아 기관의 운영이 어렵다는 지적이 제기된다. 따라서 수가구조가 수요자와 공급자의 기피사유가 되지 않도록 본인부담금 및 수가체계를 적정 수준으로 개편하여 방문간호를 활성화해야 한다. 특히 재료비는 별도로 산정하여 공급자의 부담을 경감시켜 주어야 한다.

- 현재의 재가서비스 수가구조는 방문간호에 소요되는 비위관, 단순 및 정체 도노관, 기관지관, 산소요법, 욕창치료, 방광 및 요도세척 등에 필요한 재료비, 가정 내에서 실시하는 검사비, 간호서비스 제공과 교통소요 시간에 대한 비용, 기본간호를 포함한 투약관리지도, 교육훈련, 상담, 의뢰 등의 서비스 제공과 원거리 방문에 따른 소요시간에 대한 비용을 고려하지 않고 있다<sup>124)</sup>. 실제 방문간호서비스 제공기관의 센터장을 설문한 바에 따르면, “드레싱세트 같은 것도 일회용으로 쓰면 좋지요 하지만 그 재료비를 어떻게 감당을 해요. 그래서 소독을 한 후에 재사용할 수 있는 기자재를 사용해요.”<sup>125)</sup>라며 운영상의 어

122) 박영란, 박경순(2015) 「사람중심 고령사회 패러다임: Aging in Place 이념과 장기요양」. 한국장기요양학회 3(1). p134-155.

123) 노인장기요양보험법 제3조 3항.

124) 임지영, Anh-Tuan Cao and Dookie Kim. (2020). 「노인장기요양보험 재가방문간호 서비스 개발과 확대 방안」. 가정간호학회지, 27(3), 241-249.

125) 변도화(2015) 「노인장기요양보험 내 방문간호센터 운영의 활성화 방안: SWOT 분석을 중심으로」. 한국보건간호

려움을 호소하였다.

- 한편, 재가서비스 이용의 상당한 장애요인으로 작용하는 방문간호지시서의 발급절차 역시 개선될 필요가 있다. 이를 위해서는 방문간호서비스를 받는 대상자에 한해 예외적으로 원격진료를 허용해야 하고, 전문간호사의 방문과정에서 간단한 의료처치 후 이를 사후보고할 수 있도록 전문간호사의 역할을 확대해야 한다. 더 나아가, 간호사 인력을 대거 확충하여 재가서비스가 활성화될 수 있도록 해야 한다.
  - 방문간호지시서의 복잡한 발급절차 역시 방문간호 이용을 꺼리게 만드는 요인이다. 이를 개선하기 위해서는 거동이 불편한 만성질환자를 대상으로 의사가 직접 대면하지 않고도 간호사가 적절한 처치를 할 수 있도록 원격진료를 예외적으로 허용해야 한다. 요양병원을 중심으로 의료돌봄체계가 재편된 이후 방문간호를 권고받은 수급자 중심으로 원격진료가 활성화된다면 요양병원은 환자의 지속적인 관리와 예방 의료의 중심 역할을 수행할 수 있고, 수급자 입장에서도 의료접근성이 향상될 수 있다는 점에서 노년기 건강관리가 더욱 수월해질 것으로 기대된다.
    - 앞서 살펴보았듯 방문간호지시서는 의사의 직접적인 진찰 후 발급이 가능한데, 거동이 불편한 수급자는 내원하기 어렵고 의사의 왕진은 높은 비용으로 더더욱 어려운 실정이다. 따라서 비교적 치료가 정형화되어있고, 전문적인 처치보다는 주기적인 관리와 투약, 복용 등이 중요한 만성질환자에 대해서는 직접 대면하지 않고도 처방을 할 수 있도록 원격진료를 적극적으로 도입해야 한다.
    - 실제로 2015년에 3,400여 명의 복합 만성질환자를 대상으로 원격모니터링 및 원격진료를 한 결과 원격진료에 따른 맞춤형건강서비스가 질환을 유의미하게 호전시키는 것으로 나타났다<sup>126)</sup>. 원격진료에 대해서는 여전히 학계 및 시민사회의 의견이 분분하나, 의사의 진단과 장기요양등급 판정을 통해 방문간호를 받도록 권고받은 장기요양급여 수급자에 대해서 원격진료를 예외적으로 허용한다면 의료접근성 향상 및 방문간호 활성화에 크게 기여할 것으로 기대된다.
  - 또한 방문간호지시서에 대해 의사 뿐만 아니라 전문간호사 역시 발급할 수 있도록 기준을 낮추거나<sup>127)</sup>, 간단한 의료처치 후 사후보고를 할 수 있도록 전문간호사의 역할을 확대(해야 한다)하는 방안도 적극 검토할 필요가 있다. 예컨대, 방문간호지시서 발급 당시에는 상태가 심각하지 않았으나, 방문간호를 제공하기 위해 수급자의 자택에 방문했을 때 간호처치가 필요하더라도 원칙적으로 간호사의 처치행위는 제한된다. 이 때문에 환자의 당일 건강상태에 따른 효과적인 간호가 불가능하다. 따라서 간단한 의료처치는 독자적 판단 하에 할 수 있도록 전문간호사의 역할을 확대하는 방안을 고려해야 한다. 다만 이에 대해서는 의료계를 포함한 사회적 논의와 합의가 필요할 것으로 판단된다.
    - 우리나라의 전문간호사 제도는 1973년 의료사각지대에 있는 국민에게 보건의료서비스를

학회지 29(2). p.203-218.

126) 김종엽, 이관익(2020) 「비대면 의료서비스의 장점 및 필요성」. 대한내과학회. 95(4). p.217-227.

127) “간협 ‘방문간호지시서, 전문간호사 발급 허용해야’”. 청년의사. 2009년 9월 17일자.

제공하기 위해 마취, 보건, 정신보건 등의 ‘분야별 간호사’ 를 양성하기 위해 도입되었으며 2003년 이후 노인, 호스피스 등 여러 분야가 신설되어 현재는 총 13개 분야에서 전문간호사 인력이 배출되고 있다. 이들은 보건복지부장관이 지정하는 기관에서 전문 간호 과정을 이수하고 자격시험에 합격하여, 의사가 없는 지역에서 단독으로 경미한 의료행위를 제공하여 일차적인 보건의료서비스를 제공하도록 양성되었다<sup>128)</sup>. 그러나 현실적으로는 무면허 의료행위를 금지한 의료법 제 27조<sup>129)</sup>를 위반할 가능성이 매우 높아 전문간호사가 활성화되지 못하고 있다. 실제 전문간호사의 의료행위에 대한 대법원의 판례를 살펴보면, “마취전문간호사라고 하더라도 마취분야의 전문성을 인정받은 것일 뿐, 의사의 지시가 있었다라도 의사만이 할 수 있는 의료행위를 직접 할 수 없는 것은 다른 간호사와 마찬가지로” 라는 요지의 판결이 내려졌다<sup>130)</sup>. 즉, 전문간호사의 업무 범위가 법적으로 확보되지 못했기 때문에 엄연히 제도가 있음에도 활성화되지 못하고 있고<sup>131)</sup>, 이 때문에 전문간호사 등록과정생 수 역시 2012년 이후부터 계속해서 감소하고 있다<sup>132)</sup>.

- 미국의 전문간호사제도(Advanced Practice Nurse, APN)는 전문간호사의 업무에 대해 기존 간호업무와 더불어 41개 주에서는 처방권을 부여하고 있을만큼 의료행위에 대한 전문성을 인정하고 있으며 이들의 법적 지위 역시 간호법으로 보장되어있다<sup>133)</sup>.
- 방문간호에 대해 노인 분야 전문간호사의 지시서 발급을 제한적으로 허용하거나, 최소한 방문 당시 필요하다고 판단된 의료처치행위에 대해 선조치 후 사후보고를 할 수 있도록 전문간호사의 역할을 법적으로 보장하고 확대한다면 의료비를 절감하고 수급자들의 의료접근성을 제고할 수 있을 것이다. 이는 재가서비스 활성화를 통해 가정에서도 기본적인 의료서비스를 받을 수 있는 노인장기요양보험제도의 목적과 취지에 부합하는 정책 방향이다.
- 전문의의 수가 매우 제한된 상태에서 의료보조인력을 전문적으로 양성하고 그들의 역할을 확대해야 한다는 목소리는 꾸준히 제기되어왔다. 이에 보건복지부는 2020년 12월 전문간호사의 업무범위를 일정 부분 진료까지 확대하는 ‘전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙 개정안’ 을 공개하였다. 이에 대해 의사협회는 반발이 매우 큰 편이나, 병원협회는 찬성을 하고 있어 의료계 내에서도 입장이 상당히 다르다는 것을 알 수 있다. 의사협회에서는 의사의 고유영역인 진료를 전문간호사에게 허용한다면, 면허제도와 진료의 기본 틀을 바꾸는 것이라며, 현재의 의료질서를 붕괴시키고 의료의 질 저하를 초래한다고 주장한다<sup>134)</sup>. 반면, 병원협회에서는 현실적으로 업무 순응도가 높은 전공의·인턴 수련의들에게

128) 설미이 외(2017) 「한국 전문간호사제도의 현황과 활성화 전략」. Perspectives in Nursing Science 14(1). p.37-44.  
 129) 의료법 제 27조(무면허 의료행위 등 금지) 1항: ‘의료인이 아니면 누구든지 의료행위를 할 수 없으며 의료인도 면허된 것 이외의 의료행위를 할 수 없다’.  
 130) 김경례(2010) 「전문간호사 제도와 무면허 의료행위」. 의료법학. 11(1) p.173-198.  
 131) “간협, ‘PA 의료행위 환자 위협, 해결책은 전문간호사’”. 데일리메디. 2020년 10월 8일자.  
 132) 설미이 외(2017) 「한국 전문간호사제도의 현황과 활성화 전략」. Perspectives in Nursing Science 14(1). p.37-44.  
 133) 김경례(2010) 「전문간호사 제도와 무면허 의료행위」. 의료법학. 11(1) p.173-198.  
 134) “전문간호사 업무 확대?...면허 뒤흔드나”. 의협신문. 2020년 12월 26일자.

교육이라는 명목으로 저임금·고강도 노동을 요구하는 상황에서, 병원 내에서 충분한 교육과 업무를 받아 수행하는 것이라면 전문간호사 제도를 통해 이들을 적극적으로 이용해야 한다고 주장한다<sup>135)</sup>.

- 한편, 간호사와 간호조무사 같은 방문간호를 제공할 수 있는 전문 인력이 앞서 살펴본 바 있듯 2019년 기준 전체 장기요양서비스 제공인력의 0.4%, 0.9%<sup>136)</sup>에 불과하다는 점에서 재가서비스 확대 과정에서 필요한 방문간호의 공급을 늘리기 위해서는, 간호사 인력의 확충도 반드시 필요하다.
- **만연화된 부정수급에 대해서는 감시·감독의 체계를 강화해야 한다. 요양병원에 대한 건강보험공단의 감독 강화와 함께, 요양원과 재가서비스 기관은 지방자치단체에서 감시·감독하도록 체계를 강화해야 한다.**
  - 앞서 살펴보았듯, 요양병원은 10년 동안 2조 여원의 부정수급이 이루어졌고 요양원과 재가서비스 기관은 5% 남짓의 표본조사에서도 5년간 1천억여 원이 넘는 부정수급이 적발되었다. 특히 요양기관의 경우 5% 표본을 대상으로 한 조사에서 조사 대상 0기관의 80% 이상이 적발되었다는 점에 있어서, 요양기관의 부정수급은 만연되어있음을 알 수 있다.
  - 현재 요양병원에 대한 부당청구의 현지조사는 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 보건복지부 등에서 부당청구 의심기관으로 신고를 하거나 관련자의 내부 고발, 민원 등 부당청구가 인지될 경우 보건복지부 장관의 명령을 통해 이루어진다. 그러나 일당정액수가제로 운영되기 때문에 일반 급성기 병원에 비해 사각지대가 많고 엄밀한 조사가 이뤄지지 않는 경우가 많으며, 앞서 살펴보았듯 사무장 병원의 경우 부정수급액 환수율이 5%도 채 안되는 등, 시정조치마저도 매우 미온적이다. 따라서 건강보험공단에서 요양병원에 대한 감시·감독 체계를 보다 강화하고 환수가 결정된 건에 대해서는 적극적으로 환수조치를 시행해야 한다.
  - 요양원과 재가서비스 기관에 대한 부정수급 적발은 건강보험공단의 현지조사를 통해 매년 이루어지고 있으나, 앞서 살펴보았듯 적발률이 2015년 75.3%에서 2019년 91.8%로 오히려 증가하는 등 부정수급 문제가 개선되지 않고 있는 상황이다. 또한 일부만을 대상으로 하는 표본조사이기 때문에 전체적인 부정수급을 파악하기 어렵다는 한계를 지닌다. 이 같은 문제를 개선하기 위해서는 장기요양기관의 설립 및 신고 업무를 담당하고 있는 지자체에 장기요양기관에 대한 관리·감독 업무를 위임하거나, 앞서 신설할 것으로 제시한 보건복지사무소에 요양원 감독업무를 위임하여, 지역의 장기요양기관을 효율적으로 감시할 수 있도록 해야 하며, 환수조치 역시 적극적으로 이루어지도록 해야 한다.
- **우리나라 고령인구의 비율은 계속해서 증가하여 2045년에는 전체 인구의 약 37%가 노인인 ‘초고령사회’가 될 것으로 추정된다. 2019년 기준 장기요양등급판정을 받은 사람은 약 92만 명이며, 서비스를 이용하는 인원 역시 약 70만 명에 달할 정도로 장기요양서비스에 대한**

135) “PA문제 전문간호사로 풀자..간협·병협 ‘찬성’ 속 의협 ‘반대’”. 메디파나뉴스. 2020년 11월 12일자.

136) p.51의 <표 42>.

수요가 매우 높고, 이러한 추세는 계속해서 증가할 것으로 예상된다. 그러나 2019년 기준 요양병원에 4조 5,840억원, 요양기관에 8조 2,301억원 등 연간 약 12조 8천여억원의 막대한 재정이 투입되고 있음에도 불구하고, 재정누수나 전달체계 상의 비효율성, 질 낮은 서비스와 부정수급 등의 문제들은 개선되지 않고 있는 실정이다. 따라서 도입 이후 13년이 지난 현재 노인장기요양보험제도를 근본적으로 검토하고 이를 전면적으로 개편하여 시급히 대책을 마련해야 한다. 이를 위해서는 이윤에 좌우되지 않는 공공 요양병원을 중심으로 지역의 요양원 및 재가서비스 기관과 연계하는 의료돌봄통합체계를 구축하여, 환자 본인의 건강상태에 따라 적절한 서비스를 받을 수 있는 시스템을 마련해야 한다. 또한 가정에서 필요에 따라 의료서비스를 받을 수 있도록 장기요양등급 판정자에 한해서라도 원격의료를 허용하고, 전문간호사의 역할 확대 및 간호 인력 확충을 통해 의료돌봄통합체계 구축이라는 장기요양보험제도의 취지와 목적에 부합하도록 해야 한다.

## 참고문헌

- “< 제7차 건강보험정책심의위원회 > 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결” . 2019년 4월 30일자. 보건복지부 홈페이지. [https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=349273](https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349273)
- “10년 대기 서울요양원, 알고 보니 적자투성이 “건보공단 직영 손 떼야”, 중앙일보, 2020년 10월 20일자.  
<https://news.joins.com/article/23898688>
- “21년 장기요양보험료율 11.52%, 세대 평균 보험료 1,787원 증가” . 보건복지부 보도자료. 2020년 9월 8일자.  
[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=359803](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=359803)
- “PA문제 전문간호사로 풀자..간협·병협 ‘찬성’ 속 의협 ‘반대’ ” . 메디파나뉴스. 2020년 11월 12일자.  
[http://m.medipana.com/index\\_sub.asp?NewsNum=265733](http://m.medipana.com/index_sub.asp?NewsNum=265733)
- “간협, ‘PA 의료행위 환자 위협, 해결책은 전문간호사’ ” . 데일리메디. 2020년 10월 8일자.  
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=861280>
- “구상부터 도입까지, 이런 과정 겪었다”, 청년의사, 2008년 7월 24일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=61724>
- “요양원과 경쟁하는 요양병원...’기능 분화 필요“, 청년의사, 2018년 3월 30일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1054207>
- “ ‘노인장기요양보험법’ 중소병원의 돌파구?” 데일리메디, 2007년 3월 8일자.  
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=678340&thread=22r02>
- “ ‘요양환자 숙박시설 전락한 요양병원’ 건보료 누수 “. 데일리팜, 2014년 10월 12일자.  
<http://m.dailypharm.com/News/189458>
- “ ‘진료없이 잠만 자요’ 요양병원으로 둔갑한 관광호텔”, 머니투데이, 2019년 3월 28일자.  
<https://news.mt.co.kr/mtview.php?no=2019032511212572953>
- “2012년도 요양병원별 적정성평가 결과 공개”, 대한민국 정책브리핑, 2013년 2월 27일자.  
<https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=155879600>
- “21년 장기요양보험료율 11.52%, 세대 평균 보험료 1,787원 증가” , 보건복지부 보도자료. 2020년 9월 8일자.  
[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=359803](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=359803)
- “간협 ” 방문간호지시서, 전문간호사 발급 허용해야 “” . 청년의사. 2009년 9월 17일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=76951>
- “공단 무관심에 표류하는 ‘방문간호서비스’ ” . 청년의사. 2012년 1월 25일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?newsCd=2012012500026>
- “노인요양시설 입소자 3천명 퇴소 등급” . 연합뉴스. 2009년 5월 13일자.  
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20090513162000003>
- “대부업자들 사무장병원 운영 80억대 챙겨” , 데일리메디, 2014년 10월 14일자.  
<http://dailymedi.com/detail.php?number=785354>
- “불법 의료행위 의혹 대구 모 요양원 본격 수사” , 연합뉴스, 2018년 2월 20일자.  
<https://www.yna.co.kr/view/AKR20180220061600053>

“불필요 장기입원 방지, 의료 요양 통합모델 구축해야” . 메디포뉴스. 2019년 12월 18일자.  
<https://medifonews.com/mobile/article.html?no=150789>

“브로커 판치는 요양병원...환자 사고 파는 ‘인간시장’ 으로 전락” , 노컷뉴스, 2018년 8월 3일자.  
<https://www.nocutnews.co.kr/news/5010545>

“사무장 요양병원” . 한국일보. 2021년 7월 6일자.  
<https://www.hankookilbo.com/News/Read/A2021070609450002560>

“숨 멈춰야 해방되는 곳... 기자가 뛰어든 요양원은 ‘감옥’ 이었다” , 한겨레, 2019년 5월 13일자.  
<https://www.hani.co.kr/arti/society/rights/893616.html>

“오로지 돈... 요양병원 주인은 ‘사무장’ ?” , 노컷뉴스, 2018년 8월 10일자.  
<https://www.nocutnews.co.kr/news/5012937>

“요양급여 부정수급 요양보호사 18명 무더기 검거” , 매일경제, 2019년 6월 7일자.  
<https://www.mk.co.kr/news/society/view/2019/06/393442/>

“요양병원, 1주기 평가(2008-2018) 통해 의료서비스 수준 상당히 개선”. 보건복지부 보도자료. 2019년 6월 26일자.  
[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&page=1&CONT\\_SEQ=349912](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349912)

“요양병원 일당정액수가제 ‘과소진료 부추긴다’ ” , 청년의사, 2012년 11월 14일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=123691>

“요양병원 입원환자 분류체계 7개->5개 개편” , 후생신보, 2019년 4월 30일자. <http://www.whosaeng.com/109760>

“요양병원 홍수 속 방치되는 노인환자들?” , 청년의사, 2013년 7월 18일자.  
<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=136659>

“요양병원 환자 10명 중 1명은 불필요한 입원” . 청년의사. 2018년 7월 3일자.  
<https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1057657>

“요양병원<->요양시설, 번지수 틀린 환자 ‘수두룩’ ” , 데일리메디, 2013년 4월 17일자.  
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=766015&thread=22r01>

“요양병원들 불법 진료비 할인행위 척결” , 데일리메디, 2019년 12월 20일자.  
<http://www.dailymedi.com/detail.php?number=850996>

“요양병원이 주의해야 할 5대 부당청구” , 의료&복지뉴스, 2018년 2월 13일자.  
<http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=169>

“육창 관리, 수액주사... 무면허 의료에 맡겨진 요양원 노인들” , 한국일보, 2018년 3월 9일자.  
<https://www.hankookilbo.com/News/Read/201803090428970683>

“원격진료 만성질환 관리 등 단계적 허용 필요해” . 병원신문. 2020년 6월 17일자.  
<https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=202746>

“의료의 출구는 복지의 입구” . 의료&복지 뉴스.. 2018년 10월 8일자.  
<http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=655>

“이대로 가면 방문간호 미래 어둡다” . 청년의사. 2009년 2월 22일자.  
<https://www.khidi.or.kr/board/view?linkId=129902&menuId=MENU00896>

“장기요양기관 신뢰성 높인다는 복지부...방향과 영향은?” , 디멘시아 뉴스, 2019년 8월 26일자.

<https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=2082>

“장기입원 多 요양병원, 본인부담상한제 제한 필요할까?” 메디포뉴스, 2018년 9월 8일자.

<http://medifonews.com/news/article.html?no=140562>

“전문간호사 업무 확대?...면허 뒤흔드나” . 의협신문. 2020년 12월 26일자.

<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=137506>

“중증환자 기피하고 환자둘러막는 요양병원, 설자리 잃는다” , 청년의사, 2019년 4월 19일자.

<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1067239>

“지난해 장기요양기관서 부당청구된 요양급여 235억원” . MBC뉴스. 2016년 4월 19일자.

[https://imnews.imbc.com/news/2016/society/article/3947660\\_31332.html](https://imnews.imbc.com/news/2016/society/article/3947660_31332.html)

“치료 필요 없는 요양병원 환자 3년새 35% 급증” . 청년의사. 2017년 10월 24일자.

<http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1047973>

“커뮤니티케어와 장기요양 정책과제” , 참여연대, 2018년 8월 1일자. <https://www.peoplepower21.org/Welfare/1576915>

“편법으로 가로챈 80억원” , 복지로 부정수급 신고사례. 2015년 6월 16일자.

[https://m.bokjiro.go.kr/wrsd/saveExamView.do?data\\_sid=6332233](https://m.bokjiro.go.kr/wrsd/saveExamView.do?data_sid=6332233)

“표준장기요양이용계획서 실효성 보장해야” . 간호사신문. 2011년 6월 28일자.

<http://www.nursenews.co.kr/main/ArticleDetailView.asp?sSection=62&idx=8313>

“하반기 요양병원 ‘장기입원’ 실태조사 예고” . 메디팜스투데이. 2021년 6월 30일자.

<http://www.pharmstoday.com/news/articleView.html?idxno=308350>

“한국은... 돌봐줄 사람 없어서 입원해 있는 노인 17만명” , 조선일보, 2020년 1월 3일자

[https://www.chosun.com/site/data/html\\_dir/2020/01/03/2020010300246.html](https://www.chosun.com/site/data/html_dir/2020/01/03/2020010300246.html)

“한국의 사회동향 2018” . 2018년 12월 13일자. KDI 경제정보센터.

<https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=183429>

“현대판 고려장 노래” 송도신문, 2019년 7월 17일자.

<http://songdonewpaper.cafe24.com/gnb/news/view.htm?no=1695&start=1&cate=%EC%98%A4%ED%94%BC%EB%8B%88%EC%96%B8>

“휠체어·침상에 ‘공공’ ...70대 환자 묶어 밤새 방치한 요양원” , 연합뉴스, 2021년 3월 25일자.

<https://www.yna.co.kr/view/AKR20210325074500052>

「공립요양병원 운영평가 결과보고서」(2020). 공공의료포털 홈페이지.

[https://www.ppm.or.kr/board/ComDeView.do?MENUID=A02020210&BOARD\\_ID=2851&TAB\\_TYPE=0002](https://www.ppm.or.kr/board/ComDeView.do?MENUID=A02020210&BOARD_ID=2851&TAB_TYPE=0002)

보건복지부 홈페이지 보도자료 “치매특별등급 신설 등 장기요양보험 등급체계 개편에 따른 수가 신설·조정 및 보험료율 결정” . 2014년 5월 2일자.

[http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?CONT\\_SEQ=300388&MENU\\_ID=0403&PAR\\_MENU\\_ID=04&page=1](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?CONT_SEQ=300388&MENU_ID=0403&PAR_MENU_ID=04&page=1)

제56주년 광복절 경축사. 2001년 8월 15일자.

[https://ko.wikisource.org/wiki/%EC%A0%9C56%EC%A3%BC%EB%85%84\\_%EA%B4%91%EB%B3%B5%EC%A0%88\\_%EA%B2%BD%EC%B6%95%EC%82%AC](https://ko.wikisource.org/wiki/%EC%A0%9C56%EC%A3%BC%EB%85%84_%EA%B4%91%EB%B3%B5%EC%A0%88_%EA%B2%BD%EC%B6%95%EC%82%AC)

Strange GR, Chen EH, Sanders AB(1992). 「Use of emergency departments by elderly patients: projections from a multicenter data base」. Ann Emerg Med.21(7), p.819-824.

- 감사원(2020). 「노인요양시설 운영 및 관리실태」. 감사보고서.
- 감사원.(2013) 「2013년도 고령사회 대비 노인복지시책 추진실태 감사결과보고서」.
- 강새봄(2014). 「노인장기요양 방문간호 이용과 의료이용의 관계: 방문간호를 권고받은 군을 중심으로」. 서울대학교 석사 학위논문.
- 강새봄, 김홍수(2014). 「노인장기요양보험 방문간호 권고군의 방문간호 이용과 의료이용의 관계」. 보건행정학회지 24(3). p.283-290.
- 건강보험심사평가원(2015) 「요양병원 수가 개선방안: 단기 개선방안 중심으로」.
- 건강보험심사평가원(2017) 「의료급여 청구 부당사례 모음집」
- 곽찬영(2016). 「장기요양보험 등급판정 대상자의 지역별 방문간호 서비스 이용만족도 및 요구도: 대도시, 중소도시, 농촌지역을 중심으로」. 지역사회간호학회지 27(2). p.114-123.
- 국회예산정책처(2015). 「노인장기요양사업 평가」. 통권 339호.
- 권순만(2013) 「실태조사를 통한 노인의료(요양)서비스제도 개선방안 연구」 요약본. 국민건강보험공단.
- 김경례(2010) 「전문간호사 제도와 무면허 의료행위」. 의료법학. 11(1) p.173-198.
- 김명화, 김홍수 and 권순만. (2013). 「노인의 장기요양이용이 의료이용에 미치는 영향」. 보건경제와 정책연구, 19(3), 1-22
- 김세영(2016) 「노인요양시설에 대한 한국노인의 인식」. 지역사회간호학회지 27(3) p.242-253.
- 김은경, 이재창(2005) 「요양보호 대상노인의 서비스 요구도 평가」. 간호행정학회지 11(1). p.1-11.
- 김종엽, 이관익(2020) 「비대면 의료서비스의 장점 및 필요성」. 대한내과학회. 95(4). p.217-227.
- 김창오(2019) 「노쇠와 노인중후군」. 노년내과 심포지엄. 2019년 대한내과학회 추계학술대회
- 김철호(2006) 「노인질환의 특징」. 대한내과학회지 제71권 부록2호. p.844-847
- 김현철 외(2005) 「장기요양서비스를 누가, 얼마나, 얼마에 원하고 있는가?」. 보건행정학회지 15(4), p.136-160.
- 김홍수 외(2020) 「노인 만성기의료와 요양돌봄 분야 기속가능한 환자중심 의료체계 구축 방안」, 건강보험공단 토론회. <http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=2140>
- 노용균(2017). 「노인장기요양제도의 나아갈 방향: 건강관리를 중심으로」. 의료정책포럼 15(2). p.37-43.
- 노용균(2019) 「장기요양에서의 서비스 사각지대: 의료측면」. 2019년도 장기요양학회 한국노인과학술단체연합회 학술대회 발표문. <http://www.kaltc.co.kr/board01/view.asp?key=92&main=&sub=&Page=4>
- 박능후(2010). 「노인장기요양서비스의 질 관리 방안」. KDI. 노인장기요양보험의 현황과 과제, p.118-156.
- 박영란, 박경순(2015) 「사람중심 고령사회 패러다임: Aging in Place 이념과 장기요양」. 한국장기요양학회 3(1). p134-155.
- 박영옥, 조은희, 이남주, 서영숙. (2010). 「일 노인요양시설 거주 노인의 의료기관 이용 영향 요인」. 노인간호학회지, 12(1): 10-20
- 박은옥(2019) 「우리나라 가정방문간호의 현황과 향후 과제」. 한국농촌의학지역보건학회 44(1). p.28-38.
- 변도화(2015) 「노인장기요양보험 내 방문간호센터 운영의 활성화 방안」. 한국보건간호학회지 29(2). p.203-218.
- 보건사회연구원(2013) 「요양병원과 요양시설 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로」
- 보건복지부 공적노인요양보장추진기획단(2004) 「노인요양제도 청사진 마련: 공적노인요양보장체계 최종보고」 <https://eiec.kdi.re.kr/policy/materialView.do?num=67579>
- 설미이 외(2017) 「한국 전문간호사제도의 현황과 활성화 전략」. Perspectives in Nursing Science 14(1). p.37-44.
- 어유경(2020) 「경쟁이 사회서비스 질에 미치는 영향: 요양병원 및 노인장기요양서비스의 준시장적 공급을 중심으로」.

서울대학교 행정대학원 박사 학위논문.

윤희숙 외(2009) 「노인장기요양보험 시행 1년의 현황과 개선방안」. KDI.

이민경·김은경(2010) 「노인요양시설 거주자의 장기요양등급에 따른 요양서비스 및 자원이용량 분석」. 대한간호학회지 40(6) p.903-912.

이상진, 곽찬영. (2016). 「노인장기요양보험의 방문간호 서비스가 의료이용에 미치는 효과」. 지역사회간호학회지, 27(3), p.272-283.

이정석 외(2012) 「노인장기요양보험의 방문간호 제공기관 특성별 서비스 제공 추이」. 지역사회간호학회지 23(4), p.415-426.

이정택. (2017). 「요양병원 현황 및 개선 과제」. 보험연구원 고령화리뷰.

임지영 외(2012) 「노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안」. 한국콘텐츠학회논문지 12(8). p.283-299.

임지영, Anh-Tuan Cao and Dookie Kim. (2020). 「노인장기요양보험 재가방문간호 서비스 개발과 확대 방안」. 가정간호학회지, 27(3), 241-249.

정부합동 부패척결추진단(2016). 「장기요양기관 분야별 불법행위 사례」.

정영일, 김홍수 and 권순만. (2016). 「재가 장기요양자의 장기요양이용과 의료이용의 수평적 형평성」. 보건경제와 정책연구, 22(4), p.59-78.

조은희(2019) 간호측면에서 본 장기요양에서의 서비스 사각지대. 2019년도 장기요양학회 한국노인과학술단체연합회 학술대회 발표문. <http://www.kaltc.co.kr/board01/view.asp?key=92&main=&sub=&Page=4>

조주연(2018) 「한국의 노인 장기의료 및 요양서비스」. 임상노인의학회지 19(2). p.63~71

차흥봉, 선우덕. (2013). 「노인장기요양보험제도의 발전과정과 향후 개선방향에 대한 논의」. 장기요양연구, 1(1), 7-30.

최현림(2011) 「우리나라 노인의학의 현재와 미래」. 대한노인병학회 15(2) p.71-79

한국재가장기요양기관정보협회 홈페이지. [http://www.klcf.kr/sub02/sub02\\_01.php](http://www.klcf.kr/sub02/sub02_01.php)

한국조세재정연구원(2015). 「독점에서 경쟁체제로의 전환이 갖는 효과성 분석」.

보건복지부 홈페이지 '요양보험제도'

노인장기요양보험통계연보

건강보험심사평가원 진료비통계지표

건강보험심사평가원 '2019년 기준 의료서비스 이용현황'

장기요양기관(시설급여) 정기평가 분석보고서 2011-2018년.

남인순 의원실. 2010~2020년 요양병원 부정수급 현황. (2021.5.31. 기준)

남인순 의원실. 2010~2020년 사무장 요양병원 부정수급 비율. (2021.5.31. 기준)

남인순 의원실. 국민건강보험공단 장기요양기관 현지조사 현황

2015년 국민건강보험공단 장기요양기관 현지조사 현황결과

---

## 더미래연구소 IF REPORT 2021-04

공적 장기요양서비스 체계 재편에 관한 정책 제언

발행일 2021.8.4

발행처 (재)더미래연구소(이사장: 원혜영)

Copyright ©더미래연구소, 2021 ※본 자료는 더미래연구소 웹사이트에서 다시 볼 수 있습니다.



더미래연구소는 대한민국의 '더 좋은 미래' 를 만들어 가는 '독립 민간 싱크탱크' 입니다.  
더미래연구소의 성장은 '후원회원' 의 힘과 꿈으로 가능합니다.

07237 서울특별시 영등포구 국회대로68길 23, 903호(여의도동, 정원빌딩)

T: 02-785-2030, F: 02-786-2017, E: themirae2030@gmail.com

웹사이트: themirae.org

페이스북: www.facebook.com/themirae

블로그: blog.daum.net/themirae2030

---

※ 본 보고서는 더불어민주당의 당론 및 더좋은미래의 공식입장과 무관합니다 ※