

우리나라 보건복지 사업의 전망과 과제

김 선 민
(한국보건산업진흥원)

※ 이 글은 2001년 5월 18일 본협회 춘계세미나에서 발표된 강연내용입니다.

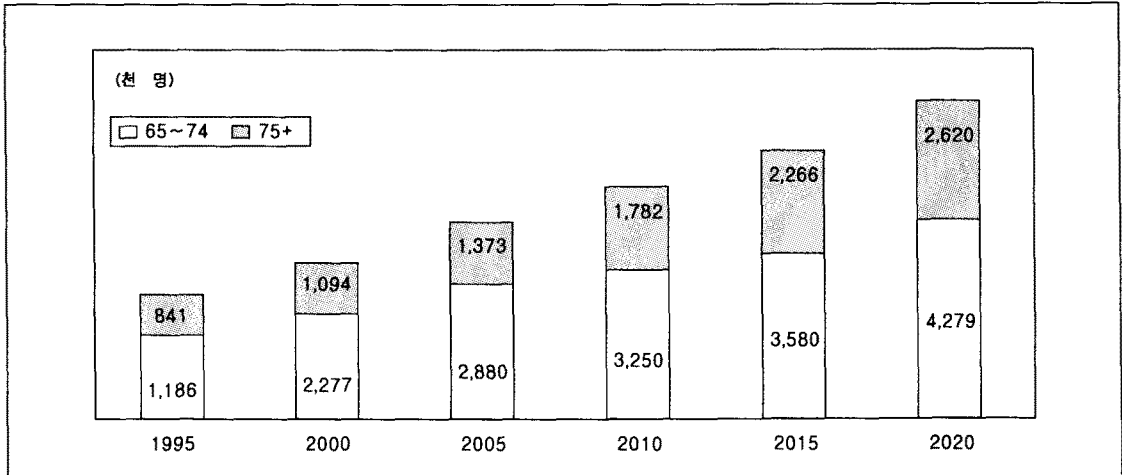
I. 현황과 문제점

1) 노인인구의 증가

〈표 1〉 영국의 민간보험자 가입인구비율 (1955-1990)

(단위: 천명)

연 도	전체인구	노인인구		노인인구비율(%)	
		65세이상	75세이상	65세이상	75세이상
1995	45,093	2,657	841	5.9	1.9
2000	47,275	3,371	1,094	7.1	2.3
2005	49,123	4,253	1,373	8.7	2.8
2010	50,617	5,032	1,782	9.9	3.5
2015	51,677	5,846	2,266	11.3	4.4
2020	53,358	6,899	2,620	13.2	5.0



* 자료 : 통계청 인구추계자료(1996)

2) 부양비의 증가

- 노인인구의 절대적 증가에 따라 경제활동인구에 대비한 노인인구가 증가하여 국가경제적으로 압박요인으로 작용할 것임

3) 실질 수발자의 감소

- 여성인구의 취업률 증가와 여권 신장 등으로 실질적으로 가족에서 해결하던 실질 수발자가 감소하고 노인은 지역사회에 버려질 가능성이 높음

II. 노인보건서비스의 특징과 영역

1) 노인 건강문제의 특성

- 복합적인 질병을 갖고 있는 경우가 많음
- 질병의 발현이 청장년층과 다른 경우가 많음
- 목표가 cure보다 care인 경우가 많음

2) 노인보건서비스의 특징

- 질병보다는 기능상태에 따라 달라짐
- 다양한 영역의 포괄적 서비스를 필요로 함
- 보건과 복지서비스를 동시에 필요로 하는 경우가 많음
- 고 난이도 기술이나 고 숙련도 인력보다는 낮은 수준의 인력에 대한 의존도가 높음

3) 노인보건서비스의 영역

〈표 2〉 Willmott에 의한 노인보건서비스의 분류

범 주	내 용
medical care 기타 health care	medical practitioner에 의한 수술, 약물투여, 치과, 안과, 물리치료
personal care	목욕, 옷입기, 음식먹기, 화장실 가기
domestic care	음식 만들기, 청소, 세탁
domestic maintenance	장보기, 집 고치기, 정원 손질 등
social support	말벗, 우애,
surveillance	노인 건강상태와 응급 상황에 대한 모니터링

* 출처 : OECD,

Ⅲ. 우리 나라 노인보건서비스의 현황과 문제점

1) 지역사회 노인보건서비스

〈표 3〉 기능상태가 저하된 노인을 위한 노인복지사업의 종류

대분류	중분류	소분류
국고지원 노인보건복지사업	노인건강 및 재가복지사업	치매상담신고센터 운영 노인건강진단 실시 재가노인복지사업 실시 재가노인복지사업비 지원 결식노인무료급식사업
	노인복지시설 관리 및 지원	노인복지시설 지원 실비노인복지시설 지원 시설기능보강 노인복지시설의 종류별 규모
	시·도립 치매요양병원 운영	
재가복지봉사사업		
보건소 노인보건사업		방문보건사업

■ 재가노인복지사업

● 가정봉사원파견사업

▷ 1987년 한국노인복지회에서 시범적으로 출발한 가정봉사원 파견사업은 저소득층 노인들을 대상으로 하는 무료 사업으로 시작하여 왔으나, 1993년 노인복지법이 개정되면서 일반노인을 대상으로 하는 실비 또는 유료 가정봉사원 서비스도 가능하게 되었음. 서비스 제공기관도 점차 늘어서 '95년 32개소이던 것이 '99년에는 130개소에 이르게 됨. 내용도 보강이 되어서 '97년에는 가정봉사원은 명시화된 교육기관에서 교육훈련을 받도록 의무화되었고 시설평가제도 도입.

▷ 내 용

〈표 4〉 가정봉사원 파견사업의 내용

가정봉사	가사지원서비스	취사, 시장보기, 청소, 주변정돈, 생활필수품 구매 등 가사에 관한 서비스
	개인활동서비스	신체청결, 외출시 부축 동행 등 개인활동에 관한 서비스
	우애서비스	전화 및 방문 말벗, 편지써주기, 생활상담 등에 관한 서비스
상담 및 교육	지역사회내에서 노인의 자립생활에 관한 상담 서비스	
	장애노인 수발자를 위한 상담 및 교육	
노인결연	무의탁 노인 후원을 위한 결연사업(정부지원시설에 한함)	

▷ 예 산

〈표 5〉 2000년 가정봉사원파견 사업 예산 지원액

사업 구분	총예산 (천원)	국비 (천원)	지방비 (천원)	전체 노인수* (인)	전체노인 대비예산 (원)	저소득층 노인수# (인)	저소득층 노인 일인당예산 (원)
가정봉사원파견사업	5,920,000	2,368,000	3,552,000	47,274,543	1,756	283,957	20,848

* 전체 65세 이상 노인수(1999년 기준)
의료보호대상자 중 65세 이상(1998년 기준)

■ 주간보호사업

▷ 개 요

- 심신이 허약한 노인이 낮시간 동안 주간보호소(탁노소)에 통원 또는 방문하여 이용하는 서비스를 말함. 1992년부터 서울에 3개소(한국노인복지회, 은천노인복지재단, 천사양로원)를 시범적으로 운영하여 오다가, 1994년에 부산에 2개소(남광사회복지재단, 애광원), 경기도에 1개소(신양원)를 신설하여 6개가 되었고, 1999년 현재 42개소가 운영되고 있음

▷ 내 용

〈표 6〉 주간보호시설의 사업 내용(보건복지부 권장 사항)

생활지도 및 일상동작훈련등 심신의 기능회복을 위한 서비스
급식 및 목욕서비스 등
취미, 오락, 운동 등 여가생활 서비스
장애노인가족에 대한 교육 등

▷ 예 산

〈표 7〉 주간보호사업에 투입되는 예산액

사업 구분	총예산 (천원)	국비 (천원)	지방비 (천원)	전체 노인수* (인)	전체노인 대비예산 (원)	저소득층 노인수# (인)	저소득층 노인 일인당예산 (원)
주간보호사업	2,095,000	838,000	1,257,000	47,274,543	622	283,957	7,378

* 전체 65세 이상 노인수(1999년 기준)

의료보호대상자 중 65세 이상(1998년 기준)

■ 단기보호사업

▷ 개 요

- 심신이 허약한 노인을 모시고 있는 보호자가 휴가, 질병, 해외출장, 출산 등 부득이한 이유로 일시적으로(며칠에서 몇주일 정도) 모시지 못할 경우 노인을 단기보호소에 입소시켜 보호하는 사업이다. 1992년부터 대구(성산노인양로원), 인천(영락요양의 집), 광주(벨엘타운), 충북(성암안식원), 전북(성예요양원), 전남(선희간병요양원)의 실비 양로, 요양시설 6개소를 중심으로 시범적으로 운영하여 왔으며, 1998년 현재 전국에 18개의 단기보호사업소가 운영되고 있음.

▷ 내 용

급식, 물리치료 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하도록 되어 있음

▷ 예산지원

〈표 8〉 단기보호사업에 투입되는 예산액

사업 구분	총예산 (천원)	국비 (천원)	지방비 (천원)	전체 노인수* (인)	전체노인 대비예산 (원)	저소득층 노인수# (인)	저소득층 노인 일인당예산 (원)
단기보호사업	1,279,500	511,800	767,700	47,274,543	380	283,957	4,506

* 전체 65세 이상 노인수(1999년 기준)
의료보호대상자 중 65세 이상(1998년 기준)

■ 재가복지봉사사업

- 1992년에 개정된 사회복지사업법에서는 각 지역에 있는 사회복지관이 재가복지봉사센터를 설치하고 가정보호를 필요로 하는 노인, 장애인, 소년·소녀가장 등에게 가사, 간병, 정서, 의료, 결연 등의 서비스를 제공할 수 있도록 재가복지사업을 포함하여 지역주민의 복지증진을 도모하고 있다. 1996년 8월 현재 전국에 있는 276개의 사회복지관에 243개의 재가복지봉사센터가 부설되어 있으며 서비스 대상자는 주로 노인층으로 이루어지고 있음(사회복지관협회, 1996).

〈표 9〉 재가복지봉사센터의 역할과 기능

조사·진단의 역할	재가복지서비스 대상자 및 가정의 욕구조사와 문제의 진단 등을 통해 필요한 서비스의 종류를 선정한다.
서비스 제공의 역할	재가복지서비스 대상별 측정된 욕구와 문제의 진단내용에 따라 직·간접적 서비스를 제공한다.
지역사회 자원동원 및 활용의 역할	재가복지서비스의 내실화와 대상자 및 가정의 욕구와 문제해결을 위해 지역사회 인적·물적자원을 동원, 활용한다.
사업평가의 역할	재가복지서비스사업을 평가하기 위하여 서비스 기능, 분야별 효과, 자원동원 및 활용효과 등에 관하여 자체 평가하고 그 결과가 사업에 활용되도록 한다.
교육기관의 역할	자원봉사자 및 지역사회 주민들에게 재가복지서비스사업, 사회복지사업 및 취미·교양 등에 관한 교육을 제공한다.
지역사회 연대의식 고취의 역할	지역사회내 인적, 물적자원 연계를 통한 계층간의 연대감을 고취시킨다.

출처 : 한국사회복지관협회 <http://welfare.net/~sea/home-care/index.htm>

〈표 10〉 재가복지서비스의 주요 내용

대분류	세부 항목
가사 서비스	집안청소, 식사준비 및 취사, 세탁, 청소 등
간병 서비스	안마, 병간호 수발, 병원안내 및 동행, 통원시 차량지원, 병원수속 대행, 보건소 안내, 약품구입, 체온측정, 신체운동, 집안소독 등
정서적 서비스	말벗, 상담, 학업지도, 책읽어주기, 여가지도, 취미활동제공, 행정 업무
결연 서비스	서비스 대상자에 대한 생활용품 및 용돈 등의 재정적 지원 알선 의부모, 의형제 맺어주기 등의 서비스
의료서비스	지역의료기관, 보건기관과의 연계 및 결연을 통한 정기 또는 수시 방문진료(링겔투약, 혈압체크, 질병상담 및 치료 등)
자립지원 서비스	탁아, 직업보도, 기능훈련, 취업알선 등 자립능력을 배양할 수 있는 내용의 서비스 등
주민교육 서비스	보호대상자의 가족, 이웃, 친지 등을 포함한 지역주민을 위한 재가 보호서비스요령 및 방법교육
기타 사회복지관내 시설을 활용한 서비스 등	

□ 문제점 요약

■ 자원

▷ 시설

• 다양성 부족

- 다양한 시설의 개발이 부족 : 효율적인 시설 운영과 노인의 삶의 질 개선을 위해서 의료기관, 너싱홈, 단순거주시설, 병원, Sheltered housing, Very sheltered housing 등의 다양한 시설들이 필요함.

- 1) 관리인과 경보체계, 세탁실 혹은 거실 등과 같은 optional communal facilities를 갖는 specially designed accommodation임
- 2) sheltered housing보다 높은 수준의 케어를 더 많이 제공하는 곳으로서 식사, 관리인, 주거보조인, 부가적인 공동 시설 등을 갖추고 있음

• 총량

- 현재 있는 시설 중에서도 특히 주간보호시설과 단기보호시설은 턱없이 부족. 자원봉사자 파견 기관도 시설의 총량 부족.

• 지역간 불균형

- 더욱 문제가 되는 것은 예산 지원이 서비스를 필요로 하는 노인수에 근거하지 않고 서비스 제공자의 수에 근거하여 이뤄지고 있기 때문에 노인의 수가 많더라도 서비스 제공시설은 부족한 현상이 심함. 특히 노인인구 비율이 높은 농어촌 지역의 경우 시설의 부족현상은 매우 극심.

▷ 장 비

• 장비를 필요로 하는 빈도에 높음에도 불구하고 장비에 대한 지원은 아예 공식적으로 이뤄지지 않고 있음. 특히 재가복지서비스에서 필요로 하는 장비들은 소모성 장비보다는 장기적인 사용을 요하는 것으로서 초기 투자비용은 다소 높더라도 내구성이 있는 장비들이며 그 예는 아래 표와 같음.

〈표 11〉 지역사회 노인이 필요로 하는 장비의 예

구 분	필요 장비 예
환경개선장비	문턱제거 장비 화장실 지지대 바닥 미끄럼 방지 재료
일상생활기능 보조	휠체어 목욕보조장비 지팡이 좌변기 침대
보장구	틀니 안경 약통 배회노인에 대한 이름표

- 이러한 장비 지원은 소득계층별로, 가격대별로 대책을 달리하여야 할 것이며 원칙의 안은 아래 표와 같이 정리할 수 있음. 즉, 고가 내구재는 대여를 원칙으로 하고 저가 소모품은 제공하거나 구입하게 하되 소득계층에 따라서 중산층이상은 유상으로, 저소득층에 대해서는 무상으로 하는 것이 현실적임.

〈표 12〉 소득계층별로, 가격대별 장비 지원의 원칙(안)

	중산층 이상	저소득층
고가, 내구재	유상 대여	무상 대여
저가, 소모품	유상 구입	무상 제공

▷ 인 력

- 인력에 대해서는 구체적으로 제3세부과제에 기술되어 있으나 기존의 다른 영역에서 활용되고 있는 공공근로 사업이나 자활지원사업의 인력을 충분히 활용하지 못하고 있는 실정.

■ 재정적 지원

▷ 예산의 총량 부족

- 중앙정부 예산의 경우 예산 자체의 부족이 가장 큰 문제점. 국가가 지원하는 대상 인구를 저소득층 노인으로 한정한다 하더라도 지역사회 노인보건사업을 위해 필수적인 주간보호시설과 단기보호시설에 투입되는 예산은 턱없이 부족한 현실

▷ 예산집행의 효율성과 적절성

- 예산의 부족도 문제이지만 예산 집행시 효율성과 적절성의 부족이 우선 해결하여야 할 문제점
- 연구 결과에서 가정봉사원 파견사업의 경우 저소득층 일인당 예산 배정액이 20,000원 정도로 추계됨. 서비스를 필요로 하는 대상 인구를 15-30%(평균 20%)정도라고 추계할 때 약 일인당 100,000원정도의 예산이 배정되어 있다고 할 수 있다. 이 정도의 예산이 서비스를 필요로 하는 노인에게 정확하게 배분되지 않는 것이 더욱 큰 문제점
- 또한 예산 편성 자체에서 협의의 재가복지서비스에 국한되어 있기 때문에 일부 필수적인 서비스(환경개선, 인지재활 등)에 대해서는 국가의 지원 대상에서 제외되고 있음. 우선 다양한 서비스에 대한 예산을 확보하는 한편 중장기적으로는 이러한 예산을 통합적으로 (block grant) 집행하는 방안을 도입하여야 함

▷ 지역간 불균형

- 예산의 배분시 노인의 필요에 근거하지 않고 서비스 제공자에 근거하고 있기 때문에 지역간 불균형은 더욱 심화될 가능성이 있음.

▷ 가계 부담

- 조사에 의하면 가계에서는 아직 노인을 위한 지역사회 서비스 자체에 대한 인식이 부족하며 더욱이 이에 대하여 가계 부담의 의지는 희박한 것으로 나타났음
- 특히 서비스를 필요로 하는 경우 해당 서비스에 대한 비용지불의사도 매우 낮은 것으로 나타나 당분간 적정한 비용을 지불하여 이러한 서비스를 구매하도록 유도하기는 어려운 것으로 판단됨.

■ 자원의 조직적 배치

▷ 서비스 제공 기관

- 현재의 서비스 제공기관은 병원, 의원, 보건소, 재가복지봉사센터, 가정봉사원파견센터, 주간보호소, 단기보호소 등이 있으나 이들이 서비스의 연속선상(continuum of care)에 있지 못하고 각기 따로 따로 떨어진 형태로 존재하고 있음. 일부 서비스(인지 재활이나 환경개선 등)에 대해서는 서비스를 제공하는 기관이 존재하지 않음

▷ 지역 내 연계 체계의 구축

- 지역단위에서 각 자원들을 연계하는 시스템 구축이 필요하나 체계가 구축되지 않고 있음. 시스템은 다음과 같은 요소를 필요로 함
 - 지역의 실정에 맞는 중심기관 : 기존의 보건소나 사회복지관이 될 중심기관을 될 것으로 예측되나 지역에 따라 차이가 클 것임
 - 보건복지서비스를 필요로 하는 노인이 시스템에 단일한 경로를 통하여 들어올 수 있어야 함(single entry point).
 - Entry point에는 반드시 사례 관리자의 역할을 하는 인력이 배치되어야 함(간호사 혹은 사회복지사).
 - 노인의 서비스 필요를 평가하고 해당 서비스를 연계할 수 있어야 함
 - 적절한 비용이 지불되어야 하며, 이 비용지불방법은 지불의 정확성을 높이는 한편 전체 비용을 상승시키지 않는 방법이라야 함
 - 비용의 지불이나 예산의 지원에는 반드시 평가가 따라야 하며 평가 결과는 환류되어야 함

■ 관리 - 질 향상 방안을 중심으로

▷ 기록체계 부족

- 질적 수준의 향상과 모니터링을 위한 기반으로 기록체계가 구축되어 있지 못하다. 기록체계는 다음과 같은 내용을 담고 있어야 함. 현재의 기록체계에는 노인의 서비스 필요를 평가하는 데 결정적인 기능상태평가가 매우 미흡한 상태.
- 기록체계는 나아가 전산화되어서 기관간 인력간 정보 공유가 가능하도록 하여야 함.
 - 인적사항 및 가족상황
 - 질병 및 건강상태
 - 기능상태 평가 : 기능상태는 서비스 필요 수준을 예측할 수 있어야 함
 - 환경 및 사회적 지지
 - 문제 발견(Problem Identification)
 - 서비스 제공 계획

▷ 인력 교육을 통한 질 향상 방안

- 사례 관리자의 양성
 - 현재의 교육 프로그램은 주로 낱말의 기술 위주로 편성되어 있어, 여러 문제를 가지고 있으며 여러 서비스를 동시에 필요로 하는 노인을 포괄적으로 평가하고 자원을 연계하는 “사례 관리”를 위한 교육 프로그램이 개발되어 있지 못함. 이를 위하여 기존의 인력에 대한 보수교육에 사례관리 과정을 대폭 확대하여야 할 것임
- 가정봉사원의 교육 프로그램 구분
 - 외국과 달리 간병과 집안일을 담당할 인력이 명확하게 구분되지 않고 있음. 현재 유급 가정봉사원과 자원봉사자로의 구분이 이러한 개념을 반영하고 있으나 실질적으로 명확한 차이를 보이지 않고 서비스 제공에 있어서는 혼재되는 양상을 보임. 이러한 차이를 교육과정부터 서비스 제공과 보수 교육에 이르기까지 보다 명확하게 하여야 함

▷ 평가와 모니터링 체계

- 노인 재가복지사업에 투입되는 예산에 반드시 평가 기전을 도입하여 질적 수준을 향상시켜야 함. 물론 일부 프로그램에 있어서 평가와 그에 의한 예산의 차등지원이 실시되고 있으나 질적 수준을 향상시키기 위한 충분한 인센티브로 작용하고 있지는 못함. 또한 지금까지의 평가가 주로 구조와 실적 중심이었다면 향후 과정 및 결과 중심으로 전환되어야 함

- 평가는 반드시 환류되어야 함. 현재 각종재가복지지원사업기관을 우수, 보통 미흡 시설 별로 지원액을 차등지원하고 있지만 그 차이가 현저하지 못해서 현실적인 인센티브로 작용하지 못하고 있는 실정.

■ 서비스 제공

▷ 서비스 필요 노인 발견 체계

- 재가복지서비스는 정작 서비스가 필요한 노인에게 접근하여 다가가는 적극적인 방식을 택하지 못하고 있으며, 주민의 인지도 저하와 접근성 저하는 서로 악순환을 그리면서 사업의 활성화에 저해 요인으로 작용하고 있음. 이를 위하여 보다 적극적으로 서비스를 필요로 하는 노인을 발견하는 체계를 구축하여야 할 것임.

▷ 우선 순위 평가

- 대상이 되는 노인들의 서비스 제공 우선순위를 평가한 후 그에 기초하여 서비스를 제공하여야 함. 그러나 현재의 서비스 제공체계에서는 집단별, 개인별 우선순위 평가의 원칙이 없다는 것이 재정의 효율적 사용에 큰 장애요인으로 작용하고 있음
- 특히 국가 예산을 지원하는 의료보호대상자의 경우 우선순위 평가는 개인적인 수준에서 결정할 수 있어야 함

▷ 서비스 제공의 적절성 제고

- 현재 필요로 하는 서비스를 필요로 하는 노인에게 제공되고 있지 못하고 있는 실정. 이를 개선하기 위해서 노인의 서비스 필요를 평가할 수 있는 도구를 이용하여 평가를 한 후에 서비스 제공을 배치하도록 하여야 함

2) 장기요양서비스

□ 장기요양서비스의 개념

- 장기요양서비스를 진료의 연속선상으로 구분하면 급성기 후기 진료서비스(재활병원), 너싱홈, 호스피스로 구분할 수 있음
- 또한 서비스가 제공되는 장소에 따라 시설과 지역사회로 구분할 수 있음. 각각에 해당하는 장기요양서비스의 예는 그림에서 보는 바와 같음

▷ 제공되는 장소에 따른 구분

	급성기 후기 서비스	너싱케어		호스피스
기관	재활병원	너싱홈		호스피스 기관
지역사회 내 기관	낮병원	주간보호서비스		
지역사회	외래	방문보건서비스	재가복지서비스	지역사회 호스피스

■ 현황 및 문제점

● 장기요양시설이 절대적으로 부족함

▷ 현재 우리나라에서 장기요양관련 서비스를 제공하는 기관은 다음과 같음

- 급성기 병원 일부(이미 급성기 병원중 일부는 기능전환을 통하여 실질적으로는 노인병원화되고 있음)
- 국립재활병원
- 치매전문요양센터
- 노인전문병원
- 노인복지시설 중 전문요양시설
- 노인복지시설 중 요양시설

▷ 아래 표에서 보듯이 선진외국에 비하여 우리 나라는 장기요양병상수가 턱없이 부족한 것이 현실임. 노인인구 대비 장기요양병상수는 아래 표와 같음

〈표 14〉 주요국의 노인인구 대비 장기요양병상 개수 비교

국가 (연도)	65세 이상 노인인구	요양병원 병상수	인구 1,000명당 요양병상수	요양시설 병상수	인구 1,000명당 요양시설 병상수
일본 (1995)	18,848,000	115,000	6.2	N/A	N/A
미국 (1993)	24,000,000	25,000	1.0	15,600,000	65.0
한국 (1999)	3,204,095	2,057	0.6	12,751	4.0

▷ 장기요양병상 부족의 이유

- 유교문화의 잔존
- 효 사상을 강조하는 사회적 분위기에서 노인을 요양시설에 보내는 것을 꺼리는 문화가 지배적임

- 급속한 노인인구 성장
- 고령화지수는 세계 일위로서, 노인이 증가하는 속도에 상응하여 대비책이 따라가지 못하고 있음
- 적절한 수가가 개발되어 있지 않음
- 장기요양시설이 활성화하려면 적절한 수가가 마련되어야 함에도 불구하고 현재 행위별 수가제 외에는 이렇다할 수가가 개발되지 않고 있음
- 장기요양서비스의 특성상 간호와 간병서비스에 대한 필요가 약제나 검사 처치에 비하여 상대적으로 높음. 그럼에도 불구하고 급성기 병원의 수가와 마찬가지로 간병이나 간호 인력과 관련된 수가가 반영되어 있지 않아 기관에서는 간병료를 따로 받는 등 파행적인 운영을 하게 됨
- 요양자 가족의 경제적 능력에 비하여 관행적으로 부과하는 수가가 지나치게 높아 필요가 가시적인 수요로 전환되지 않음
- 기존급성기 병상에서 기능전환을 위한 인센티브가 부재함
- 현재 요양시설 및 노인전문요양병원의 기준이 지나치게 까다로와 이 기준을 만족할 경우 수거나 본인부담금이 매우 높아지게 됨
- 반면 수거나 본인부담금을 적정선으로 할 경우 현재 기준을 만족하지 못하게 됨
- 이러한 불균형이 기능전환의 장애요인으로 작용하고 있음

● 유사 기관간 기능분화가 불분명함

- ▷ 위에서 열거한 장기요양시설 간의 역할 분담이 명확하지 않아 향후 난맥상을 이루고 거시적 비효율성을 낳을 가능성이 있음
- ▷ 근거 법령이 상이하(의료법, 노인복지법, 국민건강보험법 등) 단일한 원칙으로 장기요양시설의 역할 구분을 할 수 있는 주체가 형성되어 있지 못함
- ▷ 보험자나 정부 등이 주요 재원이 되지 못하고 있어 기능분화를 위한 정책적 개입이 어려움

● 장기요양서비스의 내용개발이 미비하고 질적 수준의 편차가 심함

- ▷ 장기요양시설에서 제공하는 서비스의 내용이 충분히 개발되고 표준화되지 않았음. 그 이유는 다음과 같음
 - 최근 몇 년 사이에 노인인구가 급증하였고 장기요양시설도 최근에 새로 건립되었기 때문에 충분한 내용개발을 위한 시간이 없었으며, 아직 전문영역으로 자리잡지 못하였음
 - 장기요양시설 수 자체가 적기 때문에 충분한 국내 사례 수집이 어려웠음. 장기요양서비스는 의학적 치료와 달리 주변의 가용 자원을 충분히 이용하여야 하고 문화적으로 요

양자에 적절하게 개발되어야 하므로 국내 사례로부터 만들어진 표준이 필요함

- ▷ 같은 종류의 장기요양시설 안에서도 질적 수준의 편차가 매우 심함. 그 이유는 다음과 같음
 - 서비스 질적 수준 향상을 위한 정책적 인센티브가 미흡함
 - 시설수가 필요에 비하여 턱없이 부족하기 때문에 기관간 경쟁이 이뤄지지 않고 질적 수준을 높이려는 동기가 발생하지 않음

IV. 향후 문제 해결을 위한 방안

1) 노인보건사업 전반에 대한 제언

■ 노인의 필요 평가와 그에 적절한 표준 서비스 내용 개발

● 내용

- ▷ 노인의 서비스 필요 평가를 위한 기능상태평가 도구 개발
- ▷ 각 기능상태별 표준 서비스 내용 개발

● 추진방향

- ▷ 연구사업을 통하여 노인의 기능상태를 평가도구를 개발하고 그에 따른 표준서비스를 개발함
- ▷ 시범사업을 통하여 개발된 기능상태평가도구와 표준 서비스의 타당성을 검증함
- ▷ 이를 각 노인보건사업 기관(보건소, 노인요양시설, 노인전문병원)에 배포하여 서비스의 질적 수준 향상을 도모함
- ▷ 이를 각 보건의료인력 신규교육 및 재교육 과정에 편입하여 배출되는 인력들의 노인 보건의료서비스에 대한 지식과 기술 수준을 제고함

■ 효율적인 자원 배분을 위한 노인보건서비스 대상 우선순위 선정

● 내용

- ▷ 제한된 자원으로 보다 효율적인 노인보건의료서비스를 제공하기 위하여 서비스 내용 및 사업 대상 군의 우선 순위를 선정함

● 추진방향

- ▷ 연구사업을 통하여 노인보건의료서비스 대상군 및 서비스 우선 순위를 선정함

- ▷ 선정된 우선 순위의 합리성을 제고하기 위하여 우선 순위의 우위에 오른 사업의 효과성과 효율성의 증거를 확보하는 연구사업을 실시함
- ▷ 사회적 수용가능성을 제고하기 위하여 우선 순위로 선정된 대상군과 서비스에 대한 사회적 합의를 이룸

■ 노인보건사업을 위한 자원의 필요량 평가와 이에 근거한 수급 대책 수립

● 내용

- ▷ 노인인구 증가를 고려하여 10년후의 노인보건사업에 필요한 자원필요량을 추계함
- ▷ 공급현황을 분석하여 10년후의 공급량을 추계함
- ▷ 수요 공급의 불균형을 해소할 수 있는 정책방안을 수립하고 제도화함

● 추진 방향

- ▷ 기존의 연구 용역 사업을 통하여 기능상태와 경제적 상태에 따른 노인의 서비스 필요와 자원 필요량을 평가하고, 노인인구 증가분을 보정하여 향후 10년 후의 자원필요량을 추계함
- ▷ 자원필요량은 인력과 시설로 구분하여 추계하고 시설은 다시 가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설, 장기요양시설, 노인전문병원, 호스피스 기관으로 구분하여 추계함
- ▷ 인력은 기존의 의료인력(의사, 간호사, 간호조무사 등)과 새로운 형태의 준 의료인력(간병인, 물리치료사, 작업치료사 등), 사회복지인력으로 구분하여 추계함
- ▷ 현재의 자원공급량을 조사하고 정책적 개입이 없을 경우 10년 후의 시설과 인력의 공급량을 영역별로 추계함
- ▷ 자원필요량과 공급량에 근거하여 부족분에 대한 공급방안 수립
- ▷ 공급하여야 할 자원필요량 중 기존의 자원에서 기능 전환을 통하여 해결할 수 있는 분량을 추계함
- ▷ 기존의 의료공급자가 기능 전환을 할 수 있도록 다음과 같은 제도를 정비함
 - 법률 정비 : 노인복지법, 의료법, 국민건강보험법 등 기존의 관련 법령들이 서로 중복되지 않도록 법체계를 정비함
 - 수가체계 개발 : 노인보건서비스에 적절한 수가체계를 개발하고 시범사업을 실시하여 제도화함
 - 각급 시설의 요건 재설정 : 기존의 비효율적인 시설 기준을 대폭 정비하고 현재 존재하지 않는 형태의 시설에 대한 요건을 개발함. 이때 서비스의 질적수준과 기관운영의 효율성을 극대화할 수 있는 적정선으로 함

■ 기존 자원의 기능 전환 및 새로운 시설의 신설을 통하여 노인보건서비스의 확충 및 효율화

● 사업내용

- ▷ 각종 시설 및 인력 중 기존에 과잉공급되던 부분의 기능을 전환하여 노인보건서비스에 투입하도록 함
- ▷ 산발적으로 흩어져 있는 자원을 연계하는 관리 체계를 구축하여 자원의 사용이 효율적으로 이뤄지도록 함

● 추진방향

- ▷ 기존 인력중 과잉공급이 예측되는 인력에 대하여 재교육을 실시하여 노인보건서비스에 투입할 수 있는 인력 pool을 형성함. 예를 들면 간호조무사를 재교육하여 간병인으로, 기존의 간호인력을 재교육하여 노인을 위한 사례관리자(case manager)로, 기존의 노인관련 전문의(신경과, 내과, 재활의학과 등)를 재교육하여 노인의학 전문의로 함
- ▷ 재교육에 필요한 지식기반은 위의 표준 서비스 내용 개발 사업에서 개발된 것으로 함
- ▷ 기존의 시설의 일부 기능을 노인보건전문시설로 전환함. 예를 들면 보건소나 사회복지관의 일부를 노인주간보호시설로, 기존의 중소병원을 노인을 위한 장기요양시설로 기능전환함
- ▷ 기능전환시 다음과 같은 유인책을 사용함
 - 노인보건서비스에 적절한 수가체계를 구축하고 시설 기준을 완화함
 - 기능 전환 시 국비 보조나 각종 세제 지원을 실시함
- ▷ 절대적으로 부족하며 기능 전환으로 해결하기 어려운 시설은 지역별로 필요량을 추계하여 신설하도록 함. 주간보호센터, 단기 및 장기 요양시설, 노인을 위한 그룹홈 등이 이에 해당함

■ 새로운 관리체계를 구축하여 자원을 효율적으로 배분하고 포괄적 서비스가 지속적으로 제공되도록 함

● 내용

- ▷ 자원이 충분히 갖추어진 지역에서는 각종 시설과 인력이 유기적으로 연계되어 지역 사회 단위의 노인보건서비스 체계가 구축되도록 하며, 이 안에서 각종 서비스들이 연속선 상에서 제공되도록 함(예를 들어 한 지역사회 노인보건체계 안에 의료서비스, 기타 보건서비스, 방문보건서비스, 간병, 일상생활보조, 사회적지지, 경제적 지원 등이 한 체계내에서 제공되도록 함.)

▷ 각종의 자원들이 서로 유기적으로 연계된 체계가 보다 효율적으로 운영되기 위하여 사례관리자(case manager)가 문지기 역할(gate-keeper)을 하는 단일 창구(single entry point)를 둬

● 추진방향

▷ 지역 사회 내에서 자원이 유기적으로 연계될 수 있도록 사회적 건강관리기관(Social Health Maintenance Organization)과 같은 형식을 도입하여 시범 사업을 실시함

▷ 이 체계는 다음과 같은 요소들을 포함하도록 함

- 단일한 진입경로(single entry point)를 가질 것
- 노인의 상태를 평가하고 필요한 가용자원을 연계할 수 있는 역량을 가진 case manager가 있을 것
- 노인에게 필요한 각종 서비스 제공 시설 및 인력을 갖추고 있을 것
- 각 시설과 인력 사이에 명확한 계약이 체결되어 시스템이 원활하게 돌아가도록 함. 이는 환자 우송 체계뿐 아니라 기관간 지불체계도 포함됨
- 자원이 효율적으로 이용되도록 정부(혹은 보험자 혹은 개인)와 시스템 전체가 지불 계약을 하되 인두제나 총괄계약제의 형식을 취함

▷ 시범사업 실시 결과에 따라 수정 보완한 후 전국으로 확산함

■ 노인보호의 사회화를 위한 홍보

● 내용

▷ 지금까지 가족, 특히 여성에게 일방적으로 맡겨져 왔던 노인보호의 책임을 사회화하기 위하여 국민적인 홍보를 펼침

▷ 노인보호의 사회화를 통하여 다음과 같은 것들을 얻을 수 있음

- 거동불편 노인들이 보다 질 높은 서비스를 받을 수 있음
- 여성의 복리증진 및 가족 기능의 정상화
- 실버산업의 활성화를 통한 고용창출 및 경제 활성화
- 장기적으로 노인개호보험 도입의 여건조성

● 추진방향

▷ 다음과 같은 내용의 홍보를 지속적으로 실시함

- 노인문제는 더 이상 가족에게 맡겨둘 문제가 아니라 사회가 함께 연대하여 떠맡을 문제임
- 시설로 보내는 것이 불효가 아님

- 좋은 시설에서 양질의 서비스를 제공하는 것이 노인의 삶의 질을 더 높일 수 있음
- 선진외국의 사례를 적극 홍보함
- ▷ 홍보시점
 - 건강보험재정상태가 안정화된 이후로 하여 사회적으로 비용을 감당할 수 있는 시점
 - 노인을 위한 자원이 어느 정도 활성화되어 2-3년 내에 필요치에 근접할 것으로 예측되는 시점
 - 노인개호보험을 도입하기 2-3년전

2) 장기요양서비스 확충을 위한 제언

■ 거시적 효율성을 위한 기관간 기능분화

- 의료법, 노인복지법, 국민건강보험법 상 규정된 장기요양시설에 입소한 요양자의 질병 및 기능상태를 평가함
- 현재 중복되는 기능을 피하고 국가적으로 필요에 공급이 따르지 않는 부분에 대해서는 기능을 부여함. 재활병원으로의 기능전환이 바람직한 급성기 병원과 노인전문병원에 대해서는 보험급여과와 노인보건과 및 국민건강보험공단에서, 노인복지시설에 대해서는 노인복지과와 노인보건과에서 기능을 보다 명확하게 설정함. 반드시 부처간 협의를 통하여 기관 기능의 중복을 피함.
- 이를 현실화하기 위하여 장기요양시설에 대하여 국고 보조금을 차등 지원하거나 운영비나 수가의 일부를 차등 지원하는 방안을 마련함. 예를 들어 입원이 부적절한 경우 수거나 국고지원금 지급에서 차등을 두어 기관에 적합한 요양자를 주로 입소시키도록 유인함

■ 장기요양시설의 확충

- 장기요양시설의 기능과 수의 수요와 공급을 예측하여 부족분을 추계함
- 단기적으로는 국가 전체의 의료비를 상승시키지 않고 특히 건강보험재정을 악화시키지 않도록 기존 급성기 병상이 재활병원(혹은 급성기 후기병원)으로 기능을 전환할 수 있도록 함. 이를 위하여 다음과 같은 유인책을 사용함
 - ▷ 장기요양서비스에 적절한 수가를 개발함
 - ▷ 시설 및 인력기준을 급성기 병원에서 대폭 완화하여 저비용 구조로 함
 - ▷ 기존 급성기 병원에서 급성기 후기 병원으로 기능을 전환하고자 할 때 차관이나 국고 지원등 각종 경제적 지원을 실시함
 - ▷ 병상회전율이 빠르고 상대적으로 급성기 환자 비율이 높은 병원과 연계하여 급성기

진료가 종료된 환자를 이송받아 서비스를 제공할 수 있도록 기반을 구축함. 기반구축을 위하여 다음과 같은 요소들을 갖추

- 진료정보를 공유할 수 있는 전산 표준화 작업을 실시함
- 연계체계 구축시 기술지원을 실시함
- 급성기 병원에 장기 입원할 경우 입원료 본인부담금을 차등화하여 환자로 하여금 스스로 급성기 후기 병원으로 갈 동기를 부여함
- 연계체계를 구축할 경우 연계에 드는 비용의 일부 혹은 전부를 국가에서 지원함
- 장기적으로는, 특히 노인인구에 대해서 사회적 HMO 등의 체계를 도입하여 연계체계 구축의 가장 강력한 동기를 부여하는 방안을 고려함

▷ 장기적으로 너싱홈을 확충하여야 함

- 국가가 지원해야 할 저소득층을 위한 너싱홈의 수요 공급 현황을 파악함
- 지역별(시군구)로 부족분에 대해서는 단계적으로 국고 보조를 확대하여 지방자치단체가 너싱홈을 신축하여 운영할 수 있도록 함
- 중산층이상에 대해서는 욕구 조사를 주기적으로 실시하여 변화하는 수요를 예측함
- 지역별로 부족분이 있을 경우 민간기관이 너싱홈을 신축, 운영하고자 할 때에 세제 혜택 및 재정 투융자 등 경제적인 지원을 실시함

■ 사회복지체계의 일환으로 공식화된 자원 마련

● 내용

▷ 장기요양서비스의 세부 영역에 따라 다음과 같이 공식적인 재원을 마련함

		저소득층	중산층 이상
급성기 후기 서비스	재활병원	의료보호 기금	건강보험
	낮병원	의료보호 기금 혹은 국고지원	건강보험
	외래	의료보호 기금	건강보험
너싱케어	너싱홈	의료보호 기금 혹은 국고지원	새로운 사회보험
	방문보건서비스	국고지원	건강보험
	제가노인복지서비스	국고지원	새로운 사회보험
호스피스	호스피스 기관	국고지원	새로운 사회보험 혹은 건강보험
	지역사회 호스피스	국고지원	새로운 사회보험 혹은 건강보험

* 국민적 합의가 이뤄지고 건강보험의 재정이 안정화될 경우 새로운 사회보험을 신설하는 대신 건강보험이 부담할 수도 있음

● 추진 방향

- ▷ 각 서비스 영역별 필요량에 따라 재정 소요액 총량을 추계함
- ▷ 소득계층에 따른 재원에 대한 합의를 이룸
- ▷ 각 서비스 영역별로 재원별 소요액을 추계함
- ▷ 재원별로 서비스에 대한 지불 방식을 결정함

■ 장기요양시설의 내용 및 표준 개발

● 내용

- ▷ 위의 장기요양서비스 영역별로 서비스의 내용 및 표준을 개발하되 사례 관리의 기법을 도입함

● 추진방향

- ▷ 선진 외국의 표본과 사례를 수집함
- ▷ 국내 가용 자원을 조사함
- ▷ 외국의 표본과 국내 가용 자원에 근거하여 국내 실정에 맞는 서비스 내용을 개발하도록 함
- ▷ 이를 위한 전문인력을 확보하되 기존의 인력에 대하여 재교육을 실시하는 방안을 강구함
- ▷ 지속적으로 내용을 보완, 확충할 수 있도록 서비스 기관의 질적 수준 향상 동기를 부여함

■ 장기요양서비스의 질적 수준 향상

● 내용

- ▷ 개발된 장기요양서비스의 내용을 확충함
- ▷ 서비스 제공기관의 질적 수준을 지속적으로 향상시킴

● 추진 방향

- ▷ 각 영역의 서비스 제공기관에 대한 평가 방법을 개발함
- ▷ 개발된 평가 도구를 이용하여 평가 시범 사업을 실시함.
- ▷ 동시에 평가결과의 환류방법을 포함한 정책대안을 개발함
- ▷ 본격적인 평가 사업을 실시하여 질적 수준 향상을 도모함

■ 장기요양서비스 수가 체계 확립

● 내용

- ▷ 장기요양서비스에 각 영역에 대한 수가를 개발하되 다음과 같은 요소를 갖고 있어야 함
 - 포괄수가제로 총 비용을 억제할 수 있어야 함
 - 환자 상태에 따라 차등 적용하여 지불 정확성을 제고하여야 함.

● 추진방향

- 장기요양수가체계 각 영역별로 위의 요건을 만족하는 수가체계를 개발함
- 각 영역별로 시범사업을 실시하여 수가체계의 타당성을 평가하고 수정 보완함
- 영역별 수가체제로 확립함
- 각 영역의 수가체계가 확립된 후 영역을 포괄하는 사회적 HMO 혹은 인두제 방식의 수가체계를 개발함
- 장기적으로는 노인이나 장애인에 대한 인두제 방식의 수가 시범 사업을 실시하고 수정 보완하고 이를 확립함

V. 논점

1) 노인보건서비스의 목표는?

- 노인을 오래 살리는 것 vs 질 높은 삶을 유지하는 것?

2) 노인을 위한 재원의 사회화는?

- 가계 부담? 국고 지원? 사회보험?
- 사회화를 한다면 어디까지 가능할 것인가?

3) 노인 부양인구를 어떻게 볼 것인가? 즉, 비공식 부문의 노인수발자에 대한 처우는?