

# 노인요양병원 및 노인장기요양제도의 문제와 대안

민간 노인요양병원의 난립, 요양급여의 불충분,  
입소기준의 부재 등으로 인한 기능왜곡과 서비스 저하  
사실 및 인력기준 강화하고 입원기준, 인증제 개선해야

- 01 배경과 목적
- 02 무엇이 문제인가?
- 03 무엇이 문제를 야기했는가?
- 04 무엇을 어떻게 바꾸어야 하는가?

## 차례

---

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 요약                                 | 3  |
| 01 배경과 목적                          | 5  |
| 02 무엇이 문제인가?                       | 6  |
| 1. 일차적 문제                          | 6  |
| 2. 이차적 문제                          | 9  |
| 03 무엇이 문제를 야기했는가?                  | 12 |
| 1. 민간 노인요양병원의 난립과 과열경쟁             | 12 |
| 2. 노인장기요양 급여의 불충분성                 | 13 |
| 3. 노인요양병원 입소기준 및 노인요양기관 간 연계체계의 부재 | 14 |
| 4. 노인요양병원 서비스 질 관리체계의 부실           | 15 |
| 5. 노인요양시설 서비스에 대한 불신               | 15 |
| 04 무엇을 어떻게 바꾸어야 하는가?               | 17 |
| 1. 노인장기요양 급여량의 현실화                 | 17 |
| 2. 노인요양병원 입원 또는 전원 통제 기제 구축        | 17 |
| 3. 노인요양기관 간 서비스 연계체계 구축            | 17 |
| 4. 노인요양병원 시설 및 인력기준 강화             | 18 |
| 5. 의무인증제도 개선을 통한 노인요양병원 서비스 질 관리   | 18 |
| 참고문헌                               | 19 |

- 배경과 목적

- 2014. 5. 28. 장성에 위치한 효사랑노인요양병원에서 발생한 화재로 1명의 간호사와 치매노인 등 환자 21명이 숨지고 7명이 중경상을 입는 대형참사가 발생하였음. 이번 화재사건은 노인요양병원 및 노인장기요양제도의 한계와 밀접하게 관련되어 있으므로, 노인요양병원 및 노인장기요양제도의 근본적 문제 분석 및 그 대안을 모색하고자 함.

- 무엇이 문제인가?

- 화재사건을 통해 드러난 문제점은 노인요양병원과 직접적으로 관련된 일차적 문제와 일차적 문제로부터 파생된 이차적 문제로 구분됨. 일차적 문제는 첫째, 노인요양병원의 기능왜곡과 둘째, 시설 및 인력을 통해 나타난 노인요양병원의 서비스 질의 문제로 정리됨. 일차적 문제가 야기한 이차적 문제는 사회적 비용 증가와 사회적 형평성 저해의 두 가지로 분석됨.

- 무엇이 문제를 야기했는가?

- 민간 노인요양병원의 난립과 과열경쟁은 노인요양병원이 의료기관으로써의 기능에서 벗어나 수익확대에 유리한 사회적 입원에 집중하게 하는 노인요양병원의 기능왜곡과 그로 인한 사회적 부담 가중의 문제를 야기하였음.
- 노인장기요양의 급여의 불충분성은 노인을 돌보는데 한계가 있는 가족이 현실적으로 시설요양서비스를 선택할 수밖에 없는 구조를 발생시킴.
- 노인요양병원 입소기준 및 노인요양기관 간 연계체계의 부재는 불필요한 의료서비스의 남용을 막기 위한 노인요양병원 입원 및 이송조건에 대한 기준이 명확히 제시되어 있지 않아, 의료서비스에 대한 욕구가 있음에도 노인요양시설에서 노인요양병원으로 이송되어 적절한 의료서비스를 받지 못하거나 동시에 의료서비스에 대한 특별한 욕구가 없음에도 노인요양병원에 입원하여 의료서비스를 남용하는 양 방향의 문제가 모두 발생하고 있음.
- 노인요양병원 서비스 질 관리체계의 부실은 의료인증평가의 절차 및 결과에서 드러나고 있음. 노인요양병원 인증평가를 실시하는 주체가 민간이고 인증평가조사위원은 현직 의사, 간호사 등으로 구성되어 있는데 평가에 대한 절차 및 결과를 공개하지 않고 있어 평가의 객관성이 검증되기 어려운 한계가 있음.
- 노인요양시설 서비스에 대한 이용자와 가족의 노인요양병원 서비스에 대한 근거 없는 기대와 서비스에 대한 막연한 불신은 노인요양병원의 불필요한 입원을 증가시키고 있음.

● 무엇을 어떻게 바꾸어야 하는가?

- 노인장기요양 급여량을 현실화해야 함. 시설 요양의 대상에서 제외되는 요양등급 3등급 인정자는 재가요양을 통한 욕구가 충족되지 않을 경우, 입소에 제한이 없는 노인요양병원 입원으로 연쇄될 가능성이 크기 때문에 급여량을 제한하여 재가요양을 포기하지 않도록 해야 함.
- 노인요양병원 입원 또는 전원 통제 기제를 구축해야 함. 의료법상 노인요양병원 대상자로 정하고 있는 ‘장기입원이 필요한 환자’의 판정 기준을 명확히 하고 이를 충족하는 대상자만을 입원 조치하여 노인요양병원의 난립을 막고 사회적 입원 중심의 기능왜곡을 개선해야 함.
- 노인요양기관 간 서비스 연계체계를 구축해야 함. 서비스 이용자의 의료서비스 욕구에 따른 노인요양병원과 노인요양시설의 적절한 서비스 연계체계를 확립할 수 있어야 함.
- 노인요양병원 시설 및 인력기준을 강화해야 함. 입원자의 요양욕구를 고려한 인력기준으로 상향조정하고 노인요양시설보다 낮은 수준의 시설기준도 동일한 수준으로 조정해야 함.
- 의무인증제도 개선을 통한 노인요양병원 서비스 질 관리를 해야 함. 노인요양병원 평가절차의 독립성을 위해 인증평가 주체를 민간에서 공공기관으로 변경하거나 평가절차의 투명성과 공정성을 담보할 수 있는 절차적 규정이 보완되어야 함.

## 01 배경과 목적

---

- 본 보고서는 지난 5월, 21명의 귀중한 생명을 앗아간 장성 효사랑노인요양병원 화재사건이 단순한 시설안전관리의 문제를 넘어 현 노인장기요양보험의 문제점과 밀접하게 관련된 제도적 쟁점이라는 문제의식에 기초하고 있음.
- 노인요양병원은 의료법상 의료기관으로 분류되어 이에 준하는 시설 및 인력기준을 적용 받고 있으나 이번 사건에서 드러난 바와 같이 입원자의 다수가 만성질환으로 거동이 불편한 장기요양 노인임. 조사를 담당한 경찰당국은 해당 병원이 시설 및 인력기준에 위법한 사실이 있었는가의 여부에 집중하고 있으나, 이 사건에서 주목해야 할 또 다른 쟁점은 법을 통해 구현하고자 하는 노인요양병원 기능의 적절성에 대한 것임.
- 의료기관임에도 요양서비스의 주요 공급자로 확대되고 있는 노인요양병원 문제의 일부는 본질적으로 노인장기요양제도의 한계와 밀접하게 관련되어 있음. 따라서 노인요양병원의 문제를 해결하기 위한 대안 역시 노인장기요양제도의 개선과 맞물려 있음. 이와 같은 이유에서 이번 사건을 통해 드러난 노인요양병원의 문제는 물론 그와 관련된 노인장기요양제도의 문제를 분석하고 그 대안을 모색하고자 함.
- 제시된 목적에 따라 본 보고서는 다음과 같이 구성되었음. 우선 화재사건을 통해 드러난 문제점을 노인요양병원과 직접적으로 관련된 일차적 문제와 이로부터 파생된 이차적 문제로 구분하여 분석함. 그리고 문제의 원인을 노인장기요양제도 전반으로 확대하여 이번 화재사건에서 드러난 노인요양병원 문제와 관련된 근본적이고 거시적인 원인을 살펴봄. 끝으로 제시된 문제를 개선하기 위한 정책적 대안을 모색함.

## 02 무엇이 문제인가?

화재사건을 통해 드러난 문제점은 노인요양병원과 직접적으로 관련된 일차적 문제와 일차적 문제로부터 파생된 이차적 문제로 구분됨. 일차적 문제는 첫째, 노인요양병원의 기능왜곡과 둘째, 시설 및 인력을 통해 나타난 노인요양병원의 서비스 질의 문제로 정리됨. 일차적 문제가 야기한 이차적 문제는 사회적 비용 증가와 사회적 형평성 저해의 두 가지로 분석됨.

### 1. 일차적 문제

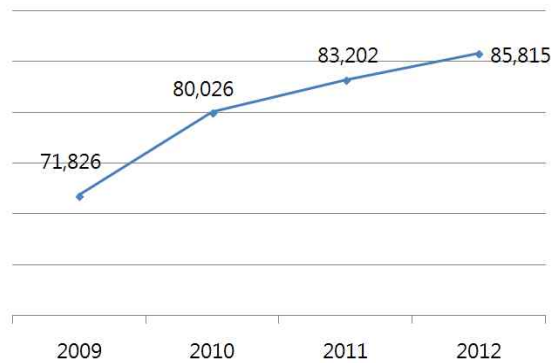
#### 1) 노인요양병원의 기능왜곡 : 왜 그곳에 있었는가?

이 질문에 답하기 위해서는 법이 정하고 있는 노인요양병원의 명목적 기능과 실제 노인요양병원이 수행하고 있는 실제적 기능을 살펴볼 필요가 있음.

- 노인요양병원의 명목적 기능 : 노인성 질환자에 대한 의료서비스 제공
  - 노인요양병원은 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양이 필요한 노인성 질환자와 장애가 있는 자에 대한 입원, 외래 및 재활 치료 등의 의료서비스를 제공하는 것을 목적으로 함(의료법 제3조, 의료법시행규칙 제36조).
  - 노인요양병원의 주요 기능은 (아)급성질환이 있는 노인환자, (아)급성기 치료 이후 회복기에 있는 환자, 뇌졸중 등 뇌혈관 질환으로 인해 발생하는 재활치료 환자, 호스피스 제공이 필요한 환자들의 입원치료임. 따라서 노인요양병원의 서비스 이용자는 주로 질병이나 장애로 인해 장기 치료가 필요한 자이며, 본인 및 의사의 판단에 따라 의학적으로 치료가 종결될 때까지 서비스를 이용할 수 있음(노인복지법 제31조~제39조, 시행규칙 제30조의 2, 제14조~제29조).
  - 반면 노인요양시설의 주요 기능은 노화 및 노인성질환에 신체적, 정신적 기능저하로 거동이 불편한 자에 대한 신체활동 및 일상생활지원 등의 요양서비스 제공임. 노인요양시설 입소자격은 장기요양 1등급과 2등급, 그리고 3등급 중 치매 등 특별한 사유로 등급판정위원회가 시설요양대상자로 인정한 자에 한해 주어지며, 노인장기요양보험법이 정한 등급별 월 한도액의 범위 내에서 서비스 이용이 가능함.
  - 살펴본 바와 같이, 의료법에 근거한 의료기관으로서 노인요양병원은 노인장기요양보험법에 근거하고 있는 요양시설과 목적, 기능, 서비스 제공 대상 등에서 명확한 차이가 있음.
- 노인요양병원의 실제적 기능 : 단순 보호와 요양서비스 제공 등 사회적 입원으로 왜곡
  - 노용균(2012)의 연구에 의하면 노인요양병원 입원자의 43.2%는 의료적 처치가 필요하지 않

아 노인요양병원에 입원할 명확한 이유가 없는 경우임. 노인요양병원 입원자의 19%는 의료적 처치에 대한 요구 없이 문제행동, 인지장애, 신체기능 저하 등 장기요양 서비스만을 필요로 했으며, 47.2%는 입원의 주요 이유가 치료가 아닌 요양에 있다고 밝힘(국민건강보험공단 내부자료, 김진수 외, 2013 재인용).

- 실제로 노인요양병원에 입원해 있는 사람 중 장기요양 등급인정자 수는 2009년 71,826명에서 2012년 85,815명으로 연평균 6.1%의 증가율을 보였으며 노인장기요양보험에서 인정하는 노인성질환으로 인해 입원한 자는 전체 입원자의 49.6%를 차지함.



노인장기요양보험 통계연보, 국민건강보험공단, 2014

<그림 1> 노인요양병원에 입원한 장기요양 등급인정자 수

- 특히 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서 노인요양병원의 치료효과는 다른 종별 의료기관에 비해 상대적으로 낮은 것으로 나타나 노인요양병원은 의료기관으로서 효과성의 한계를 보임(송현중, 2013).
- (아)급성 질환자에게 장기 의료서비스를 제공하는 것이 노인요양병원의 명목적 기능임을 고려할 때, 노인요양병원 입원자의 40% 이상을 차지하는 의료요구도가 낮은 입원자는 요양시설에 적합한 대상자임. 이는 노인요양병원의 기능이 의료서비스 제공이라는 명목적 기능에서 벗어나 단순한 보호와 요양서비스의 제공이라는 사회적 입원으로 왜곡되어 있음을 의미함.

## 2) 노인요양병원 인력 및 시설기준의 비적절성 : 왜 구하지 못했는가?

- 인력기준 : 의료인력기준만을 제시하고 있어 적절한 돌봄제공 어려움
  - 노인요양병원 입원자의 47.2%는 장기요양 서비스를 필요로 하는 노인이며, 17%는 문제행동이나 인지장애가 있는 치매노인임. 또한 노인요양병원 입원자의 67%는 의료요구도가 중도 이상인 (아)급성 질환자로 집중적인 보호를 필요로 하는 등 노인요양병원 입원자의 상당수는 신체적 및 정신적 기능상태가 노인요양시설 입소자 이상으로 취약한 상태임.

- 그런데 노인요양병원의 시설 및 인력기준은 이와 같은 노인요양병원 입원자의 신체적 및 정신적 기능상태를 충분히 반영한 것으로 보기 어려움. 노인요양시설은 요양서비스를 제공하는 요양보호사와 함께 촉탁의, 간호(조무)사 등의 의료인력을 배치하여 의료서비스 욕구에 대처할 수 있도록 인력기준을 정하고 있으나 노인요양병원은 환자 40명당 의사 1인, 환자 6명당 간호사 1인 등 의료인력에 대한 기준만을 제시하고 있음.
- 노인요양병원의 기능은 장기입원을 필요로 하는 자의 (아)급성기 질환치료 및 재활에 있으므로 노인요양병원의 인력기준 또한 의료서비스 제공은 물론 적절한 요양(간병)서비스의 제공이 가능해야 함. 따라서 의료인력 기준만을 제시하고 있는 현재의 노인요양병원의 인력기준은 입원자에게 적절한 보호와 돌봄을 제공하는데 한계가 명확함. 이와 같은 인력기준의 한계로 화재 등 응급상황이 발생했을 때 입원자에 대한 신속한 조치가 이루어지지 못함.

<표 1> 노인요양병원과 노인요양시설 운영체계비교 (2011년 기준)

|      | 노인요양병원  | 노인요양시설   |
|------|---|--|
| 인력기준 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 의사 : 환자 40명당 1인</li> <li>• 간호사 : 환자 6명당 1인</li> <li>• 기타인력(인센티브) : 약사, 방사선사, 물리치료사, 임상병리사, 사회복지사, 의무기록사</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 촉탁의 : 월 2회 방문</li> <li>• 간호(조무)사 : 입소자 25명당 1인</li> <li>• 물리(작업)치료사 : 입소자 30명 이상인 경우 1인</li> <li>• 사회복지사 : 입소자 30명 이상인 경우 1인</li> <li>• 요양보호사 : 2.5명당 1인</li> </ul> |

2012 건강보험 주요통계, 국민건강보험공단, 2013

## ● 시설기준

- 시설기준 또한 노인요양병원이 노인요양시설 보다 낮은 상태임(보건복지부, 2013). 노인요양시설은 승강기(또는 경사로), 휠체어 등 이동이 가능한 공간의 확보, 미끄럼 방지 재질처리, 안전손잡이 등이 시설기준으로 제시되어 있는 것과 달리 노인요양병원은 구체적인 기준이 마련되어 있지 않음.
- 특히 노인요양시설은 간이스프링클러, 자동화재탐지설비, 자동화재속보설비의 설치가 의무화 되어 있고, 연면적이 600m<sup>2</sup> 이상인 시설에는 스프링클러를 의무적으로 설치하도록 정하고 있는 반면 노인요양병원은 연면적이 600m<sup>2</sup> 이상인 시설에 한해 자동화재탐지설비의 설치만을 의무화 하고 있으며 신설 노인요양병원에 한해 스프링클러 설치를 의무화하고 있음. 이와 같은 노인요양병원의 인력과 (소방)시설에 대한 기준이 기관의 기능에 적절하고 또한 구체적으로 제시되지 못함으로써 화재 등의 응급상황이 발생할 경우 입원자를 안전하게 보호하기 어려움.
- 노인요양병원의 낮은 인력 및 시설기준은 노인요양병원 서비스의 질이 입원자의 치료, 재활, 요양에 대한 욕구를 충족하기에 한계가 있음을 드러냄.



<표 2> 노인요양병원 및 노인요양시설의 소방시설 기준비교<sup>1)</sup>

|        | 스프링클러                        | 간이스프링클러 | 자동화재탐지설비                     | 자동화재속보설비 |
|--------|------------------------------|---------|------------------------------|----------|
| 노인요양병원 | 연면적 600m <sup>2</sup> 이상인 시설 | 설치의무화   | 연면적 600m <sup>2</sup> 이상인 시설 | -        |
| 노인요양시설 | 연면적 600m <sup>2</sup> 이상인 시설 | 설치의무화   | 설치의무화                        | 설치의무화    |

## 2. 이차적 문제

### 1) 사회적 비용의 증가

- 노인요양병원이 의료요구도가 높지 않은 일반 장기요양 노인을 대상으로 요양서비스 제공에 집중하면서 불필요한 사회적 입원에 따른 사회적 비용이 증가하고 있음. 비급여를 제외한 본인부담금과 공단부담금을 합한 일인당 총비용은 노인요양병원의 경우 2009년 9,552천원에서 2012년 12,868천원으로 연평균 10.4%의 증가율을 보임(김진수 외, 2013).
- 노인요양시설의 일인당 총비용은 2009년 10,504천원으로 노인요양병원보다 높았으나 2012년 11,101천원으로 노인요양병원 보다 낮아졌으며, 노인요양시설의 일인당 총비용은 지난 3년간 연평균 3.4% 증가하는데 그침(김진수 외, 2013). 노인요양시설은 일당 정액으로 이용액에 한도가 정해져 있는 반면 노인요양병원은 이용액에 한도가 없어 비용증가에 대한 통제가 실질적으로 불가능하며, 이와 같은 이유로 노인요양병원 일인당 총비용이 가파르게 증가하는 것으로 분석됨.

<표 3> 1인당 총비용

(단위 : 천원, %)

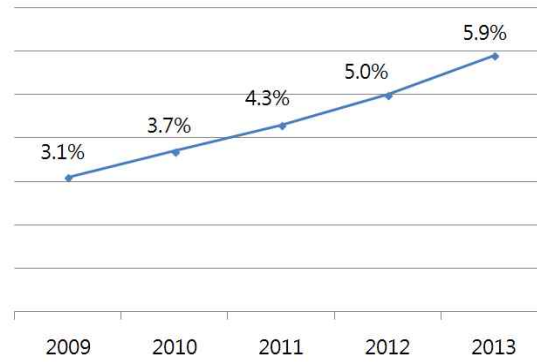
| 구분 | 2009년          |        | 2010년          |        | 2011년          |        | 2012년          |        | 연평균증가율         |      |
|----|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|------|
|    | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설   | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설   | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설   | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설   | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설 |
| 전체 | 9,552          | 10,054 | 11,096         | 10,269 | 12,132         | 10,663 | 12,868         | 11,101 | 10.4           | 3.4  |

김진수 외, 2013

- 노인요양병원의 입원치료에 지급된 건강보험 급여총액은 2009년 932,928백만원, 2010년 1,256,121백만원, 2011년 1,553,136백만원 2012년 1,905,573백만원, 2013년 2,341,949백만원으로 5년 사이 약 150% 증가하여 다른 중별 의료기관의 급여총액 보다 높은 증가를 보임(국민건강보험공단, 2013).

1 소방시설 설치·유지 및 안전관리에 관한 법률 시행령 개정으로 2014년 7월 8일부터 ‘바닥면적의 합계가 600m<sup>2</sup>이상인 노인요양병원의 경우에는 모든 층에 스프링클러설비를 갖추도록 하고, 바닥면적의 합계가 600m<sup>2</sup>미만인 경우에는 간이스프링클러설비를 갖추도록 함.

- 전체 건강보험 급여총액에서 노인요양병원 급여총액이 차지하는 구성비 또한 2009년 3.1%에서 2010년 3.7%, 2011년 4.3%, 2012년 5.0%, 2013년 5.9%로 매년 지속적으로 증가하고 있어, 사회적 입원의 확대에 따른 노인요양병원 급여액의 증가가 건강보험의 재정에 부담으로 작용하고 있음을 시사함.



2012 건강보험 주요통계, 국민건강보험공단, 2013

<그림 2> 건강보험급여 중 노인요양병원급여 구성비

## 2) 형평성 저해

- 노인요양병원 입원자의 1일당 본인부담금은 2013년 18,033원으로 전체 의료기관 입원자의 급여 1일당 본인부담금 17,636원 보다 높고, 노인요양시설 입소자의 1일당 본인부담금 7,896원<sup>2</sup> 의 약 2.5배에 이룸.
- 노인요양병원에 입원해 있는 장기요양 등급인정자의 연간 1인당 본인부담금은 2009년 2,000,000원에서 2012년 2,608,000원으로 연평균 9.3% 증가한 반면 노인요양시설 입소자의 연간 1인당 본인부담금은 동기간 동안 1,895,000원에서 1,602,000원으로 연평균 5.4% 감소함(김진수 외, 2013). 이는 건강보험의 재정 부담을 가중시키는 노인요양병원의 사회적 입원이 상대적으로 높은 본인부담금을 지불할 능력이 있는 고소득자를 중심으로 이루어지고 있음을 시사함.

<표 4> 1인당 연평균 본인부담액

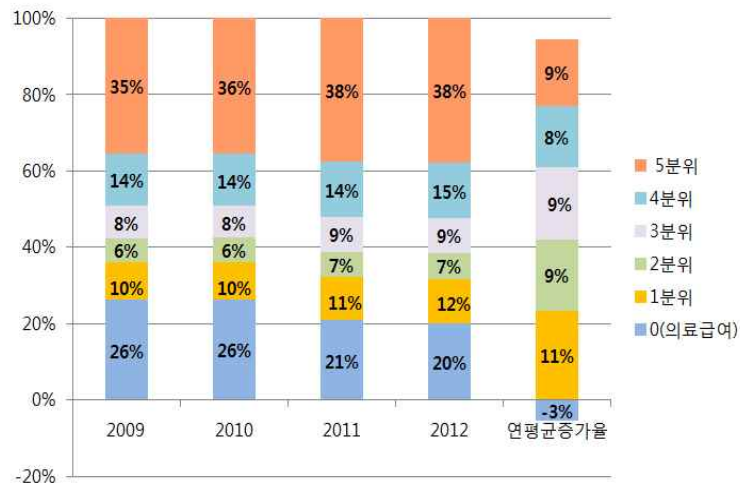
(단위 : 천원, %)

| 구분 | 2009년          |       | 2010년          |       | 2011년          |       | 2012년          |       | 연평균증가율         |      |
|----|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|----------------|------|
|    | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설  | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설  | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설  | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설  | 요양병원<br>(등급인정) | 요양시설 |
| 전체 | 2,000          | 1,895 | 2,232          | 1,487 | 2,445          | 1,559 | 2,608          | 1,602 | 9.3            | -5.4 |

김진수 외, 2013

2 노인요양시설 장기요양 입소 1등급의 1일당 급여비용 52,640원의 0.15%로 산출함

- 실제로 노인요양병원을 이용하는 장기요양 등급인정자의 소득분위별 분포를 살펴보면 소득이 높은 4분위와 5분위에 해당하는 입원자가 각각 14.6%와 37.8%로 전체 노인요양병원 입원자의 50%를 넘으며, 소득 4분위와 5분위의 구성비는 2009년부터 2012년 사이 연평균 7.9%와 8.5%의 증가를 보이고 있음.
- 의료서비스 요구도가 낮은 장기요양 대상자에 대한 사회적 입원의 확대가 상대적으로 고소득자를 중심으로 이루어짐에 따라 건강보험의 혜택이 경제적 능력에 기초해 특정 집단에 편중되는 형평성 저해 문제가 있음.



김진수 외, 2013

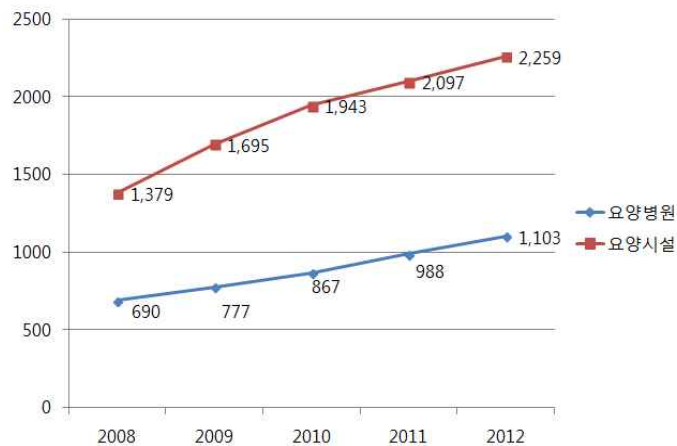
<그림 3> 노인요양병원 입원자의 소득분위별 분포

### 03 무엇이 문제를 야기했는가?

화재사건을 통해 드러난 노인요양병원의 문제와 이 사건이 파생시킨 이차적 문제는 노인요양 병원이라는 의료기관이 고립적으로 야기한 것이기 보다 노인요양병원이 공급자로 위치하고 있는 노인장기요양제도라는 거시적 맥락과 연쇄되어 발생한 것임.

#### 1. 민간 노인요양병원의 난립과 과열경쟁

- 민간 노인요양병원의 난립과 이로 인한 과열경쟁은 노인요양병원이 의료기관으로써의 명목적 기능에서 벗어나 수익확대에 유리한 사회적 입원에 집중하게 하는 요양병원의 기능왜곡과 그로 인한 사회적 부담 가중의 문제를 야기함.
- 노인장기요양보험 제도시행과 함께 노인요양병원이 특별한 규제 없이 급격히 증가함에 따라 공급 과다 상태에 이룸. 노인요양시설 총수가 2008년 1,379개소에서 2012년 2,259개소로 노인장기요양보험 시행 후 약 64% 증가한 반면 노인요양병원은 2008년 690개소에서 2013년 12월 현재 1,232개소로 약 79%의 증가를 보임. 특히 1,232개소의 노인요양병원 중 71개의 공립요양병원을 제외한 94%의 노인요양병원이 민간 노인요양병원임.



2013 건강보험주요통계, 건강보험공단, 2013

<그림 4> 노인요양병원과 노인요양시설 수

- 노인요양병원 병상 수의 급격한 증가로 우리나라는 OECD 10개국 중 가장 많은 노인요양병원 병상을 보유하고 있음. 노인인구 천명당 노인요양병원 병상수는 우리나라의 경우 15.3개로 OECD 10개국 평균 병상수 7.4개의 두 배에 달하며, 노인장기요양보험을 운영하고 있는 일본의 12.6개 보다 많음.

<표 5> OECD 10개국 평균 병상 수

(단위 : 병상)

| 구분      | 인구 천명당 | 노인인구 천명당 |
|---------|--------|----------|
| 오스트리아   | 0.3    | 1.7      |
| 벨기에     | 0.2    | 1.0      |
| 핀란드     | 2.3    | 14.0     |
| 프랑스     | 1.5    | 9.6      |
| 아이슬란드   | 1.0    | 9.0      |
| 아일랜드    | 1.6    | 13.7     |
| 이스라엘    | 0.9    | 9.2      |
| 이탈리아    | 0.2    | 0.9      |
| 일본      | 2.8    | 12.6     |
| 스페인     | 0.3    | 1.9      |
| 10개국 평균 | 1.1    | 7.4      |
| 한국      | 1.6    | 15.3     |

김진수 외, 2013

- 노인요양병원 간 경쟁이 치열해지면서 폐업하는 노인요양병원의 수는 2009년 77개에서 2012년 134개로 약 두 배 가량 증가했으며, 폐업의 가장 큰 이유는 경영난으로 보고됨(건강보험심사평가원, 2013). 노인요양병원의 난립과 과열경쟁에 대한 대처로 노인요양병원은 의료요구도가 낮아 전문적인 의료처치를 필요로 하지 않으며 장기입원의 가능성이 높아 수익창출에 효과적인 사회적 입원에 집중함. 이에 따라 의료적 조치가 필요하지 않은 장기요양 노인이 노인요양시설이 아닌 의료기관에서 돌봄을 받는 사회적 입원이 확대되었으며 이로 인한 사회적 비용이 증가함.

## 2. 노인장기요양 급여의 불충분성

- 현 노인장기요양보험의 급여량은 최종중인 1등급 인정자가 방문요양 서비스만을 사용할 경우 일일 최대 이용시간이 4시간에 불과함. 노인장기요양보험이 돌봄 제공자로서 가족기능의 한계라는 사회적 욕구에 대응하기 위한 제도적 도구임을 고려한다면 현재의 급여량으로 돌봄 제공의 일차적 책임은 여전히 가족에게 있음.

<표 6> 재가급여의 월한도액에 따른 급여가능 일수

|       | 1등급        | 2등급        | 3등급      |
|-------|------------|------------|----------|
| 월한도액  | 1,140,600원 | 1,003,700원 | 878,900원 |
| 방문요양  | 28일        | 25일        | 22일      |
| 주야간보호 | 28일        | 26일        | 25일      |

이미진, 2012

- 1) 방문요양의 경우, 1일 총 4시간 이용을 기준으로 한 것임.
- 2) 주야간보호의 경우, 1일 10-12시간 이용을 기준으로 한 것임.
- 3) 급여가능일수는 월한도액을 등급별로 10시간 이상~12시간 미만의 수가로 나누어 계산함.

- 재가요양서비스 급여량과 장기요양 등급인정자가 필요로 하는 돌봄의 양에 큰 차이가 있어 가족이 기대하는 돌봄 서비스의 공백이 적절히 해결되기 어려운 경우, 가족은 재가요양을 포기하고 시설요양을 선택하게 됨. 재가요양 우선의 원칙에 의해 재가요양과 시설요양의 본인부담금에 차이를 두고 있지만 급여량이 부족함에 따라 노인을 돌보는데 한계가 있는 가족은 현실적으로 시설요양서비스를 선택할 수밖에 없는 구조임.
- 특히, 시설요양서비스는 장기요양 1등급과 2등급, 그리고 조건을 충족하는 일부 3등급 인정자에게만 이용자격이 주어짐에 따라 3등급 인정자 중 노인을 재가에서 돌보는 것이 현실적으로 불가능한 가족은 입원에 자격 제한이 없는 노인요양병원을 이용하게 됨. 즉, 장기요양 3등급의 경우 시설요양 서비스에 대한 자격이 제한적으로 부여되기 때문에 노인을 돌보기 어려운 가족은 의료적 조치에 대한 욕구가 없음에도 의료기관인 노인요양병원에 입원하여 노인돌봄을 해결하는 사회적 입원을 선택하는 경향이 높음.
- 실제로 노인요양시설만을 이용하는 비율은 1등급의 경우 92.3%, 2등급은 92.4%, 3등급은 93%로 등급 간 차이가 없는 반면, 노인요양병원에서 치료 후 노인요양시설로 이송되지 않고, 노인요양병원만 장기적으로 이용하고 있는 입원자는 1등급의 경우 83%, 2등급은 80%, 3등급은 92%로, 3등급의 경우 노인요양병원만을 이용하는 비율이 상대적으로 높음. 이는 앞서 설명한 바와 같이, 시설요양 입소자격이 제한되는 3등급 인정자의 시설요양서비스에 대한 미충족 욕구가 사회적 입원의 확대와 연관되어 있음을 시사함.

<표 7> 노인요양병원과 노인요양시설의 이용행태 (단위 : 명, %)

|                |                             | 1등급    |      | 2등급    |      | 3등급    |      | 합계      |     |
|----------------|-----------------------------|--------|------|--------|------|--------|------|---------|-----|
|                |                             | 이용자    | 비율   | 이용자    | 비율   | 이용자    | 비율   | 이용자     | 비율  |
| 노인<br>요양<br>시설 | 노인요양시설만<br>이용               | 20,953 | 18.5 | 40,267 | 35.5 | 52,239 | 46.0 | 113,459 | 100 |
|                | 노인요양시설에서<br>노인요양병원<br>으로 이동 | 1,742  | 19.4 | 3,298  | 36.8 | 3,928  | 43.8 | 8,968   | 100 |
|                | 이동비중                        | 7.7%   |      | 7.6%   |      | 7.0%   |      | -       |     |
| 노인<br>요양<br>병원 | 노인요양병원에서<br>노인요양시설로<br>이동   | 2,156  | 22.7 | 3,642  | 38.3 | 3,701  | 39.0 | 9,499   | 100 |
|                | 노인요양병원만<br>이용               | 10,472 | 15.6 | 14,649 | 21.9 | 41,918 | 62.2 | 67,039  | 100 |
|                | 이동비중                        | 17.1%  |      | 19.9%  |      | 8.1%   |      | -       |     |

김진수 외, 2013

### 3. 노인요양병원 입소기준 및 노인요양기관 간 연계체계의 부재

- 노인요양시설은 노인장기요양보험에 의한 비용지원 대상을 등급인정자로 제한함으로써 입소

자격을 실질적으로 통제하고 있음. 반면 노인요양병원은 의료법상 ‘장기입원이 필요한 환자에게’ 의료서비스를 제공하는 기관으로 정의되어 이용자가 장기입원을 필요로 하는 자임을 밝히고 있을 뿐 입원자의 자격에 대한 명확한 조건이 제시되어 있지 않음.

- 그런데 국외 사례를 살펴보면 장기요양병상에 해당하는 캐나다의 복합치료병상과 미국의 노인장기요양병원은 다른 기관의 의뢰를 통해서만 환자의 입원이 가능하게 하는 제도적 제어 장치를 두고 있음(송헌중, 2012).
- 반면 우리나라는 불필요한 의료서비스의 남용을 막기 위한 노인요양병원 입원 및 이송조건에 대한 기준이 명확히 제시되어 있지 않아, 의료서비스에 대한 욕구가 있음에도 노인요양 시설에서 노인요양병원으로 이송되어 적절한 의료서비스를 받지 못하거나 동시에 의료서비스에 대한 특별한 욕구가 없음에도 노인요양병원에 입원하여 의료서비스를 남용하는 양 방향의 문제가 모두 발생하고 있음.

#### 4. 노인요양병원 서비스 질 관리체계의 부실

- 노인요양병원 시설, 인력을 포함한 서비스 질 관리 체계의 부실 또한 문제의 원인으로 주목됨. 노인요양병원의 의료 서비스 질 관리 방안으로 의료법 제58조의4 제2항에 의거하여 2013년 1월부터 ‘노인요양병원 의무인증제’ 를 시행하고 있음.
- 노인요양병원 의무인증 평가를 실시하고 있는 의료기관평가인증원은 보건복지부가 인증평가를 위탁 운영하도록 한 비영리재단법인임. 인증평가를 하는 인증평가조사위원회는 모집공고를 통해 선발하고 있고 대부분 현직 의사, 간호사 등으로 구성되어 있으며, 평가에 관한 절차 및 결과를 공개하지 않고 있음. 평가의 투명성, 공정성이 담보되지 않고, 평가대상인 노인요양병원과의 독립성을 유지할 것을 기대하기 어렵다는 점에서 평가의 객관성이 검증되기 어려운 한계가 있음.
- 실제 화재사건이 발생한 효사랑 노인요양병원의 경우, 인증을 받은 기관임에도 화재로 인한 응급상황 발생 시 입원자를 안전하게 보호하지 못함으로 환자안전 및 서비스 질 차원에서의 한계가 드러났음.

#### 5. 노인요양시설 서비스에 대한 불신

- 노인요양시설에서 제공하는 서비스의 질에 대한 우려도 노인요양병원의 불필요한 이용을 증가시킴. 노인요양시설 입소자가 노인요양병원으로 이송을 원하는 주요 이유 중의 하나가 노인요양시설에 대한 보호자의 불신으로 드러난 연구결과(김진수 외, 2013)는 노인요양시설과 노인요양병원의 선택이 입소자의 의료 또는 요양서비스 요구에 기초해 이루어지고 있지 않

다는 현실을 반영함.

- 일상생활지원 서비스를 주로 제공하는 요양보호사가 주요 서비스 제공인력인 노인요양시설에 비해 의사와 간호사가 주요 인력으로 상주하는 노인요양병원이 질적으로 높은 서비스를 제공할 것이라는 이용자와 가족의 노인요양병원 서비스에 대한 근거 없는 기대와 노인요양시설 서비스에 대한 막연한 불신이 노인요양병원의 불필요한 입원을 증가시키고 있음.



## 04 무엇을 어떻게 바꾸어야 하는가?

---

### 1. 노인장기요양 급여량의 현실화

- 현재 노인요양시설 입소자격을 장기요양 1등급과 2등급의 중증도로 제한하고 있으며, 등급판정위원회가 인정한 경우에 한해 3등급까지로 확대하고 있음. 그러나 대부분 3등급 인정자는 시설 요양의 대상에서 제외되기 때문에, 재가요양을 통해 요양욕구가 충족되지 못하는 경우 상대적으로 입소에 제한이 없는 노인요양병원 입원으로 연쇄될 가능성이 높음. 따라서 급여량의 제한으로 재가요양을 포기하지 않도록 노인장기요양 급여량을 현실화할 필요가 있음.

### 2. 노인요양병원 입원 또는 전원 통제 기제 구축

- 노인요양병원의 난립을 막고, 사회적 입원 중심의 기능왜곡을 개선하기 위해서는 의료법 상에 노인요양병원 대상자로 정하고 있는 ‘장기입원이 필요한 환자’의 판정 기준을 명확히 하고 이를 충족하는 대상자만을 입원조치 하도록 정해야 함.
- 예를 들면 ‘요양 1등급자와 2등급자 중 노인요양병원 의료등급 분류상의 의료중도 이상자’ 등(노용균 등, 2012)과 같이 구체적인 기준을 정하거나 또는 미국이나 캐나다 등과 같이 병원과 노인요양시설에서 장기입원 치료가 필요한 정도를 판정하고 이에 근거해 노인요양병원 입원이 가능토록 하는 제도적 장치도 고려해 볼 필요가 있음.

### 3. 노인요양기관 간 서비스 연계체계 구축

- 의료적 조치가 필요 없는 노인은 노인요양병원에서 노인요양시설로 이송하고, 의료적 조치에 대한 욕구가 발생한 노인요양시설 입소자는 신속히 의료서비스를 제공받을 수 있도록 노인요양 기관 간 서비스 연계체계가 구축되어야 함. 앞서 제안한 바와 같이 노인요양병원 입원자 중 노인요양시설로의 전원이 필요한 사례에 대한 기준과 체계를 마련하여 의료서비스에서 요양서비스로의 욕구변화에 따라 적합한 요양기관으로 서비스가 연계되어야 함.
- 노인요양시설에 축적의 제도를 두고 있으나 상주하지 않고 있기 때문에 노인요양시설 내에서의 의료적 처치에 한계가 있으므로 입소자에 대한 의료서비스 요구도 파악을 정기적으로 시행하고, 의료등급 분류상 의료중도 이상자 발생 시 정해진 기간 내에 신속히 병원으로의 의뢰를 의무화하는 등 노인요양시설 입소자의 의료서비스 욕구에 민감하게 대응하여야 함.

#### 4. 노인요양병원 시설 및 인력기준 강화

- 노인요양병원의 인력기준을 현실화 할 필요가 있음. 노인요양병원은 (아)급성질환 또는 만성 질환으로 장기간의 입원치료가 필요한 환자를 위한 의료기관임. 노인요양시설과 노인요양병원의 입소 자격에 근거한 입소자 연계체계의 정립은 노인요양병원 입원자의 상당수가 치료를 목적으로 노인요양시설로부터 이송된 장기요양 등급 인정자임을 의미함. 즉 노인요양병원과 노인요양시설은 이용자의 일차 욕구가 의료적인지 또는 요양인지에 따라 구분될 뿐 이용자의 신체 및 정신적 상태가 집중적인 돌봄을 필요로 하는 취약한 상태라는 점에선 큰 차이가 없음.
- 그런데 노인요양병원의 현 인력기준은 입원자의 요양욕구를 고려하지 못한 기준으로 이해됨. 노인요양병원과 노인요양시설의 역할 구분 및 연계체계의 확립과 더불어 노인요양병원의 인력기준 강화가 반드시 동반되어야 함. 더불어 노인요양시설 보다 낮은 상태에 있는 노인요양병원의 (소방)시설기준을 최소 노인요양시설과 동일한 수준으로 상향 조정해야 함.

#### 5. 의무인증제도 개선을 통한 노인요양병원 서비스 질 관리

- 현재 요양병원 인증평가가 민간에 위탁되어 있고 인증평가의 절차 및 결과가 공개되지 않고 있어 평가에 대한 객관성에 대한 검증이 어려움. 환자의 안전과 지속적인 질 향상을 위해서는 의무인증제가 노인장기요양병원의 서비스 질을 민감하게 반영하고 인증평가가 엄격하며 객관적으로 이루어질 수 있도록 개선되어야 함.
- 평가절차의 독립성을 위해 인증평가 주체를 민간에서 공공기관으로 변경하거나, 평가절차의 투명성과 공정성을 담보할 수 있는 절차적 규정이 보완되어야 할 것임.

## 참고문헌

---

- 국민건강보험공단(2013). 『노인요양병원과 요양시설 역할 정립 방안 내부자료』. 서울: 국민건강보험공단.
- 김진수·선우덕·이기주·최인덕·이호용·김경아(2013). 『노인요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구: 연계방안을 중심으로』. 서울: 한국보건사회연구원.
- 노인장기요양보험 통계자료실(2014). ‘노인장기요양보험 등급판정 현황, 2014년 6월말 현재’.  
<http://www.longtermcare.or.kr/portal/site/nydev/B0019/>
- 노용균(2012). “노인장기요양보험 수급자의 의료적 욕구 관리 방안”. 『국민건강보험공단 2012 한일 국제 심포지엄 연세집』. 서울: 국민건강보험공단.
- 보건복지부(2012). 노인요양병원 의무인증제 시행을 통한 서비스 질 개선 및 노인요양병원-시설 간 기능개편 추진, 2012, 09, 27 보도자료. 서울: 보건복지부.
- 송현중(2013). “노인요양병원제도 개선 방향: 서비스 연속성 측면”. 정책동향. 7(4), 11-18.
- 이미진(2012). “노인장기요양과 공공성 증진을 위한 정책과제”. 『참여연대 2012 보편적 복지 확대를 위한 공공성 강화 방안 토론회』. 서울: 참여연대 사회복지위원회.

---

## 참여연대 이슈리포트

### 노인요양병원 및 노인장기요양제도의 문제와 대안

발행일 2014. 08. 08

발행처 참여연대 사회복지위원회 (소장 : 이찬진 변호사)

담당 이경민 간사 02-723-5056 welfare@pspd.org

Copyright ©참여연대, 2014 ※본 자료는 참여연대 웹사이트에서 다시 볼 수 있습니다.



정부보조금 0%, 회원의 회비로 운영됩니다.

대표전화 02-723-5300 회원가입 02-723-4251

주소 110-043 서울 종로구 자하문로9길16 (통인동)

홈페이지 [www.peoplepower21.org](http://www.peoplepower21.org)

---