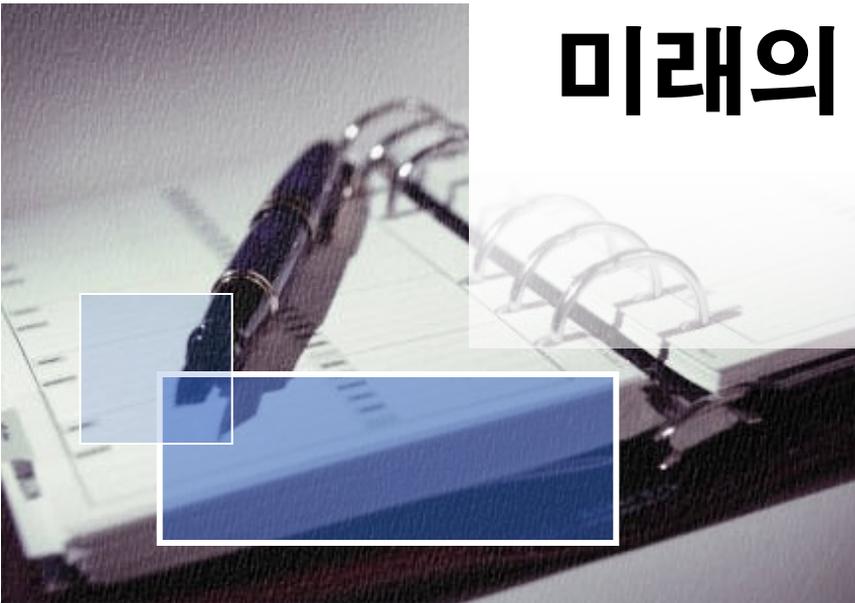
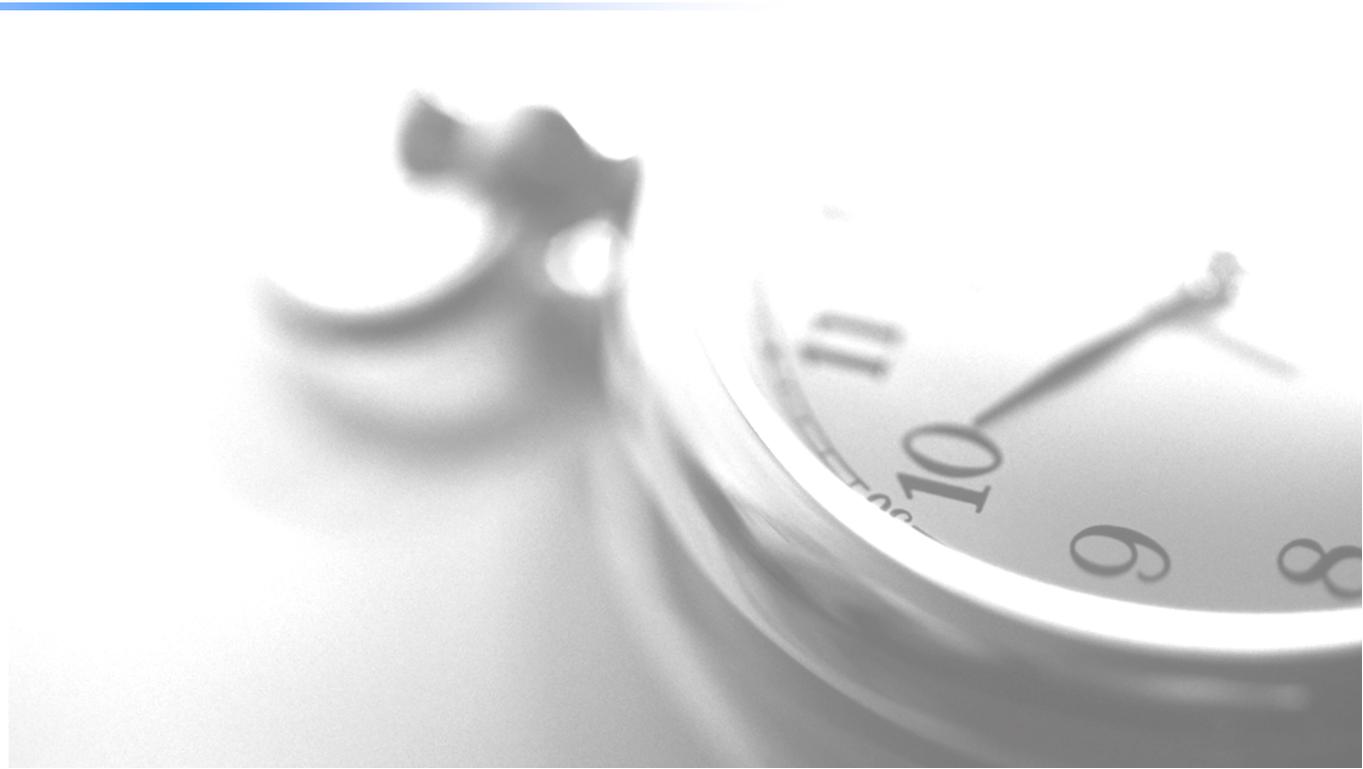


인구절벽 시대에 대응한 미래의 보건의료제도/건강보험



정형선
(연세대학교 보건행정학과)

고령화사회에서 고령사회로

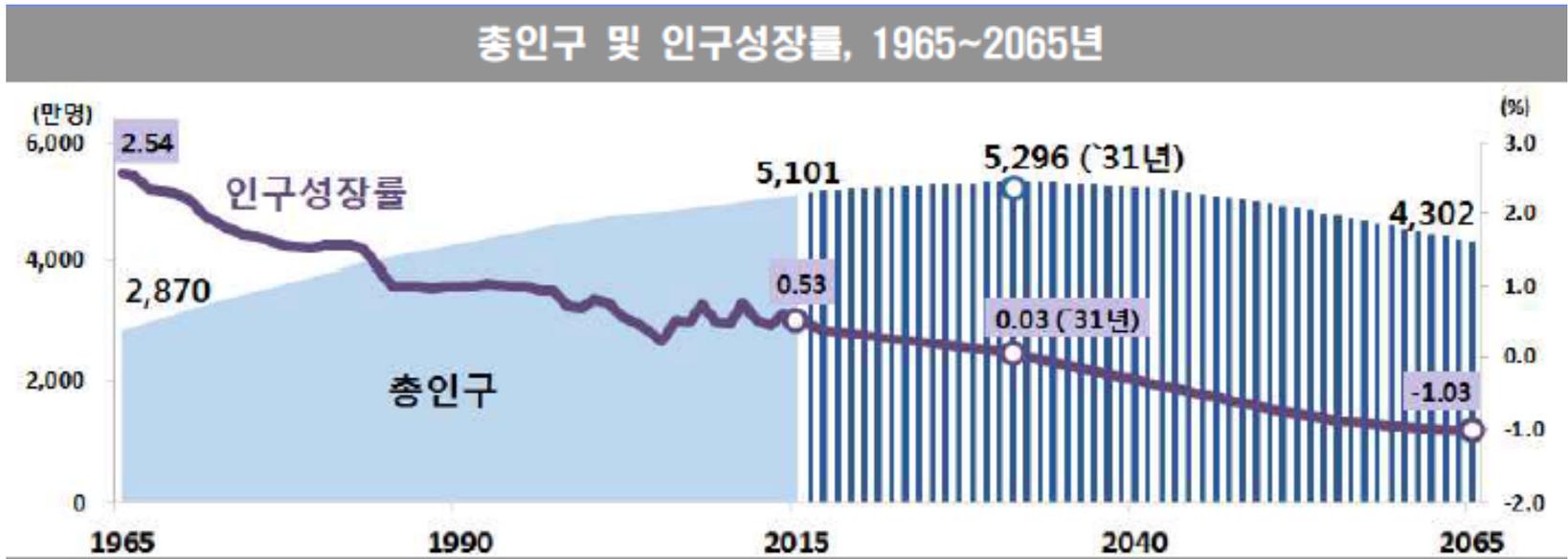


인구 고령화와 인구절벽



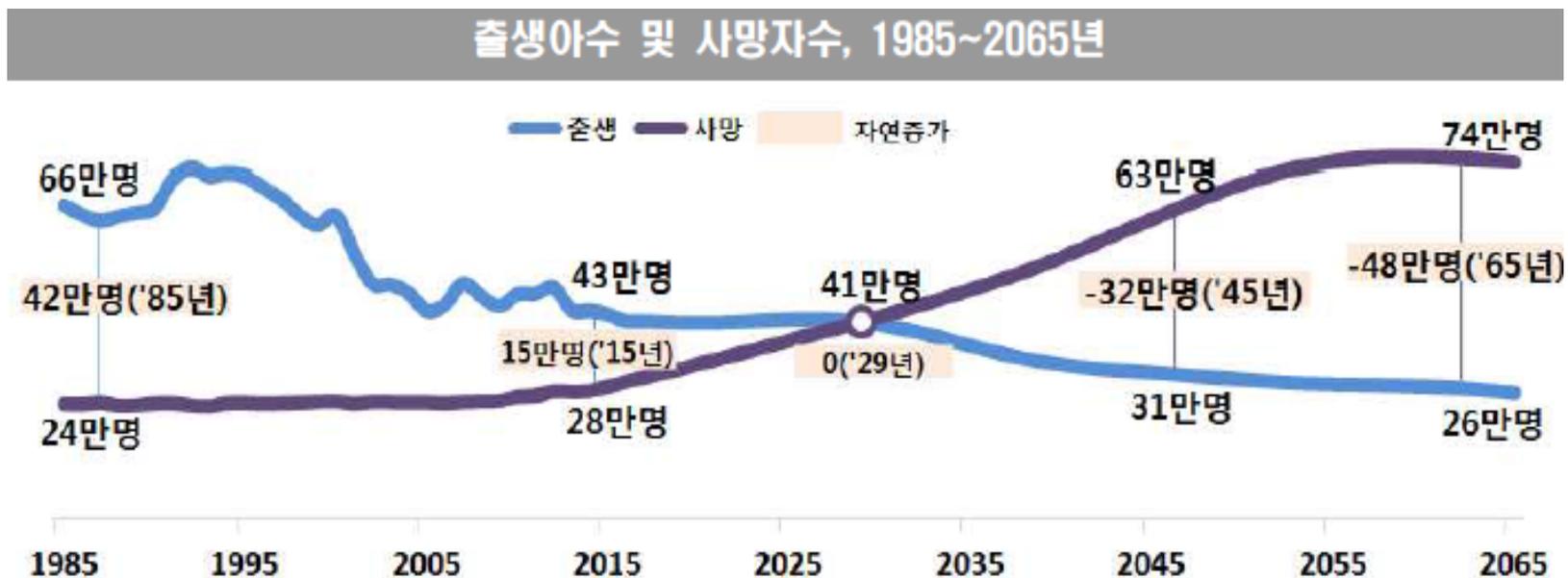
■ 총인구 2015년 5,101만명, 2065년 4,302만명으로 감소

- (총인구) 2015년 현재 5,101만 명, 2031년 5,296만 명을 정점으로 감소 시작, 2065년 4,302만 명으로 이는 1990년 인구 수준)



출처: 통계청, 장래인구추계(2015-2065년)

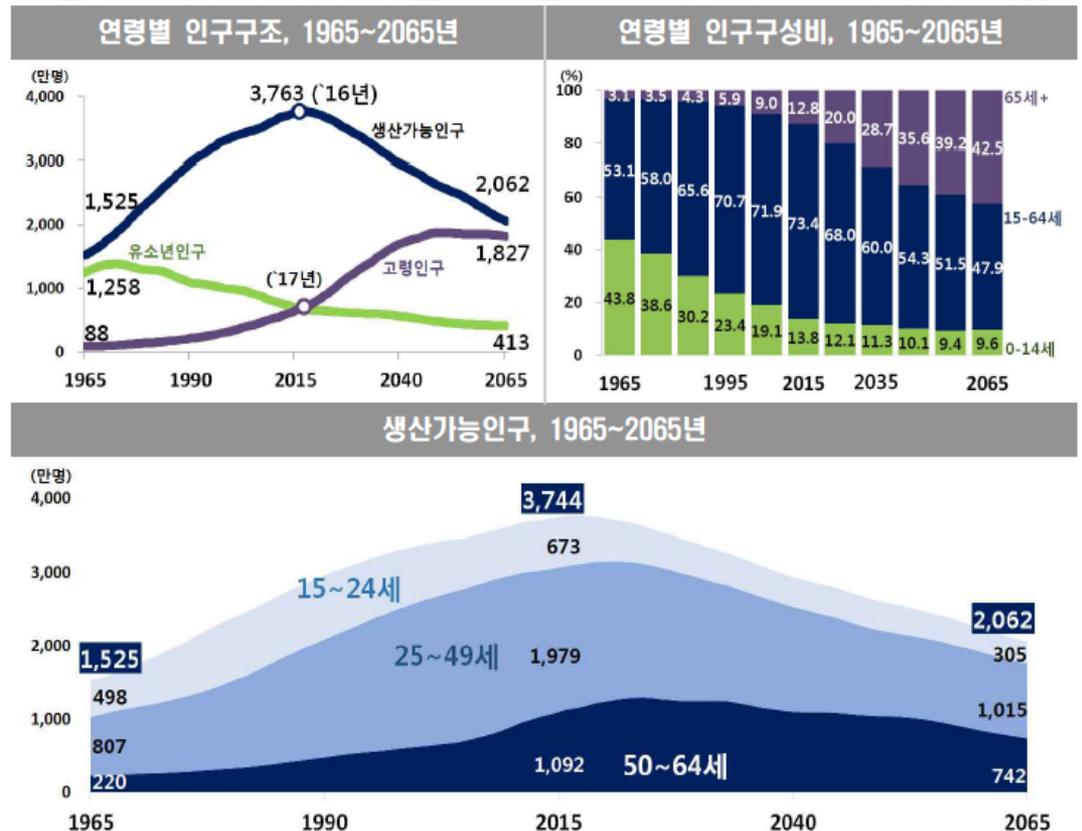
- (인구증가율) 2032년부터 마이너스로 전환, 2065년에는 -1.03% 수준
- (자연증가) 2029년부터 사망자가 출생아 보다 많아지는 자연감소 시작
 - 저출생아는 2015년 43만 명에서 2065년 26만 명(2015년의 2/3 미만)으로 감소
 - 사망자는 2015년 28만 명에서 2065년 74만 명(2015년의 2.7배)으로 증가



출처: 통계청, 장래인구추계(2015-2065년)

총부양비, 2015년 36.2명에서 2065년 108.7명으로 3배 증가

- (총부양비) 생산가능인구 1백 명 당 부양할 인구는 2015년 36.2명(노인 17.5명)에서 계속 높아져 2065년 108.7명(노인 88.6명)까지 증가할 전망
- (노령화지수) 유소년인구 1백 명 당 고령인구는 2017년부터 100명을 넘고, 2065년 442.3명으로 4.4배가 될 전망



출처: 통계청, 장래인구추계(2015-2065년)

만성질환 유병률과 의료비



- 고령인구가 가지고 있는 높은 유병률 수준
 - 2015년 전체 국민 10명 중 3명은 만성질환에 시달림: 고혈압 571만, 당뇨병 280만, 신경계질환 274만 등 (2015 건강보험통계연보)
 - 만성질환이 최초로 발견되는 시기는 주로 50대 이후이며 대개 10년 이상 경과 후에 합병증을 가지게 됨. 대부분의 만성질환은 그 주요 기전인 고혈압, 당뇨병, 고지혈증을 관리함으로써 적절한 대처가 가능함에도 불구하고, 아직까지 이러한 관리를 위한 노력이 제대로 이루어지고 있지 못함
- 높은 유병률은 의료비의 부담을 가져옴
 - 만성질환 진료비는 21조3천억원: 암 4조9천억, 정신 및 행동장애 3조1천억, 고혈압 2조8천억, 당뇨병 1조8천억 등 (2015 건강보험통계연보).
 - 대부분의 사람들이 생애의료비의 대부분을 고령기에 부담함. 후기고령기 내지 생의 마지막 단계에서는 요양병원이나 요양원 등 보건의료 및 사회서비스에 대한 요구도 커짐



- 2017년 현재 치매 환자 약 72.4 만 명, 65세 이상 인구의 치매유병률 10.2% (추정: 중앙치매센터)

(참고) 2012년 전국치매역학조사 결과:

- 치매 환자수는 540,755명 (남성 155,955명, 여성 384,800명)
- 65세 이상의 노인의 치매 유병률은 9.18%
- 향후 치매 환자수는 2050년까지 20년 마다 2배씩 증가하여 2020년 약 84만 명, 2030년 약 127만 명, 2050년에는 271만 명으로 추산

(참고) 미국 13.9%, 캐나다 8%, 영국 6.6%, 이탈리아가 8.3%

- 2015년 치매 관리 비용(진료비, 간호비, 장기요양보험 지출) 13.2조원 (추정: 중앙치매센터)
 - 2030년 34조원, 2051년 107조원 추정

건강보험 노인진료비의 추이



- 건강보험 노인진료비의 증가는 지난 15년간 9.9배로 증가: 전체 인구의 진료비는 4.6배
 - 2015년 건강보험에서 노인진료비의 점유율은 37.8%로 2000년 17.5%의 두 배 이상

전체 건강보험진료비

(단위: 십 억원)

연도	건강보험 진료비 전체 (A)	(증가 지수 2000=1.0)	65세 미만 (B)	(증가 지수 2000=1.0)	노인 진료비: 65세 이상 (C)	(증가 지수 2000=1.0)	노인 진료비 점유율 C/A
2000	12,912	1.0	10,657	1.0	2,255	1.0	17.5%
2005	24,862	1.9	18,788	1.8	6,073	2.7	24.4%
2010	43,628	3.4	29,493	2.8	14,135	6.3	32.4%
2015	58,787	4.6	36,551	3.4	22,236	9.9	37.8%

- 65세 이상의 경우, 2015년 22.2조원에서 2020년 35.6조원으로 1.6배, 2030년 91.3조원으로 4.1배가 되고, ‘건강보험노인 1인 의료비’ 는 2015년 357만원에서 2020년 459만원으로 1.3배, 2030년 760만원으로 2.1배가 됨
- 75세 이상의 경우, ‘건강보험 노인 의료비’ 는 2015년 11.4조원에서 2020년 19.6조원으로 1.7배, 2030년 58.7조원으로 5.2배가 됨

연도	65세 이상		70세 이상		75세 이상	
	전체 (조원)	1인당 (만원)	전체 (조원)	1인당 (만원)	전체 (조원)	1인당 (만원)
2015	22.2	357	16.9	409	11.4	459
2020	35.6	459	28.1	544	19.6	636
2025	58.0	591	47.3	724	34.5	882
2030	91.3	760	77.2	964	58.7	1,224
배수	(2015년 기준)	(2015년 기준)	(2015년 기준)	(2015년 기준)	(2015년 기준)	(2015년 기준)
2015	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
2020	1.6	1.3	1.7	1.3	1.7	1.4
2025	2.6	1.7	2.8	1.8	3.0	1.9
2030	4.1	2.1	4.6	2.4	5.2	2.7

생애 말기의 연명 치료비



- 회복 가능성 없는 노인들에 대한 무의미한 과다 또는 집중치료
- 생애 마지막 1개월에 1년간 총 의료비의 약 1/3을 지출(이지전 등, 2003)
- 1인당 평균 생애 의료비 총액 8,000만~1억여 원 중 48.6%~52.4%를 65세 이후 노년기에 지출 (정영호 등, 2011)

생애주기	남자	여자
고령 노인(80세 이상)	5.9%	8.4%
노인(65~84세)	42.7%	44.0%
중장년(40~64세)	30.2%	28.4%
청년(20~39세)	8.4%	10.0%
영유아, 아동 및 청소년(0~19세)	12.7%	9.2%

미래의 보건의료복지체계와 건강보험



1. 의료제공인력의 유연성 확보
2. 예방에 대한 투자: 생략
3. 건강보험 재원에 의한 만성질환 관리 체계 확보
4. 병상기능의 재편: 재활서비스의 내재화
5. (중기 과제) 보호자 숙박 없는 입원 환경 조성
6. (중기 과제) 지역사회 의료 및 복지의 연계

1. 의료제공인력의 유연성 확보



■ 의료제공 인력의 직역이기주의와 직종 간의 업권 분쟁

- 의사와 한의사: 양·한방 일원화, 의료기기 사용 등
- 의사와 간호사: 간호임상, 방문간호, PA 인정 등
- 의사와 약사: 대체조제 인정 등
- 의사와 물리치료사/작업치료사: 치과의사와 치과 기공사: 개설권, 감독권, 처방권 등
- 한의사와 약사: 한약조제 등
- 간호사와 간호조무사: 간호간병 등
- 간호조무사와 영양 보호사와 간병인: 간병서비스 등

■ 의료제공 인력 간의 경계 허물기와 협력적 서비스 제공 체계 필요

- 만성질환 중심의 시대에서는 치료가 제공 인력별 사일로를 넘어서 협력적 관계 속에서 제공되어야 하며, 제공자의 편의성보다는 수요자의 니드를 중심으로 조정되어야 함
- 이를 위해서는 제공 인력별 독점영역(rent)을 줄이고 상호 대체가능성을 높여야 할 것이며, 건강보험의 지불방식도 팀어프로우치를 보상할 수 있는 방향으로 재편되어야 함

<참고> 2017년 OECD 보건장관회의 (1.17)

- 일시 및 장소 : 2016.11.7(월)–11.8(화), 프랑스 파리 OECD 본부
- 주제 : “차세대 보건 개혁(The Next Generation of Health Reforms)”
- 참석자 : 35개 OECD 회원국(한국 포함) 및 7개 비 회원국(인도네시아, 페루, 카자흐스탄, 아르헨티나, 콜롬비아, 코스타리카, 남아공) 보건부 장관 등, OECD 사무총장, WHO, World Bank 등 국제기구 대표
- 전체 세션 : 비효과적 의료비 및 낭비의 문제
- 분임 세션 1 : 고비용 치료와 맞춤형료
- **분임 세션 2 : 보건전문가 역할의 개혁: 미래의 보건 인력을 지향하여**
 - 현대 의료에서는 전문성을 이유로 의료제공인력들이 질병 및 전문 별로 분화되어 종사 함
 - 서비스의 전달과 조직화, 작업의 흐름은 사일로 별로 분절되고 경직화 되어 있음
 - 만성질환 중심의 시대에서는 의료 인력간의 경계를 허물고 협력적 관계 속에서 치료서비스가 제공되어야 함
- 분임 세션 3 : 보건의료 빅데이터의 거버넌스 (Governing big data in health care)

3. 건강보험 재원에 의한 만성질환 관리 체계



■ 만성질환의 관리 필요성

- 현황
 - 다제복용 상황 : 노인 외래환자의 86.4%가 동시에 6개 이상의 약물을, 44.9%가 11개 이상의 약물을, 3.0%가 21개 이상의 약물을 처방 받음 (2010-11년 심평원 환자표본자료)
이는 흔히 3D(Delirium, Dementia, Depression)라고 부르는 섬망이나 치매 등의 정신 기능 장애 현상이나 우울증, 또는 자살을 유발함 (윤종률, 2016)
- 관리 필요성
 - 고혈압이나 당뇨병, 퇴행성 관절염, 뇌경색, 치매, 골다공증 등과 같이 끝까지 지속되거나 합병증을 유발하는 퇴행성 만성병은 동네 단골의사가 지속적으로 관리해야 함
 - 평상시에는 2, 3차 의료기관에서 치료 받을 필요가 없으며, 1차 의료기관에서의 지속적, 포괄적 관리가 필요함

만성질환 관리 관련 각종 시범사업의 현황

구 분	고혈압·당뇨병 등록·관리사업	의원급 만성질환 관리제	지역사회 일차의료 시범사업	만성질환관리 수가시범사업	보건소 모바일 헬스케어 시범사업
실시 기간	2007 ~	2012 ~	2014 7월 ~ (3년간)	2016 9월 ~ (1년간)	2016 9월 ~ (6개월간)
소관 부서	질병관리본부 (만성질환 관리과)	건강보험공단 (건강관리실)	보건복지부 (건강정책국)	보건복지부 (보건의료정책관)	보건복지부 (건강정책국)
대상 지역	19개 시·군·구	전국 단위	4개 시·군·구	전국 단위	10개 (→35개) 시·군·구
대상 기관	대상지역 소재 지정의원(1,359개) 및 약국(1,909개)	전체 의원 (‘15년 참여 현황 7,935개소)	대상지역 소재의원 (‘17.2월 149개소)	참여 신청의원 1,870개(‘17.3.8.현 재 1,467개소)	지정 보건소 10개(→35개)
대상 환자	대상지역 주민 중 고혈압·당뇨병환 자(만30세~) (‘15 41만 명)	고혈압·당뇨병환자 (‘15년 누적 460만 명)	참여의원에 다니는 고혈압·당 뇨병환자(‘17.2월 3.6만 명)	참여의원에 다니는 고혈압·당뇨병 환자 (의원당 100명 이내) (‘17.3.8. 2.6만 명)	건강검진결과 연계, 만성질환 위험요인 보유자 (보건소 당 1천명)

[예시 1] 한국의 만성질환 관리 시범사업 (2016 -)

- **대상 환자:** 고혈압 환자 및 당뇨병 환자
- **참여 의원:**
 - 2016.9 현재 1,870 동네병원 참여 선정 (1차 등록 : 9.26~10.21 / 2차 등록 : 10.22~11.25)
 - 1년 이상 업무 실적 있고, 월평균 고혈압 또는 당뇨병 환자 20명 이상 진료한 의원 선정
- **사업 내용**
 - 의사는 환자별 만성질환 관리계획을 수립하여 환자에게 계획서를 제공하고, 환자는 매주 담당 의사에게 혈압·혈당 수치를 전송하며, 의사는 환자의 측정정보를 바탕으로 질환관리 문자메시지를 발송하고, 환자가 정상 범위를 벗어난 이상 수치를 전송하거나, 환자 스스로 이상 징후를 느껴 의사에게 보고하는 경우 등 필요 시 전화 상담 보건복지부와 의사협회의 협의 하에 진행
- **건강보험 수가 적용:** 환자당 월평균 2.7만원 (최소 1만원~최대 3.4만원)

	분 류	금 액
1	<ul style="list-style-type: none"> • 계획 수립, 점검 및 평가 • 주: 대면 진찰과 함께 이루어지며 최대 월 1회 산정 진찰료와 별도 산정하며 해당 행위가 일어나는 월에 청구 	9,270원
2	<ul style="list-style-type: none"> • 지속 관찰 관리 • 주: 주 1회 이상 환자의 혈압·혈당 등 정보를 확인하고, 월 2회 이상 문자 메시지 등 recall·remind 서비스 제공 시 산정 	10,520원
3	<ul style="list-style-type: none"> • 전화 상담 • 주: 전화 상담 수는 최대 월 2회 인정하며, 의원 재진 기본 진찰료 수가 적용 	7,510원

[예시 2] 대만의 1차의료 강화 정책: 가정의 책임제도

▪ 배경

- 2013년에는 '재정의 안정화' 와 '1차 의료(primary care)의 강화' 를 두 개의 축으로 하는 「제2세대全民건강보험」 개혁이 단행됨

1. 가정의사 통합진료제도

- 의원을 중심으로 인두제와 성과지불 방식을 적용
- 2011년 건보법을 개정하여 가정의 제도를 강화하고 인두제를 실시 (총액예산에서 분리)
- 2013년에 시범사업을 실시

2. 의원과 병원을 연계한 통합의료

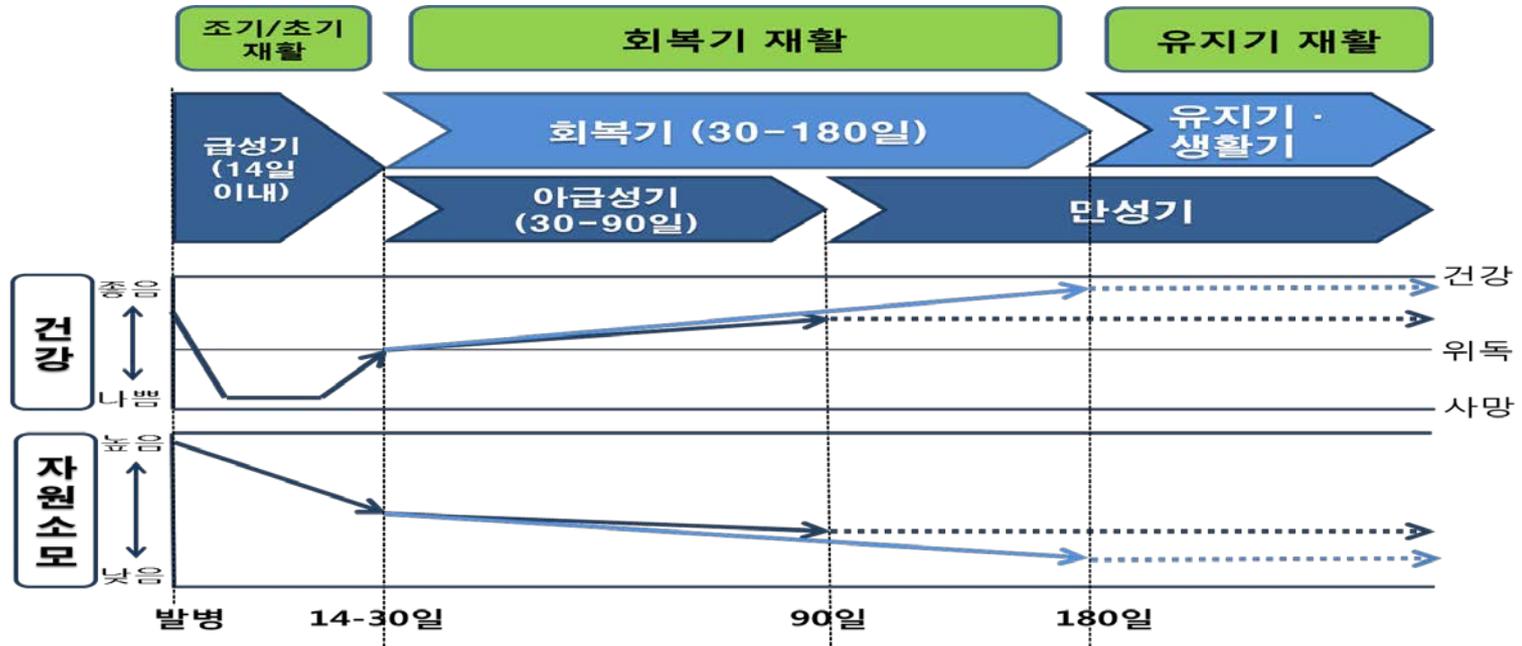
3. 재가의료진료 통합제도

- 외출 진료가 어려운 환자들에게 의료기관의 통합 진료팀을 중심으로 재가의료, 중도(重度) 재가의료 및 호스피스요료를 제공

4. 병상기능의 재편: 재활서비스의 내재화



- 급성기질환에 대해서는 병리과정을 확인, 진단하여 병인을 제거하는 「의학적 모델」 이 적합하지만, 만성질환은 「생활 모델」 이 더 적합
 - 「생활모델」 은 질환 · 장애 · 생활을 종합적으로 판단하고 조절하면서 가정생활 · 사회생활 · 경제생활을 함께 고려해서 원래의 생활을 재구축하고 지원서비스를 제공 하는 것
 - “재활” 이 핵심: 훈련실보다는 병동생활을 중시하는 재활
 - 팀어프로치 재활접근방식이 중요 (의사 · 간호사 · PT · OT · 사회복지사)
- ※ 팀어프로치를 위해서는 간호사, 물리치료사, 작업치료사를 대폭 증원 필요:
 현재 한국의 간호사 437천명, 물리치료사 33천명, 작업치료사 6천명
 (참고로, 일본의 간호사 1,603천명, 물리치료사 96천명, 작업치료사 56천명)

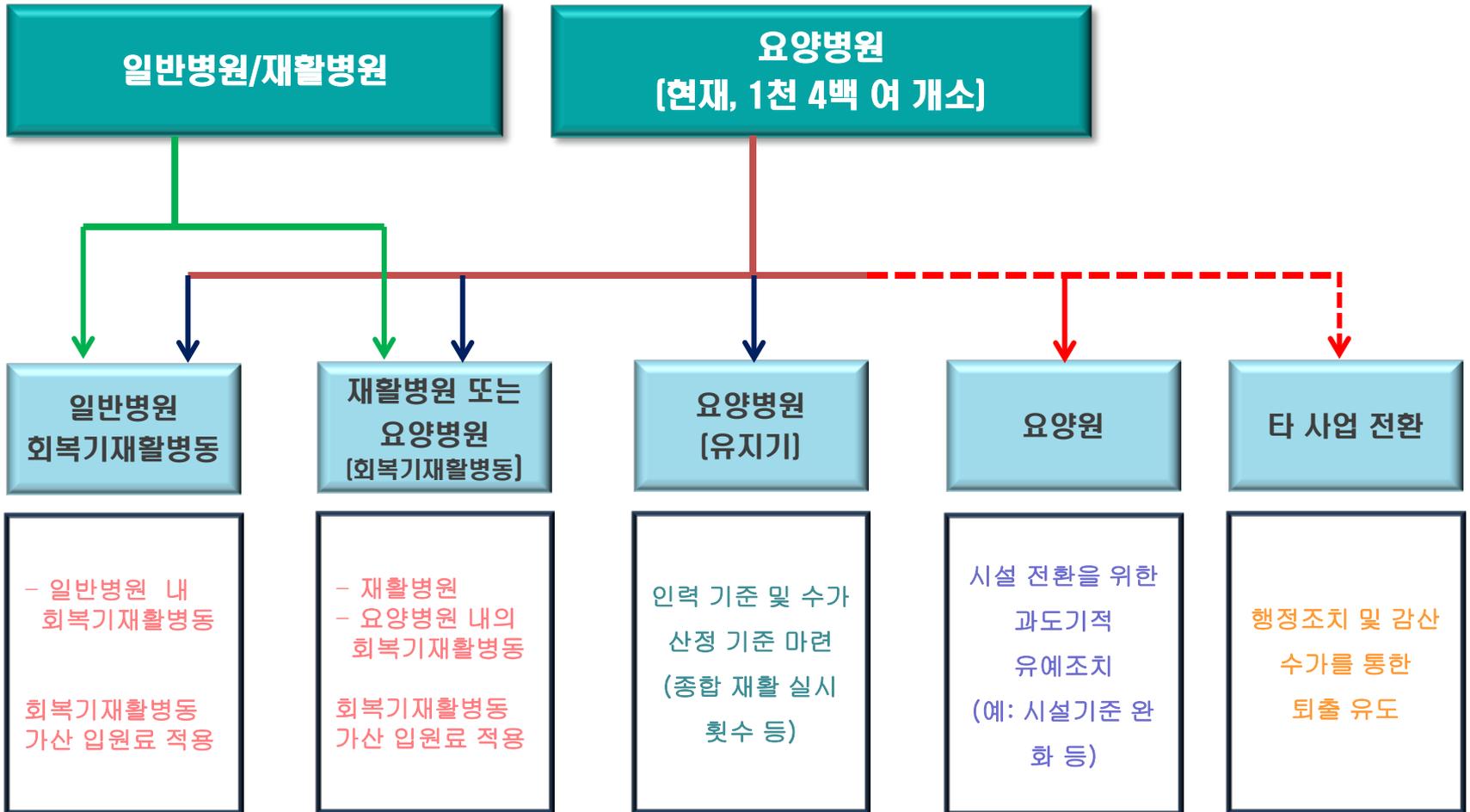


■ 병상 기능 재편의 필요성

- 현재 급성 기병원은 급성기 후의 환자를 퇴원시킴. 입원일수의 제약이 있고 장기 입원의 수익성이 낮기 때문: 뇌병변, 척수손상환자 등은 퇴원 후에 의료이용 및 생활 불편이 증가하므로 여러 병원을 전전함
- 요양병원에 회복기, 유지기의 장기입원환자가 뒤섞여 있고, 상당수의 요양병원은 재활서비스를 제공할 능력과 자세가 갖추어지지 못함
 - 일반 병원은 간병비 등의 부담이 큰데, 일부 요양병원은 간병비를 받지 않으면서 환자를 유인하는 현실
- 일부 요양병원의 노인환자 억제 및 학대, 노숙자환자유인감금, 안전시설미비, 허위 청구는 이미 사회문제화 함
- 2008년부터 시작된 건강보험에서의 일당정액방식 이후 제대로 된 재활을 제공하려는 병원에게는 적자를, 최소 투입으로 부실한 진료를 제공하는 병원에게는 이익을 남기는 구조가 됨 → 사무장 병원의 증가 초래, 요양시설과의 출혈 경쟁
- 반면에, 정부 지정 재활전문병원은 10개 뿐으로 고령사회를 맞이하는 상황에서 종합적이고 전문적인 재활을 제공할 여건이 마련되어 있지 않음

재편 방향

- 기존의 재활전문병원 및 요양병원이 **재활병원**으로 전환: **회복기재활가산 입원료**를 적용
- 일반급성기병원 및 요양병원에 **회복기재활병동**을 구분해서 두고, 회복기 재활을 위한 시설·인력 기준과 과정·결과 지표를 엄격히 확인하는 전제 하에 **회복기재활가산 입원료**를 적용
- 요양병원 중 일부는 **유지기요양병원**으로 전환하거나, 회복기재활병동을 제외한 나머지를 **유지기요양병동**으로 규정함. 단, 유지기 서비스의 일정 수준을 유지하게 하기 위한 종합 재활의 回數 등 산정기준 및 인력 기준 적용
- 요양병원 중 병원의 수준을 유지하기 힘든 경우. 즉, 종합재활을 위한 산정기준 및 인력 기준 미달 시
 - **요양원 등 시설로 전환** 또는 **타 사업 전환** 유도: 행정조치 또는 현재보다 훨씬 낮은 감산 수가 적용
 - 요양원 전환 시 과도기적 유예조치 적용 (예, 시설기준 완화 등)



5. (중기 과제) 보호자 없는 입원 환경 조성



간호 · 간병통합서비스의 추진

- 전통적 간병문화는 환자나 가족의 큰 간병부담의 문제와 간호의 질 저하로 나타남
 - 간병인 고용의 경제적 부담 및 가족 간병의 육체적 · 정신적 부담
 - 비의료인 고용에 따른 질 저하 및 감염/안전 사고에 노출
- 2013년 포괄간호서비스시범사업에서 시작하여 지금은 간호간병통합서비스 사업으로 개명하여 1개 병동 적용 사업을 확대하고 있는 중임



제도 보완 및 확대

- 간호 및 간병 인력의 절대적 부족 상황이 해결되어야 제도의 확대가 가능함
 - 간호인력의 확충 및 유희간호인력의 재 투입
 - 간병인력의 확충 및 활용 방안 강구
- 병원당 1개 병동에서 실시하고 있는 방식의 확대는 줄이고, 병원 전체에 적용하는 방식을 진행할 필요가 있음
 - 1개 병동의 운영은 임시적인 것이며 최종적으로 가야 할 모습이 아님
 - 일정 시점에는 가족 간병을 금지해야 하는데 그 적용 가능성을 타진하고 경험을 축적하기 위해서는 전체 병원을 대상으로 한 사업을 수행할 필요가 있음
 - 공공병원부터 전 병원 적용 방식을 시작

6. (중장기 과제) 지역사회 의료 및 복지의 연계



노인건강수준의 평가 결과에 따라 적합한 프로그램 제공 [윤종률, 2016]



■ 재가 중심의 서비스의 확충과 거주 환경 정비

- 재가 중심의 서비스: 방문진료, 방문간호, 식사 제공 등
 - 의원이나 병원에서의 방문진료, 방문간호
- 거주 환경의 정비
 - 고령자 주택, 배리어-프리

■ Ageing and Well-dying in Place

- 의료나 개호가 필요한 시점이 되어도 가능한 한 정든 지역에서 편히 생활하다가 그 곳에서 생을 마감하는 것이 중요
- 살고 있는 지역사회에서 최대한 독립적인 생활이 가능하도록 함
 - 의료서비스의 핵심목표는 허약노인의 가정 복귀
 - 재가에서는 허약노인의 일상생활기능의 유지가 중요
- 존엄한 죽음
 - 생의 마감을 중환자실의 집중치료로 마치지 않게 함
 - 존엄한 죽음(well-dying)을 확보하기 위해서 사전의료의향서 (advance directive) 등 제도적 보완 필요

감사합니다...

