



# 이슈와 논점



이슈와 논점 | 제1349호 | 2017년 8월 9일 | 발행처 국회입법조사처 | 발행인 이내영 | www.nars.go.kr

## 치매국가책임제 시행의 문제점 및 보완과제

이 만 우\*

### 1. 들어가며

2017년 현재 65세 이상 노인인구 중 치매환자는 72만 5천명<sup>1)</sup>으로 추산되는데, 이는 노인 10명 중 1명(유병률 10.2%)이 치매환자인 셈이고, 2024년 100만 명, 2041년 200만 명, 2050년 270만 명에 이를 것으로 예측하고 있다.<sup>2)</sup> 그리고 치매환자에게 드는 관리비용 역시 현재 13조 2천억 원(2015년 기준; GDP의 0.9%)으로 추산되는데, 2050년에는 연간 106조 5천억 원으로 증가해 GDP의 3.8%를 차지한다고 추정되고 있다.

인구 고령화 추세에 따른 치매환자의 급속한 증가와 환자 가족의 치료 및 요양 돌봄 비용 부담의 증가로 인해 국가적 차원의 치매관리체계의 구축이 요구되고 있다.

이에 현 정부는 ‘치매국가책임제’를 공약하고 내년부터 본격적인 제도 시행을 약속했다.

현행 치매관리사업은 그 사업수행 기관으로서 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매상담센터 등을 두고, 국민건강보험공단의 관리·감독 하에 요양병원과 요양시설이 서비스를 제공하는 분절된 체계를 이루고 있다. 반면에 치매국가책임제는 지역사회 인프라를 연계·통합함으로써 치매관리를 체계화할 수 있는 의료 및 돌봄 서비스 전달체계를 구축하고, 국민건강보험(또는 노인장기요양보험)의 급여 제공을 통해 국가가 치매환자 가족의 부양부담을 나눠지겠다는 치매관리 패러다임의 변화를 의미한다.

이 글에서는 치매국가책임제의 주요 내용과 제도 시행 시 문제점 및 보완과제를 검토하고자 한다.<sup>3)</sup>

### 2. 치매국가책임제: 내용 및 문제점

#### (1) 주요 내용

치매국가책임제의 첫 번째 정책목표는 지역사회 치매관리 인프라를 확충하는 것이다. 지역사회

1) 이 중 11만 2천 명(15.5% 상당)은 기본적인 일상생활 도구 동작(대소변 가리기, 식사 및 위생 챙기기 등)에 타인의 절대적 도움이 필요한 중증 환자임

2) 보건복지부 제출자료, 2017.7. 전 세계적으로 치매 환자는 약 4680만 명(2015년 기준)으로 추정되고 있으며, 2050년에는 1억 3150만 명으로 증가할 것이라고 함(Alzheimer’s Disease International, World Alzheimer’s Report 2015, p. 23)

3) 정부는 문재인 대통령의 치매국가책임제관련 대선공약을 기본적인 정책방향으로 삼아 조만간 구체적인 시행계획을 발표할 예정이다. 이하 치매국가책임제의 주요 내용은 대선공약과 보건복지부 보도자료(‘일자리 창출과 민생안정을 위한 추가경정 예산안, 2017.6.5.’)를 참조한 것임

회 현존 치매지원센터(총 47개소)를 모델로 하는 치매안심센터를 신규 설치(205개소)함으로써 총 252개의 센터를 운영하여 치매의 검진 및 조기 발견을 위한 의료기관과의 연계 및 의료·복지·요양 돌봄 서비스를 통합적으로 제공한다.<sup>4)</sup>

아울러 전국 공립요양병원(79개소)에 치매전문병동(현 34 → 79개소)을 확충하여, 전국적으로 치매안심병원으로 지정하고 진단 및 치료 서비스를 제공한다.<sup>5)</sup>

두 번째 정책목표는 환자 가족의 경제적 부담을 완화하기 위한 조치로서 노인장기요양보험 본인부담상한제를 도입하고 치매 치료에 들어가는 건강보험 본인부담률을 10% 이내로 낮추는 것이다. 현재 본인부담률은 병원이나 항목에 따라 20~60%로 천차만별인데, 이를 10% 수준으로 낮춘다는 것은 치매에도 건강보험 본인부담금 산정 특례를 적용하여 진료비를 4대 중증 질환(암, 심장, 뇌혈관, 희귀·난치성 질환)에 가까운 수준으로 국가가 보장하겠다는 것이다.

세 번째 정책목표는 경증 환자까지 치매관리 대상을 확대하는 것이다. 치매환자 모두가 요양

4) 또한 의사, 간호사, 사회복지사, 정신보건전문요원 등 치매안심센터에 배치되는 인력을 현재 10명 안팎에서 20명 내외로 2배 늘릴 예정이다.

5) 이상의 치매관리 인프라 재구축 비용에 대한 2017년도 추경 예산안의 산출 근거를 보면 다음과 같음

<p>치매관리체계 구축 사업(총 202,272백만원)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 치매안심센터 설치: 205개소 x 750백만 원 x 80% = 123,000백만 원</li> <li>- 치매안심센터 운영: 205개소 x 1,375백만 원 x 1/12개월 x 80% = 18,792백만 원</li> <li>- 치매안심병원 확충: 45개소 x 1,680백만 원 x 80% = 60,480백만 원</li> </ul>
--

등급을 받을 수 있도록 등급을 대폭 확대하고 경증부터 중증까지 맞춤형 서비스를 제공하겠다는 것이다. 이와 관련하여 경증 치매환자가 노인장기요양보험의 급여 혜택을 받을 수 있도록 등급 산정 기준을 완화할 계획이다.

## (2) 제도 시행 시 문제점

첫째, 지역사회 치매지원센터를 치매안심센터로 확충·재구축하는 것으로 되어 있으나 센터의 기능과 역할이 명확히 제시되어 있지 않다. 센터의 본래 기능은 지역사회 치매관리 자원을 결집·동원하여 치매환자와 그 가족이 치료 및 요양 돌봄 등 복지 서비스를 적절히 받을 수 있도록 의료기관과 복지시설을 연계하는 것이다.

그런데 현존 치매지원센터는 진료기관으로 오인될 정도로 그 위상이 애매하고, 보건소가 센터를 관리·감독하면서 외부 위탁하는 형태로 운영됨으로써 실적 위주의 검사건수에 매달려 고유사업을 실행하지 못하는 등 치매관리의 전문성을 담보하고 있지 못한 것이 현실이다.

또한, 치매안심병원을 전국에 설치하여 진단 및 치료 서비스를 제공하기 위해 공공요양병원을 치매안심병원으로 전환한다고 하는데, 치매를 전문적으로 치료하는 신경과 또는 정신과 의사가 적절히 배치되지 못한다면 정책의 실효성은 떨어질 수밖에 없다.

둘째, 치매 의료비 90%를 건강보험급여로 포괄하고 장기요양보험급여에 본인부담상한제를 적용할 경우 환자 가족의 의료비 부담을 덜어줄 수는 있겠지만 국가재정 부담을 고려하지 않을 수 없다.

치매환자 1인당 의료비(간병비 등 기타 비용 포함)는 연간 2,030만 원이라고 하며,<sup>6)</sup> 일부에서는

6) 생명보험협회, 「치매 치료비용 연간 2,030만원, 환

국가가 90%를 부담할 경우 환자당 1800만원, 총 12조 6백억 원의 비용이 소요되고, 2050년에는 치매 환자가 270만 명에 이를 것으로 추정되어, 연간 48조 6천억 원을 부담해야 할 것이므로, 정부가 독자적으로 재원마련을 하는 것은 어려울 것이라고 한다.<sup>7)</sup> 더불어 철저한 임상적 검증을 하지 않고 치매에 산정특례를 적용 시 파킨슨병, 정신분열병과 달리 무분별한 진단의 남용으로 그 범위가 기하급수적으로 늘어나, 이에 따른 건강보험재정의 누수 현상이 발생할 소지가 있다.

셋째, 요양등급을 완화하여 경증 치매환자들을 치매관리의 대상으로 포괄하는 것은, 실제 지역사회 방문 요양 돌봄 서비스의 제공을 체계적으로 수행하지 않으면, 치매관리의 대상 확대라는 그 본래의 목적을 달성하기 어렵다. 다시 말해, 요양시설에 입소하지 않고 방문 재가서비스를 이용하는 것이 필요한 경증환자들의 경우 가족의 '개인적' 부양사정 및 지역사회 방문 서비스 제공을 위한 전문 인력 부족 및 프로그램 미흡으로 인해 거꾸로 요양시설로의 '수용화' 현상이 발생할 수 있다.

### 3. 보완 과제

첫째, 치매안심센터가 역할을 정립하여 제 기능을 수행하려면, 센터가 전문성을 갖추고 지역사회 보건복지 자원을 동원해야 하며, 치매전문 의료기관 및 복지시설과 연계되어야 한다.

이를 위해 우선, 해당 지역사회의 특성을 고려한 치매안심센터의 규모 및 기능 차별화를 시도해야 할 것이다. 실제로 도시 지역은 현존 치매지원센터

모델(1개소 10~18명)을 기준으로 확대 적용하는 것이 가능하지만, 농어촌 지역의 경우 이러한 모델을 적용하기에는 적합하지 않다. 농어촌 지역에서는 치매안심센터에 사례관리 등을 담당할 전문 인력 20명 이상 배치하기가 어려울 뿐만 아니라 주거지가 흩어져 있는 특성상 주간보호프로그램의 운영이 힘들기 때문이다.<sup>8)</sup>

다음으로, 센터 인원들의 전문성이 확보되어야 할 것이다. 치매 치료를 위한 의약품의 개발이 어려운 상황에서 가장 중요한 것은 조기 진단 및 예방을 통한 치매관리라고 할 수 있다. 하지만 현재 센터의 부족한 인력으로 선별 정밀검사를 통한 치료 및 돌봄 서비스 제공에 어려움이 있으며, 지역별 인지 장애의 현황을 조사하고, 이의 유병률을 줄일 수 있는 예방사업의 체계적인 실행을 조직하기 역시 쉽지 않다. 따라서 실행 인력의 확충과 더불어 체계적인 교육 및 양성을 통한 전문화가 시급한 실정이다.

한편, 국 공립 치매안심병원의 설치만으로는 치매관리의 수요에 대응하기 어렵기 때문에, 결국 서비스 접근성을 제고하기 위해서는 민간의료기관의 참여를 제도적으로 유인하는, 즉 요양병원에 일정한 역할 분담을 요구할 수밖에 없다.

이러한 역할 분담을 요구할 수 있는 제도적 유인책 중의 하나로서 요양병원의 간병비 부담을 현실적으로 격감시킬 수 있는 조치가 이루어져야 할 것이다. 요양병원의 간병비 일부를 건강보험 급여로 지원하는 것도 고려해야 할 것이다. 다만, 의료(요양병원)와 요양(요양시설)이 분리되어 치매관리 서비스 제공방식이 왜곡되어 있는 현실을 병원과 시설 간 환자군의 이동 등을 통한 요양병원의 기능 재

자가족을 위한 대비책 필요», 보도자료, 2016.9.20.

7) 임현국, 「치매 전문가가 보는 치매국가책임제의 성공적 정착을 위한 제언」, 『제1차 치매국가책임제 추진전략 포럼』, 권미혁 국회의원실-한국치매협회, 2017.6.12.

8) 김상우, 「치매국가책임제 도입 위해 치매안심센터 설치-치매안심병원 확충」, 『재정동향 & 이슈』, 2017년 여름 통권 제2호, p.17.

정립을 통해 시정하여 서비스가 통합적으로 제공될 수 있도록 하는 것이 전제되어야 한다.

둘째, 건강보험 본인부담 10% 상한제는 치매환자 가족의 경제적 부담을 감소하는 긍정적인 조치임에 분명하지만, 국가재정의 압박을 덜어주는 차원에서 효율적인 자원 배분을 기획할 필요가 있다.

치매환자 가족이 지역에서 가장 부담을 느끼는 대상은 요양병원 입원 또는 요양시설 입소 중증환자들이 아니라 요양병원이나 요양시설 입소 전의 행동이상 문제를 보이고 있는 중등도 환자(요양등급 4~5등급)이며, 이들을 위한 지역사회의 주·야간 단기보호센터 등의 시설 및 인력 인프라를 확충하는데 재원이 투자될 필요가 있다. 치매 환자들의 수용을 위한 자원 투입보다 지역사회 치매관리 시설 및 인력 인프라에 투자하는 것이 비용 대비 효과적일 수 있다는 것이다. 수용을 위한 자원 투입과 함께 양질의 일자리 창출을 동반하는 지역사회 재가서비스, 즉 방문 요양·돌봄 서비스 중심의 치매관리 인프라 확충에도 재원이 확보되어야 한다.

셋째, 경증 환자로의 요양시설 입소 대상 확대보다 중요한 것은 치매예방사업 및 조기 치매관리 사업을 조직화하는 것이다. 수용 위주의 사후 치매관리정책을 넘어 치매나 인지장애를 앓고 있는 환자들과 더불어 살 수 있는 지역사회 방문 및 재가서비스 프로그램의 개발이 필요하다. 예방교육 및 조기 발견 치료 사업을 적극적으로 시행하여 '경도 인지장애군'이 경증 치매환자로 악화되지 않도록 하는 것이 중요하다.

이와 관련해서는 재가서비스의 유형을 다양화하여 의료와 요양이 통합된 형태로 치매환자가 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 가족지원체계를 구축하는 것이 핵심이다. 치매환자 가족에게

는 단순히 경제적 부담만이 아니라 정서적, 신체적 부담도 심각하다. 따라서 24시간 방문 간호·요양서비스의 이용체계를 정립하는 것이 필요하다. 간호사나 요양보호사의 방문 서비스를 민간 요양병원이나 요양시설과 연계하여 각 기관들의 정원 내 일부 범위 내에서 단기 보호서비스 형태로 제공하는 방식을 고려할 수 있다.

#### 4. 나가며

현재 발표된 치매국가책임제는 공공 중심 정책의 실행만을 내용으로 하고 있다. 하지만 치매관리와 같은 사회서비스 정책은, 경제와 복지가 일 자리를 통해 결합되는 복지국가프로그램을 실행한다는 차원에서 민간 의료기관과 복지시설의 활용 방안을 적극적으로 모색해야 할 것이다.

민간이 다수의 위치를 점하고 있는 우리의 서비스전달체계의 특성으로 인해 공공 중심의 치매관리는 그 서비스의 범위와 대상 수준에서 접근성이 떨어질 수밖에 없기 때문이고, 양질의 일자리 창출 차원에서 요양보호사 등 치매환자 돌봄 및 사회복귀를 위한 복지 인력을 확충할 필요성이 있기 때문이기도 하다.

결국 치매국가책임제는 공공과 민간이 협치를 이루어 의료기관과 복지시설이 유기적으로 결합된 주체로 의료서비스와 요양서비스가 통합되어 수용과 재가, 양자 모두의 서비스 형태로 제공되는 지역사회 치매관리체계를 구축하여 시행되어야 할 것이다.

□ 「이슈와 논점」은 국회의원의 입법활동을 지원하기 위해 최신 국내외 동향 및 현안에 대해 수시로 발간하는 정보 소식지입니다.