

노인장기요양보험제도의
중·장기적 개선방안에 대한 연구:
지출 효율화 방안을 중심으로

2013. 12.

윤 성 주

서 언

우리나라는 저출산·고령화 현상으로 인하여 2000년에 고령화사회에 진입하였으며, 2013년 현재 65세 이상 고령자가 전체 인구의 12.2%를 차지하고 있다. 또한 고령자의 비율은 2020년 15.7%, 2030년 24.3%, 2050년 37.4%로 증가하는 것으로 추계되고 있는데, 이는 전 세계에서 가장 빠른 고령화 속도이다. 이에 따라 정부를 비롯한 사회 각 분야에서는 노년층에 대한 관심이 증가하고 있다.

고령층의 효용에 큰 영향을 미치는 주요 요인으로는 노후소득과 건강보장을 생각할 수 있다. 노후소득과 관련해서는 국민연금, 퇴직연금, 개인연금 등과 관련하여 정부의 다양한 지원과 연구가 지속되고 있다. 고령층의 건강보장 측면에서는 노인장기요양보험제도가 2008년에 도입되어 현재 6년차를 맞이하고 있다. 인구의 고령화, 특히 요양서비스 이용 가능성이 높은 85세 이상의 인구비중이 2013년 0.9%에서 2050년 7.7%로 증가할 것으로 전망되고 있고, 요양서비스에 대한 다양한 수요가 발생할 것으로 예측되고 있으며, 이에 따라 노인장기요양보험 적자 규모는 2020년 GDP 대비 0.19%에서 2050년에는 0.66% 수준까지 증가하는 것으로 추계되고 있다. 그러나 지금까지 우리나라에서 수행된 노인장기요양보험 관련 연구는 제도에 대한 만족도, 보장성 확대, 질적 개선 등에 초점이 맞추어진 반면 재정적 측면에 대한 연구는 아직 초기 단계에 있는 것이 현실이다.

본 연구는 현재 운영중인 노인장기요양보험제도에 대한 지출 효율화 방안으로써 장기요양기관에 대한 지급급여 차등화 방안과 본인부담률 차등화 방안을 제안하고 있다. 즉, 국민건강보험공단이 요양서비스를 제공하는 기관에 대한 급여 지급 시 요양기관의 질적 평가 결과를 반영하여 급여를 차등지급함으로써 서비스의 질적 개선과 더불어 급여지

출 감소를 유도하는 방안이다. 본인부담률 차등화 방안은 현재 이용량에 무관하게 적용되고 있는 본인부담률을 이용량에 따라 차등부과하는 제도를 설계함으로써 지출 감소를 유도하고자 하는 것이다. 본 연구에서 제안하는 방식이 정책에 반영되기 위해서는 추가적으로 고려·검토하여야 할 사항이 많을 것으로 생각된다. 따라서 본 연구는 노인장기요양보험제도 지출 효율화를 위한 큰 틀에서의 방향제시로서 향후 정책 검토를 위한 기초연구로서의 의의가 있다고 하겠다.

본 보고서는 본 연구원의 윤성주 박사가 집필하였다. 저자는 본 연구에 도움을 주신 익명의 논평자 두 분과 착수보고 및 중간보고에서 조언을 주신 논평자들에게 감사의 뜻을 전하고 있다. 또한 본 보고서 작성에 있어 자료정리와 편집을 위하여 애써준 권정애 주임행정연구원과 김규현 연구원에게 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자의 개인적 의견이며, 저자가 속한 본 연구원의 공식적인 견해와 다를 수 있음을 밝혀둔다.

2013년 12월

한국조세재정연구원

원장 옥 동 석

요약 및 정책시사점

현재 전 세계적으로 나타나고 있는 저출산·고령화 현상, 가족구조 변화 및 여성의 경제참가율 증가와 같은 사회구조 변화는 향후 공식적 노인장기요양에 대한 요구를 증가시킬 것으로 예상된다. 우리나라의 경우 다른 나라들에 비하여 상대적으로 고령화율이 낮은 시기인 2008년에 노인장기요양보험제도를 선제적으로 도입하여, 현재 제도 도입 6년차를 맞이하고 있다. 제도 도입 이후 제도의 경제적·사회적·임상적 효과 등에 대한 연구와 제도의 운영·관리적 측면에 있어서의 연구들은 많이 이루어졌으나, 제도의 지속가능성을 고려한 지출 측면에서의 연구는 상대적으로 많이 이루어지지 않았다. 이에 본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 지출효율화 방안으로 국민건강보험공단이 급여를 제공하는 장기요양기관들에게 서비스의 질에 따라 급여를 차등지급하는 방안(공급 측면)과, 현재 이용량과 무관하게 적용되고 있는 본인부담률을 이용량에 따라 차등화하는 방안(수요 측면)을 중심으로 살펴보았다. 각 방안에 있어서는 우선 해당 방안을 선택한 배경을 설명하고, 모델 설정 및 시뮬레이션 수행을 통하여 해당 방안을 제도에 적용할 경우 기대되는 지출 감소액 규모와 이에 대응하는 추가적 수급가능자 수를 여러 정책변수 및 대상자 분포하에서 계산하였다.

개선방안 제안에 앞서 제Ⅳ장에서는 노인장기요양보험 수급 경험에 있는 가구의 특성을 살펴보았다. 가구를 4개 유형으로 구분하여 비교·검토한 결과 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구의 경상소득이 가장 높고, 저소득층 비율이 가장 낮은 것으로 조사되는 등 경제적 측면에서 수급 경험이 있는 가구가 상대적으로 양호한 위치에 있는 것으로 나타났으며, 이와 같은 차이는 통계적으로 유의

미하게 나타났다. 또한 가구주 연령, 여성가구주 비율, 가구주 교육 수준, 보험보유비율 등 사회적 특성에 있어서도 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구가 다른 가구 유형들에 비하여 상대적으로 양호하게 나타났다. 이와 같은 분석 결과는 급여 대상자 중 상대적으로 고소득층에 속하는 일반대상자의 경우 본인부담률 차등화 방안을 적용할 수 있는 여지가 존재한다는 것을 시사한다.

제V장은 본 연구에서 제안하는 두 가지 지출효율화 방안에 대한 내용을 포함하고 있다. 장기요양기관에 대한 공단의 지급급여 차등화 방안은 제도 도입 이후 짧은 기간에 급격히 증가한 급여서비스 제공기관의 수로 인하여 질적인 측면에서 적절히 통제되지 않았을 것이라는 가능성에서 출발하였다. 실제로 국민건강보험공단이 실시한 평가 결과에 따르면 법정 기준에 미치지 못하는 규모 및 인력으로 운영되고 있는 기관이 다수 나타났으며, 우수한 기관과 그렇지 못한 기관 사이의 차이 또한 시간이 지날수록 그 격차가 유지되거나 증가하는 모습을 보이는 것으로 나타났다. 특히 최근에 많이 개설되고 있는 소규모 기관들이 평가에서 좋지 못한 결과를 보이고 있다. 이에 본 연구에서는 평가 결과 나타나는 A에서 E까지의 5개 등급을 이용하여 공단이 지급하는 급여의 수준을 2개, 3개, 5개 등급으로 차등화하는 방안에 대한 모델을 설정하고 시뮬레이션을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 등급의 비율, 등급 간 급여 차이 등에 따라 상이하게 나타나는데, A~E의 5개 등급을 가정할 경우, 현 수준 대비 공단의 지출 감소액 수준은 가정한 정책변수들하에서 1,358.85억~13,044.96억원 수준으로 계산되며, 이는 현재 급여서비스 대상에서 제외된 13,747~131,971명을 새로이 제도권 안으로 유입시킬 수 있는 규모이다.

다음으로 이용량에 따라 본인부담률을 차등화하는 방안은 제도 도입 이후 이용자 총수뿐만 아니라 1인당 요양비와 이용량 또한 지속적으로 증가하고 있는 추세에 기인하여 살펴보았다. 노인장기요양보험 통계연보에 의하면 2009년 176일이었던 1인당 요양일수는

2012년 217일까지 증가한 것으로 나타나고 있다. 또한 건강상태가 비슷한 수준임에도 불구하고 본인부담금이 낮거나 존재하지 않는 경감대상자와 기초수급자의 이용량이 일반대상자에 비하여 높게 나타나고 있다. 이에 본 연구에서는 본인부담률이 이용량에 따라 2단계 계단식 방식과 Coverage Gap이 존재하는 3단계 방식으로 변화하는 모델을 설정하고, 임의적인 정책변수하에서 시뮬레이션을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 건강상태가 양호한 대상자와 좋지 못한 대상자의 비율, 본인부담률 차등화 정도, 본인부담률 차등화를 적용하는 이용량 수준 등 정책변수에 따라 매우 상이하게 나타나는데, 상대적으로 건강한 대상자가 많고 이용량 관련 정책변수가 Coverage Gap을 넓히는 방향으로 작용할 경우, 현재 수준 대비 공단이 지출하는 급여액의 규모가 크게 감소하는 것으로 나타났다.

본 연구에서 제시하고 있는 지출 효율화 방안을 즉시 정책에 반영하는 것에는 어려운 측면이 존재하는 것이 사실이다. 기관이 제공하는 서비스의 질에 따라 급여를 차등지급하는 경우에는 우선적으로 기관들이 수용할 수 있는 평가시스템이 갖추어져야 한다. 즉, 급여서비스 제공기관들의 평가 결과에 대한 신뢰가 선행되어야 한다는 것이다. 또한 현재 수가의 적절성에 대한 문제점이 지적되고 있는 상황이다. 따라서 향후 수가를 높여야 할 시점에 평가 결과에 근거하여 차등적으로 지급하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 본인부담금 차등화의 경우에는 무엇보다도 제도 변화로 인하여 이용자들의 건강상태가 악화되는 상황이 발생하여서는 안된다. 따라서 상대적으로 건강수준이 좋은 상태에 있는 3등급 일반대상자들을 중심으로 제도 적용을 검토할 필요가 있다.

본 연구에서 제시하고 있는 두 가지 방안에 대하여 일부에서는 거부감을 가질 수도 있다고 사료된다. 그러나 조만간 우리 사회가 고령 및 초고령사회로 들어섬에 따라 노인장기요양보험 관련 재정 지출은 급속히 증가할 것으로 예측된다. 따라서 지금부터 이에 대한 준비가 필요하며, 제시된 두 가지 지출 효율화 방안은 현 시점에서

우선적으로 고려해 볼 수 있는 것으로, 본 연구는 정책 도입을 위한 기초연구로서의 의미가 있다고 하겠다.

연구에 있어 한계점은 시뮬레이션 수행에 있어 특정 정책변수를 제시하고 있지 못하다는 점이다. 또한 제도 도입에 앞서 객관적이고 공정한 평가제도가 갖추어져야 하지만 이에 대한 논의는 본고에서 포함하고 있지 않다. 이에 대한 연구는 관련 전문가들과의 협의를 통한 후속연구에서 논의되기 바란다.

목 차

I. 서 론	17
1. 개요	17
2. 선행연구	19
3. 연구내용	22
II. 주요국 장기요양제도	25
1. OECD 주요국 장기요양제도 현황	25
가. 일반 현황	25
나. 제도 현황	27
다. 장기요양제도 효율성 개선을 위한 정책	32
2. 주요국 장기요양 개혁동향	38
가. 일본	39
나. 독일	47
다. 네덜란드	52
라. 기타	58
3. 해외사례 요약 및 시사점	62
III. 우리나라 노인장기요양보험제도 및 현황	65
1. 노인요양 관련 제도 및 현황	65
가. 보건복지부 노인 관련 예산	65
나. 노인돌봄서비스 사업	68
2. 노인장기요양보험제도	73
가. 제도 배경 및 목적	73
나. 관리·운영 체계	74

다. 급여대상 및 내용	75
라. 재원	79
3. 노인장기요양보험 현황	81
가. 신청·인정자 현황	81
나. 보험료율 현황	83
다. 재정수지 현황	84
IV. 노인장기요양보험 수급가구 특성조사	87
1. 기초분석	87
가. 연구자료	87
나. 수급가구 특성분석	88
2. 노인장기요양보험 수급·비수급가구 비교: 성향점수매칭(Propensity Score Matching) 방법 이용	96
3. 소결	101
V. 지출 효율화 방안	102
1. 장기요양기관 지급급여 차등화	105
가. 배경	105
나. 모델	112
다. 시뮬레이션	116
라. 제도 도입 시 고려사항	124
2. 본인 부담률 차등화	125
가. 배경	125
나. 모델	130
다. 시뮬레이션	136
라. 제도 도입 시 고려사항	150

VI. 요약 및 결론	151
참고문헌	155
부 록	162

표목차

〈표 II-1〉 OECD 주요국 장기요양제도	28
〈표 II-2〉 연도별 장기요양보험급여 현황	49
〈표 II-3〉 주요국 장기요양보험제도 비교	64
〈표 III-1〉 보건복지부 소관 총지출	65
〈표 III-2〉 노인분야 예산	66
〈표 III-3〉 노인정책관실 주요사업 예산 현황	67
〈표 III-4〉 소득수준별 바우처 지원액·본인부담금	70
〈표 III-5〉 노인돌봄종합서비스 제공기관 유형(2010년)	71
〈표 III-6〉 노인돌봄서비스와 노인장기요양 비교	72
〈표 III-7〉 노인장기요양보험제도 적용대상자 범위	76
〈표 III-8〉 재가급여 종류	78
〈표 III-9〉 노인장기요양보험 본인 일부 부담금	80
〈표 III-10〉 연도별 인정자(율) 현황	81
〈표 III-11〉 연도별 장기요양 재정 현황(계)	84
〈표 III-12〉 국고지원금 현황	86
〈표 IV-1〉 노인장기요양 수급가구 조사를 위한 기초통계량	89
〈표 IV-2〉 가구유형별 기초통계량	91
〈표 IV-3〉 가구유형별 경상소득·저소득층 차이 분석	93
〈표 IV-4〉 노인장기요양보험 수급 현황(표본)	96
〈표 IV-5〉 프로빗 분석 결과	97
〈표 IV-6〉 수급·비수급 가구 성향점수 분포	98
〈표 IV-7〉 수급·비수급 가구 통제변수 비교	99

〈표 IV-8〉 수급가구·비수급가구 비교(전체)	100
〈표 IV-9〉 수급가구·비수급가구 비교(분위별)	101
〈표 V-1〉 장기요양보험 수혜자 비율 추이	103
〈표 V-2〉 연령별 급여이용 현황(2012년)	104
〈표 V-3〉 2회 연속 평가 재가기관 평가 결과 현황	108
〈표 V-4〉 기관규모별 평가 결과 현황	108
〈표 V-5〉 시뮬레이션(1): 2개 등급(상·하)	118
〈표 V-6〉 시뮬레이션(2): 3개 등급(상·하)	121
〈표 V-7〉 시뮬레이션(3): 5개등급(A·B·C·D·E)	123
〈표 V-8〉 노인장기요양 급여실적 추이	125
〈표 V-9〉 소득수준(자격)별 급여이용 현황	127
〈표 V-10〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 36.36\%$, $k_g = 63.64\%$)	140
〈표 V-11〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 50.00\%$, $k_g = 50.00\%$)	141
〈표 V-12〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 68.18\%$, $k_g = 31.82\%$)	143
〈표 V-13〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 9.50\%$, $k_g = 90.50\%$)	144
〈표 V-14〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 41.50\%$, $k_g = 58.50\%$)	145
〈표 V-15〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 75.50\%$, $k_g = 24.50\%$)	146
〈표 V-16〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과 ($k_b = 93.75\%$, $k_g = 6.25\%$)	147
〈표 V-17〉 (균등분포) 3단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과	148
〈표 V-18〉 (종모양분포) 3단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과	149

〈부표 1〉 노인장기요양보험 만족도 주요조사 결과	162
〈부표 2〉 세부사항별 노인장기요양보험 만족도(수급자 관점)	162
〈부표 3〉 세부사항별 노인장기요양보험 만족도(보호자 관점)	162
〈부표 4〉 OECD 국가의 장기요양제도 체계	163
〈부표 5〉 노인의료복지시설의 직원배치 기준	166
〈부표 6〉 노인장기요양보험 수급 현황(1·2분위)	167
〈부표 7〉 프로빗 분석 결과(1·2분위)	167
〈부표 8〉 수급·비수급 가구 성향점수 분포(1·2분위)	167
〈부표 9〉 수급·비수급 가구 통제변수 비교(1·2분위)	168
〈부표 10〉 노인장기요양보험 수급 현황(4·5분위)	169
〈부표 11〉 프로빗 분석 결과(4·5분위)	169
〈부표 12〉 수급·비수급 가구 성향점수 분포(4·5분위)	170
〈부표 13〉 수급·비수급 가구 통제변수 비교(4·5분위)	171

그림목차

[그림 I-1] 노인장기요양보험 수입·지출 추계 결과	18
[그림 II-1] OECD 국가의 연령별 장기요양서비스 이용자 분포(2008년)	25
[그림 II-2] OECD 국가별 65세 이상, 80세 이상 노인인구 분포(2010, 2050)	26
[그림 II-3] OECD 국가별 GDP 대비 장기요양 지출	27
[그림 II-4] 일본의 장기요양보험시스템 구조	39
[그림 II-5] 네덜란드 정부의 장기요양보험 개혁 내용	58
[그림 III-1] 노인장기요양보험 관리·운영 체계	74
[그림 III-2] 등급별 인정자 현황	82
[그림 III-3] 장기요양보험료율 현황	83
[그림 IV-1] 가구유형별 저소득층 비율	94
[그림 IV-2] 가구유형별·소득분위별 가구비중	95
[그림 IV-3] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램	99
[그림 V-1] 우리나라 노인장기요양보험 지출추계 결과	105
[그림 V-2] 노인장기요양기관 현황	106
[그림 V-3] 법정인력기준(左)·자격갖춘 충분한 인력(右)· 경력직비율(左下) 평가 결과	107
[그림 V-4] 실인원 1인당 요양일수 및 요양비·급여비	126
[그림 V-5] 자격별 요양비 분포(2012년 上, 2011년 下)	128

[그림 V-6] 본인부담률 비차등화(현행)	129
[그림 V-7] 본인부담률 차등화: 선형	130
[그림 V-8] 본인부담률 차등화: 2단계	131
[그림 V-9] 메디케어 Part D 비용부담 구조(2013년)	133
[그림 V-10] 본인부담률 차등화: 3단계	134
[그림 V-11] 일반대상자 접수별(등급별) 현황(2011년 기준)	138
[그림 V-12] 3등급 일반대상자 실인원 분포가정	139
[부도 1] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램(1·2분위)	168
[부도 2] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램(4·5분위)	170

I. 서론¹⁾

1. 개요

장기요양이란 신체적·정신적 문제로 인하여 오랜기간 동안 목욕, 옷 입기 등 일상적인 행동(activities of daily living: ADL)을 스스로 할 수 없어, 타인의 도움이 필요한 자들에게 제공하는 서비스를 의미한다. 장기요양의 대상은 고령으로 인하여 신체적·정신적 문제를 장기간 겪고 있는 노인층 및 사고 등으로 인한 장애인으로, 이 중 고령층을 대상으로 하는 것이 노인장기요양보험제도이다.

노인에 대한 장기요양의 책임이 가족·개인 또는 사회에 있는지 여부는 각 국가·사회의 철학, 인구구조 등에 따라 상이하게 나타날 수 있다. 그러나 전 세계적으로 나타나고 있는 저출산·고령화 현상, 가족구조의 변화 및 여성의 경제참가율 증가와 같은 사회구조의 변화는 향후 공식적 노인장기요양에 대한 수요를 증가시킬 것으로 예상되고 있다.

이와 같은 공식적 노인장기요양에 대한 수요 증가와 더불어, 소득수준 향상에 따른 대상자들의 양질의 급여에 대한 요구는 각국의 노인장기요양 지출을 급속히 증가시키는 것으로 추정되고 있다.

2008년 기준 OECD 국가의 GDP 대비 장기요양 지출 비중은 OECD 평균 1.5% 수준이나,²⁾ 2050년에는 많은 국가에서 GDP 대비 장기요양 지출이 2배 이상 증가할 것으로 추정되고 있다.

우리나라의 경우 다른 국가들과 비교할 때, 상대적으로 고령화율이

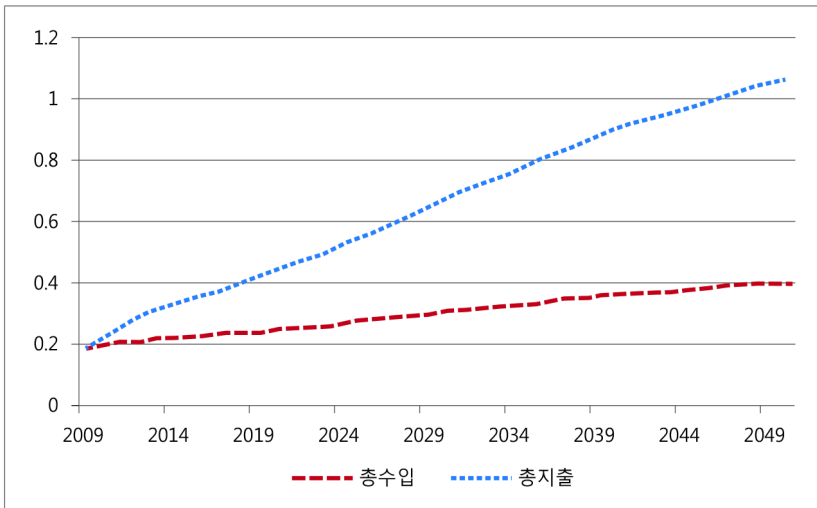
1) 본 연구의 진행 중 발간된 윤성주, 『노인장기요양보험제도 현황 및 향후과제』, 『재정포럼』, 2013. 8.은 본 보고서의 일부를 발췌·정리한 것임

2) 이미 스웨덴과 네덜란드의 경우 장기요양 지출 수준이 GDP 대비 각각 3.6%, 3.5%로 OECD 평균의 2배 이상으로 나타나고 있다.

낮은 시기인 2008년에 노인장기요양보험제도를 선제적으로 도입하여, 현재 제도 도입 6년차를 맞이하고 있다. 2013년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 12.2% 수준이나 2050년에는 37.4%로 3배 이상 증가할 것으로 추정되고 있다. 특히, 장기요양에 대한 요구가 높은 85세 이상 노인인구는 2013년 0.9% 수준에서 2050년에는 약 7.7% 수준까지 증가하는 것으로 추정되고 있어 향후 노인장기요양보험 지출이 급속히 증가할 것으로 예상된다(2013 고령자통계). 박형수·전병목(2009)은 2009년 GDP 대비 0.19% 수준인 노인장기요양보험 지출규모가 2050년에는 GDP 대비 1.06% 수준까지 증가하는 것으로 추계하고 있으며,³⁾ 재정적자 수준은 2020년 GDP 대비 0.19% 수준에서 2050년에는 0.66% 까지 급속히 증가하는 것으로 추계하고 있다.

[그림 1-1] 노인장기요양보험 수입·지출 추계 결과

(단위: GDP 대비 %)



자료: 박형수·전병목(2009, pp. 105~107) 이용

3) 박형수·전병목(2009) 시나리오 3, baseline 기준

최근 우리나라에서는 저출산 문제를 해결하기 위한 정부의 양육·보육 지원사업이 사회적으로 중요한 이슈로 부각되고 있다. 노인장기요양은 양육·보육과 유사한 측면이 존재한다. 가구 내에 영유아 또는 장기요양이 필요한 노인이 존재할 경우, 외부시설에 위탁하거나 가구원 중 누군가는 경제활동 시간을 줄이고 이들을 돌보아야 한다. 즉, 가계의 경제적 측면에 부정적 영향을 미칠 가능성이 높으므로, 사회·정부가 개입하여 그 영향을 감소시켜 주는 역할이 요구된다.⁴⁾ 그러나 양육·보육 문제와 비교 시 노인장기요양의 중요성 및 관련제도에 대한 사회적 인식은 상대적으로 많이 알려져 있지 않은 것이 현실이다.

향후 인구고령화가 가속화됨에 따라 노인장기요양의 문제는 양육·보육 문제 못지않게 사회·국가재정에 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다. 제도 도입 후 제도의 고용창출효과·임상효과 조사, 제도에 대한 만족도 조사, 의료·사회서비스와의 연계방안, 부정수급·등급판정 등 제도의 운영·관리 측면에 대한 연구들은 많이 이루어졌으나, 제도의 지속가능성을 고려한 지출 측면 중심의 논의는 상대적으로 많지 않다.

2. 선행연구

국민건강보험공단이 2013년 5월에 시행한 노인장기요양보험 서비스 만족도 조사⁵⁾ 결과에 따르면 제도 전반에 대한 만족도는 2011년 대비 1.6%p 증가한 88.5%로 나타났다.⁶⁾ 조사에 응한 보호자들의 응답에 의하면 수급 대상자의 78.3%가 건강이 개선되었으며, 75.5%는 수급자의 요양환경이 개선되었다고 응답하였다. 또한 보호자의 92.7%가 노인장기요양보험제도가 보호자의 사회적 활동기회 증가에 기여하였다고 답변하였으며, 제도로 인하여 부양부담이 감소하였다는 응답도 92.0%로

4) 양육·보육 및 노인장기요양과 관련하여 서비스 제공자의 정서적 측면(mental health)도 하나의 이슈로 나타나고 있다.

5) 리서치 회사(유니온 리서치)에 의뢰하여 전국 노인장기요양보험 수급자의 보호자 938명을 대상으로 전화 인터뷰 시행

6) 구체적 만족도 조사결과는 <부표 1>~<부표 3> 참조

나타났다. 즉, 제도의 도입이 수급자의 영양환경, 건강상태 및 보호자의 사회·경제활동 기회, 부양부담 등에 긍정적 영향을 미친 것으로 조사되었으나, 영양등급 기준의 불명확성, 본인부담 비중, 그리고 영양시설에 대한 정보 부족 등은 제도 이용에 있어 개선되어야 할 사항으로 나타났다(국민건강보험공단 보도자료, 2013.7.4.).

그러나 이와 같은 제도에 대한 높은 만족도 조사결과에도 불구하고, 현 제도에 대한 문제점이 공공성·서비스의 질적 수준·보장성 등의 측면에서 지속적으로 논의되고 있다. 우리나라의 경우 장기요양에 대하여 보편적인 사회보험 방식이 적용되고 있어 제도적으로는 공공성이 확보된 상태라고 볼 수 있다(장호연, 2012). 그러나 수급권자에 대한 보장범위 미흡, 사설요양기관 급증 및 시장 메커니즘에 기인한 서비스 제공 유인 등 서비스 제공기관의 도덕적 해이, 그리고 낮은 수준의 기여로 인한 낮은 수준의 급여에서 발생하는 악순환의 문제점 등은 제도의 주관기관인 국민건강보험공단의 객관성과 신뢰성에 부정적 영향을 미치며, 제도의 공적 성격에 또한 부정적 영향을 미치고 있다는 지적이 존재한다(장봉석, 2012).

서비스의 질적 측면에서는 시장 메커니즘 제도하에서 발생하는 서비스 공급기관의 문제점이 지적되고 있다. 즉, 시설·인력 기준만 만족될 경우 민간이 어렵지 않게 시설을 운영할 수 있으나, 기여수준이 낮아 기관의 비용절감 과정에서 서비스의 질적 하락이 발생할 가능성이 높다는 것이다(장봉석, 2012). 또한 수급자에 대한 욕구수렴 부족, 통합관리 시스템 부재, 관리와 재정의 비효율화, 피드백 평가의 부재 등 체계화된 케어 매니지먼트의 부재도 서비스의 질적 하락을 초래하는 원인으로 지적되고 있다(김찬우, 2013; 김찬우, 2013.3.5.).

보장성 측면에서는 대상자 확대가 지속적으로 확대가 요구되고 있으며, 제공하는 급여 범위와 관련해서도 새로운 서비스 개발의 부재, 수발자와의 일정시간 격리에 초점을 둔 제도 등이 문제점으로 지적되고 있다(김찬우, 2013.3.5.).

현재 노인장기요양보험제도의 공공성·서비스의 질·보장성 등과 관

련된 논쟁·문제점은 보험료·급여지출 등 재정적 측면과 관련된다. 즉, 제도 도입 시 보험료 징수에 대한 부담으로 인해 낮은 수준의 보험료 부과로 시행되었기 때문에 보장성 확대 및 서비스의 질적 수준 유지 등에 어려움이 발생하고 있으며, 이는 공공성을 저해시킬 우려로 이어질 개연성이 높다. 그러나 제도의 재정적 측면에 있어서는 재정의 중요성, 보험료 인상의 필요성 등 추상적 개념에서의 공감대만이 형성되어 있을 뿐, 노인장기요양보험제도 재정적 측면에서의 구체적 연구는 아직 초기단계에 있다.

박노옥·전병힐(2011)은 노인장기요양보험 도입 이전인 2007년과 도입 후 시점인 2009년의 급여서비스 이용자 그룹과 비이용자 그룹 사이의 의료비 지출 차이 및 건강급여비에 대한 효과를 특성점수매칭에 의한 이중차분법 등의 방법론을 이용하여 실증분석하였다. 분석 결과에 따르면 두 기간 사이에 요양서비스 이용자와 비이용자의 진료비·입원비·요양병원 진료비 지출규모에 있어 비이용자의 지출이 더 크게 나타났다⁷⁾ 이것은 결과적으로 장기요양제도와 연관된 건강보험 급여비가 감소하는 것을 의미한다.

재정소요와 관련된 연구로는 윤희숙 외(2010), 이은경(2010), 박형수·전병목(2009) 등이 있다. 윤희숙 외(2010)는 미시자료에 근거한 추정을 하였고, 이은경(2010)과 박형수·전병목(2009)은 거시총량을 이용하여 향후 노인장기요양보험제도 지출과 관련된 지출을 추계하였다. 이들은 각기 다른 추정 방법을 적용하여 추정치를 도출하였으나 제도도입 이전의 예상보다 더 큰 재정지출이 향후 예측된다는 공통점을 보이고 있다(박노옥·전병힐, 2011).

선우덕(2012)은 노인장기요양보험제도의 재정추이에 대한 분석을 바탕으로 제도의 개선방향을 제언하였다. 연구에서는 제도 도입 이후 2011년 말까지의 재정수지 변화를 분석하면서, 수입에 비하여 지출이 급속히 증가하고 있는 이유를 낮은 보험수가로 인한 1인당 요양일수

7) 박노옥 외(2011)의 분석에 따르면 2007년 대비 2009년 급여이용자들의 진료비가 비이용자들과 비교 시 약 427만원 적게 나타났다.

증가 및 3등급 대상자의 증대 등에서 찾고 있다. 향후 예상되는 재정지출 확대에 대한 방안으로는 지출체계의 효율적 관리, 적정 서비스 유도 방안 등을 제언하고 있으나 이에 대한 구체적 내용은 포함되어 있지 않다.

3. 연구내용

본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 지출 효율화 방안을 평가에 근거한 장기요양기관 지급급여 차등화 및 이용량 수준에 따른 본인부담률 차등화 측면에서 살펴보았다. 지출 효율화는 단순한 재정절감뿐 아니라 '가치있는 지출(value for money)'의 관점에서 서비스의 질적 측면과도 연계되는 개념으로 볼 수 있다. 지급급여 차등화 방안은 현재 실시되고 있는 요양기관 평가의 결과를 발전적 방향으로 이용하기 위하여 고안한 방안이며, 본인부담률 차등화 방안은 외국의 제약보험제도에서 적용되고 있는 방안을 우리나라의 노인장기요양보험제도에 응용·적용한 것이다.

본격적인 분석에 앞서 노인장기요양보험 수급가구와 비수급가구의 특성을 비교·분석하였다. 분석 결과에 따르면 노인장기요양보험 수급가구의 경상소득과 저소득층 비율 등 경제수준을 나타내는 지표가 비수급가구보다 양호하게 나타났으며, 그 차이는 통계적으로 유의미한 수준이었다. 이와 같은 결과는 가구원 수, 건강·민간의료보험 보유 여부, 지역, 가구주 특성 등을 통제한 상황에서도 유사하게 나타나고 있는데, 이는 노인장기요양보험 수급가구의 경제수준이 비수급가구보다 상대적으로 우월한 위치에 있다는 것을 의미하며, 따라서 본인부담률 차등화의 여지가 어느 정도 존재함을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

장기요양기관 지급급여 차등화 방안에서는 국민건강보험공단이 장기요양 서비스기관의 평가 결과에 따라 급여를 차등적으로 지급하는 모델을 설정하고, 평가 결과에 따라 기관을 2개, 3개, 5개 등급으로 차별화 하는 경우의 공단지출액 감소 수준 및 이로 인하여 추가로 급여 제

공이 가능한 인원의 수를 간단한 시뮬레이션을 통하여 계산하였다. 시뮬레이션 결과 현재의 평가제도인 5개 등급을 적용하여 기관들을 차등화하여 급여를 지급할 경우, 특정한 가정하에서 공단의 급여지출 감소액은 5,435.40억원으로 계산되었고, 이는 추가적 재원의 투입없이 새로이 54,988명을 제도의 대상으로 편입할 수 있는 규모이다.

본인부담률 차등화 방안 역시 이용량에 따라 본인부담률이 2단계와 3단계로 변화하는 모델을 설정하고, 노인장기요양보험 통계연보에 나타난 수치를 이용하여, 3등급 일반대상자를 대상으로 시뮬레이션을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 대상자들의 상대적 건강수준, Coverage Gap 등의 정책변수에 따라 공단의 급여지출액 편차가 크게 나타났는데, 상대적으로 건강 상태가 좋은 이용자가 많다는 가정하에서 공단의 급여지출액 감소 수준은 정책변수의 변화에 따라 1,323억원에서 2,452억원 수준으로 나타나며, 이는 본인부담률 차등화로의 제도 전환에 따라 기존에 급여대상에서 제외되었던 31,417~71,678명에게 새로이 급여를 제공할 수 있는 규모이다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 제Ⅱ장에서는 OECD 주요국의 장기요양제도 현황 및 효율성 개선을 위한 정책들을 정리하고, 일본, 독일, 네덜란드, 캐나다, 호주 등에서 시행되고 있는 장기요양 관련 개혁 동향을 살펴보았다. 특히 제도의 지속가능성 측면에서 어떠한 노력을 하고 있는지 살펴보기 위하여 노력하였다. 제Ⅲ장에서는 우리나라에서 시행되고 있는 노인요양과 관련된 제도와 현황을 살펴보고, 본 연구에서 다루고 있는 노인장기요양보험의 제도 및 현황을 정리하였다. 제Ⅳ장에서는 한국복지패널 자료를 이용하여 노인장기요양보험을 수급하고 있는 가구와 수급하고 있지 않은 가구의 특성을 살펴보았는데, 이것은 수급가구의 경제적 특성을 살펴봄으로써 수급가구가 본인부담률 차등화와 같은 제도의 변화를 수용할 수 있는지 여부를 살펴보기 위함이다. 본 보고서의 주요 내용을 포함하고 있는 제Ⅴ장에서는 노인장기요양보험의 지출 효율화 방안으로 장기요양기관 지급급여 차등화 방안과 본인부담률 차등화 방안을 제시하고, 모델 및 시뮬레이션을 통하여 제도

전환 시 건강보험공단이 부담하게 되는 급여 감소분을 제시하였다. 끝으로 제Ⅵ장은 본 보고서의 요약 및 결론이다.

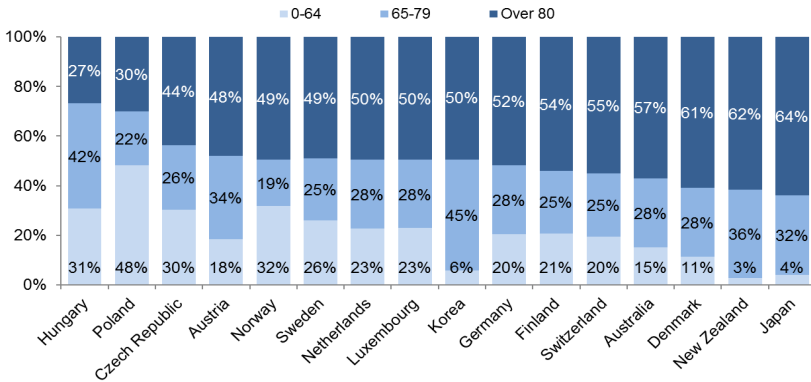
II. 주요국 장기요양제도

1. OECD 주요국 장기요양제도 현황

가. 일반 현황

OECD에서 발표한 국가별 장기요양서비스 이용자의 연령분포를 살펴 보면, 이용자의 대부분이 65세 이상 노인인구에서 나타나고 있다([그림 II-1]). 장기요양서비스 에 대한 지원대상 자격으로 연령제한을 두고 있는 것은 아니지만,⁸⁾ 대부분 65세 이상이 주로 이용하고 있는 것으로 나타나고 있다. 특히, 대부분의 국가에서 80세 이상의 노인인구가 전체 이용인구 중 50% 이상을 차지하고 있음을 알 수 있다.

[그림 II-1] OECD 국가의 연령별 장기요양서비스 이용자 분포(2008년)

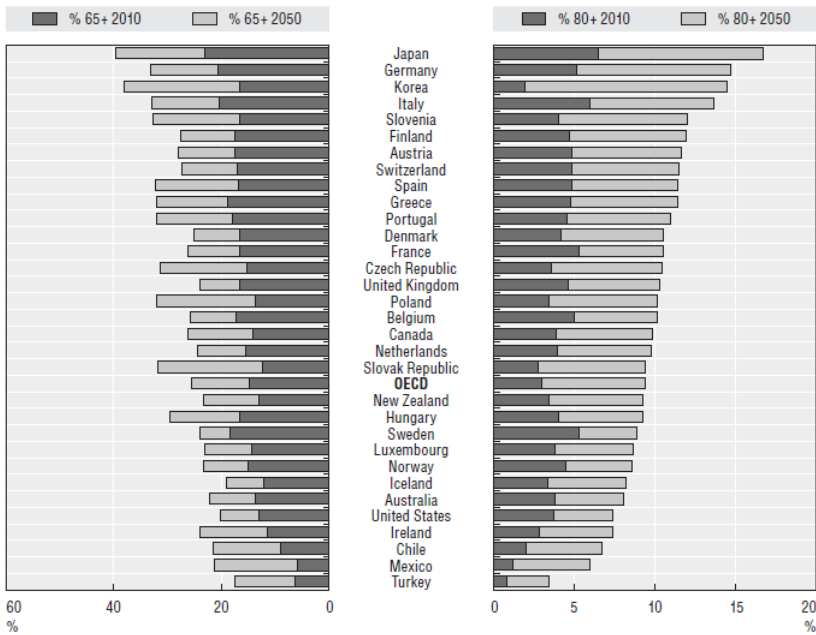


자료: OECD(2011, p. 41)

8) 한국(65세 이상 노인과 65세 미만의 노인성 질환자를 대상으로 LTC 지원) 과 일본(65세 이상 노인과 40세 이상 65세 미만 노화수반병자를 대상으로 LTC 지원) 등 일부 국가에서는 연령제한을 두고 있다.

향후 노인인구 분포를 살펴보면, 2010년 현재 65세 이상 노인인구 비중은 OECD 평균 15%에서 2050년에는 25%에 이를 것으로 예상된다. 한편, 80세 이상 노인인구가 크게 증가할 것으로 예상되는데, 2010년 전체 인구 대비 4% 수준에서 2050년에는 9.4% 수준으로 2배 이상 증가할 것으로 예상된다. 한국의 경우 65세 이상 노인인구가 2010년 11.0% 수준에서 2050년에는 38.2% 수준으로 3배 이상 증가할 것으로 예상되고 있다(2010 고령자통계). 특히, 80세 이상 노인인구가 2010년 2% 수준에서 2050년에는 약 15% 수준으로 8배 가까이 증가하는 것으로 전망되고 있어 OECD 국가 중 가장 큰 변화를 나타낼 것으로 예상되며, 이는 노인장기요양서비스에 대한 수요가 급격히 증가할 가능성이 높음을 시사한다.

[그림 II-2] OECD 국가별 65세 이상, 80세 이상 노인인구 분포 (2010, 2050)

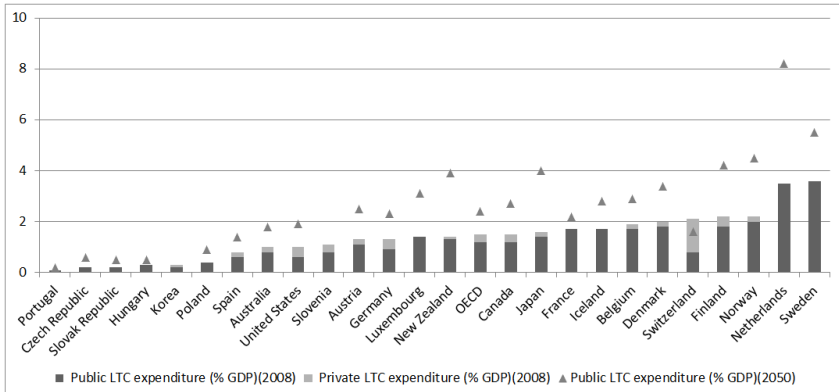


자료: OECD(2011, p. 63)

한편, 2008년 현재 OECD 국가의 GDP 대비 장기요양 지출 비중은 OECD 평균 1.5% 수준으로 나타나고 있으며, 이중 스웨덴과 네덜란드가 각각 3.6%, 3.5%로 OECD 평균의 2배 이상의 지출수준을 나타내고 있다. 2050년에는 많은 국가에서 GDP 대비 장기요양 지출이 현 수준 대비 2배 이상 증가할 것으로 예상되고 있는데, 특히 네덜란드의 경우 2050년 GDP 대비 장기요양 지출이 약 8% 수준으로 OECD 국가 중 장기요양 지출이 가장 높은 나라가 될 것으로 전망되고 있다.

[그림 II-3] OECD 국가별 GDP 대비 장기요양 지출

(단위: GDP 대비 %)



자료: OECD(2011, p. 46)

나. 제도 현황⁹⁾

최근 OECD(2011) 연구는 주요국들의 장기요양제도를 자격범위¹⁰⁾와 운영방식¹¹⁾에 따라 단일 프로그램 형태의 보편적 제도(universal coverage with a single programme), 복합형 형태의 혼합형 제도

9) 제도 관련 부분은 OECD(2011)의 Chapter7의 일부를 발췌·정리한 것이다.

10) 보편성 혹은 소득 및 재산에 따른 자격 부여 등을 의미한다.

11) 단일시스템 혹은 복합 프로그램의 운영 여부를 의미한다.

(mixed systems), 그리고 대상자 자산조사를 실시하는 사회안전망 체제(means-tested safety-net schemes) 등 3가지로 구분하고 있다.¹²⁾

〈표 II-1〉 OECD 주요국 장기요양제도

보편적 단일시스템	세금기반방식	노르웨이, 덴마크, 스웨덴, 핀란드
	사회보험방식	네덜란드, 독일, 룩셈부르크, 일본, 한국
	건강보험체계	벨기에
혼합시스템	병행적 보편체제	스코틀랜드, 이탈리아, 체코
	소득기반 보편체제	아일랜드, 오스트레일리아, 오스트리아, 프랑스
	보편체제와 자산조사체제의 혼합	뉴질랜드, 스위스, 스페인, 캐나다
자산조사기반 사회보장체제		미국, 영국

(1) 단일 프로그램 형태의 보편적 제도(universal coverage with a single programme)

단일프로그램을 갖는 보편적 보장제도는 세금을 기반으로 하는 모형, 사회보험의 형태를 갖는 모형, 그리고 의료보장제도를 통한 서비스 제공 모형 등 세 가지로 구분되는데, 세금 기반 방식을 취하고 있는 대표적인 국가는 북유럽국가들이다. 노르웨이, 스웨덴, 덴마크, 핀란드는 세금을 재원으로 하고, 지원 대상자의 소득에 무관하게 서비스를 제공하는 보편적 장기요양제도를 운영하고 있다. 즉, 전 국민을 대상으로 제공하는 복지·의료서비스 형태로 장기요양서비스가 운영되고 있다. 이들 국가에서는 요양서비스 공급 및 재정 운영에 대한 지방정부의 자치권이 크게 보장되어 있으며, 중앙정부는 지방정부에 일반보조금을 지급하여 지방정부로 하여금 자율적으로 운용할 수 있도록 하고 있다. 요양

12) OECD 주요국의 장기요양제도 체계는 부표 참조

서비스 보장범위가 광범위하고 통합적이기 때문에 장기요양 지출의 GDP 대비 비중이 상대적으로 높은 편이다.¹³⁾ 반면, 장기요양비용의 본인부담 비율은 상대적으로 낮다.

네덜란드, 룩셈부르크, 독일, 일본, 한국 등 건강보험방식으로 의료서비스를 제공하고 있는 많은 국가들은 사회보험방식으로 장기요양제도를 운영하고 있다. 이와 같은 경우 보장서비스의 범위가 넓은 편이며 서비스비용에 대한 본인 부담이 요구된다. 이들 국가에서는 장기요양의 재정조달체계가 건강보험과는 분리되어 있으며, 피보험자의 가입을 의무화하고 있다. 보험료는 일반적으로 임금에 연동되도록 설계되어 있지만, 퇴직자에게 보험료를 징수하기도 하며, 세금으로부터 재정지원을 받는 경우도 있다.

벨기에와 같이 공공 의료보장제도를 통해 장기요양서비스가 제공되고 있는 시스템하에서는 장기요양서비스와 의료서비스가 동일한 보장제도하에서 운영된다. 즉, 이와 같은 시스템에서는 장기요양을 돌봄이 필요한 사회적 서비스로 보기보다는 의료행위가 필요한 의료서비스의 개념이 강조된다.

단일프로그램 형태의 보편적 보장제도는 소득·재산수준 등에 무관하게 서비스가 제공되므로 장기요양서비스에 대한 접근성이 높은 편이다. 또한, 사회보험방식과 같이 장기요양제도만을 위한 재원조달 채널을 갖추게 될 경우, 재정 운영에 있어 신뢰성과 예측 가능성을 확보할 수 있다. 그러나 이들 시스템은 보장 대상자와 서비스 범위가 상대적으로 넓고, 환급률(reimbursement rates)이 높은 편이다. 또한 의료서비스와 장기요양서비스의 예산이 분리된 경우, 두 서비스 사이의 연계가 어려울 가능성이 내재하며, 두 공급자 사이에 비용전가 유인(cost-shifting incentives)이 존재한다. 따라서 두 서비스 사이에 조화를 이룰 수 있는 노력이 요구된다.

13) 2008년 기준 장기요양 지출 GDP 대비 OECD 평균이 1.5%인 데 반해, 덴마크가 2.0%, 핀란드가 2.2%, 노르웨이가 3.5%, 스웨덴이 3.6%를 각각 차지하고 있다.

(2) 복합형 형태의 혼합형 제도(mixed systems)

혼합형 시스템하에서는 다양한 장기요양 프로그램과 급여가 서로 혼합되어 있다. 자격이 소득·재산에 무관하게 보편적으로 부여되거나, 또는 자산조사에 의해 결정되는 등 자격결정방식이 혼합되어 있기도 하다. 또한 통합적인 하나의 장기요양시스템을 갖추고 있지 않고, 대신 지원 대상에 따라 급여, 프로그램 혹은 자격조건 등이 상이한 제도로서, 병행적 보편체제, 소득관련 보편적 급여체제, 보편적 체제와 자산조사 기반체제의 혼합 등이 여기에 해당된다.

병행적 보편체제(Parallel universal schemes)에서는 다양한 장기요양 서비스들이 서로 다른 체제하에서 운영된다. 즉, 대상서비스에 따라 의료보장제도 또는 사회보장제도로 운영된다. 예를 들어, 간호사 보호와 같은 서비스는 의료보험에서 재원이 조달되며, 일상적 행위에 대한 도움과 같은 서비스는 사회보장제도를 통하여 재원이 조달되는 경우가 이에 해당한다.

소득관련 보편적 급여체제(Income-related universal benefits)하에서는 요양서비스를 필요로 하는 모든 사람을 대상으로 급여를 지원하나, 그 급여 수준은 수급자의 소득수준에 따라 상이하게 결정된다. 즉, 대상자의 소득수준이 낮을수록 공적제도가 부담하는 비용의 수준이 누진적으로 증가하는데, 이는 일반적으로 본인부담금을 통하여 반영된다.

보편적 체제와 자산조사기반 체제의 혼합(Mix of universal and means-tested (or no) benefits)의 경우 요양서비스의 일부는 모든 소득계층을 지원하는 보편적 제도로 운영되는 반면, 다른 일부 서비스는 자산조사를 실시하여 수급자를 결정한다. 예를 들어, 전문간호사의 간호가 필요한 서비스는 보편적으로 운영되고, 현금급여 등은 자산조사를 통해 대상자로 선정된 자에 한하여 서비스를 제공하는 경우가 이에 해당한다.

혼합형 시스템은 모든 사람을 대상으로 장기요양비용의 최소 수준을 보장하고 있기 때문에 보다 안정적인 재정지원이 가능하다. 특히 요양

욕구가 높은 사람들을 대상으로 제공되기 때문에 보편적 자격을 제공하는 것은 공정성 및 효율성 측면에서 이상적이라 할 수 있다. 반면, 비용 중에서 본인부담 비중이 높은 편이며, 보장서비스의 범위가 포괄적이지 않아 장기요양 시장이 발달되지 않은 국가의 경우 공식적 장기요양서비스의 공급 증가 유인이 낮아질 가능성이 존재한다. 또한 보편성·일관성 및 연속성이 부족하여 서로 다른 재원 및 프로그램으로 제공하는 공급자·급여시스템 사이에 비용전가 유인이 발생할 가능성이 높다.

(3) 자산조사를 실시하는 사회보장체제(Means-tested safety net schemes)

미국, 영국과 같이 자산조사를 실시하는 사회보장체제에서는 국가가 장기요양서비스의 수급대상자를 선정하기 위해 소득·재산조사를 실시한다. 이와 같은 시스템에서는 공공재원을 이용하여 저소득층을 대상으로 요양 필요도가 높은 자들에게 우선적으로 사회안전망을 제공한다. 일반적으로 일상생활 지원뿐 아니라 요양시설의 숙박비까지 보장하는 등 보장범위가 넓은 편이다. 즉, 소득·재산조사를 통과한 수혜자들은 상대적으로 높은 수준의 보장을 받게 되며, 저소득층을 대상으로 서비스를 제공하기 때문에 총비용을 통제하는 데 있어 상대적으로 효과적인 측면이 있다.

그러나 자산조사는 행정적 비용을 수반할 뿐 아니라, 수급대상자와 비대상자를 구분하는 기준을 결정하기 어려운 측면이 있다. 그 기준에 의하여 수급자와 비수급자의 지출수준이 크게 차이가 나게 되므로 형평성 문제가 야기될 수 있다. 또한 보편적 의료보장체제와 특징인을 대상으로 한 사회보장서비스가 공존하는 경우 장기요양을 목적으로 의료서비스를 이용할 유인이 존재하며, 이는 의료지출을 증가시킬 가능성이 높다. 또한 자산조사가 요양 욕구를 충분히 반영하지 못할 가능성이 존재하며, 자산요건을 만족하지 못한 비수급자들은 높은 장기요양 비용에

취약해질 수 있다. 무엇보다도 이와 같은 제도에서는 장기요양에 대한 투자가 정책적으로 후순위에 놓일 가능성이 존재하며, 재정이 취약할 경우 예산상 불이익을 받을 가능성 또한 높다.

다. 장기요양제도 효율성 개선을 위한 정책

인구고령화가 진행되면서 장기요양서비스에 대한 수요가 급속히 증가할 것으로 예측되며, 이는 장기요양 지출에 대한 부담이 급증함을 시사한다. 따라서 장기요양시스템의 효율성을 개선하고 제도의 지속가능성을 제고하기 위한 대책 마련이 요구되고 있다. 이에 장기요양의 지출 가치성(value for money), 즉 비용 효율성(cost efficiency)을 높이기 위한 방법으로 장기요양시스템의 선택, 임금체제 및 공급자 간 경쟁유인 등의 공급자 유인정책, 생산성 향상을 위한 기술 개선, 그리고 요양서비스와 의료서비스의 연계정책 등이 논의되고 있다. 여기에서는 최근 OECD 보고서¹⁴⁾에서 소개하고 있는 주요국들의 효율성 개선방안들에 대하여 살펴본다.

(1) 재가서비스 강화

많은 OECD 국가들이 '내집에서의 노후(Aging in place) 정책'을 추구하여 왔다. 이와 같은 정책은 자신의 집에서 요양서비스를 제공받기를 원하는 노인들의 심리적 선호와 시설요양서비스에 대하여 이용자들이 경험하는 사회적·경제적 비용과 관련이 있다. 또한 요양시설에 입소하기까지의 오랜 대기시간과 재가서비스와 비교할 때 상대적으로 큰 시설요양서비스의 사회적 부담을 제한하고자 하는 정책적 의도가 반영된 것으로 볼 수 있다.¹⁵⁾ 이에 여러 국가들은 장기요양 대상자의 재가

14) OECD(2011) Chapter 10에서 소개되고 있는 내용을 발췌·정리하였다.

15) 2008년 전체 요양비용에서 시설서비스 비용이 60% 이상을 차지하고 있는 반면, 시설서비스 이용자는 전체 이용자의 3분의 1에 미치지 못한다. 이는

서비스 이용을 유도하기 위하여 규제수단 및 경제적 유인장치를 마련하고 재가서비스 공급을 확대하는 등 수요와 공급 측면에서 동시에 접근하고 있다.

경제적 유인: OECD 국가들은 장기요양제도에서 서비스 이용자의 선택권을 강화함과 동시에 재가서비스와 지역사회기반 요양서비스 사이의 균형을 유도하기 위한 경제적 유인장치를 마련하고 있다.

미국은 가사서비스 및 지역사회기반 요양서비스를 확대하기 위하여 여러 유인¹⁶⁾을 제공하고 있으며, 오스트리아, 네덜란드, 스웨덴, 영국 등의 OECD 국가에서는 현금급여 지급을 증가시켜 장기요양 수급자들로 하여금 서비스 이용 선택권 강화 및 재가서비스 이용을 유도하고 있다.

규제수단: 핀란드와 체코 등에서는 재가서비스 이용을 촉진하고 요양 욕구가 높은 대상자에 한하여 시설서비스 이용 승인을 강화하기 위한 가이드라인을 마련하고 있으며, 헝가리의 경우 시설서비스 이용에 대한 예산제한 및 엄격한 자격규정이 존재한다. 오스트리아에서는 「2007 재가 서비스법(2007 Austrian Home Care Law)」을 통하여 불법 요양인력의 확산 방지 및 합법적으로 자격을 취득한 요양보호사들이 24시간 재가서비스를 제공할 수 있는 법적 근거를 갖추고 있다. 또한,

재가서비스 이용비용이 상대적으로 낮고, 시설서비스 이용대상자 선정이 상대적으로 엄격하게 이루어지고 있기 때문이다.

- 16) 'Home and Community-Based Services(HCBS) Plan Option'은州政府로 하여금 재가서비스 급여와 지역기반 요양서비스 급여를 확대할 수 있는 재량권을 부여하였으며, 'Community First Choice Option'에서는 재가서비스 제공인력에 대한 지원 및 서비스를 제공하는州政府는 연방정부로부터 보다 높은 재정지원을 받을 수 있도록 하였다. 또한 'Money Follows the Person' 프로그램에서는 메디케이드(Medicaid) 수급자가 시설서비스에서 지역사회기반 요양서비스로 이동하는 경우 추가적으로 재정지원을 받을 수 있게 하였으며, 'State Balancing Incentive Program'는 연방정부의 재정지원을 늘려州政府로 하여금 재가서비스 및 지역사회기반 요양서비스에 대한 메디케이드(Medicaid) 지출 비중을 높이도록 하였다.

이탈리아와 오스트리아에서는 재가서비스 공급인력이 충분히 확보되지 않은 상태에서 외국인 요양보호사들이 장기요양시장에 대거 투입되는 현상이 발생하고 있어 이들에 대한 규제가 요구되고 있다. 영국의 경우 시설서비스, 재가서비스, 그리고 지역사회기반 요양서비스 사이의 관계 개선을 통한 지출 감소 노력을 시행하고 있으며,¹⁷⁾ 많은 국가에서 가족간병인이 공식적으로 재가서비스를 제공할 수 있는 시스템도 도입되고 있다.

재가서비스 공급 확대: 일부 국가에서는 재가서비스 공급을 확대하기 위하여 지역사회를 기반으로 하는 재가서비스 공급 확대 방침을 마련하고 있다. 특히, 일본에서는 지역사회를 중심으로 하는 통합지원시스템을 갖추기 위한 정책을 시행하고 있는데, 이것은 노인들이 자신들이 거주하는 지역사회 내에서 지속적으로 요양서비스를 지원받을 수 있도록 장기요양보호사, 자원봉사자 등 서비스 공급인력과의 연계망을 구축하는 것이다.¹⁸⁾ 한편, 멕시코, 뉴질랜드, 핀란드, 슬로바키아 등에서는 시설서비스에 대한 수요를 감소시키기 위하여 비공식 간병인에 대한 지원 및 훈련을 제공하는 정책을 시행하고 있다.

재가서비스 및 지역사회기반 요양서비스 확대는 단기적으로 지출 증가를 수반할 가능성이 있으나, 장기적으로 시설서비스 관련 이용량의 감소 및 비용절감 효과를 기대할 수 있다.¹⁹⁾ 그러나 이와 같은 정책은 장기간의 도움이 요구되는 이용자와 재가서비스 공급이 제한적인 지역에 거주하는 자들의 접근성 문제를 고려하여 시행되어야 한다.

17) *Use of Resources in Adult Social Carer* 2009년 보고서에는 시설서비스와 재가서비스 및 지역사회기반 요양서비스 간 균형을 개선함으로써 비용을 절감한 사례들이 소개되고 있다.

18) 벨기에에서도 이와 유사한 프로그램이 존재하고 있다.

19) 'Canadian National Evaluation of the Cost-effectiveness of Home Care'

(2) 요양서비스 공급자 유인

요양서비스 공급자 간 경쟁 유도: 장기요양서비스 이용자들의 효용을 증가시키기 위하여 서비스 이용자에게 선택권을 부여함으로써 공급자 간 경쟁을 유도하고, 이로 인하여 공급자들로 하여금 보다 높은 수준의 서비스 또는 보다 낮은 가격에 서비스를 공급하도록 유도할 필요성이 있다. 일본의 경우 요양서비스 이용자로 하여금 민간 공급자를 포함하여 서비스 제공자를 선택할 수 있도록 하고 있으며, 네덜란드에서는 1995년 요양서비스 이용비용을 지불하기 위한 개인예산제도, 이른바 현금급여를 도입함으로써 이용자들의 통제권과 선택권을 강화하였다. 스웨덴은 1990년대 초반부터 장기요양서비스 이용자에게 선택권의 이용을 권장하였으며, 이는 2009년 '공공부문 선택 시스템'에 관한 법에 의해 강화되었다. 이용자들은 지방정부와 계약을 체결한 장기요양서비스 공급자를 스스로 선택하고, 해당 지방정부는 공급자의 서비스 제공 내역에 따라 공급자에게 비용을 지급한다.

또한 일부 북유럽국가에서는 바우처제도를 도입하여 지정된 서비스에 한하여 이용자가 자유롭게 공급자를 선택할 수 있도록 함으로써 소비자 만족도 향상, 서비스의 질적 개선 및 비용에 있어 효율성 제고를 유도하려는 노력을 시행하고 있다. 핀란드의 경우 2004년 선택적 바우처 시스템을 도입하였는데, 이후 2008년과 2009년 두 번에 걸친 시스템 점검을 통하여 바우처로 이용 가능한 서비스를 확대하였다. 바우처 가치는 해당 가계의 가구원 수와 소득을 고려하여 결정되며, 서비스 이용 비용과 바우처 가치의 차액만큼은 이용자 본인이 부담하도록 되어 있다. 또한 이용자의 본인 부담분이 공급자마다 상이하도록 하여 공급자 간 가격경쟁이 가능하도록 하고 있다. 그리고 이용자에게 공급자 선택에 도움을 주기 위하여 지방정부는 이용자에게 공급자에 대한 정보를 제공할 책임이 있다.

바우처제도 도입에 따른 행정부담의 가중은 전자시스템의 도입으로 완화될 것으로 예상되나 바우처 사용자에게 대한 공급자의 가격차별 문

제가 제기될 가능성이 존재한다. 또한 바우처제도의 정착을 위해서는 충분한 수준의 서비스 공급자 및 인프라의 구축이 선제되어야 한다.

요양서비스 공급인력 보수체계: 현행의 시설서비스 일당 보수체제(per-diem reimbursement)와 재가서비스의 서비스당 수수료체제(fee for service)는 장기요양서비스의 효율성 및 질적 측면을 개선하기 위한 경제적 유인으로서 그 영향력이 부족한 측면이 있다. 따라서 장기요양서비스의 보수체제를 개선할 필요성이 있다. 보수체제를 이용자의 요양 욕구 상태와 주거요소 등에 따라 다양하게 구축하지 못하는 경우, 서비스 공급자는 상대적으로 요양 욕구가 낮은 이용자를 대상으로 쉽고 간단한 서비스를 제공하고자 하는 유인이 발생할 가능성이 높다. 따라서 공급자의 보수·수가 등을 현실화하여 공급자들로 하여금 부적절한 서비스 제공의 유인을 최소화할 필요성이 있다.

(3) 첨단기술 도입·적용

일부 국가들에서는 첨단의료·정보·통신기술 등을 장기요양서비스의 제공 및 이용에 도입·적용하고 있다. 대상자에게 이용되는 약물정보 및 투여실적 등에 대한 관리에서부터 모니터링 시스템을 통한 원격 건강상태 확인에 이르기까지 그 적용범위가 매우 다양하다. 이와 같은 관련 기술의 발달은 장기요양서비스 이용자들의 자립과 안전·건강개선을 도모하며, 원격훈련 및 감독기술의 발달은 서비스 공급인력의 생산성 증진에도 기여할 것으로 기대된다.

스웨덴을 대상으로 한 연구에서는 치매치료를 위한 요양시설에 정보통신기술을 도입·적용함으로써 이용자 건강의 진전, 요양인력 업무량 감소, 고급인력의 직무동기 유발 등의 긍정적 효과가 나타남을 보였다. 노르웨이의 경우 장기요양보호사들이 정보통신기술을 이용하여 서비스 이용자의 질병 및 증상에 대한 정보를 서로 교환·공유하고, 이를 향후 이용자에게 적용함으로써 그들의 행동 및 요양 욕구 변화에 보다 잘

대응할 수 있었다는 사례가 발표되었다. 그리고 스코틀랜드에서는 원격 의료기술(Telecare technology)의 도움으로 인하여 가족·친구 등과 같은 비공식적 간병인의 스트레스가 경감하는 효과가 나타나기도 하였다.

반면에, 슬로베니아에서는 정보통신기술의 도입으로 인하여 간호사가 환자보다 컴퓨터 이용에 더 많은 시간을 할애한다는 내용의 보고서가 있으며, 이와 유사하게 정보통신기술의 도입이 전자기록 업무량을 증가 시키거나 혼란을 야기할 수도 있다는 연구 결과도 있다.

장기요양은 노동집약적 분야로서 첨단기술의 도입은 보조적 역할을 수행할 뿐, 서비스 제공자인 장기요양인력을 완전히 대체하기 어려운 측면이 있다. 또한 관련기술의 도입 및 성공적 확산을 위해서는 기반시설 확충 및 요양서비스 제공자의 기술습득·적용 등 선제되어야 할 점들이 존재한다.

(4) 보건의료서비스의 연계

장기요양서비스와 의료서비스의 연계 강화: 의료·요양전문가가 아닌 일반서비스 이용자의 경우 자신이 두 서비스 중 어떠한 서비스를 선택하여야 하는지 결정하기 어려운 측면이 있다. 이와 같은 경우 서비스 이용자는 전문가의 도움을 받아 장기요양서비스와 보건의료서비스를 연계·수급할 필요성이 발생한다. 즉, 이용자의 건강수준을 증대시키기 위해서는 두 서비스에 대한 연속성 보장이 중요하다. 그렇지 않을 경우 두 서비스 사이의 비용전가 등 비효율성이 나타날 가능성이 존재한다. 현재 상당수의 국가에서 장기요양시스템과 보건의료시스템이 분리되어 있다. 이와 같은 상황에서 두 서비스 간 연속성을 체계화하는데 어려운 측면이 존재하는 것이 사실이다.²⁰⁾

현재 많은 OECD 국가들이 장기요양서비스와 보건의료서비스 간 연계를 위한 정책을 도입·시행하고 있다. 스웨덴, 프랑스, 호주의 경우

20) 장기요양 시스템 자체에도 서로 다른 비용부담자·보상유형·제공자·운영 시스템에서 발생하는 문제점들이 있다.

서비스 제공자에게, 덴마크, 독일, 영국, 일본의 경우는 케어매니저(care manager)에게 각각 장기요양서비스와 보건의료서비스 사이의 연계책임을 부여하고 있으며, 벨기에, 일본, 프랑스에서는 두 서비스 간 연계를 위한 전용 운영체제를 활용하고 있다.

예방시스템 강화: 노인장기요양 관련 비용을 감소시킬 수 있는 가장 좋은 방법은 향후 발생할 수 있는 잠재 대상자·이용자의 수를 감소시키는 것이다. 이를 위하여 일부 국가들은 이미 건강한 고령화(health ageing)를 위한 노력을 시행하고 있는데, 여기서 건강은 신체적 건강뿐 아니라 정신적·사회적 건강까지 포괄한 광범위한 개념이다.

일본에서는 지역사회를 기반으로 하여 예방지향적인 장기요양시스템 구축하고 있는데, 이는 요양 욕구가 낮은 노인들의 신체적·정신적 건강 상태, 경구기능 및 영양상태 등을 개선하여 이들이 보다 오래도록 자립생활이 가능하도록 하는 데 그 목적이 있다. 예방보호급여 수급자격은 요양 욕구가 상대적으로 낮은 노인에게 주어지며, 체력강화 훈련, 영양관리 및 정신교육 등의 서비스가 제공된다. 일본 정부는 예방보호급여의 도입으로 낮은 수준의 요양급여 등급자 수 감소 및 나아가 예방시스템 강화 결과로 인한 장기요양보험 비용 절감을 기대하고 있다.

2. 주요국 장기요양 개혁동향

이번 절에서는 우리나라보다 앞서 장기요양부문에 사회보험제도를 도입한 일본, 독일 및 네덜란드의 제도 및 최근의 개혁내용을 살펴보고, 더불어 최근 노인요양 관련 개혁정책을 수립한 호주의 개혁정책 및 캐나다의 가족간병세금공제(Family Caregiver Tax Credit) 내용을 살펴본다.

가. 일본

2000년 4월 사회보험시스템 형태로 장기요양보험을 도입한 일본은 국가가 요양서비스를 책임지고 있다. 소득이 있는 40세 이상 모든 사람들로 하여금 장기요양보험에 의무적으로 가입하도록 하고, 소득 및 가족 환경과 무관하게 모든 노인이 장기요양서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다.²¹⁾ 일본의 경우 장기요양서비스 비용의 90%는 장기요양보험급여로 충당하고 있으며, 나머지 10%는 장기요양보험 수급권자가 부담한다. 그리고 장기요양보험급여의 재원은 세금과 보험료이며, 각각 50%를 분담하도록 되어 있다(John Creighton Campbell and Naoki Ikegami, 2000).

[그림 II-4] 일본의 장기요양보험시스템 구조

보험자(Insurer) 90%				이용자 본인 부담 10%
세금 (Tax) 50%	시정촌 (Municipalities) 12.5%	도도부현 (Prefectures) 12.5%	중앙정부 (State) 25%	이용자 본인 부담 10%
	* 단, 시설급여에 대해서는 중앙정부가 20%, 도도부현이 17.5% 지원			
보험료 (Premiums) 50%	제1그룹 (Primary Insured, 65세 이상) 20%		제2그룹 (Secondary Insured, 40세 이상 65세 미만) 30%	
	* 제1그룹과 제2그룹의 인구 분포에 의해 결정			

자료: 일본 후생노동성

21) 장기요양보험 도입 당시 일본은 장기적인 경제 침체로 복지에 대한 지출을 제한해 왔었다. 그럼에도 불구하고 장기요양보험을 도입한 데에는 두 가지 사회적 배경이 있었다. 당시 일본의 노인인구 증가율은 세계 최고치를 기록하고 있었고, 전체 인구 대비 노인분포 또한 세계 최고가 될 시점이 머지않았다. 한편, 낮은 출산율과 사회진출 여성의 증가는 전통적인 가족간병체제를 위협하고 있었다.

장기요양보험 수급권자는 장기요양서비스를 이용하기 위하여 요양서비스 비용의 10%와 시설서비스 이용 시 숙식비를 지불하여야 한다. 요양서비스비용의 나머지 90%는 장기요양보험급여로 충당하고 있는데, 그 재원은 보험료 수입, 중앙정부와 현(縣)정부(prefectural governments)의 보조금 및 시정부(municipality)의 장기요양보험 특별회계로 이루어져 있다. 시정부의 장기요양보험 특별회계 수입은 중앙정부와 현정부(prefectural governments)로부터의 보조금, 시정부 일반회계로부터의 재정이전, 제1피보험자(Primary insured, 65세 이상)의 보험료 납부금 및 제2피보험자(Secondary insured, 40세 이상 65세 미만) 국민건강보험(National Health Insurance) 및 건강보험사회(Health Insurance Society) 등에 납부한 보험료로 구성된다(Katsuyoshi Nakazawa, Kota Sugahara and Minoru Kunizaki, 2013; MHLW, 2012).²²⁾

일본은 제도운영 과정에서 발생할 수 있는 재정문제를 해소하기 위해 재정안정기금(Fiscal stability funds)을 설치하고 있다. 즉, 지역마다 노인인구 및 분포, 소득수준, 가족 등에 의한 비공식 요양서비스의 이용 가능성 및 공식적 요양서비스의 이용 가능성 등이 상이하므로 이러한 지역적 특성에 따라 국가보조금이 조정된다. 그러나 국가보조금에 의한 조정만으로는 통합된 장기요양보험제도를 운영하기 어려운 측면이 있어 재정안정기금²³⁾을 마련하였다. 기금은 중앙정부, 현(縣)정부

22) 장기요양보험 특별회계 수입의 50%를 중앙정부, 현정부 및 시정부의 재원으로 마련하는데, 중앙정부가 25%, 현정부와 시정부가 각각 12.5%의 비중을 차지한다. 나머지는 보험료로 충당되는데, 피보험자 제1그룹의 보험료와 제2그룹의 보험료가 각각 21%, 29%를 차지한다. 이때 피보험자 제1그룹의 보험료는 소득수준에 따라 시정부가 산정하는 반면, 피보험자 제2그룹의 보험료는 국민건강보험(National Health Insurance) 및 건강보험사회(Health Insurance Society) 등 국민건강보험자에 의해 산정된다.

23) 기금은 장기요양 지출의 증가 또는 보험료 수입 부족을 원인으로 장기요양보험 특별회계 재정이 부족한 경우, 일반회계 예산을 이용하는 것을 피하기 위해 각 현(縣)정부(prefectures)에 설치되었다. 기금이 부족해지면 시정부는 보험료를 인상하게 되고, 특히 대출을 받은 경우 대출상환금으로 인해 보험료 인상이 불가피해진다. 이때 보험료 인상분이 커지면 일본 노동후생성에서는 예외적으로 상환기간을 늘려주기도 한다. 한편, 장기요양보험제도는 장기요양보험 특별회계 재정의 부족을 일반회계 예산으로 충당하는 것을

(prefectures) 및 시정부(municipalities)에서 기금의 3분의 1을 각각 지원하고 있으며, 기금은 부족분의 절반을 지원하며, 나머지 절반은 기금으로부터 대출(loan)을 받아 충당하게 된다(Satoshi Simizutani and Noriko Inakur, 2007).

시정부(municipalities)는 현(prefectures)의 기술적·행정적 지원하에 장기요양보험을 운영하고 있으며,²⁴⁾ 시정부는 장기요양보험자(LTCI insurer)로서 장기요양보험 예산을 결정하고 보험료를 책정하며, 등급자들의 급여수준을 결정한다. 한편, 장기요양인정자격은 '장기요양등급판정위원회(Certification Committee for Long-term Care Need)'에서 수행하고 있다.

장기요양등급판정위원회는 피보험자의 신체적·정신적 조건 및 의사소견서를 바탕으로 장기요양등급을 결정한다. 등급은 총 7개로 구분되는데, 요지원 1·2등급, 요개호 1~5등급으로 구분된다. 요지원 1·2등급은 요양등급 전단계로 일상생활 지원이 요구되는 자로 예방적 장기요양서비스(Preventive Long-term Care Services)의 대상자가 되며, 요개호 1~5등급은 병상에 있거나 정신적 이상을 겪는 자로 장기요양서비스(Long-term Care Services)를 제공받을 수 있다.

급여는 요양급여(care benefits)와 예방급여(prevention benefits)로 구분되며, 요양급여로 보장받는 서비스에는 지역기반 요양서비스, 재가서비스 및 시설서비스가 있으며, 예방급여로 보장받는 서비스에는 지역기반 예방요양서비스, 예방요양 재가서비스가 있다. 지역기반 요양 및 예방요양서비스는 시단위에서 운영하고 있으며, 그 외 예방요양 재가서비스, 재가서비스 및 시설서비스는 현(prefectures)의 감독하에 시에서 운영한다(MHLW, 2011).

금하는 까닭에 보험료의 인상뿐만 아니라 급여의 축소 등도 고려하게 된다.
24) 시정부는 장기요양보험 재정에 적자가 발생했을 시, '장기요양급여기금(Long-term Care Benefits Fund)'으로부터 재정지원을 받거나, 현정부가 운영하는 '재정안정화기금(Fiscal Stabilization Fund)'으로부터 대출을 받는다.

(1) 2005년 장기요양법 개정²⁵⁾

제도 도입 후 장기요양 지출에 대한 억제 의 필요성이 제기되었으며, 제도에 있어 중앙정부와 지방정부의 역할, 그리고 장기요양서비스에 있어 민간부문과 공공부문의 역할에 대한 정의가 필요하였다. 이에 일본은 2005년 장기요양보험에 대한 개혁을 단행하였다.

2005년 장기요양보험 개혁의 주된 내용 두 가지는 요양시설 입소자들에게 숙박비를 부과하는 것과 새로운 예방급여제도를 도입한 것이다. 이것의 배경에는 급증하는 장기요양 비용을 억제함과 동시에 장기적 관점에서 장기요양보험체계를 재가 중심의 지역밀착형으로 구축하고자 하는 의도가 내포되어 있다.

장기요양시설 입소자 숙식비 부과 및 지역사회 중심의 장기요양제도: 시설 입소자로 하여금 숙식비를 부담하게 함으로써 시설서비스 이용에 대한 경제적 유인을 감소시키려 한 것이 개혁의 주요 핵심사항이다. 이로 인하여 특별간호시설(special nursing home) 입소자의 월 본인 부담금이 약 50% 인상되었다.

일본 정부가 시설급여에 대한 본인 부담금 부담을 증가시킨 것은 장기적으로 시설서비스의 수요를 지역사회 중심의 요양서비스로 전환하기 위함이다. 따라서 지역사회 중심의 요양급여와 시설급여 사이의 서비스 격차를 감소시켜 지역사회 요양서비스를 활성화하고자 하였다. 일본 정부는 2006년 4월부터 모든 종류의 노인주거복지시설 및 노인공동주택 등에 거주하는 노인들도 장기요양보험으로 재가서비스 및 지역사회기반 요양서비스를 보장받을 수 있도록 하였다. 동시에 재가서비스 제공자가 아웃소싱을 통하여 서비스를 제공하는 것을 허용하여 재가서비스 시장을 활성화하였다. 이와 같은 정책을 도입하여 전통방식의 장기요양시설(대부분 비영리기관)과 그 외 주거요양시설(대부분 영리기

25) 2005년 장기요양법 개정에 대한 내용은 Takako and Naoko Muramatsu(2007)의 일부를 발췌·정리하여 작성하였다.

관) 간의 차이를 감소시키고, 재가서비스시장의 경쟁 활성화를 통한 서비스의 질적 제고를 기대하고 있다.

즉, 정부는 장기요양시설 입소자들에게 숙식비 부담을 증가시킴으로써, 장기적으로 시설이용에 대한 수요가 지역사회 재가서비스제도로 옮겨가기를 기대하고 있다.

예방급여 도입: 일본 정부는 장기요양보험 도입 6년 후인 2006년 4월 예방급여인 개호예방서비스를 새롭게 도입하였다. 이는 예방요양서비스를 강화하여 요양등급이 낮은 노인들이 상위 등급으로 진입하는 것을 막거나 그 속도를 늦추고자 한 것이다.

본래 장기요양보험은 독립적으로 생활하기 어려운 노인들에게 지원 서비스를 제공하는 것에 초점을 두고 있었다. 그러나 장기요양급여가 현재는 크게 필요하지 않으나 향후에 이용 가능성이 높은 노인들을 대상으로 하는 예방서비스를 점차 강조하게 되었다. 2000년에서 2005년 사이에 요지원등급(Support Needs Level)과 요개호 1등급(Care Needs Level 1)에 해당하는 고령자 수가 체증적으로 증가하였다. 이에 새로운 시스템에서는 기존의 요지원 등급과 요개호 1등급 체제를 요지원 1·2 등급으로 개편하고 이들에 대한 예방서비스를 제공하기 시작하였다. 이들에게 제공되는 급여는 기존의 것들과 유사한 것으로, 일상생활기능 유지와 개선 등 예방을 목적으로 시행되었다.

(2) 2011년 장기요양법 개정²⁶⁾

일본은 2011년 장기요양보험법을 일부 개정하였는데,²⁷⁾ 이는 지역요양통합시스템(integrated community care system)²⁸⁾의 확립 및 장기요

26) 2011년 장기요양법 개정에 대한 내용은 MHLW(2011)의 일부를 발췌·정리하여 작성하였다.

27) 개정법은 2012년 4월 발효되었다.

28) 지역사회를 기반으로 하는 시스템으로서, 개인의 건강 및 안전을 보장하기 위해 소비자 욕구에 따라 의료서비스, 장기요양서비스 및 예방서비스 등 복

양급여와 비용의 균형(balance between benefits and burden)을 주요 목적으로 하고 있다. 즉, 고령자로 하여금 자신이 속한 지역사회에서 독립적 생활을 영위할 수 있도록 의료서비스, 장기요양서비스, 예방서비스, 가사 및 수발지원 서비스를 연속적·유기적·통합적으로 제공하고, 급여를 보다 효과적으로 제공함으로써 급여와 비용 간의 균형을 달성하고자 한 것이다.

지역 요양 통합시스템 구축을 위한 의료서비스와의 협력 강화 (Enhanced collaboration between healthcare and long-term care, etc.): 정기적 재가방문서비스 및 필요에 따른 수시방문서비스를 개설하고, 주간 및 야간에 단기적으로 방문하여 요양서비스를 제공하도록 하였다. 또한 방문간호서비스와 협력하여 의료 욕구가 있는 대상자까지도 포괄적으로 서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다. 기존에는 이용자가 개별 기관(establishment)으로부터 필요한 서비스를 각각 제공받도록 되어 있었으나, 개정안에서는 지역사회 기반 통합기관(combined establishment)이 이용자에게 필요한 서비스를 종합적으로 고려하여 융통성 있게 제공하도록 하고 있다. 그리고 소규모 노인공동거주시설(small group home)에 제공하는 다기능 서비스에 방문간호서비스를 결합하여 의료 욕구가 있는 대상자까지 포괄하여 보다 유연하게 서비스를 제공할 수 있도록 하였다.

시정부(municipalities)는 장기요양 예방서비스와 생활지원서비스를 자체적으로 운영하고 있는데, 시정부와 지역일반지원센터(Community General Support Center)는 소비자의 욕구에 맞추어 장기요양 예방서비스, 생활지원서비스, 소비자 권익보호 및 사회참여 등 다양한 서비스를 통하여 노인들을 지원하게 된다.

지서비스를 포함한 다양한 생활지원 서비스를 일상생활 영역에서 적절히 제공한다. 방문요양서비스 제공을 원칙으로 하며, 일반적으로 30분 이내의 접근가능 지역으로 한다.

장기요양서비스 제공인력 확보 및 서비스 개선(Securing human resources for long-term care and improving services): 법 개정 이전에는 가래흡입(Suctioning of phlegm)과 경관영양(Tubal feeding) 등은 의료행위로 간주되어 서비스 제공자가 의사 또는 간호사로 제한되었다. 그러나 이와 같은 의료행위는 일반 요양기관에서 수행되기 어렵고, 또한 급속한 조치가 필요한 경우가 많다. 따라서 개정법에서는 필요한 추가적 훈련을 이수한 장기요양보호사²⁹⁾에 한하여 가래흡입과 경관영양과 같은 간단한 의료행위를 수행할 수 있도록 하였다.

서비스 제공자를 보호하기 위하여 장기요양서비스 사업장에서의 노동규정을 강화하였으며, 장기요양서비스 사업장의 업무 부담을 덜어주기 위하여 매년 실시되었던 장기요양서비스 정보공개시스템 관련 설문 조사를 폐지하고, 필요 시 수행하는 것으로 수정하였다.

노인을 위한 주거시설 개선(Improving housing for the elderly): 유료 노인거주시설(fee-based homes for the elderly) 이용자를 보호하기 위해 『노인 사회복지서비스법(Act on Social Welfare Service for Elderly)』에 선납요금에 대한 환불 규정을 강화하였다. 기존에는 계약 후 90일 이내에 취소할 경우 선납금에서 이미 지출한 부분을 차감한 금액을 환급하도록 하는 내용이 지침으로 마련되어 있었으나 잘 이루어지지 않았다. 이에 계약 후 일정기간 내에 계약을 취소할 경우 전액을 환급받을 수 있도록 법에 명시하였다. 또한 기존에 문제시되었던 권리금(rights fees)을 이용자 보호 차원에서 금지하였다.

치매환자를 위한 조치 촉진(Promotion of measures against dementia): 치매환자가 증가함에 따라 주민 보호자 양성을 촉진하는 방안을 마련하였고, 중앙 및 지방정부로 하여금 치매, 치매예방, 치매진단 및 처방, 치매환자의 신체적·정신적 특성에 맞는 요양 방식 등의

29) Long-term care public aid workers와 other long-term care workers who complete additional training이 이들에 해당된다.

연구를 추진·지원하는 내용을 포함하고 있다. 또한 시정부는 지역실정에 맞는 치매지원대책을 장기요양보험사업계획에 포함시키도록 하였다.

장기요양보험자의 독립적 유인 촉진(Promotion of independent initiatives by insurers): 시정부에서는 지역사회에서 제공하는 요양 서비스 및 예방을 위한 지역 기반 장기요양서비스(Community-Based Service for Preventive Long-Term Care)의 요양비를 책정하는데, 이러한 시정부의 가격책정 권한을 확대하였다.³⁰⁾ 이와 같은 조치는 지역사회기반 통합요양시스템을 구축하기 위해 보험자인 시정부가 요양서비스를 주도적으로 개선할 수 있도록 하기 위해서이다.

그동안 지역일반지원센터(Community General Support Center)는 이해관계자들을 적절히 통제하지 못하여, 통합지원을 적절히 수행하지 못하였다. 따라서 지역일반지원센터의 기능을 강화하여 장기요양서비스 사업자, 의료기관, 사회복지사 및 자원봉사자들의 협력체계를 구축하고, 센터의 역할을 주도적으로 수행할 수 있도록 지원을 강화하였다. 또한 지자체로 하여금 지역일반지원센터에 통합지원 프로젝트(Comprehensive support Project) 수행을 위한 운영지침을 제공하도록 하였다.

재정안정기금을 이용한 장기요양보험료 인상 완화(Mitigation of insurance premium increases): 장기요양보험 비용이 제도 도입 후 10년간 약 2.3배가 증가하였으며, 피보험자 제1그룹 장기요양보험료의 경우 제1기(2000~2002년)에 2,911엔이었던 것이 제4기(2009~2011년)에 4,160엔으로 제도 도입 이후 약 43% 인상되었다. 또한 제3기(2006~2008년)에는 기금 대여율이 감소하기 시작하여 제4기말에는 약 2,850

30) 기존의 법에서는, 시정부는 중앙정부가 규정하는 국가요양비를 넘지 않는 수준에서 요양비를 설정할 수 있었고, 국가요양비를 초과하게 되면 일본후생노동성(Minister of Health, Labor and Welfare)의 승인이 필요했다. 그러나 개정법에서는 지역사회기반 서비스 및 기타 장기요양비와 관련하여 시정부는 자체 판단하에 일본 후생성의 승인 없이도 국가기준을 초과하여 요양비를 정할 수 있게 되었다.

역엔의 잔고가 남을 것으로 예측되었다. 이에 일본회계감사원에서는 초과기금에 대한 반환시스템이 필요하다는 것을 지적해 왔으며, 개정법에서는 본래의 목적을 훼손하지 않는 범위 내에서 기금잔고를 충분히 확보하는 동시에 재정안정기금의 잉여자금을 이용하여 피보험자 제1그룹의 보험료 인상을 완화하고자 하였다.

나. 독일

독일의 장기요양보험은 5대 사회보험³¹⁾ 중 하나로, 1995년 장기요양보험법(Long Term Care Insurance Act) 시행으로 도입되었다. 장기요양보험은 공공보험과 민간 의무보험으로 구분되는데, 전체 인구의 90%가 공공보험(social LTCI)에 가입되어 있고, 10%가 민간 의무보험(private mandatory LTCI)에 가입되어 있으며, 2%가 선택적 민간보험(additional supplementary voluntary private LTCI)에 가입되어 있다(Douglas A. Wolf and Nancy Folbre, 2012; Heinz Rothgang, 2012).³²⁾

재원의 대부분은 소득에 연동되어 부과되는 보험료로 2012년 개혁에 따라 2013년부터 적용되는 보험료율은 소득의 2.05%이며, 근로자의 경우 이 중 50%를 고용주가 부담하도록 되어 있다. 한편, 실업자의 보험료는 실업보험으로 충당되며, 자영업자와 연금수혜자의 경우에는 본인이 보험료를 100% 부담하여야 한다. 또한 2004년부터는 자녀가 없는 경우 0.25%의 추가 보험료를 납부하도록 되어 있다(Douglas A. Wolf and Nancy Folbre, 2012; SCOR Global Life, 2012).

장기요양보험의 정책 결정자는 독일 연방보건부(Federal Ministry of Health)로서 장기요양보험법안을 제시하고 제도 수행을 감독한다. 지방 정부는 요양보호시설의 인·허가 및 제도 운영을 담당하고 있으며, 장기요양보험의 보험자인 장기요양금고에서 재정 및 급여·수가를 관리하며, 의료심사위원회(Medical Review Board)³³⁾에서 등급판정을 담당

31) 5대 사회보험: 건강보험, 상해보험, 연금보험, 실업보험, 장기요양보험

32) Heinz Rothgang(2012)

하고 있다(이호용·임진섭·조정완, 2012; Ralf Götze and Heinz Rothgang, 2012).

장기요양보험은 신체적·정신적 장애로 인하여 일상생활을 함에 있어 6개월 이상 활동지원이 필요한 자를 대상으로 하며, 필요 정도에 따라 3등급으로 구분하고 있다. 보험급여 수혜대상자는 현물급여, 현금급여 또는 혼합급여를 선택적으로 받을 수 있는데, 급여 한도액³⁴⁾이 존재한다(Martin Schölkopf, 2012).

(1) 2008년 개혁³⁵⁾

장기요양보험이 도입된 1996년 이후 보험료율이 1.7%로 변함이 없었고, 보험급여 또한 인상되지 않아 물가상승을 제대로 반영하지 못한 문제점이 있었다. 또한 장기요양서비스가 신체적 장애를 대상으로 집중되다 보니, 정신적 장애에 대한 수요를 반영하지 못하고 있었다. 이에 재가서비스 강화, 가족간병인에 대한 지원 강화, 보험급여 및 보험료 인상, 요양보호서비스의 질적 개선, 재활서비스 강화 및 시민들의 참여 제고 등을 내용으로 하는 개혁이 단행되었다.

재가서비스 강화: 지역별 장기요양 지원센터를 설립하여 장기요양 보호서비스 관련 이해당사자들에 대한 지원을 강화하였다. 지원센터는 장기요양보호서비스와 관련된 정보를 제공하고, 수혜자와 그 가족들의 의사결정을 돕고 서류작업을 지원하는 역할을 하게 되었다. 지원센터에는 전문 요양상담 인력(Care Manager)이 상주하여 수혜자와 그 가족

33) 공적 보험가입자에 대한 수혜 자격 심사는 의료심사위원회(Medical Review Board)에서, 민간 보험가입자에 대한 자격 심사는 민간기업인 메디크프루프(Medicproof)에서 각각 담당하고 있다.

34) 이는 서비스 유형(재가서비스, 주야간시설서비스, 시설서비스)에 따라 달라진다.

35) 독일의 2008년 개혁 관련 내용은 Health Policy Monitor 홈페이지(<http://hpm.org>)에 나온 내용을 발췌·정리한 것이다.

들을 지원하도록 하였다. 또한 상담을 통해 개인별 요양보호 계획을 수립하고 수혜자들에게 적합한 요양시설을 중개하는 역할을 하였다.

가족간병인에 대한 지원 강화: 자신의 가족에게 비공식 요양보호서비스를 제공하는 근로자에게는 6개월간의 무급휴가를 허용하여 이들에 대한 가족요양 지원을 강화하도록 하였다.

보험급여 및 보험료 인상: 2012년까지 현금·현물급여를 단계적으로 인상하도록 하였으며, 2015년부터 3년마다 보험급여를 물가상승에 연동하여 조정하도록 하였다. 또한, 보험급여 인상을 충당하기 위해 보험료율을 기존의 1.7%에서 1.95%로 인상하였다.

〈표 II-2〉 연도별 장기요양보험급여 현황

(단위: 유로)

서비스 유형	등급기준	2007년	2008년	2010년	2012년
재가서비스 (현물급여)	1등급	384	420	450	450
	2등급	921	980	1,040	1,100
	3등급	1,432	1,470	1,510	1,550
재가서비스 (현금급여)	1등급	205	215	225	235
	2등급	410	420	430	440
	3등급	665	675	685	700
시설서비스 (현물급여)	1등급	1,023	1,023	1,023	1,023
	2등급	1,279	1,279	1,279	1,279
	3등급	1,432	1,470	1,510	1,550

자료: Health Policy Monitor 홈페이지(<http://www.hpm.org>)

요양보호서비스의 질적 개선 및 재활서비스 강화: 요양보호서비스 의무기준을 개발하여 3년마다 요양시설에 대한 서비스 평가를 실시하고, 그 결과를 공표하도록 하였다. 또한 요양보호시설들로 하여금 입소

자들의 건강상태 개선 및 회복에 적극적으로 대응하도록 하는 정책적 유인책으로, 요양보호시설 입소자의 등급이 낮아지는 등 건강상태가 호전될 경우 해당 시설에 1,536유로의 보너스를 추가 지급하도록 하였다.

시민들의 참여 제고: 자원봉사자의 참여를 활성화하기 위하여 지역사회 요양보호서비스와의 연계를 강화하고, 전문 네트워크 및 훈련을 통해 이들에 대한 지원을 강화하도록 하였다.

(2) 2012년 개혁

독일은 2012년에 「장기요양보험법」을 일부 개정하였는데,³⁶⁾ 그 내용은 치매환자 및 인지장애환자에 대한 특별급여, 보험료 인상 및 선택적 민간 보험에 대한 보조금 지급 등을 포함하고 있다.

치매환자 및 인지장애환자에 대한 초기단계 지원 개선: 독일은 장기요양보호 자격과 관련하여 수년간 논의가 진행되어 왔다. 장기요양보호 대상이 신체적 장애에 치중되다 보니 정신적 장애를 겪는 환자들, 특히 치매환자들이 관심 대상 밖으로 벗어나 있다는 지적이 많았다. 등급기준을 새로 정립하여야 한다는 의견이 제기되었으나, 그에 따른 지출이 크게 증가할 것으로 예측되어 이에 대한 정책적 논의가 계속되고 있다. 임시적 방편으로 이들에 대한 특별급여만을 규정한 상황이며, 등급체계에 대한 논의는 계속 진행 중에 있다. 이번 장기요양보험법 개정에서는 인지장애환자를 위한 특별급여 인상을 규정하였다. 그에 따라 인지장애 0등급자에게는 매월 현금급여 120유로 및 현물급여 225유로, 인지장애 1등급자에게는 매월 현금급여 70유로 및 현물급여 215유로, 인지장애 2등급자에게는 매월 현금급여 85유로 및 현물급여 150유로가 각각 지급되도록 하였다(Ralf Götze and Heinz Rothgang, 2012).

36) 개정법은 2013년부터 시행된다.

보험료 조정: 2012년 「노인장기요양보험법」 개혁을 통해 보험료가 0.1%포인트 인상됨으로써 2013년부터는 소득의 2.05%를 보험료로 납부하게 된다. 이는 치매 및 인지장애를 가진 보험가입자를 대상으로 한 보험급여의 인상을 충당하기 위한 조치의 하나로 여겨지고 있다 (Winfried Schmähl, 2012).

자발적 민간보험에 대한 보조금 지급³⁷⁾: 보험료 인상과 같은 조치들은 장기요양보험제도 재정의 지속가능성을 위한 근본적 방안으로 보기 어렵다. 따라서 독일 정부는 소득공제 등을 통하여 개인들로 하여금 스스로 추가적인 선택적 개인 장기요양보험에 가입하도록 하는 유인책을 고려하고 있다.³⁸⁾ 즉, 2013년 1월부터 민간보험 계약건마다 한 달에 5유로(연간 60유로)의 보조금이 지급될 계획이다.³⁹⁾ 현재 저소득·중간소득 계층은 보험료 부담으로 인하여 대부분 민간보험을 이용하지 않고 있다. 따라서 이와 같은 정부의 보조금 정책으로 인하여 이들이 스스로 민간보험에 가입하도록 할 계획이다. 그러나 정부는 보조금 지급에 1억유로를 지원할 계획이므로 보조금 지급 계약건수는 약 167만건으로 계산되어 지원수준이 제한적일 가능성이 높다. 또한 역선택(adverse selection)의 문제도 존재하여 자발적 민간보험에 대한 보조금 지급이 정부가 기대하고 있는 효과를 얻기 어려울 것이라는 견해가 다수 존재한다(Ralf Götze and Heinz Rothgang, 2012; Heinz Rothgang, 2012).

37) 정부는 보조금 지급에 1억유로를 투입, 보조금 지급 계약건수는 167만건으로 지원규모는 제한적일 것으로 보인다. 따라서 이 방침은 그 규모가 크지 않아 결국 저소득·중간소득계층은 공적보험으로 회귀할 것이며, 공적보험 재원조달에 대한 논쟁은 향후에도 지속될 것으로 예상된다.

38) 현재 공적보험에서 지원하지 못하는 부분을 민간보험이 보완하고 있으나, 저소득·중간소득은 민간보험에 가입할 여력이 그다지 크지가 않다.

39) 보조금을 받기 위해서는 자격 조건: 보험료(premium)가 한 달에 10유로 이상, 공적 노인장기요양보험 3등급에 해당하는 보험가입자에게 지급되는 보험금(benefits)이 한 달에 600유로 이상 등

요양서비스 공급인력: 장기요양보험제도 도입 이후, 가족에 의한 비공식적 요양서비스 이용률은 꾸준한 감소추세를 보이고 있으며, 이와 같은 추세는 앞으로도 지속될 것으로 보인다. 반면, 공식적 요양서비스 이용률은 증가세를 보이고 있으며, 이는 전문요양인력의 확충이 필요함을 의미한다. 그러나 전문요양인력 채용, 인력유지 및 복직 수는 감소하고 있는 현실이다. 따라서 전문요양보호 인력 확보의 필요성이 제기되고 있으며 이에 대한 정책적 논의가 진행 중이다. 또한 비공식적 요양인력에 대한 지원을 통하여 가정에서의 요양 공급을 확대하기 위하여 요양과 고용을 연결시키는 방안에 대한 논의도 진행중에 있다(Ralf Götze and Heinz Rothgang, 2012).

다. 네덜란드

네덜란드는 1968년 「특별의료비보장법(Exceptional Medical Expenses Act: AWBZ)」의 시행으로 장기요양보험을 의무화하였다. 도입 초기에는 장기요양보험이 요양시설서비스, 정신적 장애자를 위한 시설서비스 및 1년 이상의 장기입원을 주요 보장대상으로 하였으나, 이후 보장서비스 범위가 재가서비스, 재활서비스, 가사지원서비스 등으로 점차 확대되었다(Frederik T. Schut and Bernard van den Berg, 2010).

AWBZ(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)은 보험료, 국가보조금 및 본인 부담금으로부터 재원을 조달한다. 보험료 수입이 전체 재정수입의 3분의 2 이상을 차지하고, 나머지는 국가보조금 및 본인부담금으로 충당되는데, 본인 부담금이 약 8%를 차지한다. AWBZ 보험재정은 AFBZ(Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten)라는 기금형태로 운영되며, AFBZ는 정부자문기관인 CVZ(College voor zorgverzekeringen, Health Care Insurance Board)⁴⁰⁾에서 관리하고 있다.⁴¹⁾ 정부는 매년 보

40) CVZ는 정부 자문기관으로서 건강보험과 장기요양보험의 운영을 관할한다. 그리고 AWBZ의 재정 관리를 담당하며 지역 사무소들의 운영비용을 지급한다.

협료를 책정하는데, 2011년 현재 보험료는 소득의 12.15% 수준이다. 18세 이상 모든 이용자는 간병, 개인수발 지원 및 시설서비스 비용에 대하여 본인 부담금을 지불하여야 하며, 본인 부담금액은 나이, 소득 및 가구원 수에 따라 달라진다(Roelf van der Veen, Pieter Huijers and Henk Nies, 2010; Ministry of Health, Welfare and Sport(VWS), 2011).

보건복지체육부가 운영시스템 설계, 지출과 수급자격 범위 결정, 예산 책정 등 정책적 책임을 담당하고 있으며, CVZ가 장기요양보험(AWBZ) 수행의 책임 및 기금인 AFBZ를 담당·관리한다. CIZ는 요양 욕구를 평가하여 수급자격을 결정하며, 지역사무소(Regional Care Offices)는 공급자로부터 요양서비스를 구매(계약)하여 수급자에게 공급하는 역할을 한다. AWBZ의 재정행정업무를 담당하는 중앙행정사무국(CAK, Central Administration Office)은 지역사무소의 요청에 따라 장기요양서비스기관에 서비스 이용비용을 지급하고, 피보험자의 장기요양 본인 부담금을 산정하고 수납하는 업무를 담당한다.

장기요양서비스에는 비공식 요양서비스(informal care), 재가요양서비스(home care)⁴²⁾ 및 시설요양서비스(institutional care)⁴³⁾가 있다. 가족, 친인척, 친구 등이 제공하는 비공식 요양서비스에 지급하는 수당은 별도로 존재하지 않으나, 현금급여로 이용 가능한 서비스의 범위가 지

41) 고용자 및 자영업자가 세금과 함께 보험료를 Dutch Tax and Customs Administration에 납부하면, Dutch Tax and Customs Administration은 수납된 보험료를 CVZ에 이전한다. 한편, 정부가 매년 지급하는 국가보조금 및 피보험자의 본인부담금 또한 AFBZ로 이전된다.

42) AWBZ 보험으로 보장받을 수 있는 재가요양서비스에는 생활지원서비스(assistance care), 신체수발지원서비스(personal care), 간호서비스(nursing care), 일부 의료서비스(medical treatment) 등이 있다. 한편, 가사지원서비스(home help)는 2007년 WMO의 도입으로 AWBZ의 대상에서 제외되었으며, 사회보장서비스로 지방정부가 세금으로 운영하고 있다.

43) 시설서비스에는 요양시설서비스(nursing homes)와 양로시설서비스(residential homes)가 있다. 요양시설서비스(nursing homes)는 치매와 같이 건강상 문제가 있어 의료욕구가 있는 수급자들을 위한 시설서비스로 요양보호사뿐만 아니라 전문 의료진이 상주하고 있다. 그리고 양로시설서비스(residential homes)는 돌봐줄 가족이 부재하고 장애, 만성적 건강상태 및 기타 이유로 인해 가사활동이 어려운 노인들을 위한 요양시설서비스이다.

역사무국을 통해 제공받는 재가요양서비스뿐만 아니라 비공식 요양서비스까지 포함하고 있다(Roelf van der Veen, Pieter Huijers and Henk Nies, 2010; Esther Mot, 2010).

(1) 2003년 현금급여의 본격화

기존의 요양시스템은 수급자들의 요구를 충분히 반영하지 못하고 있었다. 즉, 선택의 폭이 제한되어 있었고, 질적·양적 측면에서 수요와 공급이 균형을 이루지 못하고 있었다. 이와 같은 문제점을 해결하고자 1998년부터 시범적으로 운영되었던 현금급여(Client Linked Budget)제도인 개인예산(Personal Budget)제도가 2003년 본격적으로 도입되었다.

개인예산제도에서는 요양급여가 수급자에게 직접 지급되고, 현금급여에 대한 운영 권한도 완전히 수급자에게 부여되어 수급자의 다양한 선택이 가능해졌다.⁴⁴⁾⁴⁵⁾ 결과적으로 정부는 개인예산 시스템을 통하여 요양급여 지출을 감소시킬 수 있었는데, 이는 현금지급의 경우 현물서비스 비용보다 25% 적은 수준으로 지급되었기 때문이다(Health Policy Monitor: Joshua M. Wiener, Jane Tilly and Alison Evans Cuellar, 2003).⁴⁶⁾

(2) 2007년 WMO의 도입

2007년 「사회지원법(WMO, Social Support Act)」⁴⁷⁾의 도입으로 인

44) 기존의 개인예산제도에서는 사회보험은행(Social Insurance Bank, SVB)이 서비스 공급자와의 계약 승인 및 서비스대금 지급 등 개인예산에 대한 재정 운영업무를 담당하였다.

45) 한편, 수급자는 서비스 이용내역을 지역사무소에 증빙해야 하며, 요양보험급여 보장대상 외의 항목에 지출한 경우 향후 할당예산을 삭감하거나 급여지급이 중지되도록 하였다.

46) 일일 서비스비용을 재가서비스 일일 비용을 넘지 못하도록 하였다.

47) 이 법은 장애인을 위한 「서비스법(Wvg, Services for Disabled Act)」, 「사회복지법(Social Welfare Act)」 및 AWBZ의 일부를 대체하였다.

하여 기존 AWBZ의 지원 대상이었던 가사지원서비스를 WMO가 대신 하게 되었다. 이는 사회적 지원 서비스의 정책통합을 구축하고자 한 것으로, 사회적 지원 서비스에 대한 지방정부의 통제권 및 재량권 확대와 관련이 있다. 즉, WMO에 대한 운영권한이 지방정부에 주어졌으며, 그 재원은 세금으로 하였는데, 비목적성 일반예산(non-earmarked budget)의 형태로 주어졌기 때문에 지방정부는 비용 절감을 통하여 잉여예산을 다른 부문에 활용할 수 있었다. 비목적성 일반예산 시스템에서 지방정부는 가사지원서비스 비용에 대한 재정적 부담을 가지게 되었고, 이는 지방정부로 하여금 효율성 제고를 위하여 서비스 제공자와 적극적으로 협상하도록 하였다. 이와 같은 과정을 통하여 지방정부는 서비스 제공자들 사이의 경쟁을 유도하였고, 결과적으로 급여 가격의 하락을 유도할 수 있었다(Lei Delsen, 2012; Erik Schut, 2013).

(3) 최근 정책 동향

네덜란드의 경우 장기요양서비스 범위가 다른 국가에 비하여 포괄적이고 관대하며, 시설서비스에 대한 의존도 또한 높아서 장기요양부문의 지출규모가 높은 편이다. 또한, 향후 인구 고령화로 인한 장기요양 지출은 지속적으로 증가할 것으로 고려되고 있어,⁴⁸⁾ 높은 서비스 질을 유지하는 동시에 지출압박을 완화하기 위한 장기요양 운영의 비용 효율성 제고가 요구되고 있다(Erik Schut, 2013).

장기요양 운영의 지방분권화 확대: 요양서비스 계약 및 중개는 지역사무소(regional care offices)가 담당하고 있는데, 지역사무소의 경우 운영비용에 대한 예산만 있을 뿐, 요양서비스 지출에 대한 자체 예산은

48) 2009년 현재 장기요양 지출비용이 GDP 대비 3.8%에 이르고 있으며, 이는 OECD 평균 지출비용의 2배를 넘는 수치이다. 향후 인구의 고령화로 인하여 2060년에는 OECD 평균의 3배 이상 수준인 GDP 대비 8.1%에 이를 것으로 전망된다.

없다.⁴⁹⁾ 따라서, 지역사무소는 비용 효율을 높이고자 하는 재정적 유인이 존재하지 않는다. 즉, 지역사무소는 요양서비스 구매에 대한 재정적 압력이 존재하지 않기 때문에 요양서비스 계약체결 시 가격 및 서비스 질에 대한 협상력이 낮다.⁵⁰⁾ 이에 네덜란드 정부는 2013년까지 지역사무소를 폐지하고, 재가서비스 구매권한 대부분을 건강보험자에게 이양하고, 지방정부(municipalities)의 재가서비스 운영권한을 확대할 계획을 가지고 있다.⁵¹⁾

지방정부는 재가서비스의 일부분⁵²⁾에 대한 운영권한을 소유하게 되며, 지방정부에 일반예산(non-earmarked budget)이 주어지면서 예산 운영에 대한 재량권이 부여된다. 이때, 장기요양을 위한 특정 목적으로 예산이 배정되는 것이 아니기 때문에 예산의 효율적 운영을 위해 장기요양의 비용 효율 제고 유인이 발생하게 된다. 또한 시설서비스의 경우 중앙정부가 시설서비스 비용을 지원하고 있으므로 지방정부는 수급자로 하여금 급여가 높은 시설서비스를 이용하도록 유도할 유인이 발생한다. 이와 같은 도덕적 해이를 방지하기 위해 시설서비스 이용 비율을 감소시킨 지방정부에 대해서는 경제적 보상을 고려하고 있다. 더불어 재가서비스 이용을 활성화하기 위하여 시설서비스 이용 시 숙박비용에 대한 본인 부담을 증가시킬 계획을 가지고 있다(Erik Schut, 2013).

건강보험회사의 역할 강화: 건강보험의 경우 대부분 민간 건강보험 회사(health insurers)에 의하여 운영되는데, 정부는 건강보험회사로 하

49) 서비스 제공자는 서비스 제공 비용을 계약에 따라 AFBZ로부터 받는다.

50) 결과적으로 재가서비스 가격이 규정 가격의 최대한도에 근접하게 되었으며, 재가서비스 시장이 규모가 큰 공급자들의 시장점유율이 높고 또한 이들이 가격을 보다 높게 책정할 수 있는 구조를 갖고 있어서 재가서비스의 시장경쟁력은 점차 약화되었다.

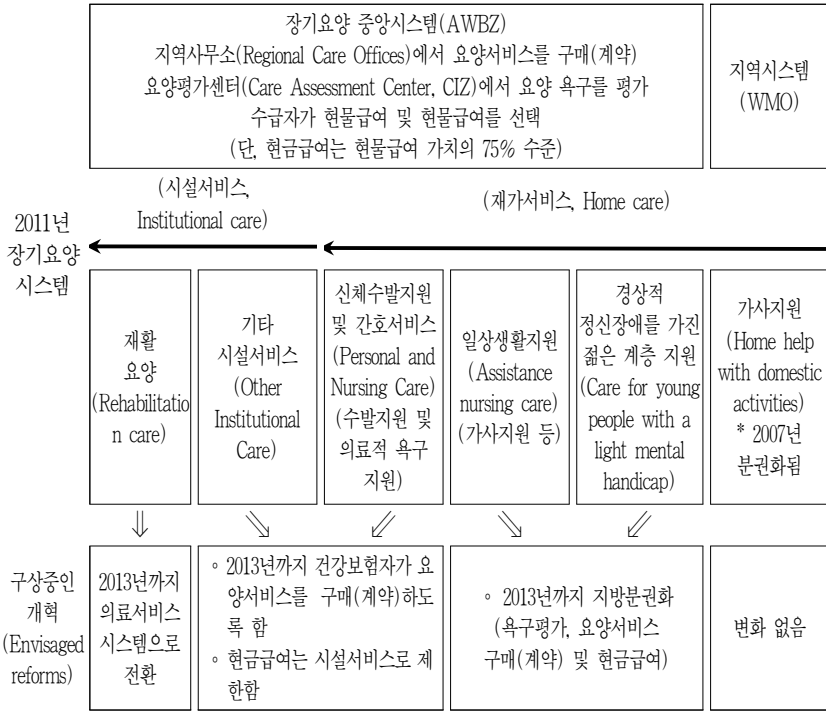
51) 2007년 가사지원서비스에 대한 운영권한을 지방정부에 이양함으로써 비용 효율성 측면에서 큰 효과를 거둬들인바, 재가서비스에 대해서도 비용 효율 제고를 위한 재정적 유인 구축이 절실히 요구되고 있다.

52) 대상 재가서비스는 일상생활지원서비스(Assistance care: help with household organization and administrative tasks)와 경상적 정신장애를 가진 젊은 계층 지원서비스(Care for young people with a light mental handicap)이다.

여금 치료와 요양 관련 급여를 함께 제공하도록 함으로써 지출을 감소시키고자 한다. 그러나 이와 같은 경우 보험자인 건강보험회사는 피보험자로 하여금 자신들이 제공하는 민간 요양급여보다는 공공 장기요양 서비스를 이용하도록 유도할 유인을 가지게 된다. 이는 결과적으로 장기요양보험 지출 증가를 초래할 가능성이 높다. 이에 정부는 2013년까지 건강보험회사로 하여금 건강보험시스템과 마찬가지로 당사의 피보험자를 위한 요양서비스를 직접 구매하도록 하였다(Erik Schut, 2013; Roelf van der Veen, Pieter Huijers and Henk Nies, 2010; Esther Mot, 2010).

현금급여 시스템 개선: 현금급여에 따른 장기요양 지출규모가 빠르게 증가하여 왔으나, 이것은 단순히 현금급여가 현금급여를 대체하였기 때문만은 아니었다. 현금급여로 인해 수급자는 더욱 증가하였으며, 이는 관대한 수급자격 조건에 기인한 것이었다. 현금급여의 문제점으로는 명확하지 않은 수급자격조건 외에 현금급여로 인한 새로운 수요계층 발생, 장기요양 이외 용도로의 급여 이용 등이 있다. 이에 네덜란드 정부는 2012년부터 현금급여 대상범위를 제한하였다. 즉, 요양 욕구가 낮은 대상자들의 시설기관 접근성을 낮추는 한편, 현금급여를 이용하여 시설기관을 이용할 수 있는 수혜 대상자를 제한하였다. 또한 현금급여 시스템의 도덕적 해이를 막기 위해, 현금급여 수급자는 별도의 계좌를 개설하도록 하였으며, 신규 수급자는 당사자를 대신하여 요양서비스를 구매해 주는 전문 중개사를 더 이상 이용할 수 없도록 하였다. 또한 급여를 어떻게 사용할지에 대한 장기요양 이용계획서를 작성하도록 하였다(Ewout van Ginneken, 2012; Erik Schut, 2013).

[그림 II-5] 네덜란드 정부의 장기요양보험 개혁 내용



자료: Erik Schut, Stéphane Sorbe and Jens Høj, "Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands," OECD Economics Department Working Papers, No. 1010, OECD Publishing, 2013, p. 26.

라. 기타

(1) 호주⁵³⁾

2012년 4월 20일, 호주정부는 노인요양시스템 개혁정책인 'Living Longer, Living Better'를 발표하였다. 호주정부는 이번 개혁정책을 통

53) 호주 관련 내용은 호주정부(Department of Health and Ageing)의 홈페이지에 수록된 내용 및 발간자료인 「Living Longer, Living Better」에서 관련 내용을 발췌·정리한 것이다.

하여 다양한 노인요양서비스에 대한 이용자들의 선택권 및 통제권을 강화하고 접근성을 제고하고자 하였다. 이번 개혁정책에는 향후 10년간의 계획이 담겨 있으며, 향후 5년간 37억호주달러가 소요될 것으로 전해지고 있다.

노인요양 재가서비스(Staying at home): 일관성이 떨어지고 분산되어 있는 현행의 다양한 재가서비스 프로그램들⁵⁴⁾을 하나로 통합하여 '연방 가정지원 프로그램(Commonwealth Home Support Program)'을 구축할 방침을 세웠다. 이를 통하여 재가서비스 이용자들의 혼란을 해소하고, 이들의 욕구 변화에 부응하고자 하였다. 또한 기존의 자산조사 방식을 개선하여, 앞으로는 소득조사만을 통하여 이용자의 비용지불능력을 판단하고, 그에 따라 차등적으로 비용을 부담하도록 하는 방안을 고려중에 있다. 또한 재가서비스(Home Care packages 또는 residential care)에 대한 지출상한선을 60,000호주달러로 설정하여, 누구도 평생지출상한선을 초과하는 수준의 재가서비스를 이용하지 못하도록 하는 방침을 도입할 계획에 있다.

노인요양 시설서비스(Residential Care): 노인들의 선호가 재가서비스를 우선시하고 있으나, 시설서비스에 대한 수요 또한 증가할 것으로 예측됨에 따라 정부는 향후 5년간 6억 6,030만호주달러를 투입하여 노인요양 시설서비스를 개선할 계획이다.⁵⁵⁾ 또한, 노인요양 시설서비스 이용자의 자산조사방식을 개선하여 노인요양 자금조달방식의 일관성 및 형평성을 제고하고, 형편이 어려운 노인들에게 노인요양서비스 공급이 충분히 이루어질 수 있도록 안전망을 강화할 계획이다. 도시지역보다 지방에서 고령화가 더 빠르게 진행되고 있다는 인식하에 지방에 거

54) Home and Community Care Program for older people, National Respite for Carers Program, Day Therapy Centres program, Assistance with Care and Housing for the Aged Program

55) 이용자 숙식비 지원 한도액 인상, 지방 이용자 서비스 접근성 강화, 소비자 맞춤형 요양서비스방식 도입 등 포함

주하는 고령자들의 시설서비스 접근성을 향상시키려는 노력을 하고 있다. 그리고 독립자문기관으로서 Aged Care Financing Authority를 설립하여 서비스 이용자, 노인요양부문 및 재정부문의 의견 수렴을 통해 정부의 가격책정 및 재정지원 관련 자문을 제공할 계획이다.

치매 해소(Tackling Dementia): 정부는 치매환자를 위한 치매행동 관리 자문서비스 및 치매 조기진단 서비스를 강화할 방침이며, 여기에 4,130만호주달러 규모의 예산을 책정하였다. 치매로 인한 심각한 행동·심리장애를 겪는 노인에게 시설서비스를 제공하는 기관에는 보조금 외에 추가적 지원을 받을 수 있도록 하였으며,⁵⁶⁾ 재가서비스를 이용하는 치매 환자들을 위해서는 서비스이용 지원금 외에 10%의 추가 지원⁵⁷⁾을 받을 수 있도록 하였다.

의료서비스와의 연계성 강화(Better Health Care Connections): 말기환자 간병과 관련한 전문인력 체계를 구축하여 임종 전 환자들에 대한 지원을 강화하고, 노인요양서비스 및 의료서비스 제공자들 사이의 협력을 유도함으로써 종합적 의료서비스에 대한 접근성을 개선할 계획이다.

이외에 최근 발표된 「Living Longer, Living Better」에는 친인척 간병인에 대한 지원(Supporting Carers), 서비스 제공자 인력 강화방안, 이용자 지원 및 연구 등이 포함되어 있다.

(2) 캐나다⁵⁸⁾

캐나다 정부가 발표한 ‘캐나다 경제계획(Canada’s Economic Action

56) 이에 소요되는 예산은 4,100만호주달러로 추정된다.

57) 소요 예산은 1억 2,330만호주달러로 추정된다.

58) 캐나다 관련 내용은 Canada’s Economic Action Plan 홈페이지에 수록된 내용을 발췌·정리하여 작성한 것이다.

Plan)’은 캐나다 국민들의 세금부담을 경감하고 경기부양을 도모하기 위한 다수의 세금공제 정책을 포함하고 있다. 그 중 ‘가족간병인 세금공제(Family Caregiver Tax Credit)’제도는 장기요양과 관련된 것으로 2012년부터 적용되며, 이 제도를 통하여 가족 중에 신체적·정신적으로 장애를 겪고 있는 가구원이 있는 경우, 추가적으로 2,000달러에 대하여 15% 비환급성 세금공제 혜택을 받을 수 있도록 하고 있다. 현행 ‘간병인 세금공제(caregiver amount)’ 대상에는 배우자, 사실혼 배우자 및 18세 미만 자녀가 포함되지 않았으나, 이번 발표로 인하여 2012년 1월부터는 배우자와 사실혼 관계 배우자, 그리고 미성년 자녀가 공제대상에 포함되게 되었다.

간병 대상자가 18세 이상인 경우에는 신체적·정신적 장애로 인하여 생활·활동보조가 반드시 필요한 상태여야 한다. 간병 대상자가 18세 미만인 경우에는, 대상자가 신체적·정신적 장애를 겪고 있으며 장애에 지속성이 있어 다른 아이들과 비교 시 생활·활동보조가 반드시 요구되는 상태에 있어야 한다. 이를 증명하기 위하여 세금 신고자는 의사소견서 제출을 요구받을 수 있으며, 다수의 간병 대상자에 대해 세금공제 혜택을 받을 수 있다.

또한 가족간병인 세금공제는 기존의 다른 세금공제 혜택과 동시에 적용이 가능한데, 동시 적용이 가능한 세금공제 혜택에는 배우자·사실혼배우자 세금공제(Spousal or Common-Law Partner Credit), 부양가족 세금공제(Eligible Dependant Credit), 자녀 세금공제(Child Tax Credit) 및 간병인 세금공제(Caregiver Credit) 등이 있다.⁵⁹⁾ Budget 2011에 따르면 가족간병인 세금공제의 시행으로 인하여 연방정부수입이 2011~2012년 4천만달러, 2012~2013년 1억 6천만달러가 감소할 것으로 추정되고 있다.

59) 18세 이상 최약한 부양가족에 대한 세금공제(Infirm Dependant Credit)의 최대금액 \$6,402에는 \$2,000의 가족간병인 세금공제가 이미 포함되어 있다. 1995년 이후 출생 자녀의 경우, 부양가족 세금공제와 자녀 세금공제 신청이 가능한데, 이때 가족간병인 세금공제 수혜자격 또한 충족시킨다면 \$2,000에 대한 추가 공제는 자녀 세금공제에만 적용이 가능하다.

3. 해외사례 요약 및 시사점

최근 해외 주요국들의 장기요양 관련 개혁동향을 살펴보면, 몇 가지 공통점들이 존재한다는 것을 알 수 있다.

장기요양서비스 공급자와 관련된 내용으로는, 먼저 요양서비스 평가를 통한 질적 수준 제고가 있으며, 일부 국가에서는 이용자의 상태가 호전된 경우에 한하여 서비스 제공기관에 상여금을 지급하고 있기도 하다. 또한 적절한 서비스 제공을 위하여 보수체계 및 근로환경에 대한 개선이 이루어지고 있으며, 첨단기술을 서비스에 도입·적용함으로써 공급자의 생산성 향상을 제고하고 있기도 하다. 또한 요양서비스 제공 인력이 부족함에 따라 가족간병인 등 비공식 요양인력에 대한 지원책을 강화하는 한편, 요양인력 수급 증가에 따른 인력의 질적수준 통제를 위한 노력도 함께 이루어지고 있다.

많은 국가들에서 대상자가 증가함에 따라 재정지출이 문제시되고 있는데, 이를 위한 방안으로 보험료 인상이 우선적으로 고려되고 있다. 그리고 이용자들의 수요를 시설급여에서 재가급여로 전환시킴으로써 장기요양 관련 지출 감소를 기대하고 있는데, 이를 위한 방안으로는 요양시설 입소자에게 숙박비를 새로이 부과하는 유인책 등을 도입하고 있다. 또한 지역밀착형 재가중심 서비스를 제공함으로써 재정지출 증가를 완화하려는 국가들도 나타나고 있다. 즉, 지역사회에 장기요양 관련 책임과 권한을 부여하여 지역사회 스스로 재정지출을 통제하려는 유인을 제공하는 것이다.

그리고 유럽국가들을 중심으로 현금급여제도를 확대하여 이용자 선택의 폭을 확대시킴과 동시에 장기요양 지출을 감소시키려는 노력이 나타나고 있으며, 동시에 현재 드러나고 있는 현금급여의 문제점들은 모니터링 시스템 강화, 바우처제도의 도입 등을 통하여 해결하려 하고 있다. 현금급여의 확대는 이용자들에게 이용기관에 대한 선택권을 부여함으로써 서비스 공급자들 사이의 경쟁을 유발시키고, 이로 인하여 장기요양서비스의 질적 향상 및 가격통제 등의 효과를 기대할 수 있다.

또한 일부 국가에서는 민간보험에 대한 지원을 강화하여 장기요양에 대한 공공의 책임을 감소시키려 하고 있으나, 그 효과에 대해서는 회의적인 견해가 많다.

많은 나라들에서 장기요양 관련 서비스들을 통합하여 연속적이고 유기적으로 이용자들에게 필요한 서비스를 제공함으로써 서비스 효과를 제고하는 동시에 재정지출을 감소시키려 노력하고 있다. 또한 일부 국가들에서는 장기요양과 보건의료 서비스와의 연계시스템을 강화하려는 노력을 하고 있다. 즉, 요양과 의료가 필요한 대상을 구분하여 수급자 별로 필요한 서비스를 제공함으로써 대상자들의 건강상태 개선과 더불어 재정지출을 감소시키려는 것이다. 그러나 현재까지는 두 서비스를 성공적으로 연계하여 적용·설정된 제도를 운영하고 있는 국가는 찾아보기 어렵다.

또한 많은 나라들에서 예방서비스 관련 급여 제공을 확대하고 있으며, 초기 치매환자들에 대한 서비스를 확대·제공하고 있다. 이와 같은 내용은 장기적 측면에서 향후 급속히 증가할 대상자 증가의 속도를 감소시킬 것으로 기대된다. 그밖에도 장기요양 이용자가 늘어남에 따라 이용자들에게 대한 권익보호가 강화되고 있으며, 급여와 비용의 균형 등의 문제가 제시되고 있다.

우리나라의 경우 노인장기요양제도가 도입된 지 6년밖에 경과되지 않았으나, 재가 및 시설서비스 제공기관에 대한 평가시스템, 예방서비스 제공, 치매환자에 대한 서비스 제공 등의 제도가 마련되어 있다. 그러나 지역밀착형 재가서비스 중심의 통합서비스 제공시스템, 현금급여 확대, 비공식 서비스 공급자에 대한 지원 강화 등은 아직 제도에 많이 반영되어 있지 않는 것으로 생각된다. 이와 같은 제도들은 향후 우리나라의 장기요양 환경 및 재정여건 등을 고려하여 반영하는 방안을 검토할 필요가 있다.

또한 많은 국가들이 장기요양제도의 지속가능성을 고려하여 여러 거시적 정책방안을 제시하고 있으나, 미시적 측면에서의 실질적이고 구체적인 방안은 찾아보기 어려운 측면이 있다.

〈표 II-3〉 주요국 장기요양보험제도 비교

	일본	독일	네덜란드
도입 시기	2000년	1995년	1968년
법적 근거	장기요양보험법 (Long-Term Care Insurance Act)	장기요양보험법 (Long-Term Care Insurance Act)	특별의료비보장법 (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ)
관할부처	일본 노동후생성 (Ministry of Health, Labor and Welfare)	연방보건부 (Federal Ministry of Health)	보건복지체육부 (Ministry of Health, Welfare and Sport, VWS)
재원	보험료, 세금, 본인부담금	보험료, 본인부담금	보험료, 세금, 본인부담금
요양등급	지원등급 I, II (Support Level I, II) & 요양등급1~5 (Care Level 1~5)	등급 1, 등급 2, 등급 3	
지원서비스	- 요양급여: 시설서비스, 재가서비스, 지역기반서비스 - 예방급여: 지역기반 예방요양서비스, 예방요양 서비스	- 재가요양서비스 - 주간·야간요양서비스 - 단기요양서비스 - 시설(노인주거시설, 양로원, 요양원 등)요양서비스	- 재가서비스: 신체수발지원 서비스, 생활지원서비스, 간호서비스, 치료서비스 - 시설서비스: 양로시설, 요양시설
급여방식	현물급여	현물급여, 현금급여	현물급여, 현금급여
최근 개혁 내용	- 2005년: 요양시설의 숙박비 부과, 예방급여의 도입 - 2012년: 지역요양 통합시스템 구축, 보험료 인상 완화를 위한 재정안정기금 이용	- 2008년: 지역별 요양서비스 지원센터 설치, 보험급여 및 보험료 인상, 요양서비스의 질적 개선 도모 등 - 2012년: 보험료 인상 및 민간보험에 대한 보조금 지급	- 2003년: 현금급여의 본격화 - 2007년: WMO의 도입으로 지방정부의 권한 확대 - 최근: 지방정부의 권한 확대 및 건강보험회사의 역할 강화

Ⅲ. 우리나라 노인장기요양보험제도 및 현황

1. 노인요양 관련 제도 및 현황

가. 보건복지부 노인 관련 예산

2013년 보건복지부 소관 총지출규모는 예산 25조 4,056억원, 기금 15조 6,617억원으로 총 41조 673억원 규모이며, 이는 전년 대비 11.9% 증가한 수준이다. 예산의 경우 일반회계가 25조 1,761억원으로 예산의 대부분을 차지하고 있다. 기금의 경우는 국민연금기금이 13조 5,534억원으로 기금의 86.54%를 차지하고 있으며, 국민건강증진기금과 응급의료기금이 각각 1조 9,007억원, 2,076억원으로 기금의 12.14%와 1.33%를 차지하고 있다.

〈표 Ⅲ-1〉 보건복지부 소관 총지출

(단위: 억원, %)

구 분	2012예산 (A)	2013예산 (B)	증감 (B-A)	비중
총지출	366,928	410,673	43,745	11.9
○ 예산	221,815	254,056	32,241	14.5
- 일반회계	219,745	251,761	32,016	14.6
- 특별회계	2,070	2,295	225	10.9
○ 기금	145,113	156,617	11,504	7.9
- 국민건강증진기금	18,718	19,007	289	1.5
- 국민연금기금	124,405	135,534	11,129	8.9
- 응급의료기금	1,990	2,076	86	4.3

주: 예산 내부거래 및 기금 보전지출 제외

자료: 보건복지부, 『2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 2013, p. 3.

보건복지부 소관 노인분야 예산은 보건복지부의 총지출 중 10.46%에 해당하는 4조 2,937억원 수준이며, 이 가운데 74.75%인 3조 2,097억원이 기초노령연금 지급에 이용되는 것으로 설정되어 있으며, 12.60%인 5,412억원이 노인장기요양보험 운영예산으로 책정되어 있다. 또한 노인일자리 운영 및 노인돌봄서비스 자자체보조에 각각 5.55%, 2.75%인 2,384억원과 1,182억원이 지출될 것으로 책정되어 있으며, 치매관리체계 구축의 경우 전년 대비 169.8% 증가한 127억원이 지출될 계획이다.

〈표 Ⅲ-2〉 노인분야 예산

(단위: 억원, %)

구 분	2012예산 (A)	2013예산 (B)	증감 (B-A)	비중
총지출	39,040	42,937	3,897	10.0
기초노령연금 지급	29,665	32,097	2,432	8.2
노인장기요양보험 운영	4,879	5,412	533	10.9
노인일자리 운영	1,854	2,384	530	28.5
노인돌봄서비스(지방자치단체 보조)	1,027	1,182	155	15.0
치매관리체계 구축	47	127	80	169.8
기타	1,568	1,735	167	10.7

자료: 보건복지부, 『2013 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 2013, p. 13
이용 작성.

노인분야사업 중 기초노령연금사업을 제외한 대부분의 사업은 보건복지부 노인정책관실에서 담당하고 있으며, 2013년 노인정책관실의 예산은 전년 대비 15.8% 증가한 1조 1,003억원 수준이다. 노인정책관실의 주요 사업 가운데 스스로 일상생활을 수행하기 어려운 고령자에게 필요한 서비스를 제공하는 사업으로는 노인돌봄서비스와 노인장기요양보험 사업이 있으며, 노인돌봄서비스는 노인생활안정 그리고 노인장기요양보험지원은 노인의료보장으로 구분되어 있다. 노인장기요양보험에 대한 지원이 5,412억원 수준이나 노인요양시설 확충에 527억원이 지출될

III. 우리나라 노인장기요양보험제도 및 현황 67

계획이어서 노인장기요양보험제도 관련 총지출은 5,939억원 수준으로 볼 수 있다.

〈표 III-3〉 노인정책관실 주요사업 예산 현황

(단위: 백만원, %)

구 분	'12예산 (A)	'13예산 (B)	증감		
			(B-A)	비중	
총 계	950,377	1,100,297	149,920	15.8	
[일반회계]	929,287	1,067,048	137,761	14.8	
노인생활안정	노인복지지원	240	240	-	-
	사할린한인지원	5,377	5,207	△170	△3.2
	노인관련기관 지원	41,226	51,050	9,824	23.8
	노인돌봄서비스	103,671	119,443	15,772	15.2
	노인일자리 지원	183,077	235,342	52,265	28.5
노인의료보장	노인장기요양보험 지원	487,875	541,210	53,335	10.9
	노인요양시설 확충	50,194	52,679	2,485	5.0
장시시설 확충	장시시설	57,627	61,877	4,250	7.4
[광역지역발전특별회계]	2,333	3,044	711	30.5	
노인 일자리	노인일자리 지원(제주)	2,333	3,044	711	30.5
[국민건강증진기금]	14,933	26,527	11,594	77.6	
노인의료보장	치매관리체계 구축	4,696	12,670	7,974	169.8
취약계층 의료비지원	노인건강관리	10,237	13,857	3,620	35.4
[응급의료기금]	2,182	1,964	△218	△10.0	
	독거노인 응급안전돌봄비 사업	2,182	1,964	△218	△10.0
[복권기금]	1,642	1,714	72	4.4	
	학대피해노인 쉼터 지원	1,642	1,714	72	4.4

자료: 보건복지부, 『2013 노인보건복지 사업안내(I)』, 2013, p. 44.

나. 노인돌봄서비스 사업⁶⁰⁾

노인돌봄서비스 사업은 「노인복지법」 제27조의 2(홀로 사는 노인에 대한 지원) 및 「사회복지사업법」 제33조의 7(보호의 방법)에 의거하여 혼자서는 일상생활을 하기 힘든 노인과 독거노인들을 대상으로 그들에게 필요한 안전확인, 생활교육, 서비스 연계, 가사·활동지원, 주간보호 서비스 등의 맞춤형 복지서비스를 제공하는 것을 목적으로 하고 있다. 노인돌봄서비스 사업은 노인돌봄기본서비스, 독거노인 응급안전 돌봄서비스, 독거노인 사랑잇기 서비스, 노인돌봄종합서비스 등을 포함하는데, 여기에서는 이 가운데 대표적 두 사업인 노인돌봄기본서비스와 노인돌봄종합서비스를 간략히 살펴보도록 한다.

(1) 노인돌봄기본서비스 사업

노인돌봄기본서비스는 혼자 사는 노인에 대한 종합적 사회안전망 구축을 목적으로 만 65세 이상의 독거노인 중 요양서비스가 필요한 노인을 대상으로 하고 있으며, 주민등록상 동거자 유무와 무관하게 실제로 홀로 사는 만 65세 이상의 고령자가 서비스의 대상이다.⁶¹⁾ 수급자는 해당 노인의 소득·건강·주거·사회적 접촉 등의 수준을 조사·평가하여 그 수준을 점수화하고, 거주주택의 위치, 지난주의 결석횟수, 도움이 필요한 일상 동작 수, 사회관계 연락빈도(가족, 친구) 및 접촉빈도(이웃), 질병 개수 등을 고려하여 점수가 낮은, 즉 보호의 필요도가 높은 순으로 선정한다.

60) 보건복지부, 『2013 노인보건복지 사업안내(II)』, 2013 중 「4-1: 노인돌봄서비스」부분의 일부와 보건복지부, 『2013년 노인돌봄종합서비스 사업 안내』, 2013의 일부를 발췌·정리.

61) 단, 국고사업에 의해 동일·유사한 재가서비스(자활근로에 의한 간병서비스, 노인돌봄종합서비스, 노인장기요양보험, 국가보훈처 복지도우미, 기타 정부부처·지방자치단체에서 시행하는 사회서비스일자리사업의 가사간병서비스 등)를 받고 있는 자는 대상에서 제외된다.

서비스 관리자는 독거노인 지원카드 정보를 바탕으로 선정자의 필요·욕구에 근거하여 제공할 서비스를 선정·계획하며, 제공되는 서비스에는 안전확인 서비스, 생활교육, 서비스 연계, 응급안전돌봄 서비스, 단기 가사·활동지원 서비스, 무연고 독거노인 장례지원 서비스 등이 있다.

사업은 현재 시·군·구 직영시설, 노인복지관, 사회복지관, 노인복지센터, 지역자활센터 등에서 수행하고 있는데 총 248개소가 설치되어 있고, 수혜자는 총 15만명에 이르고 있다. 또한 서비스 제공인력인 서비스 관리자 및 노인돌봄비는 각각 255명, 5,500명 수준이다.⁶²⁾

보건복지부 2013년 예산자료에 따르면, 2013년 노인돌봄기본서비스 예산은 약 467억원으로 전년 대비 26.3%가 증가한 수준이며, 수혜자는 17.2만명으로 증가할 것으로 예측하고 있다. 노인돌봄서비스는 지방자치단체 예산으로 운영되며, 국고보조사업으로 서울은 50%, 일반 지역은 70%를 각각 지원받도록 되어 있다. 또한 공급자 지원방식에 따라 이용자는 부담하는 비용이 없다.

(2) 노인돌봄종합서비스 사업

노인돌봄종합서비스는 요양·돌봄 서비스가 필요한 만 65세 이상 노인들을 대상으로 그들에게 필요한 가사·활동지원, 주간보호서비스 등을 제공하여 당사자의 안정된 노후생활 보장 및 해당 가족의 사회·경제적 활동기반 조성을 목적으로 하고 있다. 서비스 대상자는 장기요양보험 등급외 A 또는 B 등급 판정자, 전국가구 월평균 소득 150% 이하 등 건강상태, 가구소득 등을 고려하여 선발한다. 한편, 의료기관에 입원 중이거나 「국민기초생활보장법」 제32조에 따른 보장시설 입소자, 또는 국고사업에 의하여 동일하거나 유사한 재가서비스⁶³⁾를 받고 있는 자는

62) 2013년 4월 3일 현재, 독거노인종합지원센터 홈페이지
(<http://1661-2129.or.kr/index.html>) 게시 기준

63) 자활근로에 의한 간병서비스, 노인돌봄기본서비스, 노인복지법에 의한 방문

지원 대상에서 제외된다.

서비스는 『사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률』에 따라 시·군·구에 등록된 기관에서 제공하며, 방문서비스와 주간보호서비스로 구분된다. 방문서비스는 식사·세면도움, 옷갈아 입히기, 체위 변경, 신체기능 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출동행, 생필품 구재, 청소·세탁 등으로 구성되어 있으며, 주간보호서비스는 심신기능 회복서비스, 급식 및 목욕, 노인가족에 대한 교육 및 상담 등으로 구성되어 있다.

정부는 2007년 소비자의 선택권 보장과 공급자 간 경쟁을 통한 질 높은 사회서비스 시장 형성을 목적으로 보건복지서비스 분야에 바우처 제도를 도입하였는데, 당해년도 사회서비스분야 전자바우처 사업 중 하나로 ‘노인돌봄종합서비스(당시 노인돌보미바우처)’사업을 도입·시행하였다.⁶⁴⁾ 서비스 대상자에게는 방문서비스의 경우 월 27시간 또는 월 36시간, 주간보호서비스의 경우 월 9회 또는 월 12회 등의 바우처가 지원되며, 매월 본인부담금을 선납한 후에 바우처 지원액을 사용할 수 있다. 이때 본인부담금 수준은 소득 수준에 따라 상이하다.

〈표 III-4〉 소득수준별 바우처 지원액·본인부담금

구 분		총 구매력	바우처 지원액	선납 본인부담금
월 27시간 (9일)	차상위 초과	월 256,500원	월 220,500원	월 36,000원
	차상위 계층	월 256,500원	월 238,500원	월 18,000원
	기초생활수급자	월 256,500원	월 256,500원	무료
월 36시간 (12일)	차상위 초과	월 342,000원	월 294,000원	월 48,000원
	차상위 계층	월 342,000원	월 318,000원	월 24,000원
	기초생활수급자	월 342,000원	월 333,720원	월 8,280원

자료: 보건복지부, 『2013 노인보건복지 사업안내(II)』, 2013, p. 385.

요양 서비스, 노인장기요양보험, 국가보훈처 복지도우미, 기타 사회서비스일 자리사업의 가사간병서비스 등에 준하는 재가서비스

64) 보건복지부, 『전자바우처 통합정부시스템 고도화를 위한 ISP/BPR 제안요청서』, 2007.

III. 우리나라 노인장기요양보험제도 및 현황 71

제공된 바우처는 시·군·구에 등록된 노인돌봄종합서비스 제공기관에서만 사용이 가능하며, 서비스 대상자는 주소지 관할 해당 시·군·구가 속한 동일 시·도 내에 등록된 제공기관에서 서비스 이용이 가능하고, 주소지를 벗어난 타 시·도에 등록된 제공기관의 서비스 이용은 불가능하다.

2010년 현재, 노인돌봄종합서비스 제공기관은 총 913개이며, 운영기관은 영리·비영리·국가기관 및 지자체 등으로 구분되는데, 이 가운데 비영리기관이 전체 기관의 96.4%인 880개를 차지하고 있다. 한편, 서비스 유형별로 살펴보면, 방문서비스 제공기관이 전체의 68.5%인 625개로, 주간보호 서비스 제공기관 수의 2배 이상을 차지하고 있다.

〈표 III-5〉 노인돌봄종합서비스 제공기관 유형(2010년)

(단위: 개, %)

계	기관 유형			서비스 유형	
	영리	비영리	국가기관 및 지자체	방문서비스	주간보호 서비스
913	30	880	3	625	288
	(3.3)	(96.4)	(0.3)	(68.5)	(31.5)

자료: 한국사회서비스관리원(2010), 『한국사회서비스관리원 백서』, 부산대학교 산학협력단(2011, p. 132) 재인용.

2013년 보건복지부 예산에 따르면, 2013년 노인돌봄종합서비스 정부 예산은 약 663억원으로 전년 대비 6.5% 증가하였고, 지원대상은 32.2천 명으로 전년 대비 1천명 증가한 수준이다.

노인돌봄종합서비스는 기본서비스와 동일하게 지방자치단체에서 운영하고 있으며, 국고보조사업으로 서울은 50%, 일반 지역은 70%를 각각 지원받고 있다. 또한 시도, 시·군·구 지방자치단체에서는 기본서비스와 종합서비스 사업 간의 수요를 감안하여 예산을 조정·운영할 수 있다.⁶⁵⁾

〈표 III-6〉 노인돌봄서비스와 노인장기요양 비교

구 분	노인돌봄서비스		노인장기요양
	노인돌봄기본서비스	노인돌봄종합서비스	
도입 시기	2007년	2007년	2008년 7월
법적 근거	「노인복지법」, 「사회복지사업법」	「노인복지법」, 「사회복지사업법」, 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」	「노인장기요양보험법」
주관 부처	보건복지부	보건복지부	보건복지부
지원 대상	- 만 65세 이상 요양서비스가 불필요한 독거노인	- 만 65세 이상 - (건강기준) 노인장기요양 등 급 외 A, B 판정자 - (소득기준) 전국가구 평균소 득의 150% 이하	- 65세 이상 노인 또는 치 매, 뇌혈관질환 등 노인 성 질병을 가진 65세 미 만인 자 - (건강기준) 노인장기요양 등급 1~3 - 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 의료급여수 급권자
지원 서비스 형태	재가서비스	재가서비스	재가서비스, 시설서비스
지원 서비스 내용	- 안전 확인 - 생활 교육 - 가사·활동 지원 - 무연고 장례 의례 지원	- 방문서비스(가사보조, 활동보 조 등) - 주간보호서비스(재활, 급식 및 목욕, 교육 및 상담 등)	- 재가급여: 방문요양, 방문 목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호, 복지용구 - 시설급여 - 특별현금급여: 가족요양 비, 특례요양비, 요양병원 간병비 지원
본인 부담	없음	- 무료~48,000원(바우처 방식, 소득에 따라 차등 지원)	- 재가급여: 장기요양급여 비용의 15/100 - 시설급여: 장기요양급여 비용의 20/100
재원	세금: 중앙정부지원 (서울 50%, 일반 70%)	세금+본인부담: 중앙정부지원(서울 50%, 일반 70%)	보험료+세금+본인부담: 정부지원: 장기요양보험료 예상수입액의 20/100
예산 (2013년 기준, 백만원)	46,668	66,268	541,210

자료: 보건복지부, 『2013 노인보건복지 사업안내(II)』, 2013.

보건복지부, 『2013년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 2013.

국민건강보험공단 홈페이지(<http://www.nhic.or.kr>)

65) 지방자치단체는 예산을 조정운영 시 보건복지부 노인정책과에 승인요청이 필요하다.

노인돌봄기본서비스와 노인돌봄종합서비스가 일상생활이 불편한 65세 이상을 대상으로 하고 있다는 점에서는 동일하지만, 기본서비스의 경우 그 범위가 독거노인으로 제한되고 있고, 종합서비스의 경우에는 대상이 소득수준이 낮고 노인장기요양보험 등급 인정을 받지 못한 자들로 제한되어 있다. 또한 두 노인돌봄서비스 사업은 급여가 재가시설에 제한되어 있는 반면, 노인장기요양보험은 시설급여까지 포함한 광범위한 서비스를 제공한다. 즉, 노인돌봄서비스는 지원대상이 제한적인 조세로 운영되는 공적부조이며, 노인장기요양보험은 지원대상 및 급여 범위가 넓은 사회보험으로 볼 수 있다.

2. 노인장기요양보험제도⁶⁶⁾

가. 제도 배경 및 목적

인구고령화로 인하여 사회 내에서 요양보호가 필요한 고령자의 수가 빠른 속도로 증가하고 있으며, 저출산·핵가족화 및 여성의 사회참여율 증가 등의 사회구조적 변화로 인하여 고령자 요양에 대한 책임이 가족에서 사회·국가로 이동하고 있다. 또한 요양비용에 대한 높은 부담⁶⁷⁾ 및 요양목적의 의료기관 장기입원 등은 건강보험재정에 부정적 영향을 미칠 가능성이 높다.

이에 우리나라에서는 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 혼자서는 일상생활을 수행하기 어려운 노인들에게 신체활동 또는 가사활동 지원과 같은 장기요양급여서비스를 제공하는 노인장기요양보험이 사회보험의 형태로 2008년 7월부터 도입·시행되고 있다. 이는 고령자에게 필요한 급여서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 해당 가족의 부담을 덜어줌으로써 삶의 질이 향상하도록 돕는 것을 제

66) 국민건강보험공단, 『2011 노인장기요양보험 통계연보』, 2012 중 「I. 노인장기요양보험 제도 소개」 부분을 발췌·정리; 윤성주(2013)의 II장 내용

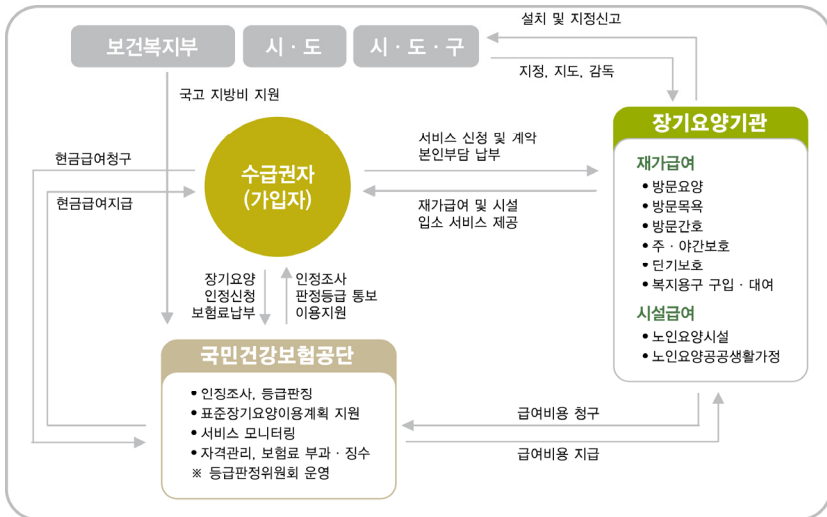
67) 월 100만~250만원 수준

도의 목적으로 하고 있다.⁶⁸⁾

나. 관리·운영 체계

노인장기요양보험사업에는 보건복지부, 국민건강보험공단, 장기요양기관, 지방자치단체 등이 참여한다. 사업을 총괄하는 보건복지부는 장기요양기본계획의 수립 및 조정작업 등을 담당하며, 국민건강보험공단은 보험자로서 보험가입자 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 신청자 등급판정, 급여 관리·평가 및 급여비용 심사·지급, 제도 조사·연구·홍보, 서비스 전달체계 등의 역할을 수행한다. 장기요양기관은 등급판정을 받은 수급자와 계약을 체결하여 장기요양서비스를 제공하며, 제공한 급여에 대한 비용을 공단에 청구하며, 지방자치단체는 장기요양기본계획에 따른 세부시행계획을 수립하고 시행하며, 장기요양기관 설치 및 지정 등의 권한을 가지고 사업을 지원하는 역할을 한다.

[그림 III-1] 노인장기요양보험 관리·운영 체계



자료: 국민건강보험공단, 『2011 노인장기요양보험 통계연보』, 2012, p. 24.

68) 『노인장기요양보험법』 제1조

다. 급여대상 및 내용

노인장기요양보험의 급여대상은 65세 이상의 노인 또는 노인성 질병⁶⁹⁾ 등으로 인해서 6개월 이상 혼자서 일상적인 생활을 하기 어려운 자로 장기요양인정 신청·조사 후 1~3 등급의 장기요양인정을 통보받은 자들이다.

소득수준과 상관없이⁷⁰⁾ 65세 이상 노인 또는 65세 미만이라도 노인성 질병을 가진 자는 국민건강보험공단의 각 지사에 위치한 장기요양센터에 장기요양인정을 신청할 수 있다. 신청을 하게 되면, 소정의 교육을 이수한 공단직원이 신청자의 거주지를 직접 방문하여 기본적인 일상생활활동(ADL), 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활영역 등 5개 영역 52개 항목의 기능상태·환경상태 및 서비스 욕구 등을 조사하게 된다.⁷¹⁾ 시·군·구 단위로 설치된 장기요양등급판정위원회⁷²⁾는 공단직원의 방문 인정조사 결과와 의사소견서 등을 고려하여 신청자가 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 판단되는 경우 심신상태와 장기요양 필요 정도 등을 판정기준에 근거하여 등급을 결정한다. 장기요양보험 급여서비스를 제공받을 수 있는 등급은 장기요양인정 점수에 따라 3개 등급(1~3등급)⁷³⁾으로 나누어지며, 다른 사람으로부터의 필요한 도움 수준이 상대적으로 가장 높은 경우 1등급으로 판정된다.

69) 치매, 중풍, 파킨슨병 등

70) 국가별로 자산조사를 실시하는 사회보장체계, 자산조사를 실시하지 않는 보편적체계, 급여에 따라 자산조사 여부가 상이한 혼합시스템 제도가 존재하는데, 우리나라는 자산조사를 실시하지 않는 보편적 시스템에 속한다.

71) 이때, 공단 직원은 전문가들에 의하여 작성된 장기요양인정 조사표에 근거하여 신청자의 상태를 조사한다.

72) 보건·복지·의료에 관한 학식과 경험이 있는 자로 구성된다.

73) 1등급: 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태; 2등급: 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태; 3등급: 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태

〈표 III-7〉 노인장기요양보험제도 적용대상자 범위

구 분	적용 대상자 범위
노인장기요양보험 적용 대상자	전 국민 [장기요양보험가입자 및 피부양자(건강보험과 동일) + 의료급여수급권자] ※ 의료급여수급권자는 건강보험과 장기요양보험의 가입자에 는 제외되지만, 국가 및 지방자치단체의 부담으로 적용대 상이 됨
보험료를 부담하는 자	국민건강보험의 가입자로 하며, 직장가입자와 지역가입자에 대한 개별 보험료는 건강보험제도의 보험료 부과체계를 그대로 활용하여 산정
장기요양인정 신청자	65세 이상 노인 또는 노인성 질병을 가진 65세 미만의 국민
장기요양급여 인정자	장기요양인정 신청인 중 6개월 이상 혼자서는 일상생활이 어려운 자로서 장기요양등급판정위원회에서 장기요양인정을 받은 자

자료: 국민건강보험공단, 『2011 노인장기요양보험 통계연보』, 2012, p. 10.

장기요양센터는 장기요양등급판정위원회로부터 장기요양등급(1~3등급)자로 판단·인정된 자들에게 장기요양인정서⁷⁴⁾와 표준장기요양이용계획서⁷⁵⁾를 통지하며, 인정자는 이에 근거하여 급여서비스를 이용하게 된다. 인정자는 스스로 장기요양기관을 선택하여 급여계약을 체결하게 되는데, 이때 장기요양기관은 표준장기요양이용계획서 및 계약내용을 반영하여 세부급여제공 계획을 수립하고, 이에 근거한 급여서비스를 제공한다.

74) 장기요양등급, 유효기간, 장기요양급여 종류 등을 기재

75) 수급자가 월 한도액 범위 내에서 급여를 이용할 수 있도록 수급자 개인별 기능상태·욕구를 반영하여 작성한 장기요양 적정급여 이용계획서

[참고] 장기요양급여 제공의 기본원칙(『노인장기요양보호법』 제3조)

- 해당 급여는 노인 등의 심신상태·생활환경·수급자를 포함한 가족의 욕구 등을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 내에서 적정한 서비스를 제공하여야 하며,
- 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 요양을 받는 재가급여 제공을 우선적으로 고려하고,
 - ※ 장기요양 3등급 수급자는 원칙적으로 시설급여가 제한됨. 그러나 i) 동일세대 가족으로부터 수발이 곤란한 경우, ii) 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우, iii) 치매 등으로 인하여 심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우, 장기요양 급여종류·내용변경 신청할 수 있으며, 등급판정위원회의 의결을 통하여 시설입소 여부 결정
- 수급자의 심신상태·건강 등이 악화되지 않도록 의료서비스와 연계하여 서비스를 제공하여야 함

급여에는 재가·시설급여 및 특별현금급여가 있다. 재가급여에는 방문요양·목욕·간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여(복지용구) 등 6가지 서비스가 있으며, 등급별 서비스급여 한도액⁷⁶⁾은 1등급 월 1,140,600원, 2등급 월 1,003,700원, 3등급 월 878,900원으로 1등급의 한도액이 가장 높게 설정되어 있다.

76) 2013년 기준(매년 변화)

〈표 III-8〉 재가급여 종류

종 류	내 용
방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
방문목욕	장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
주·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
단기보호	수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
기타재가급여 (복지용구)	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

자료: 국민건강보험공단, 『2011 노인장기요양보험 통계연보』, 2012, p. 18.
 『노인장기요양보호법』 제23조 1항

시설급여는 장기요양기관이 운영하는 노인의료복지시설⁷⁷⁾ 등에서 입소자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여 서비스로, 본인이 전액 부담하여야 하는 식사재료비, 상급침실 이용료, 이·미용비 등의 비급여 항목이 별도로 존재한다. 특별현금급여⁷⁸⁾에는 가족요양비,⁷⁹⁾ 특례요양비,⁸⁰⁾ 요양병원

77) 「노인복지법」 제34조에 따른 시설로 노인전문병원 제외, 노인의료복지시설에는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 단기보호에서 전환된 노인요양시설, (구)전문요양시설 등이 있으며 시설과 등급에 따라 1일당 급여수준이 상이(37,460~52,640원)

78) 「노인장기요양법」 제23조

79) 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역에 거주하거나, 천재지변 등의 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 급여를 이용하기 어렵다고 판단될 경우, 그리고 신체·정신·성격 등의 사유로 인하여 가족으로부터 장기요양을 받아야 하는 경우에 수급자 가족이 방문요양에 상당한 서비스를

간병비⁸¹⁾ 등이 급여항목으로 명시되어 있으나, 이 가운데 모든 장기요양등급에 대하여 월 15만원이 동일하게 현금으로 지급되는 가족요양비만이 현재 시행되고 있다.

라. 재원

노인장기요양보험제도 운영을 위한 재원은 노인장기요양보험료, 중앙정부로부터의 국고지원, 중앙·지방정부의 의료급여 부담금, 기타수입으로 구성된다.

$$\text{노인장기요양보험 총수입} = \text{보험료} + \text{국고지원} + \text{의료급여부담금} + \text{기타수입}$$

노인장기요양보험료는 건강보험료액의 일정 부분에 해당하는 금액으로 부과·징수되며,⁸²⁾ 국민건강보험공단은 건강보험료와 장기요양보험료를 통합하여 징수한다. 이때 공단은 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지하며, 또한 두 보험료를 각각의 독립회계로 관리하도록 되어 있다. 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하여지며, 장기요양보험 가입자가 지역가입자(세대단위)인 경우 본인이 보험료 100%를 부담하며, 직장가입자의 경우 가입자와 사용자가 각각 50% 부담한다. 단, 공무원·교직원인 직장가입자의 경우에는 가입자와 소속 국가·지방자치단체가 각각 50%를 부담하며, 사립학

제공하고 이에 대한 급여를 현금의 형태로 지급

- 80) 수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 장기요양급여비용의 일부를 수급자에게 특례요양비로 지급하는 것
- 81) 수급자가 요양병원·노인전문병원에 입원한 때 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 요양병원간병비로 지급하는 것
- 82) 노인장기요양보험료 = 건강보험료 × 장기요양보험료율(「노인장기요양법」 제8조, 제9조)

교의 경우에는 학교와 국가가 각각 30%, 20%를 분담한다.

국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해연도 장기요양보험료 예상수입의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하여야 한다. 또한 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호사지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 하는 비용 및 관리운영비 전액을 부담한다.

「노인장기요양법」 제40조에 의거, 급여서비스 이용자는 본인 일부 부담금을 부담하도록 되어 있다. 즉, 일반대상자의 경우 재가·시설급여 이용에 대하여 해당 장기요양급여비용의 15%와 20%를 각각 부담하여야 한다. 단, 의료수급권자, 소득·재산 등이 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자, 천재지변 등 보건복지가족부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자⁸³⁾의 경우에는 본인 일부 부담금의 50%를 감경하며, 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자는 본인부담금이 전액 면제된다. 단, 법의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 않은 장기요양급여, 장기요양인정서에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그

〈표 III-9〉 노인장기요양보험 본인 일부 부담금

	재가급여	시설급여
일반대상자	장기요양급여비용의 100분의 15	장기요양급여비용의 100분의 20
경감자(기타의료수급권자)	장기요양급여비용의 100분의 7.5	장기요양급여비용의 100분의 10
기초생활수급자	면제	면제

주: 급여 중 본인 부담금 이외의 부분은 공단·국가(지자체)가 부담. 일반대상자·경감자의 본인 부담금 외 급여는 공단이 부담; 기타 의료급여수급자의 급여비는 국비와 지방비를 8:2(서울은 5:5)로 분담, 기초생활수급권자의 급여비는 100% 지방비(분권교부세 포함)로 충당

83) 경감자 및 기타의료수급권자

차액, 그리고 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 급여 부분에 대해서는 수급자 본인이 전액 부담하여야 한다.

3. 노인장기요양보험 현황⁸⁴⁾

가. 신청·인정자 현황

제도가 도입된 2008년 이후 65세 이상 노인인구 및 노인장기요양보험 인정자의 수는 지속적으로 증가하고 있다. 2012년의 경우 노인인구 5,921,977명 중 10.86% 수준인 643,409명이 노인장기요양 인정을 신청하였으며, 이 가운데 77.00%에 해당하는 495,445명이 등급 내(1~3등급) 또는 등급 외(A~C등급)⁸⁵⁾로 판정을 받았는데, 그 비중은 각각 68.9%, 31.1%로 나타나고 있다.

〈표 Ⅲ-10〉 연도별 인정자(율) 현황

(단위: 명, %)

	2008	2009	2010	2011	2012
노인인구(A)	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977
신청자	355,526	522,293	622,346	617,081	643,409
판정자(B)	265,371	390,530	465,777	478,446	495,445
인정자(C)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788
인정률(C/B)	80.8	73.5	67.8	67.8	68.9
비율(C/A)	4.2	5.4	5.8	5.7	5.8

- 주: 1. 노인인구는 65세 이상을 의미
 2. 판정자는 등급 내와 등급 외 모두 포함
 3. 연도말 기준(각 연도 사망자 제외)

자료: 국민건강보험공단, 『2012 노인장기요양보험 통계연보』, 2013, p. 33.

84) 윤성주(2013)의 제Ⅱ장 내용: 일부분은 최근 현황으로 수정

85) 등급 외 판정을 받은자는 등급 내 판정자와 같은 급여수급대상이 아니지만 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등의 노인장기요양 급여서비스를 전액 본인 부담하에 이용할 수 있다.

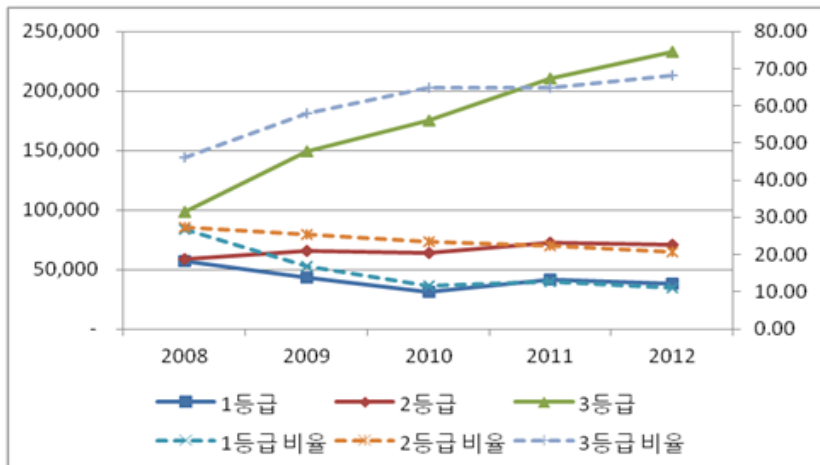
즉, 2012년 기준 전체 노인인구 중 8.37%가 등급내·외 판정을 받았으며, 5.8%가 노인장기요양보험의 수급대상으로 이는 2008년 대비 1.6%p 증가한 수치이다.

인정자를 등급별로 살펴보면, 인정자 중 건강상태가 가장 좋지 않은 1등급은 2012년 현재 제도가 도입된 2008년 대비 19,134명이 감소하였으며, 2등급은 12,232명이 증가하였다. 3등급의 경우는 2008년 98,697명에서 2012년 232,907명으로 134,210명이 증가하였는데, 이는 제도 도입 후 3등급 인점점수가 인하·조정되었기 때문이다.

연도별 등급비율의 추이를 살펴보면, 1등급의 경우 2008년 26.76%에서 2012년 11.19%로 15.57%p 감소하였으며, 2등급 역시 동 기간 6.56% 감소하였다. 그러나 3등급의 경우에는 인정자 중 차지하는 비율이 2008년 이후 지속적으로 증가하여 2012년 현재 2008년 대비 22.13%p 증가한 68.14% 수준을 나타내고 있다.

[그림 Ⅲ-2] 등급별 인정자 현황

(단위: 명, %)



자료: 국민건강보험공단, 『노인장기요양보험 통계연보』, 각 연도.

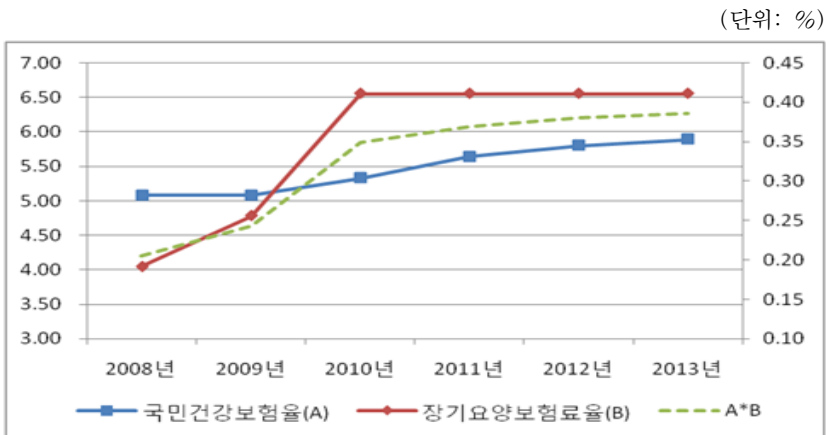
나. 보험료율 현황

장기요양보험료율⁸⁶⁾은 2008년 제도 도입 당시 4.05%에서, 2009년과 2010년에 각각 4.78%, 6.55%로 증가하였으며, 2010년부터는 현재까지 6.55%로 유지되고 있다.

$$\begin{aligned} \text{건강보험료} &= \text{보수월액} \times \text{국민건강보험료율} \\ \text{장기요양보험료} &= \text{건강보험료} \times \text{장기요양보험료율} \\ &= \text{보수월액} \times \text{국민건강보험료율} \times \text{장기요양보험료율} \\ &\quad (\text{국민건강보험료율} \times \text{장기요양보험료율} \equiv \text{combined rate}) \end{aligned}$$

장기요양보험료의 기준액은 건강보험료이고, 건강보험료는 보수월액과 건강보험료율에 의해 결정된다. 따라서 장기요양보험료율이 동결이라도 국민건강보험료율이 증가하면 장기요양보험료는 증가한다. 즉, 국민건강보험료율과 장기요양보험료율의 곱인 combined rate는 2008년 0.21%에서 매년 증가하여 2013년 현재 0.39% 수준을 나타내고 있다.

[그림 III-3] 장기요양보험료율 현황



자료: 국민건강보험공단 DB

86) 직장가입자의 경우 근로자와 사업주가 각각 50% 부담한다.

다. 재정수지 현황

제도가 도입된 다음연도인 2009년 노인장기요양보험사업의 수입과 지출은 각각 2조 849억원과 1조 9,085억원 수준이었으나, 2012년에는 각각 70.83%와 53.91% 증가한 3조 5,617억원과 2조 9,373억원 수준으로 증가하였다. $\text{수지율} \left(= \frac{\text{지출}}{\text{수입}} \right)$ 은 2009년 이후 감소추세이나 2012년 현재 흑자를 나타내고 있으며, 2008년 제도 도입 이후 매년 흑자를 기록한 노인장기요양보험 누적준비금적립금 규모는 2012년 현재 1조 1,258억원 수준이다.

〈표 Ⅲ-11〉 연도별 장기요양 재정 현황(계)

(단위: 천원, %)

재정현황별		2008	2009	2010	2011	2012
수입	계(A)	868,974,878	2,084,929,125	2,877,740,484	3,263,144,467	3,561,672,883
	보험료(A1)	477,011,336	1,199,551,493	1,831,554,777	2,142,331,738	2,369,669,274
	국고지원금(A2)	120,747,289	204,351,491	332,318,000	388,311,000	415,243,000
	의료급여 부담금(A3)	266,136,914	660,082,482	670,449,396	677,321,582	701,778,005
	- 국가부담금	8,660,977	41,596,688	20,918,791	29,852,191	29,250,315
	- 지방자치단체부담금	257,475,937	618,485,795	649,530,606	647,469,391	672,527,690
	기타	5,079,339	20,943,659	43,418,312	55,180,147	74,982,604
지출	계(B)	554,900,682	1,908,462,509	2,589,135,289	2,787,757,045	2,937,321,848
	보험급여비(B1)	431,414,460	1,746,732,140	2,415,263,200	2,602,664,029	2,732,832,824
	- 재가급여비	164,572,216	985,020,419	1,374,034,284	1,374,494,160	1,329,687,078
	- 시설급여비	262,858,254	754,497,938	1,033,622,638	1,221,074,725	1,396,220,453
	- 가족요양비	563,575	1,656,125	1,316,395	1,048,855	983,680
	- 의사소견서 발급비용	3,339,244	5,358,103	6,076,020	5,858,483	5,748,117
	- 방문간호서비스 발급비용	81,171	199,555	213,863	187,806	193,496
	관리운영비	107,897,151	135,720,376	144,136,771	155,570,596	166,255,556
기타	15,589,071	26,009,993	29,735,318	29,522,420	38,233,468	

〈표 III-11〉의 계속

(단위: 천원, %)

재정현황별	2008	2009	2010	2011	2012
총수지출(B/A)	63,86	91,54	89,97	81,98	82,47
보험료 대비 급여비율 (B1/(A1+A2+A3))	49,94	84,63	85,21	77,6	78,4
당기차액(A-B)	314,074,196	176,466,617	288,605,196	475,387,422	624,351,035
이 월 금	291,074,196	385,140,812	470,946,009	555,133,430	746,374,053
누적준비금적립금(E)	23,000,000	105,400,000	308,200,000	699,400,000	1,125,800,000
적립율(E/B1)	5,33	6,03	12,76	26,87	41

주: 1. 각 연도말 결산기준(2008년은 2008.7~12)

2. 보험료에 사용자부담금 포함

3. 기타수입은 사업외 수입으로 예금이자, 기타징수금 수입 및 가산금 등이 포함

자료: 건강보험공단 건강보험 DB

보험료 수입 대비 보험급여비는 115.33% 수준으로 급여지출이 보험료 수입보다 높게 나타나고 있으나, 보험료 수입과 정부로부터의 국가지원금 및 의료급여 부담금 지원에서 보험급여 지출이 차지하는 비중은 2012년 현재 약 78.4% 수준으로 수입부분이 지출보다 높게 유지되고 있다. 국가지원금은 보험료 예상수입의 20% 수준으로 명시되어 있으나, 제도 도입연도인 2008년을 제외하고는 모두 20%에 못 미치는 수준⁸⁷⁾으로 나타나고 있으며, 그 규모 또한 지속적으로 증가하고 있는 추세에 있다.

87) 2008년에는 실질 국고지원이 법정국고지원 수준보다 253억원이 더 컸으나, 그 이후인 2009, 2010, 2011, 2012년에는 실질국고지원이 법정지원 수준에 각각 356억원, 340억원, 402억원, 587억원에 못 미치는 것으로 나타나고 있다.

〈표 Ⅲ-12〉 국고지원금 현황

(단위: 천원)

	2008	2009	2010	2011	2012
보험료(A)	477,011,336	1,199,551,493	1,831,554,777	2,142,331,738	2,369,669,274
법정 국고지원금 수준 (A×20%)	95,402,267	239,910,299	366,310,955	428,466,348	473,933,855
국고지원금	120,747,289	204,351,491	332,318,000	388,311,000	415,243,000
법정국고지원-실질국고지원	△25,345,022	35,558,808	33,992,955	40,155,348	58,690,855

주: 1. 각 연도말 결산기준(2008년은 2008.7~12)
 2. 보험료에 사용자부담금 포함
 3. 기타수입은 사업외 수입으로 예금이자, 기타징수금 수입 및 가산금 등이 포함
 자료: 건강보험공단 건강보험 DB

IV. 노인장기요양보험 수급가구 특성조사

1. 기초분석

가. 연구자료⁸⁸⁾

본 연구에서는 노인장기요양보험 수급가구의 특성을 분석하기 위하여 한국복지패널(Korea Welfare Panel Study: KoWePS) 7차 웨이브 자료를 이용하였다. 한국복지패널은 한국보건사회연구원과 서울대학교 사회복지연구소로 구성된 한국복지패널 컨소시엄에 의해 구축되는 자료로, 2006년 1차 조사를 시작으로 2013년 현재 8차 조사⁸⁹⁾작업이 수행되고 있으며, 7차 복지패널조사의 경우 총 5,886가구를 조사대상으로 하였다.

한국복지패널조사는 빈곤계층 및 차상위계층의 가구구성, 소득수준 등을 파악하여 이들에 대한 정책지원 및 정책효과 등의 연구에 이용하는 것을 목적으로 저소득층을 과대표집하는 방식을 취하고 있다. 따라서 다른 패널조사와 비교 시, 본 연구의 대상사업인 노인장기요양보험과 같은 복지사업 수급에 대한 다양한 정보를 포함하고 있다는 장점이 있다.

88) 한국복지패널 홈페이지 참조(<http://www.koweeps.re.kr/>)

89) 조사내용은 조사시점 전년도에 대한 내용을 주로 포함하고 있다. 즉, 2012년의 7차 조사내용은 주로 2011년의 대상 가구 및 개인의 정보에 관한 것을 포함하고 있다.

나. 수급가구 특성분석

이번 장에서는 2011년 정보를 포함하고 있는 한국복지패널 7차 조사 자료를 이용하여 노인장기요양보험 수급가구의 특성을 살펴본다. 수급가구의 특성, 특히 경제적 측면을 중심으로 수급가구의 특성을 살펴봄으로써 제V장에서 제안하고 있는 본인부담률 차등화 방안의 도입 가능성에 대한 1차적 검토가 가능할 것으로 생각된다.

수급가구의 특성을 단순히 비수급가구와 비교·분석할 경우 정확한 분석이 어렵다. 왜냐하면, 비수급가구 중 노인장기요양보험의 대상자가 포함되어 있지 않은 경우도 존재하기 때문이다. 따라서 조사자료 중에서 수급대상이 되는 65세 이상의 노인을 포함하고 있는 가구만을 분석을 위한 자료에 포함시킬 필요가 있다.

경우에 따라서는 현재 존재하는 두 가지 요양서비스인 노인장기요양보험과 노인돌봄서비스 모두를 수급하는 경우도 있을 수 있다. 그러나 이와 같은 경우는 매우 드물다. 또한 이와 같은 가구를 제외한 분석이 결과에 의미있는 영향을 미칠 가능성은 매우 낮다. 따라서 분석의 편의를 위하여 노인장기요양보험과 노인돌봄서비스를 모두 수급한 경험이 있는 가구는 표본에서 제외하였다.

이와 같은 사항을 고려하여 조사자료가 포함하고 있는 5,732가구 중 65세 이상의 노인을 포함하고 있는 2,081가구를 추출한 후, 이 가운데 두 가지 요양서비스를 모두 수급한 경험이 있는 1가구를 제외한 2,080가구를 분석의 표본으로 구성하였다.

<표 IV-1> 노인장기요양 수급가구 조사를 위한 기초통계량

변수		평균	표준편차	최솟값	최댓값	
가 가 구	노인장기요양보험 수급가구	0.0486	0.2150	0	1	
	노인돌봄서비스 수급가구	0.2333	0.4253	0	1	
	경상소득(만원)	1,846.4970	2,003.7040	89	29,867	
	가처분소득(만원)	1,769.9820	1,820.5490	65	27,719	
	저소득층	0.7538	0.4309	0	1	
	가구원수	2.0236	1.2526	1	9	
	가구원 중 아픈 고령자 존재	0.5476	0.4978	0	1	
	가구원 중 만성질환자 존재	0.9433	0.2314	0	1	
	가구원 중 장애인 존재	0.2793	0.4488	0	1	
	공적연금	89.4442	315.5596	0	7,200	
	사적연금	1,2471	30,6751	0	1,200	
	연금	90.6914	319.1020	0	7,200	
	건강보험 보유	0.8707	0.3356	0	1	
	민간의료보험 보유	0.1663	0.3725	0	1	
	보건의료비 지출	14,8130	22,2532	0	271	
	외래진료횟수	30,5635	40,3297	0	330	
	입원일수	4,6986	17,5192	0	270	
	서울/광역시	0.3149	0.4646	0	1	
	가 구 주	연령	69.6962	11.6198	20	92
		여성	0.4471	0.4973	0	1
고등학교 이상		0.0668	0.2498	0	1	

주: 1. 관측치는 2,080가구. 단, 노인돌봄서비스의 경우는 대상 90가구 중 21가구가 수급
 2. 저소득층은 중위 균등화소득 60% 기준

구성된 표본의 기초통계량을 살펴보면, 우선 65세 이상의 노인을 포함하고 있는 가구만으로 구성된 표본 가운데 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구는 101가구로 표본의 4.86%를 차지하고 있으며, 노인돌봄서비스 수급 경험 가구의 수는 21가구⁹⁰⁾로 나타나고 있다. 경상소

90) 노인돌봄서비스의 경우 대상이 90가구에 불과하여 백분율($0.2333 = \frac{21}{90}$)에 큰

득 및 가처분소득의 평균은 각각 1,846만원과 1,770만원으로 나타나고 있으며, 표본 가운데 75.38%가 중위 균등화소득 60% 미만의 저소득층으로 구성되어 있다.

또한 가구당 평균 가구원의 수가 2.20명으로 표본 가운데 상당수의 가구가 65세 이상의 노인부부로 구성되어 있을 가능성이 높으며, 가구원 가운데 건강상태가 좋지 않은 노인이 존재하는 비율, 만성질환을 겪고 있는 구성원이 있는 비율, 장애를 겪고 있는 구성원이 포함되어 있는 비율은 각각 54.76%, 94.33%, 27.93%로 나타나고 있다.

표본가구의 평균 연금수령액은 91만원으로 이 중 대부분이 공적연금으로 구성되어 있고, 사적연금 부분이 차지하는 비중은 매우 미미함을 알 수 있다. 또한 공적보험인 건강보험을 보유하고 있는 가구는 표본 중 87.07%이지만 민간의료보험을 보유하고 있는 가구는 16.63%로 상대적으로 낮게 나타나고 있다.

표본을 구성하고 있는 가구의 평균 보건의료비는 15만원 수준이며, 외래진료 및 입원일수는 각각 30.56회, 4.70일로 나타나고 있다. 또한 가구주가 여성인 경우가 44.71%, 고등학교 이상의 교육을 받은 가구주가 6.68%로 나타나고 있으며, 가구주의 평균연령은 69.70세로 표본의 상당수가 고령가구로 구성되어 있음을 유추할 수 있다.

본 분석에서는 수급가구의 특성을 살펴보기 위하여 65세 이상의 노인을 포함한 가구만을 표본에 포함하였는데, <표 IV-1>을 옆두에 둘 때, 비수급가구를 다시 노인돌봄서비스 수급가구, 65세 이상의 아픈 노인이 포함된 비수급가구, 그리고 65세 이상의 아픈 노인이 존재하지 않는 비수급가구 등으로 구분할 수 있음을 알 수 있다. 이를 고려하여 표본가구를 4개의 유형으로 구분하여 살펴본 기초통계량은 <표 IV-2>에 나타나 있다.

〈표 IV-2〉 가구유형별 기초통계량

	노인장기요양보험 수급가구	노인돌봄서비스 수급가구	비수급가구: 65세이상 아픈노인 존재	비수급가구: 65세이상 아픈노인 부재
경상소득(만원)	2,378.46	1,133.57	1,547.67	2,002.88
저소득층	0.66	0.90	0.82	0.71
가구원수	2.49	1.33	1.86	1.99
가구원 중 아픈 고령자 존재	0.90	0.71	1.00	0.00
연금	99.41	20.00	84.89	100.84
민간의료보험 보유	0.25	0.05	0.09	0.22
보건의료비 지출	30.68	7.70	16.03	11.69
연령	68.61	74.86	71.47	68.81
여성	0.33	0.67	0.50	0.41
고등학교 이상	0.12	0.05	0.04	0.08
본인부담금(만원)	74.60	12.19	-	-
관측치	101	21	1,013	878

주: 1. 저소득층은 중위 균등화소득 60% 기준

2. 〈표 IV-2〉의 관측치는 〈표 IV-1〉의 부분표본으로 관측치의 수가 적음

먼저, 노인돌봄서비스 수급 경험이 있는 가구의 기초특성을 살펴보면 4개의 가구유형 가운데 경상소득·저소득층 비율·연금·보건의료비 지출·민간의료보험 보유율·가구원 수 등이 가장 낮게 나타나고 있다. 또한 가구주의 연령 및 여성의 비율이 가장 높게 나타나고 있어 가구주의 특성이 가구소득에 큰 영향을 미칠 가능성이 높음을 시사하고 있다. 본인 부담금은 평균 12만원 수준으로 노인장기요양보험의 본인 부담금 수준인 75만원과 비교할 때, 상대적으로 낮게 나타나고 있다. 전반적으로 노인돌봄서비스 경험이 있는 가구의 기초통계량 수치가 의미하는 것들은 노인돌봄서비스가 저소득층 및 독거노인을 대상으로 이루어지는 사업이기 때문에 나타나는 현상으로 이해할 수 있다.

다음으로 요양서비스 비수급가구 중 65세 이상 아픈 노인이 포함된 유형과 포함되지 않은 유형을 살펴보면, 아픈 노인이 포함되지 않은 유

형에서 가구주의 연령 및 여성가구주의 비율이 상대적으로 낮게 나타나고 있다. 경상소득·연금소득 및 민간의료보험 보유비율도 아픈 노인이 존재하지 않는 유형에서 상대적으로 높게 나타나고 있고, 저소득층 비율과 보건의료비 지출액은 아픈 노인이 존재하는 유형에서 상대적으로 높게 나타나고 있다. 즉, 65세 이상의 아픈 노인 포함 유·무에 따라 구분된 두 유형의 비교에서는 일반적으로 기대되는 결과가 나타나고 있음을 알 수 있다.

분석에서 알고자 하는 것은 다른 유형의 가구와 비교되는 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구의 특성이다. 수급 경험이 있는 가구의 경우 4개의 그룹 가운데 가구의 경상소득이 가장 높고, 저소득층 비율이 가장 낮게 나타나고 있다. 또한 가구주의 연령 및 여성가구주의 비율이 가장 낮게 나타나고 있으며, 가구주의 교육수준·민간의료보험료 보유율, 보건의료비 지출액 등은 가장 높게 나타나고 있다. 즉, <표 IV-2>는 다른 3개의 가구유형과 비교 시 노인장기요양수급 경험이 있는 가구가 사회·경제적 지위에 있어 상대적으로 양호한 상태에 있음을 시사하고 있다.

본 분석의 주요 목적은 가구유형별 경제상태를 살펴보는 것으로, 먼저 앞에서 구분한 4개 유형의 경상소득 및 저소득층 비율의 차이가 통계적으로 의미가 있는지 여부를 살펴볼 필요가 있다. 이와 같은 내용을 ANOVA(Analysis of Variance) 분석을 이용하여 살펴본 결과는 <표 IV-3>에 나타나 있다. 우선 4개의 모든 유형(노인장기요양보험 수급가구: A, 노인돌봄서비스 수급가구: B, 비수급가구 중 65세 이상 아픈노인 존재: C, 비수급가구 중 65세 이상 아픈노인 부재: D)에서 경상소득의 평균값이 동일하다는 귀무가설

$$H_0 : \mu_A = \mu_B = \mu_C = \mu_D$$

이 1% 유의수준(significant level)에서 기각됨을 알 수 있다. 저소득층 비율 또한 유사한 결과를 나타내고 있다.

IV. 노인장기요양보험 수급가구 특성조사 93

다음으로는 65세 이상 아픈 노인이 포함된 가구 중 노인장기요양보험 수급가구와 비수급가구 두 유형의 가구만 살펴볼 필요가 있다. 왜냐하면 알고자 하는 것이 아픈 고령자가 존재하는 가구에 있어 노인장기요양 수급 여부와 가구경제수준 사이의 관계를 살펴보는 것이기 때문이다. 이와 같은 경우에도 <표 IV-3>의 뒤쪽 두 개의 Table에 나타난 바와 같이 두 유형가구의 경상소득·저소득층 비율의 평균값이 동일하다는 귀무가설

$$H_0 : \mu_A = \mu_C$$

이 1% 유의수준에서 기각되는 것으로 나타났다.

<표 IV-3> 가구유형별 경상소득·저소득층 차이 분석

Analysis of Variance(경상소득: 4개 유형 비교)

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	390569306	4	97642326.5	25.47	0.0000
Within groups	7.9563E+09	2057	3834342.34		
Total	8.3468E+09	2079	4014829.08		

Analysis of Variance(저소득층: 4개 유형 비교)

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	14.4987735	4	3.62469336	20.25	0.0000
Within groups	371.470457	2057	0.17902191		
Total	385.969231	2079	0.18565139		

Analysis of Variance(경상소득: 2개 유형 비교)

Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	63390191.7	1	63390191.7	22.07	0.0000
Within groups	3.1939E+09	1112	2872186.71		
Total	3.2573E+09	1113	2926560.48		

Analysis of Variance(저소득층: 2개 유형 비교)

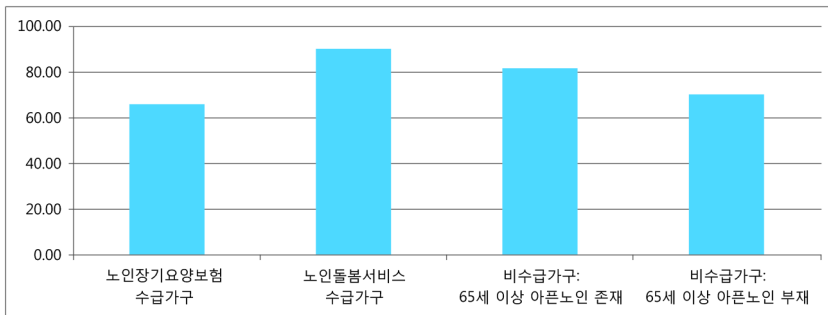
Source	SS	df	MS	F	Prob > F
Between groups	2.26295059	1	2.26295059	14.64	0.0001
Within groups	1.7186E+02	1112	0.15454635		
Total	1.7412E+02	1113	0.15644069		

즉, ANOVA 분석을 통하여 표본에 포함되어 있는 4개 유형의 가구가 서로 상이한 수준의 경상소득·저소득층 비율을 나타내고 있음을 알 수 있다. 지금부터는 노인장기요양 수급 경험 가구를 중심으로 유형별 경제수준을 살펴보도록 한다.

먼저 [그림 IV-1]에 나타난 가구유형별 저소득층 비율을 살펴보면 노인돌봄서비스 가구의 경우 기본적으로 사업대상이 저소득층과 독거노인이므로 저소득층 비율이 90% 수준으로 가장 높게 나타나고 있다. 다음으로 비수급가구 중 65세 이상 아픈 노인이 포함되어 있는 가구의 경우 저소득층 비율이 82%, 아픈 노인이 존재하지 않는 가구의 경우 71%로 나타나고 있다. 이는 가구 구성원 가운데 아픈 노인이 존재하는 경우가 존재하지 않는 경우와 비교 시 중위 균등화 소득 60% 미만에 속할 가능성이 높다는 것을 시사한다. 그러나 노인장기요양 수급가구의 경우, 그 대상이 65세 이상 인정등급을 받은 아픈 노인으로, 가구 구성원 가운데 아픈 노인이 존재한다는 것을 의미하지만 저소득층 비율은 66%로 아픈 노인이 존재하지 않는 비수급가구보다도 그 수준이 낮게 나타나고 있다.

[그림 IV-1] 가구유형별 저소득층 비율

(단위: %)



다음으로 [그림 IV-2]는 5개 소득분위별로 가구유형이 포함되어 있는 비중을 나타내고 있다. 먼저 요양서비스 비수급가구 가운데 아픈 노

IV. 노인장기요양보험 수급가구 특성조사 95

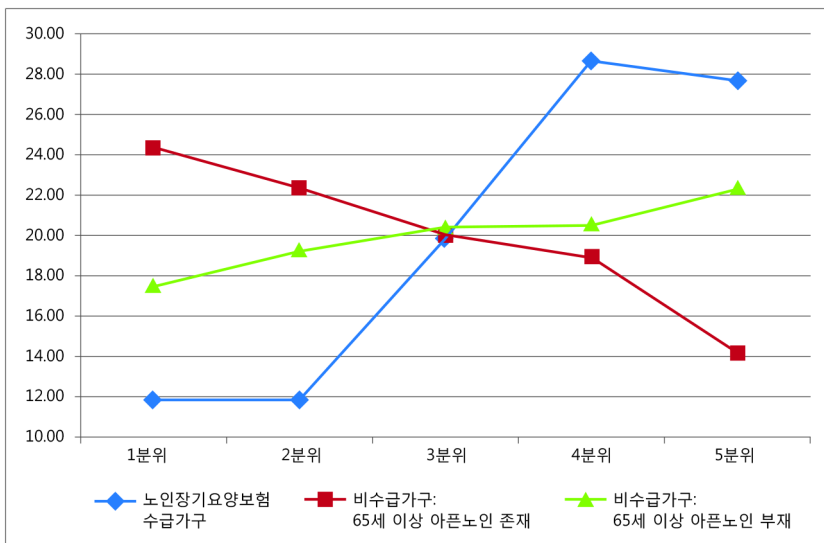
인이 포함되어 있는 가구를 살펴보면, 저소득층인 1·2분위에 속해 있는 가구의 비율은 각각 24.38%, 22.41%이지만 고소득층인 4·5분위의 경우는 각각 18.95%, 14.22%로, 소득분위가 높아질수록 포함된 가구의 비율이 낮아지는 모습을 나타내고 있다.

비수급가구 가운데 65세 이상 아픈 노인이 존재하지 않는 경우에는 고소득층인 4·5분위에 각각 20.50%, 22.32%가 포함되어 있고, 저소득층인 1·2분위에 17.54%, 19.25%가 포함되어 있어 아픈 노인이 존재하는 가구와 상이한 모습을 나타내고 있다.

노인장기요양보험 수급가구의 비중을 소득 5분위에 따라 살펴보면 저소득층인 1·2분위에는 각각 11.88%의 가구가 포함되어 있으나, 고소득층인 4·5분위의 경우에는 각각 28.71%, 27.72%로 상대적으로 많은 가구가 포함되어 있음을 알 수 있다. 이것은 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구의 상당수가 상대적으로 고소득층에 속하는 가구임을 시사한다.

[그림 IV-2] 가구유형별·소득분위별 가구비중

(단위: %)



2. 노인장기요양보험 수급·비수급가구 비교: 성향점수매칭 (Propensity Score Matching) 방법 이용

앞에서는 노인장기요양보험 비수급가구를 3개 그룹으로 구분한 후, 수급가구와 비수급가구 중 65세 이상 아픈 노인이 포함되어 있는 가구를 중심으로 경상소득과 저소득층 비율 등을 살펴보았다. 즉, 이는 가구유형별로 비교한 것으로 가구주의 특성, 연금소득수준, 보험보유 여부 등 여러 가구특성들이 통제되지 않은 상태에서의 비조건부 분석에 해당한다.

노인장기요양보험을 수급하고 있는 가구와 수급하고 있지 않은 가구의 소득수준을 비교·분석하기 위해서는 수급 여부만 차이가 날 뿐, 다른 여러 요소들이 유사한 두 집단을 살펴볼 필요가 있다. 즉, 가구원 수·가구주의 특성·가구원 중 아픈 고령자, 만성질환자 및 장애인 존재 여부, 거주지역 등은 유사하지만 수급 여부가 상이한 두 집단의 경제수준을 조건부로 비교·분석할 필요가 있다.

이를 위하여 우선적으로 노인돌봄서비스를 수급하고 있는 21가구를 표본에서 제외하여 2,059가구로 구성된 표본으로 재구성하였다. 새롭게 구성된 표본에서 수급가구는 기존과 동일하게 101가구이나 비수급가구는 1,958가구로 감소하게 되고, 표본에서 노인장기요양보험 수급가구의 비율은 4.91%가 된다.

〈표 IV-4〉 노인장기요양보험 수급 현황(표본)

노인장기요양보험 수급 여부	Freq.	Percent	Cum.
비수급(0)	1,958	95.09	95.09
수급(1)	101	4.91	100
Total	2,059	100	

수급가구와 유사한 특성을 가지고 있는 비수급가구를 선별하기 위하

IV. 노인장기요양보험 수급가구 특성조사 97

여 우선적으로 수급 여부에 대한 probit 분석을 시행한다. 프로빗 분석을 하면 성향점수(propensity score)를 얻을 수 있는데, 이것을 이용하여 두 집단을 구성하게 된다.

〈표 IV-5〉는 프로빗 분석 결과를 포함하고 있다. 일반적으로 프로빗 분석에 따른 의미있는 해석을 하기 위해서는 한계효과(marginal effects)를 계산하여 살펴보아야 하지만, 본 분석의 목적이 노인장기요양보험 수급에 대한 결정요인 분석이 아니므로, 계수(coefficient) 부호만으로 간략히 살펴보도록 한다.

〈표 IV-5〉 프로빗 분석 결과

	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
가구원수	0.1251	0.0534	2.34	0.0190	0.0205	0.2298
가구원 중 아픈 고령자 존재	0.9881	0.1488	6.64	0.0000	0.6963	1.2798
가구원 중 만성질환자 존재	0.4372	0.4600	0.95	0.3420	-0.4644	1.3389
가구원 중 장애인 존재	0.6823	0.1080	6.32	0.0000	0.4706	0.8941
연금	-0.0001	0.0001	-0.49	0.6260	-0.0003	0.0002
건강보험 보유	-0.0172	0.1663	-0.1	0.9170	-0.3432	0.3088
민간의료보험 보유	0.4842	0.1622	2.99	0.0030	0.1663	0.8020
서울/광역시	0.1028	0.1133	0.91	0.3640	-0.1193	0.3249
연령	0.0126	0.0060	2.11	0.0350	0.0009	0.0243
여성	-0.0388	0.1234	-0.31	0.7530	-0.2806	0.2030
고등학교 이상	0.2651	0.1946	1.36	0.1730	-0.1162	0.6464
상수	-4.3542	0.7119	-6.12	0.0000	-5.7495	-2.9590
관측치	2059					
Log likelihood	-334.515					

주: 공통영역(the region of common support)의 범위는 [.0048271, .41655651].

〈표 IV-5〉에 따르면 연령이 높을수록, 가구원 중 아픈 고령자 또는 장애인이 존재할수록 노인장기요양보험 수급 경험이 높게 나타나고 있다. 또한 가구의 구성원 수와 민간의료보험을 보유하고 있는 가구일수

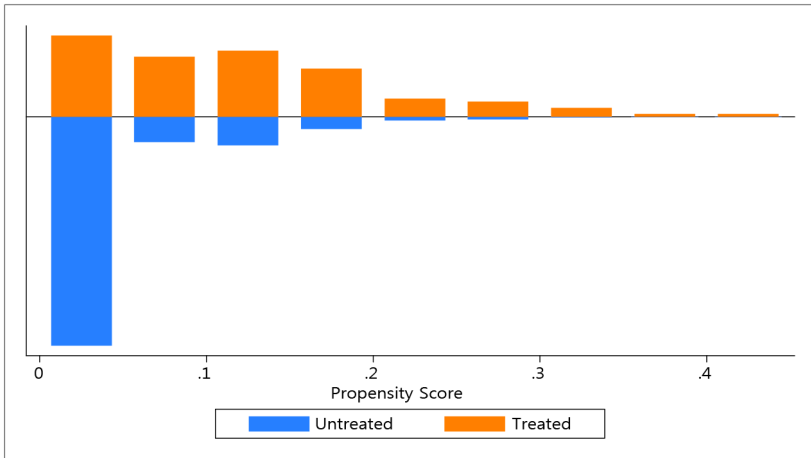
록 수급 경험이 높게 나타나고 있다. 반면, 연금, 건강보험 보유 여부, 성별 등은 수급에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타나고 있는데, 이는 노인장기요양보험의 등급판정에서 이와 같은 변수들을 고려하고 있지 않기 때문에 나타나는 현상으로 이해할 수 있다.

프로빗 분석 및 성향점수를 이용하여 두 집단을 구성하게 되면, 다음으로 두 집단이 유사한 특성을 보유하고 있는지 확인할 필요가 있다. 즉, 두 집단이 유사한지에 대한 점검을 하여야 하는데, <표 IV-6>에 의하면 성향점수에 근거한 두 집단은 5개 소집단으로 구성되며, 그 과정에서 535개의 비수급가구가 분석에서 제외된다. 즉, 535개의 비수급가구는 수급가구와 유사한 측면이 존재하지 않는다는 것을 의미하며, 이와 같은 가구를 제외할 경우 두 집단이 유사한 특성(balancing property)을 가지고 있는 것으로 나타났다(The balancing property is satisfied).

<표 IV-6> 수급·비수급 가구 성향점수 분포

성향점수 구간	비수급	수급	Total
0~0.004827	944	27	971
0.004827~0.05	166	20	186
0.05~0.1	264	38	302
0.1~0.2	49	15	64
0.2~0.4	0	1	1
Total	1,423	101	1,524

[그림 IV-3] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램



주: treated: 수급집단, untreated: 비수급집단 의미.

두 집단의 유사성을 좀 더 자세히 살펴보면 <표 IV-7>과 같다. <표 IV-7>에 따르면 수급가구(Treated)와 비수급가구(Control)의 특성을 나타내는 여러 변수들의 평균값이 서로 유사하게 나타나고 있으며, 두 집단에서 해당 변수의 평균이 서로 같다는 귀무가설이 통계적으로 기각되지 못하고 있음을 알 수 있다.

<표 IV-7> 수급·비수급 가구 통제변수 비교

Variable	Mean			t-test	
	Treated	Control	%bias	t	p> t
가구원수	2.4851	2.4795	0.40	0.72	0.4760
가구원 중 아픈 고령자 존재	0.9010	0.8916	2.30	0.89	0.3740
가구원 중 만성질환자 존재	0.9901	0.9915	-0.80	0.07	0.9440
가구원 중 장애인 존재	0.6337	0.6148	4.10	1.48	0.1410
연금	99.4060	115.8400	-4.90	-0.39	0.6940
건강보험 보유	0.8812	0.8829	-0.50	0.13	0.8950
민간의료보험 보유	0.2475	0.2281	4.80	0.97	0.3330
서울/광역시	0.3465	0.3615	-3.20	-0.15	0.8790
연령	68.6140	68.8710	-2.00	-0.51	0.6120
여성	0.3267	0.3335	-1.40	-0.68	0.4970
고등학교 이상	0.1188	0.1070	4.10	1.02	0.3120

성향점수매칭을 통하여 유사한 두 집단을 설정하였으며, 두 집단의 저소득층비율, 경상소득, 그리고 보건의료비 지출의 차이는 <표 IV-8>에 나타나 있다. 즉, 표본에 포함된 101개의 모든 수급가구와 매칭된 비수급가구 중 임의적으로 선택한 146가구의 저소득층 비율은 수급가구가 9.0%p 낮고, 경상소득은 325만원 더 높으며, 보건의료비⁹¹⁾ 지출도 14만원 더 높은 것으로 나타났다.

<표 IV-8> 수급가구·비수급가구 비교(전체)

	n. treat.	n. contr.	ATT	Std. Err.
저소득층	101	146	-0.09	0.06
경상소득	101	146	324.59	282.80
보건의료비 지출	101	146	14.38	3.27

주: Nearest Neighbor Matching method(random draw version)

다음으로 위의 분석을 소득분위를 고려하여 살펴보면,⁹²⁾ 고소득층인 4·5분위의 경우 수급가구의 경상소득과 보건의료비 지출이 비수급가구와 비교 시 각각 389만원, 3만원 더 높게 나타났으며, 저소득층인 1·2분위의 경우 경상소득과 보건의료비 지출이 각각 53만원, 7만원 높게 나타났다. 즉, 소득분위가 높을수록 수급가구와 비수급가구 사이에 경상소득의 차이는 크게 나타난 반면, 보건의료비 지출의 차이는 작게 나타나는 모습을 보이고 있음을 알 수 있다.

91) 입원비, 외래진료비, 치과진료비, 수술비(임플란트, 성형수술 등도 포함), 약값, 간병비, 산후조리비, 건강진단비, 건강보조식품, 보건의료용품비(안경, 콘택트렌즈 등), 보장구, 치료용바우처(비만아동바우처)이용료 등. 보건의료비는 본인이 부담하는 금액만 포함(2012년 한국복지패널조사 7차년도 조사표)

92) 분위별 관련 분석자료는 부록에 포함

〈표 IV-9〉 수급가구·비수급가구 비교(분위별)

	n. treat.	n. contr.	ATT	Std. Err.
4·5 분위				
경상소득	57	55	388.81	452.57
보건의료비 지출	57	55	3.15	7.01
1·2 분위				
경상소득	24	45	52.65	58.25
보건의료비 지출	24	45	7.46	2.92

주: Nearest Neighbor Matching method(random draw version)

3. 소결

이번 장에서는 노인장기요양보험 수급가구의 특성을 비수급가구와 비교하여 살펴보았다. 분석 결과 노인장기요양보험 수급가구의 경상소득·저소득층 비율 등 경제수준이 비수급가구의 경제수준보다 양호하게 나타났으며, 그 차이는 통계적으로 유의미한 수준이었다.⁹³⁾

수급가구의 56.43%가 소득분위 4·5분위에 속하는 것으로 나타나 상대적으로 비수급가구보다 고소득층 비율이 높게 나타났으며, 성향점수 매칭을 이용하여 분석한 결과에 따르면 수급가구가 비수급가구보다 저소득층 비율은 9%p 낮은 반면, 경상소득은 324만원 더 높은 것으로 나타났다. 즉, 유사한 특성을 가진 두 가구에서 수급가구의 경상소득이 더 높게 나타났다. 또한 이와 같은 현상은 소득이 높은 분위에서 더 크게 나타나고 있음을 확인할 수 있었다. 요컨대, 이와 같은 분석결과는 수급가구의 경제수준이 본인부담률 차등화 방안을 수용할 수 있는 여지가 있음을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

93) 단, 자료상의 한계, 즉 수급자 중 일반가구의 비중이 높고 비수급자 중 저소득층의 비율이 상대적으로 높아 이와 같은 결과가 나타날 가능성도 존재한다. 이에 대해서는 다른 데이터를 이용한 추가적 분석이 필요할 것으로 생각된다.

V. 지출 효율화 방안

우리나라는 2008년 노인장기요양보험제도 도입 이후 지속적인 인정 점수 인하를 통하여 대상자를 확대해 가고 있다. 2012년 7월에는 장기요양 3등급 인정점수를 55~75점에서 53~75점으로 하한 점수를 2점 인하하였고, 2013년 7월에는 치매환자에 대한 혜택을 확대하기 위하여 추가적으로 3등급 인정점수를 2점 더 인하할 예정에 있다.⁹⁴⁾ 이로 인하여 2만 4천여 명의 신규 인정자 확대가 이루어질 것으로 정부는 기대하고 있다(보건복지부 보도자료, 2013. 3. 8).

국민건강보험공단에서 발표한 자료에 따르면 정부는 지속적인 제도 개선을 통하여 2010년 현재 노인인구의 5.8% 수준인 수혜대상자를 2017년에는 노인인구의 9.5% 수준으로 확대할 계획에 있다.⁹⁵⁾ 2010년 기준, 우리나라와 유사한 사회보험방식으로 노인장기요양보험제도를 운영하고 있는 독일과 일본의 인정자 비율은 각각 13.5%, 16.6% 수준으로, 우리나라의 인정률보다 높은 수준인 것이 사실이다. 그러나 현재 우리나라 고령화율이 그들 국가들과 비교 시 상대적으로 낮은 10.9% 수준인 것을 감안할 때, 우리나라의 현재 인정자 비율이 작은 규모로 보기 어려운 측면이 있다.

94) 치매환자의 노인장기요양보험 혜택의 확대를 위하여 장기요양 3등급 최저 인정점수를 53점에서 51점으로 인하하고, 인지기능 비중을 강화하는 방향으로 등급 판정도구를 개편할 예정이다(보건복지부 보도자료, 2013.5.3).

95) 국민건강보험공단(『실천적 건강복지 플랜』, 2012.7.)의 계획으로 정부의 입장과는 차이가 있을 수 있다.

〈표 V-1〉 장기요양보험 수혜자 비율 추이

(단위: 천명, %)

구 분		1995년	2000년	2008년	2010년
독일	고령화율	15.5	16.4	20.2	20.4
	인정자 수	1,061	1,822	2,113	2,287
	노인대비 인정자 비율	8.4	13.5	12.7	13.5
일본	고령화율	12.6	17.4	22.0	23.1
	인정자 수	-	2,182	4,548	4,870
	노인대비 인정자 비율	-	9.9	16.1	16.6
한국	고령화율	5.9	7.2	10.3	10.9
	인정자 수	-	-	214	316
	노인대비 인정자 비율	-	-	4.2	5.8

자료: 국민건강보험공단 통계, 『실천적 건강복지 플랜』 제5장 노인장기요양보험 보완·개선방안(p.11) 재인용

독일 연방보건성

일본 후생노동성

〈표 V-2〉에 나타난 바와 같이 연령이 높을수록 노인장기요양보험 급여서비스를 더욱 많이 이용하고 있다. 이와 같은 현상은 재가·시설 서비스 모두에서 나타나는데, 특히 비용이 높은 시설서비스 이용이 연령이 높을수록 더욱 높게 나타나고 있음을 알 수 있다. 즉, 향후 고령화로 인하여 급여지출은 증가할 것이며, 특히 85세 이상 초고령층의 증가는 시설급여 지출을 크게 증가시킬 것으로 예상할 수 있다. 또한 2020년 고령자 비율은 15.7%로 추계되고 있어⁹⁶⁾ 2017년까지 인정자 비율을 9.5%로 증가시키는 것은 재정에 큰 부담으로 작용할 가능성이 높다.

96) 통계청, 「고령자통계」, 2012.

〈표 V-2〉 연령별 급여이용 현황(2012년)

(단위: 명, %)

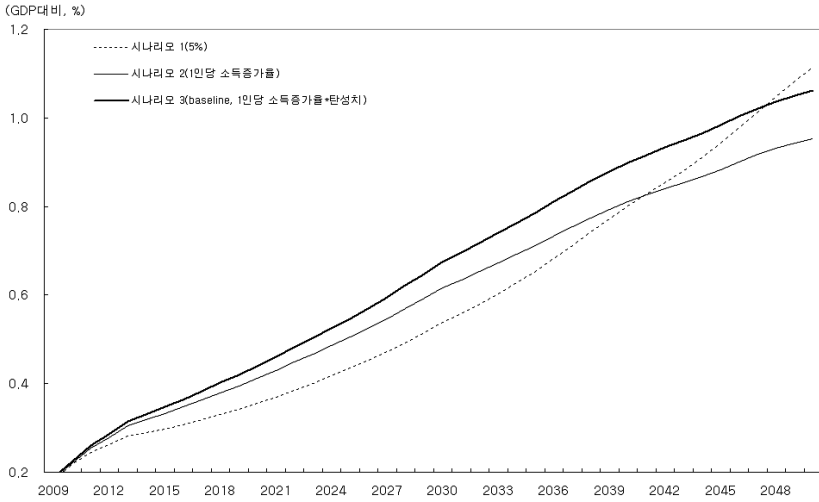
	65세미만	65세~69세	70세~74세	75세~79세	80세~84세	85세이상
재가급여	33,797	36,869	68,776	95,311	97,424	116,581
(증가율)		(12.50)	(86.41)	(38.58)	(2.22)	(19.66)
시설급여	6,930	7,775	18,006	30,253	37,967	56,804
(증가율)		(12.19)	(131.59)	(68.02)	(25.50)	(49.61)

주: 재가급여는 방문요양·방문목욕·방문간호·주야간보호·단기보호·복지용구 포함
 시설급여는 노인요양시설·노인요양시설(구법)·노인전문요양시설(구법)·노인요양공동생활가정·노인요양시설(단기보호전환) 포함.
 자료: 국민건강보험공단, 『2012 노인장기요양보험 통계연보』, 2013.

박형수·진병목(2009)에 따르면 2009년 GDP 대비 0.19% 수준인 노인 장기요양보험 지출액은 2050년에는 GDP 대비 1.06% 수준으로 0.87%p 증가할 것으로 추계되고 있다. 이와 같은 결과는 3등급 점수 인하를 고려하지 않은 상황에서 나타난 추계치로, 두 번에 걸친 대상자 확대를 고려 시 지출액 수준은 추계 결과에 나타난 것보다 더욱 크게 나타날 것으로 예측할 수 있다.

요컨대, 인구의 급속한 고령화 및 초고령층 비중의 증가, 그리고 노인장기요양 급여에 대한 수요 증가는 향후 노인장기요양보험 운영에 있어 재정적 부담을 가중시킬 가능성이 높다. 따라서 이번 장에서는 노인장기요양보험 재정지출이 효율적이고 가치있는 지출이 될 수 있는 지출 효율화 방안에 대하여 살펴보도록 한다.

[그림 V-1] 우리나라 노인장기요양보험 지출추계 결과



자료: 박형수·전병목(2009) [그림 III-2-2], p. 102.

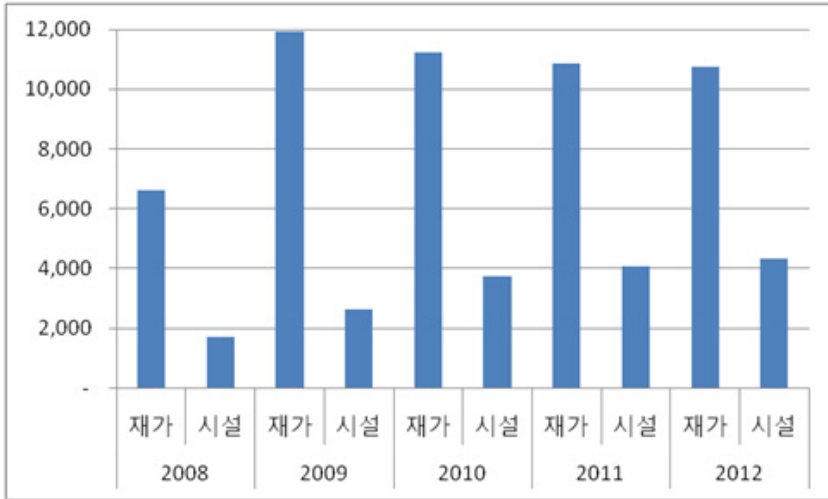
1. 장기요양기관 지급급여 차등화

가. 배경

제도 도입연도인 2008년에는 재가·시설기관이 각각 6,618개소, 1,700개소로 총 8,318개소 수준이었으나, 2012년 현재는 기관의 수가 15,056개소(재가기관 10,730개소, 시설기관 4,326개소)로 4년 사이에 약 1.81배 증가하였다.

[그림 V-2] 노인장기요양기관 현황

(단위: 개소)



주: 연도 말 기준.

자료: 국민건강보험공단, 『2012 노인장기요양보험 통계연보』, 2013, p. 38.

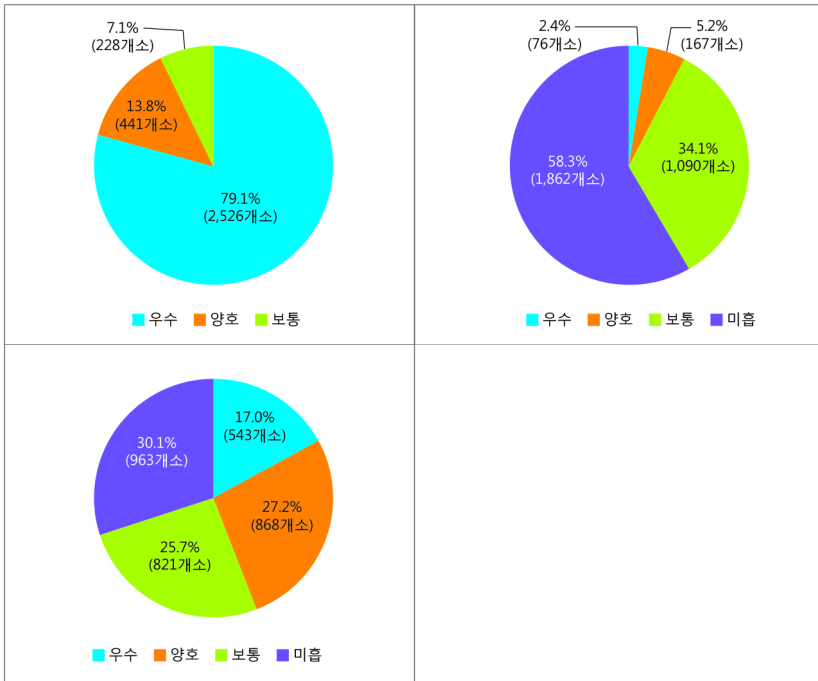
이와 같이 짧은 기간에 노인장기요양기관의 개수가 급속하게 양적으로 팽창한 경우, 요양기관 및 기관이 제공하는 서비스의 질적인 측면이 적절히 통제되었을 가능성은 높지 않다. 우리나라와 유사하게 사회보험 제도로 장기요양보험제도가 운영되고 있는 독일의 경우에도 1992년에서 1997년 사이에 지역사회 중심의 재가 장기요양서비스 제공자와 요양시설이 각각 5,000여 개소에서 11,700여 개소로, 4,300여 개소에서 8,000여 개소로 증가하였는데, 이와 같은 양적 팽창 성과에 비하여 장기요양서비스에 대한 질적 통제는 적절히 이루어지지 않은 것으로 조사되었다(권순만, 2004).

우리나라의 경우 2011년에 공단이 실시한 장기요양기관 평가 결과에 의하면, 시설규모에 맞는 법정 인력기준⁹⁷⁾ 수준에 미흡하게 운영되고 있는 기관은 7.1% 수준에 불과하지만, 자격을 갖춘 충분한 인력이 제

97) 「노인복지법 시행규칙」 제22조 제1항에 따른 직원의 배치기준은 <부표 2>에 나타나 있음.

공되고 있는지에 대한 평가에 있어서는 미흡한 수준의 기관이 58.3%로 나타나고 있으며, 경력직 비율 60% 미만에 해당하는 미흡수준에 해당하는 기관도 30.1% 수준으로 조사되었다.

[그림 V-3] 법정인력기준(左) · 자격갖춘 충분한 인력(右) · 경력직비율(左下) 평가 결과



자료: 국민건강보험공단, 『2011년도 장기요양기관 평가 결과』, 2012, pp. 29~31.

또한 2010년과 2012년 공단이 실시한 재가기관 평가 결과에 따르면, 2012년 평가점수의 표준편차가 13.5로 2010년의 편차 12.7보다 크게 나타나고 있는데, 이는 시간이 지날수록 기관 간 평가 결과의 격차가 커지고 있음을 시사한다.

〈표 V-3〉 2회 연속 평가 재가기관 평가 결과 현황

(단위: 개소, %, 점)

구 분	평균점수		최고점수		최저점수		표준편차	
	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010
계	77.0	83.1	99.5	100.0	31.5	38.8	13.5	12.7
방문요양	75.9	82.6	99.5	100.0	37.5	38.8	13.4	12.5
방문목욕	76.1	80.6	99.5	100.0	31.5	39.8	13.4	12.9
방문간호	83.9	87.2	99.0	100.0	46.0	44.8	11.4	11.6
주야간보호	84.0	90.1	98.8	100.0	38.5	42.9	12.1	11.0
단기보호	76.8	90.9	90.0	100.0	60.3	80.0	12.5	7.3

주: 1. 2010년 83.1점 → 2012년 77.0점으로 6.1점 하락

2. 2년의 평가에 모두 참가한 3,844개 기관만을 대상으로 함. 평균점수가 6.1점 하락하였으나, 이는 전체평균 하락점수 7.4점보다 낮게 나타나고 있어 평가로 인하여 서비스 수준이 향상된 것으로 판단

자료: 국민건강보험공단, 『2012년도 장기요양급여 평가 결과』, 2013, p. 14.

시설기관의 경우에는 2009년과 비교 시 2011년 표준편차가 17.0에서 16.3으로 0.7%p 감소하였으나, 여전히 큰 수준이어서 기관별로 제공하는 서비스 수준의 차이가 크다는 것을 알 수 있다.

〈표 V-4〉 기관규모별 평가 결과 현황

(단위: 개소, %)

구 분	평균점수		최고점수		최저점수		표준편차		
	2011	2009	2011	2009	2011	2009	2011	2009	
계	75.8	76.9	100.0	100.0	14.0	19.5	16.3	17.0	
30인 이상	소계	84.7	83.6	100.0	100.0	19.3	26.9	12.4	13.5
	70인 이상	89.1	87.0	100.0	100.0	33.6	37.6	10.3	12.8
	30~70인 미만	82.0	81.3	99.6	99.6	29.3	26.9	12.4	13.5
10~30인 미만	74.7	71.4	99.7	99.2	14.0	27.7	15.2	15.8	
10인 미만	67.7	65.5	98.2	99.2	15.6	19.5	16.1	18.4	

자료: 국민건강보험공단, 『2011년도 장기요양기관 평가 결과』, 2012, p. 9.

그리고 2009년의 경우 30인 이상·10~30인 미만·10인 미만 기관 수의 비율이 54.4 : 26.0 : 19.5이었으나, 2011년에는 35.8 : 28.6 : 35.6으로 10인 미만의 기관 비중이 크게 증가한 것을 알 수 있는데, 평가 결과에 의하면 규모가 작을수록 저득점 기관의 비율이 높은 것으로 나타나고 있다. 이것은 낮은 수준의 서비스를 제공하는 다수의 소규모 기관이 장기요양보험 시장에 진입한 것으로 해석할 수 있다.

이에 국민건강보험공단은 장기요양기관 급여수준의 향상을 유도하고, 수준 높은 서비스 제공을 위하여 장기요양기관을 평가하고, 그 결과를 이용한 서비스 개선방안을 고려하고 있다. 공단은 2009년부터 재가·시설기관을 각각 2년마다 평가하고 있는데, 2010·2012년에는 재가기관을 평가였고, 2009·2011·2013년에는 시설기관을 평가(계획)하였다.

평가 결과는 급여종류별 상위점수를 고려하여 A~E까지 5개 등급으로 결정되며, 등급별 점유율은 A등급 10%, B등급 20%, C등급 40%, D등급 20%, E등급 10%로 지정되어 있다. 공단은 평가한 모든 기관의 평가등급 결과 및 평가 제외기관, 평가기간 중 휴·폐업기관, 평가 미 실시·중단 기관 등을 노인장기요양보험 홈페이지 등에 공개하도록 되어 있으며, 평가 결과 하위 30% 기관에 대해서는 연 2회 이상 현장방문·미흡사항 보완 여부 점검, 시·군·구에 평가 결과 통보 등 개선을 위한 사후관리를 시행하고 있다.

또한 평가 결과 급여종류별 상위 10%에 해당하는 A등급 기관에 대해서는 평가실시 직전연도 심사결과에 따라 지급하기로 결정된 공단 부담금의 5%를 가산하여 지급하는 인센티브 제도가 마련되어 있다. 단, 평가기관 중 허위자료를 제출한 기관, 가산지급일 이전에 폐업한 기관, 평가계획 공고일 이후 행정처분을 받는 등 평가위원회에서 심의·의결 결과 가산 지급이 적절하지 않다고 결정되면 가산 지급이 제외된다.

2011년에는 시설 장기요양시설 3,195개소 가운데 최고등급인 A등급(상위 10% 이내)을 받은 319개소에 대하여 총 76억원의 인센티브를 제공하였으며,⁹⁸⁾ 2012년에는 재가 장기요양시설 9,186개소(기관 수: 6,527개소, 급여종별 9,186개소) 가운데 상위 10% 이내의 A등급을 받

은 916개소에 대하여 총 68억원의 인센티브를 제공하였다.⁹⁹⁾

즉, 공단은 평가 결과 상위 10%에 속하는 우수기관에 대하여 전년도 심사 결과 지급이 결정된 공단 부담금의 5%에 해당하는 가산금을 지급하는 것이 인센티브 체제의 핵심이며, 현재 이와 같은 방식의 인센티브 체제를 강화하기 위한 개정안을 준비중에 있다.

현재 진행중인 개정안 행정예고의 주요 내용은 장기요양기관에 대한 가산금 인센티브 지급범위를 상위 10%에서 20%로 확대하는 것이다. 즉, 현행 상위 10% 범위 내에 해당하는 기관에 대하여 공단 부담금의 5%를 일시불로 지급하는 것에서, 상위 10% 범위 내 기관에 대하여 공

◎ 보건복지부 공고 제2013-212호

「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」 개정안 행정예고

1. 개정 이유

장기요양기관의 서비스 질 향상 유도를 위하여 가산 지급대상을 확대하되, 가산금은 차등지급하고 평가지표를 신설·보완하기 위함.

2. 주요내용

가. 평가 결과 우수기관 등에 대한 가산지급 범위 및 지급액을 100분의 10내의 기관에 대해서는 공단 부담금의 3%를, 100분의 11~20범위 내의 기관에 대해서는 공단 부담금의 2%를, 평가 결과가 현저히 향상된 기관에 대해서는 공단 부담금의 1%로 하고, '직전 평가 인센티브 지급일 이후부터 당해 평가 인센티브 지급일 사이에 행정처분을 받은 기관'은 가산 지급대상에서 제외함(안 제9조 제1항).

나. 평가위원회에서 가산금의 상한을 정할 수 있음(안 제9조 제2항).

다. 가산금의 일정부분을 종사자의 처우개선에 사용할 수 있도록 함(안 제9조 제3항).

라. 종사자 처우 등의 평가지표를 신설하고, 급여제공 프로세스를 반영하여 평가지표를 통합, 재배치 함(안 제3조 제2항 별표1).

98) 기관당 평균 2,400만원, 최고 2억 600만원

99) 기관당 평균 750만원, 최고 9,570만원

단부담금의 3%를 지급하고, 상위 11~20% 범위 내의 기관에 대하여 공단 부담금의 2%를 지급하는 방안이다. 또한 상위 20%에는 속하지는 못하였으나, 평가 결과가 전 평가와 비교 시 크게 향상된 기관에 대해서도 공단부담금의 1%에 해당하는 가산금을 지급하는 방안을 고려하고 있다.

즉, 정부는 공단에서 실시하는 기관평가 결과를 바탕으로 가산금 지급형태의 인센티브제도를 도입하여 기관이 제공하는 서비스의 질적 향상을 도모하고 있다. 그러나 현행의 가산금 인센티브 제도의 지속가능성에 대하여 우선적으로 고려해 볼 필요가 있다. 현재까지는 수입이 지출을 초과하여 장기요양 재정에서 누적준비금 적립금이 증가하고 있어 가산금 지급에 문제가 없었다. 그러나 박형수·전병목(2009) 등 여러 노인장기요양보험 추계결과에 따르면 고령화로 인하여 조만간 재정적자 국면에 접어드는 것으로 나타나고 있다. 따라서 이와 같은 경우 가산금 지급제도가 지속가능하지 못할 가능성 높다.

또한 이미 양적으로 충분히 증가한 기관의 수를 염두에 둘 때, 가산금 지급이 적정한 것인가에 대한 고민이 필요하다. 즉, 공급이 부족할 경우에는 공단 등이 지원을 통하여 공급량을 증가시키는 방안을 고려할 수 있으나, 이미 현재와 같은 초과공급 상황에서 질적 향상을 위하여 가산금 제도를 이용하는 것이 효율적인 방안인가에 대한 검토가 필요하다. 민간이 다수인 현재의 상황하에서는 현행의 가산금 제도보다는 시장에서의 경쟁을 통하여 급여서비스의 수준 향상을 유도하는 것을 우선적으로 고려할 필요가 있다. 실제로 앞에서 살펴본 바와 같이 일본, 독일 등의 국가에서도 요양기관들 사이의 경쟁을 통하여 장기요양서비스 제공기관들의 질적 제고를 유도하고 있다.

시장에서의 경쟁을 유도하기 위한 방안으로는 현재 공단에서 시행하고 있는 기관평가 결과에 근거하여, 기관 간 동등한 현재의 서비스별 급여수준을 차별화하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이는 성과에 따른 보상제도를 도입하여 요양기관이 제공하는 서비스 수준을 제고하는 방안으로, 공급자가 서비스를 제공하는 행위(activity)가 아닌 서비스의 품질(quality)에 근거하여 급여를 제공받는 것이다. 이와 같은 방식은

질적평가를 통한 가치 있는 급여·재정지출(value for money)을 의미하며, 또한 이미 일부 국가에서 의료분야의 지출 효율화를 위한 하나의 방안으로 시행되고 있는 성과에 근거한 지출제도인 P4P(pay-for-performance)의 개념과 유사한 측면이 존재한다.¹⁰⁰⁾

현재 공단에서 시행하고 있는 기관의 평가 결과는 A~E의 5개 등급으로 판정되지만(A등급: 10%, B등급: 20%, C등급: 40%, D등급: 20%, E등급: 10%), 공단이 서비스제공기관에 제공하는 급여지출은 급여서비스의 수준 및 기관등급과 무관하게 이루어지고 있다. 예컨대, A등급의 기관에서 재가서비스 3시간을 제공한 경우와 E등급을 받은 기관에서 동일한 재가서비스를 3시간 제공한 경우 두 기관은 동일한 급여를 공단으로부터 수령받고 있다. 만약 기관별 등급을 고려하여 차등적으로 기관에 급여를 지급한다면, 현재의 가산금 제도보다 더 높은 기관의 질적 향상을 기대할 수 있을 것이며, 동시에 재정적 부담의 완화 또한 가능할 것으로 생각된다. 가산금 제도에서는 경쟁력이 부족한 기관이 가산금을 포기하고 시장에 존재할 수 있으나, 적절히 제도화된 차등적 급여제도에서는 경쟁력이 부족한 기관의 시장 탈퇴 가속화 및 진입방지 효과가 발생할 가능성이 높기 때문이다.

나. 모델

지금부터는 공단이 차별적 급여제도를 도입하는 경우의 모델을 설정하고, 접근 가능한 데이터를 이용한 시뮬레이션을 통하여 제도 전환에 따른 지출 감소 효과를 살펴보고자 한다.

우선 모델에 존재하는 장기요양기관은 높은 수준의 서비스를 제공하

100) 성과평가에 근거한 급여 차등화는 1차적으로 요양기관의 질적 개선(quality improvement)를 유도할 것이며, 이 과정에서 재정지출이 효율적으로 작동할 것으로 기대할 수 있다. 즉, 차등급여를 통하여 공단이 지급하는 급여가 감소하는 동시에 경쟁력이 부족한 기관들이 시장에서 탈퇴되는 효과가 발생할 가능성이 존재한다. 본 연구에서는 재정적 측면에 중점을 두고 분석한다.

는 유형 h 요양기관과 낮은 수준의 서비스를 제공하는 유형 l 요양기관이 존재하며, 각각의 유형을 대표하는 2개의 대표적 장기요양기관이 모델에 존재한다고 가정한다. 이때, 유형 h 요양기관과 유형 l 요양기관은 각각 q_h , q_l 만큼의 서비스를 제공한다고 가정한다.

장기요양기관이 인정자에게 급여서비스를 제공하면 건강보험공단은 총비용에서 본인 일부 부담금을 제외한 급여를 요양기관에 지불하도록 되어있다. 현재 제도에 의하면 공단은 요양기관이 제공하는 서비스의 질과 무관하게 동일한 종류의 서비스에 대하여 동일한 급여를 지불한다. 따라서 공단이 장기요양기관이 제공하는 급여지출을 서비스의 수준과 무관하게 서비스 1개당 x 라고 하면, 유형 h 와 유형 l 요양기관에 지급되는 급여지출은 각각 $q_h x$, $q_l x$ 으로 표현되고, 공단이 두 기관에 지급하는 공단 부담금 수준, 즉 유형별 급여가 동일한 경우의 공단 부담금 수준(y_u)은 다음과 같이 표현된다.

$$y_u = q_h x + q_l x$$

반면, 현재의 방식과 달리 공단이 유형 h 과 유형 l 요양기관에 대하여 상이한 수준의 급여를 지불하는 것을 가정할 경우, 높은 수준의 서비스를 제공하는 유형 h 에 대해서는 현재와 같은 수준인 서비스당 $x_h (= x)$ 를 부담하며, 낮은 수준의 서비스를 제공하는 유형 l 요양기관에 대해서는 이보다 낮은 $x_l (< x_h = x)$ 을 부담한다고 가정한다. 이와 같이 동일한 종류의 급여제공에 대해서도 서비스 수준에 따라 상이한 급여액을 지불하는 경우 공단이 두 요양기관에 지불하는 부담금 수준, 즉 유형별 급여가 차등화된 방식에서의 공단 부담금 수준(y_d)은 다음과 같이 표현될 수 있다.

$$y_d = q_h x_h + q_l x_l$$

즉, 현재와 같이 서비스의 질과 무관하게 요양기관에 급여를 지급하는 방식에서, 서비스의 질을 고려하여 급여를 지급하는 방식으로 제도를 변경할 경우, 공단이 각각의 유형을 대표하는 2개 장기요양기관에 부담하는 급여지출 감소수준(s)은 다음과 같다.

$$s = y_u - y_d = (q_h x + q_l x) - (q_h x_h + q_l x_l) = q_l(x_h - x_l)$$

여기서 $x = x_h$

지금까지 모델에서는 높은 수준의 서비스를 제공하는 기관과 낮은 수준의 서비스를 제공하는 기관이 각각 1개씩 존재하는 모델을 가정하였는데, 이를 장기요양기관의 개수가 총 k 개 존재하는 모델로 확장하도록 한다. 즉, 모델에 존재하는 k 개의 요양기관은 높은 수준의 서비스를 제공하는 유형 k_h 와 낮은 수준의 서비스를 제공하는 유형 k_l 로 구분되며, 이들이 각각 α_h 과 α_l 의 비율로 존재한다고 가정하면 요양기관의 수 k 는 다음과 같이 표현될 수 있다.

$$k = k_h + k_l = k\alpha_h + k\alpha_l,$$

$$\alpha_h + \alpha_l = 1, \quad 0 < \alpha_i < 1, \quad i = h, l$$

이와 같은 경우, 유형 h 와 유형 l 장기요양기관의 개수는 각각 $k\alpha_h$, $k\alpha_l$ 개가 존재한다. k -장기요양기관 모델에서 동일 서비스 제공에 대하여 공단이 서비스의 질과 무관하게 요양기관에 급여를 지불할 경우, 유형 h 와 유형 l 장기요양기관에 대한 공단의 급여지출은 각각 $k\alpha_h q_h x$, $k\alpha_l q_l x$ 이며, 총급여지출 수준(Y_u)은 다음과 같다.

$$Y_u = k\alpha_h q_h x + k\alpha_l q_l x$$

공단이 서비스 수준에 따라 급여를 차등적으로 지불하는 경우, 유형 h 와 유형 l 장기요양기관에 대한 공단의 급여지출은 각각 $k\alpha_h q_h x_h$, $k\alpha_l q_l x_l$ 로 표현되며, 이와 같은 경우 총급여지출 수준(Y_d)은 다음과 같다.

$$Y_d = k\alpha_h q_h x_h + k\alpha_l q_l x_l$$

따라서 현재와 같이 서비스의 질과 무관하게 요양기관에 급여를 지급하는 방식에서, 서비스의 질적 차이를 고려하여 급여를 지급하는 방식으로 제도를 변경할 경우, k-장기요양기관 모델에서 공단이 부담하는 부담금 감소수준(S)은 다음과 같이 계산된다.

$$S = Y_u - Y_d = k\alpha_l q_l (x_h - x_l)$$

수식에서 보는바와 같이, 차등적 급여지불방식으로 제도를 변경할 경우 공단이 절감할 수 있는 급여수준은 모델에서 요양기관의 수가 k 로 고정되어 있다고 가정할 경우, 유형 h 와 유형 l 의 비율 및 서비스 제공량, 유형별 급여차등 수준에 의존하게 된다. 즉, 유형 h 의 비중(α_h)이 작고 유형 l 의 비중(α_l)이 높을수록, 유형 l 의 서비스 제공량(q_l)이 많을수록, 또는 두 유형별 급여수준의 차이($x_h - x_l$)가 클수록 제도 변경에 따른 공단부담금 감소규모가 커지게 된다.

앞에서는 요양기관의 서비스 수준이 높고 낮은 2가지 유형만이 존재하는 경우의 단순모델을 살펴보았다. 이를 요양기관이 n 가지 유형, 즉 서비스 수준이 서로 상이한 n 가지로 차별화될 수 있는 경우로 확장하면, 공단이 감소시킬 수 있는 부담금 지불 수준(S_n)은

$$S_n = k \sum_{i=2}^n \alpha_i q_i (x_A - x_i)$$

이 되며, 여기서 $(x_A - x_i)$ 은 가장 높은 수준의 서비스를 제공하는 기관에 지급되는 서비스당 급여(x_A)와 i 번째로 높은 수준의 서비스를 제공하는 기관에 지급되는 서비스당 공단 부담금(x_i)의 차이를 의미한다.

다. 시뮬레이션

급여 차등화 모델을 현실에 적용하기 위해서는 우선 공단(또는 평가 기관·단체)이 요양기관들이 제공하는 서비스의 질적 수준을 평가하고, 이에 근거하여 요양기관을 유형화하여야 한다. 요양기관을 너무 많은 유형으로 구분할 경우 행정비용이 크게 소요되며, 너무 적은 유형으로 구분할 경우 요양기관들로 하여금 서비스의 질적 제고를 유도할 인센티브가 감소할 개연성이 존재한다.

현재 건강보험공단은 장기요양기관을 평가하여, 평가점수 상위부터 A, B, C, D, E 5개 등급을 결정하는데, 각 등급별 점수율은 A등급부터 E등급까지 각각 10%, 20%, 40%, 20%, 10%로 지정하고 있다. 여기서는 평가점수를 바탕으로 2개 등급이 존재할 경우 공단의 급여지출 감소규모를 우선적으로 살펴보고, 다음으로 건강보험공단의 5등급 체계를 이용하여, 3개 등급 및 5개 등급으로 서비스의 질적 수준을 평가·차등 지급하는 경우의 공단 부담금 감소규모를 살펴보도록 한다.

요양기관 2개 등급 모델: 앞에서 살펴본 바와 같이, 서비스의 질적 수준에 따라 상·하 2개 등급으로 차등화하는 경우 감소규모는 $S_2 = k\alpha_l q_l (x_h - x_l)$ 인데, 여기서 상위등급과 하위등급의 서비스 단위당 급여 격차 $(x_h - x_l)$ 를 설정하여야 한다. 하위등급의 단위당 급여수준을 상위등급의 β ($0 < \beta = \frac{x_l}{x_h} < 1$) 수준으로 설정할 경우 서비스의 질적 차이에 의한 서비스 공급 단위당 급여격차는 다음과 같이 표현된다.

$$(x_h - x_l) = (x_h - \beta x_h) = (1 - \beta)x_h$$

또한 $S_2 = k\alpha_l q_l(x_h - x_l)$ 에서 q_l 은 하위등급에 해당하는 1개의 요양기관에서 제공하는 서비스량인데, 시뮬레이션에 있어 실제데이터를 이용하여 적용하기 어려운 측면이 존재한다. 따라서 이번 연구의 시뮬레이션에서는 상·하위 등급 모든 요양기관에서 제공하는 서비스의 양이 동일($q_h = q_l = q$)하다고 가정한다.

이와 같은 가정하에서 상·하 2개 등급 요양기관이 존재하는 경우 차등 급여지급에 따른 공단의 지출 감소 규모는

$$S_2 = k\alpha_l q(1 - \beta)x_h = kqx_h\alpha_l(1 - \beta)$$

가 된다. 여기서 kqx_h 는 등급별 급여의 차이가 존재하지 않는 현 제도에서 공단이 상·하등급 모든 요양기관에 대하여 지급하는 총요양급여비이며, 이는 노인장기요양보험 통계연보에 나타난 수치를 이용하여 적용이 가능하다. 노인장기요양보험 통계연보에 의하면 2012년 공단이 지급한 장기요양 급여비 총액은(kqx_h) 2조 7,177억원이며, 요양 실인원 1인당 급여비는 9,884,724원¹⁰¹⁾으로 계산된다.

이와 같이 반영 가능한 데이터와 도출한 수식을 이용한 시뮬레이션 결과를 살펴보면, 낮은 수준의 서비스를 제공하는 장기요양기관의 비중(α_l)이 높을수록, 서비스 수준이 상이한 두 기관에 지불하는 급여의 차이($1 - \beta$)가 클수록 급여 차등화 제도로의 전환으로 인한 공단의 지출 감소 규모가 증가하는 모습을 볼 수 있다.

101) 실인원 1인당 월평균 급여비 $832,132\text{원} \times 12\text{개월} = 9,985,584\text{원}$

〈표 V-5〉 시뮬레이션(1): 2개 등급(상·하)

(단위: 억원, 명)

α	β	S_2	%감소	추가서비스제공 가능인원
$\alpha_1=0.75$ $\alpha_2=0.25$	0.975	169.86	0.63	1,718
	0.950	339.71	1.25	3,437
	0.925	509.57	1.88	5,155
	0.900	679.43	2.50	6,873
	0.875	849.28	3.13	8,592
	0.850	1,019.14	3.75	10,310
	0.825	1,188.99	4.38	12,029
	0.800	1,358.85	5.00	13,747
$\alpha_1=0.5$ $\alpha_2=0.5$	0.975	339.71	1.25	3,437
	0.950	679.43	2.50	6,873
	0.925	1,019.14	3.75	10,310
	0.900	1,358.85	5.00	13,747
	0.875	1,698.56	6.25	17,184
	0.850	2,038.28	7.50	20,620
	0.825	2,377.99	8.75	24,057
	0.800	2,717.70	10.00	27,494
$\alpha_1=0.25$ $\alpha_2=0.75$	0.975	509.57	1.88	5,155
	0.950	1,019.14	3.75	10,310
	0.925	1,528.71	5.63	15,465
	0.900	2,038.28	7.50	20,620
	0.875	2,547.84	9.38	25,776
	0.850	3,057.41	11.25	30,931
	0.825	3,566.98	13.13	36,086
	0.800	4,076.55	15.00	41,241

주: 총요양급여비 2조7,177억원; 요양 실인원 1인당 요양비 9,985,584원

〈표 V-5〉에 의하면 서비스의 질적 차이에 의한 하위기관의 단위당 급여수준이 상급기관의 85.0%이고, 상급 및 하급 요양기관이 50:50의 비율로 존재하는 경우, 급여 차등화로 인한 공단의 지출 감소 규모는 2012년 총공단부담금의 7.50% 수준인 2,038.28억원으로 계산되며, 이 액수는 현재 노인장기요양보험 급여서비스를 제공받지 못하고 있는 20,620명을 추가적으로 포함시킬 수 있는 규모이다.

상급 요양기관과 하급 요양기관의 비율이 75:25로 상급 기관의 비중이 높은 경우에는, 동일한 급여수준 차이가 존재할 때 공단의 부담액 감소 규모는 현 수준의 3.75%인 1,019.14억원으로 상·하급 기관이 50:50의 비율로 존재하는 경우보다 감소하며, 추가적으로 제공할 수 있는 대상자의 수도 10,310명 수준으로 감소하는 것을 알 수 있다. 반면 상급 요양기관과 하급 요양기관의 비율이 25:75로 하급 기관의 비중이 높은 경우에는 동일한 급여수준 차이가 존재할 경우 공단의 부담액 감소 규모가 현 수준의 11.25%인 3,057.41억원 규모로 크게 나타나며, 이는 추가적으로 30,931명에게 급여를 제공할 수 있는 규모이다. 즉, 하위 등급에 속하는 기관의 수가 많을수록 공단이 부담해야 하는 급여의 비용수준이 감소하므로, 공단의 지출 감소액이 크게 나타난다.

β 는 동일한 종류의 서비스에 대한 상위 요양기관의 급여 대비 하위기관의 급여를 의미하는 것으로 β 가 작을수록 상·하위 요양기관 사이에 급여의 차이가 크다는 것을 의미한다. 〈표 V-5〉에서 보듯이, 상·하급 기관이 50:50의 비율로 존재할 경우 β 가 0.9로 질적 차이에 대한 급여의 차이가 상대적으로 작은 경우에는 공단의 지출 감소액이 1,358.85억원 수준이나, β 가 0.8로 급여의 차이가 상대적으로 큰 경우에는 공단의 지출 감소액 수준이 2,717.70억원으로 크게 나타난다. 이는 제도 설계 시 등급 간 급여수준의 차이를 크게 할수록 공단의 부담이 감소한다는 것을 시사한다.

요양기관 3개 등급 모델: 다음으로 상(h)·중(m)·하(l) 3개 등급으로 요양기관을 구분하는 경우를 고려해 본다. 현재 공단 평가제도에

의하면 A등급 10%, B등급 20%, C등급 40%, D등급 20%, E등급 10% 수준으로 결정되는데, 이것을 이용하여 A, B 등급을 상등급 요양기관, C등급을 중등급 요양기관, D, E등급을 하등급 요양기관으로 구분하여, 상등급 30%, 중등급 40%, 하등급 30%로 구성하는 방안을 우선적으로 고려할 수 있다.

상등급과 중등급의 급여차이($x_h - x_m$)를 $(1 - \beta)$ 로 정의하고, 상등급과 하등급의 급여차이 ($x_h - x_l$)를 상등급과 중등급 급여차이의 2배로 정의하면 $(x_h - x_l) = 2(1 - \beta)$ 로 정의되고, 이를 앞에서 도출한 수식에 적용하면 차등급여에 따른 공단의 지출감소 규모는 다음과 같이 표현 된다.

$$S_3 = kqx_h \{ \alpha_m(1 - \beta) + \alpha_l 2(1 - \beta) \}$$

상·중·하 등급의 장기요양기관이 30:40:30의 비율로 존재하는 경우, 상등급 대비 중등급 요양기관이 수령하는 상대적 급여수준을 반영하는 β 가 0.975에서 0.8로 감소함에 따라 공단이 지출하는 총급여부담금 감소 규모는 현 수준의 2.5%인 679.43억원에서 20% 수준인 5,435.40억원 수준으로 증가하는 것으로 계산된다.

〈표 V-6〉 시뮬레이션(2): 3개 등급(상·하)

(단위: 억원, 명)

α	β	S_2	%감소	추가서비스제공 가능인원
$\alpha_h = 0.3$ $\alpha_m = 0.4$ $\alpha_l = 0.3$	0.975	679.43	2.50	6,873
	0.950	1,358.85	5.00	13,747
	0.925	2,038.28	7.50	20,620
	0.900	2,717.70	10.00	27,494
	0.875	3,397.13	12.50	34,367
	0.850	4,076.55	15.00	41,241
	0.825	4,755.98	17.50	48,114
	0.800	5,435.40	20.00	54,988
$\alpha_h = 0.2$ $\alpha_m = 0.5$ $\alpha_l = 0.3$	0.975	611.48	2.25	6,186
	0.950	1,494.74	5.50	15,122
	0.925	2,242.10	8.25	22,682
	0.900	2,989.47	11.00	30,243
	0.875	3,736.84	13.75	37,804
	0.850	4,484.21	16.50	45,365
	0.825	5,231.57	19.25	52,926
	0.800	5,978.94	22.00	60,487
$\alpha_h = 0.2$ $\alpha_m = 0.3$ $\alpha_l = 0.5$	0.975	883.25	3.25	8,936
	0.950	1,766.51	6.50	17,871
	0.925	2,649.76	9.75	26,807
	0.900	3,533.01	13.00	35,742
	0.875	4,416.26	16.25	44,678
	0.850	5,299.52	19.50	53,613
	0.825	6,182.77	22.75	62,549
	0.800	7,066.02	26.00	71,484

주: 총요양급여비 2조 7,177억원, 요양 실인원 1인당 요양비 9,985,584원

특히 β 가 0.9, 즉 상등급과 중등급, 상등급과 하등급 간 공단 부담금의 차이가 각각 상등급 대비 90%, 80%로 차등화된 경우 공단의 총급여지출액 감소규모는 현 수준의 10% 수준인 2,717.70억원으로 계산된다. 이는 현 제도하에서 공단의 추가적 급여지출 없이, 기존에 급여서비스를 제공받지 못했던 27,494명에게 새롭게 노인장기요양급여 서비스를 제공할 수 있는 규모이다.

다음으로 상·중·하등급 기관의 비율이 20:50:30인 경우와 20:30:50인 경우를 살펴보면, 상대적으로 하등급 기관의 비중이 높을수록 공단의 지출 감소액 규모가 증가한다는 것을 알 수 있다.

요양기관 5개 등급 모델: 다음으로 현재 공단이 평가하고 결정하는 A부터 E등급까지의 5개 등급을 반영하여 모델을 설정할 경우, 앞에서 설명한 것과 유사한 방법, 즉 등급 간 급여 차이가 동일한 수준으로 증가하는 경우를 적용하면 차등급여에 따른 지출규모의 감소수준은 다음과 같이 확장된다.

$$S_5 = kqx_h \{ \alpha_B(1-\beta) + \alpha_C2(1-\beta) + \alpha_D3(1-\beta) + \alpha_E4(1-\beta) \}$$

우선적으로 현재 등급기준인 A등급 10%, B등급 20%, C등급 40%, D등급 20%, E등급 10%을 반영하여 시뮬레이션을 실시한 결과, 등급 간 급여 차이를 반영하는 β 가 0.80에서 0.975로 증가함에 따라 공단의 급여지출 감소규모가 현재의 5% 수준인 1,358.85억원에서 40% 수준인 10,870.80억원까지 증가하는 모습을 나타내고 있다.

〈표 V-7〉 시물레이션(3): 5개등급(A·B·C·D·E)

(단위: 억원, 명)

α	β	S_2	%감소	추가서비스 제공가능인원
$\alpha_A=0.1$ $\alpha_B=0.2$ $\alpha_C=0.4$ $\alpha_D=0.2$ $\alpha_E=0.1$	0.975	1,358.85	5.00	13,747
	0.950	2,717.70	10.00	27,494
	0.925	4,076.55	15.00	41,241
	0.900	5,435.40	20.00	54,988
	0.875	6,794.25	25.00	68,735
	0.850	8,153.10	30.00	82,482
	0.825	9,511.95	35.00	96,229
	0.800	10,870.80	40.00	109,976
$\alpha_A=0.1$ $\alpha_B=0.2$ $\alpha_C=0.2$ $\alpha_D=0.3$ $\alpha_E=0.2$	0.975	1,562.68	5.75	15,809
	0.950	3,125.36	11.50	31,618
	0.925	4,688.03	17.25	47,427
	0.900	6,250.71	23.00	63,236
	0.875	7,813.39	28.75	79,045
	0.850	9,376.07	34.50	94,854
	0.825	10,938.74	40.25	110,663
	0.800	12,501.42	46.00	126,472
$\alpha_A=0.1$ $\alpha_B=0.2$ $\alpha_C=0.2$ $\alpha_D=0.2$ $\alpha_E=0.3$	0.975	1,630.62	6.00	16,496
	0.950	3,261.24	12.00	32,993
	0.925	4,891.86	18.00	49,489
	0.900	6,522.48	24.00	65,985
	0.875	8,153.10	30.00	82,482
	0.850	9,783.72	36.00	98,978
	0.825	11,414.34	42.00	115,475
	0.800	13,044.96	48.00	131,971

주: 총요양급여비 2조7,177억원; 요양 실인원 1인당 요양비 9,985,584원

A등급 대비 하위등급의 급여수준이 현재 수준의 90%, 80%, 70%, 60%로 각각 차등화될 경우, 공단의 총급여지출액 감소규모는 현재 지

출액 수준의 20%인 5,435.40억원으로 계산되며, 이는 현재의 방식에 요양기관에 대한 급여의 차등지급을 반영함으로써 추가적 재원의 투입 없이 새로이 54,988명을 제도의 대상으로 편입할 수 있다는 것을 시사한다.

라. 제도 도입 시 고려사항

이번 장에서는 공단의 기관평가 결과를 이용하여 기관별 제공 서비스의 수준에 따라 급여를 차등화하는 방안을 살펴보았다. 이와 같은 방안이 현실에 적용되기 위해서는 무엇보다도 평가대상 기관들의 평가에 대한 신뢰가 구축되어야 할 것이다. 만약 평가대상 기관들이 평가 결과를 수용하지 못하는 경우, 평가 결과에 근거한 급여 차등화는 기관들의 반발로 인하여 도입되기 어려울 가능성이 높다. 또한 평가가 공정하고 객관적인 평가체계에 근거하지 못한다면 정책의 의도와 달리 우수한 기관이 퇴출되고 열악한 기관이 지속적으로 존재하는 현상이 나타날 위험도 존재한다.

더불어 현재 수가 또는 급여수준의 적정성에 대한 검토가 필요하다. 현재의 급여수준이 비현실적으로 낮다면, 현재 수준을 최고수준으로 설정하고 급여를 차등화하는 방안은 장기요양기관의 저항으로 인하여 제도의 도입이 어려울 가능성이 높다. 따라서 이와 같은 경우에는 향후 수가·급여 인상 시 평가 결과에 따라 차등적으로 인상하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

평가에 근거한 장기요양기관 지급급여 차등화 방안은 기관들의 수준이 상향 안정화된 특정 시점에서는 상대적 기준에서 절대적 기준으로의 전환이 필요할 것이다. 왜냐하면, 제도가 운영될 경우 지속적으로 열악한 기관들이 퇴출될 것이고 어느 시점에서는 우수한 기관들이 다수를 차지할 것이기 때문이다. 따라서 그와 같은 상황에서는 절대적 기준에 의거하여 특정 수준에 도달하지 못하는 기관들에 대한 차등지급 등과 같은 방안으로의 전환이 필요할 것이다.

2. 본인 부담률 차등화

가. 배경

노인장기요양보험제도가 도입된 이후 이용자 수 및 이용량이 지속적으로 증가하는 모습을 나타내고 있다. 제도 도입 초반이었던 2009년에는 인정자 중 급여를 최소 1회 이상 이용한 실인원이 291,389명이었으나, 2012년에는 369,857명으로 26.93% 증가하였다. 동 기간 요양일수는 5,115만일에서 8,034만일로 실인원 증가율의 2배 이상인 57.07% 증가하였고, 급여율 감소에도 불구하고 급여비 또한 2009년 1조 7,369억원에서 2012년 2조 7,177억원 수준으로 56.47% 증가하였다.

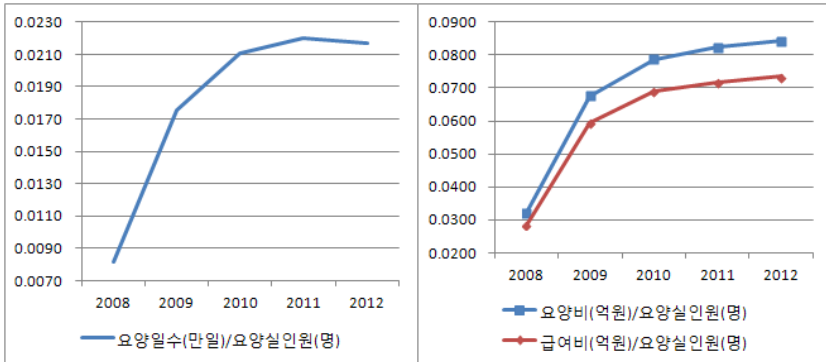
〈표 V-8〉 노인장기요양 급여실적 추이

	2008	2009	2010	2011	2012
요양실인원(명)	149,656	291,389	348,561	360,073	369,857
요양일수(만일)	1,225	5,115	7,357	7,938	8,034
요양비(억원)	4,808	19,718	27,465	29,691	31,256
급여비(억원)	4,268	17,369	24,023	25,882	27,177
급여율(%)	88.8	88.1	87.5	87.1	87.0

자료: 「노인장기요양보험 통계연보」 개요, 2012, p.35.

위의 〈표 V-8〉를 이용하여 실인원 1일당 요양일수 및 요양비·급여비 수준을 살펴보면, 2009년 176일이었던 요양일수는 2012년 217일 수준으로 증가하였음을 알 수 있다. 또한 실인원 1인당 요양비 및 급여비는 2009년 각각 677만원, 596만원에서 2012년 845만원, 735만원으로 각각 24.88%, 23.27% 증가하였다.

[그림 V-4] 실인원 1인당 요양일수 및 요양비·급여비



2012년 자료를 이용하여 소득수준별(자격별)로 급여 이용수준을 살펴보면, 본인부담금 수준이 가장 높은 일반대상자의 경우 실인원당 연간 요양일수가 204.31일로 나타났다. 급여 이용에 있어 본인부담금이 존재하지 않는 기초수급대상자의 경우에는 연간 요양일수가 231.62일로 가장 많은 것으로 나타났으며, 이는 가장 적은 이용량을 나타낸 경감대상자보다 46.47일 많은 수준이다.

경감 및 의료급여 대상자의 경우 일반대상자와 비교 시 본인부담금 수준이 각각 8.77%, 8.55%로 일반대상자 본인부담률 17.30%보다 낮으나, 일반대상자보다 이용수준이 낮다. 이와 같은 현상은 경감·의료급여 대상자의 경우에는 낮은 본인부담금이 이용량에 미치는 영향보다 소득수준이 이용량에 미치는 영향이 더 크게 작용할 가능성이 있음을 시사한다.

〈표 V-9〉 소득수준(자격)별 급여이용 현황

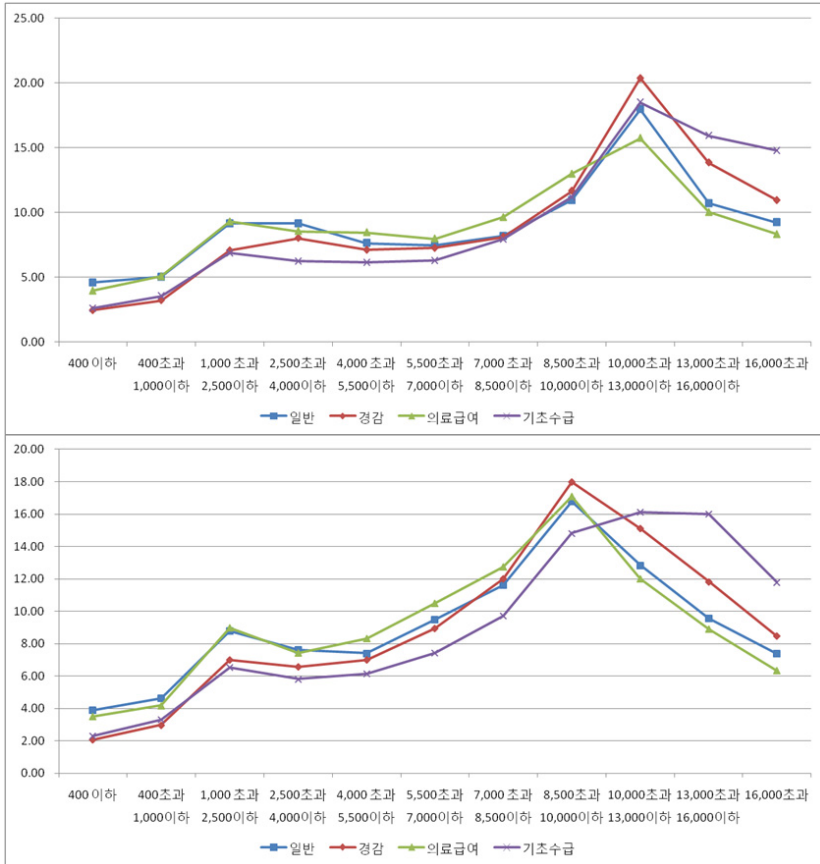
	일반	경감	의료급여	기초수급
요양일수(일)/요양실인원(명)	204.31	185.14	191.08	231.62
남자	189.67	174.45	173.73	216.30
여자	210.73	188.42	199.85	236.61
총요양비(천원)/요양실인원(명)	7,844.70	7,190.95	7,407.14	9,468.80
남자	6,985.70	6,495.37	6,658.24	8,733.79
여자	8,221.46	7,403.97	7,785.66	9,708.20
요양급여비(천원)/요양실인원(명)	6,487.34	6,560.25	6,773.96	9,468.80
남자	5,806.01	5,938.16	6,097.88	8,733.79
여자	6,786.17	6,750.77	7,115.67	9,708.20
본인부담률(%)	17.30	8.77	8.55	0.00
남자	16.89	8.58	8.42	0.00
여자	17.46	8.82	8.61	0.00

자료: 『노인장기요양보험 통계연보』, 2012.

기초수급대상자의 경우 1인당 요양일수뿐 아니라, 1인당 요양비·급여비 또한 일반대상자보다 높은 수준으로 나타나고 있다. 본인부담금이 존재하는 일반·경감·의료급여 대상자의 경우에는 1인당 평균 요양비가 748.09만원 수준이나, 본인부담금이 없는 기초수급 대상자의 경우 1인당 평균 요양비가 198.79만원 높은 748.09만원 수준으로 나타나고 있다. 또한 이와 같은 현상은 동일 등급 내에서도 나타나고 있어, 유사한 건강수준이라도 기초수급대상자의 경우 본인부담금을 부담하지 않아 이용일수·요양비가 더 높게 나타나는 것으로 유추할 수 있다.

[그림 V-5] 자격별 요양비 분포(2012년 上, 2011년 下)

(단위: %, 천원)



자료: 『노인장기요양보험 통계연보』(2011, 2012년)

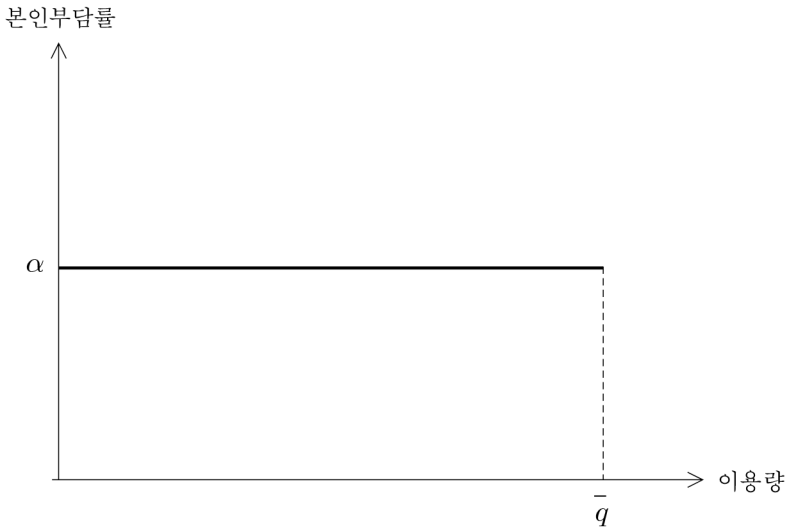
자격별 총요양비 분포를 살펴보면 상대적으로 본인부담금 수준이 낮은 경감자 및 기초수급자가 높은 수준의 요양비 지출을 나타내고 있다. 일반·경감·의료수급 대상자의 경우 2011년에는 요양비 수준이 850만원 초과 1,000만원 이하인 경우가 각각 12.84%, 15.10%, 12.00%로 가장 높은 분포를 나타내었으나, 2012년에는 모든 자격에 있어 1,000만원 초과 1,300만원 이하 구간이 가장 높은 비중을 차지하고 있다. 즉, 최근 2년 자료에서 볼 때, 모든 자격에 있어 총요양비 최대지출 구간이 증가

하는 모습을 나타내고 있음을 알 수 있다.

또한 본인부담금 수준이 없는 기초수급대상자의 경우 2012년 기준 1,300만원 초과 구간, 2011년 기준 1,000만원 초과 구간에서 다른 소득 수준 대상자들에 비하여 높은 비중을 차지하는 것으로 나타나고 있는데, 이는 가격효과가 이용량 수준에 영향을 미치고 있음을 시사하는 것으로 해석할 수 있다.¹⁰²⁾

서비스이용 회수별 단가가 동일한 현재의 방식은 [그림 V-6]과 같이 표현될 수 있으며, 이와 같은 제도에서는 급여 이용자가 스스로 급여이용 수준을 낮출 인센티브가 높지 않다.

[그림 V-6] 본인부담률 비차등화(현행)

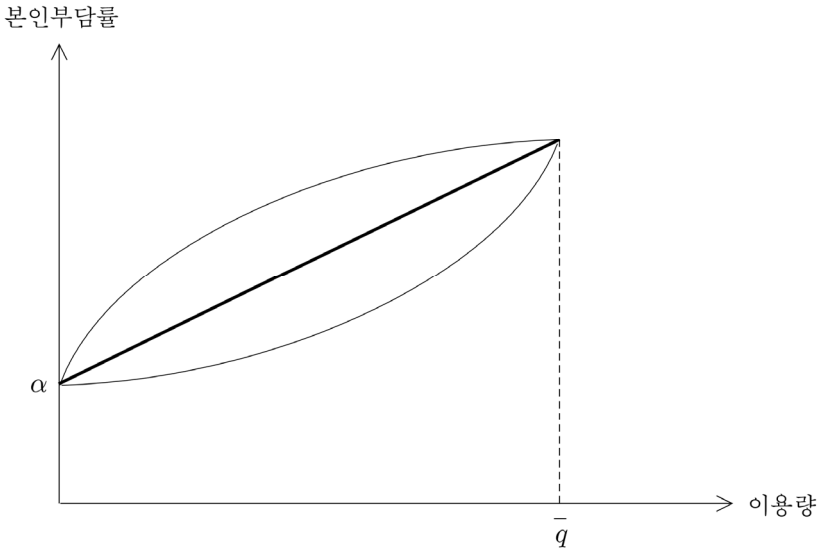


따라서 이용량이 증가함에 따라 본인부담금을 체증적·선형적·체감

102) 자신의 소득을 이용하여 더 많은 서비스를 이용하는 것이 논리적으로 위배 되는지가 논란이 될 수 있다. 그러나 필요 이상의 서비스 이용은 공단의 급여부분을 통하여 사회적 부담으로 작용한다. 또한 앞서 살펴본 바와 같이 본인부담률이 어느 정도 이용량에 영향을 미치는 것으로 나타나고 있다. 따라서 이에 대한 검토를 고려할 수 있다.

적으로 증가시켜 이용량을 감소시키는 방안을 고려할 수 있다([그림 V-7]).

[그림 V-7] 본인부담률 차등화: 선형



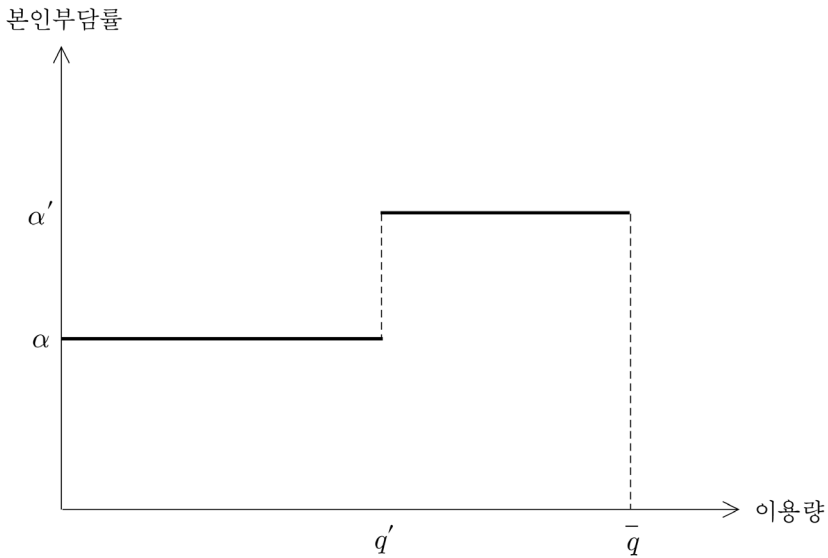
그러나 이용량 1단위당 본인부담률을 변화시키는 것은 큰 행정비용을 초래하여 현실적으로 제도에 반영하기 어려운 측면이 존재한다. 그러므로 이용량 구간별로 본인부담률을 차등화하는 방안이 보다 현실적 방안이라 할 수 있다. 여기서는 이용량에 따라 본인부담률을 2단계와 3단계로 차등화하는 방안을 살펴보도록 한다.

나. 모델

본인부담률 2단계 방안: 2단계로 이용량에 따라 본인부담률이 차등화되는 모델에서는 두 명의 경제주체(k_b, k_g)가 존재하며, 이 둘은 현재 본인부담률 수준에서 급여를 이용하는 데 있어 소득의 제약은 없다고 가정한다. 즉, 일반대상자의 경우 현 본인부담률 수준에서 최대 이용량

(\bar{q}) 을 소비할 수 있다고 가능하다고 가정한다. k_b 은 상대적으로 건강상태가 좋지 않아 본인부담률 수준과 무관하게 급여의 최대이용량(\bar{q})을 소비하지만, k_g 상대적으로 건강상태가 양호하여 현재의 본인부담률 수준 α 가 증가할 경우 요양소비의 일부를 다른 소비로 전환한다고 가정한다.

[그림 V-8] 본인부담률 차등화: 2단계



수가가 p 인 경우, 현재의 본인부담률 수준 α 에서는 급여이용에 대한 두 경제주체의 지출이 $p\alpha\bar{q}$ 로 동일하며, k_b 과 k_g 가 각각 K_b , K_g 명씩 존재하는 경제로 확장될 경우, 총본인부담금(A_u) 및 공단부담금(G_u) 수준은 각각 다음과 같이 표현된다.

$$A_u = K_b p \alpha \bar{q} + K_g p \alpha \bar{q}$$

$$G_u = K_b p (1 - \alpha) \bar{q} + K_g p (1 - \alpha) \bar{q}$$

다음으로 이용량에 따라 본인부담률 수준을 차등화하는 경우를 고려해 본다. 이용량이 q' 미만인 경우에는 본인부담률이 현 수준인 α 이지만, 이용량이 q' 이상인 경우에는 본인부담률이 $\alpha' (> \alpha)$ 로 증가한다면, 건강상태가 좋지 않은 k_b 은 계속하여 \bar{q} 수준을 소비하여야 하지만, 상대적으로 건강상태가 좋은 k_g 는 q' 수준으로 서비스 이용을 감소시킨다고 가정한다. 이 경우 총본인부담금(A_2) 및 공단부담금(G_2) 규모는 각각 다음과 같이 표현된다.

$$A_2 = K_b\{p\alpha q' + p\alpha'(\bar{q} - q')\} + K_g p \alpha q'$$

$$G_2 = K_b\{p(1 - \alpha)q' + p(1 - \alpha')(\bar{q} - q')\} + K_g p(1 - \alpha)q'$$

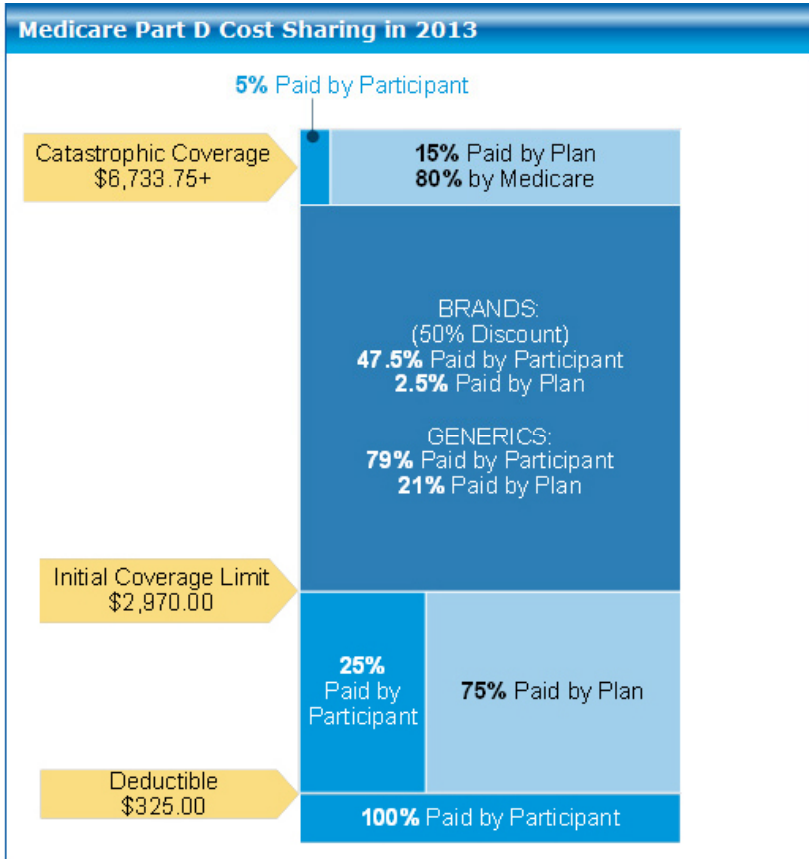
즉, 본인부담률을 이용량에 따라 α 와 α' 로 2단계 계단식으로 차등화하게 되면, 이용자들에게 있어 특정 이용량 수준 이상에서 장기요양급여 서비스와 다른 재화와의 상대가격이 변동하게 된다. 본 연구의 모델에서는 이와 같은 경우 건강수준이 좋지 않은 급여대상자들은 높아진 상대가격에도 불구하고 지속적으로 급여서비스를 이용한다고 가정하며, 상대적으로 건강한 대상자들은 상대가격이 감소한 기타재화로 소비를 전환시킨다고 가정한다. 결과적으로 총급여 이용량 감소로 인하여 공단의 지출부담 수준은 완화되며, 2단계 본인부담률 차등화로의 제도 변화에 따른 지출 감소 수준은 다음과 같이 계산된다.

$$S_2 = G_u - G_2 = K_b p(\alpha' - \alpha)(\bar{q} - q') + K_g p(1 - \alpha)(\bar{q} - q')$$

본인부담률 3단계 방안: 미국의 건강보험제도인 메디케어(Medicare)는 연방정부가 시행하는 사회보장제도로 65세 이상 또는 일정 자격을 갖춘 사람에게 건강보험을 제공한다. 메디케어에는 병원 입원치료와 관련된 Part A, 통원치료와 관련된 Part B, 포괄적 정부 사보험으로 지정 주치의 제도인 Part C, 그리고 처방약 보험 프로그램인 Part D로

구성되어 있다. 이 중 Part D에는 보험 비제공구간(coverage gap, doughnut hole)이 존재하여 피보험자의 서비스 이용량을 감소시키는 역할을 하고 있다(CMS, 2013).

[그림 V-9] 메디케어 Part D 비용부담 구조(2013년)



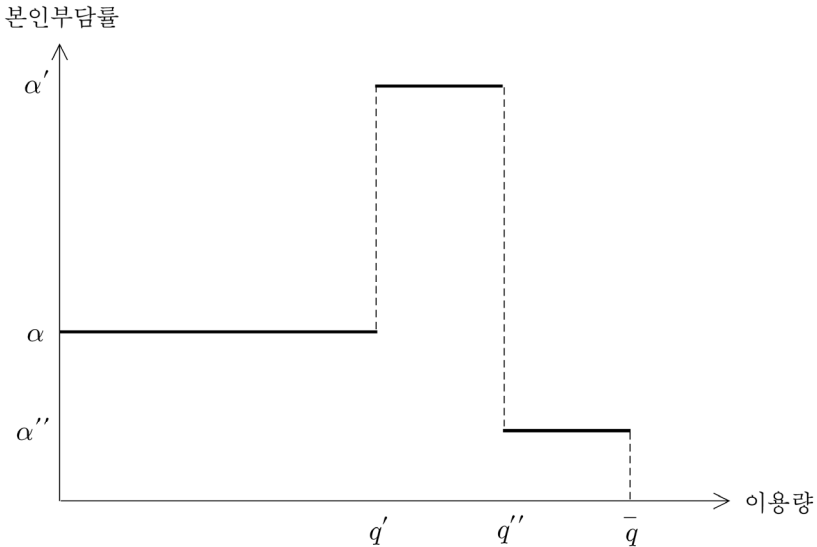
자료: <http://www.segalco.com>

즉, 피보험인은 면책금액(deductible)인 325.00달러까지는 본인이 100% 부담하며, 325.00~2,970.00달러에서는 피보험자와 보험자(Plan)가 각각 25%, 75%를 부담한다. 그리고 보험 비제공구간인 2,970.00~6,733.00달러에서는 본인부담률이 특허보호기간 내에 있는 처방약

(brand-name prescription drug)의 경우 비용의 47.5%, 특허보호기간이 만료된 품목(generic drug)의 경우 79%까지 높아지며, 6,733.00달러 이상의 구간에서는 본인부담률이 5%로 매우 낮아지도록 설계되어 있다.¹⁰³⁾

여기에서는 이와 같은 미국 Medicare Part D의 Coverage Gap을 우리나라 노인장기요양보험제도에 응용·적용하여 본인부담률을 3단계로 차별화하는 방안을 고려해 본다. 이용량이 q' 이하일 경우 본인부담률을 현재 수준인 α 로 설정하고, q' 이상 q'' 미만인 구간에서는 본인부담률을 상당히 높은 수준인 α' 로 설정한다. 그러나 q'' 이상의 구간에서는 현재 본인부담률 수준 α 보다도 낮은 α'' 수준으로 감소한다고 가정하면 이것은 [그림 V-10]과 같이 표현될 수 있다.

[그림 V-10] 본인부담률 차등화: 3단계



본인부담률 3단계 차등화 방안에서 건강상태가 좋지 않은 k_b 은 높은

103) 2013년, 처방약 제도(Part D PDP: Prescription Drug Plan). MA-PD(Part C에 Part D가 포함된 Plan)의 경우 본인부담률이 상이할 수 있다.

본인부담률 수준에도 불구하고 본인부담률 변화와 무관하게 \bar{q} 를 이용하고, 상대적으로 건강상태가 좋은 k_g 는 q' 만 이용한다고 설정하면, 총 본인부담금(A_3) 및 공단부담금(G_3) 수준은 다음과 같이 계산되며,

$$A_3 = K_b\{p\alpha q' + p\alpha'(q'' - q') + p\alpha''(\bar{q} - q'')\} + K_g p\alpha q'$$

$$G_3 = K_b\{p(1-\alpha)q' + p(1-\alpha')(q'' - q') + p(1-\alpha'')(\bar{q} - q'')\} + K_g p(1-\alpha)q'$$

3단계 본인부담금 차등화 제도로의 제도 변화로 인한 공단부담의 감소규모 S_3 는 다음과 같이 계산된다.

$$S_3 = G_u - G_3 = K_b p\{\alpha(q' - \bar{q}) + \alpha'(q'' - q') + \alpha''(\bar{q} - q'')\} + K_g p(1-\alpha)(\bar{q} - q')$$

우선 S_3 에서 상대적으로 건강한 급여대상자를 의미하는 두 번째 항은 항상 양수의 값을 가지므로 상대적으로 건강한 급여대상자가 3단계 본인부담률 차등화 제도하에서 공단의 지출부담금을 감소시키는 역할을 수행한다는 것을 알 수 있다. 반면, 상대적으로 건강하지 않은 급여대상자를 의미하는 첫 번째 항의 부호는 q' 과 q'' 에 의존하는데 이는 편미분을 통하여 알 수 있다.

$$\frac{\partial S_3}{\partial q'} = K_1 p(\alpha - \alpha') - K_2 p(1 - \alpha) < 0$$

$$\frac{\partial S_3}{\partial q''} = K_1 p(\alpha' - \alpha'') > 0$$

즉, q' 이 작을수록, q'' 이 클수록 3단계 본인부담률 차등화 제도로의 전환으로 인한 공단의 지출부담금 감소규모가 커지게 되는데, 이는 본인부담의 비중이 높은 구간인 Coverage Gap의 구간이 넓을수록 공단의 지출 감소 규모가 커진다는 것을 의미한다.

3단계 차등화 방안은 2단계 차등화 방안에 비하여 경제주체가 자신의 건강수준을 고려하여 급여 이용량에 대한 선호수준을 더욱 선명하게 드러낸다는 장점이 존재하지만, 사회적 후생수준을 극대화시키는 적절한 본인부담률 수준 α' , α'' 및 이용량 기준 q' , q'' 등 정책변수의 결정이 쉽지 않다는 문제점을 내포하고 있다.

다. 시뮬레이션

과거 앞에서 제시한 방안과 유사한 제도가 시행된 경험이 없어 제도 시행에 따른 급여대상자들의 반응·탄력성 등과 관련된 모수를 파악할 수 없다. 따라서 앞에서 설정한 두 가지 모델 및 이용 가능한 통계자료들을 이용하여 시뮬레이션을 수행하도록 한다. 경감·의료급여·기초수급자의 경우 본인부담률 차등화 적용 시 건강상태보다는 소득제약으로 인하여 급여서비스를 이용하지 못할 가능성이 높다. 따라서 본인부담률 차등화 방안의 적용은 일반대상자만을 우선적으로 고려하는 것이 타당하다. 또한 일반대상자 중에서도 1등급 및 2등급 급여대상자는 건강상태가 좋지 못한 편이므로 서비스 이용량에 따른 본인부담률 차등화 방안을 도입 시 건강을 더욱 악화시킬 부정적 가능성이 존재하므로, 일반대상자 중 건강상태가 상대적으로 양호한 3등급 판정자들만을 우선적으로 고려하는 것이 바람직하다. 따라서 본 연구의 시뮬레이션에서는 3등급 일반대상자만을 고려하도록 한다.

시뮬레이션을 위해 고려하여야 할 변수로는 상대적으로 건강수준이 좋지않은 이용자의 수(K_b), 상대적으로 건강수준이 좋은 이용자의 수(K_g), 현재의 본인부담률 수준(α), 특정 이용량 수준 이상에서 인상된 본인부담률 수준(α'), 본인부담률 수준 증가의 기준이 되는 이용량 수준(q' , q''), 서비스 수가(p) 등이 있다.

2011 『노인장기요양보험 통계연보』¹⁰⁴⁾에 나타나 있는 수치를 이용하

104) 2012년 노인장기요양보험 통계연보에서는 분석에 필요한 자격별·등급별 급여지출 수준이 수록되어 있지 않아 본인부담금 차등화 방안에서는 2011

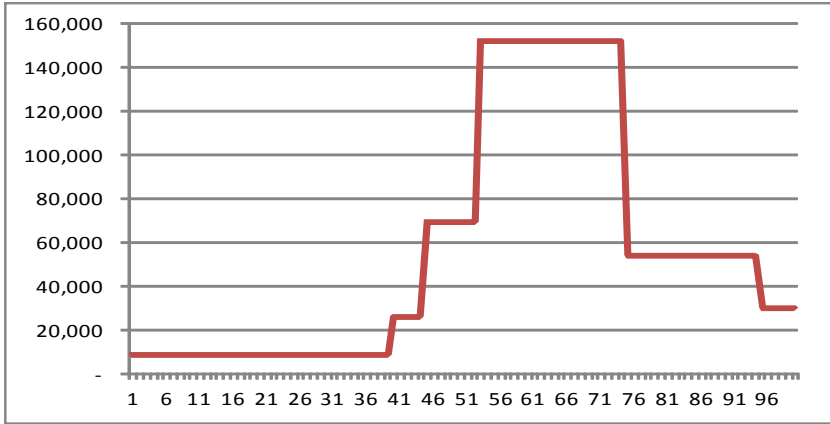
면 3등급 일반대상자의 본인부담률($\alpha = 1 - \frac{\text{공단부담금}}{\text{총금액}}$)은 16.31%, 평균 이용량($\bar{q} = \frac{\text{요양일수}}{\text{요양실인원}}$)은 184.68일로 계산된다. 앞서 설명한 모형에서는 최대이용량을 설정·이용하였으나, 통계연보에 수록된 내용으로는 대상자들의 이용량의 분포를 파악하기 어려운 측면이 존재한다. 그러나 현재의 평균이용량이 180일 이상으로 높은 수준이므로, 이를 이용하여 시뮬레이션을 시행하는 데에 큰 문제점은 없을 것으로 생각된다. 서비스 수가($p = \frac{\text{총금액}}{\text{요양일수}}$)는 하루당 이용액을 이용하여 34.05천원으로 가정한 다. 그 밖에 특정 이용량 이상에서 인상될 본인부담률 수준(α')과 이용량 기준점(q')은 정책변수로 시뮬레이션 과정에서 몇몇 임의의 수치를 적용하며, 건강수준별 이용자 수(K_b, K_g)는 파악되어 있지 않으므로, 가용 가능한 통계연보 자료를 바탕으로 다음과 같은 과정을 통하여 그들의 분포를 유추·적용하도록 한다.

노인장기요양 심사결과 53점 이상 75점 미만의 점수를 받게 되면 3등급으로 판정된다. 3등급 점수구간의 판정자 수 분포가 알려진 경우, 좀 더 섬세한 작업을 시행할 수 있으나, 현재 가용한 자료가 등급별 대상자 수 이므로 이를 이용하여 시뮬레이션을 시행한다.

일반대상자의 1등급(95점 이상), 2등급(75점 이상 95점 미만), 3등급(53점 이상 75점 미만), 등급외 A(45점 이상 53점 미만), 등급외 B(40점 이상 45점 미만), 등급외 C(40점 미만) 분포를 살펴보면 [그림 V-11]에 나타난 바와 같이 3등급인 53점 이상 75점 미만의 인정자 분포는 약간 우측으로 편향된 모습(right skewed)을 보이고 있으나 그 정도가 심하지 않다. 따라서 3등급 인정자들의 분포를 균등분포를 포함한 좌우가 대칭인 분포로 가정하여도 큰 문제가 없을 것으로 볼 수 있다.

[그림 V-11] 일반대상자 점수별(등급별) 현황(2011년 기준)

(단위: 명)

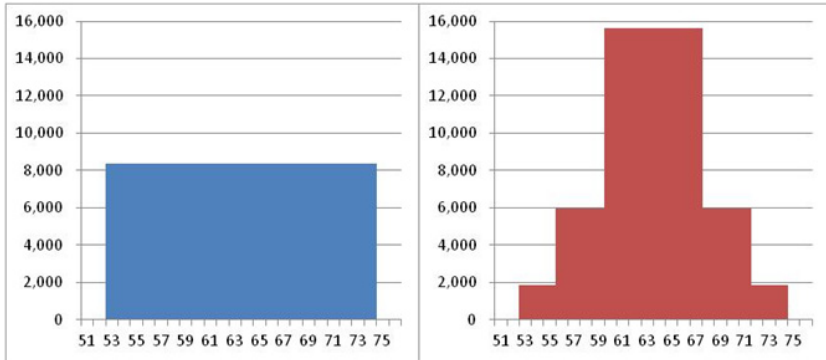


2011년 3등급 일반대상자 중 요양 실인원¹⁰⁵⁾은 183,831명으로 나타나 있다. 이와 같은 경우 균등분포(uniform distribution) 및 좌우대칭 형태의 종모양 분포(bell-shaped distribution)를 고려할 수 있는데, 먼저 균등분포를 가정할 경우 점수당 8,356(8,355.95)명이 있다고 가정할 수 있다. 일반적으로 종모양의 분포는 연속변수일 때 정규분포(normal distribution)로 대표되는데, 이때 연속함수인 정규분포의 경우 평균 μ 와 1 표준편차 1σ 까지가 34.1%, 1σ 에서 2σ 까지가 13.6%, 2σ 에서 3σ 까지가 2.1%, 그리고 3σ 이상이 0.1%인 분포를 나타낸다. 그러나 점수별 분포는 연속함수가 아니므로, 위의 수치를 반영하여, 53~55점·74~76점이 각각 전체의 3.00%인 5,515명, 56~59점·68~71점이 각각 전체의 13.00%인 23,898명, 그리고 60~63점·64~67점이 각각 전체의 34.00%인 62,503명이 있다고 가정하여 시뮬레이션 과정에 적용하도록 한다.

105) 시뮬레이션은 현재의 방식과 비교 시 공단부담금 감소수준을 파악하는 것을 주요 목적으로 하므로, 인정자 수가 아닌 실인원을 이용하여 분석한다.

[그림 V-12] 3등급 일반대상자 실인원 분포가정

(단위: 명)



본인부담률 2단계 차등화 방안: 먼저 본인부담률 2단계 차등화 방안과 관련된 시뮬레이션은 대상자의 분포가 균등분포인 경우와 종모양의 분포인 경우를 구분하여 실시한다. 그리고 각각의 분포에서 건강수준이 서로 상이한 두 유형의 인원이 차지하는 비중을 임의적으로 설정하여 시뮬레이션을 실시한다.

2단계 차등화 방안의 시뮬레이션에서 이용되는 정책변수 α 과 \bar{q} 는 통계연보를 이용할 경우 각각 0.1631과 184.68일로 계산되는데, 정책변수인 α' 은 현 수준에 1.25배, 1.50배, 1.75배, 2.00배인 0.20, 0.24, 0.29, 0.33을 고려하였다. 또 다른 정책변수인 q' 로는 \bar{q} 의 0.90배, 0.85배, 0.80배, 0.75배, 0.70배인 166.21일, 156.98일, 147.74일, 138.51일, 129.28일을 고려하였다.

첫 번째 시뮬레이션(<표 V-10>)에서는 3등급 53~74점 구간을 53~66점과 67~74점 두 구간으로 나누었다. 이 경우에는 상대적으로 건강수준이 좋은 k_g 유형이 더 많이 존재하는 경우이다. 즉, 상대적으로 건강하지 않은 k_b 유형이 전체 대상자 중 36.36%인 66,847명, 건강한 k_g 유형이 63.64%인 116,983.36명 존재한다고 가정한다.

〈표 V-10〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
 ($k_b = 36.36\%$, $k_g = 63.64\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
66,847.64	116,983.36	0.20	166.21	63,279,133.68	6.54	13,360.03	7.27
66,847.64	116,983.36	0.24	166.21	64,993,158.11	6.72	13,721.91	7.46
66,847.64	116,983.36	0.29	166.21	66,707,182.54	6.90	14,083.79	7.66
66,847.64	116,983.36	0.33	166.21	68,421,206.98	7.07	14,445.67	7.86
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
66,847.64	116,983.36	0.20	156.98	94,918,700.53	9.81	21,218.87	11.54
66,847.64	116,983.36	0.24	156.98	97,489,737.17	10.08	21,793.62	11.86
66,847.64	116,983.36	0.29	156.98	100,060,773.82	10.34	22,368.37	12.17
66,847.64	116,983.36	0.33	156.98	102,631,810.46	10.61	22,943.12	12.48
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
66,847.64	116,983.36	0.20	147.74	126,558,267.37	13.08	30,060.07	16.35
66,847.64	116,983.36	0.24	147.74	129,986,316.23	13.44	30,874.30	16.79
66,847.64	116,983.36	0.29	147.74	133,414,365.09	13.79	31,688.53	17.24
66,847.64	116,983.36	0.33	147.74	136,842,413.95	14.15	32,502.76	17.68
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
66,847.64	116,983.36	0.20	138.51	158,197,834.21	16.35	40,080.09	21.80
66,847.64	116,983.36	0.24	138.51	162,482,895.29	16.80	41,165.73	22.39
66,847.64	116,983.36	0.29	138.51	166,767,956.36	17.24	42,251.37	22.98
66,847.64	116,983.36	0.33	138.51	171,053,017.44	17.68	43,337.01	23.57
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
66,847.64	116,983.36	0.20	129.28	189,837,401.05	19.62	51,531.55	28.03
66,847.64	116,983.36	0.24	129.28	194,979,474.34	20.16	52,927.37	28.79
66,847.64	116,983.36	0.29	129.28	200,121,547.63	20.69	54,323.19	29.55
66,847.64	116,983.36	0.33	129.28	205,263,620.93	21.22	55,719.01	30.31

주: 67~74점: 건강하지 않은 경우

53~66점: 건강한 경우

이와 같은 가정하에서는 3등급 일반대상자를 대상으로 현재의 등급 간 동일한 급여액을 현재 이용량 수준의 85% 수준인 156.98일을 기준으로 2단계로 차등화할 경우, 공단의 지출 감소규모는 추가적인 본인부

답률 α' 의 크기가 20%에서 33%로 증가함에 따라 949억원에서 1,026억원까지 증가하는 것으로 계산된다. 이는 현재 수급대상에서 제외되어 있는 21,218~22,943명에게 새로이 급여를 지급할 수 있는 규모이다.

〈표 V-11〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
($k_b = 50.00\%$, $k_g = 50.00\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
91,915.50	91,915.50	0.20	166.21	50,729,369.43	5.24	10,710.42	5.83
91,915.50	91,915.50	0.24	166.21	53,086,153.03	5.49	11,208.00	6.10
91,915.50	91,915.50	0.29	166.21	55,442,936.62	5.73	11,705.59	6.37
91,915.50	91,915.50	0.33	166.21	57,799,720.21	5.97	12,203.17	6.64
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
91,915.50	91,915.50	0.20	156.98	76,094,054.15	7.87	17,010.66	9.25
91,915.50	91,915.50	0.24	156.98	79,629,229.54	8.23	17,800.94	9.68
91,915.50	91,915.50	0.29	156.98	83,164,404.93	8.60	18,591.23	10.11
91,915.50	91,915.50	0.33	156.98	86,699,580.31	8.96	19,381.51	10.54
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
91,915.50	91,915.50	0.20	147.74	101,458,738.87	10.49	24,098.44	13.11
91,915.50	91,915.50	0.24	147.74	106,172,306.05	10.98	25,218.00	13.72
91,915.50	91,915.50	0.29	147.74	110,885,873.23	11.46	26,337.57	14.33
91,915.50	91,915.50	0.33	147.74	115,599,440.42	11.95	27,457.13	14.94
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
91,915.50	91,915.50	0.20	138.51	126,823,423.59	13.11	32,131.25	17.48
91,915.50	91,915.50	0.24	138.51	132,715,382.56	13.72	33,624.01	18.29
91,915.50	91,915.50	0.29	138.51	138,607,341.54	14.33	35,116.76	19.10
91,915.50	91,915.50	0.33	138.51	144,499,300.52	14.94	36,609.51	19.91
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
91,915.50	91,915.50	0.20	129.28	152,188,108.30	15.73	41,311.61	22.47
91,915.50	91,915.50	0.24	129.28	159,258,459.08	16.46	43,230.86	23.52
91,915.50	91,915.50	0.29	129.28	166,328,809.85	17.19	45,150.12	24.56
91,915.50	91,915.50	0.33	129.28	173,399,160.63	17.92	47,069.37	25.60

주: 64~74점: 건강하지 않은 경우

53~63점: 건강한 경우

〈표 V-11〉에 나타난 시뮬레이션 결과는 건강상태가 상대적으로 양호한 이용자와 좋지 않은 이용자의 비율이 50:50으로 동일하다는 가정하에 계산된 결과이다. 이용량 기준점이 현재의 85% 수준인 경우 추가적 본인부담률이 20%에서 33%로 증가함에 따라 공단지출 감소액 규모가 761억원에서 867억원 수준으로 나타나는데, 이는 건강상태가 양호하지 못한 이용자와 양호한 이용자의 비율이 33.36:63.64인 경우보다 공단부담금 감소의 규모가 작다. 즉, 이는 상대적으로 건강상태가 좋지 않은 대상자가 많을수록 급여이용 수준이 높고, 결과적으로 공단의 급여지출에 부담으로 작용하는 것을 나타내는 것이다.

〈표 V-12〉는 상대적으로 건강하지 못한 이용자의 비중이 68.18%인 경우로 〈표 V-10〉과 〈표 V-11〉의 결과보다 공단지출 감소액 규모가 작게 나타나고 있다. 이는 상대적으로 건강한 대상자들이 제도 변화에 대응하여 이용량을 감소시키기 때문으로 해석할 수 있다.

〈표 V-13〉~〈표 V-16〉은 3등급 일반대상자들이 종모양으로 분포되었다는 가정하에서 시행된 시뮬레이션 결과로, 균등분포의 경우와 유사한 결과·해석이 가능하다.

〈표 V-12〉 (균등분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과

($k_b = 68.18\%$, $k_g = 31.82\%$)

(단위: 억원, 명)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
125,339.32	58,491.68	0.20	166.21	33,996,350.43	3.51	7,177.60	3.90
125,339.32	58,491.68	0.24	166.21	37,210,146.24	3.85	7,856.12	4.27
125,339.32	58,491.68	0.29	166.21	40,423,942.05	4.18	8,534.65	4.64
125,339.32	58,491.68	0.33	166.21	43,637,737.85	4.51	9,213.17	5.01
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
125,339.32	58,491.68	0.20	156.98	50,994,525.65	5.27	11,399.72	6.20
125,339.32	58,491.68	0.24	156.98	55,815,219.36	5.77	12,477.37	6.79
125,339.32	58,491.68	0.29	156.98	60,635,913.07	6.27	13,555.03	7.37
125,339.32	58,491.68	0.33	156.98	65,456,606.78	6.77	14,632.68	7.96
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
125,339.32	58,491.68	0.20	147.74	67,992,700.87	7.03	16,149.60	8.79
125,339.32	58,491.68	0.24	147.74	74,420,292.48	7.69	17,676.28	9.62
125,339.32	58,491.68	0.29	147.74	80,847,884.09	8.36	19,202.96	10.45
125,339.32	58,491.68	0.33	147.74	87,275,475.71	9.02	20,729.64	11.28
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
125,339.32	58,491.68	0.20	138.51	84,990,876.08	8.79	21,532.80	11.71
125,339.32	58,491.68	0.24	138.51	93,025,365.60	9.62	23,568.37	12.82
125,339.32	58,491.68	0.29	138.51	101,059,855.12	10.45	25,603.94	13.93
125,339.32	58,491.68	0.33	138.51	109,094,344.63	11.28	27,639.52	15.04
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
125,339.32	58,491.68	0.20	129.28	101,989,051.30	10.54	27,685.03	15.06
125,339.32	58,491.68	0.24	129.28	111,630,438.72	11.54	30,302.19	16.48
125,339.32	58,491.68	0.29	129.28	121,271,826.14	12.54	32,919.36	17.91
125,339.32	58,491.68	0.33	129.28	130,913,213.56	13.53	35,536.52	19.33

주: 60~74점: 건강하지 않은 경우

53~59점: 건강한 경우

〈표 V-13〉 (증모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
 ($k_b = 9.50\%$, $k_g = 90.50\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
17,463.95	166,367.06	0.20	166.21	88,002,169.26	9.10	18,579.77	10.11
17,463.95	166,367.06	0.24	166.21	88,449,958.14	9.14	18,674.31	10.16
17,463.95	166,367.06	0.29	166.21	88,897,747.02	9.19	18,768.85	10.21
17,463.95	166,367.06	0.33	166.21	89,345,535.90	9.24	18,863.39	10.26
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
17,463.95	166,367.06	0.20	156.98	132,003,253.89	13.65	29,509.05	16.05
17,463.95	166,367.06	0.24	156.98	132,674,937.21	13.71	29,659.20	16.13
17,463.95	166,367.06	0.29	156.98	133,346,620.53	13.78	29,809.35	16.22
17,463.95	166,367.06	0.33	156.98	134,018,303.86	13.85	29,959.51	16.30
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
17,463.95	166,367.06	0.20	147.74	176,004,338.52	18.19	41,804.48	22.74
17,463.95	166,367.06	0.24	147.74	176,899,916.28	18.29	42,017.20	22.86
17,463.95	166,367.06	0.29	147.74	177,795,494.04	18.38	42,229.92	22.97
17,463.95	166,367.06	0.33	147.74	178,691,071.81	18.47	42,442.63	23.09
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
17,463.95	166,367.06	0.20	138.51	220,005,423.14	22.74	55,739.31	30.32
17,463.95	166,367.06	0.24	138.51	221,124,895.35	22.86	56,022.93	30.48
17,463.95	166,367.06	0.29	138.51	222,244,367.56	22.97	56,306.55	30.63
17,463.95	166,367.06	0.33	138.51	223,363,839.76	23.09	56,590.18	30.78
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
17,463.95	166,367.06	0.20	129.28	264,006,507.77	27.29	71,664.82	38.98
17,463.95	166,367.06	0.24	129.28	265,349,874.42	27.43	72,029.48	39.18
17,463.95	166,367.06	0.29	129.28	266,693,241.07	27.57	72,394.14	39.38
17,463.95	166,367.06	0.33	129.28	268,036,607.71	27.71	72,758.80	39.58

주: 70~74점: 건강하지 않은 경우

53~59점: 건강한 경우

〈표 V-14〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
 ($k_b = 41.50\%$, $k_g = 58.50\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
76,290.87	107,541.14	0.20	166.21	58,552,081.46	6.05	12,362.02	6.72
76,290.87	107,541.14	0.24	166.21	60,508,237.48	6.25	12,775.02	6.95
76,290.87	107,541.14	0.29	166.21	62,464,393.50	6.46	13,188.02	7.17
76,290.87	107,541.14	0.33	166.21	64,420,549.52	6.66	13,601.02	7.40
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
76,290.87	107,541.14	0.20	156.98	87,828,122.19	9.08	19,633.79	10.68
76,290.87	107,541.14	0.24	156.98	90,762,356.22	9.38	20,289.73	11.04
76,290.87	107,541.14	0.29	156.98	93,696,590.25	9.69	20,945.67	11.39
76,290.87	107,541.14	0.33	156.98	96,630,824.28	9.99	21,601.61	11.75
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
76,290.87	107,541.14	0.20	147.74	117,104,162.92	12.11	27,814.53	15.13
76,290.87	107,541.14	0.24	147.74	121,016,474.96	12.51	28,743.79	15.64
76,290.87	107,541.14	0.29	147.74	124,928,787.00	12.91	29,673.04	16.14
76,290.87	107,541.14	0.33	147.74	128,841,099.05	13.32	30,602.29	16.65
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
76,290.87	107,541.14	0.20	138.51	146,380,203.64	15.13	37,086.05	20.17
76,290.87	107,541.14	0.24	138.51	151,270,593.70	15.64	38,325.05	20.85
76,290.87	107,541.14	0.29	138.51	156,160,983.75	16.14	39,564.05	21.52
76,290.87	107,541.14	0.33	138.51	161,051,373.81	16.65	40,803.05	22.20
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
76,290.87	107,541.14	0.20	129.28	175,656,244.37	18.16	47,682.06	25.94
76,290.87	107,541.14	0.24	129.28	181,524,712.44	18.76	49,275.06	26.80
76,290.87	107,541.14	0.29	129.28	187,393,180.50	19.37	50,868.06	27.67
76,290.87	107,541.14	0.33	129.28	193,261,648.57	19.98	52,461.06	28.54

주: 65~74점: 건강하지 않은 경우

53~64점: 건강한 경우

〈표 V-15〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
 ($k_b = 75.50\%$, $k_g = 24.50\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
138,792.41	45,038.60	0.20	166.21	28,121,536.30	2.91	5,937.26	3.23
138,792.41	45,038.60	0.24	166.21	30,820,053.51	3.19	6,506.99	3.54
138,792.41	45,038.60	0.29	166.21	34,378,796.73	3.55	7,258.35	3.95
138,792.41	45,038.60	0.33	166.21	37,937,539.96	3.92	8,009.70	4.36
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
138,792.41	45,038.60	0.20	156.98	40,891,965.43	4.23	9,141.31	4.97
138,792.41	45,038.60	0.24	156.98	46,230,080.26	4.78	10,334.64	5.62
138,792.41	45,038.60	0.29	156.98	51,568,195.10	5.33	11,527.96	6.27
138,792.41	45,038.60	0.33	156.98	56,906,309.93	5.88	12,721.28	6.92
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
138,792.41	45,038.60	0.20	147.74	54,522,620.57	5.64	12,950.19	7.04
138,792.41	45,038.60	0.24	147.74	61,640,107.02	6.37	14,640.73	7.96
138,792.41	45,038.60	0.29	147.74	68,757,593.46	7.11	16,331.28	8.88
138,792.41	45,038.60	0.33	147.74	75,875,079.91	7.84	18,021.82	9.80
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
138,792.41	45,038.60	0.20	138.51	68,153,275.72	7.05	17,266.92	9.39
138,792.41	45,038.60	0.24	138.51	77,050,133.77	7.96	19,520.98	10.62
138,792.41	45,038.60	0.29	138.51	85,946,991.83	8.88	21,775.04	11.85
138,792.41	45,038.60	0.33	138.51	94,843,849.89	9.80	24,029.09	13.07
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
138,792.41	45,038.60	0.20	129.28	81,783,930.86	8.45	22,200.33	12.08
138,792.41	45,038.60	0.24	129.28	92,460,160.53	9.56	25,098.40	13.65
138,792.41	45,038.60	0.29	129.28	103,136,390.20	10.66	27,996.47	15.23
138,792.41	45,038.60	0.33	129.28	113,812,619.87	11.77	30,894.55	16.81

주: 61~74점: 건강하지 않은 경우

53~60점: 건강한 경우

〈표 V-16〉 (종모양분포) 2단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
 ($k_b = 93.75\%$, $k_g = 6.25\%$)

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	q'	S(2)	공단 부담금 감소율	추가이용가능 k_g	추가 가능 비율
이용량 기준점이 현재의 90% 수준							
172,341.56	11,489.44	0.20	166.21	10,465,542.46	1.08	2,209.57	1.20
172,341.56	11,489.44	0.24	166.21	14,884,511.70	1.54	3,142.55	1.71
172,341.56	11,489.44	0.29	166.21	19,303,480.93	2.00	4,075.52	2.22
172,341.56	11,489.44	0.33	166.21	23,722,450.17	2.45	5,008.49	2.72
이용량 기준점이 현재의 85% 수준							
172,341.56	11,489.44	0.20	156.98	15,698,313.70	1.62	3,509.32	1.91
172,341.56	11,489.44	0.24	156.98	22,326,767.55	2.31	4,991.10	2.72
172,341.56	11,489.44	0.29	156.98	28,955,221.40	2.99	6,472.88	3.52
172,341.56	11,489.44	0.33	156.98	35,583,675.25	3.68	7,954.65	4.33
이용량 기준점이 현재의 80% 수준							
172,341.56	11,489.44	0.20	147.74	20,931,084.93	2.16	4,971.54	2.70
172,341.56	11,489.44	0.24	147.74	29,769,023.40	3.08	7,070.73	3.85
172,341.56	11,489.44	0.29	147.74	38,606,961.87	3.99	9,169.91	4.99
172,341.56	11,489.44	0.33	147.74	47,444,900.33	4.90	11,269.09	6.13
이용량 기준점이 현재의 75% 수준							
172,341.56	11,489.44	0.20	138.51	26,163,856.16	2.70	6,628.72	3.61
172,341.56	11,489.44	0.24	138.51	37,211,279.25	3.85	9,427.64	5.13
172,341.56	11,489.44	0.29	138.51	48,258,702.33	4.99	12,226.55	6.65
172,341.56	11,489.44	0.33	138.51	59,306,125.42	6.13	15,025.46	8.17
이용량 기준점이 현재의 70% 수준							
172,341.56	11,489.44	0.20	129.28	31,396,627.39	3.25	8,522.65	4.64
172,341.56	11,489.44	0.24	129.28	44,653,535.10	4.62	12,121.25	6.59
172,341.56	11,489.44	0.29	129.28	57,910,442.80	5.99	15,719.85	8.55
172,341.56	11,489.44	0.33	129.28	71,167,350.50	7.36	19,318.45	10.51

주: 57~74점: 건강하지 않은 경우

53~56점: 건강한 경우

본인부담률 3단계 차등화 방안: 3단계 차등화 방안을 설정하기 위해서는 α' , α'' , q' , q'' 등의 정책변수를 설정하여야 한다. 여기서 α' 은 현재 본인부담률 수준의 3배 수준인 0.49로 가정하며, α'' 은 상대적으로 낮

은 수준인 0.05로 설정한다. 또한 q'' 은 현재 평균이용량 수준의 90%인 166.21일로 설정하고, 주요변수로 간주되는 q' 은 현재 평균이용량의 0.80배, 0.75배, 0.70배, 0.65배 수준인 147.74일, 138.51일, 129.28일, 120.04일로 설정하여 이에 따른 공단의 지출수준 감소액 규모를 살펴본다.

〈표 V-17〉 (균등분포) 3단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과
(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	α''	q'	q''	S(3)	공단 부담금 감소율	추가이용 가능 k_g	추가 가능 비율
$k_b = 36.360\%, k_g = 63.64\%$									
66,847.64	116,983.36	0.49	0.05	147.74	166.21	132,264,116.50	13.67	31,417.70	17.09
66,847.64	116,983.36	0.49	0.05	138.51	166.21	169,901,750.84	17.56	43,048.59	23.42
66,847.64	116,983.36	0.49	0.05	129.28	166.21	207,539,385.19	21.45	56,341.03	30.65
66,847.64	116,983.36	0.49	0.05	120.04	166.21	245,177,019.54	25.34	71,678.47	38.99
$k_b = 50.00\%, k_g = 50.00\%$									
91,915.50	91,915.50	0.49	0.05	147.74	166.21	109,309,769.12	11.30	25,965.18	14.12
91,915.50	91,915.50	0.49	0.05	138.51	166.21	142,923,168.58	14.77	36,212.93	19.70
91,915.50	91,915.50	0.49	0.05	129.28	166.21	176,536,568.04	18.25	47,924.65	26.07
91,915.50	91,915.50	0.49	0.05	120.04	166.21	210,149,967.50	21.72	61,438.17	33.42
$k_b = 68.18\%, k_g = 31.82\%$									
125,339.32	58,491.68	0.49	0.05	147.74	166.21	78,703,972.61	8.14	18,695.15	10.17
125,339.32	58,491.68	0.49	0.05	138.51	166.21	106,951,725.56	11.06	27,098.72	14.74
125,339.32	58,491.68	0.49	0.05	129.28	166.21	135,199,478.50	13.98	36,702.81	19.97
125,339.32	58,491.68	0.49	0.05	120.04	166.21	163,447,231.45	16.90	47,784.44	25.99

균등분포 가정하에서의 본인부담률 3단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과를 나타내는 〈표 V-17〉에 따르면, 건강한 대상자가 63.64%이고 건강이 안 좋은 대상자가 36.36%일 때, 정책변수인 q' 이 147.74일에서 120.04일로 감소함에 따라, 즉 Coverage Gap이 증가함에 따라 제도 전환으로 인한 공단의 지출 감소액 규모는 1,323억원에서 2,452억원으로 증가하는 것으로 계산된다. 이는 제도 전환으로 인하여 그동안 급여대상에서 제외되었던 31,417~71,678명에게 새로이 급여를 제공할 수 있

는 규모이다. 반면, 건강한 대상자가 31.82%로 감소하고 건강이 안 좋은 대상자가 68.18%로 증가한 경우에 있어서는 동일한 q' 구간에서 공단의 지출 감소액 규모가 787억원에서 1,634억원 수준으로 계산된다. 이것은 대상자 중에서 건강한 고령자의 비중이 높고 Coverage Gap이 넓을수록 공단지출액의 감소규모가 상대적으로 크게 나타난다는 것을 의미한다. 이와 같은 현상은 종모양 분포를 이용한 시뮬레이션 결과인 <표 V-18>에서도 유사하게 나타난다.

<표 V-18> (종모양분포) 3단계 차등화 방안 시뮬레이션 결과

(단위: 명, %, 천원)

K_b	K_g	α'	α''	q'	q''	S(3)	공단 부담금 감소율	추가이용 가능 k_g	추가 가능 비율
$k_b = 9.50\%, k_g = 90.50\%$									
17,463.95	166,367.06	0.49	0.05	147.74	166.21	177,484,180.84	18.35	42,159.16	22.93
17,463.95	166,367.06	0.49	0.05	138.51	166.21	223,049,557.91	23.06	56,514.83	30.74
17,463.95	166,367.06	0.49	0.05	129.28	166.21	268,614,934.98	27.77	72,921.30	39.67
17,463.95	166,367.06	0.49	0.05	120.04	166.21	314,180,312.06	32.48	91,851.85	49.97
$k_b = 41.50\%, k_g = 58.50\%$									
76,289.87	107,541.14	0.49	0.05	147.74	166.21	123,617,978.98	12.78	29,363.91	15.97
76,289.87	107,541.14	0.49	0.05	138.51	166.21	159,739,818.19	16.51	40,473.82	22.02
76,289.87	107,541.14	0.49	0.05	129.28	166.21	195,861,657.40	20.25	53,170.86	28.92
76,289.87	107,541.14	0.49	0.05	120.04	166.21	231,983,496.60	23.98	67,821.29	36.89
$k_b = 75.50\%, k_g = 24.50\%$									
138,792.41	45,038.60	0.49	0.05	147.74	166.21	66,385,139.52	6.86	15,768.96	8.58
138,792.41	45,038.60	0.49	0.05	138.51	166.21	92,473,219.74	9.56	23,430.25	12.75
138,792.41	45,038.60	0.49	0.05	129.28	166.21	118,561,299.96	12.26	32,186.02	17.51
138,792.41	45,038.60	0.49	0.05	120.04	166.21	144,649,380.19	14.95	42,288.82	23.00
$k_b = 93.75\%, k_g = 6.25\%$									
172,341.56	11,489.44	0.49	0.05	147.74	166.21	35,664,571.27	3.69	8,471.68	4.61
172,341.56	11,489.44	0.49	0.05	138.51	166.21	56,366,883.81	5.83	14,281.87	7.77
172,341.56	11,489.44	0.49	0.05	129.28	166.21	77,069,196.34	7.97	20,922.09	11.38
172,341.56	11,489.44	0.49	0.05	120.04	166.21	97,771,508.88	10.11	28,583.89	15.55

라. 제도 도입 시 고려사항

현행의 등급 간 동일 급여액은 최소 이용수준을 고려하여 설정된 것일 수 있다. 그러나 여러 자료에서 나타난 바와 같이 본인부담금 수준에 따라 이용량 차이가 발생하고 있는 현상을 인지할 수 있다. 즉, 이는 서비스 이용량에 따라 본인부담금 수준을 차등화할 경우 경제주체의 행태를 변화시킴으로써 공단의 지출부담 수준을 감소시킬 수 있음을 시사한다.

물론 이와 같은 제도의 변화가 대상자들의 경제상태 및 건강수준에 부정적 영향을 미쳐서는 안된다.¹⁰⁶⁾ 따라서 본 연구의 시뮬레이션에서는 3등급 일반대상자만을 고려하여 수행하였다. 향후 정부는 보다 다양하고 구체적인 대상자들의 행태를 나타내는 분포를 이용하여, 수급자들의 건강수준을 해치지 않는 범위 안에서 본인부담률을 이용량에 따라 차별화하는 방안을 검토할 필요성이 있다.

106) 차등화 방법, 특히 Medicare Part D의 Coverage Gap에 대한 논의는 여전히 진행 중이다. 즉, 재정적인 측면에서는 도움이 되지만 이용자들의 건강수준에 부정적 영향을 미칠 가능성이 존재한다. 따라서 재정적 측면의 긍정적 효과를 얻으며, 건강수준 악화라는 부정적 영향 가능성을 최소화할 수 있는 정책적 설계가 요구된다.

VI. 요약 및 결론

최근 해외 주요국들의 장기요양 관련 개혁동향을 살펴본 결과 몇 가지 공통점들이 나타나고 있음을 알 수 있다. 장기요양급여 서비스 관련 내용으로는 급여평가를 통한 질적 수준 제고, 적절한 서비스 제공을 위한 보수체계 확립, 근로환경 개선 노력, 첨단기술 도입·적용으로 인한 생산성 제고, 가족간병인 등 비공식 요양인력에 대한 지원 강화 등의 노력이 이루어지고 있다.

많은 국가들에서 고령화로 인한 급여대상자 증가로 인하여 장기요양 재정지출이 문제시되고 있는데, 이에 대한 대처방안으로 보험료 인상, 시설급여에서 재가급여로 전환, 그리고 지역밀착형 서비스 제공 등의 방안을 고려하고 있다. 그리고 일부 유럽국가들을 중심으로 현금급여제도·바우처제도 도입 및 민간보험에 대한 지원 강화의 노력 또한 이루어지고 있다. 일부 국가들에서는 장기요양과 보건의료 서비스와의 연계 시스템을 통하여 재정지출을 감소시키려는 노력을 하고 있으나 이에 대한 뚜렷한 성과는 아직 나타나고 있지 않은 실정이다. 더불어 우리나라를 포함한 많은 국가들에서 예방서비스 관련 급여 제공을 확대하는 추세에 있으며, 이로 인하여 향후 증가할 서비스 이용의 증가속도 완화를 기대하고 있다.

요컨대, 많은 국가들이 장기요양제도의 지속가능성을 고려하여 여러 거시적 정책방안을 제시하고 있으나, 미시적 측면에서의 실질적이고 구체적인 방안은 찾아보기 어려운 측면이 있다.

본 연구에서는 구체적 지출 효율화 방안에 대한 시뮬레이션에 앞서 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구들의 특성을 성향점수매칭 등의 방법론을 적용하여 살펴보았다. 가구를 4개의 유형, 즉 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구, 노인돌봄서비스 수급 경험이 있는 가구,

65세 이상 아픈 노인이 있으나 서비스 수급 경험이 없는 가구, 그리고 65세 이상 아픈 노인이 없고 서비스 수급 경험이 없는 가구로 구분하여 비교·검토한 결과, 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구들의 경상소득이 가장 높고, 저소득층 비율이 가장 낮은 것으로 조사되었으며, 이와 같은 차이는 통계적으로 유의미한 수준이었다. 또한 가구주 연령과 여성가구주의 비율이 가장 낮은 것으로 조사되었고, 가구주의 교육수준, 보험보유비율, 보건의료비 지출수준 등이 가장 높게 나타나고 있어, 노인장기요양보험 수급 경험이 있는 가구들이 다른 가구들에 비하여 상대적으로 사회·경제적 측면에서 양호한 지위에 있다는 것을 파악할 수 있었다. 이와 같은 결과는 여러 변수들을 통제한 상황하에서도 유사하게 나타났는데, 이는 본 연구에서 제안하고 있는 본인부담률 차등화 방안이 적용될 여지가 존재함을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서는 노인장기요양보험 관련 재정지출을 효율화하는 방안으로 국민건강보험공단이 급여서비스를 제공하는 장기요양기관들에게 서비스의 질에 따라 급여를 차등화하는 방안과, 현재 일률적으로 적용되고 있는 단위서비스 이용당 본인부담금액을 이용량에 따라 차등화하는 방안을 살펴보고, 여러 정책변수 및 대상자 분포를 가정하여 시뮬레이션을 수행하였다. 먼저 장기요양기관에 대한 공단의 지급급여 차등화는 제도 도입 이후 짧은 기간에 급속히 증가한 급여서비스 기관의 수로 인하여 질적인 면에서 통제되지 않았을 가능성이 높다는 생각에서 출발하였다. 실제로 국민건강보험공단이 실시한 평가 결과에 따르면 법정 기준에 미치지 못하는 규모 및 인력으로 운영되고 있는 기관이 다수 나타났으며, 우수한 기관과 그렇지 못한 기관 사이의 차이 또한 시간이 지날수록 그 격차가 유지되거나 증가하는 것으로 나타났다. 특히 최근에 많이 개설되고 있는 소규모 기관들이 평가에서 좋지 못한 결과를 보이고 있었다. 이에 본 연구에서는 평가 결과 판정되는 A에서 E까지의 5개 등급을 이용하여 서비스 제공기관에 대하여 제공하는 급여수준에 따라 2개, 3개, 5개 등급으로 차등화하는 방안에 대한 모델을 설정하고 시뮬레이션을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 등급의 비율,

등급 간 급여 차이 등에 따라 상이하게 나타나는데, A~E의 5개 등급을 가정할 경우, 현 수준 대비 공단의 지출 감소액 수준은 가정한 정책 변수에 따라 1,358.85억~13,044.96억원으로 계산되었으며, 이는 현재 급여서비스 대상에서 제외된 13,747~131,971명을 새로이 제도권으로 유입시킬 수 있는 규모이다.

다음으로 이용량에 따라 본인부담금을 차등화하는 방안은 제도 도입 이후 이용자 총수뿐만이 아니라 1인당 요양비·이용량 또한 지속적으로 증가하고 있는 추세¹⁰⁷⁾에 기인하여 살펴보게 되었다. 노인장기요양보험 통계연보에 의하면 2009년 176일이었던 1인당 요양일수는 2012년 217일까지 증가한 것으로 나타나고 있다. 또한 건강상태가 비슷한 수준임에도 불구하고 본인부담금이 낮거나 존재하지 않는 경감대상자와 기초수급자의 이용량이 일반대상자에 비하여 높게 나타나고 있다. 이에 본 연구에서는 본인부담률이 이용량에 따라 2단계 계단식과 Coverage Gap이 존재하는 3단계 방식으로 변화하는 모델을 설정하고 임의의 정책변수하에서 여러 시뮬레이션 작업을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 건강상태가 양호한 대상자와 그렇지 못한 대상자의 비율, 본인부담률 차등화 정도, 본인부담률 차등화를 적용하는 이용량 수준 등 정책변수에 따라 매우 상이하게 나타나는데, 상대적으로 건강한 대상자가 많고 이용량 관련 정책변수가 Coverage Gap을 넓히는 방향으로 작용할 경우 현 수준 대비 공단이 지출해야 하는 급여액의 감소규모가 크게 나타났다.

본 연구에서 제안하고 있는 지출 효율화 방안을 즉시 정책에 반영하는 것에는 어려운 측면이 존재하는 것이 사실이다. 기관이 제공하는 서비스의 질에 따라 급여를 차등지급하는 경우에는 우선적으로 기관들이 신뢰하고 결과를 수용할 수 있는 평가시스템이 갖추어져야 하므로 현 평가제도의 적절성에 대한 검토가 선행되어야 한다. 또한 현재 수가가 적정한 수준이 아니라면 평가 결과를 적용하는 데 있어 유연성이 필요

107) 2011년과 2012년 사이에는 1인당 요양일수가 약간 감소하였다.

할 것이다. 본인부담률 차등화의 경우에는 무엇보다도 제도 변화로 인하여 이용자들의 건강상태가 악화되는 상황이 발생하지 않도록 하는 제도적 설계가 뒷받침되어야 한다.

본 연구에서 제시하고 있는 두 가지 방안에 대하여 거부감을 가지는 이들도 있을 것이다. 현재 고령화사회에서는 노후소득 관련 문제들이 많이 부각되고 있으나, 고령사회 및 초고령사회에서는 노인장기요양보험이 중요한 이슈로 부각될 가능성이 높다. 따라서 지금부터 이에 대한 준비가 필요하며, 보고서에서 제시하고 있는 두 가지 방안은 현 시점에서 우선적으로 고려해 볼 수 있는 것으로, 향후 정책 도입을 위한 기초 연구로서의 의미가 있다고 볼 수 있다.¹⁰⁸⁾

끝으로 본 연구에서는 다루지 않았으나, 최근 해외 주요국에서 실시되고 있는 지역밀착형 급여(예방)서비스, 언론 등에서 언급되고 있는 노인장기요양보험 관련 부정수급을 방지할 수 있는 제도 마련 등의 연구도 지출 효율화 측면에서 함께 연구되기를 바란다.

108) 본 연구에서 언급하고 있는 내용들이 정책에 반영되기 위해서는 추가적으로 고려하여야 할 사항들이 많다. 따라서 정책반영을 위해서는 여러 미시 자료를 이용한 추가적 검토가 필요할 것이다.

참고문헌

- 국민건강보험공단, 『노인장기요양 통계연보』, 각 연도.
- _____, 『실천적 건강복지 플랜』, 2012. 07.
- _____, 『2011년도 장기요양기관 평가 결과』, 2012. 5.
- _____, 『2012년도 장기요양급여 평가 결과』, 2013. 4.
- _____, 『2013년도 제1차 장기요양기관 평가위원회 심의 결과』, 2013.
- _____, 『노인장기요양보험 서비스 만족도 88.5%…1.6%p 상승』, 보도자료, 2013. 7. 4.
- 권순만, 『독일의 장기요양보험』, FES-Information-Series, 프리드리히 에베르트 재단 주한 협력 사무소, 2004. 4.
- 김찬우, 「노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰」, 『보건사회연구』, 제33권, 제2호, 2013.
- _____, 「노인장기요양보험제도 보장성 강화방안」, 『노인장기요양보험 보장성 강화 방안 마련을 위한 정책토론회』자료집, 2013. 3. 5.
- 김용년, 「우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제」, 『건강보험포럼』, 제4권 제3호(2005년 가을호), 국민건강보험공단 건강보험연구센터, 2005, pp. 102~115.
- 박노옥·전병힐, 「제Ⅱ편 장기요양보험제도의 경제·재정적 효과」, 『노인장기요양보험제도 운영에 따른 성과분석』, 한국조세연구원, 2011. 2.
- 박형수·전병목, 『사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구』, 한국조세연구원, 2009.10.
- 보건복지부, 공고 '제2013-212호 「강지요양기관 평가방법 등에 관한 고시」 개정안 행정예고', 2013. 4. 23.
- 보건복지부, 보도자료 「노인장기요양 대상자 2만 4천명 신규 확대」, 2013.

3. 8.

- _____, 『2012년 치매 유별률 9.18%, 치매환자 수 20년마다 2배씩 증가』, 보도자료, 2013. 5. 3.
- _____, 『2013년도 사회서비스이용권 제공계획 수립·시행』, 보도자료, 2013. 1. 4.
- _____, 『전자바우처 통합정보시스템 고도화를 위한 ISP/BPR 제안요청서』, 2007. 8.
- _____, 『2013 노인보건복지 사업안내(I)·(II)』, 2013. 1.
- _____, 『2013 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』
- _____, 『2013년 노인돌봄종합서비스 사업 안내』, 2013.
- 보건복지부·부산대학교 산학협력단, 『노인돌봄종합서비스 발전방안』, 2011.
- 선우덕, 『노인장기요양보험 재정지출의 추이분석을 통해서 본 제도의 개선방향』, 『보건·복지 Issue & Focus』, 한국보건사회연구원, 제153호(2012-34), 2012. 8. 24.
- 윤성주, 『기초노령연금제도의 개선방안에 대한 소고』, 『재정포럼』, 한국조세연구원, 2012.7.
- 윤희숙·권형준, 『노인장기요양보험 급여비용의 증장기 추계』, 『보건행정학회지』, 제20권, 제1호, 2010.
- 이재원, 『사회서비스 전자바우처 프로그램 전제과정과 활성화 과제』, 서울시정개발연구원, 2011.
- 이은경, 『노인장기요양보험 장기 재정추계』, 『재정포럼』, 한국조세연구원, 2010. 12.
- 이호용·임진섭·조정완, 『주요국 장기요양제도 비교 연구』, 연구보고서 2012-21, 국민건강보험 건강보험정책연구원, 2012.
- 이혜원, 『우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제』, 『노인복지정책연구』, 1998.
- 장봉석, 『노인장기요양보험의 공공성 강화를 위한 방안-법·제도적 관점에서 서비스현장을 중심으로』, 『노인장기요양보험 공공성 확대 방

- 안』세미나 자료, 2012. 11. 12.
- 장호연, 『노인장기요양보험의 공공성 관련 제언』, 『노인장기요양보험 공공성 확대 방안』세미나 자료, 2012. 11. 12.
- 통계청, 『고령자통계』, 각 연도.
- _____, 『장래인구추계』, 2011.12
- _____, 『고령 사회에 대비하자』
(http://kostat.go.kr/community/kids/files__kids/fkids__116/story__pdf130325.pdf)
- _____, 『2013 고령자 통계』한국복지패널 조사표(7차년도, 2012년), 한국복지패널 홈페이지(<http://www.koweps.re.kr/>)
- Benefit Expenditure and Premium Burden: Long-Term Care Insurance in Japan, February 12, 2013.
- CANADA'S Economic Action Plan, "Harper Government provides continued tax relief in 2013," 보도자료, 2 January, 2013.
(<http://www.actionplan.gc.ca/en/news/harper-government-provides-continued-tax-relief>)
- _____, *The Next phase of Canada's Economic Action Plan: A low-tax plan for jobs and growth*, June, 2011.
- Centers for Medicare & Medicaid Services(CMS), Medicare & You, 2013
- CTVNews, "Critics say Ottawa skimped on caregiver tax credit", 보도자료, February 23, 2012.
(<http://www.ctvnews.ca/critics-say-ottawa-skimmed-on-caregiver-tax-credit-1.772594>)
- Department of Health and Ageing, *Aged Care Reform Package Regulation Impact Statement*, 2012.
- Department of Health and Ageing, *Living Longer. Living Better.*, April 2012.

- DHA, *Aged Care Reform Package Regulation Impact Statement*, 2012.
(<http://ris.finance.gov.au/files/2012/05/04-Aged-Care-Reform-RIS-Final-20120430.pdf>)
- Douglas A. Wolf and Nancy Folbre, *Universal Coverage of Long-Term Care in the United States: Can We Get There from Here?*, September, 2012.
- Erik Schut, Stéphane Sorbe and Jens Høj, "Health Care Reform and Long-Term Care in the Netherlands," OECD Economics Department Working Papers, No. 1010, OECD Publishing, 2013.
- Esther Mot, "The Dutch system of long-term care," *CPB Document* No. 204, The Hague, 2010.
- Esther Mot et al., "The Dutch System of Long-Term Care," ENEPRI RESEARCH REPORT No. 90, June 2010.
- Ewout van Ginneken, Peter P Groenewegen and Martin McKee, "Personal healthcare budgets: what can England learn from the Netherlands?," *British Medical Journal*, 2012.
- Frederik T. Schut and Bernard van den Berg, "Sustainability of Comprehensive Universal Long-term Care Insurance in the Netherlands," *Social Policy & Administration*, Vol.44, No. 4, August 2010.
- Heinz Rothgang, "Reform options for the funding system in Germany's long-term care insurance" 2nd International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care, September 5-8, 2012 in London 발표자료
- John Creighton Campbell and Naoki Ikegami, "Long-Term Care Insurance Comes to Japan," *Health Affairs*, Volume 19. no. 3, Project HOPE, 2000.
- Joshua M. Wiener, Jane Tilly and Alison Evans Cuellar, *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and*

- Germany, 2003.
- Katsuyoshi Nakazawa, Kota Sugahara and Minoru Kunizaki, *Linkage between Benefit Expenditure and Premium Burden: Long-Term Care Insurance in Japan*, February 12, 2013.
- Kim putters et al., *Governance of local care & social service: An evaluation of the implementation of the Wmo in the Netherlands*, 2010.
- Lei Delsen, "From welfare state to participation society: Welfare state reform in the Netherlands: 2003-2010," NiCE Working Paper 12-103, May 2012.
- Martin Schölkopf, "Long-term care insurance(LTCI) in Germany," University of Minnesota 포럼발표자료, 2012. 11.
(<http://www.rijksoverheid.nl/zorgverzekering>)
- MHLW, "Act for Partial Revision of the Long-Term Care Insurance Act, Etc. in Order to Strengthen Long-Term Care Service Infrastructure," September, 2011.
(http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/en_tp01.pdf)
- MHLW, "Health and Welfare Services for the Elderly," *Annual Health, Labour and Welfare Report 2011-2012*.
(<http://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/10e.pdf>)
- Ministry of Health, Welfare and Sport(VWS), *Health Insurance in the Netherlands*, Netherlands, 2011.
- OECD, 『Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care』, 2011.
- Ralf Götze and Heinz Rothgang, *Fiscal and Social Policy: Financing Long-Term Care in Germany*, 2012.
- Roelf van der Veen, Pieter Huijers and Henk Nies, "Governance and financing of long-term care," Dutch National Report, March 2010.

Satoshi Simizutani and Noriko Inakura, "Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data," *Government Auditing Review Volume* 14, March 2007.

SCOR Global Life, *Focus October 2012: Long-Term Care Insurance*, Gilles Meyer, 2012.

Takako Tsutsui and Naoko Muramatsu, "Japan's Universal Long-Term Care System Reform of 2005: Containing Costs and Realizing a Vision," *JAGS Volume* 55, No. 9, 2007.

Winfried Schmähl *Annual National Report 2012: Pensions, Health Care and Long-term Care*, March 2012.

국민건강보험공단(<http://www.nhis.or.kr>)

보건복지부, 독거노인종합지원센터(<http://1661-2129.or.kr>)

보건복지부, 사회서비스 전자바우처 홈페이지

(<http://www.socialservice.or.kr>)

일본 노동후생성 홈페이지(<http://www.mhlw.go.jp>)

캐나다 국세청(Canada Revenue Agency) 홈페이지

(<http://www.cra-arc.gc.ca>)

캐나다 Canada's Economic Action Plan 홈페이지

(<http://www.actionplan.gc.ca/en>)

호주 보건노인부(Department of Health and Ageing) 홈페이지

(www.health.gov.au)

호주 Australian Institute of Health and Welfare 홈페이지

(www.aihw.gov.au)

호주 Living Longer, Living Better 홈페이지

(<http://www.livinglongerlivingbetter.gov.au>)

ACSA(Aged & Community Services Australia)

(<http://www.agedcare.org.au>)

Health Policy Monitor 홈페이지(<http://www.hpm.org>)

Segal Consulting 홈페이지(<http://www.segalco.com>)

부 록

〈부표 1〉 노인장기요양보험 만족도 주요조사 결과

(단위: %)

	2010 (N=1,000)	2011 (N=1,000)	2013 (N=938)
전반적 만족도	86.2	86.9	88.5
부양부담 감소	84.7	86.0	92.7
주변추천 의향	92.3	91.4	91.9

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2010. 7. 4)

〈부표 2〉 세부사항별 노인장기요양보험 만족도(수급자 관점)

(단위: %)

(N=938)	매우 좋아졌다	좋아진 편이다	비슷하다	나빠진 편이다	매우 나빠졌다
건강상태호전도	8.3	70.0	12.8	7.9	1.1
요양환경개선도	14.8	60.9	20.7	2.1	0.1

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2010. 7. 4)

〈부표 3〉 세부사항별 노인장기요양보험 만족도(보호자 관점)

(단위: %)

(N=938)	매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지않다	매우 그렇지 않다
부양부담 감소	47.8	44.9	3.1	3.8	0.1
사회활동기회 증가	44.1	47.9	1.7	4.7	0.6

자료: 국민건강보험공단 보도자료(2010. 7. 4)

〈부표 4〉 OECD 국가의 장기요양제도 체계

구 분	국가명	재 원	대 상	급 여	
보편적 단일 시스템	세금기반 방식	노르웨이	세금(중앙정부보조 및 지방정부)	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		덴마크	세금(중앙정부보조 및 지방정부)	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		스웨덴	세금(지방정부 84%, 중앙정부보조 12%)	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		핀란드	세금(중앙정부보조 및 지방정부)	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
	사회보험 방식	네덜란드	보험료, 본인부담	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		독일	보험료(100%)	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		룩셈부르크	세금(약 45%), 보험료, 특별세	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		일본	세금(45%), 보험료(45%), 본인부담(10%)	65세 이상, 노화수반병 이 있는 40세 이상 65세 미만자	현물급여 재가서비스, 시설서비스
		한국	세금(37%), 보험료(52%), 본인부담(11%)	65세 이상, 노인성질환 이 있는 65세 미만자	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
	건강보험 체계	벨기에	사회보장보험료 및 인두세(57%), 세금(37%), 본인부담(6%)	모든 연령층	현금급여, 현물급여

〈부표 4〉의 계속

구 분	국가명	재 원	대 상	급 여	
혼합 시스템	병행적 보편체제	스코틀랜드	세금		
		이탈리아	세금	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		체코	세금	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
	소득기반 보편체제	아일랜드	세금	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스
		오스트레일 리아	세금	노인층	현물급여 재가서비스, 시설서비스
		오스트리아	세금	모든 연령층	현금급여 재가서비스, 시설서비스
		프랑스	세금(지방정부, 연방정부), 사회적 기금	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
	보편체제와 자산조사체 제의 혼합	뉴질랜드	세금, 지역보건위원회 (District Health Board)의 정액교부금	-	주로 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		스위스	건강보험료 현금급여: 세금, 본인부담	모든 연령층	현금급여, 현물급여 재가서비스(주로 민간기관에서 제공), 시설서비스
		스페인	세금(지방정부, 중앙정부), 보조금	모든 연령층	현금급여, 현물급여
		캐나다	세금(주정부, 연방정부 보조)	모든 연령층	현물급여 재가서비스, 시설서비스

〈부표 4〉의 계속

구 분	국가명	재 원	대 상	급 여
자산조사 기반 사회보장체제	미국	(Medicaid)연방정부 와 주정부의 기금	저소득층	주로 현물급여
		(Medicare)세금, 보험료	노인층	
		(CLASS)자발적 보험	모든 연령층	현금급여 재가서비스, 시설서비스
	영국	(성인사회돌봄 서비스)세금	18세 이상	현금급여, 현물급여 재가서비스, 시설서비스
		(장애생활수당)세금	65세 미만, 장애	
		(간병수당)세금	65세 이상, 장애	

자료: OECD(2011) 재구성

〈부표 5〉 노인의료복지시설의 직원배치 기준

직종별 시설별	시설의장	사무국장	사회복지사	의사 (한의사를 포함한다)또 는 축택의사	간호사 또는 간호 조무사	물리치료사 또는 작업치료사	요양 보호사	사무원	영양사	조리원	위생원	관리인
노인 요양 시설	1명	1명 (임소자 50명 이상인 경우로 한정함)	1명 (임소자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	필요수	임소자 25명당 1명	1명 (임소자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	임소자 2.5명당 1명	필요수	1명 (임소자 50명 이상인 경우로 한정함)	필요수	필요수	필요수
	1명	1명	필요수	필요수	1명	필요수	임소자 2.5명당 1명	필요수	필요수	필요수	필요수	
노인요양공동 생활가정	1명	1명	1명	1명	1명	1명	임소자 3명당 1명					

주: 위생원: 세탁물을 진탕 위탁처리하는 경우에는 두지 아니할 수 있다.

영양사: 영양사가 소속되어 있는 업체에 급식을 위탁하는 경우에는 두지 아니할 수 있다.

사회복지사: 임소자에게 건강유지, 여가선용 등 노인의 복지제공계획을 수립하고, 복지증진에 관하여 상담·지도하는 자

요양보호사: 요양서비스가 필요한 노인에게 신체활동지원 서비스와 그 밖의 일상생활지원 서비스를 제공하는 자

모든 종사자는 시설의 장과 근로계약이 체결된 자이어야 한다. 부록

자료: 『노인복지법 시행규칙』 제22조 제1항 관련 별표4.

1) PSM 이용 노인장기요양보험 수급·비수급가구 비교(1·2분위)

〈부표 6〉 노인장기요양보험 수급 현황(1·2분위)

노인장기요양보험 수급여부	Freq.	Percent	Cum.
0	798	97.08	97.08
1	24	2.92	100
Total	822	100	

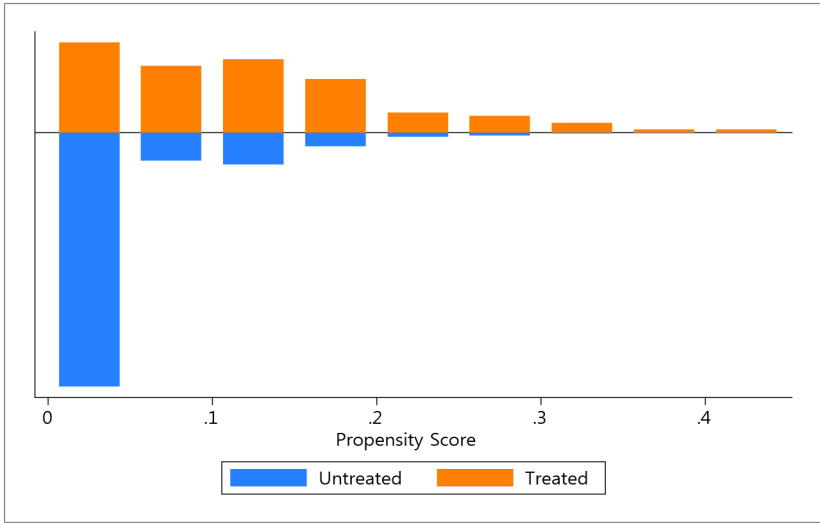
〈부표 7〉 프로빗 분석 결과(1·2분위)

ltc_yes	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
가구원수	0.2922	0.3151	0.93	0.3540	-0.3253	0.9097
가구원 중 장애인 존재	0.7593	0.2409	3.15	0.0020	0.2872	1.2314
연금	-0.0006	0.0018	-0.33	0.7390	-0.0041	0.0029
건강보험 보유	-0.3630	0.2427	-1.5	0.1350	-0.8387	0.1126
서울/광역시	0.0199	0.2447	0.08	0.9350	-0.4596	0.4994
연령	0.0633	0.0187	3.38	0.0010	0.0266	0.0999
여성	0.1937	0.3419	0.57	0.5710	-0.4763	0.8637
고등학교 이상	0.4693	0.8343	0.56	0.5740	-1.1659	2.1045
상수	-7.0469	1.6790	-4.2	0.0000	-10.3378	-3.7561
관측치	464					
Log likelihood	-81.38					

〈부표 8〉 수급·비수급 가구 성향점수 분포(1·2분위)

Inferior of block of pscore	0	1	Total
0.019365	275	19	294
0.2	14	4	18
0.4	0	1	1
Total	289	24	313

[부도 1] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램(1·2분위)



<부표 9> 수급·비수급 가구 통제변수 비교(1·2분위)

Variable	Mean			t-test	
	Treated	Control	%bias	t	p> t
가구원수	1.3750	1.3525	4.80	0.69	0.4990
가구원 중 아픈 고령자 존재	1.0000	1.0000	0.00	.	.
가구원 중 만성질환자 존재	1.0000	1.0000	0.00	.	.
가구원 중 장애인 존재	0.5000	0.5059	-1.30	0.45	0.6590
연금	17.3750	20.8030	-5.60	-0.38	0.7050
건강보험 보유	0.6667	0.6814	-3.30	-0.21	0.8350
민간의료보험 보유	0.0000	0.0000	0.00	.	.
서울/광역시	0.2917	0.2676	5.20	0.31	0.7570
연령	79.9170	79.2720	8.50	1.14	0.2680
여성	0.6667	0.7150	-10.40	-1.01	0.3240
고등학교 이상	0.0417	0.0212	12.00	1.20	0.2440

2) PSM 이용 노인장기요양보험 수급·비수급가구 비교(4·5분위)

〈부표 10〉 노인장기요양보험 수급 현황(4·5분위)

노인장기요양보험 수급여부	Freq.	Percent	Cum.
0	772	93.12	93.12
1	57	6.88	100
Total	829	100	

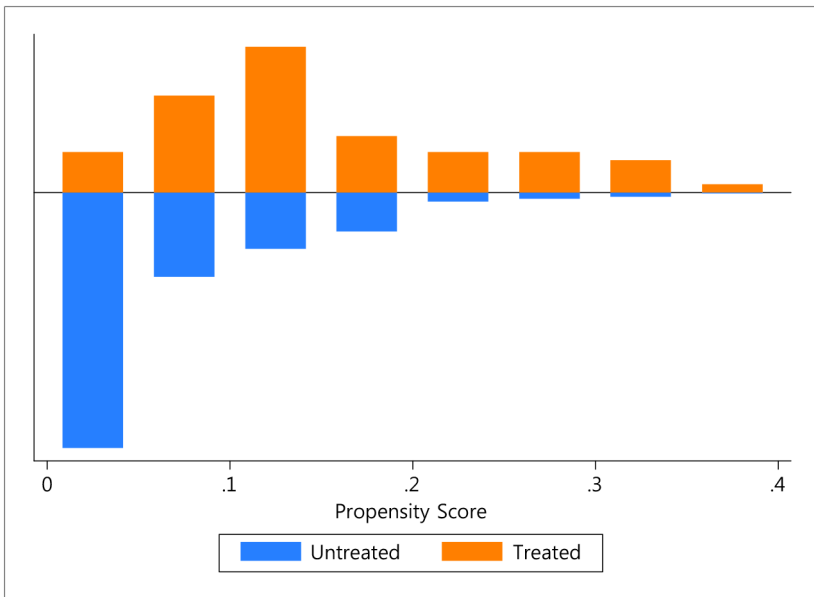
〈부표 11〉 프로빗 분석 결과(4·5분위)

변수	Coef.	Std. Err.	z	P>z	[95% Conf. Interval]	
가구원수	0.0518	0.0631	0.82	0.4120	-0.0719	0.1756
가구원 중 아픈 고령자 존재	1.0421	0.1870	5.57	0.0000	0.6757	1.4086
가구원 중 장애인 존재	0.5125	0.1502	3.41	0.0010	0.2182	0.8068
연금	0.0000	0.0001	-0.35	0.7230	-0.0003	0.0002
건강보험 보유	-0.0662	0.3467	-0.19	0.8490	-0.7457	0.6133
민간의료보험 보유	0.5172	0.1867	2.77	0.0060	0.1513	0.8831
서울/광역시	0.1478	0.1561	0.95	0.3440	-0.1581	0.4538
연령	0.0063	0.0074	0.85	0.3940	-0.0082	0.0209
여성	0.1421	0.1834	0.77	0.4380	-0.2174	0.5016
고등학교 이상	0.1483	0.2237	0.66	0.5070	-0.2902	0.5868
상수	-3.1746	0.7202	-4.41	0.0000	-4.5862	-1.7631
관측치	798					
Log likelihood	-173.98					

〈부표 12〉 수급·비수급 가구 성향점수 분포(4·5분위)

Inferior of block of pscore	0	1	Total
0,006399	423	17	440
0.1	155	25	180
0.2	34	15	49
Total	612	57	669

[부도 2] 수급·비수급 가구 성향점수 히스토그램(4·5분위)



〈부표 13〉 수급·비수급 가구 통제변수 비교(4·5분위)

Variable	Mean			t-test	
	Treated	Control	%bias	t	p> t
가구원수	3.1228	3.1286	-0.40	0.18	0.8580
가구원 중 아픈 고령자 존재	0.8772	0.8620	3.60	0.86	0.3910
가구원 중 만성질환자 존재	1.0000	1.0000	0.00	.	.
가구원 중 장애인 존재	0.5965	0.5673	6.10	1.00	0.3230
연금	156.3300	178.0700	-4.60	-0.35	0.7280
건강보험 보유	0.9474	0.9530	-2.60	-0.17	0.8640
민간의료보험 보유	0.4386	0.4042	7.10	0.92	0.3600
서울/광역시	0.3684	0.3938	-5.30	-0.18	0.8590
연령	62.2980	62.7610	-3.50	-0.41	0.6850
여성	0.2281	0.2224	1.40	0.16	0.8720
고등학교 이상	0.1579	0.1588	-0.30	0.20	0.8380

<국문요약>

노인장기요양보험제도의 중·장기적 개선방안에 대한 연구: 지출 효율화 방안을 중심으로

윤성주

본 연구는 제도 도입 6년차를 맞이하고 있는 우리나라 노인장기요양 보험제도의 현황을 살펴보고, 지출적 측면에서의 효율화 방안을 제시·검토하였다. 보고서에서 제안하고 있는 두 가지 지출 효율화 방안은 급여를 제공하는 장기요양기관들을 대상으로 그들이 제공하는 서비스의 질에 따라 급여를 차등지급하는 공급 측면과, 현재 이용량과 무관하게 적용되고 있는 본인부담률을 이용량에 따라 차등화하는 수요 측면을 살펴보았다. 분석에 있어서는 두 가지 방안 각각에 있어 이론적 모델을 설정하고, 접근가능한 자료들을 이용하여 시뮬레이션을 수행하여 제도 전환으로 인한 건강보험공단의 지출 감소액 및 감소된 급여로 인하여 추가적으로 서비스를 제공할 수 있는 대상의 수를 살펴보았다.

장기요양기관에 대한 공단의 지급급여 차등화 방안은 제도 도입 이후 짧은 기간에 급격히 증가한 급여서비스 기관의 수로 인하여 질적인 측면에서 적절히 통제되지 않았을 것이라는 가능성에서 출발하였다. 국민건강보험공단이 실시한 평가 결과에 의하면 기관들 사이에 격차가 나타나고 있으며, 시간이 지날수록 그 격차가 유지되거나 증가하는 모습을 보이고 있다. 특히 최근에 많이 개설되고 있는 소규모 기관들이 평가에서 좋지 못한 결과를 보이고 있다. 이에 본 연구에서는 평가 결과 나타나는 A에서 E까지의 5개 등급을 이용하여 공단이 지급하는 급여의 수준을 2개, 3개, 5개 등급으로 차등화하는 방안에 대한 모델을

설정하고 시뮬레이션을 수행하여 정책변수 설정에 따라 공단의 급여지출 수준이 상이하게 나타나는 것을 보였다.

급여서비스 이용량에 따라 본인부담률을 차등화 하는 방안은 제도도입 이후 이용자 총 수 뿐만이 아니라 1인당 요양비와 이용량 또한 지속적으로 증가하고 있는 추세에 기인하여 살펴보았다. 건강상태가 비슷한 수준임에도 불구하고 본인부담금이 낮거나 존재하지 않는 경감대상자와 기초수급자의 이용량이 일반대상자에 비하여 높게 나타나고 있다. 이에 본 연구에서는 본인부담률이 이용량에 따라 2단계 계단식과 Coverage Gap이 존재하는 3단계 방식으로 변화하는 모델을 설정하여 시뮬레이션을 수행하였다. 시뮬레이션 결과는 상대적으로 건강한 대상자가 많고 이용량 관련 정책변수가 Coverage Gap을 넓히는 방향으로 작용할 경우, 현재 수준 대비 공단이 지출하는 급여액의 규모가 크게 감소하는 것으로 나타났다.

본 연구에서 제시하는 방안이 정책에 반영되기 위해서는 기관들이 신뢰하고 수용할 수 있는 평가시스템, 건강수준을 해치지 않는 범위에서의 본인부담률 제도 설정 등 추가적으로 고려하여야 할 사항들이 많다. 이를 위해서는 추가적인 미시자료를 이용한 후속연구가 필요할 것이다.

<Abstract>

A Study on the Improvement Plan of Long-term Care Insurance: Focused on the Efficient Expenditure

Sung-Joo Yoon

This study is about Long-Term Care(LTC) Insurance system in Korea: it particularly focuses on the expenditure aspect. With rapid aging of the population, the demand for LTC in Korea is thought to rise sharply in the near future, which would affect the LTC expenditure. However, previous studies have mostly focused on the quality control of the service, and the effects of LTC on employment or health status, rather than expenditure aspect. The main objective of this study is to suggest a way to manage LTC expenditure efficiently. Here, we provide two systems. The first one is to introduce 'pay for performance system' into LTC institution. Under the current system, institutions receive payments from National Health Insurance Corporation(NHIC) regardless of the service quality: so, we propose pay for performance system in order to improve the service quality, which would attain efficient LTC expenditure as well. The second one is to increase the individual co-payment according to usage. Currently, the unit price of LTC service is constant: therefore, the probability for the recipient to reduce the amount of use voluntarily is quite low. We believe that the unit price which depends on the amount of use might change recipients' behavior,

which would reduce the LTC expenditure. For analysis, we set up simple model for each system and perform simulations with several parameters. We show that the effect of the system varies considerably depending on the policy parameter values.

<저자약력>

윤성주

서강대학교 경제학과 졸업

미국 Indiana University 경제학 박사

현, 한국조세재정연구원 부연구위원

자료 수집 및 정리

김규현 한국조세재정연구원 연구원

권정애 한국조세재정연구원 주임연구행정원

연구보고서 13-15

노인장기요양보험제도의 중·장기적 개선방안에 대한 연구:
지출 효율화 방안을 중심으로

2013년 12월 24일 인쇄
2013년 12월 31일 발행

저 자 윤성주

발행인 옥동석

발행처 한국조세재정연구원

138-774 서울특별시 송파구 송파대로 28길 28

전화 : 2186-2114(대), www.kipf.re.kr

등록 1993년 7월 15일 제21-466호

조판및
인쇄 고려씨엔피

© 한국조세재정연구원 2013

ISBN 978-89-8191-687-9

* 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.

값 7,000원