

사업평가 15-04 (통권 339호)

노인장기요양사업 평가

2015. 9

하현선



2050년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 OECD 국가 가운데 일본에 이어 2위가 되면서 노인장기요양보험 지출이 급증할 것으로 전망되므로 장기 재정전망과 더불어 운용방안을 마련할 필요가 있음. 또한 지역 간 요양인정 및 등급판정 격차를 해소하고, 장기요양기관에 대한 관리·감독을 강화하는 한편 복지용구 가격을 적정하게 책정할 필요가 있음.



국회예산정책처
National Assembly Budget Office

노인장기요양사업 평가

사업평가 15-04(통권339호)

노인장기요양사업 평가

총 괄 | 조영철 사업평가국장

기획·조정 | 조신국 행정사업평가과장

작 성 | 하현선 행정사업평가과 사업평가관

지 원 | 이서진 행정사업평가과 행정실무원

「사업평가 보고서」는 국가 주요사업에 대한 종합적이고 체계적인 평가를 통하여 주요 정책 및 사업에 대한 문제점을 진단하고 개선방안을 모색함으로써, 국회의 예산 및 법안 심사와 의제 설정을 실효성 있게 지원하기 위한 것입니다.

문의 : 사업평가국 행정사업평가과 | 02) 788-4749 | peb4@assembly.go.kr

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)를 통하여 보실 수 있습니다.

노인장기요양사업 평가

하현선

2015. 9

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 「보고서발간심의위원회」의 심의(2015. 9. 7)를 거쳐 발간되었습니다.

발 간 사

노인장기요양제도는 혼자서 생활할 수 없는 65세 이상 노인 등의 생활안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어주고자 2008년부터 실시되고 있습니다. 도입 당시 약 8,000여 개였던 노인장기요양기관은 2014년에 약 1만 7,000개로 늘어났고, 장기요양보험의 급여지출도 연평균 약 42.4%씩 증가하여 2008년 4,314억원에서 2014년 3조 5,984억원에 이르렀습니다.

이렇게 노인장기요양보험제도를 실시함에 따라 가족의 수발비용 부담이 감소하고, 수급자와 가족의 심리적 안정감이 높아지는 등 긍정적인 성과가 있다고 생각됩니다.

한편 통계청에 따르면 2015년 기준 우리나라 국민의 기대수명은 81.4세이고, 2050년에는 88.4세로 늘어날 것이라고 합니다. 또한 2013년 기준 우리나라 65세 이상 노인의 빈곤율(49.6%)과 노인자살률(33.5%)은 OECD 회원국 중 가장 높은 실정입니다. 다른 사회복지 분야에서도 서비스수요가 계속 증가하고 있지만 노인인구의 증가 및 부양부담과 밀접하게 관련되어 있는 노인장기요양보험의 운영이 점점 중요해질 전망입니다.

이같은 중요성에도 불구하고 노인장기요양보험사업은 보험재정의 급속한 증가, 서비스이용 및 접근의 적정성, 장기요양기관의 잦은 폐업과 불법적 행태 등에 많은 문제가 있으며, 정부가 이를 관리감독하는 과정에도 일부 문제점이 있는 것으로 보입니다. 이번 노인장기요양사업 평가보고서를 통해 이러한 문제들을 고민하면서 해결방안을 모색해 보았습니다.

본 사업평가보고서가 노인장기요양사업에 관심을 가지고 계시는 의원님들의 의정활동에 기여가 되기를 바랍니다.

2015년 9월

국회예산정책처장 김 준 기

요 약

- 2014년 결산 기준 노인장기요양보험 수입은 약 4조 1천억원, 지출은 3조 8천억원이며, 2015년 기준 예상 재정운용규모는 4조 4천억원임.
- 노인장기요양보험의 장기 재정전망과 운용방안을 마련할 필요가 있음.
 - 2008년도 이후 연평균 지출증가율(38.1%)이 수입증가율(29.8%)보다 큼.
 - OECD통계에 따르면 2010년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 11.0%로 조사대상 26개 국가 중 25위이나, 2050년에는 37.4%로 증가하여 일본에 이어 2위가 되면서 노인장기요양 수요가 급증할 것으로 전망됨.
 - 2011년에 국민건강보험공단이 실시한 보험재정 지출추계액은 2030년에 최대 9조 9천억원, 2050년에 최대 35조 6천억원이며, 이에 따라 국고지원금도 2030년에 1조 3천억원, 2050년에 4조 7천억원으로 증가할 전망이다.
- 지역 간 요양인정 및 등급판정 격차를 해소할 필요가 있음.
 - 전북, 전남, 광주, 경남 등은 요양신청자 중 인정을 받지 못한 비율이 3년 연속 40% 내외인 반면 경기도와 서울시는 20% 내외임.
 - 1·2등급 판정비율 역시 전북 등은 5~10% 내외이나, 서울 등은 10~15% 내외로 격차가 발생하고 있음.
- 장기요양기관 관리·감독을 강화할 필요가 있음.
 - 국민건강보험공단 평가결과 최하위 등급을 받은 기관 중 약 20%가 격년제인 2년 후 평가에서도 계속 최하위 등급을 받고 있음.
 - 공단의 평가결과 시설·인력이 법정기준에 미달한 기관을 단속권한이 있는 해당 지방자치단체에 통보하고 있지만, 보건복지부와 공단은 지방자치단체의 조치결과를 확인하지 못하고 있음.
 - 신고접수 및 장기요양기관 수가 증가하고 있으나 시·군·구 등 지방자치단체의 현지조사 실적은 2010년에 2,025건에서 2014년 921건으로 감소하였음.
- 국민건강보험공단이 책정(보건복지부 고시)한 복지용구 가격이 시중가격보다 높은 경우가 발생하고 있으므로 가격을 적정하게 책정할 필요가 있음.
 - 보건복지부 고시가격이 81만 9,000원인 A제품을 인터넷에서는 69만원대로 구매할 수 있는 등 유사한 사례가 다수 확인되었음.

1. 노인장기요양사업 개요

가. 사업현황

- 노인장기요양사업이란 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주고자 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사업임.
 - 여기서 노인 등이라 함은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말함.
- 우리나라는 노인 등의 장기요양 문제를 사회적 연대원리에 따라 해결하고자 2007년에 「노인장기요양보험법」을 제정하여 2008년부터 노인장기요양사업을 시행하였음.
 - 「노인장기요양보험법」에 따라 보건복지부는 관련 법령과 제도 및 재정운영에 대한 총괄적인 권한과 책임이 있으며, 지방자치단체는 요양시설 관리, 요양보호사 양성 및 관리 등 노인요양서비스 인프라를 관리·감독하고 있음.
 - 국민건강보험공단은 보험료 부과·징수, 자격관리, 급여비용 심사 및 사후관리 등 노인장기요양제도의 실질적인 운영을 맡고 있음.
- 장기요양급여의 종류는 「노인장기요양보험법」 제23조에 따라 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 분류됨.
 - 재가급여에는 주·야간 및 단기보호 그리고 요양보호사 등 장기요양요원이 장기요양급여를 받을 자의 가정을 방문하여 가사활동, 목욕제공, 진료보조 등을 지원하는 서비스가 있음.
 - 시설급여는 수급자가 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등의 노인의료복지시설에 입소하여 생활하는 것임.
 - 특별현금급여에는 도서·벽지 등 노인장기요양기관이 현저히 부족한 지역이나 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 사람에게 지원하는 가족요양비, 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 생활한 경우 지급하는 특례요양비, 요양병원에 입원했을 경우 간병비 일부를 지원하는 요양병원 간병비가 있음.

나. 보험재정 수입 및 지출 결산현황

- 노인장기요양보험은 국가재정이 아닌 사회보험으로 주된 재원은 장기요양보험료, 국고지원금, 국가 및 지방자치단체 부담금 등임.
 - 장기요양보험료 징수액은 건강보험료의 6.55%이며, 국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하여야 함.
 - 또한 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용을 부담함.
 - 본인부담금 및 식대 등 비급여액은 이용자가 직접 장기요양기관에 납부하며 보험재정에 포함시키지 않음.
- 2014년 기준 노인장기요양보험 수입은 4조 1,487억원, 지출은 3조 8,497억원으로 당기차액은 2,991억원임.
 - 전체수입 중 장기요양보험료가 65.2%(2조 7,047억원)로 가장 많으며, 국고지원금은 12.1%(5,033억원), 의료급여부담금은 19.4%(8,025억원), 기타수입은 3.3%(1,383억원)임.
 - 전체지출 중 보험급여비는 93.5%(3조 5,984억원), 관리운영비는 5.1%(1,980억원), 기타지출은 1.4%(533억원)임.
- 2015년 기준 예상 재정운용규모는 4조 3,912억원임.

노인장기요양보험재정 수입·지출 현황(2008~2014년)

(단위: 백만원, %)

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
수입 (A)	장기요양보험료	477,011	1,199,552	1,831,555	2,142,332	2,369,669	2,542,098	2,704,720
	국고지원금	120,747	204,351	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301
	의료급여 부담금	266,137	660,082	670,449	677,322	701,778	743,938	802,459
	기타	5,080	20,944	43,418	55,180	74,983	86,118	138,263
	합 계	868,975	2,084,929	2,877,740	3,263,144	3,561,673	3,831,212	4,148,743
지출 (B)	장기요양보험급여비	431,414	1,746,732	2,415,263	2,602,664	2,732,833	3,099,534	3,598,415
	관리운영비	107,897	135,721	144,137	155,571	166,256	178,158	197,989
	기타	15,589	26,010	29,735	29,522	38,233	40,269	53,274
	합 계	554,901	1,908,463	2,589,135	2,787,757	2,937,322	3,317,961	3,849,678
당기차액(A-B)		314,074	176,466	288,605	475,387	624,351	513,251	299,065

주: 특별회계를 포함한 금액임.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성

2. 재정운용관리 강화 필요

가. 장기 재정운용방안 마련 필요

- 노인장기요양보험이 시작된 2008년부터 2014년까지 연평균 지출증가율은 38.1%로서 수입증가율(29.8%)보다 높음.
 - 비교적 제도가 안정된 최근 5년간의 연평균 지출속도(10.4%)도 건강보험(6.5%), 고용보험(3.9%), 산업재해보상보험(2.1%) 등 다른 사회보험보다 빠름.
- 노인장기요양보험의 지출 특히 급여비가 빠르게 증가하고 있는 것은 수가인상보다는 이용자 수 증가가 더 많은 영향을 미치고 있기 때문임.
 - 수가인상은 대체로 물가상승률과 큰 차이가 없지만, 이용자 수는 2009년 대비 1.5배 증가하였음.
 - 통계청 장래인구 추계에 따르면 2008년 기준 65세 이상 노인인구는 약 506만명이었는데, 2025년에는 1,000만명을 돌파하고, 2040년에는 1,600만명까지 증가하여 약 30년 사이에 노인인구가 3배 이상 늘어날 것으로 예상됨.
 - 또한 OECD통계에 따르면 2010년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 11.0%로 26개 국가 중 25위이나 2050년에는 37.4%로 증가하여 일본에 이어 2위가 되면서 노인장기요양 수요도 계속 증가할 것으로 전망됨.
- 보건복지부(2008)와 국민건강보험공단(2010;2011)에서 실시한 보험재정 지출추계에 따르면 2030년 지출액은 최소 9조 6,400억원에서 최대 15조 6,700억원까지 증가하고, 2050년에는 최소 34조 2,200억원에서 최대 73조 4,200억원까지 증가할 전망이다.
 - 2014년 추계액이 실제보다 과소추계된 점을 감안할 때 2030년과 2050년의 실제 지출액은 현재 추계된 금액보다 더 커질 가능성이 있음.
 - 보험료를 등이 현재와 동일한 상황이라고 가정했을 때 2030년 국고지원금은 최소 1조 2,600억원에서 최대 2조 500억원으로, 2050년에는 최소 4조 4,800억원에서 9조 6,100억원으로 증가할 전망이다.
- 보건복지부가 「사회보장기본법」에 따라 격년으로 실시 및 공개하고 있는 중장기 사회보장 재정추계는 전체 사회보험에 대한 재정추계액만 제시하고 있어서 노인장기요양보험 등 각각의 보험별로 확인할 수 없음.

- 향후 장기적인 재정안정을 도모하고 재정부담을 선제적으로 관리할 수 있도록 장기 재정전망과 운용방안 마련이 필요함.

나. 법정 국고지원 비율 준수 필요

- 정부는 「노인장기요양보험법」에서 규정하고 있는 법정 국고지원 의무를 준수할 필요가 있음.
 - 장기요양보험료의 20%를 국고로 지원하여야 하나 실제로는 매년 약 18%만 지원하였으며, 2009년부터 2014년까지의 차액은 총 2,554억 200만원임.

3. 요양인정 및 등급판정의 적정성

가. 요양인정 및 이용률 국제비교

- 2011년 기준 우리나라 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율은 6.4%로서 OECD 평균(12.7%)의 절반수준이며 통계기준만으로는 우리나라의 인정비율을 제고하여야 하는 것으로 보임.
- 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율은 2009년 5.4%에서 2014년 6.6%로 높아져 왔으며, 이러한 제도의 확대는 외형상 적절한 것으로 판단됨.
 - 보건복지부는 2014년 7월부터 종전의 3등급 체계에서 3등급을 3,4등급으로 구분하고, 경증치매를 5등급으로 신설하여 5등급 체계로 확대하였으며, 요양에서 제외되지만 돌봄서비스 등이 필요한 사람에게는 사회복지서비스를 알선하기로 하였음.
- 그러나 장기요양보험은 국가별로 제도가 다른 특성이 있어 단순비교는 적절하지 않으며, 확대에 대한 국민적 공감도 필요하므로 주의할 필요가 있음.
 - 일본의 경우 우리나라보다 2배인 12.8%(2011년 기준)이지만 일본은 경증노인도 요양인정을 해주는 등 우리나라와 등급인정 체계가 다른 점이 있음.
 - 장기요양보험이 아닌 다른 사회복지서비스 대상자가 포함되어 있는 국가도 있음.

나. 지역 간 요양인정 및 등급판정의 격차해소를 위한 노력 필요

- 요양인정과 등급판정에 있어서 지역 간 편차가 계속 발생하고 있음.
 - 요양신청자 가운데 인정을 받지 못한 비율이 최근 3년간 전북, 전남, 광주, 경남 등은 40% 내외인 반면 경기도와 서울시는 20% 내외임.
 - 1·2등급으로 판정되는 비율 역시 최근 3년간 전북 등은 5~10% 내외이지만 서울 등은 10~15% 내외로 차이가 계속 발생하고 있음.

장기요양급여 신청자 중 요양인정을 받지 못한 비율

(단위: %)

순번	지역	2012	2013	2014	3년 평균
1	전라북도	44.9	43.7	41.7	43.4
2	전라남도	43.7	41.1	38.0	40.9
3	광주광역시	39.3	38.8	37.5	38.5
4	경상남도	42.3	39.0	36.4	39.2
5	부산광역시	37.1	34.3	33.2	34.9
6	경상북도	34.7	33.3	31.0	33.0
7	대구광역시	32.0	30.2	27.8	30.0
8	충청남도	29.4	27.8	27.0	28.1
9	울산광역시	28.5	26.8	26.0	27.1
10	대전광역시	29.0	27.0	25.9	27.3
11	충청북도	27.6	26.4	25.0	26.3
12	강원도	27.2	25.8	24.7	25.9
13	세종특별시	25.4	25.5	24.6	25.2
14	인천광역시	27.3	25.5	24.3	25.7
15	제주도	27.9	24.8	22.7	25.1
16	경기도	24.3	23.3	21.2	22.9
17	서울특별시	20.1	18.7	17.0	18.6
평 균		31.0	29.3	27.5	29.3

주: 1. 2014년 기준 요양인정을 받지 못한 비율이 높은 지역 순으로 나열함.
 2. 신청자는 구비서류 미충족, 65세 미만 노인성질환 미인정, 급성기질환자, 등급판정 진행 중인 자를 제외한 등급판정을 완료한 등급판정자(1~5등급 판정자 및 등급외자를 포함)임.
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

- 국민건강보험공단은 지역별 편차를 개선하기 위해 편차 발생요인을 분석하여 모니터링하는 등 노력하고 있는 것으로 파악되지만, 뚜렷한 성과를 보이지 못하고 있음.
 - 국민건강보험공단은 요양인정 및 등급판정을 위한 방문조사시 주관적 판단의 여지가 많은 점을 감안하여, 객관성을 높이기 위해 2인 1조를 원칙으로 하고 있지만, 2014년 기준 2인 1조로 조사를 실시한 비율은 19.2%임.
- 보건복지부와 국민건강보험공단은 장기요양인정 및 등급판정에 있어 지역간 편차가 발생하는 원인을 보다 면밀히 분석하고, 방문조사의 객관성과 전문성을 높이기 위한 대책을 강구할 필요가 있음.

4. 장기요양기관 관리 강화 필요

가. 장기요양기관의 안정성 제고 필요

- 최근 4년간 시설급여기관은 한 해 평균 785개가 신설되고 537개가 폐업하는 등 잦은 신설 및 폐업 등으로 서비스 공급이 불안정한 상태임.
 - 시장화에 따른 불가피한 측면이 있지만, 휴·폐업 규모가 커서 장기요양기관 운영자의 경제적 실패뿐만 아니라 서비스 이용자의 불편이 큼.
- 소규모 시설인 경우 평균수가가 원가에 미치지 못하는 등 적자 가능성이 높으므로 관련 대책마련이 필요함.
 - 2012년에 노인 1인 평균수가와 원가의 차이가 10~20인 미만인 기관은 7,032원, 30~40인 미만인 기관은 1,981원, 40~50인 미만인 기관은 4,019원 발생하는 것으로 조사된 바 있음.
 - 시설들의 규모를 적정수준으로 유도하는 한편 70인을 기준으로 산출된 수가 표준모형도 재검토할 필요가 있음.
 - 다만 이를 위해서는 재무·회계기준 마련과 이에 기초한 경영실태 분석이 전제가 되어야 할 것임.
 - 토지 및 시설에 대해 건설원가의 80%까지 저당권을 설정할 수 있는 현행 규정도 「영유아보육법」(50%)과 저당권 설정을 인정하지 않는 「사립학교법」

등에 비추어 기존 시설의 이익만 보호하는 결과가 되지 않도록 단계적으로 낮추는 방안을 검토할 필요가 있음.

나. 국민건강보험공단의 장기요양기관 관리·평가 강화 필요

- 국민건강보험공단은 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양기관을 평가하고 그 결과를 공개하고 있으나 후속 절차가 적절하게 이루어지고 있지 않음.
 - 「노인장기요양보험법」 제38조는 급여평가결과에 따라 장기요양급여비용을 가산 또는 감액할 수 있음.
 - 그런데 평가결과가 좋은 기관에 대해서는 장기요양급여비용을 가산해주지만 반대로 미흡한 기관은 감액을 하지 않고 방문상담 정도의 사후관리만 실시하고 있음.
 - 그 결과 장기요양기관 평가 결과 최하위 등급인 E를 받았던 재가급여 기관의 1/4, 시설급여 기관의 1/5 가량은 2년 후 평가에서도 다시 E등급을 받고 있는 것으로 나타남.
- 따라서 국민건강보험공단은 최하위 평가관정을 받은 기관의 서비스 질을 개선하기 위하여 법령에 따른 장기요양급여비용 감액을 적극적으로 적용할 필요가 있음.
- 또한 국민건강보험공단의 평가결과 시설·인력 등이 법정 기준에 미달한 기관을 단속권한이 있는 해당 지방자치단체에 통보하고 있으나 보건복지부와 공단은 지방자치단체의 조치결과를 확인하지 못하고 있음.
- 따라서 공단은 조치가 필요한 기관을 지방자치단체뿐만 아니라 보건복지부에도 함께 통보하고, 해당 지방자치단체는 경고, 업무정지, 지정취소, 폐쇄명령 등 필요한 조치를 한 후 그 결과를 보건복지부에 보고하도록 제도를 개선할 필요가 있음.

다. 지방자치단체의 현지조사 등 관리감독 강화 필요

- 법령 위반에 대한 신고 또는 장기요양기관 수가 증가하고 있으나 지방자치단체의 현지조사 실적은 오히려 감소하고 있는 추세임.

- 비교적 제도가 정착된 2010년부터 2014년까지 신고접수 건수는 95건, 138건, 162건, 237건, 366건 등으로 매년 증가하여 왔고, 장기요양기관 수도 2010년 14,979개에서 2014년 16,525개로 증가하였으나, 현지조사 건수는 2010년 2,025건에서 2014년 921건으로 감소하는 추세임.
- 또한 공단의 평가결과 시설 및 인력 기준이 미흡하다는 판정을 받은 기관의 비율이 높은 충남, 전남, 부산, 경북, 경남 등의 현지조사 비율이 더 낮아지고 있는 경향을 보이고 있음.
- 자신을 보호하기 어려운 노인 등 서비스 이용자를 보호하기 위하여 지방자치단체는 장기요양기관에 대한 관리감독을 강화할 필요가 있음.

5. 복지용구가격 적정성 검토 필요

- 국민건강보험공단이 책정(보건복지부 공시)한 복지용구 가격이 인터넷 최저가보다 비싼 경우가 많이 발생하고 있으므로 보건복지부와 국민건강보험공단은 복지용구가격을 적정하게 책정할 필요가 있음.
 - 2015년 7월 기준 보건복지부의 공시가격과 인터넷 판매가격을 조사한 결과 전체 제품 수 약 200여 개 가운데 일부 제품은 최대 12만원까지 차이나는 것으로 나타남.
 - 보건복지부 고시가격이 81만 9,000원인 A제품을 인터넷에서는 69만원대로 구매할 수 있는 등 유사한 사례가 다수 확인되었음.

차 례

I. 서 론 / 1	
1. 평가배경과 목적	1
2. 평가범위와 방법	2
II. 노인장기요양사업 개요 / 3	
1. 사업현황	3
2. 보험재정 수입 및 지출 결산현황	7
III. 재정운용관리 강화 필요 / 11	
1. 장기 재정운용방안 마련 필요	11
2. 법정 국고지원 비율 준수 필요	26
IV. 요양인정 및 등급판정의 적정성 / 27	
1. 요양인정 및 이용률 국제비교	27
2. 지역 간 요양인정 및 등급판정의 격차해소를 위한 노력 필요	32
V. 장기요양기관 관리 강화 필요 / 43	
1. 장기요양기관의 안정성 제고 필요	43
2. 국민건강보험공단의 장기요양기관 관리·평가 강화 필요	57
3. 지방자치단체의 현지조사 등 관리감독 강화 필요	61
VI. 복지용구가격 적정성 검토 필요 / 69	
VII. 결 론 / 79	
참고문헌 / 83	

표 차례

[표 1] 시행주체별 역할 및 기능	4
[표 2] 장기요양급여의 종류	5
[표 3] 연도별 노인장기요양 인정자 현황(2009~2014년)	6
[표 4] 노인장기요양보험 주요 재원	8
[표 5] 노인장기요양보험 예·결산 현황	9
[표 6] 노인장기요양보험재정 수입·지출 연평균 증가율(2008~2014년)	14
[표 7] 노인장기요양보험재정 수입·지출 현황(2008~2014년)	15
[표 8] 방문요양서비스 방문당 급여	16
[표 9] 방문목욕서비스 방문당 급여	16
[표 10] 단기보호 1일당 급여	17
[표 11] 재가급여 월 한도액	17
[표 12] 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 1일당 급여	18
[표 13] 노인장기요양서비스별 수가인상 내역	19
[표 14] 장기요양 등급별 서비스이용자 현황(2009~2014년)	20
[표 15] 등급별 장기요양 급여실적	20
[표 16] 노인장기요양보험 재정추계 선행연구 결과(이용자 수 및 지출액)	23
[표 17] 「사회보장기본법」에 따른 중장기 사회보장 재정추계 결과	24
[표 18] 연도별 사회보험별 재정수지	25
[표 19] 연도별 장기요양보험 법정국고지원금 및 실제 지원액 차이	26
[표 20] 연도별 노인장기요양 인정자 및 서비스이용자 현황(2009~2014년)	28
[표 21] 일본 개호보험의 등급 인정(2013년 기준)	30
[표 22] 장기요양급여 신청자 중 요양인정을 받지 못한 비율	34
[표 23] 장기요양급여 신청자 중 1·2등급으로 판정된 비율	35
[표 24] 지역별 평균 요양인정점수	36
[표 25] 요양인정률과 지역별 특성 비교(2014년 기준)	38
[표 26] 최근 3년간 장기요양 등급판정위원회의 등급조정 현황(2011~2013년)	39
[표 27] 장기요양인정조사표 중 주요내용	40
[표 28] 2014년 기준 방문조사 실시현황	41

[표 29]	연도별 노인장기요양기관 추이(2008~2015년)	44
[표 30]	연도별 장기요양기관 신설 및 폐업 현황(2012~2015년)	46
[표 31]	2014년 기준 지역별 장기요양기관 폐업률	48
[표 32]	지역별 장기요양기관 폐업률 및 연평균증가율	49
[표 33]	표준모형 정원과 최근 5년간 노인장기요양기관(입소시설) 정원 비교 ..	50
[표 34]	노인요양시설 규모별 원가와 평균 수가(45,280원)간 차이(2012년 기준) ..	51
[표 35]	2013년 기준 시설급여기관 입소정원 대비 입소비율 50% 이하인 기관 수 ..	52
[표 36]	2014년 장기요양기관 조사결과 급여종류별 부당청구 유형	53
[표 37]	노인장기요양보험 비급여항목	54
[표 38]	노인장기요양기관 식사재료비(비급여항목) 조사결과	55
[표 39]	노인요양시설에 입소했을 경우 총 본인부담금액(2014년 1개월 기준) ..	56
[표 40]	연도별 장기요양기관 평가결과	58
[표 41]	장기요양기관 평가 결과 2차 연속 최하위 등급판정(E) 기관	59
[표 42]	노인장기요양서비스 질 관리체계	62
[표 43]	현지조사 유형 및 조사 대상기관	63
[표 44]	시설 및 인력기준 미흡판정을 받은 장기요양기관(2013년 기준)	65
[표 45]	지역별 장기요양기관 수 대비 현지조사 실시기관 비율	66
[표 46]	연도별 복지용구 제공 서비스 이용자 수 및 급여비	69
[표 47]	재가급여 이용자의 서비스별 이용실적	70
[표 48]	노인장기요양 서비스종류별 만족도	70
[표 49]	복지용구 관련 불편사항	71
[표 50]	노인장기요양 급여대상 복지용구 품목별 제품수 및 가격	73
[표 51]	복지용구 공급가격 조정내역(2013~2015년)	75
[표 52]	복지용구의 보건복지부 공시가격과 인터넷 판매가격 비교 (2015년 7월 셋째 주 기준)	76
[표 53]	복지용구 급여평가위원회의 심의사항 및 구성 현황	77

그림 차례

[그림 1] GDP 대비 노인장기요양보험 재정규모 비율(2011년도 기준)	11
[그림 2] 65세 이상 노인인구 비율의 현황 및 추계(2010년 및 2050년 기준) ..	12
[그림 3] 노인장기요양보험재정 수입·지출 추세(2008~2014년)	15
[그림 4] 등급별 장기요양 급여실적	21
[그림 5] OECD 국가의 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율(2011년 기준) ..	29
[그림 6] 장기요양 등급체계 개편 전·후 비교	31
[그림 7] 노인장기요양 등급판정 절차	33
[그림 8] 장기요양기관 신고건에 대한 지방자치단체의 현지조사 실시·처리 과정 ..	64
[그림 9] 노인장기요양보험 복지용구 급여체계	72

I. 서 론

1. 평가배경과 목적

통계청의 장래인구추계에 따르면 우리나라는 2000년에 65세 이상 노인인구가 전체 인구의 7%에 이르러 이미 ‘고령화 사회’에 진입했으며, 2020년경에는 노인인구비율이 14%를 넘어 ‘고령사회’, 2026년경엔 20%를 넘어 ‘초고령사회’에 도달할 것으로 예측된다.¹⁾ 이처럼 고령화가 급속도로 진행되고 있는 가운데 2013년 기준 우리나라 65세 이상 노인의 빈곤율²⁾은 49.6%로 OECD 회원국 중 가장 높는데, 이 수치는 OECD 회원국 평균(12.6%)보다 약 4배 높은 수준이다. 또한 전체 노인인구 대비 치매 노인의 비율은 지속적으로 증가하여 2010년 8.7%였으나 2020년에는 10.4%로 증가하고, 2050년에는 15.1%에 이를 것으로 전망³⁾되는 등 노인부양부담이 크게 증가하고 있다. 반면 여성의 노동참여 증가, 노인부양에 대한 인식변화 등에 따라 가족의 노인부양기능은 약화되고 있다.

우리나라는 이러한 사회·경제적 변화를 감안하여 노인 등의 생활안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하고자 지난 2007년에 「노인장기요양보험법」을 제정하였다. 이에 따라 2008년 7월 노인장기요양보험 제도가 도입되었으며, 도입 당시 약 8,000여 개였던 노인장기요양기관은 2015년 3월 기준 약 1만 7,000개로 늘어났고, 이를 통해 2014년 기준 주야간·단기보호 및 시설급여기관의 정원만도 약 19만명에 이르는 등 빠르게 증가하였다. 또한 장기요양보험의 급여지출은 2008년 4,314억원에서 2014년 3조 5,984억원으로 증가하였으며, 그동안의 연평균 증가율은 42.4%에 이르고 있다.

장기요양보험 도입에 따라 가족의 수발비용 부담이 감소하고 수급자와 가족의 심리적 안정감이 높아졌으며, 요양보호사 등 관련 인력수요에 따른 고용이 창출되는

1) UN 등 국제기준에 따르면 65세 이상 인구가 총인구를 차지하는 비율이 7% 이상이면 고령화사회(aging Society), 14% 이상이면 고령사회(aged Society), 20% 이상이면 초고령사회(post-aged society)로 보고 있다.

2) 빈곤율은 중위소득 50% 이하인 인구의 비율을 말한다.

3) 보건복지부, 「2012년 치매 유병률 조사」, 2013.

등 긍정적인 성과가 있었다. 실제로 2014년에 국민건강보험공단이 서비스 이용자와 부양가족을 대상으로 조사한 결과 전체 응답자 중 89.1%가 노인장기요양서비스에 전반적으로 만족한다고 응답하였으며, 90.5%가 가족의 부양부담이 감소되었다고 응답하였다.

이와 같은 긍정적인 사업성과에도 불구하고 노인장기요양보험 수급자인 노인 등이 신체적·정신적으로 건강하지 못하다는 점 그리고 서비스 수요·공급이 사실상 시장화되어 있다는 점 또한 노인인구의 증가에 따라 향후 서비스 수요가 계속 증가할 것이라는 점 등을 감안할 때 노인장기요양보험 제도를 제대로 운영하기 위한 국가적 노력이 계속 필요하다.

이에 따라 노인장기요양사업의 문제점을 분야별로 살펴보고, 효율성과 효과성 그리고 지속가능성을 제고하기 위한 방안을 모색하고자 한다.

2. 평가범위와 방법

본 보고서의 평가대상은 「노인장기요양보험법」에 따라 운영되고 있는 노인장기요양사업이다. 사업평가를 위해 먼저 제2장에서 노인장기요양사업의 기본적인 내용을 소개하면서 수입 및 지출 결산현황 등을 함께 살펴보았다. 제3장에서 노인장기요양사업의 보험재정 운용상황을 평가하였고, 제4장에서는 서비스이용자 수와 관련된 문제점을 분석하는 한편 제5장에서는 서비스 공급자인 장기요양기관과 관련된 정책과제를 살펴보았다. 마지막으로 제6장에서는 전체 재정규모에 비교하여 지출규모가 크지는 않지만 노인장기요양보험의 효율성 제고 차원에서 복지용구 가격의 적정성을 검토하였다.

II. 노인장기요양사업 개요

1. 사업현황

노인장기요양사업⁴⁾이란 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주고자 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사업이다. 여기서 노인 등이라 함은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.⁵⁾

우리나라는 노인의 간병·장기요양 문제를 사회적 연대원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하고자 2007년에 「노인장기요양보험법」을 제정하였다.⁶⁾ 「노인장기요양보험법」에 따라 보건복지부에는 관련 법령과 제도 및 재정운영에 대한 총괄적인 권한과 책임이 있으며, 지방자치단체는 요양시설 관리, 요양보호사 양성 및 관리 등 노인요양서비스 인프라를 관리·감독하고 있다. 그리고 국민건강보험공단은 보험료 부과·징수, 자격관리, 급여비용 심사 및 사후관리 등 노인장기요양제도의 실질적인 운영을 맡고 있다.⁷⁾

-
- 4) 「노인장기요양보험법」 제2조(정의) 3. “장기요양사업”이란 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 노인등에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다.
 - 5) 「노인장기요양보험법」 제2조(정의) 1. “노인등”이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
 - 6) 「노인장기요양보험법」[시행 2008. 7. 1.] [법률 제8403호, 2007. 4. 27, 제정] 제정이유
우리나라 인구의 고령화가 세계에서 유례가 없을 정도로 빠르게 진행됨에 따라 치매·중풍 등 일상생활이 어려운 노인들의 수도 날로 증가하고 있으나, 핵가족화·여성의 사회참여 증가 등으로 장기요양이 필요한 노인을 가정에서 돌보는 것이 어렵고 그 가정의 비용부담이 과중하여 노인장기요양 문제는 우리 사회가 시급히 해결해야 할 심각한 사회적 문제로 대두되고 있는 실정으므로, 노인의 간병·장기요양 문제를 사회적 연대원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하는 노인장기요양보험제도를 도입하여 노인의 노후생활 안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하려는 것이다.
 - 7) 노인장기요양보험제도는 건강보험제도와는 별개의 제도로 도입·운영되고 있지만 제도운영의 효율성을 도모하기 위하여 보험자 및 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 일원화하고 있다.

[표 1] 시행주체별 역할 및 기능

	역할 및 기능	법적 근거
보건복지부	법령 및 제도, 재정운영에 대한 총괄적인 권한과 책임	「노인장기요양보험법」 제7조제1항, 제58조 등
지방자치단체	요양시설 지정 및 취소 등 관리, 요양보호사 양성 및 관리 등	「노인장기요양보험법」 제31조, 제39조의2, 「노인복지법」 제39조 등
국민건강보험공단	보험료 부과·징수, 자격관리, 급여비용 심사 및 사후관리 등	「노인장기요양보험법」 제7조제2항, 제48조 등

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

장기요양급여의 종류는 「노인장기요양보험법」 제23조에 따라 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 분류된다. 재가급여에는 주·야간 및 단기보호 그리고 요양보호사 등이 장기요양급여를 받을 자(이하 “수급자”라 한다)의 가정을 방문하여 가사활동, 목욕제공, 진료보조 등을 지원하는 서비스가 있으며, 시설급여는 수급자가 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등의 노인의료복지시설에 입소하여 생활하는 것이다. 특별현금급여에는 도서·벽지 등 노인장기요양기관이 현저히 부족한 지역이나 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 사람에게 지원하는 가족요양비⁸⁾, 장기요양기관이 아닌 노인요양시설⁹⁾ 등의 기관 또는 시설에서 생활한 경우 지급하는 특례요양비, 요양병원¹⁰⁾에 입원했을 경우 간병비 일부를 지원하는 요양병원 간병비가 있다.

8) 등급에 관계없이 월 150,000원을 지급한다.

9) 「노인복지법」 제32조에 따른 노인주거복지시설(양로시설, 노인공동생활가정) 등이 있다.

10) 요양병원은 「의료법」에 따른 의료시설이며, 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)과 별개이다.

4 • II. 노인장기요양사업 개요

[표 2] 장기요양급여의 종류

종류		서비스 내용
재가 급여	방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원
	방문목욕	장기요양요원이 목욕장비를 갖추고 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공
	방문간호	간호사 등 장기요양요원이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주·야간 보호	하루 중 일정한 시간 동안 수급자를 장기요양기관에서 보호하며 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	단기보호	수급자를 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하며 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	기타 재가급여	수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활 지원
시설 급여	노인요양 시설	수급자가 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공받음.
	노인요양 공동생활 가정	- 입소자정원이 9인 이하이면 노인요양공동생활가정, 10명 이상이면 노인요양시설로 분류
특별 현금 급여	가족 요양비	도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역이나 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자에게 현금지급
	특례 요양비	수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설(지정 신청을 하지 않은 기관 및 지정 신청은 하였으나 지정받지 못한 기관) 등에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 당해 장기요양급여비용의 일부를 지급 - 「노인장기요양보험법」에 명시되어 있으나 현재 시행되고 있지 않음.
	요양병원 간병비	수급자가 「의료법」에 따른 요양병원에 입원한 때 장기요양에 사용되는 비용의 일부 요양병원 간병비로 지급 - 「노인장기요양보험법」에 명시되어 있으나 현재 시행되고 있지 않음.

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

한편 장기요양급여는 수급자 등급별로 지정기준과 서비스의 내용이 다른데 보건복지부는 「노인장기요양보험법 시행령」 제7조¹¹⁾에 따라 2014년 7월부터 3등급 체계에서 5등급 체계로 개편하여 등급을 세분하여 실시하고 있다.

노인장기요양 서비스를 받을 수 있는 요양인정자(수급자)는 해마다 증가하여 왔다. 2014년 기준 65세 이상 노인인구는 646만명인데, 이 가운데 요양인정자는 42만 명으로 인정비율은 6.6%에 이르고 있다.

[표 3] 연도별 노인장기요양 인정자 현황(2009~2014년)

(단위: 명, %)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상 노인인구(A)	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740
노인장기요양인정자(B) (신규요양인정자)	286,907 (139,626)	315,994 (88,763)	324,412 (66,103)	341,788 (66,840)	378,493 (76,773)	424,572 (85,215)
65세 이상 노인인구 중 요양인정자 비율(B/A)	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6

주: 사망자를 제외한 인원임.

자료: 국민건강보험공단, 「2013년 노인장기요양보험통계연보」, 2014; 「2014년 노인장기요양보험통계연보」, 2015를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

11) 「노인장기요양보험법 시행령」 제7조(등급판정기준 등) ① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.

1. 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자

6 • II. 노인장기요양사업 개요

2. 보험재정 수입 및 지출 결산현황

노인장기요양보험은 국가재정이 아닌 사회보험으로 주된 재원은 장기요양보험료¹²⁾, 국고지원금¹³⁾, 국가 및 지방자치단체 부담금¹⁴⁾ 등이다. 장기요양보험료 징수액은 건강보험료의 6.55%이며,¹⁵⁾¹⁶⁾ 국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하여야 한다. 또한 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 일부를 부담하여야 한다.

노인장기요양서비스를 이용하는 수급자는 일정부분 본인일부부담금을 내야 한다. 본인일부부담금은 재가급여 비용의 15%, 시설급여 비용의 20%이다.¹⁷⁾ 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자는 본인일부부담금을 내지 않으며, 의료급여 수급자 등 저소득층에게는 「노인장기요양보험법」 제40조에 따라 본인일부부담금 중 50%를 감경해주고 있다.¹⁸⁾ 다만 서비스이용자 본인일부부담금은 직접 노인장기요양기관에 납부하고 노인장기요양보험의 수입으로 계상하지 않는다.

- 12) 「노인장기요양보험법」 제8조(장기요양보험료의 징수) ① 공단은 장기요양사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수한다.
- 13) 「노인장기요양보험법」 제58조(국가의 부담) ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.
- 14) 「노인장기요양보험법」 제58조(국가의 부담) ② 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용(제40조제1항 단서 및 제3항제1호에 따라 면제 및 감경됨으로 인하여 공단이 부담하게 되는 비용을 포함한다) 및 관리운영비의 전액을 부담한다. ③ 제2항에 따라 지방자치단체가 부담하는 금액은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도와 시·군·구가 분담한다. ④ 제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 부담액 부과, 징수 및 재원관리, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
- 15) 「노인장기요양보험법시행령」 제4조(장기요양보험료율) 법 제9조제1항에 따른 장기요양보험료율은 1만분의 655로 한다.
- 16) 노인장기요양보험제도가 시작된 2008년에는 4.05%이었는데, 이후 2009년에 4.78%, 2010년에 6.55%로 상향조정되었다.
- 17) 「노인장기요양보험법」 제40조(본인일부부담금) ① 재가 및 시설 급여비용은 다음 각 호와 같이 수급자가 부담한다. 다만, 수급자 중 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자는 그러하지 아니하다.
 1. 재가급여: 당해 장기요양급여비용의 100분의 15
 2. 시설급여: 당해 장기요양급여비용의 100분의 20
- 18) 「노인장기요양보험법」 제40조(본인일부부담금) ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대하여는 본인일부부담금의 100분의 50을 감경한다.
 1. 「의료급여법」 제3조제1항제2호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자
 2. 소득·재산 등이 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자. 다만, 도서·벽지·농어촌 등의 지역에 거주하는 자에 대하여 따로 금액을 정할 수 있다.
 3. 천재지변 등 보건복지가족부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자

[표 4] 노인장기요양보험 주요 재원

재 원	내 용
장기요양보험료	건강보험료액의 6.55%(장기요양보험료율)
국고지원금	(국가) 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 공단에 지원
국가 및 지자체 (의료급여)부담금	(국가 및 지자체) 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담

주: 1. 장기요양보험료는 건강보험료와 통합하여 징수하며, 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정함.
 2. 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자는 본인일부부담금을 면제하고 있으며, 기타의료급여수급권자 등은 50% 감경함.
 자료: 국민건강보험공단, 「2014년 노인장기요양보험통계연보」, 2015.

2014년 기준 노인장기요양보험 수입은 4조 1,487억원, 지출은 3조 8,497억원으로 당기차액은 2,991억원이다. 전체수입 중 장기요양보험료가 65.2%(2조 7,047억원)로 가장 많으며, 국고지원금은 12.1%(5,033억원), 의료급여부담금은 19.4%(8,025억원), 기타수입은 3.3%(1,383억원)이다.

전체지출 중 보험급여비는 93.5%(3조 5,984억원), 관리운영비는 5.1%(1,980억원), 기타지출은 1.4%(533억원)이다. 2015년 기준 예상 재정운용규모는 4조 3,912억원이다.

[표 5] 노인장기요양보험 예·결산 현황

(단위: 백만원)

		2013 결산	2014 결산	2015 계획
수입 (A)	장기요양보험료	2,542,098	2,704,720	2,869,514
	지역보험료	467,260	470,659	516,513
	일반사업장보험료	1,765,514	1,935,087	2,023,007
	공교사업장보험료	175,043	163,607	180,342
	국가부담보험료	134,281	135,367	149,652
	국고지원금	459,058	503,301	517,978
	의료급여 부담금	743,938	802,459	903,644
	국가부담금	35,068	36,248	36,911
	지방자치단체부담금	708,870	766,211	866,733
	기타	86,118	138,263	100,109
	장기요양급여수익	—	164	4,102
	장기요양급여총당부채환입	—	30,401	—
	기타대손충당금환입	5	—	—
	징수금 등 수입	29,169	41,000	13,707
	기타수입	480	1,802	37,149
	고용보험안정수입금 등	601	217	—
	유형자산처분이익	37	13	—
	금융수익	55,826	64,666	45,151
	합 계	3,831,212	4,148,743	4,391,245
지출 (B)	장기요양보험급여비	3,099,534	3,598,415	4,065,800
	재가급여비	1,493,255	1,702,269	2,121,268
	시설급여비	1,598,158	1,886,698	1,934,486
	가족요양비	1,027	1,154	1,185
	의사소견서 발급비용	6,904	8,089	8,599
	방문간호지지서 발급비용	190	205	262
	관리운영비	178,158	197,989	214,516
	기타	40,269	53,274	110,929
합 계	3,317,961	3,849,678	4,391,245	
당기 차액 (A-B)	이월금	353,551	75,365	—
	적립금	159,700	223,700	—
	합 계	513,251	299,065	0

- 주: 1. 당해연도 당기차액 중 일부는 차기연도로 이월되며, 일부는 적립됨.
 2. 수입 중 국고지원금은 「노인장기요양보험법」 제58조에 따라 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원하는 것임.
 3. 수입 중 의료급여 부담금은 「노인장기요양보험법」 제58조에 따라 국가와 지방자치단체가 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지지서 발급비용 등을 부담하는 것임.
 4. 특별회계를 포함한 것임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

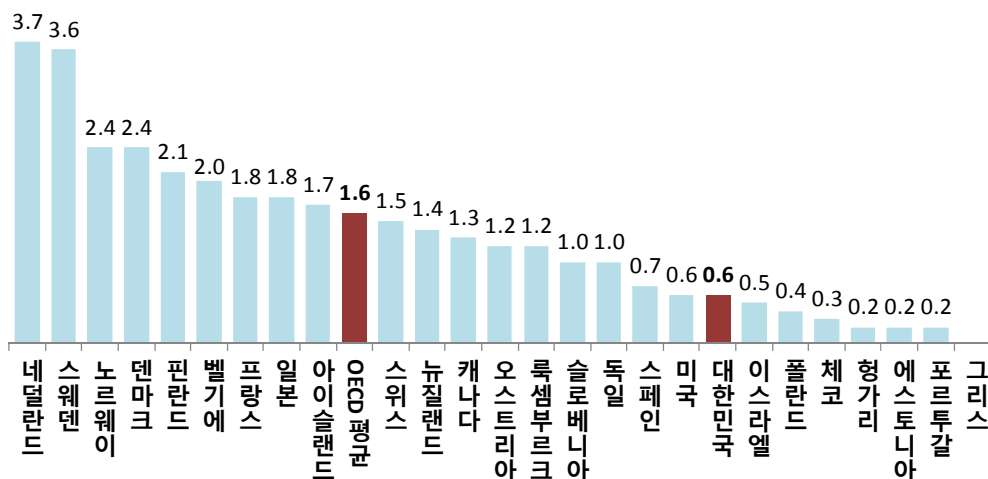
III. 재정운용관리 강화 필요

1. 장기 재정운용방안 마련 필요

2011년 기준 OECD 국가의 GDP 대비 노인장기요양보험 재정규모 비율을 비교해 보면 네덜란드가 3.7%로 가장 높으며, 다음은 스웨덴(3.6%), 노르웨이(2.4%), 덴마크(2.4%), 핀란드(2.1%) 순이다. 우리나라는 OECD 국가 평균(1.6%) 대비 1.0%p 낮은 0.6%이며, 조사대상국 25개 중 18번째이다.

[그림 1] GDP 대비 노인장기요양보험 재정규모 비율(2011년도 기준)

(단위: %)



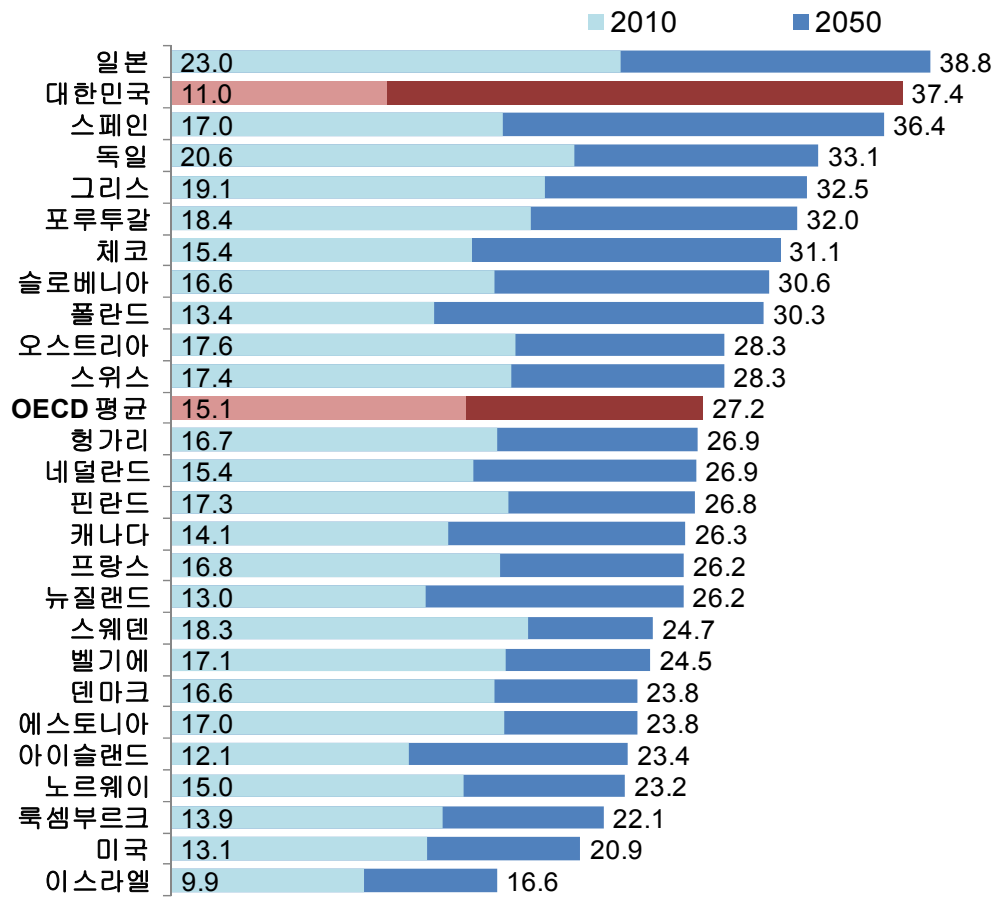
자료: OECD, 「Health at a Glance 2013」 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

이와 같이 우리나라의 GDP 대비 노인장기요양보험 재정규모 비율이 다른 국가에 비해 낮은 주된 이유는 65세 이상 노인인구 비율이 다른 나라에 비해 상대적으로 낮기 때문이다. 2010년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 11%이며, 이는 이스라엘(9.9%) 다음으로 낮은 수치이다.

그러나 OECD에 따르면 앞으로 우리나라 노인인구가 급속도로 늘어나면서 2050년에는 65세 이상 노인인구 비율이 37.4%까지 증가하여 일본(38.8%) 다음으로

높은 국가가 될 것으로 전망되며,¹⁹⁾ 노인인구 증가와 함께 요양인정률도 증가하는 추세이다.²⁰⁾ 그리고 이러한 점을 감안하면 2050년에는 우리나라의 GDP 대비 노인 장기요양보험 재정규모 비율이 다른 OECD 국가보다 높아질 것으로 예상된다.

[그림 2] 65세 이상 노인인구 비율의 현황 및 추계(2010년 및 2050년 기준)
(단위: %)



자료: OECD Historical Population Data and Projections Database 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

19) 통계청 장래인구 추계에 따르면 2008년 기준 65세 이상 노인인구는 약 506만명이었는데 지속적으로 증가하여 2025년에는 1,000만명을 돌파하고, 2040년에는 1,600만명까지 증가하여 약 30년 사이에 노인인구가 3배 이상 늘어날 것으로 예상된다.

20) 65세 이상 노인인구 중 노인장기요양서비스 인정비율은 2009년에 5.4%였는데 2014년에 6.6%로 증가하였다.

이러한 전망 가운데 노인장기요양보험 제도를 지속가능하게 유지하기 위해서는 장기적인 시각에서 안정적으로 재정을 운용할 필요가 있다. 보험재정의 안정을 위하여 「노인장기요양보험법」 제51조²¹⁾ 및 「국민건강보험법」 제32조²²⁾와 제38조²³⁾는 공단이 회계연도마다 결산상의 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 든 비용의 100분의 5 이상에 상당하는 금액을 그 연도에 든 비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금으로 적립하여야 한다고 명시하고 있으며, 적립된 준비금은 부족한 보험급여 비용에 충당하거나 지출할 현금이 부족할 때 사용하도록 하고 있다.

다행히 제도가 시작된 2008년부터 아직까지는 보험재정이 꾸준히 흑자기조 현상을 보이고 있다. 그러나 수입 증가속도보다 지출 증가속도가 점점 빠르게 나타나고 있으며, 당기차액 규모도 줄어들고 있다. 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

노인장기요양보험 수입·지출 연평균증가율을 살펴보면 지출이 수입보다 더 빠르게 증가하고 있으며, 지출 중에서도 보험급여비 지출의 증가속도가 가장 빠른 것으로 나타났다. 2008년부터 2014년까지 수입과 지출의 연평균 증가율을 산출한 결과 수입은 연평균 29.8% 증가하고 있는데 지출은 38.1% 증가하였으며, 지출 가운데에서도 특히 보험급여비의 연평균증가율이 42.4%로 빠르게 증가하고 있다.

-
- 21) 「노인장기요양보험법」 제51조(권한의 위임 등에 관한 준용) 「국민건강보험법」 제32조 및 제38조는 이 법에 따른 이사장의 권한의 위임 및 준비금에 관하여 준용한다. 이 경우 “보험급여”는 “장기요양급여”로 본다.
 - 22) 「국민건강보험법」 제32조(이사장 권한의 위임) 이 법에 규정된 이사장의 권한 중 급여의 제한, 보험료의 납입고지 등 대통령령으로 정하는 사항은 정관으로 정하는 바에 따라 분사무소의 장에게 위임할 수 있다.
 - 23) 「국민건강보험법」 제38조(준비금) ① 공단은 회계연도마다 결산상의 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 든 비용의 100분의 5 이상에 상당하는 금액을 그 연도에 든 비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금으로 적립하여야 한다. ② 제1항에 따른 준비금은 부족한 보험급여 비용에 충당하거나 지출할 현금이 부족할 때 외에는 사용할 수 없으며, 현금 지출에 준비금을 사용한 경우에는 해당 회계연도 중에 이를 보전(補填)하여야 한다. ③ 제1항에 따른 준비금의 관리 및 운영 방법 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정한다.

[표 6] 노인장기요양보험재정 수입·지출 연평균 증가율(2008~2014년)

(단위: %)

		2008~2014년 연평균 증가율
수입	장기요양보험료	33.5
	국고지원금	26.9
	의료급여 부담금	20.2
	기타	73.4
	합계	29.8
지출	장기요양보험급여비	42.4
	관리운영비	10.6
	기타	22.7
	합계	38.1

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

보험급여비 지출은 2008년 4,314억원에서 2009년 1조 7,467억원, 2010년 2조 4,153억원, 2011년 2조 6,027억원, 2012년 2조 7,328억원, 2013년 3조 995억원, 2014년 3조 5,984억원으로 증가하였다.

지출이 증가함에 따라 당기차액 규모도 최근 들어 감소하고 있다. 2008년 기준 당기차액은 3,141억원이었으며, 2009년에 1,765억원으로 감소하였다가 보험료율을 인상(4.78% → 6.55%)한 후 2010년에 2,886억원, 2011년에 4,754억원, 2012년에 6,244억원으로 2012년까지는 증가추세를 보였다. 하지만 2013년 당기차액은 5,133억원으로 감소하였으며, 2014년도 2,991억원으로 크게 감소하였다.

재정수지율(지출/수입)은 2008년에 63.9%에서 2009년 91.5%로 증가하였다가 2010년 90.0%, 2011년 85.4%, 2012년 82.5%로 하락하였는데, 이는 보험료율 인상²⁴⁾ 등으로 인해 수입이 증가하였기 때문이다. 이후 지출이 계속 증가하면서 재정수지율은 2013년에 86.6%, 2014년에 92.8%로 다시 증가하였다.

24) 노인장기요양보험의 보험료율은 건강보험료액의 4.05%(2008년)→4.78%(2009년)→6.55%(2010년)으로 인상되었다.

25) 「노인장기요양보험법」 제58조에 따라 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 지원하는 국고지원금도 자연히 증가하였다.

[표 7] 노인장기요양보험재정 수입·지출 현황(2008~2014년)

(단위: 백만원, %)

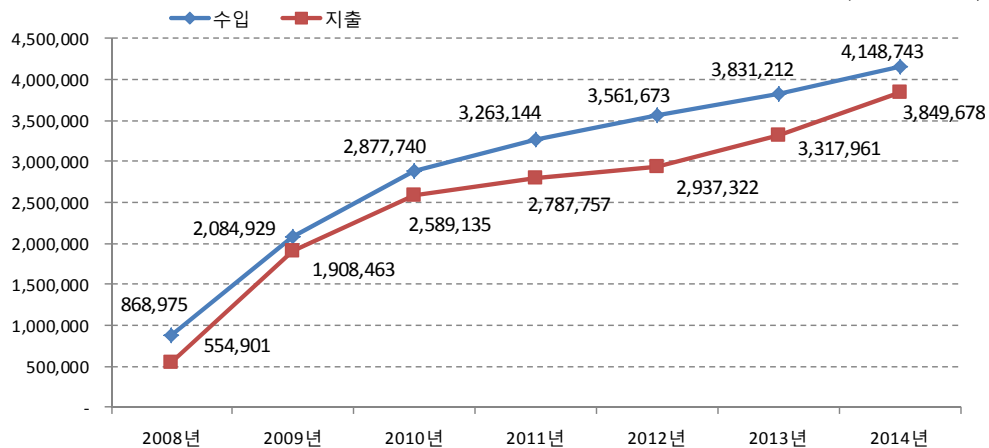
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
수입 (A)	장기요양보험료	477,011	1,199,552	1,831,555	2,142,332	2,369,669	2,542,098	2,704,720
	국고지원금	120,747	204,351	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301
	의료급여 부담금	266,137	660,082	670,449	677,321	701,778	743,938	802,459
	기타	5,080	20,944	43,418	55,180	74,983	86,118	138,263
	합 계	868,975	2,084,929	2,877,740	3,263,144	3,561,673	3,831,212	4,148,743
지출 (B)	장기요양보험급여비	431,414	1,746,732	2,415,263	2,602,664	2,732,833	3,099,534	3,598,415
	관리운영비	107,897	135,720	144,137	155,571	166,256	178,158	197,989
	기타	15,589	26,010	29,735	29,522	38,233	40,269	53,274
	합 계	554,901	1,908,463	2,589,135	2,787,757	2,937,322	3,317,961	3,849,678
당기차액(A-B)		314,074	176,466	288,605	475,387	624,351	513,251	299,065
재정수지율(B/A)		63.9	91.5	90.0	85.4	82.5	86.6	92.8
준비금		23,000	105,400	308,200	699,400	1,125,800	1,125,800	1,285,500

- 주: 1. 준비금은 「노인장기요양보험법」 제51조와 「국민건강보험법」 제38조에 따라 회계연도마다 결산상의 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 든 비용의 100분의 5 이상에 상당하는 금액을 준비금으로 적립하여야 함. 2013년부터(K-IFRS적용)는 당기 법정준비금적립액을 이익잉여금 처분 해당일인 이사회 의결일(차기2월)에 법정준비금으로 반영함.
 2. 2015년 2월 25일 기준 누적 법정준비금은 1조 5,092억원임.
 3. 특별회계를 포함한 금액임.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

[그림 3] 노인장기요양보험재정 수입·지출 추세(2008~2014년)

(단위: 백만원)



자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

전체 보험급여비 지출이 빠르게 증가하게 된 요인은 크게 두 가지로 볼 수 있다. 하나는 서비스 이용료에 해당하는 수가가 인상되었기 때문이고, 다른 하나는 서비스 이용자 수가 증가하였기 때문이다.

먼저 2008년부터 2014년까지 수가가 매년 인상되어 왔다. 방문요양 서비스는 등급과 시간에 따라서 차이가 있지만 2012년에는 최저 10,740원(30분이상~60분미만)부터 최고 39,740원(240분 이상)까지 지급되던 것이 현재 최저 11,390원(30분이상~60분미만)부터 최고 43,500원(240분 이상)으로 올랐다.

[표 8] 방문요양서비스 방문당 급여

(단위: 원)

분류	2012. 1. 1~	2013. 3. 1~	2014. 7. 1~
30분이상~60분미만	10,740	11,110	11,390
60분이상~90분미만	16,350	17,060	17,490
90분이상~120분미만	21,830	22,880	23,450
120분이상~150분미만	27,500	28,890	29,610
150분이상~180분미만	31,110	32,830	33,650
180분이상~210분미만	34,240	36,290	37,200
210분이상~240분미만	37,110	39,480	40,470
240분 이상	39,740	42,440	43,500

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

방문목욕 서비스도 2008년 최저 39,590원부터 최고 71,290원이었는데 현재 최저 40,840원부터 최고 72,540원까지 지급되고 있다.

[표 9] 방문목욕서비스 방문당 급여

(단위: 원)

분류		2008. 7. 1~	2013. 3. 1~	2014. 7. 1~
방문목욕 차량 이용	차량내 목욕	71,290	72,540	72,540
	가정내 목욕	64,160	65,410	65,410
방문목욕 차량 미이용		39,590	40,840	40,840

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

단기보호 1일 기준금액은 2008년 최저 35,230원부터 최고 42,490원까지였으나 현재는 최소 36,380원부터 최고 44,900원까지 지급된다. 2008년 대비 2014년 등급별 증가율은 1등급이 5.7%, 2등급이 7.0%, 3등급이 9.0%로 3등급이 가장 크다.

[표 10] 단기보호 1일당 급여

(단위: 원, %)

분류	2008. 7. 1	2009. 1. 1~	2011. 1. 1~	2013. 3. 1~	2014. 7. 1.~	증가율
1등급	42,490	43,300	42,770	43,590	44,900	5.7
2등급	38,860	39,600	39,560	40,380	41,590	7.0
3등급	35,230	35,900	36,470	37,290	38,410	9.0
4등급	-	-	-	-	37,390	-
5등급	-	-	-	-	36,380	-

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 수가인상과 더불어 재가서비스 이용자가 이용할 수 있는 한도인 월한도액도 인상되었다. 재가급여 월한도액은 2008년에는 최저 76만원(3등급)부터 최고 109만 7,000원(1등급)까지였는데, 수가가 조정되어 현재는 최저 76만 6,600원(5등급)부터 118만 5,300원(1등급)까지이며, 특히 3등급 월한도액이 대폭 증가하였다. 2008년 3등급의 월 한도액은 76만원이었으나 2014년 96만 4,800원으로 인상이 27.0% 증가하였다. 반면 2등급은 87만 9,000원에서 104만 4,300원으로 18.8%, 1등급은 109만 7,000원에서 118만 5,300원으로 8.0% 증가하여 3등급보다 증가폭이 작다.

[표 11] 재가급여 월 한도액

(단위: 원, %)

분류	2008. 7. 1	2009. 1. 1~	2012. 1. 1~	2013. 1. 1.~	2014. 7. 1.~	증가율
1등급	1,097,000	1,140,600	1,140,600	좌동	1,185,300	8.0
2등급	879,000	971,200	1,003,700	좌동	1,044,300	18.8
3등급	760,000	814,700	878,900	좌동	964,800	27.0
4등급	-	-	-	-	903,800	-
5등급	-	-	-	-	766,600	-

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

입소시설인 노인요양시설의 1일 기준금액은 2008년에 최저 38,970원(3등급)부터 최고 48,120원(1등급)까지였는데 2014년에는 최저 47,990원(5등급)부터 최고 56,080원(1등급)으로 조정되었으며, 노인요양공동생활가정 1일 기준금액은 2008년에 최저 38,970원(3등급)부터 최고 48,120원(1등급)이었는데 2014년에는 최저 43,870원(5등급)부터 최고 51,290원(1등급)으로 조정되었다.

특히 3등급이 다른 등급에 비해 수가인상폭이 크다. 2014년 노인요양시설의 3등급 수가는 2008년 대비 23.1%가 증가하여 1등급(16.5%)과 2등급(19.5%)에 비해 증가율이 크며, 노인요양공동생활가정도 마찬가지로 2014년 기준 3등급 수가가 2008년 대비 12.6% 증가하여 1등급(6.6%), 2등급(9.3%)보다 크다.

[표 12] 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 1일당 급여

(단위: 원, %)

분류	2008.7.1	2009.1.1	2010.1.1	2012.1.1	2013.1.1	2013.3.1	2013.4.4	2014.7.1.	증가율	
노인 요양 시설	1등급	48,120	48,150	48,900	50,120	51,020	52,640	52,640	56,080	16.5
	2등급	43,550	44,550	45,290	46,420	47,260	48,850	48,850	52,040	19.5
	3등급	38,970	41,030	41,670	42,710	43,480	45,050	45,050	47,990	23.1
	4등급	-	-	-	-	-	-	-	47,990	-
	5등급	-	-	-	-	-	-	-	47,990	-
노인 요양 공동 생활 가정	1등급	48,120	48,150	48,900	48,900	48,900	50,190	50,190	51,290	6.6
	2등급	43,550	44,590	45,290	45,290	45,290	46,570	46,570	47,590	9.3
	3등급	38,970	41,030	41,670	41,670	41,670	42,930	42,930	43,870	12.6
	4등급	-	-	-	-	-	-	-	43,870	-
	5등급	-	-	-	-	-	-	-	43,870	-

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

이상 열거하지 않은 서비스 수가를 포함하여 전체적인 연도별 수가 인상내역을 보면 대체적으로 물가상승률 수준으로 이를 보험재정 지출 증가의 주된 원인으로 보는 것은 적절하지 않다.

[표 13] 노인장기요양서비스별 수가인상 내역

구 분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
재 가 급 여	방문 요양	-	-	-	평균 1.8%	평균 5.3%	평균 2.5%
	방문 목욕	-	-	-	-	평균 2.3%	-
	방문 간호	평균 3.9%	-	-	1.8%	평균 7%	-
	주·야간 보호	2.5%	-	등급간 차액조정	-	평균 1.9%	2.5%~5.2%
	단기 보호	1.9%	-	등급간 차액조정	-	평균 2.1%	3%
	복지 용구	6.7%	-	-	-	-	-
	가족 요양비	-	-	-	-	-	-
의사 소견서	의료기관 2.2% 보건기관 2.8%	의료기관 3.0% 보건기관 1.8%	의료기관 2.0% 보건기관 2.5%	의료기관 2.8% 보건기관 2.0%	의료기관 2.4% 보건기관 2.1%	1-4등급 ◦ 의료기관 3.0% ◦ 보건기관 2.7% 5등급 ◦ 신설 의료기관 47,500원 ◦ 보건기관 36,200원	
	병문안 지서	-	상동	상동	상동	상동	의료기관 3.0% 보건기관 2.7%
시설급여	요양시설 22% 전문요양 그룹홈 1.8%	1.56%	-	2.5% (공동생활 가정 동결)	(1차) 요양시설 1.8% (2차) 요양시설 3.2% 공동생활 가정 3%	요양시설 6.53% 공동생활가정 2.2%	

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 서비스이용자 수는 빠르게 증가하고 있다. 2009년 약 33만명이었던 이용자 수²⁶⁾는 2014년 약 57만명으로 74.3%가 증가하였으며, 특히 3등급이 약 17만명에서 약 30만명으로 79.3%가 증가하였다. 이러한 3등급 이용자 수의 증가는 앞서 살펴본 3등급 수가 증가율이 다른 등급에 비해 높다는 점과 연결되어 보험재정 지출확대의 주요 원인이 되고 있다.

26) 사망자와 서비스중복을 제외하지 않은 인원이다.

[표 14] 장기요양 등급별 서비스이용자 현황(2009~2014년)

(단위: 명, %)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	증가율
1등급	68,517	64,422	55,093	48,576	45,710	43,973	-35.8
2등급	89,243	101,837	99,080	93,648	92,491	90,799	1.7
3등급	169,274	226,038	244,283	226,094	294,007	303,573	79.3
4등급	-	-	-	-	-	126,730	-
5등급	-	-	-	-	-	4,897	-
합 계	327,034	392,297	398,456	368,318	432,208	569,972	74.3

주: 사망자와 서비스중복을 제외하지 않은 인원임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

3등급 서비스 이용자가 다른 등급 이용자보다 증가율이 높고, 수가인상 증가폭도 크기 때문에 결과적으로 다른 등급에 비해 급여지출 비중이 크다. 2009년에는 1·2등급의 급여지출이 5,000억원대, 3등급이 8,000억원대로 큰 차이가 없었다. 그러나 2010년 이후부터 1등급은 감소하고, 2등급은 소폭 상승한 반면 3등급이 크게 증가하여²⁷⁾ 현재 1·2등급과 3등급의 격차가 많이 벌어진 상태이다.

[표 15] 등급별 장기요양 급여실적

(단위: 억원, %)

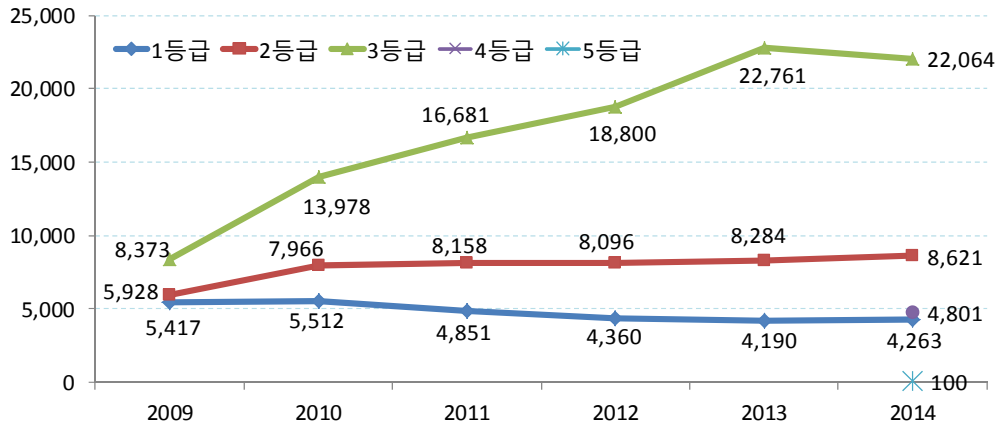
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
1등급	5,417	5,512	4,851	4,360	4,190	4,263	-4.7
2등급	5,928	7,966	8,158	8,096	8,284	8,621	7.8
3등급	8,373	13,978	16,681	18,800	22,761	22,064	21.4
4등급	-	-	-	-	-	4,801	-
5등급	-	-	-	-	-	100	-
합 계	19,718	27,456	29,690	31,256	35,235	39,849	15.1

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

27) 보건복지부에서 2012~2013년간 등급별 인정점수를 인하하여 그동안 3등급으로 인정받지 못했던 경증대상자도 3등급으로 인정받을 수 있었기 때문이다. 3등급 인정점수는 55점(2011년)→53점(2012년)→51점(2013년)으로 변경되었다.

[그림 4] 등급별 장기요양 급여실적

(단위: 억원)



자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

한편 보건복지부는 2014년 7월부터 3등급 중 상대적으로 기능상태가 좋은 수급자를 4등급으로 분류하고, 치매특별등급인 5등급을 신설하였는데, 이에 따라 기존 3등급 체제일 때보다 급여지출이 증가하였다. 2013년의 3등급 급여지출과 2014년의 3·4등급 급여지출을 비교해보면 2013년 기준 3등급 급여실적은 2조 2,761억원이었는데 2014년 기준 3·4등급 급여는 2조 6,865억원(3등급 2조 2,064억원, 4등급 4,801억원)으로 2013년 3등급 급여보다 4,104억원 증가하였다.

2014년 현재까지는 노인장기요양보험 재정이 흑자로 운영되고 있고 있지만 향후 인구고령화의 심화와 더불어 2014년 치매특별등급 신설로 인한 급여대상자 범위확대, 수가 인상 등으로 장기요양비용 지출은 점차적으로 확대될 것으로 예측되어 선제적인 대비가 필요한 것으로 보인다.

보건복지부(2008)와 국민건강보험공단(2010;2011)에서는 노인장기요양보험 재정 추계연구를 실시하였다. 연구결과 2014년 기준 수입추계액은 최소 3조 4,800억원에서 최대 4조 300억원으로 나왔으며, 이러한 추계결과는 2014년 실제 수입액인 4조 1,487억원 보다 최소 1,200억원에서 최대 6,700억원 적은 수치이다.

또한 2014년 기준 지출액은 최소 3조 1,200억원에서 최대 3조 8,100억으로 추계되었는데, 이는 2014년 실제 지출액인 3조 8,497억원 보다 최소 430억원에서 최대 7,300억원 적은 수치이다. 같은 연구에서 2030년에는 최소 9조 6,400억원에서 최대 15조 6,700억원까지 증가하고, 2050년에는 최소 34조 2,200억원에서 최대 73조

4,200억원까지 증가할 것으로 전망하였다. 2008년도 보건복지부의 연구는 제도가 시작되는 단계였기 때문에 오차가 클 수 있으며, 최근 연구결과와 차이가 많이 날 수 있다. 그런데 제도가 어느 정도 자리 잡은 2010년 이후에 실시한 공단의 연구결과가 2014년 실제보다 과소추계된 점을 감안할 때 향후 실제 지출액도 현재 추계된 금액보다 더 커질 가능성이 있다.

노인장기요양보험 지출액이 커지면 국고지원금 규모도 커진다. 2009년부터 2014년까지 국고지원금은 노인장기요양보험 지출액 대비 평균 13.1% 수준이었다. 국민건강보험 및 노인장기요양보험의 보험료율과 법정 국고지원 비율 등 기타 제반사항이 현재와 동일하게 유지된다고 가정하면 2030년에 국고지원금은 최소 1조 2,600억원에서 최대 2조 500억원으로 증가하며, 2050년에는 최소 4조 4,800억원에서 9조 6,200억원으로 증가할 수 있다.

이처럼 향후 노인장기요양보험 지출액과 국고지원금이 크게 증가할 것으로 전망되고 있으므로 재정부담을 선제적으로 관리할 수 있도록 장기적인 재정운용 방안을 마련할 필요가 있다.

[표 16] 노인장기요양보험 재정추계 선행연구 결과(이용자 수 및 지출액)

(단위: 명, 억원)

연도	보건복지부 연구용역(2008)						국민건강보험공단 연구보고서(2010)			국민건강보험공단 연구용역(2011)		
	이용자수	비용					이용자 수	비용		이용자 수	비용	
		시나리오 1	시나리오 2	시나리오 3	시나리오 4	시나리오 5		시나리오 1	시나리오 2		시나리오 1	시나리오 2
2012	320,464	27,591	27,651	30,154	30,151	28,877	371,400	32,545	31,947	375,134	26,699	27,337
2013	336,715	31,555	31,725	34,508	34,506	33,086	386,545	34,490	34,442	393,918	28,873	29,581
2014(A)	353,252	34,796	35,113	38,067	38,064	36,484	396,403	36,112	37,129	412,699	31,154	31,939
2014년 실제(B)	433,779	38,497	38,497	38,497	38,497	38,497	433,779	38,497	38,497	433,779	38,497	38,497
실제와의 차이(A-B)	-80,527	-3,701	-3,384	-430	-433	-2,013	-37,376	-2,385	-1,368	21,080	-7,343	-6,558
2015	369,905	38,312	38,830	41,928	41,925	40,170	402,377	37,503	40,033	431,538	33,552	34,420
2020	460,013	60,605	63,084	66,416	66,412	63,516	543,583	56,871	59,968	537,661	48,431	49,824
2025	563,954	92,171	98,756	101,099	101,095	96,512				659,598	68,744	70,850
2030	684,742	139,252	153,297	152,843	152,837	145,644	992,644	137,715	156,653	799,300	96,438	99,446
2035	829,867	207,540	234,255	227,905	227,898	216,875				974,809	136,215	140,703
2040	999,271	308,198	357,292	338,568	338,559	321,888				1,190,580	193,032	199,818
2045	1,164,137	438,400	524,768	481,718	481,707	457,734				1,411,562	265,826	275,885
2050	1,290,514	594,051	734,207	652,852	652,836	619,951				1,566,087	342,243	355,892

주: 이용자수 추계결과는 시나리오 기반인 결과만 제시하였으며, 2014년도 실제 서비스이용자 수는 급여종류별, 인정등급별 증복을 배제한 수로서 사망자를 포함한 인원임.
 자료: 보건복지부 연구용역, 「노인장기요양보험 재정추계모형 개발에 관한 연구」, 2008; 국민건강보험공단 연구보고서, 「노인장기요양보험 증장기 재정운영전망과 정책과제」, 2010; 국민건강보험공단 연구용역, 「지속가능한 노인장기요양보험 재정추계」 2011, 「노인장기요양보험통계연보」 2014를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

한편 보건복지부는 「사회보장기본법」 제5조제4항²⁸⁾에 따라 2013년부터 격년으로 중장기 사회보장 재정추계를 실시하고 있다. 하지만 제1차 중장기 사회보장 재정추계(2013~2060년) 보고서에는 전체 사회보험에 대한 재정추계액만 있을 뿐 노인장기요양보험 등 각각의 보험에 대한 재정추계와 재정운용계획은 없다.²⁹⁾

[표 17] 「사회보장기본법」에 따른 중장기 사회보장 재정추계 결과
(GDP 대비 지출비율)

(단위: %)

	2013	2020	2030	2040	2050	2060	증가율
공공부조	1.2	1.7	2.6	3.2	3.6	3.8	6.9
사회보상	0.3	0.2	0.2	0.3	0.3	0.4	5.1
사회보험	6.3	9.1	13.3	17.5	21.2	23.2	7.2
사회서비스	2.0	1.9	1.8	1.6	1.5	1.5	3.6
합 계	9.8	12.9	17.9	22.6	26.6	29.0	6.7

주: 1. 공공부조는 기초생활급여 및 의료급여, 자활지원, 기초노령연금, 장애인연금, EITC근로장려금임.
 2. 사회보상은 사할린 한인지원, 보훈급여, 일본군 위안부피해자 생활안정지원, 의사상자예우, 긴급복지 등임.
 3. 사회보험은 국민연금 등 4대 공적연금, 건강보험 및 노인장기요양보험, 고용·산재보험임.
 4. 사회서비스는 노인·아동·장애인 및 여성 등에 대한 사회복지서비스 등임.
 자료: 보건복지부 사회보장위원회, 「중장기 사회보장 재정추계」 및 사회보장위원회 홈페이지 (<http://www.ssc.go.kr>) 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

그러나 최근 5년 노인장기요양보험 지출속도(연평균 증가율 10.4%)는 건강보험(6.5%), 고용보험(3.9%), 산업재해보상보험(2.1%) 등 다른 사회보험보다 빠르고 최근 3년 당기차액(수입-지출)이 지속적으로 감소하고 있다. 따라서 보건복지부는 「사회보장기본법」의 취지에 맞게 전체 사회보험 추계뿐만 아니라 노인장기요양보험 등 각각의 사회보험의 재정을 추계하고 장기적인 재정운용방안을 마련할 필요가 있다.

28) 「사회보장기본법」 제5조(국가와 지방자치단체의 책임) ④ 국가는 사회보장제도의 안정적인 운영을 위하여 중장기 사회보장 재정추계를 격년으로 실시하고 이를 공표하여야 한다.
 29) 국민연금 같은 경우 「사회보장기본법」 제5조에 따라 2년마다 실시하는 중장기 사회보장 재정추계 외에 「국민연금법」 제4조에 따라 5년마다 국민연금의 재정전망을 하고 있다. 반면 국민건강보험과 노인장기요양보험은 「사회보장기본법」에 따라 실시하는 중장기 사회보장 재정추계 외에는 따로 재정추계를 하지 않는다.

[표 18] 연도별 사회보험별 재정수지

(단위: 억원, %)

건강보험						
	2010	2011	2012	2013	2014	연평균증가율
수입(A)	339,489	387,611	424,737	473,891	507,036	10.5
지출(B)	349,263	372,587	391,520	414,495	449,399	6.5
당기차액(A-B)	-9,775	15,023	33,216	59,396	57,637	-
재정수지율(B/A)	102.9	96.1	92.2	87.5	88.6	-
고용보험						
	2010	2011	2012	2013	2014	연평균증가율
수입(A)	47,707	56,071	66,221	71,141	73,549	11.4
지출(B)	60,011	59,339	59,879	64,812	70,026	3.9
당기차액(A-B)	-12,304	-3,268	6,342	6,329	3,523	-
재정수지율(B/A)	125.8	105.8	90.4	91.1	95.2	-
산업재해보상보험						
	2010	2011	2012	2013	2014	연평균증가율
수입(A)	50,299	51,946	59,149	57,687	63,600	6.0
지출(B)	43,332	44,938	47,134	46,098	47,030	2.1
당기차액(A-B)	6,967	7,008	12,015	11,589	16,570	-
재정수지율(B/A)	86.1	86.5	79.7	79.9	73.9	-
노인장기요양보험						
	2010	2011	2012	2013	2014	연평균증가율
수입(A)	28,777	32,631	35,617	38,312	41,487	9.6
지출(B)	25,891	27,878	29,373	33,180	38,497	10.4
당기차액(A-B)	2,886	4,754	6,244	5,133	2,991	-
재정수지율(B/A)	90.0	85.4	82.5	86.6	92.8	-

자료: 국민건강보험공단 각 연도 「국민건강보험 통계연보」; 「노인장기요양보험 통계연보」; 국회예산정책처 「대한민국 재정」 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

2. 법정 국고지원 비율 준수 필요

「노인장기요양보험법」 제58조³⁰⁾에 따라 국가는 노인장기요양보험 재원 조성을 위해 매년 예산 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하여야 한다. 그러나 2009년 이후 법정 지원 규모에 맞게 국고지원금을 지원한 경우는 한 번도 없었다.

2009년의 경우 법정국고지원금은 2,399억원이나 실제 지원된 금액은 2,043억원으로 355억원 적게 지원되었다. 2010년 역시 법정국고지원금은 3,663억원 지원되어야 하나 339억원 적은 3,323억원이 지원되었다. 이후 2011년에는 401억원, 2012년에는 586억원, 2013년에는 493억원, 2014년에는 376억원 적게 지원되었다. 그 결과 현행법에서 장기요양보험료의 20%를 국고로 지원하도록 하고 있음에도 불구하고 실제로는 매년 약 18%만 지원하였던 셈이며, 2009년부터 2014년까지 차액은 총 2,554억 200만원이다.

향후 법정국고지원금 규모가 더욱 증가할 것으로 예상되는데 장기요양보험의 안정적인 재정운용을 위해 법정 국고지원 규모를 준수할 필요가 있다.³¹⁾

[표 19] 연도별 장기요양보험 법정국고지원금 및 실제 지원액 차이

(단위: 백만원, %)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
보험료 수입(A)	1,199,551	1,831,555	2,142,332	2,369,669	2,542,097	2,704,720
법정국고지원금 (B=A×0.2)	239,910	366,311	428,466	473,934	508,419	540,944
실제 지원된 국고 지원금(C)	204,351	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301
보험료 수입 중 차지하는 비율 (C/A)	17.0	18.1	18.1	17.5	18.1	18.6
차액(B-C)	35,559	33,993	40,155	58,691	49,361	37,643

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

30) 「노인장기요양보험법」 제58조(국가의 부담) ① 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.

31) 법정 국고지원 비율과 관련하여 2012년 11월 26일 최동익의원 등 10인이 「노인장기요양보험법」 일부개정법률안을 발의하였으며, 현재 보건복지위원회에 계류되어 있다. 개정법률안의 주요내용은 해당연도 장기요양보험료 예상 수입액이 아닌 전전년도 결산에 따른 실제 보험료 수입액을 기준으로 하여 국고 지원을 하되, 전전년도 수입액을 기준으로 할 경우 보험료 상승분 등이 반영하지 못하는 점을 감안하여 현행 지원 금액을 3% 소폭 상향 조정하여 장기요양보험 재정에 대한 예측 가능성을 제고하고 재정의 안정성을 도모하기 위한 것이다.

IV. 요양인정 및 등급판정의 적정성

1. 요양인정 및 이용률 국제비교

「노인장기요양보험법」 제12조³²⁾에 따라 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 「의료급여법」 제3조제1항³³⁾에 따른 의료급여수급권자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 65세 이상 노인, 65세 미만의 노인성 질병을 가진 사람은 국민건강보험공단에 장기요양인정을 신청할 수 있다.³⁴⁾ 국민건강보험공단은 이 신청에 대하여 조사 등 일정한 절차를 거쳐 요양을 받을 수 있는 수급자로 인정하는 동시에 등급을 판정한다. 그리고 요양인정을 받은 수급자는 판정등급과 본인의 선택에 따라 한도액 범위 내에서 필요한 서비스를 이용하게 된다. 우리나라의 요양인정자

-
- 32) 「노인장기요양보험법」 제12조(장기요양인정의 신청자격) 장기요양인정을 신청할 수 있는 자는 노인등으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 한다.
1. 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자
 2. 「의료급여법」 제3조제1항에 따른 수급권자(이하 “의료급여수급권자”라 한다)
- 33) 「의료급여법」 제3조(수급권자) ① 이 법에 따른 수급권자는 다음 각 호와 같다.
1. 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급.
 2. 「재해구호법」에 따른 이재민으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 3. 「의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료급여를 받는 사람
 4. 「입양특례법」에 따라 국내에 입양된 18세 미만의 아동
 5. 「독립유공자예우에 관한 법률」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 및 「보훈보상대상자 지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 국가보훈처장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 6. 「문화재보호법」에 따라 지정된 중요무형문화재의 보유자(명예보유자를 포함한다)와 그 가족으로서 문화재청장이 의료급여가 필요하다고 추천한 사람 중에서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 7. 「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」의 적용을 받고 있는 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 8. 「5·18민주화운동 관련자 보상 등에 관한 법률」 제8조에 따라 보상금등을 받은 사람과 그 가족으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 9. 「노숙인 등의 복지 및 자립지원에 관한 법률」에 따른 노숙인 등으로서 보건복지부장관이 의료급여가 필요하다고 인정한 사람
 10. 그 밖에 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람
- 34) 「노인장기요양보험법」 제2조(정의)
2. “장기요양급여”란 제15조제2항에 따라 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말한다.

수는 2009년 29만명부터 시작하여 2014년 기준 42만명으로 전체 65세 이상 노인인구의 6.6%를 차지하기에 이르기까지 매년 꾸준히 증가하여 왔다. 그리고 서비스이용자는 2009년 29만명에서 2014년 43만명으로 증가하였으며, 2014년 기준으로 전체 65세 이상 노인인구의 6.7%를 차지하고 있다.

[표 20] 연도별 노인장기요양 인정자 및 서비스이용자 현황(2009~2014년)

(단위: 명, %)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상 노인인구(A)	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,462,740
노인장기요양인정자(B) (신규요양인정자)	286,907 (139,626)	315,994 (88,763)	324,412 (66,103)	341,788 (66,840)	378,493 (76,773)	424,572 (85,215)
65세 이상 노인인구 중 요양인정자 비율(B/A)	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6
서비스이용자(C)	291,389	348,561	360,073	369,587	399,591	433,779
65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율(C/A)	5.5	6.4	6.4	6.2	6.5	6.7

주: 1. 요양인정자는 사망자를 제외한 인원임.

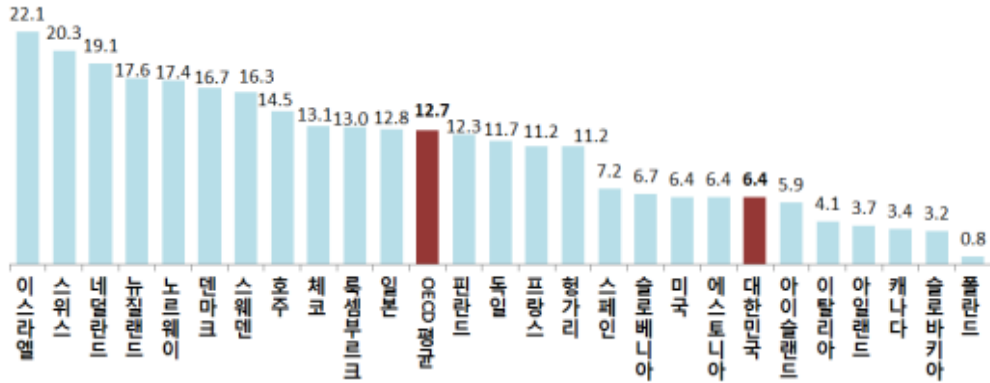
2. 서비스이용자는 급여종류별, 인정등급별 중복을 배제한 급여이용수급자 수이며, 사망자를 포함한 인원임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료, 2015.

우리나라의 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율을 다른 OECD 국가와 비교해 보면 다른 나라에 비해 상대적으로 낮다. 2011년 기준 우리나라 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율은 6.4%로 OECD 평균(12.7%)의 절반가량이다. 따라서 통계기준만으로는 우리나라의 인정비율 및 서비스이용자 비율을 제고하여야 하는 것으로 보인다.

[그림 5] OECD 국가의 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율(2011년 기준)

(단위: %)



주: 일부 국가는 노인장기요양서비스 이용자 비율이 아닌 국가 전체 노인복지서비스 이용자 비율임.
 자료: OECD Historical Population Data and Projections Database 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

그러나 이 통계는 국가에 따라 요양제도가 다를 뿐만 아니라 국가 전체 노인복지서비스 이용자 비율이기도 하는 등 통계기준이 달라 단순 비교하는 것이 적절하지 않은 점이 있다.

일본의 예를 보면 2011년 기준 12.8%³⁵⁾로서 장기요양 서비스이용률이 우리나라의 2배 가량 높은 것으로 볼 수 있는데 이는 상당 부분 국가 간 제도가 다르기 때문이기도 하다. 2013년 기준 일본의 개호보험의 등급은 요지원 2개 등급, 요개호 5개 등급으로 구성되어 있는데, 이 가운데 경도는 64.3% 그리고 요지원 기준으로는 16.6%를 차지하고 있다. 우리나라와 기준이 명확하게 구분되는 것은 아니지만, 경도 가운데에는 우리나라의 경우 요양인정은 못 받지만 등급외로 사회복지서비스를 받는 사람들이 포함되어 있다.³⁶⁾

35) 2011년 기준 일본의 65세 이상 노인인구 중 인정자 비율은 17.3%로 우리나라(5.7%)보다 11.6%p 높다.

36) 독일은 1~3등급 외에 예방등급으로 0등급을 운영하고 있다.

[표 21] 일본 개호보험의 등급 인정(2013년 기준)

(단위: 만명, %)

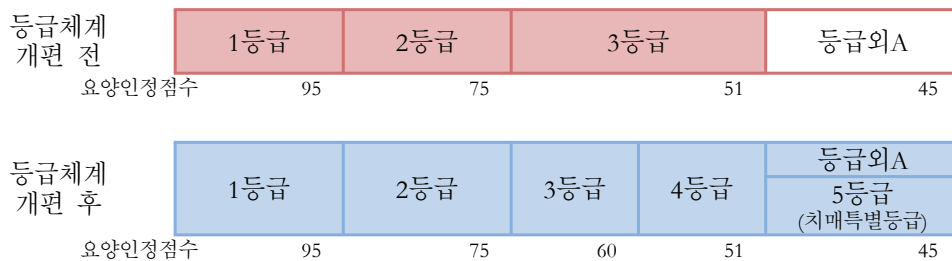
등급	구분	기준		대상 자수	비율		
		서비스 제공시간	심신상태				
요지원 1	경도	요개호 인정 기준시간이 25분 이상 32분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태	요개호 상태로 인정되지 않지만 사회적 지원이 필요한 상태	82	14.0	요지원 16.6	
요지원 2		요개호 인정 기준시간이 32분 이상 50분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태		80	13.7		
요개호 1		요개호 인정 기준시간이 50분 이상 70분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태	일상생활에서 부분적으로 개호가 필요한 상태	111	19.0	64.3	
요개호 2		요개호 인정 기준시간이 70분 이상 90분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태		103	17.6		
요개호 3	중도	요개호 인정 기준시간이 70분 이상 90분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태	거의 전면적으로 개호가 필요한 상태	77	13.1		35.6
요개호 4		요개호 인정 기준시간이 90분 이상 110분 미만 또는 이에 준하다고 인정되는 상태	개호 없이는 일상생활이 곤란한 상태	71	12.1		
요개호 5		요개호 인정 기준시간이 110분 이상 또는 이에 준하다고 인정되는 상태	개호 없이는 일상생활이 불가능한 상태	61	10.4		
합 계				584	100.0	100.0	

자료: 일본 후생노동성 자료. 2013년도 개호보험사업상황보고 연보(平成25年度 介護保険事業状況報告(年報))를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

우리나라는 특히 2014년에 등급체계를 개편하였다. 보건복지부는 「노인장기요양보험법 시행령」 제7조³⁷⁾를 개정하여 2014년 7월부터 종전의 3등급 체계를 1~5등급으로 나누는 등 5등급 체계로 개편하여 등급을 세분화하였다. 이처럼 등급을 개편한 이유는 같은 3등급이라도 수급자 간 기능상태에 차이가 커서 동일한 서비스를 제공하는 것이 적절하지 않다고 보았기 때문이다. 그리고 신체적 기능상태는 양호하지만 인지기능 장애 및 간헐적 문제행동을 보이는 경증 치매노인은 장기요양수급자로 인정받기 어려웠기 때문이다. 이에 보건복지부는 기존 3등급 중 상대적으로 기능상태가 좋은 수급자를 4등급으로 구분하고, 치매특별등급인 5등급을 신설하였다.

한편 장기요양인정에서 제외된 노인 중 일상생활을 수행하는데 어느 정도 도움이 필요한 경우 등급외자로 분류하였다. 또한 국민건강보험공단과 지방자치단체에서는 장기요양 등급외자를 위하여 노인돌봄종합서비스 등 지역보건복지서비스를 제공 또는 연계하고 있다. 이와 같이 제도 간의 차이가 있기 때문에 국제 간 비교를 기준으로 요양인정 비율을 확대하는 것은 신중을 기할 필요가 있다.

[그림 6] 장기요양 등급체계 개편 전·후 비교



자료: 보건복지부 제출자료, 2015.

37) 「노인장기요양보험법 시행령」 제7조(등급판정기준 등) ① 법 제15조제2항에 따른 등급판정기준은 다음 각 호와 같다.

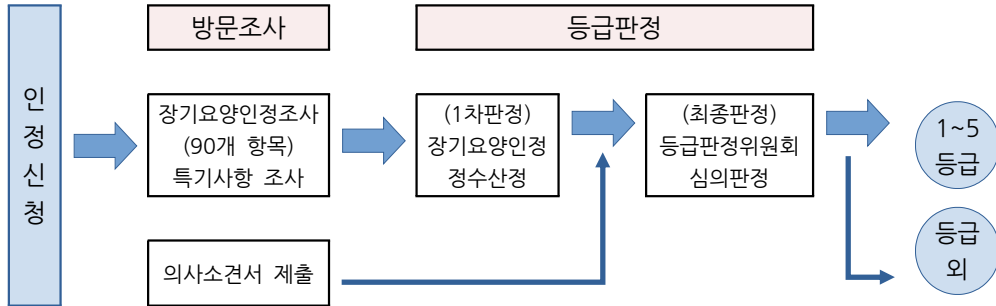
1. 장기요양 1등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자
2. 장기요양 2등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
3. 장기요양 3등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 60점 이상 75점 미만인 자
4. 장기요양 4등급: 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 51점 이상 60점 미만인 자
5. 장기요양 5등급: 치매(제2조에 따른 노인성 질병에 해당하는 치매로 한정한다)환자로서 장기요양인정 점수가 45점 이상 51점 미만인 자

2. 지역 간 요양인정 및 등급판정의 격차해소를 위한 노력 필요

장기요양서비스를 이용하고자 하는 노인이 국민건강보험공단에 장기요양인정 신청서를 제출하면 국민건강보험공단 직원은 「노인장기요양보험법」 제14조³⁸⁾에 따라 신청인을 방문하여 장기요양인정조사표를 토대로 신청인의 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활영역, 환경적 상태 등을 종합적으로 조사하는 인정조사(1차 판정)를 실시하여야 한다. 그리고 시·군·구 단위로 설치된 장기요양등급판정위원회³⁹⁾는 국민건강보험공단의 인정조사 결과 및 의사소견서⁴⁰⁾ 등을 참고하여 등급판정(최종 판정)을 내리게 된다.

-
- 38) 「노인장기요양보험법」 제14조(장기요양인정 신청의 조사) ① 공단은 제13조제1항에 따라 신청서를 접수한 때 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 소속 직원으로 하여금 다음 각 호의 사항을 조사하게 하여야 한다. 다만, 지리적 사정 등으로 직접 조사하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 특별자치시·특별자치도·시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 대하여 조사를 의뢰하거나 공동으로 조사할 것을 요청할 수 있다.
1. 신청인의 심신상태
 2. 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용
 3. 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령으로 정하는 사항
- ② 제1항에 따라 조사를 하는 자는 조사일시, 장소 및 조사를 담당하는 자의 인적사항 등을 미리 신청인에게 통보하여야 한다. ③ 공단 또는 제1항 단서에 따른 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 조사를 완료한 때 조사결과서를 작성하여야 한다. 조사를 의뢰받은 특별자치시·특별자치도·시·군·구는 지체 없이 공단에 조사결과서를 송부하여야 한다.
- 39) 「노인장기요양보험법」 제52조 및 53조 규정에 따라 2008. 4. 17 설치되었으며, 위원회는 위원장 1명을 포함한 15명의 위원으로 구성되어 있으며 위원장은 공단의 장기요양사업을 담당하는 상임이사가 되고, 위원은 다음 각 호에 해당하는 자 중에서 공단의 이사장이 임명 또는 위촉한다.
1. 「의료법」에 따른 의사·치과의사·한의사나 업무경력 10년 이상인 간호사
 2. 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사로서 업무경력 10년 이상인 자
 3. 노인장기요양보험 업무를 담당하고 있는 공단의 임직원
 4. 그 밖에 법학 및 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자
- 40) 장기요양인정 신청을 하는 경우 의사소견서를 원칙적으로 제출하여야 하나 신청인 중 도서, 벽지지역에 거주하여 의료기관을 방문하기 어렵거나, 장기요양인정조사 결과 심신상태나 거동상태 등이 현저하게 불편하여 ‘거동불편자에 해당하는 자는 제외된다.

[그림 7] 노인장기요양 등급판정 절차



자료: 국민건강보험공단 홈페이지, 2015.

2015년 현재 장기요양등급은 일상생활에서 다른 사람의 도움을 필요로 하는 정도에 따라 1~5등급으로 구분되며, 등급판정 결과에 따라 장기요양급여의 월한도액⁴¹⁾과 서비스 수가 등이 달라진다. 2015년 기준 재가급여의 월 한도액은 1등급 118만 5,300원, 2등급 104만 4,300원, 3등급 96만 4,800원, 4등급 90만 3,800원, 5등급 76만 6,600원으로 판정등급에 따라 최대 41만 8,700원까지 차이가 있다. 노인요양시설의 1일 기준 급여액은 1등급 5만 6,080원, 2등급 5만 2,040원이며, 3등급부터 5등급까지는 4만 7,990원으로 판정등급에 따라 일당 최대 8,090원 가량 차이가 있다. 노인요양공동생활가정의 1일 기준 급여액은 1등급 5만 1,290원, 2등급 4만 7,590원이며, 3등급부터 5등급까지는 4만 3,870원으로 판정등급에 따라 최대 7,420원 가량 차이난다.

등급판정 결과 1~5등급 수급자로 판정 받지 못하더라도 등급외 A, B, C로 판정받게 되면 지역사회 노인 관련 보건복지서비스⁴²⁾를 받을 수 있도록 국민건강보험공단과 시·군·구에서 연계하여 준다.

장기요양신청자는 최근 5년 사이 약 11만명 증가하였으며⁴³⁾, 2014년 기준 신규 신청자는 73만명⁴⁴⁾이다. 그런데 2012년부터 2014년까지 최근 3년간 장기요양

41) 「노인장기요양보험법」 제28조(장기요양급여의 월 한도액) ① 장기요양급여는 월 한도액 범위 안에서 제공한다. 이 경우 월 한도액은 장기요양등급 및 장기요양급여의 종류 등을 고려하여 산정한다.

42) 노인 관련 보건복지서비스에는 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스, 맞춤형 방문건강관리, 치매조기검진 등이 있다.

43) 2010년 62만명, 2011년 61만명, 2012년 64만명, 2013년 68만명, 2014년 73만명

44) 신규신청자와 갱신신청자(노인장기요양보험의 등급이 있는자가 그 등급을 유지하기 위하여, 등급의 변경을 위하여 신청하는 자)를 모두 포함한 인원으로서 736,879명이다.

신청자 중 요양인정을 받은 사람의 비율을 살펴보면 일부 지역은 요양인정 비율이 지속적으로 높게 나타나고, 반대로 일부 지역은 요양인정 비율이 지속적으로 낮게 나타나는 등 요양인정에 지역간 편차가 발생하고 있다.

예를 들어 2014년 기준 신청자 중 요양인정을 받지 못한 사람의 비율을 살펴보면 전라북도 41.7%, 전라남도 38.0%, 광주광역시 37.5%로 높은 반면 서울특별시 17.0%, 경기도 21.2%, 제주도 22.7%로 낮은 편이다. 그리고 최근 3년간 추이를 보면 요양인정 비율이 높은 지역은 꾸준히 높고, 반대로 낮은 지역은 꾸준히 낮아지는 것을 알 수 있다.

[표 22] 장기요양급여 신청자 중 요양인정을 받지 못한 비율

(단위: %)

순번	지역	2012	2013	2014	3년 평균
1	전라북도	44.9	43.7	41.7	43.4
2	전라남도	43.7	41.1	38.0	40.9
3	광주광역시	39.3	38.8	37.5	38.5
4	경상남도	42.3	39.0	36.4	39.2
5	부산광역시	37.1	34.3	33.2	34.9
6	경상북도	34.7	33.3	31.0	33.0
7	대구광역시	32.0	30.2	27.8	30.0
8	충청남도	29.4	27.8	27.0	28.1
9	울산광역시	28.5	26.8	26.0	27.1
10	대전광역시	29.0	27.0	25.9	27.3
11	충청북도	27.6	26.4	25.0	26.3
12	강원도	27.2	25.8	24.7	25.9
13	세종특별시	25.4	25.5	24.6	25.2
14	인천광역시	27.3	25.5	24.3	25.7
15	제주도	27.9	24.8	22.7	25.1
16	경기도	24.3	23.3	21.2	22.9
17	서울특별시	20.1	18.7	17.0	18.6
	평 균	31.0	29.3	27.5	29.3

주: 1. 2014년 기준 요양인정을 받지 못한 비율이 높은 지역 순으로 나열함.

2. 신청자는 구비서류 미충족, 65세 미만 노인성질환 미인정, 급성기질환자, 등급판정 진행 중인 자를 제외한 등급판정을 완료한 등급판정자(1~5등급 판정자 및 등급외자를 포함)임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

요양인정 비율뿐만 아니라 등급판정에 있어서도 지역간 편차가 발생하고 있는데 일부 지역은 1·2등급 판정 비율이 지속적으로 높게 나타나고, 반대로 일부 지역은 1·2등급 판정 비율이 계속 낮게 나타나고 있다.

예를 들어 서울은 장기요양신청자 중 1등급으로 판정받은 비율이 2012년 10.7%, 2013년 9.8%, 2014년 9.1%인 반면 전라북도는 2012년 4.3%, 2013년 3.8%, 2014년 3.6%로 매년 서울의 1/2 수준에도 못미치며, 2등급으로 판정받은 비율 역시 충청북도는 2012년 18.4%, 2013년 16.9%, 2014년 15.5%인 반면 전라북도는 2012년 9.3%, 2013년 8.3%, 2014년 7.4%로 충청북도의 1/2 수준이다.

서울뿐만 아니라 강원도, 충청북도 등 일부 지역은 3년 연속 1·2등급 판정비율이 상대적으로 높게 나타나고 있으며, 반대로 전라북도, 광주광역시, 전라남도, 경상남도 지역 등은 3년 연속 낮은 수치를 보이고 있다.

[표 23] 장기요양급여 신청자 중 1·2등급으로 판정된 비율

(단위: %)

1등급 판정					2등급 판정				
순번	지역	2012	2013	2014	순번	지역	2012	2013	2014
1	서울특별시	10.7	9.8	9.1	1	충청북도	18.4	16.9	15.5
2	제주도	9.3	9.0	9.1	2	서울특별시	17.7	16.6	15.3
3	강원도	11.2	9.8	9.0	3	강원도	16.4	16.4	15.0
4	충청북도	10.0	9.1	7.8	4	경기도	15.4	14.4	13.4
5	세종특별시	10.3	9.6	7.7	5	충청남도	15.9	14.9	13.4
6	경기도	8.9	7.9	7.4	6	제주도	14.3	14.3	13.2
7	울산광역시	7.2	7.0	6.8	7	인천광역시	15.3	14.3	13.1
8	인천광역시	7.7	6.8	6.5	8	대구광역시	14.5	13.9	13.0
9	충청남도	7.9	7.0	6.2	9	세종특별시	16.2	14.3	12.9
10	대전광역시	7.5	6.8	6.1	10	울산광역시	13.6	13.6	12.8
11	대구광역시	7.7	6.8	6.1	11	대전광역시	13.3	13.1	12.2
12	부산광역시	6.1	6.1	6.0	12	부산광역시	12.3	11.9	11.1
13	경상북도	6.6	5.7	5.1	13	경상북도	13.0	12.0	10.8
14	경상남도	4.9	4.5	4.3	14	전라남도	12.0	10.7	9.8
15	광주광역시	5.2	4.8	4.2	15	경상남도	10.7	10.2	9.6
16	전라남도	4.6	4.2	3.7	16	광주광역시	10.5	9.6	8.3
17	전라북도	4.3	3.8	3.6	17	전라북도	9.3	8.3	7.4
	평균	7.7	7.0	6.4		평균	14.0	13.3	12.2

주: 1. 2014년 기준 비율이 높은 지역 순으로 나열함.

2. 신청자 중 구비서류 미충족, 65세 미만 노인성질환 미인정, 급성기질환자 등은 제외함.

3. 등급판정위원회에서 최종 결정된 등급을 의미함.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

요양인정을 받지 못하거나 1·2등급 비율이 낮은 지역은 그만큼 요양인정 점수를 낮게 받았기 때문이다. 요양인정 점수란 국민건강보험공단 직원이 장기요양인정 신청서를 제출한 신청인을 방문하여 장기요양인정조사표를 토대로 산출하는 점수인데 최근 3년 지역별 평균 요양인정 점수를 살펴보면 요양인정률과 1·2등급 판정비율이 낮은 지역이 대체적으로 요양인정 점수도 낮은 것을 알 수 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 전라북도도 3년 연속 요양인정률과 1·2등급 판정비율이 가장 낮은 지역이었는데 요양인정 점수 역시 2012년 58.3점, 2013년 57.4점, 2014년 56.6점으로 17개 시·도 가운데 가장 낮았다. 반면 요양인정률과 1등급 판정비율이 가장 높은 서울의 요양인정점수는 2012년 68.0점, 2013년 67.0점, 2014년 66.1점으로 3년 연속 가장 높게 나타나고 있다.

[표 24] 지역별 평균 요양인정점수

(단위: 점)

순번	지역	2012	2013	2014	3년 평균
1	전라북도	58.3	57.4	56.6	57.4
2	전라남도	58.9	58.3	57.7	58.3
3	광주광역시	60.2	59.1	58.0	59.1
4	경상남도	59.6	59.2	58.6	59.1
5	경상북도	62.1	61.0	60.1	61.1
6	부산광역시	61.9	61.5	60.8	61.4
7	대구광역시	63.8	62.9	61.9	62.9
8	충청남도	64.3	63.3	62.1	63.2
9	대전광역시	64.3	63.6	62.5	63.5
10	세종특별시	66.4	64.7	63.1	64.7
11	인천광역시	64.9	63.9	63.1	64.0
12	울산광역시	64.0	63.6	63.1	63.6
13	경기도	66.1	64.9	64.0	65.0
14	충청북도	66.4	65.4	64.0	65.3
15	제주도	64.4	64.4	64.1	64.3
16	강원도	66.6	65.7	64.7	65.7
17	서울특별시	68.0	67.0	66.1	67.0
평균		63.8	62.9	62.0	62.9

주: 1. 2014년 기준 요양인정점수가 낮은 지역 순으로 나열함.

2. 신청자 중 구비서류 미충족, 65세 미만 노인성질환 미인정, 급성기질환자 등은 제외함.

3. 등급판정위원회에서 최종 결정된 등급을 의미함.

4. 전체 등급판정 인원에는 1~5등급 인원과 등급외 A~C 인원이 포함됨.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

이처럼 지역별로 요양인정률 및 등급판정률에 편차가 발생하는 것을 개선하기 위해 국민건강보험공단은 2008년에 보건복지부, 건강보험공단, 학계전문가, 건강보험정책연구원 등으로 구성된 「인정률편차관리TF」에서 논의를 시작하여 매년 요양인정률에 영향을 미치는 요인을 파악하여 지역간 격차를 모니터링하고 있다고 설명하였다.

국민건강보험공단은 2014년 기준 요양인정률에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과⁴⁵⁾ 영향요인은 85세 이상 후기노인 비율, 65세 미만인 자 비율, 본인부담금 경감자 비율, 독거노인 비율, 자택거주자 비율, 요양병원입원자 비율, 치매질환자 비율이라고 제시하였다. 그러나 일부지역은 국민건강보험공단이 제시하고 있는 영향요인과 요양인정률 사이에 명백한 상관성을 찾아보기 힘들다.

예를 들어 국민건강보험공단 설명대로라면 2014년 기준 요양인정률이 높은 경기와 인천은 85세 이상 후기노인비율과 치매비율도 높게 나타났어야 하나 중간 수준인 것으로 나타났다. 반대로 요양인정률이 낮은 전남은 85세 이상 후기노인비율이 낮게 나타났어야 하나 역시 중간 수준인 것으로 나타났다.

45) 국민건강보험공단은 2014년 기준 신청자의 일반적 특성(7개), 거주환경 특성(8개), 주요질병 특성(12개) 등 총 27개 변수를 사용하여 상관성분석 및 다중회귀분석 등을 실시하였다.

[표 25] 요양인정률과 지역별 특성 비교(2014년 기준)

(단위: %)

순위	요양인정률		85세 이상 후기노인비율		치매비율		독거노인비율	
	지역	비율	지역	비율	지역	비율	지역	비율
1	서울	83.0	제주	33.4	서울	45.0	서울	14.3
2	경기	78.8	세종	28.0	제주	44.5	경기	15.1
3	제주	77.3	서울	27.9	충북	43.8	세종	16.9
4	인천	75.7	강원	26.3	울산	43.3	인천	18.5
5	세종	75.4	충남	26.3	경기	43.2	충북	18.9
6	강원	75.3	충북	25.7	대구	42.7	대전	19.7
7	충북	75.0	경기	25.6	세종	42.5	제주	20.0
8	대전	74.1	경북	25.5	대전	40.1	대구	20.6
9	울산	74.0	인천	25.0	충남	39.9	충남	21.7
10	충남	73.0	전남	25.0	인천	39.6	강원	21.9
11	대구	72.2	대전	23.6	경북	38.5	울산	22.4
12	경북	69.0	경남	23.6	부산	37.9	부산	24.3
13	부산	66.8	전북	23.4	경남	37.8	광주	27.3
14	경남	63.6	대구	23.1	강원	37.3	경남	28.8
15	광주	62.5	광주	21.7	광주	34.1	경북	28.9
16	전남	62.0	울산	21.2	전남	32.3	전북	31.7
17	전북	58.3	부산	20.2	전북	31.9	전남	33.2

주: 1. 등급판정위원회에서 최종 결정된 등급을 의미함.
 2. 전체 등급판정 인원에는 1~5등급 인원과 등급외 A~C 인원이 포함됨.
 3. 독거노인비율은 요양인정률에 음의 영향을 미치기 때문에 역순으로 나열함.
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

현재 국민건강보험공단의 장기요양 등급판정은 2차에 걸쳐 내려진다. 1차적으로 국민건강보험공단 직원이 신청인을 방문하여 등급판정을 내리면 장기요양등급판정위원회는 1차 판정결과를 토대로 최종 등급판정(2차 판정)을 내리게 된다. 이처럼 장기요양 등급판정은 2차례에 걸쳐 이뤄지고 있지만 실질적인 등급판정은 1차 방문 조사 시 결정된다고 볼 수 있다. 왜냐하면 2011년부터 2013년까지 최근 3년간 기준

국민건강보험공단 직원이 내린 1차 판정 결과 중 등급판정위원회에서 조정된 사례는 7,768명이며 이는 최종 등급판정을 받은 인원 479,598명 중 1.6%에 불과하기 때문이다. 따라서 1차 방문조사결과가 매우 중요하며 최대한 객관적인 지표와 전문적인 방식을 사용하여 등급을 판정할 필요가 있다.

[표 26] 최근 3년간 장기요양 등급판정위원회의 등급조정 현황(2011~2013년)
(단위: 명)

국민건강보험공단 직원의 1차 판정결과	1차 판정결과를 등급판정위원회에서 조정한 현황	
	상향조정	하향조정
1등급	0	45 (1차 1등급 판정 후 하향조정된 인원)
2등급	58 (1차 2등급 판정 후 상향조정된 인원)	1,729 (1차 2등급 판정 후 하향조정된 인원)
3등급	241 (1차 3등급 판정 후 상향조정된 인원)	5,550 (1차 3등급 판정 후 하향조정된 인원)
등급외A	129 (1차 등급외A 판정 후 상향조정된 인원)	13 (1차 등급외A 판정 후 하향조정된 인원)
등급외B	2 (1차 등급외B 판정 후 상향조정된 인원)	1 (1차 등급외B 판정 후 상향조정된 인원)
등급외C	0 (1차 등급외C 판정 후 상향조정된 인원)	0 (1차 등급외C 판정 후 상향조정된 인원)
합 계	7,768 최종 등급판정을 받은 인원(479,598명)의 1.6%	

주: 1. 사망자는 제외한 인원임.

2. 2014년 7월부터 등급체계가 5등급으로 변경되었으므로 2011년부터 2013년까지의 자료만 활용함.
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

그러나 현재 1차 방문조사 시 활용하고 있는 인정조사표(행동변화 영역, 신체 기능 영역, 사회생활기능 영역, 인지기능 영역)를 살펴보면 신청자나 신청자 부양가족의 설명에 따라 주관적으로 판단내릴 수 있는 항목이 많다.

예를 들어 행동변화 영역 평가 시 ‘신청인이나 보호자에게 최근 한 달간 이유 없이 크게 소리치고 고함을 친 경우가 있는자, ‘귀찮을 정도로 붙어 따라 다니는자’ 등을 물어 보고 그 여부를 체크하게 되는데 당연히 신청인 입장에서는 보다 많은 서비스를 제공 받고자 유리한 방향으로 대답할 가능성이 크다. 현재와 같이 신청인의 평소 심신상태에 대한 정보가 없는 상태에서 1회 방문조사를 통해 요양필요성을 판단할 경우 보호자의 대답에 많이 의존하는 동시에 평가자의 주관이 많이 개입될 수밖에 없다. 행동변화 영역 평가뿐만 아니라 사회생활 기능 영역, 인지기능 영역, 신체기능 영역 평가 문항 역시 신청인이나 보호자 대답에 많이 의존할 수밖에 없는 구조이며, 객관적 판단을 기대하기 어려워 보인다.⁴⁶⁾

[표 27] 장기요양인정조사표 중 주요내용

평가 영역	행동변화 영역	신체기능 영역	사회생활 기능 영역	인지기능 영역
평가 항목	<ul style="list-style-type: none"> ○ 이유없이 크게 소리치고 고함을 친다. ○ 귀찮을 정도로 붙어 따라 다닌다. ○ 옷을 부적절하게 입는다. ○ 쓸데없이 간섭하거나 참견한다. ○ 음식이 아닌 물건 등을 먹는다. ○ 기타 총 22개 항목 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 옷 벗고 입기 ○ 세수하기 ○ 양치질하기 ○ 소변 조절하기 ○ 식사하기 ○ 기타 총 13개 항목 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 물건 사기 ○ 식사 준비하기 ○ 물건 사기 ○ 교통수단 이용하기 ○ 근거리 외출하기 ○ 기타 총 10개 항목 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 오늘이 몇 월 며칠 인지 모른다. ○ 자신의 나이와 생일을 모른다. ○ 계산을 하지 못한다. ○ 하루 일과를 이해하지 못한다. ○ 지시를 이해하지 못한다. ○ 기타 총 10개 항목
평가 기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 표시함 (예, 아니오) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 표시함 (완전자립-부분, 도움-완전 도움) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 최근 한 달간의 상황을 종합하여 일상생활에서 다음과 같은 동작을 할 때 다른 사람의 도움을 받는 정도를 표시함(완전자립-부분, 도움-완전 도움) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 최근 한 달간의 상황을 종합하여 신청인이 보였던 증상에 표시함 (예, 아니오)

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

46) 이에 대하여 국민건강보험공단은 보호자의 진술만으로 인정조사 항목을 작성하는 것이 아니라 별도로 정한 판단기준에 따라 객관적으로 조사하는 영역(신청자의 수행능력, 간호처치 영역 등)도 있다고 설명하였다. 또한 신청인의 주요병력, 심신상태 등을 기재하도록 하여 객관적으로 판단하도록 한다고 설명하였다.

또한 국민건강보험공단은 방문조사시 인정조사의 객관성과 전문성을 높이기 위해 2인 1조를 원칙으로 하고 있으나 2014년 기준 2인 1조로 방문조사를 실시한 비율은 19.2%에 불과한 것으로 나타났다. 이처럼 방문조사를 1인이 실시할 경우 평가자의 주관이 많이 개입될 가능성이 크다.

[표 28] 2014년 기준 방문조사 실시현황

(단위: 건, %)

연도	1인 1조 인정조사 실시건수	2인1조 인정조사 실시건수	합 계
2012	349,073	92,279(20.9)	441,352
2013	423,423	113,271(21.1)	536,694
2014	425,901	101,139(19.2)	527,040

자료: 국민건강보험공단 제출, 2015.

따라서 보다 객관적인 1차 판정을 내리기 위해서는 방문조사자가 의학적 지식을 갖춘 유자격자여야 하며, 유자격자가 아닐 경우 다년간 등급판정 경력을 보유하게 하거나 꾸준한 재교육을 통해 등급판정에 대한 전문성을 갖추게 할 필요가 있다. 2015년 현재 요양인정조사를 수행하는 국민건강보험공단 요양직 직원 중 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등의 면허증 소지자 비율은 약 절반가량으로 낮기 때문에 인정조사의 전문성을 확보하고 2인1조로 진행할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

한편 국민건강보험공단은 매년 노인장기요양 이용자 만족도를 조사하고 있는데 노인장기요양보험 제도 이용 시 불편한 점을 묻는 질문에 ‘요양등급 기준이 명확하지 않다’라고 응답한 비율이 2013년 10.9%, 2014년 11.9%에 이르고 있다.

노인장기요양보험제도는 누구에게나 동등한 수급권을 부여하므로 어느 지역에 거주하든지 장기요양서비스에 대하여 동등하게 접근하고 이용할 수 있어야 한다. 장기요양서비스가 특정 지역이나 대상에게 유리하게 제공된다면 수급권의 형평성 문제가 발생한다. 따라서 보건복지부와 국민건강보험공단은 장기요양 등급판정에 있어 지역별로 편차가 발생하는 원인을 보다 면밀히 분석하고 관련 대책을 강구할 필요가 있다. 또한 1차 등급판정 시 보다 객관적이고 전문적인 방식으로 이를 진행할 필요가 있다. 특히 2014년 7월부터 치매등급을 신설하였는데 치매는 상황이나 행동이 워낙 다양하므로 장기요양인정조사를 재설계하는 등 치매정도를 객관화시킬 수 있는 장치가 필요하다.

V. 장기요양기관 관리 강화 필요

1. 장기요양기관의 안정성 제고 필요

「노인장기요양보험법」 제4조제3항⁴⁷⁾은 노인인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양 급여가 원활하게 제공될 수 있도록 장기요양기관을 확충하고 설립을 지원할 것을 국가 및 지방자치단체의 책무로 명시하고 있다.

우리나라는 2008년에 노인장기요양보험제도를 도입하면서 단기간에 시설 인프라를 확충하기 위하여 수익성을 추구하는 영리사업자도 진입할 수 있도록 하였으며, 그 결과 2015년 현재 노인장기요양서비스는 주로 민간부문에서 공급하고 있다. 2015년 7월 기준 재가급여기관은 총 1만 2,355개⁴⁸⁾인데 2008년부터 2015년 현재까지 연평균 9.0%씩 증가하여 1.8배 증가하였다. 시설급여기관은 총 4,999개⁴⁹⁾이며, 2008년부터 2015년까지 연평균 16.7%씩 증가하여 2.9배 증가하였다.

노인장기요양서비스 공급을 시장화함으로써 정부의 인프라 투자 부담을 줄이는 동시에 서비스 공급시설을 단기간에 확보할 수 있었다. 또한 시장화는 다수 공급주체 간 자율경쟁을 통해 효율성을 도모하는 동시에 이용자의 선택기회도 확대할 수 있다는 장점도 있다. 그러나 노인장기요양기관이 필요 이상으로 과잉 설치될 경우 경쟁에서 살아남지 못하는 기관들은 폐업을 하게 되는데 폐업 규모가 클 경우 해당 사업자들의 경제적 어려움과 더불어 국가적 자원낭비도 문제가 된다.

또한 폐업하는 시설에 입소해 있었던 노인은 어쩔 수 없이 새로운 입소시설을 찾아 옮겨야 한다. 이 경우 자식 등 보호자가 있으면 그나마 다른 기관 입소가 수월하겠지만 그렇지 않은 노인은 대부분 정보수집이 어렵고, 신체기능도 약해서 상당한 불편을 겪을 수밖에 없다. 이러한 불편함 외에도 새로운 환경에 적응해야만 하는 심리적 불편함도 겪게 된다.

47) 「노인장기요양보험법」 제4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등) ③ 국가 및 지방자치단체는 노인인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 한다.

48) 공립시설은 119개(1.0%), 법인시설은 2,266개(18.3%), 개인시설은 9,970개(80.7%)이다.

49) 공립시설은 105개(2.1%), 법인시설은 1,428개(28.6%), 개인시설은 3,466개(69.3%)이다.

[표 29] 연도별 노인장기요양기관 추이(2008~2015년)

(단위: 개소, %)

	재가급여 기관(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호 등)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015.7	연평균 증가율	분포 비율
서울	975	1,741	1,809	1,828	1,809	1,913	2,047	2,163	12.1	17.5
부산	515	914	829	748	728	712	741	771	5.9	6.2
대구	361	644	601	569	576	601	622	649	8.7	5.3
인천	279	591	545	552	561	609	639	687	13.7	5.6
광주	280	430	462	434	416	418	426	447	6.9	3.6
대전	239	459	439	405	395	421	449	487	10.7	3.9
울산	124	211	162	161	161	156	159	165	4.2	1.3
세종	-	-	-	-	27	23	24	27	0	0.2
경기	1,274	2,455	2,321	2,253	2,210	2,245	2,375	2,541	10.4	20.6
강원	260	392	328	338	345	364	392	411	6.8	3.3
충북	198	320	315	312	300	298	313	333	7.7	2.7
충남	315	543	567	546	515	519	541	571	8.9	4.6
전북	421	704	619	573	571	597	651	695	7.4	5.6
전남	503	766	635	593	567	596	634	667	4.1	5.4
경북	486	833	715	689	718	749	790	830	7.9	6.7
경남	424	802	758	728	709	704	727	777	9.0	6.3
제주	90	123	123	128	122	131	128	134	5.9	1.1
합계	6,744	11,928	11,228	10,857	10,730	11,056	11,658	12,355	9.0	100.0
정원	19,835	32,979	21,580	23,370	23,850	27,896	33,427	38,044	9.8	-
	시설급여 기관(노인요양시설, 노인요양공동생활 가정 등)									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015. 7	연평균 증가율	분포 비율
서울	131	272	425	439	476	521	538	549	22.7	11.0
부산	71	106	158	143	145	134	122	125	8.4	2.5
대구	41	68	135	177	203	251	252	257	30.0	5.1
인천	71	131	206	229	247	282	305	322	24.1	6.4
광주	48	58	91	95	96	100	105	107	12.1	2.1
대전	40	61	88	94	104	102	112	116	16.4	2.3
울산	29	30	42	42	40	40	43	43	5.8	0.9
세종	-	-	-	-	12	11	11	11	-2.9	0.2
경기	459	781	1078	1,172	1,254	1,366	1,459	1,495	18.4	29.9
강원	106	152	185	208	222	238	262	276	14.6	5.5
충북	106	155	213	224	237	243	247	252	13.2	5.0
충남	91	139	209	238	238	251	259	270	16.8	5.4
전북	144	162	190	203	214	221	227	225	6.6	4.5
전남	122	175	245	259	271	284	286	293	13.3	5.9
경북	111	159	244	277	298	321	346	359	18.3	7.2
경남	102	144	194	213	215	221	231	232	12.5	4.6
제주	28	35	48	48	54	62	62	67	13.3	1.3
합계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,326	4,648	4,867	4,999	16.7	100.0
정원	68,073	88,171	116,782	123,712	131,761	140,019	150,579	155,482	12.5	-

주: 1. 2015년도는 7월 기준 현황임.

2. 지역별 기관 분포비율은 2015년도 기준임.

3. 재가급여 기관 정원은 주·야간 보호와 단기보호의 정원을 합한 값임.

4. 연평균 증가율의 기간은 2008년부터 2015년 7월까지임.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

그런데 장기요양기관이 빠르게 증가해 온 과정에서 신설하고 폐업하는 기관도 많이 발생하였다. 2012년부터 2015년 2월까지 장기요양기관 신설 및 폐업현황을 살펴보면 재가급여 기관은 총 7,643개가 신설되었고, 5,495개가 폐업하였으며, 한 해 평균 1,911개가 신설되고 1,374개가 폐업하였다.⁵⁰⁾ 특히 2012년과 2013년의 경우 폐업이 신설보다 많은 지역이 있었다. 예를 들어 2012년 서울은 279개의 재가급여 기관이 신설되고 296개가 폐업하였으며, 경기도는 361개가 신설되고 402개가 폐업하는 등 수도권 장기요양기관의 폐업규모가 컸다.⁵¹⁾ 재가급여기관뿐만 아니라 시설급여기관도 신설 및 폐업하는 기관이 많은 상황이다. 2012년부터 2015년 2월까지 시설급여기관은 총 3,138개가 신설되었고, 2,147개가 폐업하였으며, 결국 한 해 평균 785개가 신설되고 537개가 폐업하였다.

50) 2012년부터 2015년 7월까지를 4년으로 계산한 평균임.

51) 2014년 전체 폐업기관 624개 중 지방자치단체로 인한 지정취소 및 폐쇄명령으로 인한 폐업은 68건임.

[표 30] 연도별 장기요양기관 신설 및 폐업 현황(2012~2015년)

(단위: 개소)

		재가급여 기관				시설급여 기관			
		2012	2013	2014	2015. 7	2012	2013	2014	2015. 7
서울	신설	279	323	360	437	79	155	99	49
	폐업	296	213	232	204	47	96	80	43
부산	신설	88	79	110	107	23	16	6	7
	폐업	116	95	75	48	21	32	16	6
대구	신설	100	106	111	116	54	74	53	23
	폐업	98	69	92	54	26	24	55	9
인천	신설	114	106	119	165	53	85	65	45
	폐업	106	63	92	70	36	51	45	22
광주	신설	62	49	73	73	10	13	16	6
	폐업	80	51	58	38	10	9	7	5
대전	신설	55	56	78	101	18	14	17	9
	폐업	58	31	51	30	9	13	9	4
울산	신설	21	15	22	21	-	6	5	2
	폐업	20	20	19	10	1	5	2	4
세종	신설	3	1	4	7	1	2	1	0
	폐업	2	6	2	1	2	4	1	0
경기	신설	361	363	447	535	288	394	336	157
	폐업	402	333	297	244	211	277	228	108
강원	신설	50	56	74	76	26	55	36	27
	폐업	42	44	37	36	15	38	13	12
충북	신설	46	52	55	58	33	38	41	19
	폐업	56	57	40	23	19	35	31	15
충남	신설	105	76	90	103	58	46	41	27
	폐업	105	71	62	57	42	30	32	20
전북	신설	64	88	114	123	20	23	22	7
	폐업	70	67	66	34	10	15	19	7
전남	신설	67	66	106	93	33	34	39	19
	폐업	86	39	65	46	24	22	35	11
경북	신설	114	120	148	134	55	48	61	35
	폐업	88	92	95	65	32	29	32	20
경남	신설	84	71	117	146	17	31	24	6
	폐업	102	78	77	61	13	24	14	3
제주	신설	15	18	16	31	10	14	5	7
	폐업	20	11	17	10	4	6	5	2
합 계	신설	1,628	1,645	2,044	2,326	778	1,048	867	445
	폐업	1,747	1,340	1,377	1,031	522	710	624	291
총 7,643개 신설 5,495개 폐업 한 해 평균 1,911개 신설, 1,374개 폐업					총 3,138개 신설 2,147개 폐업 한 해 평균 785개 신설, 537개 폐업				

주: 1. 신설보다 폐업이 많은 경우는 색으로 표시함.

2. 2015년은 7월 기준임.

3. 신설은 당해연도에 장기요양기관 지정일자 기준으로 지정이 완료된 시설을 의미함.

4. 폐업은 전체기관 중 당해연도에 장기요양기관 폐업일자 기준으로 폐업된 시설을 의미함.

5. 2012년부터 2015년 7월까지를 4년으로 계산한 평균임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

신설하는 장기요양기관 수가 많은 사유에 대하여 보건복지부는 시설 설치기준이 까다롭지 않기 때문이라고 설명하고 있다. 특히 보건복지부는 노인요양시설의 경우 「노인복지법 시행규칙」 제22조⁵²⁾에 따라 시설 및 토지에 대해 건설원가의 80%까지 저당권을 설정할 수 있어 비교적 쉽게 시설을 설치할 수 있는데, 이는 영리사업자의 과도한 용자 원리금 상환으로 이어져 경영이 어렵게 되는 원인이 되고 결과적으로 폐업도 자주 이루어진다는 것이다. 이러한 저당권 설정비율은 「영유아보육법 시행규칙」 제9조⁵³⁾상 민간어린이집이 토지·건물의 부채비율을 50%로 제한하고, 「사립학교법」 제5조⁵⁴⁾상 민간유치원이 토지·건물의 소유권에 대한 담보를 전혀 인정하고 있지 않는 것과 다른 차이가 있다.

한편 2014년 기준 지역별 장기요양기관 폐업률을 살펴보면 주로 대구, 인천, 경기, 충청북도 지역의 폐업률이 높은 것으로 나타났다. 재가급여기관 폐업률이 가장 높은 지역은 대구(15.3%)이며, 다음으로 인천(15.1%), 광주(13.9%), 충북(13.4%), 경기(13.2%) 순이다. 시설급여기관 폐업률이 가장 높은 지역은 대구(21.9%)이며, 다음으로 경기(16.7%), 인천(16.0%), 서울(15.4%), 충북(12.8%) 순이다.

-
- 52) 「노인복지법 시행규칙」 제22조(노인의료복지시설의 시설기준등) ① 법 제35조의 규정에 의한 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준은 별표 4와 같다. ② 법 제35조의 규정에 의한 노인의료복지시설의 운영기준은 별표 5와 같다.
 - 53) 「영유아보육법 시행규칙」 제9조(어린이집의 설치기준) 법 제15조에 따른 어린이집의 설치기준(법 제15조의2 및 법 제15조의3에 따른 놀이터 및 비상재해대피시설의 설치기준을 포함한다)은 별표 1과 같다.
 - 54) 「사립학교법」 제5조(자산) ① 학교법인은 그 설치·경영하는 사립학교에 필요한 시설·설비와 당해 학교의 경영에 필요한 재산을 갖추어야 한다. ② 제1항에 규정한 사립학교에 필요한 시설·설비와 재산에 관한 기준은 대통령령으로 정한다.

[표 31] 2014년 기준 지역별 장기요양기관 폐업률

(단위: 개, %)

재가급여기관					시설급여기관				
순 번	지역	2013년 말 기관 수 (A)	2014년 폐업기관 수 (B)	폐업률 (B/A)	순 번	지역	2013년 말 기관 수 (C)	2014년 폐업기관 수 (D)	폐업률 (D/C)
1	대구	601	92	15.3	1	대구	251	55	21.9
2	인천	609	92	15.1	2	경기	1,366	228	16.7
3	광주	418	58	13.9	3	인천	282	45	16.0
4	충북	298	40	13.4	4	서울	521	80	15.4
5	경기	2,245	297	13.2	5	충북	243	31	12.8
6	제주	131	17	13.0	6	충남	251	32	12.7
7	경북	749	95	12.7	7	전남	284	35	12.3
8	울산	156	19	12.2	8	부산	134	16	11.9
9	서울	1,913	232	12.1	9	경북	321	32	10.0
10	대전	421	51	12.1	10	세종	11	1	9.1
11	충남	519	62	11.9	11	대전	102	9	8.8
12	전북	597	66	11.1	12	전북	221	19	8.6
13	경남	704	77	10.9	13	제주	62	5	8.1
14	전남	596	65	10.9	14	광주	100	7	7.0
15	부산	712	75	10.5	15	경남	221	14	6.3
16	강원	364	37	10.2	16	강원	238	13	5.5
17	세종	23	2	8.7	17	울산	40	2	5.0
합 계		11,056	1,377	12.5	합 계		4,648	624	13.4

주: 폐업률이 높은 지역 순으로 나열함.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

그리고 시설급여기관이 빠르게 증가한 지역일수록 폐업률이 대체적으로 높다. 2014년 시설급여 폐업률이 가장 높았던 대구광역시는 2008년부터 2014년까지 시설급여기관이 연평균 35.3% 증가하여 전국에서 증가속도가 가장 빨랐다. 마찬가지로 경기와 인천, 서울 등 시설급여 기관 폐업률이 상위 5위 내에 있는 지역의 연평균 증가율도 모두 20% 이상으로 타지역보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

[표 32] 지역별 장기요양기관 폐업률 및 연평균증가율

(단위: %)

재가급여기관				시설급여기관			
순 번	지역	폐업률 (2014)	연평균 증가율 (2008~2014)	순 번	지역	폐업률 (2014)	연평균 증가율 (2008~2014)
1	대구	15.3	9.5	1	대구	21.9	35.3
2	인천	15.1	14.8	2	경기	16.7	21.3
3	광주	13.9	7.2	3	인천	16.0	27.5
4	충북	13.4	7.9	4	서울	15.4	26.5
5	경기	13.2	10.9	5	충북	12.8	15.1
6	제주	13.0	6.0	6	충남	12.7	19.0
7	경북	12.7	8.4	7	전남	12.3	15.3
8	울산	12.2	4.2	8	부산	11.9	9.4
9	서울	12.1	13.2	9	경북	10.0	20.9
10	대전	12.1	11.1	10	세종	9.1	-
11	충남	11.9	9.4	11	대전	8.8	18.7
12	전북	11.1	7.5	12	전북	8.6	7.9
13	경남	10.9	9.4	13	제주	8.1	14.2
14	전남	10.9	3.9	14	광주	7.0	13.9
15	부산	10.5	6.3	15	경남	6.3	14.6
16	강원	10.2	7.1	16	강원	5.5	16.3
17	세종	8.7	-	17	울산	5.0	6.8
합 계		12.5	9.6	합 계		13.4	19.2

주: 1. 폐업률이 높은 지역 순으로 나열함.

2. 폐업률은 2014년도 전체 폐업기관 수/2013년도 말 기준 기관 수로 산출함.

3. 연평균 증가율의 기간은 2008년부터 2014년까지임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

경영이 어려워 폐업하는 기관이 많게 되는 노인 1인기준 하루 원가가 평균수가 보다 높기 때문이다. 현행 표준모형은 2007년 노인장기요양보험 3차 시범사업을 추진하면서 정부가 개발한 것인데 표준모형에서 설정한 노인요양공동생활가정의 정원은 9명, 노인요양시설의 정원은 70명이다.⁵⁵⁾ 하지만 실제 2014년 기준 노인요양시설 1개당 실제 평균정원은 48.6명에 불과하여 수가산정기준이 된 표준모형의 정원인 70명보다 21.4명 적다. 최근 5년간 기관 노인요양시설 1개당 실제 평균정원도 46.5명으로 표준모형과 23.5명 차이나고 있다. 노인요양공동생활가정은 노인요양시설과는 달리 표준모형 정원과 실제평균 정원의 차이가 크지 않은 것으로 나타났다.

[표 33] 표준모형 정원과 최근 5년간 노인장기요양기관(입소시설) 정원 비교

(단위: 명)

	표준모형 정원 (A)	기관 1개당 실제 평균정원						표준모형과의 차이 (B-A)
		2010	2011	2012	2013	2014	평균 (B)	
노인요양시설	70	44.4	45.2	45.7	48.6	48.6	46.5	-23.5
노인요양공동생활가정	9	8.4	8.5	8.6	8.7	8.6	8.6	-0.4

주: 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 둘 다 입소시설인데 입소자정원이 9인 이하이면 노인요양공동생활가정이며, 10명 이상이면 노인요양시설로 분류됨.

자료: 보건복지부 제출자료 및 「2014 노인장기요양보험통계연보」 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 2013년에 국민건강보험공단이 노인요양시설 규모별 원가와 수가를 비교 분석한 결과⁵⁶⁾ 노인 1인당 하루 순이익은 70~80인 미만 시설(4,256원)에서 가장 많이 발생하였고, 60~70인 미만 시설은 3,330원, 100인 이상 시설은 3,214원, 50~60인 미만 시설은 2,481원의 순이익이 발생하는 것으로 나타났다. 반면 40~50인 미만 시설은 4,019원의 적자가 발생하였으며, 30~40인 미만 시설은 1,981원, 10~20인 미만 시설은 7,032원의 적자가 발생하는 것으로 조사되었다.⁵⁷⁾

55) 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 둘 다 입소시설인데 입소자정원이 9인 이하이면 노인요양공동생활가정이며, 10명 이상이면 노인요양시설로 분류된다.

56) 국민건강보험공단의 연구용역으로 조세재정연구원에서 실시한 「2012년 노인장기요양기관 경영실태조사」 결과를 토대로 분석하였다.

57) 「노인복지법 시행규칙」 제22조제1항 별표 4(노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준)에 따르면 30인 기준 전후로 직원 배치기준이 다르다. 예컨대 입소자 30명 이상인 기관에서는 사무국장장과 사회복지사를 각각 1명씩 두어야 하나 30명 미만 기간일 경우에는 사무국장이나 사회

보건복지부 「노인복지시설현황」을 통해 규모별 노인요양시설 현황을 살펴보면 2014년 12월 기준 순이익이 가장 많이 발생하는 것으로 조사되었던 70~80인 미만 노인요양시설은 전체(2,705개) 중 5.4%(147개)에 불과하며, 적자가 발생한다고 조사되었던 시설 등 중 특히 20인~30인 미만인 시설은 33.1%(1,831개)이다.

[표 34] 노인요양시설 규모별 원가와 평균 수가(45,280원)간 차이(2012년 기준)
(단위: 원)

규모	노인 1인 기준 하루 원가 (2012년 기준)	평균수가(45,280원)와 원가 간 차이 (2012년 기준)	개수 (2014년 기준)	비율 (2014년 기준)
10~20인 미만	52,312	-7,032	381	14.1
20~30인 미만	43,438	1,842	895	33.1
30~40인 미만	47,261	-1,981	134	5.0
40~50인 미만	49,299	-4,019	326	12.1
50~60인 미만	42,799	2,481	94	3.5
60~70인 미만	41,950	3,330	231	8.5
70~80인 미만	41,024	4,256	147	5.4
80~90인 미만	43,540	1,740	168	6.2
90~100인 미만	43,770	1,510	126	4.7
100인 이상	42,066	3,214	203	7.5

주: 규모별 원가금액은 기관 평균금액이며, 소규모 기관일수록 편차가 큼.

자료: 국민건강보험공단, 「장기요양 수가체계 개선방안」을 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2013.

한편 규모의 과소 외에 공실률이 높다는 점도 경영악화의 원인이 되고 있다. 앞서 살펴 본 시설들의 원가는 정원을 모두 채워 공실이 전혀 없는 경우를 전제로 한 것인데 실제에 있어서는 공실률이 상당히 높은 기관들이 존재하고 있다. 2013년에 시설급여 기관 4,585개⁵⁸⁾를 조사한 결과 입소정원 대비 현원이 절반 이하인 기관이 331개(7.2%)이며, 60%이하인 기관은 471개(10.3%), 현원이 아예 없거나 1명 또는 2명인 기관도 121개(2.6%)나 되는 것으로 나타났다.

복지사 중 1명만 두면 된다. 또한 30명 이상인 기관에서는 한의사를 포함한 촉탁의사를 1명 이상 두어야 하나 입소자 30명 미만일 경우에는 1명만 두면 된다. 이러한 기준에 따라 20~30인 미만 기관과 30~40인 미만 기관의 인건비는 차이가 크다. 그리고 국민건강보험공단은 이러한 인건비 차이로 인해 20~30인 미만은 순이익이 발생하나 30~40인 미만에서는 적자가 발생할 수 있다고 설명하였다.

58) 국민건강보험공단의 「노인장기요양보험통계연보」에서는 2013년 기준 시설급여기관을 4,648개로 집계하고 있으나 보건복지부 「노인복지시설현황」에서는 4,585개로 집계하고 있다.

[표 35] 2013년 기준 시설급여기관 입소정원 대비 입소비율 50% 이하인 기관 수
(단위: 개)

시설유형	전체 기관수	전체 입소정원 대비 현원	입소정원 대비 현원이 50% 이하인 기관	입소정원 대비 현원이 60% 이하인 기관	현원이 2명 이하인 기관 수
노인요양시설	2,497	86.0%	185(7.4%)	271(10.9%)	34(1.3%)
노인요양공동생활가정	2,088	91.6%	146(7.0%)	200(9.6%)	87(4.2%)
합 계	4,585	86.7%	331(7.2%)	471(10.3%)	121(2.6%)

주: 1. 국민건강보험공단의 「노인장기요양보험통계연보」에서는 2013년 기준 시설급여기관을 4,648명으로 집계하고 있으나 보건복지부 「노인복지시설현황」에서는 4,585개로 집계하고 있음.
2. 입소비율의 산출은 개별기관별 정원·현원 수치가 제시되어 있는 「노인복지시설현황」 자료를 활용함.
3. 2013년 12월 기준 조사결과임.
4. 2013년 12월 기준 노인요양시설 전체 정원은 119,478명, 현원은 102,747명임.
5. 2013년 12월 기준 노인요양공동생활가정 전체 정원은 17,426명, 현원은 15,966명임.
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

경영수지가 악화되면 장기요양기관은 인건비 등 운영비를 최대한 절감하거나 급여비 부당청구 또는 탈법적 입소자를 확보하고 경우에 따라서는 식대 등 비급여 항목에서 수입과 비용 간의 차액을 추구하는 등의 방법으로 수지개선을 위해 노력할 가능성이 있다. 그리고 이는 궁극적으로 이용자의 부담 또는 보험공단의 재정 결국 보험가입자의 부담을 가중시키거나 요양보호사 등 종사자의 근로조건을 악화시키고 장기요양서비스의 질을 떨어뜨리는 결과를 초래할 수 있다.

이와 같은 행태가 수지적자 때문에만 발생하는 것은 아니겠지만 실제로 2014년도에 보건복지부와 지방자치단체가 921개 장기요양기관에 대한 현지조사를 실시한 결과 665개의 부당청구 기관⁵⁹⁾을 적발하였는데,⁶⁰⁾ 부당청구 유형을 살펴보면 시설급여 기관에서 요양보호사, 사회복지사, 물리치료사 등 실제 근무하지 않은 인력을 근무한 것으로 등록하는 등 인력배치기준을 위반한 유형이 94억 9,600만원(53.3%)으로 가장 많았다. 이밖에도 서비스를 제공하지 않았음에도 불구하고 급여를 청구하거나 서비스 제공시간을 실제보다 부풀려 부당청구한 금액도 22억 1,500만원(12.4%)이었다. 그리고 장기요양기관의 부당청구 금액은 2009년 32억원에서 2011년 97억원, 2013년 112억원, 2014년 178억원으로 매년 증가하고 있다.

59) 이 중 402개 기관에 대해서는 업무정지, 폐쇄명령 등 행정처분을 실시하였다.

60) 2015년 3월 3일자 보건복지부 보도자료

[표 36] 2014년 장기요양기관 조사결과 급여종류별 부당청구 유형

(단위: 백만원, %)

부당청구 유형		부당금액	부당금액 비율
시설급여 기관	인력배치기준 위반	9,496	53.3
	인력추가배치 가산기준 위반	2,155	12.1
	정원초과기준 위반	745	4.2
	기타	332	1.8
	소계(A)	12,728	71.4
재가급여 기관	서비스 증량·미제공 청구	2,215	12.4
	방문목욕 제공기준 위반	766	4.3
	주야간보호 기준 위반	631	3.5
	기타	1,492	8.4
	소계(B)	5,104	28.6
합 계(A+B)		17,832	100.0

주: 1. 재가급여 기관 부당청구 중 ‘방문목욕 제공기준 위반’ 유형은 수급자의 안전을 위하여 방문목욕은 2인 이상 요양보호사가 함께 서비스를 제공하여야 하는데 이를 위반한 사례를 의미함.

2. 재가급여 기관 ‘주야간보호 기준 위반’ 유형은 하루 중 일정시간(08:00~22:00)만 보호해야 하는 주야간보호기관에서 24시간 이상 보호한 후 급여를 청구한 사례를 의미함.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 비급여항목은 장기요양급여 범위에서 제외되는 서비스인데 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제14조⁶¹⁾제1항에 따른 비급여 항목으로는 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용(1인실 또는 2인실), 이·미용비 등이 있다.⁶²⁾ 이러한 비급여 항목 서비스에 대해서는 비용 전액을 서비스이용자가 부담한다.

61) 제14조(장기요양급여의 범위 등) ① 법 제23조제1항에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(이하 “비급여대상”이라 한다)은 다음 각 호와 같다.

1. 식사재료비
2. 상급침실 이용에 따른 추가비용: 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 장기요양에 소요된 총 비용에서 제1호·제3호 및 제4호의 비용과 장기요양급여비용을 제외한 금액
3. 이·미용비
4. 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용

62) 비급여 항목의 비용은 원칙적으로 해당 서비스의 실제 소요비용(실비)이어야 하며, 이윤을 부가하지 않은 비용이어야 한다.

[표 37] 노인장기요양보험 비급여항목

항목	기준
식사재료비	<ul style="list-style-type: none"> ○ 경관영양 유동식을 자체 조제하거나 완제품을 사용한 경우 소요된 비용은 식사재료비의 일종으로서 본인이 전액 부담 ○ 식사제공을 위한 인건비(영양사, 조리원 등)와 조리비용(연료비, 수도요금 등)은 수가에 포함되어 있음 ○ 간식도 식재료비의 일종으로 비급여 항목으로 수납 가능
상급침실이용료	<ul style="list-style-type: none"> ○ 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 일반실에 비해 추가적으로 소요되는 이용에 대하여 상급침실 이용료를 수납 ○ 상급침실은 반드시 고정된 벽으로 다른 공간과 구분되어 있고, 독립된 출입문을 갖추며, 1인당 면적기준이 6.6㎡를 충족하여야 함
이·미용비	<ul style="list-style-type: none"> ○ 수급자의 희망에 의해 이·미용사를 초빙해서 컷트, 파마, 염색 등의 서비스를 받을 경우 비급여 가능 ○ 단, 시설종사자·자원봉사자에 의해 제공되는 기본적인 위생관리 차원의 이·미용 서비스는 비급여 항목으로 수납할 수 없음 ○ 손·발톱 정리 등의 명목으로 미용비를 별도 수납하는 것은 불가함

자료: 보건복지부, '비급여 대상 항목 세부기준 및 기타 실비 수납기준'(2008)을 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

2010년과 2014년 2차례에 걸쳐 국민건강보험공단에서 장기요양기관 식사재료비를 조사한 결과 2010년에는 1개월 기준 평균 21만 7,400원(1식 기준 2,400원)이었으며, 2014년에는 1개월 기준 평균 21만 2,500원(1식 기준 2,300원)이었다. 특히 식사재료비는 지역별로 큰 차이를 보이고 있었는데 2014년 기준 서울시는 1개월 기준 평균 28만 8,800원(1식 기준 3,200원)이고 전라남도과 전라북도는 1개월 기준 평균 14만 9,300원(1식 기준 1,600원)으로 약 1/2 수준이었다.

이처럼 식사재료비가 지역별로 큰 차이를 보이는 것은 식사재료의 질적 차이 때문일 수 있으며, 이용자 입장에서는 식사의 수준과 가격을 선택할 수 있는 범위가 확대되는 것이므로 필요해 보일 수도 있다. 하지만 경영수지가 좋지 않은 기관이 적자를 비급여 항목에서 충당하기 위해 식사의 질적수준과는 상관없이 식사재료비를 높게 받을 가능성도 있다. 그리고 이렇게 되면 노인 등 이용자와 가족의 부담을 경감하고자 하는 노인장기요양보험 제도의 본래 취지에 어긋나게 된다.

[표 38] 노인장기요양기관 식사재료비(비급여항목) 조사결과

(단위: 명, 원)

2013				2014			
지역	사례 수	평균금액		지역	사례 수	평균금액	
		1개월	1식			1개월	1식
서울특별시	125	270,650	3,007	서울특별시	249	288,830	3,209
경기도	270	245,040	2,723	경기도	604	250,020	2,778
인천광역시	70	227,510	2,528	인천광역시	118	229,440	2,549
강원도	54	226,520	2,517	강원도	95	209,900	2,332
대구광역시	25	207,050	2,301	대전광역시	55	205,950	2,288
대전광역시	24	203,920	2,266	울산광역시	23	197,550	2,195
충청남도, 충청북도	87	195,820	2,176	제주도	42	191,310	2,126
울산광역시	12	192,670	2,141	대구광역시	89	190,570	2,117
제주도	18	186,320	2,070	충청남도, 충청북도	190	186,570	2,073
경상남도, 경상북도	116	174,310	1,937	경상남도, 경상북도	262	164,990	1,833
부산광역시	33	168,790	1,875	부산광역시	79	158,920	1,766
광주광역시	25	162,920	1,810	광주광역시	43	157,530	1,750
전라남도, 전라북도	69	155,330	1,726	전라남도, 전라북도	199	149,320	1,659
합 계	928	217,430	2,416	합 계	1,757	212,560	2,362

주: 2014년 기준으로 평균값이 큰 지역 순으로 나열함.

자료: 국민건강보험공단 「2010년 노인장기요양보험 본인부담 실태조사」(2010), 및 「노인장기요양보험 본인부담 경감방안 연구」(2014) 내용 중 본인부담 실태조사 자료를 바탕으로 국회예산정책처 작성, 2015.

한편 노인장기요양 서비스이용자는 비급여항목 외에도 본인부담금을 내야 한다. 노인요양시설의 식사재료비와 법정 본인부담금을 합한 총 본인부담금액의 최소치와 최대치를 산출한 결과 일반노인은 최소 43만원부터 최대 62만원까지이며, 차상위계층 및 의료급여수급권자는 최소 29만원부터 최대 45만원, 기초생활급여수급권자는 최소 14만원부터 최대 28만원까지이다. 현재 수준의 총 본인부담금은 저소득층 노인과 가정에게 적지 않은 금액이어서 요양인정을 받고도 실제 서비스를 이용하는 것에 저해요인이 될 수 있다.

[표 39] 노인요양시설에 입소했을 경우 총 본인부담금액(2014년 1개월 기준)

(단위: 원)

자격	본인부담금 (급여항목) (A)	식사재료비 (비급여 항목) (B)	총 본인부담금액 (A+B)
일반노인	287,940~336,480	149,320	437,260~625,310
차상위계층/의료급여수급권자	143,970~168,240	~	293,290~457,070
기초생활급여수급권자	0	288,830	149,320~288,830

주: 비급여항목 서비스 중 이용률이 낮은 상급침실비용(이용률 3.2%), 이·미용비용(이용률 5.6%)은 제외하고, 식사재료비(이용률 98.4%)만 포함시킴.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처 작성, 2015.

장기요양서비스를 안정적으로 공급하기 위해서는 장기요양기관의 폐업규모를 축소해야 한다. 먼저 장기요양기관이 무분별하고 빈번하게 신설되는 것을 방지하기 위해 재무상태가 부실한 기관 특히 적자가 예상되는 소규모 시설의 신규진입을 줄여야 하며, 이를 위해 저당권 설정비율을 현행보다 낮추는 방향으로 「노인복지법 시행규칙」 개정을 검토할 필요가 있다. 다만 이는 신규진입장벽으로 기존 시설의 이익만 보호하는 결과를 초래할 수 있기 때문에 단계적으로 시행하는 방안을 함께 검토할 필요가 있다.

그리고 지역여건 상 정원을 채울 수 없어 부득이 소규모 시설을 운영할 수밖에 없는 경우 등이 있다면 현실에 맞는 적절한 수가를 지급하기 위한 노력도 병행되어야 한다. 이를 위해서는 장기요양기관의 경영실태를 정확하게 파악하여⁶³⁾ 표준모형을 재설계할 필요가 있는데, 표준모형을 재설계하기 위해서는 장기요양기관의 재무회계기준 마련과 통합관리 시스템 구축 등이 선행되어야 한다.

장기요양기관 재무회계기준 마련과 관련하여 2013년 6월 28일 남인순의원 등 18인 및 2014년 3월 21일 오제세의원 등 10인과 2014년 3월 28일 김성주의원 등 10인이 「노인장기요양보험법일부개정법률안」을 발의하였다. 이들 법률안의 요지를 포함한 대안은 2014년 12월 보건복지위원회에서 의결되어 2015년 7월 현재 법제사법위원회에 계류되어 있다. 대안의 주요내용은 장기요양기관의 투명한 회계운영을 위해 보

63) 앞서 살펴본 국민건강보험공단의 수가와 원가 차이 비교분석은 일부 장기요양기관에 대한 설문 조사 방식으로 수집한 자료를 사용하고 있어 실재를 파악하는 데 충분하지 않은 측면이 있기 때문이다. 따라서 정확한 비교분석을 위해서는 전체 장기요양기관의 객관적인 재무제표 자료를 기초로 할 필요가 있다.

건복지부령으로 장기요양기관 재무·회계기준을 마련하되 장기요양기관 중 사회복지시설인 경우는 「사회복지사업법」에 따른 재무·회계기준을 따르도록 하는 것이다.

2. 국민건강보험공단의 장기요양기관 관리·평가 강화 필요

신체기능뿐만 아니라 인지능력이 떨어지는 장기요양서비스 이용자들을 보호하기 위하여 장기요양기관의 서비스의 질을 관리하는 일이 중요하다. 「노인장기요양보험법」 제54조⁶⁴⁾에 따라 국민건강보험공단은 장기요양기관이 제공하는 장기급여내용을 관리·평가하여야 하며, 특히 장기요양기관들이 법령에 따른 장기요양급여의 제공기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 급여를 제공하였는지 평가하고 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다. 이에 따라 국민건강보험공단은 매년 장기요양기관 평가를 실시하는 한편 평가결과를 국민건강보험공단 홈페이지를 통하여 공표하고 있다.

국민건강보험공단의 장기요양기관 평가는 2014년까지 급여종류별로 2년마다 정기적으로 실시되었는데, 2010년, 2012년, 2014년 등 짝수년도에 재가급여기관을 평가하였으며, 2009년, 2011년, 2013년 등 홀수년도에 시설급여 장기요양기관을 평가하였다.⁶⁵⁾ 평가내용은 기관운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임, 급여제공과정, 급여제공결과 등의 5대 영역으로 구분되어 있다. 평가결과 시설급여기관의 평균점수는 2009년 76.9점에서 2011년 75.8점, 2013년 70.5점으로 떨어졌으며, 재가급여 기관의 평균점수 역시 2010년 81.2점, 2012년 72.2점, 2014년 71.5점으로 떨어졌다.

64) 「노인장기요양보험법」 제54조(장기요양급여의 관리·평가) ① 공단은 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력하여야 한다. ② 공단은 장기요양기관이 제23조제3항에 따른 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다. ③ 제2항에 따른 장기요양급여 제공내용의 평가 방법 및 평가 결과의 공개 방법, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

65) 2015년에 「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」가 개정되어 2년이던 평가주기가 3년으로 늘었다.

[표 40] 연도별 장기요양기관 평가결과

(단위: 점)

시설급여 기관		재가급여 기관	
평가연도	평균점수	평가연도	평균점수
2009	76.9	2010	81.2
2011	75.8	2012	72.2
2013	70.5	2014	71.5

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 장기요양기관 평가결과」를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

이에 대하여 국민건강보험공단은 2009년과 2010년은 시범평가 실시기간이었기 때문에 평가방식, 결과산출방식 등에 있어 현재와 차이가 있었고, 보다 엄정한 평가를 위해 평가지표를 강화하여 난이도와 변별력을 강화한 지표⁶⁶⁾를 적용하였기 때문에 종전의 점수와 단순 비교는 적절하지 않다고 설명하였다. 또한 평균점수가 하락한 것과 서비스의 질 저하는 서로 관계가 없다고 설명하였다. 장기요양보험제도 도입 이후 평가제도에 보완·변경 등이 있었기 때문에 공단의 설명이 일부 타당한 점은 있다. 그러나 「노인장기요양보험법」 제54조제1항에서 장기요양기관 평가의 목적을 ‘장기요양서비스 수준 향상’이라고 규정하고 있음을 감안할 때, 평가점수와 서비스의 질이 무관하다고 보는 것은 타당하지 않다.⁶⁷⁾

한편 장기요양기관 평가결과는 A등급부터 E등급까지 5등급으로 분류되며 E등급은 하위 10%에 해당하는 기관이다.⁶⁸⁾ 그런데 2년 전 평가에서 최하위 점수인 E등급을 받았던 재가급여 기관의 약 1/4 그리고 시설급여 기관의 약 1/5은 여전히 서비스 질을 개선시키지 못한 채 같은 E등급을 받는 것으로 나타났다.

2012년 재가급여기관 평가결과 E등급을 받은 기관은 총 526개이며, 2014년 재가급여 기관 평가결과 E등급을 받은 기관은 659개이다. 그런데 이 중 중복되는 기관이 142개로 2012년 E등급 판정기관(526개)의 27.0%를 차지한다. 시설급여기관도 마찬가지이다. 2011년 평가결과 E등급을 받은 기관은 143개, 2013년 평가결과 E등급을 받은 기관은 330개인데 이 중 2011년에 이어 2013년에도 E를 받은 기관이 32개로 2011년 E등급 판정 기관(143개)의 22.4%를 차지한다.

66) 환경 및 안전지표, 인력배치기준, 경력직 등 평가지표 강화 및 자원봉사자, 운영규정교육, 특화 프로그램, 평가자의견 지표 등 신설
 67) 평가점수와 서비스의 질이 무관하다면 결국 장기요양기관 평가가 서비스 수준 향상을 위한 관리 수단으로서의 의미가 없다는 의미이다.
 68) A등급과 B등급은 전체 평가기관 중 각각 10%, C등급은 50%, D등급은 20%, E등급은 10%이다.

[표 41] 장기요양기관 평가 결과 2차 연속 최하위 등급판정(E) 기관

(단위: 개)

재가급여 기관 평가결과		시설급여 기관 평가결과	
2012년 평가결과 E를 받은 기관	526	2011년 평가결과 E를 받은 기관	143
2014년 평가결과 E를 받은 기관	659	2013년 평가결과 E를 받은 기관	330
2012년에 이어 2014년에도 E를 받은 기관	142 (27.0%)	2011년에 이어 2013년에도 E를 받은 기관	32 (22.4%)

주: 1. 평가등급은 A부터 E까지 5등급으로 나뉘며, A등급이 최상위 등급, E등급이 최하위 등급임.
 2. 재가급여 기관은 1개 기관이 서비스별로 E등급을 중복으로 받아도 기관수는 1개로 산정함.
 자료: 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 국민건강보험공단은 상대평가 방식⁶⁹⁾이었던 기존 방식을 2015년 평가부터 절대평가 방식으로 변경하였다. 평가결과 E등급을 받은 하위기관은 다음해 재평가 받는 것을 의무화하였는데 이는 서비스 질 향상에 대한 동기를 부여하고자 한 것이다.⁷⁰⁾ 그러나 현재도 재가급여기관의 27.0%, 시설급여기관의 22.4%에 해당하는 기관이 2년 후 재평가시 E등급을 받고 있는 상황⁷¹⁾이므로 재평가 의무화 방식만으로는 서비스 질을 개선시키는데 큰 효과를 기대하기 힘들다.

국민건강보험공단은 「노인장기요양보험법」 제38조 제3항⁷¹⁾에 따라 장기요양기관평가 결과를 토대로 장기요양급여비용을 가산 또는 감액조정하여 지급할 수 있다. 국민건강보험공단의 장기요양기관 평가결과 보고서에 따르면 평가 결과가 좋은 기관에게는 가산금을 지급하는 등 서비스 질 향상을 유도하고 있으며, 평가결과가 미흡한 기관에 대해서는 사후관리를 실시하고 있다고 설명하고 있다.

그러나 E등급을 연이어 받는 기관이 상당수 발생하는 상황에서 소극적인 사후관리만으로는 서비스의 질 개선을 기대하기 어려울 것으로 보인다. 따라서 향후 국민건강보험공단은 최하위 평가판정을 받은 기관이 서비스 질을 개선하도록 「노인장기요양보험법」 제38조에 따른 장기요양급여비용의 감액을 적극적으로 적용할 필요가 있다.

69) 기존의 상대평가 방식: A등급 10%, B등급 10%, C등급 50%, D등급 20%, E등급 10%

70) 국민건강보험공단은 하위기관 집중관리를 통해 질 향상을 유도하고, 기존 등급을 수시평가 등급으로 교체하여 서비스 상향평준화를 유도할 계획이라고 하였다. 수시평가는 2016년부터 운영할 예정이다.

71) 「노인장기요양보험법」 제38조(재가 및 시설 급여비용의 청구 및 지급) ③공단은 제54조제2항에 따른 장기요양기관의 장기요양급여평가 결과에 따라 장기요양급여비용을 가산 또는 감액조정하여 지급할 수 있다.

또한 「노인장기요양보험법」 제54조제2항⁷²⁾에 따라 국민건강보험공단은 장기요양급여비용 가감 조정 외에도 평가결과에 따라 필요한 조치를 할 수 있다. 그런데 현행 평가체계에서는 평가결과가 나쁘더라도 국민건강보험공단에서 실효성 있는 조치를 취하기 어려운 측면이 있다. 왜냐하면 장기요양기관의 지정취소 등 행정처분 권한이 시·군·구 등 기초자치단체에 있기 때문이다. 따라서 서비스가 미흡한 기관이 있더라도 이에 대한 효과적인 관리는 어려운 상태이며 방문상담을 실시하는 정도에 그치고 있다. 이렇다보니 장기요양기관 평가만으로는 미흡한 기관의 서비스 개선효과를 기대하기 힘든 상황이다.

이와 관련하여 국민건강보험공단은 매년 장기요양기관을 평가하고 시설·인력이 미흡한 기관에 대하여는 해당 지방자치단체에 통보하고 있다. 그러나 국민건강보험공단의 통보에 대한 지방자치단체의 조치는 저조한 편이다. 그 이유는 국민건강보험공단이 노인장기요양 보험자로서 장기요양급여 서비스를 관리하지만, 장기요양기관을 관리하는 행정권한은 시·군·구 등 지방자치단체에 있는 제도상의 문제 때문이다.

따라서 국민건강보험공단이 장기요양기관을 평가하고 시설·인력 등이 법정 지정기준에 미치지 못하는 기관 등을 통보할 때 해당 지방자치단체뿐만 아니라 보건복지부에도 통보하게 할 필요가 있다. 그리고 해당 지방자치단체는 경고, 업무정지, 지정취소, 폐쇄명령 등 필요한 조치를 한 후 그 결과를 보건복지부에 보고하도록 제도를 개선할 필요가 있다.

72) 「노인장기요양보험법」 제54조(장기요양급여의 관리·평가) ② 공단은 장기요양기관이 제23조 제3항에 따른 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

3. 지방자치단체의 현지조사 등 관리감독 강화 필요

노인장기요양서비스 질 관리를 위해서 보건복지부는 장기요양서비스 품질관리와 관련된 법과 지침, 기준을 마련하고, 국민건강보험공단은 「노인장기요양보험법」 제54조73)에 따라 장기요양기관 평가를 실시하며, 지방자치단체는 장기요양기관에 대한 현지조사74) 등 행정처분75) 등을 실시하고 있다.

- 73) 「노인장기요양보험법」 제54조(장기요양급여의 관리·평가) ① 공단은 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력하여야 한다. ② 공단은 장기요양기관이 제23조제3항에 따른 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법 등에 따라 적절하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다. ③ 제2항에 따른 장기요양급여 제공내용의 평가 방법 및 평가 결과의 공개 방법, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.
- 74) 「노인장기요양보험법」 제61조제(보고 및 검사) ② 보건복지부장관 또는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 장기요양급여의 제공 명세 등 장기요양급여에 관련된 자료의 제출을 명하거나 소속 공무원으로 하여금 관계인에게 질문을 하게 하거나 관계 서류를 검사하게 할 수 있다.
1. 장기요양기관
 2. 장기요양급여를 받은 자
- 75) 「노인장기요양보험법」 제37조(장기요양기관 지정의 취소 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 장기요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소하거나 6개월의 범위에서 업무정지를 명할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제7호에 해당하는 경우에는 지정을 취소하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
 2. 제31조제2항에 따른 지정기준에 적합하지 아니한 경우
 3. 제35조제1항을 위반하여 장기요양급여를 거부한 경우
 - 3의2. 제35조제5항을 위반하여 본인일부부담금을 면제하거나 감경하는 행위를 한 경우
 - 3의3. 제35조제6항을 위반하여 수급자를 소개, 알선 또는 유인하는 행위 및 이를 조장하는 행위를 한 경우
 4. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재가 및 시설 급여비용을 청구한 경우
 5. 제61조제2항에 따른 자료제출 명령에 따르지 아니하거나 거짓으로 자료제출을 한 경우나 질문 또는 검사를 거부·방해 또는 기피하거나 거짓으로 답변한 경우
 6. 장기요양기관의 종사자 등이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우
- 가. 수급자의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위
나. 수급자에게 성적 수치심을 주는 성폭행, 성희롱 등의 행위
다. 자신의 보호·감독을 받는 수급자를 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위
7. 업무정지기간 중에 장기요양급여를 제공한 경우 ③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 재가장기요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 시설을 폐쇄할 것을 명하거나 6개월의 범위에서 업무정지를 명할 수 있다. 다만, 제1호 또는 제5호에 해당하는 경우 폐쇄명령을 하여야 한다.
1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 신고한 경우
 2. 제32조제1항에 따라 갖추어야 하는 시설 및 인력을 갖추지 아니한 경우
 3. 제1항제3호, 제3호의2, 제3호의3, 제5호 또는 제6호에 해당하는 경우
 4. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재가급여비용을 청구한 경우
 5. 업무정지기간 중에 장기요양급여를 제공한 경우

[표 42] 노인장기요양서비스 질 관리체계

주체	보건복지부	지방자치단체	국민건강보험공단
주요 기능	근거 법, 지침, 기준 마련	조사(inspection)	평가(evaluation)
특징	노인장기요양보험제도 총괄	시설에 대한 제보 및 특정사항이 발견될 경우에 현지조사	모든 시설에 대한 평가
결과 활용	현지조사와 시설평가에 적용	과징금 부과, 지정취소 등 행정처분	인센티브 제공
빈도	비정기적	비정기적	2년에 한 번 (2015년 이후 3년에 한 번)

자료: 「노인장기요양보험법」 및 「노인장기요양보험법시행령」을 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

지방자치단체가 실시하고 있는 현지조사란 「노인장기요양보험법」 제61조에 따라 불법·부당행위를 한 장기요양기관을 적발하고, 적발된 장기요양기관으로부터 장기요양보험 부담이득을 환수함으로써 재정 누수를 방지하고 수급질서를 확립하여 장기요양 수급권을 보호하고자 하는 것이다.⁷⁶⁾

현지조사는 정기조사와 수시조사로 나뉜다. 정기조사는 연 2회(상반기·하반기)에 걸쳐 사회적 문제가 된 사안을 중심으로 실시하는 조사이며, 수시조사는 법령 위반에 대한 신고나 민원이 접수된 기관, 자료제출 거부 및 부당청구 개연성 등이 있는 경우에 국민건강보험공단 및 국민권익위원회, 검·경찰청 등 다른기관에서 조사를 의뢰하여 긴급하게 조사를 하는 것이다.

「노인장기요양보험법」 제37조의 2(과징금의 부과 등) ① 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제37조제1항 각 호의 어느 하나 또는 같은 조 제3항 각 호의 어느 하나(제37조제1항제4호 및 제3항제4호는 제외한다)에 해당하는 행위를 이유로 업무정지명령을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지가 해당 장기요양기관을 이용하는 수급자에게 심한 불편을 줄 우려가 있는 등 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 업무정지명령을 갈음하여 5천만원 이하의 과징금을 부과할 수 있다. 다만, 제37조제1항제6호를 위반한 행위로서 보건복지부령으로 정하는 경우에는 그러하지 아니하다. ② 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제37조제1항제4호 또는 제3항제4호에 해당하는 행위를 이유로 업무정지명령을 하여야 하는 경우로서 그 업무정지가 해당 장기요양기관을 이용하는 수급자에게 심한 불편을 줄 우려가 있는 등 보건복지부장관이 정하는 특별한 사유가 있다고 인정되는 경우에는 업무정지명령을 갈음하여 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 청구한 금액의 5배 이하의 금액을 과징금으로 부과할 수 있다.

76) 보건복지부, 「장기요양기관 현지조사 및 행정처분 지침」, 2014. 6.

[표 43] 현지조사 유형 및 조사 대상기관

	특징	조사 대상기관
정기조사	사회적 문제가 제기된 사안에 대한 제도개선 등을 위해 상반기, 하반기 연 2회 실시	<ul style="list-style-type: none"> · 편법 또는 왜곡된 급여청구 행태를 보여 조사가 필요하다고 판단되는 기관 · 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장이 선정한 기관 · 국민건강보험공단에서 현지조사를 의뢰한 기관
수시조사	신고나 민원발생, 공단의 청구 과정에서 부당청구 확인 또는 부당청구 개연성이 높은 기관에 대해 즉시 또는 수시로 실시	<ul style="list-style-type: none"> · 내부종사자 등으로부터 신고된 기관 · 민원 또는 사회적 물의를 야기한 기관으로 수급자의 보호 등을 위하여 긴급조사가 필요한 기관 · 보건복지부장관 또는 시장·군수·구청장이 선정한 기관 · 국민건강보험공단에서 현지조사를 의뢰한 기관 · 국민권익위원회, 검·경찰청 등 외부기관에서 의뢰한 기관

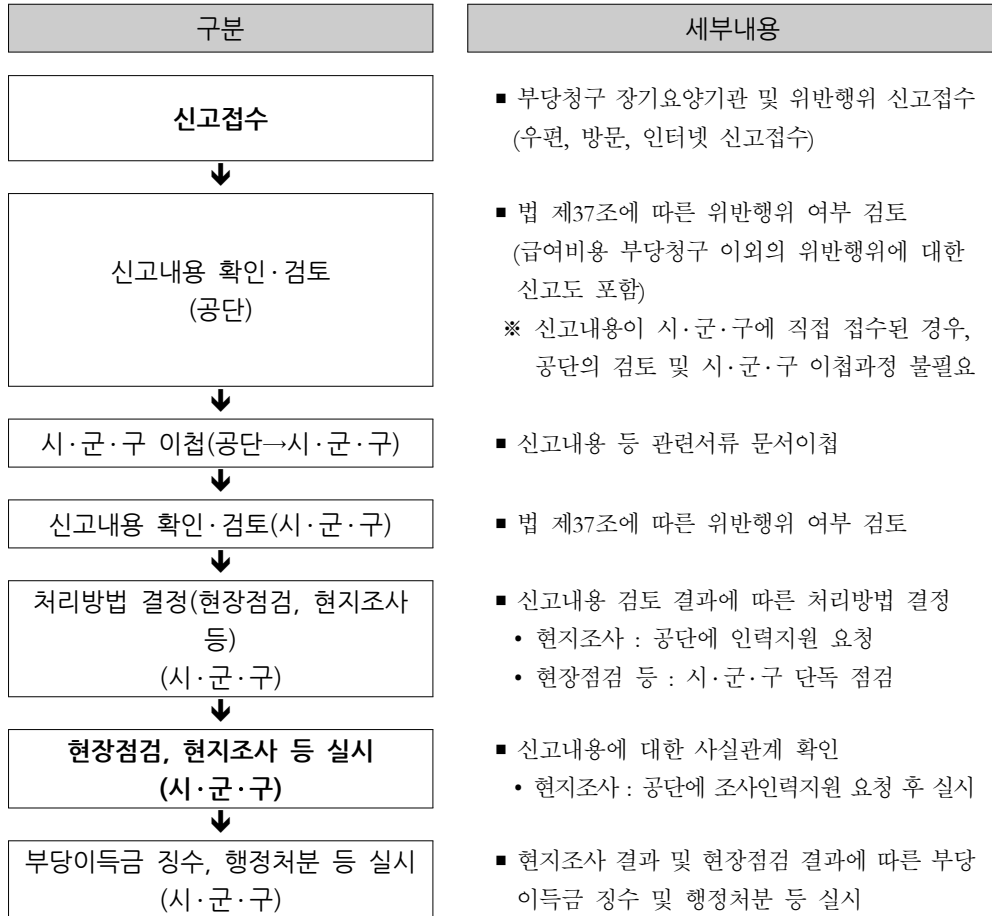
자료: 보건복지부, 「장기요양기관 현지조사 및 행정처분 지침」(2014. 6)을 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

수시조사 중 신고나 민원이 접수된 기관에 대한 현지조사 실시·처리 과정은 다음과 같다. 먼저 요양보호사, 장기요양기관 종사자나 종사하였던 자, 장기요양수급자 등이 편법으로 급여를 청구한 기관이나 부당한 서비스를 제공한 장기요양기관을 국민건강보험공단에 신고⁷⁷⁾하면 국민건강보험공단은 신고내용을 지방자치단체(시·군·구)로 이첩한다. 지방자치단체는 이첩 받은 신고내용을 바탕으로 현지조사를 실시하여야 하며, 조사결과를 바탕으로 부당이득금을 징수하거나 행정처분 등을 결정·실시하여야 한다.

77) 보건복지부에서 파악하고 있는 주요 신고사례는 다음과 같다.

- 장기요양급여비용 부당청구
- 종사자가 수급자를 유치해오면 인센티브를 제공하겠다고 약속하거나 실제로 지급한 경우
- 요양보호사에게 수급자의 본인일부부담금을 전가시키는 경우
- 본인부담금에 대한 안내 없이 장기요양급여를 제공하고 그에 따른 본인일부부담금의 납부를 요구하지 않거나 면제 또는 감면해주는 경우
- 수급자에게 비급여대상의 비용을 면제·할인하는 경우
- 수급자의 신체에 대한 폭행, 상해를 입히는 행위, 성폭행, 수급자를 유기·방임하는 경우

[그림 8] 장기요양기관 신고건에 대한 지방자치단체의 현지조사 실시·처리 과정



자료: 보건복지부, 「장기요양기관 현지조사 및 행정처분 지침」(2014. 6.)을 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

그런데 최근 5년간 장기요양기관 신고접수 현황과 현지조사 실시 건수를 비교해보면 신고접수는 해마다 큰 폭으로 증가하고 있는 것에 반해 현지조사 실시건수는 오히려 감소한 것으로 나타났다. 장기요양기관 신고접수 건수는 2010년에 95건이었는데 2011년에 138건, 2012년에 162건, 2013년에 237건, 2014년에 366건으로 해마다 늘어 2014에는 2010년 대비 285.3% 증가하였다. 반면 지방자치단체의 현지조사 실시 건수는 2010년에 2,025건에서 2011년에 1,237건, 2012년에 1,217건, 2013년에 767건으로 해마다 감소하였으며, 2014년에만 921건으로 전년 대비 소폭 상승하였다. 그 결과 2014년 현지조사 실시 건수는 2010년 대비 120% 감소한 것으로 나타났다.⁷⁸⁾

78) 이에 대하여 보건복지부는 조사를 실시할 수 있는 인원이 부족하기 때문이라고 설명하였다.

신고 대비 현지조사 건수뿐만 아니라 장기요양기관 수 대비 현지조사 실시기관 비율도 감소하였다. 장기요양기관 수 대비 현지조사 실시기관 비율은 2010년에 13.5%였는데 2011년 8.3%, 2012년 8.1%, 2013년 4.9%로 감소하였으며, 2014년에는 5.6%로 소폭 증가하면서 결과적으로 2010년 대비 7.9%p 감소하였다.

이와 같이 신고 및 장기요양기관 수 대비 현지조사 비율이 낮아지는 추세를 보이는 것은 장기요양보험제도가 점차 안정되고 있기 때문으로 해석할 수 있지만 한편으로는 지방자치단체가 현지조사를 적극적으로 실시하지 않고 있기 때문일 수도 있다. 이는 시설·인력 미흡 판정을 받아 현지조사가 더욱 적극적으로 실시되어야 할 지역임에도 불구하고 조사실적이 저조하다는 점에서 확인할 수 있다.

2013년 국민건강보험공단의 평가 결과 시설 및 인력기준 미흡 판정 비율이 높은 지역은 충청남도(35.5%), 전라남도(30.3%), 부산광역시(29.3%), 경상북도(27.3%), 경상북도(27.15)이며, 이들 지역은 다른 지역보다 현지조사의 필요성이 상대적으로 높다고 하겠다.

[표 44] 시설 및 인력기준 미흡판정을 받은 장기요양기관(2013년 기준)

(단위: 개, %)

순번	지역명	평가 실시기관 수 (A)	시설 및 인력기준 미흡 기관 수 (B)	시설 및 인력기준 미흡 기관 비율 (B/A)
1	충청남도	203	72	35.5
2	전라남도	244	74	30.3
3	부산광역시	116	34	29.3
4	경상북도	271	74	27.3
5	경상남도	188	51	27.1
6	광주광역시	91	23	25.3
7	제주특별자치도	48	12	25.0
8	세종특별자치시	8	2	25.0
9	경기도	1,019	253	24.8
10	충청북도	185	45	24.3
11	전라북도	199	46	23.1
12	울산광역시	32	7	21.9
13	서울특별시	386	75	19.4
14	강원도	207	32	15.5
15	대전광역시	89	12	13.5
16	대구광역시	175	21	12.0
17	인천광역시	203	23	11.3

주: 국민건강보험공단은 시설 및 인력기준 미흡판정 결과를 각 지방자치단체에 통보하고 있음.
 자료: 국민건강보험공단 제출자료 및 「2013년도 장기요양급여 평가결과」 자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

그러나 시설·인력 미흡 판정을 받아 현지조사가 더욱 적극적으로 실시되었어야 할 충청남도(2010년 15.3%→2014년 6.5%), 전라남도(2010년 16.3%→2014년 5.8%), 부산광역시(2010년 12.7%→5.2%), 경상북도(2010년 16.3%→5.4%), 경상남도(2010년 14.8%→2014년 7.6%)의 2014년 현지조사 실시비율은 4년 전에 비해 오히려 약 1/3에서 1/2까지 떨어진 것으로 나타나고 있다.

[표 45] 지역별 장기요양기관 수 대비 현지조사 실시기관 비율

(단위: %)

순번	지역	2010			2011			2012			2013			2014		
		재가	시설	계	재가	시설	계	재가	시설	계	재가	시설	계	재가	시설	계
1	제주	14.6	8.3	12.9	7.8	10.4	8.5	5.7	13.0	8.0	1.5	8.1	3.6	2.3	22.6	8.9
2	세종	-	-	-	-	-	-	11.1	8.3	10.3	8.7	-	5.9	-	27.3	8.6
3	경남	16.2	9.3	14.8	6.7	8.9	7.2	9.3	9.8	9.4	6.4	10.0	7.2	4.1	18.6	7.6
4	충북	16.5	8.5	13.3	5.1	14.7	9.1	9.3	7.6	8.6	5.4	13.6	9.1	3.2	12.0	7.1
5	충남	17.5	9.6	15.3	7.0	8.4	7.4	8.3	13.0	9.8	5.4	5.2	5.3	5.2	9.3	6.5
6	전남	19.8	6.9	16.3	8.4	11.6	9.4	7.9	12.9	9.5	4.4	6.7	5.1	3.6	10.5	5.8
7	대전	10.5	10.2	10.4	5.2	12.8	6.6	8.1	5.8	7.6	3.8	5.9	4.2	4.2	11.5	5.7
8	강원	21.0	9.7	16.9	6.5	10.1	7.9	8.7	11.3	9.7	4.1	5.0	4.5	2.3	10.7	5.6
9	경기	12.7	11.8	12.4	6.7	13.1	8.9	5.8	11.1	7.7	2.9	5.6	3.9	3.1	9.4	5.5
10	경북	18.9	8.6	16.3	8.9	11.2	9.5	7.9	7.7	7.9	5.5	8.4	6.4	3.2	10.4	5.4
11	부산	13.1	10.1	12.7	6.7	12.6	7.6	8.0	5.5	7.6	4.2	6.7	4.6	3.4	16.4	5.2
12	서울	13.5	5.3	11.9	6.7	14.1	8.1	7.0	9.2	7.4	4.1	5.8	4.5	2.5	14.8	5.1
12	대구	14.3	5.9	12.8	6.0	13.0	7.6	6.6	6.9	6.7	4.5	8.4	5.6	3.4	9.5	5.1
12	광주	13.0	11.0	12.7	6.2	14.7	7.8	6.7	10.4	7.4	4.1	12.0	5.6	2.1	17.1	5.1
12	전북	14.9	13.7	14.6	8.9	10.3	9.3	7.9	11.7	8.9	3.9	7.7	4.9	2.8	11.9	5.1
16	인천	14.3	11.2	13.4	4.5	14.4	7.4	7.3	8.1	7.5	1.6	2.5	1.9	1.7	9.2	4.1
17	울산	19.1	11.9	17.6	6.8	9.5	7.4	9.3	-	7.5	7.1	10.0	7.7	3.8	4.7	3.9
	계	14.8	9.7	13.5	6.8	12.3	8.3	7.4	9.9	8.1	4.1	6.7	4.9	3.1	11.4	5.6

주: 2014년 기준 현지조사 실시기관 비율이 높은 지역 순으로 나열함.

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

한편 일본은 시정촌 등 지방자치단체가 직접적인 규제를 하면서 서비스의 질을 관리하고 있다. 일본 지방자치단체는 연1회 정기적인 시설감사(facility inspection)를 실시하고 있으며, 각 지방자치단체에서 지정한 '제3자 평가 기관'이 인증 외부평가를 실시하고 있다. 또한 시설감사 결과 장기요양기관의 종사자 인원이 기준에 충족되지 못했을 경우 「개호보험법(介護保険法)」 제115의 2679)에 따라 해

79) 「개호보험법」 제115조의 26(지정의 취소 등) 시정촌장은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우에는 해당 지정개호예방지원사업자에 관한 제58조 제1항의 지정을 취소하거나 기간을 정하여 지정의 전부 혹은 일부의 효력을 정지할 수 있다.

1. 지정개호예방지원사업자가 제115조의20 제2항 제4호 또는 제8호의 어느하나에 해당하게 된 때
2. 지정개호예방지원사업자가 그 지정에 관련된 사업소 종업원의 전문성 및 인원에 대하여 제

당기관의 지정을 취소하거나 일시 업무정지 등의 행정처분을 할 수 있다. 이는 일본의 경우 우리나라와 달리 시정촌 등이 개호보험자이기 때문이다.⁸⁰⁾

그러나 우리나라의 경우 국민건강보험공단이 시설·인력 미흡 판정 기관을 통보하고도 보건복지부와 국민건강보험공단에서 통보 받은 지방자치단체가 어떻게 사후처리를 하였는지 파악하지 못하고 있다. 따라서 향후 각 지방자치단체는 장기요양보험의 수급질서를 확립하기 위하여 현지조사와 지도감독 기능을 보다 강화할 필요가 있으며, 보건복지부와 국민건강보험공단도 지방자치단체로 이첩한 신고접수건과 통보사항에 대한 현지조사 및 조치사항을 파악하여 처리가 미흡한 지방자치단체에 대해서는 관련 조치를 강구할 필요가 있다.

115조의22 제1항의 후생노동성령에서 정하는 기준 또는 동항의 후생노동성령에서 정하는 인원수를 충족할 수 없게 된 때

3. 지정개호예방지원사업자가 제115조의22 제2항에서 규정하는 지정개호예방지원에 관련된 개호예방을 위한 효과적인 지원방법에 관한 기준 또는 지정개호예방지원사업의 운영에 관한 기준에 따라서 적정한 개호예방지원사업을 운영할 수 없게 된 때
 4. 지정개호예방지원사업자가 제115조의22 제4항에서 규정하는 의무에 위반하였다고 인정되는 때
 5. 개호예방서비스계획비의 청구에 관하여 부정이 있는 때
 6. 지정개호예방지원사업자가 제115조의24 제1항 규정에 따라 보고 또는 장부서류의 제출을 명받았으나 이에 따르지 않거나 허위보고를 한 때
 7. 지정개호예방지원사업자 또는 그 지정에 관련된 사업소의 종업원이 제115조의24 제1항 규정에 따라 출두를 요구받았으나 이에 응하지 않고, 동항 규정에 따른 질문에 대하여 답변을 하지 않거나 허위답변을 하거나 동항 규정에 따른 검사를 거부, 방해 혹은 기피한 때. 다만, 그 지정에 관련된 사업소의 종업원이 그러한 행위를 한 경우에 그 행위를 방지하기 위해 해당 지정개호예방지원사업자가 상당한 주의 및 감독을 다한 때 제외
 8. 지정개호예방지원사업자가 부정한 수단으로 제58조 제1항의 지정을 받은 때
 9. 전 각 호의 경우 외에, 지정개호예방지원사업자가 이 법률 기타 국민의 보건의료 혹은 복지에 관한 법률에서 시행령으로 정하는 것 또는 이러한 법률에 근거한 명령 혹은 처분에 위반한 때
 10. 전 각 호의 경우 외에, 지정개호예방지원사업자가 재가서비스 등에 관하여 부정하거나 현저하게 부당한 행위를 한 때
 11. 지정개호예방지원사업자의 임원 등 중에 지정의 취소 또는 지정의 전부 혹은 일부의 효력을 정지하고자 하는 때 5년 이내에 재가서비스 등에 관하여 부정하거나 현저하게 부당한 행위를 한 자가 있는 때
- 80) 일본 「개호보험법」 제3조 (보험자) 시정촌 및 특별구는 이 법률이 정하는 바에 따라 개호보험을 시행하는 것으로 한다.
 ② 시정촌 및 특별구는 개호보험에 관한 수입 및 지출에 대하여 시행령에서 정하는 바에 따라 특별회계를 마련하여야 한다.

VI. 복지용구가격 적정성 검토 필요

노인장기요양 서비스 수급자는 「노인장기요양보험법」 제23조⁸¹⁾에 따라 이동변기, 목욕의자, 성인용보행기, 전동·수동 침대 등 일상생활이나 신체활동 지원에 필요한 복지용구를 제공받을 수 있다.⁸²⁾ 복지용구 제공서비스 이용자 수는 2009년 9만명에서 2014년 16만명으로 약 1.8배 증가하였으며, 급여비는 2009년 673억원에서 2014년 1,049억원으로 1.6배 증가하였다.

[표 46] 연도별 복지용구 제공 서비스 이용자 수 및 급여비

(단위: 명, 억원)

	복지용구 제공서비스 이용자 수	급여비
2009	94,843	673
2010	111,180	719
2011	116,690	689
2012	133,495	853
2013	154,883	1,003
2014	169,896	1,049

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 국회예산정책처 재구성, 2015.

전체 노인장기요양보험재정 가운데 복지용구 급여비가 차지하는 비중이 크지는 않지만 재가급여 서비스 이용자 중 복지용구 제공서비스를 이용하는 사람의 비율이 2009년에 25.2%, 2010년에 24.5%, 2011년에 26.2%, 2012년에 29.8%, 2013년에 31.8%, 2014년 32.5%로 계속 증가하고 있으며, 2014년 기준 방문요양 서비스(46.0%)에 이어 두 번째를 차지하고 있다.

81) 「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류) ① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

1. 재가급여

바. 기타재가급여: 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

82) 「노인장기요양보험법 시행규칙」 제19조(기타재가급여 제공기준 등) ① 장기요양기관은 영 제9조에 따라 수급자의 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 것(이하 “복지용구”라 한다)을 제공하는 경우에는 품목별 내구연한 등을 고려하여 구입 또는 대여방식으로 제공하여야 한다.

[표 47] 재가급여 이용자의 서비스별 이용실적

(단위: %)

연도	방문요양	복지용구	방문목욕	주야간보호	방문간호	단기보호	전체 재가급여 이용자
2009	47.6	25.2	14.4	4.8	2.3	5.6	100.0
2010	49.6	24.5	15.8	4.7	1.9	3.6	100.0
2011	49.6	26.2	16.5	5.0	1.8	1.0	100.0
2012	47.0	29.8	15.0	5.4	1.8	1.1	100.0
2013	46.0	31.8	13.4	5.8	1.6	1.5	100.0
2014	46.0	32.5	11.9	6.7	1.5	1.3	100.0

주: 2014년 기준 이용비율이 높은 서비스 순으로 나열함.

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

이처럼 복지용구 제공서비스 이용자 수와 급여비가 증가하고 있고 이용비율도 높지만 서비스에 대한 만족도는 다른 서비스에 비해 낮은 편이다. 2014년 기준 국민건강보험공단이 실시한 노인장기요양 서비스별 만족도를 살펴보면 주·야간보호 서비스 만족도가 92.5%이며, 방문요양은 91.3%, 방문목욕 90.8%, 공동생활가정 입소 90.0%, 노인요양시설 입소 89.5%인데 반해 복지용구는 74.7%로 낮은 편이며, 이는 2013년도 88.2%보다 많이 낮아진 수준이다.

[표 48] 노인장기요양 서비스종류별 만족도

(단위: %)

서비스 종류	2013			2014		
	만족	보통	불만족	만족	보통	불만족
주·야간보호	97.1	0	0	92.5	3.8	0
방문요양	86.6	11.3	1.6	91.3	6.4	1.6
방문목욕	91.1	5.4	1.8	90.8	6.1	3.1
공동생활가정	83.3	16.7	0	90.0	5.0	0
노인요양시설	79.5	16.1	2.0	89.5	6.6	1.9
복지용구	88.2	7.3	0	74.7	21.2	1.0
전 체	84.9	11.9	1.5	89.1	7.8	1.6

주: 1. 잘모름/무응답 비율은 표시하지 않음.

2. 2014년 기준 만족비율이 높은 서비스 순으로 나열함.

3. 방문간호 서비스와 단기보호 서비스는 응답자 수가 10명 미만이므로 표에 제시하지 않음.

4. 2013년도 이전은 서비스 세부항목별로 조사되지 않아 제시하지 않음.

자료: 국민건강보험공단, 각 연도 「노인장기요양보험 국민 만족도 및 인식도 조사 결과 보고서」를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

복지용구 제공서비스 불편사항에는 ‘등급기준이 명확하지 않다’(14.1%), ‘정보가 부족하다’(13.1%), ‘서비스 이용절차가 복잡하다’(10.1%) 등의 불편사항이 있었지만 가장 큰 비중을 차지하는 것은 ‘본인부담이 너무 크다’(19.2%)는 것이었다.

[표 49] 복지용구 관련 불편사항

(단위: %)

불편 사항	응답비율
본인부담이 너무 크다	19.2
등급기준이 명확하지 않다	14.1
정보가 부족하다	13.1
서비스 이용절차가 복잡하다	10.1
서비스 질이 낮다	6.1
없음	6.1
잘모름/무응답	31.3
합 계	100.0

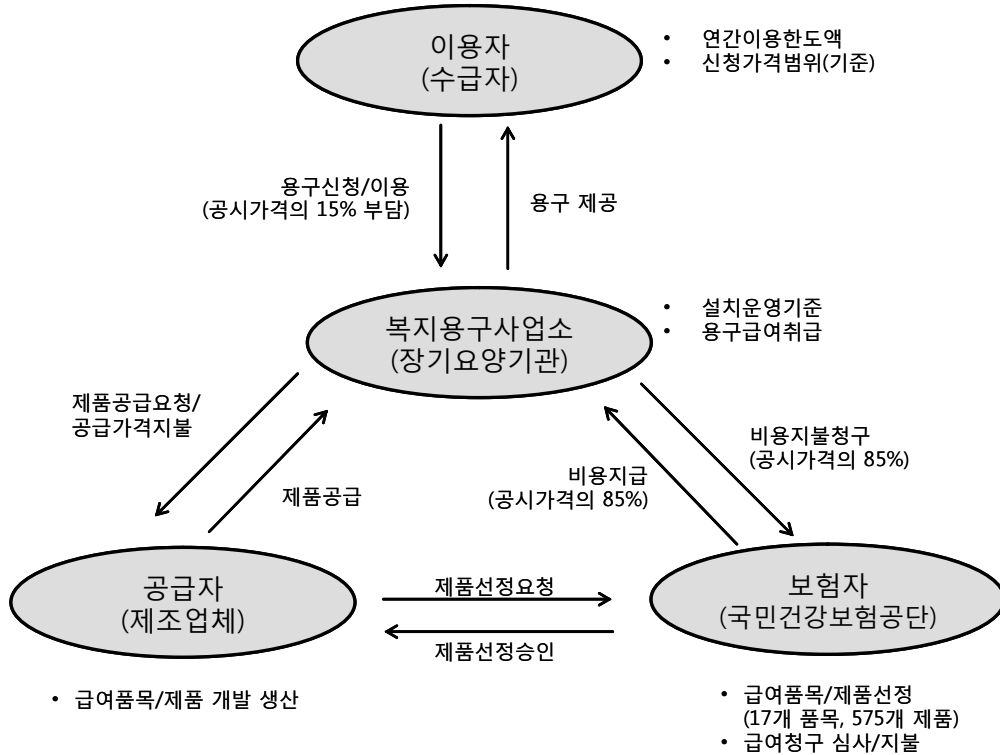
주: 2014년도 기준임.

자료: 국민건강보험공단, 「2014년도 노인장기요양보험 국민 만족도 및 인식도 조사 결과 보고서」, 2015.

복지용구 서비스이용자가 복지용구 이용시 본인부담이 크다고 느끼고 있는데 복지용구 제품의 선정과 구입(대여)가격책정은 [그림 9]와 같이 국민건강보험공단과 공급자(제조업체)간 협의에 따라 결정된다. 그리고 보건복지부는 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」를 통해 최종 협의된 결과를 공시하고 있다. 노인장기요양 수급자는 공시된 지정품목 중 자신에게 필요한 물품을 연간 160만원 한도액 내에서 복지용구사업소에 신청하여 구입하거나 대여할 수 있다.⁸³⁾

83) 본인부담금은 일반대상자의 경우 제품가격의 15%, 경감대상자는 7.5%이며, 기초생활수급자는 본인부담금이 면제된다.

[그림 9] 노인장기요양보험 복지용구 급여체계



자료: 보건복지부, 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

2015년 7월 기준⁸⁴⁾ 노인장기요양수급자가 구입할 수 있는 복지용구 품목은 이동변기, 목욕의자, 성인용보행기, 안전손잡이, 미끄럼방지용품, 간이변기, 지팡이, 욕창예방방석, 자세변환용구 등 9가지이며, 대여할 수 있는 품목은 수동휠체어, 전동침대, 수동침대, 욕창예방매트리스, 이동욕조, 목욕리프트, 배회감지기, 경사로 등 8가지이다. 그리고 구입품목의 제품 수는 371개이고 구입가격은 최저 3,300원부터 최고 95만원까지이며, 대여품목은 제품 수가 204개이고 월 대여료는 6,500원부터 143,000원까지 다양하다.

84) 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」(제2015-146호)

[표 50] 노인장기요양 급여대상 복지용구 품목별 제품수 및 가격

(단위: 개, 원)

	품목종류	제품수	공급가격 범위
구입 품목 (9)	미끄럼방지용품	91	3,300~67,000
	지팡이	41	6,900~70,000
	간이변기	12	10,500~29,400
	안전손잡이	76	14,400~323,000
	자세변환용구	18	23,800~297,000
	성인용보행기	49	35,600~950,000
	이동변기	26	35,700~884,000
	목욕의자	32	66,000~819,000
	욕창예방방석	26	90,000~365,000
구입가격 범위		371	3,300~950,000
대여 품목 (8)	욕창예방매트리스	34	6,500~143,000
	경사로	6	10,300~25,000
	수동휠체어	66	15,400~50,900
	배회감지기	8	19,800~34,700
	이동욕조	5	27,600~33,600
	수동침대	16	30,400~40,600
	목욕리프트	2	57,700~80,300
	전동침대	67	55,300~132,000
월대여료 범위		204	6,500~143,000

주: 대여품목 가격은 월 대여가격임.

자료: 보건복지부, 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」(제2015-146호)를 바탕으로 국회예산정책처에서 작성, 2015.

노인 복지용구 제품가격은 국민건강보험공단이 공급업체와 협의를 거쳐 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」에 공시하는데 이미 공시된 가격도 타당한 사유가 있으면 조정한다. 제품가격 추이를 살펴보기 위하여 조정금액이 비교적 큰 제품 위주로 2013년부터 2015년까지 변동내역을 살펴본 결과 대부분 가격이 떨어진 것으로 나타났다. 단가가 낮은 제품의 경우 가격 변동폭은 1~2만원 수준으로 비교적 낮은 편이었으나 단가가 높은 제품은 가격 변동폭이 컸으며, 10만원 이상 조정된 제품도 있었다.

예를 들어 구입품목 가운데 제품 ①의 경우 2013년 기준 보건복지부 고시 공급가격은 38만 2,000원이었는데 2014년에 28만 9,000원으로 인하되었으며, 2015년에 다시 27만 1,000원으로 인하여 2년 사이에 제품가격이 총 11만 1,000원(29.1%) 낮

아졌다. 제품 ① 외에도 유통비용 과다지급분 조정, 환율변동에 따른 조정, 유사제품 비교에 따른 조정 등의 사유로 가격이 인하된 제품이 다수 있었다.

이에 대하여 국민건강보험공단은 복지용구의 시장가격이 최초 가격결정 이후 제조수입 단가 및 환율 변동, 판매량 증가 등 여러 가지 가격 변동요인이 있어 유동적이라고 설명하였다. 또한 가격이 인하된 제품에 대해서는 그동안 해당제품의 유통비용이 과다하게 지급되고 있었으며, 유사제품과 가격비교를 해봤을 때 가격이 높게 책정되어 있었기 때문에 인하조정 되었다고 설명하였다.

서비스 이용자 입장에서는 복지용구 구입(대여)가격이 국민건강보험공단의 노력으로 전보다 인하되었으므로 서비스가 개선된 것으로 해석할 수 있다. 그러나 다른 한편으로는 그동안 과다한 복지용구 가격을 지불하고 있었으며, 현재의 공시가격 또한 과다책정 되어있을 가능성이 크다는 것을 의미할 수도 있으므로 이를 확인해볼 필요가 있다.

[표 51] 복지용구 공급가격 조정내역(2013~2015년)

(단위: 원, %)

복지 용구	가격 조정사유	공급가격(보건복지부 고시)			조정 금액 (B-A)	증감율 (B-A)/A
		2013. 6 (A)	2014. 12	2015. 7 (B)		
제품 ①	· 유통비용 과다 지급분 조정 · 유사제품 비교에 따른 조정	382,000	289,000	271,000	-111,000	-29.1
제품 ②	· 환율(엔화) 변동 · 수입단가 인하	324,000	241,000	231,000	-93,000	-28.7
제품 ③	· 유통비용 과다 지급분 조정 · 환율(엔화) 변동	361,000	285,000	274,000	-87,000	-24.1
제품 ④	· 유사제품 비교에 따른 조정	359,000	283,000	283,000	-76,000	-21.2
제품 ⑤	· 유사제품 비교에 따른 조정	345,000	270,000	270,000	-75,000	-21.7
제품 ⑥	· 유사제품 비교에 따른 조정 · 유통비용 과다지급분 조정	356,000	283,000	283,000	-73,000	-20.5
제품 ⑦	· 환율(엔화) 변동 · 수입단가 인하	591,000	519,000	498,000	-93,000	-15.7
제품 ⑧	· 환율(엔화) 변동 · 수입단가 인하	247,000	183,000	176,000	-71,000	-28.7
제품 ⑨	· 환율(엔화) 변동 · 수입단가 인하	385,000	334,000	321,000	-64,000	-16.6
제품 ⑩	· 유사제품 비교에 따른 조정	345,000	288,000	288,000	-57,000	-16.5
제품 ⑪	· 유통비용 과다 지급분 조정	223,000	172,000	172,000	-51,000	-22.9
제품 ⑫	· 수입단가 인하 · 환율 변동	21,500	7,200	6,900	-14,600	-67.9
제품 ⑬	· 수입단가 인하 · 환율 변동	21,800	7,600	7,300	-14,500	-66.5

주: 1. 조정금액이 큰 복지용구 품목순으로 나열함.

2. 업체명과 제품명은 표시하지 않음.

3. 전체 제품 중 조정금액이 큰 제품위주로 제시함.

자료: 보건복지부 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」를 국회예산정책처에서 작성, 2015.

이에 2015년 7월 셋째 주(7.13~7.17) 기준으로 보건복지부가 공시한 구입가격과 동일한 제품의 인터넷 판매 가격을 비교해 보았다. 그 결과 같은 제조업체의 동일 제품임에도 불구하고 상당한 가격차이를 보이는 제품이 있었다. A제품의 경우 보건복지부 공시구입가격은 81만 9,000원인데 인터넷 최저가액은 69만 6,000원으로 12만 2,000원(15%)가량 차이가 있으며, B제품도 보건복지부 공시구입가격은 88만 4,000원이나 인터넷 최저가액은 77만 5,400원으로 11만 2,000원(12.8%)가량 차이가 난다.

[표 52] 복지용구의 보건복지부 공시가격과 인터넷 판매가격 비교(2015년 7월 셋째 주 기준)
(단위: 원, %)

제품명	보건복지부 고시가격 (A)	G마켓	인터넷파크	옥션	11번가	기타 (롯데물 등)	최저가의 차이 (B)	차액 비율 (B/A)
A제품	819,000	728,100	696,440	758,100	754,760	-	122,560	15.0
B제품	884,000	806,950	771,030	784,030	775,420	-	112,970	12.8
C제품	792,000	722,400	691,160	752,400	691,420	-	100,840	12.7
D제품	445,000	373,750	384,650	403,750	349,690	398,100	95,310	21.4
E제품	498,000	443,100	-	473,100	407,790	-	90,210	18.1
F제품	308,000	226,400	264,730	256,020	295,850	275,810	81,600	26.5
G제품	616,000	554,250	534,460	584,250	567,650	576,000	81,540	13.2
H제품	323,000	276,850	278,910	306,850	253,850	-	69,150	21.4
I제품	675,000	611,250	663,040	641,250	654,750	-	63,750	9.4
J제품	293,000	248,350	252,540	278,350	230,280	-	62,720	21.4
K제품	645,000	-	584,800	-	618,380	-	60,200	9.3
L제품	429,000	368,900	370,090	389,500	412,060	-	58,910	13.7
M제품	391,000	-	355,780	-	333,980	-	57,020	14.6
N제품	288,000	-	-	-	271,120	240,000	48,000	16.7
O제품	260,000	217,000	223,540	247,000	226,980	258,700	43,000	16.5
P제품	241,000	199,900	218,340	228,950	210,400	228,750	41,100	17.1
Q제품	238,000	207,500	-	237,500	-	-	30,500	12.8
R제품	850,000	820,000	821,260	840,750	824,020	-	30,000	3.5
S제품	443,000	-	-	-	-	415,800	27,200	6.1
T제품	231,000	-	206,830	-	210,400	-	24,170	10.5
U제품	70,000	50,580	55,830	62,300	55,000	-	19,420	27.7
V제품	45,400	36,670	27,760	43,130	38,800	-	17,640	38.9
W제품	271,000	262,200	258,700	-	-	-	12,300	4.5
X제품	57,000	46,030	48,830	54,150	48,800	-	10,970	19.2
Y제품	57,000	48,050	46,600	56,520	52,380	-	10,400	18.2
Z제품	29,400	23,750	22,840	27,930	25,710	29,400	6,560	22.3

- 주: 1. 보건복지부 공시가격과 인터넷 최저가액 차이가 큰 제품 순으로 나열함.
2. 단가가 높은 제품 위주로 비교함.
3. 2015년 7월 셋째주(7.13~7.17) 기준 가격비교 결과임.

자료: 보건복지부 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」(제2015-146호) 및 인터넷 자료를 바탕으로 국회예산정책처 작성, 2015.

이와 같이 복지용구 가격이 높게 책정되어 있는 이유는 국민건강보험공단 복지용구 평가위원회가 동일제품 또는 유사한 제품의 시장조사가격을 고려하여 가격을 책정하도록 되어 있음에도 불구하고⁸⁵⁾ 이러한 규정을 철저히 지키지 않았기 때문이다.

2015년 기준 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」(제2015-146호)에 따르면 국민건강보험공단 복지용구 급여평가위원회는 급여대상 제품 선정과 제품의 적정가격을 심의하여야 하며, 이 때 오프라인 매장의 거래실례가격, 온라인 사이트의 거래실례가격, 제품 안내책자의 판매가격을 조사한 후 최저값으로 가격을 책정하여야 한다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 동일제품임에도 불구하고 온라인 사이트의 거래실례가격보다 비싸게 책정되어 유통되고 있다.

[표 53] 복지용구 급여평가위원회의 심의사항 및 구성 현황

구 분	내 용
심의사항	급여대상 제품의 선정 및 제외 급여대상 제품의 적정가격
급여대상여부 심의시 고려사항	보험급여의 적정성 및 비용효과성 예산 수요규모 및 보험재정에 미치는 영향 제조·수입업자 공급능력 및 신인도 기타 평가에 영향을 줄 수 있는 요인 등
적정가격 심의시 고려사항	공단 산출가격 제조·수입업자의 판매희망가격 동일제품 또는 유사한 제품의 시장조사가격 - 오프라인 매장의 거래실례가격, 온라인 사이트의 거래실례가격, 제품 안내책자의 판매가격 중 최저값으로 하여야 함
위원회 구성	소비자단체가 추천하는 전문가 1인 노인단체가 추천하는 전문가 1인 한국의료기기산업협회가 추천하는 전문가 1인 대한의료기기판매협회가 추천하는 전문가 1인 한국고령친화용품산업협회가 추천하는 전문가 1인 관련학계 또는 전문기관에 종사하는 전문가 7인 보건복지부 소속 5급 이상 담당 공무원 중 1인 공단 노인장기요양보험 담당 상임이사 및 1급 직원 1인

자료: 보건복지부 「복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시」(제2015-146호)를 바탕으로 국회예산정책처에서 재구성, 2015.

85) 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제10조

따라서 해마다 복지용구 제공 서비스 이용자 수가 증가하고 있다는 점, 서비스 이용자 불만사항 중 본인부담액이 크다고 응답한 비율이 가장 높다는 점을 감안하여 보건복지부와 국민건강보험공단은 현재의 복지용구가격의 적정성을 검토하여 비합리적인 급여지출로 인한 재정누수를 방지할 필요가 있다.

Ⅶ. 결 론

2007년에 제정된 「노인장기요양보험법」에 따라 2008년부터 실시된 노인장기요양보험은 노인 등의 건강증진 및 생활안정 그리고 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상시키려는 법의 목적을 상당부분 달성하고 있다. 그러나 그동안 추진되었던 노인장기요양사업을 평가한 결과 재정운영측면, 서비스이용자 측면, 서비스공급자 측면, 복지용구 가격측면에서 다음과 같은 점을 개선할 필요가 있다.

첫째, 장기 재정운영방안을 마련할 필요가 있다. 노인장기요양보험이 시작된 2008년부터 2014년까지 연평균 지출증가율은 38.1%로 수입증가율(29.8%) 보다 높다. 노인장기요양보험의 지출 특히 급여비가 빠르게 증가하고 있는 것은 이용자 수가 빠르게 증가하고 있기 때문이다. OECD 통계에 따르면 2010년 기준 우리나라의 65세 이상 노인인구 비율은 11.0%로 26개 국가 중 25위이지만 2050년에는 37.4%로 일본에 이어 2위가 되면서 노인장기요양 수요도 급증할 것으로 전망된다. 보건복지부(2008)와 국민건강보험공단(2010;2011)에서 실시한 보험재정 지출추계는 2030년에 지출액이 최대 15조 6,700억원까지 증가하고, 2050년에는 최대 73조 4,200억원까지 증가할 것으로 전망하고 있으며, 보험료율 등이 현재와 동일한 상황이라고 가정했을 때 2030년 국고지원금은 최대 2조 500억원으로, 2050년에는 최대 9조 6,100억원으로 증가할 수 있다. 현재 보건복지부가 「사회보장기본법」에 따라 격년으로 실시 및 공개하고 있는 중장기 사회보장 재정추계는 전체 사회보험에 대한 재정추계액만 제시하고 있어서 노인장기요양보험 등 각각의 보험별 내용을 확인할 수 없다. 따라서 향후 장기적인 재정안정을 도모하고 재정부담을 선제적으로 관리할 수 있도록 장기 재정전망과 운영방안을 마련할 필요가 있다.

둘째, 「노인장기요양보험법」에서 장기요양보험료의 20%를 국고로 지원하도록 하고 있음에도 불구하고 실제로는 매년 약 18%만 지원하고 있으므로 장기요양보험의 안정적인 재정운용을 위해 법정 국고지원의무를 준수할 필요가 있다.

셋째, 2011년 기준 우리나라 65세 이상 노인인구 중 서비스이용자 비율은 6.4%로서 OECD 평균 12.7%의 절반 수준이다. 다른 나라의 현황을 참고하여 우리

나라도 인정비율과 서비스이용률을 제고하는 것이 바람직하겠으나, 이는 국가 간 제도의 차이를 감안하는 등 다소 신중하게 접근할 필요가 있다.

넷째, 요양인정과 등급판정에 있어 지역 간 편차가 계속 발생하고 있다. 요양 신청자 가운데 인정을 받지 못한 비율을 살펴보면 전북, 전남, 광주, 경남 등은 최근 3년간 계속 40%를 넘고 있는 반면, 경기도와 서울시는 20% 내외로 차이가 크다. 요양인정률 뿐만 아니라 등급판정에 있어서도 지역간 편차가 발생하고 있는데 일부 지역은 1·2등급 판정 비율이 3년 연속 높게 나타나고, 반대로 일부 지역은 1·2등급 판정 비율이 낮게 나타나고 있었다. 국민건강보험공단은 지역별 편차를 개선하기 위해 편차 발생요인을 분석하여 모니터링하는 등 일부 노력을 하고 있지만 뚜렷한 성과를 보이고 있지 못하다. 국민건강보험공단은 요양인정 및 등급판정을 위한 방문조사시 주관적 판단의 여지가 많은 점을 감안하여 객관성을 높이기 위해 2인 1조를 원칙으로 하고 있지만 2014년 기준 2인 1조로 조사를 실시한 비율은 19.2%에 불과하다. 따라서 보건복지부와 국민건강보험공단은 장기요양인정 및 등급판정에 있어 지역간 편차가 발생하는 원인을 보다 면밀히 분석하고, 방문조사의 객관성과 전문성을 높이기 위해 대책을 강구할 필요가 있다.

다섯째, 최근 4년간 시설급여기관은 한 해 평균 785개가 신설되고 537개가 폐업하는 등 잦은 신설 및 폐업 등으로 서비스 공급이 불안정한 상태이다. 소규모 시설인 경우 평균수가가 원가에 미치지 못하여 적자 발생 및 폐업가능성이 높으므로 관련 대책 마련이 필요하며, 현재 민간어린이집과 사립학교에 비해 상대적으로 높게 설정된 저당권 비율을 단계적으로 낮추는 등 장기요양기관 설치기준을 강화하는 방안을 검토할 필요가 있다.

여섯째, 국민건강보험공단은 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양기관을 평가하고 그 결과를 공개하고 있으나 후속 절차가 적절하게 이루어지고 있지 않다. 현행 규정에 따르면 급여평가결과에 따라 장기요양급여비용을 가산 또는 감액할 수 있는데 가산은 하지만 감액은 하지 않고 방문상담 등의 사후관리만 실시하고 있다. 그 결과 최하위 등급을 받았던 기관 중 약 25% 가량은 2년 후 평가에서도 다시 최하위 등급을 받는 것으로 나타났다. 따라서 국민건강보험공단은 최하위 평가판정을 받은 기관의 서비스 질을 개선하기 위하여 법령에 따른 장기요양급여비용 감액을 적극적으로 적용할 필요가 있다.

일곱째, 국민건강보험공단은 장기요양기관 평가결과 시설·인력 등이 법정 기

준에 미치지 못하는 기관 등에 대하여는 해당 지방자치단체에 통보하고 있지만 보건복지부와 공단은 지방자치단체의 조치결과를 확인하지 못하고 있으므로 체도를 개선할 필요가 있다.

여덟째, 법령 위반에 대한 신고와 장기요양기관 수가 증가하는 반면 지방자치단체의 현지조사 실적은 감소하고 있는 추세이다. 또한 국민건강보험공단의 평가결과 시설 및 인력 기준 미흡판정 비율이 높은 충남, 전남, 부산, 경북, 경남 등의 현지조사 비율은 더 낮아지고 있는 경향을 보이고 있다. 자신을 보호하기 어려운 노인 등 서비스 이용자를 보호하기 위하여 지방자치단체는 장기요양기관에 대한 관리감독을 강화할 필요가 있다.

마지막으로 국민건강보험공단이 책정한 복지용구 가격이 인터넷 최저가보다 비싼 경우가 많이 발생하고 있으므로 보건복지부와 국민건강보험공단은 복지용구의 가격을 적정하게 책정할 필요가 있다.

참고문헌

- 강임옥 외, 「등급판정 관련 특성이 장기요양 인정률에 미치는 영향」, 보건행정학회지 제21권 제3호, 2011.
- 강주희 외, 「노인복지 수요와 자원의 지역별 비교분석」, 농촌사회 제18집 1호, 2008.
- 국민건강보험공단, 「2008 노인장기요양보험통계연보」, 2009.
- _____, 「2009 노인장기요양보험통계연보」, 2010.
- _____, 「2010 노인장기요양보험통계연보」, 2011.
- _____, 「2011 노인장기요양보험통계연보」, 2012.
- _____, 「2012 노인장기요양보험통계연보」, 2013.
- _____, 「2013 노인장기요양보험통계연보」, 2014.
- _____, 「2014 노인장기요양보험통계연보」, 2015.
- 국민건강보험공단, 「2009년도 장기요양기관 평가결과」, 2010.
- _____, 「2010년도 장기요양기관 평가결과」, 2011.
- _____, 「2011년도 장기요양기관 평가결과」, 2012.
- _____, 「2012년도 장기요양기관 평가결과」, 2013.
- _____, 「2013년도 장기요양기관 평가결과」, 2014.
- _____, 「2014년도 장기요양기관 평가결과」, 2015.
- 국민건강보험공단, 「장기요양등급 인정률 발생요인 분석 및 지역간 격차 개선방안」, 2009.
- 국회예산정책처, 「4대 사회보험 재정운용의 문제점과 개선방안」, 2004.
- _____, 「노인장기요양보험 재정추계 모형 연구」, 국민건강보험공단, 2015.
- 권진희 외, 「2010년 노인장기요양보험 본인부담 실태조사」, 2010.
- _____, 「노인장기요양보험 본인부담 경감방안 연구」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2014.
- _____, 「노인장기요양서비스의 질 평가체계 구축방안」, 국민건강보험공단, 2007.
- _____, 「장기요양서비스 표준급여모형 재설계」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2011.
- 권현정, 「서비스 질의 측면에서 고찰한 노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화분석」, 사회복지정책 제41권 제1호, 2014.

- 권혁성 외, 「노인장기요양보험의 미래수요 예측」, 보험학회집 제88집, 2011.
- 김만준 외, 「사회복지서비스 시설의 서비스 질에 영향을 미치는 요인: 민간 위탁형 종합사회복지관을 중심으로」, 한국행정논집 제25권 1호, 2013.
- 김수영 외, 「지방정부 노인복지서비스의 수요·공급간 격차분석」, 한국지방자치학회보 제26권 2호, 2014.
- 김순양, 「지방정부 치매노인 복지서비스 공급체계의 효율화 방안: 복지다원주의(Welfare Pluralism)의 관점에서」, 사회복지정책 제24집, 2006.
- 김연희, 「우리나라 복지서비스 현황과 정책과제: 지역 간 노인복지시설 차이를 중심으로」, 한국사회복지행정학 제15권 제3호, 2013.
- 김영태 외, 「노인요양시설의 요양보호사의 인력관리 인식과 개선방안」, 노인복지연구 통권 50호, 2010.
- 김은경 외, 「노인장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석」, 대한간호학회지 제40권 3호, 2010.
- 김정숙, 「인구학적요인과 복지서비스 공급량의 관계분석을 통한 지역사회복지계획 수립 방안」, 한국지역사회복지학 제18권, 2006.
- 김찬우, 「노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로」, 노인복지연구 통권 43호, 2009.
- 김철주 외, 「OECD국가 노인장기요양보호 체계 개혁방향: 비공식적 장기요양보호에 대한 보상 및 지원 제도화를 중심으로」, 노인복지연구 통권 35호, 2007.
- 김홍수 외, 「노인장기요양보험 이용자 및 급여비 증장기 추계」, 보건경제와 정책연구 제18권 3호, 2012.
- _____, 「지방자치단체 복지서비스의 지역 간 격차에 관한 연구: 권역별 정부재정 보조의 불평등 완화효과를 중심으로」, 한국정책과학학회보 제18권 1호, 2014.
- 남기민 외, 「노인장기요양등급에 따른 노인장기요양보험제도의 비용편익분석: 충북노인요양시설을 중심으로」, 노인복지연구 제59호, 2013.
- 남현주, 「독일의 새 장기요양 평가판정도구 시안에 관한 고찰」, 보건사회연구 제34집 1호, 2014.
- 박세경 외, 「사회서비스 수요공급의 지역단위 분석 연구」, 한국보건사회연구원, 2013.
- 박윤자 외, 「노인장기요양보험제도의 한·일 비교 연구」, 일본문화연구 제45호, 2013.
- 박창제, 「장기요양보호서비스의 비용·효과분석: 시설보호 대 재가보호」, 노인복지연구 통권 50호, 2010.
- 박형수 외, 「사회복지 재정분석을 위한 증장기 재정추계모형 개발에 관한 연구」, 한국조세연구원, 2009.

- 보건복지부, 「2014 노인돌봄서비스 사업안내」, 2014.
- _____, 「2015 노인보건복지 사업안내」, 2015.
- _____, 「노인장기요양보험 기본계획」, 2012.
- _____, 「장기요양기관 현지조사지침」, 2011.
- _____, 「장기요양기관 현지조사 및 행정처분 지침」, 2014.
- _____, 「제2차 중장기보육 기본계획」, 2013.
- _____, 「2008 노인복지시설현황」, 2008.
- _____, 「2009 노인복지시설현황」, 2009.
- _____, 「2010 노인복지시설현황」, 2010.
- _____, 「2011 노인복지시설현황」, 2011.
- _____, 「2012 노인복지시설현황」, 2012.
- _____, 「2013 노인복지시설현황」, 2013.
- _____, 「2014 노인복지시설현황」, 2014.
- 보건복지부 사회보장위원회, 「중장기 사회보장 재정추계」, 2014.
- 석재은, 「노인장기요양보험 수가 개발의 특성과 평가」, 사회복지연구 제39집, 2008.
- _____, 「한국 장기요양서비스의 복지혼합: OECD 국가들과의 비교적 접근」, 사회보장연구 제24권 제4호, 2008.
- 선우덕 외, 「노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안」, 한국보건사회연구원, 2011.
- _____, 「노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안」, 한국보건사회연구원, 2013.
- 신동면, 「사회복지의 공공성 측정에 관한 연구」, 한국사회정책 제17집 제1호, 2010.
- 신창환, 「경쟁은 서비스 질을 향상시키는가: 사회서비스 전자바우처 사업의 공급자 인터뷰를 중심으로」, 보건사회연구 제33집 4호, 2013.
- 양난주, 「사회복지시설평가제도에 대한 비판적 고찰」, 한국사회복지행정학 제16권 3호, 2014.
- 양성욱 외, 「사회서비스의 공공성은 무엇을 의미하는가?: 서비스 주체에 따른 공공성의 내용을 중심으로」, 사회복지연구 제43집 제1호, 2012.
- 유재남, 「OECD 15개국 장기요양보호서비스 전달체계의 효율성 평가」, 노인복지연구 통권 53호, 2011.
- 윤성주, 「노인장기요양보험제도의 중·장기적 개선방안에 대한 연구: 지출 효율화 방안을 중심으로」, 한국조세재정연구원, 2013.
- 원시연, 「노인돌봄서비스사업의 실태와 개선과제」, 국회입법조사처, 2014.
- 의료정책연구소, 「요양병원의 운영현황 및 실태조사에 관한 연구」, 2014.

- 이광재, 「노인장기요양보험 정책과정에 관한 연구」, 노인복지연구 제54호, 2011.
- 이동영 외, 「OECD국가 공적노인지출의 변화추이와 결정요인에 관한 연구」, 사회복지정책 제25집, 2006.
- 이미진, 「노인장기요양서비스의 질 측정상의 쟁점에 관한 고찰」, 사회복지정책 제38권 제1호, 2011.
- 이민홍 외, 「노인장기요양서비스의 질 관리체계와 개선방안: 이해관계자(stakeholder) 관점을 중심으로」, 사회복지정책 제41집 4호, 2014.
- 이병록 외, 「노인장기요양보장제도의 평가관정체계에 관한 한·일 비교연구」, 노인복지연구 제41호, 2008.
- 이신영, 「장기요양 등급외 노인의 보건복지서비스 이용에 영향을 주는 요인」, 노인복지연구 제64호, 2014.
- 이용환, 「노인장기요양보험 운영센터별 등급판정을 비교분석: 충청남도 15개 운영센터를 중심으로」, 한국케어복지연구 제7집 1호, 2012.
- 이윤경 외, 「노인장기요양서비스 품질관리 체계화 방안」, 보건사회연구 제32집 4호, 2012.
- 이원식, 「일본의 노인개호서비스 공급의 다원화·시장화에 관한 연구」, 사회복지정책 제27권, 2006.
- 이재완 외, 「지역별 이용요인을 통한 노인장기요양보험 인프라 충족을 분석」, 사회복지정책
- 이정석 외, 「장기요양기관 시설급여 평가지표 개선방안」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2013.
- _____, 「재가장기요양기관 평가체계 개선방안」, 2011.
- 이진숙 외, 「시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가」, 보건사회연구 제31집 제4호, 2011.
- 이호용 외, 「주요국 장기요양제도 비교 연구」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2012.
- 이혜승 외, 「노인장기요양보험 운영실태 분석」, 감사연구원, 2012.
- 임정기, 「장기요양서비스 질 측정에 대한 개념도 연구」, 한국사회복지조사연구 제34권, 2013.
- 장영주, 「노인장기요양기관의 급식현황과 질 제고방안」, 국회입법조사처, 2013. 제40권 제2호, 2013.
- 장병원, 「공적노인요양보장정책의 방향과 기본문제」, 노인복지연구 통권 21호, 2003.
- 전용호, 「노인장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로」, 사회복지정책 제33집, 2008.
- 지은구 외, 「노인요양시설 서비스품질척도 타당도 연구」, 노인복지연구 통권 66호, 2014.
- 진영란 외, 「노인장기요양보험 복지용구 급여제도 비교: 일본, 독일을 중심으로」, 한국위기관

- 리논집 제9권 6호, 2013.
- 최영자 외, 「SERVQUAL을 이용한 장기요양서비스의 질 평가」, 한국지역사회복지학 제45집, 2013.
- 최인덕, 「소득수준과 지역유형에 따른 노인장기요양보험 본인부담 실태 및 이용영향 분석」, 한국지역사회복지학 제48호, 2014.
- 최인덕 외, 「노인의 의료와 장기요양서비스 연계를 위한 효율적 전달체계 구축방안」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2009.
- _____, 「노인장기요양보험 대상자 확대에 따른 재정추계 분석」, 한국노년학 제31권 4호, 2011.
- _____, 「노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제」, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 2010.
- 최재성 외, 「한국 노인요양시설의 서비스 질 관리: 정부규제와 평가」, 서울시연구 제15권 3호, 2014.
- 황종규, 「지방정부 복지수요과 공급 간의 격차에 관한 연구: 경상북도 23개 시·군을 중심으로」, 한국지방자치학회보 제17권 제4호, 2005.

OECD, Health at a glance 2013, 2014.

국가법령정보센터 <http://www.law.go.kr>

국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지 <http://www.longtermcare.or.kr>

보건복지 통계포털 <http://stat.mw.go.kr>

보건복지부 사회보장위원회 <http://www.ssc.go.kr>

일본 법령정보센터 <http://www.law.e-gov.go.jp>

일본 후생노동성 홈페이지 <http://www.mhlw.go.jp>

OECD <http://stats.oecd.org/Index>

사업평가 15-04(통권 339호)

노인장기요양사업 평가

발간일 2015년 9월 11일
발행인 김준기 국회예산정책처장
편 집 사업평가국 행정사업평가과
발행처 **국회예산정책처**
서울특별시 영등포구 의사당대로 1
(tel 02·2070·3114)
인쇄처 성지문화사 (tel 02·2273·5090)

-
1. 이 책의 무단 복제 및 전제는 삼가주시기 바랍니다.
 2. 내용에 관한 문의는 국회예산정책처 행정사업평가과로 연락해주시기 바랍니다. (tel 02·788·4749)

ISBN 978-89-6073-841-6 93350

© 국회예산정책처, 2015



국회예산정책처
National Assembly Budget Office

서울특별시 영등포구 의사당대로 1
02-2070-3114 www.nabo.go.kr

발 간 등 록 번 호
31-9700384-001371-01

