

연구보고서 2010-22

---

# 노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제

---

최인덕    현경래  
이호몽    이은미

*h·well*  
국민건강보험   
건강보험정책연구원



## 머 리 말

노인인구의 급속한 증가로 인한 고령화 사회는 우리사회 전반에 많은 변화뿐 아니라 노인인구의 사회적 부담을 위한 준비와 대책 마련을 요구하고 있다. 이는 노인의료비 증가에서도 여실히 드러나고 있는데 현재(2010년) 노인인구는 전체인구의 10% 정도이나 노인의료비는 전체 의료비의 30%를 차지하고 있으며 향후 지속적인 증가가 예상된다. 고령화 사회로 인한 의료 및 부양 부담은 우리의 건강보장제도의 안정성과 지속가능성을 위협하고 있다.

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 및 기능 저하자들에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 제공하여 국민의 삶의 질을 높이는 사회보험제도이다. 본 제도는 2008년 7월 도입되어 노인인구 및 만성질환자의 증가로 이용자 규모의 양적 팽창을 하고 있고, 이에 따른 재정의 증가도 지속적으로 이루어지고 있다.

노인장기요양보험제도의 서비스 이용자는 도입 초기인 2008년 7월 7만 6천명에서 2009년 9월 22만명, 2010년(현재) 26만 6천명으로 지속적으로 증가하고 있다. 이러한 대상자 증가에 따라 장기요양보험의 재정도 도입 첫해 6천억원에서 2010년(현재) 약 2조 7천억원으로 증가하였으며, 향후 지속적으로 증가할 것이 예상된다. 따라서 노인장기요양보험이 보다 효율적으로 발전하기 위해서는 제도의 이용자 및 소요재정에 대한 정확한 예측으로 안정적인 재정 확보와 효율적인 지출방안을 마련해야 한다.

본 연구는 노인 장기요양보험의 재정추계 모형들을 고찰하고 이를 바탕으로 이용자와 노인장기요양 제정을 추계하였다. 또한, 연구결과를 통해 향후 노인 장기요양제도의 안정적인 재정운용 및 지속가능성 제고 방안을 모색하고 체계적인 제도 운영 방안을 제시하였다. 향후 본 연구 보고서가 노인 장기요양보험제도의 안정적 발전과 국민부담의 경감에 기여할 수 있는 효율적인 사회보장제도로의 발전에 초석이 되기를 바라며, 본 연구 과정에서 자문과 검독을 맡아주신 분들께 깊은 감사를 드린다.

아울러 본 보고서의 내용은 연구자들의 개인적인 의견이며, 공단의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 둔다.

2010년 11월

국민건강보험공단 이사장 정 형 근  
건강보험정책연구원 원 장 정 우 진

목 차

<b>요 약</b> .....	<b>13</b>
<b>제1장 서 론</b> .....	<b>29</b>
제1절 연구의 배경 .....	29
제2절 연구의 목적 .....	30
제3절 연구의 방법 .....	31
<b>제2장 관련 문헌 고찰</b> .....	<b>35</b>
제1절 노인장기요양보험 재정구조의 이해 .....	35
1. 수입 .....	35
2. 지출 .....	42
제2절 주요국의 재정구조 및 운용 현황 .....	68
1. 사회보험 방식 국가 .....	68
2. 사회서비스 방식 국가 .....	89
제3절 노인장기요양보험의 재정추계 모형 .....	94
1. 건강보험재정추계 모형 분석 .....	94
2. 노인장기요양보험재정추계 모형 분석 .....	96
3. 추계시 주요 고려 변수 .....	100

<b>제3장 노인장기요양보험의 중장기 재정전망</b> .....	<b>107</b>
제1절 단기 재정추계 .....	107
1. 재정추계 분석 시나리오 .....	107
2. 단기 추계 결과 .....	130
제2절 중장기 재정전망 .....	168
1. 중장기 분석 시나리오 .....	168
2. 중장기 추계 결과 .....	169
<b>제4장 결론 및 정책제언</b> .....	<b>179</b>
제1절 결론 및 연구의 제한점 .....	179
제2절 정책 제언 .....	182
<b>참고 문헌</b> .....	<b>193</b>

## 표 목 차

<표 2-1> 건강보험 및 노인장기요양보험료율 변화 .....	36
<표 2-2> 장기요양보험료 월평균 현황 .....	37
<표 2-3> 노인장기요양보험 재정수지 현황(2008~현재) .....	38
<표 2-4> 연도별 국고지원금 현황 .....	39
<표 2-5> 최근 건강보험 및 노인장기요양보험 가입자 현황 .....	40
<표 2-6> 장기요양 등급판정 및 인정자 수 .....	43
<표 2-7> 주요국의 인정자 추이 변화 .....	44
<표 2-8> 대상자 종류별 장기요양 급여비용 .....	48
<표 2-9> 등급별 장기요양 급여비용 .....	49
<표 2-10> 분기별 장기요양 급여이용 및 비용 추이 .....	50
<표 2-11> 월별 재가급여계약 세부현황 .....	52
<표 2-12> 월별 시설급여계약 세부현황 .....	53
<표 2-13> 등급별, 지급사유별 가족요양비 지급 현황 .....	54
<표 2-14> 분기별 가족요양비 지급 현황 .....	55
<표 2-15> 연도별 관리운영비 현황 .....	57
<표 2-16> 시설급여 (1일당) .....	62
<표 2-17> 재가급여월한도액 .....	63
<표 2-18> 재가급여비용의 산정 기준 .....	64
<표 2-19> 현행 장기요양 급여비용(수가) .....	65
<표 2-20> 연도별 장기요양급여비용(수가) .....	66
<표 2-21> 독일 공적 및 사적 장기요양 대상자(1999~2007) .....	69
<표 2-22> 독일 장기요양이 필요한 수급자의 특성분석(2002) .....	70
<표 2-23> 독일 등급별 장기요양 대상자 추이(1999~2007) .....	72

<표 2-24> 독일 서비스별 장기요양 수급자 현황(1999~2007) .....	73
<표 2-25> 독일 장기요양보험의 수지현황(2001~2007) .....	75
<표 2-26> 네덜란드 특별의료비 보상보험 이용자 수(2007년말 기준) .....	77
<표 2-27> 2006년 장기요양보호의 공식 이용자 수 .....	78
<표 2-28> 네덜란드 AWBZ 비용 .....	82
<표 2-29> 일본 인구 구조 및 개호보험 인정수 현황 (2006년 기준) .....	83
<표 2-30> 일본 요개호(요지원) 인정자수 (연도말 현재) .....	84
<표 2-31> 일본 개호보험 인정자 연도별 증가율 .....	86
<표 2-32> 일본 개호보험 수지현황(06년도) .....	88
<표 2-33> 덴마크 장기요양 재가 대상자 및 널싱홈/ 전문시설 대상자(2007) .....	91
<표 2-34> 영국 연령대별 인구 및 장애보유율 추정(2006년 기준) .....	92
<표 2-35> 장기요양 대상자 추계 .....	98
<표 2-36> 장기요양 대상자 및 재정소요 추계 주요 기준 .....	98
<표 2-37> 장기요양 급여종류별 추계 주요 기준 .....	103
<표 3-1> 월별 노인성 질환자 수와 유병율 .....	109
<표 3-2> 월별 질환에 따른 인정자 현황 .....	111
<표 3-3> 4등급 확대시 대상자 수 .....	113
<표 3-4> 월별 신규 인정자 현황 .....	116
<표 3-5> 월별 재신청자 현황 .....	118
<표 3-6> 월별 갱신탈락자수 현황 .....	120
<표 3-7> 월별 사망자 현황 .....	122
<표 3-8> 월별 등급별 이용율 현황 .....	124
<표 3-9> 독일 장기요양보험 인정자 추이 .....	126
<표 3-10> 일본 개호보험 인정자 추이 .....	127
<표 3-11> 인정자 추계식 .....	130
<표 3-12> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 1) .....	133
<표 3-13> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 2) .....	135



<표 3-14> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 3) .....	138
<표 3-15> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 4) .....	141
<표 3-16> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 5) .....	144
<표 3-17> 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 6) .....	147
<표 3-18> 시나리오별 인정자 추계 .....	148
<표 3-19> 재정 추계(지출부분) 추계식 .....	150
<표 3-20> 연도별 지출 추계액(1-1안 수가 동결) .....	153
<표 3-21> 연도별 지출 추계액(1-2 수가 3%인상안) .....	156
<표 3-22> 연도별 지출 추계액(2-1 수가 동결안) .....	159
<표 3-23> 연도별 지출 추계액(2-2 수가 3%인상안) .....	162
<표 3-24> 시나리오별 지출 추계액 .....	163
<표 3-25> 연도별 관리운영비 .....	164
<표 3-26> 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망 .....	164
<표 3-27> 재정 추계(수입 부분) 추계식 .....	165
<표 3-28> 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망 .....	167
<표 3-29> 향후 총인구 및 인정자 수 추계 .....	170
<표 3-30> 시나리오별 장기요양보험 지출(보험자 부분) 추계 .....	171
<표 3-31> 장기요양보험 수혜자 또는 수급자 추계 .....	172
<표 3-32> 장기요양보험의 중장기 재정추계 결과 .....	173
<표 3-33> GDP 대비 장기요양보호 지출 비율(2000년 기준) .....	175
<표 4-1> 수급자 중 동거가족요양보호사 및 급여비 비율 .....	185

## 그림 목 차

[그림 1-1] 재정 추계 및 추계 흐름도 .....	32
[그림 2-1] 월별 기초수급자 및 의료급여대상자 중 인정자 추이 ...	45
[그림 2-2] 월별 인정자 추이 .....	46
[그림 2-3] 제도도입이후 인정자 증감을 변화추이 .....	47
[그림 2-4] 장기요양급여 인정 및 이용자 월별 추이 .....	51
[그림 2-5] 가족요양급여비 지급액 추이 .....	56
[그림 2-6] 네덜란드 노인의 시설 이용 .....	80
[그림 2-7] 네덜란드 노인의 재가급여 이용 .....	81
[그림 2-8] 일본 개호보험의 재원흐름 .....	87
[그림 2-9] 덴마크 인구추계 현황 .....	89
[그림 3-1] 장기요양 대상자 추계 .....	108
[그림 3-2] 월별 유병율의 변동 .....	110
[그림 3-3] 월별 대상자 추이 .....	114
[그림 3-4] 월별 신규 인정자 추이 .....	115
[그림 3-5] 월별 재신청자 추이 .....	117
[그림 3-6] 월별 갱신탈락자 추이 .....	119
[그림 3-7] 월별 사망자 추이 .....	121
[그림 3-8] 월별 이용률의 변동 .....	125
[그림 3-9] 인정자 추계 시나리오(안) .....	128
[그림 3-10] 지출 추계 시나리오(안) .....	129
[그림 3-11] 인정자 추계 1(안) .....	132
[그림 3-12] 인정자 추계 2(안) .....	134
[그림 3-13] 인정자 추계 3(안) .....	136

---

[그림 3-14] 인정자 추계 4(안) .....	140
[그림 3-15] 인정자 추계 5(안) .....	142
[그림 3-16] 인정자 추계 6(안) .....	145
[그림 3-17] 재정부담 1-1안(수가동결) .....	152
[그림 3-18] 재정부담 1-2안(수가 3%인상안) .....	155
[그림 3-19] 재정부담 2-1안(수가 동결안) .....	158
[그림 3-20] 재정부담 2-2안(수가 3%인상안) .....	161
[그림 3-21] 시나리오별 장기요양 재정 수입 추이 .....	166
[그림 3-22] GDP 대비 장기요양보험 지출 .....	176



## 요약



## 요약

### 1. 서론

#### □ 연구의 배경

- 노인장기요양보험은 개인의 부담을 국민 전체의 부담으로 확대함으로써 수발의 위험을 분산시킨다는 점에서 많은 긍정적인 면이 있음
- 우리나라는 급격한 고령화를 겪고 있고 이로 인해 제도의 지속 가능성이 위협받고 있음
  - 고령화로 인한 노인의 수 및 노인성질환자의 수가 급격히 증가
  - 수발 부담을 완화하기 위해 정책이 지속적인 변화가 필요함
- 향후 노인장기요양보험제도의 지속가능성을 제고하기 위해 정확한 재정 예측이 필수적임

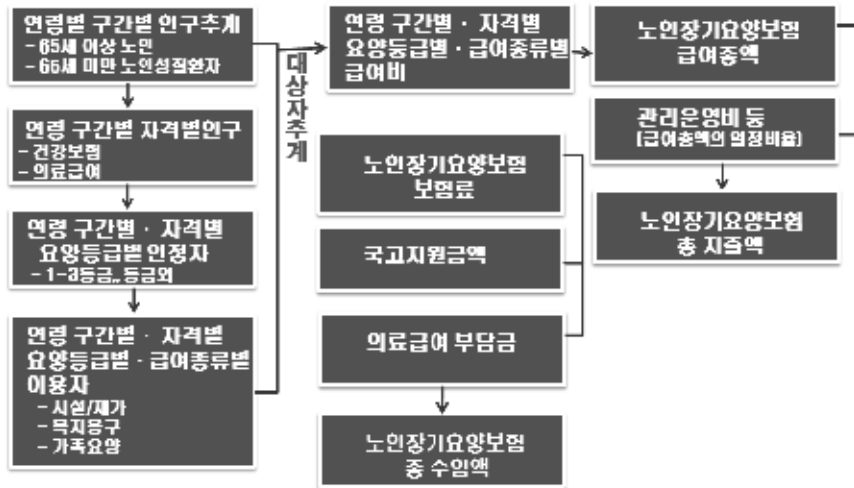
#### □ 연구의 목적

- 중장기 재정추계를 통해 노인 장기요양보험의 재정운용을 전망하고, 안정적 운용 전략을 제시
  - 재정추계에 앞서 현 노인장기요양보험제도의 상황을 파악함
  - 파악된 기초자료를 토대로 장기요양보험의 수입과 지출 측면에서 중장기 추계를 함
  - 도출된 추계와 기존에 발표된 노인장기요양보험의 추계 결과를 비교

- 향후 장기요양보험의 안정적 운영 방안을 제시, 제도의 발전 방안을 모색함

□ 연구의 방법

- 기존에 노인장기요양보험의 재정추계와 관련된 문헌고찰을 통해 재정에 미치는 요인을 도출하고, 재정운용현황과 문제점에 대해 분석함
  - 장기요양보험 관련 기존 문헌 고찰
  - 재정에 미치는 주요 변수 및 정책적 요인을 파악
  - 분석에 이용된 수요 및 공급 요인을 고려하여 시나리오 방법별 재정추계
  - 재정추계에 따른 재정회향후 운용방안 제시



[그림 1] 재정 추계 및 추계 흐름도



## 2. 관련 문헌 고찰

### □ 노인장기요양보험의 재정구조의 이해

- 장기요양보험의 수입부분은 보험료, 국고지원으로 이원화하여 파악할 수 있음. 의료급여 대상자에 대한 지방정부와 중앙정부의 예산은 별도로 산정할 수 있음
  - 노인장기요양보험의 보험료는 건강보험가입자의 보험료 고지액에 일정율의 보험료율을 곱하여 산정
    - 2008년 4.05%, 2009년 4.78%, 2010년 6.55%로 증가함. 제도 도입 이후 국민인지도가 증가하면서 인정자와 이용자 비율이 급증하였고 이에 상응하는 재정마련을 위해서 보험료도 증가함
  - 노인장기요양보험도 건강보험의 국고지원과 같이 국가의 부담을 명시하고 있음
    - 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험 예상수입액의 20%에 해당하는 금액을 공단에 지원(노인장기요양법 제58조)
    - 중앙정부와 지방 정부는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용과 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용과 관리운영비 전액을 부담
  - 노인장기요양보험의 가입자격은 건강보험과 동일하게 운영하고 있음
- 급여서비스는 대상자의 욕구와 개인 필요도에 의해 이용되며 이에 따라 지급되고 있음. 노인장기요양보험에서의 지출은 현물

급여와 비중은 적으나 제한적인 현금급여 및 제도운영을 위한 관리운영비로 나눌수 있음

- 시설입소 또는 장기요양 재가서비스의 형태로 급여행위가 이루어지는 경우를 현물급여로 칭하며, 본 급여는 65세 이상 노인이거나 64세 이하의 노인성질환자 중 등급판정 받은 대상자에게 제공됨

- 2010년 현재 등급판정을 받은 대상자는 441,479명이며, 장기요양인정조사에서 1~3등급을 받는 인정자는 312,128명으로 전체 노인인구 대비 5.8%임

- 현재(2010년 7월) 장기요양급여를 이용한 사람은 총 246,726명으로 이중 시설이용자는 78,203명이고, 재가급여 이용자는 170,181명으로 재가 급여 이용자가 시설급여에 비해 약 2.2배 많음

- 현행 노인장기요양보험제도의 원칙은 현물급여를 우선으로 하고 제한적으로 현금급여를 허용되고 있기 때문에 장기요양급여 중 현금 급여는 가족요양비만 해당됨

- 가족요양비는 방문요양을 이용하지 못하는 경우에만 장기요양등급에 관계없이 월 15만원을 지급함. 2010년 7월 현재까지 총 747건, 1억 687만원이 가족요양비로 지급되었음

○ 사회보험방식 국가인 독일, 네덜란드, 일본 사회서비스 방식 국가인 덴마크, 영국의 장기요양제도 운영에 대한 간략한 내용과 재정구조 및 운용현황을 살펴보도록 함

- 독일은 1995년 장기요양보험을 도입한 이후 지속해서 대상자와 재정이 확대되어 왔음

- 장기요양서비스를 받는 경우 2007년 158만명에서 2050년 348만 명 수준으로 증가할 것을 예측
  - 전체 급여에서 현금급여가 차지하는 비중이 대략 45%~50% 수준이고, 재가급여(현물과 현금 포함)는 20~22%, 시설급여가 28~31%의 비중을 차지함
- 1968년에 장기요양제도를 도입한 네덜란드는 AWBZ하에 전 국민이 장기요양 대상자가 되며, 노인과 장애인 및 정신질환자가 모두 포함됨
  - 2007년말 기준, 588천명이 AWBZ의 케어서비스를 이용했으며 이는 전체 국민의 3.6%임
  - 서비스 이용을 보면 평균적으로 너싱홈과 재택보호시설 거주자의 수는 0.9%씩 감소하는 반면 시설서비스는 매년 평균 2.2%씩 증가하고 있음
  - 네덜란드 장기요양 재정지출은 2007년 AWBZ의 총 지출은 거의 220억 유로로 GDP의 4% 수준에 이룸
- 2000년 시작한 일본 개호보험은 2006년 현재 전체 인구 중 총 인정자수는 15.98%로 증가함
  - 일본 개호보험의 재정구조를 보면 재원은 보험료와 국고보조, 본인부담으로 구분되며, 보험료는 제1호 피보험자(65세 이상)가 20%, 제2호 피보험자(40세 이상 64세 미만)이 30%를 부담하며 40세 미만은 개호보험료 부과가 없음
  - 전체 급여비의 90%는 보험료와 국고지원으로 절반씩 부담하며, 10%는 본인부담으로 함
- 덴마크의 장기요양제도는 사회복지조(Social assistance)의 한 부분으로 지방 조세 제정과 중앙정부 보조금으로 운영됨.

- 덴마크 장기요양대상자들은 되도록 자신의 집에서 장기요양 서비스를 받으며 시설입소를 최소화하고자 함
- 2007년 기준 수급자 206,600명 중 165,700명이 자신의 집에서 서비스를 수급하고 있으며, 41,000명 정도가 너싱홈이나 간호전문시설에 입소한 것으로 나타남
- 전체 인구에서 장기요양 서비스를 필요로 하는 대상자는 3.78%임. 장기요양 지출규모는 2003년 기준 43억 3천 유로이고 GDP의 1.95%에 이룸
- 영국은 사회서비스 방식으로 장기요양 서비스가 제공됨
  - 장기요양제도의 재원은 중장정부의 조세를 기반으로 조성되며 총 지출액은 2006년 기준 200억 유로로 2007년 기준 GDP 대비 0.8% 수준임

□ 노인장기요양보험의 재정추계 모형

- 건강보험의 재정추계는 3-4년 정도의 단기적인 예측이 주를 이루고 있음
  - 재정운용방안을 처음으로 언급한 김용익 외(2000), 국내총생산, 노인인구 비율 및 보건의료 물가지수와 급여비의 관계를 통해 추계한 이혜훈 외(2001), 국민건강보험의 재정추계 연구 등이 있음
- 노인장기요양보험은 제도가 도입된지 2년여가 지나고 있어 재정추계의 구체적인 사례가 없으나 정책변화와 인구변화 등에 대한 시나리오별 근거를 토대로 추정하여 값을 산출하는 형태

가 주를 이루고 있음

- 윤희숙 외(2010)의 연구는 기본 모형 3가지에 54가지 시나리오를 구성하여 각 유형별 인정자 추이와 재정추계를 도출함
  - 추계 결과 2010년 GDP 대비 장기요양 재정지출 비용은 최저 0.26%에서 2040년 최고 2.3%로 추계함
- 보건복지부(2010)의 연구는 기본 모형 3가지로 설정하고, 연령 구간별, 자격별, 요양등급별, 급여종류별로 구분하여 재정을 추계함
  - 2009년 GDP 대비 0.19%에서 2050년 1.06%로 증가할 것으로 추계함
- 건강보험과 장기요양보험 추계에서 가장 중요한 것은 대상자의 추계이며, 이는 인구추계에 기반을 둠.
  - 인구추계 방법은 경향외삽법, 구조적 방법, 코호트-구성법, H-P 인구추계 방법 등 연구의 이용 가능한 변수에 따라 다르게 이용함

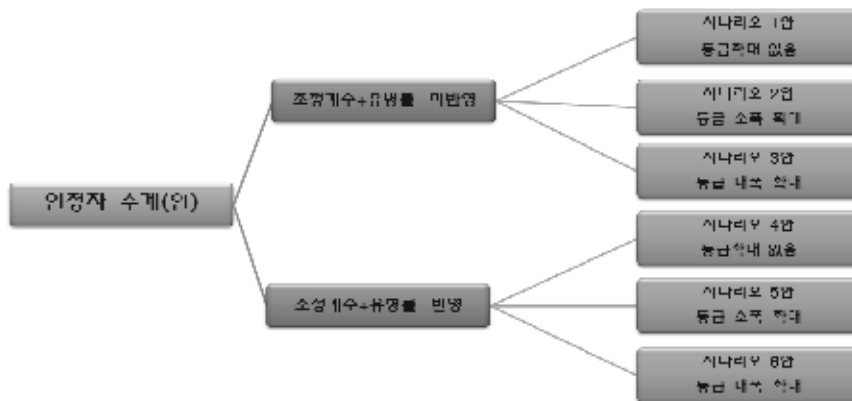
### 3. 노인장기요양보험의 중장기 재정전망과 정책과제

#### □ 단기 재정추계 방법

- 전체 인구에서 노인성 질병으로 인한 노인성 질환자, 그리고 기능저하자 중에 장기요양 대상자가 결정되기 때문에 노인성질환의 유병율, 기능저하자의 비율, 등급 확대 여부(규모)가 장기요양 인정자 추계에 주요 고려 변수가 됨

○ 재정추계에 있어 인정자의 추이가 가장 큰 영향을 받지만 중요한 것은 모든 인정자가 노인 장기요양보험을 이용하지는 않으므로 인정자 중 실제 이용자 파악 즉 이용율과 제정에 큰 영향을 미치는 요소로 등급 체계의 변동을 들 수 있음

○ 인정자 추계 시 시나리오를 보면,



- 조정계수 : 신규 인정자 변화율, 재신청자 변화율, 갱신타락자 변화율, 사망자 변화율 등을 반영한 계수
- 유병율 : 연도가 증가할 때 증가할 것으로 예상되는 노인성질환 비율 및 기능 저하자 비율을 반영한 율
- 소폭 등급확대 : 잠재적 대상자의 40% 수준
- 대폭 등급확대 : 잠재적 대상자의 90% 수준

[그림 2] 인정자 추계 시나리오(안)

○ 인정자 추계의 시나리오별 추계 결과,

<표 1> 시나리오별 인정자 추계

(단위 : 명)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
시나리오 1	309,846	347,848	371,400	386,545	396,403	402,377
시나리오 2	309,846	347,848	449,101	460,224	468,319	474,221
시나리오 3	309,846	347,848	546,227	552,322	558,214	564,026
시나리오 4	309,176	342,896	359,749	377,872	396,495	415,905
시나리오 5	309,176	342,896	442,145	455,237	468,949	483,453
시나리오 6	309,176	342,896	545,068	551,491	558,319	565,565

○ 재정 추계시 시나리오를 보면,



- 이용률 : 등급판정을 받은 인정자 중에 실제 급여서비스를 이용하는 비율
- 수가 동결 : 현 수가 수준이 분석기간동안 유지됨
- 수가 3% 인상 : 현 수가수준보다 2012년부터 3%씩 인상됨

[그림 3] 지출 추계 시나리오(안)

○ 재정 추계(지출)시 시나리오별 추계 결과,

<표 2> 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망(관리운영비 포함)

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
1-1안	27,111	31,282	32,877	33,830	34,420	35,736
1-2안	27,111	32,156	34,746	36,757	38,447	39,908
2-1안	27,111	31,022	32,314	33,786	35,324	37,984
2-2안	27,111	31,889	34,148	36,709	39,464	42,438

○ 재정 추계(수입)시 시나리오별 추계 결과,

<표 3> 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망(수입)

(단위 : 억원)

구 분		2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
계	수 입	27,582	31,539	34,545	37,261	40,294	43,267
	- 요양보험료	17,463	20,123	21,973	23,689	25,634	27,511
	- 국고지원금	3,323	3,883	4,395	4,738	5,127	5,502
	- 의료급여부담금	6,643	7,355	7,989	8,639	9,329	10,042
	- 기타수입	153	179	187	195	204	212
건강보험	수 입	20,939	24,184	26,556	28,622	30,964	33,225
	- 요양보험료	17,463	20,123	21,973	23,689	25,634	27,511
	- 국고지원금	3,323	3,883	4,395	4,738	5,127	5,502
	- 기타수입	153	179	187	195	204	212
의료급여	수 입	6,643	7,355	7,989	8,639	9,329	10,042
	- 지자체부담	6,400	7,059	7,655	8,279	8,940	9,624
	- 국가부담	243	296	334	360	389	418

주 1) 2011년도 수가동결, 2012년 이후 수가 3% 증가 반영

주 2) 기타 수입 : 가산금 및 이자수입 등

□ 중장기 재정전망

- 인정자는 향후 등급확대, 판정체계 변동 등 정책적 변동 요인이 없이 추이만을 보고, 현 3등급 체계에서 불확실성을 최대한 제외하고 분석함



<표 4> 향후 총인구 및 인정자 수 추계

(단위 : 명, %)

		2010년	2015년	2020년	2030년
총인구 <sup>1)</sup>		48,874,539	49,277,094	49,325,689	48,634,571
노인인구수 <sup>1)</sup>		5,356,853	6,380,819	7,701,125	11,810,707
노인인구비율		11.0	12.9	15.6	24.3
1안 <sup>2)</sup>	인정자수	309,846	402,377	543,583	992,644
	인정자 비율 <sup>4)</sup>	5.8	6.3	7.1	8.4
2안 <sup>3)</sup>	인정자수	309,176	415,905	555,629	1,016,777
	인정자 비율	5.8	6.5	7.2	8.6

- 주 1) 총인구 및 노인인구 수: 통계청 인구추계자료
- 2) 1안 : 인정자 추계 1안의 추계 가정을 인용
- 3) 2안 : 인정자 추계 4안의 추계 가정을 인용
- 4) 인정자 비율 : 인정자 수를 노인인구 수로 나눈 비율

○ 다음으로 노인장기요양보험의 지출추계를 보면 시나리오 1-2안 (인정자 추계 1안 가정 준용, 이용률 85.9%, 수가인상 3%)의 가정, 시나리오 2-2안(인정자 추계 4안의 가정 준용, 이용률 85.9%, 수가인상 3%)의 가정에 의해 장기 추계 결과,

<표 5> 시나리오별 장기요양보험 지출(보험자 부분) 추계

구 분		2010년	2015년	2020년	2030년
1-2 안	총액(억원)	25,036	37,503	56,871	137,715
	GDP 대비 비중(%)	0.23	0.29	0.36	0.66
2-2 안	총액(억원)	25,036	40,033	59,968	156,653
	GDP 대비 비중(%)	0.23	0.31	0.38	0.75
명목 GDP(조원) <sup>1)</sup>		1,077	1,310	1,594	2,081

- 주 1) 윤희숙 외(2010) "장기요양보험 비용 추계와 제도 확대 방향의 모색",

#### 4. 결론 및 정책 제언

##### □ 결론 및 연구의 제한점

- 노인 장기요양보험은 제도를 시행한지 2년이 지나가고 있음. 제도의 안정적인 정착과 향후 지속적인 발전을 위해서는 정확한 재정 예측이 필수적이라고 할 수 있음.
  - 본 연구에서는 노인 장기요양보험의 신청자, 인정자, 요양시설 등 수요와 공급 측면을 파악한 후 국내외의 재정 추계 사례를 검토함
  - 노인성 질환 유병율과 기능저하자 비율을 고려한 조정계수를 이용하여 인정자 추계를 하였고, 정책적으로 통제가 가능한 등급확대의 가정은 분석에서 제외하고 지출 추계함
    - 이에 따른 중장기 인정자는 2030년 총인구의 8.4%~8.6%가 될 것으로 예상됨
    - 2030년 재정은 GDP 대비 0.66%~0.75%가 될 것으로 전망됨. 이는 OECD의 국가보다 낮은 수치로 향후 재정을 고려한 인정자 수 확대 및 혜택을 확대할 필요성이 있음
  
- 연구의 제한점으로 다음의 몇 가지를 들 수 있음. 향후 연구에서는 본 연구진이 보다 큰 고려요인이라고 판단된 요인의 여타 요인의 반영을 통한 분석이 필요함
  - 노인장기요양보험은 치매나 중풍 등 노인성 질병에 의해 영향을 많이 받지만, 장애로 인해 등급 판정을 받은 비율도 상당함
  - 후기 노령인구 등 연령 구분을 통한 보다 심층적 연구가 필요

- 가족구조 변화에 따른 비공식 수발 이용 가능성 등 외생적 요소의 반영
- 기타로 기초자료가 되는 통계청 추계 인구의 반영이 있음

#### □ 정책 제언

- 우리나라의 제도는 도입에 따른 거부감을 적게 하면서, 중증보호대상자 중심의 서비스로 안정적이고 지속적인 제도운영이 가능하도록 시작(장재혁 외, 2010)되어 대상자 및 재정이 OECD 주요 국가에 비해 적음.
- 향후 제도의 질 확대 및 내실화를 위해서 관정체계 변동, 4등급의 확대, 서비스 범위 확대 등 정책적 변화로 인정자 및 재정이 증가될 요인이 많음. 따라서, 장기요양보험의 내실화와 재정적 지속가능성을 위해 중장기적으로 수입과 지출에 대한 재정운용 전략 수립이 필요함
- 제도적 측면에서는 현행 등급판정 및 서비스 이용합리화가 필요하며, 더불어, 건강보험과 장기요양보험의 분절적 서비스 제공에 대해서 연계가 필요함
  - 장기적으로 지불제도의 개편 및 장기요양 예방서비스를 통한 재정 절감이 필요함



# 제1장 서론



## 제1장 서론

### 제1절 연구의 배경

노인장기요양보험은 고령으로 인한 노인성 질환 등으로 사회·경제적 부담을 겪는 본인뿐만 아니라 가족 등의 부양가족에게 보험의 원리를 통해 사회가 부담을 공유함으로써 삶의 질을 향상에 기여하는 제도이다<sup>1)</sup>. 즉, 노인장기요양보험은 개인의 부담을 국민 전체의 부담으로 확대 시킴으로써 수발의 위험을 분산시킨다는 점에서 많은 긍정적인 면이 있다. 또한, 제도의 도입 기간이 짧음에도 불구하고 안정적으로 정착되고 있다는 평가할 수 있다.

하지만 우리나라는 현재 급격한 고령화를 겪고 있으며 이로 인해 제도의 지속가능성이 위협받고 있으며, 혜택을 받는 대상자의 확대 및 서비스 질 개선 등 보험으로써의 내실화 필요성이 제기되고 있다. 효율적인 제도 개선을 위해 제기되고 있는 문제점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 고령화로 인한 노인 수의 증가, 의료기술의 발전으로 인한 평균 수명 증가 등으로 노인성질환자의 수가 급격히 증가하고 있다. 장기요양보험의 대상이 되는 노인성 질환자는 2002년 49.9만명(실수진자)에서 2009년 102.7만명으로 2.06배가 증가하였다. 이들은 실제 수발이 필요하며 인정자 수에도 큰 영향을 미치고 있다. 이로 인해 제도 도입 이후 급

1) 2008년 7월 노인장기요양보험은 "고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적(노인장기요양법 제1조)"으로 시행됨

격하게 수급자가 증가하고 있다. 도입 초기 수급 대상자(인정자)의 규모를 약 17만명으로 예상하였다. 하지만 실제 제도가 도입한 후 3개월이 지난 시점인 2008년 12월말 21만명으로 약 4만명 이상이 예측 값을 상회하였으며, 2010년 6월 현재 약 31만명으로 인정자의 수가 급격하게 증가(제도 도입 초기인 2008년 7월에 비해 2.1배 증가)하고 있다.

둘째, 주변환경 변화로 재정 부담이 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 장기요양보험 발전계획에 따르면, 인정자의 등급 확대, 등급 판정 체계의 변동, 장애인 장기요양보험제도 도입의 영향 등 향후 도입되는 정책들은 노인장기요양보험의 재정부담을 기증시킬 것이다. 실제 재정 추이를 살펴보면, 2008년말 4천억원에서 2009년 말 1조 7천억원으로 증가하였고 2010년 상반기에 1조 1천억원이 넘어 지속적인 증가 추세에 있다.

향후 노인 장기요양보험제도의 정책 형성에서 증가하는 재정의 낭비요인을 제거하고, 전 국민의 부담을 완화하기 위해서는 정확한 재정 예측이 필수적이라고 할 수 있다. 따라서, 노인장기요양보험의 수요와 공급 구조를 분석하고, 재정소요를 예측하여 합리적이고 지속가능한 재정 운영방안을 도출할 필요성이 대두되고 있다.

## 제2절 연구의 목적

노인 장기요양보험의 지속가능성을 제고하기 위해서는 무엇보다도 중장기적인 재정운용 전략 및 방향성 제시가 필요하다. 본 연구에서는 중장기 재정추계를 통해 노인 장기요양보험의 재정운용을 전망하고, 안정적 전략을 제시하고자 한다.

노인 장기요양보험의 재정 수지 현황 및 향후 재정 운용 전략 마련을



위한 연구목적은 구체화하면 크게 네 가지 측면으로 나눌 수 있다.

첫째, 재정추계에 앞서 현 상황의 파악이 선행되어야 한다. 장기요양보험의 신청자, 인정자, 사망자, 요양시설, 급여 서비스 등 수요와 공급 측면에서 재정구조 현황을 파악한다.

둘째, 파악된 기초 자료를 토대로 장기요양보험의 수입과 지출 측으로 중장기 추계를 한다.

셋째, 도출된 추계액과 기존에 발표된 노인 장기요양보험의 추계 결과와 비교·분석한다.

넷째, 중장기 추계에 따라 향후 장기요양보험의 안정적인 운영 방안을 제시하고, 노인 장기요양보험제도의 발전방안을 모색하고자 한다.

### 제3절 연구의 방법

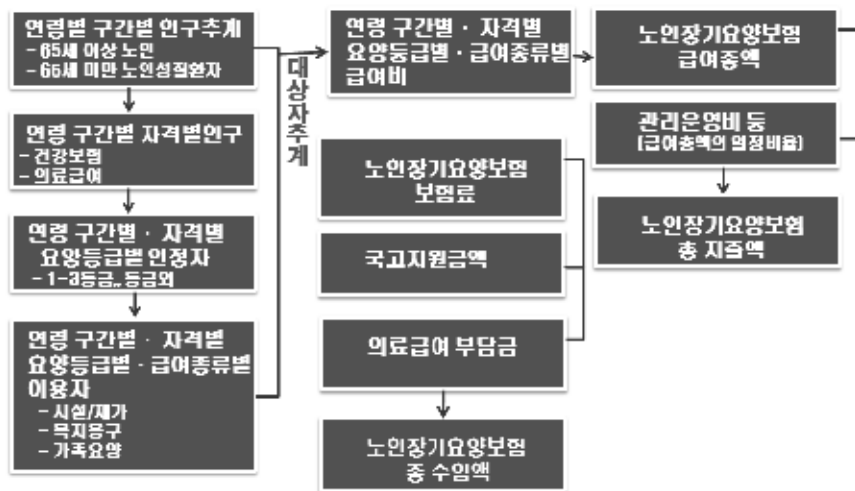
본 연구는 노인장기요양보험의 재정관련 제도를 고찰한 후 기존 재정추계 관련 문헌고찰을 통해 재정에 미치는 요인을 도출하고, 재정운용 현황과 문제점에 대해 분석한다. 또한, 2008년 7월 이후 26개월간의 실측 데이터를 활용하여 장기요양 대상자의 증가 양상 및 이용 현황을 분석한 후 중장기 전망과 정책대안을 제시한다. 이를 위해 다음과 같은 방법을 활용한다.

첫째, 장기요양보험 관련 기존 제도 및 문헌 고찰을 한다. 먼저 제도 및 문헌고찰을 통해 장기요양보험에 영향을 미치는 요인, 재정운용현황, 제도의 문제점 등을 분석한다. 재정에 미치는 요인들은 수입 측면과 지출 측면으로 나누어 고찰한다.

둘째, 재정에 미치는 주요 변수 및 정책 상황을 고려하여 재정 추계

를 한다. 지속가능한 노인 장기요양보험의 장기적 운용을 위해 논의되고 있는 정책적 고려사항에 대한 분석과 적용가능성 여부를 고려하여 중장기 추계에 반영토록 한다. 즉, 본 제도의 내실화를 위해 장기요양 인정자의 등급 확대 및 장애인 장기요양보험의 도입 등 인정자 수의 변화와 서비스의 이용률 및 본인부담 수준 등 중장기 추계에 영향을 미칠 다양한 정책적 요소에 대해 분석하고 각 요인에 따른 시나리오를 적용 중장기 추계를 수행한다.

분석에 이용될 수요 및 공급 요인과 정책적 시나리오에 대한 검증은 위해 전문가 및 실무부서와의 의견수렴을 충분히 반영하였다.



[그림 1-1] 재정 추계 및 추계 흐름도

마지막으로 장기추계에 따른 제정의 향후 운용방안을 제시한다. 시나리오별 장기추계에 의해 향후 노인 장기요양보험의 운용방향 및 개선방안을 제시하고자 한다.

## 제2장 관련문헌 고찰



## 제2장 관련 문헌 고찰

### 제1절 노인장기요양보험 재정구조의 이해

이 장에서는 본격적으로 노인장기요양보험의 재정 구조를 이해하기 위해서 수입과 지출부분으로 구분하여 살펴보고자 한다. 먼저 수입부분은 크게 보험료와 국고지원으로 이루어져 있으며 이는 가입자 및 세대수에 따라 산정액이 좌우된다. 지출부분은 현물급여, 현금급여, 관리운영비로 나누어져 있으며 이는 요양급여비용에 의해 크게 영향을 받는다.

#### 1. 수입

장기요양보험의 수입부분은 보험료와 국고지원으로 이원화할 수 있다. 물론 의료급여 대상자에 대한 지방정부와 중앙정부의 예산은 별도로 산정할 수 있을 것이다. 여기에 영향을 미칠 수 있는 요인들까지 함께 고려하여 예측할 수 있는 재정 수입의 양을 분석하는 것이 필요한 것이다.

##### 가. 보험료

노인장기요양보험의 보험료는 건강보험가입자의 보험료 고지액에 일정율의 보험료율을 곱하여 산정하게 되는데, 도입 원년인 2008년과 2009년의 건강보험 보험료율은 5.08%로 동일하였으나 노인장기요양보험은 급증하는 대상자와 재정증가에 대비하기 위해 원년에 4.05%, 2009년에

4.78%로 18.0% 증가하였다. 2010년에는 건강보험 보험료율이 5.33%로 4.9% 인상되었고, 노인장기요양보험 역시 6.55%로 무려 37.0%가 증가한 것으로 나타났다. 이는 제도 도입이후 국민인지도가 증가하면서 인정자와 이용자 비율이 급증하였고 그에 상응한 재정마련을 위해서인 것으로 해석할 수 있다.

노인장기요양보험과 건강보험의 보험료율을 통합하여 건강보장에 미치는 영향을 계산하면, 2010년의 경우 5.68% 보험료율로 산정할 수 있을 것이다.

<표 2-1> 건강보험 및 노인장기요양보험료율 변화

구 분	2008년	2009년	2010년
건강보험 보험료율	5.08%	5.08%	5.33%
장기요양보험 보험료율 <sup>1)</sup>	4.05%	4.78%	6.55%
건강보장 총부담 보험료율 <sup>2)</sup>	5.29%	5.32%	5.68%

- 주: 1) 장기요양보험의 보험료는 건강보험 보험료 금액×장기요양 보험료율로 산정함  
 2) 정확한 금액 산정은 1)과 같으나, 건강보장(건강+장기) 총 부담보험료율을 제시할 때에는 전체 보험료액 산정에 영향을 미치는 비율로 재계산할 수 있을 것임. 예를 들어, 2010년 총부담율 5.68%는 건강보험 보험료율 5.33%에 노인장기요양보험료율 6.55%가 영향을 미치는 비율(0.35%)을 합하여 산정

보험료 부과에 따른 징수율을 살펴보면, 비교적 높은 징수율을 보이고 있다. 2009년 1분기 징수율이 94.2%에서 2분기는 97.0%였으며, 2010년 1분기 징수율은 96.5%, 2분기 징수율은 97.7%로 안정화 단계에 접어든 것으로 판단된다<sup>2)</sup>. 월평균 보험료 부담을 살펴보면 세대당 부담하는

2) 여기서 제시하는 징수율은 누적징수율임

비용은 지역의 경우 대략 4,500원 수준이며, 직장의 경우는 8,900원에서 9,000원 수준인 것으로 나타났다. 개인별로 분석하면, 1인당 지역가입자 부담금액은 대략 2,100원 수준이며, 직장 가입자의 경우 1인당 대략 3,400원에서 4,600원 수준까지 납부하는 것을 알 수 있다.

<표 2-2> 장기요양보험료 월평균 현황

(단위 : 원)

구 분		'09.12월	'10.1월	2월	3월	4월	5월	6월
세대당	지역	3,200	4,570	4,558	4,543	4,544	4,542	4,530
	직장	6,288	8,965	8,980	8,896	11,905	9,209	9,533
1인당	지역	1,494	2,129	2,127	2,117	2,127	2,129	2,127
	직장	2,431	3,456	3,469	3,460	4,651	3,602	3,729

주: 산정월 기준이며, 직장보험료는 사용자 부담분 포함임

제도도입 이후 실제 보험료 수입은 2008년 7월부터 12월까지 3,723억 원이었고, 2009년 1년간 보험료 수입액은 11,371억원, 2010년 6월까지의 보험료 수입은 8,553억원으로 증가한 것으로 나타났다.

&lt;표 2-3&gt; 노인장기요양보험 재정수지 현황(2008~현재)

(단위 : 억원)

	2008년	2009년	2010.6월말
■ 수 입	7,518	20,238	15,681
- 요양보험료	3,723	11,371	8,553
- 국고지원금	1,181	2,044	3,323
- 의료급여부담금	2,564	6,637	3,726
- 기타수입	50	186	99
■ 지 출	5,731	18,791	12,168
- 요양급여비	4,585	17,236	11,362
- 관리운영비	1,146	1,555	805
■ 당기수지	1,787	1,447	3,513
■ 누적수지	1,787	3,234	6,747

### 나. 국고지원

노인장기요양보험에서도 건강보험의 국고지원과 같이 국가의 부담을 명시하고 있으며, 규정에 의거 매년 일정액을 지원하고 있다. 노인장기요양보험법 제58조(국가의 부담)에서는 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험 예상수입액의 20%에 해당하는 금액을 공단에 지원하도록 규정하고 있다. 또한 중앙정부와 지방정부는 의료급여수급권자의 장기요양급여비용과 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용과 관리운영비 전액을 부담하도록 하고 있다.

2008년 국고지원금은 실제 1,181억원이었으며, 2009년에는 2,044억원이었다. 지원금 규모를 보험료 수입대비 비율을 살펴보면 법령이 정한 20% 수준에 못 미치는 것을 알 수 있다. 2009년의 경우 전체 보험료 수



입은 11,371억원이며, 국고지원금인 2,044억원은 17.97%에 상당하는 금액이다. 이러한 현상은 건강보험부분에서도 매년 반복되고 있는 상황으로 2010년에도 반복될 것으로 예상되며 국고지원에 대한 법적 구속력이 작동되고 있지 못함을 보여주는 단적인 예이다.

<표 2-4> 연도별 국고지원금 현황

(단위 : 억원, %)

구분	2008	2009	2010
국고지원금	1,181	2,044	3,323
증가율	-	57.8	61.5

자료: 공단내부자료, 국민건강보험공단, 2010.

중앙정부와 지방정부가 부담하도록 되어 있는 의료급여 수급자에 대한 부담금은 2008년에 2,564억원, 2009년 6,637억원 그리고 2010년 6월 현재까지 지원된 금액은 3,726억원이었다.

#### 다. 가입자 및 세대수

노인장기요양보험 역시 그 가입자격을 건강보험과 동일하게 운영하고 있고, 건강보험 보험료 부과액에 장기요양보험료를 곱하여 보험료액을 산정하기 때문에 재정 부담을 담당할 가입자의 추이는 매우 중요한 의미를 갖게 된다.

가입자는 직장과 지역으로 구분할 수 있는데 직장의 경우는 개인 가입자를 중심으로 부과되지만, 지역의 경우는 가구를 구성하는 세대 개념으로 보험료를 부과하고 있다. 따라서, 연도별, 월별 가입자와 세대수의

변화는 노인장기요양보험의 보험료 수입에 결정적인 역할을 하게 되어 일련의 변동추이를 분석할 필요가 있다.

최근의 건강보험 장기요양보험 가입자는 지속적으로 증가하여오고 있다. 실제 2005년 대비 2006년에는 전체 의료보장인구가 0.17%증가하였고, 2006~2007년은 0.88%, 2007~2008년은 0.66%, 2008년에서 2009년은 0.57%, 2009년에서 2010년은 0.27%의 증가율을 보이고 있다. 직역별로 보면, 직장가입자의 경우는 2005년에서 2006년까지 4.45%증가, 2006년에서 2007년까지는 3.44%, 2007년에서 2008년까지는 3.37%, 2008년에서 2009년까지 3.27%, 2009년에서 2010년까지 2.33% 증가한 것으로 나타났다. 반면 지역가입자는 직장가입자가 증가한 만큼 감소하는 반대효과가 나타나고 있다.

결과적으로 건강보험가입자와 세대는 건강보험과 장기요양보험의 보험료를 납부하는 대상으로 보험 수입에 매우 중요한 기능을 하고 있다. 특히 직장가입자의 경우는 징수율이 평균 99.1%를 상회하기 때문에 직장가입자의 증가는 보험료 수입에 긍정적인 기여를 할 것으로 판단된다.

<표 2-5> 최근 건강보험 및 노인장기요양보험 가입자 현황

(단위 : 천명)

구 분	2005	2006	2007	2008	2009	2010
의료보장계	49,153	49,238	49,672	50,001	50,290	50,425
건강보험계	47,392	47,409	47,819	48,159	48,613	48,737
직장	27,233	28,445	29,424	30,416	31,412	32,146
지역 (세대수)	20,158 (8,384)	18,964 (8,107)	18,395 (8,141)	17,743 (8,058)	17,200 (8,110)	16,591 (7,872)
의료급여	1,761	1,828	1,852	1,841	1,677	1,687

한편 의료급여 대상자는 오히려 감소하여 중앙정부와 지방정부의 기여가 감소하게 되었고, 건강보험과 장기요양보험을 납부하는 가입자간 재정이전이 이루어져 건강보험과 노인장기요양보험 모두에서 수입보다는 지출증가에 기여하게 될 것으로 판단된다.

## 2 지출

노인장기요양보험제도의 급여서비스는 대상자의 욕구와 개인 필요도에 의해 이용되며 그에 따라 지급되고 있다. 노인장기요양보험에서의 지출은 원칙적으로 지급되는 현물급여와 비중은 작으나 제한적인 경우에 이용되는 현금급여, 제도 운영을 위한 비용인 관리운영비로 나눌 수 있다. 또한 지출을 좌우하는 가장 중요한 요소인 요양급여 비용도 빼 놓을 수 없는데 이 4가지를 다음과 같이 살펴보고자 한다.

### 가. 현물급여

시설입소 또는 장기요양 재가서비스의 형태로 급여행위가 이루어지는 경우를 현물급여로 칭하며 65세 이상 노인이거나 64세 이하의 노인성 질환자 중 등급 판정을 받은 대상자에게 제공된다.

#### 1) 노인 인구 및 인정자

2010년 6월 현재 우리나라 65세 이상 노인인구는 5,381,021명으로 전체 인구 대비 10.7%를 넘어서고 있음을 알 수 있다. 이중 노인장기요양보험 인정을 받기 위해 등급판정을 받은 대상자는 441,479명이며, 여기에는 노인성질환을 갖고 있는 64세 이하 대상자도 3만명 정도 포함된 수치이다. 등급판정을 신청한 대상자 중 장기요양인정조사에서 1~3등급을 받은 인정자는 312,138명으로 전체 노인인구 대비 5.8%에 해당된다.

&lt;표 2-6&gt; 장기요양 등급판정 및 인정자 수

(단위 : 명)

구 분	등급 판정자수	등급판정 결과					
		인정자				등급외자 소계	
		소계	1등급	2등급	3등급		
계	441,479	인원	312,138	49,506	76,749	185,883	129,341
		비율	100.0%	15.9%	24.6%	59.6%	
65세 미만	29,998	인원	23,756	5,315	4,778	13,663	6,242
		비율	7.6%	1.7%	1.5%	4.4%	
65세 이상	411,481	인원	288,382	44,191	71,971	172,220	123,099
		비율	92.4%	14.2%	23.1%	55.2%	

주: 2010년 6월 기준

자료: 중단내부자료, 국민건강보험공단, 2010

제도도입 2년이 지난 시점에서 노인인구 대비 인정자 비율이 5.8%인 것은 과거 일본이나 독일 그리고 네덜란드의 제도도입 당시 인정자비율에는 못 미치는 수준이다. 2000년에 제도를 도입한 일본은 도입당시 노인인구 대비 인정자비율이 11.6%였으며, 현재는 16.7%에 이르고 있다. 독일의 경우도 1995년 당시 8.0% 비율이 현재는 13.4%에 이른다. 네덜란드의 경우는 제도도입 시점이 1968년으로 세계에서 가장 오래된 역사를 가지고 있으며, 당시 자료가 없어 2004년 상황을 살펴보면 노인인구 중 29.3%가 장기요양보험의 인정자로 판정받은 것을 알 수 있다.

이처럼 현행 우리나라 노인장기요양보험의 인정자 추이는 선진국에 비해서도, 그리고 고령화 추이에서도 다소 적은 수치임을 알 수 있다.

&lt;표 2-7&gt; 주요국의 인정자 추이 변화

(단위 : 명)

구 분		일 본	독 일	네덜란드
제도도입 년도		2000.4.1	1995.1.1	1968.1.1
도입 당시	인정자수	256만명	106만명	66만명
	노인인구대비 비율	11.6%	8.0%	29.3%
	기준년도	(2000년)	(1995년)	(2004년)
현재 기준	인정자수	479만명	225만명	60만명
	노인인구대비 비율	16.7%	13.4%	25.8%
	기준년도	(2009.10월)	(2009.1월)	(2006.12월)

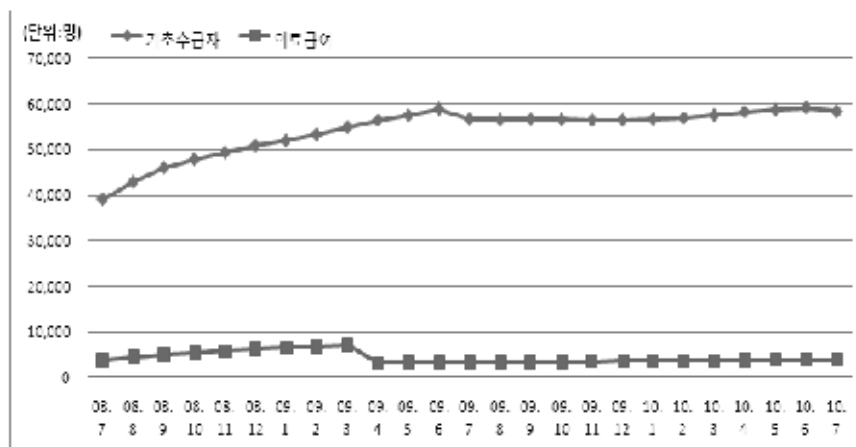
자료: 공단내부자료, 국민건강보험공단, 2010

의료급여, 기초수급자 추이는 완만한 상승곡선을 그리고 있는데 이는 노인인구의 증가와 함께 나타나는 증가로 향후 대상자의 확대에 따라 비중이 더 늘어날 가능성이 있다. 의료급여 수급권자의 경우 2009년 4월 의료급여 2종 수급권자 중 차상위 수급권자(만성질환자<sup>3)</sup>, 18세 미만 아동 포함)가 건강보험 가입자로 전환되는 정책적 변화로 인해 [그림 2-1]에서 보듯 2009년 3월에서 4월로 넘어가는 시기에 의료급여자 수가 큰 폭으로 감소하였다.

또한 2009년 6월에서 7월 사이의 기초수급자의 감소는 노인장기요양보험제도의 갱신시점으로 [그림 2-1]의 인정자 감소 추이와 그 이유를 같이 한다. 지자체 예산으로 부담하는 기초수급자와는 달리 의료급여자는

3) 보건복지부장관이 정하여 고시하는 희귀난치성질환 외의 질환으로 6월 이상 치료를 받고 있거나 8회 이상의 치료를 요하는 자(시행령 제2조 제 3호)

건강보험에서 재정을 부담하므로 노인장기요양보험에서 건강보험 가입자로 전환되어 장기요양 재정에서의 비중은 줄어들었으나 건강보험공단의 전체 재정 문제로 보았을 때 부담은 여전히 크다.

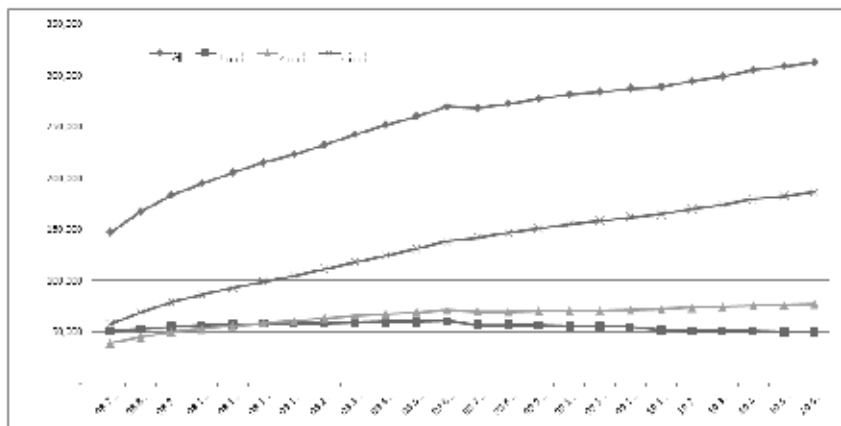


[그림 2-1] 월별 기초수급자 및 의료급여대상자 증 인정자 추이

전체적인 인정자 현황보다 향후 변동추이를 예측하기 위해서는 무엇보다 현재까지 인정자의 추이가 어떻게 변화되어 왔는지가 중요한 사항이다. 제도도입초기 급격한 인정자 증가는 1년 뒤 등급 갱신이후 안정기에 접어들었다는 평가가 나오고 있다. 월별 인정자 증감 추이를 살펴보면, 2008년 7월 이후 현재까지 꾸준한 증가세를 보이고 있다. 전체 인정자수는 완만한 우상향 직선 그래프를 그리고 있으며, 등급별로는 3등급이 전체 인정자 변화를 주도하면서 완만한 우상향 그래프를 그리고 있다.

하지만 1등급과 2등급자의 경우는 그 양상이 다소 차이가 있다. 1등급의 경우 2009년 갱신이후 인정자수가 오히려 줄어드는 경향을 보이고

있고, 2등급의 경우는 다소 증가하지만 그 폭이 거의 현상을 유지하는 것을 알 수 있다.

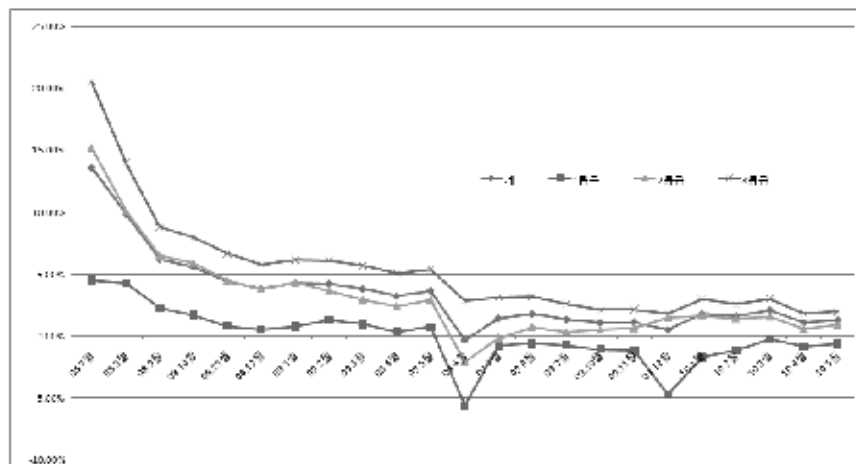


[그림 2-2] 월별 인정자 추이

월별 인정자 증감률을 살펴보면 뚜렷하게 나타난다. [그림 2-3]은 제도 도입 초기부터 현재까지 월별 인정자 증감률을 분석한 그래프이다. 그래프를 보면 전체적인 인정자 추이가 감소하는 것을 알 수 있으며, 3등급과 2등급의 감소 비율이 제도 도입이후 2009년까지 급격하게 감소하는 것을 알 수 있다. 특히 2009년 7월 갱신 시점에서는 인정자 감소율이 더 크게 나타나고 있다. 이에 대해서는 여러 가지 해석이 가능하다. 우선은 제도도입 시 사용했던 등급판정도구와 인력들이 다소 관대하게 등급을 인정하였다면, 갱신 시점에서는 전문적인 노하우가 축적되어 보다 객관적이고 정확하게 판정이 이루어졌다는 해석이다. 등급판정 정확성 강화와 함께 1등급 대상자들의 사망률 증가도 1등급 대상자의 감소에 기여한 면이 있다.



반면, 부정적인 해석은 급속한 인정자 증가에 따른 예산수립의 어려움 등을 이유로 등급관정을 보다 엄격하게 실시하여 지속적으로 인정자 증가율이 낮아진 것이라는 해석이다. 지금 상황에서는 두 가지 해석 모두 가능성이 있으나, 특히 중증인 1등급의 감소율에서는 보다 분명하게 이러한 현상들이 나타나고 있다. 하지만 이는 증가에 대한 추이일 뿐 인정자의 절대적 수의 증가는 계속되고 있다. 월별 최소 1,000명에서 2,000명의 노인들이 인정자로 등록되고 있기 때문이다.



[그림 2-3] 제도도입이후 인정자 증감율 변화추이

## 2) 급여이동 현황

장기요양보험에서의 현물급여는 크게 시설급여와 재가급여로 나뉘는데 2010년 7월, 한 달간 장기요양급여를 이용한 사람은 총 246,726명으로 이중 시설 이용자는 78,203명이고 재가급여 이용자는 170,181명으로 재가급여 이용자가 시설급여에 비해 약 2.2배 많았다.

이를 일반대상자, 저소득층, 의료급여자, 기초수급자로 나누어 살펴보면 일반대상자가 176,783명, 저소득층이 18,774명, 의료급여자가 2,633명, 기초수급자가 48,920명으로 의료급여자의 비중이 가장 작았다. 본인부담의 경우 저소득층과 의료급여자는 보험료를 50%경감해주기 때문에 실인원수에 비해 총 금액 및 본인부담금이 적다. 기초수급자는 본인부담금을 내지 않는다.

<표 2-8> 대상자 종류별 장기요양 급여비용

(단위 : 명, 건, 천원)

구분	실인원수	건수	총금액	본인부담금	1인당 총금액(원)	
계	계	246,726	330,877	232,584,657	29,284,822	942,684
	시설	78,203	83,306	99,151,496	13,271,418	1,267,873
	제가	170,181	247,571	133,433,161	16,013,404	784,066
일반	계	176,783	233,043	163,665,347	27,567,310	925,798
	시설	49,754	53,144	62,813,627	12,437,794	1,262,484
	제가	128,371	179,899	100,851,720	15,129,516	785,627
저 소 득	계	18,774	24,620	17,843,730	1,520,727	950,449
	시설	6,007	6,425	7,609,664	753,329	1,266,799
	제가	12,905	18,195	10,234,066	767,398	793,031
의 료	계	2,633	3,531	2,366,759	196,785	898,883
	시설	614	681	812,805	80,295	1,323,786
	제가	2,028	2,850	1,553,955	116,490	766,250
기 초	계	48,920	69,683	48,708,820	0	995,683
	시설	21,916	23,056	27,915,400	0	1,273,745
	제가	27,166	46,627	20,793,420	0	765,421

주: 1) 실인원은 계, 입소, 제가 각각의 중복을 배제한 급여 이용 인원

2) 건수는 명세서 건수

3) (1) - 총금액/실인원수

4) 복지용구는 제가급여에 포함

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단, 2010. 7.

급여 이용 현황을 등급별로 보면 1등급의 경우 이용자는 37,498명이  
고 총금액이 44,718,995원으로 1인당 총금액은 1,192,570이었다. 2등급 대  
상자는 61,802명 중 33,608명이 시설급여, 28,939명이 재가급여를 이용하  
였다. 3등급 대상자는 이용자중 123,784명이 재가급여로 대상자가 중증  
에서 경증으로 갈수록 재가급여 이용이 많았다.

<표 2-9> 등급별 장기요양 급여비용

(단위 : 명, 건, 천원)

구분	실인원수	건수	총금액	본인부담금	1인당 총금액(원)	
계	계	246,726	330,877	232,584,657	29,284,822	942,684
	입소	78,203	83,306	99,151,496	13,271,418	1,267,873
	재가	170,181	247,571	133,433,161	16,013,404	784,066
1등급	계	37,498	49,763	44,718,995	5,925,438	1,192,570
	입소	19,769	20,997	27,525,238	3,762,333	1,392,343
	재가	18,018	28,766	17,193,757	2,163,105	954,254
2등급	계	61,802	79,294	67,784,188	9,337,092	1,096,796
	입소	33,608	35,858	43,067,478	6,226,727	1,281,465
	재가	28,939	43,436	24,716,710	3,110,365	854,097
3등급	계	148,179	201,820	120,081,474	14,022,291	810,381
	입소	24,960	26,451	28,558,781	3,282,357	1,144,182
	재가	123,784	175,369	91,522,693	10,739,934	739,374

주: 1) 실인원은 계, 입소, 재가 각각의 중복을 배제한 급여 이용 인원

2) 건수는 명세서 건수

3) (1) - 총금액/실인원수

4) 복지용구는 재가급여에 포함

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단, 2010. 7.

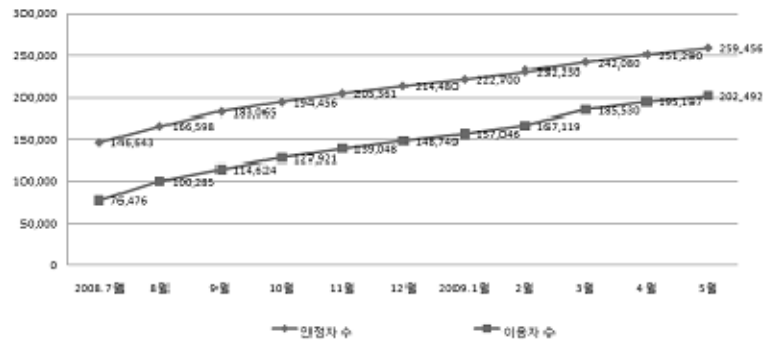
분기별 장기요양 급여이용과 비용 추이를 보면 다음과 같다. 2008년 8월부터 2009년 6월까지의 기간 동안 총 서비스 제공기관은 72,281개소에서 2009년 7월부터 2010년 6월까지의 기간 동안에 134,547개소로 증가하였다. 또한 이용자수도 1,392,226명에서 2,515,127명으로 180.7% 증가하였고 이에 따라 총 급여비용이 13억여 원에서 25억여 원으로 186.8% 증가하였다. 이를 시설급여와 재가급여로 나누어 살펴보면 시설급여 제공기관이 165.2% 증가한 반면 재가급여는 192.8% 증가하였고 총 급여비용도 시설급여가 143.4% 증가, 재가급여는 236.1% 증가하여 시설급여에 비해 재가급여의 증가가 상대적으로 높은 것을 알 수 있다.

<표 2-10> 분기별 장기요양 급여이용 및 비용 추이

(단위 : 개, 천원, 명, %)

구 분		08. 8~09. 6	09. 7~10. 6	분기 증가율
계	서비스제공기관	72,281	134,547	186.1
	총급여비용	1,309,521,871	2,446,630,130	186.8
	공단부담금	1,157,691,500	1,981,561,031	171.2
	이용자수	1,392,226	2,515,127	180.7
시설 급여	서비스제공기관	17,323	28,610	165.2
	총급여비용	696,255,508	998,538,517	143.4
	공단부담금	614,615,781	806,754,164	131.3
	이용자수	568,934	755,784	132.8
재가 급여	서비스제공기관	54,958	105,937	192.8
	총급여비용	613,266,363	1,448,091,613	236.1
	공단부담금	543,075,721	1,174,806,869	216.3
	이용자수	830,955	1,778,345	214.0

자료: 공단내부자료, 국민건강보험공단, 2009-2010.



[그림 2-4] 장기요양급여 인정 및 이용자 월별추이(단위 : 명)

현물급여 중 장기요양 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구가 있으며 이를 2009년 12월에서 2010년 7월까지 월별로 살펴보면 <표 2-11>과 같다. 전체 인정자는 앞에서 살펴 보았듯이 지속적으로 증가하고 있으며 이중 재가급여 이용자는 2009년 12월 전체 인정자의 56.7%에서 2010년 7월 60%정도이다.

방문요양은 재가급여 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는데 2009년 12월의 경우를 보면 전체 재가급여 건수에서 복지용구를 제외한 259440 건 중 방문요양의 비중은 61.6%였다. 이는 2010년 7월까지 비슷한 비중을 차지하는 것으로 보여지며 다음으로는 단기보호와 주야간보호가 많은 비중을 차지하였다.

그러나 단기보호 서비스는 2010년 3월 보건복지부에서 시행한 단기보호 개편에 따라 연간 180일을 연속적으로 제공하도록 했던 기준을 대상자 한명이 1개월에 15일씩(연속은 2회까지만 허용)만 서비스를 이용할 수 있도록 제한을 두어 단기보호의 서비스 취지에 맞도록 개선하였다. 또한 2009년 말부터 기존 단기보호시설들이 3년 이내에 노인요양시설로

전환할 수 있도록 하는 기회를 열어 놓아 서비스 이용제한에 따른 단기 보호시설의 감소분을 해소하였다. 이에 단기보호서비스가 2010년 3월 급격하게 감소하였다.

<표 2-11> 월별 재가급여계약 세부현황

(단위: 명)

구 분	'09.12월	'10.1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	
인정자	286,907	288,411	293,685	298,509	304,826	308,126	312,138	311,709	
계	인원(명)	162,669	162,490	166,879	166,904	178,862	183,046	185,501	186,138
	권	379,397	303,824	316,757	325,938	342,897	356,399	371,104	377,474
방문요양	159,870	131,331	134,591	140,266	152,081	156,157	157,758	159,754	
방문목욕	54,791	30,857	34,274	37,059	41,363	43,461	45,176	45,689	
방문간호	7,772	3,490	3,561	3,841	4,080	4,064	4,026	4,071	
주야간보호	17,550	10,479	10,358	10,780	11,713	11,953	12,099	12,184	
단기보호	19,457	10,850	11,168	4,219	2,870	2,533	2,426	2,154	
복지용구	119,957	116,817	122,805	129,773	130,790	138,231	149,619	153,622	

주: 1) 공단에 통보된 급여계약내역서 기준으로 집계(해당 월에 계약이 유효한 권)

2) 재가급여 종별: 중복계약 포함(2종 이상 서비스 계약가능)

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단

월별 시설급여 계약 세부현황을 보면 시설급여 이용건수는 인정자의 증가와 마찬가지로 지속적인 증가세에 있다. 노인요양시설의 경우 장기요양보험제도 도입 전에 있었던 (구)노인요양시설은 (현)노인요양시설로 전환하여 감소 중이며 노인전문요양시설도 제도 도입 전 시설로 (현)노인요양시설로 전환, 감소되고 있다. 반면 2010년 3월부터 단기보호 개편으로 인해 노인요양시설로 전환하는 단기보호시설이 추가되었다.

&lt;표 2-12&gt; 월별 시설급여계약 세부현황

(단위: 명)

구 분	'09.12월	'10.1월	2월	3월	4월	5월	6월	7월	
인정자	286,907	288,411	293,685	298,509	304,826	308,126	312,138	311,709	
계	인원(명)	65,450	61,890	65,553	76,583	82,138	83,580	84,737	85,929
	건	76,132	62,170	65,834	76,956	82,663	84,115	85,249	86,236
노인 요양시설	16,969	10,114	14,974	18,201	21,344	36,903	38,381	41,752	
노인전문 요양시설	52,456	47,447	45,565	45,974	46,080	31,469	30,894	27,984	
노인요양 공동생활 가정	6,707	4,609	5,295	5,633	6,273	6,565	6,739	7,042	
단기보호 전환시설	-	-	-	7,148	8,966	9,178	9,235	9,458	

주: 공단에 통보된 급여계약내역서 기준으로 집계(해당 월에 계약이 유효한 건)  
 자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단

## 나. 현금급여

현행 노인장기요양보험제도의 원칙은 현물급여를 우선으로 하고 제한적으로만 현금급여를 허용하고 있기 때문에 장기요양보험급여 중 현금 급여는 가족요양비만 해당된다. 가족요양비는 방문요양을 이용하지 못하는 경우에만 장기요양등급에 관계없이 월 150,000원을 지급한다. 이러한 경우로는 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자, 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자와 신체·

정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자로 노인장기요양보험법 제 24조에 정해놓았다. 그러나 수급자가 가족요양비를 받다가 재가급여를 이용한 경우 등에는 월한도액에서 기 지급된 가족요양비를 차감한 금액범위 내에서 재가급여를 이용할 수 있도록 하였다.

가족요양비 지급현황을 살펴보면 2010년 7월에 총 747건으로 도서·벽지의 경우가 699건으로 전체의 93.6%를 차지하였고 전염성질환이 46건, 정신장애와 신체변형 등에 의한 대인기피가 각각 1건씩이었다. 또한 1등급보다 3등급이 많아 경증 대상자일 경우 이용이 높은 것으로 나타났으며 전체 가족요양비 지급액은 1억 687만원이었다.

<표 2-13> 등급별, 지급사유별 가족요양비 지급현황

(단위: 건, 천원)

구 분	계		1등급		2등급		3등급	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
계	747	106,870	54	7,555	95	13,345	598	85,970
도서벽지	699	99,710	46	6,355	86	11,995	567	81,360
정신장애	1	150	-	-	-	-	1	150
신체변형 등에 의한 대인기피	1	150	1	150	-	-	-	-
전염성질환	46	6,860	7	1,050	9	1,350	30	4,460

주: 1인당 가족요양비는 등급에 관계없이 월 15만원

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단, 2010. 7.

2008년 7월 시행이후 가족요양비 지급 추이를 보면 2008년 12월 948건에서 2009년 6월 1,004건으로 증가추이였다가 2009년 12월 861건, 2010



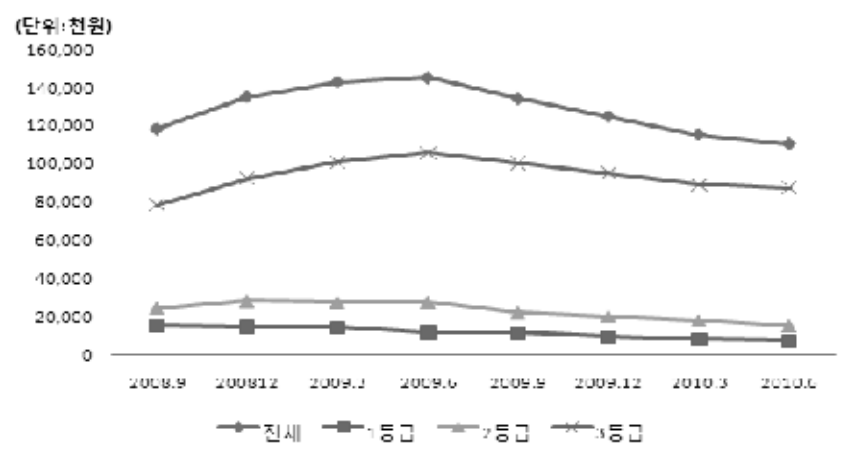
년 6월 763건으로 점점 감소하고 있다. 따라서 가족요양비로 인한 급여액도 2009년 6월 이후 감소하고 있으며 앞으로도 큰 변화 없이 감소추세를 보일 것으로 예상된다.

<표 2-14> 분기별 가족요양비 지급 현황

(단위: 건, 천원)

구 분	계		1등급		2등급		3등급	
	건수	금액	건수	금액	건수	금액	건수	금액
2008.9	853	118,215	114	15,255	177	24,520	562	78,440
2008.12	948	135,170	105	14,560	198	28,195	645	92,415
2009.3	993	142,970	100	14,365	193	27,795	700	100,810
2009.6	1,004	145,125	85	11,750	192	27,695	727	105,680
2009.9	920	134,150	83	11,525	158	22,170	679	100,455
2009.12	861	124,875	67	9,455	140	20,205	654	95,215
2010.3	805	115,240	58	8,085	128	18,120	619	89,035
2010.6	763	110,260	51	7,335	107	15,300	605	87,625

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단



[그림 2-5] 가족요양급여비 지급액 추이

자료: 노인장기요양보험 통계 월보, 국민건강보험공단

외국의 경우 현금급여<sup>4)</sup>를 지급 및 운영하고 있는 경우도 있는데 이는 가족에 의한 비공식케어를 강화하기위한 한 방법이기도 하다.

#### 다. 관리운영비

관리운영비는 보험자가 노인장기요양보험제도를 운영하는 데 필요한 비용을 지칭하며 인건비와 조직운영에 필요한 제반 경비를 포함한다. 관리운영비 현황을 구체적으로 보면, 2008년 전체 장기요양 지출액 5,731억원 중 관리운영비는 1,146억원으로 제도 초기 안착비용으로 인해 20%라는 큰 비중을 차지하였다. 그러나 2009년 전체 18,792억원 중 관리운영비는 1,556억원으로 8.3%, 2010년은 8월까지 총 지출 대비 관리운영비 지출액은 4.0%로 관리운영비 규모는 다소 증가하고 있으나 전체 비중으

4) 유럽의 현금급여는 네덜란드와 미국과 같은 공급자규제 상위형과 프랑스, 독일, 영국과 같은 현금급여 상위형으로 나누어짐

로 볼 때 절감되고 있다.

<표 2-15> 연도별 관리운영비 현황

(단위 : 억원, %)

구분	2008	2009	2010
관리운영비	1,146	1,556	1,057
장기요양 총 지출액	5,731	18,792	26,530
비중	20.0	8.3	4.0

주: 2010년의 경우 관리운영비와 장기요양 총 지출액 모두 8월까지의 집계임.  
자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2010. 8.

### 라. 요양급여 비용(수가)

장기요양 수가는 장기요양급여 지출에 있어 가장 큰 영향을 미치는 요소로서 수급자가 장기요양서비스를 이용한 후 서비스를 제공한 장기요양기관은 월별로 공단에 급여비용을 청구하게 된다. 이에 공단에서는 그 청구가 적정한지를 심사하여 지급하게 되는데, 기관이 급여비용을 청구하는 기준이 됨과 동시에 관리운영기관인 공단이 이를 심사하는 기준과 관련된 모든 것이 장기요양급여비용의 산정과정이다.

#### 1) 급여비용의 결정절차

급여비용의 세부사항은 보건복지부장관이 고시하는 「장기요양급여비용 등에 관한 고시」에 의한다. 급여비용을 변경하려면 고시의 개정이

필요하고, 고시의 개정은 먼저 보건복지부에 설치된 장기요양위원회<sup>5)</sup>의 실무위원회 논의를 거쳐 장기요양위원회에서 의결되면 보건복지부장관이 이를 고시함으로써 변경·시행된다.

급여비용의 변경은 대부분의 경우 이를 뒷받침할 재원의 충당을 위해 장기요양보험료율의 조정을 수반하게 되는데, 통상적으로는 급여비용의 조정이 선행되고, 이에 따른 보험료율이 조정된다. 보험료율의 조정은 「노인장기요양보험법」 시행령의 개정을 통하여 이루어진다.

## 2) 급여비용<sup>6)</sup> 산정방법의 유형

현행 건강보험에서의 급여비용산정은 기본적으로 행위별 수가제에 의한다. 이는 각각의 의료행위 등을 기준으로 비용을 산정하는 방법이다. 이에 비하여 장기요양보험에서는 급여의 주요대상인 노인의 경우 의학적인 치료나 처치보다는 간병 및 돌봄에 대한 요구도가 높고, 질병이나 손상의 종류에 관계없이 기능 상태를 유지하거나 호전시키는 것이 최종적인 목표이기 때문에 급여비용을 포괄화하고 있다.

포괄화란 인두제 방식 또는 일당정액 방식으로서 방법으로는 서비스 제공 시간당 단가(행위별 수가)를 결정하고 이를 인정자 1인당 하는 방법(인두제)과 일당, 인구당 월별 사용한도액을 규정(총액)하는 방식을 의미한다. 독일이나 일본의 경우에도 우리나라와 마찬가지로 포괄수가제를 채택하고 있다. 이 중 공단부담금과 수급자 본인일부부담금을 합한

5) 장기요양위원회는 위원장 1인을 포함하여 10인 이하의 위원으로 구성되는데, 현재 장기요양기관 및 관련 단체를 대표하는 자, 노인장기요양보험 관련 전문가, 정부 및 공단 대표 등 8인의 위원으로 구성되어 운영하고 있음(장기요양급여비용 등에 관한 고시 제1장 I-4-가)

6) 건강 및 장기요양보험에서 서비스 제공자가 급여제공의 대가로 받는 보수를 말하며, 관행적으로 '수가'라 칭함

비용을 장기요양급여비용이라 한다. 즉, 장기요양기관은 법적부담금인 본인일부부담금을 포함한 장기요양급여비용을 기초로 하여 공단에 급여비용을 청구하면, 공단은 기관에 공단부담금을 지급하게 된다. 본인일부부담금과 비급여비용은 수급자가 장기요양기관에 직접 지불하게 된다.

### 3) 본인일부부담금

재가급여에 대한 수급자의 본인일부 부담율은 당해 장기요양급여비용의 100분의 15, 시설급여의 경우에는 100분의 20이다. 수급자 중 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 본인부담이 없다(노인장기요양보험법 제40조).

장기요양기관이 본인일부부담금을 수급자에게 청구하는 경우에는 법령에 따라 인정되는 비용 외에 입소보증금 등 다른 명목으로 비용을 청구하여서는 아니된다(노인장기요양보험 시행규칙 제12조제2항). 그러나 다음과 같은 장기요양급여에 대한 비용은 수급자 본인이 전부 부담한다.

- i) 이 법의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 아니하는 장기요양급여
- ii) 수급자가 장기요양 인정서에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그 차액
- iii) 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 장기요양급여

이와 같이 본인일부부담금제도의 취지는, 급여비용의 일부를 급여를 받는 자로 하여금 부담하게 함으로써 서비스 이용의 남용을 억제함으로써 보험제정의 악화를 방지하는데 있다.

그러나 본인일부부담금 때문에 급여를 이용하지 못하는 계층이 생겨날 수 있고, 이러한 수급자를 지원하기 위하여 본인일부부담금 50% 감

경제도를 두고 있다(노인장기요양보험법 제40조). 본인일부부담금 감경이 적용되는 수급자는 ①의료급여수급권자, ②소득·재산 등이 일정금액 이하인 자(가) 및 ③천재지변 등의 사유로 인하여 생계가 곤란한 자 등 경제적 약자로 분류되는 일부계층이다.

- 7) 「본인일부부담금 감경을 위한 소득·재산 등이 일정금액 이하인 자에 관한 고시」(보건복지부 고시 제2010-19호 '10.1.27)
1. 제2조제2호 관련 지역가입자(도시지역과 도서벽지 및 농어촌 지역으로 구분)의 감경 적용을 위한 월별 보험료액 기준은 다음과 같다.

보험료액		가입자 수
도시지역	도서·벽지 및 농·어촌지역	
10,500원 이하	12,100원 이하	1명 이상
10,500원 초과 - 11,600원 이하	12,100원 초과 - 13,200원 이하	2명 이상
11,600원 초과 - 12,600원 이하	13,200원 초과 - 14,200원 이하	3명 이상
12,600원 초과 - 13,700원 이하	14,200원 초과 - 15,300원 이하	4명 이상
13,700원 초과 - 14,700원 이하	15,300원 초과 - 16,300원 이하	5명 이상

- 1) '도서·벽지지역'은 국민건강보험료경감고시[보건복지가족부고시 제2009-129호(2009.6.29.)] 별표1에 해당하는 지역을 말한다.
- 2) '농·어촌 지역'은 국민건강보험법시행령 제43조의3제1호 및 제2호에 해당하는 지역을 말한다.
2. 제2조제2호 관련 직장가입자(이하 '당해 피부양자'를 포함한다.)의 감경적용을 위한 월별 보험료액 및 재산과표액 기준은 다음과 같다.
- 이 경우 재산과표액은 국민건강보험법 시행령 제40조의2제3항제1호에 해당하는 재산을 기준으로 산정하되, 당해 직장가입자와 그 가입자의 피부양자로 등재된 자 모두의 재산과표액을 합산한다.

보험료액	재산과표액
14,000원 이하	1억 7000만원 이하
14,000원 초과 - 16,000원 이하	1억원 이하
16,000원 초과 - 18,000원 이하	7,000만원 이하
18,000원 초과 - 19,000원 이하	5,000만원 이하
19,000원 초과 - 20,000원 이하	3,000만원 이하
20,000원 초과 - 21,000원 이하	2,000만원 이하

- 1) 직장가입자의 재산과표액이 공단이 보유한 자료상의 재산과표액과 다른 경우 수급자 등은 등기부등본 등 관련자료를 첨부하여 공단에 감경적용을 신청할 수 있고, 공단은 자료를 확인하여 감경적용 여부를 결정한다.
- 2) 직장보험료액은 "사용자부담 보험료"를 제외한 "가입자부담 보험료"를 말한다.

#### 4) 비급여항목

현행 장기요양보험제도에서는 보험급여에서 제외되는 사항 즉, 비급여 항목을 정하고 이외의 사항은 급여로 하는 일종의 포괄주의(네거티브 방식)<sup>8)</sup> 방식을 채택하고 있다. 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(비급여)은 ① 식사 재료비, ② 상급침실 이용에 따른 추가비용, ③ 이·미용비, ④ 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용으로 규정하고 있다(노인장기요양보험 시행규칙 제14조제1항). 즉, 비급여대상을 제외한 일체의 사항을 요양급여비용의 대상으로 하고 있는데 이는 장기요양기관이 수익창출을 목적으로 수급자에게 임의의 비용을 부담시킴으로써 발생할 수 있는 과도한 비용부담을 덜어주기 위한 것이다.

시설에서 생활하는 데 통상적으로 필요한 용역이나 물품은 모두 보험급여에 포함되므로 별도의 비용을 청구할 수 없으나, 수급자 개인이 필요하여 구입하게 되는 물건이나 용품까지 급여비용의 범주로 보기는 곤란하므로 이에 소요되는 비용은 수급자 본인이 부담하여야 할 것이다.

예컨대 수급자의 개인적인 필요에 의해 복용하는 건강기능식품이나 개인의복의 드라이클리닝에 소요되는 비용 등이 있을 수 있다. 이와 관련하여 어느 범위까지가 급여에 포함되어야 하는지에 대한 논란이 있을 수 있는데, 이에 대하여는 수급자에게 필요한 신체활동·가사활동의 지원과 관련성을 살펴 사안별로 판단하여야 할 것이다.

8) 포괄주의(Negative System)는 일부 허용되지 않는 항목 이외에는 모두 허용되는 제도임. 반면 허용항목을 일일이 열거한 뒤 나머지를 모두 금지하는 것이 열거주의 방식임. 우리나라 건강보험제도의 경우 행위 및 치료개료는 비급여 대상을 제외한 일체의 사항을 요양급여대상(네거티브 방식)으로 하고, 약제의 경우에는 요양급여 대상으로 결정·고시된 품목에 한하여 요양급여대상(포지티브 방식)으로 함

## 5) 급여비용산정의 일반원칙

장기요양급여는 월한도액 범위 안에서 제공되고, 월한도액의 산정에는 장기요양등급 및 급여의 종류 등을 고려하도록 규정하고 있다(노인장기요양보험법 제28조제1항). 월한도액의 산정기준 및 방법 등은 보건복지부령으로 위임되어 있는데, 시설급여의 월 한도액은 보건복지부장관이 고시하는 등급별 1일당 급여비용에 월간 일수를 곱하여 산정하고, 재가급여 월한도액은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 등급별로 고시토록 규정하고 있다(노인장기요양보험 시행규칙 제28조).

요컨대, 급여비용의 산정은 월한도액의 개념을 중심으로 산정하며, 월 한도액은 시설급여(단기보호포함)의 경우 등급별 일당 정액제로 산정되고, 이외의 재가급여는 당해월의 일수에 관계없이 등급별로 월 상한금액이 설정된다.

&lt;표 2-16&gt; 시설급여 (1일당)

(단위 : 원)

구분	노인전문요양시설	단기보호
1등급	48,900	43,300
2등급	45,290	39,600
3등급	41,670	35,900

예를 들면, 노인전문요양시설에 입소하여 장기요양급여를 받고 있는 1등급 수급자의 한 달(30일 기준)의 월 한도액은  $48,900 \times 30 = 1,467,000$  (원)이 되고, 재가 급여의 경우에는 고시에서 규정된 등급별 상한액의 범위 안에서 급여이용이 가능하게 된다. 재가급여 월 한도액은 수급자가 가정에서 생활하면서 여러 종류의 재가급여를 복합적으로 이용한다는



전체로 장기요양등급에 따라 표준적인 이용량을 감안하여 산출하였는데, 최종적인 월 한도액은 장기요양보험 재정상황 뿐만 아니라 시설급여와의 형평성 등을 고려하여 정책적으로 결정되고 있다.

<표 2-17> 재가급여월한도액

(단위 : 원)

등급	1등급	2등급	3등급
월한도액	1,140,600	971,200	814,700

그러나 기타재가급여인 복지용구의 경우에는 월 한도액 설정기준이 규칙 제22조에서 규정되어 있지 않고, 법 제39조제3항에 따른 규칙 제32조에서 복지용구의 품목별, 제공방법별 기준으로 급여비용을 산정토록 규정하면서 별도의 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제3조에서 연한도액(연 160만원)을 기준으로 운영되고 있다<sup>9)</sup>.

시설급여의 급여비용은 시설급여 종류별로 정하여진 1일당 정액금액에 수급자의 이용일수를 곱하여 산정되고, 이 금액 중 본인일부부담금(20%)을 제외한 금액이 공단이 부담, 지급할 금액이 된다. 재가급여의 경우에는 다음과 같은 기준에 의하여 산정되며(노인장기요양보험 시행규칙 제32조) 재가급여, 시설급여 및 특별현금급여를 중복하여 받을 수 없다. 그러나 가족요양비 수급자 중 기타 재가급여(복지용구)를 받는 경우에는 예외적으로 허용되고 있다(노인장기요양보험규칙 제17조 제1항).

9) 2010.8.1자로 전동침대 등 주요 품목이 대여품목으로 전환되는 점을 감안하여 복지용구의 경우에도 월 한도액 설정과 이에 따른 관리방식으로 전환하는 문제들 검토할 필요가 있음

&lt;표 2-18&gt; 재가급여비용의 산정 기준

재가급여의 종류	산정기준
· 방문요양 및 방문간호	방문 당 제공시간
· 방문목욕	방문횟수
· 주야간보호	장기요양 등급 및 1일당 급여제공시간
· 단기보호	장기요양등급 및 급여제공일수

현행 노인장기요양보험제도에서 적용되고 있는 수가를 살펴보면 시설급여의 경우 노인요양시설(구), 노인전문요양시설(구), 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 단기보호에서 전환된 노인요양시설이 있으며 시설 종류별, 등급별 적용수가가 다르다.

재가급여는 복지용구, 단기보호, 주야간보호, 방문요양, 방문간호, 방문목욕으로 이루어져 있으며 복지용구의 경우 등급에 관계없이 년 한도액은 160만원이다. 단기보호는 단기보호에서 전환된 노인요양시설과 수가가 동일하고 주야간보호, 방문요양 및 방문간호는 시간별, 등급별 수가가 따로 책정되어 있으며, 방문목욕은 차량의 이용 유무에 따라 수가가 71,290원/39,590원이다. 의사소견서 및 방문간호지시서는 의료기관인지 보건기관인지에 따라 수가가 차등되어 있으며 이를 종합적으로 살펴보면 다음과 같다.

&lt;표 2-19&gt; 현행 장기요양급여비용(수가)

(단위 : 원)

구분		1등급	2등급	3등급	
시설 급여	노인요양시설(구)	38,610	34,980	31,340	
	노인전문요양시설(구), 노인요양시설	48,900	45,290	41,670	
	노인요양공동생활가정	48,900	45,290	41,670	
	노인요양시설(단기보호에서 전환)	43,300	39,600	35,900	
월 한도액		1,140,600	971,200	814,700	
복지용구 년 한도액		1,600,000			
단기보호		43,300	39,600	35,900	
재가 급여	주야간 보호	3시간 이상 ~6시간 미만	24,960	22,740	19,140
		6시간 이상 ~8시간 미만	33,280	30,320	25,520
		8시간 이상 ~10시간 미만	41,600	37,900	31,900
		10시간 이상 ~12시간 미만	45,760	41,690	35,090
		12시간 이상	49,920	45,480	38,280
	방문요양	30분 이상		10,680	
		60분 이상		16,120	
		90분 이상		21,360	
		120분 이상		26,700	
		150분 이상		30,200	
		180분 이상		33,500	
		210분 이상		36,600	
		240분 이상		39,500	
	방문간호	30분 미만		28,700	
		30분 이상 ~60분 미만		36,650	
		60분 이상		44,600	
	방문목욕	차량이용		71,290	
		차량 미이용		39,590	
	의사 소견서	「의료법」에 따른 의료기관(보건의료원 포함)		28,100	
「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소			18,500		
방문 간호 지시서	의료기관(보건의료원 포함)		15,300		
	- 대상자가 의료기관을 방문하는 경우		49,300		
	- 의사가 가정을 방문하는 경우				
	보건기관(보건소 및 보건지소)		4,100		
- 대상자가 보건기관을 방문하는 경우		9,200			
- 의사가 가정을 방문하는 경우					

주: 1) 단기보호에서 전환한 요양시설의 수가는 '10.3.1일부터 적용  
 2) '10.3.1일부터 재가급여 월한도액에 단기보호 포함.  
 3) 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용은 '10년 5.1일부터 적용

2008년 7월 노인장기요양보험제도 도입 이후 장기요양급여비용은 매년 일정부분의 조정이 있었는데 이를 항목별로 살펴보면 다음과 같다.

<표 2-20> 연도별 장기요양급여비용(수가)

구분	2008.7.1일	2009년도	2010년도
<b>1. 계가급여비용</b>			
- 방문요양		조정 없음	조정 없음
- 방문목욕		조정 없음	조정 없음
- 방문간호		(1.1일) 재료대비용 반영	조정 없음
- 주야간보호		(1.1일) 2.5%	조정 없음
- 단기보호		(1.1일) 1.9%	조정 없음
- 복지용구		(1.1일) 6.7% (150만원→160만원)	조정 없음
* 월한도액		(1.1일) 평균 약 7%	조정 없음
<b>2. 시설급여비용</b>		(1.1일) 등급간 수가차액조정 - 1등급은 낮추고 2·3 등급은 소폭 상승	(1.1일) 1.56%
<b>3. 가족요양비</b>		조정 없음	조정 없음
<b>4. 의사소견서</b>		(3.2일) 2.2~2.8%	(5.1일) 1.8~3.0%
<b>b. 방문간호</b>		(3.2일) 2.0~2.5%	(5.1일) 1.7~3.0%

급여비용산정에 관한 구체적 사항을 「고시」에 규정하여 운영하고 있으나, 이 또한 구체적 사례 적용에 있어서는 애매모호하거나 미흡한 경우가 생겨날 수 있다. 이러한 경우에 대응하기 위해 고시자체에서 급여비용 및 산정기준의 보다 구체적인 세부사항을 공단 이사장이 정하도록

위임하고 있고, 법령 및 고시기준의 통일된 해석·적용이 필요한 경우가 생겨나고 있다.

장기요양급여심사위원회는 이러한 필요성에 따라 「장기요양급여비용 등에 관한 고시」의 규정에 근거하여 공단에 설치, 운영되고 있다. 위원회는 ① 급여비용 및 산정기준의 세부사항 설정 및 보완 등에 관한 사항 ② 급여비용 및 산정기준의 구체적 적용기준에 관한 사항 ③ 급여비용심사기준개발 및 심사조정에 관한 사항 ④ 기타 공단 이사장이 필요하다고 인정한 사항을 심의한다(고시 제1장 I - 4 - 가). 위원회는 급여비용 산정과 관련된 주요사안을 공급자 단체 등이 참여하는 협의체를 통해 결정함으로써 공정성 및 객관성을 확보하고 이해당사자들의 수용성을 제고한다.

## 제2절 주요국의 재정구조 및 운용현황

본 절에서는 주요국의 장기요양제도 운영에 대한 간략한 내용과 재정구조 및 운용현황을 살펴보도록 한다. 사회보험방식 국가는 독일, 네덜란드, 일본을 살펴보고, 사회서비스 방식 국가로는 덴마크와 영국의 특성을 기술한다.

### 1. 사회보험 방식 국가

#### 가. 독일의 장기요양보험의 재정운용

독일은 1995년 장기요양보험을 도입한 이후 지속해서 대상자와 재정이 확대되어 왔다. 유럽연합의 통계연구소의 추계에 따르면 독일의 인구는 2050년 7,450만명으로 추산되며, 노인인구는 2007년 현재 19.8%에서 31.7%로 예측하고 85세 이상 후기고령자 인구는 4.6%에서 14%까지 확대될 것으로 추계하고 있다(Eurostat, 2004).

이들 중 자신의 삶을 영위하는데 의존적인 대상자가 2007년 약 320만명 수준에서 2050년에는 595만명 수준으로 증가하고, 이들 중 공식적인 장기요양서비스를 받는 경우가 2007년에 158만명 수준에서 2050년 348만명 수준으로 증가할 것으로 예측하고 있다. 한편 비공식케어를 공급하는 대상자는 2007년 161만명에서 247만명 수준으로 증가할 것으로 예측하고 있다(Schulz, 2010: 10).

장기요양 대상자 추이를 연도별로 살펴보면, 공적 및 사적 장기요양보험 전체 대상자 규모는 1999년 200만명 수준에서 2007년 224만명 수준

으로 증가한 것으로 나타나고 있다. 11.4%의 증가율을 보이고 있으며, 동기간 남성의 대상자 증가율은 15.3%인데 반해 여성은 9.7%로 보다 낮은 증가율을 보이고 있다. 즉, 남성이 여성에 비해 수발필요도가 더 높음을 보여주는 것이다.

전체 인구 중 장기요양 수급자 비율은 1999년 2.45%에서 2007년 2.73%로 증가하였으며, 전체 노인인구 중 노인 인정자 비율은 1999년 12.9%에서 다소 감소한 11.34%를 보이고 있다. 이는 제도가 안정되는 측면도 있지만 상대적으로 건강한 노인인구가 증가한 것으로 파악할 수 있다. 왜냐하면 노인인구가 증가하면서도 인정자 비율이 낮아지고 있기 때문이다.

<표 2-21> 독일 공적 및 사적 장기요양 대상자(1999~2007)

(단위: 천명, 명)

연도	합계		남성	여성
	전체 인구 (천명)	전 연령(명)		
1999	82,100	2,016,091(2.45)	631,822	1,384,269
2001	82,350	2,039,780(2.48)	641,881	1,397,899
2003	82,534	2,076,935(2.52)	662,893	1,414,042
2005	82,469	2,128,550(2.58)	690,272	1,438,278
2007	82,266	2,246,829(2.73)	728,946	1,517,883
	전체 노인인구 (천명)	65세 이상		
1999	13,209	1,610,643(12.19)	412,390	1,198,253
2001	13,880	1,645,951(11.86)	428,445	1,217,506
2003	14,649	1,689,687(11.53)	452,455	1,237,232
2005	15,619	1,751,243(11.21)	485,274	1,265,969
2007	16,409	1,861,304(11.34)	528,406	1,332,898

자료: Federal Statistical Office of Germany, Statistics on long-term care, calculation by DIW Berlin, OECD health data, 2010

장기요양 수급자의 특성을 분석하면, 남성은 수급자 중 34%수준이고, 여성이 64%에 이르며, 연령대로는 40세 이하자 비율이 10%이고, 40~64세가 23%, 65~74세 이하자가 26%로 75~84세 이하자와 비율이 동일하다. 다만 85세 초과자에 경우는 16%로 다소 그 비중이 낮게 나타나고 있다. 결혼여부는 부부가 함께 사는 경우가 42%이고, 부부 중 1명 사망한 경우가 36%, 이혼자가 5%, 독신자가 17%로 분석되었다. 가구구성은 단독가구가 41%, 2인가구가 40%, 3인가구가 11%, 4인 이상 가구가 8%로 나타났다.

<표 2-22> 독일 장기요양이 필요한 수급자의 특성분석(2002)

구분	in %	구분	in %
<b>성별</b>		<b>결혼여부</b>	
남성	34	부부	42
여성	64	부부 중 1명사망	36
<b>연령대</b>		이혼자	5
40세 이하	10	독신자	17
40-64이하	23	<b>가구구성</b>	
65-74이하	26	단독가구	41
75-85이하	26	2인 가구	40
85초과자	16	3인 가구	11
		4인 이상 가구	8

자료: Schmeekloth and Leven, 2003

1999년 장기요양 대상자는 201만명에서 224만명 수준으로 증가하였으며, 등급별로는 1등급(경중) 대상자가 926,476명에서 1,156,779명으로 230,303명 증가하여 24.86%증가율을 보이고 있다. 2등급의 경우는 1999년 784,824명에서 2007년 787,465명으로 증가하여 0.34%의 최저 증가율을 보이고 있다. 최종중인 3등급<sup>10)</sup> 대상자는 285,264명에서 291,752명으로 6천명 2.27%가 증가한 것으로 나타났다. 반면 최종증을 의미하는 슈



퍼3등급은 54.11%가 증가하여 고령화가 지속될수록 중증인정자의 비중이 높아지고 있음을 보여주고 있다.

따라서 우리나라에서도 현재 1등급 중증 인정자 추이가 안정화를 이루고 있으나, 향후 베이비붐세대의 고령화 진입과 후기고령자의 증가는 중증 대상자의 증가를 예고하고 있음을 알 수 있다.

수급자의 등급별 현황을 살펴보면 경중인 1등급의 경우가 40~50%수준을 유지하고, 2등급이 35~38%, 그리고 3등급이 12~14%수준을 보이고 있다.

65세 이상 노인의 경우에도 비슷한 변화추이를 파악할 수 있으나, 최중중인 슈퍼3등급의 증가추이가 전체 증가추이를 앞질러 91.59%의 증가율을 보이고 있다. 반면 동위자의 경우는 오히려 줄어들고 있어, 건강한 노인과 그렇지 못한 즉, 수발이 필요한 노인이 극명하게 양분되는 것을 알 수 있다.

---

10) 독일의 장기요양보험 등급은 우리와 달리 중증이 3등급으로 되어 있음

&lt;표 2-23&gt; 독일 등급별 장기요양 대상자 추이(1999~2007)

(단위: 명)

연도	합계	I 등급 (경중)	II등급	III등급 (중중)	슈퍼III등급 (최중중)	등외자
전 연령						
1999	2,016,091	926,476	784,824	285,264	4,254	19,527
2001	2,039,780	980,621	772,397	276,420	4,407	10,342
2003	2,076,935	1,029,078	764,077	276,126	4,755	7,654
2005	2,128,550	1,068,943	768,093	280,693	5,551	10,821
2007	2,246,829	1,156,779	787,465	291,752	6,556	10,833
등급별 증가자 수와 증가율(1999 and 2007)						
Number	230,738	230,303	2,641	6,488	2,302	-8,694
%	11.44	24.86	0.34	2.27	54.11	-44.52
수급자 중 등급자 분포(%)						
1999	100.00	45.95	38.93	14.15	0.21	0.97
2001	100.00	48.07	37.87	13.55	0.22	0.51
2003	100.00	49.55	36.79	13.29	0.23	0.37
2005	100.00	50.22	36.09	13.19	0.26	0.51
2007	100.00	41.48	35.05	12.99	0.29	0.48
65세이상 수급자						
1999	1,610,643	749,379	631,478	213,241	2,117	16,545
2001	1,645,951	801,805	628,536	206,815	2,092	8,795
2003	1,689,687	847,931	627,896	207,387	2,388	6,473
2005	1,751,243	889,077	638,728	214,105	3,134	9,333
2007	1,861,304	970,367	657,942	223,668	4,056	9,327
65세이상 수급자 수와 증가율(1999 and 2007)						
Number	250,661	220,988	26,464	10,427	1,939	-7,218
%	15.56	29.00	4.19	4.89	91.59	-43.63
65세이상 수급자 등급 비율						
1999	100.00	46.53	39.21	13.24	0.13	1.03
2001	100.00	48.71	38.19	12.57	0.13	0.53
2003	100.00	50.18	37.16	12.27	0.14	0.38
2005	100.00	50.77	36.47	12.23	0.18	0.53
2007	100.00	52.13	35.35	12.02	0.22	0.50

자료: Federal Statistical Office of Germany, Statistics on long-term care, calculation by DIW Berlin

독일의 수급자들의 서비스 이용 현황을 살펴보면, 전체 급여에서 현금

급여가 차지하는 비중이 대략 45~50%수준이고, 재가급여(현물과 현금 포함)는 20~22%수준이며, 시설급여가 28~31%의 비중을 차지하고 있다. 65세전후의 수급자의 이용행태를 비교하면, 65세 미만 수급자의 경우는 노인들보다 현금급여 비중이 더 높아 74~77%수준이고, 재가와 시설서비스 급여 비중이 각각 10~12%수준을 유지하고 있다. 반면 65세 이상 노인 수급자의 경우는 현금급여가 39~44%, 재가급여가 23~24%, 시설급여가 32~35%의 비중을 차지하고 있다.

결국, 연령이 증가하여 중증으로 진행될수록 재가, 시설급여 등 현물 위주의 서비스를 선택하게 되는 것을 알 수 있다. 따라서 연령별 서비스의 선택이나 내용을 다르게 적용하는 것 역시 서비스 다양화의 변형된 방법으로 볼 수 있겠다.

<표 2-24> 독일 서비스별 장기요양 수급자 현황(1999~2007)

(단위 : 명)

연도	합계	현금급여	재가급여 <sup>1)</sup>	시설급여
전 연령 수급자				
1999	2,016,091	1,027,591	415,289	573,211
2001	2,039,780	1,000,736	434,679	604,365
2003	2,076,935	986,520	450,126	640,289
2005	2,128,550	980,425	471,543	676,582
2007	2,246,829	1,033,286	504,232	709,311
급여별 수급자 비율(%)				
1999	100.00	50.97	20.60	28.43
2001	100.00	49.06	21.31	29.63
2003	100.00	47.50	21.67	30.83
2005	100.00	46.06	22.15	31.79
2007	100.00	45.99	22.44	31.57
65세미만 수급자				
1999	405,448	314,642	40,760	50,046
2001	393,829	302,901	42,156	48,772
2003	387,248	294,936	43,308	49,004
2005	377,307	284,041	44,508	48,758

2007	385,525	288,062	47,917	49,546
	65세미만 수급자 비율			
1999	100.00	77.60	10.05	12.34
2001	100.00	76.91	10.70	12.38
2003	100.00	76.16	11.18	12.65
2005	100.00	75.28	11.80	12.92
2007	100.00	74.72	12.43	12.85
	65세이상 수급자			
1999	1,610,643	712,949	374,529	523,165
2001	1,645,951	697,835	392,523	555,593
2003	1,689,687	691,584	406,818	591,285
2005	1,751,243	696,384	427,035	627,824
2007	1,861,243	745,224	456,315	659,765
	65세이상 수급자 비율			
1999	100.00	44.26	23.25	32.48
2001	100.00	42.40	23.85	33.76
2003	100.00	40.93	24.08	34.99
2005	100.00	39.77	24.38	35.85
2007	100.00	40.04	24.52	35.45

주: 재가급여는 현물과 현금 모두 포함

자료: 상동

최근의 재정수지 및 대상자 현황을 살펴보면 우리 제도운영에 함의를 제공할 수 있을 것이다. 먼저 수입은 보험료와 기타 수입으로 나뉘는데 보험료 부분은 순수 보험료와 위험균등화 프로그램의 조정기금으로 구분할 수 있다.

총 수입규모는 2001년 168억 유로에서 지속적으로 증가하여, 2007년에는 180억 유로로 증가하였다. 이는 연도별로 2001~2002년과 2006~2007년에 각각 -0.17%, -2.54% 감소하였으며, 2004~2005년과 2005~2006년에 각각 3.67%와 5.71%의 수입증가가 있었던 것을 알 수 있다. 수입부분에서는 건강보험 보험료와 연동하기 때문에 경제위기 시 보험료 감소 부분이 영향을 미친 것으로 추정된다.

지출규모는 크게 급여비와 의료비용 및 관리운영비 그리고 기타 급

여로 나눌 수 있으며, 급여비는 현금, 현물, 휴가, 주야간, 정신질환 추가 급여, 단기시설 및 비공식케어 제공자를 위한 사회보장비용, 시설급여 등으로 구분된다. 급여비는 2001년 160억유로에서 2007년 174억유로로 2001년에 비해 8.85%가 증가한 것으로 나타났다. 연도별로 보면, 2001년에서 2002년에서 2.74%가 증가하였으며, 2006년에서 2007년에 1.80%가 증가하여 비교적 다른 연도보다 높은 증가율을 보이고 있다. 지출 급여비에는 현금급여와 현물급여 그리고 시설급여가 높은 비중을 차지하고 있으며, 연도별로는 2006년의 경우만 제외하고 모두 당기수지 적자를 보이고 있다. 특히 시설급여의 지출 증가가 현물이나 현금에 비해 상대적으로 높게 나타나고 있다.

관리운영비 규모는 5억7천유로에서 6억 2천유로까지 점진적으로 상승하는 양상을 보이고 있다. 또한 복지용구관련 급여도 점진적으로 증가하는 추세를 보이고 있다.

<표 2-25> 독일 장기요양보험의 수지현황(2001~2007)

(단위: 십억 유로)

수입/지출	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>수입</b>							
보험료 수입	16.56	16.76	16.61	16.64	17.38	18.36	17.86
세부내역							
순수 보험료	13.66	13.57	13.30	13.28	13.98	14.94	14.44
위험균등화(재정조정)	2.90	3.19	3.31	3.36	3.40	3.42	3.42
기타 수입	0.25	0.22	0.25	0.23	0.12	0.13	0.16
<b>합계</b>	<b>16.81</b>	<b>16.98</b>	<b>16.86</b>	<b>16.87</b>	<b>17.49</b>	<b>18.49</b>	<b>18.02</b>
<b>지출</b>							
급여비	16.03	16.47	16.64	16.77	16.98	17.14	17.45
세부내역							
현금급여	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05	4.02	4.03
현물급여	2.29	2.37	2.38	2.37	2.40	2.42	2.47
휴가급여	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19	0.21	0.24

주야간 보호	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.09	0.09
정신질환에 대한 추가급여		0.00	0.01	0.02	0.02	0.03	0.03
단기시설 급여	0.15	0.16	0.16	0.20	0.21	0.23	0.24
비공식제공자를 위한 사회보장기여금 급여	0.98	0.96	0.95	0.93	0.90	0.86	0.86
복지용구 급여	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38	0.38	0.41
시설급여	7.75	8.00	8.20	8.35	8.52	8.67	8.83
장애인 시설급여	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23	0.24	0.24
의료비용 부담(50%부담)	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27	0.27
관리운영비	0.57	0.58	0.59	0.58	0.59	0.62	0.62
기타	0.02	0.01	0.06	0.07	0.00	0.00	0.00
<b>합계</b>	<b>16.87</b>	<b>17.36</b>	<b>17.56</b>	<b>17.69</b>	<b>17.86</b>	<b>18.03</b>	<b>18.34</b>

자료: Federal Ministry of Health

#### 나. 네덜란드 장기요양보험의 재정운용

1968년에 장기요양제도를 도입한 네덜란드는 AWBZ(*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Exceptional Medical Expenses Act*)하에 전 국민이 장기요양 대상자가 된다. 즉, 노인과 장애인 및 정신질환자가 모두 포함된다. 요양과 간호 등 기본적인 장기요양 서비스 급여가 제공되며, 2007년에 방문요양 서비스 부분이 WMO(*Wet Maatschappelijke Ondersteuning; Law on Social Support*)로 이관되었다.

네덜란드의 인구는 2006년 기준 1600만명에 불과하고, 65세이상 노인 인구는 14%, 80세이상 노인인구는 3.6%에 이르는 것으로 나타났다. 80세 이상 노인인구는 약 60만명으로 대부분 장기요양 서비스가 필요한 대상자로 파악된다. 네덜란드 통계청 추계에 따르면, 2050년에 네덜란드 노인인구는 425만명으로 증가하여 전체 인구에 24.5%에 이를 것으로 추산하고 있다. 또한 2050년 80세 이상 노인인구는 2006년에 비해 3배로 증가

할 것으로 추정하고 있다(Mot et al, 2010: 31).

2007년말 기준, 588,000명이 AWBZ(기초 부분·특별 의료비 보험)의 케어서비스를 이용했으며 이는 전체 네덜란드 국민의 3.6%였다(표 II-28). 이 중 500,000명은 현물급여를 이용하고 70,000명은 개인계좌, 18,000명은 둘 다 사용하였다. AWBZ 이용자 588,000명은 391,000명이 노인이고 113,000명은 장애인, 84,000명은 정신과 환자들로 노인이 AWBZ 이용자의 3분의 2를 이루고 있다. 이 노인 중 시설수급자의 42%와 AWBZ수급자의 82%가 신체적인 문제 때문에 케어서비스를 이용하고 있으며 나머지 AWBZ수급자의 18%는 치매가 주요 원인이었다.

<표 2-28> 네덜란드 특별의료비 보상보험 이용자 수(2007년말 기준, 재택 보호 이용자 제외)

(단위 : 명)

	이용자 합계	시설보호	계택보호
고령자 신체	319,000	109,000	210,000
고령자 치매	72,000	55,000	17,000
고령자 합계	391,000	164,000	227,000
신체 장애인	113,000	66,000	47,000
정신과 환자	84,000	23,000	61,000
합계	588,000	253,000	335,000

자료 : Letters to the chairperson of Parliament, from the Assistant Secretary of VWS, 2009.1.29

AWBZ 수급자뿐만 아니라 Wmo에서 제공하는 재가서비스 수급자도 많은데, 2007년 기준으로 237,000명이 LTC를 통해 재가서비스를 이용하

였으며 이들 중 187,000명은 65세 이상 노인이었다.

공식적인 장기요양서비스 수급자의 수를 정확히 알기는 어려우나 2006년 말, 18세 이상 시설급여 장기 수급자는 160,000명으로 파악되었다(표 II-29). 재가서비스는 임시이용자와 장애인, 정신질환자를 포함하여 608,000명이 이용하고 있다. 부록에서 설명한 바와 같이 공식적인 요양서비스를 이용하는 노인은 최대 650,000명이다. 만약 장기요양서비스를 필요로 하는 노인대상자는 700,000명에서 800,000명이라는 추정이 맞는다면 최소한 50,000명에서 150,000명의 노인이 비공식케어를 이용하고 있거나 케어를 전혀 받지 못하고 있다는 뜻이다.

<표 2-27> 2006년 장기요양보호의 공식 이용자 수

(단위 명)

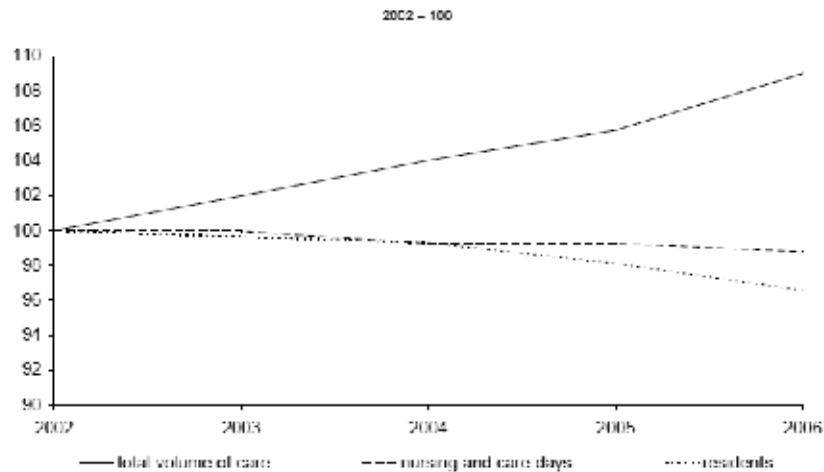
연령	시설 보호	시설보호	재택보호
	(연말 기준, 신체 및 정신 질환자 제외)	(신체 및 정신 질환자 제외)	(신체 및 정신 질환자 제외)
65 - 70	4,615	8,080	41,300
70 - 75	9,870	16,895	70,235
75 - 80	21,625	34,650	114,320
80 - 85	37,885	56,770	134,685
85 - 90	42,470	61,230	90,960
90 - 95	27,130	39,460	33,610
95 이상	8,860	13,930	7,015
<b>65세 이상 합계</b>	<b>152,455</b>	<b>231,015</b>	<b>492,125</b>
<b>18세 이상 합계</b>	<b>160,190</b>	<b>243,910</b>	<b>607,575</b>

주: 신체 및 정신 질환자는 재택보호 이용자를 포함하여 최대한 제외  
자료: CBS, statline



네덜란드에서는 시설서비스가 비교적 막중한 역할을 하고 있는데 장기요양에서의 정책방향은 가정에서의 케어를 대신할 재가서비스를 목적으로 하고 있다. 이는 좀 더 효율적이고 수급자들의 선호와 직결되는 것으로 장기요양의 재가서비스는 지난 몇 년 동안 상당히 증가하고 있다. 2004년과 2007년 사이에 재가서비스 전체 수요는 연간 1인당 3.2%, 시군당 8.6%씩 증가하고 있다. 이것은 재가서비스의 큰 증가와 방문간호서비스의 감소에 따른 결과로 두드러지게 나타나고 있으며 방문간호서비스의 감소 원인은 아직 설명하지 못하고 있다. 또한 시설서비스와 재가서비스 사이에 대체가 일어난다고 단정할 수도 없다. 1998년에서 2005년 동안 집에서 제공하는 간호시간과 케어서비스는 36% 증가했다. 반면 너싱홈과 재택보호시설(residential care homes) 거주자는 8.5% 감소했으며 이는 다른 서비스에 의해 대체되었기 때문으로 보인다. 장기요양서비스 이용의 패턴으로 볼 때 네덜란드 인구 고령화에 따라 시설서비스 수급자의 증가는 계속될 것으로 예상된다. 그러나, 너싱홈에서의 병원방문일수도 13%나 증가하였다. NZa(Nederlandse Zorgautoriteit, 2008)는 75세 이상 노인을 대상으로 내·외부 시설간의 케어의 관계를 분석하여 네덜란드의 지역에 따라 비교하였다. 이 분석은 시설의 침상수가 많은 지역이 재가서비스 이용시간도 많다는 분명한 관계를 보여준다.

다른 시기를 봐도, [그림 2-6], [그림 2-7]에서 2002년에서 2006년 사이에 노인을 위한 시설과 재가기반 케어의 전반적인 성장을 볼 수 있다.



[그림 2-6] 네덜란드 노인의 시설 이용

자료: CBS, NZa, CAK-BZ

매년 평균적으로 너싱홈과 재택보호시설 거주자의 수는 0.9%씩 감소하는 반면 시설서비스는 매년 평균 2.2%씩 증가하고 있다. 이는 종종 치매를 가진 거주자와 같이 케어 요구가 많아지는 대상자들에게 시설서비스가 더 중요해짐을 보여준다. 이러한 케어 부담의 증가는 놀라운 일은 아니나 노인이 되도록이면 오래 집에서 머물고자 하므로 더욱더 종종 대상자는 시설에 갈 수밖에 없다. 집에서 케어를 이용하는 노인의 수가 증가할 뿐 아니라 재가서비스의 양은 더 증가하고 있다. 따라서 재가에서의 케어의 요구와 이용은 더 증가할 것이다. 양적으로 시설서비스와 재가서비스는 증가할 것이나 재가서비스의 증가가 훨씬 더 클 것이다.



[그림 2-7] 네덜란드 노인의 재가급여 이용

자료: CBS, NZa, CAK-BZ

네덜란드 장기요양보험 재정지출 현황을 보면, 2007년 AWBZ의 총지출은 거의 220억 유로(GDP의 4%)에 이른다(표 2-28). Wmo 하의 방문 간호 지출을 포함하여, GDP의 4% 이상이 지출되었다. 여기에는 장기 간병뿐만 아니라 몇몇 일시적 간병까지도 포함된다. AWBZ 지출 가운데, 정신적 건강 관리에는 2007년 40억 유로를 지출하였다. 그리고 정신적 혹은 신체적 장애인에 대한 간병에는 50억 유로 이상을 지출하였는데, 이 가운데 약 30억 유로가 시설 밖에서의 간병과 관련 있다. 비장애인에 대한 간호와 간병이 고령자 간병의 대부분을 차지한다. 따라서 의료와 비 치료 간병(주로 장기 간병)을 합치면 2007년 GDP의 9%를 차지하였다<sup>11)</sup>. 고령자를 위한 장기 간병 비용은 정확히 알려져 있지 않은데, 간호나 간병에 대한 지출이 일시적 간병을 포함하고 있을 뿐 아니라, 이런

11) AWBZ 및 ZVW 지출, CVZ 웹사이트와 발간물 참조

종류의 간병을 필요로 하는 비 고령자까지도 포함하고 있기 때문이다. GDP에 비춰 보자면, 고령자 장기 간병 지출은 2.5% 이하를 차지한다.

<표 2-28> 네덜란드 AWBZ 비용

(단위 : 백만 유로)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007
정신적 건강관리	3164.5	3455.0	3743.6	4006.6	3791.9	4071.4
장애인 요양	3974.6	4386.2	4594.4	4887.6	5058.2	5169.5
고령자와 비 고령자 간호 및 요양	9847.5	10855.8	11164.5	11394.4	11914.3	11178.3
기타 요양	291.7	128.0	133.7	125.7	339.2	255.9
기타 요양과 무관한 AWBZ 지출	1137.3	1459.6	1636.2	1740.2	1713.4	1811.0
계	18,415.6	20,284.6	21,272.4	22,154.5	22,817.0	22,486.1

자료 : [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)(2009.5.13)

#### 다. 일본 개호보험의 재정운용

일본 개호보험의 인정자 현황을 살펴보면, 전체 인구 중 총 인정자수는 2000년에 2.01%에서 2006년 3.44%로 증가하였으며, 65세 이상 노인인구 중 인정자 비율은 제도시행 연도인 2000년에 11.21%에서 2006년에는 15.98%로 증가한 것을 알 수 있다.

연도별 증감율을 살펴보면, 65세 이상 노인 인정자 증감율은 2000년에서 2003년은 35.8%증가하였고, 2003년에서 2004년은 40%, 2004년에서 2005년은 2.27%증가한 것으로 분석된다. 반면, 2005년에서 2006년은 인정자수가 감소하여 -1.35%의 감소율을 보이고 있다.

제도도입이후 4~5년에 인정자 증가추이가 안정화되면서 감소하는 경

향을 보이고 있는 것이다. 따라서 우리 역시 인정자 추이가 지속적인 증가보다는 일정시점 이후에는 안정화되면서, 등급별, 전체 인정자 비율에 감소경향이 나타날 것이라는 추측이 가능해진다.

<표 2-29> 일본 인구 구조 및 개호보험 인정수 현황 (2006년 기준)  
(단위 : 명)

구 분	2000	2003	2004	2005	2006
전체 인구(천명)	126,927	127,623	127,686	127,767	127,768
총 인정자수(명)	2,561,594	3,838,924	4,085,859	4,323,332	4,401,363
전체 인구 중 인정자 비율(%)	(2.01)	(3.0)	(3.19)	(3.38)	(3.44)
65세 이상 노인인구(천명)	22,041	24,312	24,876	25,760	26,604
65세 이상 인정자수(명)	2,470,982	3,704,095	3,942,808	4,175,295	4,251,432
노인 인구 중 인정자 비율(%)	(11.21)	(15.23)	(15.84)	(16.20)	(15.98)

독일과 마찬가지로 일본 등급체제도 우리와 역으로 구성되어 1등급이 경중이며, 5등급이 최중중 체계이다. 또한 우리의 동외자에 속하는 요지원 대상자를 운영하고 있으며, 2006년부터는 요지원 1, 2등급과 경과적 요개호 부분으로 세분화하여 관리하고 있다.

경중인 요개호 1등급의 인정자수는 2003년 65세~75세 미만자가 220,024명에서 2004년 229,080명, 2005년 234,184명으로 각각 4.1%, 2.2%의 증가율을 보이고 있다. 반면 75세 이상의 경우는 978,067명에서 1,1139,639명으로 7.63%와 8.25%의 연도별 증가율을 보이고 있다. 다만

2006년의 경우는 앞서 언급한 것처럼 요지원 대상자의 세분화 관리 개선으로 대상자가 급격하게 감소하여 -43.65%와 -35.37%의 감소율을 보인다.

<표 2-30> 일본 요개호(요지원) 인정자수 (연도말 현재)

(단위 : 명)

구분		2000	2003	2004	2005	2006
a) 제1호 피보험자		2,470,982	3,704,095	3,942,808	4,175,295	4,251,432
65세 이상인구(천명)						
요지원	65세 이상 75세 미만	56,982	113,948	124,456	125,722	.
	75세 이상	261,037	470,140	534,184	580,112	.
요지원1	65세 이상 75세 미만	.	.	.	.	86,599
	75세 이상	.	.	.	.	432,094
요지원2	65세 이상 75세 미만	.	.	.	.	87,440
	75세 이상	.	.	.	.	403,038
경과적 요개호	65세 이상 75세 미만	.	.	.	.	6,701
	75세 이상	.	.	.	.	37,996
요개호1	65세 이상 75세 미만	124,373	220,024	229,080	234,184	131,963
	75세 이상	555,693	978,067	1,052,737	1,139,639	736,594
요개호2	65세 이상 75세 미만	91,115	103,820	102,474	103,566	118,249
	75세 이상	369,689	463,486	479,885	512,450	598,423
요개호3	65세 이상 75세 미만	61,097	77,859	81,298	82,197	92,858
	75세 이상	279,496	387,810	419,499	448,839	527,178
요개호4	65세 이상 75세 미만	57,714	69,338	69,978	70,281	71,731
	75세 이상	292,985	387,514	406,061	433,293	453,992

요개호5	65세 이상 75세 미만	59,969	68,733	67,500	65,600	65,500
	75세 이상	260,832	363,356	375,656	379,412	401,076
<b>b) 제2호 피보험자</b>		<b>90,612</b>	<b>134,829</b>	<b>143,051</b>	<b>148,037</b>	<b>149,931</b>
요지원		3,484	8,423	10,607	11,808	.
요지원1		.	.	.	.	8,724
요지원2		.	.	.	.	17,811
경과적 요개호		.	.	.	.	681
요개호1		21,423	42,275	46,532	49,028	26,915
요개호2		22,993	28,333	28,350	28,716	32,837
요개호3		14,238	19,906	21,084	21,331	24,722
요개호4		12,580	16,220	16,973	17,402	18,338
요개호5		15,894	19,672	19,505	19,752	19,903
<b>c) 총계</b>		<b>2,561,594</b>	<b>3,838,924</b>	<b>4,085,859</b>	<b>4,323,332</b>	<b>4,401,363</b>
<b>전체인구(천명)</b>						

요개호 2, 3, 4등급의 경우 75세이상 대상자의 증가율이 65세~75세 미만 대상자보다 높게 나타나고 있으며, 요개호 5등급 최종중의 경우에는 75세이상 대상자의 인정비율이 낮아지는 경향을 보이고 있다. 제2호 피보험자의 경우는 연도별 증감이 반복되거나 증가하는 폭이 커지는 양상을 보이고 있다.

&lt;표 2-31&gt; 일본 개호보험 인정자 연도별 증가율

(단위 : %)

구 분		2003-2004	2004-2005	2005-2006	
1호 피보험자	요개호1	65~75미만	4.12	2.23	-43.65
		75이상	7.63	8.25	-35.37
	요개호2	65~75미만	-1.30	1.07	14.18
		75이상	3.54	6.79	16.78
	요개호3	65~75미만	4.42	1.11	12.97
		75이상	8.17	6.99	17.45
	요개호4	65~75미만	0.92	0.43	2.06
		75이상	4.79	6.71	4.78
	요개호5	65~75미만	-1.79	-2.81	-0.15
		75이상	3.39	1.00	5.71
2호 피보험자	요개호1		10.07	5.36	-45.10
	요개호2		0.06	1.29	14.35
	요개호3		5.92	1.17	15.90
	요개호4		4.64	2.53	5.38
	요개호5		-0.85	1.27	0.76

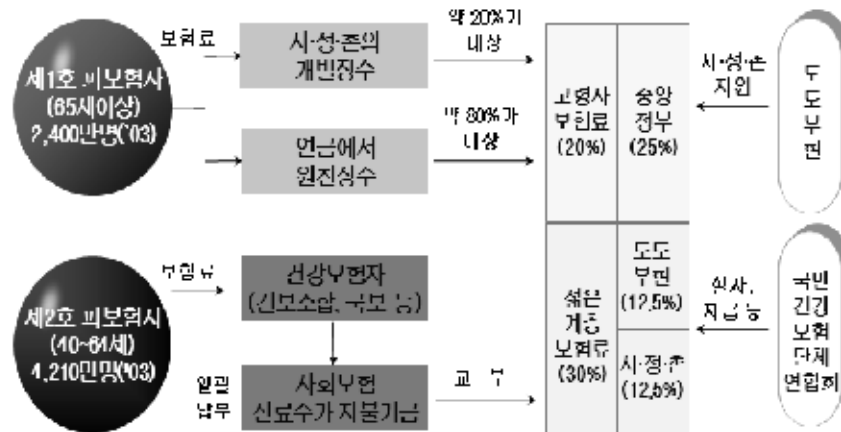
일본 개호보험의 재정구조를 살펴보면 아래 <그림 2-8>와 같다. 재원은 보험료와 국고보조, 본인부담으로 구분할 수 있으며, 보험료는 제1호 피보험자(65세 이상)가 20%, 제2호 피보험자(40세 이상 64세 미만)이 30%를 부담하며, 40세 미만은 개호보험료 부과가 없다.

전체 급여비의 90%는 보험료와 국고지원으로 50%씩 부담하고 나머지 10%는 본인부담으로 충당하고 있다. 국고지원은 중앙정부가 25%, 도도부현과 시정촌이 각각 12.5%를 부담하고 있다. 지방정부인 도도부현과 시정촌의 부담 25% 중 5%는 시정촌간의 보험재정 조정을 위한 “조



정교부금”으로 교부되고 있다.

재원조성 중 본인부담은 서비스 이용 총비용의 10%를 본인이 직접 부담하도록 하며, 특별서비스와 같은 추가비용은 전액 본인이 부담하고 있다.



[그림 2-8] 일본 개호보험의 재원흐름

일본의 재정운용 현황을 살펴보면, 수입은 보험료, 저소득계층 부담금 및 부담금, 국고보조금, 지불기금 교부금(2호 피보험자 건강보험 보험료에서 부담하는 비용), 도도부현 지출금과 재정안정화기금 등으로 구성된다. 2006년 한해 보험료 수입은 1,262,073,670천엔으로 전체 재정수입 6,568,831,430천엔 중 19.21% 차지하고 있고, 여기에 2호피보험자가 부담하고 있는 지불기금교부금 1,823,255,906천엔을 합한 비용은 전체 수입에 46.9%수준이다. 또한 전체 수입 중 국고지원금은 22.20%를 차지하고 있으며, 부담금과 도도부현 지출금, 상호재정안정화기금을 합하면 2,373,126,205천엔으로 전체 수입 중 36.1%이다. 지출 측면은 관리운영비 명목의 총무비와 보험급여비, 그리고 지역지원사업, 재정안정화기금 각

출금, 상호재정안정화사업부담금, 보건복지사업비 등으로 구성되며, 급여비 5,884,177,294천엔은 전체 지출 6,340,094,133천엔 중 92.8%를 차지하고 있다. 재정수지는 228,737,297천엔 당기흑자를 보이고 있다.

<표 2-32> 일본 개호보험 수지현황(06년도)

(단위 : 천엔)

세입		세출		
과목	결산액	과목	결산액	
보험료	1,262,073,670	총무비	199,187,261	
분담금 및 부담금	3,551,948	보 건 복 지 사 업 비	개호서비스 등 제 비용	5,406,677,654
사용료 및 수수료	568,176		지원서비스 등 제 비용	164,011,852
국고보조금	1,458,260,590		고액개호서비스 등 비용	89,990,811
지불기금 교부금	1,823,255,906		그밖에 기타	223,496,977
도도부현 지출금	911,306,907		계	5,884,177,294
상호재정안정화사업 교부금	6,760	지역지원사업	101,889,314	
재산수입	201,901	재정안정화기금 각출금	4,368,771	
기부금	1,815	상호재정안정화사업 부담금	6,760	
조입금	983,066,614	보건복지사업비	357,772	
조월금	119,934,971	기금적립금	55,251,730	
시정촌 지방채	752,930	공채비	17,723,368	
제 수입	5,849,240	예비비	-	
		제 지출금	77,581,865	
합계	6,568,831,430	합계	6,340,094,133	

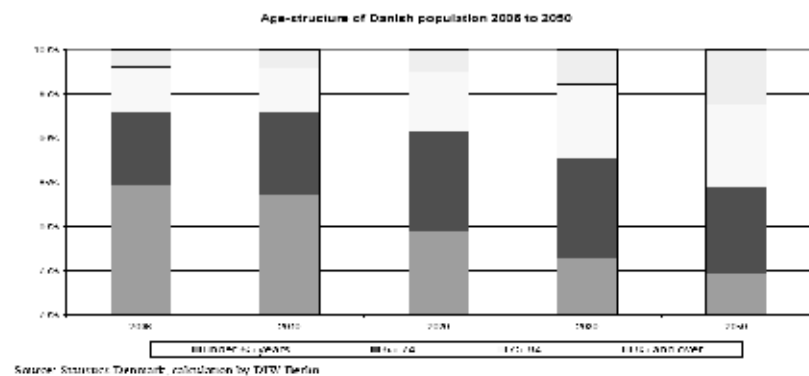
자료: 후생노동성 노년국(老健局), 「개호보험사업상황보고(연보)」

## 2 사회서비스 방식 국가

### 가. 덴마크 장기요양 자원조성

덴마크 장기요양제도는 사회부조(Social assistance)의 한 부분으로 지방 조세 제정과 중앙정부 보조금으로 운영된다. 덴마크의 인구는 2007년 기준 550만명 수준이며, 이중 약 15%인 844천명이 65세 이상 노인인구다. 특히 80세 이상 노인의 비율은 4%수준인 225,000명이다. 추계에 따르면, 2050년 65세 이상 노인인구 비율은 25%수준까지 증가할 것으로 예측하고 있고, 80세 이상 노인은 현재 4%에서 9.7%까지 증가할 것으로 내다봐 장기요양 서비스 필요 인구 역시 지속적으로 증가할 것으로 예측하고 있다.

Age-structure of Danish population 2006 to 2050



[그림 2-9] 덴마크 인구추계 현황

자료: 덴마크 통계청, 2010, DIW Berlin(The German Institute for Economic Research)

덴마크 장기요양 대상자들은 되도록 자신의 집에서 장기요양 서비스를 받으며 시설입소를 최소화하고자 한다. 2007년 기준 수급자 206,600

명 중 165,700명이 자신의 집에서 서비스를 수급하고 있으며, 41,000명 정도가 낯선홈이나 간호전문시설에 입소한 것으로 나타난다. 수급자 중 44%가 자신의 집에서 자립을 위한 생활지원서비스를 받고 있고, 12%가 기능적 수발서비스를 받는 것으로 나타난다.

연령대별 서비스 현황과 전체 인구 중 비율을 보면, 전체 인구에서 장기요양 서비스를 필요로 하는 대상자는 3.78%이고, 연령이 증가할수록 해당 연령층 인구에서 차지하는 비중이 증가하는 것을 알 수 있다. 65~66세이하자는 3.82%가 요양이 필요한자이고, 점차 증가하여 75세이상 79세이하는 20.78%가 요양이 필요한 대상자로 나타난다. 85~89세이하에 해당하는 인구 중에서 60.01%가 요양 서비스가 필요한 대상자이고, 90세이상자에서는 83.17%가 수발이 필요한 대상자로 분류된다. 전체적으로 65세이상 노인의 경우에는 21.32%가 수발이 필요하며, 80세 이상에서는 51.58%가 수발이 필요한 대상으로 분류된다.

<표 2-33> 덴마크 장기요양 재가 대상자 및 너싱홈/전문시설 대상자(2007)  
(단위 : 명, %)

연령 집단	재가 대상자	너싱홈 또는 전문시설	대상자 합계	해당인구 중 비율(%)
연령 총계	165,669	40,959	206,628	3.78%
20세미만	139	4	143	0.01
20~29세이하	446	6	452	0.07
30~39세이하	1,803	78	1,881	0.25
40~59세이하	13,420	1,327	14,747	0.97
60~64세이하	8,316	1,191	9,507	2.58
65~66세이하	3,662	634	4,296	3.82
67~74세이하	23,057	3,927	26,984	7.72
75~79세이하	27,433	5,238	32,671	20.78
80~84세이하	35,830	8,034	43,864	37.04
85~89세이하	32,371	10,037	42,408	60.01
90세이상	19,192	10,483	29,675	83.17
65세이상 합계	141,545	38,353	179,898	21.32
80세이상 합계	87,393	28,554	115,947	51.58

자료: 덴마크 통계청, 2010

덴마크 공적 영역 장기요양 지출규모는 2003년 기준 43억 3천유로이고(2005년 덴마크 보건사회부) 유로연합통계(Eurostat, 2008)에 따르면 2005년 기준 40억유로가 덴마크 장기요양분야에 투입된 것으로 나타났으며, 이는 덴마크 GDP에 1.95%에 이른다. 이중 단지 1천 120만유로가 너싱홈에 쓰이고 나머지 금액(40억 4,400만 유로)은 재가서비스에 이용된다. 영구적 재가 서비스의 경우는 본인부담을 면제해주고 일시적 또는 너싱홈, 노인주거시설 대여 서비스의 경우는 소득에 비례하여 본인 부담한다.

### 나. 영국 장기요양제도 재원조성

영국 역시 사회서비스 방식으로 장기요양 서비스가 제공되는데 잉글랜드 지역에는 전체 인구의 16%인 800만명이 65세 이상 노인인구로 분류되며, 80세 이상 노인인구는 230만명 수준인 4%이다.

연령별로 남성과 여성의 장기요양 서비스가 필요한 장애 보유 대상자는 전체 해당 연령대 인구 중에서 비율을 파악한 결과 여성 장애보유 비율이 남성에 비해 각 연령대별로 더 높게 나타난다는 사실을 알 수 있다. 특히 80~84세 구간의 경우 남성 장애 보유율은 30.67%인데 반해 여성 장애 보유율은 44.77%로 가장 큰 차이를 나타내고 있다. 또한, 85세 이상의 경우 남성은 58.02%, 여성은 64.98%가 장애를 보유하고 있어 동 연령대의 대다수가 수발서비스가 필요함을 알 수 있었다.

<표 2-34> 영국 연령대별 인구 및 장애보유율 추정(2006년 기준)

(단위 : 명)

구분		연령대별 인구(잉글랜드 지역, 2006)					
		남성			여성		
연령	소계	소계	장애보유	비율	소계	장애보유	비율
65~69	2,231,000	1,075,000	152,000	14.14	1,156,000	198,000	17.13
70~74	1,941,000	906,000	161,000	17.77	1,035,000	257,000	24.83
75~79	1,638,000	714,000	186,000	26.05	924,000	309,000	33.44
80~84	1,222,000	476,000	146,000	30.67	746,000	334,000	44.77
85이상	1,055,000	324,000	188,000	58.02	731,000	475,000	64.98
합계	7,032,000	3,171,000	833,000	26.27	3,861,000	1,573,000	40.74

자료: 영국 통계청, 2007, Comas-Herrera, 2010(PSSRU model estimates(Wittenberg et al, 2008), 재인용

영국의 장기요양제도의 재원은 중앙정부의 조세를 기반으로 조성되며, 지방정부 재정분배 및 개인 본인부담으로 운영된다. 노인을 위한 장

기요양 총 지출액은 2006년 기준 200억 유로(잉글랜드지역)로 이중 20.6%가 NHS 예산에서 조성되었으며, 39.7%가 지방정부에 의해 조성되었다. 나머지 39.7%는 가계부담으로 이루어지는데 이중 10%는 본인부담, 29.7%는 직접비용을 의미한다. 2007년 기준 GDP 대비 영국 장기요양부분 지출 총규모는 0.8%수준이었다.

### 제3절 노인장기요양보험의 재정추계 모형

#### 1. 건강보험재정추계 모형 분석

건강보험의 재정추계는 기존 연구들을 살펴보면 상당히 제한적으로 이루어지는 경우가 많고 3-4년 정도의 단기적인 예측이 주를 이루고 있다. 국민건강보험의 재정운용방안을 처음으로 언급한 김용익 외(2000)의 연구와 국내총생산(GDP), 노인인구 비율 및 보건의료 물가지수와 급여비의 관계를 통해 추계한 이해훈 외(2001)의 연구, 국민건강보험의 재정추계연구 등 다양한 연구가 계속되어 왔다.

이 중 국민건강보험에서는 정홍원 외(1999)의 연구를 시작으로 크게 지출과 수입 두 가지로 나누어 재정추계를 하였으며 단기적인 추계에서 중·장기적인 확대를 위해 매년 추계방법을 보완해가고 있다.

먼저 추계방법을 살펴보면, 건강보험지출추계의 첫 번째 단계로 연령별, 입원, 외래, 요양기관 종별로 구분된 1인당 평균급여비 등 지출 관련 기초자료를 수집 및 분석한다. 두 번째 단계는 종속변수로 연령별 요양기관, 진료형태별 1인당 평균급여비를 선정하고 거시경제변수, 시간더미변수를 독립변수로 선정하여 AR(Auto Regression), MA(Moving Average) 또는 ARMA(Auto Regression Moving Average)과정을 따르는 회귀모형 등 추계모형으로 통계적 검정을 한다.

그 후 추정모형을 활용한 1인당 평균급여비 및 총 급여비 산출을 통해 중장기 추계를 하고 현금급여비(건강검진비 포함)외에 관리운영비, 기타 등의 나머지 지출 부분을 추계한다. 마지막으로 정책변수별로 수가, 보장성확대 등 관련요소를 고려한 시뮬레이션을 적용한다.



건강보험수입 추계는 지역별 건강보험 가입자수, 보험료율, 정산보험료수입, 징수율, 평균보수월액, 세대당 보험료 등과 노동부 근로자 연간 임금자료, 공무원 임금상승률과 같은 건강보험 수입관련 기초자료 수집하는 것을 시작으로 한다. 통계적 분석을 위해서 종속변수로는 직장보수월액, 지역 1인당적용점수 등을 선정하고 독립변수로는 지출부분과 같이 거시경제변수, 시간더미변수를 선정한다. 변수 선정 후 AR, MA 또는 ARMA과정을 따르는 오차항을 지닌 회귀모형 등으로 추계모형을 선정하여 통계적 검정을 실시한다.

추계모형을 활용한 재정수입 추계는 보험료를 추계하는 것으로 직장보험료와 지역보험료로 나뉘며 본 항목들은 평균보수월액의 변화를 고려한 직장보험료 수입과 1인당적용점수의 변화를 고려한 지역보험료 수입을 중장기적으로 추계한다. 보험료수입 외 추계를 위해 정부지원금, 기타수입 부분 추계를 실시하여 보험료인상, 정부지원 정책변화 등 관련 요소별 시뮬레이션을 통해 결과를 도출한다. 이렇게 하는 데는 30년간의 자료축적과 제도의 안정에 따른 외생변수의 영향이 크지 않은 점에 기인한다.

## 2. 노인장기요양보험재정추계 모형 분석

노인장기요양보험은 제도가 도입된지 2년여밖에 지나지 않아 재정추계가 구체적으로 수립된 사례를 찾기가 어렵다. 따라서 정책 변화와 인구변화 등에 대한 시나리오별 근거를 토대로 추정하여 값을 산출하는 형태가 주를 이루고 있으며 기존의 선행연구는 다음과 같다.

한국개발연구원에 윤희숙 외(2010)의 연구는 가장 최근의 연구로 기본 모형 3가지에 54가지 시나리오를 구성하여 각 유형별 인정자 추이와 재정추계를 도출하였다. 기본 모형 3가지를 살펴보면, 첫째로 현행 등급 판정 체계가 유지되고, 대상자 관련 정책변동이 없으며, 인구특성별 이용율이 현재를 유지하는 모형이었다. 둘째로 초기 3년까지는 현행을 유지하되 이후부터는 그 수준을 유지하는 모형을 적용하였고, 셋째로는 시설서비스 이용은 유지하되, 재가서비스 이용은 증가하는 모형으로 세분화하는 기본 모형을 제시하였다. 이 3가지의 기본 모형에 연령대, 성별, 만성질병유무, 독거유무, 생산성 등을 변수로 적용한 54가지의 시나리오별 진료비를 2040년까지 제시하였다. 그 결과, 2010년 GDP 대비 장기요양 재정지출 비용은 최저 0.26%에서 2040년 최고 1.09%로, 모형3에서는 2010년 GDP 대비 최저 0.29%에서 2040년 최고 2.3%였다. 이처럼 그 편차가 너무 커 정책당국의 선택폭은 넓으나 재정예측에 대한 정확성은 떨어질 것으로 예상된다.

“사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계 모형 개발에 관한 연구”에서도 기본 모형을 3가지로 설정하고, 연령구간별, 자격별, 요양등급별, 급여종류별로 구분하여 재정을 추계하는 방식을 적용하였다. 2010년에서 2050년까지 추계하였는데 인구부문은 코호트요인법, 거시경제 부문은 생산함수법을 적용하였으며, 건강보험과 장기요양보험 분야는 조성법(component method)을 적용하였다. 또한 요양급여 총액을 연령구간

별, 자격별, 요양등급별, 급여종류별로 구분하여 추계한 후 합산하여 2009년 GDP 대비 노인장기요양보험 지출수준은 0.19%에서 2050년 1.06%로 0.87%p 증가하는 것으로 전망하였다(박형수 외, 2009).

서동민(2008)의 연구는 제도도입 직전의 상황을 고려하여 대상자를 추계하고 등급별 인정자 발생율, 이용률, 재가한도액사용률에 따라 기준, 저위, 최고위 등 3가지 수준으로 시나리오를 구성하여 소요재정을 도출하였다. 기준시나리오는 이용자는 점진적으로 증가하고, 이용률은 90%이며, 재가한도액사용률을 80%로 가정하여 추계하였다. 반면, 저위 수준 시나리오는 이용자를 억제하고, 이용률은 85%, 재가한도액은 60%수준으로 가정하여 추정하였다. 또 다른 가정으로 고위 수준 시나리오는 점진적으로 이용자가 증가하고, 이용률 95%, 재가한도액사용률 95%까지 가정하여 2008년부터 2030년까지 추계하였다. 그러나 그 결과가 제도도입 이후 실제치와는 상당한 차이가 있었는데 제도도입 초기 대상자의 급격한 증가와 재정소요 때문이었다. 그럼에도 불구하고 예측 가능한 시나리오를 토대로 하는 재정 추계는 방법적인 측면에서 시사점이 있다 할 것이다.

기존 연구들의 가정을 정리하면, 재정소요 추계 시 필요한 기준으로 대상자, 지출 및 수입부분을 다음과 같이 구체화할 수 있다. 먼저 대상자는 수급대상자의 연령 및 유병, 등급체계를 고려하고, 인정자와 이용률은 건강보험, 의료급여 및 기초수급대상자로 세분화할 수 있다. 이렇게 세분화된 변수를 가지고 <표 2-35>와 같이 총 대상자수, 재가 및 시설 대상자수를 도출할 수 있다.

&lt;표 2-35&gt; 장기요양 대상자 추계

구분	주요기준
총 대상자수	재가대상자수(1-3등급)+시설대상자수(1-2등급)
재가 대상자수	전체대상자수 × 등급별 대상자 배분 비율 × (1-시설입소비율) × 이용률
시설 대상자수	전체대상자수 × 등급별 대상자 배분 비율 × 시설입소비율 × 이용률

다음으로 지출은 수가부분, 본인부담률, 한도액사용률 등을 고려할 수 있고, 수입부분은 보험료, 국고지원금 및 의료급여부담금으로 구체화할 수 있다.

&lt;표 2-36&gt; 장기요양 대상자 및 재정소요 추계 주요 기준

구분	주요기준 및 가정	
대상자	수급대상자	65세 이상 노인, 65세 미만 노인성질환자
	등급체계	시설 : 1~2등급, 재가 : 1~3등급
	인정자수	건강보험대상자, 의료급여대상자, 기초수급대상자
	이용률	건강보험대상자, 의료급여대상자, 기초수급대상자
	이용지수	건강보험대상자, 의료급여대상자, 기초수급대상자
지출	한도액사용률	시설(전문수가), 재가(월한도액)
	수가조정	2009년, 2010년 수가
	본인부담률	건강보험 : 시설 20%, 재가·복지용구 : 15%
수입	요양보험료 수입	의료급여 : 시설 10%, 재가·복지용구 : 7.5%
	국고지원금	건강보험가입자 소요재원(급여비용 + 관리운영비)
	의료급여부담금	보험료 예상수입액의 20%

노인장기요양제도가 도입된 지 이제 2년여가 넘었다. 그동안 축적된 자료는 제도 도입 초기의 큰 변동사항을 그대로 갖고 있어 상대적으로 자료를 이용한 통계적 접근이나 추계모형의 설정은 쉽지 않다. 여러 선행 연구 역시 시나리오를 통해 추계를 시도하긴 하였으나 아직까지 모형을 설정하지는 못했다. 따라서 본 연구에서도 다양한 조건에 따른 시나리오별 추계만 추정하였고 새로운 모형 설정은 차기 연구과제로 제시하고자 한다. 향후 건강보험의 재정추계 모형 등을 소개하여 적용 모형에 시사점을 찾고자 한다.

### 3. 추계시 주요 고려 변수

건강보험과 장기요양보험 추계에서 가장 중요한 것은 대상자의 추계이며, 이는 인구추계에 기반을 둔다. 인구추계는 여러 가지 방법 중 선택하여 이용할 수 있으며 어떤 방법을 선택하느냐에 따라 각각의 장·단점을 갖고 있다.

장래인구추계(population projection)는 미래에 나타날 법칙적 정립인구가 아니라 현재 출생, 사망, 인구이동 등 추계장시의 인구학적 현상에 기반을 두어 기본적 가정을 세우고 그 가정이 진행될 때를 가정하여 추산된다(배성일, 2009). 그러나 현실적으로 인구추계 시 적용되는 가정 및 논리들이 모두 명백한 자료들만으로 이루어지기는 어려우며 검정하기 어려운 주관적인 방법들도 함께 사용된다(전광희·김태현·조영태, 2005).

인구학에서 사용하는 인구 추계방식에는 먼저 과거의 인구자료들을 기본으로 사망, 출생, 인구이동 등과 같은 인구학적 요인에 대한 고려 없이 수학적인 방법을 사용하여 인구변화를 예측하는 경향-외삽법(trend-extrapolation methods)이 있다. 이 방식은 주로 짧은 기간 인구추계에 이용되며 출산 및 사망 등이 일정한 규칙을 가지고 변화하고 있다는 점을 간과하고 있어 정확도가 다소 낮은 단점이 있다(이삼식 외, 2007).

또 다른 방법으로 구조적 방법(structural methods)은 인구집단의 연령이나 성별 분포와 같은 인구학적 특성과 이들의 변화에 크게 기여하는 실업률, 진학률, 경제성장률 등의 사회경제적 요인을 함께 고려하여 추계하는 방식이다. 이 방법은 특정 정책과 관련지어 그 개발의 효과 및 인구학적 파급효과를 예측하는 연구에 주로 사용되며 다양한 방식의 회

귀식을 통해 도출한다(최인덕, 2009).

코호트-조성법(cohort-component methods)은 가장 널리 사용되는 방식으로 기존의 연령별 사망, 출생, 인구이동 등의 인구학적 자료를 바탕으로 이러한 변화가 지속적으로 유지된다는 전제 아래 장래 인구를 추계한다. 그러나 최소한 두 개 시점에서 측정된 각 연령집단의 인구학적 자료들이 축적되어야 하기 때문에 소규모 지역의 인구예측이나, 자료가 미비한 집단의 인구추계에서는 그 사용이 제한된다.

H-P 인구추계 방법(Hamilton and Ferry)은 기준시점에서 다음 시점까지 이러한 연령별 변화율이 계속될 것이라는 가정 아래 추계인구를 산출하는 방법이다. 이에 몇 가지의 추계방식에서 알 수 있듯이 추계방식에서 주로 사용하는 가정 변수에는, 기준시점, 출산력, 사망력, 국제 인구이동에 따른 인구변동이 있다.

먼저, 어느 시점에서 기준인구를 정할 것인가가 중요하다. 통계청의 경우, 따르고 있는 기준은 성·연령별 현양인구<sup>12)</sup>이며 이에 따라 다양한 통계치를 산출한다. 매년 0세 인구는 모의 연령별 출산율을 해당연령의 여성인구에 곱하여 구하고, 여기에 생산율을 적용하여 출산력(Fertility)을 추정한다.

출산력 변동은 사회적인 변화에 따라 민감하게 변화되기 때문에 가정을 세울 때 현실적이고 믿을 수 있도록 설정하여야 하나 이를 위한 명확한 법칙은 없다<sup>13)</sup>. 사망력(Mortality)은 인구추계에서 이미 태어난 인구의 사망에 의한 감소부분을 추정하여 반영하는 것으로 사망률은 사회경제적 요인에 영향을 받기 때문에 외부요인을 고려하여야 한다. 그러나

12) 연도의 중앙으로 7월 1일자 인구

13) 출산력 변화를 예측하는 방법으로 period-fertility 방법, cohort-fertility 방법, marriage-parity progression 방법과 이들의 혼합법이 존재함

다양한 요인들이 적절하게 반영된다는 것은 쉽지 않기 때문에 성과 연령을 주요 요소로 반영하여 추정하게 된다.

노인을 주요 대상으로 하는 장기요양보험에서도 사망력의 추정은 대상자와 소요재정추계에 있어 매우 중요한 변수로 작동한다. 국제인구이동에 따른 인구변동은 최근 이주노동자 및 이주 결혼의 증가 등에 따라 영향력이 점차 커지는 분야이다. 하지만 아직까지는 폐쇄인구에 가까울 정도로 국제인구 이동이 미미하고 노인장기요양보험 추계에서는 심각하게 고려될 부분은 아니다.

장래인구추계는 대표적인 추계방식들을 적용하여 산출하여도 거의 모든 추계에서 출산력과 사망력에 따라 민감하게 반응하기 때문에 신생아 및 노인인구에서 상대적으로 예측성이 떨어진다고 알려져 있다. 게다가 예측기간이 현재로부터 멀어질수록 그 오차도 점증하는 것이 일반적이다. 또한 노인장기요양보험의 경우 현재 2년 정도의 매우 짧은 기간의 데이터만이 축적되어 있고 초기 1년여의 데이터는 불안정한 양상을 보여 정확한 예측과 이용이 어려우므로 건강보험에서 활용하는 중장기 추계모형을 통해 노인장기요양보험에서의 적용 함의를 제시하고자 한다.

건강보험 재정추계에서 장래인구추계는 건강보험 적용인구에 통계청의 장래인구추계 증가율을 반영하여 건강보험 적용인구를 산출하고 있다. 이는 노인장기요양보험에서도 충분히 활용이 가능할 것으로 보인다.

또한, 건강보험 급여비추계는 1인당 월급여비와 월 건강보험 적용인구를 이용하고 있으며 월급여비의 경우 요양기관종별, 진료형태별로 구분하여 추계하는 방법을 사용하고 있다<sup>14)</sup>(배성일 외, 2008). 건강보험의 1인당 요양급여비 지출을 추계하는 방법은 크게 두 가지인데 ARMA (autoregressive moving average)모형을 사용하여 요양기관종별 및 진료

14) 이를 위해서 보장성 확대는 이루어지지 않는 것으로 가정하여 사용함



형태를 구분한 추계와 따로 구분 없이 전체급여비 추계를 적용한 것으로 나눌 수 있다. ARMA모형은 AR(autoregressive)과 MA(moving average)로 추계하며, 설명변수로는 소비자물가지수(CPI)<sup>15)</sup>와 급여비 지출의 계절적 요인과 노인인구의 확대로 급여비 지출증가 확대를 반영하기 위해 계절더미와, 전체 인구 중 노인인구비중을 적용한다.

노인장기요양보험의 1인당 요양급여비 지출 추계를 위해서는 <표 2-37>와 같이 급여종류별 급여비 기준을 고려하여 위와 같은 모형들을 적용해 볼 수 있을 것이다.

<표 2-37> 장기요양 급여종류별 추계 주요 기준

급여 종류	주요기준 및 가정
시설	시설이용자수 × 수가 × 수가사용률 × 보험자부담률
재가	시설이용자수 × 수가(한도액) × 수가사용률 × 보험자부담률
가족요양	가족요양이용자수×수가
복지용구	복지용구이용자수 × 수가(한도액) × 수가사용률 × 보험자부담률
의사소견서 발급	의사소견서 발급이용자수 × 수가[(의료기관 × 비율)+(보건소 × 비율)] × 보험자부담률
방문간호지시서 발급	방문간호지시서 발급 이용자수 × 수가 × 2회 × 보험자부담률

결과적으로 노인장기요양보험에서도 데이터의 양적·질적 축적 후 건강보험의 중장기 추계모형 들을 검토하여 적용 가능한지 타당성을 보는 연구가 추가적으로 이루어져야 할 것이며, 현재로서는 앞서 언급한

15) 소비자물가지수는 가계 실질소득과 의료서비스의 가치를 변화시켜 건강보험 가입자의 의료서비스의 구매력에 영향을 주는 변수라 할 수 있음

추계방법과 시나리오에 충실하게 추계를 도출하는 것이 바람직할 것이다.

제3장  
노인장기요양보험의  
중장기 재정전망과  
정책과제



## 제3장 노인장기요양보험의 중장기 재정전망

### 제1절 단기 재정추계

#### 1. 재정추계 분석 시나리오

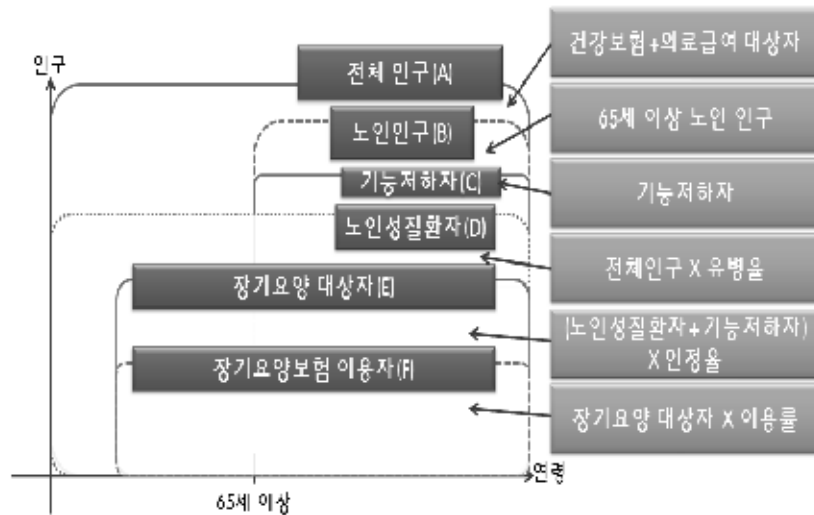
노인 장기요양보험의 재정추계는 먼저 이용 대상이 되는 인정자 추계가 선행되어야 한다. 인정자의 변동에 따라 지출(요양급여비)의 변동이 이루어지고, 이에 따라 수입도 고려되기 때문이다. 인정자 추계는 장기요양 대상자를 장기요양 등급, 수급 자격 등으로 구분하여 추계하였다.

#### 가. 재정 추계시 주요 요인

##### 1) 인정자 추계시 고려 변수

노인 장기요양보험은 65세 이상 인구가 주요 대상이지만, 64세 미만 노인성 질환자를 포함하기 때문에 대상자는 전체 인구가 된다. 따라서 [그림 3-1]과 같이 노인성 질환자와 기능저하자 중 등급 판정을 받은 사람이 장기요양보험 인정자가 되고, 인정자 중 노인장기요양보험을 이용한 이용자가 최종적으로 장기요양보험 수급자가 된다.

즉, 전체 인구에서 노인성 질병으로 인한 노인성 질환자, 그리고 기능저하자 중에 장기요양 대상자가 결정되기 때문에 노인성질환의 유병율, 기능저하자의 비율, 등급 확대 여부(규모)가 장기요양 인정자 추계에 주요 고려 변수가 된다.



[그림 3-1] 장기요양 대상자 추계

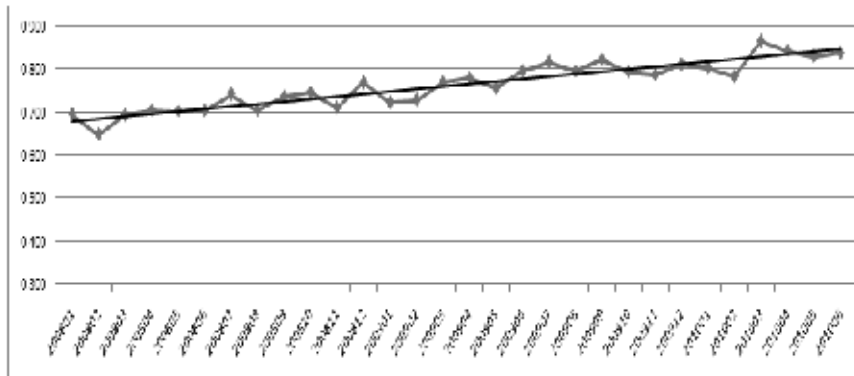
대상자 추계에 영향을 미치는 주요 고려 변수 중 가장 먼저 노인성질환 유병율의 흐름을 보면, 전체 5천만명 중에서 2008년 1월 345,743명(유병율 : 0.695%)에서 2010년 7월 현재 364,458명(유병율 : 0.722%)로 5.4%가 증가하였다. 동일 시기에 월별 유병율은 평균 3.9%가 증가하였다. 유병율의 증가율은 크지 않으나 지난 2년간 매년 증가하고 있으며, 노인성질환자의 증가가 노인 장기요양보험 대상자의 증가에 밀접한 영향을 미치기 때문에 향후 인정자의 추계 시 노인성 질환자의 유병율을 고려하는 것은 매우 중요한 요소이다.

&lt;표 3-1&gt; 월별 노인성 질환자 수와 유병율

(단위 : 명, %)

연월	빈도	유병율	증가율
200801	345,743	0.695	
200802	322,282	0.648	-6.8
200803	344,763	0.693	6.9
200804	350,223	0.708	1.5
200805	349,432	0.701	-0.3
200806	350,476	0.708	0.3
200807	369,591	0.741	5.4
200808	351,786	0.705	-5
200809	367,006	0.735	4.3
200810	372,659	0.746	1.5
200811	354,765	0.71	-4.8
200812	384,180	0.768	8.2
200901	361,180	0.722	-6
200902	364,348	0.728	0.8
200903	385,374	0.77	5.7
200904	389,698	0.778	1.1
200905	378,736	0.756	-2.9
200906	398,653	0.796	5.2
200907	409,748	0.817	2.7
200908	398,786	0.795	-2.7
200909	412,585	0.822	3.4
200910	399,003	0.794	-3.4
200911	395,475	0.787	-0.9
200912	408,002	0.811	3.1
201001	404,232	0.803	-1
201002	393,713	0.782	-2.6
201003	435,644	0.865	10.6
201004	424,602	0.843	-2.5
201005	418,318	0.83	-1.5
201006	422,051	0.837	0.8
201007	364,458	0.722	-13.7

자료: 국민건강보험 DW 자료



[그림 3-2] 월별 유병율의 변동

두 번째 고려변수로 기능저하자의 변화를 볼 수 있다. 노인 장기요양보험의 인정자가 되는 기능 저하자는 치매와 중풍 등 노인성질환 이외의 다른 질병 또는 노화로 인해 일상 생활을 혼자서 수행하기 어려울 정도로 활동 능력이 저하되어 인정자가 된 사람들로 정의할 수 있다. 즉, 개인의 정상적인 동작 및 활동의 제한 및 능력상실자를 말한다.

2008년 7월 노인장기요양보험 인정자 146,643명 중 약 59.7%가 노인성 질환에 의해 인정자로 판정 받았으며, 고·저혈압, 당뇨, 관절염, 요통, 골다공증, 골절탈골, 암, 호흡곤란, 난청, 백내장, 녹내장 등으로 인해 활동능력이 저하된 기능저하자가 약 40.3%를 차지하였다. 2010년 8월 현재, 인정자 312,630명 중 54.0%인 168,898명이 노인성질환으로 인정자로 판정받았으며 46.0%인 143,732명이 여타 질병으로 인정자<sup>16)</sup>가 되었다.

지난 2년간 노인성질환자는 27%가 증가하였으며, 기타질병으로 인한 기능저하자는 약 3.7%가 증가하였고, 최근 1년간 평균 증가율은 각각

16) 우리나라 65세 이상 고령인구의 90.9%가 한가지 이상의 만성질환을 지니고 있으며(정경희 등, 2005), 고령인구에서는 두가지 이상의 만성질환에 이환되어 있는 복합이환상태(Comorbidity)가 많은 것이 특징이다(유승훈 등, 노인보건학). 이로 인해 기능저하자(기능제한)가 됨



1.2%, 1.1%로 유사한 형태를 보이고 있다.

<표 3-2> 월별 질환에 따른 인정자 현황

(단위 : 명, %)

연월	합계	치매	중풍	치매+중풍	비율	기타 질병
200807	146,643	38,248	35,397	13,918	59.7	59,080
200808	166,598	41,817	40,800	14,999	58.6	68,982
200809	183,065	44,725	45,112	15,832	57.7	77,396
200810	194,456	46,757	48,165	16,352	57.2	83,182
200811	205,361	48,476	51,061	16,783	56.6	89,041
200812	214,480	49,840	53,481	17,092	56.1	94,067
200901	222,700	50,973	55,700	17,341	55.7	98,686
200902	232,230	52,631	58,078	17,596	55.2	103,925
200903	242,080	53,979	60,375	17,793	54.6	109,933
200904	251,290	56,068	62,953	18,326	54.7	113,943
200905	259,456	57,369	65,075	18,627	54.4	118,385
200906	268,980	58,911	67,496	18,984	54.1	123,589
200907	268,071	58,856	68,349	18,993	54.5	121,873
200908	271,984	59,986	69,402	19,152	54.6	123,444
200909	276,877	61,024	70,841	19,375	54.6	125,637
200910	280,659	61,801	71,785	19,488	54.5	127,585
200911	283,705	62,332	72,661	19,614	54.5	129,098
200912	286,907	62,909	73,332	19,690	54.3	130,976
201001	288,411	63,126	73,559	19,521	54.2	132,205
201002	293,685	63,916	74,397	19,594	53.8	135,778
201003	298,509	64,677	75,165	19,741	53.5	138,926
201004	304,826	65,620	76,339	19,911	53.1	142,956
201005	308,126	66,242	77,125	19,980	53.0	144,779
201006	312,138	68,202	79,449	20,364	53.8	144,123
201007	311,709	68,354	79,502	20,263	53.9	143,590
201008	312,630	68,999	79,561	20,338	54.0	143,732

주: 기타 질병은 고·저혈압, 당뇨, 관절염, 요통, 골다공증, 골절탈골, 암, 호흡곤란, 난청, 백내장, 녹내장 등임

자료: 각 월별 장기요양통계월보, 국민건강보험공단

세 번째 고려변수로는 인정자의 등급 확대를 들 수 있다. 특정 시기로 확정된 것은 아니나 현행 3등급에서 4등급으로 확대 시 인정자 수에 큰 영향을 미칠 것이다. 실제, 입법 당시 부대조건으로 4등급까지의 확대를 명시하고 있기 때문에 어떠한 형태로든 대상자 확대는 이루어져야 할 것으로 보인다.

4등급으로 인정자를 확대할 경우 4등급 대상자의 잠정적 범위는 노인성질환자 및 기능저하자 중 현재 1~3등급으로 판정받은 인정자를 제외된 사람들이 대상이 될 것이다. 즉, 아래 <표 3-3>과 같이 전체 인구에서 매년 노인성질환자와 기능저하자 중 노인장기요양보험의 등급내(1~3등급)로 들어온 인정자를 뺀 수가 향후 확대시 대상자가 될 것이다. 현행 등급외자로 판정받는 A, B, C는 모두 확대 대상자의 범위에 포함될 것이다. 하지만, 확대 대상자에는 경미한 질환으로 활동가능한 사람이 모두 포함되어 있기 때문에 2010년 7월 기준 366,984명이 모두 확대가 되는 것은 바람직하지 않다.

확대대상자의 등급 확대는 제도의 안정화와 장기요양보험의 재정 흐름에 따라 단계적으로 이루어져야 할 것이다.

&lt;표 3-3&gt; 4등급 확대시 대상자 수

(단위 : 명)

연월	전체인구	노인성질환자	기능저하자	인정자수	확대 대상자수
200807	49,846,217	369,591	318,660	146,643	541,608
200808	49,922,228	351,786	303,309	166,598	488,497
200809	49,917,937	367,006	316,432	183,065	500,373
200810	49,950,789	372,659	321,306	194,456	499,509
200811	49,972,254	354,765	305,877	205,361	455,281
200812	50,001,057	384,180	331,239	214,480	500,939
200901	50,017,994	361,180	311,408	222,699	449,889
200902	50,038,435	364,348	314,140	232,230	446,258
200903	50,071,368	385,374	332,268	242,080	475,562
200904	50,063,051	389,698	335,997	251,290	474,405
200905	50,092,027	378,736	326,545	259,456	445,825
200906	50,113,510	398,653	343,718	268,980	473,391
200907	50,150,098	409,748	353,284	268,071	494,961
200908	50,175,926	398,786	343,832	271,984	470,634
200909	50,207,420	412,585	355,730	276,877	491,438
200910	50,241,285	399,003	344,019	280,659	462,363
200911	50,268,621	395,475	340,978	283,705	452,748
200912	50,290,771	408,002	351,778	286,907	472,873
201001	50,314,969	404,232	348,528	288,411	464,349
201002	50,334,194	393,713	339,458	293,685	439,486
201003	50,367,653	435,644	375,611	298,509	512,746
201004	50,367,942	424,602	366,091	304,826	485,867
201005	50,399,022	418,318	360,673	308,126	470,865
201006	50,425,449	422,051	363,891	312,138	473,804
201007	50,446,802	364,458	314,235	311,709	366,984

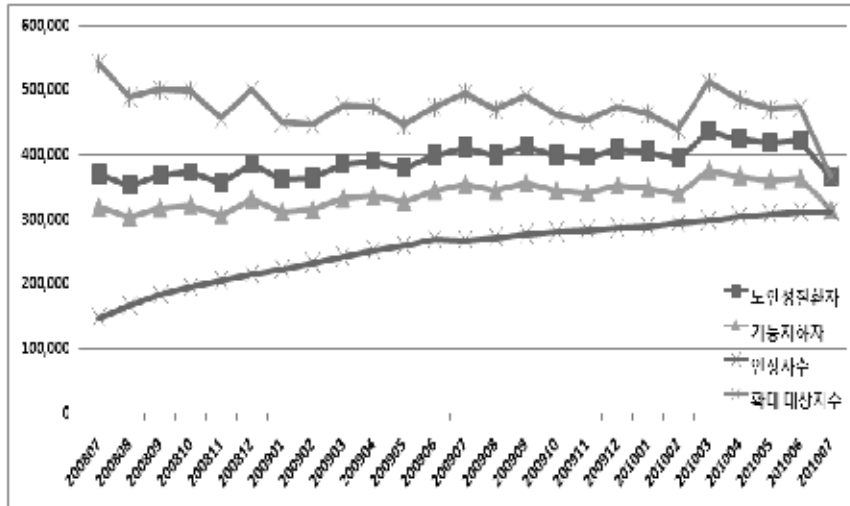
주: 1) 잠정적 대상자 수 : 기능저하자÷인정자 수 × 기능저하자 비율을 곱하여 계산

2) 확대 대상자수=노인성질환자+기능저하자인정자수

자료: 1) 전체인구 : 통계청

2) 노인성질환자 : 공단 DW

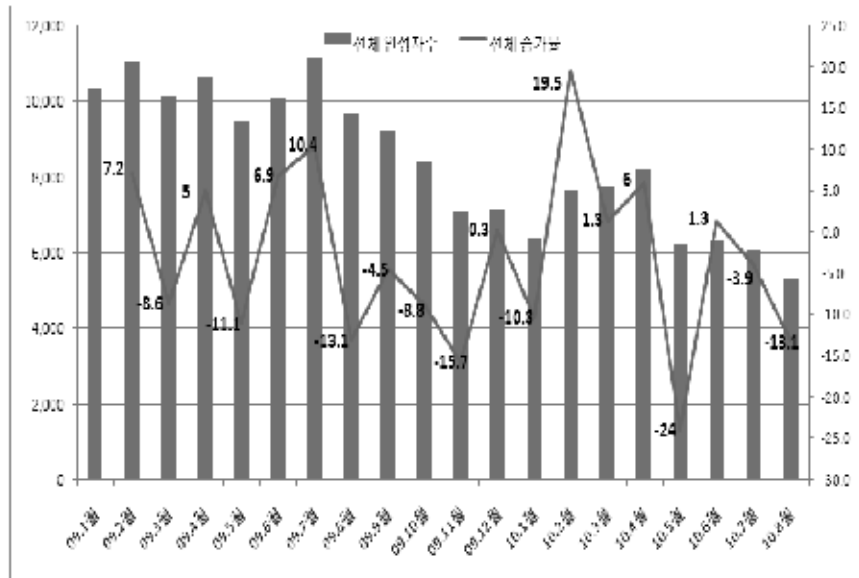
3) 인정자수 : 장기요양통계월보



[그림 3-3] 월별 대상자 추이

기타 변수로는 전체 인정자에 영향을 미치는 조정계수를 들 수 있다. 즉, 인정자로 새로 진입하는 신규인정자의 비율, 탈락자 중 다시 신청해서 인정자로 들어오는 재신청자들의 비율(재신청률), 전기에는 인정자였으나 현기에는 인정자에서 탈락한 탈락자들의 비율(탈락률), 그리고 연령의 증가 및 질병으로 인해 사망한 사람들의 비율(사망률)을 들 수 있다.

월별 신규 인정자 추이를 보면 2009년 1월 약 1만명에서 2010년 8월 현재 약 5천명 수준으로 감소하였으며 평균 3.5%의 감소율을 보이고 있다.



[그림 3-4] 월별 신규 인정자 추이

등급별로 보면 1등급의 감소폭이 6.3%로 가장 크게 나타났으며, 2등급 44%, 3등급 2.4%의 감소율을 보였다.

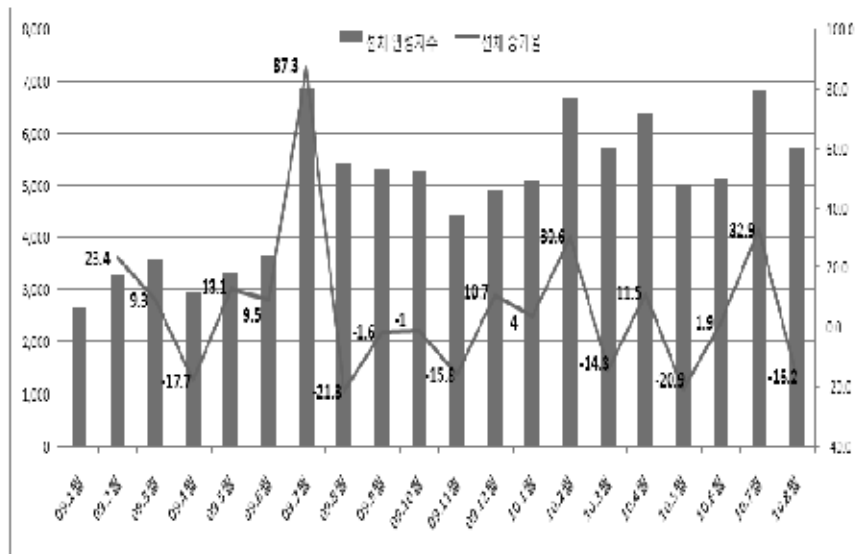
1등급은 09년 1월 1,962명에서 2010년 8월 574명으로 신규 인정자가 1/3 이상 줄었으며, 동일시기 2등급은 2,526명에서 1,070명으로 1/2이상 줄었다. 3등급의 경우 5,839명에서 3,648명으로 약 1,200명 정도가 감소한 것으로 나타났다. 이는 제도 도입 이후 제도가 등급관정체계가 안정화되어 가고 있는 것을 반영한 것으로 신규 인정자가 일정수준으로 유지되어 가고 있는 것을 분석된다.

&lt;표 3-4&gt; 월별 신규 인정자 현황

(단위 : 명, %)

연월	전체		1등급		2등급		3등급	
	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율
09.1월	10,327		1,962		2,526		5,839	
09.2월	11,074	7.2	1,956	-0.3	2,689	6.5	6,429	10.1
09.3월	10,126	-8.6	1,712	-12.5	2,310	-14.1	6,104	-5.1
09.4월	10,636	5.0	1,780	4.0	2,216	-4.1	6,640	8.8
09.5월	9,454	-11.1	1,578	-11.3	2,059	-7.1	5,817	-12.4
09.6월	10,103	6.9	1,538	-2.5	2,155	4.7	6,410	10.2
09.7월	11,150	10.4	1,599	4.0	2,410	11.8	7,141	11.4
09.8월	9,691	-13.1	1,313	-17.9	2,032	-15.7	6,346	-11.1
09.9월	9,252	-4.5	1,183	-9.9	1,951	-4.0	6,118	-3.6
09.10월	8,440	-8.8	1,073	-9.3	1,781	-8.7	5,586	-8.7
09.11월	7,119	-15.7	967	-9.9	1,491	-16.3	4,661	-16.6
09.12월	7,143	0.3	915	-5.4	1,540	3.3	4,688	0.6
10.1월	6,409	-10.3	909	-0.7	1,392	-9.6	4,108	-12.4
10.2월	7,657	19.5	915	0.7	1,607	15.4	5,135	25.0
10.3월	7,754	1.3	897	-2.0	1,691	5.2	5,166	0.6
10.4월	8,223	6.0	999	11.4	1,625	-3.9	5,599	8.4
10.5월	6,253	-24.0	764	-23.5	1,245	-23.4	4,244	-24.2
10.6월	6,336	1.3	799	4.6	1,265	1.6	4,272	0.7
10.7월	6,088	-3.9	666	-16.6	1,190	-5.9	4,232	-0.9
10.8월	5,292	-13.1	574	-13.8	1,070	-10.1	3,648	-13.8
증가율		-3.5		-6.3		-4.4		-2.4

전체 월별 재신청자를 보면 2009년 1월 2,675명에서 2010년 5,729명으로 증가하였으며 평균 4.1%의 증가율을 보였다.



[그림 3-5] 월별 재신청자 추이

등급별로는 1등급이 0.7%, 2등급 2.1%, 3등급 7.0%가 증가하였다. 2009년 1월 1등급 재신청자는 726명이었으며, 2010년 8월에는 827명이었다. 매년 최저 714명에서 최고 1,374명이 재신청하였다.

2등급은 2009년 1월 1,017명이었으며, 2010년 1,511명으로 나타났다. 3등급은 2009년 1월 932명에서 2010년 8월 3,391명으로 매달 신청자의 규모가 증가하고 있었다.

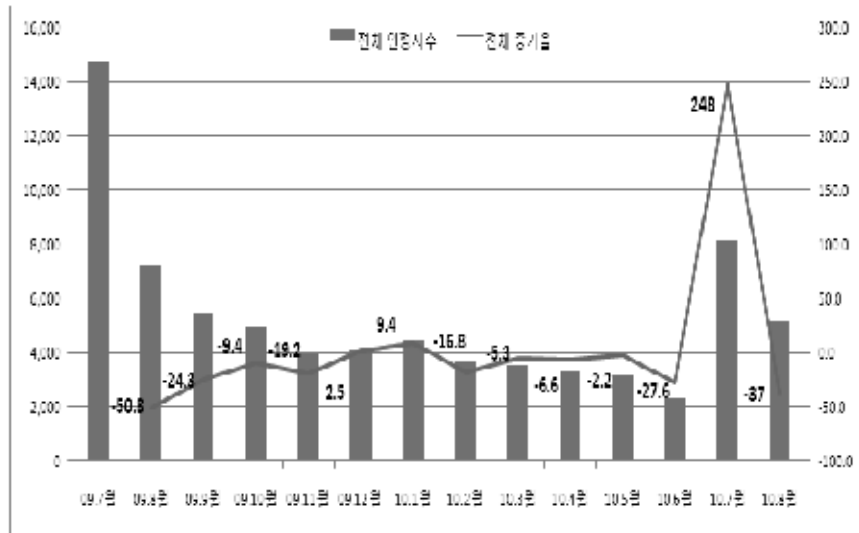
&lt;표 3-5&gt; 월별 재신청자 현황

(단위 : 명, %)

연월	전체		1등급		2등급		3등급	
	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율
09.1월	2,675		726		1,017		932	
09.2월	3,302	23.4	858	18.2	1,327	30.5	1,117	19.8
09.3월	3,609	9.3	811	-5.5	1,206	-9.1	1,592	42.5
09.4월	2,969	-17.7	679	-16.3	1,049	-13.0	1,241	-22.0
09.5월	3,358	13.1	596	-12.2	1,027	-2.1	1,735	39.8
09.6월	3,676	9.5	714	19.8	1,155	12.5	1,807	4.1
09.7월	6,886	87.3	1,374	92.4	1,949	68.7	3,563	97.2
09.8월	5,422	-21.3	1,062	-22.7	1,575	-19.2	2,785	-21.8
09.9월	5,333	-1.6	935	-12.0	1,646	4.5	2,752	-1.2
09.10월	5,278	-1.0	917	-1.9	1,702	3.4	2,659	-3.4
09.11월	4,446	-15.8	853	-7.0	1,461	-14.2	2,132	-19.8
09.12월	4,920	10.7	884	3.6	1,695	16.0	2,341	9.8
10.1월	5,116	4.0	1,029	16.4	1,695	0.0	2,392	2.2
10.2월	6,680	30.6	1,200	16.6	2,021	19.2	3,459	44.6
10.3월	5,722	-14.3	970	-19.2	1,803	-10.8	2,949	-14.7
10.4월	6,382	11.5	1,010	4.1	1,819	0.9	3,553	20.5
10.5월	5,046	-20.9	757	-25.0	1,399	-23.1	2,890	-18.7
10.6월	5,143	1.9	796	5.2	1,541	10.2	2,806	-2.9
10.7월	6,836	32.9	1,051	32.0	1,749	13.5	4,036	43.8
10.8월	5,729	-16.2	827	-21.3	1,511	-13.6	3,391	-16.0
증가율		4.1		0.7		2.1		7.0

갱신탈락자 수를 보면 2009년 7월 14,722명에서 점점 감소하여 2010년 8월 5,149명으로 약 1/3 수준으로 탈락자의 수가 감소하였으며, 모든 등급에서 감소한 것으로 분석되었다. 매달 평균적으로 7.8%씩 감소하였다.





[그림 3-6] 월별 갱신탈락자 추이

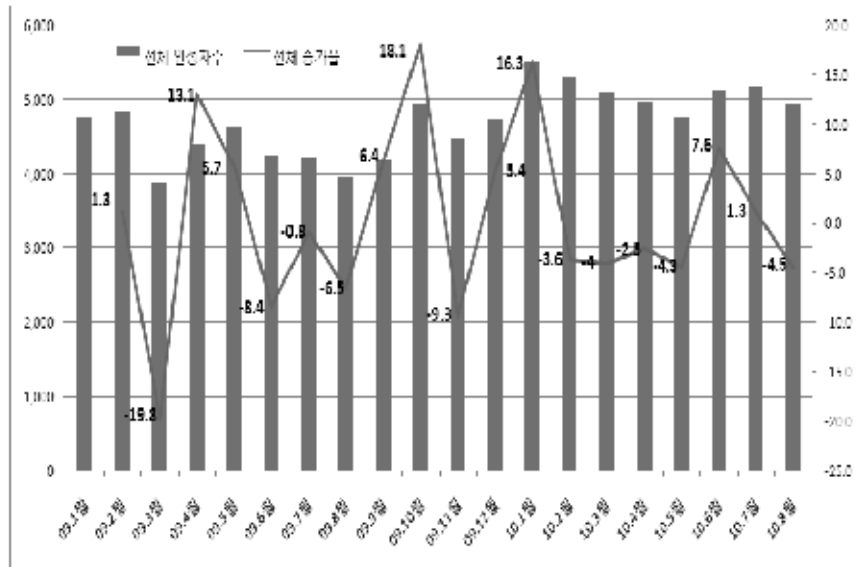
1~3 등급별로 보면, 중증이 클수록 더욱 큰 감소폭을 보였으며 1등급은 24.9%, 2등급은 8.1%, 3등급은 3.4%가 감소하였다. 1등급은 2009년 7월 4,638명에서 2010년 8월 112명으로 탈락자수가 크게 감소하였다. 2등급도 2009년 7월 4,530명에서 2010년 8월 1,515명으로 절반이상 감소하였으며, 3등급은 2009년 7월 5,554명에서 2010년 8월 3,522명으로 감소하였다.

&lt;표 3-6&gt; 월별 갱신탈락자수 현황

(단위 : 명, %)

연월	전체		1등급		2등급		3등급	
	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율
09.7월	14,722		4,638		4,530		5,554	
09.8월	7,250	-50.8	1,210	-73.9	2,522	-44.3	3,518	-36.7
09.9월	5,490	-24.3	779	-35.6	1,853	-26.5	2,858	-18.8
09.10월	4,974	-9.4	543	-30.3	1,725	-6.9	2,706	-5.3
09.11월	4,019	-19.2	702	29.3	1,226	-28.9	2,091	-22.7
09.12월	4,120	2.5	650	-7.4	1,285	4.8	2,185	4.5
10.1월	4,507	9.4	2,452	277.2	332	-74.2	1,723	-21.1
10.2월	3,749	-16.8	1,149	-53.1	761	129.2	1,839	6.7
10.3월	3,550	-5.3	683	-40.6	835	9.7	2,032	10.5
10.4월	3,315	-6.6	477	-30.2	699	-16.3	2,139	5.3
10.5월	3,242	-2.2	383	-19.7	695	-0.6	2,164	1.2
10.6월	2,347	-27.6	283	-26.1	522	-24.9	1,542	-28.7
10.7월	8,167	248.0	151	-46.6	2,736	424.1	5,280	242.4
10.8월	5,149	-37.0	112	-25.8	1,515	-44.6	3,522	-33.3
증가율		-7.8		-24.9		-8.1		-3.4

월별 사망자수는 등급에 따라 다소 차이가 있었으나 전체적인 변동의 거의 없었다. 2009년 1월 4,783명이었고, 2010년 8월은 4,951명으로 매달 유사하였다. 가장 낮은 사망자가 보인 해는 2009년 8월 3,950명이었으며, 2010년 7월 5,186명으로 가장 많은 사망자가 나타났다.



[그림 3-7] 월별 사망자 추이

등급별로 사망자를 보면, 1등급의 사망자가 2009년 1월에 비해 2010년 8월이 -2.2% 감소하였으며, 3등급의 사망자가 3.1% 증가한 것으로 나타났다. 2등급은 사망자의 변동이 가장 적었고, 3등급은 2009년 1월 1,049명에서 2010년 8월 1,876명으로 사망자가 증가하는 추세를 보였다.

&lt;표 3-7&gt; 월별 사망자 현황

(단위 : 명, %)

연월	전체		1등급		2등급		3등급	
	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율	인정자수	증가율
09.1월	4,783		2,403		1,331		1,049	
09.2월	4,845	1.3	2,357	-1.9	1,394	4.7	1,094	4.3
09.3월	3,885	-19.8	1,774	-24.7	1,197	-14.1	914	-16.5
09.4월	4,395	13.1	1,875	5.7	1,337	11.7	1,183	29.4
09.5월	4,646	5.7	1,965	4.8	1,455	8.8	1,226	3.6
09.6월	4,255	-8.4	1,798	-8.5	1,297	-10.9	1,160	-5.4
09.7월	4,223	-0.8	1,693	-5.8	1,287	-0.8	1,243	7.2
09.8월	3,950	-6.5	1,596	-5.7	1,194	-7.2	1,160	-6.7
09.9월	4,202	6.4	1,666	4.4	1,225	2.6	1,311	13.0
09.10월	4,962	18.1	1,867	12.1	1,524	24.4	1,571	19.8
09.11월	4,500	-9.3	1,717	-8.0	1,374	-9.8	1,409	-10.3
09.12월	4,741	5.4	1,780	3.7	1,507	9.7	1,454	3.2
10.1월	5,514	16.3	2,042	14.7	1,675	11.1	1,797	23.6
10.2월	5,314	-3.6	1,850	-9.4	1,670	-0.3	1,794	-0.2
10.3월	5,102	-4.0	1,767	-4.5	1,608	-3.7	1,727	-3.7
10.4월	4,973	-2.5	1,644	-7.0	1,568	-2.5	1,761	2.0
10.5월	4,757	-4.3	1,555	-5.4	1,488	-5.1	1,714	-2.7
10.6월	5,120	7.6	1,622	4.3	1,594	7.1	1,904	11.1
10.7월	5,186	1.3	1,659	2.3	1,640	2.9	1,887	-0.9
10.8월	4,951	-4.5	1,579	-4.8	1,496	-8.8	1,876	-0.6
증가율		0.2		-2.2		0.6		3.1

## 2) 재정 추계시 고려 변수

노인장기요양보험은 전 국민을 대상으로 하고 있지만, 건강보험과 마찬가지로 모든 사람이 이용하는 것이 아니라 개인의 활동능력에 따라 노

인장기요양보험 등급 판정을 받고 급여를 이용할 수 있다.

따라서, 재정추계에 있어 인정자의 추이가 가장 큰 영향을 받지만 중요한 것은 모든 인정자가 노인 장기요양보험을 이용하지는 않는다는 것이다. 정확한 재정을 추계하기 위해서는 인정자 중 실제 이용자를 파악할 필요가 있다.

노인장기요양보험의 이용률은 등급판정을 받은 인정자 중 제도를 이용하는 이용자의 비율이라 정의할 수 있다. 2010년 8월 현재 장기요양보험 이용율은 85.2%이다. 제도의 도입 초기인 2008년 7월 48.4%에서 약 76%가 증가하였다.

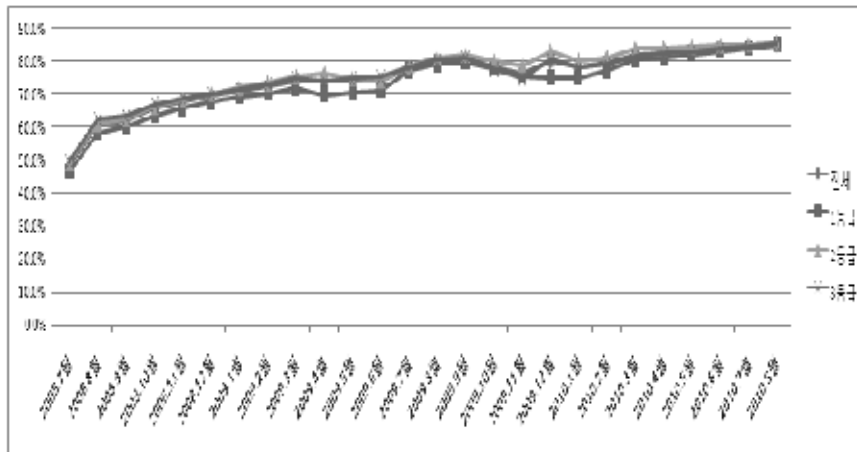
대상자별로 건강보험대상자가 2010년 8월 84.2%였으며, 의료급여 대상자는 이보다 높은 89.2%였다. 등급별로는 85.0%~85.5%로 큰 차이가 없으나, 매년 증가추세를 보이고 있다. 2010년 4월 이후에는 매달 0.7%p 씩 증가하고 있어 이용률이 일정부분 안정화 추세를 보인다고 추정할 수 있다. 따라서, 이용률은 향후에도 조금씩 증가할 것으로 보인다.

왜냐하면, 제도에 대한 만족도가 증가하고, 서비스 이용에 대한 욕구가 증가하기 때문이다. 특히 선진국의 사례로 볼 때, 노인의 임종 장소로 병원보다는 재가와 요양시설로 변화되고 있는 것을 볼 때, 우리에게도 이같은 경향이 나타날 것으로 예측되기 때문이다(국민건강보험공단 유럽출장보고서, 2010).

&lt;표 3-8&gt; 월별 등급별 이용율 현황

연도	전체	1등급	2등급	3등급	건강보험	의료급여
2008.7월	48.4%	46.5%	49.1%	49.6%	42.1%	63.8%
2008.8월	60.8%	58.6%	60.9%	62.4%	54.0%	77.9%
2008.9월	62.2%	60.5%	62.4%	63.2%	55.9%	78.3%
2008.10월	65.8%	63.8%	66.2%	66.9%	60.1%	81.0%
2008.11월	67.7%	65.8%	68.1%	68.5%	62.5%	81.9%
2008.12월	69.4%	67.7%	70.2%	70.0%	64.6%	82.7%
2009.1월	71.0%	69.2%	71.9%	71.5%	66.5%	83.6%
2009.2월	72.4%	70.5%	73.4%	72.8%	68.4%	83.7%
2009.3월	74.1%	72.1%	75.3%	74.6%	70.6%	84.3%
2009.4월	73.7%	70.0%	76.3%	74.0%	70.9%	82.6%
2009.5월	73.7%	70.6%	74.9%	74.6%	71.7%	80.6%
2009.6월	74.1%	71.4%	74.2%	75.3%	72.6%	79.1%
2009.7월	78.1%	77.3%	78.6%	78.1%	76.4%	83.8%
2009.8월	80.3%	79.1%	81.1%	80.3%	78.7%	85.9%
2009.9월	81.0%	79.8%	82.0%	80.9%	79.5%	86.3%
2009.10월	78.3%	77.8%	80.1%	77.7%	76.5%	84.8%
2009.11월	76.1%	75.6%	78.9%	75.0%	74.1%	83.5%
2009.12월	80.1%	75.0%	83.0%	80.6%	78.4%	86.5%
2010.1월	78.1%	75.3%	80.2%	78.1%	76.3%	84.8%
2010.2월	79.4%	77.3%	81.3%	79.2%	77.9%	85.4%
2010.3월	81.8%	80.6%	83.8%	81.4%	80.5%	87.0%
2010.4월	82.5%	81.5%	84.2%	82.1%	81.3%	87.4%
2010.5월	83.2%	82.4%	84.5%	82.9%	82.0%	87.9%
2010.6월	83.9%	83.3%	84.8%	83.7%	82.8%	88.3%
2010.7월	84.6%	84.2%	85.2%	84.4%	83.5%	88.8%
2010.8월	85.2%	85.0%	85.5%	85.2%	84.2%	89.2%

자료: 국민건강보험공단 DW 자료



[그림 3-8] 월별 이용률의 변동

둘째, 이용률과 함께 재정에 큰 영향을 미치는 요소로 등급 체계의 변동을 들 수 있다. 현행 3등급 체계에서 4등급으로 확대할 경우 재정에 도 영향을 미칠 것이다. 다만, 단순히 장기요양보험을 이용하는 인정자의 수에는 큰 영향을 미칠 것이나 3등급보다 일상생활이 자유롭기 때문에 재정 변화에는 큰 영향을 미치지 않는 것으로 보인다.

현재(2009년)를 기준으로 전체 장기요양보험 보험자부담 비용 중 약 54.5%를 차지하는 재가의 3등급의 한도액이 814,700원으로 향후 도입되는 4등급의 한도액은 이보다 낮은 수준으로 정해질 것이다. 시설급여의 비중은 전체 보험자부담금에서 약 41.8%를 차지하며, 이에 대한 한도액도 일정수준으로 정해져 있다. 따라서 4등급의 급여 수준도 이보다는 낮게 정해질 것이다. 의사소견서, 방문간호지시서, 가족요양비의 비중은 총 0.4%로 차지하는 비중이 미비하여 등급확대시에도 재정에는 큰 영향을 미치지 않을 것이다.

등급확대로 인해 장기요양보험제도의 혜택을 받는 4등급은 기존 1~3

등급 대상자에 비해 활동능력이나 질병의 중증이 낮기 때문에 장기요양보험 급여서비스의 이용이 적을 것이며, 예방위주의 서비스를 신청할 것이기 때문에 재정에 큰 영향을 미치지 않을 것이다.

## 나. 추계 시나리오

### 1) 인정자 추계

2012년이던 우리나라의 노인 장기요양보험제도는 제도 도입 5년차로 선진국과 같이 제도가 안정적으로 될 것이며, 이로 인해 인정자의 수도 안정적으로 될 것으로 예상된다.

독일과 일본의 경우, 제도시행 3년간 이용자가 크게 증가하여 독일의 경우 평균 25.1%, 일본은 16.1%로 큰 증가율을 보였으나 제도 도입 5~6년 사이 월 1~2%로 둔화되었으며, 향후 증가 추이는 더욱 둔화되어 안정화될 것으로 전망된다.

<표 3-9> 독일 장기요양보험 인정자 추이

(단위 : 만명, %)

구분	'95	'96	'97	'99	'01	'03	'04	'05	'06
대상자수	106만	155만	166만	183만	184만	190만	193만	195만	197만
증가율	-	46.2%	7.1%	10.2%	0.5%	3.3%	1.6%	1.0%	1.0%

자료: 독일연방보건부, 연도말 기준



&lt;표 3-10&gt; 일본 개호보험 인정자 추이

(단위 : 만명, %)

구분	'00	'01	'02	'03	'04	'05
대상자수	256만	298만	345만	384만	409만	432만
증가율	-	16.4%	15.8%	11.3%	6.5%	5.6%

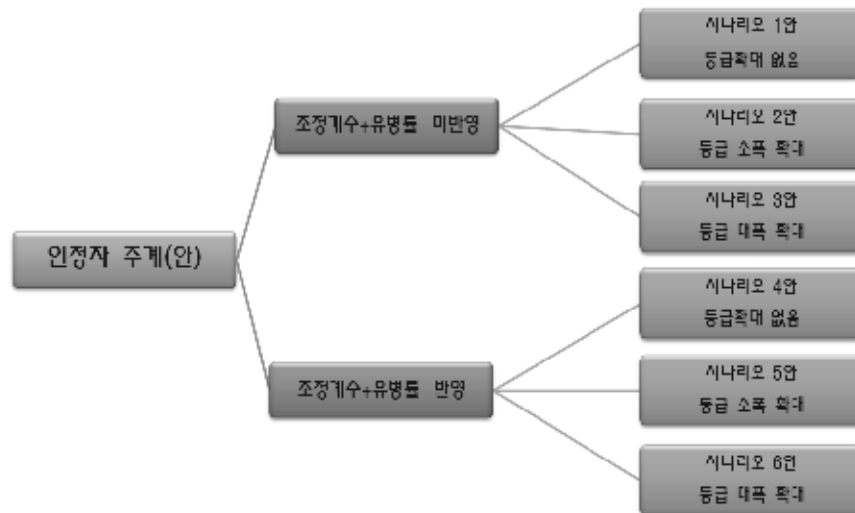
자료: 厚生労働省老健局介護保険課, 연도달기준

재정추계에 있어 가장 기본이 되는 인정자 추계시 앞에서 살펴본 주요 요인을 감안하면 다음과 같이 몇 가지 시나리오를 도출할 수 있다.

먼저 각 요인에 조정계수(신규인정자, 재신청자, 갱신탈락자, 사망자)를 반영하고, 매년 증가하는 유병율을 반영하는 방안과 조정계수만을 반영하는 방안이 있을 수 있다(7).

또한 향후 현 3등급인 등급체계에서 4등급으로 확대하는 방안을 고려하여 1안 등급 확대 없음, 2안 소폭의 등급 확대, 3안 대폭의 등급 확대 방안의 3가지 안을 고려할 수 있을 것이다. 등급 확대는 앞의 4등급 확대시 고려하였던 대상자 수에서 확대 비율로 조정할 수 있을 것이다. 예를들어, 기능 저하자와 유병율 등을 고려한 잠재 대상자 중 40%까지 확대하는 방안, 50%, 90%까지 확대하는 방안 등을 고려할 수 있을 것이다.

17) 조정계수만을 반영할 경우는 조정계수에 모든 변수가 포함된 것으로 가정하고 유병율의 변화까지도 고려된 것으로 봄



- ◆ 조정계수 : 신규 인정자 변화율, 재신청자 변화율, 갱신탈락자 변화율, 사망자 변화율 등을 반영한 계수
- ◆ 유병률 : 연도가 증가할 때 증가할 것으로 예상되는 노인성질환 비율 및 기능 저하자 비율을 반영한 비율
- ◆ 소폭 등급확대 : 잠재적 대상자의 40% 수준
- ◆ 대폭 등급확대 : 잠재적 대상자의 90% 수준

[그림 3-9] 인정자 추계 시나리오(안)

## 2) 재정 추계

재정 추계는 수입과 지출 측면을 모두 고려해볼 수 있다. 먼저 수입은 요양보험료, 국고지원금, 의료급여부담금, 기타 수입을 들 수 있다. 다

음으로 지출은 요양급여비(보험자 부담 부분)와 관리운영비로 크게 분류할 수 있으며, 요양급여비는 각 등급별 시설, 재가, 복지용구, 가족요양비, 의사소견서발급비용, 방문간호지시서 발급비용으로 나누어서 살펴볼 수 있다.

건강보험과 마찬가지로 노인 장기요양보험 역시 지출을 고려하여 수입을 산출하는 양출제입(量出制入) 방식이기 때문에 수입보다는 향후 쓰여질 지출부분의 크기를 파악하는 것이 더욱 중요하다. 지출에 따른 비용은 등급별 수가가 영향을 미칠 것이며, 또한 변동요인으로 인정자 수, 이용률에 따라 영향을 미칠 것이다. 따라서 지출분석에는 인정자 추이와 이용률은 현 수준이 유지된다는 가정을 하고, 수가인상률을 향후 고정과 3%인상(재정적자가 이루어지지 않는 상황에서 최대 인상폭으로 예상)이라는 2가지 시나리오로 분석한다. 인정자 추이와 이용률이 현 수준을 유지된다는 것은 추계 분석을 하는 향후 5년간 큰 폭의 변동이 없는 것을 가정하는 것이다.



- ◆ 이용률 : 등급판정을 받은 인정자 중에 실제 급여서비스를 이용하는 비율
- ◆ 수가 동결 : 현 수가 수준이 분석기간동안 유지됨
- ◆ 수가 3% 인상 : 현 수가수준보다 2012년부터 3%씩 인상됨

[그림 3-10] 지출 추계 시나리오(안)

## 2. 단기 추계 결과

### 가. 인정자 추계

앞의 인정자 시나리오에서 살펴본 유병율과 조정계수에 따라 대상자 추계방법은 등급별로 신규인정자(+), 재신청자(+), 갱신탈락자(-), 사망자(-)를 합한 수가 추계 인정자가 될 것이다. 총 대상자수는 1등급 인정자와 2등급대상자, 3등급 대상자를 합한 수가 되며, 각 등급별 인정자는 <표 3-11>과 같이 등급별 신규인정자, 재신청자, 갱신탈락자, 사망자에 각 조정계수를 곱하 산출된다.

제도 도입된 시기인 2008년 7월에서 현재인 2010년 7월까지의 총 25개월의 자료를 이용하여 향후 5년간의 시나리오별 추계를 하였으며, 총 인구는 등급별, 대상자별(건강보험과 의료급여)로 분석하여 도출하였다.

<표 3-11> 인정자 추계식

$$\sum Y_{n,j} = \sum (X_{n,i,j})$$

$$X_{n,i,j} = \alpha Z_{n,i,j,new} + \beta Z_{n,i,j,old} - \gamma Z_{n,i,j,fall} - \delta Z_{n,i,j,die}$$

Y = 인정자수

$X_{i,j}$  = i 등급별 j 대상자별 인정자

n = 추계년도

i = 등급 (1등급, 2등급, 3등급, 4등급)

· 4등급은 등급확대의 경우 반영

j = 대상자 (건강보험, 의료급여)

$\alpha, \beta, \gamma, \delta$  = 조정계수(신규인정률, 재신청률, 탈락률, 사망률)

$Z_{new}$  = 신규 인정자 수

$Z_{old}$  = 재신청자 수

$Z_{fail}$  = 갱신탈락자 수

$Z_{die}$  = 사망자 수

#### 1) 시나리오 1안

시나리오 1안은 2009년 1년간의 전년도 월 증가율에 계절적 요인 및 유병율 등 인정자 변화에 영향을 주는 주요 요인이 포함하고 있다는 것을 가정하여 분석하였다. 따라서 월별 신규 인정자에 대해 1년간의 평균 증가율을 반영하였다.

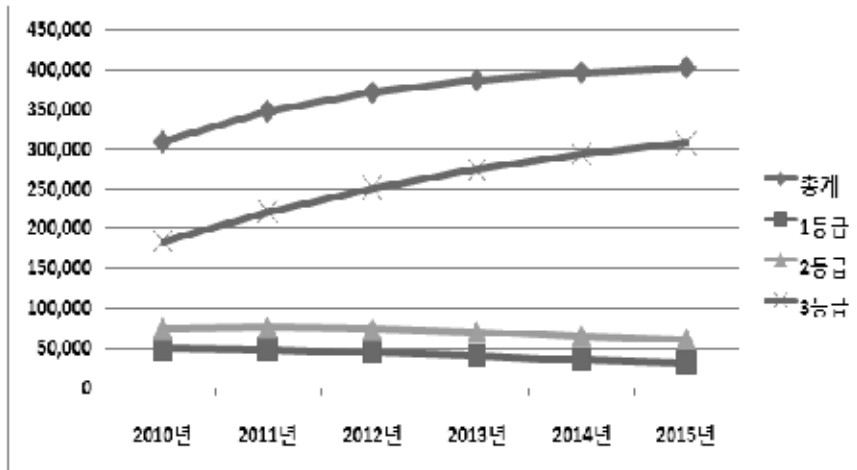
두 번째 가정으로 제도 도입 4년차가 되는 2012년에는 전년의 안정된 추세가 향후 추세에도 지속된다는 가정이다. 전년도 실측치의 조정계수를 신규인정자, 인정신청·재신청자, 갱신탈락자, (전월대비)사망자에 반영하여 추계하였다.

#### <시나리오 1안>

가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨

가정 ② : 2012년에는 제도가 안정되어 지난 추이가 유지됨

그 결과 1,2,3등급을 합한 총 인정자 수는 2010년 약 31만명으로 분석되었으며, 2011년 34만 8천명, 2012년 37만 1천명, 2013년 38만 7천명, 2014년 39만 6천명, 2015년 40만명으로 증가하는 것으로 분석되었다. 중증도가 가장 큰 1등급은 2010년 약 5만명에서 2015년 3만 3천명으로 줄어드는 것으로 분석되었으며, 2등급은 2010년 7만 5천명에서 2015년 6만 2천명으로 다소 줄어들었고, 3등급은 2010년 18만 5천명에서 2015년 31만명으로 증가하는 것으로 분석되었다.



[그림 3-11] 인정자 추계 1(안)

대상자별 분석결과를 보면 건강보험은 2010년 24만 8천명에서 2015년 32만명으로 증가하였고, 의료급여는 6만 2천명에서 2015년 8만 2천명으로 증가하였다. 이중 일반은 2010년 224,261명에서 2015년 288,129명이었고, 저소득은 2010년 23,278명에서 2015년 32,022명, 기초는 58,422명에서 2015년 76,910명, 기타는 3,885명에서 2015년 5,316명으로 추계되었다.

&lt;표 3-12&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 1)

(단위 : 명)

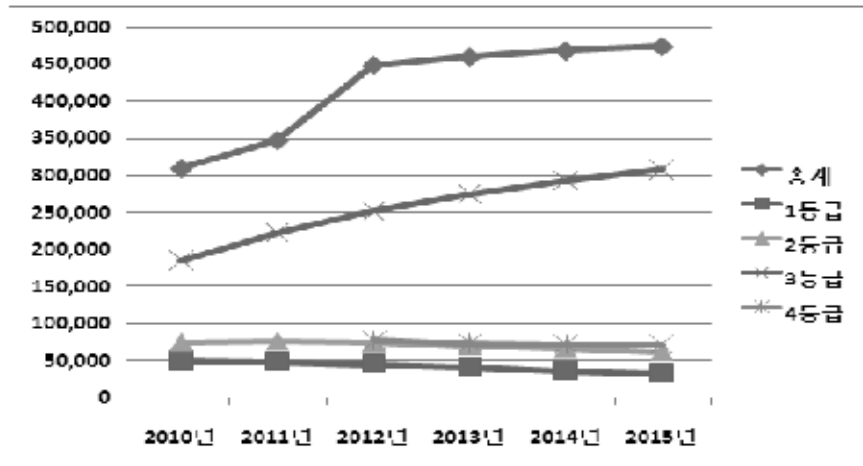
구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,846	347,848	371,400	386,545	396,408	402,377
1등급	49,954	49,034	45,599	41,201	36,799	32,727
2등급	75,067	76,540	74,331	70,525	66,150	61,699
3등급	184,824	222,273	251,470	274,819	293,454	307,951
1. 건강보험	247,539	281,028	300,786	312,300	318,329	320,151
1등급	39,885	39,430	36,649	32,974	29,277	25,864
2등급	61,298	62,884	61,098	57,856	54,061	50,162
3등급	146,356	178,713	203,039	221,471	234,991	244,125
(일반)	224,261	254,689	272,851	282,966	287,650	288,129
1등급	36,391	35,658	32,740	28,986	25,232	21,770
2등급	55,677	56,852	54,957	51,636	47,756	43,748
3등급	132,193	162,179	185,155	202,343	214,663	222,610
(저소득)	23,278	26,339	27,935	29,335	30,679	32,022
1등급	3,494	3,773	3,909	3,988	4,045	4,093
2등급	5,621	6,032	6,141	6,219	6,305	6,414
3등급	14,163	16,534	17,885	19,128	20,329	21,514
2. 의료급여	62,307	66,820	70,614	74,244	78,074	82,226
1등급	10,069	9,604	8,950	8,227	7,522	6,864
2등급	13,769	13,656	13,233	12,669	12,089	11,536
3등급	38,469	43,560	48,431	53,348	58,462	63,826
(기초)	58,422	62,450	65,893	69,273	72,910	76,910
1등급	9,432	8,986	8,369	7,689	7,028	6,411
2등급	12,812	12,673	12,249	11,701	11,142	10,611
3등급	36,178	40,790	45,275	49,883	54,741	59,888
(기타)	3,885	4,371	4,721	4,972	5,163	5,316
1등급	638	617	581	538	495	453
2등급	957	983	983	968	948	926
3등급	2,290	2,770	3,156	3,465	3,721	3,938

2) 시나리오 2안

시나리오 2안은 장기요양보험 인정 대상자 1~3등급을 제외한 미인정자 중 소폭의 등급확대가 이루어질 것을 가정하여 분석한다. 등급확대의 대상자는 전체 인구 중 노인장기요양보험의 대상자인 노인성질환자와 기능저하자를 대상으로 이루어지며 대부분의 등급외자가 포함될 것이다. 등급 확대는 2012년에 검토될 수 있을 것이라는 가정을 추가하였다.

**<시나리오 2안>**  
 가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨  
 가정 ② : 2012년에 등급확대가 소폭 이루어짐

따라서 시나리오 1과의 차이는 2012년 등급확대로 이루어진 4등급의 등급확대자이다. 2012년 4등급은 약 7만 8천명이 이루어지고 2013년 7만 3천명, 2014년과 2015년은 7만 2천명 정도가 등급확대로 이루어질 것으로 추계되었다.



[그림 3-12] 인정자 추계 (2안)



&lt;표 3-13&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 2)

(단위 : 명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,846	347,848	449,101	460,224	468,319	474,221
1등급	49,954	49,034	45,599	41,201	36,799	32,727
2등급	75,067	76,540	74,331	70,525	66,150	61,699
3등급	184,824	222,273	251,470	274,819	293,454	307,951
4등급			77,701	73,679	71,916	71,844
1. 건강보험	247,539	281,028	363,714	371,828	376,081	377,314
1등급	39,885	39,430	36,649	32,974	29,277	25,864
2등급	61,298	62,884	61,098	57,856	54,061	50,162
3등급	146,356	178,713	203,039	221,471	234,991	244,125
4등급			62,928	59,527	57,752	57,163
(일반)	224,261	254,689	329,935	336,901	339,836	339,574
1등급	36,391	35,658	32,740	28,986	25,232	21,770
2등급	55,677	56,852	54,957	51,636	47,756	43,748
3등급	132,193	162,179	185,155	202,343	214,663	222,610
4등급			57,083	53,936	52,186	51,445
(저소득)	23,278	26,339	33,779	34,926	36,245	37,740
1등급	3,494	3,773	3,909	3,988	4,045	4,093
2등급	5,621	6,032	6,141	6,219	6,305	6,414
3등급	14,163	16,534	17,885	19,128	20,329	21,514
4등급			5,844	5,591	5,566	5,718
2. 의료급여	62,307	66,820	85,387	88,396	92,238	96,908
1등급	10,069	9,604	8,950	8,227	7,522	6,864
2등급	13,769	13,656	13,233	12,669	12,089	11,536
3등급	38,469	43,560	48,431	53,348	58,462	63,826
4등급			14,773	14,152	14,164	14,681
(기초)	58,422	62,450	79,678	82,477	86,138	90,642
1등급	9,432	8,986	8,369	7,689	7,028	6,411
2등급	12,812	12,673	12,249	11,701	11,142	10,611
3등급	36,178	40,790	45,275	49,883	54,741	59,888
4등급			13,785	13,204	13,228	13,732
(기타)	3,885	4,371	5,709	5,919	6,100	6,266
1등급	638	617	581	538	495	453
2등급	957	983	983	968	948	926
3등급	2,290	2,770	3,156	3,465	3,721	3,938
4등급			988	948	937	949

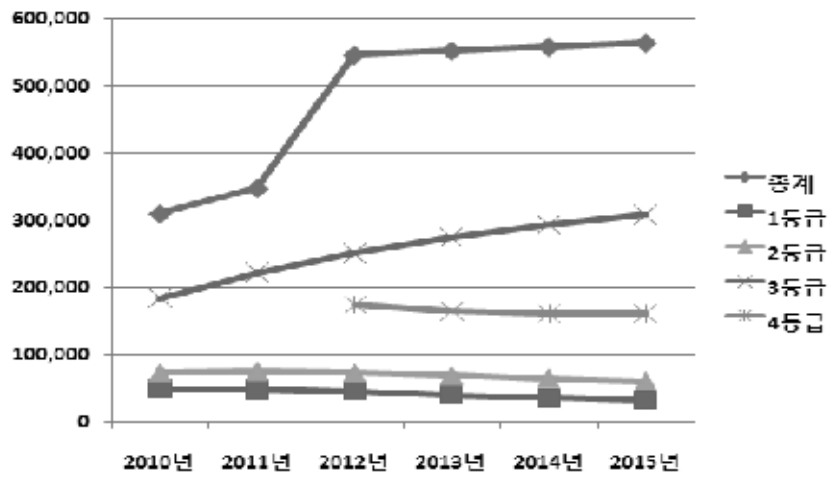
3) 시나리오 3안

시나리오 3안은 4등급의 확대가 큰 폭으로 이루어질 것을 가정한 경우이다. 즉 노인성질환자와 기능저하자 중 기존에 1~3등급에 포함되지 못한 사람들의 대부분이 노인 장기요양보험제도의 혜택을 받는 것을 가정한 것이다. 단, 이 경우에도 기존 장기요양 판정체계를 따를 것이기 때문에 활동능력이 가능한 모든 대상자가 제도의 혜택이 주어지지 않는 것이다.

또한, 제도 확대 시에는 노인장기요양보험의 지속가능성을 고려하여 재정에 따른 등급 확대가 이루어져야 할 것이다.

<시나리오 3안>

- 가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨
- 가정 ② : 2012년에 등급확대가 큰폭 이루어짐



[그림 3-13] 인정자 추계 (3안)

추계 3안을 보면 4등급 확대자의 추이가 3등급 인정자와 2등급 인정자 사이에서 있다. 추이는 연도가 증가할수록 소폭 감소하는 추세이다.

등급 확대가 이루어지는 2012년 4등급 대상자는 약 17만 4천명이 이루어지고, 2015년에는 약 16만명이 이루어질 것으로 예상된다. 건강보험인 2012년 14만 2천명, 의료급여가 3만 3천명 정도(2012년)에 증가되는 것으로 추계되었다.

&lt;표 3-14&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 3)

(단위 : 명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,846	347,848	546,227	552,322	558,214	564,026
1등급	49,954	49,034	45,599	41,201	36,799	32,727
2등급	75,067	76,540	74,331	70,525	66,150	61,699
3등급	184,824	222,273	251,470	274,819	293,454	307,951
4등급		-	174,827	165,777	161,812	161,649
1. 건강보험	247,539	281,028	442,374	446,236	448,271	448,767
1등급	39,885	39,430	36,649	32,974	29,277	25,864
2등급	61,298	62,884	61,098	57,856	54,061	50,162
3등급	146,356	178,713	203,039	221,471	234,991	244,125
4등급		-	141,588	133,936	129,942	128,616
(일반)	224,261	254,689	401,289	404,321	405,069	403,880
1등급	36,391	35,658	32,740	28,986	25,232	21,770
2등급	55,677	56,852	54,957	51,636	47,756	43,748
3등급	132,193	162,179	185,155	202,343	214,663	222,610
4등급		-	128,438	121,355	117,419	115,752
(저소득)	23,278	26,339	41,085	41,916	43,202	44,887
1등급	3,494	3,773	3,909	3,988	4,045	4,093
2등급	5,621	6,032	6,141	6,219	6,305	6,414
3등급	14,163	16,534	17,885	19,128	20,329	21,514
4등급		-	13,150	12,581	12,523	12,864
2. 의료급여	62,307	66,820	103,853	106,086	109,943	115,259
1등급	10,069	9,604	8,950	8,227	7,522	6,864
2등급	13,769	13,656	13,233	12,669	12,089	11,536
3등급	38,469	43,560	48,431	53,348	58,462	63,826
4등급		-	33,240	31,841	31,870	33,033
(기초)	58,422	62,450	96,910	98,982	102,672	107,807
1등급	9,432	8,986	8,369	7,689	7,028	6,411
2등급	12,812	12,673	12,249	11,701	11,142	10,611
3등급	36,178	40,790	45,275	49,883	54,741	59,888
4등급		-	31,017	29,709	29,762	30,897
(기타)	3,885	4,371	6,943	7,104	7,271	7,452
1등급	638	617	581	538	495	453
2등급	957	983	983	968	948	926
3등급	2,290	2,770	3,156	3,465	3,721	3,938
4등급		-	2,222	2,132	2,108	2,136

## 4) 시나리오 4안

시나리오 4안은 기존 1안~3안과 달리 고령화가 지속됨에 따라 조정계수의 변동을 계산하였다. 즉, 인정자가 이전의 증가추계를 반영한다는 기존 가정보다는 더욱 증가할 것을 가정한 것이다.

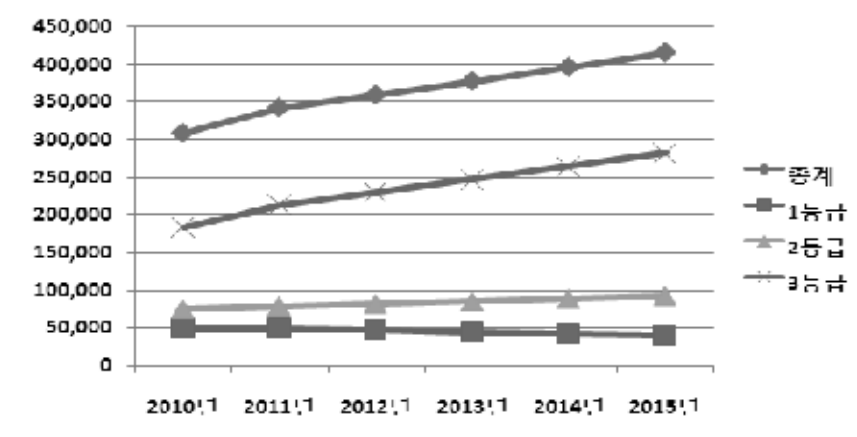
전년도 실측값을 분석하여 도출한 1차적인 조정계수에 노인성 질환자의 유병율, 그리고 기능저하자의 발생비율을 반영한 2차 조정계수를 이용하여 인정자를 추계하였다. 이는 월별 추이를 반영한 앞의 1~3안의 가정보다 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 발생 비율의 변화량을 고려하여 분석하였다. 월별 증가량에 앞의 두 가지 요소가 이미 반영되어 있으나 향후에 두 요인이 더욱 증가될 가능성이 있기 때문이다.

**<시나리오 4안>**

- 가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨  
 가정 ② : 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 비율에 조정계수에 영향을 받음

총 인구수는 2010년 31만명에서 2011년 34만 3천명, 2012년 36만명, 2013년 37만 8천명, 2014년 39만 6천명, 2015년 41만 6천명으로 분석되었다. 1등급은 2010년 약 5만명에서 2015년 4만 1천명으로 추계되었고, 2등급은 2010년 7만 5천명에서 2015년 9만 2천명, 3등급은 2010년 18만 4천명에서 2015년 28만 2천명으로 약 10만명이 증가하는 것으로 추계되었다.

2015년을 기준으로 대상자별로 살펴보면 다음과 같다. 건강보험 대상자는 전체가 34만 4천명이었고, 의료급여 대상자는 7만 2천명이 되는 것으로 추계되었다.



[그림 3-14] 인정자 추계 4(안)

1등급은 2010년 이후 감소 추세를 보이고 있으며, 2등급자는 매년 소폭으로 증가하는 것으로 분석되었다. 3등급은 2010년 이후 매년 큰폭의 증가추이를 보였다.

&lt;표 3-15&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 4)

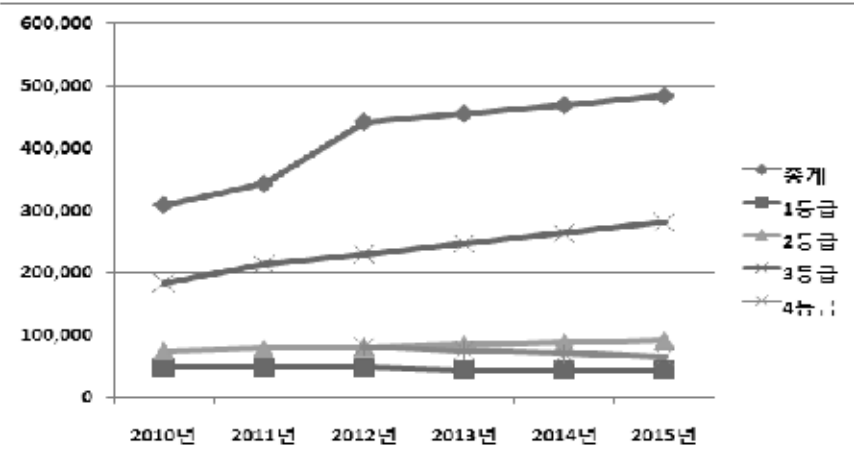
(단위 : 명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,176	342,896	359,749	377,872	396,495	415,905
1등급	49,925	49,838	47,430	45,141	43,133	41,375
2등급	75,174	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	184,077	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
1. 건강보험	247,106	278,328	295,095	311,002	327,324	343,910
1등급	39,873	40,334	38,712	37,108	35,693	34,456
2등급	61,448	65,729	68,915	72,829	76,889	80,915
3등급	145,786	172,264	187,468	201,065	214,742	228,539
(일반)	223,410	246,323	249,986	252,100	253,308	253,511
1등급	36,353	36,179	33,924	31,687	29,618	27,707
2등급	55,694	57,915	56,904	56,073	55,040	53,752
3등급	131,362	152,228	159,158	164,340	168,651	172,053
(저소득)	23,696	32,005	45,109	58,902	74,016	90,399
1등급	3,519	4,155	4,788	5,421	6,076	6,749
2등급	5,753	7,814	12,011	16,755	21,849	27,164
3등급	14,424	20,036	28,310	36,726	46,091	56,486
2. 의료급여	62,070	64,568	64,655	66,871	69,171	71,995
1등급	10,052	9,504	8,719	8,033	7,440	6,919
2등급	13,726	13,372	12,708	12,237	11,803	11,385
3등급	38,292	41,692	43,228	46,600	49,927	53,690
(기초)	58,199	60,350	60,311	62,389	64,543	67,216
1등급	9,415	8,894	8,158	7,519	6,966	6,479
2등급	12,769	12,378	11,700	11,203	10,742	10,300
3등급	36,015	39,078	40,453	43,667	46,835	50,437
(기타)	3,871	4,218	4,344	4,482	4,628	4,778
1등급	637	610	560	514	475	440
2등급	957	993	1,008	1,034	1,061	1,086
3등급	2,277	2,615	2,775	2,933	3,092	3,253

5) 시나리오 5안

시나리오 5안은 고령화율에 유병율과 기능저하자 비율을 반영한 조정계수를 가정한 기존 4안에 소폭의 등급확대를 추가한 추계 분석이다. 등급확대에 대한 꾸준한 논의가 지속되고 있으나 장기요양보험의 재정에 대한 문제를 고려하여야 하고, 여전히 제도 도입에 따른 안정적 정착을 고려해야하기 때문에 큰 폭의 등급 확대는 이루어지지 않을 것으로 생각된다.

**<시나리오 5안>**  
 가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨  
 가정 ② : 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 비율에 조정계수에 영향을 받음  
 가정 ③ : 2012년에 등급확대가 소폭 이루어짐



[그림 3-15] 인정자 추계 5안



2010년 31만명에서 등급확대가 이루어지는 2012년에는 44만 2천명, 2015년에는 48만 3천명에 이를 것이다. 등급확대가 된 2012년 4등급은 약 8만 2천명, 2013년 7만 7천명, 2014년 7만 1천명, 2015년 6만 5천명으로 추계되었다.

건강보험은 2012년 6만 8천명, 의료급여는 1만 5천명이 되었고, 2015년 건강보험은 약 4만명, 의료급여는 1만 1천명 정도인 것으로 추계되었다.

&lt;표 3-16&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 5)

(단위 : 명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,176	342,896	442,145	455,237	468,949	483,453
1등급	49,925	49,838	47,489	45,502	44,091	43,234
2등급	75,174	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	184,077	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
4등급			82,338	77,003	71,496	65,689
1. 건강보험	247,106	278,328	362,687	374,701	387,203	399,887
1등급	39,873	40,334	38,763	37,427	36,538	36,098
2등급	61,448	65,729	68,915	72,829	76,889	80,915
3등급	145,786	172,264	187,468	201,065	214,742	228,539
4등급			67,541	63,381	59,033	54,335
(일반)	223,410	246,323	307,244	303,735	299,675	294,883
1등급	36,353	36,179	33,966	31,945	30,296	29,012
2등급	55,694	57,915	56,904	56,073	55,040	53,752
3등급	131,362	152,228	159,158	164,340	168,651	172,053
4등급			57,216	51,377	45,689	40,067
(저소득)	23,696	32,005	55,443	70,967	87,527	105,004
1등급	3,519	4,155	4,797	5,482	6,243	7,087
2등급	5,753	7,814	12,011	16,755	21,849	27,164
3등급	14,424	20,036	28,310	36,726	46,091	56,486
4등급			10,325	12,004	13,344	14,267
2. 의료급여	62,070	64,568	79,459	80,536	81,746	83,566
1등급	10,052	9,504	8,726	8,076	7,552	7,136
2등급	13,726	13,372	12,708	12,237	11,803	11,385
3등급	38,292	41,692	43,228	46,600	49,927	53,690
4등급			14,797	13,623	12,463	11,355
(기초)	58,199	60,350	74,120	75,139	76,278	78,023
1등급	9,415	8,894	8,165	7,589	7,072	6,685
2등급	12,769	12,378	11,700	11,203	10,742	10,300
3등급	36,015	39,078	40,453	43,667	46,835	50,437
4등급			13,803	12,710	11,629	10,601
(기타)	3,871	4,218	5,338	5,397	5,468	5,544
1등급	637	610	561	517	481	452
2등급	957	993	1,008	1,034	1,061	1,086
3등급	2,277	2,615	2,775	2,933	3,092	3,253
4등급			994	913	834	783

## 6) 시나리오 6안

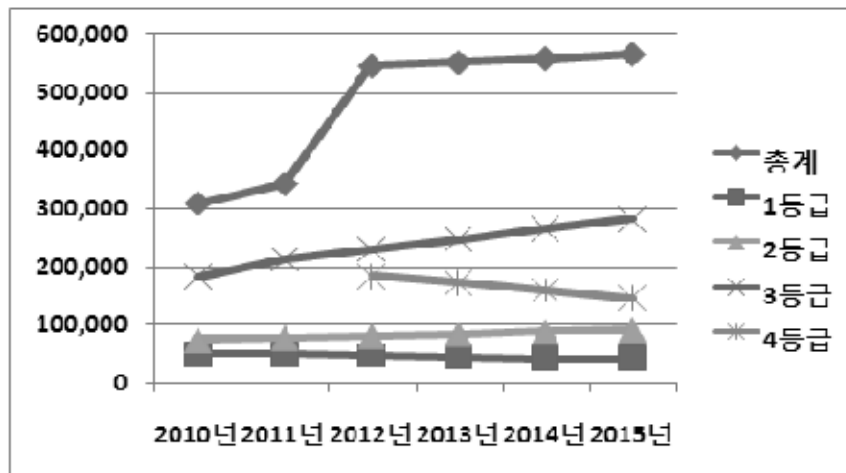
시나리오 6안은 수정된 조정계수 비율을 가정한 기존 4안에 큰 폭의 4등급 확대를 반영한 분석이다. 증가폭은 노인성질환자와 기능저하자 중 기존 장기요양보험 인정자에 포함되지 않는 사람들 중 대부분이 포함될 것을 가정하였다.

**<시나리오 6안>**

가정 ① : 1년 전에 월별 증가율에 계절적 요인과 유병율이 반영됨

가정 ② : 노인성질환자의 유병율과 기능저하자의 비율에 조정계수에 영향을 받음

가정 ③ : 2012년에 등급확대가 큰폭 이루어짐



[그림 3-16] 인정자 추계 (6안)

그 결과 전체 인구는 2010년 31만명에서 2015년 56만 6천명으로 증가

하였고, 4등급은 2012년 18만 5천명에서 2015년 14만 8천명으로 변동하였다.

또한, 건강보험 대상자는 2010년 24만 7천명에서 2015년 46만 8천명으로 증가하였고, 의료급여 대상자는 2010년 6만 2천명에서 2015년 9만 8천명으로 증가한 것으로 추계되었다.

&lt;표 3-17&gt; 연도별 등급별 인정자 수 (시나리오 6)

(단위 : 명)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	309,176	342,896	545,068	551,491	558,319	565,565
1등급	49,925	49,838	47,489	45,502	44,091	43,234
2등급	75,174	79,101	81,623	85,066	88,692	92,301
3등급	184,077	213,956	230,696	247,666	264,669	282,229
4등급			185,260	173,257	160,867	147,801
1. 건강보험	247,106	278,328	447,113	453,927	460,994	467,805
1등급	39,873	40,334	38,763	37,427	36,538	36,098
2등급	61,448	65,729	68,915	72,829	76,889	80,915
3등급	145,786	172,264	187,468	201,065	214,742	228,539
4등급			151,967	142,606	132,825	122,253
(일반)	223,410	246,323	378,764	367,956	356,786	344,967
1등급	36,353	36,179	33,966	31,945	30,296	29,012
2등급	55,694	57,915	56,904	56,073	55,040	53,752
3등급	131,362	152,228	159,158	164,340	168,651	172,053
4등급			128,736	115,597	102,800	90,151
(저소득)	23,696	32,005	68,349	85,971	104,208	122,838
1등급	3,519	4,155	4,797	5,482	6,243	7,087
2등급	5,753	7,814	12,011	16,755	21,849	27,164
3등급	14,424	20,036	28,310	36,726	46,091	56,486
4등급			23,231	27,009	30,025	32,102
2. 의료급여	62,070	64,568	97,955	97,564	97,325	97,759
1등급	10,052	9,504	8,726	8,076	7,552	7,136
2등급	13,726	13,372	12,708	12,237	11,803	11,385
3등급	38,292	41,692	43,228	46,600	49,927	53,690
4등급			33,293	30,651	28,042	25,548
(기초)	58,199	60,350	91,374	91,026	90,815	91,274
1등급	9,415	8,894	8,165	7,589	7,072	6,685
2등급	12,769	12,378	11,700	11,203	10,742	10,300
3등급	36,015	39,078	40,453	43,667	46,835	50,437
4등급			31,087	28,597	26,166	23,853
(기타)	3,871	4,218	6,581	6,538	6,510	6,485
1등급	637	610	561	517	481	452
2등급	957	993	1,008	1,034	1,061	1,086
3등급	2,277	2,615	2,775	2,933	3,092	3,253
4등급			2,237	2,054	1,876	1,695

시나리오별 인정차 추계 결과 2010년 309,176명에서 309,846명으로 170명 차이를 보였고, 2011년은 최소 342,896명이었고, 최대치는 347,848명이었다. 2030년의 경우 최소치는 402,377명이었고 최대치는 565,565명으로 추계되었다.

<표 3-18> 시나리오별 인정차 추계

(단위 : 명)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
시나리오 1	309,846	347,848	371,400	386,545	396,403	402,377
시나리오 2	309,846	347,848	449,101	460,224	468,319	474,221
시나리오 3	309,846	347,848	546,227	552,322	558,214	564,026
시나리오4	309,176	342,896	359,749	377,872	396,495	415,905
시나리오5	309,176	342,896	442,145	455,237	468,949	483,453
시나리오6	309,176	342,896	545,068	551,491	558,319	565,565

#### 나. 재정추계-지출부분

재정 추계에 있어 가장 큰 부분을 차지하는 부분은 장기요양보험 인정자의 실제 제도 이용률이다. 앞에서 월별 이용율을 살펴본 것과 같이 장기요양보험의 이용율은 최근 6개월간 0.8%씩 증가하고 있으며 이에 따른 향후 이용률은 2010년의 이용률과 같이 85.9%를 가정하여 분석하였다. 각 등급별, 대상자별 이용률도 2010년과 유사할 것을 가정하고 분석하였다.

재정추계의 지출 추계식은 다음의 <표 3-19>과 같다. 먼저 이용자 추계에서 서비스별(시설, 재가, 복지용구, 가족요양비, 의사소견서 발급 수,

방문간호지시서 발급 수) 이용자를 추계한 후 각 요인에 따른 총 급여비를 반영하여 추계한다.

또한 각 요인에 따른 비용에 이용률을 반영하고, 수가 인상 시나리오에 따라 추계하였다. 수가 인상 부분은 수가인상이 동결된 경우와 향후 최대 3%가 인상되었을 경우로 가정하였다. 최대 인상치는 현재 노인장기요양보험의 재정 상 인상폭이 3% 이내로 이루어질 것을 가정하여 분석한 것이다.

물론 보다 세부적으로는 서비스 이용 선호도의 변화 등도 재정영향에 큰 변수일 것이다. 하지만, 현시점에서 서비스 변화의 미묘한 차이까지 반영하는 것을 쉽지 않다. 왜냐하면 향후 흐름을 반영할 지난 제도의 변동 폭이 크며, 서비스가 다양화되어 있지 않고, 시행초기이기 때문에 급격한 변화는 없을 것이기 때문이다.

한편, 수가인상에 대해서 평균 물가인상율을 상회하지 않을 것으로 보이며 건강보험과 연동하여 보험료를 부과하기 때문에 건강보험 수가인상분을 고려할 때 추가적인 장기요양수가인상은 큰 폭으로 상승할 것으로는 보이지 않는다.

&lt;표 3-19&gt; 재정 추계(지출부분) 추계식

$$\sum B_{n,i,j} = \alpha \sum (b_f f_{n,i,j} + b_h h_{n,i,j} + b_c C_{n,i,j} + b_{fp} fp_{n,i,j} + b_D D_{n,i,j} + b_{hc} hc_{n,i,j})$$

$B_{n,i,j}$  = n 연도 i 등급 j대상자의 총 급여비

n = 추계년도

i = 1, 2, 3 등급

j = 대상자 (건강보험, 의료급여 대상자)

$\alpha$  = 수가 인상 비율

$b_f$  = 시설이용자의 급여비

f = 시설이용자

$b_h$  = 재가이용자의 급여비

h = 재가이용자

$b_C$  = 복지용구이용자의 급여비

C = 복지용구 이용자

$b_{fp}$  = 가족요양비

fp = 가족요양비 이용자

$b_D$  = 의사소견서의 비용

D = 의사소견서 발급 수

$b_{hc}$  = 방문간호지시서 발급 비용

hc = 방문간호지시서 발급수

재정 지출의 추계는 앞의 인정자 추계에서 1안과 4안을 중심으로 분석하였다. 2~3안, 5~6안은 등급 확대라는 정책적 변수를 고려한 것으로 향후 의지에 따라서 통제가 가능하다. 재정 지출 분석추이를 보기 위해



서 통계가 가능한 변수들은 제외하고 분석을 하였다.

#### 1) 인정자 추계 1안에 의한 재정 부담(수가 동결)

지출부분의 재정부담 시나리오 1-1안은 인정자 추계의 1안에 인정을 부분과 수가부분을 가정하여 추계하였다. 즉, 인정자 추계 1안인 월별 신규 인정자에 대해 1년간의 평균증가율을 반영하여 추계된 인정자 추계에 이용율은 현 수준인 85.9%를 반영하였다. 앞서 살펴본 바와 같이 인정을 85.9%은 향후에도 지속될 것으로 보인다.

다음으로 지출에 가장 큰 영향을 미치는 수가 인상률은 현 수준이 고정될 것이라는 가정을 하였다. 노인장기요양보험은 제도 도입 3년차로 안정적으로 정착되고 있는 수준이며 향후 수가에 큰 변동 요인이 없기 때문이다.

#### <시나리오 1-1안>

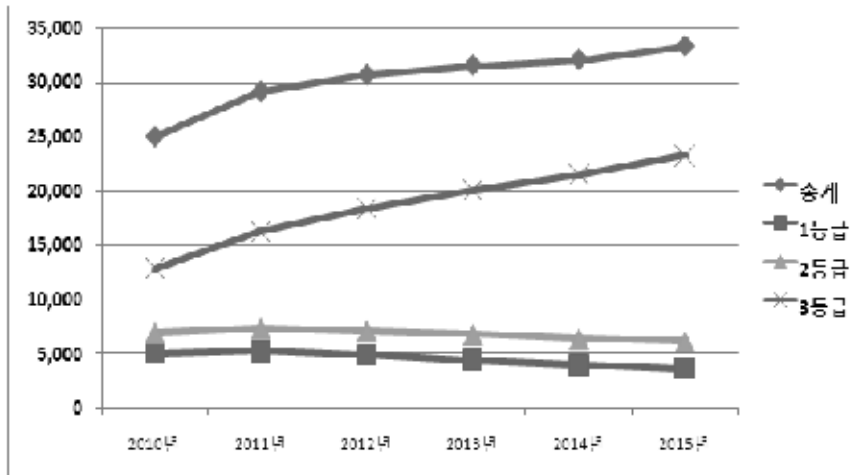
가정 ① : 인정자 추계 1안의 인정자 수를 반영

가정 ② : 이용율은 현 수준인 85.9%로 반영

가정 ③ : 수가는 인상이 없이 동결

지출 분석은 등급별 세부분석이 포함되어 있기 때문에 지출의 한 부분을 차지하는 관리운영비는 제외하고 분석하였다.

분석결과 2010년 총 지출 재정은 2조 5천억이었으며 2011년 2조 9천억, 2012년 3조 1천억원, 2013년 3조 2천억원, 2015년 3조 3천억원으로 추계되었다.



[그림 3-17] 재정부담 1-1인(수가동결)

등급별로 보면 1등급은 2010년 5천 1백억원에서 2011년 5천 3백억원으로 다소 증가하다가 2015년 3천 7백억원으로 감소한 것으로 추계되었고, 2등급도 2011년을 기점으로 다소 감소하였다.

3등급은 2010년 1조 3천억원에서 2015년 2조 3천억원으로 증가하는 것으로 추계되었다.

대상자별로 추계결과, 건강보험은 2010년 전체 1조 9천억원에서 2015년 2조 5천억원으로 증가하였고, 의료급여 대상자는 2010년 6천억원에서 2015년 8천 6백억원으로 증가하였다.

&lt;표 3-20&gt; 연도별 지출 추계액(1-1안 수가 동결)

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	25,036	29,145	30,676	31,563	32,085	33,331
1등급	5,116	5,343	4,974	4,505	4,037	3,711
2등급	7,022	7,450	7,237	6,874	6,460	6,221
3등급	12,849	16,280	18,389	20,104	21,507	23,316
1.건강보험	18,582	22,037	23,259	23,858	24,071	24,723
1등급	3,777	4,011	3,733	3,365	2,994	2,731
2등급	5,370	5,753	5,593	5,301	4,959	4,747
3등급	9,395	12,216	13,872	15,128	16,052	17,179
(일반)	16,668	19,742	20,835	21,323	21,430	21,893
1등급	3,416	3,583	3,290	2,913	2,536	2,253
2등급	4,828	5,134	4,963	4,663	4,313	4,069
3등급	8,388	10,971	12,526	13,688	14,522	15,511
(저소득)	1,914	2,296	2,424	2,535	2,641	2,829
1등급	361	427	443	452	458	478
2등급	542	618	629	637	646	677
3등급	1,007	1,244	1,346	1,440	1,530	1,668
2.의료급여	6,454	7,108	7,417	7,705	8,014	8,608
1등급	1,339	1,332	1,241	1,141	1,043	980
2등급	1,652	1,698	1,644	1,573	1,501	1,474
3등급	3,454	4,064	4,517	4,976	5,455	6,137
(기초)	6,147	6,740	7,024	7,296	7,593	8,165
1등급	1,278	1,265	1,178	1,082	989	930
2등급	1,563	1,600	1,547	1,478	1,407	1,380
3등급	3,297	3,861	4,286	4,722	5,182	5,839
(기타)	307	368	393	409	421	443
1등급	61	67	63	58	54	51
2등급	89	97	97	96	94	94
3등급	157	203	232	254	273	297

주) 관리운영비 제외

2) 인정자 추계 1안에 의한 재정 부담(수가 3 %인상)

지출부분의 재정부담 시나리오 1-2안은 인정자 추계의 1안에 인정을 부분과 수가 부분을 가정하여 추계하였다. 1-1안과의 차이는 수가의 인상이 있는 것으로 인상폭은 3%로 가정하였다. 인정률은 85.9%로 가정하였다.

**<시나리오 1-2안>**

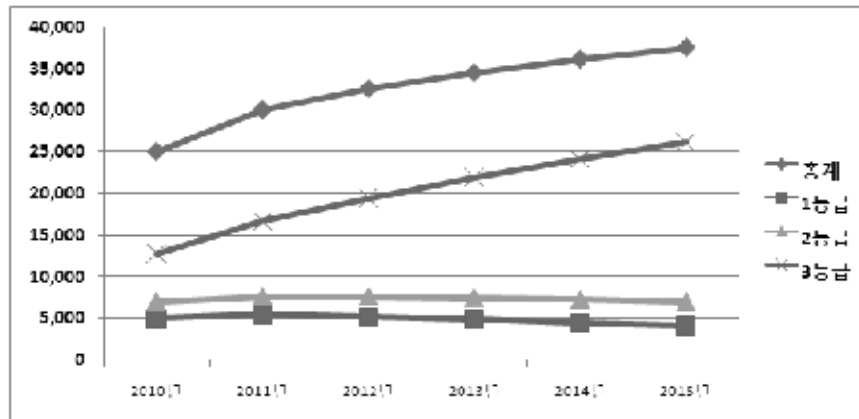
가정 ① : 인정자 추계 1안의 인정자 수를 반영

가정 ② : 이용율은 현 수준인 85.9%로 반영

가정 ③ : 수가는 3% 인상

2011년 이후 수가 인상으로 인해 2011년은 약 3조원으로 추계되었고, 2012년 3조 3천억원, 2013년 3조 4천억원, 2014년 3조 6천억원, 2015년 3조 8천억원으로 증가하였다.

등급별 분석결과, 1등급은 2011년에 정점을 보이다가 점점 감소하여 2015년 4천 2백억원이 되었으며, 2등급은 2012년 정점을 보이다가 2015년 7천억원이 되었다. 3등급의 경우 매년 증가하였고 2015년 2조 6천억원이 되었다.



[그림 3-18] 재정부담 1-2인(수가 3%인상안)

등급별 분석결과, 건강보험은 2010년 1조 9천억원에서 2015년 2조 8천억원으로 분석되었고 의료급여는 2010년 6천억원에서 2015년 9천 7백억원이 되었다.

본 분석에서 수가인상은 2011년부터 가정하여 분석하였다.

&lt;표 3-21&gt; 연도별 지출 추계액(1-2 수가 3%인상안)

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	25,036	30,019	32,545	34,490	36,112	37,503
1등급	5,116	5,503	5,277	4,923	4,543	4,177
2등급	7,022	7,674	7,677	7,512	7,271	7,002
3등급	12,849	16,769	19,509	21,968	24,206	26,242
1.건강보험	18,582	22,698	24,676	26,070	27,092	27,817
1등급	3,777	4,131	3,960	3,677	3,370	3,074
2등급	5,370	5,925	5,933	5,792	5,582	5,342
3등급	9,395	12,582	14,717	16,531	18,067	19,335
(일반)	16,668	20,334	22,104	23,300	24,119	24,634
1등급	3,416	3,691	3,491	3,183	2,854	2,536
2등급	4,828	5,288	5,266	5,096	4,854	4,580
3등급	8,388	11,301	13,288	14,958	16,344	17,458
(저소득)	1,914	2,364	2,572	2,770	2,972	3,184
1등급	361	440	470	494	516	537
2등급	542	637	668	696	727	762
3등급	1,007	1,282	1,428	1,573	1,722	1,877
2.의료급여	6,454	7,321	7,869	8,420	9,020	9,686
1등급	1,339	1,372	1,317	1,246	1,174	1,103
2등급	1,652	1,749	1,744	1,719	1,689	1,659
3등급	3,454	4,186	4,792	5,438	6,139	6,907
(기초)	6,147	6,942	7,452	7,973	8,546	9,187
1등급	1,278	1,303	1,250	1,183	1,114	1,046
2등급	1,563	1,648	1,641	1,615	1,583	1,553
3등급	3,297	3,977	4,547	5,160	5,832	6,572
(기타)	307	379	417	447	474	499
1등급	61	69	67	64	60	57
2등급	89	100	103	105	106	106
3등급	157	209	246	278	307	335

주) 1. 관리운영비 제외  
 2. 2011년 이후 수가 3%인상

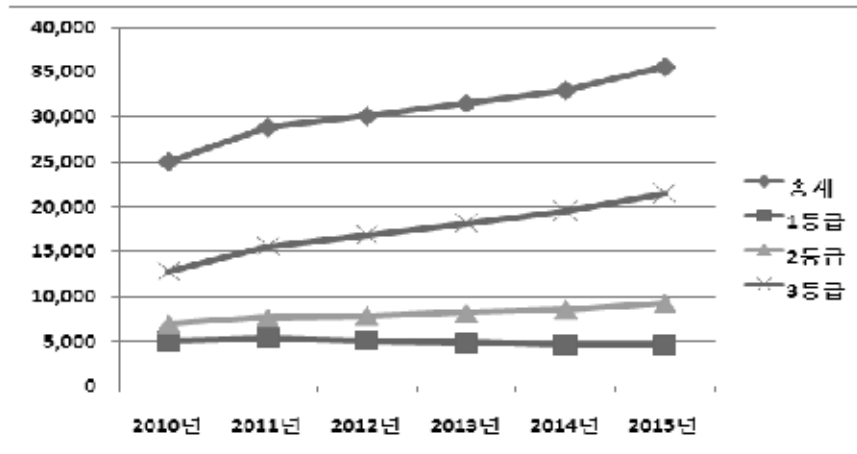
## 3) 인정자 추계 4안에 의한 재정 부담(수가 동결)

지출부분의 재정부담 시나리오 2-1안은 인정자 추계의 4안에 인정을 부분과 수가부분을 가정하여 추계하였다. 즉, 인정자 추계 4안인 노인질 환자의 유병율과 기능저하자의 발생비율을 반영한 2차 조정계수를 이용하여 추계된 인정자에 이용율 85.9%를 반영하였고, 수가는 변동 없다는 가정을 추가하여 추계하였다.

**<시나리오 2-1안>**

- 가정 ① : 인정자 추계 4안의 인정자 수를 반영  
 가정 ② : 이용율은 현 수준인 85.9%로 반영  
 가정 ③ : 수가는 인상이 없이 동결

추계 분석 결과, 2010년 2조 5천억에서 2015년 3조 6천억원으로 매년 지속적으로 증가하였고, 등급별로는 1등급이 2011년 이후 감소하여 2015년 4천 6백억원이 되었다. 2등급은 다소 증가하는 추이를 보였고, 3등급은 매년 지속적으로 증가하여 2015년 2조 2천억원이 되었다.



[그림 3-19] 재정부담 2-1인(수가 동결안)

대상자별 분석결과 건강보험은 2010년 1조 9천억원, 2011년 2조 2천억원, 2012년 2조 3천억원, 2013년 2조 5천억원, 2014년 2조 6천억원, 2015년 2조 8천억원으로 증가하였다.

의료급여 대상자는 2010년 6천 5백억원에서 2011년 6천 9백억원, 2015년 7천 6백억원으로 증가하였다.



&lt;표 3-22&gt; 연도별 지출 추계액(2-1 수가 동결안)

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	25,036	28,885	30,113	31,519	32,989	35,579
1등급	5,116	5,425	5,161	4,913	4,697	4,644
2등급	7,022	7,693	7,947	8,298	8,672	9,318
3등급	12,849	15,697	16,931	18,230	19,539	21,531
1.건강보험	18,582	22,001	23,280	24,526	25,821	27,962
1등급	3,777	4,106	3,952	3,798	3,665	3,655
2등급	5,370	6,031	6,370	6,781	7,210	7,868
3등급	9,395	11,806	12,898	13,882	14,878	16,368
(일반)	16,668	19,215	19,367	19,418	19,409	19,909
1등급	3,416	3,636	3,409	3,184	2,976	2,868
2등급	4,828	5,230	5,139	5,064	4,971	5,000
3등급	8,388	10,298	10,767	11,118	11,409	11,988
(저소득)	1,914	2,786	3,914	5,108	6,412	8,053
1등급	361	471	542	614	688	787
2등급	542	801	1,231	1,717	2,239	2,867
3등급	1,007	1,508	2,131	2,764	3,469	4,379
2.의료급여	6,454	6,884	6,833	6,994	7,168	7,617
1등급	1,339	1,318	1,209	1,114	1,032	989
2등급	1,652	1,661	1,577	1,517	1,461	1,450
3등급	3,454	3,891	4,033	4,349	4,660	5,163
(기초)	6,147	6,527	6,468	6,620	6,784	7,211
1등급	1,278	1,252	1,149	1,059	981	940
2등급	1,563	1,563	1,477	1,415	1,356	1,340
3등급	3,297	3,699	3,829	4,133	4,433	4,918
(기타)	307	357	365	374	384	406
1등급	61	66	61	56	51	49
2등급	89	98	100	102	105	111
3등급	157	192	204	215	227	246

4) 인정자 추계 4안에 의한 재정 부담(수가 3%인상)

지출부분의 재정부담 시나리오 2-2안은 2-1의 가정에 수가 인상부분만을 반영하여 지출을 추계하였다.

본 지출부분의 가정은 연도별 관리운영비 부분은 추계에서 제외하고 분석하였다.

**<시나리오 2-2안>**

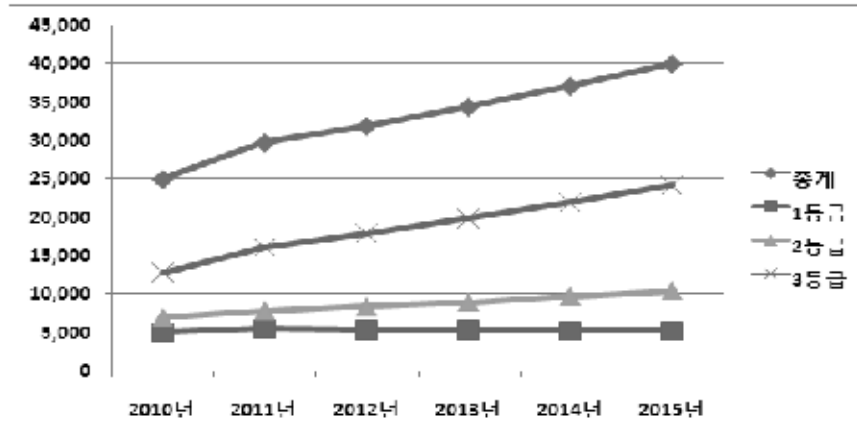
가정 ① : 인정자 추계 4안의 인정자 수를 반영

가정 ② : 이용율은 현 수준인 85.9%로 반영

가정 ③ : 수가는 3% 인상함

[그림 3-20]의 재정부담 2-2안의 등급별 추이를 보면 총 재정은 2010년 2조 5천억원에서 매년 증가하여 2015년 약 4조원으로 증가하였으며, 1등급은 2011년 5천 6백억원을 정점으로하여 2015년은 5천 2백억원으로 감소하였다.

2등급은 2010년 7천억원에서 매년 증가하여 2015년 1조원으로 증가하였고, 3등급은 2010년 1조 3천억원에서 2015년 2조 4천억원으로 증가하는 것을 추계되었다.



[그림 3-20] 재정부담 2-2인(수가 3%인상안)

대상사별 분석결과, 건강보험은 2010년 1조 9천억원에서 2015년 3조 1천억원으로 분석되었고, 의료급여 대상자는 2010년 6천 5백원에서 2015년 8천 6백억원으로 추계되었다.

건강보험 대상자는 2, 3 등급의 지출이 매년 증가하였고, 1등급은 2010년 3천 8백억원에서 2011년 4천 2백억원을 정점으로 다소 감소하여 2015년 4천 1백원으로 추계되었다.

의료급여 대상자도 건강보험대상자와 유사한 형태를 보였으며 1등급이 2015년 1천 1백억원, 2등급 1천 6백억원, 3등급 5천 8백억원이 되었다.

&lt;표 3-23&gt; 연도별 지출 추계액(2-2 수가 3%인상안)

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
총계	25,036	29,752	31,947	34,442	37,129	40,033
1등급	5,116	5,587	5,475	5,368	5,286	5,227
2등급	7,022	7,923	8,431	9,068	9,760	10,487
3등급	12,849	16,168	17,962	19,921	21,991	24,233
1. 건강보험	18,582	22,662	24,698	26,800	29,061	31,462
1등급	3,777	4,230	4,192	4,151	4,125	4,114
2등급	5,370	6,212	6,758	7,410	8,115	8,855
3등급	9,395	12,160	13,683	15,169	16,746	18,422
(일반)	16,668	19,792	20,546	21,218	21,844	22,401
1등급	3,416	3,745	3,617	3,480	3,350	3,228
2등급	4,828	5,387	5,452	5,534	5,595	5,628
3등급	8,388	10,607	11,423	12,148	12,841	13,493
(저소득)	1,914	2,870	4,152	5,582	7,217	9,061
1등급	361	485	575	671	775	886
2등급	542	825	1,306	1,876	2,520	3,227
3등급	1,007	1,553	2,261	3,021	3,905	4,929
2. 의료급여	6,454	7,090	7,249	7,642	8,068	8,571
1등급	1,339	1,358	1,283	1,218	1,162	1,113
2등급	1,652	1,711	1,673	1,658	1,645	1,632
3등급	3,454	4,008	4,278	4,752	5,245	5,811
(기초)	6,147	6,723	6,862	7,233	7,635	8,114
1등급	1,278	1,290	1,219	1,157	1,104	1,057
2등급	1,563	1,610	1,567	1,546	1,527	1,508
3등급	3,297	3,810	4,062	4,517	4,990	5,535
(기타)	307	368	387	409	432	457
1등급	61	68	64	61	58	55
2등급	89	101	106	112	118	125
3등급	157	198	216	235	255	277

수가 동결과 수가 3%인상에 따른 시나리오별 지출 추계액은 2011년 최소 2조 9천억원, 최대치 3조원이었으며 2015년 최소치 3조 3천억원에서 최대치 4조원으로 분석되었다.

<표 3-24> 시나리오별 지출 추계액

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
1-1안	25,036	29,145	30,676	31,563	32,085	33,331
1-2안	25,036	30,019	32,545	34,490	36,112	37,503
2-1안	25,036	28,885	30,113	31,519	32,989	35,579
2-2안	25,036	29,752	31,947	34,442	37,129	40,033

#### 5) 연도별 관리 운영비를 포함한 지출 추계

지출에 큰 부분을 차지하는 관리운영비는 2010년(현재)은 약 2,075억 정도가 될 것으로 추정되고 있다(공단 내부자료). 향후 관리운영비는 소비자 물가지수의 증가율을 반영하여 분석하였다. 소비자 물가지수는 약 3%의 성장을 보인다는 의견이 지배적(KDI 물가동향)이며, 이에 따라 2011년은 약 3%씩 관리운영비가 증가하는 것으로 추계하였다.

추계결과 관리운영비는 2011년 2,137억원, 2012년 2,201억원, 2013년 2,267억원, 2014년 2,335억원, 2015년 2,405억원으로 분석되었다.

&lt;표 3-25&gt; 연도별 관리운영비

(단위 : 억원)

2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
2,075	2,137	2,201	2,267	2,335	2,405

주) 소비자 물가지수 반영(3% 인상)

관리운영비와 지출추계액을 합할 경우 2010년은 2조 7천억이 될 것이며 2011년 최소 3조 1천억원에서 최대 3조 2천억원, 2015년은 최소 3조 6천억원, 최대 4조 2천억원으로 추계되었다.

&lt;표 3-26&gt; 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망

(단위 : 억원)

	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
1-1안	27,111	31,282	32,877	33,830	34,420	35,736
1-2안	27,111	32,156	34,746	36,757	38,447	39,908
2-1안	27,111	31,022	32,314	33,786	35,324	37,984
2-2안	27,111	31,889	34,148	36,709	39,464	42,438

주 1) 1-1안, 1-2안 : 인정자 1안의 가정을 반영

주 2) 2-1안, 2-2안 : 인정자 2안의 가정을 반영

#### 다. 재정추계 - 수입부분

재정 추계의 수입은 건강보험과 동일하게 지출되는 급여비(보험자 부담 부분)에 따라 수입을 계산하는 양출제입(量出制入) 방식이다. 노인장기요양보험의 재원 구성은 가입자 장기요양보험료 50%, 정부부담 20%, 본인일부담금 20%로 구성되어있다.

먼저 장기요양보험료는 건강 보험료 금액에 장기요양 보험료율을 곱

한 값으로 산출된다. 참고로 2010년은 건강보험 보험료율은 5.33%였고, 장기요양보험 보험료율 6.55%였다.

정부부담금, 즉 국고지원부분은 당해 연도 장기요양 보험료 예상 수입액의 20% 상당금액을 정부가 건보공단에 지원하고 있으며, 국가와 지자체는 의료수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 건강보험공단이 부담하여야 할 비용과 관리운영비의 전액을 대통령령으로 정하는 바에 따라 각각 부담토록 되어 있다.

본인일부부담부분은 재가와 시설에 따라 각각 장기요양급여비용의 15%, 20%를 부담한다.

장기요양보험의 수입 추계식은 다음의 <표 3-27>과 같다. 총 수입은 요양보험료 수입, 국고지원금, 의료급여 부담금, 기타수입으로 구성하였다. 본 분석은 지출추계와 같이 2011년도에는 수가가 동결되고, 2012년부터 수가가 3%인상하는 것으로 분석하였다.

<표 3-27> 재정 추계(수입 부분) 추계식

$$\sum I_{n,j} = \sum (C_{n,j} + G_{n,j} + M_{n,j} + O_{n,j})$$

$I$  = 총 수입

$n$  = 추계년도

$j$  = 대상자별(건강보험, 의료급여)

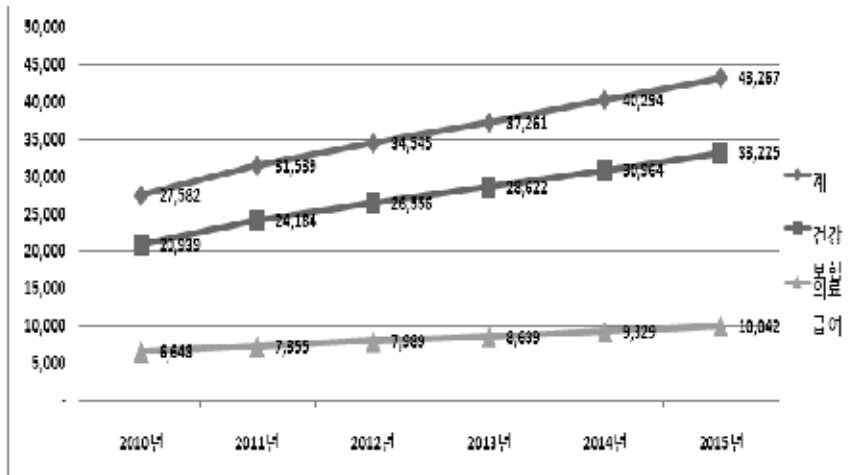
$C$  = 보험료 수입

$G$  = 국고지원금

$M$  = 의료급여 부담금

$O$  = 기타 수입

2015년까지의 수입 추계 결과 2010년 2조 8천억원으로 추계되었고, 2011년 3조 2천억원, 2012년 3조 5천억원, 2013년 3조 7천억원, 2014년 4조원 2015년 4조 3천억원으로 분석되었다. 대상자별 분석결과 건강보험 대상자가 2015년 약 3조 3천억원이었고 의료급여 대상자가 1조원으로 분석되었다.



[그림 3-21] 시나리오별 장기요양 재정 수입 추이

수입 구성항목별 분석결과 전체 요양보험료는 2010년 1조 7천억원에서 2015년 2조 8천억원으로 매년 9.6%씩 증가하는 것으로 분석되었고, 국고지원금 2010년 3천억원에서 2015년 5천억원으로 매년 10.7%씩 증가하는 것으로 분석되었다.



&lt;표 3-28&gt; 시나리오별 장기요양 재정 지출 전망

(단위 : 억원)

구 분		2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
계	수 입	27,582	31,539	34,545	37,261	40,294	43,267
	- 요양보험료	17,463	20,123	21,973	23,689	25,634	27,511
	- 국고지원금	3,323	3,883	4,395	4,738	5,127	5,502
	- 의료급여부담금	6,643	7,355	7,989	8,639	9,329	10,042
	- 기타수입	153	179	187	195	204	212
건강보험	수 입	20,939	24,184	26,556	28,622	30,964	33,225
	- 요양보험료	17,463	20,123	21,973	23,689	25,634	27,511
	- 국고지원금	3,323	3,883	4,395	4,738	5,127	5,502
	- 기타수입	153	179	187	195	204	212
의료급여	수 입	6,643	7,355	7,989	8,639	9,329	10,042
	- 지자체부담	6,400	7,059	7,655	8,279	8,940	9,624
	- 국가부담	243	296	334	360	389	418

주: 1) 2011년도 수가동결, 2012년 이후 수가 3% 증가 반영

2) 기타 수입 : 가산금 및 이자수입 등

## 제2절 중장기 재정전망

### 1. 중장기 분석 시나리오

제도 시행이 2년 지난 2010년 현재의 노인장기요양보험의 중장기 추계는 제도의 성숙을 위해 정책적으로 변동요인이 많을 것으로 보인다. 예를들면, 4등급으로 확대, 2012년에 이루어질 것으로 예상되는 등급판정체계의 변동, 서비스 질 확대를 위한 급여의 변동 등 다양한 요인들이 이루어질 것으로 예상된다.

따라서 본 연구에서 2030년까지의 중장기 재정전망은 정책적 요인인 등급확대, 수가 및 이용율의 변동 등을 제외하고 추계 값을 도출하고자 한다. 이를 통해 중장기적으로 재정 추계 수준이 일정수준인 것을 확인하고자 한다.

먼저 노인장기요양보험의 중장기 재정전망에 중요한 요인인 인정자 추계는 향후 등급확대, 판정체계 변동 등 정책적 변동 요인을 배제하고 추이만을 보고자 하였다. 현 3등급 체계에서 불확실성을 최대한 제외하고 분석하였다. 즉, 제도 확대가 없는 인정자 추계 방법인 1안과 4안을 기준으로 나누어 추계하였다. 먼저 분석 1안은 인정자 추계 시나리오 1안의 기본가정인 1년 전의 월별 증가율을 반영한 조정계수, 유병율을 미반영, 2012년 제도가 안정화됨의 가정을 따르고, 향후 등급 확대가 이루어지지 않는다고 가정하였다.

분석 2안은 인정자 추이 4안의 기본 가정을 준용하여 유병율과 기능저하자 비율의 증가를 조정계수에 반영, 등급확대는 없는 것으로 가정하고 분석하였다.

다음으로 노인장기요양보험의 지출추계를 보면 시나리오 1안은 인정자 추계 1안의 기본가정인 전년도 증가율을 반영한 조정계수, 등급확대 없다는 가정을 준용하였고, 이용율은 85.9%로 고정하였다. 또한 향후 노인인구비율이 증가하기 때문에 수가인상은 3%로 2012년 이후 증가한다는 가정을 하여 장기 추계하였다.

시나리오 2안은 인정자 추계 4안의 가정의 기본가정인 노인성질환자와 기능저하자의 비율을 반영한 조정계수, 등급확대는 없는 가정을 준용하였고, 이용율 85.9%, 수가인상은 3%로 2012년 이후 증가한다는 가정을 하고 장기 추계를 하였다.

## 2. 중장기 추계 결과

향후 중장기 재정전망에 있어 가장 중요한 요인은 인구의 변동이다. 노인 인구의 증가 또는 출산율의 감소 추이에 따라 중장기 재정은 큰 변동을 보인다. 본 분석에서의 총 인구 추이는 통계청 자료인 “연령별(전국) 추계인구”를 인용하였다. 통계청 인구추이는 매년 인구추이에 영향을 받는 요인을 반영하여 중장기 추계를 하기 때문에 가장 객관적이라고 판단하였다.

인구 추계결과, 2010년 약 48,875천명에서 2015년 49,277천명으로 5년 평균 0.16% 증가하였고, 2020년 49,326천명, 2030년 48,635천명으로 추계되었다. 총 인구는 2018년을 정점으로 감소하는 것으로 추계되었으며, 2020년 이후 10년간 연평균 0.14%씩 감소하였다.

다음으로 인정자에 큰 영향을 미치는 65세 이상 노인 인구는 2010년 5,357천명, 2015년 6,381천명, 2020년 7,701천명, 2030년은 1천만명을 넘어선 11,811천명으로 추계되었다. 2020년 노인인구비율이 15.6%로 고정

사회(Aged Society)가 되었고, 2030년에는 24.3%로 후기고령사회(post-aged society 혹은 초고령사회)<sup>18)</sup>가 되는 것으로 추계되었다.

노인장기요양보험의 중장기 재정전망에 중요한 요인인 인정자의 분석결과 1안(1년 전의 월별 증가율을 반영하고, 2012년 제도가 안정됨)은 2020년에는 노인대비 인정비율이 7.1%인 54만 4천명에 이를 것이고, 2030년에는 노인대비 인정비율 8.4%인 99만 3천 명에 이를 것으로 전망되었다.

분석 2안은 인정차 추이 4안의 가정을 준용(유병율과 기능저하자 비율의 증가를 조정계수에 반영)하였다. 이 경우 인정자 수는 2020년 7.2%인 55만 6천명이었고, 2030년의 경우 1백만명이 넘어서는 101만 7천명이 될 것으로 전망되었다. 이 경우 노인대비 인정자 비율은 8.6%이었다.

<표 3-29> 향후 총인구 및 인정자 수 추계

(단위 : 명, %)

		2010년	2015년	2020년	2030년
총인구 <sup>1)</sup>		48,874,539	49,277,094	49,325,689	48,634,571
노인인구수 <sup>1)</sup>		5,356,853	6,380,819	7,701,125	11,810,707
노인인구비율		11.0	12.9	15.6	24.3
1안 <sup>2)</sup>	인정자수	309,846	402,377	543,583	992,644
	인정자 비율 <sup>4)</sup>	5.8	6.3	7.1	8.4
2안 <sup>3)</sup>	인정자수	309,176	415,905	555,629	1,016,777
	인정자 비율	5.8	6.5	7.2	8.6

- 주: 1) 총인구 및 노인인구 수: 통계청 인구추계자료  
 2) 1안: 인정자 추계 1안의 인정자 추계 가정을 인용  
 3) 2안: 인정차 추계 4안의 인정자 추계 가정을 인용  
 4) 인정자 비율: 인정자 수를 노인인구 수로 나눈 비율

18) UN에서 정한 기준으로 노인(65세 이상을 말함) 인구가 총인구를 차지하는 비율이 7% 이상일 경우 고령화사회(ageing society), 14% 이상일 경우 고령사회(aged society), 20% 이상일 경우 후기고령사회(post-aged society)로 지칭하며, 우리나라는 2000년에 고령사회를 이미 넘어섰고, 2018년에 고령화사회, 2026년에 후기고령화사회가 될 것으로 예상된다(기준: 통계청 자료)

다음으로 노인장기요양보험의 지출추계를 보면 시나리오 1-2안(인정자 추계 1안 가정 준용, 이용율 85.9%, 수가인상 3%)의 가정에 의해 장기 추계를 할 경우 지출이 2010년 2조 5천억원으로 GDP 대비 0.23%였고, 2015년 3조 8천억원으로 GDP 대비 0.29%였으며 2030년은 13조 8천억원으로 GDP 대비 0.66%로 전망되었다.

시나리오 22안(인정자 추계 4안의 가정 준용, 이용율 85.9%, 수가인상 3%)의 가정에 의해 장기 추계를 할 경우 2015년 지출은 GDP의 0.31%인 4조원이었고, 2020년 GDP의 0.38%인 6조원, 2030년에는 GDP 대비 0.75%인 15조 7천억원으로 전망되었다.

<표 3-30> 시나리오별 장기요양보험 지출(보험자 부분) 추계

구 분		2010년	2015년	2020년	2030년
1-2 안	총액(억원)	25,036	37,503	56,871	137,715
	GDP 대비 비중(%)	0.23	0.29	0.36	0.66
2-2 안	총액(억원)	25,036	40,033	59,968	156,653
	GDP 대비 비중(%)	0.23	0.31	0.38	0.75
명목 GDP(조원) <sup>1)</sup>		1,077	1,310	1,594	2,081

주: 윤희숙 외(2010) "장기요양보험 비용 추계와 제도 확대 방향의 모색"

기존에 노인 장기요양보험의 인정자 추계와 문헌으로는 국민건강보험공단(김진수 외, 2006), 보건사회연구원(서동민 외, 2008), 한국개발연구원(윤희숙 외, 2010), 서영준 교수 연구팀(2010)과 본 연구의 추계가 있

다. 다만 앞의 두 연구인 국민건강보험공단(김진수 외, 2006)과 보건사회연구원(서동민 외, 2008)은 제도 도입 이전의 연구로서 제도 도입 후 실제적 자료를 이용하지 않아 비교 분석에서 제외하였다.

한국개발연구원(2010)과 서영준 교수 연구팀(2010)의 연구는 본 연구와 동일하게 장기요양보험 수혜대상자 중 실제 수급자를 추계한 결과이다. 분석결과 2015년 한국개발연구원(2010)의 1안인 등급관정기준과 이용률이 현 수준을 유지한다는 가정의 추계가 가장 낮은 수준인 352천명이었고, 3안인 인구비중 증가, 자연증가분을 반영한 추계가 538천명으로 가장 많았다. 본 연구의 추계는 최소 402천명, 최대 416천명으로 한국개발연구원(2010)의 2안과 유사한 수준이었다.

<표 3-31> 장기요양보험 수혜자 또는 수급자 추계

(단위: 명)

구분		2010년	2015년	2020년	2030년
본 연구 추계	1안 <sup>19)</sup>	309,846	402,377	543,583	992,644
	2안 <sup>20)</sup>	309,176	415,905	555,629	1,016,777
한국개발연구원 (2010)	1안 <sup>21)</sup>	275,000	352,000	437,000	658,000
	2안 <sup>22)</sup>	310,000	413,000	514,000	773,000
	3안 <sup>23)</sup>	310,000	538,000	963,000	1,453,000
연세대 서영준 교수팀(2010) <sup>24)</sup>		-	365,000	472,000	754,000

19) 가정:제도 안정, 계절적 요인이 반영된 조정계수 반영, 등급 확대 없

20) 가정:절적 요인, 유병율, 기능저하자 비율이 반영된 조정계수 반영, 등급확대 없음

21) 가정:장기요양보험등급관정기준과 인구특성별 이용률이 현재 수준을 유지

22) 가정:장기요양보험제도 시행 9년 후인 2011년까지는 현재의 장기요양서비스 이용률이 증가하다가 이후에는 인구구조와 특성의 변화에 따라 이용률이 안정됨

23) 가정:장기요양보험 수혜대상자 확대정책으로 인해 2020년까지 장기요양보험수혜 필요 인구 비중 추정치 12.5%를 대상으로 모두 포괄하고, 이후에는 인구특성변화에 따른 자연증가분만이 반영됨

24) 가정:한국개발연구원(2010)이 제시한 1안을 기초로 하여, 최근 박유성 교수(2010)가 1997~2005년의 사망자 통계를 바탕으로 사망 패턴이 연령·성별·계

다음으로 재정추계 결과, 2015년의 경우 한국개발연구원의 1안이 3조 6천억으로 가장 적었고, 동 연구의 3안이 5조 3천억으로 가장 많았다. 본 연구와 연세대 연구팀의 연구가 37천명으로 유사하였으며, 2030년의 경우 본 연구의 2안 15조 7천억원으로 가장 많았고, 한국개발연구원의 1안이 6조 7천억원으로 가장 적었다.

<표 3-32> 장기요양보험의 중장기 재정추계 결과

(단위: 억원)

구분		2010년	2015년	2020년	2030년
본 연구 추계	1안 <sup>25)</sup>	25,036	37,503	56,871	137,715
	2안 <sup>26)</sup>	25,036	40,033	59,968	156,653
한국개발연구원 (2010)	1안 <sup>27)</sup>	28,031	35,956	44,755	67,256
	2안 <sup>28)</sup>	31,612	42,244	52,581	79,016
	3안 <sup>29)</sup>	31,612	52,761	90,513	136,425
연세대 서영준 교수연구팀(2010) <sup>30)</sup>		-	37,284	48,339	77,068

주) 본 연구 추계는 관리운영비 미반영, 여타 연구는 반영 여부에 대한 내용 없음

질·질병에 따라 어떻게 달라지고 있는지 변화추세를 반영하고, 의학기술의 발전 변수를 추가해 미래의 인구변동을 새로 추계한 연구결과를 이용하여 추계함

25) 가정:인정자 추계 1안, 2012년 이후 수가인상 3% 이용율 유지

26) 가정:인정자 추계 4안, 2012년 이후 수가인상 3% 이용율 유지

27) 가정:장기요양보험등급완정기준과 인구특성별 이용률이 현재 수준을 유지

28) 가정:장기요양보험제도 시행 9년 후인 2011년까지는 현재의 장기요양서비스 이용률이 증가하다가 이후에는 인구구조와 특성의 변화에 따라 이용률이 안정

29) 가정:장기요양보험 수혜대상자 확대정책으로 인해 2020년까지 장기요양보험수혜 필요 인구 비중 추정치 12.5%를 대상으로 모두 포괄하고, 이후에는 인구특성변화에 따른 자연증가분만이 반영됨

30) 가정:한국개발연구원(2010)이 제시한 1안을 기초로 하여, 최근 박유성 교수(2010)가 1997~2006년의 사망자 통계들 바탕으로 사망 패턴이 연령·성별·계절·질병에 따라 어떻게 달라지고 있는지 변화추세를 반영하고, 의학기술의 발전 변수를 추가해 미래의 인구변동을 새로 추계한 연구결과를 이용하여 추계함

각 연구들은 몇 가지 가정과 변수에 차이가 있다. 또한, 등급 관정의 변화, 등급의 확대 등 정책적 고려사항이 있다. 따라서 중장기 추계이기 때문에 어떤 연구가 정확한지는 단정하기는 어려우나 추계 변수의 가정과 변수에 따라 추계가 달라질 것이다. 향후 정확한 추계를 위해서는 중장기 계획 수립되어야 할 것이다.

OECD 주요국은 우리나라에 비해 노인인구비율이 높으면서 인정자 수도 높은 수준이다. 보통 주요국은 2030년 우리나라와 같은 노인비율이 24.3%이면 인정자 비율이 10% 이상이 되지만, 우리나라는 저렴한 보험료로 제도 도입에 따른 거부감은 적게 하면서, 중증보호대상자 중심의 서비스로 안정적이고 지속적인 제도운영이 가능하도록 시작(장제혁 외, 2010)되었기 때문에 OECD 주요국에 비해 인정자 수가 다소 적은 수준이다.

OECD 국가의 평균을 보면 2000년을 기준으로 이미 0.99%를 넘어서고 있으며, 우리나라의 전망수준인 2030년 0.75%는 낮은 수준으로 예상된다.

<표 3-33>을 보면, 노인비율이 약 15%가 이를 때 우리나라는 GDP 대비 지출 비율은 7.1%~7.2%를 예상하지만 OECD 주요 국가 중 오스트레일리아 0.86%, 노르웨이 1.85% 수준으로 우리나라보다 높은 수준을 보인다. 향후 우리나라도 제도의 확대를 통해 공공지출 부분의 확대가 필요한 부분이다.



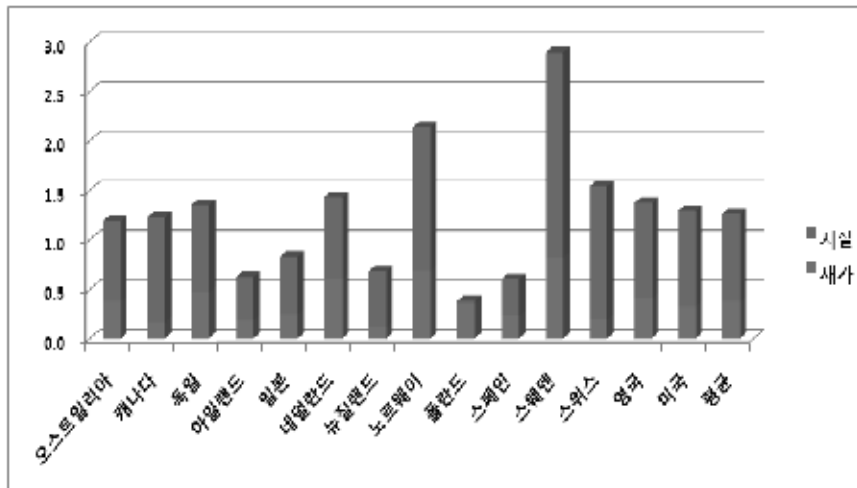
&lt;표 3-33&gt; GDP 대비 장기요양보호 지출 비율, 2000년 기준

(단위 : %)

	노인 비율	Total expenditure			Public expenditure		
		home care	institu- tions	total	home care	institu- tions	total
오스트리아	15.5	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86
캐나다	12.5	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99
독일	16.4	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95
아일랜드	11.2	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52
일본	17.4	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76
네덜란드	13.6	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31
뉴질랜드	11.7	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45
노르웨이	15.2	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85
폴란드	12.2	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37
스페인	16.9	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16
스웨덴	17.3	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74
스위스	15.3	0.20	1.34	1.54	-	-	-
영국	15.9	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89
미국	12.4	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74
<b>평균</b>	<b>14.5</b>	<b>0.38</b>	<b>0.88</b>	<b>1.25</b>	<b>0.35</b>	<b>0.64</b>	<b>0.99</b>

자료: "OECD, 노인장기요양보호, 2007" 수정 인용

대부분의 국가가 앞으로 20~30년에 걸쳐 노인 인구의 가파른 증가로 인해 지출 증가가 가속화 될 것이라는 예상하고 있다. 또한 장기요양보호에 대한 공공예산이 2050년경에는 GDP 비율로 두 배가 될 것임을 시사(OECD, 노인장기요양보험, 2007)하고 있어 비용면에서 감당할 수 있도록 설계·유지하는 것에 초점을 맞추고 있다.



[그림 3-22] GDP 대비 장기요양보험 지출

이로 인해 우리나라도 제도의 확대 설계에 있어 공적 체계의 수용능력과 비용부담을 걱정하고 있지만 현 수준의 우리나라 장기요양보험 서비스 제공체계는 소수 집중형으로 주요 선진국의 수준에 비해 많이 부족한 것이 현실이다.

물론 본 추계 분석은 현 제도가 기존 가정(조정계수, 유병율, 기능저하자 비율, 이용율, 수가 등)에 따라 큰 변동 없이 2030년까지 유지된다는 가정으로 분석되었기 때문에 재정이 과소 추정 될 수도 있다. 하지만, 실제치는 기존 가정에 큰 변동이 없을 경우 재정 변동도 크지는 않을 것이다. 따라서 제도의 안정적 대상자의 확대 부분과 지원 규모의 부분은 고려해야 할 것이다.

## 제4장 결론 및 정책제언



## 제4장 결론 및 정책제언

### 제1절 결론 및 연구의 제한점

노인 장기요양보험은 제도를 시행한지 2년이 지나가고 있다. 제도의 안정적인 정착과 향후 지속적인 발전을 위해서는 정확한 재정 예측이 필수적이라고 할 수 있다.

본 연구에서는 노인 장기요양보험의 신청자, 인정자, 요양시설 등 수요와 공급 측면을 파악한 후 국내외의 재정 추계 사례를 검토하였다. 이를 토대로 고려변수에 따른 시나리오를 구성하고, 장기요양보험의 인정자, 지출, 수입을 추계하였고 향후 운용전망을 제안하였다.

장기요양보험의 인정자는 전체 인구에서 인정자 판정에 가장 큰 영향을 미치는 노인성 질환 유병율과 기능저하자 비율, 그리고 등급 확대 여부를 중요 고려 변수로 가정하였다. 또한, 신규인정자, 재신청자, 갱신 탈락자, 사망자의 각각 요인에 따른 조정계수를 반영한 가정별 6가지 시나리오로 추계하였다.

추계 결과 2010년은 최소 309,176명, 최대 309,846명이었고, 2011년 최소값이 342,896명, 최대값이 347,848명, 2015년은 최소 402,377명, 최대 565,565명으로 분석되었다.

다음으로 인정자의 변동에 따라 가장 큰 영향을 받는 재정 지출의 추계는 가정을 최소화하여 분석하였다. 즉, 정책적으로 통제가 가능한 등급 확대의 가정은 분석에서 제외하고 지출 추계를 하였다. 따라서 주요

고려변수로는 인정자 추계 1과 4의 고려변수와 장기요양보험 이용률, 수가 인상여부에 따라 시나리오별 분석을 하였다.

분석결과 2010년 2조 5천억원에서 2011년은 최소 2조 9천억원, 최대 3조 2천억원 이었고, 2015년은 최소 3조 3천억원, 최대 4조원으로 분석되었다. 연도별 관리운영비를 포함한 수치는 2011년 최소 3조 1천억원, 최대 3조 2천억원, 2015년 최소 3조 6천억원, 최대 4조 2천억원으로 추계되었다.

장기요양보험의 수입은 건강보험과 동일하게 양출제입(量出制入)의 방식을 따르며 주요 수입 항목으로는 보험료 수입, 국고지원금, 의료급여 부담금, 기타 수입 등을 들 수 있다. 분석결과 2010년 2조 8천억원에서 2015년 4조 3천억원으로 분석되었다.

이에 따른 중장기 인정자는 2030년 총인구의 8.4%~8.6%가 인정자가 될 것으로 예상되고 재정은 GDP 대비 0.66%~0.75%가 될 것으로 전망된다. 이는 OECD의 국가보다 낮은 수치로 향후 재정을 고려한 인정자 수 확대 및 혜택을 확대할 필요성이 있다.

노인장기요양보험의 운용전략을 수입과 지출 측면을 제도의 지속가능성에 중점으로 두고 제언에서 상세하게 다루기로 한다.

연구의 제한점으로 다음의 몇 가지를 들 수 있다. 첫째, 장애 발생을의 반영이다. 노인장기요양보험은 치매나 중풍 등 노인성 질병에 의해 영향을 많이 받지만, 장애로 인해 등급 판정을 받은 비율도 상당하다. 2009년 6월 말 현재 약 2,419,444명의 장애인들이 등록되어 있으며 이중 1등급은 약 220,403명으로 이들 중 상당수가 노인장기요양보험의 대상자가 되고 있다. 물론 본 분석에서는 기능저하자로 이 요인에 대한 고려가 이루어 졌지만 향후 분석에서는 더욱 자세한 영향을 분석해야 할 것이다.

둘째, 연령의 구분을 들 수 있다. 본 분석은 연령 즉 65세 이상 인구와 후기 노령인구에 해당하는 80세 이상에 대한 고려가 미흡하다. 이들은 노인성질환의 유병율과 기능저하자 비율로 일부 상쇄되기는 하지만 노인장기요양보험의 수발 필요도가 높은 집단의 반영이 필요할 것으로 생각된다. 또한 기간이 지날수록 노인인구가 증가되는 상황에서 이들의 영향 분석이 향후 요구된다.

셋째, 가족구조 변화에 따른 비공식 수발 이용 가능성 등 외생적 요소들을 들 수 있다. 우리나라는 대가족 사회에서 핵가족 사회로 변화되었고, 출산율의 저하로 노인을 부양하는 자식들의 수도 점점 줄어들고 있다. 또한 현재는 결혼 연령이 증가하고, 출산에 대한 욕구도 점점 줄어들고 있어 공식 수발 서비스는 비공식 수발 서비스에 상당한 영향을 미칠 것으로 판단된다.

넷째, 기초 자료가 되는 통계청 인구를 들 수 있다. 본 추계에 기반인 인정자 추계는 통계청 인구 추계자료를 기반으로 하고 있다. 아직 논란의 소지가 있지만 고려대 경제연구소는 통계청 인구 추계가 성별, 연령별 인구 구조가 상이한 부분, 출생자수와 사망자수의 조사와 집계 방법의 부정확성, 우리나라 인구추계 방법의 문제 등 몇가지 요인에 문제점이 있다고 발표하였다. 인정자 추계가 통계청 자료에 기반을 두고 있고, 추계에 큰 영향을 미치지 때문에 통계청 추계의 논란은 곧 인정자 추계의 부정확성에 이어지기 때문에 문제점에 대한 고려를 충분히 하여야 할 것이다.

## 제2절 정책 제언

앞서 대상자 추계와 재정추계 결과를 보면, 2015년까지 최소 402,377명의 대상자(등급확대 없음)와 3조 3,331억원(등급확대 없음, 수가인상 없음)의 비용이 소요될 것으로 추정되고 있으며, 최대 565,565명(등급확대 있음)의 대상자와 4조원(등급확대 없음, 수가인상 3%)으로 전망되고 있다. 이는 GDP 규모의 0.29%~0.31%를 차지하는 규모로 도입 7년을 예측할 때 일본이나 독일에 비해 낮은 수준의 예측값을 보여준다. 우리나라의 제도는 도입에 따른 거부감을 적게 하면서, 중증보호대상자 중심의 서비스로 안정적이고 지속적인 제도운영이 가능하도록 시작(장재혁 외, 2010)되어 대상자 및 재정이 OECD 주요 국가에 비해 적다.

하지만, 향후 제도의 질 확대 및 내실화를 위해서 판정체계 변동, 4등급의 확대, 서비스 범위 확대 등 정책적 변화로 인정자 및 재정이 증가될 요인이 있다. 또한, 현재(2010) 전체 노인인구의 약 5.8% 수준에 머무르고 있는 이용자 수가 향후 점진적으로 늘어날 것으로 예상된다. 따라서 향후 인구 고령화와 수발노인이 증가 등으로 사회가 부담해야 하는 경제적 부담 역시 급격하게 증가할 것이다.

따라서 장기요양보험의 내실화와 재정적 지속가능성을 위해 중장기적으로 수입과 지출에 대한 재정운용 전략 수립이 필요할 것이다. 제도와 재정 모든 측면에서 고려할 수 있는 사항에 대해 대안을 마련할 필요가 있을 것이다. 중장기적 재정운용에 대한 정책과제를 정리하면 수입과 지출측면으로 대별하여 기술할 수 있다.

첫째, 수입측면에서 재원확보를 위한 방법으로는 보험료, 국고지원 그리고 기타 재원 조성이 있을 수 있다. 보험료 부분은 앞서 추계에서



제시한 것처럼 다양한 조건에서 보험료 인상이 항상 함께 해야 할 것으로 보인다. 왜냐하면 장기적으로 노인인구가 지속적으로 증가할 것이고 수발이 필요한 보호 노인 역시 증가할 것이기 때문이다. 따라서 수발 노인을 위한 사회적 부담은 지속하여 증가할 것으로 보이며, 일정 시점에서 노인의 의료비보다 요양비 비중이 역전될 수도 있을 것으로 내다보인다.

다음으로 건강보험 보험료에 연동하여 징수하고 있는 노인장기요양보험료의 관리운영 문제를 짚어봐야 할 것이다. 향후 지속적으로 증가할 재정을 건강보험 보험료에 연동할 경우 건강보험 재정의 지속가능성에도 영향을 미칠 것으로 판단된다. 2010년 건강보험료의 6.55%를 부담하고 있으나, 2050년 경에는 80% 수준으로 상향조정되어야 한다는 주장이 제기(서영준, 2009)되고 있어, 건강보험과 장기요양보험 보험료를 함께 부과하고 징수하는 것에 대한 회의가 제기될 것으로 보인다.

즉, 건강보험과 장기요양보험 모두 보험료 납부에 대한 순응성이 떨어질 것이기 때문에 재정증가요인이 다른 두 보험의 보험료를 분리하는 것이 더 바람직하다는 주장이 제기될 수 있다. 따라서 제도가 안정된 이후에 보험료 부과 및 징수에 대한 사항을 보다 심도있게 논의할 필요가 있을 것이다.

한편, 현행 건강보험과 장기요양보험의 분리 고지 및 독립회계보다는 통합을 주장하는 입장도 있다(이윤환, 2010). 이는 관리운영의 효율화뿐만 아니라 재정통합을 통해 위험분산을 확대하고자하는 취지에서 그러한 주장이 제기되고 있다. 하지만, 반대 역시 크다. 건강보험의 재정악화 가능성이 크기 때문에 통합할 경우 장기요양보험의 재정악화는 물론 관리운영 비대화 등의 부작용을 우려하기 때문이다(권용진, 2010)

둘째, 국고지원은 현재 예상보험료 수준의 20%이지만 실제로 차입되

는 국고지원 규모는 20%에 미치지 못하고 있다. 2009년의 경우 전체 보험료 수입은 11,371억원이며, 국고지원금인 2,044억원은 17.97%에 상당하는 금액이다. 2010년 지원된 국고지원도 전체 보험료의 18% 수준이 될 것으로 예상되고, 사후 정산도 계획되어 있지 않다.

국고지원 미지급부분에 대한 사후 정산 제도를 추진 중에 있으나 실제 가능성은 크지 못하다. 건강보험의 국고지원 역시 같은 맥락에서 지원되고 있는데 장기요양보험에서 사후 정산제도를 도입할 경우 건강보험도 함께 적용을 받게 되기 때문에 총 재정에 미치는 파급 효과는 클 것이다. 또한, 건강보험의 국고지원에 대해서는 2011년까지로 규정되어 있는 법령 개정 작업을 준비하고 있다. 향후 고령화 사회로 인한 국가의 재정적 부담을 우려한 기획재정부는 국고지원 금액 자체를 축소하거나 급여비 사용처에 대한 사항을 보다 명확하게 요구하여 비용을 절감하고자 할 것으로 예측된다. 2006년 ‘건강보험재정건전화특별법’ 시행 만료에 따른 국고지원 법령 개정에서도 같은 논의가 쟁점이 되었기 때문이다.

따라서 노인장기요양보험의 국고지원에 대해서도 같은 맥락의 요구나 조건 등이 제기될 수 있기 때문에 그에 대한 대처와 장기요양 급여비 사용처(대상, 서비스 내용 등)에 대한 구분도 확실히 해둘 필요가 있다. 이 경우 가장 효과적인 대응이 저소득계층의 국민기초생활대상자로의 편입 또는 의료급여 대상자로의 편입이다. 이때 의료급여보다는 국민기초생활보장제도의 대상자 편입이 국가책임을 강화할 수 있는 보다 나은 대안이기도 하다.

셋째, 보험료와 국고지원을 제외한 수입은 기타 부분으로 볼 수 있는데, 2008년 이후 급속하게 늘어나는 국민연금 수령자와 이들의 장기요양 인정에 대한 부분을 고려할 필요가 있다. 즉, 연금 수급자가 장기요양 인정자가 되어 서비스를 이용할 경우 연금공단에서 장기요양보험을 관리

하는 건강보험공단으로 재정을 이전하여 관리하는 방안도 검토할 필요가 있다. 이렇게 될 경우 비용의 효과적인 관리가 가능할 것으로 판단된다. 물론 개인 재산권 침해의 소지도 있지만 연금 수급으로 생활하는 노인이 인지기능이 떨어지거나 판단이 어려운 상황에서 장기요양 인정자가 될 경우에 이에 대한 관리측면이 문제가 될 수 있기 때문에 효과적인 개입의 여지가 있다.

대분류 중 지출 측면에서는 보다 효과적인 지출 억제대책 마련이 필요할 것으로 보인다. 먼저 제도적 측면에서 도입초기 쟁점이 되어 현재 까지도 논쟁이 되고 있는 가족요양보호사 문제이다. 도입 초기 1.4%에 그쳤던 동거가족요양보호사 비율이 2010년 6월 현재 26.3%까지 확대되었고, 비동거가족요양보호사까지 파악할 경우 약 40%까지 가족에 의한 요양급여를 제공받고 있는 것으로 조사되고 있다(국민건강보험공단, 2010).

<표 4-1> 수급자 중 동거가족요양보호사 및 급여비 비율

구 분	2008년 8월	2008년 12월	2009년 12월	2010년 6월 현재
동거가족요양 보호사 비율	1.4%	4.4%	20.1%	26.3%
급여비 비율 <sup>1)</sup>	1.6%	4.0%	19.9%	22.4%

주: 전체 급여비 중 동거가족요양보호사가 제공하는 방문요양 급여비 비율

이처럼 가족요양보호사에 의해 제공되는 급여비에서 편법이나 부당 행위인 교차요양 또는 비동거가족요양 급여로 지출되는 비용 역시 상당한 규모를 차지할 것으로 예측하고 있다(국민건강보험공단 내부자료, 2010). 외국의 경우 요양서비스를 제공하는 인력에 대해 가족관계를 인정하는 경우와 그렇지 않은 경우가 있는데 가족관계를 인정하는 경우에

는 서비스 자체를 인정하지 않는 일본, 서비스를 인정하되 조건을 두는 네덜란드, 미국이 있다. 가족관계를 인정하지 않는 경우는 독일, 영국 등이 있으며, 이들 국가는 자격에 상관없이 가족이 요양서비스를 제공하더라도 타인이 제공하는 경우와 동일하게 서비스에 대한 급여비를 제공하고 있다.

결국, 가족요양보호사 제도를 정비하여 가족의 요양서비스 제공을 인정할 경우 가족들이 불필요하게 요양보호사 자격증을 취득할 필요가 없어 사회적 비용도 절감되고, 서비스 인정에 대한 비용을 일반 비용보다 축소하여 지급할 수 있을 것이다. 다만, 요양보호사 자격을 취득한 경우는 직업으로서 전문성을 인정하여 공정한 서비스 제공 댓가를 제공하는 것이 바람직 할 것으로 보인다. 물론 자격시험제도가 보다 더 정비되고 자격의 전문성이 향상된다는 것이 전제가 되어야 할 것이다.

제도적 측면에서 현행 등급판정 및 서비스 이용합리화가 필요할 것이다. 등급판정이 수발중심으로 치우쳐 인지기능 장애를 가진 경증치매 환자의 경우에는 효과적인 등급판정이 되고 있지 못하다(원병길 외, 2009). 또한 서비스 이용에서도 재활이나 작업치료에 대한 서비스가 부재하여 합리적이고 비용효과적인 서비스 제공에 한계를 갖고 있다(양영애 외, 2009). 따라서 등급판정체계를 정비하고 등급외자 또는 잠재적 인정자의 진입을 억제할 수 있는 프로그램을 개발하여 재정절감에 기여할 필요가 있다.

일본과 독일의 지역포괄지원센터 및 수발지원센터는 좋은 예가 될 것이다. 이들 국가들은 제도도입 이후 5년에서 10년의 경험을 토대로 노인 삶의 질 향상과 재정절감 그리고 제도의 지속가능성을 제고하기 위해서는 요양서비스 제공보다는 예방사업의 활성화가 보다 필요하다는데 동감하고 이를 위한 사업을 시행하고 있다. 따라서 우리도 노인성 질환

예방사업을 위해 지자체, 건강보험 및 장기요양보험 모두가 체계적으로 노력할 필요가 있을 것이며, 이를 위한 관리주체 또는 사업주체를 검토할 필요가 있을 것이다.

더불어, 건강보험과 장기요양보험의 본질적 서비스 제공에 대해서 연계가 필요하다. 서비스 연계 또는 조정 그리고 통합의 방법은 단순 연계를 넘어 통합까지 다양하고 앞서 언급한 것처럼 관리운영에서 재정까지 통합하는 방안도 제시되고 있다(이윤환, 2010). 하지만 보다 근본적인 개선을 위한 노력이 필요하다. 예방사업에서도 언급하였듯이 지자체, 지역복지서비스, 지역복지협의회 그리고 건강보험 및 장기요양보험 등 다양한 주체와 서비스가 노인을 대상으로 이루어지고 있다. 이에 대한 효과적인 통합 또는 관리운영주체의 조정 또는 연계를 먼저 고려하는 것이 우선과제일 것으로 보인다. 제도도입 3년차를 즈음하여 이와 같은 문제의식을 갖고 보다 근본적인 대안 마련을 위한 연구가 필요할 것으로 판단된다.

둘째, 지불제도의 개편도 장기적으로는 고민할 대상이다. 현행 인두제 및 DRG 성격의 지불제도를 선제적으로 총액계약제 형태로 전환하여 지출증가 억제 기전을 마련할 필요가 있다. 건강보험의 지불제도 개편이 쉽지 않은 것처럼 공급자의 지위나 가입자의 요구가 강화될수록 이해당사자간 합의가 어려운 점을 고려하면, 보험자로서 조기에 조정기능에 충실하여 지불제도를 개편할 필요가 있는 것이다. 지불제도를 총액계약제 형태로 전환하면 전향적(prospective)으로 재정지출을 예측할 수 있어 보다 효과적으로 지출절감에 기여할 수 있을 것이다.

셋째, 중산층 이상의 노인을 위한 노인전용 거주시설을 마련하고 장기요양 인정자들이 거주 시설에서 재가에서 서비스를 받을 수 있도록 할 경우 비용 절감에 기여할 수 있을 것으로 판단된다.

현행 장기요양등급자 이외에 수요자는 자식이 부양을 맡지 않을 경

우 시설에 입소하거나 자신 또는 부부가 자가주택에서 지내야 하나, 환경, 주거시설 등이 열악하여 문제가 되며, 자녀들이 부양하지 못하여 요양병원에 입소시키는 경우도 있다. 결과적으로 급성기 병상 이후나 경중의 치매, 뇌졸중 및 요보호 질환자를 대상으로 하는 거주시설(residential services)<sup>31)</sup> 서비스가 요구되고 있지만 현재 우리나라에는 이같은 시설이 턱없이 부족하고, 영리화되어 있어 개인이 감당하기 어려운 구조를 보이고 있다.

실제, 스웨덴의 경우 일반주거시설과 특수주거시설(Special housing)을 운영하고 있는데, 광역자치단체인 county council은 2008년 새로운 일반주거시설 1,700개소를 건립하고, 430개소를 리모델링하여 4억9천만 크로나를 투입하였다. 또한 기초지방자치단체인 municipality는 특수한 지원이 필요한 노인들을 위해 특별 주거시설을 설립하여 서비스를 제공하고 있다. 이 시설은 municipality가 노인의 상태를 평가하여 배정하며, 24시간 상주인력이 서비스를 제공하고 있다. 특히 municipality는 상주 간호사로 하여금 치료서비스 일부를 담당하도록 책임을 지고, 광역 자치단체인 county council은 필요한 의학적 서비스를 의사를 통해 제공하는 구조를 갖고 있다. 2007년 기준, 65세 이상 95,232명의 노인이 특별주거시설에 영구 거주하고 있으며, 전체 65세 이상 노인의 6.2%이며, 입소자 중 30%가 1년 이상 특수 주거시설에서 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다. 연간 증가율은 감소하는 추세로 2000년의 121,305명에서 2007년 95,232명으로 감소하였는데 이는 일반 주거시설 및 개인가구에서 서비스를 제공받는 경우가 늘어났기 때문이다. 이러한 선진국의 예를 볼 때 우리나라에서도 노인 주거시설에 대한 대책을 장기요양보험제도와 함께 고

31) 거주시설은 노인이 스스로 일상 생활을 수행할 수 있도록 환경, 설비 등을 마련하고, 필요한 서비스(케어 및 치료 서비스 일부)를 받을 수 있도록 편의사양이 갖춰진 시설을 의미함

민해야 할 시기인 것이다.

따라서 노인을 대상으로 필요한 적정 거주시설을 제공하거나 국가가 일부 비용을 보조할 경우 장기요양 급여비 지출 절감에 상당부분 기여할 것으로 판단된다. 국가가 직접적인 노인전문 거주시설의 제공이 어렵다고 하더라도 간접적 지원과 함께 앞서 언급한 국민연금이나 개인 자산의 역모기지론 등을 활용한다면 주거시설에 대한 재원마련은 어렵지 않을 것으로 보인다.

마지막으로 장기요양 예방서비스를 통한 재정 절감이 필요하다. 노인층을 대상으로 예방활동을 통해 일상생활기능의 지속 시간을 늘리고, 이로 인해 등급외자를 등급내자로 진입 시기를 늦추는 노인성 질환 예방사업의 확산이 필요하다. 이를 위해서는 지역사회와 연계하여 정기검진, 운동, 건강증진 교육, 만성질환관리 사업 등의 활동을 전개하는 것이 필요하다.





## 참고 문헌



## 참고 문헌

- 장은영·조영태·신호성·김나연, 「건강수명의 사회계층간 형평성과 정책과제」, 한국보건사회연구원, 2008.
- 국민건강보험공단, 『노인장기요양보험 통계월보』, 각 월별.
- 국민건강보험공단, 『노인장기요양보험 재정추계(2009~2013년)』, 공단 내부자료, 2008.
- 국민건강보험공단, 『노인장기요양보험 주요 추진현황』, 공단 내부자료, 2008.
- 국민건강보험공단, 『2008 노인장기요양보험 시범사업 운영 결과』, 2008.
- 김동희·김형석, “인구추계”, 김두섭·박상태·은기수(편), 『한국의 인구』, 통계청, 2002.
- 김용익 외. 건강보험재정설계연구. 국민의료보험관리공단 2000.
- 노인장기요양보험 실행추진단, 『노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영결과』, 국민건강보험공단, 2007.
- 배성일 외, 『건강보험 중·장기 재정운용 방안』, 국민건강보험공단, 2008.
- 보건복지가족부, 『요양보호사 및 장기요양기관 인프라 확충 사업 안내』, 2007.
- 보건복지가족부, 『2009 노인보건복지 사업안내』, 2008.
- 양영애 외, 『장기요양 재활서비스 도입 및 활성화 방안 연구』, 국민건강보험공단·인제대학교 산학협력단, 2009

- 엄기욱·배진희·박인아·조무현, 『요양보호사의 교육·자격제도 및 처우 개선방안』, 군산대학교 산학협력단, 2009.
- 연병길 외, 『치매환자의 특성을 고려한 장기요양서비스 개선 방안 연구』, 국민건강보험공단·한림대학교 산학협력단, 2009.
- 오영호·조재국·최병호·이신호·이상영·박재용·김진현·지영건·박수경, 『의료공급 중장기 추계』, 요양급여비용연구기획단·한국보건사회연구원, 2006.
- 이삼식·신윤정·안선덕·김필숙·김형석, 국민연금 재정추계를 위한 인구전망 및 모형구축. 한국보건사회연구원·국민연금연구원 2007.
- 이상림·조영태, H-P 기법을 이용한 기초자치단체의 장래인구 추계, 한국인구학; 28(1):147-72, 2005.
- 이윤환, 『의료와 장기요양 서비스 연계 강화』, 선진화 위원회 자료집, 2010
- 이혜훈 외. 건강보험재정확충방안에 관한 연구. 한국개발연구원·국민건강보험공단 2001.
- 전광희·김태현·조영태. 장래인구추계의 개괄, 장래인구추계를 위한 출산·사망 예측모형의 개발에 관한 연구. 통계청·인구학회; 2005.
- 정경희 외. 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사. 한국보건사회연구원 2005.
- 정홍원 외. 의료보험재정 안정성 확보를 위한 정책안 설계. 삼성경제연구소 1999.

- Adelina C., *The English System of Long-term Care*. Enepri Research Report no.74, 2010.
- European Commission, *Long-term Care in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2008.
- Eurostat, *Demographic Projections*, 2004.
- Erika S. *The Long-term Care System in Denmark*. Enepri Research Report no.73, 2010.
- Erika S. *The Long-term Care System in Germany*. Enepri Research Report no.78, 2010.
- Esther M. *The Dutch System of Long-term Care*. Enepri Research Report no.90, 2010.
- Evashwick C. *The Continuum of Long-term Care*. 3rd ed. New York: Thompson Delmar Learning, 2005.
- Hamilton, C. and Perry, J., A Short Methods for Projecting Population by Age from One Decennial Census to Another, *Social Forces* 41(2): 163-70. 1962.
- Hinde, Andrew., Population Projection, *Demographic Methods*. New York: Arnold. 1998.
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J (eds.), *Funding health care : options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
- Keyfitz, Nathan., The Social and Political Context of Population Forecasting, in Chapter 6, *The Politics of Numbers*, edited by William Alonso and Paul Starr. New York: Rusell Sage. 1987.
- OECD, *OECD Health Data*, 2009.

OECD, *Long-term Care for Older People*, The OECD Health Project, 2005.

Smith, S.K., J. Tayman, and D.A. Swanson, An Evaluation of Population Projections by Age, *Demography* 40(4): 741-57, 2001.

장기요양보험개혁

연방보 건부(2009). Pflegereform 2008.

[http://www.bmg.bund.de/eln\\_151/nn\\_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbeginn-Pflegereform-2008.html](http://www.bmg.bund.de/eln_151/nn_1168762/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/P/Glossarbeginn-Pflegereform-2008.html)

연구보고서 2010-22

노인장기요양보험 증장기  
재정운용전망과 정책과제

발행일 : 2010. 12. 17.

발행인 : 정형근

편집인 : 정우진

발행처 : 국민건강보험공단 건강보험정책연구원  
서울특별시 마포구 독막길 24(염리동 168-9)

대표전화 : 1577-1000 / FAX: 02)3270-9840

홈페이지 : [www.nhic.or.kr](http://www.nhic.or.kr)

인쇄처 : 금영인쇄

불법복사는 지적재산을 훔치는 범죄행위입니다.

저작권법 제 97조의 5(권리의 침해죄)에 따라 위반자는 5년 이하의 징역 또는 5천만원 이하의 벌금에 처하거나 이를 병과할 수 있습니다.