

노인장기요양보험의 운영 성과 분석

이기주*

국문초록

급격한 고령화 속도와 가족 부양기능의 약화에 따라 고령자에 대한 요양서비스의 사회화 욕구에 따라 노인장기요양보험제도가 도입되었다. 지난 7년간의 제도 운영을 통해 고령자에 대한 돌봄서비스를 체계적으로 제공하고, 요양보호사라는 여성 유휴인력의 일자리 제공에도 기여한 것이 사실이다. 또한 급격히 증가하던 노인의료비 역시 요양비로 상쇄되면서 그 증가세가 둔화되었다.

본 연구는 노인장기요양보험제도 운영 현황과 성과를 살펴봄으로써 노인장기요양보험제도의 개선방안을 논의하는데 연구의 목적이 있다. 이를 위해 본 연구는 제도분석의 가장 기본적인 분석틀인 길버트와 스펙트의 분석틀을 이용하였다. 즉 노인장기요양보험제도를 대상체계와 급여체계, 전달체계, 재정체계를 기준으로 살펴보는 문헌 분석을 주로 실시하였다. 분석결과 노인장기요양보험제도는 객관적인 대상자 선정기준에도 불구하고 중증 대상자의 비중이 지난 7년간 일정수준으로 유지되는 부자연스러운 경향을 보이고 있는 것으로 나타났다. 이는 등급판정체계에 대한 공정성 문제를 야기하고 있다. 다음으로 개인이 설립한 소규모 시설과 요양보호사의 미흡한 처우로 인해 서비스의 질이 담보되지 못하고, 의료서비스와 요양서비스간 연계도 원활하게 이루어지지 않는 것으로 나타났다. 마지막으로 보험자와 소관부처, 서비스 제공기관을 관리하는 지방자치단체간 역할분담이 명확하지 않아 재정의 낭비와 비효율적인 운영이 문제인 것으로 나타났다. 특히 장기요양보험의 재정추계 결과의 비관적인 전망에 따라 재정의 효율적 운영을 위한 개선이 필요한 것으로 나타났다. 또한 장기요양보험의 등급외자에 대한 각 부처의 재정사업이 유사중복적으로 설계되어 이를 조정할 필요가 있으며, 예방적 성과가 미비하고 오히려 장기요양보험제도로 진입하기 위한 과도기적 단계로 인식됨에 따라 재정 낭비에 대한 우려도 제기된다.

주제어: 노인장기요양보험, 운영현황, 성과분석

* 한림대학교 대학원 사회복지학과 박사과정

I. 연구의 필요성의 목적

우리나라는 급격한 고령화로 인해 매우 빠른 속도로 인구구조가 변화하고 있다. 이와 함께 맞벌이 가구의 증가와 독신가구의 증가로 가족 내 돌봄기능이 사회화되고 있다는 것이다. 지난 2000년 학계와 전문가들에 의해 노인인구에 대한 요양보호의 필요성이 제기된 이래 정부는 7년간의 사회적 대타협과 시범사업 실시를 통해 노인장기요양보험제도를 도입하고 2008년 7월 1일부터 시행하였다. 즉 정책을 수립하는데 7년, 시범사업 실시를 통해 제도의 보완에 1년의 시간을 보낸 후 제도가 실시된 지 7년째를 맞이한 것이다.

7년이라는 제도 시행의 경험은 다른 제도들에 비해 다소 짧은 시간이다. 그러나 제도 도입 당시의 예측에 비해 가파르게 증가하는 고령화 속도와 노인빈곤율의 증가, 장기요양보험 제정의 비관적인 추계 결과는 현 제도를 그대로 유지할 수 있는가에 대한 의구심과 함께 현 제도를 보완하거나 개선해야 한다는 필요성이 대두되고 있다.

물론 노인장기요양보험은 도입 이후 지금까지 많은 성과를 보여준 것이 사실이다. 가족 내 노인에 대한 돌봄을 사회화하였고, 보다 체계적인 서비스 제공을 통해 노인단독가구와 노인1인가구의 삶의 질 개선에도 영향을 미쳤다. 건강보험 내 노인인구 1인당 의료비의 과다한 지출 중 불필요한 부분이 요양급여로 전환되어 의료비의 급속한 증가를 완화시켰다는 것도 간접적인 성과라고 할 수 있다. 또한 최근에는 제도 도입 당시 예정되었던 치매 특별 등급 도입 등을 통해 대상자를 확대함으로써 노인에 대한 사회적 보호를 보편적인 권리로 전환하고 있는 것도 주목할만한 성과이다.

그럼에도 불구하고 노인장기요양보험은 7년의 운영과정에서 많은 문제를 제기하고 있다. 장기요양보험의 등급인정기준이 과다하게 신체 기능 중심으로 이루어져 인지 및 정서 등의 기능이 경시되는 경향이 있으며, 서비스 제공기관이 소규모 개인 사업자가 많아지고 요양보호사의 전문성이 인정되지 않아 서비스의 질을 관리하기 어려운 구조로 되어 있다. 또한 요양시설과 요양병원의 역할 정립이 명확하지 않고 개인의 자유로운 선택에 맡김에 따라 의료비의 과다한 지출의 여지가 잔존하고 시설 내 의료서비스의 필요에 대한 적극적인 대응 또한 부족한 현실이다. 또한 노인장기요양보험의 등급 인정에서 탈락한 노인을 대상으로 제공되는 다양한 부처의 재정사업(보건복지부, 농림부, 국가보훈처 등)이 노인장기요양보험과 유사하게 운영됨으로써 노인장기요양보험 등급 인정을 향한 과도기적 사업으로 인식되어 재정 낭비가 우려되는 현실이다. 또한 보험의 고유한 역할과 재정사업을 운영하는 관계부처, 노인요양서비스 제공기관을 관리하는 지방자치단체간 관리운영체계의 불명확성으로 인해 제도 본연의 개선 의지 자체가 미흡하다.

본 연구는 노인장기요양보험의 도입과정을 살펴보고, 제도의 현황을 대상체계, 서비스체계, 전달체계, 재정체계라는 분석틀을 통해 살펴보고자 한다. 지난 7년간의 운영현황과 성과를 살펴봄으로써 현재 노인장기요양보험제도가 직면한 이슈와 앞으로 예측되는 문제에 대한 공론의 장을 열고 다양한 개선방안을 모색하는 데 기여하고자 한다.

II. 우리나라 장기요양보험의 운영현황

1. 도입배경 및 과정

정부는 급속한 인구구조의 변화와 산업구조의 변화로 가족의 부양기능이 약화됨에 따라 노인 장기요양보호에 대한 사회적 책임을 인식하게 되었다. 이는 대한노인회와 대학교수 등 노인복지 전문가들이 대통령과의 회의석상에서 2000년도 고령화사회의 진입에 앞서서 정부가 수행하여야 할 노인복지 정책과제의 하나로 노인장기요양보호 문제에 대해서 사회적 대응의 필요성을 제시하면서 시작된 것이다. 2000년 1월 '노인장기요양보호정책기획단'의 운영결과 같은 해 12월 '노인 장기요양보험의 종합대책 수립방안 연구'가 발표되었다. 본 연구를 통해 부족한 요양시설의 확대방안과 민간기관 참여활성화, 보건소 기능의 확대, 보호대상의 선정기준 및 절차, 서비스 급여 내용, 인력 개발 및 보급, 안정적인 재원조달방안 등 다양한 의견이 제시되었다(정경희, 2010). 이를 바탕으로 대통령은 2001년 8월 15일 경축사에서 노인요양보장제도 도입을 제안하였고, 참여정부의 대통령 선거 공약에 관련 사항이 포함되었다(건강보험공단, 2013).

당시에는 노인요양보호제도를 도입하기 위한 계획 수립에 필요한 기초자료 자체가 부족했으므로 기초자료의 생산이 최우선 정책과제로 선정하였다. 이에 따라 2001년에는 전국의 재가노인을 대상으로 장기요양보호 욕구 노인의 규모를 추정하기 위한 전국 실태조사가 이루어졌다(선우덕 외, 2001; 정경희 외, 2001). 본 조사 결과를 바탕으로 '노인요양의 실태와 사회적 보호방안'과 관련된 토론회를 개최하고(2001년), 종합적인 대책 방안을 정부에 보고하였다. 2002년 하반기에는 종합대책을 구체화하기 위한 후속연구를 수행하였는데, 2003년 8월 '공적노인요양보호체계 발전방안 연구: 노인기능평가도구의 개발·적용, 시설기능 재정립 및 재원운용계획 중심'이 그것이다. 이는 장기요양대상 노인의 선정기준 및 평가절차 마련, 장기요양시설에 대한 기능 재검토, 시설운영비의 국고지원 차등화방안, 우선적인 공적 장기요양보호대상 노인(중증 및 치매노인)에 대한 소요재정 및 정부부담 재원규모의 추정에 관한 근거를 제시하였다(선우덕 외, 2003).

2003년 공적노인요양보장추진기획단¹⁾이 구성되면서 제도 도입을 위한 단계에 접어들었다. 기획단을 통해 제도 운영의 원칙사항을 결정하였는데, 간략하게 정리하면 다음과 같다. 첫째, 재원조달은 사회보험과 조세방식²⁾이 혼합된 방식으로 운영되며, 건강보험공단이 보험자의 역할을 수행한다. 둘째, 대상자는 최종중에서 점증적으로 경증까지 확대하는 것으로 결정하였으며, 농촌의 경우 예외적으로 중증까지 포함하였다. 셋째, 시설 및 인력방안에 대해서는 노인요양보장제도의 시설 유형을 요양병원과 요양시설로 양분하고, 내용과 기능 특수성 및 시설인력기준 등에 따라 A형, B형, C형 등으로 차별화할 것을 제안하였다. 하지만, 중앙정부와 자치단체 간 재원분담, 보험가입자와

1) 보건복지부차관과 김용익 서울대 의과대학 교수를 공동위원장으로 하고 있으며, 학계 5인, 단체 대표 6인, 건강보험계 2인, 언론계 1인, 여성·소비자 1인, 시·민단체 2인, 정부위원 4인, 연구기관 2인, 보건복지부와 연구기관의 각 1인을 간사로 하여 총 27명으로 구성되었다. 본 기획단 산하에는 제도·총괄팀, 평가·판정팀, 수가·급여팀, 시설·인력팀 등 4개 전문위원회를 설치하여 구체적이며 전문적인 제도모형 설계를 추진하였다(윤희숙 외, 2010).

2) 조세 지원 방식에 대해서 당시 경제부처인 기획예산처와 재정경제부에서는 조세투입에 난색을 표출하고 보험료만의 제도 설계를 제시하고 있었다.

급여수급자 간 불일치 극복방안, 보험자, 보험가입자 및 보험료 부과에 구체적인 원칙 마련, 노인성질환의 범주에 대한 구체적인 논의, 공적부조대상자의 선정 기준 마련, 공공과 민간의 개념에 대한 조작적 정의, 시설 및 재가 보호 서비스에 있어서의 공공부분의 적정 비율 등이 미결 사항은 2차기획단의 과제로 남게 되었다(정경희, 2010).

2004년에는 ‘공적노인요양보장제도실행위원회’가 구성되었으며, 2005년 7월 1일부터 광주 남구, 강릉, 수원, 부연, 안동, 북제주를 대상으로 1차 시범사업이 9개월간 진행되었다(건강보험공단, 2010). 실행위원회 활동을 통해 제도 운영과 관련하여 많은 사항들이 결정되었는데, 제도의 명칭과 관련해서는 여러 대안에 대한 논의 끝에 노인요양보험제도로 확정하였다. 또한 관리운영주체는 건강보험공단으로 확정하였으며, 지자체의 역할을 명시하였다. 보험의 급여 범위에서 의료적 서비스는 제외하였으며, 요양병원의 급여도 제외하였다. 현금급여의 인정 여부를 놓고 논의한 결과, 현물급여를 원칙으로 하되, 엄격한 규정을 통해서만 현금급여를 인정하는 것으로 결정하였다. 급여대상자와 관련해서는 65세 이상과 65세 미만인 자(者)라도 노인성질환에 한정하여 급여서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 이용자의 부담비용은 원칙적으로 20%로 정하고, 시설과 재가서비스의 본인 부담비율을 차등적으로 적용하기로 하였다. 이밖에도 건강보험체계에서 운영한 이후 독립시키는 방안 또한 논의되었지만, 건강보험제도의 재정건전성에 대한 문제제기로 실행되지 않았다.

시범사업과정에서는 노인요양보험의 용어가 노인수발보장으로 변경되었으며, 대상자 또한 최종증에서 중증까지 확대하였다. 또한 관리주체는 국민건강보험공단이 운영을 하되, 인정자 조사, 등급판정 등은 별도의 노인수발평가관리원을 설치하는 방안이 제안되었다. 급여종류는 재가수발급여와 시설수발급여로 구분하고, 재가수발급여는 방문간병수발, 방문목욕, 방문간호, 주간보호 및 단기보호서비스로 하여 방문목욕서비스를 추가하였다. 요양병원은 급여시설에서 제외하였지만, 요양병원 내에서의 수발비는 급여대상에 포함시켰다. 이 외에도 특례적 조치이기는 하지만, 가족수발비, 특례수발비, 요양병원수발비가 급여서비스로 포함되었다. 또한 제도의 도입 시기를 기존에 논의되던 2007년에서 인프라 구축 등의 문제로 2008년 하반기로 연기하였다.

기획단의 노력과 시범사업의 결과를 바탕으로 노인수발보장법 초안이 완성되었고, 부처간 협의를 거쳐 2005년 10월 입법 예고를 하게 되었다. 2006년 정부입법이 국회에 제출되었는데, 여야 모두 총 7개의 관련 법안이 제출되었다(건강보험공단, 2009). 제출된 법안에 따라 제도의 명칭 또한 다양했는데, 국민장기요양보험법, 국민요양보장법, 장기요양보장법 등으로 명명되었다. 2007년 2월 법안심사소위원회 및 보건복지위원회를 통해 ‘노인수발보험법’에서 ‘노인장기요양법’으로 제도 명칭이 변경되었고 2007년 4월 2일 ‘노인장기요양보험법’으로 국회 본회의를 통과하였다(정경희, 2010).

2005년 시행된 1차 시범사업이외에 2006년과 2007년 추가적인 시범 사업이 진행되었는데, 2차 시범사업에는 1차 시범사업 대상지역에 부산 북구와 전남 완도, 3차 시범 사업에서는 인천 부평구, 대구 남구, 청주, 익산 하동 등이 포함되어 진행되었다(건강보험공단, 2009). 2차 시범사업은 본 제도의 도입에 앞서서 제도모형을 계속적으로 수정·보완하는 것을 목적으로 하여 ① 평가판정도구의 타당성·신뢰성 검증 및 지속적인 수정·보완, 평가판정절차의 적절성, ② 요양등급별, 서비스별 수가 규모의 적절성, 서비스 질의 관리체계 구축, ③ 표준장기요양서비스 지원체계의 평가 및 대안 모색을 실시하는 것을 목표로 하였으며, 3차 시범사업은 본사업 준비에 만전을 기하고 시범사업의 효

과성 극대화 및 제도에 대한 국민적 공감대 형성을 목적으로 하여 본사업과 동일하게 실시하였다는 특징을 갖는다(정경희, 2010).

이러한 과정을 거쳐 2007년 6월 시행령과 시행규칙에 대한 입법 예고가 완료되었으며, 2007년 10월 1단계 시행령, 시행규칙이 발효되었고, 2008년 7월 1일 마침내 노인장기요양보험제도가 시행되었다. 이렇듯 앞서 노인장기요양보험제도는 노인 요양 욕구에 대한 사회적 책임의 필요성이 제기되자 정치권과 학계·시민단체의 논의를 거쳐 제도 도입의 기반을 마련하고, 정책 설계에 필요한 기초자료의 생산을 통해 실현가능한 정책 대안의 마련과 시범사업을 거쳐 도입되었다. 그 결과 현재까지 비교적 성공적으로 운영되고 있다. 노인장기요양보험은 대상자 및 가족의 부담을 완화하였으며, 노인요양보호사라는 여성 유휴인력의 일자리 창출에도 많은 성과를 보이고 있다. 그럼에도 불구하고 최근 노인장기요양보험제도를 둘러싼 우려의 목소리가 커지고 있다.

2. 노인장기요양보험제도 이용 및 관리 체계

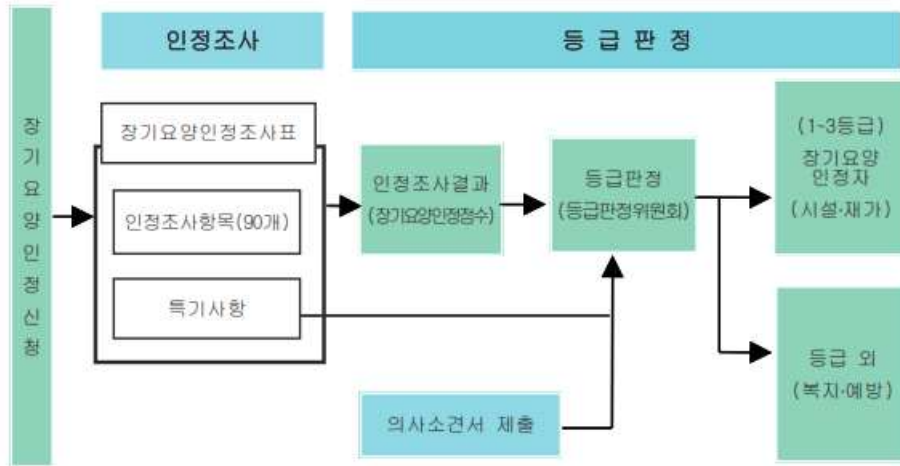
노인장기요양보험은 65세 이상 노인 또는 65세 미만이라도 노인성 질병을 가진 사람의 신청을 통해 이루어진다. 노인장기요양보험제도를 이용하기 위해서는 먼저 장기요양인정신청을 하는데, 장기요양인정조사표의 조사항목과 특기사항 등을 통해 인정조사가 이루어진다. 인정조사는 공단 직원이 조사한 인정조사 결과에 따르지만 의사소견서 제출로 갈음할 수도 있다. 장기요양인정점수를 충족하면 등급판정위원회에서는 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 등급판정기준에 따라 등급을 판정하게 된다. 등급은 1~5 등급으로 구분되며, 등급외 판정(A, B, C)도 받는다. 등급 판정을 받은 사람은 장기요양급여를 이용할 수 있게 되는데, 먼저 보험자가 장기요양 인정서와 표준장기요양 이용계획서를 작성하게 된다. 장기요양보험의 수급자는 표준장기요양이용계획서를 고려하여 희망에 따라 장기요양 기관을 선택하여 장기요양급여 계약을 체결하고 수급자의 가정에서 또는 요양시설에 입소하여 장기요양 급여를 받을 수 있게 된다. 장기요양보험 수급자가 급여서비스를 이용한 후 발생한 비용에 대해서 장기요양기관이 공단에 비용을 청구하고 공단에 본인 부담금을 제외한 금액을 요양기관에 지급하고 수급자는 본인부담금과 비급여 대상 금액을 요양기관에 지급하게 된다.

현재 장기요양 보험은 2014년 확대된 치매 특별등급을³⁾포함하여 5등급으로 운영 중에 있으며, 등급판정은 받지 못하였지만 요양의 욕구가 있는 대상자(등급외자)의 경우 보험체계가 아닌 각 부처(보건복지부, 농림부, 국가보훈처 등)의 재정사업으로 복지 및 예방을 위한 특별프로그램을 운영하고 있다. 문제는 이들 부처의 재정사업이 노인장기요양보험과 유사하게 설계되면서 서비스의 유사 및 중복성을 증가하고 있으며 재정지출 역시 지속적으로 증가하고 있다는 사실이다. 또한 지방이양사업인 노인재가센터 운영 사업까지 포함하면 재정의 낭비가 급증하는 것으로 나타난다. 일례로 선우덕 외(2014)에 따르면 경기도 A시의 경우 보건복지부의 독거노인 지원사업과 지방정부 자체사업인 독거노인 안부전화 등 유사한 사업이 6개에 달하는 것으로 나타났다. 이 과정에서 대상자의 중복을 제거하고 서비스를 효율적으로 운영하기 위한 체계적인 노력, 중앙정부와 지방정부

3) 2014년 7월 1일부터 치매특별등급이 신설되면서 경증치매환자도 장기요양급여를 이용할 수 있게 되었는데, 기존 3등급에서 5등급(3등급이 3,4등급으로 세분화, 특별등급 5등급)으로 확대되었다. 신청자는 별도로 의사소견서를 제출하여 이용할 수 있으며, 인지활동서비스를 포함하여 방문요양서비스를 이용할 수 있다.

의 재정분담과 자체사업의 효율적 운영에 대한 검토는 미흡한 것으로 나타났다.

<그림 1> 장기요양보험 이용 흐름도

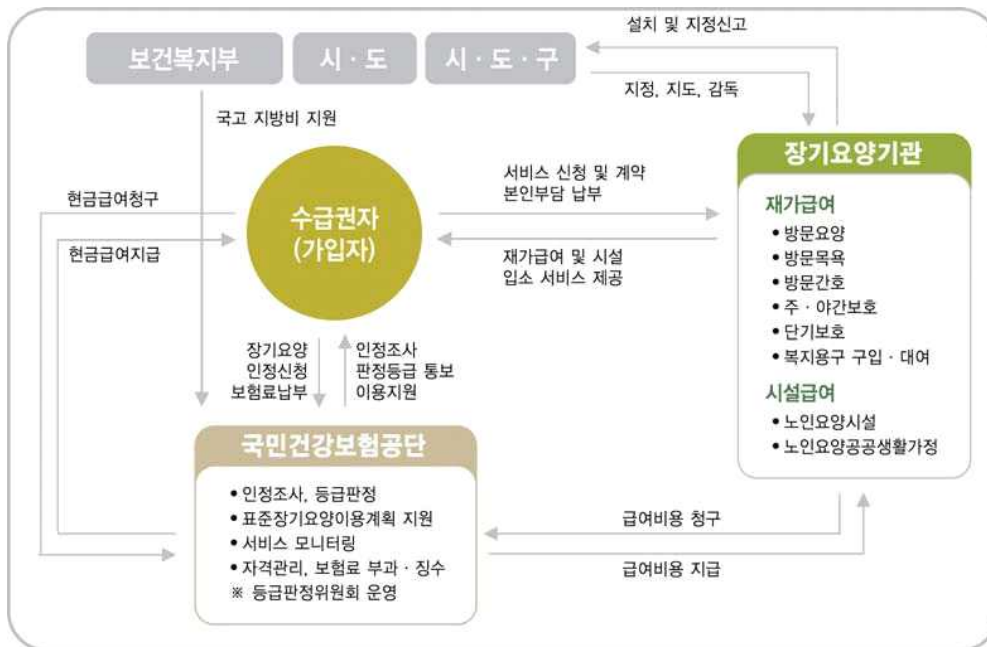


자료 : 2013 장기요양보험 통계연보, 건강보험공단

장기요양보험의 주요 운영주체는 보험자인 국민건강보험공단과 관리부처인 보건복지부, 요양시설 관리 주체인 지방자치단체, 그리고 서비스 제공기관인 장기요양시설로 구분할 수 있다. 먼저 보건복지부는 장기요양보험 사업을 관장하고 있으며, 장기요양의 기본계획을 수립하고 조정하는 역할을 수행한다. 다음으로 장기요양보험의 보험자인 건강보험공단은 장기요양보험가입자 및 피부양자와 의료급여수급권자의 자격을 관리하고 장기요양보험료의 부과징수를 담당한다. 또한 신청인에 대한 인정 조사와 등급판정위원회 운영을 통한 장기요양등급을 판정하며, 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서를 제공한다. 이와 함께 장기요양급여의 심사, 관리 및 평가를 통해 급여비용을 제공하고 부당이용에 대한 조치 및 환수를 담당한다. 또한 장기요양급여의 제공기준을 개발하고 장기요양급여비용의 적정성을 검토한다. 다음으로 서비스제공을 담당하는 장기요양기관은 「노인복지법」 및 「노인장기요양보험법」에 의거 설치 및 지정되며, 수급자와 계약을 체결하고 장기요양 급여를 제공하고 제공한 후 장기요양급여에 대한 비용을 공단에 청구한다. 마지막으로 요양기관의 설치 및 관리 주체인 지방자치단체는 장기요양기본계획에 따른 세부시행계획 수립·시행하고 지역 노인을 대상으로 노인성질환예방사업을 진행한다(건강보험공단, 2008).

앞서 살펴본 바와 같이 등급외자에 대한 관리는 예방적인 차원에서 매우 중요한 사업임에도 불구하고 현재 장기요양보험제도에서는 사각지대에 놓여있다. 또한 각 부처 및 지방정부에서 시행하는 재정사업과의 연계에 대한 고려 역시 부족한 현실이다. 장기요양보험제도 자체의 관리는 보험자가, 노인장기요양보험제도와 각 부처의 재정사업에 대한 연계는 주무부처가, 실제적인 대상자의 관리 및 시설 및 기관에 대한 관리는 지방정부가 주체적으로 운영하는 등의 파트너쉽이 필요하다.

<그림 2> 노인장기요양보험의 관리 체계



자료 : 2013 장기요양보험 통계연보, 건강보험공단

3. 노인장기요양보험 적용 대상 현황

앞서 살펴본 것처럼 우리나라의 노인장기요양보험의 보험자는 국민건강보험공단이며, 국민건강보험과 동일하게 전국민을 적용대상자로 한다. 따라서 장기요양보험가입자와 그 피부양자 뿐 아니라 의료급여 대상자까지 포함하고 있다. 보험료의 부담은 건강보험 가입자로 보험료의 부과체계는 건강보험과 동일하게 적용한다. 장기요양보험 급여를 신청할 수 있는 대상은 65세 이상 노인 또는 65세 미만이라도 노인성 질환⁴⁾을 가진 사람이다. 이들 중 장기요양등급판정위원회로부터 장기요양 인정 등급을 받은 사람이 장기요양 급여를 이용할 수 있게 된다.

<표 1> 노인장기요양보험 적용 대상자 범위

4) 노인성 질병은 한국 표준 질병·사인분류에 따라 분류되는데, 알츠하이머병에서의 치매(F00), 혈관성 치매(F01), 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02), 상세불명의 치매(F03), 알츠하이머병(G30), 지주막 하출혈(160), 뇌내출혈(161), 기타 비외상성 두 개내 출혈(162), 뇌경색증(163), 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중(164), 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착(165), 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착(166), 기타 뇌혈관질환(167), 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애(168), 뇌혈관질환의 후유증(169), 파킨슨병(G20), 이차성 파킨슨증(G21), 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증 (G22), 기저핵의 기타 퇴행성질환(G23), 중풍후유증(中風後遺症)(U23.4), 진전(振顫)(U23.6) 등의 질병이다.

구 분	적용 대상자 범위
노인장기요양보험 적용 대상자	전국민【장기요양보험가입자 및 그 피부양자(건강보험과 동일) + 의료급여수급권자】
보험료를 부담하는 자	국민건강보험의 가입자로 하며, 직장가입자와 지역 가입자에 대한 개별보험료는 건강보험제도의 보험료 부과체계를 그대로 활용하여 산정
장기요양인정 신청자	65세 이상 노인 또는 노인성 질병을 가진 65세 미만인 자
장기요양급여 이용 가능자 (수급자)	장기요양인정 신청인 중 6개월 이상 혼자서는 일상생활이 어려운 자로서 장기 자료 : 요양등급판정위원회에서 장기요양인정을 받은 자

2013 장기요양보험 통계연보, 건강보험공단

연도별 노인장기요양보험의 적용 대상자 및 노인 인구의 분포는 다음과 같다. 앞서 언급한 바와 같이 장기요양 보험의 적용 대상은 국민건강보험과 동일한데, 2014년 말 기준 의료보장 적용인구는 5천 175백만 명이며, 노인인구는 12.4%인 646백만 명이다. 노인의 의료보장 유형은 건강보험 대상자가 600백만 명이고, 국민기초생활보장제도 대상자 41만 명, 의료급여 대상자는 약 4만 명이다.

<표 2> 적용인구 현황

(단위 : 천 명)

구 분		2010	2011	2012	2013	2014	
						6월 기준	12월 기준
의료보장		50,581	50,909	51,169	51,448	51,592	51,757
건강 보험	소계	48,907	49,299	49,662	49,990	50,142	50,316
	직장	32,384	33,257	34,106	35,006	35,451	35,602
	지역	16,523	16,043	15,556	14,984	14,691	14,715
의료급여		1,675	1,609	1,507	1,459	1,449	1,441
65세 이상	의료보장	5,449	5,645	5,922	6,193	6,335	6,463
	건강보험	4,979	5,184	5,468	5,740	5,869	6,005
	의료급여	48	50	47	46	46	45
	기초수급	422	410	407	407	421	413

자료 : 2014 장기요양보험 주요 통계, 건강보험통계연보, 건강보험공단 내부 자료를 바탕으로 재구성

2014년 12월 기준 노인 인구(6,462,750명) 중 장기요양보험의 등급판정 신청자는 11.4%인 약 73만 명으로, 이중 판정률(등급인정자와 등급외자)은 79.4% 수준이다. 장기요양서비스의 실질적 대상자인 등급 인정자는 판정자 중 72.5%인 424천명이다. 노인장기요양서비스를 이용할 수 있는 대상자수는 꾸준히 증가하고 있는데, 이는 노인 인구의 증가에 따른 자연증가분 뿐 아니라 도입 단계에서 논의되었던, 대상자의 점진적 확대(인정 점수기준 변화, 치매특별등급제도의 도입)의 결과로 생각해 볼 수 있는데, 노인인구 중에서 등급을 받은 인정자 비율이 꾸준히 증가하고 있으며, 치매

특별등급이 도입된 2014년 12월 인정률은 동년 6월 인정률 보다 0.4%p 증가하였다.

<표 3> 등급 판정 현황

(단위 : 명)

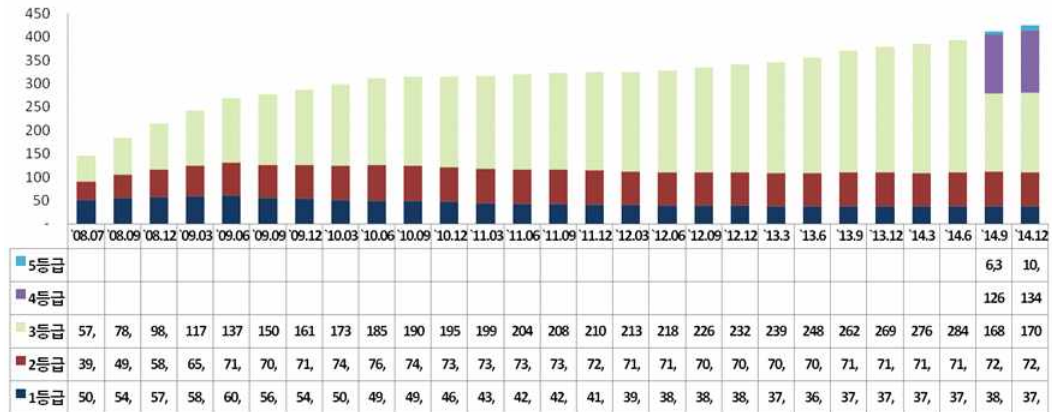
구분	2010	2011	2012	2013	2014	
					6월 기준	12월 기준
노인인구(65세이상)	5,448,984	5,644,758	5,921,977	6,192,762	6,335,294	6,462,740
신청자	622,346	617,081	643,409	685,852	709,308	736,879
판정자(인정자+등급외)	465,777	478,446	495,445	535,328	554,781	585,386
인정자(판정대비 인정률)	315,994 (67.8%)	324,412 (67.8%)	341,788 (69.0%)	378,493 (70.7%)	393,927 (71.0%)	424,572 (72.5%)
노인인구 대비 인정률	5.8%	5.7%	5.8%	6.1%	6.2%	6.6%

자료 : 건강보험 통계연보, 건강보험공단 내부자료

등급별 인정자 수의 변동추이를 분기별로 살펴보면, 3등급의 증가 추세가 1, 2등급에 비해 상대적으로 높아 시간이 지날수록 격차가 크게 벌어지고 있었으나, 2014년 7월 이후 시행된 4등급의 신설로 3등급의 분포 비율은 줄어들었으나 여전히 40%를 초과하고 있다. 이에 반해 1등급 인정자수는 지속적으로 감소하였으며, 2등급은 2009년부터 1등급 인정자수를 앞지른 후 계속 격차가 커지고 있다. 2012년 7월부터 3등급 등급판정기준이 인정점수가 완화되어(55점→53점) 등급외자의 3등급 유입이 더욱 많아졌다. 일년 뒤인 2013년 7월에 3등급의 등급판정기준이 인정점수의 완화(53점→51점)로 등급외자의 3등급 유입이 인정자 증가분 중 많은 부분을 차지하였다. 2014년 7월부터 3등급이 인정점수를 기준으로 3등급과 4등급으로 분화되고, 5등급(치매특별등급)이 신설되어 등급외자의 5등급 유입이 인정자 증가분 중 많은 부분을 차지하였다.

〈그림 3〉 분기별 · 등급별 인정자수 변동 추이

(단위 : 천명)



자료 : 장기요양보험주요 통계, 건강보험공단 내부자료

보험제도의 특성상 대상자수의 자연증가분이 있음에도 불구하고 장기요양보험제도는 1등급이 지속적으로 감소하는 경향은 자연스럽지 못한 측면이 있다. 이에 반해 경증 등급자는 지속적으로 증가하는 추세를 보이고 있으며 최근 경증 등급을 세분화함으로써 비율에 변화가 있고 5등급 신설로 인해 자연증가분보다 조금 더 높은 수준의 증가추세를 보여주고 있다. 이는 다양한 학자들이 우려를 제기한 바와 같이 재정적 요인에 따라 중증 등급자의 비율을 일정 수준으로 유지하는 것이 아닌가 하는 우려를 제기하는 근거로 작용한다.

2014년 기준 등급판정자의 연령별 성별 분포를 살펴보면, 전체 대상자 중 72.6%(308,260명)가 여성이었으며, 남성은 여성의 약 37% 수준인 116,312명(전체 27.4%)이었다. 연령대별로는 65세 이상이 399,083명(94.0%)으로 대다수를 차지하고 있었으며, 65세 미만은 25,489명(6.0%)이다. 65세 이상을 세분해 보면, 65~69세는 6.4%, 70~74세는 13.4%, 75~79세는 21.3%로 연령대가 높아질수록 인정자 중 차지하는 비율이 높아지는 것으로 알 수 있었는데, 특히 85세 이상은 29.2%로 가장 높았다. 이러한 연령별 등급자 수의 추세 역시 앞서 제시된 문제와 동일하게 나타난다. 즉 85세 이상 고령자는 신체적 인지적 기능이 퇴화될 가능성이 높음에도 불구하고 1등급의 비중이 상당히 낮은 반면 2등급과 3등급의 비중이 상대적으로 높은 것은 보험자 혹은 주무부처의 재정 요인에 따른 의도된 개입의 가능성을 시사한다.

<표 4> 성별 연령별 등급 판정자

2014.12.31. 기준 (단위: 명)

구 분		등급 판정	인정자							등급외	
			소계		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급		
											인원
계		585,386	424,572	(100%)	37,655	72,100	170,329	134,032	10,456	160,814	
성별	남	156,135	116,312	(27.4%)	11,031	19,150	48,548	35,063	2,520	39,823	
	여	429,251	308,260	(72.6%)	26,624	52,950	121,781	98,969	7,936	120,991	
연령별	65세 미만		33,727	25,489	(6.0%)	4,481	3,915	10,205	6,580	308	8,238
	65세 이상	소계	551,659	399,083	(94.0%)	33,174	68,185	160,124	127,452	10,148	152,576
		65~69세	45,157	27,156	(6.4%)	3,245	4,405	10,827	8,188	491	18,001
		70~74세	89,026	56,768	(13.4%)	5,723	9,230	22,268	18,244	1,303	32,258
		75~79세	133,292	90,345	(21.3%)	7,444	14,560	35,131	30,455	2,755	42,947
		80~84세	137,232	100,885	(23.7%)	7,442	16,421	40,031	33,864	3,127	36,347
		85세이상	146,952	123,929	(29.2%)	9,320	23,569	51,867	36,701	2,472	23,023

자료 : 장기요양보험주요 통계, 건강보험공단 내부자료

다음으로 장기요양 대상자 중 치매 환자의 등급별 분포는 다음과 같다. 인정조사시 질병 및 증상 중 ‘치매있다’에 응답한 판정자 233,587명 중 인정자는 91.4%(213,450명)이었다. 등급별로는 3등급이 84,082명(36.0%)으로 가장 많았으며, 1등급은 19,830명(8.5%)이고, 5등급이 10,442명(4.5%)으로 낮은 비율을 차지하였다.

<표 5> 치매노인 등급판정 현황

2014.12.31. 기준 (단위: 명)

구분	판정자	수급자						등급외자
		소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	소계
치매있다 응답자	233,587	213,450	19,830	40,956	84,082	58,140	10,442	20,137
	(100.0%)	(91.4%)	(8.5%)	(17.5%)	(36.0%)	(24.9%)	(4.5%)	(8.6%)
(총 판정자 중 비율)	39.9%	50.3%	52.7%	56.8%	49.4%	43.4%	99.9%	12.5%

주 1) 인정조사시 질병 및 증상 중 치매 있다 응답한 자 (사망, 중복, 기각, 각하자 제외)

2) 기각, 각하자 중 치매 있는자 13,833명

자료 : 건강보험공단 내부자료

4. 전달체계_장기요양서비스 제공 주체

2014년 12월 기준으로 장기요양 서비스를 제공하는 기관은 총 16,525개소로 이 중 시설급여 제공기관은 29.5%(4,867개소)이며, 재가서비스 제공기관은 70.5%(11,658개소)이었다. 시설급여 제공기관 중 노인요양시설은 55.7%(2,713개소), 노인요양공동생활가정은 44.3%(2,154개소)이었다. 재가급여

제공기관의 서비스별 분포를 살펴보면 방문요양 9,058개소(43.7%), 방문목욕 7,468개소(36.1%), 주야간보호 1,687개소(8.1%), 단기보호 322개소(1.6%), 방문간호 585개소(2.8%), 복지용구 1,599개소(7.7%)이다.

<표 6> 장기요양 서비스 제공 기관 현황

총계	시설 급여 기관수	노인 요양 시설	공동 생활 가정	재가급여 기관수 ¹⁾	재가급여 서비스별 기관수 ²⁾						
					소계	방문 요양	방문 목욕	주야간 보호	단기 보호	방문 간호	복지 용구
16,525	4,867	2,713	2,154	11,658	20,719	9,058	7,468	1,687	322	585	1,599
100.0%	29.5%	55.7%	44.3%	70.5%	100.0%	43.7%	36.1%	8.1%	1.6%	2.8%	7.7%

주 1) 재가급여 기관수 : 장기요양기관 기관기호 수

2) 재가급여 서비스별 기관수 : 재가급여기관에서 제공하는 서비스 종류
자료 : 건강보험공단 내부자료

가정방문급여를 제공하는 기관은 8,185개소 중 2종 서비스를 제공하는 기관이 6,144개소로 가장 많았으며, 방문요양과 방문목욕 복합서비스 제공기관은 6,107개소로 전체 가정방문기관 중 74.6%이다. 복합서비스를 제공하지 않고 1종서비스만을 제공하는 기관은 20.6%인 1,688개소이며, 그 중 방문요양 서비스제공기관이 1,444개소(85.5%)로 높은 비율을 보이고 있다.

<표 7> 재가 서비스 기관별 제공 서비스 운영현황

(2014.12.31.기준, 단위: 개소, %)

구 분	기관수	구성비	서비스유형
계	8,185	(100.0)	
1종 서비스만 제공	1,688	(20.6)	○ 방문요양 1,444개, 방문목욕 123개, 방문간호 121개
2종 서비스 제공	6,144	(75.1)	○ 3종 중 어느 서비스든 2종만 제공하는 기관 - 방문요양+방문목욕 제공기관 6,107개소
3종 서비스 모두 제공	353	(4.3)	○ 방문요양 + 방문목욕 + 방문간호

주 1) 장기요양기관 지정번호 기준, 2) 단기보호나 주야간보호와의 병설기관은 별도 구분하지 않음, 3) 기관수는 재가급여 서비스별 기준임

자료 : 건강보험공단 내부자료

장기요양기관의 운영 주체별 현황은 2008년 12월에는 법인과 개인시설의 수가 동일하였는데 2009년 이후에는 개인시설이 법인시설보다 더 많아지기 시작하였고, 2010년 3월에 단기보호 급여제 공기준 변경에 따라 단기보호기관을 폐업하고, 노인요양시설(단기보호전환시설)로 전환하면서 설치주체가 개인인 노인요양시설이 급격하게 증가하였다. 2013년 2월에 단기보호전환시설 시설기준 유예기간 종료(2013.2.28.), 4월에 구법 노인요양시설 시설기준 유예기간 종료(2013.4.3.)에 따라 단기보호전환시설과 노인요양시설(구법)이 폐업하거나 노인요양시설(개정법), 노인요양공동생활가정 등으로 전환하게 되었다. 2014년 12월 현재 설치주체별 장기요양기관 총 4,867개소 중 법인 31.5%(1,533개소), 개인 68.5%(3,334개소)로 비율을 차지하고 있다.

개인시설의 증가는 소규모 사업장의 증가를 뜻한다. 요양보호사 1~10인 미만의 사업장의 경우 요양서비스를 단종으로 제공할 가능성이 높고 서비스 인력에 대한 대우가 미흡한 것으로 나타났

다. 이런 이유로 서비스 제공인력의 잦은 이·퇴직으로 수급자와의 신뢰관계 및 지지기능이 약화되고 서비스 질 역시 일정 수준으로 관리하기 어려운 것이다.

국민건강보험에서는 2015년도에도 장기요양기관 중 시설급여는 '14년도 대비 4.5%증가, 재가급여는 '14년도 대비 5.0% 수준으로 증가 한다고 가정(장기요양5등급 제도에 따른 방문요양, 주야간 보호 서비스 이용 활성화 등)하면, 시설급여기관 2014년도 대비 4.5% 증가, 재가급여기관 급여서비스 종류별 기준으로 2014년 대비 5.0% 증가 할 것으로 전망하고 있다.

장기요양보험 도입 당시 부족한 인프라는 많은 고민이었다. 하지만 2008년 제도 시행이후 시설은 급속하게 증가하여 입소시설은 7년 만에 약 3배 증가하였으며, 재가급여는 서비스 기준으로 약 2배 이상 증가하였다. 이러한 서비스 제공 인프라의 증가에도 불구하고 지역간 불균형의 문제는 여전히 남아있다. 도서산간지역과 농촌지역은 여전히 서비스 제공이 원활하지 않은 반면 대도시는 제공기관의 과잉 설치로 인해 대상자를 서로 뺏어가는 등의 부작용이 속출하고 있다.

<표 8> 연도별 장기요양 시설 현황

(2014.12.31.기준, 단위: 개소)

구 분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015(전망)
시설급여 (지정번호)	기관수	1,717	2,629	3,751	4,061	4,326	4,648	4,867	5,086
	지 수	(100.0)	(153.1)	(218.5)	(236.5)	(252.0)	(270.7)	(283.5)	(296.2)
	증감률	-	53.1%	42.7%	8.3%	6.5%	7.4%	4.7%	4.5%
재가급여 (서비스별)	기관수	10,224	19,072	19,947	19,505	19,240	19,732	20,719	21,755
	지 수	(100.0)	(186.5)	(195.1)	(190.7)	(188.2)	(193.0)	(202.7)	(212.8)
	증감률	-	86.5%	4.6%	△2.2%	△1.4%	2.6%	5.0%	5.0%

(2014.12.31.기준, 단위: 개소)

구 분		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015(전망)
재가급여 (지정번호)	기관수	7,772	11,931	11,228	10,857	10,730	11,056	11,658	12,241
	지 수	(100.0)	(153.5)	144.5)	(139.7)	(138.1)	(142.6)	(150.0)	(157.5)
	증감률	-	53.5%	△9%	△3.3%	△1.2%	3.0%	5.4%	5.0%
운영 주체	총계	1,698	2,628	3,751	4,061	4,326	4,648	4,867	-
	법인시설	849	1,137	1,463	1,512	1,534	1,533	1,553	-
	(증감율)		(33.9%)	(28.7%)	(3.3%)	(1.5%)	(-0.1%)	(1.3%)	-
	개인시설	849	1,491	2,288	2,549	2,792	3,115	3,334	-
	(증감율)		(75.6%)	(53.5%)	(11.4%)	(9.5%)	(11.6%)	(7.0%)	-

주) 재가급여 기관수는 재가급여 서비스별 기준임

자료 : 건강보험공단 내부자료

다음으로 서비스 연도별 서비스 제공인력의 변화를 살펴보면, 직접 서비스 제공자인 요양보호사가 약 25만 명으로 2010년에 비해 약 3만 명 증가하였다. 가음으로는 간호사가 1만 4백명으로 많았으며, 사회복지사는 9,859명이 장기요양보험 서비스 제공인력으로 근무하고 있다. 사회복지사는 2010년 5천8백에서 2014년에 9천8백명으로 서비스 제공인력 중에 가장 많이 증가하였다.

이러한 증가는 여성 유휴인력의 활용이라는 측면에서 가장 가시적인 성과를 보여주었다고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 낮은 임금과 근무기간에 대한 불인정 등으로 인해 서비스 제공인력의 불만은 지속적으로 증가하고 있다. 이와 더불어 최근에는 요양서비스 제공을 위한 방문시 성희롱 및 성추행 등을 경험한 사례도 빈번하게 증가하고 있어 요양보호사의 인권을 위한 기준선 마련도 시급한 현실이다.

<표 9> 서비스 제공인력

(단위 : 명)

구분	2010	2011	2012	2013	2014.6
사회복지사	5,862	6,133	6,751	7,506	9,859
의사(축타포함)	997	1,081	1,142	1,233	1,265
간호사(조무사포함)	8,044	8,685	9,282	10,168	10,488
치과위생사	17	7	7	4	5
물리(작업)치료사	1,412	1,530	1,626	1,740	1,756
요양보호사	228,955	232,639	233,459	252,663	257,897
영양사	719	776	835	918	953

자료 : 2014 상반기 장기요양보험 주요통계

5. 장기요양 보험 급여 서비스 내용

노인장기요양서비스의 급여는 크게 시설급여와 재가급여로 구분할 수 있고, 재가급여는 다시 집에 방문하여 서비스를 제공하는 서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호)와 일시적으로 수급자를 기관에서 보호하는 서비스(주야간보호, 단기보호) 그리고 기타 재가급여(복지용구)로 구분할 수 있다. 예외적으로 특별 현금급여⁵⁾를 운영하고 있다. 방문요양서비스는 수급자의 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동을 지원하는 서비스이고, 방문간호는 간호사 등 의료 인력이 처방에 따라 가정

에서 간호 및 진료 보조 서비스를 제공하는 것이다. 또한 재가서비스 이용대상가족의 부양 부담 경감 및 체계적인 재활 및 교육훈련을 위해 주야간보호 및 단기보호 서비스를 운영하고 있다.

<표 10> 재가 서비스 종류

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

자료 : 2013 장기요양보험 통계연보, 건강보험공단

장기요양 판정자(등급자+등급외자)의 장기요양보험의 서비스에 대한 선호도를 등급별로 분석하면, 인정자 중에서는 방문요양의 선호비율이 53.7%로 가장 높았으며, 등급별로는 1~2 등급에서는 시설 입소를 원하는 경우가 과반이상을 차지하였으며, 3등급부터 경증 인정자는 시설 입소보다는 방문요양의 욕구가 높은 것으로 분석되었고, 등급외자는 84.1%가 방문요양서비스를 원하고 있었다. 등급별로 서비스 욕구의 차이는 제도 운영에 시사점으로 작용할 수 있는데, 노인인구의 증가와 대상 범위의 점진적인 확대로 재정 안정에 대한 문제가 여전히 제기되고 있다. 시설입소 급여비는 재가급여에 비해 약 2배 이상의 비용이 소요된다는 점과 경증 대상자는 여전히 지역사회에서 서비스를 이용 받고 싶은 욕구를 생각하여 수발자의 부담을 줄이고 대상자가 지역사회에 가능한 오래 남아 있게 할 수 있다면 수요자의 욕구에 부합하는 서비스를 제공하는 동시에 재정 안정도 가져올 수 있다.

<표 11> 등급별 희망 서비스 현황

(단위 : 명)

- 5) 도서 벽지 거주자 및 정신적 문제가 있는 수급자를 대상으로 현재 특별 현금급여인 가족요양비 제도를 운영 중에 있는데, 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용을 지급하는 급여로서, 장기요양등급에 관계없이 월 150,000원 지급 그 외 특례요양비와 요양병원간병비가 「노인장기요양보험법」에 명시되어 있으나 현재 시행되고 있지 않다.

등급 판정결과		합계	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호	노인요양 공동생활 가정	노인 전문요양 시설	복지 용구	노인 요양 시설	가족 요양비	특례 요양 비	요양 병원 간병비	무응답
합계		585,386	363,369	9,047	508	32,822	559	11,197	9,485	7,222	144,490	1,243	5	131	5,308
인 정 자	소계	424,572	228,054	5,962	399	28,615	454	10,985	6,439	5,423	136,577	814	2	97	751
		100.0%	53.7%	1.4%	0.1%	6.7%	0.1%	2.6%	1.5%	1.3%	32.2%	0.2%	0.0%	0.0%	0.2%
	1등급	37,655	12,007	283	114	123	13	1,275	1,615	1,428	20,565	45	0	32	155
	2등급	72,100	24,394	712	78	1,028	46	3,151	1,771	1,134	39,551	83	2	20	130
	3등급	170,329	96,194	2,458	128	10,295	229	4,573	2,238	1,817	51,749	373	0	34	241
	4등급	134,032	90,971	2,393	76	12,646	154	1,942	810	975	23,553	304	0	11	197
	5등급	10,456	4,488	116	3	4,523	12	44	5	69	1,159	9	0	0	28
등 급 외 자	소계	160,814	135,315	3,085	109	4,207	105	212	3,046	1,799	7,913	429	3	34	4,557
		100.0%	84.1%	1.9%	0.1%	2.6%	0.1%	0.1%	1.9%	1.1%	4.9%	0.3%	0.0%	0.0%	2.8%
	A	85,263	71,148	1,801	58	2,279	67	146	2,024	910	4,734	176	1	17	1,902
	B	61,209	53,088	1,102	29	1,499	25	47	729	723	2,279	96	2	15	1,575
	C	14,342	11,079	182	22	429	13	19	293	166	900	157	0	2	1,080

자료 : 건강보험공단 내부자료

2014년 12월 말 기준 장기요양보험 인정자(424,572명) 중 87.8%(372,944명)가 장기요양서비스 계약을 체결하여 서비스를 이용 중인데, 재가급여 계약자는 63.8%(237,834명), 시설급여 계약자는 36.2%(135,151명)으로 재가급여 계약자가 시설급여 계약자보다 1.7배 정도 많았다. 장기요양보험을 이용하지 않는 이유에 대해서는 요양병원 등에서 의료적 처치가 필요하다는 응답이 약 30%이상을 차지하고 있으며, 주변에 시선에 때문에 가족이 수발한다는 응답도 약 20%의 비율을 차지하였다 (건강보험공단 내부자료).

<표 12> 급여계약 현황

2014.12.31. 기준 (단위: 명, %)

구분	장기요양인정자	급여계약자 계	재가급여계약자	시설급여계약자
인원	424,572	372,944	237,834	135,151
비율 (%)	100	87.8	56.0	31.8
	-	100	63.8	36.2

주) 급여계약자 계 : 재가급여계약자와 시설급여계약자의 합에서 중복 건을 제외한 수급자 수

자료 : 건강보험공단 내부자료

2014년 12월 기준 총 급여계약 실인원은 372,944명이었으며, 재가급여 서비스 이용에 따른 청구 건은 684,985건, 시설급여 135,172건으로 총 820,157건의 계약이 이뤄졌는데, 재가급여의 경우 통보자와 급여계약통보 건수를 비교 해 볼 때 많은 수급자들이 2개 이상의 급여를 이용하고 있는 것으로 추정할 수 있다. 재가급여의 경우 총 684,985건 중 복지용구를 제외하고 방문요양이 29.0%(198,590건)으로 계약이 가장 많았으며, 다음이 방문목욕 6.6%(44,964건)이었고, 단기보호는 0.4%(2,891건)으로 재가급여 서비스 중에서 계약률이 가장 낮았다.

<표 13> 급여종류별 계약 현황

2014.12.31. 기준 (단위: 명)

대상 자 구분	장기 요양 인정자 수	계		재가급여								시설급여			
		실 인원	재가 + 시설	실 인원	소계	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주 야간 보호	단기 보호	복지 용구	실 인원	소계	요양 시설	공동 생활 가정
합계	424,572	372,944	372,985	237,834	684,985	198,590	44,964	5,127	26,036	2,891	407,377	135,151	135,172	117,076	18,096
일반	278,938	240,594	240,625	162,055	487,185	133,213	29,515	3,442	19,558	2,118	299,339	78,570	78,580	68,147	10,433
기초	66,237	61,047	61,048	32,494	96,494	29,131	5,984	678	2,083	174	58,444	28,554	28,560	25,157	3,403
의료	5,190	4,512	4,512	3,123	8,865	2,671	620	70	276	34	5,194	1,389	1,389	1,194	195
감경	74,207	66,791	66,800	40,162	92,441	33,575	8,845	937	4,119	565	44,400	26,638	26,643	22,578	4,065

주 1) 각 급여종류별 급여내용통보서 통보자 현황임. , 2) 소계는 각 급여종류별 급여계약 통보자를 합산함.,
3) 재가(시설)급여 실인원 : 각 급여종류 동일 수급자의 중복 급여계약 제외, 4) 계-실인원 : 재가+시설
중 중복을 제외한 수급자

자료 : 건강보험공단 내부자료

2014년 12월 한 달 동안 장기요양급여를 이용한 실인원은 입소시설이 12만4천명, 재가서비스가 21만8천명으로 총 34만1천명이다. 재가서비스 이용자는 1인당 약 1.5건을 사용하였으며, 약 1천 7백억이 재가서비스 비용으로 발생하였다. 시설서비스 이용자는 한 달 동안 12만 명이 1천 8백9억 원의 비용을 발생하였다. 12월 한달 동안 1인당 총비용은 약 106천원으로 작년 한해 평균비용 99.6천원(2013년 건강보험통계연보)에 비해 다소 증가하였다. 등급별로는 최중증도인 1등급 이용자가 가장 많은 비용(1인당 평균 126만원)을 발생하였다.

<표 14> 등급별 급여이용실적

(단위 : 명, 건, 천원)

구분		실인원수	건수	총금액	본인부담금 ⁶⁾	1인당 총금액 (원) ¹⁾
계	계	341,149	484,960	362,001,957	43,828,776	1,061,126
	입소	124,683	134,561	189,194,449	24,762,901	1,517,404
	재가	218,707	350,399	172,807,508	19,065,875	790,132
1등급	소계	29,238	41,923	36,896,992	4,673,659	1,261,953
	입소	15,849	17,066	26,604,283	3,472,078	1,678,610
	재가	13,389	24,857	10,292,709	1,201,581	768,744
2등급	소계	60,165	81,814	74,684,462	9,746,330	1,241,327
	입소	35,019	37,372	54,900,080	7,433,852	1,567,723
	재가	25,146	44,442	19,784,382	2,312,478	786,780
3등급	소계	143,283	202,971	146,149,346	17,696,473	1,020,005
	입소	50,674	54,398	73,102,918	9,528,514	1,442,612
	재가	92,609	148,573	73,046,428	8,167,959	788,762
4등급	소계	109,374	152,940	100,891,597	11,352,872	922,446
	입소	23,848	25,398	34,183,523	4,277,698	1,433,392
	재가	85,526	127,542	66,708,074	7,075,174	779,974
5등급	소계	4,186	5,312	3,379,560	359,443	807,348
	입소	321	327	403,644	50,761	1,257,459
	재가	3,865	4,985	2,975,916	308,682	769,965

주 1) 2014. 12월 지급 기준, 2) 실인원수 계는 입소+재가 중 중복을 배제한 인원수, 3) 건수는 명세서 건수, 4) (1) - 총금액/실인원수, 5) 복지용구는 재가급여에 포함
 자료 : 건강보험공단 내부자료

다음으로는 서비스 이용실적을 시설과 재가로 구분하여서 시설의 특성에 따른 급여비 액수를 분석하고자 한다. 입소시설을 이용 중인 대상자의 86.7%는 전문노인요양시설을 이용하고 있었으며, 노인요양 공동생활가정에 거주하고 있는 대상자는 약 13%이다. 1인당 비용은 노인요양공동생활가정이 144만원에 비해 전문노인요양시설이 152만원에 비해 낮았다. 노인공동요양가정은 비용 뿐 아니라 전문노인요양시설에 지역사회 내에 설치가 가능하고 기존 주택을 활용이 가능하다는 장점과 함께 소요비용도 적다는 점에서 적극적인 검토가 필요하다.

<표 15> 등급별 시설서비스 이용실적

(단위 : 명, 천원)

6) 장기요양보험의 서비스를 이용하고 발생한 비용 중 일부를 이용자가 직접부담하고 있는데, 건강보험 가입자의 경우 재가급여를 이용할 경우 전체비용에서 15%를, 시설급여는 20%를 부담하고 있다. 시설과 재가급여를 포함한 전체적인 공단부률은 2013년 기준 87.5%이다.

구분		계	요양시설(구)	전문노인요양시설	노인요양 공동생활가정
계	실인원수	124,683	25	108,134	16,781
	금액	189,194,449	40,831	164,959,273	24,194,345
1등급	실인원수	15,849	3	13,992	1,880
	금액	26,604,284	5,564	23,581,567	3,017,153
2등급	실인원수	35,019	4	30,333	4,743
	금액	54,900,080	6,884	47,798,994	7,094,202
3등급	실인원수	50,674	16	43,741	7,023
	금액	73,102,918	25,209	63,472,726	9,604,983
4등급	실인원수	23,848	2	20,679	3,229
	금액	34,183,523	3,174	29,763,685	4,416,664
5등급	실인원수	321	0	271	51
	금액	403,644	0	342,301	61,343

주 1) 2014. 12월 지급 기준

2) 실인원수의 계는 등급별, 시설서비스 종류별에 따라 각각의 중복을 배제한 급여 이용 인원수

2014년 12월 지급 기준으로 살펴보았을 때, 방문요양서비스를 이용자는 전체 재가급여서비스이
용자의 80%를 차지하고 있으며, 재가서비스 총금액의 77.6%를 차지하고 있다. 실인원 및 발생건수
를 기준으로는 복지용구가 그 다음으로 높았으며, 1인당 총비용으로는 주야간보호가 재가서비스
중 가장 높은 비용을 발생하였다.

<표 16> 재가서비스 종류별

(단위 : 개소, 명, 건, 천원)

구분	기관수	실 인원수	건수	총금액	본인 부담금	1기관당		1인당 총 금액(원) ³⁾
						건수 ¹⁾	총금액 ²⁾	
계	9,066	218,707	350,399	172,807,509	19,065,875	39	19,061	790,132
방문요양	7,055	176,352	188,428	133,341,094	14,722,325	27	18,900	756,108
방문목욕	3,502	35,674	37,737	6,721,753	768,552	11	1,919	188,422
방문간호	286	4,285	4,459	784,624	87,807	16	2,743	183,110
주야간보호	1,426	21,794	24,092	20,481,748	2,214,511	17	14,363	939,788
단기보호	252	2,540	2,811	1,606,637	193,012	11	6,376	632,534
복지용구	1,068	81,831	92,872	9,871,653	1,079,668	87	9,243	120,635

주 1) 2014. 12월 지급 기준, 2) 기관수는 장기요양기관기호 단위로 지급한 기관수, 3) 실인원수의 계는 재가
서비스 종류별에 따라 각각의 중복을 배제한 급여 이용 인원수, 4) 건수는 명세서 건수, 5) (1) - 건수/기
관수, (2) - 총금액/기관수, (3) - 총금액/실인원수

자료 : 건강보험공단 내부자료

6. 재정 현황 및 전망

노인장기요양보험의 재정현황을 연도별로 보면, 수입은 2009년 2조 8백억에서 2010년 2조 8천
억원, 2011년 3조 2천억원, 2012년 3조 5천억원, 2013년 3조 8천억원으로 꾸준히 증가하고 있으며,
보험료가 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 지출은 2009년부터 연도별로 1조 9천억, 2조 5천억, 2조
7천억, 2조 9천억, 3조 3천억원으로 수입보다 낮은 수준을 유지하고 있는데, 재정수지는 2009년
85%에서, 2012년 78%로 가장 낮았고, 2013년에는 83%로 지속적으로 흑자를 기록하고 있다. 장기요
양보험의 지출은 대상자의 확대와 고령인구의 증가로 급증할 것으로 전망되는데, <표 18>에 따르
면 가정별 차이는 있지만, 대략 2030년에 15조 정도가, 2050년에는 50조 정도의 지출이 있을 것으
로 전망하고 있다.

현재 흑자로 운영되고 있지만, 재정지출이 급속히 증가하면 재정안전성에 대한 불안은 불을 보듯이 뽕하다. 장기요양보험의 보험료 징수율이 98% 수준을 유지하고 있으며, 정부의 국고지원금은 법률이 정한 기준(보험료 수입의 20%)을 항상 밑돌고 있다. 안정적인 재원 확보를 위해서는 적절한 보험료율의 인상에 대한 검토와 보험료 부과체계의 확대에 대해서도 검토가 필요하다. 또한 지출의 효율적 관리에 대한 논의도 지속적으로 필요하다.

<표 17> 장기요양보험의 재정현황

		2008	2009	2010	2011	2012	2013
수입(A)	소계	8,689.7	20,849.3	28,777.4	32,631.4	35,616.7	38,312.1
(억원)	보험료(A1)	4,770.1	11,995.5	18,315.5	21,423.3	23,696.7	25,421.0
	국고지원금(A2)	1,207.5	2,043.5	3,323.2	3,883.1	4,152.4	4,590.6
	의료급여 부담금(A3)	2,661.4	6,600.8	6,704.5	6,773.2	7,017.8	7,439.4
	국가부담금(A3-1)	86.6	416.0	209.2	298.5	292.5	350.7
	지방자치단체부담금(A3-2)	2,574.8	6,184.9	6,495.3	6,474.7	6,725.3	7,088.7
	기타(A4)	50.8	209.4	434.2	551.8	749.8	861.2
지출(B)	소계	5,549.0	19,084.6	25,891.4	27,877.6	29,373.2	33,179.6
(억원)	보험급여비(B1)	4,314.1	17,467.3	24,152.6	26,026.6	27,328.3	30,995.3
	재가급여비(B1-1)	1,645.7	9,850.2	13,740.3	13,744.9	13,296.9	14,932.5
	시설급여비(B1-2)	2,628.6	7,545.0	10,336.2	12,210.7	13,962.2	15,981.6
	가족요양비(B1-3)	5.6	16.6	13.2	10.5	9.8	10.3
	의사소견서 발급비용(B1-4)	33.4	53.6	60.8	58.6	57.5	69.0
	방문간호지시서 발급비용(B1-5)	0.8	2.0	2.1	1.9	1.9	1.9
	관리운영비(B2)	1,079.0	1,357.2	1,441.4	1,555.7	1,662.6	1,781.6
	기타(B3)	155.9	260.1	297.4	295.2	382.3	402.7
총수지출(B/A) (%)		64	92	90	85	82	87
보험료대 급여비율(B1/(A1+A2+A3)) (%)		50	85	85	81	78	83
당기차액(A-B) (천원)		3,140.7	1,764.7	2,886.1	4,753.9	6,243.5	5,132.5
이 월 금 (천원)		2,910.7	3,851.4	4,709.5	5,551.3	7,463.7	8,166.0
누적준비금적립금(E) (천원)		230.0	1,054.0	3,082.0	6,994.0	11,258.0	12,855.0
적립율(E/B) (%)		6	8	16	33	50	50

주) 당해연도말 결산기준, 2012년 이전에는 기업회계기준(K-GAAP)을 적용하였으나 2013년부터 국제회계기준(K-IFRS)로 변경 적용

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계

<표 18> 장기요양보험 재정전망

(단위: 조)

	2009	2010	2015	2020	2030	2040	2050
박형수 외 (2009), 조세재정연구원	2.0	2.4	5.5	9.2	22.2	40.9	60.8
최기춘 외 (2010), 건강보험공단		2.5	4.0	5.9	15.6		
김진수 (2011), 한국보건사회연구원			4.7	6.8	14.0	28.0	48.8

III. 결론

2008년 7월 시행된 우리나라의 장기요양보험은 되어 올해 7월이면 만 7년이 된다. 본 연구는 장기요양보험의 도입과정을 살펴보고 운영현황을 분석함으로써 제도의 성과를 분석하고자 하였다.

도입과정에서 중증노인만을 등급인정자로 한정하는 문제, 재원마련에 대한 국가부담의 명시화 부족, 요양기관의 지역별 불균형, 운영주체에서 공공부분의 비율이 낮은 점 등의 문제가 발생할 것으로 예상되었다. 하지만 도입 이후에는 중증노인에서 경증까지 2014년 7월부터는 치매특별등급까지 장기요양 등급인정자는 지속적으로 확대되어 노인전체 인구대비 인정률의 약 6.6%까지 확대되었다. 이러한 점은 장기요양의 보편적 권리 확대라는 측면에서 긍정적으로 평가할 수 있다(이미진, 2014). 또한 재정적인 차원에서도 장기요양보험도입 이후에 감소한 노인 건강보험급여가 지출된 장기요양급여에 비해 많은 것으로 실증분석결과 확인되었다(이호용 외, 2013) 실급여비를 실증 분석한 결과 이러한 성과에도 불구하고 아직 많은 문제점을 가지고 있다. 장기요양보험제도의 문제점과 향후 과제에 대한 논의를 정리하는 것으로 결론을 대신하고자 한다.

첫 번째로 등급판정체계에 대한 공정성에 대한 문제이다. 인정점수 변경을 통해서 최종중부터 경증까지 단계적으로 대상자를 확대를 해오고 2014년 치매특별등급도입으로 대상자가 대폭 확대되었다. 또한 정부는 2017년까지 노인인구의 9.5% 수준으로 확대하는 것을 계획하고 있다(건강보험공단, 2012). 아직 일본(16.6%), 독일(13.5%)에 비해 낮은 인정률이지만 고령화율을 비교하였을 때, 낮은 수준은 아니라고 생각할 수 있다. 하지만, 앞서 살펴보았듯이 1등급자의 비율이 감소하고 3등급의 비율 증가는 등급판정 기준의 변경과 적용 과정에 문제점이 제기되고 있다(전용호, 2012). 이러한 문제제기는 비용에 대한 통제를 위해 중증 등급에 대한 기준을 상향조정했다는 의구심을 꾸준히 제기하고 있고, 등급판정도구가 신체 기능 위주로 개발되어 인지 및 문제행동을 가진 노인이 여전히 낮은 등급을 받고 있다(이미진, 2014). 등급판정 기준에 대한 객관성을 확보해야 하고 치매 등 인지 능력을 진단서 제출이 아닌, 판정도구 차원에서 반영할 수 있도록 개선되어야 한다. 또한 등급인정을 받지 못한 사람들은 현재 노인돌봄종합서비스 등 기타 요양서비스를 이용하거나 지자체에서 시행중인 서비스를 이용하고 있다. 서비스 내용의 차별화는 노인장기요양보험의 문제는 아니지만, 등급인정을 받지 못한 사람들이 앞서 언급한 제도에서 유사한 서비스를 이용하면서 장기요양보험으로 편입을 위해 계속하여 등급판정을 신청하고 있어 이 과정에서 비효율을 초래하고 있다.

다음으로 서비스 공급차원에서는 서비스 제공인력의 낮은 급여수준, 열악한 처우와 서비스 자원의 불균형 그리고 개인 및 소규모 기관의 난립으로 낮은 서비스 질 문제를 꼽을 수 있다. 서비스 제공인력의 처우는 여전히 낮은 수준에 있다. 우선 서비스 제공인력의 급여 수준을 살펴보면, 재가방문 요양보호사는 시급 6,500-7,500원을 받는 것으로 나타났는데(허남재, 석재은, 2014), 가사도우미 시급과 비교하였을 때, 요양보호사 시급이 상대적으로 낮게 책정되었음을 알 수 있다. 재가방문의 경우 고용형태에서 비정규직 비율이 높고(재가 66.7%, 요양시설 27.9%), 사회보험가입률 또한 낮은(재가 61.6%, 요양시설 93.8%) 것에서 알 수 있듯이 전반적으로 재가기관의 요양보호사 노동조건이 더 열악하다(석재은, 2010). 또한 민간주도의 시설 확장은 과도한 경쟁과 영세 개인시설의 확대를 가져왔다. 평가제도를 운영 중에 있지만, 형식적인 차원에 머무르고 있다. 또한 개인소유의 공간만 확보하면 시설을 설립할 수 있기 때문에 기존의 건물에 시설을 설립하고 있는데 화재나 사고 발생 시 이동이 신속하고 병상을 옮길 수 있는 최소한의 시설을 갖추지 못한 시설도 다수 운영 중에 있다.

또 다른 문제점으로 의료서비스와의 연계문제를 꼽을 수 있다. 노인요양시설 내에서 촉탁의 제도를 통해 의료의 공백을 최소화 하려고 노력하고 있다. 하지만, 시설내의 의료처치는 의료법의 제약으로 불가능한 경우가 많고, 촉탁의 제도 자체가 형식적으로 운영되고 있다(김진수 외, 2013). 이러한 이유로 요양시설 내에서 의료적 처치가 필요할 경우 적절한 서비스가 이뤄지지 않는다는 보호자의 불안감이 여전히 존재한다. 앞서 언급하였듯이 장기요양보험의 등급을 받고도 서비스를 이용하지 않는 대상자의 주된 이유는 의료적인 욕구가 가장 큰 원인으로 작용하고 있다. 많은 문제가 되고 있는 요양병원의 역할 구분 및 연계⁷⁾를 논외로 할지라도 시설내에서 적절한 의료적 처치가 가능하도록 하는 검토가 필요하고 의료자원을 활용한 의료적 서비스를 필요하다. 시설내에서 의료서비스의 제공 받을 경우, 문제 발생시 책임 관계(시설, 의사)가 불분명하고 행위구분에 따라서 각각 청구하는 재원(건강보험, 노인장기요양)이 상이한 점 등을 문제점으로 꼽을 수 있다. 대상자 판정 단계부터 의료적 욕구를 판정하고 시설의 입소 할 경우 시설 내 의료적 처치가 필요한 상황과 가능한 처치에 대한 기준을 마련하고, 노인장기요양보험법안에서 의료처치와 보상이 가능한 기준을 마련하여 의사의 지시에 의한 의료적 행위가 시설내에서 가능하도록 검토해야 한다. 또한 수행 인력에 대한 기준 마련이 필요한데, 이러한 처치가 가능하도록 노인전문간호사 등의 도입을 고려해 볼 수 있다.

마지막으로 고령화 사회에서 노인요양서비스 제공이라는 거시적 측면에서 주체 간 역할부담을 공고히 할 필요가 있다. 외국의 경우 시설 입소는 의료적 처치가 필요한 경우나 혼자서 거주하기에 적당하지 않은 경우로 한정하고 가급적 재가 급여를 선호하고 있다. 재가 급여는 지역사회를 중심으로 한 관심과 서비스 제공이 중요한 관건이다. 현재 우리나라는 노인장기요양보험제도 운영에 초점을 두고 관리운영체계를 구축하고 있지만 예방적 서비스와 예비 대상자 관리라는 중요한 포인트를 놓치고 있다. 가장 좋은 정책은 대상자의 욕구를 미연에 방지하는 예방책이다. 물론 보편적인 권리로서 제도를 이용하도록 설계한다면 예방적인 차원 역시 제도 내에 흡수되면서 65세 이상 전국민에 대한 돌봄서비스 제공이 이루어질 것이다. 그러나 현실적으로는 한정된 재정 내에서 미래세대에 부담감을 주지 않도록 제도를 효율적으로 설계하는 것이 필요하다. 이를 위해 각 부처에서 운영되는 노인돌봄서비스 사업과 장기요양보험간의 관계 설정을 명확하게 하고 지역사회를 중심으로 하는 효율적인 관리운영방안을 모색하는 것이 필요하다.

7) 김진수 외(2013)에서는 노인요양시설과 요양병원 대상자를 4집단으로 구분(요양병원 이용자, 요양병원에서 요양시설 이동자, 요양시설에서 요양병원 이동자, 요양시설 이용자)하여 집단별 요양등급, 주상병 및 비용(의료비+급여비)를 분석하였지만, 기관 선택에 따른 차이가 없는 것으로 보고되고 있다. 이러한 분석결과를 현재 논의되고 있는 요양병원의 문제점을 지적하는데 중요한 자료로 활용될 수 있는데, 의료처치보다는 요양의 욕구가 강한 사람을 대상으로 서비스를 제공하기 보다는 요양병원의 설립 목적에 부합하게 장기적인 치료가 필요한 의료적인 욕구가 높은 환자나 재활이 필요한 환자를 대상으로 서비스를 제공해야 할 것이다.

참고문헌

- 건강보험공단 (2008). 노인장기요양보험 사업 안내서. 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단 (2014a), 2013년 건강보험통계연보. 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단 (2014b) 노인장기요양보험 상반기 주요통계, 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단, 2009, 2010, 2013, 노인장기요양보험 통계연보 국민건강보험공단.
- 김진수 (2011). 100세 대응을 위한 미래 전략세미나, 한국보건사회연구원.
- 김진수 외 (2013). **요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구-연계방안을 중심으로**, 서울: 한국보건사회연구원
- 박형수, 전병목 (2009). 사회복지 재정분석을 위한 중장기 재정추계모형 개발에 관한 연구, 한국조세재정연구원.
- 석재은. (2010). 공급자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 개선방안. **보건복지포럼**, 168: 34-44.
- 선우덕 외 (2001). 노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안, 보건복지부 · 한국보건사회연구원
- 선우덕 외 (2003). 공적 노인요양보호 체계 발전방안 연구: 노인기능평가도구의 개발 · 적용, 시설기능 재정립 미 재원
운용계획 중심, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
- 선우덕 외(2014). 노인요양서비스 사업군 재정사업 심층평가. 기획재정부 · 한국조세재정연구원 · 한국보건사회연구원.
- 이미진 (2014). 노인장기요양보험제도의 실태와 공공성 증진을 위한 정책과제, 참여연대 사회복지위원회.
- 이호용 외 (2013). **장기요양보험이 의료이용 변화에 미치는 영향분석**, 서울: 국민건강보험공단 · 건강보험정책연구원,
- 전용호. (2012). 한국 노인장기요양보험의 주요한 문제점과 개선방안 - 길버트와 테렐의 분석 틀을 중심으로. **한국지
역사회복지학**, 43, 345-384.
- 정경희 (2010). 노인장기요양보험제도 도입과정과 쟁점들. 윤희숙, **노인장기요양보험의 현황과 과제**, pp 14-41. 서울;
한국개발연구원
- 정경희 외 (2001). **장기요양보험 대상 노인의 수발실태 및 복지욕구**, 서울: 한국보건사회연구원.
- 최기춘 외, 2010. 노인장기요양보험 중장기 재정운용전망과 정책과제, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
- 허남재 · 석재은. (2014). 재가 장기요양 돌봄노동의 특성과 돌봄관계에 대한 시민권적 접근. **노인복지연구**, 63,
279-307.

Abstract

A Study on the Long-term Care Insurance Operational Performances in South Korea

Yi, Gi Joo

(Hallym Univ. Graduate School)

South Korea is becoming an aging society faster than any other country. Long-term care insurance was proposed in 2000 by the elderly experts for the first time, and was introduced in 2008. This has formally provided care services to the elderly and has offered jobs to women as new social services. Also, the increased elderly medical expenditure has been offset by the care expenditure. The objective of this study was to explore the operational performance of the long-term care insurance since 2008, and to suggest how its implementation could be improved. For this, context analysis was carried out using Gilbert and Specht's framework. First, the proportion of 1st graders enrolled in the long-term care insurance was found to be decreasing. This unnatural pattern will lead people to think that the public grading council is abnormal. Second, the preponderance of small businesses and the harsh treatment of people's careers have led to the low quality of services and relationships, making the possibility and sustainability of long-term care uncertain. Third, the roles of the insurer, the individual departments, and the local governments are not clear.

New approaches to the provision of long-term care that emphasize community-based services may reduce the use of nursing home and hospital care, although there is no evidence that in the aggregate such changes will reduce the total expenditures for long-term care.

Key Word: Long-term Care Insurance, Operational, Performances

(논문투고일: 2015. 01. 15 / 심사완료일: 2015. 03. 02 / 게재확정일: 2015. 03. 02)