

연구보고서 2021-40

# 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

이윤경  
김혜수·김세진·남궁은하·이정석·남현주·허현숙



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원  
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 연구진

연구책임자	<b>이윤경</b>	한국보건사회연구원 연구위원
공동연구진	<b>김혜수</b>	한국보건사회연구원 연구원
	<b>김세진</b>	한국보건사회연구원 부연구위원
	<b>남궁은하</b>	한국보건사회연구원 부연구위원
	<b>이정석</b>	건강보험연구원 연구위원
	<b>남현주</b>	가천대학교 사회복지학과 교수
	<b>허현숙</b>	사회보장위원회 전문위원

연구보고서 2021-40

## 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

발행일 2021년 12월  
발행인 이태수  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370  
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)  
전화 대표전화: 044)287-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)  
인쇄처 거목정보산업(주)

© 한국보건사회연구원 2021  
ISBN 978-89-6827-838-9 93330  
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.40>

## 발|간|사

노인장기요양보험제도는 도입 이후 수급자 확대를 통한 보장성 강화와 서비스 질 향상을 위한 제도 발전을 도모하였고, 그 결과 돌봄의 사회화를 상당 부분 달성하였다고 평가되고 있다. 장기요양 수급자와 장기요양 기관은 2008년 제도 도입 이후 급속한 성장세를 보이고 있으며, 이는 인구 고령화, 노인의 자녀 수 감소, 노인 돌봄을 사회의 책임으로 인식하는 가치관 변화와 맞물려 향후 더욱 가속화될 것으로 전망된다.

이러한 변화에 대비하여 노인장기요양보험제도의 지속 가능한 발전을 위한 방안을 모색해야 하며, 보험자, 공급자, 이용자 모두에게 직·간접적인 영향을 미치는 노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 검토는 필수적이다. 현재 우리나라의 노인장기요양보험 지불보상방식은 2008년 제도 도입 시기의 설계를 유지하면서 부분적으로 보완하여 운영되고 있으며, 지불보상방식으로 인해 이용자 선별 현상, 기관 간 서비스 질의 편차와 같은 의도치 않은 부작용이 발생하고 있다.

정부에서 지속적으로 제시하는 정책적 지향점인 재가 중심의 돌봄, 의료와의 연계(의료비 효율화), 서비스 질 강화를 달성하기 위해서는 현재 지불보상체계에서의 현황을 파악하고 문제를 진단하여 이에 대한 개선이 수반되어야 할 것이다. 이러한 배경 하에 본 연구는 노인장기요양보험 현 지불보상체계의 현황과 쟁점을 파악하고 지불보상체계를 주요 항목별로 평가하여 정책적 개선과제를 제시할 목적으로 수행되었다. 본 연구의 결과가 향후 지불보상체계 개편 시 기초자료로 활용되어 장기요양정책의 지속가능한 발전에 기여할 수 있기를 기대한다.

본 보고서는 본원의 이윤경 연구위원의 책임 하에 김세진 부연구위원, 남궁은하 부연구위원, 김혜수 연구원과 원외의 이정석 건강보험연구원

---

연구위원, 남현주 가천대학교 교수, 허현숙 사회보장위원회 전문위원이  
함께 작성하였다. 본 연구의 자문위원으로 귀중한 의견을 준 원내의 황도경  
연구위원과 원외의 송현종 상지대학교 교수에게 감사의 마음을 전하며,  
연구에서 제안한 정책과제에 대해 귀중한 의견을 주신 전문가분들께도  
감사드린다.

끝으로 본 보고서에 수록한 내용은 연구진의 의견이고 본 연구원의 공  
식적 견해가 아님을 밝혀둔다.

2021년 12월

한국보건사회연구원 원장

**이 태 수**





Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 연구의 배경 및 목적 .....	9
제2절 연구의 내용 및 방법 .....	12
<b>제2장 노인장기요양보험 지불보상체계 개요 및 최근 쟁점 .....</b>	<b>17</b>
제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 수립 및 발전과정 .....	19
제2절 급여유형별 지불보상체계 구성 현황 .....	44
제3절 노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 최근 쟁점 .....	71
<b>제3장 노인장기요양보험 지불보상체계 진단 .....</b>	<b>75</b>
제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단 기준 .....	77
제2절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단 .....	82
<b>제4장 장기요양기관 운영자 FGI 결과 .....</b>	<b>143</b>
제1절 장기요양기관 운영자 FGI 개요 .....	145
제2절 장기요양기관 급여유형별 운영자 FGI 의견 .....	150
제3절 장기요양기관 운영자 FGI 소결 .....	180
<b>제5장 해외 사례 .....</b>	<b>187</b>
제1절 독일 .....	189

---

제2절 일본 .....	232
제3절 미국 .....	262
제4절 해외 사례의 함의 .....	286
<b>제6장 노인장기요양보험 지불보상체계의 정책과제 .....</b>	<b>291</b>
제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 종합평가 .....	293
제2절 지불보상체계의 개선과제 .....	299
제3절 급여유형별 지불보상의 개선과제 .....	308
<b>참고문헌 .....</b>	<b>313</b>

# 표 목차



〈표 2-1〉 노인요양시설 표준인력모형 구성 및 인건비(70명 정원모형) .....	26
〈표 2-2〉 노인요양시설 표준운영모형(70명 모형) 총비용 .....	27
〈표 2-3〉 주간보호 표준운영모형(26명 모형) 인력수 및 직종별 인건비 .....	27
〈표 2-4〉 주간보호 표준운영모형(26명 모형) 총비용 .....	27
〈표 2-5〉 방문요양 표준운영모형(40명 모형) 인력수 및 직종별 인건비 .....	28
〈표 2-6〉 방문요양 표준운영모형(40명 모형) 총비용 .....	28
〈표 2-7〉 재가급여 이용 월한도액 산정 기준(2008년 제도 도입 시) .....	29
〈표 2-8〉 수급자 30인 이상 시설: 서비스 직종별 1인당 수급자수에 따른 점수 산정표 · 35	
〈표 2-9〉 산정점수에 따른 가산율 .....	36
〈표 2-10〉 수급자 30인 이상 시설: 직원 1인당 수급자 수에 따른 점수 산정표(1차 제도개선) .....	36
〈표 2-11〉 인력추가배치 가산 산정점수에 따른 가산율: 1차 제도개선 .....	37
〈표 2-12〉 간호사 배치추가 가산율: 1차 제도개선 .....	37
〈표 2-13〉 간호사 배치추가 가산율 계산식: 1차 제도개선 .....	37
〈표 2-14〉 수급자 수에 따른 야간 배치인력 가산기준: 1차 제도개선 .....	38
〈표 2-15〉 정원초과 비율에 따른 감산비율 .....	40
〈표 2-16〉 인력배치기준 위반에 따른 보험자부담금 감산 비율 .....	41
〈표 2-17〉 수가 감산항목별 기관 수 현황(2009~2011): 도입 초기 .....	42
〈표 2-18〉 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(비급여대상) .....	46
〈표 2-19〉 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 수가 비교 .....	48
〈표 2-20〉 재가급여 월 한도액(2021) .....	50
〈표 2-21〉 복지용구 품목(2021) .....	55
〈표 2-22〉 계약의사 진찰비용 .....	58
〈표 2-23〉 2017년 계약의사 활동비용 .....	58
〈표 2-24〉 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용(2021) .....	59
〈표 2-25〉 급여비용 가산의 유형 .....	60
〈표 2-26〉 인력 추가배치 가산금액 산출식 .....	61
〈표 2-27〉 인력 추가배치 가산 가산점수 인정 범위 .....	62

〈표 2-28〉 야간직원배치 가산 방식 .....	63
〈표 2-29〉 급여비용 감액산정 유형 .....	64
〈표 2-30〉 정원 초과비용에 따른 급여비용 산정비율 .....	65
〈표 2-31〉 인력배치기준 위반 감액 산출식 .....	65
〈표 2-32〉 인력배치 기준위반 감산점수 .....	66
〈표 2-33〉 급여유형별·규모별 감산유형점수 .....	66
〈표 2-34〉 장기근속 장려금(2021) .....	69
〈표 2-35〉 장기근속 장려금 지급 기관 및 종사자 현황(2019년 12월) .....	69
〈표 2-36〉 직종별 장기근속장려금 지급 현황(2019년 12월) .....	70
〈표 2-37〉 장기요양등급별 시설급여액과 재가급여액 비교(2021) .....	73
〈표 3-1〉 지불보상체계의 진단틀 .....	81
〈표 3-2〉 장기요양급여별 지불보상 항목 .....	84
〈표 3-3〉 급여종류별 장기요양기관 수 및 정원 수 .....	88
〈표 3-4〉 급여종류별 장기요양기관 정원 충족률 .....	90
〈표 3-5〉 가정방문형 급여종류별 장기요양기관당 급여이용자 수 .....	91
〈표 3-6〉 연도별·급여유형별 장기요양기관 경영수지 .....	93
〈표 3-7〉 급여유형별 장기요양기관 연도별 경영손익(2015~2019년) .....	97
〈표 3-8〉 급여유형별·특성별 장기요양기관 경영손익 .....	100
〈표 3-9〉 장기요양등급별 시설급여와 재가급여 월한도액 차이 .....	103
〈표 3-10〉 장기요양 재가급여 이용자의 서비스 이용일수 및 이용 시간 .....	104
〈표 3-11〉 장기요양등급별 서비스 이용 경험자 비율 .....	105
〈표 3-12〉 시설급여 수가 변화(2008~2021) .....	107
〈표 3-13〉 방문요양 수가 변화(2008~2021) .....	108
〈표 3-14〉 2021년 장기요양수가: 5등급 기준 각 등급의 비율 .....	110
〈표 3-15〉 2021년 장기요양수가: 5등급 기준 각 등급의 비율(주야간보호) .....	110
〈표 3-16〉 노인복지법상의 시설급여기관 인력배치기준 .....	112
〈표 3-17〉 장기요양등급별 시설급여이용자 비율 변화: 2008~2020년 .....	115



〈표 3-18〉 요양병원과 요양시설, 재가급여 기관 수 및 이용자 수 .....	116
〈표 3-19〉 시설급여 제공기관 규모별 분포 .....	119
〈표 3-20〉 방문요양 제공기관 규모별 분포 .....	120
〈표 3-21〉 주야간보호 제공기관 규모별 분포 .....	121
〈표 3-22〉 단기보호 제공기관 규모별 분포 .....	122
〈표 3-23〉 장기요양 재가급여 이용자의 이용 현황 .....	123
〈표 3-24〉 시설급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과 .....	124
〈표 3-25〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 방문요양 .....	125
〈표 3-26〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 주야간보호 .....	126
〈표 3-27〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 단기보호 .....	127
〈표 3-28〉 장기요양기관 가산운영 현황(2020년) .....	128
〈표 3-29〉 장기요양기관의 가산 종류별 이용 현황(2020년) .....	130
〈표 3-30〉 장기요양기관 감산운영 현황(2020년) .....	131
〈표 3-31〉 장기요양기관 감산운영 현황(2020년) .....	132
〈표 3-32〉 노인요양시설 인건비 시뮬레이션 사례기관의 인력 및 재정현황 .....	136
〈표 3-33〉 사례분석 노인요양시설별 인건비(월) 시뮬레이션 현황 .....	137
〈표 3-34〉 사례분석 노인요양시설 인력의 직종 및 경력별 인건비 시뮬레이션 현황 .....	137
〈표 3-35〉 사회복지시설 종사자 인건비(기본급) 가이드라인 변화: 5호봉 기준 .....	139
〈표 3-36〉 사회복지서비스업 종사자 임금 변화 .....	140
〈표 3-37〉 소비자물가지수 및 물가상승률 변화 .....	140
〈표 3-38〉 실질임금상승률 변화 .....	141
〈표 4-1〉 FGI 참여자 집단 설계 .....	146
〈표 4-2〉 FGI 참여자 특성별 대상자수 .....	147
〈표 4-3〉 FGI 참여자의 일반적 특성 .....	148
〈표 4-4〉 시설급여 제공기관 FGI 주요 내용 .....	181
〈표 4-5〉 방문요양 제공기관 FGI 주요 내용 .....	182
〈표 4-6〉 주야간보호 제공기관 FGI 주요 내용 .....	183
〈표 4-7〉 단기보호 제공기관 FGI 주요 내용 .....	184

〈표 5-1〉 등급별 거주시설이용자를 위한 장기요양보험급여액(2021년) .....	206
〈표 5-2〉 시니어파크-졸링겐 제공 서비스 .....	213
〈표 5-3〉 시니어파크-졸링겐의 기준 요금(2021년) .....	216
〈표 5-4〉 신체수발 관련 서비스 묶음 .....	221
〈표 5-5〉 가사도움 관련 서비스 묶음 .....	224
〈표 5-6〉 소요시간을 기준으로 한 시간당 요금 .....	227
〈표 5-7〉 교통비 .....	228
〈표 5-8〉 개호 서비스의 종류 .....	235
〈표 5-9〉 개호노인복지시설·지역밀착형 개호노인복지시설수급자 생활개호 기본보수 .....	243
〈표 5-10〉 단기입소생활개호 기본보수 .....	244
〈표 5-11〉 시설계 서비스, 단기입소계 서비스 식비 기준비용액 .....	245
〈표 5-12〉 통소개호·지역밀착형 통소개호 기본보수 .....	247
〈표 5-13〉 특정시설입거자 생활개호·지역밀착형특정시설입거자 생활개호 기본보수 .....	249
〈표 5-14〉 방문개호(재가) 기본보수 .....	250
〈표 5-15〉 치매케어 대응형 공동생활 개호 기본보수 .....	251
〈표 5-16〉 개호노인 복지시설과 인지증 노인 공동생활 개호 수가 가(감)산 제도 .....	252
〈표 5-17〉 개호사업경영실태조사 개요 .....	255
〈표 5-18〉 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과(각 개호서비스) .....	256
〈표 5-19〉 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과(각 개호서비스별 인건비 비율) .....	257
〈표 5-20〉 개호보수 개정 시 주요 내용과 개정률 .....	259
〈표 5-21〉 미국 메디케어 각 부분의 특징 .....	265
〈표 5-22〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 기본 보상 원칙(15개 주) .....	275
〈표 5-23〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 주요 보상 비용 항목(15개 주) .....	276
〈표 5-24〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 비용 조정 항목(15개 주) .....	278
〈표 5-25〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 추가보상 및 인센티브(15개 주) .....	279
〈표 6-1〉 장기요양보험 지불보상체계에 대한 종합적 평가 .....	298

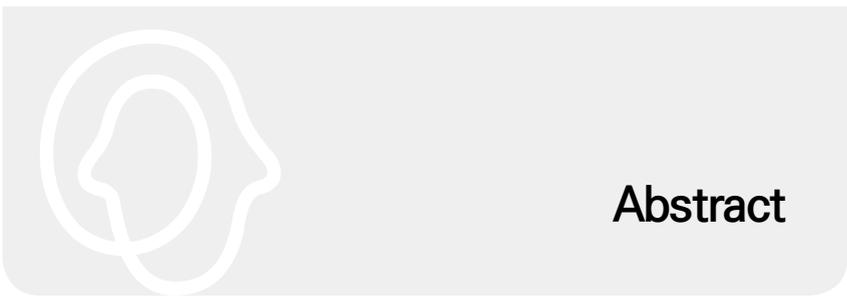
# 그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 2-1] 노인장기요양보험 수가산정의 기본구조	23
[그림 2-2] 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 서비스 비용 구성	49
[그림 2-3] 방문요양 급여비용 구성	51
[그림 2-4] 방문간호 급여비용 구성	51
[그림 2-5] 방문목욕 급여비용 구성	52
[그림 2-6] 주야간보호 서비스 비용 구성	53
[그림 5-1] 개호보험제도 도입 이후 변화	232
[그림 5-2] 65세 이상이 지불하는 보험료(전국평균 월액)	234
[그림 5-3] 일본의 급여제공체계 흐름도	237
[그림 5-4] 개호보수 지불체계	238
[그림 5-5] 개호보수 기본구조	239
[그림 5-6] 개호보수 산정방식	239
[그림 5-7] 서비스별, 지역별로 설정된 1단위의 단가	240
[그림 5-8] 개호보험급여와 이용자부담 체계	241
[그림 5-9] 연도별(거택·지역밀착·시설별) 급여비 추이(1개월 평균)	242
[그림 5-10] 기준비용액의 구성	245
[그림 5-11] 기준비용액의 대상자 및 식비 부담한도액	246
[그림 5-12] 거택개호지원(Ⅰ) 기본보수	247
[그림 5-13] 거택개호지원(Ⅱ), 개호예방지원 기본보수	248
[그림 5-14] 개호사업경영상태조사의 조사 및 집계 운영 시기	254
[그림 5-15] 지불주체에 따른 장기요양서비스 총 비용(2018년)	263
[그림 5-16] 전문요양시설(SNF) 관련 메디케어의 전향적지불방식(PPS)	267
[그림 5-17] 환자주도지불모형(PDPM) 주요 내용	269
[그림 5-18] 메디케이드 장기요양 관련 급여비용 중 시설(institutional LTSS) 및 재가(HCBS)급여 비중 변화(1995~2018)	272





## Abstract

### Evaluation and Improvement of Korea's Long-term Care Insurance Payments

Project Head: Lee, Yunkyung

This study aims to evaluate the current reimbursement system of the long-term care insurance and to suggest policy improvements for guaranteeing sustainability of the insurance system. Study was conducted by literature analyses qualitative researches and focus interviews with the directors of the long-term care institutions to figure out current state and problems of the reimbursement system. Also, the reimbursement systems of Germany, Japan, and United States were generally reviewed.

Based on the evaluation, several policy improvements are proposed as follows: First, it is necessary to specify the principles and goals of the current reimbursement system to all participants in the long-term care insurance system. Second, the contents of reimbursement should be set based on the purpose of the system. Third, the level of reimbursement and composition of the workers need to be reorganized so that the providers follow the form of a standard model. Fourth, the application of the fee-for-service should be reviewed in order to resolve the limitations of the current reimbursement system.

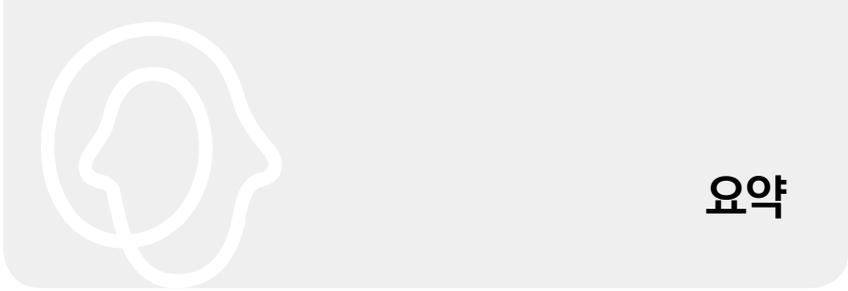
---

Co-Researchers: Kim, Hyesoo · Kim, Sejin · Namkung, Eunha · Lee, Jungsuk · Nam, Hyun-Joo · Her, Hyunsook

## 2 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

Fifth, the level of reimbursement, in particular, the wage of long-term care workers, should be thoroughly reviewed, as it shares the largest proportion of resource consumption in providing the long-term care benefits. Sixth, while maintaining the current level of reimbursement, it is necessary to improve the irrational parts of the system by providing additional incentive to the providers.

Keyword : korea's long-term care insurance, payment system, long-term care fee



## 1. 연구의 배경 및 목적

노인장기요양보험은 2008년 도입 이후 보장성 확대 정책에 힘입어 급속한 수급자와 공급자 확대의 성장을 이루었다. 이러한 증가세는 인구 고령화, 노인의 자녀 수 감소, 노인 돌봄을 사회의 책임으로 인식하는 가치관 변화와 맞물려 향후 더욱 가속화될 것으로 전망된다.

노인장기요양보험제도의 미래 지속가능성을 보장하기 위해서는 보험자 관점에서의 재정 안정성, 공급자 관점에서의 수익성, 이용자 관점에서의 비용 합리성과 서비스의 질을 적절히 고려해야 한다. 노인장기요양보험의 지불보상체계는 국가의 장기요양정책이 지향하는 방향을 보여주며, 제시한 방향에 따라 공급자가 경영 전략을 선택하고 이용자가 서비스 이용 형태를 결정하도록 유인하는 주요 수단으로 작용한다. 따라서 지불보상체계는 제도의 변화를 이끌기도 하고 때로는 제도의 변화에 따라 수정되면서 발전해야 한다. 특히 노인장기요양보험의 급여 대부분이 민간공급기관을 통해 제공되는 현시점에서 지불보상과 수가제도는 제도의 성패를 가르는 중요한 정책 기제이다. 따라서 향후 인구고령화의 진전으로 인해 노인장기요양보험제도의 확대가 예상되는 현시점에서, 현재의 장기요양보험제도의 지불보상 체계에 대한 진단과 평가가 요구되어진다.

이러한 배경 하에 본 연구에서는 노인장기요양보험 현 지불보상체계의 현황과 쟁점을 파악하고, 지불보상체계 수립의 원칙에 따라 지불보상체계를 평가하며, 이를 통해 향후 장기요양정책의 지속가능한 발전을 위한 지불보상체계 개선을 위한 정책과제를 발굴하는 것을 목적으로 한다.

## 2. 주요 연구결과

노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 평가는 목적 정합성, 합리성, 비용효율성, 효과성 및 책임성, 현실 기반 정도라는 5가지 평가 항목에 따라 이루어졌다. 첫째, 목적 정합성에 대한 평가 결과 현 지불보상체계는 제도가 지향하는 목적, 원칙을 달성하기에는 부족한 부분이 있는 것으로 나타났다. 현재 보상의 내용 중 시설급여에서의 숙박비는 '요양'의 목적에 부합하지 못하는 점, 그리고 재가우선 원칙을 달성하기 위한 보상체계가 부족하여 시설 이용을 유인하는 결과가 있음을 확인하였고, 서비스 질 향상을 위한 보상과 낮은 서비스 질에 대한 패널티가 모두 부족한 것으로 나타났다.

둘째, 합리성의 측면에서 보상 수준의 적합성은 공급자의 시장 진입을 유인하기 충분한 수준으로 평가되었으나, 급여유형 중 단기보호의 경우 지불보상 수준과 방식이 급여제공 형태(기관 운영특성)를 반영하지 못함으로써 계속적으로 공급이 축소되고 있는 것으로 나타났다. 이로 인해 이용자의 선택권을 축소시키는 부작용이 나타나며, 이와 같은 현실은 단기보호 운영자 FGI에서도 나타났다. 보상의 상대적 형평성과 자원소모량을 적절하게 반영하고 있는가에 대한 평가에서는 장기요양제도에서 요양등급은 대표적인 자원소모량을 반영하는 기준이지만, 시설급여에서 3~5등급을 동일한 보상을 지급하거나, 방문요양에서 등급 간 자원소모량의 차이를 반영하지 않는 한계가 나타났다. 또한 등급 이외의 이용자의 치매 등의 질환 특성이나 가구형태 등 이용자 특성에 따른 자원소모량의 차이를 반영하지 못한 한계가 나타났다.

셋째, 비용 효율성 측면에서 현재의 제도는 미흡한 것으로 나타났다. 목적 정합성에 대한 평가에서 확인하였듯이 현재 지불보상체계는 시설보

다 재가 이용을 유인하지 못하고 있으며, 또한 건강보험의 요양병원에서의 불필요한 사회적 입원이 OECD 국가에서도 가장 높게 나타나고 있는 점을 볼 때, 현 보상의 사회 전체적인 비용 효율성은 부족한 것으로 평가된다.

넷째, 서비스 효과성 및 책임성 측면에서의 평가이다. 현 수가는 표준모형을 기반으로 급여가 제공되는 것이 이상적이라는 목표를 두고 산정되었으나 제도 운영 14년 차인 현재, 실제 공급기관은 표준모형의 형태로 운영되지 않는다. 이는 공급자 입장에서 이윤을 최대화할 수 있는 경영모형을 추구함으로써 현재의 시설 규모별 인력배치기준과 수가의 분석을 통해 “최적의 경영모형”이 선택되고 확대되고 있는 것으로 나타났다. 현 지불보상체계는 제도가 추구하는 표준모형을 확대시키기에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 또한 질 향상을 위한 제도로서 가감산 제도에서는 가산제도를 통한 인력추가 배치를 통한 질 향상이 이루어졌다고 평가되지만, 서비스 질이 낮은 공급기관에 대한 패널티는 부족하다고 평가되어진다. 또한, 현 지불보상에서 자원소모량과 자원투입량이 반영된 보상이 이루어지지 못함에 따라 공급기관에서 이용자 선별 현상이 일부 나타나고 있다. 이는 누구나 서비스를 이용할 수 있는 권리를 보장해야 할 공적 제도의 책임을 이수하지 못하는 결과로 해석되어진다.

다섯째, 지불보상의 현실기반 정도에 대한 평가는 현재 장기요양기관의 인건비와 사회복지종사자 인건비 가이드라인 수준을 평가할 때, 장기요양기관 종사자 인건비는 사회복지시설 대비 18% 정도 낮게 나타났다. 즉, 현재의 장기요양기관 보상의 수준은 현실을 반영하지 못하고 있다고 평가되며, 이로 인해 점차적으로 경력이 높은 우수한 인력의 확보가 어렵고 서비스 질에 큰 영향을 미칠 것으로 우려되어진다.

### 3. 결론 및 시사점

본 연구의 분석 결과를 토대로 노인장기요양보험 지불보상체계의 지속 가능성 보장을 위한 정책과제를 다음과 같이 제안한다. 첫째, 현 지불보상체계가 지향하는 원칙과 목표를 보다 명확히 명시하고 이에 따른 보상 체계에 대한 이해를 향상시킬 필요가 있다. 둘째, 제도의 목적에 기반하여 보상 내용(무엇을 지불보상할 것인지)이 설정되어야 한다. 관련하여, 장기요양보험에서의 주거비 보상은 적합한 보상내용으로 보기 어려우므로 소득과 자산 수준에 따라 주거비를 지원하거나 주택연금을 활용하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 셋째, 표준모형의 형태로 급여제공기관이 확대될 수 있도록 하는 수가와 인력 기준의 개편이 필요하다. 넷째, 장기요양의 포괄지불방식의 제한점을 일부 해소하기 위해 요양 재료, 특정 행위에 대한 행위별 수가방식의 적용을 검토할 필요가 있다. 다섯째, 장기요양 급여에 대한 보상 수준을 점검하고, 특히 장기요양급여 제공의 자원소모량 중 가장 큰 비중을 차지하는 인건비에 대한 검토가 이루어져야 한다. 여섯째, 현실적으로 수가를 낮추기는 어렵기 때문에 현재의 수가를 유지한 상태에서 비합리적 부분은 추가적인 가산 등을 통해 제도가 지향하는 목적을 달성하기 위한 보상으로 변화시킬 필요가 있다.

주요 용어 : 노인장기요양보험, 지불보상체계, 장기요양 수가

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제 1 장

## 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법



# 제 1 장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

노인장기요양보험은 2008년 도입 이후 14년간 운영되면서 명실상부한 우리나라의 노인돌봄을 대표하는 공공제도로 자리매김하였다. 노인장기요양보험의 수급자인 인정자는 2008년 21.4만 명에서 2020년 85.8만 명으로 약 4배가 증가(국민건강보험공단, 2021a)하게 되었다. 이는 제도 도입 이후 노인인구의 증가, 제도에 대한 인지도와 이용 욕구 증가의 자연 증가뿐 아니라 제도적 보장성 확대를 통한 성과이다. 2012년 이후 보장성 확대를 위한 인정기준점수의 하향 조정, 2014년 치매특별등급 도입, 2018년 인지지원등급 도입을 통해 수급자의 확대의 괄목할 성과를 이루었다.

수급자 확대와 함께 장기요양급여 공급기관의 확대가 이루어졌으며, 특히 민간사업자의 참여가 두드러지게 증가하였다. 제도 초기 공급부족에 대한 우려에 의해 민간사업자의 공급 참여를 독려하여 공급 부족의 문제보다는 수요 대비 공급 과잉으로 인한 시장에서의 본인부담금 불법적 감면, 수급자 확보를 위한 상품권이나 물품을 제공하는 등의 부적절한 과다 경쟁, 이로 인한 비용 지출로 인한 낮은 서비스 질 등의 서비스 공급시장의 난립 문제가 제기되었다. 다행히 제도 운영과정에서 나타난 기관의 부적합한 운영형태는 장기요양제도의 공공성 확보를 위한 장기요양기관 설치 및 관리감독 강화를 통해 상당 부분 개선되고 있다.

최근 장기요양제도에서는 급속한 양적 확대에 의한 재정 안정화의 필요성과 함께 국민의 생활 눈높이에 맞지 않는 장기요양 서비스의 질 개선

에 대한 요구가 이루어지고 있다.

우리나라의 노인장기요양보험의 특수성 중 하나는 공급자의 대부분이 민간사업자에 의한 서비스 제공이라는 점이다. 장기요양보험은 공급자에게 급여 제공을 위임하고 그에 대한 적절한 보상을 지불할 의무를 갖는다. 또한 사업자는 수급자에게 적절한 급여를 제공할 의무를 갖고 있다. 하지만 현재 공급자의 상당수가 민간운영자로서 이윤을 최대화하는 경영방식을 택하게 됨에 따라 장기요양보험에서의 지불보상은 이들 공급자의 운영행태를 결정하는 중요한 요소이며, 이는 제도 설계과정부터 강조된바 있다.

김창엽(2003)은 제도의 건전한 운영을 위한 정책 수단 중 서비스 공급자와 관련해서는 지불보상제도(reimbursement)가 매우 중요하며, 특히 우리나라와 같이 민간부문의 서비스 공급이 공공에 비하여 압도적으로 우세한 경우에는 지불보상제도의 중요성이 더욱 강하다는 것을 제시하였다. 이는 우리나라의 건강보험 운영에서 나타난 민간공급기관에 대한 관리 및 제도가 지향하는 목적에 따라 공급이 이루어질 수 있도록 하는 유인책으로서의 경험에서 그 중요성을 알 수 있다.

즉, 노인장기요양보험의 지불보상체계는 국가의 장기요양정책이 지향하는 방향을 보여주고, 공급자와 이용자가 정책의 방향에 따르도록 유인하는 주요 정책 수단이다. 보상 수가의 수준, 급여 종류, 급여 종류 간의 보상 수준, 지불 방식과 지불 심사 방식 등에 따라 기관은 서비스 시장 참여 여부, 서비스 선택, 기관의 인력 운영, 타켓 이용자, 경영운영 등의 경영 전략을 택하게 된다. 이용자 또한 급여 종류별 서비스 양과 수준, 비용 부담 등에 따라 이용 행태를 결정하게 된다(석재은, 2008).

현재 노인장기요양보험의 지불보상방식의 큰 틀은 노인장기요양보험 도입 시기의 설계를 따르고 있다. 장기요양 등급별 일당(시간당) 포괄지불방식으로 장기요양급여 제공에 대한 보상이 이루어지고 있으며 매년

장기요양위원회에서 차기년도의 급여유형별 수가를 발표하고 있다. 제도 도입 이후 지불보상체계의 큰 변화는 없었으며, 제도가 지향하는 서비스 질 향상을 위한 가감산 제도와 일부 인센티브가 도입되었다.

장기요양보험이 운영된 이후 14년이 넘어서면서 국민의 요양급여에 대한 권리의식이 증가하였으며, 공급기관에서는 요양사업에 대한 경영노하우가 축적됨에 따라 경영관점에서의 이윤을 높일 수 있는 경영 모델 개발 및 확대가 급속히 이루어지고 있다. 향후 인구고령화가 급속히 진행되고 장기요양의 주요 대상자인 후기 고령인구가 증가하면서 장기요양기관의 적극적 확대가 이루어질 것으로 예상된다. 현재와 같이 민간 기관이 중심이 되어 확대될수록 공급기관의 운영이 제도가 지향하는 목적에 따라 이루어질 수 있도록 하는 지불보상 체계의 개선이 요구되어진다.

현재 장기요양보험 지불보상체계에서 제기되는 대표적인 문제점으로는 관리가 수월한 이용자를 선택하는 크림 스키밍(cream skimming), 이윤이 극대화되는 소규모 기관 확대 등의 의도치 않은 부작용 현상(임정기, 2019), 시간당 포괄수가방식인 방문요양에서의 불필요한 장시간 서비스 제공, 자원소모량의 차이 반영의 한계(이우천, 송현중, 송미숙, 박정미, 이정화, 2018), 장기요양제도 목적과 부합하지 않는 문제로 재가 유인요인 부족, 서비스 질 향상 요인 부족, 의료연계 요인 부족 등이 있다(이윤경 외, 2017). 이들 문제를 해소하기 위한 지불보상체계의 개편이 요구되고 있으나, 지불보상체계 전반에 대한 진단과 대안 모색에 대한 연구는 매우 부족한 상태이다.

지불보상체계 중 가산제도의 효과(김진현 외, 2014; 김민경 외, 2017) 등을 제시하는 연구, 수가 수준의 적정성에 대한 연구(김은경, 김윤미, 김명애, 2010; 김진현 외, 2014; 배성호, 신창환, 2018)가 이루어졌으나 장기요양의 연구 영역 중 지불보상체계, 수가에 대한 연구는 그 중요성에

비해 매우 부족한 상태이다.

본 연구는 장기요양보험제도 도입 이후 급속히 성장하고 발전하는 과정 속에서 상대적으로 연구가 이루어지지 못한 지불보상체계에 대한 전반적 현 상태의 설계와 운영의 결과를 진단하고, 장기적 제도 발전을 위한 지불보상 차원에서의 개선과제를 모색하는 것을 목적으로 한다. 제도 설계 초기 지불보상 설계 시 활용된 원칙을 중심으로 제도 운영 14년 시점에서 현재의 상태를 점검하고 향후 제도가 고도화하기 위한 개선과제를 모색하고자 한다. 특히 장기요양보험 제도 운영에서 제도의 목적과 목표를 달성하기 위한 지불보상체계 설계의 적합성을 진단해 보고, 향후 운영자와 공급자, 이용자의 지불보상에 대한 동의 수준을 높이기 위한 지불보상에서의 수정 가능한 정책과제를 제시하고자 한다.

다만, 현재의 수가 수준에 대한 구체적 비용의 적합성에 대한 판단보다는 초기 제도 설계 시 고려했던 원칙의 달성 정도를 중심으로 현 상태를 진단하고 그에 따른 정책과제를 도출할 것이다.

## 제2절 연구의 내용 및 방법

### 1. 연구의 내용

본 연구는 현재의 노인장기요양의 지불보상체계를 진단하고 향후 제도의 질적 측면과 재정적 측면에서의 지속가능성을 유지하기 위한 지불보상의 개편방안을 모색하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 현재 노인장기요양보험제도 지불보상 체계의 구성 과정 운영과정에 대해 검토하였다. 노인장기요양보험제도의 지불보상 특성과 원

칙, 수가의 구성 내용과 결정 방법에 대해 검토하고, 수가의 가감산 제도 도입 등의 장기요양제도 운영과정에 대해 살펴보았다. 또한 노인장기요양보험제도가 14년간 운영되면서 변화하는 수가의 수준 등에 대한 검토 또한 함께 수행하고, 현재 지불보상체계를 둘러싸고 논의되는 쟁점사항을 정리하였다.

제3장과 제4장에서는 본 연구의 핵심 내용인 지불보상체계에 대한 진단을 실시하였다. 제3장에서는 초기 설계의 방향과 제도가 지향하는 바의 실현 상태를 진단하고자 한다. 제도 설계 초기 기본 방향에 따라 합리성, 비용효율성, 효과성과 책임성, 현실기반 원칙 실현의 달성 정도와 함께 현재 지불보상이 노인장기요양보험제도의 목적에 적합한 운영인가의 합목적성에 대해 진단하였다. 구체적인 진단들의 평가 내용은 다음과 같다. 목적 정합성은 현재의 보상은 장기요양제도의 목적과 급여제공 기본 원칙에 정합하는가, 합리성은 서비스에 투입되는 자원소모량의 차이가 합리적으로 반영되었는가, 비용효율성은 서비스의 연속성 및 체계성의 확보를 위한 급여 간 그리고 타 제도와의 위계적 보상인가, 효과성 및 책임성은 서비스의 질의 유지와 공급이 책임성있게 제공되어 공급자에 의한 수급자 선별을 방지할 수 있는 보상인가, 마지막으로 현실기반성은 현 지불보상이 현재의 시장 단가에 기반하여 유사 사회서비스의 시장가격을 반영하는가에 대해 분석하였다.

제4장에서는 장기요양기관 공급자의 입장에서 현재의 지불보상체계에 대한 평가를 진행하였다. 급여유형별 기관운영자(공급자)와의 FGI를 통해 지불보상의 합리성과 비용효율성, 효과성과 책임성, 현실기반 정도에 대한 평가와 논의를 실행하였다. 공급자 입장에서의 지불보상체계에 대한 진단은 앞서 제3장에서 실시한 진단 내용에 대한 점검과 시장에서 지불보상에 대한 동의 정도, 기관의 제공 급여와 위치, 상황에 따른 현 지불

보상이 미치는 영향 등을 파악하였다.

제5장에서는 장기요양제도를 운영하고 있는 독일, 일본, 미국의 장기요양 지불보상제도 특성과 구성을 검토하여 향후 장기요양보험의 지불보상체계 개편방안 마련을 위한 함의를 모색하고자 하였다. 각 국가에서 공급기관이 제공한 급여에 대한 보상의 합리성과 형평성, 비용효율성 등을 높이기 위한 구체적 지불보상 방식을 검토함으로써, 현재 우리나라의 장기요양 지불보상에서 나타난 문제점 또는 부작용을 축소하고 제도가 지향하는 목적에 따른 정책 추진을 위한 지불보상의 개선방안 도출을 위한 기초자료로 활용하고자 하였다.

마지막으로 앞서 분석한 장기요양 지불보상제도의 진단을 통해 나타난 제도 개선의 구체적 개선방안을 제안하였다. 지불보상제도의 전반적인 개편 방향과 정책과제를 제시하고, 보다 구체적인 시설급여와 재가급여에 대한 보상의 정책적 개선과제를 제안하였다.

## 2. 연구방법

첫째, 기존 장기요양정책의 지불보상에 대한 국내외 연구를 검토하였다. 공적서비스에 대한 지불보상체계의 이론 및 모형 검토를 바탕으로 장기요양제도 도입을 위해 수행되었던 2008년 이전 연구와 시범사업 연구, 제도 도입 이후 가감산 제도 연구 등을 검토하였다.

둘째, 행정자료 및 기존 조사자료를 분석하였다. 매년 수가체계 개편과 수가 수준 결정을 하는 노인장기요양위원회의 보도자료와 노인장기요양보험 급여기준 고시자료, 장기요양기관패널 경영실태조사 자료 등을 활용하였다.

셋째, 행정데이터 분석을 통해 제도 운영의 현황과 현재의 지불보상제

도에 대한 평가를 수행하였다. 국민건강보험공단의 노인장기요양보험통계연보(2008~2020)를 통해 제도 운영의 변화를 시계열적으로 분석하여 지불보상제도의 현 상태를 파악하였다. 인정자 현황, 급여 이용 현황, 공급기관 현황, 재정 현황을 등급, 급여유형 등에 따른 현황을 분석하였다.

넷째, 외국 지불보상체계의 특성과 현황 분석은 기존 문헌 및 인터넷 등의 국가별 정책 자료를 활용하여 실시하였다.

다섯째, 장기요양기관 운영자 FGI를 통해 현 지불보상체계에서 기관 운영방식의 특성, 전략, 어려운 점을 파악하고, 제도의 긍정적 변화를 위한 대안을 모색하고자 하였다. FGI는 장기요양기관 종류, 지역, 운영주체별 참여 기관을 무작위로 선정하여, FGI 참여에 동의한 총 48명의 기관장 또는 사무국장을 대상으로 총 11회 실시하였다. 구체적인 FGI 참여자의 특성은 제4장에서 기술하였다.

마지막으로 문헌 검토, 통계자료 분석 및 기존 행정자료 분석, 운영자 FGI 결과, 해외 사례 검토를 통해 제시된 지불보상의 현황과 연구진에 의해 제안된 대안은 전문가 자문회의 및 서면자문을 통해 실현가능성 및 적절성을 평가받아 개편방안을 제시하였다.





## 제2장

### 노인장기요양보험 지불보상체계 개요 및 최근 쟁점

제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 수립 및 발전과정

제2절 급여유형별 지불보상체계 구성 현황

제3절 노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 최근 쟁점



## 제 2 장 노인장기요양보험 지불보상체계 개요 및 최근 쟁점

### 제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 수립 및 발전과정

#### 1. 우리나라 장기요양제도 지불보상체계 개요

제도의 건전한 운영을 위해서는 제도의 대상자, 서비스 내용과 전달체계, 인프라, 재원조달 등 여러 제도적 요소 모두 중요하지만, 서비스 제공자와 관련해서는 지불보상제도(reimbursement)가 특히 중요하다. 지불보상제이란 공급자에게 서비스에 대한 대가를 지불하는 형식을 말하는 것으로, 그 방식과 수준은 서비스마다 다양하며, 어떤 지불보상제도를 채택하느냐에 따라 운영방식, 비용, 서비스의 질 관리 정책 등이 달라진다.

장기요양제도를 운영하는 많은 국가에서 시설서비스에 대한 지불보상 제도로 일당정액제를 택하고 있다(최은영, 권순만, 김찬우, 강주희, 2005; 김민경 외, 2017). 이것은 포괄지불(prospective payment) 방식으로, 미리 정해진 집단의 서비스에 들어가는 ‘평균’비용에 기초하여 정액의 진료비를 정한다는 특징이 있다. 일당(건당) 정액을 지불하는 포괄지불제는 운영이 간편한 반면, 환자별로 비용이 다를 경우 그 차이를 반영할 수 없다는 단점이 있으므로, 비슷한 수준의 중증도를 가진 동질의 대상자에 적용할 때 합리적이다. 따라서 비슷한 수준의 기능장애가 있는 장기요양 대상자에 대한 지불보상은 이러한 포괄지불제에 기초할 수 있다(김창엽, 2003).

우리나라에서도 제도설계 초기부터 노인장기요양보험의 지불보상 방식으로 포괄지불제에 대한 논의가 활발히 이루어졌다(장병원, 2004; 선

우덕 외, 2006; 최병호 외, 2007). 장기요양서비스의 주 대상인 노인은 의학적인 치료나 처치보다는 간병 및 돌봄에 대한 요구가 높고 완치가 불가능한 경우가 대부분으로, 장기요양서비스 수준을 결정하는 데에는 기능상태(functional status)가 중요하다는 점에서, 최종적으로 시설급여에 대해서는 일당 정액제, 재가급여에 대해서는 방문시간당 정액제를 채택하였다.

### 가. 지불보상체계의 기본 원칙

지불보상은 가능한 한 자원소모량을 정확하게 반영할 수 있어야 하면서, 동시에 불필요한 비용지출의 가능성을 최소화할 수 있어야 한다. 또한 서비스의 질적 수준을 유지할 수 있어야 하고, 기술발전을 저해하지 않아야 한다는 것도 지불보상의 중요한 원칙이다(Glaser, 1970; Glaser, 1987). 그러나 이러한 원칙을 동시에 충족시킬 수 있는 지불보상제도는 사실상 존재하지 않는다(Reinhardt, 1985). 따라서 여러 상충되는 원칙을 상황에 맞게 조정하는 것이 불가피하다(김창엽, 2003).

우리나라 상황에 맞는 노인장기요양보험 지불보상체계와 수가의 틀은 제도 도입 이전 개발되어 장기요양보험 1차 및 2차 시범사업(2005.7.~2007.6.)의 적용과 평가를 통해(선우덕 외, 2006; 최병호 외, 2007) 수정 보완되었다. 수가개발 시 고려되었던 수가산정의 기본원칙은 다음과 같다.<sup>1)</sup>

첫째, 합리성의 원칙이다. 합리성의 원칙은 장기요양급여 제공 시 발생하는 자원소모량의 차이가 수가체계에 합리적으로 반영되어야 한다는 것으로, 포괄지불제 방식 하에서 공급자의 크림스키밍(cream skimming)

---

1) 석재은(2008)의 pp.259-260을 참조하여 작성하였다.

을 방지하기 위해 필수적이다.

둘째, 비용효율성의 원칙이다. 이는 수가 및 이용요금의 체계가 재가 > 시설 > 병원의 선호를 유인할 수 있어야 함을 의미한다. 즉, 서비스의 연속성과 체계성을 확보할 수 있도록 위계적 수가여야 하며, 장기요양서비스 필요도에 맞는 적정급여 이용을 유도할 수 있도록 수가체계 및 본인부담수준이 결정되어야 한다.

셋째, 효과성 및 책임성의 원칙이다. 이는 규제와 모니터링과 같이 서비스의 질을 유지할 수 있는 제도체계가 마련되어야 한다는 것이다. 또한 민간 서비스 공급자의 참여가 활성화될 수 있는 적정 수가수준으로 설정되어야 함을 의미한다. 수가 산정 시 반영한 인력의 자격기준, 인력 수, 시설 및 설비 기준은 장기요양서비스 공급자의 인력 및 시설에 대한 국가 최소기준(규제)을 설정한다는 의미이자 민간 참여에 대한 스크린 기능도 동시에 수행하게 되므로, 적절한 균형점을 찾아 기준을 설정해야 한다.

넷째, 현실기반의 원칙이다. 현실기반의 원칙은 수가수준 산정 시 기존 서비스 질의 문제점 등을 개선하기 위한 전향적 관점을 취하는 동시에 사회적 비용부담을 급격히 증가시키지 않는 균형적인 수준에서 서비스 가격을 고려해야 함을 의미한다.

## 나. 수가 산정 체계

노인장기요양보험은 다섯 번째 사회보험으로서 장기요양서비스가 필요한 노인 모두에게 보편적으로 적용하기 위한 새로운 제도를 마련하는 것이었다. 따라서 제도를 통해 달성하기를 기대하는 새로운 서비스 수준을 반영한 표준운영모형을 설정하고, 이를 기반으로 등급별 자원투입량을 설정하는 수가산정방법을 택하였다. 그리고 수가개발을 위한 사전적, 필수적 정책결정 사항으로 첫째, 장기요양병상 수가, 시설수가, 재가수가

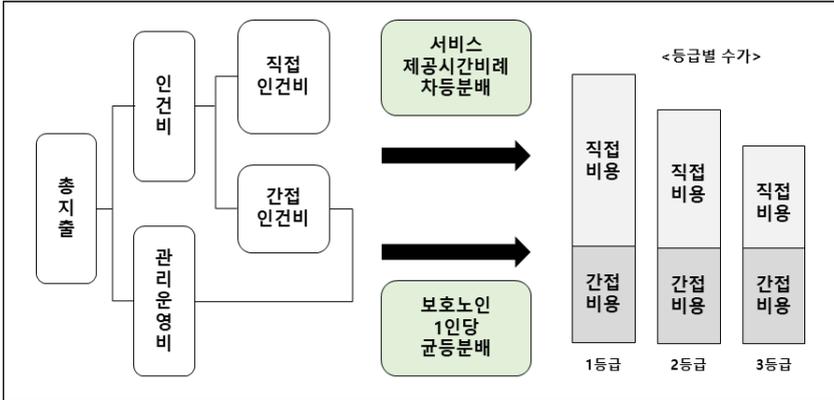
와의 관계, 둘째, 요양등급별 시설수가, 재가수가와의 관계, 셋째, 시설별, 중증도별 필요인력 수(양적 기준), 넷째, 시설별, 중증도별 인력의 자격기준(질적 기준), 다섯째, 시설별 임금기준, 여섯째, 시설의 환경기준, 일곱째, 장기요양 재정규모 및 본인부담수준 등을 함께 고려하였다(선우덕 외, 2006).

### 1) 수가산정 기본구조

노인장기요양보험 수가체계는 ‘수가산정을 위한 표준운영모형’을 기반으로 인건비 및 관리운영비를 고려하여 장기요양 수가를 산출하는 하향식 방식으로 수가를 산정하였다. 하향식(top-down) 접근방식은 총지출 규모를 먼저 결정한 후 등급별 서비스 제공시간 및 등급별 분포율 등을 감안하여 서비스 종류별로 세부 수가 수준 및 내용을 결정해 나가는 방식이다(〔그림 2-1〕 참조). 표준운영모형에 따라 투입 원가를 결정한 후, 시설급여는 이를 장기요양 등급별로 차등하여 분배하고, 재가급여는 이를 서비스 제공 단위(시간 또는 횟수)별로 분배하여 등급별 수가 혹은 단위당 수가를 결정하였다(김진현 외, 2013).

이상과 같은 노인장기요양보험 수가산정 방식은 다음의 기본가정을 바탕으로 한다. 첫째, 요양등급의 차이를 반영한 수가를 구성한다. 둘째, 요양등급에 따른 서비스 비용의 차이는 결국 수발서비스를 담당하는 직접서비스 인력의 인건비의 차이로 반영된다고 가정한다. 셋째, 대상자에게 직접서비스를 하는 직접서비스 인력과 행정 및 운영을 담당하는 간접서비스 인력을 구분하여, 직접서비스 인력의 인건비는 요양등급에 비례하여 배분하고, 간접서비스 인력의 인건비는 대상자당 동일하게 배분되는 것으로 가정한다. 넷째, 사업비는 보호대상 노인 1인당 공평하게 배분된다(석재은, 2008).

[그림 2-1] 노인장기요양보험 수가산정의 기본구조



주: 직접인건비, 간접인건비로 구성. 직접인건비는 신체활동 지원 등을 수행하는 직접서비스 종사자 인건비, 간접인건비는 행정·사무·조리 인력 등의 인건비를 의미함.

자료: 장재혁 외(2010). p.292에서 재인용

## 2) 수가산출 방법

장기요양 등급별 보호노인(이용자, 수급자) 1인당 요양수가는 다음과 같은 방법으로 산출되었다.

### 가) 1단계: 모형 설정 및 직종별 필요 인력 수 산출<sup>2)</sup>

수가산출의 가장 첫 단계는 급여종류별로 표준운영 모형을 설정하였다. 표준 운영모형은 노인장기요양보험 급여종류별 장기요양기관의 적정 보호노인 수를 설정, 노인에게 적합한 보호를 제공하기 위한 인력 종류와 규모를 설정하게 된다. 장기요양서비스 수가 수준에 가장 큰 영향을 미치는 서비스 인력의 종류, 자격 및 인력의 규모를 결정하였다.

표준운영모형의 인력배치기준은 보호노인 대비 직종별 적정인력이 배

2) 최병호 외(2007)의 pp.60-62를 참조하여 작성하였다.

치된 조건의 시설에 대해서 시뮬레이션을 하여 간호, 영양보호 등의 직종별 노인 1인에게 제공되는 서비스 시간을 측정하여 이를 기준으로 개발되었다(최병호 외, 2007). 「전국 노인의료복지 운영실태 조사」를 통해 장기요양보험 제도의 운영 표준으로 삼을만한 보호노인 등급구성(case mix)과 보호노인 대비 직원 수를 충족시키고 있는 장기요양기관을 급여종류별로 선별하였다. 이 기관을 대상으로 「서비스 제공 시간조사(time study)」를 통해 급여유형별 표준모형을 도출하였다. 서비스 시간조사와 기관의 보호노인의 등급구성을 분석하여 직종별 표준서비스 시간을 재산정함으로써 표준모형에서 요구되는 각 직종별로 필요인력을 도출하였다.

#### 나) 2단계: 시설종별 인건비 및 관리운영비 설정

표준모형의 인건비 수준은 기존 노인요양서비스 인력의 인건비 실태(보건복지부, 2007), 유사 인력의 인건비 실태를 참고하되, 기존의 임금 수준을 보다 현실화하고 사회보험적용 등을 포함한 비용으로 상향 조정된 상태에서, 관련 전문가 및 이해관계자들과 최종적으로 합의하여 설정되었다. 관리운영비 수준도 기존의 실태(선우덕 외, 2006)와 여건의 반영, 최종적인 관계자 회의를 통하여 설정되었다(석재은, 2008).

#### 다) 3단계: 이용자 1인당 균등비용(관리운영비 및 간접인건비) 산출

수가산정의 기본구조에 맞추어 간접비용인 관리운영비와 간접인건비를 각각 이용자 수로 나누어 이용자 1인당 관리운영비, 간접인건비를 산출하였다. 두 값의 합이 이용자 1인당 균등비용이 된다.

## 라) 4단계: 요양등급별 이용자 1인당 차등비용(직접인건비) 산출

수가산정구조에서 제시한 바와 같이 요양등급별 이용자 1인당 직접인력에 의한 서비스 제공시간에 비례하여 직접인건비를 차등 분배하는 방식으로 요양등급별 차등비용을 산출하였다. 이것은 요양서비스 제공시간당 직접인건비 단가를 산출<sup>3)</sup>하여 요양등급별 서비스 제공시간을 곱함으로써 계산된다.

## 마) 5단계: 요양등급별 이용자 1인당 요양수가 산출

최종적으로 장기요양등급별 이용자 1인당 1일당 수가는 등급별 이용자 1인당 직접인건비와 이용자 1인당 균등비용(간접비용+관리운영비)의 합으로 산출되었다.

방문시간당 정액수가 방식을 채택한 방문서비스 수가 역시 수가산정의 기본구조에 따라 간접인건비와 관리운영비는 균등 분배하고 직접인건비는 서비스 제공시간별로 차등 분배하는 방식으로 개발되었다. 다만, 방문서비스 특성을 고려하여 연간 서비스 제공시간 설정 시 1회당 소요시간 및 이동시간을 감안하여 1일 서비스 제공가능 횟수를 반영하였다는 점이 특징적이다.

## 3) 급여종류별 표준모형

노인장기요양보험 수가개발에 활용되었던 표준모형을 주요 급여종류별로 제시하였다(석재은, 2008).

노인요양시설은 정원 70인을 기준으로 인력은 41.8명(<표 2-1>, <표

3) 직접인건비 단가 = 연간 총 직접인건비/총 요양서비스 제공시간

26 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

2-2) 참조), 주야간보호는 정원 26인을 기준으로 인력은 8.7명으로 표준 모형을 설정하였다(〈표 2-3〉, 〈표 2-4〉 참조).

방문요양은 수급자 40인 대상 연간 방문횟수를 기준으로 설정하였으며, 인력은 요양보호사 10명, 사회복지사 1명, 시설장 및 사무원은 각 0.5명으로 표준모형을 설정하였다(〈표 2-5〉, 〈표 2-6〉 참조).

〈표 2-1〉 노인요양시설 표준인력모형 구성 및 인건비(70명 정원모형)

(단위: 천 원/월)

구분		표준인력구성		인력총류별 인건비단가	인건비	
		노인요양 시설	노인전문 요양시설		노인요양 시설	노인전문요 양시설
직접 인력	사회복지사	1	1	2,024	2,024	2,024
	생활지도원	14 (5:1)	28 (2.5:1)	1,818	25,452	50,904
	간호사	2.8 (25:1)	2.8 (25:1)	2,167	6,068	6,068
	의사	1	1	2,167	2,167	2,167
	물리치료사	1	1	2,167	2,167	2,167
	소계	19.8	33.8	1,913	37,878	63,330
간접 인력	시설장	1	1	2,833	2,833	2,833
	사무국장	1	1	2,024	2,024	2,024
	영양사	1	1	2,024	2,024	2,024
	조리원	2	2	1,690	3,380	3,380
	위생원	1	1	1,690	1,690	1,690
	사무원/관리원	1	2	1,690	1,690	3,380
소계	7	8	1,945	13,641	15,331	
총계		26.8	41.8	1,922	51,519	78,661
직접인력: 직원 1인당 노인 수		3.5	2.1			
간접인력: 직원 1인당 노인 수		10	8.8			
총인력: 직원 1인당 노인 수		2.6	1.7			

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.267에서 재인용

〈표 2-2〉 노인요양시설 표준운영모형(70명 모형) 총비용

(단위: 천 원/월)

시설	인건비	관리운영비	총비용
노인요양시설	51,519	11,147	62,666
노인전문요양시설	78,661	12,385	91,046

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.267에서 재인용

〈표 2-3〉 주간보호 표준운영모형(26명 모형) 인력수 및 직종별 인건비

(단위: 천 원/월, 명)

구분		26명 모형		
		월인건비 단가	인력 수	총인건비
직접 인력	사회복지사	1,800	1	1,800
	요양보호사	1,630	3.7(7:1)	6,031
	물리치료사 또는 간호사	1,800	1	1,800
	월 인건비 소계	1,689	5.7	9,631
간접 인력	시설장	2,160	0.5	1,080
	조리원	1,440	1	1,440
	운전기사	1,440	1	1,440
	사무원	1,440	0.5	720
	월 인건비 소계	1,560	3	4,680
월 인건비 총계		1,645	8.7	14,311

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.268에서 재인용

〈표 2-4〉 주간보호 표준운영모형(26명 모형) 총비용

(단위: 천 원/월)

인건비	관리운영비	총비용
14,311	1,367	15,678

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.268에서 재인용

## 28 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

〈표 2-5〉 방문요양 표준운영모형(40명 모형) 인력수 및 직종별 인건비

(단위: 천 원/월, 명)

구분(호봉)		40명 모형		
		인건비	인원수	인건비
인건비	요양보호사	1,400	10	14,000
	사회복지사	1,800	1	1,800
	시설장	2,160	0.5	1,080
	사무원	1,200	0.5	600
월 인건비 총계		1,457	12	17,480

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.267에서 재인용

〈표 2-6〉 방문요양 표준운영모형(40명 모형) 총비용

(단위: 천 원/월)

인건비	관리운영비	총비용
17,480	1,033	18,513

원자료: 보건복지부 노인요양제도과 내부자료

자료: 석재은(2008). p.268에서 재인용

### 다. 재가급여 월 한도액 설정

일당 정액제 방식의 시설수가는 월 이용일 수에 의해 최대 급여상한선이 자동으로 설정되지만, 방문시간당 정액제 방식의 재가수가는 급여횟수에 따라 지급하므로 비용을 관리할 수 없는 구조이다. 따라서 한정된 재원을 효율적으로 쓰기 위한 방안으로 수급자가 1개월간 받을 수 있는 재가급여비용의 상한을 설정하는 월 한도액 제도가 도입되었다(국민건강보험공단, 2018).

월 한도액 설정을 위해 장기요양등급별 재가보호 표준급여계획(안)을 바탕으로 급여상한선을 설정하는 것이 검토되었고(선우덕 외, 2006), 최종적으로 2008년 제도 도입 시 〈표 2-7〉과 같은 재가서비스 이용 월 한도액 산정 기준이 마련되었다(김진현 외, 2013). 수가산정구조에 맞추어

장기요양등급에 따라 요양이 필요한 정도와 서비스의 양이 다르기 때문에 등급별로 한도액을 차등화하였다.

〈표 2-7〉 재가급여 이용 월한도액 산정 기준(2008년 제도 도입 시)

구분	본 사업 표준모형		
	1등급	2등급	3등급
방문요양	180분*2회 120분*2회 90분*1회	180분*1회 120분*2회 90분*1회	120분*1회 90분*2회
주간보호(1일)	주 2회	주 2회	주 3회
방문목욕	월 2회	월 1.5회	월 1회
방문간호	월 4회	월 3회	월 2회
월 한도액 (노인요양시설 수가 대비 비율)	1,097,000원 (76%)	879,000원 (76%)	760,000원 (69%)

자료: 김진현 외(2013). p.348에서 재인용

## 라. 본인부담금

2005년 발표된 공적노인요양보장제도실행위원회의 공적노인요양보장제도 시행방안에 따르면, 당시 이용자의 본인부담금은 시설, 재가 모두 급여비용의 20% 수준으로 제안되었다. 그리고 차상위계층에 대해서는 본인부담금 등에 의해 사각지대가 발생하는 것에 대한 우려가 제시되었고 본인부담을 경감하는(20% → 10%) 방안에 대한 검토를 제안하였다(최은영 외, 2005).

최종적으로, 장기요양수급자가 장기요양기관에서 장기요양급여를 이용한 경우 부담해야 하는 본인부담금은 총 급여비용 중 재가급여는 15%, 시설급여는 20%로 정해졌다. 재가급여의 본인부담금 비율을 시설급여보다 낮게 설정한 것은 시설서비스보다는 재가서비스 이용을 유도하기 위한 결정이었다.

노인장기요양보험에서 본인부담금 제도를 두는 이유는 크게 두 가지로 설명된다(국민건강보험공단, 2018). 첫째, 보험료 인상 및 보험재정의 부담을 줄이기 위해서이다. 둘째, 요양서비스의 남용을 방지하고 필요한 서비스만 받게 함으로써 보험재정의 안정성을 지키기 위해서이다. 본인부담이 없다면 불필요한 요양서비스도 과도하게 이용할 우려가 있어 이러한 도덕적 해이를 방지하는 데 그 목적이 있다.

한편, 기초생활수급권자 등 저소득 계층에 대해 본인부담금을 경감해주는 방안에 대해서는 2006년 무렵부터 많은 논의가 이루어졌다. 그러나 소득을 파악하는 방법과 절차가 복잡하고 다른 사회보장제도에서는 별도의 저소득층을 설정하지 않고 있다는 점이 문제로 지적되었다. 이에 정부는 제도 시행 시에는 저소득층 본인부담 경감제도를 시행하지 않고, 일정 기간에 걸쳐 제도를 운영해 본 후에 도입 여부를 판단하기로 했다(국민건강보험공단, 2018).

## 마. 비급여 항목

급여범위 설정에 관한 논의는 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 평가연구(최병호 외, 2007)에서 찾아볼 수 있다. 이 연구는 전문가들의 의견을 모아 노인장기요양보험이 제공할 서비스의 내용과 범위를 검토하였다. 장기요양 서비스의 성격상 보험급여와 비급여 간의 구분이 건강보험에 비해 더 모호할 수 있다는 문제점을 지적하면서, 그렇기 때문에 이용자에게 부담을 전가할 도덕적 해이가 만연할 수 있음을 우려하였다. 따라서 보험급여를 포지티브(positive list)로 할지, 네거티브(negative list)로 할지 분명히 해야 하며, 노인장기요양보험의 경우 보험급여의 범위를 정의하는 포지티브 시스템보다는 네거티브 시스템으로 운영하는 것이 타

당하다는 결론을 제시하였다. 이러한 논의를 통하여 노인장기요양보험은 네거티브 시스템 내에 비급여 서비스를 분명하게 정의해 주고, 이를 제외한 서비스는 일체 급여로만 제공하도록 설정하였다.

수가에 포함되지 않는 비급여 서비스는 식사재료비, 상급침실 이용 시의 차액, 이미용비 등이 있다.

## 2. 초기 지불보상체계 수립 시 쟁점사항<sup>4)</sup>

노인장기요양보험제도 도입을 위한 1차 및 2차 시범사업 평가연구(선우덕 외, 2006; 최병호 외, 2007)를 바탕으로 초기 지불보상체계 수립 과정에서 논의되었던 쟁점사항들을 정리하였다.

### 가. 수가 산정 방식: 표준모형 vs 경영실태

1차 시범사업 수가는 국고지원기준, 노인복지법의 기준, 선진국 사례를 감안하여 개발된 이상적인 모형을 상정하여 개발되었다. 국고지원예산의 제약으로 시설환경이나 서비스에 한계가 있는 시설을 중심으로 서비스를 표준화하는 것은 향후 일반 중산소득 이상 계층의 서비스 욕구에 부합하지 않을 수 있다는 판단이었다. 하지만 2006년 당시의 생활시설, 재가서비스기관의 서비스 제공 상황은 수가개발 모형과 차이가 컸기 때문에, 전반적으로 시설의 경영수지상태를 고려한 수가의 적정성을 판단하지 못하였다. 또한, 원가를 충분히 반영하기 위한 신빙성이 있는 근거자료가 현장의 시설에 부족하였다는 측면에서도 적정 수가 개발에 어려움이 컸던 것으로 보고되었다(선우덕 외, 2006).

4) 선우덕 외(2006)의 p.530-531, 최병호 외(2007)의 p.629-640을 참조하여 작성하였다.

보험수가로서의 표준수가를 산정하기 위해서는 표준적인 서비스 모형이 제시될 필요가 있었다. 최병호 외(2007)는 2차 시범사업 수가에 대한 평가를 바탕으로, 표준수가 계산을 위한 요양시설의 표준 규모와 인력배치기준을 제시하고 3차 수가를 개발하였다. 이때, 시설을 대상으로 조사한 경영수지 자료와 시설에서 제공한 세입세출 보고서를 토대로 계산하였는데, 공급자들이 보고한 자료에 의존하였다는 점에서 타당성과 객관성 측면에 한계가 있음을 지적하였다(최병호 외, 2007).

## 나. 수가 산정 범위

시범사업 1차 및 2차 수가 산정 과정에서, 서비스 난이도 차이 반영, 감가상각비 반영, 수가 산출 시 인건비 수준의 적절성 등이 쟁점이 되었다(최병호 외, 2007).

이에 대하여 최병호 외(2007)는 첫째, 신체수발과 가사수발의 차이, 그리고 치매와 비치매의 차이를 고려한 수가의 차등화 문제를 고려할 필요성을 제안하고 난이도에 따른 인센티브 부여가 필요하다고 하였다. 왜냐하면 난이도가 낮은 행위를 중심으로 서비스를 제공할 우려가 있기 때문이다. 그러나 3차 수가 개발을 위해 실시한 서비스 난이도 조사에서 신체수발, 가사수발 모두 서비스 항목 간 난이도 차이는 크지 않아 수가 개발시 반영되지 않았다. 둘째, 1차, 2차 수가 산정 과정에서는 당시 대부분의 요양시설이 정부 지원금을 받고 있었기 때문에 건물, 장비, 차량 등에 대한 감가상각비를 명시적으로 반영하지 않았다. 하지만, 순수하게 민간이 설립한 시설의 경우 관리운영비에 감가상각비를 포함시킬 수 있다고 평가하였다. 이러한 관점에서 최병호 외(2007)는 3차 수가 개발 시 감가상각비를 고려하여 수가를 산정하였다. 셋째, 2차 시범사업 수가 산출 시 인

건비는 관련 협회가 제출한 직종별 평균 호봉을 반영하여 ‘사회복지시설 공통업무지침’에 의거 산출하였으나, 인건비가 시설 운영에 부족하다는 문제가 제기되었다. 이에 3차 시범사업 수가 산정 시에는 국고예산기준에 근거한 인건비와 시간외수당, 4대 사회보험료, 퇴직금을 포함하였다.

### 3. 발전과정: 가감산 제도, 질 향상을 위한 인센티브 등

우리나라 노인장기요양보험은 공급자의 급여제공에 대한 지불보상 방식으로 일당 혹은 시간당 정액제를 채택하였다. 그런데 이는 하나의 포괄 지불제 형식이기 때문에 서비스 질이 저하될 위험성이 크다고 할 수 있다. 왜냐하면, 공급자로 하여금 자원투입을 감소시키려는 경향을 갖게 하기 때문이다(이상일, 2000; 김창엽, 2003).

포괄지불제를 채택한 노인장기요양보험제도에서 정부와 보험자의 질 관리 책임성에 대한 요구는 제도 도입 당시부터 커다란 화두였다. 동일한 수가에도 불구하고 공급자 간 서비스 질의 차이가 너무나 크다는 문제가 제기되었고, 실제로 수가 개발 당시 기본으로 삼았던 표준운영모형에 비해 노인복지법에 따른 장기요양기관의 설치 기준이 크게 완화되어, 장기요양기관 간에 시설, 설비 수준과 직원의 배치수준의 편차가 크게 나타났기 때문이다(유근춘 외, 2009).

이에 따라, 정부와 국민건강보험공단은 제도 도입 다음 해인 2009년부터 장기요양서비스 질 향상을 목적으로 공급자의 자원 투입, 성과와 연계하여 재정적 인센티브를 지불하는 프로그램들을 도입하였다. 하나는 2009년 10월 도입한 수가 가감산 제도이고, 다른 하나는 2010년 7월 도입한 장기요양기관 평가 가산제도이다. 노인장기요양보험 제도 초기 단계부터 이러한 제도를 시행하였다는 것은 우리나라 노인장기요양보험제

도가 성과에 기반한 지불보상을 통해 일당정액 혹은 시간당 정액의 포괄 지불제 방식 하에서 장기요양급여의 비용 대비 가치를 높이는 데 큰 관심이 있었다고 평가할 수 있다(이정석, 한은정, 이호용, 임진섭, 2012).

## 가. 장기요양 수가 가감산 도입과 변화<sup>5)</sup>

장기요양보험제도 도입 이후 급여유형과 등급에 따라 동일하게 지불되는 수가체계는 서비스 품질 향상을 유인할 요인을 추가할 필요성이 제기되었다. 이에 따라 장기요양 수가의 가감산 제도가 도입(2009년 10월)됨에 따라 서비스 질을 반영하는 지불이 이루어졌다. 가산항목은 수급자의 기능 상태가 호전되었을 때 지급하는 등급개선장려금과 서비스 질 향상을 위해 장기요양기관에서 법적 인력배치기준을 초과하여 인력을 배치할 경우 인력 추가배치 가산을 도입하였다. 감산항목은 장기요양기관의 정원 기준을 초과하여 수급자를 보호할 경우 정원 초과 감산, 수급자 규모에 따른 법정 인력배치 기준을 준수하지 못하였을 경우 인력 미배치 감산, 배상책임보험 미가입에 대한 감산을 도입하였다.

### 1) 가산제도: 인력추가배치가산, 등급개선장려금

인력 추가배치 가산은 도입 당시, 수급자에게 장기요양서비스를 직접 제공하는 요양보호사, 물리(작업)치료사, 간호(조무)사, 사회복지사를 대상으로 실시하였다. 가산의 산식은 시설규모를 기준으로 수급자 30인 미만과 이상으로 구분하여 설계되었다.

수급자 30인 미만의 요양시설, 주·야간보호 및 단기보호기관에서는 법

5) 이정석 외(2012)의 pp.32-55를 참조하였다.

적 인력배치 기준 이상으로 요양보호사 1명을 추가로 배치한 경우 공단 부담금의 5%를, 2명 이상 추가 배치한 경우에는 7%를 가산하였다. 또한, 간호(조무)사와 물리(작업)치료사를 각각 1명 이상씩 배치한 경우에는 공단부담금의 7%를 가산하였다.

수급자 30인 이상인 노인요양시설, 주·야간보호 및 단기보호기관에 대해서는 직원 1인당 수급자 수에 따라 산정점수에 해당하는 가산율을 적용하였다. 1단계로 서비스 직종별 1인당 수급자 수에 따른 점수를 산출하고, 2단계로 이를 합한 산정점수를 기준으로 해당 구간의 가산율을 정하는 산정구조였다(〈표 2-8〉, 〈표 2-9〉 참조).

〈표 2-8〉 수급자 30인 이상 시설: 서비스 직종별 1인당 수급자수에 따른 점수 산정표

인력별 배점	가중치			
	0.3	0.2	0.3	0.2
	간호(조무)사 1인당 수급자 수	사회복지사 1인당 수급자 수	물리(작업)치료사 1인당 수급자 수	요양보호사 1인당 수급자 수
5	11명 미만	20명 미만	40명 미만	① 1.8명 미만 ② 3.0명 미만 ③ 3.0명 미만 ④ 5.0명 미만
4	11명 이상 ~14명 미만	20명 이상 ~40명 미만	40명 이상 ~60명 미만	① 1.8명 이상~2.0명 미만 ② 3.0명 이상~3.5명 미만 ③ 3.0명 이상~3.25명 미만 ④ 5.0명 이상~5.5명 미만
3	14명 이상 ~17명 미만	40명 이상 ~60명 미만	60명 이상 ~80명 미만	① 2.0명 이상 ~ 2.2명 미만 ② 3.5명 이상 ~ 4.0명 미만 ③ 3.25명 이상 ~ 3.5명 미만 ④ 5.5명 이상 ~ 6.0명 미만
2	17명 이상 ~19명 미만	60명 이상 ~80명 미만	80명 이상 ~100명 미만	① 2.2명 이상 ~ 2.4명 미만 ② 4.0명 이상 ~ 4.5명 미만 ③ 3.5명 이상 ~ 3.75명 미만 ④ 6.0명 이상 ~ 6.4명 미만
0	19명 이상	80명 이상	100명 이상	① 2.4명 이상 ② 4.5명 이상 ③ 3.75명 이상 ④ 6.4명 이상

주: 1) 요양보호사 1인당 수급자 수 ① 노인요양시설, 노인전문요양시설(구), 노인요양공동생활가정, ② 노인요양시설(구) ③ 단기보호, 노인요양시설(단기보호에서 전환) ④ 주·야간보호  
2) 노인요양시설은 조리원과 위생원의 필요수가 충족되어야 함.

원자료: 「장기요양급여비용 산정 기준 등에 관한 세부사항 공고」, 국민건강보험공단 공고 제 2010-83호.

자료: 이정석 외(2012). p.41에서 재인용

### 36 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

〈표 2-9〉 산정점수에 따른 가산율

산정점수	0.4점 이상 1점 미만	1점 이상 2점 미만	2점 이상 3점 미만	3점 이상 5점 미만	5점 이상
가산율(%)	3	5	7	9	10

원자료: 「장기요양급여비용 산정 기준 등에 관한 세부사항 공고」, 국민건강보험공단 공고 제 2010-83호.

자료: 이정석 외(2012). p.42에서 재인용

인력 추가배치 가산제도 이용 기관의 참여가 기대에 미치지 못하여, 2012년 가산기준 완화와 산정점수 세분화를 통한 가산율을 상향조정하고, 간호사 배치 추가가산과 야간직원배치 강화가산을 신설하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2011).

기관의 인력추가배치에 대한 인센티브 역할을 강화하기 위해, 수급자 30인 이상인 기관에서 직원 1인당 수급자 수에 따른 점수 산정표의 인력 배치기준을 완화하였고(〈표 2-10〉 참조), 산정점수 구간을 세분화하여 산정점수 증가에 따라 가산율을 상향 조정하였다(〈표 2-11〉 참조).

〈표 2-10〉 수급자 30인 이상 시설: 직원 1인당 수급자 수에 따른 점수 산정표(1차 제도개선)

인력별 배점	가중치			
	0.3	0.2	0.3	0.2
	간호(조무)사	사회복지사	물리(작업)치료사	요양보호사
5	11명 미만	20명 미만	20명 미만	2.0명 미만
4	11명 이상~ 13명 미만	20명 이상~ 40명 미만	20명 이상~ 40명 미만	2.0명 이상~ 2.1명 미만
3	13명 이상~ 15명 미만	40명 이상~ 60명 미만	40명 이상~ 60명 미만	2.1명 이상~ 2.2명 미만
2	15명 이상~ 17명 미만	60명 이상~ 80명 미만	60명 이상~ 80명 미만	2.2명 이상~ 2.3명 미만
1	17명 이상~ 19명 미만	80명 이상~ 100명 미만	80명 이상~ 100명 미만	2.3명 이상~ 2.4명 미만
0	19명 이상	100명 이상	100명 이상	2.4명 이상

주: 요양보호사의 경우, 노인요양시설, 노인전문요양시설(구)에 해당하는 기준만을 정리함.

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). p.21. <https://www.law.go.kr/LSW//fDownload.do?flSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

〈표 2-11〉 인력추가배치 가산 산정점수에 따른 가산율: 1차 제도개선

변경 후	산정 점수	0.2점 이상 0.5점 미만	0.5점 이상 1점 미만	1점 이상 1.5점 미만	1.5점 이상 2점 미만	2점 이상 2.5점 미만	2.5점 이상 3.5점 미만	3.5점 이상 4.5점 미만	4.5점 이상
	가산율 (%)	3	4	5	6	7	8	9	10

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). p.20. <https://www.law.go.kr/LSW//fileDownload.do?fileSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

다음으로 요양시설과 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 간호(조무)사 인력에 대해 전체 간호인력 중 간호사 비율에 따라 다음과 같이 추가 가산을 지급하는 ‘간호사 배치 추가가산’을 신설하였다. 다만, 수급자 수 30인 미만인 요양시설, 주야간보호, 단기보호기관에 대한 간호사 배치추가가산은 간호인력이 2명 이상 배치된 기관에 한정하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2011).

〈표 2-12〉 간호사 배치추가 가산율: 1차 제도개선

간호인력 중 간호사 비율	추가 가산율(%)
30% 이상 60% 미만	10%
60% 이상	20%

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). p.23. <https://www.law.go.kr/LSW//fileDownload.do?fileSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

〈표 2-13〉 간호사 배치추가 가산율 계산식: 1차 제도개선

간호인력 추가배치에 따른 가산율 × 간호사 배치 추가 가산율
-----------------------------------

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). p.23. <https://www.law.go.kr/LSW//fileDownload.do?fileSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

세 번째로 2012년 수가가산제도 1차 제도개선 시 야간직원배치 강화 가산이 신설되었다. 요양시설(노인요양공동생활가정 제외) 및 단기보호 기관이 인력추가배치 가산을 적용받는 경우, 30인 미만 시설은 야간배치 인력이 2명 이상인 경우와 30인 이상의 경우 직원 1인당 수급자가 15인 이하인 경우 야간직원배치 강화 가산을 적용하였다. 가산액은 공단부담금의 1%를 가산하였다. 다만, 수급자의 침실이 있는 건물마다 야간 배치 인력을 1인 이상 배치하지 않은 기관은 적용받을 수 없도록 하였다.

〈표 2-14〉 수급자 수에 따른 야간 배치인력 가산기준: 1차 제도개선

수급자 수	야간배치 인력 수
30명 미만	2명 이상
30명 이상	1인당 수급자 15인 이하

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). p.23. <https://www.law.go.kr/LSW//flDownload.do?flSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

야간 배치인력의 직종은 요양보호사와 간호(조무)사이며, 야간은 오후 10시부터 익일 오전 6시, 주간은 24시간 중 야간을 제외한 시간으로 적용하고, 주간 요양보호사의 수가 야간 배치인력의 2배 이상인 기관에만 적용하였다. 다만, 수급자 20인 미만의 기관은 주간 요양보호사의 수와 야간 배치인력의 수가 동수인 경우까지 적용을 허용하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2011).

정부는 2014년 가산제도 개선에 대한 한계를 수정 보완하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2013). 현원 규모에 따라 가산금이 과다 또는 과소 지급되어 동일한 자원투입에도 불구하고 가산금액에 유불리가 발생하는 문제, 필요수 인력배치를 인력 추가배치 가산의 전제조건으로 둔 것이 기관의 인건비 부담을 가중시켜 가산에 참여하는 것을 어렵게 한다는 문제,

현장의 인력추가배치 욕구를 반영하지 못한 문제(예, 간호사추가배치가 산과 야간직원배치 강화가산과 간호조무사 추가배치에 대한 가산금이 동일) 등으로 인하여 기존 제도가 공급자의 인력추가고용에 대한 인센티브로서 역할이 미흡하다는 평가가 이루어졌다(이정석 외, 2013).

가산항목으로 방문요양 사회복지사 가산 신설, 가산금 산정구조가 가산을 방식에서 가산점수 방식으로 변경된 것, 가산요건이던 필요수 인력배치 의무가 폐지되고 가산인력으로 조리원을 포함한 것 등이 커다란 변화였다. 현재의 인력 추가배치 가산 방식이 이때 처음 도입되었다고 할 수 있으며, 이후 운영 현황은 다음 절에서 자세히 기술하였다.

노인장기요양보험은 2009년 장기요양수가가산 프로그램 도입 시 등급개선장려금을 도입하여 운영하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2009a). 장기요양시설의 수급자가 동일한 요양시설에서 연속하여 180일 이상 급여를 제공받고, 수급자가 등급판정위원회에서 직전 장기요양등급보다 하향된 등급을 판정받은 경우 수급자가 입소한 기관에 장려금을 지급하는 제도로서, 장려금의 크기는 수급자의 등급개선 구간의 차이에 불문하고 1회에 50만 원이었다.

그러나 2009년 등급개선장려금 도입 이후 전체 수급자 중 등급개선자의 비율은 2009년 7.1%, 2010년 5.6%, 2011년 3.7%로 꾸준히 감소하였고, 이에 따라 등급개선장려금 지급액 비율 역시 전체 급여비 대비 2009년 약 0.4%에서 2011년 약 0.2%로 감소를 보였다(이정석 외, 2012). 이는 등급개선장려금이 양질의 서비스 제공에 의해 수급자의 등급개선을 유도하기 위한 금전적 유인책으로는 효과가 부족하였음을 나타낸다고 할 수 있다. 수급자의 기능상태 유지 및 향상을 유도하기 위한 기관의 실질적인 노력(구조 또는 과정 요소에 대한 투자)에 대하여 추가보상을 제공하는 방향으로 전환이 필요하다는 제안이 대두되었고, 이후

2013년 12월 말로 등급개선장려금은 폐지되었다. 그 대신에 맞춤형서비스 제공 가산이 2014년 1월부터 새롭게 도입되었다.

2) 감산제도: 정원초과, 인력배치기준위반, 배상책임보험 미가입 감산

장기요양보험의 감산제도는 가산제도와 반대로 급여제공 기준에 부합하지 못한 경우 그에 따른 기관에 대한 지불을 감하는 제도이다. 감산항목으로 정원초과 감산, 인력배치기준 위반 감산, 배상책임보험 미가입 감산의 3가지가 도입된 이후 현재까지 유사하게 유지되고 있다.

정원초과 감산은 매월 1일 평균 수급자 수(현재 인원)를 기준으로 장기요양 기관을 설립할 때 지정된 정원을 초과할 경우 정원 초과비율에 따라 <표 2-15>와 같이 급여비(보험자부담금)를 감산하는 제도이다. 도입 당시 정원초과 감산비율은 정원초과 비율에 따라 급여비(보험자부담금)의 10%에서 30%로 정하였다.

<표 2-15> 정원초과 비율에 따른 감산비율

정원 초과 비율	보험자부담금 감산비율(%)
5% 미만	10
5% 이상 10% 미만	20
10% 이상	30

원자료: 「장기요양급여비용 산정 기준 등에 관한 세부사항 공고」, 국민건강보험공단 공고 제 2010-83호.

자료: 이정석 외(2012). p.64에서 재인용

인력배치기준 위반 감산은 노인요양시설 및 단기보호기관이 장기요양기관종별 서비스직종별 배치의무인원을 위반하여 운영할 경우 운영한 기간 동안 수급자 전원에 대하여 감산을 하는 것이었다. 요양보호사 배치위반 감산과 간호(조무사) 감산은 각 서비스 직종 인력의 결원비율에 따라

급여비(보험자부담금)의 5%에서 30%까지 감산하며, 물리(작업)치료사와 사회복지사 배치위반 감산은 각 서비스 직종 인력의 결원 수에 따라 10%에서 20%를 감산하도록 정하였다(아래 표 참조).

〈표 2-16〉 인력배치기준 위반에 따른 보험자부담금 감산 비율

(단위: %)

요양보호사		간호(조무)사		물리(작업)치료사		사회복지사	
결원비율	감산비율	결원비율	감산비율	결원	감산비율	결원	감산비율
5% 미만	5	15% 이하	5	1명	10	1명	10
5% 이상 10% 미만	10	15% 초과 20% 이하	10	2명 이상	20	2명 이상	30
10% 이상 15% 미만	15	20% 초과 30% 이하	15				
15% 이상 20% 미만	20	30% 초과 50% 이하	20				
20% 이상 25% 미만	25	50% 초과	30				
25% 이상	30						

원자료: 국민건강보험공단(2010). 장기요양급여비용 등에 관한 고시 및 청구·심사 민원상담 사례집.  
자료: 이정석 외(2012). p.69에서 재인용

배상책임보험 미가입 감산에 관한 규정은 2008년 7월 1일 제도 도입 첫날부터 관련 고시에 이미 명시되었다. 장기요양기관이 배상책임보험을 미가입하였을 경우에는 보험자는 수급자 전원에 대하여 해당 급여비용의 10%를 감산하여 급여비를 지급하도록 규정하였다.

수가 감산 프로그램 도입 초기 운영 현황을 분석한 결과를 보면, 2009년에는 전체 4,094개 기관 중 623개 기관인 15.2%, 2010년에는 전체 6,331개 기관 중 1,012개인 16.0%, 2011년에는 13.9%였다. 감산항목 별로는 배상책임보험 미가입으로 인한 감산이 가장 높은 비율을 차지하였고, 인력배치기준 위반 감산 관련해서는 요양보호사 배치 위반으로 인

## 42 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

해 감산되는 기관의 비율이 2009년 4.5%, 2010년 5.2%, 2011년 4.9%로 높게 나타났다(아래 표 참조).

〈표 2-17〉 수가 감산항목별 기관 수 현황(2009~2011): 도입 초기

(단위: 개소, %)

구분	2009년			2010년			2011년			
	전체 기관	감산 기관	비율	전체 기관	감산 기관	비율	전체 기관	감산 기관	비율	
전체	4,094	623	15.2	6,331	1,012	16.0	6,050	840	13.9	
배상책임보험 미가입	4,094	368	9.0	6,331	479	7.6	6,050	320	5.3	
정원 초과	3,161	14	0.4	4,910	39	0.8	4,731	25	0.5	
인력 미배치	요양보호사	3,161	142	4.5	4,910	253	5.2	4,731	233	4.9
	간호(조무)사	3,161	68	2.2	4,910	118	2.4	4,731	95	2.0
	물리(작업)치료사	3,161	100	3.2	4,910	231	4.7	4,731	241	5.1
	사회복지사	2,369	26	1.1	3,424	61	1.8	2,995	37	1.2

주: 전체기관은 장기요양시설별 감산대상 기관만 포함하여 분석함.  
자료: 이정석 외(2012). p.78

### 나. 장기요양기관 질 평가 가산금의 도입과 변화

노인장기요양보험에서는 제도 도입 초기부터 장기요양기관에 대한 질 평가를 실시하였다. 또한 장기요양기관 질 평가 인센티브로서, 장기요양기관평가를 받은 기관 가운데 평가 결과 상위 기관에 대해 평가 당해연도 공단부담금의 5%를 가산 지급하는 제도를 2010년부터 도입하여 운영 중이다. 최초 도입 이후 질 평가 결과 공표방식이 상대평가등급에서 절대평가등급으로 개편됨에 따라 가산 지급 대상 기관 기준, 가산금 규모에 대한 기준이 일부 변화되었다.

도입 당시 장기요양기관 질 평가 가산금의 지급 기준은 비교적 단순하였다. 급여종류별로 부여된 평가등급에 따라 상위 10%에 해당하는 A등

급을 받은 최우수기관에게 전년도 공단부담액의 5%에 해당하는 금액을 인센티브로 제공하였다. 2010년 재가장기요양기관 평가를 완료한 5,794개의 기관 중 575개 기관이 상위 10% 기관으로 선정되었으며, 이 기관들에게 약 34억 원의 인센티브가 제공되었다(이정석, 한은정, 권진희, 2011).

장기요양기관 질 평가등급 부여방식이 상대평가에서 절대평가 방식으로 개편되면서, 질 평가 가산의 대상 기관은 늘리고 기관당 가산 금액은 줄이는 방식으로 발전되었다. 절대평가방식으로 평가등급을 부여하게 되어 A등급(평가점수 90점 이상) 대상 기관이 큰 폭으로 증가(국민건강보험공단, 2016)하였던 것이 이러한 제도 변화의 한 요인이 되었을 수 있다.

#### 다. 기타: 요양보호사 처우개선비 도입과 폐지

노인장기요양보험 도입으로 요양보호사라는 직종이 새롭게 마련되었지만, 요양보호사 인력에 대한 낮은 처우 문제는 제도 도입 이후 지속적으로 제기되었다. 이에 따라, 2012년 11월 장기요양위원회에서 요양보호사와 유사직종과의 임금격차 해소를 위해 처우개선비 도입에 합의하였고, 2013년 3월부터 시행되었다(이정석 외, 2014).

국민건강보험공단은 요양보호사 처우개선비를 장기요양 급여비용(방문간호, 복지용구 제외)에 포함하여 기관으로 지급하였고, 시간당 625원씩 월 최대 160시간을 산정(월 최대 10만 원) 할 수 있도록 하였다(보건복지부 요양보험제도과, 2014).

하지만 도입 시점부터 지급방식, 실질 인건비와의 연계성, 행정절차의 복잡성, 타 직종에의 파급효과 등이 문제로 제기되었고(박노옥 외, 2013), 결국 2017년 말 이후 폐지되었다.

## 제2절 급여유형별 지불보상체계 구성 현황

「노인장기요양보험법」 제23조(장기요양급여의 종류)에 따라, 장기요양급여는 크게 시설급여, 재가급여, 특별현금급여 3가지 종류로 구분된다. 시설급여에는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 2가지 종류가 있고, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등 가정방문형 급여와 주야간보호, 단기보호, 그리고 기타재가급여로 복지용구를 포함하여 총 6가지 종류가 있으며, 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등 3가지 종류가 있다.

재가 및 시설 급여비용은 급여종류 및 장기요양등급 등에 따라 「노인장기요양보험법」 제45조에 따른 장기요양위원회<sup>6)</sup>의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정하여 고시하며, 재가 및 시설 급여비용의 구체적인 산정방법 및 항목 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령에 따른 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」에서 규정한다(보건복지부 요양보험제도과, 2021).

장기요양 급여비용은 장기요양기관이 수급자에게 제공하는 장기요양 급여(서비스)에 대한 대가(보상)로, 통상 ‘장기요양 수가’라고 부른다. 장기요양 수가는 일당 또는 방문시간당 정액제인 포괄수가제를 기본 원칙으로 택하고 있으며, 급여유형별 수가산정을 위한 표준운영모형<sup>7)</sup>에 인건

6) 「노인장기요양보험법」 제46조(장기요양위원회의 구성) ① 장기요양위원회는 위원장 1인, 부위원장 1인을 포함한 16인 이상 22인 이하의 위원으로 구성한다. ② 위원장이 아닌 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한 자로 하고, 각 호에 해당하는 자를 각각 동수로 구성하여야 한다. 1. 근로자단체, 사용자단체, 시민단체(「비영리민간단체 지원법」 제2조에 따른 비영리민간단체를 말한다), 노인단체, 농어업인단체 또는 자영업단체를 대표하는 자, 2. 장기요양기관 또는 의료계를 대표하는 자, 3. 대통령령으로 정하는 관계 중앙행정기관의 고위공무원단 소속 공무원, 장기요양에 관한 학계 또는 연구계를 대표하는 자, 공단 이사장이 추천하는 자. ③ 위원장은 보건복지부장관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명한다. ④ 장기요양위원회 위원의 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

비, 관리운영비 등의 인상을 반영하여 산정하고 있다. 각 급여유형별 지불보상체계의 상세한 내용은 다음과 같다.

## 1. 시설급여

시설급여란 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다(「노인장기요양보험법」 제23조). 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관으로는 「노인복지법」 제34조제1항8)에 따라 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있다.

### 가. 급여/비급여 구성

노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에 입소할 경우, 수급자는 건강보험 서비스 이용 시와 마찬가지로 급여서비스와 비급여서비스를 이용하게 되며 급여서비스에 대해서는 20%의 본인부담률에 따른 본인부담금을 지불하고 비급여서비스에 대해서는 전액 본인이 부담하게 된다.

「노인장기요양보험법」 제23조제1항은 시설급여를 장기요양기관에 장기간 입소한 수급자에게 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위

7) 노인요양시설(70인), 노인요양공동생활가정(9인), 주야간보호(26인), 단기보호(17인), 방문요양(종사자 15.5명), 방문목욕(종사자 2.5명), 방문간호(종사자 3.5명)

8) 「노인복지법」 제34조(노인의료복지시설) ① 노인의료복지시설은 다음 각 호의 시설로 한다. <개정 2007.8.3.>

1. 노인요양시설: 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설
2. 노인요양공동생활가정: 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인에게 가정과 같은 주거여건과 급식·요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설

## 46 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 정의하고 있다. 이와 같이 급여서비스에 대한 정의가 매우 포괄적이기 때문에, 노인장기요양보험 시설급여에서 비급여서비스는 매우 제한적으로 허용되고 있는 상황이다.

「노인장기요양보험법」 시행규칙 제14조(장기요양급여의 범위 등)는 법 제23조제1항에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항을 비급여대상으로 하며, 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이미용비, 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용으로 명시하고 있다.

〈표 2-18〉 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(비급여대상)

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. 식사재료비</li><li>2. 상급침실 이용에 따른 추가비용: 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 위하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우 장기요양에 소요된 총 비용에서 제1호·제3호 및 제4호의 비용과 장기요양급여비용을 제외한 금액</li><li>3. 이·미용비</li><li>4. 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용<sup>9)</sup></li></ol> |
|--|

자료: 「노인장기요양보험법」 시행규칙 제14조

### 나. 수가 구조

노인요양시설 및 노인요양공동생활가정의 수가는 수급자 1인당 등급별 일당 정액 방식의 포괄수가제로 운영되고 있다. 수가를 구성하는 요소는 크게 인건비(직접인건비, 간접인건비)와 관리운영비로 구분된다. 장기요양등급별 서비스 요구도 차이에 따라 직접인건비를 차등 배분하는 수가 구조이므로, 시설급여 수가는 장기요양등급에 따라 차이가 있다(김진

9) 훈령·예규·고시 등의 행정규칙이 제정되지 아니하였거나 내부공문 및 업무지침 등의 형식으로 운용 중이다.

현 외, 2013).

인건비는 「노인복지법」 시행규칙 [별표 4]에 제시된 노인의료복지시설의 직원의 배치기준을 충족하는 최소 인원 수 기준으로 반영되어 있으며, 노인요양시설 수가의 경우 수급자 30명 이상 시 직원의 배치기준을 반영하여 인건비가 설계되어 있다는 특징이 있다. 직접인건비에는 사회복지사, 요양보호사, 간호(조무)사, 의사, 물리(작업)치료사 등 직종의 인건비가 포함되고, 간접인건비에는 시설장, 사무국장, 영양사, 조리원, 위생원, 관리인 등 직종의 인건비가 포함된다. 관리운영비는 제세공과금, 사업비, 운영비, 각종 보험료, 감가상각비 등을 포함한다. 우리나라 시설급여 수가는 급식 제공을 위한 인건비, 광열비, 시설 설비비 등을 포함하며, 4인실 이용에 드는 주거비를 포함하고 있다는 점에서, 식비와 주거비를 비급여로 운영하는 일본, 독일과 차이가 있다.

또한 노인장기요양보험 도입 당시 노인요양시설 수가 표준모형에 촉탁의 인건비를 포함하여 수가가 개발되었으나, 2016년 9월 촉탁의 제도 개선 시 촉탁의 비용을 보험자와 촉탁의사(소속 의료기관) 간 직접 청구, 지불하는 것으로 바뀌면서 노인요양시설 수가에서 촉탁의 인건비를 제외한 바 있다.

## 다. 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 차이

노인요양시설(수급자 10인 이상)과 노인요양공동생활가정(수급자 9인 이하)은 각각 시설기준, 설비기준 및 직원의 배치기준이 상이한데, 이러한 특성들은 서비스 가격에 영향을 미치는 주요 요소들이다. 하지만, 앞에서 기술한 바와 같이 노인장기요양보험 도입 당시 정부는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 수가를 동일하게 정하였다. 이후 매년

48 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

장기요양기관 경영실태조사의 경영수지분석 결과 등을 고려하여 수가인 상률을 차등 적용해 온 결과, 2021년 현재 노인요양시설 수가와 노인요양공동생활가정 수가 간에는 1등급 기준 1일당 8,850원의 차이가 있다 (아래 표 참조).

〈표 2-19〉 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 수가 비교

(단위: 원)

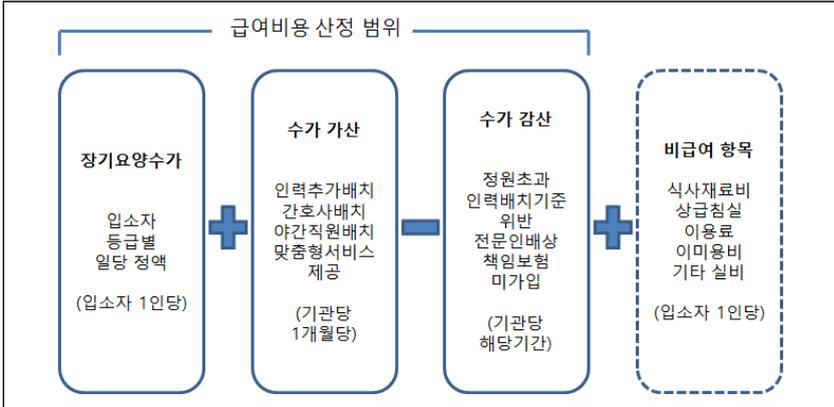
구분		2008 <sup>1)</sup>	2021 <sup>2)</sup>
노인요양시설	1등급	48,120	71,900
	2등급	43,550	66,710
	3등급 이하	38,970	61,520
노인요양공동생활가정	1등급	48,120	63,050
	2등급	43,550	58,510
	3등급 이하	38,970	53,930

자료: 1) 보건복지부 요양보험제도과(2008). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2008-66호). 제2장. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2000000001426>에서 2021.3.25. 인출.

2) 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제44조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

시설급여 기관인 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 급여, 비급여, 수가 및 가감산 등으로 포함한 노인장기요양보험 서비스 비용은 다음과 같이 구성된다(아래 그림 참조).

[그림 2-2] 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 서비스 비용 구성



주: 치매전담실 수가 별도  
자료: 연구진이 직접 작성함.

## 2. 재가급여

재가급여는 서비스 제공방식에 따라 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등 가정방문급여와 주야간보호, 단기보호로 구분할 수 있다. 재가급여는 장기요양등급별 월 한도액 범위 내에서 이용해야 하며, 월 한도액을 초과한 비용은 수급자가 전부 부담한다.

### 가. 월 한도액

노인장기요양보험은 재가급여 수급자의 장기요양 등급별 서비스 필요량 차이를 반영하여 등급별 월 한도액을 정하고 있다. 2021년 현재 재가급여(복지용구 제외) 월 한도액은 등급에 따라 다음과 같다.

〈표 2-20〉 재가급여 월 한도액(2021)

등급	1등급	2등급	3등급
월 한도액	1,520,700원	1,351,700원	1,295,400원
등급	4등급	5등급	인지지원등급
월 한도액	1,189,800원	1,021,300원	573,900원

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제13조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

재가급여 월 한도액에 포함되지 않는 비용이 있다. 방문요양 및 방문간호급여의 원거리교통비용, 건강관리간호 및 치매관리간호를 이용한 방문간호급여비용, 방문간호급여의 간호(조무)사 가산금, 주·야간보호급여의 이동서비스비용 및 목욕서비스 가산금, 치매가족휴가제 급여비용, 프로그램관리자 가산금 및 요양보호사 가산금, 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용, 수가가산금 등은 월 한도액 외로 별도 산정하여 지급한다.

또한, 주야간보호 급여를 월 15일(1일 8시간 이상) 이상 이용한 경우 등급별 월 한도액 20% 범위(치매전담실은 50% 범위) 내에서 추가 산정할 수 있도록 하여 재가수급자의 주야간보호 이용을 유도하고 있다.

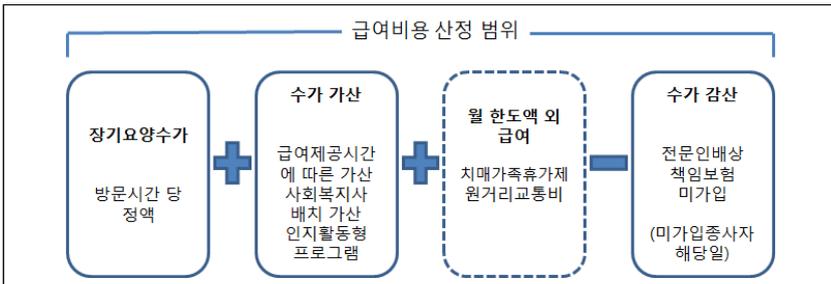
## 나. 가정방문급여<sup>10)</sup>

방문요양, 방문목욕, 방문간호 급여를 가정방문급여라 한다. 이것들은 수급자의 가정을 방문하여 장기요양서비스를 제공한다는 공통점이 있다.

- 
- 10) 가. 방문요양: 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
  - 나. 방문목욕: 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
  - 다. 방문간호: 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여

방문요양 수가는 인건비와 관리운영비로 구성된다. 인건비는 요양보호사, 사회복지사, 시설장, 사무원 인건비를 포함하며, 관리운영비는 사업비, 배상보험료, 교통비 등을 포함한다. 방문요양 수가는 방문 당 제공시간을 기준으로 정액을 지불하는 포괄지불제 방식이다.

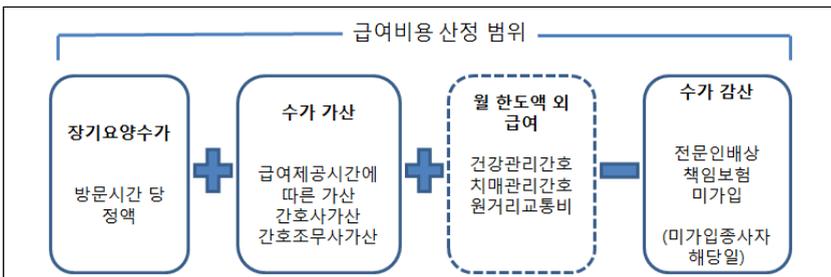
[그림 2-3] 방문요양 급여비용 구성



자료: 연구진이 직접 작성함.

방문간호 수가 역시 인건비와 관리운영비로 구성되며, 인건비는 간호사와 시설장 인건비를 포함한다. 관리운영비에 처치재료비를 포함한다. 방문요양과 마찬가지로 방문간호 수가는 방문당 제공시간을 기준으로 정액을 지불하는 포괄지불제 방식이다.

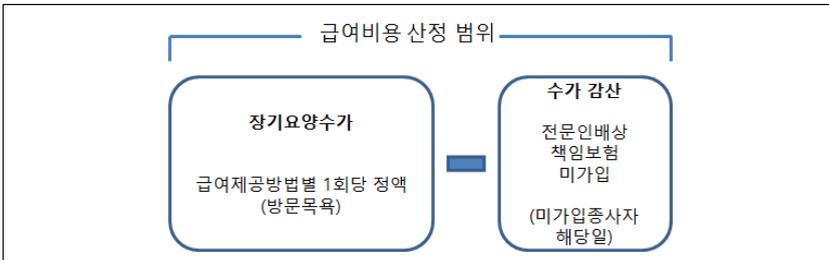
[그림 2-4] 방문간호 급여비용 구성



자료: 연구진이 직접 작성함.

방문목욕 수가 역시 인건비와 관리운영비로 구성되며, 인건비는 요양보호사, 시설장, 운전자 인건비를 포함한다. 관리운영비에 목욕차량 감가상각비와 차량 유지비(차량 보험료, 자동차세, 연료비, 수리비 등), 목욕에 필요한 용품(물, 비누, 수건, 욕조, 목욕의자, 로션 등)의 구입비용을 포함하며, 이를 별도로 수급자에게 요구해서는 안 된다. 방문목욕 수가는 급여제공방법을 기준으로 1회 방문당 정액을 지불하는 포괄지불제 방식이다.

[그림 2-5] 방문목욕 급여비용 구성



자료: 연구진이 직접 작성함.

#### 다. 주야간보호와 단기보호

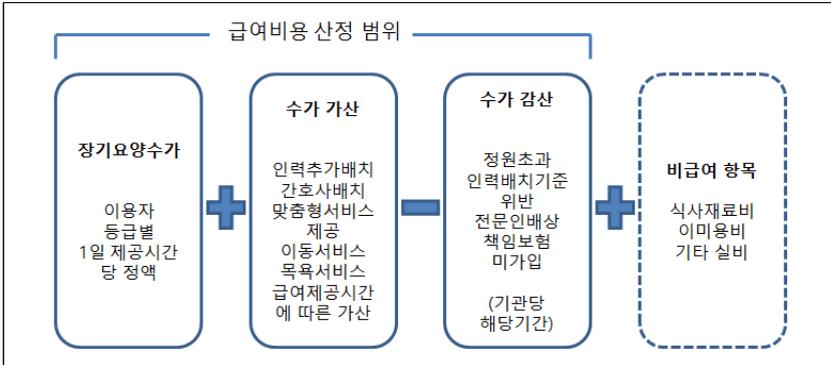
주야간보호는 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다.

주야간보호 수가는 인건비와 관리운영비로 구성된다. 인건비는 노인복지법이 정한 이용자 10명 이상 주야간보호 시설의 직원 배치기준에 맞추어 사회복지사, 요양보호사, 간호사 또는 물리치료사, 시설장, 조리원, 보조원(운전자), 사무원의 인건비를 포함하며, 관리운영비는 제세공과금, 사업비, 운영비, 각종 보험료, 감가상각비 등을 포함한다. 주야간보호 수

가는 장기요양 등급별 1일당 급여제공시간을 기준으로 산정한다. 이용자 10명 미만인 주야간보호 시설의 경우, 시설·설비 기준, 직원 배치기준이 상대적으로 완화되어 있음에도 불구하고 수가는 동일하게 적용된다.

식사재료비, 이미용비, 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용 등은 비급여 대상이다.

[그림 2-6] 주야간보호 서비스 비용 구성



주: 차매전담실 수가 별도  
 자료: 연구진이 직접 작성함.

단기보호는 수급자를 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다. 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정과 마찬가지로 24시간 보호를 제공하므로, 장기요양 등급별 1일당 정액 방식의 포괄수가제로 운영된다.

단기보호 수가는 인건비와 관리운영비로 구성된다. 인건비는 노인복지법이 정한 이용자 10명 이상 단기보호 시설의 직원 배치기준에 맞춘 인건비를 포함하며, 관리운영비는 시설급여 수가 구성요소를 동일하게 포함

한다. 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이미용비, 그 외 일상 생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용 등은 비급여 대상이다. 단기보호 서비스 비용의 구성은 시설급여와 같다.

## 라. 기타 재가급여<sup>11)</sup>: 복지용구

노인장기요양보험에서 현재 운영 중인 기타 재가급여는 수급자의 일상 생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하는 ‘복지용구’ 한 가지가 있다. 복지용구 급여에 관한 사항은 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시(보건복지부 고시)」에 의해 운영된다. 재가 수급자는 복지용구 급여를 연 한도액 범위 안에서 제공받을 수 있으며, 이 경우 연 한도액은 수급자 1인당 연간 160만 원(본인부담률 15%)이다. 연 한도액을 초과하는 금액은 전액 수급자 본인이 부담한다.

복지용구의 급여방식은 구입방식과 대여방식 2가지로 운영되며, 구입 품목과 대여품목의 상세 내용은 다음과 같다(아래 표 참조).

복지용구 구입가격 및 대여가격은 장기요양위원회 심의를 거쳐 고시에서 정한 가격으로 산정한다. 복지용구 가격은 배송비, 설치·철거비, 수리 및 부품 등의 교체료, 세정 및 소독비용이 포함되므로 별도로 산정하거나 수급자에게 부담시킬 수 없다.

11) 기타재가급여: 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것

〈표 2-21〉 복지용구 품목(2021)

구입품목	대여품목
가. 이동변기 나. 목욕의자 다. 성인용 보행기 라. 안전손잡이 마. 미끄럼방지용품(미끄럼방지매트, 미끄럼방지액, 미끄럼방지양말) 바. 간이변기(간이대변기·소변기) 사. 지팡이 아. 욕창예방방석 자. 자세변환용구 차. 요실금팬티	가. 수동휠체어 나. 전동침대 다. 수동침대 라. 이동욕조 마. 목욕리프트 바. 배회감지기
구입 또는 대여 품목	
가. 욕창예방매트리스 나. 경사로(실내용, 실외용)	

자료: 「복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시」 제2조

복지용구 급여대상 품목 및 제품의 선정 및 제외, 급여대상 제품의 적정가격 등에 대한 심의는 국민건강보험공단에 설치된 복지용구 급여평가위원회에서 이루어진다. 복지용구 급여평가위원회는 품목 또는 제품의 급여대상 여부를 심의할 때, 보험급여의 적정성 및 비용효과성, 예상 수요 규모 및 보험재정에 미치는 영향, 제조·수입업자의 공급능력 및 신인도 등을 고려해야 한다. 또한 급여대상 제품의 적정가격을 심의할 때에는 공단 산출가격, 제조·수입업자의 판매 희망가격, 동일제품 또는 유사한 제품의 시장조사가격 등을 고려해야 한다.

### 3. 특별현금급여

노인장기요양보험법에 따른 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)는 법에서 제시한 세 가지 중 가족요양비만이 현재 운영되고 있다.

「노인장기요양보험법」 제24조(가족요양비)에 따라, 공단은 다음에 해당하는 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때, 해당 수급자에게 가족요양비를 지급할 수 있다. 첫째, 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자, 둘째, 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자, 셋째, 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유(감염병환자로서 감염의 위험이 있는 경우, 정신장애인인 경우)로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는자인 경우 해당한다.

가족요양비의 지급금액은 재가급여의 이용수준 등을 고려하여 법 제45조에 따라 장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 정하여 고시하도록 정하고 있는데, 2008년 7월 제도 도입 이후 지금까지 변화 없이 장기요양등급에 관계없이 동일하게 월 150,000원으로 유지되고 있다.

## 4. 기타 지불보상 항목

### 가. 계약의사 활동비용

시설급여, 재가급여, 가족요양비 외에 노인장기요양보험에서 서비스 제공자(공급자)에게 지불하는 비용으로 ‘계약의사 활동비용’이 있다. 노인장기요양보험은 노인요양시설 등에 입소한 수급자에 대한 적절한 의료 서비스를 제공하기 위하여 계약의사<sup>12)</sup> 제도를 운영하고 있으며, 「노인복

12) '16.9월 촉탁의 제도 개선에 따라 본래 노인요양시설 수가에 포함되어 있던 의사 인건비를 덜어내고 현재와 같은 활동비용 보상체계를 마련하였다.

지법」 시행규칙 제22조(노인의료복지시설의 시설기준 등)에 그 근거를 두고 있다.

같은 법조항 [별표 4](노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준, 6. 직원의 배치기준)에 의거 노인요양시설은 수급자 10명 이상 30명 미만인 경우 의사 또는 계약의사를 1명, 수급자 30명 이상인 경우는 1명 이상을 두도록 규정하고 있고, 노인요양공동생활가정은 의사 또는 계약의사를 두지 않아도 된다. 의사는 한의사를 포함하고, 계약의사는 의사, 한의사, 치과 의사를 포함한다. 의료기관과 협약을 체결하여 의료연계체계를 구축한 경우에는 의사 또는 계약의사를 두지 않을 수 있다.

같은 법조항 [별표 5](노인의료복지시설의 운영기준, 1. 건강관리)에 따라, 계약의사 또는 의료기관의 의사는 매월 시설을 방문하여 수급자의 건강상태를 확인하고 건강상태가 악화된 수급자에 대하여 적절한 조치를 하여야 한다. 이 경우 시설의 입소정원에 따른 방문횟수 등 세부적인 사항은 보건복지부장관이 정한다.

계약의사의 활동비용은 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」에 따라 지급하며, 진찰비용과 방문비용으로 구분된다.

진찰비용은 수급자 1인당 방문횟수별로 산정할 수 있다. 계약의사는 수급자를 월 2회 이상 정기적으로 진찰하도록 정하고 있는데, 방문 1일당 진찰의 대상은 최대 50명까지로 제한하고 있다(월 최대 150명까지). 계약의사가 수급자의 건강상태를 확인하고 진찰한 경우 수급자 1인당 1회 진찰비용은 아래 표와 같다. 시설은 진찰비용 중 본인부담금(진찰비용 중 20%)을 수납하여 계약의사가 소속된 의료기관에 지급한다.

〈표 2-22〉 계약의사 진찰비용

구분	내용
초진비용	· 건강보험요양급여비용 중 의원급 외래환자 초진진찰료 (기본단가) · 2021년 기준 16,480원
재진비용	· 건강보험요양급여비용 중 의원급 외래환자 재진진찰료 (기본단가) · 2021년 기준 11,780원

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제44조의2. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

계약의사가 해당 시설급여기관을 방문하여 진찰한 경우 1일당 53,000원의 방문비용을 산정할 수 있다. 방문비용의 경우 수급자는 부담하지 않는다.

계약의사가 소속된 의료기관은 해당 시설급여기관을 대신하여 제1항에 따른 진찰비용 및 제2항에 따른 방문비용(이하 ‘계약의사 활동비용’이라 한다) 중 공단부담금을 공단에 직접 청구할 수 있다.

〈표 2-23〉 2017년 계약의사 활동비용

(단위: 건, 만 원)

	구분	진찰비용	방문비용
전체	건수	1,898,753	29,409
	총 금액	2,163,464	155,867
초진	건수	109,423	
	총 금액	165,317	
재진	건수	1,789,328	
	총 금액	1,998,147	

자료: 이시현, 이정석, 박세영, 이선화, 정현진(2018). p.44, p.46에서 재인용

## 나. 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용

의사소견서와 방문간호지시서를 발급하기 위한 비용은 다음과 같다.

발급 1회당 비용이며, 발급비용의 20%(일반 기준)를 본인이 부담한다. 의사소견서와 방문간호지시서 발급비용은 월 한도액에 포함되지 않는다.

〈표 2-24〉 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용(2021)

(단위: 원)

분류번호	분류		금액
자-1	의사소견서 (1회당)	「의료법」에 따른 의료기관(보건의료원 포함)	38,490
		「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소	24,120
자-2	방문간호 지시서 (1회당)	「의료법」에 따른 의료기관(보건의료원 포함) 가. 대상자가 의료기관을 방문하는 경우 나. 의사가 가정을 방문하는 경우	20,470 64,540
		「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소 가. 대상자가 보건기관을 방문하는 경우 나. 의사가 가정을 방문하는 경우	5,460 11,780

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제78조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021. 10. 25. 인출.

발급비용은 의사 또는 한의사(방문간호지시서의 경우는 치과의사를 포함)가 수급자를 직접 진찰한 경우에만 산정하며 진찰료와 가정방문에 따른 교통비 등은 별도로 산정하지 않는다. 2020년 노인장기요양보험 통계 연보 기준, 의사소견서 발급비용은 약 12,644백만 원, 방문간호지시서 발급비용은 약 532백만 원이 지급되었다(국민건강보험공단, 2021a).

## 5. 수가 가감산 제도 및 기타 인센티브 등

정부는 2009년 처음으로 장기요양 수가 가감산 프로그램을 도입한 이후, 몇 차례 제도개선을 하면서 장기요양기관의 서비스 질 향상을 유도하기 위한 정책수단으로 다양한 인센티브들을 확대해 왔다. 2021년 현재 운영 중인 인센티브 프로그램들의 현황은 다음과 같다.

## 가. 수가가산

2021년 현재 급여비용 가산의 유형은 다음과 같이 총 5가지가 운영되고 있다.

〈표 2-25〉 급여비용 가산의 유형

가산 유형	적용되는 기관 유형
인력 추가 배치	시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관
방문요양 사회복지사 등 배치	방문요양급여를 포함하여 1개 이상의 가정방문급여를 제공하는 기관
간호사 배치	시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관
야간직원배치	시설급여기관, 단기보호기관
맞춤형서비스 제공	시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관 ※ 제70조의 치매전담형 장기요양기관은 제외

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제53조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

### 1) 인력 추가 배치 가산

시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사 직종에 대해 인력배치기준을 초과하여 배치하고, 추가배치기준을 충족한 경우 가산한다. 요양보호사 인력 추가배치 가산을 받기 위해서는 요양보호사 1인당 수급자 수가 시설급여기관의 경우 2.4명 미만(노인요양시설 내 치매전담실 1.9명 미만), 주·야간보호기관 6.4명 미만(치매전담형 3.9명 미만), 단기보호기관 3.75명 미만이어야 하며, 간호(조무)사 가산을 받기 위해서는 간호사 1인당 수급자 수가 19.0명 미만이어야 한다.

또한, 수급자 수 규모가 50인 이상인 노인요양시설에서 인력배치기준을 초과하여 조리원을 1명 이상 추가 배치한 경우(급식위탁기관 제외),

그리고 노인요양공동생활가정에서 조리원을 1명 이상 배치한 경우 가산한다. 인력 추가배치 가산금액 산출식은 다음과 같다.

〈표 2-26〉 인력 추가배치 가산금액 산출식

$$\text{가산금액} = \text{해당 월 가산 기준금액} \times [\text{가산점수의 합/수급자 수}] \times \text{서비스유형점수}$$

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제56조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRullLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

산출식의 ‘해당 월 가산 기준금액’이란 시설급여의 경우 해당기관의 수급자별 급여비용 합의 80%, 재가급여의 경우 해당기관의 수급자별 급여비용 합의 85%이다. ‘가산점수’는 추가 배치한 종사자의 직종별로 차이를 두고 있는데, 요양보호사 또는 간호(조무)사는 추가배치 1인당 1.2점, 사회복지사 또는 물리(작업)치료사는 추가배치 1인당 1.4점, 조리원은 추가배치 인원 수에 관계없이 노인요양시설의 경우 1점, 노인요양공동생활가정의 경우 1.2점이다. 가산금액을 산출하기 위해 ‘서비스 유형점수’라는 것을 적용하고 있다. 이것은 서비스유형 간에 발생하는 월 가산 기준금액의 차이를 보완하기 위해 개발된 것이다. 시설급여기관은 1점(치매전담형 노인요양공동생활가정, 치매전담실만 있는 노인요양시설은 0.9점), 주·야간보호기관 및 단기보호기관은 1.5점(치매전담실만 있는 주·야간보호기관은 1.3점)을 부여한다.

노인장기요양보험에서는 수급자 수 규모에 따라 가산점수 인정 범위를 두고 있다(아래 표 참조). 이것은 인력추가배치 가산금액의 최대한도를 설정한 것과 같은 기능을 한다. 이것은 공공재원인 노인장기요양보험 재정으로 기관의 추가인력배치에 드는 비용을 어느 범위까지 지원할 것인가에 대한 정부와 국민건강보험공단의 가이드라인이라고 이해될 수 있다(이정석 외, 2013).

〈표 2-27〉 인력 추가배치 가산 가산점수 인정 범위

구분	수급자 수	가산점수 인정 범위
시설급여기관 주·야간보호기관 단기보호기관	5명 미만	1.4점 이하
	5명 이상 10명 미만	2.6점 이하
	10명 이상 30명 미만	4.0점 이하
	30명 이상 50명 미만	6.4점 이하
	50명 이상 70명 미만	8.8점 이하
	70명 이상 80명 미만	10.0점 이하
	80명 이상 90명 미만	11.2점 이하
	90명 이상 120명 미만	13.6점 이하
	120명 이상	14.8점 이하

주: 노인요양시설의 조리원 추가배치가산은 가산점수 인정범위에 포함하지 않음.  
 자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제56조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRullSInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

## 2) 방문요양 사회복지사 등 배치 가산

방문요양급여를 포함하여 1가지 이상 가정방문급여를 제공하는 기관의 수급자 수가 15명 이상인 경우 사회복지사, 간호(조무)사 및 장기요양기관에서 요양보호사 실무경력 5년(월 60시간 이상 근무한 기간이 60개월) 이상인 요양보호사(팀장급) 중 1명 이상을 배치하여 사례관리자 역할에 해당하는 업무<sup>13)</sup>를 수행한 경우 가산한다.

가산인정 인원 수는 수급자 수 30명당 1명씩이며, 수급자 수 90명 이상인 경우 최대 4명까지 인정한다. 가산금액 산출식과 직종별 가산점수는 앞서 기술한 인력 추가배치 가산의 경우와 같다.

13) 1. 모든 수급자의 가정을 매월 1회 이상 급여제공 시간 중에 방문하여 적정 서비스 제공 여부를 확인하고 기록함. 2. 매월 수급자 욕구사정 및 수급자별 급여제공계획을 수립하고 기록함

### 3) 간호사 배치 가산

시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 간호사를 배치한 경우에 가산한다. 가산금액 산정방법은 인력 추가배치 가산의 경우와 같고, 간호사 배치 가산점수는 간호사 1인당 0.6점이다.

### 4) 야간직원배치 가산

노인요양시설, 노인요양공동생활가정 및 단기보호의 야간직원배치 가산은 야간(22시부터 다음날 06시)에 요양보호사 또는 간호(조무)사 1명 이상이 근무한 경우 다음 방식에 따라 가산한다(아래 표 참조). 가산금액 산정방법은 앞서 기술한 인력 추가배치 가산의 경우와 같다.

〈표 2-28〉 야간직원배치 가산 방식

구분	가산점수	적용기관
· 야간(22시부터 다음날 06시)에 요양보호사 또는 간호(조무)사 1명 이상이 근무한 경우	기관당 0.9점	노인요양시설 노인요양공동 생활가정
· 야간(22시부터 다음날 06시)에 요양보호사 또는 간호(조무)사 1명 이상이 근무하고, 다음을 모두 충족한 경우 - 야간근무 직원 1인당 수급자 20인 이하 - 주간(24시간 중 제1항의 야간을 제외한 시간)에 근무하는 요양보호사와 간호(조무)사 수의 합이 야간직원의 2배 이상 (다만, 수급자 20인 미만의 기관은 동수로 배치하여도 됨)	야간직원 1인당 0.9점	노인요양시설 단기보호

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제60조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

### 5) 맞춤형서비스 제공 가산

시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 수급자의 건강수준 유지·개선 등을 위하여 수급자 상태별 맞춤형 프로그램을 다양하게 제공하고 세부 기준을 충족한 경우 가산한다. 세부기준은 첫째, 관련 자격증을 소지한 외부강사가 제공, 둘째, 맞춤형 프로그램을 주 4회 또는 월 16회 이상, 프로그램별 1회 60분 이상 제공(맞춤형 프로그램의 종류는 매주 최소 2가지 이상이어야 함) 등이다.

가산금액은 인력 추가배치 가산과 같은 방식으로 산정하고, 가산점수는 맞춤형 프로그램을 주 4회 또는 월 16회 이상 제공한 경우 0.4점, 주 2~3회 또는 월 8회 이상 제공한 경우에는 0.2점이다.

## 나. 수가 감산

노인장기요양보험에서 급여비용 감산(감액산정)은 정원초과, 인력배치 기준위반, 전문인 배상책임보험 미가입 등 3가지 유형이 있다(아래 표 참조). 이것들은 모두 노인장기요양보험법 및 관련 규칙 등이 정한 기준을 위반한 경우에 해당한다.

〈표 2-29〉 급여비용 감액산정 유형

감액산정 유형	적용되는 기관 유형
1. 정원초과	시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관
2. 인력배치기준위반	시설급여기관, 주야간보호기관 및 단기보호기관
3. 전문인 배상책임보험 미가입	모든 장기요양기관

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제63조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRullInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

## 1) 정원초과 감액

시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 정원을 초과하여 운영한 경우, 수급자 전원에 대하여 해당일의 급여비용을 정원 초과비용에 따라 다음과 같이 산정한다(아래 표 참조).

〈표 2-30〉 정원 초과비용에 따른 급여비용 산정비율

정원 초과비용	급여비용 산정비율
5% 미만	90%
5% 이상 10% 미만	80%
10% 이상	70%

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제65조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRullSInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

## 2) 인력배치 기준위반 감액

시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 인력배치기준을 위반하여 운영한 경우, 감액은 위반기간 동안의 급여비용을 다음 식에 따라 산정한다.

〈표 2-31〉 인력배치기준 위반 감액 산출식

$$\text{감액} = (\text{해당 감산 기준금액}) \times (\text{직종별 감산점수의 합/수급자 수}) \times \text{감산유형점수}$$

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제66조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRullSInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

감산 기준금액이란 수급자별 급여비용의 100%를 의미한다. 요양보호사, 간호(조무)사, 사회복지사, 물리(작업)치료사, 조리원, 위생원, 보조원(운전사) 7개 직종에 적용한다.

감산점수는 직종별 결원 수에 따라 차이를 두고 있다(아래 표 참조). 해당 직종의 결원 수가 1명을 초과할 경우 결원 수별 감산점수를 합산하며, 2개 이상 직종에서 결원이 발생한 경우에는 각 직종별로 감산 점수를 산정한 뒤 이를 합산한다.

〈표 2-32〉 인력배치 기준위반 감산점수

직종별 결원 수	감산점수
0.1명~0.2명	1점
0.3명~0.5명	1.6점
1명	2점

주: 직종별 결원 수 = 배치의무인원 수 - 근무인원 수  
 자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제66조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

급여유형별·규모별 감산유형점수는 수급자 수를 기준으로 아래 표와 같이 산정한다. 2개월 이상 연속으로 인력배치기준을 위반하여 감액이 적용되는 경우, 수급자 30명 미만에 대해서는 해당 월 감산점수의 1.2배, 수급자 30명 이상에 대해서는 해당 월 감산점수의 1.5배를 산정한다.

〈표 2-33〉 급여유형별·규모별 감산유형점수

구분		감산유형 점수
주야간보호	10명 미만	1.2점
	10명 이상 50명 미만	1.5점
	50명 이상	2점
단기보호		1.5점
노인요양공동생활가정		1점
노인요양시설	30명 미만	1점
	30명 이상 50명 미만	1.2점
	50명 이상 70명 미만	1.4점
	70명 이상	1.6점

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제66조. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

### 3) 전문인 배상책임보험 미가입 감액

장기요양기관이 수급자 전원에 대하여 전문인 배상책임보험에 가입하지 않은 경우, 급여종류별로 다음과 같이 감액을 산정한다.

첫째, 가정방문급여의 경우 전문인 배상책임보험 미가입 종사자가 제공한 급여에 대하여 해당일 급여비용의 90%를 산정한다.

둘째, 시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 전문인 배상책임보험 미가입 시 수급자 전원에 대하여 미가입 기간 동안의 급여비용의 90%를 산정한다.

## 다. 기타 인센티브

### 1) 질 평가 인센티브

장기요양기관은 3년에 1회 장기요양기관 평가에 참여할 의무가 있다. 국민건강보험공단은 2009년 이후 매년 장기요양기관 질 평가를 실시하고 평가 결과에 따라 가산금을 지급하고 있다. 구체적인 가산 지급기준은 「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」에서 명시하고 있다.

첫째, 정기평가 결과 상위 10% 범위에 속하면서, 최고 등급을 받은 장기요양기관에 대하여 공단부담금의 2%를 지급한다. 다만, 복지용구사업소에 대하여는 대여품목에 관한 공단부담금의 1%를 지급한다.

둘째, 정기평가 결과 상위 10% 초과 20% 이하 범위에 속하면서, 최고 등급을 받은 장기요양기관에 대하여 공단부담금의 1%를 지급한다. 다만, 복지용구사업소에 대하여는 대여품목에 관한 공단부담금의 0.5%를 지급한다.

2018년 시설급여기관 질 평가 가산 지급 현황을 분석한 결과에 따르면,

총 469개소(10인 미만 57개소, 10~30인 미만 114개소, 30인 이상 298개소)가 가산금을 지급받았으며, 기관당 평균 1천6백여만 원이었다(국민건강보험공단 내부자료, 2021).

## 2) 장기근속 장려금

2009년 10월 인력 추가배치 가산을 도입하였으나, 공급자 및 시민사회단체는 서비스 제공인력의 수뿐 아니라 근속연수 등 경력과 전문성에 대해서도 재정적 인센티브를 제공할 것을 계속해서 요구하였다(이정석 외, 2012).

2017년 10월, 종사자의 잦은 입·퇴사로 인해 수급자에게 지속적인 양질의 서비스를 제공할 수 있는 숙련성과 전문성을 갖춘 인력의 부족을 방지하고자 정부는 장기근속 장려금을 도입하였다. 노인장기요양보험 장기근속 장려금 지급에 대한 구체적인 내용은 다음과 같다.

일정기간 동안 기관기호가 동일한 장기요양기관에서 하나의 직종으로 계속 근무하고 있는 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 치과위생사에 대하여 장기근속 장려금을 지급할 수 있다. 노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 주야간보호, 단기보호에 근무하는 종사자의 경우, 월 120시간 이상 계속하여 근무한 기간이 36개월 이상인 경우에 지급하며, 방문요양, 방문목욕, 방문간호에 근무하는 종사자의 경우, 월 60시간 이상 계속하여 근무한 기간이 36개월 이상인 경우에 지급한다.

장기근속 장려금은 계속근무기간에 따라 종사자 1인당 다음과 같이 산정한다(〈표 2-34〉 참조). 장기요양기관의 장은 공단으로부터 지급받은 장기근속 장려금을 해당 종사자에게 지급해야 한다.

〈표 2-34〉 장기근속 장려금(2021)

(단위: 원/월)

계속근무기간	36개월 이상 60개월 미만	60개월 이상 84개월 미만	84개월 이상
금액	60,000	80,000	100,000

주: 위 금액에는 사회보험기부담금 및 퇴직적립금이 포함되어 있음.

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). 제11조의4. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.

2019년 12월 현황을 살펴보면, 전체 장기요양기관 중 46.5%, 전체 활동 종사자 중 15.4%가 장기근속 장려금을 지급받은 것으로 나타났다(〈표 2-35〉 참조). 종사자 직종별 장기근속 장려금 지급 현황은 〈표 2-36〉과 같다.

〈표 2-35〉 장기근속 장려금 지급 기관 및 종사자 현황(2019년 12월)

유형	청구(지급) 장기요양기관			종사자		
	급여비용 청구(지급)기관 (A) <sup>2)</sup>	장기근속 장려금 지급기관 (B) <sup>3)</sup>	B/A (%)	종사자 (C) <sup>4)</sup>	장기근속 장려금 지급종사자 (D)	D/C (%)
계	18,964	8,813	46.5%	372,160	57,207	15.4%
입소형	12,190	4,659	38.2%	119,361	31,278	26.2%
방문형 ·가산형	11,010	5,748	52.2%	252,799	25,929	10.3%

주: 1) 2020년 5월 말 심사지급기준

2) 급여유형별로 기관 수와 종사자 수를 구분하되 장기요양기관의 '계'는 중복 제외

3) 장기요양기관은 기관기호별 개수임(장기근속장려금은 기관기호별로 지급)

4) 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 치위생사로 실 근무하는 종사자 수

자료: 이희승, 장혜민, 권진희, 진희주(2020). p.27에서 재인용

70 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

〈표 2-36〉 직종별 장기근속장려금 지급 현황(2019년 12월)

(단위: 명, 원)

구분		2019.12	
		종사자 수	지급 금액
계	요양보호사	49,509	3,699,040,000
	간호사	643	53,060,000
	간호조무사	2,684	203,320,000
	사회복지사	3,583	245,880,000
	물리치료사	628	52,000,000
	작업치료사	160	11,640,000
입소형	요양보호사	25,094	1,924,520,000
	간호사	640	52,860,000
	간호조무사	2,681	203,100,000
	사회복지사	2,075	148,800,000
	물리치료사	628	52,000,000
	작업치료사	160	11,640,000
방문형	요양보호사	24,414	1,774,460,000
	간호사	3	200,000
	간호조무사	3	220,000
가산형	사회복지사	1,508	97,080,000
	팀장급 요양보호사	1	60,000

자료: 이희승 외(2020). p.30에서 재인용

장기근속 장려금은 3년 이상 근무한 중간관리자급 이상의 근로자들에 대한 금전적 보상체계라는 점에서, 근로자의 수(양)가 아닌 근로자의 근속경험(경력)에 대해 보상한다는 특징을 갖는다(이희승 외, 2020). 대개는 근로자에 대한 근속수당은 사업주가 부담하는 것이 일반적인데, 노인장기요양보험은 공공재원인 사회보험으로 이를 보상하는 것이 특징적이다.

### 제3절 노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 최근 쟁점

노인장기요양보험이 도입된 지 14년차에 접어들면서 변화된 정책 환경에 맞추어 제도를 개선해야 한다는 요구가 높다. 특히 영리추구를 목적으로 하는 민간 장기요양기관의 과잉공급에 따른 장기요양서비스 품질에 대한 우려, 종사자에 대한 낮은 처우와 열악한 근로환경 등의 문제를 해결하기 위해, 노인장기요양보험의 지불보상체계에 대한 개편 논의가 활발히 이루어지고 있다(이윤경 외, 2017; 이희승 외, 2017; 이우천 외, 2018; 임정기, 2019; 석재은 외, 2020). 이와 관련하여 최근의 쟁점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 시설급여의 경우 수가산정의 기준이 된 표준운영모형보다 낮게 노인복지법(시행규칙 [별표 4])상 직원의 배치기준이 설정됨에 따라, 상대적으로 수익성이 높은 소규모 시설 중심으로 인프라가 형성되는 문제가 지속되고 있다(석재은 외, 2020).

2021년 7월 말 기준, 전국의 5,919개 시설 가운데 노인요양공동생활가정이 31.8%, 이용자 수 10인 이상 29인 이하 노인요양시설이 33.3%로 30인 미만 시설이 차지하는 비율이 전체의 65.1%에 이르는 것으로 나타났다(노용균, 조은희, 황재영, 김창오, 노혜미, 2021). 특히 10인 이상 29인 이하 노인요양시설은 직원의 배치기준뿐 아니라 시설 및 설비 기준도 30인 이상 노인요양시설에 비해 완화된 기준을 적용받고 있음에도 불구하고, 노인장기요양보험에서 지불하는 수가는 30인 이상 시설과 동일하다. 현행 시설급여 수가가 소규모 시설에 보다 유리하게 설계된 측면이 있다는 것이다. 소규모의 영세한 기관의 난립을 줄이고, 제도가 목표하는 양질의 서비스를 제공할 수 있는 시설과 인력을 갖춘 일정 규모 이상의 공급기관의 참여를 촉진하기 위한 지불보상체계 측면의 개선방향에 대한 논의가 필요하다.

둘째, 정부와 보험자는 「노인장기요양보험법」 제3조제3항(재가급여 우선 제공 원칙)을 바탕으로 재가급여 중심의 장기요양제도 운영을 표방하고 있으나, 장기요양등급이 동일한 경우라도 시설급여를 이용할 경우 재가급여 이용할 때보다 많은 급여 혜택을 받는 구조로 되어 있어 현행 수가체계가 이용자의 시설급여 이용에 대한 도덕적 해이를 발생시킨다는 문제가 지적되고 있다(임정기, 2019; 석재은 외, 2020).

실제로 장기요양 3등급자가 재가급여를 이용하는 경우 최대 급여액은 월한도액 1,295천 원이지만 시설급여 노인요양시설을 이용하는 경우 30일 이용 기준 월 1,845.6천 원으로 재가급여액 대비 시설급여액이 약 1.4배 더 높은 상황이다(아래 표 참조). 시설급여의 경우 3등급 이하자에 대한 1일당 수가가 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 각각 61,520원, 53,930원으로 동일한 수가로 운영되고 있어, 낮은 등급자일수록 시설급여 이용 시 급여 혜택이 더욱 커지는 구조이다.

장기요양 3등급 이하자의 경우 본래 재가급여 이용 대상자이며, 특별한 경우에 한하여 장기요양운영센터에 장기요양급여종류-내용 변경 신청서를 제출 후 승인을 받아 시설급여를 이용할 수 있도록 하고 있다. 하지만, 2020년 기준 전체 요양시설 수급자의 약 70%를 3등급 이하자가 차지하고 있는 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2021a). 같은 장기요양 필요도에 대해 같은 급여량을 보장하고, 장기요양 필요도 이상의 서비스를 이용하는 것을 견제하기 위한 수가체계 개선방안에 대해 논의가 필요하다. 예를 들어, 장기요양 1등급자, 2등급자가 재가급여를 이용 시 월한도액을 시설급여액과 동일한 수준으로 상향시키는 방안, 또 3등급 이하자가 시설급여 이용 시 본인부담을 늘리는 방안 등 재가급여 중심 제도 운영이라는 정책 방향에 맞추어 이용행태를 유도하는 정책적 노력이 필요한 시점이다.

〈표 2-37〉 장기요양등급별 시설급여액과 재가급여액 비교(2021)

(단위: 원, %)

등급	재가급여(A) (월한도액)	시설급여(B)		시설급여(B)- 재가급여(A)		시설급여(B)/ 재가급여(A)	
		노인요양 시설	노인요양 공동생활가정	노인요양 시설	노인요양 공동생활가정	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정
1등급	1,520,700	2,157,000	1,891,500	636,300	370,800	1.4	1.2
2등급	1,351,700	2,001,300	1,755,300	649,600	403,600	1.5	1.3
3등급	1,295,400	1,845,600	1,617,900	550,200	322,500	1.4	1.2
4등급	1,189,800	1,845,600	1,617,900	655,800	428,100	1.6	1.4
5등급	1,021,300	1,845,600	1,617,900	824,300	596,600	1.8	1.6

주: 1일당 급여비용에 30일을 곱하여 시설급여 월한도액을 추정함.

셋째, 노인장기요양보험 도입 14년차에 접어들면서 장기요양서비스 이용자 수도 80만 명을 넘어섰다. 인구사회학적 특성이 다양한 노인들이 장기요양에 진입함에 따라 이용자의 서비스 욕구는 다양화되고 서비스 질에 대한 기대수준은 점차 높아지고 있다. 특히 가까운 미래에는 베이비 부머의 노인인구 진입과 함께 이러한 다양하고 개별적인 서비스에 대한 욕구가 더욱 높아질 것으로 예상되면서, 국민의 요양 서비스 눈높이에 맞는 지불보상체계 개선에 대한 관심이 높다.

2019년에 실시한 장기요양 실태조사에 따르면(강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원, 2019), 많은 이용자들이 의료 및 간호, 재활 서비스 등 전문적인 서비스뿐 아니라 개인위생, 신체지원, 식사 등 기본서비스에 대해서도 현재 보다 서비스 양이나 질이 더 높아지기를 기대하는 것으로 나타났다. 또한, 미래 노인의 81.9%는 향후 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향이 있다는 조사결과도 발표되었다(이윤경 외, 2020). 이 연구에 따르면, 미래 노인들은 노인요양시설 이용 시 1인실, 부부전용실 등 더 좋은 주거서비스를 이용하기 위해 추가 비용을 지급할 의향이 높았고, 요양시설 내 제공 의료 및 재활서비스, 양질의 식사서비스, 병의원 동행 및 외출, 술, 담배와 같은 기호식품 등 일상생활을 영위하는 데에 필요

한 다양한 영역의 서비스에 대해 비용을 추가로 지불하더라도 본인의 개별성이 고려되고 질이 담보된 서비스를 제공받기를 희망하는 것으로 나타났다. 이러한 조사 결과는 노인장기요양보험의 이용자들이 서비스의 전문성, 자유로운 선택권, 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스 등을 중요하게 고려한다는 것을 보여준다. 이러한 이용자의 장기요양서비스 욕구 변화에 맞추어 다양성과 개별성을 고려한 양질의 서비스를 보장하기 위한 장기요양 지불보상체계의 변화를 지금부터 논의할 필요가 있다.

마지막으로 영리를 추구하는 민간 기관이 공급자의 대부분을 차지하는 상황에서, 지불된 장기요양비용에 맞는 제대로 된 서비스를 확보하는 것이 중요한 과제로 논의되고 있다. 장기요양기관의 성과를 평가하고 그 결과에 기반하여 수가보상에 차등을 두는 성과 기반 지불의 필요성(이윤경 외, 2017; 이우천 외, 2018)이 제안되었고, 장기요양수가 가산이 실질적인 서비스 질 개선과 관련이 있는가에 대한 검토가 요구되기도 하였다(이희승 외, 2017).

2020년도 말 기준, 전체 노인요양시설 4,056개소 가운데 국민건강보험공단이 실시하는 장기요양기관 평가에서 A등급을 받은 기관이 12.3%, B등급 15.7%, C등급 15.5%, D등급 11.3%, E등급 9.6%로 나타났고 평가를 받지 않았거나 평가 대상이 아닌 기관이 35.6%였다(이희승, 류재현, 이정석, 권진희, 선정연, 2021). 장기요양기관 평가를 통해 기관 간 이러한 서비스 질의 차이를 확인하였지만, 현재 노인장기요양보험은 이들 기관에 대해 동일한 수가를 지불하는 체계이다. A등급을 받은 기관에 대해 금전적 인센티브를 지급하는 정책만 있을 뿐, 하위 등급기관에 대한 패널티는 없는 상황이다. 이것은 포괄지불방식을 채택한 노인장기요양보험에서 서비스 질 확보를 어렵게 할 수 있다는 점에서 중요한 쟁점이 되고 있으며 활발한 논의가 필요하다.

사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



## 제3장

### 노인장기요양보험 지불보상체계 진단

제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단 기준

제2절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단



## 제 3 장

# 노인장기요양보험 지불보상체계 진단

### 제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단 기준

노인장기요양보험 지불보상체계에 대한 평가는 5가지 항목에서 평가하고자 한다. 장기요양보험제도의 목적을 실현하기 위한 적절한 지불보상체계에 대한 평가와 함께 제도 초기 지불보상 설계 시 세운 합리성, 비용효율성, 효과성 및 책임성, 현실기반 원칙의 달성 여부를 평가하고자 한다.

첫째, 장기요양 지불보상체계의 제도 목적과의 정합성이다.

노인장기요양보험제도는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 장기요양급여를 제공하여 노후 건강증진 및 생활안정을 도모, 가족의 부담을 덜어주는 것을 목적으로 한다(「노인장기요양보험법」 제1조 목적). 장기요양급여 제공의 기본원칙으로는 첫째, 최대한 자립적으로 일상생활을 수행하도록 제공, 둘째, 수급자의 욕구와 환경을 종합적 고려하여 필요한 범위에서 적절한 급여를 제공, 셋째, 재가급여 우선 제공, 넷째, 의료서비스와 연계하여 서비스를 제공할 것을 원칙으로 하고 있다. 즉, 장기요양보험제도는 일상생활의 수행 어려움이 있는 자에게 잔존능력을 유지시키고, 개인의 욕구에 대해 통합적이고 적정 수준의 서비스를 제공하되, 재가급여를 우선적으로 제공하며 의료와의 연계된 장기요양서비스를 제공하기 위해 실시되는 제도이다.

따라서 장기요양의 서비스를 제공하는 장기요양기관에 대한 지불보상은 이러한 장기요양보험제도의 목적을 실현할 수 있도록 설계되고 운영되어야 한다. 지불보상체계가 장기요양제도가 지향하는 목적에 따라 설

제되어 있는가는 지불보상체계 진단의 첫 번째 요소이다. 목적 적합성은 보상하는 항목이 적합한가이다. 장기요양보험은 장기요양의 필요를 사회적으로 공동 대응하는 사회보험 방식이므로 장기요양보험의 보상은 공공제도로서 보상해야 할 장기요양의 내용이어야 할 것이다. 또한 장기요양의 서비스 또는 서비스를 제공하기 위한 물품, 재료에 대한 보상이라도 공공제도에서 보상해야 할 수준이 적합해야 할 것이다. 이런 측면에서 장기요양급여의 비급여 항목의 적합성을 검토해야 한다. 장기요양급여 제공의 4가지 기본원칙이 준수될 수 있도록 지불보상방식이 설계되어 있어야 한다. 이를 위해서 현재의 지불보상방식이 장기요양급여 제공 4원칙과의 적합성을 진단하고자 한다.

둘째, 합리성의 원칙이다. 장기요양 서비스를 제공할 때 투입되는 자원 소모량이 적절하게 반영되고, 또한 특성별 소모량의 차이가 합리적으로 반영되어 있는가를 평가하는 것이다.

장기요양 수가 수준의 적합성은 공급의 충분성과 실제 기관의 경영수지 상태를 통해 파악된다. 장기요양기관의 공급이 수요 대비 충분한가이다. 장기요양기관은 현재의 보상수준의 적절성을 판단하여 이윤이 날 것으로 판단될 경우 유입될 것이라는 전제이다. 정원이 정해져 있는 시설급여 제공기관과 재가급여 기관 중 주야간보호와 단기보호는 정원대비 충족률을 통해 기관 유입의 정도의 충분성을 파악할 수 있다. 정원개념이 없는 방문형 재가서비스 기관은 1개 기관당 이용자 수를 통해 장기요양기관의 유입 정도를 파악할 수 있다.

실제 장기요양기관의 경영수지 상태를 통해 현재의 수가수준의 적합성을 평가하고자 한다. 이는 최근 노인장기요양보험 운영주체인 국민건강보험공단에서 주기적으로 이루어지고 있는 ‘장기요양기관패널 경영실태조사’ 결과를 활용하고자 한다. 장기요양기관 유형, 시설 규모, 지역별 경영수지의 차이를 파악할 수 있다.

다음은 현 지불보상의 합리성을 형평성 측면에서 살펴보고자 한다. 장기요양의 등급은 요양필요수준인 ‘자원소모량’을 기준으로 판정되며, 자원소모량이 가장 높은 등급은 1등급이며, 인지지원등급이 가장 낮다. 따라서 등급이 높은 수급자가 낮은 수급자보다 많은 자원이 배분되는 것이 형평성의 원칙에 부합된다. 또한 동일 등급에서는 동일한 급여 이용에 대한 권한이 있기 때문에 지불보상의 형평성은 시설급여와 재가급여 간의 보상에 대한 형평성, 등급 간 형평성을 평가한다.

셋째, 비용 효율성에 대한 평가이다. 장기요양보험제도는 제도 내에 재가 우선원칙을 설정하여, 시설급여 이용보다는 재가급여를 우선적으로 이용할 것을 제안한다. 이를 위해 장기요양등급 1~2등급은 시설급여와 재가급여 중 수급자가 선택할 수 있도록 하며, 3~5등급은 재가급여를 우선시하되, 치매 등의 이유로 재가에서 생활하기 어렵다고 판단된 경우 시설급여 이용을 허가해주고 있다. 또한 시설급여 이용보다 재가급여 이용을 촉진하기 위해 급여이용에 대한 본인부담금을 재가는 15%, 시설은 20%로 차등을 두고 있다. 또한 노인장기요양보험의 제도 도입의 목적 중 하나는 사회적 입원의 의료비 절감을 위한 것이다. 따라서 불필요한 의료 이용을 막기 위해 요양병원과 노인장기요양보험 간 보상의 차등을 두도록 하였다.

지불보상의 비용효율성의 원칙은 이용자의 상태(요양필요도)에 따라 적정 급여유형을 이용하도록 하고 필요 대비 과도한 고비용의 사회적 투입을 제한함으로써 적정한 사회적 자원 분배의 차원이다. 의료적 욕구가 높지 않음에도 불구하고 의료기관의 사회적 장기입원의 사례는 대표적인 비용효율적 원칙에 위배되는 사례이다.

노인장기요양보험 지불보상방식의 비용효율성에 대한 평가는 급여형태별 보상수준의 차등 정도, 급여형태별 본인부담금 수준, 등급별 재가/시설/병원 이용율을 통해 실제적으로 비용효율이 작동하는지를 살펴보고

자 한다.

넷째, 효과성 및 책임성에 대한 평가이다. 장기요양보험의 효과성은 보상에 따른 서비스의 적절한 질이 유지되고 있는가를 평가하고자 한다. 지불보상설계 시 일정 수준의 서비스 질 관리의 일환으로 ‘서비스 표준모형’을 바탕으로 한 수가를 결정하였다. 서비스 표준모형은 급여유형별 제공기관의 모형으로 노인요양시설은 70인 모형, 노인요양공동생활가정은 9인 모형, 주야간보호는 26인 모형, 단기보호는 20명 모형, 방문요양은 40인 모형이다. 또한 재가급여의 월 급여한도액의 결정에서는 재가급여의 서비스를 혼합하여 활용하는 것을 기준으로 설정하였다. 지불보상제도의 효과성은 서비스 표준모형과 현실과의 비교를 통해 평가할 수 있다 또한 서비스 질 향상을 위해 운영되는 보상체계인 가감산제도와 인센티브 제도의 현황 점검을 통해 지불보상의 효과성을 평가하고자 한다.

지불보상은 기관이 이용자의 급여 이용권에 대한 책임감있는 제공이 이루어져야 한다. 노인장기요양보험은 사회보험으로서 국민으로서 가입해야 하는 의무와 함께 급여에 대한 권리를 가지며, 제도를 운영하는 국가는 급여 제공에 대한 책임이 있다. 장기요양서비스를 제공하는 공급자는 국가와의 계약을 통해 급여 제공에 대한 책임이 있고, 따라서 이용자의 특성에 따라 기관이 대상자를 선별하는 것은 부적합하다. 지불보상체계는 공급자가 대상자를 선별(cream skimming)하지 않고 급여 제공에 대한 책임감을 가지고 서비스를 제공하여야 한다. 이에 대해서는 대상자 선별 현상에 대한 점검과 함께 현재 제도설계상 이를 유발할 가능성이 있는 요소를 발굴하고자 한다.

다섯째, 현실기반에 대한 평가이다. 장기요양서비스 제공기관에 대한 지불보상은 현실에 기반을 둔 적절한 보상을 통해 기대되는 급여의 양과 질이 보장되어야 한다. 현실 기반정도는 유사한 사회서비스의 시장 가격

이 반영되었는가로 파악되며, 장기요양급여의 특성상 전체 서비스 비용 중 인건비가 차지하는 비중이 높다. 따라서 장기요양인력의 유사 사회서비스 영역의 인건비 수준과의 비교를 통해 지불보상 수준이 시장가격을 반영하고 있는가를 진단할 수 있을 것이다. 노인장기요양기관은 사회복지사업법상 사회복지시설이므로, 정부가 매년 발표하는 사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인과 장기요양종사자의 인건비 비교를 통해 현실 물가에 반영한 보상체계인가를 파악해보고자 한다.

〈표 3-1〉 지불보상체계의 진단틀

평가 기준		평가내용	측정변수
1. 목적 적합성	장기요양제도의 목적과 급여제공 기본원칙에 정합하는가?	1) 보상항목의 제도 목적 정합 여부 2) 장기요양급여 제공 4원칙 반영 항목	① 급여 및 보상내용의 요양목적 ② 장기요양급여제공원칙의 제공 방식 반영
2. 합리성	서비스에 투입되는 자원소모량의 차이가 합리적으로 반영되었는가?	1) 보상의 적절성	① 장기요양기관 정원충족률 ② 방문형 기관 1개소당 이용자 수 ③ 장기요양기관 경영수지
		2) 보상의 형평성	① 시설과 재가급여 간 형평성 ② 등급별 형평성
3. 비용효율성	서비스의 연속성 및 체계성의 확보를 위한 위계적 보상인가?	1) 요양서비스 체계성 2) 공급자 유인 3) 이용자 유인	① 등급별 재가/시설/요양병원 이용률 ② 재가/시설/요양병원 수가 비율 ③ 재가/시설/요양병원 본인부담금 수준
4. 효과성 및 책임성	서비스 질의 유지와 공급자의 선별을 방지할 수 있는 보상인가?	1) 서비스 질 보장	① 서비스 표준모형과 현재 서비스 공급/이용현황 비교분석 ② 가감산과 인센티브 제도의 운영현황
		2) 이용자 선별 부작용	① 등급별 대상자의 특성별 재가/시설/병원 이용률
5. 현실 기반	유사 사회서비스의 시장 가격을 반영하였는가?	1) 유사 서비스의 가격과 비교하여 어떠한 수준인가?	① 사회복지시설종사자 인건비 가이드라인과 비교

자료: 연구진이 직접 작성함.

## 제2절 노인장기요양보험 지불보상체계 진단

### 1. 지불보상체계의 목적 정합성

#### 가. 지불보상 내용의 적합성: 무엇에 대해 보상할 것인가?

「노인장기요양보험법」 제1조는 본 제도의 목적을 나타내고 있다. “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 함”을 목적으로 한다. 즉, 노인장기요양보험제도는 자립적 일상생활 수행의 어려움이 있는 자에게 신체활동 지원 또는 가사활동 지원을 통해 일상생활이 유지될 수 있도록 하는 급여를 제공하는 것이다. 따라서 장기요양보험의 지불보상은 본 제도의 목적에 따라서 일상생활 지원을 위한 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양 급여에 대한 보상이다.

장기요양보험법에서의 급여는 재가급여와 시설급여, 특별현금급여이다. 재가급여로는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여이다. 앞서 2장의 장기요양급여의 범위에서 제외되는 항목 구성은 1) 식사재료비, 2) 상급침실 이용에 따른 추가비용, 3) 이미용비, 4) 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담하는 것이 적합하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시한 비용으로 제시하고 있다. 이 기준에 따르면 장기요양기관에서 제공하는 서비스와 물품은 이상의 4가지 항목을 제외하고는 모두 장기요양제도에서 보상하도록 하고 있다. 이는 현재의 수가에 포함되어 있으며 수급자로부터 기관이 별

도로 비용을 부가할 수 없음을 의미한다. ‘그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담하는 것이 적합하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용’에 해당하는 훈령·예규·고시 등의 행정규칙이 제정되지 않음으로 이에 해당하는 것은 명확한 것은 없다. 현재 상태에서는 제시된 비급여 항목을 제외하고 장기요양기관에서 제공되는 서비스는 모두 장기요양을 목적으로 하는 것인가?

현재 규정은 네거티브 방식으로 장기요양급여 범위 외를 지정하고 있으나, 그렇다면 보상의 범위 내에 대표적으로 포함되어 있는 것은 무엇인지를 살펴보도록 하겠다. 모든 급여에서 사회복지사, 요양보호사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사는 직접인건비로 포함되며, 조리사, 관리사, 사무국장 등은 간접인건비로 포함된다. 또한 간접항목으로는 건물, 장비, 차량 등 비용과 배상보험료, 이동서비스를 포함하며, 가정방문형 급여에서는 원거리 교통비가 포함된다.

장기요양급여에 포함되는 재료비로는 기본적으로 모든 요양에 필요로 하는 재료비가 포함되어 일상생활에 필요로 하는 물품(위생용품 등), 기저귀 등을 포함하도록 하고 있다. 방문목욕과 방문간호는 재료비의 항목을 명확히 제시하고 있는데 목욕용품, 유치도뇨관, 기관지삽입, 거즈 등의 재료비가 포함되어 있음을 명시하고 있다. 가정방문형 급여에서는 인건비와 서비스 제공을 위한 이동(원거리교통비) 외에 요양 용품에 대해서는 본인이 부담하고 있다. 대표적인 것이 기저귀 비용이라고 할 수 있다. 그러나 입소용 장기요양기관인 요양시설과 단기보호의 경우 기저귀 비용을 이용자에게 청구할 수 없다. 다만, 주야간보호에서는 기저귀 비용에 대해 이용자가 부담하도록 하고 있다(수급자의 자체 구매 또는 기관 구매 대행). 장기요양급여의 지불보상에서의 급여유형별 보상 항목의 차이가 발생하는 문제가 제기되어진다. 요양에 필요로 하는 물품은 요양을 위한 항목으로서 합목적성은 부합되는 부분이 있다. 하지만 급여유형별로 보

상 여부는 불합리하다고 판단된다.

주거비는 요양물품(재료비) 보상의 범위와는 달리 ‘주거’가 요양을 목적으로 하는 항목인가에 대한 쟁점을 갖는다. 장기요양보험의 거주형 급여제공형태는 시설급여를 제공하는 노인요양공동생활가정과 노인요양시설, 그리고 단기보호 형태이다. 이들 급여에서는 거주비(4인실 기준)를 포함하고 있고, 1인실 또는 2인실의 상급침실 이용에 한해서만 추가비용을 수급자에게 부가하도록 하고 있다. 이는 장기요양보험에서 거주비를 지불보상의 내용으로 포함하고 있는 것이다.

장기요양보험의 목적은 거주가 아닌 요양이라는 점을 고려하면 제도의 목적에 부합하지 않은 항목에 대한 보상이 이루어지고 있다고 평가되어진다. 또한 방문형서비스와 주야간보호를 이용하는 재가거주 노인의 경우 거주비용은 본인이 부담하고 있기 때문에 재가급여 이용자와 시설급여 이용자 간의 형평성에도 적합하지 않은 보상 항목이다.

〈표 3-2〉 장기요양급여별 지불보상 항목

구분	시설급여	방문형서비스	주야간보호	단기보호
인건비	직접 인건비 간접 인건비	직접 인건비 간접 인건비	직접 인건비 간접 인건비	직접 인건비 간접 인건비
간접 항목	- 건물, 장비, 차량 등 비용 - 배상보험료 - 병원 이동서비스	- 건물, 장비, 차량 등 비용 - 배상보험료 - 원거리교통비	- 건물, 장비, 차량 등 비용 - 배상보험료 - 이동(송영)서비스	- 건물, 장비, 차량 등 비용 - 배상보험료 - 병원 이동서비스
재료비	요양에 필요로 하는 재료	- 방문목적: 목욕용품(물, 비누, 수건, 로션 등) - 방문간호: 유치도뇨관, 기관지삽입관, 거즈 등 재료비와 검사료 포함	요양에 필요로 하는 재료	요양에 필요로 하는 재료
주거비	4인실 기준 거주비	-	-	4인실 기준 거주비

자료: 연구진 작성

## 나. 장기요양급여 제공 원칙이 반영된 지불보상의 항목

장기요양기관이 제공한 장기요양급여에 대한 지불보상은 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였을 때 공단은 장기요양기관에 해당 비용을 지급하도록 한다.

장기요양보험에서 제시하는 장기요양급여 제공의 기본원칙인 잔존능력의 유지, 개별 욕구의 통합적이고 적정수준의 서비스, 재가우선 원칙, 의료와의 연계된 급여 제공의 원칙이 반영될 수 있는 지불보상인가이다.<sup>14)</sup>

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(2021.5.1. 시행)에 따르면 급여제공의 일반원칙으로 재가급여 우선 제공을 위한 등급별 시설급여 이용 제한을 두고 있으며(2조), 적정급여 제공(제3조)에서는 개인별 장기요양이용계획서에 따른 급여 제공의 원칙을 제시하여 개별 욕구의 맞는 서비스를 제공하도록 한다. 또한 제6조 장기요양급여제공의 절차에서는 “최대한 자립적으로 일상생활을 수행할 수 있도록 제공”하도록 하고, “의료서비스와 연계하여 제공”하여야 함을 제시하고 있다. 장기요양보험에서의 급여 제공 원칙은 급여 제공 기준에서도 일반원칙과 제공 절차에서도 강조되어 제시되고 있다.

따라서 장기요양기관은 이와 같은 급여제공 기준에 따른 급여를 수급자에게 적합하게 제공할 때 이에 대한 보상이 이루어져야 할 것이다.

더 나아가 이들 급여 제공의 기본원칙의 달성을 유인하는 보상기제는 지불보상의 가감산 제도라고 할 수 있다. 그러나 현재 가산제도는 인력추가배치 가산이 이루어지고 있으나 급여 원칙에서 제시하는 재가중심, 의

14) 지불보상의 핵심 쟁점 논의는 보상 내용, 보상 방법, 보상 수준이므로, 지불보상이 급여 제공의 원칙을 반영 또는 유인하고 있는가에 대한 쟁점 논의는 다소 지불보상에서 벗어난 논의일 수 있다. 하지만, 지불보상이 정책의 목적과 목표를 달성하기 위한 수단이라는 점을 고려하여 이 부분에 대한 현 지불보상에 대한 진단을 실시하였다.

료연계를 위한 보상체계로 보기 어렵다. 다만 인력추가배치를 통해 수급자 보호에서의 잔존능력 유지를 위한 서비스 제공과 개별적 특성과 욕구에 따른 급여 제공을 위한 기반에는 간접적으로 영향을 미치는 요소로 평가되어진다. 재가중심의 지불보상 체계에 대한 평가는 비용효율성 영역에서 보다 자세히 살펴보도록 하겠다.

## 2. 지불보상체계의 합리성

지불보상제도의 합리성 원칙은 ‘서비스에 투입되는 자원소모량의 차이가 합리적으로 반영되었는가로 정의하였다. 이에 본 연구에서는 ‘수가의 적절성’과 ‘수가의 형평성’ 차원에서 지불보상제도의 합리성 원칙을 검토하고자 한다.

### 가. 보상의 적절성

#### 1) 장기요양기관의 공급 현황

노인장기요양보험제도 도입 시 공급기관 부족으로 인한 서비스 부족을 우려하여 기존 사회복지법인 중심의 노인요양서비스 공급을 민간의 개인 또한 운영할 수 있도록 진입 기준을 낮추었다. 이로 인해 제도 초기 급격히 공급기관이 증가하였으며, 이와 같은 증가는 최근까지 계속되고 있다. 장기요양보험 도입 이후 보장성 확대 정책을 통해 장기요양수급자는 2008년 214천여 명에서 2020년 858천여 명으로 약 4배 확대되었다(국민건강보험공단, 2009a, 2021a). 장기요양 수요의 증가는 장기요양공급의 확대를 이끌게 되었다. 장기요양시장에 지속적인 민간 공급기관이 증가한다는 것은 현재의 지불보상 수준과 장기적으로 미래 투자의 가치에

대해 긍정적으로 판단하기 때문으로 보여진다.

장기요양기관의 확대는 초기에는 방문요양과 같이 투자비용이 낮은 급여 중심으로 급격히 확대되었으며, 시설급여에서는 투자비용이 높은 노인요양시설의 확대는 서서히 증가하였다.

시설급여 제공기관은 2008년 1,700개소에서 2020년 5,763개소로 3.4배 증가하고, 노인요양시설이 동일 기간 2.8배 증가한 반면, 노인요양공동생활가정이 동일 기간 6배의 증가를 보였다. 시설급여의 경우 정원은 2008년 68,978명에서 2020년 205,197명으로 약 3배 증가하였으며, 노인요양시설의 정원 또한 2008년 대비 2020년에 약 3배가 증가하였다. 반면 노인요양공동생활가정의 정원 증가는 동일 기간동안 약 6.1배의 높은 증가세를 보였다. 특히 노인요양공동생활가정은 2014년까지 급격히 증가하였으나 최근 다소 감소하고, 노인요양시설은 꾸준히 증가하는 경향을 보이고 있다.

재가급여 제공기관의 가정방문형 서비스인 방문요양, 방문목욕, 방문간호의 제공기관의 증가는 계속적으로 증가하며, 특히 방문요양과 방문목욕 서비스 제공기관은 2008년 대비 2020년 3.7배의 증가를 보이며, 방문간호는 1.3배 증가에 그쳤다.

주야간 보호는 제도적으로 제공기관 확대 정책에 힘입어 2008년 대비 2020년 제공기관 수는 5.8배 증가하고, 정원은 동일 기간 11배 증가하였다. 즉, 과거에 비해 1개 기관당 수급자 규모가 큰 기관의 확대 결과이다.

반면 단기보호 서비스 제공기간은 2008년 694개소에서 점차 감소하여 2020년 148개소로 감소, 정원은 2008년 7,015명이었으나, 2020년 1,314명으로 약 81%가 감소하였다. 타 기관의 정원 증가와 비교할 때 단기보호의 기관과 정원의 높은 폭의 감소는 단기보호 이용의 월 이용일 수와 연속 이용횟수 제한의 제도 개편의 영향이 원인으로 볼 수 있다.

장기요양시장에서 초기 방문요양 기관의 급격한 진입이 있었으나, 주야간 보호 확대에 대한 정책 방향을 반영한 제도 운영은 주야간보호의 확대로 이어지고 있다. 또한 제도적으로는 시설보다는 재가급여 우선원칙을 두고 있으나 이용자와 가족의 시설급여에 대한 수요 증가에 따라 노인요양시설 제공기관의 확대가 큰 폭으로 진행되고 있음을 볼 수 있다. 즉, 대부분의 장기요양기관의 공급 확대는 현재의 급여에 대한 보상수준이 시장 진입을 저해하는 수준이 아님을 증명한다. 반면, 상대적으로 방문간호와 단기보호의 확대가 이루어지지 않거나 큰 폭으로 감소한 서비스 유형에 대해서는 수요 부족과 함께 운영 차원에서 적정 수준의 보상이 부족함을 보여주는 결과이다. 조금 더 자세한 내용은 경영수지 분석 결과에 따라 판단할 수 있다.

〈표 3-3〉 급여종류별 장기요양기관 수 및 정원 수

(단위: 개소, 명)

구분	2008		2014		2020		
	기관 수	정원 수	기관 수	정원 수	기관 수	정원 수	
계	1,700	68,978	4,871	150,616	5,763	205,197	
시설 <sup>1)</sup>	노인요양시설	1,379	66,224	2,714	131,958	3,850	188,302
	노인요양공동생활가정	321	2,754	2,157	18,658	1,913	16,895
계 <sup>2)</sup>	6,618	20,090	11,672	33,434	32,007	146,136	
재가 <sup>3)</sup>	방문요양	4,206	-	9,073	-	15,412	-
	방문목욕	2,959	-	7,479	-	11,086	-
	방문간호	592	-	586	-	774	-
	주야간보호	790	13,075	1,688	30,512	4,587	144,822
	단기보호	694	7,015	322	2,922	148	1,314

주: 1) 시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 포함(구 노인복지법상 노인요양시설과 노인전문요양시설, 단기보호 전환 시설 포함)

2) 재가급여 계는 서비스 제공기관별 중복 제외

3) 재가급여 장기요양기관의 정원은 단기보호 및 주야간보호의 경우에만 해당됨.

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 노인장기요양보험통계연보에서 인출하여 연구진이 재구성함.

제도 초기 공급기관 부족에 대한 우려와 달리 장기요양기관의 확대는 제도 도입 이후 진입이 수월한 가정방문형 서비스와 노인요양공동생활가정을 중심으로 우선 확대되었으며, 제도 안정화와 발전방향에 따라 노인요양시설과 주야간보호 기관의 확대가 진행되었다.

기관 운영은 적정 수급자의 안정적 확보가 이루어져야 만이 계속적 운영이 유지되며, 이는 정원대비 현원 충족률을 통해 수급자의 안정적 확보 정도를 파악할 수 있다. 시설급여는 2008년 대비 2020년 정원대비 현원의 충족률이 계속적으로 증가하여, 노인요양시설은 59.4%(2008년)에서 81.4%(2020년)로 증가하고, 노인요양공동생활가정 또한 33.1%(2008년)에서 88.7%(2020년)로 증가하였다. 노인요양공동생활가정의 경우 초기 급격히 증가하였으나, 최근 다소 감소하며 안정화되며 충족률 차원에서는 노인요양시설에 비해서도 높게 나타났다.

재가시설 중 정원과 현원 개념이 있는 주야간보호는 제도 초기에 비해 최근까지 지속적인 정원 충족률의 증가를 보인 반면, 단기보호는 제도 초기보다는 높은 충족률이지만 2014년과 비교할 때 2020년 충족률은 36.3%로 낮고, 시설급여와 주야간보호와 비교할 때 매우 낮은 수준으로 나타나 운영의 어려움이 있을 것이며, 이로 인해 기관의 계속적 감소가 발생하고 있는 것으로 보여진다.

〈표 3-4〉 급여종류별 장기요양기관 정원 충족률

(단위: 개소, 명, %)

구분	2008			2014			2020		
	정원	현원 추정	충족률	정원	현원 추정	충족률	정원	현원 추정	충족률
노인요양시설	66,224	39,306	59.4	131,958	101,879	77.2	188,302	153,352	81.4
시설 노인요양공동생활가정	2,754	911	33.1	18,658	16,054	86.0	16,895	14,988	88.7
재가 주야간보호	13,075	4,763	36.4	30,512	18,265	59.9	144,822	91,963	63.5
재가 단기보호	7,015	1,289	18.4	2,922	1,310	44.8	1,314	477	36.3

주: 1) 충족률 = 현원/정원 \*100

2) 노인장기요양기관의 현원 자료는 공식통계에서 제공되지 않음. 따라서 입소시설(노인요양 시설, 노인요양공동생활가정, 단기보호)은 1년 연중 365일 운영하는 기관으로 현원을 다음과 같이 산정하고, 주야간보호는 주 5일 운영(52주)을 기준으로 연 260일 운영을 기준으로 산정함.

- 입소시설 현원 추정 = 해당연도의 급여제공일수/365일(단, 2008년 7월 1일 이후 급여 제공을 고려하여 182일 기준)

- 주야간보호 현원 추정 = 해당연도의 급여제공일수/260일(단, 2008년 7월 1일 이후 급여 제공을 고려하여 130일 기준)

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 노인장기요양보험통계연보에서 인출하여 연구진이 재구성함.

가정방문형 급여 기관의 경우 정원의 개념이 없으므로 기관당 평균 이용자 수 규모를 통해 제도 도입 이후 공급의 적정성을 간접적으로 파악할 수 있다. 방문요양은 2020년 현재 1개소당 평균 이용자가 30.1명으로 2008년 16.7명, 2014년 26.5명에 비해서 꾸준히 증가하고 있으며, 방문목욕은 2008년 8.2명에서 최근까지 유사하게 유지되고 있다. 또한 방문간호서비스 기관의 경우 1개소 평균 7.0명에서 2014년 13.1명, 2020년 21.9명으로 증가세를 나타냈다.

가정방문형 중 방문요양과 방문목욕서비스 제공기관은 제도 도입 이후 계속적으로 증가하였음에도 불구하고 기관당 평균 이용자 수 또한 증가하였다는 것은 수급자 확보가 안정적으로 이루어지고 있음을 반영한 결과이다. 반면, 방문간호의 경우는 제도 도입 이후 기관 수는 거의 증가하지 않

았으나, 해당 급여 이용자가 증가하여 1개 기관당 평균 이용자 수의 꾸준한 증가가 이루어짐을 볼 수 있다.

〈표 3-5〉 가정방문형 급여종류별 장기요양기관당 급여이용자 수

(단위: 개소, 명)

구분	2008		2014		2020	
	기관 수	기관당 평균 이용자 수	기관 수	기관당 평균 이용자 수	기관 수	기관당 평균 이용자 수
계	7,757	12.7	17,138	18.1	27,272	21.0
방문요양	4,206	16.7	9,073	26.5	15,412	30.1
재가 방문목욕	2,959	8.2	7,479	8.3	11,086	8.2
방문간호	592	7.0	586	13.1	774	21.9

주: 1) 장기요양기관 수는 장기요양 설치기관 수를 의미함.

2) 기관당 평균 이용자 수는 급여이용수급자 수를 설치기관 수로 나눈 값으로 산출함.

자료: 국민건강보험공단(각 연도). 노인장기요양보험통계연보에서 인출하여 연구진이 재구성함.

이상의 결과를 종합해 보면, 장기요양시장에서의 장기요양기관의 공급은 수요 대비 충분히 이루어지고 있으며 이는 현재의 기관에 대한 보상은 장기요양기관의 시장 참여를 유인하는 수준임을 반영한 결과이다. 단기보호기관을 제외한 장기요양기관이 크게 증가하고, 정원 충족률과 기관당 수급자 수 확대가 이루어지고 있음은 해당 급여에 대한 보상은 장기요양 공급기관의 안정적 참여율을 보장할 수 있는 수준이라고 보여진다.

## 2) 장기요양기관 경영수지 및 경영손익 분석

수가의 충분성은 서비스의 투입에 대비하여 지불보상수준이 충분하게 이루어지고 있는지로 정의할 수 있다. 수가의 충분성 논의를 위해서는 장기요양보험의 수가가 서비스 공급기관들이 경영수지 적자를 보지 않고 정상적인 기관 운영을 할 수 있을 만큼 충분한지를 검토할 필요가 있다. 이를 위해 국민건강보험 건강보험연구원에서 발행하는 ‘장기요양기관 패 널 경영실태조사’(이호용 외, 2020)에서 수행된 경영수지분석과 경영손익분석을 검토하고자 한다.

경영수지분석이란 수입과 지출을 비교하는 것으로 ‘운영 가능성’을 평가하기 위해 유용한 분석방법이다. 이는 장기요양사업과 관련된 모든 수입과 지출을 대상으로 하며, 장기요양사업 수입과 지출, 장기요양 외 사업 수입과 지출 모두를 포함한다. 경영수지분석이 운영 가능성을 평가하는 것이라면, 경영손익분석은 장기요양기관의 경영상황을 평가하는 것으로 기관의 감가상각비를 포함한 수익과 비용을 대상으로 한다. 경영손익분석은 한 해 동안 발생한 수익과 비용을 근거로 이익을 계산하기 때문에 경영수지분석보다 경영상황을 더 정확하게 파악할 수 있다(이호용 외, 2020).

이호용 외(2020)의 연구에서는 경영손익분석의 감가상각비 산출을 위해 법인세법을 활용하여 감가상각비를 별도로 산출하였으며, 본 연구에서는 위 연구에서 산출한 내용을 반영하여 수가의 충분성을 검토하였다.

경영수지분석과 경영손익분석의 분석항목을 비교하면, 장기요양사업의 수익과 지출(비용)로 정의하는 항목은 유사한 특성을 보인다. 다만, 경영수지분석은 장기요양사업 외의 수익과 지출을 고려하는 반면, 경영손익분석은 감가상각비를 고려한다는 차이가 있다.

앞서 언급된 바와 같이 경영수지분석은 ‘운영의 가능성’, 경영손익분석

은 ‘기관의 경영 상황’을 평가하는 것으로 본 연구에서는 이 둘을 모두 검토하여 수가의 충분성을 살펴보고자 한다.

### 가) 급여유형별 경영수지 분석

2019년 경영수지를 기준으로 경영수지율이 높은 사업은 방문목욕 > 주야간보호 > 노인요양시설 > 방문요양 > 공동생활가정 > 방문간호 순으로 나타났다. 경영수지율은 연도별로 차이를 보이기는 하지만, 2015년~2019년의 경향을 고려할 때, 주야간보호의 수지율이 가장 높으며, 공동생활가정의 수지율이 가장 낮은 특성을 보이고 있다.

〈표 3-6〉 연도별·급여유형별 장기요양기관 경영수지

(단위: 천 원, %)

구분		2015 <sup>1)</sup>	2016 <sup>1)</sup>	2017 <sup>2)</sup>	2018 <sup>2)</sup>	2019 <sup>2)</sup>	
노인요양 시설	장기 요양 사업	수입	1,208,676	1,273,402	1,319,780	1,476,541	1,507,089
		지출	1,216,168	1,271,818	1,317,262	1,473,330	1,488,826
		수지	-7,492	1,584	2,518	3,210	18,263
	그 외	수입	114,726	110,022	119,640	161,844	161,522
		지출	46,301	49,721	54,697	91,914	86,989
		수지	68,425	60,301	64,943	99,930	74,533
	전체 수지		60,934	61,885	67,461	103,140	92,796
	수지율		4.6	4.5	4.1	5.1	5.6
	노인요양 공동생활 가정	장기 요양 사업	수입	185,797	186,469	181,263	209,913
지출			185,867	188,933	181,694	222,427	230,200
수지			-70	-2,464	-432	-12,515	-2,904
그 외		수입	25,380	18,655	17,667	32,540	24,053
		지출	20,905	14,624	10,953	10,147	11,988
		수지	4,476	4,031	6,714	22,393	12,065
전체 수지		4,405	1,567	6,282	9,878	9,162	
수지율		2.1	0.8	2.4	4.4	3.6	

94 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

구분			2015 <sup>1)</sup>	2016 <sup>1)</sup>	2017 <sup>2)</sup>	2018 <sup>2)</sup>	2019 <sup>2)</sup>
방문요양	장기 요양 사업	수입	384,537	415,326	358,896	493,751	564,942
		지출	371,017	404,630	347,172	472,300	558,748
		수지	13,520	10,696	11,725	21,451	6,195
	그 외	수입	24,992	28,469	21,835	29,778	49,367
		지출	19,665	16,171	16,776	15,731	27,947
		수지	5,327	12,299	5,058	14,047	21,420
	전체	수지	18,847	22,995	16,783	35,498	27,614
수지율	4.6	5.2	3.9	7.1	4.5		
방문목적	장기 요양 사업	수입	49,578	47,233	71,203	51,999	93,858
		지출	52,011	45,670	70,874	49,124	84,695
		수지	-2,434	1,562	329	2,875	9,163
	그 외	수입	6,612	3,362	7,965	4,796	9,765
		지출	2,932	2,761	6,045	2,355	7,876
		수지	3,680	600	1,919	2,441	1,889
	전체	수지	1,246	2,163	2,249	5,316	11,053
수지율	2.2	4.3	3.5	5.9	10.7		
방문간호	장기 요양 사업	수입	5,746	49,760	37,201	46,461	61,383
		지출	50,824	46,980	36,672	43,983	60,975
		수지	922	2,780	529	2,478	408
	그 외	수입	1,794	3,303	1,321	1,666	10,167
		지출	669	2,266	1,136	2,681	8,045
		수지	1,125	1,037	186	-1,014	2,122
	전체	수지	2,047	3,817	715	1,463	2,530
수지율	3.8	7.2	1.5	0.0	3.5		
주야간보호	장기 요양 사업	수입	273,477	303,772	283,308	370,316	475,990
		지출	266,565	289,254	276,516	340,090	447,087
		수지	6,912	14,517	6,792	30,226	28,903
	그 외	수입	36,071	30,619	30,449	51,523	52,773
		지출	18,173	15,709	17,579	15,605	44,348
		수지	17,898	14,910	12,870	35,918	8,426
	전체	수지	24,810	29,427	19,662	66,144	37,329
수지율	8.0	8.8	5.6	11.0	7.1		

자료: 1) 이호용, 박세영, 문용필, 정현진, 김기봉(2018). pp.136-146의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함.

2) 이호용 외(2020). pp.119-124의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함.

노인요양시설의 수지율은 2015년~2019년 기간 동안 4.1~5.6%의 수지율을 보이고 있어 일부 수익을 보이고 있음을 확인할 수 있다. 그러나 세부사항을 살펴보면, 장기요양사업의 수지율은 낮으며, 그 외 수지율이 높아 전체적 수지율이 높은 경향을 보이고 있다. 공동생활가정의 수지율은 2015년~2019년 기간 동안 0.8~4.4%의 수지율을 보이고 있으며, 모든 급여유형에서 수지율이 가장 낮다. 특히나 공동생활가정은 장기요양사업 수지는 2015년 이후 계속 적자를 보이고 있으며, 그 외 사업 수지를 포함할 경우 흑자로 전환되는 형태를 보이고 있다.

두 시설급여의 경우 그 외 수지가 장기요양사업 수지보다 높은 특성을 보이고 있어, 차입금, 이월금, 법인전입금 등이 기관 운영의 지속성에 많은 부분을 차지한다고 볼 수 있다.

그러나 재가 급여유형들은 시설 급여유형과 다른 특성을 보이고 있다. 방문요양의 경영수지율은 3.9~7.1%의 비율을 보이며, 방문목욕은 2019년 수지율이 10.7%로 그동안의 수지율이 2.2~5.9%인 것에 비해 매우 높은 증가율을 보이고 있다. 방문간호는 전체적으로 수지율이 낮은 사업으로 2018년은 수지율이 0.0%로 나타나 경영상의 어려움이 있을 것으로 보인다. 이들 세 가지 급여유형들은 장기요양사업 수지와 그 외 사업 수지의 비율이 일관된 경향을 보이지 않아, 사업 운영에 있어 안정적 운영이 쉽지 않을 것으로 예상된다.

반면, 주야간보호는 수지율이 5.6~11.0%로 타 급여유형에 비해 평균적으로 수지율이 높다. 또한 주야간보호는 타 재가급여유형과 달리 그 외 사업의 수지가 장기요양사업 수지보다 대체적으로 높은 경향을 보인다(2019년 제외). 이러한 형태는 시설급여와 유사한 것으로, 시설급여와 유사한 주야간보호의 운영형태에 따른 것으로 예상된다.

## 나) 급여유형별 경영손익 분석

다음으로 경영손익 분석결과를 살펴보면, 2019년을 기준으로 방문목욕 > 주야간보호 > 노인요양시설 > 방문간호 > 방문요양 > 노인요양공동생활가정 순으로 손익률이 높은 특성을 보인다. 이는 앞서 살펴본 경영수지분석과 유사하지만, 방문간호의 경우 경영손익분석 시 타 사업들과 상대적 순위에서 높은 특성을 보이는 것으로 나타났다.

시설급여는 전체적으로 손익률이 1% 미만을 유지하거나 적자를 보이는 등 낮은 특성을 보인다. 노인요양시설의 손익률은 0.1~2.7%로 2015년~2018년 유사한 비율을 유지하였으나, 2019년 손익률이 급증하였다. 공동생활가정은 손익률이 -2.6~-0.4%로 2019년 -0.4%로 일부 완화되기는 하였으나, 적자가 유지되고 있다.

반면 재가급여는 급여유형별로 다양한 특성을 보이고 있다. 방문요양은 1.8%~5.6%로 시설급여에 비해 높은 특성을 보이고 있다. 그러나 2019년 시설급여는 손익률이 전년 대비 증가한 것에 비해 방문요양은 1.8%로 2015년 이후 가장 낮은 수치를 나타냈다. 방문목욕은 2015년 -6.1%로 적자폭이 크게 나타났으나, 2019년 10.1%로 손익률이 매우 높았다. 방문목욕의 경우 2014년 이후 2019년까지 수가가 동결되어있는 상황이었으며(「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시」 제25조), 2015년 수가 동결 이후 기관 자체적으로 운영방안을 마련함에 따라 2015년 적자에서 2016년 이후 흑자로 전환되었을 것으로 예상된다. 재가급여에서 가장 손익률이 낮은 급여형태는 방문간호로 2015년~2017년 계속적 적자를 보였으며, 2016년은 -15.8%의 손익률을 보였다. 2018년 1.5%로 흑자로 전환되었으나 여전히 낮은 수준의 손익률을 보이고 있다. 주야간보호는 2015년~2017년 1.5~2.3%의 손익률

을 보였으나, 2018년~2019년은 8.1%의 손익률을 보여 높은 증가율을 보였다.

〈표 3-7〉 급여유형별 장기요양기관 연도별 경영손익(2015~2019년)

(단위: 천 원, %)

구분		2015	2016	2017	2018	2019	
노인요양 시설	수입	1,168,470	1,249,714	1,319,780	1,476,541	1,507,089	
	비용	1,164,024	1,243,267	1,317,865	1,468,362	1,465,860	
	손익	금액	4,446	6,447	1,915	8,179	41,230
		손익률	(0.4)	(0.5)	(0.1)	(0.6)	(2.7)
노인요양 공동생활 가정	수입	184,039	184,931	181,263	209,913	227,297	
	비용	186,451	189,677	183,100	212,377	228,112	
	손익	금액	-2,412	-4,746	-1,837	-2,464	-815
		손익률	(-1.3)	(-2.6)	(-1.0)	(-1.2)	(-0.4)
방문요양	수입	358,688	379,311	358,896	493,751	564,942	
	비용	348,668	370,600	345,682	469,022	555,007	
	손익	금액	10,020	8,711	13,215	24,730	9,935
		손익률	(2.8)	(5.6)	(3.7)	(5.0)	(1.8)
방문목욕	수입	54,294	47,443	71,203	51,999	93,858	
	비용	57,615	46,015	67,477	48,697	84,414	
	손익	금액	-3,321	1,428	3,726	3,302	9,444
		손익률	(-6.1)	(6.4)	(5.2)	(6.4)	(10.1)
방문간호	수입	50,889	42,701	37,201	46,461	61,383	
	비용	51,223	40,328	37,564	45,758	60,181	
	손익	금액	-334	2,373	-363	703	1,202
		손익률	(-0.7)	(-15.8)	(-1.0)	(1.5)	(2.0)
주야간보호	수입	256,129	294,638	283,308	370,316	475,990	
	비용	252,377	275,806	278,821	340,157	437,491	
	손익	금액	3,752	18,832	4,486	30,159	38,499
		손익률	(1.5)	(2.3)	(1.6)	(8.1)	(8.1)

자료: 이호용 외(2020), 2019 장기요양기관패널 경영실태조사. pp.100-105를 연구진이 재구성함.

급여유형별의 설립주체, 설치지역, 규모, 병설여부, 정원대비 충족률별 경영손익을 살펴보면 다음과 같다.

노인요양시설은 개인이 운영하는 시설의 손익률이 6.6%로 타 시설주

체에 비해 높았으며, 중소도시에 설치되어 있는 시설이 5.2%로 타 지역에 비해 높은 특성을 보이고 있다. 또한 소규모 시설이 5.2%로 손익률이 높았으며, 층족률은 50~80%가 4.4%로 높은 손익률을 보였다.

노인요양공동생활가정은 전체적으로 적자의 손익률을 보였지만, 개인이 운영하는 시설의 손익률이 -0.1%로 적자 수준이 가장 낮았으며, 중소도시에 설치되어 있는 공동생활가정은 1.9%의 손익을 보이는 것으로 나타났다. 반면, 농어촌의 공동생활가정은 -3.4%의 손익률을 보였다. 정원층족률에서는 노인요양시설과 같이 50~80%의 층족률을 보일 경우 손익률이 3.8%로 높았다.

방문요양은 지자체가 운영하는 기관의 손익률이 2.1%로 가장 높았으며, 농어촌지역이 2.5%로 높게 나타나 요양시설과 다른 형태를 보였다. 규모에 따라서는 소규모 시설의 손익률이 3.6%로 높았고, 병설로 운영되는 경우가 2.9%로 타 운영형태에 비해 높게 나타났다. 층족률은 시설급여와 달리 80~100%의 층족률에서 5.8%로 높은 손익률을 보였다.

방문목욕 역시 방문요양과 같이 지자체가 운영하는 기관의 손익률이 높았으며, 27.7%로 타 급여유형들과 비교할 때 가장 높은 손익률을 보였다. 지역에 따라서는 중소도시의 방문목욕이 17.8%로 높게 나타났으며, 중규모인 경우 15.3%, 단독운영인 경우 17.2%로 높은 손익률을 보였다. 방문목욕은 층족률에서도 타 급여형태와 차이를 보이는데, 50% 이하의 층족률을 보일 경우 손익률이 17.4%로 높은 특성을 보여, 방문목욕 급여형태의 수익구조에 대한 추가적인 검토가 필요할 것으로 보인다.

방문간호는 법인이 운영하는 경우 6.1%의 손익률을 보였다. 방문간호는 지역, 규모, 기관운영형태, 층족률 등 기관의 특성에 따라 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다. 지역에 따라서는 중소도시가 9.3%의 높은 손익률 보인 반면, 농어촌 지역은 -14.4%로 높은 적자률을 보이는 것으로 나

타났다. 소규모 기관은 9.2%인 반면, 중규모 기관은 -1.2%로 적자였으며, 단독운영기관은 8.6%인 반면, 동일기관 여러 급여를 제공하는 기관은 -1.1%, 충족률이 50~80%인 기관은 6.4%인 반면, 80~100%인 기관은 -18.7%로 높은 차이를 보였다.

주야간보호는 전체적으로 손익률이 높은 특성을 보이는 급여유형이다. 설립주체에 따라서는 개인이 운영하는 기관의 손익률이 9.8%로 가장 높았으며, 농어촌 시설이 8.7%로 높게 나타났다. 또한 소규모 시설인 경우 10.0%, 병설로 운영하는 경우 10.6%, 충족률이 80~100%인 경우 손익률이 높은 특성을 보이고 있다.

전체적으로 급여형태와 각 기관의 특성에 따라 손익률 분포가 다양한 것을 확인할 수 있다. 시설급여는 두 시설형태 모두 농어촌에서 운영하는 경우, 충족률이 100~120%인 경우는 손익률이 낮거나 적자를 보이고 있다. 재가급여는 방문요양과 주야간보호의 경우 농어촌 지역, 소규모시설, 병설운영, 충족률이 80~100%인 경우 손익률이 가장 높았으며, 방문목욕과 방문간호는 상이한 특성을 보이고 있다. 특히나 방문간호의 경우 시설의 특성별 손익률 차이가 매우 큰 것을 확인할 수 있다.

장기요양 지불보상의 합리성에서 보상 수준의 적절성을 장기요양기관의 시장 진입 정도와 정원 충족률, 경영수지 등을 통해 종합적으로 진단한 결과, 장기요양시장에 대한 진입이 계속적으로 이루어지고 있으며 경영수지 측면에서도 급여유형과 규모 등 기관특성에 따른 차이는 있으나 경영상에서의 흑자를 유지하고 있음을 볼 수 있다. 다만, 현재 분석한 장기요양 보상의 적절성이 장기요양기관이 제공하는 급여 내용과 질의 수준 차원을 고려한 보상 수준의 적절성을 의미하는 것은 아니라는 점을 유의해야 한다.

〈표 3-8〉 급여유형별 특성별 장기요양기관 경영손익

구분	설립주체			도시유형			규모(연평균 인원) <sup>1)</sup>			단독/병설			정원 충족률					
	개인	법인	지자체	대도시	중소 도시	농어촌	대규모	중규모	소규모	단독	동일기관 여립여	병설	50% 이하	50~80%	80~100%	100~120%	120% 이상	
노인 요양 시설	수입	1,080,212	1,726,406	2,104,431	1,641,131	1,383,970	1,511,781	2,897,586	1,382,600	644,895	1,437,286	-	1,595,917	878,128	1,510,849	1,524,315	2,094,660	1,587,843
	비용	962,568	1,695,686	2,099,564	1,606,946	1,311,954	1,489,231	2,839,734	1,346,628	611,409	1,397,687	-	1,552,624	852,502	1,445,059	1,502,444	2,099,217	1,539,986
	손익 손익 손익	67,645	30,719	4,867	34,186	72,016	22,550	57,863	36,032	33,486	39,609	-	43,293	25,626	65,791	21,871	-4,556	47,906
노인 요양 공동 생활 가정	수입	227,297	228,695	221,003	225,199	232,576	223,778	-	-	-	224,406	-	230,154	232,159	200,961	219,104	231,657	237,592
	비용	227,503	233,550	225,715	223,416	229,220	231,456	-	-	-	225,030	-	231,157	229,930	193,359	220,972	239,315	229,616
	손익 손익 손익	-206	-4,854	-4,712	1,783	4,356	-7,677	-	-	-	-624	-	-1,003	2,229	7,601	-1,868	-7,659	7,977
비문 요양	수입	591,596	503,946	691,682	535,150	597,568	555,175	604,571	509,112	623,922	376,409	584,294	537,440	520,064	609,173	506,091	545,524	581,682
	비용	580,808	496,011	676,986	530,815	584,997	541,559	599,133	500,576	601,697	373,690	575,258	521,999	508,423	599,907	476,863	538,254	574,747
	손익 손익 손익	40,788	7,936	14,696	4,336	12,571	13,616	5,439	8,537	22,225	2,719	9,036	15,441	11,641	9,266	29,227	7,270	6,936
비문 목적	수입	86,376	119,187	64,197	46,849	85,523	126,359	-	110,713	45,957	70,441	90,268	106,851	85,757	93,559	91,278	92,112	98,612
	비용	80,133	101,242	46,413	45,172	70,342	117,282	-	93,800	57,737	58,308	78,142	106,241	70,864	79,736	79,243	84,197	93,122
	손익 손익 손익	6,243	17,944	17,784	1,677	15,181	19,078	-	16,912	-11,781	12,133	12,126	610	14,893	13,823	12,035	7,915	5,490
		7.2	15.1	27.7	3.6	17.8	7.2	-	15.3	-25.6	17.2	13.4	0.6	17.4	14.8	13.2	8.6	5.6

(단위: 천 원, %)

구분	설립주체			도시유형			규모(연평균 인원) <sup>16)</sup>			단독/병설			정원 총족률					
	개인	법인	지자체	대도시	중소 도시	농어촌	대규모	중규모	소규모	단독	동일기관 여립급여	병설	50% 이하	50~80%	80~100%	100~120%	120% 이상	
병원 간호 간호 간호	수입	59,226	67,135	-	62,305	66,531	52,585	-	104,498	31,534	141,933	49,008	77,809	25,476	96,635	71,193	-	57,846
	비용	59,098	63,071	-	59,950	60,361	60,181	-	105,749	28,634	129,680	49,554	74,068	24,467	90,493	84,509	-	57,429
	손익 손익	128	4,064	-	2,355	6,170	-7,597	-	1,251	2,899	12,253	-547	3,741	1,009	6,142	-13,316	-	417
주 야간 보호	수입	512,687	443,235	437,000	500,095	474,840	432,145	506,524	442,090	526,787	470,598	486,314	464,948	474,067	466,931	430,336	422,667	486,868
	비용	462,504	414,081	415,890	462,702	434,275	394,454	466,870	408,386	473,913	440,871	450,311	415,895	445,341	426,201	373,168	388,278	444,531
	손익 손익	50,186	29,154	21,111	37,394	40,565	37,691	39,654	33,704	52,874	29,727	36,003	49,053	28,726	40,731	57,168	34,389	42,337
		9.8	6.6	4.8	7.5	8.5	8.7	7.8	7.6	10.0	6.3	7.4	10.6	6.1	8.7	13.3	8.1	8.7

자료: 이호용 외(2020). 2019 장기요양기관패널 경영실태조사. pp.106-117의 내용을 수정 인용

#### 15) 기관 규모 기준

구분	노인요양시설	노인요양공동생활거점	방문요양	방문목적	방문빈도	주야간보호
대규모	70인 이상	-	40인 이상	-	-	25인 이상
중규모	30~70인 미만	-	20~40인 미만	20인 이상	20인 이상	15~25인 미만
소규모	10~30인 미만	-	20인 미만	20인 미만	20인 미만	15인 미만

자료: 이호용 외(2020). 2019 장기요양기관패널 경영실태조사. pp. 106-117의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함.

## 나. 보상의 형평성: 자원필요량을 반영한 적합한 보상인가?

### 1) 시설과 재가급여 간 형평성

장기요양 급여제공 원칙 중 재가급여 우선의 원칙은 사회적 비용효과성의 측면에서도 중요하며, 노년기 지역사회에서 계속 생활(Aging in place)의 노인복지의 지향점에서도 주요한 방향성이다. 재가급여 우선 원칙을 고려하여 1~2등급은 시설급여와 재가급여 중 선택의 권리가 주어지지만, 3~5등급은 재가급여를 이용해야 하며, 부득이한 경우에 장기요양운영센터의 허가를 통해 시설급여 이용이 가능하다. 현재 시설급여와 재가급여의 급여액을 1개월 기준으로 비교해보면, 재가급여 월 한도액은 1,520,700원(1등급)~1,021,300원(5등급)이며, 요양시설은 2,157,000원(1등급)~1,822,200원(5등급), 노인요양공동생활가정은 1,891,500원(1등급)~1,617,900원(5등급)이다. 만약 동일 등급에서 시설급여를 이용할 경우 1등급은 월 636,300원(요양시설), 370,800원(노인요양공동생활가정), 5등급은 월 800,900원(요양시설), 596,600원(노인요양공동생활가정)의 급여액을 사용하는 것이다. 즉, 등급이 낮을수록 시설급여 이용 시 더 많은 급여 이용을 할 수 있는 구조이다.

〈표 3-9〉 장기요양등급별 시설급여와 재가급여 월한도액 차이

(단위: 원)

구분	노인요양시설		노인요양공동생활가정		재가급여 월한도액	재가급여와의 차이	
	1일	30일	1일	30일		노인요양시설	노인요양공동 생활가정
1등급	71,900	2,157,000	63,050	1,891,500	1,520,700	636,300	370,800
2등급	66,710	2,001,300	58,510	1,744,500	1,351,700	649,600	392,800
3등급					1,295,400	526,800	322,500
4등급	60,740	1,822,200	53,930	1,617,900	1,189,800	632,400	428,100
5등급					1,021,300	800,900	596,600
인지지원등급	-	-	-	-	573,900	-	-

자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지(2021). 월 한도액 및 급여비용의 내용을 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/502/npeb502m01.web?menuId=npe0000000380&zoomSize=에서> 2021.10.24. 인출.

재가급여 이용자의 서비스 이용 형태를 살펴보면, 방문요양 이용자들은 월 평균 19.5일을 이용하며, 1일 평균 2.6시간 서비스를 이용하고 있다. 1등급은 1회 이용당 4시간까지 사용이 가능하지만, 실제 3.2시간만을 사용하고 있다. 등급이 높을수록 평균 이용 일수와 이용시간이 많지만 큰 차이를 보이지는 않았다. 방문목욕은 1개월간 평균 3.5일(주당 1회 미만 수준)을 이용하며 1시간 정도 서비스를 이용하였다. 이는 등급별로 차이를 보이지 않았다. 방문간호는 평균적으로 월 5회 1시간 미만 서비스를 이용하며, 3, 4등급에서 이용일 수가 많은 특성을 보이고 있다.

주야간보호 서비스는 평균 20.4일 서비스를 이용하며, 1일 8.3시간 서비스를 이용하고 있었다. 이들은 2등급과 인지지원등급을 제외하면 대부분 유사하게 서비스를 이용하고 있는 것으로 보인다.

〈표 3-10〉 장기요양 재가급여 이용자의 서비스 이용일수 및 이용 시간

(단위: 일, 시간)

구분	방문요양		방문목욕		방문간호		주야간보호	
	1개월간 평균 이용일 수	1개월간 1일 평균 이용 시간	지난 1개월간 이용일 수	1개월간 1일 평균 이용 시간	지난 1개월간 이용일 수	1개월간 1일 평균 이용 시간	지난 1개월간 이용일 수	1개월간 1일 평균 이용 시간
전체	19.5	2.6	3.5	1.1	5.0	0.9	20.4	8.3
1등급	21.2	3.2	3.7	1.0	4.4	0.9	20.0	8.0
2등급	20.2	3.0	3.5	1.1	3.7	0.9	17.9	8.3
3등급	19.8	2.6	3.6	1.1	5.4	1.0	20.7	8.4
4등급	19.2	2.6	3.5	1.1	5.2	0.9	20.4	8.3
5등급	18.4	2.5	3.5	1.0	4.3	0.8	20.8	8.3
인지지원등급	12.0	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	15.9	7.9

자료: 강은나 외(2019). 2019년도 장기요양 실태조사. pp.197-203의 내용을 연구진이 재구성함.

등급별 서비스 이용 경험자의 서비스 이용률을 살펴보면, 방문요양 이용 비율이 49.4%로 가장 높았으며, 노인요양시설 21.5%, 주야간보호 15.1%, 방문목욕 9.6% 등의 순으로 나타났다.

등급별로는 1, 2등급은 노인요양시설의 비율이 가장 높았으며, 노인요양공동생활가정까지 포함할 경우 1, 2등급자의 50% 이상이 시설급여를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 반면, 3~5등급은 방문요양 이용 비율이 가장 높았으며, 50% 내외가 방문요양을 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다. 또한 등급이 낮을수록 주야간보호를 이용하는 비율이 높다.

〈표 3-11〉 장기요양등급별 서비스 이용 경험자 비율

(단위: 명, %)

구분	노인요양시설	노인요양공동 생활가정	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	계
전체	215,577 (21.5)	23,233 (2.3)	495,395 (49.4)	96,457 (9.6)	18,065 (1.8)	151,602 (15.1)	2,644 (0.3)	1,002,973 (100.0)
1등급	19,073 (45.9)	2,181 (5.3)	14,240 (34.3)	3,278 (7.9)	2,231 (5.4)	440 (1.1)	94 (0.2)	41,537 (100.0)
2등급	45,889 (45.7)	5,044 (5.0)	35,327 (35.2)	7,704 (7.7)	2,597 (2.6)	3,554 (3.5)	339 (0.3)	100,454 (100.0)
3등급	79,725 (27.5)	8,426 (2.9)	137,731 (47.5)	26,674 (9.2)	5,276 (1.8)	31,003 (10.7)	996 (0.3)	289,831 (100.0)
4등급	67,615 (14.8)	7,208 (1.6)	259,589 (56.6)	49,396 (10.8)	6,822 (1.5)	66,673 (14.5)	957 (0.2)	458,260 (100.0)
5등급	3,264 (3.1)	372 (0.4)	48,508 (46.5)	9,405 (9.0)	1,139 (1.1)	41,415 (39.7)	249 (0.2)	104,352 (100.0)
인지지원등급	11 (0.1)	2 (0.0)	- -	- -	- -	8,517 (99.7)	9 (0.1)	8,539 (100.0)

주: 1) 복지용구를 제외한 값임

2) 각 서비스별 중복 이용을 인정함. 이에 통계연보에서 산출되는 계와 상이함.

자료: 국민건강보험공단(2021a). 2020 노인장기요양보험통계연보, pp.358-359의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함.

현재의 재가급여와 시설급여 수가 수준의 차이는 제도가 지향하는 재가급여 이용을 유인하거나 촉진할 수 있는 요인은 부족하다. 오히려 1~2등급의 경우 급여선택권이 있으나 이들의 기능상태가 전적으로 타인의 도움을 필요로 한 상태라는 점을 고려할 때 시설급여와 재가급여의 급여액의 차이는 시설 이용을 유인하는 요인으로 동일 등급 내 시설급여와 재가급여 이용에 대한 보상수준의 차이는 형평성에 어긋난다.

## 2) 자원필요량의 차이를 반영한 보상 형평성

장기요양보험의 등급은 자원필요량의 정도를 기준으로 하며, 1등급의 경우 요양필요도가 가장 많은 등급이며, 5등급이 요양필요도가 가장 낮

은 등급이다. 등급 구분에 활용되는 요양점수는 요양필요도 즉, 자원필요량을 판정하는 기준이다<sup>16)</sup>. 기관에서 자원필요량이 높은 수급자는 서비스 인력과 물품 등의 자원 투입이 더 많이 이루어져야 하며, 이는 장기요양급여 제공에 대한 보상에서 반영되어야 한다.

장기요양급여별 등급에 따른 수가 구성은 시설급여와 방문형 재가급여, 주야간보호, 단기보호로 나뉘어 살펴보도록 하겠다. 시설급여와 주야간보호, 단기보호의 경우 등급별 수가의 차등을 두는 형태이며, 방문형 재가급여인 방문요양, 방문목욕, 방문간호의 경우 등급별 수가는 차등을 두고 있지 않다. 또한 시설급여에서는 차등을 두고 있으나 3~5등급의 경우 동일한 보상이 이루어지고 있다.

등급은 곧 자원필요량의 차이를 의미하지만, 장기요양급여별로 등급별 자원 필요량을 고려한 급여와 그렇지 않은 급여로 보상이 이루어지고 있는 문제를 갖고 있다.

장기요양 3~5등급은 재가급여 우선원칙에 따라 재가급여 이용이 우선적으로 고려되지만, 가족내 돌봄이 어렵거나 치매 등의 질환으로 인해 재가요양이 어려운 경우에 한정적으로 시설을 이용하도록 허가해주고 있다. 그럼에도 불구하고 등급체계에서는 3~5등급은 요양필요도 즉, 인정점수의 차이를 반영하지 않은 시설급여에 대한 보상은 적합하지 않다고 판단된다.

16) 장기요양등급체계가 기관에서 실제적인 자원필요량 또는 자원투입량을 반영하고 있는가에 대해서는 본 연구에서는 논외로 하고자 한다. 현 장기요양제도에서는 요양점수를 통한 요양필요도를 파악하고, 이를 기준으로 한 등급을 제시하고 있으므로 이를 기준으로 현재의 지불보상의 형평성을 평가하고자 한다.

(표 3-12) 시설급여 수가 변화(2008~2021)

(단위: 원, %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021	변화율 <sup>1)</sup>
노인요양 시설	1등급	48,120	48,900	56,080	57,040	65,190	70,990	71,900	49.4
	2등급	43,550	45,290	52,040	52,930	60,490	65,870	66,710	53.2
	3등급	38,970	41,670	47,990	48,810	55,780	60,740	61,520	57.9
	4등급		-	47,990	48,810	55,780	60,740	61,520	28.2
	5등급		-	47,990	48,810	55,780	60,740	61,520	28.2
노인요양 공동생활 가정	1등급	48,120	48,900	51,290	51,290	56,960	62,230	63,050	31.0
	2등급	43,550	45,290	47,590	47,590	52,850	57,750	58,510	34.4
	3등급	38,970	41,670	43,870	43,870	48,720	53,230	53,930	38.4
	4등급		-	43,870	43,870	48,720	53,230	53,930	22.9
	5등급		-	43,870	43,870	48,720	53,230	53,930	22.9

주: 1) 1~3등급은 2008년 대비 2021년의 변화율을 의미하고, 4, 5등급은 2014년 대비 2021년의 변화율을 의미함.

자료: 1) 보건복지부 요양보험제도과(2008). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2008-66호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=200000001426>에서 2021.3.25. 인출.

2) 보건복지부 요양보험제도과(2009b). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2009-248호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=6333>에서 2021.3.25. 인출.

3) 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). <https://www.law.go.kr/LSW//fileDownload.do?fileSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

4) 보건복지부 요양보험제도과(2014). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2014-97호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=210000003752>에서 2021.3.25. 인출.

5) 보건복지부 요양보험제도과(2015). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2015-223호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=210000035470#j44:0>에서 2021.3.25. 인출.

6) 보건복지부 요양보험제도과(2018). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2018-6호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000110079#j44:0>에서 2021.3.25. 인출.

7) 보건복지부 요양보험제도과(2019). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2019-309호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000185075>에서 2021.3.25. 인출.

8) 보건복지부 요양보험제도과(2020). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2020-289호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000195939>에서 2021.3.25. 인출.

재가급여 월 한도액에서는 등급별 이용한도액의 차이가 발생하도록 구성하여, 재가급여 내 보상은 등급별 형평성이 이루어진다. 그러나 서비스 유형별 보상방식은 방문요양은 등급별 자원필요량을 시간별 동일 액수 보상, 주야간보호는 1~5등급의 등급별 시간당 차등 보상이 이루어지고 있다. 단기보호는 시설급여와 유사한 형태로 서비스가 제공되지만, 등급별 보상액은 차등을 두고 있다.

방문요양은 등급별 자원소모량의 차이를 반영하지 않은 것은 등급별 월 한도액의 차이로 서비스 이용 가능 시간이 차이가 발생한다고 볼 수 있다. 하지만, 자원 소모는 단순히 시간 개념이 아닌 필요로 하는 서비스의 내용/난이도가 고려되어야 한다. 등급이 높을수록(중증일수록) 가사보다는 신체수발 중심의 서비스를 필요로 하며 이는 서비스의 난이도가 높아짐에 따라 동일 시간 급여를 제공할지라도 보상의 수준에는 차이를 반영하지 못한 결과이다.

이와 같은 시설급여의 3등급 이하의 동일 보상, 방문요양의 등급별 동일 보상은 공급기관의 쉬운 대상자를 선택하게 되는 크림 스크림 현상을 유발하게 된다. 크림 스크림 현상은 지불보상체계의 책임성에 대한 평가 부분에서 자세히 다루도록 하겠다.

〈표 3-13〉 방문요양 수가 변화(2008~2021)

(단위: 원, %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021	변화율 <sup>1)</sup>
30분 이상 ~60분 미만	10,680			11,390		13,540	14,530	14,750	38.1
60분 이상 ~90분 미만	16,120			17,490		20,790	22,310	22,640	40.4
90분 이상 ~120분 미만	21,360			23,450		27,880	29,920	30,370	42.2
120분 이상 ~150분 미만	26,700			29,610		35,200	37,780	38,340	43.6
150분 이상 ~180분 미만	30,200			33,650		40,000	42,930	43,570	44.3

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	2021	변화율 <sup>1)</sup>
180분 이상 ~210분 미만		33,500		37,200		44,220	47,460	48,170	43.8
210분 이상 ~240분 미만		36,600		40,470		48,110	51,630	52,400	43.2
240분 이상		39,500		43,500		51,710	55,490	56,320	42.6
원거리교통비	-	~6,000 (거리별 상이)	3,000~ 12,000 (거리별 상이)	3,400~13,600 (거리별 상이)					-
야간, 심야, 휴일가산 시행	-	야간: 20% 가산 심야, 휴일: 30% 가산					심야, 휴일: 30% 가산		-
인지활동형 방문요양 가산				프로그램 관리자: 6,000 요양보호사: 5,760			요양보호사: 5,760		-

주: 1) 2008년 대비 2021년의 수가 변화율을 의미함.

자료: 1) 보건복지부 요양보험제도과(2008). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2008-66호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=200000001426>에서 2021.3.25. 인출.

2) 보건복지부 요양보험제도과(2009b). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2009-248호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=6333>에서 2021.3.25. 인출.

3) 보건복지부 요양보험제도과(2011). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호). <https://www.law.go.kr/LSW//fileDownload.do?fileSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.

4) 보건복지부 요양보험제도과(2014). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2014-97호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000003752>에서 2021.3.25. 인출.

5) 보건복지부 요양보험제도과(2015). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2015-223호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000035470#j44:0>에서 2021.3.25. 인출.

6) 보건복지부 요양보험제도과(2018). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2018-6호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000110079#j44:0>에서 2021.3.25. 인출.

7) 보건복지부 요양보험제도과(2019). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2019-309호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000185075>에서 2021.3.25. 인출.

8) 보건복지부 요양보험제도과(2020). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2020-289호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000195939>에서 2021.3.25. 인출.

반면 시설급여와 유사한 보호형태를 갖고 있는 재가급여의 단기보호는 등급별 수가 차이를 두어 자원필요량의 차이를 반영하고 있다. 또한 시설급여와 단기보호의 등급별 자원필요량 차이를 분석해 보면, 단기보호는

5등급을 기준으로 할 때 1등급은 123.4% 높은 반면, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 116.9% 높게 나타난다. 즉, 시설급여와 단기보호를 비교할 때 등급별 보상 형평성은 동등하지 않음을 볼 수 있다. 등급별 보상수준의 차이를 보이는 주야간의 경우는 단시간일수록 5등급 대비 1등급의 보상수준이 높다. 즉, 3시간 이상 6시간 미만의 경우 5등급에 비해 1등급은 128.7%이며, 그 외는 122~125% 수준으로 나타났다.

〈표 3-14〉 2021년 장기요양수가: 5등급 기준 각 등급의 비율

(단위: 원, %)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
노인요양시설	71,900 (116.9)	66,710 (108.4)	61,520 (100.0)	61,520 (100.0)	61,520 (100.0)
노인요양공동생활가정	63,050 (116.9)	58,510 (108.5)	53,930 (100.0)	53,930 (100.0)	53,930 (100.0)
단기보호	58,070 (123.4)	53,780 (114.3)	49,680 (105.6)	48,360 (102.8)	47,050 (100.0)

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2020). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2020-289호)의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000195939>에서 2021.3.25. 인출.

〈표 3-15〉 2021년 장기요양수가: 5등급 기준 각 등급의 비율(주야간보호)

(단위: 원, %)

구분	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급	
주야간 보호	3시간 이상 ~6시간 미만	35,480 (128.7)	32,850 (119.2)	30,330 (110.1)	28,940 (105.0)	27,560 (100.0)	27,560 (100.0)
	6시간 이상 ~8시간 미만	47,570 (125.5)	44,060 (116.3)	40,670 (107.3)	39,290 (103.7)	37,890 (100.0)	37,890 (100.0)
	8시간 이상 ~10시간 미만	59,160 (123.7)	54,810 (114.6)	50,600 (105.8)	49,220 (102.9)	47,820 (100.0)	47,820 (100.0)
	10시간 이상 ~12시간 미만	65,180 (123.0)	60,380 (113.9)	55,780 (105.3)	54,370 (102.6)	52,990 (100.0)	47,820 (90.2)
	12시간 이상	69,890 (122.5)	64,750 (113.5)	59,810 (104.9)	58,430 (102.4)	57,040 (100.0)	47,820 (83.8)

자료: 보건복지부 요양보험제도과(2020). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2020-289호)의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000195939>에서 2021.3.25. 인출.

또한 장기요양지불보상에서는 기관의 자원투입량에 따른 적절한 보상이 이루어져야 한다. 장기요양급여의 특성상 필요 인력의 정도가 자원투입의 정도를 결정하게 된다. 노인장기요양 기관의 인력기준은 시설유형과 정원에 따라 시설이 갖추어야 할 시설기준과 인력기준이 제시되어진다.

시설급여의 수가는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 간의 차이를 보이고 있다. 동일한 1등급이라도 노인요양시설은 1일당 71,900원, 노인요양공동생활가정은 63,050원으로 차등을 두고 있다. 시설별 투입자원을 고려하면 노인요양공동생활가정은 요양보호사 배치기준이 수급자 3명당 1명인 반면 노인요양시설은 2.5인당 1명을 배치하도록 하고 있다. 또한 노인요양시설의 경우는 노인요양공동생활가정에 비해 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 조리원 등의 인력 등에 대한 배치 기준이 높음으로 인해 기관 운영 차원에서 자원투입량이 높게 된다. 따라서 노인요양공동생활가정과 노인요양시설 간에는 동일한 등급자를 보호하더라도 보상의 수준은 차이를 보이는 것이 적합하다.

그러나 노인요양시설의 직원배치기준은 30인을 기준으로 배치기준을 달리하고 있다. 요양보호사 이외의 사회복지사를 비롯한 간호인력이나 기타 간접인력 배치기준이 30인 미만의 시설은 30인 이상 시설에 비해 기준이 높다. 그럼에도 불구하고 노인요양시설의 급여에 대한 보상은 시설규모별 차이를 반영하고 있지 못하다. 즉, 노인요양시설 내 자원투입량을 반영한 수가 체계는 아님을 알 수 있다.

앞서 살펴본 규모별 경영수익 분석에서도 노인요양시설의 30인 미만 시설의 경영수익이 높게 나타난 것은 30인 이상 시설과 비교할 때 등급별 수가는 동일하여 보상은 동일하지만 자원투입량 대비 인건비 지출이 높지 않음으로 노인요양시설 중 이윤을 높일 수 있는 규모이기 때문이다.

이는 시설의 규모에 따라 인력 배치기준이 다르며 전문인력 투입이 낮

은 30인 미만의 소규모 시설의 경우 전문적 서비스가 제공되지 않음에도 불구하고 이용자 입장에서는 동일한 본인부담금을 지불하고, 제도 운영자 입장에서도 서비스의 질을 반영한 보상의 차이를 반영하지 못하고 있다.

〈표 3-16〉 노인복지법상의 시설급여기관 인력배치기준

구분	수급자 30명 이상	수급자 10명 이상 30명 미만	노인요양 공동생활가정
시설장	1명	1명	1명
사무국장	1명 (수급자 50명 이상 시설)	1명	
사회복지사	1명 (수급자 100명 초과할 때마다 1명 추가)		
의사(한의사 포함) 또는 계약의사	1명 이상	1명	-
간호(조무)사	수급자 25명당 1명	1명	1명
물리(작업)치료사	1명 (수급자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	-	
요양보호사	수급자 2.5명당 1명 (치매전담실은 2명당 1명)	수급자 2.5명당 1명 (치매전담실은 2명당 1명)	수급자 3명당 1명 (치매전담형은 2.5명당 1명)
사무원	1명(수급자 50명 이상인 경우로 한정함)	-	-
영양사	1명 (1회 급식인원이 50명 이상인 경우로 한정함)	-	-
조리원	수급자 25명당 1명	1명	-
위생원	1명 (수급자 100명 초과할 때마다 1명 추가)	-	-
관리인	1명(수급자 50명 이상인 경우로 한정함)	-	-

자료: 「노인복지법」 시행규칙 [별표 4] 노인의료복지시설의 시설 기준 및 직원배치기준. <개정 2020.4.23.>

### 3. 지불보상체계의 비용 효율성

노인장기요양 보험제도는 이용자의 자원필요 요구량 및 특성에 따라 적합한 급여를 이용하도록 함으로써 자원 분배 차원의 비용 효율성을 지향하고 있다. 노인장기요양의 급여 내에서는 재가급여 우선원칙에 따라 시설급여보다는 재가급여를 우선적으로 이용하도록 하고 있다. 재가급여 우선원칙은 노인의 Aging in place 욕구에 기반한 원칙이기도 하지만, 요양필요도가 낮은 대상자가 재가급여에 비해 고비용인 시설급여 이용을 자제하여 적은 비용의 투입으로 보호의 효율성을 높이기 위한 방안이다. 요양필요도가 높은 1~2등급은 시설급여와 재가급여 중 선택권을 부여하고, 3등급 이하의 경우는 재가급여 이용을 원칙으로 하되 일부 제한적 경우만 시설급여를 이용하도록 급여 기준을 설정하였다.

또한 장기요양보험의 도입 목적 중 하나는 사회적으로 비용이 높은 의료비 절감이다. 의료적 필요도가 낮은 이용자의 사회적 입원을 막고 이들의 적절한 수준의 돌봄인 장기요양급여를 이용하고자 한 것이다.

즉, 건강보험과 노인장기요양보험은 요양과 의료 욕구 필요도에 따른 적절한 자원 분배가 보건의료 및 장기요양제도의 지향점인 비용효율성이라 할 수 있다.

시설급여 이용률은 2020년 24.0%이며, 이는 2008년 이후 2014년 32.4%로 계속 증가하다가 최근 서서히 감소하고 있다. 등급별 시설급여 이용률은 1등급은 2018년 56.2%로 가장 높았으나, 최근 다소 감소하여 51.2%이며, 2등급 또한 2016년 55.4%로 높다가 2020년 50.7%로 감소세이다. 3등급은 2016년 33.7%에서 2020년 30.4%로 최근 감소하고 있으며, 4등급과 5등급에서는 동 비율이 19.8%에서 16.3%로 감소, 6.7%에서 3.5%로 감소한 모습을 보였다.

장기요양보험에서의 재가급여 우선 원칙이 일정 부분 달성되었으나, 3등급이 특히 약 30%의 시설 이용률을 보인다는 점은 초기 제도 설계에서의 의도보다 과하게 이루어지고 있는 것으로 판단되어진다.

2008년 노인장기요양보험제도는 요양필요도가 높은 중증대상자로 시작하여 제도의 보장성 확대 정책에 따라 계속적으로 대상자를 확대했다. 특히 보장성 확대 정책은 경증을 대상으로 확대하여 2014년 7월 이전까지는 이전 3등급 체계를 유지하되, 치매 가점 등을 통해 수급자의 규모를 확대, 그 이후는 5등급 체계로 전환하고 수급자 기준점수를 하향하여 수급자를 확대하였다. 2017년 국가치매책임제 도입의 일환으로 노인장기요양보험에서의 인지기원등급을 도입하여 수급자의 규모는 크게 증가하였다. 시설 이용 비율은 2014년 32.4%로 가장 높으며 그 이후 서서히 감소하여 2020년 24.0%이다. 2014년까지는 장기요양 수급 기준을 1~3등급의 중증을 중심으로 확대되어 시설급여 이용자의 비중이 높은 반면, 2014년 이후에는 4~5등급의 수급자가 급격히 증가하는 점을 고려할 때 이들은 경증 중심으로 시설 이용 비율이 높지 않기 때문이다.

현재의 시설 이용 비율이 제도가 지향하는 수준 여부를 판단하기는 어렵지만, 경증자의 확대가 크게 증가한 것을 고려한다면 그에 비해 시설급여 이용율의 변화는 크지 않다는 것은 여전히 제도가 지향하는 비용효율성 측면의 급여 이용행태로 보기는 어렵다.

3~5등급의 시설급여 이용이 적합한가에 대해서는 상세한 분석이 추가적으로 필요하겠지만, 현재의 보상체계는 3~5등급의 동일 보상 수준으로 인해 비교적 건강보험공단의 시설급여 이용에 대한 허가를 받는 것이 어렵지 않은 상태에서 운영기관과 이용자의 수요에 의해 부적절한 시설 이용 수급자가 있을 것으로 예측된다.

〈표 3-17〉 장기요양등급별 시설급여이용자 비율 변화: 2008~2020년

(단위: 명, %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
계	11.2	15.5	24.9	32.4	31.2	28.1	24.0
1등급	21.2	29.3	39.6	52.6	55.6	56.2	51.2
2등급	20.5	30.3	43.2	53.1	55.4	54.0	50.7
3등급	2.7	7.0	17.7	26.9	33.7	33.0	30.4
4등급	-	-	-	19.8	19.8	18.3	16.3
5등급	-	-	-	6.7	8.4	5.7	3.5
인지지원등급	-	-	-	-	-	0.3	0.2

주: 시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 포함하며, 구 노인복지법상 노인요양시설과 노인전문요양시설, 단기보호 전환 시설은 제외함.

자료: 국민건강보험공단(각 연도), 노인장기요양보험통계연보에서 인출하여 연구진이 재구성함.

장기요양은 의료에서의 불필요한 사회적 입원을 예방하기 위한 제도이지만, 2008년 장기요양보험이 도입된 이후 노인요양과 돌봄의 사회적 기능에 대한 기대가 높아지게 되어 장기요양의 엄격한 수급자 관리에 따라 등급을 받지 못한 요양필요자의 요양병원 이용이 급속히 증가하게 되었다. 이는 장기요양제도 도입 시점에서 초기 요양병원의 장기요양급여로 인정하는 것이 논의되었으나 결론적으로 요양병원은 제외되었으나, 향후 요양병원의 민간 공급이 확대되면서 사회적 입원이 크게 증가하는 결과를 초래하였다. 건강보험에서의 요양병원 확대는 2008년 690개소에서 2020년 1,582개소로 꾸준한 확대를 이루었다. 또한 요양병원 이용자는 2020년 362천 명이며 시설급여 이용자는 224천 명으로 시설급여 이용자에 비해 많다.

〈표 3-18〉 요양병원과 요양시설, 재가급여 기관 수 및 이용자 수

(단위: 개소, 명)

구분		2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020
기관 수	계	10,774	21,957	22,230	25,356	29,919	32,952	39,352
	요양병원	690	867	1,103	1,337	1,428	1,560	1,582
	요양시설	843	2,421	3,385	4,871	5,187	5,320	5,763
	재가기관	9,241	18,669	17,742	19,148	23,304	26,072	32,007
이용자 수	계	-	-	-	812,982	945,225	1,137,043	1,300,339
	요양병원	-	-	-	291,879	337,699	377,538	362,468
	요양시설	14,525	62,739	104,023	168,924	189,374	213,775	224,775
	재가기관	114,895	342,654	314,290	352,179	418,152	545,730	713,096

주: 1) 요양시설은 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 포함하며, 구 노인복지법상 노인요양시설과 노인전문요양시설, 단기보호 전환 시설은 제외함.

2) 재가기관은 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호를 포함

3) 요양병원 이용자 수는 입원환자 실인원을 의미하여 외래의 경우는 제외함(2014년 이전 자료 미구축).

자료: 1) 요양병원 자료는 건강보험심사평가원(2021)의 2020년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관 현황[데이터 파일]에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2412&pageIndex=1#none>에서 2021.11.8. 인출.

2) 2008년 요양시설, 재가기관 자료는 국민건강보험공단(2009b)의 2008 노인장기요양보험 통계연보[데이터 파일]에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=download&articleNo=106383&attachNo=9534>에서 2021.11.9. 인출.

3) 2010~2020년 요양시설, 재가기관 자료는 국민건강보험공단(2021c)의 노인장기요양보험통계: 연도별 시·도별 급여종류별 장기요양기관 현황에서 인출하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N019&conn\\_path=12](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N019&conn_path=12)에서 2021.11.9. 인출.

요양병원 공급에 대한 제한이 없는 상태에서 요양병원의 확대는 수요를 유발하게 됨에 따라 장기요양등급자, 그리고 장기요양 미등급자의 자유로운 이용을 유발하게 되었다.

장기요양수급자 중 급여이용자 비율은 2016년 85.2%에서 2018년 83.5%로 감소하고, 급여 미이용자 중 요양병원 거주자는 47.2%로 나타났다(강은나 외, 2019).

2019년 OECD 국가의 장기요양 병원 병상과 침상 수는 65세 이상

1,000명당 평균 3.9개와 42.5개인 것과 달리 우리나라의 경우 각각 35.6개와 24.8개로 해외에 비해 장기요양의 의료 병상의 비율이 9.1배 높게 나타났다. 또한 병원병상과 시설병상의 총수 또한 OECD 평균 65세 이상 노인 1,000명당 45.6개인 반면, 우리나라는 60.4개로 1.3배 많은 것으로 나타났다(보건복지부·한국보건사회연구원, 2021).

건강보험과 장기요양보험의 요양필요 수준에 따른 체계화를 통해 비용 효율성을 달성하고자 하였으나, 결론적으로 제도별 비용효율적 분배를 이루지는 못한 것으로 평가된다. 요양병원, 요양시설, 재가급여에 대한 보상 수준의 차등과 본인부담금의 차등을 둔 지불보상 체계의 설계는 차이를 두고 있으나, 병원에 대한 선호, 장기요양 급여의 불충분성, 등급외자의 사회적 입원 수요 등으로 인해 의료와 요양욕구에 따른 자원 배분은 성과는 나타내지 못하고 있다.

#### 4. 지불보상체계의 효과성 및 책임성

##### 가. 효과성: 서비스 질을 보상하고 있는가?

###### 1) 표준모형과의 비교

장기요양보험 보상체계는 제도가 달성하고자 하는 서비스의 질을 반영한 표준모형을 기반으로 한 수가를 개발하였다. 따라서 현재 서비스 공급 형태가 실제 표준모형과 유사하게 운영되는가를 살펴보는 것은 서비스의 질이 기대하는 수준으로 달성되었는가를 의미한다.

시설급여의 노인요양시설은 이용자 70인 모형을 기준으로 한 수가를 결정하였다. 70인 모형은 시설의 규모의 경제가 작동하면서 적절한 인력 투입으로 인한 서비스의 질을 보장할 수 있는 규모로 판단한 것이다.

현재 시설급여 제공기관은 10인 미만의 노인요양공동생활가정은 전체 시설급여 제공기관의 33.1%(2020년 기준)이며, 10~29인 미만이 32.8%이며, 70인 이상 시설은 15.9%로 나타났다. 노인요양시설 중 10~29인의 규모의 시설은 과반수이며 제도 도입 이후 점차 높아지고 있다. 시설당 평균 수급자 수 또한 29.9인이며 중위수준은 21인으로 나타났다. 제도 초기 2008년 시설급여 제공기관의 보호노인 중위수가 25인인 것에 비해 감소한 규모이다.

이와 같이 시설급여 제공기관의 규모는 표준모형과는 달리 소규모 기관을 중심으로 확대되고 있는 결과이다. 이는 앞서 살펴본 기관 규모별 경영수지에서 요양시설은 30인 미만의 소규모 시설의 경영수익이 가장 높은 것으로 나타났기 때문이다. 이와 같이 표준모형과 다른 요양시설이 확대되는 것은 현재 요양시설의 인력기준은 30인 미만인 경우 인력 기준이 낮게 책정되어있음에도 불구하고 요양시설의 급여에 대한 보상은 이용 현원에 따른 규모에 차등이 없이 동일하게 지급되고 있기 때문이다. 즉, 29인의 시설은 인력기준이 낮음에도 불구하고 70인 시설과 동일한 보상을 받게 된다. 따라서 시설운영자 입장에서는 30인 미만의 시설이 운영에 가장 이윤이 많은 수익구조를 갖게 된다. 반면에 30인 미만의 시설의 경우 인력 기준이 낮음으로 인해 서비스의 질은 70인 모형에 비해 낮을 수밖에 없는 구조이다.

〈표 3-19〉 시설급여 제공기관 규모별 분포

(단위: 명, 개소, %)

구분		2008	2014	2020
보호노인 수(중위수)		25.0	13.0	21.0
평균 보호노인 수		33.8	26.3	29.9
기관 수	계	1,754	4,840	5,725
	10인 미만	422	2,140	1,893
	10~29인	482	1,273	1,875
	30~49인	236	451	746
	50~69인	334	328	301
	70인 이상	280	648	910
비율	계	100.0	100.0	100.0
	10인 미만	24.1	44.2	33.1
	10~29인	27.5	26.3	32.8
	30~49인	13.5	9.3	13.0
	50~69인	19.0	6.8	5.3
	70인 이상	16.0	13.4	15.9

주: 보호노인 수는 현원 수를 의미하며, 시설 규모는 정원 수에 따라 구분함.

자료: 보건복지부(각 연도), 노인복지시설 현황에서 인출하여 연구진이 재구성함. 노인복지시설 현황 자료는 전년도 말 시점의 자료를 당해연도에 발표하고 있으므로 각각 2009년, 2015년, 2021년 노인복지시설 현황 자료를 활용함.

방문요양은 40인의 이용자를 기준으로 인력 투입 기준 등을 반영하여 수가를 설정하였다. 그러나 방문요양기관 중 40인 이상의 기관은 전체의 16.2%에 그치고 67.0%가 20인 미만으로 나타났다. 제도 도입 이후 20인 미만의 기관의 비중은 계속적으로 증가하고 있어 소규모 방문요양기관의 난립 현상을 반영하고 있다. 평균 보호노인 수는 2008년 55.3명에서 2020년 18.7명으로 낮아지고 있으며, 특히 기관당 보호노인의 중위수는 6명으로 매우 낮게 나타났다.

표준모형에서는 방문요양이 적절한 서비스 질을 유지하는 모형을 40인의 수급자에게 서비스를 제공하는 형태로 설정하였으나 제도 운영에서는 소규모 시설로 공급이 이루어지고 있다. 이로 인해 방문요양에서는 이

용자에 대한 사례관리를 전문적으로 수행할 사회복지사 인력 투입이 이루어지지 않는 경우가 많아 서비스의 질이 기대한 만큼 이루어지지 못하는 구조이다. 특히 이는 현재 가족인 요양보호사의 운영이 방문요양 공급 시장의 질서를 무너트렸다고 평가된다.

〈표 3-20〉 방문요양 제공기관 규모별 분포

(단위: 명, 개소, %)

구분		2008	2014	2020
보호노인 수(중위수)		44.0	17.0	6.0
평균 보호노인 수		55.3	27.1	18.7
기관 수	계	1,111	992	2,656
	20인 미만	282	521	1,780
	20~39인	204	241	445
	40인 이상	545	230	431
비율	계	100.0	100.0	100.0
	20인 미만	25.4	52.5	67.0
	20~39인	18.4	24.3	16.8
	40인 이상	49.1	23.2	16.2

주: 1) 보호노인 수는 이용인원 수를 의미하며, 방문요양서비스 제공기관의 경우 정원이 없으므로 이용인원 수에 따라 구분함.

2) 이용인원 수에 결측치가 있어 규모별 기관 수를 합산한 값과 계가 일치하지 않음.

자료: 보건복지부(각 연도). 노인복지시설 현황에서 인출하여 연구진이 재구성함. 노인복지시설 현황 자료는 전년도 말 시점의 자료를 당해연도에 발표하고 있으므로 각각 2009년, 2015년, 2021년 노인복지시설 현황 자료를 활용함.

주야간보호의 표준모형은 26인을 기준으로 보상체계가 설계되었다. 주야간보호의 경우 2020년 26인 이상은 전체 주야간기관의 54.1%이며 과거에 비해 크게 그 비율이 증가하였다. 즉, 주야간보호의 경우 표준모형의 형태에 가깝게 확대되고 있는 결과이다. 평균 보호노인 수 또한 2020년 20.6명으로 나타났다.

〈표 3-21〉 주야간보호 제공기관 규모별 분포

(단위: 명, 개소, %)

구분		2008	2014	2020
보호노인 수(중위수)		14.0	15.0	19.0
평균 보호노인 수		14.7	15.8	20.6
기관 수	계	621	914	2,314
	15인 미만	253	280	336
	15~25인	282	425	725
	26인 이상	84	208	1,253
비율	계	100.0	100.0	100.0
	15인 미만	40.7	30.6	14.5
	15~25인	45.4	46.5	31.3
	26인 이상	13.5	22.8	54.1

주: 1) 보호노인 수는 이용인원 수를 의미하며, 시설 규모는 정원 수에 따라 구분함.

2) 정원 수에 결측치가 있어 규모별 기관 수를 합산한 값과 계가 일치하지 않음.

자료: 보건복지부(각 연도), 노인복지시설 현황에서 인출하여 연구진이 재구성함. 노인복지시설 현황 자료는 전년도 말 시점의 자료를 당해연도에 발표하고 있으므로 각각 2009년, 2015년, 2021년 노인복지시설 현황 자료를 활용함.

단기보호의 표준모형은 20인을 기준으로 보상체계가 설계되었다. 그러나 단기보호는 제도 초기부터 1개소 평균 12.3명을 보호했으며 그 수치는 점점 감소하고 있어 2020년에는 5.0명으로 나타났다. 즉, 공동생활 시설이 5~9인 시설이라면 단기보호는 그보다 더 적게 나타났다. 10인 미만의 단기보호가 61.6%로 높게 나타났다. 단기보호는 표준모형과는 달리 소규모로 운영되고 있으며 그 수도 점차 감소하고 있는 것으로 나타났다.

단기보호는 시설서비스 형태로 제공됨에도 불구하고 시설수가에 비해 매우 낮은 수준으로 책정되어있고, 시설 운영에서도 안정적으로 수급자를 확보하기 어려우며 이로 인해 인력 운영에도 어려움이 높아 비교적 경영위험이 적은 소규모 시설로 운영되고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-22〉 단기보호 제공기관 규모별 분포

(단위: 명, 개소, %)

구분		2008	2014	2020
보호노인 수(중위수)		10.0	5.0	0.0
평균 보호노인 수		12.3	6.8	5.0
기관 수	계	217	96	73
	10인 미만	102	67	45
	10~16인	63	17	15
	17인 이상	51	12	13
비율	계	100.0	100.0	100.0
	10인 미만	47.0	69.8	61.6
	10~16인	29.0	17.7	20.5
	17인 이상	23.5	12.5	17.8

주: 1) 보호노인 수는 이용인원 수를 의미하며, 시설 규모는 정원 수에 따라 구분함.

2) 정원 수에 결측치가 있어 규모별 기관 수를 합산한 값과 계가 일치하지 않음.

자료: 보건복지부(각 연도). 노인복지시설 현황에서 인출하여 연구진이 재구성함. 노인복지시설 현황 자료는 전년도 말 시점의 자료를 당해연도에 발표하고 있으므로 각각 2009년, 2015년, 2021년 노인복지시설 현황 자료를 활용함.

제도 초기 재가급여 이용의 표준모형은 다양한 재가급여를 혼합하여 사용하는 형태로 설계되었다. 예를 들어, 주간보호와 방문요양, 방문목욕, 방문간호의 등급별 적정 표준모형을 설계하여 월급여한도액을 설정하였다. 하지만 실제 재가급여 이용자의 경우 복합급여 이용이 원활히 이루어지고 있지 못하고 있다. 이는 이용자의 다양한 급여에 대한 경험 부족도 원인에 있겠으나, 재가 서비스 공급기관이 소규모 시설로 단일 서비스 제공을 하다 보니 다양한 서비스를 이용하고자 할 경우 이를 지원하지 못하고 있기 때문이다.

또한 현재의 재가급여의 서비스별 보상은 개별 서비스 수가로 구성됨에 따라 다양한 서비스를 혼합하여 이용하는 것에 대해 공급자와 이용자를 유인할 수 있는 기제는 부족한 상태이다.

〈표 3-23〉 장기요양 재가급여 이용자의 이용 현황

(단위: 명, %)

구분	2016	2017	2018
장기요양 이용자(A)	442,819	497,394	422,173
재가급여 이용자(B)	318,847	366,621	422,173
복합재가급여 이용자(C)	79,572	92,697	104,501
장기요양 이용자 대비 재가급여 이용자 비율(B/A)	72.0	73.7	75.3
재가급여 이용자 대비 복합재가급여 이용자 비율(C/B)	25.0	25.3	24.8
재가급여 이용자의 월한도액 대비 월 지출액 비율	74.8	75.6	79.1

자료: 강은나 외(2019). 2019년도 장기요양 실태조사. pp.72-74의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함.

## 2) 장기요양기관 규모별 장기요양기관 평가 결과

수가산정에서 설정한 급여유형별 표준모형은 서비스 질 유지의 적절한 형태 여부를 파악해보고자 한다. 요양시설의 경우 규모별 장기요양기관 평가 결과를 살펴보면, 2009년 시설평가 시 70인 시설의 57.6%가 90점 이상을 달성하여 전체의 28.0%가 90점 이상인 것과 비교할 때 월등히 좋은 서비스 질이 나타남을 보여준다.

최근 평가 결과인 2018년 평가에서도 30인 이상 시설은 26.9%가 A등급을 받은 반면, 10~29인 시설은 8.6%만이 A등급으로 나타났다. 평가 시스템이 절대평가로 변경되었음에도 불구하고 30인 미만의 소규모 노인 요양시설과 노인요양공동생활가정의 평가 결과는 여전히 C등급과 D등급의 비중이 유지되고 있는 것으로 나타났다. 즉, 현재의 인력기준을 반영하지 못한 지불보상체계는 질 낮은 요양기관의 확대를 유인하고 있음을 보여주고 있다.

〈표 3-24〉 시설급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과

(단위: %, 개소)

구분		10인 미만	10인 이상 30인 미만	30인 이상 70인 미만	70인 이상	전체
2009년	90점 이상	9.0 ( 21)	12.9 ( 40)	31.3 (121)	57.6 (152)	28.0 ( 334)
	80점 이상	13.7 ( 32)	19.9 ( 62)	32.4 (125)	21.2 ( 56)	23.0 ( 275)
	70점 이상	20.2 ( 47)	24.1 ( 75)	16.8 ( 65)	9.5 ( 25)	17.8 ( 212)
	60점 이상	18.5 ( 43)	19.9 ( 62)	11.4 ( 44)	7.2 ( 19)	14.1 ( 168)
	60점 미만	38.6 ( 90)	23.2 ( 72)	8.0 ( 31)	4.5 ( 12)	17.2 ( 205)
	계	19.5 (233)	26.0 (311)	32.3 (386)	22.1 (264)	100.0 (1,194)
구분		10인 미만	10인 이상 30인 미만	30인 이상		전체
2018년	A등급	3.9 ( 57)	8.6 ( 114)	26.9 ( 401)		13.3 ( 572)
	B등급	17.3 ( 254)	21.5 ( 285)	25.7 ( 383)		21.5 ( 922)
	C등급	24.2 ( 355)	26.3 ( 349)	22.9 ( 341)		24.4 (1,045)
	D등급	23.6 ( 347)	21.8 ( 290)	13.9 ( 207)		19.7 ( 844)
	E등급	31.0 ( 456)	21.8 ( 290)	10.6 ( 158)		21.1 ( 904)
	계	34.3 (1,469)	31.0 (1,328)	34.8 (1,490)		100.0 (4,287)

주: A등급 - 평가점수 90점 이상이면서 대분류 영역 각 70점 이상,  
 B등급 - 평가점수 80점 이상이면서 대분류 영역 각 60점 이상,  
 C등급 - 평가점수 70점 이상이면서 대분류 영역 각 50점 이상,  
 D등급 - 평가점수 60점 이상이면서 대분류 영역 각 40점 이상,  
 E등급 - D등급 기준을 충족하지 못하는 장기요양기관

자료: 1) 2009년 평가 결과는 국민건강보험공단(2012). 2011년도 장기요양기관(요양시설) 평가결과에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajDYyMDI2LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.  
 2) 2018년 평가 결과는 국민건강보험공단(2019c). 2018년 장기요양기관 시설급여 정기평가 명부에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajDcwNTA5LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

방문요양기관에 대한 평가 결과에서도 표준모형에 가까운 30인 이상 기관의 평가 결과가 우수함을 보여주고 있다. 30인 이상의 방문요양은 48.6%가 A등급이며, 10인 미만은 10.7%, 10~29인 26.1%로 나타났다.

방문요양기관 평가에서 절대평가로 전환된 2019~2020년 평가 결과에서는 전반적으로 80점 이상과 90점 이상의 비중이 36.6%와 36.2%로 크게 증가하여 전반적으로 서비스 질이 좋아진 것으로 보여진다. 그러나

방문요양기관 중 10인 미만의 기관에서는 70점 미만의 기관의 비중이 30인 이상 기관에 비해 여전히 매우 높게 나타나고 있다.

〈표 3-25〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 방문요양

(단위: %, 개소)

구분		10인 미만	10인 이상 30인 미만	30인 이상	전체
2012년	90점 이상	5.4 ( 59)	12.0 ( 306)	18.5 ( 285)	12.5 ( 650)
	80점 이상	15.3 ( 167)	21.0 ( 536)	27.8 ( 428)	21.8 (1,131)
	70점 이상	21.8 ( 239)	25.0 ( 638)	25.0 ( 386)	24.3 (1,263)
	60점 이상	21.5 ( 235)	21.0 ( 536)	16.5 ( 254)	19.7 (1,025)
	60점 미만	36.1 ( 395)	21.2 ( 541)	12.3 ( 189)	21.7 (1,125)
	계	21.1 (1,095)	49.2 (2,557)	29.7 (1,542)	100.0 (5,194)
2019~ 2020년	90점 이상	10.7 ( 80)	26.1 ( 669)	48.6 (1,760)	36.2 (2,509)
	80점 이상	30.7 (230)	39.6 (1,016)	35.8 (1,296)	36.6 (2,542)
	70점 이상	27.0 (202)	21.1 ( 542)	12.2 ( 442)	17.1 (1,186)
	60점 이상	18.2 (136)	10.0 ( 257)	3.3 ( 118)	7.4 ( 511)
	60점 미만	13.5 (101)	3.2 ( 83)	0.2 ( 7)	2.8 ( 191)
	계	10.8 (749)	37.0 (2,567)	52.2 (3,623)	100.0 (6,939)

자료: 1) 2012년 평가 결과는 국민건강보험공단(2013). 2012년 장기요양급여 평가결과 분석에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajjDYyNzY0LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

2) 2019~2020년 평가 결과는 국민건강보험공단(2021b). 2020년 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과분석 보고서에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajjDcwNTU3LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

주야간보호 기관은 타 기관에 비해 표준모형 규모와 유사한 기관 비중이 높게 나타났다. 2012년 평가 결과와 2019~2020년 평가 결과를 비교하면 90점 이상의 비율이 31.0%와 34.3%로 유사하며, 80점 이상은 29.3%와 37.1%로 증가하고 있음을 볼 수 있다. 즉, 전반적으로 평가 결과에서 서비스의 질이 좋은 시설의 비중이 높게 나타나며, 이는 서비스 질의 상향 평준화가 이루어졌다고 판단되어진다. 그럼에도 불구하고 10인 미만의 주야간보호의 경우는 70점 미만의 비율이 10인 이상 시설에

비해서 높게 나타나고 있다.

〈표 3-26〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 주야간보호

(단위: %, 개소)

구분		10인 미만	10인 이상 30인 미만	30인 이상	전체
2012년	90점 이상	20.2 ( 60)	35.0 ( 194)	58.3 ( 21)	31.0 ( 275)
	80점 이상	28.6 ( 85)	30.0 ( 166)	25.0 ( 9)	29.3 ( 260)
	70점 이상	21.5 ( 64)	18.4 ( 102)	8.3 ( 3)	19.1 ( 169)
	60점 이상	13.5 ( 40)	8.5 ( 47)	5.6 ( 2)	10.0 ( 89)
	60점 미만	16.2 ( 48)	8.1 ( 45)	2.8 ( 1)	10.6 ( 94)
	계	33.5 (297)	62.5 ( 554)	4.1 ( 36)	100.0 ( 887)
2019~ 2020년	90점 이상	19.6 ( 79)	34.0 ( 473)	46.5 (241)	34.3 ( 793)
	80점 이상	34.2 (138)	38.3 ( 533)	36.1 (187)	37.1 ( 858)
	70점 이상	25.8 (104)	17.5 ( 244)	10.6 ( 55)	17.4 ( 403)
	60점 이상	14.1 ( 57)	7.4 ( 103)	6.0 ( 31)	8.3 ( 191)
	60점 미만	6.2 ( 25)	2.7 ( 38)	0.8 ( 4)	2.9 ( 67)
	계	17.4 (403)	60.2 (1,391)	22.4 (518)	100.0 (2,312)

자료: 1) 2012년 평가 결과는 국민건강보험공단(2013). 2012년 장기요양급여 평가결과 분석에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUaijDYyNzY0LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

2) 2019~2020년 평가 결과는 국민건강보험공단(2021b). 2020년 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과분석 보고서에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUaijDcwNTU3LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

단기보호 기관의 기관평가 결과를 살펴보면, 2012년에 비해 2019~2020년 평가에서 90점 이상의 시설의 비중이 23.0%에서 12.1%로 감소하고, 70점과 80점대의 비율이 증가한 것으로 나타났다. 규모별로는 10인 미만에서 90점 이상의 비율이 높으며, 10인~30인 미만의 경우 80점 이상의 비율이 높게 나타났다. 단기보호의 경우는 수급자의 안정적인 확보가 어려운 상황으로 인하여 표준모형에 따른 운영이 현실적으로 어려운 상태이다. 따라서 서비스의 질은 표준모형에 따른 차이로 보기 어려우며, 더욱이 유형별 서비스의 질 차이가 크지 않은 것으로 분석된다.

〈표 3-27〉 재가급여 제공기관 규모별 장기요양기관 평가 결과: 단기보호

(단위: %, 개소)

구분		10인 미만	10인 이상 30인 미만	30인 이상	전체
2012년	90점 이상	19.3 (11)	30.0 (9)	-	23.0 (20)
	80점 이상	26.3 (15)	6.7 (2)		19.5 (17)
	70점 이상	26.3 (15)	30.0 (9)		27.6 (24)
	60점 이상	15.8 (9)	13.3 (4)		14.9 (13)
	60점 미만	12.3 (7)	20.0 (6)		14.9 (13)
	계	65.5 (57)	34.5 (30)		100.0 (87)
2019~ 2020년	90점 이상	13.6 (6)	9.1 (2)	-	12.1 (8)
	80점 이상	38.6 (17)	50.0 (11)		42.4 (28)
	70점 이상	34.1 (15)	36.4 (8)		34.8 (23)
	60점 이상	9.1 (4)	4.5 (1)		7.6 (5)
	60점 미만	4.5 (2)	- -		3.0 (2)
	계	66.7 (44)	33.3 (22)		100.0 (66)

자료: 1) 2012년 평가 결과는 국민건강보험공단(2013). 2012년 장기요양급여 평가결과 분석에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajDYyNzY0LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

2) 2019~2020년 평가 결과는 국민건강보험공단(2021b). 2020년 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과분석 보고서에서 인출하여 연구진이 재구성함. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajDcwNTU3LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.

장기요양제도는 투입 대비 최대 효율성을 고려한 표준모형을 기반으로 한 수가방식을 통해 서비스의 질을 확보하고자 하였다. 그러나 실제 표준모형에 따른 공급이 이루어진 급여형태는 주야간보호이며, 그 이외의 기관의 공급은 표준모형에 따르지 못하였다. 그 원인은 현재의 지불보상 체계가 서비스 공급기관의 이윤을 최대화할 수 있는 규모와 표준모형이 동일하지 않기 때문이며, 재가급여 이용에서도 다양한 혼합서비스 이용을 통한 요양보장성을 확보하고자 하였으나 실제 복합시설 또는 복합서비스를 제공을 촉진하는 보상 요소가 부재하였기 때문에 이상적인 표준모형에 따른 공급이 이루어지지 못하였다고 평가된다.

## 3) 가감산 제도의 효과성

장기요양서비스의 질 관리를 위한 방안으로 가산제도와 감산제도를 운영 중이며, 이는 제도의 서비스 질을 높이고자 한 최근 지불보상의 방향성을 반영한다.

2020년 기준 가산제를 이용한 기관은 노인요양시설은 95.8%, 공동생활가정 87.9%, 주야간 91.2%, 단기보호는 63.5%로 시설급여 제공기관과 주야간의 경우 약 90% 이상의 기관이 가산을 받고 있는 것으로 나타났다. 다만, 단기보호의 경우 수급자의 안정적 확보가 어려운 상황으로 가산을 이용하는 비율은 타 입소시설에 비해 매우 낮게 나타났다. 시설급여와 주야간/단기보호 기관의 가산청구 금액은 전체 급여청구액의 약 7.8%~13.2%이며 평균 9.4%로 나타났다.

방문형 기관 중 가산제도를 이용한 기관은 61.3%로, 방문요양의 62.1%, 방문목욕 61.6%, 방문간호 42.9%로 나타났으며, 가산금액의 비율은 평균 7.2%이며 방문요양은 7.4%이며, 방문목욕 3.5%, 방문간호 2.4%로 나타났다.

〈표 3-28〉 장기요양기관 가산운영 현황(2020년)

(단위: 개소, 억 원, %)

구분	기관		금액		
	전체 기관 <sup>1)</sup>	가산기관	청구금액	가산금액	
시설급여 및 주야간/단기보호	계	10,626	9,787 (92.1)	55,210	5,168 (9.4)
	노인요양시설	3,952	3,785 (95.8)	37,584	2,947 (7.8)
	노인요양공동 생활가정	2,058	1,810 (87.9)	3,436	458 (13.2)
	주야간보호	4,581	4,176 (91.2)	14,096	1,752 (12.4)
	단기보호	104	66 (63.5)	94	12 (12.8)

구분		기관		금액	
		전체 기관 <sup>1)</sup>	가산기관	청구금액	가산금액
방문형 시설	계	13,217	8,104 (61.3)	41,572	2,989 ( 7.2)
	방문요양	13,051	8,104 (62.1)	39,768	2,928 ( 7.4)
	방문목욕	4,309	2,654 (61.6)	1,514	53 ( 3.5)
	방문간호	543	233 (42.9)	290	7 ( 2.4)

주: 1) 전체 기관 수는 기관기호별 중복제거한 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료

구체적인 가산 내용을 살펴보면, 시설급여를 제공하는 노인요양시설의 경우 인력추가배치는 전체 가산기관 중 95.9%가 받았으며, 간호사 배치는 27.9%, 야간직원배치는 92.8%, 맞춤형서비스 제공은 27.7%가 가산 제도를 활용한 것으로 나타났다. 반면, 시설급여 중 노인요양공동생활가정의 경우 인력추가배치는 97.1%가 받고 있으나, 간호사 배치는 7.2%, 야간인력은 27.6%, 맞춤형서비스 제공은 20.2%로 서비스의 전문성과 보호 확대를 위한 간호사 배치와 야간직원 배치 가산에서는 노인요양시설에 비해 낮게 이용하고 있음을 볼 수 있다.

시설급여 제공기관의 상당수가 인력추가배치와 야간직원배치 가산을 통해 법정 기준 이상의 인력을 활용하여 서비스 질을 높이기 위한 노력이 이루어지고 있다. 그러나 정원 9인 이하의 노인요양공동생활가정은 법정 인력 기준에서도 노인요양시설에 비해 인력 기준이 양적으로도 낮고 간호 또는 물치(작업) 치료사 인력 기준 또한 낮음에도 불구하고, 가산제도에서는 인력추가배치 가산 이용도는 높으나, 간호사 배치, 야간직원배치, 맞춤형서비스 제공 가산은 이용률이 노인요양시설에 비해 상대적으로 적어서 동일 시설급여임에도 불구하고 가산제도를 통해 서비스 질의 편차를 크게 발생시키게 된다. 이는 단기보호에서도 유사한 현상으로 나타날 수 있는데, 공동생활가정과 유사하게 인력추가배치는 93.9%로 높게 나타나지만, 간호사배치와 야간직원배치 가산 이용율은 낮으며, 특히 맞춤

형서비스 제공 가산은 6.1%가 이용한 것으로 나타났다. 단기보호는 재가급여에 속해있으나, 실제적으로 서비스 제공형태는 시설급여와 유사한 24시간 요양이 이루어져야 한다는 점을 고려할 때, 법정 인력 기준이 시설급여에 비해 열악함에도 불구하고 가산 이용율도 낮음으로 인해 서비스 질이 시설급여와 비교할 때 낮아지게 된다.

주야간의 경우 또한 인력추가배치가산을 이용한 비율은 97.3%이지만, 간호사배치는 9.3%로 낮으며, 반면 맞춤형서비스 제공은 61.9%가 가산을 이용하는 것으로 나타났다.

가정방문형 기관의 가산은 사회복지사 등 배치가산으로 방문요양과 방문목욕은 2/3의 기관이 가산을 받고 있으며, 방문간호는 42.9%가 이용하는 것으로 나타났다.

〈표 3-29〉 장기요양기관의 가산 종류별 이용 현황(2020년)

(단위: 개소, %)

구분	가산기관 <sup>1)</sup>	인력추가배치	간호사배치	야간직원배치	맞춤형서비스 제공
계	9,787 (100.0)	9,469 (96.8)	1,577 (16.1)	4,007 (40.9)	3,995 (40.8)
노인요양시설	3,785 (100.0)	3,631 (95.9)	1,056 (27.9)	3,513 (92.8)	1,047 (27.7)
노인요양공동 생활가정	1,810 (100.0)	1,758 (97.1)	130 (7.2)	499 (27.6)	365 (20.2)
주야간보호	4,176 (100.0)	4,065 (97.3)	389 (9.3)	-	2,585 (61.9)
단기보호	66 (100.0)	62 (93.9)	6 (9.1)	11 (16.7)	4 (6.1)

주: 1) 전체 기관 수는 기관기호별 중복제거한 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료

장기요양기관의 감산은 정원 초과, 인력배치 기준 위반, 전문인 배상책 임보험 미가입의 3가지 유형이 적용되고 있다. 감산은 정원초과와 인력 배치 기준 위반으로 인한 서비스 질 하락에 대한 조치이며, 장기요양기관

에서 발생할 수 있는 안전 사고에 대한 전문인 배상책임보험 의무 가입을 미준수로 인한 위험에 대응기제 부족에 대한 조치이다.

노인요양시설과 공동생활가정 중 약 10% 내외가 감산을 받았으며, 주간보호와 단기보호는 20% 내외 기관이 감산을 받은 것으로 나타났다. 가정방문형 기관의 감산은 배상책임보험 미가입으로 방문요양이 37.2%, 방문목욕은 14.0%, 방문간호는 15.3%로 시설급여 제공기관에 비해 매우 높게 나타났다.

〈표 3-30〉 장기요양기관 감산운영 현황(2020년)

(단위: 개소, 억 원, %)

구 분	기관		금액		
	전체 기관 <sup>1)</sup>	감산기관	청구금액	감액	
시설급여 및 주야간/단기보호	계	10,626	1,490 (14.0)	55,210	40 (0.10)
	노인요양시설	3,952	401 (10.1)	37,584	23 (0.10)
	노인요양공동 생활가정	2,058	204 (9.9)	3,436	3 (0.10)
	주야간보호	4,581	878 (19.2)	14,096	14 (0.10)
	단기보호	104	21 (20.2)	94	0.3 (0.30)
방문형 시설	계	13,217	5,092 (38.5)	41,572	6 (0.01)
	방문요양	13,051	4,853 (37.2)	39,768	5 (0.01)
	방문목욕	4,309	603 (14.0)	1,514	0.2 (0.01)
	방문간호	543	83 (15.3)	290	0.05 (0.02)

주: 1) 전체 기관 수는 기관기호별 중복제거한 수치임.

자료: 국민건강보험공단 내부자료

감산을 받은 시설급여 및 주야간/단기보호의 1,490개소 중 감산 사유는 정원초과가 2.8%, 인력배치기준 위반이 59.6%, 배상책임보험 미가입이 49.7%로 나타났다. 특히 감산을 받은 주야간보호의 비중이 전체 기관의 19.2%였으며, 이중 절반 이상은 배상책임보험 미가입으로 인한 감산으로 나타났다.

〈표 3-31〉 장기요양기관 감산운영 현황(2020년)

(단위: 개소, 억 원, %)

구분	감액기관 <sup>1)</sup>	정원초과	인력배치기준 위반	배상책임보험 미가입
계	1,490 (100.0)	42 (2.8)	888 (59.6)	741 (49.7)
노인요양시설	398 (100.0)	12 (3.0)	262 (65.8)	161 (40.5)
노인요양공동 생활가정	204 (100.0)	3 (1.5)	108 (52.9)	107 (52.5)
주야간보호	841 (100.0)	26 (3.1)	498 (59.2)	471 (56.0)
단기보호	21 (100.0)	1 (4.8)	20 (95.2)	2 (9.5)

주: 1) 전체 기관 수는 기관기호별 중복제거한 수치임  
 자료: 국민건강보험공단 내부자료

현재 가산제도는 인력 가산에 집중되어 있다. 장기요양 급여의 특성상 인력의 양적 투입과 질적 수준은 서비스의 질 수준과 높은 상관성을 갖고 있으므로 많은 기관에서 활용되는 인력가산 제도는 서비스 질 향상에 기여할 것이다. 하지만 인력가산에서 급여 종류별 이용 차이가 발생하고 있어 기관별 서비스 질의 차이로 나타날 수 있는 우려가 있으며, 많은 기관에서 인력가산을 활용하고 있어 좋은 서비스를 유도한다는 가산의 의미보다는 기본인력수준의 상향평준화가 어느 정도 이루어진 것으로 판단된다.

## 나. 이용자 선별의 부작용

노인장기요양보험제도는 사회보험의 공적제도로서 요양을 필요로 하는 수급자는 누구나 급여에 대한 수급권을 갖고 있으며, 국가는 이에 대한 권리보장의 책임을 갖는다.

노인장기요양보험은 급여별 등급에 따른 포괄수가제, 또는 시간당 포괄수가제의 지불보상방식을 활용되고 있다. 포괄수가 방식은 관리의 편

리성은 있으나 공급기관이 자원투입을 최소화하여 이윤을 최대화하고자 하여 서비스 질이 낮아질 수 있으며 또한 자원소모가 적은 수급자를 선별하거나 돌봄이 어려운 수급자에게 급여제공을 거부하는 이용자 선별의 부작용이 발생할 수 있다. 이로 인한 수급자의 급여 이용이 제한되지 않도록 하는 것은 국가의 책임있는 제도 운영이다.

급여 이용에서의 이용자 선별의 부작용은 공식적인 자료와 통계를 통해 외부로 드러나지 않는다. 노인장기요양법 제35조 장기요양기관의 의무 1항에서는 “장기요양기관은 수급자로부터 장기요양급여신청을 받을 때 장기요양급여의 제공을 거부하여서는 아니된다. 다만, 입소정원에 여유가 없는 경우 등 정당한 사유가 있는 경우는 그러하지 아니하다”를 법적 근거로서 장기요양기관의 수급자의 급여 신청을 거부하는 것은 불법이다. 따라서 기관에서는 외부에 공식적으로 수급자 기준을 선별할 수는 없다.

하지만 기관 운영자 FGI17)에서 제시된 것과 같이 기관에서는 “선호”하는 수급자와 “비선호” 수급자가 있으며, 실제로 기관의 상황에 따라 급여 제공을 허용하지 않는 것으로 나타났다. 대표적인 비선호 수급자는 질환적 특성으로는 BPSD 동반 치매환자, 정신질환자(조현병 등), 성별로는 남성 수급자, 가구형태에서는 비독거 노인으로 나타났다.

문제 행동을 동반한 치매환자의 경우는 모든 급여유형별 제공기관에서 이에 대한 비선호 또는 돌봄이 어렵다고 응답하였다. 문제행동을 동반한 치매의 경우 인력 투입이 많으며 단체 활동의 문제로 인해 개별적 돌봄이 추가적으로 많이 요구됨에 따라 이들 수급자에 대한 급여제공을 꺼리게 된다. 또한 방문형 급여제공기관에서는 수급자의 가정을 방문하여 서비스를 제공함으로 가구형태, 성별에 대한 선호가 나타났다. 종사자가 대부

17) 자세한 내용은 본 보고서 제4장에서 기술하였다.

분 여성으로 남성 노인의 신체 특성(키, 몸무게로 인한 케어의 어려움)과 성적 추행(폭력) 위험 등으로 남성노인을 선호하지 않으며, 또한 비독거 노인, 또는 가족이 많은 경우는 수급자 이외 가족원에 대한 가사활동 증가, 서비스 제공에 대한 요구사항 증가로 인해 이들 수급자를 꺼린다는 것이다. 특히 방문요양의 경우 요양보호사가 수급자의 조건에 따라 이용자를 선택하는 경향은 일반적인 것으로 나타났다. 하지만 이용자 선별의 부작용은 수급자 규모 대비 공급이 많아 기관 운영에서 수급자 부족으로 어려움이 크기 때문에 공급거부의 문제가 크게 사회 문제화되지는 않는 것으로 보인다. 그러나 현재의 세부 보상 방식의 설계는 다음과 같은 이용자 선별의 유인 요소를 가지고 있다. 현재의 지불보상은 케어 어려움이 있는 수급자에 대한 보상이 부족하다. 방문요양은 시간당 포괄수가 방식으로 이용자의 자원투입량이 전혀 고려되지 않는다. 즉, 1등급의 신체 지원이 많이 필요로 하는 이용자와 4등급의 가사지원이 많이 필요로 하는 이용자에 대한 보상의 차등이 이루어지지 못한다. 시설급여나 주야간보호의 경우는 일당 또는 시간당 등급별 포괄수가방식의 보상을 택하고 있으나, 등급내 자원투입량이 많이 발생하는 특성 수급자와 그렇지 않은 수급자 간의 보상 차이가 없음으로 이용자 선별의 부작용은 발생하게 된다. 이용자 선별의 부작용은 포괄수가제가 갖고 있는 제한점이라고 할 때 이를 보완하기 위한 방안 모색을 필요로 한다.

## 5. 지불보상체계의 현실 기반

질 좋은 장기요양서비스가 제공되기 위해서는 적정 수준의 보상이 이루어져야 함은 자명한 사실이다. 앞서 현재 공급자의 시장 진입 정도와 경영수익 현황을 바탕으로 현재의 보상 수준은 시장 논리에서는 수준이

적합하다는 1차적 판단을 내렸다. 수가수준의 적정성을 판단하는 두 번째 기준은 현실기반한 보상 수준인가를 평가하는 것이다. 이는 사회서비스 시장의 가격을 반영하였는가를 평가함으로써 적정한 가격이 반영되었을 때 요양서비스의 적정 질이 유지되어질 수 있을 것이다. 수가 산정에서 기관 급여비 중 인건비의 비중이 높고, 이는 곧 서비스 질과 연동되어 있다. 따라서 현재 장기요양인건비의 수준과 유사 시장 가격의 비교를 통해 장기요양지불보상의 현실기반성을 파악하고자 한다.

노인장기요양은 사회복지법에 의한 사회복지기관이며, 특히 노인을 대상으로 양로시설이나 재가시설 등과 가장 유사한 업무특성을 갖는다. 노인장기요양기관은 노인복지법의 노인의료복지시설과 재가노인복지시설로 사회복지사업법에 근거한 사회복지시설이다. 대부분의 사회복지시설은 매년 보건복지부에서 발표되는 “사회복지시설 인건비 가이드라인”에 근거하여 종사자의 인건비를 책정하고 있다. 이는 「사회복지사 등 처우 및 지위 향상을 위한 법률」 제3조(사회복지사 등의 처우개선과 신분보장)와 시행령 제4조(보수수준에 관한 권고기준)에 따라서 사회복지시설 종사자에 대한 보수를 권고하고 있다. 사회복지시설 인건비 가이드라인 적용 기관은 국고지원시설과 지방이양시설 모두 포함하되, 「영유아보육법」에 따른 ‘어린이집’, 「노인장기요양보호법」에 따른 ‘노인의료복지시설’과 ‘재가노인복지시설’은 제외하고 있다. 노인장기요양기관은 노인복지법과 사회복지사업법에 근거한 사회복지시설임에도 불구하고, 사회복지시설 인건비 가이드라인에 대한 권고가 적용되지 않는다.

현재 장기요양기관에서 제공되는 인건비 수준을 가장 유사한 사회복지서비스인 양로시설 인건비 가이드라인과 비교를 통해 현실기반 보상 수준의 적합성을 파악하였다.

이를 위해 2021년 현재 장기요양기관들의 자체적 기준에 의해 지불되

는 인건비와 사회복지시설 중 노인대상시설인 양로시설 인건비 가이드에 따른 인건비 수준을 비교하는 시뮬레이션을 실시하였다. 시뮬레이션에 참여한 기관은 노인요양시설 중 비교적 대규모 시설인 70인 시설로 현원 기준 66명~143명이며, 직원 수는 46명~94명으로 나타났다. 직원의 평균 경력은 4년~6.9년으로 분포하며, 장기요양보험제도가 도입되기 이전에 개원한 시설이 3개소, 2008년과 2010년에 개원 시설이 2개소로 나타났다. 2020년 기준 총세출 대비 인건비 비율은 62.3%에서 73.8%로 나타났다.

〈표 3-32〉 노인요양시설 인건비 시뮬레이션 사례기관의 인력 및 재정현황

(단위: 명, 년, 천 원)

시설	정원	현원	직원수	직원 평균 경력	시설 지역	개원 년도	2020 재정현황		
							총세출	인건비총액	인건비비율
A	84	84	54	5.5	경남	2006년	2,536,038	1,871,922	73.8%
B	145	143	94	6.9	경기	2004년	4,426,106	3,109,747	70.3%
C	84	66	46	4.0	강원	2008년	1,851,046	1,359,317	73.4%
D	74	74	48	6.1	경기	2010년	2,805,375	1,888,777	67.3%
E	90	90	61	4.8	서울	2007년	3,485,382	2,170,385	62.3%

자료: 본 연구에서 취합한 자료를 활용하여 연구진이 작성함.

노인장기요양기관의 인건비를 2021년 사회복지시설(양로시설) 인건비 가이드라인에 따라 적용했을 때의 차이를 살펴보면, 현재 직원 1인당 월 인건비는 평균 2,429천 원이며, 시설별로 다소 차이는 있으나 거의 비슷하였다. 사회복지인건비 가이드라인을 적용한 인건비의 직원 1인당 월 인건비는 2,884천 원으로 현재에 비해 454천 원이 높게 나타났다. 시설별 현재 인건비와 가이드라인 적용 인건비의 차이의 평균 비용 차이는 최소 189천 원이 낮은 시설부터 626천 원이 낮은 시설로 편차가 있었다. 사회복지시설 인건비 가이드라인에서는 호봉에 따른 인건비의 상승이 이

루어짐에 따라 직원의 평균 경력이 가장 긴 B시설의 경우 현재 인건비와 가이드라인 적용 시의 인건비가 차이가 비교적 크게 나타났다.

〈표 3-33〉 사례분석 노인요양시설별 인건비(월) 시뮬레이션 현황

(단위: 원, %)

시설	현재 1인당 평균 인건비 (A)	사회복지인건비 가이드라인 적용 1인당 인건비 (B)	차이 (A-B)	현 인건비 대비 비율 (B/A)*100
A	2,597,689	2,969,718	-372,029	114.32
B	2,446,917	3,073,734	-626,817	125.62
C	2,231,675	2,471,525	-239,850	110.75
D	2,443,654	2,633,357	-189,703	107.76
E	2,429,363	3,275,215	-845,852	134.82
평균	2,429,860	2,884,710	-454,850	118.72

자료: 본 연구에서 취합한 자료를 활용하여 연구진이 작성함.

〈표 3-34〉 사례분석 노인요양시설 인력의 직종 및 경력별 인건비 시뮬레이션 현황

(단위: 원, %)

구분	현재 임금 1인당 평균 (A)	사회복지인건비 가이드라인 적용 인건비 (B)	차이 (A-B)	현 인건비 대비 비율 (B/A)*100	
전체	2,437,009	2,935,692	-498,683	120.46	
직종별	사회복지사	2,818,963	3,454,921	-635,958	122.56
	간호(조무)사	2,700,584	2,991,084	-290,500	110.76
	물리치료사	2,873,187	3,128,826	-255,639	108.90
	요양보호사	2,260,433	2,802,346	-541,913	123.97
	기타	2,391,317	2,810,725	-419,408	117.54
	사무국장	4,005,308	4,626,406	-621,098	115.51
	원장	5,446,064	5,533,052	-86,988	101.60
경력별	1년 미만	2,187,710	2,510,091	-322,381	114.74
	1~3년 미만	2,193,988	2,562,548	-368,560	116.80
	3~5년 미만	2,279,680	2,668,176	-388,496	117.04
	5~10년 미만	2,405,423	3,007,552	-602,129	125.03
	10년 이상	3,158,589	3,958,216	-799,627	125.32

주: 기타는 조리원, 위생원, 사무원, 관리원, 영양사 등을 포함  
 자료: 본 연구에서 취합한 자료를 활용하여 연구진이 작성함.

시뮬레이션에 참여한 5개 기관의 종사자의 직종과 경력별 현재 임금과 가이드라인 적용 시의 인건비 차이를 살펴보았다. 직종별로는 사회복지사, 사무국장의 현 인건비와 가이드라인 적용 시 인건비의 차이가 월 60만 원 이상 차이가 나타났다. 또한 요양보호사의 경우도 541천 원의 차이가 나타났으며, 간호(조무)사와 물리치료사의 차이는 290천 원과 255천 원으로 타 직종에 비해 비교적 적은 것으로 나타났다. 조리원, 위생원, 사무원 등의 인력에서도 그 차이는 419천 원으로 나타났다. 원장의 인건비 차이는 85천 원으로 가장 적게 나타났다.

경력별 현재 임금과 가이드라인 적용 시의 인건비 차이를 살펴보면, 경력이 높을수록 그 차이는 커지는 것을 볼 수 있다. 1년 미만은 368천 원의 차이이지만, 3~5년은 388천 원, 5~10년은 602천 원, 10년 이상에서는 799천 원으로 높게 나타났다.

노인장기요양보험이 도입된 2008년 이후 사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인의 상승은 꾸준히 이루어졌다. 사회복지시설의 종사자 직종별 5호봉을 기준으로 2008년과 2021년의 인건비 기준을 살펴보면 2008년 평균 임금이 979천 원이었으나, 2021년 2,415천 원으로 월평균 1,435천 원이 상승하였다. 원장과 사무국장의 낮은 임금이 크게 상향되었으며, 생활복지사 1,485천 원 상승, 생활지도원(요양보호사 직급) 1,207천 원 상승을 보인다.

〈표 3-35〉 사회복지시설 종사자 인건비(기본급) 가이드라인 변화: 5호봉 기준

(단위: 원/월)

직위 (호봉)	원장	사무국장	과장 및 생활복지사	생활지도원	기능직	관리인	평균
2008	1,227,000	1,049,000	996,000	906,000	808,000	892,000	979,667
2021	3,047,600	2,850,100	2,481,900	2,113,700	1,975,800	2,021,000	2,415,017
증가액	1,820,600	1,801,100	1,485,900	1,207,700	1,167,800	1,129,000	1,435,350

자료: 1) 보건복지부(2012). 2008년 사회복지생활시설 종사자 인건비 지원기준 관련 참고자료. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=42874&FILE\\_SEQ=112576](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=42874&FILE_SEQ=112576)에서 2021.11.24. 인출.

2) 보건복지부(2020). 2021년 사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=362702&FILE\\_SEQ=318103](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=362702&FILE_SEQ=318103)에서 2021.11.24. 인출.

사회복지시설의 종사자 가이드 임금은 크게 상승한 반면, 동일 기간 동안 사회복지서비스업 종사자 임금 변화는 크지 않았다. 2008년 월 임금이 평균이 1,687천 원에서 2020년 1,896천 원으로 12.4% 상승하였으며, 2008년을 기준으로 할 경우 임금상승률은 10.1%에 그치고 있다. 특히 2014년과 2020년에는 전년대비 임금은 오히려 감소하였다.

사회복지시설 종사자 임금 가이드라인에서는 임금의 수준이 크게 상향되었으나, 사회복지서비스업 종사자 임金的 변화는 크지 않게 나타났다. 그 이유는 통계청에서 발표되는 사회복지서비스업 종사자의 상당수는 장기요양기관 종사자 또는 보육시설 종사자이며, 이들 시설은 사회복지시설 임금 가이드라인에서 제외됨에 따라 사회복지시설 종사자 임금 가이드라인에 따른 상승효과가 없는 것으로 판단된다.

〈표 3-36〉 사회복지서비스업 종사자 임금 변화

(단위: 천 원, %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	변화율
월임금총액	1,687	1,670	1,666	1,689	1,741	1,874	1,896	12.4
전년대비 임금상승률	0.8	6.0	1.8	-2.6	1.9	7.1	-4.1	10.1

주: 변화율은 2008년 대비 2020년의 변화율을 의미함.

- 자료: 1) 2008년 자료는 고용노동부(2017). 고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및 근로조건을 활용하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT\\_PAYN108&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_PAYN108&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.
- 2) 2010~2018년 자료는 고용노동부(2021a). 고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및 근로조건(2009~2019년)을 활용하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT\\_118N\\_PAYN39&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_118N_PAYN39&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.
- 3) 2020년 자료는 고용노동부(2021b). 고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및 근로조건(2020년 이후)을 활용하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT\\_118N\\_PAYN49&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_118N_PAYN49&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.

장기요양급여는 인건비 비중이 높으나 급여에 따라 약 20~30%는 요양 물품과 공과금, 임대료 등으로 지출한다. 2008년 이후 소비자 물가지수는 22.5% 증가하였으며, 물가상승률은 9.6%이다. 또한 전체 근로자의 실질 임금 상승률의 변화는 2008년을 기준으로 할 때 15.4%가 상승하였다.

〈표 3-37〉 소비자물가지수 및 물가상승률 변화

(단위: %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	변화율
소비자물가지수	86.08	91.05	96.79	99.30	100.97	104.45	105.42	22.5
물가상승률	4.7	2.9	2.2	1.3	1.0	1.5	0.5	9.6

주: 1) 소비자물가지수는 2015년을 기준으로 산출됨.

2) 변화율은 2008년 대비 2020년의 변화율을 의미함.

- 자료: 1) 통계청(2021). 소비자물가조사: 소비자물가지수(2015=100)를 활용하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1J17003&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1J17003&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.
- 2) 통계청(2020). 소비자물가조사: 연도별 소비자물가 등락률을 활용하여 연구진이 재구성함. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1J17041&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1J17041&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.

〈표 3-38〉 실질임금상승률 변화

(단위: %)

구분	2008	2010	2012	2014	2016	2018	2020	변화율
실질임금상승률	-0.2	3.4	3.0	1.1	2.8	3.7	0.5	15.4

자료: 1) 2008~2016년 자료는 한국노동연구원(2017). 2016년 임금동향과 2017년 임금전망. p.82의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함. <https://www.kli.re.kr/downloadBbsFile.do?atchmfnlNo=12143>에서 2021.11.24. 인출.  
2) 2018년과 2020년 자료는 한국노동연구원(2021). 주요 노동동향. p.121의 내용을 활용하여 연구진이 재구성함. <https://www.kli.re.kr/downloadBbsFile.do?atchmfnlNo=15193>에서 2021.11.24. 인출.

2008년 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 물가상승률, 실질임금상승률, 사회복지서비스업 임금 상승률, 그리고 사회복지시설 종사자 임금 가이드 라인 증가율 등을 살펴보았다. 동일 시점의 장기요양수가의 상승률은 방문요양은 2008년 기준 2021년 수가가 38.1~44.3% 상승했으며, 요양시설은 28.2~57.9% 상승, 노인요양공동생활가정은 22.9~38.4% 증가하였다(〈표 3-12〉, 〈표 3-13〉 참조). 이들 수가의 증가 정도는 물가상승률이나 사회복지서비스업 임금 상승률과 비교할 때 높은 수준에 있다. 하지만 사회복지시설 종사자 임금 가이드라인의 상승폭과 비교할 때 낮은 수준이라고 볼 수 있다.

지불보상의 수준의 적절성은 앞서 살펴본 것과 같이 요양시장의 공급자의 진입과 경영수익을 기초로 하여 수가 수준의 적절성을 판단할 수 있다. 즉, 현재 상태의 수가는 기관이 흑자를 내는 수준으로 판단할 수 있다. 하지만 유사 영역의 수가 수준(임금수준)을 비교할 때 터무니 없이 적은 보상임을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 기관은 흑자 운영을 하고 있다는 것은 현재의 보상 수준에서 활용 가능한 저임금 근로자를 통한 장기요양서비스 제공이 이루어지고 있다는 것이다. 이로 인해 업무 숙련도가 높은 경력직 인력의 경우 장기요양 이외의 사회복지시설로 이직이 빈번히

발생함으로써 장기요양서비스의 질 향상을 저해하는 것으로 볼 수 있다.

즉, 현재의 지불보상의 수준은 외관상으로는 흑자운영을 하고 있으나, 인력에 대한 임금 수준이 낮음으로 인해 경력직 인력에 대한 활용 부족으로 인해 낮은 수준의 서비스 질을 유지하고 있음을 반증한다.



## 제4장

### 장기요양기관 운영자 FGI 결과

제1절 장기요양기관 운영자 FGI 개요

제2절 장기요양기관 급여유형별 운영자 FGI 의견

제3절 장기요양기관 운영자 FGI 소결



## 제 4 장 장기요양기관 운영자 FGI 결과

### 제1절 장기요양기관 운영자 FGI 개요

#### 1. 조사 목적

본 조사는 노인장기요양보험의 공급자 관점에서 현재의 지불보상 체계가 지향하는 바를 어느 정도 이해하고 있는가를 파악하고, 공급자 관점에서 생각하는 현 지불보상에 대한 문제점과 개선의견을 청취하고자 하였다. 또한 현 지불보상체제로 인한 기관 운영과 급여제공에서 나타나는 문제점을 밝히고자 하였다.

#### 2. 조사 설계

조사 대상자는 전국 노인장기요양기관 기관장 또는 사무국장 48명으로 급여 유형에 따라 시설급여 집단과 재가급여 집단으로 나누었다. 시설 지역은 서울, 경기/인천/강원, 대전/충청, 대구/경상, 호남/제주 등 5개 권역으로 구분하여 총 11개 집단을 진행하였다. 또한, 시설 유형 및 운영 주체 등이 고르게 분포되도록 선정하고자 하였다.

시설급여의 시설 유형은 노인요양시설과 노인요양공동생활시설 등 2개로 구분하였고, 운영 주체는 법인과 개인으로 구분하였다.

재가급여의 시설 유형은 방문요양서비스 제공 시설과 주·야간보호서비스 제공 시설, 단기보호 제공 시설 등 3개로 구분하였고, 마찬가지로 운영 주체는 법인과 개인으로 구분하였다. 시설급여의 경우 일부 그룹은 방

문요양서비스 제공 시설과 주·야간보호서비스 시설을 하나의 집단에서 함께 조사하였으나, 제공 서비스의 비유사성에 따라 일부 그룹은 방문요양서비스 제공 시설과 주·야간보호서비스 제공 시설로 구분하여 구성하였다. 단기보호 제공 시설은 별도의 1개 집단으로 구성하여 조사를 진행하였다.

〈표 4-1〉 FGI 참여자 집단 설계

지역	급여 유형	시설 유형
서울	시설급여	노인요양시설 노인요양공동생활가정
	재가급여	방문요양서비스 주·야간보호서비스
경기·인천·강원	시설급여	노인요양시설 노인요양공동생활가정
	재가급여	방문요양서비스
대전·충청	시설급여	노인요양시설 노인요양공동생활가정
	재가급여	주·야간보호서비스
대구·경상	시설급여	노인요양시설 노인요양공동생활가정
	재가급여	방문요양서비스 주·야간보호서비스
호남·제주	시설급여	노인요양시설 노인요양공동생활가정
	재가급여	방문요양서비스 주·야간보호서비스
수도권	재가급여	단기보호

### 3. 참여자 특성

FGI는 총 11개 그룹, 48명을 대상으로 진행하였으며, 참여자 특성은 다음과 같다.

〈표 4-2〉 FGI 참여자 특성별 대상자수

구분		대상자 수	
합계		48	
급여 유형	시설급여	22	
	재가급여	26	
시설 유형	노인요양시설	13	
	노인요양공동생활가정	9	
	방문요양서비스	11	
	주·야간보호서비스	9	
	단기보호	6	
시설 소재 지역	서울	서울	15
	경기·인천·강원	강원	1
		경기	9
	대전·충청·세종	대전	3
		충북	2
		충남	1
	대구·경상	세종	3
		대구	3
		경북	3
	호남·제주	광주	5
		전북	1
		전남	2
설립주체	개인	31	
	법인	17	

〈표 4-3〉 FGI 참여자의 일반적 특성

구분	참여자	지역	시설유형	설립주체	직책	
시설 급여	서울	A1	서울	노인요양시설	개인	기관장
		A2	서울	노인요양공동생활가정	개인	기관장
		A3	서울	노인요양시설	개인	기관장
		A4	서울	노인요양공동생활가정	사회복지법인	기관장
		A5	서울	노인요양시설	사회복지법인	기관장
	경기·인천· 강원	B1	경기	노인요양시설	사회복지법인	기관장
		B2	경기	노인요양공동생활가정	개인	기관장
		B3	경기	노인요양시설	사회복지법인	사무국장
		B4	경기	노인요양시설	개인	기관장
		B5	경기	노인요양시설	사회복지법인	사무국장
	대전·충청· 세종	C1	세종	노인요양시설	사회복지법인	사무국장
		C2	세종	노인요양시설	사회복지법인	사무국장
		C3	대전	노인요양공동생활가정	개인	기관장
		C4	충북	노인요양시설	개인	기관장
		C5	대전	노인요양공동생활가정	개인	기관장
	대구·경상	D1	대구	노인요양공동생활가정	개인	기관장
		D2	경북	노인요양시설	사회복지법인	기관장
		D3	경북	노인요양공동생활가정	개인	기관장
	호남·제주	E1	광주	노인요양시설	사회복지법인	사무국장
		E2	광주	노인요양공동생활가정	개인	사무국장
E3		전남	노인요양시설	개인	사무국장	
E4		광주	노인요양공동생활가정	개인	기관장	
재가 급여	서울	F1	서울	방문요양	개인	기관장
		F2	서울	주·야간보호	개인	기관장
		F3	서울	주·야간보호	사회복지법인	기관장
		F4	서울	주·야간보호	사회복지법인	기관장
		F5	서울	방문요양	개인	기관장
	경기·인천· 강원	G1	강원	방문요양	사회복지법인	기관장
		G2	경기	방문요양	개인	기관장
		G3	경기	방문요양	개인	기관장
G4		경기	방문요양	개인	기관장	

구분	참여자	지역	시설유형	설립주체	직책
수도권 (서울·경기)	H1	서울	단기보호	개인	기관장
	H2	서울	단기보호	개인	기관장
	H3	경기	단기보호	개인	사회복지사
	H4	서울	단기보호	개인	기관장
	H5	서울	단기보호	개인	기관장
	H6	서울	단기보호	개인	기관장
대전·충청· 세종	I1	충남	주·야간보호	개인	기관장
	I2	세종	주·야간보호	사회복지법인	사무국장 (부장)
	I3	대전	주·야간보호	개인	기관장
	I4	충북	주·야간보호	재단법인	기관장
대구·경상	J1	대구	방문요양	사단법인	기관장
	J2	대구	방문요양	개인	기관장
	J3	경북	주·야간보호	개인	기관장
호남·제주	K1	전북	방문요양	사단법인	기관장
	K2	광주	방문요양	개인	기관장
	K3	전남	주·야간보호	사회복지법인	사무국장
	K4	광주	방문요양	개인	기관장

## 제2절 장기요양기관 급여유형별 운영자 FGI 의견

### 1. 시설급여

#### 가. 요양필요도에 따라 지불보상이 이루어지는가?

시설급여를 제공하는 기관은 현재의 요양필요도를 기준으로 한 등급체계와 실제 시설 내 자원필요량을 반영하지 못한다고 인식하고 있다. 등급간 수가 차이에 대해서는 대부분 문제의식이 있었다.

와상환자가 많은 1, 2등급보다 활동성이 강한 3~5등급을 돌보는데 더 많은 인적 자원이 소모된다는 것이다. 특히 문제행동이나 공격성, 폭력성을 보이는 경우, 정신질환이 있는 경우, 치매가 있는 경우, 집착이 있는 경우, 배회를 하는 경우 등에 더 많은 인적 자원이 소모된다고 하였다. 이는 현재 요양필요도를 기준으로 한 등급체계에 대해 동의하지 못함과 동시에 같은 등급이라도 수급자의 특성에 따라 요양필요도가 차이가 있어 이를 반영하지 못한다고 하는 것이다.

“저는 포괄수가제에서 지금 등급별로 나눠놨잖아요. 사실상 나눠놓은 기준이 오히려 1등급 어르신보다 3~4등급 어르신 모시는 게 더 힘이 들거든요.” (E3)

“인지장애 쪽에 문제가 많죠. 배회, 그다음에 집착성 질환. 뭐 이런 거. 그다음에 폭력. 집착이라고 하면 뭐 화장실 5분마다 왔다 갔다 한다던가. 이런 경우들. 3~5등급도. 똑같은 2등급도 완전히 와상이어서 체위 변경을 계속 해야 하는 대상이 있고 스스로가 또 체위를 변경하는 대상도 있고. 이렇게 질환이나 인지장애에 따라서 상태들이 다 다르게 나타나요. 그래서 투입되는 양도, 한 명이 가서 케어할 수 있는 분도 있지만 신체적인 면도 있겠네요. 남자 어르신들 같은 경우 여자 간호사 한 명에서 케어할 수가 없어요. 항상 두 명에서 움직여야 되는 상황. 체위 변경도 마찬가지. 집

착중 같은 경우는 온전히 한 명이 그 어르신 앞에 붙어있어야 되는 거고.” (E4)

“사실은 1등급 어르신이 저희가 모시는 비용적인 측면에서는 가장 적게 들어요. 1등급은 지금 우리 등급 판정체계상 거의 와상이거든요. 그래서 가만히 누워계시고 할 수 있는 어떤 그 급여제공서비스가 한정이 돼 있어요. 근데 지금 시설해서 다 알고 계시겠지만 보행하는 3, 4등급 치매 인지 지원하는 이 어르신들 다 거부해요. 오셔봤자 낙상사고…” (C2)

수급자 자원필요량의 차이를 보상에 반영하기 위한 대안으로는 하나하나 행위별 수가를 적용하기에는 무리가 있으나, 병명 코드나 별도의 기준을 마련하여 추가 보상이 필요하다는 의견도 있었다.

“의학적으로 코드가 부여되는 그거를 적용을 해서 실제 등급을 분류를 더 추가할 필요는 있다고 생각이 들어요.” (E2)

중상이 갑자기 악화되는 경우, 서비스에 더 많은 자원이 들어가지만, 등급 변경이 잘 되지 않아 어려움이 있다는 의견도 있었다.

“어르신들에 대한 문제는 앞에서 계속 얘기했던 것처럼 질환에 대한 상황이에요. 신규 입소하셔도 건강한 상황에서 인지에 대한 문제가 없으면 관찰하는 과정은 크게 문제가 없지만 기존에 잘 계시다가 치매가 악화되면서 생긴 문제들이 급격하게 악화되는 상황에서 생겼을 때 인력투여가 더 많이 되는 상황들도 생기구요.” (E4)

즉, 현재의 등급을 기준으로 하여 지불보상이 이루어지고 있지만, 실제 요양현장에서는 등급별 자원필요량의 차이보다는 이용자의 자원소모량을 높이는 특성(예, 문제행동 동반 치매)에 대한 돌봄의 난이도에 대한 지불보상의 차이가 필요하다고 인식하고 있었다.

## 나. 시설급여 제공기관 유형별 지불보상의 형평성

노인요양시설과 노인요양공동생활가정 간 금액 차이에 대해서는 이해할 수 없다는 반응이 많았다. 오히려 노인요양공동생활가정이 규모가 작아 서비스의 질도 더 높고, 또 규모가 작기 때문에 들어가는 비용도 많다는 것이다. 따라서 노인요양공동생활가정의 급여가 노인요양시설보다 더 적은 것은 잘못되었다는 의견이 많았다. 노인요양시설 시설장들도 어느 정도 동의하는 입장이었다.

“(노인요양공동생활가정은) 적은 숫자의 어르신들을 같은 환경에서 보기 때문에 서비스 질은 (노인요양시설보다) 오히려 훨씬 좋다고 생각해요. 그런데 이제 종사자 입장에서 보면 노동법을 다 여기게 되죠. 그럼에도 불구하고 어르신들에게 제공되는 서비스는 저희는 오히려 안정적이다 라고 생각하거든요. 근데 수가 자체를 낮춰 버려서 사실 공생만 운영하기에는 굉장히 열악한 상태죠.” (E4)

“(제가 운영하는 시설이) 공동생활은 아니지만 말도 안 되는. 말이 안 되죠. 서비스 투입량은 똑같은 거고 오히려 공동이 더 높을텐데.” (E1)

“노인요양공동생활가정 입장에서 얘기를 하자면 애초에 이제 2008년도에는 같이 시작을 했어요, 시설하고. (급여수준이 동일) 그랬는데 이제 아까도 말씀드렸지만 몇 년을 계속 동결을 하더니...” (A2)

노인요양공동생활가정과 노인요양시설의 인력배치 기준이 다른데, 이를 동일하게 맞추고 급여도 동일하게 맞추어야 한다는 의견도 있었다. 공동생활 가정이 9인 시설이 많고 인력배치 기준이 수급자 3명당 요양보호사 1명인데, 인력배치 기준을 요양시설과 동일하게, 2.5명당 요양보호사

1명으로 해서, 10인 시설에 요양보호사 4인을 배치할 수 있게 해주면 좋겠다는 의견도 있었다.

“그러니까 이제 물론 거기에 인원을 차라리 똑같이 2.5 대 1로 똑같이 만들어주고 가격도 똑같이 해버려야 되는데.” (A5)

“그러니까 10인 이하로 해주면 10명까지 볼 수 있잖아요. 그렇게 해서 2.5 대 1로 하면 차라리 그게 더 낫지 않을까 하는 의견이 있어요.” (A2)

## 다. 수가에 따른 운영 행태: 이윤 극대화 운영방식과 이용자 선별

기관장들은 문제행동이 없고 치매가 없는 수급자를 선호하는 경향이 있었다. 1~2 등급 수급자들이 급여 비용이 높고, 거의 누워서 생활하기 때문에 서비스 측면에서도 용이한 면이 있어 선호하는 경우도 있었다.

“아까 수가 얘기할 때도 했지만 1등급 어르신이 많으면 좋아요. 그리고 3등급, 4등급 어르신들은 사실은 낙상에서 발생하는 병원 비용 같은 거 그로 인해 민사소송이라든지 형사소송이라든지 이런 거 안 걸릴라 그러면은 차라리 누워계시는 분이 시설운영자 입장에서 제일 좋은 거예요.” (C1)

또한 치매와 문제행동이 심한 경우를 선호하지 않았다. 정신질환이 있는 경우 요양원에서 감당할 수 없는 경우들이 있는데, 공단에서 등급 판정시에 걸려내야 한다는 의견이 있었다. 파킨슨 병의 경우도 시설에서 어려워하는 이용자들 중 하나였다. 남성 이용자들을 더 선호하지 않는 편이었다.

“등급의 분류로 구분을 하는 것 같지는 않고요. 어르신들의 상태에 따라서 우리 시설에서 저분을 모실 수 있는가 없는가. 그러니까 우리 시설의 인력 기준과 그분의 문제 행동의 정도를 보는 거죠. 그래서 집착증이 너무 심해서 화장실을 매번 가는 분은 도저히 감당할 수가 없어요. 한 분이 거기에 붙어 있어야 되는데 그러면 나머지 28분이 손해를 보는 상황이 생기거든요.” (E4)

“정신과적인 질환을 갖고 계셨던 분들이 60세가 되면서 정신병원을 나와서 술술 요양원 쪽으로 오는 거예요. 스키조 어르신들이거든요. 스키조 어르신들이 들어오시면 저희는 할 수 없어요.” (C2)

“남자 어르신 힘이 세고 폭력을 해요. 여자 직원들이 대부분인 요양시설에서는 여자 직원들을 할아버지들이 폭력을 해요. 여자 직원 우습게 봐요. 그래서 우리가 대응을 할 수 없기 때문에 100% 맞아야 돼요.” (D2)

보호자들의 요구사항이나 너무 과한 경우도 비선호 대상이 되었다.

“(요양시설을) 서핑하듯이 다니면서 문제를 제기해서 민원 제기하고 이런 보호자들 많아요. 그래서 시설끼리 아무개 씨, 아무개 어르신 이분은 입주 상담 와도 받지 마세요, 공유해요.” (A4)

기관장들은 현재 급여 체계 하에서 수익을 높이기 위해서는 시설의 규모가 커야 한다고 보고 있었다.

이용자 선별 현상이 알게 모르게 나타나고 있다. FGI 과정에서 중간중간 활동이 많은 치매노인에 대한 입소 거부 등이 나타나고 있다고 나왔다. 특히 돌보기 어렵다고 응답한 노인의 특성을 갖고 있다는 것은 실제적으로 시설에서 이용자가 어느정도 충분할 경우 이용자를 골라서 입소시킬 가능성이 높음을 암시한다.

## 라. 규모, 지역, 운영주체에 따른 급여 차등의 필요성

개인시설들은 법인시설에 비해 기능 보강비 지원 등이 없다는 점을 운영의 어려움으로 꼽았고, 이에 대한 지원이 필요하다고 보았다.

“법인들은 기능 보강비를 받아요. 근데 수가 자체 내에 기능 보강비가 녹아 있다고 이야기를 하거든요. 근데 법인은 똑같은 수가를 받으면서 추가적으로 기능 보강비를 다 받고 있잖아요. 그래서 그런 부분들이 사실은 시설과 개인의 어떤 차등을 주든지 아니면 기능 보강 비 자체를 수가로 반입해서 전체를 똑같이 공평하게 해주든지 그런 부분이 있어야 되지 않나” (E3)

지역에 따라서 살펴보면, 농어촌 지역에 위치한 시설들은 인력 수급의 어려움을 이야기하였다. 해당 지역에서 인력 수급을 하기가 어렵고, 가까운 도시 쪽에서 인력을 끌어오려면 교통비라도 더 지원을 해주어야 하는데, 같은 급여 체계안에서는 지원을 하기 힘들다는 것이다.

“저는 도심과 중소도시, 중소도시에선 사람이 계속 빠지고 인력을 구하기가 어려운 데 인력을 채용할 때 어떤 인센티브를 주지 못하면 결론적으로 수가 자체를 지역별로 추가적으로 해야 조금 합당하게 되지 않을까.” (C1)

“아무래도 농어촌 지역이다 보면 제일 힘든 게, 직원 구인이 제일 힘들어요. 농어촌 지역에서 우리가 더 해소할 수 있는 부분은 농어촌 지역과 도시 지역 간에 어떤 인력에 대한 차이를 좀 뒀으면 좋겠어요.” (D2)

규모 측면에서는 소규모 시설일수록 규모의 경제가 작동하지 않기 때문에 운영에 더 어려움이 크다는 의견이 주를 이루었다. 그러나 워낙 경

우가 다양하고, 법인시설이나 대도시에 위치한 시설에서도 임대료 등 나름의 어려움이 있어서 특정 규모나 지역, 운영주체 별로 급여에 차등을 두거나 지원을 해주는 것에는 의견 통일을 이루기가 어려워 보였다.

## 마. 가감산 제도의 적합성

### 1) 가산 제도

기관장들은, 서비스 질을 높이기 위해서는 기준 인원에 딱 맞추기 보다는 추가 채용이 필요한데, 그나마 가산으로 들어오는 금액이 있으니 어느 정도는 충당을 할 수 있다고 하였다. 그러나 가산으로 지급되는 금액이 추가 인력 충원 비용을 모두 감당하기에는 부족한 금액이므로, 이를 높여달라는 의견이 많았다.

“저희 같은 경우는 이제 가산을 쓸 수 있는 부분은 다 써요. 서비스 질 차원에서 쓰면 훨씬 좋습니다. 그러나 다 주는데 아니니까 운영비에서 일부 하는 형편이기 때문에 써야 할지 말아야 할지 고민을 엄청 할 수밖에 없어요. 제도는 좋지만. 그래서 이 좋은 제도를 살리려면 100% 주면 전혀 문제는 없다. 그리고 훨씬 질도 좋아질 것이다.” (E2)

가산제도를 없애고, 차라리 인력배치 기준을 강화함과 동시에 급여를 높여달라는 의견도 있었다.

“가산제도를 줄 거면 차라리 처음에 수가 자체를 높여서 주면 되지 않나 그런 생각이 좀 들거든요. 인력 기준 자체를 높여서 하고 그냥 수가를 더 높게 주고 가산제도 자체를 그냥 없앴으면 좋겠어요.” (E3)

## 2) 감산 제도

감산제도에 대해서는 불만이 많았다. 특히 일부 참석자는 인력배치 감산에서 감산을 당하게 되면, 가산이 되었던 금액까지 모두 환수를 당하게 된다고 인식하고 있다. 가산제도와 감산제도에서 추가인력배치 또는 인력기준 미준수에 대한 감산이 연동되어 적용될 수 있는 부분이 있어서 이에 대한 정확한 이해가 부족한 것으로 보여진다.

“그리고 가산을 쓴다고 해서 점수에 문제가 생겼을 때 전혀 관계가 없는 부분까지 환수해 가는 것은 이건 진짜 악법이다. 그래서 정확하게 인력을 주고 문제가 생겼으면 그 인력에 대한 환수만 돼야 되는 거지 그 가산을 썼기 때문에 그 외에 다른 것까지 모두 환수하는 것은 부당하다)” (E4)

단순 착오나 실수로 인해 기준 근로시간을 못 채우는 것, 근무시간 활용에서 일정부분 기관 운영차원에서 자율성이 부족한 부분에 대해 지나치게 엄격하게 제도에서 관리가 이루어지고 있고, 그에 대한 감산 부분에 대해 부당하다고 인식하고 있다.

“월 근무시간이 한 시간 부족하면은 한 달 치의 급여를 못 받아요. 쉽게 얘기하면. 그게 어떤 그런 조건에서 나왔는지 모르겠지만 되게 이거는 불합리한 거거든요. 한 시간을 시급으로 따지면 8,920원인데 그런 8,920원어치에 대한 건만 제해야 되는데 182만 원 183만 원에 대한 한 달 치 월급이 다 날라간다 말이에요.” (C1)

“사실 우리 요양보호사 선생님들이 30분 어떤 개인적인 문제로 인정 근무시간을 못 미칠 수도 있어요. 근데 요양 선생님들이 인정 근무시간 넘는 부분에 대해서는 인정을 안 해주면서 미달되는 부분에 대해서 감산을 하는 거거든요. ... 그러니까 그런 부분들이 사실상 현지 조사 때 환수에 대한 목적으로 가산제도를 만들지 않았나.”(E3)

농어촌 지역에서는 구인이 어려워서, 구인 노력중에 있다면 인력배치 기준 위반 감산을 유예해달라는 요구도 있었다.

“감산도 충분히 우리가 구인을 하고 있는데도 불구하고 만약에 인력을 구하지 못할 때는 징벌적이거든요. 인력이 없으면 평소에 받던 급여의 뭐 곱하기 뭐 1.5나 이 정도의 감산을 징벌적 벌금을 준다면 우리가 감수를 하겠는데 이걸 전체 청구액의 5%, 10%, 15%거든요. 이거는 급여의 몇 배가 돼요. 이거는 불합리하다.” (D2)

## 바. 비급여 항목

비급여 항목에 대해서는 식재료비와 상급침실료에 대한 의견들이 있었다. 현재 비급여 항목인 ‘식재료비’는 말 그대로 ‘재료비’고 인건비는 급여비용에 포함되어 있다는 구조인데, 실제로는 조리원이 인력배치 기준보다 더 필요하여 인건비가 부족하게 된다는 것이다. 또 위탁급식을 하는 경우와 조리원을 채용하는 경우의 형평성을 위해서도 현재의 식재료비 체계는 맞지 않다고 하였다. 즉, 식재료비를 ‘식대’로 바꿔서 인건비까지 포함해서 받게 해 주든지, 아니면 급여비용에 조리원 인건비를 제대로 반영해 달라는 요구였다.

“일단 인력 구조 자체에 조리원이 한 명이에요. 한 명으로는 세 끼를 해 드릴 수가 없거든요. 그래서 식재료비 자체에서 앞으로는 식재료비에 세 끼를 해줄 수 있는 인력을 수가에서 못 준다고 한다면 식재료 위해서 가산을 쓸 수 있는 한 명의 인건비를 쓸 수 있도록 풀어야 된다고 생각해요. 그렇지 않으면 한 명의 인건비를 더 수가에 녹여주던가.” (E1)

“지금 비급여에서 가장 문제 되는 게 식사 재료비거든요. 이게 어떻게 보면 식사 이

게 인건비가 포함돼 있다고 해서 식사 재료비만 사는 비용으로 지금 식대 비를 산출을 해요. 근데 사실상 지금 문제가 되는 부분이 위탁 시설들이거든요. 위탁시설은 대부분 이 비급여를 가지고 운영을 하는데 인건비가 들어가면 안 되거든요. 그래서 제가 알기로는 지금 논의되고 있는 게 위탁을 맡기더라도 인건비 따로 식대 비 따로 이렇게 계산을 해서 그걸 나누라고 하더라고요. 그래서 이거를 병원 이렇게 나누는 데가 없잖아요. 사실은 그래서 병원처럼 이걸 식대비로 포함을 해서 차라리 그냥 기관의 어떤 자율성을 준다고 하면 이 식대 비 안에서 인건비도 부족하면 지출할 수 있도록 해주는 게 맞지 않나 그런 생각이 들거든요” (E3)

상급침실료는 운영에 도움이 된다는 의견과, 현실적으로 보호자들의 부담 때문에 받기가 어려워 유명무실하다는 의견이 함께 있었다.

“저희 시설은 1~2인실 상급 병실료 때문에 운영비가 나오고 있다는 생각이 들어요.” (D1)

“서울은 1인실이 20만 원 30만 원 주고 부족하니까 지급한다고 해요. 근데 지방은 보호자분들이 소득이 낮잖아요. 그러다 보니까 저희도 치매 증상이 굉장히 심하고 정신 분열을 가지고 있는 분들 같은 집착증 있으신 분들은 1인실 쓰는데 상급 침실료를 청구할 수가 없어요. 지금 비용도 비싼데 어떻게 이걸 더 지급을 하나. 그러면 저희는 그냥 마이너스 구조로 가는 거예요.” (E1)

“상급 침실료는 어떻게 보면 시설운영에 맞춰서 수익을 얻기 위해 상급 침실료를 들어가요. 근데 이게 경쟁체계가 심해지면 상급 침실료 없어. (받기가 어렵다)” (C3)

## 2. 재가급여

### 가. 가정방문형 급여

#### 1) 현 지불보상체계(시간당 포괄수가제)의 적합성

현재 시간당 급여로 책정되는 방문요양 급여 방식에 대해서는, 일부 보완이 필요하다는 의견들이 있었다. 병원 이동을 동행해서 가주거나, 간단한 샤워나 목욕을 가정에서 해주는 경우 (방문목욕과는 달리) 별도 급여(행위별 수가)가 책정되었으면 좋겠다는 의견이 있었다.

또 등급이나 치매 여부에 따라 급여가 차등 책정되어야 한다는 의견도 있었다. 등급이 높다고 해서 꼭 서비스가 어려운 것은 아니고, 여러 가지 조건을 고려해야 한다는 의견이 많았다.

“요양보호사들도 어르신들 댁 가면 다 난이도가 달라요. 그 난이도의 기준을 어떻게 해서. 저희는 지금 그냥 똑같이 주면서 뭔가 포상으로 작은 선물을 좀 힘드신 분한테만 (드려요). 공식적으로는 또 못 줘요. 왜냐하면 다 난이도가 다르잖아요.” (F1)

“지금 저희 같은 경우는 목욕이 필요한 요양보호사다 그러면은 아예 오지를 않아요. 예. 목욕 안 하고요. 목욕 안 하고 기저귀 안 하겠다. 그리고 와상 노인이면 안 하겠다. 그러면 실질적으로 왜 요양보호사를 하는지 이해가 안 될 만큼 복장이 터질 일이 되게 많아요.” (F5)

“그런데 등급이 우리가 이제 보면 어떤 분은 진짜 저분은 2등급 나올 것 같은데도 4등급이고, 또 어떤 사람은 진짜 뭐 대소변도 받아내고 하는데도 5등급이고 참 그게, 참 어려워요.” (J2)

시간별 급여 차이에 대해서는 여러 의견이 있었다. 현재의 시간당 급여는 시간이 짧을수록 시간당 금액은 높은 편인데, 이를 시간당 정액으로 맞추어 달라는 의견도 있었다. 긴 시간 요양을 할수록 기관 입장에서는 수익이 낮아지게 되는 구조가 된다는 것이다. 방문형 수가에서 최대한 효율적 서비스 제공을 위해 시간당 단가에 차등을 두었는데, 실제 기관에서는 이로 인해 기관운영자 입장에서 이윤이 가장 많은 공급시간을 선택하는 효과가 발생하고 있다. 하지만 수급자가 많지 않은 상태에서 요양보호사를 4대 사회보험에 가입을 안 해도 되는 급여제공 형태를 선택하게 되는 부작용이 발생한다.

“지금 센터장들이 다 편법을 쓰는 이유가 180분을 하면 그 수가가 떨어지는 것이 적기 때문에, 이문이 적기 때문에. 150분은 그다음에 더 적고 그다음에 120분이 제일 많아요, 수가가. 근게 인자 센터장들이 어떻게 하나, 180분을 안 할라고 해요. 그 대상자는 180분이 필요한데.” (K4)

“2시간 반만 하는 것이 제일 이문이 나고. 그다음에 4대 보험도 안 들어가고. 그러니까 제일로 많이 남는 이문이 2시간 반짜리예요. 그런 게 다 편법을 쓴다고. 질적인 거시기 보다, 서비스가. 그러니까 그런 체계가 지금 엄청 잘못돼갖고 있더라고, 보면.” (K4)

한편 1, 2등급 방문요양을 하는 경우에 2022년도부터는 추가 수당이 나오게 되는 것에 대해 긍정적인 입장을 보였다.

“근데 이제 예를 들면 등급별로 이렇게 시간을 조절을 해서 시간당 배정을 또 다르게 좀 해주었으면 하는 바람이, 왜 그러냐면 와상환자하고 4등급하고 똑같은 수가를 주니 그게 잘못됐죠. 우리가 그 고생은 더하는데, 그래서 그 체계를 좀 바꿨으면 하는데 이번엔 이제 수당이 신설돼가지고 와상환자들에 대한 수당이 또 별도로 나오니까, 그것은 해소된 것 같아요.” (K4)

수가 책정의 시간 단위가 30분 단위로 되어 있는데, 시간 단위가 좀 더 세분화되면 좋겠다는 의견도 있었다.

“여기 아까 30분하고 60분 90분 단위로 돼 있잖아요. 현실을 보면 이제 어르신들의 건강 상태라든가 해야 할 일이라든가 여러 가지 사정들이 있잖아요. 저 동네 갔다 오면은 또 2시간 3시간인데 3시간 반을 할 경우 있잖아요. 그래서 30분, 60분, 90분, 120분 나눠졌는데 전 제가 볼 때는 굉장히 비합리적인 제도 같아요. 30분 일 하라고 갔는데 어르신의 입장에 따라서 59분을 했어요. 그러면 공단이 60분짜리 안 줍니다. 1분 부족해서.” (G2)

## 2) 이용자 선호 경향, 수익 극대화를 위한 운영 방식

기관 또는 요양보호사 입장별로 선호하는 수급자는 차이를 보였다. 기관장 입장에서는 기초수급자나 오래 수급할 수 있는 수급자를 선호하며, 요양보호사 입장에서는 돌봄의 강도가 낮은 수급자, 동거인 여부, 주택형태나 크기 등도 선호의 기준으로 나타났다.

선호하는 이용자는 기초생활수급자라는 경우들도 있었다. 본인부담금이 없다면 요구조건도 많지 않고, 고마워하는 마음이 크기 때문이라고 하였다. 다만 이는 기관마다 차이가 있었다. 또 인지가 어느 정도 있고, 대소변을 가릴 줄 아는 경우, 치매가 없거나 치매증상이 약한 경우를 선호하는 경향이 있었다. 요양시설이나 요양병원으로 들어가지 않고 재가급여를 오래 사용할 것으로 보이는 이용자를 선호하기도 했다.

“기초수급자. 기초수급자가 제일 편하지, 뭐. 왜냐하면 자기 돈을 안 내니까 이렇게 요구 조건도 조금 덜하고 그냥 감사하게 여기는 마음이 많고 그리고 또 기초수급자 예다가 독거노인은 요양보호사들이 1호 선호하고. 그 임대 아파트가 거기에 일하는 사람들은 이렇게 좀 큰 아파트 3, 40평 갈라 카면 아무도 안 갈라 겁니다. 12평짜리

“아파트 딱 그 몸에 익었으니까 너무 편하거든.” (J2)

“저는 선호하는 사람은 보통 등급이 낮거나 여자 어르신을 많이 선호하거든요? 그리고 혼자 살고 계시는 분들” (K2)

“2019년도 이전에는 기초수급자를 제일로 선호했어요. 기초수급자를 제일로 많이 발굴하려고 애를 쓰고 수급자가 오면 최상급으로 대접을 해요. 근데 이제 지금 현재 와서는 보험체계가 좀 바뀌졌드만요. 지금 웬만하면 9%, 6% 다 줘요(본인부담금 감면대상자 확대). 본인부담금 15%짜리가 없어요. 근데 이제 기초수급자보다 그런 사람들을 더 선호를 해요, 왜 그러냐면 일반인들은 등급을 받으면 5년, 3년 이상인데 기초수급자는 1, 2, 3년 안에 다 병원을 가든지 다른 데로 요양시설로 가버려요. 왜냐하면 돈이 안 드니까.” (K4)

비선호 대상으로는, 치매가 심한 경우, 혼자 사는 남성 노인(성추행 등의 위험), 가족이 많은 경우 등이 있었다. 가족이 많은 경우 빨래 등 집안 일을 더 많이 시키기 때문에 일이 더 힘들다는 이유였다. 보호자의 요구 사항이 너무 까다롭고 많은 경우도 비선호 대상이 되는 이유였다.

등급의 경우 1, 2등급 (방문 요양은 1, 2등급이 많이 없기는 하나) 외상 환자의 경우 서비스가 더 어렵다는 의견이 있었으나, 오히려 4등급, 5등급 치매 환자가 더 어렵다는 의견도 있는 등 경우가 다양했다. 농어촌 지역의 경우 거리가 너무 먼 이용자라는 의견도 있었다.

“그리고 비선호하는 사람은 가족이 없는 남자 어르신이에요. 그리고 또 치매 증상이 있고 신체 노출하거나 욕을 하는 등 공격성이 있는 어르신이고요. 그리고 재산이 없어서 기초수급자이신데 본인 돈을 하나도 안 쓰시고 기관에서 식사랑 음식을 다 해다 주길 원하시는 그런 분들이 있어요, 받는 거에 익숙하시가지고. 그러가지고 그런 어르신들이고, 또 이제 1등급, 2등급인데 보호자분이 있으신데 보호자분들이 엄청

까다로우셔가지고 1등급이신데 운동을 시켜 달래요.” (J2)

“치매가 좀 4등급이라도 치매가 상당히 심한 사람이 있어요. 그런 사람들은 우리가 감당을 못해요. 그다음으로, 요양보호사님을 파출부로 부리는 경향이 많아요. 그런 분들, 그런 분들은 될 수 있으면 꺼리죠. 센터를 자꾸 바꾸거나 그런 보호사들에게 좀 심하게 대하시는 분들, 그런 분들은 좀 제일 꺼리죠.... 남자는 성적인 추행을 한 다거나 대부분 그래요. 다. 극소수로 안 하는 분은 몇 분 있는데, 그렇지 않고는 대부분 그것을 좀 하시더라고. 또 가족이 인근에 계시거나, 가까운 거리에. 그러면 자꾸 왕래해서 참견을 하거든요.” (K4)

“(독거와 가족과 함께 사는 경우 중 어느 경우를 더 선호하냐는 질문에 대해) 통상적으로 독거가 낫죠.” (G3)

### 3) 규모, 지역, 운영주체에 따른 급여 차등의 필요성

농어촌 지역의 경우 장거리 지역에 교통비 지급 규정이 있다고 하는데, 현실과 안 맞아서 거의 지급이 되는 경우가 없다는 의견이 있었다.

“시골에 보이면은 장거리, 거리가 먼 곳은 교통비 지급하는 규정이 있어요. 규정은 있는데 현실하고 좀 안 맞더라고요. 엄청나게 멀어야 되는 것이라서 그것도 조금 아마 보안을 해줘야 될 것 같다는 생각이 들어요” (G2)

개인시설과 법인시설의 차이와 관련해서는, 법인시설이더라도 법인에 서 인건비 지원이 나오는 곳과 안나오는 곳이 있는 등 기관마다 달라서, 의견 통일이 어려웠다.

소규모 운영이 더 어렵다는 것에는 큰 이견이 없었다. 가산제도도 규모가 큰 시설들이 더 많은 혜택을 받는데, 소규모 시설에도 더 지원이 필요

하다는 의견이 있었다.

“지금 가산이 몇 명 이상 되면 가산이 더 큰데, 3~40명 되면 가산이 큰데 이거를 조그만 기관도 줘야 된다. 저는 그렇게 생각을 해요. 왜 조그만 기관은 적자를 보는데 그러면 안 가도 갔다고 할 수도 있고 이러는데 그런 쪽에 좀 신경을 좀 뒀서 써야 되는데…” (G3)

“규모가 있는 데서는 한 명 가산 두는 건 굉장히 쉬워요. 그렇기 때문에 인센티브도 커요. 근데 규모가 적은 데에서는 아까 말씀하신 대로 (어려워요)” (F5)

#### 4) 가감산 제도 및 비급여 항목의 적합성

방문요양에서는 5등급에 지급되는 인지활동형 급여에 대한 추가 가산(인지활동형, 5,760원)이 내년부터 없어진다는 것에 대해서 문제의식을 가지고 있었다. 치매가 있는 이용자의 경우, 치매가 없는 경우보다 서비스가 더 어려운데 가산마저 없어지면 요양보호사들이 맡으려 하지 않을 것이라는 우려가 컸다.

“그리고 또 하나는 이제 치매 어르신 케어하시는 요양보호사 선생님 5,760원을 주고 있는데 그거는 계속 유지를 해야 된다고 생각을 해요. 왜냐하면 재료비랄지 프로그램 개발이랄지 그리고 특히 이제 그 케어하면서 감정 노동 스트레스가 굉장히 많아요. 정신적인 스트레스, 뭐 신체적인 스트레스가 굉장히 심해요. (중략) 그런 부분에 있어서 굉장히 고생을 많이 하시는데, 갑자기 5,760원도 사라진다 하니까, 이게 지금 잘하고 있는데 왜 갑자기 사라질까 하는 그런 생각을 또 하면서” (K2)

“그게 내년 없으면 과연 똑같은 일인데 나는 가서 5등급 이것도 해야 되고 또 어르신 처리도 해드려야 되고 이러면 누가 5등급 하려고 하겠어요. 그러면 5등급은 약간의 거부를 하는 추세예요.” (F1)

토요일 근무에 대한 가산을 주어야 한다는 의견도 있었다.

“토요일을 지금 저기 휴일로 안 돼 있거든요. 이거는 토요일 일하시는 분들은 휴일 가산 저희 청구해도 공단에서 주고 그분들도 받아가고 이게 당연한 것 같아요. 지금 토요일은 평일이랑 똑같이 계산하거든요.” (F1)

비급여 항목으로는 병원동행 비용이나, 치매프로그램 운영 시 자료 제작비 정도는 비급여로 받을 수 있게 해주면 좋겠다는 의견이 있었다. 비급여 항목이 어려우면, 자료를 아예 공단 등에서 제작해서 지원해주면 좋겠다는 의견도 있었다.

“프로그램 활동비 그거는 우리 치매 5등급도 마찬가지로 줘야 돼요. 활동비를 안 주려면 자료를 자기들이 주든지. 돈 받는 거는 계산하고 영수증은 머리 아프니까 자료를 주면 지원받는 게 낫지.” (J2)

## 나. 주야간보호

### 1) 현 지불보상체계(시간당 등급별 포괄수가제)의 적합성

치매의 정도(경증, 중증)에 따라 급여의 차이가 있었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 또 높은 등급보다 5등급이 더 서비스가 어렵다는 의견도 있었는데, 이는 치매 돌봄으로 인한 정신적 스트레스 때문이라고 하였다. 치매와 관련된 부분을 조금이라도 가산해서 주었으면 좋겠다는 의견, 아예 등급과 상관없이 정액으로 주면 좋겠다는 의견도 있었다.

“치매 전담한다고 하더라도 치매에 따라서도 사람마다 차이가 있거든요. 그 증상이.

어떤 사람은 치매가 아주 중증인데도 5등급 받은 사람도 있고 어떤 사람은 뭐 굉장히 가벼운데도 5등급 받는 경우가 있는데 거기에 대해서 조금 상태가 위중하거나 이렇게 케어하기 힘들고 이런 분에 대해서는 좀 더 이제 가산금 정도는 붙여줘야 되지 않느냐 하는 생각이 많이 들더라고요.” (F4)

“실질적으로 5등급이 가장 힘들어요. 왜냐하면 5등급 같은 경우는 치매가 있기 때문에 자기 욕구대로 안 되면 화를 내거나 집에 간다 그러던가 하루 종일 때를 쓴다든가. 무슨 프로그램을 한다든가 할 때 방해가 많이 돼요. 오히려 2등급, 3등급 아예 휠체어 타고 꼼짝도 안 하는 사람들은 오히려 더 케어하기가 더 쉬워요. 물론 휠체어 가지고 이동 서비스 하고 그런 어려움이 있겠지만 정신적으로 스트레스가 덜하다는 얘기죠.” (I3)

“근데 솔직히 어르신들 분반을 나눌 때 등급별로 나눠서 서비스를 제공하지 않아요. 프로그램 할 때 어르신 등급별로도 안 나누기 때문에 솔직히 5등급, 4등급, 3등급 어르신들이 뭉쳐져 있고 대부분 프로그램을 오전 오후반 나눠서 케어를 한다 해도 이 분들의 수가가 차등이 있다는 거는 저는 조금 의아했어요. 등급 간 이용료가 다른데 우리는 통합을 운영하고 있는데 이게 맞지 않는 거죠.” (I2)

시간별 급여 금액에 대한 문제의식이 많았다. 특히 8시간, 10시간과 같이 2시간 단위로 책정되는 급여 체계에 대한 불만이 있었다. 9시간 50분 서비스를 해도 8시간 급여를 받게 된다는 것이며, 이를 악용하는 보호자들도 있다고 하였다. 때문에 급여 책정을 적어도 1시간 단위로는 해주어야 한다는 의견이 있었다.

“주간보호는 2시간 타임이에요. 주간보호는 9시간 해도 8시간에서 9시간 해도 안 돼요. (8시간 급여밖에 못 받아요) 그래서 주간 보호도 9시간짜리를 만들어 달라 계속 얘기를 하니깐 씨알도 안 먹혀요.” (G3)

“보호자님이 9시간 50분. 9시간 55분 해요.. 진짜. 그러면 자부담 줄거든요. 그래서 제가 10시간 해도 솔직히 말해서 10시간 10분 이용해도요. 그렇게 청구 안 해요. 왜냐면 보호자들이 그걸 또 다 보잖아요. 그거 야박하다 이런 식으로 얘기를 해요. 요구해요” (I3)

현재는 이용 시간이 적을수록 시간당 급여가 높는데, 시간당 급여를 책정할 때 일반적으로 가장 많이 사용하는 시간급(8시간 또는 10시간)에서 급여가 가장 높도록 책정해야 한다는 의견도 있었다.

“비율적으로 보면 8시간에서 10시간이 가장 많고요. 그런데 중간에 병원 가거나 이럴 경우 아니면 3시간 이상 수가는 거의 없다고 보시고 보통 이제 8시간도 많기는 한데 비율적으로 보면 8시간 이상 10시간 미만이 가장 많죠. 그래서 80% 이상은 다 그 수가에 많이 들어가죠. 사실은 8시간 이상 10시간 미만 고객의 수가가 가장 높아야 되는 게 맞긴 하죠.” (F4)

미이용 수가 지급기간도 더 길어져야 한다는 의견도 있었다.

“저는 그리고 지금 미이용 수가가 5일까지잖아요. 5일은 너무 짧은 것 같아요. 그것도 이제 50% 청구를 하는데 사실은 결석을 굉장히 높아요. 많죠. 특히나 이제 감기 철에는 입원했다가 나오시니까 보통 한 열흘 어떤 분들은 거의 장기간 하는데 저희는 5일까지만 청구할 수 있는 거잖아요. 그래서 그것도 사실은 조금 더 일정을 조정(했으면 좋겠어요). (I2)

## 2) 시설급여와 비교한 급여 차이의 적합성

주간보호시설의 경우, 요양시설이 24시간 서비스를 하기 때문에 급여가 더 높은 것은 어느 정도 인정하지만 그래도 주야간보호 수가가 더 높

아지기를 희망하였다.

“요양원이나 주간보호센터나 물론 요양원 밤에는 힘들죠. 밤에도. 그러나 주간보호센터도 그만큼 요양원에 비해서 수가가 조금 올라야지 된다. 이 생각이 들었어요.” (I2)

### 3) 이용자 선호 경향, 수익 극대화를 위한 운영 방식

주야간보호시설에서도 치매 정도가 덜한 이용자를 선호하였다. 송영을 해야 하기 때문에 거리가 너무 멀면 비선호하는 경우가 있었다. 보호자는 경우에 따라 선호 이유가 되기도 하고 비선호 이유가 되기도 하였다.

“남성보다는 여성을 선호하게 되고 여성 중에서도 치매보다는 비 치매이신 분, 거동이나 이런 게 또 가능하신 분 이런 것들을 굉장히 선호하죠. 그렇게 선호하는 이유도 노동의 강도가 달라지기 때문에 선생님들 입장들이 많이 반영이 됐다라고 보죠.” (F4)

“비선호는 거리가 멀거나 아니면은 휠체어 타고, 치매가 심한 경우 이런 경우를 비선호합니다. 우리가 케어하기 쉽고 좋은 거를 선택을 할 수는 없어요. 5등급 같은 경우도 막 배회가 심하고 폭력성 있고 이런 분들은 좀 안 좋죠. 치매가 오더라도 조금 유순하게 오신” (I3)

“혼자서 다 하실 수 있는 어르신이 제일 좋죠. 이제 치매가 덜하신 분. 대화가 되고 저희는 가족이 있는 게 더 좋습니다. 보호자들이 협조가 잘되면 굉장히 좋아요.” (J3)

“저희는 보호자 때문에 요양사가 계속 바뀌는 집도 있어요. 어르신은 좋다고 하시는데 보호자들이 요구가 너무 과한 부분도 있고 왜냐면 돈을 내시는 거는 보호자잖아요. 그러니까 막 날짜도 본인들이 저기 하면 최대한 조금 뺐다가 넣었다가 하려고도 하시고 그런 경우가 많아요.” (F3)

#### 4) 규모, 지역, 운영주체에 따른 급여 차등의 필요성

소규모시설일수록 서비스받는 인원 대비 제공인력의 비율이 높기 때문에 지원이 더 필요하다고 이야기하였다. 작은 시설일수록 1명만 나오지 않게 되어도, 급여 비용 감소로 인해 타격이 크다고 하였다.

“저희 주간 보호로 따진다면 차라리 규모가 큰 데에는 조금 덜 줘도 괜찮아요. 근데 규모가 작은 데에는 인원수가 적지만, 직원 인원은 필수적인 요소는 다 들어가 있어야 되잖아요. 소규모 같은 경우에는요. 나오는 데에서 직원 월급 주고 전기세, 수도세, 공과금 이거 내고 나면은 거의 없어요.” (K3)

“작은 시설이다 보니까 한 명만 안 나와도 이게 타격이 크거든요. 그러면 인건비 문제에서 벌써 막 큰 저기가 타격을 입으니까” (I1)

농어촌지역에서는 송영비가 현재의 지원 기준으로 부족하다는 의견이 있었다.

“차량 지원(송영비 지원)도 저기 나오긴 나오는데 뭐 먼 거리에는 조금 더 줘요. 그런데 먼 거리 돌아오는 그 교통비로 충당이 안 돼요. 부족해요.” (K3)

#### 5) 가감산 제도 및 비급여 항목의 적합성

가산제도의 경우에는, 인력배치기준 가산이 되는 부분으로 충원된 인력의 인건비를 모두 충당할 수 없으므로, 가산을 더 높여주었으면 좋겠다는 의견이 있었다.

“저희는 이제 인력배치 추가배치 하나해가지고 요양보호사를 추가 배치했거든요.

그랬더니 한 사람 급여가 좀 안 돼요. 요양보호사는 1.2배 가산이 돼가지고 나오니까 한 사람을 추가했을 때 그 한 사람이 급여가 나오면 좋은데 안 나오니까 우리 나온 거에서 또 플러스해서 줘야 되고 이렇게 된 경향이 있더라고요. 우리가 4대 보험도 들어가야 되잖아요. 퇴직금도 넣어줘야 되잖아요. 그러니까 그런 부분은 여기 가산되는 데에서 빠지는 거니까.” (K3)

가산제도와 감산제도를 분리해서 운영했으면 좋겠다는 의견이 있었다.

“가감만 분리를 해도 더 이상 어떤 다른 부작용은 없을 것 같아요. 잘못된 거는 당연히 그거는 우리가 해야 되는데 그걸 다 빼버리니까. 사회복지사든 요양사든 간호사든 우리는 지금 간호사는 안 쓰고 있지만 요양사와 사회복지 가산을 쓰고 있거든요. 요양사 쪽에서 잘못했는데 완전히 다 빼는 거예요.” (F3)

조리원이나 송영기사에 대해서도 인력배치기준 추가 가산이 있었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 가산이 전체 급여 비용의 비율로 계산되기 때문에 소규모 시설일 경우 가산의 혜택이 너무 적다는 의견도 있었다.

“어르신들 그 인원 가지고 못 보거든요. 사무를 보는 사람을 써도, 운전자를 써도 가산도 안 되고 그냥 직접 인건비로 안 들어간다는 이야기예요. 조리원은 식사 조리하는 사람이고요. 운전자도 마찬가지로 어르신들 송영하는 사람이에요. 그럼 이 사람들도 다 가산으로 인정을 해줘야 될 거 아니예요. 정원에 따라서 점수를 제한하는 거 자체도 저는 그것도 불만이거든요. 정원이 많으면 가산 점수 더 많이 주고 정원이 적으면 가산 점수 한계선. 그게 너무 낮다고 생각하거든요.” (J3)

토요일 운영을 할 수밖에 없는 경우가 많은데, 공휴일 수가를 계산해서 지급해 주던 것이 없어져서 어려움이 있다는 의견도 있었다. 또, 20시간 이상 월 20회를 이용하면 총 급여 제한 금액의 50%를 더 쓸 수 있게 해주

있던 제도가, 20%로 줄어들어 이용자들도 불편을 겪게 된다는 의견도 있었다.

“이제 그 토요일날 같은 경우 일요일 날 같은 경우 저희 일요일은 안 하지만 토요일 날 같은 경우에 예전에는 1.5를 주다 지금은 그 등급을 그 비용을 없애버렸어요.”  
(F3)

“토요일 날 이제 가산이 없어졌잖아요. 공단에서는 왜 그럼 토요일 날 가산을 없앨까. 이유는 제가 봤을 때 토, 일을 하지 말아라. 하는 뜻 같아요. 이런 것을 요구하는 것 같거든요. 근데 다른 데서는 다 이게 하지 않습니까. 또 그러면 할 수밖에 없으니까 (기관끼리 경쟁하는 입장에서 다른 곳이 하면 할 수밖에 없다는 의미)” (I1)

## 다. 단기보호

### 1) 단기보호시설 운영의 어려움

단기보호의 경우 다른 기관들과는 겪고 있는 어려움의 성격이 다소 달랐다.

단기보호 시설들은 보통 독립적으로 운영하기보다는 노인요양공동생활가정과 함께 운영하는 경우가 많았다. 운영자들은 노인요양공동생활가정을 운영하면서 남는 공간에 단기보호시설을 운영하는 것이라고 하였다 (남는 공간이 노인요양공동생활가정을 하나 더 운영할 정도의 넓이는 되지 않고, 단기보호시설을 운영할 수 있는 정도의 넓이일 때).

단기보호시설만 독립적으로 운영하는 곳이 없는 이유에 대해서는, 현재의 지불보상체계 상에서 수익이 날 수 없는 구조이기 때문이라고 입을 모았다.

“단기보호가 시설이 많지 않은 이유는 바로 그런 문제 때문에 도저히 단기보호는, 저희가 다 이렇게 (다른 시설과) 겸하고 있어요. 그래서 그나마 간신히 이렇게 단기 보호만 해가지고는 완전히 뭐 적자도 보통 적자가 아니에요.” (H2)

“그나마 이제 하고 있는 거는, (함께 운영하고 있는) 노인요양공동생활가정을 이제 (수급자가) 빠질 때 채워준다는 거 때문에 그냥 유지하고 있는 거예요.” (H6)

“저희는 그렇게 병설이니까 겨우 유지가 되는 거고, 저희 입장에서는 겨우 유지 되는데 이렇게 야간에 요양보호사 두고 하면서까지 진행을 하는 이유가 서비스적인 역할이 되게 커요. 그 시설등급이 나오기 전까지 주간보호를 이용하신, 그 시설등급이 나오기 전까지 이제 단기보호는 들어오실 수 있으니까 이제 등급 나올 때까지 단기보호를 저희가 수가가 적더라도 받아들인다든지 아니면 주간보호를 이용하시는 어르신은 뭐 이사를 가시게 되시거나 아니면 가족이 갑자기 발목이 나가가지고 이제 어르신을 2~3일 정도 못 돌볼 것 같다. 이런 경우에 이제 서비스 차원에서 단기 보호를 저희가 활성화시킨 거지 금전적인 역할로는 지금 제 역할을 하지 못하고 있다고 생각을 하고요.” (H3)

“그리고 저희가 있는 게 보통 다 서울의 임대시설들이예요, 단기들이. 그러니까 서울은 세도 비싸고, 공생이 단기가 어쨌든 수입을 내고자 하는 게 아니라 공생이 비었을 때 그냥 채워주는 그런 목적이거든요. 임대료가 비싸다 보니까 이렇게 보조하는 역할로 운영을 하는 거지 이것만 해갖고는 안 돼요. 그러니까 시설들의 개념이 아니라 임대시설이라고 우리는 다.” (H5)

단기보호시설의 운영이 어려운 이유는 입소 인원의 변동이 커 급여를 한 달을 채워서 청구할 수 없기 때문이라고 하였다. 단기보호는 성격상 인원의 변동이 클 수밖에 없는 시설인데, 수급자들이 들어오고 나간다고 해서 기본적인 고용인력을 상시적으로 해고/채용할 수 없기 때문에 기본

적인 인력 고용을 유지할 수 있는 지원이나 급여 체계가 되어야 한다고 생각하였다.

“사실 단기는 한 달 내내 청구를 할 수 없기 때문에 저는 개인적으로 단기는 인건비 지원을 주지 않으면 어렵다고 생각을 해요. 보건복지부에서는 왜 계속 어르신을 모시고 있냐 그렇게 말을 하지만, 사실 방문요양도 24시 방문요양도 있는데 단기보호 시설에만 유난히 또 사실 공생하고 똑같이 어르신을 모시고 해도 수가를 더 높게 책정하지도 않고, 그래서 더 단기보호를 어르신은 뭐 15일만 모시고 퇴소시켜라. 복지부 입장은 그런데 그러려면 인건비 지원을 해줘서 직원은 계속 상주하고 있기 때문에 거기에 대해서 뒷받침이 돼야 된다고 생각을 해요.” (H5)

“야간으로 같이 하는 입장에서 보면 주야간은 그래도 기본 어르신 유지하는 데 있어서 인원이 그 뭐 1인당 7명 이라고 이래서 그 요양보호사 한 명하고 사회복지사 하나 정도만 있어도 기본 한 어르신 열 몇 분까지 케어가 가능해요. 근데 저기 그 단기가 어르신 한 분만 들어와도 직원 3명, 기본으로 3명 주, 주, 야, 야, 휴, 휴든가 뭐 저기 뭐 주간, 야간 뭐 이런 식으로 해서 3명이 배치가 돼야지 단기를 할 수가 있어요.” (H4)

재가등급(3~5등급)을 받은 노인이 입소할 수 있는 시설이 단기보호시설 밖에 없기 때문에 수요는 많고, 건강보험공단에서도 이용자들에게 단기보호시설을 안내하는데, 정작 운영을 제대로 할 수 있는 환경을 만들어 주지 않는다는 것이다.

“공단에서 하는 얘기가 재가로 입소할 수 있어요, ‘단기보호에 찾아가시면 입소 가능하세요.’ 이렇게 안내를 해준단 말이에요“ (H4)

“지자체에서도 그렇고 공단에서도 그렇고 단기보호를 찾아요. 너무 없으니까 찾는

데 저희는 유지하기가 너무 힘들어요, 사실은.” (H1)

## 2) 타 시설과 급여 비용의 형평성

타 시설과의 급여 비용의 형평성에 대해서도 불만이 컸다.

“저는 또 그 수가부터가 일단 주간보호 10시간 이상이란 단기보호 하루랑만 비교를 해도 수가 자체가 좀 말이 안 된다고 생각을 하는데 여기서 더 조금 제가 이제 근무를 하면서 충격을 느꼈던 거는 12시간 미만 이용을 하시면 50%밖에 안 줘요. 그럴다는 거는 1등급 기준으로 하루 이제 오후 1시쯤에 입소를 하셨는데 11시간을 돌봐드리고 3만 원을 받는 거죠. 그러다 보면 이제 야간도 들어가고 주간도 들어가고 간호인력도 들어가고 시설장도 있었는데 이분에 대해서는 하루 동안 3만 원이 나오는 거예요” (H3)

“그쵸, 최소 공생 수준, 공생보다 더 높아야지. 주말에도 있잖아요, 직원들이.” (H5)

“그러니까 24시간 케어하는 서비스가 주야간 낮에 근무하는 서비스보다 더 싸요, 단기보호가. 그러니까 저는 개인적으로 의도적으로 정책적으로 단기를 없애려고 하는 것은 안 된다.” (H5)

급여가 요양시설보다 낮은 것도 문제이지만, 요양시설처럼 한 달 전체를 청구할 수 있는 것도 아니기 때문에 더 어려움이 컸다. 또한 요양보호사 인력배치 기준이 수급자 4명당 1명으로 되어 있긴 하지만, 실제로 4:1로 배치를 하면 제대로 서비스를 할 수 없어서 인력을 더 많이 쓰게 된다고 하였다.

“15일 치밖에 안 주는 거에 대해서 또 감산을 하죠. 거기다가 직원 월급은 다른 직

원하고 똑같이 줘야 되죠. 인력배치도 똑같이 해야 되죠. 말은 요양보호사 4:1이지 만 실질적으로 4:1 배치를 하면 근무가 안 나와요. 그럼 어르신들만 냅두고 직원들이 없을 순 없잖아요. 그러면 노인학대가 되는 거고.” (H5)

### 3) 서비스가 어려운 수급자

단기보호시설에서도 서비스가 어려운 대상자들은 치매가 있는 수급자들이었다. 또 수급자들이 새로운 공간에 적응하는 데에 어느 정도 시간이 걸리기 때문에 요양시설이나 노인요양공동생활가정보다 단기보호 시설이 더 서비스가 어렵다는 의견도 있었다.

“근데 사실 1~2등급보다 3, 4, 5등급이 어르신 케어가 더 힘들어요.” (H5)

“치매, 그러면 밤중에 돌아다니고 뭐 난리를 쳐놓고, 차라리 1~2등급은 가만히 계시잖아요.” (H6)

“어르신들이 들어와서 일정 시간 지나야 안정이 되시는데, 단기보호는 말 그대로 들어와서 이렇게 그 계실만하면 또 나가시거든요, 그러니까.” (H4)

### 4) 가감산 제도

가산제도는 적용되어도 받는 금액이 크지 않으며, 괜히 사용했다가 나중에 감산당하는 경우가 생길까봐 아예 포기하는 경우도 있었다. 앞에서 이야기한 병설 시설 운영 시 기관별 인력 분리 등으로 문제가 생길 경우 괜히 다른 기관까지 현지 조사 등 영향을 받게 된다는 것이다.

“뭐 요양보호사 가산받으면 되는데 그것도 15일이면 15일에 대해서 반만 주고 9일

시설은 9일 치 조금밖에 안 주니까 그렇게 많이 보탬은 안 되죠. 괜히 저거만 심하죠. 나중에 현지 조사 나왔을 때 제재만 더 심하니까 거의 안 쓰죠.” (H5)

“노인요양공동생활가정의 반이나 받을까? 가산금 자체가, 지원금 자체가 그러면서 여러 가지 제재가 많으니까.” (H2)

입소기간이 90일이 지나면 5%, 150일이 지나면 15%의 감산을 적용하는데 이 또한 현실과 맞지 않다는 의견이 많았다. 단기보호시설에서 역지로 수급자를 잡아두는 것이 아니라, 수급자가 (요양시설로 가야하는 정도의 상태인데도 불구하고) 등급 전환이 계속 되지 않는 등 모시고 있어야 할 수밖에 없는 상황인 경우가 많다는 것이다.

“90일이 지나면, 아니요, 계속 모시고 있지 않도록 돼 있잖아요. 근데 90일이 지나면 5% 감산이 돼요, 150일 지나면 15%” (H1)

“그러니까는 감산을 한 이유는 어르신들을 오래 모시고 내보낸 다음에 다른 어르신을 그런 취지에서 15% 감산 정책을 만들었는데 현실적으로는 그럴 수가 없다니까요. 진짜 시설등급으로 안 바뀐 어르신이 계속 계시는 경우도 있어요, 저희도. 어르신 신체 상태가 시설등급이 안 나와요, 가정환경이. 그리고 임대아파트 사는 어르신 계세요. 기초생활수급자 이런 분들은 가족들이 다 그 아파트를 비워줘야 되니까 주소 이전이 안 돼요. 그러니까 단기에 계속 계시는 거예요. 주소 이전해야 되니까, 시설등급” (H5)

##### 5) 인력 운용의 유연성 요구

조리원 인력을 필수배치하게 하는 것에 대해서 문제의식이 컸다. 서비스 내용이 거의 동일한 노인요양공동생활가정의 경우 조리원을 필수인력

으로 두지 않는데, 단기보호시설에 조리원을 필수인력으로 두는 것은 맞지 않다는 것이다. 위탁 급식보다는 아무래도 조리원이 바로 조리하는 음식이 낫고, 보호자들도 선호한다고 하였다. 대부분이 다른 시설과 함께 운영하는 운영자들 입장에서는 노인요양공동생활가정과 조리원을 공동으로 운영하게 해주면 좋겠다는 것이다. 구체적으로는 노인요양공동생활가정에서 조리원을 채용해서 인력배치기준 가산을 받고, 이 조리원이 단기보호시설 식사 조리도 할 수 있게 해주기를 원했다.

“그리고 공생은 조리원을 (가산) 주는데 단기(보호시설)는 정수로 한다? 그것도 말이 안 돼. 이 수가에 무슨 정수야.” (H5)

“음 왔을 때 저희한테 묻는 게 여기서 조리사가 있냐, 없냐, 여기에서 하나. 그래서 우리가 뭐 주방도 보여주고 조리사도 다 했는데도 혹시 다음에 바뀌냐. 굉장히 거기에 민감해요. 사람이 그렇잖아요. 먹는 거 엄청 중요하잖아요. 내가 바로 조리를 해서, 조리사가 해서 딱끈따끈한 거 제공하는 거 하고” (H2)

“그러니까 차라리 공생에서 우리가 그 필요 수 가산(조리원)을 받아서 단기도 같이 검하게 해주는 게 좋은 거죠.” (H5)

“조리원 필요수로 하니깐요. 조리원 비용이 따로 나가잖아요. 그런데 조리원 주5일 근무잖아요. 또 그 외에 또 그 휴무에 또 다른 분이 또 들어와야 돼요. 그런 불합리함이 있어요.” (H1)

또한 단기보호시설을 노인요양공동생활가정이나 다른 시설과 함께 운영할 경우 인력 운용에도 어느 정도 유연성을 두었으면 좋겠다는 의견이 많았다. 현재의 체계에서는 인력을 완전히 분리해서 운영해야 하고, 만약 노인요양공동생활가정의 요양보호사가 단기보호시설의 수급자를 잠시라

도 서비스했다면 근무시간에서 삭감이 되어, 이후에 감산제도 적용의 요인이 된다고도 하였다. 극단적으로는 단기보호시설 수급자가 넘어지거나 사고가 생겨도 옆에 있는 노인요양공동생활가정 요양보호사가 조치를 할 수 없다는 것이다.

“이번에 중랑구에 현지 조사 들어왔는데 그 요양사가 단기보호의 일을 했다고 그렇게 한 거야. 그래서 지금 현지 조사받았잖아. 왜 공생만 해야지 단기까지 거들어줬냐.” (H6)

“같은 병설로 운영하고 있는 곳에는 한 층에 운영을 하기 때문에 그 인력도 좀 그렇게 같이 협력해서 할 수 있도록 해줘야지 맞는 것 같아요. 단기보호 어르신이 거실에 나와서 있다가 넘어져도 공동생활의 직원이 케어하면 안 되는 상황인 거예요.” (H1)

비급여 항목으로 되었으면 좋겠는 것으로는 기저귀값, 목욕 서비스 등을 꼽았다. 다른 재가급여 서비스(방문요양, 주야간보호)의 경우 보호자가 기저귀를 사다놓거나 비용을 대지만, 단기보호시설은 시설급여 서비스들처럼 기저귀를 기관에서 제공하도록 되어 있어 문제가 있다는 것이다.

“기저귀값도 그렇고요. 그렇게 심하게 배회하시는 분들은 1:1로는 안 될 것 같거든요. 직원을 뭐 지원을 해주신다든가 뭐 며칠이라도, 며칠씩이라도 그렇게 직원 지원을 해주신다든가. 아니면 그런 부분들을 보호자님이 직접 지출을 할 수 있게 좀 해주신다든가.” (H1)

“네, (방문요양은) 집에서 (집에 있는 기저귀를) 쓰고 주야간도 본인들이 가지고 오세요. 근데 같은, 단기도 같은 재가잖아요. 근데 여기는 마치 딱 시설처럼 그냥 쓰래요, 기저귀 이런 거는. 근데 그거는 뭐 필요하면 재가고 안 필요하면 시설이고.” (H4)

“(비급여 항목 했으면 하는 것은) 병원 동행, 목욕 서비스.” (H3)

### 제3절 장기요양기관 운영자 FGI 소결

장기요양기관 공급자 FGI에서 나타난 장기요양보험제도의 지불보상에 대한 주요 의견은 다음과 같다.

시설급여 제공기관 FGI에서는 현재 시설급여의 포괄지불 방식에 대해서는 동의하지만, 등급에서의 동일 요양필요도가 이루어지지 않음으로 인해 등급보다는 치매 여부나 문제행동에 따라 자원투입의 양이 달라지고 있으므로 이에 대한 보상이 이루어져야 함을 제기하였다.

노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 보상수준의 차이에 대해서는 동일한 등급이며 똑같이 서비스를 제공함에도 불구하고 보상수준이 낮은 것에 대해서는 동의하지 않았다. 특히 노인요양공동생활가정 운영자의 관점에서는 소규모 시설이 서비스의 질이 높다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 기관 운영자 입장에서는 시설 규모에 따른 법정인력의 차이로 인한 서비스 질의 차이로 인한 보상의 차이에 대해서는 인지하지 않는 것으로 나타났다.

이용자 선별의 문제는 실제적으로 부각되지는 않으나, 인력 투입이 제한된 상황에서의 선호와 비선호 수급자의 형태가 있으며, 특히 문제행동이 있는 치매, 또는 치매 이외의 정신질환 수급자는 선호하지 않는 것으로 나타났다.

현 지불보상에서의 규모, 위치, 운영주체에 대한 동일 보상에 대해서는 각 상태별로 운영의 어려운 점이 있고 그에 따른 투입자원이 다르기 때문에 현재의 보상방식에 대한 대안을 모색하기는 어렵다는 의견이며, 각기 처한 입장에 따라서 추가의 보상 필요성을 제기하였다.

가감산 제도에서는 가산제도가 운영에 도움이 되지만 보상수준이 높지 않은 점의 문제를 제기, 감산제도에서는 감산이 과도하게 이루어진다고 인식하는 것으로 나타났다.

(표 4-4) 시설급여 제공기관 FGI 주요 내용

구분	노인요양시설 및 노인요양공동생활가정
등급별 포괄수가제 적합성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 등급보다는 치매 여부나, 문제행동 유무 등에 따라 투여되는 자원의 양이 차이나게 됨</li> <li>- 행위별 수가는 아니더라도 서비스가 어려운 대상에 대한 추가 보상이 필요함</li> <li>- 수급자의 증상이 악화되더라도 등급상향 조정이 어려움.</li> </ul>
노인요양시설과 노인요양공동생활가정 급여 차이	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 합리적이지 않음. 소규모인 노인요양공동생활가정이 서비스의 질은 더 높는데, 급여는 더 적은 것에 대한 문제의식 있음.</li> <li>- (시설유형별 법정배치기준의 차이로 인한 서비스 질에 대해서는 인식하지 못함)</li> </ul>
선호/비선호 수급자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선호: 치매가 없거나 약하고, 문제행동이 없는 수급자 / 여성 수급자를 상대적으로 더 선호하는 경우가 많음.</li> <li>- 비선호: 치매, 파킨슨 병, 정신질환, 문제행동, 배회가 심한 경우 등, 보호자의 요구사항이 너무 까다로운 경우</li> </ul>
규모, 위치, 운영주체에 따른 보상 차등	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 규모: 소규모 시설이 규모의 경제가 작동하지 않아 운영이 상대적으로 더 어려움.</li> <li>- 농어촌 지역: 구인의 어려움이 가장 크므로, 입사 유도할 수 있는 차등이나 지원에 대한 요구가 있음.</li> <li>- 개인/법인 시설 차이: 개인 시설에는 기능 보강비가 없는 것에 대한 어려움이 있음.</li> <li>- (기관이 처한 상황에 따라 차등 보상에 대한 의견은 상이하게 나타남)</li> </ul>
가감산 제도	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 가산제도는 도움이 되긴 하지만, 인력 충원 비용을 모두 충당해 주지 못하기 때문에 높여주어야 한다는 의견이 많았음. 추가 채용에 따른 4대 사회보험, 퇴직금 지급 비용 등도 고려해줄 것을 요구함.</li> <li>- 감산 제도와 가산 제도의 분리를 요구함. (감산 당할 경우 가산 금액까지 모두 환수되는 것에 대한 문제의식)</li> <li>- 구인의 어려움으로 인해 일시적으로 인력 기준이 못 미치는 경우 감산 유예를 요구함.</li> <li>- 근로시간 기준에 있어서, 단순 착오기록이나, 연차 선지급, 다른 인력이 대신 채워주는 경우 등에 대해, 기준 적용의 유연성이 필요하다는 의견이 있음.</li> </ul>
비급여 항목	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 식재료비: '재료비'만 비급여 항목이고, 인건비는 급여에 포함되어 있다고 하나, 조리원 인건비가 기준 인력보다 더 들어가게 되므로 '식재료비'를 인건비까지 포함한 '식대'로 바꾸거나, 급여 비용에 조리원 인건비를 더 반영해야 한다는 의견이 있음.</li> <li>- 상급침실료: 운영에 도움이 된다는 의견과, 보호자들이 부담스러워해서 현실적으로 청구하기 어렵다는 의견이 공존함.</li> </ul>

제가급여 제공기관의 FGI에서 나타난 주요 지불보상에 대한 의견은 다음과 같다. 방문요양 제공기관에 대한 지불보상에 대한 FGI에서는 방문요양의 시간당 지불보상 방식에서 이용자의 난이도 반영의 필요성, 목욕이나 병원 동행 등 일부 행위별 수가의 필요성, 수가 책정의 시간단위의 세분화, 토요일가에 대한 필요성에 대한 의견을 제시하였다. 또한 요양보호사가 선호하지 않은 수급자에 한 추가 보상에 대한 필요도 제기되었다.

〈표 4-5〉 방문요양 제공기관 FGI 주요 내용

구분	방문요양
시간당 수가, 시간당 등급별 수가 적합성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용자에 따라 난이도가 다르기 때문에, 치매 여부 등에 따라 차등 필요하다는 의견이 있음.</li> <li>- 서비스 난이도가 등급과 일치하지는 않음.</li> <li>- 목욕이나 병원동행 등에 대해 행위별 수가 필요하다는 의견이 있음.</li> <li>- 30분 단위 수가 책정이 아니라, 더 세분화되어야 한다는 의견이 있음.</li> <li>- 서비스 시간이 길어지면, 수익이 낮아지는 현재의 시간당 급여 체계에 대한 문제제기가 있음.</li> </ul>
선호/비선호 이용자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선호: 치매가 없거나 약한 이용자, 대소변을 가릴 수 있는 이용자</li> <li>- 비선호: 치매가 심하고, 문제행동 있는 경우, 독거 남성(성추행 위험) 이용자, 거리가 너무 먼 이용자</li> <li>- 등급에 따라서는 선호/비선호 의견이 다양함.</li> </ul>
규모, 위치, 운영주체에 따른 급여 차등	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 농어촌 지역 교통비 지원이 더 필요하다는 의견이 있음.</li> <li>- (기관이 처한 상황에 따라 보상 차등에 대한 의견에는 차이를 보임)</li> </ul>
가감산 제도	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치매 가산(인지활동형)이 없어지는 것에 대한 문제의식이 큼.</li> <li>- 토요일 근무 가산 요구.</li> </ul>

주야간보호 제공기관의 지불보상방식에 대한 FGI의 주요 내용은 자원 투입이 높아지는 이용자에게 대한 차등보상의 필요성, 현재 수가 보상단위 시간을 세분화, 농어촌 지역 송영비 물가상승을 반영, 인력가산의 비용상향 조정, 조리원 및 송영기사에 대한 인력배치 기준 가산 요구 등의 의견이 제기되었다.

〈표 4-6〉 주야간보호 제공기관 FGI 주요 내용

구분	주야간보호
시간당 수가, 시간당 등급별 수가 적합성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치매 정도에 따른 급여 차등 요구가 있음.</li> <li>- 2시간 단위로 책정되는 급여체계가 불합리하고, 1시간 단위로 책정해달라는 요구가 있음.</li> <li>- 시간당 급여 책정 시, 가장 많이 사용하는 시간급(8시간, 10시간)이 시간당 급여가 높도록 책정해달라는 요구가 있음.</li> <li>- 미이용 수가 지급 기간 연장 요구가 있음.</li> </ul>
시설급여와 비교했을 때 현 급여 형평성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 시설급여가 더 높은 것은 어느 정도 인정하나, 급여 상향 조정 요구함.</li> </ul>
선호/비선호 이용자	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 선호: 치매가 없거나 약한 이용자</li> <li>- 비선호: 치매가 심하고, 배회가 있는 경우, 거리가 너무 먼 이용자 등</li> </ul>
규모, 위치, 운영주체에 따른 급여 차등	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 소규모 시설일수록 운영이 어려움. (1인 퇴소 시 타격이 큼)</li> <li>- 농어촌 지역 송영비 부족</li> </ul>
가감산 제도	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 인력 충원 비용을 모두 충당해 주지 못하기 때문에 높여 주어야 한다는 의견이 많았음.</li> <li>- 조리원 및 송영기사 인력배치 기준 가산 요구</li> <li>- 토요일 휴일 수가 요구</li> </ul>

단기보호 제공기관의 지불보상에 대한 FGI의 주요 내용은 다음과 같다. 단기보호 제공기관에서는 지불보상 제도의 문제보다는 현재의 기관 운영의 안정성을 확보할 수 없는 급여제공 기준과 인력배치 기준, 타 급여 복합시설의 경우 인력 운영의 경직성 등에 대한 장기요양보험 제도 운영의 문제점을 제기하였다. 단기보호 급여에 대한 지불보상의 제한점으로는 시설급여와의 보상수준의 차이가 부당, 입소기간 추가로 인한 감산 제도의 부당함, 2개 이상의 급여를 제공하는 복합시설 운영에 대한 인력 운영에 대한 급여 제공기준의 변경 등의 문제를 제기하였다.

〈표 4-7〉 단기보호 제공기관 FGI 주요 내용

구분	단기보호 시설
시설 운영의 어려움	- 단기보호시설만 독립적으로 운영하여 수익을 창출하기 어려운 구조 - 입소 인원의 변동이 커, 급여만으로는 고용 유지 비용 등을 충당하기 어려움
타 시설과 급여 비용의 형평성	- 노인요양공동생활가정과 서비스 내용에 차이가 없음에도, 급여가 차이 나는 것에 대한 문제의식이 있었음. - 인력 기준 또한 현실에 맞지 않는다는 의견이 있었음.
선호/비선호 이용자	- 비선호: 치매, 배회가 있는 수급자
가감산 제도	- 가산제도는 적용되어도 받는 금액이 크지 않으며, 괜히 사용했다가 나중에 감산당하는 경우가 생각까봐 아예 포기하는 경우도 있음. - 입소기간이 90일, 150일이 지나면 각각 5%, 15%감산하는 제도를 없애달라는 요구가 있음.
인력운용의 유연성 요구	- 조리원이 필수인력으로 되어 있는 것에 대한 문제의식이 있었음. - 노인요양공동생활가정과 함께 운영하는 경우가 많기 때문에, 공동 생활 가정에서 조리원 채용하여 가산을 받고, 단기보호시설과 조리원 인력을 공동으로 운영하게 해달라는 의견이 있었음.

이상의 장기요양기관은 운영하는 공급자 관점에서의 현재의 지불보상 제도에 대해서는 장기요양급여에 대한 포괄수가 방식에 대한 전반적 동의가 있으나, 요양필요도(자원투입량)의 차이를 반영할 필요성에 대해서 제안되었다. 현재 등급별 자원투입량의 차이를 반영하지만, 그 외의 이용자의 특성에 따른 차이를 반영할 수 있는 보상의 필요성이 제기되었다.

공급자 관점에서는 인력기준의 차이와 시설설치의 차이로 인한 자원투입량이 차이가 있음에도 불구하고 이에 대한 문제 제기는 이루어지지 않았다. 시설의 유형, 규모별 설치 및 인력기준의 차이가 있음을 잘 알고 있으나, 이것의 수가 차이에 대해 낮은 이해도 또는 알고 있으나 이야기하지 않는 부분으로 나타난다. 더욱이 현재 공급기관이 30인 미만 시설이 많이 실제적으로 운영할 때도 정원을 채우지 않고 인력 투입이 많은 요양

보호사 인력에 맞춰 현원을 유지하여 최대 수입을 내는 모형으로 운영하고 있음이 나타났다. 즉, 현재의 시설 설치 및 운영기준이 반영되지 않고 동일한 수가가 이루어지는 노인요양시설에서는 표준모형 형태가 아닌 이윤을 최대화할 수 있는 30인 미만으로 설치, 요양보호사, 간호 등의 인력 구성이 최소화할 수 있는 규모로 설치, 운영되고 있다.

시설과 재가급여 제공에서 이용자 선별이 나타나고 있음이 나타났다. 활동성이 많은 치매노인 등과 같이 기관 운영 입장에서 까다로운 이용자에 대한 선별이 이루어지고 있는 것으로 보여진다. 물론 현재는 이용자 수급의 어려움으로 인해 이용자 선별 문제가 수면 위로 나타나지 않으나 실제일부 기관에서는 이용자 선별이 나타나고 이로 인해 요양병원으로의 이동 등이 나타나고 있다.



사람을  
생각하는  
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



# 제5장

## 해외 사례

제1절 독일

제2절 일본

제3절 미국

제4절 해외 사례의 함의



## 제 5 장 해외 사례

### 제1절 독일

#### 1. 장기요양공급에 대한 표준계약 및 연방권고

##### 가. 기본 원칙

독일 연방정부는 사회법전 제11권 제75조에서 장기요양서비스 공급(pflegerische Versorgung)<sup>18)</sup>과 관련하여 표준계약에 포함될 기본 원칙과 서비스 내용을 제안하지만 장기요양기관에서 제공되는 서비스 내용과 요금은 각 주마다 다르다(Bundesministerium der Justiz, BMJ, 2021a). 장기요양보험조합 주연합회는 의료보험 의료지원단과 주(州)에 등록된 민간의료보험연합회의 참여하에 주의 재가 또는 거주시설 장기요양기관 관리운영주체 연합회와 함께 통일적인 표준계약(Rahmenvertrag)을 체결한다. 이 표준계약은 보험가입자에게 효과적이고 경제적인 장기요양급여를 확보하는 것을 목적으로 한다.

교회 또는 공법상의 종교단체 또는 기타 비영리 관리운영주체에 속한

18) 'Pflege'라는 용어는 '수발', '간호', '장기요양', '보호', '돌봄' 등 다양한 말로 번역할 수 있다. 그러나 우리나라에서 이미 여러 맥락에서 다양한 용어를 사용하고 있기 때문에 'Pflege'라는 말을 일사불란하게 하나의 용어로 통일하여 번역하기란 불가능하다. 다만, 법적 제도적 차원에서는 국내에서 통용되는 '장기요양'이라는 번역이 타당하고, 돌봄의 행위적 차원에서는 '수발'이 적절하며, 재가보호·시설보호·단기보호 등의 상용화된 언어의 맥락에서는 '보호'라는 번역을 사용할 수 있다. 그러므로 이러한 번역상 어려움을 지적하면서 본 보고서에서는 사용되는 문맥과 의미에 따라 '장기요양'과 '수발(서비스)' 그리고 '보호'라는 용어를 채택하고자 한다. 이는 문장의 이해를 돕기 위한 것이며, 모두 독일어 'Pflege'의 번역임을 미리 밝혀둔다.

장기요양기관에 대해서는 해당 장기요양기관이 속해있는 교회, 종교단체 또는 복지단체연합회가 표준계약을 체결할 수 있다. 체결된 표준계약은 장기요양보험조합과 국내에 허가된 모든 장기요양기관을 직접 구속한다.

## 나. 표준계약 절차

표준계약 체결 절차에 관한 구체적인 내용은 사회법전 제11권 제75조 제1항에 규정되어 있다(BMJ, 2021a). 재가보호(ambulante Pflege)에 관한 표준계약에는 지역사회부조관리운영주체 실무협의체가, 거주시설 보호(stationäre Pflege)에 관한 표준계약에는 초지역적 사회부조관리운영주체와 지역사회부조관리운영주체 실무협의체가 계약당사자로서 계약 체결에 참여한다. 계약당사자들 간 표준계약이 성사되지 못할 경우 중재 위원회가 그 내용을 확정한다.

장기요양보험조합 최고연합회와 연방 차원의 장기요양기관 관리운영주체협회는 의료보험조합 최고연합회의 의료지원단, 등록된 민간의료보험연합회 및 독립된 전문가들의 참여하에, 지방자치단체 최고연합회의 연방협회 및 초지역적 사회부조관리운영주체의 연방실무협의체와 함께 계약의 내용에 관하여 권고안을 제출한다. 이때 그들은 장기요양직업인 협회와 장애인 및 장기요양대상자협회와 밀접히 협력한다.

장기요양보험조합 최고연합회, 초지역적 사회부조관리운영주체의 연방실무협의체, 지방자치단체 최고연합회의 연방협회, 연방 차원의 장기요양기관관리운영주체 협회는 재가 및 거주 장기요양기관의 일목요연한 부기(簿記: Pflegebuchführung)에 관한 기본원칙을 함께 통일적으로 합의한다. 이 합의는 모든 장기요양보험조합들과 그들의 연합회들 그리고 허가된 장기요양기관들에게 직접적인 구속력을 갖는다.

## 다. 표준계약의 내용

사회법전 제11권 제75조제2항에 따르면 표준계약은 다음의 내용을 규정한다(BMJ, 2021a).

- ① 호스피스를 포함한 장기요양급여의 내용, 거주시설보호의 경우 일반 장기요양급여와 숙식급여, 부가급여 사이의 구분
- ② 역량 있고 경제적인 장기요양공급을 위한 계약의 조건과 계약의 완수, 비용의 부담, 보수의 정산 및 그에 필요한 증명서와 보고서를 포함한 장기요양의 일반적 조건
- ③ 장기요양기관의 경제적이고, 능률적이며, 공급계약 중심의 인적 물적 구성에 관한 기준과 원칙
- ④ 수발의 필요성과 기간에 관한 검토
- ⑤ 장기요양대상자가 요양시설을 일시적으로 떠나는 경우(병원입원, 휴가) 장기요양비용지급의 차감
- ⑥ 의료보험 의료지원단과 (장기요양보험조합이 위임한) 기타 평가자의 장기요양기관 출입
- ⑦ 경제성심사와 비용청구심사를 위한 절차 및 심사상의 원칙
- ⑧ 먼 거리를 가지 않고 가능하면 지역과 주민 가까이에서 장기요양급여를 제공할 수 있도록 장기요양기관을 기초 및 광역자치단체 단위의 관할구역에 확정하는 원칙
- ⑨ 자조그룹의 회원과 자원봉사자, 그리고 그밖에 시민참여에 용의가 있는 사람이나 단체들이 재가 및 거주 장기요양기관에서 장기요양대상자의 돌봄에 참여할 수 있는 가능성
- ⑩ 장기요양기관의 종사자들에게 지역에서 통용되는 수준의 임금을 지급하는 절차와 심사의 원칙

⑪ 비용지급협상에서 청구하는 급여의 종류, 내용, 범위 등에 대한 적절한 증명의 요구

특히 장기요양기관의 경제적이고, 능률적이며, 공급계약 중심의 인적 물적 구성에 관한 기준과 원칙과 관련하여 주 전역에 걸친 인력수요조사 의 절차 및 장기요양시간측정의 절차 또는 주 전역에 걸친 인력기준치(Personalrichtwerte)를 합의하여야 한다. 이때 정신적 장애, 심리적 질환, 치매로 인한 능력의 장애 그리고 기타 신경계통의 질환을 가지고 있는 장기요양대상자의 특별한 수발 및 돌봄 욕구가 고려되어야 한다.

인력기준치는 일정한 범위로 합의할 수 있으나 완전거주시설 또는 부분거주시설의 경우 장기요양등급별로 분류된 시설거주자의 수와 장기요양인력 및 돌봄인력(전일제 근무인력으로 환산된)의 수 사이의 비율(기준 인력수)과 수발, 돌봄 및 의료적 간호수발 분야에서는 추가로 수발 및 돌봄인력 가운데 교육받는 전문인력이 차지하는 비율을 포함하여야 한다.

## 2. 장기요양기관의 장기요양비용 지급에 관한 공통 사항

### 가. 일반적인 내용

#### 1) 재원조달 원칙

허가받은 장기요양시설과 장기요양서비스 기관은 거주자 및 이용자에게 제공된 일반 장기요양서비스에 대하여 이에 부합하는 장기요양비용을 상환받는다. 거주시설보호 시에는 거주자로부터 숙박과 식사에 대한 적절한 요금을 받는다. 장기요양비용의 상환은 사회법전 제11권 제84조에 따라 장기요양수가(Pflegesatz)를 기준으로 측정되며, 이때 투자비용이

추가된다(Krahmer & Plantholz, 2018). 장기요양비용은 장기요양대상자 또는 비용부담주체가 부담한다. 지급될 장기요양비용에는 돌봄(Betreuung)도 포함되며, 거주시설보호를 받는 경우 법정 건강보험에 의거한 간호에 대한 수급권(사회법전 제5권 제37c조)이 없다면 의료적 간호서비스(medizinische Behandlungspflege)도 포함된다(BMJ, 2021b). 거주시설보호 시 숙박비와 식사비는 장기요양대상자 스스로 부담해야 한다.

사회법전 제11권 제82조제2항에 따르면 장기요양비용과 숙식비 요금에는 다음의 내용에 대한 비용은 포함되어서는 안 된다(BMJ, 2021a).

- 자본비용을 포함하여 장기요양기관의 운영에 필요한 건물과 기타 감가상각 회계처리가 가능한 시설물의 건축, 구매, 개조, 보충, 유지 또는 보수를 위한 조치들(장기요양비용으로 지급되는 소비목적의 물품은 예외)
- 토지의 취득과 개발
- 토지, 건물 또는 시설물의 임차, 소작, 지대, 용의 및 공동사용
- 장기요양기관의 운영개시 또는 내부운영의 변경
- 장기요양기관의 폐쇄 또는 타 업종으로의 전환.

## 2) 연방정부의 권한

연방정부는 연방참의회의의 동의하에 법규명령을 통해 다음의 사항에 관한 시행규칙을 공포할 권한을 가지며, 이는 사회법전 제11권 제83조에 명시되어 있다(BMJ, 2021a).

- ① 장기요양비용 지급에 관한 합의된 절차규정
- ② 장기요양급여의 내용, 그리고 거주시설보호의 경우 일반 장기요양급여와 숙식서비스 그리고 부가서비스의 구분

- ③ 비용 및 급여산정을 포함한 장기요양기관의 회계 및 부기규칙
- ④ 장기요양기관의 경제적이고 능률적이며, 공급계약(사회법전 제11권 제72조제1항) 중심의 인력구성과 배치에 관한 기준과 원칙
- ⑤ 앞의 ②번의 급여비용과 투자비용(사회법전 제11권 제82조제2항) 및 기타 비용 간의 좀 더 상세한 구분

### 3) 주(州)의 책임

장기요양기관의 재원조달과 관련하여 관할 주가 책임져야 할 내용은 사회법전 제11권 제82조제3항부터 5항에 규정되어 있다(BMJ, 2021a). 장기요양기관의 운영상 필요한 투자비용이나 건물 내지 기타 감가상각 회계처리 가능한 시설물의 임차, 소작, 지대, 용익 또는 공동사용을 위한 비용이 주의 공적지원금으로 모두 충당될 수 없는 경우 장기요양기관은 그 비용의 일부를 장기요양대상자에게 별도로 청구할 수 있다. 이 경우 관할 주행정기관의 동의가 필요하다. 이에 관한 상세한 사항, 특히 유지 및 보수비용의 일괄적 견적과 수용률(Belegungsquote)에 대한 사항을 포함하여 장기요양대상자에게 별도로 청구할 수 있는 비용의 종류, 액수, 기간 및 할당에 관한 자세한 사항은 주법으로 정한다.

주법에 의거한 지원금을 받지 않은 장기요양기관은 운영상 필요한 투자비용을 관할 주행정기관의 승인 없이 장기요양대상자에게 별도로 청구할 수 있다. 별도로 청구한 비용은 관할 주행정기관에 알려야 한다.

장기요양기관의 경상비에 대한 공적보조금(운영비보조금)은 장기요양비용에서 감액하여야 한다.

## 나. 교육비용 지급

### 1) 원칙

지급되는 교육비용에는 법규, 임금협약, 해당 일반 보수규정 또는 계약상의 합의를 근거로 연방법에 따라 노인장기요양 분야에서 또는 주법에 따라 노인수발부조 분야에서 교육받는 자에게 그의 실습 또는 이론 교육 기간 동안 지불해야 하는 비용 및 ‘노인수발분야 직업에 관한 법률(Gesetz über die Berufe in der Altenpflege)’에 따른 계속교육비용이 포함된다.<sup>19)</sup>

노인수발분야 직업에 관한 법률에 의거하여 장기요양기관이 노인전문요양보호사 또는 노인요양보조원을 교육시킬 수 있는 권한 내지 의무가 있다면 장기요양기관에서 교육목적으로 근무하는 자에 대한 교육비의 지급은 그가 교육을 받는 동안 일반 장기요양급여의 비용(사회법전 제11권 제84조제1항, 제89조)으로 지급될 수 있다(BMJ, 2021a). 교육비용이 장기요양기관의 장기요양수가에 반영된다면 장기요양대상자에게 할당된 비용의 몫은 시설에서 장기요양을 받는 시설거주자 전원에게 균등하게 배분되어야 한다.

### 2) 주(州)의 책임

사회법전 제11권 제82a조에 따르면 교육비용이 전부 또는 부분적으로 주법의 부과방식(Umlageverfahren)에 의해 지원되는 경우 일반 장기요

19) 독일은 장기요양인력교육에 관하여 연방 차원에서는 국가인증 노인전문요양보호사(Altenpfleger) 전문교육을 통일적으로 실행하고 있다. 그러나 주의 재원으로 운영되는 노인수발부조제도에 따른 노인요양보조원(Altenpflegehelfer) 교육에 대해서는 주법에 위임하였다.

양급여의 비용지급에서 부과금(Umlage)은 다음의 산정원칙을 기초로 계산될 때만 고려될 수 있다(BMJ, 2021a).

교육비용은 통일된 원칙에 따라 주 안에 있는 모든 인가받은 재가기관, 부분거주시설, 거주시설과 양로시설에 균등하게 배분된다.

총 부과액은 적절한 인원의 교육을 재정지원 하는데 필요한 예상자금 수요액을 초과할 수 없다.

교육장소의 유지, 보수, 개량을 위한 비용, 교육장소의 경상비(인건비와 물품비) 및 주법에 따라 부과방식의 시행을 관할하는 사무소의 운영비는 고려하지 않는다.

부과금의 수준과 산정요인은 주법이 정한 관할 부서가 장기요양수가협상이 시작되기 전 장기요양보험조합 주연합회들에게 알려주어야 한다. 부과금에서 허가된 장기요양기관들이 부담해야 할 몫의 합당한 산정과 액수에 대하여 참가자들 간 의견이 일치하지 않는 경우 중재위원회가 이를 결정하여 이에 대해서는 제소할 수 없다.

#### 다. 자원봉사자 지원

장기요양기관에 특히 자조그룹의 회원이나 자원봉사 및 기타 시민참여에 용의가 있는 개인이나 단체를 준비시키고 동반하는 교육이나 이들의 투입을 계획하고 조직화하는데 비용이 발생하거나 이들이 적절하게 사용한 경비를 보상할 경우 거주시설은 비용을 장기요양수가(Pflegesatz)에 반영하고 재가기관의 경우 비용지급(Vergütung)에 반영될 수 있다. 거주시설은 자원봉사자들의 지원을 장기요양서비스에 대한 보충적 참여로 보고 이에 대하여 실비보상을 할 수 있다(사회법전 제11권 제82a조, BMJ, 2021a).

## 라. 인건비 지원

2022년 9월 1일부터 단체협약이나 교회노동법 규정에 구속되는 요양기관은 협약 및 규정에 따라 결정된 수준 이상의 임금을 직원들에게 지급하여야 한다. 단체협약에 구속되지 않는 기관의 경우 지급된 임금은 지역의 평균 임금보다 최대 10%까지 추가로 지원된다. 장기요양수가협약서에 명시된 급여가 실제로 지급되고 있는지 확인하기 위해 장기요양보험조합은 입증에 대한 확대된 권한을 부여받는다(사회법전 제11권 제82c조, BMJ, 2021a).

## 3. 지불보상제도 결정 과정

### 가. 시설급여

#### 1) 장기요양수가(Pflegesatz) 합의 절차

거주시설에서 제공되는 장기요양급여에 대한 지불보상은 사회법전 제11권 제8장제2절에 규정되어 있다(BMJ, 2021a). 장기요양수가의 종류, 수준 및 유효기간에 관해서는 요양시설의 관리운영주체와 급여관리운영주체가 합의한다. 장기요양수가의 합의당사자(계약당사자)는 허가된 개별 요양시설의 관리운영주체, 장기요양보험조합 또는 기타 사회보험관리운영주체, 요양시설의 시설거주자를 관할하는 사회부조관리운영주체와 앞의 두 관리운영주체들의 실무협의체(Arbeitsgemeinschaft)이다. 장기요양수가의 합의는 허가된 요양시설 각각에 대하여 별도로 이루어져야 하며, 주의 요양시설협회, 장기요양보험조합 주연합회, 주에 등록된 민간

의료보험연합회는 장기요양수가 합의 절차에 참여할 수 있다.

장기요양수가의 합의는 요양시설의 관리운영주체와 장기요양수가협상에 참가한 관리운영주체 및 실무협의체들 사이에서 의견일치를 통해 이루어지며 합의는 서면으로 체결되어야 한다. 계약당사자가 장기요양수가협상에 제3자를 대리인으로 참석시킬 경우, 대리인은 협상 개시 전 다른 계약당사자들에게 서면으로 협상 및 합의체결 위임장을 제출하여야 한다.

장기요양수가의 하의나 확정에 기초가 되었던 사정에 예기치 않은 중대한 변경이 있을 경우, 계약당사자의 요구에 따라 당해 장기요양수가기간에 대하여 장기요양수가를 다시 협상하여야 한다. 특히 실제 시설거주자의 구성이 현저하게 달라졌을 때 적용된다.

## 2) 필요 서류

장기요양수가의 합의는 각 요양시설의 회계연도가 개시되기 전에 미리 장래의 기간(장기요양수가기간)에 대하여 이루어져야 한다. 요양시설은 비용지급을 청구하는 급여의 종류, 내용, 범위 및 비용을 장기요양기록 및 기타 적절한 증명을 통하여 장기요양수가협상 개시 전 미리 제시해야 한다. 또한 요양시설은 거주시설규정에 따라 요양시설 거주자의 이해를 대변하는 자의 서면의견서를 첨부하여야 한다.

요양시설의 경제성과 급여제공 능력을 평가하기 위하여 필요한 경우, 요양시설은 계약당사자 일방의 요구에 따라 추가로 서류를 제출하고 정보를 제공하여야 한다. 여기에는 합법적인 부기(Pflegebuchführung)의 원칙에 부합하는 회계연도 결산과 비용을 포함한 요양시설의 인적·물적 배치, 실제 인력배치와 편제 등 수가 결정에 중요한 자료들이 포함된다. 이때 특히 지난 장기요양수가기간과 비교해서 적절히 인상된 예상 인건비는 장기요양 수가협상에 중요한 요인으로 제시되어야 하며 개인 관련

정보는 익명화되어야 한다(사회법전 제11권 제84조제5항, BMJ, 2021a).

### 3) 중재위원회

계약당사자가 서면으로 장기요양 수가협상을 요구한 후 6주 이내에 장기요양수가의 합의가 이루어지지 않은 경우 또는 사회부조관리운영주체가 계약체결 후 2주 이내에 장기요양수가에 대하여 이의를 제기하는 경우 중재위원회가 3개월 이내에 장기요양수가를 확정한다. 사회부조관리운영주체는 중재위원회 전체를 대신하여 다만 의장과 2인의 중립적인 위원 또는 의장 혼자 결정할 것을 사전에 요구할 수 있다. 장기요양수가의 확정에 반하여 사회법원에 제소할 수 있다. 전심절차는 없으며 소의 제기에는 장기요양수가 확정유예의 효력은 없다(사회법전 제11권 제85조제5항, BMJ, 2021a).

### 4) 장기요양수가위원회

장기요양보험조합 주연합회, 등록된 민간의료보험연합회, 초지역적 또는 주법이 정한 사회부조관리운영주체 및 주의 요양시설관리운영주체협회는 계약당사자(사회법전 제11권 제85조제2항) 대신 당해 요양시설관리운영주체의 동의를 받아 장기요양수가를 합의하는 광역자치단체 차원(regional) 또는 주차원에서 활동하는 장기요양수가위원회(Pflegesatzkommission)를 구성한다(BMJ, 2021a).

크라이스(Kreis)로부터 독립된 기초자치단체나 크라이스에 있는 요양시설에 대하여 장기요양수가위원회는 당해 요양시설관리운영주체의 동의하에 동일한 급여에 대해서는 통일된 장기요양수가를 합의할 수 있다. 여기에 참여한 요양시설은 이때 합의된 장기요양수가보다 낮은 수가로

급여를 제공할 권한을 갖는다.

장기요양수가위원회 또는 계약당사자는 특히 자신들의 권리와 의무, 장기요양수가협상의 준비, 개시, 절차, 그리고 요양시설이 제출해야 하는 급여 증명과 협상기초자료의 종류와 범위 및 제출시기를 보다 상세히 규정하고 있는 표준합의(Rahmenvereinbarungen)를 체결할 수 있다(사회법전 제11권 제86조, BMJ, 2021a).

## 나. 재가급여

재가급여와 추가적인 디지털 기기의 디지털 케어 애플리케이션(DiPA)의 비용 지급에 관해서는, 사회법전 제11권 제90조의 수수료 규정이 적용되지 않는 한, 장기요양서비스기관의 관리운영주체와 장기요양보험조합 또는 기타 사회보험관리운영주체, 사회부조관리운영주체 및 이들의 실무협의체가 모든 재가서비스 이용자에 대하여 통일된 일반원칙에 따라 합의한다.

비용의 지급은 재가기관이 경제적으로 운영하면서 사업위험성에 대한 적절한 보상을 고려하여 자신의 비용을 재정적으로 조달하고 장기요양공급수임을 완수할 수 있을 정도가 되어야 한다. 이때 임금협상을 통해 합의한 임금과 교회의 노동권규정에 따른 임금을 지급하는 것이 비경제적이라는 이유로 거부되어서는 안 되며, 이를 넘어서는 급여지급은 객관적 근거가 있어야 한다. 비용부담주체에 따라 비용의 지급을 달리하는 것은 허용되지 않는다(사회법전 제11권 제89조제1항, BMJ, 2021a).

## 4. 지불보상체계 특성

### 가. 완전 거주시설의 비용 지불 체계

#### 1) 공급계약을 통한 시설보호 제공

장기요양보험조합 주연합회는 의료보험 의료지원단과 주의 등록된 민간의료보험연합회의 참여하에 주의 거주시설 장기요양기관 관리운영주체 연합회와 함께 통일적인 표준계약을 체결한다.

시설보호는 오직 공급계약을 체결한 인가받은 장기요양기관을 통해서만 시설보호를 제공할 수 있다. 다수의 적합한 장기요양기관 중에서 불가피하게 선택해야 하는 경우, 공급계약은 비영리 민간기관과 우선적으로 체결해야 한다. 공급계약에는 장기요양기관이 계약기간동안 보험가입자에게 제공해야 하는 일반적 장기요양급여의 종류, 내용 및 범위(사회법전 제11권 제84조제4항)가 정해져 있어야 한다(BMJ, 2021a).

공급계약은 주법에 의거하여 지역의 관리운영주체가 장기요양기관의 관할권을 가지고 있지 않은 한, 주의 초지역적 사회부조관리운영주체와 합의하에 장기요양기관 관리운영주체 또는 대리권한을 가진 동일한 관리운영주체들의 연합회와 장기요양보험조합 주연합회 간에 체결된다(양난주 외, 2020). 한 장기요양기관 관리운영주체가 여러 개별 분점들을 갖고 있는 경우를 포함하여 자립적으로 경영하는 다수의 또는 모든 장기요양기관들에 대하여 특히 다양한 공급영역들 간의 지역기반 지원을 보장하기 위하여 통일적인 공급계약(전체공급계약)을 체결할 수 있다. 이 공급계약을 체결하여야만 장기요양기관은 계약기간동안 보험가입자에게 장기요양급여를 공급할 수 있다. 인가받은 장기요양기관은 장기요양공급을 위임받은 차원에서 보험가입자에게 장기요양급여를 공급할 의무를 지며,

장기요양보험조합은 장기요양기관이 제공한 급여에 대해 그 비용을 지급해야 한다(사회법전 제11권 제73조, BMJ, 2021a).

공급계약은 각 계약당사자들에 의하여 1년의 해지기간을 두고 전부 또는 부분적으로 해지될 수 있다. 그러나 장기요양보험조합 주연합회는 인가받은 장기요양시설이 단순히 일시적이지 않은 수준에서 규정된 요건을 충족하지 않거나 더 이상 충족하지 않을 경우에만 해지할 수 있다. 이는 또한 장기요양기관이 장기요양대상자에게 최대한 자립적이고 자율적인 생활을 제공하고, 장기요양대상자가 육체적 정신적 그리고 정서적 능력을 회복하거나 유지할 수 있도록 가능한 도움을 주며, 서비스를 제공하는데 장기요양대상자의 요구를 반영해야 하는 의무를 심하게 위반하는 경우에도 유효하다. 장기요양보험조합 주연합회가 계약을 해지하기 위해서는 관할 사회부조관리운영주체와 합의하여야 한다.

공급계약의 해지를 피하기 위하여 장기요양보험조합 주연합회는 관할 사회부조 관리운영주체와의 합의하에 장기요양기관 관리운영주체와 특히 다음의 사항을 합의할 수 있다(사회법전 제11권 제74조제1항, BMJ, 2021a).

- ① 책임을 맡은 전문장기요양인력 및 그 밖의 간부가 가까운 시기에 적절한 한 보습 및 계속교육을 성공적으로 수료할 것,
- ② 계약해지의 이유가 해결될 때까지 장기요양필요자에게 수발, 돌봄 및 보호서비스를 전체적으로 또는 부분적으로 제공하지 않을 것.

장기요양기관이 장기요양대상자나 그의 비용부담자에 대해 법적 또는 계약상의 의무를 현저히 위반하여 계약유지를 기대할 수 없게 될 경우, 장기요양보험조합 주연합회는 해지기간 없이 곧바로 공급계약을 해지할 수 있다. 그 예로 장기요양대상자가 장기요양기관의 의무위반으로 손해를 입게 되거나 장기요양기관이 제공하지도 않은 비용을 비용부담자에게

공제하는 경우를 들 수 있다. 요양시설의 관리운영주체가 거주시설법의 규정(heimrechtliche Vorschriften)에 따라 운영허가를 박탈당하거나 또는 요양시설의 운영이 금지된 경우에도 마찬가지이다(사회법전 제11권 제74조제2항, BMJ, 2021a).

## 2) 수가산정 및 지불 원칙

### 가) 수가산정 원칙

인가받은 장기요양기관은 장기요양공급을 위임받은 차원에서 보험가입자에게 장기요양급여를 공급할 의무를 지며, 장기요양보험조합은 장기요양기관이 제공한 급여에 대해 그 비용을 지급해야 한다.

장기요양수가(Pflegesatz)는 부분거주시설 또는 완전거주시설에서 제공하는 장기요양서비스 및 돌봄서비스(Betreuung)에 대하여, 그리고 법정 의료보험에 의거한 외래 집중치료(außerklinische Intensivpflege)에 대한 수급권이 없는 경우 제공되는 의료적 간호서비스(medizinische Behandlungspflege)에 대하여 요양시설거주자 또는 그의 비용부담주체인 장기요양보험조합 또는 관할 사회부조기관이 지불하는 보수이다. 장기요양보험의 재정지원 관할에 속하지 않는 비용은 장기요양수가에 포함되지 않는다(사회법전 제11권 제84조제1~2항, BMJ, 2021a).

장기요양수가는 제공하는 급여에 부합해야 한다. 장기요양수가는 장기요양 필요성의 종류와 정도에 따라 5등급으로 분류된다. 이를 근거로 완전거주시설에서 생활하는 장기요양 2~5등급자에게 적용되는 균등한 본인부담금(Eigenanteil)이 산출된다.

장기요양수가는 요양시설이 시설을 운영하면서 사업위험성의 적절한 보상을 고려하여 비용을 재정적으로 조달하고 장기요양공급 수입을 완수

할 수 있을 정도가 되어야 한다. 이때 임금협약으로 합의한 보수와 교회의 노동권규정에 따라 급료를 지급하는 것이 비경제적이라는 이유로 거부해서는 안되며, 이 기준을 넘어설 경우 객관적 근거가 있어야 한다. 이윤은 요양시설에 귀속되며 손실은 요양시설이 부담해야 한다.

사회법전 제11권 제85조와 제86조에 따라 장기요양수가위원회에서 합의한 절차에 따라 결정된 장기요양수는 누가 지불의무를 지는지에 상관없이 적용된다(BMJ, 2021a).

#### 나) 수가지불 원칙

장기요양비용, 숙식비, 그리고 별도로 산정될 수 있는 투자비용은 장기요양대상자가 요양시설에 입소한 날과 그곳에 계속 체류한 모든 일수에 대해 산정한다. 요양시설 거주자 또는 그의 비용부담주체의 비용지불의무는 요양시설 거주자가 요양시설을 퇴소하거나 사망한 날에 소멸한다. 장기요양대상자가 다른 요양시설로 옮기는 경우, 옮긴 날에 대한 전체 거주요양비는 새로 옮겨간 요양시설만 산정한다. 장기요양보험조합은 시설 거주자에게 귀속하는 장기요양보험급여액을 매달 15일 요양시설에 직접 지불한다(사회법전 제87a조, BMJ, 2021a).

##### □ 시설거주자가 일시적으로 거주하지 않은 경우

장기요양대상자가 1년에 42일까지 일시적으로 요양시설을 떠나 있을 경우 요양시설은 그를 위한 자리를 확보하고 있어야 한다. 그러나 예외로 장기요양대상자가 병원이나 재활기관에 입원하여 요양시설을 떠나 있을 경우, 그 부재기간은 병원이나 재활기관에 체류한 만큼 연장된다.

장기요양서비스 표준계약에는 위의 부재기간이 3일을 초과하는 경우, 장기요양비용지급금과 숙식비 그리고 통합장기요양서비스(integrierte Versorgung)

(제92b조)에 의한 가산금에 대해 최소 25%를 감액해야 한다.

□ 시설거주자의 장기요양등급이 상향조정되어야 할 경우

시설거주자의 상태가 더 높은 장기요양등급으로 판정되어야 할 근거가 있는 경우, 요양시설관리운영주체는 서면으로 시설거주자가 가입된 장기요양보험조합에 더 높은 장기요양등급으로 조정해 줄 것을 신청해야 한다. 시설거주자가 이 신청을 거부하면, 요양시설관리운영주체는 서면요구 후 2개월째 되는 달의 첫날부터 잠정적으로 시설거주자나 그의 비용부담주체에게 다음으로 높은 단계의 장기요양등급에 따라 장기요양수가를 산정하여 적용할 수 있다. 그러나 보다 높은 장기요양등급의 조건이 의료지원단에 의하여 확인되지 않고, 이를 근거로 장기요양보험조합이 장기요양등급 상향조정을 거부하는 경우, 요양시설은 장기요양대상자에게 지체 없이 초과 징수한 금액을 반환해야 한다. 이 경우 높은 수가를 산정하여 적용한 시점으로 소급하여 적어도 100분의 5의 이자를 가산하여야 한다.

### 3) 수가의 범위

장기요양대상자의 돌봄을 위하여 장기요양필요성의 종류와 정도에 따라 요구되는 요양시설의 모든 장기요양서비스는 장기요양수가로 보상된다. 즉, 총 시설요금에는 장기요양재원의 모든 구성요소가 포함된다. 이에 따라 숙박비와 식비 및 투자비에 각각의 장기요양수가가 가산된다. 총 시설요금은 요양원 거주자 1인에 대해 발생하는 비용을 반영한다(Griep & Renn, 2017).

장기요양수가를 협상할 때 장기요양시설에서 제공하는 주요 서비스와 품질의 특징은 명시되어야 한다. 특히 첫째, 기관이 돌봄 대상자들의 등

급별 유형과 기관이 다음 장기요양수가 적용기간 동안 제공할 것으로 예상되는 서비스의 종류와 내용 그리고 범위 둘째, 돌봄 대상자들을 위해 기관이 직종에 따라 분류하여 개별적으로 마련해야 할 인력의 구성과 배치 셋째, 소비재와 함께 기관에서 장만한 장비의 종류와 범위 등이 명시되어야 한다. 장기요양기관의 장기요양수가를 산정할 때, 종류와 규모 그리고 제공된 서비스와 품질의 특징 면에서 전반적으로 비슷한 장기요양 시설의 수가를 참고할 수 있다(사회법전 제11권 제84조, BMJ, 2021a).

### 가) 수발비용

수발비용(Pflegekosten)에는 장기요양서비스와 의료적 치료수발조치(medizinische Behandlungspflege)가 포함된다. 장기요양보험은 장기요양 2등급에서 5등급의 판정을 받은 장기요양보험 수급자에게 장기요양등급에 따라 장기요양보험급여를 지급한다. 장기요양 1등급자가 완전거주시설보호를 선택한 경우 매달 125유로의 보조금을 받는다(아래 표 참조).

〈표 5-1〉 등급별 거주시설이용자를 위한 장기요양보험급여액(2021년)

(단위: 유로/월)

구분	완전거주시설	단기보호	주·야간보호
1(보조급)	125	125	125
2	770	연 최고 8주 1,612	689
3	1,262		1,298
4	1,775		1,612
5	2,005		1,995

출처: Bundeministeirum für Gesundheit(2021). pp.28-32

등급별 보장된 급여액이 시설에 지급될 비용보다 높을 경우 장기요양 보험조합은 숙박과 식사비용도 부담한다. 그러나 일반 요양서비스의 실제 비용이 등급별 한도액을 초과하는 경우 나머지 비용은 장기요양대상자가 부담한다.

2017년 1월 1일부터 장기요양 2~5등급 판정을 받은 시설거주자는 동일 시설에 거주하는 한 동일한 수발 비용, 이른바 ‘균등한 시설공동부담금(Einrichtungseinheitliche Eigenanteil)’을 부담하여야 한다. 따라서 이 금액은 시설마다 다르다. 등급별 시설거주자에게 보장되는 장기요양보험급여액과 균등한 시설공동부담금의 합으로 장기요양수가를 도출할 수 있다(Weber, Brünner, & Philipp, 2017).

#### 나) 숙박과 식사비용

소위 ‘호텔비용’이라 불리는 숙박 및 식사는 시설거주자 본인이 부담하여야 한다. 숙박비에는 거주시설에서의 생활을 가능하게 하는 모든 서비스가 포함된다. 이 비용은 시설의 크기와 설비에 따라 다를 수 있으며, 세탁물 청소, 쓰레기 처리, 여가 및 행사비용 등이 포함된다. 식사비에는 음식 및 음료 제공과 관련된 모든 비용이 포함된다. 아침, 점심, 저녁식사와 물, 차 또는 커피와 오후시간에 제공되는 케이크나 빵도 이 비용에 포함된다.

장기요양수가 합의당사자들은 시설거주자가 직접 부담해야 할 숙박비와 식사비를 각각 따로 분리해서 요양시설관리운영주체와 합의한다. 숙박비용은 제공된 서비스에 합당하여야 하며 장기요양수가 또는 투자비용에서 동시에 고려되어서는 안된다(Griep & Renn, 2017).

## 다) 교육비용

교육비용은 특히 요양기관이 젊은 종사자들을 직접 훈련시키는 기관 중 하나일 때 발생한다(Verbraucherzentrale, 2020). 장기요양수가를 결정할 때 교육비용이 발생할 경우 이 비용은 수가산정에 포함될 수 있다. 교육비라 함은 법규, 임금협약, 해당 일반 보수규정 또는 계약상의 합의를 근거로 연방법에 따라 노인수발(Altenpflege) 분야에서 또는 주법에 따라 노인수발보조(Altenpflegehilfe)<sup>20)</sup> 분야에서 교육받는 자에게 그의 실습 또는 이론 교육기간 동안 지불해야 하는 비용 및 노인수발분야 직업에 관한 법률(Altenpflegegesetz)<sup>21)</sup> 제17조제1a항에 의거하여 지급해야 할 계속교육비용(Weiterbildungskosten)의 지급을 포괄한다.

교육기간 동안 요양원에서 노인전문요양보호사 훈련생에게 지급해야 하는 비용은 장기요양수가를 통해 지원된다. 그러나 장기요양수가와 별도로 교육비용을 계산하는 것도 가능하다. 이 경우 교육비용은 일부 요양시설 거주자가 부담하게 된다.

교육비 지급이 전부 또는 부분적으로 주법의 부과방식(Umlageverfahren)에 의해 재정 지원되는 경우, 일반 장기요양보험급여의 비용지급에서 부과금은 다음의 산정원칙을 기초로 계산될 때에만 고려될 수 있다(사회법전 제11권 제82a조, BMJ, 2021a).

20) 독일은 장기요양인력교육에 관하여 연방 차원에서는 국가인증 노인전문요양보호사(Altenpfleger) 전문교육을 통일적으로 실행하고 있지만 노인요양보조원(Altenpflegehelfer)에 대해서는 주법에 위임하였다. 따라서 노인장기요양보조 교육분야는 주법에 따른 노인요양보조원의 교육분야이다.

21) 'Altenpflegegesetz'는 직역하면 '노인장기요양법'이다. 그러나 축약된 이 법령칭은 오해를 사기에 충분하다. 왜냐하면 이 법의 공식명칭은 '노인수발분야 직업에 관한 법률(das Gesetz über die Berufe in der Altenpflege)'이기 때문이다. 즉, 이 법은 연방 차원에서 장기요양전문직을 노인전문요양보호사(Altenpfleger)로 통일하고 이에 대한 교육과 자격시험에 대해 규정하고 있다. 따라서 오해를 피하기 위하여 'Altenpflegegesetz'라는 약어 대신 공식명칭을 우리말로 번역하여 사용한다.

- 교육비 지급을 위한 비용은 통일된 원칙에 따라 주 안에 있는 모든 인가받은 재가, 부부거주시설, 완전거주시설과 양로시설에 균등하게 배분된다. 이때 부과금의 산정과 할당에 있어서 할당기준이 일방적으로 인가된 장기요양기관의 부담으로 편중되지 않도록 해야 한다.
- 총 부과액은 적절한 인원의 교육을 재정지원 하는데 필요한 예상자금 수요액을 초과할 수 없다.
- 교육장소의 유지, 보수, 개량을 위한 비용, 교육장소의 경상비(인건비와 물품비) 및 주법에 따라 부과방식의 시행을 관할하는 사무소의 운영비는 고려하지 않는다.

부과금의 수준과 그 산정요인은 주법이 정한 관할 부서가 장기요양수가협상이 시작되기 전 장기요양보험 주연합회들에게 알려야 한다. 인가받은 장기요양기관들이 부담해야 할 몫의 합당한 산정과 액수에 대하여 장기요양수가 협상자들 간 의견이 일치하지 않을 경우 중재위원회가 이를 결정하며, 이에 대해서는 제소할 수 없다.

교육비용은 다른 비용과 마찬가지로 주마다 다르지만 일반적으로 시설 거주자들은 하루에 2~3유로를 지불한다(Altenpflege-hilfe, 2020)

## 라) 투자비용

투자비용은 아파트 또는 주택의 일반 임대료와 비교할 수 있다. 투자비용에는 공동휴게실을 포함한 주거공간 임대비용이 포함된다. 이 비용은 일반적으로 주거공간을 임대할 때의 기본 임대료와 거의 비슷하다. 투자비용에는 부동산, 모든 장비, 차량과 같은 모든 조달 비용과 요양시설의 개조 또는 확장조치, 리모델링 및 유지관리 비용이 포함된다. 공공자금이 지원되지 않는 한 투자비용은 시설에서 거주자에게 비례적으로 직접 분담하게 할 수 있다(BIVA, 2019).

투자비용은 요양원이 주법에 따라 재정지원을 받는 시설인지에 따라 전체 투자비용 또는 일부만 요양시설 거주자에게 청구될 수 있다(Griep & Renn, 2017; Krahmer & Plantholz, 2018).

#### 마) 부가서비스

장기요양서비스 공급계약에서 합의한 서비스 외에 숙박 및 식사와 관련하여 특별히 좋은 서비스와 추가적인 수발-돌봄서비스에 대하여 별도로 명시한 추가비용을 시설거주자와 합의할 수 있다. 필수로 제공되어야 할 서비스와 부가서비스는 표준계약에 확정된다. 부가서비스의 제공과 가격산정은 다음의 경우에만 허용된다(사회법전 제11권 제88조, BMJ, 2021a).

- ① 부가서비스로 인하여 거주시설 또는 부분거주시설에서 필수로 제공되어야 할 서비스가 침해받지 않는 경우
- ② 시설이 제공하는 부가서비스의 종류, 범위, 기간, 순서, 그리고 부가분의 액수와 지불조건이 미리 서면으로 요양시설과 시설거주자 간에 합의된 경우,
- ③ 서비스 종류와 조건이 장기요양보험조합 주연합회와 주의 초지역적 사회부조관리 운영주체에게 급여의 개시 전 서면으로 통보된 경우
- ④ 요금을 인상하고자 할 경우

#### 4) 추가비용 가산

거주시설에 생활하는 장기요양대상자는 장기요양필요성의 유형과 심각성에 따라 필요한 지원의 범위를 넘어서는 추가 돌봄과 활성화에 대한 권리를 갖는다. 이를 보장하기 위하여 추가로 장기요양서비스를 제공하

고 장기요양보조인력을 추가로 고용할 경우 발생하는 비용에 대하여 가산금이 지급된다. 추가비용 가산금은 장기요양보험조합이 부담하여 민간 보험사는 합의된 보험보호의 틀에서 이를 상환해야 한다. 장기요양대상자는 추가비용 가산금과 관련하여 전적으로든 부분적으로든 부담을 져서는 안 된다. 추가비용 가산금 합의는 다음의 사실을 근거로 이루어진다(사회법전 제11권 제85조제8항, BMJ, 2021a).

- 거주시설이 장기요양대상자를 추가적으로 돌보고 활성화하기 위하여 사회보험 의무가입 고용상태인 추가 돌봄인력을 갖추고, 이 인력에 대한 비용이 장기요양수거나 부가급여(동법 제88조)에 반영되지 않았으며,
- 일반적으로 모든 장기요양대상자 한 명 당 인건비의 5%를 추가 전일제 근무인력 1인을 위해 지원하고 있고,
- 계약당사자들은 장기요양대상자를 위한 추가적 돌봄과 활성화가 제공되지 않는 한, 합의된 추가비용 가산금이 산정되어서는 안 된다는 합의를 이루었다는 사실.

거주시설은 추가 돌봄서비스가 제공된다는 사실을 거주 장기요양계약의 협상과 체결 과정에서 장기요양대상자와 그의 가족친지에게 확인하고 명확하게 알려주어야 한다.

##### 5) 사례: SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs

주거시설의 사례로 독일 서부 노르트라인베스트팔렌(Nordrhein-Westfalen) 주의 졸링겐(Solingen) 시의 SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs(이하 ‘시니어파크-졸링겐’)을 소개하고자 한다. 이 시설은 독일의 가장 큰 민간 노인시설기업인 Victor’s Group이 2007년에 설치하였다. 정원은 119명이다. 시니어파크-졸링겐은 2017년에 MDK-요

양시설품질평가에서 매우 우수한 점수를 받았다(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, MDK, 2017).

### 가) 시설유형 및 설비시설

시니어파크-졸링겐에는 세 개의 시설유형이 동시에 갖춰져 있다. 양로 및 요양시설인 ‘시니어센터(Seniorenzentrum)’와 시니어레지던스는 단기보호도 가능하며 총 89개의 1인실과 2인실로 구성되어 있다. 돌봄주거가 가능한 아파트먼트(Pflegeapartment)에는 등급판정을 받지 않은 노인들이 거주한다. 이 아파트먼트는 호텔을 개조한 것으로 1~2인이 거주할 수 있도록 방 2개가 있으며 총 15개가 있다. 필요한 경우 치매를 앓고 있는 거주자를 위한 공동주거하우스도 제공한다(Wohnen im Alter, n.d.).

시니어파크-졸링겐에는 정원, 미장원, 매점, 구내식당이 갖춰져 있다. 모든 주거공간에 가구가 배치되어 있으나 본인이 원할 경우 입소 전 본인이 사용하던 개인 가구를 사용할 수 있다. 베리어프리한 욕실에는 샤워기 또는 욕조와 변기, 전화, 위성 TV 및 24시간 비상호출시스템을 갖추었다. 아파트먼트에는 부엌과 창고, 우체통이 추가로 갖춰져 있으며 대부분 발코니가 설치되어 있다(SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs, n.d.a).

나) 제공되는 서비스<sup>22)</sup>

시니어파크-졸링겐에서는 장기요양등급판정을 받은 노인들을 위한 수발영역에서의 장기요양서비스를 비롯하며 식사, 문화 및 여가생활 등의 서비스가 제공된다.

〈표 5-2〉 시니어파크-졸링겐 제공 서비스

구분	내용
수발종류	- 제공되는 수발영역에서의 서비스로 완전거주, 단기보호 및 대리수발, 치매 및 노인정신병동(Gerontopsychiatrie), 다발성 경화증, 심리집중 치료와 통증치료를 제공
문화 및 여가생활	- 문화 및 여가생활을 위하여 종교행사, 자원봉사자 방문, 소풍, 여행, 음악회, 낭독회, 체조, 쇼핑, 이·미용, 매니큐어 및 페디큐어, 드라이브 등의 다양한 서비스를 제공
식사	- 구내식당에서 매일 하루 세끼를 제공하며 거주자들의 친척이나 시설 방문자들도 실내 또는 정원이 보이는 야외 테라스에서 식사 가능 - 거주자들이 원하는 시간에 본인의 방이나 공동거실 등 원하는 곳에서 식사 가능함. 아침과 저녁 식사는 뷔페로 제공되며 점심은 두 가지 메뉴 중에서 선택할 수 있음. 건강상태에 따라 식사는 일반식, 다이어트 식과 채식으로 구분되며, 거주자가 특별한 음식을 원할 경우 준비 가능함. 오후에는 갓 구운 케이크와 커피를 제공
기타	- 반려동물을 키울 수 있으며 구내 세탁서비스가 제공됨. 코로나19 이후 가족 및 친지가 방문할 수 있도록 정원에 넓은 텐트를 치고 사회적 거리를 유지하며 사회관계망이 유지되도록 함.

자료: SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs(n.d.b). Hausprospekt. [https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV\\_S\\_Hprosp\\_16S\\_5c\\_020217\\_web.pdf](https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV_S_Hprosp_16S_5c_020217_web.pdf)에서 2021.11.1. 인출.

## 다) 요금

시니어파크-졸링겐의 요금은 시설유형과 제공되는 서비스 형태 및 거주자들의 등급에 따라 다르다. 거주자 또는 방문객이 원할 경우 추가적인

22) SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs(n.d.b). Hausprospekt의 내용을 참조하였다. [https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV\\_S\\_Hprosp\\_16S\\_5c\\_020217\\_web.pdf](https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV_S_Hprosp_16S_5c_020217_web.pdf)에서 2021.11.1. 인출.

개별 서비스가 제공될 수 있으며, 이 경우 추가 요금이 부과된다. 수발비용에서 제공된 기본서비스에 대한 실제 본인이 부담하는 금액은 거주자에게 지급되는 등급별 장기요양보험급여액에서 균등한 시설공동부담금을 차감한 금액이다.

① 양로 및 요양원에서의 세부 서비스 내용

요금은 2인실 기준 전체가격으로 제시된다. 요금에 포함된 세부 서비스는 다음과 같다: 2인실(요청 시 부분 또는 전체 가구 비치), 24시간 긴급전화, 음료가 포함된 아침식사, 점심식사, 오후 커피, 저녁식사, 식사와 식사 사이 간식 및 후식, 사회적 돌봄 및 일반 상담, 의료적-수발적 표준에 따른 전문적 수발, 문화 및 여가활동 참여, 객실 및 욕실의 정기적인 청소, 수건 및 침구류 제공 및 세탁, 거주자의 의류 세탁, 관리비(수도, 전기, 난방, 쓰레기 처리 비용, 시설보험 등), 공동시설 및 야외시설 사용 및 유지, 전화기 설치, 방에 TV 또는 케이블 설치, 케이블 TV 요금

② 시니어레지던스에서의 세부 서비스 내용

요금에 포함된 세부 서비스는 양로 및 요양원에서 제공되는 서비스와 동일하며, 1인실 기준 전체가격으로 제시된다.

## 나. 단기보호시설

### 1) 비용지급규정의 원칙(제88a조)

2021년 장기요양보험의 개혁에 따라 단기보호시설에서 경제적으로 수용가능한 보수를 보장받기 위해서는 2022년 4월 20일까지 단기보호시설의 내용과 구조적 특징뿐 아니라 다양한 유형과 형태를 고려한 권장사

항을 제출하여야 한다. 이 권장사항을 기반으로 주의 장기요양급여 공급 계약당사자들은 단기보호를 위한 표준계약을 검토하고 권장사항에 맞게 조정하여야 한다. 표준계약을 조정하기로 결정이 내려질 때까지 이 권장사항은 장기요양보험조합 및 승인된 장기요양기관에 대해 즉시 구속력을 갖는다.

권고사항이 명시된 기간 내에 전체 또는 부분적으로 이루어지지 않는 경우 계약당사자는 독립적인 중재인을 공동으로 임명해야 한다. 중재인에 대한 합의가 28일 이내 이루어지지 않을 경우 연방노동사회부와 합의하여 연방보건부가 중재인을 임명한다. 중재인은 임명 후 2개월 이내에 절차비용을 포함하여 문제의 권고사항을 결정해야 한다.

## 2) 사례: SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs

시니어파크-졸링엔에서 제공되는 대리수발 및 단기보호요금은 다음과 같다.

### ① 양로 및 요양원에서의 대리수발 및 단기보호 요금

요금은 2인실 기준 전체가격으로 제시된다. 2~5등급의 장기요양대상자들은 연 8주의 단기보호 또는 6주의 대체수발을 이용할 권리가 있으며, 연간 최대 1,612유로를 추가로 받을 수 있다. 이 서비스는 여러 기간에 나누거나 서로 결합되어 이용할 수 있다. 또한 이 급여를 이용하지 않을 경우 다른 서비스에 사용할 수 있다.

요금에 포함된 세부 서비스는 양로 및 요양원에서 제공되는 서비스(거주자의 의류 세탁은 제외)와 동일하다.

② 시니어레지던스에서의 대리수발 및 단기보호

요금에 포함된 세부 서비스는 양로 및 요양원에서 제공되는 서비스(거주자의 의류 세탁은 제외)와 동일하며, 1인실 기준 전체가격으로 제시된다.

〈표 5-3〉 시니어파크-졸링겐의 기준 요금(2021년)

(단위: 유로)

서비스 형태	구분	1	2	3	4	5
시니어센터의 시설보호	수발비용/일	93.68	102.53	118.71	135.57	143.13
	수발비용/월 <sup>1)</sup>	2,849.75	3,118.96	3,611.16	4,124.04	4,354.01
	본인부담/일	89.57	77.22	77.22	77.22	77.22
	본인부담/월	2,724.75	2,348.96	2,349.16	2,349.04	2,349.01
	요양보험급여/월	125	770	1,262	1,775	2,005
시니어센터의 대리수발 및 단기보호	수발비용/일	-	102.53	118.71	135.57	143.13
	본인부담/일	-	33.03	33.03	33.03	33.03
	요양보험급여/월	-	48.75	64.93	81.79	89.35
시니어 레지던스의 시설보호	수발비용/일	110.01	119.96	136.14	153.00	160.56
	수발비용/월 <sup>1)</sup>	3,346.50	3,649.18	4,141.38	4,654.26	4,884.24
	본인부담/일	105.90	94.65	94.65	94.65	94.65
	본인부담/월	3,221.50	2,879.18	2,879.38	2,879.26	2,879.24
	요양보험급여/월	125	770	1,262	1,775	2,005
시니어 레지던스의 대리수발 및 단기보호	수발비용/일	-	119.96	136.14	153.00	160.56
	본인부담/일	-	66.09	66.09	66.09	66.09
	요양보험급여/월	-	53.87	70.05	86.91	94.47

주: 1) 30.42일

자료: SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs(n.d.c). Leistungs- und Entgeltübersicht의 내용을 연구진이 번역하여 재구성함. <https://solingen.senvital.de/>에서 2021.11.1. 인출.

## 다. 재가급여<sup>23)</sup>

### 1) 비용지급규정의 원칙

비용부담주체 또는 실무협의체는 비용지급협상 개시 전년도에 장기요양기관으로부터 장기요양서비스를 받은 장기요양대상자의 100분의 5 이상을 담당했어야 한다(사회법전 제11권 제89조제2항).

비용지급의 합의는 장기요양기관 각각에 대하여 별도로 이루어져야 하며, 어떤 예외사항이 명시적으로 합의되지 않은 한, 공급계약(제72조제3항제3문)에 의거하여 합의된 서비스영역에 적용된다. 비용지급금은 각 장기요양서비스의 종류와 범위에 따라, 이를 제공하는데 소요되는 시간 또는 시간과 상관없이 각 투입된 서비스의 내용에 따라, 혼합급여에 따라 또는 예외적으로 개별서비스에 따라 산정될 수 있다. 가사관리 서비스, 관공서 방문동행 또는 교통비와 같은 기타 서비스는 일괄비용으로 지급할 수 있다. 비용지급 협상 시 특히 더 긴 이동시간을 필요로 하는 농촌 지역에 대한 보수는 표준권장사항을 감안하여야 한다(사회법전 제5권 제132a조제1항제4문제5변, BMJ, 2021b). 지난 장기요양수가기간과 비교해서 적절히 인상된 예상 인건비는 장기요양수가협상에 중요한 요인으로 제시되어야 한다(사회법전 제11권 제89조제3항).

### 2) 재가급여의 수수료규정

연방보건부는 연방가정노인여성청소년부와 연방노동사회부의 합의하에 연방참의회 의 동의를 받아 법규명령(Rechtsverordnung)으로 가정

23) 사회법전 제11권에 관한 자세한 내용은 BMJ(2021a)에서 확인할 수 있다.

내 수발지원 재가급여의 비용지급에 관한 수수료규정(Gebührenordnung)을 제정할 권한이 있다. 단, 이때 급여는 장기요양보험의 의무급여에 포함되어야 한다. 비용은 제공된 급여와 산정원칙에 부합하며 지급수준에 있어서 지역적 차이가 고려되어야 한다(사회법전 제11권 제90조제1항).

수수료 규정은 가족구성원과 기타 동거인이 제공하는 가정 내 수발지원 재가서비스에 대한 비용지급에는 적용되지 않는다(사회법전 제11권 제89조제2항).

### 3) 서비스 묶음제도

독일은 재가기관이 장기요양대상자에게 제공한 서비스에 대한 비용을 지급하기 위하여 ‘서비스 묶음(Leistungskomplexe)’ 제도를 시행하고 있다. 서로 연계될 수밖에 없는 수발과 가사서비스를 묶어 점수를 부여하고, 여기에 청구율(Verrechnungssatz)을 곱하여 금액으로 환산한다. 장기요양대상자마다 욕구가 매우 다양하기 때문에 이를 최대한 반영하고, 장기요양보험조합과 재가기관의 서비스를 최선의 방법으로 합의하려는 시도로 이해할 수 있다. 전국의 재가기관의 서비스 및 요금목록에는 평균 17~30개의 서비스 묶음이 제시되어 있다(Pflege.de, n.d.).

재가기관의 서비스 묶음의 구성과 내용은 연방주마다 상당히 다르다. 각 연방주의 서비스 묶음은 연방주의 표준계약과 지불계약에서 찾을 수 있다(Betanet, n.d.).

### 4) 바이에른 주의 서비스 묶음(Leistungskomplex - LK) 사례

서비스 묶음은 장기요양보험조합과 재가기관의 서비스를 최선의 방법

으로 합의하려는 시도로 이해할 수 있다. 개별서비스에 일정 점수를 부여하고 청구율(Verrechnungssatz)에 따라 금액으로 환산한다. 이를 통해 재가기관이 제공한 다양한 서비스에 대해 청구할 수 있는 금액이 결정된다. 장기요양대상자의 개별 욕구에 따라 이용한 서비스를 재가기관은 장기요양보험조합에 청구할 수 있다.

서비스 묶음은 장기요양대상자에게 여러 서비스를 제공하더라도 1회 가정방문당 1인 1회만 청구할 수 있다.

이하 AOK 바이에른 주의 서비스 묶음을 구체적인 사례로 소개하고자 한다<sup>24)</sup>. 소개하는 아래의 서비스 묶음은 2020년 3월 1일부터 유효하며, 서비스 묶음에 부여되는 점수에 청구율 0.0554를 곱하여 유료로 계산된다(AOK, 2021a).

#### 가) 신체 관련 수발조치

신체 관련 수발조치에는 아래의 16가지 서비스 묶음이 포함된다.

##### ① 아침·저녁 씻기

이 서비스 묶음에는 아침·저녁씻기에 포함된 서비스를 4개 이상 제공할 경우 포괄하여 100점, 4개 미만인 경우 개별 서비스당 50점과 부분씻기 10점이 부여될 수 있다(〈표 5-4〉 참조).

##### ② 머리 및 손톱 관리

머리 관리에는 머리카락을 씻고 말리는 것이 포함된다. 손톱 관리에는 손톱 및 발톱 씻기, 손질용 줄로 마무리하는 것이 포함되며 의료 또는 미용 관리는 포함되지 않는다. 이 서비스 묶음에는 50점이 부여된다.

24) AOK(2021b, 2021c)의 내용을 참조하여 작성하였다.

③ 전신 씻기(타 서비스와 복합 제공)

이 추가 요금은 장기요양대상자의 전신을 씻거나 샤워하거나 목욕할 경우 LK 100-107 또는 LK 103에 추가로 청구될 수 있다. 이 서비스 묶음에는 150점이 부여된다.

④ 전신 씻기(단독 서비스 제공)

이 서비스에는 전신 씻기 또는 샤워 또는 목욕서비스를 단독 서비스로 제공할 경우 청구될 수 있다. 이 서비스 묶음에는 250점이 부여된다.

⑤ 체위변경 및 이동

이 서비스에는 특히 일상적 눕히기와 이동하기 및 침대 정리와 침구 교체 포함된다. 이 서비스 묶음에는 100점이 부여된다.

⑥ 식사보조

이 서비스에는 특히 먹기 좋게 음식과 음료 준비하기와 먹고 마시는데 도움주기가 포함되며, 음식 섭취와 관련된 위생 관리도 포함된다. 이 서비스 묶음에는 250점이 부여된다.

⑦ 경관급식 관리

이 서비스에는 특히 튜브영양 공급준비, 투여시스템 부착, 설치 및 위치 지정, 적절한 튜브영양 공급, 튜브 및 필요한 도구 청소, 튜브영양 관련 폐기물 처리 등이 포함된다. 이 서비스 묶음에는 80점이 부여된다.

⑧ 배뇨 및 배설 도움

이 서비스에는 장 및 방광을 비우는 생리적 배설시 도움이 포함된다.

이 서비스 묶음에는 70점이 부여된다.

#### ⑨ 장루 및 요루 관리

이 서비스에는 특히 인공항문에 있는 장루주머니와 도뇨관 비우기와 필요한 경우 교체도 포함된다. 또한 의료보험을 통해 가정간호를 받을 조건이 충족되지 않을 경우 장기요양보험에서 장루관 교체도 여기에 포함된다. 이 서비스 묶음에는 50점이 부여된다.

#### ⑩ 외출 및 귀가 보조

이 서비스에는 옷 입기와 벗기, 계단 오르기 외출 및 귀가와 관련된 옷 차려입기와 탈의 시 도움이 포함된다. 이 서비스 묶음에는 70점이 부여된다.

#### ⑪ 활동 동반

이 서비스에는 가정방문이 불가능하여 직접 본인이 가야되는 활동에 동반하는 서비스가 포함되기 때문에 산책과 같은 여가활동은 인정되지 않는다. 이 서비스 묶음은 일주일에 한 번만 청구할 수 있다. 이 서비스 묶음에는 600점이 부여된다.

〈표 5-4〉 신체수발 관련 서비스 묶음

구분	서비스 묶음 번호(LK)	서비스 내용	점수	비용 (유로)
아침저녁 씻기	101	침대에 들어가기, 일어나기 신체의 일부를 인공물로 대체하는 부품 착용 및 벗기	50	2.77
	102	옷입고 벗기	50	2.77
	103	부분 씻기	100	5.54
	104	구강 및 치아 관리, 의치관리	50	2.77
	105	면도하기	50	2.77

## 222 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

구분	서비스 묶음 번호(LK)	서비스 내용	점수	비용 (유료)
	106	머리 빗기 <sup>1)</sup>	50	2.77
	107	피부 관리 <sup>2)</sup>	50	2.77
	<b>100</b>	<b>묶음요금</b>	<b>350</b>	<b>19.39</b>
머리 및 손톱 관리	108	머리 감고 말리기, 손·발톱 관리	50	2.77
전신 씻기 (복합)	109	전신 씻기/목욕(LK100~107 또는 103과 함께 이용 시 추가로 청구)	150	8.31
전신 씻기 (단독)	110	전신 씻기/목욕(단독 서비스 제공)	250	13.85
체위변경 및 이동	111	눕히기/이동하기/침대정리/침구교체	100	5.54
식사보조	112	음식/음료 섭취 관련 도움	250	13.85
경관급식 관리	113	튜브영양 공급, 도구 세척, 폐기물 처리 등	80	4.43
배뇨 및 배설 도움	114	배뇨, 배설 도움	70	3.88
장루 및 요루 관리	115	장루, 요루 비우기, 교체 등	50	2.77
외출 및 귀가 보조	116	외출 시 옷입고 벗기, 계단 오르기 등 보조	70	3.88
활동 동반	117	활동 동반(산책 외 개인 참석이 필요한 활동)	600	33.24

주: 1) 머리 빗기에는 머리모양을 다듬는 것까지 포함됨.

2) 피부 관리에는 피부케어제품을 피부(신체의개별 부분 또는 몸전체)에 바르는 것이 포함됨.

자료: AOK(2021c). Anlage 3: Übersicht über Leistungskomplexe ab 01.03.2020. pp.1-2.  
[https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage3\\_leistungseubersicht\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage3_leistungseubersicht_ab_200301.pdf)에서 2021.10.15. 인출.

### 나) 가사 도움

#### ① 집 난방

집 난방에는 난방연료 조달 및 처리, 난방하기가 포함되며 장기요양대상자의 가정에 중앙난방이 있는 경우 청구할 수 없다. 이 서비스 묶음에는 90점이 부여된다.

## ② 단순 가사지원

단순 가사지원에는 특히 수발과 관련하여 가장 직접적인 생활공간 청소와 폐기물 분리 및 처리가 포함되며, 하루에 한 번만 청구할 수 있다. 이 서비스 묶음에는 50점이 부여된다.

## ③ 큰 가사지원

큰 가사지원에는 특히 바닥·가구·가전제품 및 필요한 경우 장기요양대상자의 생활공간의 유리창 청소(유지를 위한 청소, 기본 청소 미포함)가 포함된다. 5분마다 2.11유로와 1시간당 25.32유로가 청구된다.

## ④ 세탁물 및 의류 세탁

이 서비스 묶음에는 세탁물 관리와 정리가 포함된다. 기본 일주일에 한 번만 청구할 수 있으며, 완전한 대변/요실금의 경우에는 일주일에 두 번 청구할 수 있다. 세탁소에서 바로 옷장에 정리할 수 있도록 배달되는 경우, 나머지 작업에 대해서는 50점만 청구할 수 있다. 이 서비스 묶음에는 300점이 부여된다.

## ⑤ 장보기

이 서비스 묶음에는 구입목록 준비 및 식단 작성, 구매, 구입한 물품 정리하기가 포함된다. 이 서비스 묶음은 최대 일주일에 두 번 청구할 수 있다. 'Meals on Wheels'가 배달되는 경우 이 서비스 묶음은 일주일에 한 번만 청구될 수 있다. 경우에 따라 더 자주 장보는 것은 가능하다. 이 서비스 묶음에는 150점이 부여된다.

## ⑥ 장기요양대상자 가정에서 따뜻한 식사 준비(요리 포함)

이 서비스 묶음에는 요리, 설거지, 요리대 청소가 포함된다. 이 서비스

묶음은 하루에 한 번 청구할 수 있다. ‘Meals on Wheels’ 또는 인스턴트 식품만 제공되는 경우 이 서비스 묶음은 청구할 수 없다. 이 서비스 묶음에는 270점이 부여된다.

⑦ 장기요양대상자 가정에서 간단 식사 준비(요리 미포함)

이 서비스 묶음에는 준비, 설거지, 요리대 청소가 포함된다. 하루에 두 번 청구할 수 있으며, ‘Meals on Wheels’의 경우 하루에 세 번 청구할 수 있다. 이 서비스 묶음에는 90점이 부여된다.

〈표 5-5〉 가사도움 관련 서비스 묶음

구분	서비스 묶음 번호(LK)	서비스 내용	점수	비용 (유로)
가사 도움	118	집 난방	90	4.99
	119	단순 가사지원	50	2.77
	120	큰 가사지원	시간당	25.32
	121	세탁물 및 의류 세탁	300	16.62
	127	세탁소에서 배달된 세탁물 정리	50	2.77
	122	장보기	150	8.31
	123	장기요양대상자 가정에서 따뜻한 식사 준비	270	14.96
	124	장기요양대상자 가정에서 간단 식사 준비	90	4.99

자료: AOK(2021c). Anlage 3: Übersicht über Leistungskomplexe ab 01.03.2020. p.2. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage3\\_leistunguebersicht\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage3_leistunguebersicht_ab_200301.pdf)에서 2021.10.15. 인출.

다) 최초 방문(LK 125) 서비스 묶음

최초 방문 서비스 묶음에는 다음과 같은 서비스가 포함된다. 이 서비스 묶음은 새로운 이용자, 재분류 또는 등급이 상향조정될 경우에만 청구될

수 있다. 이 서비스 묶음에는 1,000점이 부여된다.

- ① 장기요양 이력 작성
- ② 장기요양대상자의 자원과 능력을 포함한 수발요구 판단
- ③ 수발과정에서 장기요양대상자가 본인 스스로를 돌볼 수 있는지 여부와 가족, 다른 수발자, 추가 기관을 통해 서비스가 제공되는지 여부와 어떤 서비스가 제공되는지 확인
- ④ 추가 도움에 대한 정보
- ⑤ 어떤 복지용구를 사용할지 여부와 필요한 경우 어떻게 조달할지에 대한 결정
- ⑥ 장기요양대상자가 선택한 서비스 조정
- ⑦ 비용견적서 작성과 담당 장기요양보험조합에 제출
- ⑧ 케어플랜 작성
- ⑨ 장기요양서비스 조직 및 조정

#### 라) 케어플랜 수정(LK 126)

이 서비스 묶음에는 장기요양요구 변화로 인해 케어플랜이 수정되어 새로운 비용견적이 작성되어야 할 경우에만 청구될 수 있다. 이 서비스 묶음에는 200점이 부여된다.

#### 마) 신체 관련 수발조치의 시간당 요금

장기요양대상자 또는 그의 법정대리인의 요청에 따라 신체 관련 수발 조치는 소요시간에 따라서도 청구될 수 있다. 이때 요금은 시간당 45.56유로 또는 시작된 5분마다 3.88유로이다.

## 바) 사회법전 제11권 제36조에 따른 수발적 돌봄조치

수발적 돌봄조치에는 주거환경에서 일상생활에 대처하고 계획하기 위한 지원서비스가 포함된다. 특히 심리사회적 문제나 위험 대처, 하루 구성, 의사 소통, 사회적 접촉 유지 및 일상생활에서 필요한 활동 및 인지활성화 조치 등이 여기에 속한다.

수발적 돌봄조치는 장애인을 위한 통합지원제도 또는 연방원호법에 따라 재정지원이 되는 경우 장기요양보험조합의 재원으로 현물급여로서 이용될 수 없다.

수발적 돌봄조치는 신체 관련 수발조치와 가사관리와 병행하여 제공된다. 여기에는 장기요양대상자의 주거환경에서 지원 및 기타 도움과 특히 동반 및 활동지원과 감독이 포함된다. 구체적으로 동반서비스로는 주변 산책, 친척 및 지인 방문 및 묘지 방문 등 주거환경에서 의사소통과 사회적 접촉 유지를 목적으로 하는 활동 지원을 예로 들 수 있다. 일상 계획 및 유지 도움, 욕구에 따른 활동 도움, 욕구에 기반한 낮과 밤 리듬 유지 도움, 취미 및 게임 지원, 행정 문제 해결 지원 등은 일상생활을 설계하는 활동지원서비스이다. 감독에는 적극적인 행동이 필요하지 않은 돌봄제공자의 존재 자체, 자신과 타인을 위험에 빠뜨리지 않도록 장기요양대상자를 관찰하거나 정서적 안정감을 주기 위하여 함께 있어주는 것이 포함될 수 있다.

다른 서비스 묶음을 통해 이미 청구된 시간은 더 이상 이 서비스 묶음을 통해 청구될 수 없다. 여러 장기요양대상자들이 동시에 서비스를 이용하는 경우 소요된 시간은 분담하여 비례적으로만 계산할 수 있다. 돌봄서비스(Betreuungsleistung)를 확보하기 위하여 장기요양대상자를 담당하는 사회부조기관의 규정과 다른 규정이 있는 경우 사회부조기관의 규정을 우선 적용한다.

사회법전 제11권 제45a조에 따른 일상생활지원서비스는 영향을 받지 않는다.

수발적 돌봄조치의 요금은 시간당 33.60유로이며 시작한 5분마다 2.80유로이다.

#### 사) 가사관리 도움의 시간당 요금

장기요양대상자나 법적대리인의 요청에 따라 가사관리 도움을 소요된 시간에 따라 청구할 수 있다. 이 서비스의 요금은 시간당 25.32유로이며 시작한 5분마다 2.11유로이다.

〈표 5-6〉 소요시간을 기준으로 한 시간당 요금

서비스 내용	요금(유로)	제한/설명
신체 관련 수발조치	시간당 46.56 또는 시작된 5분마다 3.88	<ul style="list-style-type: none"> <li>LK 100~117대신 실제 소요된 시간기준으로 시작된 5분마다 청구할 수 있음. 단 신체 관련 조치 서비스 묶음에 포함된 서비스는 제외</li> <li>이미 다른 비용주체(예: 의료보험조합)에 청구된 시간은 이 서비스 묶음 사용을 통해 더 이상 청구할 수 없음.</li> </ul>
수발적 돌봄조치	시간당 33.60 또는 시작된 5분마다 2.80	<ul style="list-style-type: none"> <li>애완동물 돌보기, 다양한 행사 참석, 나들이와 같은 다양한 여가 활동 지도 및 지원</li> <li>여러 명의 피보험자가 동시에 돌봄을 받는 경우 시간부분은 비례적 청구만 가능</li> <li>사회부조주체의 규정을 다른 규정에 우선 적용</li> </ul>
가사관리 도움	시간당 25.32 또는 시작된 5분마다 2.11	<ul style="list-style-type: none"> <li>LK 118~124대신 실제 소요된 시간기준으로 시작된 5분마다 청구할 수 있음. 단 가사관리 도움 서비스 묶음에 포함된 서비스는 제외</li> </ul>

자료: AOK(2021c). Anlage 3: Übersicht über Leistungskomplexe ab 01.03.2020. p. 3. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage3\\_leistungsuuebersicht\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage3_leistungsuuebersicht_ab_200301.pdf)에서 2021.10.15. 인출.

아) 교통비

교통비는 이동한 시간과 서비스 대상자가 재가돌봄 주거공동체 거주자 인지 여부에 따라 요금이 다르게 책정된다.

〈표 5-7〉 교통비

구분	요금(유로)	비고
주간 이동 요금(100%)	4.60	주간, 사회법전 제11권 제5조제 1항
주간 이동 요금(50%)	2.30	주간, 사회법전 제11권 제5조제 1항, 여러 환자(Patienten)
주간 이동 요금(50%)	2.30	주간, 사회법전 제11권 및 제5 권(제5조제2항제2문)
주간 이동 요금(25%)	1.15	주간, 사회법전 제11권 및 제5 권, 여러 환자(제5조제2항제2문)
야간 이동 요금(100%)	6.58	야간, 제5조제1항
야간 이동 요금(50%)	3.29	야간, 사회법전 제11권 및 제5 권(제5조제2항제2문)
야간 이동 요금(50%)	3.29	야간, 사회법전 제11권 제5조제 2항, 여러 환자
야간 이동 요금(25%)	1.65	야간, 사회법전 제11권 및 제5 권, 여러 환자(제5조제2항제2문)
주간 이동, 재가돌봄 주거공동체 거주자 대상 사회법전 제11권에 따른 서비스 단독 제공 시 피보험자 1인당 요금	0.76	제5조제4항제1문
주간 이동, 재가돌봄 주거공동체 거주자 대상 사회법전 제11권에 따른 서비스 및 가정간호 제공 시 피보험자 1인당 요금	0.39	사회법전 제11권 및 가정간호 (제5조제4항제2문)
야간 이동, 재가돌봄 주거공동체 거주자 대상 사회법전 제11권에 따른 서비스 단독 제공 시 피보험자 1인당 요금	1.10	제5조제4항제1문
야간 이동, 재가돌봄 주거공동체 거주자 대상 사회법전 제11권에 따른 서비스 및 가정간호 제공 시 피보험자 1인당 요금	0.55	사회법전 제11권 및 가정간호 (제5조제4항제2문)
MRSA-보호복(의료보험급여 제공 없음)	2.25	
MRSA-보호복(의료보험급여 제공)	1.13	

주: 주간은 8:00~20:00, 야간은 20:01~7:59에 해당함.  
 자료: AOK(2021c). Anlage 3: Übersicht über Leistungskomplexe ab 01.03.2020. p. 4. [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulanz\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage3\\_leistungsuersicht\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulanz_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage3_leistungsubersicht_ab_200301.pdf)에서 2021.10.15. 인출.

## 5. 독일 사례의 시사점

본 절에서는 독일의 거주시설과 재가시설의 지불보상 체계를 살펴본 결과를 토대로 다음과 같은 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 독일 장기요양보험제도에서 장기요양수가 결정의 가장 큰 특징은 연방정부가 표준계약을 통해 포괄적인 지침을 제공하지만 각 연방주는 주마다의 인구구성과 경제상황 및 인력현황에 맞게 표준계약에 포함될 서비스의 내용과 요금을 다르게 결정할 수 있는 재량권을 갖는다는 것이다. 이를 통해 지역적 차이가 고려될 수 있으며, 장기요양기관들은 거주자들의 특성에 맞는 다양한 장기요양서비스를 부가적으로 공급하고 적절한 요금을 청구할 수 있다.

둘째, 시설거주자 또는 재가급여 이용자들에게는 선택권이 보장된다. 장기요양보험 수급권자들은 일차적으로 보험급여를 수급함에 있어 현물과 현금급여 또는 혼합급여 사이에서 선택할 수 있다. 더 나아가 현물급여로 제공되는 장기요양서비스의 종류 또한 한국보다 훨씬 다양하다. 시설거주자든 재가서비스 이용자든 기본 수발서비스 외에 본인의 필요와 욕구에 따라 부가서비스를 선택할 수 있는 것은 한국과 매우 다른 점이다. 물론 장기요양서비스 공급자들이 무작위로 서비스를 제공할 수는 없다. 장기요양기관에서 새로운 서비스를 제공하고자 할 경우 공급계약 체결과정에서 서비스 종류와 요금을 합의하고 시설거주자들에게 미리 요금을 공지하여야 한다.

셋째, 수가협상이 상당히 투명하게 진행된다. 수가협상에는 장기요양서비스 공급자와 장기요양보험급여 관리운영주체가 협상에 참여한다. 이때 수가는 공급자들이 기관을 경제적으로 운영함과 동시에 장기요양공급수임을 완수하고 사업위험성에 대한 적절한 수준의 보상을 받을 수 있을

정도의 수준이어야 함이 법령에 명시되어 있다. 협의가 이루어지지 않을 경우 중재위원회가 정해진 기간 내에 수가를 확정할 수 있도록 함으로써 장기요양공급에 차질이 발생하지 않도록 하고 있다.

넷째, 한국과 달리 독일 장기요양보험은 거주시설의 경우 거주자의 수발과 관련된 비용만을 원칙적으로 급여로 제공한다. 즉, ‘호텔비’로 불리는 숙식비와 아파트 또는 주택의 일반 임대료와 비교할 수 있는 거주시설의 투자비용은 거주자가 부담하게 하도록 함으로써 재가서비스 이용자와의 형평성을 유지하는 것이다. 투자비용의 경우 거주자에게 청구될 수 있는 요금은 각 주법에 따라 재정지원을 받는 시설인지 여부에 따라 차이가 있다.

다섯째, 독일 장기요양보험은 등급에 따라 월별로 일정금액만 지급한다. 시설거주자는 등급별 급여액과 실제 시설에서 발생하는 수발비용의 차액을 스스로 지불해야 한다. 중증의 노인일수록 더 높은 수발비용을 부담해야 하기 때문에 본인의 등급이 더 높아지는 것을 꺼려하거나 경제적 부담이 너무 커서 결국 사회부조수급자로 전락하는 경우가 빈번하게 발생했다. 독일은 2017년 등급판정체계를 개혁하면서 거주시설에 새로운 본인부담 성격의 균등한 시설공동부담금을 도입하였다. 즉, 시설에 거주하는 2~5등급자의 모든 수발비용을 합산하여 이들이 장기요양보험을 통해 받을 수 있는 총 급여액을 제하고 나머지 차액을 거주자 수로 나눠서 모두 동일한 수발비용을 부담하도록 한 것이다. 이로 인하여 경증의 노인들은 개혁 전보다 상대적으로 더 높은 본인부담을 그리고 중증의 노인들은 더 낮은 본인부담을 지게 되었다. 따라서 중증 노인들은 더 많은 혜택을 받게 되었으며, 경증 노인들은 시설 입소를 개혁 전보다 더 신중하게 결정할 것으로 사료된다.

또한 균등한 시설공동부담금을 도입함으로써 요양시설의 기관, 지방자

치단체 및 연방 주 간의 비교가 전보다 훨씬 쉬워졌으며 더 의미 있는 해석이 가능해졌다.

마지막으로 독일 재가기관은 서비스 묶음제도를 통해 재가서비스 행위별로 점수를 부과하여 요금을 책정한다. 이를 통해 재가기관이 제한된 시간 내에 포괄적인 서비스를 제공하도록 하는 것보다 더 투명하고 안정적인 서비스 제공이 가능할 것으로 예측된다. 이용자의 입장에서는 본인이 필요한 서비스를 선택함과 동시에 부담해야 하는 비용을 미리 계산할 수 있다는 장점이 있다. 공급자는 분 단위로 서비스 비용이 책정될 때보다 서비스 묶음에 포함된 서비스 중 이용자가 선택한 서비스를 시간에 쫓기지 않고 안정적으로 제공할 수 있다. ‘수발’의 특성상 같은 서비스 - 예를 들어 ‘씻기기’ -라고 하더라도 소요되는 시간은 수발대상자의 상태에 따라 다를 수밖에 없다. 따라서 분 단위의 급여비용 책정의 경우, 상황에 따라서는 제공해야 할 서비스를 충분히 마무리하지 못한 상태에서 시간에 맞춰 서비스를 끝내는 경우가 발생할 수 있다. 또한 행위마다 소요된 시간을 매번 문서화하는 번거로움도 덜게 된다. 결국 수발제공 과정에서 발생할 수 있는 스트레스는 줄고 수발을 받는 사람과 제공하는 사람 간의 관계에도 긍정적인 영향을 줄 수 있다.

## 제2절 일본

### 1. 개호보험제도의 지불보상 원칙과 목표

#### 1) 개호보험제도 개요

일본은 2000년 4월에 사회전체가 고령자의 개호(케어)를 종합적으로 지원하고자 개호보험제도를 도입하여 '21년 현재 22년째를 맞이하고 있다.

개호보험제도의 운영구조는 시정촌이 보험자가 되며 피보험자(가입자)의 자격기준을 제1호, 제2호로 구분하고 있다. 제1호 피보험자는 시정촌 내 주소를 두고 있는 65세 이상이며, 제2호 피보험자는 시정촌 내 주소를 두고 있는 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자이다.

개호보험서비스의 이용 대상은 65세 이상의 경우 요지원·요개호상태가 된 자이며, 40세 이상 65세 미만의 경우 말기암과 관절류마티스 등의 노화에 의한 질환으로 요지원·요개호 상태가 된 자이다.

2000년도에 개호보험제도가 도입된 이래 피보험자와 이용자 수는 꾸준히 증가하여 65세 이상 피보험자 수는 약 1.6배 증가하고 서비스 이용자 수는 약 3.3배까지 증가한 상황이다.

[그림 5-1] 개호보험제도 도입 이후 변화

① 65세 피보험자의 증가				
구분	2000년 4월 말	⇒	2020년 4월 말	변화
제1호 피보험자 수	2,165만 명		3,558만 명	1.6배
② 요개호(요지원) 인정자의 증가				
구분	2000년 4월 말	⇒	2020년 4월 말	변화
인정자 수	218만 명		669만 명	3.1배

## ③ 서비스 이용자의 증가

구분	2000년 4월 말		2020년 4월 말	변화
재택서비스 이용자 수	97만 명	⇒	384만 명	4.0배
시설서비스 이용자 수	52만 명	⇒	95만 명	1.8배
지역밀착형 서비스 이용자 수	-		84만 명	-
계	149만 명	⇒	494만 명	3.3배

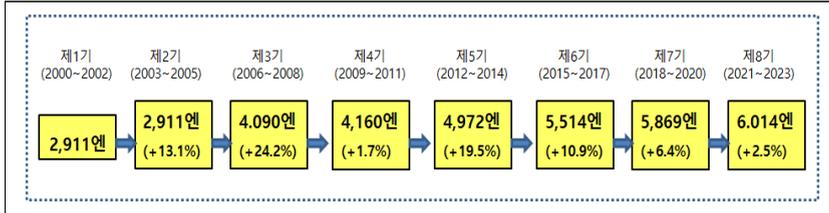
주: 2020년 4월 말 서비스 이용자 수 합계 값은 재택개호지원, 개호예방지원, 소규모다기능형서비스를 모두 합한 것, 개호보험시설, 지역밀착형개호노인복지시설, 특정수급자생활개호(지역밀착형 포함) 및 치매대응형공동생활개호의 합계, 재택서비스 이용자 수, 시설서비스 이용자 수 및 지역밀착형 서비스 이용자 수를 합한 이용자 수는 563만 명

자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.15의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

개호보험 이용자 수의 증가와 함께 개호보험료도 증가 추세이다. 후생노동성에 따르면 65세 이상이 지불하는 개호보험료의 기준액(2021~23년도)이 전국 평균 월 6,014엔으로 처음으로 6,000엔을 초과한 것으로 나타났다(NHK, 2021.5.15.). 이전 개정 시점인 2021년 4월과 비교하여 145엔(2.5%) 상승한 금액이다.

개호보험제도는 40세 이상이 가입하여 보험료를 납입하는 구조로 이용자의 자기부담(10~30%)을 뺀 비용의 50%는 보험료, 나머지 50%는 세금으로 충당되는 구조이며, 65세 이상의 보험료는 시정촌별로 3년마다 개정되는 구조이다(厚生労働省老健局, 2021). 아래 그림을 보면 개호보험료 기준액은 개호보험제도가 시작된 2000년도 월 2,911엔이었으나 2020년 기준으로 2배 이상이 되었다.

[그림 5-2] 65세 이상이 지불하는 보험료(전국평균 월액)



자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.17의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

일본의 전후세대 베이비부머가 모두 75세 이상이 되는 2025년에는 요  
 개호·요지원자가 745만 명이 될 것이라고 예상하고 있다. 후생노동성은  
 기계적으로 계산하여 2025년도의 개호보험료가 6,856엔이 될 것이라고  
 밝혔다(朝日新聞, 2021.5.15.).

향후 개호보험제도 운영에 있어 재정압박이 예상되므로 이용자의 부담  
 액은 계속 늘어날 전망이다.

개호보험재정 압박을 완화하기 위해 개호보험 보수 개정(2021) 시, 고  
 령자가 지역에서 건강한 생활을 영위할 수 있도록 개호예방을 통한 고령  
 자의 ‘자립지원 및 중증화 방지’가 더욱더 강화(ADL유지 가산 확충 등)되  
 었으며, 서비스제공기관의 ICT(정보통신기술)의 활용 등에 의한 운영효  
 율화, 데이터를 기반으로 한 보수체계 개편 등을 고려하였다(厚生労働省,  
 2021b).

## 2) 2021년도 개호보험제도 개정목표

개호보험제도는 2000년도에 생긴 이래 5회에 걸친 개혁을 거쳤으며,  
 사회구조의 변화, 고령자의 니즈, 개호보험재정 상황 등을 반영하여 3년  
 주기로 개정하고 있다. 개정 앞서 개호사업경영실태조사를 기반으로

개호보수를 개정한다.

최근 제8기(2021년) 개호보수 개정률은 코로나-19 등의 감염병 발생, 경제적 악화 상황 등을 고려하여 +0.70%로 결정하였다. 개정 목표는 ① 감염병과 재해 대응력 강화, ② 지역포괄케어시스템<sup>25)</sup> 추진, ③ 자립지원·중증화 방지체계 추진, ④ 개호인재 확보·개호현장 혁신, ⑤ 개호보험제도 안정성·지속가능성 확보이다.

개호보험제도의 개정 추진내용을 살펴보면 개호예방중심, 고소득자에 대한 개호서비스 이용자 부담 확대(2000년 10% → 2018년 30%)로 개호보험재정을 정비해 왔다.

개호서비스는 크게 개호서비스, 예방서비스 두 가지로 나눌 수 있으며 그 안에서 거택지원(재가)서비스, 시설서비스, 지역밀착형서비스가 제공된다고 볼 수 있다. 아래 표는 행정구역별로 감독하는 개호서비스와 예방서비스의 종류를 나타낸 것이다.

〈표 5-8〉 개호 서비스의 종류

구분	도도부현·정령시·중도시가 지도·감독을 행하는 서비스	시정촌이 지정·감독을 행하는 서비스
개호 서비스	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 거택개호서비스</li> <li style="padding-left: 20px;">〈방문서비스〉</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 방문개호(홈헬프 서비스)</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 방문입욕개호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 방문간호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 방문재활(rehabilitaion)</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 거택요양관리지도</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지역밀착형 개호서비스</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 정기순회·수시대응형 방문개호간호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 야간대응형 방문개호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 지역밀착형 주간보호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 치매케어 대응형 주간보호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 소규모다기능형 거택개호</li> <li style="padding-left: 20px;">▪ 치매케어 대응형 공공생활개호(그룹홈)</li> </ul>

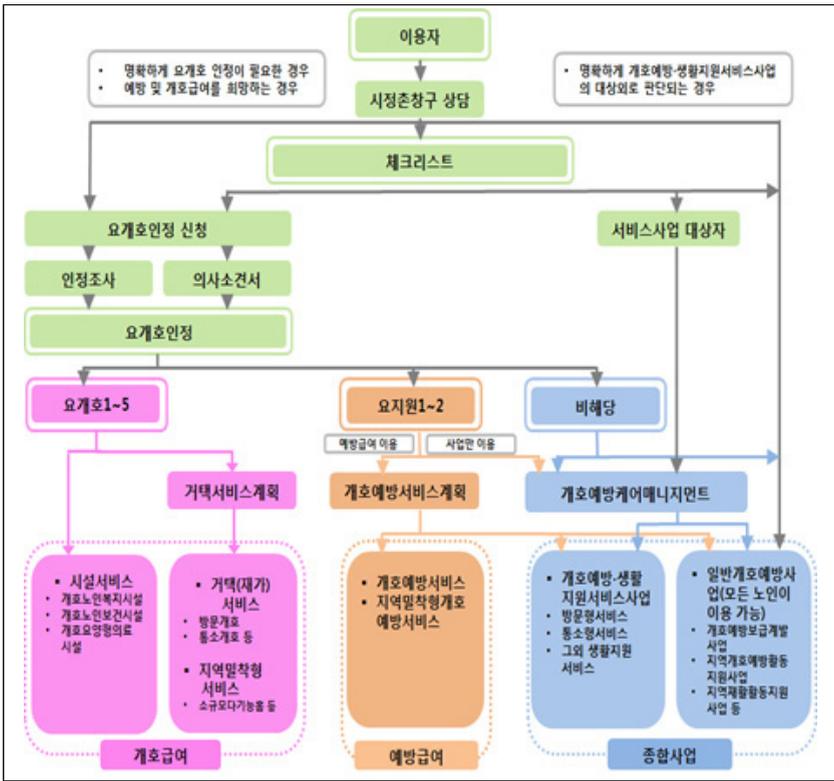
25) 「지역포괄케어시스템」이란 고령자가 정든 지역에서 살면서 자기만의 생활을 유지하고 필요한 서비스를 단절 없이 받을 수 있는 시스템을 말함. 주요 업무는 개호예방지원 및 포괄적 지원사업(① 개호예방케어매니지먼트 업무, ② 종합적 상담지원업무, ③ 권리옹호업무, ④ 포괄적·계속적 케어매니지먼트지원 업무)으로 제도 간 연계 네트워크를 구축하여 실시하는 것이다.

구분	도도부현·정령시·중도시가 지도·감독을 행하는 서비스	시정촌이 지장·감독을 행하는 서비스
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     &lt;주간보호서비스&gt;                      ・주간보호(데이서비스)                      ・주간보호 재활                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     &lt;단기입소 서비스&gt;                      ・단기입소생활개호(쇼트스테이)                      ・단기입소요양개호                      ・특정시설입거자 생활개호                      ・복지용구대여                      ・특정복지용구판매                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ○ 시설서비스                      ・개호노인복지시설                      ・개호노인보건시설                      ・개호요양형 의료시설                      ・개호의료원                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ・지역밀착형특정시설 입거자 생활개호                      ・지역밀착형 개호노인복지시설 수급자 생활개호                      ・복합형 서비스(간호 소규모다기능형 거택개호)                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ○ 거택 개호지원                 </div>
예방 서비스	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ○ 개호 예방서비스                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     &lt;방문서비스&gt;                      ・개호예방 방문입욕개호                      ・개호예방 방문간호                      ・개호예방 방문재활                      ・개호예방 거택요양관리지도                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     &lt;주간보호서비스&gt;                      ・개호예방 주간보호재활                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     &lt;단기입소 서비스&gt;                      ・개호예방 단기입소 생활개호(쇼트스테이)                      ・개호예방 단기입소요양개호                      ・개호예방 특정시설입거자 생활개호                      ・개호예방복지용구 대여                      ・특정개호예방 복지용구 판매                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">                     ○ 지역밀착형 개호예방 서비스                      ・개호예방 치매케어대응형 주간보호                      ・개호예방 소규모다기능형 거택개호                      ・개호예방 치매케어 대응형 공동생활개호(그룹홈)                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     ○ 개호 예방지원                 </div>

주: 그 외 거택개호(개호예방), 주택개수, 개호예방·일상생활지원종합사업이 있음.  
 자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.13의 내용을 연구진이 번역하여 제시함.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

이러한 개호서비스를 이용하기 위해서는 시정촌의 복지사무소에 신청이 필요하고, 개호인정심사(전국 공통의 조사항목)를 통해서 등급을 받아야지 서비스를 받을 수 있다. 아래 그림은 개호보험서비스 이용자에 대한 급여제공의 흐름을 나타내는 체계도이다.

[그림 5-3] 일본의 급여제공체계 흐름도



자료: 유애정, 문용필, 이호용, 이희승, 박영우(2019). p.158

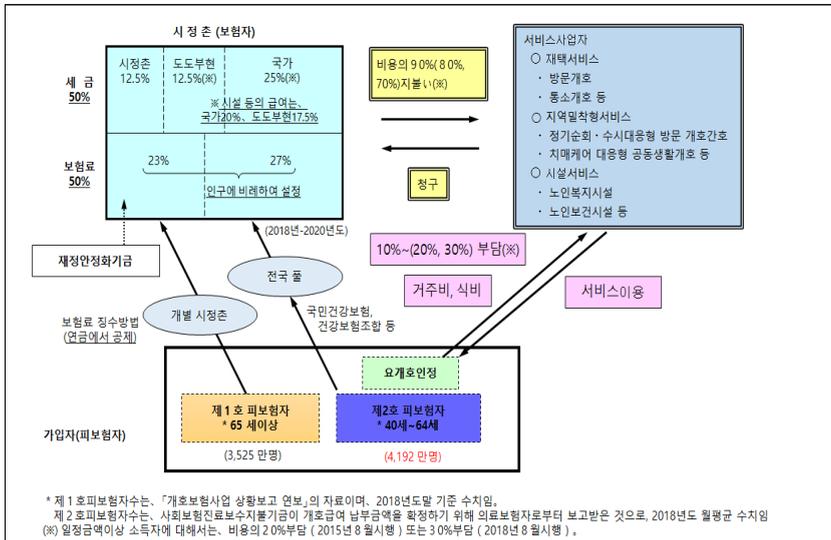
### 3) 기관에 대한 지불보상 방식

#### 가) 개호보수 지불체계

개호보수는 개호서비스 제공사업자가 이용자(요개호자, 요지원자)에게 개호서비스를 제공한 대가로서 사업자에게 지불하는 비용을 말한다. 개호보수 지불체계는 보험자인 시정촌이 개호서비스를 제공한 운영기관에 지불하는 구조이다([그림 5-4], [그림 5-5] 참조).

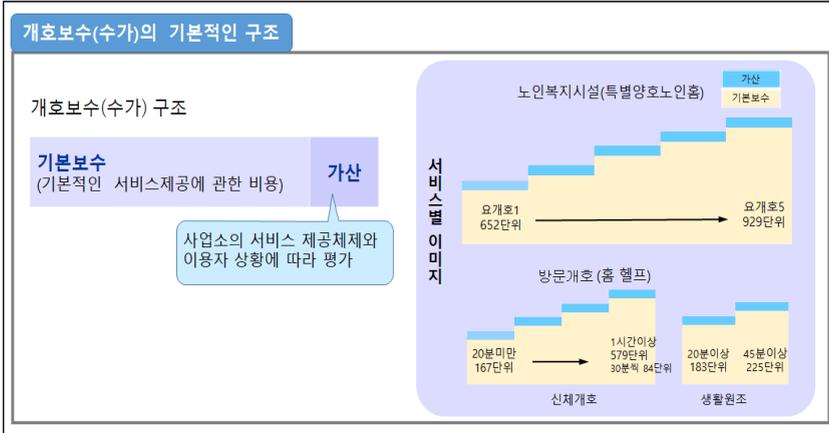
법률상 사업자가 있는 지역 등을 고려하여 서비스 제공에 필요한 평균적인 비용을 감안하여 설정하도록 되어 있다(개호보험법 제41조 제4항 등).

[그림 5-4] 개호보수 지불체계



자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.3의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

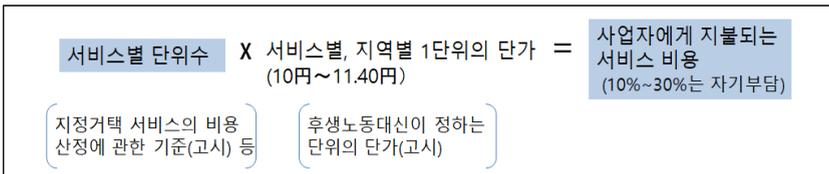
[그림 5-5] 개호보수 기본구조



자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.7의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

개호보수의 기본적인 구조는 [그림 5-5]와 같이 거택서비스, 개호예방서비스, 시설서비스별로 기본보수+가산보수로 이루어져 있으며, 각 서비스별 기준 미충족 시 감산도 적용하고 있다. 개호보수를 적용함에 있어 이용자에게 직접 개호서비스를 제공하는 종사자의 임금은 지역에 따라 차이가 있으므로, 지역차를 개호보수(수가)에 반영하기 위해 ‘단위’제를 채택하여 서비스별로 1단위의 단가를 설정하고 있다.

[그림 5-6] 개호보수 산정방식



자료: 財務省(2020). 社会保障について②(介護、障害福祉等). p.7의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. [https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf)에서 2021.10.18. 인출.

## 240 노인장기요양보험 지불보상체계 진단과 개편방안

[그림 5-7] 서비스별, 지역별로 설정된 1단위의 단가

		1급지	2급지	3급지	4급지	5급지	6급지	7급지	기타
추가비용		20%	16%	15%	12%	10%	6%	3%	0%
인건비 비용	① 70%	11.40엔	11.12엔	11.05엔	10.84엔	10.70엔	10.42엔	10.21엔	10엔
	② 55%	11.10엔	10.88엔	10.83엔	10.66엔	10.55엔	10.33엔	10.17엔	10엔
	③ 45%	10.90엔	10.72엔	10.68엔	10.54엔	10.45엔	10.27엔	10.14엔	10엔

① 방문개호/방문입욕개호/방문간호/거택개호지원/정기순회·임시대응형방문개호간호/야간대응형방문개호  
 ② 방문·통소 리허비리데이션/치매케어 대응형 통소개호/소규모다기능형 거택개호/간호소규모 다기능 거택개호/단기입소생활개호  
 ③ 통소개호/단기입소요양개호/특정시설입거자 생활개호/치매케어 대응형 공동생활개호/개호노인복지시설 개호노인보건시설/개호요양형의료시설/지역밀착형특정시설 입거자 생활개호/지역밀착형 통소개호

자료: 財務省(2020). 社会保障について②(介護、障害福祉等). p.7의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. [https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf)에서 2021.10.18. 인출.

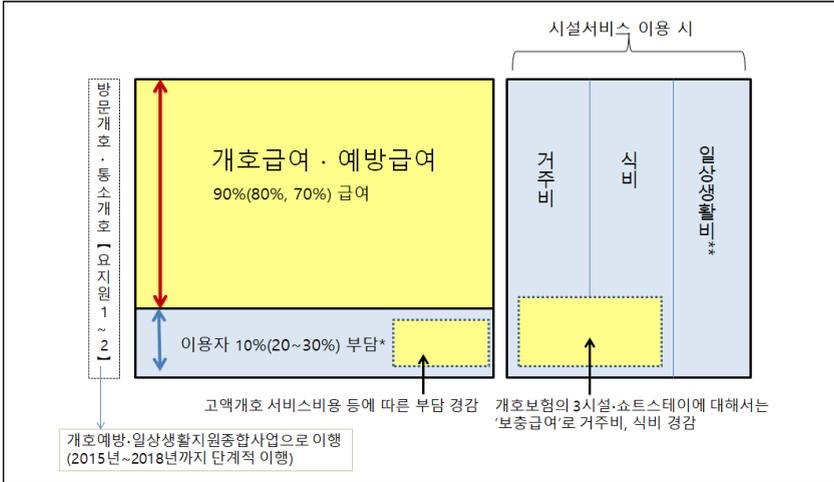
### 나) 개호서비스의 이용자 부담

개호보험제도에서 서비스 이용에 따른 이용자부담 구조는 그림과 같이 보험재정을 통해 제공되는 개호급여와 이용자 부담을 전제로 제공되는 거주비, 식비, 일상생활비로 되어 있다.

개호서비스 이용료 부담은 원칙적으로 개호급여가 90%, 이용자 부담이 10%였으나 제도개정을 거치면서 높은 금액의 소득이 있는 이용자에게는 이용자 부담을 30%까지 부담하는 것으로 개정하였다(2015년 이용자 부담 20% 도입, 2018년 30%까지 확대).

개정을 거치면서 시설서비스를 이용 시 식비와 거주비, 일상생활비는 기본적으로 이용자 부담이 원칙이다.

[그림 5-8] 개호보험급여와 이용자부담 체계



주: 1) 거택개호지원 금액은 개호보험급여에서 지급됨.  
 합계소득금액 160만엔 이상이고 연금수입 + 기타 합계소득금액 280만 엔 이상(부부세대의 경우 346만엔 이상) → 20% 부담  
 합계소득금액 220만엔 이상이고 연금수입 + 기타 합계소득금액 340만 엔 이상(부부세대의 경우 463만엔 이상) → 30% 부담  
 2) 일상생활비는 서비스의 일환으로 제공되는 일상생활서비스 중에 통상적으로 필요한 비용임.  
 자료: 厚生労働省老健局(2021). 介護保険制度の概要. p.6의 내용을 연구진이 번역하여 제시함.  
<https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf>에서 2021.10.15. 인출.

## 2. 개호서비스유형별 지불보상체계 특성26)

개호보수는 3년마다 사회보장제도심의회 개호급여분과회의 심의를 거쳐 개정이 된다. 가장 최근의 개정은 제8기로 2021년도 개호보수개정을 시행하였다.

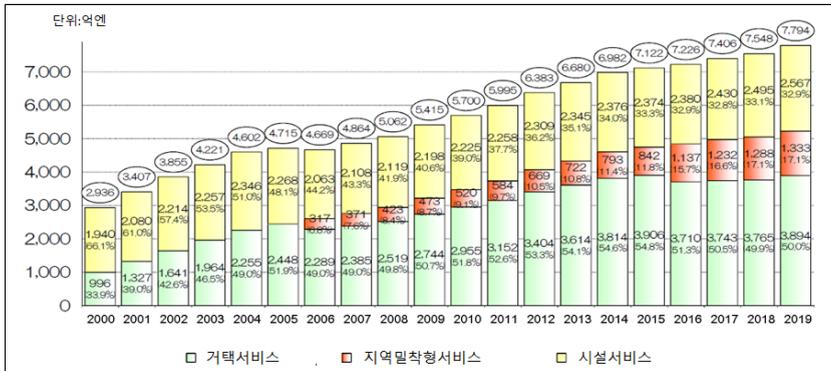
개정의 최대 포인트는 기본보수 개정률을 +0.7%로 모든 서비스 종별에 적용하여 기본 개호보수가 상승한 점이다(폐지예정인 개호요양형 의

26) 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項についての 내용을 참조하였다. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

료시설 등 제외).

아래 그림은 연도별 급여비 추이를 나타낸 것이다. 개호서비스별(거택 지원, 지역밀착형, 시설별)로 연도별 급여 비중을 살펴보면 시설서비스 이용에 비해 거택지원서비스와 지역밀착형서비스의 비중이 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 개호보험제도 개정 방향에서도 언급했듯이 시설서비스 지원보다는 이용자의 증증화를 방지하면서 지역에서 포괄적인 지원을 하는 개호예방 중심으로 가고 있음을 나타내는 것이다.

[그림 5-9] 연도별(거택·지역밀착·시설별) 급여비 추이(1개월 평균)



주: 1) 고액개호서비스비, 고액의료합산 개호서비스비, 특정수급자 개호서비스비 비포함  
 2) 2016년 4월1일부터 거택서비스인 통소개호 중 소규모인 통소개호와 요양통소개호는 지역밀착형서비스로 이행  
 3) 2017년부터 전 시정촌의 개호예방·일상생활지원 종합사업을 실시  
 자료: 厚生労働省(2019). 令和元年度介護保険事業状況報告(年報)のポイント. p.3의 내용을 연구진이 번역함. [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/dl/r01\\_point.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/dl/r01_point.pdf)에서 2021.10.25. 인출.

다음의 내용은 거택지원서비스, 시설서비스, 지역밀착형서비스를 중심으로 주요 개호서비스 유형별(7가지)에 실제 적용되는 개호보수 단가이다. 27)

27) 개호보험에서 사용하는 서비스의 수가는 '단위'로 표시한다. 서비스별로 산정된 단위에

## 1) 시설계와 단기입소계 서비스에 대한 기본보수

시설계 서비스에 대한 기본 보수는 서비스 유형을 개호노인복지시설서비스, 유니트형 개호복지시설서비스, 지역밀착형 개호노인복지시설 입소자 생활개호, 유니트형 지역밀착형 개호노인복지시설 입소자 생활개호의 4개 종류로 유형화하고 각 서비스별 개호도 따라 기본보수의 차등을 두고 있다.

〈표 5-9〉 개호노인복지시설·지역밀착형 개호노인복지시설수급자 생활개호 기본보수

(단위: 단위/일)

서비스 유형	개호도	개정 전	개정 후(2021)
개호노인복지시설서비스 (종래형 1인실)	요개호 1	559	573
	요개호 2	627	641
	요개호 3	697	712
	요개호 4	765	780
	요개호 5	832	847
유니트형 개호복지시설 서비스 (유니트 1인실)	요개호 1	638	652
	요개호 2	705	720
	요개호 3	778	793
	요개호 4	846	862
	요개호 5	913	929
지역밀착형 개호노인복지시설수급자 생활개호비 (종래형 1인실)	요개호 1	567	582
	요개호 2	636	651
	요개호 3	706	722
	요개호 4	776	792
	요개호 5	843	860
유니트형 지역밀착형 개호노인복지시설 수급자 생활개호비 유니트형 1인실	요개호 1	646	661
	요개호 2	714	730
	요개호 3	787	803
	요개호 4	857	874
	요개호 5	925	942

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.184의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

지역별 단가(10엔~11.4엔)를 곱한 금액을 서비스제공자인 운영기관에 지불하는 것이 개호보수이다.

단기입소생활개호 서비스 또한 서비스 유형(단독형/단독유닛형/병설형/병설유닛형)별 개호도에 따른 보수의 차이를 두고 있다.

〈표 5-10〉 단기입소생활개호 기본보수

(단위: 단위/일)

구분	개호도	개정 전	개정 후	구분	개호도	개정 전	개정 후
단독형	요지원1	466	474	병설형	요지원1	438	446
	요지원2	579	589		요지원2	545	555
	요개호1	627	638		요개호1	586	596
	요개호2	695	707		요개호2	654	665
	요개호3	765	778		요개호3	724	737
	요개호4	833	847		요개호4	792	806
	요개호5	900	916		요개호5	859	874
단독형·유닛형	요지원1	545	555	병설형·유닛형	요지원1	514	523
	요지원2	662	674		요지원2	638	649
	요개호1	725	738		요개호1	684	696
	요개호2	792	806		요개호2	751	764
	요개호3	866	881		요개호3	824	838
	요개호4	933	949		요개호4	892	908
	요개호5	1,000	1,017		요개호5	959	976

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.176의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

시설계 서비스와 단기입소계 서비스<sup>28)</sup>에서 식비에 해당하는 기준비용액은 다음과 같다.

28) 시설계 서비스: 개호노인복지시설, 지역밀착형개호노인복지시설 수급자 생활개호, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설, 개호의료원  
단기입소계 서비스: 단기입소생활개호, 단기입소요양개호

〈표 5-11〉 시설계 서비스, 단기입소계 서비스 식비 기준비용액

<개정 전> 1,392엔/일	⇒	<개정 후, 2021년 8월 시행> 1,445엔/일 (+53엔)
--------------------	---	--

주: 1) 기준비용액(식비<sup>29)</sup>) 1일  
 2) 시설계서비스, 단기입소계서비스

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.160의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

기준비용액은 식비·거주비 제공에 필요한 금액을 말하며, 이중 보충급여는 기준비용액에서 부담한도액을 제외한 금액을 말한다. 보충급여의 대상이 되는 식비의 경우, [그림 5-11]과 같이 새로운 소득구간을 신설(3단계 ②)하여 식비부담 한도액을 인상하였다. 8기(2021) 개호보험사업계획 개정에서 소득구간에 따른 이용자 부담을 세분화하였음을 알 수 있다.

[그림 5-10] 기준비용액의 구성



자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.160의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

29) 개호보험시설에 있어 식비의 기준 비용액에 대해서는 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과에서 산출한 개호보험시설의 식비 평균비용액과의 차이를 검토하여 이용자에게 대한 부담을 감안하여 필요한 대응을 할 수 있다(개호보험법 고시개정).

[그림 5-11] 기준비용액의 대상자 및 식비 부담한도액

표준구간 대상자	이용자 부담 단계	주요 대상자	예적금 등 기준			
	제1단계	· 생활보호수급자 · 세대(세대를 분리하고 있는 배우자 포함. 이하 동일) 전원이 시정촌 주민비과세 대상인 노령복지연금 수급자	1인1,000만엔 부부2,000만엔 이하			
	제2단계	· 세대전원이 시정촌 주민세 비과세 대상으로, 연금 수입금액(※) + 합계소득금액이 80만엔 이하	1인650만엔 부부 1650만엔 이하			
	제3단계	① 세대전원이 시정촌 주민세 비과세 대상으로, 연금 수입금액 + 합계소득금액이 80만엔 초과 120만엔이하	1인 550만엔 부부 1550만엔 이하			
		② 연금수입금액 + 합계소득금액 120만엔 초과	1인 500만엔 부부 1500만엔 이하			
제4단계	· 세대에 과세자가 있는 사람 · 시정촌 주민세 과세자 본인					

	기준비용액 일비(월액)	부담한도액(일비(월액))			
		제1단계	제2단계	제3단계①	제3단계②
식비	1,392엔(4.2만엔)	300엔 (0.9만엔)	390엔 (1.2만엔)	650엔 (2.0만엔)	<b>650엔 (2.0만엔)</b> → <b>1,360엔 (4.1만엔)</b>

새로운 소득구간 신설로  
식비 부담한도액 인상

주: 비과세 연금 포함

자료: 1) 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.160의 내용을 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

2) 厚生労働省(2021a). 介護保険施設における負担限度額が変わります. p.1의 내용을 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.mhlw.go.jp/content/000334525.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

## 2) 통소개호와 거택개호지원

통소개호와 지역밀착형 통소개호의 경우 기관의 규모별 개호도에 따라 기본보수의 차등을 둔다. 기관의 규모는 통상규모형, 대규모형(1), 대규모형(2), 지역밀착형으로 구분된다. 기본보수는 지역밀착형이 가장 높으며, 통상규모형, 대규모1, 대규모 2의 순으로 높게 보상된다.

〈표 5-12〉 통소개호·지역밀착형 통소개호 기본보수

(단위: 단위)

구분	개호도	개정 전	개정 후	구분	개호도	개정 전	개정 후
통상규모형	요개호1	648	655	대규모형 II	요개호1	598	604
	요개호2	765	773		요개호2	706	713
	요개호3	887	896		요개호3	818	826
	요개호4	1,008	1,018		요개호4	931	941
	요개호5	1,130	1,142		요개호5	1,043	1,054
대규모형 I	요개호1	620	626	지역밀착형	요개호1	739	750
	요개호2	733	740		요개호2	873	887
	요개호3	848	857		요개호3	1,012	1,028
	요개호4	965	975		요개호4	1,150	1,168
	요개호5	1,081	1,092		요개호5	1,288	1,308

주: 모두 7시간 이상 8시간 미만의 경우임.

자료:厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.172의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

거택개호지원·개호예방지원의 기본보수는 케어매니저 1인당 취급건수와 개호도(요개호 1-2/요개호 3-5)에 따른 차등을 둔다. 특히 거택개호지원비(II)는 신규로 도입된 보수로 정보통신기기(인공지능관련 기술 활용 포함) 활용 또는 사무직원을 배치한 사업소의 경우 보수의 차이를 두고 있다.

[그림 5-12] 거택개호지원(i) 기본보수

(단위: 단위/월)

○ 거택개호지원(i): 케어매니저 1인당 취급건수가 40 미만 또는 40 이상인 경우에 있어서 40 미만 부분		
구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	1,057	1,076
② 요개호 3, 4 또는 5	1,373	1,398

○ 거택개호지원(ii): 케어매니저 1인당 취급건수가 40 이상인 경우, 40 이상 60 미만 부분

구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	529	539
② 요개호 3, 4 또는 5	686	1,698

○ 거택개호지원(iii): 케어매니저 1인당 취급건수가 40 이상인 경우, 60 이상 부분

구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	317	323
② 요개호 3, 4 또는 5	411	418

주: 거택개호지원비(I): 거택개호지원비(II)를 산정하고 있지 않은 사업소  
 자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.181의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

[그림 5-13] 거택개호지원(II), 개호예방지원 기본보수

(단위: 단위/월)

○ 거택개호지원(i): 케어매니저 1인당 취급건수가 45 미만 또는 45 이상인 경우에 있어서, 45 미만 부분

구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	신규	1,076
② 요개호 3, 4 또는 5	신규	1,398

○ 거택개호지원(ii): 케어매니저 1인당 취급건수가 45 이상인 경우에 있어서, 45 이상 60 미만 부분

구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	신규	522
② 요개호 3, 4 또는 5	신규	677

○ 거택개호지원(iii): 케어매니저 1인당 취급건수가 45 이상인 경우, 60 이상 부분

구분	개정 전	개정 후
① 요개호 1 또는 2	신규	313
② 요개호 3, 4 또는 5	신규	406

○ 개호예방지원비

개정 전	개정 후
431	438

주: 거택개호지원비(II, 신규분): 정보통신기기(인공지능관련기술 활용 포함) 활용 또는 사무직원을 배치한 사업소  
 자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.181의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

## 3) 특정시설입거자 생활개호·지역밀착형특정시설입거자 생활개호 기본보수

특정시설입거자 생활개호와 지역밀착형 특정시설입거자 생활개호 서비스에서도 개호도에 따른 기본보수의 차등을 두고 보상되고 있다.

〈표 5-13〉 특정시설입거자 생활개호·지역밀착형특정시설입거자 생활개호 기본보수

(단위: 단위/일)

서비스 유형	개호도	개정 전	개정 후(2021)
특정시설입거자 생활개호	요개호 1	536	538
	요개호 2	602	604
	요개호 3	671	674
	요개호 4	735	738
	요개호 5	804	807
지역밀착형 특정시설입거자 생활개호	요개호 1	535	542
	요개호 2	601	609
	요개호 3	670	679
	요개호 4	734	744
	요개호 5	802	813
개호예방 특정시설입거자 생활개호	요개호 1	181	182
	요개호 2	310	311

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.182의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

## 4) 방문개호(재가) 기본보수

방문개호에 대한 지불보상은 서비스 유형별 시간당 보상이 이루어진다. 서비스 유형은 신체개호와 생활원고 중심으로 구분되며, 보상의 시간 단위는 신체개호는 20분 미만, 20~30분 미만, 30분~1시간 미만, 1시간 이상에서는 30분 단위로 보상단위가 정해지고 있다. 생활원조 서비스는 20분 이상 45분 미만, 45분 이상으로 구분되며, 통원 등 승하차 지원은 단일 수가로 정해져 있다.

〈표 5-14〉 방문개호(재가) 기본보수

(단위: 단위/일)

서비스 유형	서비스시간	개정 전	개정 후(2021)
신체개호 중심형 (이용자의 신체에 직접적인 돌봄서비스 제공)	20분 미만	166	167
	20분 이상 30분 미만	249	250
	30분 이상 1시간 미만	395	396
	1시간 이상 1시간 30분 미만	577	579
	이후 30분씩 증가 시 산정	83	84
	생활지원가산	66	67
생활원조 중심형 (세탁, 청소, 조리 등 가사 서비스 중심)	20분 이상 45분 미만	182	183
	45분 이상	224	225
통원 등 승하차 지원		98	99

주: 생활지원가산은 연속해서 생활지원을 한 경우의 가산을 의미함(20분부터 가산하여 25분별로 가산, 70분까지가 한도).

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.165의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

### 5) 치매케어 대응형 공동생활 개호 기본보수

치매케어 대응형 공동생활 개호의 수가는 유니트 개수와 입소형과 단기이용, 그리고 개호도에 다른 차등을 두고 있다. 입소형에 비해 단기로 이용할 경우 동일 유니트 방식의 동일 개호도라도 더 높은 수가 수준을 보인다.

〈표 5-15〉 치매케어 대응형 공동생활 개호 기본보수

(단위: 단위/일)

구분	입소			단기이용		
	개호도	개정 전	개정 후(2021)	개호도	개정 전	개정 후(2021)
1유니트	요지원2	757	760	요지원2	785	788
	요개호1	761	764	요개호1	789	792
	요개호2	797	800	요개호2	825	828
	요개호3	820	823	요개호3	849	853
	요개호4	837	840	요개호4	865	869
	요개호5	854	858	요개호5	882	886
2유니트 이상	요지원2	745	748	요지원2	773	776
	요개호1	749	752	요개호1	777	780
	요개호2	784	787	요개호2	813	816
	요개호3	808	811	요개호3	837	840
	요개호4	824	827	요개호4	853	857
	요개호5	840	844	요개호5	869	873

자료: 厚生労働省(2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. p.183의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 에서 2021.10.5. 인출.

### 3. 가감산제도

개호보험의 정책적 유도를 위해 서비스에 따라 다양한 가산(감산) 제도가 아래 표와 같이 운영되고 있었다. 실제 금액의 상한(지급 한도 기준액)은 단위 수로 정해져 있으며 지역에 따라 단위 수는 다소 차이가 있다. 아래 표는 1단위를 10엔으로 계산한 내용이다.

일본의 개호보험에서 가산은 개호서비스의 질을 향상시키기 위한 일상생활지속지원(요개호도 높은 시설에 대한 추가인력에 대한 가산), 개별기능훈련 가산(해당 인력의 배치와 훈련 실시), 서비스 제공체계강화, 간

호체제 가산, 영양매니지먼트와 야간직원배치, 개호직원 처우 가산이 실행되고 있다. 또한 감산은 정원초과 배치와 신체구속 미기록 감산이 실행되고 있다.

인지증노인공동생활개호 시설에 대해서는 인지증(치매) 환자 보호의 특수성을 고려한 다양한 가산이 활용되고 있다. 야간과 숙직직원 추가 배치, 초로기 치매 케어, 의료연계 체계 구축, 전문적 치매케어, 긴급 서비스 이용 필요자 케어, 임종케어 등 치매환자에 대한 특수한 서비스에 대한 추가 가산제도가 활용되고 있다.

〈표 5-16〉 개호노인 복지시설과 인지증 노인 공동생활 개호 수가 가(감)산 제도

구분	명칭	유닛	다인실	요건
개호노인복지시설	일상생활 지속 지원	46단위	36단위	신규 이용자 총수 가운데 요개호도4 혹은 5인 자 및 치매자립도3 이상이 차지하는 비율이 일정 이상인 시설에 있어 개호복지사 수가 이용자 6에 대하여 1 이상 배치된 경우
	개별 기능훈련 가산	12단위		전속 기능훈련지도원의 직무에 종사하는 상근 물리치료사 등을 1명 이상 배치 이용자 개별 기능훈련계획에 근거하여 계획적으로 기능훈련 실시
	서비스제공체계 강화	개호복지사 60% 이상: 18단위, 개호복지사 50% 이상: 12단위 상근 직원 등: 6단위		
	간호체제 가산	13단위		많은 간호직원 배치 24시간 연락 가능 체제 확보
	야간 직원 배치 가산	27단위		야근 개호직원 또는 간호직원 수가 최저 기준을 1 이상, 상회하는 경우
	영양매니지먼트	14단위		상근 영양관리사 1명 이상 배치 섭식 및 연하 기능, 음식 형태에 배려한 영양 케어계획을 작성하고 영양관리 실시
	개호직원 처우 개선 가산	가산1: 8.3%, 가산2: 6.0%, 가산3: 3.3%, 가산4: 가산3*90%, 가산5: 가산3에 *80%		
감산	정원을 초과한 인원 배치 기준 위반 시에 30% 감산			
	신체 구속에 기록을 안 한 경우에 5단위 감산			

구분	명칭	유닛	다인실	요건
인지증 노인공동생활개호	야간 직원 또는 숙직 직원의 많은 배치			1유닛 50단위, 2유닛 이상 25단위
	초로기 치매 이용자 케어			120단위
	의료연계체제 구축			39단위
	전문적 치매케어 실시			3단위, 4단위
	긴급 서비스 이용이 필요한 이용자에 대한 서비스 제공			200단위(입소한 날로부터 7일 한정 지급)
	임종 케어 실시			사망일 전 4~40일: 144단위 전날 및 전전날: 680단위 / 당일: 1,280단위
	퇴거 시 상담원조 실시			400단위(이용자 1명에 1회 한정 지급)
	개호복지사, 상근 직원 또는 3년 이상 근무자를 일정 이상 배치			18단위, 12단위, 6단위
감산	정원을 초과한 인원 배치 기준 위반 시에 30% 감산			
	야근 직원의 근무조건이 기준을 충족하지 못하는 경우에 3% 감산			

원자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2017). 介護老人福祉施設(参考資料). [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf)에서 2020.10.20. 인출.

자료: 이윤경 외(2020). p.267에서 재인용

#### 4. 개호보수(개호수가) 결정 과정<sup>30)</sup>

개호보험제도는 원칙적으로 3년 주기로 사회보장심의회에서 재정수지 등을 고려하여 개호보수, 서비스 내용 등 전반적인 사업의 방향과 내용을 개정한다.

'21년 개호보험제도를 개정함에 있어 기본보수(개호보험 수가)에 개호 직원의 인재확보·처우개선을 배려하면서, 물가동향에 따른 물품비에 미치는 영향 등 개호사업자의 경영환경 등을 고려하였다.' 21년도 개정률은

30) 社保審 - 介護給付費分科会(2020). 審議報告案にかかる参考資料의 내용을 참조하였다. <http://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>에서 2021.10.21. 인출.

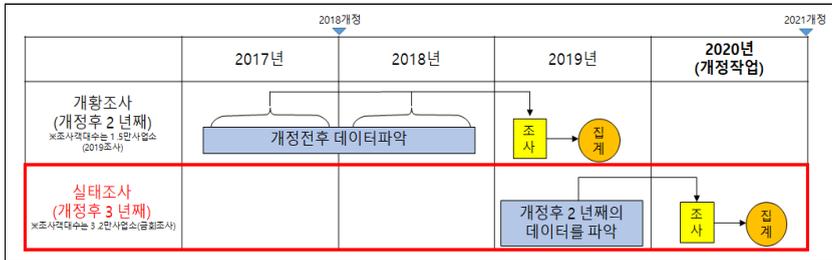
전체적으로 +0.70%(그 안에 코로나19 감염병 대응을 위한 특례적인 평가로서 0.05%(21년 9월까지)를 확보)로 확정했다.

'20~'21년도의 경우 코로나19라는 감염병 리스크를 고려한 기본보수 개정 방향에 따라 ① 모든 서비스의 기본보수를 인상하고, ② 모든 서비스에 대해 '21년 4월~9월까지 기본보수에 0.1%를 추가했다.

또한, 개호보수 및 제도 개정을 위해서는 기본적으로 개정시기에 맞추어 개호사업 경영실태조사를 실시한다.

경영실태조사는 전년도 결산을 기초로 각 서비스의 수치차 비율(이익률)과 인건비 비율을 제시한다. 차기 개호보수개정의 개정률, 각 서비스 개편에 중요한 기초자료로 사용된다. 이번 조사는 2019년도 1년간의 결산 데이터를 기반으로 14,376개 사업소로부터 회신을 받았다(유효 회답률 45.2%).

[그림 5-14] 개호사업경영실태조사의 조사 및 집계 운영 시기



자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020). 審議報告案にかかる参考資料. p.8의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>에서 2021. 10.21. 인출.

〈표 5-17〉 개호사업경영실태조사 개요

구분	개호사업경영조사 개황	개호사업경영 실태조사
조사목적	개호보수는 각 서비스의 평균비용의 금액 등을 감안하여 설정하고 있어 각 서비스 시설·사업소의 경영상태를 파악하고, 차기 개호보험제도의 개정 및 개호보수 개정에 필요한 기초자료를 얻기 위함	
조사대상	모든 개호보험서비스(개호보험시설, 거택서비스사업소, 지역밀착형서비스사업소)	
조사주기	3년 주기	
조사시기	개정 후 2년째 5월(지난 회기 조사: 2019년 5월)	개정 후 3년째 5월(금번 조사 2020년 5월)
공표시기	조사한 해의 12월	조사한 해의 10월
유효회답률	48.2%(2019년도 조사)	45.2%(2020년도 조사)
목표정도	서비스별 수입과 지출의 표준오차율을 5% 이내로 설정	

자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020). 審議報告案にかかる参考資料. p.8의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>에서 2021. 10.21. 인출.

다음 표의 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과, 2019년도 결산 개호서비스의 수입·지출(비용) 차이 비율(이익률)은 전국 평균 2.4%로 2018년도(3.1%) 대비 0.7%p 감소했다. 개호의료원을 제외한 22개의 서비스 중에 17개의 서비스가 이익률이 악화됐다. 마이너스폭이 큰 것은 야간대응형 방문개호(-2.9%p), 간호소규모 다기능형 거택개호(-2.6%p), 정기순회서비스(-2.1%p)와 같은 지역밀착형서비스가 상위로 집중되어 있다. 수입에서 인건비가 차지하는 비율은 16개 서비스가 증가했다.

〈표 5-18〉 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과(각 개호서비스)

구분	2019년 개황 2018년 결산		2020년 실태조사	
			2019년 결산	2019년 대비 증감
시설서비스	개호노인복지시설	1.8% (1.8%)	1.6% (1.6%)	-0.2%p (-0.2%p)
	개호노인보건의료시설	3.6% (3.4%)	2.4% (2.2%)	-1.2%p (-1.2%p)
	개호요양형 의료시설	4.0% (3.2%)	2.8% (2.3%)	-1.2%p (-0.9%p)
	개호의료원	-	※5.2% (※4.7%)	-
거택서비스	방문개호	4.5% (4.1%)	2.6% (2.3%)	-1.9%p (-1.8%p)
	방문입욕개호	2.6% (1.2%)	3.6% (2.7%)	+1.0%p (+1.5%p)
	방문간호	4.2% (4.0%)	4.4% (4.2%)	+0.2%p (+0.2%p)
	방문리허비리테이션	3.2% (2.6%)	2.4% (1.9%)	-0.8%p (-0.7%p)
	통소개호	3.3% (2.8%)	3.2% (2.9%)	-0.1%p (+0.1%p)
	통소리허비리테이션	3.1% (2.6%)	1.8% (1.4%)	-1.3%p (-1.2%p)
	단기입소생활개호	3.4% (3.3%)	2.5% (2.3%)	-0.9%p (-1.0%p)
	특정시설입거자 생활개호	2.6% (1.3%)	3.0% (1.9%)	+0.4%p (+0.6%p)
	복지용구대여	4.2% (3.4%)	4.7% (3.5%)	+0.5%p (+0.1%p)
	거택개호지원	-0.1% (-0.4%)	-1.6% (-1.9%)	-1.5%p (-1.5%p)
지역밀착형 서비스	정기순회·수시대응형 방문	8.7% (8.5%)	6.6% (6.0%)	-2.1%p (-2.5%p)
	야간대응형 방문개호	※5.4% (※5.3%)	※2.5% (※2.0%)	-2.9%p (-3.3%p)
	지역밀착형 통소개호	2.6% (2.3%)	1.8% (1.5%)	-0.8%p (-0.8%p)
	치매케어대응형 통소개호	7.4% (7.2%)	5.6% (5.4%)	-1.8%p (-1.8%p)
	소규모 다기능형 거택개호	2.8% (2.5%)	3.1% (2.9%)	+0.3%p (+0.4%p)
	치매케어 대응형 공동생활개호	4.7% (4.4%)	3.1% (2.9%)	-1.6%p (-1.7%p)
	지역밀착형 특정시설 입거자 생활개호	1.5% (1.2%)	1.0% (0.6%)	-0.5%p (-0.6%p)
	지역밀착형 개호노인복지시설	2.0% (2.0%)	1.3% (1.3%)	-0.7%p (-0.7%p)
	간호소규모 다기능형 거택개호	5.9% (5.6%)	3.3% (3.1%)	-2.6%p (-2.5%p)
	전 서비스 평균	3.1% (2.8%)	2.4% (2.1%)	-0.7%p (-0.7%p)

주: 괄호 안에 제시된 값은 세후 수입·지출 차이 비율을 의미함. 수입·지출 차이 비율 = (개호서비스 수익액-개호서비스 비용액) / 개호서비스의 수익액

자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020). 審議報告案にかかる参考資料. p.9의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>에서 2021. 10.21. 인출.

다음 표는 각 개호서비스의 인건비 비율에 대한 개호사업 경영실태조사 결과이다. 조사 결과 수입·지출이 악화하고 있는 이유로는 개호인재 확보가 과제로 부상함에 따라 인건비 증가(급여 비중 상승: 2018년 대비 +0.4)를 한 원인으로 생각할 수 있다.

〈표 5-19〉 2020년도 개호사업 경영실태조사 결과(각 개호서비스별 인건비 비율)

구분	수입에 대한 인건비 비율			
	2019년 개황 2018년 결산	2020년 실태조사		
		2019년 결산	2019년 대비 증감	
시설서비스	개호노인복지시설	63.6%	63.6%	0.0%p
	개호노인보건시설	60.5%	61.7%	+1.2%p
	개호요양형 의료시설	59.8%	60.9%	+1.1%p
	개호의료원	-	59.4%	-
거택서비스	방문개호	77.2%	77.6%	+0.4%p
	방문입욕개호 (개호예방 포함)	65.7%	66.0%	+0.3%p
	방문간호 (개호예방 포함)	76.5%	78.0%	+1.5%p
	방문리ハビリ테이션 (개호예방포함)	71.1%	72.3%	+1.2%p
	통소개호	63.3%	63.8%	+0.5%p
	통소리ハビリ테이션 (개호예방 포함)	66.2%	66.7%	+0.5%p
	단기입소생활개호 (개호예방 포함)	64.1%	63.7%	-0.4%p
	특정시설입거자 생활개호 (개호예방 포함)	44.6%	44.9%	+0.3%p
	복지용구대여 (개호예방 포함)	36.5%	33.9%	-2.6%p
	거택개호지원	83.4%	83.6%	+0.2%p
지역밀착형 서비스	정기순회·수시대응형 방문	79.1%	78.8%	-0.3%p
	야간대응형 방문개호	76.7%	82.8%	+6.1%p
	지역밀착형 통소개호	64.5%	64.2%	-0.3%p
	치매케어대응형 통소개호	65.5%	66.9%	+1.4%p
	소규모 다기능형 거택개호	68.5%	67.9%	-0.6%p
	치매케어 대응형 공동생활개호	61.8%	64.2%	+2.4%p

구분	수입에 대한 인건비 비율		
	2019년 개황 2018년 결산	2020년 실태조사	
		2019년 결산	2019년 대비 증감
지역밀착형 특정시설 입거자 생활개호	58.4%	59.3%	+0.9%p
지역밀착형 개호노인복지시설	63.6%	64.7%	+1.1%p
간호소규모 다기능형 거택개호	67.7%	68.9%	+1.2%p
전 서비스 평균	64.1%	64.5%	+0.4%p

자료: 社保審 - 介護給付費分科会(2020). 審議報告案にかかる参考資料. p. 10의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf>에서 2021. 10.21. 인출.

개호보수를 개정함에 있어 먼저 경영실태조사를 실시하고 조사결과 등을 고려하여 개정하고 있으며, 개호보험제도 도입 이래 지금까지의 개호수가 개정률은 아래 표와 같다.

주요 개정내용을 살펴보면 시설서비스에서 지역포괄케어시스템 구축을 통한 재가·예방서비스 중심으로 강화되어가고 있음을 알 수 있다. 또한, 2009년부터는 개호서비스 제공 인력 확보 문제가 대두되면서, 개호인력 확보를 위한 처우개선과 관련된 개호급여(수가) 개정 등 지금까지 지속적인 노력을 해오고 있음을 알 수 있다.

〈표 5-20〉 개호보수 개정 시 주요 내용과 개정률

구분	주요 개정내용	수가 개정률
2003년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 자립지원 시점에서의 거택개호지원(케어매니지먼트)의 확립</li> <li>○ 자립지원을 지향하는 재택서비스의 평가</li> <li>○ 시설서비스의 질 향상과 적정화</li> </ul>	-2.3%
2005년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 거주비(체재비)에 관련한 개호보수 개정</li> <li>○ 식비에 관련한 개호보수 개정</li> <li>○ 거주비(체재비) 및 식비에 관련한 운영기준 등의 개정</li> </ul>	-
2006년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 중증 대상자에 대한 지원강화</li> <li>○ 개호예방, 리허비리테이션 추진</li> <li>○ 지역포괄케어, 인지증(치매)케어 확립</li> <li>○ 서비스의 질 향상</li> <li>○ 의료와 개호의 기능분담·연계의 명확화</li> </ul>	-0.5%
2009년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 개호종사자의 인재확보·처우개선</li> <li>○ 의료와의 연계망 치매케어의 충실</li> <li>○ 효율적인 서비스 제공이랑 새로운 서비스 검증</li> </ul>	+3.0%
2012년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 재택서비스의 충실과 시설의 증점화</li> <li>○ 자립지원형 서비스의 강화와 증점화</li> <li>○ 의료와 개호의 연계·기능분담</li> <li>○ 개호인재의 확보와 서비스의 질 평가(교부금을 보수에 편입)</li> </ul>	+1.2%
2014년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 소비세 인상(8%)에 대한 대응</li> <li>- 기본단위수 등의 인상 · 구분지급한도기준액<sup>31)</sup>의 인상</li> </ul>	+0.63%
2015년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 중간 중증의 요개호자나 치매 고령자 대응에 대해 한층 더 강화</li> <li>○ 개호인재 확보대책 추진(1.2만엔 상당)</li> <li>○ 서비스 평가의 적정화와 효율적인 서비스 제공 체제 구축</li> </ul>	-2.27%
2017년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 개호인재의 처우개선(1만엔 상당)</li> </ul>	+1.14%
2018년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 지역포괄케어시스템 추진</li> <li>○ 자립지원·중증화 방지에 도움이 되는 질 높은 개호서비스의 실현</li> <li>○ 다양한 인재 확보와 생산성 향상</li> <li>○ 개호서비스의 적정화·증점화와 연결한 제도의 안정성·지속가능성 확보</li> </ul>	+0.54%
2019년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 개호인재의 처우개선</li> <li>○ 소비세 인상(10%)에 대한 대응</li> <li>- 기본단위수 등의 인상·구분 지급한도기준액과 보충급여에 관한 기준비용액 인상</li> </ul>	+2.13% [처우개선 +1.67%, 소비세 대응 +0.39%, 보충급여 +0.06%]
2021년	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 감염병, 화재 대응력 강화</li> <li>○ 지역포괄케어시스템 추진</li> <li>○ 자립지원·중증화 방지대책 추진</li> <li>○ 개호인재 확보·개호현장 혁신</li> <li>○ 제도의 안정성·지속가능성 확보</li> </ul>	+0.70% (코로나19 감염병 대응을 위한 특례 평가 +0.05%(21.9월까지))

자료: 厚生労働省(2021c). 令和3年度介護報酬改定の主な事項について. p.54의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf>에서 2021.10.5. 인출.

## 5. 일본 사례의 시사점

일본 개호보험의 지불보상 체계의 특성은 지역별 특성을 반영할 수 있는 단위제와 서비스 유형과 개호도별 수가의 차등, 다양한 가산 제도를 통한 정책의 방향성을 제시하고 있는 것이다.

개별 수가를 단위제로 표시함에 따라 지역의 경제상황 및 인력 수급 상태를 반영할 수 있는 장점을 갖는다. 이를 통해 서비스 유형과 개호도별로 책정된 수가와 가산에서의 상대적 수준을 비교할 수 있는 장점을 갖고 있다.

둘째, 개호보험에서의 수가는 서비스 유형과 개호도별 차등을 두고 있으며, 또한 일부 서비스에서는 공급기관의 규모(통소개호 등)를 반영한 보수의 차이를 두고 있다. 이는 서비스 형태에 따른 요양필요도가 반영된 형태로 보여진다. 개호등급을 활용한 개호도의 차이를 수가에 반영함으로써 개호등급이 요양필요도를 반영하고 있음이 부각되어진다.

방문개호는 개호도를 반영하지 않으나, 신체개호와 생활원조, 통원 등 승하차 지원 등의 서비스 내용을 분류하여 시간당 보상형태를 보여주고 있다.

현재 우리나라의 장기요양보험 수가체계와 비교할 때 서비스 유형과 내용을 세분화하고, 요양필요도 수준을 모든 서비스에 반영한 점은 수가 체계가 급여의 특성을 세분화하여 반영하고 있음을 보여준다.

셋째, 다양한 가산제도의 활용은 개호보험이 지향하는 정책적 지향점을 달성하기 위한 방안으로 보여진다. 개호서비스의 전문화를 위한 다양한 가산제도는 이를 보여준다.

31) 이용자가 1개월 동안 받을 수 있는 서비스의 상한 단위 수가 정해져 있는데 이것을 구분 지급한도액이라고 말한다. 구분지급한도액은, 요지원·요개호도에 따라 다르다.

또한 개호보수의 개정 기간을 2년으로 설정하고, '개호사업소 경영실태조사'에 근거한 데이터 기반의 개호보수 산정방식의 사례는 향후 우리나라 장기요양보험의 수가개정에서도 현재 이루어지고 있는 경영실태조사를 더욱 안정적이고 신뢰성 높은 자료생산을 위한 노력이 요구됨을 보여준다.

마지막으로 개호보험제도의 개정 방향성은 국민 한 사람 한 사람이 정든 지역에서 노후를 보낼 수 있도록 보건·의료·복지 등의 종합적인 지원을 목표로 하는 지역포괄지원시스템을 구축하는 것이다(社会保障審議會 介護給付費分科會, 2020). 지역포괄케어시스템의 실현을 위해서는 의료와의 연계도 빼놓을 수가 없다. 이에 일본은 2018년 개호보수와 의료보험의 진료보수(수가) 동시 개정<sup>32)</sup>시 의료·개호 연계에 대한 가산을 강화하고 성과평가의 도입 등 지역포괄케어시스템 구축을 강화하는 내용으로 개정했다. 이와 같은 일본의 개호보수 개정내용과 방향성은 우리나라의 '지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)<sup>33)</sup> 선도사업(2019년, 8개 지방자치단체 시작)을 추진함에 있어 참고할 만한 자료이다. 즉, 노인장기요양보험의 지불보상체계는 의료 영역과 복지 영역과의 관계를 고려한 지불보상이 이루어져야 한다는 중요한 시사점을 제시한다.

32) 의료보험의 진료보수는 2년에 1회 개호보수는 3년에 1회 개정되기 때문에 6년에 1회 동시 개정이 되는 구조이다. 2018년도에 이루어진 개호·의료(진료)보수의 동시 개정으로 재택에서의 개호·의료 연계가 더욱더 강화되었다. 개호보수의 개정 방향은 의료 니즈에의 대응과 자립지원·중증화 방지에 중점을 두었고, 의료(진료)보수에서는 입·퇴원 시에 개호사업소와의 연계를 평가(개호연계가산)하는 등의 개정이 이루어졌다.

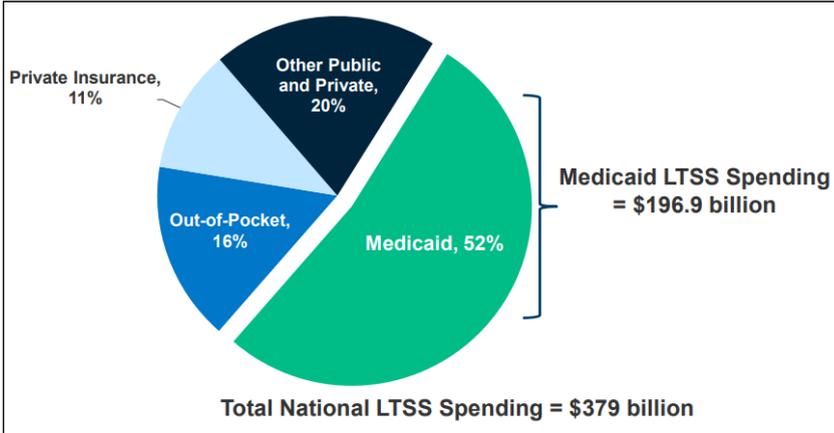
33) 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집, 그룹홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리며 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거·보건·의료·요양·돌봄·독립생활 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책이다.

### 제3절 미국

미국의 의료 보장체계는 민간이 주도하며 정부가 보완하는 구조이다. 공적 의료보장은 크게 메디케어(Medicare), 메디케이드(Medicaid) 및 아동건강보험프로그램(Children's Health Insurance Program, 이하 CHIP), 특정 계층(현역 군인 및 가족, 퇴역군인, 원주민 등)을 대상으로 한 건강보험 프로그램으로 구성된다. 메디케어는 65세 이상 노인 및 장애인을 대상으로 한 연방 건강보험 프로그램이며, 메디케이드와 CHIP은 저소득층 및 저소득층 아동을 대상으로 연방정부의 지침 아래 주 정부가 자율적으로 운영하는 건강보험 프로그램이다.

미국에서는 장기요양서비스도 일반 의료와 마찬가지로 위의 공적 건강보험프로그램에서 함께 보장하고 있으며, 몇몇 민간보험에서도 장기요양 서비스를 위한 보험 플랜을 제공하고 있다. 단, 일반 의료서비스와 달리 미국 전체 장기요양서비스의 가장 큰 지불자는 메디케이드이다. 메디케어의 장기요양서비스는 특정 상황에서의 특정 서비스에 국한되어 있으며, 소수의 기업만이 직원에게 민간 장기요양보험을 제공하기 때문이다. Kaiser Family Foundation(KFF)에서 2018년 National Health Expenditure Accounts 자료를 기반으로 추정한 결과, 미국 전체의 장기요양서비스 비용은 연 \$3,790억으로 이 중 메디케이드에서 \$1,969억(52%)을 부담한 것으로 나타났다(아래 그림 참조).

[그림 5-15] 지불주체에 따른 장기요양서비스 총 비용(2018년)



주: 총 장기요양서비스비용은 요양원, 공동생활시설, 방문간호·돌봄, 그리고 메디케이드 거주지 반대체요양서비스(Home and Community-Based Waiver Services, 이하 HCBS)를 포함함. 또한 응급의료 및 급성기이후치료(post-acute care)또한 일부 포함하나, 메디케어의 급성기이후치료비용은 포함하지 않음.

원자료: CMS, Office of the Actuary의 2018 National Health Expenditure Accounts 자료를 토대로 KFF(Kaiser Family Foundation)에서 추정함

자료: Watts, Musumeci, & Chidambaram(2020). p.2에서 재인용. <https://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Medicaid-Home-and-Community-Based-Services-Enrollment-and-Spending>에서 2021.10.13. 인출.

다음에서는 메디케어와 메디케이드의 장기요양서비스 지불보상체계에 대해 각각 알아보려고 한다. 메디케어에서의 재가서비스급여는 매우 제한되어 있으므로, 시설(전문요양시설)급여에 중점을 두고 살펴보았으며, 메디케이드의 경우 시설, 재가급여를 구분하여 살펴보았다.

## 1. 메디케어 지불보상체계

### 가. 메디케어의 장기요양 관련 급여 개요와 지불보상 원칙

메디케어는 1965년 도입된 연방정부 관할 건강보험프로그램으로 65세 이상 노인과 65세 미만 장애인과 말기신장질환자를 대상으로 한다. 메디케어는 Part A부터 Part D까지 4항목으로 구성되며, 각 항목에서 다른 급여서비스를, 다른 지불 방식을 통해 제공하고 있다(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS, 2021).

Part A(병원보험)는 병원에서의 입원진료 서비스를 보장하며, 주로 요양원, 전문요양시설, 홈헬스, 호스피스 서비스를 포함하는 기본 항목이다. 모든 메디케어 가입자는 Part A 가입자이기도 하다. 메디케어 가입자의 약 95%가 참여하는 Part B(의료보험)는 의사의 외래진료서비스를 보장하며, Part A에서 보장하지 않는 일부 서비스(물리치료, 작업치료 등)를 보장하기도 한다. Part B의 서비스를 이용하기 위해서는 매월 보험료(2021년 기준 \$148.5)를 지불해야 한다(Medicare.gov, 2021a). Part C(메디케어 어드밴티지 플랜, Medicare Advantage Plan)는 Part A와 B가 결합된 보험으로 메디케어에서 승인한 민간보험회사에서 관리하고 있다. 플랜별로 다른 추가 비급여 서비스를 포함할 수 있으며, 따라서 가입자는 플랜에 따라 다른 보험료를 지불한다. 마지막으로 Part D(처방의약품)는 메디케어 전체 가입자의 약 60%가 가입하였고, 의약품 구입을 보장하며 대부분은 매월 보험료를 지불하고 이용한다(이근정, 서은원, 위세아, 신양준, 2020).

〈표 5-21〉 미국 메디케어 각 부분의 특징

구분	Part A	Part B	Part C	Part D
관리 주체	연방정부	연방정부	민간보험회사	연방정부
급여 범위	입원 진료	의사 외래 진료	입원 및 외래진료(Parts A & B 서비스 포함)	처방 의약품
보험료 부과	일반적으로 지불하지 않음	매월 \$144.6 지불	플랜에 따라 다른 보험료 지불	플랜에 따라 다른 보험료 지불
참여자 현황		메디케어 가입자의 약 95%	메디케어 가입자의 약 25%	메디케어 가입자의 약 60%

원자료: 백종환, 송지은, 이기주, 이희승(2019); CMS(2019).

자료: 이근정 외(2020). p.57에서 재인용

메디케어에서의 장기요양 관련 서비스는 대부분 Part A(병원보험)에서 다루고 있다. 메디케어 Part A에서 포함하는 주요 서비스는 전문요양시설(skilled nursing facilities, 이하 SNF)에서의 입원, 의료, 비의료 서비스이다. 전문요양시설(SNF)은 의료 및 기능 제한 관련 24시간 수발을 위한 전문병원(또는 일반병원의 한 전문 부분)이다(Medicare.gov, 2021b). SNF 수급자는 의료서비스(멸균드레싱 교체 등)가 필요한 자에 한정된다. SNF에서 제공하는 다양한 의료 및 비의료서비스(간호, 물리 및 작업치료, 의료사회서비스, 약제 및 용품, 응급 이동 등), 입원비, 식사비는 모두 메디케어에서 지불하고 있다. 단, 입원 20일까지만 자기부담금이 없으며, 20~100일은 메디케어에서 일부만 보장하여 일당 \$185.5(2021년 기준)의 자기부담금이 있으며, 100일 초과 장기 입소는 메디케어에서 보장하고 있지 않다. 이는 매디갭(Medigap)과 같은 메디케어 보충보험에서 일부 보장한다(Medicare.gov, 2021b).

메디케어 Part A는 SNF 외 일반 요양원에서의 서비스도 일부 보장하고 있으나, 그 범위는 매우 제한되어 있다(Medicare.gov, 2021b). 먼저, 일반 병원에서 퇴원 후 메디케어에서 인증한 전문요양기관에서의 재활치료(퇴원 후 30일 이내)를 보장하고 있으며, 전문요양기관 외 요양원, 반의

존형 시설(assisted living facilities)의 의료서비스도 보장하고 있다. 단, 보장 범위에서 요양원 및 반의존형 시설에서 기능제한자를 위한 비의료적 수발, 지원서비스, 시설거주비용 등은 모두 제외된다. 따라서 미국에서 65세 이상 노인이 장기요양시설에 머물 경우, 의료 처치, 의사 진료, 의료용품비 등 의료(medical) 관련 비용은 메디케어에서 보장하며, 그 외 비의료적 수발, 시설거주비용 등은 메디케어 외에 자비로 부담하거나, 메디케이드 또는 기타 공·사적 장기요양보험에서 지불하게 된다.

그 밖에 메디케어 Part A와 Part B에서 일부 단시간의 재가의료서비스(간호 및 홈헬스 서비스)를 제공하는데, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 의료적 사회서비스 등을 포함하며, 식사, 활동 지원, 24시간 수발 등은 해당되지 않는다. 또한, 2018년 관련 법과 규정의 개정으로 2019년부터는 메디케어 어드밴티지 플랜에서 주간 보호, 재가 완화치료, 재가 기능지원 또는 수발 서비스, 가족 돌봄자 지원 등 장기요양서비스 제공을 허용하게 되었다(CMS, 2018).

#### 나. 메디케어 전문요양시설(SNF) 지불보상체계 특성

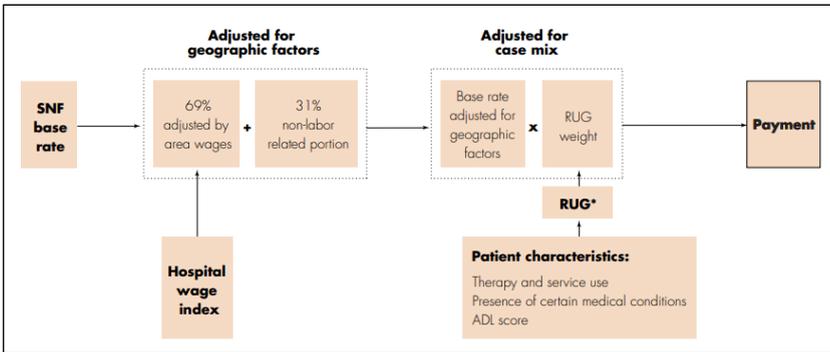
전문요양시설(SNF) 관련 급여의 기본 지불보상방식은 전향적 지불방식(Prospective Payment System, 이하 PPS)으로, 포괄수가제(DRG)의 한 방식이라고 볼 수 있다. 1997년 제정된 Balanced Budget Act를 기반으로 미국 메디케어 메디케이드 서비스 센터(Centers for Medicare and Medicaid, 이하 CMS)에서는 1998년 7월부터 SNF의 모든 메디케어 급여 비용 보상방식으로 PPS를 적용하여 왔다(Medicare Payment Advisory Commission, MedPAC, 2016)

PPS 보상체계에서 기본 보상비율은 도시와 농어촌 지역이 따로 계산되며, 매년 물가상승 비율 등을 고려하여 조정된다. 2017년 도시 지역 전

문요양시설의 기본 보상비율은 간호영역 \$175.28, 치료영역 \$132.03, 기타 영역 \$89.46으로 설정되었으며, 농어촌 지역 시설의 경우는 간호영역 \$167.45, 치료영역 \$152.24, 기타 영역 \$91.11 으로 설정되었다 (MedPAC, 2016).

전문요양시설의 최종 일당 보상비율은 위의 기본 보상 비율에서 인건비의 지역 차이와 사례 혼합(case mix, 통계적 환자 분류체계)을 고려하여 최종적으로 결정된다. 2019년 이전에는 급성기 이후 치료(post-acute care) 지불을 위해 널리 사용되어온 Resource Utilization Group(RUG) (가장 최근 버전 RUG-IV)을 환자분류체계로 이용하였다. RUG-IV에서는 특정 질환 여부, 기능 상태, 의료서비스 및 치료 필요도에 따라 66개의 그룹으로 환자가 분류된다. 기본보상비율에 이러한 그룹에 따라 각각 다른 간호 및 치료 가중치가 적용되어 최종 일당 보상비율이 정해지게 된다(MedPAC, 2016).

[그림 5-16] 전문요양시설(SNF) 관련 메디케어의 전향적지불방식(PPS)



주: 1) SNF(skilled nursing facility, 전문요양시설), RUG(resource utilization group, 자원사용에 따른 환자 분류), ADL(activity of daily living, 일상생활수행능력)

2) RUG 방식은 2019년 10월 이후 PDPM 방식으로 대체. PDPM 방식의 주요 내용은 [그림 5-17] 참고

자료: MedPAC(2016). p.2에서 재인용. [http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac\\_payment\\_basics\\_16\\_snf\\_final.pdf?sfvrsn=0](http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_16_snf_final.pdf?sfvrsn=0)에서 2021.10.13. 인출.

하지만, 기존 RUG 보상방식을 전문요양시설에 적용하면서 몇 가지 문제점이 발견되었다. RUG는 지불 기본 기준으로 치료 또는 간호 처치가 이루어진 시간(분)을 사용한다. 하지만, 증세가 심각하거나 복합적인 건강 문제(예를 들어, 인지와 신체 문제를 동시에 가짐)를 가지고 있는 많은 전문요양시설의 환자들에게는 단순히 더 많은 양의 처치나 치료가 도움이 되지 않는 경우가 많아, 이러한 환자가 많은 경우 공급자는 적절한 보상을 받을 수 없었다(CMS & Medicare Learning Network(MLN), 2018). 또한, 기존 RUG 보상체계에서는 치매 관리와 언어치료가 지불 대상 서비스로 포함되지 않았다(MedPAC, 2016).

2018년 지불보상 관련 개혁으로 이러한 PPS 지불보상체계에 새로운 환자주도지불모형(Patient Driven Payment Model, 이하 PDPM)을 적용하게 되는데(2019년 10월 1일부터), 서비스의 양뿐만 아니라 환자의 필요와 상황에 초점을 맞추므로써 지불방식의 정확성과 타당성을 높이고, 더욱 환자중심(patient-centered) 치료모델을 장려할 수 있을 것으로 기대하고 있다. 이러한 변화는 메디케어의 요양 관련 부분 서비스도 일반적인 의료서비스와 마찬가지로 가치기반(value-based) 지불보상체제로 변화하려는 CMS 노력의 일부라고 볼 수 있다(CMS & MLN, 2018).

새로운 PDPM에서는 환자의 의료 및 요양서비스 필요도가 ① 간호, ② 물리치료, ③ 작업치료, ④ 언어치료, ⑤ 관영양튜브(feeding tube) 필요 등 비치료적 보조 서비스(Nontherapy ancillary, 이하 NTA)의 5가지 임상 영역에서 결정된다. 이에 더하여, 환자 전체 입소 기간에서 일당 비율을 조정하는 작업(대체로 일수가 길어질수록 가중치 감소)이 이루어진다.

[그림 5-17] 환자주도지불모형(PDPM) 주요 내용

물리치료 (PT) +	물리치료 기본 보상비용	×	물리치료환자 분류점수(CMI)	×	일당비용 조정(VPD)
작업치료 (OT) +	작업치료 기본 보상비용	×	작업치료환자 분류점수(CMI)	×	일당비용 조정(VPD)
언어치료 (SLP) +	언어치료 기본 보상비용	×	언어치료환자 분류점수(CMI)		
비치료적보조 서비스 (NTA) +	NTA 기본 보상비용	×	NTA 환자분류점수 (CMI)	×	일당비용 조정(VPD)
간호 +	간호 기본보상비용	×	간호 환자분류점수 (CMI)	×	18% 조정비용 (에이즈환자 대상)
기타 비용	환자분류체계와 무관한 비용의 기본보상비용				

주: PT(physical therapy), CMI(case-mix index), VPD(variable per diem), OT(occupational therapy), SLP(speech language pathology), NTA(nontherapy ancillary)  
 자료: CMS & MLN(2018). SNF PPS: Patient Driven Payment Model. p.9의 내용을 연구진이 번역하여 제시함. [https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/Downloads/MLN\\_Call\\_PDPM\\_Presentation\\_508.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/Downloads/MLN_Call_PDPM_Presentation_508.pdf)에서 2021.10.13. 인출.

각각의 임상 영역은 환자 분류를 위해 다른 기준을 적용하는데, 물리·작업치료의 경우 임상질환분류(국제질병분류 ICD-10 코드와 수술 경험 여부 등)와 기능(일상생활수행능력) 제한 수준을 고려하며, 언어치료의 경우 급성신경성질환 여부, 치료가 필요한 질환 또는 인지기능 저하 여부, 연하 장애로 인해 식이 처방이 필요하거나 음식을 삼키기 곤란한 질환 여부 등을 고려한다. 간호영역의 경우 기존 RUG 체계에서와 동일하게 다양한 임상 질환 종류와 중증도, 집중 치료가 필요한 지 여부, 우울증 진단 여부 등을 고려하여 환자를 분류하며, NTA의 경우 복합만성질환 여부와 수준을 점수화하여 환자를 분류한다.

## 2. 메디케이드 지불보상체계

### 가. 메디케이드의 장기요양 급여 개요와 지불보상 원칙

메디케이드의 장기요양 관련 서비스는 연속적인 돌봄이 가능하도록 시설 및 재가 서비스를 모두 포함한다. 재가 서비스는 수급자 방문 서비스, 주야간보호 서비스, 반의존적 공동생활시설(assisted living) 서비스를 모두 포함한다. 2016년 통계에 의하면, 메디케이드는 미국 전체 단독 재가 서비스 비용의 36.8%, 요양원 서비스의 30.7%, 기타 의료·시설 거주·개인 수발 비용의 56.7%를 지불하였다(KFF, 2017).

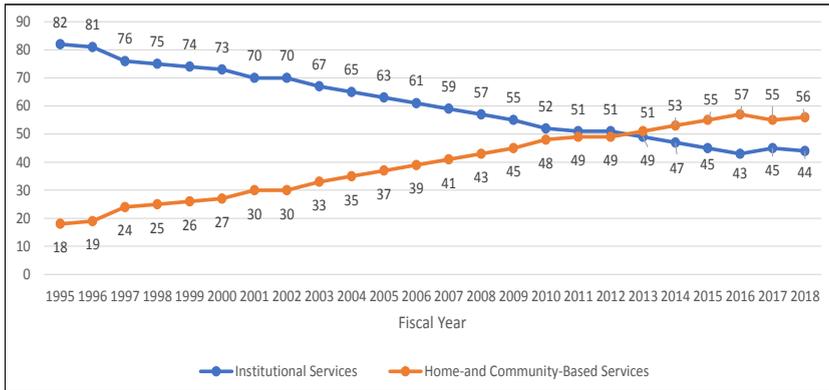
메디케이드 제도 안에는 장기요양 서비스를 보장하는 다양한 프로그램이 존재하며, 각각 급여 종류(시설, 재가)나 수급자 자격 등이 다양하다. 하지만, 메디케이드의 장기요양 관련 프로그램은 모두 다음과 같은 목표를 공유하고 있다. 첫째, 수급자 중심(person-driven) 서비스로, 노인, 장애인, 또는 만성질환 수급자가 어디에서, 어떻게, 누구를 통해 서비스를 받을지 결정할 수 있도록 한다. 둘째, 포용적(inclusive) 지역사회 중심 서비스로, 수급자가 거주할 지역사회를 결정할 수 있도록 독려하며, 지역사회 안에서 모든 필요한 서비스와 지원을 받을 수 있도록 한다. 셋째, 효과적이고 신뢰할 수 있는(effective and accountable) 서비스로, 삶의 질을 향상시킬 수 있는 질 높은 서비스를 제공하도록 하며, 공공과 민간의 파트너십과 장기요양서비스 이용에서의 개인의 책임을 강조한다. 넷째, 지속가능하고 효율적(sustainable and efficient) 서비스로, 다양한 서비스를 적절하게 조율하고 관리함으로써 효율적 비용 지출을 이끌어낸다는 지불보상원칙이다. 다섯째, 서비스 연계(service coordination)와 건강정보기술(health information technology)을 이용한 투

명한 정보 제공 강화이다. 마지막으로 문화적, 언어적 필요를 고려하여 정보와 서비스를 제공하는 문화적 역량(culturally competent)을 갖추는 것이다(Medicaid.gov, 2021).

비용 효율화와 효과적 서비스 연계를 위한 지불보상원칙에 기반하여 메디케이드에서는 시설 요양보다는 가능한 노인 개인이 편안하게 생활할 수 있는 곳에서 서비스를 받을 수 있도록 재가요양을 지향하고 있다. 이러한 메디케이드의 재가급여 확대 노력은 최근 메디케이드 급여비 변화 추세에도 잘 드러난다. 1995년 이후 메디케이드 장기요양 관련 지출에서 시설 대비 재가서비스 비중은 점점 증가하였으며, 2013년 재가 51%, 시설 49%로 처음으로 재가서비스 비중이 시설서비스 비중을 넘어섰다(Medicaid and CHIP Payment and Access Commission, MACPAC, 2018a). 그 이후로도 재가서비스 비중은 꾸준히 증가하여, 2018년 메디케이드 전체 장기요양 관련 지출 중 56%가 재가요양 서비스(Home-and Community-Based Services, 이하 HCBS)에 사용되었으며(MACPAC, 2018a), 특히, HCBS 급여비는 지적 및 발달장애 수급자의 경우 전체 급여비의 90%를 차지하는 것으로 나타났다. 노인 및 기타 장애인 수급자의 경우 미국 전체 평균 50%를 차지하나, 주에 따라 큰 편차가 나타났는데, 이는 주별로 수급자 자격, 보장 서비스, 지불보상 방법 등 HCBS 관련 투자와 운영방식이 매우 다르기 때문인 것으로 보인다(Caldwell, 2021).

[그림 5-18] 메디케이드 장기요양 관련 급여비용 중 시설(institutional LTSS) 및 재가(HCBS)급여 비중 변화(1995~2018)

(단위: %)



주: LTSS(Long-Term Services and Supports), HCBS(Home-and Community-Based Services)

원자료: Eiken, Sredl, Burwell, & Woodward(2017); Eiken, Sredl, Burwell, & Amos(2018).

자료: MACPAC(2018a)에서 재인용

## 나. 시설급여 지불보상체계

메디케이드의 시설급여란 사회보장법(Social Security Act)에 보장된 특정 서비스를 일컫는다. 시설급여는 병원서비스, 지적장애인을 위한 요양시설(intermediate care facility), 요양원(nursing facility), 21세 미만 정신장애 아동 및 청소년을 위한 시설서비스, 65세 이상 정신장애 노인을 위한 시설서비스를 포함하며, 시설(institutions)이란 수급자를 위해 통합적 케어 서비스를 제공하는 입소 시설을 말한다. 다음에서는 우리나라 장기요양보험에서 말하는 시설과 가장 가까운 요양원(nursing facility)에 대한 지불보상체계에 대해 알아보았다.

요양원 시설급여는 모든 주(states)에서 제공해야 하는 메디케이드 필수 급여프로그램이다. 요양원은 주의 인증을 받은 24시간 의료 및 전문적

간호 서비스, 재활치료, 기타 건강 관련 서비스를 제공하는 시설을 말한다. 2016년 미국 전역에는 15,600개의 요양원이 있었으며 이 중 95%의 요양원이 주 메디케이드 프로그램의 인증을 받은 요양원이다(MedPAC, 2019). 메디케이드는 요양원 서비스의 주요 지불 보상 제공자로, 2017년 기준 약 62%의 요양원 수급자의 시설급여를 지불하였다(KFF, 2019). 2016년 회계연도에 메디케이드는 약 567억 달러를 요양원 시설급여 비용으로 지출하였으며, 이는 메디케이드 장기요양서비스 비용의 34%, 전체 메디케이드 급여비용의 10%를 차지하는 비용이다(Eiken, Sredl, Burwell, & Amos, 2018).

연방정부에서는 어떻게, 어느 정도 요양원시설급여에 대해 보상해야 하는지에 대한 구체적인 방침을 제시하지 않으므로, 각 주에서 지불보상 체계를 설계하고 실행하고 있다. 사회보장법(Section 1902(a))에서는 단지 메디케이드 지불보상 제도가 효율성, 경제성, 질 보장을 추구하고, 불필요한 급여 사용을 방지할 수 있는 방안을 마련하도록 요구할 뿐이다(The Social Security Administration, n.d.). 사회보장법에서는 또한, 각 주에서 보상 비율을 설정한 뒤 이를 공공 게시하도록 하고 있다.

#### 1) 요양원 행위별수가제도<sup>34)</sup>

메디케이드 요양원 지불보상제도는 기본적으로 행위별수가제도로 (fee-for-service payment policy), 일당(per diem)비용을 기본으로 보상한다. 이에 더하여 다양한 조정(adjustment), 추가 보상, 인센티브 등을 통해 최종 보상률을 결정한다. 각 주는 기본 일당 비율 설정 방식부터, 인센티브 및 조정 비율 포함 여부까지 매우 다양한 지불방식 제도를

34) MACPAC(2019a)의 pp.2-4를 참조하여 작성하였다.

가지고 있으며, 다음에서는 Medicaid and CHIP Payment and Access Commission(MACPAC)의 2019년 12월 보고서에 기반하여 이러한 주별 지불방식에 대해 종합적으로 제시하고자 한다(MACPAC, 2019a).

기본 일당 보상 비율은 주로 요양원에서 보고하는 비용이나(cost-based) 주에서 미리 예측한 가격에 기반하여(price-based) 설정된다. 비용기반 비율은 각 요양원이 제출한 비용 보고서에 기반하여, 공급자 개인별 또는 기관별 일당비용(=입소기간동안의 총비용/입소기간(일))을 산출한다(단, 최대 한도 있음). 2019년 7월 기준, 31개의 주에서 요양원이 보고한 비용에 기반하여 일당비용을 설정하고 있다. 반면, 가격기반방식의 경우, 과거 비용 내역을 바탕으로 공급자별 또는 요양원별로 미리 책정된 가격에 따라 일당비용을 지불한다. 2019년 7월 기준, 15개 주에서 가격기반방식을 사용하고 있다.

많은 주에서 기본 일당 보상 비율 산출 시 물가상승률 및 기타 사회경제적 변화를 반영하기 위해 주기적으로 비용 보고서(cost reports)를 업데이트하도록 하고 있는데, 이를 리베이스(rebase)라고 한다. 22개 주에서는 매년, 12개 주에서는 2~4주년마다 시행하고 있다. 또한, 공급자가 병원 입원이나 가족 방문 등의 이유로 잠시 시설에서 퇴소했다 다시 돌아오는 경우가 있는데, 이러한 공급자들의 재입소를 보장하고 요양원의 불필요한 비용 지출을 방지하기 위해 일정한 한도(일) 내에서 기본 일당 보상 비율 중 일정 비율을 보상해주는 제도가 있다. 이를 bed hold라 하며, 43개 주에서 시행 중이다.

〈표 5-22〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 기본 보상 원칙(15개 주)

구분	기본 지불보상단위	비율결정기반	비용 보고서 자료원	리베이스 (rebate) 빈도	인플레이션 적용 기준	고위험환자 특별보상 제도	재입소보장 (bed hold) 제도 여부
일리노이	일당비용	보고된 비용	주(state) 보고서	매년	경제·국가리스크	X	입원(회당 4일), 기타(분기별 6일)
아리조나	일당비용	가격	메디케어, 주 보고서	매년	소비자물가, 경제·국가리스크	X	입원(12일), 기타(9일)
캘리포니아	일당비용	보고된 비용	주 보고서	매년	경제·국가리스크	X	입원(7일), 기타(18일)
조지아	일당비용	보고된 비용	주 보고서	정보 없음	주 개발 인덱스	X	입원(입소기간 75%), 기타(입소기간 75%)
일리노이	일당비용	보고된 비용	주 보고서	매년	경제·국가리스크	X	기타(매달 10일)
매릴랜드	일당비용	가격	주 보고서	2~4년	주 개발 인덱스	X	기타(연 10일)
메사추세츠	일당비용	가격	주 보고서	기타	소비자물가지수, 경제·국가리스크	O	입원(회당 10일), 기타(연 10일)
미시간	일당비용	보고된 비용	주 보고서	매년	주 개발인덱스	X	입원(회당 10일), 기타(연 18일)
미네소타	일당비용	보고된 비용	주 보고서	매년	소비자물가지수	X	입원(회당 18일), 기타(연 36일)
뉴저지	일당비용	보고된 비용	메디케어, 메디케이드	매년	경제·국가리스크	X	입원(회당 10일), 기타(연 24일)
펜실베이니아	일당비용	보고된 비용, 가격	주 보고서	매년	경제·국가리스크	X	입원(회당 15일), 기타(연 30일)
텍사스	일당비용	가격	주 보고서	2~4년	기타	X	기타(연 3일)
워싱턴	일당비용	보고된 비용	주 보고서	2~4년	기타	O	연 18일
위스콘신	일당비용	보고된 비용	주 보고서	기타	주 개발 인덱스	X	입원(회당 15일)

주: 1) 2018년 10월~2019년 7월 수집된 자료(주 정부 지침, 행정코드, 관련 매뉴얼, 웹사이트, 구글 검색 등)를 바탕으로 함. 50개 전체 중 15개 주의 내용만 따로 발췌. '없음'의 경우 실제로는 존재하나 수집된 자료에서는 발견되지 않은 경우도 포함.  
 자료: MACPAC(2019b). States' Medicaid Fee-For-Service Nursing Facility Payment Policies의 내용 중 일부(15개 주)를 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.macpac.gov/publication/nursing-facility-payment-policies/>에서 2021.10.13. 인출.

요양원 지불 비용은 직접케어비용(인건비, 의료용구비 등), 간접케어비용(사회서비스비, 수급자 활동비 등), 행정 및 관리비용, 건물·대지비 등을 고려하여 산출된다. 이러한 지불비용 산출을 위한 각 항목(Cost Center) 당 일당 비용을 합산하여 요양원별 총 일당 지불 비용이 결정된다. 각 비용 항목당 지불 가능한 비용은 한도가 있어, 주 내 전체 또는 같은 시설 유형 내 요양원 평균(중간값)의 105~125%를 넘지 못한다. 많은 주(27개)에서는 요양원 정원 충족률이 80~96% 정도 된다는 가정하에 이러한 비용을 산출하고 있다.

이러한 기본 보상 비율을 산출한 뒤, 많은 경우 수급자 질환 및 기능 상태(42개 주), 시설 유형(38개 주), 고위험 수급자 여부 등을 고려하여 기본 비율을 조정(adjustment)하는 과정을 거친다. 수급자 질환 및 기능 상태 분류를 위해 메디케어에서 적용하고 있는 RUG 환자 분류 체계를 대부분의 주에서 사용하고 있다. 시설 유형은 지역, 병상 수, 환자 분류 체계에 의한 등급 환자 비중 등을 고려하여 설정하고 있다. 고위험 수급자 여부는 인공호흡기 서비스 제공 여부(37개 주), 특정 정신질환 또는 인지장애 수급자 여부(22개 주), 또는 에이즈, 다발성경화증(multiple sclerosis) 등 집중 케어가 필요한 수급자 여부 등으로 결정된다.

〈표 5-23〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 주요 보상 비용 항목(15개 주)

구분	직접케어비용	간접케어비용	행정관리비	건물대지비	기타	산출 기준 최소총원율
알라바마	최대 일당비용 중간값의 110%	최대 일당비용 중간값의 110%	최대 일당비용 중간값의 110%	적정임대료(부 동산시장가치)	X	X
아리조나	시설유형에 따라 상이	최대 주 평균 일당비용의 100%	최대 주 평균 일당비용의 100%	최대 주 평균 일당비용의 100%	X	X
캘리포니아	최대 유형별 일당비용의 90분위	최대 유형별 일당비용의 75분위	최대 유형별 일당비용의 50분위	임대료기반(시 설유형별일당 비용의 100분위)	O	X

구분	직접케어비용	간접케어비용	행정관리비	건물대지비	기타	산출 기준 최소충원율
조지아	최대 유형별 일당비용의 90분위	최대 유형별 일당비용의 90분위	최대 유형별 일당비용의 105분위	적정임대료	X	X
일리노이	한도없음	한도없음	최대 유형별 일당비용의 75분위	기타	O	기타
매릴랜드	유형별 일당비용 중간값의 108.25% 에 해당하는 가격	유형별 일당비용 중간값의 107% 에 해당하는 가격	유형별 일당비용 중간값의 102.5% 에 해당하는 가격	임대료(최대한 도 있음)	O	기타
메사추세츠	\$14.58~ \$147.65	자료없음	\$76.96	\$37.06	X	96%
미시간	최대 유형별 일당비용의 80분위	최대 유형별 일당비용의 80분위	최대 유형별 일당비용의 80분위	시설유형별 상이	X	85%
미네소타	최대 한도 유형별 상이	최대 한도 유형별 상이	최대 한도 유형별 상이	최대 한도 시설 유형별 상이	O	기타
뉴저지	최대 일당비용 중간값의 115 또는 105%	최대 일당비용 중간값의 115 또는 105%	최대 일당비용 중간값의 100 또는 104.5%	적정 임대료	O	X
펜실베이니아	최대한도(기타)	최대한도(기타)	최대한도(기타)	기타	O	90%
텍사스	최대 유형별 일당비용중값 의 100.7%	최대 유형별 일당비용중값 의 100.7%	최대 유형별 일당비용중값 의 100.7%	최대 부동산가치의 80%	X	X
워싱턴	최소 주 중간값의 100%	최소 주 중간값의 90%	최소 주 중간값의 90%	적정 임대료(최소 수급자 및 일당 \$10.8)	X	90%
위스콘신	최대한도있음	최대한도있음	최대한도있음	기타(최대한도 있음)	X	50%(신규 기관만)

주: 2018년 10월~2019년 7월 수집된 자료(주 정부 지침, 행정코드, 관련 매뉴얼, 웹사이트, 구글 검색 등)를 바탕으로 함. 50개 전체 중 15개 주의 내용만 따로 발췌. '없음'의 경우 실제로는 존재 하나 수집된 자료에서는 발견되지 않은 경우도 포함.

자료: MACPAC(2019b). States' Medicaid Fee-For-Service Nursing Facility Payment Policies의 내용 중 일부(15개 주)를 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.macpac.gov/publication/nursing-facility-payment-policies/>에서 2021.10.13. 인출.

〈표 5-24〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 비용 조정 항목(15개 주)

구분	환자분류 체계	시설유형	지역	인공호흡기 사용 가능	정신 또는 인지장애	기타 고위험조건	공공/민간	공급자 세금우대
알라바마	X	병상수	X	O	X	X	X	X
아리조나	기타	환자분류, 지역	O(도시/농어촌)	O	X	O	X	X
캘리포니아	기타	지역, 병상수	O(카운티)	O	X	X	O	X
조지아	RUG	O	X	O	O	X	O	O
일리노이	RUG-IV	환자분류, 지역	O	O	O	X	O	O
매릴랜드	RUG	지역	O(지역 구분)	O	X	X	O	O
메사추세츠	Other	지역, 병상수	O(카운티)	X	O	O	O	O
미시간	X	O	X	O	X	O	X	X
미네소타	RUG-III	지역	O(카운티)	O	X	O	O	X
뉴저지	RUG	환자분류	X	O	O	O	X	O
펜실베이니아	RUG-III	지역, 병상수	O(MSA)	X	X	X	O	X
텍사스	RUG-III	X	X	O	X	X	O	X
워싱턴	RUG-IV	지역	O(카운티)	O	X	O	O	O
위스콘신	RUG	X	X	O	O	X	O	X

주: MSA(metropolitan statistical area), RUG(Resources Utilization Group) 2018년 10월~2019년 7월 수집된 자료(주 정부 지침, 행정코드, 관련 매뉴얼, 웹사이트, 구글 검색 등)를 바탕으로 함. 50개 전체 중 15개 주의 내용만 따로 발췌.

자료: MACPAC(2019b). States' Medicaid Fee-For-Service Nursing Facility Payment Policies의 내용 중 일부(15개 주)를 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.macpac.gov/publication/nursing-facility-payment-policies/>에서 2021.10.13. 인출.

기본 보상비율, 조정 비율 외에도 많은 주에서 추가 보상 또는 인센티브 제도를 운영 중이다. 추가 보상이란 같은 서비스에 대해 메디케이드의 기본 행위별수가 보상비율이 메디케어보다 낮다는 점을 고려하여, 메디케어 보상 비율에 맞추어 일회성으로 부족한 비용만큼 보상하는 제도이다. 2019년 7월 기준 25개 주에서 이러한 추가 보상 제도를 시행 중이며,

많은 경우 정부 운영 공공 요양원을 대상으로 이러한 추가 보상을 시행하고 있다. 인센티브 제도는 일반적으로 질 향상, 효율성 향상 이니셔티브 등 새로운 규율을 도입하고 효과적으로 시행하기 위해 적용되고 있다. 일부 주에서는 요양원 인력 충원 비율을 향상하거나, 감염병의 효과적 관리와 기술 기반 케어를 장려하기 위해 이러한 인센티브 제도를 활용하기도 하였다.

〈표 5-25〉 메디케이드 요양원 지불보상제도의 추가보상 및 인센티브(15개 주)

구분	공공시설보조	공급자세금우대	기타추가보상	서비스질향상	병상교체	기타
알라바마	X	X	X	X	X	X
아리조나	X	O	X	X	X	X
캘리포니아	O	X	O	O	X	X
조지아	O	X	X	O	X	X
일리노이	X	X	X	O	X	O
매릴랜드	X	X	X	O	X	X
메사추세츠	O	X	O	X	O	X
미시간	O	X	O	O	X	X
미네소타	O	X	X	O	X	O
뉴저지	X	X	X	X	X	X
펜실베이니아	O	X	O	X	X	X
텍사스	O	X	O	O	X	X
워싱턴	O	X	X	O	X	O
위스콘신	O	X	O	X	O	X

주: 1) 병상 침대 재활용 또는 오래된 침대를 교체하는 기관에 대해 인센티브 지급

2) 2018년 10월~2019년 7월 수집된 자료(주 정부 지침, 행정코드, 관련 매뉴얼, 웹사이트, 구글 검색 등)를 바탕으로 함. 50개 전체 중 15개 주의 내용만 따로 발췌. '없음'의 경우 실제로는 존재하나 수집된 자료에서는 발견되지 않은 경우도 포함.

자료: MACPAC(2019b). States' Medicaid Fee-For-Service Nursing Facility Payment Policies의 내용 중 일부(15개 주)를 연구진이 번역하여 재구성함. <https://www.macpac.gov/publication/nursing-facility-payment-policies/>에서 2021.10.13. 인출.

## 2) 지역사회 거주시설 지불보상제도

지역사회 거주시설(Residential Care Settings, 이하 RCS)은 인지기능 또는 신체 기능의 저하로 독립적인 생활이 불가능한 개인이 머무를 수 있는 지역사회외의 거주시설로, (1) 소수의 수급자가 서비스공급자(또는 돌봄종사자)와 함께 거주하는 가정형 공동거주시설(adult foster home, adult family home 등)과 (2) 많은 수급자가 함께 거주하는 아파트형 공동거주시설(assisted living facility, assisted living residence 등)<sup>35)</sup>을 포함한다. 거주시설에 따라 제공하는 서비스 유형이나 수급자 자격 여건(치매노인전문시설 등)이 다양하나, 대부분 일상생활 보조, 기능 지원 서비스를 포함한다. 요양원과 마찬가지로 RCS 역시 주로 주 정부의 관리와 규제를 받는다(Carder, O’Keeffe, & O’Keeffe, 2015).

RCS는 요양원과 달리 재가서비스로 분류된다. 즉, 공동으로 생활하기는 하지만, 각 개인이 지역사회에 자유롭게 거주하며 요양서비스와 지원만 필요에 따라 제공받는다라는 개념이다. 2016년 기준 총 29개 주에서 HCBS 프로그램(Section 1915(c))을 통해 급여가 보장되며, 그 밖에 11개의 주에서는 시설에서 재가로의 이동을 지원하는 Money Follows the Person(MFP) 시범사업<sup>36)</sup>을 통해, 16개의 주에서는 기타 주 정부의 재가급여프로그램을 통해 RCS 서비스를 보장하고 있다(Carder et al., 2015). 단, 시설급여와 달리, 재가급여는 메디케이드 연방법상 필수 급여는 아니며, 주에서 자율적으로 보장하고 있어, 5개의 주에서는 RCS 관련 급여를 제공하고 있지 않다.

35) 주에 따라 같은 성격의 시설이라도 다른 용어를 사용하고 있다.

36) 본 시범사업은 수급자의 지역사회 거주 및 삶의 질 향상, 메디케이드 장기요양 비용효율 증진 효과를 인정받아 2020년 Better Care Better Jobs Act(S.2210/HR.R.4131)를 통해 정규 사업으로 계속 지속하게 되었다.

지불보상방법은 크게 서비스 관련 지불보상방법과 거주비용 관련 지불보상방법으로 나눌 수 있다. 서비스 관련 지불보상방법은 주마다 다양하며, 크게 ① 정액제(Flat rate), ② 차등보상제(Tiered rate), ③ 슬라이딩스케일(sliding scale or case mix), ④ 서비스제공자 비용 기반제(Cost-based), ⑤ 행위별수가제(fee for service), ⑥ 합의 지불제의 6가지로 나눌 수 있다(6가지 방법 중 두 개 이상 적용하는 주도 있음)(MACPAC, 2019c). 정액제는 서비스 유형과 상관없이 같은 비율로 지불하는 것을 말하며, 차등보상제는 수급자의 서비스 필요도(중증도, 기능제한 정도 등)에 따라 몇몇 범주를 설정하여 보상률을 차등화하는 것이다. 예를 들어 캘리포니아 주의 경우, 서비스 필요도가 가장 낮은 경우(tier 1) 일당 \$52, 가장 높은 경우(tier 5) 일당 \$200(주 전체 전문요양원(SNF) 일당비 평균 가중치)로 책정되었다(2016년 기준). 슬라이딩스케일은 서비스 필요도에 따라 보상률을 달리한다는 점은 차등보상제와 동일하나, 보상률을 범주화하는 대신 슬라이딩 스케일을 이용하여 다양화하는 방법이다. 비용 기반제는 각 서비스제공자의 비용에 기반하여 보상률을 정하는 방법이며, 행위별수가제는 개인 수급자의 서비스 수급 단위(대표적으로 시간)에 따라 보상액이 결정되는 방법이다. 마지막으로, 메디케이드 장기요양서비스 관련 케어매니지먼트 제도인 managed long-term services and support(MLTSS)가 시행 중인 주에서 다양한 케어서비스 관련 이해당사자(개인 수급자, 서비스 제공자, 주 정부 또는 케어매니지먼트 운영 기구 등)가 합의하여 보상률이 결정되는 방법을 합의지불제라고 한다(MACPAC, 2019c).

기본적으로 RCS에서의 숙식 서비스에 대한 급여는 메디케이드에서 제공하지 않는다. 대신, 각 주에서는 수급자의 숙식비 부담을 줄이기 위해 다양한 제도들을 시행하고 있다. 예를 들어, 메디케이드 수급자들이 숙식

비를 지불할 수 있도록 보충연금(Supplemental Security Income)에 일정액을 추가로 매월 지급하거나, RCS에서 거주자에게 요구하는 숙식비의 최대한도를 설정하는 방법이 있다(MACPAC, 2019c).

### 3) Managed long-term services and support(MLTSS)

기존의 메디케이드 재가서비스 프로그램과 더불어, 점점 많은 주에서 managed long-term services and support(MLTSS) 프로그램을 도입하고 있다. 2020년 11월 기준, 전체 주의 절반인 25개 주에서 MLTSS를 도입하여 시행 중이다(MACPAC, 2021). MLTSS는 일종의 장기요양 서비스 케어메니지먼트로 관련 서비스 연계를 장려하고, 복잡하고 다양한 서비스 욕구를 가진 노인 또는 장애인 대상 서비스 비용 지출을 합리화하기 위해 점점 확대되고 있다(MACPAC, 2021). 대부분의 주에서는 재가와 시설 서비스 모두 포함하지만, 일부 주의 경우에는 재가수급자만 포함하고, 시설수급자에 대한 MLTSS는 시행되고 있지 않다. 주 정부에서는 민간 및 공공의 케어메니지먼트 플랜을 제공하는 여러 기관과 계약을 맺고, 대부분 주에서는 1개 이상의 플랜을 제공하고 있다.

MLTSS의 지불보상방식은 기존의 메디케이드 일반 케어 메니지먼트 프로그램과 비슷하게 인두세를 기본 지불보상방식으로 한다(MACPAC, 2018b). 단, 인두세율은 플랜에 포함된 서비스 종류, 수급자의 서비스 수요, 효과적 운영을 위한 인센티브세 등 매우 다양한 요인의 영향을 받는다. 2016년의 연구에 의하면, 연령, 지역, 인종 및 민족, 그리고 가구 구성이 중요한 인두세율 결정요인으로 나타났다(Libersky, Stepanczuk, Lester, Liao, & Lipson, 2016). 예를 들어, 장기요양서비스 수급자가 동거가족이 있으면 일정 부분 생활 지원이 가능하므로, 동거 가족원 수는 가사 및 활동 지원 서비스 필요도에 영향을 미칠 수 있다. 또한 무엇보다

중요한 요인은 공급자의 기능 제한 수준으로, 기능 제한 수준은 대부분 주에서 인두세율 조정에 활용하고 있다. 단, 공급자의 기능제한 수준을 파악할 때 2차 자료 사용 시 어떤 자료를 사용할지, 새로 측정한다면 어떤 사정 도구를 이용할지, 같은 주내 모든 플랜에 같은 지침을 적용할지 여부 등에 대한 규정은 주마다 매우 다양하다(MACPAC, 2018b).

인센티브제는 대부분의 주에서 재가서비스 이용을 장려하고, 시설 입소율을 줄이기 위한 방식으로 적용되고 있다. 예를 들어, 기존 인두세율에서 가정하고 있는 것보다 전체 공급자에서 재가 공급자가 차지하는 비율이 높아지면, 이러한 케어매니지먼트 플랜 제공 기관은 인센티브를 제공받을 수 있게 하는 것이다(MACPAC, 2018b). 또는, 매년 인두세율을 조정하여 재가 공급자 비율 목표치를 달성하도록 하는 방법도 시행되고 있다. 예를 들어 플로리다 주에서는 요양원 공급자가 전체 MLTSS 공급자의 35% 미만이 되도록 하는 장기 계획을 가지고, 이에 따라 플랜 제공 기관에 인센티브를 제공하고 있다(Kidder, 2017).

MLTSS 프로그램의 지불보상방식은 또한 필수 장기요양서비스 외에 공급자의 삶의 질을 향상하고 사회경제적 건강 격차를 줄이기 위해 부가서비스(value added services)를 제공할 수 있도록 보장하고 있다(Soper, 2017; MACPAC, 2018b). 이러한 부가서비스에는 주거지원, 의료 외 목적의 이동 지원, 영양지원, 사회적 모임 지원 등을 포함한다. 예를 들어, 테네시주에서는 MLTSS 플랜에서 공급자 가정과 침대의 베드버그(bed bugs)를 박멸하는 서비스를 제공하도록 하였는데, 이와 같은 저렴한 서비스로 거주 환경이 개선되면서 공급자의 요양원 입소를 지연하는 효과가 나타났다(Soper, 2017).

### 3. 미국 사례의 시사점

미국 메디케어 제도 하의 전문요양시설 급여의 기본 지불보상방식은 전향적지불방식(PPS)으로 환자의 질환 종류, 중증도, 기능 수준 등 간호 및 물리·작업·언어 치료 수요도에 따라 구체적인 보상률이 정해진다. 메디케이드의 시설급여는 기본적으로 일당 비용을 기준으로 하는 행위별 수가제(FFS)이다. 단, 메디케어 전문요양시설 지불보상방식과 마찬가지로 환자분류체계를 이용하여 환자의 건강, 질환, 기능상태에 따라 보상률이 조정되는 구조를 가지고 있다. 우리나라에서도 등급별 차등 보상을 적용하고는 있으나, 미국 메디케어 및 메디케이드의 환자분류체계는 수급자의 기능 상태를 더욱 세분화하는 것으로 보인다. 특히, 메디케어 PPS의 환자분류체계는 기존의 RUG 방식에서 PDPM 방식으로 전환되면서 기존에 제대로 반영되지 못했던 치매관리, 언어치료 수요 등 더욱 다양한 환자 상태와 수준을 지불 방식에 반영하고, 고위험 환자, 인지 및 행동 장애 등으로 다루기 힘든 환자가 많은 시설도 적절한 지불 보상이 이루어지도록 제도를 개선해가고 있다.

이러한 고위험, 고서비스 수급자에 대한 보상 합리화 정책은 의료 및 치료 서비스와 고난이도 활동 보조 서비스가 필요한 수급자 위주로 시설에서 서비스를 받게 하고, 그렇지 않은 많은 경우에는 지역사회에 계속 머물며(aging in place) 요양할 수 있도록 재가 장기요양 서비스를 확대하고자 하는 큰 목표의 일환이라고 볼 수 있다. 특히 시설 및 재가급여를 모두 포함하는 메디케이드 지불방식에서 이러한 경향이 더욱 두드러지게 나타난다. 이러한 재가급여 확대는 어느 정도 성과를 이루는 것으로 보여, 앞서 언급한 바와 같이 1995년 이후 미국 메디케이드 전체 장기요양 급여 시설 대비 재가급여의 비중은 꾸준히 증가하였으며, 2013년 이후로는 시설보다 재가급여의 비중이 더 높은 경향을 보이고 있다.

재가급여 확대의 한 가지 유형으로 우리나라 장기요양보험 제도에는 현재 포함되지 않은 지역사회거주시설(RCS) 서비스에 대한 급여화를 들 수 있다. RCS는 공동 생활 주택 또는 요양을 위한 시니어 아파트로, RCS는 필요시 적절한 서비스를 받을 수 있는 요양원의 장점을 제공하는 동시에, 요양원과 달리 개인 공간과 시간을 보호받을 수 있다는 점에서 시설 요양과 방문 요양의 절충적 대안을 보여주고 있다고 할 수 있다. 2016년 기준 11개의 주에서 시설에서 재가로의 이동을 지원하는 Money Follows the Person(MFP) 프로그램을 통해 이러한 RCS 서비스에 대한 급여 지불 및 보상이 이루어진다는 점도 이러한 RCS가 시설-재가서비스의 중간 또는 변환 단계가 될 수 있음을 시사한다.

또 다른 재가급여 확대를 위한 노력은 MLTSS 확대에서도 나타난다. MLTSS 프로그램은 서비스 연계를 강화하고, 복합적이고 다양한 공급자의 서비스 욕구를 충족함으로써 재가 공급자의 시설 입소를 지연할 수 있다. 이러한 프로그램의 목표는 MLTSS 지불보상방식 운영에서도 나타난다. 많은 MLTSS를 시행하는 주에서 재가서비스 이용을 장려하고, 시설 입소율을 줄이기 위해 재가 공급자 비율에 따라 인두세율을 차등화하는 등 다양한 인센티브 제도를 시행하고 있다. 또한, 기본 요양서비스 외 주거 환경을 개선하고 지역사회 거주 시 불편한 요소(교통수단 부족 등)를 해결하기 위한 다양한 부가서비스도 MLTSS에서 급여화함으로써 공급자의 지역사회 계속 거주를 지원하고 있다.

우리나라에서도 제2차 장기요양기본계획(2018~2022)에서 장기요양보험 케어매니지먼트 제도 도입과 지역사회 거주를 지원하는 통합요양을 기본 방향으로 제시하고 있다(보건복지부, 2018). 이러한 목표를 이루기 위해 재가급여 확대를 유도할 수 있는 적절한 인센티브 도입, 수가체계의 합리화 등 지불보상방식에서의 개선도 중요할 것으로 여겨진다.

## 제4절 해외 사례의 함의

독일과 일본, 미국의 장기요양서비스에 대한 지불보상방식은 우리나라의 제도와 비교할 때 유사한 점과 차이점을 보이고 있다. 4개 국가의 장기요양서비스 지불보상에서의 유사성과 특수성을 고려하여 향후 우리나라의 장기요양급여에 대한 지불보상 개편의 함의를 살펴보았다.

첫째, 장기요양정책은 시설보호보다는 지역사회 보호를 유인하기 위한 방향성을 달성하기 위해 지불보상체계의 기제를 가지고 있다. 미국 메디케이드는 지역사회거주시설(RCS) 서비스에 대한 급여화, 11개 주에서 시도되고 있는 시설에서 재가로의 이동을 지원하는 MFP, MLTSS에서 인두세 방식에서 재가수급자 비율에 따른 차등화 등의 인센티브는 재가거주를 지지하는 제도의 방향성에 따른 지불보상 방식의 실현이라 할 수 있다.

둘째, 시설급여는 일당 포괄수가 방식을 취하고 있다. 다만 국가별로 자원소모량의 차이, 즉 요양필요도를 기준으로 하는 이용자의 유형화의 수, 다양성은 차이를 보인다. 독일과 일본은 우리나라와 같이 기본적으로 장기요양등급을 기준으로 일당포괄수가 방식을 택하며, 미국의 경우는 과거 RUG를 보충한 PDPM 방식을 통해 장기요양 이용자의 다양한 욕구를 반영할 수 있도록 하고 있다. 또한 일본의 경우는 이용자의 특성(예, 정신질환, 장애 등)별 추가적인 요양필요도를 가산제도를 통해 보상하는 방식을 활용하고 있다. 독일은 시설급여의 2~5등급별(1등급은 시설 이용 불가) 일당 정액제를 부여하고 있다.

우리나라의 경우는 일본과 미국에 비해 이용자의 자원필요량에 따른 분류 또는 수가를 통한 보상이 다양화하지 못하며, 독일과 비교할 때도 등급별(1, 2, 3~5등급) 자원필요량 보상에서의 형평한 보상이 이루어지

는 데 한계를 갖는다.

셋째, 장기요양급여별 자원소모량의 차이의 반영이다. 장기요양급여는 이용자의 거주공간에 따라 시설급여와 재가급여로 구분되며 급여 내에서도 국가별로 서비스의 유형은 다양하게 운영되어진다. 국가의 서비스 유형별로 서비스의 목적과 기능 등이 고려되어 수가가 책정되는 기본적인 특성은 동일하게 나타난다. 특히 일본의 경우 서비스의 유형, 규모 등에 따라서 수가를 달리하고 있다. 예를 들어 단기입소생활개호의 경우 병설시설과 단독형을 구분하거나, 규모를 고려한 수가를 달리하고 있다. 이는 급여제공 기준 또는 시설 및 인력 기준 등의 차이를 수가에 반영한 것이다. 독일, 일본, 미국의 장기요양 지불보상의 자원투입량에 차이를 보이는 요소로서 지역에 대한 차이를 인정하고 있다. 독일과 일본의 경우 연방정부보다는 주 정부 차원에서의 지불보상이 이루어짐에 따라 지역별 차이가 반영되고 있으며, 일본의 경우 또한 수가를 금액이 아닌 '단위'로 책정하고 지역에 따라서 단위별 금액이 달라짐에 따라 지역의 특성을 고려한 보상이 이루어지도록 한 특성을 갖는다.

우리나라의 경우 시설유형별 수가의 차이는 있으나, 시설 및 인력기준의 차이를 수가에 반영하지 않고 있어 시설 내 자원투입량이 적은 시설에서 많은 보상을 받는 형평성의 문제, 서비스 질 하락의 문제가 나타나고 있다. 또한 지역별 동일 수가를 책정함에 따라서 땅값이 비싼 도시 지역의 경우 노인요양시설의 공급이 이루어지지 못하는 문제가 발생하고 있다.

넷째, 장기요양서비스 중 재가급여의 대표적 형태인 방문요양에 대한 보상 단위와 형태는 차이를 보인다. 독일의 경우 방문요양은 '서비스 묶음' 제도를 통해 방문요양에서 제공되는 다양한 행위(서비스)의 묶음별 보상을 하는 형태로서 본 연구에서 살펴본 바이에른 주의 경우는 신체 관련 수발(16개 서비스 묶음), 가사 도움은 7개의 묶음, 최초방문, 케어플랜,

신체 관련 수발조치의 시간당 요금 등의 행위의 소그룹화를 통해 재가급여 내에서도 이루어지는 행위별 난이도 등을 고려한 보상이 이루어지고 있다. 일본의 경우 방문요양을 신체개호와 생활원조로 구분한 후 시간당 정액제의 형태로 보상되어진다.

우리나라의 재가급여 방문요양의 경우 시간당 포괄수가제 방식으로 보상됨에 따라 신체지원, 가사, 사회활동 지원, 정서지원 등의 행위가 동일한 시간당 비용으로 보상됨에 따라 행위의 난이도가 반영되지 않는 불합리한 보상이 이루어지고 있다.

또한 우리나라의 방문요양 보상이 이루어지는 시간의 단위가 30분, 1시간과 같이 길게 책정되어있는 반면 일본은 신체 개호는 20분 미만/10분/30분, 생활원조는 25분 단위의 세분화되어 서비스에 대한 촘촘한 관리가 이루어지고 있다.

넷째, 장기요양서비스에서 급여로 보상하는 내용은 독일, 일본, 미국에서 대부분의 장기요양서비스를 포괄하고 있으나, 시설급여에서 식사와 거주비에 대한 보상이 이루어지지 않는다. 이는 재가거주를 우선시하기 위한 제도 장치로 볼 수 있다. 다만, 이들 국가에서는 거주비와 식사비에 대한 소득수준별 별도의 거주비에 대한 지원이 보완적으로 이루어진다. 우리나라의 경우는 식사재료비는 비급여이지만, 거주비에 대해서는 장기요양급여로 포함되고 있어 재가 거주 이용자와의 형평성, 시설로의 유인요인이 되고 있다.

다섯째, 일본의 다양한 가산제도와 미국 메디케이드의 추가보상 인센티브를 통한 서비스 질 향상의 방안으로서 우리나라 제도에 대한 함의를 제시한다. 미국의 메디케이드에서는 인력과 감염병 기술기반 케어 등에 대한 인센티브를 도입하고 있다. 일본 개호보험은 우리나라와 매우 유사한 등급체계와 급여유형을 가지고 있다. 기본적으로 등급별 자원필요량

을 고려한 지불보상이 일어나고 있으나, 제도가 지향하고자 하는 방향을 실현하고자 하는 지불보상방식으로 다양한 가산제도를 활용한다. 서비스 질 향상을 위한 인력가산뿐 아니라 시설의 ICT 기술 보급을 위한 가산, 특수 대상자 추가 요양에 대한 가산, 퇴소 지원을 위한 가산을 활용하고 있다. 또한 최근 의료와 개호가산을 연계하여 보완하는 등의 의료와 개호 제도 간의 효율성을 높이기 위한 노력이 이루어진 것도 우리나라에 의료와 요양 간의 역할분담의 효율성을 높이고자 하는 우리나라 제도에 대한 함의를 갖는다. 우리나라의 경우 가산이 대부분 추가인력 가산으로 이루어지고 있어 가산제도가 지향하는 바가 강력히 드러나지 않고 있는 한계를 보인다.

마지막으로 독일, 일본, 미국의 경우 장기요양 수가산정에서의 데이터 기반 보상체계를 위한 데이터를 수집하고, 이를 바탕으로 지불보상의 효과성을 평가하여 향후 수가 조정이 기반자료로 활용되고 있음도 우리나라 지불보상 체계에 대한 함의를 갖는다.





## 제6장

### 노인장기요양보험 지불보상체계의 정책과제

제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 종합평가

제2절 지불보상체계의 개선과제

제3절 급여유형별 지불보상의 개선과제



## 제 6 장

# 노인장기요양보험 지불보상체계의 정책과제

### 제1절 노인장기요양보험 지불보상체계 종합평가

노인장기요양보험제도는 도입 이후 수급자 확대를 통한 보장성 강화와 서비스 질 향상을 위한 제도 발전을 도모하였다. 그 결과 노년기 영양과 돌봄에 대한 필요를 사회적으로 보장하는 돌봄의 사회화가 상당 부분 달성되었다고 평가되어지며, 이로 인해 노인에 대한 돌봄과 부양은 이전 가족의 온전한 책임에서 사회와 공동책임의 형태로 변화되었다. 노인장기요양보험과 건강보험의 두 축은 노인 영양과 돌봄을 제공하는 공공제도로 자리매김하였다. 노인장기요양보험의 급여와 건강보험의 요양병원이 이들 서비스를 제공하는 주요 역할을 수행하며, 대부분 공공 기관보다는 민간 공급기관을 통해 우리 사회의 영양 서비스가 공급되고 있다.

노인장기요양보험과 건강보험은 민간 공급기관 중심의 공급체제로 인하여 제도가 지향하고자 하는 방향성과 목적을 달성하기 위한 정책도구로서 지불보상체계 운영의 중요성이 높다. 앞서 제2장부터 제3장에서는 노인장기요양보험제도 도입기부터의 지불보상체계의 구성과 13년간 제도를 운영하는 상황에서의 지불보상체계에 대한 현황을 진단하였으며, 제4장에서는 장기요양기관 운영자와의 FGI를 통해 현 지불 보상을 통한 운영 행태와 현 지불보상에 대한 평가, 개선방안에 대한 의견을 취합하였다. 제3장과 제4장을 통해 나타난 현재의 노인장기요양보험제도의 지불보상제도에 대한 진단의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

장기요양급여에 대한 지불보상의 기본 방식은 일당 또는 시간당 영양등급(자원소모량)에 따른 포괄수가방식에 맞춰 설계 운영되고 있다. 기본

수가방식에 추가적으로 가감산 제도를 통해 보험운영자는 급여를 제공한 공급자에 대한 보상을 하는 형태이다. 대부분의 국가에서 공공제도에서 장기요양서비스에 대한 공급자에 대한 보상은 자원소모량에 따른 일당 또는 시간당 포괄수가방식을 택하고 있다. 이는 장기요양서비스의 특성상 세부 서비스 내용의 차이가 크지 않으며, 복잡하지 않다는 특성으로 인해 행정비용을 최소화하여 제도 운영의 관리비용을 축소할 수 있는 지불보상이기 때문이다. 다만, 포괄지불의 포괄내용, 단위는 앞서 국가별 사례에서 살펴본 것과 같이 다소 차이를 보인다.

첫째, 지불보상의 목적 정합성에 대한 평가이다. 우선 장기요양급여의 보상내용의 합목적성을 갖추고 있는가에 있어서는 현재 급여의 보상범위는 비급여를 최소화하는 네거티브 방식의 형태를 갖고 있으나, 시설의 주거비에 대해서는 요양 목적에 부합하지 않는다고 판단된다. 또한 제도가 지향하는 목적을 달성하기 위한 지불보상인가에 대해서는 재가 우선원칙임에도 불구하고 현재의 지불보상에서는 오히려 시설을 유인하는 보상, 잔존능력이나 개별화 등의 서비스 질 향상을 위한 요소는 인력가산 제도 정도가 운영되고 있어 전반적으로 제도가 지향하는 목적 달성을 위한 지불보상은 이루어지고 있지 못하다. 제도 목적에 따른 지불보상이 이루어지지 못함에 따라 재가보다는 시설 이용을 유인하며, 또한 현재 지불보상은 높은 서비스 질을 위한 보상도 부족하지만, 낮은 서비스 질에 대한 패널티도 부족한 문제를 가지고 있다.

둘째, 합리성에 대한 평가이다. 우선 지불수준의 적합성은 공급자의 시장 진입을 충분히 유인하는 수준으로 평가된다. 공급자의 계속적 진입이 이루어지는 것은 진입 장벽이 낮고, 운영 시 질관리 기제 부족(공급자 운영의 자율성 높음)으로 인해 이윤을 남길 수 있는 형태로 판단된 부분도 있다. 이로 인해 일부 공급자는 지불보상 수준이 비록 낮더라도 자원투입

량을 최소화하여 이윤을 남기는 방식을 택하면서 장기요양시장에 남아 서비스 질을 낮추고 있는 형태일 수도 있다.

다만 자원투입량을 낮추는 등의 방안이 이루어지지 않을 때는 단기보호와 같이 시장이탈이 나타날 것이다. 단기보호 서비스 제공기관은 최근 계속적으로 감소하고 있으며, 이는 현재의 보상 형태로는 운영이 쉽지 않음을 반증하는 것이다. 단기보호 운영자 FGI에서도 타 급여유형에 비해 안정적 운영이 불가능함이 제시되었다. 그럼에도 불구하고 현 단기보호의 경우 도시지역에서 공생의 남은 공간을 활용하는 방식으로 운영되면서 3~5등급자가 시설 입소 가능 승인을 기다리는 장소로 원래 목적이 퇴색되어 운영되는 문제를 갖고 있다.

현재의 지불보상에서 가장 문제점은 형평성 부족으로 나타났다. 자원소모량 및 자원투입량에 따른 지불보상이 작동되지 않는 부분이 있다. 시 우선 노인요양시설 급여에서는 수급자 규모에 따른 인력과 설치기준의 차이로 인해 자원투입량의 차이가 있음에도 불구하고 지불보상의 차이가 없다. 이는 동일한 비용이지만 30인 이상의 대규모 시설을 이용하는 이용자는 30인 미만 시설에 비해 다양한 전문 인력의 투입, 그리고 인력가산 뿐 아니라 서비스 가산 등을 통해 더 좋은 서비스를 받게 되는 것이다. 또한 시설급여 보상에서는 3~5등급이 동일한 수가가 책정되어지지만, 주간보호와 단기보호에서는 1~5등급의 차등수가를 받고 있는 점 또한 등급별 요양필요도 수준이 반영되지 않은 비합리적인 구조이다.

보상에서의 특성별 차이가 거의 없거나 크지 않음으로 인해 공급자는 자원투입량이 적은 수급자, 즉, 이윤이 높은 대상자 또는 돌봄이 쉬운 대상자를 선호하는 선별 부작용을 갖게 된다. 시설에서는 치매 등으로 인한 문제행동 수급자 등은 동일 등급이라도 자원소모량의 차이가 크게 되어 선호하지 않는 것으로 나타나며, 가정방문형 재가급여에서도 등급별 자

원소모량이 반영되지 않는 시간당 수가방식으로 인해 쉬운 대상자를 선호하고 선별하는 문제를 발생하게 한다. 또한 방문요양 기관 운영자 입장에서 시간당 수가의 차이를 고려하여 이윤이 가장 높은 형태로 서비스를 제공하게 되고 이로 인해 근로자의 4대 보험 가입을 교묘히 피하는 방식을 선택하는 부작용이 발생하고 있다.

셋째, 비용효율성 측면에서는 장기요양보험에서는 시설보다는 재가를 우선하고, 건강보험과의 관계에서는 불필요한 사회적 입원보다는 장기요양 이용을 통한 사회적 비용에서의 효율성을 높이는 것을 지향한다. 하지만 실제로 장기요양보험에서는 시설보다 재가 이용을 유인할 지불보상체계를 갖추지 못하고 있다. 오히려 3~5등급에서 시설 이용 허가제도와 등급 간 재가급여 이용가능액과 시설급여를 고려할 때 돌봄의 어려움이 있는 가족에게는 시설 이용을 선호하고 선택하는 것을 유인하고 있다. 시설 이용자의 상당수는 3~5등급자로 나타났다. 또한 의료시설의 사회적 입원보다는 장기요양 이용하는 것이 전체 사회 비용에서는 효율적이나 장기요양제도 도입 이후 요양병원의 증가는 장기요양시설 또는 재가급여 제공의 증가량이 훨씬 높은 것으로 나타났다. 즉, 의료와 요양의 사회적 비용 효율성 측면에서 현재의 제도는 부적합한 것으로 나타났다. 즉, 재가급여 이용 유인하는 체계가 아니므로 시설급여와 의료비용은 증가하며, 사회적 총 비용증가의 부작용을 낳고 있다.

넷째, 서비스의 질을 통한 장기요양의 효과성 측면에서는 장기요양서비스 질을 보장하기 위해 지불보상에서는 표준모형을 기반으로 한 수가를 산정하였으나, 실제 공급기관은 표준모형으로 확대되지 못하였다. 또한 낮은 서비스 질 제공기관에 대한 패널티 부재로 인해 지불보상을 통한 제도의 효과성은 달성되지 못하였다고 판단된다. 현 지불보상에서는 앞서 살펴본 자원소모량과 자원투입량이 반영된 보상이 이루어지지 못함으

로써 공급기관에서는 이용자에 대한 선별 현상을 유발하고 있다. 즉, 자원소모량이 적은 이용자를 선호하고 선별하며, 자원소모량이 높은 이용자는 급여제공을 꺼리게 되는 문제가 발생하고 있다. 장기요양으로부터 급여 이용이 제한된 이용자(예, 문제행동의 치매, 남자노인, 정신질환 등의 돌봄이 어려운 대상 등)는 상대적으로 이용이 용이한 요양병원을 이용하고 있다. 공적 제도가 가지고 있는 누구나 서비스 이용에 대한 권리를 가지고 이를 제공할 공적 제도의 책임을 이수하지 못하는 결과이다.

다섯째, 지불보상의 현실기반 정도이다. 장기요양기관은 사회복지시설임을 고려하여 사회복지시설과의 인건비 비교에서 18% 정도가 낮게 나타나고 있다. 이로 인해 점차적으로 경력이 높은 우수한 인력의 확보가 어려운 것으로 나타났다.

〈표 6-1〉 장기요양보험 지불보상체계에 대한 종합적 평가

평가 기준	평가 결과
1. 목적 적합성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 급여유형별 재료비 포함 여부의 차이 (예: 기저귀) / 주거비: 요양 목적으로 보기 어려움</li> <li>- 재가 유인 X → 시설급여와 재가급여의 형평성 X, 동일 등급 내 낮은 재가급여 이용량</li> <li>- 의료연계 보상체계 부족</li> <li>- 잔존능력 유지를 위한 서비스 제공, 개별화는 인력가산을 통해 서비스 질 유지 일부 달성</li> </ul>
2. 합리성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공급량 충분히 유입, 시장진입 저해 수준 아님. 일부 다소 과잉공급</li> <li>- 서비스유형 중 단기보호 적정 공급 부족 (경영실태조사에서도 이루어지고 있지 않음)</li> <li>- 인력 및 설치기준 차이를 반영하지 못하는 지불보상: 형평성 X (30인 이상 과 미만 차이) → 이용자 입장: 30인 이상 시설 이용할 경우 동일 비용 대비 좋은 서비스를 받게 됨.</li> <li>- 시설급여 내 3~5등급 내 자원소모량 차이 반영 X</li> <li>- 방문요양 내 등급 간 자원소모량 차이 반영 X (시간당 포괄수가제, 등급 차이 X)</li> <li>- 이용자 특성별 자원소모량 차이 반영 X</li> </ul>
3. 비용효율성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 재가 &gt; 시설: 3~5등급 시설이용 가능 허가의 폭 넓음. 재가보다 큰 폭의 보상을 하기 때문에 이용자 입장에서는 시설이용 선호</li> <li>- 시설 &gt; 병원: 요양병원 환자 입원 및 분류 기준 비엄격, 요양병원 이용 증가</li> </ul>
4. 효과성 및 책임성	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이용자 선별 현상 유발: 등급소모량에 따른 지불보상 형평성 부족 원인</li> <li>- 표준모형 달성 X (주야간 제외) → 표준모형을 통한 서비스 질 달성 X</li> <li>- 낮은 서비스 질 제공기관에 대한 보상의 페널티 부재</li> </ul>
5. 현실 기반	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 사회복지시설 인건비 가이드라인과 비교할 때 18.7% 낮음 (원장 &lt; 물리치료사 &lt; 간호사 &lt; 사회복지사 &lt; 요양보호사 순으로 차이가 큼)</li> </ul>

자료: 연구진이 직접 작성함.

노인장기요양보험의 지불보상 설계와 운영과정의 문제점과 이를 개선하기 위한 대안 모색을 위한 제5장에서 검토한 해외 사례에서의 함의를 바탕으로 지불보상체계의 개선과제를 제시하고자 한다.

## 제2절 지불보상체계의 개선과제

### 1. 지불보상의 원칙과 목표 명시

노인장기요양보험제도는 국민의 노년기 요양 욕구를 사회가 공동으로 대응하는 사회보험의 공공제도이다. 따라서 본 제도가 달성하고자 하는 목적과 목표에 따라 제도를 설계하고 운영하도록 하고 있다.

노인장기요양급여 제공에 대한 지불보상체계 또한 제도가 지향하는 방향과 목적 달성을 위한 정책적 수단으로서 제도의 목적에 맞는 합목적성을 갖추어야 한다.

이를 위해 현재 지불보상에 대한 명확한 방향성에 기반한 원칙과 목표를 명시할 필요가 있다. 요양급여 제공기관 FGI에서 제기되었던 지불보상체계의 문제점이나 운영의 어려움, 개선방안 제안에서 급여 공급기관의 지불보상에 대한 원칙과 목표에 대한 이해가 상이하여 현재의 지불보상에 대한 불만이 제기되어지고 있다. 보다 명확히 현 지불보상 체계가 지향하는 원칙과 목표를 명시하고 이에 따른 보상체계에 대한 이해를 향상시킬 필요가 있다. 이를 통해 노인장기요양보험제도의 다양한 정책 참여자의 협력이 도모될 수 있을 것이다.

지불보상의 지향점은 장기요양보험 제도의 원 목적인 서비스의 질 향상 원칙, 보상의 형평성과 효과성, 책임성 등의 원칙, 공공제도로서의 국민의 삶의 수준 반영할 수 있는 보상 수준 등을 제시할 수 있다.

### 2. 보상 내용에 대한 목적성 검토

무엇을 지불보상할 것인가는 지불보상체계에서 제도의 목적에 기반하

여 설정되어야 한다. 앞서 합목적성에서도 살펴본 것과 같이 현재 노인장기요양보험제도는 '요양' 욕구에 대한 대응 제도이므로 요양을 위한 목적에 부합되어야 할 것이다. 현재의 급여 제공기관에서 제공하는 급여, 서비스 중 비급여로 설정된 4개의 항목(식사재료비, 이미용, 상급침실료, 기타)을 제외하고는 모두 장기요양급여로 인정하여 보상하고 있다.

그러나 실제적으로 거주비는 요양을 제공하기 위한 공간의 개념으로 엄격히 볼 때 장기요양보험에서 보상해야 할 요양 범위는 아니다. 해외 사례에서도 일본, 독일, 미국에서도 요양시설의 주거비 관련 비용은 요양제도에서 보상하지 않고 있다. 또한 시설급여와 단기보호의 주거비를 보상하는 현재의 구조는 재가급여와 비교할 때 형평성에 부합되지 않는 점이 있다. 따라서 장기요양보험에서의 주거비 보상은 적합한 보상내용으로 보기 어렵다. 장기요양보험에서의 거주비에 대한 현 보상을 제외하고, 거주비를 비급여로 전환할 경우 우려되는 부분은 이용자의 비용부담 증가와 요양병원으로의 이동이 이루어질 수 있다. 현 노인의 높은 빈곤과 부동산 중심의 자산형태를 고려하여, 소득과 자산수준에 따른 주거비에 대한 지원(노인장기요양보험에서의 지원이 아닌 정부에 의한 지원)과 함께 주택연금을 활용(주택연금 이용자가 요양시설을 이용할 경우 해당 집에 거주 조건 없이 이용하도록 허용)하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 또한 요양병원으로의 이동은 최근 추진 중인 요양병원 환자 유형군 분류와 본인부담금 증가 등의 정책 추진을 통해 요양병원의 사회적 입원으로 연결되지 않도록 할 필요가 있을 것이다.

또한 요양에 대한 재료비 보상에 대한 쟁점이다. 대표적인 부분이 기저귀나 간호처치에 필요한 재료비 등이다. 이와 같은 항목은 요양의 목적에는 부합되는 항목이라고 볼 수 있다. 하지만 현재 시설급여/단기보호와 주야간 간의 요양 재료비에 대한 보상 포함 여부는 달리 적용되고 있다.

이에 대해서 동일한 기준 적용이 필요할 것이다.

장기요양보험의 지불보상에서 제도의 목적과 지향성에 따른 보상은 공급자와 이용자가 제도가 목적하는 바를 인지하고 그에 따라 장기요양서비스 공급과 이용을 하도록 유인할 것이다. 이를 위해서는 지불보상 설계와 운영과정이 투명하고 형평성과 논리성을 갖추어야 할 것이다.

### 3. 표준모형 달성 보상체계 / 인력 기준 연동 보상

지불보상의 보상 수준을 결정은 표준모형을 활용한 일정 수준 이상의 이상적 서비스 질 제공이 가능하도록 하는 보상 수준을 설계하였다. 이에 따라 각 급여유형별 표준모형을 설정하고 이를 바탕으로 수가를 결정하였다.

그러나 현재의 공급기관 운영현황을 살펴보면 대부분의 급여제공기관은 표준모형의 유사한 형태로 운영되지 않고 있으며, 주야간보호가 비교적 유사한 표준모형으로 운영되고 있다. 표준모형이 이상적 서비스 질을 달성할 수 있다는 전제가 있다면, 지불보상에서도 표준모형이 가장 이윤을 높일 수 있는 형태로 설계가 될 필요가 있다. 그럼에도 불구하고 현재의 요양급여 제공기관의 최대 이윤을 추구할 수 있는 운영형태는 표준모형이 아닌 인력기준 등의 자원투입을 최소화하고 수급자를 최대화하는 운영 모형에 따라 운영되고 있다.

따라서 현재의 지불보상은 표준모형의 형태로 급여제공기관이 확대될 수 있도록 하는 수가와 인력기준의 개편이 요구되어진다. 특히 노인요양시설의 경우 30인을 기준으로 한 인력 배치기준의 차이가 있으나 수가는 동일하게 보상됨에 따라서 30인 미만 노인요양시설에서는 자원투입량 대비 높은 보상이 이루어지고 있다. 현재 9인 미만의 노인요양공동생활가

정의 시설급여는 시설 규모에 따른 인력 배치기준의 차이가 있고 요양시설과 차등을 둔 보상이 이루어지고 있음을 고려할 때 인력 배치기준에 연동한 수가 보상의 차등을 필요로 한다.

#### 4. 포괄지불방식에 대한 보완

노인장기요양보험은 일당 또는 시간당 포괄지불방식으로 운영되며, 급여유형에 따라 등급에 따른 포괄지불방식이 적용되어진다. 포괄지불방식의 관리의 편리함은 있으나, 기관 입장에서는 수급자의 자원소모량의 차이, 그리고 급여의 세부 서비스 내용에 따른 차이를 고려하지 않음으로 상대적으로 쉬운 대상자, 자원투입량이 적은 대상자, 이윤 발생이 크고 장기화될 수 있는 대상자 등과 같이 수급자 선별의 부작용이 나타난다. 또한 서비스 제공에서도 인력과 자원 투입을 최소화하는 형태로 급여를 제공하게 됨으로써 서비스 질 저하의 문제를 갖고 있다.

따라서 장기요양의 포괄지불방식의 제한점을 일부 해소하기 위해 요양재료, 특정 행위에 대한 행위별 수가방식의 필요성이 제기되어진다. 또는 포괄의 범위를 분화하여 급여 종류를 달리하는 것을 고려할 수 있다. 특히 현재 방문요양의 경우 등급별 차등수가가 없으며 가사활동과 신체활동 지원에 대한 구분 없이 시간제 보상방식으로 요양보호사의 수급자 선별 부작용이 발견되고 있다. 이를 해소하기 위한 대안이 모색되어야 할 것이다. 또한 시설급여에서의 요양재료비에 대한 재료비 보상방식 변화가 요구된다. 요양재료비가 포함됨에 따라 질 낮은 요양재료를 사용함으로써 서비스의 질을 낮추고 있음을 고려할 때 다양한 수준의 요양재료에 대한 차등보상이 이루어지게 할 필요가 있다.

## 5. 보상수준에 대한 점검 및 급여제공에 대한 모니터링 강화

장기요양 급여에 대한 보상수준, 즉 수가가 적정한 수준인가에 대해서는 제도 운영자와 공급자 간 이견이 많을 것이다. 급여 제공에 대한 지불 보상은 적합한 수준에서 보상될 때 서비스 공급기관의 시장 진입이 원활할 것이며, 또한 서비스의 질을 유지할 수 있음은 확고한 사실이다. 하지만 현재와 같이 동일한 수가 수준에도 불구하고 기관별 서비스 질의 차이가 크게 발생하고 있음은 반드시 서비스 질이 보상 수준만의 문제는 아니라는 것을 보여준다. 따라서 보상수준에 대한 점검과 함께 지불된 비용의 적정 투입과 사용에 대한 모니터링이 이루어지는 방안이 함께 모색되어야 할 것이다.

장기요양급여 제공의 자원소모량 중 가장 큰 비중은 인건비이며 장기요양서비스의 특성상 인력의 양과 질은 전체 서비스의 수준을 결정하는 주요한 요인이다. 장기요양인력의 인건비 수준을 사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인과 비교할 때 큰 차이가 발생되며, 제도가 도입된 이후 사회복지시설 종사자 인건비 수준의 큰 향상이 있었으나, 상대적으로 장기요양인력의 인건비는 그 수준을 따르지 못한 상태이다. 이로 인해 경력이 높은 인력의 타 사회복지 영역으로 이직이 높으며, 서비스의 질에서도 차이를 발생시킬 수 있다. 장기요양기관은 엄연히 사회복지시설이라는 점을 고려할 때 장기적으로 사회복지시설 종사자 인건비 수준에 맞는 보상이 이루어져야 할 것이다. 특히 직종별 차이 등을 고려한 보상수준의 점검을 필요로 하게 된다.

장기요양인력 중 가장 큰 규모와 비용을 차지하는 요양보호사의 고용안정성과 처우개선 필요성에 대한 사회적 논의가 이루어지고 있으며, 이와 함께 요양보호사의 전문성 부족에 대한 문제가 항상 함께 제기되고 있다.

요양보호사의 전문성을 높이고 이를 통한 인건비 보장수준을 향상시키기 위해서는 요양보호사의 자격 기준(교육과정과 자격 강화 등)과 함께 수행하는 업무의 전문성을 높이는 방안에 대한 고려가 필요할 것이다. 이는 앞서 제시한 요양보호사 중 많은 비중을 차지하는 방문요양에서의 업무 유형을 난이도/전문성에 따른 분류, 그에 따른 보상의 차등을 통해 요양보호사의 전문성을 높이는 방안에 대한 고려가 함께 이루어져야 할 것이다.

또한 앞서 제시한 것과 같이 지불 비용 사용이 적합하게 이루어졌는가에 대한 심사 평가제도의 발전이 함께 이루어져야 할 것이다. 노인장기요양보험에서는 현재 지불된 급여비에 대한 적정한 사용, 투입, 이를 통한 결과를 산출했는가에 대한 심사과정이 부족한 상태이다. 일부 감산제도와 3년마다 이루어지는 평가 외의 적정 급여제공에 대한 심사과정이 없어, 현 상태는 서비스 질을 촉진하는 인센티브도 부족하지만, 실제적으로 서비스 질이 미흡하더라도 이에 대한 패널티도 거의 없는 실정이다. 따라서 향후 지불보상체계와 함께 심사평가제도가 함께 이루어져야 할 것이다.

## 6. 장기요양보험 재정의 지속가능성을 위한 지불보상 개선방안

장기요양보험의 좋은 품질을 유지하며 동시에 재정적 안정성 확보를 통해 제도의 지속가능성을 유지하는 것은 제도 운영의 궁극적 목적이다. 앞서 현재의 지불보상이 지향하는 목적에 따라 현재 상태를 평가했을 때, 향후 목적성, 합리성(형평성), 비용효율성, 효과성, 현실에 기반한 보상의 현 상태의 한계를 보완하고자 할 때 향후 지불보상에서는 재정적 지속가능성 유지를 위한 수가 개선이 이루어져야 할 것이다.

추가적 비용을 최소화하되, 제도가 지향하는 목적, 보상체계가 가지고 있는 현재의 문제 해소 중심으로 보상을 추가할 필요가 있다. 수가를 낮

추기는 현실적으로 어렵기 때문에 현재의 수가를 유지한 상태에서 비합리적 부분, 추가적인 가산 등을 통해 제도가 지향하는 목적을 달성하기 위한 보상으로 변화시킬 필요가 있다.

이와 같은 지불보상의 개편은 단시간 내에 이루어지기 어려운 부분이 있으므로 향후 제도와 지불보상의 방향에 대한 공급자가 그 의도를 파악하고 따를 수 있도록 장기간의 추진이 필요할 것이다.

## 7. 가감산제도 개선과제

장기요양에서 지불보상체계의 큰 틀은 자원필요량의 기준으로서 등급별 급여유형별 제공된 서비스에 대한 보상을 원칙으로 한다. 이와 같은 대원칙이 있으나 실제적으로 수급자에게 급여를 제공함에 있어서 발생하는 다양한 특수사태에 대해서는 이와 같은 대원칙에서 이루어진 보상이 충분하지 않을 수 있다.

이를 보완하기 위한 기제로서 가산 제도가 활용되어질 수 있다. 현재의 서비스 질 향상을 위한 가산 이외의 요양수급자 보호에서의 다양한 특수성을 인정한 가산제도의 도입이 요구되어진다. 우선 자원투입량 많은 대상자에 대한 가산 도입을 필요로 한다. 대표적으로 문제행동이 동반된 치매 또는 정신질환자, 일반적인 수급자에 비해 체격이 큰 중증 수급자가 대표적인 가산이 요구되어지는 대상자이다.

또한 현재 이루어지고 있는 가산제도의 인력 추가배치 중심의 가산을 더욱 확대하여 우수시설에서의 추가 가산을 허용하되 보상의 수준을 낮추고 인력 추가배치에 대한 일부분을 추가 자원이 요구되는 대상자에게 본인부담금의 비중을 높이거나 비급여로 선택하는 방안에 대한 검토가 요구되어진다.

가산제도는 제도의 질적 개선을 위해 다양하게 활용되어질 수 있는 정책수단이다. 일본은 다양한 가산제도를 통해 정책이 지향하고 시도하는 여러 요소를 포함하고 있다. 시설에서 선도적으로 첨단 요양 프로그램과 물품, 기구를 활용하도록 하는 것 등에서 가산제도를 다양화하여 도입할 필요가 있을 것이다. 예를 들어 요양 질 향상을 위한 앱을 활용한 인지프로그램, 하이테크의 요양 물품(전동침대, 높이 조절 침대, 이송 기구, 재활 기구 등), 그 외의 특수 요양 욕구 수급자에 대한 추가 가산 등의 인력을 통한 서비스 질 향상 이외의 기술, 도구를 활용한 요양 품질 향상을 위한 유인이 요구되어진다.

최근 장기요양보험에서는 급여제공의 원칙을 새롭게 정비하여 수급자의 잔존능력 유지를 위한 노력, 개별성의 원칙, 재가중심과 의료 연계 등을 강조하고 그에 대한 구체적인 급여 실천의 원칙과 방안을 제시하고 있다. 이들 원칙은 지켜져야 할 기준으로 지켜지기 위한 노력과 함께 이루어지지 않을 경우에 대한 대응이 함께 이루어져야 할 것이다. 이것이 가산과 감산일 수 있다.

## 8. 기타 정책과제

장기요양지불보상과 수가제도에 대한 국내의 연구는 장기요양연구에서도 매우 부족하다. 이는 연구 수행을 위해 축적되고 활용 가능한 자료의 부족과 해당 정보가 공개되어있지 않기 때문이다. 또한 이는 제도를 운영하는 정부와 건강보험공단의 정보 공개 부족뿐 아니라 기관 운영자 측에서도 정보 제공의 제한으로 인해 제도 개선을 위한 연구 추진이 어려운 상황이다. 따라서 향후 장기요양의 지불보상체계의 건전한 발전을 위해 정기적 조사, 자료 축적, 공개 등이 이루어져야 할 것이다.

장기요양지불보상은 제공된 서비스에 대한 적절한 보상을 통해 국민의 요양 보장권을 확보하기 위함이지만, 지출의 효율화를 통해 제도의 재정적 안정성과 지속가능성을 확보하는 방안이기도 하다. 앞서 지불보상체계에 대한 전반적인 진단 결과 일부 제도의 목적과 형평성, 효과성과 책임성 확보를 위한 지불보상 방식의 변화와 함께 향후 국민의 눈높이에 맞는 장기요양서비스 제공을 위한 공공제도로서 자리매김하기 위해서는 전반적인 보상수준의 상향 조정이 요구되어 진다.

보상수준의 상향은 추가 재정 필요를 의미하며 재정 확보 방법에 대한 고민으로 이어진다. 제도 도입 이후 국민이 납부하는 노인장기요양보험료는 꾸준히 상향조정되었으며, 이를 통해 필요한 재정을 충당하였다. 급속한 고령화와 후기 고령인구의 증가는 장기요양수급자의 확대를 유발할 것이며, 국민의 요양에 대한 욕구는 점차 질 향상으로 이어질 것을 고려할 때 향후 제도의 지속가능성의 확보는 증가하는 재정을 어떻게 충당할 것인가라는 사회적 해법을 필요로 할 것이다. 이를 위해 사회적 공동 논의를 위한 논의체 구성과 운영이 요구되어진다.

## 제3절 급여유형별 지불보상의 개선과제

### 1. 시설급여 지불보상의 개선과제

시설급여는 일당 정액의 포괄지불이 이루어지고 있다. 일당 정액에서는 등급별 수가의 차이를 보이고 있다. 그러나 현재 1~2등급에서는 등급별 정책 수가의 차이가 있으나, 3~5등급에서는 동일 수가로 보상이 이루어지고 있다. 장기요양등급은 요양점수를 이용한 요양필요도 수준을 제시한 것이므로 시설급여에서도 요양필요도에 따른 차등 보상은 등급별 요양필요도 차이를 반영한 형평성의 달성을 위해 3~5등급의 보상 차이가 반영되어야 할 것이다. 24시간 요양을 제공하는 단기보호와 주야간보호에서도 1~5등급 간의 수가 차이가 있으므로 급여유형 간 형평성 차원에서 시설급여의 3~5등급의 수가 차이를 필요로 한다.

또한 앞서 제시한 것과 같이 시설급여에서의 주거비에 대한 포괄 보상 방식은 장기요양의 목적에 부합하지 않은 보상으로 이를 포괄보상에서 제외하고 비급여로 전환할 필요가 있다. 이로 인한 이용자의 비용부담, 사회적 입원 증가 등의 예상되는 부작용에 대해서는 노인 빈곤에 대한 사회보장제도와 건강보험제도와와의 제도적 정합성을 높여 우려되는 문제를 해소해야 할 것이다.

장기요양의 재가우선 급여 이용을 위한 보상에서는 등급에 따라 재가 이용등급이 3~5등급의 수가 비용은 낮아지면서, 본인부담금의 비중은 높게 부여함으로써 불필요한 시설급여 이용을 제한하는 방안 모색이 검토될 수 있다. 현재 요양병원의 의료필요도에 따른 본인부담금 비중의 차등 적용과 같은 방식이다.

## 2. 재가급여 지불보상의 개선과제

### 가. 방문형 급여

방문형 급여는 시간당 정액 보상의 형태를 가지고 있다. 타 급여유형에서는 요양등급이 고려되고 있으나 방문형 급여에서는 등급과 무관하게 동일한 보상이 이루어지고 있다. 이로 인해 방문요양에서는 요양보호사의 이용자 선호와 선별의 부작용이 나타나고 있다.

방문요양과 방문목욕의 경우 요양등급별 서비스의 난이도를 고려한 등급별 시간당 정액 보상이 요구되어진다. 1~2등급의 난이도가 높은 수급자에 대해 이루어진 서비스에 대해서는 요양등급이 낮아 난이도가 낮은 수급자에 대한 보상에 비해 높게 지불되는 것이 형평성을 높이는 것이다. 또한 방문요양은 가정을 방문하여 이루어지는 다양한 서비스의 내용에서는 활동의 난이도가 반영된 일부 서비스 묶음(행위별) 수가의 필요성이 있다. 독일의 경우 방문형 재가서비스 묶음 지불보상방식을 통해 준 행위별 수가 방식으로 행위별 난이도의 차이를 반영한 수가가 지불되어지며, 일본은 신체지원과 생활지원(가사)의 2개 유형으로 구분하여 보상의 차등을 두고 있다. 방문요양에서 불필요한 가사 또는 정서지원을 축소시키고 직접적 신체활동 지원을 증가, 1회 장시간보다는 다회 단시간 급여 이용 행태로 변화시키고자 하는 정책 방향에 따라 방문요양에서도 현재의 시간당 포괄방식에서 일부 행위(활동별)에 따른 수가방식의 도입이 검토되어야 할 것이다.

또한 1일 다회 단기 서비스 제공을 유인하기 위해 현재의 수가의 시간 단위를 더욱 세분화하는 것을 고려할 필요가 있다. 이는 현재 이용자 입장에서는 불필요한 추가 시간을 이용하면서 본인부담을 하고 있으며, 공

급자 또한 시간을 채우는 방식의 비효율적 서비스 제공형태를 감소시키는 효과가 있을 것이다.

## 나. 재가 복합급여에 대한 보상방식 개편과 수준 상향

재가급여에 대한 표준모형은 다양한 서비스를 조합하여 활용하여 재가에서의 생활이 가능하도록 설계되었다. 이를 위해서는 현재 재가급여의 각 서비스별로 보상이 이루어지는 방식에서 다양한 복합급여 제공을 유인할 수 있는 복합급여에 대한 보상이 이루어져야 할 것이다.

또한 여러 서비스 또는 기관을 병설운영하는 다양한 경우에 따른 인력 배치기준과 그에 따른 보상기준 마련을 통해 운영의 효율성을 높여 서비스 질이 높아질 수 있도록 유인해야 할 것이다.

## 다. 주야간보호

주야간보호는 정책 방향과 함께 최근 공급기관의 확대가 이루어졌다. 다른 급여유형에 비해 비교적 표준모형에 따른 공급이 이루어지고 있으며 향후 추가적인 공급 확대는 수급자에 대한 불필요한 경쟁을 유발하여 시장을 교란시킬 수 있을 것이다. 따라서 주야간보호에 대한 보상은 현재를 유지하되 일부 요양재료비, 이동지원비에 대한 현실화가 필요로 하며, 또한 현재 수가의 시간 단위를 더욱 세분화하여 이용자와 공급자가 필요한 만큼의 서비스를 이용하고 이에 대한 본인부담금을 지불, 공급자 또한 촘촘한 서비스 제공 시간 관리가 이루어질 것이다.

## 라. 단기보호

단기보호는 운영의 안정성을 확보하기 어려워 계속적으로 공급이 축소되고 있다. 단기보호는 급여유형은 재가급여이지만 실제적으로 운영방식은 24시간 케어의 시설급여 형태를 갖고 있는 특수성을 갖는다. 또한 수급자가 일정 기간 안정적으로 급여를 이용하지 않는 단기 또는 응급 시 이용시설이라는 점으로 인해 안정적 수급자 확보와 인력 운영의 어려움이 있는 급여형태이다. 단기보호의 경우 지불보상 체계를 세우기에 앞서 단기보호의 운영 특성에 따른 급여 제공기준을 재정리하고 그에 따른 지불보상 방식의 개편이 요구되어질 것이다.





[국문 자료]

- 강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원. (2019). **2019년도 장기요양 실태조사**.  
세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 건강보험심사평가원. (2009). **2008년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2342&pageIndex=7>에서 2021.11.8. 인출.
- 건강보험심사평가원. (2011). **2010년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2350&pageIndex=7>에서 2021.11.8. 인출.
- 건강보험심사평가원. (2013). **2012년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2361&pageIndex=6>에서 2021.11.8. 인출.
- 건강보험심사평가원. (2015). **2014년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2371&pageIndex=5>에서 2021.11.8. 인출.
- 건강보험심사평가원. (2017). **2016년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2381&pageIndex=4>에서 2021.11.8. 인출.
- 건강보험심사평가원. (2019). **2018년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. <https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2392&pageIndex=3>에서 2021.11.8. 인출.

pageIndex=3에서 2021.11.8. 인출.

건강보험심사평가원. (2021). **2020년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
종별 심사실적[데이터 파일]**. [https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?  
pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2412&  
pageIndex=1#none](https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2412&pageIndex=1#none)에서 2021.11.8. 인출.

건강보험심사평가원. (2021). **2020년 진료비통계지표(심사일 기준): 요양기관  
현황[데이터 파일]**. [https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=  
HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2412&pageInd  
ex=1#none](https://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020045030000&brdScnBltno=4&brdBltno=2412&pageIndex=1#none)에서 2021.11.8. 인출.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2009). **2008 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2011). **2010 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2010). **2012 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2015). **2014 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017). **2016 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2019). **2018 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2021). **2020 건강보험통계연보**. 원주:  
건강보험심사평가원·국민건강보험공단.

고용노동부. (2017). **고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및 근  
로조건**. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT  
\\_PAYN108&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_PAYN108&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.

고용노동부. (2021a). **고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및  
근로조건(2009~2019년)**. <https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?org>

- Id=118&tblId=DT\_118N\_PAYN39&conn\_path=I2에서 2021.11.24. 인출.
- 고용노동부. (2021b). **고용형태별근로실태조사: 산업, 근속년수, 성별 임금 및 근로조건(2020년 이후)**. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT\\_118N\\_PAYN49&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=118&tblId=DT_118N_PAYN49&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.
- 국민건강보험공단. (2009a). **2008 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2009b). **2008 노인장기요양보험통계연보[데이터 파일]**. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=download&articleNo=106383&attachNo=9534>에서 2021.11.9. 인출.
- 국민건강보험공단. (2011). **2010 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2012). **2011년도 장기요양기관(요양시설) 평가결과**. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajJDYyMDI2LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2013). **2012 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2013). **2012년 장기요양급여 평가결과 분석**. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajJDYyNzY0LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2015). **2014 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2016). **2015년도 장기요양기관(시설급여) 평가결과**. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUajJDY3NTk5LS0kJA==>에서 2021.10.25. 인출.
- 국민건강보험공단. (2017). **2016 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.

- 국민건강보험공단. (2018). **노인장기요양보험 10년사**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2019a). **2018 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2019b). **2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가 결과 공표**. [https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/board/Board.jsp?searchType=TITLE&searchWord=%ED%8F%89%EA%B0%80&list\\_start\\_date=&list\\_end\\_date=&pageSize=10&branch\\_id=&branch\\_child\\_id=&pageNum=3&list\\_show\\_answer=N&communityKey=B0009&boardId=60351&act=VIEW](https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/board/Board.jsp?searchType=TITLE&searchWord=%ED%8F%89%EA%B0%80&list_start_date=&list_end_date=&pageSize=10&branch_id=&branch_child_id=&pageNum=3&list_show_answer=N&communityKey=B0009&boardId=60351&act=VIEW)에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2019c). **2018년 장기요양기관 시설급여 정기평가 명부**. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUAJJDcwNTA5LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2020a). **2019 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2020b). **2019년 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과 공표**. [https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/board/Board.jsp?searchType=ALL&searchWord=&list\\_start\\_date=&list\\_end\\_date=&pageSize=10&branch\\_id=&branch\\_child\\_id=&pageNum=20&list\\_show\\_answer=N&communityKey=B0009&boardId=60483&act=VIEW](https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/board/Board.jsp?searchType=ALL&searchWord=&list_start_date=&list_end_date=&pageSize=10&branch_id=&branch_child_id=&pageNum=20&list_show_answer=N&communityKey=B0009&boardId=60483&act=VIEW)에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2021a). **2020 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2021b). **2020년 장기요양기관(재가급여) 정기평가 결과분석 보고서**. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/cms/board/Download.jsp?fileId=IUAJJDcwNTU3LS0kJA==>에서 2021.11.10. 인출.
- 국민건강보험공단. (2021c). **노인장기요양보험통계: 연도별 시·도별 급여종류별 장기요양기관 현황**. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N019&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N019&conn_path=I2)에서 2021.11.9. 인출.

- 국민건강보험공단. (2021d). **시군구별/등급별/급여종류별 장기요양 급여실적**.  
[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N014&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N014&conn_path=I3)에서 2021.11.9. 인출.
- 국민건강보험공단. (2021e). **연령별 자격별 급여종류별 장기요양 급여실적**.  
[https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT\\_35006\\_N032&conn\\_path=I3](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N032&conn_path=I3)에서 2021.11.9. 인출.
- 국민건강보험공단 내부자료. (2021). **2018년 시설급여기관 질 평가 가산 지급 현황 분석 자료**.
- 국민건강보험공단 내부자료. **장기요양기관 가감산 운영 현황(2020년)**.
- 국민건강보험공단 노인장기요양보험 홈페이지. (2021). **월 한도액 및 급여비용**.  
<https://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/502/npeb502m01.web?menuId=npe0000000380&zoomSize=>에서 2021.10.24. 인출.
- 김민경, 권진희, 나영균, 박상희, 이희승, 이정석, ... 장혜민. (2017). **2017 주요 국의 장기요양제도 현황과 개혁동향**. 원주: 국민건강보험공단.
- 김은경, 김윤미, 김명애. (2010). 노인장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(3), 349-358.
- 김진현, 임은실, 서동민, 김윤희, 주미경, 정수용, 배현지, 임효민, 최영은. (2014). **장기요양기관 경영수지 분석 및 가산제도 관리방안**. 서울: 국민건강보험공단·서울대학교 산학협력단.
- 김진현, 임은실, 이용재, 이경아, 배현지, 김성재. (2013). **장기요양 수가체계 개선방안**. 서울: 국민건강보험공단·서울대학교 산학협력단.
- 김창엽. (2003). 공적노인요양보장제도의 지불보상과 수가. *노인정신의학*, 7(2), 119-130.
- 노용균, 조은희, 황재영, 김창오, 노혜미. (2021). **노인요양시설 내 계약의사 운영 개선 방안 연구**. 원주: 국민건강보험공단·한림대학교 산학협력단.
- 노인복지법 제34조, 법률 제17776호 (2021).
- 노인복지법 시행규칙 [별표 4], 보건복지부령 제851호 (2021).

- 노인장기요양보험법 제1조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 제3조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 제23조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 제24조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 제45조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 제46조, 법률 제18610호 (2021).
- 노인장기요양보험법 시행규칙 제14조, 보건복지부령 제851호 (2021).
- 박노옥, 원종학, 김용환, 임은실, 우지은, 권소야, 윤석강. (2013). **장기요양 급여 비용 타당성 조사를 위한 장기요양기관 경영수지 분석**. 서울: 국민건강보험공단·한국조세재정연구원.
- 배성호, 신창환. (2018). 장기요양보험 시설수가 수준에 대한 연구 -활동기준원 가계산법을 중심으로-. **경영학연구**, 47(3), 621-645.
- 백종환, 송지은, 이기주, 이희승. (2019). **주요국의 건강보장제도 현황과 개혁 동향: 제12권 미국**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 보건복지부. (2007). 2007년 사회복지생활시설 종사자 인건비 지원기준. 보건복지부.
- 보건복지부. (2012). **2008년 사회복지생활시설 종사자 인건비 지원기준 관련 참고자료**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=42874&FILE\\_SEQ=112576](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=42874&FILE_SEQ=112576)에서 2021.11.24. 인출.
- 보건복지부. (2018). **제2차 장기요양 기본계획(2018-2022)**. <https://www.korea.kr/common/download.do?tblKey=EDN&fileId=212525>에서 2021.10.13. 인출.
- 보건복지부. (2009). **노인복지시설 현황**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=264428&FILE\\_SEQ=113538](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=264428&FILE_SEQ=113538)에서 2021.11.10. 인출.
- 보건복지부. (2015). **노인복지시설 현황**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=324013&](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=324013&)

- FILE\_SEQ=173563에서 2021.11.10. 인출.
- 보건복지부. (2020). **2021년 사회복지시설 종사자 인건비 가이드라인**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=362702&FILE\\_SEQ=318103](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=362702&FILE_SEQ=318103)에서 2021.11.24. 인출.
- 보건복지부. (2021). **노인복지시설 현황**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=1003&CONT\\_SEQ=366023&FILE\\_SEQ=320500](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=1003&CONT_SEQ=366023&FILE_SEQ=320500)에서 2021.11.10. 인출.
- 보건복지부 노인요양제도과 내부자료.
- 보건복지부 보험급여과. (2019.4.30.). 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결. **보건복지부 보도자료**. [http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD\\_ID=140&CONT\\_SEQ=349273&FILE\\_SEQ=255759](http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=349273&FILE_SEQ=255759)에서 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2008). **장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2008-66호)**. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2000000001426>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2009a). **장기요양급여 비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2009-125호)**. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2000000056538>에서 2021.10.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2009b). **장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2009-248호)**. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=6333>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2011). **장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2011-137호)**. <https://www.law.go.kr/LSW//flDownload.do?flSeq=7619685>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2013). **장기요양급여비용 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2013-160호)**. <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2000000025799>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2014). **장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정**

- 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2014-97호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulInfoP.do?admRulSeq=2100000003752>에서 2021. 3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2015). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2015-223호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000035470#J44:0>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2018). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2018-6호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000110079#J44:0>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2019). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2019-309호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000185075>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2020). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2020-289호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000195939>에서 2021.3.25. 인출.
- 보건복지부 요양보험제도과. (2021). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2021-119호). <https://www.law.go.kr/LSW//admRulLsInfoP.do?chrClsCd=&admRulSeq=2100000200162>에서 2021.10.25. 인출.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2021). OECD Health Statistics 2021. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 복지용구 급여범위 및 급여기준 등에 관한 고시 제2조, 보건복지부고시 제2021-22호 (2021).
- 석재은. (2008). 노인장기요양보험 수가 개발의 특성과 평가. *사회복지연구*, 39,

253-286.

- 석재은, 김용하, 남현주, 최선희, 전은별, 홍인수. (2020). **초고령사회 대비한 장기요양제도 발전방향 연구**. 세종: 보건복지부·한림대학교 산학협력단.
- 선우덕, 석재은, 김찬우, 이태화, 정형선, 이미진, ... 서동민. (2006). **노인수발 보험제도 시범사업 평가연구(1차)**. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 양난주, 김은정, 남현주, 김사현, 유아마 아쓰시, 유경숙. (2020). **가족인 요양 보호사 제도 개선 연구**. 세종: 보건복지부·대구대학교 산학협력단.
- 유근춘, 선우덕, 최정수, 손창균, 이현식, 이수형, ... 이수연. (2009). **장기요양 수가체계 개선을 위한 연구**. 서울: 국민건강보험공단·한국보건사회연구원.
- 유애정, 문용필, 이호용, 이희승, 박영우. (2019). **장기요양 사각지대 진단과 과제: 대상자 및 급여내용을 중심으로**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이근정, 서은원, 위세아, 신양준. (2020). **주요국의 지불제도 개편 동향 연구: 지속 가능한 의료보장을 위한 지불제도 개편을 중심으로**. 원주: 건강보험심사평가원.
- 이상일. (2000). DRG 지불제도 하에서의 의료의 질 확보 방안. **대한의사협회지**, 43(6), 517-521.
- 이시현, 이정석, 박세영, 이선화, 정현진. (2018). **노인요양시설 촉탁의 활동현황 분석**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이우천, 송현종, 송미숙, 박정미, 이정화. (2018). **방문요양 수가 및 급여기준 개선방안 연구**. 세종: 보건복지부·상지대학교 산학협력단.
- 이윤경, 정형선, 석재은, 송현종, 서동민, 김찬우, ... 권진희. (2017). **제2차 장기 요양 기본계획 수립 연구**. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 이윤경, 김세진, 임정미, 남현주, 황재영, 이희정, 손희숙, Hashimoto Takeya (2020). **노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이정석, 김경아, 권진희, 이지혜, 한은정. (2014). **요양보호사 처우개선비 정책 평가**. 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

- 이정석, 한은정, 권진희. (2011). **재가장기요양기관 평가체계 개선방안**. 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이정석, 한은정, 이호용, 임진섭. (2012). **장기요양서비스 질 향상을 위한 인센티브제도 개선방안**. 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이정석, 한은정, 최정규, 이정면, 유애정. (2013). **장기요양 인력 추가배치 가산제도 개선방안**. 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이호용, 박세영, 문용필, 정현진, 김기봉. (2018). **2017 장기요양기관 패널 경영실태조사**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이호용, 박세영, 장소현, 정현진, 황지영, 김기봉. (2020). **2019 장기요양기관 패널 경영실태조사**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 이희승, 정서현, 한은정, 이호용, 박상희. (2017). **노인장기요양보험 수가가산제도의 현황과 효과분석**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.
- 이희승, 장혜민, 권진희, 진희주. (2020). **장기요양요원 근속장려금 도입효과 분석연구**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 이희승, 류재현, 이정석, 권진희, 선정연. (2021). **장기요양기관 특성 심층분석 연구**. 원주: 국민건강보험공단 건강보험연구원.
- 임정기. (2019). 노인장기요양보험 수가정책 평가. **노인복지연구**, 74(1), 197-222.
- 장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시, 보건복지부고시 제2020-293호 (2020).
- 장기요양급여비용 산정 기준 등에 관한 세부사항 공고, 국민건강보험공단 공고 제2010-83호 (2010).
- 장병원. (2004). 노인요양보장정책 추진방향. **대한병원협회지**, 33(7), 12-22.
- 장재혁, 박정배, 최영호, 손일룡, 김일열, 고치범, ... 신지명. (2010). **노인장기요양보험의 이해**. 서울: 들샘.
- 최병호, 신호성, 허순임, 선우덕, 변용찬, 김상철, ... 이수형. (2007). **노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차): 수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질관리 부문**. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 최은영, 권순만, 김찬우, 강주희. (2005). **OECD 국가의 노인장기요양서비스**

**체계 비교와 정책적 함의.** 서울: 한국보건사회연구원.

통계청. (2020). **소비자물가조사: 연도별 소비자물가 등락률.** [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1J17041&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1J17041&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.

통계청. (2021). **소비자물가조사: 소비자물가지수(2015=100).** [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1J17003&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1J17003&conn_path=I2)에서 2021.11.24. 인출.

한국노동연구원. (2017). **2016년 임금동향과 2017년 임금전망.** <https://www.kli.re.kr/downloadBbsFile.do?atchmnflNo=12143>에서 2021.11.24. 인출.

한국노동연구원. (2021). **주요 노동동향.** <https://www.kli.re.kr/downloadBbsFile.do?atchmnflNo=15193>에서 2021.11.24. 인출.

[영문 자료]

Caldwell, J. (2021). *The Better Care Better Jobs Act and Home-and Community-Based Services.* Retrieved from <https://heller.brandeis.edu/community-living-policy/images/pdfpublications/2021bettercarebetterjobsact-hcbs.pdf> 2021.10.13.

Carder, P., O'Keeffe, J., & O'Keeffe, C. (2015). *Compendium of residential care and assisted living regulations and policy: 2015 edition.* Retrieved from [https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated\\_legacy\\_files//73501/15alcom.pdf](https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files//73501/15alcom.pdf) 2021.10.13.

Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS). (2021). *Medicare Program - General Information.* Retrieved from <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo> 2021.10.13.

Centers for Medicare and Medicaid Services(CMS) & Medicare Learning Network(MLN). (2018). *SNF PPS: Patient Driven Payment Model.*

- Retrieved from [https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/Downloads/MLN\\_CalL\\_PDPM\\_Presentation\\_508.pdf](https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/SNFPPS/Downloads/MLN_CalL_PDPM_Presentation_508.pdf) 2021.10.13.
- CMS. (2018). *Reinterpretation of "Primarily Health Related" for Supplemental Benefits*. Retrieved from <https://www.aarp.org/content/dam/aarp/ppi/2018/10/reinterpretation-of-primarily-health-related-for-supplemental-benefits.pdf> 2021.10.13.
- CMS. (2019). *Medicare Program - General Information*. Retrieved from <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/MedicareGenInfo> 2020.7.27.
- Eiken, S., Sredl, K., Burwell, B., & Amos, A. (2018). *Medicaid expenditures for long-term services and supports in FY 2016*. Retrieved from <https://www.medicaid.gov/sites/default/files/2019-12/ltss-expenditures2016.pdf> 2021.10.13.
- Eiken, S., Sredl, K., Burwell, B., & Woodward, R. (2017). *Medicaid expenditures for long-term services and supports (LTSS) in FY 2015*. Retrieved from <https://www.appliedselfdirection.com/sites/default/files/LTSS%20Expenditures%20FFY%202015.pdf> 2021.10.13.
- Glaser, W. A. (1970). *Paying the doctor*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Glaser, W. A. (1987). *Paying the hospital*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Kaiser Family Foundation(KFF). (2017). *Medicaid's Role in Nursing Home Care*. Retrieved from <https://www.kff.org/infographic/medicaids-role-in-nursing-home-care/> 2021.10.13.
- KFF. (2019). *Distribution of certified nursing facility residents by primary payer source*. Retrieved from <https://www.kff.org/other/state-indicator/distribution-of-certified-nursing-facilities-by->

- primary-payer-source/ 2021.10.13.
- Kidder, B. (2017). *Statewide Medicaid managed care program*. Retrieved from [http://ahca.myflorida.com/medicaid/recent\\_presentations/House\\_Health\\_Human\\_Services\\_Med\\_101\\_2017-01-10.pdf](http://ahca.myflorida.com/medicaid/recent_presentations/House_Health_Human_Services_Med_101_2017-01-10.pdf) 2021.10.13.
- Libersky, J., Stepanczuk, C., Lester, R., Liao, K., & Lipson, D. (2016). *Medicaid managed long-term services and supports: Themes from site visits to five states*. Retrieved from <https://www.mathematica.org/publications/medicaid-managed-long-term-services-and-supports-themes-from-site-visits-to-five-states> 2021.10.13.
- Medicaid and CHIP Payment and Access Commission(MACPAC). (2018a). *Home- and Community-Based Services*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/subtopic/home-and-community-based-services/> 2021.10.31.
- MACPAC. (2018b). *Report to Congress on Medicaid and CHIP*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2018/06/June-2018-Report-to-Congress-on-Medicaid-and-CHIP.pdf> 2021.10.13.
- MACPAC. (2019a). *Nursing Facility Fee-for-Service Payment Policy*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/wp-content/uploads/2019/12/Nursing-Facility-Fee-for-Service-Payment-Policy.pdf> 2021.10.13.
- MACPAC. (2019b). *States' Medicaid Fee-For-Service Nursing Facility Payment Policies*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/publication/nursing-facility-payment-policies/> 2021.10.13.
- MACPAC. (2019c). *Medicaid payment for services delivered in residential care settings*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/subtopic/medicaid-payment-for-services-delivered-in-residential-care->

settings/ 2021.10.13.

MACPAC. (2021). *Managed long-term services and supports*. Retrieved from <https://www.macpac.gov/subtopic/managed-long-term-services-and-supports/> 2021.10.13.

Medicaid.gov. (2021). *Long Term Services & Supports*. Retrieved from <https://www.medicare.gov/medicaid/long-term-services-supports/index.html> 2021.10.31.

Medicare Payment Advisory Commission(MedPAC). (2016). *Skilled Nursing Facility Services Payment System*. Retrieved from [http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac\\_payment\\_basics\\_16\\_snf\\_final.pdf?sfvrsn=0](http://medpac.gov/docs/default-source/payment-basics/medpac_payment_basics_16_snf_final.pdf?sfvrsn=0) 2021.10.13.

Medicare.gov. (2021a). *Your Medicare Cost: Part Cost*. Retrieved from <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/part-b-costs> 2021.10.13.

Medicare.gov. (2021b). *Skilled Nursing Facility (SNF) Care*. Retrieved from <https://www.medicare.gov/coverage/skilled-nursing-facility-snf-care> 2021.10.13.

MedPAC. (2019). *Chapter 8: Skilled nursing facility services(March 2019 report)*. Retrieved from [https://www.medpac.gov/wp-content/uploads/import\\_data/scrape\\_files/docs/default-source/reports/march-19-medpac\\_ch8\\_sec.pdf](https://www.medpac.gov/wp-content/uploads/import_data/scrape_files/docs/default-source/reports/march-19-medpac_ch8_sec.pdf) 2021.10.13.

Reinhardt U. E. (1985). The compensation of physicians: Approaches used in foreign countries. *Quality Review Bulletin*, 11(12), 366-377.

Soper, M. H. (2017). *Providing value-added services for Medicare Medicaid enrollees: Considerations for integrated health plans*. Retrieved from [http://www.chcs.org/media/PRIDE-Value-Added-Services\\_012617.pdf](http://www.chcs.org/media/PRIDE-Value-Added-Services_012617.pdf) 2021.10.13.

The Social Security Administration. (n.d.). *State plans for medical assistance(Section 1902)*. Retrieved from [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title19/1902.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title19/1902.htm) 2021.10.13.

Watts, M. O., Musumeci, M., & Chidambaram, P. (2020). *Medicaid home and community-based services enrollment and spending*. Retrieved from <https://files.kff.org/attachment/Issue-Brief-Medicaid-Home-and-Community-Based-Services-Enrollment-and-Spending> 2021.10.13.

[일문 자료]

社保審 - 介護給付費分科会. (2017). *介護老人福祉施設(参考資料)*. Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakuto-ukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf](https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakuto-ukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf) 2020.10.20.

社保審 - 介護給付費分科会. (2020). *審議報告案にかかる参考資料*. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000706843.pdf> 2021.10.21.

社会保障審議会介護給付費分科会. (2020). *令和3年度介護報酬改定に関する審議報告*. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000709008.pdf> 2021.10.10.

財務省. (2020). *社会保障について②(介護、障害福祉等)*. Retrieved from [https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20201102/01.pdf) 2021.10.18.

朝日新聞. (2021.5.15.). *介護保険料,初の6000円超 今後も負担増に 65歳以上の平均,月6014円*. Retrieved from [https://digital.asahi.com/articles/DA3S14904217.html?\\_requesturl=articles%2FDA3S14904217.html&pn=2](https://digital.asahi.com/articles/DA3S14904217.html?_requesturl=articles%2FDA3S14904217.html&pn=2) 2021.10.19.

- 厚生労働省. (2019). 令和元年度介護保険事業状況報告(年報)のポイント. Retrieved from [https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/dl/r01\\_point.pdf](https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/19/dl/r01_point.pdf) 2021.10.25.
- 厚生労働省. (2021a). 介護保険施設における負担限度額が変わります. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/000334525.pdf> 2021.10.5.
- 厚生労働省. (2021b). 令和3年度介護報酬改定における改定事項について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000768899.pdf> 2021.10.5.
- 厚生労働省. (2021c). 令和3年度介護報酬改定の主な事項について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000753776.pdf> 2021.10.5.
- 厚生労働省老健局. (2021). 介護保険制度の概要. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/content/000801559.pdf> 2021.10.15.
- NHK. (2021.5.15.). 介護保険料の全国平均 初めて月額6000円超える. Retrieved from <https://www3.nhk.or.jp/news/html/20210515/k10013031821000.html> 2021.10.19.

[독문 자료]

- Altenpflege-hilfe. (2020). *Wie hoch ist der Eigenanteil für ein Pflegeheim / Altenheim*. Retrieved from <https://www.altenpflege-hilfe.net/hilfe-bei-der-altenpflege/eigenanteil-kosten-altenheim-pflegeheim.php> 2020.9.10.
- AOK. (2021a). *Vertrag gemäß § 89 SGB XI vom 27.01.2020 über die Vergütung von Pflegesachleistungen gemäß § 36 SGB XI*. Retrieved from [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_vertrag\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_vertrag_ab_200301.pdf) 2021.10.15.
- AOK. (2021b). *Anlage 1: Leistungskomplexe für ab 01.03.2020 erbrachte*

- Leistungen*. Retrieved from [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage1\\_leistungskomplexe\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage1_leistungskomplexe_ab_200301.pdf) 2021.10.15.
- AOK. (2021c). *Anlage 3: Übersicht über Leistungskomplexe ab 01.03.2020*. Retrieved from [https://www.aok.de/gp/fileadmin/user\\_upload/Pflege/Ambulante\\_Pflege/Verguetung/by\\_pflege\\_ambulant\\_pv\\_gebuehren\\_arbeitskreis\\_anlage3\\_leistungsubersicht\\_ab\\_200301.pdf](https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Pflege/Ambulante_Pflege/Verguetung/by_pflege_ambulant_pv_gebuehren_arbeitskreis_anlage3_leistungsubersicht_ab_200301.pdf) 2021.10.15.
- Betanet. (n.d.). *Leistungskomplexe*. Retrieved from <https://www.betanet.de/leistungskomplexe.html> 2021.11.1.
- BIVA. (2019). *Investitionskosten: Was sind Investitionskosten und welche Kosten dürfen auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden?*. Retrieved from <https://www.biva.de/dokumente/broschueren/Investitionskosten-im-Pflegeheim.pdf> 2021.10.15.
- Bundesministerium der Justiz(BMJ). (2021a). *Sozialgesetzbuch(SGB): Elftes Buch(XI) - Soziale Pflegeversicherung*. Retrieved from [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_11/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html) 2021.10.15.
- Bundeministeirum für Gesundheit(BMG). (2021). *Pflegeleistungen zum Nachschlagen*. Berlin: BMG.
- BMJ. (2021b). *Sozialgesetzbuch (SGB): Fünftes Buch (V) - Soziale Pflegeversicherung*. Retrieved from [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html) 2021.10.15.
- Griep, H., Renn, H. (2017). *Pflegesozialrecht(6. Aufl)*. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Krahmer, U., Plantholz, M. (2018). *Sozialgesetzbuch XI: Soziale Pflegeversicherung(5. Aufl)*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Medizinischer Dienst der Krankenversicherung(MDK). (2017). *Qualität*

- der stationären Pflegeeinrichtung - SenVital Seniorenzentrum Solingen*. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/MDK-Bericht-0117.pdf> 2021.11.1.
- Pflege.de. (n.d.). *Ambulante Pflege: Gut gepflegt zuhause leben*. Retrieved from <https://www.pflege.de/altenpflege/ambulante-pflege/> 2021.11.2.
- SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (n.d.a). *Pflege- und Therapieangebote*. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/pflegebereich/> 2021.11.1.
- SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (n.d.b). *Hausprospekt*. Retrieved from [https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV\\_S\\_Hprosp\\_16S\\_5c\\_020217\\_web.pdf](https://solingen.senvital.de/wp-content/uploads/sites/9/2017/06/SV_S_Hprosp_16S_5c_020217_web.pdf) 2021.11.1.
- SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (n.d.c). *Leistungs- und Entgeltübersicht*. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/> 2021.11.1.
- Verbraucherzentrale. (2020). *Kosten im Pflegeheim: Wofür Sie zahlen müssen und wofür die Pflegekasse*. Retrieved from <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-im-heim/kosten-im-pflegeheim-wofuer-sie-zahlen-muessen-und-wofuer-die-pflegekasse-13906> 2020.9.5.
- Weber, S., Brünner, F., & Philipp, A. (2017). *Pflegereform 2017 in der juristischen Praxis*. München: C.H.BECK.
- Wohnen im Alter. (n.d.). *SenVital Seniorenpark*. Retrieved from <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/pflegeheim/solingen/senvital-seniorenpark-solingen-ohligs-20082> 2021.11.1.

## 간행물 회원제 안내

### 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### 회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

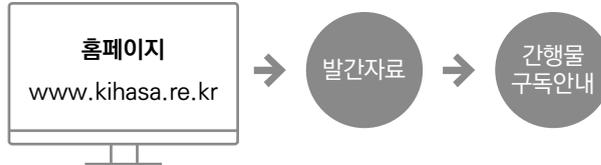
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

### 가입방법



### 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지  
사회정책동 1~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>