

주요국 장기요양제도 비교 연구

이호용 · 임진섭 · 조정완

Health Insurance Policy Institute

주요국 장기요양제도 비교 연구

이호용 · 임진섭 · 조정완

Health Insurance Policy Institute

머 리 말

2008년 7월 시행한 우리나라의 노인장기요양보험은 고령이나 치매·중풍 등의 노인성 질병 등으로 혼자서 일상생활을 하기 어려운 노인 및 기능 저하자들에게 신체 활동 및 가사지원 등의 요양급여를 제공하여 국민의 삶의 질을 높이고 있다.

65세 이상 노인인구가 10%를 넘어선 2008년에 시행된 우리나라의 제도는 일본, 독일, 네덜란드 등의 사회보험국가보다 인구 고령화 수준이 낮을 때 시작하였다. 또한, 2009년 현재 GDP 대비 장기요양 공공지출 비중은 0.4%로 다른 주요 국가에 비해 효율적으로 운영된다고 평가할 수 있다.

하지만, 우리나라는 거시적으로는 급속한 고령화와 출산율 감소로 인한 부양가족 감소, 장기요양 비용의 급속한 증가가 나타나고 있으며, 미시적으로는 노인인구 대비 낮은 이용자 비중, 전문성이 결여된 장기요양 인력과 장기요양 제공 서비스의 질 문제 등 선진국이 제도 도입 이후 경험하였던 다양한 문제가 발생하고 있다.

본 연구에서는 주요국의 장기요양제도를 비교함으로써 각 나라의 운영방식이 갖는 특이점 그리고 향후 우리나라 제도에 활용가능한 시사점을 도출하고자 하였다. 사회보험국가로서 우리나라 장기요양보험과 유사점이 많은 일본과 독일, 그리고 네덜란드의 주요 사례와 조세를 기반으로 장기요양제도를 시행하고 있는 국가인 오스트리아의 장기요양제도를 개요, 적용대상, 급여체계, 운영체계, 재정체계, 서비스 질, 주요 개혁 동향의 7가지 측면으로 나누어서 살펴보았다.

향후 본 보고서가 시행 6년차를 맞는 우리나라 노인장기요양보험의 안정적인 발전과 국민의 삶의 질을 높이는데 기여하고, 장기요양보험의 효율적인 사회보장제도로의 발전에 초석이 되기를 바라며, 본 보고서의 연구 과정에서 자문과 검독을 맡아주신 모든 분들께 깊은 감사를 드린다.

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

2012년 10월

국민건강보험공단 이사장 김 종 대
건강보험정책연구원 원 장 이 기 효

목 차

요 약	15
제1장 서 론	33
제1절 연구의 필요성 및 배경	33
제2절 연구의 목적 및 연구내용	34
제2장 일 본	39
제1절 개 요	39
제2절 적용대상	43
제3절 급여체계	50
제4절 운영체계	67
제5절 재정체계	90
제6절 서비스 질 관리	96
제7절 주요 개혁 내용	99
제3장 독 일	111
제1절 개 요	111
제2절 적용대상	113
제3절 급여체계	121
제4절 운영체계	135
제5절 재정체계	141
제6절 서비스 질 관리	145

제7절 주요 개혁 내용	146
제4장 네덜란드	159
제1절 개 요	159
제2절 적용대상	161
제3절 급여체계	169
제4절 운영체계	174
제5절 재정체계	178
제6절 서비스 질 관리	185
제7절 주요 개혁 내용	187
제5장 오스트리아	193
제1절 개 요	193
제2절 적용대상	197
제3절 급여체계	202
제4절 운영체계	218
제5절 재정체계	231
제6절 서비스 질 관리	237
제7절 주요 개혁 내용	241
제6장 주요국가의 장기요양제도 비교	251
제1절 개 요(인구 및 경제적 측면)	251
제2절 적용 대상 측면	257
제3절 운영 및 급여 측면	264
제4절 재정 측면	268
제5절 서비스 질 관리 측면	273

제6절 주요 개혁 사례	274
제7장 결론 및 정책제언	281
참고문헌	287

표 목 차

<표 1-1> 주요 연구내용	35
<표 2-1> 일본의 고령자 보건복지 정책의 흐름	41
<표 2-2> 연도별 연령별 제1호피보험자수	44
<표 2-3> 요개호(요지원)등급 별 인정자수 추이	45
<표 2-4> 피보험자별 등급별 인정자 수(2010년)	47
<표 2-5> 요개호별 심신 상태 및 이용할 수 있는 서비스 등	52
<표 2-6> 개호 서비스의 종류	54
<표 2-7> 개호보험 서비스별 정의(거택 서비스)	55
<표 2-8> 지역밀착형 서비스별 정의	57
<표 2-9> 거택(재가)서비스의 요개호(요지원)등급별 이용자수 추이 · 58	
<표 2-10> 지역밀착형서비스의 요개호(요재원)별 이용자수 추이 ···	59
<표 2-11> 시설서비스의 개호도별 서비스 이용자수 추이	60
<표 2-12> 시설입소자의 요개호도별 1인당 평균 이용료(2010)	61
<표 2-13> 요개호도별 지급한도액과 평균적인 이용율	63
<표 2-14> 고액 개호 서비스 비(2010)	63
<표 2-15> 개호보수의 설정방법	64
<표 2-16> 지역별 1단위의 평가	66
<표 2-17> 개호보험 관련 기관들의 역할과 관련 계획 내용	69
<표 2-18> 개호 예방 사업소 현황	70
<표 2-19> 거택(재가) 서비스 사업소 현황(2010)	71
<표 2-20> 지역 밀착형 서비스 사업소 현황(2010)	72
<표 2-21> 시설 서비스 사업소 현황	72

<표 2-22> 경영 주체별 사업소 개설 비중 현황(거택(재가)서비스) ..	73
<표 2-23> 경영 주체별 사업소 개설 비중 현황(지역밀착형 서비스) ..	74
<표 2-24> 경영 주체별 사업소 개설 비중 현황(시설)	75
<표 2-25> 시설서비스의 종류별 시설 당 정원 및 현원수, 이용율 ..	75
<표 2-26> 정원 규모별 시설 분포	76
<표 2-27> 개호 사업소 1개소 당 상근 간호·개호 직원수	78
<표 2-28> 사업소(시설) 1개소 당 직종별 상근 종사자수	79
<표 2-29> 개호보험시설의 주요 기준 등	86
<표 2-30> 개호보험시설 지정기준 비교(요양병상 추가)	88
<표 2-31> 보험료 부과 및 징수 대상자	91
<표 2-32> 제1호 피보험자의 소득단계별 보험료액	92
<표 2-33> 제2호 피보험자의 보험료 부담과 지불방법	93
<표 2-34> 요지원 및 요개호 총 비용	94
<표 2-35> 일본 개호보험 재정현황	95
<표 3-1> 희망서비스 별 등급판정 건 수	115
<표 3-2> 독일 인정조사도구의 구성(건강 및 기능상태)	116
<표 3-3> 인정조사시 고려되는 수발 소요시간	118
<표 3-4> 장기요양등급	120
<표 3-5> 등급판정시 고려되는 ADL과 IADL 도움 필요영역	121
<표 3-6> 급여의 종류	123
<표 3-7> 현금서비스와 현물서비스의 연평균 비중	124
<표 3-8> 시설 종류	128
<표 3-9> 서비스별·등급별 급여 한도	130
<표 3-10> 요양등급별 법정 요양보험의 급여수급자(연말기준)	132
<표 3-11> 장기요양보험 법정보험 급여 이용자수(2008년 현재)	133
<표 3-12> 연도별 종류별 수급자 추이	135

<표 3-13> 법정 장기요양보험 조합별 현황	136
<표 3-14> 장기요양기관 수 (2007년 말)	139
<표 3-15> 서비스 제공인력 구조	140
<표 3-16> 독일 장기 요양 보험제도의 납부대상 및 보험료율	142
<표 3-17> 법정 장기요양보험 재정 소요액 2000-2010	143
<표 3-18> 장기요양보험 수입과 지출 추이(1995~2006)	144
<표 3-19> 독일장기요양보험 개혁을 위한 대책	148
<표 3-20> 장기요양보험 급여인상	150
<표 4-1> 장기요양보험(AWBZ)의 기본 철학 및 목적	160
<표 4-2> 장기요양보험의 신청서 기재항목	164
<표 4-3> ICF 체크리스트	166
<표 4-4> 2007년 AWBZ의 이용자 수	171
<표 4-5> 이용자 그룹별 PGB(현금급여) 지출금액	173
<표 4-6> 현금급여(PGB) 이용자 수 추이	174
<표 4-7> AWBZ와 Wmo 비교	177
<표 4-8> AWBZ, Wmo, ZVW의 주요 급여서비스 비교	178
<표 4-9> 네덜란드 2009년 세금과 사회보험료>	179
<표 4-10> AWBZ 항목별 지출금액	179
<표 4-11> 네덜란드의 보건의료 재정	183
<표 4-12> ZZP 1 ~ 10(노인관련)의 서비스 내용	184
<표 5-1> 오스트리아 장기요양수당의 등급판정	200
<표 5-2> 요양수당 신청 담당 기구	201
<표 5-3> 2011년 1월 기준 장기요양수당 수급자수	205
<표 5-4> 오스트리아 장기요양제도의 관리운영과 재정의 책무	219
<표 5-5> 서면으로 규정해야 할 시설운영 및 서비스에 관한 기본 항목	222
<표 5-6> 비엔나 장기요양시설 침실 설치 면적기준	227

<표 5-7> 입소자 대비 요양등급별 요양인력에 대한 최소 기준	230
<표 5-8> 요양세팅 별 요양수당 수급자 비중 및 지출 수준	234
<표 5-9> 시설 입소 1인당 공공재정채무 (요양등급 4·5 기준)	236
<표 5-10> 평가영역과 항목	240
<표 5-11> 수급자수	246
<표 6-1> 각국의 인구현황	252
<표 6-2> 인구사회학적 지표	254
<표 6-3> 보건 관련 경제적 지표	256
<표 6-4> 주요 국가의 장기요양제도 비교(적용대상 측면)	260
<표 6-5> 주요 국가의 장기요양제도 비교(등급판정 측면)	262
<표 6-6> 주요 국가의 장기요양제도 비교(급여 측면)	266
<표 6-7> 주요 국가의 장기요양제도 비교(재정 측면)	271

그림 목 차

[그림 2-1] 연도별 노인인구수 및 노인인구비율	39
[그림 2-2] 개호보험의 등급별 비중 변화	46
[그림 2-3] 65세 이상 노인비율과 요개호(요지원) 인정자 비율	48
[그림 2-4] 개호서비스 인정 신청에서 이용까지의 절차	50
[그림 2-5] 개호보험 서비스의 체계	53
[그림 2-6] 이용료의 구성비	62
[그림 2-7] 소득계층별 보충급여	62
[그림 2-8] 개호직원 수 추이	77
[그림 2-9] 보험료 징수 시스템	92
[그림 2-10] 연도별 보험료 부담액(65세 이상)	93
[그림 2-11] 개호보험 총비용	95
[그림 2-12] 개호보험 재정수지	96
[그림 2-13] 개호서비스 정보공표제도	97
[그림 2-14] 개호서비스정보 공표의 흐름	98
[그림 2-15] 개호보험제도 개정의 주요내용(2005년)	103
[그림 2-16] 개호보험제도 개정의 주요내용(2009년)	106
[그림 3-1] 독일의 65세 이상 인구비율	112
[그림 3-2] 장기요양보험의 인정절차	114
[그림 3-3] 급여이용 체계	129
[그림 3-4] 독일 장기요양보험 운영체계	137
[그림 3-5] 요양서비스 공급체계	139
[그림 3-6] 법정 장기요양보험 급여 유형별 재정 현황	143

[그림 3-7] 평가결과 공개	145
[그림 4-1] 65세 이상 노인인구 비중(네덜란드)	159
[그림 4-2] 장기요양보험 등급판정 흐름도	162
[그림 4-3] 욕구사정 모형	168
[그림 4-4] 네덜란드 장기요양보험(AWBZ) 전달체계	175
[그림 5-1] 65세 이상 인구 추이(오스트리아)	193
[그림 5-2] 오스트리아 장기요양제도의 관리운영체계	220
[그림 5-3] 오스트리아 장기요양보험의 재정 흐름도	233

요약

요 약

1. 서 론

□ 연구의 배경 및 필요성

- 인구의 고령화, 출산율의 감소, 부양가족 감소, 그로인한 핵가족화 등 인구사회학적 변화로 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자가 빠르게 증가하고 있음
 - 장기요양서비스에 대한 욕구 증가와 함께 장기요양 대상자에 대한 부양비 또한, 지속적으로 증가하고 있음
 - 여성의 노동참여 증가, 가족에 대한 인식의 변화 등 사회적·경제적 변화에 따라 기존의 비공식 수발을 제공하던 가족의 수발 기능이 대폭 감소하면서 장기요양서비스 제공에 대한 사회적 책임과 부담이 증가하고 있음
- 이에 각국의 장기요양제도는 그 나라의 인구사회학적 변화, 사회체제의 성격, 의료보장제도의 형태에 따라 장기요양제도의 형태를 각기 달리 발전시켜오고 있음
- 주요국의 장기요양제도를 비교는 각 나라의 운영방식이 갖는 특이점과 시사점을 도출하고, 향후 우리나라의 노인장기요양제도 선진화를 위한 정책방향을 확립하는데 필요함

□ 연구 목적

- 사회보험국가로서 우리나라 장기요양보험에 영향을 미친 일본

과 독일 그리고 네덜란드의 주요 사례와 조세를 기반으로 장기요양제도를 시행하고 있는 오스트리아의 장기요양제도의 운영 사례를 구체적으로 살펴봄으로써 각각의 운영방식이 갖는 특이점과 시사점을 도출하고자 함

□ 연구의 범위 및 분석내용

- 분석범위는 일본, 독일, 네덜란드, 오스트리아 4개국의 개요, 적용대상, 급여체계, 운영체계, 재정체계, 서비스 질, 주요 개혁동향의 크게 7가지 측면으로 나누어서 분석

<표 1> 주요 연구내용

개요	① 주요 국가의 현 상황
적용대상 (Allocation)	① 피보험자 및 급여대상자 ② 인정조사 및 등급판정체계 - 장기요양인정절차, 인정조사항목, 인정조사주체 및 인력, 등급판정도구 및 산정방법, 등급적용기준
급여체계 (Provision)	① 급여형태(현물급여, 현금급여, 혼합급여) ② 급여종류(시설급여, 재가급여) ③ 급여수준 및 산정기준 등
운영체계 (Management)	① 관리운영주체 (주요 이해관계자의 역할 포함) ② 서비스 공급자 및 요양인력 실태 ③ 장기요양기관 설치 및 지정, 인력기준 등
재정체계 (Finance)	① 재원조달방식 ② 재원구성의 내용 등
서비스 질 관리 (Quality Management)	① 주요 서비스 질 관리 정책
주요개혁동향 (reform)	① 장기요양제도의 주요 개혁내용과 향후 개혁방향

2. 일본

□ 개 요

- 일본의 개호보험은 연령이 높아짐에 따라 발생하는 심신의 변화에서 기인하는 질병 등에 의해 요개호 상태가 되어 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 기능훈련과 간호 및 영양상의 관리 그 밖의 의료를 요하는 자 등을 대상으로 개호 서비스를 제공하기 위해 2000년 4월 1일부터 제도 시행

□ 적용대상

- 개호보험의 적용 대상자(피보험자)는 보험자인 시정촌의 구역 내에 주소를 둔 65세 이상인 제1호 피보험자와 시정촌의 구역 내에 주소를 둔 40세 이상 64세 미만의 의료보험가입자가 제2피보험자(개호보험법 제9조)임

□ 급여체계

- 개호보험법 제2조에서는 '피보험자의 요개호 상태(신체상 또는 정신상의 장애로 일상생활의 기본적 동작에 있어 계속해서 상시 개호를 필요로 하는 상태) 또는 요지원 상태(요개호 상태가 될 우려가 있는 상태)에 관하여 필요한 보험급여를 실시하는 것'으로 규정
 - 급여는 요개호자에 대한 개호급여와 요지원자에 대한 예방급여, 시정촌이 독자적으로 조례로써 정하는 시정촌 특별급여가 있음
 - 현물급여를 원칙으로 하고 있으며, 개호보험 급여는 거택(재가) 서비스와 시설 서비스로 구분함

□ 운영체계

- 관리운영은 개호보험의 보험자인 시정촌과 국가, 도도부현, 의료보험자, 연금보험자가 역할분담을 하여 유기적으로 운영하고 있음
- 서비스 공급자현황을 보면, 전체 개호예방 사업소 114,986개, 거택(재가)서비스 사업소 26,889개, 시설사업소 11,938개가 있음. 경영주체별로 사업소 구성비율을 거택(재가)서비스는 영리법인의 비율이 높고, 시설 서비스는 사회복지법인과 의료법인의 비율이 높음(2010년 기준)
- 개호인력 현황은 상근과 비상근 직원을 모두 합친 개호직원이 2010년 기준 133.4만명이었고, 상근인력은 80.1만명, 비상근 인력은 53.3만명으로 상근인력이 비상근 인력에 비해 많은 것으로 나타남

□ 재정체계

- 개호보험의 보험자인 시정촌 및 특별구는 개호보험에 관한 수입 및 지출에 대하여 시행령에서 정하는 바에 따라 특별회계를 마련함
- 개호보험의 재원은 크게 중앙정부(공적비용), 보험료, 본인부담금으로 이루어짐
 - 총 비용에서 본인부담금 10%를 제외한 개호 보험 급여비의 재원구성은 공적비용 50%와 보험료 50%로 구성됨
 - 공적비용은 중앙정부 25%이고, 도도부현과 시정촌이 각각

12.5%를 부담하며, 국고 부담의 25% 가운데 시정촌간의 보험 재정 조정을 위한 조정교부금 명목으로 5%를 지원함

□ 서비스 질 관리

- 개호보험제도는 이용자가 사업자를 선택하고 계약하여 서비스를 이용. 그러나 이용자와 제공자의 관계가 대응하지 않고 일방적일 가능성이 많음. 이러한 폐단을 막기 위해 개호서비스 정보 공표제도와 복지서비스 제3자 평가 제도를 마련하여 서비스의 질을 관리하고 있음

□ 주요 개혁 동향

- 개호보험제도 시행 후 개호서비스에 대한 일본 국민들의 인식 변화와 서비스의 정비로 순조롭게 제도 정착이 이루어짐. 서비스 확대에 의한 비용 증가는 제도의 지속가능성 확보가 중점과제로 대두되면서 개호보험 개혁이 이루어지기 시작함
 - 2005년 주요 개혁내용은 개호예방 중시형 시스템 확립, 시설 급부(본인부담)의 변경, 서비스 질의 향상 등에 관한 내용으로 제1차 개호보험 개혁이 이루어짐
 - 2008년에는 방문개호의 지정 기준 위반법 등 부정행위와 처분 불이행으로 인한 문제점이 부각되면서 이를 반영한 개호보험법이 일부 개정
 - 2009년 복지 및 개호서비스 분야의 안정된 인력 공급원 확보와 전문 인력을 위한 근로조건 개선
 - 2011년에는 일상생활권역에서 의료, 개호, 예방, 거주, 생활지원 서비스가 중단되는 일 없이 유기적이고 일체적으로 제공되는 지역포괄 케어시스템의 실현과 안정적인 지속가능한 개호보험

제도의 구축이라는 2가지 점을 개혁의 기본 방향으로 제시하는 개혁이 이루어짐

3. 독일

□ 개요

- 독일 정부는 수발로 인한 당사자와 그 가족들의 과중한 부담 완화, 수발행위로 인해 정상적인 생계활동을 하지 못하는 사람들에게 대한 사회적 보장, 수발에 대한 과도한 사회부조의 문제 해결을 위해 1995년 1월 1일 사회보장법전 제 11권에 「수발 상태의 위기상황을 사회적으로 보장하는 법, "장기요양보험법"」을 제정

□ 적용대상

- 장기요양 필요 대상자는 육체적, 정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활의 통상적, 반복적 일을 행하는데 적어도 6개월 이상 지속적으로 타인의 도움을 매우(법 제15조) 필요로 하는 사람(법 14조 제1항)임
- 장기요양보험 가입대상자 중 월수입이 3,675€(2011년도 기준) 이하인 자는 공보험 의무 가입대상이고, 3,675€ 이상인 자는 공보험 또는 사보험을 선택 하여 가입할 수 있음
 - 또한, 법정 장기요양보험을 적용받지 못하는 사람은 자산조사에 근거하여 사회부조에 의한 장기요양을 받고 국적에 상관없이 외국인도 고용계약 관계에 있으면 가입자로 적용

□ 급여체계

- 급여는 법률이 규정하고 있는 기초 장기 요양서비스, 가사지원 서비스 등 현물 급여 및 현금 급여가 있음
 - 급여의 종류와 범위는 장기요양이 필요한 상태의 정도와 재가 급여, 부분 시설급여 또는 생활 시설급여의 필요성 여부에 따라 결정됨
 - 부분시설급여와 생활시설급여의 장기요양이용자는 장기요양이 필요한 상태의 종류와 정도에 따라 필요한 비용(장기요양 비용)을 지급 받으며, 숙박비와 식사비는 장기요양 이용자가 스스로 부담함

□ 운영체계

- 독일 장기요양보험은 사회보험방식에 의한 제도로 운영되고 있으며, 법적으로 별도의 장기요양금고(법인)가 관리운영 하는 형태임
 - 실질적으로 질병금고에서 요양보험을 운영하고 있으며, 재정 및 업무 별로 질병금고와 분리되어 운영되고 있음

□ 재정체계

- 장기요양보험제도의 재정구조에서 경상적 운영비와 급여지출은 정해진 보험료를 안에서 장기요양금고가 책임을 가지고 있으며, 시설유지 및 투자는 주 정부의 책임으로 하는 이원화 구조를 가지고 있음
 - 1995년 제도도입 이후, 14년 동안 총 8회의 적자가 발생하였으며, 적자의 주된 원인은 급여비 지출 보다는 실업, 임금상승률의 감소 등의 보험료 수입 감소의 영향으로 나타남

- 독일연방 장기요양보험의 재원은 전액을 보험료에 의존함

□ 서비스 질 관리

- 장기요양금고는 서비스의 질과 수준을 확보하기 위해 서비스 질과 가격에 관련하여 지속적으로 감독과 책임을 지고 있음
- 서비스 제공자들에게 요양서비스의 질 관리를 의무화하고, 서비스 질에 대한 평가를 장기요양금고와 서비스제공자 간에 계약의 일부로 포함하여 관리하도록 하고 있음
- 시설사업자는 장기요양서비스 질 보장을 위한 자발적인 책임을 강화하고, 보험자와 시설사업자간 협약체결을 개선하도록 하고 있음

□ 주요 개혁 동향

- 독일은 장기요양보험 제도도입 이후 정착하는 과정에서 급여 대상자의 선정, 급여의 종류와 수준, 급여전달체계의 정립, 재정안정화의 문제, 의료보험과의 연계, 시설급여의 품질관리 등 다양한 영역에서 문제점이 나타남. 이러한 문제들을 해결하기 위한 작은 개혁들을 지속적으로 시도하였음
- 이러한 과정에서 독일은 다양한 주체들이 제도개혁방안을 사회적으로 논의하였고, 제도 도입 13년 만에 치매·정신적 장애를 가진 자에 대한 서비스의 개선 및 재정적 대응 모색, 급여수준 인상, 급여전달체계의 개선을 내용으로 하는 "장기요양보험 개혁 2008"을 실시함

4. 네덜란드

□ 개 요

- 네덜란드는 고령화 현상에 대비하고자 일찍부터 장기요양보험 제도의 준비에 노력을 기울여 왔으며, 1962년 보건복지부장관인 Veldkamp에 의해 전체 국민을 대상으로 중요한 질병에 대한 재정적 부담을 감소하려는 보험에 대한 계획을 수립함
- 장기요양보험(The Exceptional Medical Expenses Act)이 1967년 입법화되어 AWBZ(Act on Exceptional Medical Expenses)가 1968년부터 실시됨

□ 적용대상

- 전 국민 대상으로 일정 소득 이상인 자가 장기요양보험의 의무 가입자이며, 장기요양대상자는 장기요양환자, 고액중증질환자, 장애인, 정신질환자로 구성됨
- 장기요양보험(AWBZ)은 네덜란드 거주자, 네덜란드에 고용되어 있어 세금을 납부하는 비거주자, 1999년 법에 의해 국가보험 가입이 제한되는 비거주자가 적용대상이 됨

□ 급여체계

- 네덜란드의 장기요양제도는 크게 사회보험인 장기요양보험(AWBZ)과 지자체 운영의 사회복지서비스체계(Wmo)로 구분되어 있음
 - AWBZ에서 이루어지는 요양급여에는 현물급여와 현금급여

두 가지가 모두 포함됨. 시설요양의 경우 현물급여로 제한되며, 재가요양의 경우에만 서비스 유형에 따라 현물급여나 현금급여를 선택적으로 수급할 수 있음. 즉, 현물급여 대신에 개인예산(Personal Budgets)이라고 하는 현금급여를 선택하고 그 비용을 지급받아 자신이 선택한 요양제공자에게 직접 비용을 지불하는 방식임

- 지자체에서 운영하는 사회복지서비스인 Wmo는 장기요양보험(AWBZ)과 더불어 장기요양서비스의 핵심적인 서비스 급여임
 - Wmo 서비스 내용은 가사지원서비스(organize and support households), 휠체어(wheelchairs), 주택개조(housing adaptions), 운송수단(transportation facilities) 지원 등이 있음
- 네덜란드는 장기요양 서비스 인력의 부족으로 수급자가 서비스를 받고자 장기간 대기해야 하는 문제에 봉착하였고, 많은 이용자들이 현물급여 중심의 획일적이고 공식적인 요양서비스만을 이용하는 대신 1995년 개인계정(personal budget:: PGB) 또는 개인예산제라 불리는 장기요양 현금급여를 도입함으로써 서비스 이용자들이 서비스를 선택할 수 있도록 하였음

□ 운영체계

- 네덜란드에서 건강보험, 민간보험과 공무원보험은 장기요양보험(AWBZ)을 실제 운영하는 주체임. 민간보험의 경우에는 인증 절차를 거치게 됨

- 장기요양보험(AWBZ) 집행 중 의료공급자와 계약하거나 환자의 기여금을 거두는 것은 31개 지역요양 사무소(regional care offices)에 위임되어 있음

□ 재정체계

- 네덜란드 장기요양보험인 AWBZ의 재원은 크게 보험료, 세금, 본인부담금으로 구성되어 있음. 2010년 AWBZ 지출 구성비를 살펴보면 약 68%는 보험료, 24%는 세금, 8%는 본인 부담금으로 이루어져 있음
- 지자체의 사회복지서비스(Wmo)는 조세를 통한 정부의 예산지원을 받아 해당 서비스를 제공함

□ 주요 개혁 동향

- 네덜란드 장기요양보험의 개혁은 여러 가지 방향으로 진행되고 있음. 가장 큰 개혁의 내용과 방향은 장기요양서비스의 질을 향상시키는 것으로 네덜란드 정부는 2011년 이후 매년마다 852백만 유로를 투입하여 12천명의 장기요양인력을 추가로 확보하고 관련 요양인력양성 교육에 적극적으로 투자하고 있음
- 또한, 서비스 질 향상을 위한 연구소(Kwaliteitinstituut)를 설립하고, 의료감독원(IGZ)의 감독의 질을 높이고, 환자의 권리를 더 확고히 하고자 함

5. 오스트리아

□ 개 요

- 오스트리아는 1993년 이전만 하더라도 장기요양 욕구를 지닌 국민에게 적합하고 체계적인 서비스를 제공할 시스템이 구축되지 못했음. 1993년에 연방과 9개의 지방정부가 국가협약(Staatsvertrag)의 틀에서 단일화된 수발대책에 합의하고 광범위한 수발대책이 수립되었음. 이때부터 수발대책은 더 이상 현물급여가 아닌 총액의 현금 급여인 수발수당의 형태로 이루어지게 됨
- 오스트리아 장기요양수당제도는 조세방식의 장기요양서비스를 표방함에도 여느 나라와 달리 자산조사(means-test)와 같은 자격기준 없이 장기요양욕구를 지닌 모든 국민을 그 대상으로 함

□ 적용 대상

- 기본적으로 오스트리아에 거주지로 되어 있는 모든 요양을 필요로 하는 자는 장기요양 수당을 신청할 수 있음
- 오스트리아 장기요양수당의 적용 대상은 첫째, 수급자의 통상적인 거주가 오스트리아일 것, 둘째, 신체적, 정신적 심리적 그리고 인지적 장애로 인해 지속적인 수발과 도움이 필요하며, 셋째, 그 수요가 최소 6개월 이상 지속될 것으로 예상되는 경우에는 연방요양 수당법(BPG)에 의해 장기요양수당이 보장됨

□ 급여 체계

- 장기요양 욕구가 있는 사람들은 요양 욕구를 판별하여 차등 지급. 수당 형식의 현금 급여를 공적 재원으로 통해, 사회 서비스 (soziale Dienste; 재가 서비스)나 요양시설 등의 현물급여를 통해 지원이 이루어지고 있음
- 오스트리아의 요양체계는 1993년 이래로 현금급여와 현물급여를 병합하여 이루어져 있음. 조세를 바탕으로 하는 일반재정에서 지원되는 현금 급여인 장기요양수당(Pflegegeld)이 핵심이며 이는 연방장기요양수당법(Bundespflegegeldgesetz)과 지방장기요양수당법 (Landespflegegeldgesetz)을 근거로 하고 있음

□ 운영 체계

- 관리운영주체는 사회보장제도와 관련하여 연방과 지방 정부 간의 책임권한이 구분되어 있음
- 장기요양과 관련하여 오스트리아 장기요양서비스의 재정 (financing)과 관리운영(governance)에 대한 구조적인 형태는 하나의 연방정부(Federal government)와 9개로 구성된 지방 정부(Regional Governments_Länder)가 책임을 갖는 형태로 이루어져 있음

□ 재정 체계

- 오스트리아의 요양체계의 재원은 우선적으로 공공 재원이 중앙정부, 지방정부 그리고 시정부를 통해서 이루어지며, 지방 및 시정부의 경우 시설 설립·운영이나 재가서비스에 대한 재원을 지원하고 있음

□ 서비스 질 관리

- 양로 및 요양입소시설의 질을 객관적으로 평가하기 위한외부 평가 제도인 국가질인증제도(Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich_이하, NQZ)를 통해 서비스 질 관리가 주로 이루어지고 있음

□ 주요 개혁 동향

- 최근 몇 년에 걸쳐 오스트리아 개인 가정에서 ‘24시간 수발’을 제공하는 조직들이 늘어나고 있으며, 음성적인 서비스도 늘어나고 있음. 이러한 음성적 노동의 문제점에 대해 2006년 처음 제기 되었으며, 그 해결책으로 음성적 요양서비스 형태를 법적 범위 안에 포괄하는 방법을 제시함
- Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG)는 2006년 “장기요양의 미래” (Zurkunft der Pflegevorsorge)라는 주제로 장기요양수당 개혁 뿐 아니라 요양서비스를 보다 질병시스템과 연계하며, 지원, 보조 및 서비스 계약 등에 있어서 단일한 기준을 만들

6. 결론 및 시사점

□ 시사점

- 장기요양보험 이용자를 지속적으로 확대할 필요함. 우리나라의 장기요양제도 시행은 비교 대상 국가보다 고령화율이 낮은 시점에 시작되었지만 실질적인 이용자의 비율은 낮은 수준임.

2009년 현재시점에서 우리나라의 이용자는 3.2%이며, 선진국보다 매우 낮은 수준(일본 12.6%, 독일 11.3%, 네덜란드 19.4%, 오스트리아 12.2%). 제도의 지속가능성을 고려하여 향후 장기요양 이용자의 점진적 확대가 필요함

- 장기요양 종사자의 의료적 질 향상이 필요함. 우리나라는 65세 이상 인구대비 장기요양 종사자 비중은 4.2명으로 OECD 평균인 6.3명보다 적음. 하지만 종사자 중 간호사의 비중은 0.1명으로 OECD 평균인 23.7명보다 크게 적고, 일본 15.3명, 독일 26.3명, 네덜란드 27.1명에 비해 매우 적은 수준임. 향후 간호 인력의 증가와 간호사(RN, 또는 노인전문 간호사)의 의료적 처지에 있어서의 역할 확대를 통해 해결방안의 모색이 필요함
- 장기요양서비스 질 향상을 위해서는 요양보호사의 질 향상이 필요. 네덜란드, 독일, 일본의 주요 국가도 장기요양제도가 도입되면서 서비스의 주체인 요양보호사의 책임금화, 비정규직화로 요양보호사의 질이 저하가 장기요양에 있어서 큰 문제로 대두되었음. 우리나라도 요양보호사라 학력과 연령, 경력과 상관없이 누구나 쉽게 하는 업무라는 일반적인 인식을 불식시키기 위해, 요양보호사의 전문성 향상을 위한 직무 교육의 제도화 및 지속적인 경력개발이 필요하며, 재정적 지원을 통해 양질의 인력 확보 및 업무의 전문성이 향상되어야 할 것임
- 장기요양시설의 서비스 질의 객관적인 평가가 중요함. 우리나라는 격년으로 장기요양기관(시설과 재가)을 평가하여 평가점수가 높은 상위기관은 장기요양 홈페이지 공고와 금전적인 인센

티브를 주는 제도가 존재하지만 지속적으로 장기요양제도의 질을 높이기에는 미흡한 수준. 장기요양시설의 질을 객관적으로 평가하기 위한 오스트리아 외부 평가 제도인 국가질인증제도(Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich 이하, NQZ)와 같은 장기요양시설 인증제 도입을 향후 검토해볼 필요성이 있음

- 장기요양 개선을 위해 서비스의 다양화가 필요함. 일본은 제도의 개혁을 통해 지역밀착형 서비스(야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통소개호, 소규모다기능형 거택개호, 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈), 지역밀착형특정시설(입주자생활개호), 지역밀착형 개호노인복지시설, 입소자 생활개호)를 통해 다양한 서비스 지원을 하고 있고, 독일도 노인집합주택, 노인홈 등의 제도를 통해 이용자의 만족도 제고와 서비스의 다양화를 하고 있음. 이용자의 만족도 및 선택권 강화 그리고 지속적인 대상자 확대를 대비한 다양한 급여서비스의 확대가 필요함
- 제도의 안정적 정착과 장기요양 서비스의 인식 제고 측면에서 우리나라는 일본과 같이 현물급여의 원칙을 고수하고 있음. 하지만 네덜란드나 오스트리아처럼 비공식적인 서비스의 확대, 급여 서비스의 다양화와 이용자의 선택권 강화 측면에서 현금서비스의 도입도 고려해 볼 수 있음



제1장
서론



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 배경

우리나라를 포함한 세계의 많은 나라들은 인구의 고령화, 출산율의 감소, 부양가족 감소 등 인구학적 변화와 핵가족화로 인해 독거가정의 증가 등 사회학적 변화로 장기요양서비스를 필요로 하는 대상자가 빠르게 증가하고, 장기요양 대상자에 대한 부양비가 증가하는 현실에 직면하고 있다. 또한, 여성의 노동참여 증가, 가족에 대한 인식의 변화 등 사회적·경제적 변화에 따라 기존의 비공식 수발을 제공하던 가족의 수발기능이 대폭 감소하면서 장기요양서비스 제공에 대한 사회적 책임과 부담이 증가하고 있다.

우리나라는 2000년도에 65세 이상 인구비율이 7.2%에 이르러 “고령화 사회”에 진입했고, 향후 2018년에는 노인비율이 14.3%로 “고령사회”로, 2026년에는 20.8%가 되어 “초(超)고령사회”에 도달할 것으로 전망된다(통계청, 2012). 2011년 현재 우리나라의 고령화 비율은 11.4%로 일본 23.3%, 독일 20.7%, 네덜란드 15.6%, 오스트리아 17.7%로 OECD 주요 국가에 비해 고령화 비율이 낮은 수치이다. 하지만 우리나라가 처한 큰 문제는 고령화 추세가 전 세계적으로도 유례를 찾기 힘들 정도의 빠른 진행에 있다(OECD Health data 2012)는 점이다. 고령화 속도가 가장 빨랐던 일본의 24년보다 더 단축되어 고령화 사회로 진입한 2000년에서 불과 18년 뒤인 2018년에 고령사회로, 그로부터 8년 뒤인 2026년에는 초고령사회로 진입할 것으로 예상되어진다(통계청, 2012).

따라서, 노인인구 비율이 높은 선진국들이 50년, 100년에 걸쳐 완만하

계 노인 인구가 증가하여 노인문제에 따른 사회적 과장에 대하여 차근차근 대비하였던 것에 비해 한국은 단기간에 인구고령화에 따른 사회전반에 미치는 영향을 준비해야 하는 어려움이 있다. 많은 국가에서는 노인 장기요양제도를 제도화 하여 인구고령화로 인해 증가하는 경제적·사회적 위기에 대처하고자 노력하고 있다.

각국의 장기요양제도는 그 나라의 역사적 조건, 인구사회학적 변화, 사회체제의 성격, 의료체계, 의료보장제도의 형태에 따라 장기요양제도의 형태를 각기 달리 발전시켜오고 있음을 발견할 수 있다. 여러 나라가 증가하는 노인 보건복지서비스 수요에 대처해 나가는 방식을 구체적으로 살펴봄으로써, 고령화에 대비한 우리나라의 노인장기요양 서비스 체계의 발전을 위한 틀의 방향을 잡아갈 수 있는 것이다.

제2절 연구의 목적 및 연구내용

본 연구는 주요국의 장기요양제도를 비교함으로써 정책담당자들에게 시사점을 제공하고, 향후 노인장기요양보험제도의 선진화를 위한 정책 방향 정립에 기여하고자 한다. 본 연구에서는 사회보험국가로서 우리나라 제도에 많은 영향을 미친 일본, 독일 그리고 향후 우리나라의 제도 개혁에 참고할 제도적 특징이 있는 네덜란드의 사례를 살펴보고자 한다. 또한, 조세를 기반으로 장기요양제도를 시행하고 있는 국가로 오스트리아의 장기요양제도의 운영 사례를 구체적으로 살펴봄으로써 각각의 운영방식이 갖는 특이점과 시사점을 도출하고자 한다. 이를 통해 본 연구에서 다루고자 하는 다양한 국가들의 현재 경험을 살펴봄으로써 우리나라의 장기요양정책을 수립하는데 참고하고자 한다.

연구의 범위로는 장기요양서비스를 시행하고 있는 선진국 중 독일과

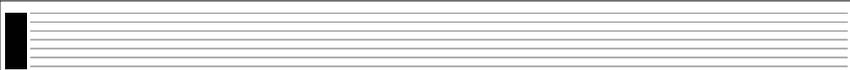
일본, 네덜란드, 오스트리아로 제한하였다. 이들 국가의 구체적인 운영사례의 조사는 사회보험과 조세방식을 취하는 다양한 국가의 장기요양보험 제도를 비교분석함으로써 유용한 시사점을 도출해 낼 수 있기 때문이다.

각 국의 구체적인 연구 내용을 보면 다음의 <표 1-1>과 같다.

대상국가 일본, 독일, 네덜란드, 오스트리아 4개국의 개요, 적용대상, 급여체계, 운영체계, 재정체계, 서비스 질 관리, 주요 개혁동향의 크게 7가지 측면으로 나누어서 분석하였다.

<표 1-1> 주요 연구내용

주요 연구내용	
분석 국가	일본, 독일, 네덜란드, 오스트리아
개요	① 주요 국가의 현 상황
적용대상 (Allocation)	① 피보험자 및 급여대상자 ② 인정조사 및 등급판정체계 - 장기요양인정절차, 인정조사항목, 인정조사주체 및 인력, 등급판정도구 및 산정방법, 등급적용기준
급여체계 (Provision)	① 급여형태(현물급여, 현금급여, 혼합급여) ② 급여종류(시설급여, 재가급여) ③ 급여수준 및 산정기준 등
운영체계 (Management)	① 관리운영주체 (주요 이해관계자의 역할 포함) ② 서비스 공급자 및 요양인력 실태 ③ 장기요양기관 설치 및 지정, 인력기준 등
재정체계 (Finance)	① 재원조달방식 ② 재원구성의 내용 등
서비스 질 관리 (Quality Management)	① 주요 서비스 질 관리 정책
주요개혁동향 (reform)	① 장기요양제도의 주요 개혁내용



제2장
일본

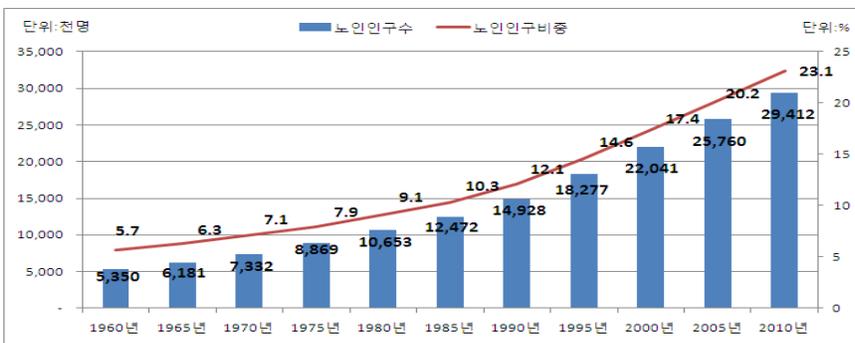


제2장 일 본

제1절 개 요

일본은 65세 이상 노인인구비율이 1970년에 7%가 넘어 고령화 사회가 되었고, 1994년에 14%가 넘는 고령사회, 2006년 20.2%로 초고령 사회가 되었다(OECD Health data 2012).

일본은 2010년 65세 인구가 23%가 넘어 인구 고령화의 진전에 따라, 노인 문제가 1990년대 이후 가장 중요한 사회적 문제로 직면하게 되었다. 특히, 와상·치매 노인 등 일상생활을 지속하기 위해 사회적 도움이 필요한 고령자가 1993년 200만명에서 2000년에는 280만명(65세 이상 인구의 13%), 2025년에는 520만명(65세 이상 인구의 16%)으로 증가할 것으로 예상되는 등(장병원, 2009) 인구의 급속한 고령화에 대한 대책이 필요하게 되었다.



자료:OECD Health data 2012

[그림 2-1] 연도별 노인인구수 및 노인인구비율

둘째, 가족 구조의 변화로 인해 가족 구성원에 의한 노인 돌봄이 어렵게 되었다. 지속적인 출산율 감소(2009년 1.37)로 인한 가족 구성원 수의 감소, 인구 고령화에 의한 독거세대(2005년 기준, 28.9%) 증가와 노인 부부세대(2005년 기준, 35.1%)의 증가, 생산 가능인구의 부족을 해소하기 위한 여성의 취업 증가 등은 가족의 기능이 축소되었고, 이로 인해 노인 에 대한 가족의 부양기능이 약화되었다.

셋째, 증가하는 개호 비용을 해결하기 위해 제도의 개혁이 요구되었다. 노인 개호에 대한 사회적 비용 추계를 보면 1993년 2.1조 엔에서 2005년 7조 엔으로 증가할 것으로 예상되었다(장병원, 2009). 만성질환 및 노인성 질환자의 증가는 노인인구의 증가와 함께 노인 의료비의 급격한 증가를 가져왔고, 이에 따른 국민 의료비 증가 문제를 해결하기 위해 기존의 포괄적인 노인복지제도에서 새로운 제도의 도입이 요구되었다.

일본의 고령화율과 고령자 보건복지 정책의 흐름을 보면 <표 2-1>와 같다. 일본은 1960년대부터 1970년대까지 고도 경제 성장의 시기로 경제 성장과 함께 소득의 불균형으로 복지 서비스의 필요성이 높아졌다. 따라서, 일본의 고령화율이 5.7%였던 1960년대에는 노인복지법(1963년)이 제정되고, 이로인해 특별양호노인홈 창설과 노인가정봉사원(홈헬퍼) 법제화되었다.

고령화율이 7.1%였던 1970년에는 사회복지시설 긴급정비 5개년 계획(1970년)이 제정되었다. 하지만, 노인 의료비 무료화 조치로 복지시설에 입소하는 것을 대신하여 병원에 입원하는 등 입원의 증대가 사회적 문제가 지적되었다. 1978년에는 개인의 자조 노력, 가족, 이웃과의 상호 부조에 의한 연대를 중시하는 일본형 복지사회가 제안되었다. 이 제도는 노인의 건강 증진에는 크게 기여했지만 국가 재정의 압박요인이 되어 1982년 70세 이상의 고령자를 대상으로 한 의료비의 일부 본인부담의 내용을

포함한 노인보건법이 제정되어 다양한 고령화 관련제도가 마련된다.

고령화율이 9.1%(1980년)였던 1980년대에 들어 고령자보건복지 추진 10개년 전략(1989, 골드 플랜)을 제시되었다. 고령화율이 10%(1990년)를 넘어간 1990년대에는 골드 플랜¹⁾이 수치목표를 가지고, 계획을 원활하게 추진하기 위해 노인복지법 등의 일부를 개정하는 법률이 시행된다. 1994년에는 전국의 지방자치단체에서 작성된 노인보건복지계획의 내용을 재검토하여 신 고령자보건복지 추진 10개년 전략(신 골드플랜)이 제정되었다. 1997년에는 개호보험법이 제정되었고, 2000년(고령화율 14.5%)에 개호보험이 시행된다.

<표 2-1> 일본의 고령자 보건복지 정책의 흐름

기간	고령화율	주요정책
1960년대 고령자 복지 정책의 시작	5.7% (1960)	1963년 노인복지법 제정 특별양호노인홈 창설 노인가정봉사원(홈헬퍼) 법제화
1970년대 노인 의료비의 증대	7.1% (1970)	1973년 노인 의료비 무료화
1980년대 사회적 입원과 외병 노인의 사회적 문제화	9.1% (1980)	1982년 노인보건법의 제정, 노인 의료비의 일정액 부담의 도입 등 1989년 골드플랜(고령자 보건복지 추진 10개년 전략)의 책정, 시설 긴급 정비와 재가 복지의 추진
1990년대 골드 플랜의 추진	12.0% (1990)	1994년 신골드플랜(신 고령자 보건복지 추진 10개년 전략) 책정 재가 개호의 충실

1) 골드플랜 : 전국 시정촌(市町村)·도도부현(都道府県)이 노인보건복지계획을 책정하는 것을 의무화하고, 시정촌의 재가복지대책 긴급정비, 외상노인 제도작전 전개, 재가복지 등 충실화를 위한 장수사회복지기금설치, 시설의 긴급정비, 장수과학연구추진 10개년 사업, 고령자를 위한 종합적인 복지시설 정비라는 7가지 목표를 설정하는 등 복지서비스 인프라 구축을 위한 구체적인 목표를 제시함(황재영, 2012)

개호보험제도의 도입 준비	14.5% (1995)	1996년 연립 여당 3당 정책 합의 개호보험제도 창설에 관한 여당 합의 사항 1997년 개호보험법 성립
2000년대 개호보험제도의 실시	17.3% (2000)	2000년 개호보험 시행 2005년 개호보험법의 일부 개정 2008년 개호보험법의 일부 개정 2012년 개호보험법의 일부 개정

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

개호보험은 연령이 높아짐에 따라 발생하는 심신의 변화에서 기인하는 질병 등에 의해 요개호 상태가 되어 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 기능 훈련과 간호 및 요양상의 관리 그 밖의 의료를 요하는 자 등을 대상으로 개호 서비스를 제공한다. 또한, 이러한 자들의 존엄을 유지하면서 그가 가진 능력에 따라 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록 필요한 보건의료 서비스 및 복지 서비스에 관련된 급여를 제공하기 위해 국민의 공동연대 이념에 근거하여 개호 보험 제도가 마련되었다. 개호보험은 보험급여 등에 관하여 필요한 사항을 정하고, 이로써 국민의 보건의료 향상 및 복지 증진을 도모하는 것을 목적(일본 개호보험법 제1조)으로 한다.

“요개호 상태”는 신체상 또는 정신상의 장애가 있어 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활에서의 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대하여 후생노동성령에서 정하는 기간에 걸쳐 지속적으로 상시 개호를 요한다고 예견되는 상태로써, 그 개호의 필요정도에 따라 후생노동성령에서 정하는 구분(요개호상태)의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다(개호보험법 제7조).

“요지원상태”라 함은 신체상 혹은 정신상의 장애가 있어 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활에서의 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대하여 후생노동성령에서 정하는 기간에 걸쳐 지속적으로 상시 개호를 요하는 상태의 경감 혹은 악화방지에 특히 필요한 지원을 필요하다고 예견되거나

신체상 혹은 정신상의 장애가 있어 후생노동성령에서 정하는 기간에 걸쳐 지속적으로 일상생활을 영위하는데 지장이 있다고 예견되는 상태로써 지원의 필요정도에 따라서 후생노동성령에서 정하는 구분의 어느 하나에 해당하는 것을 말한다(개호보험법 제7조).

제2절 적용대상

1. 피보험자 및 급여대상자

개호보험의 적용 대상자(피보험자)는 시정촌의 구역 내에 주소를 둔 65세 이상인 제1호 피보험자와 시정촌의 구역 내에 주소를 둔 40세 이상 64세 미만의 의료보험가입자가 제2피보험자가 된다(개호보험법 제9조).

개호보험의 피보험자는 해당 시정촌의 구역 내에 주소가 없어진 날의 다음날부터 그 자격을 상실한다. 다만, 해당 시정촌의 구역 내에 주소가 없어진 날에 다른 시정촌의 구역 내에 주소를 두게 된 때에는 그 날부터 그 자격을 상실한다(개호보험 11조 제1항). 제 2호 피보험자는 의료보험 가입자가 아니게 된 날부터 그 자격을 상실한다(개호보험법 11조 제2항).

개호보험 적용 대상자가 되는 “요개호자”는 요개호 상태에 있는 65세 이상의 자와 요개호 상태에 있는 40세 이상 65세 미만의 자로써, 요개호 상태의 원인인 신체상 또는 정신상의 장애가 연령이 높아짐에 따라 발생하는 심신의 변화에 기인하는 질병으로써 시행령에서 정하는 질병에 의해 발생한 것일 때 적용대상이 된다(개호보험법 7조).

또한 “요지원자”라 함은 요지원상태에 있는 65세 이상 및 요지원상태에 있는 40세 이상 65세 미만의 자로써, 요지원 상태의 원인인 신체상

또는 정신상의 장애가 특정질병에 의해 발생한 것일 때 적용대상이 된다 (개호보험법 7조).

이에 따른 연도별 제1호 피보험자 수를 보면, 제도도입 초기인 2000년에는 22,422천명에서 2010년 29,098명으로 연평균 2.6%가 증가하였다. 연령별로 보면 65세~74세의 인구가 2000년 13,192천명에서 연평균 1.2% 증가하여 2010년에는 14,822명으로 증가하였다. 2010년에는 전년도에 비해 2.1%가 감소한 것으로 분석되었다. 특히 75세 이상 고령자는 2000년 9,231천명이었지만, 연평균 4.5%가 증가하여 2010년 14,277천명이 되었다. 65세~74세의 고령자보다 75세 이상 고령자의 연평균 증가율이 3.8%p정도 높은 것으로 분석되었다.

<표 2-2> 연도별 연령별 제1호피보험자수

(단위 : 천명, %)

연도	전체		65세~74세		75세 이상	
	대상자수	증가율	대상자수	증가율	대상자수	증가율
2000년	22,422		13,192		9,231	
2001년	23,168	3.3	13,424	1.8	9,744	5.6
2002년	23,934	3.3	13,709	2.1	10,225	4.9
2003년	24,494	2.3	13,736	0.2	10,758	5.2
2004년	25,111	2.5	13,871	1.0	11,240	4.5
2005년	25,878	3.1	14,125	1.8	11,753	4.6
2006년	26,763	3.4	14,501	2.7	12,262	4.3
2007년	27,512	2.8	14,708	1.4	12,804	4.4
2008년	28,317	2.9	15,037	2.2	13,280	3.7
2009년	28,917	2.1	15,144	0.7	13,773	3.7
2010년	29,098	0.6	14,822	-2.1	14,277	3.7
연평균 증가율	2.6		1.2		4.5	
2000년 대비 2010년 비중	29.8		12.4		54.7	

자료 : 각 연도별 개호보험사업현황 보고, 국민건강보험중앙회

다음으로 요개호 및 요지원 인정자의 등급별 추이를 보면 제도가 도입된 2000년 2,562천명에서 2010년 5,063천명으로 연평균 7.2%가 증가하였다. 도입 11년 만에 개호보험의 인정자가 2배 증가한 것으로 나타났다.

개호보험의 도입 초기인 2000년부터 2005년까지는 예방 등급인 요지원의 등급의 구별은 없었다. 2005년 예방에 대한 인식 확대로 제도가 개정되어 요지원 1과 요지원 2로 구분되었다. 요지원은 2000년 322천명에서 지속적으로 증가하여 2010년에는 1,332천명으로 연평균 15.9%가 증가하였다. 예방등급인 요지원이 요개호보다 약 3배정도의 높은 증가율을 보이는 것으로 나타났다. 요개호 인정자는 2000년 2,240천명에서 2010년 3,731천명으로 연평균 5.4%가 증가하였다. 노인인구 증가로 요개호 인정자는 매년 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다.

<표 2-3> 요개호(요지원)등급 별 인정자수 추이

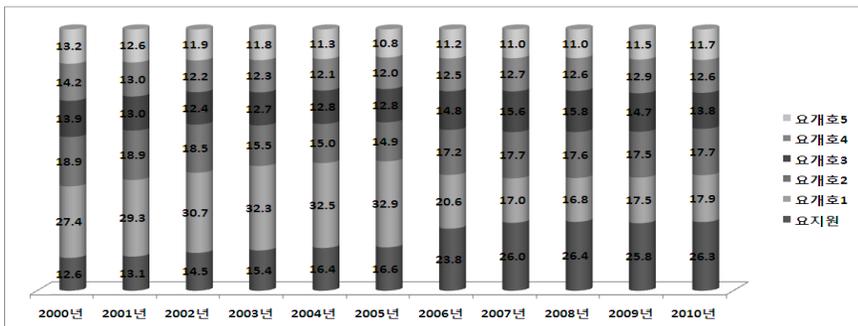
(단위 : 천명)

연도	요지원1	요지원2	요지원 합계	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	요개호 합계	전체
2000년	-	-	322	701	484	355	363	337	2,240	2,562
2001년	-	-	390	875	563	389	389	377	2,593	2,983
2002년	-	-	499	1,056	636	426	419	409	2,946	3,445
2003년	-	-	593	1,240	596	486	473	452	3,247	3,840
2004년	-	-	669	1,328	611	522	493	463	3,417	4,086
2005년	-	-	718	1,423	645	552	521	465	3,606	4,324
2006년	527	508	1,035	895	750	645	544	486	3,320	4,355
2007년	550	627	1,177	769	802	705	575	499	3,350	4,527
2008년	572	660	1,232	784	821	736	587	513	3,441	4,673
2009년	601	651	1,252	847	849	713	626	559	3,594	4,846
2010년	664	668	1,332	907	897	698	638	591	3,731	5,063
연평균 증가율	6.0	7.5	15.9	4.3	6.6	7.2	5.8	5.8	5.4	7.2

자료 : 개호보험사업현황 보고서에서 인용하여 일부 수정

요개호 인정자는 등급별에 관계없이 매년 증가하는 것으로 나타났고, 등급별로 가장 높은 증가율을 보인 등급은 요개호 3으로 나타났다. 중증도가 가장 높은 요개호 5 인정자는 2000년 337천명에서 2010년 591천명으로 연평균 5.8%가 증가하였고, 중증도가 가장 낮은 요개호 1 인정자는 2000년 701천명에서 2004년 1,423천명으로 크게 증가하다가 이후 감소추세를 보였으며 2010년 현재 907천명으로 분석되었다.

요지원과 요개호의 인정자를 100으로 보았을 때 연도별 각 등급에 따른 인정 비중의 연도별 변화를 보면, 요지원 2000년 12.6에서 매년 증가하여 2010년은 26.3로 나타났다. 비교적 경증인 요개호 1은 제도를 도입한 2000년 27.4에서 2005년까지 32.9로 증가하였으며 요지원이 분리되는 시기부터 비중이 감소하여 2010년에는 17.9의 비중을 차지하고 있다. 요개호 2는 제도 도입 시기에 18.9였고, 2010년 17.7로 1.2 감소한 것으로 나타났다. 가장 중증인 요개호 5의 경우 제도도입초기인 2000년 13.2에서 2010년 11.7로 1.5가 감소한 것으로 나타났다. 중증인 요개호 4도 제도도입초기 14.2에서 2010년에는 1.6가 감소한 12.6였다. 연도별 감소폭은 크지 않지만 요개호의 인정자 비중은 감소하는 것으로 나타났고, 요지원은 매년 증가하는 것으로 나타났다(그림 2-2 참조).



자료 : 각 연도별 개호보험사업현황 보고에서 인용하여 일부 수정
 [그림 2-2] 개호보험의 등급별 비중 변화

2010년 65세 이상 인구를 대상으로 하는 1호 피보험자와 40세~64세 미만 인구를 대상으로 하는 2호 피보험자에 따른 요지원 대상자와 요개호 대상자의 인정자를 분석한 결과, 제1호 피보험자가 전체 대상자 중 96.9%를 차지하였고, 제2호 피보험자는 전체 대상자 중 3.1%를 차지하는 것으로 나타났다. 등급이 낮을수록 1호 피보험자의 비중이 높은 것으로 분석되었고, 예방등급인 요지원의 1호 피보험자의 비중은 약 97.4%인 것으로 나타났다.

<표 2-4> 피보험자별 등급별 인정자 수(2010년)

(단위 : 천명, %)

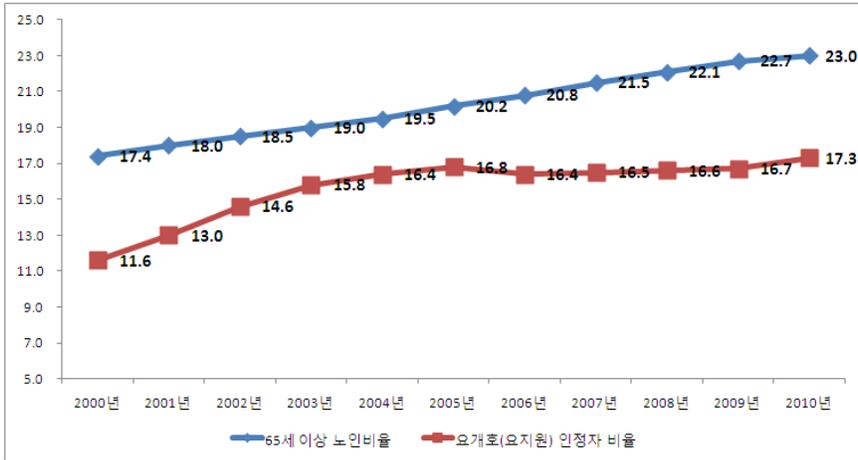
	요지원1	요지원2	합계	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	합계	총계
1호 피보험자	652	647	1,299	882	862	675	619	569	3,607	4,906
2호 피보험자	12	21	33	24	34	23	19	22	122	155
전 체	664	668	1,332	906	896	698	638	591	3,729	5,061
1호 피보험자 비중	98.2	96.9	97.5	97.4	96.2	96.7	97.0	96.3	96.7	96.9
2호 피보험자 비중	1.8	3.1	2.5	2.6	3.8	3.3	3.0	3.7	3.3	3.1

자료 : 개호보험사업현황 보고(2010)에서 인용하여 일부 수정

인구 고령화와 개호보험의 인정자 비율의 변화를 분석한 결과, 개호보험의 도입시기인 2000년 65세 이상 노인인구 비율은 17.4%였으며, 개호보험의 인정자 비율은 11.6%였다. 노인인구 비율은 매년 지속적으로 증가하여 2010년 23.0%였지만 개호대상 인정자 비율은 2005년 16.8%에서 다소 증가율이 감소하였고, 2010년 17.3%로 증가하였다.

우리나라가 노인인구비율 10% 이전에 노인장기요양보험이 시작한

것에 비해 고령화가 상당히 진행되었을 때 일본의 개호보험 제도가 시행되었다.



자료 1: OECD Health data 2012

자료 2: 일본 개호보험사업현황 통계(각 연도)

[그림 2-3] 65세 이상 노인비율과 요개호(요지원) 인정자 비율

2. 인정조사 및 등급판정체계

피보험자가 개호보험 급여를 이용하기 위해서는 서비스가 필요한 상태인지 아닌지에 대한 인정(요개호, 요지원)을 받아야 한다. 서비스 이용을 원하는 피보험자는 본인이 시정촌에 신청서를 제출하고, 본인에 의한 신청이 어려운 경우 신청 대행도 가능하다. 다만, 신청대행은 가족, 친족, 성년 후견인, 민생위원, 개호상담원, 지역포괄지원센터 등으로 한정된다. 인정조사는 원칙적으로 시정촌 직원이 신청자의 자택을 방문하여 인정조사표²⁾에 따라 피보험자의 일상생활동작능력, 정신적 상황 등에 관한

2) 인정조사 항목 : ①개황조사(신청자의 기본사항, 현재 받고 있는 서비스, 가족환경,

74항목³⁾을 조사한다. 시정촌은 조사업무를 거택개호지원사업자 등에게 위탁할 수 있지만, 공평성의 관점에서 2006년 4월부터 신규 인정은 원칙적으로 시정촌 직원이 수행하도록 하고 있다(선우덕외, 2008).

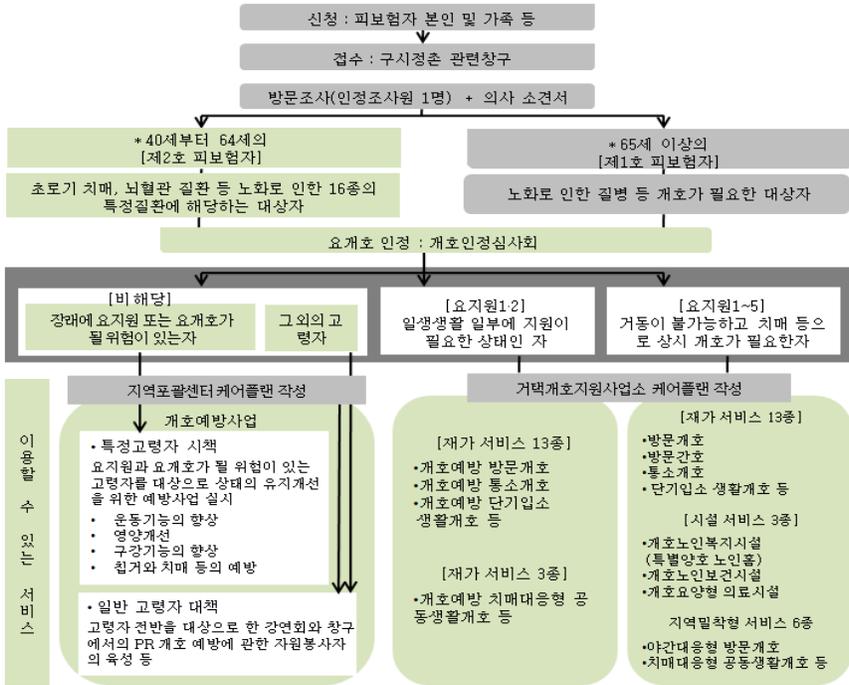
74항목에 이르는 조사항목을 전산으로 처리하여 어느 정도의 요개호 상태에 해당하는지를 판정한다(1차판정). 1차 판정결과와 피보험자의 질병 등에 관한 주치의의 소견서 등을 추가하여 각 시정촌에 설치된 “개호 인정 심사회”⁴⁾에서 심사하고 판정된다. 이에 따라 요개호는 요개호 1부터 요개호 5까지의 5단계로 구분되고, 여기에 예방서비스인 요지원 1과 2가 추가되어 전체 7단계로 판정되고, 판정결과를 시정촌이 신청자에게 통지한다.

요개호 인정 신청이 있었던 날로부터 원칙적으로 30일이내에 피보험자에게 통보(개호보험법 제27조 제11항)하도록 되어 있다. 신규인정의 유효기간은 원칙적으로 6개월이다. 다만 개호인정심사회에서 특별한 관찰이 필요하다고 판단한 대상자에 한하여 3~5개월 내의 기간을 설정할 수 있다. 또한 신청자가 인정결과에 불복이 있는 경우 도도부현에 설치된 ‘개호보험심사회’에 불복신청을 할 수 있다.

요개호 및 요지원의 갱신 유효기간은 원칙적으로 12개월이다. 갱신은 인정심사회의 의견에 따라 요개호 기간은 3~24개월, 요지원 기간은 3~11개월의 범위 내에서 설정할 수 있다(선우덕 외, 2012).

주택환경 등을 파악), ②기본조사(신체기능/기거 동작, 생활기능, 인지기능, 정신/행동장애, 사회생활 적응의 5군(62항목), 과거 14일 동안 받은 특별한 의료(12항목)으로 구성, ③ 특기사항: 기본조사의 단순한 구분으로는 충분히 파악할 수 없는 내용들을 조사원들이 직접 기록함

- 3) 인정조사항목은 기존의 82항목에서 2009년 4월부터 조사업무를 부담을 경감하기 위해 74항목으로 축소됨. 일상생활을 판단하는 6개 항목이 추가되었고, 정신적 상황에 대한 14항목이 삭제됨
- 4) 개호인정심의회 : 복지·의료·간호의 전문가 5인 정도로 구성되어 있으며 피보험자의 요개호 상태를 최종적으로 심사하고 판정함. 구성원은 보험자인 시정촌장이 임명함



자료 : 후지이 겐이치로 감수 개호보험제도 p18 그림 번역인용 동경도 사회복지협의회 2011 일부 참고로 제작

[그림 2-4] 개호서비스 인정 신청에서 이용까지의 절차

제3절 급여체계

1. 급여형태

1) 급여서비스의 종류

개호보험의 급여는 개호보험법에 자세하게 설명되어 있다. 개호보험법 제2조에서는 ‘피보험자의 요개호 상태5) 또는 요지원 상태6)에 관하여 필요한 보험급여를 실시하는 것’으로 규정하고 있다. 또한 법 2조 제2항

에 따르면 '보험급여는 요개호 상태 및 요지원 상태의 경감 또는 악화를 방지에 이바지 하도록 시행됨과 동시에 의료와의 연대에 충분히 배려하여 실시되어야 한다고 규정하고 있다. 동법 2조 제3항에서 '보험급여는 피보험자의 심신 상태, 처해있는 환경 등에 따라서 피보험자의 선택에 근거하여 적절한 보건의료서비스 및 복지서비스가 다양한 사업자 또는 시설에 종합적이고 효율적으로 제공되도록 배려하여 실시되어야 한다고 규정하고 있다.

법 2조 제4항에서는 보험급여의 내용과 수준을 규정하고 있다. '보험급여를 제공할 때는 피보험자가 요개호상태가 된 경우에도 가능한 살고 있는 곳에서 자신이 가진 능력에 따라 자립한 일상생활을 영위할 수 있도록 배려하여야 한다.'고 제시하고 있다.

일본의 개호보험 급여는 요개호자에 대한 개호급여와 요지원자에 대한 예방급여, 시정촌이 독자적으로 조례로써 정하는 시정촌 특별급여가 있다. 또한 현물급여를 원칙으로 하고 있으며, 개호보험 급여는 거택(재가)서비스와 시설 서비스로 구분된다.

개호보험의 심신 상태에 따른 요지원과 요개호 등급을 보면 <표 2-5>과 같다. 요지원 등급은 일상생활을 영위하는데 사회적 지원이 필요한 상태이며, 경중의 질병이 있는 상태이다. 거택(재가)서비스와 지역밀착형 서비스를 이용받을 수 있다. 요개호 1~5등급은 부분적인 개호가 필요한 상태에서 최종도의 개호가 필요한 상태로 등급이 올라갈 수록 일상생활을 영위하는데 주위의 도움이 더 필요한 상태를 말한다. 거택(재가)서비스와 시설서비스를 이용할 수 있으며 지역밀착형서비스도 이용할 수 있다.

-
- 5) 신체상 또는 정신상의 장애로 일상생활의 기본적 동작에 있어 계속해서 상시 개호를 필요로 하는 상태
 - 6) 요개호상태가 될 우려가 있는 상태

<표 2-5 > 요개호별 심신 상태 및 이용할 수 있는 서비스 등

요개호도	심신의 상태 등	이용할 수 있는 서비스
요지원1	○ 사회적 지원을 필요로 하는 상태 - 배설이나 식사는 대부분 자립이지만 신변의 도움에 일부 개호가 필요	거택서비스 (예방서비스) 지역밀착서비스
요지원2	○ 사회적 지원을 필요로 하는 상태 - 요개호 1에 해당하는 사람 가운데 질병이나 외상 등이 있지만 심신 상태가 안정된 사람	
요개호1	○ 부분적인 개호를 필요로 하는 상태 - 신변의 도움에 개호가 필요하고 복잡한 동작에는 지원이 필요 - 문제행동이나 이해력 저하가 나타나기도 함	거택서비스 또는 시설서비스 지역밀착형 서비스
요개호2	○ 경도의 개호를 필요로 하는 상태 - 신변의 도움이나 복잡한 동작 및 이동에 지원이 필요 - 문제행동이나 이해력 저하가 나타나기도 함	
요개호3	○ 중등도의 개호를 필요로 하는 상태 - 신변의 도움이나 복잡한 동작, 배설 등을 혼자서 하기 어려움 - 몇 가지 문제행동이나 이해력 저하가 나타나기도 함	
요개호4	○ 중도의 개호를 필요로 하는 상태 - 신변의 도움이나 복잡한 동작, 혼자 이동하기 어렵고, 혼자서는 배설이 거의 불가능함 - 많은 문제행동이나 이해력 저하가 나타나기도 함	
요개호5	○ 최종도의 개호를 필요로 하는 상태 - 신변의 도움이나 복잡한 동작, 이동, 배설, 식사 등을 완전히 도와주어야 하고, 문제행동이 많이 나타나고 이해력 저하가 나타나기도 함	

자료 : 선우덕 외(2012), 최신 노인장기요양보험제도 현황과 과제

급여 서비스별 이용할 수 있는 구체적인 서비스로는 [그림 2-5], <표 2-6>과 같다.

먼저 거택(재가)서비스는 방문개호(홈헬퍼 서비스), 방문목욕, 방문

간호, 방문재활, 재택요양관리 지도의 5종류와 데이 서비스로 통원(소)개호, 통원(소)재활 2종류가 있다. 또한, 단기 입소 서비스로 단기입소생활개호와 단기입소요양개호(의료계 쇼트스테이)의 2종류가 있다. 이밖에는 특정시설 입소자 생활개호, 복지용구판매, 복지용구대여, 주택 개·보수비 지급, 재택개호지원이 있다.

시설서비스는 노인복지법이 규정하는 특별양호노인홈인 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설 3종류가 있다.



자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료

[그림 2-5] 개호보험 서비스의 체계

<표 2-6> 개호 서비스의 종류

	개호보험서비스(개호 급여)	개호예방 서비스(예방 급여)
대상자	요개호자 (요개호 1~5등급)	요지원자 (요지원 1~2등급)
재가 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ○ 방문개호(홈헬퍼 서비스) ○ 방문목욕 ○ 방문간호 ○ 방문재활 ○ 재택요양관리 지도 ○ 통원(소)개호(데이서비스) ○ 통원(소)재활(데이케어) ○ 단기입소생활개호(쇼트스테이) ○ 단기입소요양개호(의료계 쇼트스테이) ○ 특정시설 입소자 생활개호 ○ 복지용구판매 ○ 복지용구대여 ○ 주택 개·보수비 지급 ○ 재택개호지원 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개호예방 방문개호(홈헬퍼서비스) ○ 개호예방 방문목욕 ○ 개호예방 방문간호 ○ 개호예방 방문재활 ○ 개호예방 통원(소)개호 ○ 개호예방 통원(소)재활 ○ 개호예방 단기입소생활개호 ○ 개호예방 단기입소요양개호 ○ 개호예방 재택요양관리 지도 ○ 개호예방 특정시설 입소자 생활개호 ○ 개호예방 복지용구판매 ○ 개호예방 복지용구대여 등
시설 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개호노인 복지시설 ○ 개호노인 보건시설 ○ 개호요양형 의료시설 	없음
지역 밀착형 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ○ 야간대응형 방문개호 ○ 인지증대응형 통소개호 ○ 소규모다기능형 거택개호 ○ 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈) ○ 지역밀착형특정시설(입주자생활개호) ○ 지역밀착형 개호노인복지시설(입소자 생활개호) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 개호예방 인지증대응형 통소개호 ○ 개호예방 소규모다기능형 거택개호 ○ 개호예방 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈)

주 : 1) 인지증대응형 통소개호 : 치매대응형 주간보호센터
 2) 소규모 다기능형 재택개호 : 복합 재가요양서비스센터(방문요양, 단기보호, 그룹홈 등을 함께 운영)
 3) 인지증 대응형 공동생활개호(그룹홈) : 치매 대응형 공동생활가정(그룹홈)
 자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

개호보험의 서비스별 이용할 수 있는 거택(재가)서비스의 종류와 내용을 자세히 살펴보면 다음의 <표 2-7>과 같다.

<표 2-7> 개호보험 서비스별 정의(거택 서비스)

서비스종류	서비스 내용
방문개호	홈ヘルパー 요개호자의 자택을 방문하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 조리, 세탁, 청소 등의 가사, 생활에 관한 상담, 조언 및 그 외 필요한 일상생활의 도움을 주는 것
방문목욕개호	목욕차 등에 의해 자택을 방문하여 욕조를 제공하여 입욕 개호를 행함
방문간호	병상이 안정기에 있으며 방문간호를 필요로 하면 주치의 등이 인정한 요개호자에게 병원, 진료소, 혹은 방문간호 스테이션의 간호사 등이 자택을 방문하여 요양 상의 수발 혹은 필요한 진료 보조를 행함
방문재활	병상이 안정기에 있으며 계획적인 의학적 관리 하에 재활을 필요로 하게 되면 주치의 등이 인정한 요개호자 등에 대해 병원, 진료소 혹은 개호노인복지시설의 이학요법사 혹은 작업치료사가 자택을 방문하여 심신의 기능의 유지회복을 도모하여 일상생활의 자립을 돕기 위해 필요한 재활을 행함
거택요양관리지도	병원, 진료소 혹은 약국의 의사, 치과 의사, 약제사 등이 통원이 곤란한 요개호자에 대해 자택을 방문하여 심신의 상황과 환경 등을 파악하여 이를 고려한 요양상의 관리 및 지도를 행함
통소개호 (데이서비스)	노인데이서비스센터 등에서 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 생활 등에 관한 상담, 조언, 건강상태의 확인 그 외 필요한 일상생활의 수발 및 기능훈련을 행함
통소개활 (데이케어)	병상이 안정기에 있으며 계획적인 의료적 관리 하에 재활을 필요하게 된 자에 대해 개호노인보건시설, 병원 혹은 진료소에서 심신의 기능 유지회복을 도모하고 일상생활의 자립을 돕기 위해 필요한 재활을 행함
단기입소생활개호 (쇼트스тей)	노인단기입소시설, 특별양호노인홈 등에 단기간 입소하여, 그 시설에서 입욕, 배설, 식사 등의 개호 및 그 외 일상생활 상의 수발과 기능훈련을 행함
단기입소요양개호 (쇼트스тей)	병상이 안정기에 있으며 쇼트스테인을 필요로 하는 요개호자 등에 대해, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 등에

	단기간 입소하여 그 시설에서 간호, 의학적 관리 하에 개호, 기능훈련, 그 외 필요한 의료와 일상생활 상의 수발을 행함
특정시설입소자생활개호(유료노인홈)	유료노인홈, 경비노인홈 등에 입소하고 있는 요개호자 등에 대해, 그 시설에서 특정시설 서비스계획에 기반하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 생활 등에 관한 상담, 조언 등의 일상생활 상의 수발, 기능훈련 및 영양상의 수발을 행함
복지용구대여	재택의 요개호자 등에 대해 복지용구 대여를 행함
특정복지용구판매	복지용구 중, 목욕이나 배설을 위한 복지용구, 그 외 후생노동대신이 정한 복지용구의 판매를 행함
개호주택개보수비	손잡이의 탈부착 등 그 외 후생노동대신이 정한 종류의 주택개수비의 지급
거택개호지원	자택의 요개호자 등이 재택개호서비스를 적절히 이용할 수 있도록, 그 자의 의뢰를 받아 그 심신의 상황, 환경, 본인 및 가족의 희망 등을 감안하여 이용하는 서비스 등의 종류, 내용, 담당자, 본인의 건강상, 생활상의 문제점, 해결해야할 과제, 재택서비스의 목표 및 그 달성 시기 등을 정한 계획(거택서비스계획)을 작성하고 그 계획에 기반하여 서비스 제공이 확보될 수 있도록 사업자 등과의 연락조정 등 편의를 제공함. 개호보험시설에 입소가 필요한 경우 시설에의 소개 등을 행함

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

개호보험 서비스 중 지역밀착형 서비스는 요개호 이용자나 요지원 이용자에게 익숙한 거주 지역에서 다양하고 편리한 서비스를 제공하기 위한 제도로서, 2006년 4월부터 시행되었다. 시정촌의 거주자가 이용할 수 있다. 거택(재가)서비스와 시설서비스는 다른 시정촌에 있는 사업소나 시설의 이용도 가능하다. 지역밀착형 서비스로는 야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통소개호, 소규모다기능형 거택개호, 인지증 대응형 공동생활개호(그룹홈), 지역밀착형특정시설(입주자 생활개호), 지역밀착형개호노인복지시설(입소자 생활개호)이 있다.

익숙한 지역에서의 생활을 지원하기 위해, 가까운 시정촌에서 서비스

를 제공하는 것이 적당한 소규모다기능형 거택개호와 소규모의 특별 양호 노인홈 등이 지역밀착형 서비스로서 규정되었다. 이 지역밀착형서비스는 원칙적으로 당해 시정촌의 피보험자만이 이용 가능하며, 지역의 실정에 따라 탄력적인 기준, 보수 등의 설정도 가능하다.

요지원자의 경우에는 시설서비스 및 재가서비스 중에서 인지증 대응형 서비스와 시설서비스는 이용할 수 없다.

<표 2-8> 지역밀착형 서비스별 정의

서비스종류	서비스 내용
야간대응형방문개호	거택의 요개호자에 대해 야간에 정기적인 순회방문과 정보에 의해 이용자의 거택을 방문하여 배설의 개호, 일상생활 상의 긴급 시 대응을 행함
인지증대응형통소개호	거택의 인지증요개호자에 개호직원, 간호직원 등이 특별양호노인홈 혹은 노인데이서비스센터에서 목욕, 배설, 식사 등의 개호 및 그 외 일상생활 상의 수발 및 기능훈련을 행함
소규모다기능형거택개호	요개호자에 대해, 거택 혹은 서비스 거점에서 가정적인 환경과 지역주민과의 교류 하에 목욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외 일상생활 상의 수발 및 기능훈련을 행함
인지증대응형공동생활개호(그룹홈)	인지증 요개호자에 대해 공동생활을 영위하는 주거 환경에서, 가정적인 환경과 지역주민과의 교류 하에 입욕, 배설, 식사 등의 개호 및 그 외 기타 일상생활 상의 수발 및 기능훈련을 행함
지역밀착형특정시설입소자생활개호	입소, 입거를 필요로 하는 요개호자에 대해 소규모형(정원 30인 미만)의 시설에서 지역밀착형특정시설서비스계획에 기반하여, 목욕, 배설, 식사 등 개호 및 그 외 기타 일상생활 상의 수발 및 기능훈련을 행함
지역밀착형개호노인복지시설입소자생활개호	입소, 입거를 필요로 하는 요개호자에 대해 소규모형(정원 30인 미만)의 시설에서 지역밀착형서비스계획에 기반하여, 가능한 한 거택 생활로의 복귀를 염두에 두고 목욕, 배설, 식사 등 개호 및 그 외 기타 일상생활 상의 수발 및 기능훈련을 행함

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2) 급여서비스의 현황

급여서비스의 한 종류인 재가서비스 요개호(요지원) 등급별 이용자 추이를 보면 <표 2-9>와 같다. 제도가 도입된 2000년 13,579천명이 이용하였으며, 2010년 36,227천명으로 연평균 7.2%가 증가하였다. 이 중 요지원은 2010년 2,320천명에서 2010년 10,135천명으로 연평균 15.9%가 증가하였고 요개호는 2000년 11,277천명에서 2010년 26,093천명으로 연평균 5.4%가 증가하였다. 요개호 등급중 가장 크게 증가하는 등급은 요개호 3으로 2010년 1,710천명에서 2010년 5,075천명으로 연평균 7.2%가 증가한 것으로 나타났다.

<표 2-9> 거택(재가)서비스의 요개호(요지원)등급별 이용자수 추이
(단위 : 천명)

연도	요지원1	요지원2	요지원 합계	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	요개호 합계	전체
2000년	-	-	2,320	4,293	2,662	1,710	1,397	1,215	11,277	13,597
2001년	-	-	2,751	6,225	3,757	2,252	1,729	1,526	15,490	18,241
2002년	-	-	3,426	7,941	4,532	2,607	1,926	1,648	18,653	22,079
2003년	-	-	4,108	9,662	4,870	3,025	2,206	1,762	21,525	25,633
2004년	-	-	4,909	11,204	4,949	3,482	2,484	1,810	23,929	28,838
2005년	-	-	5,501	12,146	5,254	3,742	2,582	1,771	25,496	30,997
2007년	3,888	4,574	8,463	6,986	6,515	4,656	2,871	1,833	22,861	31,323
2008년	4,067	5,223	9,290	6,617	6,909	5,034	3,034	1,865	23,458	32,748
2009년	4,254	5,448	9,702	7,043	7,169	5,150	3,221	2,019	24,602	34,303
2010년	4,564	5,570	10,135	7,627	7,623	5,075	3,439	2,329	26,093	36,227
연평균 증가율	6.0	7.5	15.9	4.3	6.6	7.2	5.8	5.8	5.4	7.2

자료 : 일본 개호보험사업현황 통계(각 연도)

다음으로 2006년에 시작된 지역밀착형 서비스의 요개호(요지원) 등급별 서비스 이용자수 추이를 분석한 결과, 2006년 전체 1,729천명에서 2010년 3,171천명으로 연평균 16.6%의 높은 증가율을 보였다(<표 2-10>

참조). 예방서비스인 요지원은 2006년 11천명에서 2010년 66천명으로 연평균 68.7%가 증가하였다. 요개호 서비스의 이용자는 2006년 1,718천명에서 2010년 3,105천명으로 연평균 16.2%가 증가하였다. 지역밀착형 서비스는 중증도가 가장 큰 요개호 5가 2000년 110천명에서 2010년 344천명으로 연평균 33.3%가 증가하여, 가장 높은 증가율을 보였다.

<표 2-10> 지역밀착형서비스의 요개호(요재원)별 이용자수 추이
(단위 : 천명)

연도	요지원1	요지원2	요지원 합계	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	요개호 합계	전체
2006년	3	8	11	391	469	473	275	110	1,718	1,729
2007년	10	22	32	439	580	643	377	161	2,201	2,232
2008년	15	32	47	485	643	754	454	199	2,536	2,583
2009년	21	37	58	532	702	809	511	257	2,812	2,870
2010년	25	41	66	585	771	845	561	344	3,105	3,171
연평균 증가율	85.8	61.4	68.7	10.6	13.3	16.2	20.0	33.3	16.2	16.6

자료 : 일본 개호보험사업현황 통계(각 연도)

마지막으로 시설서비스의 개호도별 서비스 이용자 추이를 보면(<표 2-11 참조), 2006년 8,807천명에서 2010년 10,106천명으로 연평균 6.1%가 증가하였다. 중증도가 낮은 요개호 1은 이용자수가 감소하였고, 요개호 3부터 요개호 5까지의 이용자는 매년 증가한 것으로 나타났다.

<표 2-11> 시설서비스의 개호도별 서비스 이용자수 추이

(단위 : 천명)

연도	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	전체
2006년	624	1,083	1,878	2,629	2,592	8,807
2007년	541	1,202	2,196	2,921	2,947	9,806
2008년	476	1,199	2,286	2,975	2,972	9,909
2009년	453	1,174	2,280	3,015	3,085	10,007
2010년	516	2,174	2,155	3,036	3,224	10,106
연평균 증가율	-4.1	23.5	3.8	3.7	5.7	6.1

자료 : 일본 개호보험사업현황 통계(각 연도)

2. 급여 수준

개호보험의 서비스를 이용할 경우 거택(재가)서비스, 지역밀착형 서비스, 시설서비스는 일정 정도의 본인부담액이 설정되어 있다.

첫째, 재가서비스를 이용하는 경우 방문서비스와 통원(외래)서비스 각각에 지급한도액이 설정되어 있다. 일반적으로 지급한도액의 범위 내에서 케어플랜을 작성해야 하며, 거택(재가)개호 서비스비는 서비스의 종류 별로 설정된 기준액의 90%이다. 기준액은 지정거택서비스 개호급여비에 산정된 단위 수에 지역 서비스별 단가를 곱한 금액으로 산정된다. 원칙적으로 이용자는 비용의 10%를 부담하여 서비스를 이용하게 된다. 다만, 이용자의 선택에 의한 특별한 서비스의 비용과 한도액이 넘어 이용한 서비스는 본인부담으로 한다.

둘째, 시설서비스의 비용은 시설 측에 지급되는 요개호도마다 금액이 설정되어 있다. 시설개호 서비스비의 급여액은 거택(재가)서비스와 마찬가지로 시설서비스 별 기준액의 90%이다. 입소자의 부담은 서비스 비용

의 10%이다. 하지만, 시설입소자(단기보호 이용자를 포함)의 거주비, 식비는 2005년 10월부터 자택과 시설 이용자 부담의 공평성 차원에서 이용자의 본인부담이 되었다. 그 외 이용자의 선택에 의한 특별한 서비스의 비용은 전액 이용자(미용비 등)가 부담한다.

본인부담을 포함한 2010년 시설입소자의 요개호별 1인당 평균 이용료는 개호노인복지시설 61,054엔, 개호노인보건시설 78,561엔, 개호요양형의료시설 85,067엔으로 나타났다. 중증도(요개호도)에 따라 이용료의 차이가 있으며, 중증도가 높아질수록 1인당 평균 이용료도 높아진다.

<표 2-12> 시설입소자의 요개호도별 1인당 평균 이용료(2010)

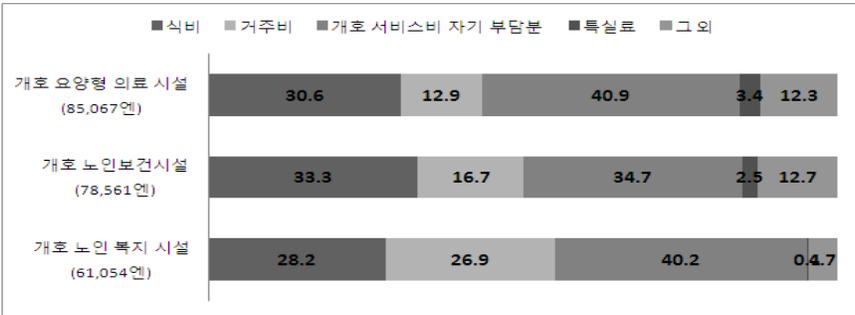
(단위 : 엔)

	개호노인복지시설	개호노인보건시설	개호요양형의료시설
총수	61,054	78,561	85,067
요개호1	56,813	73,011	77,339
요개호2	59,394	75,267	83,015
요개호3	61,067	78,478	82,715
요개호4	61,564	80,190	83,519
요개호5	61,377	81,949	86,581

주 : 이용료는 식비, 거주비, 개호 서비스비(자기 부담분), 특별한 입실료, 특식비, 미용비, 일용생활용품비, 교양·오락비, 사유물의 세탁비, 말아 돈의 관리비등의 합계를 말함
 자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

시설서비스의 형태별로 이용료의 구성비를 보면 다음의 [그림 2-6]과 같다. 개호노인복지시설은 자기부담분이 40.2%로 가장 많았고, 식비 28.2%, 거주비 26.2%로 높게 나타났다. 개호요양형의료시설의 경우 개호서비스의 본인부담분이 40.9%로 가장 많았고, 다음으로 식비의 비중이 높았다.

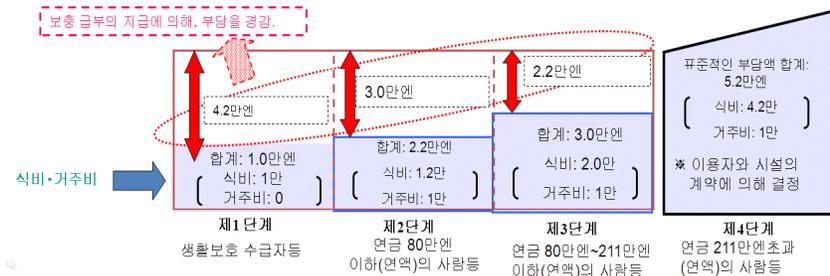
62 주요국 장기요양제도 비교 연구



자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정
 [그림 2-6] 이용료의 구성비(단위 %)

거택개호 서비스비, 시설개호 서비스비 모두 10% 부담이 고액이 되는 경우에는 부담의 상한이 정해져 있어 고액개호서비스비가 지급된다. 또한, 그 지급기준은 저소득자를 배려하여 소득 수준에 따라 차등을 두고 설정되어 있다.

보충 급여로 매달 식비 및 거주비의 부담액이 일정액을 넘었을 경우에 소득수준에 따라 남은 금액 만큼 환불해 준다. 아래 그림은 요개호 5에 이용자가 특별양호 노인홈의 다인실에 입소했을 경우를 예를 들어 제시하였다.



자료: 국외 출장자료(후생노동성)

[그림 2-7] 소득계층별 보충급여

2008년 4월부터 의료와 간호의 이용자부담을 경감하는 조치로 고액 의료·고액개호합산제도가 시행되었다. 이는 각 의료보험에 있어서의 세대 내에 1년 간(매년 8월 1일~다음해 7월 31일)의 의료보험과 개호보험의 본인부담의 합산이 현저히 고액이 된 경우에 일정 상한액을 넘는 부분에 대해 그 제도에 의한 급여를 제공한다.

<표 2-13> 요개호도별 지급한도액과 평균적인 이용율

요개호 등급		월 이용 한도액		
		지급한도액	수급자 1인당 평균 비용액	지급한도액에 차지하는 비율
요지원	요지원 1	4,970 단위	2,337 단위	47.0%
	요지원 2	10,400 단위	4,142 단위	39.8%
요개호	요개호 1	16,580 단위	6,648 단위	40.1%
	요개호 2	19,480 단위	9,059 단위	46.5%
	요개호 3	26,750 단위	13,255 단위	49.5%
	요개호 4	30,600 단위	16,527 단위	54.0%
	요개호 5	35,830 단위	20,084 단위	56.1%

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

매달 개호서비스 이용비용의 10% 부담액이 세대 합계로 아래 표의 상한액을 넘었을 경우 상한액을 넘는 금액은 환불해 준다.

<표 2-14> 고액개호서비스비(2010)

소득 구분	세대의 상한액(월)
(1) 아래 (2)와 (3)에 해당하지 않는 경우	37,200엔
(2) 시정촌 주민세 세대 비과세 등	24,600엔
- 시정촌 주민세 세대 비과세로 연금수입이 80만엔 이하인 경우 등	개인 15,000엔
(3) 생활보호의 피보호자 등	개인 15,000엔

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

3. 개호보수체계⁷⁾

개호보험의 보험급여의 금액은 재가서비스, 시설서비스 등 각각의 서비스 종류에 따라 평균적인 비용을 감안해서 후생노동새신이 정하는 기준, 즉 개호보수에 따라 산정된다.

<표 2-15> 개호보수의 설정방법

구 분	서비스의 종류	개호보수의 설정방법
재가(재택)서비스	방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 방문재활, 재택요양관리지도, 주간개호, 주간재활, 복지용구대여	서비스의 종류마다 서비스의 내용, 사무소의 소재지역을 감안한 평균비용을 고려해서 설정
	단기입소생활개호, 단기입소요양개호, 치매대응형 공동생활개호, 특정시설입소자생활개호	
시설서비스	개호복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설	

자료 : 이지선 외, “선진국의 장기요양서비스체계 자료집”, 국민건강보험공단(2002) 일부수정

개호보수란 사업자가 이용자(요개호자 또는 요지원자)에게 개호서비스를 제공한 경우에 그 보수로서 사업자에 대해 지불하는 금액이다. 서비스 종류마다 그 특성을 고려하여 회수단위, 시간단위, 일수단위 등으로 설정된 가격을 말하는데, 개호보수의 단위는 「○○○단위」로 표현된다. 개호보수는 개호보험 서비스의 종류별로 서비스의 내용, 개호필요상태의 구분, 재택서비스사업소 또는 개호보험시설이 소재하는 지역 등을 고려해서 산정된 서비스의 평균적인 비용을 감안하여 후생노동대신이 정하는 기준에 따라 산정된다.

7) 개호보수체계에 대한 내용은 이정적 외(2012), “장기요양서비스 질 향상을 위한 인센티브제도 개선방안”, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원의 보고서 내용을 인용함

개호보수는 재가서비스 12종류와 시설서비스 3종류, 재택개호지원 16종류의 서비스에 대해 정해진다. 재가서비스의 경우에는 서비스 내용·성질에 따라서 제공시간, 사업소의 인원배치, 이용자의 요개호도 등을 요소로 하여 서비스 종류마다 개별로 설정되어 있으며, 이용자는 요개호도에 따른 지급한도액의 범위 내에서 그러한 서비스를 조합하여 이용할 수 있다(지급한도액 관리). 시설서비스의 경우에는 입소자의 요개호도별, 방형태별로 설정되는 '시설서비스비(기본수가, 포괄)', 재활이나 간호개호의 실시, 야간간호나 영양관리 등의 체제 등에 대하여 평가하는 '가산·감산', 긴급 또는 필요에 따라서 이루어지는 의료행위 등을 평가하는 '개별평가'로 구성된다.

개호보수의 중요한 특성 중 하나는 '단위 수 단가(지역차)' 체계이다. 개호보수의 최종 가격은 단위 수에 단가를 곱한 값인데, 개호보수에서는 1단위의 단가에 대하여 지역차가 설정되어 있다. 이전까지는 전국을 「특별구」부터 「그 외」까지 5개의 지역으로 나누고 서비스 사업소의 소재 지역에 따라서 5단계의 지역차가 설정되어 있었으나, 2012년도 개정 이후부터는 전국을 「1급지」부터 「그 외」까지 7개의 지역으로 나누고 서비스사업소의 소재 지역에 따라서 7단계의 지역차가 새롭게 설정되었다. 지역차란 동일 서비스에 대하여 동일 인원체제·동일 효율성으로 제공한 경우의 지역간의 인건비 등의 차이를 시정하는 비용을 말한다. 지역차는 「서비스질(기본단위수)」 「가산·감산」으로 적용되고 의료행위에 대하여 개별로 평가하는 「특정치료」「특정진료비」에는 적용되지 않는다. 서비스종류별의 1단위의 구체적인 단가(지역차)는 <표 2-16>과 같다.

개호보수는 개호보험법에 후생노동대신이 사회보장심의회(개호급부비분과회)의 의견을 수렴하여 3년을 주기로 개정한다고 명시되어 있다.

개호보험법을 비롯하여 「서비스에 필요한 비용의 금액의 산정에 관한 기준」을 정하는 「후생노동성 고시」 및 그것의 부속으로서 「서비스 등의 사업의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준」을 정하는 「후생노동성령」에 구체적인 보수(단위수)나 산정의 상세한 규칙이 규정되어 있다.

<표 2-16> 지역별 1단위의 평가(단위 수 단가, 지역차: 2012.4 기준)

지역구분(추가비율)		지역 구분(상승 비율)							
		1급지	2급지	3급지	4급지	5급지	6급지	그 외	
		18%	15%	12%	10%	6%	3%	0%	
인 건 비 율	70%	방문개호 방문목욕개호 야간대응형방문개호 거택개호지원	11.26엔	11.05엔	10.84엔	10.70엔	10.42엔	10.21엔	10엔
	55%	방문간호 방문재활 통소재활 치매통소개호 소규모다기능형거택개호	10.99엔	10.83엔	10.66엔	10.55엔	10.33엔	10.17엔	10엔
	45%	통소개호 단기입소생활개호 단기입소요양개호 특정시절입소자생활개호 치매공동생활개호 개호노인복지시설 개호노인보건시설 개호요양형의료시설 지역밀착형특정시설입소자생활개호 지역밀착형개호노인복지시설입소자생활개호	10.81엔	10.68엔	10.54엔	10.45엔	10.27엔	10.14엔	10엔

자료: 2012년도 개호보수개정에 관한 심의보고(후생노동성, 2011.12.7)

서비스에 대한 개호보수는 시정촌에서 서비스 제공사업자에게 지급된다. 그러나 시정촌은 개호보수의 심사 및 지불에 관한 사무를 각 도도부현 단위로 설립되어 있는 국민건강보험단체연합회에 위탁할 수 있기 때문에 실제로는 서비스제공사업자는 국민건강보험단체연합회에 비용 청구를 하게 된다. 국민건강보험단체연합회는 후생노동대신이 정하는 서비스비용의 산정기준 및 서비스 제공 사업자의 설비·운영기준 등에 비추어서 그 청구를 심사한 후에 개호보수를 사업자에게 지불하게 된다.

제4절 운영체제

1. 관리운영주체

개호보험의 보험자는 시정촌(市町村 ; 시군구) 및 특별구(이하, 시정촌 ; 기초지방자치단체)이다. 개호보험의 보험자인 시정촌은 개호보험법(제3조)이 정하는 바에 따라 개호보험을 시행하고 있으며, 피보험자의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 피보험자의 요개호 또는 요지원의 인정, 보험급여비용의 지불 및 재정운영 등을 한다.

개호보험의 관리 측면에서 중앙정부는 개호보험사업의 운영이 건전하고 원활하게 이루어지도록 보건의료서비스 및 복지서비스를 제공하는 체제의 확보에 관한 시책 그 밖에 필요한 제반 조치를 강구하여야 한다(개호보험법 제5조 제1항). 따라서, 개호보험 관련법령 마련, 급여비용 결정, 시설·인력기준 제시, 보험료율 결정, 국고부담 등의 역할을 한다. 특히 재정적 측면에서는 요양시설 설립비용 중 도도부현 부담 비용의 1/2를 지원하고 있다.

지방정부인 도도부현은 개호보험사업의 운영이 건전하고 원활하게

이루어지도록 필요한 조언 및 적절한 지원을 하여야 한다(개호보험법 제 5조 제2항). 따라서, 서비스 제공기관을 지정하고, 기관을 관리하며 시정촌에 대한 재정을 지원한다. 또한, 요양시설 설립비용의 1/4을 지원한다.

개호보험 제6조에는 개호보험이 원활히 이루어질 수 있도록 의료보험자의 역할을 규정하고 있으며 그 내용은 “의료보험자는 개호보험사업이 건전하고 원활하게 이루어지도록 협력하여야 한다” 이다.

<표 2-17> 개호보험 관련 기관들의 역할과 관련 계획 내용

	역할	개호보험 사업 계획
시정촌	보험자로서 개호보험제도의 중추적 역할을 한다. 요개호/요지원 인정, 보험급부의 결정, 보험료의 부과 징수, 개호보험에 관한 조례/규정의 제정, 지역 지원사업의 실시, 시정촌은 노인보건복지사업을 진행하여 충분한 실적을 쌓았다.	[개호보험 사업 계획] 구시정촌은 3년마다 요개호자의 실태를 파악하고 필요한 서비스 양과 비용을 예상하여 서비스 제공을 위한 기반정비, 서비스 선택과 고충 등에 대응하기 위해 작성한다. 이 계획에 근거하여 제1호 피보험자의 보험료가 구시정촌의 조례로 정해진다.
도도부현	시정촌이 원만한 사업운동을 위해 지도 및 지원을 한다. 보험자 지도 및 지원, 사업자의 지정 및 갱신, 심사청구의 처리, 개호보험심사회의 설치 및 운영, 급여비에 대한 정율(定率)부담금의 교부, 재정안정화 기금의 설치 운영·개호지원전문원의 시험·양성·등록 갱신사무, 서비스 정보 공개	[도도부현 개호보험 사업 지원계획] 시정촌의 계획작성과 병행하여 광역계획(廣域計劃)으로 도도부현은 3년을 1기로 작성한다. 개호보험시설 등의 인원총수를 예상하고 개호서비스 정보를 공표한다. 또한 개호지원전문원을 비롯하여 직원 확보와 질향상을 위한 사항이 이 계획에 포함된다.
국가	개호보험사업의 서비스 기반을 정비할 책임이 있다. 제도의 설계, 각종 개호서비스 금액 등의 기준액 설정, 지정서비스 사업자의 인원·설비·운영기준 설정, 국고 및 교부금 부담, 시정촌 지원	후생노동대신은 [개호보험사업에 관한 보험급부의 원활한 실시를 확보하기 위한 기본적 지침(기본지침)]을 3년마다 규정하고 있다.
의료보험자	의료보험은 제2호 보험자의 보험료를 징수하여 보험자인 시정촌의 보험료 징수 부담을 경감한다. 각 의료보험자에게 개호급부비 납부금을 징수해 시정촌에 교부한다.	
연금보험자	연금보험자는 제1호 피보험자 가운데 노령퇴직연금의 수급액이 월액 1만 5천엔(연액 18만엔)이상인 자에 대하여 연금에서 보험료를 원천징수하여 보험자의 징수 부담을 줄인다.	
국민건강보험단체연합회	각 도도부현의 국민건강보험단체연합회는 사업자의 서비스 비용 청구 심사와 지불을 담당한다. 서비스 질의 향상에 관한 조사 및 서비스 사업자/시설에 대한 지도 및 조언. 시정촌에서 위탁을 받아 하는 제3자 행위의 배상과 청구 업무지정 거택서비스 및 지정거택개호지원사업, 개호보험시설의 운영	

참고 : 선우덕 외(2012), 최신 노인장기요양보험제도 현황과 과제

2. 서비스 공급자 및 요양인력 실태

1) 개호시설 현황

2010년 후생노동성이 조사한 자료에 따르면 전체 개호예방 사업소는 114,986개 였다. 이중 개호예방 거택(재가) 서비스 사업소는 95,385개소(83.0%), 지역밀착형 개호 예방서비스사업소는 15,265개소(13.3%), 개호 예방지원 사업소(지역포괄지원센터)는 4,336개(3.8%)였다.

<표 2-18> 개호 예방 사업소 현황

(단위 : 개, %)

서비스 내용	사업소 수	비중1	비중2
1. 개호예방거택(재가)서비스사업소(소계)	95,385	83.0	100.0
개호예방방문개호사업소	26,085	22.7	27.3
개호예방방문입욕개호사업소	2,223	1.9	2.3
개호예방방문간호스테이션	5,745	5.0	6.0
개호예방통소개호사업소	25,119	21.8	26.3
개호예방통소재활사업소	6,468	5.6	6.8
개호예방단기입소생활개호사업소	7,426	6.5	7.8
개호예방단기입소요양개호사업소	5,188	4.5	5.4
개호예방특정시설입주자생활개호사업소	3,108	2.7	3.3
개호예방복지용구대여사업소	6,910	6.0	7.2
특정개호예방복지용구판매사업소	7,113	6.2	7.5
2. 지역밀착형개호예방서비스사업소(소계)	15,265	13.3	100.0
개호예방인지증대응형통소개호사업소	3,441	3.0	22.5
개호예방소규모다기능형주택개호사업소	2,010	1.7	13.2
개호예방인지증대응형공동생활개호사업소	9,814	8.5	64.3
3. 개호예방지원사업소(지역포괄지원센터)(소계)	4,336	3.8	100.0
총계	114,986	100.0	-

주1: 2010년 말 기준

주2: 비중1=각 사업소/전체 총계

주3: 비중2=(개호 예방 거택 서비스 사업소, 지역밀착형 서비스)/소계

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

다음으로 2010년을 기준으로 거택(재가)서비스 사업소 현황을 보면 전체 26,889개소이며 방문개호 사업소가 26,889개소(27.3%)로 가장 많았고, 통소 개호 사업소 26,028개소(26.4%)였다(<표 2-19>참조).

<표 2-19> 거택(재가) 서비스 사업소 현황(2010)

(단위 : 개소, %)

사업소 형태	사업소 수	비중
방문개호사업소	26,889	27.3
방문입욕개호사업소	2,431	2.5
방문간호스테이션	5,903	6.0
통소개호사업소	26,028	26.4
통소재활사업소	6,599	6.7
단기입소생활개호사업소	7,803	7.9
단기입소요양개호사업소	5,363	5.4
특정시설입주자생활개호사업소	3,274	3.3
복지용구대여사업소	7,136	7.2
특정복지용구판매사업소	7,136	7.2
사업소 전체	98,562	100.0

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2010년 현재 지역밀착형 서비스 사업소는 16,735개소이며, 인지증대응형공동생활 개호사업소가 10,048개소(60.0%)로 가장 많았으며, 인지증대응형통소개호사업소가 3,697개소(22.1%)로 조사되었다. 소기능 다기능형주택개호사업소도 14.4%인 것으로 나타났다(<표 2-20> 참조).

<표 2-20> 지역밀착형 서비스 사업소 현황(2010)

(단위 : 개소, %)

사업소 형태	사업소 수	비중
야간대응형방문개호사업소	126	0.8
인지증대응형통소개호사업소	3,697	22.1
소규모다기능형주택개호사업소	2,402	14.4
인지증대응형공동생활개호사업소	10,048	60.0
지역밀착형특정시설입주자생활개호사업소, 지역밀착형개호노인복지시설	140	0.8
지역밀착형개호노인복지시설	322	1.9
사업소 전체	16,735	100.0

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2010년 시설서비스 사업소는 11,938개소였으며 이중 개호노인복지시설이 6,214개소(52.1%)로 가장 많았고, 다음으로 개호 노인보건시설 3,698개소(31.0%), 개호 요양형 의료시설 2,026개소(17.0%)였다.

<표 2-21> 시설 서비스 사업소 현황

(단위 : 개소, %)

사업소 형태	사업소 수	비중
개호노인복지시설	6,214	52.1
개호노인보건시설	3,698	31.0
개호요양형의료시설	2,026	17.0
사업소 전체	11,938	100.0

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

경영주체별로 사업소 구성비율을 본 결과, 영리법인(회사)의 비중이 방문개호 57.3%, 방문목록 49.4%, 통소개호 43.7%로 높은 분포를 차지하였다. 특이한 점은 의료의 영역이 있는 방문간호, 통소개활은 의료법인이 각각 40.7%, 76.7%로 높은 비중을 차지하고 있었다(<표 2-20> 참조).

<표 2-22> 경영주체별 사업소 개설 비중현황(거택(재가)서비스)

(단위 : %)

	전체	지방공 공단체	사회복 지법인	의료 법인	사단재 단법인	협동 조합	영리 법인 (회사)	특정비 영리활 동법인 (NPO)	기타
(방문계)									
방문개호	100	0.5	24.9	6.6	1.2	3.3	57.3	5.7	0.6
방문목록개호	100	0.5	45.7	1.9	0.7	0.8	49.4	0.8	0.1
방문간호	100	6.8	8.5	40.7	13.9	3.7	24.5	1.4	0.4
(통소개)									
통소개호	100	1.1	39.1	7.8	0.5	1.9	43.7	5.4	0.5
통소사회재활	100	4.4	9.5	76.7	3.1		0.1		6.3
(그외)									
단기입소생활개호	100	3	84.7	3.1	0	0.4	8.1	0.5	0.1
단기입소요양개호	100	6.2	11.5	76.4	3				2.8
특정시설입주자생활개호	100	1.4	26.9	2.3	0.6	0.3	67.3	0.3	0.8
복지용구대여	100	0	3	1.7	0.3	2.6	91.1	0.9	0.5
특정복지용구판매	100	0	1.4	1.1	0.3	2.4	93.6	0.8	0.4

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

지역밀착형 서비스 사업소의 경영주체별 개설현황을 보면, 영리법인(회사)의 비중이 높았다. 지역밀착형 개호노인복지시설의 경우 56.4%, 야간대응형방문개호는 56.1%, 인지증 대응형 공동생활개호가 52.3%로 절반이상이 영리법인으로 운영되고 있었으며 소규모 다기능형 주택개호와 거택개호지원 사업소도 각각 43.3%, 39.4%로 영리법인이 높은 비중을 차지하고 있었다. 다만 지역밀착형 개호노인복지시설은 사회복지법인이

89.4%로 높은 비중을 차지하고 있었다(<표 2-23> 참조).

<표 2-23> 경영 주체별 사업소 개설 비중 현황(지역밀착형 서비스)
(단위 : %)

	전체	지방공 공단체	사회복 지법인	의료 법인	사단재 단법인	협동 조합	영리 법인 (회사)	특정비 영리활 동법인 (NPO)	기타
야간대응형방문개호	100	1	20.4	13.3	3.1	1	56.1	5.1	-
인지증대응형통소개호	100	0.5	50.3	12.9	0.9	1.6	27.2	6.3	0.2
소규모다기능형주택개호	100	0	32.4	15	0.7	1.3	43.3	6.8	0.4
인지증대응형공동생활개호	100	0.1	23.5	18.2	0.4	0.4	52.3	4.9	0.2
지역밀착형특정시설입주자생활개호	100	-	27.8	10.5	0.8	0.8	56.4	3	0.8
지역밀착형개호노인복지시설	100	10.6	89.4						...
개호예방지원사업소 (지역포괄지원센터)	100	30.4	48.6	11.5	4	1.1	3.7	0.6	0.2
주택개호지원사업소	100	1.4	29.8	19	3.1	3	39.4	3.5	0.8

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2010년 기준으로 시설의 경영 주체별 사업소 개설 현황을 보면, 개호 노인복지시설은 사회복지법인이 92.5%로 가장 많았고, 개호노인보건시설과 개호요양형의료시설은 의료법인이 각각 73.8%, 80.7%로 높은 비중을 차지하고 있다. 도도부현과 시정촌은 개호노인복지시설이 5.6%, 개호노인보건시설 3.8%, 개호요양형의료시설이 5.1%인 것으로 나타났다(<표 2-24> 참조).

<표 2-24> 경영 주체별 사업소 개설 비중 현황(시설)

(단위 : %)

	총수	도도부 현	시정촌	광역연 합일부 사무조 합	일본적 심자사 사회보 험관계 단체	사회복 지협의 회	사회 복지 법인	의료 법인	사단 재단 법인	기타
개호노인복지시설	100	0.6	5	1.7	0.1	0.1	92.5			...
개호노인보건시설	100	0	3.8	0.6	2.1	-	16	73.8	2.9	0.8
개호요양형의료시설	100	-	5.1	0.6	1.1	-	1.1	80.7	2.8	8.7

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2010년의 시설서비스의 개설 시설의 종류에 따른 시설당 정원과 현원 및 이용율을 보면, 개호노인시설은 1시설당 정원이 71.1명이고, 현원은 69.8명으로 이용율이 98.3%로 매우 높다. 개호노인시설은 1시설당 정원이 90.7명이며 1시설당 현원은 83.6명으로 이용률이 92.2% 정도이다. 개호요양형의료시설은 1시설당 정원이 44.2명으로 시설 중에서 가장 적었으며 1시설당 현원수는 41.5명으로 이용율이 93.9%로 나타났다(<표 2-25> 참조).

<표 2-25> 시설서비스의 종류별 시설 당 정원 및 현원수, 이용율

	1시설당 정원	1 시설당 현원수	이용율(%)
개호노인복지시설	71.1	69.8	98.3
개호노인보건시설	90.7	83.6	92.2
개호요양형의료시설	44.2	41.5	93.9

주 : 2010년 1월 현재

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

시설 종류별로 정원에 따른 개설 시설의 분포를 보면, 개호노인복지 시설은 정원 50인~59인이 2010년 39.0%로 가장 많았고, 다음으로는 80인에서 89명의 분포가 2010년 18.0%로 높았다. 개호노인보건시설은 정원 100인~109인이 2010년 40.1%로 가장 많았고 다음으로 정원 80인~89인이 15.7%로 많았다. 개호요양형 의료시설은 20인 미만에서 2010년 38.8%로 가장 많은 것으로 나타났다. 개호요양형 의료시설이 타 시설보다는 소규모로 운영되는 것으로 나타났다.

<표 2-26> 정원 규모별 시설 분포

(단위 : %)

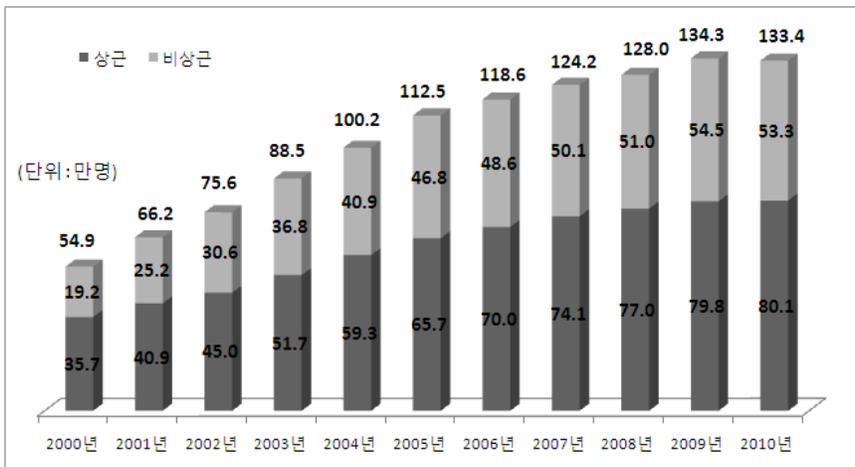
	개호노인복지시설		개호노인보건시설		개호요양형의료시설	
	2010년	2009년	2010년	2009년	2010년	2009년
1~ 9명			0.1	0.1	19.5	20.4
10~19			0.9	0.4	19.3	19.2
20~29			1.3	1	10.5	9.7
30~39	3.2	3.3	0.5	0.5	9.3	9
40~49	1.3	1.3	1.1	1.1	10.1	9.7
50~59	39	39.9	9	9.2	7.7	8.1
60~69	7.1	7	4.7	4.9	6.9	7
70~79	9.7	9.5	6.7	6.6	1.8	1.5
80~89	18	18.1	15.7	15.9	1.5	1.4
90~99	3.9	3.7	8.5	8.7	2.7	2.8
100~ 109	10.3	10.2	40.1	40.5	2.4	2.4
110~ 119	2.1	2	1.2	1.1	1.8	1.8
120~ 129	1.8	1.7	2.3	2.1	1.5	1.5
130~ 139	1.1	1	0.9	1	0.4	0.5
140~ 149	0.4	0.4	1.2	1.2	0.4	0.6
150명이상	1.8	1.8	5.7	5.6	4.2	4.3
총 계	100	100	100	100	100	100

주 : 2010년 1월 현재

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2) 개호요양 인력 현황

상근과 비상근 직원을 모두 합친 개호직원은 2000년 54.9만명에서 2010년 133.4만명으로 연평균 9.4% 증가하였고, 2000년에 비해 2010년이 약 2.4배가 증가하였다. 이중 상근인력은 2000년 35.7만명에서 2010년 80.1만명으로 연평균 8.5%가 증가하였고, 비상근 인력은 2000년 19.2만명에서 2010년 53.3만명으로 연평균 11.2%가 증가하였다. 2010년 기준으로 상근인력이 60%, 비상근인력이 40%로 상근인력이 많지만, 연평균 증가율을 보면 상근인력보다 비상근인력이 연평균 2.7%p 더 높게 증가하는 것으로 나타났다.



자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정
[그림 2-8] 개호직원 수 추이

2010년 재가서비스의 개호보험 사업소 1개소 당 상근 간호와 개호 직원수를 보면 특정시설입주자생활개호가 19.8명으로 가장 많았고, 다음으로는 단기입소 생활개호가 14.8명으로 많았다. 방문개호는 상근 간호및 개호 직원수가 7.7명이었으며, 방문입욕개호는 5.2명, 방문간호는 4.6명으로 나타났다.

2009년과 비교해볼 때 근소하지만 상근 간호 및 개호 직원수가 증가한 것으로 나타났다.

<표 2-27> 개호 사업소 1개소 당 상근 간호·개호 직원수

(단위 : 명)

	2010년	2009년
방문개호	7.7	7.6
방문목욕개호	5.2	4.9
방문간호스테이션	4.6	4.5
통소개호	6.2	6.2
통소재활요법	8.1	7.8
단기입소생활개호	14.8	13.8
인지증대응형공동생활개호	11.3	11.3
특정시설입주자생활개호	19.8	19.6

주 : 간호·개호 직원은 보건사, 조산사, 간호사, 준간호사, 홈헬퍼 등임
 자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

2010년 시설서비스의 사업소 1개소 당 직종별 상근 종사자 수를 보면, 개호 노인복지시설은 상근종사자 수가 46.6명이고, 개호노인보건시설은 54.6명, 개호요양형의료시설은 34.4명으로 나타났다. 의사의 경우 각각 0.2명, 1.1명, 2.4명이었으며, 간호사 및 준 간호사는 개호노인복지시설이 4.0명, 개호노인보건시설이 10.2명, 개호요양형의료시설이 12.1명으로 나타났다.

개호직원은 개호노인복지시설이 31.1명, 개호노인보건시설이 29.7명, 개호요양형의료시설이 14.2명으로 나타났다(<표 2-28> 참조).

<표 2-28> 사업소(시설) 1개소 당 직종별 상근 종사자수

(단위 : 명)

	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형 의료시설
총수	46.6	54.6	34.4
의사	0.2	1.1	2.4
간호사	2.0	4.5	5.5
준간호사	2.0	5.7	6.6
기능 훈련 지도원	0.7	...	...
이학요법사	0.1	1.5	1.5
작업요법사	0.1	1.3	0.8
언어청각사	0.0	0.2	0.3
유도 접골사	0.0	...	...
안마맞사지사	0.1	...	...
개호지원전문원, 계획작성담당자	1.2	1.5	1.1
생활상담원, 지원상담원	1.4	1.7	...
개호직원(방문 개호원) (개호복지사, 홈헬퍼 등)	31.1	29.7	14.2
장애자 생활지원원	0.0	...	...
관리영양사	0.8	1.0	0.7
영양사	0.3	0.3	0.3
치과 위생사	...	...	...
조리원	2.4	1.8	...
기타 직원	3.7	4.1	...

- 주: 1) 상근 환산 종사자수는 조사한 직종이며, 조사한 직종 이외는 「...」라고 했음
 2) 종사자 수 미상의 사업소를 제외하고 산출함.
 3) 개호요양형 의료시설은, 개호요양병상을 가지는 병동의 종사자를 포함함
 4) 간호사에는 보건사 및 조산사를 포함함

자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정

3. 장기요양기관 지정, 설치 및 인력기준

1) 지정

(1) 재가(지정거택)서비스 사업자

도도부현의 지사는 거택서비스 종류별 또는 거택서비스사업을 행하는 개개의 사업소별로 지정을 할 수 있다. 동일 사업자가 복수의 사업소를 개설하고 있는 경우라도 각 사업소별로 지정거택서비스사업자로서의 지정을 받게 된다.

도도부현 지사는 다음 경우에 해당하는 때 지정을 해서는 안된다.

첫째, 신청자가 법인이 아닌 때(다만, 개인의 개설을 인정되고 있는 병원, 진료소, 약국이 거택요양관리지도 등 의료보험에서의 것과 유사한 거택서비스를 행하는 경우를 제외), 둘째, 종사자(사업소에서 실제로 근무하는 종업원)의 지식·기능·인원이 후생노동성령으로 정하는 기준·인원수(이하, 인원기준)를 채우고 있지 않을 때, 셋째, 신청자가 후생노동성이 정하는 설비·운영기준에 따라 적정한 사업운영을 할 수 없다고 인정되는 때, 넷째, 신청자 또는 법인임원이 지정취소로부터 5년을 경과하지 않은 자일 때(지정취소 절차중에 스스로 폐지한 자를 포함), 다섯째, 신청자 또는 법인임원이 금고 이상의 형을 받고 그 집행을 종료하기까지의 자일 때, 여섯째, 신청자 또는 법인임원이 5년 이내의 개호보험서비스에 관해 부정 또는 현저하게 부적당한 행위를 한 자일 때, 일곱째, 신청자가 노동에 관한 법률의 규정으로 정부령으로 정한 것(노동기준법 및 최저임금법 등)에 의해 벌금의 형에 처해지고 그 집행을 종료하고 또는 집행을 받을 수 없게 되기까지의 자일 때, 여덟째, 신청자 또는 법인임원이 사회보험 각 법이 정하는 바에 의해 납부의무를 지는 보험료, 부담금, 각출금 등에 대하여 체납처분을 받고 해당 처분을 받은 날로부터

정당한 이유 없이 3개월 이상의 기간에 걸쳐 그 날 이후에 납기한도가 종료한 보험료 등의 전부를 계속 체납하고 있는 것일 때에는 지정거택서비스사업자로 지정을 해서는 안된다.

또한, 2008년 개정에 의해 새로운 결격사항으로서 신청자와 밀접한 관계를 가진 자가 지정 등을 취소되고 그 취소일로부터 기산하여 5년을 경과하고 있지 않는 때(지정취소절차 중에 스스로 폐지한 자를 포함)를 추가하였고, 과거 5년 이내에 지정 등의 취소처분을 받은 개호서비스사업자로서도 당해 처분의 대상이 된 사실 및 당해 사실의 발생을 방지하기 위한 업무관리체제의 정비에 대한 취소의 상황 등을 고려하여 지정 등의 취소에 해당하지 않는다고 하는 것이 상당하다고 인정되는 때는 지정 등을 행할 수 있는 것으로 되었다(법 제70조 제2항).

거택서비스사업자로 지정에는 다음과 같은 특례가 있다. 첫째, 건강보험법상 병원, 진료소, 약국의 건강보험에서 유사한 거택서비스에 한정하여 그 지정을 받은 때에는 지정거택서비스사업자로서의 지정도 있었던 것으로 간주한다. 둘째, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설에서 각각 개호보험시설로서의 허가 또는 지정을 받은 경우는 단기입소요양 개호 등 이들의 시설이 당연히 제공할 수 있는 거택서비스에 대해서는 지정거택서비스사업자로서의 지정도 있었던 것으로 간주된다.

2005년도 개정에 의해 지정의 갱신제가 도입되었다. 첫째, 사업자의 지정에 유효기간(6년마다)을 둔다. 둘째, 갱신 시에 기준으로의 적합 상황 및 개선 명령을 받은 이력 등을 확인하는 것이고, 기준에 따라 적절한 사업의 운영을 할 수 없다고 인정되는 때는 지정의 갱신을 거부할 수 있다.

도도부현 지사는 인원기준 및 설비·운영기준에 대한 위반, 비용의 부당청구, 지사에 의한 지도·감독 등에 대한 방해 등 지정 취소 요건에

해당하는 경우에는 지정거택사업자의 지정을 취소할 수 있다.

(2) 지역 밀착형 서비스 사업자

지역밀착형서비스 사업자의 지정은 시정촌장이 행한다. 지정의 요건, 지정의 갱신제, 사업자의 책무, 시정촌장에 의한 지도감독, 지정의 취소 등은 지정거택서비스사업자의 경우와 동일하다.

지역밀착형서비스에서는 2011년 개정에서 새롭게 공모·선발에 의한 사업자 지정이 가능해졌다(법 제78조의 13). 구체적으로 시정촌장은 정기순회·수시대응형 방문개호간호, 소규모다기능형 거택개호 등의 서비스에 대해서 그 예상량의 확보 및 질의 향상을 위해 필요가 있다고 인정하는 때는 그 정하는 기간 중 시정촌이 정하는 지역에 사업소와 관련된 지정을 할 수 있다. 이 때 시정촌장은 그 응모자 중에서 공정한 방법으로 선발을 하고 서비스 사업자를 결정하는 것으로 되어 있다. 또한, 공모 지정의 유효기간은 지정일로부터 6년을 초과하지 않는 범위로 되어 있다(법 제78조의 15).

또 이에 따라 시정촌장은 도도부현 지사에 대하여 지사가 행하는 방문개호, 통소개호 등의 지정에 의하여 당해 시정촌이 시정촌 개호보험사업계획에 있어서 정하는 당해 시정촌 또는 일상생활권역에서의 거택서비스의 종류별 예상량에 이미 달하고 있는 경우에는 그 지정에 관하여 필요한 협의를 요구할 수 있는 것으로 되어 있다(법 제70조 제7항). 도도부현 지사는 그 결과에 근거해 방문개호 등의 사업자 지정을 행하지 않거나, 정기순회·수시대응형방문개호간호서비스 등의 적정한 운영을 확보하기 위하여 필요하다고 인정하는 조건을 부칠 수 있는 것으로 되어 있다(법 제70조 제8조).

(3) 개호보험시설

지정개호보험시설에는 지정개호노인복지시설(=특별양호노인홈), 개호노인보건시설(=노인보건시설), 지정개호요양형 의료시설(=요양병상 등)의 3종류가 있다. 3종류의 시설은 별개의 법률(각각 노인복지법, 노인보건법, 의료법)에 의해 규정되어 있고, 지정(개호노인보건시설에 대해서는 허가) 및 운영주체 등이 각각 다르다.

도도부현 지사는 개호보험시설에 대해서 인원기준, 설비·운영기준에 반하는 때, 지정의 취소사유에 해당하는 때는 지정(허가)을 해서는 안 된다.

또한, 개호보험시설에서 지정의 갱신제, 시설의 책무, 도도부현 지사에 의한 지도·감독, 지정(허가)의 취소에 대해서 대략적으로는 지정거택서비스사업자 및 지정거택개호지원사업자의 경우와 동일하게 되어 있다(지정(허가)취소는 요개호인정·요지원 설정과 관련된 조사의 위탁을 시정촌으로부터 받은 경우에 허위의 결과보고를 행하는 것도 포함하고 있다). 또, 개호보험시설에서는 지정거택개호지원사업자와 동일하게 개호지원전문원이 반드시 배치될 필요가 있다.

지정개호노인복지시설은 개호복지시설서비스(법 제8조 제23호)를 제공하는 시설로서 도도부현 지사에 신청을 하고 그 지정을 받은 특별양호노인홈(즉, 노인복지법상의 특별양호노인홈의 인가를 별도로 받고 있는 것을 전제로 한다)이다.

개호노인보건시설은 개호보험시설서비스를 제공하는 시설로서 도도부현 지사에게 신청을 하고 개설허가를 받는다(법 제8조 제24항 참조). 다른 기관과 달리 지정이 아니라, 허가가 되고 있는 것은 이전의 노인보

건법의 규정을 인계한 것이기 때문이다. 여타 2가지 개호보험시설과 달리 시설 그 자체의 개설 허가와 개호보험법에 근거한 서비스를 제공하는 기관으로서의 지정(보험지정)이라는 2가지의 성격을 함께 가지고 있기 때문에, 타 개호보험시설과 규제의 형태도 다르다. 즉, 다른 2개의 개호보험시설은 각각 노인복지법 및 의료법에 의한 규제를 전제로 개호보험법에서 필요한 규제가 이루어지지만, 개호노인보건시설에 대해서는 개호보험법이 모든 규제를 하고 있기 때문에 이러한 차이가 생기고 있다.

도도부현 지사는 영리를 목적으로서 개호노인보건시설을 개설하려고 하는 자에 대해서는 허가를 줄 수 없다. 이것은 의료법에서의 병원·진료소의 개설에 대한 규제와 동일하다. 또한, 도도부현 지사는 도도부현 개호보험사업지원 계획의 달성에 지장을 생길 우려가 있다고 인정하는 경우는 허가를 주지 않는다. 동일한 규정은 지정개호요양형의료시설에 대해서도 두고 있고(법 제107조 제4항), 또 지정개호노인복지시설에 대해서는 노인복지법에 동 취지의 규정(노인복지법 제15조 제6항)이 있다.

마지막으로 지정개호요양형의료시설이란 개호요양시설서비스(법 제8조 제26항)를 제공하는 시설로서 도도부현 지사에게 신청을 하고 그 지정을 받은 요양병상 등을 가진 병원 또는 진료소(즉, 의료법상의 허가를 별도로 받고 있음)이다. “요양병상 등”에는 요양병상 이외에 노인성인지증 질환 요양병동이 포함된다. 지정의 신청은 지정을 받으려고 하는 요양병상 등의 입소정원 및 병동 부분을 명확히 하고 제시하여야 한다.

2) 설치 및 인력기준

개호보험시설의 주요시설(시설서비스와 재가서비스 등)의 주요 배치 기준과 주요직원배치기준을 보면 아래 <표 2-29>과 같다. 평균개호도는 개호요양형의료시설이 4.36으로 가장 중증화된 이용자가 입소하고 있으며, 다음으로 특별양로노인홈이 3.83, 노인보건시설이 3.29, 인지증고령자 그룹홈이 2.65로 나타났다. 평균재원일수는 특별양로노인홈이 1,474.9일로 가장 길었으며 개호요양형의료시설이 412.0일이었다. 주요 직원배치기준 중 간호직원 및 개호직원의 배치는 특별양로노인홈과 노인보건시설, 인지증 고령자 그룹홈, 특정시설이 입소자 3명당 1명의 직원을 배치하여야 하는 것으로 동일하지만 입소자에 따라 간호직원의 배치 기준이 각각 다르다. 특별양로노인홈과 특정시설은 입소자 100인경우 간호인원이 3명이어야 하고, 노인보건시설은 간호사가 개호직원 7명중 2명을 배치하여야 한다. 인지증고령자그룹홈은 이에 대한 제한이 없다.

개호보험시설 지정기준을 비교하면 <표 2-30>과 같다. 개호노인복지시설은 상시 개호가 필요하고 생활이 어려운 요개호자를 대상자로 하고 있으며, 인력은 의사(비상근 가능) 1명, 간호직원 3명, 개호직원 31명, 개호지원전문원 1명을 두어야 한다. 개호보건시설은 질환상태 안정기에 있고 간호, 의학적 관리 하에서의 개호 및 기능훈련 기타 필요한 의료를 요하는 요개호자를 대상으로 하고, 인력은 의사 1명, 간호직원 10명, 개호직원 24명, 이학요법사·작업요법사 또는 언어 청각사 1명, 개호지원전문원 1명을 두어야 한다. 개호요양형의료시설은 질환상태가 안정기에 있고 영양상의 관리, 간호, 의학적 관리 하에서의 개호 기타 수발 및 기능훈련 기타 필요한 의료를 요하는 요개호자를 대상으로 하고 있으며, 인력은 의사 1명, 간호직원 18명, 개호직원 18명, 개호지원 전문원 1명을 두어야 한다.

<표 2-29> 개호보험시설의 주요 기준 등

	개호노인복지시설 (특별양로노인홈)	노인보건의설	개호요양형의료시설	인지증고령자그룹홈	특정시설	
평균요개호도	3.83	3.29	4.36	2.65	2.69	
평균재원일수	1,474.9일	329.2일	412.0일	(데이터 없음)	(데이터 없음)	
1인당 거실면적	10.65㎡ 이상	8.0㎡ 이상	6.4㎡ 이상	7.43㎡ 이상	적당한 넓이	
1실 정원수	4인이하	4인이하	4인이하		원칙적으로 1인실	
주요 직원배치기준	의사	상근 1인이상 100:1 이상	3인이상 48:1 이상			
	간호직원	간호·개호 3:1이상	6:1 이상		간호·개호 3:1이상	
	개호직원	입소자 100인의 경우, 간호3인	간호·개호 3:1이상 (간호 2/7)	6:1 이상	3:1 이상	이용자 100인의 경우, 간호 3인
	이환요범시(PT) 작업요범사(OT)		PT 또는 OT가 100:1 이상	PT 및 OT가 적당수		
기능훈련지도원	1인 이상				1인 이상	

	개호노인복지시설 (특별양로노인홈)	노인보건시설	개호요양행의료시설	인지증고령자그룹홈	특정시설
생활(직원)상무원 개호지원전문원 (계획작성담당자)	상근 1인 이상 100 : 1 이상	100 : 1 이상			100 : 1 이상 (이 중 1명 상근)
	상근 1인 이상 100 : 1을 표준	상근 1인 이상 100 : 1을 표준	상근 1인 이상 100 : 1 이상	1인 이상	1인 이상 100 : 1을 표준

- 주 1. 평균요개호도는 후생노동성 “개호급여비실태조사”(2009.2월 실시분)에서 산출
 2. 평균지원인수는 후생노동성 “개호서비스시설·사업소 조사”(2010.9월 중 퇴소자 등에 대해서)
 3. 특정시설은 외부서비스 이용형 특정시설을 제외

자료 : 후생노동성 사회보험심의회개호보험부회(2000.5.31) 자료를 일부 편집

88 주요국 장기요양제도 비교 연구

<표 2-30> 개호보험시설 지정기준 비교(요양병상 추가)

	개호노인복지시설	개호보건시설	개호요양형의료시설(~2017년도말)	의료보험적용의 요양병상
	개호보험			
대상자	상시 개호가 필요하고 생활이 어려운 요계호자	질환상태 안정기에 있고 간호 의학적 관리 하에서의 개호 및 기능훈련 기타 필요한 의료를 요하는 요계호자	질환상태가 안정기에 있고 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리 하에서의 개호 기타 수발 및 기능훈련 기타 필요한 의료를 요하는 요계호자	질환상태가 안정하고 있는 장기요양환자 중에 - 밑도가 높은 의학적 관리 및 적극적인 재활을 필요로 하는 자 - 40세 미만인 자 및 40~65세 미만의 특 정질환 이외인 자
지 정 기 준	거실(1인당 10.65㎡ 이상) 의문실 기능훈련실 기상실 등 욕실 등 복도 폭 1.8m 이상 편복도 2.7m 이상 [유니트형] 유니트 거실(개실 10.65㎡ 이상, 10.65㎡ 이상) 공동생활실, 세면실비, 변소 욕실	요양실(1인당 8㎡ 이상) 지문실 기능훈련실 담화실 욕실 등 복도 폭 1.8m 이상 편복도 2.7m 이상 [유니트형] 유니트 요양실(개실 10.65㎡ 이상, 10.65㎡ 이상) 공동생활실, 세면실비, 변소	병실(1인당 6.4㎡ 이상) 기능훈련실 담화실 등 복도 폭 1.8m 이상 편복도 2.7m 이상 [유니트형] 유니트 병실(개실 10.65㎡ 이상, 10.65㎡ 이상) 공동생활실, 세면실비, 변소 욕실 등	병실(1인당 6.4㎡ 이상) 기능훈련실 담화실 등 복도 폭 1.8m 이상 편복도 2.7m 이상 [유니트형] 유니트 병실(개실 10.65㎡ 이상, 10.65㎡ 이상) 공동생활실, 세면실비, 변소 욕실 등

개호노인복지시설		개호보건시설		개호요양형의료시설(~2017년도말)		의료보험적용의 요양병상	
개호보험							
육실 진찰실 등							
의무실 등							
의사 (비상근 가능) 1인 간호직원 3인 간호직원 31인 개호지원전문원 1인 기타 생활상담원 등	의사 1인 간호직원 10인 간호직원 24인 이화요법사, 작업요법사 또는 언어 치료사 1인 개호지원전문원 1인 기타 지원상담원 등	의사 1인 간호직원 18인 간호직원 18인 개호지원전문원 1인 기타 약제사·영양사 등	의사 1인 간호직원 17인 간호직원 17인 개호지원전문원 1인 기타 약제사·영양사 등				

- 주 1. 인원기준은 100인당
2. 서트라이트형 소규모개호노인보건시설 : 본체 시설(노인보건)과 밀접한 연계. 정원 29인 이하
 3. 의료기관 병설형 소규모 개호노인보건시설 : 병원 또는 진료소에 병설. 정원 29인 이하
 4. 분관형 개호노인보건시설 : 도량도 구지역·시지역, 정령지정도시, 파소지역 등에 설치. 기본형 개호노인보건시설과 일체로 운영
- 자료 : 국립사회보장·인구문제연구소 “사회보장통계연보” 2012년.

제5절 재정체계

1. 재원 구성 및 내용

개호보험의 보험자인 시정촌 및 특별구는 개호보험에 관한 수입 및 지출에 대하여 시행령에서 정하는 바에 따라 특별회계를 마련한다.

개호보험의 재원은 크게 국고부담(공적비용), 보험료, 본인부담금으로 이루어진다. 총비용에서 본인부담금 10%를 제외한 개호보험 급여비의 재원구성은 공적비용 50%와 보험료 50%로 구성된다. 공적비용은 국고 부담 25%이고 도도부현과 시정촌이 각각 12.5%를 부담한다. 국고 부담 25% 가운데 시정촌간의 보험재정 조정을 위한 조정교부금⁸⁾ 명목으로 5%를 교부한다.

다음으로 보통 보험료는 제1호 피보험자가 20%를 부과하고, 제2호 피보험자가 30%를 부담하며, 40세 미만은 개호보험료의 부과가 없다. 제1호 보험료와 제2호 보험료의 비율은 기간마다 제1호 피보험자와 제2호 피보험자의 인구비율에 의해서 정해진다. 예를들어 제5기(2012년~2014)는 제1호 보험료 21%, 제2호 보험료 29%로 책정되었다.

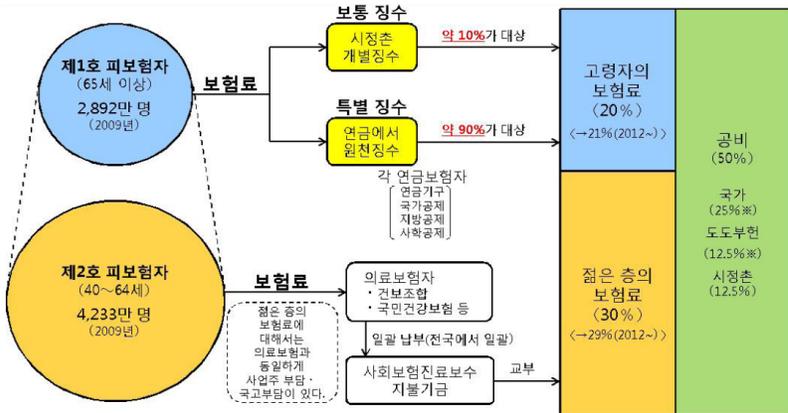
마지막으로 본인부담금은 서비스 이용 후 총비용의 10%를 부담하며, 이용자의 선택에 의해 특별한 서비스를 이용할 경우 이용자가 전액 부담한다.

8) 조정교부금 : 국가는 개호보험 제정의 조정을 위해 제1호 피보험자의 연령단계별 분포상황, 제1호 피보험자의 소득분포상황 등을 고려해 시정촌에 조정교부금을 교부한다. 조정교부금의 총액은 개호급여 및 예방급여에 필요한 비용의 금액 총액의 100분의 5에 상당하는 금액으로 한다. (개호보험법 제122조)

<표 2-31> 보험료 부과 및 징수 대상자

구분	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	○ 65세 이상의 자	○ 40세 이상 65세 미만의 건강보험 가입자
보험료 산정	○ 소득계층별 정액 보험료 - 저소득자는 부담경감	○ 건강보험(직장) - 표준보수 × 개호보험료율 ※ 사업주 부담 있음 ○ 국민건강보험(지역) - 소득률, 균등률 등으로 배분 ※ 국고지원 있음
부과 징수	○ 시정촌이 징수 - 노령연금급여 등이 연 18만엔 이상의 자는 공적연금으로부터 원천징수	○ 건강보험자가 건강보험의 보험료와 일괄하여 징수하고 시정촌에 교부

개호보험의 보험료 징수 흐름을 보면 [그림 2-9]과 같다. 개호보험의 급여비의 50%를 65세 이상 고령자(제1호 피보험자)와 40~64세(제 2호 피보험자)의 인구비율로 구분하여 보험료를 부과하고 있다. 제1호 피보험자는 보험료의 90%를 연금에서 원천징수하고 있고, 10%를 시정촌에서 개별 징수하고 있다. 제2호 피보험자는 의료보험(건보조합, 국민건강보험 등)으로 징수하고 있으며, 개인부담분과 사업주 부담분, 국고부담분이 있다. 특징으로는 국가의 부담분 중 5%는 시정촌의 재정운영을 조정하는 조정교부금이며 75세 이상의 대상자 수나 고령자의 소득분포에 따라 변동한다. 또한 시설 등 급여비는 국가가 20%, 도도부현이 17.5%를 부담한다.



자료 : 2012 한·일 국제심포지엄 “노인장기요양보험 발전을 위한 미래전략”
[그림 2-9] 보험료 징수 시스템

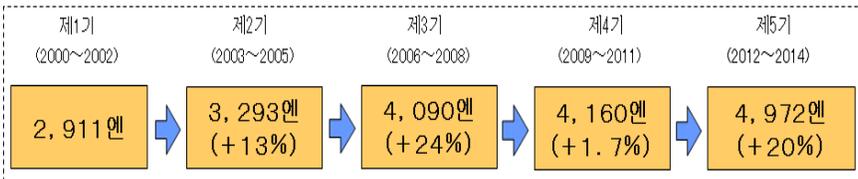
제1호 피보험자의 보험료의 경우 소득단계에 따라 시정촌 별로 설정된다. 그 중 연금액이 일정금액 이상인 자는 연금에서 공제되고, 그 외의 사람은 시정촌에 개별적으로 납부한다. 보험료는 기본적으로 5단계의 소득단계별 정액보험료로 소득수준에 따른 보험료가 부과된다. 또 제1호 피보험자의 개호보험료는 원칙적으로 3년에 1회 계획기간별로 기준액을 정하고 있다(선우덕 외, 2012).

<표 2-32 > 제1호 피보험자의 소득단계별 보험료액

소득단계	소득수준	보험료액
제1단계	· 생활보호수급자 · 시정촌민세 비과세세대에 속하는 노령복지연금 수급자	기준액×0.5
제2단계	· 세대주 전원이 시정촌민세 비과세의 경우	기준액×0.75
제3단계	· 본인이 시정촌민세 비과세	기준액×1
제4단계	· 시정촌민세 과세(합계소득금액이 250만원 미만)	기준액×1.25
제5단계	· 시정촌민세 과세(합계소득금액이 250만원 이상)	기준액×1.5

자료 : 후생노동성, “2003년판 후생노동백서”

제1호 피보험자가 부담하는 보험료는 개호보험의 재정에 따라 3년마다 책정하고 있으며, 제1기(2000년~2002년) 2,911엔에서 제2기(2003년~2005년)는 3,293엔으로 전기대비 13%가 증가하였고, 제3기(2006년~2008년)는 4,090엔으로 전기대비 24%가 증가하였다. 제4기(2009년~2011년) 4,160엔으로 전기대비 1.7%가 증가하였고, 제5기(2012년~2014년)에는 4,972엔으로 전기대비 20%가 증가하였다.



자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정
[그림 2-10] 연도별 보험료 부담액(65세 이상)

제2호 피보험자인 경우 가입하고 있는 의료보험 산정방법에 근거해 설정되며, 의료보험료와 함께 일괄적으로 의료보험자가 징수한다. 제2호 피보험자는 보험자 단위로 산정되는 것은 아니다. 의료보험자가 사회보험진료보수지불기금에서 매년 부과된 개호납부금 총액을 각각의 의료보험제도의 보험료 부과방법에 의해 산정하고, 의료보험료와 함께 징수하여 그것을 사회보험진료보수지불기금에 납부한다(선우덕 외, 2012).

<표 2-33> 제2호 피보험자의 보험료 부담과 지불방법

구분	건강보험의 종류	부담	지불방법
대기업 회사원, 공무원	건강보험조합 등	사업주가 50%부담	급여에서 징수
중소기업노동자	협회관장 건강보험	사업주가 50%부담	급여에서 징수
자영업자 등	국민건강보험	국가가 50% 부담	직접징수

자료 : 후생노동성, “2003년판 후생노동백서”

2. 재정 현황

요지원과 요개호의 총비용을 보면, 2007년 6조 4390억원에서 2010년 7조 5550억원으로 연평균 5.5%가 증가하였다. 요지원은 2007년 3,561억에서 2010년 4,283억원으로 연평균 6.4%가 증가하였고, 요개호는 2007년 6조 829억원에서 2010년 7조 1267억원으로 연평균 5.4%가 증가하였다. 예방서비스인 요지원이 요개호보다 연평균 약 1%p 더 증가하는 것으로 나타났다.

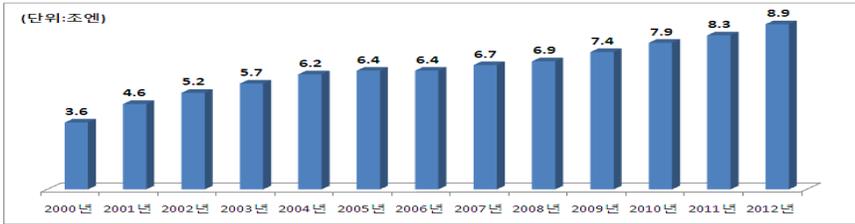
<표 2-34> 요지원 및 요개원 총 비용

(단위 : 백만엔)

연도	요지원1	요지원2	요지원 전체	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5	요개호 전체	총비용
2007년	118,457	237,615	356,072	759,922	1,098,234	1,399,161	1,451,506	1,374,102	6,082,925	6,438,997
2008년	124,245	269,227	393,472	738,835	1,153,241	1,508,942	1,515,929	1,399,397	6,316,343	6,709,815
2009년	132,257	279,888	412,145	811,078	1,230,277	1,590,735	1,617,052	1,516,230	6,765,372	7,177,517
2010년	142,144	286,182	428,326	901,586	1,311,793	1,573,481	1,685,765	1,654,064	7,126,688	7,555,014
연평균 증가율	6.3	6.5	6.4	6.1	6.1	4.1	5.1	6.4	5.4	5.5

자료 : 일본 개호보험사업현황 통계(각 연도)

개호보험의 총비용(본인부담 포함)은 매년 증가하고 있으며 2000년 3.6조엔에서 2012년 8.9조엔으로 연평균 8.0%가 증가하였다. 제도 도입 초기인 2000년에 비해 2012년은 2.5배가 증가하였다.



자료: <http://www.mhlw.go.jp>(후생노동성 홈페이지)의 자료를 일부 수정
[그림 2-11] 개호보험 총비용

개호보험의 수입과 지출현황을 보면 2000년 수입이 3조 8천억엔이었고, 지출은 3조 5,899억엔이었다. 2010년 에는 수입이 7조 8,326억엔이었고, 지출은 7조 7,318억엔으로 나타났다.

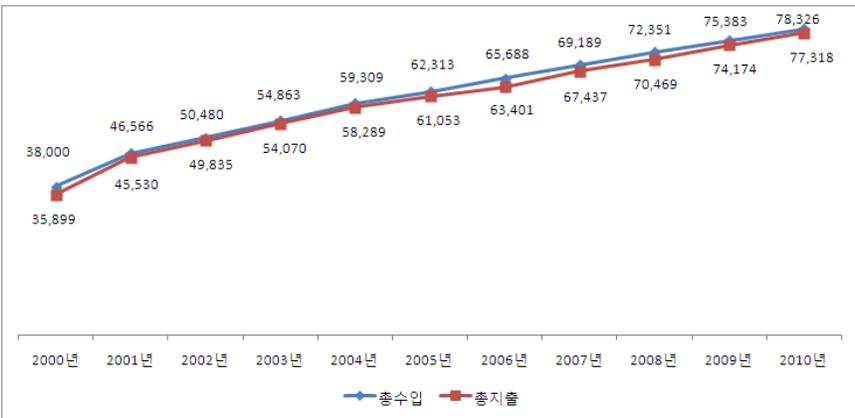
<표 2-35> 일본 개호보험 재정현황

(단위 : 억엔)

구분	2000년	2005년	2006년	2007년	2009년	2010년
수입(a)	38,000	62,313	65,688	69,189	75,383	78,326
- 보험료	1,924	9,835	12,621	13,216	13,901	14,025
- 분담금/부담금	56	49	36	38	37	38
- 이월금	11,669	10,037	9,831	10,159	11,757	12,585
- 국고지출금	8,869	14,950	14,583	14,630	16,386	17,249
- 지불기금교부금	11,243	18,772	18,233	19,361	20,844	22,072
- 도도부현지출금	4,206	7,416	9,113	9,487	10,542	11,103
- 기타수입	33	1,254	1,271	2,298	1,916	1,254
지출(b)	35,899	61,053	63,401	67,437	74,174	77,318
- 사무비	1,995	2,030	1,992	2,047	2,027	2,042
- 보험급여비	32,519	58,119	58,842	61,701	68,839	72,645
- 지역지원사업	-	-	1,019	1,192	1,618	1,669
- 재정안정화기금 각출	221	50	44	41	0	0
- 기금적립금	1,140	250	553	1,080	831	391
- 기타지출	24	604	951	1,376	859	571
a-b	2,101	1,260	2,287	1,752	1,209	1,008
누적수지	2,101	3,361	5,648	7,400	8,609	9,617

자료 : 일본 개호보험사업현황보고(각연도)

일본 개호보험은 2000년 제도도입 이후 2009년까지 매년 당기흑자를 보였다. 제도 도입 시기인 2000년 2,101억엔의 당기 수지 흑자였으며, 2006년 2,287억엔으로 최고 당기 수지흑자를 나타냈으며, 2009년 1,209억엔, 2010년 1,008억엔의 당기수지 흑자를 기록했다.



자료 : 일본 개호보험사업현황보고(각연도) 일부 수정

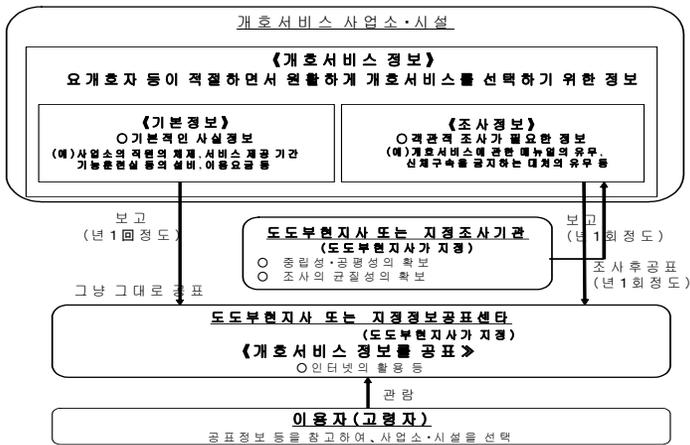
[그림 2-12] 개호보험 재정수지(단위:억엔)

제6절 서비스 질 관리

개호보험제도는 이용자가 사업자를 선택하고 계약하여 서비스를 이용한다. 그러나 이용자와 제공자의 관계가 대등하지 않고 일방적일 가능성이 많다. 이러한 폐단을 막기 위해 개호서비스 정보 공표제도(2006년 4월)와 복지서비스 제3자 평가제도를 마련하고 있다(선우덕 외, 2012).

개호서비스사업자는 개호서비스의 제공을 개시하고자 할 때 제공하는 개호서비스에 관한 개호서비스 정보(개호서비스의 내용, 개호서비스를 제공하는 사업자, 시설의 운영상황에 관한 정보)로써 개호서비스를 이

용하거나 이용하고자 하는 요개호자 등이 적절하고 원활하게 해당 개호 서비스를 이용하는 기회를 확보하기 위해 공표되는 것이 필요한 내용)를 해당 개호서비스를 제공하는 사업소 또는 시설의 소재지를 관할하는 도도부현 지사에게 보고하여야 한다(개호보험법 제115조의 29). 도도부현 지사는 보고된 내용을 조사하고, 관련 내용을 공표한다.

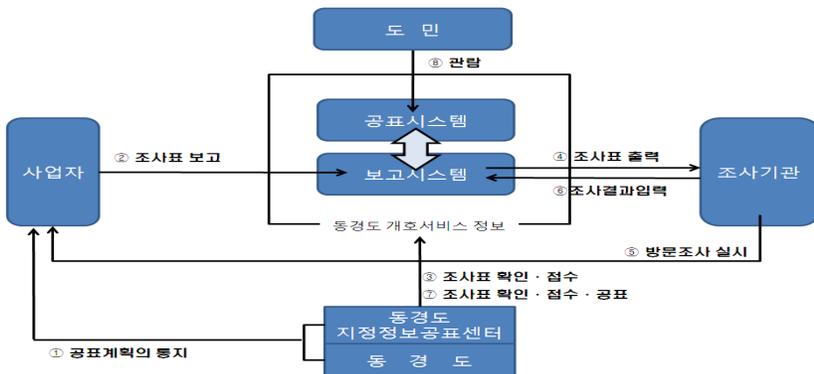


[그림 2-13]개호서비스 정보 공표제도의 구조

개호서비스정보 공표의 대상은 도도부현 및 시구정촌의 사업소지정을 받은 곳으로, 기준일 전의 1년간의 개호보수지불 실적액 가운데 「요개호자」에 관한 보수액(거택개호서비스비, 거택개호서비스 계획비 또는 시설개호서비스비)이 이용자 부담 분을 포함하여 100만 엔(요지원자에 관한 개호보수액 제외)을 초과한 곳이다. 2006년 4월부터 대상이 된 서비스는 방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 통소개호, 특정시설입주자 생활개호, 복지용구대여, 거택개호지원, 개호노인복지시설, 개호노인복지시설이며, 2007년 4월부터 대상이 된 서비스는 방문재활, 통소재활, 개

호요양형 의료시설이다.

개호서비스정보 공표는 첫째, 도도부현은 계획의 기준일, 계획기간, 공표대상이 되는 사업자, 조사일, 공표일 등 개호보험법에 근거한 ‘개호서비스정보 공표계획’을 책정하고 공표한다. 둘째, 공표센터는 사업자에게 개별적으로 ‘각 도도부현의 개호서비스 정보 공표계획’의 내용을 통지한다. 셋째, 공표센터는 통지에 기재한 보고시스템의 입력 개시일에 맞춰 수수료 관계서류를 우송한다. 넷째, 공표센터는 통지에 기재한 보고시스템의 입력 개시일에 맞춰 수수료 관계서류를 우송한다. 다섯째, 공표센터는 사업자의 보고시스템에 의해 보고된 조사표를 확인·접수하고, 도도부현 지정조사기관에 송신한다. 여섯째, 조사기관은 조사 예정월의 두달전에서 한달전 사이에, 각 사업소와 방문조사 일정을 조정한다. 일곱째, 조사기관의 조사원은 원칙적으로 1명이 사업소를 방문하고, 조사를 실시함. 조사는 조사에 관해 사업소를 대표하는 자와의 면접조사 방식으로 이루어진다. 여덟째, 조사기관은 조사결과를 공표센터의 보고시스템에 의해 보고하고, 마지막으로 공표센터는 기본정보와 조사기관이 보고한 조사정보를 공표시스템에 공표한다.



[그림 2-14] 개호서비스정보 공표의 흐름

도도부현의 지사는 개호서비스 사업자가 개호서비스에 관한 개호서비스 정보를 보고하지 않거나 허위보고 또는 조사를 받지 않고 방해한 때에는 기간을 정하여 해당 개호서비스 사업자에 대해 보고내용을 시정하거나 조사를 받을 것을 명할 수 있다.

만약 시정조치를 이행하지 않을 경우 도도부현 지사는 개호서비스 사업의 허가를 취소하거나 기간을 정하여 지정·허가의 전부 혹은 일부의 효력을 정지할 수 있다.

서비스 제3자 평가는 중립적인 제3자 평가기관이 사업자와 계약을 체결하고, 서비스의 내용, 조직의 매니지먼트 등의 평가를 실시해, 그 결과를 공표하는 구조이다. 이용자의 서비스에 대한 의향 등을 파악하는 이용자 조사와 평가자가 사업소를 방문하고, 서비스의 내용, 조직의 매니지먼트 등을 파악하는 사업 평가를 실시하는 제도이다. 평가결과 등에 대해서는 시정촌 등의 홈페이지에 제시하고 주된 게재 내용은 제도의 해설, 평가결과(5년분), 평가기관·평가자(요건, 평가기관·평가자의 상세 정보), 전체 서비스의 공통 평가항목, 표준조사표, 항목해설서 등, 그 외 평가에 관한 동향 등이다.

제7절 주요 개혁 내용

1. 타 사회보험과의 관계

2000년 개호보험제도 도입이후 기존의 의료보험제도에서 급여가 이루어졌던 개호요양형 의료시설, 노인보건시설, 방문간호 등의 서비스에 대해서는 기본적으로 개호보험제도의 급여로 전환되었다. 개호보험의 피보험자는 의료보험의 적용을 받는 사람이기 때문에 질병의 치료 등을

위해서 의료보험급여를 받을 수 있다. 개호보험과 의료보험에서 급여가 중복되는 것에 대해서 개호필요자가 급여를 받으려고 할 경우는 개호보험의 급여가 우선되고 개호보험에서 제공되는 급여에 상당하는 부분에 대해서는 의료보험에서 급여하지 않는다(문성현, 2002).

타 사회보험제도(노인복지법, 신체장애자복지법, 생활보호법)와의 관계에 있어서도 개호이용자가 받는 급여 중 중복되는 서비스는 원칙적으로 개호보험의 급여가 우선된다. 또한 개호보험에서 우선적용되지 않을 경우 타 사회보험제도에서 비용이 지불되지만 대부분은 공비로 이루어진다. 따라서, 노인복지법에서 규정되어 있던 홈헬프서비스, 데이서비스, 특별요양노인홈 등의 서비스의 대부분이 개호보험법에 의한 급여로 전환되었다. 생활보호대상자나 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법류로 적용받는 대상자는 개호보험에서의 이용자 부담 부분이 각 법에 의해서 지원된다. 단, 노동자재해보상보험법의 규정에 의한 요양보상급여나 요양급여 등 보상적인 성격이 있는 급여로 개호보험에 의한 급여는 개호보험에 의해 이루어지지 않는다.

2. 1차 개호보험 개혁

일본은 개호보험제도는 2000년 제도가 도입되었을 때, 제도 시행 5년 후에 제도 문제점 및 개선방안 마련 등 제도의 전반 내용에 대한 재검토가 예정되어 있었다(개호보험법 부칙 제2조). 따라서 2003년부터 사회보장심의회 개호보험위원회에 의해 제도의 개혁에 대한 논의가 시작되었고 논의를 거쳐 2005년 개호보험법이 일부 수정되었다.

개호보험은 인지증 고령자나 독거 고령자의 증가, 급속한 고령화 등 새로운 과제에도 대응할 수 있는 제도 개선이 요구되었다. 개호보험제도

의 개혁에 있어서의 가장 중점적인 시각은 첫째, 제도의 지속가능성, 둘째, 향후 도래하는 초고령 사회에서 고령자가 가능한 한 건강하고 활동적인 삶을 보낼 수 있도록 밝고 활력있는 초고령사회를 구축, 셋째, 개호, 연금, 의료 등 각 제도 간 기능분담을 명확히 함과 동시에 상호 조정을 추진하는 사회보장의 종합화를 추진하였다.

2005년 개호보험 개혁의 가장 주요내용은 예방중시형 시스템으로의 전환이다. 개호보험제도 시행 후의 경증자(요지원, 요개호1)가 크게 증가하였다. 이들에 대해 자립지원을 강화하는 관점에서 개정 전의 예방급여를 대상자의 범위, 서비스 내용, 케어매니지먼트 체제 등을 개정하여 새로운 예방급여로 전환되었다.

둘째, 2006년 말 개호보험의 이용자 중 시설서비스 이용자는 24%로 낮은 수준이었으나, 시설서비스의 보험급여액은 전체 급여액 중 약 절반이 지출되고 있었다. 재가와 시설 이용자의 공평한 부담 측면, 개호보험과 연금급여의 조정 측면을 고려하여 개호보험시설에 거주비와 식비가 보험급여의 대상에서 제외가 되고, 이용자가 부담하도록 하였다. 거주비는 거주환경의 차이를 고려하고, 식비는 식재료비와 조리비용을 고려하여 구체적인 이용자부담 수준을 이용자와 시설이 계약을 통해 정해지도록 하였다.

셋째, 제도 개정을 통해 저소득자에 대한 고려를 추가하였다. 구체적으로는 소득 수준이 제1단계에서 제3단계에 해당하는 이용자 중 신청한자에 한해서 정해진 부담한도액과 시설에서의 거주비, 식비의 일정부분이 보험급여로 지원된다(특정입소자개호서비스비 등). 또한, 사회복지법인에 의한 이용자부담의 경감제도가 개선되었다.

넷째, 인지증 고령자와 독거 고령자의 증가 등에 따라 가능한 익숙한 지역에서 생활을 지속할 수 있도록 서비스 체계를 보완하였다. 특히 이

용자가 익숙한 지역에서 다양한 서비스를 받을 수 있도록 지역밀착형 서비스가 새롭게 시행되었다. 또한, 지역에서의 개호예방 매니지먼트와 종합상담, 권리옹호 등을 담당하는 중점적인 기관으로서 지역포괄지원센터가 도입되었다.

다섯째, 개호보험의 사업자로서 다양한 운영주체가 생기면서 부정 청구 등으로 인한 사업자의 지정 취소 건수가 증가하였다. 이용자에게 적절한 선택과 시설의 공정한 경쟁을 통해 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 정보 개시의 강화와 사업자 규제 사항도 개정에 포함되었다. 이용자가 적절히 개호서비스를 선택하는 것이 가능하도록, 모든 개호서비스 사업자에게 개호서비스 내용과 운영현황에 관한 정보의 공표를 의무화하도록 하였다. 또한, 사업자의 지정 갱신제도가 추가적으로 도입되었다. 케어매니지먼트를 강화하기 위해 개호지원전문원(케어매니저)은 5년마다의 자격을 갱신하도록 하였으며 주임 개호지원전문원을 만들어 케어매니저의 전문성을 강화하고자 하였다.

여섯째, 개호보험의 운영을 담당하는 보험자(시정촌) 기능의 강화를 위하여 지도·감독의 권한을 시정촌에도 부여하도록 하였다(이전 도도부현의 권한). 새로 신설되는 지역밀착형 서비스에 대해서는 시정촌이 지정, 지도감독을 하도록 하였다.

2005년 개호보험제도 개정의 기본적인 시점과 주요내용

◦ 밝고 활력 있는 초고령사회 구축 ◦ 제도의 지속가능성 ◦ 사회보험의 종합화



자료: 노인장기요양보험 4주년 기념 한일국제심포지엄(2012)
 [그림 2-15] 개호보험제도 개정의 주요내용(2005년)

3. 2008년의 개호보험 제도의 개혁

2008년 개호보험제도 개정은 사회문제가 된 소위 ‘콧슨 문제’¹⁾ 등을 겪으며 개호서비스 사업자의 부정 사안을 방지하고, 개호사업 운영의 적정화를 도모하는 관점에서 이루어 졌다. 콧슨 문제는 개호업계 최대 기업이라 하더라도 법령을 준수하지 않는 부정사업자는 개호사업으로부터 퇴출되지 않으면 안 된다는 사례가 되었다.

2008년 후생노동성은 개호보험의 개정을 통해 개호사업자에게의 법령준수를 통해 콤슨 문제와 같은 부정사안의 재발방지를 위한 각종 체계가 도입되게 되었다.

그 주된 내용으로 첫째, 법령준수 등의 사무관리체제 정비이다. 법령준수의 의무를 확보하기 위해 개호사업자는 사무관리체제의 정비를 의무화하여야 하며, 그 내용을 후생노동대신, 도도부현 혹은 시정촌장에 제출하여야 한다. 업무관리체제의 정비의 내용은 모든 사업자가 법령준수책임자를 선임하고, 중간 규모 사업자(사업소 수가 20이상 100미만)에는 법령준수 매뉴얼의 정비, 대규모사업자(사업자 수가 100이상)는 법령준수에 관한 감사가 추가되었다.

둘째, 사업자의 본부에 대한 불시검사 권한이 도입되었다. 부정행위에의 조직적인 관여가 의심되는 경우, 국가, 도도부현, 시정촌은 사업자 본부를 불시검사하는 권한이 추가되었다. 검사 결과 사무관리체제에 문제가 있는 경우, 사업자에 대해 시정권고를 하고 사업자가 권고에 관한 조치를 하지 않은 때 조치를 취하도록 명령할 수 있게 하였다.

셋째, 부정사업자의 처분 회피 대책을 마련하였다. 사업소의 폐업, 휴업 신청의 제출에 대해 이전은 폐업, 휴업 후 10일 이내의 사후제출하는 방식에서 폐업 또는 휴업의 1개월 전까지 제출해야 하는 사전제출하는 방식으로 변경되었다. 제도 개정으로 폐업 휴업 신청을 제출하여도 1개월 전에는 사업소가 존재하고 있으므로 지정취소 등의 처분이 가능하여 콤슨처럼 처분 회피를 할 수 없으며, 이용자의 서비스 확보를 위한 시간이 확보되는 효과가 있다.

넷째, 지정·갱신 시 등의 결격사유가 수정되었다. 2005년 개정에서 특정한 법인이 복수의 개호사업소를 경영하는 경우에 하나의 사업소가 지정취소를 받게 되면 타 사업소의 지정갱신도 받을 수 없게 된다는 규

정이 포함되었다. 이 규정은 유지하나 사업소의 본부 등에 대한 불시검사 등에 의해 조직적인 부정행위에의 관여가 있는 경우 타 사업소의 지정 갱신도 거부되도록 하였다.

다섯째, 사업자에 대해 사업폐지 시의 이용자에 대한 서비스 확보대책이 의무화되었다. 즉, 사업자는 사업의 폐업, 휴업 신청을 한 경우에는 이용자 중 계속적으로 개호서비스의 제공을 희망하는 자에 대해 필요한 개호서비스가 지속적으로 제공될 수 있도록 다른 사업자와의 연락조정 및 그 외 편의를 제공하도록 규정하였다.

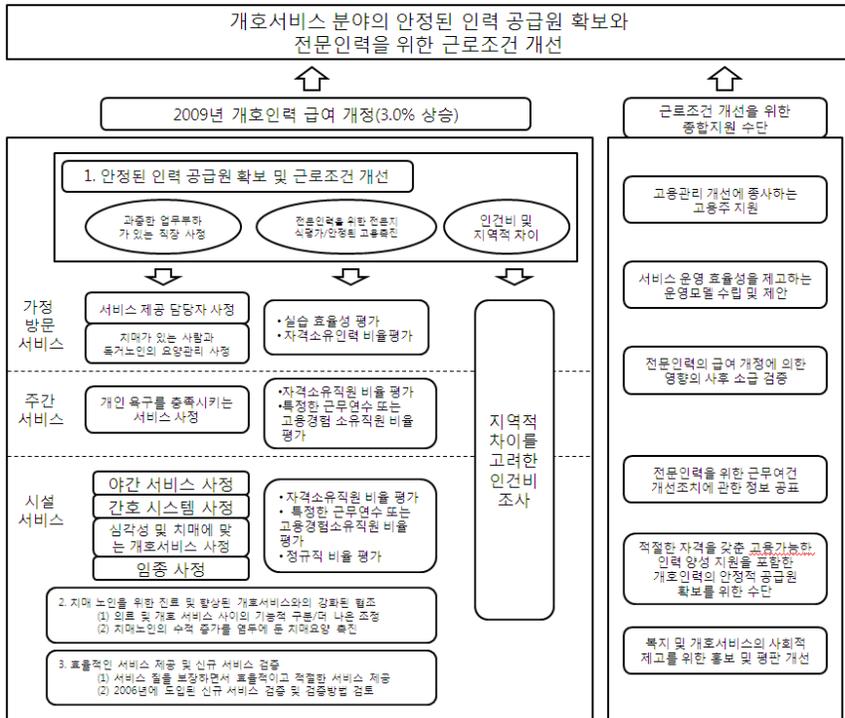
4. 2009년의 개호보험 제도 개혁

일본의 개호보험은 약 80%가 여성으로 성별 편중이 되어있었고, 가정방문 요원의 약 80%가 임시직이었다. 또한 높은 이직율(2005년 22%)과 낮은 평균 급여 등 개호보험 서비스 인력의 불안정은 제도의 서비스 질 및 안정적인 운영에 큰 걸림돌이 되었다.

2008년 정기국회에서는 안정된 인력 공급을 확보하기 위한 전문인력의 보다 나은 처우에 관한 법률을 만장일치로 통과시켰다. 법률에서는 정부는 전문 인력이 노인들을 위해 안전하고 견고한 사회를 실현하는데 있어서 중요한 역할을 수행한다는 것을 인정하며, 개호서비스에서 우수한 인력의 안정된 공급을 확보하기 위하여 정부가 2009년 4월 1일까지 전문 인력의 임금 규모와 그 밖의 근무여건을 고려하고 전문인력의 급여를 포함하여 인력을 위해 근무여건에 도움이 되는 조치를 취하도록 하였다.

이에 따른 조치로 [그림 2-15]와 같은 근로조건 개선을 추진하였다.

첫째 안정된 인력 공급원 확보 및 근로조건 개선을 위해 과중한 업무 부하가 있는 각 서비스를 점검하였다. 또한 전문인력을 위한 서비스 별 전문지식 평가와 자격증 소유 직원 비율, 정규직 비율 등을 점검하여 안정된 고용촉진을 추진하였다. 둘째, 치매노인을 위한 진료 및 간호서비스의 연계를 강화하였다. 셋째, 효율적인 서비스 제공 및 신규서비스를 검증하였다. 이런 추진내용은 2009년 개호인력 급여를 개정하여 약 3.0%를 상승하게 하였다.



[그림 2-16] 개호보험제도 개정의 주요내용(2009년)

5. 2011년의 개호보험 제도 개혁

2010년은 개호보수개정 등을 위해 후생노동성의 사회보장심의회 개호보험부회에서는 개호보험제도의 개혁을 논의하였다. 논의 결과 개호보험의 현상으로 개호 부담은 경감되고 있으나 여전히 부담이 높기 때문에 급여와 부담의 균형을 확보하는 것이 필요하다는 의견이 있었다. 이에 따라 일상생활권역에서 의료, 개호, 예방, 거주, 생활지원서비스가 끊기는 일 없이 유기적이고 일체적으로 제공되는 지역포괄 케어시스템⁹⁾의 실현과 급여의 효율화, 중점화 등을 진행하여 급여와 부담의 균형을 도모하여 장래에도 안정적인 지속가능한 개호보험제도의 구축이라는 2가지 점을 개혁의 기본 방향으로 제시하고 있다.

개정법은 고령자가 지역에서 자립한 생활을 영위할 수 있도록 지역포괄케어시스템의 실현을 위한 체제를 구축하는 것을 목표로 하고 있다.

개정법의 주요 내용으로 첫째, 의료와 개호의 연계 강화이다. 일상생활권역별 지역 욕구와 과제의 파악을 고려한 개호보험사업계획 책정하고, 24시간 대응의 정기순회·수시대응형 방문개호·간호 서비스의 창설하였다. 요개호 고령자의 재택생활을 지원하기 위해 주야간을 통틀어 방문개호와 방문간호가 밀접하게 연계하면서 단시간의 정기순회형방문과 전화에 의한 대응, 방문 등의 수시 대응을 행하는 서비스이다. 또한 -복합형 서비스를 시작하였다. 소규모 다기능형 거택개호와 방문간호 등 복수의 거택서비스와 지역밀착형 서비스를 조합하여 제공하는 복합형 사업소를 개설하였다.

9) 지역포괄케어시스템이란 욕구에 맞는 주택이 제공되는 것을 기본적인 생활 상의 안전, 안심, 건강을 확보하기 위해 의료와 개호, 예방뿐 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원서비스가 일상생활권역에서 적절하게 제공될 수 있도록 하는 지역의 체제이다. 지역포괄케어권역은 대략 30분 이내에 이동할 수 있는 권역으로 구체적으로는 중학교 학군을 기본으로 하고 있음

둘째, 개호사업소의 서비스 질의 향상을 위해 개호사업소의 노동법규 준수 강화, 사업소지정 결격요건 및 취소 요건으로 노동기준법 등의 위반을 강화하였다. 셋째, 고령자 주택의 공급을 촉진하기 위해 고령자 주거법의 일부 개정 법안을 국회에 제출하였고, 인지증 대책으로 시민후견인 제도를 추진하였다.



제3장
독일

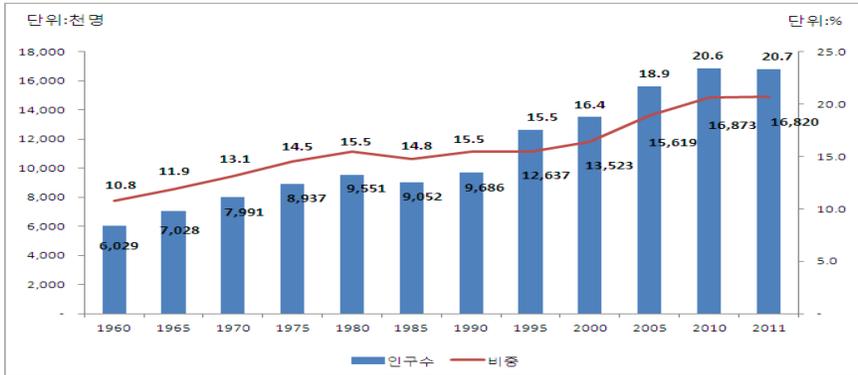


제3장 독일

제1절 개요

독일은 사회보장제도를 세계에서 가장 먼저 도입한 국가이다. 독일은 사회보험을 통해 사회적 위험에 대해 일차적으로 대응하고 있으며, 사회보험이 제 기능을 하지 못할 경우 예외적으로 사회부조(Sozialhilfe)로 대응하고 있다. 특히 연금보험, 건강보험, 장기요양보험의 3대 사회보험은 노후 소득, 건강 및 주요 삶의 영역과 관련된 정책으로 안정적인 노후 삶의 질을 결정하게 되는 주요 요소이다. 이러한 3대 사회보험 중에서 장기요양보험은 인구 고령화에 따라 장기적 요양보호를 필요로 하는 노인에 대한 사회적 보호서비스로서 그 중요성이 점차 증대되어가고 있다(선우덕 외, 2012).

독일은 이미 1930년 65세 이상 노인인구가 전체 인구 중 7%로가 넘는 고령사회로 진입하였다. 2009년에는 65세 이상 노인인구가 전체 인구 중 20%를 넘는 초고령 사회로 진입하였으며 2011년 현재 20.7%로 일본에 이어 가장 고령화된 국가이다. 또한 80세 이상의 초고령인구도 전체 인구의 5.3%인 4,345천명이다.



자료 : OECD Health data 2012

[그림 3-1] 독일의 65세 이상 인구비율

이처럼 증가하는 노인인구로 인해 요양보호대상은 급증하고 있으나, 노령으로 인한 감소된 소득으로 요양시설비용을 감당할 수 없었기 때문에 제도적인 안전판 마련이 필요하였다. 또한, 장기요양 대상인구와 요양 비용의 증가는 일반 국민들과 지방정부에게 심각한 재정 부담을 주게 되었다. 공공부조 비용을 부담하는 지방자치단체의 재정적 부담을 덜어 주고 장기요양 수급자의 수발 여건을 개선하기 위해 제도적 개선이 필요하게 되었다.

독일 정부는 수발로 인한 당사자와 그 가족들의 과중한 부담 완화, 수발행위로 인해 정상적인 생계활동을 하지 못하는 사람들에 대한 사회적 보장, 수발에 대한 과도한 사회부조의 문제 해결을 위해 1995년 1월 1일 사회보장법전 제 11권에 「수발상태의 위기상황을 사회적으로 보장하는 법, "장기요양보험법"」을 제정하게 되었다.

장기요양보험법 제1조 공적 장기요양보험에 따르면, “공적 의료보험의 피보험자는 법적으로 당연히 공적 장기요양보험의 보호를 받게 되어

있다. 민영의료보험에 가입된 자는 민영 장기요양보험에 가입하여야 한다.”는 원칙을 가지고 있다.

독일 장기요양보험제도는 노인뿐만 아니라 모든 사회구성원을 급여 대상자로 하고 수급자가 전문요양인력에 의한 수발서비스뿐만 아니라 자기결정에 기초하여 현금급여를 선택할 수 있는 소위 '소비자 선택권'을 보장하고 있으며, 수급자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 수발 등급에 따라 동일한 정액급여를 제공하는 특징이 있다.

제2절 적용대상

1. 장기요양 적용대상

장기요양이 필요한 대상자는 육체적, 정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활의 통상적, 반복적 일을 행하는데 적어도 6개월 이상 지속적으로 타인의 도움을 매우(법 제15조) 필요로 하는 사람을 말한다(법 14조 제1항). 또한, 장기요양보험 가입대상자들은 사회적 장기요양보험 가입 의무인 “장기요양보험은 질병보험에 따른다.”라는 원칙을 적용한다.

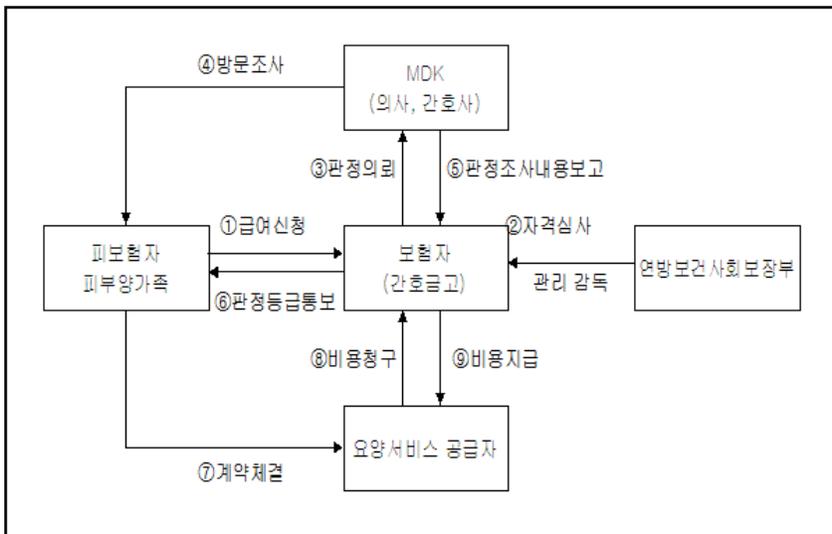
월수입이 3,675€(2011년도 기준) 이하인 자는 공보험 의무 가입대상이고, 3,675€ 이상인 자는 공보험 또는 사보험을 선택하여 가입할 수 있다. 또한, 법정 장기요양보험을 적용받지 못하는 사람은 자산조사에 근거하여 사회부조에 의한 장기요양(필요한 모든 요양서비스 외에 입원의 경우 숙식비까지 보장)을 받고 국적에 상관없이 외국인도 고용계약 관계에 있으면 가입자로 적용된다.

장기요양보험 가입자 수(2011년 1월 기준)는 법정 장기요양보험 가입

자가 약 6,949만 명 (84.5%), 사적(private) 장기요양보험 가입자 약 943만 명 (11.4%)이 가입되어 있는 상태이다.

2. 인정조사 및 등급판정체계

장기요양 적용대상자로 장기요양보험의 급여를 받기 위해서는 장기요양 필요자로 인정되어야 한다. 장기요양인정 절차는 <그림 3-2> 과 같다.



자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집
[그림 3-2] 장기요양보험의 인정절차

장기요양 필요자는 가입한 장기요양금고(조합)에 등급판정 신청을 해야 한다. 보험자(장기요양금고)는 피보험자의 자격확인 등 방문조사에 필요한 서류¹⁰⁾와 함께 등급판정 기관인 질병금고 의료지원단(MDK)에게

요양인정 및 등급판정을 의뢰를 한다(질병금고는 MDK의 자문의사 1인에게 장기요양신청자의 가정을 방문하여 장기요양필요성과 요양등급 추천을 위임). 질병금고 의료지원단(MDK)은 신청자와 방문날짜를 결정하여, 소속 간호사 또는 의사(일반적으로 간호사) 1인이 장기요양신청자의 가정을 방문 및 요양인정 판정도구를 이용하여 면접조사를 실시한다. 이 면접조사의 결과를 토대로 질병금고 의료지원단(MDK) 본부에서는 등급과 급여의 종류를 판정하여 질병금고에 보고한다. 질병금고는 최종판정 결과를 신청자에게 통보한다. 신청에서 결과 통보까지는 평균 1~2개월 소요된다.

<표 3-1 > 희망서비스 별 등급판정 건 수

연도	등급판정 건수	재가요양	%	시설요양	%	장애인 시설요양	%
2004	1,269,902	947,010	74.6	314,534	24.8	8,358	0.7
2005	1,315,099	996,234	75.8	310,419	23.6	8,446	0.6

자료: MDS(Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkasse e. V.), 장기요양 보고 2005, 2007.01.

장기요양인정 조사내용에는 첫째, 신체에 대한 진단은 물론 의료적, 영양적 자료를 조사, 둘째, 신청자의 주치의로부터 요양필요성에 대한 의견서, 셋째, 요양등급 판정은 매일 요양을 필요로 하는 시간을 기준으로 결정한다는 내용을 포함하고 있다. 조사도구는 신청자 및 담당의사의 인적사항, 건강 및 기능상태, 평가 결과, 케어플랜에 대한 권고로 구성되며, 건강 및 기능 상태에 대한 조사항목은 <표 3-2>와 같다.

10) 지병, 입원기간, 치료기구, 보조 및 수발보조기구, 담당의사, 재가간병수발 그리고 대리인/간병인의 담당범위 등을 제공

<표 3-2 > 독일 인정조사도구의 구성(건강 및 기능상태)

구 분	질문문항	세부내용
일반상태	영양, 활력과 보호상태	-
신체기관과 운동기관, 감각기관	(기술)	-
장기요양 인정진단 코드	ICD-10 코드	-
일상생활 지장정도	거동, 씻기/옷입기, 식사, 용변	지장정도(4점 척도: 활동하는 데 지장 없음, 타인의 도움 필요, 의존적 타인의 도움 필요, 자립된 활동 불가)
	방향 감각력, 기력, 정서상태, 기억, 주야간리듬, 의식과 생각, 의사소통, 상황적응력, 사회범위의식	문제유무, 이상의 항목 중 최소 1개 이상 보호 필요여부
행동변화 상태	통제불가능한 외출, 위험한 상황 인식못함, 위험한 물건 부적절한 사용, 공격적인 언행을 함, 일상상황에 대한 부적절한 태도, 자신의 감정/욕구를 이해하지 못함, 우울로 인해 필수적인 보호가 불가능, 뇌기능장애, 생활리듬장애, 하루일과를 계획못함, 통제 불가능한 감정, 항상 낙담적이거나 절망적임	문제유무, 1-9개 항목에 해당된 개수, 10-13개 항목에 해당된 개수, 1-9번까지 최소 2개 항목에서 일상생활능력이 현저리 제한된 개수, 제한되기 시작한 시점
신체 위생관리	씻기, 샤워, 목욕, 양치질, 머리빗기, 면도하기, 소변, 대변, 배변후 기저귀교환, 소변백교환, 장루주머니 교환	도움의 필요여부, 도움의 형태(5점 척도: 도와주기, 부분적으로 대신해주기, 완전히 대신 해주기, 지켜보기, 지시하여 수행하기), 횟수, 1일 소요시간(분), 총 소요시간
	입과 기관지의 이물질 제거, 피부관리, 관장, 단순도뇨	횟수, 1일 소요시간(분)

영양공급	섭취하기 편하게 음식물 준비, 입으로 식사하기, 튜브로 식사하기	도움의 필요여부, 도움의 형태(5점 척도:도와주기, 부분적으로 대신해주기, 완전히 대신 해주기, 지켜보기, 지시하여 수행하기), 횟수, 1일 소요시간(분), 총 소요시간
	입과 기관지 흡입하기, 기관지 튜브를 카놀라로 교환하기	횟수, 1일 소요시간(분)
거동	돌아눕기, 옷갈아입기, 걷기, 서있기, 계단오르기, 집을 떠나 다시 찾아오기	도움의 필요여부, 도움의 형태(5점 척도:도와주기, 부분적으로 대신해주기, 완전히 대신 해주기, 지켜보기, 지시하여 수행하기), 횟수, 1일 소요시간(분), 총 소요시간
	일어날 때 낭포성 섬유증 등으로 도움 필요여부, 정맥질환용 스타킹 입히기	횟수, 1일 소요시간(분)
장기요양보호의 장애요인	-	-
야간의 장기요양욕구	-	-
의학적 치료내용(3등급 입원환자 경우)	내용, 하루 소요시간(분)	-
살림살이	장보기, 식사준비하기, 설거지하기, 침구류교환하고 세탁하기, 난방하기	도움필요여부, 주당 횟수, 참고사항, 주당 소요시간, 하루 소요시간
도움 필요에 대한 추가 설명	필요여부	-

자료 : 국민건강보험공단, 정책연구원(2011), 외국의 장기요양인정체계 비교분석

장기요양인정 조사내용의 문제점으로는 첫째, 신청자의 수에 비해 담당의사 수의 부족, 둘째, 판정의 일관성이 없고 현실성이 부족한 판정 결과가 많다는 점, 셋째, 1시간 정도의 면접조사로 요양 필요성을 판정하여 의학적 소견에 치우치기 쉽다는 문제점을 가지고 있다.

장기요양등급판정 기준은 질병금고의료지원단(MDK)에 소속된 의료진이 신청자의 집에 방문하여 조사한 항목을 기준이다. ADL과 IADL 영역에서 통상적·반복적으로 수행하는데 어려움 정도 및 도움의 빈도가 감안된 요양 필요시간을 기준으로 중증도를 구분하여 등급을 판정한다. 일상적이고 정기적으로 반복되는 행위에 소요되는 시간으로 제시된 시간은 비전문가인(가족) 수발자가 수행한 시간을 기준으로 하며, 이 시간은 장기요양급여에 소요되는 시간이다.

<표 3-3> 인정조사시 고려되는 수발 소요시간

연번	등급판정 영역	일상생활 행위		소요시간(분)	
1	1)신체청결	씻기	전체 신체청결	20~25	
2			부분 신체 청결(상체)	8~10	
3			부분 신체청결(하체)	12~15	
4			부분 손/얼굴	1~2	
5			샤워하기	15~20	
6			목욕	20~25	
7			칫솔질하기	5	
8			머리빗기	1~3	
9			면도하기	5~10	
10			대소변보기	소변보기(뉘기, 물내리기)	2~3
11				대변보기(뉘기, 물내리기)	3~6
12				옷정리	2
13			기저귀/패드(뉘기,	소변후	4~6

14		물내리기)	배변후	7~10
15			작은 패드 교환 후	1~2
16			소변주머니 교환/비운 후	2~3
17			인공방광/인공대장주머니	3~4
18	2)영양	먹기에 알맞게 조리하기 (마실 것 준비 포함)		2~3
19		세끼/일 식사도움 ¹¹⁾ (음료 포함)		15~20/끼니
20		경관영양		15~20/일
21	독자적인 기상 및 취침, 체위변경	독자적인 기상 및 취침		1~2/매번
22		체위 변경		2~3
23	3)기동성	옷입고 벗기	옷입기(전체)	8~10
24			옷입기(상의/하의)	5~6
25			옷벗기(전체)	4~6
26			옷벗기(상의/하의)	2~3
27	걷기			
28	서있기(이동 후)		1/매 회	
29	계단오르기			
30	집을 나갔다가 돌아오기 ¹²⁾		개별적 시간 적용	

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

11) 간식 한 끼 또는 음료 마시기: 소요되는 시간을 부분적으로 적용

12) 의사 또는 치료방문관련 기다리는 시간은 45분까지 인정

장기요양등급은 인정조사 시 4개의 ADL과 IADL 도움 필요영역에서 산출된 요양 필요시간을 기준으로 3개의 등급을 판정한다.

<표 3-4> 장기요양등급

등급	상태	소요시간
1등급	경증	<ul style="list-style-type: none"> ○ 매일 최소한 90분의 도움필요 - 이중 45분이상의 1),2),3)영역의 기본간호(요양)에서 1일 1회 도움 필요 - 4)영역: 여러 번/주 가사지원 ○ 2가지 행위에서 도움필요 - 1),2),3)영역중의 어느 한 개 영역에서 2가지 행위나 - 1),2),3)영역 중에 적어도 2가지 행위에서 도움필요
2등급	중등증	<ul style="list-style-type: none"> ○ 매일 최소한 3시간 도움필요 - 이중 2시간 이상의 기본간호(요양) 1일 3회 상이한 시간에 도움필요 - 4)영역: 여러 번/주 가사지원 ○ 1),2),3)영역 상이한 시간 도움필요 - 1),2),3)영역에서 1일 3회 상이한 시간 도움필요
3등급	최중증	<ul style="list-style-type: none"> ○ 매일 최소한 5시간 도움필요 - 이중 4시간 이상의 기본간호(요양) - 4)영역: 여러 번/주 가사지원 ○ 1),2),3)영역에서 거의 하루 종일 도움필요 - 야간에도 도움 필요

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

장기요양서비스영역은 신체관리, 영양섭취, 기동성과 가사 관리에 해

당된다. 의사 처방에 따라 수행되는 의료적인 간호서비스에 관한 급여는 질병보험에서 지급한다. 장기요양등급 판정의 최종결정은 장기요양금고가 자문자료를 참조하여 결정하며, 장기요양등급에 따라 장기요양수요자에게 각기 다른 서비스를 받을 권리를 가지게 된다. 등급판정자의 인정유효기간은 2년으로 별도의 갱신 신청 없이 진료내역에 따라 상태 확인 후 인정유효기간 연장 또는 재판정여부를 결정한다.

<표 3-5> 등급판정시 고려되는 ADL과 IDAL 도움 필요영역

①신체청결영역	씻기, 샤워하기, 목욕하기, 칫솔질하기, 머리빗기, 면도하기, 대소변 보는 일
②영양섭취영역	먹기에 알맞도록 준비하거나 음식물 먹기
③기동성 영역	독자적인 기상과 취침, 옷입고 벗기, 걷기, 서 있기, 계단을 오르내리거나 집을 나갔다가 돌아오기
④가사관리영역	시장보기, 요리하기, 집 청소하기, 설거지, (이불호창, 침대덮개, 수건 등의) 세탁물과 의복의 교환과 세탁을 하거나 난방

자료 : 국민건강보험공단, 정책연구원(2011), 외국의 장기요양인정체계 비교분석

제3절 급여체계

1. 급여 형태

장기요양보험의 급여는 법률이 규정하고 있는 기초 장기 요양서비스, 가사지원 서비스 및 비용 상환에 필요한 장기요양 서비스, 현물 급여 및

현금 급여를 말한다. 급여의 종류와 범위는 장기요양이 필요한 상태의 정도와 재가급여, 부분 시설급여 또는 생활 시설급여의 필요성 여부에 따라 결정된다.

재가급여 및 부분 시설급여의 장기요양보험 급여는 가족, 이웃, 그리고 기타 자발적으로 일하는 사람들의 요양과 수발로 보충한다. 부분시설 급여와 생활시설급여의 장기요양대상자는 장기요양이 필요한 상태의 종류와 정도에 따라 필요한 비용(장기요양비용)을 지급 받으며, 숙박비와 식사비는 장기요양 대상자가 스스로 부담한다.

장기요양보험 급여 원칙은 요양서비스보다 예방과 재활을 우선으로 하고 있다. 따라서 시설 요양보다 재가에서 가족 등에 의한 요양이 우선 되고 있으며, 점차 배우자, 가족, 그리고 지역자원봉사 참여가 강화되고 있다. 장기요양급여는 부분보장으로 최소한의 급여 제공 성격이라 할 수 있다. 즉 전체 비용에 대한 보조비용으로 수혜자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 동일 등급 내에서는 동일한 (정액)급여 지급을 원칙으로 하고 있다.

둘째, 시설입소에 우선하는 재가서비스 우선의 원칙이 있다. 일반적으로 노인을 시설에 보내지 않고 가능한 한 오랫동안 가정과 사회 내에서 보호하고자 한다. 따라서, 장기요양보험은 개가 요양을 위한 상태를 개선하고 이용자의 부담을 경감하는 급여를 제공하는데 초점이 맞추어져 있다. 이는 증가하는 노인의 사회적 부양비용을 감소하고 그 부담을 가정과 함께 나눈다는 사회경제적 의미뿐만 아니라 가족간의 연대감을 확보하고자하는 것이다.

2. 급여의 종류

장기요양보험급여의 종류는 재가와 시설에 따라 조금씩 차이가 있다 (<표 3-6> 참고). 재가급여로는 현물급여, 현금급여, 혼합급여, 요양보조 도구 등이 있으며, 부분시설급여로 주야간보호와 단기보호가 있다. 완전 입소시설로 시설급여와 장애인 특수시설 급여가 있다.

<표 3-6> 급여의 종류

재가	부분시설	완전 입소시설
<ul style="list-style-type: none"> ○ 현물급여 ○ 현금급여 ○ 혼합급여 ○ 요양보조도구 ○ (가족)수발자의 사회보장비 ○ 요양강좌 ○ 주거환경개선보조 ○ 장기요양상담* 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 주·야간보호 ○ 단기보호 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시설급여 <ul style="list-style-type: none"> - 상시 입소시설 - 치매노인 특수 공동생활가정 ○ 장애인 특수시설급여
	※ 장기요양 상담(2008년 7월 신설) ○ 수급자 100명당 1명의 상담인력 배치 ○ 주민 20,000명 당 1개의 장기요양자원센터 설치	

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

1) 재가급여

재가급여에는 주로 현물 급여와 현금 급여가 있다. 급여 행위별로 상대가치 점수를 정해 놓은 라이선스 카탈로그(보험자, 급여제공자, 전문연구원 등이 만듦)가 있으며, 점수 당 단가는 각 주마다 다르게 적용된다.

현물급여는 보험자와 계약을 맺은 서비스 제공기관이 대상자의 등급에 따라 정해진 서비스를 제공한다. 제공되는 급여는 최고 한도액까지 장기요양보험에서 부담하고 초과 금액은 본인이 부담한다. 또한, 기본요양 서비스와 가사보조도 지원한다(상처치치 등은 질병금고에서 부담).

둘째, 현금급여는 수급자가 장기요양금고에서 수당(정액제)을 지급받아 자신을 돌보는 가족, 이웃, 수발인 등에게 제공한다. 현금급여는 현물급여액의 약 50% 수준이다. 재가서비스 이용자 중 약 79%가 현금서비스를 선택하고 있다(2010년 기준). 이와 같이 높은 수준의 현금서비스 이용은 수급자가 가족·친지와 같은 비공식적인 서비스 제공자를 선호하는 특성을 보이고 있기 때문이다. 현금 급여의 경우, 노인에게 기존 생활환경을 유지시켜 줌으로써 삶의 질을 보장하고, 가족에게는 상담·지원 및 질 관리를 통해 서비스의 질을 보장한다. 또한, 수발자의 사회 보장과 부담을 감소하는 1차적 목적이 있다. 게다가 현물급여의 약 50%수준인 현금급여를 통해 보험재정 안정을 도모할 수 있는 2차 목적을 가지고 있다.

<표 3-7> 현금서비스와 현물서비스의 연평균 비중

(단위 : %)

연도	재정지출(현금:현물)	수급자수(현금:현물)
1995년	82:18	88:12
2000년	65:35	80:20
2010년	62:38	79:22

자료: 독일 연방보건부

셋째, 복(혼)합 급여(현물+현금)로 복합급여(현물급여 + 현금급여), 혼합급여(현금급여 + 주야간보호)가 있다. 현물과 현금 급여 비율은 수급

자(또는 수발자)가 정할 수 있다. 또한, 가족의 희망사항을 고려하고 수급자와 서비스 제공자의 건강상태 등을 고려하여 등급판정 담당자가 판단하여 보험자에게 통보하면 보험자가 최종 확정한다.

넷째, 대체급여로 가족, 이웃 등 비공식적 수발자가 '휴가'나 그 밖의 정신적 안정을 위해 단기간 수발이 불가능할 경우, 대체인력 비용을 추가적으로 연 4주 1,470유로까지 추가로 지급가능하다.

다섯째, 용구 및 주택개량 지원으로 요양보호대상 노인의 자립적 활동이나 요양활동을 용이하게 하기 위해 화장실 변기, 휠체어, 출입구 및 방문 변경 등 필요한 경비를 건당 일정액 지원한다.

2) 부분 시설 급여(주야간 및 단기보호)

부분 시설 급여는 재가에서의 요양이 일시적으로 제공될 수 없을 때 부분시설을 이용할 권리가 발생한다. 부분 시설 급여에는 주·야간서비스와 단기보호가 있다.

주·야간서비스는 가족들이 휴가, 질병, 직장생활로 인하여 낮 시간 또는 밤 시간 동안 요양보호 대상을 돌볼 수 없을 경우 대상자를 보호하는 서비스이다. 주야간 서비스시설에서 요양수급자는 의사에 의한 의료적 처치, 재활치료도 받을 수 있으며, 요양금고는 이용자의 요양등급에 따라 차등적으로 주·야간 서비스 비용을 지급한다.

단기보호는 요양보호대상 노인을 돌보는 가족이 휴가나 질병으로 직접 돌보지 못할 경우에 대상자를 양로원이나 요양원 같은 시설에 단기간 입소시켜 보호하는 서비스(연 4주까지)이다. 예를 들어 재가서비스 제공자가 그만 둔 경우 시설에서의 단기보호 이용이 가능하다. 또한 단기요양서비스는 가정의 요양보호대상자가 양로원이나 요양원으로 옮겨가야 할 때 새로운 환경에 쉽게 적응할 수 있도록 일상생활의 변화에 대한 적

응과정에서도 활용된다. 단기요양은 재가요양서비스와 시설요양서비스의 중간형태에서 두가지 요양서비스의 장점을 취한 형태이다.

3) 시설급여

장기요양 수급자는 원칙적으로 재가와 시설 서비스 중 자유롭게 선택이 가능하다. 시설 서비스를 선택할 경우, 시설 입소 시 숙박비 등의 개인적인 비용은 본인부담의 원칙을 가지고 있으나 부담능력이 없는 경우는 사회부조에 의지할 수 있다¹³⁾.

개별 시설과 보험자(장기요양금고), 지자체가 매년 또는 2년마다 협상하여 계약하며, 인력배치 수준, 현지의 인건비 수준 등을 감안하여 책정한다.

시설에는 노인집합주택(Altenwohnheim), 노인홈(Altenheim), 노인요양홈(Altenpflegeheim), 노인종합시설(Altenzentrum) 그리고 양로보호거주(Betreutes Wohnen)와 같이 다양한 종류의 시설이 있어, 장기요양 수급자가 적절한 시설을 선택하여 이용할 수 있다(<표 3-8>참조).

노인집합주택(Altenwohnheim)은 자립 가능한 노인을 대상으로 하는 곳이며, 독신 또는 노부부끼리 사는 노인들을 위해 임대방식에 의해서 운영되는 단독세대용 또는 아파트의 형태로 되어 있다. 이곳에서 사회적으로 제공되는 가사지원서비스 또는 방문요양서비스를 받을 수 있다. 양로원과 다른 점은 자신의 취향에 따라 완전히 독립적인 생활을 할 수 있다는 점이다. 이용자가 원한다면 자신이 평소에 쓰던 가구나 물건을 모두 가져올 수 있고, 다른 이용자와 함께 공동체를 형성하여 세탁장, 공동식사, 건강관리사, 상담원, 청소용역 등의 공동 시설물을 사용하거나 필요한 인력을 채용해 공동으로 이용할 수 있다.

노인홈(Altenheim)은 자립이 불가능한 노인에게 대해 생활주거지를 제

13) 시설이용 불필요자가 시설 이용 시 재가비용 한도 내에서 비용 보상받음

공하고, 요양을 하는 곳이다. 하지만 요양이 필요하거나 자립이 불가능한 노인들만 이용하는 곳은 아니다. 일반적으로 건강을 유지하고 있는 노인들을 위한 시설로서 일시적이나 지속적인 요양을 필요로 하는 노인들은 별도의 요양병동이나 요양시설에 분리되어 수용하고 있다. 노인홈은 각 주정부산하의 시나 각 단체, 사회복지 기관들에 의해 운영되어지고 있으며 민영단체에서 운영하기도 한다. 노인 홈에서는 노인들에게 숙식과 의료적인 요양을 제공하고 있으며 이용자를 돌보는 요양인도 함께 생활하고 있다. 대체로 아파트의 형태로 되어 있으며, 거실과 침실, 필요한 경우 요양용 처치실이 제공된다. 대부분의 노인 홈의 실내는 임의의 시설물이 설치되어 있으며, 극히 일부의 노인 홈에서만 개인가구의 반입이 허용된다. 노인홈 거주자들은 의사를 선택할 수 있으나 대부분은 담당의사가 규칙적으로 노인 홈을 방문한다.

노인요양홈(Altenpflegeheim)은 만성질환에 걸린 노인이나 요양을 필요로 하는 노인에 대해 종합적인 보살핌을 행하는 곳이다. 노인병원과 같은 용도로 사용되며 완전시설요양, 주·야간 요양 등 부분시설요양도 실시한다. 장기간 또는 계속적인 보호와 요양을 필요로 하는 노인들을 위한 곳으로 숙식의 제공과 함께 부양, 보호, 요양의 업무가 동시에 이루어지는 시설이다. 노인 요양홈은 노인들의 건강상태를 다시 회복시켜 정상화시키는 것과 함께 노인들에게 남아있는 잔여능력을 유지 또는 강화시키는 것이 1차적 목표이다. 보통 노인 요양홈은 별도의 병동으로 분리하여 노인의 건강상태에 따라 두 시설에 교차수용하기도 한다.

노인종합시설(Altenzentrum)은 비영리 사립 사회복지단체이다. 양로원, 노인주택시설, 요양원, 주간보호시설 등이 한 곳에 모여 있는 종합적인 역할을 하는 곳이다. 시설종사원은 의사, 일정자격을 갖춘 요양원, 의료보건관계요원, 사회학전공의 상담요원, 식당관리사, 요리사, 보조원,

청소요원, 기술요원 등이 있다. 또한 정식 작업치료원이 치료서비스를 하고 있으며 상주 의사 외에 2명 이상의 전문의사가 정기적으로 시설을 방문한다. 요양비용은 보통 이용자의 연금으로 충당한다.

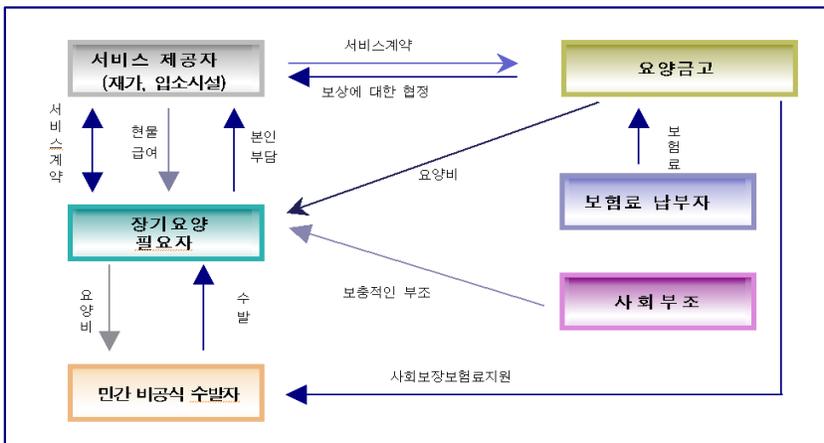
양로보호거주(Betreutes Wohnen)는 자택 거주와 시설 요양의 중간 형태이다. 타인의 도움 내지 요양이 필요한 사람들이 자신의 자택에 살면서 시설 보호인들에 행해지는 모든 종류의 서비스를 이용할 수 있게 하는 서비스이다. 이 시설은 요양수급자들의 욕구변화에 초점을 맞춘 것으로 이용자의 필요에 따라 간단한 수작업으로부터 일체의 가사업무와 기술적인 가정 문제까지도 서비스 받을 수 있다. 양로보호거주의 경우 요양수급자들은 주거지계약과 함께 자신의 상태와 필요에 따라 별도의 보호거주 계약을 체결하게 되며 이에 대해 요양수급자들은 보호거주서비스의 기본비용과 함께 개인적 서비스의 선택에 따른 추가비용을 부담해야 한다.

<표 3-8> 시설 종류

시설 종류	대상	특징
노인집합주택 (Altenwohnheim)	자립 가능한 노인	임대방식의 단독 세대용 거처 혹은 아파트 형식의 주택
노인홈 (Altenheim)	자립 불가능한 노인	숙식과 의료적인 요양을 함께 제공하며 수발요원이 항상 같이 있음 의사가 규칙적으로 방문함
노인요양홈 (Altenpflegeheim)	만성질환 등 요양을 필요로 하는 노인	노인홈 내에서 별도 병동형식 간병서비스, 의료관련 간병(주사, 투약등)정신적 활동 등
노인종합시설 (Altenzentrum)	-	양로원, 노인주택시설, 요양원, 주간보호시설 등이 한 곳에 모여 있는 시설
양로보호거주 (Betreutes Wohnen)	-	자신의 자택에 거주하면서 시설 서비스와 같은 모든 종류의 서비스를 받는 형태

자료 : 독일 연방 보건부

이처럼 다양한 장기요양보험급여를 수급자가 선택하여 서비스를 이용할 수 있다. 이를 위해 요양금고는 입소시설 및 재가서비스 제공자들과 개별적으로 서비스 계약 및 수가보상에 대하여 협상을 통해 체결하여, 장기요양 필요자에게 서비스를 제공할 수 있도록 그 역할을 하고 있다([그림 3-3] 참조).



자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집
[그림 3-3] 급여이용 체계

3. 급여수준 및 이용현황

1) 급여수준

급여는 <표 3-9>와 같이 이용서비스 및 등급별 급여 한도액 내에서 장기요양대상자에게 급여를 지급한다. 재가급여 중 월간현물급여는 3등급이 월간 1,550유로이고, 2등급은 980유로, 1등급은 420유로이다. 현금급여는 현물급여의 절반 수준으로 3등급은 월간 700유로, 2등급은 440유로, 1등급은 235유로이다. 부분시설급여로 주야간 시설급여는 3등급이 1,550유로, 2등급 1,100유로, 1등급 450유로이다. 독일은 2008년 3월 14일

“장기요양보장의 구조적인 지속적 발전을 위한 법”에 근거하여 장기요양제도를 개혁¹⁴⁾하였다. 재가 급여비용의 급여 개선 측면에서 주야간보호 한도액 인상하였다. 주야간보호와 재가현물급여, 현금급여를 혼합 이용시 총 한도액을 1.5배 인상하였으며, 50%이상 주야간보호를 이용할 경우 재가 현물급여 및 현금급여 100% 청구 가능¹⁵⁾하도록 하였다.

완전입소시설급여는 1등급이 1,550유로, 2등급 1,279유로, 3등급 1,023유로이다.

<표 3-9> 서비스별 · 등급별 급여 한도

(단위: 유로, 2012년 1월 기준)

구 분		1등급	2등급	3등급 (특별장애)
재가급여	월간현물급여	420	980	1,550 (1,918)
	월간수발수당 (현금)	235	440	700
대체급여 (연간4주)	친인척(현금)	235	440	700
	주간보호이용시	1,550	1,550	1,550
단기수발 (연간4주)	연 급여	1,550	1,550	1,550
부분 시설급여 (주간,야간)	월급여	450	1,100	1,550
보충급여	연간 급여	2,400	2,400	2,400

14) 주요 개혁내용

- ① 재가급여비용을 단계적(3단계, 2008년, 2010년, 2012년)으로 인상하고 시설급여에서 치매를 앓고 있는 장기요양대상자들을 위한 급여비용 인상
 - ② 요양관련 상담에 대한 권리의 도입
 - ③ 장기요양대상자와 그의 가족을 위하여 접근이 용이한 상담기관인 “장기요양지원센터” 설치
 - ④ 장기요양의 질을 향상시키며 주민들이 서비스 질이 좋은 시설과 좋지 않은 시설을 알도록 하며, 제공된 급여를 비교할 수 있도록 함
- 15) 독일장기요양보험법 제41조(주간보호와 야간보호) 4항 : 급여를 현물급여와 함께 청구한 경우 매월 비용총액은 규정된 장기요양등급에 따른 최고액의 100분의 150을 초과할 수 없음

(상당한 일반적 보호 필요시)				
(완전)입소시설급여	월간 시설요양 (정액)	1,023	1,279	1,550 (1,918)
장애자지원 (완전시설수발)	요양급여	시설급여액의 10%, 월간 최대 256		
규정되어 있는 보조재료	월급여	31		
기술적인 보조기구	급여액	비용의 90% 급여, 본인부담 상한 25유로		
주거개선	급여액	건당 2,557 그 외 적절한 자부담		
수발자에 대한 연금보험료지불 ¹⁶⁾	월 액	133 (111)	263 (222)	395 (334)

자료 : 국민건강보험공단(2012), 선함국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

2) 이용자 현황

1995년 장기요양이용자는 106만명이었으며 2001년 184만명(재가 126만명, 시설 58만명)으로 증가하였다. 2011년 말기준으로 232만명으로 증가하였다. 요양등급1의 수급자는 1996년도에 40.1% (620천명)이었으며, 요양등급 3등급은 16.6%(256천명)으로 제도가 시작되었다. 1996년 시설 서비스와 재가서비스의 급여수급자수 비율은 재가가 75.1%이고, 시설 24.9%였다. 2011년에는 요양급여 1등급은 56.0%, 2등급은 32.1%, 3등급은 11.9%로 나타났다. 제도시행이후 1등급은 증가하였고, 최종중인 3등급은 감소한 추이를 보였다.

16) 일주일에 적어도 14시간 이상 수발을 하고, 30시간 이상 일을 하지 않을 경우 그리고 연령의 이유로 완전연금을 수급하지 못할 경우

<표 3-10> 요양등급별 법정 요양보험의 급여수급자(연말기준)

(단위:천명)

연도	재가				시설*				총계			
	요양 등급 I	요양 등급 II	요양 등급 III	소계	요양 등급 I	요양 등급 II	요양 등급 III	소계	요양 등급 I	요양 등급 II	요양 등급 III	소계
1995				1,061								1,061
1996	508	507	146	1,162	112	163	110	385	620	670	256	1,547
1997	569	486	143	1,198	159	190	113	463	728	676	256	1,661
1998	617	472	138	1,227	188	211	113	511	804	682	251	1,738
1999	668	472	140	1,280	204	227	115	546	872	699	255	1,826
2000	682	448	131	1,261	211	235	116	561	893	683	246	1,822
2001	698	437	127	1,262	219	243	116	578	917	679	244	1,840
2004	746	427	124	1,297	245	259	125	629	991	686	249	1,926
2011	996	469	137	1,602	303	274	139	716	1299	743	276	2,318
백분율												
1995				100.0								100.0
1996	43.8	43.7	12.6	100.0	29.1	42.3	28.6	100.0	40.1	43.3	16.6	100.0
1997	47.5	40.6	11.9	100.0	34.5	41.0	24.5	100.0	43.9	40.7	15.4	100.0
1998	50.3	38.5	11.3	100.0	36.7	41.2	22.1	100.0	46.3	39.3	14.5	100.0
1999	52.2	36.9	10.9	100.0	37.4	41.5	21.1	100.0	47.8	38.3	14.0	100.0
2000	54.1	35.6	10.4	100.0	37.6	41.8	20.6	100.0	49.0	37.5	13.5	100.0
2001	55.3	34.6	10.1	100.0	37.9	42.0	20.1	100.0	49.8	36.9	13.2	100.0
2004	57.5	32.9	9.6	100.0	39.0	41.2	19.9	100.0	51.5	35.6	12.9	100.0
2011	62.2	29.3	8.5	100.0	42.3	38.3	19.5	100.0	56.0	32.1	11.9	100.0

참고 : * 1996년 7월 1일부터 시설급여 개시

자료 : undesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2011

2008년 현재 장기요양보험 법정보험 급여 이용자수는 총 약 211만 명으로, 재가 약 143만 명, 시설 약 68만 명이 장기요양보험 급여를 이용하는 것으로 나타났다. 등급별 시설 이용 비율을 살펴보면, I 등급의 경우 시설보다 재가서비스(60.1%)를 많이 이용하였고, II 등급과 III 등급의 경우는 시설을 많이 이용하는 것으로 나타났다.

<표 3-11> 장기요양보험 법정보험 급여 이용자수(2008년 현재)

(단위: 명, %)

구분	이용자 수(2008.12.31)		
	재가	시설 ¹⁷⁾	합계
I 등급	861,575	274,925	1,136,500
II 등급	439,605	273,016	712,621
III 등급	131,354	133,010	264,364
합계	1,432,534 (67.8%)	680,951 (32.2%)	2,113,485 (100%)
구분	등급별 시설 이용 비율		
	재가	시설	합계
I 등급	60.1	40.4	53.8
II 등급	30.7	40.1	33.7
III 등급	9.2	19.5	12.5
합계	100	100	100

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

장기요양보험 법정보험 급여 이용자는 월 한도액제 운영으로 총 급여비 중 한도액까지만 보험자가 부담하고 나머지는 본인이 부담한다(부분 보장보험). 저소득자의 경우는 지방정부에서 부담을 한다. 단, 시설급여에 있어 식비 및 숙박비(거주비)는 비급여이다.

제도 시행 이후인 1996년(시설서비스 개시) 이후 연도별 급여서비스에 따른 수급자 추이를 보면 <표 3-12>와 같다. 먼저 현금서비스는 1996

17) 시설: 상시입소시설, 부분입소시설(단기보호, 주야간보호)
전체 이용자의 22.5%가 65세 미만자

년 944천명에서 2000년 955천명, 2009년에는 1,035천명으로 늘어났다. 하지만 전체 서비스 중 차지하는 비중은 1996년 60.4%에서 2009년 45.5%로 감소한 것으로 나타났다.

다음으로 현물급여는 1996년 106천명에서 2000년 160천명, 2009년 178천명으로 나타났다. 급여서비스에서 차지하는 비중은 1996년 6.8%에서 2009년 7.9%로 나타났다.

현물과 현금을 혼합하여 이용하는 수급자는 1996년 135천명에서 2000년 193천명, 2009년 285천명으로 나타났고 전체 급여서비스에서 차지하는 비중은 1996년 8.7%에서 2000년 10.3%, 2009년 12.5%로 증가하는 것으로 나타났다.

주야간보호를 이용하는 수급자는 1996년 4천명에서 2000년 10천명, 2009년 29천명으로 나타났으며, 전체 서비스에서 차지하는 비중은 1996년 0.2%였으며, 2004년 0.8%, 2009년은 1.3%로 증가하는 것으로 나타났다. 2008년 개혁을 통해 주야간보호의 서비스 이용을 확대하였으나 증가 추이는 크게 나타나지는 않았다.

완전시설입소는 1996년 355천명에서 2000년 495천명, 2009년 614천명으로 나타났으며, 전체 서비스에서 차지하는 비중은 1996년 22.7%, 2000년 26.3%, 2009년 27.0%로 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다.

<표 3-12> 연도별 급여종류별 수급자 추이

(단위: 명, %)

급여종류	1996년	2000년	2004년	2009년
현금급여	943,878 (60.4)	954,684 (50.7)	959,580 (48.4)	1,034,561 (45.5)
현물급여	105,879 (6.8)	159,693 (8.5)	169,357 (8.5)	179,795 (7.9)
혼합급여	135,305 (8.7)	193,018 (10.3)	203,531 (10.3)	284,670 (12.5)
휴가지원	6,805 (0.4)	6,313 (0.3)	12,145 (0.6)	33,779 (1.5)
주간보호·야간보호	3,639 (0.2)	10,287 (0.5)	15,045 (0.8)	28,895 (1.3)
단기입소	5,731 (0.4)	7,696 (0.4)	9,989 (0.5)	16,542 (0.7)
완전시설입소	355,142 (22.7)	494,793 (26.3)	548,665 (27.7)	613,746 (27.0)
장애자의 완전시설입소	5,711 (0.4)	55,641 (3.0)	65,052 (3.3)	79,457 (3.5)
계	1,562,088 (100.0)	1,882,125 (,100.0)	1,983,363 (100.0)	2,271,445 (100.0)

자료 : undesministerium für Gesundheit, Pflegeversicherung in Zahlen, 2011

제4절 운영체제

1. 관리운영주체

독일의 장기요양보험 운영체제는 법정 장기요양보험과 사적 장기요양 의무보험으로 구분된다. 법정 건강보험가입자는 장기요양보험에 의무적으로 가입하고, 민간 건강보험가입자는 사적 장기요양보험의 가입자가 된다.

법정 장기요양보험 담당기관은 장기요양금고이며, 각 질병금고(총 약 250여개)에 하나의 장기요양금고가 설치되어 있다. 장기요양금고는 질병보험의 건물, 기술적 지원 및 직원을 공동으로 활용하고 있다. 재원조

달은 정해진 보험료를 안에서 장기요양금고가 책임지고 시설 유지 및 급여 지출을 운영한다. 장기요양금고들은 입소시설 및 재가서비스 제공자들과 개별적으로 서비스 계약 및 수가보상에 대한 협상을 체결한다. 이때 시설은 정부가 정한 최소한의 질 보장 기준을 충족해야만 계약이 가능하다.

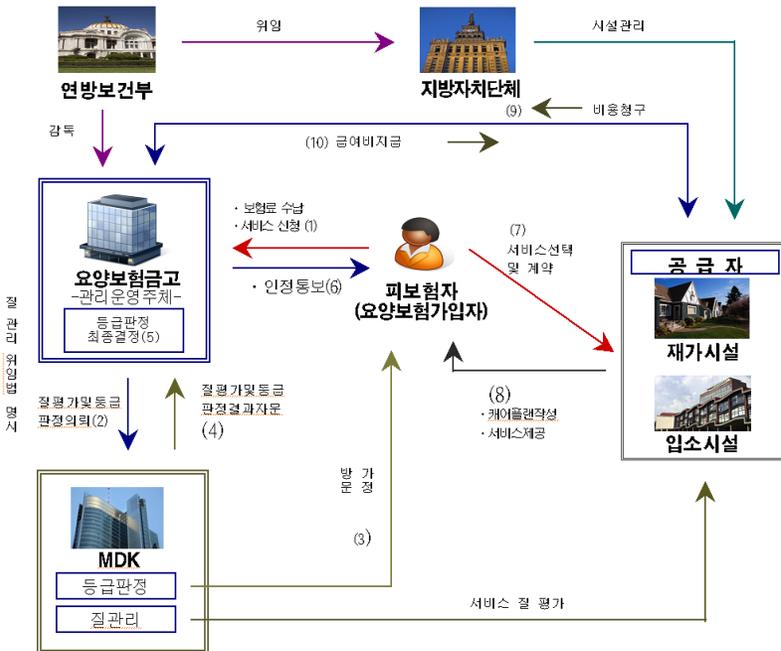
법정 장기요양보험 조합은 6개의 유형으로 구분된다. 일반지역질병조합(AOK), 기업질병조합(BKK), 수공업질병조합(IKK), 보충질병조합(EK), 연금보험-광산-철도-선원조합(KBS), 농민질병조합(LKK)이다. 이 중에서 일반지역질병조합(AOK)과 보충질병조합(EK)의 피보험자 가입률이 35%와 36%로 가장 높은 것으로 나타났다.

<표 3-13> 법정 장기요양보험 조합별 현황

구분	개 소	피보험자 가입률
일반지역질병조합(AOK)	14개(16개 자치주에 존재)	35%
기업질병조합(BKK)	130개	18%
수공업질병조합(IKK)	9개 (소규모상인, 수공업, 자영업)	8%
보충질병조합(EK)	6개(생산직1, 사무직5)	36%
농민질병조합(LKK)	9개	3%
연금보험-광산-철도-선원조합(KBS)	1개(통합)	

자료 : 국민건강보험공단(2012), 선협국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

운영주체별 역할에 대해 살펴보면 다음과 같다. 운영주체는 연방정부, 지방정부(의회), 보험자(장기요양보험금고), 질병금고의료지원단(MDK), 장기요양기관이 있다. 연방정부는 정책결정 및 제도 총괄, 지방정부 및 보험자 지도·감독 등의 역할을 한다. 지방정부(의회)는 시설인가 및 지도·감독, 수가 관리를 하며, 보험자(장기요양금고)는 재정 및 급여 관리, 수가관리, 최종 등급결정, 평가결과 공표 등을 한다. 질병금고의료지원단(MDK)은 등급인정조사, 장기요양기관 평가 등을 하며 자체 업무 없이 보험자가 위탁한 업무만 수행한다. 장기요양기관은 케어플랜 작성 및 장기요양급여를 제공하는 역할을 한다.



자료 : 국민건강보험공단(2012), 선협국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

[그림 3-4] 독일 장기요양보험 운영체계

보험자인 장기요양금고(Pflegekassen)는 요양보험의 관리주체로 질병금고 소속 하에서 독립된 법인(法人)으로 고유한 업무를 담당하고 자율 행정의 원칙 하에서 스스로 정관을 정하고 있다. 특히 질병금고로부터 독립채산제를 실시하여 재정적으로 독립되어 있다.

장기요양금고는 장기요양서비스에 대한 별도의 관리운영체계를 도입할 필요 없이 기존의 건강보험(질병금고) 조직과 인력을 이용하여 비용을 절감할 수 있으므로 조세방식보다 사회보험체계로 도입하였다. 기존 시스템을 활용함으로써 업무절차 간소화를 통한 비용절감, 조직의 간소화, 요양에 대한 경험, 의료서비스와의 연계를 통한 요양서비스의 효율화를 도모할 수 있다. 또한 피보험자를 위한 상담, 급여신청, 보험료의 결정, 급여공급자와 계약의 체결 등을 하나의 조직에서 효과적으로 수행할 수 있다. 뿐만 아니라 보험료 산정, 평가판정 등이 건강보험의 업무와 밀접한 관계가 있기 때문에 인력을 합리적으로 운영할 수 있다. 지방정부의 경우 비급여 대상, 본인부담금 일부 등 불충분한 급여에 대한 사회부조 프로그램을 운영하고 있다.

2. 장기요양기관 설치 및 지정, 인력기준 등

장기요양기관은 장기요양금고와 계약을 체결하고 계약기간동안 서비스(간호사, 노인간호사, 간호조무사, 요양보호사 등)를 제공한다. 장기요양금고는 서비스의 질과 가격에 대한 감독 책임을 지고 있으며 서비스 질 평가를 실시하여 규정된 요건을 충족하지 못할 경우 계약을 해지할 수 있다.



자료 : 국민건강보험공단(2012), 선형국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

[그림 3-5] 요양서비스 공급체계

독일 장기요양의 서비스를 제공하는 기관수는 재가시설 11,529개, 입소시설 11,029개 (2007년 말 기준) 으로 재가시설 수가 입소시설에 비해 조금 더 많다는 것을 알 수 있다.

<표 3-14> 장기요양기관 수 (2007년 말)

년도	재가	입소	시설형태별 구분 ¹⁸⁾		
			상시입소	단기보호	주야간 보호
2005년	10,977	10,424			
			9,414	1,529	1,779
2007년	11,529	11,029	9,919	1,557	1,984

자료 : 독일 연방통계청

재가시설의 비중 중 민간영리가 차지하는 비중은 62%이고, 민간비영리가 차지하는 비중은 37%, 공공기관이 차지하는 비중은 1%이다. 재가시설은 민간영리를 추구하는 시설 비율이 높다. 반면 입소시설의 비중은 중 민간 비영리가 차지하는 비중이 55%, 민간 영리가 차지하는 비중은

18) 상시입소시설에서 단기보호 병설시 중복 계산됨

40%, 공공이 차지하는 비중은 5%로 민간 비영리의 입소시설 비율이 높았다. 시설형태별로 살펴보면 단기보호나 주야간보호 시설보다 상시입소 시설을 더 많이 이용한다는 것을 알 수 있다.

장기요양 종사자의 인력 구조는 약 52%는 간호사 또는 노인 간호사로서 교육을 받은 자이며, 전문가 보조를 위해 노인 간호조무사, 간호조무사, 그리고 가사 관리와 정서지원을 제공하는 요양보호사 등이 있다.

이들은 <표 3-15> 서비스 제공인력 구조는 에서 알 수 있듯이, 비상근 피고용자로서 재가시설이나 입소시설에서 일하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 재가의 경우 상근 피고용자가 26.3%, 비상근 48.1%, 저임금 피고용자 22.4%였으며, 입소시설의 경우 상근피고용자 38.1%, 비상근피고용자 44.1%, 저임금 피고용자 10.1%이다. 재가의 경우 70.5%, 입소의 경우 54.2%가 근로가 불안정한 형태로 나타났다.

<표 3-15> 서비스 제공인력 구조

구분	재가		입소	
	인원 수	%	인원 수	%
상근 피고용자	56,354	26.3	208,201	38.1
비상근 피고용자	1032,181	48.1	240,870	44.1
저임금 피고용자	47,957	22.4	55,238	10.1

자료: 독일연방통계청, Wiesbaden 2007

제5절 재정체계

1. 재원조달방식

세계에서 가장 지방분권화가 잘 되어 있는 독일연방공화국은 국가장기요양보험제도에서도 중앙정부와 지방정부의 역할이 명확하게 구분되어 있다. 그 특성을 독일 장기요양보험제도의 재정시스템에서 알아볼 수 있다. 장기요양보험제도의 재정구조에서 경상적 운영비와 급여지출은 정해진 보험요율 안에서 장기요양금고가 책임을 가지고 있으며, 시설유지 및 투자는 주 정부의 책임으로 하는 이원화 구조를 가지고 있다. 이러한 이중 구조 하에서, 주 정부의 시설운영 및 투자에 있어 연방정부가 국고 보조금을 투입하거나 적자에 관한 보증은 없기 때문에 주 정부 자체적으로 시설 운영에 있어 효율성을 제고해야할 필요성이 있다.

1995년 제도도입 이후, 14년 동안 총 8회의 적자가 발생하였으며, 적자의 주된 원인은 급여비 지출 보다는 실업, 임금상승률의 감소 등의 보험료 수입 감소의 영향으로 나타났다.

독일 연방장기요양보험의 재원은 전액을 보험료에 의존한다. 이러한 재원조달 방식은 일본이나 한국의 '50% 보험료, 50% 조세'의 조달 방식과는 다르다고 볼 수 있다. 독일 장기요양 보험에서 보험료 납입 대상 및 보험료율은 직업의 형태 및 사회보험제도 대상의 종류에 따라 달리 구분되며 보험료율은 자녀의 여부 등과 같은 분류사항에 의해 조금씩 차이가 있음을 아래 <표 3-16>에서 볼 수 있다. 특이할 점은 국민연금 수혜자의 경우 국민연금에서 보험료 전액을 부담하고, 실업수당 수급자는 실업보험의 부담자가 보험료를 부담한다는 점이다.

<표 3-16> 독일 장기 요양 보험제도의 납부대상 및 보험료율

납부대상	보험료 부담부분
직장가입자	고용자와 피고용자가 각 50% 부담
자영업자	본인이 전액 부담
국민연금수혜자	국민연금에서 보험료 전액을 부담
실업수당수급자	실업보험의 부담자가 부담
공적부조수급자	사회부조기관이 부담

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

또한 보험료는 기존의 공적 건강보험제도와 동일하게 소득상한선 이내의 소득에 대해서만 부과를 하고 있다. 장기요양보험의 보험료율(기본)의 경우 제도가 도입된 1995년에는 1.0%, 1996년 7월에 1.7%, 2008년 7월 1.95%로 점차 상승하였다. 만약 무자녀의 경우 기본보험료에서 0.25%가 할증된다.

2. 재원구성 및 현황

<표 3-17>에서 알 수 있듯이, 독일 장기요양보험 재정 소요액은 점차 증가하는 것으로 나타났다. 특히, 재가서비스 보다는 시설에서 재정이 좀 더 많이 소요되는 것으로 나타났다.

재가와 시설을 합친 전체 재정 소요액은 2000년 15.9십억 유로에서 2010년 20.4십억 유로로 증가하였으며, 재가 서비스의 재정소요액은 2000년 8.4십억 유로에서 2010년 10.2십억 유로로 증가하였고, 시설 서비스의 재정소요액은 2000년 7.5십억 유로에서 2010년 10.3십억 유로로 증가하였다.

<표 3-17> 법정 장기요양보험 재정 소요액 2000-2010

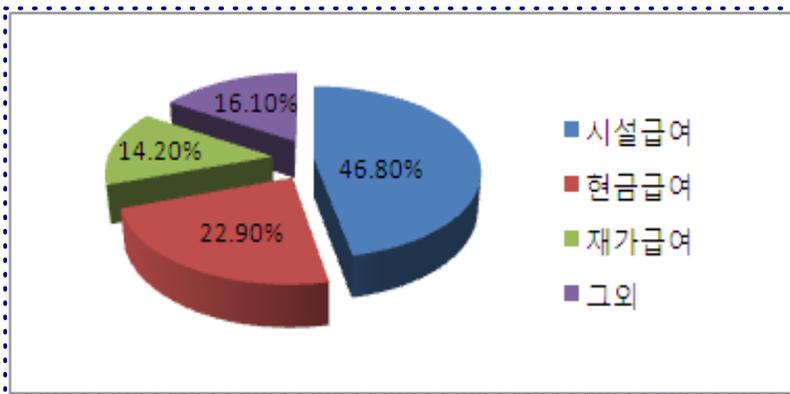
(단위:십억 유로)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
재가	8.4	8.2	8.3	8.2	8.2	8.2	8.2	8.4	8.9	9.6	10.2
시설	7.5	7.8	8.2	8.4	8.6	8.7	8.9	9.1	9.3	9.8	10.3
계	15.9	16.0	16.5	16.6	16.8	16.9	17.1	17.4	18.2	19.3	20.4

자료 : 독일 연방보건부

법정 장기요양보험 급여 유형별 재정 현황을 살펴보면 다음과 같다.

[그림 3-6] 법정 장기요양보험 급여 유형별 재정 현황을 살펴보면, 시설급여 재정현황이 46.80%로 비율이 가장 높은 반면 재가 급여가 14.20%로 재정현황이 제일 낮은 것으로 나타났다. 현금급여의 지출도 22.90%로 나타났다.



주 : 그 외서비스는 대체급여, 휴가연금, 보조기구, 추가급여 등 포함

자료 : 국민건강보험공단(2012), 선협국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

[그림 3-6] 법정 장기요양보험 급여 유형별 재정 현황(2010년)

장기요양보험의 수입과 지출을 분석한 결과 1995년 수입은 8.41십억 유로, 지출은 4.98십억유로로 당기 수지차액은 3.43억유로 흑자인 것으로 나타났다. 2006년 현재 총수입은 18.49십억유로, 총지출은 18.03십억유로로 당기수지는 0.46십억유로였다. 총 누적수지는 3.51십억유로로 나타났다. 1999년부터 2005년까지는 당기수지가 적자를 보였고 2006년 다시 당기수지 흑자를 나타냈다.

<표 3-18> 장기요양보험 수입과 지출 추이(1995년-2006년)

(단위 : 십억유로)

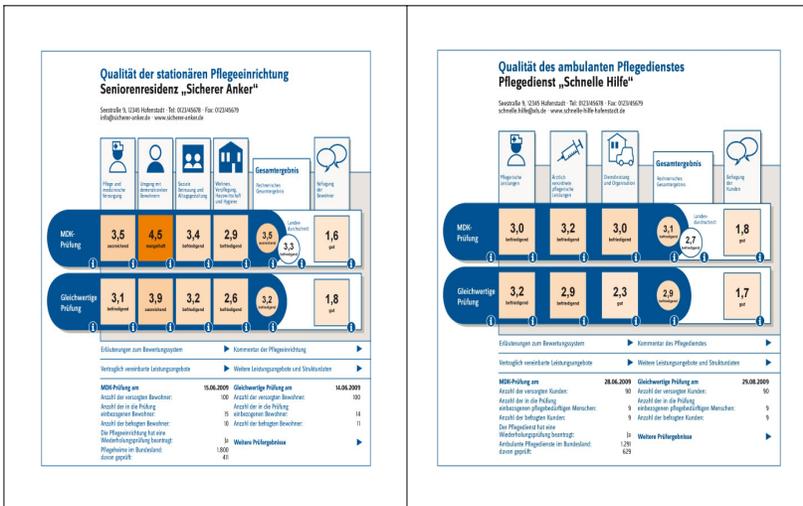
	1995년	1996년	1997년	1998년	1999년	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
□ 총 수입	8.41	12.04	15.94	16.00	16.32	16.55	16.81	16.98	16.86	16.87	17.49	18.49
- 요양금고 납부 보험료	6.85	9.84	13.06	13.04	13.32	13.46	13.66	13.57	13.30	13.28	13.98	14.94
- 조정기금 납부보험료	1.46	2.06	2.71	2.76	2.80	2.86	2.90	3.19	3.31	3.36	3.40	3.42
- 기타 수입	0.10	0.14	0.17	0.20	0.20	0.23	0.25	0.22	0.25	0.23	0.11	0.13
□ 총지출	4.98	10.86	15.14	15.88	16.35	16.67	16.87	17.36	17.56	17.69	17.86	18.03
- 현금급여	3.04	4.44	4.32	4.28	4.24	4.18	4.11	4.18	4.11	4.08	4.05	4.02
- 현물급여	0.69	1.54	1.77	1.99	2.13	2.23	2.29	2.37	2.38	2.37	2.40	2.42
- 휴가급여	0.13	0.13	0.05	0.06	0.07	0.10	0.11	0.13	0.16	0.17	0.19	0.21
- 주야간보호	0.01	0.03	0.04	0.05	0.05	0.06	0.07	0.08	0.08	0.08	0.08	0.08
- 추가지원서비스	-	-	-	-	-	-	-	-	0.01	0.02	0.02	0.03
- 단기지원	0.05	0.09	0.10	0.11	0.12	0.14	0.15	0.16	0.16	0.20	0.21	0.23
- 보호자 지원	0.31	0.93	1.19	1.16	1.13	1.07	0.98	0.96	0.95	0.93	0.90	0.86
- 보조구 및 기술지원 등	0.20	0.39	0.33	0.37	0.42	0.40	0.35	0.38	0.36	0.34	0.38	0.38
- 완전시설급여	-	2.69	6.41	6.84	7.18	7.48	7.75	8.00	8.20	8.35	8.52	8.67
- 장애인기관 완전시설지원	-	0.01	0.13	0.22	0.20	0.21	0.21	0.21	0.23	0.23	0.23	0.24
- 의료서비스비용 50%지원	0.23	0.24	0.23	0.24	0.24	0.24	0.25	0.26	0.26	0.27	0.28	0.27
- 행정지출	0.32	0.36	0.55	0.56	0.55	0.56	0.57	0.58	0.59	0.58	0.59	0.62
- 기타 지출	-	0.01	0.02	-	0.02	-	0.03	0.05	0.07	0.07	0.01	-
□ 수지차액	3.43	1.18	0.8	0.12	-0.03	-0.12	-0.06	-0.38	-0.7	-0.82	-0.37	0.46
□ 누적수지	3.43	4.61	5.41	5.53	5.5	5.38	5.32	4.94	4.24	3.42	3.05	3.51

자료 : Bundesministerium für Gesundheit

제6절 서비스 질 관리

장기요양금고는 서비스의 질과 수준을 확보하기 위해 지속적으로 서비스 질과 가격에 관련하여 감독과 책임을 지고 있다. [그림 3-7]과 같이 서비스에 대한 질 평가를 통해 서비스 질 관리를 책임지고 있다.

서비스 제공자들에게 요양서비스의 질 관리를 의무화하고, 서비스 질에 대한 평가를 장기요양금고와 서비스제공자 간에 계약의 일부로 포함하여 관리하도록 하고 있다. 시설사업자는 장기요양서비스 질 보장을 위한 자발적인 책임을 강화하고, 보험자와 시설사업자간 협약체결을 개선하도록 하고 있다. 하지만 아직 환자의 요양결과를 기준으로 한 질 향상 노력과 평가는 이루어지지 않고 있다.



자료 : 국민건강보험공단(2012), 선형국 장기요양보험 운영 사례조사를 위한 독일·스웨덴 출장 결과보고서

[그림 3-7] 평가결과 공개

현금으로 직접 수발비용이 지급되는 경우 서비스 질 감독은 다음과 같이 하고 있다. 우선 재가수발이 제대로 시행되고 있는지 여부를 조사하고, 정기적으로 장기요양금고와 계약을 맺은 재가사업소를 통해서 수발활동 점검을 실시하고 있다. 수발활동 점검요원 투입을 통해 수발자의 보호도 감안하며, 나아가 수발 요령을 강의하는 수발교육과정, 주간보호에 대한 조언상담 등의 조치를 한다. 전문수발요원(재가사업소의 간호사)의 투입은 요양금고의 요청에 의해 실시되는데 1, 2등급의 경우 최소 6개월에 1번, 3등급은 3개월에 1번씩 실시하고 있다.

제7절 주요 개혁 내용

1. 개혁 배경

독일은 장기요양보험 제도도입 이후 정착하는 과정에서 급여대상자의 선정, 급여의 종류와 수준, 급여전달체계의 정립, 재정안정화의 문제, 의료보험과의 연계, 시설급여의 품질관리 등 다양한 영역에서 문제점이 나타났다.

그동안 독일에서는 이러한 문제들을 해결하라는 사회적 요구가 끊임 없이 있어 왔고, 실제로 현안 문제들을 해결하기 위한 작은 개혁들이 지속적으로 시도되었다. 대표적인 예로는 장기요양보험에서 이용자보호 강화와 요양서비스 품질보장을 위한 조치(2001), 재가급여에서 상당한 일상 돌봄 필요가 있는 대상자에 대한 추가급여(2001), 통일된 노인수발 교육을 위한 법제정(2001), 자녀 없는 피보험자의 장기요양보험료의 추가부담(2005), 수발가족에 대한 실업보험의 보장(2006), 의료보험경쟁촉진법(GKV-Wetterbässtarkungs-gesetz)에 따른 장기요양 강화(수발보다

재활우선, 서비스제공자의 통합된 서비스 제공, 퇴원관리, 의료적·수발적 보호강화, 2007) 등이 있다(남현주, 2011).

이러한 과정에서 독일은 다양한 주체들이 제도개혁방안을 사회적으로 논의하였고, 제도 도입 13년 만에 치매·정신적 장애를 가진 자에 대한 서비스의 개선 및 재정적 대응 모색, 급여수준 인상, 급여전달체계의 개선을 내용으로 하는 "장기요양보험 개혁 2008"을 실시하였다(선우덕외, 2012).

2. 주요 개혁내용

2008년 독일장기요양보험제도 주요 개혁내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 재가요양급여 비용을 단계적(3단계, 2008년, 2010년, 2012년)으로 인상하여 시설급여에서 치매를 앓고 있는 장기요양대상자들을 위한 급여비용에 대한 인상이다. 개혁의 바탕에는 “시설급여보다 재가급여를 우선 한다”는 기본원칙이 지금까지 보다 더 강하게 반영하고 있다. 둘째, 요양관련 상담에 대한 권리의 도입(case management), 장기요양대상자와 그의 가족을 위하여 접근이 용이한 상담기관인 「장기요양 지원센터」 설치해야 한다는 것이다. 셋째, 장기요양의 질을 향상시키고, 이용자들이 서비스의 질이 좋은 시설과 좋지 않은 시설을 알고 제공된 급여를 비교 할 수 있도록 한다. 넷째, 개혁을 위한 대책을 강조하였다. 독일장기요양보험 개혁을 위한 대책으로 아래 <표 3-20>과 같다.

<표 3-19> 독일장기요양보험 개혁을 위한 대책

- 1) 장기요양지원센터 설치, 요양관련 상담에 대한 개인의 권리
- 2) 근로자를 위한 요양관련 휴가 도입
- 3) 급여의 단계적 상향 조정, 물가를 반영한 급여의 현실화를 위한 기반 조성
- 4) 제한된 일상생활 능력을 가진 사람들을 위한 급여의 확대와 등급 외자에 대한 조치
- 5) 서비스의 지속 확대를 위한 장려자금 및 자원봉사 장려자금 확충
- 6) 예방과 재활의 강화, 주야간보호의 개선
- 7) 서비스 질 확보의 강화와 투명성의 지속적인 제고
- 8) 사적 장기요양 의무보험에도 도입
- 9) 세대를 총괄하는 시민참여의 지원, 개인 스스로의 예방과 조치 강화

1) 서비스 급여 수준 개선

독일은 장기요양보험 개혁을 통해 장기요양보험 급여가 체감할 수 있는 수준으로 인상되었고, 지원에 대한 권리도 확충되었다. 서비스 급여의 경우도 3년마다 물가변동 추세에 따라 조정 필요 여부 검토를 의무화하고 있다. 2008년 개혁의 가장 큰 특징은 급여의 불충분성을 단계적으로 개선하자는 것이다. 2008년부터 2년마다 단계적으로 급여를 인상하였으며, 급여인상의 특징으로 무엇보다 재가급여영역을 중심으로 인상이 이루어 졌다는 것이다.

첫째, 재가급여의 인상조치에서 치매, 정신질환자, 지적 장애자에 대한 급여인상이 강화되었다. “장기요양급여보완법”(2002.4.1.)에 따르면 치매환자, 정신질환자, 지적장애자 등 등급판정과 무관하게 이른바 “0등급”에 속하는 대상자들은 장기요양필요성 1등급을 충족시키지 못하지만

정신적인 장애 등의 이유로 일반적인 감독과 지원이 필요한 장기요양대상자들에게 돌봄 수당(Betreuungsbetrag)으로 매년 460유로의 재가급여가 지급되었다. 하지만 이 금액은 여전히 부족하다는 평가를 받아왔다. 이에 2008년 개혁을 통해 돌봄 수당(Betreuungsbetrag)을 돌봄 필요성에 따라 기본수당으로 매월 100유로까지 추가수당으로 매월 200유로까지 지급하도록 하였다. 이에 해당하는 장기요양대상자들은 등급판정과 무관하게 실제 요양을 필요로 하는 정도에 따라 장기요양금고에서 연 2,400유로 한도에서 일정액을 지급받을 수 있도록 되었다. 이와 같은 개혁내용은 재가급여 중심적 급여인상 강화뿐만 아니라, 일상생활 수행에 기초한 장기요양필요성 개념의 확장을 배경으로 하는 개선으로 이해될 수 있다(남현주, 2011).

둘째, 주야간보호의 지원이 확대되었다. 주야간보호는 장기요양대상자가 원칙적으로 본인의 집에서 생활하며 주간이나 야간에 부분적으로 시설에서 요양서비스를 받는 제도를 말한다. 2008년 개혁에서는 주야간보호와 재가현물급여, 현금급여를 혼합을 이용할 경우 총 한도액을 1.5배로 인상, 50%이상 주야간보호를 이용할 경우 재가현물급여 및 현금급여 100% 청구가 가능하다는 내용을 포함하고 있다. 대체 장기요양서비스인력 지원비용도 단계적으로 인상하였다(2008년 1,470유로, 2010년 1,510유로, 2012년 1,550유로). 또한 18세 이하의 장기요양서비스가 필요한 아동에 대한 단기보호가 이전에는 허가된 노인요양시설에서만 서비스가 제공되었으나, 2008년 개혁 이후 장애시설 혹은 그 밖의 다른 적합한 시설에서도 가능하도록 하였다.

<표 3-20> 장기요양보험 급여인상
- 재가 현물급여서비스

요양등급	I	II	III*
지금까지의 서비스	384 유로	921 유로	1,432 유로
2008.7.1일 부터	420 유로	980 유로	1,470 유로
2010.1.1일 부터	440 유로	1,040 유로	1,510 유로
2012.1.1일 부터	450 유로	1,100 유로	1,550 유로

* 요양등급 III의 특수한 경우를 위한 월 1,918유로의 급여는 변동없음

- 현금급여

요양등급	I	II	III*
지금까지의 서비스	205 유로	410 유로	665 유로
2008.7.1일 부터	215 유로	420 유로	675 유로
2010.1.1일 부터	225 유로	430 유로	685 유로
2012.1.1일 부터	235 유로	440 유로	700 유로

요양등급	I	III(곤란한 경우)
지금까지의 서비스	1,432 유로	1,688 유로
2008.7.1일 부터	1,470 유로	1,750 유로
2010.1.1일 부터	1,510 유로	1,825 유로
2012.1.1일 부터	1,550 유로	1,918 유로

- 입소시설 서비스

* I, II 등급의 시설입소 현물급여금액(각 월 1,023, 월 1,279유로)은 변동이 없음

- 단기보호

요양등급	한도액	비 고
지금까지의 서비스	1,432 유로	-
2008.7.1일 부터	1,470 유로	-
2010.1.1일 부터	1,510 유로	-
2012.1.1일 부터	1,550 유로	-

자료 : 국민건강보험공단(2007), 독일장기요양보험 자료집

셋째, 2008년 개혁을 통해 개선된 서비스로는 5주 이내에 등급판정을 받을 수 있게 되었다. 병원입원, 호스피스환자 등은 1주 이내에 등급판정을 완료할 수 있게 되었다. 장기요양서비스를 이용하기 위한 최소한의 보험료납입기간 또는 피부양자로 등록된 기간이 5년에서 2년으로 단축되었고, 주수발자 휴가 등의 사유로 서비스를 계속할 수 없는 경우 지원하는 대체장기요양서비스 청구에 대한 최소수발기간을 12개월에서 6개월로 단축하였다. 대체장기요양서비스 인력 지원비용도 단계적으로 인상하였을 뿐만 아니라 주수발자 휴가기간까지도 장기요양금고에서 수발자의 연금 보험료를 부담하였다.

넷째, 장기요양 휴직(휴가)이 도입되었다. 재가서비스를 강화하기 위한 2008년 개혁의지는 단계적 급여인상의 내용에서 뿐만 아니라 새로 도입된 다양한 제도들을 통해서도 확인 할 수 있다. 특히 장기요양 휴직(휴가) 서비스는 재가에서 친족을 1주일에 14시간이상 수발하는 근로자(15인 이상 사업장에서 종사)는 최대 6개월까지 휴직이 가능하도록 하였고, 휴직(휴가)기간 동안 사회보험 유지(장기요양금고가 부담)할 수 있게 하

였다. 뿐만 아니라 휴가 시작 10일 전에 서면으로 청구, 시간제 휴직도 가능하다.

다섯째, 입소시설에서 의료서비스 이용이 개선되었다. 시설입소자에 대한 의료서비스의 이용문제는 장기요양보험과 의료보험간의 제도적 갈등 문제(공동경계선 문제)와 의사부족 및 의료 욕구과다 등의 복합적인 이유로 장기요양대상자들에게 커다란 불만 요소였다. 이는 2008년 개혁을 통해 장기요양시설은 입소자에게 충분한 의료서비스를 제공하지 못할 경우 지역 의사 또는 의료공급센터와 협력하여 외래진료 의사나 외래진료센터와 협력계약 체결을 가능하게 하였다. 만약 계약체결이 불가능할 경우에는 사설의사를 고용할 수 있도록 하였다.

2) 장기요양 지원센터 설립

2008년 개혁에서 장기요양지원센터를 설립한 취지는 장기요양대상자를 위한 총체적인 보호지원시스템을 구축하여 그들이 필요로 하는 욕구를 적절하게 분석하고, 상담을 통해 효과적인 사례관리를 하는 것이다. 특히 시설 선택과 사용에 대한 상담을 통해 시설의 투명성과 선의의 경쟁을 유도하여 서비스 품질 개선 효과를 얻도록 하였다.

모든 의료 및 장기요양서비스에 대한 상담과 연계를 통합(장기요양보험, 민간 장기요양 의무보험, 노인부조, 사회부조, 법정 질병보험, 민간 질병의무보험을 통합)하였고, 서비스 제공기관사이의 벽을 허물고, 기존의 상담기능을 최대한 활용하였다. 장기요양 필요자와 그의 친족들은 장기요양 신청이나 요양시설, 주간보호기관을 찾는 과정에서 도움과 지원을 받을 수 있도록 하였다. 청구서류, 정보, 구체적인 지원, 자원봉사 등 장기요양 필요자를 위한 모든 서비스를 제공하도록 하였다. 개별 주 정

부가 장기요양지원센터 설치 결정을 내리면 장기요양 및 질병보험 금고가 공동으로 추진하여 조식을 세우도록 하였다. 장기요양지원센터 한 개당 45,000유로까지 보조금 지급(자원 봉사자와 자조집단이 지속적으로 장기요양의 운영에 참여하는 경우 5,000유로를 추가로 지급)이 되었고, 지리적으로도 가깝고 접근이 용이한 주거지역에 설치되도록 하였다. 운영비용은 공동 분담하되, 장기요양금고에 분담되는 금액이 질병금고보다 크면 안 된다. 장기요양 지원센터에는 반드시 장기요양상담 전문 인력이 상주하여 개인 필요에 맞춘 포괄적인 상담(서비스 플랜)을 제공하고, 장기요양 지원센터가 없는 곳에도 장기요양금고는 상담을 위한 전문 인력을 배치하도록 하였다.

3) 서비스 질 향상

2008년 개혁은 장기요양서비스의 품질을 향상시키기 위한 조치를 보완하였다. 이번 개혁에서 법에 새로이 명시된 것은 입소시설과 장기요양서비스기관의 서비스품질을 보장하기 위해 사용될 전문가 평가기준이다. 이를 통해 장기요양인력에게 요양서비스에 대한 전문적인 기준이 제공되었다. 장기요양금고 최상위 협회, 사회복지부의 연방협의체, 지역 최상위협회의 연방 연합, 연방수준의 요양시설협회가 전국적인 질 관련 기준 개발하여 모든 장기요양기관들이 2010년 말에 최소한 한 번의 평가를 받도록 하였다. 이후 2011년부터는 장기요양기관(재가, 시설)에 대해 정기적인 평가가 매년 최소 1회 이루어지도록 하였다. 질병보험 의료지원단(MDK)이나 전문평가자에 의해 사전통고 없이 검사가 이루어지도록 하였다. 검사는 요양시설 돌봄서비스의 실효성 및 장기요양필요자의 신체 상태와 심리적 만족도를 기준으로 평가하였고 질병보험의료지원단(MDK)은 평가 후 장기요양기관의 결함에 대해 질적 개선을 위한 권고

를 할 수 있도록 하였다. 시정기한까지 밝혀진 결함을 시정하지 않는 경우 장기요양금고는 장기요양기관과의 계약을 파기할 수 있다. 평가결과는 인터넷, 장기요양지원센터, 시설 등에 공표되며, 시설은 최근의 검사 관련 자료, 평가시스템에 근거한 평가 판정결과와 요약내용을 잘 보이는 곳에 공개 게시하도록 하였다. 평가 결과를 이해하기 쉽도록 신호등 혹은 별등급체계로 표시하는 시스템을 개발할 예정이다. 이와 같이 2008년 개혁은 전문가표준의를 도입하여 무엇보다 장기요양서비스 품질을 보장하고 향상시키기 위해 서비스 품질 평가를 강화하였다.

4) 기타

2008년 개혁은 자원봉사 참여를 강화하도록 하였다. 자원봉사 그룹을 서비스제공자 범위로 끌어들이어 지원을 유도하였다. 이를 위해 주와 지자체 공동재원 포함 최대 총 5000만유로까지 지원하도록 하였다. 점차 젊은 인구비중의 감소로 잠재적 수발자 비중 또한 감소하게 되어 대체자원이 필요할 뿐만 아니라, 친족수발자에 대한 일정한 휴식 시간이 제공되어야 함에 따라 자원봉사적 참여를 강화하였다. 이에 소요되는 비용은 장기요양보험 재정에서 지원할 수 있도록 하였다.

2008년 개혁에 따라 보험료는 2008년 7월 1일자로 기존 1.7%에서 1.95%로 0.25% 상승 인상하였다. 인상된 보험료로 2015년 중반까지 재정 충당이 가능하게 되었다. 또한 자녀가 없는 경우 보험료율 0.25% 가중 부과하여(총 2.0%) 납부하도록 하였다. 이로 인해 매년 약 25억 유로의 추가 보험료 수입이 가능해졌다. 그러나 동시에 2008년 1월 1일자로 고용보험료율을 0.3%p 하향조정을 하여 국민이 부담하는 사회보험료율에 변화가 거의 없도록 하였다.

2008년 개혁에서는 재활서비스를 한층 강화하였다. 이에 피보험자가 재활치료대상자로 판단되고 본인이 원할 경우 장기요양금고는 재활치료 기관에 이를 알리도록 하였다. 이러한 통보는 동시에 재활치료 신청으로 간주되어 곧바로 재활치료가 이루어지도록 하였다. 질병금고에 의해 재활조치가 적시에 이루어지지 않으면 장기요양금고에 3,072유로의 조정 금액을 지불해야 한다. 그리고 재정적 인센티브를 통해 재활노력을 장려 하도록 하였다. 요양시설이 재활에 대해 적극적으로 노력하여 요양필요 자가 한 단계 낮은 등급을 받을 경우 1,536유로의 인센티브를 지급하도록 하였다. 단, 6개월 내에 다시 이전 등급으로 상승되면 인센티브를 환수해야 한다는 조건이다.



제4장 네덜란드

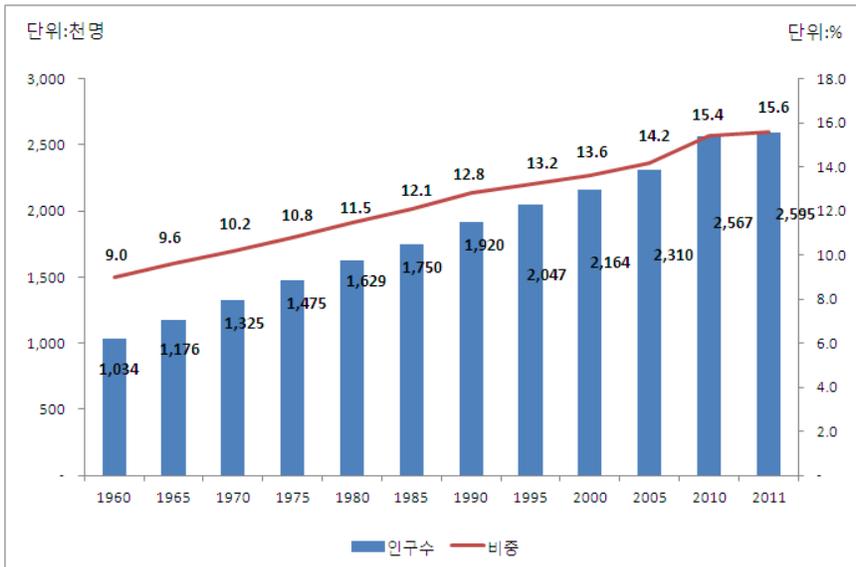


제4장 네덜란드

제1절 개요

네덜란드의 보건의료와 장기요양체계는 특정 소득 수준까지 모두 가입해야 하는 의무적인 건강보험, 소득 상한 위의 고소득층을 위한 민간 건강보험, 전체 인구를 대상으로 민간보험으로 분산하기 어려운 위험을 보장하는 공공 지원체계 등이 있다(OECD 2005).

2011년 현재 네덜란드의 인구 약 1,666만명이며, 이중 65세 이상 인구의 비중은 15.6%인 260만명이다.



자료 : OECD Health data, 2012

[그림 4-1] 65세 이상 인구 비중(네덜란드)

65세 이상 노인인구(고령사회)는 2000년 13.6%에서 2010년 15.4%로 급증하고 있으며, 2030년 25.6% 예상되고 있을 만큼 고령화가 빠르게 진행되고 있다(OECD Health data, 2012). 이러한 고령화 현상에 대비하고자 네덜란드는 일찍이 장기요양보험제도의 준비에 각고의 노력을 기울여왔고, 1962년 보건복지부장관인 Veldkamp가 전체 국민을 대상으로 중요한 질병에 대한 재정적 부담을 감소하려는 보험에 대한 계획을 수립하였다. 이것은 심각한 선천적인 장애, 정신장애 등으로 장기적인 요양과 간호를 받아야 하는 사람을 염두에 둔 것으로 이런 질병이 발생할 위험요인이 특별히 크지는 않지만 이런 질병이 발생한 경우 누구도 이런 비용을 감당하기 어렵기 때문에 '보험에 적용되지 않는 예외적인 의료적 비용'이라는 용어를 사용하였다. 장기요양보험(The Exceptional MedicalExpenses Act (AWBZ)은 1967년 입법화되어 1968년부터 실시되었다.

이러한 네덜란드의 장기요양보험(AWBZ)은 건강보험과는 별도로 운영되고 있으며 장기요양대상자를 정하는 등급판정기관(CIZ)으로부터 등급판정을 받아 장기요양서비스를 제공받는 체계를 갖고 있다.

<표 4-1> 장기요양보험(AWBZ)의 기본 철학 및 목적

<ol style="list-style-type: none"> 1. 철학 : 장기요양서비스를 필요로 하는 사람과 노인들에 대한 책임은 가족이 아니라 정부에 있음 2.제도의 목적 : 건강보험에서 제공되지 않거나 고액 중증 질환자 및 장기요양 환자 등에 대한 의료보장을 제공 3.정책의 목적 : 장기요양환자, 심신·지적장애자에게 사회가 지불가능한 수준의 좋은 질의 서비스를 보장(2008년)

자료 : The Voluntary AWBZInsurance Act

이 보험은 강제적용이 되며 가입자는 법에 의한 기여금을 납부해야 한다. 이법에 의한 급여 이용 여부와 관계없이 보험에 가입되어야 한다. 1999년 네덜란드의 연금이나 다른 사회보험의 적용을 받아 급여의 대상이 되지만 외국에 살고 있어 실제로 혜택을 받을 수 없는 사람들을 위하여 보험 가입에 대한 법을 제정하여 2000년부터 자발적인 장기요양보험제도(The Voluntary AWBZ Insurance Act)가 시행되었다(최병호 외, 2005).

제2절 적용대상

1. 피보험자 및 급여대상자

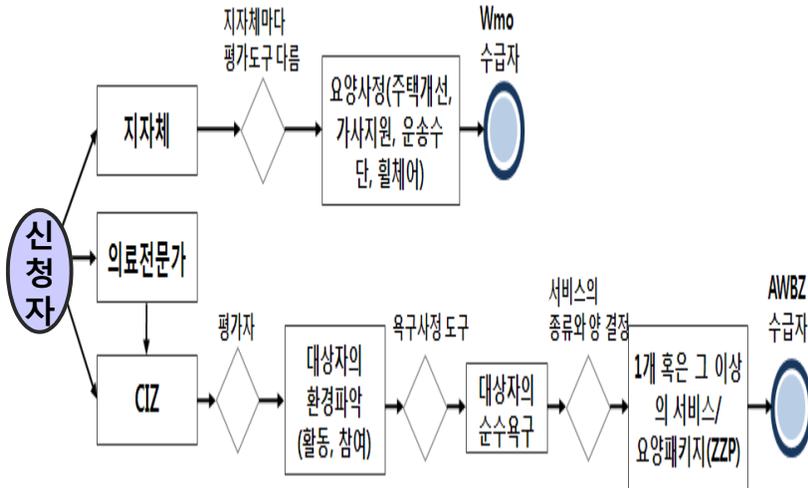
전 국민 대상으로 일정 소득 이상인 자가 장기요양보험의 의무 가입자이며 장기요양대상자는 장기요양환자, 고액중증질환자, 장애인, 정신질환자들로 구성된다. 구체적으로 장기요양보험(AWBZ)은 국가보험으로 다음의 경우 보험가입자가 된다. 첫째, 네덜란드 거주자는 보험가입자가 된다. 네덜란드에 살고 있는 사람은 국토범위에 살고 있는 사람을 의미하지만 다른 곳에 살고 있는 사람도 가능할 수 있다. 둘째, 네덜란드에 고용되어 있어 세금을 납부해야 하는 비거주자이다. 셋째, 1999년 법에 의해 국가보험의 가입이 제한되는 비거주자이다.

이 적용에서 네덜란드 국민인지 아닌지는 중요하지 않지만 국민이 아닌 경우법적으로 네덜란드의 거주가 허용되어 있어 장기요양보험(AWBZ)의 적용에 문제가 없어야 한다. 이 법에 의한 급여를 받기 위해서는 사회보험, 민간보험, 공무원보험과 같은 실제적인 보험에 등록되어야 한다. 이런 보험은 장기요양보험(AWBZ)을 등록하도록 되어 있다. 이들 보험은 장기요양보험(AWBZ)을 적용하는 실제적인 보험자로서 역할

을 한다. 이들이 사회보험이나 민간보험을 종료하면 장기요양보험(AWBZ)은 자동으로 종료된다. 외국에 거주하는 사람은 장기요양보험(AWBZ)에 가입 신청을 해야 한다. 가입 기간은 1년이며 매년 갱신하는 것으로 되어 있다. 가입자가 사전에 가입을 원치 않는다는 것을 통보하지 않으면 매년 자동으로 가입하는 것으로 되어 있다.

2. 인정조사 및 등급판정 체계

장기요양보험의 인정조사와 등급판정 흐름도는 다음과 같다<그림 4-2>. 장기요양 서비스 신청방법은 서면, 유선, 인터넷을 통해 대상자 직접 혹은 대리 신청가능하며, 대리 신청인 경우 위임사유 및 신청자의 동의 여부를 신청서에 기재하여야 한다.



[그림 4-2] 장기요양보험 등급 판정 흐름도

등급판정은 대부분 유선면담으로 요양필요정도(등급판정) 및 서비스의 종류를 결정하게 된다. 대부분 CIZ 직원 1명이 실시하나 필요시 전문가에게 의뢰하고 그래도 판단이 힘들 경우 의사진단서 요청할 수 있다. 하지만 거의 대부분 유선면담으로 판정하며 방문판정은 극소수이다. 이러한 절차는 더욱 간소화돼 현재의 경우 아주 간단한 사례는 인터넷에서 직접 대상자가 입력하면 CIZ 직원이 입력내용에 대해 확인 후 등급판정 받을 수 있도록 하고 있다.

등급판정 결과는 최고 5년간 유효하며 골절수술 후 일시적인 기능 장애와 같이 기능상태 회복이 확실하게 예상되는 경우 유효기간을 단축할 수 있다. 또한 모든 장애발생 원인과 무관하게 건강상태, 육체적인 장애정도, 심리적 사회적인 기능, 가정과 환경, 공식적 비공식적 요양제공의 가능성과 지속성을 반영하여 상당히 관대하게 선정하는 것이 특징이다. 네덜란드의 장기요양체계는 서비스 수급자의 수급자격 측면에서 볼 때 상당히 관용적이라고 할 수 있다. 또한 자산조사도 없으며, 연령이나 장애 종류에서도 포괄적이고, 장애정도의 측면에서도 기준이 매우 낮다.

급여대상이 될 수 있는 자격조건으로는 크게 건강 및 신체기능 상태, 가족지원 여부, 소득조사실시 여부 등이 있는데, 먼저 건강 및 신체기능 상태의 조건으로는 독일이나 네덜란드 모두 장애발생의 원인과는 무관하게 ICF 체크리스트에 제시된 ADL과 IADL의 측정을 통하여 장애 정도만을 기준으로 하고 있다.

<표 4-2> 장기요양보험의 신청서 기재항목

항목	상세 항목
신청자	이름, 주민등록번호, 생년월일, 성별 주소 (행망주소, 실거주지, 우편받을 주소) 결혼 여부 (결혼, 배우자 사별)
배우자	배우자의 이름, 주민번호, 성별, 생년월일, 동거여부
부모/법 적책임자	부모(법적 책임자)의 이름, 유형, 주소, 전화번호
가족사항	배우자 외 가족관계 (모두 기재) 가족들의 이름, 생년월일, 관계
주수발자	주수발자의 이름, 주소, 전화번호 (2명까지 기재) (없을 경우 신청자를 가장 잘 알고 있는 사람 기재)
보험사	신청자가 가입한 보험사의 명칭, 보험가입자번호
주치의	주치의의 이름, 주소, 전화번호
신청사유	질병명, 증상 (자유롭게 기재) 질병 및 증상으로 현재 겪고 있는 문제들 - 서비스 종류 (선택) ▪ 신체활동지원 ▪ 간호 ▪ 일상생활지원 ▪ 시설입소 ▪ 치료 ▪ 잘 모르겠음 - 필요한 서비스 기간 (선택) ▪ 3개월미만 ▪ 3~6개월 ▪ 6~12개월 ▪ 1년이상 ▪ 모름
희망 서비스	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 신체활동지원 ▪ 간호 ▪ 일상생활지원 ▪ 시설입소 ▪ 치료 ▪ 잘 모르겠음 - 필요한 서비스 기간 (선택) ▪ 3개월미만 ▪ 3~6개월 ▪ 6~12개월 ▪ 1년이상 ▪ 모름
비공식 케어	자원봉사자, 가족, 이웃, 친구의 도움 여부 이들의 도움이 향후 변경되는지 여부와 사유
세부사항	신청서에 없는 사항이나 더 자세하게 설명하고자 하는 부분 자유롭게 기재
서명	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 조사에 필요한 신청자의 정보(의료정보) 제공에 동의하는가? (주치의, 다른 치료자, 현재 서비스 받고 있는 기관, CIZ 보유 정보) ▪ 신청자의 서명 (날짜, 장소, 서명) ▪ 대리인 서명(이름, 전화번호, 관계) - 신청자가 직접 서명하지 않은 이유 - 신청인이 신청에 동의 여부, 동의하지 않았다면 사유 기재

여기서 정부조직인 CIZ(Centrum Indicatiestelling Zorg)에서 담당하며 욕구사정은 우리나라 등급판정 기능과 유사한 역할을 담당하게 된다. 우리나라처럼 공단(보험자) 산하에 등급판정위원회 같은 별도의 기구가 최종적으로 등급판정을 하지 않고, CIZ에 소속된 직원 1인(필요한 경우 전문가팀 구성)이 등급판정을 실시하게 된다.

CIZ(Centrum Indicatiestelling Zorg)는 장기요양보험 신청자에 대한 등급판정을 한다. 기존에는 지역평가위원회(Regional assessment boards, RIO)에서 전문가팀(간호사, 사회복지사, 의사)에 의해 임의적 재량에 의한 수급자격을 판단하였으나 표준화된 평가도구를 통한 객관적인 평가체계 마련을 위해 2005년 4월 CIZ 설립하였다. 조직구조로는 1개 본부와 6개 지부, 감사위원회가 있다. 독립적인 평가기관이며, 공적 요양서비스의 기능을 통제한다. 제공되는 서비스로는 대상자의 욕구 사정, 고객 상담, 장기요양 신청, 입소를 위한 의사결정 지원 등을 한다.

조사방법을 살펴보면 등급판정은 대부분 유선면담으로 요양필요정도(등급판정) 및 서비스의 종류를 결정하는 구조로 되어 있다. 대부분 CIZ 직원 1명이 실시하나 필요시 전문가에게 의뢰하기도 한다. 그래도 판단이 힘들 경우 의사진단서 요청할 수 있다. 하지만 거의 대부분 유선면담 판정하며 방문판정은 극소수인 상황이다. 현재의 경우 아주 간단한 사례는 인터넷에서 직접 대상자가 입력하면 CIZ 직원이 입력내용에 대해 확인 후 등급판정 받을 수 있도록 하고 있다.

등급판정 인력을 담당하는 평가자의 자격(Needs assessor)은 대학졸업 학력을 가진 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 기타 치료사 등으로 구성되는데 필요한 경우 전문가 팀을 구성하여 조사를 담당한다. 이는 복잡한 문제를 가진 신청자에 대한 판정을 해야 하는 경우에 해당된다.

<표 4-3> ICF 체크리스트

구분	체크리스트	평가지
인구통계 학적 정보	성별, 소득, 학력, 결혼, 직업, 동거가족, 직업상태, 종교, 주거, 장애관련 정보 등	
신체구조 기능	○신경계구조(5개), ○눈·귀 및 관련구조(6개), ○발성 및 언어능력관련 구조(4개), ○심혈관계, 면역계 및 호흡기계 구조(2개), ○소화기계·대사계·내분비계 관련구조(2개), ○비뇨생식기계 및 생식기계관련 구조(2개), ○운동관련구조(7개), ○피부 및 관련구조(1개), ○그 외 기타 신체구조(Any other body structures)	0: 손상없음 1: 경도손상 2: 중도손상 3: 고도손상 4: 완전손상 8: 분류되어 있지 않음 9: 적용불가
활동제한 과 참여제한	○학습 및 지식의 적용(11개), ○일반적 과제와 요구(General task and demands_4개) ○의사소통(10개) ○이동(12개) ○자기관리(7개) ○가정생활(5개) ○대인관계(6개) ○주요 생활영역(Majors life areas_6개) ○공동체생활, 사회생활 및 시민으로서의 생활(5개) ○그외 기타 활동과 참여	0: 어려움 없음 1: 경도 어려움 2: 중도 어려움 3: 고도 어려움 4: 완전 어려움 8: 분류되어 있지 않음 9: 적용불가
환경요인	○지원과 관계(7개) ○태도(9개) ○자연환경 및 인위적 환경 변화(5개) ○제품과 기술(11개) ○서비스시스템 및 정책(12개) ○그 외 기타 환경요인	0: 방해요인 없음 1: 경도방해요인 2: 중도방해요인 3: 고도방해요인 4: 완전방해요인

장기요양인정(등급판정) 결과는 <그림 4-3>에서 제시한 욕구사정 모형(Funnel model for assessment)에 의해서 등급판정과 서비스 종류와 양을 결정하게 되는 구조를 취하고 있다. 이에 대해서 구체적으로 살펴보면 욕구사정 모형의 1단계(문제 분석)에서는 피보험자의 요양 상황을 파악하게 되는데 여기서는 표준화된 평가도구인 ICF(International Certification of Functioning, Disability and Health, WHO)를 활용하여 결정하게 된다.

판정결과는 장애점수(0 ~ 3점)에 따라 다음과 같이 등급을 부여하게 된다.

※판정을 통한 등급

1. 0점: 다른 사람 도움 필요없음
2. 1점: 일주일에 1~6번 정도 다른 사람 도움필요
3. 2점: 하루에 1~2번 정도 다른 사람 도움필요
4. 3점: 지속적으로(3번 이상/1일) 다른 사람 도움필요

2단계(해결책 분석)에서는 신청자의 필요한 AWBZ 요양의 총량 결정하게 되고, 3단계(해결책 분석)에서는 순수하게 필요한 AWBZ 요양의 총량을 결정하고 마지막 4단계(의사결정)에서는 최종적으로 신청자의 AWBZ하에서의 재가 혹은 시설급여(ZZPS1-10) 결정하게 된다. 이러한 욕구사정의 모형은 다음과 같다.



[그림 4-3] 욕구사정 모형

등급판정 결과는 5년간 유효하며, 기능상태 회복이 확실하게 예상되는 경우 유효기간을 단축할 수 있다(예: 골절수술 후 일시적인 기능 장애 등). 또한 유효기간이 경과하면 다시 판정하며 이 역시 유효기간은 5년으로 명시되어 있다. 등급판정 결과에 따라 시설급여 판정을 받은 신청자는 세부적으로 다양한 기능상태를 고려하여 10가지의 세부등급으로 나뉘지게 된다. 이에 따라서 시설급여의 서비스 내용과 수준도 달라지게 된다.

제3절 급여 체계

앞서 살펴본 바와 같이 네덜란드의 장기요양보험(AWBZ)의 경우 전문 등급판정 기관인 CIZ에서 욕구사정 및 등급판정(서비스 종류 및 양 결정)을 실시하고, 각 지자체에 설치된 지역요양 사무소는 현물급여를 제공하는 장기요양기관과 NZa에서 결정한 상한액 이하로 수가를 계약하고 서비스를 구매할 수 있다. 여기서 NZa는 장기요양 서비스와 시설을 감독하는 기관이다. 지역요양사무소는 민간보험사의 연합체로 보험사는 법적인 독립체인 지역요양소를 운영하나 정부에서 제시한 조건을 만족하여야 하며 해당 지역의 피보험자를 위한 장기요양을 시행하는 하나의 보험자의 역할을 한다.

정부의 요청에 의해 NZa는 전국 32개 지역요양사무소에 대한 예산을 산출하고 해당 지역요양사무소는 장기요양 예산을 배정받아 지출에 대한 책임을 갖고 장기요양서비스를 가능한 효율적으로 구매하여야 한다. 만약 예산이 부족하면 해당 지역 내 장기요양기관간의 지출액을 재분배하거나 지역요양사무소간 예산을 재분할 수 있으며 그래도 해결할 수 없으면 NZa에 의뢰하게 된다. 또한 지역요양사무소의 성과가 나쁘면 다른 건강보험사에게 운영허가권을 줄 수 있다. 현재 지역요양사무소의 효율적 운영에 대한 인센티브 기전이 없고, 통제 구조가 투명하지 않아 조직 구조에 대한 비판이 많다. 또한 지역요양사무소는 해당 지역 수급자에게 장기요양서비스에 관한 정보를 제공하는 역할을 담당하게 된다. 네덜란드의 현금급여인 개인예산제(personal budget)는 지역요양사무소에서는 예산규모만 통제하며 지불은 담당하지 않음. 2003년 4월부터 현금급여시 개인계정으로 직접 돈이 입금되며, 지출에 대한 영수증은 지역요양사무소에 제출하여야 한다.

1. 장기요양보험(AWBZ)의 급여

중요한 점은 네덜란드의 장기요양제도는 크게 사회보험인 장기요양보험(AWBZ)과 지자체 운영의 사회복지서비스체계(Wmo)로 구분된다는 점이다.

AWBZ에서 이루어지는 요양급여에는 현물급여와 현금급여 두 가지가 모두 포함되는데 시설요양의 경우 현물급여로 제한되며, 재가요양의 경우에만 서비스 유형에 따라 현물급여나 현금급여를 선택적으로 수급할 수 있다. 즉, 현물급여 대신에 개인예산(Personal Budgets)이라고 하는 현금급여를 선택하고 그 비용을 지급받아 자신이 선택한 요양제공자에게 직접 비용을 지불하는 방식이다.

AWBZ에서 제공하는 급여로는 개인요양(personal care), 간호요양(nursing care), 지원안내(supportive guidance), 활동안내(activating guidance), 진료(treatment), 입원시설(accommodation) 이용 등이 있다.

구체적으로 AWBZ에서 제공하는 개인요양(personal care)에는 세면, 옷입기, 면도, 약 복용, 안약 넣기, 화장실 도움 등과 같은 신체활동 지원 서비스와 일상활동 지원서비스(assistance)가 제공된다. 일상활동 지원서비스에는 대상자의 독립적인 생활을 위해 일상생활의 실용적 일들을 직접 계획할 수 있도록 지원하는 것(하루 일과를 계획하는 것 돕기)으로 1:1 지원뿐만 아니라 그룹 내 데이케어 서비스도 포함하고 있다.

또한 간호요양(nursing)에는 의료적 도움으로 상처치료, 자가 주사 도움과 질병의 회복 또는 재활(뇌질환 후 다시 걷기), 기술과 행동개선(분노 다스리기)과 같은 치료서비스(treatment)가 제공된다.

AWBZ 이용자수(2007년, 가사지원서비스 제외)는 588천명(전체인구의 3.6%)으로 재가 335천명(57%), 입소시설 253천명(43%)이며 점차 증가하고 있다.

<표 4-4> 2007년 AWBZ의 이용자 수

구 분	계	시설 요양	재가 요양
계(명)	588,000	253,000	335,000
노인 소계	391,000	164,000	227,000
노인, 신체장애	319,000	109,000	210,000
노인, 치매	72,000	55,000	17,000
장애인	113,000	66,000	47,000
정신질환	84,000	23,000	61,000

지자체에서 운영하는 사회복지서비스인 Wmo는 장기요양보험과 더불어 장기요양서비스의 핵심적인 서비스 급여이다. 이는 사회복지법(Law on Social support)에 의해 지방자치단체가 운영하는 사회복지 서비스체계를 총칭하는 것으로 2007년부터 가사지원서비스(domestic help)는 AWBZ에서 Wmo로 이전되었다. 정부는 지방자치단체에 Wmo에서 예산(일반 보조금) 배분하여 재정을 충당하고 있으며 서비스를 효율적으로 운영 시 재정적 인센티브를 받을 수 있다. 이러한 Wmo서비스 내용은 주로 가사지원서비스(organize and support households), 휠체어(wheelchairs), 주택개조(housing adaptaions), 운송수단 (transportation facilities) 등이 있다.

다음으로 현금급여인 개인예산제(personal budget)가 있다. 네덜란드의 장기요양체계는 수급자격에서 상당히 관대한 것이 특징이어서 결과적으로 사회적 장기요양 비용도 높다. 네덜란드는 장기요양 서비스인력의 부족으로 수급자가 서비스를 받고자 장기간 대기해야 하는 문제에 봉착하였고, 많은 이용자들이 현물급여 중심의 획일적이고 공식적인 요양 서비스만을 기대하지는 않았다. 이를 해결하기 위해 1995년 개인계정

(personal budget:: PGB) 또는 개인예산제라 불리는 장기요양 현금급여를 도입함으로써 서비스 이용자들이 서비스를 선택할 수 있도록 하였다. 개인계정은 장기요양 대상자에게 신속하고도 유연한 대응이 가능하다는 점에서 이상적인 대안으로 인식되었지만 초기에는 네덜란드 역시 복지비용 증가를 우려하여 총 예산 규모의 상한을 정해놓았다.

네덜란드는 보험자 및 재가보호기관의 반대에 부딪히면서도 장애인 조직의 압력에 의해 이 계정을 시작하게 되었으나 점차 노인 인구의 증가와 장기요양의 욕구 증가 및 장기요양 서비스 인력의 부족으로 서비스를 받기 위해 장시간 대기해야 하는 등 여러 가지 정책상의 난제로 현금급여 도입은 더욱 타당성을 갖게 되었다. 신속한 서비스공급이 어려운 상황에 유연한 대응을 가능케 하는 유용한 대안으로 여겨진 것이다. 직접서비스가 아닌 개인계정을 이용하는 노인에게는 지급액의 25%를 공제함으로써 정책담당자에게는 복지비용 억제책으로서의 매력을 갖게 하였다(Wiener, 2003; 김미혜, 2007; 재인용). 또한 여기에는 수급자가 보다 효율적으로 구매할 것이라는 전제가 깔려 있다.

현금급여 수급자는 자유롭게 서비스를 구매할 수 있다. 따라서 AWBZ에서 제공하는 공식적 장기요양서비스 외에도 가족 수발자, 친구, 이웃 등과 같은 비공식 수발자를 직접 개인이 지급된 개인예산을 통해 구매하여 이용할 수 있게 된 것이다. 물론 서비스를 구매 자료는 반드시 해당 지역의 지역요양사무소에 제출해야만 한다.

2007년 AWBZ의 PGB 지출은 13억€로 2003년 대비 2배로 증가(2002년 대비 3배)하였으며, 2009년 23억€로 추정된다. 또한 앞서 언급한 바와 같이 2007년 가사지원 서비스가 AWBZ에서 Wmo로 이전되어 PGB 이용자는 2006년에 비해 감소하였으나 지출은 오히려 증가하고 있다. 가사지원 서비스가 Wmo로 이전되어 PGB 이용자수가 오히려 감소될 것으

로 기대할 수 있으나 PGB 이용자수는 2006년 대비 27% 증가하였다.

<표 4-5> 이용자 그룹별 PGB(현금급여) 지출금액

구분	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
계(백만€)	413.5	653.2	721.7	921.8	1136.0	1309.0
PGB (구형-요양/간호)	243.9	290.9	108.6	34.7	-	-
PGB (구형-장애인)	153.6	191.8	152.8	102.4	-	-
PGB(구형-정신보건)	13.3	40.6	9.8	1.3	-	-
PGB(신형)	-	130.0	450.0	783.4	1136.0	1309.0
정신질환	84,000	23,000	61,000	-	-	-

PGB 이용자는 2010년 약 12만명 이상 이용하고 있는 것으로 보고되고 있으며, 이는 2003년 대비 2배 증가한 수치이다. 실제로 모든 연령그룹에서 이용자 수는 증가하였고 특히 18세 미만 정신질환 그룹(자폐증)의 증가비율이 가장 높은 상황이다. PGB 이용자당 지출금액은 17,000€(가사지원 제외), 70세 이상 PGB 이용자당 지출금액은 12,681€로 상대적으로 젊은 층의 이용금액이 훨씬 높다. 또한 노인보다는 18세 미만 연령대에서 PGB 사용비율 높고 70세 이상의 PGB 수급자는 18%(2007년)에 달하고 있다.

<표 4-6> 현금급여(PGB) 이용자 수 추이

	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
계(명)	42,235	61,979	64,818	76,627	87,642	76,561
PGB (구형-요양/간호)	30,649	32,796	15,329	4,968	-	-
PGB (구형-장애인)	10,181	11,703	8,750	5,093	-	-
PGB(구형-정신보건)	1,406	3,014	895	109	-	-
PGB(신형)	-	14,467	39,844	66,456	87,642	76,561

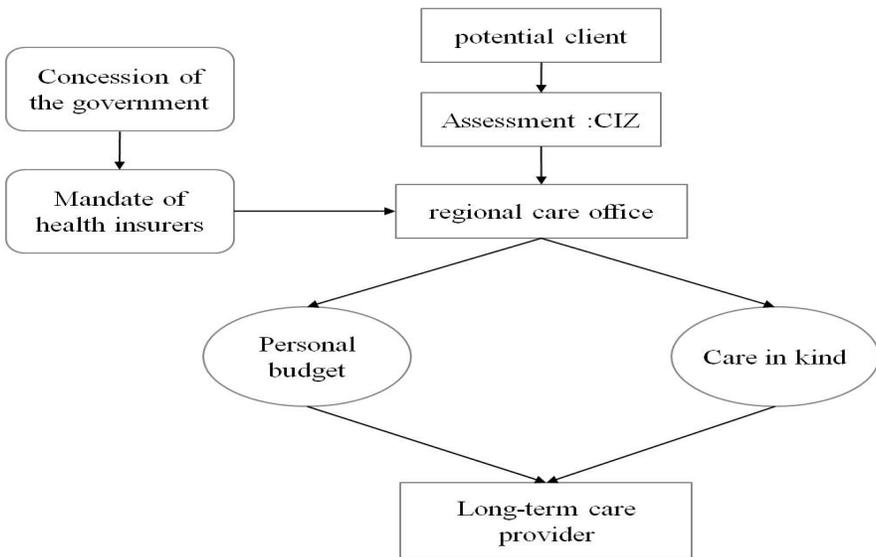
PGB에 대한 이용이 증가한 현상이 발생하게 된 것에는 여러 이유가 존재하지만 무엇보다도 다양한 용도의 사용이 가능한 PGB를 사용함에 따라 기존에 대가 없이 이용하던 비공식 요양에 대한 지분이 공식화된 것이 PGB 지출 증대의 주요 원인으로 볼 수 있다. 또한 AWBZ에 대한 재정지원이 충분히 투명하지 않고 현금은 수급자에게 매우 매력적이며 새로운 수요를 창출하기 때문이다.

제4절 운영체제

1. 관리운영

네덜란드의 장기요양제도는 세계에서 가장 오래된 제도로서 건강보험과는 별도로 운영되고 있다. 네덜란드에서 건강보험, 민간보험과 공무원 보험은 장기요양보험(AWBZ)을 실제 운영하는 주체이다. 건강보험은 자동적으로 요양보험의 운영 주체가 되며, 공무원 보험은 보건복지부에 등록만을 필요로 한다. 민간보험의 경우에는 인증 절차를 거치게 된다. 장기요양보험(AWBZ)을 집행하는 것, 특히 의료공급자와 계약하거나 환

자의 기여금을 거두는 것은 31개 지역요양사사무소(regional care offices)에 위임되어 있다. 장기요양보험은 가입자들이 제공받을 수 있는 급여를 제공하는 체계이다. 지역요양사사무소는 의료 공급자나 기관들과 계약을 해야 한다. 그러나 지역요양사사무소는 공급자들과 직접 협상하는 것을 허용하지 않는다. 특별한 경우 허가를 받아야하며, 국가 수준에서 공급자와 보험자를 대표하는 조직에게 자문을 받는다.



[그림 4-4] 네덜란드 장기요양보험(AWBZ) 전달체계

이 자문이 성공적이지 않으면 협상을 통해 요양보험 급여를 결정한다. 의료 수가법(the Health Care Charges Act (Wtg)에 따라 요양급여 수가는 국가 수가 기준위원회(the National Health Tariffs Authority, CTG)의 승인을 받아야 한다. 2001년 건강보험 감독위원회 설치법(the Supervisory Board for Health Care Insurance Establishment Act)의 집

행으로 질병금고보험(Zfw)과 요양보험의 감독은 기존의 조직인 건강보험기금위원회(CVZ)에서 조직적으로 분리되어 독립적인 건강보험감독위원회 Supervisory Board for Health Care Insurance (CTZ)가 담당하게 되었다.

건강보험기금위원회(CVZ)는 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw) 조직의 운영에 대한 이사회 조직으로 역할을 한다. 보험조직에 기금을 배분하고 전체 보험의 운영의 틀 내에서 이들 보험조직을 관리 운영 한다.

건강보험감독위원회(Supervisory Board for Health Care Insurance)는 첫째, 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 운영에 대한 합법성과 효율성을 모니터한다. 둘째, 개별적인 요양보험 집행사무소를 정기적으로 감독한다. 일반적인 감사를 통해 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)을 운영을 감독한다. 셋째, 보건복지부장관과 보험위원회에 운영의 합법성과 효율성에 대한 매년 보고서 준비한다. 넷째, 제안된 정책이나 법안의 감독과 집행에서 시행 가능성에 대한 보고서 작성, 장기요양보험(AWBZ)과 질병금고보험(Zfw)의 합법적 인정(authorisation)의 철회 등에 대한 자문 등을 한다.

하지만 네덜란드는 장기요양보험외에도 지자체에서 조세로 운영하는 Wmo(지역사회사회복지체계)도 함께 운영되고 있다. 하지만 최근에는 이러한 이원화된 체제가 아닌 서로간의 역할과 기능을 통합하는 방향으로 전달체계를 개편하고 있다.

<표 4-7> AWBZ와 Wmo 비교

구분	AWBZ	Wmo
운영	AWBZ	지방자치단체
재원	장기요양보험료 (조세, 본인부담금)	조세(일반보조금)
서비스 종류	○개인예산(Personal Budgets_현금) ○시설 및 가정요양 보장(현물) - 개인요양(personal care) - 간호요양(nursing care) - 지원안내(supportive guidance) - 활동안내(activating guidance) - 진료(treatment) - 요양시설(accommodation)	○가사지원서비스 (organize and support households) ○휠체어 (wheelchairs) ○주택개조 (housing adaptaions) ○운송수단 (transportation facilities)

장기요양보험인 AWBZ(특별의료비제도)와 건강보험(ZVW) 그리고 사회복지(Wmo)의 서비스 종류와 내용은 서로 간에 명확히 장기요양, 건강보험, 사회복지로 분류되어 있지 못하고 상호 부분적으로 서비스 내용이 중첩되어 있기 때문에 서비스 전달의 효율화를 위해서는 통합정책이 필요하기 때문이다. 예를 들어 AWBZ이 장기요양 외 의료적 치료 및 재활치료를 보장하고 있으며, 반면 건강보험에서 보장구(장기요양)의 급여를 실시하기도 한다.

<표 4-8> AWBZ, Wmo, ZVW의 주요 급여서비스 비교

구분	장기요양보험 (AWBZ)	사회복지 (Wmo)	건강보험 (ZVW)
LTC	일상생활도움, 신체활동지원, 간호, 치료, 시설입소	가사지원서비스	일부의료기기
사회복지 (LTC 차원)	-	식사배달, 주택개선, 운송수단	-
non-LTC	모성간호, 재활치료(너싱홈 혹은 가정내), 일시적 치료	다양한 사회복지서비스	헬스케어

제5절 재정체계(Funding)

1. 장기요양제도의 재정과 지출

네덜란드 장기요양보험인 특별 의료비제도(AWBZ)는 사회보험이라는 점에서 재원은 크게 보험료, 세금, 본인부담금으로 구성된다. 2010년 AWBZ 지출 구성비를 살펴보면 약 68%는 보험료, 24%는 세금, 8%는 본인 부담금으로 이루어져 있다. 먼저 보험료는 매년 정부에서 결정되며 2개 과세 계층이 존재하는데 1,2등급의 경우 보험료 부과 최고 소득액 2,000€)에만 소득의 12.15% 보험료 부과하도록 되어 있다. 또한 소득을 기준으로 산출된 보험료 전액을 가입자가 부담하며 근로자는 건강보험 정률 보험료와 함께 사용자가 원천징수하게 된다. 자영업자는 직접 세무 관서에 납부하게 되며 세무관서에서 징수한 보험료는 특별의료기금으로 이전되게 된다. 이용자가 일정부분 장기요양서비스를 이용하기 위해 부담하는 본인부담금은 대상자의 소득, 연령(65세 이상 여부), 동거가족 수에 따라 결정한다.

<표 4-9> 네덜란드 2009년 세금과 사회보험료¹⁹⁾

과세계층	€	Taxes % (세금)	AWBZ % (장기요양)	AOW % (공적연금)	ANW % (과부,고아수당)	ZVW % (의료)	ZVW € (정액보험료)
1등급	17,878	2.35	12.15	17.9	1.1	6.9	1,064 ²⁰⁾
2등급	14,249	10.85	12.15	17.9	1.1	6.9	
3등급	22,649	45	-	-	-	-	-
4등급	open	52	-	-	-	-	-

AWBZ 지출은 220억€(GDP의 4%, 2007년)로 건강보험의 지출(5%)과 비슷하며 노인에 대한 장기요양비용은 GDP의 2.5% 미만으로 추정되고 있다.

<표 4-10> AWBZ 항목별 지출금액

	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
계(백만€)	18,417	20,285	21,272	22,155	22,817	22,486
정신질환	3,165	3,455	3,744	4,007	3,792	4,071
장애인	3,975	4386	4,594	4,888	5,058	5,170
간호/요양(노인 등)	9,848	10,856	11,165	11,394	11,914	11,178
기타(재가급여 등)	292	128	134	126	339	256
치료외 지출	1,137	1,460	1,636	1,740	1,713	1,811

자료 : www.cvz.nl

지자체의 사회복지서비스(Wmo)에 대한 재정체계는 사회보험인 AWBZ와 다른 재정방식을 취한다. 조세를 통한 정부의 예산지원을 받아 해당 서비스를 제공하는 특징을 갖는다. 먼저 지자체의 지방의회는 중앙

19) Esther Mot, The Dutch system of long-term care, CPB document, March 2010.

20) 정액보험료는 보험사들마다 다르며 여기는 평균정액보험료임.

정부로부터 Wmo 서비스에 대해 예산(일반보조금)을 지원받는다. 2007년 현재 약 1,218백만€²¹⁾을 지급받아왔다. 지자체는 해당 예산의 잉여금에 대한 다른 용도 사용이 자유롭기 때문에 Wmo의 효율적 운영에 대한 인센티브 기전이 크다는 특징을 갖는다. 지자체는 약 214백만€의 이용자 비급여 금액을 부과하고 있으며, 총 Wmo 서비스(가사지원) 비용은 1,432백만€에 이른다.

지역의회에 대한 예산정책은 매년 사회문화기획부(SCP)의 의견에 기초하여 중앙정부에서 결정하며, SCP는 SCP 자문역할을 시작하기 전에 정당들이 동의한 예산 정책을 결정하기 위해 거래량지표(volume index)와 거래량 지표(volume index), 가격지표(price index) 등을 사용한 공식을 이용하여 산출한다. 거래량지표(volume index)는 입소시설 밖에서 독립적으로 생활하는 75세 이상 노인수의 변화에 따라 결정한다. 가격지표(price index)는 보건의료 영역고용의 변화(90%)와 가사지원 서비스 소비자가격지표(10%)에 대한 정부부담금의 가중평균으로 나타낸다.

2009년에는 거래량 변화는 거의 2%에 해당되며 가격변화는 약 3.5%이다. 지방의회는 Wmo 서비스를 필요로 하는 주민들을 위한 해결책을 찾을 의무가 있으며, 이는 예산과 본인부담금의 합이 불충분하면 추가 재원을 찾아야 한다는 것을 의미한다. 적자 발생한 지방의회는 중앙정부로부터 받은 자금이나 지방세로부터 발생한 수익금을 추가 재원으로 사용하게 된다.

마지막으로 재가의 본인부담금 상한금액(AWBZ)은 소득, 동거 가족 수, 65세 이상 노인 여부에 따라 달라진다. AWBZ 재가급여 수급자들이 1시간 서비스에 지불하는 본인부담금 상한액은 12.60€이다. 이는 세후

21) SCP (2009), Definitief advies over het WMO-budget fuishoudelijke hulp voor 2009.

소득 14,812€ 이하 독신 노인의 경우 4주간의 본인부담금 상한금액은 17.20€이나 독신노인의 소득이 40,000€라면 본인부담금은 307.83€로 올라가게 된다²²⁾.

Wmo의 가사지원서비스에 대한 본인부담금은 동일한 방법으로 계산된다. 그러나 지방의회는 몇 가지 수정이 가능한데 변경 시 본인부담 상한금은 AWBZ 상한금액을 초과하지 말아야 하며, 본인부담금은 AWBZ 서비스별 상한금액을 초과하지 않는 범위 내 수정이 가능하다. 한 예로 지방의회가 저소득 노인이 있는 가정의 본인부담 상한금액을 낮추거나 본인부담금이 발생하는 가정의 소득액을 변경할 수 있다. 또한 지방의회는 가사지원 서비스의 본인부담금을 결정할 수 있어 지역마다 본인부담금은 다를 수 있다. 2009년 단순 가사지원 서비스에 대한 시간당 본인부담금은 헤이그(Hague)에서는 12.40€이나, 헤를렌(Heerlen)에서는 19.43€으로 보고되고 있다. 상한금액은 AWBZ과 동일한 방법으로 계산되며 시간 당 상한금액은 AWBZ와 Wmo를 합하여 AWBZ 상한금액보다 많을 수 없고 Wmo의 본인부담금이 우선 지불되어야 한다.

시설급여의 본인부담금에는 2가지 본인부담 수준이 있다(낮은것, 높은것). 우선 낮은 본인부담금은 시설입소 후 첫 6개월 동안 몇 가지 특수 상황에서 발생하는데(한 예로 건강한 배우자가 있는 대상자) 낮은 본인부담금 상황에서 대상자는 관련 소득의 12.5%(1개월간 최소 141.20€, 최대 741.20€)를 지불해야 한다. 이 경우 높은 본인부담금 상황이라면 최대 1개월간 1,838.6€를 지불하여야 한다.

만약 이 본인부담금이 관련 소득에 비해 너무 높다면 대상자는 할인율²³⁾을 적용하여 소득의 8.5%만 지불하면 된다. 1인당 옷과 부수적인 것

22) $\{(40,000€ - 14,812€) \times 15\% + 223.60€\} \div 13 = 307.83€$

23) Wdt Tegemoetkoming cChronisch Zieken en Gehandicapten, Wtcg, Act. 2009년에 도입된 만성질환자와 장애인을 위한 보상법에 의해 할인율 적용(8%

들에 지불하도록 적어도 한 달에 276.4€, 커플인 경우 한 달에 430€를 부담해야 한다. 한 예로 65세 이상 시설 입소중인 세후 소득 30,000€인 독신자는 한 달에 약 1,500€를 부담(8% 할인율이 적용)하며, 이 경우 커플이 동시 입소 중이라면 약 1,350€를 부담하게 되는 것이다. 노인에 대한 AWBZ 서비스의 총 본인부담금은 2005년에 약 14억€로 노인에 대한 AWBZ 지출의 12%에 해당한다(2005년 AWBZ 지출은 가사지원을 포함).

본인부담금의 약 절반은 요양시설 입소자에 의해 지불되며 이 가운데 40억€가 재가요양에 지출되고 있다. 이는 입소시설 이용자는 원칙상 그들이 받는 서비스뿐만 아니라 숙박과 식사에 대해서도 소득에 따라 지불하여야 하기 때문에 그들의 본인부담금은 가정 중심 서비스보다 높다.

2007년 Wmo의 가사지원 서비스 본인부담금은 2억€며 여기에는 노인뿐만 아니라 모든 대상자들을 포함한 가사지원서비스에 해당한다.

<표 4-11> 네덜란드의 보건의료 재정

- ① 제 1영역 : 예외적 의료지출에 대한 공보험(AWBZ)
- 전국민 강제 가입
 - 정률보험료 소득의 12.15% ... 2008년부터
 - 홈케어, 너싱홈, 장애인 요양
 - 220억€(2010년 추정), 1인당 1,400€
- ② 제 2영역 : 민간 기본 보험
- 전국민 강제 가입
 - 정률보험료 소득의 6.9%
 - 정액보험료 평균 1,064€(보험사마다 다름, 2009년 평균)
 - 일반의 진료, 병원입원 치료, 약품
 - 2008년부터 1년 미만 정신치료 포함
 - 330억€(2010년 추정), 1인당 2,100€
- ③ 제 3 영역 : 민간 보충 보험
- 치과치료, 물리치료, 미용치료, 대체의학
 - 400억€(2010년 추정), 1인당 250€

2. 지불시스템(Payment system)

장기요양서비스를 이용하기 위한 지불시스템은 크게 재가급여와 시설급여로 구분하여 설명할 수 있다. 우선 AWBZ의 재가급여(Home-based care)는 통상 시간당 비용을 지급(Day care 제외)하는 것을 원칙으로 한다. 시간당 비용의 기준은 앞서 언급한 NZa가 AWBZ 서비스에 대한 시간당 비용과 상한액을 결정하게 된다. 구체적으로 신체활동 지원(personal care) 시간당 상한액은 64.94€(평균 € 42.96)이다. 해당 지자체의 지역요양사무소(Regional care office)는 상한액 이하로 서비스 제공자와 가격 협상을 하게 된다.

시설급여의 지불시스템은 시설등급기준인 ZZPs(Severity-of-care packages, Resource Utilization Package)에 따라 시설급여 비용을 지급하게 된다. 마찬가지로 NZa가 ZZP의 1일당 수가 결정하지만 재가급여와 달리 가격 협상은 없다.

보험 가입자에게 제공된 서비스는 보험자가 공급자에게 보건의료비를 선지불하고 추후 CVZ에 청구하게 된다. 이에 대한 수가는 NZa가 정한 최고상한액 이하로만 청구 가능하다.

<표 4-12> ZZP 1 ~ 10(노인관련)의 서비스 내용

구분	서비스 내용
ZZP 1	노인보호주택 + 일부 지원
ZZP 2	노인보호주택 + 지원 + 간호
ZZP 3	노인보호주택 + 상담 + 집중 요양
ZZP 4	노인보호주택 + 집중 지원 + 연장 요양(extended care)
ZZP 5	노인보호주택 + 치매 집중 요양
ZZP 6	노인보호주택 + 집중 요양 + 간호
ZZP 7	노인보호주택 + 안내(guidance) 중심 집중 요양
ZZP 8	노인보호주택 + 치료 및 간호 중심 집중 요양
ZZP 9	간호 + 회복치료(restorative care)
ZZP 10	완화치료, 임종간호

제6절 서비스 질 관리

네덜란드는 전문기관을 통해 장기요양시장에 대해 감독하고 서비스 질 관리를 제고하는 방향을 취하고 있는데 그 예가 바로 보건의료감독원(NZa)이다. 일찍이 네덜란드는 보건의료 감독의 필요성에 대해 비교적 일찍 인지하고 있었다. 매년 보건의료 비용이 급증하며 보건의료 요구도 증가하기 때문에 체계적인 관리감독을 통해 보건의료의 접근성, 질 보장, 적정급여 목표를 보호해야 하기 때문이다.

또한 네덜란드는 장기요양시장의 유용성(availability)과 효율성 강화하고자 하는 욕구가 점차 대두되었고 이에 시장조절 기전(mechanism)에 기초한 새로운 시스템인 장기요양시장 감독자 인 보건의료감독원(NZa)을 설치하게 이르렀다.

보건의료감독원(NZa)은 2006년 10월 설립된 보건의료감독기관으로 보건의료시장을 총괄 감시하는 역할을 한다. 보건의료감독원(NZa)은 보건의료시장계획법과 시장의 모든 부분에 적용되는 일반의무(general obligations) 및 개별 부분에 적용되는 상세의무(specific obligations)에 따라 감독한다. 여기서 일반의무란 서비스의 질, 마케팅 부분의 투명성, 가격 조절(예, 가격상한제)을 의미하며, 상세 의무란 투명성, 차별금지, 거래와 관련근거 제공 의무를 의미한다. 네덜란드는 보건의료감독원(NZa)을 통해 보건의료시장 모니터링 강화에 대한 장래비전 제시(2010.5.3)하였는데 이러한 모니터링 강화의 목적은 국민의 이익을 위한 진료의 질 보장, 공급 및 접근성에 대한 효과적인 통제, 시장기능 실패 및 시장관리 실패에 효과적인 대응을 하기 위함이었다.

결국, 모니터링을 통해 보건의료감독원(NZa)은 보건의료시장에 대한 통찰력을 갖게 되며 건강보험회사와 보건의료 제공자들의 시장행동에

더 적절하게 대처할 수 있고, 모니터링을 통해 얻은 자료를 기초로 시장 규제, 시장 감독 및 자문에 대한 보건의료감독원(NZa)의 역할과 힘을 강화할 수 있는 것이다.

구체적으로 보건의료감독원(NZa)의 장기요양 시장에 대한 모니터링 체계는 보건의료 시장에 대한 심층조사와 모니터링체제로 구분할 수 있다. 전체 보건의료시장에 대한 심층 조사를 통해 시장의 구조적 측면을 파악하고 시장 기능에 대한 폭넓은 안목 확보하기 위함이다. 또한 시장에 대한 특정 조치를 결정하기 위해 심도 있는 모니터링 실시하는데 조사항목으로는 시장의 특성, 시장구조, 시장점유율 피보험자의 보험회사 변경, 건강보험의 투명성, 접근성, 품질, 공급성 등이 있다.

또한 공급자에 대한 모니터링 체계를 통해 매년 모든 서비스 제공자는 보건의료감독원(NZa) 외부회계 감사를 받아야만 한다. 하지만 이는 전수조사가 아닌 공급자의 재정 보고서에 대해 일부 공급자를 무작위로 선정하여 조사 실시한다. 또한 내부자 및 수급자 고발접수를 통해 사안이 중대하거나 반복고발 기관은 심층적인 조사를 실시하고 있으며 이를 위해 'NZa 콜센터' 운영하고 있다.

또한 네덜란드는 의료감시기관(Healthcare Inspectorate)인 Inspectie voor de Gezondheidszorg(IGZ)를 통해 의료공급자와 의료기관이 제공하는 의료서비스 질을 감시하고 있다. IGZ는 치료, 간호, 의료기기, 시설, 공공보건의료서비스 전반을 모니터링하는 역할을 담당하고 보건의료서비스의 안정성, 효율성 및 접근성 감시를 하기도 한다.

제7절 주요 개혁 내용²⁴⁾

네덜란드 장기요양보험의 개혁은 여러 가지 방면으로 진행되고 있다. 가장 큰 개혁의 내용과 방향은 물론 장기요양서비스를 질적으로 높게 향상하는 것이다. 이에 네덜란드 정부는 매년마다 852백만 유로를 투입하여 12천명의 장기요양인력을 추가로 확보하고 관련 요양인력양성 교육에 적극적으로 투자하고자 한다.

또한, 서비스 질 향상을 위한 연구소(Kwaliteitinstituut)를 설립하고, 의료감독원(IGZ)의 감독의 질을 더 높이고, 환자의 권리를 더 확고히 하고자 하고 있다. 더불어 불필요한 법적 규제는 낮추고 요양기관의 규모를 효과적으로 하며, 노인 확대를 감소시키고, 의료재정에 주의를 기울이고자 한다. 구체적인 네덜란드의 개혁방향을 살펴보면 앞서 언급한 바와 같이 보다 나은 고품질의 장기요양 서비스와 가치를 위해 다양한 노력을 기울이는 것이다.

이를 위해 네덜란드 정부는 우선 장기요양서비스 향상을 위해 추가적인 직원확보와 교육에 적극적인 투자를 펼치고 있다. 보다 나은 서비스를 제공하기 위해서는 적절하고 체계적인 훈련과 교육을 받은 직원이 매우 중요하기 때문이다. 정부는 2011년 9월 장기요양서비스의 질을 높이는 자극제로서 일차 요양과정 인력, 직원을 교육하고 추가적으로 인력을 양성하며 고용하고자 결정하였으며, 현재는 이 결정의 수행을 위해 준비과정에 있다. 추가적으로 12천명의 직원을 2012년 1월 1일 이후 고용하였고, 이듬해인 2013년 안에 추가 인력고용, (재)교육기회를 제공하고자 계획하고 있다.

24) 본 내용은 네덜란드 복지부 장관이 2011년 10월에 의회에 제출한 장기요양제도 개혁추진 보고서(Kamerbrief)를 바탕으로 작성하였다.

둘째, 장기요양 서비스 수급자의 권리를 강화하는 것이다.

결국 좋은 요양은 서비스 수급자와 서비스 제공자의 관계에서 발생할 수 밖에 없다. 서비스 수급자와 서비스 제공자와의 개인적인 관계를 강화시켜주는 법령 ‘환자권리 요양(de wet Clientenrechten zorg, Wcz)’을 통해서 서비스 수급자의 권리를 강화하는 노력을 펼치고 있다. 이를 통해 수급자의 보다 나은 서비스와 선택, 정보의 권리를 강화하고자 하였다. 또한 정부는 서비스공급자가 서비스 초기 단계부터 환자의 의견을 잘 들을 수 있도록 효과적인 절차를 만들고자 하고 있다.

셋째, 장기요양서비스 질 향상을 위한 서비스 질 연구소(Kwaliteitsinstituut)의 설립이다. 연구소 설립은 요양시설의 종사자들, 의사부터 간호사까지, 모두가 참여하였다. 이를 통해 장기요양에서 종사자들의 전문성을 보다 발전시키고자 하였다. 연구소는 2013년 1월 1일에 설립될 계획이며 이에 관련된 법 제안은 2012년 봄에 의회에 제출 되었다.

넷째, 장기요양시장에 대한 다양한 형태의 관리감독을 강화하는 것이다. 네덜란드 내각은 IGZ을 통한 장기요양 감독을 보다 집중적으로 강화하기로 하였다. 요양시설기관에 대한 감독이 있어야 장기요양기관이 효과적으로 임무를 수행하는지의 신뢰의 여부와 조치의 여부를 알아낼 수가 있기 때문이다. 네덜란드는 감독기관의 자체조사나 환자나 그 대행자의 신호를 바탕으로 그 여부를 알아낸다. 그 예로 NZa의 부당한 지불청구를 고발하는 핫라인(meldpunt)이 있다. 요양기관이 AWBZ을 통해서 받을 수 있는 청구서임에도 불구하고 환자에게 청구했을 때 환자나 그 대행자가, 필요한 경우, 익명으로 핫라인에 고발을 할 수 있다. 그 이후에 NZa는 해당기관의 법률 위반여부에 대한 조사를 들어간다. 만약 기관이 법률을 위반했을 경우 NZa는 제재를 하며 위반시설의 명단이 공개

되고 NZa는 방송에도 그 위반사실을 알릴 수 있게 된다.

2011년 11월 부터 IGZ에 50명의 추가 인원이 노인요양부서에 더 투입될 것이다. 이들의 임무는 요양기관에서의 사건과 구조적인 결함에 결정적으로 대응하는 것이다. 부당한 대우로 인한 환자와 그의 가족의 심각한 불만은 조사를 통해 해결하고자 하였다. 뿐만 아니라 2011년 7월 15일에 노인학대 핫라인을 개설하였다. 의료전문가에 의한 노인학대에 대한 의혹도 이곳에서 고발할 수 있으며 이로 인해 IGZ는 고발 건에 신속히 대응하고 고발자와 협의한 뒤 해당 요양기관을 조사할 수 있게 하였다. 노인학대를 예방하기 위해 다방면으로 요양기관에 대응을 하며 경우에 따라 의심이 되는 가해자를 대상으로 법적 고소, 징계처리까지 할 수 있게 되는 것이다.

앞으로 IGZ의 노인장기요양기관에 대한 감독은 보다 확대될 전망이다. 2013년에는 장기요양기관의 절반정도를 무작위로 조사할 예정이다. 또한, 2012년 12월 전에 모든 465개의 장기요양서비스 공급자와 그와 관련된 시설에 최소 1번이나 그 이상의 불시방문을 통해 관리감독을 받게 할 예정이다. 불시 관리감독을 위한 방문 시 수급자와 수급자 이사회, 직원에 보다 많은 주의를 기울이고자 하며 감독관은 매 방문 시 수급자 이사회와 대화를 나누고 가능하다면 수급자 그리고 현장에서 일하고 있는 직원과도 대화를 통해 드러나지 않은 다양한 문제점을 파악하고자 하고 있다.

2011년 10월부터 IGZ은 두 명의 비밀손님(mystery guests)을 투입하고 이들이 현장 방문 시에 얻은 정보에 따라 추후의 감독원의 추가 방문 여부를 심사하고 있다. 이들은 주로 장기요양기관의 부당한 대우, 청결, 입주자의 심적 안락감(웰빙, 복지)을 중점적으로 모니터링 한다.

또한 IGZ은 기존의 감독유형으로 인해 서비스공급자에게 행정 부담

을 주었는지의 여부를 평가하고자 하였다. 즉, 불필요한 관리감독 항목은 사전에 파악 가능한 자료로 대체하였다. 그 예로 의료사고 또는 낙상사고의 보고서를 통해 수급자의 불시적인 사고를 파악하는 것이다.

다섯째, 기존 보다 간단한 등급판정체계를 만드는 것이다. 이를 위해 정부는 표준 등급판정 프로토콜의 확립하고자 하였다. 기존의 등급판정이 표준 등급판정 프로토콜(SIP)을 통해 이루어지는 것이기 때문이다. 등급판정 프로토콜을 통해 등급판정에 필요한 핵심적인 항목을 기본으로 설정하고 등급판정 시 흔히 발생하는 상황이나 단순한 내용은 단기요양의 등급판정시의 내용을 바로 결정할 수 있게 하였다. 그 예로 튜브수유 (gavage, sondevoeding), Stoma 케어, 상처 치료, 압축스타킹의 신고 벗는 것의 도움이 있다. 이를 통해 간단한 등급판정의 경우 전체 조사 없이 즉시적인 등급판정을 받을 수 있게 되는 것이다.

여섯째, AWBZ의 등급판정 최대 유효기간 연장이다. AWBZ요양의 등급판정은 최대 유효기간이 5년이다. 2011년 1월 1일부터 환자가 장기적이며 꾸준한 요양서비스를 필요로 할 경우 등급판정 유효기간의 최대기간을 15년까지 받을 수 있게 법령을 변경하였다. 이 조치는 2011년 4월 18일부터 효력이 발생하였다. 이는 환자가 여전히 동일한 요양서비스를 받아야 함에도 불구하고 단순히 그 유효기간이 끝났기에 재 등급판정 심사를 요구해야 하는 경우를 예방하기 위해서이다. 필요하다면, 환자의 상태가 어떤 때는 보다 중증의 서비스가 필요하고 또 어떤 때는 경증의 서비스를 필요로 할 때는 CIZ에 추후요구서를 제출하면 된다.



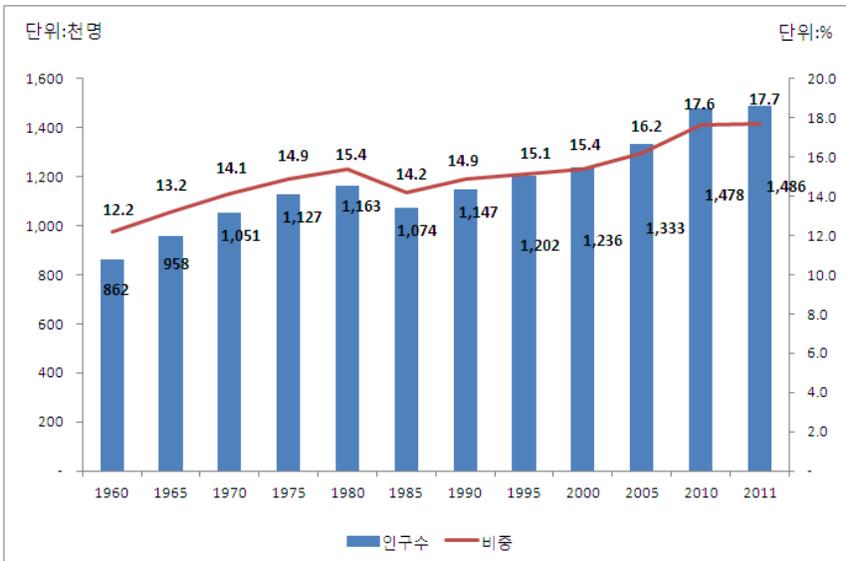
제5장
오스트리아



제5장 오스트리아

제1절 개요

2011년 오스트리아의 총 인구는 842만명이며, 이중 65세 이상 노인 인구의 비중은 17.7%인 149만명이다. 1960년 12.2%에서 1980년 15.5%로 크게 증가하였으나 이후 20년간 완만한 증가추이를 보였다. 특히 80세 이상 고령자는 2011년 기준 4.9%(41.4만명)로 일본, 독일보다 낮은 수준이다.



자료: OECD Health Data 2012

[그림 5-1] 65세 이상 인구 추이(오스트리아)

오스트리아 사회복지체계는 크게 사회보험(Social insurance), 사회보호(Social protection), 사회부조(Social assistance)의 3가지 체계로 구분·운용되고 있다. 일반적으로 사회보험은 질병을 비롯하여 연금, 산재(accident insurance)보험과 같이 가입자들로부터 일정금액의 보험료를 각출(mandatory contributions)하여 재정을 운영하는 사회보장체계이며, 사회보호는 전몰희생자(war victims)와 같이 특정집단이나 또는 개인과 같이 국가적으로 당연보호가 제공되어야만 하는 대상자들을 위한 사회보장체계이며 조세를 통해 재원을 확보하게 된다. 사회부조는 장기요양과 같이 개인의 욕구에 기반하여 적절한 보호서비스를 제공하는 사회보장망(need-based safety net)으로 기능하는데 이러한 사회부조는 국가내 다른 서비스의 이용이 어렵거나 불충분할 경우만 제공되는 선별적인 특징을 지니며 사회부조와 마찬가지로 각 지자체의 조세를 재원으로 한다.

사실 오스트리아는 1993년 이전만 하더라도 장기요양 욕구를 지닌 국민에게 적합하고 체계적인 서비스를 제공할 시스템이 구축되지 못했고 단지 작은 보장만 받을 수 있었다. 사회보험에 대한 요구권리도 없었고, 다만 의지할 곳 없는 자들을 위한 지원(Hilfslosenzuschuss)만이 있었다. 1993년 연방과 9개의 지방정부가 국가협약(Staatsvertrag)의 틀에서 단일화된 수발대책에 합의했을 때, 논의의 중심에 있었던 것은 광범위한 수발대책의 수립이었다. 이때부터 수발대책은 더 이상 현물급여가 아닌 총액의 현금급여인 수발수당²⁵⁾의 형태로 이루어지게 되었다.

25) 연방장기요양수당법 (Bundespflegegeldgesetz)에서는 장기요양수당의 목적을 “장기요양수당의 지급을 통해 장기요양이 필요한 자 (이하 수급자)에게 필수불가결한 수발과 도움을 얻을 수 있는 가능성을 제공해 주는 데에 있음. 따라서 장기요양수당은 수발과 요양에 필요한 비용을 보조하고, 수급자에게 자기결정적인, 개인의 욕구에 초점이 맞춰진 삶을 영위할 수 있도록 보장하는” 것이라고 명시하고 있음

수발수당의 도입과정을 살펴보면 다음과 같다. 오래 전부터 장애인 옹호단체에서, 장애의 원인과 관계없이 같은 수발욕구를 가지면 같은 급여를 받아야 한다는 주장을 하였다(사회보장의 인과성원칙이 아닌 목적성원칙: Finalitätsprinzip statt Kausalitätsprinzip). 6만 명이 서명한 청원서를 토대로 1988년 9월 27일 국회에서 한 연구그룹이 “수발욕구자를 위한 대책”(Vorsorge für pflegebedürftige Personen)을 제안하고 1990년 5월에 국회에 보고서를 제출하였다. 1990년 12월 연정합의(Koalitionsübereinkommen)와 정부성명(Regierungserklärung)에서 현물과 현금급여(Sach und Geldleistungen)의 병합으로서 수발대책에 관한 신규정(Neuordnung)을 공포하였다. 재정에 관한 문제가 해결되지 않아 신규정의 집행이 연기되었는데, 연방과 주 정부간에 재정과 비용부담에 관해 합의를 이룬 후, 1993년 1월에 연방수발 수당법 (Bundespflegegeldgesetz)이 의회에서 통과되었다. 연방과 주정부간의 합의사항은 1993년 5월 연방 노동과 사회부 장관 (Bundesminister für Arbeit und Soziales)과 주지사간에 협약이 체결되었다. 1993년 7월 1일 마침내 연방장기요양수당법과 이에 상응하는 9개의 지방장기요양수당법이 시행되었고, 1994년 1월 1일부터 합의가 시행되었다.

오스트리아에서 장기요양욕구가 높은 고령자에 대한 케어는 여느 나라와 마찬가지로 주로 가족적 관계에서 이루어지고 있다. 이는 주로 45-64세 여성이 대부분의 부담을 안고 있다. 85세 이상 고령자 (장기요양욕구가 가장 높을 것으로 여겨지는 연령) 대비 주부양자 (일반적으로 45-64세 인구)의 비율은 1971년의 경우 31명 이었으나 2005년에는 15명으로 반 이상 줄어 들었다. 여성이 주 부양자임을 감안하여 45-64세 여성 인구 대비로 그 비율을 고려해 보면 18명에서 8명으로 줄어들게 된다. 이러한 추세는 계속해서 이루어 질 것으로 예상되는데, 2010년에는 12명으로, 2030년에는 7.5명, 그리고 2050년에는 4명에 불과하는 것으로 예측

되고 있다. 이처럼 높은 부담 비율은 45-64세 인구가 줄어드는 원인이지 만 무엇보다 잠재적인 장기요양욕구가 큰 인구집단이 늘어나는 것이 주 요 요인이라고 할 수 있다. 이러한 예측은 현재 남성과 여성의 경제활동 수준을 전제로 계산된 결과인데 여성의 경제활동이 점차 늘어나는 시나 리오로 예측해 본다면 가족 내 비공식적 장기요양의 공급가능성은 줄어들 것으로 예상되며 따라서 점차 전문적인 자격을 갖춘 요양 직업군에 대한 수요가 늘어날 수 밖에 없을 것이다.

‘장기요양의 욕구’에 대한 개념은 국가나 전문적 견해에 따라 다양하 겠지만 오스트리아의 경우에는 장기요양수당을 받는 자들에 한해 욕구 를 판단해 보는 것이 합당할 것으로 판단된다. 왜냐하면 욕구를 가진 자 들 대부분이 장기요양수당을 받을 것으로 가정할 수 있기 때문이다. 우 선적으로 장기요양수당을 받기 위한 등급 (1-7등급) 가운데 3등급 이상 을 판정받은 자들만으로 대상으로 욕구를 판단해 보면 다음과 같다 (이 러한 판단의 근거는 3등급 이상을 판정받은 자들은 대부분 타인의 도움 이 없이는 일상생활을 스스로 유지할 수 없기 때문이다). 2007년 현재 3 등급 이상 판정받은 자들의 수는 174천명인 것으로 확인된다. 하지만 2006/7년 오스트리아 통계청 (Statistik Austria)에서 발표한 자료에 따 르면 스스로 “평범한 일상생활을 유지하는 상당한 제약을 받고 있음”이라 고 응답한 사람들의 수는 636천명에 이르는 것으로 나타났다. 이는 60세 이상 인구의 20.6%, 75세 이상 인구의 34% 그리고 45세 이상 59세 이하 인구의 11%에 해당하는 숫자이다²⁶⁾.

약간 오래된 조사이긴 하지만 2002년 요양관련 인구센서스 (Betreuungs- Mikrozensus)에 따르면 465천명의 인구가 요양을 타인으

26) Schneider, U., Österle, A., Schober, D. und Schober, C. (2006) Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung.

로부터 받고 있는 것으로 나타났다. 특히 이들 가운데 절반 가까이 (49.1%)는 씻기, 옷 입기, 식사 등의 일상적인 일들도 타인의 도움이 필요하다고 응답하고 있다. 426천명이 이들에 요양을 제공하고 있다고 응답하였는데 이 가운데 남성인구의 4.7%인 144천명의 남성이, 그리고 여성인구의 8.5%에 해당하는 282천명이 가족 내 요양을 제공하고 있는 것으로 나타났다. 연령대로 보면 주로 40세에서 80세 인구가 대부분인데 특히 50-65세 연령대가 가장 높게 나타났다. 여성들은 피요양자 1인당 평균 11.5 시간을 사용하는 것으로 나타난 반면, 남성들은 9시간 요양을 제공하고 있는 것으로 나타났다. 전체 제공된 요양시간의 71%가 여성들에 의해 제공되고 있다. 남성의 경우 부모(42.8%)나 배우자(22.2%)가 주요요양대상인 반면, 여성들은 시부모(50.9%), 그밖의 가족(44.6%)에게 주로 요양을 제공하고 있다.

오스트리아 장기요양수당제도는 조세방식의 장기요양서비스를 표방함에도 여느 나라와 달리 자산조사(means-test)와 같은 자격기준 없이 장기요양욕구를 지닌 모든 국민을 그 대상으로 한다. 적용대상은 보편성에 입각하여 전 국민을 대상으로 하지만 구체적인 급여의 수준은 대상자가 지닌 요양욕구를 판별하여 차등 지급된다.

제2절 적용대상

1. 장기요양수당의 적용대상

기본적으로 오스트리아가 주거주지로 되어 있는 모든 요양이 필요로 하는 자는 장기요양수당을 신청할 수 있다. 특히 다음에 해당하는 경우에는 연방요양수당법(BPGG)에 의해 장기요양수당이 보장된다. 오스트

리아 장기요양수당의 적용 대상은 첫째, 수급자의 통상적인 거주가 오스트리아일 것²⁷⁾, 둘째, 신체적, 정신적 심리적 그리고 인지적 장애로 인해 지속적인 수발과 도움이 필요하며, 셋째, 그 수요가 최소 6개월 이상 지속될 것으로 예상되는 경우가 있다. 또한, 첫째, 연금수급자, 둘째, 산재 사고 및 직업병으로 인해 완전장해연금(Vollrente)을 받고, 요양보호가 필요하다고 인정받은 자, 셋째, 학생의 경우, 수업과 관련된 사고로 인해 재해보험(일반산재보험)에 의해 요양보호가 필요하다고 인정받은 자, 넷째, 공무원 규정 상 공무상 사고로 인해 요양보호가 필요하다고 인정받은 자, 다섯째, 상이 군인에 관련된 법 등에 의한 사고로 인해 요양보호가 필요하다고 인정받은 자, 여섯째, 국적이 오스트리아인 자 가운데 연금을 수급하지 않는 자 가운데 주거주지가 오스트리아로 되어 있는 자(예, 피부양자, 연금수급자의 배우자 등)등이 있다.

2. 인정 조사 및 등급판정체계

원칙적으로 요양이 필요하다고 판단되는 자의 신청이 전제가 되어야 한다. 신청은 연금을 지급하고 있는 기관에 신청하는 것을 원칙으로 하며, 주관 신청 기관이 아닌 다른 기관에 신청이 이루어진 경우에는 신청을 받은 기관이 주관 신청 기관에 대신 신청하도록 되어 있다.

오스트리아의 장기요양수당은 개별 대상자의 케어욕구에 따라 서비스의 등급과 수당의 금액이 책정되며 이러한 케어의 욕구가 어떻게 발생하게 되었는지 그 원인이나 나이에 상관없이 수당이 지급된다. 즉, 대상자의 기능 상태나 도움의 필요정도 그 자체가 서비스 수혜의 판단의 중

27) 다만, 일정 조건이 충족되는 경우에는 EU 국가 및 EU 경제자유구역 해당 국가인 아이슬란드, 리히텐슈타인, 노르웨이 그리고 스위스가 거주진 경우에는 장기요양수당이 지급됨

요한 기준으로 작용하는 것이다. 또한 조세를 기반으로 한 여타 다른 국가의 장기요양제도와 달리 별도의 소득(income)이나 자산(assets)조사를 실시하지 않는다.

오스트리아 장기요양수당의 등급판정 등급별 건강상태와 장기요양급여 및 장기요양제공시간 그리고 최소 6개월이 기대되는 신체, 정신, 심리적 장애나 감각장애를 가진 자로 등급에서 중증도는 응급상황도 포함한다. 치매노인은 모니터링 요구도 포함하여 최상위 등급으로 판정한다. 이러한 일련의 등급판정 최종결과와 판정주체는 의사가 결정한다.

<표 5-1> 오스트리아 장기요양수당의 등급판정

등급	요양 욕구 (시간/월)	기능수준
1	61 - 85 (51 - 74; 기존 규정)	일상생활과 수단적 일상생활중심(난방, 시장보기, 식사돕기 등)
2	86 - 120 (76 -120; 기존 규정)	스스로 식사가 불가능하며 신체 청결 등 돕기
3	121 - 160	장기요양시간 및 난이도를 감안한 장기요양(간호)제공. 시각장애인 포함
4	161 - 180	난이도를 감안하며 단시간에 제공할 수 없고 낮과 밤에 정상적이고 주의를 필요로 하는 안전간호를 제공해야 할 목적으로 돕기. 실명자 간호 포함
5	180 이상 및 비일상적인 요양시간 소모	사지의 협응 움직임이 불가능하거나 이와 유사한 상태의 대상자에게 간호제공. 시청각장애자 포함
6	180, 시간적으로 조정 불가능한 (낮 혹은 밤 시간에 규칙적으로 제공되어야 하는) 수발조치가 필요한 경우, 낮 혹은 밤 시간에 요양제공자가 지속적으로 상주해야 하는 경우 (스스로 혹은 타인으로부터 위협 행동이 예상되는 경우)	
7	180 이상, 사지를 특정 목적을 위해 스스로 움직이기 힘든 경우나 유사한 상태가 존재하는 경우	

요양수당지급이 확정되어 요양수당을 수급 받고 있는 자에게는 규정에 따라 요양수당지급 여부와 관련되는 상황의 변화, 예를 들어, 요양수당 수급권의 손실, 요양등급의 변경 혹은 요양수당 지급 중지 등에 영향을 미칠 수 있는 상황이 발생하게 되면 4주 이내에 해당 의사결정기구에 사실 여부를 알려야 한다. 이때 해당 의사결정기구라 함은 다음의 <표 5-2>와 같다.

<표 5-2> 요양수당 신청 담당 기구 (2012 1. 1. 현재)

요양수당 수급권자	해당 의사결정기구
연금보험법 상 연금지급이 결정된 자 및 기타 장기급여형태의 수급권이 주어지지 않은 그 밖의 자 (예, 피부양가족, 아동, 청소년 등) 산재보험법 상 산업재해 및 직업병으로 인해 연금수급권이 발생한 자 및 수업과 관련된 활동으로 인해 연금수급권이 발생한 학생	연금보험공단
공무원 연금 및 유족연금 수급권자	공무원보험공단
상이군인법 등에 의해 전쟁 및 군복무상 발생한 재해로 인해 급여 지급에 대한 수급권이 발생한 자	연방사회청

급여 수급 및 결정과 관련하여 담당기구가 불명확한 경우에는 연방노동사회 및 소비자보호부(Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz)가 책임소재를 결정하게 되어 있다.

요양이 필요하다고 판단되는 자에 의해 요양수당 수급을 위한 등급 결정 신청이 이루어진 후 신청 담당기구에 의해 결정이 내려지게 된다. 이러한 결정(요양수당 신청 기각 혹은 낮은 등급 판정)에 대해 이의를 가진 경우에는 결정이 내려진 후 3개월 이내에 지방정부 소재의 사회법원(Sozialgericht)에 이의 제기를 신청할 수 있다. 이 때의 관할권은 요양급여 신청자가 주거지에 속해 있는 주에 따라 결정된다.

사회법원이 경우 이의를 제기한 요양급여 신청자가 원고가 되며, 요양 등급 판정을 내린 해당기관이 피고가 되게 된다. 이의제기 신청을 접수한 사회법원에서는 해당분야 전문가의 자문을 바탕으로 요양등급을 새롭게 판단할 수 있다. 참고로 사회법원에 이의 제기 신청에 필요한 모든 비용은 연방정부에서 부담하도록 되어 있다. 다만, 요양급여 신청자가 자신을 대신하여 변호사를 고용하고, 법원의 판결에서 원고가 승소하지 않는 경우, 즉, 높은 등급의 요양등급이 확정되지 않았거나, 기각되었던 요양등급이 확정된 경우에는 본인이 변호사 고용에 대한 비용을 부담해야 한다. 반면에 원고가 승소한 경우에는 변호사 선임비용을 피고인 요양등급결정기관이 부담하도록 하고 있다.

제3절 급여체계

1. 급여형태

오스트리아에서 장기요양 욕구가 있는 사람들 (이하, 장기요양 욕구자)은 장기요양수당 형식의 현금급여를 공적 재원으로 통해, 사회 서비스(soziale Dienste; 재가 서비스)나 요양시설 등의 현물급여를 통해 지원이 이루어지고 있다.

오스트리아의 요양체계는 1993년 이래로 현금급여와 현물급여를 병합하여 이루어져 있다. 조세를 바탕으로 하는 일반재정에서 지원되는 현금 급여인 장기요양수당(Pflegegeld)이 핵심이며 이는 연방장기요양수당법(Bundespflegegeldgesetz)과 지방장기요양수당법(Landespflegegeldgesetz)을 근거로 하고 있다. 장기요양 욕구자는 장기요양수당에 대한 법적 청구권을 가지며, 장기요양수당은 장기요양 욕구자에게 직접 지급되어 요양에 필요한 서비스에 대한 비용을 지불하는데 사용되도록 하고 있다.

오스트리아의 장기요양제도는 현금급여방식으로 제공되는 장기요양 수당제도(long-term care allowance program)가 있으며 다른 유럽국가와 달리 현금 급여의 역할과 비중이 절대적으로 높다는 특징을 갖는다. 현금급여도 지급되나 이는 제공되는 현금급여를 통해서 간접적인 방식(구매)을 통해 이루어지기에 오스트리아의 공식적인 장기요양 급여의 형태는 현금급여 뿐이다. 따라서 모든 장기요양 수혜자들은 오스트리아의 연방 장기 요양 수당법(Federal Long Term Care Allowance Act _Bundespflegegeld)에 의거하여 등급에 따른 차등화된 현금급여를 제공받게 된다. 장애인이나 사회부조 수혜자와 같이 장기요양수당제도에서 커버되지 않거나 다른 공적서비스의 수혜를 받는 사람과 같이 장기요양제도에 의해 서비스를 받지 못하는 대상자는 각 지자체에서 시행되는 기타 현금 급여(Landespflegegeld)를 제공받을 수 있다. 이러한 현금급여를 통해 수혜자들은 자신이 원하는 공적 혹은 사적서비스를 구매하여 이용할 수 있으며 이외에도 자신을 돌보는 가족이나 친지, 이웃과 같은 비공식 수발자들에 대한 보상차원(reimburse)으로 사용될 수 있는 등 그 목적에 따라 다양하게 활용된다.

이러한 현금급여의 가장 큰 특징은 지급된 급여의 사용용도에 대해서는 아무런 제약이 없다는 점이다. 즉 현금 급여 방식만을 채택했기에 지급되는 현금 급여는 그 사용용도에 대해서 보험자가 관여하지 않는다. 또한 장기요양수당은 별도의 세금을 공제하지 않는 비과세 성격을 지닌다.

2. 급여수준

1) 장기요양수당

장기요양수당은 신청이 이루어지 달의 다음 달부터 지급하도록 되어 있다. 장기요양수당은 연간 총 12회 지급되며, 소득세법 상 소득에 해당하지 않기 때문에 과세 혜택을 받지만 건강보험 보험료를 위한 수단으로 사용될 수 없다. 요양급여 수급권자가 법적행위 능력이 없는 경우에는 가족이나 친지와 같은 법적 대리인이 수급을 대신할 수 있다. 또한 수급권자가 경제적 지불 불능 상태에 빠진 경우에는 지급 받은 요양수당은 담보 대상이 될 수 없다.

장기요양수당의 수준은 요양이 필요한 시간에 따라 결정된다. 현재 7단계로 구분되며, 최소 월 60시간의 욕구가 충족되어야 한다. 장기요양수당의 수요시간에 대한 결정은 전적으로 의사의 소견서를 바탕으로 하게 되어 있다. 고도의 시각장애, 청각장애 및 휠체어의 이용 없이는 이동이 어려운 자인 경우에는 최소 등급기준이 마련되어 있다.

현금급여 방식으로서 요양수당을 지급함으로써 요양이 필요로 한 자는 가능한 한 스스로 요양수당을 통해 자신에게 적절한 방식으로 요양계획을 세우도록 하고 있다. 하지만 예외적인 경우 요양수당을 지급하지 않고 현물급여를 지급할 수도 있다. 즉, 스스로의 요양계획이 실패하였거나, 요양을 소홀히 하거나 필요한 수준 이하로 요양서비스를 공급받고 있는 경우 요양결정기관에 의해 현물급여로 대체하도록 하고 있다.

2011년 1월 1일 기준으로 1, 2 요양등급에 대한 최소 요양욕구 시간에 대한 규정이 변경되어 있다. 하지만 규정이 변경되기 이전에 요양등급을 받은 수급자에게는 해당사항이 적용되지 않는다. 즉, 2011년 1월 이전에 요양 욕구시간이 55시간으로 판정된 수급자인 경우 2011년 1월 이

후 60시간으로 최소 규정이 상향된 이후에도 계속적으로 1등급에 해당 되는 장기요양수당을 지급받게 된다. 다만, 요양육구시간이 크게 변경된 경우에 한하여만 요양수당을 줄이거나 더 이상 지급하지 않는 결정을 내릴 수 있게 된다.

<표 5-3> 2011년 1월 기준 장기요양수당 수급자수 2009년 말 기준²⁸⁾

등급	요양 육구 (시간/월)	액수 (유로)	수급자(명)
1	61 - 85 (51 - 74; 기존 규정)	154,20	77,291
2	86 - 120 (76 -120; 기존 규정)	284.30	121,257
3	121 - 160	442.90	60,317
4	161 - 180	664.30	52,390
5	180 이상 및 비일상적인 요양시간 소모	902.30	33,509
6	180, 시간적으로 조정 불가능한 (낮 혹은 밤 시간에 규칙적으로 제공되어야 하는) 수발조치가 필요한 경우, 낮 혹은 밤 시간에 요양제공자가 지속적으로 상주해야 하는 경우 (스스로 혹은 타인으로부터 위협 행동이 예상되는 경우)	1,260.00	12,618
7	180 이상, 사지를 특정 목적을 위해 스스로 움직이기 힘든 경우나 유사한 상태가 존재하는 경우	1,655,80	6,586
계			363,968

요양등급 수급을 위한 최소 기준을 50시간에서 60시간으로 (1등급), 75시간에서 85시간으로 (2등급) 상향조정하게 된 배경에는 재정적자 해소를 위한 정부의 노력의 일환으로 보여진다. 즉, 전체 장기요양급여 수급자의 55%에 해당하는 1, 2 등급의 최소요양시간을 상향조정함으로써 낮은 등급에 해당하는 요양등급 판정을 어렵게 하는 조치라고 볼 수 있다.

28) Badelt et al. (1997) Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Verlag: Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit u. Soziales, Wien

요양수당의 수준에 대해 대부분의 응답자가 매우 만족하고 있는 것으로 나타났다. 2/3 가량의 응답자가 전체 요양수당을 요양관련 지출에 사용하고 있는 것으로 응답하였고, 1/3 가량은 비공식적 요양제공자의 서비스 제공에 대한 대가로 지출하고 있는 것으로 나타났다(Badelt et al., 1997).

2) 현물급여

오스트리아 장기요양수당제도는 기본적으로 현금급여를 바탕으로 한다는 점에서 우리나라와 같이 보험자가 제공하는 현물급여란 없다. 따라서 오스트리아 현물급여는 보험자가 급여를 제공하는 것이 아닌 공공 및 민간에서 운영·제공되는 현물 서비스의 일체라고 보는 것이 옳다.

현물급여 제공은 지방정부 차원에서 다르게 규정되어 있는데 통원 서비스에 대한 현물급여에 대해서는 법적 청구권이 주어지지 않는다. 이러한 현물급여 서비스에 대한 재원은 장기요양수당, 본인부담, 공공채원, 기부금 그리고 자원봉사 서비스 등에 의해 이루어지고 있다. 구체적인 재원구조는 서비스의 종류, 지방정부의 구체적인 상황, 그리고 서비스를 제공하는 기관에 따라 각각 상이하다²⁹⁾.

또한 기본적으로 요양서비스는 크게 공식적 서비스와 비공식적 서비스로 구분된다. 비공식적 서비스라 함은 일반적으로 가족 간의 관계 혹은 친한 이웃 간에 제공되는 수발 및 요양을 의미하는데, 최근 수 년간 음성적 형태의 요양 제공이 증가하고 있는 것으로 추정된다. 특히 동유럽 국가의 인력을 통한 음성적 형태의 서비스 제공이 늘어나고 있다고 알려져 있다. 한 연구에 따르면, 이러한 음성적 형태의 서비스 제공 인력이 적게는 10,000명에서 많게는 60,000명에 이르는 것으로 조사되었다

29) Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (2011) Information über das Bundespflegegeld

(Krajic et al. 2005). 공식적 서비스라 함은 우선적으로 전통적인 형태의 입소 시설인 양로 및 요양시설(Alten- und Pflegeheim)에서의 제공되는 모든 형태의 서비스를 의미한다.

두 번째로 최근 요양욕구자의 가정 환경 내에서 직접적으로 이루어지는 이동 사회 서비스 (die mobilen sozialen Dienste) 즉, 재가서비스가 대표적인 공식적 서비스라 할 수 있다.

세 번째 형태로는 재가와 단기 입소의 결합된 형태인 단기입소 시설이 기존의 입소 시설의 대체 형태로 제공되고 있다.

재가 요양서비스 (Hauskrankenpflege)로 전문 간호 및 영양사 혹은 요양보호사를 통해, 상처관리, 이동, 신체관리, 주사, 약복용, 경구식 (Sondenernährung) 과 같은 요양서비스가 제공된다. 이를 통해 가정내에서 전문적인 영양을 보장할 수 있게 된다. 의료, 치료 및 진단적 서비스의 경우에는 의사의 처방이 있어야 한다. 이외에도 예방적 영양조치나 상담 및 영양지도 역시 재가 요양서비스에 해당한다. 제공되는 서비스의 범위는 서비스 욕구에 따라 시간의 제한 없이 매일 혹은 주말을 통해 제공된다. 서비스는 소득에 따라 차등화된 본인부담금이 있으며, 상한선이 2010년의 경우 22.14유로 (시간당)로 결정되었다. 2010년 기준 평균 시간당 비용 45유로 였으며, 이 가운데 76.5%가 비엔나 사회기금을 통해 지원이 이뤄졌다. 현재 19개의 기관이 재가 요양서비스를 제공하고 있다.

가사도움 서비스 (Heimhilfe)는 타인의 도움없이 스스로 일상 생활을 해나가기 힘든 경우, 가사도움 서비스를 통해 가사 일은 물론 일상생활을 원활히 유지할 수 있도록 도움을 받을 수 있다. 예를 들어, 신체관리, 음식준비, 장보기 등이 가사도움 서비스에 해당된다. 서비스는 가사 도움 제공을 위해 교육된 가사도우미(ausgebildete HeimhilferInnen)에 의해 직접 가정 내에서 매일 혹은 주말을 통해 제공된다. 지원되는 서비스

의 내용 및 가격은 개인적 욕구수준에 따라 다르게 책정된다. 가사도움 서비스가 병원 및 유사 시설에서의 퇴원이 이루어진 직후인 경우에는 주로 '비엔나 사회기금'에 소속된 직원들에 의해 직접 징검다리 가사도움 서비스(Übergangsheimhilfe) 차원에서 제공된다. 요양등급별로 가사도움 서비스를 받는 수급자를 살펴보면, 약 64% 가량이 요양등급 1-3등급에 해당되며, 요양등급을 받지 않은 경우도 12%에 해당된다. 2010년 평균 서비스 가격은 1시간당 32유로 가량이었는데, 이 가운데 71.4%가 '비엔나 사회기금'에서 지원이 이뤄졌다. 나머지 비용은 본인부담금으로 충당된다. 현재 17개의 기관이 가사도움 서비스를 제공하고 있다.

재가 의료서비스 (medizinische Hauskrankenpflege)의 취지는 병원에서의 입원 기간을 대체하여 가정에서 의료서비스를 제공하도록 하는 것이며, 질병금고에서 비용을 부담한다. 따라서 서비스 이용자들의 본인 부담은 없다. 다만 전체 비용의 56%만을 질병금고를 부담하며, 나머지 비용은 '비엔나 사회기금'을 통해 충당이 이뤄지고 있다. 서비스는 반드시 의사 (병원 및 개업의)의 처방에 따라 이뤄져야 하며, 주 서비스의 내용은 재가 요양서비스와 같이 상처치료 및 주사나 의약품 복용과 관련되어 있다. 2010년 재가 의료서비스의 시간당 평균 비용은 약 50유로로 44% 가량을 '비엔나 사회기금'에서 지원하고 있다.

방문서비스 (Besuchsdienst)는 신체 혹은 정신적 장애로 말미암아 의사방문, 미용, 약국, 은행 등의 업무를 보거나 장을 보기 위해 나가야 하나, 혼자서 집 이외의 곳에 갈 수 없는 경우에는 방문서비스를 통해 함께 동행보조가 이뤄지게 된다. 방문서비스 가운데 중요한 측면이 사회적 접촉을 돕는다는 점이다. 즉, 친구와의 만남을 동행하여 사회적 활동이 가능하게 하는 것이 이 서비스가 필요한 이유라 할 수 있다. 소득에 따라 차등화된 본인부담금의 최대금액은 2010년 현재 13.49유로였다. 2010

년의 경우 서비스 시간당 평균 비용이 약 24.4유로 였는데 이 가운데 70.9% 비엔나 사회기금에서 보조를 하고 있다. 요양등급 1-3등급의 이용 비율이 62% 정도를 차지하고 있다. 현재 8개의 기관에서 이 서비스를 제공하고 있다.

음식배달 서비스 (Essen auf Rädern)는 음식준비를 스스로 할 수 없는 경우 음식배달 서비스 제공 주체에 의해 주로 세 종류로 이뤄진 음식 (소비자의 선택에 의해 세 종류가 구성됨, 당뇨환자식 및 채식주의식도 제공됨)이 제공된다. 음식 배달은 매일 혹은 일주일에 정해진 횟수로 선택하여 제공되어 진다. 비엔나 사회기금은 장기요양수당 수급자 가운데 특별한 조건에 해당되는 경우에는 배달음식 비용의 일부를 지원한다. 2010년 현재 한끼 식사당 평균비용이 4.31유로 였는데 이 가운데 약 88.5%가 비엔나 사회기금에서 지원된다. 물론 앞에서 언급한 조건에 해당사항이 없는 경우에도 음식배달서비스를 이용할 수 있으며 이 경우 전액 본인이 부담해야 한다.

청소도우미 (Reinigungsdienst)는 가사도우미 서비스 이외에 창문, 바닥, 문, 가구, 카펫 및 화장실 등의 청소 서비스가 제공된다. 장기요양수당 수급자에 한해 청소도우미 서비스를 위한 비용에 대한 지원을 받을 수 있으며, 분기별 3-4시간 가량의 서비스를 이용할 수 있다. 본인부담 비용은 소득에 따라 차등화 되며, 최대 본인부담금은 2010년 현재 시간당 22.23유로이다. 시간당 평균비용은 약 33유로 였으며 전체비용의 73.1%가 비엔나 사회기금에서 부담하고 있다. 전체 이용의 73% 요양등급 1-3등급에서 이루어지고 있다.

24시간 수발 (24-Stunden-Betreuung)는 본인의 집에서 가능하면 오랫동안 살고 싶어 하는 요양 욕구자에게 제공된다. 핵심적인 업무는 24시간 지속적으로 개인적 수발을 제공하고, 가사를 책임지며, 의사의 처방

전에 따라 혹은 전문 간호 및 요양사의 지시에 따라 요양을 제공하는 것이다. 요양등급 3등급 이상이면 비용에 대한 지원을 받을 수 있다. 지원은 중앙정부 산하 요양욕구자 및 가족들을 위한 사회부(Bundessozialamt für pflegebedürftige Personen bzw. Angehörige)에서 수발 서비스를 제공하는 사람을 고용하는 형식으로 이뤄진다. 비엔나 사회복지기금에서는 지원금의 40%를 보조하고 있으며 나머지는 중앙정부에서 부담한다. 24시간 수발에 대한 수요는 2008년 650명에서 2010년에는 1,490명으로 2.3 배 가량 급속하게 증가하고 있다.

노인 주간보호소(Tageszentren für Seniorinnen und Senioren)에서는 주로 아침 8시부터 오후 5시까지 노인들이 방문하여 다양한 문화, 교육 활동을 참여할 수 있다. 또한 인지능력을 향상시키고, 사회적 관계 형성을 활성화 시키며, 욕구맞춤의 요양서비스가 제공된다. 방문 빈도는 개인적으로 합의에 따라 결정되는데, 요양을 제공하는 가족들의 부담을 덜어주는 데 도움이 된다. 일당 비용은 소득에 따라 차등화되어 있는데 2010년 현재 본인부담 최대 비용은 16.86유로이며, 특별 서비스에 대해서는 추가의 본인부담금이 책정된다. 주간보호소를 운영하기 위한 1인 평균 비용이 2010년 현재 일당 95유로인데 이 가운데 90.4% 비엔나 사회복지기금에서 지원되고 있다.

휴양요양서비스(Urlaubspflege)는 요양을 제공하는 가족에 대한 부담을 완화하기 위한 목적에서 제공되는 서비스이다. 주로 가정에서 요양을 받는 요양등급 3등급 이상에 해당되는 수급자 가운데 일시적으로 요양시설에 입소할 수 있도록 하는 서비스이다. 최대 연간 5주까지 입소할 수 있으나, 특별한 사정이 있는 경우에는 연장이 가능하다. 개인이 부담해야 할 비용은 일반적으로 입소 요양을 위한 비용을 산정할 때와 같이, 수입, 부양(비) 및 장기요양수당이 고려되나, 재산은 고려대상에서 제외

된다. 다만 주거임대비가 고려된다. 예상되는 입소기간에 대한 비용은 입소 전에 미리 지불하게 되며, 퇴원시 총 비용은 '비엔나 사회기금'에서 정산하여 충당하게 된다.

단기요양(징검다리요양 (Kurzzeitpflege in stationären Einrichtungen: Übergangspflege)) 서비스는 질병이나 사고 이후 병원에서 곧 바로 가정으로 돌아갈 수 없는 요양욕구자를 위한 서비스이다. 남에게 의존 없이 독립적인 삶을 회복하기 위해서는 포괄적인 치료 서비스는 물론 재활 서비스가 필요하다. 징검다리 요양은 병원입원기간의 장기화를 막으면서도, 필요한 재활서비스는 제공하는 역할을 한다. 따라서 한 번 입소시 92일로 입소 기간을 제한하며, 욕구나 입소의사에 관해서는 비엔나 사회기금와의 상담을 통해 결정된다. 개인이 부담해야 할 비용은 일반적으로 입소요양을 위한 비용을 산정할 때와 같이, 수입, 부양(비), 재산 및 장기요양수당이 고려되나, 부양가족의 재산은 고려대상에서 제외된다. 다만 주거임대비가 고려된다.

노인요양주택 (betreutes Wohnen für Seniorinnen und Senioren)은 장애인 친화적인, 노인이나 장애인 요양에 적합한 1인 혹은 2인실 방 및 아파트 형식이 주거 공간을 제공한다. 서비스는 무엇보다도 요양욕구가 있으면서 점차 요양욕구가 늘어날 것으로 예상되는 노인 가운데, 혼자서 지내기를 원하지 않으면서 나이에 합당한 삶의 질을 누리고 싶은 노인에게 초점이 맞춰져 있다. 제공되는 서비스의 내용을 살펴보면, 사회 및 문화적 활동, 식사, 공간관리, 세탁서비스 및 수발·요양서비스로 이뤄져 있다. 의료 및 물리, 근육치료 역시 시설에서 받을 수 있으며, 밤 중 call 시스템도 갖춰져 있다. 자산 및 소득 등급에 따른 지원이 보장되고 있다. 요양등급 1-3등급 수급자가 전체의 약 66%를 차지하며 요양등급 판정을 받지 않은 노인도 전체의 1/4 가량을 차지하고 있다(2010년 기준). 대부

분 주택의 공급자는 Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP)로 전체 공급주택의 98.8%를 제공하고 있다.

요양 및 수발 목적의 주택 (Wohnplätze mit Betreuung und Pflege)이란 일반적인 거주를 가능하게 하면서 요양 및 수발서비스를 동시에 받을 수 있는 주택을 의미한다. 모든 생활에 필요한 서비스를 제공받으면서 사회 및 문화적 서비스를 이용 가능하다. 또한 필요한 경우에는 24시간 요양·수발 서비스가 제공된다. 각 등급의 요양은 물론 점차 늘어나는 욕구도 충족시킬 수 있다. 시각장애인을 위한 특별한 욕구도 충족시킬 수 있는 서비스를 갖춘 주택도 갖추어져 있다. 비엔나 사회기금에서는 재산 및 소득 수준에 따라 비용을 지원하고 있다. 요양등급 1-3등급 수급자가 전체 이용고객의 약 86%를 차지하고 있다.

장기요양시설은 2002년 말 현재 오스트리아에서는 전체 67,700 시설 병상 가운데 78%가 요양 목적으로 운영되고 있다. 즉, 52,800 가량의 병상이 요양이 필요로 하는 자를 위해 마련되고 있다 (BMGS, 2006). 최근 10-15년 사이 시설내 요양제공에 대한 수요가 상당히 변화되었는데, 이는 주거환경의 개선과 재가 서비스의 확대를 통해 가능한 한 오랜 기간 원래 살던 환경에서 요양을 받는 것이 가능하여 졌기 때문이다. 다시 말해 요양 욕구가 크게 없는 강건한 노인의 경우 시설입소에 대한 수요가 적어졌다는 것을 의미한다. 한편 요양에 대한 욕구는 전반적으로 늘어나고 있다. 지방정부의 주도하에 많은 양로시설이 입소시설로 전환되고 있는 것도 이러한 욕구의 증가를 반영하고 있다. 이러한 입소시설의 전환은 점차 확대될 것을 전망되며, 요양시설의 대부분이 요양시설로 바뀌어 질 것으로 예상된다.

더불어 입소시설 영역에서는 이미 영리 목적의 입소시설이 운영되고 있는데, 이러한 시설들은 대부분 수발 및 요양 뿐만 아니라 포괄적인 호

텔수준의 서비스를 제공하고 있다. 2002년 기준 전체 시설에서 영리목적의 입소시설이 차지하는 수준은 약 21%인 것으로 조사되고 있다. 한편 절반 이상 (55%)의 시설은 공공시설로 운영되고 있으며 나머지 시설은 비영리 단체에서 운영하고 있다. 하지만 주마다 비중에 있어 차이가 있는데, 예를 들어 가장 많은 입소자리를 보유하고 있는 비엔나의 경우 비영리 시설이 80 %가량으로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 공공시설과 영리시설이 각각 8.6%, 11.1%를 차지하고 있다. 반면 Burgenland의 경우 절반 이상이 영리시설로 이루어지고 있다 (노인 주거 및 요양시설 협회, 2010). 노인요양에 있어서 시설보호의 역할은 상대적으로 높은 비용이 발생하기 때문에 재가복지에 비해 제한적이지만 수명이 늘어남에 따라 생겨나는 노인성 질환자의 증가와, 가구원수의 감소, 특히 1인 가구의 증가로 인해 중요성은 점차 늘어날 것으로 예측된다.

시설의 크기나 구조 그리고 요양인력 간에 있어서 지역 간 커다란 차이를 보이고 있다. 2002년 말 현재 요양인력은 주 40시간 풀타임 근로 기준으로 약 21,254 명이 시설 내에서 종사하고 있는데, 오스트리아 수도인 비엔나의 경우 전체 종사인력의 43% 가량이 전문적 자격이 부여된 요양인력인 반면, 티롤에는 약 20% 가량만이 해당 인력이 종사하고 있는 등, 지역간 차이가 크다. 요양보호사 인력 수 역시 지역간에 큰 차이를 보이고 있다. 이러한 지역 간 전문인력의 차이는 곧 병상 하나 당 비용의 차이의 원인이 되고 있다. 즉, 병상 하나에 대한 비용을 산정할 때에는 시설의 크기, 요양인력의 수 그리고 인력구조가 중요한 근거가 되기 때문이다. 이러한 차이는 시설의 설치 및 운영이 지방정부의 권한에 속해 있는 체계에 결과라 할 수 있다. 2012년 요양제도의 개혁의 핵심 역시 이러한 지역간 차이를 줄이고자 하는 정치적 결정이라고 여겨진다.

2004년 현재 입소시설에서의 요양을 위한 전체 경비는 약 13.2 억 유

로인데, 이 가운데 35.9%가 입소자의 본인부담으로서, 장기요양수당, 연금소득 그리고 다른 형태의 자산으로 부담되고 있는 것으로 나타났다.

1인당 입소자의 요양을 위해 필요한 전체 경비는 대략 월 기준 1,937 유로로 나타났다. 물론 이러한 경비는 요양등급 및 시설의 설비 수준에 따라 차이가 나는데, 순수 양로 시설의 경우 약 1,000 유로 정도 드는 반면, 집중적 요양 서비스 제공되는 시설의 경우에는 4,000 유로가 드는 것으로 조사되고 있다. 치매를 앓고 있는 요양시설 입소자의 경우는 상태에 따라 추가로 약 1,500 유로를 필요로 한다.

본인 부담 비용이 실제 경비를 충당하지 못하는 경우에는 공적 재원에서 필요한 경비를 보충하도록 규정되어 있다.

3) 추가요양 욕구 가중규정

일반적인 요양에 비해 특별한 강도가 요구되는 이용자(7세 미만의 중증 장애 아동, 15세 미만의 중증 장애 청소년, 중증 정신 혹은 심리 장애, 특히 치매를 앓고 있는 15세 이상인 자)에게는 추가의 요양욕구시간이 주어진다. 이는 대상자에 따른 요양수준을 판별하여 급여의 형평성을 제고하기 위한 일환이다. 구체적으로, 중증 장애를 앓고 있는 아동 혹은 청소년의 경우 적어도 두 가지 이상 서로 별개의 기능제한이 존재하는 경우에는 아동에게는 50시간을, 청소년에게는 75시간을 추가 욕구시간으로 부여하게 되어 있다. 또한 심각한 정신적, 심리적 질환 및 치매 환자에게는 25시간의 시간을 추가로 부여하여 요양등급 산정시 반영하도록 하고 있다.

4) 장기요양수당의 지급 정지

다음의 각호에 해당되면서 시설에서의 요양 서비스가 사회보험공단, 지방건강기금(Landesgesundheitsfonds), 중앙정부 혹은 질병복지시설 등에 의해 비용이 부담되는 경우 장기요양수당의 지급이 정지된다.

※오스트리아 장기요양수당의 지급정지 사유

1. 병원에 입원치료를 받는 경우
2. 의료적 재활을 위한 시설에 입소하는 경우
3. 요양, 휴양 혹은 회복시설 등에 입소하는 경우

이 경우 입소기간 동안의 비용에 대한 청구권은 실제로 요양서비스를 지급하는 기관에게 주어지게 되는데, 다만 장기요양수당의 80%까지만 비용 청구가 가능하다. 물론 입소 요양의 비용이 수급자의 본인부담으로 지급된 경우에는 장기요양수당 지급 정지 규정이 적용되지 않는다. 지급 정지는 요양시설에 입소한 둘째날부터 적용되며, 퇴원과 동시에 지급 정지가 해제된다. 하지만 지급 정지가 되는, 병원 및 요양 기관 등에 입소하는 기간 동안에도 용돈(Taschengeld)의 명목으로 요양등급 3등급에 해당하는 금액의 10%인 44.30 유로 (2012년 1월 1일 기준)가 요양등급에 상관없이 지급된다. 다만 시설에의 입원이 1996년 5월 1일 이전에 시작된 경우에는 20%에 해당하는 88.60 유로가 지급하고 있다.

장기요양수당 지급 결정이 이루어진 시점에서 장기요양수당 결정의 근거가 된 전제 조건들이 향후 충족되지 않을 것이 확실하거나 가능성이 매우 높은 경우에는 기간의 제한을 두고 지급되도록 결정될 수 있는데, 계속 지급을 요청하기 위해서는 지급이 만료되기 3개월 이내에 신청이 이루어져야 한다. 장기요양수당의 한시적 지급결정에 대해서는 사회법

원(Sozialgericht)에 소송 제기가 가능하다.

5) 장기요양수당 상향·하향·취소 결정

요양욕구수준이 변경될 경우에는 장기요양수당의 인상 및 하향 조정 혹은 취소가 결정될 수 있다. 장기요양수당의 인상을 위해서는 장기요양수당을 새롭게 신청해야 한다. 인상 결정은 신청이 이루어진 달의 다음 달 혹은 직권에 의해 의사의 확증이 이루어진 직 후부터 유효하다. 하향 및 취소 결정은 행정권적 결정 효력이 있는 판정통보가 이루어진 달이 지나서부터 유효하다.

6) 기타 : 친족간 요양 제공자에 대한 사회적 보호

오스트리아에서는 친족간³⁰⁾ 요양 제공의 부담을 인정하고, 친족간 요양 제공시 책임감 높은 부양을 기대할 수 있다는 측면에서 친족간 요양을 장려하고자 친족간 요양을 제공하는 자에 대한 사회보험 가입 및 보험료 부담을 보장하고 있다. 현재 친족간 요양을 받고 있는 약 440천명의 요양급여 수급자 가운데 80% 가량이 가까운 친족으로부터 요양을 받고 있는 것으로 확인되고 있다. 그 가운데 80% 가량이 여성이다 (Greifeneder and Liebhart, 2012).

특히 여성배우자의 요양에 대한 부담이 상당한 것으로 나타나 사회적으로 큰 논쟁의 대상이 되고 있다(BMASK, 2008). 이들 요양제공자에게는 일정조건이 충족되면 연금보험, 건강보험 및 실업보험에 가입되도록 규정하고 있다. 즉, 요양등급이 최소 3등급인 자를 요양하면서 대부분의 노동가능 시간을 요양을 위해 사용하여 직업적 활동을 포기한 경우가

30) 친족의 범위는 다음과 같다: 배우자, 법적 등록을 마친 파트너, 자녀, 손자녀, 부모, 조부모, 사촌.

충족된 경우에는 연금보험료 전부(법으로 규정하고 있는 보험료 산정 근거 소득인 1,570.35 유로³¹⁾의 22.8%)를 기간의 제한 없이 중앙정부에서 부담하도록 규정하고 있다.

또한 질병보험에서도 요양등급 3단계 이상의 친족간 요양을 제공하는 자에게는 피부양자 자격으로 인정하여 보험료 면제를 부여하고 있다. 오스트리아 질병보험법 상 근로능력이 있는 배우자가 자녀양육의 책임이 없이 근로를 하지 않는 경우 보험료를 부담하도록 하는 조항에 대한 예외규정을 둠으로써 질병 보험료 부담을 완화시키고자 하는 취지이다. 물론 요양 도중에 요양급여수급자가 입원치료를 받아야 할 경우가 발생하게 되면 그 입원치료 기간에도 보험가입은 유지된다. 참고로 2009년 8월 1일 전까지는 중앙정부에서 보험료 부담하는 수준을 사용자 부담 수준으로 가정하여 전체 보험료의 50% (보험료 산정 기본 급여액의 11.4%)만 지원하였으며, 이러한 지원을 받기 위해서는 요양수당수급자의 요양등급이 최소한 4등급 이상이 되어야 했다. 또한 지원 기간도 48개월에 국한되었다.

장애인 지원 기금 (Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung)을 통해 일정조건을 충족한 친족간 주부양자에게 재정적 지원이 가능하다. 즉, 요양등급 3등급이상의 장기요양수당 수급자에게 지속적으로 (최소 1년) 요양을 제공하거나, 치매질환을 앓고 있는 요양등급 1등급 이상인 자 또는 요양등급 1등급 이상인 미성년 아동을 요양

31) 오스트리아 사회보험연합회 (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger)의 2010년 자료에 따르면 남성 근로자 월 평균 임금은 2,605 유로이며, 여성근로자는 1,753 유로인 것으로 나타났다. 친족내 요양 제공자에 대한 사회보험료 납부액 산정의 기본이 되는 보험료 산정 기본급여액인 1,570.30 유로는 비록 여성 근로자 평균에 못 미치는 수준이나, 요양제공 노동에 대한 가치를 오스트리아에서는 어느 정도로 평가하는지 알 수 있는 지표라고 할 수 있다.

하는 도중에 질병이나 휴가, 그 밖에 중요한 사정으로 인해 요양을 못하는 상황이 생기게 되어, 대체 요양 서비스를 구매하는 경우 들게 되는 비용에 대해 재정 지원을 하도록 하고 있다.

제4절 운영체제

1. 관리운영주체

사회보장제도와 관련하여 연방과 지방 정부간의 책임권한이 구분되어 있다.

즉, 연방정부의 권한에 속해 있는 제도를 살펴보면 (이하 괄호 안은 제도를 실제로 담당하여 운영하고 있는 기구를 설명함), 실업보험(공공 고용서비스, Arbeits- marktservice), 질병보험 및 아동양육수당(질병금고), 연금보험 및 장기요양수당 (연금관리공단), 산재보험 (산재보험관리공단), 장애인 평등권 (연방사회부, Bundessozialamt), 가족 및 주거보조 (재정부) 등이 있다.

반면, 공공부조 및 (이민자) 사회통합, 재가 및 입소 수발 및 요양 서비스, 장애인 보조, 난민 신청자 기본적인 생활보장, 주거수당, 청소년 복지, 공공주택, 건강관련 전반, 취업장려 및 보조 등은 대민서비스 중심으로 헌법 상 지방정부 (주 및 시정부)에게 책임이 부여되어 있다.

구체적으로 장기요양과 관련하여 오스트리아 장기요양서비스의 재정(financing)과 관리운영(governance)에 대한 구조적인 형태는 하나의 연방정부(Federal government)와 9개로 구성된 지방정부(Regional Governments_Länder)가 책임을 갖는 형태로 이루어진다. 먼저 연방정부는 장기요양수당법(LTC Allowance Act)에 근거하여 사회보험의 연금

(pension)자격을 취한 대상자나 혹은 이와 유사한 급여의 수급권자를 대상으로 하며 건강케어에 대한 규제와 관리감독의 책무를 지닌다. 반면 지방정부는 지역장기요양수당법(Regional LTC Allowance Acts)에 근거하여 연방정부에서 커버하지 않거나 포착되지 않는 집단을 대상으로 하며 그 지급수준은 연방정부와 동일하다. 제공되는 급여의 형태는 연방정부나 지방정부 모두 현금급여로 동일하다.

<표 5-4> 오스트리아 장기요양제도의 관리운영과 재정의 책무

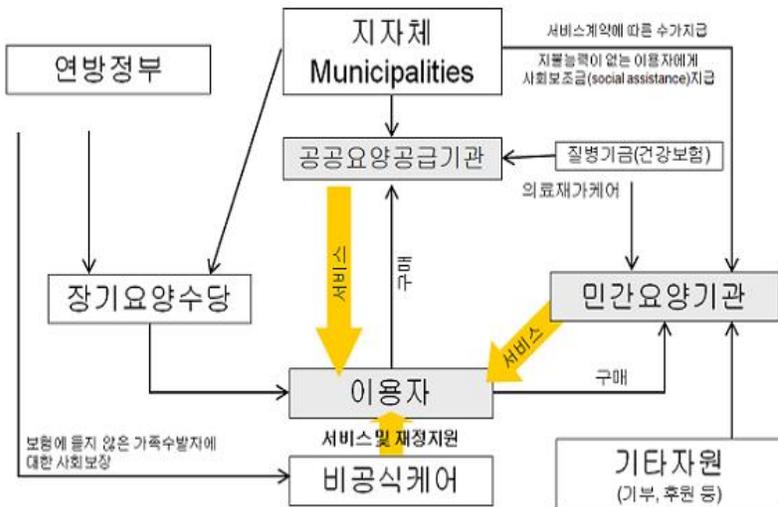
구분	연방정부	9개 지방정부	비고
근거	-장기요양수당법(현금급여)	-지역장기요양수당법(현금급여) -지역사회복지법(현물급여)	<ul style="list-style-type: none"> ● 연방정부 - 재정의 이전 ● 지방정부 - 사회보호서비스 개발 - 사회보호서비스 계획 - 최소서비스기준 설정 - 연방정부 장기요양수당과 조화
관련책무	-연방장기요양수당 지급(연금지격을 취한 대상자) -건강보험관련 규제(직원훈련, 질관리)	-지역장기요양수당(사회부조 혜택을 받는 대상자) -사회부조 관리	
재정	-연방장기요양수당(조세) -건강보험(보험료)		

[그림 5-1]은 오스트리아 장기요양제도의 관리운영 체계를 도식화 한 것이다. 제시된 바와 같이 핵심적인 장기요양수당은 연방정부와 지자체의 이원화된 관리운영 방식을 적용하고 있지만 장기요양수당이라는 서비스 공급은 동일하다. 장기요양수당은 이용자의 선택권을 강화하고 장기요양기관의 다원화와 질적향상을 도모하는 방향으로 발달되어 왔다.

관리운영을 위해 감독이 필요하다고 판단되는 경우 해당 기관을 사전 통보 없이 방문할 권한과 필요한 정보나 문서 등을 열람할 수 있는 권한이 있다. 또한 관리감독 후 시정명령 기간이 지났음에도 이행하지 않거나, 입소자의 건강이나 생명에 위협이 될 만한 요소가 발견될 경우에는 해당 기관에 대해 폐쇄명령을 내릴 수 있다. 이는 장기요양기관의

효율적인 관리운영과 감독을 위한 행정적 권한강화의 측면으로 해석할 수 있다.

원칙적으로 오스트리아의 모든 장기요양보장기관은 통제관리 대상에 해당된다. 대부분의 주(state)의 경우 지방정부가 감독기관으로 되어 있는데, 몇몇 주의 경우에는 (예, 비엔나) 시정부의 관할에 속해 있다. 이는 비엔나 시 자체가 하나의 주로 구성되어 있는 특성에 따른 것이다. 감독 관리를 위해 해당 기관은 감독이 필요하다고 판단될 경우에는 방문에 관한 일체의 통보 없이 해당 기관을 방문할 권한을 갖고 있으며, 또한 필요한 정보 및 문서 열람에 대한 권한도 갖고 있다. 감독 관리 시 일정 기간이 지났음에도 시정명령을 이행하지 않거나, 입소자의 건강이나 생명에 위협이 될만한 요소가 발견될 경우에는 해당 기관의 부분 혹은 전부 폐쇄명령을 내릴 수 있도록 권한이 부여되어 있다.



[그림 5-2] 오스트리아 장기요양제도의 관리운영체계

2. 서비스 공급자

1) 장기요양시설³²⁾

오스트리아 장기요양 비엔나 주거 및 요양시설에 관한 법(Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz)에 따르면 장기요양시설이란 최소한 세 명의 사람이 지속적으로 혹은 지정된 시간 동안 입소되어, 돌봄을 받거나, 욕구 발생 시에는 요양을 받기도 하며 때에 따라서 의료적 치료가 이루어지는 장소를 의미한다고 규정하고 있다. 따라서 의료적 치료 역시 일반적인 병원이 아닌 요양시설에서 제공될 수 있는 근거를 마련하고 있다.

구체적으로 장기요양보장기관의 권리 및 의무에 대해 비엔나 주거 및 요양시설법에 근거하여 살펴보면 요양보장기관은 해당기관의 서비스 및 시설구조에 대해 문서상 자세히 기술할 것을 요구하고 있다. 또한 시설 입소자와 입소 계약을 맺을 때 이에 관해 자세한 설명을 해야 한다. 비엔나 주거 및 요양 시설법 제 7조에 따르면 운영 및 서비스에 관한 기본적인 사항을 규정하고 있는데, 이와 관련해서 원칙적 변경이 따를 때에는서는 일반에 공개해야 할 것을 규정하고 있다(<표 5-5> 참조). 이러한 요양보장기관은 입소자에 관련한 개인, 의료, 요양 및 그 밖의 관련된 정보에 관한 문서(Pflegedokumentation)를 작성 및 보유하고 있어야 한다.

32) BMSG (2006) Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004. Wien, Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generation und Konsumentenschutz

<표 5-5> 서면으로 규정해야 할 시설운영 및 서비스에 관한 기본 항목

순서	내용
1	시설의 종류 및 목적
2	시설에 입소 가능한 요양등급
3	신체적 정신적 손상을 입고 있는 시설 입소 요구자의 기본 전제 조건
4	보호(Betreuung), 요양(Pflege) 및 의료적 보호의 기준
5	요양, 의학적, 치료적, 심리적 그리고 심리치료적 제공 서비스
6	보장기관 내에 설치되어 있는 시설 내용
7	침상 수 (주거 및 요양 목적에 따른 구분)
8	서비스 질 유지를 위한 수단

특히, 오스트리아는 의료 및 처치에 중점을 둔 24시간 의료적 서비스를 갖춘 요양시설(Pflegeheime mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung)을 갖춘 서비스를 제공한다. 요양시설 혹은 특별병원 가운데 24시간 주치의사가 상주하는 시설이 있다. 비엔나의 경우 비엔나 병원연합회(Wiener Krankenanstaltenverbund; KAV)와 자선의 집(Haus der Barmherzigkeit)에서 이러한 시설을 운영하고 있다(각각 시장점유율 85.2%, 14.8%). 비용 대한 지원은 재산과 소득수준에 따라 결정되는데, (손)자녀의 재산이나 소득이나 상환청구를 배제하고 있다. 병원 환자 가운데 더 이상 병원에서의 치료가 필요 없으나 요양이 필요한 고객들이 주요 대상이다. 일당 입소자 1인 평균 비용을 살펴보면 2010년 기준 181.2유로 인데 이 가운데 79.6%가 비엔나 사회기금에서 재정적 지원을 통해 충당되었다.

또한 본인의 주거지에서 독립적인 일상생활을 더 이상 유지할 수 없는 경우 주거요양시설에서 새로운 터전을 영위할 수 있는 주거요양시설(Pflegeplätze in Wohn- und Pflegeheimen)도 있다. 요양 및 수발, 공간

관리, 세탁서비스 및 식사제공은 기본이며 추가적으로 사회·문화 활동 서비스도 제공된다. 재산과 소득에 따라 비용에 대한 지원이 이루어진다. 본인부담금 이외에 추가적 비용을 요구할 수 없도록 하여, 시설입소자들에게 소득과 상관없이 높은 수준의 동일한 질을 보장하도록 하였다. 입소자 가운데 4등급 이상의 장기요양수당 수급자가 차지하는 비중이 82%를 차지하고 있다. 일당 입소자 1인 평균 비용을 살펴보면 2010년 기준 130.5유로 인데 이 가운데 64.5%가 비엔나 사회기금에서 재정적 지원을 통해 충당되었다.

오스트리아에서도 우리나라 장기요양보험의 재가급여의 한 형태인 단기보호시설과 같은 단기입소시설이 존재한다. 하지만 우리나라의 경우 단기보호시설과 주·야간보호시설이 서로 구분되는 것과 달리 오스트리아의 단기입소서비스는 가정 내 요양과 요양시설에서의 입소를 조합한 형태로서, 주간센터(Tageszentren), 주간보호(Tagespflege) 및 주간수발(Tagesbetreuung) 형태로 구분된다. 이러한 형태의 서비스 제공은 능한 한 가정 내에서의 생활을 유지하되 필요한 경우 주간 내에 집중적 요양을 제공하는 것을 목적으로 한다. 2002년 현재 단기 입소 서비스는 매우 제한적으로만 제공되고 있다. 2003년 약 1000만 유로가 비용으로 발생되었는데 이 가운데 약 18%가 본인부담으로 충당되었다. 2002년 말 현재 약 1070 병상이 마련되어 있다.

더불어 요양제공 주택(betreute Wohnformen)도 장기요양시설의 한 형태로 존재한다. 요양제공 주택이라 함은 양로주거시설로 주거자 스스로 생활을 유지하도록 하되, 필요한 경우 요양인력으로부터의 도움을 얻을 수 있는 시설을 의미한다. 일반적으로 이러한 형태의 주거시설은 양로 및 요양시설 혹은 재가서비스 제공 시설에 포함되어 있다. 2002년 말 현재 1,880 주택이 요양제공 주택으로 설치되어 있다.

2) 비공식적 요양(informal care) 실태

오스트리아에서는 많은 가족구성원이 요양서비스를 제공하는 것이 가능하기 때문에 장기요양수당의 상당한 비중이 비공식적 서비스를 위해 사용되고 있다. 약 65%의 장기요양수당 수급자들이 주로 가족구성원에 의해 요양을 받고 있다. 이들 수급자들의 대부분은 비교적 기능상태가 양호한 요양등급 1, 2등급에 해당한다. 또한 24시간 요양서비스의 법발효로 인해 일부 비공식적 재가 서비스가 공식화 되어, 요양을 제공하는 자나 받는 자 모두 법적 안정성이 높아졌다.

최근 여성의 노동시장참여가 늘어나면서, '이차 비공식적' 경로를 통해 요양 서비스가 제공되고 있다. 2006년의 조사에 따르면 약 20,000 가구, 다시 말해 전체 수급자의 5% 정도가 이웃 동유럽 국가에서 넘어온 요양인력에 의해 요양이 이루어지고 있는 것으로 조사되고 있다 (Marschitz, 2006). 2007년에 비공식 돌봄을 받은 사람 중에 절반 이상(57%)이 65세 이상(80세 이상 31%)이었으며, 돌봄을 받는 사람의 2/3가 여성(65%) 이었다. 다수의 비공식 돌봄은 자신의 가구 외부의 사람을 돌봤으며, 40%는 부모 또는 시부모를 돌보았고 11%는 친구, 1/5는 파트너를 돌보았다.

오스트리아는 80% 이상의 요양욕구가 있는 자들이 가까운 친족에게 요양을 받고 있는데 이는 다른 국가 비교에서도 현저하게 높은 수준이며, 이 가운데 여성 부양자가 80%에 해당하는 것으로 조사되고 있다. 이러한 비공식적 요양과 관련한 비용에 대해서는 알려진 바는 없지만 약 20-30억 유로 가량이 될 것으로 추정되고 있다. 이러한 추정의 근거로 동일한 시간에 서비스가 공식적인 형태로 제공되었을 때로 가정하여 계산되었다 (Schneider und Österle, 2003).

OECD(2011)에 따르면 오스트리아의 비공식 케어를 제공받는 사람은

배우자(36.6%), 부모(34.7%), 친척(14.7%), 친구(16.8%)로 나타났으며 주당케어시간(Weekly hours of care)은 '0-9시간' 52.6%, '10-19시간' 17.6%, '20시간 이상' 29.9%로 보고하고 있다. 또한 먼 오스트리아의 경우 비공식수발자들의 많은 부분이 은퇴자들로 구성되어 있다. 또한 최근 한 연구에서 추정된 결과를 살펴보면 가족의 요양 서비스를 위한 노동공급의 가치가 20-30억 유로에 달하는 것으로 나타났다 (Schneider et al., 2006).

3) 장기요양인력

장기요양시설은 가능한 한 능력이 인정된 자로부터 요양 및 보호가 이루어지도록 노력해야 한다. “요양시설 및 요양병동의 최소기준에 관한 비엔나 정부의 시행령”에 따르면 시설에 종사하는 인력은 다음의 네 종류로 구분된다.

※오스트리아 장기요양시설의 인력형태

1. 보호 및 요양인력
2. 의료인력
3. 치료인력
4. 심리 및 심리치료적 보호인력

주의할 점은 요양의 경우 의료적 요양 담당을 위해 선발된 자 및 요양도우미에 의해서만 제공되어야 하며, 보호의 경우에는 시설도우미(Heimhelfer)와 같이 보호제공인력(Betruungs personen)에 의해서만 제공되도록 규정되어 있는데 대개 전문간호사와 요양사 그리고 요양보호사가 이에 해당한다. 한편, 보호 및 요양인력 1인당 입소자 비율과 관련

해서는 요양 등급(Pflegebedürftigkeit)에 따라 차등되어 규정되어 있다. 예를 들어, 비엔나의 경우, 1등급인 경우는 20명, 2등급 7명, 3등급 2명, 4등급 1.75명, 5등급 1.5명, 6등급 1.25명, 7등급은 1명으로 규정되어 있다.

다만, 노동시장 및 노동수급 상황으로 불가피하게 기준 인원에 미달하는 경우에 한해 최대 10%까지만 허용된다. 장기요양요양(Pflege)에 관한 통일된 정의는 없지만 일반적으로 가족 내에서뿐만 아니라 건강 및 질병요양을 위한 양질의 서비스를 제공할 자격이 있는 전문가에 의한 직업적 요양도 포함된다. 직업적 측면에서의 양질의 요양(der gehobene Dienst)이란 특히 건강 및 질병요양법(Gesundheits- und Krankenpflegegesetz; GuKG) 11 조에서 정의되어 있는데, 이에 따르면 건강을 유지하거나 건강을 되찾고 질병에 대한 예방적 차원에서 행해지는 건강증진, 예방, 진단, 치료 및 재활적 조치를 통틀어 양질의 요양서비스로 이해할 수 있다.

2002년 말 현재 오스트리아 전체에 (주 40시간 풀타임 기준) 7,810 명의 요양인력이 종사하는 것으로 조사되고 있다. 이들 가운데 상당수가 요양보호사로 비엔나의 경우 약 80% 이상이 요양보호사인 것으로 나타나고 있으며, 그 밖의 지역 (Burgenland, Niederösterreich 그리고 Vorarlberg)은 60% 수준, Kärnten, Steiermark과 Tirol 지역은 25%에 불과한 것으로 조사되었다. Bergman과 Hlave (2005)의 연구에 따르면 총 인력 기준으로는 13,821명이 재가서비스 인력으로 등록되어 있는데 그 가운데 47%가 요양보조업무를 담당하고 있는 것으로 조사되었다. 특히 이들 가운데 72%가 부분고용(Teilzeit;; part-time) 형태로 종사하고 있으며, 17%만이 풀타임으로 고용되고 있는 것으로 나타났다.

3. 장기요양기관 설치 및 지정, 인력기준 등

1) 장기요양시설 설치기준

오스트리아 장기요양시설의 가장 중요한 원칙은 가족 그리고 지역사회와의 관계를 맺는 것이다. 오스트리아에서는 원칙적으로 주거 및 요양시설을 갖추고자 할 때 시설의 위치를 반드시 고려해야 한다. 본질적인 면에서 입소자는 사회적 환경과 분절되어서는 안되며, Aging in place를 구현할 수 있는 통합된 환경에 놓여야 한다. 그 밖에 의료적 개입 및 생필품 공급 측면에서 대중교통과 근접성이 떨어져서는 안되며, 공원이나 정원 및 녹지공간이 갖추어 져야 한다. 또한 외부세계와의 사회적 접근뿐만 아니라 내적인 측면도 고려되어야 한다. 따라서 치료나, 재활서비스, 주거공간 등 측면에 대한 배려도 갖추어져야 한다. 또한 교통출입 및 건물입구 그리고 방 입구는 휠체어나 시각장애인의 이동이 수월하도록 시설을 갖추어야 한다. 그밖에 시행령에는 해당 기관 방의 크기를 규정하여 개인적 사적 공간을 보장하도록 규정하고 있는데, 예를 들어 비엔나의 경우 침실 수에 따라 1인실 14m², 2인실 20m², 3인실 26m² 그리고 4인실 32m²크기가 되어야 한다.

<표 5-6> 비엔나 장기요양시설 침실 설치 면적기준

구분	크기내용
1인실	14m ²
2인실	20m ²
3인실	26m ²
4인실	32m ²

건축 및 기술적 최소 기준을 명시하고 있는 오스트리아 장기요양법 시행령 10조 제1항에 따르면 새롭게 세워진 요양시설은 350명상을 넘

어설 수 없다. 또한 입소자의 거주 공간 이외에 다음의 공간이 마련되어야 한다. 또한 치료공간, 재활서비스 공간, 사회 친교적 공간, 체류공간, 서비스 공간, 응급시스템 및 응급벨을 반드시 갖추고 있어야 한다고 명시하고 있다. 물론 주거공간의 설비로서는 적절한 위생, 영양, 기술, 안전 기준에 적합해야 한다. 거주공간은 장애인친화적으로 설계되어야 하며 주거공간에는 주거 및 수면공간, 개인적 물품을 보관할 공간, 이동이 가능한 입소자를 위한 공간에는 세면대, 샤워실 및 화장실, 신체적, 정신적 상태로 인해 샤워나, 화장실을 사용할 수 없는 입소자를 위한 공간에는 세면대, 주거공간에는 충분한 조명시설이 갖춰져야 하며, 방 입구는 휠체어나 침대가 통과할 수 있는 공간으로 설치되어야 한다.

시설급여(입소)를 제외한 오스트리아의 재가서비스는 흔히 이동요양(ambulante Betreuung)으로 일컬어지며 우리나라의 재가급여 서비스와 유사하다. 재가 서비스는 요양 욕구자에게 가능한 한 가정과 같은 환경(home-like setting)에서 머물면서 요양을 받을 수 있도록 하는 서비스로서, 가사일은 물론 사회적 접촉을 유지하도록 하는 서비스에 이르기까지 높은 질적 서비스의 제공을 의미한다. 제공되는 재가 서비스로는 방문의료서비스, 가사도우미, 음식배달서비스, 이동서비스 등을 예로 들 수 있다. 친족간 요양을 제공하고 있는 자에 대한 한 연구에 따르면 근본적으로 재가 서비스에 대한 거부(48%)나, 재정적 곤란(42%)이 재가 서비스를 이용하지 않는 가장 큰 이유라고 밝히고 있지만, 주변 환경적 요인으로 인해 재가 서비스 이용이 실제로 불가능하다고 응답한 비율도 12%에 해당하는 것으로 조사되었다(Bergman & Erkamp, 2005).

2) 장기요양시설 입소신청

오스트리아에서는 시설급여(입소)시설 상담센터의 직원들과의 상담

을 통해 입소희망자에게 가장 적합한 시설을 선택할 수 있다. 선택이 이뤄지면, '입소 요양 및 수발 지원' 신청을 하게 된다³³⁾. 다양한 자격기준과 고용형태는 매우 다양한 인건비용을 보여주고 있다. 2002년 기준 약 80,000 명의 요양욕구자가 약 1060 만 요양 시간을 재가서비스를 받는 것으로 조사되었다. 이를 위한 총 비용은 3억 4000만 유로가 소요 되었는데 이 비용의 일부만이 본인부담으로 충당되었다 (약 27% 수준). 평균 요양서비스 1시간 당 비용은 2002/3년 기준 약 38 유로로 추정된다.

전반적으로 재가서비스에 들어간 비용은 입소시설 운영을 위한 경비에 비해 매우 낮은 수준이다. 크게 두 가지를 이러한 결과의 원인으로 볼 수 있는데, 우선 재가 시설의 경우 시설 서비스 제공을 위한 건물 등의 투자비용이 상대적으로 적기 때문이며 또 하나는 비공식적 형태로 제공되는 서비스에 대한 가치가 총 비용에 포함되어 있지 않기 때문이다.

3) 장기요양인력의 기준

대표적인 비엔나의 경우 주거 및 요양시설법 시행령 시설인력기준(4조 제1항)에 따르면 입소자 대비 요양등급별 요양인력에 대한 최소 기준을 다음과 같이 제시하고 있다(<표 5-7>참고).

제시된 바와 같이 요양등급에 따라 요양인력별 입소자의 최소기준은 20명을 넘지 않으며 기능상태가 중중인 입소자 일 경우(7등급) 최소 요양인력의 할당기준은 입소자 수와 동일하게 책정되어 있어 밀착형 서비스가 가능하도록 법적으로 보장하고 있다.

33) Bergman, F. und Hlava, A. (2005) Beschäftigung im Alten- und Behindertenbereich. Wien. Österreichisches Institut für Gesundheitswesen.

<표 5-7> 입소자 대비 요양등급별 요양인력에 대한 최소 기준

요양등급	요양인력	입소자
0	1	20
1	1	20
2	1	7
3	1	2
4	1	1.75
5	1	1.5
6	1	1.25
7	1	1

하지만 이러한 최소 기준은 상황에 따라 유동적으로 달라질 수 있지만 이에 대한 근거는 명확해야 한다. 예를 들어, 노동시장 및 요양인력 교육 상황 그 밖에 타당한 이유가 있는 경우에는 10%까지 인원의 기준 미달이 허용되나, 이 역시 입소자의 요양욕구를 해소하기 위한 시행령의 근본취지를 훼손할 수준은 허용되지 않는다. 또한 전문 간호사 및 요양사의 수는 위에서 제시한 기준에서 40%를 미달해서는 안 되며, 요양보호사의 수는 최소기준의 15%를 초과해서는 안 된다. 즉, 전체 요양인력이 따라 100명이 필요하다면, 전문 간호사 혹은 요양사의 수가 최소한 40명 이상이 되어야 하며, 요양보호사 인력 수는 15명 이상이 되어서는 안된다는 의미이다.

시설운영자는 요양욕구수준에 따라 의료적 요양에 대해서는 의사를 통해 이루어지도록 조치를 취해야 하는데, 시설에서 직접 고용된 의사 혹은 그 밖에 빠른 연계 조치가 가능한 개업의를 통해 의료적 요양서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다. 또한 시설운영자는 요양욕구수준에 따라 물리치료사, 운동처방사, 언어치료사를 통해 치료 서비스가 제공될 수 있도록 보장해야 한다. 이러한 치료적 서비스는 시설에서 직접 고용

한 치료사 혹은, 개업한 치료사를 연계해 이루어질 수 있도록 해야 한다. 시설운영자는 입소자의 요양욕구에 따라 심리치료 및 정신치료 서비스를 제공해야 한다. 이러한 서비스는 시설에서 고용한 심치치료 및 정신 치료사 또는 개업한 치료사에 의해 제공될 수 있다.

제5절 재정체계

오스트리아의 요양체계의 재원은 우선적으로 공공 재원이 중앙정부, 지방정부 그리고 시정부를 통해서 이루어지며, 지방 및 시정부의 경우 시설 설립·운영이나 재가서비스에 대한 재원을 지원하고 있다. 서비스 이용자들은 본인부담형태로 재원을 부담하고 있다.

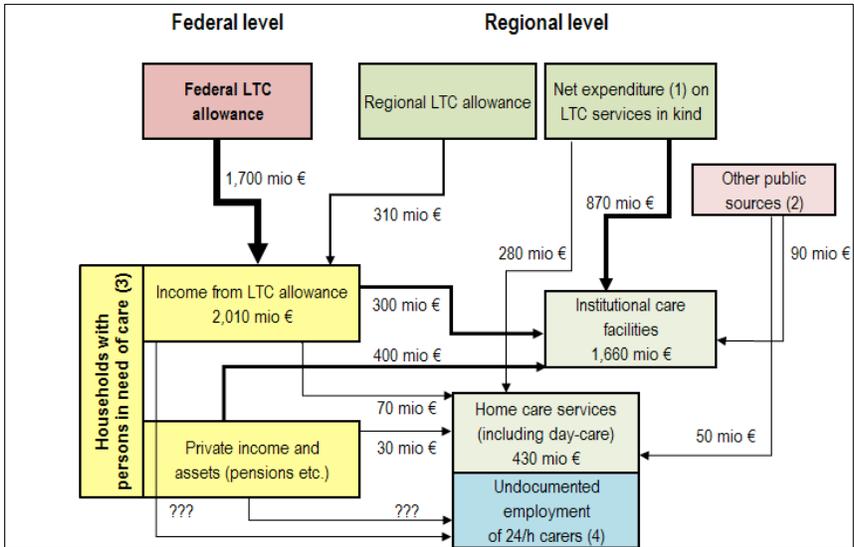
오스트리아 장기요양의 공적지출 비용은 약 €3,300백만으로 추정되고 있으며, 이는 2007년 GDP 기준 1.21%에 해당한다. 하지만 오스트리아 장기요양은 중앙정부를 비롯하여 9개의 지방정부가 분절적으로 시행한다는 점에서 장기요양과 관련한 정확한 총 규모는 사실과 다를 수 있다. 구체적으로 가장 대표적인 장기요양수당은 100% 조세를 통해 충당된다. 하지만 장기요양수당은 전체 장기요양서비스의 한 형태라는 점에서 전체 장기요양 재정을 모두 설명할 수 없다. 따라서 전반적인 오스트리아 장기요양제도의 재정구조는 정부와 지방정부, 수급자, 요양시설 등 다양한 이해관계자들 간의 구도를 통해서 파악해야 한다. 특이한 점은 전체적인 오스트리아 장기요양제도의 재정연방정부와 9개의 지방정부에서 제공되는 공적지출비용의 상당부분은 시설 급여에 치중되어 있다는 점이다.

<그림 5-2>을 보면 알 수 있듯이 2007년 기준, 중앙정부(1,700백만 유

로)와 지방정부(310백만 유로)로부터 수급자에게 제공된 장기요양수당의 전체비용은 약 2,010백만 유로로 파악되고 있다. 이를 바탕으로 수급자가 필요한 장기요양서비스를 구매하게 되는데 여기서 약 700백만 유로가 시설급여 서비스를 구매하는데 사용되는 것으로 파악되고 있다.

반면 100백만 유로는 재가서비스를 구매하거나 비공식 수발자를 구매하는데 사용되는 것으로 나타나고 있다. 따라서 전체 장기요양제도 구조에서 시설급여가 차지하는 재정비용은 약 1,660백만 유로이며 이중 700만 유로는 장기요양수당에 의해서, 870백만 유로는 지방정부에서 제공되는 현물급여의 수가로 시설에 제공된다. 나머지 90백만 유로는 건강기금(Health funds)과 같은 기타 재원으로 충당되는 것을 알 수 있다.

<그림 5-2>에서 제시한 바와 같이 시설급여 제공기관의 운영경비는 수급자의 장기요양수당과 자산(현금 및 연금, 부동산)을 통해 조달되는 것이 원칙으로 알려져 있다. 하지만 시설입소자에게 제공되는 모든 서비스에 대한 경비가 충당되지 못하는 경우 지방정부가 부족한 차액에 대한 재정지원을 하게 되는 것이다. 특이한 점은 배우자의 부양책임원칙(Unterhaltspflicht)에 따라 수급자의 가족에게 비용보상 청구를 할 수 있다는 점이다. 2008년 이전에는 가족의 부양책임 원칙이 적용된 지역도 있었으나 2008년 이후 가족의 부양책임원칙은 폐지되었다.



[그림 5-3] 오스트리아 장기요양보험의 재정 흐름도

특이할 만 한 점은 오스트리아에서는 요양급여수급자의 약 17%가 시설에서 거주하고 있다는 것이다. 이러한 시설 거주를 위해 지출되는 비용이 전체 장기요양비용의 50%를 차지하고 있다. 물론 이처럼 시설입소 요양 부문에 대부분의 자원이 투입되고 있지만, 전체 총비용 측면에서 국제 비교를 해보면 전체적 사회적 지출에서 차지하는 비중이 상대적으로 낮은 것으로 드러나고 있다. 오스트리아의 요양 정책은 무엇보다도 친족의 요양에 대해 가족의 책임을 국가보다 우선시 하는 사회 정책적 원칙의 하나인 보충성 원칙에 뿌리를 두고 있다. 전체 요양급여수급자의 절반 이상이 가정 내에서, 무엇보다도 여성 가구원에 의해 돌봄을 받고 있는 상황이다³⁴⁾.

34) Hofmarcher-Holzhaecker, M. M. (2008) "Stationäre Pflege: Kosten und Einnahmenstruktur": in Finanzierung der Pflege in Österreich: Bedarf-Modelle-Perspektiven, Dokumentation der Jahreskonferenz 2008

<표 5-8> 요양세팅 별 요양수당 수급자 비중 및 지출 수준

(단위: 명, 10억, %)

요양 세팅		요양수당 수급자	%	지출 비용	%
공식적 요양	이동서비스 (Mobile Pflege)	100,000	25	0.445	14
	시설요양 (Pflegeheime)	65,722	17	1.5	47
공식적 요양 합계		165,722		1.9	
비공식적 요양	가족	211,095	53	1.2	37
	24시간요양서비스	20,000	5	0.075	2
비공식적 요양 합계		231,095		1.3	
전체		396,817	100	3.2	100

현재 요양시설을 위한 지출의 1/3 가량이 본인부담형태로 재원이 조달되고 있다. 국가 비교로 보면 이는 매우 높은 지출 수준이다. 공식적 부문에서는 166,000 명 혹은 약 40%의 장기요양급여 수급자가 서비스를 받고 있는 것으로 확인되었는데, 약 25%는 재가서비스를, 나머지 17%는 입소시설에서 요양서비스를 제공받고 있는 것으로 조사되었다. 시설 입소자의 약 75%는 공공부조를 통해 지원이 이뤄지고 있다. 2006년 기준 장기요양서비스 제공위해 소요된 직접 비용만 약 32억 유로 정도로서 전체 연간국민총생산액(GDP)의 1.3% 수준이다. 전체 OECD 국가 가운데 지출 수준만을 놓고 본다면 중간 수준이라고 할 수 있다.

장기 요양 시설은 아래와 같은 방식을 통해 재원이 조달된다. 먼저 입소 요양시설을 운영하기 위한 경비는 연금 등의 소득, 장기요양수당

그리고 장기요양수당 수급자의 자산 (현금 및 부동산 가치)을 통해 조달 되는 것이 원칙이다. 만약 위에서 언급한 총 소득이 시설입소자에게 제공되는 모든 서비스에 대한 경비를 충당하지 못하는 경우에는 시 및 지방정부에서 차액만큼 재정지원이 이뤄지게 된다.

시 또는 지방 정부는 배우자의 '부양책임원칙(Unterhaltspflicht)'에 따라 비용보상청구를 할 수 있다. 2008년 이전에는 자녀의 부양책임원칙이 적용된 지역도 있었으나 2008년 이후 자녀의 부양책임원칙이 폐지되었다.

이러한 변화 추세는 배우자의 부양책임원칙에도 영향을 미치고 있으며, 이미 Kärnten, Niederösterreich와 Steiermark 의 경우 배우자에 대한 부양책임원칙도 폐지하였다. 이러한 변화는 공적부조에서의 부양책임원칙에 대한 후퇴를 의미한다. 또한 재산에 대한 비적용 면제액 수준도 현저히 높아지고 있다.

전체 지출의 약 2/3 가량이 공적 자원, 즉, 장기요양수당 및 공공부조 재원에서 충당되고 있다. 나머지 1/3 가량이 연금 소득 및 자산을 통한 본인 부담을 통해 재원일 마련된다. 1990년에서 2006년 사이 재원조달 구조를 보면 공공재원의 비중은 큰 변화를 보이지 않고 있는 반면, 개인 지출은 점차 증가하고 있는 것으로 확인되고 있다.

요양서비스 공급측면에서 보면 90년대 중반 이래로 요양시설의 규모는 확대되고 있는데, 이러한 결과는 1993년 연방장기요양수당법이 발효된 이후 연방과 지방 정부간의 합의를 바탕으로 하여 지방정부에서 장기요양서비스 영역에서 규모를 확대해야 하기 때문이라고 볼 수 있다. 2003년 중앙정부는 입소시설 수용여력에 대한 평가 조사를 실시하였는데 이미 2002년 현재 2010년까지 예정된 수용여력 수준을 달성한 것으로 발표하였다 (BMSGK, 2004).

시 및 지방정부는 현재 부양책임 및 입소자 재산매각 등을 통한 상환 청구를 통해 공공채무의 일부를 줄여나갈 수 있다. 대략 입소시설운영 총비용의 70%는 공적 재원으로 충당되며, 나머지가 연금 소득 및 적은 부분의 상환청구로 재원 조달을 하고 있다.

24시간 요양서비스의 확대에도 불구하고 입소시설 요양에 대한 수요는 늘어나고 있다. 따라서 앞으로 대체 요양주택이 중요한 역할을 담당할 것으로 예상된다. 요양시설에의 입소 결정은 사회 및 가족적 환경에 따라 좌우 되며, 반드시 금전적 유인으로만 결정되는 것이 아니다. 부양 책임원칙의 중요성 감소가 요양시설에 대한 수요에 어떻게 영향을 미칠지는 불확실하다. 더불어 24시간 요양서비스에 대한 재정적 지원을 늘려감에 따라 요양시설 입소에 대한 수요를 일정 부분 줄일 수 있을 것으로 예상된다.

<표 5-9> 시설 입소 1인당 공공재정채무 (요양등급 4·5 기준)

월간 지출	
월간 지출	€ 2,368
요양등급 4/5 평균 일 요양비 (Tagessatz)	€ 79
월간 수입	
월간 수입	€ 1,380
연금액의 80%	€ 785
4·5 등급 평균 요양수당의 80%	€ 595
월간 재정수지 적자 (수입 - 지출)	€ 988
입소시설 평균 거주 기간 (개월)	35
입소 인원 당 공공 채무	€ 34,509

제6절 서비스 질 관리

1. 장기요양시설 국가 인증제도³⁵⁾

국가질인증제도(Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich_이하, NQZ)란 양로 및 요양입소시설의 질을 객관적으로 평가하기 위한 오스트리아 단일 입소시설분야특성에 맞춘 외부 평가 제도를 의미한다. NQZ 인증을 통해 해당시설은 입소시설의 설치 및 운영에 관해 주에서 정한 기준을 넘어, 입소자의 삶의 질 향상을 위한 별도의 노력을 기울이고 있다는 것을 인정받게 된다. 이러한 제도의 목적은 물론 양로 및 입소시설의 질을 공개하여 질적 향상을 위한 동기부여를 유도하기 위함이다.

인증체계와 관련해서 이미 오스트리아 전체 시설 가운데 약 15%가 질관리 시스템 예를 들어, QM 시스템 (EQalin, QAP 혹은 ISO)을 도입하고 있는 상황인데 (2008년 현재)³⁶⁾ 보통 이러한 시스템들은 시설 스스로 자체 기관을 평가하는 것이 일반적이다. 따라서 NQZ를 통한 외부평가시스템을 통해 시설의 질에 대한 평가 측면에서 객관성을 높일 수 있을 것으로 평가된다.

※국가질인증제도(NQZ)의 목적

1. 입소자에게 시설 운영과 관련한 투명성 제시
2. 가장 최적의 자원활용 방안 모색
3. 질 향상을 위한 동기 부여

35) Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2008) Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2008

36) 연방 사회부에 공식 홈페이지에는 현재 25%가 QM 시스템을 도입하고 있는 것으로 제시함

4. 입소자 및 종사자의 만족도 고양
5. 인력의 누수 및 잦은 이직률의 감소 그리고 입소자 및 입소자 가족들의 불만을 최소화

NQZ는 연방 사회부를 비롯하여 양로 및 요양시설 총연합회에서 구성한 전문가 집단 (여기에는, 모든 지방정부, 오스트리아 노인회(das Österreichische Seniorenrat), Pro Senectute 오스트리아³⁷⁾, 건강관련분야 교육 연구소 및 오스트리아 건강 및 요양연합회가 평가주체로 참여하고 있다.

2008년에는 첫 시범사업으로서, 지방정부에서 추천한 14개의 입소기관에 대해 독립된 인증 분야 전문가들로 구성된 팀에 의해 평가가 이루어졌다. 추천된 14개의 기관들이 NQZ을 획득하였으며, 각각의 기관은 질적 향상을 위한 권고안을 추가로 얻게 되었다. NQZ는 3년간 유효하며, 개선이 필요하다는 평가를 받게 된 경우에는 1년간만 유효하다.

시범사업에 대한 평가 또한 이루어졌는데, 인증도구 및 인증 방법적 측면에서 기존에 도입되었던 질관리시스템과 별도로 사용하기에 적합하여, 시설의 질을 측정하는데 좋은 평가도구란 결과를 얻게 되었다.

NQZ에 참여한 전문가 집단들은 시범사업 이후에 일반적인 시설에 적용을 위한 전략을 만들기 위한 작업을 착수하였다. 더 나아가 최고의 모범사례를 활용한, 요양시설의 질을 발전시킬 방안에 대해서도 연구 중에 있다. 또한 기존의 QM 시스템이 NQZ를 위한 기본적 척도로서 활용될 수 있는지, NQZ를 기타 유형의 시설에도 사용되어 질 수 있는지에 대한 가능성을 모색하고 있는 상태이다. 일반적 시설에의 도입을 위한

37) 노인장기요양서비스 교육기관이자 자문기관

이행단계가 2009년부터 2011년까지 진행되었다.

NQZ 모델은 방 크기나 인력 구성 등과 같은 구조적인 조건들을 넘어서, 매우 광범위한 비교의 기초를 제공한다. 즉, 수발 및 요양이 진행되는 과정에서 시설 입소자의 지난 과거의 삶이나 생활 양식들이 고려되고 있는지, 직원들이 자신의 전문적 혹은 개인적 역량을 서비스 제공에 활용할 수 있도록 어떠한 지원이 이루어지고 있는지, 혹은 입소자의 개인적 사생활을 보호하기 위해 어떠한 조치가 이루어지고 있는지 등이 포함되어 있다. 사용되어진 방식들이 주거환경에 적합해야 하며, 따라서 입소자의 삶의 질에 긍정적인 영향을 줄 수 있어야 하는 것이다. 따라서 “가정과 같은 환경에서의 삶”이 NQZ의 모토라 할 수 있다.

구체적으로 아래와 같이 총 5 영역 30개의 하부 영역에 걸쳐 평가가 이루어진다.

<표 5-10> 평가영역과 항목

5개 영역	30개 항목
1. 입소자	<ul style="list-style-type: none"> • 입소자의 삶의 양식 및 지나온 삶에 대한 기준 제시 • 자율성 인정 • 의사소통 • 시설입소 • 일상 구조 및 생활내용 • 수발 및 요양 수행 과정 • 의료 및 치료 과정 • 지역변화 (삶의 터전) • 죽음 및 이별
2. 직원	<ul style="list-style-type: none"> • 태도 및 참여 • 의사소통 및 정보 • 협력 • 동기부여 • 인력의 동원 • 근로시간 • 근무 장소구조
3. 지휘 관리	<ul style="list-style-type: none"> • 시설의 정책 • 질 • 조직 • 운영관리 • 채용 • 인력관리 • 노조 • 시설관리
4. 사회적 자원	<ul style="list-style-type: none"> • 가족 및 방문객 • 협력 기관 및 관리감독기관 • 시설 안내 및 소개
5. 학습기관	<ul style="list-style-type: none"> • 개선 관리 • 보수교육 • 세대 및 학제간 학습

제7절 주요 개혁 내용

1. 장기요양관련 개혁에 대한 움직임의 배경

최근 몇 년에 걸쳐 주로 동유럽 이웃국가를 기반으로 오스트리아 개인 가정에서 '24시간 수발'을 제공하는 조직들이 많이 늘어났다. 이러한 형태의 요양을 제공하는 근로자들의 경우 오스트리아 요양관련 분야 종사자에 비해 적은 급여를 받음에도 불구하고 본국에서 보다 높은 소득이 보장되기 때문에 음성적인 형태로 요양서비스 제공하고 있다. 현재 약 40,000 명의 인력에 이러한 음성적 형태의 요양서비스를 제공하고 있는 것으로 판단된다.

이러한 사회현상의 근저에는 여러 이유가 있겠지만, 우선 높은 요양욕구가 있는 사람들 가운데 상당수가 가정에서 수발을 받기 원한다는 점이다. 치매환자와 같이 지속적으로 요양 및 감시가 필요한 경우에는, 선택 폭이 적을 뿐만 아니라, 많은 이들이 요양시설에서의 입소할 경우 행해지는 국가의 유산에 대한 상환청구를 원하지 않기 때문이다.

노동법적 측면에서도 대부분 법적 규정을 어기는 경우가 허다하기 때문에 분명한 음성적 노동이라는 견해가 대부분이다. 동유럽 출신의 요양인력은 원칙적으로 노동허가를 받지 않고 일하는 경우가 많은데 원칙적으로 위법이며, 이들에게는 단체협약, 최저임금, 노동시간법 등의 규정이 지켜지지 않으며, 사회보험에의 신고의무도 지켜지지 않고 있다. 또한 관련 종사자와 직접적으로 연관되어 있는 법적 규정도 적용되지 않고 있다.

이러한 음성적 노동의 문제점에 대해 2006년 처음으로 국회의원선거 유세기간동안 주요 테마로 논의에 올랐다. 해결책으로 제시된 것이 음성적 요양서비스 형태를 법적 범위 안에 포괄하는 방법에 관한 것이다. 해

결방법으로 규정된 노동조건을 보장하고, 노동시장에 부담을 주지 않는 범위에서 법적 테두리 안에서 외국인 요양종사자의 고용가능성을 열어 주며, 기존의 요양직업군의 권한을 가능한 한 변경시키지 않고, 요양의 질을 보장하도록 하는 것이다.

그 동안 음성적으로 행해진 요양형태를 이와 같이 법적 테두리 안으로 포함시키게 되면 공공 재원으로부터의 지원이 가능하게 될 것이다. 조세법상 우대 혹은 재정적 지원 등 다양한 방법이 제시될 수 있다. 또한 이러한 지원을 다른 조건과 연계하여, 예를 들어, 높은 요양비용 혹은 욕구가 있는 사람에게만 지원을 한다든지, 미리 정한 전문적 서비스와만 연계 시킬 수 있을 뿐 만 아니라, 법적 규정을 준수하면서, 질적 보장을 하는 등의 효과를 기대할 수 있다.

오스트리아에서 활동하는 NGO 단체의 연합회적 성격을 갖는 Bundesarbeitsgemeinschaft Freie Wohlfahrt (BAG)는 2006년 "장기요양의 미래" (Zukunft der Pflegevorsorge)라는 입장 표명 글을 제시하였고, 마찬가지로 오스트리아 노인회에서는 '요양과 수발'이라는 주제로 국회에서 앙케이트를 실시하였다. 장기요양과 관련된 전반적인 해결책을 살펴보면 다음과 같다. BAG는 장기요양수당 개혁 뿐 아니라 요양서비스를 보다 질병시스템과 연계하며, 지원, 보조 및 서비스 계약 등에 있어서 단일한 기준을 만들 것을 요구하였다.

2. 2012 장기요양수당개혁법(Das Bundesgesetz zur Änderung des Pflegegeldreformgesetzes 2012)

- 1) 행정적 의사결정기관의 간소화 - 중앙정부로의 권한 이양
2012년부터 장기요양수당은 중앙정부의 관할에 속하도록 결정되었

다. 즉, 그 동안 지방정부 권한에 속하였던 장기요양수당 관련 법제정 및 집행이 2012년부터는 중앙정부 권한으로 위임되게 되었다. 중앙정부와 지방정부로 분리된 기존의 구조를 중앙정부에게 집중되도록 법 개정을 함으로써 그 동안 지방장기요양수당법을 근거로 장기요양을 수급하였던 약 74,000명의 수급자들이 연금보험공단 및 공무원 보험공단의 관할로 넘어가게 된 것이다. 참고로 연방장기요양수당법 상 장기요양수당 수급을 위한 등급 판정을 받기 위해서는 연금보험공단 및 공무원 보험공단에 수당신청을 하게 되어 있다.

이러한 법 개정을 통해 303개에 달하였던 장기요양수당 주무 부서가 8개로 줄어들게 되었는데, 이러한 개혁의 배경에는 의사 결정 기관의 수를 줄임과 동시에 장기요양수당 관리 및 행정적 처리 기간 단일화하는데 목적을 두고 있는 것으로 알려지고 있다. 이 개혁안 (Das Bundesgesetz zur Änderung des Pflegegeldreformgesetzes 2012) 2011년 7월 29일 국회에서 의결되었으며, 2012년 1월부터 법이 발효되었다.

이제껏 지방정부법상 다양하게 규정되어 있던 장기요양수당 관련 법규 및 시행령을 모두 폐지하도록 하였다. 장기요양수당을 신청을 받고 등급판정을 내리는 기관의 수가 줄어들게 되며, 이를 통해 행정적 처리 비용을 줄이고 처리 기간을 단축하는 효과를 볼 수 있을 것으로 예상된다.

이러한 결정에 장기요양수당 수준에 있어서 변동이 있게 되는데, 예를 들어, Vorarlberg 주의 경우 요양등급 1 및 2등급 수급자들을 장기요양수당이 줄어들게 되었다. 또한 1등급을 받기 위해서는 6개월 이상 월 요양욕구 시간이 50시간 이상이 필요할 것으로 예상되어야 하며, 2등급의 경우는 75시간이 요구되었는데, 새로운 개혁에 따라 각각 60 시간, 85 시간의 요양욕구 시간 조건이 충족되어야 장기요양수당을 받을 수 있게 되었다.

물론 이러한 변화는 기존의 요양등급을 받고 장기요양수당을 수급하고 있는 자에게는 적용되지 않는다(Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2011)).

장기요양개혁 2011/2012는 장기요양수당과 관련해서 지방정부와 주정부간의 행정적 개혁의 이정표적 상징이며, 더불어 요양 현물서비스 제공을 보장하고 개선하기 위한 요양기금 (Pflegefonds)을 마련하는데 결정적인 역할을 할 것으로 예상된다.

중앙정부와 지방정부로 분리된 기존의 구조를 중앙정부에게 집중되도록 법 개정을 함으로써 그 동안 지방장기요양수당법을 근거로 장기요양을 수급하였던 약 74,000명의 수급자들이 연금보험공단 및 공무원 보험공단의 관할로 넘어가게 되었다. 새로운 법에 따르면 기존의 수급자를 비롯하여 새롭게 신청자들이 연금관리공단에서 신청함으로써 들어가게 될 모든 행정적 비용은 지방정부에서 부담하여 연금관리공단에 지급하도록 규정하였다. 따라서 우선적으로 2012년부터 2014년까지는 기존의 주정부에서 장기요양수당 관련하여 필요했던 2010년 기준 재원 371.8 백만 유로를 고정비용으로서 중앙정부 (연금보험공단)에 지급하기로 하였다.

동시에 늦어도 2014년까지 지방정부의 장기요양 현물급여서비스 지급보장을 위해 장기요양기금을 새롭게 만들어 나갈 계획을 하고 있다.

개혁의 배경으로는 수년간 국민변호인단체 (Volksanwaltschaft) 및 감사원 (Rechnungshof)로부터 의사결정구조의 분산 및 요양등급 결정관련 장기처리기간에 대한 지적을 들 수 있다. 특히 지방정부 소속 장기요양수당 책임부서의 경우 중앙부서에 비해 행정적 처리 기간이 지나 치게 길다는 비판이 이어져 왔었다.

2) 요양기금법 (Pflegefondsgesetz)

2012년 장기요양개혁법에 따르면 요양기금법을 통해 요양기금을 설치하여 지방정부의 권한에 속해 있는 현물급여 서비스를 보장 및 개선하기 위하여 사용되도록 할 것을 예정하고 있다. 요양기금은 재무장관의 동의하에 사회장관의 관할에 속하여 운영되도록 규정하였다. (참고로, 재정헌법 (Finanzverfassungsgesetz) 1948에 따르면 지방정부는 시정부에게 요양서비스 제공에 필요한 비용에 대해 보조금을 지급할 것을 의무화하고 있다.)

법 제 3조에 따르면 요양기금이 사용될 항목에 대해 구체적으로 기술하고 있다. 현물급여의 지급 보장, 지방의 수발 및 요양시설의 건축 및 확장, 장기요양 영역에 있어서 운영비용 등이 있다.

지방정부가 요양기금으로부터의 지원을 받기 위해서는 보증, 시설 확장 및 신설계획을 의무적으로 주무장관에게 제출해야 함과 동시에 요양서비스 정보은행(Pflegedienstleistungsdatenbank)을 설립해야 한다.

요양부문의 구조개혁을 위한 연구팀은 2012년 말까지 연구결과를 제출하게 될 것이며, 이를 통해 재정적 전망을 예측할 수 있을 것으로 판단된다. 이러한 기금을 신설하게 된 궁극적 목적은 장기요양의 현물 서비스 부분에 있어서 전국적인 단일 기준을 만들어 나가는 것이라고 할 수 있다. 목적 보조금의 분배는 지방정부에 속해 있는 거주민과 관련된 정보 기준에 따라 분배되게 될 것이다. 또한 재무장관의 동의하에 사회장관이 공포하게 될 시행령에 규정될 공급기준척도 (Richtversorgungsgrad)가 고령인구의 요양을 위한 중요한 척도가 될 것으로 예측된다.

3) 정부 재정안정 조치를 위한 요양욕구 시간에 대한 변경

2011년 1월 1일 기준으로 1, 2 요양등급에 대한 최소 요양욕구 시간에 대한 규정이 변경되어 있다. 하지만 규정이 변경되기 이전에 요양등급을 받은 수급자에게는 해당사항이 적용되지 않는다. 즉, 2011년 1월 이전에 요양 욕구시간이 55시간으로 판정된 수급자인 경우 2011년 1월 이후 60시간으로 최소 규정이 상향된 이후에도 계속적으로 1등급에 해당되는 장기요양수당을 지급받게 된다. 다만, 요양욕구시간이 크게 변경된 경우에 한하여만 요양수당을 줄이거나 더 이상 지급하지 않는 결정을 내릴 수 있게 된다.

<표 5-11> 2011년 1월 1일 기준/ 수급자수 2009년 말 기준)

등급	요양 욕구 (시간/월)	액수 (유로)	수급자(명)
1	61 - 85 (51 - 74; 기존 규정)	154.20	77,291
2	86 - 120 (76 -120; 기존 규정)	284.30	121,257
3	121 - 160	442.90	60,317
4	161 - 180	664.30	52,390
5	180 이상 및 비일상적인 요양시간 소모	902.30	33,509
6	180, 시간적으로 조정 불가능한 (낮 혹은 밤 시간에 규칙적으로 제공되어야 하는) 수발조치가 필요한 경우, 낮 혹은 밤 시간에 요양제공자가 지속적으로 상주해야 하는 경우 (스스로 혹은 타인으로부터 위협 행동이 예상되는 경우)	1,260.00	12,618
7	180 이상, 사지를 특정 목적을 위해 스스로 움직이기 힘든 경우나 유사한 상태가 존재하는 경우	1,655.80	6,586
계			363,968

요양등급 수급을 위한 최소 기준을 50시간에서 60시간으로 (1등급), 75시간에서 85시간으로 (2등급) 상향조정하게 된 배경에는 재정적자 해소를 위한 정부의 노력의 일환으로 보여진다. 즉, 전체 장기요양급여 수급자의 55%에 해당하는 1, 2 등급의 최소요양시간을 상향조정함으로써

낮은 등급에 해당하는 요양등급 판정을 어렵게 하는 조치라고 볼 수 있다(Nationalrat: Breite Mehrheit für Pflegegeld-Reform Die Presse, 2011.) 이러한 장기요양수당 개혁은 의회의 전체 의원 2/3의 찬성으로 실시되었으며 새롭게 설립된 요양기금(Pflegefonds)에 2014년까지 6억 8500만 유로를 지원하기로 결정되었다.

이제껏 주 및 시정부에 의해 관리·운영되어 온 주장기요양수당이 중앙정부의 소관으로 바꾸는 개혁 (Pflegegeldreformgesetz)을 실시하기로 결정하였다. 따라서 관리·운영 측면에서 간소화되는 효과를 얻게 되었다. 즉, 300여 개 부서에서 8개 부서로 축소되어 행정과 장기요양수당 지급을 담당하게 된다. 더불어 앞으로 늘어날 것으로 예상되는 비용의 2/3는 중앙정부에서, 나머지는 주와 시정부가 부담하게 된다. 이러한 재원을 마련하기 위해 요양기금을 형성하기로 했으며, 이를 위해 중앙정부가 6억 8500만 유로를 기금에 지원하기로 한 것이다.

이런 개혁의 효과로 장기요양수당 수급자는 급여를 더 빨리 얻게 된다. 지난 몇 년내에 이렇게 급진적인 행정개혁은 없었다는 견해도 제시되고 있다(Rudda & Marschitz, 2006).



제6장

주요 국가의 제도 비교



제6장 주요 국가의 제도 비교

제1절 개요(인구 및 경제적 측면)

본 장에서는 앞서 살펴본 각국의 주요 내용을 비교함으로써 우리나라에 활용가능한 시사점을 살펴보고자 한다. 먼저 OECD Health data 2012에서 제시하는 지표를 이용하여 각국의 인구사회학적 현황, 보건관련 경제적 지표의 특징을 비교하였다. 다음으로 각국의 제도적 특징을 비교하여 일본, 독일, 네덜란드, 오스트리아의 각 제도에서 향후 우리나라에 활용가능한 시사점을 도출하고자 하였다.

OECD 주요 국가는 인구고령화에 대비하여 건강보험에 대한 서비스를 보완하고, 65세 이상 고령자를 케어하기 위해 장기요양제도를 시행하고 있다. 먼저 각국의 인구의 변화 추이를 보면, 우리나라는 1960년 2,501만명에서 2011년 4,978만명으로 연평균 6.5%가 증가하였으며, 일본은 연평균 2.9%가 증가하였다. 독일은 동일시기 3.8%, 네덜란드 3.5%, 오스트리아 1.6%가 증가하였다. 전체 인구의 증가율은 우리나라가 여타 비교국가에 비해 약 2배정도 많은 것으로 분석되었다. 65세 인구의 비중은 우리나라가 1960년에 2.9%에서 2011년 11.4%로 8.5%p가 증가하였고, 동일시기에 일본은 17.6%p (5.7%→23.3%), 독일은 9.9%p(10.8%→20.7%), 네덜란드는 6.6%p(9.0%→15.6%), 오스트리아는 5.5%p(12.2%→17.7%)로 증가하였다. 80세 이상 준고령자는 2011년 기준으로 한국 2.1%, 일본 6.7%, 독일 5.3%, 네덜란드 4.0% 오스트리아는 4.9%로 나타났다. 65세 이상 인구비중과 80세 준고령자의 비중은 일본이 가장 크게 증가하였으며, 다음으로 독일, 한국 순으로 증가하였다(<표 6-1> 참조).

<표 6-1> 각국의 인구 현황

(단위 : 만명, %)

구분	국가	1960	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
전체 인구	한국	2,501	3,224	3,528	3,812	4,081	4,287	4,509	4,701	4,814	4,941	4,978
	일본	9,342	10,372	11,194	11,706	12,105	12,361	12,557	12,693	12,777	12,708	12,780
	독일	5,561	6,110	6,182	6,155	6,103	6,268	8,168	8,221	8,247	8,178	8,137
	네덜란드	1,149	1,304	1,367	1,415	1,449	1,495	1,546	1,593	1,632	1,662	1,666
	오스트리아	705	747	758	755	757	768	795	801	823	839	842
65세 이상 인구 비율	한국	2.9	3.1	3.5	3.8	4.3	5.1	5.9	7.2	9.1	11.0	11.4
	일본	5.7	7.1	7.9	9.1	10.3	12.1	14.6	17.4	20.2	23.0	23.3
	독일	10.8	13.1	14.5	15.5	14.8	15.5	15.5	16.4	18.9	20.6	20.7
	네덜란드	9.0	10.2	10.8	11.5	12.1	12.8	13.2	13.6	14.2	15.4	15.6
	오스트리아	12.2	14.1	14.9	15.4	14.2	14.9	15.1	15.4	16.2	17.6	17.7
80세 이상 고령 자비 율	한국	0.2	0.3	0.4	0.5	0.5	0.7	0.8	1.0	1.4	1.9	2.1
	일본	0.7	0.9	1.1	1.4	1.8	2.4	3.1	3.8	5.0	6.4	6.7
	독일	2.0	2.5	2.8	3.3	4.1	4.7	4.1	3.7	4.4	5.2	5.3
	네덜란드	1.4	1.7	1.9	2.2	2.6	2.9	3.1	3.2	3.6	4.0	4.0
	오스트리아	1.8	2.1	2.3	2.7	3.2	3.6	3.8	3.5	4.3	4.8	4.9

자료 : OECD Health Data 2012

다음으로 국가의 인구·사회적 특징을 비교할 수 있는 지표를 보면 (<표 6-2> 참고), 물질적으로 타인의 지원에 의존하고 있는 노인에게 경제적 지원을 제공할 능력이 있는 사람들의 수의 비율인 노인부양 비율³⁸⁾은 OECD 국가의 평균이 노인 1명을 근로연령인구 4.2명이 부양한다. 65세 이상 인구 비율이 높은 일본은 2.8명, 독일은 3.0명, 오스트리아 3.6명, 네덜란드 4.2명, 한국 6.3명 순으로 높은 것으로 나타났다. 노인부양율은 경제적으로 비생산적일 확률이 높은 노인 인구 대비 경제적으로 활동적

38) OECD HEALTH DATA에서 인용한 65세 이상 노인부양비율은 65세 이상 인구 대비 20세부터 64세까지의 인구임

인 인구의 비율이다(OECD, 2011). 따라서 노인부양비율이 높은 것은 그만큼 경제적 부담이 적은 것을 의미한다고 할 수 있다.

향후 인구변화로 인한 부양부담을 파악할 수 있는 총 출산율은 가임 기간이 끝날 때까지 한 명의 여성에게 태어나는 자녀의 수이다. OECD에서는 5년의 간격을 두고 정의된 연령별 출산율을 합산하여 산출한다. 순 이주(net migration)가 없고 사망률에 변화가 없다고 가정하면 총 출산율이 여성 한명당 2.1명인 경우 인구가 안정적으로 유지(대체)된다. 2009년을 기준으로 OECD 국가의 평균은 1.7명 이었으며, 일본과 독일, 오스트리아는 1.4명이었고, 네덜란드는 1.8명이었다. 하지만 우리나라는 1.2명으로 비교국가 중 가장 적은 것으로 나타났다. 현 추세로라면 우리나라는 기본적인 인구유지도 어려운 상태이다. 출산률의 저하는 국가를 유지하기 위한 기본적인 인구유지가 어려워지는 문제와 함께 급격한 인구고령화로 인한 부양 부담 증가, 경제성장 저하의 문제 등이 발생할 수 있다.

평균수명은 현재 사망률이 변하지 않는다고 가정했을 경우, 새로 태어난 아기가 평균적으로 생존할 기간을 측정하는 것이다. 한국은 80.3세로 독일과 같았으며, 일본(83.0세), 네덜란드(80.6세), 오스트리아(80.4세) 보다는 낮았지만, OECD 국가의 평균인 79.5세보다는 0.9세 많았다. 의료기술의 발달과 경제력 증가는 우리나라의 평균 수명이 OECD 평균보다 높은 평균 수명을 달성할 수 있게 되었다.

OECD Health Data 2011에서 제시한 본인의 주관적인 건강을 “ 좋음 /매우 좋음”이라고 평가한 사람들의 비율을 합한 수치를 보면, 한국은 32.7%로 독일, 네덜란드, 오스트리아 보다 낮았고, OECD 국가의 평균인 45.2%보다 낮았다. 하지만 일본 20.0%보다는 높은 것으로 나타났다. 본인의 건강상태에 대한 평가는 주관적이며 문화적 배경과 국가적인 특성

을 포함하여 많은 요소에 의해 영향을 받을 수 있지만 단순히 인식수준을 비교하는데에는 무리가 없는 것으로 판단된다.

60세 이상의 치매환자 수를 전체 인구로 나눈 치매 유병률은 OECD 국가의 평균이 5.5%였으며, 일본이 6.1%로 가장 높았고, 오스트리아 5.9%, 독일 5.8%, 네덜란드 5.4%였다. 한국은 4.2%로 OECD 국가의 평균보다 1.3%p가 낮은 수준이었다.

<표 6-2> 인구사회학적 지표

지표	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아	OECD 평균
총인구(천명)	48,747	127,509	81,902	16,418	8,363	-
65세 인구 비율(%)	10.7	22.7	20.5	15.2	17.5	14.9
노인부양비율(%)	6.3	2.8	3.0	4.2	3.6	4.2
출산율(명)	1.2	1.4	1.4	1.8	1.4	1.7
평균수명(세)	80.3	83.0	80.3	80.6	80.4	79.5
65세 이상 기대 여명(남/여)	21.5/17.1	18.9/24.0	20.8/17.6	20.8/17.4	21.2/17.7	20.5/17.2
주관적 건강상태(%)	32.7	20.0	36.8	60.0	47.4	45.2
남/여	39.6/28.0	22.1/18.4	38.5/35.5	67.1/54.3	55.2/44.1	49.0/42.4
60세 이상인구의 치매유병률(%)	4.2	6.1	5.8	5.4	5.9	5.5

주 : 기준년도 2009년

자료: OECD Health Data 2011

위와 같이 각국의 인구 사회학적 특징을 살펴본 결과, 우리나라의 현재 고령화율, 노인부양비율 그리고 치매 유병율은 비교 대상인 주요국가에 비해 낮은 수준으로 나타났다. 각 지표를 보면 현재 우리나라의 인구 및 사회학적 수준은 양호하다고 할 수 있다. 하지만 OECD 국가의 평균보다 낮은 출산율과 높은 평균 수명은 향후 급속한 인구의 고령화로 사

회적으로 큰 문제가 생길 요소로 보인다. 부양부담수준의 증가 등 향후 나타날 인구 초고령화 문제를 대비하기 위해 건강한 인구 고령화를 추진하여야 하고, 출산율을 높일 수 있는 정책을 마련하여 출산률 증대를 통해 경제 성장 동력을 유지해야 할 것이다. 이를 위해서는 2005년 일본 개호보험에서 취했던 예방부분의 강화가 우리나라의 노인장기요양보험에서도 필요할 것으로 생각된다.

다음으로 2009년을 기준으로 보건의료 관련 보건경제적 지표를 보면 (<표 6-3> 참고), 1인당 GDP(PPP)는 네덜란드가 41천달러로 가장 높고, 다음으로 오스트리아 39천달러, 독일 36천달러, 일본 34천달러였다. OECD 국가의 평균이 33천달러로 우리나라의 27천달러보다 높은 수준이었다. 하지만 2000년 이후 연평균 증가율은 우리나라가 3.5%로 OECD 국가의 평균인 1.6%보다 약 2배 이상 높은 증가율을 보였다.

1인당 총 보건의료비도 GDP가 높은 것 만큼 주요국가가 우리나라보다 높은 수준으로 나타났다. 우리나라는 OECD 국가의 평균인 3,233달러보다 낮은 1,879달러 였다. 네덜란드가 4,914달러, 오스트리아가 4,289달러, 독일이 2,218달러, 일본이 2,878달러 였다. 연평균 보건의료비 실질 증가율은 우리나라가 8.6%로 OECD 국가의 평균보다 2배 이상 높았다.

GDP 대비 보건의료비 비중은 우리나라가 6.9%로 OECD 국가의 평균 9.6%보다 2.7%p가 낮은 것으로 나타났다. 네덜란드가 12.0%로 가장 높았고, 독일 11.6%, 오스트리아 11.0%로 나타났다.

60세 이상 치매환자에 대한 GDP 대비 직접 비중은 0.25%로 OECD 국가의 평균인 0.49%의 절반 수준이었다. 일본이 0.77%로 가장 높았고, 독일 0.64%, 오스트리아 0.56%였다.

보건의료 관련 경제적 지표를 보면 1인당 총 의료비과 GDP에서 차지하는 의료비의 비중이 주요 선진국에 비해 낮은 수준으로 나타났다.

하지만 지난 10년간의 증가율이 선진국보다 2배 이상 높은 것으로 나타나고 있기 때문이다.

현재 우리나라의 장기요양인정자 비중은 5.7%(2011년 기준)로 일본의 17.3%(2010년)에 비해 크게 낮은 수준이다. 따라서, 대상자의 확대와 서비스 수준의 확대가 필요하다. 하지만 경제적 지표를 보면 향후 의료비의 증가와 함께 제도의 지속가능성에 대한 문제가 발생할 수 있다. 즉, 향후 보건의료비의 증가가 경제수준에 부담을 기칠 시기가 도래할 수 있다. 경제적 부담을 고려한 대상자 확대 등의 정책변화가 중요할 것이다.

<표 6-3> 보건 관련 경제적 지표

지표	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아	OECD 평균
1인당 GDP (원, USD PPP)	27,150	33,854	36,328	41,085	38,823	33,320
연평균 실질증가율 (2000~2009)	3.5	1.1	0.6	1.6	1.0	1.6
1인당 총 보건의료비 (USD PPP)	1,879	2,878	4,218	4,914	4,289	3,233
연평균 보건의료비 실질증가율 (2000~2009)	8.6	2.4	2.0	4.4	2.2	4.0
GDP 대비 보건의료비 비중	6.9	8.5	11.6	12.0	11.0	9.6
60세 이상 치매환자에 대한 직접비용의 GDP 대비 비중	0.25	0.77	0.64	0.43	0.56	0.49

주 : 기준년도 2009년

자료: OECD Health Data 2011

제2절 적용 대상 측면

주요국가의 적용대상 측면에서 장기요양제도를 비교하면 <표 6-4>과 같다. 각국 제도의 시행 시기를 보면 독일, 오스트리아는 1990년대에 시작되었고, 네덜란드는 기존 제도를 수정하여 2003년 4월에 시행되었다. 일본은 2000년 개호보험이 도입되었고, 우리나라는 2008년 7월에 시행되었다.

제도 시행시기에 65세 이상 고령화비율을 보면 한국이 10.3%(2008년)로 가장 적었고, 다음으로 네덜란드가 13.8%(2003년), 오스트리아가 14.9%(1993년), 독일 15.5%(1995년), 일본 17.4%(2000년)에 시작하였다. 우리나라는 2008년 고령화율이 10%를 넘었을 때 제도가 시행되었다. 우리나라는 같은 사회보험 운영국가인 네덜란드나 독일, 일본에 비해 비교적 노인인구 비중이 낮을 때 제도가 시행되었다. 하지만 앞서 살펴본 것과 같이 인구고령화가 비교국가보다 급속하게 진행되고 있고, 제도의 안정적 운영 측면에서 선진국이 그동안 경험하였던 서비스의 질 문제, 인프라 문제, 서비스 인력의 서비스 수준 및 적정 임금 문제 등 다양한 문제를 경험하고 있다.

적용대상은 노인성질환이나 고령으로 일상생활에 제한을 받는 대상이며, 65세 이상 노인이 주이용 대상자로 비교 대상국가와 유사하다. 다만, 일본은 40세 이상이어야 제도를 이용할 수 있는 것이 특징이다. 적용대상에 있어 자산조사는 이루어지고 있지 않다.

등급판정에 의한 요양 등급(단계)은 우리나라와 독일은 3단계이며 오스트리아와 일본은 7단계이고, 네덜란드는 10단계이다. 각 국가는 등급으로 인한 제도 이용기간을 두고 있고, 갱신을 통해 재이용을 할 수 있다.

각국의 장기요양제도 적용대상에는 큰 차이가 없고, 자산조사도 이루어지 지고 있지 않지만 보통 장기요양 서비스를 이용하기 위해서는 인정 조사를 거쳐 등급판정을 받아야 한다. 비교국가는 모두 보험자 소속 직원이 인정조사를 수행 하고, 인정조사 직원은 간호사와 사회복지사 등으로 구성된다. 조사내용으로는 일본이 조사항목이 74개 항목이며, 독일 37개 항목, 우리나라는 52개 항목의 기능상태 조사를 하고, 네덜란드도 별도의 체크리스트가 있다, 오스트리아는 이용자의 케어욕구에 따라 서비스 수당도 책정된다.

주요 국가의 장기요양의 등급 판정체계를 비교하면(<표 6-5> 참고), 네덜란드와 오스트리아는 요양욕구에 따라 서비스를 이용할 수 있고, 한국, 일본, 독일의 경우 일상 활동 제약에 따른 요양 필요도에 따라서 서비스를 이용할 수 있다.

이용을 하기 위한 등급 판정기관은 한국, 일본, 독일, 네덜란드는 보험자가 등급판정위원회를 두고 등급판정을 한다. 원칙적인 유효기간은 우리나라는 원칙적으로 1년이며, 일본과 독일은 2년, 네덜란드는 5년, 독일은 4년으로 우리나라에 비해 높다.

등급판정에 의한 등급별 인정자의 추이의 변동을 보면, 우리나라는 제도 도입 첫해인 2008년말 1등급 26.8%, 2등급 27.2%, 3등급 47.7%였고, 2011년 말에는 1등급 12.7%, 2등급 22.4%, 3등급 64.9%로 나타났다. 일본의 경우 2000년 최종중인 5등급은 13.2%, 4등급 14.2%, 3등급 13.9%, 2등급 18.9%, 1등급 27.4%였고 요지원은 12.6%였다. 2011년에는 5등급이 11.7%, 4등급 12.6%, 3등급 13.8%, 2등급 17.7%, 1등급 17.9%, 요지원 26.9%로 나타났다. 독일의 경우 제도 도입시점인 1996년 최종중인 3등급은 16.6%, 2등급은 43.3%, 1등급 40.1%였으나 2011년에는 3등급이 11.9%, 2등급이 32.1%, 1등급은 56.0%나타났다. 각국에 따라 정도의 차

이는 있지만, 기간이 지날수록 최종증의 인정자 비율이 줄어들고 있으며, 경증자의 비중이 늘어나는 것으로 나타났다.

<표 6-4> 주요 국가의 장기요양제도 비교(적용대상측면)

구분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
시행시기 (제도명)	2008.7 (장기요양보험)	2000.4 (개호보험, 도입)	1995.4(수발보험, 제가실시) 1996.7(수발보험, 시설실시) (Long-term care Insurance)	2003.4 (너싱홈 : 1968, 제가 : 1989, 시설 2001) (Exceptional Medical Expenses Insurance)	1993.7 (Long-term care allowance)
제도 시행시 노인인구 비율	10.3%	17.4%(2000) 18.0%(2001)	15.5%(1995) 15.65(1996)	13.8%(2003)	14.9%(1993)
적용대상 (Allocation)	64세 미만: 21개 노인 성 질병 65세 이상: ADL, 인지 지각 장애(최소 6개월 이상의 지원 필요)	40~64세: 15개 노인성 질환에 의한 장애 상태 65세 이상: 욕구판정에서 인정된 자 *자산 조사 없음	신체적·정신적장애로 2개 이상의 ADL장애(최소 6개월이상의 지원필요); 적어도 1일당 90분이상의	노인+장애인 특별최중증자 *1년이상 거주자 *자산 조사 없음	ADL, IADL 장애(최 소 6개월이상의 지원 필요); 한달에 최소 50시간이 상의 지원이 필요(시

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
	한국		지원이 필요 *최소 5년이상 보험료 납부자 *자산 조사 없음		각(맹인, 일부손상)장애인, 청각장애인, 휠체어이용자는 자동적으로 권리를 가짐) *오스트리아 거주자 *자산 조사 없음
요양등급 (단계)	3등급 (최중증, 중증, 중등증)	7단계 (요지원 2, 요개호 5)	3단계 (경증, 중증, 최중증)	10단계 (zpz1~zpz10) 5년	7단계
유효기간	원칙적 1년	3개월~2년 (단, 신규는 6개월, 갱신은 12개월이 원칙)	2년 * 별도의 갱신 신청없이 진료내역에 따라 상태 확인 후 인정유효기간 연장 가능함	(갱신의 유효시간도 5년임) * 기능상태 회복이 확실하게 예상되는 경우는 유효기간을 단축할 수 있지만, 특별한 경우를 제외하곤 계속인정	4년(48개월)

262 주요국 장기요양제도 비교 연구

<표 6-5> 주요 국가의 장기요양제도 비교(등급판정측면)

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
평가판정 기준	기능제한에 따른 요양필요도 구조화; 전국적 단일유형	기능제한에 따른 요양필요도 구조화; 전국적 단일유형	기능제한에 따른 요양필요도 구조화; 지역에 따라 변형	요양육구 중심 자유재량(임의); 일정 방식의 프로토콜	요양육구 중심 구조화; 전국적 단일유형
평가판정 기관 (인정조사)	공단(보험자)	시정촌 - 개호보험시설에 일부위탁	MDK (보험자위탁기관)	CIZ (정부조직/평가판정기관)	연금보험공단 및 연방사회청(군인)
인정 조사자	소정의 교육을 이수한 공단소속직원(간호사, 사회복지사 등)	시정촌 공무원 (보건,의료,복지전문가 등의 개호지원전문원)	MDK 소속 의사, 노인전문간호사 등 전문자격소지자	CIZ 소속 직원 대학졸업학력을 가진 간호사, 사회복지사 등	-
조사내용	기능상태조사 (52개 항목)	기능상태조사 (74개 항목)	기능상태조사 (37개 항목)	ICF 체크리스트(인구통계학적	케어유구에 따라 서비스의 등급과 수당의

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
				정보, 신체구조기능, 활동제한과 참여제한, 환경요인)를 통해 요양필요도 조사	금액이 책정
최종 등급판정	등급판정위원회	개호인정심사회	장기요양금고	CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)	연금보험공단 및 연방사회청(군인)
등급판정 방식	방문조사→1차판정(컴퓨터))-2차판정(등급판정위원 회)	방문조사→1차판정(컴퓨터) →2차판정(개호인정심사회)	방문·면접조사→ MDK(의사, 간호사, 개호전문가)→장기요양금 고	CIZ 직원의 우선면담	서면 자료 제출
등급판정 결과	장기요양인정 여부 및 장기요양등급	장기요양인정 여부 및 장기요양등급	장기요양인정 여부 및 장기요양등급	서비스 패키지산정 (비공식케어, 재가, 시설 등)	요양수당(현금급여)

제3절 운영 및 급여체계

각국의 급여체계를 비교하면, 우리나라와 일본은 현물급여가 대부분을 차지하고, 독일과 네덜란드는 현물과 함께 현금급여가 있다. 이들 국가의 현금서비스 이용시 서비스 비용이 현물보다는 지원 비용이 줄어든다. 조세로 운영되는 오스트리아는 현물보다는 현금급여가 대부분을 차지한다.

가족과 주변 친지에 의한 비공식 케어, 장기요양 적용 대상자가 시설이라는 낮은 환경보다 평소 생활하던 익숙한 곳에서 생활하고자 하는 정책적 배려는 주요국가에서 현금 서비스 확대 정책을 가져왔다. 물론 시설인프라의 부족(입소 대기 문제)을 해소하려는 측면의 현금서비스 확대가 오스트리아나 네덜란드에서 나타났다.

본인부담은 한국이 총 서비스의 15%(재가)에서 20%(시설)로 여타 국가보다 조금 높으며, 일본은 총 서비스의 10%(시설과 재가 차이 없음)이며, 독일과 네덜란드 그리고 오스트리아는 이용자의 소득 등에 따라 차등이 있다. 시설을 이용할 때는 주거비와 식비는 이용자 본인이 부담한다. 우리나라의 경우 본인부담이 비교 국가에 비해 높은 편이며, 이미용비, 식비, 상급병실료 등 추가적인 본인부담이 존재하여 실질적으로 비교 국가에 비해 본인부담이 높은 편이다. 또한 일본이나 독일의 경우 본인부담 한도액이 설정되어 있지만 우리나라의 경우 한도액 수준이 정해져 있지 않다. 향후 본인부담 한도액은 제도의 보장성 측면에서 고려해볼 요소이다.

일본과 독일 급여서비스의 경우 우리나라에 비해 급여항목이 다양하게 지원하고 있다. 특징적으로는 치매에 대한 지원하는 시설이 별도로 있다. 또한 시설서비스의 경우 우리나라에 비해 서비스가 다양하며(독일

의 경우), 의료적 지원을 할 수 있도록 복합적인 서비스(일본)를 제공하고 있다. 인구 고령화로 인한 노인성 질환 특히 치매에 대한 효과적인 대응을 위해 향후 우리나라에서도 다양한 급여 서비스의 지원이 필요할 것이다.

266 주요국 장기요양제도 비교 연구

<표 6-6> 주요 국가의 장기요양제도 비교(급여 측면)

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
운영체계 (보합자)	국민건강보험공단	시정촌 및 도도부현	장기요양 질병금고	건강보험, 공무원 보합이 31개 지역요양사무소에 위탁	연방정부+지방정부
급여 (Provision)	○ 현물 - 재가 (방문요양, 방문간호 등 6 종-방문간호 → 요양보험 급여) - 시설 (노인요양시설, 전문노인 요양시설, 노인요양공동생 활가정), ※ 현물급여 원칙 ○ 현금 - 가족요양비 월 15만원	○ 현물 - 재가 · 방문형(방문, 목욕, 간 호, 재활) · 통소형(주간보호, 주간 재활) · 단기형(단기보호, 단기요 양개호) · 시설형(특정시설임소생활 보호) · 기타(복지용구 등) -시설	현물: 재가수발, 주/야간보호 부분시설보호, 단기수발(가족), 임소시설 : (노인집합주택, 노인홈, 노인요양홈, 노인종합시설, 양로보호거주) 장애인특수시설급여 현금: 있음(단,	현물: 재가 가정간호, 주/야간보호 시설 현금: 있음(상태별 차등지급) * 개인예산상한제(2003.4)	현물: 현금으로 재가, 가정간호, 주/야간 보호 시설 등 현금: 있음(등급별 차등지급)

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아
본인부담	15~20% (시설 이용시 식비, 이미용비 등 본인부담 있음)	10% (시설 이용시 식비, 이미용비, 주거비 등 본인부담 있음)	재가없음(단, 평균 월 소득 130유로 이상의 경우 일부 시설-식비, 일부주거	있음(능력이 없으면 지방정부가 원조) 시설의 간호사(RN)에 의한 행위는 건강보험에서 지불	서비스유형에 따라 다양(소득, 연령(65세 이상 여부), 동거가족 수에 따라 결정)
	- 시설 및 재가센터 설치 가 미흡한 도서·벽지 지역 · 도서 벽지지역 → 202개 읍면동	<ul style="list-style-type: none"> · 개호노인복지시설 · 개호노인보전시설 · 개호요양형의료시설 -기타 <ul style="list-style-type: none"> · 개호예방서비스 · 지역밀착형(예방)서비스 스) <p>○ 현금: 없음 ※ 현금급여 원칙</p>	시설보다 한도액 낮음-현물의 질반수준)		

제4절 재정체계

장기요양보험의 재정부담 측면에서 보면(<표 6-7> 참조), 한국과 일본, 독일, 네덜란드는 사회보험제도를 운영하고 있고 보험료를 주재원으로 하고 있으며, 오스트리아는 조세를 주재원으로 하고 있다.

2009년을 기준으로 65세 이상 인구 중 장기요양이용자는 OECD 국가의 평균이 12.2%가 이용하고 있었으며, 오스트리아가 23.9%로 비교 국가 중 가장 높았고, 다음으로 네덜란드 19.4%, 일본 12.6%, 독일 11.3%였다. 우리나라는 3.2%로 매우 낮은 수준이었다. 우리나라는 OECD 전체 국가 중 포르투갈과 폴란드를 제외하고 65세 이상 인구 중 장기요양이용자의 비율이 가장 낮은 국가였다. 보통 각국은 재가서비스를 위주로 장기요양 서비스를 이용하기를 정책적으로 지원하고 있기 때문에 시설보다는 재가서비스의 이용비율이 높았다. OECD 국가의 평균 재가와 시설비율은 67.4%와 32.6%로 각각 나타났다. OECD Health data 2011에서 장기요양 시설이란 숙박과 장기요양을 패키지로 제공하는 간호 및 거주시설을 의미하며, 재가(가정)에서의 장기요양은 기능상 제약이 있는 사람들이 대부분의 서비스를 집에서 제공 받는 것으로 정의한다.

65세 이상 인구 대비 장기요양 종사자는 OECD 국가의 평균 6.3명이었으며 네덜란드가 7.7명, 일본이 5.4명, 한국이 4.2명이었다. 장기요양 종사자는 가정 또는 기관(병원 외부)에서 장기요양을 제공하고 급여를 받는 근로자를 의미한다. 장기요양 종사자에는 자격을 갖춘 간호사와 환자의 일상생활 및 다른 활동을 지원하는 개인 간병인이 포함된다. 장기요양 종사자에는 장기요양 이용자, 기관 또는 공공 및 민간 간병 회사에 의해 공식적인 계약으로 고용되는 가족 구성원 또는 친구도 포함된다. 모두 상근으로 일하는 사람은 아니다. 독일 자료의 경우 노인 간병간호사, 주로 행정업무를 담당하는 공식 직원, 간병인으로 사회보장제도에

신고한 사람을 제외하여 과소 추정되었다(OECD Health 2011).

종사자 중 간호사의 비중은 OECD 국가의 평균이 23.7%였고, 네덜란드 27.1%, 독일 26.3%, 일본 15.3% 였으나, 우리나라는 0.1%로 매우 낮은 수준 이었다.

장기요양시설 이용자의 의료적 욕구가 증대되고 있는 우리나라의 현실점에서 의료 욕구를 일부분 해소할 수 있는 간호 인력은 주요 국가에 비해 우리나라는 크게 부족한 수준이다. 향후 우리나라 장기요양제도의 서비스 질 제고 측면에서 간호 인력의 요인을 고려한 장기요양 이용자의 의료 욕구 해소 정책의 마련이 필요할 것이다.

65세 인구 1,000명 당 장기요양 기관과 병원 내 장기요양 병상수는 OECD 국가의 평균이 49.5개였고, 네덜란드 68.5개, 독일 50.3개, 오스트리아 40.5개, 일본 37.4개 였고, 우리나라는 34.7개로 나타났다. 시설병상과 병원병원의 개수가 우리나라는 시설 17.5개, 병원 17.2개로 비슷하였으나 OECD 국가의 평균은 시설 병상이 병원병상보다 월등이 많을 것으로 나타났다. 장기요양 측면이 강한 시설병상과 의료적 측면이 강한 병원 병상의 효과적인 역할 정립, 즉 장기요양 대상자의 인프라(시설병상과 병원병상)의 효율적인 이용 방안 마련은 병원병상보다 시설병상의 비중이 더욱 높은 주요국의 상황을 보면, 향후 우리나라의 정책 방향을 제시해주고 있다.

GDP 대비 장기요양공공지출(보건의료 및 사회적 요소)의 비중은 우리나라가 0.4%로 비교 국가 중 낮은 수준이었으며, 일본과 독일이 1.0%, 네덜란드 3.8%였고, OECD 국가의 평균은 1.4%였다. 다만 지난 10년간 우리나라의 장기요양 공공지출 비중의 증가율은 58.6%로 여타 국가에 비해 월등히 증가하고 있었다.

OECD Health data 2011에서 정의한 장기요양 지출은 만성질환이나

장애로 지속적으로 보살핌이 필요한 사람에게 보건의료 및 사회 지원 서비스를 제공하는 것이다. 보건의료 계정 체계(SHA)에서 합의한 정의를 기반으로 장기요양 지출의 보건의료 측면은 만성질환이 있거나 일상적인 생활(먹기, 씻기, 옷 입기 등)이 힘든 사람들에게 제공하는 보건의료와 관련이 있다. 이는 장기요양기관에서 제공하는 완화의료 및 보건의료, 집에서 제공되는 보건의료 및 개인 간병서비스(일상생활 지원)를 포함한다. 장기요양 지출의 사회적 측면은 기능 제한이 있는 사람들에게 주거지원 환경 및 기타 주거보호에서 주거 서비스를 지원하는 것이다. 일상생활에서의 도구적 활동 (장보기, 식사준비, 재무관리, 기타 집안일), 의존적인 사람의 사회 활동과 같은 주간 간병 서비스, 주간 간병 시설로의 이동 또는 이와 비슷한 사회서비스가 포함된다.

<표 6-7> 주요 국가의 장기요양제도 비교(재정)

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아	OECD 평균
재정 부담	사회보험	사회보험	사회보험+조세(사회 부조)	사회보험	조세	-
재원조달	근로계층 : 80% 조세 : 20%	조세 : 50% (중앙 25%, 지방 12.5%, 시정촌 12.55) 노령층 : 18%(연금에 서 공제) 근로계층 : 32%	조세 : 0% 근로계층 및 노령층 : 100%	조세 : 0% 근로계층 및 노령층 : 100%	조세 : 100% 근로계층 및 노령 층 : 0%	
65세 이상 인구 중 장기요양이용자	3.2	12.6	11.3	19.4	23.9	12.2
제가/시설 이용 비율	65.6/34.4	77.8/22.2	66.4/33.6	66.0/34.0	-	67.4/32.6
65세 이상 인구 대비 장기요양 종사자 비중	4.2	5.4	3.8	7.7	2.8	6.3

272 주요국 장기요양제도 비교 연구

구 분	한국	일본	독일	네덜란드	오스트리아	OECD 평균
제가/시설	3.6/0.6	3.9/1.5	1.2/2.6	1.4/6.3	2.8/0.0	3.1/3.2
종사자 중 간호사 비중	0.1	15.3	26.3	27.1	-	23.7
65세 인구 1000명당 요양병상	34.7	37.4	50.3	68.5	40.5	49.5
시설병상/병원병상	17.5/17.2	25.2/12.2	50.3/-	68.5/-	38.7/1.8	43.6/5.8
GDP 대비 장기요양 공공지출 비중	0.4	1.0	1.0	3.8	1.2	1.4
장기요양 공공지출 비중 증가율 (2000-2009)	58.6	6.0	1.0	7.3	3.2	-

주 : 기준년도 2009년

자료: OECD Health Data 2011.

제5절 서비스 질 관리 측면

일본은 개호보험의 이용자와 제공자 사이의 정보의 비대칭으로 인한 문제를 해소하기 위해 개호서비스 정보 공표제도와 복지 서비스 제3자 평가 제도를 마련하고 있다. 독일은 서비스의 질과 수준을 확보하기 위해 서비스가 제대로 이루어지고 있는지를 수발활동 점검요원으로 하여금 평가하도록 하고 있다. 네덜란드는 보건의료 비용의 급증과 보건의료 요구도의 증가를 체계적인 관리를 통해 접근성과 질 보장을 위해 전문기관(보건의료감독원:NZA)을 통해 장기요양시설에 대해 감독하고 서비스 질 관리를 하고 있다. 조세로 운영되는 오스트리아는 양로 및 입소시설의 질을 공개하여 질적 향상을 위한 동기부여를 유도하기 위하여 국가질 인증제도(Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich 이하, NQZ)를 운영하고 있다. NQZ는 오스트리아 단일 입소 시설분야특성에 맞춘 외부 평가 제도이며, 인증을 통해 해당시설은 입소 시설의 설치 및 운영에 관해 주에서 정한 기준을 포함하여 입소자의 삶의 질 향상을 위한 별도의 노력을 기울이고 있다는 것을 인정받게 된다.

우리나라도 매년 요양기관을 평가하고, 평가점수가 높은 상위기관을 공표하고 있다. 하지만, 주요국가의 서비스 질 평가 시스템에 비해 우리나라의 평가 제도는 평가 결과를 통한 요양시설의 서비스 수준 제고 측면에서 활용성 및 강제성 측면에서 주요 국가에 비해 낮은 수준이다. 향후 평가 결과를 실질 서비스 수준 향상에 반영할 수 있는 강제성 및 이용자 보호 그리고 서비스 질 제고 측면에서 미흡한 수준의 제도적 보완이 필요한 부분이다.

제6절 주요 개혁 사례

일본의 개호보험제도는 2000년 제도가 도입되었을 때, 제도 시행 5년 후 제도 문제점 및 개선방안 마련 등 제도의 전반 내용에 대한 재검토가 예정되어 있었다(개호보험법 부칙 제2조). 2005년 개호보험 개혁의 주요 내용은 예방중시형 시스템으로의 전환이다. 개호보험제도 시행 후의 경증자(요지원, 요개호1)가 크게 증가하여 이들에 대해 자립지원을 강화하는 관점에서 예방급여를 도입하였다. 또한, 재가와 시설 이용자의 공평한 부담 측면, 개호보험과 연금급여의 조정 측면을 고려하여 개호보험시설에 거주비와 식비가 보험급여의 대상에서 제외가 되고, 이용자가 부담하도록 하였다. 또한, 부담한도액을 조정하여 저소득자에 대한 고려를 추가하였다. 인지증 고령자와 독거 고령자의 증가 등에 따라 가능한 익숙한 지역에서 생활을 지속할 수 있도록 지역밀착형 서비스 체계를 보완하였다. 이용자에게 적절한 선택과 시설의 공정한 경쟁을 통해 양질의 서비스를 제공할 수 있도록 정보 개시의 강화와 사업자 규제 사항도 개정에 포함되었다. 케어매니지먼트를 강화하기 위해 개호지원전문원(케어매니저)은 5년마다의 자격을 갱신하도록 하였으며 주임 개호지원전문원을 만들어 케어매니저의 전문성을 강화하고자 하였다. 개호보험의 운영을 담당하는 보험자(시정촌) 기능의 강화를 위하여 지도·감독의 권한을 시정촌에도 부여하도록 하였다(이전 도도부현의 권한). 2008년에는 개호보험의 개정을 통해 개호사업자에게의 법령준수를 통해 콧슨 문제와 같은 부정사안의 재발방지를 위한 사무관리체계 정비와 불시점검 권한(국가, 도도부현, 시정촌)이 도입되게 되었다. 2009년에는 개호서비스에서 우수한 인력의 안정된 공급을 확보하기 위하여 정부가 2009년 4월 1일까지 전문 인력의 임금 규모와 그 밖의 근무여건을 고려하고 전문인력의 급여를 포함하여 인력을 위해 근무여건에 도움이 되는 조치를 취하

도록 하였다. 2010년은 일상생활권역에서 의료, 간호, 예방, 거주, 생활지원서비스가 끊기는 일 없이 유기적이고 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템³⁹⁾의 실현과 급여의 효율화, 중점화 등을 진행하여 급여와 부담의 균형을 도모하여 장래에도 안정적인 지속가능한 개호보험제도의 구축이라는 2가지 점에서 의료와 간호의 연계 강화와 개호사업소의 노동법규 준수 강화, 사업소지정 결격요건 및 취소 요건으로 노동기준법 등의 위반을 강화하였다.

독일은 장기요양보험 제도도입 이후 정착하는 과정에서 급여대상자의 선정, 급여의 종류와 수준, 급여전달체계의 정립, 재정안정화의 문제, 의료보험과의 연계, 시설급여의 품질관리 등 다양한 영역에서 문제점이 나타났다. 현안 문제들을 해결하기 위해 개혁을 지속적으로 시도하였다. 장기요양보험에서 이용자보호 강화와 요양서비스 품질보장을 위한 조치(2001), 재가급여에서 상당한 일상 돌봄 필요가 있는 대상자에 대한 추가 급여(2001), 통일된 노인수발교육을 위한 법제정(2001), 자녀 없는 피보험자의 장기요양보험료의 추가부담(2005), 수발가족에 대한 실업보험의 보장(2006), 의료보험경쟁촉진법(GKV-Wetterbässtarkungs-gesetz)에 따른 장기요양 강화(수발보다 재활우선, 서비스제공자의 통합된 서비스 제공, 퇴원관리, 의료적·수발적 보호강화, 2007) 등이 있다. 또한, 제도 도입 13년 만에 치매·정신적 장애를 가진 자에 대한 서비스의 개선 및 재정적 대응 모색(재가요양급여 비용의 단계적 인상), 급여수준 인상(2년마다 단계적 인상), 주야간보호의 지원 확대⁴⁰⁾, 장기요양 휴직(휴가)이 도입,

39) 지역포괄케어시스템이란 욕구에 맞는 주택이 제공되는 것을 기본적인 생활 상의 안전, 안심, 건강을 확보하기 위해 의료와 간호, 예방뿐 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원서비스가 일상생활권역에서 적절하게 제공될 수 있도록 하는 지역의 체제이다. 지역포괄케어권역은 대략 30분 이내에 이동할 수 있는 권역으로 구체적으로는 중학교 학군을 기본으로 하고 있음

40) 2008년 개혁에서는 주야간보호와 재가현물급여, 현금급여를 혼합을 이용할 경우 총 한도액을 1.5배로 인상, 50%이상 주야간보호를 이용할 경우 재가현물급여 및

입소시설에서 의료서비스 이용이 개선⁴¹⁾을 내용으로 하는 "장기요양보험 개혁 2008"을 실시하였다.

네덜란드 장기요양보험의 개혁(개혁추진보고서 내용, 2011)은 장기요양서비스의 질적 수준을 높이기 위해 정부는 매년마다 852백만 유로를 투입하여 12천명의 장기요양인력을 추가로 확보하고 관련 요양인력양성 교육에 적극적으로 투자하고자 하였다. 또한, 서비스 질 향상을 위한 연구소(Kwaliteitinstituut)를 설립하고, 의료감독원(IGZ)의 감독의 질을 더 높이고, 환자의 권리를 더 확고히 하고자 하고 있다. 또한, 장기요양 서비스 수급자의 권리를 강화하기 위해 법령 '환자권리 요양(de wet Clientenrechten zorg, Wcz)' 을 통해서 서비스 수급자의 권리를 강화하는 노력을 펼치고 있다. 기존 보다 간단한 등급판정체계를 만들고, AWBZ의 등급판정 최대 유효기간을 연장하고자 하였다.

오스트리아 개인 가정에서 '24시간 수발'을 제공하는 조직들이 많이 늘어났다. 요양을 제공하는 근로자들의 경우 오스트리아 요양관련 분야 종사자에 비해 적은 급여를 받음에도 불구하고 본국에서 보다 높은 소득이 보장되기 때문에 음성적인 형태로 요양서비스 제공하고 있다.

이런 문제를 해결하기 위해 규정된 노동조건을 보장하고, 노동시장에 부담을 주지 않는 범위에서 법적 테두리 안에서 외국인 요양종사자의 고용가능성을 열어 주며, 기존의 요양직업군의 권한을 가능한 한 변경시키지 않고, 요양의 질을 보장하도록 하였다. 그 동안 지방정부 권한에 속하였던 장기요양수당 관련 법제정 및 집행이 2012년부터는 중앙정부 권한으로 위임되게 되었다. 이러한 법 개정을 통해 303개에 달하였던 장기요

현금급여 100% 청구가 가능하다는 내용을 포함하고 있음

41) 장기요양시설은 입소자에게 충분한 의료서비스를 제공하지 못할 경우 지역 의사 또는 의료공급센터와 협력하여 외래진료 의사나 외래진료센터와 협력계약 체결을 가능하게 하였음

양수당 주무 부서가 8개로 줄어들게 되었는데, 이러한 개혁의 배경에는 의사 결정 기관의 수를 줄임과 동시에 장기요양수당 관리 및 행정적 처리 기간 단일화하는데 목적이 있다. 또한, 지방정부법상 다양하게 규정되어 있던 장기요양수당 관련 법규 및 시행령을 모두 폐지하도록 하였다. 장기요양수당을 신청을 받고 등급판정을 내리는 기관의 수가 줄어들게 되며, 이를 통해 행정적 처리 비용을 줄이고 처리 기간을 단축하는 효과를 볼 수 있을 것으로 예상된다.

2011년 1월 1일 기준으로 1, 2 요양등급에 대한 최소 요양욕구 시간에 대한 규정이 변경되어 2011년 1월 이전에 요양 욕구시간이 55시간으로 판정된 수급자인 경우 2011년 1월 이후 60시간으로 최소 규정이 상향된 이후에도 계속적으로 1등급에 해당되는 장기요양수당을 지급받게 된다.



제7장
결론 및 정책제언



제7장 결론 및 정책제언

2011년 현재 우리나라의 65세 이상 인구의 고령화 비율은 11.4%로 일본 23.3%, 독일 20.7%, 네덜란드 15.6%, 오스트리아 17.7%의 OECD 주요 국가에 비해 낮은 수준이다. 하지만 우리나라는 고령화 속도가 가장 빨랐던 일본의 24년보다 더 단축되어 고령화 사회로 진입한 2000년에서 불과 18년 뒤인 2018년에 고령사회로, 그로부터 8년 뒤인 2026년에는 초고령사회로 진입할 것으로 예상되어진다(통계청, 2012).

노인인구 비율이 높은 선진국들이 노인문제에 따른 사회적 충격에 대하여 장기간 대비하였던 것에 비해 우리나라는 단기간에 인구고령화에 따른 사회 및 경제적 충격에 대비해야 하는 어려움에 직면하고 있다. 많은 국가에서는 노인장기요양제도를 통해 인구고령화로 인해 증가하는 경제적·사회적 위기에 대처하고자 노력하고 있다.

본 연구에서는 사회보험국가로서 우리나라 제도에 많은 영향을 미친 일본, 독일 그리고 향후 우리나라의 제도 개혁에 참고할 제도적 특징이 있는 네덜란드의 사례를 살펴보았다. 또한, 조세를 기반으로 장기요양제도를 시행하고 있는 국가로 오스트리아의 장기요양제도의 운영 사례를 구체적으로 살펴봄으로써 각각의 운영방식이 갖는 특이점과 시사점을 도출하고자 하였다. 대상 국가 4개국의 인구사회학적 그리고 경제적 현황, 적용대상, 급여측면, 운영체계, 재정체계, 서비스 질 제고 관련 제도, 주요 개혁 동향 등 크게 7가지 측면으로 나누어서 비교·분석하였다.

이에 따른 향후 정책방향으로 다음의 몇 가지를 제시한다.

첫째, 장기요양보험 이용자를 지속적으로 확대할 필요가 있다. 앞서

살펴본 것과 같이 우리나라의 장기요양제도 시행은 비교 대상 국가보다 고령화율이 낮은 시점에 시작되었지만, 실질적인 이용자의 비율이 낮은 수준이다. 2009년 현재시점에서 우리나라의 이용자는 3.2%로 선진국보다 매우 낮은 수준이다(일본 12.6%, 독일 11.3%, 네덜란드 19.4%, 오스트리아 12.2%). 고령화율을 보정하여 우리나라와 각국을 비교해볼 때 일본과 독일보다는 2.7%p, 네덜란드보다는 10.5%p, 오스트리아보다는 11.4%p가 낮은 수준으로 나타났다. 향후 베이붐 세대의 급속한 고령화로 인한 제도의 지속가능성(재정적 측면)을 고려하면서 장기요양 이용자의 점진적 확대가 필요할 것이다.

둘째, 장기요양 종사자의 의료적 질 향상이 필요하다. 앞서 살펴본 것과 같이 우리나라는 65세 이상 인구대비 장기요양 종사자 비중은 4.2명으로 OECD 평균인 6.3명보다 적으나 독일의 3.8명보다는 조금 높다. 하지만 종사자 중 간호사의 비중은 0.1명으로 OECD 평균인 23.7명보다 크게 적고, 일본 15.3명, 독일 26.3명, 네덜란드 27.1명에 비해 매우 적은 수준이다. 노인의료비의 증가와 노인시설 이용자의 의료적 욕구 증대는 장기요양 서비스의 의료적 질 향상과 의료와의 효율적인 연계 측면에서 상당한 변화를 요구하고 있다. 향후 간호 인력의 증가와 간호사(RN, 또는 노인전문 간호사)의 의료적 처지에 있어서의 역할 확립을 통해 해결방안의 모색이 필요할 것으로 생각된다.

이와 함께, 장기요양서비스 질 향상을 위해서는 요양보호사의 질 향상이 필요하다. 장기요양제도의 서비스 질을 높이기 위해서는 실제 요양을 담당하는 요양보호사의 전문성이 향상되어야 한다(한정원, 2011). 네덜란드, 독일, 일본의 주요 국가도 장기요양제도가 도입되면서 서비스의 주체인 요양보호사의 저임금화, 비정규직화로 요양보호사의 질이 저하가 장기요양에 있어서 큰 문제로 대두 되었다. 요양보호사의 질 향상을

위해 주요 국가(일본 2009년 개혁 등)는 종사자의 임금 수준 제고(수가 인상) 및 체계적인 교육(교육시간 연장 및 교육내용 강화 등)이 이루어지도록 지속적으로 재정을 투입하는 등의 개혁을 하였다. 우리나라도 요양보호사라 학력과 연령, 경력과 상관없이 누구나 쉽게 하는 업무라는 일반적인 인식을 불식시키기 위해, 요양보호사의 전문성 향상을 위한 직무교육의 제도화 및 지속적인 경력개발이 필요하며, 재정적 지원을 통한 인식 제고가 필요하다.

셋째, 장기요양시설의 서비스 질의 객관적인 평가가 중요하다. 우리나라는 격년으로 장기요양기관(시설과 재가)을 평가하여 평가점수가 높은 상위기관은 장기요양 홈페이지 공고와 금전적인 인센티브를 주는 제도가 존재하지만 지속적으로 장기요양제도의 질을 높이기에는 미흡한 수준이다. 또한 장기요양 이용자의 등급 개선시 일정금액의 재정적 지원이 장기요양기관에 주어지지만 해당기관에 실질적인 금전적 효과가 없기 때문에 제도의 취지가 퇴색되고 있다. 먼저 장기요양시설의 질을 객관적으로 평가하기 위한 오스트리아 외부 평가 제도인 국가질인증제도(Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime in Österreich_이하, NQZ)와 같은 장기요양시설 인증제 도입을 향후 검토해볼 필요성이 있다. 인력 수준, 서비스 질 등 장기요양기관의 실질적인 질 평가와 함께 위반기관에 강도 높은 페널티 부과가 선행되어야 할 것이다.

넷째, 장기요양 개선을 위해 서비스의 다양화가 필요하다. 우리나라의 장기요양보험은 이용자의 선택권 제고 측면에서 일본이나 독일에 비해 상당히 부족한 측면에 있다. 일본은 제도의 개혁을 통해 지역밀착형 서비스(야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통소개호, 소규모다기능형 거택개호, 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈), 지역밀착형특정시설(입

주자생활개호), 지역밀착형 개호노인복지시설, 입소자 생활개호)를 통해 다양한 서비스 지원을 하고 있고, 독일도 노인집합주택, 노인홈 등의 제도를 통해 이용자의 만족도 제고와 서비스의 다양화를 하고 있다. 이에 반해 우리나라는 입소자 규모에 따른 단순한 시설 서비스를 제공하고 있다. 이용자의 만족도 및 선택권 강화 그리고 지속적인 대상자 확대를 대비한 다양한 급여서비스의 확대가 필요하다.

다섯째, 제도의 안정적 정착과 장기요양 서비스의 인식 제고 측면에서 우리나라는 일본과 같이 현물급여의 원칙을 고수하고 있다. 하지만 네덜란드나 오스트리아처럼 비공식적인 서비스의 확대, 급여 서비스의 다양화와 이용자의 선택권 강화 측면에서 현금서비스의 도입도 고려해 볼 수 있다.

각국의 장기요양제도는 그 나라의 인구사회학적 변화, 의료보장제도의 형태에 따라 장기요양제도의 형태를 각기 달리 발전시켜오고 있음을 확인할 수 있었다. 향후 우리나라는 인구고령화에 대비하여 각국의 사례를 통한 현실적인 대안을 통해 노인 장기요양 서비스를 변화시켜 나아가야 할 것이다.



참고문헌



참고문헌

- 개호보험 실무 2012년판, 교세이. (2012), 194~201.
- 국민건강보험공단, 2012. 노인장기요양보험 시행 4주년 기념 『한일국제심포지엄, 노인장기요양보험 발전을 위한 미래 전략』
- 국민건강보험공단, 선진국의 장기요양서비스체계 자료집, 2002
- 국민건강보험공단, 주요국의 장기요양보험 개혁동향(독일, 일본, 프랑스 3개국 심포지움 자료), 2009
- 김근홍, 2002. 「독일 노인 수발사제도의 한국적 시사」, 『한국노년학』 22(2), 한국노년학회.
- 김수영, 성명옥, 김경호, 조추용, 『노인과 지역사회보호』, 양서원, 2001.
- 남현주 외, 『독일 2008 장기요양보험 개혁: 개혁배경과 내용 및 평가』 남현주, 2011
- 노인복지학술대회, 2004. 『공적노인장기요양제도 도입의 필요성과 방향』
- 독일연방통계청, 장기요양통계 2005, Wiesbaden 2007
- 마스다 마사노부 저, 『일본 개호보험제도의 정책과정과 향후 과제』, 인간과 복지, 2008
- 마스다 (Matsuda, M), 2004. 「일본의 개호보험 4년간의 성과와 과제」 “교보헬스케어심포지엄.
- 선우덕 외, 『최신 노인장기요양보험제도 현황과 과제』, 노인연구정보센터, 2012.

- 선우덕 외, 『노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안』, 한국보건사회연구원, 2008
- 이광재, 『노인요양보험제도의 이해』, 공동체, 2007.
- 일본 후생노동성 홈페이지 수록자료. 2000~2012.
- 일본총합연구소, 2004.3. 『개호시설 등의 비용체계에 관한 종합조사』
- 장병원, 『일본 노인장기요양정책』, 양서원, 2009
- 최은영 · 권순만 · 김찬우 · 강주희, 『OECD 국가의 노인장기요양서비스체계 비교와 정책적 함의』, 한국보건사회연구원, 연구보고서 2005.
- 한정원, 2011, 『요양보호사의 전문성 향상방안 연구』, 여성학연구, 제21권 제2호
- 홍석표 외, 2004. 『고령화시대의 사회보장제도 개혁과 시사점』, 한국보건사회연구원.
- OECD/Korea Policy Centre, 『한 눈에 보는 사회 20011 OECD 보건 지표』, 2012
- OECD/Korea Policy Centre, 『한 눈에 보는 사회 20011 OECD 사회 지표』, 2012
- Brodsky, J. et als., (2003) Key Policy Issues in Long-term Care, The Cross-Cluster Initiative on Long-term Care, WHO.
- Campbell, J and N. Ikegami (2003) "Japan's Radical Reform of Long-term Care," Social Policy and Administration 37:1, 21~34.
- Capitman, J. A. (1986) Community-based long-term care models, target groups, and impacts on service use. The Gerontologist, 26(4), 389~397.
- Cuellar, A. and Wiener, J. (2000) Can social insurance for long-term care work?:

- The experience of Germany, *Health Affairs*, 19 (3), pp.8~25.
- de Roo, A, L. Chambaud and B. Guntert (2004) "Social health insurance systems in western Europe," *European Observatory on Health Care Systems*, 281~298.
- Diek, M. (1995) "Housing elders in Germany", In Pynoos, J., Liebig, P., eds, *Housing frail elders: International policies, perspectives, and prospects*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Greene, V. L., & Ondrich, J. I. (1990) Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology*, 45(6), S250~258.
- Ikegami, N., and J. Campbell (2002) "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care System," *Social Policy and Administration* 36:7, 719~734.
- ISSA (1984) *Long-term Care and Social Security*
- Karlsson, M., L. Mayhew, R. Plumb, and B. Rickayzen (2004) "An International Comparison of Long-Term Care Arrangements: An Investigation into the Equity, Efficiency and Sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States," mimeo, 2004.
- OECD (2005) *Long-term care for older people*.
- OECD, *Long-term care for older people*, Paris, 2005.
- Rothgang, H., A. Comas-Herrera, et al. (2003) "The mixed economy of long-term care in England, Germany, Italy and Spain," 4th International Research Conference on Social Security, Antwerp, 5~7.

WHO (1999) Home-based and Long-term care.

WHO, Long-term care Laws in Five Developed Countries: A Review, 2000.

平岡公一. 介護保険制度の創設と福祉國家体制の再編－論点の整理と分析視
角の提示－. 社會學評論. 1999;49:389-405.

伊藤周平. 介護保険ケアマネジメントと利用者の權利. 賃金と社會保障.
2003;1341:58-71.

駒村康平. 介護保険, 社會福祉基礎構造改革と準市場原理. 季刊・社會保障
研究. 1999;35:276-278.

厚生労働省. 21世紀福祉ビジョン(少子・高齢社會にむけて), 1994.

厚生労働省. 新しい高齢者介護の構築を目指して, 1994.

厚生労働省. 1995年勸告, 1995.

上野千鶴子編. ケアを支えるしくみ5. 岩波書店. 2008.

和氣純子. 高齢者福祉の世界. 有斐閣アルマ. 2008.

참고사이트

www.bmg.bund.de

[http://www.bmgs.bund.de/downloads/03-Die\)Finanzentwicklung_der_sozialen_pfegeversicherung.xls](http://www.bmgs.bund.de/downloads/03-Die)Finanzentwicklung_der_sozialen_pfegeversicherung.xls)

<http://www.wam.go.jp>

<http://www.Keidanren.or.jp/policy/2004/034.html>

<http://www.klri.re.kr>

<http://www.longtermcare.or.kr>

<http://www.ipss.go.jp>

<http://www.mohw.go.kr>

<http://www.topics/kaigo/index.html>.

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/service/system_kochiku/hyoukagaiyou.html

연구보고서 2012-21

주요국 장기요양제도 비교 연구

발행일 : 2012. 11. 30.

발행인 : 김 종 대

편집인 : 이 기 효

발행처 : 국민건강보험공단 건강보험정책연구원
서울시 마포구 마포대로 130 (공덕동)

대표전화 : 1577-1000 / FAX: 02)3275-8061

홈페이지 : www.nhis.or.kr

인쇄처 : (주)피알앤박스

불법복사는 지적재산을 훔치는 범죄행위입니다.

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

National
Health
Insurance
Service

h·well
국민건강보험
National Health Insurance Service



121-749 서울시 마포구 독막로 311 (염리동 168-9)
National Health Insurance Service, 311, Dongmak-ro, Mapo-gu, Seoul, Korea (121-749)
T.1577-1000 www.nhis.or.kr

값 8000 원



9 788963 401690

ISBN 978-89-6340-169-0