

Policy



ISSUE

2018  
정책이슈리포트

서울시립노인요양시설  
재정건전성 제고를 위한  
개선방향



REPORT

# 서울시립노인요양시설 재정건전성 제고를 위한 개선방향

## 연구진

김성찬(한국지방행정연구원 수석연구원)  
조기현(한국지방행정연구원 연구위원)



# CONTENTS

I) 연구목적 및 배경	04
II) 노인장기요양보험제도 변천과정	06
1) 노인장기요양보험제도의 도입기(2008년)	07
2) 2012년 제1차 장기요양기본계획의 수립 이후(2013~2017년)	13
III) 노인장기요양보험 제도 현황	15
1) 노인장기요양보험제도 개요	15
2) 노인장기요양보험 현황	22
IV) 노인장기요양보험제도 당면현안	28
1) 제도 전반의 당면현안	28
2) 서울지역 당면현안	31
V) 정책건의	35



## I 연구목적 및 배경

- 고령화로 인한 노인복지비 문제와 더불어 재정지출 소요가 급증할 것으로 예견되는 부문으로서 노인요양서비스를 들 수 있음
  - 요양시설 및 요양병원에서의 장기입원비용, 연명치료를 위한 의료이용 강도 등 사망 직전의 의료비는 노인의료비에서 가장 큰 영향을 미치는 부분
- 노인요양서비스는 특히 80세 이상 노인들에서 수요가 큰 서비스이며, 여성 경제활동이 늘어나고 핵가족화되는 사회적 변화에 따라 가정 내에서 비공식적 서비스를 제공하는데 어려움이 가중되고 있으며, 이로 인하여 공공서비스 제공의 필요성이 증가하는 영역임
- 유럽 국가들의 경우 노인 장기 요양서비스는 공공의 영역에서 제도화되어 있는 경우가 많으며, 대부분 국가에서 노인 장기 요양서비스에 대한 재정지출 부담을 줄이려는 대안들이 모색되고 있음
- 우리나라 역시 2008년 노인장기요양보험이 도입된 후 10년이 경과하면서 장기 요양 보험 지출도 빠르게 증가하고 있음. 한국의 노인장기요양보험 지출은 2014년 기준으로 GDP의 0.8%이며, OECD 평균 1.4%보다 낮은 편이나, 네덜란드, 핀란드, 덴마크 등 북유럽 국가들을 제외하면 작다고 할 수 없음
- 노인장기요양보험은 분권교부세로 지원되어 왔으나 '14년 분권교부세가 폐지되면서 보통교부세에 편입되었음. 그러나 이조차도 보통교부세 산정 시 한시적으로 '19년까지만 노인장기요양보험의 지방부담분을 반영할 예정으로 있어, '20년 이후 노인장기요양보험을 전담하는 재정 지원 제도는 사실상 폐지될 것으로 예상됨

- 보통교부세에 산입되는 노인장기요양보험조차도 실제 소요비용 대비 과소 산정되어 양질의 노인 장기 요양서비스를 제공하는데 어려움을 겪고 있음. 서울시의 경우 장기 요양 의료급여 비용이 '15년 1,177억 원에서 '18년 1,944억 원으로 증가하였으나, 보통교부세는 1,007억 원에서 1,104억 원 증가에 그쳐 자원 마련에 어려움을 겪고 있음
- 이에 따라 본 연구는 요양 시설 개선, 인력 확충 등 노인 장기 요양서비스 제고를 위한 재정지원제도의 개선방안을 마련하는데 목적을 둠. 특히, 노인 장기 요양서비스가 국가 사무 성격이 강하다는 점을 고려하여 국고보조 환원 방안을 강구할 예정임

## II 노인장기요양보험제도 변천과정

### 연혁

- 노인장기요양보험은 장기요양보험료가 건강보험료에 부가되는 사회보험방식으로 2008년 도입되었음

#### 2008년 도입 과정

- (2005년) 「노인장기요양보험법」 입법 예고되면서 2008년까지 3차례 시범사업 실시
- (2007년) 「노인장기요양보험법」 국회 통과
- (2008년) 2008년 7월부터 노인장기요양보험 시행

- 장기요양보험 도입 이후 요양시설 급증과 열악한 시설들의 진입 문제 해결을 위하여 2010년부터 장기요양기관에 대한 제반 의무사항과 설치에 관한 규정을 시행하였으며, 시설기관 관리를 강화하기 시작하였음
- 2014년에는 노인장기요양 등급 판정의 애로를 해소하기 위하여 장기요양 등급을 3등급에서 지금의 5등급 체계로 개편하였음

## 1 노인장기요양보험제도의 도입기(2008년)

### ⑧ 대상

- 국민건강보험의 모든 가입자(장기요양보험 가입자, 피부양자)와 의료급여 수급권자를 노인장기요양보험제도의 가입자(피보험자)로 정함
- 노인장기요양보험제도 가입자 중, 만 65세 이상 노인 또는 만 65세 미만이라도 노인성 질환(치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등 대통령령으로 정하는 질병)으로 인해 6개월 이상 지속적으로 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 경우, 장기요양급여의 대상자로 선정되어 서비스 수급이 가능함
- 2008년도 제도 도입 당시, 급여 대상자는 신체기능과 장애정도, 서비스 필요도에 따라 1, 2, 3등급으로 구분되었으며, 장기요양등급(1~3등급)에 따라 차등을 두어 이용 가능한 월 한도 급여액이 배분됨

#### 노인장기요양보험법에 따른 장기요양 대상 기준(2008)

- 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 95점 이상인 자
- 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자
- 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양 인정 점수가 55점 이상 75점 미만인 자



## 장기요양급여(장기요양서비스)

- 장기요양급여 제공기준의 일반원칙
  - 장기요양기관은 요양급여의 종류 및 내용에 관한 수급자의 선택권을 존중해야 하며, 그들의 자립생활을 지원하고 심신 상태에 따라 적절한 급여를 제공해 주어야 함
  - 노인장기요양보험법에 의거, 보건복지부 장관은 적절한 급여제공에 관한 세부기준을 정하여 고시해야 함
  - 장기요양기관이 수급자에게 본인 일부부담금을 청구하는 경우에는 해당 법령에서 인정하는 비용 외 다른 명목으로 비용을 청구할 수 없음
- 장기요양급여의 종류 및 내용

### 장기요양급여(서비스)의 종류



- 재가급여 : 수급자가 본인의 가정 또는 본인이 머무르는 거소에서 필요한 서비스를 제공받는 현물급여(in-kind benefit)로 그 종류는 아래와 같음

### Ⅰ 재가급여의 종류 Ⅰ

구분	내용
방문요양급여	요양보호사가 수급자의 가정을 방문하여 신체활동 및 가사활동을 지원함
방문목욕급여	요양보호사가 목욕설비를 갖춘 장비를 구비하여 수급자의 가정(거소)을 방문, 수급자에게 목욕 서비스를 제공함
방문간호급여	장기요양보험제도에 속한 간호사가 의사(한의사, 치과의사를 포함)의 지시서에 따라 수급자에게 간호 및 진료 보조, 요양에 관한 상담, 구강위생 등의 서비스를 제공함
주·야간 보호급여	하루 중 일정한 시간동안 장기요양기관에서 수급자를 보호하며 신체활동을 지원하고, 심신기능의 유지와 향상을 위하여 교육·훈련 서비스를 제공함
단기보호급여	보건복지부령이 정하는 범위 안에서 수급자를 일정기간동안 장기요양기관에 보호하며 신체 활동을 지원하고, 심신기능의 유지와 향상을 위하여 교육·훈련 서비스를 제공함
기타 재가급여	수급자의 일상생활 및 신체활동을 지원하는데 필요한 용구(기구)를 제공하거나 가정에 방문하여 재활에 관한 지원을 제공하는 급여

- 시설급여 : 수급자가 장기요양기관으로 인정된 노인요양시설 또는 노인요양공동생활 가정에 장기간 입소하는 경우, 장기요양기관을 통해 신체활동 지원 및 신체기능 유지와 향상을 위한 간병, 요양, 교육 등을 제공받는 현물급여임
- 시설급여의 경우 노인요양시설에서 급여를 수급할 때, 노인성 질환으로 인해 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 수급자와 노인요양시설에 입소하여 급식, 요양 및 일상생활을 하는데 필요한 편의를 제공받음
- 특별현금급여 : 일정한 조건에 부합하는 특정 대상자에게만 지급되는 현금급여 (cash benefit)로, 모든 수급자가 받을 수 있는 보편적 급여는 아님

- 장기요양기관

- 장기요양기관은 요양급여 수급자에게 급여를 제공할 수 있는 기관으로, 시·군·구로부터 지정을 받은 기관과 시·군·구에 신고한 기관 모두를 포함함
- 노인장기요양보험법에서 정한 장기요양기관의 종류 및 기준은 다음과 같음

### 장기요양기관의 종류 및 기준

- 재가 급여를 제공할 수 있는 장기요양기관

- 노인복지법 제38조에서 명시한 재가노인복지서비스(방문요양서비스, 주·야간 보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 그 밖에 재가 노인에게 제공하는 보건복지부령이 정한 서비스)를 제공할 수 있는 시설을 갖춘 기관으로, 시·군·구로부터 지정을 받은 기관
- 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호, 기타재가급여)중 하나 이상의 장기요양급여를 제공하고자 시설 및 인력을 갖추어 개가장기요양기관을 설치하고 시·군·구에 신고한 기관

- 시설급여를 제공할 수 있는 장기요양기관

- 노인요양시설: 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 타인의 도움을 필요로 하는 노인이 입소하여 급식, 요양 및 기타 일상 생활을 하는데 필요한 편의를 제공받을 수 있는 기관
- 노인요양공동생활가정: 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 타인의 도움을 필요로 하는 노인이 실제 가정과 유사한 주거여건 하에 머물면서 급식, 요양 및 기타 일상 생활에 필요한 편의를 제공받을 수 있는 기관

• **재원조달방식**

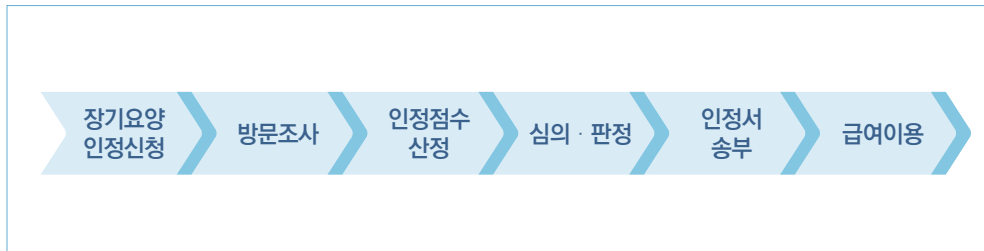
- 보험료 : 노인장기요양보험제도를 운영하는데 필요한 재원을 조달하기 위하여 보험료를 징수하는데 장기요양보험료는 국민건강보험료액에 노인장기요양보험료율을 곱하여 산정함(2008년 기준 건강보험료액의 4.05%, 월평균 2,700원, 2018년 현재 건강보험료액의 7.38%)
- 국가 및 지방자치단체: 국가와 지방자치단체는 장기요양급여 비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 등 의료수급권자의 수발급여비용 중 국민건강보험공단이 부담해야 할 비용과 관리 운영비 전액을 대통령령이 정하는 바에 따라 각각 부담함
- 이용자 본인 부담액 : 노인장기요양보험제도를 통해 요양급여를 받을 시 수급자 본인이 해당 비용의 일부를 부담함. 수급자가 장기요양급여비용(시설급여비용은 20%, 재가급여비용은 15%)을 부담하되, 국민기초생활보장제도 수급자는 이를 부담하지 아니하며, 의료급여만을 수급하는 저소득층의 경우 본인 일부 부담금을 50%로 경감

• **수급 절차(장기요양 인정 절차) : 노인장기요양보험제도에서 장기요양급여(서비스)를 제공 받기 위해서는 선결적으로 요양이 필요한 상태의 정도를 판단하여 대상자로 인정받아야 함**

- 장기요양 인정 신청 : 장기요양급여를 받고자 하는 자 본인 또는 대리인이 장기요양신청서 및 의사소견서를 국민건강보험공단에 제출함
- 방문조사 : 요양필요상태의 정도를 파악하기 위하여 국민건강보험공단의 직원이 장기요양신청자를 직접 방문함(장기요양인정보조사표의 항목(총 54개)을 토대로 신청인의 심신 상태, 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류와 내용, 기타 장기요양과 관련된 제반 사항을 조사함)
- 장기요양인정점수 산정 : 조사한 항목들을 바탕으로 장기요양인정점수를 산정함
- 등급판정위원회의 심의·판정 : 등급판정위원회는 신청서, 의사소견서, 방문조사 결과 등을 토대로 하여 신청인의 기능상태 및 장기요양이 필요한 정도를 심의하고 판정함
- 장기요양인정서 송부 : 국민건강보험공단은 등급판정위원회가 장기요양인정 및 등급판정 심의를 완료한 즉시 요양인정서를 작성하여 수급대상자에게 발송

- 장기요양 급여(서비스) 이용 절차
  - 장기요양 급여(서비스)의 대상자로 인정된 수급자는 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여를 이용할 수 있음
  - 수급자는 장기요양인정서에 제시된 본인의 '장기요양등급', '장기요양인정 유효기간', '급여종류 및 내용'을 확인하고 적절한 장기요양기관을 선택하여 급여 계약을 체결한 후 장기요양 급여를 이용함

#### 장기요양보험의 수급 절차



## 2 2012년 제1차 장기요양기본계획의 수립 이후(2013~2017년)

### ⑧ 수립배경

- 노인장기요양보험제도 도입 초기 5년간은 제도의 안정적인 정착을 위해 시설, 인력 등의 공급인프라 확충에 주력하였으나, 2017년 한국이 고령사회에 진입할 것으로 예상되면서 2013년부터 2017년까지 5년이 고령사회 진입에 대비해야 하는 중요한 시기로 대두되었음
- 이에 장기요양기본계획을 수립함으로써 점증하는 요양 수요에 안정적으로 대응하고 서비스 품질을 제고하고자 함
- 장기요양 도입 이후 5년간의 성과를 평가한 결과, 중증자 위주의 제도 설계로 인해 요양 급여 대상자 범위가 넓지 못하고 요양 시설 간 서비스 품질 격차, 특정 급여(방문요양)에 의 서비스 편중, 종사자의 낮은 처우 등이 문제점으로 지적되어 개선이 필요하였음

### ⑧ 주요내용

- 목표는 가족의 요양부담 감소 및 요양서비스의 품질 제고임
- 분야별 추진과제는 보장성 확대, 다양하고 질 높은 서비스의 제공, 전달체계의 효율성 강화, 재정 관리 강화 등이 있음
  - 장기요양보험 보장성 확대는 크게 적정 수준의 수혜대상 확대와 장기 요양등급자 및 등급외자에 대한 사회적 지원 체계 정립으로 나눌 수 있음
  - 다양하고 질 높은 서비스 제공을 위해서는 다양한 재가 서비스를 활성화하고 요양기관에 대한 서비스 품질 관리를 강화하며 요양기관 종사자들에 대한 처우 개선을 추진함
  - 전달체계의 효율성 강화는 적정 장기요양기관 확충, 요양기관 관리체계 개선, 요양병원과 시설 간 역할 정립을 통해서 이루어지도록 함
  - 재정 관리 강화를 위한 과제는 중장기 재정관리체계 확립, 부당청구 등 재정누수 방지, 요양기관의 회계 투명성 강화가 있음

Ⅰ 분야별 추진과제 Ⅰ

구분	세부과제
보장성 확대	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 적정 수준의 수혜 대상 확대</li> <li>- 등급 외의 자에 대한 지원 강화</li> <li>- 본인 부담 감면 대상자 확대</li> </ul>
다양하고 질 높은 서비스의 제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 다양한 재가 서비스 활성화</li> <li>- 요양기관 서비스 품질 관리</li> <li>- 요양기관 종사자 처우 개선</li> </ul>
전달체계의 효율성 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 적정 장기요양기관 확충</li> <li>- 요양기관 관리체계 개선</li> <li>- 요양병원과 시설 간 역할 정립</li> </ul>
재정 관리 강화	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 중장기 재정관리체계 확립</li> <li>- 부당청구 등 재정누수 방지</li> <li>- 요양기관 회계 투명성 강화</li> </ul>

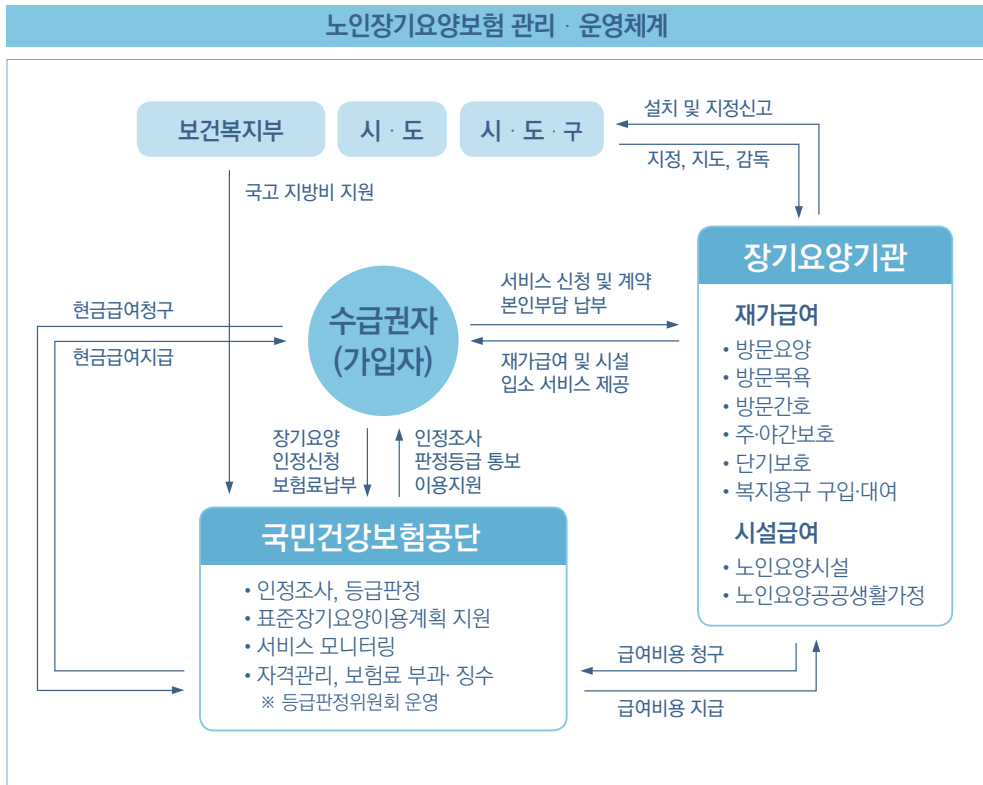
### Ⅲ 노인장기요양보험제도 현황

#### ① 노인장기요양보험제도 개요

##### 🔗 관리·운영체계

- 노인장기요양보험 관련 관리·운영체계는 중앙정부, 국민건강보험공단, 자치단체, 시설운영자, 시설이용자 등 복잡한 편임
- 보건복지부는 장기요양사업을 관장하는 중앙행정기관으로서 장기요양기본계획의 수립 및 조정 등 본 사업에 대한 국가정책을 총괄함
- 국민보험공단은 본 사업을 현장에서 시행, 운영, 관리하는 주체임
  - 장기요양보험가입자 및 피부양자, 의료수급권자 자격 관리
  - 장기요양보험료 부과·징수
  - 장기요양등급 판정
  - 장기요양급여의 관리 및 평가
  - 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급 등
- 자치단체
  - 급여비 지방비 부담
  - 지자체 직접(위탁) 시설에 대한 기능보강 등 장기요양기관 시설관리
  - 장기요양기관에 대한 지도·감독
- 장기요양기관 : 재가급여, 시설급여 등 장기요양서비스 제공





## 🔗 대상자 및 등급판정

- 건강보험 가입자와 의료급여 대상자 중 장기요양 대상자로 인정받은 후, 등급판정을 받아야만 수급이 가능함
- (1단계) 국민건강보험공단의 인정조사를 받아야 하며, 인정조사 신청이 가능한 대상자는 다음과 같음
  - 65세 이상 노인장기요양보험 가입자와 피부양자
  - 의료급여 수급권자
  - 치매나 뇌혈관성 질환 등 노인성 질환을 가진 경우는 65세 미만도 가능

- (2단계) 인정신청을 하면, 국민건강보험공단은 방문조사를 실시함
  - 65개 항목과 25개 특기사항으로 구성된 장기요양인정조사표를 바탕으로 거동불편 등 심신의 기능상태와 서비스가 필요한 정도를 조사
- (3단계) 방문조사 결과를 바탕으로 인정점수를 산정함
- (4단계) 등급판정위원회 심의를 거쳐 장기요양등급이 판정됨
  - 시군구 단위로 설치된 등급판정위원회에서 인정조사 결과와 신청인이 제출한 의사 소견서 등을 고려하여 신청인의 심신상태와 장기요양이 필요한 정도를 판정



## ⑧ 급여 유형

- 노인장기요양보험의 급여는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분되는데 현황은 다음과 같음

재가급여 및 시설급여					
• 재가급여					
등급	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
월 한도액	1,396,200	1,241,100	1,189,400	1,085,900	930,800
• 시설기준					
분류		일별 급여비용			
노인요양시설	장기요양 1등급	65,190			
	장기요양 2등급	60,490			
	장기요양 3등급~5등급	55,780			
노인요양공동생활가정	장기요양 1등급	56,960			
	장기요양 2등급	52,850			
	장기요양 3등급~5등급	48,720			

## ⑧ 노인장기요양보험의 재원

- 노인장기요양보험 운영에 소요되는 재원은 가입자가 납부하는 장기요양보험료 및 국가 지방자치단체 부담금, 장기요양급여 이용자가 부담하는 본인일부부담금으로 조달됨
- (장기요양보험료) 장기요양보험 가입자는 건강보험 가입자와 동일하며, 장기요양보험료는 건강보험료액에 장기요양보험료율(2018년 현재: 7.38%)을 곱하여 산정함
- 국가 및 자치단체의 부담(「노인장기요양보호법」 제58조)
  - 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상 수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 부담

- 국가와 지방자치단체는 의료급여 수급권자에 대한 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담해야 할 비용 및 관리운영비의 전액을 부담
- 자치단체는 부담분을 국민건강보험공단에 지급하면, 공단은 보험료와 국가 및 자치단체 부담분을 재원으로 하여 장기요양기관(혹은 이용자)에 보조
  - \* 당초 자치단체가 장기요양기관에 직접 지원하는 방식이었으나, 현재는 자치단체 → 국민건강보험공단 → 장기요양기관의 간접 지원방식
  - \* 기초생활수급권자에 대해서는 자치단체가 전액 부담
  - \* 기타 의료수급자는 국가 80%, 자치단체 20%로 부담하나 서울은 국가부담비율이 50%, 서울시 50% 분담하는 구조

• 본인일부부담

- (재가급여) 요양급여비의 15%는 본인부담
- (시설급여) 시설급여비의 20%가 본인부담
- 「국민기초생활보장법」의 의료급여 수급자는 본인부담금이 전액 면제
- 「의료급여법」 제3조 제1항 제2호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자, 국민건강보험 가입자수별 보험료 순위가 0~25% 이하에 해당되거나, 재산이 일정 기준 이하에 해당하면 본인부담금 60%를 경감. 아울러 국민건강보험 가입자 수별 보험료 순위 25% 초과~50% 이하에 해당되거나, 재산이 일정 기준 이하에 해당하면 본인부담금 40%를 경감

 **요양시설 및 인력기준**

- 2010년부터 요양기관의 시설 기준에 대한 기준과 시정장의 의무 등에 관하여 「노인장기요양법」에 규정하기 시작하였음
  - 양질의 장기요양서비스 제공을 위해 장기요양시설 및 재가장기요양기관에 대해 자치단체 신고·허가제 도입
  - 즉, 장기요양기관은 허가를 받아 지정된 기관에 한하여 운영 가능
  - 과거 「노인복지법」에 의해 설치된 시설의 경우 장기요양기관으로 신고, 허가, 지정된 시설에 한하여 운영 가능

- 시설급여를 받는 장기요양기관은 입소자 규모에 따라 노인요양시설(정원 10명 이상)과 노인요양공동생활가정(정원 5명~9명 미만)으로 구분됨
  - 노인요양시설은 정원(10명~30명 미만, 30명 이상)에 따라 차이가 있으나 구비시설과 직종별 인력 의무화
- 재가장기요양기관은 재가서비스를 제공하여 재가급여의 지원을 받는 시설로서 제공하는 서비스 유형에 따라 인력요건과 특정 설비 구비가 요구됨

### Ⅰ 노인요양시설 재가장기요양시설 시설기준 및 인력기준 Ⅰ

#### • 노인요양시설 시설기준 및 인력기준

구분	노인요양시설		노인요양 공동생활 가정	시설별 직종별	노인요양시설		노인요양 공동생활 가정
	30명 이상	10명~30명 미만			30명 이상	10명~30명 미만	
침실	○	○	○	시설의 장	1명	1명	1명
사무실	○	○	○	사무국장	1명	1명	
요양보호시설	○			사회복지사	1명		
자원봉사자실	○			(한)의사/ 축탁의사	1명 이상	1명	
의료 및 간호사실	○			간호(조무)사	입소자 25명당 1명	1명	1명
물리(작업) 치료실	○			물리(작업) 간호사	1명	-	
프로그램실	○			요양보호사	입소자 2.5명당 1명	입소자 2.5명당 1명	입소자 3명당 1명
식당 및 조리실	○			사무원	1명	-	-
비상재해 대비시설	○			영양사	1명	-	-
화장실	○			조리원	입소자 25명당 1명	1명	-
세면장 및 목욕실	○	○	○	위생원	1명		-
세탁장 및 건조장	○			관리원	1명		-

• 재가장기요양시설 인력기준

	방문 요양	방문 목욕	주야간 보호		단기보호		재가노인 지원	방문 간호
			10명 이상	10명 미만	10명 이상	10명 미만		
시설장	1명	1명	1명	1명	1명	1명	1명	1명
사회복지사	1명	-	1명 이상	-	1명 이상	-	1명	-
간호(조무)사	-	-	1명 이상	1명 이상	1명	1명	-	1명 이상
물리(작업)치료사	-	-			1명	-	-	-
치위생사	-	-	-		-	-	-	1명 이상
요양보호사	15명 이상	2명 이상	이용자 7명당 1명 이상		이용자 4명당 1명 이상		-	-
사무원	-	-	1명	-	-	-	1명	-
조리원	-	-	1명	1명	1명	1명	-	-
보조원	-	-	1명	-	-	-	-	-

## 2 노인장기요양보험 현황

### 노인 의료보장 적용인구 현황

- 65세 이상 의료보장 적용인구는 매년 증가 추세로 2017년 731만 명(2016년 말 대비 3.2% 증가)에 도달하였음
- 의료보장 적용인구 중에서 대부분이 건강보험 적용 대상자이고 기초수급, 의료급여 적용 대상자순으로 분포되어 있음

### 노인장기요양보험 인정대상자 등급별 추이

(단위 : 천 명)

구분	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
노인(65세 이상) 의료보장 계	5,449	5,645	5,922	6,193	6,464	6,719	6,940	7,311
건강보험	4,979	5,184	5,468	5,740	6,005	6,223	6,445	6,806
의료급여*	48	50	47	46	45	44	42	42
기초수급**	422	410	407	407	413	452	453	463

주 : \*의료수급 : 의료급여법 제3조 '국민기초생활보장법'을 제외한 '재해구호법', '의사상자등예우 및 지원에 관한 법률' 등에 의한 의료급여 수급권자

\*\*기초수급 : 의료급여법 제3조 '국민기초생활보장법'에 의한 수급권자(국민기초 1, 2종 및 사회복지시설 입소자 포함)

### 노인장기요양보험 대상자 현황

- 노인장기요양보험 인정대상자는 제도 도입 해인 2008년 214.5천 명에서 2017년 현재 585.3천 명으로 2.7배 증가하였음
- 2014년 등급체계 개편 이후 3등급 이하 인정대상자의 적용범위가 확대되면서 3등급 이하 인정대상자는 2008년 98.7천 명에서 2017년에는 4.7배 증가한 462.1천 명을 기록하였음
- 65세 이상 의료보장 적용인구에서 차지하는 비중도 2008년에는 4%이었으나 2017년에는 731만 명 중에서 8%를 차지하여 2배 증가하는 등 노인장기요양보험 적용대상자가 급증하는 추세임

- 한편, 서울지역의 경우 전체 인정대상자의 15.3%인 89.8천 명임
- 2017년 기준으로 노인인구 대비 인정률은 8.0% 수준으로 2014년 6.6%, 2015년 7.0%, 2016년 7.5%에 비교하면 지속적으로 증가 추세에 있음

### I 노인장기요양보험 인정대상자 등급별 추이 I

	합계(천 명)	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
2008년	214.5	57.4	58.4	98.7	-	-
2011년	324.4	41.3	72.6	210.4	-	-
2013년	378.5	37.3	71.8	269.4	-	-
2015년	467.8	37.9	71.3	176.3	162.8	19.5
2017년 (서울)	585.3 (89.8)	43.3 (8.6)	79.8 (13.5)	196.2 (31.5)	223.9 (30.3)	42.0 (21.7)

자료: 국민건강보험, 「노인장기요양보험통계연보」 각 연도

주: ( ) 내는 서울지역 인정대상자

### ⑧ 노인장기요양기관 현황

- 전국적으로 「노인장기요양보험법」에 의해 인정된 장기요양기관은 2017년 현재 20,377개소임(재가요양기관 15,073개소, 시설요양기관 5,304개소)
- 서울지역 소재 장기요양기관은 재가요양기관 521개소, 시설요양기관 1,913개소 등 2,434개소로서 전체의 17.3%를 차지함
- 서울지역 인정대상자 비중 15.3%와 비교하면, 상대적으로 다소 많은 편임

### I 노인장기요양기관 현황 I

	2013년		2014년		2015년		2016년		2017년	
	재가	시설	재가	시설	재가	시설	재가	시설	재가	시설
전국	11,056	4,648	11,672	4,871	12,917	5,085	14,211	5,187	15,073	5,304
서울	1,913 (17.3%)	521 (11.2%)	2,047 (17.5%)	539 (11.1%)	2,254 (17.4%)	553 (10.9%)	2,426 (17.1%)	531 (10.2%)	2,516 (16.7%)	524 (9.9%)

자료: 국민건강보험, 「2017 노인장기요양보험통계연보」



- 장기요양인력은 꾸준히 증가하여 왔으며 2017년 기준 요양보호사의 수는 340,624명, 기타 사회복지사 및 의사, 간호사, 물리치료사 등을 포함한 전체 요양인력의 수는 377,182명으로 나타남

### Ⅰ 연도별 장기요양인력 현황 Ⅰ

(단위: 명)

	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
요양보호사	252,663	266,538	294,788	313,013	340,624
전체 요양인력	274,243	292,889	324,946	344,242	377,182

자료: 국민건강보험, 「2017 노인장기요양보험통계연보」

- 장기요양 급여실적 측면에서 보면 2017년 기준으로 지출한 총급여비가 5조 7,600억 원이며, 급여이용수급자 1인당 월평균 급여비는 1,103,219원으로 2016년 대비 3.3% 증가하였음

### Ⅰ 장기요양 급여실적 Ⅰ

구분	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년
급여이용수급자(명)	399,591	433,779	475,382	520,043	578,867
급여제공일수(만 일)	8,585	9,223	10,084	10,997	12,292
급여비(억 원)	35,234	39,849	45,226	50,052	57,600
공단부담금(억 원)	30,830	34,981	39,816	44,177	50,937
공단부담률(%)	87.5	87.8	88.0	88.3	88.4
급여이용수급자 1인당 월평균 급여비(원)	996,714	1,024,520	1,057,425	1,067,761	1,103,129
급여이용수급자 1인당 월평균 공단부담금(원)	872,106	899,361	930,917	942,415	975,496

자료: 국민건강보험, 「2017 노인장기요양보험통계연보」

## 노인장기요양보험 세입구조

- 노인장기요양보험 세입 규모는 2011년 3조 2,631억 원에서 2017년에는 1.57배 증가한 5조 1,430억 원임
- 세입에서 국고지원금은 11.3%이며, 의료급여부담 국가부담분을 합하여도 14.4%이며, 노인장기요양보호법 제58조의 국가부담 20%에 미치지 못함
- 반면에 2017년도 지방비는 2011년 대비 1.81배 증가한 1조 1,708억 원으로서 상회할 뿐 아니라 의료급여부담금의 96.9%나 차지하며, 매년 증가 추세임

### 노인장기요양보험 세입 구조

	2011년	2012년	2013년	2015년	2016년	2017년
합 계(억원)	32,631 (100.0%)	35,617 (100.0%)	38,312 (100.0%)	41,786 (100.0%)	43,884 (100.0%)	51,430 (100.0%)
보험료	21,423 (65.7%)	23,697 (66.5%)	25,421 (66.4%)	27,047 (64.7%)	28,832 (65.7%)	32,772 (63.7%)
국고지원금	3,883 (11.9%)	4,152 (11.7%)	4,591 (12.0%)	5,033 (12.0%)	5,166 (11.8%)	5,822 (11.3%)
의료급여 부담금	6,773 (20.8%) <100.0%	7,018 (19.7%) <100.0%	7,439 (19.4%) <100.0%	8,025 (19.2%) <100.0%	8,848 (20.2%) <100.0%	12,081 (23.5%) <100.0%
국가	298 (0.9%) <4.4%	293 (0.8%) <4.2%	351 (0.9%) <4.7%	362 (0.9%) <4.5%	356 (0.8%) <4.0%	373 (0.7%) <3.1%
자치단체	6,475 (19.8%) <95.6%	6,725 (18.9%) <95.8%	7,089 (18.5%) <95.3%	7,662 (18.3%) <95.5%	8,493 (19.4%) <96.0%	11,708 (22.8%) <96.9%
기타	552 (1.7%)	749 (2.1%)	861 (2.2%)	1,381 (3.3%)	1,036 (2.4%)	755 (1.5%)

자료 : 국민건강보험, 「2017 노인장기요양보험통계연보」

## 노인장기요양보험 지출구조 및 재원구조

- 노인장기요양 급여비는 이용자의 일부부담, 국가 및 자치단체 부담금, 건강보험료로 구성됨
- 이 중에서 이용자 일부부담비를 제외한 국가 및 자치단체 부담금과 보험료의 상당부분이 국민건강보험 부담금 몫으로 집계되는데, 2017년 기준으로 급여비용 5조 7,600억 원 중 88.4%인 5조 937억 원이 이들 부담금임
- 서울지역의 경우 공단부담금 비중이 87.7%인데, 국고보조율이 타 시·도는 80%인데 비하여 서울은 50%인 점을 고려하면 서울지역 자치단체의 부담분은 여타 지역 자치단체에 비하여 높을 것으로 사료됨

### 노인장기요양보험 용도별 지출 및 재원 구조

(단위 : 억 원, 명)

		합계	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호	복지 용구	노인 요양 시설	노인 공공 생활 가정
전 국	급여이용 수급자	578,867 (100%)	317,195 (54.8%)	68,590 (11.8%)	11,485 (2.0%)	74,801 (12.9%)	5,421 (0.9%)	246,960 (42.7%)	176,041 (30.4%)	24,434 (4.2%)
	급여비용	57,600 (100%)	21,105 (36.6%)	988 (1.7%)	148 (0.3%)	5,712 (9.9%)	152 (0.3%)	1,370 (2.4%)	25,213 (43.8%)	2,901 (5.0%)
	공단 부담금	50,937 (100%)	18,916 (37.1%)	892 (1.8%)	132 (0.3%)	5,119 (10.0%)	134 (0.3%)	1,223 (2.4%)	21,971 (43.1%)	2,548 (5.0%)
서 울	급여이용 수급자	88,998 (100%)	50,391 (56.6%)	5,393 (6.1%)	1,563 (1.8%)	1,659 (1.9%)	2,034 (2.3%)	43,076 (48.4%)	23,409 (26.3%)	4,992 (5.6%)
	급여비용	8,860 (100%)	3,633 (41.0%)	69 (0.8%)	21 (0.2%)	883 (10.0%)	72 (0.8%)	242 (2.7%)	3,366 (38.0%)	573 (6.5%)
	공단 부담금	7,774 (100%)	3,251 (41.8%)	61 (0.8%)	19 (0.2%)	791 (10.2%)	64 (0.8%)	215 (2.7%)	2,873 (37.0%)	499 (6.4%)

## ⑧ 국민건강보험공단 부담금 추이

- 국민건강보험공단에서 부담하는 노인장기요양보험 부담금은 2011년의 2조 5,882억 원에 비하면 2017년 1.98배 증가하여 세입 증가율 1.57배를 상회함
- 세부 항목별로 보면, 급여비 중 노인요양시설 급여비가 2017년 현재 43.1%로서 가장 높은 비중을 차지하며, 2011년 대비 2.2배 증가하여 전체 급여비 증가세를 넘어서고 있음
- 반면에 방문요양비는 매년 하락 추세를 보이는 바, 이는 노인장기요양보험 급여비의 증가세는 노인요양시설 급여비가 견인한다는 것을 의미함

### Ⅰ 노인장기요양보험 공단부담금 현황 Ⅰ

(단위 : 억 원)

급여 유형	2009년	2011년	2013년	2015년	2017년
<b>총급여액</b>	17,369 (100.0%)	25,882 (100.0%)	30,830 (100.0%)	39,816 (100.0%)	50,937 (100.0%)
<b>재가급여</b>	9,856 (56.7%)	13,704 (52.9%)	14,864 (48.2%)	19,376 (48.7%)	26,417 (51.9%)
방문요양	7,334 (42.2%)	11,415 (44.1%)	11,736 (38.1%)	14,809 (37.2%)	18,916 (37.1%)
방문목욕	406 (2.3%)	712 (2.8%)	736 (2.4%)	723 (1.8%)	892 (1.8%)
방문간호	62 (0.4%)	58 (0.2%)	73 (0.2%)	89 (0.2%)	132 (0.3%)
주야간 보호	618 (3.6%)	837 (3.2%)	1,279 (4.1%)	2,563 (6.4%)	5,119 (10.0%)
단기보호	843 (4.9%)	67 (0.3%)	150 (0.5%)	154 (0.4%)	134 (0.3%)
복지용구	592 (3.4%)	614 (2.4%)	891 (2.9%)	1,037 (2.6%)	1,223 (2.4%)
<b>시설급여</b>	7,513 (43.3%)	12,178 (47.1%)	15,966 (51.8%)	20,441 (51.3%)	24,520 (48.1%)
노인요양시설	7,089 (40.8%)	10,910 (42.2%)	13,909 (45.1%)	17,892 (44.9%)	21,971 (43.1%)
노인요양 공동생활기정	424 (2.4%)	1,268 (4.9%)	2,057 (6.7%)	2,548 (6.4%)	2,549 (5.0%)

자료: 국민건강보험, 「노인장기요양보험통계연보」 각 연도

## IV 노인장기요양보험제도 당면현안

### 1 제도 전반의 당면현안

#### ④ 노인요양시설과 노인요양병원의 이원적 운영으로 인한 비효율성

- 노인요양시설은 노인장기요양보험, 노인요양병원은 건강보험과 연결되어 있으며, 관련 법도 노인요양시설은 노인복지법 및 노인장기요양보험법, 요양병원은 의료법 및 국민건강보험법으로 단절되어 있음
  - 노인요양시설은 2008년 노인장기요양보험법 및 노인복지법에 의해 인가받은 기관이며, 노인요양병원은 1994년 의료법에 의해 노인성 질환자, 만성질환자, 수술 후 회복기 환자 등 장기입원과 요양이 필요한 환자에게 의료서비스를 제공하는 기관
- 그럼에도 불구하고 현행 제도에서 노인요양시설은 노인장기요양보험 등급판정을 받은 노인들에게 요양서비스를 제공하게 되므로 의료서비스가 필요한 경우에는 요양병원에서 따로 받아야 하나, 요양병원의 경우 요양 및 장기입원만을 필요로 하는 환자들도 32%나 수용하고 있음

#### ④ 국가사무의 이양으로 인한 지방자치단체의 부담 증가

- 2004년 149개 국고보조사업을 지방에 이양하면서 2004년 당시의 국고보조금 규모로 내국세의 일정률을 분권교부세(내국세의 0.94%)로 전환하여 노인장기요양보험의 재원을 마련하고 있음
  - 2014년 이후에는 분권교부세가 보통교부세로 통합되어 운영되고 있음
  - 따라서 현재 노인장기요양보험제도는 지방비와 보통교부세를 재원으로 운영되고 있음

- 하지만 중앙정부의 지원이 수요 증가에 맞게 이루어지지 않고 있어 지방정부의 재정부담이 가중되고 있음
  - 2017년 기준으로 중앙정부의 지원은 국고지원금과 국가가 부담하는 의료급여부담금을 합쳐서 6,195억 원인 반면 지방자치단체부담 의료급여부담금은 1조 1,708억 원을 부담하고 있음
  - 지방자치단체 부담액 증가율은 2011년 6,475억 원과 비교하여 80.81% 증가한 반면 중앙정부의 지원은 2011년 4,181억 원에서 48.17% 증가하는데 그치고 있음
- 더불어 기초수급자의 경우 국가의 지원이 거의 이루어지지 않고 있음
  - 의료급여자의 부담 비율은 시설급여인 경우에는 국가, 서울시, 본인부담이 각각 45%, 45%, 10%이고 재가급여인 경우에는 46.5%, 46.5%, 7.5%임
  - 반면 기초수급자는 전액 시비로 총당하는 시설급여비와 사·자치구가 분담해서 지원하는 재가급여비로 지원하고 있으며 국고지원이 이루어지지 않아서 지방자치단체의 부담이 가중되고 있음
  - 따라서 의료급여자뿐만 아니라 기초수급자에 대한 중앙정부의 지원이 부족한 실정임

### 요양기관 난립과 영세성으로 인한 공공성 훼손

- 노인요양시설은 노인장기요양보험 도입으로 급속히 증가하여 2008년 1,700개소에서 2017년에는 5,304개소로 약 3배 가까이 증가하면서 과도한 경쟁구조에 놓여 있음
  - 특히, 소규모 요양시설인 공동생활가정시설이 2008년 321개소에서 2017년 2,015개소로 급증하였음
- 이로 인하여 서비스 제공기관의 영세화로 상당수 기관들이 경영난을 겪고 있음
  - 2016년 기준으로 방문재가 서비스기관 1개소당 평균 이용자가 26명에 불과하며, 월 평균 수입이 1,985만 원에 그쳐 안정적인 운영이 어려운 실정

- 서비스기관의 담합, 부당청구 등 편법이나 불법적 행태가 보고되고 있으며, 재가서비스 기관 중 30%가 폐업과 설치를 반복하고 있음
  - 느슨한 진입규제, 엄격한 운영규제로 폐업 후 설치 신고를 반복하는 기관이 4,620개소에 이룸
- 또한 개인 기관에 대한 의존도가 지나치게 과도하여 공공서비스를 전달하는 기관으로서 정체성이 취약함
  - 법인설립 주체별로 보면 재가장기요양서비스의 경우 개인기관이 83.1%, 시설서비스는 개인기관 의존도가 70.9%로 과도한 편임
  - 반면에 지자체 기관은 재가장기요양서비스의 경우 0.8%, 시설은 2.0%에 그치고 있음

### 인력 및 시설 부실로 인한 요양서비스 저하

- 장기요양인력의 경우 미흡한 자격관리, 열악한 처우 및 근로여건, 종사자의 고령화 및 빈번한 이직 등으로 양질의 서비스를 담보하기 어려운 실정임
- 재가 요양보호사의 경우 1일 8시간씩 주 5일 총 160시간 근무하는 경우 월 116만 원 안팎이며, 시설 요양보호사는 장시간 근로로 월 160만 원 내외이기는 하나 노동 강도가 너무 높아 적정 수준의 서비스 제공이 곤란함

## 2 서울지역 당면현안

### 장기요양급여 등 일부 수입원에 의존한 시설 운영

- 서울시에서 운영하고 있는 7개 노인요양시설(동부, 서부, 송파, 엘림, 영보, 중계, 중량)의 운영 수입은 크게 보조금, 입소자 부담금, 후원금, 요양급여, 잡수입, 법인전입금, 이월금 등으로 구분할 수 있음
  - 보조금 수입은 크게 중앙정부에서 지원하는 국고보조금, 서울시에서 보조하는 시·도 보조금 그리고 기타 보조금으로 구분함
  - 건강보험공단으로부터 수령하는 요양급여 수입이 있음
- 7개 노인요양시설의 수입 구조를 분석한 결과 운영 수입의 대부분이 요양급여 수입, 입소자 부담금, 국가나 서울시로부터 수령하는 보조금에서 발생하고 있음
  - 가장 큰 비중을 차지하고 있는 수입은 요양급여로 7개 시설 평균 64.5%를 차지하고 있음
  - 다음으로 비중이 높은 수입은 보조금으로 7개 시설 평균 15.0%의 비중임
  - 입소자 후원금은 7개 시설 평균 13.5%의 수입을 차지하고 있는 수입원으로 노인요양시설의 주요 수입원의 역할을 하고 있음
  - 노인요양시설의 3가지 주요 수입원이 차지하는 비중이 93%로 대부분의 수입을 요양급여, 보조금, 입소자 후원금으로 총당하고 있음
- 하지만 요양급여와 입소자 후원금의 경우 노인요양자 수를 증가시켜야 수입으로 인식될 수 있는 수입임
  - 요양자 수에 비례해서 수입이 증가되는 구조는 지속적으로 요양자를 모집해야 시설 운영이 가능하다는 부담이 생길 수 있음
  - 규모의 경제(Economic of scale)를 이룩해서 지속적인 이익을 달성할 수 있는 시설이 되기 위해서는 공공성보다는 수익성 위주로 시설 운영이 강제되어 노인장기요양시설이 가지는 공공성을 제대로 시현할 수 없음



- 요양급여를 결정하는 국민건강보험공단 상황에 영향을 받을 우려가 있음
  - 국민건강보험공단의 급여심사가 까다롭게 진행되어 보수적인 등급산정이 이루어지면 낮은 수준의 급여로 시설을 운영해야 하는 위험이 발생함
  - 결과적으로 더 많은 요양자를 모집해야 손익분기점에 도달할 수 있는 악순환이 생길 우려가 있음

### Ⅰ 시설별 수입 현황(2017년 기준) Ⅰ

(단위 : 백만 원)

구분	동부	서부	송파	엘림	영보	중계	중량
국고보조금		45 (0.6)	90 (3.3)				
시·도보조금	139 (1.9)	60 (0.8)	279 (10.3)	595 (11.6)			816 (17.1)
기타보조금		30 (0.4)	2 (0.1)	266 (5.2)			
소계	139 (1.9)	135 (1.8)	370 (13.7)	861 (16.8)	692 (40.8)	883 (13.0)	816 (17.1)
입소자 부담금	1,785 (23.8)	1,577 (21.1)	175 (6.5)	585 (11.4)		643 (9.5)	414 (8.7)
후원금	20 (0.3)	7 (0.1)	24 (0.9)	29 (0.6)	18 (1.1)	211 (3.1)	76 (1.6)
요양급여	5,210 (69.4)	4,861 (65.0)	1,776 (65.7)	3,305 (64.5)	891 (52.5)	4,693 (69.1)	3,100 (65.1)
잡수입	122 (1.6)	150 (2.0)	53 (2.0)	42 (0.8)	18 (1.1)	111 (1.6)	42 (0.9)
법인전입금	180 (2.4)	236 (3.2)	20 (0.7)	180 (3.5)	10 (0.6)	60 (0.9)	
이월금	55 (0.7)	510 (6.8)	286 (10.6)	121 (2.4)	68 (4.0)	190 (2.8)	314 (6.6)
합계	7,511 (100.0)	7,475 (100.0)	2,703 (100.0)	5,123 (100.0)	1,697 (100.0)	6,795 (100.0)	4,763 (100.)

출처: 서울특별시 내부자료(2017)

참고: 괄호 안의 숫자는 전체 중에서 차지하는 비중임(%)

## ⑧ 노인장기요양시설에 대한 안정적인 재원 확보의 어려움

- 안정적인 재원 확보를 위해 중앙정부 혹은 서울시에서 보조금을 지급하고 있으나 중앙 정부의 보조금(국고보조금)이 서울시에서 제공하는 보조금(시·도보조금)과 비교할 때 상대적으로 비중이 작음
  - 국고보조금은 평균적으로 72백만 원을 지원받고 있는 반면 시·도보조금은 전체 수입 중에서 평균 1,889백만 원을 차지하고 있음
  - 전체 수입에서 차지하는 비중 측면에서도 전체 수입의 2% 정도를 국고보조금으로 충당하고 있는 반면 시·도보조금은 전체 수입의 8% 이상의 비중을 보이고 있음
- 따라서 지방이양으로 인해 요인복지가 국가사무에서 지방사무로 이양되었지만 서울시 요양시설들이 안정적인 운영수입 확보를 위해서는 시·도보조금으로는 한계가 있음
  - 서울시 요양시설들이 이익지향적인 운영행태를 지양하고 공공성을 강조하기 위해서는 안정적인 세입구조를 확보해야 함
  - 이를 위해서는 국고보조금의 지원규모를 확대한다면 요양시설들이 노인요양자들의 확보 여부에 관계없이 안정적으로 시설을 운영할 수 있는 여건이 조성되어야 함

## ⑧ 노인장기요양시설의 부족

- 고령화가 빠르게 진행되고 있는 가운데 노인인구 급증 및 치매환자 증가 등으로 요양시설의 수요가 지속적으로 확대되고 있지만 시설이용 충족률은 저조한 실정임
  - 다른 주요 지방자치단체들은 100% 이상을 유지하고 있는데 반해 상대적으로 서울시의 시설충족률은 낮은 수준을 보이고 있음
  - 서울시의 인구 규모를 고려해볼 때 충족률이 저조한 상태로 머물고 있고 입소대기자가 10,274명에 이르고 있음
  - 따라서 노인요양시설이 수요에 맞게 공급되지 않고 이용자들 또한 자신들이 원하는 서비스를 제대로 받지 못하는 문제점이 제기되고 있음

- 따라서 서울시는 저조한 시설이용 충족률을 개선할 필요가 있음
  - 노인요양시설 확충을 위한 지원체계 개선(예를 들어 국고보조비율 확대 등)이 필요함

### Ⅰ 서울시 치매전담요양시설 건립 계획 Ⅰ

(단위 : m<sup>2</sup>, 백만 원)

구분	위치	부지면적	건립규모	총사업비	정원
동대문	동대문구 답십리동 553, 554	1,635	지하 1층, 지상 4층 연면적 2,810	8,775	80인
마포	마포구 백범로 31길21	29,005	지하 2층, 지상 4층 연면적 10,121	25,239	120인
송파	송파구 가락동 481-2	3,904	지하 1층, 지상 4층 연면적 4,556	13,562	100인
강동	강동구 고덕동 317-23	21,804	지하 1층, 지상 4층 연면적 4,058	12,242	100인
광진	광진구 자양동 57-153	1,700	지하 1층, 지상 4층 연면적 3,691	11,239	100인
서대문	서대문구 남가좌동 295-18, 21	1,015	지하 2층, 지상 7층 연면적 860(6-7층)	470	30인
용산	경기도 양주시 백서읍 기산리 351(구 용산가족휴양소)	7,802	지하 1층, 지상 3층 연면적 8,700	24,100	150인

출처: 서울특별시 내부자료(2018)

## V 정책건의

### ⑧ 공공성 확보를 위한 노인장기요양시설의 수입구조 개선

- 노인장기요양시설들이 공공성을 확보하기 위해서는 안정적인 수입구조를 만드는 것이 필요함
  - 이를 위해 보조금 지원을 확대하여 안정적인 수입 기반으로 시설 운영이 가능하도록 함
  - 현재 시도 보조금(서울시) 수준을 높이는 것은 한계가 있으므로 국고보조금 지원 규모를 확대해서 시도보조금 수준으로 증가시킬 필요가 있음
  - 이를 통해 평균 15% 수준인 총수입 대비 보조금 수입 비중을 25% 수준으로 확대할 수 있다면 노인장기요양시설들이 안정적인 수입을 가지고 시설을 운영할 수 있을 것으로 예상됨
- 분권교부세 이후 장기노인요양보험과 분명한 매칭(Matching)이 될 수 있도록 보통교부세에서 지원 항목을 분리해서 국고보조금 형식으로 지원하는 것이 바람직함
  - 보통교부세는 지방자치단체가 표준적인 행정서비스를 제공하는데 있어 최소한의 재원을 보장하기 위한 무조건적인 재정지원금임
  - 보통교부세에는 노인요양시설에 대한 수요가 4개 측정항목, 16개 세부항목의 하나일 뿐 노인요양시설의 수요를 정확히 반영하지 못하고 있음
  - 2013년 지방재정 건전화를 위해 분권교부세 사업 중 정신, 장애인, 노인시설(양로)을 국고 환원하기로 결정한 선례가 있음(중앙-지방간 기능 및 자원 조정 방안: 당시 요양시설은 국고 환원 사업에서 배제됨)
  - 따라서 의료급여 및 생계급여 등과의 형평성 측면에서도 장기노인요양보험도 국고보조금 형식으로 지원하여 국가가 보호할 책임이 있는 계층에 대한 국가의 지원이 필요함
  - 아울러 기초수급자에 대한 국가의 지원 확대를 병행해서 지방자치단체가 부담하는 재정부담을 경감시킬 필요가 있음

- 또한 불안정한 경영으로 이용자 확보에 치중해야 하는 현재의 수입 구조를 탈피해서 본연의 목적인 공공성 확보를 이룩할 수 있도록 개선해야 함
  - 보조금 확대뿐 아니라 입소자 부담금이나 요양급여같이 이용자 수에 비례해서 수입이 증가하는 구조를 개선시킬 필요가 있음
  - 이를 위해 요양자 수에 따라 수령하는 요양급여나 입소자 부담금보다는 정액수입(Lump-sum revenue) 같이 노인장기요양 시설별로 최소운영수입을 지원해주는 수입 항목을 신설하는 것이 바람직함

### 장기요양시설 운영 여건의 현실화

- 영세화 방지와 양질의 서비스 제공을 위해 일정 규모 이상의 노인장기요양시설만이 설립허가를 받을 수 있도록 함
  - 현재 느슨한 진입규제, 엄격한 운영규제로 인해 4,620개소가 폐업 후 설치 신고를 반복할 정도로 불안정한 존립기반을 가지고 있음
  - 일정 규모 이상이 되는 시설만이 설립허가를 받도록 하여 규모의 경제(Economic of scale)를 실현하고 진입규제를 강화함과 동시에 한 번 운영을 시작하면 지속적으로 사업을 영위할 수 있도록 함
- 비용 측면에서도 지속적인 비용절감 노력이 필요함
  - 비용 측면에서도 공공성 확보를 위한 안정적인 수익구조 확보를 위해 개선해 나감과 동시에 비효율적으로 운영한다는 비판에서 자유로울 수 있도록 항시적인 비용 절감 노력이 선행되어야 함
  - 방만한 운영을 방지하고 안정적인 수입구조 속에서 서비스를 제공하기 위한 제도적 개선이 필요함

## ⑧ 요양 수요에 상응하는 노인장기요양시설의 확충

- 서울시 노인장기요양시설의 수요를 충족할 수 있는 시설 확충이 필요함
  - 서울 자체 수요를 충족시키는 목적도 존재하지만 타지역 노인장기요양시설 이용자들에게도 보다 폭넓게 요양시설을 선택할 수 있는 기회를 제공함으로써 지방자치단체 간에 경쟁구도를 형성할 수 있음
  - 이를 통해서 서울시뿐만 아니라 노인장기요양시설에 대한 전국적 서비스 수준 향상을 도모할 수 있음
- 노인장기요양시설 확충과 더불어 운영인력의 확충 노력이 병행되어야 함
  - 근로기준법 개정 등으로 인해 관련 시설에 대한 인건비가 증가될 것으로 예상됨
  - 노인요양시설의 경우 4조 3교대로 운영되고 있기 때문에 법정 필수 인력보다 많은 종사자가 필요함
  - 따라서 인력 확충 시에 교대제 근무까지 고려하여 인건비 및 법정 프로그램 운영비가 산정되기 위해서 산정방식을 개선할 필요가 있음

참고문헌

- 가혁(2017), "요양병원과 요양시설의 역할 정립", 『의료정책포럼』15(2), pp. 15~19.
- 김진수 외(2013), 「요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구」, 한국보건사회연구원
- 김찬우(2013), "노인장기요양보험제도의 사회적 성과에 관한 고찰", 『한국사회복지조사연구』34, pp. 273~296.
- 석재은(2017), "장기요양서비스 공공성 강화를 위한 규제의 합리화 방안 연구", 『보건사회연구』37(2), pp. 423~451.
- 이미진(2017), "노인장기요양보장제도 10년, 진단과 개혁과제", 『월간 복지동향』10월호, pp. 28~38.
- 이진숙, 박진화(2011), "시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가", 『보건사회연구』31(4), pp. 5~33.
- 이호용 외(2017), 「중장기 노인장기요양보험 재정추계 모형 개발 연구」, 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 최인덕 외(2010), 「노인장기요양보험 중장기 재정운용 전망과 정책과제」, 국민건강보험 건강보험정책연구원