


Room

 보건복지부 <small>MINISTRY OF HEALTH & WELFARE</small>	보도자료	배 포 일	12월31일	매 수	총15매	
		보도일시	1월 1일(화) 조간			
	노인요양 제도팀	팀 장	장재혁	전 화	031)440-9624~8	
		사 무 관	오상윤	E-Mail	nome61@mohw.go.kr	

노인장기요양보험 보험료율을 건강보험료의 4.05%로 결정

- 장기요양위원회 3차례 심의를 거쳐 전원 합의로 결정 -

〈주요내용〉

□ 보건복지부 장관(변재진) 소속 「장기요양위원회」(위원장 보건복지부 차관 문창진)는 내년 7월 시행예정인 노인장기요양보험 제도와 관련, 31일 3차 전체회의를 열어 급여종류별 수가를 심의하고 장기요양보험료율을 건강보험료액의 4.05%(소득 대비 약 0.2% 수준)로 전원 합의하여 결정하였음

○ 건강보험가입자가 각자 납부하는 건강보험료액에 4.05%를 곱하여 장기요양보험료를 추가로 통합 부과·징수함

* 예) 건강보험료 60,000원 납부자 : 60,000원 × 4.05% = 2,430원을 장기요양 보험료로서 건강보험료에 추가하여 납부(총 62,430원)

□ 노인요양시설, 재가노인시설 등의 수가도 함께 결정

○ 요양시설 수가는 전문요양시설 요양 1등급의 경우 48천원/1일 으로서 한 달(30일) 기준 144만원인바, 식재료비 등 비급여금액 을 포함하여 총 170만원 수준이 될 것으로 예상

- 이 가운데 이용자 본인부담금은 수가의 20%인 29만원에 비급여금액을 포함 월 55만원 수준으로, 현재 보험제도가 시행되기 이전인 월 150~200만원(유료전문요양시설 기준)의 1/3 내지 1/4 수준으로 대폭 낮아질 것으로 전망

* 국민기초생활수급권자는 무료, 의료급여수급권자는 10% 부담(비급여 금액 별도)

○ 재가시설 수가는 방문요양 60~90분에 16천원, 방문간호 30~60분에 35천원 등으로 결정

* 급여종류별, 등급별 수가: 별첨

□ 장기요양위원회는 적정 서비스의 질이 확보될 수 있는 수준으로 수가를 결정하되, 민간의 참여 유도, 재가서비스 활성화 및 적정 국민부담 수준 등을 종합적으로 고려하여 이와 같이 결정하였다고 밝혔음

* 장기요양위원회: 가입자 대표, 공급자 대표, 공익대표 각 7인 등 총 22인(위원장 포함)으로 구성

<개요>

□ 12. 31(목) 오전 개최된 장기요양위원회에서 2008년 7월부터 새롭게 시행되는 노인장기요양보험제도의 장기요양보험료율 및 장기요양급여비용(수가)을 전원 합의하여 최종 결정하였다.

○ 장기요양보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율을 곱하여 산정되고 건강보험료와 통합 부과·징수되는데, 이번에 처음 결정된 장기요양보험료율은 4.05%(소득 대비 약 0.2% 수준)다.

○ 따라서 건강보험 가입자는 내년에 본인의 건강보험료 납부액에 4.05%를 추가 가산하여 건강보험공단에 장기요양보험료를 납부하게 된다.

- 예를 들어 건강보험료로 60,000원을 내는 가입자는 4.05%에 해당하는 2,430원을 장기요양보험료로서 내게 되는 것이다.

<논의 과정>

- 복지부는 보험료율 결정에 앞서 지난 9월부터 2개월간 각 단체 실무대표자가 참석하는 「수가·보험료 TF」를 통해 사전 조율 작업을 거치고, 지난 11월 가입자대표, 공급자대표(요양시설, 재가 시설 관련 협회 등), 공익대표 등 22인의 위원으로 장기요양위원회 구성하여 보험료율과 수가를 집중적으로 논의해 왔다.
- 장기요양위원회는 수가·보험료율의 세부 사항을 검토하기 위하여 핵심 관계단체 대표 12인으로 구성된 실무위원회에 심의를 위임하였고, 실무위원회는 5차례에 걸친 논의 끝에 실무위원회 차원의 수가·보험료율 안을 장기요양위원회에 상정하였다.
- 특히 실무위원회에서는 2005년 7월부터 지금까지 계속되고 있는 3차례에 걸친 시범사업에서 축적된 자료들을 토대로 적정 수가 수준을 결정하고자 하였고, 기타 실증 분석 데이터들을 중심으로 심층 논의를 진행하여 수가 및 보험료율 결정을 추진해왔다.
- 최종적으로 3차례에 걸친 장기요양위원회 전체회의를 통해 공익 대표가 제시한 수가와 보험료율(안)을 전원 합의로 의결함으로써 '08년 7월부터 적용될 수가와 보험료율이 결정되었다.
- 복지부 관계자는 동 위원회가 수가 심의시 고려한 주요사항에 대해 “노인이 가족과 생활하면서 제공받을 수 있는 재가서비스가 활성화됨이 바람직하므로 재가수가 현실화될 필요가 있으며, 또한 현재 입소시설 및 재가사업소를 운영하고 있는 현실을 적정 수준 보상하여 새로운 제도 도입에 따른 혼란을 최소화하는 것이 필요” 하며,

○ 또한 “서비스 질 제고, 민간 참여 촉진 등을 고려하여 적정 수가가 보상될 수 있어야 한다는 것이 위원들의 다수 의견이었다” 라고 전하였다.

□ 동 위원회는 그밖에 도서·벽지 지역 거주자 등에게 예외적으로 지원되는 현금급여인 가족요양비와 등급판정 절차상 발급이 필요한 의사소견서, 방문간호 서비스를 받기 위해 필요한 방문간호 지시서 발급비용에 대해서도 실무위원회가 제안한 단일안을 수용·의결하였다.

□ 보건복지부는 이번에 결정된 장기요양보험료율을 대통령령에 반영하는 등 후속 입법절차를 진행할 계획이다.

* 장기요양보험료율 - 「노인장기요양보험법 시행령」 개정
장기요양급여비용 - 보건복지부 고시 제정

<참고자료>

1. 노인장기요양보험 '08년 재원분담 전망

□ '08년 재원분담 전망

○ 장기요양보험료 수입 : 4,872억원

- 장기요양보험료율 = 장기요양보험료수입(A)÷'08년 하반기 건강보험료수입액 ≒ 4.05%

○ '08년 국고지원(장기요양보험료예상수입액 20%지원) : 895억 원

- 별도 국고지원 : 건보공단 초기('08.3~6월) 운영비 458억 원 지원

○ 급여 이용에 따른 법정 본인부담금 총액 : 887억 원

○ 의료급여대상자 급여비용은 '08년 지방비 및 교부세 재원으로 부담

* 의료급여 대상은 보험료율에 영향을 미치지 않음

* '08년 장기요양보험대상자 수 : 노인 인구 3.1%(약 16만 명) 전망

2. 장기요양급여비용(수가)

① 시설수가

(단위 : 원/일)

구 분	1등급	2등급	3등급
요양시설	38,310	33,660	29,020
전문요양시설	48,120	43,550	38,970
그룹홈 (노인요양공동생활가정)	48,120	43,550	38,970

② 재가수가

① 주야간보호, 단기보호(입소시설형 재가기관)

(단위 : 원/일)

구 분	1등급	2등급	3등급
주야간보호	40,580	36,970	31,140
단기보호	42,490	38,860	35,230

② 방문요양, 방문목욕, 방문간호(방문형 재가기관)

(단위 : 원/회당)

구 분	수 가				
	30~60분	60~90분	90~120분	120~150분	150분 이상(30분당 가산액)
방문 요양	10,680	16,120	21,360	26,700	3,500/3,300/3,100/2,900 (30분당 수가 체감) 1일 4시간으로 제한
방문 간호	30분 미만		30~60분		60분 이상
	27,360		35,310		43,260
방문 목욕	차량 이용시(1회당)			차량 미이용시(1회당)	
	71,290			39,590	

③ 월 한도액

- 대부분 재가서비스를 복합적으로 이용하게 되는데, 재가 급여비용 총액이 월 한도액을 초과할 경우 초과분은 전액 본인이 부담함

(단위 : 원/월)

1등급	2등급	3등급	비 고
1,097,000	879,000	760,000	단기보호는 한도액 산정 제외

*주 : 서비스 4종(방문요양, 주간보호, 방문목욕, 방문간호)에 대한 한도액임

③ 현금급여(가족요양비)

○ 지급액 : 150,000원/월 (1~3등급)

○ 지급 대상(법 제24조 제1항)

- 도서·벽지 등 방문요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자
- 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부 장관이 인정하는 자
- 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자

<대통령령>

- 「전염병예방법」 제2조에 따른 전염병을 가진 자
- 「장애인복지법」 시행령 제2조별표1제8호의 정신장애인에 해당하는 질병을 가진 자

④ 의사소견서 및 방문간호지시서 발급비용

○ 의사소견서

- 장기요양인정절차상 1차 판정과 최종 판정 사이에 등급판정위원회에 제출
 - * 제출 제외자 : 거동이 현저하게 불편한 자(1차 판정 결과 장기요양등급 1등급 또는 그에 상당하는 자), 도서·벽지 거주자
- 노인의 심신 기능상태에 대한 의사의 전문적 소견을 기재

○ 방문간호지시서

- 방문간호를 수행하기 위해 필요한 의사의 간호 처치 지시서

구 분	환자 내원시	의사 방문시
의사소견서	27,500원	
방문간호지시서	15,000원	48,300원

* 주 : 방문간호 지시서 진찰료 별도 산정 불가

<노인장기요양보험 Q&A>

Q1

젊은 세대는 장기요양보험료 납부에 대한 불만이 있을 수 있는데 ?

○ 젊은 세대가 대부분의 보험료를 부담하고 보험제도의 혜택은 당장 받지 못하는 것에 대한 불만

⇒ 노인장기요양보험은 요양보호 문제를 사회적으로 공동 해결하기 위한 제도로서, 이에 소요되는 비용은 노인 및 그 가족뿐 아니라 국민전체가 사회적 부양이라는 측면에서 세대간 사회적 연대로 충당함이 타당

- 우리나라는 급속한 고령화가 진행됨에 따라 치매나 중풍 등 노인의 발생은 어느 가정에서나 닥칠 수 있는 현상으로, 이로 인해 온 가족이 부담을 지게 되고 젊은 세대라 하여 그 부담에서 예외일 수 없으며, 이 경우 노인요양보험제도의 혜택을 받게 되고 젊은 세대의 부담도 크게 덜 수 있음

* 65세 미만의 자도 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성질환에 해당하면 장기요양급여혜택을 받을 수 있음

* 공청회 및 국회 입법과정에서 보험료를 부담하는 가입자를 전국민(건강보험가입자)으로 하자는 의견 다수로 사실상 사회적 합의를 이룬 상태

○ 장기요양보험의 혜택 대상은 요양등급이 1~3등급(중증 또는 중등증)내로 한정되므로 경증자는 요양인정에서 탈락하게 되는데 대한 불만 가능성

* 요양1등급~요양3등급 '08년 16만명, '10년 20만명 추정

⇒ 서비스 대상자가 노인인구의 3.1%(08년 약 16만 명)인 것은 장기요양이 꼭 필요한 중증 노인들을 중심으로 하였기 때문

- 전문연구기관의 연구결과와 시범사업 검증결과로 볼 때, 중증 노인 3% 수준을 장기요양보험 대상에 포함하는 것은 이론이 없으나,
- 그 이하 경증 노인에 대해서는 심신 기능상태 등을 볼 때 요양보험의 혜택 대상이 되기에는 전문가들 사이에서도 의견이 엇갈리는 상황
- 즉 대상자 범위에 포함시켜야 한다는 의견과, 경증은 본인이 어느 정도 스스로 활동할 수 있는 정도이므로 포함하는 것은 무리라는 의견이 대립됨

⇒ 또한 대상자 범위 확대는 국민의 보험료 부담수준을 고려하여 사회적 합의를 바탕으로 결정되어야 하는 문제

- 대상자 범위를 늘리면 보험료 부담이 증가하고, 대상자범위를 축소하면 보험료 부담이 감소하는 상충관계 존재
- 노인장기요양보험은 국회입법과정에서 국민의 보험료 부담수준 등을 고려하여 중등증 이상 노인(요양1~3등급)을 대상으로 결정함('08년 약 16만명, '10년 약 20만명)
- 경증 이하로 대상자 범위를 확대하는 문제는 전문가 의견, 보험료 부담 수준, 인프라 확충 등 제반 요소를 감안하여 사회적 합의가 필요

- 아울러 경증자에 대해서는 국가·지방자치단체가 시행하는 노인성 질환 예방 및 건강증진사업을 통해 다양한 서비스 제공

※ OECD 한국경제보고서(2007)에서도 일본 개호보험의 교훈을 설명하면서, 일본은 2000년부터 2005년 사이 개호대상자의 수가 2배로 급증하고 재정지출 규모도 GDP의 0.7%에서 GDP의 1.3%로 증가하였는데 주된 이유가 경증대상자의 급증(remarkable expansion)으로 야기된 것이며, 이에 따라 일본 정부가 2006년에 경증자들에 대해 급여혜택을 대폭 제한하는 개혁조치를 시행하였다고 지적함

Q3

건강보험료율이 오르면 장기요양보험료율도 따라 올라 보험료 부담이 높아지는 것 아닌가 ?

○ 건강보험료율이 오를 때마다 장기요양보험료가 자동 인상되는 것이 아닌가 하는 오해임

- 장기요양보험료는 매년 다음연도의 장기요양보험 총 지출규모에 따라 계산되므로 건강보험료율이 오른다고 해서 자동적으로 장기요양보험료가 오르는 것은 아님

· 예를 들어 다음 연도 장기요양보험 지출 규모가 변동하지 않는다면 건강보험료율이 오른다 해도 장기요양보험료는 변동이 없음

* 장기요양보험료 = 건강보험료액 × 장기요양보험료율

* 장기요양보험료율 = 장기요양보험료 총액 / 건강보험료 총액

Q4

시험사업에서 실제 서비스 이용하는 것을 예를 들어 설명한다면 ?

< 사례 1 : 시설입소의 경우 >

70세 우모 노인, 당뇨, 고혈압, 우측 편마비로 신체기능 대부분 다른 사람들의 도움이 필요한 상태

⇒ 1등급 판정. 노인전문요양시설 입소. 월 입소비용 수가인 144만4천원과 비급여인 식재료비 등 20만원, 합계 164만4천원 중 본인은 월 입소비용 수가의 20%인 28만9천원과 식재료비 등 비급여 전액 25만원, 합계 53만9천원 부담. 나머지는 건강보험공단에서 장기요양보험재정에서 해당 시설에 지급함

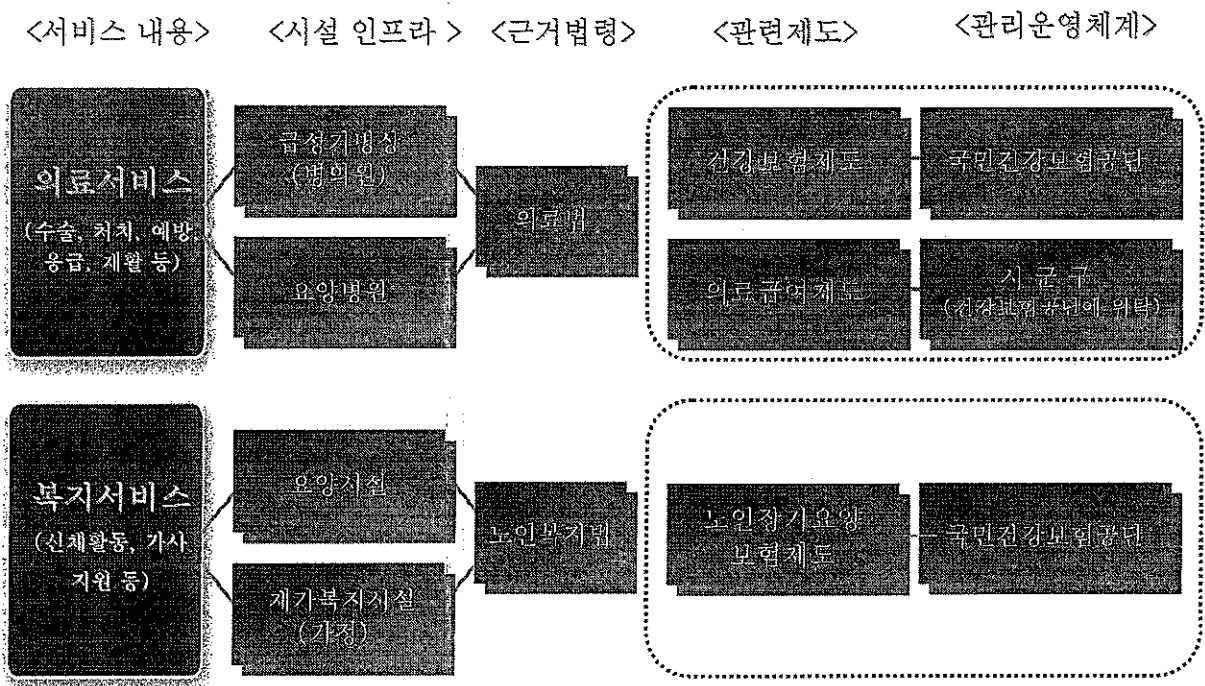
< 사례 2 : 재가서비스를 이용하는 경우 >

79세 차모 노인, 양 하지 관절 제한, 시·청력 현저한 감퇴, 신체기능 대부분 도움 필요한 상태

⇒ 1등급 판정. 집에서 주 5회 방문요양서비스를 받고(1회, 2시간) 주 1회 방문목욕서비스와 방문간호서비스를 각각 받는 경우, 총 비용은 96만원 정도 소요되는데 본인부담은 14만4천원이 됨

- 국민건강보험은 치매·중풍 등 질환의 진단, 입원 및 외래 치료, 재활 치료 등을 목적으로 주로 병·의원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여대상으로 하는 반면,
- 노인장기요양보험은 치매·중풍의 노화 및 노인성 질환 등으로 인하여 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가장기요양기관을 통해 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공하는 제도임.

【 건강보험 vs. 노인장기요양보험 체계 비교도 】



Q6

노인장기요양보험제도가 기존 노인복지서비스 체계와 다른 점은 ?

구 분	노인장기요양보험제도	기존 노인복지서비스체계
서비스 대상	<ul style="list-style-type: none"> - 보편적 제도 - 장기요양이 필요한 65세 이상 노인 및 치매·노인 등 노인성 질환을 가진 64세 이하의 국민 	<ul style="list-style-type: none"> - 특정 대상 한정(선택적) - 국민기초생활보장수급자를 포함한 저소득층 위주
서비스 선택	수급자 및 부양가족의 선택에 의한 서비스 제공	지방자치단체장의 판단(공급자 위주)
재 원	장기요양보험료+국가 및 지방자치단체 부담+이용자 본인부담	정부 및 지방자치단체의 부담
서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 시설급여 - 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 등) - 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비 등) 	시설·재가서비스를 제공하나, 서비스 질에 대한 관리 미흡
시설에 대한 지원 방식	<ul style="list-style-type: none"> - 시설급여 및 재가급여 제공자는 비용을 수가산정 방식을 적용하여 국민건강보험공단에 청구 - 건보공단은 청구된 장기요양급여 및 비용 등의 적정여부 심사 후 지급 	지방자치단체를 통하여 시설 입소인원 또는 연간 운영비용을 기준으로 정액 지급(사후 정산)