

노인요양보장제도의 추진현황과 방향¹⁾

최 병 호

한국보건사회연구원

목 차

I. 추진경과	16
II. 공적노인요양보장체계 개발	17
1. 공적노인요양보장제도 도입 필요성	17
2. 공적노인요양보장체계 기본방향 정립	20
3. 재원조달방식 대안검토 및 선택	21
4. 장기요양보호 평가·판정체계 개발	30
5. 요양보호 급여 및 수가체계 개발	35
6. 시설·인력의 장기수급 및 확충방안	38
III. 향후 주요 검토과제	44
IV. 제도도입에 따른 예측변화 및 기대효과	45
1. 새로운 요양보장 체제 구축에 따른 변화 전망	45
2. 기대효과	46
V. 추진일정	47

1 본고는 2003년 3월부터 2004년 2월까지 운영한 「공적노인요양보장추진기획단」의 논의결과를 2004년 2월 16일 보건복지부 장관에게 보고한 내용임.

I. 추진경과

□ 공적노인요양보장제도 추진배경

- '01년 8. 15. 경축사에서 「노인요양보험제도 도입」을 처음 제시
- '02. 10월, 노인보건복지종합대책(국무회의 보고)에 '07년 이후 공적노인요양보호체계 구축, 시행
- '03. 2월 인수위, 요양보호노인(40만명)을 위한 공적제도 도입 추진
 - ※ 대통령 공약 : 노인요양보험제도 시범실시 후 공적노인요양보장제도 도입
- '03. 4월 복지부, 대통령 업무보고에서 공적노인요양보장제도 도입 ('07년 시행 목표)

□ 공적노인요양보장추진기획단 설치('03. 3. 17)

- 공적노인요양보장제도 실행모형 개발을 위해 각계 전문가·대표·정부위원으로 기획단 구성(위원장 복지부 차관, 김용익 서울대 교수)
 - ※ 「제도·총괄」, 「평가·판정」, 「수가·급여」, 「시설·인력」전문위원회 설치
- 재원조달방안 및 관리운영체계, 대상자 평가·판정기준, 급여 및 요양수가체계, 시설 및 인력양성 등에 대한 정책방안 제시

□ 기획단 주요 활동사항

- 기획단 회의 : '03. 3~ '04. 2, 총 10회 회의 개최(전문위원회별 각 10-20회)
- 공청회 개최 : 재원조달방식 및 인프라확충방안 공청회 2회 개최
- 전문가 조사 : 재원조달방식 등에 대한 전문가조사 1회
- 일본 개호보험제도 시찰(11명) 및 외국전문가 초청토론회 2회 개최

Ⅱ. 공적노인요양보장체계 개발

1. 공적노인요양보장제도 도입 필요성

□ 요양보호(long term care) 개념정립

- 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위하여 제공되는 보건·의료·요양·복지 등 모든 행태의 보호서비스

※ 요양보호의 개념은 각 나라 및 기관에 따라 다소 상이, 기획단은 OECD 개념 준용

□ 새로운 공적체계 구축의 필요성

- 고령화 진전에 따라 치매, 중풍 등 요양보호 필요노인이 급속히 증가
 - 2003년 현재 65세이상 노인의 14.8%, 약 59만명이며, 2010년 79만명, 2020년에는 114만명으로 증가
 - ※ 최중증 1.68%, 중증 3.24%, 경증 4.98%, 경증치매 4.92%
 - 요양비용(잠재)도 '03년 3.4조원 → '07년 4.1조원 → '20년 8.3조원으로 증가 전망

〈표 1〉 65세이상 요양보호 대상자 증가전망

(단위 : 천명)

	시 설			재 가				
	최중증	중 증	합 계	최중증	중 증	경 증	(경증)치매	합 계
2003	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	197,656	195,672	518,629
2007	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171
2010	29,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,040	261,389	692,812
2020	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

주 : 치매환자이면서 최중증 및 중증 장애인노인은 최중증 및 중증대상자에 포함

자료 : 한국보건사회연구원(2001년) 추정

- 핵가족화·여성의 사회참가 증가, 보호기간의 장기화(평균 2년) 등으로 가정에 의한 요양보호에 한계 도달
 - 노인단독 또는 노인만의 가구 증가 : '95년 36.6% → '00년 44.9%
 - ※ 가정 내에서 요양보호 방치, 시설입소 후 연락두절, 치매 시어머니 살해사건 발생('02. 12, 대구)
- 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족하고, 유료시설 이용 시 비용부담 과중
 - 시설충족률 : 31%(25천명), 재가서비스 충족률 : 4.7%(15천명)
 - 비용부담(월) : 요양시설 32-70만원, 유료요양·요양병원 100-250만원
 - ※ 2년간 시설 이용시(중산층) : 약 1,680-6,000만원 소요
- 노인인구증가, 요양병원수가 미비 등으로 노인의료비가 급격히 증가(노인 29%, 일반 20%)되어, 이로 인한 건강보험재정 압박
 - '90년 2,391억원(10.8%) → '95년 7,281억원(12.2%) → '01년 3조6,356억원(19.3%)
 - ※ 노인비율 10%수준인 2010년에는 전체 의료비의 약 30% 차지 전망
- 현행과 같은 복지와 의료체제하에서는 노인의 보건·의료·요양·복지 등 복합적인 욕구에 효과적으로 대응 곤란
 - 복지예산 한정으로 일반중산층 노인까지 복지서비스 확대는 사실상 곤란
 - 현행 의료체제에서 급성기병원의 노인의 사회적 입원문제(노인입원환자의 46.8%), 요양병원 등의 간병비용 비급여로 본인부담 가중문제 상존

- ◇ 고령화 사회에서 증가하는 노인요양보호문제는 국민들의 노후최대의 불안요인으로서 사회전체에 미치는 국가적 중요과제
- ◇ 노인의 자립생활지원 및 가족부담 경감과, 증가하는 노인요양비 및 노인의료비 문제에 효율적으로 대응하기 위해 고령화 사회초기에 보편적인 『공적노인요양보장체계』 구축 불가피

【참고】

주요국의 장기요양서비스제도

	일본	독일	영국	스웨덴
제도명	공적개호보험 (’00. 4)	수발보험 (’95. 1)	별도제도 없음 (국가보건서비스일부)	별도제도 없음 (의료보장 일부)
관리 체계	사회보험방식, 시정촌	사회보험방식, 질병금고	일반조세방식, 시군구	일반조세방식, 시군구
급여 대상	<ul style="list-style-type: none"> • 65세이상노인(1호) • 40~64세 : 15개 노인성질환 대상(2호) 	<ul style="list-style-type: none"> • 6개월이상 요양이 필요한 전국민 	<ul style="list-style-type: none"> • 남성은 65세이상, 여성은 60세이상 	<ul style="list-style-type: none"> • 65세이상 저소득 거동불편자
재원 조달	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 : 45% • 정부지원 : 45% <ul style="list-style-type: none"> - 중앙 22.5 - 지방 22.5 • 본인부담 : 10% 	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 : 100% • 본인부담 : 숙박비·식비는 전액 본인부담 	<ul style="list-style-type: none"> • 국가보건서비스 재원에서 부담 * 본인부담금 2% 	<ul style="list-style-type: none"> • 정부보조금(지방세 등) 및 본인부담금 * 대부분 정부보조
보험료 부과	<ul style="list-style-type: none"> • 근로자 : 0.9% <ul style="list-style-type: none"> - 노사 각 50%분담 • 자영자 : 정액 <ul style="list-style-type: none"> - 본인 100% 	<ul style="list-style-type: none"> • 근로자 : 1.7% <ul style="list-style-type: none"> - 노사 각 50% 분담 • 자영자 : 본인 100% • 연금자 <ul style="list-style-type: none"> - 본인과연금보험자 50%씩 분담 	<ul style="list-style-type: none"> • 별도 보험료 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 별도 보험료 없음
서비스 종류	<ul style="list-style-type: none"> • 각종 재가서비스 • 시설 보호 <ul style="list-style-type: none"> - 특별양로노인홈, 노인보건시설, 요양병동 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 각종 재가서비스 • 시설보호 <ul style="list-style-type: none"> - 노인집합주택, 요양홈, 노인종합시설 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 각종 재가서비스 • 시설보호 <ul style="list-style-type: none"> - 노인홈, 노인보호주택, 요양원 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 각종 재가서비스 • 시설보호 <ul style="list-style-type: none"> - 양로원, 그룹홈, 요양원, 노인병원 등
급여 형태	<ul style="list-style-type: none"> • 현물방식(예외적으로 현금인정) 	<ul style="list-style-type: none"> • 현물 및 현금방식 (현금 80% 수준) 	<ul style="list-style-type: none"> • 현물 및 현금 혼용 	<ul style="list-style-type: none"> • 현물방식

※ 영국의 국가보건서비스 재원(’00년)

- 조세 78%, 국민보험기금 12%, 본인부담금 2%, 병원신탁 5%, 기타 3%

2. 공적노인요양보장체계 기본방향 정립

□ 기본이념 및 목적

- 노인이 자신의 의사에 입각하여 스스로 생활이 가능하도록 자립생활 지원 및 삶의 질 향상
- 가정 및 재가중심의 지원체제를 강화하여 가족부담을 경감하고 나아가 가정을 근간으로 한 효 문화 조성

□ 제도설계의 기본방향

- 요양보호가 필요한 모든노인을 포괄할 수 있는 보편적인 체계
- 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 이용자 중심의 서비스 체계
- 국가, 가족, 지역사회, 기업 등 다양한 주체의 참여 시스템
- 사회적 연대에 의한 요양보호비용의 확보 체계
- 증가하는 노인의료비 증가에 효율적으로 대처할 수 있는 시스템
- 가정 및 재가복지 우선 및 예방, 재활에 중점을 둔 체계
- 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 케어 매니지먼트(care management) 체계

□ 제도구축의 중점고려 사항

- 요양보호 욕구의 사정·평가방법 및 시스템
- 요양보호 재원의 사회적 공평분담방안(보험료, 조세, 이용자 부담 등)
- 의료·복지서비스, 병원·시설·재가서비스의 적정분담방안
- 공공(public)과 민간(private)의 적절한 역할 분담방안

3. 재원조달방식 대안검토 및 선택

□ 재원조달방식 유형

○ 장기요양보장제도의 재원조달방식은 ①사회보험방식, ②조세방식, ③강제저축방식, ④민간보험방식임.

※ 주된 재원방식은 사회보험방식과 조세방식이며, 주로 의료보장 재원조달체계와 밀접한 관계임

〈표 2〉 장기요양보장제도의 재정운영방식 유형

	조 세 방 식				민간보험방식
	사회보험방식	선별적 사회서비스방식	보편적 사회서비스방식	강제저축방식	
재원	보험료 (일부 국고보조)	지방세 중심 (국고 보조)	국세 중심 (지방세 보조)	개인·가족저축 (국고보조)	보험료
적용	전국민가입 (일부 제한가능)	취약계층	전국민 (일부 제한가능)	전국민가입 (일부 제한가능)	임의가입 임의급여
서비스공급	민간공급자 + 공공투자	지자체(중앙정부) 공공투자 + 민간사업자	중앙정부(지자체) 공공투자 + 민간사업자	민간공급자 중심	민간공급자 중심
관리	보험공단 (지자체 연계)	자치단체	자치단체	시장자율원칙 (정부규제)	시장자율원칙 (정부규제)
국가사례	독일, 일본 (네덜란드, 프랑스, 미국 등)	덴마크, 핀란드, 이태리, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 및 영국	싱가폴		미국, 프랑스, 독일, 벨기에 등

주 : 민간보험방식은 조세방식 또는 사회보험방식을 보완하는 형태임.

□ 재원조달방식에 대한 평가

○ 재원조달방식 선택을 위한 평가기준

- 사회보장제도의 재원조달방식 선택 기준으로는 ①효율성, ②형평성, ③서비스의 질, ④기존 사회보장제도와와의 정합성 등이 주로 사용

○ 평가결과

- 조세방식은 비용통제, 사회적 연대, 재원부담 형평성 등에서 우수
- 사회보험방식은 소비자 선택, 인프라 구축 용이성, 보편적 적용, 권리성, 이용자 부담, 서비스의 질, 기존제도와와의 정합성 등에서 우수
- ※ 저축방식과 민간보험방식은 우리나라 현 사회보장제하에서 채택하기 곤란하여 제외

〈표 3〉 재정운영방식의 평가

평가 분야	사회보험 방식	조세방식	
		선별적 사회서비스	보편적 사회서비스
효율성	비용통제	×	○
	소비자 선택	○	×
	재원조달 용이성	○	△
	인프라 구축 용이성	○	△
	관리효율	○	△
형평성	사회적 연대(보편성)	○	△
	권리성	○	△
	재원부담 형평	△	○
	이용자부담 형평	○	△
효과성	서비스의 질	○	×
도입 가능성	기존 제도와 정합성	○	○

□ **재원조달방식의 대안과 선택**

○ 우리나라의 현 사회보장체제하에서 선택할 수 있는 대안은 다음 세가지로 압축될 수 있음.

《대안 1》 : 조세방식으로 시작, 제도의 안정과 인프라의 일정수준 확충 시점에서 사회보험방식으로 전환

《대안 2》 : 사회보험방식으로 운영하되 국고지원에 의한 부조방식 병행

《대안 3》 : 조세방식으로 운영

〈표 4〉 재정운영방식의 대안 비교

	대 안 1	대 안 2	대 안 3	
재정방식	조세방식 → 사회보험방식으로 이행	사회보험방식 (국고지원+빈곤층 부조)	조세방식	
적용	급여수급자	초기 취약층 → 보편적 확대	1종 : 65세이상, 2종 : 45~64세	초기 취약층 → 보편적 확대
	비용부담자	전국민(건보가입자)	1종 : 65세이상, 2종 : 건보가입자	전국민
재원	조세 → 보험료+조세	보험료+국고+빈곤층 부조(국고지원)	조세(일반재정 또는 목적세)	
관리	지자체 → 보험공단	보험공단 또는 지자체	지자체+중앙정부	
서비스공급	공공인프라 구축 → 민간사업자 확대	공공투자 + 민간사업자	공공인프라	
장점	<ul style="list-style-type: none"> · 시설인프라 수준에 따른 단계적 확대 원만 · 저소득층 우선보호에 대한 제도의 순응성 제고 	<ul style="list-style-type: none"> · 중산층 노인 등 보편적 확대 용이 · 재원의 안정적 조달용이 · 기존 사회보장체제와의 정합성 	<ul style="list-style-type: none"> · 관리비용, 지출통제 용이 · 지방자치체의 역할제고 가능 	
단점	<ul style="list-style-type: none"> · 중간에서의 제도변경에 대한 국민적 반대 예상 · 중산층 노인 등 보편적 확대에 상당기간 소요 	<ul style="list-style-type: none"> · 또 하나의 사회보험제도 창설 및 보험료 부담 비판 · 적정한 급여비 통제곤란 	<ul style="list-style-type: none"> · 정부재정의 과다 소요 · 중산층 노인 등 보편적 확대 상당기간 소요 	

□ 자원조달방식에 대한 전문가 의견

○ 1차 공청회 결과('03. 7. 2)

	제 1 안	제 2 안	제 3 안
○ 지지 단체	<ul style="list-style-type: none"> · 대한노인회 · 재가복지협회 · 농업경영인중앙연합회 	<ul style="list-style-type: none"> · 민주노총 · 사회보장학회 · 노년학회 · 가정간호학회 	<ul style="list-style-type: none"> · 언론계 · 시설협회
○ 지지 사유	<ul style="list-style-type: none"> · 노인의 소득 및 생활실태 등 감안, 보험료 등 부담능력 미흡 · 우선적용계층인 저소득층, 농어민 등에 조세방식 부합 · 정착 이후 보편적인 사회보험제도 전환 	<ul style="list-style-type: none"> · 현 사회보장체제 및 의료체제 등에 부합 · 사회연대성이 강화되는 사회보험방식이 현실적 대안 · 간접세 중심의 현행 조세체제하의 역진성 문제 해소 등 	<ul style="list-style-type: none"> · 노인요양보장의 특성 및 이념에 가장 부합 · 직접세, 담배세, 알콜세 등 간접세 활용 가능

○ 전문가 조사결과(10. 2 - 10. 15, 관련 학회 전문가 313명, 응답자 179명)

- 요양보장체계 : 요양보장제도 도입 68%, 건강보험제도 개편 24%, 기타 8 %
- 주된 자원조달방식 : 사회보험 55%, 조세 41%, 기타 4%
- 보험방식 시 국고지원 비율 : 40%수준 56%, 30%수준 25%, 기타 19%
- 대상자 : 노인 → 단계적 확대 48%, 65세 노인한정 28%, 기타 34%
- 부담주체 : 건강보험가입자 전체 71%, 서비스 급여대상 27%
- 이용자 비용부담 : 50%수준 33%, 30%수준 35%, 20%수준 20% 등

□ 재원조달방식 등 제도 시안 마련 및 의견수렴

- 그간 기획단 논의, 1차 공청회 및 전문가 의견조사 등의 결과를 토대로 재원조달방식 등에 대한 기획단시안 마련

기본골격시안

- 재원조달방식 : 사회보험방식 + 조세(공공부조)
- 대상자
 - 65세 이상 노인부터 우선 적용하여 45세 이상으로 연장
 - 중증 이상 노인부터 적용하여 경증대상으로 확대
- 재원분담
 - 일 반 : 보험료 50%, 조세 30%, 본인 20%
 - 부조대상 : 조세 90%수준, 본인 10% 수준(수급자 무료)
- 보험료부담 : 건강보험가입자 100%
- 공공부조대상자
 - 재 가 : 기초생활 및 차상위 가구, 농어촌가구(70%)
 - 시 설 : 요양보호노인의 30%(1단계) → 20%(2단계) 수준으로 축소
 - ※ 보험과 부조 비율 : 1단계 35:65, 2단계 60:40, 3단계 70:30
- 제도도입 및 확대 일정
 - 노인 : 2007~08(1단계 : 30% 수준), 2009~10(2단계 : 50% 수준),
2011년~(3단계 : 100%)
 - 45세 이상 장애인 : 제도가 완전 정착된 이후인 2013년부터 실시
(제1안 기준)

- 2차 공청회 결과('03. 11. 13) 및 제기된 논점 정리
 - 사회보험+조세방식(공공부조)의 재원조달방식에 기본적으로 동의(경제계, 노동계, 의료계, 시민단체, 학계 등)
 - 다만, 정부의 조세부담을 50% 수준으로 상향조정, 대신 저소득층 본인부담은 10% 수준 하향조정 필요(노동계, 시민단체)
 - ※ 기획예산처 의견 : 보험료와 본인부담만으로 충당(정부지원 30% 삭제)하고 본인부담율은 30%로 상향조정
 - 보험료는 건강보험 가입자가 부담함이 타당하나, 수급자와 부담자를 일치하는 방안도 검토 필요
 - 수급대상자는 65세 이상노인 등 연령기준이 아닌, 연령·기능상태 및 소득수준 등을 함께 고려, 우선순위 선정
 - 정부지원 대상인 부조대상자에 대해 대체적으로 기획단안 찬성
 - ※ 다만, 노동계는 부조대상자 선정기준에 대한 전면 개혁을, 기획예산처는 저소득층 지원은 의료급여대상자에 한정 제안
 - 비용절감을 위해 관리운영주체는 건강보험공단이 적합하며, 요양보호 신청 및 대상여부 판정 등의 주체는 추후결정
 - 인프라 수준, 정부 및 국민부담 능력 등을 감안, 전면적으로 확대하는 기간의 연장필요(도입후 6년 → 10년이상, 2019년 전대상)

<논점에 대한 기획단 의견정리>

- ◇ 재원분담비율 중 정부부담은 동 안을 유지하는 것을 원칙으로 하되, 주체별 구체적인 분담방안은 복지부가 관계부처와 협의토록 함.
- ◇ 부조대상자는 수급자와 차상위 계층까지로 조정
- ◇ 확대일정은 농어촌 및 부조자는 중증부터 시작, 45세~64세는 노인성질환에 기인한 장애로 한정(대상자의 14% → 0.3% 수준)

□ 재원조달방식 선택 및 제도의 기본골격(안) 확정

- 그간 기획단 논의, 1, 2차 공청회 및 전문가 의견조사 결과를 종합하여 재원조달방식 및 제도 기본골격(안)을 확정

기본 골격

- 재원조달방식 : 사회보험방식 + 조세
- 급여대상자
 - 45세 이상으로 하되, 65세 이상 노인부터 우선 적용
 - ※ 중증이상 노인, 농어촌 및 공공부조 노인 우선 적용
- 재원분담
 - 일 반 : 보험료 50%, 조세 30%, 본인 20%
 - 공공부조 : 조세 90%, 본인 10% 수준(수급자 무료)
- 보험료부담 : 건강보험가입자(부조대상은 조세에서 지원)
- 공공부조대상자 : 국민기초생활보장 수급권자 및 차상위계층
 - ※ 부조대상자 선정기준은 추후 결정
- 제도도입 및 확대방안
 - 1단계(07~08) : 65세 이상 최중증(단, 농어촌 및 부조대상자는 중증 이상)
 - 2단계(09~10) : 65세 이상 중증 이상(단, 농어촌 및 부조대상자는 경증 이상)
 - 3단계(11~12) : 65세 이상 경증 이상
 - 4단계(13~) : 65세 이상 경증치매 이상 및 45세 이상 노인성질환 대상자
- 관리운영주체(보험자) : 잠정적으로 건강보험공단으로 정함.
 - ※ 보험가입자, 보험료부과·징수는 건강보험법 준용

□ 재정 시뮬레이션

- 공공부조 대상을 차상위까지 확대
- 각 단계별 대상 및 재정
 - 1단계(2007년) : 166천명(23.0%), 1조9,087억원
 - 2단계(2009년) : 412천명(53.4%), 3조7,463억원
 - 3단계(2011년) : 550천명(67.1%), 4조6,624억원
- 1인당 월보험료 : 2,651원('07) → 5,731원('09) → 7,640원('11)

〈총 소요액 추계〉

	대상자수					비용(백만원, 2003년 현재가격기준)				
	사회보험		공공부조		합계	사회보험		공공부조		합계
	시설	재가	시설	재가		시설	재가	시설	재가	
2007	36,363	52,696	28,997	47,503	165,558	629,651	450,291	428,352	400,443	1,908,738
2009	67,656	181,838	30,968	131,532	411,994	999,429	1,368,573	457,465	920,790	3,746,257
2011	71,635	305,725	32,789	139,938	550,087	1,058,208	2,140,225	484,369	979,636	4,662,439
2013	80,432	545,355	36,816	249,623	912,227	1,188,171	3,366,342	543,857	1,540,862	6,639,232
2020	102,014	704,247	46,694	322,352	1,175,306	1,506,979	4,345,248	689,783	1,988,933	8,530,943

〈재원구성과 월 보험료〉

	재원의 분담(백만원)				가입자당 월부담액(원)	
	본인부담	보험료	조세	합계	조세부담	보험료부담
2007	275,082	539,971	1,093,685	1,908,738	5,370	2,651
2009	571,870	1,184,001	1,990,386	3,746,257	9,634	5,731
2011	744,070	1,599,216	2,319,152	4,662,439	11,080	7,640
2013	1,059,543	2,277,257	3,302,433	6,639,232	15,676	10,810
2020	1,361,438	2,926,113	4,243,392	8,530,943	20,274	13,981

〈참고안〉

- 공공부조 대상을 의료급여대상자로 한정
- 각 단계별 대상 및 재정
 - 1단계(2007년) : 141천명(19.6%), 1조6,797억원
 - 2단계(2009년) : 379천명(49.1%), 3조5,447억원
 - 3단계(2011년) : 550천명(67.1%), 4조6,624억원
- 1인당 월보험료 : 3,482원('07) → 7,527원('09) → 10,035원('11)

〈총 소요액 추계〉

	대상자수					비용(백만원, 2003년 현재가격기준)				
	사회보험		공공부조		합계	사회보험		공공부조		합계
	시설	재가	시설	재가		시설	재가	시설	재가	
2007	47,759	69,211	9,142	14,977	141,090	826,991	591,418	135,054	126,254	1,679,717
2009	88,860	238,829	9,764	41,470	378,922	1,312,662	1,797,499	144,233	290,313	3,544,706
2011	94,086	401,543	10,338	44,121	550,087	1,389,862	2,810,995	152,715	308,866	4,662,439
2013	105,641	716,276	11,608	78,703	912,227	1,560,557	4,421,391	171,471	485,813	6,639,232
2020	133,986	924,965	14,722	101,633	1,175,306	1,979,283	5,707,097	217,479	627,084	8,530,943

〈재원구성과 월 보험료〉

	재원의 분담(백만원)			합계	가입자당 월부담액(원)	
	본인부담	보험료	조세		조세부담	보험료부담
2007	286,060	709,204	684,453	1,679,717	3,360	3,482
2009	625,986	1,555,080	1,363,639	3,544,706	6,600	7,527
2011	844,372	2,100,429	1,717,638	4,662,439	8,206	10,035
2013	1,202,371	2,990,974	2,445,887	6,639,232	11,610	14,198
2020	1,544,961	3,843,190	3,142,792	8,530,943	15,016	18,362

4. 장기요양보호 평가·판정체계 개발

□ 평가·판정체계의 필요성

- 요양보장제도는 고령자의 신체적·정신적 상태에 의거 요양보호의 필요여부와 보호의 수준이 결정
- 요양보호 대상자의 욕구에 맞게 서비스를 공정하게 제공하기 위해서는 대상노인을 판정하는 전국 공통의 객관적 기준(평가항목)과 판정절차 마련이 필수적임.
 - ※ 판정결과에 의거, 시설보호 또는 재가보호 등 보호의 방법과 의료·간호·재활·간병·수발 등의 서비스 종류 및 시간 등이 결정

□ 평가·판정체계 개발 기본방향

- 요양 필요도를 기준으로 한 평가·판정도구의 개발 추진
 - 노인기능평가와 서비스 제공실태를 종합하여 장기요양 필요도 측정
 - 측정된 서비스 필요도에 따라 요양보호의 등급화(4-6등급) 추진
- 시설과 재가에 공통활용할 수 있는 단일 평가도구 개발 지향
- 대상자 여부 및 최종 등급결정은 보건·의료·복지 전문가로 구성된 「판정위원회」에서 결정하는 절차 지향

□ 선진국의 노인기능 평가·판정도구 분석

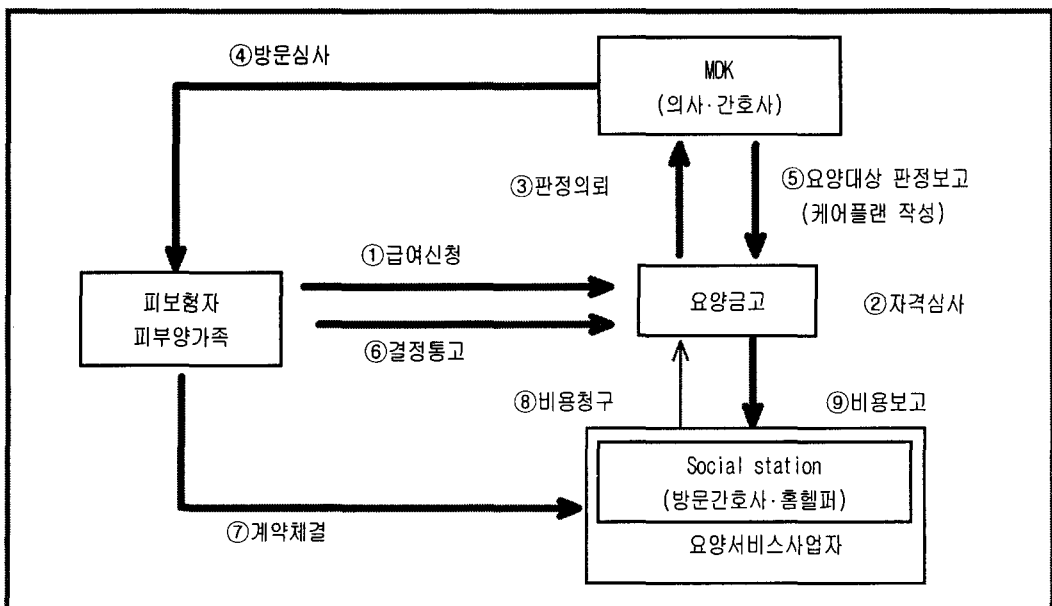
- 평가·판정은 장애를 유발할 수 있는 특정 질병이나 질환에 초점을 맞추기보다 현재의 기능제한 또는 장애의 정도를 측정
- 각국마다 기능상태 평가도구가 다소 상이하나, 대부분 ADL(일상생활동작능력), IADL(수단적 일상생활동작능력) 등 신체기능, 정신·인지기능과 문제행동, 간호 및 재활욕구, 환경과 안전 등 포함
 - ※ ADL : ①옷입기, ②세수하기, ③목욕하기, ④식사하기, ⑤이동하기, ⑥화장실 이용하기 등
 - IADL : ①몸단장, ②집안일, ③식사준비, ④빨래하기, ⑤근거리 외출, ⑥교통 수단 이용

<표 5> 노인 기능 평가도구 국제비교

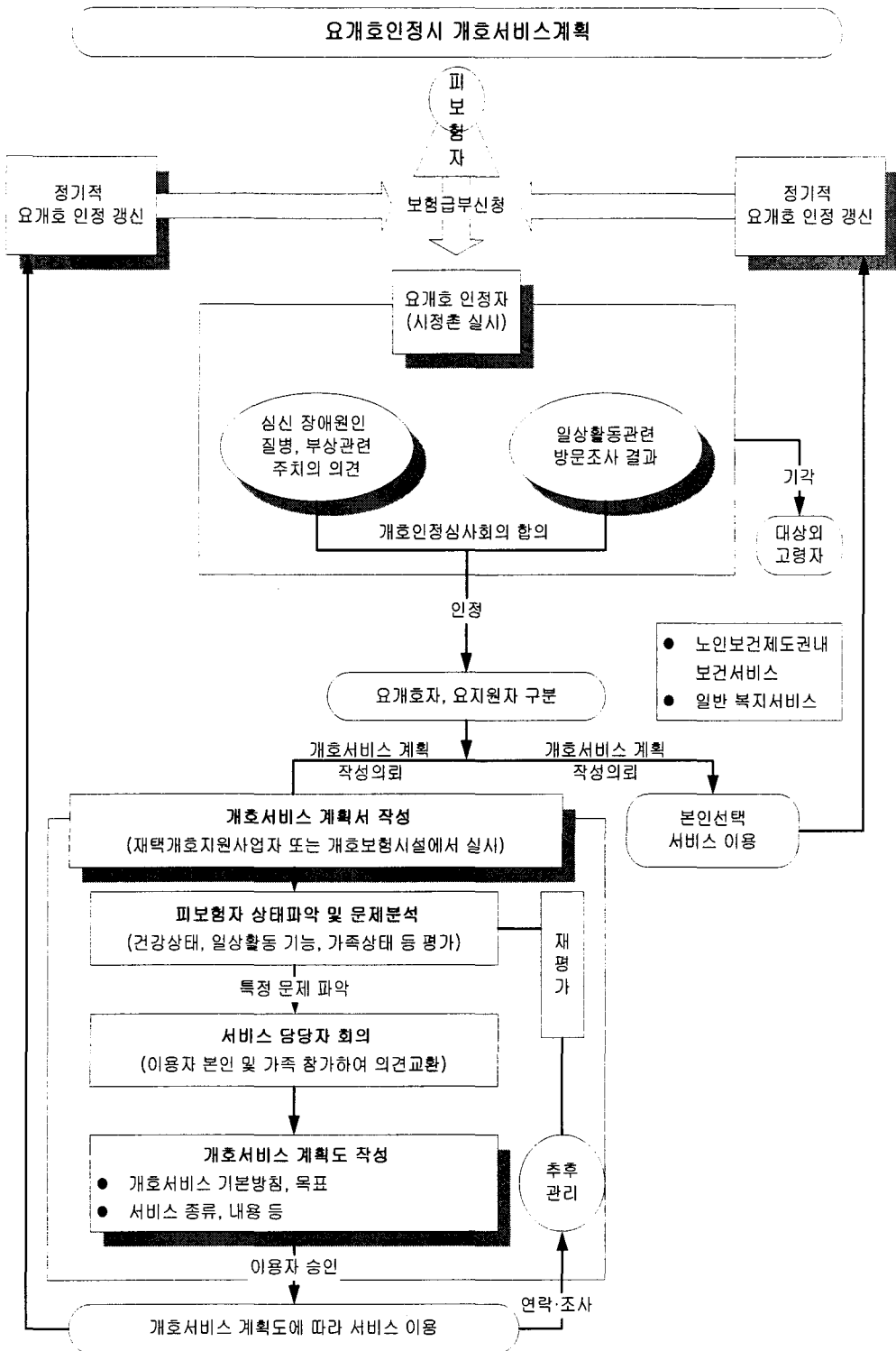
	일 본	독 일	미 국	호 주
총 항목수	77개	36개	45개	20개
· 신체적 기능영역	25개	36개	21개	7개
- ADL	옷갈아입기 등 19개	옷갈아입기 등 28개	옷갈아입기 등 13개	개인위생 등 6개
- IADL	머리빗기 등 6개	머리빗기 등 8개	개인위생 등 8개	개인위생 등 1개
· 기능 및 문제행동	의사전달 등 27개	-	의사전달 등 10개	의사소통 등 8개
· 간호처치 및 재활	집적관리 등 14개	-	산소호흡 등 14개	간호처치 등 2개
· 기타 특수의료· 사회적 서비스 등	육창유무 등 11개	-	-	기타서비스 등 3개

- ※ 미국 시설MDS 350개 항목, 재가MDS 120개 항목이나 위 항목은 필수임.
- 판정평가 도구에 의거 측정된 노인의 기능상태를 기준으로 보건·의료, 복지 등 전문가로 구성된 「판정위원회」가 등급(3-6개 등급)을 결정
- ※ 일본 : 요지원, 요개호 1-5등급, 독일 3등급으로 구분

<그림 1> 독일의 평가판정 체계

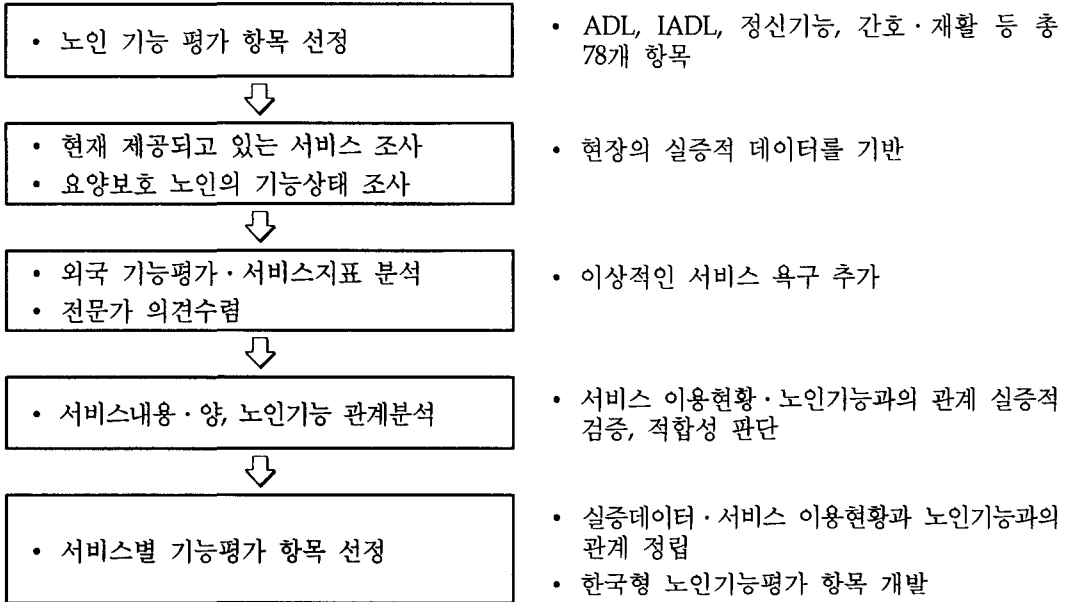


<그림 2> 일본의 개호인정 및 케어플랜 작성 절차



□ 평가·판정체계 개발 추진

○ 평가·판정체계 개발 설계방향



○ 평가·판정체계 개발현황 및 과정

- 기존연구결과, 전문위원회 논의 등을 통해 기능평가항목 선정('03. 9)
 - ADL 12항목, IADL 10항목, 간호처치 및 재활 13항목, 정신기능 43항목 등 총 78항목
- 기능평가 조사를 위한 서비스 코드 개발(총 294항목)
 - 신체수발 126항목, 간호처치 57항목, 기능재활 72항목, 기타 39항목
- 노인기능평가 및 서비스 실태조사 실시('03. 11. 24 - 12. 22)
 - 대상시설 : 요양시설 및 요양병원 등 15개소
 - 노인 약 1,200여명 기능평가조사, 직원 약 350명 1분간 타임스터디 조사 실시
- 현재 일본의 전문가 자문 등을 받아 조사결과 분석 중
 - ※ 일본 : 노인 3,000여명, 직원 2,400여명에 대한 1분간 타임스터디 등 2-3차 조사 실시, 시범사업 시 16만명의 노인조사로 유형화

□ 향후 추진계획

구분	한 국	일 본
1차	2003년	1995년
	<ul style="list-style-type: none"> • 시설 장기요양서비스 · 노인특성 조사 • 장기요양보호서비스 코드화 • 기능평가항목선정 	<ul style="list-style-type: none"> • 시설(노인 2,112명)과 재택(502명) 서비스 내용 및 양에 대한 1분타임스터디 • 시설 개호서비스 내용조사 : 직원 약 2,400명, 노인 약 3,400명 대상 1분타임스터디 • 323종류의 개호서비스 코드화 → 200명의 전문가가 약 2달 소요
2차	2004년	1996년
	<ul style="list-style-type: none"> • 재가 노인에 대한 적용 • 평가항목에 대한 신뢰도·타당도 검증 	<ul style="list-style-type: none"> • 재택 개호서비스 내용조사 → 직원 704명, 노인 704명 • 시설 및 재가를 공통할 수 있는 73항목 선정
3차	2005년	1997년
	<ul style="list-style-type: none"> • 개발된 평가항목에 대한 시범사업 실시 	<ul style="list-style-type: none"> • 개호보험법 제정 • 항목에 대한 신뢰도·타당도 검증
4차	2006년	1998년
	<ul style="list-style-type: none"> • 평가항목별 가중치 및 시간추계 보완 • 판정체계 개발, 등급화 완료 	<ul style="list-style-type: none"> • 항목에 대한 신뢰도·타당도 검증
5차	2007년	1999년
	<ul style="list-style-type: none"> • 지속적인 판정도구 보완 	<ul style="list-style-type: none"> • 모델사업 16만명의 응답 유형화 • 73개 항목에 대한 득점(가중치) 및 개호시간 추계자료 생성 • 요개호인정체계 및 등급 결정

5. 요양보호 급여 및 수가체계 개발

□ 장기요양 급여 및 수가체계의 필요성

- 노인질병 및 장기요양서비스의 특성상 질병이나 손상의 종류에 관계없이 최종적인 결과로서 기능상태(functional status)가 중요
- 이에 따라 장기요양서비스의 급여는 의료·복지·요양 등 복합적인 서비스체계의 개발이 불가피하고,
- 포괄적인 장기요양서비스체계 구축, 서비스의 연속성 및 체계화를 고려한 적절한 요양서비스에 따른 별도의 수가체계 개발 필요
 - ※ 요양수가는 원칙적으로 행위별수가제나, 재원일수를 예측할 수 없으므로 DRG와 같은 진단군별(질병별) 포괄수가제의 적용도 곤란

□ 급여 및 수가체계 개발 기본방향

<급여체계>

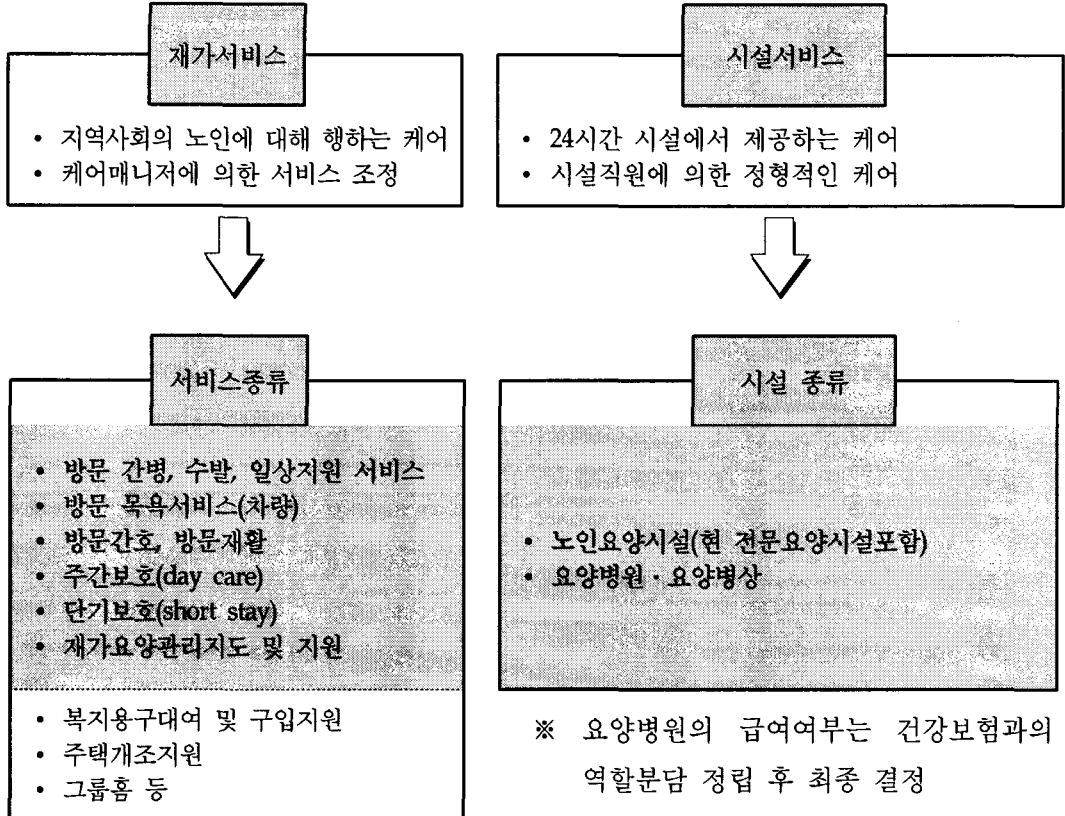
- 노인의료 증가 및 건강보험의 재정상황을 고려, 요양병원을 급여범위에 포괄하는 방향으로 검토
- 가정 및 가족을 지원하기 위한 재가 및 시설서비스의 다양화 지향
- 가족의 요양보호의 인정, 가족 등의 선택의 폭을 넓히기 위해 현금급여, 현물급여 등 급여의 종류를 폭넓게 검토

<수가체계>

- 서비스별 특징과 서비스 이용량(자원소모량)에 따른 수가의 차등화가 정확하게 반영될 수 있는 요양수가 체계 지향
- 병원의 사회적 임원이나 시설입소의 선호 등 불필요한 비용지출이 최소화될 수 있는 비용·효과적인 구조지향
- 서비스의 질적 수준 유지 및 기술발전을 추구하되, 공급자의 환자 고르기 현상 등을 방지할 수 있는 제도적인 시스템 지향

□ 요양서비스 급여 및 수가 기본체계 안

○ 요양보호서비스 기본체계



○ 수가체계 개발방향

구 분	수가개발 대상	수가개발 방향
재 가 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 방문서비스 주간 보호 · 단기 보호 요양관리지도 그룹 홈 및 복지용구대여 등 	<ul style="list-style-type: none"> 방문서비스당 정액제 등급별 월 지급한도액 설정
	<ul style="list-style-type: none"> 복지용구 구입 · 주택개수비 등 	<ul style="list-style-type: none"> 실비상환제
시 설 서비스	<ul style="list-style-type: none"> 요양시설(현 전문요양시설포함) 요양병원 등 	<ul style="list-style-type: none"> 등급별(기능상태별) 일당 또는 월당 정액제 등급별 월상한액 설정

<참 고> 미국, 일본의 급여 및 수가체계 비교 분석

	미 국	일 본
적용대상시설 등	재가서비스, 요양서비스, 장기요양병원 등	재가서비스, 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설
환자군분류	자원이용수준에 따른 환자군 분류	자원이용수준에 따른 환자군 분류
재가서비스	서비스 당 정액	서비스 당 정액
요양시설서비스	자원이용수준에 차등 정액	자원이용수준에 따른 차등 정액
요양병원(상)	질병명과 자원이용수준에 따른 차등 정액	자원이용수준에 따른 차등 정액
특 징	서비스 기간 상한 지정	판정 등급별 월 상한액 지정(시설 예외)

□ 주요 논점 검토

(1) 요양병원 급여의 요양보장제도 포괄 여부

- 사회보험 방식의 대표적인 독일과 일본이 각기 다르게 제도운영
 - 독일은 요양병원을 포함하여 의료서비스는 질병금고에서 담당
 - 일본은 요양병원·요양병상의 의료 및 요양서비스를 개호보험 부담
- 요양병원 서비스를 새로운 제도 내에 포괄 할 경우
 - 노인의 심신의 상태에 따른 의료 및 요양서비스를 연속적으로 제공하는 등 서비스의 효율성과 건강보험재정 안정화에 기여(제도 기본방향에 부합)
 - 요양병원의 과도한 의료비가 요양보장제도로 전환됨에 따른 요양보장 재정문제, 건강보험 재정적자 전환을 위한 새로운 제도 창설 비안 예상

(2) 현금급여 인정 여부

- 독일은 현금급여 중심(약 80%), 일본은 현물급여가 원칙(예외적으로 인정)
- 요양보호 가족지원, 가족을 활용한 초기 인프라 부족보완, 장기적으로 요양보호 재정에 기여(현물의 약 50%수준)
- 여성의 사회참가 억제, 요양보호 용도이외 생활비 등에 유용, 공적 요양 인프라 확충에 상당한 지장초래 우려

6. 시설·인력의 장기수급 및 확충방안

□ 기본방향

- 재가보호 우선 원칙 : 재가보호 80%, 시설 20% 수준 유지
- 공공, 민간, 비영리단체 등 공급주체의 다양화를 기하되, 공공시설 중심으로 구축
- 노인의 다양한 욕구에 대응, 보건·의료·요양·복지 등 통합서비스 제공
 - 공공의료체계를 적극 활용한 재가 및 요양시설 체계 병행구축
- 케어지식과 기술을 갖춘 전문인력의 양성, 확충으로 서비스의 전문화
- 무료, 실비 등의 경제적 조건이 아닌, 심신의 기능상태에 따른 서비스가 선택 제공될 수 있는 시설의 사회적 통합 지향

□ 시설·인력의 현황 및 문제점

- 치매요양병원, 전문요양시설, 요양시설이 수요에 비해 크게 부족
 - 치매요양병원 : 45개소(4,512병상), 요양시설 등 : 293개소(20,510병상)
 - ※ 시설요양수요 대비 시설충족률('03년) : 31.5%
 - ※ 전체노인인구 대비 시설 입소율 : 한국 0.6%, 유럽·미국·일본 등 5~6%수준
- 가정봉사원파견시설, 주간 및 단기 보호 등 재가보호시설의 절대부족 및 서비스 다양화 미흡
 - 재가복지시설('03년) : 317개소, 15천여명(충족률 5% 수준)
 - 재가노인을 위한 방문간호 및 재활, 그룹 홈(group home) 등 미비
 - ※ 전체노인인구 대비 재가보호율 : 한국 0.4%, 유럽·미국·일본 등 15~20%수준
- 장기요양시설간 기능과 역할 설정 불명확
- 시설 및 인력의 전문화, 장기 수급계획에 의한 체계적 확충 미흡 등

□ 재가 및 요양시설의 장기수급 및 확충 방안

<장기수요 추계>

○ 기본전제

- 요양보호 대상자 중 경증치매를 제외한 경증이상의 10.1% 기준
- 요양시설추계는 중증도에 따라 요양병원 20%, 전문요양시설 40%, 요양시설 40% 수준 분담 원칙
- ※ 유럽, 미국, 일본 등의 재가 : 시설 비율 : 60-70% : 30-40% 수준
- 재가서비스는 방문간호, 통원재활 등 추가

<표 6> 재가 및 요양시설 장기수요

년 도	재가보호				시설보호			
	수발도우미 파견시설	방문간호 시설	주간보호 시설	단기보호 시설	요양시설 (A형)	요양시설 (B형)	요양병원	합 계
2007	4,845	1,204	4,482	1,887	578	578	289	1,445
2010	5,360	1,332	4,958	2,088	629	629	315	1,573
2020	7,751	1,926	7,170	3,019	868	868	434	2,169

주 : 시설보호는 요양A형, 요양B형, 요양병원의 비율을 4:4:2로 배분

※ 다만, 일본의 고령화율을 고려한 추정은 9.4% 수준임.

<확충방안>

- '노인의료복지시설확충 10개년 계획'에 의거 2011년 요양수요의 완전 충족을 목표로 연차적으로 확충(공공 70% 목표)
 - 지역간 균형적 설치를 위해 시군구 시설확충 10개년 계획 필요
- 기존 공공보건의료체계에 병설형태로 다양하게 설치하여 서비스 제공의 효율성 및 공공성을 제고
- 기존 시설(양로시설, 타 시설 등)의 요양시설로의 전환, 중소병원의 요양병원로의 기능전환 적극 지원
- 고령화에 따른 심신의 기능상태의 지속적인 저하를 고려, 요양시설의 기능 통합 등 요양병원과 요양시설간 기능 재정립
- 그룹홈(group home) 등 소규모 시설의 활성화를 위한 제도적 방안 적극 강구

〈표 7〉 시설간 기능정립 방안

구 분	요양병원	요양시설(A형)	요양시설(B형)
목 표	질병회복과 재활	상태악화속도 완화 및 기능상태 유지	
주대상자	조기 퇴원자 중 회복치료 필요자	회복 불가능한자중 간호, 재활, 서비스 필요자	회복 불가능한 자 중 간호, 재활, 서비스 필요자 및 신체기능 저하자
제공서비스	의료서비스 강화, 전문간호, 재활, ADL 지원서비스 등을 제공	케어/사례관리, 의료적 치료, 전문간호, ADL 지원서비스, 식사제공, 재활, 오락치료, 여가생활지원, 상담노인호스피스, 치매노인 케어관리 등	케어/사례관리, 의료적 치료, 전문간호, ADL 지원서비스, 식사제공, 재활, 오락치료, 여가생활지원, 상담 등
재 원	급성질환 : 건강보험 요양서비스 : 요양보장	요 양 보 장	

〈표 8〉 요양시설 확충 10개년계획

(개소, 명, 병상)

연 도 별	'03	'05	'07	'11
합 계	371 (28,928)	662 (50,218)	954 (72,538)	1,465 (109,535)
소 계	331 (25,592)	520 (37,942)	710 (51,322)	1,087 (77,984)
공 공 부 문	286 (21,080)	459 (32,130)	637 (44,590)	993 (69,510)
요양시설	45 (4,512)	61 (5,812)	73 (6,732)	94 (8,474)
치매요양병원	40 (3,336)	142 (12,276)	244 (21,216)	378 (31,551)
민 간 부 문	20 (1,400)	72 (5,040)	124 (8,680)	235 (16,515)
요양시설	20 (1,936)	70 (7,236)	120 (12,536)	145 (15,036)
중소병원 병상기능전환	32.2	43.5	53.5	71.2
공적시설보호율(%)	36.4	57.5	75.7	100.0
전체시설보호율(%)	79,380	87,319	95,848	109,535
시설보호대상자(명)				

□ 요양보호 전문 인력양성·제도화

<기본방향>

- 서비스의 질 보장, 효과성 제고를 위해 보건·의료·복지의 팀 접근법(team approach) 중시
- 전문인력의 조기확보, 비용효과 등을 고려, 신규인력의 양성과 함께 기존 전문인력의 최대 활용

<양성·제도화 방안>

- 요양보호 핵심 전문인력
 - 노인전문간호사 : 시설간호, 방문간호, 투약·응급서비스, 가족 등 요양보호 지도 교육
 - 케어매니저(신규, 가칭) : 요양보호 욕구사정, 케어플랜, 서비스 조정 등
 - 간병전문인력(홈헬퍼 : 신규, 간호조무사) : 간병·가사 및 개인생활지원서비스(목욕, 식사보조, 개인위생, 배변보조, 이동보조, 옷입기 등)
 - 그 외 노인병전문의, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등
- 핵심 신규인력의 장기수급 추계

《노인전문간호사》

- 장기수요 : '07년 14,316명 → '10년 15,761명 → '20년 22,474명
- 추계근거 : 요양시설당 3인, 재가시설당 1인, 방문간호시설당 3인 적용

<표 9> 노인전문간호사 수요추계

년 도	계	요양시설 수요	재가 시설 수요	방문간호 수요
2007	14,316	4,335	6,369	3,612
2010	15,761	4,719	7,046	3,996
2020	22,474	6,507	10,189	5,778

※ 요양병원의 전문간호사 수요는 미포함

- 양성 방안

- 노인전문간호사는 '03년 제도화되어, 요양병원·전문요양시설 등에서 연수 등을 거쳐 '06년부터 본격 배출
- 방문간호는 기존의 가정간호사와 노인전문간호사가 담당

《케어매니저(요양관리사, 가칭)》

- 장기수요 : '07년 10,112명 → '10년 11,160명 → '20년 16,024명
- 추계근거 : 케어매니저 1인당 - 시설 대상자 65.0명, 재가 대상자 45.3명 적용 (일본 개호보험 기준적용)

〈표 10〉 케어매니저 수요추계

년 도	케어매니저 수요	재가 케어매니저	시설 케어매니저
2007	10,112	8,556	1,556
2010	11,160	9,466	1,694
2020	16,024	13,688	2,336

- 양성 방안

- 단기적으로 간호사, 사회복지사 등 보건의료, 복지분야의 면허·자격 자에 대한 일정수준의 교육이수 후 자격부여방안 검토
- 장기적으로 신규자격제도를 도입하여 적정 인력양성 및 질적 수준 제고

《간병전문인력》

- 장기수요 : '07년 143,943명 → '10년 159,252명 → '20년 230,296명
- 추계근거 : 간병전문인력 1인당 - 시설 대상자 2.8명, 재가 대상자 5.6명 적용 (일본개호보험 기준적용)

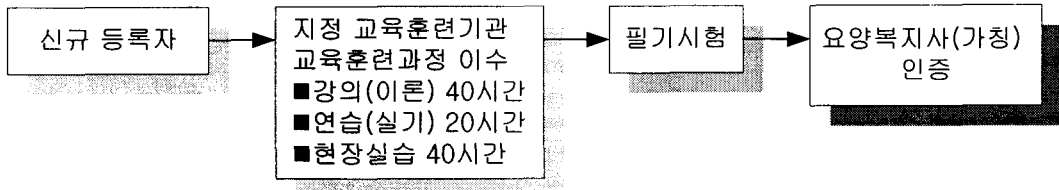
〈표 11〉 요양보호사(간병전문인력) 수요추계

년 도	요양보호사 수요	재가 요양보호사	시설 요양보호사
2007	143,943	109,712	34,231
2010	159,252	121,380	37,872
2020	230,296	175,529	54,767

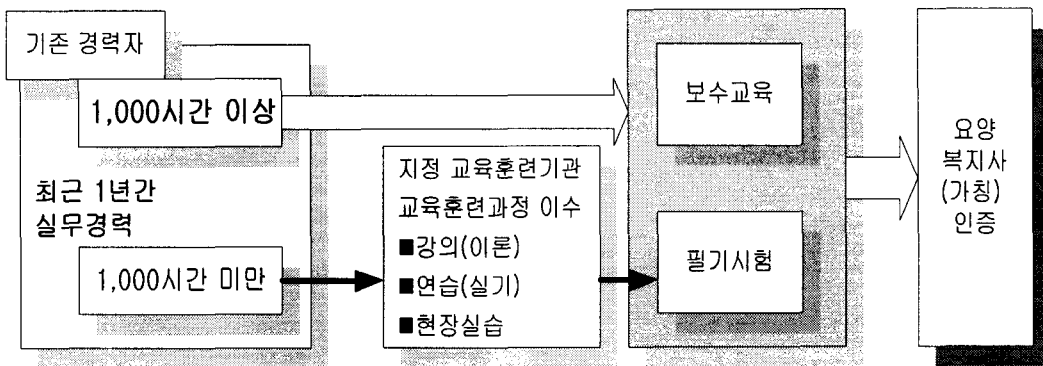
※ 상근인원이나, 휴일, 교대근무 등을 감안할 경우 약 30% 추가 필요

○ 양성·제도화 방안

<신규자>



<경력자>



□ 제2차 공청회 결과(2003. 11. 13)

- 시설·인력 양성 확충 기본방향에 전적으로 동의
- 케어매니저의 역할을 고려할 때, 신규 양성보다는 기존 보건복지 유자격자의 활용이 바람직(※ 간호사와 사회복지사 등의 교차 교육 후 자격부여)
- 간병인력의 양설교육시간을 100시간에서 200시간 정도로 확대필요
- 전문인력간, 기존 민간자격과 국가공인자격간 마찰 최소화 방안 마련 필요
- 시설은 공공성을 높이기 위해 민간사업자 억제하고 공공시설비율 제고

Ⅲ. 향후 주요 검토과제

□ 제도 기본체제 관련

- 보험자 등 관리운영주체, 지자체의 부담 등 역할
- 건강보험과의 역할 정립
- 시범사업 설계, 정치적·국민적 정책 이슈화 및 여론조성 등

□ 평가·판정관련

- 기능평가 항목 최종선정
 - 평가항목의 신뢰도·타당도 검증, 가중치 및 시간 추계 등
- 필요도(needs) 또는 기능장애에 따른 등급화

□ 수가·급여분과

- 구체적인 급여서비스 종류·범위 및 수준 결정
 - 현물중심체제, 현금급여 인정여부 등
- 요양병원, 요양시설, 재가서비스 등 요양수가체계 개발

□ 시설·인력분과

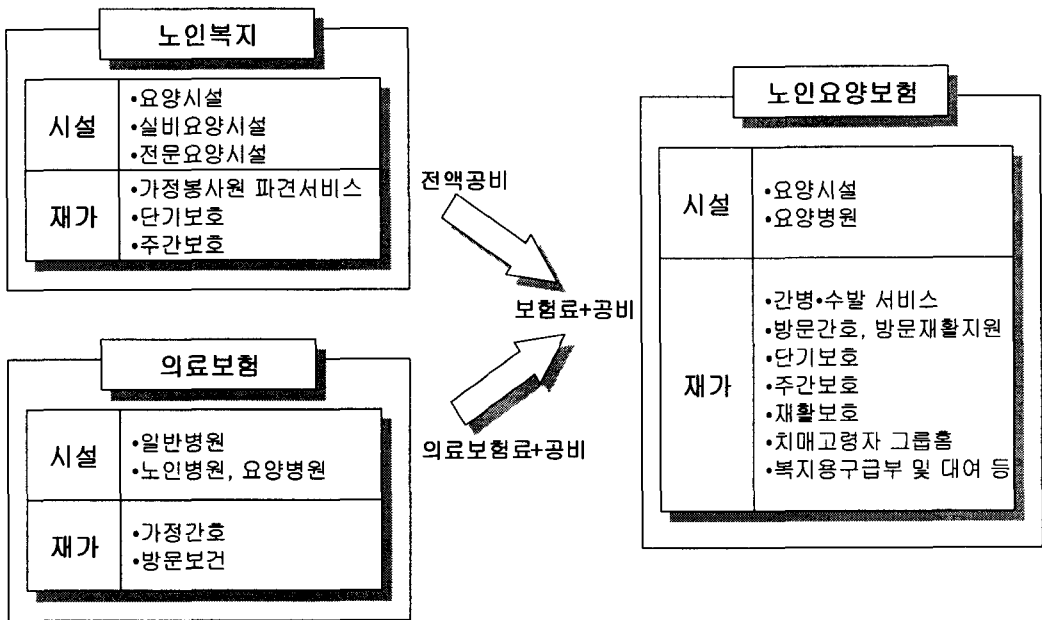
- 요양병원과 요양시설의 지역적 균형배치 방안 강구
 - 특히, 농어촌 지역의 재가 및 시설인프라 확충방안
- 보건, 의료, 복지의 연계, 통합 시스템 구축 방안 등

IV. 제도도입에 따른 예측변화 및 기대효과

1. 새로운 요양보장 체제 구축에 따른 변화 전망

□ 노인복지제도 및 건강보험제도의 재편

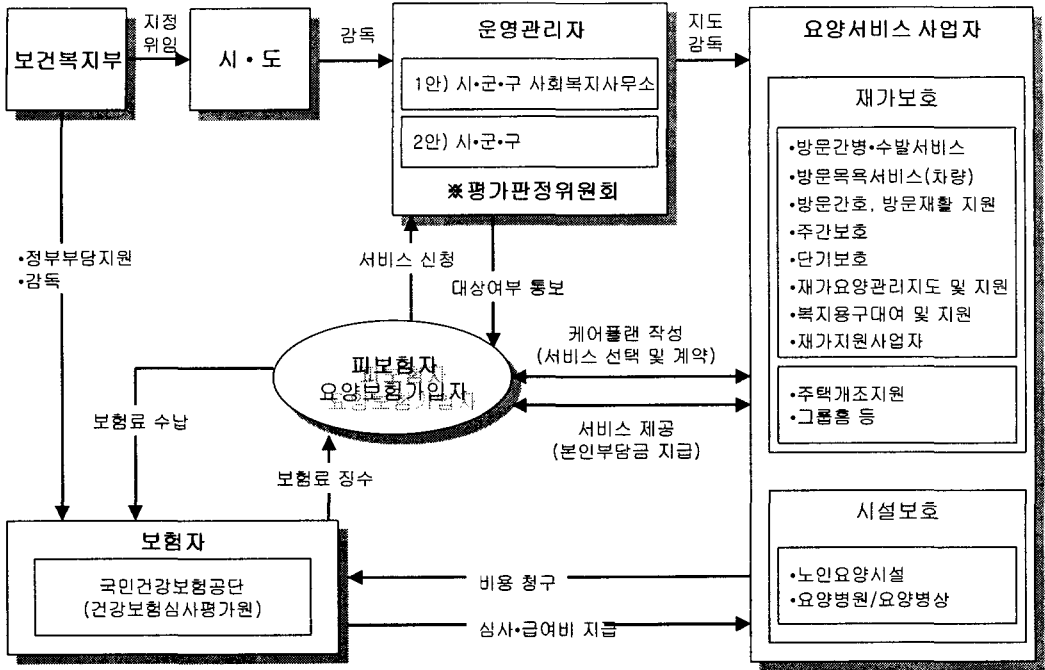
- 의료와 복지서비스의 분립제공체제 → 치료, 요양, 재활, 예방 등 통합적인 보건의료복지 서비스 체제로 재편



□ 이용자 중심자의 새로운 요양보호 시스템 구축

- 저소득 노인에 한정된 선별주의 체제 → 모든 노인 대상의 보편주의 체제로 전환
- 행정기관에 의한 조치제도 → 이용자가 서비스 기관 등을 선택하는 계약방식으로 전환
- 케어 매니지먼트에 의한 노인의 욕구에 맞는 다양하고 전문적인 서비스 제공 체제

<그림 3> 공적노인요양보험제도 개요 및 흐름도(안)



2. 기대효과

- 고령화 사회에서 증가하는 노인요양비 문제에 사회적 공동대처로 요양보호 가족의 부담 경감 및 국민노후불안 해소
 - 병원입원시 혜택이 없는 간병비(월 100여만원)가 급여범위에 포함되는 등 병원 및 시설 이용시 20% 수준만 비용 부담
 - ※ 요양병원 월 150 → 30만원, 요양시설 월 70 → 15만원 수준
- 노인의료비 대폭 감소로 건강보험재정 안정
 - 노인요양보장제도 도입, 시행시 2011년에 노인의료비의 약 10%(1조4,361억원) 감소
 - ※ 일본 개호보험 도입후 노인의료비 감소 11.8%를 적용하여 산출
- 노인간병인력, 전문간호사 등 고용창출효과
 - 여성, 노인 등 '07년 15만여명, '11년 20여만명 추정

□ 요양시설, 요양병원 등 요양보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화

- '11년까지 1,086개소, 1조3,998억원(국고 및 지방비) 투자
- ※ 경제적 효과 : 요양보호 시장규모 4-9조원('07 - '11년)

□ 다양한 민간주체의 참여로 요양인프라의 단기간내에 구축 전망

- 특히 간병, 간호 등 재가복지분야에 민간 사업자의 대폭적인 참여 예상
- ※ 일본 개호보험 실시 이후 간병분야 59%, 간호분야 82.7% 참여

V. 추진일정

분과	업 무	2003	2004	2005	2006	2007~	2013~
제도 총괄	재원조달방식 확정						
	관리운영모형개발						
	법제정						
	시범사업 및 관리운영시스템 구축						
평가 판정	제도도입						
	전국민 요양보장제도						
	대상자 특성조사						
	기능평가 항목선정						
수가 급여	평가항목 검증						
	평가항목 적용 시범사업						
	평가항목 시간추계 및 판정체계개발						
	기능등급설정						
시설 인력	외국의 급여수가체계 비교						
	급여수가기본방향 설정						
	급여범위 확정						
	자원이용수준 측정방법 개발						
시설 인력	요양보호 수가 및 지불제도 마련						
	장기요양시설 기능정립						
	장기요양필요 인력 기능정립						
	시설인력 추계 및 공급방안						
	시설확충						
	전문인력 제도화 및 양성						