

초고령화 사회로의 접근에 따른
노인장기요양보험법의 검토
- 우리나라와 독일법을 중심으로 -

A Review of Long-Term Care Insurance for the Elderly
by Access to an Aging Society

고재종*
Koh, Jae-Jong

목 차

- I. 들어가는 말
- II. 우리나라의 노인장기요양보험법과 그 내용
- III. 독일의 장기요양보험법의 최근 개정과 그 내용
- IV. 양국 제도의 비교와 개선방안
- V. 맺는 말

국문초록

우리나라의 인구 감소 문제는 매우 심각한 상태라고 할 수 있다. 출산율은 세계 최하위권이고, 고령화 속도는 선진국에 비하여 2 내지 3배 정도 빠르게 진행되고 있는 상태이다. 우리나라는 2026년경 초고령화 사회에 진입하고, 2030년부터는 아예 절대인구가 감소하게 될 것이라고 예상하고 있다. 이처럼 급속한 인구 고령화 현상은 노인들을 허약하게 할 뿐만 아니라 장애인이 발생할 가능

논문접수일 : 2018.01.30.

심사완료일 : 2018.02.21.

게재확정일 : 2018.02.21.

* 법학박사 · 선문대 법경찰학과 교수

성이 급격히 증가하여 독립적인 삶으로부터 타인에게 의존하여 살아갈 수밖에 없을 것으로 판단된다. 또한 노인계층의 상병구조를 보면, 전염성이나 급성질환 중심에서 비전염성 내지 만성질환 중심으로 변화되어 갈 것으로 판단되고 있다. 그런데 이러한 고령화 문제를 각 가정에서 스스로 해결하도록 한다면 국가 전체적인 생산력 저하와 사회적 비용 부담이 증가하게 될 수밖에 없을 것이다. 따라서 이를 사회 전체가 공동으로 해결함이 바람직하다고 본다. 그 방법 중 하나가 바로 노인장기요양보험법의 제정과 노인장기요양보험제도의 실시라고 할 수 있다. 하지만, 동 보험제도는 재정의 부족, 운영방법, 시설·인력측면의 인프라 구축 미비 등으로 인하여 동법의 제정 내지 동 제도의 도입 취지와 달리 아직까지 그 역할을 제대로 수행하지 못하고 있다. 그러한 예로, 보건복지부장관이 2017년 9월 18일 서울 코엑스에서 치매 국가책임제 대국민 보고대회에서 치매로부터 자유로운 치매 안심사회를 만들고자 ‘치매 국가책임제 추진계획’을 발표한 경우를 들 수 있다. 이에 본 논문은 제2장에서 우리나라의 노인장기요양보험의 제정 배경과 그 구체적인 내용을, 제3장에서는 2017년 독일이 장기요양 필요상태의 인정 등의 제도를 새로이 도입한 바, 그 전후의 장기요양보험법의 내용을 살펴보았다. 그리고 마지막 제4장에서는 우리나라와 독일의 제도를 비교하여 향후 노인장기요양보험법의 개선 방안을 제시하였다. 결론적으로 노인장기요양보험이 실질적으로 기능하기 위하여서는 제4장에서 우리나라와 독일의 제도를 비교한 내용을 토대로 우리나라의 기존 노인장기요양법을 개정할 필요가 있다고 하겠다.

주제어 : 초고령화 사회, 노인장기요양보험법, 국민건강보험공단, 장기요양급여, 장기요양등급, 장기요양 필요상태, 장기요양필요도

1. 들어가는 말

우리나라의 인구 감소의 문제는 매우 심각한 상태라고 할 수 있다. 출산율은 세계 최하위권이고 고령화 속도는 선진국보다 2-3배 정도 빠르게 진행되고 있는 상태이다. 경제활동인구도 2016년부터 감소되기 시작했고, 2018년부터는 대학교

입학정원보다 고등학교 졸업생 수가 더 적어지기 시작했다. 나아가, 2026년에는 초고령사회에 진입하고, 2030년부터는 아예 절대인구가 감소하게 된다고 한다.¹⁾

이러한 고령화 문제는 세계적인 현상이기는 하지만, 우리나라는 그 속도가 너무 빠르다. 대부분의 선진국이 고령화 사회에서 초고령사회로 진입하는데 80년 정도 걸리는데 반하여, 우리나라는 대략 26년 정도 걸릴 것으로 예상하고 있다.²⁾ 이미 초고령사회에 진입한 일본과 비교하여도 10년 정도 빠른 속도이다.³⁾

이처럼 급속한 인구 고령화는 노인들을 허약하게 할 뿐만 아니라 장애인의 발생 가능성도 급격히 증가하여 타인에게 의존하지 않을 수 없게 하고 있다. 또한 노인계층의 상병구조도 전염성이나 급성질환 중심에서 비전염성 만성질환 중심으로 변화하고 있다. 만성질환은 완치가 불가능하여 질병을 관리하는데 많은 비용이 소요되고 질병에 대한 부담을 늘리고 장애를 수반하는 경우가 많다.⁴⁾ 반면 핵가족화·여성의 사회 참여 증가는 이들을 가정에서 돌보기가 더욱 어렵게 만들고, 만약 이 문제를 각 가정에서 스스로 해결하도록 한다면 국가 전체적인 생산력 저하와 사회적 비용 부담이 과중하게 될 것이라고 한다. 나아가, 이러한 문제를 각 세대가 직접적으로 해결함에도 한계가 있다. 따라서 이를 사회 전체가 공동으로 해결함이 바람직하다고 본다.

그 방법 중 하나가 바로 노인장기요양보험법의 제정과 노인장기요양보험제도의 실시라고 할 수 있다.⁵⁾ 하지만, 동법의 재정의 부족, 운영방법, 시설·인력측면의 인프라 구축 미비 등으로 인하여 동법의 제정 내지 동 제도의 도입 취지와 달리 아직까지 그 역할을 제대로 수행하지 못하고 있다.⁶⁾ 이에 본 논문은

1) 장기천, “저출산·고령화의 경제적 영향 및 대응방향”, 「주간 KDB 리포트」, 한국산업은행, 2016. 10. 24, 1-2쪽.

2) UN에 의하면, 65세 이상 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율이 7% 이상이면 고령화 사회(aging society), 그 비율이 14% 이상이면 고령사회(aged society), 20% 이상으로 올라가면 초고령사회 내지 후기고령사회(super/post-aged society)로 구분한다. 우리나라는 2000년 고령화 사회, 2018년 고령사회, 2026년 초고령사회에 접어들었다고 한다[장기천, 위의 논문, 5쪽, 30쪽].

3) 장기천, 위의 논문, 5쪽.

4) 고준기, “노인장기요양보험법의 문제점과 개선방안”, 「동아법학」 제57권, 동아법대 법학연구소, 2012. 12. 3, 289-290쪽.

5) 박승두, “한·일비교연구 : 노인장기요양보험제도의 현황과 전망”, 「청주법학」 제33권 제1호, 청주대학교 법학연구소, 2011. 5, 45쪽.

6) 고준기, 앞의 논문, 290쪽.

제2장에서 우리나라의 노인장기요양보험의 제정 배경과 그 구체적인 내용을, 제3장에서는 2017년 독일이 장기요양 필요상태의 인정 등의 제도를 새로이 도입한 바 그 전후의 장기요양보험법의 내용을 살펴보고자 한다. 그리고 제4장에서는 우리나라와 독일의 제도를 비교하여 향후 노인장기요양보험법의 개선 방안을 살펴보려고 한다.

II. 우리나라의 노인장기요양보험법과 그 내용

1. 서설

우리나라의 노인장기요양보험법은 1999년 김대중 정부시절부터 논의가 되기 시작하여 노무현 정부인 2007년에 제정·시행되었다.⁷⁾ 이후 동법은 11번의 일부 개정을 하였고, 가장 최근에는 2016년 12월 2일에 개정하였다. 이하에서는 동법의 제정 및 개정의 배경, 운영 실태 그리고 동법의 구체적인 내용을 살펴본다.

2. 우리나라의 장기요양보험의 제정과 개정

가. 제정 배경

동법 제정의 외적 배경은 사회적인 측면, 정치적인 측면, 경제적인 측면으로 나누어 살펴볼 수 있다. 첫째, 사회적인 측면에서 노령인구가 1990년 이후 연 3.9%씩 증가하였고 2007년 전체인구 4,845만 명 중의 9.9%를 차지하였다는 점이다.⁸⁾ 둘째, 정치적인 측면에서 당시 정부는 민주화의 정착기로 노인요양문제를 정책결정의 주된 문제로 논의하였고, 2001년 ‘노인장기요양제도’를 도입하였다는 점이다.⁹⁾ 또한 셋째, 경제적인 측면에서 사회서비스 분야의 취업 비율은

7) 법률 제8403호, 2007년 4. 27 제정, 2008년 7. 1 시행되었다.

8) 김인철·권진만·윤광진(이하 김인철 등), 「노인장기요양보험법」에 대한 입법평가, 한국법제연구원, 2009, 31쪽.

OECD 국가의 절반(2003년 기준)인데, 이 중 보건복지서비스 분야의 취업 비율이 2.4% 정도에 불과하고, 여성의 경제활동 참가율 또한 약 50%로 선진국에 비하여 낮은 수준이라는 점을 들 수 있다.¹⁰⁾

다음으로 내적 배경으로는 첫째, 「노인복지법」의 발달을 들 수 있다. 동법이 제정되기 전에는 장기요양의 개념조차 정립되지 않았지만, 1981년 이후 노인장기요양의 문제가 노인복지의 주요 분야로 논의되기 시작하였다. 특히, 1997년 노인복지법의 전문 개정¹¹⁾으로 노인장기요양의 문제가 체계화되기 시작하였다.¹²⁾ 둘째, 건강보험의 재정부담 및 국민연금의 기능 저해를 들 수 있다. 건강보험의 전체 의료비 중 노인의료비의 비중이 1990년 2,391억 원(8.2%)이었으나 2005년 248,615억 원(24.4%)으로 노인의료비의 비중이 크게 증가하였으며, 향후에도 계속적으로 증가할 것으로 전망되었기 때문이다.¹³⁾

나. 노인장기요양보험법의 제정·개정

동법은 노인의 간병·장기요양 문제를 사회적 연대원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하고자 2007년 4월 27일 처음으로 제정된 것으로, 노인의 노후생활 안정을 도모하고 그 가족의 부양부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질적 향상에 그 목적으로 두고 있다.¹⁴⁾ 그 내용으로는 장기요양급여에 관한 국가정책 방향(동법 제5조), 장기요양보험료의 산정징수 등(동법 제7조에서 제9조까지), 장기요양급여의 종류(제23조부터 제26조까지), 장기요양급여비용의 본인 일부부담(동법 제40조), 장기요양위원회의 설치 등(동법 제45조부터 제47조까지), 관

9) 정희선, “노인장기요양보험법 제정사”, 『사회보장법연구』, 서울대 사회보장법연구회, 2012. 6, 166-167쪽.

10) 2016년 한국 여성의 경제활동 참가비율은 58.4%로 OECD 35개국 중에서 31위에 해당하였다. 1위는 아이슬란드 86.2%, 독일 11위, 영국 13위, 일본 20위 순이었다[“한국 여성 ‘유리천장’ …통계로 본 현실은?”, JTBC뉴스, 2017. 9. 7, <http://news.jtbc.joins.com/html/991/NB11518991.html>].

11) 법률 제5359호, 1997년 8월 22일 전부개정, 시행 1998년 5월 23일.

12) 이광재, 「노인장기요양보험제도 정책과정의 이해」, 공동체, 2010. 1. 20, 81쪽.

13) 정희선, 앞의 논문, 168-169쪽.

14) http://www.lawmb.com/lawinfo/contents_view.asp?cid=91D99B6DAC6D42F5958D432E87353156.

리운영기관(동법 제48조부터 제49조), 장기요양등급판정위원회의 설치 등(동법 제52조 및 제53조), 국가와 지방자치단체의 부담(동법 제58조) 등이다.¹⁵⁾

이후 동법은 11번의 일부 개정을 하였고, 가장 최근에는 2016년 12월 2일 개정이 있었다. 그 중요한 내용을 열거하면, 장기요양급여 제공에 관한 자료의 기록 및 관리(동법 제35조 제4항, 2010년 3. 17일 개정), 과징금의 부가 등(동법 제37조의 2, 2013년 8월 13일 개정), 위반사실의 공표(동법 제37조의 3, 2013년 8월 13일 개정), 결격사유(동법 제32조의 2, 2015년 12월 29일 개정), 장기요양급여 제공의 제한(동법 제37조의 5, 2015년 12월 29일 개정), 실태조사(제6조의 2, 2016년 5월 29일 개정), 장기요양기관 재무회계기준(동법 제35조의 2, 2016년 5월 29일 개정), 장기요양요원지원센터 설치 등(동법 제47조의 2, 2016년 5월 29일 개정), 특별현금급여수급계좌(제27조의 2, 2016년 12월 2일 개정)가 신설되었고, 이 외에도 기존의 법조문에 대한 내용이 일부 개정되었다.¹⁶⁾

3. 동법의 운영 실태

먼저, 동법의 적용 대상은 2015년 기준 우리나라 의료보장 인구 5,203만 명 중에서 65세 이상 인구인 672만 명(건강보험 622만 명, 의료급여 4만 명,¹⁷⁾ 기초수급 45만 명¹⁸⁾)으로, 이 중에서 2015년 12월말 기준 장기요양보험 누적 신청자 수는 789,024 명이며, 2015년 인정자¹⁹⁾ 수는 467,752명(노인인구의 7.0%)이며, 인정율은 74.2%로 나타났다. 이는 2014년 대비 10.2%, 2013년 대비 23.6%가 증가한 수치이다. 이를 성별로 보면 전체의 27.2%가 남자이고, 나머지 72.8%가 여자이다. 또한 등급별로 보면, 1등급 37,921명, 2등급 71,260명,

15) 위의 사이트.

16) 박현식, “노인장기요양보험법의 법제적 문제점과 개선방안”, 「법학연구」 제51집, 한국법학회, 2013. 9, 337쪽.

17) 의료급여는 의료급여법 제3조 “국민기초 생활보장법”을 제외한 “재해구호법”, “의사상자 등 예우 및 지원에 관한 법률” 등에 의한 의료급여 수급자를 말한다.

18) 기초수급은 의료급여법 제3조 “국민기초생활보장법”에 의한 수급권자(국민기초 1, 2종 및 사회복지시설 입소자 포함)를 말한다.

19) 인정자란 해당 연도말 현재 장기요양등급 유지자(사망자 제외)를 말한다.

3등급 176,336명, 4등급 162,763명, 5등급 19,472명이다.²⁰⁾

둘째, 급여실적으로 보면, 2015년 기준 연간 총 급여비는 45,226억원(지급기준)이며, 동년 실인원 1인당 월평균 급여비²¹⁾는 1,057,425원(2014년 대비 3.2% 증가), 공단부담금(공단부담금/급여비)은 930,917원이다. 이 중 공단부담금은 2013년 30,830억원, 2014년 34,981억 원, 2015년 39,816억으로 매년 증가하였다(2014년 대비 13.8%, 2013년 대비 29.1% 증가). 이를 2015년 기준 장애 등급별로 보면 다음과 같다.²²⁾ 2015년 총 장기요양 급여비용 중 유형별 공단부담금을 보면, 2014년 대비 재가급여 15.7%, 시설급여 12.1%가 증가하였다.²³⁾

셋째, 2015년도 기준 장기요양기관 수는 18,002개소로 이중 재가요양기관은 12,917개소, 시설요양기관은 5,085개소로 2014년보다 각각 10.7%, 4.4%가 증가하였다. 이러한 기관에 종사하는 요양보호사는 294,788명, 사회복지사 13,923명, 간호사 2,719명, 간호조무사 9,099명 등인데 이는 2014년과 비교하여 각각 10.6%, 23.2%, 1.3%, 10.4%가 증가하였다.²⁴⁾

넷째, 2015년 장기요양 보험료 부과액은 28,833억 원으로 직장 22,341억 원, 지역 4,707억 원이다. 이는 전체 세대당 보험료(개인부담기준)로 5,869원(기초수급, 의료급여 제외), 1인당 월평균 보험료는 2,780원에 해당된다. 장기요양 보험료 징수율은 99.1%로 직장 99.4%, 지역 97.6%의 징수율을 보이고 있다.²⁵⁾

4. 동법의 구체적 내용

가. 노인장기요양보험의 당사자와 관계자

20) 국민건강보험, 「2015년 노인장기요양보험 통계연보(이하 2015 통계연보)」, 국민건강보험공단 빅데이터 운영실/통계부, 2016. 6. 21, xlii-xlv쪽.

21) 급여이용 수급자 1인당 월평균 급여비(공단부담금) = (월간 급여비(공단부담금)/월간 급여이용 수급자 수)의 평균이다.

22) 국민건강보험, 2015 통계연보, xlvi-xlviii쪽.

23) 위의 자료.

24) 위의 자료, xlix-l쪽.

25) 위의 자료, li-lii쪽.

우리나라의 노인장기요양보험의 가입자는 국민건강보험법 제5조 및 제109조에 따른 가입자로, 동법 제5조 제1항에서 제외하는 자²⁶⁾가 아닌 국내에 거주하는 국민이다(노인장기요양보험법 제7조 제2항).

반면 장기요양보험의 보험자는 건강보험공단(이하 공단)이고, 동 사업은 보건복지부장관이 관장한다(동법 제1·3항). 공단은 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과·징수, 신청인에 대한 조사, 등급판정위원회의 운영 및 표준장기요양계획서의 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가, 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용자원에 관한 사항, 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급, 장기요양급여 제공내용 확인, 장기요양사업에 관한 조사·홍보, 노인성 질환예방사업, 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등, 장기요양급여의 제공 기준을 개발하고 장기요양 급여비용의 적정성을 검토하기 위한 장기요양기관의 설치 및 운영, 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부 장관이 위탁한 업무를 수행한다.²⁷⁾ 다만, 「외국인 근로자의 고용 등에 관한 법률」에 따른 외국인 근로자 등 대통령령으로 정하는 외국인이 신청하는 경우 보건복지부령으로 정하는 바에 따른 장기요양보험가입자에게 제외할 수 있도록 하였다(동조 제4항). 그 밖의 정가요양보험가입의 자격 등에 대해서는 「국민건강보험법」 제5조, 제6조, 제8조부터 제11조까지, 제69조 제1항부터 제3항까지, 제76조부터 제86조까지 및 제110조는 장기요양보험가입자·피부양자의 자격 취득·상실, 장기요양보험료 등의 납부·징수 및 결손처분 등에 관하여 준용하도록 하고 있다.

장기요양인정의 신청을 할 수 있는 자는 노인 등이다. 노인 등이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병²⁸⁾을 가진 자를 말한다(동법 제2조 제1호). 구체적으로는 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 「의료급여법」 제3조 제1항에 따른 수급권자(의료급여 수급권자) 등이다.²⁹⁾

26) 「의료급여법」에 따라 의료급여를 받는 사람과 「독립유공자예우에 관한 법률」 및 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 따라 의료보호를 받는 사람은 제외한다(동조 단서).

27) 국민건강보험, 2015 통계연보, xxxvii-xxxviii쪽.

28) 노인장기요양보험법 시행령 제2조와 별표 1(노인성 질병의 종류) 참조.

나. 장기요양 보험료와 급여

(1) 장기요양 보험료

장기요양 보험료는 「국민건강보험법」 제69조 제4항 및 제5항에 따라 산정한 보험료액에서 동법 제74조 또는 제75조에 따라 국민건강보험료액에서 경감 또는 면제되는 비용을 공제한 금액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정한 금액으로 한다(노인장기요양보험법 제9조 제1항). 이러한 장기요양보험료율은 제45조에 따른 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 하고 있다(동조 제2항). 2017년도 장기요양보험료율은 2011년부터 6.55%로 계속하여 동결되어 1인당 평균 장기요양보험료는 10,536원이었으나, 2018년에는 0.83%포인트 인상된 7.38%로 확정하여 8년 만에 인상되었다.³⁰⁾ 하지만, 건강보험료율 또한 2018년 2.04% 인상된 6.12%로 2006년 이후(2009년 제외) 지속적으로 증가되고 있어³¹⁾ 건강보험료율 대비 장기요양보험료율이 실질적으로 증가하고 있다고 할 수 있다.

공단은 장기요양보험료를 국민건강보험료와 구분하여 통합 징수하되(동법 제8조 제2항), 장기요양보험료와 국민건강보험료를 각각의 독립회계로 관리하여야 한다(동법 제8조 제3항). 이는 노인장기요양보험의 가입자, 장기요양보험료의 산정 및 징수절차를 명확히 하고 국민건강보험의 부과시스템을 활용함으로써 법 집행의 예측가능성과 업무의 효율성을 제고하고자 함이다.³²⁾

(2) 장기요양급여

29) 당초 법안에는 “의료급여법에 따른 수급권자 중 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 대통령이 정하는 노인성 질병을 가진 자”로 한정하여 장기요양급여를 필요로 하는 노인 및 노인성 질병을 가진 국민에게 장기요양급여가 제공되도록 함으로써 장기요양제도의 실효성을 확보하고자 하였으나, 법안 심의 과정에서 이를 삭제하였다[박승두, 앞의 논문, 48쪽 주 5].

30) “장기요양 보험료율 8년만에 인상…건강보험료에서 6.55%→7.38%”, Newsis, 2017. 11. 06, http://www.newsis.com/view/?id=NISX20171106_0000139995.

31) 보건복지부, “2018년 건강보험료율 2.04% 인상 결정”, <https://www.gov.kr/portal/ntnadmNews/1182869>.

32) 박승두, 앞의 논문, 288쪽.

(가) 급여의 개시 및 제한

수급자는 원칙적으로 장기요양 인정서가 도달한 날부터 장기요양급여(보험급여)를 받을 수 있다(동법 제27조 제1항). 그러나 수급자는 돌볼 가족이 없는 경우 등 대통령령이 정하는 사유가 있는 경우 특별히 신청서를 제출한 날부터 장기요양 인정서가 도달되는 날까지의 기간 중에도 장기요양 급여를 받을 수 있다(동조 제2항). 장기요양 급여는 월 한도액 범위 안에서 제공하며, 월 한도액은 장기요양 등급 및 장기요양 급여의 종류 등을 고려하여 산정한다(동법 제28조 제1항).

다만, 공단은 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 ① 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양 인정을 받거나 ② 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양 인정을 받은 경우에는 장기요양급여를 중단하거나 제공하지 아니하게 하여야 한다(동법 제29조 제1항). 또한 공단은 장기요양 급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양 급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다(동조 제2항).³³⁾

(나) 장기요양급여의 종류

노인장기요양보험급여는 월 한도액의 범위 내에서 제공되며, 크게 ① 재가급여, ② 시설급여, ③ 특별현금급여의 세 가지로 구분된다. 먼저, ①의 경우는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타 재가급여로 구분할 수 있다. 단기보호는 원칙적으로 월 9일 이내로 제한된다. 다만, 가족의 여행, 병원치료 등의 사유로 수급자를 돌볼 가족이 없는 경우 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 사유에 해당하는 경우에는 1회 9일 이내의 범위에서 연간 4회 까지 연장할 수 있다(동법 시행규칙 제11조). 기타 재가급여는 필요한 용구를 제공 혹은 대여하는 급여를 말한다(동법 시행령 제9조).

②의 경우 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조의 규정에 따른 노

33) 「국민건강보험법」 제35조 제1항 제4호, 같은 조 제2항부터 제6항까지 및 제54조는 이법에 따른 보험료 체납자 등에 대한 장기요양 급여의 제한 및 장기요양 급여의 정지에 관하여 준용한다. 이 경우 “가입자”는 장기요양 보험가입자로, “보험급여”는 장기요양 급여로 본다.

인의료복지시설(노인전문병원은 제외) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다. 다만, 원칙상 재가급여가 우선하지만 재가급여와 시설급여 사이에 엄격하게 보충성의 원칙이 적용되지는 않는다.³⁴⁾ 다만, 실무에서는 원칙적으로 요양등급 1급 및 2급에 한하여 제공되고 있다.³⁵⁾

마지막으로 ③ 특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등이 있다(동법 제23조 제1항 제3호). 가족요양비란 수급자가 섬·벽지에 거주하거나 천재지변, 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 장기요양급여를 지정된 시설에서 받지 못하고 그 가족 등으로부터 방문요양에 상당하는 장기요양급여를 받을 때 지급하는 현금급여를 말한다. 요양제공자란 수급자의 주거에서 비직업적으로 방문요양에 상당한 서비스를 제공하는 자로 가족 및 친지, 이웃 등을 폭넓게 인정한다. 가족요양비 수급자는 재가급여, 시설급여를 중복하여 받을 수 없으나, 기타 재가급여(복지용구)는 중복수급이 가능하다(동법 시행규칙 제17조). 공단은 해당 수급자에게 월 단위로 가족요양비를 지급하여야 한다(익월부터 월 15만원 지급). 다만, 월 중에 가족요양비 지급 및 소멸 사유가 발생한 경우에는 일할 계산하여 지급한다(동법 시행령 제20조 제6항).

(다) 본인 일부 부담제도

수급자는 원칙적으로 ① 재가급여의 경우 당해 장기요양급여 비용의 100분의 15, ② 시설급여의 경우 장기요양급여비용의 100분의 20을 부담한다(동법 제40조 제1항). 하지만, ① 이 법의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 아니하는 장기요양급여, ② 수급자가 제17조 제1항 제2호에 따른 장기요양 인정서에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그 차액, ③ 제28조에 따른 장기요양급여의 월 한도액을 초과하는 장기요양급여에 대한 비용은 수급자 본인이 전부 부담한다.

34) 예컨대 독일의 장기요양보험법은 재가급여가 불가능하거나 사안의 특수성으로 인하여 고려될 수 없는 경우에 한하여 비로소 시설급여를 청구할 수 있도록 보충성의 원칙을 명시하고 있다(독일 사회법전 XI 제43조 제1항).

35) 전광석, 앞의 논문, 124쪽.

나아가, 다음 각 호의 하나에 해당하는 자에 대하여는 본인 일 부담금의 100분의 50을 감경한다. 즉, ① 「의료급여법」 제3조 제1항 제2호부터 제9호까지의 규정에 따른 수급권자, ② 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자(다만, 도서·벽지·농어촌 등의 지역에 거주하는 자에 대하여 다른 금액을 정할 수 있다), ③ 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자의 경우에는 본인 일부부담금의 100분의 50을 감경한다(동조 제3항). 이와 관련한 본인일부 부담금의 산정방법, 감경절차 및 감경방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다(동조 제4항).

(라) 장기요양급여의 구상권

공단은 제3자의 행위로 인한 장기요양급여의 제공사유가 발생하여 수급자에게 장기요양급여를 행한 때 그 급여에 사용된 비용의 한도 안에서 그 제3자에 대한 손해배상의 권리를 얻는다(동법 제44조 제1항). 만약 위 제1항의 경우 장기요양급여를 받은 자가 제3자로부터 이미 손해배상을 받은 때 그 손해배상액의 한도 안에서 장기요양급여를 행하지 아니한다(동조 제2항).

다. 장기요양 인정 절차

(1) 장기요양 인정 신청의 조사

공단은 신청서를 접수한 때 소속 직원으로 하여금 ① 신청인의 심신상태, ② 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용, ③ 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령이 정하는 사항을 조사하게 하여야 한다(동법 제14조 제1항 본문). 다만, 지리적 사정 등으로 직접 조사하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 특별자치시·특별자치도·시·군·구(자치구)에 대하여 조사를 의뢰하거나 공동으로 조사할 것을 요청할 수 있다(동항 단서).

(2) 등급판정 등

공단은 조사를 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서 그 밖에 필요한 자료를 장기요양등급 판정위원회(이하 등급판정위원회)에 제출하여야 한다(동법

제15조 제1항). 등급판정위원회는 신청인이 신청자격요건을 충족하고 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령³⁶⁾이 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받은 자(이하 수급자)로 판정한다(동조 제2항). 등급판정위원회는 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족, 의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들 수 있다(동조 제3항). 등급판정위원회는 신청인이 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 장기요양등급판정을 완료하여야 한다(동법 제16조 제1항 본문). 다만, 신청인에 대한 정밀조사가 필요한 경우 등 기간 이내에 등급판정을 완료할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우 30일 이내의 범위 안에서 이를 연장할 수 있다(동조 제1항 단서). 만약 등급판정위원회는 위 제1항 단서에 따라 장기요양인정 심의 및 등급판정기간을 연장하고자 하는 경우 신청인 및 대리인에게 그 내용·사유 및 기간을 통보하여야 한다(동조 제3항).

(3) 장기요양 인정서의 송부

공단은 등급판정위원회가 장기요양인정 및 등급판정의 심의를 완료한 경우 지체 없이 ① 장기요양등급, ② 장기요양급여의 종류 및 내용, ③ 그 밖에 장기요양급여에 관한 사항으로서 보건복지부령이 정하는 사항이 포함된 장기요양인정서를 작성하여 수급자에게 송부하여야 한다(동법 제17조 제1항). 그리고 공단은 등급판정위원회가 장기요양인정 및 등급판정의 심의를 완료한 경우 수급자로 판정받지 못한 신청인에게 그 내용 및 사유를 통보하여야 한다. 이 경우 시장·군수·구청장은 공단에 대하여 이를 통보하도록 요청할 수 있고, 요청을 받은 공단은 이에 응하여야 한다(동법 제17조 제2항).

라. 구제절차

장기요양인정·장기요양등급·장기요양급여·부당이득·장기요양급여비용 또는 장기요양보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있는 자는 공단에 이의신청을

36) 동법 시행령 제7조.

할 수 있다(동법 제55조 제1항). 이의신청은 처분이 있는 날로부터 90일 이내에 문서로 하여야 한다. 다만, 정당한 사유로 본문의 기간 내에 이의신청을 할 수 없음을 소명한 때에는 그러하지 아니한다(동조 제2항). 공단은 장기요양심사위원회를 구성하여 제1항에 따른 이의신청사건을 심의하게 하여야 한다(동조 제3항). 만약 이의신청 결정에 대하여 불복하는 자는 결정처분을 받은 날로부터 90일 이내에 장기요양심판위원회에 심사청구를 할 수 있다(동법 제56조 제1항). 심판위원회의 구성은 보건복지부장관 소속으로 두고, 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성한다. 심판위원회의 위원은 관계 공무원, 법학 그 밖에 장기요양사업 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지부장관이 임명 또는 위촉한다(동조 제2·3항).

뿐만 아니라 위의 제55조에 따른 이의신청 또는 제56조에 따른 심사청구에 대한 결정에 불복한 자는 「행정소송법」으로 정하는 바에 따라 행정소송을 제기할 수 있다(동법 제57조).

5. 소결

이상으로 우리나라의 노인장기요양보험법을 개괄적으로 살펴보았다. 우리나라는 급속히 고령화 내지 초고령화 사회에 접근하고 있어, 그들의 노후생활의 안정 및 보건복지 증진을 위한 대비책을 마련하지 않으면 안 된다. 노인장기요양보험법은 바로 그러한 목적으로 1999년부터 논의된 것이지만, 동법의 제정은 2007년이 되어서야 비로소 이루어졌다. 물론 이후 여러 차례의 개정이 되어 지금에 이르고 있으며, 그 과정에서 동 제도가 가진 문제점들은 많이 보완되었다. 그렇지만 고령화 사회 내지 초고령화 사회에 대비하여 노인장기요양제도가 충분히 성숙되었다고 할 수는 없다. 독일도 우리와 마찬가지로 고민을 하고 있는 것으로 보이며, 2017년 장기요양 필요상태의 인정 제도를 새로이 개정하여 장기요양이 필요한 자에게 실질적인 혜택을 주고자 한 것으로 보인다. 이하에서는 독일의 제도를 2017년 전후로 구분하여 장기요양보험법의 개정 배경 및 그 내용을 검토한다.

Ⅲ. 독일의 장기요양보험법의 최근 개정과 그 내용

1. 서설

독일은 1995년 공적장기요양보험제도가 시작되어 20년이 지난 2014년 동 보험의 급부 수급자는 약 274만 명에 이르고 있다.³⁷⁾ 또한 동 보험의 급여 수급 유무에 관계없이 2016년 당시 치매 환자는 약 160만 명으로 추정되고 있다.³⁸⁾ 이처럼 독일도 급속한 고령화 현상으로 인하여 장기요양보험제도를 중요한 정책 분야 중 하나로 생각하고 있다.

이러한 장기요양법은 2013년 1월 1일 시행된 장기요양보험재교부법³⁹⁾ 및 2015년 1월 1일 시행된 제1차 장기요양보험강화법⁴⁰⁾의 개정에 의하여 급부가 확충되고, 유연한 청구에 관한 규정 등이 이루어졌다. 나아가, 2015년에는 제1차 장기요양보험강화법을 더욱 강화한 제2차 장기요양보험강화법⁴¹⁾이 제정되었으며, 그 내용은 2016년 1월 1일 시행된 개정 부분과 2017년 1월 1일에 시행된 개정 부분이 있다.⁴²⁾

독일의 장기요양보험의 구체적인 내용은 사회법전 제11편(Sozialgesetzbuch-SGB XI)⁴³⁾에서 장기요양 필요상태(Pflegebedürftigkeit)와 장기요양등급(Pflegestufe)

37) Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. (20. Januar 2016). (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_01-2016.pdf). 장기요양 관련 통계는 Pflegestatistik 2013, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile).

38) "Informationen zu den Krankheiten". (<http://www.bmg.bund.de/themen/pflege/demenz/infoszu-den-krankheiten.html>).

39) Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung vom 23. Oktober 2012 (BGBl. I S. 2246).

40) Erstes Pflegestärkungsgesetz vom 17. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2222).

41) Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2424).

42) Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926, S. 61.

43) Sozialgesetzbuch - Elftes Buch - Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994 (BGBl. I S. 1014, 1015). 장기요양보험법은 제1장 총칙(제1조-제13조), 제2장 수급권자(제14조-제19조), 제3장 장기요양보험의 가입의무자(제20조-제27조), 제4장 장기요양보험의 급부(제23조-제45f)

으로 구분하고 있다.⁴⁴⁾ 즉, 동법 제2장(제14조-제19조)에서 수급권자의 범위(Leistungsberechtigter Personen)를 ‘장기요양을 필요로 하는 자(Pflegebedürftige Personene)’와 ‘장기요양자(Pflegepersonen)’를 구분하였다. 나아가, 의료보험중앙연합회의 MDK(Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen)⁴⁵⁾ 및 연방보험협회, 장기요양서비스사업단체, 요양홈단체, 요양직단체, 연방장애자단체 등과 함께 장기요양보험중앙연합회(Spitzverbände der Pflegekassen)도 규정하였다. 더불어 연방보건성(Bundesministerium für Gesundheit)의 인기를 효력발생요건으로 하는 장기요양 필요 상태에 관한 지침⁴⁶⁾ 및 심사지침⁴⁷⁾(이하 관련 지침)에서 장기요양 필요 상태에 관한 판단기준, 등급분류 및 인정절차 등에 관한 세부 내용을 정하고 있다.⁴⁸⁾

2. 2017년 개정 전 장기요양보험제도의 내용

조), 제5장 조직(제46조-제53b조), 제6장 재정(제54조-제63조), 제7장 장기요양금과 급부제 공사업자와의 관계(제69조-81조), 제8장 장기요양보수(제82조-제92f조), 제9장 데이터보호 및 통계(제93조-제109조), 제10장 민간장기요양보험(제110조-제111조), 제11장 장기요양의 질 확보 및 장기요양자의 보호에 관한 그 밖의 규정(제112조-제120조), 제12장 과료규정(제121조-제125조), 제13장 민간부가적 장기요양보험의 조성(제126조-제130조) 및 제14장 장기요양준비금의 설치(제131조-제139조)로 구성되어 있다.

- 44) 독일정부는 2015년 12월 장기요양보험법(Pflegeversicherungsgesetz 2017)을 개정하여 새로운 장기요양 필요상태의 개념 정의 및 장기요양인정의 방법을 규정하였다(2017년 1월 1일 시행).
- 45) MDK는 사회법전 제5편에서 질병금과 주차원에서 공동으로 설치하는 조직으로 본래의 업무는 질병금과를 위하여 필요한 전문의학적 지식을 제공하는 것이다. 한편 장기요양보험제도가 실시된 이후 장기요양필요상태의 판정 및 장기요양등급의 분류를 위한 심사도 담당하고 있다 [홍성민, “가족과 장기요양인정”, 『한국사회보장법학회 제9회 학술대회(가족의 변화와 사회보장법의 과제)』, 한국사회보장법학회/고려대학교 노동·사회보장법연구센터, 2016. 4. 29, 12쪽 주7].
- 46) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien-PfIRi) vom 07.11.1994 in der geänderten Fassung vom 21. 12. 1995, vom 22. 8. 2001 und vom 11. 5. 2006, https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/komm/UdschingKoSGBXI_3/ges/PfIRi/cont/UdschingKoSGBXI.PfIRi.htm.
- 47) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien - Bri) vom 21. 03. 1997 in der geäderten Fassung vom 08. 06. 2009, http://www.mdk.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf.
- 48) 홍성민, 앞의 논문, 119쪽.

가. 개요

독일의 장기요양보험제도는 의료보험제도와 밀접하게 연결되어 있어 공적 의료보험의 피보험자는 자동적으로 공적 장기요양보험의 피보험자가 된다. 피용자 등은 공적 의료보험 및 공적 장기요양보험에 가입할 의무가 있으며, 그 부양가족은 양 보험의 피보험자가 된다. 따라서 어린 자녀가 질병 또는 장애 등으로 인하여 장기요양이 필요한 경우에는 장기요양보험의 급부를 청구할 수 있었다.⁴⁹⁾

공적 장기요양보험의 보험자는 공적 의료보험의 보험자인 질병 금고(Krankenkasse)⁵⁰⁾에 병설(併設)된 장기요양 금고(Pflegekasse)⁵¹⁾이다. 각주마다 해당 주의 질병금고가 공동으로 운영하는 독립한 제3자 평가기관인 메디컬 서비스 센터를 두어 질병금고 및 장기요양 금고를 위한 상담 판정(Begutachtung) 업무를 수행하도록 하였다. 장기요양보험의 분야도 메디칼 서비스 센터가 장기요양 금고의 위탁을 받아 급여 신청자가 장기요양 필요상태의 요건을 만족하는지의 여부를 판정하였다. 이 판정 결과에 따라 장기요양 금고가 장기요양 필요 상태 및 장기요양 필요 상태의 등급을 인정하였다.⁵²⁾

장기요양보험에서는 재택 장기요양이 시설 장기요양에 우선한다. 장기요양보

49) 약 9할의 국민이 공적 의료보험 및 공적 장기요양보험에 가입하고 있다. 공적 의료보험 및 공적 장기요양보험에 가입을 의무로 하고 있는 것은 주로 피용자이고, 공무원이나 일부를 제외한 자영업자는 가입의무가 없다. 그러나 가입의무가 없는 자도 공적 보험에 임의 가입을 할 수 있다. 공적 보험에 가입하지 않은 자는 민간 의료보험 및 민간 장기요양보험에 가입하여야 한다. 공무원이나 군인 등은 국가로부터 의료 및 장기요양이 보장되어 있고, 민간 의료보험 및 민간 장기요양보험에 가입하고 있는 경우가 많다[戸田典子, “ドイツの医療費抑制施策－保険医を中心に－”, 「レファレンス」 第694号, 2008.11, 30頁. http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_999638_po_069402.pdf?contentNo=1&alternativeNo=].

50) 보험자인 질병금고는 2016년 당시 118개가 존재한다. 질병금고의 종류에는 지역질병금고, 기업질병금고, 직능별 질병금고 등이다[https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp].

51) 질병금고에 장기요양금고가 설치된 이유는 제도의 창설시에 생길 뿐 작은 보험 만들기를 목표로 하고 있었기 때문에 장기요양 금고의 업무의 운영은 실제로는 질병금고에 의하여 행하여지고 있다[山田誠, “ドイツの介護保険と補完性原則の今日－2つの介護保険改革から見えるドイツ社会国家の一断面－”, 「経済学論集」80号, 2013. 3, 13頁].

52) 本沢巳代子, “介護の質評価機関「メディカルサービス」に学ぶ”, 「ぼんぷう」221号, 1999.11, 82-85頁. 메디칼 서비스의 직원은 독일 전체로 약 7,500명이고, 그 중 의사와 장기요양 전문직원이 2,100명씩이다[<http://www.mdk.de/315.htm>].

힘이 정한 급여액이 한도액이며, 부족분은 장기요양이 필요한 자가 부담하여야 한다. 장기요양보험의 급여는 실제의 장기요양 비용의 50% 정도를 지원하였다.⁵³⁾ 다만, 소득 및 자산이 소정의 액을 하회한 자로 장기요양이 필요한 자는 더 많은 지원(Pflegehilfe)을 받을 수 있도록 하였다.⁵⁴⁾

공적 장기요양보험의 보험료율은 2015년 이후 2.35%이며, 피고용자의 경우 노사가 절반씩 부담한다. 어린 아이가 없는 23세 이상의 피보험자의 보험료율은, 절반분에 0.25%를 더한 1.425%이다.⁵⁵⁾ 공적 장기요양보험의 재정은 보험료로 조달되며 공비는 투입되지 않는다.⁵⁶⁾

연방보험국(Bundesversicherungsamt)은 모든 장기요양 금고 내에서 재정 조정을 위한 조정 기금(Ausgleichsfonds)을 설치하고 있다. 그 밖의 세대 간의 공평을 도모하기 위하여 공적 장기요양보험의 특별 재산으로 장기요양 준비기금(Pflegevorsorgefonds)을 설치하여 독일 연방 은행이 관리하고 있다.

나. 장기요양 필요상태

2017년 동법이 개정되기 전 ‘장기요양 필요상태’란 신체적, 지적 또는 정신적인 질병 또는 장애로 인하여 6개월 이상 일상생활의 기본 동작 및 가사를 위하여 상당한 정도의 지원이 필요한 상태를 의미하였다(개정전 장기요양보험법 제 14조). ‘일상생활의 기본 동작’이란 ① 신체 케어(세안, 샤워, 입욕, 치약, 이발,

53) ジョン・クレイトン・キャンベル(齋藤暁子訳), “日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程”, 『社会科学研究』60(2), 2009, 頁. 독일의 장기요양보험이 부분보장인 것은 보완성 원칙에 기인하고 있어 자금의 투입에는 자기책임, 상호부조(사회보험), 공적 장기요양부조(세금)라는 서열이 있기 때문이다[山田誠, 앞의 논문, 3頁].

54) 장기요양부조는 사회법적 제12장이 정한 사회부조제도의 일환이다[山下利恵子, “ドイツ介護保険と社会扶助の相互関係”, 『九州社会福祉学』No.5, 2009.3, 20-29頁を.

55) 제도 당초는 아이의 유무에 관계없이 일정 비율의 보험료율이 적용되었지만, 이것이 위헌이라는 헌법재판소 판결이 2001년에 이루어졌고(1 BvR 1629/94), 그에 따라 2004년에 입법조치가 취하여 졌다(Gesetz zur Berücksichtigung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung vom 15. Dezember 2004 (BGBl. I S. 3448)).

56) Thomas Gerlinger und Michaela Röber, “Die Organisation und Finanzierung der Pflegeversicherung”, 2014.9.8. Bundeszentrale für politische Bildung 웹사이트 <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72824/organisation-und-finanzierung?p=all>.

체모관리, 배변 및 배뇨 등), ② 식사(구강 상태에 적합한 조리, 영양 섭취 등), ③ 운동 능력(기상·취침, 의복의 착탈, 보행, 기립, 계단의 승강, 외출, 귀가 등)의 3 분야를 말하며, 이를 위한 지원을 기초 장기요양(Grundpflege)이라고 한다. 가사 지원은 쇼핑, 조리, 청소, 식기 세정, 세탁 등의 지원을 말하며, 장기요양이 필요한 자는 장기요양자가 기초 장기요양 및 가사지원을 행하는 빈도와 더불어 이에 필요로 하는 시간을 고려하여 다음 표⁵⁷⁾와 같이 3 유형의 장기요양 등급으로 구분하였다. 이 때 질병의 종류나 중증보다는 일상생활의 기본 동작을 스스로 실시할 수 있는가의 여부가 중요하다.⁵⁸⁾

등급	지원의 빈도	지원에 필요한 시간(일 평균)
1	- 기본동작 : ①-③의 하나 또는 둘 이상의 분야에 서 둘 이상의 동작에 대하여 주 1회 이상 또는 - 가사 : 주 2회 이상	90분 이상(내, ①-③ 에 45분 이상)
2	- 기본동작 : ①-③에 대해 1일 3회 이상 또는 - 가사 : 2회 이상	3시간 이상(내, ①- ③에 2시간 이상)
3	- 기본동작 : ①-③에 대해 하루 중 또는 - 가사 : 주2회 이상	5시간 이상(내, ①- ③에 4시간 이상)

다. 급여

급여는 ① 재택 장기요양(현물 급여, 현금 급여⁵⁹⁾ 및 조합급여), ② 부분 입소 장기요양(데이 케어, 나이트 케어 및 단기 보호), ③ 완전 입소 장기요양의 순서로 장기요양금고가 계약한 장기요양 사업자에게 제공된다.⁶⁰⁾ 재택 장기요양을 위

57) 齋藤義彦『ドイツと日本「介護」の力と危機—W介護保険制度改革とその挑戦—W』ミネルヴァ書房, 2012, 28頁.

58) Thomas Gerlinger und Michaela Röber, „Die Leistungen der Pflegeversicherung“, 2012.3.1. Bundeszentrale für politische Bildung(<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72808/leistungen?p=all>).

59) 현금급여는 현물급여의 대가보다 적지만, 가족 장기요양 의욕을 강화하는 것이다{ジョン・クレイトン・キャンベル(齋藤暁子訳), 앞의 논문, 270頁}.

60) Ratgeber zur Pflege, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2015, S. 40.

한 급여는 그 밖의 장기요양자가 장기요양을 할 수 없는 경우 장기요양의 대체, 장기요양 보호, 보조도구의 지급, 주거환경 개선 조치 등을 할 수 있다. 급여 청구의 요건으로는 환자의 ① 배회, ② 위험한 상황의 오인, ③ 위험물의 부적절한 취급, ④ 공격적인 행동, ⑤ 상황에 맞지 않은 행동 등을 들 수 있다(제45a조).

또한 2015년 제1차 장기요양 강화법의 시행에 의하여 치매 환자를 포함한 모든 장기요양이 필요한 자는 추가급여를 신청할 수 있도록 하였다. 따라서 치매 환자의 경우 장기요양 필요상태 등급 I에 달하지 아니한 경우 “돌봄(장기요양자) 및 부담경감을 위한 추가급여”의 별도 청구가 가능하게 되었다(제45b조).⁶¹⁾ 추가 급여액은 데이 케어·나이트 케어, 단기 보호, 도움이나 가사 지원 등의 급부 또는 자원봉사 그룹에 의한 돌봄 서비스 및 부담경감 서비스를 이용했을 경우의 비용 상환으로 청구할 수가 있으며, 104유로/월 또는 208유로/월이다.⁶²⁾

3. 2017년 장기요양보험법의 개정 내용

가. 새로운 장기요양 필요상태의 인정

위에서 언급한 바와 같이 종래 장기요양법은 ‘신체적 기능이 저하된 자’를 중심 대상으로 하고 있었다. 때문에 치매 환자가 장기요양 필요상태의 등급을 인정받지 못한 경우 추가급여(제45b조)를 받고자 한다면 그는 치매 요건(제45a조)을 만족하는지의 여부에 대한 별도의 심사를 받아야 하는 어려움이 있었다. 이에 2006년부터 치매 환자를 포함한 포괄적인 장기요양 필요상태의 인증 기준을 만들려는 노력을 하였다.⁶³⁾ 하지만, 근본적인 제도 개정은 이루어지지 않았고,

61) 2008년 7월 1일에 시행된 법률에 의하여 장기요양 필요상태 등급이 도입되었다[Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008 (BGBl. I S. 874)]. 특히, 2013년 1월 1일 시행된 장기요양 신규축법에서는 새로운 장기요양 인정이 정해질 때까지 경과조치로서 치매 환자를 위하여 상승된 현금급여 및 현물급여에 한정하지 않고 모든 장기요양자가 청구할 수 있도록 하였다(제123조). 또한 2015년 1월 1일 시행 제1차 장기요양 강화법에 의하여 이 추가급여는 치매 환자에 한정하지 않고 모든 장기요양이 필요한 자가 신청할 수 있도록 하였다.

62) Peter Udsching, SGB XI, *Soziale Pflegeversicherung: Kommentar*, 4. Auflage, München: Beck, 2015, S. 307f.

단지 급여액을 인상하는 조치만 행하여졌다.

그러던 것이 2015년 제2차 장기요양 강화법에 의하여, 새로운 장기요양 필요상태의 인정 제도가 비로소 마련되었다. 장기요양 필요상태의 인정 제도는 신체적 기능이 저하된 자, 인지능력이 저하된 자 및 정신장애를 가진 자에 대하여 동일한 기준을 정하고, 그들에게 급여를 공평하게 지급할 수 있도록 함을 그 목적으로 하였다. 장기요양 필요상태는 건강상 이유를 근거로 자립성 또는 능력에 장애가 있고, 6개월 이상⁶⁴⁾ 계속하여⁶⁵⁾ 타인의 지원이 필요한 상태로 새롭게 정의하였다(제14조). 건강상 이유에 의한 자립성 또는 능력의 장애는 ① 운동능력, ② 인지능력 및 소통(communication)능력, ③ 행동 및 심리증상, ④ 일상동작, ⑤ 병 또 치료에 대한 대처, ⑥ 일상생활 및 사회생활의 6분야에 대한 구체적인 기준을 정하고, 전문적인 장기요양의 견지에서 판정되었다. 각 분야의 기준은 다음과 같다.⁶⁶⁾⁶⁷⁾

분 야	기 준
운동능력	체위변경, 앉아있기, 주거내 보행, 계단 오르내리기 등
인지 및 소통능력	근거리 사람의 인식, 장소의 감각, 시간의 감각, 중요한 사건 또는 이벤트의 기억, 일상적 다단계 행위, 일상생활에서의 결정, 상황 및 정보의 이해, 위험의 인식, 기초적인 욕구의 전달, 요구 사항의 이해, 대화 참가

63) 연방보건부는 2006년에 「장기요양 필요상태의 정의를 검토하기 위한 위원회(Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs)」가 2009년에는 장기요양 필요상태의 새로운 정의의 구체화에 관한 전문가 위원회(Expertenbeirat zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs)가 설치되고, 검토가 이루어졌다. 그 구체적인 내용에 대해서는 山田誠, “ドイツの介護保険と補完性原則の今日-2つの介護保険改革から見えるドイツ社会国家の一断面-”, 『経済学論集』80号, 2013.3, 8-11頁 참조.

64) 6개월이라는 기간에 관한 관련 지침은 신청일이나 심사일을 기산점으로 하는 것이 아니라 어디까지나 실제로 장기요양필요상태가 발생한 날부터 기산한다고 규정하고 있다[홍성민, 앞의 논문, 126쪽].

65) 만약 6개월 이상이 계속될 것이 확실한 경우에는 6개월의 기간이 경과할 때까지 기다릴 필요가 없으며 그래서도 아니된다고 판시하고 있다[BSG, Urteil vom 17.03.2005, B 3 P 2/04 R].

66) 渡辺·富久子, “ドイツにおける介護保険法の改正”, 『外国の立法』268, 国立国会図書館調査及び立法考査局, 2016. 6, 44頁.

67) 장기요양보험법 제15조, 부칙 1 및 2에 의하고, 이러한 기준에 관한 능력이나 자립성, 병상이나 조치 등의 빈도에 의하여 평가를 한다.

행동 및 심리증상	돌발적이고 불온한 행동, 야간의 흥분, 자상 행위, 기물 파괴, 타인의 가해행위, 공격적인 언동, 장기요양에 관련한 불온한 발언, 장기요양조치 및 다른 지원 조치의 거부, 망상, 공포, 억울, 사회적으로 부적절한 행동, 장기요양 관련 다른 부적절한 행위
일상동작	상반신 전면의 세정, 이발, 세발을 포함한 샤워 및 입욕, 상하의 착탈, 구강 상태를 고려한 조리 및 음료를 그릇에 따르는 것, 먹고 마시는 것, 화장실 또는 변좌의 사용, 요실금의 유치 카테터 및 인공 방광 취급, 변실금의 유치 카테터 및 인공 방광 취급, 장관외 또는 위루술에 의한 영양 섭취, 18세 이하의 아동이 영양 섭취에 심각한 문제가 있어 통상의 범위를 넘는 장기요양의 집약적인 지원이 필요한 경우
질병 또는 치료에 대한 대처	a) 투약, 주사, 정맥주사, 담 흡인 및 산소 투여, 약의 도포, 냉각 및 온열, 몸 상태의 측정 및 판단, 정형외과의 보조도구 사용, b) 붕대 교환 및 상처의 치료, 인공 항문의 장착, 수노관 카테터의 정기적인 사용 및 배뇨도구의 사용, 자택의 치료 조치, c) 자택에서의 시간 및 기술 집약적인 조치, 통원, 다른 의료 시설 또는 치료 시설에서의 통소, 의료 시설 또는 치료 시설에서 시간을 들인 통소, 아동의 경우 장애아 치료시설에서의 통소, d) 식사 요법, 질병 혹은 치료에 관한 행동 규칙의 준수
일상생활 및 사회생활	일상생활 및 변화에 대한 적응, 휴식 및 수면, 무언가 집중해서 임하는 것, 장래의 계획, 친밀한 자와의 상호교류, 친밀하지 않은 자와의 교류

위의 기준 중에서 2017년 개정 전 장기요양 필요상태의 인정 기준에 상당한 것은 위의 분야 ①과 ④이다. 분야 ②와 ③은 종래 치매 환자를 위한 추가 급여의 요건(제45a조)을 확충한 것이다. 분야 ⑤와 ⑥은 종래 장기요양 필요상태의 인정에 있어서 고려되지 않았던 기준이다.⁶⁸⁾ 가사에 지장이 있는 것은 이러한 ①-⑥의 분야의 기준에서 이미 고려했기 때문에 여기에서는 특별한 고려는 하지 않았다(제14조 제3항). 나아가, 장기요양 필요상태의 인정에서는 장기요양에 필요한 시간이 기준이었으나, 2017년 개정 후의 장기요양 필요상태의 인정은 위의 6개 분야에서 장기요양의 필요상태 인정의 자립성의 정도를 기준으로 판정되었다. 예를 들면, 종래의 절차에서는 장기요양 필요상태의 인정자가 단계를

68) ⑥의 분야 기준은 종래 “휴식 및 수면” 이외의 돌봄 또는 일반적 감시의 대상으로 파악되고, 장기요양의 범주에는 포함되지 않았다[Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926, S. 110].

상승할 때 다른 자의 원조가 실제로 있었는가가 중요하였지만, 개정 후에는 장기요양자 본인이 이것을 스스로 행할 수 있는가의 여부가 기준으로 되었다.⁶⁹⁾

장기요양 필요도는 법률 부칙 제1에서 상기 6개 분야에 대응한 모듈로 불리는 점수표를 기준으로 판정하였다. 모듈은 각 분야의 기준에 대하여 그 자립성이나 능력 또는 장기요양 조치의 빈도 등에 따라 점수를 부여하고(부칙 170), 6개의 각 분야에서의 산정된 점수의 합계를 산출하였다. 각 분야의 평가 비중이 정해져 있는데,⁷¹⁾ ① 운동능력 10%, ② 인지능력 및 소통능력 또는 ③ 행동 및 심리 증상 중 점수가 높은 것의 15%, ④ 일상동작 40%, ⑤ 질병 또는 치료에 대한 대처 20%, ⑥ 일상생활 및 사회생활 15%로 이를 고려하여 종합점수는 법률의 부칙 2에 정해져 있다. 위에서 산정된 종합점수를 기준으로 아래와 같은 5단계의 장기요양 필요도(Pflegegrad)를 구분하고 있다(동법 제15조).

장기요양 필요도	종합점수	자립성 또는 능력
장기요양 필요도 1	12.5-27점 미만	경미한 장애
장기요양 필요도 2	27-47.5점 미만	상당한 장애
장기요양 필요도 3	47.5-70점 미만	중대한 장애
장기요양 필요도 4	70- 90점 미만	현저히 중대한 장애
장기요양 필요도 5	90-100점 미만	현저히 중대한 장애 및 장기요양에 있어서 특별한 곤란

2017년 1월 1일 개정법의 시행으로 종래 신체적 기능의 저하로 인하여 장기요양의 필요상태 등급이 인정된 자는 하나 이상의 장기요양 필요도에 따라, 인지기능의 저하 또는 정신장애에 의한 장기요양 필요상태 등급이 인정된 자는 두 개 이상의 장기요양 필요도에 따라 자동적으로 이행되도록 하였다. 종래 장기요양 필요상태 등급 1보다도 새로운 장기요양 필요도 1의 인정이 완화되었으며, 인지 기능이 낮은 자 및 정신 장애를 가진 자에 대한 급여도 개선되어 전

69) Andrea Kimmel, Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, *Soziale Sicherheit*, 64(10), S. 356.

70) Anlage 1 (zu § 15) Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul(<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxi/anlage-1.html>).

71) 渡辺·富久子, 앞의 논문, 44頁.

체적으로 급여액은 증가하였다. 또한 장기요양 필요도가 5단계가 나뉘으로써 새로이 50만 명의 장기요양 필요자가 증가될 것으로 추정되고 있다.⁷²⁾

나. 개정후 급여

장기요양 필요도 1(자립성 또는 능력의 경미한 장애)의 장기요양 필요자는 가능한 한 자립하여 재택에서 있을 수 있도록 하고 보다 중증의 장기요양 필요도로 진행되는 것을 회피하기 위하여 자립성의 유지 또는 회복을 목적으로 한 급여, 특히 예방을 중시한 급여를 제공하도록 하였다. 구체적인 내용으로는 장기요양 상담(제7a조 및 제7b조(27)),⁷³⁾ 장기요양 보조 기구(제40조 제1항~ 제3항), 주거환경 개선 조치(제40조 제4항), 입소 장기요양 시설의 추가적인 돌봄 및 뇌활성화의 조치(제43b조), 장기요양자를 위한 강습(제45조), 부담경감 수당(제45b조) 등을 들 수 있다(제28a조).

한편, 재택 장기요양의 경우 현물 급여 및 현금 급여, 부분입소의 장기요양 및 완전입소의 장기요양⁷⁴⁾은, 특히 장기요양 필요도 2~5의 장기요양 필요자를 위한 급여로 처리하였다. 개정 후의 급여의 개요는 다음과 같다.⁷⁵⁾

(단위 : 유로)

급여의 종류		장기요양 필요도				
		1	2	3	4	5
재택장기 요양	현금급여(월)	-	316	545	728	901
	현물급여(월)	-	689	1,298	1,612	1,995
	근친자에 의한 대체 장기요양 (연 6주까지)	-	474	8,175	1,077	1,352

72) "Mehr Leistung und Qualität in der Pflege", 2015.12.18., <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/08/2015-08-12-zweites-pflegestaerkungsgesetz.html?nn=694676>.

73) 장기요양 상담은 급여의 선택 및 청구에 관한 조언이고(제7a조), 급여의 신청후 원칙 2주간 이내에 행하여야 한다(제7b조).

74) 다만, 장기요양 필요도 1의 자가 완전 입소 장기요양을 선택하는 경우에는 비용의 상환으로 125유로의 보조금을 받을 수 있다(제43조 제3항).

75) 渡辺·富久子, 앞의 논문, 46頁.

	근친자 이외의 자에 의한 대체 장기요양(연 6주까지)	-	1,612 ⁷⁶⁾			
	장기요양 용품(소모품)(월)	40				
	장기요양 보조기구	우선적으로 대여. 조달의 경우는 자기부담 10%, 다만 최고로 25				
	주거환경 개선조치	1조치에 대해 4,000. 복수의 장기요양자가 공동으로 청구할 때에는 최고로 16,000				
부분입소 장기요양	데이 케어·나이트 케어(월)	-	689	1,298	1,612	1,995
	숏 스테이(short stay)(연 4주까지)	-	1,612 ⁷⁷⁾			
완전입소 장기요양	완전 입소 장기요양(월) ⁷⁸⁾	125	770	1,262	1,775	2,005
추가급여	부담경감수당(월) ⁷⁹⁾	125				
	장기요양 그룹 홈 입주의 경우의 추가 급부(월)	214				
창설조성	장기요양 그룹 홈 창설조성	2,500. 복수의 장기요양자가 공동으로 청구할 때에는 최고로 10,000				

그 밖의 급여에 관하여 변경된 주요한 점은 다음과 같다.

① 종래, 재택 장기요양의 현물급여는 신체적 장기요양의 조치와 가사지원이 었지만, 개정 후는 돌봄 조치가 추가되었다(동법 제36조).⁸⁰⁾ 돌봄 조치란 산책이나 친척·지인의 방문, 성묘 등을 말한다. 또한 장기요양 필요도를 판정하는 6개 분야의 기준 관련한 장기요양조치도 청구대상으로 되는 등 대체로 현물급여의 범위가 확대되었다.

76) 숏 스테이(short stay)의 미이용분 중의 806유로까지를 추가해, 2,418유로까지로 할 수가 있다.

77) 대체 장기요양의 미이용분 중의 1,612유로까지를 추가하여, 연간 8주까지 3,224유로를 상한으로 할 수 있다.

78) 현재 치매가 아닌 장기요양 필요상태 등급 1 또는 2가 인정되어 있는 자는 새로운 제도로 이행후 완전시설 장기요양 급여는 감소되었다.

79) 이 급여는 데이 케어, 나이트 케어, 숏 스테이, 돌봄이나 가사지원 등의 재택 장기요양을 위한 현물급여, 가사지원 서비스 또는 주법의 규정에 따라 승인된 자원봉사에 의한 돌봄 및 부담경감 서비스를 이용하기 위한 것이었다.

80) 종래도 재택 장기요양 서비스의 하나로서 돌봄을 청구할 수 있었지만, 그를 위해서는 신체적 장기요양 및 가사지원이 확보되었다는 것이 조건으로 되어 있다.

② 종래, 시설 장기요양을 위한 급여는 시설의 장기요양을 위한 비용조달을 위한 것이지만, 법 개정에 의하여 돌봄을 위한 비용도 그 대상에 포함되었다(제41조-제43조).

③ 법 개정에 따라 입소 장기요양 시설의 장기요양이 필요한 자는 추가적인 돌봄 및 뇌활성화 조치의 청구권을 갖게 된다(제43b조). 이 청구권의 신설에 의하여 각 장기요양 시설은 돌봄을 위한 인원을 확보하도록 하고 있다.

④ 종래의 「치매 환자를 위한」 돌봄 및 부담경감을 위한 추가 급여는, 「부담경감 수당(Entlastungsbetrag)」이라고 그 명칭을 변경하였다(제45b조). 청구의 상한액은 일률적으로 125유로/월이다. 그 내용은 종전 그대로이며, 장기요양 필요도 1의 장기요양이 필요한 자도 청구 가능하다(제28a조 제2항).

4. 소결

독일의 2017년 개정으로 장기요양 필요상태의 인정 기준이 변경 되었는데, 이는 치매 환자를 포함하여 장기요양이 필요한 자 각각의 수요에 맞춘 장기요양을 가능하게 한 점에 대하여 장기요양보험법의 패러다임(paradigm)의 전환이라고 부르고 있다.⁸¹⁾ 즉, 장기요양이 필요한 자에 대한 급여가 개선된 한편 향후 고령화 진전으로 인하여 발생할 수 있는 장기요양보험의 비용이 증가될 것으로 예상됨에 따라 그 대책으로 특히, 「재활(rehabilitation) 우선」의 원칙과 강화와 장기요양 자원봉사 서비스의 확충을 그 목표로 다양한 제도 개선을 위한 노력이 이루어지고 있는 것으로 보인다.

IV. 양국 제도의 비교와 개선방안

1. 제도의 체계

우리나라와 독일 모두 의료보험자가 장기요양보험자가 되어, 의료보험료와

81) Deutscher Bundestag, op. cit., S. 61.

아울러 장기요양보험료를 피보험자로부터 징수해 보험급여를 실시한다고 하는 「의료보험 제도 활용형」의 방식을 채용하고 있다. 양국의 차이가 있다면, 독일의 경우는 공적 의료보험의 보험자인 질병금고가 장기요양보험의 보험자가 되는 장기요양금고(독립된 법인의 형태)를 별도로 설치해 운영하므로 질병금고와 장기요양금고라는 두 개의 간판을 내걸고 있다(질병금고의 조직과 인력 등 기존의 관리운영시스템 활용하여 비용 절감). 반면 우리나라는 국민건강보험공단만이 장기요양보험의 보험자로 되어 있다. 그런데 문제는 국민건강보험공단만을 유일한 보험자로 할 경우 의료보험기금과 노인장기요양보험기금을 통합하여 관리할 여지가 있다. 다만, 현행법에 의하면 이를 예방하기 위하여 기금을 통합 징수하되 각각의 독립회계로 관리하도록 하고 있다(노인장기요양보험법 제8조). 생각건대, 우리나라의 경우 보험재정의 관리주체를 국민건강보험공단으로 통일한 것은 관리 운영의 책임성, 효율성을 위한 것이라고 생각되지만, 독일처럼 국민건강보험공단 내에서 독립회계로 관리할 것이 아니라 공단 외의 별도의 기관을 두어 이를 관리하도록 함이 타당하다고 본다.

2. 장기요양보험의 필요자의 개념

독일 장기요양보험은 장기요양 필요자란 일상생활 활동을 하는데 최저 6개월 이상 계속적으로 상당한 정도의 원조가 필요한 자를 말한다. 또한 장기요양 필요자로 인정되기 위해서는 최소 1일 90분 이상의 원조를 필요로 하고, 그 중에서 신체의 장기요양 등의 기초 장기요양 시간이 가사 원조의 시간을 상회하여야 한다. 장기요양 필요도는 종래 3단계였으나, 2017년 개정으로 5단계로 변경하였다. 그로 인하여 그 동안 급여를 받지 못했던 1단계 이하의 자도 상당 수 급여를 받게 되었다.

우리나라의 노인장기요양보험도 장기요양 필요자의 정의는 독일의 경우와 거의 유사하다. 다만, 독일의 경우에는 ‘6개월 이상 계속적으로 상당한 정도의·……’라고 되어 있는 반면 우리나라는 ‘6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우’로 되어 있어 ‘계속성’의 요건을 만족하지 않아도 되는가에 대해서는 아무런 언급이 없다. 물론 이러한 ‘계속성’의 요건을 규

정하지 않는 경우 장기요양이 필요한 자를 확대하여 보호할 수 있다. 하지만, 장기요양 필요자의 보호를 실질적으로 하기 위해서는 위의 ‘계속성’의 요건을 둘 필요가 있다고 본다. 나아가, ‘혼자서’의 요건은 독일의 2017년 개정법에서도 이를 반영한 것으로 보아 현재 그대로 이를 포함하는 것이 타당하다고 본다. 또한 장기요양의 필요자의 판단을 함에 있어서도 현행과 같이 장기요양에 필요한 시간을 기준으로 판단할 것이 아니라 독일법과 같이 장기요양 필요상태 인정의 자립성 정도를 기준으로 한 장기요양자 본인의 능력을 기준으로 함이 타당하다고 본다.

3. 피보험자 및 급여대상자의 범위

우리나라나 독일 모두 공적 의료보험자의 피보험자가 장기요양보험의 피보험자로서 동일하다. 급여대상자의 범위와 관련해서는 독일의 경우 장기요양보험의 급여대상자의 범위가 연령에 따른 구분은 없고, 장기요양 필요상태가 되면 어린 아이든 고령자이든 보험급여의 대상이 된다. 하지만, 우리나라의 경우에는 「노인장기요양보험법」으로 되어 있어서 기본적으로 65세 이상의 장기요양이 필요한 고령자가 그 대상이 된다. 다만, 예외적으로 65세 미만의 자도 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자는 그 대상에 포함된다(노인장기요양보험법 제1조, 제2조; 동법 시행령 제2조). 따라서 어린 아이는 그 대상에서 제외된다고 보아야 한다. 이 경우 과연 65세 미만자인 경우 어느 범위까지 그 대상에 포함시킬 것인지에 대한 애매모호함이 있다. 따라서 향후 이와 관련하여 보호 대상의 범위를 명확히 할 필요가 있다.

4. 장기요양 필요도 및 장기요양 필요상태의 인정

장기요양이 필요한 자의 판정 절차는 다소 차이가 있다. 우리나라의 경우 공단이 신청서를 접수하여 조사를 완료하면 장기요양등급 판정위원회에 그 서류 등을 제출하여 제1차와 제2차 심사 및 판정을 받게 된다. 반면 독일의 경우에는 공적 의료보험의 보험자인 질병금고가 각주마다 설치된 질병 금고가 공동으

로 운영하는 메디칼 서비스 센터가 독립한 제3자 평가기관으로서 상담 판정을 하게 된다. 이처럼 독일은 우리나라도 달리 독립되고 전문적인 제3자 기관에서 이를 심사 평가하도록 하여 절차의 간단, 신속성 및 객관성을 담보하고 있다. 따라서 우리나라도 복잡한 심사 및 판정 절차로부터 독일과 같이 제3의 의료서비스 기관을 심사 및 판정기관으로 함이 타당하다고 본다.

다음으로 장기요양 필요도는 독일의 경우 위에서 언급한 6개 분야(영역)를 기준으로 산정한 점수합계를 기준으로 5단계(경미한 장애, 상당한 장애, 중대한 장애, 현저히 중대한 장애, 현저히 중대한 장애 및 장기요양에 있어서 특별히 곤란한 경우)로 구분하고 있다. 이는 2017년 개정 전 단계와 비교하여 1등급보다는 더 낮은 등급의 자, 인지 기능이 낮은 자, 정신장애를 가진 자까지 확대하여 급여를 받도록 한 것이다. 이로 인하여 약 50만 명 정도가 추가 혜택을 볼 것으로 예상하고 있다. 우리나라도 독일과 마찬가지로 5단계로 구분하고 있다 즉, 단계별 구분 기준을 보면, 독일과 달리 ① 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자(95점 이상인 자), ② 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자(75점 이상 95점 미만인 자), ③ 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자(60점 이상 75점 미만인 자), ④ 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자(51점 이상 60점 미만인 자), ⑤ 치매환자(45점 이상 51점 미만인 자)로 구분하고 있다. 하지만, 이 기준은 치매를 별도로 구분하고 있다는 점이 독일과 차이가 있다. 양자를 비교하면, 독일은 치매에 대하여 별도의 구분을 하고 있지 않고, 경미한 장애를 두어 중증 단계로 이전하지 않도록 예방적 차원의 지원을 하고 있다. 또한 장기요양의 필요상태로 신체적 기능이 저하된 자, 인지기능(치매)이 저하된 자 및 정신장애를 가진 자라고 하여 기존의 치매에 대하여 별도로 관리하던 것을 2017년 개정에서는 장기요양의 필요상태에 포함시켜 처리하고 있다. 반면 우리나라는 치매에 대하여 별도로 보호를 하고 있으며 기타의 경미한 장애에 대해서는 지원을 하지 않는 것으로 보인다. 생각건대, 우리나라도 치매에 대하여 별도로 구분할 것이 아니라 기존의 장기요양 필요상태에 포함하여 보호하는 것이 바람직하며, 기존 ⑤단계의 치매환자를 별도로 구분하던 것을 장기요양의 중증 단계로 이전되지 않도록 예방적 차원의 형태로 지원하는 것이 바람직하다고 본다.

5. 급여의 내용

독일 장기요양보험의 급여는 재택 장기요양, 부분입소 장기요양(데이 케어, 나이트 케어, 숏 스테이 등), 완전입소 장기요양, 추가급여(장기요양 그룹 홈 입주 경우) 및 창설조성(장기요양 그룹 홈 창설 조성)의 5종류로 구분된다. 재택 장기요양은 현금급여, 현물급여(장기요양 사업소의 장기요양 직원에 의하여 제공되는 신체적 장기요양의 조치와 가사 지원이었지만, 2017년 개정으로 돌봄 조치가 추가되어 현물급여의 범위가 확대됨), 근친자에 의한 대체 장기요양, 근친자 이외의 자에 의한 대체 장기요양, 장기요양용품(소모품), 장기요양 보조기구, 주거환경 개선조치 등이다. 반면 우리나라의 장기요양 급여는 재가급여, 시설급여 그리고 특별현금급여의 세 가지로 구분된다. 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 단기보호의 5가지를 기본으로 하고 그 밖의 복지용구나 재활지원 등 재가급여로 구분된다. 시설 급여는 노인의료복지시설 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육훈련 등을 제공하는 장기요양급여이며 마지막 특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비 등이 있다.

양자를 비교하면 독일은 우리나라에 비하여 급여의 유형이 매우 세분화되어 있는 반면 우리나라는 단지 3개 유형으로만 구분되어 있다. 우리나라도 급여의 유형을 독일과 같이 세분화하여 현실화할 필요가 있다고 본다. 또한 독일의 경우 재택 장기요양에 근친자에 의한 대체 장기요양에 포함하여 장기요양 필요도 2 이상의 경우 필요도에 따라 차등하여 급여를 제공하고 있는데, 우리나라는 매월 15만원의 정액을 지급하고 있을 뿐이다. 생각건대, 우리나라도 독일과 같이 세부적인 단계로 구분하여 실질적 차등지급하는 방식을 도입을 고려할 필요가 있다고 본다.

V. 맺는 말

이상으로 우리나라와 독일의 노인장기요양보험법을 검토하였다. 우리나라의

고령화는 선진국에 비하여 급속도로 진행되어, 머지않아 초고령화 사회에 진입할 것으로 예상하고 있다. 이러한 사실은 오래 전부터 인식되어, 1999년 노인장기요양보험제도와 관련한 노인장기요양보험법을 제정하였다. 그런데 동법은 제정 취지와 달리 많은 문제점의 인식과 더불어 그에 대한 다양한 지적이 제시되어, 이를 해결하기 위한 수차례의 개정이 시도되었다. 그럼에도 불구하고 아직까지도 많은 문제가 지속되고 있는 실정이다. 보건복지부장관이 2017년 9월 18일 서울 코엑스에서 치매 국가책임제 대국민 보고대회에서 치매로부터 자유로운 치매 안심사회를 만들고자 ‘치매 국가책임제 추진계획’을 발표하였는데 이것도 노인장기요양보험의 문제가 지속되고 있음을 알려주는 한 예라고 할 수 있다.⁸²⁾

그런데 우리나라보다 4년이나 앞서서 장기요양보험법을 제정한 독일도 마찬가지라고 할 수 있다. 이에 지속적으로 관련법의 개정을 하고 있으며, 가장 최근 2017년에도 다시 개정을 하였다. 그 구체적인 내용은 위의 Ⅲ에서 본 바와 같이, 장기요양이 필요한 자의 판단과 관련하여 기존의 장기요양에 필요한 시간을 기준으로 하던 것을 장기요양 필요상태의 자립성을 기준으로 하도록 변경한 점, 장기요양 필요도와 관련하여 중증 단계로 이전하는 것을 방지하기 위하여 경미한 단계의 장애에 대한 예방적 지원, 급여 내용의 차등적 지급 등을 들 수 있다. 더불어 양국 제도간의 비교에 대해서는 위의 IV장에서 비교 검토하였다. 향후 우리나라도 관련법의 개정시 이러한 부분에 대한 검토를 하여야 할 것으로 본다.

참고문헌

고준기, “노인장기요양보험법의 문제점과 개선방안”, 『동아법학』 제57권, 동아법대 법학연구소, 2012. 12. 3.
 국민건강보험, 「2015년 노인장기요양보험 통계연보(이하 2015 통계연보)」, 국

82) “치매안심센터 252곳 설치, 중증치매환자 본인부담 10%로 인하”, 뉴스한국, 2017. 9. 18, http://www.newshankuk.com/news/content.asp?fs=1&ss=3&news_idx=201709181151571747.

- 민건강보험공단 빅데이터 운영실/통계부, 2016. 6. 21.
- 김인철·견진만·윤광진, 「노인장기요양보험법’에 대한 입법평가」, 한국법제연구원, 2009.
- 박승두, “한·일비교연구 : 노인장기요양보험제도의 현황과 전망”, 「청주법학」 제33권 제1호, 청주대학교 법학연구소, 2011. 5.
- 박현식, “노인장기요양보험법의 법제적 문제점과 개선방안”, 「법학연구」 제51집, 한국법학회, 2013. 9.
- 석재은, “공급자 관점에서 노인장기요양보험제도의 개선방안”, 「보건복지포럼」, 한국보건사회연구원, 2010.
- 이광재, 「노인장기요양보험제도 정책과정의 이해」, 공동체, 2010. 1. 20.
- 장기천, “저출산·고령화의 경제적 영향 및 대응방향”, 「주간 KDB 리포트」, 한국산업은행, 2016. 10. 24.
- 정희선, “노인장기요양보험법 제정사”, 「사회보장법연구」, 서울대 사회보장법연구회, 2012. 6.
- 홍성민, “가족과 장기요양인정”, 「한국사회보장법학회 제9회 학술대회(가족의 변화와 사회보장법의 과제)」, 한국사회보장법학회/고려대학교 노동·사회보장법연구센터, 2016. 4. 29.
- 渡辺·富久子, “ドイツにおける介護保険法の改正”, 「外国の立法」 268, 国立国会図書館調査及び立法考査局, 2016. 6.
- 本沢巳代子, “介護の質評価機関「メディカルサービス」に学ぶ”, 「ばんふう」 221号, 1999.11.
- 山田誠, “ドイツの介護保険と補完性原則の今日—2つの介護保険改革から見えるドイツ社会国家の一断面—”, 「経済学論集」 80号, 2013.3.
- 山下利恵子, “ドイツ介護保険と社会扶助の相互関係”, 「九州社会福祉学」No.5, 2009.3.
- 斎藤義彦, 『ドイツと日本{「介護」の力と危機—W介護保険制度改革とその挑戦—W}』 ミネルヴァ書房, 2012.
- 戸田典子, “ドイツの医療費抑制施策—保険医を中心に—”, 「レファレンス」 第

- 694号, 2008.11.http://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_999638_po_069402.pdf?contentNo=1&alternativeNo=>.
- ジョン・クレイトン・キャンベル(齋藤暁子訳), “日本とドイツにおける介護保険制度成立の政策過程”, 『社会科学研究』 60(2), 2009.
- Andrea Kimmel, Das neue Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, Soziale Sicherheit, 64(10).
- Bundesministerium für Gesundheit, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, (20. Januar 2016)
- Deutscher Bundestag, Drucksache 18/5926.
- Peter Udsching, SGB XI, Soziale Pflegeversicherung: Kommentar, 4. Auflage, München: Beck, 2015.
- Pflegestatistik 2013, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2015. (https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001139004.pdf?__blob=publicationFile).
- Ratgeber zur Pflege, Berlin: Bundesministerium für Gesundheit, 2015.
- Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung vom 26. Mai 1994. (BGBl. I S. 1014, 1015)
- Thomas Gerlinger und Michaela Röber, “Die Leistungen der Pflegeversicherung”, 2012.3.1. Bundeszentrale für politische Bildung(<http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72808/leistungen?p=all>)
- Thomas Gerlinger und Michaela Röber, “Die Organisation und Finanzierung der Pflegeversicherung”, 2014.9.8.
- Zweites Pflegestärkungsgesetz vom 21. Dezember 2015. (BGBl. I S. 2424)

[Abstract]

A Review of Long-Term Care Insurance for the Elderly by Access to an Aging Society

Koh, Jae-Jong

Sunmoon University, Dept. of Law

The problem of the demographic decline of our country is very serious. The birth rate is the lowest in the world, and the pace of aging is two to three times faster than in developed countries. Korea will enter the super aged society in 2026, and the absolute population will decrease from 2030.

This rapid aging of the population makes the elderly weak and the incidence of persons with disabilities rapidly increases. As a result, the elderly can not but depend on the others. In addition, the disease structure of the elderly is changing from infectious or acute disease to non - infectious chronic disease. However, if these aging problems are solved by each family, the nation's productivity will decrease and social cost will increase. Therefore, it is desirable that the society as a whole solve it jointly. One of such method is the enactment of the long-term care insurance law for the elderly and the implementation of the long-term care insurance system for the elderly. However, unlike the enactment of the Act or the introduction of the system, it still does not perform its role properly.

In Chapter 2 of this article, I will examine the background and details of the establishment of long-term care insurance for the elderly in Korea. and in Chapter 3, I will study on the contents of the German long-term care insurance law that newly introduced the system such as the recognition of the condition requiring long-term care in 2017. Finally, in Chapter 4, I will

compare two nation's institutions and suggest methods to improve long - term care insurance for the elderly.

Key words : Super Aged society, elderly long-term care insurance law, national health insurance Service, long-term care benefit, long-term care grade, need degree of long-term care