

---

# 한국의 노인장기요양보험의 실태와 문제 및 개선 과제

---



수강과목	사회보장론
담당교수	이상록 교수님
제출일자	2026.06.17
학 과	사회복지학과
학 번	202516321 김경훈
이 름	202516722 송기준
	202315067 이승민
	202315043 양지원

## <목 차>

I. 노인장기요양보험의 연혁 .....	3
1. 노인장기요양보험법의 배경 .....	3
2. 노인장기요양보험의 시대별 변화 과정 .....	3
II. 노인장기요양보험의 주요 내용 .....	4
1. 노인장기요양보험 개념 및 운영 현황 .....	4
2. 재가급여와 시설급여 .....	4
3. 장기요양 인정 등급 및 판정 체계 .....	5
4. 장기요양보험 신청 자격 및 이용 절차 .....	5
5. 노인장기요양보험의 한계 .....	5
III. 노인장기요양보험의 역할/기능 및 성과 .....	6
1. 노인장기요양보험의 역할과 기능 .....	6
2. 노인장기요양보험의 성과 .....	6
IV. 노인장기요양보험의 문제점/쟁점/이슈 및 개선 과제 .....	8
1. 재정 위기와 준비금 고갈 문제 .....	8
2. 서비스 공급의 지역 간 불균형 문제 .....	9
3. 부정수급 문제 .....	10
V. 노인장기요양보험과 관련한 기관 탐방 후 소감 및 평가 .....	11
VI. 부록 .....	13
1. 참고문헌 .....	13

## I. 노인장기요양보험의 연혁

제도의 연혁 조사는 특정 제도나 법률이 도입된 배경부터 시대별 변화 과정을 정리하여 제도 도입의 타당성과 변천사를 파악하는 과정이다. 다음 체계적인 단계를 통해 효율적으로 제도의 연혁을 조사할 수 있다.

### 1. 노인장기요양보험법의 배경

일반적으로 나이가 들면 사회적·경제적으로 일상생활에 있어서 활동 가능 능력이 상당수 감소하거나 상실된다. 아울러 신체적 기능도 약화해 치매나 중풍과 같은 신체적 질병으로 인해서 혼자서는 살기가 많이 어려워진다. 그래서 가족의 도움이 있어야 하고 추가적인 보살핌이 필요하다. 그러나 현재 대한민국은 핵가족화가 상당히 진행되어 있는 상태이다. 여성이 사회 활동을 하면서 가족을 돌보아야 하는 노인장기요양은 지금 한계에 도달해 있는 상태이고, 노인장기요양 및 복지서비스 대상이 저소득층 중심으로 되어있어 중산층 등 일반가정의 노인이 이용할 수 있는 시설과 재가 서비스가 거의 없는 것이 문제이다. 따라서 치매, 중풍 등 노인의 '삶의 질'을 향상하고, 노인 가정의 부양 부담을 낮추기 위하여 노인장기요양보험제도의 도입이 필요하게 되었다(행정안전부, 2007).

### 2. 노인장기요양보험의 시대별 변화 과정

노인장기요양보험의 최초 시작은 2008년 7월 1일부터 시행되었다. 2008년도 이전에도 노인 복지와 관련된 법률들은 있었다. 2001년도에 김대중 정부에서 제도의 도입을 제시하였고, 2002년도 대선에서 노무현 대통령의 공약에도 있었다. 이후 2006년도에 “노인수발보험”이 법안 국회에서 논의되었고, 이후 2007년도에 “노인장기요양법”으로 제정되었으며 본격적으로 시행된 것은 2008년 7월이었다.

2008년도에 제정되었던 초기 노인장기요양보험제도는 점점 보장성을 강화하고 대상자를 확대하는 방향으로 변해왔다. 2008년도에 처음 제정되었던 노인장기요양보험법은 3등급 체계를 가지고 있었다. 하지만 대한민국의 고령화가 점점 심해지고 치매를 앓는 환자의 수가 급증하면서 초기 노인장기요양보험으로 감당하기에는 체계의 한계가 발생하였다. 그로 인해 대상자들의 확대와 치매 노인들을 위한 맞춤형 서비스를 제공하기 위해 2014년에 기존 3등급이었던 체계를 5등급으로 더욱 구체화하였다.

이후 2018년에 장기요양 등급 판정 체계를 개편하였다. 그 이유로는 경증 치매를 앓고 있는 환자의 지원 확대와 보장성을 강화하기 위해서였다. 수급자들의 경제적인 부담을 줄이고, 기존 체계에서는 혜택을 보장받기 어려웠던 경증치매 환자들에 대한 지원을 확대하기 위함이었다. 이후 2019년 “치매국가책임제”의 기초에 맞춰서 인지지원 등급을 신설하여 기존 5등급 체계를 총 6등급으로 개편하고 치매 수급자에 대한 지원을 강화하였다(송은향 외, 2024). 6등급으로 늘린 이유도 5등급으로 늘린 이유와 비슷하게 경증 치매환자들에 대한 포용과 보장성 강화가 목적이었다. 과거에는 신체기능에 이상이 있던 신체기능 장애를 중심으로 평가했던 기존에 있던 등급 판정 기준만으로는 장기요양 혜택받는데 있어 어려움을 가지고 있었던 초기 혹은 경증 치매 환자들에게 조금이라도 더 나은 요양 서비스를 제공하기 위해서 인지지원 등급이 새롭게 등장하여 총 6개의 등급으로 형성되었다. 그리고 등급이 더욱 구체화 되어 제도의 신뢰성이 향상되었다는 장점도 부수적으로 있었다(박선아, 2025).

그리고 현재 2026 노인장기요양보험제도의 방향성으로는 시설에 입소하여 서비스를 제공받는 방향에서 집에서 서비스를 받을 수 있는 재가 서비스 중심으로 방향성이 변하고 있다(이선희, 2017).

## II. 노인장기요양보험의 주요 내용

### 1. 노인장기요양보험 개념 및 운영 현황

우리나라는 여러 사회보험제도를 통해 국민에게 발생하는 질병, 노령, 실업, 장애, 사망 등 사회적 위험을 보험의 방식으로 대처해 국민의 안전을 보장하는 사회보장제도를 시행하고 있다. 그중 하나인 장기요양보험제도는 수가방식으로 제공되며 일상생활이 힘든 65세 이상 또는 65세 미만에 있는 이들 중 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병이 있는 자에게 재가 서비스, 간병, 급여 등을 지원해 주는 제도를 이야기한다. 이 제도는 현재 정책의 목적 방향은 노인뿐만 아니라 장애인 등 일상생활을 어려워하는 사람에게까지 확대하는 것을 목표로 하고 있는 보험제도이다. 제도를 구체적으로 보면 재가급여, 시설급여로 먼저 나뉘고 도서벽지에 거주하거나 전염병 등의 특수한 상황 때문에 이를 받지 못할 경우 특별 현금 급여로 지급되기도 한다.

장기요양보험제도는 2017년부터 보험료율을 계속해서 올려왔다. 다만 작년인 2025년도에 대해서는 국민의 보험료 부담과 재정 요건을 종합적으로 고려해 이례적으로 동결하였다. 이때의 보험료율은 소득의 0.9182%로 건강보험료 대비 12.95%이다. 이후 2026년도에 대한 보험료율은 다시 인상하기로 하였으며 0.9448%로 인상되었다. 건강보험료 대비 13.14%이며 이로 인해 월 평균 보험료는 18,362원으로 2025년 17,845원 대비 517원 증가할 것으로 예상된다고 보건복지부는 밝혔다. 현재의 장기요양은 안정적인 상황이지만 고령화로 인한 수급자 증가로 인해 급여비가 증가하는 것과 질 좋은 서비스 제공을 위해 인상했다고 이유를 밝혔다. 실제로 '23~'24년 2년간 장기요양 수입 약 2조 원 증가하였고, 지출은 약 2.7조 원 증가했다.

### 2. 재가급여와 시설급여

#### (1) 재가급여

재가급여는 총 7가지 종류가 있는데 종류로는 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 방문요양, 치매 앓고 있는 이에게 학습지 등을 하거나 일상생활을 함께하는 활동을 통해 인지를 자극하는 서비스인 인지활동형 방문요양, 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 방문목욕, 이외에 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구가 있다.

#### (2) 시설급여

시설급여는 두 종류가 있는데 공동생활가정 노인요양시설이 있다. 공동생활가정은 5~9 명 정도의 인원으로 운영되며 가정과 같은 주거여건에서 급식, 요양 등의 편의를 제공하는 시설이고, 노인요양시설은 공동생활가정보다 규모가 더 큰 10명 이상의 인원으로 운영되며 신체활동, 정서, 심신 기능 유지 및 향상을 위한 교육을 제공하는 곳이다. 이 두 가지 종류는 수급자의 선호에 따라 시설의 규모나 생활환경을 고려하여 결정하게 된다.

이때의 본인부담금은 재가급여는 15%, 시설급여는 20%이고 만약 등급별 월 한도액을 초과하게 되면 전액 본인이 부담하게 된다.

### 3. 장기요양 인정등급 및 판정 체계

등급은 1~5등급까지 있으며 거기에 더해 인지지원등급까지 총 6개의 등급이 있다. 이용할 수 있는 급여 종류는 등급에 따라 다르며 이용할 수 있는 시간도 다르다.

1등급은 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자를 뜻하며, 2등급은 75점 이상 95점 미만, 3등급은 60점 이상 75점 미만, 4등급은 51점 이상 60점 미만, 5등급은 45점 이상 51점 미만, 마지막으로 인지지원등급은 45점 미만인 자를 뜻한다.

1~2등급은 상당한 지원이 필요한 사람, 3~4등급은 부분적인 도움이 필요한 사람, 5등급과 인지지원등급은 치매 환자에 한정하여 이들을 지원한다. 장기요양인정 점수는 여러 항목에 따라 결정되는데 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활의 다섯 개의 항목 안에 총 52개의 세부 항목이 존재하고 이 52개의 항목의 합과 청결·배설·식사·기능보조·행동변화대응·간접지원·간호처치·재활훈련의 총 8개 서비스 군별 분석 기준에 적용하여 각 서비스 군별로 해당 요양인정점수를 산출하게 된다.

### 4. 장기요양보험 신청자격 및 이용절차

또한 2026년 05월 26일에 개정된 노인장기요양보험법에 따르면 장기요양인정의 신청자격은 장기요양보험가입자이거나 그 피부양자거나 의료급여수급권자여야 한다. 의료급여수급권자란 국민기초생활에 따른 의료급여수급자나, 재해구호법에 따른 이재민, 독립유공자, 보호보상대상자 등이 있다. 이들이 장기요양 신청자격요건이 된다.

장기요양보험제도를 신청하기 위해서는 먼저 필요를 느끼는 어르신 즉 수급대상자가 신청하면 되는데 이때는 대상자 본인이 아닌 다른 누구라도 대신 신청이 가능하다. 지사 방문, 팩스, 우편, 인터넷, 정부24(최초 신청에 한함), 유선(갱신신청에 한함)으로 가능하다. 이후 직원이 가정으로 방문을 통해 건강 상태를 조사하게 된다. 그 뒤 병원에서 장기요양의사소견서를 제출해야 한다. 그 안에는 일상생활에 대한 항목들이 들어있다. 이 안에는 치매 질환군, 뇌혈관 질환군, 파킨슨 질환군과 같은 질병이 있는지와 의자에서 앉았다 일어서기, 키와 체중, 6개월 이내 체중감소 여부, 혼자 식사할 수 있는지에 대한 여부, 인지기능이 정상적인지에 대한 여부, 자립생활에 대한 가능성 등 굉장히 세세하게 분류되어 있다. 이후 모든 서류가 제출되면 등급판정위원회가 열리며 의사, 간호사, 사회복지사로 이루어져 있다. 회의 이후 등급이 결정되면 통보하는 구조이다. 이후 수급자는 장기요양기관을 알아보고 기관에 다니게 된다.

### 5. 노인장기요양보험의 한계

다만 제도의 한계도 명확하다. 수급자가 늘어나는 만큼 수급자의 욕구도 다르고 많아진다. 하지만 법에 엄격히 제어되어 있다는 문제점과 예산 문제로 인한 서비스 부족으로 인해 많은 욕구를 충족하기 어려움이 있다. 또한 앞서 말했듯 수가체계로 되어있고, 민간에서 먼저 시작되다 보니 체계가 부족하고 민간에서는 돈을 벌기 위해 많은 서비스를 늘리려 하지 않으며 공적 시스템과는 불일치하게 되었다. 현재도 크게 다르지 않다. 보통 요양시설에 위탁하여 서비스를 제공하는데 욕구 충족을 위해 더 많은 서비스를 제공한다고 해서 더 많은 돈을 주지 않기에 현재도 그 문제점이 나타난다. 장기요양보험제도는 고령화사회의 인구 구조 위기 속에서 수급자의 삶의 질을 보장하고 일상생활의 도움을 주는 제도이지만, 앞으로의 재정 지속가능성과 여러 서비스의 다양화를 위해 힘써야 하는 상황이다.

### Ⅲ. 노인장기요양보험의 역할/기능 및 성과

#### 1. 노인장기요양보험의 역할과 기능

노인장기요양제도의 역할에 따른 성과를 분석하기 위해서는 제도의 목적을 고려해야 한다. 「노인장기요양보험법」 제1조에 따르면 노인장기요양보험 도입으로 인하여 노인이 건강해지고 그들의 생활이 안정되어야 하며, 가족의 부양부담이 완화되고, 결과적으로 국민들 삶의 질 향상으로 이어지는 것을 목적으로 한다.

이러한 목적을 달성하기 위해 장기요양보험은 시설급여와 지역사회 내 재가급여를 중심으로 역할을 수행하며 서비스 이용자에게 장기요양등급을 부여하여 1~2등급은 요양시설 이용을, 1~5등급은 재가서비스 이용을 지원하는 구조로 운영된다(최혜진, 2022, p.58).

또한 노인장기요양보험은 재정적 측면에서도 기능하고 있다. 장기요양보험은 전체 노인돌봄 재정의 60.7%를 담당하고 있으며 건강보험과 일반회계와 함께 노인돌봄 서비스를 안정적으로 제공하는 재정적 기반 역할을 수행하고 있다(최혜진, 2022, p.59). 따라서 노인장기요양보험은 노인의 건강과 생활 안정을 지원하는 동시에 가족의 부양 부담을 경감하고 국가 차원의 돌봄 체계를 구축하는 중요한 사회보장제도라고 할 수 있다.

#### 2. 노인장기요양보험의 성과

노인장기요양보험에서 가장 주목할 만한 성과는 서비스 이용자의 삶의 질 향상이라고 할 수 있다. 과거에는 장기적인 돌봄이 필요한 노인을 가족이 전적으로 책임지는 경우가 많았지만 제도 시행 이후 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호 등의 재가급여와 노인요양시설 등의 시설급여가 제공되면서 돌봄의 사회화가 이루어졌다. 이러한 제도를 통해 노인은 신체적·정신적 기능 저하에도 불구하고 인간다운 삶을 유지할 수 있으며 가족은 돌봄에 대한 신체적·정신적 부담을 덜 수 있게 되었다. 다음에서는 국민건강보험공단이 실시한 장기요양기관 평가 결과를 중심으로 시설급여 기관의 성과를 살펴보고자 한다.

<표 1> 연도별 급여유형별 평가항목별 시설평가 점수

(단위: 개소, 점)

구분	2009년		2011년		2013년		2015년		2018년		2021년	
	기관 수	점수	기관 수	점수	기관 수	점수	기관 수	점수	기관 수	점수	기관 수	점수
전체	1194	76.9	3027	76.4	3347	71.3	3623	73.8	4287	74.9	4423	79
노인요양 시설	961	79.7	1985	80.6	1971	76.5	2189	78.5	2818	77.9	3134	81.4
노인요양 공동생활 가정	233	65.5	1042	68.2	1376	63.8	1434	66.5	1469	69.2	1289	73.1

출처: 경승구 외(2023), p. 144, <표 4-27> 재구성.

표를 통해 시설급여 제공기관과 노인요양공동생활가정의 수가 전반적으로 증가하였음을 확인할 수 있다. 이러한 공급 기반의 확대는 수급자가 거주 지역 인근에서 서비스에 접근하기 용이해졌음을 의미하며 단순한 기관 수의 증가를 넘어 서비스의 질적 수준 향상으로도 이어졌

다. 실제로 장기요양기관 평가점수를 살펴보면 평가는 기관운영, 환경 및 안전, 수급자 권리보장, 급여제공과정, 급여제공결과의 총 5개 영역으로 구성되며(경승구 외, 2023, p.141), 기관수의 지속적 증가 속에서도 평가점수는 일부 시기에 하락하기도 하였으나 이후 지속적으로 상승하여 최근에는 제도 도입 초기보다 높은 점수를 보이고 있다.(경승구 외, 2023, p.144).

<표 2> 연도별 설립주체별 평가항목별 점수(시설)

(단위: 개소, 점)

설립주체	2009년		2011년		2013년		2015년		2018년		2021년	
	기관수	점수	기관수	점수	기관수	점수	기관수	점수	기관수	점수	기관수	점수
지자체	56	89.5	101	89.2	107	85.2	108	86.9	105	87.2	100	87
법인	587	83.8	1184	83.6	1216	78	1238	80.1	1267	80.6	1230	83.4
개인	551	68.3	1742	70.7	2024	66.5	2277	69.7	2915	72	3093	77

출처: 경승구 외(2023), p. 147, <표 4-28> 재구성.

표를 통해 설립주체별로 살펴보면 지자체가 설치한 기관은 2009년 56개에서 2021년 100개로 약 2배 증가하였으며 평가점수는 89.5점에서 87.0점으로 소폭 하락하였으나 전 기간에 걸쳐 가장 높은 점수를 유지하였다. 법인 기관은 587개에서 1,230개로 증가하였고 평가점수는 83점대 수준으로 안정적으로 유지되었다. 개인 기관의 경우 551개에서 3,093개로 가장 큰 폭의 양적 증가를 보이는 동시에 평가점수 역시 68.3점에서 77.0점으로 8.7점 상승하여 세 유형 중 가장 두드러진 질적 개선을 나타냈다(경승구 외, 2023, p.147). 이는 공급 확대가 서비스 질 저하로 이어질 수 있다는 우려와는 달리 기관 수 증가와 서비스 질 향상이 동시에 이루어졌음을 보여준다. 특히 개인 기관의 평가점수 상승 폭이 크게 나타난 점은 장기요양서비스의 질적 관리 체계가 점차 정착되고 있음을 보여준다.

따라서 노인장기요양보험은 서비스 이용자의 삶의 질 향상뿐만 아니라 가족의 부양 부담 완화와 돌봄의 사회화라는 측면에서도 중요한 사회적 성과를 달성하고 있다고 평가할 수 있다.

## IV. 노인장기요양보험의 문제점/쟁점/이슈 및 개선방안

### 1. 재정 위기와 준비금 고갈 문제

노인장기요양보험의 재정 위기는 급여지출의 지속적인 증가로 당기 재정수지는 2016년 적자로 전환된 이후 2019년에는 적자액이 6,601억 원으로 확대되었으며 누적 수지도 2015년 말 최대 2조 3,524억 원에서 2019년 7,097억 원으로 감소했다(김용하, 2020, p.150). 보험료를 역시 2008년 0.21%에서 2020년 0.68%로 3배 이상 인상되었는데 이는 8대 사회보험 중 가장 빠른 증가율이며 국민건강보험의 급여지출 증가 속도보다도 빠른 수준이다(김용하, 2020, p.150). 급여비용 증가세도 매우 가파르다. 장기요양 급여비용은 2020년 9조 8,248억 원에서 2021년 11조 1,146억 원, 2022년 12조 5,742억 원, 2023년 14조 4,948억 원으로 매년 역대 최대치를 경신하였으며 2024년에는 16조 1,762억 원으로 처음으로 16조 원을 돌파하였다(강승지, 2025). 2024년 말 기준 장기요양보험 수입은 16조 1,296억 원, 지출은 15조 2,937억 원으로(보건복지부, 2025), 수입과 지출의 격차가 약 8,359억 원에 불과해 재정 여유가 매우 좁아진 상황이다.

이러한 재정 악화는 고령화에 따른 수급자 증가 구조와 맞닿아 있다. 2019년 기준 노인장기요양보험 가입자 증가율은 0.5%에 그치지만 실제 급여 대상인 65세 이상 인구는 급속한 고령화로 빠르게 늘고 있어 보험료를 부담하는 인구와 급여 수혜자 간의 불균형이 심화하고 있다(김용하, 2020, p.158~159). 실제로 우리나라는 통계청 자료에 따르면 2025년 65세 이상 고령인구는 전체 인구의 20.3%를 넘었으며 2026년 65세 이상 노인은 11,125,016명으로 예상된다. 한편, 준비금 적립 현황도 우려스러운 수준이다. 최근 2015년부터 2024년까지 비용 대비 누적 법정준비금 적립 비율은 한 번도 50%를 넘지 못하였다(이유주, 2026). 2016년 36.1%에서 2019년 13.2%로 많이 감소하였으며 코로나19 시기인 2020년부터 2024년에는 4.4%에서 27.0%로 다소 회복되었으나 여전히 법정 기준에 미달하는 상태가 지속되었다(이유주, 2026). 이에 기획재정부는 당기수지 적자 전환 시점을 2026년으로 준비금 고갈 시점을 2030년으로 전망하였으며 2023년과 2024년에는 당기순이익과 총포괄 손익이 각각 20% 이상 감소하는 추세를 보여 재정 위기가 현실화하고 있다(이유주, 2026). 이는 재정구조의 불균형이 갈수록 심화하고 있음을 보여준다.

노인장기요양보험의 재정 위기에 대응하기 위한 개선 방안은 다음과 같다. 첫째, 현행 단년도 부과방식에서 벗어나 장기적으로 적립금이 누적될 수 있는 방식에서의 개편이 필요하다. 김용하(2020) 논문에서 진행한 시뮬레이션 분석 결과를 보면 목표 기간 적립금 유지 방식이 세대 간 공평성과 지속가능성 측면에서 가장 적절한 재정방식으로 평가되었으며 2100년까지 적립금을 유지하기 위한 균형 보험료율은 4.44%로 산정되었다(김용하, 2020, p.174). 현실적으로 일시에 인상하기는 어렵지만 부과방식 보험료율이 4.44%를 넘어서는 2050년 이전에 가능한 한 빨리 보험료율을 높여가는 것이 바람직하다(김용하, 2020, p.174).

둘째, 현행 노인장기요양보험법의 준비금 규정이 미흡하고 8대 사회보험 중 국민건강보험과 노인장기요양보험만 공공기금이 아니라는 점을 고려하여 기금의 설립 목적을 명확히 하고 책임준비금 적정 수준을 법령에 명시하는 제도 개편이 필요하다(김용하, 2020, p.174).

셋째, 국고지원금이 법정 비율인 보험료 수입의 20%를 준수하지 않고 있는 것이 보험제도의 엄격성을 훼손하는 요인으로 정부가 법령을 먼저 준수해야 한다. 또한 중앙정부와 지방정부 간 재정 역할 조정도 필요하다(김용하, 2020, p.174~175).

넷째, 단년도 기준의 보험료율 및 수가 설정에서 나아가 중장기적 관점에서의 제도 개선을 위한 사회적 합의 체계 도출 방안을 마련할 필요가 있다(국회예산정책처, 2025, p.66). 이와

함께 보건복지부도 2026년도 재정 운영 방향으로 수급자 규모, 수가 인상률, 시범 사업 및 제도 개선 등 지출 규모를 고려한 적정 수준의 보험료를 결정과 제도 지속가능성을 위한 적정 수준의 누적 수지 및 준비금 유지를 주요 방향으로 제시하며 중장기적 재정 안정화를 위한 정부 차원의 노력을 이어가고 있다(보건복지부, 2025).

## 2. 서비스 공급의 지역 간 불균형 문제

노인장기요양보험 서비스의 양적 확대에도 불구하고 지역 간 수요와 공급 간의 불균형 문제가 심화하고 있다. 2024년 기준 서울 노인요양시설의 잔여 정원 비율은 생애말기 고령인구 수의 3.4%에 불과하지만 충북(17.6%), 경북(15.8%), 전북(12.4%) 등 비대도시권은 상대적으로 잔여정원 비율이 높아 지역별 양적 격차가 뚜렷하게 나타나고 있다(김벼리, 2026). 또한 질적 격차도 문제이다. 국민건강보험공단 평가 A·B등급 시설은 전체의 38%에 그치며 인력 기준 위반, 적정 배설 서비스 미흡 등 기본적인 기준을 충족하지 못한 시설도 존재한다. 그 결과 A등급 시설은 1년 이상 대기가 발생하는 반면, 하위 등급 시설은 정원 미달을 겪는 양극화가 나타나고 있다(이민후, 2026). 재가서비스 측면에서도 지역 간 격차는 심각하다. 전국 250개 시군구 중 약 3분의 1에서는 방문간호기관이 전혀 설립되어 있지 않으며 경북, 전남, 경남, 전북 지역은 방문간호기관 설립 지역 비율이 낮고, 경북과 전남은 지난 10년간 설립 기관 수가 거의 변화가 없는 것으로 나타났다(황라일, 2025, p.125). 방문간호기관이 미설립된 지역은 설립된 지역에 비해 노인인구 비율과 독거가구 비율이 높은 편이며 재정자립도, 복지예산비율, 인구당 의사 수, 간호사 수는 모두 유의하게 낮아 돌봄 필요도는 높고 자원은 부족한 구조적 불평등이 확인된다(황라일, 2025, p.128~129). 또한 방문간호기관 미설립 지역의 수급자 중 방문간호 이용 비율은 0.7%에 불과하지만 노인요양시설 이용 비율은 설립 지역보다 오히려 높아 재가서비스 이용이 제한된 취약지역의 수급자가 시설 입소로 이어지고 있음을 시사한다. 비용이 더 많이 드는 시설급여 이용 증가는 재정 부담과도 연결되는 쟁점이다(황라일, 2025, p.130).

서비스 공급의 지역 간 불균형 해소를 위한 개선 방안은 다음과 같다. 첫째, 민간 주도의 방문간호기관 설립이 제한적인 농어촌 취약지역에 대해서는 보건의료원·보건소·보건지소·보건진료소 등 공공기관의 역할을 강화한 농어촌형 방문간호기관 확대 모형 구축이 필요하다(황라일, 2025, p.133).

둘째, 방문간호기관 미설립 지역의 재가장기요양기관 설립 지원 방안 마련, 방문간호지시서 발급 체계 정비, 장기요양수가 가산, 종사 인력 교육 지원, 방문간호기록지 및 교육상담 프로그램의 ICT 활용 등 업무 효율화 방안이 함께 마련되어야 한다(황라일, 2025, p.134~135).

셋째, 정부는 관리·감독과 취약계층 지원에 집중하고 인프라 확충과 서비스 혁신을 민간에 맡겨 수요를 '산업적 기회'로 전환해야 한다(한국은행 경제연구원, 2026). 노인요양시설의 경우 요양 서비스는 현행과 같이 공적으로 보장하되 토지 건물 소유에 따른 기회비용인 귀속임대료 법정 비급여 항목으로 분리해 이용자가 부담하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다(한국은행 경제연구원, 2026). 이를 통해 공적 자원 배분의 효율성을 높이고 한정된 재원을 임대료 보전 대신 서비스 질 개선과 취약계층에 집중해 제도의 지속가능성을 높일 수 있다(한국은행 경제연구원, 2026). 더불어 일부 이용자의 부담을 보완하기 위해 '사전 저축 제도'나 '주택연금 연계' 등 방안을 병행하고 비용에 상응해 시설 이동 장벽을 낮추는 제도적 장치도 함께 마련되어야 한다(한국은행 경제연구원, 2026).

### 3. 부정적 청구 및 부정수급 문제

노인장기요양보험 수급자의 평균 연령은 81.8세이며 80세 이상 수급자가 전체의 65% 이상을 차지하고 있다. 주요 질환으로는 고혈압, 치매, 당뇨병 등 만성질환이 다수를 차지하고 있으며 만성질환을 앓은 수급자가 증가함에 따라 급여비용 청구 역시 지속적으로 늘어나고 있다(보건복지부, 2020). 그러나 이와 함께 부적정 청구 문제도 심화하고 있어 대책 마련이 필요한 상황이다. 또한 제도 확대에 따른 구조적 원인이 작용하고 있다. 2018년 인지지원등급이 신설되면서 장기요양 대상자의 포괄성이 확대되었고 통합 재가, 이동지원, 단기보호 등 다양한 시범 사업을 통해 급여유형 다양화를 위한 노력도 증가하였다. 그 결과 2016년부터 2018년까지 급여비용 청구 건수는 18,446건에서 20,166건으로 증가하였으며, 부적정 청구로 인한 심사조정 건수 또한 2016년 14,280건에서 2018년 20,319건으로 증가하는 경향이 나타났다(박상희 외, 2021, p.264).

현행 노인장기요양보험 급여비용 심사 절차는 3단계로 이루어진다. 1단계는 전산 심사로 접수된 청구명세서를 수급자의 자격, 월 한도액 초과 여부 등 419개 항목을 전산 프로그램으로 점검하여 심사 결정한다. 2단계는 정밀 심사로 전산 심사에서 상세 확인이 필요한 명세서를 분류한 후 심사자가 관련 내용을 확인하고 최종적으로 결정한다. 3단계는 현지 확인 심사로 제출 자료만으로 적정 여부를 판단하기 어려울 때 국민건강보험공단 직원이 현지를 방문·확인하여 심사 결정하는 과정이다(국민건강보험공단, 2020).

이러한 심사 절차에도 불구하고 부적정 청구를 효과적으로 차단하는 데에는 한계가 존재한다. 그 원인은 현행 급여비용 청구 방식에 있다. 현재 장기요양기관은 요양보호사가 수급자에게 서비스를 제공한 후 수급자 본인부담금을 제외한 나머지 비용을 국민건강보험공단에 청구하는 방식으로 운영된다. 그러나 급여비용 청구서에는 실제 서비스 제공 내용이 기재되지 않아 공단이 제공 서비스의 적정성을 확인하기 어렵다. 즉 서비스 제공 여부는 확인할 수 있지만 어떤 서비스를 제공했는지 제공 수준이 적절했는지를 심사하는 데에는 한계가 있다. 이로 인해 전산상으로 서비스 시간과 단가가 맞게 입력될 경우 실제 서비스 내용과 관계없이 비용이 청구될 가능성이 있으며 이는 부적정 청구가 발생하는 구조적 원인으로 작용하고 있다(박상희 외, 2021, p.264).

부적정 청구 문제를 해결하기 위해서는 서비스 내용을 기초로 급여비용을 청구하고 그 비용을 심사하는 체계로의 전환이 필요하다. 현행 서비스 제공 여부 중심의 심사 방식에서 벗어나, 장기요양기관이 제공한 서비스가 적정한 수준인지, 서비스 내용은 충분한지를 심사하는 방식으로 개편되어야 한다(박상희 외, 2021, p.265). 이와 관련하여 우리나라보다 앞서 노인장기요양보험제도를 운영하는 독일과 일본의 사례를 참고할 필요가 있다. 독일과 일본은 급여비용 청구 시 급여 제공 내역을 함께 제출하도록 하고 있으며 특히 일본은 수급자에게 급여내역을 직접 제공하여 장기요양기관이 급여비용을 정확하게 청구하도록 유도하는 방식을 적용하고 있다(박상희 외, 2021, p.265). 이를 우리나라에 적용한다면 급여제공기록지의 의무 제출과 전산화를 통해 실제 서비스 내용에 기초한 급여비용 청구 및 심사가 가능해질 것이며 이는 부적정 청구 예방과 함께 급여비용 심사의 효율성 제고에도 이바지할 수 있을 것이다(박상희 외, 2021, p.283).

## V. 노인장기요양보험과 관련한 기관 탐방 후 소감 및 평가

김경훈 - 국민건강보험공단 현장 탐방을 시행하여 국민건강보험공단이 일부 맡고 있는 노인 장기요양보험 제도에 대해 알아보았다. 신체활동이나 가사 활동 같은 일상생활 전반부의 지원이 요양보호사, 사회복지사 등 자격증을 갖춘 전문 요양 인력을 통해 제공된다는 것을 알 수 있었다. 이 과정에서 기존 제도의 역할과 성과와 더불어 명확한 한계 역시 인식하게 되었다. 거동이나 일상생활을 하는 데 있어 매우 큰 제약이 있음에도 불구하고 자신이 살던 집에서 요양하길 바라는 수급자는 시설급여 대신 재가급여를 선택할 수 있다. 하지만, 법적 기준으로 하루 3~4시간으로 정해져 있는 요양보호사의 방문요양이 끝나면 나머지 20시간 동안 수급자는 홀로 남겨지고 돌봄 공백이 생기는 문제가 존재한다. 이것은 결국 시설급여의 이용으로 돌봄 공백을 채우고자 하는 욕구가 작용하여 시설급여 이용의 쏠림으로 이어져 사회적 재정의 부담을 초래할 수 있다. 또한 신체의 불편 등으로 인해 생기는 일상생활의 불편감이 6개월 이상 지속되어야지만 장기 요양 등급을 받아 급여 서비스를 이용할 수 있다. 그 외의 탈락자는 돌봄 공백의 상태에 무방비하게 노출되거나 사비를 들여 어마어마한 요양 비용을 직접 충당해야 한다. 이러한 돌봄 공백을 해결하기 위해 26년 3월, 통합돌봄서비스가 실행되었다. 통합돌봄서비스의 실시로 재가급여 서비스의 이용 시간이 끝난 이후에도 야간 순회 서비스 등을 실시하여 남은 시간에 발생하는 돌봄 공백을 채울 수 있다는 사실을 알았다. 또한 장기 요양 등급을 부여받지 못한 이에게도 공공 행정 인력·보건의료 인력같이 필요한 인력을 지자체에서 유연하게 투입하여 돌봄서비스를 제공한다는 사실도 알 수 있었다. 통합돌봄서비스의 실행은 시설급여 수요의 감소로 이어져 정부 재정의 안정성에도 이바지할 수 있다는 기대도 확인할 수 있었다. 기존 제도의 엄격한 기준과 시행 방법에서 탈피하여 유연성 있는 서비스를 제공하기 위한 실무자들의 노력을 알 수 있는 값진 시간이었다.

송기준 - 초고령 사회로 진입한 우리나라에서 이 제도가 얼마나 필수적인 것인지 알 수 있었다. 또한 과거와는 다른 가족구조로 인해 더더욱이 필요한 제도라는 것을 느낄 수 있던 것 같다. 또한 이번 기회로 국민건강보험공단에 방문해서 노인장기요양보험제도에 관한 설명들이며 이 보험제도의 취지와 목적도 알 수 있었고, 또한 제도의 한계점과 문제점, 특히 부정 청구와 부정 수급 같은 재정 누수에 대해서도 알 수 있어 좋았다. 또한 법령을 찾아보니 가장 최근에 수정되었던 때가 26년도 5월달인 것을 보고 현재 이 제도에 대해 많은 관심이 있다는 것을 최근에도 알 수 있었던 것 같다. 이제는 가정에서 오롯이 고령층을 분담하는 것이 아닌 국가와 사회가 같이 함께 나아가는 것을 느꼈고, 이번 보고서 활동을 통해 생소했던 노인장기요양 보험제도에 대해 알 수 있어 좋았다.

이승민 - 이번에 국민건강보험공단 전주남부지사에게 직접 방문하여 노인장기요양보험에 관해서도 설명을 듣고 추가로 실행되고 있는 통합돌봄에 관해서도 설명을 들었다. 공단 내에서 추가로 서비스를 제공받는 사람들에게 가장 뜨거운 주제인 통합돌봄이 아직은 TF팀의 형태로 진행되고 있다는 사실을 알게 되었다. 그리고 추가로 담당자님의 인터뷰 내용이 가장 인상 깊었다. 담당자님은 “장기요양보험제도가 없었다면 각 가정의 수발 부담이 너무 크다. 방문 요양 서비스를 통하여 보통의 삶을 살아갈 수 있는 게 가장 좋은 부분”이라고 좋은 부분을 말씀하셨고, 쟁점으로는 “재가서비스를 제공하고 있지만 한계가 아직 너무 분명하다”라고 답변해 주셨다. 아직은 최소한의 생계만을 위해서 서비스를 제공하고 있지만 나중에 시간이 지나서 어느 정도 윤택하고 일정한 삶을 살아갈 수 있게 지원해 주는 발전된 장기요양보험제도가 등장

할 것이라는 기대가 들기도 하였고, 아직은 많이 부족하다는 것을 실무자의 인터뷰를 통해서 강하게 실감했다.

양지원 - 이번 국민건강보험공단 전주남부지사 기관 방문을 통해 노인장기요양보험이 단순한 복지서비스가 아니라 사회보험제도라는 점을 구체적으로 이해할 수 있었다. 평소에 노인에게 돌봄서비스를 제공하는 제도 정도로만 생각해 왔었는데 학교에서 수업을 통해 듣고 알아가는 것과 실제로 노인장기요양부서에서 일하시는 대리님을 만나 현장의 이야기를 듣는 것은 큰 차이가 있다는 것을 느꼈다. 또한 제도가 가진 현실적인 고민에 대해서도 생각해 볼 수 있었다. 노인장기요양서비스의 확대 필요성에는 많은 사람들이 공감하지만 실제로 이를 뒷받침할 재원의 확보가 쉽지 않다는 점이 인상 깊었다. 대부분의 노인은 익숙한 집과 지역사회에서 생활하며 도움받기를 원하기 때문에 재가급여가 이상적인 서비스라고 생각한다. 그러나 재가급여를 충분히 받기 위해서는 많은 인력과 예산이 필요하므로 현실적으로 서비스 제공에 한계가 존재하고 이를 해결하기 위해 등장한 통합돌봄 제도의 취지 역시 흥미로웠다. 통합돌봄은 이제 막 시행 단계에 있어 아직 체계가 확실히 잡혀있지 않아 필요한 지원이 충분히 연결되지 못하는 경우가 있지만 앞으로 초고령사회에서 노인의 지역사회 생활을 영위하기 위해서는 꼭 필요한 제도라고 생각한다. 이번 기관 방문을 통해 이용자의 욕구와 국가의 인력, 재정 등의 문제를 모두 고려하여야 좋은 서비스가 만들어지고 제공된다는 점을 배우게 되었다.



## VI. 부록

### 1. 참고문헌

- 1) 강승지. (2025.06.30.). 지난해 노인장기요양 인정자 116만5000명…급여비 16조 돌파. 뉴스1. <https://www.news1.kr/bio/welfare-medical/5830339>
- 2) 김용하. (2020). 노인장기요양보험 재정의 지속가능성과 세대 간 공평성. 보건사회연구, 40(4), 149-177.
- 3) 경승구, 김현정, 이호용, 정현진, 황소정, 권진희. (2023). 노인장기요양보험제도의 운영성과 분석 (연구보고서 No. 2023-1-0021). 국민건강보험공단 건강보험연구원. 117-164.
- 4) 국가데이터처. (2026). 장래인구추계: 주요 인구지표(성비, 인구성장률, 인구구조, 부양비 등). KOSIS 국가통계포털. [https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1B\\_PA002&conn\\_path=I2](https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B_PA002&conn_path=I2)
- 5) 국가법령정보센터. 장기요양등급판정기준에 관한 고시.
- 6) 국민건강보험공단. (n.d.). 장기요양기관 관련 안내. <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000002760&bKey=B0055&zoomSize>
- 7) 국민건강보험공단. (2026). 장기요양급여 이용 안내. 국민건강보험공단.
- 8) 국회예산정책처. (2025). 노인장기요양보험 정책·사업 평가. 국회예산정책처. 17-23.
- 9) 김광례. (2014). 노인장기요양보험제도의 공공성 강화방안 연구 [박사학위논문, 서울시립대학교]. <http://www.riss.kr/link?id=T13408600>
- 10) 노인장기요양보험법. (2014). 법률 제18610호. 국가법령정보센터
- 11) 박상희, 권진희, 김민경. (2021). 노인장기요양보험 급여비용 심사실태와 정책적 시사점: 보험자의 심사업무 담당자와 공급자의 FGI 분석을 중심으로. 한국케어매니지먼트연구, 39, 263-287.
- 12) 박선아. (2025.06.17). 노인장기요양보험 지출 증가요인 및 시사점.
- 13) 보건복지부. (n.d.). 2026년 장기요양보험료율 관련 공지. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list\\_no=1487817&cg\\_code](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=1487817&cg_code)
- 14) 보건복지부. (n.d.). 장기요양 관련 공지. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1483484&tag=&nPage=1](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1483484&tag=&nPage=1)
- 15) 보건복지부. (2025.08.12.). 「2026년도 장기요양보험 수가 및 재정 운영방향 논의- 2025년 제4차 장기요양위원회 개최(8.12.) -」. 보건복지부. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=1487180](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=1487180)
- 16) 보건복지부. (2020.03.30.). 2019 장기요양 실태조사 결과 발표. 보건복지부. [https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list\\_no=353801](https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=353801)
- 17) 송은향, 김현정, 이호용, 정현진, 황소정, 권진희. (2024.04.02). 노인 장기요양보험 서비스의 현황 및 나아갈 방향: 설문조사 및 국민건강보험서비스자료. 대한신경과학회지. <https://jkna.org/journal/view.php?number=7018&viewtype=pubreader>
- 18) 이유주. (2026.01.15). 노인장기요양보험 준비금 2030년 고갈 전망…재정 악화 우려. 베이비뉴스. <https://www.ibabynews.com/news/articleView.html?idxno=146768>
- 19) 이선희. (2017.01.10). 노인장기요양보험제도 재가서비스 활성화를 위한 가족수발자 지원 정책현황 및 개선방안.
- 20) 최혜진. (2022). 노인돌봄 재정 지원 정책의 재정적 지속가능성과 향후 과제. 보건복지포

럼, 2022(12), 56-58.

21) 한국은행 경제연구원. (2026). 초고령화사회, 생애말기 필수산업의 활성화. BOK 이슈노트 제2026-5호. 한국은행. <https://www.bok.or.kr/portal/bbs/P0002353/view.do?menuNo=200433&nttId=10096413>

22) 행정안전부. (2007,12.01). 노인장기요양보험제도. 국가기록원. <https://www.archives.go.kr/next/newsearch/listSubjectDescription.do?id=006900&sitePage>

23) 황라일. (2025). 노인장기요양보험 방문간호기관 개설여부에 따른 보건의료 및 요양 관련 요인 분포 비교. 장기요양연구, 13(2), 117-139.

