



2020 학년도 1 학기

보건계열

보건학원론

담당교수 : 이상봉

보강자료(통계, 인구보건, 사회보장)



DIT 동의과학대학교
DONG-EUI INSTITUTE OF TECHNOLOGY

보건통계 파트

통계적 추정

❖ 추정이란?

- ‘하나를 들으면 열을 안다.’ 라는 말처럼 통계학에서 표본으로 모집단의 성질을 유추하는 것.
- 추정(estimation) = 통계량(statistic)을 이용하여 모수(parameter)를 추측하는 것.
- 통계량(statistic)을 추정량(estimator)이라 하고, 계산된 값을 추정치(estimate)라 함.

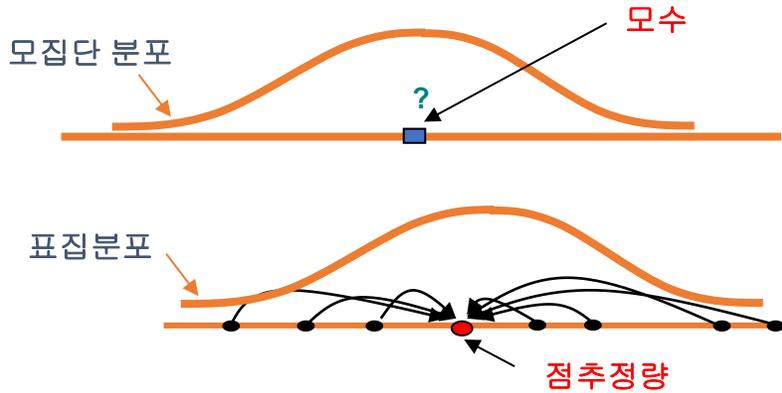
사례	모집단	표본
대통령 후보에 대한 유권자들의 선호도 조사 (유권자 선호도 조사 결과 발표) - 추정결과	한국의 모든 유권자	각 지역 시도별로 200명 씩 선정된 전화 설문 대상자
새로운 치료법에 대한 임상연구 대상 선발 및 적용 (치료법의 효험, 유효 판정) - 추정결과	새로운 치료법을 적용 받을 수 있는 해당 특정 질병을 앓고 있는 모든 환자	새로운 치료법을 적용 받을 수 있는 특정 질병을 앓고 있는 환자 중 임상연구의 조건에 따른 81명의 환자

추론통계

- 통계적 추론(statistical inference) 또는 통계적 추측은 **모집단**에 대한 어떤 미지의 양상을 알기 위해 **통계학**을 이용하여 추측하는 과정
- 통계적 추측은 추정(estimation)과 가설검정(testing hypothesis)로 나눔
 - 추정(estimation)은 **표본**을 통해 **모집단** 특성을 추측하는 과정. **표본 평균** 계산을 통해 모집단평균을 추측해보거나, 모집단 평균에 대한 95% 신뢰구간의 계산 과정을 나타냄
 - **가설검정**(testing hypothesis)은 표본이 가지고 있는 정보를 이용해 가설의 옳바름을 판정하는 과정

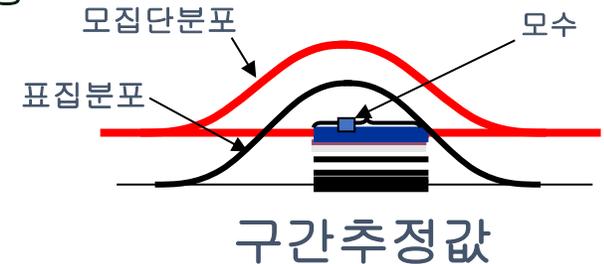
• 점 추정(Point Estimation)

- 모수를 어떤 하나의 값으로 추측하는 것
- 예) 모집단의 평균은 **55kg**이다



• 구간 추정(Interval Estimation)

- 점 추정치는 표본오차 때문에 모수와 같을 확률이 매우 낮으므로 추정치의 신뢰도를 높이기 위해 점 추정치를 중심으로 일정 구간을 만드는 것
- 구간추정을 신뢰할 수 있도록 만든 구간을 신뢰구간이라고 함
- 보통 모수가 구간에 포함되지 않을 확률을 알파(α)로 했을 때 모수가 구간에 포함될 확률은 $1 - \alpha$ 이며, 이를 신뢰수준이라 하는데 보통 **90%, 95%, 99%**의 신뢰수준을 사용



1. 추론통계의 개관

- 신뢰구간 : 구간추정에서 나타나는 구간.
- 신뢰수준(=신뢰도) : 신뢰구간이 추정하고자 하는 모수를 포함할 확률.

신뢰수준 $1-\alpha$ (유의수준, 1종오류)

-> 신뢰수준 95%(0.95) , 유의수준 5% (0.05)

2. 가설검정

- 가설검정 : 모집단의 특정 현상에 대한 예상이나 주장이 옳은지 그른지를 표본을 이용하여 판단하는 과정.
 - 연구가설 : 연구의 동기가 되는 추측 또는 가정
 - 통계적 가설 : 표본의 자료를 통계기법으로 분석하여 모집단에 관해 결론을 내리게 하는 가설

-> **연구가설**은 연구를 과학적으로 진행하고 통계가설의 기초를 제공. **통계가설**은 연구가설을 과학적,합리적으로 검정 --> 서로 불가분의 관계

1) 가설

- 대립가설(연구가설) H_1 : 연구자가 새로이 주장하여 검정하고자 하는 가설. 귀무가설에 대립되는 가설.
- 영가설(귀무가설) H_0 : 대립가설과 상반되는 가설

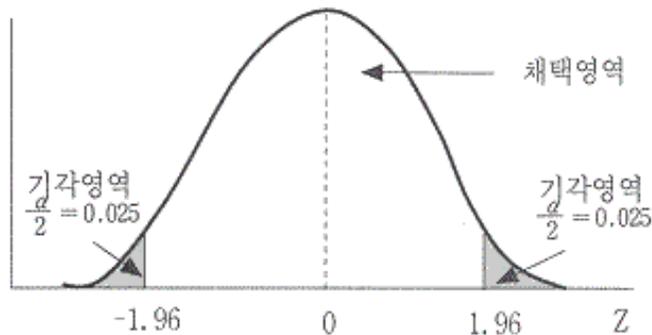
2) 단측검정과 양측검정

- 양측검정 : 표본의 평균이 모집단의 평균과 같은지 다른지를 판정하는 것
- 단측검정 : 표본의 평균이 모집단의 평균보다 큰지 작은지 판정하는 것

3) 검정통계량과 기각역

- 검정통계량 : 설정한 가설을 검정하기 위해 표본에서 구한 통계량
- 기각력 : 검정통계량의 차이가 있는지 없는지 판단하는 기준.

$\alpha=0.05$ 일 때



유의수준=0.05

임계점(기각역과 채택역의 경계): 1.96

[검정통계량] \geq 기각역 \rightarrow **영가설 기각**

예) 전국 고등학생들의 스트레스 점수를 평균3이라고 할때,
응답자의 스트레스 평균점수와 차이가 있는지 검정

일표본 통계량

	N	평균	표준편차	평균의 표준오차
stress	9	2.78	1.787	.596

일표본 검정

	검정값 = 3					
	t	자유도	유의확률 (양쪽)	평균차	차이의 95% 신뢰구간	
					하한	상한
stress	-.373	8	.719	-.222	-1.60	1.15

유의확률(p) = 0.719 (>0.05) 이므로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.
또한 신뢰구간은 0을 포함하지 않아야 유의한 차이가 있는 것인데
신뢰구간: -1.6 ~ 1.15 로 0을 포함하므로 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

통계적 유의 수준(significance level)과 p 값

- 유의수준(α , significance level) : 허용가능한 1종오류(type1 error)의 최대 수준
- 유의수준(α)이 5%라는 것은 1종오류가 있을 가능성을 5%까지 허용한다는 의미
- p- value <0.05의 의미는 α (Type 1 error)가 일어날 확률이 5% 미만이라는 뜻

귀무가설이 실제로

		옳을 경우	틀릴 경우
통계적 의사결정	수용	$1-\alpha$	β Type 2 error
	기각	α Type 1 error 유의수준	$1-\beta$ Power

통계분석방법

- T-test (t 검증)
 - 두 집단(변수)간 평균치 비교
 - 단일표본 t검정 : 표본과 모집단의 평균차이 분석
 - 독립표본 t검정 : 독립된 두 표본의 평균 차이 분석
 - 대응표본 t검정 : 짝을 이룬 데이터의 평균변화 분석
- 분산분석(ANOVA)
 - 세 집단(변수)이상 평균치 비교
 - 일원배치분산분석 (F값)
- 카이제곱검증(χ^2 검정)
 - 두가지 서로 다른 변수간에 통계적으로 의미 있는 관계가 존재하는지 검증하는 분석으로 교차분석이라 함.
 - 범주형 변수간의 연관성 분석.

통계분석방법

- 상관분석

- 두 연속형 자료사이 서로 상관관계에 대해 분석
- **Pearson's r** : 가장 대중적으로 많이 사용, 적어도 하나는 정규성을 만족하는 두 연속형 자료 -1 에서 1사이의 상관계수 값을 가지고 서로 상관관계가 전혀 없을 경우 0.
- 정규성을 만족하지 못하는 두 연속형자료, 혹은 순위척도일 경우 (**Spearman's rho, Kedall's tau-b**)

- 회귀분석

- 변수 간의 인과적 영향을 분석하는 통계방법
- 영향을 미칠 것으로 생각되는 변수를 독립변수(원인변수), 영향을 받을 것으로 생각되는 변수를 종속변수(결과변수)라고 함.
- 독립변수가 하나이면 단순회귀분석, 독립변수가 둘 이상이면 다중회귀분석.

인구보건권 파트

인구보건

5. 저출산 인구정책

1) 의미

전세계적으로 나타나는 현상(아프리카와 중앙아시아 일부 지역을 제외)
처음 저출산 문제가 부각된 나라, 프랑스

18세기 중엽 출산력과 사망력이 동시에 감소하여 인구증가 둔화

19세기 출산장려 방향으로 인구정책 전환하였으나 실패

20세기 초 합계출산율이 2.0 수준으로 감소하여 인구감소공포 부각

1983년 프랑스 의회가 직접 인구감소의 심각성 표명, 각종 인구정책이 강력하게 추진

단기적으로 출생아 감소

중장기적으로 심각한 노동력 부족과 인구의 고령화를 가져오는 원인

(고령화시 국가 경제성장은 둔화, 부양부담 증가)

인구보건

2) 우리나라 인구정책 변화

경제개발 5개년계획에 출산억제정책 포함, 정부 주도의 강력한 가족계획사업 추진
경제발전, 국민소득 증가, 교육수준 상승, 보건의료 발달, 영양상태 개선 등 사회현상의 변화로 합계출산율이 급속히 낮아짐.

1983년 인구대체 수준인 2.1명 이하로 감소

1990년대 중반부터 1.6명 수준에서 유지

1996년 인구증가 억제정책을 폐지하고 인구자질 및 복지증진정책으로 전환

2001년 1.3명 이하의 초저출산 현상에 직면

2005년 합계출산율이 1.08명으로 급락 후 정부에서 저출산 고령사회기본법 제정

5개년 기본계획 수립

1차 06-10년 : 출산과 양육에 유리한 환경조성과 고령사회 대응 기반구축 중심

2차 11-15년 : 점진적 출산율 회복과 고령사회 대응체계 확립중심

3차 16-20년 : 아이와 함께 행복한 사회와 생산적이고 활기찬 고령사회 구축 중심

위와 같은 정책에도 불구하고, 계속 감소추세

인구보건

3) 인구정책 방향

1. 기본적으로 결혼 및 출산에 대한 개인의 선택은 최대한 존중
2. 출산에 유리한 환경을 조성, 동기를 부여하는 정책이 우선적으로 고려되어야 함
3. 출산 및 양육의 장애요인은 사회구조의 변화에 기인하는 것으로 개인이나 가족의 힘으로만 해결할 수 없다는 한계성이 있음.
4. 개인의 자녀관이 변화될 수 있도록 사회환경을 조성하고 종래 개인과 가족에게 전가되었던 역할을 사회와 국가가 분담
5. 저출산 원인과 직접적으로 관련된 것을 우선적으로 추진, 가족정책, 여성정책, 복지정책, 보건정책, 교육정책, 고용정책, 주택정책, 조세정책 등 관련 정책들과 유기적으로 통합되어야 함
6. 고용과 가족생활에서 양성평등 의식의 제고 중요
7. 장녀출산 및 양육에 있어서 가족의 지원 중요
8. 저출산 인구정책이 출산율 회복에 지나치게 집중하여 인구의 양적 성장에만 관심을 두어서는 안되며 출생한 인구의 질적 수준 향상도 함께 고려

인구보건

6. 고령화 인구정책

1) 개념

고령화는 전체 인구 중에서 65세 이상 노인인구가 차지하는 비율이 높아지는 인구구조 변화

유엔은 65세 이상을 노인으로 규정

: 전체 인구 중에서 노인인구의 비율이 7% 이상이면 고령화사회

: 14% 이상이면 고령사회

: 20% 이상이면 초고령사회로 분류

고령화 추이를 파악하는데 활용되는 또 다른 지표

: 유년인구(15-49세) 대비 노인인구 비율을 나타내는 노령화 지수가 있음.

인구 고령화는 평균수명이 증가하면서 발생하지만 출산율 감소로부터 많은 영향을 받음.

고령화는 국가경제, 의료, 연금, 주택, 고용, 복지제도, 일상생활, 가족구조 등 전반에 걸쳐 영향을 미치게 되어 사회변화를 초래.

인구보건

2) 우리나라 현황

세계적으로 유례를 찾아보기 어려울 정도로 고령화가 빠르게 진행
2000년에 노인인구 비율이 7.2%에 이르러 본격적인 고령화사회
2018년에는 노인 비율이 14.3%로 고령사회로 진입

노령화지수 (유년인구 100명당 노인인구)

1980년 11명

2010년 67명

2019년 119명

: 고령화 속도가 이렇게 빠른 이유는 출산율이 심각하게 줄어듦

: 평균수명도 많이 증가

: 사망률의 저하로 인한 고령인구의 증가보다는 오히려 출생률의 저하로 총인구의 증가율이 감소

인구보건

3) 건강과 고령화

(1) 건강노화

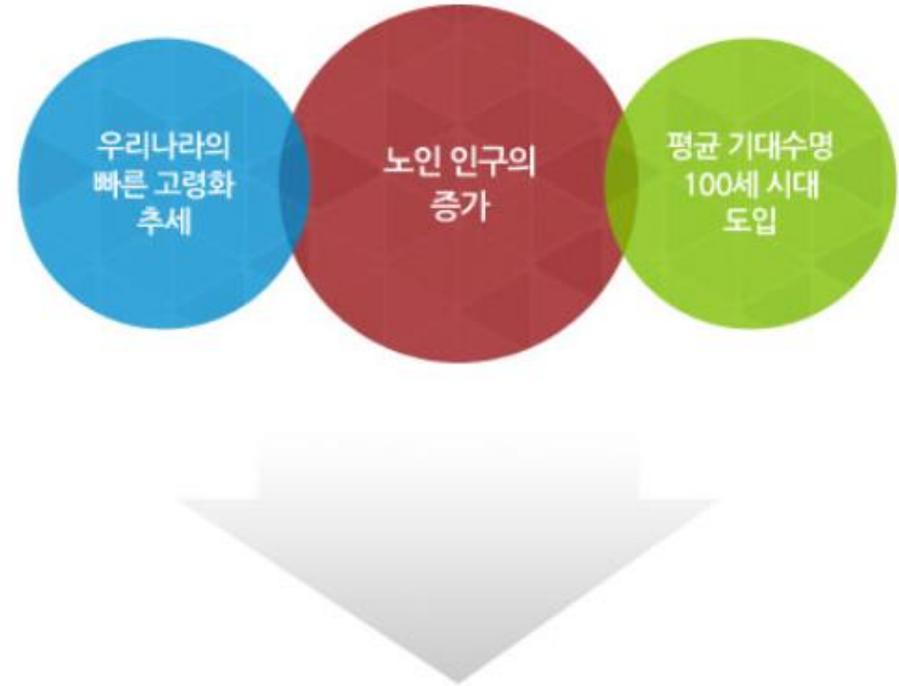
고령화와 관련된 건강정책에서 중요한 개념은 건강노화(healthy ageing)라고 할 수 있다.
2016년 세계보건기구 총회에서 처음 제안된 건강노화 개념

노인 건강을 바라보는 새로운 관점

WHO : '활기찬 노후(Active Aging)'와 연관지어 노화과정에서 삶의 질(QOL)을 향상시키기 위해서 건강, 참여 및 안전을 위한 기회를 최적화하는 과정

EC(European Community, 유럽공동체)

: 고령자로 하여금 자립적이고 양호한 삶의 질을 누리고, 차별없이 능동적인 사회참여를 할 수 있도록 하기 위하여 육체적, 사회적 및 정신적 건강의 기회를 최적화하는 과정



노인의 삶의 질과 건강에 관한 체계적 이해 필요

인구보건

노화는 인간의 정상적인 성장과 발달과정의 한 부분이며, 인간이면 누구나 경험하게 되는 현상

노년성 변화가 시작하는 시기와 노화 지각정도에 있어 개인차가 심하고, 개인에 있어서도 각 신체기관에 의한 노화가 다르게 나타나기 때문에 노화현상에 대한 연구는 다차원적인 접근이 필요

- 건강의 차원은 WHO의 권고에 따라 신체적·정신적·기능적·사회적 건강의 다차원적 접근을 강조하고 있는 점을 감안할 때, 특히 노인을 대상으로 한 건강노화의 문제는 다차원적·통합적 접근의 필요성이 큼
- 2014년 통계청 조사에 의하면, 우리나라 노인들이 경험하는 실질적 어려움 중 '건강문제' 비중이 가장 큰 것으로 조사됨
- 개개인이 나이를 먹더라도 건강하게 늙는 것을 뜻하는 건강노화(Healthy Aging)의 실현이 필요하며, 사후 대책보다는 질병의 발생을 원천적으로 차단해 사전 지출을 줄이는 것이 최선이 될 수 있음

인구보건

건강노화의 세계적 동향

세계 각국은 고령화문제에 대응하기 위해 고령자의 건강문제에 관심을 가지고 이를 이슈로 다루고 있습니다. 특히, 노인성질환 치료제 등 사후적 대응에서 건강노화(Healthy Aging)로 선제적 대응에 집중하고 있으며, 고령화와 연계된 제품·서비스 등의 혁신을 통해 산업적 가치를 높이고 있습니다.

국가별 주요 동향

- 미국- 백악관에서 Conference on Aging(WHCoA) 설치, 2015년 아젠다를 Healthy Aging으로 정하고 베이비붐 세대의 고령화 대응, 지역사회에 기반한 건강 및 영양서비스 대응문제에 집중- 국립노화연구원(NIA)을 국립보건연구원(NIH)와 구분하여 별도로 두고 의과학적·사회과학적·신경과학 분야의 통합적 대응▪ 유럽(EU)- 리스본 전략으로, 유럽 2020 전략의 목표는 오늘날의 유럽이 직면하고 있는 주요 구조 문제 해결로써 기후 변화, 세계화, 경제 침체, 그리고 저 출산 고령화 등이 해당- '활동적이고 건강한 고령화에 관한 유럽혁신파트너십(EIPAH)' 출범을 통해 건강하고 활동적이고 독립적인 삶 영위, 고령화 연계 혁신상품 및 서비스 경쟁력 강화 등을 제시▪ 일본- 1990년대부터 고령친화산업의 시장화를 통해 차세대 미래성장산업으로 육성- '건강일본21(Healthy Japan 21)'을 통해 고령화 진행 억제 및 국민건강 실현

인구보건

건강노화를 위해서 일반 성인과 달리 노인에게 중점적으로 관리되어야 할 신체적, 정신적 변화로는 노쇠

노쇠

: 다양한 원인이 작용하며 신체의 여러 기관이 잘 조절되지 못하여 항상성이 깨지고 생리적 역량이 감소하는 것

노인이 내적, 외적인 스트레스에 취약한 경우 만성적 염증과 면역 반응이 활성화되어 다양한 질병 증상이 발현되어 장애, 질병악화, 사망 등이 나타날 수 있다. 일반적인 노쇠 과정은 영양 섭취가 줄어들고 체중이 감소하면서 근무력증 및 신진대사 감소로 이어지고 신체 활동과 걷는 속도가 감소

세계보건기구는 건강노화의 기전으로 기능적 능력과 환경 간의 상호작용을 제시

노인이 가치 있는 삶을 누리고 활동하는 것은 개인의 기능적 능력만으로 결정되는 것은 아니며 환경도 중요한 영향을 미침

(Ex, 신체적 활동에 제한이 있어도 이동을 도와줄 기구 혹은 대중교통이 있으면 그렇지 못한 상황에 처해 있는 노인과 달리 원하는 대로 이동할 수 있기 때문)

건강노화의 핵심은 개인이 지닌 신체적, 정신적 기능을 유지하고 이를 지원할 수 있는 고령 친화적 환경에서 생활할 수 있도록 하는 것이다.

인구보건

(2) 노인의료비

노년기에는 여러 신체기관의 기능이 급격히 저하되어 장애, 입원, 사망 등의 발생위험이 높아지고 만성질환 유병률도 크게 증가

노인인구 증가와 함께 노인의료비도 계속해서 증가

2018년 국민건강보험공단 통계자료

: 65세 이상 노인인구 건강보험진료비는 전체 진료비 중에서 40.8%를 차지

: 노인 1인당 한달 평균진료비는 2018년 37만 8657원(전체 건강보험가입자 1인당 평균진료비 보다 약 3배 높음)

특히, 국민총생산 대비 노인의료비가 2030년에는 약 4%, 2050년에는 약 6%를 차지할 것으로 예상

인구보건

4) 인구정책 방향

국제사회는 인구 고령화에 대응하기 위해서 1982년 제1차 세계고령화총회를 개최하고 비엔나 국제고령화행동 계획을 수립.

건강분야와 관련해서는 세계보건기구가 2002년 적극적 노화를 언급한 이후 고령화로 부각되는 건강문제에 관심을 갖기 시작.

2016년 세계보건기구는 건강노화를 근거로 노화와 건강에 대한 글로벌 전략과 실행계획을 채택.

우리나라는 베이비붐 세대(1955-63년생)가 노인이 되면서 압축적 고령화 현상을 보여 생산연령 인구감소, 노인을 위한 의료비 및 복지비용 지출증가, 사회적 부양부담 증가 등의 사회문제가 발생하기 시작. 고령사회에 대처하기 위한 법 제정과 정책이 마련되기 시작.

인구보건

2004년에는 고령화 및 미래사회위원회를 대통령자문기구로 설치하고 범 부처간 유기적인 협조를 통해 국가 정책을 추진.

2005년 저출산고령사회기본법이 제정되면서 대통령 직속 저출산 고령사회위원회로 개편.

2005년 하반기부터 시범사업을 거쳐 2008년 7월부터 노인장기요양보험 제도를 시행.
(최근에는 지방자치단체별로 관련 조례등을 만들어 고령화 사회에 적극적으로 대응)

우리나라는 고령화가 너무 빠르게 진행되고 고령화를 대비할 수 있는 기간도 짧아 현재의 경제수준이나 복지 제도로는 감당하기 어려운 사회적 부담을 초래할 수 있음.

특히, 심각한 저출산 문제와 함께 진행되고 있어서 미래의 위기

고령화 인구정책의 방향은 우리 세대가 감당할 수 있는 범위에서 경제적으로 안정적인 노후생활을 보장하는 것과 건강하고 여유있는 노인 삶의 질을 향상시켜야 함.

사회보장 파트

사회보장제도

5) 의료급여제도

(1) 특성

생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민들에게 발생하는 질병, 부상, 출산 등 의료문제에 대해 국가가 의료서비스를 제공하는 공공부조제도

급여대상 항목에 대한 의료비 중 수급권자 본인이 부담해야 하는 금액을 제외한 전액을 지원

본인부담금에 대한 부담을 줄여주기 위해 보상제 및 본인부담 상한제를 적용하여 일정 금액을 초과하는 경우 초과금액을 국가가 지원

건강보험과 함께 국민 건강보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도

사회보장제도

건강보험과 의료급여제도의 특성의 차이

1. 의료급여수혜자격은 저소득층이거나 빈곤층으로 한정되고 있으며, 본인의 신청에 의해 수혜가 결정
2. 수혜자에 대한 자산조사와 동시에 필요도 조사를 한 후 진행
(일정한 자산이 있는 계층이 무상혜택을 받는 것을 방지하기 위함)
3. 급여수준은 자산 및 필요도 조사결과에 따라 차등, 수혜자의 필요도를 본인의 능력으로 충족시키지 못하는 부분만 공공부조에서 제공
4. 국가의 일반재정에서 조달, 중앙정부 뿐만이 아니라 지방자치단체도 포함

구분	건강보험	의료급여
특성	사회보험제도	공적부조제도
대상	모든 국민(강제가입)	저소득층 등 일부계층(본인신청필요)
자산조사	불필요	필요
급여수준	균등급여(수지균등원칙)	자산 및 필요도에 따라 차등 1종, 2종
재원	보험료, 국가지원금 등	일반조세(중앙과 지방 부담)
보험료	소득 수준에 따른 차등부과	없음
관리주체	국민건강보험공단	기초자치단체(시, 군, 구)

사회보장제도

(2) 역사

의료보호법 제정

1976년까지 생활보호법에 의거하여 생활무능력자에 대한 무상의료, 즉 구호사업 실시
(의료비 지불능력이 없는 저소득 계층에게도 확대할 필요성 인정)

1977년 1월 의료보호에 관한 규칙을 제정, 1977년 12월 생활보호법으로 의료보호를 분리시켜 의료보호법 제정

1978년부터 생활보호자에 대한 실질적인 의료보호가 실시

의료급여로 전환

1999년 9월 시혜적 성격의 생활보호사업이 권리적 성격의 국민기초생활보장사업으로 전환되면서 의료보호법 또한 2001년 5월 의료급여법으로 전면 개정
의료보호라는 명칭은 의료급여로, 의료보호대상자는 의료급여 수급권자로, 의료보호기금은 의료급여기금으로 변경

진료비 지급업무를 국민건강보험공단으로 이관, 지방자치단체가 예산수립 전이라도 국고보조금을 우선 지급할 수 있도록 함
의료급여를 받을 수 있는 기간제한을 폐지하여 수급권자가 연중 상시적으로 급여를 받을 수 있도록 함
급여내용측면에서 예방과 재활을 추가, 수급자의 권리를 강화하는 계기
공공부조로서 의료보장 원리를 실현한 중요한 계기가 됨

2006년에는 의료급여 제도 운영의 효율성을 높이기 위해 1종수급자의 외래진료에 본인부담제 도입 및 선택병의원제 실시

1종수급자에게 월 6천원의 건강생활유지비 지급, 의료이용을 월 4~5회 정도로 조절 유도

의료기관 중복방문, 약물오남용 등으로 건강상의 위해가 발생할 위험이 높은 수급권자 및 급여상한일수 초과자에 대해 선택의료급여기관을 지정하여 이용하도록 함

사회보장제도

(3) 의료급여 수급권자

국민기초생활보장법, 의료급여법, 타법에 의한 수급권자로 구분
의료급여 수급권자는 평균적으로 3~5% 차지, 1종 및 2종으로 구분

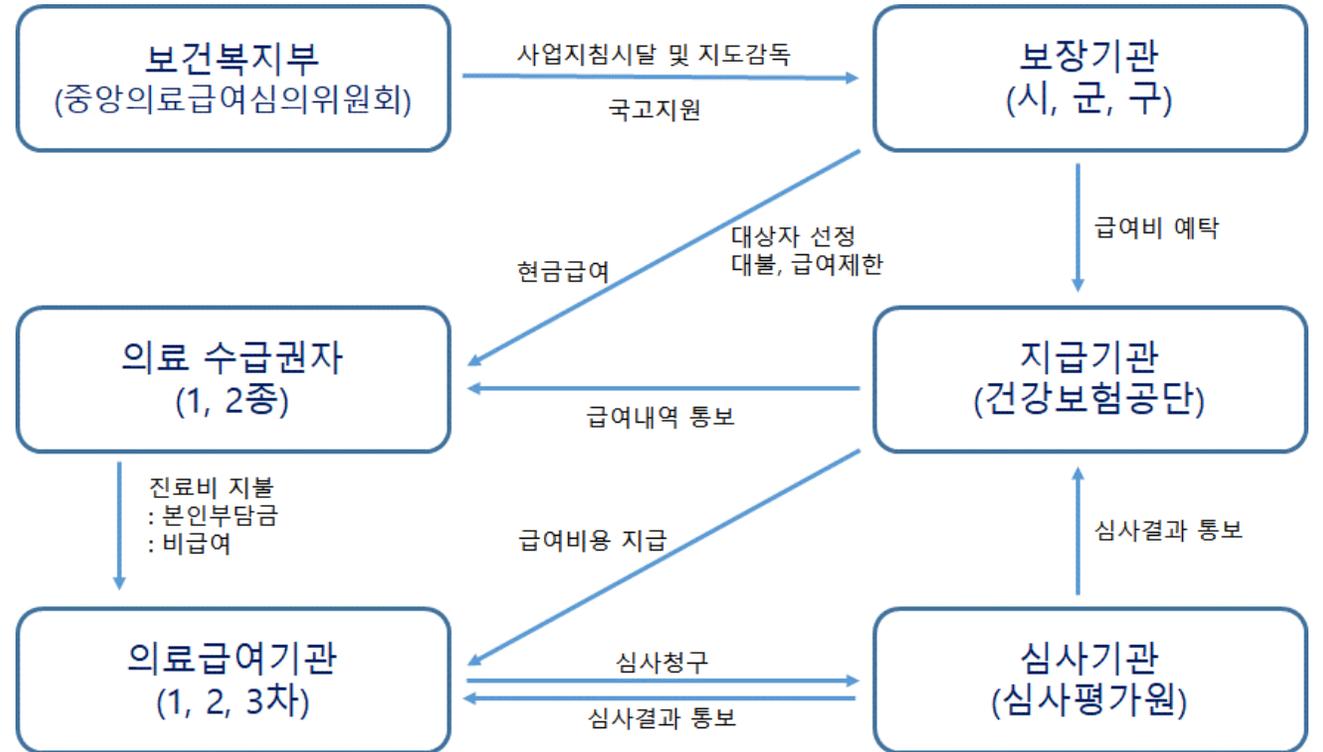
구분	국민기초생활보장법에 의한 수급권자	국민기초생활보장법 이외의 타법에 의한 수급권자
1종	국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 없는 자만으로 구성된 가구 -18세 미만, 65세 이상 -4급 이내 장애인 -임산부, 병역의무이행자 등	이재민(재해구호법) 의사자 및 의사자의 유족 국내 입양된 18세 미만 아동 국가유공자 및 그 유족 및 가족 국가무형문화재 보유자 및 그 가족 새터민(북한이탈주민)과 그 가족 5.18 민주화 운동 관련자 및 그 유가족 노숙인 *행려환자(의료급여법 시행령)
2종	국민기초생활보장 수급권자 중 근로능력이 있는 가구	-

사회보장제도

(4) 관리운영체계

의료급여 제도의 주요 관리운영 주체는 중앙정부와 시, 도 및 시, 군, 구 자치단체, 건강보험공단, 건강보험심사평가원
 기본방향 및 대책수립, 의료급여수준 및 수가에 관한 사항 등은 보건복지부에 설치된 중앙의료급여심의위원회에서 심의하며
 시, 도 및 시, 군, 구 의료급여위원회는 각 자치단체 수준에서의 의료급여사업 조정에 관한 사항을 심의

- : 의료급여 수급권자 선정과 관리는 시, 군, 구가 담당
- : 급여비용의 지급은 건강보험공단
- : 급여비 심사업무는 건강보험심사평가원



사회보장제도

6) 노인장기요양보험제도

(1) 특징

노인장기요양보험(long-term care insurance)은 고령이나 노인성 질병 등의 원인으로 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도

: 수발보험이라고도 칭함

: 2008년 7월부터 시행

수급자에게 배설, 목욕, 식사, 취사, 조리, 세탁, 청소, 간호, 진료의 보조 또는 요양상의 상담 등을 다양한 방식으로 제공
고령이나 노인성 질환 등으로 인하여 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가 장기요양기관을 통해 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공

사회보장제도

목적

: 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주는 것
(적절한 보호를 받지 못하는 노인들에게 돌봄 제공, 가족의 전적인 책임인 돌봄의 부담 감소)

: 건강보험제도와는 별개로 운영

: 제도운영의 효율성을 높이기 위하여 보험자 및 관리운영기관을 국민건강보험공단으로 일원화

: 사회보험방식 채택(국고지원)

: 소득에 관계없이 심신기능 상태를 고려한 요양 필요도에 따라 등급 판정을 받은 자에게 서비스 제공

사회보장제도

(2) 운영방법

적용대상

: 법률상 강제 가입 (즉, 건강보험 가입자는 장기요양보험 가입자)

: 원칙적으로 공공부조에 속하는 의료수급권자의 경우 건강보험과 장기요양보험의 가입자에서는 제외 되지만 국가 및 지방자치단체의 부담으로 장기요양보험의 적용대상으로 됨

수급대상자

장기요양 신청은 고령으로 인해 일상생활을 영위하기 힘든 65세 이상의 노인

치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨 병 등 노인성 질환을 가진 65세 미만의 노인도 가능

(노인성 질병이 없는 일반적인 장애인 제외)

장기요양인정신청서를 국민건강보험공단에 제출해야 함

장기요양인정

장기요양보험 가입자 및 피부양자나 의료급여수급권자 누구나 장기요양급여를 받을 수 있는 것은 아님

절차에 따라 장기요양급여를 받을 수 있는 권리(수급권)가 부여

사회보장제도

절차

1. 국민건강보험공단 직원의 방문에 의한 인정조사
2. 등급판정위원회의 등급판정
3. 장기요양인정서와 표준장기요양 이용계획서의 작성 및 송부

장기요양급여 종류 (재가급여와 시설급여, 특별현금급여)

재가급여 : 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간 보호, 단기보호 (15% 이용자 부담)

시설급여 : 노인의료 복지시설 등에 장기간 입소하여 심신기능을 유지 향상시키기 위한 교육 및 훈련 (20% 이용자 부담)

특별현금급여 : 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비

감사합니다

DIT 동의과학대학교
DONG-EUI INSTITUTE OF TECHNOLOGY