

공적노인요양보장제도의 정책방향과 과제

김창엽(서울대 보건대학원)

1. 노인인구의 증가와 장기요양서비스의 중요성

우리나라의 노인인구가 급증하고 있다는 것은 주지의 사실이다. 2003년 현재 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 8.3%로 이른바 고령화사회(aging society)에 진입하였다. 현재 추세라면 2019년 경에는 노인인구의 비율이 14.4%에 이르러 고령사회(aged society)에, 2026년에는 초고령사회(super-aged society)에 진입할 것으로 예상된다.¹⁾

이러한 고령화 속도는 주요 선진국에 비하여 매우 빠른 것이어서 정책적 대응을 어렵게 하는 요인이 되고 있다. 특히 노인인구의 증가는 급격한 출산을 저하와 동시에 나타나고 있어 전사회적으로는 노인부양비의 증가로 이어지고 있다. 생산연령인구 대비 노인인구의 비중으로 표시되는 노인부양비는 2002년 현재 11.1%에서 2019년 19.8%로 증가할 것으로 예상된다. 전통적인 가족 부양기능이 약화되고 생산연령의 증가가 둔화되면 노인부양의 부담이 증가하는 것은 필연적이다.

우리나라 노인인구의 또 다른 특징은 빈곤층의 비율이 높다는 것이다. 이는 연금제도 등 사회보장제도의 미비로 인해 나타나는 현상으로, 노인의 경우 10.1%가 기초생활보장 대상자에 이를 정도로 빈곤층의 비율이 높다. 물론 노인빈곤은 노인의 건강수준과 의존상태와 불가분의 관계에 있다.

이러한 상황에서 장기요양제도는 주로 자립적인 생활을 할 수 없는 노인을 대상으로 자립생활과 가족의 부담경감을 지원하기 위하여 보건·의료·복지서비스를 제공하는 체계를 말하는 것으로, '공적' 제도란 여기에 소요되는 비용을 사회화하여 해당되는 전국민이 보편적으로 이용할 수 있는 제도를 의미한다.

1) 장병원. 노인 장기요양보장정책 방향. 노인간병 등 전문인력 제도화를 위한 공청회 자료집, 2003년 2월 17일; 보건복지부. 공적노인요양보장제도 추진기본방향 및 「기획단」 설치·운영계획, 2003년 3월

2. 장기요양제도의 내용

1) 대상

인구학적 기준으로는 노인인구가 장기요양제도의 주 대상이 되는 것은 당연하다. 그러나 구체적으로 어떤 상태에 있는 노인이 이 제도의 대상이 되는지, 혹은 되어야 하는지 명확하게 정하는 것은 쉽지 않다. 노인 뿐 아니라 '수발' 을 필요로 하는 모든 대상자들을 포함하여야 한다는 주장도 있고, 연령에 관계없이 '노인성' 질환으로 인한 수발대상자는 모두 포함하여야 한다는 의견도 나름대로의 타당성을 가지고 있기 때문이다.

인구학적 기준 이외에는, 일반적으로 주로 신체적, 정신적 기능의 저하 정도에 따라 대상자를 정하는 경향을 띠나, 가족이 수발할 수 있는 수준을 별도의 기준으로 삼는 경우도 있다. 예를 들어 다음 표와 같은 분류가 기능의 저하를 반영한 대표적인 대상자 범위이다.

표 1. 장기요양서비스 대상 노인의 분류기준

유형	분류기준
최중증	(아래에서 1개 이상 해당하는 경우) <ul style="list-style-type: none"> · 이동-전혀 불가능 · 화장실 이용-전혀 불가능 · 식사-다른 사람이 전적으로 먹여주는 경우
중증	(최중증 상태가 아니고, 아래에서 1개 이상 해당하는 경우) <ul style="list-style-type: none"> · 이동-다른 사람의 도움으로 가능 · 화장실 이용-다른 사람의 도움으로 가능 · 식사-다른 사람의 도움으로 가능 · 옷입기-전혀 혼자서 할 수 없는 경우 · 세수하기-전혀 혼자서 할 수 없는 경우 · 목욕하기-다른 사람이 전적으로 도와주는 경우
경증	(최중증, 중증 상태가 아니고, 아래에서 1개 이상 해당하는 경우) <ul style="list-style-type: none"> · 옷입기-다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 · 세수하기-다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 · 목욕하기-다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우
치매	간이인지기능검사표에 의한 평가점수가 19점 이하로 치매가 의심되는 노인
허약	도구적 일상생활수행능력(IADL)에만 제한있는 경우

자료: 선우덕, 장기요양보호대상 노인의 실태 및 정책수립방향, 보건복지포럼 2002;66:6-16.

2) 장기요양 서비스의 범위와 내용

장기요양 서비스는 명확한 범위를 가진 동질의 서비스 군이라기보다는 극히 낮은 수준의 자가관리(self care) 지원부터 장기적인 집중치료에 이르기까지 여러 이질적인 서비스를 포괄하는 개념이다. 이에 따라 최근에는 장기요양을 연속적인 개념으로 보고, 보건과 복지의 연속으로 파악하는 ‘서비스의 연속성(continuum of care)’ 개념을 주로 사용한다.

장기요양서비스의 내용은 매우 광범위하지만, 대체로 표 2과 같은 내용의 서비스를 포함한다. 여기에는 보건의료 서비스, 개인적 서비스, 사회적 서비스가 모두 포함된다.

표 2. 장기요양서비스의 내용

구 분	영국왕립장기요양위원회 (1999)	OECD(1996)	Evashwick(1993)
보건의료 서비스 (health care)	<ul style="list-style-type: none"> 건강관리 (health maintenance) 질병 및 부상 치료 	<ul style="list-style-type: none"> 보건의료 (health care) 간호 (nursing care) 	<ul style="list-style-type: none"> 장기입원 급성입원 외래진료 가정간호 부가 및 연계서비스 : 전화상담, 의뢰 등
개인적 서비스 (personal care)	<ul style="list-style-type: none"> 가사 지원 일상생활수행 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 일상생활수행 지원 : 개인기능/가사유지 /사회활동 	<ul style="list-style-type: none"> 간병/가사 지원/식사배달
사회적 서비스 (social care)	<ul style="list-style-type: none"> 재정적 지원 주거 지원 오락 및 여가 	<ul style="list-style-type: none"> 주거 지원 	<ul style="list-style-type: none"> 복지 및 건강증진 : 교육, 운동, 여가, 자원봉사 주거 지원

3. 장기요양제도의 주요 논점

정부는 2003~4년 제도의 모형을 개발하고 이를 토대로 2005~6년 대도시, 중·소도시, 농촌지역 등 지역별로 시범사업을 실시한 후, 2007년부터 단계적으로 공적 노인요양보장제도를 시행할 계획이라고 발표한 바 있다. 아울러 모형개발을 위하여 2003~2004년 「공적노인요양보장 추진기획단」을 운영하였으며 현재는 「공적노인요양보장제도 실행위원회」를

중심으로 논의가 이루어지고 있다.

앞에서 언급한 이유들 때문에 정부 안에서나 사회적으로도 공적인 체계로서 장기요양제도를 도입한다는 데에 대해서는 크게 이의가 없는 것으로 보인다. 그러나 정부가 발표한 일정대로 제도도입이 가능한지, 나아가 어떤 모습의 제도가 도입될 수 있는지에 대해서는 구체적인 전망을 하기가 매우 어렵다. 특히 재원 문제는 아직까지는 구체적인 정책의제가 되어 있지 않아 앞으로 크게 논란이 일 것으로 보인다.

여기에서는 앞으로 제도 도입을 논의하는 과정에서 예상되는 주요 논점을 간략하게 정리해 본다.

1) 노인 장기요양제도의 목표

다소 추상적이지만, 장기요양제도의 목표는 입장에 따라 큰 편차를 드러낼 수 있다. 우선 보편적 보장의 문제가 제기된다. 장기요양제도가 모든 노인을 대상으로 보편적인 보장을 하는 것으로 목표로 할 것인지 혹은 사회적으로 보호가 필요한 최소한의 범위에 그칠 것인지가 논점의 핵심이다. 현실적으로는 전세계적으로 노인 장기요양제도는 의료 서비스 만큼의 보편적 보장이 강조되지는 않는다. 그러나 최근 보편적 보장의 경향이 강화되는 것도 사실이다. 이러한 상황에서 대상이나 급여 측면에서 보장의 범위와 보편성을 어떻게 할 것인지는 제도 설계에서 매우 중요한 문제이다.

보편성 문제와 일맥상통하는 것이 민간의 역할에 대한 문제이다. 서비스 공급 측면에서 정부와 민간의 역할 분담은 물론이지만, 더 중요하게는 가정의 부양기능을 어떻게 볼 것인가가 핵심적인 논점의 하나이다.

제도의 보편성과 민간의 역할 문제는 다른 나라에 비하여 우리나라에서 더욱 중요한 문제가 될 가능성이 높다. 이미 다른 사회보장제도들이 보편성의 문제와 국가의 역할이라는 측면에서 대체적으로 '최소주의(minimalism)'의 경향을 나타내고 있기 때문이다. 장기요양제도가 다른 사회보장제도의 틀을 그대로 따른다면 대체로 좁은 대상자와 급여범위, 최소한의 국가 역할을 벗어나기는 어려울 것으로 예상된다.

2) 장기요양서비스의 대상

대상자를 선정하는 기준은 시기와 국가에 따라 매우 다르다. 과거에는 주로 가족에 의해 보호를 받지 못하는 사람이나 극빈층에 국한되었으나, 최근에는 보편주의적 원칙 하에서 가족지원 여부나 소득과 무관하게 대상자의 건강상태와 기능수준에 따라 서비스 대상을 정하려는 경향이 강해지고 있다.

참고로 사회보험 방식으로 장기요양제도를 실시하고 있는 독일과 일본의 대상자 선정 기준은 표 3, 4와 같다.

표 3. 독일의 장기요양자 선정기준

구 분	기능상태	도움의 빈도	도움의 정도
중등증 (substantial)	ADL : 2개 항목 이상 도움 필요 IADL : 도움 필요	ADL : 1일 1회 이상 IADL: 1주 수차례	총 90분 이상 ADL : 45분 이상
중증 (severe)	상동	ADL : 1일 3회 이상 IADL: 1주 수차례	총 3시간 이상 ADL : 2시간 이상
최중증 (very severe)	상동	ADL : 항상(24시간) IADL: 1주 수차례	총 5시간 이상 ADL : 4시간 이상

표 4. 일본의 장기요양자 선정기준

구 분	요개호정도	기능상태	도움 빈도	도움 정도
재가 서비스	요지원(허약)	일상생활수행능력은 대부분 있으나, 목욕, 옷입기 등 도움 필요	1주일 수회	30분 미만
	요개호1	일어설 수 있으나 보행 불안전, 옷입기, 청소 등 도움 필요	1일 1회	30~50분 미만
	요개호2	일어서는 것 어려움, 식사, 화장실이용, 목욕 등 도움 필요	1일 1회	50~70분 미만
	요개호3	일어나는 것과 돌아눕는 것 어려움.	1일 2회	70~90분 미만
	요개호4	중도의 치매증상, 식사, 화장실이용, 옷입기 등 도움 필요	1일 3~4회 이상	90~110분 미만
	요개호5	와상상태, 식사, 화장실이용, 옷입기 등 도움 필요	1일 5회 이상	110분 이상
시설 서비스	특별 양호노인홈	항상 감시가 필요한 신체적·인지적 장애가 있는 경우		
	노인보건시설	재활치료, 간호, 신체수발 등이 필요한 경우		
	요양형병상군	집중적인 의료서비스가 필요한 경우		

우리나라에서 대상자 범위의 논의는 재원과 밀접한 관련을 가진다. 즉, 재원이 충분치 않을 경우 단계적인 접근이 불가피하다는 것이다. 현실적으로 중증의 기능장애가 있는 대상자나 경제적 약자부터 우선 보호대상으로 하고 대상자를 점차 확대해 나가자는 주장이 많은 것으로 보인다.

3) 장기요양제도의 서비스 범위

앞에서도 언급한 바와 같이 장기요양제도가 포괄하는 서비스는 원칙적으로 매우 넓은 범위에 걸쳐 있다. 따라서 현실 제도가 어떤 범위의 서비스를 포괄할 것이인지가 매우 중요한 문제이다. 특히 노인의 경우 의학적 필요와 신체·정신적 기능장애의 구분이 쉽지 않으므로 서비스 범위의 문제가 더욱 커진다. 그러나 현재까지의 논의로는 위의 표 2에서 보건의료 서비스를 제외한 서비스가 주 대상 범위이다. 그러나 개인적 서비스와 사회적 서비스도 구체적으로는 매우 다양한 형태가 있으므로 실제 제도화 단계에서는 구체적인 대상 서비스의 구분이 필요하다.

공적 제도에서 실제 서비스 범위는 서비스 제공에 대한 보수의 지불과 연관되어 있다. 적어도 현실적으로는 급여범위의 명확한 경계를 만들어야 하고 건강보험과의 구분도 명확하여야 한다.

4) 장기요양 서비스의 제공장소

장기요양서비스는 제공장소에 따라 재가서비스와 시설서비스로 구분할 수 있다. 최근 선진국에서는 그동안의 장기요양서비스가 시설서비스에 치우쳤다는 반성과 더불어 재가서비스가 정책적으로 장려되고 있는 경향이다.

그러나 이 문제는 여전히 논쟁의 대상이다. 시설서비스보다 재가서비스가 비용절감에 효과적인지에 대한 연구가 여러 차례 있었지만, 연구결과들은 일관성이 없다. 최근에는 재가서비스와 시설서비스의 중간형태를 띠는 시설과 서비스 형태가 개발되면서, 장소에 따른 이분법적 구분이 현실을 반영하지 못하다는 지적도 있다.

우리나라의 상황은 또 다르다. 현재 시설서비스의 공급이 크게 부족한 것이 사실인 만큼, 재가서비스를 강조하는 경우 비공식 수발자(특히 여성)에게 부담이 전가될 가능성이 크다는 문제가 남는다.

5) 서비스 제공주체

장기요양서비스는 전통적으로 가족에 의하여 제공되어 왔으나, 가족의 역할이 감소하면서 공식적인 서비스가 급속하게 확대되고 있다. 그러나 아직까지도 가족의 역할에 대해서는 논의가 분분하다. 우리나라의 경우 장기요양 서비스의 수요가 커짐에 따라 가족의 요양책임에 대한 논의가 본격화될 것으로 보인다.

이와 관련된 또 다른 논의는 민간기관의 역할 문제이다. 현재 우리나라에서는 시설요양과 재가요양 모두 대부분의 기관이 사회복지법인을 비롯한 비영리조직이다. 그러나 운영의 재원은 대부분 정부가 담당하고 있고, 다만 유료요양시설은 민간의 참여가 많다. 장기요양에 대한 수요가 증가하고 재원조달의 공적 체계가 만들어질 경우 민간부문의 서비스 공급이 늘어날 것은 명확하다. 그러나 민간부문 위주의 서비스 공급이 이루어질 경우 의로서비스와 마찬가지로 민간부문의 영리추구를 제어하지 못하고 결과적으로 비용의 팽창 문제에 직면할 수도 있다.

서비스 제공인력도 중요한 논의 대상이다. 수발에 대해서는 별도의 인력이 필요하다는 데에 큰 이견이 없으나(물론 인력의 종류와 기능에 대한 세부적인 사항은 논란이 많다), 일부 포함될 수밖에 없는 보건의료 서비스와 사례관리 등의 제공인력에 대해서는 새로운 논의가 필요하다.

6) 요양서비스의 관리

요양서비스에서는 질적 수준을 유지하는 것이 매우 중요한 과제이다. 주로 노인이 대상이므로 객관적으로 질을 모니터링하는 것이 쉽지 않고, 보수의 지불도 행위별로 보상을 하는 경우가 매우 적어 질을 보장하는 것이 어렵다.

관리 측면에서 또 다른 과제는 연관 부문과의 통합, 협조, 조정을 원활하게 하는 것이다. 주지하듯이 요양서비스는 의료, 복지 서비스와의 경계가 모호하고 수요가 여러 영역에 걸쳐 있는 경우가 많다. 따라서 연계와 통합이 이루어지지 않으면 분절화된 서비스로 비용의 증가와 질적 수준의 저하를 초래할 가능성이 많다.

7) 장기요양제도의 보장체계와 재원

이미 공적 장기요양제도를 실시하고 있는 선진국에서도 제도를 위한 재원은 매우 다양한 방식으로 조달된다.²⁾

우선 우리에게 익숙한 사회보험방식을 채택하고 있는 국가로 독일, 일본 등이 있다. 그러나 다른 나라에서도 공적 의료보험체계 내에서 병원이나 노인요양 시설에서 행해지는 장기요양 서비스를 급여하는 경우가 많아, 넓게 보면 이들 나라도 사회보험 방식이라고 하여야 할 것이다. 독일은 1995년부터 장기요양보험제도를 도입하였는데(1995년 4월 재가요양, 1996년 7월 시설요양), 제도 도입 이전까지는 공적 의료보험제도에서 자산조사를 통하여 저소득 빈곤노인을 대상으로 장기요양보호 서비스를 급여하였다. 일본은 최근인 2000년 4월부터 공적개호보험(公的介護保險) 도입한 국가로서 이 제도 도입 이전에는 노인보건제도와 노인복지제도에 서 요양서비스를 제공하였다.

사회보험과 달리 덴마크, 핀란드, 이태리, 뉴질랜드, 노르웨이 등 많은 국가에서 조세방식으로 장기요양을 위한 재원을 마련한다. 서비스 비용을 정부, 주로 지방정부가 부담하는데, 많은 나라에서 전체 노인에 대한 서비스 제공보다는 저소득 노인에 대한 서비스 비용만을 사회 서비스 재정에서 지원하는 경향을 보인다.

이와 달리 사실상 '공적' 체계라고 하기 어려운 것이 민간장기요양보험 방식이다. 이는 여러 나라가 공공지출을 억제시킬 목적으로 관심을 보이고 있으나 미국을 제외하고는 보편화 되어 있지 못하다. 그 이유는 수요측면에서는 보험료부담, 젊은 계층의 수요부족, 인식부족 등이 중요한 원인이고, 공급측면에서는 보험적용으로 인한 도덕적 위해(moral hazard)나 역선택(adverse selection), 보험지출의 충분한 예견성 등의 요소로 볼 때 민간보험으로서의 성립이 어렵다는 요인이 작용하고 있다.

우리나라에서도 자원조달 방식의 선택은 매우 어려운 문제이다. 현재는 공적으로는 정부가 요양시설 투자, 시설운영 및 재가요양서비스 지원 등을 담당하고 있는데, 그 규모가 매우 적다. 따라서 앞으로 정부 재정에 의존하여 장기요양제도를 발전시키고자 할 경우 현재의 정부 재정을 크게 늘려야 한다. 이 경우 국민의 조세부담과 이에 대한 저항이 문제가 될 것으로 보인다. 무엇보다 경직된 정부의 재정지출 구조로 볼 때 예산부처의 저항과 반대는 필연적이다.

정부의 재정지출을 획기적으로 늘리는 것이 여의치 않은 경우 생각할 수 있는 것이 사회보

2) 최병호, 노인요양보장제도 도입방안, 2003

험 방식이다. 이는 현재의 건강보험에 더하여 또 하나는 사회보험을 창립한다는 것을 의미한다. 그러나 이 방식에 대한 저항 역시 적지 않을 것으로 보인다. 이미 건강보험을 시행하고 있으므로 국민들에게 익숙하다는 장점은 있으나, 보험가입자(주로 청장년)와 서비스 이용자(주로 노인)가 일치하지 않는 경우가 많고 현재의 건강보험에 대한 불신 등으로 말미암아 새로운 보험료 부담을 국민들이 쉽게 수용할지 낙관하기 어렵다.

그러나 재원조달 방식이 어떠한 것인지를 말아야 할 것은 자칫 재원조달의 어려움 때문에 장기요양제도가 일부 여유있는 계층만을 위한 제도가 되는 것을 방지하여야 한다는 것이다. 이는 사회보험 방식을 채택하는 경우에도 부담능력이 없는 계층에 대해서는 국가의 책임이 필수적이라는 것을 의미한다.