

# 장기요양보호 정책의 한국적 모형에 관한 탐색적 논의: 국가, 시장, 가족의 역할분담과 정책설계

석 재 은(한림대학교 사회복지학과)

## 1. 서론

장기요양보호(long-term care)는 그 자체의 고유한 특성상 국가·시장·가족간 복지혼합(welfare mix)의 핵심에 위치한다(Wistow, Knapp, Hardy, Allen, 1993; Evers, 1994; Daly and Lewis, 2000). 국가간에 국가, 시장, 가족의 복지혼합 유형을 비교할 때, 장기요양보호는 이를 판단할 수 있는 가장 대표적인 정책영역이다. 장기요양보호는 오랫동안 주로 가정에서 가족들에 의해, 특히 여성들에 의해 제공되어 왔고, 이용가능한 다양한 공식적 장기요양서비스가 개발된 선진국에서조차 비공식 영역에서 가족에 의해 제공되는 장기요양보호의 비중이 절대적이라고 보고되고 있다(Wistow, Knapp, Hardy, Allen, 1993). 소득보장이 가족부양에서 사회적 부양으로 전폭적인 역할대체가 이루어진 영역인데 비하여, 장기요양보호 영역은 사회적 대응이 발전된다 해도 가족에 대한 의존을 완전히 대체하기 어려운 특성을 가진다. 장기요양보호의 범위를 명확히 정의하는 것의 어려움, 장기요양보호에서 비공식적 영역과 공식적 영역간의 역할 경계를 구분하는 것의 어려움 등의 고유한 특성이 그것이다. 따라서 소득보장 영역의 복지혼합은 공적보장과 사적보장으로 구분하여 국가와 시장의 양자간 역할분담에 주목하는 것에 비해, 장기요양보호 영역은 공적보장과 사적보장의 구분과 함께, 공식보호와 비공식보호라는 구분틀을 적용하여 국가, 시장, 가족간 역할분담에 주목한다.

보편적 서비스를 발전시킨 스칸디나비아 국가를 제외한 대부분의 국가에서 장기요양보호를 비롯한 사회서비스는 소득취약계층을 주요 정책대상으로 삼아왔다. 때문에 대상의 공통점에 기반하여 사회서비스는 공공부조와 밀접히 연계하여 발전해왔다. 사회서비스의 내용을 이루는 대부분이 일반 가정에서는 가족에 의해 이루어지는 부분인데다가 소득취약계층이 곧 가족지원 혹은 사적지원 네트워크의 취약계층이기 때문이다. 사회서비스가 공공부조와 분리되고 정책영역에서 독립적 기반을 가지게 된 데에는 인구·사회학적 변화에 따른 사회서비스에 대한 사회적 욕구의 증대와 그에 따른 정책 표적대상의 확대가 결정적인 계기를 제공했다고 할 수

있다. 인구고령화 및 가족의 보호제공 잠재력 약화에 따른 장기요양보호에 대한 사회적 욕구의 증대가 그 전형적 사례이다. 이를 통해 취약계층의 장기요양보호 욕구에 한정된 사회적 대응을 넘어서서 장기요양보호가 보다 보편적인 사회적 대응이 필요한 사회적 위험이라는 점에 대한 사회적 공감대를 획득하게 되었다.

우리 나라의 고령화율은 2005년 현재 9.1% 수준으로 아직 OECD 국가 평균 고령화율(약 15%) 수준에는 미치지 않지만, 세계 전례없이 급속히 진행되는 고령화 속도로 인하여 장기요양보호 욕구를 가진 고령인구도 급속히 증대될 것으로 전망되고 있다. 2003~2004년에 걸쳐 공적노인요양보장추진기획단과 한국보건사회연구원에서 개발한 노인요양욕구 평가판정도구를 적용한 결과 65세 이상 노인의 약 12% 정도인 53만명이 장기요양보호 욕구를 가진 것으로 추정되고 있다(한국보건사회연구원, 2005). 향후 평균수명의 연장과 함께 후기고령인구의 비중이 높아지면 장기요양보호 욕구를 가진 노령인구의 비중도 더욱 증가할 것으로 전망된다.

이러한 인구학적 변화와 함께 사회적 변화를 이끌어 온 핵심이 가족의 변화이다. 핵가족화, 부모부양 의식의 변화, 여성의 경제활동(사회)참가율 증가, 보호기간의 장기화, 가족보호제공자의 노령화 등의 요인들로 인해 가족에 의한 요양보호 잠재력이 약화되었다. 심심찮게 신문의 사회면을 장식하는 치매노인 살해 및 동반자살, 노인유기 및 학대사건, 노인수발 관련 가정불화 및 파탄 등은 가족보호의 한계를 반영하는 일면이라 할 수 있다. 또한 중산·서민층 노인이 요양시설을 이용하려 해도 마땅한 시설도 없을 뿐 아니라 막상 시설을 이용하려 해도 비용부담이 너무 과중(월 100~350만원)하여 사실상 장기요양보호 욕구를 가진 노인이 선택할 수 있는 대안은 극히 취약한 실정이다.

이러한 상황에서 우리 정부도 장기요양보호 욕구를 사회적 차원에서 대응해야 할 필요가 있는 사회적 위험으로 인정하고, 대선공약 및 공청회 등을 통해 2007년 공적노인요양제도 도입을 약속한 바 있다. 또한 지난 9월 정책담당 부처인 복지부는 제도도입의 충실한 준비를 위해 당초계획에서 1년 연기한 2008년에 노인수발보장제도를 도입하는 것을 내용으로 하는 노인수발보장법 제정을 위한 공청회를 개최하였다.

모든 정책의 대안들에는 이를 지지하는 가치와 이론이 있다(Gilbert, 1998). 여러 대안의 스펙트럼 중에 하나의 대안을 정책으로 선택한다는 것은 그 정책에 내재된 가치와 이론에 기반한 정책가정(policy assumption)의 지지를 의미한다. 물론 하나의 정책은 한 차원의 단선적인 스펙트럼의 대안들 중 하나를 선택하는 것일 수도 있지만, 대부분의 경우에는 여러 차원의 대안들에 대한 각각의 선택의 조합을 통하여 하나의 정책이 선택되게 된다. 우리 나라 장기요양보호 정책의 방향을 가늠하게 하는 노인수발보장법(안)에 포함된 정책설계에도 그 의미를 인식하든 인식하지 않던 이미 수많은 정책선택이 이루어졌고, 그 선택에 내재된 이론과 가치가

반영된 정책방향을 지지하는 내용들이 담겨져 있다. 하나의 제도를 설계하고, 도입하고, 실행하는 것은 그 제도에 직접적 영향을 받는 정책대상 뿐만 아니라 그 정책에 관계된 행위자, 조직 및 여타 제도 등에도 영향을 미치고, 이러한 영향에 따른 행위자들의 반응이 다시 그 제도의 운영에 영향을 미치게 된다. 따라서 제도의 설계시에 가능한한 정책선택의 의미를 정확히 파악하고 그 영향과 파급방향도 제대로 가늠하는 것이 매우 중요하다.

본 논문에서는 우리 나라 장기요양보호의 사회적 대응체계를 마련하는 중요한 디딤돌이 될 노인수발보장법(안)에 담겨있는 정책구상의 의미를 정확히 파악하여, 그 정책선택이 거시적 정책선택의 차원에서 어떠한 국가, 시장, 가족간 역할분담 유형의 선택을 의미하며, 미시적 정책선택에서는 각 개별 정책선택 차원에서의 정책선택이 어떠한 의미를 지니고 영향을 가져올 것인지를 분석해 보고자 한다. 이를 통해 노인수발보장법(안)이 우리가 사회적으로 공감하고 합의할 수 있는 장기요양보호 정책방향을 구현할 수 있는 정책설계를 담고 있는지를 평가해 볼 수 있는 자료를 제공해 보고자 한다.

이를 위하여 먼저, 장기요양보호 정책의 선택차원들과 그 의미를 살펴보고, 두 번째로 거시적 정책선택의 차원에서 장기요양보호의 국가, 시장, 가족간 역할분담 유형을 OECD 국가간 비교를 통해 살펴보고자 한다. 세 번째로는 복지부에서 발표한 노인수발보장법(안)을 중심으로 우리 나라 장기요양보호 정책설계의 의미를 파악하여, 우리가 의도한 정책방향에 부합하는 정책설계가 이루어진 것인지를 평가해 보고자 하였다. 마지막으로 우리 나라의 노인 장기요양보호 정책의 설계를 둘러싼 정책쟁점들을 종합적으로 재정리하면서, 우리가 어떠한 정책선택을 하는 것이 바람직할 것인지 생각해 보고자 하였다.

## 2. 장기요양보호와 복지혼합: 국가-시장-가족의 역할분담 유형

### 가. 거시적 정책선택 대안

장기요양보호에 관한 거시적 정책선택은 그 사회가 장기요양보호의 사회적 위험을 어떻게 인식하며, 그 사회적 위험(욕구)에 대하여 어느 정도 사회연대적으로 대응하려고 하는가에 관한 것이다. 첫째 선택차원은 장기요양보호를 사회적 위험으로 인정하고 있는가? 즉, 장기요양보호를 위한 사회적 대응장치를 마련하고 있는가 하는 점이다.

둘째 선택차원은 장기요양보호를 사회적 위험으로 인정한다면, 구체적으로 어떤 위험을 사회적 위험으로 볼 것인가? 이는 장기요양보호의 사회적 대응체계의 방향성에 대한 선택이다. 예컨대 제도의 목적이 재정적 파탄의 방지를 위한 위험분산인가 아니면 가족보호의 대안 마

런인가, 혹은 장기요양보호 욕구를 가진 노인의 온전한 삶의 질 보장인가? 또는 장기요양보호 대응기제 도입에 의한 고비용 의료의 대체를 통하여 사회적 비용을 효율화하는 것인가? 물론 대부분의 경우 이러한 목적들이 복합적으로 적용되겠지만, 그 사회가 어떠한 목적에 보다 중점을 두고 정책을 설계하고 있는가 하는 점은 그 사회의 장기요양보호 정책의 성격 및 방향성을 크게 규정짓게 된다.

이에 따라 국가가 장기요양보호의 직접적 욕구 충족에 개입하기 보다는 가족, 시장, 비영리 민간 등 다른 공급주체들이 욕구 충족을 위한 역할을 원활히 담당할 수 있도록 지원하고 여건을 조성하는 정도의 역할을 할 수도 있고, 혹은 국가가 장기요양보호 욕구 충족을 위한 재원의 사회연대적 마련까지만 개입하고 직접적인 서비스 제공은 개입하지 않는 역할을 할 수도 있으며, 또한 국가가 장기요양보호에 대해 재원조달은 물론 직접적인 서비스 제공까지 모두 관여하고 총괄하는 역할을 담당할 수도 있다. 또한 사회적 비용의 효율화 및 서비스의 연속성에 정책목표가 있다면 가능한한 장기요양보호를 의료대체 모델로서 구축하는 것이 필요하며, 약화된 가족보호의 보완 및 대체 혹은 사회적 지원에 그 목표를 둔다면 사회적수발 모델로 구축하는 것이 필요하다. 따라서 이러한 정책선택은 실질적으로 장기요양보호 욕구에 대한 직접적 서비스 제공에 있어 국가, 시장, 비영리민간, 가족이 어떻게 역할을 분담하는가, 또한 장기요양보호에서 의료영역과 복지영역이 어떻게 역할분담을 설정하고 있는가의 측면에서 정책선택의 방향을 가늠할 수 있다. 물론 정책 방향성의 문제는 보다 포괄적인 내용을 담고 있으므로, 다음의 세 번째 선택차원과 함께 보고 판단할 수 있는 부분이긴 하다.

셋째 선택차원은 둘째 선택차원과 마찬가지로 장기요양보호를 사회적 위험으로 인정한다면, 장기요양보호 (위험)욕구에 대한 사회적 연대 수준을 어느 정도로 설정할 것인가? 이는 장기요양보호의 사회적 대응체계의 포괄 수준에 대한 선택이다. 즉 국가개입 및 국가책임의 수준에 관한 선택을 의미하며, 사회적 대응체계가 포괄하는 대상범위 및 급여수준으로 구체화된다. 또한 결국 국가개입의 수준은 총 장기요양비용 중에 사회연대적으로 조달한 재원에 의해 비용분담되는 정도로 보여질 수 있다.

사회복지서비스의 공급에서 공·사 역할분담 형태는 재원조달(financing)과 서비스제공(provision)의 측면에서 구분되어 왔다(Glennester, 1985; Gidron, Kramer, and Salamon, 1992). 이 때, 비용조달주체와 보호제공주체는 서로 다를 수 있다. 즉, 재원조달의 측면에서는 공적 복지공급주체의 역할이 지배적인 반면, 급여제공의 측면에서는 사적 복지공급주체의 역할이 지배적일 수 있으며, 그 역도 가능하다. 따라서 복지공급에 대한 공·사 역할분담은 반드시 재원조달의 측면과 급여제공의 측면으로 구분하여 살펴보아야 한다.

그런데, 복지서비스 공급체계간 역할분담유형에 대한 많은 기존 연구들은 공식부문에 한정

하여 유형화하고 있다. 즉, 공식적 조직에 의한 서비스 공급체계만을 고려대상에 두고, 공식적 조직이 공적조직인지, 비영리민간조직인지, 아니면 영리민간조직인지를 구분하고, 재원이 공적 재원인지, 아니면 사적재원인지, 혹은 공적재원과 사적재원의 혼합인지에 따라 유형화하고 있다(Kahn, 1977; Kramer, 1981; Glennester, 1995). 따라서 비공식부문에서 이루어지는 보호제공은 복지서비스에 포함하지 않고 있다. 그러나 장기요양보호의 경우 많은 선행연구에서 지적한 바와 같이 공식적 보호보다 비공식 보호에 대한 의존이 압도적으로 높다(Sundstrom 1994; Twigg, 1996; Walker, 1995). 즉, 실제로 가족 등 비공식체계가 공식적부문에서 이루어지는 서비스 공급보다 많은 것을 담당하고 있음을 감안할 때, 가족 등 비공식체계는 서비스 공급체계의 하나로 고려되어야 하며, 복지서비스 공급체계의 역할분담에 있어서도 비공식부문이 포함되어야 한다. 특히 최근에는 복지공급의 다원화, 복지혼합 개념의 발전과 함께 그간 베일에 가려져 왔던 보호제공자로서의 가족이 복지공급체계의 중심적 위치에 등장된 바 있으므로(Rose, 1989), 장기요양보호 공급주체간 역할분담 형태는 비공식부문을 포함하여 파악하는 것이 적합할 것이다.

### 1) 비용부담체계: 비용부담의 사회화, 즉 탈상품화(de-commodification)

누가 비용을 지불할 것인가, 즉 비용부담 주체가 누구인가는 비용부담에서의 역할분담 형태를 결정짓는 주요 질문이다. 이는 장기요양보호 비용 중 어느 정도나 조세제도 혹은 사회보험을 통하여 공적영역에서 책임져야 하며, 또 어느 정도나 각 개인 및 가족이 사적으로 책임져야 하는가의 문제이다. 이와 같이 장기요양보호에 대한 비용부담이 얼마나 사회화(socialization of paying for costs) 되었는가 하는 것은 얼마나 탈상품화(de-commodification)되었는가를 의미하는 것이다. 탈상품화는 생활이 얼마나 상품화의 영역 밖에서 이루어질 수 있는가, 즉 시장기제에 대한 독립성의 정도 혹은 사회시장의 규모를 일컫는 표현이다(Esping-Andersen, 1990).

장기요양보호에 있어서 비용의 사회화, 즉 탈상품화는 장기요양보호에 대한 총 사회적비용 중 공적으로 조성된 비용에 의하여 조달되는 지출이 차지하는 비중이 얼마나 되는가를 의미한다. 이는 구체적으로 '보호범위의 보편성'(universal coverage), 즉 장기요양보호 욕구가 있는 누구나가 어떠한 장벽도 없이 필요한 서비스에 접근하고 제공받을 수 있는가 하는 점과 '급여수준의 충분성'(adequacy of benefit level), 즉 시장에 의존하지 않을 정도로 욕구에 따른 급여수준이 충분한가 하는 점의 결합으로 파악할 수 있다.

비용부담의 사회화(socialization of paying for costs) = 탈상품화(de-commodification)

= 공적 장기요양보호지출 / 총 장기요양보호 지출(공적 장기요양보호지출+사적 장기요양보호 지출)

= 공적 장기요양보호지출 / GDP

= 공적 적용범위 × 공적 급여수준 × 공적 재원구성 가중치

① 공적 장기요양보호제도의 적용범위: 의료보장, 사회부조, 사회서비스 지출 포함

② 공적 장기요양보호제도의 급여수준: 보호제공자 부분 포함

③ 공적 장기요양보호제도의 재원구성: 국가-고용주-개인 배분비율

## 2) 보호제공체계: 보호제공의 공식화, 즉 탈가족화(de-familisation)

누가 보호를 제공하는가, 즉 보호제공의 주체가 누구인가가 보호제공에서 역할분담형태를 결정짓는 주요 질문이다. 즉, 국가조직, 비영리민간조직, 영리민간조직, 비공식조직 중 누가 보호를 제공하는가 하는 것이다.

그런데, 보호제공의 경우에는 보호제공자가 공적주체인가, 사적주체인가가 비용지불시점에는 문제가 되지만, 서비스를 제공받는 입장에서는 크게 문제가 되지 않는다. 보호대상자의 입장에서는 오히려 서비스를 선택할 가능성이 있는지, 없는지가 더 문제가 된다. 다시 말하여 보호대상자가 서비스를 제공받는데 있어 비공식자원인 가족이외에 얼마나 다른 대안적 선택이 가능한가 하는 공식적 서비스의 이용가능성, 즉 ‘보호제공의 공식화(formalization of providing care)’ 정도 혹은 탈가족화(de-familisation) 수준이 더 중요한 구분기준이 된다.

따라서 보호제공주체를 공식화 정도로 분류하면, ‘공식보호(formal care)나 혹은 비공식보호(informal care)나, 즉 ‘국가·비영리민간·시장 對 가족’으로 집약되며, 사실상 국가주의와 가족주의의 타협점이 각 국가의 장기요양보호에서의 보호제공주체간 역할분담 균형을 만들어 낸다고 할 수 있다.

장기요양보호제공의 공식화는 가족이 있어도 노인의 장기요양보호에 사회적 지지와 보완이 필요하다는 인식을 전제로 한다. 따라서 보호제공의 공식화는 가족을 대체(substitute), 보완(supplement) 혹은 지원(support)하는 서비스 기반(시설, 인력, 프로그램 포함)이 얼마나 존재하는가, 그리고 얼마나 활용 가능한가의 정도로 파악할 수 있다.

이와 같은 공식·비공식 보호 개념을 보다 측정가능한 개념으로 만들기 위하여 조작적 정의를 시도할 수 있다. 실제 수급자 개념에서 요장기요양보호 노인 1천명당(혹은 65세 이상 노인인구 1천명당) 공식적 보호를 받는 수급자 수를 구하는 방법이 있을 수 있으며, 서비스 활용가능성 측면에서 요장기요양보호 노인 1천명당(혹은 65세 이상 노인인구 1천명당) 시설 및 인력 수를 구하는 방법이 있다.

보호제공의 공식화(formalization of providing care) = 탈가족화(de-familisation)

- |                       |   |                                    |
|-----------------------|---|------------------------------------|
| ① 공식적 보호(시설, 재가) 수급자수 | / | 장기요양보호 노인 1천명당(혹은 65세 이상 노인인구비율)   |
| ② 수용시설 수용가능인원         | ┌ | / 장기요양보호 노인 1천명당(혹은 65세 이상 노인인구비율) |
| 이용시설 이용가능인원           |   |                                    |
| 가정봉사원수                | └ |                                    |

### 3) 장기요양보호 공급주체간 역할분담 유형

장기요양보호 공급주체는 비용부담의 측면에서는 국가와 개인(가족)으로 구분되며, 보호제공의 측면에서는 국가, 비영리민간, 영리민간(시장), 가족으로 구분된다.

그런데, 제3부문(the third sector)으로 불리워지기도 하는 비영리민간조직의 경우 시장, 국가, 공동체부문의 혼합적 성격의 다중적이고 혼재된 특성을 지니므로, 그 자체가 복지혼합 중의 혼합이라고 일컬어진다. 이러한 특징 때문에 최근의 복지혼합 경향에 따라 제3부문으로서의 민간비영리부문이 더욱 활성화되는 것이라고 분석하고 있다(Evers, 1993: 13~25). 그러나 민간비영리부문의 복합적 특성은 상호배타성을 가지는 복지공급주체들의 역할분담 균형을 모색하는 데에는 혼동을 주므로, 민간비영리부문을 제외하고 비교적 분명한 특성을 가진 국가, 가족, 시장으로 구분해야만 복지혼합의 특성을 명확히 할 수 있다(Rose, 1989, Abrahamson, 1991).<sup>8)</sup> 따라서 명확하게 구별되는 보호제공주체는 제3부문인 비영리민간을 제외한 국가, 시장, 가족으로 분류될 수 있다.<sup>9)</sup>

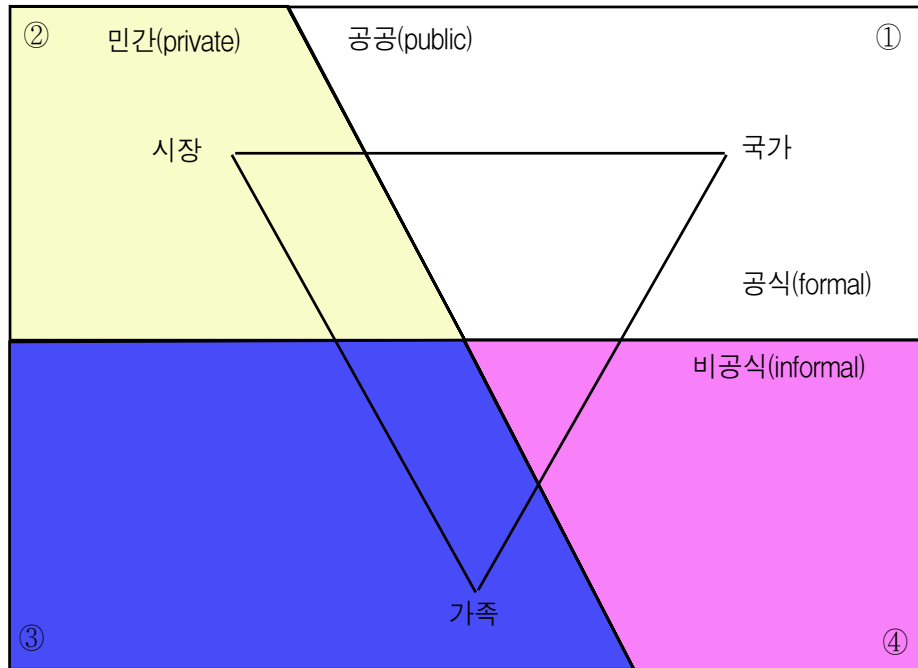
국가, 시장, 가족을 삼각꼭지점으로 하는 복지공급 삼각형에서 비용부담이 사적 혹은 공적이냐에 따라 공적부분인 국가와 사적부분인 시장 및 가족으로 분리됨으로써 결국 ‘국가 : 시장·가족’으로 구분선이 형성될 수 있다. 또한 보호제공이 공식적 혹은 비공식적이냐에 따라 국가·시장은 공식적 보호, 가족은 비공식적 보호제공으로 분리됨으로써 결국 ‘국가·시장 : 가족’으로 구분선이 형성될 수 있다.

이러한 구분선에 따라 보면, 복지공급의 삼각형이 비용부담의 공적(public)·사적(private) 성격과 보호제공의 공식적(formal)·비공식적(informal) 성격에 따라 4개의 부문으로 나뉘어질 수 있다. 첫번째 부문은 비용부담이 공공이면서 보호제공도 공식적인 경우이며, 두번째 부문은 비용부담은 사적부담이지만 보호제공은 공식적인 경우이고, 세번째 부문은 비용부담도 사적부담이고 보호제공도 비공식적인 경우이며, 마지막으로 네번째 부문은 비용부담은 공적부담이지만, 보호제공은 비공식적인 경우의 혼합이다(그림 1 참조).

8) Rose(1989)는 공·사 복지혼합의 변화현실을 정확히 이해하기 위해서는 공공(public)으로서의 국가(state)와 비공공(non-public)으로서의 시장(market)과 가계(household)의 세가지 복지공급주체로 구분할 필요가 있음을 최초로 제안하였다(Rose, 1989: 75~80). 또한, Abrahamson(1991)은 Rose가 제안한 가족, 시장, 국가 등 복지공급주체간 구분을 가족, 시장, 국가를 각 꼭지점으로 하는 ‘복지삼각형’으로 가시화시킴으로써 복지공급주체 관계와 특성, 복지혼합의 균형변화를 설명한 바 있다.

9) 이와 같이 복지공급주체를 국가, 시장, 가족으로 분류할 경우, 보호공급주체의 중요한 부분을 차지하고 있고, 최근 그 중요성이 더해가고 있는 비영리민간의 역할이 파악되지 못하고 사상되는 한계가 존재한다. 그러나 지적인 바와 같이 보호제공에서 보다 중요한 것은 가족 이외에 선택할 대안이 얼마나 있는가 하는 것이라고 판단된다. 선진국의 장기요양보호 공급에 있어서의 비영리민간, 영리민간, 국가의 공식적 보호제공주체간 역할분담 분석은 다음 연구를 참조하면 된다: 伊藤周平(1997); 足立 正樹 編(1998), 석재은(1999).

그림 1. 삼각 복지공급주체와 복지공급의 성격



자료: 석재은(1999)

- ①  Public + formal
- ②  Private + formal
- ③  Private + informal
- ④  Public + informal

이와 같이 비용부담의 사회화를 가로축으로 보호제공의 공식화를 세로축으로 교차토록 함으로써 4가지의 유형으로 구분된다. 높은 공적비용부담과 높은 공식적 보호제공으로 특징지워지는 복지공급유형은 ‘국가의존형’, 낮은 공적비용부담과 높은 공식적 보호제공으로 특징지워지는 복지공급유형은 ‘시장의존형’, 낮은 공적비용부담과 낮은 공식적 보호제공으로 특징지워지는 복지공급유형은 ‘가족의존형’, 마지막으로 높은 공적비용부담과 낮은 공식적 보호제공으로 특징지워지는 복지공급유형은 ‘가족지원·활용형’으로 각각 명명할 수 있다(표 1 참조).

표 1. 장기요양보호 복지공급유형

구분		비용부담	
		사적부담	공적부담
보호제공	공식보호 (국가시장)	시장(market)의존형 · 낮은 공적 비용부담 · 높은 공식적 보호제공	국가(state)의존형 · 높은 공적 비용부담 · 높은 공식적 보호제공
	비공식보호 (가족)	가족(family)의존형 · 낮은 공적 비용부담 · 낮은 공식적 보호제공	가족지원·활용형 · 높은 공적 비용부담 · 낮은 공식적 보호제공



‘국가의존형’은 비용부담 및 보호제공의 양측면에서 국가의 적극적 개입으로 장기요양보호에 대한 공적·사회적 책임을 극대화한 공급체계 유형이다. 즉, 개인주의에 기반하기 보다는 집합주의적 사회연대의식이 지배적이고, 가족주의보다는 여권주의가 높은 사회에서 채택하게 되는 공급유형이다. 이 유형은 장기요양보호 대상자 및 그 가족의 후생과 만족도의 측면에서는 더할 나위 없이 바람직하지만, 높은 사회적 비용을 감당해야 하는 부담이 존재한다. 따라서 이 유형을 대안으로 선택하기 위해서는 장기요양보호에 대한 높은 비중의 자원배분에 대한 사회적 합의가 전제되어야 한다.

‘시장의존형’은 장기요양보호 서비스를 상품화하여 시장에서 판매하고 장기요양보호 수요자가 사적 비용부담으로 이를 구매하는 공급체계가 지배적인 유형을 일컫는다. 이 유형은 장기요양보호에 대한 사회적으로 집합적인 대응책을 마련하기보다는 철저한 개인책임에 입각하여 장기요양보호 욕구를 해결하되, 시장의 활성화를 통하여 장기요양보호 서비스를 상품으로 구매할 수 있도록 함으로써 가족보호제공 이외의 대안을 마련해주는 특징을 지닌다. 따라서 이 유형은 가족보호 능력과 의지가 약해져가는 상황에서 가족보호 부담을 덜어준다는 점에서는 하나의 선택대안을 구성하지만, 비용부담을 사적으로 해결되어야 한다는 점에서는 소득계층별로 상이한 접근성을 낳게 된다. 즉, 고소득계층의 경우에는 본인이 선호하는 다양한 서비스를 선택할 수 있고 높은 질의 서비스를 누릴 수 있다는 점에서 매력적인 유형일 수 있지만, 저소득계층의 경우에는 서비스를 구매할 능력이 없으므로 결국 서비스를 누리지 못함으로써 가족보호에 의존하거나 혹은 방치될 수 밖에 없는 결과를 낳게 된다. 즉, 이 유형은 장기요양보호 수요가 있고 시장에서의 상품이 공급된다고 해도 비용부담이라는 장벽 때문에 수요와 공급간에 괴리가 존재할 수 있다.

가족의존형은 장기요양보호 욕구를 그 당사자 및 가족이 모두 알아서 처리하라는 것을 기본방침으로 하는 유형이다. 국가가 장기요양보호와 관련하여 어떠한 대책도 취하지 않는 무대책을 통하여 스스로 장기요양보호 욕구를 해결토록 하는 것이다. 이 유형은 개인책임에 입각하고 국가개입을 최후의 수단으로 여기는 잔여적인 국가개입 전통을 가지고 있고, 가족주의 문화가 지배적인 국가에서 주로 발견될 수 있는 복지공급체계이다. 또한 장기요양보호 욕구가 아직 광범위하게 사회화되지 않은 경우에 채택하게 될 가능성이 높은 유형이다.

가족지원·활용형은 보호제공의 측면에서 가족보호 등 비공식 보호제공에 의존한다는 점에서는 가족의존형과 유사하지만, 가족보호 제공으로 인하여 희생되는 노동시장참여시 임금에 대한 기회손실을 고려하여 가족보호제공자에 대하여 공적재원조달에 의한 보상적 급여를 제공하거나, 가족보호 제공자에게 잠시나마 편의를 제공하는 일시보호 등의 공식적인 서비스 지원을 포함한다. 즉 가족이 보호제공의 책임을 지고 비용은 사회적으로 부담하는 형태로, 전통적인 가족의 보호제공기능을 사회가 대체하기보다는 기회손실에 대한 부분적 비용보상과 필

요 서비스를 지원함으로써 국가의 보호제공자로서의 역할은 반납하고 국가는 재원조달의 사회화만을 책임지는 공·사 역할분담의 대안이다. 즉, 복지다원화 경향과 함께 국가역할의 축소, 특히 보호제공자로서의 역할 포기에 따른 비용부담주체와 보호제공주체의 분리 경향에 따라 나타날 수 있는 복지공급유형이다.

다시 말하여, 이 유형은 최근 선진국에서의 경제적 침체로 인한 복지국가 위기 상황에서 비용절약적인 보호방법의 모색이 필요하다는 점과 함께 노인의 사회통합과 정상화라는 측면에서 탈시설화 및 재가보호의 강조 흐름에 따라 대부분의 국가에서 주목받고 있다. 즉 가족지원·활용형은 보호제공의 재가족화(re-familisation)에 의한 국가와 가족의 동반자적 관계(partnership)를 강조하는 복지혼합(welfare mix) 형태로서, 현재 장기적인 경제침체와 신자유주의 정부가 주류를 이루는 선진국에서 미래의 대안으로 여겨지고 있기도 하다. 하지만, 이 대안의 현실성에 대한 의문제기도 만만치 않게 제기되고 있다. 가구구조, 여성의 경제활동참가율, 부양의식 등의 사회구조적인 변화양상은 더 이상 가족이 보호제공자로서의 역할을 수행할 수 없거나 수행할 의사가 없으므로 가족이 수행해 오던 보호제공 기능을 사회가 대체해 주길 기대하고 있다. 그럼에도 불구하고 사회적 변화 흐름을 거스르면서 가족을 여전히 보호제공 책임자로 유지하려는 것은 시대착오적이고 여성착취적 관점이라고 비난받기도 한다(Dalley, 1988).

이상과 같은 장기요양보호 복지공급주체간 역할분담 유형 분류는 이념적인 분류일 뿐이며, 실제적으로는 한 국가에서도 여러 유형이 혼재되어 나타나고, 시기마다 그 지배적 유형이 변동한다. 그럼에도 불구하고 이러한 유형화 작업은 시간의 흐름과 국가에 따라 달라지는 상대적인 지배적 유형을 규명해냄으로써 장기요양보호 정책의 발전경향과 국가의 고유한 특성에 따른 영향을 분석할 수 있다. 즉, 복지공급체계간 역할분담 형태를 유형화함으로써 그 시대의 사회구조적 요구, 특정국가의 사회문화적 기초, 정책적·제도적 유산 등과의 정책함수를 도출해내는 이론화의 기틀을 마련할 수 있다.

## 나. 미시적 정책선택 대안

### 1) 할당: 누구를 보호할 것인가?

누구를 보호할 것인가를 구분하는 구체적 기준에는 중증도, 연령(혹은 기능장애 원인), 소득계층, 개인의 수발지원 여건 등이 활용된다. 이 모든 기준이 장기요양보호 급여대상을 엄격히 통제하기 위한 것이다. 특히, 장기요양보호 정책대상 선별에서 특별한 것은 장기요양욕구를 미리 평가하여 급여대상 여부를 판정한다는 것이다. 의료서비스는 본인이 아프다고 느끼면 일단 의사를 만나서 치료서비스를 받을 수 있지만, 장기요양서비스는 그 욕구를 판정하여 일정한 정책대상 범주에 들지 않으면 서비스가 주어지지 않는다. 이러한 대상자 선별은 특히 사회

보험제도를 재원조달형태로 취할 때 전형적으로 나타난다. 조세 재원의 사회서비스 방식에서는 장기요양보호 욕구에 적고 많음에 따라 단절 없이 연속성 있게 서비스를 제공할 수 있지만, 사회보험방식에서는 급여대상 선별에서 탈락한 사람들에게는 본인이 그 필요를 느낀다고 해도 공적 장기요양제도로부터 혜택을 받을 수 없다. 이러한 측면에서 사회보험제도의 고유한 급여권리 원칙과 장기요양보호제도의 고유한 급여대상 선별이라는 제도원칙간에 충돌이 발생할 소지가 크다. 만약 사회보험의 급여대상을 관대하게 개방한다면 재정소요가 크게 증대한다는 것이 문제가 될 것이다.

한편, 장기요양보호 정책의 대상을 노인 혹은 노인성질환으로 국한한 국가는 일본과 우리나라 정도이다. 또한 보편적인 장기요양서비스를 운영하는 스칸디나비아 국가들과 사회보험방식을 채택한 국가의 경우에는 소득계층에 따라 정책대상을 선별하지 않지만, 아직도 조세에 기반한 사회서비스 방식으로 운영하는 많은 국가들이 소득계층을 선별하여 급여를 제공하고 있다.

## 2) 급여: 무엇을 얼마만큼 보장할 것인가?

장기요양보호 급여와 관련해서는 세가지 쟁점이 있다. 첫째, 급여형태와 관련하여, 서비스를 제공하느냐 혹은 현금을 제공하느냐는 것이다. 서비스 형태는 장기요양보호 욕구를 가진 대상자에게 직접 서비스 제공을 통해 욕구를 충족시켜주는 전통적이고 일반적인 급여형태이다. 서비스 급여형태는 오용의 가능성 없이 제도목적대로 자원이 사용된다는 측면에서 선호되어 왔다. 또한 서비스 형태는 서비스 내용의 결정이 전문적 영역이어서 전문가들이 적합한 서비스를 결정하고 서비스를 제공하여야 한다고 믿는 경우에 선호되어 왔다. 특히 장기요양보호 대상자들이 급여내용에 대한 자기결정권을 행사할 수 있기에는 취약하다는 측면에서 더욱 그렇게 믿어져 왔다.

그러나 최근 장기요양보호의 현금급여(direct payment; care allowance)는 소비자 선택과 시민권에 입각하여 1990년대 이후 장기요양보호 정책의 경향을 새롭게 특징짓는 하나의 정책코드로 자리잡고 있다. 현금급여의 도입은 서비스 이용자에게 자신의 보호에 대한 결정권을 줌으로써 독립성과 권한부여의 제고라는 측면과 소비자로서의 선택의 확대라는 측면의 두가지가 큰 표면적 배경을 형성하고 있다. 전자는 공급자 측의 전문적이고 관료적인 통제권을 수요자 측인 서비스 이용자에게 상당부분 이양하는 시민권(citizenship)의 확대에 기반하고 있으며, 후자는 자유시장주의(liberal marketism)에 기반한 소비자주의(consumerism)에 입각하고 있다. 또한 이러한 소비자의 선택권 확대가 제공자들간의 경쟁을 가져와 보다 유연하고 반응적인 높은 질의 서비스를 유도할 것이라는 것이 제도도입의 논리적 가정이다. 또한 현금급여로 비공식 보호제공자에게 보상을 할 수 있게 됨으로써 가족보호를 지속하는데 도움이 될 것으로 기대한다. 다른 한편으로는 현금급여가 서비스 급여보다 1인당 비용통제에 보다 용이할 것이라는 것도 자원의 한계에 직면해 있는 정책결정자에게는 매력적이었던 것으로 보인다(Wiener,

Tilly & Cuellar 2003: 4-5; 석재은, 2005). 즉, 현금급여는 현대복지국가가 공통적으로 직면한 국가복지의 재정적 한계와 보다 다양한 욕구에 반응하기 어려운 경직성의 한계에 대응하여, 보다 경제적이고 효율적인 방법으로 서비스 이용자의 선택권의 확대와 수요자 중심의 서비스 전달체계의 구축을 가능케 할 수 있는 정책대안으로 여겨졌기 때문에, 최근 10년간 많은 선진 복지국가들에서 현금급여의 도입과 확대가 이루어져 왔다고 보여진다. 그러나 일본이나 우리나라의 경우 현금급여를 둘러싸고 젠더적 관점에서 상당한 반발이 있어왔다. 하지만 현금급여 도입 국가의 운영 사례를 면밀히 비교 분석해보면, 현금급여가 곧 여성의 가족보호제공을 지속하게 만드는 것이 아니라 정책설계 및 운용에서 현금급여가 어떻게 작동하도록 하는지에 따라 정책영향의 측면에서 상당한 차이를 가져온다(석재은, 2005). 현금급여 정책선택과 그 상이한 가치를 보면 표 2와 같이 정리할 수 있다.

표 2. 현금급여 정책선택과 가치

- 현금급여 오용: 통제(시민권, citizenship) vs. 비통제(소비자주의, consumerism)
- 가족보호제공자: 유급/공식화(여권주의, feminism) vs. 무급/비공식화(가족주의, familialism)
- 서비스근로자 근로조건: 규제/공식화(사회적 보호주의, social protectivism) vs. 비규제/비공식화(시장 자유주의, market liberalism)
- 서비스근로자 자격: 자격관리(전문주의, professionalism) vs. 자격 비관리(평등주의, egalitarianism)
- 비용억제(cost containment)

둘째, 장기요양보호 대상자를 어디서 보호하는가의 문제로, 시설보호나 혹은 재가보호나의 문제이다. 노인이 살던 곳에서 보호한다(aging in place)는 원칙하에 재가 및 지역사회보호의 강조가 이루어져 왔고, 시설보호 중심에서 재가보호로의 균형이동이 경주되어 왔다. 따라서 시설에는 중증도가 높은 후기고령인구가 집중적으로 보호받고 가능한한 재가 및 지역사회에서 보호받는 것이 가능토록 서비스 지원도 이루어지고 있다. 문제는 시설보호가 재가보호보다 비용이 많이 들기 때문에 일정 등급 이하에서는 시설보호의 선택권을 제한하는 것이 고려되기도 한다. 독일이 그 예이다.

셋째, 급여수준의 문제인데, 이는 급여상한 설정 여부와 이용자 부담수준을 어느 정도로 설정할 것인가의 선택으로 나타난다. 이용자 부담은 서비스 남용에 따른 비용증가를 억제하기 위해 대부분의 국가에서 일정 수준 도입하고 있다. 문제는 이용자부담이 서비스 이용을 지나치게 억제하게 되는 경우이다. 더욱이 급여상한이 있는 경우에 이용자부담은 급여 중 일정 부담물에 그치지 않고 법정급여를 초과하거나 법정급여에서 제외되어 있는 부분까지 부담케 되어 실질 이용자부담율이 명시된 부담률보다 훨씬 높을 수 있다. 이러한 급여상한의 문제는 특히 중증도 등급별 표준화된 급여형태를 취하게 되는 사회보험형태에서 나타나게 된다. 물론 급여상한을 높게 설정하게 되면 실질적으로 법정 초과급여 발생율이 낮겠지만, 그만큼 비용통제는 어려워진다.

### 3) 재원조달: 어떻게 필요한 비용을 조달할 것인가?

장기요양보호를 위한 사회적 대응을 위해 필요한 비용을 어떻게 조달할 것인가? 사회연대적인 재원조달을 위한 방식에는 크게 조세방식과 사회보험방식이 있다. 조세방식으로 조달하는 경우 장기요양보호를 독립적 제도로 만들지 않고 전통적 사회서비스 방식을 유지하는 경우가 많고, 사회보험방식으로 조달하는 경우 국민의 합의를 위해 장기요양보호제도를 독립적 제도로 만든다.

장기요양보호의 재원조달방식의 결정에 영향을 미치는 요인으로 기존의 의료보장제도 및 사회서비스의 재원조달방식과 제도형태, 복지국가의 유형 등을 들 수 있다. 특히 장기요양보호의 보건서비스 욕구와 밀접한 관계가 있는 의료보장제도의 형태가 사회보험방식인지 혹은 국민의료서비스방식인지, 아니면 사적보험방식인지에 따라 장기요양보호의 제도형태에 대한 선택이 달라질 수 있다. 예컨대, 영국, 스웨덴과 같이 의료보장이 조세에 기반을 둔 국민의료서비스 형태를 가지고, 의료공급인력도 모두 공적 영역에 속해 있는 경우에는 의료비용의 거시적 통제가 가능하므로 별도의 장기요양보호 비용조달을 위한 새로운 제도를 모색하기보다는 사회서비스와의 효율적인 통합 관리체계를 구축하는데 주력하는 경향이 있다. 반면, 의료보장제도가 사회보험 혹은 사적보험에 의하여 이루어지는 경우에는 의료공급이 사적영역에 놓여져 있기 때문에 비용통제가 어려우므로 새로운 형태의 재원조달장치를 만들려는 경향이 강하다. 이미 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 독일, 일본, 네덜란드, 룩셈부르크 등이 장기요양보호의 비용조달을 위한 사회보험 형태의 장기요양보험을 도입하였다<sup>10)</sup>.

### 4) 조직 전달체계: 어떠한 조직이 서비스 제공의 책임을 가지고 전달할 것인가?

누가 장기요양보호제도의 관리운영의 책임을 질 것인가? 재원조달방식이 조세방식인 경우에는 지자체가 관리운영의 책임을 지고, 사회보험방식인 경우에는 중앙에서 관리운영의 책임을 지는 경우가 많았다. 그러나 일본과 같이 사회보험방식이지만 지자체에서 관리운영을 책임지는 경우도 있다.

장기요양보호는 소득보장과 같이 사회연대적으로 돈을 걷고 돈을 분배하는 보험자와 피보험자의 쌍방적 일원적 관리운영체계가 아니라, 돈을 걷고 분배하는 보험자, 서비스를 제공하는 서비스제공자, 서비스를 제공받는 수급자의 삼각 관리운영체계를 가지고 있다. 또한 보험자, 서비스제공자, 수급자의 삼각 관계를 가진다는 측면에서는 의료서비스와 동일하지만, 사실상 서비스 접근 이전에 욕구평가를 통하여 수급자격이 심사되고 필요한 서비스 계획을 수립하는 것이 필요하다는 측면에서 또 하나의 관리운영기구로 수급자격 심사 및 서비스 계획기관이 필요하다.

10) 독일은 1995년 사회보험형태의 장기요양보험(Pflege-Versicherung)을 도입하였으며, 일본은 2000년 사회보험형태의 公的介護保險을 도입하였음.

문제는 수급자격 심사 및 서비스 계획기관을 누가 맡을 것인가가 지방정부의 역할과 관련하여 중요하다. 재원조달방식으로 사회보험방식을 채택하는 경우 전국적으로 표준화된 욕구평가의 적용, 일관성 있는 급여원칙, 비용의식적인 급여집행 등을 이유로 중앙집권적인 지방조직을 통하여 욕구평가가 이루어질 수 있다. 독일은 수급자격 심사는 중앙집권적 지방조직에서 이루어지고 서비스 계획은 수급자에게 맡겨져 있다. 반면, 일본의 경우와 같이 사회보험방식을 채택하였으면서도 지자체가 보험자가 되는 동시에 욕구평가 판정의 주체가 되는 경우도 있다. 조세에 기반한 사회서비스 형태를 가진 경우에는 지방자치적으로 욕구평가를 하고, 급여가 이루어진다. 재원도 어치피 대부분 지역단위로 자체조달되기 때문에, 전적으로 지역자율에 맡겨져 있다. 이 때 중앙정부는 가이드라인을 제공하는 역할을 담당한다. 한편, 재원조달 및 수급자격 심사는 재정통제의 책임이 있는 중앙집권화된 보험자가 담당하고 서비스 계획기관은 지역에서 맡는 방안도 고려할 수 있다. 지자체가 서비스계획 및 서비스 제공의 총괄 책임을 맡으므로써 사회보험방식의 단점인 급여 대상 단절성을 보완하여 보험적용 여부에 관계 없이 연속적인 서비스 제공이 가능할 수도 있고, 지역의 자원을 보다 적극적으로 활용할 수도 있다. 즉, 예방급여, 0등급의 문제, 자원봉사자 등 지역자원의 활용 등의 문제해결에 긍정적이다. 그러나 관건은 지자체가 그만한 능력과 준비가 되어 있는가일 것이다.

장기요양보호 서비스를 제공하는 조직으로는 국가, 비영리민간, 영리민간, 가족 등을 들 수 있다. 장기요양보호 시설인프라가 지역별로 큰 격차를 보일 수 있기 때문에, 민간이 진입하지 않는 지역은 국가가 책임지고 시설인프라를 확충하는 것이 필요하며, 장기요양보호 서비스의 공급 안정성을 위하여 공공시설인프라가 일정 비율을 점유하는 것이 필요하다고 지적되고 있다.

##### 5) 인력 전달체계: 누가 서비스를 직접 전달할 것인가?

어떤 인력이 서비스를 전달할 것인가? 서비스 전달에 필요한 주요 인력에는 케어매니저와 직접 서비스 제공자가 있다. 케어매니저는 그 역할에 따라 크게 두가지로 구분될 수 있다. 하나는 장기요양보호 제도의 문지기 역할을 담당하며 전반적으로 비용을 통제, 관할하는 역할을 담당하는 행정가 모델이며, 다른 하나는 수급자의 욕구를 전문적으로 판정하고 지역사회 자원의 네트워킹을 통하여 욕구를 충족시키는 통합적 접근을 하는 임상적 전문가 모델이다. 전형적으로 일본이 행정가 모델의 케어매니저제도를 운영하고 있으며, 영국은 비교적 전문가 모델의 케어매니저제도를 운영하고 있다. 또한 케어매니저가 어떠한 학문적 배경, 훈련, 자격기준을 갖춰야 하는가도 상당한 차이가 있다.

직접 서비스를 제공하는 일선 인력의 경우, 대개 학력, 연령 등 개인적 속성에 입각한 자격기준을 규제하기 보다는 일정시간 이상의 직무교육 및 훈련을 이수한 자에 대하여 서비스 제공을 맡기고 있다. 사회서비스 및 기초적인 보건서비스를 통합적으로 제공할 수 있는 보건복지통합인력으로 훈련하여 서비스를 제공토록 하고 있다. 그러나 최근 현금급여의 도입 및 확

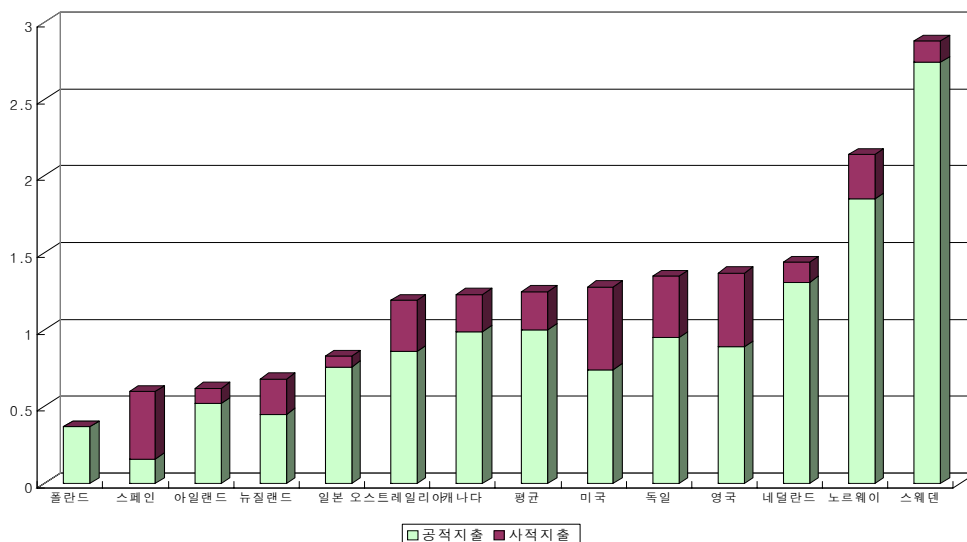
대와 함께 수급자가 직접 고용하는 보조원들의 상당수는 직무훈련 등의 전문적 과정을 거치지 않는 사람들이 대부분이고, 이들은 노동조건이 규제도 받지 않는 저임금의 저수준 이민 근로자들이다.

### 3. 장기요양보호의 복지혼합 유형: OECD 국가 비교

OECD 국가의 총 장기요양지출은 GDP대비 평균 1.25%이며, 이 중 공적 장기요양지출이 1.0%, 사적 장기요양지출이 0.25%이다. 즉, OECD 국가 평균적으로는 공적지출이 총지출의 80%를 차지하고, 사적지출이 총지출의 20%를 차지한다. 또한 총 장기요양지출 1.25% 중 재가보호 지출이 0.38%, 시설보호 지출이 0.88%로, 재가보호 및 시설보호 지출 비중은 30: 70 수준이다.

그림 1에서 보듯이, GDP 대비 총장기요양지출 비율을 기준으로 OECD 국가 평균 이하에 분포된 국가는 폴란드, 스페인, 아일랜드, 뉴질랜드, 일본, 오스트레일리아, 캐나다 순으로 지출이 낮으며, OECD 국가 평균 이상의 총지출을 보이는 국가는 스웨덴, 노르웨이, 네덜란드, 영국, 독일, 미국 순으로 경제규모 대비 장기요양 지출수준이 높은 것으로 나타났다. 또한 OECD 국가의 공적지출 대비 사적지출이 80: 20인데 비하여, 공적지출 비중이 낮은 국가는 스페인, 미국, 영국, 뉴질랜드, 독일 순이며, 공적지출 비중이 높은 국가는 폴란드, 스웨덴, 일본, 네덜란드, 노르웨이, 아일랜드 순이다.

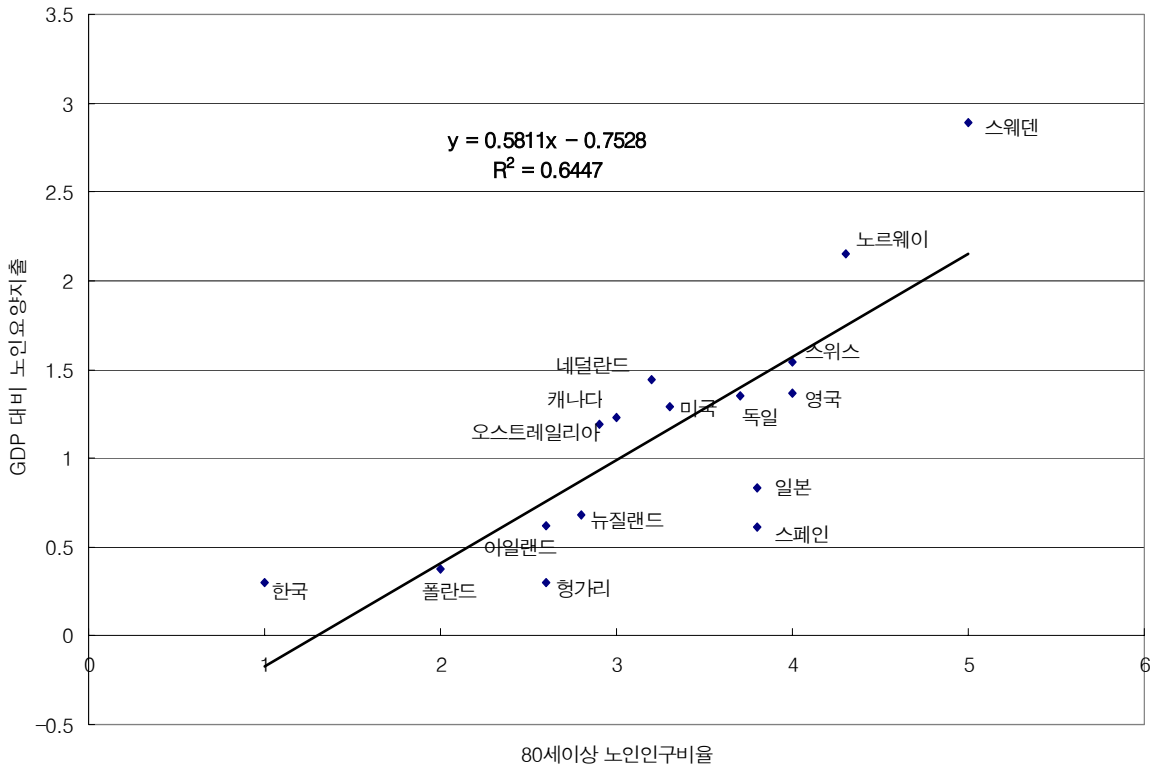
그림 2. OECD 국가의 장기요양보호 지출의 공사 역할분담: GDP 대비 비율



자료: OECD(2005) Long-term Care for Older People.

GDP 대비 총장기요양지출과 80세 이상 후기고령인구 비율간의 상관관계를 보면, 전체적으로 0.5811 상관계수를 보인다. 80세 이상 인구비율에 비하여 높은 지출을 보이는 국가는 스웨덴, 네덜란드, 노르웨이, 오스트레일리아, 캐나다, 미국, 오스트리아 순이며, 80세 이상 인구비율에 비하여 낮은 지출을 보이는 국가는 스페인, 일본, 룩셈부르크, 영국, 뉴질랜드, 독일, 스위스, 아일랜드 순이다.

그림 3. GDP 대비 총장기요양지출과 80세 이상 후기고령인구 비율간의 상관관계



OECD 19개 국가를 대상으로 GDP 대비 공적 장기요양지출을 기준으로 비용부담의 사회화 정도를 살펴보았다. 사회연대적인 장기요양지출의 크기를 분석한 것이다. OECD 국가 평균보다 비용부담의 사회화 정도가 높은 국가는 노르웨이, 스웨덴, 덴마크, 네덜란드, 영국, 일본 (2003) 등이었다. 한편, 65세 이상 노인인구 대비 재가보호 및 시설보호 등 공식보호 비율을 비교하였다. 그 결과 공식보호 비율이 OECD 국가 평균보다 높은 국가는 오스트리아, 덴마크, 오스트레일리아, 캐나다, 노르웨이, 핀란드, 미국, 네덜란드, 스웨덴, 독일이었다.

한편 비용담의 사회화 값과 보호제공의 공식화 값을 각각 표준화하여 도표화하면 4개 영역으로 구분된 국가군이 나타난다(그림 4 참조). 비용부담의 사회화 및 보호제공의 공식화가 모두 높은 국가의존형 국가군에는 스웨덴, 노르웨이, 덴마크, 네덜란드가 포함되었으며, 비용부담의 사회화 및 보호제공의 공식화가 모두 낮은 가족의존형 국가군에는 한국, 그리스, 이탈리아



아, 스페인, 아일랜드, 벨기에, 프랑스, 독일, 일본(1995) 등이 포함되었다. 비용부담의 사회화는 높지만 보호제공의 공식화는 낮은 가족지원활용형 국가군에는 영국, 일본(2003)이 포함되었다. 비용부담의 사회화는 낮지만 보호제공의 공식화가 높은 시장의존형 국가군에는 오스트리아, 오스트레일리아, 캐나다, 미국, 핀란드가 포함되었다.

또한 비용부담의 사회화 및 보호제공의 공식화의 표준화 값으로 군집분석을 실행해 보면, 평균값으로 구분한 것과는 약간 상이한 4개의 집단이 묶여진다. 국가의존형은 평균 값 기준 구분과 동일하고, 시장의존형은 독일을 제외하곤 같으며, 가족지원활용형과 가족의존형을 합하여 비용부담의 사회화 및 보호제공의 공식화가 보다 높은 집단과 낮은 집단으로 2개 그룹이 형성된다. 전자에는 벨기에, 영국, 프랑스, 독일, 일본(1995), 일본(2003)이 포함되며, 후자에는 한국, 그리스, 스페인, 이탈리아, 아일랜드가 포함된다.

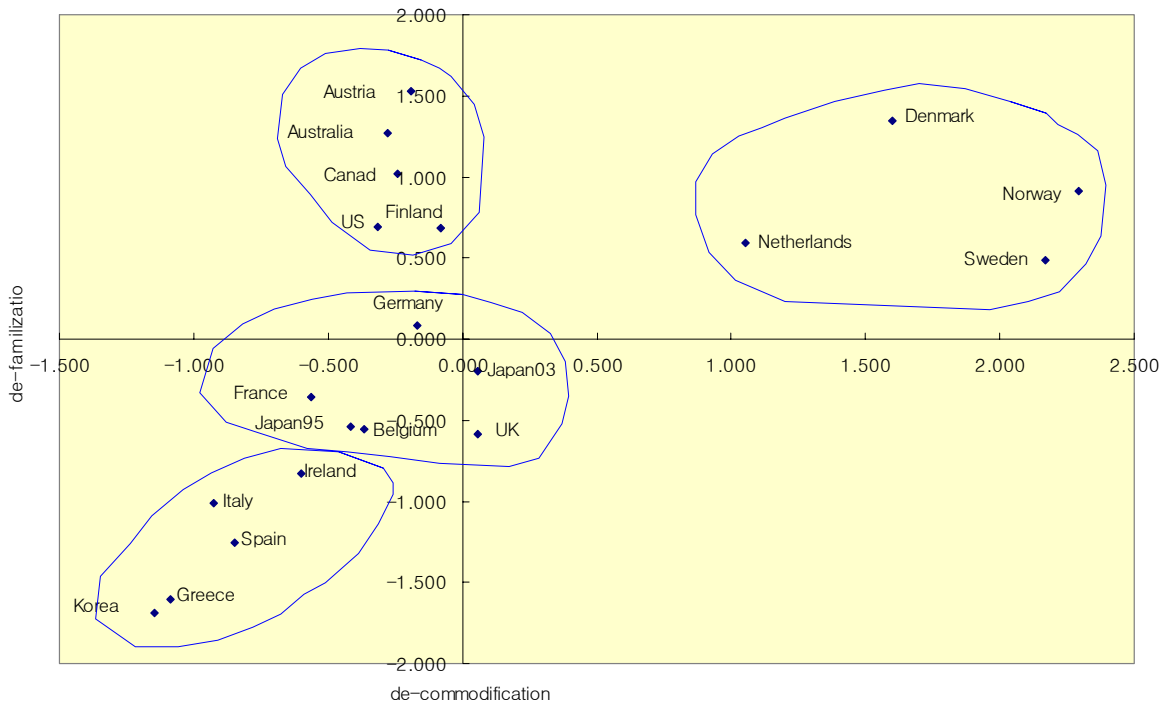
표 3. 장기요양보호에서 비용부담의 사회화 및 보호제공의 공식화

	비용부담의 사회화			보호제공의 공식화				
	GDP 대비 공적장기요 양지출	표준화 점수	그룹 구분	65세+대비 시설보호 비율(A)	65세+대비 재가보호 비율(B)	65세+대비 공식보호 비율(A+B)	표준화 점수	그룹 구분
Australia	0.73	-0.278	0	5.7	21	26.7	1.274	1
Austria	0.8	-0.191	0	4.9	24	28.9	1.528	1
Belgium	0.66	-0.365	0	6.4	4.5	10.9	-0.552	0
Canada	0.76	-0.241	0	7.5	17	24.5	1.019	1
Denmark	2.24	1.598	1	7	20.3	27.3	1.343	1
Finland	0.89	-0.080	0	7.6	14	21.6	0.684	1
France	0.50	-0.564	0	6.5	6.1	12.6	-0.356	0
Germany	0.82	-0.167	0	6.8	9.6	16.4	0.083	1
Greece	0.08	-1.086	0	1	0.8	1.8	-1.604	0
Ireland	0.47	-0.601	0	5	3.5	8.5	-0.830	0
Italy	0.21	-0.924	0	3.9	3	6.9	-1.015	0
Japan 95	0.62	-0.415	0	6	5	11	-0.541	0
Japan 03	1	0.057	1	6	8	14	-0.194	0
Korea	0.03	-1.148	0	0.6	0.5	1.1	-1.685	0
Netherlands	1.80	1.051	1	8.8	12	20.8	0.592	1
Norway	2.80	2.294	1	6.6	17	23.6	0.915	1
Spain	0.27	-0.850	0	2.8	2	4.80	-1.257	0
Sweden	2.7	2.170	1	8.7	11.2	19.90	0.488	1
United Kingdom	1	0.057	1	5.1	5.5	10.60	-0.587	0
United States	0.7	-0.316	0	5.7	16	21.70	0.696	1

표 4. 군집분석

군집	cluster centers		국가
	de-commodification	de-familization	
1	-0.922	-1.278	Greece, Ireland, Italy, Korea, Spain
2	-0.221	1.040	Austria, Australia, Canada, Finland, US
3	-0.233	-0.358	Belgium, France, Germany, Japan 95, Japan 03, UK
4	1.778	0.835	Denmark, Netherlands, Norway, Sweden

그림 4. 비용부담의 사회화와 보호제공의 공식화



주: de-commodification= GDP 대비 공적장기요양지출 비율 /de-familization=65세 이상 공식보호(시설보호 및 재가보호) 비율  
 자료: OECD(1998); 일본 후생노동성 자료(2004); 한국 보건복지부 자료(2003).

표 5. OECD 국가의 장기요양보호 제도 현황

국가	보호형태	제도	재원	급여형태	자격기준	이용자 부담
오스트레일리아	시설보호	Residential Care	조세	현물	모든 연령	기본부담 + 소득비례부담
	재가보호	Community Aged Care Packages(CACP)	조세	현물	70세 이상 자산조사	부담능력에 따른 이용료 부담
		Home and Community Care( HACC)	조세	현물	모든 연령 자산조사	부담능력에 따른 이용료 부담
		Care Payment	조세	현금	모든 연령 자산조사	-
		Carer Allowance	조세	현금	모든 연령 보편적	-

국가	보호형태	제도	재원	급여형태	자격기준	이용자 부담
오스트리아	시설보호	Long-term care Allowance	조세	현금	모든 연령 보편적	이용자는 실제비용과 급여간 차이만큼을 지불
	재가보호	Long-term care allowance	조세	현금	모든 연령 보편적	이용자는 실제비용과 급여간 차이만큼을 지불
캐나다	시설보호	Provincial programmes	조세	현물	모든 연령 자산조사	지역별 자산조사 다양
	재가보호	Provincial programmes	조세	현물	모든 연령 자산조사	지역별 자산조사 다양
독일	시설보호	Social Long-term Care Insurance	보험료	현물	모든 연령 보편적	식사 및 숙박은 급여범위 비포함(월평균 560유로). 또한 법정제한을 초과하는 서비스비용이 월평균 313유로 * 이러한 개인부담비용은 자산조사에 의한 사회부조로 커버될 수 있음.
	재가보호	Social Long-term Care Insurance	보험료	현물 및 현금	모든 연령 보편적	이용자 부담 없으나, 공적보험의 급여범위를 초과하는 추가적 혹은 고가의 서비스에 대해 지불하는 비용은 월평균 130유로 수준.
헝가리	시설보호/ 재가보호	Social Protection and Social Care provision programme	조세	현물 및 현금	모든 연령 자산조사	이용자 부담은 지방정부별로 규정된 범위내에서 시설별로 설정.
	시설보호/ 재가보호	Health care insurance fund finances services	보험료	현물	모든 연령 보편적	기본 서비스는 무료. 보다 높은 질의 서비스는 이용자 부담
아일랜드	시설보호	Nursing Home Subvention Scheme	조세	현물	모든 연령 자산조사	시설에 따라 최대 연평균 26,000유로
		Public Ling-term Care	조세	현물	모든 연령 자산조사	무각출 노령연금의 최대 80%(연기준 약 5,500 유로)까지 부담
	재가보호	Community-based Care	조세	현물	부분적으로 자산조사	지역사회간호서비스는 자산조사하지 않고 무료이지만, 수발은 자산조사,
일본	시설보호/ 재가보호	개호보험	보험료 및 조세	현물	40-64세의 15개 노화관련 질환에 의한 장애인 및 65세 이상 모든 장애인 보편적	이용자부담 비용의 10%
한국	시설보호/ 재가보호	노인복지서비스: 노인의료복지시설 재가복지서비스	조세	현물	65세 이상 자산조사	공공부조 대상자 중상: 이용료 무료 기타 소득계층: 소득수준에 따라 다양
룩셈부르크	시설보호/ 재가보호	Dependency Insurance	보험료	현물 및 현금	모든 연령 보편적	이용자는 실제비용과 급여간 차이만큼을 지불
멕시코	시설보호	Specialised Services in Geriatrics	조세	현물	모든 연령 모든 피보험자	
	재가보호	Day centers for pensioners and retired	조세	현물	연금수급자 및 퇴직자	

국가	보호형태	제도	재원	급여형태	자격기준	이용자 부담
네덜란드	시설보호	AWBZ	보험료	현물 및 현금 (Personal Budget)	모든 연령 보편적	소득비례 본인부담금 지불
	재가보호	AWBZ	보험료	현물	모든 연령 보편적	소득비례 본인부담금 지불
뉴질랜드	시설보호	Long-term Residential Care	조세	현물	65세 이상 및 조기개시 연령 연계 조건 가진 50-64. 자산조사	
	재가보호	Carer Support	조세	현물	모든 연령 자산조사	
		Home Support: home help	조세	현물	모든 연령 자산조사	
	Home Support: personal Care	조세	현물	모든 연령 보편적		
노르웨이	시설보호	Public Long-term Care	조세	현물	모든 연령 보편적	시설거주자는 본인 소득의 약 80%를 부담.
	재가보호	Public Long-term Care	조세	현물	모든 연령 보편적	방문간호서비스는 무료. 가사원조는 적정 이용자부담. (시간당 NOK 50)
폴란드	시설보호/재가보호	Social Services	조세	현금/현물	모든 연령 자산조사	
스페인	시설보호/재가보호	Social Care Programmes at Autonomous Community Level	조세	현물	자산조사	총 장기요양비용의 73% 정도가 개인적으로 부담된다.(1998년 추정)
스웨덴	시설보호/재가보호	Public Long-term care	조세	현물	모든 연령 보편적	이용자는 지방정부에서 정한 약간의 이용료를 지불.
스위스	시설보호/재가보호	Programmes at Canton level; Health Promotion for the elderly by Old Age Insurance	질병/노령 보험기금 및 조세	현물 및 현금의 혼합	시설보호는 자산조사	이용자 부담 높음
영국	시설보호/재가보호	NHS	조세	현물 (재가 및 요양원에 서의 간호)	모든 연령 보편적	무료
	시설보호/재가보호	Social Services	조세	현물	모든 연령 자산조사	부담능력에 따른 이용자 부담
	재가보호 (현금)	Social Security Benefits	조세	현금	모든 연령 자산조사	
미국	시설보호/재가보호	Medicare	보험료	현물 (전문화된 보호만)	장애인 및 65세 이상 보편적	재가간호서비스: 무료 전문요양보호: 20일까지는 무료, 20-100일은 일당 USD 105, 101일 이후는 100% 본인부담.
	시설보호/재가보호	Medicaid	조세	현물	모든 연령 자산조사	수급자의 재정상태에 따라 본인부담

자료: OECD's questionnaire on long-term care; OECD(2005) Long-term Care for Older People.

## 4. 우리 나라 장기요양보호 정책구상의 평가

### 가. 거시적 정책선택 대안

정부는 장기요양보호의 욕구 발현율은 여타 사회보장 영역에 비해 낮은 편이지만, 그 위험에 직면한 개인이나 가족의 경우에는 심대한 불편과 부담을 수반하는 욕구라는 점에서, 특히 거동이 불편해진 노인의 자살율이 매우 높다는 심각한 위기의식을 느끼면서, 장기요양보호를 우리 사회가 공동으로 대처해야 하는 사회적 위험으로 인정하고, 보편적인 사회적 대응체계의 준비에 착수하였다.

2000년부터 민간 전문가 및 정부담당자들이 함께 참여하는 공적노인요양보장추진기획단, 공적노인요양보장실행위원회 등이 운영되면서 공적노인요양보장제도의 정책설계의 기본 틀에 대한 논의들이 이루어져 왔다. 또한 2005년 7월부터 6개 지역에서 노인요양 평가판정 및 케어 매네지먼트, 수가 등을 적용하는 1차 시범사업이 실시되고 있다.

또한 복지부는 2008년도부터 노인수발보장제도의 도입을 내용으로 담고 있는 노인수발보장법(안)을 발표하였다. 제도의 명칭은 노인수발보장제도로서, 그 주요 정책대상이 노인이며, 의료대체서비스 보다는 가족의 돌봄노동을 대체·보완하는 성격이고, 보험과 공공부조 대상을 한 제도에 포함하였다는 점에서 ‘보장’이라고 명시하고 있다.

노인수발보장법(안)에 나타난 제도의 기본 골격을 살펴보면, 사회보험을 근간으로 하여 욕구 등급별로 급여상한선을 두고 급여에 대해 20% 수준의 이용자 부담을 부과하는 것으로 설계되어 있다. 이는 첫째, 사회보험방식에 기반한 사회연대적 재원조달을 통하여 장기요양보호 위험에 대해 대응하되, 그 급여수준은 일정수준으로 제한을 하여 공적책임의 한계를 분명히 함으로써 비용부담의 통제를 꾀하는 것으로 보여진다. 이로 인해 참여연대로부터 본 제도가 이용료 할인제도에 지나지 않는다는 공격을 받기도 하였다. 그러나 급여상한선 그 자체로 공적책임의 제한 정도를 파악할 수 있게 하지는 않는다. 일본처럼 급여상한선이 높은 경우 재가보호 급여율이 급여상한선의 50% 미만에도 머물 수도 있다. 우리 나라의 경우 아직은 구체적인 급여수준이 제시되지 않았기 때문에 판단하기는 쉽지 않지만, 결과적으로 이용료 할인제도에 지나지 않는다는 참여연대의 지적이 일리가 없는 것은 아니다. 하지만 이용료 할인제도 그 자체도 의미가 있다고 보여진다. 이용료 할인을 통한 억제된 공식서비스 수요의 현실화와 가정경제의 위협의 완화가 그 첫째 목적이고, 가족보호의 부담 경감과 의존노인의 삶의 질 향상이 파생적으로 나타난 긍정적 영향이 될 수도 있다고 보여진다. 결국 남는 문제는 결국 어느 수준을 보장해 줄 것인가와 감당할 수 있는 비용부담 수준은 어느 정도인가의 방정식이다.

둘째, 우리 나라 노인수발보장법(안)은 미국식의 의료대체모델이 아니고, 일본식의 의료대체 모델과 사회수발모델의 중간형태도 아닌 독일식의 사회적수발모델을 기준모델로 삼고 있는 것으로 보여진다. 법의 명칭에서도 그 점을 분명히 하고 있을 뿐만 아니라, 현재의 국민기초 생활보장수급자 대상의 사회서비스 모델의 연장선상에서 노인수발보장제도를 설계하고 있는 것으로 보여진다. 이러한 경우 노인수발보장제도 도입을 통하여 고비용의 의료서비스 대체 역할을 수행하는 것은 상당히 한계가 있을 것으로 보여진다. 의료대체모델을 선택하는 경우 장기요양보호의 인력 구성이나 서비스시스템에 있어 대대적인 변화가 불가피하다. 이는 의료서비스가 가능한 의료전문인력의 확대를 수반한다는 측면에서 비용증가도 전제되어야 가능한 일이다. 우리 나라의 경우 의료의 공공성이 강한 유럽선진국과 달리 의료서비스가 거의 민간 시장에 의해 지배되고 있는 상황이므로 의료인력을 장기요양보호에 상당수 포함하는 의료대체모델의 선택은 결코 쉬운 일은 아닌 것으로 보여진다.

셋째, 우리 나라의 노인수발보장법(안)은 국가가 재원마련 및 그 배분에만 그치지 않고 서비스 제공여건 조성 및 서비스 제공까지 관여하고 총괄하는 역할을 담당하도록 설계하고 있다. 특히 사회보험의 특성에 따라 보험자 역할을 하는 건강보험공단이 자격관리, 보험료부과·징수, 급여비용 심사·지급을 하고, 노인수발평가관리원을 새로이 만들어서 등급판정, 수발계획 작성 등의 전문적 업무를 담당토록 하고 있다. 즉 두 조직이 모두 중앙집권적인 원칙하에 운영되는 성격으로, 사회보험의 표준화, 동일성, 일관성의 특성이 강조된 결과라고 보여진다.

사회복지서비스의 공급에서 공·사 역할분담 형태는 재원조달(financing)과 서비스제공(provision)의 측면에서 구분되어 왔다(Glennester, 1985; Gidron, Kramer, and Salamon, 1992). 이 때, 비용조달주체와 보호제공주체는 서로 다를 수 있다. 즉, 재원조달의 측면에서는 공적 복지공급주체의 역할이 지배적인 반면, 급여제공의 측면에서는 사적 복지공급주체의 역할이 지배적일 수 있으며, 그 역도 가능하다. 따라서 복지공급에 대한 공·사 역할분담은 반드시 재원조달의 측면과 급여제공의 측면으로 구분하여 살펴보아야 한다.

우리 나라의 장기요양보호는 실질적인 의미에서 장기요양보호 정책의 부재, 혹은 전형적인 ‘가족의존형’ 장기요양보호 공급유형으로 규정지을 수 있는 상황에 놓여 있다. 우리 나라의 장기요양보호에 대한 사회적 대응은 극빈층에 선별적으로 제한되어 있으며, 그 규모가 매우 미미하고, 대응방식도 단편적이다. 실제 우리 나라의 장기요양보호를 위한 공식적인 보호가능여력은 2004년말 시설보호 24천명과 재가보호 28천명을 합하여 약 52천명 수준으로 65세 이상 노인의 1.3%에 불과하다. 이는 장기요양보호 필요노인으로 추정되는 53만명중 10%만을 포괄하는 수준으로, 요장기요양보호 노인중 나머지 90%는 가족 등 비공식적 지원에 의해서만 보호를 받거나 방치되고 있다고 볼 수 있다.

## 나. 미시적 정책선택 대안

### 1) 할당: 누구를 보호할 것인가?

노인수발보장법(안)은 타인의 도움 없이는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 국민에게 수발급여를 제공하여 노인의 삶의 질을 향상시키고 그 가족의 복지증진에 기여함을 명시하고 있다. 수발보장제도의 적용대상은 전국민(건강보험 가입자 47,404천명)으로 하되 공공부조대상자(의료수급권자(1,664천명)도 정부재정부담으로 본제도에 포함한다.

수발인정을 신청할 수 있는 대상은 고령자와 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질병이 있는 자로 규정하였으며, 실제 수발급여를 받는 자는 수발등급판정위원회에서 심신의 건강상태에 따라 수발이 필요하다는 인정을 받은 자로 하고 있다. 복지부는 당정협의자료 등에 따르면 당초 공적노인요양 평가판정도구에 의거하여 산출한 장기요양보호 욕구를 가진 노인 12% 수준에서 경등급인 5등급의 50%만을 인정하여 결국 65세 이상 노인의 9% 정도를 장기요양보호 욕구가 있는 노인으로 보고 있다. 또한 평가등급도 1,2,3등급 수준으로 구분하고 4등급은 보험급여 대상으로 설정하지 않는 방안을 모색하고 있다.

이와 같이 볼 때, 우리 나라의 노인수발보장제도의 할당 원칙은 한편으로는 중증도가 높고, 연령이 고령 혹은 기능장애 원인이 노인성인 경우에 제한함으로써 수급자 선별을 엄격히 하지만, 다른 한편으로는 소득계층에 따른 구분 없이 보험료를 납부하는 대상과 공공부조 대상을 통합 관리하며, 개별적인 수발지원 여건을 고려하여 급여를 달리 설정하지는 않는 보편적인 제도의 성격을 지니고 있다고 할 수 있다. 이와 같이 사회보험의 보편적 급여권리 원칙과 중증도와 연령 및 장애원인에 따른 수급자격 선별 원칙간에 충돌이 발생하여 국민의 사전 이해와 합의를 구하지 않고 제도가 도입되는 경우 민원이 상당수 제기될 가능성이 높다.

### 2) 급여: 무엇을 얼마만큼 보장할 것인가?

급여형태와 관련하여 노인수발보장법(안)에서는 현물을 원칙으로 하고 보완적으로 현금을 인정하고 있다. 현물급여에는 재가수발 및 생활수발시설 급여가 있으며, 현금은 보완적으로 수발수당, 특례수발비, 요양병원 수발비를 설정하고 있다. 재가수발급여는 방문간병수발, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호 등이 있으며, 방문재활이나 복지욕구 대여 등의 서비스는 준비가 되는 대로 단계적으로 실시될 계획이다. 생활수발시설급여는 기존의 10인 이상의 노인요양시설과 더불어 5-9명의 노인이 모여 지역사회에서 생활하는 노인수발공동생활시설(group home)을 새롭게 도입하고 있다. 수발수당은 수발시설 이용이 현저히 곤란한 지역에 거주하는 경우, 천재지변 등 수발급여 이용이 어려운 경우, 신체·정신적 사유 등으로 부득이 자격을 가진 가족 등으로부터 수발을 받은 경우에 제한하고 있다. 특례수발비는 수발인정자가 지정받지 않은 미지정 수발시설 이용시에 등급별 한도액내에서 특례수발비로 지급하되 초과액은 본인 부담으로 하도록 하였다. 요양병원 입원 수발인정자에게 수발비(간병비)의 일부를 지원하도록 하고 있다.

제도설계에서 현물을 원칙으로 한다는 점에서 제도 목적 이외의 오용 가능성 배제에 무게를 두고 있으며, 일본과 마찬가지로 시설인프라가 미비한 상황에서 현금급여를 도입하게 되면 결국 가족의 보호부담으로 돌아가게 될 것이라는 여성계의 우려도 기여한 것으로 보여진다. 한편 특례수발비의 인정은 수급자의 선택을 존중한다는 측면에서 의의가 있으나, 지정시설과 미지정시설 이용시 수급자가 결과적으로 혜택받는 것이 동일한 관계로 이의 수급자가 광범위하게 되면 제도근간에 혼란이 초래될 수 있음을 고려하여 미지정 수발시설에 대한 시설기준 등이 명시되어야 할 것이다. 또한 요양병원에 입원한 수발인정자에게 수발비를 지급하도록 하고 있는데, 이 역시 의료서비스에 대한 선호를 부추길 수 있으므로 이를 고려하여 구체적인 지급기준이 마련되어야 할 것이다.

노인수발보장법(안)에서는 수급자가 등급의 중·경도에 제한 없이 노인수발대상 판정을 받게 되면 재가수발급여와 생활수발시설급여 중에 자유롭게 선택할 수 있도록 하고 있다. 따라서 수급자의 선택의 자유는 존중되지만, 생활수발시설보호 선택의 과다로 인한 비용 통제의 어려움은 예상된다. 따라서 본인부담율 등의 차이를 두어 경등급의 경우 시설이용의 제한을 가하는 것도 고려할 수 있는 방법이다.

급여수준과 관련하여, 노인수발보장법(안)은 수발급여를 등급별 월한도액 내에서 제공토록 하고 있다. 월한도액은 수발등급과 급여종류 등을 고려하여 설정토록 하고 있다. 또한 이용자 부담은 수발급여비용의 20%로 설정하고 있다. 단 소득계층에 따라 기초생활수급자는 본인부담비용이 없고, 기초생활수급자 이외의 의료급여자 및 대통령령이 정하는 차상위계층은 10% 부담으로 하고 있다. 생활수발시설의 경우 식대, 숙박 등을 본인부담으로 하는 경우 본인부담은 제시된 부담률보다 훨씬 높을 것으로 예상된다. 실제 서비스 이용에서 법정급여 초과분의 발생빈도와 발생폭이 어느 정도나 하는 것이 관건이 될 것이다. 만약 실제 서비스 이용에서 법정초과분이 높으면 노인수발보장제도의 보장성이 문제 삼아질 가능성이 높다. 참고로 독일의 경우 본인부담은 정액제인데, 법정급여 초과분과 본인부담을 포함하여 시설의 경우 50-60%, 재가의 경우 20-30% 본인부담을 보이고 있다. 일본은 법정급여초과분과 법정급여이용의 10% 정율의 본인부담을 하도록 하고 있다.

### 3) 재원조달: 어떻게 필요한 비용을 조달할 것인가?

노인수발보장법(안)에서 상정하는 재원조달체계는 수발보험료 징수에 의한 사회보험을 근간으로 한다. 수발보험료 부담은 건강보험가입자로 하며, 의료급여수급권자는 수발보험료를 부담하지 않는다. 수발보험료는 건강보험료와 통합하여 징수하되 재정은 독립회계로 설치·운영토록 하고 있다. 또한 건강보험가입자와 의료급여수급권자 재정도 구분 운영토록 하고 있다. 그런데, 수발보험료 부담대상이 건강보험가입자인 경우 건강보험의 피보험자 및 피부양자적용기준의 비형평성 문제가 노인수발보장제도에도 그대로 적용되는 측면이 있다.



사회보험방식은 재원조달의 용이성 측면에서는 조세보다 수월할 수 있으나, 상기 지적된 것처럼 장기요양보호 서비스의 개별적 특성상 부합되지 않는 측면도 많다. 따라서 사회보험방식으로 장기요양보호 욕구가 대응되는 경우 사회연대적 책임을 비용분담으로 명확히 한계짓거나, 맞춤 욕구를 위한 또 하나의 새로운 사례관리과정이 필요하다.

#### 4) 조직 전달체계: 어떠한 조직이 서비스 제공의 책임을 가지고 전달할 것인가?

노인수발보장법(안)에서는 노인수발보장제도의 일선 관리운영기구로 크게 국민건강보험공단과 노인수발평가관리원을 설정하고 있다. 국민건강보험공단을 노인수발보장사업의 관리운영기관으로 지정하여 노인수발보장제도의 자격관리, 보험료부과 및 징수, 급여비용 심사지급 등의 업무를 담당토록 하고 있다. 또한 노인수발평가관리원을 신설하여 등급판정, 수발계획 작성 등의 전문적 업무를 수행토록 하고 있다. 평가관리원의 업무는 수발인정신청자에 대한 조사, 수발등급의 판정, 수발계획서 작성, 급여의 질 관리 등이다. 또한 수발인정여부를 판정하는 수발등급판정위원회도 운영토록 하고 있다. 한편, 동일한 사업에 관리운영기구가 양분됨으로 인하여 나타날 수 있는 업무간 비연계성을 고려하여 원장은 공단이사장의 제청으로 임명하고 이사 3명을 공단에서 추천토록 하고 있다.

수발급여를 받으려면 평가관리원에 신청을 해야 한다. 평가관리원은 신청자를 방문하여 심신상태 등을 조사하고 중증질환자 등 손수 신청이 어려운 경우는 가족 등이 대행토록 하고 있다. 조사결과서, 의사소견서 등을 첨부하여 의사, 지자체, 평가관리원 등으로 구성된 등급판정위원회에 회부토록 한다. 다만 거동이 불편한 중증질환 노인의 경우 의사소견서 제출을 대통령령이 정하는 바에 따라 면제할 수 있도록 하고 있다. 수발등급판정위원회는 심신상태에 따라 수발인정여부, 수발등급을 심사판정한다. 판정위원회는 해당 지역의 지자체, 공단, 의사, 간호사, 사회복지사 등으로 구성하고, 등급판정결과는 신청서 접수 30일 이내에 통보하고 그 유효기간은 2년으로 하였다. 수발계획서는 본인의 선택 및 심신상태, 생활환경, 시설여건 등을 고려하여 작성하며 재가수발은 본인 또는 수발관리요원이 작성하고 생활시설은 시설직원이 작성토록 한다.

한편, 수발관련 정책결정 기구로서 수발보장에 관한 중요사항을 심의하기 위해 보건복지부장관 소속하에 노인수발보장위원회를 설치하고, 위원회는 가입자대표, 수발시설대표, 공익대표 각 6인과 복지부 차관 19명으로 구성한다. 위원회에서는 노인수발보장사업의 중요사항을 심의·의결한다.

보건복지부 장관은 수발사업 전체를 총괄하며 5년 단위로 노인수발보장기본계획을 수립한다. 기본계획에는 수발인원 및 재정조달계획, 수발인프라 확충방안 등을 포함하며, 지자체 또는 공단에 수발예방사업에 소요비용을 지원한다. 지방자치단체도 수발사업에 대한 임무를 부과하여 5년 단위로 복지부의 기본계획에 따라 세부시행계획을 수립·시행하며, 충분한 수의 시설인프라를 구축하고, 수발인정을 받지 못한 주민의 수발이 필요한 상태의 예방 및 복지서비스를 제공한다.

이와 같은 노인수발보장제도 관리운영체계의 특징을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 노인수발 보장사업 관리운영기구는 중앙화된 조직을 통하여 노인수발보장제도를 표준화되고 일관되게 추진하겠다는 목표를 가지고 있는 것으로 보여진다. 노인수발이 생활지역에서 이루어지는 것임을 감안할 때, 지역성의 반영이 되기 어려운 구조이다. 지방조직은 중앙의 정책지침을 집행하는 하부 집행기관의 성격이 강하다. 앞에서 지적한 소득보장제도와 달리 가지는 장기요양보호제도의 특성상 예방서비스 제공, 경증서비스 제공, 수발보험급여 제공 간에 단절성 없이 서비스의 연속성을 가질 수 있고, 서비스제공자를 관리·통제할 수 있는 지역사회 기반의 관리운영체계가 가지는 장점을 고려해 볼 필요가 있다.

둘째, 노인수발보장제도의 보험재정 관리와 서비스 관련 기구의 이원화이다. 보험재정관리는 건강보험관리공단이 맡고, 서비스 욕구평가 판정, 서비스 계획 작성, 서비스 제공 의뢰, 서비스 질 모니터링 등 서비스와 관련한 서비스는 노인수발관리평가원이 맡도록 하였다. 비용의식적인 건강보험공단과 서비스의식적인 노인수발관리평가원의 이원화 체계로 가는 경우, 수발보장제도의 재정건전성을 유지하기 어렵지 않겠느냐는 우려도 있어 왔다. 그러나 다른 한편 상호 견제를 통하여 제도의 건전한 발전을 가져올 수 있다고도 보여진다. 이 지점에서 보험재정관리는 중앙집권적 조직인 국민건강보험공단이 맡고, 서비스 관련 신설 조직인 노인수발평가관리원은 중앙화된 조직이 아니라 지자체 산하에 운영하는 방안도 고려해 볼 필요가 있다. 보험제도의 정책일관성은 동일한 평가판정도구와 등급별 표준화된 급여상한을 적용하면 지자체에서 운영하더라도 문제가 없이 유지될 것으로 보이고, 그 다음 과정인 서비스 계획 작성 및 매칭 과정은 가능한 개별화된 맞춤 설계가 바람직하므로 지자체의 특성을 살리는 것이 한 방법이다. 물론 지자체가 본 사업에 대한 이해와 인식제고가 있고, 사업 수행 역량이 준비되는 것이 관건이다.

한편, 노인수발보장제도 실행을 위해 국가주도로 전국에 걸쳐 시설인프라를 균형되게 구축하려는 노력은 계속되어야 하며, 이 과정에서 지자체의 재정취약성을 고려하여 중앙집권적 예산집행이 필요할 것으로 보여진다.

##### 5) 인력 전달체계: 누가 서비스를 직접 전달할 것인가?

노인수발보장법(안)에서 수발관리원(케어매니저)은 노인수발평가관리원에 배속되어 노인수발서비스와 관련한 일련의 과정들에 개입하고 관리하게 되는 것으로 역할이 설정되어 있다. 이러한 수발관리원의 역할모형은 임상적 전문가 모형보다는 관료, 행정가적 모형에 유사해 보인다.

한편, 의료 및 사회의 양측면의 서비스를 연계한 실제적 전문성을 가진 새로운 전문직의 도입을 통하여 보건·복지서비스 통합이 이루어져 왔다. 예컨대, 영국의 1990년 지역사회보호법은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임은 별도 분리체계를 유지하되, 서비스 제공단계

에서 보건서비스와 복지서비스를 조정하기 위하여 사례관리라는 메카니즘을 도입하였다. 영국에서는 의료와 사회적 서비스의 조직적 및 재정적 분리(재가보호의 다른 형태와 지역사회간호의 분리를 포함하여)가 계속되고 있는 상황에서 두 영역은 전략적 측면에서뿐만 아니라 운영 차원에서도 보다 밀접하게 협동하는 것이 필요하였고, 사례관리는 이러한 문제에 대응하기 위한 전략적 메카니즘이라고 할 수 있다. 즉, 사례관리를 통하여 상이한 보건·복지서비스 제공자간의 구조적 장벽을 극복하면서 욕구에 따른 서비스 제공을 가능토록 하였다.

장기요양보호서비스 자체가 보건의료 및 복지서비스의 복합적인 체계를 가리키고 있는 만큼, 그와 같은 다양한 서비스를 조정하고 연계시킬 수 있고, 통합적인 서비스계획(care plan)을 수립할 수 있도록 하는 사례관리(care management)체계를 구축하여야 한다. 이러한 사례관리체계가 필요한 이유를 들여보면, 기본적으로 대상노인의 욕구가 중복 또는 다양화되어 있고, 그러한 욕구를 충족시키기 위해서는 서비스가 패키지가 되는 것이 불가피하고, 서비스를 공급하는 주체가 상당히 다원화되어 있어서 서비스제공의 중복이나 누락을 사전에 방지할 수 있기 때문이라는 점이다.

노인수발보장법(안)에서는 수발서비스를 직접 제공할 인력으로 수발사 자격을 신설하고, 일정기간 교육과정을 이수한 자에게 수발사 자격을 부여토록 하고 있다. 업무영역은 방문간병수발급여, 주간보호시설 등에서 수발인정자에게 목욕, 배설, 가사지원, 일상생활지원 급여를 제공한다. 수발사의 업무범위, 자격기준, 보수교육실시 등 구체적 사항은 보건복지부령으로 위임토록 하고 있다. 수발사의 자격기준은 곧 인건비라고 볼 수 있다. 따라서 인적 자격기준 보다는 직무교육과 훈련을 통하여 노인수발을 제대로 할 수 있도록 지원하는 것이 중요할 것이다.

## 5. 결론

한국에서 장기요양보호 정책은 이미 만들어진 것이 아니라 만들어지고 있는 과정이다. 따라서 제도의 구상 및 실험기 동안에 전문가들이 제도의 설계와 그 영향에 대한 다각도의 집중적 분석을 통하여 우리 나라의 맥락에 가장 적합한 정책선택의 조합을 찾아내는 것이 긴요한 과제이자 의무이다.

본 논문에서는 우리 나라에서 준비하고 있는 장기요양보호 정책설계가 어떠한 정책적 함의를 가지고 있으며, 고려해야 하는 점은 무엇인지에 대한 생각들을 정리해 보고자 하였다. 항상 선택에는 얻는 것이 있으면 잃는 것이 있다. 무엇을 얻고 무엇을 잃을 것인가의 선택은 우리의 현주소와 미래의 비전과 정확한 목표, 방향에 의해 이루어질 수 있을 것이다. 문제는 우리가 무엇을 바라고 의도하고 있는지 스스로가 분명해지는 것이 필요한 시점이라고 생각한다.

요컨대, 장기요양제도의 도입을 통해 우리가 개선하고자 하는 문제는 무엇인가, 우리는 장기요양보호와 관련하여 어떠한 욕구(위험)를 보다 비중있게 우선적으로 다루려고 하는가에 대한 질문에 대해 명확한 답이 얻어지고 우선순위가 정해져야만 우리의 정책설계와 선택할 수 있는 가늠대가 분명해질 것이다.

현재 복지부에서 제안한 노인수발보장법(안)에 내재된 우리 나라 장기요양보호 정책의 큰 틀을 요약해보면 다음과 같다. 첫째, 장기요양보호 정책의 목표는 의료대체 모델이 아니라 사회적 수발모델이다. 즉 가족이 담당하던 수발부담을 덜어줌으로써 노인의 삶의 질이 향상되는 것을 기본적 목표로 보고 있는 것으로 이해된다. 이 때 간호 등 보건서비스와 사회서비스의 통합적 접근을 위한 역할모형에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

둘째, 시설인프라 확충 노력과 현금급여 제한을 통하여 장기요양 욕구에 대한 보호제공을 공식화하는데 주력하겠다는 것으로 이해된다. 그런데, 보호제공의 공식화에 주력하는 과정에서 현재도 상당한 역할을 담당하고 있는 무급 자원봉사자 자원의 계속적 활용과 가족보호제공자에 대한 지원이 정책적 관심에서 소홀히 다루어지고 있다는 점이 지적되어야 할 것 같다.

셋째, 급속한 고령화를 맞이하여 제도의 지속가능성을 고려하여 중증도 및 연령 등의 측면에서 정책대상을 가능한한 엄격하게 선별하고 급여수준을 통제하는 것과 함께 비용의식적인 서비스이용이 이루어지도록 본인부담율을 비교적 높게 설정하고 있는 것으로 보여진다.

넷째, 장기요양보호의 사회연대적 재원조달은 사회보험을 근간으로 하여 전국적인 정책의 일관성과 욕구평가 및 급여의 표준화를 도모토록 하고 있다. 사회보험이 가지는 재원조달 용이성의 장점이 있는 반면, 사회보험의 보편적 권리적 성격과 욕구사정에서의 대상자 선별적 특성간의 충돌이 어느 정도 발생할 것인지, 발생하는 경우 어떻게 대처해 나가야 하는지에 대한 준비도 필요할 것으로 보여진다.

다섯째, 관리운영체계의 중앙집권화 원칙과 함께 재정관리와 서비스관리의 이원적 관리 원칙이 특징적이다. 이러한 과정에서 중앙집권적 일관성만이 강조되고 있고 지방자치단체의 역할은 상당히 미미하게 설정되고 있다. 장기요양서비스가 본래적으로 지역을 기반으로 하는 서비스이고, 기존에 재가서비스 등의 인력들을 활용한다는 측면에서 지역사회에 기반한 관리운영체계의 모색이 필요할 것으로 보여진다.

## 〈 참고 문헌 〉

- 공적노인요양보장추진기획단 (2004) 공적노인요양보장체계 개발 연구(Ⅰ)(Ⅱ).
- 공적노인요양보장제도실행위원회 (2005) 공적노인요양보장제도 실시모형 개발연구.
- 보건복지부 (2005) 노인수발보장법 제정을 위한 공청회 자료집.
- 석재은 (1999) 노인 장기요양보호 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교연구. 이화여자대학교 박사학위 논문.
- 석재은 (2005) 장기요양 현금급여에 관한 국가간 비교 연구. 미간행 원고.
- 정경희, 석재은, 선우덕, 김찬우, 이태화, 이태진, 이윤경, 김희경, 김순환 (2005) 공적노인요양보장제도 평가관정체계 및 급여수가 개발 연구. 한국보건사회연구원.
- Blackman, T. (2000) Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries, International Journal of Social Welfare,9: 181-190.
- Daly, Mary and Lewis, Jane (2000) The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states, British Journal of Sociology 51, 2: 281-298.
- Evers, A(et al) (1990) Shifts in the welfare mix: their impact on work, social services and welfare policies, Aldershot: Avebury.
- Evers, A. and Svetlik, I. (eds.) (1993) Balancing pluralism: new welfare mixes in care for the elderly, Aldershot: Avebury.
- Evers, A., Pijl, M., Ungerson, C.(eds.) (1994) Payments for care: a comparative overview, European Center Vienna: Avebury.
- General Wistow, Martin Knapp, Brian Hardy, Julian Foder, Jeremy Kendall, Rob Maning (1996) Social care markets: progress and prospects, Open University Press.
- Gibson, Mary Jo, Steven R. Gregory, Sheel M. Pandya (2003) Long-term care in developed nations: a brief overview, Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute, 1-34.
- Glendinning, C. and McLaughlin, E. (1993) Paying for care: lessons from Europe, Social Security Advisory Committee, London: HMSO.
- Glendinning, C., Schunk, M. and McLaughlin, E. (1997) Paying for Long-term domiciliary care: A Comparative Perspective, Ageing and Society 17: 123-140.
- Hurst, J., Huber, M., Izumi, J., Hennessy, P. (2003) Trends in long-term care in OECD countries: evidence from recent OECD studies and preliminary findings from a study of 19 countries,

AARP International Forum on Long-Term Care.

Ikegami, Naoki and Campbell, John Creighton, (2002) Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems, Social Policy & Administration 36, 7: 719-734.

Jacobzone, Stephane (1999) Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives, Labour Market and Social Policy: Occasional Paper No.38, OECD.

Jenson, J and S. Jacobzone (2000) Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers, Labour Market and Social Policy: Occasional Paper No.41, OECD.

Knapp, M., Wistow, G., Forder, J. and Hardy, B. (1994) Markets for Social Care: opportunities, Barriers and Implications, in W. Battlett, C. Propper, D. Wilson and J. Le Grand (eds) Quasi-Markets in the Welfare State, Bristol: SAUS.

Knijin, T and Kremer, M. (1997) Gender and the caring dimension of welfare state: toward inclusive citizenship, Social Politics 4, 3: 328-61.

OECD (1996) Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution.

OECD (1998) A Caring World.

OECD (2005) Long-term Care for Older People.