

〈발표1〉

## 한국 노인장기요양보험제도의 실상과 발전적 모색

선우덕(한국보건사회연구원 연구위원)

### I. 서론

한국은 지난 2000년도부터 추진해온 노인대상의 장기요양보장체계가 사회보험방식의 노인장기요양보험제도를 도입하는 것으로 하여 일단락을 지었다. 이제 앞으로 몇 달 후면 본격적으로 제도가 시행될 것인데, 과연 순로롭게 진행될 것인지는 일단 두고 보아야 하겠지만, 적지 않은 제약점을 지니고 있는 것만은 틀림이 없을 것이다.

비록 지난 3여년 동안 시범사업을 거쳐서 수정보완을 하였다고는 하더라도 근본적으로 장기케어(long term care)가 지니고 있는 기본철학이나 개념을 충실하게 따르고 있는가, 그리고 기본적으로 갖추어야 할 내용이나 사회, 문화, 경제, 국민들의 정서 등과 같은 한 국가의 사회환경에 부합되게 제도가 구축되었는가 하는 것들에 대한 논의는 충분하게 이루어졌는가 하는 것이다.

노인장기요양보험제도가 마련되고 시범적 시행을 거치는 과정을 지켜본 결과, 단언할 수 있는 것은 초기 제도의 구축논의때부터 일본의 개호보험제도의 영향을 받지 않을 수 없었다는 것이다. 비록 2000년도 고령화사회에 접어들면서, 그것도 저출산의 심화 등에 의해 크게 영향을 받고 있는 고령화속도가 기존 유럽 선진국가들이 경험하지 못한 정도로 빠르게 진행되고 있다는 사회환경문제의 변화에 대응하기 위한 시급한 노인정책과제 중에 노인의 장기케어문제를 우선적으로 다루게 되었다고는 하지만, 사전적으로 연구검토가 충분하게 이루어지지 않은 채 일본의 개호보험제도를 벤치마킹하는 방법<sup>1)</sup>만을 주로 선택한 것은 부족한 감이 없지 않다.

〈표 1〉 연령계층별 인구 및 노령화지수 추이

(단위 : 천명, %)

	1990	1997	2000	2006	2007	2010	2016	2018	2026
총 인 구	42,869	45,954	47,008	48,297	48,456	48,875	49,312	49,340	49,039
65세이상인구	2,195	2,929	3,395	4,586	4,810	5,357	6,585	7,075	10,218
<구성비>	5.1	6.4	7.2	9.5	9.9	11.0	13.4	14.3	20.8
노년부양비	7.4	8.9	10.1	13.2	13.8	15.0	18.2	19.7	30.9
노령화지수	20.0	28.6	34.3	51.0	55.1	67.7	100.7	112.5	178.6

주: 노년부양비= 65세이상인구/(15~64세인구)x100, 노령화지수= 65세이상인구/(0~14세이하인구)x100

자료 : 통계청, 『장래인구추계』, 2006

1) 후술하겠지만, 한일간 제도를 상호비교해 보면, 요양등급 등 여러 부문에서 일본제도에서와 같이 정교하지는 못할 지라도 제도의 기본 개념이나 구성상의 틀이 매우 유사하다는 것을 알 수 있다.

따라서, 일본제도에서 지니고 있는 한계점이나 문제점 등은 유사하게 한국제도에서도 나타날 가능성이 높은 것이다. 본고에서는 한국 장기요양보험제도가 지니고 있는 제약점 내지는 문제점을 검토해보고 향후 제도의 발전적 방향을 모색해보는 차원에서 작성하고, 더 나아가 한국적 모델로서의 제도모형에 대해서 논의할 수 있는 기초자료로도 활용될 수 있도록 해보고자 한다.

## II. 한국 노인장기요양보험제도의 주요내용

### 1. 제도의 수립과정

노인장기요양보장제도에 대한 연구는 지난 2000년도에 보건복지가족부(전, 보건복지부)에 노인장기요양보장정책기획단이 마련되면서부터 시작되었고, 이를 위한 전국 노인장기요양보호대상자규모의 추정을 위한 실태조사(2001년), 공적노인요양보장추진기획단·실무기획단·실행위원회 운영(2003~4년), 1, 2차 시범사업의 추진(2005.7~2007.4) 등을 거치면서 2007. 4월에 노인장기요양보험법이 제정, 공포되기에 이르렀다.

그동안 논의되었던 주요내용의 결과를 정리하자면, 먼저 제도의 명칭이 노인요양보험, 노인장기요양보험, 노인수발보험, 국민장기요양보험, 국민요양보험 등 다양하게 거론되었으나, 최종적으로 노인장기요양보험으로 결정되었고, 보험가입자의 범위는 당초 45세 이상에서 20세 이상으로 확대하였으며, 65세미만의 성인장애인에 대한 제외가 논의 당초부터 정해져 있었다. 서비스이용시 이용자본인일부부담금이 당초에는 시설급여 및 재가급여 모두 비용의 20%로 설정하였으나, 최종적으로 국회에서의 논의과정 중에 재가급여비용의 15%, 시설급여비용의 20%로 조정하였고, 의료급여수급권자, 소득·재산이 일정금액 이하인 저소득층에 대해서는 각각 1/2로 경감(시설: 10%, 재가: 7.5%)하고, 국민기초생활보장수급자의 경우 본인부담액을 면제하였다. 따라서, 재원구성은 국가부담:보험료:이용자서비스비용일부부담이 30:50:20에서 최종적으로 25:62:13으로 국가부담비중이 축소되고 보험료비중이 높아졌으며, 서비스비용의 일부부담은 가입자의 소득수준, 사회연대논리의 강화<sup>3)</sup> 등의 감안하여 축소되었다.

### 2. 제도의 주요내용

노인장기요양보험제도의 가입자는 기본적으로 국민건강보험 가입자이거나 의료급여수급권자<sup>4)</sup>이어야 하는 것으로 되어 있다. 이는 장기요양보험료가 국민건강보험료의 일정율로 산정되기 때문에 필수적인 방법인 것으로 볼 수 있고, 소득수준에 따라서 분리 적용시키고 있는 건강보장과는 달리 장기요양보험제도에서는 모든 소득계층을 포괄적으로 적용시키고 있다. 특히, 노인가입자는 국민건강보험제도상 피부양자로 등재되어 있으며 장기요양보험제도에서도 피부양자의 자격<sup>5)</sup>으로 보험금

- 2) 1차 시범사업의 경우는 2005.7~2006.3의 9개월간 6개 시군구지역(대도시 2개 시·구, 중소도시 2개 시, 농촌 2개 군) 거주노인을 대상으로, 그리고 2차 시범사업은 2006.4~2007.4의 13개월간 8개 시군구지역(1개 구, 1개 군 추가) 거주노인을 대상으로 진행되었고, 3차 시범사업은 2007.5~2008.6월간 13개 시군구지역(2개 구, 2개 시, 1개 군 추가) 거주노인을 대상으로 진행되고 있다.
- 3) 이에 대한 논의를 설명하자면, 독일의 장기요양보험은 사회보험제도이지만 총비용을 보험급여로 인정하는 완전보험의 성격이 아니라 개인 및 가족의 책임을 전제로 하고 총비용의 일부분만을 보험급여로 인정하는 부분보험의 성격으로 운영한다는 기본 철학이 있는 반면에 한국의 경우에는 보험의 성격논의는 이루어지지 않은 채 완전보험의 성격으로 가고 있다는 점에서 볼 때, 결과적으로 사회연대의 강화에 의한 결과로 볼 수 있다는 것이다.
- 4) 국민기초생활보장제도 수급권자이거나 차상위 저소득계층을 말한다.

여를 받을 수 있다.

노인장기요양보험의 보험자는 국민건강보험제도의 보험자인 국민건강보험공단이고, 보험재정의 관리 는 건강보험재정과 는 분리된 독립회계로 운영될 것이다. 보험자의 역할은 다음과 같다.

- ① 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리
- ② 장기요양보험료의 부과·징수
- ③ 장기요양인정신청인에 대한 조사
- ④ 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정
- ⑤ 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공
- ⑥ 장기요양급여의 관리 및 평가
- ⑦ 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항
- ⑧ 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급
- ⑨ 장기요양급여 실시내용 확인
- ⑩ 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보
- ⑪ 노인성질환예방사업
- ⑫ 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등
- ⑬ 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무

특히, 보험자는 장기요양급여의 관리·평가를 실시할 수 있다. 즉, 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력하여야 하고, 장기요양급여의 실시 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

그 반면에, 지자체(시군구)는 장기요양보험제도의 지원업무를 실시하는 것으로 볼 수 있다. 즉, 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 소재지를 관할구역으로 하는 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 한다. 특히, 지자체에서는 일정기간(5년마다)을 주기로 장기요양보험관련 계획을 수립하여야 한다. 즉, 안정적인 제도의 운영을 위해서 필요한 인프라확충계획을 수립하여야 하고, 장기요양대상자의 필요이상의 증가를 억제시킬 수 있는 예방적 대책을 수립하여야 하는 것으로 되어 있다.

보험급여는 크게 시설급여와 재가급여로 구분되어 있고, 시설급여에는 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정(소규모그룹홈)에서의 급여이고, 재가급여에는 서비스방식으로 방문형 급여(요양, 목욕, 간호), 통원형급여(주야간보호) 및 단기체제형 급여(단기보호?), 현물방식으로 복지용구의 구입 및 대여료지급, 그리고 현금방식<sup>8)</sup>으로 가족요양비, 특례요양비 및 요양병원간병비 지급 등으로 구성되어 있다. 다만, 시설급여의 경우에는 인프라의 부족 등의 이유로 당분간은 중증의 후술하는 요양등급자에 한하여 지급하는 것으로 할 예정이다. 여기에서 재가급여의 경우, 급여내용자체가 다

5) 향후에 국민연금제도로부터의 연금수급이 보편화되는 경우에는 피부양자자격의 노인이 축소될 것이다.  
 6) 이 시설은 5~9인 정도의 소규모시설을 의미하고 입소자는 기능상의 중증도나 요양등급, 치매나 뇌졸중 등 질병의 상태 등과 관계없이 입소할 수 있다.  
 7) 이는 최근 법개정으로 최장 6개월간 입소체제가 가능하게 되었기 때문에 단기보호시설이라기보다는 일종의 장기입소시설로 보아야 할 것이다.  
 8) 이는 누구든지 신청하면 지급할 수 있는 보편적인 급여가 아니라 특수한 경우에만 제한적으로 지급되는 특례조치이다.

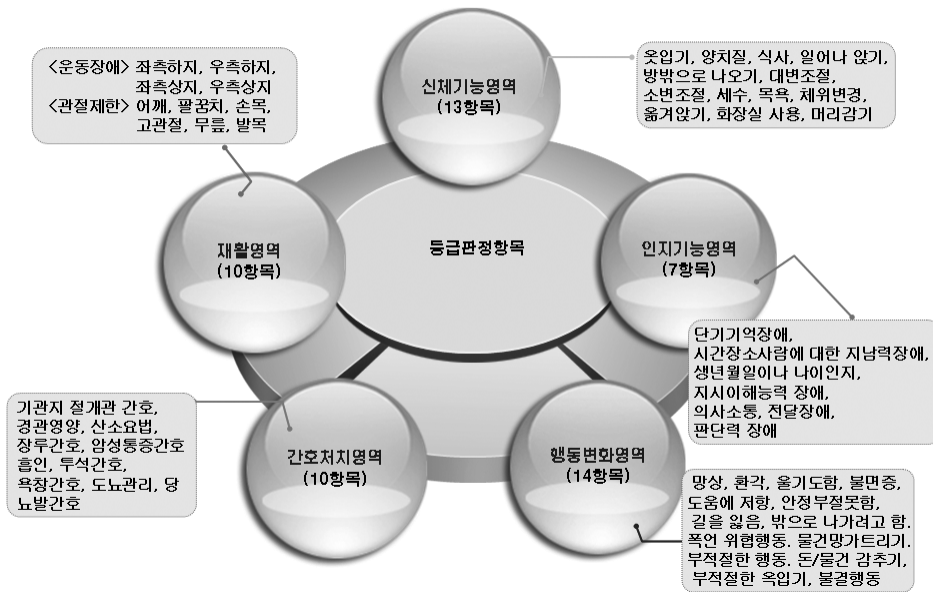
양하게 구성되어 있고, 한 개의 기관에서 통합적으로 여러 급여를 취급하기도 하지만, 단일급여만을 취급하는 기관도 있다는 점에서 급여의 조정 및 관리계획을 담당하는 소위 케어매니저(care manager)가 필요하나, 법적으로는 보험자이든, 사업자이든지 간에 케어매니저를 두지 않는 것으로 하고 있다. 따라서, 보험자는 재가급여의 내용과 관련된 정보를 장기요양수급대상자에게 문서로 제공하고, 사업자는 이를 참고로 하여 자체적으로 케어플랜을 작성, 서비스를 제공하는 것으로 되어 있다.

보험급여를 받기 위해서는 우선적으로 장기요양수급대상자로 인정을 받아야 한다. 이 때 65세 이상의 고령자는 기능장애의 원인을 불문하나, 65세 미만인 경우에는 기능장애의 원인이 정부가 선정한 노화를 유발하는 특성의 노인성질환<sup>9)</sup>에 기인하여야 하는 것으로 되어 기본적으로 65세미만이고 비노인성질환에 의한 생활기능장애자(법정 등록장애인)는 제외되어 있다고 말할 수 있다. 장기요양등급은 기능상태, 서비스필요도 등을 감안하여 산출된 요양점수를 기준으로 95점 이상은 1등급, 75~94점은 2등급, 55~74점은 3등급으로 구분하고 있다<sup>10)</sup>.

장기요양등급을 결정하기 위해서는 일련의 절차를 거치는 것으로 되어 있다. 1차적으로는 장기요양인정여부를 신청한 자의 상태를 파악하기 위하여 간호사 및 사회복지사로 구성된 방문조사원<sup>11)</sup>을 파견하여 각종 설문을 통한 기초자료를 수집, 평가하고(1차 판정), 2차적으로 각 지자체별로 구성된 장기요양등급판정위원회<sup>12)</sup>에서 1차 판정의 결과를 조정한 후, 최종적으로 등급을 판정, 결정하는 것으로 되어 있다. 여기에서 등급결정을 하는데 필요한 판정평가항목은 신체기능영역, 인지기능, 행동변화영역, 간호처치영역, 재활영역 등 5개 영역에 총 54개 항목으로 구성되어 있다. 이 중에서 신체적 및 인지정신적 기능과 관련한 항목이 총 20개이고, 기능상태와 직접적인 관련성이 적은 서비스의 필요정도에 해당하는 항목이 34개이다.

보험급여수준은 총비용의 일정율을 제외한 금액을 보험급여로 지급하는데, 여기에서 시설급여는 총비용의 80%, 재가급여는 총비용의 85%를 지급하는 것으로 되어 있다. 다만 시설급여의 경우, 주거실이용이나 식사와 관련된 소위 호텔비용(hotel cost)은 비보험급여로 인정하여 이용자가 전액 부담하여야 하고, 시설급여 및 재가급여에서 차상위수준의 저소득계층은 소득수준을 감안하여 급여율을 법정보다 각각 50% 증액시키는 것으로 되어 있다. 그리고 보험급여액은 월 상한제방식으로 지급되는데 장기입소시설이나 통원형·단기체제형 시설에서의 재가급여는 등급별로, 방문형 재가급여는 시간당, 또는 1회당 일정액으로 정해져 있다. 따라서, 월 상한액을 초과하는 금액이나 비보험급여항목으로 설정된 서비스비용은 전액 이용자가 부담하도록 하고 있는데, 이용자의 월 본인부담 상한제는 실시하지 않는 것으로 되어 있다.

9) 이에는 치매, 뇌혈관질환(뇌졸중 등), 파킨슨씨병 등 노화에 기인한 질병이 대부분이다.  
10) 이를 기능상태로 구분하면 중등도 수준이상의 생활기능장애를 말한다.  
11) 방문조사원은 보험자인 국민건강보험공단에 소속된 직원이고, 방문조사는 지자체 사회복지전담요원(사회복지사)에 의뢰될 수 있다.  
12) 이는 지자체가 별도로 조직한 위원회가 아니라 보험자인 국민건강보험공단 각 지사에서 운영하는 조직체로써 보험자에 소속되어 있고, 장기요양인정의 신청부터 최종적으로 등급이 결정되기까지의 소요시간은 1개월 이내로 되어 있다(다만, 특정의 경우 연장가능함).



[그림 1] 장기요양등급 판정평가 조사항목(총 54개 항목)

서비스 신청	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자가 공단에 의사소견서를 첨부하여 장기요양인정 신청</li> <li>* 신청자 : 본인, 가족이나 친족, 사회복지전담공무원(본인이나 가족 등의 동의 필요), 시장·군수·구청장이 지명하는 자</li> </ul>
방문조사	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공단 소속직원(사회복지사, 간호사)은 신청인의 심신상태 등을 조사</li> </ul>
등급 평가판정	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 공단은 조사결과서, 의사소견서 등을 등급판정위원회에 제출</li> <li>- 등급판정위원회는 대통령령이 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자로 판정</li> <li>* 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 판정 완료. 다만 정밀조사가 필요한 경우 등 부득이한 경우 연장 가능</li> </ul>
장기요양인정서 및 표준장기요양 이용계획서 통보	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용이 담긴 장기요양인정서와 적절한 서비스 내용, 횟수, 비용 등을 담은 표준장기요양이용계획서 송부</li> <li>* 장기요양인정유효기간 : 최소 1년 이상으로 대통령령에서 정함</li> <li>* 장기요양인정의 갱신신청, 장기요양등급 등의 변경신청, 이의신청 절차 있음</li> </ul>
장기요양급여의 시작	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여 시작</li> <li>* 다만, 돌볼 가족이 없는 경우 등은 신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있음</li> </ul>
장기요양기관 정보의 안내	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하고, 급여의 질 보장 등을 위해 현황 자료 등을 공단이 운영하는 인터넷에 게시</li> </ul>

<그림 2> 서비스의 이용체계

재원은 국가부담, 보험료 및 이용자본인일부부담금으로 조달되는데, 국가의 부담(지방비 포함)은 의료급여제도의 수급자에 대한 급여비용 등과 제도의 관리운영비를 부담하고, 보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율(2008년: 4.05%)을 곱해서 산출하는 것으로 되어 있다<sup>13)</sup>. 따라서, 가입자의 건강보험료가 상승하면 장기요양보험료율이 저하하지 않는 한 자동적으로 증가하게 마련이고, 건강보험료의 체납이나 지연이 장기요양보험제정에 직접적으로 영향을 미치는 구조로 되어 있다.

<표 2> 한국 노인장기요양보험제도의 주요내용

구분	내용
근거법	2007. 4.27 법률 제8403호, 2007. 9.27 대통령령 20287호, 2007.10.17 보건복지부령 418호
가입자(피보험자)	국민건강보험 가입자, 의료급여수급자
보험자	국민건강보험공단
보험급여내용	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 현물급여                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 시설급여: 노인요양시설급여 및 노인요양공동생활가정급여</li> <li>o 재가급여: 방문요양급여, 방문목욕급여, 방문간호급여, 주야간보호급여, 단기보호급여, 기타 급여(재활, 복지용구 제공 등)</li> </ul> </li> <li>- 현금급여                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 가족요양비: 도서벽지 거주, 천재지변 발생, 신체정신상의 이유</li> <li>o 특례요양비: 비장기요양기관에서의 서비스수급시</li> <li>o 요양병원간병비: 요양병원 입원시</li> </ul> </li> </ul>
서비스수급조건	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 65세이상인 경우, 원인불문하고 장기요양 신청 가능</li> <li>- 65세미만인 경우, 특정의 노인성질환(치매, 중풍 등) 보유조건</li> <li>- 신체기능 등 장애정도, 비스필요도에 따른 장기요양등급(1, 2, 3등급) 구분(단, 등급위는 복지에 방등급으로 분류하여 별도의 서비스제공 모색 중)하고, 1, 2차에 걸쳐서 등급을 결정</li> <li>- 서비스이용가능의 월 한도 급여액 설정                              (노인요양시설급여액: 등급별 일일 27,000 ~ 38,310원)                              (노인전문요양시설급여액: 등급별 일일 37,000 ~ 48,120원)                              (노인요양공동생활가정급여액: 등급별 일일 37,000 ~ 48,120원)                              (방문요양급여액: 1회당 10,680 ~ 39,500원)                              (방문목욕급여액: 1회당 39,590 ~ 71,290원)                              (방문간호급여액: 1회당 27,360 ~ 43,260원)                              (주야간보호급여액: 등급별 일일 31,140 ~ 40,580원)                              (단기보호급여액: 등급별 일일 35,230 ~ 42,490원)</li> <li>- 이용자본인부담액: 시설급여비용의 20%, 재가급여의 15% (단, 기초생활수급자는 무료이나, 저소득계층의 경우에는 1/2 경감)</li> </ul>
재원조달	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 국고부담, 보험료 및 이용자본인부담액 등으로 재원 구성                             <ul style="list-style-type: none"> <li>o 국고부담: 보험료예상수입의 20%, 의료급여수급자의 급여비용 등, 관리운영비</li> <li>o 장기요양보험료: 건강보험료액의 4.05%(2008년: 월평균 2,700원)                                      (단, 법정장애인으로 급여 미수급자 결정시 보험료 전액 또는 일부 감면)</li> </ul> </li> </ul>
비고	- 2008년 장기요양인정자수 추계: 17만명

자료: 노인장기요양보험법, 시행령, 시행규칙 등. 보건복지가족부 내부자료

13) 다만, 법정장애인으로써 서비스수급자로 결정되지 못한 경우에는 보험료의 일부 또는 전액을 감면할 수 있도록 하고 있다.

### Ⅲ. 한국 노인장기요양보험제도의 발전적 모색

우선 제도의 발전적 모색을 살펴보기 이전에 현재 마련된 노인장기요양보험제도의 하부시스템별로 의문점 또는 제한점을 제시하고 그 개선방안을 모색하는 수준에서 그치고자 한다.

#### 1. 노인장기요양보험수급대상자 추계와 대책

장기요양서비스가 필요한 노인수를 추정하기 위해서는 장기요양서비스가 지니고 있는 기본적인 개념을 우선적으로 살펴보는 것이 필요하다. 많은 학자들이나 WHO, OECD 등과 같은 주요 국제기관에서 제시한 개념정의를 보면, 장기요양서비스는 일상생활을 수행하기 어려운 기능장애자에게 공식적 또는 비공식적 자원(formal or informal resources)을 통해서 제공되는 서비스로 정리할 수 있다(Doty, et al., 1985; Evashwick, 1996; Kane et al., 1998; Binstock, 1998; Pratt, 1999; Bishop, 2003; OECD, 1996a, 1996b, 2005; UK Royal Commission on Long-Term Care, 1999; WHO and the Milbank Memorial Fund, 2000). 다시 말하면 일상생활상의 기능에 장애가 있는 자가 일차적인 대상조건이라고 말할 수 있는데, 일상생활상의 기능장애여부는 전 세계적으로 통용되고 있는 기초적 ADLs(basic activities of daily living)을 통해서 파악되고 있다.

이를 바탕으로 조사한 결과에 의하면, ADL 1개 이상의 도움을 필요로 하는 재가노인은 전체 노인인구의 9.9%로 나타났다(선우덕 외, 2001). 여기에 비록 ADL 기능상에는 도움을 필요로 하는 상태가 아니지만, 인지적 장애로 경미한 치매증상을 보이면서 보호가 필요한 재가노인은 전체노인의 4.9%로 추정되었다. 따라서, ADL만을 기준으로 하는 경우에는 전체노인의 10%, 여기에서 경미한 치매증상노인을 포함시키면 전체노인의 15%가 신체적 및 인지적 기능의 제한으로 장기요양서비스를 필요로 하는 노인으로 볼 수 있다. 다만, 경미한 기능제한노인의 사회적 보호여부, 정부의 사회복지투입예산, 경제수준 등을 감안하여 장기요양보험수급대상자의 범위를 설정하기 마련인데, 만약에 중증이상의 기능장애노인만을 상정할 경우에는 전체노인의 4.9%<sup>14)</sup>가 2001년도 조사시점에서 급여대상자비율로 간주할 수 있다.

<표 3> 수발형태별 장기요양보호가 필요한 재가노인의 추정 출현율(2001년) (단위: %)

구 분	심한 수발장애	중간적 수발장애	경미한 수발장애	합계
허약노인	0.24	0.08	5.54	5.85
장애노인				
치 매	0.36	0.04	4.53	4.92
경 증	0.81	1.44	2.73	4.98
중 증	0.55	0.53	2.16	3.24
최중증	0.45	0.24	0.99	1.68
소 계	2.17	2.25	10.40	14.82
합 계	2.41	2.33	15.86	20.67

주: 장애인노인은 ADL 장애 및 치매를 기준으로 하고 있으며, 허약노인은 IADL 중 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리 외출하기, 물건사기 항목에서 하나라도 제한 있는 노인임.

자료: 선우덕 외, 『노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2001.12

14) 다만, 노인요양시설이나 노인치매전문병원 등 특정 노인복지시설에 입소해 있는 자도 포함하는 경우에는 이 수치는 다소 늘어날 수 있다.

여기에서 정부에 의해 설정된 노인장기요양보험제도의 수급대상자수를 보면, 2008년 전체노인(노인요양시설 및 요양병원 입원자 포함)의 3%대로 추정하고 있기 때문에, 이러한 추정치는 경미한 신체적 및 인지적 기능장애정도를 지니고 있는 노인에 대한 특정대책이 필요함을 시사해주고 있다. 다시 말하면, 경미한 기능장애자는 미약하나마 장기요양서비스욕구는 있으나 서비스이용이 불가능한 실정이고, 이로 인한 도덕적 해이현상이 만연될 가능성이 높다. 그러나, 보험재정의 안정화나 고령자의 사회적 의존성(dependency)으로의 전락을 방지하기 위해서는 현행 방식으로 운영하는 것이 타당할 것으로 보이고, 그 대신에 경도의 기능장애자를 대상으로 한 생활지원 및 건강증진지원사업의 개발이 필요하다. 구체적으로는 생활지원서비스에는 신체수발보다는 가사수발지원이 중심을 이룰 것이지만, 그 이외에 주거환경개선서비스가 필요하고, 건강증진사업에는 허약노인을 대상으로 한 보건(지)소 중심의 운동, 영양개선 및 구강보건지원서비스가 보편화될 필요가 있다.

이를 위한 사업주체를 구분해 보자면, 그 하나는 보험자(국민건강보험공단)측에서 장기요양보험 급여의 일부 형태를 경증상태 노인을 대상으로 한 특별급여의 형태로 특정소득계층에 한하여 급여해주는 방안이고, 또 하나는 지자체에서 특정예산을 배정하여 경증상태 노인을 대상으로 한 사업을 실시하는 방안이다. 전자의 경우에는 추가적인 재정지출이 필요하기 때문에 보험자·가입자·정부간 합의를 하여야 하거나, 보험료인상을 유발시킬 수가 있으며, 후자의 경우에는 기존 노인돌봄 미바우처사업과 같은 형식을 빌어서 추진할 수 있지만, 일정비율의 국고지원이 수반되지 않을 경우에는 지자체만의 재정예산으로 추진하기가 어렵다는 단점이 있다. 따라서, 대안으로 제시할 수 있는 것은 마을단위, 부락단위, 또는 행정구역단위 등 지역사회중심의 보건복지지원체계를 구축하여 경미한 신체적 및 인지적 기능장애정도를 지니고 있는 노인을 보호하는 방안을 고려해 볼 수 있다. 현재 한국의 지역사회자원으로는 보건소, 보건지소 및 보건진료소와 같은 보건자원, 재가복지시설, NGO·NPO 등과 같은 비영리단체, 시군구 자원봉사센터를 비롯한 자원봉사단체 등이 있기 때문에 이들 자원을 잘 활용하면 적은 예산으로 효과성을 기대할 수 있을 것이다.

## 2. 노인장기요양보험제도의 부문별 한계점과 대책

### 가. 장기요양인정 및 서비스지원체계

#### ① 현행 등급판정의 영역, 항목 및 절차

현행 보험제도에서는 보험가입자가 보험급여를 받기 이전에 서비스를 받을 수 있는 상태에 놓여 있는지를 먼저 검토를 하도록 하고 있다. 이 때 그 상태를 파악하기 위해서 이용되고 있는 지표항목이 전체적으로 54개라는 것은 전술한 바와 같다.

그런데, 54개의 항목은 급여수급자격조건을 파악하는데 적절한가에 대해 누구든지 의문을 가질 수 있겠다. 시범사업의 초기에는 70여개 항목으로 구성되었다가 1, 2차 시범사업을 거치면서 최종적으로 54개 항목으로 조정되기는 하였지만, 적절성여부에 대해서는 의견이 분분하다. 문제는 각 영역내 항목들이 타 영역간 항목과의 관련성으로 인하여 중복적 요소가 상당한 부분이 있을 수 있다는 것이다. 예를 들면 신체 및 인지기능영역내 항목과 간호·재활영역내 항목간 밀접한 것들이 있다는 것이다. 이는 전체적으로 등급판정평가영역의 5개 중에서 신체 및 인지기능영역은 기능장애상태, 행동변화 및 간호·재활영역은 기능장애상태라기 보다는 서비스필요정도에 각각 초점이 맞추어져 있다고 보여지기 때문에 발생하고 있는 것으로 생각되어진다.

그리고 현행 등급판정평가의 과정을 보면, 신체·인지적 기능에 장애가 없거나, 행동변화 대처 및 간호·재활욕구가 전혀 존재하지 않는 경우라도 일단 요양인정신청을 하면 기본적으로 주어지는 점



수가 35.7점이 된다는 것이다. 또한, 요양등급을 받기 위해서는 두 차례에 걸친 평가판정과정을 거쳐야 하고 최소한 신청 후 1개월 정도는 기다려야 하는 것으로 되어 있는데, 시범사업의 결과 등을 감안할 때 1, 2차간의 평가판정등급결정의 변별력이 존재하고 있지 못하여 시간·비용의 낭비를 초래하고 있는 것으로 추정된다.

따라서, 현행 체계의 비효율적 요소를 제거할 필요성이 있는 것으로 보이는데, 그 대안은 첫째, 한 차례에 걸친 방문조사로 요양등급을 결정할 수 있도록 하는 체계구축이 요망된다. 이 때 1인당 소요되는 조사시간이 다소 걸리더라도 충분한 조사가 이루어질 수 있도록 한다. 둘째, 조사내용은 기능상태보다는 직접적인 서비스필요정도 및 욕구에 초점을 맞추어야 할 것이다. 이는 기능상태의 장애가 심하지만 실제적인 서비스요구도나 이용도가 낮은 경우가 빈발하고 있기 때문이다. 특히, 장기요양서비스비용지불기준이 기능장애상태의 중증도에 크게 의존하고 있어 상대적으로 서비스의 제공수준이 낮은 와상상태노인으로의 유도가 충분히 가능하다. 이 때, 요양인정 신청시에는 신체 및 인지기능의 장애정도를 기준으로 생활기능장애상태를 파악하고, 일정수준의 기능장애상태에 있는 자만을 대상으로 본인이 요구하는 서비스필요량을 기준으로 등급을 결정할 수 있도록 하는 방안이다. 현행체계에서는 서비스요구가 많으면 많을수록 이용자본인부담액이 자동적으로 증가하도록 되어 있기 때문에 무분별한 서비스요구는 크게 발생하지 않을 것으로 보인다. 이러한 시스템의 변화는 각 지자체마다 별도로 설치하여야 하는 등급판정위원회의 운영관리비용의 절감뿐만 아니라 행정처리의 간소화로 인한 즉응적인 서비스제공을 유도할 수 있을 것이다. 특히, 서비스가 하루라도 시급하게 제공될 필요가 있는 치매나 뇌졸중노인을 보호하는 데 효과적일 것이다.

## ② 장기요양서비스의 적절하고 효과적인 모니터링

한국의 노인장기요양보험제도에서는 이용자의 편의제공과 서비스자원의 효율적 활용을 위해 마련된 공식적인 서비스관리(care management)체계가 구축되어 있지 않은 상태이다. 특히, 재가노인의 경우 다양한 서비스 공급주체의 선택, 욕구의 변화에 따른 즉응적인 서비스계획 작성 등은 개개인에게 맡겨져 있다고 볼 수 있다. 이는 개개인의 결정능력이 있는 한 가능하겠지만, 장기요양대상자는 거의 대부분이 뇌졸중, 치매 고령 등으로 자기결정력이 부족한 자이기 때문에 제3자의 케어플랜에 의존할 수밖에 없을 것이다.

이러한 서비스관리의 목적은 그 주체가 누구인가에 따라서 달라질 수 있겠는데, 보험자가 그 주체가 되면 서비스자원의 효율적 활용목적이 클 것이고, 공급자가 주체가 되면 이용자의 편의제공 목적이 클 것으로 보인다. 그만큼 전자는 보험재정의 안정화에 신경을 크게 쓸 것이겠지만, 후자는 이용자의 욕구에 부응하여 서비스를 제공함으로써 공급자에 대한 만족도를 높이려고 할 것이다.

그러나, 양자간의 그러한 목적은 케어 매니지먼트가 아니더라도 달성가능할 것이다. 즉, 보험자는 공급자에 의해 제공되고 있는 서비스를 사전적으로나 사후적으로 모니터링 할 수 있다면 될 것이고, 공급자와 정부는 시장에서의 과당경쟁이 발생하지 않도록 하는 규제방안을 마련하면 될 것이다. 이를 위해서는 하나의 센터<sup>15)</sup>에서 다양한 급여를 복합적으로 제공할 수 있도록 준비하도록 하게 하거나, 가급적이면 한 종류의 재가서비스만을 취급하는 단독시설의 설치를 지양하도록 유도하여야 할 것이다.

15) 다시 말하면, 방문요양센터, 주야간보호센터, 방문목욕센터, 방문간호센터 등과 같은 시설들이 단독적으로 개업하는 것이 아니라 방문요양서비스, 방문목욕서비스, 방문간호서비스를 비롯하여 주야간보호서비스까지 포괄할 수 있는 시설을 설치, 운영하는 경우이다. 선진국의 유사한 시설로는 독일의 social station, 일본의 소규모다기능시설을 들 수 있다.

③ 양질 및 적정 재가급여의 제공

대부분의 장기요양대상자는 자신의 집에서 서비스를 받으면서 생활하기를 원하고 있다(ageing in place). 이를 실천하기 위해서는 두 가지의 전제조건이 충족되어야 한다. 그 하나는 많은 적든 간에 가족내 수발인력이 존재하여야 하는 것이고, 둘째는 시설급여와 대등한 재가급여체제가 형성되어 있어야 한다는 것이다. 그런데, 한국의 지속적인 저출산 경향, 급격한 자녀들의 부양가치관 변화 등으로 가족 수발력이 급격하게 떨어져 있고, 비록 가족수발자가 존재한다고 하더라도 이들을 충분하게 지원할 수 있는 체제가 마련되어 있지 않은 실정이다. 또한 가족수발자가 존재하지 않으면 친구나 이웃 등과 같은 비공식적 자원(자원봉사자 등)을 개발, 활용할 수 있는 방안도 구체화되어 있지 않은 것 같다.

그러나, 가장 큰 문제는 시설입소의 생활지원서비스와 재가의 생활지원서비스간 불균형에 있지 않나 싶다<sup>16)</sup>. 즉, 입소시설에서 제공되는 서비스와 동일한 정도의 급여가 재가에서도 받을 수 있도록 24시간 서비스제공체계가 갖추어져야 할 것인데, 현재에는 입소시설에서 제공되는 서비스를 모두 재가에서는 받을 수 없는 체계로 되어 있는데다가, 24시간 재가생활을 지원하는 데에는 한계가 있다. 결국, 이와 같은 불균형은 곧 시설입소를 유도하게 하는 계기가 되고 있고, 이로 인한 재정수지의 불안정을 초래할 가능성도 높다고 하겠다. 실제적으로 지난 시범사업의 결과를 보면, 요양인정신청 당시에는 재가서비스를 우선적으로 희망하였으나, 향후 요양등급결정으로 서비스를 수급하게 될 시점에서는 재가서비스의 질이나 양 모두 시설서비스에 못 미치어 시설입소를 선호하는 쪽으로 바뀌었다는 것이다(선우덕 외, 2007.5).

<표 4> 주요 서비스유형별 입소시설 및 재가요양지원시설에서의 수급가능성 여부

주요 서비스내용	입소요양시설 <sup>1)</sup> (노인요양시설 등)	재가요양지원시설 <sup>2)</sup>				
		방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호
개인위생서비스(몸청결 등)지원	●	●	○	○	●	●
목욕지원	●	●	●	△	○	●
배설지원	●	●	○	△	●	●
식사지원	●	●	△	△	●	●
이동지원	●	●	△	△	●	●
기능훈련재활	●	○	△	△	○	●
문제행동 대처지원	●	○	○	△	●	●
간호서비스지원	●	△	○	●	●	●

주: ●(거의 가능), ○(거의 불가능), △(비해당)

1) 모든 서비스가 시설에 입소해 있는 한 24시간 수급 가능한 것으로 볼 수 있음.

2) 입소시설에 제공하고 있는 서비스수준에 준한다고 가정함. 야간보호를 위해서는 야간당직자가 있어야 하고, 방문서비스의 경우에도 심야 이외에도 동일 대상자에게 하루에도 일정한 시간을 두고 주기적으로 방문하여 서비스를 제공할 수 있는 체계가 구축되어 있어야 하는데, 이것을 기준으로 한다면, 현재 야간보호나 방문요양서비스체계는 불완전한 것으로 간주할 수 있음.

자료: 선우덕, 「노인장기요양보험제도의 장기 지속적 유지방안」, 『보건복지포럼』 2008.1월호, 한국보건사회연구원.

16) 법에 명시된 보험급여 중에서 비급여서비스로 분류된 내용을 보면 다음과 같다. 즉, 제17조(장기요양급여의 범위 등)의 1항에서 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용(노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정에서 본인이 원하여 1인실 또는 2인실을 이용하는 경우에 제1호, 제3호 및 제4호 이외의 총 이용부담액과 장기요양급여비용과의 차액), 이·미용비, 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용을 제시하였고, 2항에서 수급자와 장기요양기관이 장기요양급여를 제공받거나 제공할 요구하거나 제공하여서는 안되는 것으로 수급자의 가족을 위한 행위, 수급자 가족의 생업을 지원하는 행위, 그 밖에 수급자의 일상생활에 지장이 없는 행위 등으로만 제시하고 있다.

그리고, 전반적으로 장기요양서비스는 신체적 간병수발서비스(self-care, personal care)와 가사지원서비스(domestic services), 그리고 정서지원(심리안정) 서비스로 이루어진다고 볼 수 있는데, 신체적 수발보다는 가사수발서비스가 우선시되거나 정서지원서비스가 제외되는 경우에는 본 제도가 지향하는 목적을 제대로 달성하지 못할 것이고, 이로 인한 제도의 불만도 발생할 수 있을 것이다. 그동안 행정조치시대에서는 외출지원, 옥외 관광 등을 비롯한 심리안정을 위한 정서지원성 복지서비스가 적극적으로 개발, 제공되어 왔으나, 사회보험제도하에서는 그러한 복지서비스가 대부분이 사라질 것으로 예상된다. 물론 이는 중증의 기능장애자가 시설급여나 재가급여의 대상자가 될 것이기 때문에 신체수발이나 가사지원이 서비스의 중심이 될 것이지만, 생명의 질을 보장하기 위해서는 일반복지서비스의 제공도 중요하다고 볼 수 있다.

#### ④ 장기요양서비스단가의 책정

한국의 장기요양서비스비용 지불(장기요양수가, 장기요양보수)방식은 급여유형별로 일정액을 사전적으로 책정하여 지불하는 일종의 인두제방식이다. 따라서 진료행위별(서비스행위별) 지불(fee-for-service payment)방식이 아니라 일당 정액, 회당 정액, 시간당 정액으로 지불하는 체계이다. 이러한 경우, 일정액으로 지불된 비용을 가지고 공급자가 제공할 수 있는 모든 서비스를 이용자에게 줄 수 있느냐 하는 의문이 발생할 것이다.

따라서, 장기요양수가를 산정하기 위해서는 장기요양서비스가 지향하고 있는 목표에 준하여 제공할 수 있는 서비스와 그 목표에 합당하지 않아서 제공해서는 안되는 서비스로 구분하여야 한다(서비스의 표준화). 그 후, 반드시 제공하여야 하는 서비스를 중심으로 할 때 소요되는 비용을 기준으로 장기요양수가가 만들어져야 한다.

한국의 경우, 이미 노인복지법에 명시되어 있는 의료복지시설이 장기요양시설로 간주할 수 있기 때문에 의료복지시설에서 제공되는 거의 대부분의 서비스가 장기요양서비스에 해당하는 것으로 볼 수 있지만, 노인복지법에 명시되어 있는 재가노인복지시설을 장기요양시설로 간주하기에는 아직 제약이 많은 것으로 보인다. 다시 말하면, 의료복지시설은 입소자격이 노인성질환으로 타인의 신체적 도움(self-care)이 필요하다고 판단되는 노인을 입소보호한 반면에, 재가노인복지시설은 신체적 도움이나 가사도움과 같은 직접적인 서비스 이외에 정서적 지원활동, 주택수리지원, 말벗도움 등 간접적인 생활지원활동서비스도 제공하고 있었다. 특히 현재 재가노인복지시설의 경우, 간접적 서비스지원이 중심이 되다시피 함으로써 소요비용이 낮아서 재가급여의 장기요양수가가 낮게 책정될 가능성이 높다는 것이다.

현재 책정된 장기요양수가는 공식적으로 노인장기요양보험제도가 도입, 시행되기 이전에 마련된 것이기 때문에 순수하게 장기요양대상자에게 서비스를 제공하였을 때 소요되는 비용보다 낮은 수준일 가능성이 높다. 따라서, 제도 시행이후 빠른 시일내에 장기요양수가의 재검토가 요구된다.

그리고, 추가적으로 시설간 환경의 차이에 따른 비용보전의 방식을 마련하여야 한다는 것이다. 예를 들면, 종사자의 질적 수준이나 시설설비의 차이로 인하여 발생하는 비용을 가산 또는 감산할 수 있도록 하여야 한다는 것이다. 이렇게 하는 이유는 타 시설에 비하여 상대적으로 양질의 서비스를 제공하고 있는 시설과 그렇지 못한 시설간 차이를 두지 않고 동일하게 비용을 보전하게 되면, 전자의 시설은 서비스수준이 하락할 것이고, 후자의 시설은 서비스의 향상보다는 수익의 증대에만 매달릴 가능성이 높기 때문이다.

다시 말하면, 장기요양수가를 산정할 때 표준적인 기준시설과 서비스모형을 상정하고 이를 바탕

으로 하여 소요비용(원가)을 산출한 것인데, 만약에 기준시설에 미치지 못하는 환경을 지닌 시설인 경우에는 어떠한 방식으로든지 간에 보험제도가 시행되기 이전까지 기준에 맞추도록 개선시켜야 한다. 그렇지만, 현실적으로 말해서 시설건물 자체를 단시일 내에 증·개축하는 것이 거의 불가능하고, 기준서비스를 제공할 수 있는 양질의 종사자의 확보도 지역마다, 또는 시설마다 상이하기 때문에 이 또한 단시일 내에 개선시키기가 어렵다는 것이다. 따라서, 당분간은 시설환경의 차이에 따른 차등수가<sup>17)</sup>를 개발, 적용하여야 하는 것이 요구된다.

<표 5> 일본사례: 특별양호노인홈에 있어서 개호보수의 감산과 가산단위

감산과 가산대상	가산과 감산 단위	비 교
입소정원초과 감산	단위의 70/100	초과상태가 해소될 때까지 입소자 전원에 대하여 실시
헬퍼인원기준미달 감산	단위의 70/100	간호 6:1, 헬퍼 4:1에 미달할 경우, 입소자 전원에 대하여 실시
야간근무체제미달 감산	단위의 97/100	2유닛에 1명이상 야간근무체제
유니트형 기준에 미달	단위의 97/100	1유닛에 명이상 간호/헬퍼, 상근직 책임자 미배치
신체구속폐지 미실시	5단위/일	운영기준(구속금지, 기록)위반
중증대응 가산	10단위/일	상근간호사 1명이상, 24시간 연락체계 등
준유니트케어 가산	5단위/일	12명 정도 그룹, 1인실+리빙룸 등
개별기능훈련 가산	12단위/일	재활치료사 1명이상배치(100:1), 재활계획과 재활실시
상근의사배치 가산	20단위/일	상근직의사 1명이상 배치(100:1)
정신과요양지도 가산	5단위/일	인지증환자 1/3이상, 정신과의사 월2회 이상 지도
장애자생활지원체제 가산	26단위/일	장애자생활지원 1명이상 배치
외박과 입원 가산	320단위/일	월 6일제한(첫날과 마지막 날은 불가능)
초기가산	30단위/일	30일까지
1.퇴소전후 방문상담 가산	460단위/회	시설입소 중 1회(원칙), 퇴소후 1회
2.퇴소할때 상담원조 가산	400단위/회	퇴소후 1회
3.퇴소전 연락 가산	500단위/회	퇴소전 1회
1. 영양관리사배치 가산	12단위/일	영양관리사 1명 배치
2. 영양사배치 가산	10단위/일	영양사 1명이상 배치
영양관리체제 가산	12단위/일	상근직 1명이상 배치, 영양계획 작성과 영양관리 실시
영양경관설치 가산	28단위/일	원칙 180일까지
1.영양경관유지 가산(1)	28단위/일	원칙 180일까지, (1)식도통과가 매우곤란, (2)가능성이 있을 경우
2.영양경관유지 가산(2)	5단위/일	
영양식 가산	23단위/일	경관실시와 경관유지 가산과 같이 계산 불가
입종개호 가산		사망전 30일 까지, 중증대응을 한 경우
입종개호가산(1)	160단위/일	(1)시설과 가정에서 사망
입종개호가산(2)	80단위/일	(2)다른시설과 의료기간에서 사망
가정복지지원기능 가산	10단위/일	
가정/입소 상호이용 가산	30단위/일	요개호 3~5가 대상, 상호이용 3개월까지

자료: 선우덕 외(2007)에서 발췌

17) 현재에는 개정된 노인복지법에서는 노인일반요양시설을 노인전문요양시설로 전환하는 것을 원칙으로 하되 5년간의 유예기간을 두고 있는데, 노인장기요양보험제도에서는 그러한 사정을 감안하여 노인일반요양시설, 노인전문요양시설, 노인요양공동생활가정(소규모그룹홈)간 차등수가를 마련해 놓고 있으며, 마찬가지로 이러한 차등수가는 향후 5년간 적용할 예정이고, 그 이후에는 노인일반요양시설 급여수가는 폐지되는 것으로 되어 있다.

⑤ 고령자의 서비스이용부담능력

노인장기요양보험제도의 재원은 보험료, 국가보조금 및 이용자부담금으로 조달하는 것으로 되어 있는데, 이중에서 보험료의 비중이 전체재정의 약 60%를 차지하고 있다. 결국, 제도의 재정적 안정은 보험료의 안정적인 확보에 달려 있다고 하겠고, 여기에서 보험료는 건강보험료와 연동되어 있어서 건강보험료의 징수수준에 따라서 장기요양보험재정이 영향을 받게 되어 있다.

이러한 보험료는 20세이상의 가입자로부터 징수하게 되어 있고, 고령자로부터는 대부분 징수하지 않거나 저액을 징수하고 있다. 직장에 근로하는 피용자를 대상으로 할 경우, 보험료를 납부하는 고령자는 전체가입자의 6.9%에 불과하고 나머지는 자녀의 피부양자로 등재되어 있고, 전체 가입고령자 중에서 약 35%가 자영자 등의 고령자인데, 보험료가 매우 낮은 수준으로 추정된다.

<표 6> 연별계층별 국민건강보험 가입 현황(직장, 2006년) (단위: 명, %)

구 분	전체	64세이하	65세이상
계	28,445,033 (100.0)	25,812,393 (100.0)	2,632,640 (100.0)
가 입 자	10,415,340 ( 36.6)	10,232,650 ( 39.6)	182,690 ( 6.9)
피부양자	18,029,693 ( 63.4)	15,579,743 ( 60.4)	2,449,950 ( 93.1)

자료: 국민건강보험공단 통계자료.

그리고 본인부담금은 법정급여에 대한 부담률이 시설서비스는 20%, 재가서비스는 15%로 되어 있고, 그 중에서 차상위에 해당하는 저소득계층은 법정본인부담율을 50% 경감하는 것으로 되어 있다는 것은 이미 전술한 바와 같다. 그런데, 2006년 현재 공적연금수급율을 보면, 전체노인의 19%에 불과한 수준이고, 월평균 노인부부가구의 소득액은 121만원으로 나타나고 있다. 이 중에서 약 60%는 공적연금 등 이전소득에 의해 산출된 것으로 나타나고 있기 때문에 약 80%에 해당하는 노인부부가구는 이전소득이 없어 소득수준이 이보다 훨씬 낮은 60여만원으로 추정된다.

<표 7> 노인부부 가구의 이전소득 수치 (단위 : 천원, %)

	2003		2004		2005		2006	
	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비	금액	구성비
총 소 득	959.0	100.0	1,117.4	100.0	1,159.8	100.0	1,208.9	100.0
이 전 소 득	489.8	51.1	607.5	54.4	633.4	54.6	687.3	56.9
연금 및 사회보장	231.6	24.2	272.5	24.4	293.7	25.3	313.5	25.9
기 타	258.2	26.9	335.1	30.0	339.7	29.3	373.8	30.9
연금 수급률(%)	10.8		13.2		16.1		19.0	

주 : 연금수급률은 국민연금, 공무원연금 및 사학연금 수급자의 합계를 기준으로 함.

노인부부 가구는 가구주와 그 배우자가 모두 65세이상으로 18~64세인 가구원이 없는 가구임

자료 : 통계청, 『가계조사』, 2006.

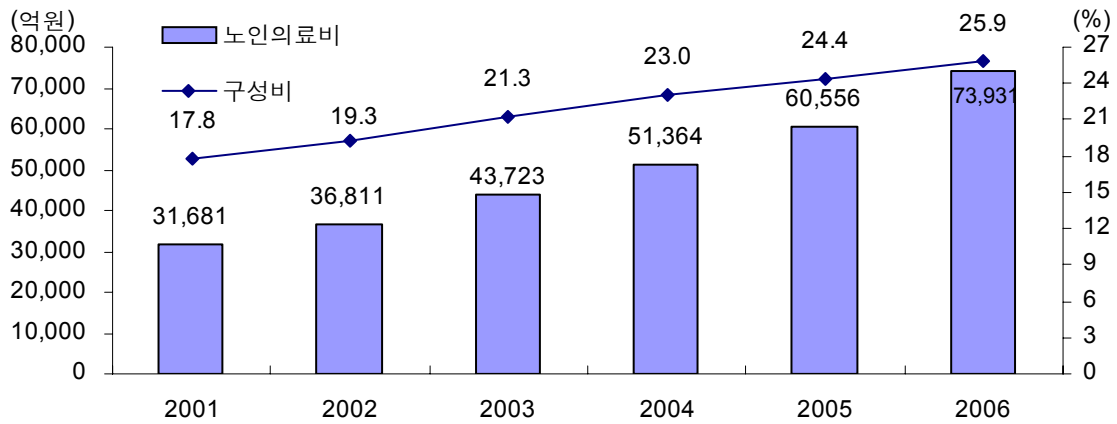
결국, 장기요양급여 수급대상자로 인정받은 고령자 중에서 자신의 소득으로 서비스비용을 충당할 수 있는 고령자가 현재에는 많지 않을 것으로 추정되고 있기 때문에, 그 비용을 감액 또는 감면하든가, 성인자녀로부터 의존하여야 할 것이다. 만약 어떠한 형식으로든지 조치가 없는 경우에는 서비스이용의 제한 또는 미이용으로 이어질 가능성이 높고, 급기야는 제도자체에 대한 불만으로 표출될 수도 있겠다.

⑥ 인프라의 적정 확보

인프라에는 시설과 인력으로 구분할 수 있는데, 시설에는 생활시설과 재가급여시설, 인력에는 공식적 인력과 비공식적 인력으로 구분된다.

먼저, 생활시설에는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정(소규모그룹홈), 그리고 노인전문병원이 있는데, 이 중에서 노인요양시설 병상의 약 70%정도는 이미 기초생활보장수급권 노인이 차지하고 있는 것으로 나타나고 있고, 노인전문병원 병상 중에 국공립 병상은 전체의 20%정도이고 그 나머지는 민간병상이 차지하고 있는 것으로 추정되고 있다. 이와 같은 실태를 감안하면, 장기요양인정 대상자의 절반이상이 중산계층이 차지할 것으로 예측되고 있으나, 이들 계층이 이용할 수 있는 생활시설의 확보가 부족하다는 것이고<sup>18)</sup>, 특히 도심지역에 설치되어 있는 시설의 부족현상이 심하다는 것이다. 그런데, 도심지역에는 기존의 일반 중소병원이 요양병원으로 전환한 경우가 대부분이고, 심지어는 병상수의 과잉상태를 보인 지역도 있다는 것이다.

예를 들면, 2006년도말을 기준으로 할 때, 확보된 노인요양시설 입소정원수(병상수)는 40,589명이고, 요양병원(민간요양병원, 노인전문병원 포함)의 총 병상수는 43,336개인 것으로 집계되고 있어 노인요양시설의 총 병상수를 초과한 상태에 있다. 특히, 요양병원의 경우는 대도시권을 중심으로 집중되어 있는데, 이들 요양병원의 진료비용은 건강보험으로부터 지불받고 있기 때문에 노인의료비가 최근 들어 급증하고 있는 경향을 보이고 있다.



[그림 3] 65세 이상 건강보험 노인의료비 추이

자료 : 건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2001년~2003년; 『2004년 건강보험심사통계지표』, 『2005년~2006년 건강보험통계지표』.

이러한 현실을 감안할 때, 중산계층의 시설입소욕구를 해소시키기 위해서는 요양형 주택<sup>19)</sup>의 개발, 활용이 필요하고, 요양병원도 요양시설에 준하는 생활보호기능에서 주간재활과 같은 기능재활 중심의 병원으로 운영할 수 있는 모형을 개발, 적용할 필요가 있다.

18) 정부에서는 제도도입이전까지 요양시설의 충족율을 94%, 수도권지역의 충족율은 85%로 추정하고 있기는 하지만, 지역간 불균형이 존재하고, 단기간에 요양대상자가 폭증할 것으로 예상되기 때문에 시설의 부족현상은 지속될 것으로 보인다.

19) 이는 구미각국에서 보편화되어 있는 assisted living facilities, sheltered house, 케어제공 가능한 고령자주택 등을 말한다.

그리고, 재가시설은 방문형서비스와 통원형서비스로 대별되고 있는데, 기존에는 방문요양센터(가정봉사원과견센터), 주간보호센터, 단기보호센터 등이 개별 독립적인 시설로 주로 운영되고 있었으나, 노인복지법 개정으로 복합시설로 운영하도록 유도하고 있다. 이러한 방향은 범위의 경제성(economy of scope)을 기대할 수 있어서 비용효율적으로 시설을 운영함과 동시에 이용자로부터의 편리성도 추구할 수 있다. 따라서, 향후 시설의 확충방식도 방문형서비스(요양, 목욕, 간호 등)의 경우에는 복합형 시설을 중심으로 하고, 주야간보호센터나 단기보호센터는 생활시설의 부속시설로 운영할 수 있도록 적극적인 홍보, 지원이 요구된다. 특히 생활시설에 일정수준의 단기요양병상을 확보, 운영하게 하여 생활시설의 병상가동율을 제고시키고, 재가서비스의 확충에 보탬이 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

한편, 인력인프라에는 현재 요양보호사를 교육양성할 수 있는 체계를 마련해 놓았고, 각 양성기관마다 교육 중에 있는데, 정부의 계획으로는 최대 7만명까지 양성될 것으로 추정하고 있다(보건복지부 내부자료 참조). 요양보호사의 교육시간은 총 240시간으로 약 2개월(1주일에 6시간씩 5일 수강 시)에 걸쳐서 진행되고, 그 시간배정을 보면, 이론, 실기, 현장실습 모두 각각 80시간으로 되어 있다. 이를 보면 이론과 현장실습시간이 필요이상으로 배정되어 있고, 실기연습시간이 상당히 부족하다는 것을 알 수 있다. 따라서, 수강생들의 연령대 분포나 학력수준 등을 면밀하게 분석하여 수정안을 제시하여야 하겠지만, 현재로써는 이론면에서는 직업윤리 및 사고예방 중심의 내용이 강화되어야 하고, 현장실습면에서는 시설의 환경과 사정을 감안하여 1주일 이내로 조정하고 현장실습에 앞서서 간병수발기술을 완전하게 몸에 익힐 수 있도록 실기연습을 1개월 내내 실시하는 방향으로 재검토가 이루어질 필요가 있겠다.

추가적으로 기존 인프라의 대대적인 질적 향상을 도모할 필요가 있다. 즉, 장기요양기관에 종사하고 있는 인력 중에서 사회복지사의 채용기준이 국가자격증(사회복지사 1급)의 미소지자도 사회복지사의 본연의 역할을 수행하는 것으로 되어 있고, 시설장도 단순히 사회복지사나 의료인뿐만 아니라 규정되어 있기 때문에 시설경영에 대한 의식수준이 낮은 경우가 흔히 발견되고 있다는 것이다. 따라서, 노인장기요양보험제도의 시행을 계기로 장기요양시설 관련종사자의 질적 향상이 이루어질 수 있도록 관련 법개정이 요구된다.

그리고 장기요양관련 인력으로 비공식적 인력(informal care-givers)도 중요한 자원이다. 선진국가들의 경험을 보면, 공적인 장기요양서비스체계가 잘 갖추어진 국가라도 요양서비스제공자의 절반 정도는 비공식 수발자라는 점<sup>20)</sup>은 그만큼 공식적 자원의 개발이나 유지가 용이하지 않다거나, 대상자의 심리적, 정서적 안정 유지에도 유리하기 때문인 것으로 풀이된다. 따라서, 한국에도 비공식적 인력의 개발 및 유지를 위한 국가의 지원체계를 구축하여야 할 것이다.

#### IV. 결론

노인장기요양보험제도는 저출산·고령화 현상의 진전, 여성의 취업증가 등으로 인한 가족내 노부

20) 호주, 뉴질랜드, 미국 등은 허약노인에 대한 주 서비스제공자가 동거 가족원이었고, 그들에 의한 서비스량은 전체의 3/4을 차지하고 있는 것으로 나타났고, 일본은 더욱 높아서 80%이상을 차지하고 있다. 그리고 북유럽 국가, 독일, 영국 등은 비동거의 가족에 의한 서비스도 매우 높은 것으로 나타나고 있다. 다시 말하면, 공식적 인력에 의해 전적으로 서비스를 제공하는 국가는 하나도 없는 실정이고, 가장 공식적 서비스의 네트워크를 잘 갖추고 있는 덴마크일지라도 비공식 서비스의 비중이 전체의 44%나 된다는 것이다(Brodsky, et al., 2000 참조).

모에 대한 간병수발력의 약화, 사회환경의 변화로 도입의 필요성이 인정되는 사회보장제도이나, 건강보험가입자의 추가적인 보험료부담을 비롯하여 기업체 및 서민가계의 생활부담이 늘어날 가능성이 있고, 실제적인 수급대상자수가 16~25만명(2012년)에 불과하여, 전국민대상의 보험료징수를 기초로 하고 있는 현행 사회보험방식의 제도도입 타당성에 여전히 의문을 제기하고 있는 실정이다.

따라서, 정부의 계획대로 2008년 7월에 도입되는 경우에는 약 1년6개월간을 모의적용기간으로 생각하여 2010년도에 현행 노인장기요양보험방식의 제도를 전면 재검토할 필요성이 있겠다.

### 참고자료

- 건강보험심사평가원, 『건강보험심사평가통계연보』, 2001년~2003년  
건강보험심사평가원, 『2004년 건강보험심사통계지표』  
건강보험심사평가원, 『2005년~2006년 건강보험통계지표』  
선우덕 외, 『노인 장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2001.12  
선우덕, 노인장기요양보험제도의 장기 지속적 유지방안, 『보건복지포럼』, 2008.1월호, 한국보건사회연구원.  
선우덕 외, 『노인장기요양보험제도 도입에 따른 노인요양시설의 경영전략 개발연구』, 한국보건사회연구원, 2007.12  
선우덕 외, 『노인장기요양보험 시범사업 평가연구(2차): 장기요양서비스수요 등 부문』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2007.5  
최병호 외, 『노인장기요양보험 시범사업 평가연구(2차): 장기요양서비스수가 등 부문』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2007.5  
통계청, 『가계조사』, 2006.  
통계청, 『장래인구추계』, 2006  
Binstock, Robert H., "The financing and organization of Long-term care", *Public and Private responsibilities in long-term care: finding the balance* (edited by Walker, Leslie C., Bradley, Elizabeth H., Wetle, T.), The Johns Hopkins University Press, 1998.  
Bishop, C., "Long-term care needs of Elders and persons with disability", *Long-term care and Medicare policy: can We Improve the Continuity of Care?* (edited by Blumenthal, D., Moon, M., Warshawsky, M., Boccuti, C.), National Academy of Social Insurance, Washington D.C., 2003.  
Brodsky, J., Habib, J., Mizrahi, I., *Long-term Care Laws in Five Developed Countries: A Review*, WHO, 2000.  
Doty, P., Liu, K., Weiner, J., "Special report: An overview of long-term care", *Health Care Financing Review*, 6(3), 1985.  
Evashwick, Connie J. *The continuum of long term care: an integrated systems approach*, Delmar Publishers, 1996.  
Kane, Rosalie A., Kane, Robert L., and Ladd, Richard C., *The Heart of Long-term care*, Oxford University Press, 1998.  
OECD, *Ageing in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paris, 1996a.  
OECD, *Caring for Frail Elderly People: Policies in evolution*, Paris, 1996b.  
OECD, *Long-term care for older people*, Paris, 2005.



Pratt, John R. *Long term care : managing across the continuum*, An aspen publication, 1999.

UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: Long term care - Rights and Responsibilities*, 1999.

UK Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to old Age: The Context of Long term care policy*, 1999.

WHO and the Milbank Memorial Fund, *Towards an International Consensus on Policy for Long-term Care of the Ageing*, 2000.