

碩士學位論文

老人長期療養保險制度의
問題點과 改善方案에 관한 研究

2010年

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

安 重 京

碩士學位論文
指導教授 李鍾受

老人長期療養保險制度의
問題點과 改善方案에 관한 研究

A Study on the Long-Term Care Insurance System
for the Elderly in Korea

2010年 6 月

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

安 重 京

碩士學位論文
指導教授 李鍾受

老人長期療養保險制度의
問題點과 改善方案에 관한 研究

A Study on the Long-Term Care Insurance System
for the Elderly in Korea

위 論文을 社會福祉學 碩士學位 論文으로 提出함

2010年 6月

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

安 重 京

安重京의 社會福祉學 碩士學位 論文을 認准함.

2010年 6 月 日



審査委員長_____ (인)

審 查 委 員_____ (인)

審 查 委 員_____ (인)

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구범위 및 방법	4
제2장 이론적 검토	6
제1절 노인장기요양보험 주요내용	6
1. 노인장기요양보험제도의 도입배경	6
2. 노인장기요양보험의 목적과 원칙	12
3. 노인장기요양보험의 서비스 형태	14
제2절 선행연구	21
제3절 연구 분석의 틀	24
1. Gilbert & Terrell의 정책분석 틀	24
2. 연구 분석의 틀	25
제3장 외국의 장기요양보험제도	27
제1절 독일	27
제2절 일본	30
제3절 영국	36
제4절 외국 장기요양보험제도의 시사점	41

제4장 장기요양보험제도의 현황 및 문제점과 개선방안 .. 46

제1절 대상체계	47
1. 현 황	47
2. 문제점	55
3. 개선방안	58
제2절 서비스 체계	61
1. 현 황	61
2. 문제점	67
3. 개선방안	69
제3절 전달체계	73
1. 현 황	73
2. 문제점	74
3. 개선방안	76
제4절 재정체계	79
1. 현 황	79
2. 문제점	80
3. 개선방안	83
제5장 결론	86

참고문헌	91
------------	----

〈표목차〉

<표 2-1> 연령 3계층 인구추이	7
<표 2-2> 기대수명(평균수명)	7
<표 2-3> 출산율	8
<표 2-4> 세계각국의 인구 고령화 속도 추이 비교	8
<표 2-5> 노년부양비 및 노령화 지수	9
<표 2-6> 노인 1명당 생산가능 인구	9
<표 2-7> 가구 추이 및 가구 구성	11
<표 2-8> 노인과 노인의 의료비 비교	12
<표 2-9> 노인대상 장기요양 서비스	19
<표 3-1> 일본 개호보험의 피보험자	30
<표 3-2> 일본 개호보험의 종류	32
<표 3-3> 일본 개호보험 등급기준 및 현황	34
<표 3-4> 일본 개호보험의 재원구성비율 비교	36
<표 3-5> 영국 노인장기요양보장 급여 종류	38
<표 3-6> 독일·일본·영국의 대상체계 비교	41
<표 3-7> 독일·일본·영국의 서비스체계 비교	43
<표 3-8> 독일·일본·영국의 전달체계 비교	44
<표 3-9> 독일·일본·영국의 재정체계 비교	45
<표 4-1> 노인장기요양보험법 시행령 : 노인성 질병의 종류..	48
<표 4-2> 영역별 심신상태	52

<표 4-3> 8개 서비스군	53
<표 4-4> 등급별 판정기준(요양인정점수)	53
<표 4-5> 연령별 등급별 장기요양인정자수	54
<표 4-6> 연령별 장기요양 급여대상자 추계	55
<표 4-7> 전국 장애인 추정수	57
<표 4-8> 방문요양 세부 항목	61
<표 4-9> 등급별 보험 수가	69
<표 4-10> 재가요양 보호의 급여제공 시간별 보험수가	69
<표 4-11> 장기요양보험 수지 현황	81
<표 4-12> 건강보험 재원부담 및 요양보험료를 추계	82



<그림 목차>

<그림 2-1> 연도별 평균 가구원수 추이	10
<그림 4-1> 장기요양 인정 절차	49
<그림 4-2> 장기요양보험제도의 전달체계도	74



제1장 서론

제1절 연구의 목적

오늘날 현대의학 기술의 발달과 소득수준의 향상으로 의·식·주에 있어 건강에 대한 관심도 제고로 인해 전 세계적으로 인간의 평균수명이 지속적으로 연장되고 있는 추세이며, 이에 반해 출생률은 점점 낮아지고 있어 전체인구에서 노인인구의 비중이 급격히 증가되고 있는 추세에 있다. 우리나라의 경우, 65세 이상 노인인구 비율은 기대수명¹⁾ 연장 및 출산율 감소²⁾로 인해 2000년에 339만5천명으로 전체인구 4700만 명 대비 약7.2%를 넘어서 고령화 사회³⁾에 도달하였으며, 2009년에는 10.7%로 지속적으로 증가하는 추세에 있다. 통계청의 장래인구 추계에 따르면 한국은 선진국에 비해 훨씬 빠른 속도로 고령사회⁴⁾에 진입할 것으로 예상되어 2018년 고령사회, 2026년 초고령사회⁵⁾로 진입할 것으로 보인다. 이러한 고령사회의 추세는 프랑스 115년, 스웨덴 85년, 고령화 속도가 비교적 빠르다는 일본의 25년에 비해 한국의 고령사회는 약 9년으로 매우 빠른 속도로 우리사회가 고령화 되고 있는 실정이다.

이러한 급격한 고령화의 진전은 치매·중풍 등 노인성 질환으로 독자적인 일상생활이 어려워져 장기요양보호를 필요로 하는 노인인구의 증가를 유발케 한다. 실제 2001년 노인장기요양보호 실태를 조사한 결과에 의하면 일상생활수행능력(ADL)⁶⁾ 1개 이상의 도움을 필요로 하는 재가노인은 전

1) 기대수명(Life Expectancy at birth) : 출생당시의 기대여명을 의미한다. 2009년 한국의 사회지표(통계청, 2010.03)에 의하면, 2008년 기대수명은 80.1세로 10년 전 1998년에 비해 5.3세(7.1% 증가) 길어짐.

2) 2009년 합계출산율은 1.15명으로 2008년 1.19명 대비 0.04명 감소함.

3) 고령화 사회 : 전체 인구 중 65세 이상 인구비율이 7% 이상 ~14% 미만인 사회.

4) 고령사회 : 전체 인구 중 65세 이상 인구비율이 14% 이상 ~20% 미만인 사회.

5) 초고령사회 : 전체 인구 중 65세 이상 인구비율이 20% 이상인 사회.

6) 장애노인의 일상생활수행능력(ADL; Activities of Daily Living)은 장애 및 치매를 기준으로 하고 있으며, 허약노인은 수단적 일상생활수행능력(IADL; Instrumental Activities of Daily Living)으로 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리외출하기,

체 노인인구의 9.9%로 나타났다. 여기에 비록 ADL 기능상에는 도움을 필요로 하는 상태가 아니지만 인지적 장애로 경미한 치매증상을 포함시키면 전체 노인의 15%가 신체적 및 인지적 기능의 제한으로 장기요양서비스를 필요로 하는 노인으로 볼 수 있다(선우덕, 2008: 505)

또한 인구의 고령화와 인구구조의 변화, 산업사회의 가속화로 인해 사회구조에 있어 다음과 같은 변화가 일어나고 있다. 첫째, 출산율 저하 및 1인 가구 독신자 비중⁷⁾의 점진적 증가로 인해 평균 가구원수가 지속적으로 감소⁸⁾하고 있다. 둘째, 가족유형에서 핵가족화의 비율이 크게 증가하고 있으며 자녀와 따로 동거하는 부부⁹⁾ 또는 노인의 비중이 증가하고 있다. 셋째, 노인에 대한 비공식적 수발자인 여성의 경제활동 참가가 계속 증가하고 있다.

이러한 사회구조의 변화로 인해, 출산율 저하는 상대적으로 노인의 비중을 증가시켜 고령화사회 및 수년 내에 도래할 고령사회와 초고령사회에서 경제활동인구 1인당 노인부양 부담률이 증가하여 노인요양의 양적부담을 가중함과 동시에 산업화에 따른 핵가족화와 더불어 자녀와 따로 동거하는 노인부부의 증가 및 노인에 대한 비공식적 수발자로서 여성의 경제활동 참가는 노인에 대한 가족부양의 의식변화와 더불어 노인을 보호할 수 있는 기능상실 내지는 저하로 인해 노인요양의 질적 부담을 가중시켜 노인학대, 노인자살 등 사회문제와 사회위험으로 현실화되고 있다. 이와 같이 고령화 사회는 양적, 질적으로 동시에 사회적 부담감을 유발할 수 있으므로 노인에 대한 장기요양보장의 욕구를 사회적 제도에 의해 해결해야 할 필요성이 증가하고 있다.

노인장기요양보험은 노인장기요양보험법 제1조에 의하면 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제

물건사기 항목에서 하나라도 제한 있는 노인임.

7) 1인 가구 수 : 2009년 20.2%, 2000년 15.6%임, 통계청(2010), 「2009년 한국의 통계지표」.

8) 평균 가구원 수 : 2009년 2.76명으로 2000년의 3.13명 대비 약0.37명 감소하였으며, 통계청 추정 기준으로 2030년에는 2.35명으로 추정되어 거의 배우자 단위의 '2인/1가구' 가구 구성이 예상됨(통계청, 2010)

9) 부부와 자녀가 동거하는 가구 비중이 2000년 48.2%에서 2009년 41.6%로 감소한 반면, 부부가구 비중은 2000년 15.0%에서 2009년에는 20.7%로 증가함.(통계청, 2010)

공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양서비스에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 하고 있다.

정부는 노인장기요양보험 제도의 도입을 통해서 노인의 삶의 질을 향상시키고 가족의 노인 부양부담 경감, 여성 등 비공식적 수발자의 경제활동 증가로 사회적 생산성 제고, 일자리 확대, 고령친화 사업 및 지역경제 활성화를 기대하고 있다.

2008년 7월 시행된 노인장기요양제도가 약2년 경과하는 현시점은 경영학의 마케팅론 측면에서 보면 시장도입기¹⁰⁾를 지나서 성장기에 진입하는 단계에 해당한다. 이 시기에는 도입기의 시행착오에 대한 대안의 모색과 문제점 분석을 통해 향후 수행과제를 도출해야 하는 중요한 시기에 해당한다.

본 연구는 이러한 문제의식에 기반하여 우리사회가 당면한 고령화사회 및 수년 내 당면할 초고령사회¹¹⁾를 대비하여 노인장기요양 보험제도가 지속 가능한 사회보장제도로 정착할 수 있는 방안을 모색하는데 있다. 보다 구체적으로는 외국의 장기요양보험제도를 고찰하여 사례연구(Case Study)하고, 현재 시행중인 노인장기요양 보험제도의 현황과 문제점을 진단, 분석하여 개선방안을 제시하는데 그 목적이 있다.

제2절 연구범위 및 방법

1. 연구범위

우리나라는 2000년 고령화사회로 진입한 후, 고령사회와 초고령사회로 변화함에 있어 일본 등 외국의 다른 나라 보다 훨씬 빠른 속도로 고령화

10) Philip Kotler 외1 저(윤훈현 외1 공동번역), 「최신마케팅원론」 (2003)에서는 신제품 또는 신사업 Launching에 따른 마케팅전략 수립시, PLC(Product Life Cycle)을 도입기와 성장기, 성숙기, 쇠퇴기로 구분하고 있음.

11) 통계청의 '장래인구추계'에 의하면, 2040년에는 전체인구의 32.5%가 65세 이상 노인으로 10명중 약3.3명이 노인인구로 추정 됨.(통계청, 2010)

된 사회구조가 될 것으로 전망됨에 따라 점진적 고령화에 맞추어 사전에 면밀히 준비해 온 외국의 경우와는 달리 사전에 철저한 준비를 하지 못한 경우에는 많은 사회적 충격과 리스크가 예상되고 있다.

본 연구는 이러한 사회적 충격과 리스크를 사전에 완화 내지는 헷징(Hedging)하고 보다 나은 노인의 삶의 질을 개선하기 위하여 현재 시행되고(2008년 7월 1일 시행) 있는 노인장기요양보험의 추진현황과 문제점 분석을 통해 향후 개선방안을 모색하고자 한다. 본 연구는 다음과 같이 전체 5장으로 구성하여 연구하고자 한다.

제1장 서론에서는 연구의 목적 및 방법을 기술한다.

제2장 이론적 배경의 제1절에서는 노인장기요양보험의 주요내용으로 도입배경, 시행목적과 원칙 및 그 서비스 형태를 살펴보고, 제2절에서는 선행연구의 고찰과, 제3절에서는 Gilbert와 Terrell의 정책분석 틀을 이용하여 본 논문의 연구모형을 제시하고자 한다.

제3장 외국의 장기요양보험제도에서는 장기요양보험제도를 최초로 시행한 독일 및 일본, 영국의 사례분석을 통해 우리나라에 미치는 시사점을 분석하고자 한다.

제4장 장기요양보험제도의 현황 및 문제점과 개선방안에서는 연구 분석의 틀을 기준으로 우리나라 노인장기요양보험제도의 대상체계, 서비스체계, 전달체계, 재정체계에 대해 현황을 살펴보고 시행과정에서 노출된 문제점을 분석하며, 이에 대한 개선방안을 제시하고자 한다.

제5장에서는 본연구의 결론으로 앞에서 고찰한 연구내용을 요약·정리하여 다가오는 고령사회 및 초고령사회에 효과적으로 대응하는 대안을 연구분석 틀에 의해 제시하고자 한다.

2. 연구방법

사회복지정책을 정책학적으로 보면 국가 또는 민간기관이 주체가 되어 시민들의 복지를 향상시키기 위해 시행하는 정책들의 집합체라 할 수 있

다. 이러한 사회복지정책에 대한 분석은 크게 볼 때 두 가지가 있다. 하나는 사회복지정책을 해부하듯이 몇 개의 차원으로 나누어 분석하는 차원분석이고, 다른 하나는 사회복지정책이 만들어지는 제반 과정을 분석하는 정책형성과정분석이다. 사회복지를 차원적으로 분석하는 틀 중에서 대표적인 것이 Gilbert와 Terrell의 사회복지정책 차원분석의 기본 틀(basic framework)가 있으며(원석조, 2008: 33), 그 외 사회복지정책의 분석틀로서 Gilbert와 Specht, Prigmore & Atherton 등 여러 학자들에 의해 다양한 형태로 연구되어 왔다.

Gilbert와 Terrell(1988 : 55)는 사회복지정책을 분석하는 틀로서 ① 서비스로서 무엇을 제공해야 하는가? ② 누구에게 서비스가 제공되어야 하는가? ③ 어떻게 서비스가 제공되어야 하는가? ④ 어떻게 재정이 충당될 것인가? 이상의 네 가지를 제시하고 있다. 그리고 Gilbert와 Specht(1986 : 37)는 사회복지정책 분석틀로서 ① 사회적 할당(Social Allocation), ② 사회적 공여(Social Provision), ③ 전달의 전략, ④ 재원충당의 방법 등을 제시하였으며(박경일 외, 2005: 26), Prigmore & Atherton(1979)는 사회복지정책의 맥락을 4가지 부문으로 압축하여 사회복지정책의 분석 틀로 제시하고 있다 ① 문화적 가치와 관련되어 고려해야 할 사항 ② 영향과 의사결정의 차원 ③ 지식에 관한 고려 사항 ④ 비용과 수익에 관련된 사항으로, 이들은 근본적으로 특정 사회의 가치, 문화 및 지식과 연결되어 있을 뿐만 아니라 사회적 현실과 동떨어질 수 없는 사실을 강조한다(현외성, 2008: 334 재인용).

본 연구에서는 사회복지정책을 분석하는 대표적인 틀로써 Gilbert와 Terrell의 분석틀을 기준으로 노인장기요양보험제도에 관한 기존의 문헌과 통계자료 등 문헌연구를 통한 방법으로 연구하고자 한다. 기존 문헌에 대한 조사로는 국내외에서 발행된 단행본, 학위논문, 학술논문, 보건복지가족부와 국민건강보험공단의 자체 조사자료 및 정책자료, 노인장기요양보험 인터넷 자료 및 매스컴 등 각종 자료를 참고, 분석하여 노인장기요양보험제도의 주요내용 및 현황과 문제점을 분석하고 개선방안을 모색하고자 한다.

제2장 이론적 검토

제1절 노인장기요양보험 주요내용

1. 노인장기요양보험제도의 도입배경

노인장기요양보험제도의 도입배경은 다음과 같이 ① 인구의 급속한 고령화, ② 노인부양비 증가, ③ 저출산, 핵가족화, 가족부담을 가중하는 치매 등 노인성 질환의 증가로 가족수발 한계에 의한 노인요양서비스 욕구의 증대, ④ 노인의료비 증가 등으로 살펴볼 수 있다.

1) 인구의 급속한 고령화

노인장기요양보험이 요구되는 가장 중요한 요인은 인구의 고령화이다. 최근 들어 전 세계적으로 증가하고 있는 고령화 현상은 노인인구수 크기가 증가하는 것과 더불어 출산율 감소와 핵가족화에 의해 전체인구에 점유하는 고령자 비율이 증가하여 고령화율이 높아지고 있다는 것이다.

이러한 현상은 아래 <표2-1>에서와 같이 2000년에 전체인구 대비 65세 이상인 노인인구가 7.2%로 고령화사회로 진입하였으며, 2009년에는 10.7%로 65세 이상 노인인구가 약520만 시대가 도래하였다. 통계청의 장래 인구추계에 의하면 우리나라는 2018년이면 65세 이상 인구의 비율이 14% 이상이 되는 고령사회에 진입하여 국민 7명중 1명이 노인인구에 속한다. 2026년에는 노인인구가 20%가 되는 초고령사회로 진입하게 되고 아래 <표 2-1>에서와 같이 2040년에는 국민 3명중 1명이 노인인구에 속하게 될 전망이다.

<표2-1> 연령 3계층 인구추이 - 65세 이상 인구 및 구성비

연도	인구 (천명)				구성비(%)		
	계	0~14세	15~64세	65세 이상	0~14세	15~64세	65세 이상
1980	38,124	12,951	23,717	1,456	34.0	62.2	3.8
1990	42,869	10,974	29,701	2,195	25.6	69.3	5.1
2000	47,008	9,911	33,702	3,395	21.1	71.7	7.2
2009	48,747	8,180	35,374	5,193	16.8	72.6	10.7
2010	48,875	7,907	35,611	5,357	16.2	72.9	11.0
2030	48,635	5,525	31,299	11,811	11.4	64.4	24.3
2040	46,343	4,777	26,525	15,041	10.3	57.2	32.5

자료 : 통계청, 2010.

2008년 평균수명은 80.1세로 10년 전(1998년) 74.8세에 비해 5.3세 높아졌으며, 여자가 83.3세로 남자 76.5세 보다 6.8세 높으므로 점진적으로 여자 어르신에 대한 장기요양수요가 계속 늘어날 것으로 추정된다.

<표2-2> 기대수명(평균수명)

구분	1980	1990	1998	2000	2004	2005	2006	2007	2008
평균수명	65.7	71.3	74.8	76.0	78.0	78.6	79.2	79.6	80.1
남자	61.8	67.3	71.1	72.3	74.5	75.1	75.7	76.1	76.5
여자	70.0	75.5	78.5	79.6	81.4	81.9	82.4	82.7	83.3

자료 : 통계청, 2010.

2009년 출산율은 1.15명으로 2008년(1.19명)보다 0.04명 감소한 것으로 이는 3년 연속 출산율 감소 추세인 것으로, 위 <표2-2>와 같이 평균수명은 증가하나 출산율 감소로 인해 노인인구가 증가하는 고령화율이 지속적으로 높아지고 있어 아래 <표2-4>에서와 같이 세계 주요국가의 인구 고령화 속도와 비교시 우리나라는 매우 빠른 속도로 고령화되어 고령화사회(노인인구 비중 : 7% 이상)에서 고령사회(노인인구 비중 : 14% 이상)로

도달하는 기간이 프랑스가 115년, 일본이 24년에 비해 한국은 18년 예상이며, 고령사회에서 초고령사회(노인인구 비중 : 20% 이상)로 도달하는 기간이 프랑스 40년, 일본 12년 예상이며 한국은 불과 8년으로 추정된다.

<표2-3> 출산율¹²⁾

연도	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
출산율(명)	2.83	1.57	1.47	1.08	1.12	1.25	1.19	1.15

자료 : 통계청, 2010.

<표2-4> 세계 각국의 인구 고령화 속도 추이 비교

구분	도달년도			증가소요년수	
	7% (고령화사회)	14% (고령사회)	20% (초고령사회)	7%→14%	14%→20%
일본	1970년	1994년	2006년	24년	12년
프랑스	1864	1979	2019	115	40
독일	1932	1972	2010	40	38
영국	1929	1976	2020	47	44
이탈리아	1927	1988	2008	61	20
미국	1942	2014	2030	72	16
한국	2000	2018	2026	18	8

자료 : 통계청, 2005.

이와 같이 출산율 저하로 인구성장율이 둔화되는 상태에서 의료보건 기술의 발달과 소득수준의 향상 등으로 평균수명은 늘어나고 있는 추세로 인해 노인인구 비율과 노인인구 수 자체가 증가하고 있다. 이러한 노인인구의 증가는 장기요양서비스 수요의 의미로서 노인장기요양보험이 도입되게 되는 매우 중요한 배경이라 할 수 있다.

12) 가임여성 한명이 평생 동안 낳는 평균자녀수이며, 현재인구가 유지될 수 있는 합계 출산율은 2.1명임.

2) 노인부양비 증가

노인인구비율의 증가와 노령화지수의 증가 등 인구구조 변화가 심각하게 문제제기 되고 있는 것은 65세 이상 노인에 대한 노인부양비와 후기 고령자에 대한 노부모 부양지수 등 사회적 부양에 관련된 것들이다. 고령자의 상대적 비율이 증가함에 따라 고령자 부양의 부담이 사회에 가중되는 것이다. 노령화 지수의 증가는 0~14세 인구에 대한 65세 이상 인구의 비율로서 그 지수가 높을수록 현재의 고령화 비율은 물론이고 저 연령층이 성인이 되었을 때 고령화 정도가 더 심화된다는 것을 의미한다.

<표2-5> 노년 부양비 및 노령화 지수

연도	10년 주기 변화 추이			최근 5개년 변화 추이				
	1980	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009
노령화 지수	11.2	20.0	34.3	47.3	51.0	55.1	59.3	63.5
노년 부양비	6.1	7.4	10.1	12.6	13.2	13.8	14.3	14.7

자료 : 통계청, 2010.

주 : 1) 노령화지수=(65세이상인구 ÷ 0~14세인구)x100

2) 노년부양비=(65세이상인구 ÷ 15~64세인구)x100

<표2-5>에서 고찰한 노년부양비를 재차 다른 각도에서 살펴보면, 2009년 현재 경제활동인구 6.8명이 1명의 노인을 부양하지만, 초고령사회(2026년 예상)로 진입 이후 2030년에는 경제활동인구 2.6명이 1명의 노인을 부양하게 되고, 2040년에는 경제활동인구 1.8명이 1명의 노인을 부양하게 되어, 그 수년 후에는 거의 경제활동인구 1명이 노인 1명을 부양하게 될 수 있는 많은 사회적 부담으로 작용할 수 도 있다.

<표2-6> 노인1명당 생산가능인구(단위 : 명)

연도	1980	1990	2000	2009	2010	2030	2040
인원수(명)	16.2	13.5	9.9	6.8	6.6	2.6	1.8

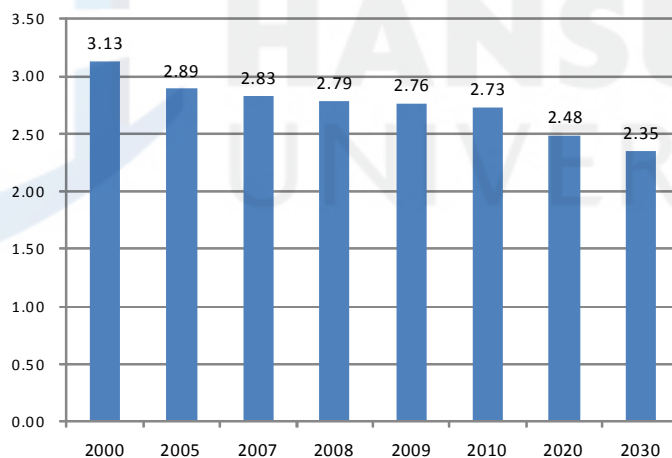
자료 : 통계청, 2010.

주 : 노인1명당 생산가능인구=(15~64세인구 ÷ 65세인구)x100

3) 저출산, 핵가족화, 가족부담을 가중하는 치매 등 노인성 질환의 증가로 가족수발 한계에 의한 노인요양서비스 욕구의 증대

핵가족화의 영향으로 매년 평균가구원수가 감소하고 있으며, 특히 ‘부부+자녀’의 가구의 구성비는 매년 감소하고 있는 반면에 ‘부부’ 가구의 구성비는 매년 증가하고 있어 부모를 부양하는 가족의식의 변화를 확인할 수 있다. 또한, 여성의 사회참여 증가와 노년기에 정신적 신체적 기능손상을 가져오는 질환 중에서 가족에게 가장 심각한 부담을 초래하는 것이 노인성 치매로 치매 유병율 증가¹³⁾로 등으로 가정에 의한 노인 요양보호가 한계에 도달하면서 시설보호서비스 및 재가보호서비스의 필요성이 한층 더 증가되고 있다. 따라서 노인의 자립생활지원 및 가족부담을 경감하고 노인의 삶의 질 향상과, 고령을 앞둔 국민들의 노후불안 해소 및 건전한 장수사회를 실현 등 사회적 욕구를 실현하기 위해서는 고령화사회 초기단계에서 부터 국가가 노인장기요양보장제도를 체계화할 필요성이 있다.

<그림2-1> 연도별 평균가구원수 추이



13) 고령화와 더불어 매 20년마다 치매 환자수가 2배로 증가할 것으로 예상함.(보건복지가족부, 2008).

<표2-7> 가구 추이 및 가구 구성

(단위 : 천 가구, %, 명)

연도	일반 가구		평균 가구원수	가구구성					
		증가율		부부	구성비	부부+ 자녀	구성비	1인	구성비
2000	14,507	-	3.13	1,786	12.3	6,987	48.2	2,262	15.6
2005	15,971	1.59	2.89	2,268	14.2	6,744	42.2	3,187	20.0
2007	16,417	1.6	2.83	2,391	14.6	6,889	42.0	3,298	20.1
2008	16,673	1.56	2.79	2,460	14.8	6,965	41.8	3,357	20.1
2009	16,917	1.46	2.76	2,531	15.0	7,032	41.6	3,415	20.2
2010	17,152	1.39	2.73	2,603	15.2	7,092	41.3	3,473	20.3
2020	19,012	0.77	2.48	3,360	17.7	7,215	38.0	4,109	21.6
2030	19,871	0.14	2.35	4,112	20.7	6,709	33.8	4,713	23.7

자료 : 통계청(2007) 「장래가구추계」.

주 : 가구의 유형은 일반가구, 집단가구, 외국가구가 있음.

4) 노인 의료비 증가

노인의 특성상 신체적, 정신적 노화로 인해 의료서비스의 욕구와 이용도가 비고령자의 경우 보다 높다. 이는 노년기에는 신체적 정신적 기능저하 및 노인성질환의 발병 등으로 노인의 유병률, 입원율, 입원 일수 등이 비고령자에 비해 높기 때문에 그 만큼 의료비의 지출이 증가한다. 또한 노인의 특성상 노인성 질환이 한번 발병하면 사망시 까지 거의 유지되는 경향이 있어 장기적이고 지속적인 요양이 필요하게 되므로 의료비 지출이 점진적으로 증가하게 된다.

<표2-8> 노인과 노인외 의료비 비교

구분	노인외(0~64세)			노인(65세 이상)			비율(B/A)
	계(A)	입원	외래	계(B)	입원	외래	
1인당 진료비(천원)	398	96	302	1,370	474	896	3.4
수진율(회)	12.24	0.10	12.14	27.46	0.35	27.12	2.2
건당진료일수(일)	5.27	13.54	5.20	9.46	17.90	9.32	1.8
건당진료비(천원)	33	951	25	50	1,366	33	1.5

자료 : 건강보험심사평가원, 2005.

노인 의료비 증가는 개인적 차원에서는 요양보장비용에 대한 노인과 노인을 수발하는 가족의 경제적 부담을 가중시킨다(저소득층에 있어서는 매우 심각한 문제임). 이러한 경제적 부담을 사회적으로 지원하기 위한 공적 인 노인요양보장제도의 필요성이 대두된다.

2. 노인장기요양보험제도의 목적과 원칙

1) 노인장기요양보험제도의 목적

노인장기요양보험제도는 노화로 인하여 일상생활활동에 제한을 받거나 만성적인 질병으로 장기간 요양보호를 필요로 하는 사람들에게 다양한 제도적, 비제도적 사회복지 환경 속에서 지속적 또는 간헐적 요양보호서비스를 제공하여 그들의 신체적, 사회적, 심리적 기능을 안정시키고 향상시켜서 인간다운 삶의 질을 확보하는 것을 기본이념으로 하고 있다(이안생, 2008 : 23). 우리나라 노인장기요양법에서는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 및 국민 모두에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양서비스로써 노후의 건강 증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 하고 있다(노인장기요양보험법 제1조, 참조).

2) 노인장기요양보험제도의 원칙

노인장기요양제도의 도입은 급속한 노령화 과정에서 노인의 삶의 질을 개선할 뿐만 아니라 사회적인 노인부양부담을 획기적으로 경감시켜 줄 것으로 예상되며, 이 제도의 도입은 기존의 의료보장과 사회복지서비스 부문의 사회보장체계를 재편한다는 의미를 갖고 있다(박종연 외, 2008: 15 참조) 이러한 의미에서 노인장기요양보험제도는 다음과 같은 기본원칙을 지니고 있다.

첫째. 고령이나 치매·중풍 등 노인성질병으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등의 건강증진 및 생활안정을 도모하고, 노인 스스로의 생활자립도를 지원하며, 가족의 부담을 경감하기 위한 사회적 지원 확립 시스템을 갖추어야 한다.

둘째. 노인뿐만 아니라 요양보호를 필요로 하는 장애인 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 모든 국민이 장기요양서비스, 신체활동지원서비스, 가사지원 등을 제공받을 수 있도록 제도화하고 나아가 장애인의 생활안정과 자립을 지원할 수 있는 보편적인 체계를 강구하여야 한다.

셋째. 장기요양서비스의 권리성·선택성이 보장되는 이용자 중심의 서비스 체계를 만들어야 한다. 장기요양서비스는 일순간의 시혜적 차원이 아니라 사회적 보험방식이다. 본인들의 자율적인 의사와 판단에 따라 필요한 서비스를 그들의 상황과 여건에 맞추어 자유롭게 선택할 수 있도록 하는 장기요양 서비스가 되어야 할 것이다.

넷째. 사회적 연대에 의한 장기요양서비스비용의 체계를 확보하여야 한다.

다섯째. 노인 등의 심신상태·생활환경과 노인 등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적절하게 장기요양서비스를 제공하는 체계여야 한다.

여섯째. 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가서비스 우선 및 예방사업을 병행하는 추진체계를 제공하여야 한다.

일곱째. 장기요양서비스는 노인 등의 심신 상태나 건강 등이 악화되지

아니하도록 의료서비스와 연계하여 제공하는 체계를 갖추어야 한다(이안생, 2008 :24).

또한 우리나라 노인장기요양보험법 제3조에서는 장기요양서비스를 제공함에 있어 다음과 같은 3가지 기본원칙을 법제화하고 있다.

- ① 장기요양서비스는 노인 등의 심신상태·생활환경과 노인 등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적절하게 제공하여야 한다.
- ② 장기요양서비스는 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기 요양을 받는 재가서비스를 우선적으로 제공하여야 한다.
- ③ 장기요양서비스는 노인 등의 심신상태나 건강 등이 악화되지 아니하도록 의료서비스와 연계하여 이를 제공하여야 한다.

3. 노인장기요양보험제도의 서비스 형태

1) 서비스 제공 주체에 따른 분류

장기요양서비스를 제공하는 주체들을 분류하면 국가와 지방자치단체, 비영리 민간기관, 비공식기관 등이 있다. 이러한 장기요양서비스 제공 주체를 공식화·제도화 정도에 입각해서 분류하면 국가, 비영리기관, 영리기관은 공식적인 제공주체로, 비공식기관 즉 가족, 친척, 등은 비공식적 제공주체로 분류 될 수 있다. 따라서 보호 제공 주체가 얼마나 공식화 되었는가 하는 문제는 얼마 탈 가족화 되었는가를 의미한다고 볼 수 있다(석재은, 1999)

① 공식적 제공 주체

장기요양보장 공식적 제공 주체는 국가와 지방자치단체, 비영리 민간단체, 영리 민간단체 등이다. 공식적 제공 주체들은 가족이나 친척들이 필요한 보호를 제공할 수 없을 경우에 장기요양보장을 보충해 주거나 대

처해 준다.

공식적 제공 주체들은 재가 및 지역사회 복지서비스 프로그램으로 방문 요양, 방문목욕, 방문간호, 호스피스, 공동가정시설, 주·야간보호센터 등을 운영하고 있으며, 시설 서비스 프로그램으로 요양시설, 생활조력시설 등을 운영하고 있다.

요양시설은 보통 24시간 전문가의 의료적인 보호가 필요한 사람에게 요양보장서비스를 제공하며, 행정기관의 허가를 받아 설립되는 대표적인 장기요양보장 시설이다. 요양시설은 요양보호의 수준에 따라 인가를 받게 되는데 인가된 전문요양시설, 중간요양시설, 비인가 요양시설 등으로 구분될 수 있다. 의료적 서비스로부터 사회적 서비스에 이르기까지 다양하다. 주·야간보호센터도 심신장애를 가진 노인을 주·야간에 일시적으로 보호해 주는 프로그램을 운영하며 이러한 프로그램은 사회적 서비스에 중점을 두는 것과 의료적 서비스에 중점을 두는 것으로 분류된다.

생활조력시설은 개별 아파트에서 생활하고 있는 노인들에게 보조적인 보호서비스를 제공하는 시설이다. 즉 이 시설은 노인들이 개별적으로 입주해 있는 아파트 중심으로 요양보호서비스를 행하는 장소를 마련하고 필요에 따라 노인들이 이용하게 하는 시설을 의미한다. 이러한 시설은 프라이버시를 보장받으면서 지역사회에서 제공되는 지지적 서비스를 유용하게 이용하고자 하는 노인들에게 적절한 시설의 형태이다. 독일에서 새로운 형태의 노인주거정책으로 시행되고 있는 양로보호거주(Betreutes Wohnen)와 아주 유사하다. 이는 노인의 주요 권한으로 개인거주와 시설보호의 중간 형태로서 ‘미래형 거주’라고도 불리는데 이 거주형태는 특히 타인의 도움 내지 간호가 필요한 노인들이 자신의 거주지에 살면서 시설노인들에게 행해지는 모든 종류의 서비스를 함께 받을 수 있는 방법인데, 한국의 노인들의 경우도 독립적인 생활을 원하는 노인들의 수가 늘어나고 있으므로 한국에도 적용될 수 있는 유용한 모델이라고 생각된다.

② 비공식적 제공 주체

노인들의 희망은 가능하면 가족이나 친척 보호를 받는 것이므로 이들의 욕구충족을 위해 가족 등이 제공하는 가족요양이 비공식적 제공 주체에 의한 요양보장제도이다. 비공식적 장기요양보장의 제공 주체로 가족(자녀, 배우자, 부모, 형제자매), 친척, 이웃, 친구, 자원봉사자 등이 있다.

노인들에 대한 장기요양보장의 가장 일차적인 제공자들은 바로 비공식적 부문의 가족구성원이다. 가족구성원이나 친척 및 이웃 등 비공식적 부문에 의해 제공되는 서비스 내용을 보면 약물투여, 운동, 식이요법 등을 도와주고 일상생활에서 필요한 배변, 목욕, 교통편의, 기타 개인적인 일상 서비스를 제공하는 것이다. 장기요양보장 제공자로서 가족과 친척들은 노인의 감성적, 신체적, 경제적인 욕구 뿐만 아니라 그들에게 필요한 가족이나 친척으로부터 보호를 받을 경우 심리적, 정서적 안정은 물론 가족의 사랑을 바탕으로 자아존중을 비롯한 다양한 사회적 욕구도 충족할 수 있는 장점을 가지고 있다.

2) 서비스 종류에 따른 분류

장기요양보장 서비스의 종류는 크게 장기요양보장 대상 노인을 위한 서비스와 가족 수발자를 위한 서비스로 나누고, 서비스 대상 노인을 위한 서비스를 의료적 서비스와 사회보호 서비스로 나누며, 또 각각의 서비스를 시설보호 서비스와 지역사회, 재가보호 서비스로 나눌 수 있다.

(1) 장기요양보호 대상 노인을 위한 서비스

① 의료적 서비스

의료적 서비스를 제공하는 시설보호로는 요양시설, 의존주거시설 및 호스피스 보호시설이 있다. 병원에서 장기입원도 시설보호로 볼 수 있지만,

요양시설은 병원에서의 장기입원에 대한 대안이므로 병원은 장기요양보장의 시설이라고 보기 어렵다.

요양시설은 대상 노인의 신체적 또는 정신적 건강상태에 따라 크게 두 가지로 구분된다. 건강상태나 장애 정도가 심하지 않은 대상자를 위한 일반요양시설과 건강상태가 심각하여 24시간 의사와 간호사의 서비스가 필요한 전문요양시설이 있다.

의존주거시설은 일반 아파트와 같은 집합주택인데, 건강상태나 장애가 심하지 않는 노인이 입주하여 타인으로부터 약간의 도움을 받으면서 일상생활이 가능하도록 서비스를 제공하는 시설을 말하며, 이러한 주거시설은 미국에서 상당한 인기를 얻고 있는 장기요양보장시설이다. 의존주거시설 이외에 독립주거시설과 요양시설이 같은 구내에 병립해 있는 경우도 많다.

호스피스 보호시설은 한시적 생명의 말기 질병을 앓고 있는 노인들을 입주시켜 의료서비스 보다는 노인과 가족수발들의 심리적 및 정서적 어려움을 덜어주는 서비스를 제공하여 노인과 가족들이 임종을 잘 맞이하도록 하는 시설에서의 서비스이다.

지역사회보호 또는 재가보호 시설로는 방문간호 서비스, 가정건강보호 서비스가 있다. 이는 간호사들이 서비스 기관에서 재가노인 가정을 방문하여 간단한 간호 및 의료 서비스를 제공하는 경우와 병원에서 별도의 서비스 조직이 재가노인을 방문하여 서비스를 제공하는 경우가 있다. 방문간호 서비스는 사회복지사들도 팀의 일원으로 같이 참여하는 경우가 많다.

② 사회보호 서비스

사회보호 서비스는 장기요양보호 대상 노인들에게 의료적 서비스 이외의 일상생활 편의제공, 노인의 심리, 사회적 문제 상담 등의 제반 서비스를 제공하는 것을 말한다. 사회보호 서비스는 사회화와 개인의 발달적 욕구충족, 일상생활을 영위하는데 구체적 도움을 받고자 하는 욕구충족, 질병이나 위기상황에서 개인적인 도움을 받고자 하는 욕구를 충족시켜 주는 서비스를 말한다. 사회보호 서비스는 시설에서 의료적 서비스와 함께 제공

되기도 하지만, 주로 지역사회보호 또는 재가보호 서비스에서 제공되고 있다. 사회보호 서비스에는 주간보호 서비스, 단기보호 서비스, 가정봉사원 서비스, 식사배달 서비스 또는 법률구조 서비스 등이 있다.

③ 요양보호 비용지원 서비스

노인요양보장 서비스의 비용은 계속적으로 소용되는 것으로 일상적이고 정상적인 수입으로는 노인 개인이나 가족들이 부담하기 어렵기 때문에 장기요양보장에 대비한 비용지불체계가 별도로 마련될 필요가 있다. 요양보장비용 때문에 노인 의료비가 크게 증가하고, 이로 인해 사회복지비용도 크게 증가하고 있다. 요양비용은 부담이 너무 크기 때문에 전 국민이나 노인을 대상으로 하는 의료보험에서 장기요양 비용을 지급하는 나라는 찾아보기 어렵다. 의료보험은 급성질병에 대한 의료서비스 비용을 지급하기 위한 것이므로 장기요양보장의 비용 지급에는 부적합하다.(한국의 경우에도 건강보험공단에서 건강보험과 장기요양보험을 동시에 관리하고 있으나, 그 재원과 관리는 별도로 운영되고 있음) 저소득층의 경우는 공공주조에 의해 장기요양보장 비용을 지원하고, 일부 국가에서는 저소득층과 중산층 사이에 있는 노인들을 위해 요양서비스의 실비만 받거나 요양서비스 비용의 일부만 받는 요양시설 서비스를 제공하고 있다.

(2) 가족 수발자 지지를 위한 서비스

노인장기요양보호서비스의 핵심 대상은 노인이지만 장기요양보호의 경우 비공식적인 서비스 체계에 의존하는 경우가 공식적인 서비스에 의존하는 경우보다 훨씬 많기 때문에 노인을 보호하는 가족도 중요한 서비스 대상이 된다. 가족 수발자를 지지하기 위한 서비스로 장기요양보장 대상 노인에 대한 이해증진과 수발기술 증진을 위한 훈련서비스, 장기요양보장 서비스에 대한 각종 정보제공, 가족 수발자를 수발업무에서 일시적으로 해방시켜 주기 위한 단기 보호서비스, 가족간호 서비스, 재정지원 서비스 등이

있다.(차홍봉 외, 2000: 132)

가족원을 보호하는 일은 인간의 도리이고 가족의 당연한 기능인데, 이 기능에 대하여 사회가 비용지불의 책임을 지는 것이 타당한 것인가는 논란의 대상이 되고 있다. 그러나 가족보호자가 노인을 계속적으로 보호함으로써 경제활동에 제약을 받는 경우가 있고, 가족원을 보호하기 위해 개인 생활 희생을 감수해야 하는 경우도 있어 이에 대한 비용도 문제가 된다. 노인을 가족이 보호해야함으로써 발생하는 실질적 비용 또는 기회비용이 클 경우에는 공식적인 비용으로 보상을 고려해 보아야할 과제라 생각한다. 이상을 정리하면 <표2-9>과 같다.(오태수, 2009: 10-15)

<표2-9> 노인 대상 장기요양 서비스

서비스 구분		구체적 서비스	
장기요양 보호대상 노인을 위한 서비스	의료적 서비스	시설보호	* 요양시설 서비스 - 일반요양시설 - 전문요양시설 * 의존주거시설 * 호스피스 보호시설
		지역사회보호 재가보호	* 방문간호서비스 * 가정건강보호서비스
	사회보호 서비스	시설보호	* 요양시설서비스
		지역사회보호 재가서비스	* 주·야간보호서비스 * 단기보호서비스 * 가정봉사원서비스 * 식사배달서비스 * 전화방문서비스 * 대변, 법률구조 서비스
	요양보호 비용지원 서비스		* 공공부조
			* 사회보험(장기요양보험) * 요양보호수당 * 무료 요양시설 입소서비스 * 일부 유료 요양시설 입소서비스

서비스 구분	구체적 서비스	
가족 수발자를 위한 서비스		* 가족요양보호 제공자 지지서비스 * 가족요양보호 제공자 훈련서비스 * 정보제공, 안내서비스 * 단기보호서비스 * 재정지원서비스

자료 : 차홍봉, 2000.



제2절 선행연구

노인장기요양제도를 연구한 선행연구는 본 제도를 주관하고 있는 보건복지부에 2000년 ‘노인장기요양보호정책기획단’이 설치되면서부터 본격적인 연구가 시작되어 2003년 ‘공적노인요양보장추진기획단’ 설치와 더불어 이 제도의 기본적 골격설계를 위한 다방면의 연구와 시범사업과 관련한 연구, 제도 시행 후 보건복지부 산하 국민건강보험공단의 연구보고서 등 다양한 연구가 시작되었다. 노인장기요양보험제도의 선행연구들은 다음과 같다.

선우덕(2001)은 노인생활실태조사에서 75세 이상 후기고령자의 비율이 지속적으로 증가할 것으로 예상되어 장기적인 요양보호의 필요성과 함께 자연적인 노화 이외의 뇌졸중, 당뇨병, 치매 등 만성적인 노인성 질환에 대해 현재의 미흡한 복지서비스 체계로는 향후 증가하는 노인문제에 대처하기가 미흡하므로 보건·복지서비스의 연계 및 통합적인 장기요양보호체계의 종합대책이 필요하다고 주장하고 있다.

김경하 외(2002)은 독일, 일본, 프랑스, 스웨덴, 영국 5개 선진국들의 보건의료제도, 노인인구 현황과 추이, 장기요양서비스체계의 발달과정과 현황을 분석, 이들 국가의 장기요양보험제도 도입배경과 과정, 요양보험 급여서비스 현황과 시설 및 종사자수, 보험재정, 장기요양제도 도입효과 및 문제점 등을 분석하고, 우리나라의 장기요양서비스체계 도입 방안에 대한 검토, 연구 분석하였다.

이용석(2003)은 보험사업의 주체, 수혜대상자, 재원확보 방안 문제 등에 대해 언급하면서 급격한 고령사회에의 대응 및 연계가 부족한 것에 대한 대안의 검토와 노인장기요양급여비의 증가와 요양기간의 장기화에 대해 체계적이고 효과적인 해결방안으로서 장기요양보험제도의 도입이 필요하다고 주장하고 있다.

석재은(2005)은 거시적 정책대안으로 요양등급별 상한선 및 이용자 부담 수준을 어느 정도로 해야 할 것인가, 의료대체모델과 수발중심모델 중 어

는 모델 중심으로 해야 할 것인가, 전달체계에서 자원조달 측면과 급여제공 측면을 어떻게 해야 할 것인가에 대해 좀 더 신중한 검토가 있어야 한다는 점을 주장했다. 한편 미시적 정책대안으로 노인수발보장법은 급여대상자를 제한하고 있어 사회보험의 보편적 권리 원칙과 충돌할 가능성이 있으며, 본 제도의 도입 목적과 취지를 크게 훼손하고 있다는 점을 지적하고 있다.

박수천(2005)은 일본의 개호보험 시행 5년이 보여 준 외형적 성과의 이면을 관찰하고, 우리나라 노인요양제도 시안에 나타난 쟁점을 일본과 비교 분석하여 지속가능하고 차세대에 부담이 적은 한국형 노인요양제도의 모형을 제시하였다.

노상윤 외(2007)는 우리나라 인구구조가 급속도로 노령화사회로 접어들어 장기요양보험에 대한 향후 기대되는 수요량은 그 규모를 쉽게 예측하기 어려운 것이므로 노인장기요양보험을 지속적으로 유지하기 위해서는 건전하고 안정적인 재정여건이 중요하다고 주장한다. 이는 증가하는 비용 부담을 어떻게 공공재원과 민간재원으로 효율적으로 부담하느냐가 주요한 해결과제중 하나라고 주장한다.

한정훈(2008)은 노인장기요양보험제도의 필요성을 주장하면서 노인장기요양보험제도에 있어 인적자원의 역할을 하는 요양보호사에 대한 사회적 인식, 교육, 처우 등에 대해 연구하였다.

정완교 외(2008)는 노인장기요양보험제도 시범사업에서 재가서비스 이용보다 재정 부담이 큰 시설서비스 이용이 더 크게 나타나는 현상으로 향후 재정압박 요인이 될 것이라고 주장하였다. 또한 공급측면에서는 요양서비스 공급인프라가 부족한 상태이고, 지역간 시설공급의 불균형 문제가 존재하며 서비스 수가 체계도 다양한 문제점을 가지고 있다고 주장한다. 이러한 문제점에 대해 재정 안정화, 시설에 비해 투자 적어 재정부담이 적은 재가 서비스 활용, 신뢰성 있고 객관적인 요양등급 판정 등 문제점에 대한 대안을 제시하고 있다.

장용수(2008)는 우리나라의 노인장기요양보험과 일본의 개호보험과 독일의 수발보험을 비교분석하고, 우리나라의 문제점과 개선방안을 고찰하였

다. 즉, 노인요양시설 기반의 미비와 전문 인력의 부족, 전달체계에서의 문제점 등을 분석하면서 노인요양시설의 확충과 인력의 전문성 향상 및 전달체계의 개선방안 등을 연구하였다.

박종연 외(2008)는 노인장기요양 대상과 서비스 현황을 분석하고 장기요양서비스 수요 추이를 통해 장기요양 보장성 확대의 틀, 급여대상자 확대, 장애인 장기요양 확대 및 일본의 경우와 같이 예방서비스의 도입 등을 주장하였다. 특히, 이 연구에서는 현재 심도 있게 검토 중인 장애인 장기요양에 대해 연구한 것이 큰 의의가 있다고 볼 수 있다.

이춘기(2009)는 우리나라의 노인장기요양보험제도 도입의 과정에서 겪게 되는 문제점을 분석하고, 미국·영국·일본 등 해외 선진국의 노인복지정책의 사례분석을 통해 고령화 사회에 따른 우리나라의 노인복지정책의 발전 발안에 관해 연구하였다.

따라서 본 연구는 선행연구를 고찰하여 우리나라의 노인장기요양보험제도가 노인과 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 사회보장체계를 확립하여 고령사회, 초고령사회에서도 지속가능한 제도가 되도록 개선 및 발전방안을 제시하고자 한다.



제3절 연구 분석의 틀

1. Gilbert & Terrell의 정책분석의 틀

사회복지정책을 분석하는 틀 중에서 가장 대표적인 것이 Gilbert & Terrell의 사회복지정책 차원분석의 기본 틀(basic framework)이다. 이들은 사회복지 정책이란 “사회복지 서비스를 누구에게 제공해야 할 것인가, 어떤 사회복지 서비스를 제공할 것인가, 사회복지 서비스를 어떻게 전달할 것인가, 재정은 어떻게 마련할 것인가에 대해 어떤 선택을 할 것인가를 결정하는 것”이라고 규정했다. 이를 네 가지 선택의 차원(dimensions of choice)이라고 하는데, 부연하여 설명하면 다음과 같다(Gilbert & Terrell, 2002: 60-69)

1) 사회적 배분(social allocation)

서비스대상을 의미하는 것으로, 누가, 어느 집단이 사회복지의 대상자가 되는가 하는 것이다. 여기서 중요한 것은 사회복지 서비스를 소수에 국한시킬 것인가(선택주의) 아니면 전 국민에게 제공할 것인가(보편주의)하는 문제이다.

2) 사회적 공급(social provision)

사회복지 대상자들에게 무엇을 제공할 것인가, 어떤 종류의 서비스를 전달할 것인가, 즉 서비스 형태의 문제를 말한다. 예컨대, 현물서비스(in kind)로 할 것인가 아니면 현금서비스(in cash)로 할 것인가 하는 것이다.

3) 전달체계(delivery strategies)

사회복지 서비스를 제공하는 주체와 그 수급자 간의 조직체계를 말한다. 여기서는 권한의 소재, 업무 수행자와 그 자격, 조직의 유형과 규모 등이

관건이 된다. 전달체계에서 중요한 점은 수급자들의 접근 용이성, 조직의 통합성, 연속성, 책임성 등이다.

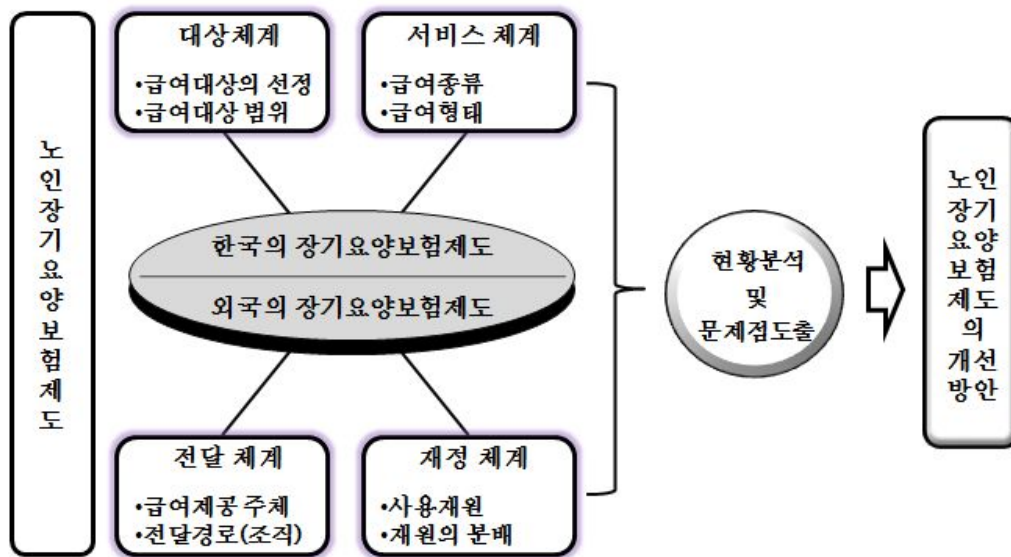
4) 재정(funding)

어떤 재원을 사용하는가, 예컨대 일반세, 목적세, 보험료 중에서 무엇을 사용하는가 하는 문제이다.

Gilbert & Terrell의 사회복지정책 차원분석의 기본 틀을 요약하면, 서비스대상과 사회적공급은 ‘누구에게 무엇을(who and what) 제공할 것인가’의 문제라면, 전달체계와 재정은 ‘어떻게(how) 할 것인가’, 즉 어떻게 전달하고, 그에 소요되는 재정을 어떻게 마련할 것인가의 문제인 것이다 (원석조, 2008: 33-34).

2. 연구 분석의 틀

본 연구에서는 당면한 고령화사회에서 노인장기요양보험제도의 성공적인 정착과 향후 당면할 고령사회, 초고령사회를 대비하기 위하여 노인장기요양보험제도의 발전방안을 모색하기 위해서 Gilvert & Terrell의 사회복지정책 분석 틀을 기본으로 하되, 그 틀을 다소 변형시켜 다음과 같이 분석 틀을 작성, 제시하고자 한다.



제3장 외국의 장기요양보험제도

인구 고령화에 따른 문제점을 먼저 경험한 선진국에서는 1968년 네덜란드가 세계최초로 수발보험을 제도화한 이래 장기요양보호의 사회화를 통해 급속히 증가하는 장기요양보호 필요에 대응하고 있다. 그 중 우리나라의 노인장기요양보험제도에 가장 큰 영향을 미친 것은 일본의 개호보험이며, 일본의 개호보험도 독일의 수발보험에서 영향을 많이 받은 것으로 본 연구에서는 독일·일본·영국·한국의 제도를 비교하고자 한다.

제1절 독일의 수발보험제도(Pflegeversicherung)

수발보험은 독일에서 건강보험, 재해보험, 연금보험, 그리고 실업보험에 이어 다섯 번째 사회보험으로 1970년대 중반부터 장기요양 필요성이 대두되어 20여 년간의 활발한 논의를 거쳐 1994년 4월에 ‘수발보험법’이 통과되어 독일사회법전 제11편(SGB XI)에 편제되었다 이에 따라 1995년 1월부터 보험료를 징수하여 4월부터 재가서비스가 실시되었고, 1996년 7월부터 시설서비스가 실시되었다.

1. 대상체계

독일의 장기요양보험은 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보장제도이다. 장기요양보험은 법정장기요양보험¹⁴⁾과 민간장기요양보험¹⁵⁾으로 구분하고, 법률에 의해서 모든 국민을 양 보험에 강제로 가입시켜 포괄적인 장기요양보장을 설계하고 있다. 장기요양보험은 ‘질병보험에 따른다’라는 기본원리에 입각하여, 법정건강보험 가입자를 대상으로 한다. 법적 의료기관에 강제 가입되어 있는 자는 자동적으로 법적

14) 법정장기요양 보험가입자는 의료보험 의무가입자로서 근로자, 실업자, 농민, 예술가, 청소년, 장애인, 학생 등이다.

15) 보험료 산정 한도액 이상의 소득이 있어 법정건강보험 가입 의무가 면제된 사람 및 공무원, 직업군인들 등 법정건강보험 임의 가입자로 가입하지 아니한 사람.

요양보험의 피보험자가 된다. 민간의료보험에 가입하고 있는 자는 어떤 민간 요양보험에든 가입하기만 하면 된다(한민주, 2007).

2. 서비스체계

서비스종류로는 독일사회법에 의하면 재가요양서비스와 시설요양서비스, 요양서비스 제공자에 대한 서비스로 구분된다. 재가요양서비스가 우선이고 재가요양보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 단기보호 요양서비스를 청구할 수 있으며 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에만 시설에 입소시켜 시설요양보호를 받는 것이 독일 수발보험제도의 원칙이다.

서비스의 형태로는 현물서비스, 현금서비스, 현물과 현금의 혼합서비스가 있다. 현물서비스는 장기요양금고와 계약을 맺은 서비스 제공기관이 대상자 등급에 따라 정해진 서비스를 제공(정액제)한다. 재가서비스는 일상생활지원 등 용역서비스를 제공하는 현물서비스 및 현금을 직접 지급하는 현금서비스, 현물서비스와 현금서비스 혼합형 중 선택이 가능하나, 시설서비스는 현물서비스만을 제공한다(조지현, 2008: 298, 참조).

3. 전달체계

1) 관리운영주체

독일사회법에 의하면 독일의 장기요양보험은 운영에 효율성과 효과성을 고려하여 국가나 지방자치단체 등 관리주체를 만들지 않고 질병보험에 의해서 운영된다. 법에 의해서 설립된 독립된 법인으로서 질병보험 금고에 소속되어 있으나, 자체적으로 정관을 작성하고, 그에 따라 운영되기 때문에 권한과 책임, 재정 등이 법적으로 독립되어 있다. 장기요양보험의 보험자는 8개의 질병금고 내에 설치된 장기요양보험금고이다. 이 금고가 보험료 징수 및 보험서비스 제공의 책임을 맡고 있으며, 민간요양보험은 민간

질병보험회사가 관장하고, 가입자의 상황을 고려하여 보험료 최고한도액, 위험에 대한 추가보험료, 가족의 공동가입, 그리고 가입하기 이전의 상병의 배제 등 특별한 조건들을 파악하여 요양보험료를 결정한다. 장기요양보험금고와 민간요양금고의 요양서비스에 대한 업무는 원칙적으로 동일하다(조지현, 2008: 301)

2) 수발보험의 이용절차

수발보험의 전달체계는 피보험자나 그 부양가족의 신청에 의해 시작된다. 수발보험금고는 보험서비스의 신청을 받으면 신청자의 수급자격을 심사한다. 수급자격이 확인되면 각 수발보험금고는 8개 법정질병보험으로부터 포괄적인 조사 및 결정을 의뢰 받고 있는 MDK¹⁶⁾에 요양보호상태의 유무와 등급의 판정을 의뢰한다. MDK에서는 소속된 의사 또는 개호전문직(간호사 등) 중에서 담당자를 선정하고, 신청자의 가정에 파견하여 면접조사를 실시한다.

MDK의 의료진은 서비스수급조건에 따라 신청인이 일상생활의 통상적·반복적 일을 어느 정도 수행할 수 있는가를 확인한다. 이를 근거로 요양이 필요한 상태의 종류, 범위 및 예견되는 기간을 결정한다. 이러한 면접조사의 결과를 토대로 MDK본부에서는 그 내용을 검토한 후, 수발등급과 필요한 보호의 종류 등을 판정하여 개별 장기요양금고에 보고하는 체계로 이루어지고 있다. 즉 해당 질병금고에서 수발등급을 최종 판정하여 신청자에게 결과를 통보하고 신청자는 이를 이용한다. 독일의 수발보험서비스 판정에는 ADL, IADL을 기준으로 신청자가 필요한 도움만이 고려될 뿐 질병이나 장애는 전혀 고려하지 않는다. 이러한 방식으로 결정되는 등급체계는 1등급, 2등급, 3등급으로 분류된다.

4. 재원체계

16) MDK : 건강보험의료심사원

독일의 재원조달방식은 건강보험금고 속에 독립된 새로운 장기요양보험을 설립하고 보험료를 징수하는 비용조달 방식이다. 재원조달 방식은 보험료 100% 사회보험방식이며, 본인부담금은 숙박비, 식비, 수발보험 한도액 초과 비용이다. 공적 요양보험의 경우 보험료는 현재 1.7%로 사용자와 근로자가 소득에 대해 각각 50%씩 부담한다.

제2절 일본의 개호(介護)보험제도

개호보험제도는 1997년에 도입되어 2000년 4월에 실시된 것으로, 개호란 신체적 혹은 정신적 장애 등으로 인하여 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 사람에게 신변에 관련된 일련의 원조를 행하는 것으로 이해할 수 있다. 즉 목욕, 배설, 식사 등을 할 수 있도록 도와주는 행위로서 수단적 원조를 가리킨다고 볼 수 있다. 일본의 개호보험은 고령에 따른 요개호자와 요지원자에게 그들이 가진 능력에 따라 스스로 일상생활을 영위할 수 있도록 이용자의 선택에 따라 보험·의료·복지에 걸친 개호서비스를 종합적으로 제공하는 것이다(김미숙, 2003: 23).

1. 대상체계

기본적으로 40세 이상인 사람 전원이 대상자이나 수급권의 범위나 보험료 설정, 징수방법의 차이에서 65세 이상의 사람(제1호 피보험자)과 40세 이상 65세 미만의 사람(제2호 피보험자)으로 구별되고 있다.

<표3-1> 개호보험의 피보험자

	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	* 65세 이상의 자	* 40세 이상 65세 미만의 자
수급권자	* 要개호자(와상, 치매)	* 초기 치매, 뇌혈관장애 등 노화

	- 1등급, 2등급 * 要지원자(허약) -(1등급 ~ 5등급)	에 기인하는 15개 질병으로 인해 요개호·요지원 상태 (등급은 제1 피보험자와 동일)
보험료 부담	* 소득단계별로 시·정·촌이 정하는 정액보험료	* 보수에 따른 정액보험료, 사업주 와 피보험자가 1/2씩 부담 * 자영업자는 소득비율, 균등비율 등으로 배분(국고부담 있음)
보험료 부과·징수 방법	* 거주지 시·정·촌이 징수 * 연금에서 원천징수(특별징수) * 연금액 15,000엔 미만 일 경우 에는 개별징수(보통징수)	* 의료보험자가 의료보험료와 함께 일괄 징수

자료 : 보건복지부, 2005.

2. 서비스체계

개호보험서비스는 장기요양상태에 관한 개호서비스¹⁷⁾와 피보험자의 장기요양상태 빠질 우려가 있는 경우에 관한 예방서비스¹⁸⁾를 제공하고 있다. 예방서비스는 개호서비스의 재가서비스, 지역밀착형 서비스 일부¹⁹⁾로 이루어져 있다.

개호보험서비스는 재가서비스와 시설서비스, 지역밀착형 서비스로 나누고 있는데, 재가서비스는 요개요 인정 또는 요지원 인정을 받은 자가 모두 이용할 수 있다. 종류로는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도, 통원개호, 통원재활, 단기입소 생활개호 및 요양개호, 특정 시설입소자 생활개호, 복지용구 대여 및 특정복지 용구판매, 주택개보수가 있다.

시설서비스는 요개호 인정을 받은 자만이 이용할 수 있고, 개호복지시설 서비스, 개호보건시설 서비스, 개호요양시설 서비스가 있다. 지역밀착형 서비스로는 재가와 시설이 있는데, 재가로는 야간대응형 방문개호, 인지증 대응형 통원개호, 소규모다기능형 거택개호, 인지증 대응형 공동생활개호, 재역밀착형 특정시설 입소자 생활개호가 있고, 시설로는 지역밀착형 개호

17) 개호보험법 제40조

18) 개호보험법 제52조

19) 인지증대응형 통원개호, 소규모 다기능 거택개호, 인지증 대응형 공동생활개호.

노인복지시설 입소자 생활개호가 있다(이광재, 2007: 210)

<표3-2> 일본 개호보험 종류

서비스 종류	개호급여 대상	예방급여 대상
시설개호 서비스(3종류) -도·도·부·현 의 지정·감독	① 개호노인복지시설 (특별노인양로홈) ② 개호노인복지보건시설 (노인보건시설) ③ 개요요양형 의료시설 (요양형 병상군·인지증 질환병동)	
거택(재가)개호 서비스(13종류)	① 방문개호(홈헬프서비스) ② 방문입욕개호 ③ 방문간호 ④ 방문재활 ⑤ 재가요양관리지도 ⑥ 통소개호(데이서비스) ⑦ 통소재활(데이케어) ⑧ 단기입소생활개호 ⑨ 단기입소요양개호 ⑩ 특정시설 입소자 생활개호 (유료노인, 홈 케어하우스 등) ⑪ 복지용구 대여 ⑫ 특정복지용구 구입 ⑬ 주택개량비용	① 개호예방 방문개호 ② 개호예방 방문입욕개호 ③ 개호예방 방문간호 ④ 개호예방 방문재활 ⑤ 개호예방 재가요양관리지도 ⑥ 개호예방 통소개호 ⑦ 개호예방 통소재활 ⑧ 개호예방 단기입소 생활개호 ⑨ 개호예방 단기입소 요양개호 ⑩ 개호예방 특정시설 입소자 생활개호 ⑪ 개호예방 복지용구 대여 ⑫ 특정개호예방 복지용구 판매 ⑬ 개호예방 주택개수비
지역밀착형서비스 (개호급여 6종류 예방급여 3종류) -시·정·촌의 지정·감독	① 소규모 다기능형 재가개호 ② 야간 대응형 방문개호 ③ 인지증 대응형 통소개호 (데이서비스) ④ 인지증 대응형 공동생활개호 (그룹홈) ⑤ 지역밀착형 특정시설 입소자 생활 개호(29인 이하의 유료노인홈 등) ⑥ 지역밀착형 개호노인복지시설 입소자생활개호 (29인 이하의 유료 노인홈 등)	① 개호예방 인지증 대응형 통소개호 ② 개호예방 소규모 다기능형 재가개호 ③ 개호예방 인지증 대응형 공동생활개호
케어매니지먼트	재가개호지원(케어플랜 작성 등) 도·도·부·현의 지정·감독	재가개호지원(케어플랜 작성 등) 시·정·촌의 지정·감독

자료 : 이광재, 2007: 213

3. 전달체계

1) 관리운영주체

일본 개호보험제도의 관리운영체계는 사회보험방식이며, 관리운영주체인 보험자는 주민에게 가장 가까운 행정주체인 시·정·촌과 특별구역이며, 중앙정부, 도·도·부·현, 의료보험자, 연금보험자가 시·정·촌의 재정과 사무 및 행정을 공동 지원하는 중층적인 제도이다(이정, 2002: 97).

시·정·촌의 업무는 피보험자의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 65세 이상 노인의 보험료 결정, 요지원 요개호 또는 등급을 받지 않는 요개호자에 대한 서비스 제공, 요개호 인정, 보험서비스비용의 지불 및 재정운영 등의 업무를 수행하고 있다. 국가는 시·정·촌의 안정적인 재정운영을 위한 각종 진원 등을 담당하며 도·도·부·현은 서비스 사업다의 지정, 감독 및 재정안정화기금의 운영 등을 담당한다(조지현, 2008: 305).

2) 개호보험 이용절차

개호보험의 신청은 신청인 또는 보호자가 시·정·촌의 담당창구에서 접수하며, 지정된 지정거주 개호지원업자 또는 개호보험시설에서 대행접수가 가능하다. 지정거주 개호업자는 인정에 필요한 방문조사나 개호서비스 계획의 작성 등을 행하는 개호지원 전문인을 배치하여 서비스를 받으려는 사람이 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 상담해 주거나 서비스 제공기관의 연락조절을 수행한다.

방문심사는 신청 후 시·정·촌의 직원 또는 개호보험 전문원이 개호를 신청한 가정을 방문해 85개 항목에 걸쳐 신청자의 건강상태를 조사하며 조사과정에서 담당의사로부터 질환 등의 상태에 대해서 의학적인 의견을 요구할 수 있다.

심사·판정은 조사의 결과와 담당의사의 의견을 근거로 개호인정심사회에서 요지원상태, 요개호상태가 어떤가 혹은 요개호도를 심사한다. 개호인

정에는 1차 판정과 2차 판정의 2단계로 나누어져 있다. 개호인정심사회에서 1차 판정의 결과를 기준으로 주치의의 의견서와 인정조사에 기재된 특기사항을 고려하여 최종적인 판정을 실시한다. 개호등급 및 기준 현황은 다음 <표3-3>과 같다.

<표3-3> 일본 개호보험 등급기준 및 현황

등급	요개호 심신상태	요개호 인정등 기준시간	서비스
요지원 1	수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 한층 저하하여, 지원 또는 부분적인 개호가 필요한 상태	25분 이상~32분 미만 ²⁰⁾	예 방 급 여
요지원 2	요지원 1 상태보다 수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 조금 저하하여 지원이 필요한 상태	32분 이상~50분 미만 ²¹⁾	
요개호 1	요지원 2 상태보다 수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 일부 저하하여 부분적인 개호가 필요한 상태	32분 이상~50분 미만	개 호 급 여
요개호 2	요개호 1 상태에 더해 일상생활 동작에 대해서도 부분적인 개호가 필요한 상태	50분 이상~70분 미만	
요개호 3	요개호 2 상태와 비교해서 일상생활 동작 및 수단적 일상생활 동작의 양쪽 모두 기능이 현저하게 저하하여 거의 전면적인 개호가 필요한 상태	70분 이상~90분 미만	
요개호 4	요개호 3 상태보다 더해 한층 더 동작 능력이 저하하여 개호 없이는 일상생활을 영위하는 것이 곤란한 상태	90분 이상~110분 미만	
요개호 5	요개호 4 상태보다 더 동작 능력이 저하하여 개호 없이는 일상생활을 실시하는 것이 거의 불가능한 상태	110분 이상	

자료 : www.longterm.or.kr, 2008.

20) ‘요지원 2’와 ‘요개호 1’의 기준시간은 동일하다. 인지증의 자립도나 상태의 안정성을 검토하여, 예방서비스의 적절한 이용이 기대되지 않는 자를 ‘요개호 1’로 판정하고, 그 외의 자를 ‘요지원 2’로 판정함.

21) 현행의 요개호 등급은 2006년 4월부터 적용되고 있기 때문에 요지원1과 요지원 2의 분포율이 구분되지 않고 요지원으로만 제시됨.

서비스 계획 작성은 요지원 인정자의 경우에는 이용자가 지역포괄지원 센터에 신청하여 케어플랜을 작성한다. 서비스계획이 작성되면, 이용하게 될 서비스 종류와 서비스 제공사업자가 결정되어 개호서비스가 실시된다. 이용자는 거택개호 지원 사업에 의뢰하여 본인의 심신상황이나 희망 등을 감안하여 개호서비스 사업자 등과의 연락·조정을 하고, 이용할 재택서비스의 종류와 내용을 정해 개호서비스 계획을 작성한다. 또한 이러한 거택개호 지원서비스를 받지 않고 이용자 스스로가 서비스의 이용계획을 작성하여 재택서비스를 받는 것도 가능하다.

서비스 계획이 작성되면 도·도·부·현 지사의 지정을 받은 거택서비스 사업자 등으로부터 필요한 재택서비스를 받을 수 있으며, 자택에서 생활을 할 수 없을 때에는 특별 양로노인홈과 장기간의 요양에 적합한 병원 등의 시설서비스를 받을 수 있다.

요개호 인정기간은 6개월 이고 서비스 수급을 계속 희망하는 경우에는 유효기간 만료일 60일 전부터 만료일 까지 보험자에게 갱신 신청을 한다. 인정 유효기간 중에 수급자의 심신상태가 악화되어 현재 인정된 요개호로도 불충분할 경우에는 보험자에게 구분변경 인정을 신청할 수 있다. 갱신 인정, 변경인정과 함께 절차는 처음 신청시의 경우와 동일하게 진행된다. (이정, 2002: 102)

4. 재원체계

일본은 기존 노인복지, 노인보건, 의료에서 3분하여 담당해오던 장기요양보호서비스를 개호보험의 도입을 통하여 비용조달 구조를 일원화하였다. 개호보험은 그 제도형태가 사회보험인 만큼 비용조달방식도 기본적으로 피보험자의 사회보험료를 기반으로 하고 있으나, 재원구성에는 상당부분의 공비부담이 혼합되어 있는 형태를 띠고 있다. 공비부담은 중앙정부 부담과 광역자치단체인 도·도·부·현의 부담, 그리고 기초자치단체인 시·정·촌의 부담으로 구분할 수 있다.

그러므로 일본 개호보험의 재정방식은 적립방식과 부과방식을 혼합한 혼합방식이라 할 수 있다. 이는 순수하게 보험료 기여금에 기초하여 장기요양보험을 운영하는 사회보험방식에 대한 독일의 경험과 조세방식에 대한 스웨덴의 경험을 혼합한 것이라고 할 수 있다. 본인부담을 제외한 개호보험의 전체적 재원구성 비율은 <표3-4>와 같다.

<표3-4> 개호보험의 재원구성비율 비교

공비(50)		보험료(50)
국비(25)	정 륜 (20)	제1호 피보험자의 보험료 (약 16.8)
	조정교부금(5)	
광역자치단체(12.5)		제2호 피보험자의 보험료 (약32.2)
기초자치단체(12.5)		

자료 : 이광재, 2003: 62.

제3절 영국의 지역사회보호제도

영국의 장기요양보험(지역사회보호)은 다음과 같은 2원체제로 운영되고 있다. 국민건강보험(NHS; National Health Service)에 의해 제공되는 건강보험 서비스와 지방정부당국들의 재원에 의해 제공되는 사회적 서비스, 양대 시스템을 가지고 있고, 서로 다른 원리들이 적용된다. 보건 서비스는 일반조세에 의해 자금이 조달되는 NHS에 의해 무료로 제공되고 NHS는 지역사회 간호(community nursing), 치료 요법서비스, 지속적 요양보호 등의 여러 방법으로 장기요양보호에 기여한다. 2002년 이후 NHS는 민간시설에서 제공된 간호케어에 대해서도 비용을 부담하고, 지역사회 간호는 병원이나 개업의(general practitioner)에 의해, 니즈(needs) 평가에 따라 NHS를 통해 무료로 제공한다. 소수의 노인은 병원 이외 시설에서 사적으로 요양보호를 구매하기도 하지만 병원 이외 시설에서 요양보호를 받는 대부분의 노인은 요양보호를 받을 필요가 있는지 지방 정부에 의해 평가된다.(국민건강보험공단, 2007: 74)

1. 대상체계

영국의 장기요양보장대상자는 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민이다. 즉 장기요양의 수급자격에 어떤 조건도 설정하지 않고 조세방식에 입각한 재원조달과 대인사회서비스 및 국민보건서비스를 통한 장기요양보장체계를 가지고 있다. 공적 서비스의 대상자가 되려면 소득이 30,000유로 이하여야 하며, 이 금액 이하의 경우 소득에 따라 다양한 자기부담이 요구된다.

이렇게 공적 서비스 규모가 작아 서비스의 수혜자가 되지 못하는 노인이 존재하며, 서비스의 수혜자가 되지 못하는 노인은 가족구성원의 도움을 받을 수밖에 없는 상황이므로 영국의 경우에 있어서는 가족역할을 중요시하고 가족보호자들을 위한 지원정책을 적극적으로 시행하고 있다.

2. 서비스 체계

영국에서 노인을 위한 대인사회서비스는 재가서비스와 시설서비스로 대별되며, 일정한 경우 각종 수당으로 현금급여가 이루어지고 있다. 현금급여로 장애의 정도에 따라 장애인생활수당, 장애인부가수당, 장애인개호수당 등의 급여가 상이하게 지급되며, 그 재원은 전액 국고에서 부담하며, 사회보장성에서 관장하고 있다.

다음 <표3-5>에서와 같이 재가서비스에는 주간보호, 단기보호, 가정봉사원 파견, 급식, 세탁 등의 대인사회서비스와 재가간호, 방문보건, 약재요법서비스, 일반진료, 치과진료 기타 보건 서비스 등이 있다.

<표3-5> 영국 노인장기요양보장 급여 종류

보호의 형태·급여		사업주체	재원	이용자 부담
재가 보호 서비스	* 주간보호 * 단기보호 * 가정봉사원파견 * 급식배달서비스 * 세탁서비스 등	* 지방자치단체 * 민간영리, 비영리 단체	* 지방자치단체 (조세, 국가보조)	지방마다 상이
	* 재가간호부 * 방문보건(방문간호) * 약재요법서비스 * 일반진료 * 치과진료 * 기타 보건서비스 (일반의 집단진료)	* 국민건강서비스 (National Health Service: NHS)	* 국고	무료 치과진료와 약제 일부는 자기부담
시설 보호 서비스	* 노인홈	* 지방자치단체 * 민간영리, 비영리 단체	* 지방자치단체 (조세, 국가보조)	* 저소득자 경우 -공영: 무료 -민간: 입소 수당 지급으로 실질적으로 무료

자료: 안필준, 1998.

영국의 노인재가서비스 가운데 중요한 몇 가지를 살펴보면 다음과 같다. 주간보호에 있어 주간보호센터는 노인주간병원으로 시작되어 영국 보건 의료서비스 체계의 주요한 역할을 하는 하나의 축이 되고 있다(박연희, 2005: 70). 주간보호센터는 주간병원 및 노인홈 등과 동시에 노인 및 장애인에 대한 주간보호를 제공하는 장소이다. 각 주간보호 센터는 다양한 서비스 중에서 대상에 따라 선택적으로 제공하며, 필요한 경우 센터까지 이송서비스를 실시하는 경우도 있다.

가정봉사원파견 제도는 현재 영국의 재가서비스 중 가장 중요한 기능을 하고 있으며, 노인을 위한 사회서비스 중 노인홈에 이어 지방당국의 재정 지출이 가장 많은 부분이다. 이 서비스는 건강하고 완전한 자립생활을 할

수 있는 노인, 건강상태가 나빠 시설에 입소해야 하는 노인, 중간상태에 있는 노인을 대상으로 제공된다. 가정봉사원을 필요로 하는 노인은 각 지방자치단체의 사회서비스부에 소속된 가정봉사원 파견 담당관에게 신청하여 이용한다.

급식배달서비스는 민간비영리단체에 의해 시작되었으며, 지역에 따라서 지방자치단체가 식사를 필요로 하는 노인과 가까이 사는 사람들과 계약을 하여 식사를 제공하도록 하며, 식사제공자에게는 지방당국에서 그 비용을 부담하고 있다.

국민보건서비스로는 지방정부의 주도 하에 질병자를 위한 방문의료와 간호, 예방적인 건강보호 및 건강관련 서비스 등이 제공되고 있다.

노인주택보호주택은 재가보호를 하는 것이 어려운 경우 이곳으로 이동하여 보호받을 수 있으며, 여기서도 재가서비스를 이용할 수 있다. 입주자는 배우자 사별, 건강상의 문제, 친족이나 친구의 문제, 종전 주택의 문제 등으로 혼자 생활하기가 어려운 노인들이다(성규탁, 1997: 86).

시설서비스로는 노인홈, 요양홈, 병원등의 서비스가 있으며, 노인의 상태가 보다 중증일 때 입소하게 된다. 영국의 노인홈은 의료서비스까지는 필요하지 않지만 의학적, 사회적 필요를 면밀히 검토한 결과, 외부에서 충분한 지원이 있다 해도 자활하는 것이 불가능한 노인들이 입소하게 된다.

3. 전달체계

중앙정부 보건부(Department of Health: DH)는 전반적인 보건 및 사회적 서비스정책에 대한 책임을 지고, 지방정부에서는 지방정부 차원에서 보건 및 사회적 서비스를 전달하는 이원적인 체계로 되어 있다. 즉, 공공부조와 사회보험은 중앙정부가 사회보장부를 두어 관장하고 있으며, 대인사회서비스는 지방자치단체가 사회보장사무소를 두어 업무를 담당하는 이원적인 체계를 가지고 있다(조미경, 2007 참조)

현재 진기요양보장이 필요한 사람은 지방자치단체에 신청하고, 당해 담당관은 신청자의 건강상태, 일상생활 행동, 친인척 등의 원조상태, 주거상

황 등을 검토하여 원조가 필요하다고 판단되면 봉사자 내용과 봉사자의
횟수 등을 평가하여 결정한다. 따라서 영국의 대인서비스는 지역사회 환경
의 변화, 경제적 상황의 변화, 지역클라이언트의 욕구 변화에 신속하고 능
동적으로 대처할 수 있는 조직구조와 전달체계를 구성할 수 있는 권한과
융통성을 가지고 있다는 것이 특징 이다.

4. 재정체계

영국의 장기요양보장 재원은 기본적으로 조세에 의해 충당된다. 대인사
회서비스는 지방세와 정부의 보조금에 의하여 조달되고 보건서비스는 중
앙정부의 조세수입에 의해 충당된다. 노인장기요양보장 재원은 주로 중앙
정부로부터의 보조금과 지방세가 가장 중요한 재원이고 이용요금은 있지
만 매우 적다. 이 중에서 중앙정부로부터의 보조금이 가장 많으며, 이 보조
금은 지방세 지원교부금으로 도입되었으나, 후에 포괄보조금으로 재편성되
었다. 그러나 신보수주의정책이 강화된 이후부터 지방세 지원교부금의 억
제조치가 시행되어 대처(Thatcher)정권 시대에 포괄보조금은 개별적인 지
방자치단체의 지출을 직접적으로 통제하는 방식으로 전환되었다. 그 결과
중앙정부의 공공지출이 삭감되어 가고 있다. 자원이 중앙정부에 의해 심하
게 통제 및 삭감됨에 따라 지역사회의 서비스 수요와 이용 가능한 자원
사이에 격차가 생기게 되었다. 이런 상황을 극복하기 위해 우선 대인사회
서비스의 욕구를 제한적으로 정의하고, 반드시 서비스를 받아야 할 계층에
한정된 자원을 적절히 할당하기 위해 서비스의 우선순위를 규정하게 되었
다. 일반적으로 이러한 우선순위에서 노인은 중증장애인과 함께 아동 다음
의 순위로 대인사회서비스를 받을 수 있도록 하고 있다.

제4절 외국 장기요양보험제도의 시사점

1. 대상자 체계

독일의 장기요양보험인 수발보험과 영국의 장기요양보험은 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민을 적용대상으로 하는 보편적 제도로 이는 세대간의 연대원칙에 기초한 사회보험 방식에 의하여 포괄적인 장기요양보험 체계를 설계하고자 한 의미이다.

일본의 장기요양보험인 개호보험은 독일과 달리 모든 국민을 대상으로 하는 보편적인 제도가 아니라 연령계층별에 따라 적용대상을 제한하고 있다. 즉, 일본의 개호보험은 40세 이상에 의해 적용되며 40~65세 미만의 비 노인계층의 경우 노화로 인한 장기요양보호의 필요시에만 개호보험의 서비스를 받을 수 있다. 그러므로 개호보험의 적용범위의 측면에서 볼 때 보편적인 접근과 선별적인 접근의 중간적인 성격이 있다고 볼 수 있다.

이러한 사항이 우리나라의 노인장기요양보험 제도의 대상자에 있어 주는 시사점은 대상자 선정에 있어 현실에 부합되는 대상자의 확대와 선정 기준의 객관성과 명확성을 들 수 있으며 특히 일본사례에서는 예방서비스가 차별화 되는 것으로 노인문제를 미리 예방하는 예방적 방안에 대해서도 제도적인 검토가 필요하다.

<표 3-6> 독일·일본·영국의 대상체계 비교

구분 \ 국가	독일	일본	영국
대상	-신체적 • 정신적 장애로 인해 일상활동상에 제한을 받는 자	-40~64세: 15개 노인성 질환에 의한 장애 상태 -65세 이상: 욕구판정에서 인정된 자	-노인 + 장애인, 특별 최중증자)

선정기준 및 방식	-보편적 -연령기준 없음 -MDK에 의한 판정	-등급판정 요개호 5 등급 +예방지원 2등급	-노인(65세 이상) -장애인(16세 이상) -SAP(단일사정-지역 별로 다름)
--------------	---------------------------------	-----------------------------	---

자료 : 국민건강보험공단(2008), 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대방안 연구.

2. 서비스 체계

독일의 서비스 종류는 재가서비스와 시설서비스가 있고 서비스의 형태는 현물서비스, 현금서비스, 현물과 현금의 혼합서비스가 있다. 현금서비스는 보호제공자 수당의 기능을 함으로써 가족이 재가요양보호를 활용하도록 적극적으로 유도하기 위함이다. 독일은 재가요양보호 수급자의 71%가 현금서비스를 선택하고 있다. 독일에서 수발보험이 설계될 때부터 현금서비스 선택을 허용한 것은 시설화를 피하고 가족보호를 유지시키는데 기여할 것을 기대하고 시행한 것이다.

일본은 장기요양보호서비스에서 현물서비스만을 채택하고 있다. 이는 동일하게 사회보험 방식을 채택한 독일과 다른 선택이다. 또한 독일은 의료서비스를 제외하고 있지만 일본은 요양병원 및 방문간호 등 의료서비스를 포함하고 있는 것이 특징이다.

영국은 현물서비스와 현금서비스를 채택하고 있으며, 가족역할을 중요시하고 가족보호자들을 위한 지원정책을 적극적으로 시행하고 있으므로 시설보호서비스 보다 재가보호서비스를 중점화하고 있다.

이러한 사항이 우리나라의 노인장기요양보험 제도의 서비스체계에 있어 주는 시사점은 서비스 공급이 부족하고 서비스 기반 정비의 지역 간 편차가 클 경우에는 시설을 대신하여 가족요양을 할 수 있도록 적절한 현금서비스를 제공하는 방안에 대해 검토할 필요가 있으며, 일본과 같이 요양병원의 의료서비스와 연계하여 노인성 질환에 의해 요양과 치료를 병행해야 하는 대부분의 만성 노인질환자의 편의성 제고를 위해 검토할 필요가 있다. 또한 영국의 경우와 같이 초기 투자가 많이 소요되는 시설보호서비스

보다는 초기 투자가 적고 노인의 정서적 안정을 줄 수 있는 가족요양을 중심으로 하는 급여체제를 더욱 활성화할 필요가 있다.

<표 3-7> 독일·일본·영국의 서비스체계 비교

국가 구분	독일	일본	영국
사회보장 원리(법)	-수발보험(1995) + 사회부조법	-개호보험	-Social Security Contribution & Benefit Act(1992) -NHS -Community Care Act(social service)
현물급여	-재가수발 -주 • 야간보호 -시설보호 -단기수발(가족) -치매특별케어	-재가 -가정간호 -주 • 야간보호 -시설	-재가 -가정보호 -주 • 야간보호 -시설
현금급여	-있음(단, 시설보다 한도액 낮음)	-없음	-있음: 상태별 차등 지급

자료 : 국민건강보험공단(2008), 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대방안 연구.

3. 전달체계

독일의 운영주체는 법정질병보험인 8개 질병금고에 설치된 수발금고이며, 독립법인으로 별도 재정이 운영되지만, 질병금고에 위탁 관리하고 있다. 인정절차는 MDK에서 면접조사를 실시하여 판정한다.

일본의 운영주체는 지자체인 시·정·촌과 특별구이며 중앙정부, 도·도·부·현, 의료보험자, 연금보험자가 시·정·촌의 재정과 사무 및 행정을 공동 지원하는 중층적인 제도이다.

등급판정항목 수를 보면 독일 36개, 일본 85개 항목으로 이루어져 있다. 요양등급은 독일 3등급, 일본 7등급으로 나누어 실시하고 있다.

일본은 케어플랜 작성을 하는 개호관리자(care manager)가 하고 있으나 독일은 케어매니저 제도가 없다.

영국은 중앙정부가 전반적인 보건 및 사회적 서비스정책에 대한 책임을 지며, 지방정부는 사회서비스국(Social Services Department)의 노인 담당

서비스팀에서 사례관리자를 배정하고 각 지역별 특성과 노인 클라이언트에 맞는 요양보호계획을 수립하고 이에 의하여 민간기관, 지방정부, 자원기관 등과 서비스 제공을 위한 계약을 체결하고 지속적으로 서비스 진행사항을 점검한다.

이러한 사항이 우리나라의 노인장기요양보험 제도의 서비스체계에 있어 주는 시사점은 우리나라의 행정체계의 특성을 감안하여 우리나라 실정에 맞는 ‘한국형 전달체계’를 정립할 필요가 있으며, 일본의 care manager제도와 영국의 사례관리자 배치에 대해 도입을 검토할 필요가 있으며, 영국의 경우와 같이 중앙정부와 지방자치단체의 역할을 분담하여 지역별 특성을 감안한 차별화된 노인요양서비스를 개발할 필요가 있다.

<표 3-8> 독일·일본·영국의 전달체계 비교

구분	독일	일본	영국
전달체계상 특징	-지방자치단체의 MDK -재가수발: Sozialstation (사회수발센터)노인지원 연대	-지방자치단체 케어매니저 중심 “거택보호지원 센터”	-Care Management 의료 + 사회복지

자료 : 국민건강보험공단(2008), 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대방안 연구.

4. 재원체계

독일의 장기요양제도의 비용조달은 사회보험료에 의해 대부분 조달된다. 사회보험재정의 재원은 피용자 및 사용자에게 50%씩 부과되는 보험료, 정부보조금 및 기타 수입으로 구성되어 있다.

일본의 개호보험 재원은 피보험자가 50%, 나머지 50%는 공비로 구성된다. 개호보험료는 국민 40세 이상은 누구나 매월 일정액의 보험료를 납부해야 한다. 고령자의 개호에 대한 보험료 중 공적부담금(공비) 50%는 중앙정부(25%), 도·도·부·현(12.5%), 시·정·촌(12.5%)로 구성되는 데, 중앙정부가 부담하는 공적부담금은 조정교부금(5%), 국민부담(20%)을 합한 재원을 말한다.

서비스를 이용하는 본인이 부담하는 본인부담은 독일의 경우 시설 이용 시 50~60%, 재가 30%이고 일본의 경우에는 시설과 재가 구분 없이 10%이다.

영국은 국민건강보험(NHS)에 의해 제공되는 건강보험 서비스와 지방정부당국들의 재원에 의해 제공되는 사회적 서비스로 이원화 되어 있다. 세 부적으로 보면, 서비스를 이용하는 본인이 부담하는 본인부담금은 지방정부마다 상이하게 적용하고 있으며, 시설보호 서비스의 경우에 있어 저소득자가 공영서비스를 이용할 경우에는 무료이나 민간시설을 이용할 경우에는 입소 수당을 지급함으로써 실질적으로 무료로 시설을 이용할 수 있게 함으로써 소득간 격차를 감안하여 저소득층 노인요양에 대한 지원사항이 차별되고 있다.

이러한 사항이 우리나라의 노인장기요양보험 제도의 서비스체계에 있어 주는 시사점은 국가의 재정여건을 감안하여 시설과 재가의 본인부담율을 보다 크게 차등 적용함으로써 시설 구축시 초기에 많은 투자가 소요되는 요양시설에서 재가시설로 유도하는 방안을 검토할 필요가 있으며, 영국의 경우와 같이 저소득계층이 공영시설 입소 시에는 무료로 이용할 수 있게 하는 현물서비스와 민간시설 이용 시에는 입소수당을 지급하는 현금서비스를 병행함으로써 시설이용의 선택의 폭을 넓히고 저소득층에 대한 지원을 강화할 필요가 있다.

<표 3-9> 독일·일본·영국의 재정체계 비교

구분 \ 국가	독일	일본	영국
재정체계	-사회보험 + 조세 (사회부조)	-사회보험	-조세

자료 : 국민건강보험공단(2008), 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대방안 연구.

제4장 장기요양보험제도의 현황 및 문제점과 개선방안

우리나라 장기요양보험제도인 ‘노인장기요양보험’은 고령화 급진전에 따라 노인요양문제가 사회적 위험으로 대두되고 치매·중풍·각종 노인성 질환에 대해 가정에 의한 수발은 점점 약화되어 더 이상 개별가정의 책임으로 지속될 수 없는 한계에 봉착하게 되었다. 이미 고령화사회를 경험하고 있는 외국의 사례에서, 독일은 1995년에 수발보험을 실시하고 일본은 2000.4.1.부터 개호보험을 실시함에 따라 우리나라에서도 노인장기요양보험에 대한 본격적인 논의가 시작되어 2000년에 보건복지부내 「노인장기요양보호정책기획단」이 발족되어 2001.2월에 ‘노인장기요양보호종합대책’을 수립하고 장기요양서비스의 개념, 장기요양수요추계, 서비스공급모형, 인력·시설 기반구축 계획, 재정계획 등에 대한 기초연구를 하였다. 2003.3.17일 보건복지부 산하에 「공적노인요양보장추진기획단」이 설치되어 재정 운영방식, 평가판정, 수가급여, 시설·인력의 4개 분과로 구성하여 연구를 수행하였으며, 각 전문 분과별로 10~20여 차례의 전문위원회를 개최하고, 두 차례 공청회(1차: 2003.7.2, 2차: 2003.11.13) 등을 통해 여론을 수렴하고 2004.2.18일에 보건복지부 장관에게 동 기획단의 최종안을 제출하였다. 이 기획단의 기본구상을 바탕으로 2004년부터 본격적인 실행모델의 개발에 착수하여 보건복지부장관 자문기구로 「공적노인요양보장제도실행위원회」를 설치하고, 실행 시안을 개발하여 2004.8월부터 3차례 공청회와 2차례 여론조사를 실시(노인요양제도에 대한 찬성의견 - 1차: 93.9%, 2차 85.2%; 대다수의 의견이 적극적 찬성) 등을 통해 실행위원회는 2005년 2월 최종 시안을 확정, 보고하였다. 정부는 제도 운영체계 검증을 위해 2차례 시범사업(1차: 2005.7~2006.6월, 2차: 2006.7~2007.6월)을 시행한 후, 법률제정을 통해 2008.7.1일부터 「노인장기요양보험」 제도를 실시하게 되었다.(장재혁 외, 2010: 39-62. 참조)

제도 시행이 약2년 경과하는 현시점은 제도 시행의 도입기를 지나서 성장기에 진입하는 단계에 해당하는 것으로 이 시기에는 도입기의 시행착오에 대한 대안의 모색과 문제점 분석을 통해 향후 수행과제를 도출해야 하는 중요한 시기에 해당한다.

따라서 연구 분석의 틀에 의해 제시한 방법과 같이 우리나라 노인장기요양보험의 대상체계, 서비스체계, 전달체계, 재정체계에 대한 현황 분석 및 문제점을 도출하고 이에 대한 개선방안을 고찰하면 다음과 같다.

제1절 대상체계(allocation)

1. 현황

1) 장기요양인정 절차

① 신청자격

장기요양인정을 신청할 수 있는 사람은 장기요양보험가입자(피부양자 포함) 또는 의료급여 수급권자로서 65세 이상의 노인과 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질환을 가진 65세 미만의 자이다.

장기요양보험가입자는 국민건강보험법 상의 자격을 그대로 준용하므로, 건강보험가입자(피부양자 포함)는 별도로 장기요양보험에 가입할 필요 없이 당연히 장기요양보험가입자가 되며, 의료급여법에 따른 의료급여 수급권자(국민기초생활보장수급자, 이재민, 국가유공자등)도 신청자격이 주어진다(노인장기요양보험법 제12조).

이들 중 65세 이상의 노인이면 당연히 신청자격이 주어지며, 65세 미만의자인 경우에도 '노인성 질환'을 가진 경우에는 신청자격이 주어진다. 65세 미만의 '노인성 질환'의 구체적인 내용에 대해서는 노인장기요양보험법 시행령 [별표1]에서 <표4-1>과 같이 정하고 있다.

<표4-1 노인장기요양보험법 시행령: 노인성 질병의 종류>

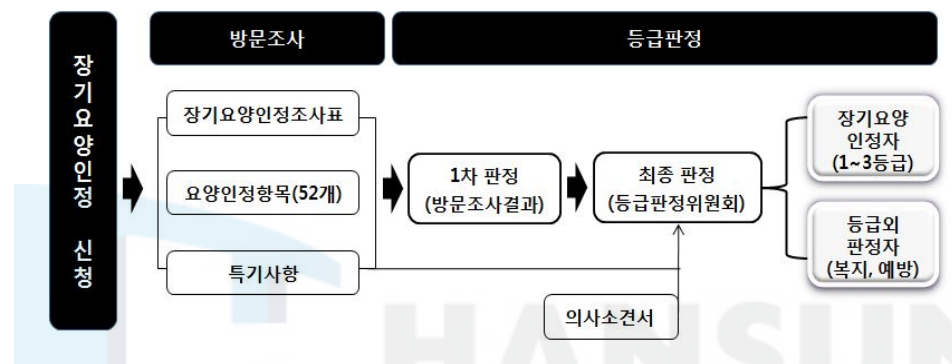
구분	질병명	질병코드
한국표준질병 ·사인분류	알츠하이머병에서의 치매	☐ F00
	혈관성 치매	☐ F01
	달리 분류된 기타 질환에서의 치매	☐ F02
	상세불명의 치매	☐ F03
	알츠하이머병	☐ G30
	거미막밑 출혈	☐ I60
	뇌내출혈	☐ I61
	기타 비외상성 머리내 출혈	☐ I62
	뇌경색증	☐ I63
	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	☐ I64
	대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	☐ I65
	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	☐ I66
	기타 뇌혈관 질환	☐ I67
	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	☐ I68
	뇌혈관 질환의 후유증	☐ I69
	파킨슨병	☐ G20
	속발성 파킨슨증	☐ G21
	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	☐ G22
	기저핵의 기타 퇴행성 질환	☐ G23
한국표준질병 ·사인분류 (한의)	매병, 노망	☐ 자01
	졸중풍	☐ 다04
	중풍후유증	☐ 다06
	진전(振顫)1	☐ 다05
	진전(振顫)2	☐ 차02.2

② 신청절차

국민건강보험공단 전국 지사에 설치된 225개 장기요양센터에 직접 방문하거나 우편, 팩스, 인터넷 등 신청인이 원하는 편리한 방법으로 신청할 수 있으며, 본인이 직접 신청할 수 없는 경우에는 가족 등 보호자, 이해관

계인, 사회복지전담공무원, 기타 시·군·구청장이 지정하는 사람이 신청을 대리할 수도 있다. 신청접수는 신청인의 주민등록지나 실거주지와 관계없이 전국 어디서나 공단지사에 장기요양인정 신청을 할 수 있으며, 신청서를 접수받은 공단지사는 바로 전산 등록하여 관리한다. 공단은 신청인에 대한 장기요양인정 신청자격, 증빙서류 등 신청 서류를 확인한 후 신청서가 접수된 사실을 신청인에게 알리고 의사소견서 제출시기, 급여 제공시기 등 기타 장기요양친정에 필요한 사항, 장기요양급여 이용 절차 등에 대하여 신청인에게 자세히 안내한다.

<그림 4-1> 장기요양인정 절차



자료: 국민건강보험공단, 등급판정매뉴얼

③ 방문조사

공단은 신청서를 접수 받으면 공단소속 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 장기요양요원으로 하여금 직접 신청인 가정을 방문토록 하여 보건복지부령에서 정한 장기요양인정조사표에 따라 신청인의 심신상태, 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용, 그밖에 장기요양에 관하여 필요한 주요 특기 사항 등을 조사 하도록 한다. 장기요양요원은 병의원 등 의료기관에서 근무하였거나 노인복지시설에서 종사한 경험이 있는 간호사와 공단직원 중 사회복지사 자격을 소지한 자로서 장기요양의 판정과 관련된 이론 및 실습교육, 시뮬레이션 등 전문교육을 이수한 사람들이

다. 방문조사 시에는 원칙적으로 2인 1조로 파견된다.

④ 의사소견서 제출

장기요양인정 신청 시 장기요양인정신청서와 함께 의사소견서를 제출하여야 한다. 다만, 의사소견서는 공단 장기요양요원의 방문조사 이후 의사소견서 제출대상으로 통보받은 후에 제출하는 것이 일반적이다(다만, 65세 미만의 신청자는 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 등 노인성 질환이 있음을 입증할 수 있는 의사소견서 또는 진단서를 장기요양인정신청서와 반드시 같이 제출하여야 함.)

의사소견서는 장기요양요원의 방문조사내용을 의학적인 측면에서 보완함으로써 등급판정의 정확성과 객관성을 확보하는 평가 자료로 활용된다.

의사소견서는 의료기관에 종사하는 의사 또는 한의사가 발급할 수 있고 발급 가능한 전문 과목에 대한 제한은 없다. 의사소견서는 신청인이 평소 자주 다니는 의료기관을 방문하여 발급받는 것이 가장 효과적이며, 그렇지 않은 경우에는 공단 장기요양홈페이지에 지역별로 등록된 의료기관이나 공단에서 안내하는 관내 의료기관을 참고하여 본인의 상태를 제대로 볼 수 있는 의료기관을 선택하는 것이 좋다.

그리고 65세 이상 노인 중 도서 · 벽지 지역에 거주하거나 거동이 현저히 불편하여 의사소견서를 발급받기 곤란한 경우에는 의사소견서 제출대상에서 제외된다.

⑤ 등급판정위원회 구성 및 운영

장기요양인정 여부를 심의하기 위해 공단에 장기요양등급판정위원회를 둔다(법 제52조). 시 · 군 · 구 단위로 하나의 등급판정위원회 설치를 원칙으로 하되 인구수 등을 고려하여 하나의 시 · 군 · 구에 2개 이상의 등급판정위원회를 설치하거나 2개 이상의 시 · 군 · 구를 통합하여 하나의 등급판정위원회를 설치할 수 있다. 현재 전국에 226개 등급판정위원회

가 설치 운영 중이며 등급판정위원회는 3,390명이 활동하고 있다.

⑥ 등급판정 및 결과 통지

등급판정은 신청서가 제출된 날로부터 30일 이내에 등급판정위원회가 <표4-2>와 같이 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목의 조사결과와 영역별 100점 환산점수를 <표4-3>의 8개 서비스군별로 수형분석(The Regression Analysis)하여 요양인정점수를 산출한 후 <표4-4>와 같이 장기요양등급 상태에 따라 등급판정을 한다. 등급판정결과는 등급 판정위원회 심의가 완료되는 대로 지체 없이 신청인에게 통보한다. 다만, 신청인에 대한 정밀조사가 필요한 경우 등과 같이 기간 내에 등급판정을 완료할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 30일 이내의 범위에서 이를 연장할 수 있다.

장기요양 1-3등급을 받은 장기요양 수급자에 대해서는 공단에서 최종 등급 및 필요한 서비스의 종류 및 내용 등이 담긴 '장기요양인정서'와 등급별 월 한도액 범위 안에서 장기요양서비스를 적정하게 이용할 수 있도록 안내하는 '표준장기요양이용계획서'를 함께 송부한다. 그리고 등급판정 결과에 대해 이의가 있을 경우에는 결과통지를 받은 날로부터 90일 이내에 공단에 이의신청을 할 수 있다.

장기요양인정자로 결정된 수급자는 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있는데, 본인의 선택에 따라 장기요양기관과 서비스 계약을 체결하여 장기요양서비스를 이용할 수 있다. 장기요양인정서의 유효기간은 1년이며, 2회 이상 1등급으로 판정받을 경우 2회 이후부터는 유효기간을 2년으로, 3회 이상 같은 등급(1등급 제외)으로 판정받을 경우에는 3회 이후부터 유효기간을 2년으로 할 수 있다

<표4-2> 영역별 심신상태를 나타내는 52개 항목

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활기능) (K-ADL)	· 옷 벗고 입기 · 식사하기 · 일어 나 앉기 · 화장실 사용하기	· 세수하기 · 목욕하기 · 옮겨 앉기 · 대변 조절하기	· 양치질하기 · 체위 변경하기 · 방밖으로 나오기 · 소변 조절하기
인지기능 (7항목)	· 단기 기억장애 · 날짜불인지 · 장소불인지 · 나이 · 생년월일 불인지	· 지시불인지 · 상황 판단력 감퇴 · 의사소통 · 전달 장애	
행동변화 (14항목)	· 망상 · 환각, 환청 · 슬픈상태, 울기도 함 · 불규칙수면, 주야혼돈 · 도움에 저 항	· 서성거림 안절부절못함 · 길을 잃음 · 폭언, 위 험 행동 · 밖으로 나가려함 · 물건 망가트리기	· 의미 없거나 부적절한 행동 · 돈/물건 감추기 · 부적절한 옷 입기 · 대/소변불결행위
간호처치 (9항목)	· 기관지 절개관 간호 · 흡인 · 산소요법	· 경관 영 양 · 욕창간호 · 암성통증간호	· 도뇨관리 · 장루간호 · 투석간호
재활 (10항목)	운동장애 (4항목)	관절제한 (6항목)	
	· 우측상지 · 우측하지 · 좌측상지 · 좌측하지	· 어깨관절 · 팔꿈치관절 · 손목 및 수지관절 · 고관절	· 무릎관절 · 발목관절

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 인터넷 홈페이지.

<표4-3> 8개 서비스 군

청결	세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기, 몸단장 기타 청결관련 서비스
배설	이동보조, 배뇨도움, 배변도움, 기저귀 교환, 기타 배설관련 서비스
식 · 사	상차리기, 식사보조, 음료수 준비, 기타 식사관련서비스
기능보조	일어나 앉기 · 서 있기 연습도움, 기구사용 운동보조, 이동도움, 체위변경, 신체기능 유지 등 기능보조
행동변화대응	배회, 불결행위, 폭언 · 폭행 등 행동변화에 대한 대처 그 밖의 행동변화에 대응
간접지원	청소, 세탁, 설거지, 요리 및 식사준비, 의사소통, 침구린넨교환, 환경관리, 주변정돈, 물품, 장보기, 산책, 외출시 동행, 기타 가 사 지원서비스
간호처치	관찰 및 측정, 투약 및 주사, 호흡기간호, 피부간호, 영양 간호, 온냉요법, 배설간호, 의사진료 보조, 기타 간호처치
재활훈련	신체기능훈련, 기본동작훈련, 일상생활동작훈련, 물리치료, 언어치료, 작업치료, 기타 기능훈련

자료 : 국민건강보험공단.

<표4-4> 등급별 판정기준(요양인정점수)

등급	등급구분	요양인정점수
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 '전적'으로 다른 사람의 도움이 필요한 자	95점 이상
2등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 '상당 부분' 다른 사람의 도움이 필요한 자	75~95점 미만
3등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 '부분적으로' 다른 사람의 도움이 필요한 자	55~75점 미만

자료 : 국민건강보험공단.

2) 장기요양인정자 현황

2010.3.31일 현재 장기요양인정자수는 <표4-5>와 같이 298,509명으로, 성별로 보면 여자가 70.7%인 210,960명이고, 남자가 29.3%인 87,549명이다. 연령대로 보면 65세 미만이 22,491명(7.5%)이고, 65세 이상 80세 미만이 142,589(47.8%)이고, 초고령인 80세 이상이 133,429명(44.7%)이다 이를 등급별로 보면 1등급이 50,345명(16.9%), 2등급이 74,421(24.9%), 3등급이 173,743명(58.2%)으로 1,2등급에 비해 3등급이 상대적으로 많이 분포되고 있다.

국민건강보험공단의 장래 추계에 의하면 <표4-6>과 같이 2011년에는 390,412명(전년대비 15% 증가), 2012년에는 429,777명(10% 증가), 2013년에는 471,396명(9.7% 증가), 2014년에는 517,900명(9.9% 증가)으로 연평균 11.1%씩 증가할 것으로 추계하고 있다. 2011년 증가율이 연평균 증가율보다 높은 것은 기존의 1~3등급 체계에서 2011년부터 1~4등급 체계로 확대될 것을 반영한 원인으로 추론된다.

<표4-5> 연령별 등급별 장기요양인정자수

*1 성별, 연령별 현황

구분	장기요양인정자수(단위 : 명)			
	총인원		남자	여자
65세 미만	22,491		12,990	9,501
65-69세	30,937	142,589 (47.8%)	14,000	16,937
70-74세	49,163		17,454	31,709
75-79세	62,489		16,815	45,674
80-84세	62,500	133,429명 (44.7%)	13,653	48,847
85세 이상	70,929		12,637	58,292
합계	298,509		87,549	210,960

*2 등급별 현황

1등급	2등급	3등급	합계
50,345명	74,421명	173,743명	116,810명
16.9%	24.9%	58.2%	100%

자료 : 노인장기요양보험 인터넷, 2010년 기준

<표4-6> 연도별 장기요양 급여대상자 추계

2010년	2011년	2012년	2013년	2014년
339,537명	390,412명	429,777명	471,396명	517,900명
-	(15%)	(10%)	(9.7%)	(9.9%)

자료 : 국민건강보험공단(2009): 91.

2. 문제점

1) 실질적인 급여대상자 범위가 적어 장기요양서비스를 받을 수 있는 대상자의 범위가 제한적임.

우리나라의 경우 급여대상자는 독일방식으로 연령제한 없이 모든 건강보험가입자 및 의료급여자로 되어 있어 보험료수입의 확대를 도모하고 있지만, 실제 서비스 수급은 일본과 같이 연령 및 질병을 제한²²⁾하고 있다. 이러한 가입자범위의 제한으로 노인장기요양서비스를 이용할 수 있는 1~3등급 대상자는 전체 노인 인구의 6.3%대에 머물고 있다. 최근에는 40~50대에서도 노인성 질환발병률이 증가하고 있어 전체 국민의 1%(0.7%)도 못 미치는 적은 범위의 서비스 이용대상(전체 노인의 6.3%) 및 협소한 급여 범위로는 보험방식에 대한 불신이 생겨날 수 있다.

22) 급여혜택을 받는 수급권자는 65세 이상 전체 노인과 65세 이하의 국민 중에서 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질환을 가진 자로 규정하고 있다.

장기요양보험제도의 가입자범위는 보험재정의 운영상 중요한 결정사항이다. 일본처럼 특정연령 이상만을 가입자로 하는 경우가 독일의 모든 연령을 가입자로 하는 경우보다 가입자의 보험료부담은 덜 할 것이기 때문에 재원확보에 용이하다고 볼 수 있다. 그러나 후자의 경우 장기요양서비스의 주 수요계층이 고령자이기 때문에 보험료 부담자의 주 계층인 젊은 계층은 고령이나, 중증 만성질환을 가지고 있지 않는 한 서비스를 제공받지 못하는 형평성 문제가 제기된다. 향후 노령화의 진행과 사회적 요구의 증가 추세를 고려하여 점차 장기요양 대상자를 확대하는 방향으로 제도를 보완해 가야 하는 과제가 내재되어 있다

2) 일상생활에서 실질적인 도움을 필요로 하는 장애인에 대한 장기요양서비스가 배제되고 있음.

장기요양은 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공 하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하다. 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구라고 할 수 있다.

노인과 장애인은 신체적 활동이나 일상생활 면에서 도움을 필요로 하는 사람들이라는 점에서 유사한 점이 많다. 더욱이 장애인의 수가 갈수록 증가하고 있는데, 1998년-2002년도의 31.1%에 비해서 2003년-2008년은 전체 58.6%를 차지하고 있다. 이처럼 장애인의 수가 증가함에 따라 장기요양서비스 수요가 계속 증가하고 있다(<표 4-7> 참조)

<표4-7> 전국 장애인 추정수

구분	성별		연령별						전체
	남자	여자	17세 이하	18-44세 이하	45-64세 이하	65세 이상	중증 (1~2급)	경증 (3~4급)	
1988-1992년	5.9	3.3	0.0	8.8	5.2	2.8	7.7	3.8	4.8
1993-1997	6.6	3.9	3.8	6.3	6.7	3.8	7.5	4.8	5.5
1998-2002	33.0	28.4	23.3	31.9	34.1	28.1	34.7	29.9	31.1
2003-2008	54.5	64.4	73.0	53.0	54.0	65.2	50.0	61.6	58.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	1,251,979	885,247	82,700	396,684	886,908	770,934	553,750	1,583,476	2,137,226

자료 : 보건복지가족부(2009), 2008년 장애인 실태조사.

요양보장이 필요한 장애인 수의 증가에 따라 장애인 장기요양에 대한 필요가 높아지고 있다. 2008년 장애인 실태조사에 의하면 현재 도움이 필요한 장애인 자신의 일상생활을 도와주는 사람이 있는 경우, 주로 도와주는 사람의 유형은 배우자(47.6%), 부모(19.2%), 자녀(16.2%) 형제·자매(2.8%), 조부모·손자녀·기타가족(1.6%) 등 가족이 87.4%로 가장 많아 우리나라 장애인의 일상생활 지원은 여전히 주로 가족을 통해서 이루어지고 있어 가족의 부담이 매우 높음을 알 수 있다. 이처럼 장애인의 경우 장기요양서비스 수요가 높고, 가족의 장애인 간병 부담이 높은 현실을 감안해 볼 때 장기요양 서비스 제공의 필요성이 있다(보건복지가족부, 2009).

2008년 국민건강보험공단의 노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사에서, 현재 장애인은 장기요양서비스를 받을 수 없는 것에 대해 반대하는 의견이 73.6%로 찬성하는 의견의 19.8% 보다 월등히 높다. 이와 같이 대다수의 국민들도 정서적으로 장애인의 장기요양서비스 제공에 필요성을 느끼고 있다고 본다.

3) 대상자 선정을 위한 초기 조사단계에서 전문성 결여.

장기요양인정절차에서 살펴보았듯이 1차 공단직원이 방문조사하고 그

결과를 등급판정위원회에 보고하는 것으로 초기 방문조사가 매우 중요한 의미를 지닙니다. 그럼에도 불구하고, 대상자에 대한 등급판정기준이 정해져 있으나 일본의 케어매니저와 같이 전문 인력이 조사하는 것이 아니라 건강보험공단의 직원이 방문 조사하는 과정에서 전문성의 결여 등으로 조사자의 자의성이 개입될 가능성과 최근에는 노인장기요양을 신청하고 대상자 여부를 조사하는 과정에서 신청자(노인)가 사실과 다르게 과잉 반응하여 조사자로 하여금 잘못 판단하게 하여 실제로는 장기요양인정 대상자가 아닐 수 있음에도 수급자²³⁾로 지정되는 경우가 있거나, 실제로는 거동이 가능하면서도 전혀 움직일 수 없는 듯한 행위로 인해 3등급에 해당하는 자가 2등급을 받는 등 부적절한 등급판정으로 인해 정당하게 등급판정을 받은 자 또는 등외판정²⁴⁾을 받은 자에 대해서 형평성 결여로 민원이 빈번하게 발생하고 있다. 예컨대 장기요양 신청자의 노인성 질환 및 일상생활 능력 등이 유사한 상황임에도 지역자치단체별로 서로 다른 등급결정이 빈번한 실정이다.

3. 개선방안

1) 기존의 등급의 판정자중 저소득층을 중심으로 단계적으로 수급대상자를 확대함.

수급대상자의 확대 여부는 재정체계와 연계하여 결정할 매우 중요하고 민감한 사항으로 노인장기요양보험의 근간을 좌우할 수 있는 사항이다.

지나치게 수급대상을 제한할 경우에는 사회보장제도로써 그 기능을 상실할 수 있을 뿐만 아니라 재정여건을 고려하지 않고 대상자를 무분별하게 확대할 경우에는 재정적자²⁵⁾로 인해 장기적으로 지속할 수 없는 제도가 될 수 있으므로 경제성장을 등 경제성장여건과 경제활동인구수의 인구

23) 수급자 : 노인장기요양보험 혜택을 받을 수 있는 1~3등급 판정을 받은 자.

24) 등외판정 : 장기요양인정과정에서 1~3등급 이외의 4등급 등을 받은 자로써 장기요양서비스를 받을 수 없는 경우임.

25) 일본의 경우, 재정적자로 인해 개호보험체계를 개선한 바 있음.

구조 및 재정체계의 개선방안 등을 고려하여 안정적인 재정확보계획을 기본전제로 하여 장기적이고 우선순위를 고려하여 단계적으로 실시되어야 한다.

이러한 측면에서 시급히 대상자를 확대할 최소한의 우선순위 대상자는 기초생활수급자 및 차상위 계층에 있는 등급외판정자를 중심으로 점차 확대해 나가야 한다.

노인문제의 3고(苦)를 빈곤·질병·고독이라고 한다면, 빈곤한 저소득층 노인이 기존의 1~3등급 수급자 자격에 해당하지는 않지만 노인성질환등으로 일상생활이 불편한 노인이 사회적 음지에서 고독을 느끼면서 고통을 받고 있으므로 사회가 이들을 우선적으로 보호해야 할 과제이다.

현행 노인장기요양보험의 1~3등급 수급자는 소득과 재산여부에 관계없이 노인성질환을 갖고 있는 모든 사람을 대상으로 하고 있음에 따라 재정여건의 여력이 그만큼 줄어든다. 따라서 기존의 1~3등급의 자격여건은 그대로 존속하되 추가로 확대할 대상자는 소득수준과 재산상태, 부양가족 여부 등을 고려해서 저소득층을 중심으로 우선 확대해야 할 것이다.

이러한 과정에서 사회적으로 형평성의 원칙을 제기할 수 있다. 즉, 1~3등급은 소득과 재산여부에 관계없이 노인성 질환여부와 인지능력, 거동능력으로 판단하면서 그 외 등급의 수급자는 소득 수준과 재산 상태를 고려한다면 형평성에 부적합하다고 주장할 수 있다. 따라서 추가로 확대하는 수급자의 대상자의 명칭을 4등급이라는 수치나열 방식으로 할 것이 아니라 별도의 명칭을 부여하여(예컨대, 차상위 ‘요보호 1등급’, 요보호 2등급... 등) 소모적인 논쟁을 피해야 할 것이다.

2) 장애인 장기요양보험제도 도입.

많은 선행연구에서 노인장기요양보험제도에서 장애인을 편입할 것을 제시하고 있다. 다만 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 장애인 복지 서비스를 국가책임이 아닌 사회보험으로 이전하는 국가책임문제와 선천적 장애 등으로 보험기여가 거의 없이 평생 보험급여를 제공해야

하므로 재원조달 문제가 크게 작용할 것이다(박종연, 2008: 88). 그러나 장기요양보장이 필요한 장애인의 증가에 따라 장애인 장기요양에 대한 사회적 필요가 높아지고 있다. 이와 함께 가족의 장애인 간병부담도 높은 현실을 감안해 볼 때, 장애인에 대한 장기요양 서비스를 제공할 필요성이 있다. 신체적 및 정신적 기능면에서 요양보장 대신 장애인에게 상당한 기간에 걸쳐 건강보호와 사회보호를 제공하는데 소요되는 요양비용을 사회화하여 국민의 권리로서 이용할 수 있는 공적제도를 시급히 도입할 필요가 있다.

다만, 장애인의 경우 정서적·신체적으로 일반 노인요양과는 현저한 차이가 있으므로 이들에 대한 케어 방안도 달라야 한다. 즉, 현행 장기노인요양 체제에서 교육받은 요양보호사가 장애인 요양보호를 그대로 케어하는 것에는 상당히 많은 기술적인 문제가 내포되어 있으므로 장애인 요양보호에 대해서는 서비스체계, 전달체계, 재정체계가 독립적으로 별도 검토되어야 할 필요가 있다.

3) 대상자 선정기준의 명확화와 전문성 부여

노인장기요양보험에서는 정신적, 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 수행하기 곤란한 노인과 노인부양가정에 필요한 각종 서비스를 제공함으로써 노인이 가족 및 친지와 더불어 건강하고 안정된 노후 생활을 영위할 수 있도록 함과 동시에 노인요양가족의 부담을 덜어주기 위함이라고 제시되고 있다. 그러나 여기에 신체적, 정신적 이유라는 것이 의료적인 치료를 요하는 질병을 요하는 것인지 아니면 어떤 지능적인 결함을 의미하는 것인지 불분명할 뿐 아니라 어느 정도 수준을 결함으로 보아야 하는지도 불분명하다. 또한 '일상생활을 수행하기에 불편이 있는 정도'라는 그 기준이 명확하지 않아 그 기준을 해석하는 사람이나 기관에 따라 자의적으로 판단할 수 있는 여지를 가지고 있다. 따라서 요양보험이 실시될 경우 요양등급을 판정하는 대상자의 요양등급 인정기준을 좀 더 명확하게 구분하여 판정할 필요가 있다.

또한 장기요양인정 신청자의 도덕적 해이로 인해 부당하게 수급자격을 받는 경우가 많이 있으므로 주관부서인 국민건강보험공단은 이러한 부작용을 방지하기 위해 전 국민을 대상으로 적극적으로 홍보활동을 하며, 또한 부당한 수급자격을 취득한 사례를 제언 받는 모니터링제도를 실시하고 이러한 사항이 접수될 경우에는 즉시 재심의 과정을 통해서 대상자의 수급등급을 재조정하는 시스템을 갖추어야 한다.

제2절 서비스 체계(provisions)

1. 현황

장기요양급여는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분되고 재가급여는 장기요양요원이 가정 등을 방문하는 방문요양, 방문목욕, 방문간호와 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여²⁶⁾로 구분된다.(장재혁, 2010).

1) 가정 등을 방문하여 제공하는 급여

① 방문요양

방문요양은 장기요양요원(요양보호사)이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여이다.

<표4-8> 방문요양 세부항목

구분		세부내용	구분		세부내용
신체활동 지원			일상생활 지원		
세면 도움	얼굴과 목, 손 씻기 등, 사용 물품 정리, 세면대까지의 이동 포함		취사	식·재료의 준비, 밥 짓기, 국· 반찬하기, 식탁청소, 설거지, 행주 삶기, 음식물쓰레기 분리수거 등	

26) 기타재가급여 : 복지용구의 제공 및 대여

구분		세부내용	구분	세부내용
구강관리	머리감기 기	구강청결(양치질 등), 양치 지켜보기, 가글액·물 양치, 틀니 손질, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	청소 및 주변 정돈	급여대상자가 주로 거주하는 장소(방, 거실), 화장실 청소, 쓰레기 분리수거, 내부정리, 이부자리 정돈, 화장대·책장 정리, 옷장·서랍장 등 정리
머리감기		세면대까지의 이동보조 포함, 머리감기, 머리 말리기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		
몸단장		머리단장, 손발톱 깎기, 면도, 면도 지켜보기, 화장하기, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리	세탁	급여대상자의 옷, 양말, 수건, 침구류, 걸레 등 세탁과 삶기 등
옷 갈아 입히 기	목욕 도움	의복준비(양말, 신발 포함), 지켜보기 및 지도, 겹옷 및 속옷 갈아입히기, 의복정리	개인활동 지원	
목욕 도움		입욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기(샤워 포함), 옷갈아입히기, 사용물품 정리	외출시 동행	산책, 장보기, 은행, 관공서, 병원 등 방문 시 부축 또는 동행(차량 이용 포함)하고 책임 귀가
식사 도움	체위 변경	식사 차리기, 식사보조, 경관 영양실시, 구토물 정리	일상 업무 대행	급여대상자가 원하는 식료품 구매와 은행·관공서 업무 대행, 병원 약타오기 등
체위 변경		체위변경, 일어나 앉기 도움	정서지원(우애서비스)	
이동 도움	신체 기능 의 유지 · 증진	침대에서 휠체어로 옮겨 타기, 집안내 걷기 또는 보행도움, 산책	말벗,격려 및 위로	안부확인 등을 위한 방문, 말벗, 격려
신체 기능 의 유지 · 증진		관절구축 예방활동, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 장치 도움	생활 상담	생활상의 문제 등 상담 및 조언
신체 기능 의 유지 · 증진		관절구축 예방활동, 보행, 서있기 연습 보조, 기구사용 운동보조, 보장구 장치 도움	의사소통 도움	대화, 편지, 전화 등의 방법으로 급여대상자의 욕구 파악 및 의사 전달 대행
화장 실 이용 하기	화장실 이동지원, 배뇨·배변 도움, 지켜보기, 기저귀 교환, 용변 후 처리지원, 필요물품 준비 및 사용물품의 정리		그 밖의 제공 서비스	위에 열거되지 않은 서비스 내용 기재

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 인터넷 홈페이지.

② 방문목욕

방문목욕은 장기요양요원(요양보호사)이 이동욕조 등 목욕설비를 갖추고 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕서비스를 제공하는 장기요양급여로서 방문요양의 목욕도움²⁷⁾과는 차별화 된다.

③ 방문간호

방문간호는 장기요양요원인 간호사 등이 의사나 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여 이다. 이는 의료서비스와 연계를 통한 서비스의 질 향상 및 욕구를 충족(의료와 복지 서비스를 동시 제공)하기 위한 서비스지만, 이미 운영 중인 건강보험의 가정간호, 보건소의 맞춤형 방문건강 관리사업과 기능이 중복되는 측면이 있다.

가정간호와 방문간호는 중복 또는 선택 급여를 할 수 있으며, 요양보험의 한도초과 시에는 건강보험으로 가정간호를 이용할 수 있다. 보건소의 맞춤형 방문 건강관리사업은 장기요양수급자가 아닌 자 중에서 우선 선정하여 운영하고 있다.

의료의 특성상, 의료현장에서 의사의 관여 없이 간호사가 단독으로 수행이 가능한 요양상의 간호와 의사의 감독 하에 실시하는 진료의 보조를 명확히 구분하기 어렵다. 의사의 간호지시서에 의한 방문간호(주로 진료의 보조)서비스를 제공할 때 요양상의 간호영역도 부수적으로 실시한다. 즉, 진료의 보조와 요양상의 간호는 구분할 수 없는 단일 서비스체제이므로 의사의 간호지시서가 필요하나, 효력은 진료의 보조영역에 한하여 발생하는 것으로 볼 수 있다

방문간호는 의사의 방문간호지시서를 발급받아서 이용할 수 있다

27) 목욕도움 : 수급자 어르신을 욕조에 전신 입욕하지 않고, 샤워 내지는 간이 목욕방식으로 목욕도움을 하는 것으로 방문요양의 수가에 포함된다.

2) 주·야간보호

주·야간보호는 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에서 보호하며, 신체활동지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다.

3) 단기보호

단기보호는 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에서 보호하며, 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다. 단기보호는 재가급여의 일종으로 수급자가 가정에서 돌 볼 수 없는 예외적인 경우에 일시적으로 보호하는 급여라는 점에서 장기간 입소하는 시설급여와 구분된다.

단기보호 급여를 받을 수 있는 기간은 1회 90일 이내이고, 이용일수는 연간 180일을 초과할 수 없다. 다만 단기보호 기간이 너무 길어 단기보호가 재가급여가 아닌 시설급여로 이용되고 있는 경향이 있어, 2010년도에는 재가급여의 취지를 살려 제도개선이 이루어질 예정이다.

4) 기타재가급여

기타재가급여는 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정하는 것이다. 전자는 복지용구이고 후자는 방문재활이라 할 것이나, 현재는 복지용구만 시행령에 규정되어 기타재가급여는 복지용구를 제공하거나 대여하여 주는 것을 말한다. 방문재활은 중장기적 검토가 필요한 급여 중의 하나이다.

5) 시설급여

시설급여는 장기요양기관이 운영하는 노인복지법 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원을 제외한다)등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여이다.

현재 노인복지법상의 노인요양시설(10인 이상)과 노인요양공동생활가정(10인 미만), 구 노인복지법상 요양시설(전문요양시설, 요양시설)등에 입소하는 경우이다. 향후에는 현행법상의 요양시설로 설치기준을 갖추어야 한다.

6) 특별현금급여

현금으로 지급되는 급여에는 크게 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비가 있다.

① 가족요양비

가족요양비는 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받을 때 현금으로 비용을 지급하는 급여이다.

현금급여를 인정할 것인가에 대해서는 가계지원비로의 변질 가능성, 여성노동력 증가 우려, 공식 서비스 위축 등의 문제에 대한 검토가 필요하다.

현행 법령은 가족요양비를 받을 수 있는 사유를 최소한으로 규정하고 있다. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 고시한 지역에 거주하는 자, 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자, 신체·정신 또는 성격 등 대통령령이 정하는 사유(전염병 환자로서 전염의 위험성이 있는 경우, 정신장애인이거나, 신체적 변형 등의 사유로 대인과의 접촉을 기피하는 경우)로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자 등이다.

가족요양비의 지급금액은 현재 월 15만원이며, 재가급여의 이용수준 등

을 고려하여 장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지부장관이 고시한다. 가족요양비는 수급자가 신청서와 증명 서류를 첨부하여 공단에 청구할 수 있으며, 장기요양급여의 종류를 가족요양비로 변경하는 경우에도 같다. 이 경우 공단은 그 요건을 확인하고 등급판정위원회의 심의를 거쳐 장기요양 인정서의 장기요양급여 종류를 가족요양비로 기재하여 수급자에게 통보한다. 공단은 월 단위로 가족요양비를 지급하며 월 중에 가족요양비 지급 및 소멸 사유가 발생한 경우에는 일할계산하여 지급한다.

독일의 경우에는 현금 급여를 넓게 인정하여 가족 이외의 자도 수발이 가능하며 이는 보호노인이 현금급여를 받아 수발인력을 구매하는 형태이다. 일본의 경우에는 도서·벽지 등에 대해서만 가족수발을 인정하며 특례 개호서비스의 일환으로 운영한다. 가족이 홈헬프, 시·정·촌이 인정한 지역, 케어플랜 필요 등의 조건 충족이 필요하다.

② 특례요양비

특례요양비는 수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받는 경우 장기요양급여비용의 일부를 현금으로 지급하는 급여이다. 노인양로시설, 장애인복지시설 등의 보호를 받는 경우가 해당되나 현재는 지급기준, 장기요양급여가 인정되는 기관 또는 시설의 범위, 특례요양비의 지급절차 등이 마련되어 있지 않다.

③ 요양병원간병비

요양병원간병비는 수급자가 노인전문병원 또는 요양병원에 입원한 때 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 현금으로 지급하는 급여이다. 현재는 지급기준, 지급절차 등이 마련되어 있지 않다.

2. 문제점

1) 급여의 형태가 단순화 되어 있어 이용자 선택의 폭이 적음.

일본의 개호보험이 예방적 관리와 사후관리로 다양화되어 있는 반면에 우리나라의 노인장기요양보험제도는 사후관리중심으로 단순화되어 있어 사후약방문 격이다. 즉, 예방적 요양보호제도를 활성화하면 장기적으로는 사후관리적인 요양보호에 소요되는 비용이 절감될 수 있고, 노인의 삶의 질도 그만큼 개선할 수 있을 것으로 예상된다.

또한 급여형태에 있어서도 재가시설과 요양시설이 의료서비스와 연계성을 갖는 복합 급여형태가 없으므로 요양과 치료를 병행해야 하는 수급자와 수급자 보호자에게 큰 불편을 초래하고 있다. 즉, 재가시설 또는 요양시설에서 요양서비스를 제공받다가 병세가 심하여 병원에 입원할 경우에는 노인병원 또는 노인전문병원에서 장기요양보험이 적용되지 못하여 노인장기요양서비스를 중단하고 기존의 건강보험(의료)서비스로 전환해야 한다. 이에 따라 추가 비용부담이 가중²⁸⁾되고 간병체계의 변화로 인한 노인의 심리적 불안정²⁹⁾ 등을 유발케 한다.

2) 현물급여 중심으로 인해 시설에 대한 의존도가 높음.

급여의 종류가 현물서비스에 편중되어 있어 시설요양에 대한 의존도가 높다(실제로 시설에 입소하려면 2~3개월씩 대기해야 함). 독일의 경우에는 현금서비스와 현물서비스를 적절하게 혼합함으로써 시설에 대한 의존도를 낮추어 시설에 대한 초기투자부담을 줄이고 가족요양을 활성화하여 노인의 정서적 안정을 도모하고 있다.

28) 요양과 치료를 반복할 경우, 현재 의료연계서비스가 가능한 급여형태가 없으므로 병원에서 요양하게 되는 기간에는 장기요양보험혜택을 받을 수 없게 되므로 추가 비용부담이 발생함.

29) 의료시설에 입원하게 되면, 노인장기요양서비스가 중단되어 요양보호사가 제공하는 요양보호 서비스가 중단되고 별도의 유상 비용으로 간병인을 고용해야 하므로 노인의 입장에서는 새로운 사람으로부터 간병서비스를 받게 됨.

우리나라의 장기요양급여는 현물급여를 원칙으로 하고, 보완적으로 현금급여를 인정하도록 하고 있다. 특별현금급여의 종류는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비의 세 종류가 있으나 현재 가족요양비만 시행되고 있다. 가족요양비는 도서·벽지거주, 천재지변, 신체·정신 또는 성격상의 사유 등으로 수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때 수급자에게 가족요양비를 지급하는 것으로서 지급 가능한 조건이 충족된 것으로 규정하고 있다. 노인부양에 대한 유교적 문화가치의 중요성, 장기요양대상자의 편의성(심리적·사회적 측면 포함), 보험재정의 부담경감 등을 감안하여 선택에 의한 현금급여신청을 허용하는 것이 필요하다(이동현·이재현, 2008: 215).

독일의 경우 2000년 기준시 수급자의 약 30%가 시설서비스 이용자이고, 나머지 70%가 재가서비스 이용자인데, 재가서비스이용자 중 약 75%는 현금급여만을 선택하고 나머지 25% 중 절반가량은 현물급여만을, 나머지 절반가량은 혼합급여를 각각 선택하여 이용하고 있다. 현금급여가 현물급여 수준의 절반정도임에도 불구하고 현금급여를 선호하는 경향은 예상 밖의 일로 평가되며, 공식적인 전문적 요양서비스보다는 가족 등에 의한 비공식적 요양서비스에 선호적 태도를 보이고 있는 이유가 있을 것이다(권순만, 2003; 남현주 등, 2006).

노인장기요양보험제도에서 현금급여를 금지한 이유는 급여 오용에 대한 우려와 일본의 경험을 참고하여 여성계의 반발을 의식한 것이다. 가족수발 대체서비스 제공을 통하여 가족수발 부담을 사회화 하는 것을 기대하고 있는데, 현금급여를 하게 되면 독일이나 이탈리아와 같이 전통적 가족주의에 기반을 두어 가족수발자의 대다수인 여성의 가족수발을 계속 유도코자 하는 것으로 오해를 불러일으킬 수 있다는 점 때문이다.

3) 수가체계의 개선이 필요함.

현재 시행되고 있는 노인장기요양보험제도의 수가체계는 <표4-9>과 같이 노인의 요양인정 등급별로 보험수가가 정해져 있으며, 또한 <표4-10>

과 같이 서비스를 제공하는 일당 또는 시간당 정액제로 되어 있어 요양서비스 공급자가 소비자를 선택적으로 수용하는 문제가 발생할 수 있다. 즉 시설서비스 공급자가 동일 요양인정 등급의 노인들 중 요양서비스를 적게 소비할 상대적으로 건강한 노인들 위주로 시설 입소를 허용할 가능성이 있으며, 이는 요양시설의 공급이 제한되어 요양시설간 경쟁이 충분하지 못할 경우에 더욱 심각하게 나타날 수 있다.

<표4-9> 등급별 보험급여 수가

등급	1등급	2등급	3등급
요양시설	1,140,600원	1,033,200원	925,800원
전문요양시설 및 그룹홈	1,444,500원	1,337,700원	1,230,900원
재가급여	1,140,600원	971,200원	814,700원

<표4-10> 재가요양보호의 급여제공 시간별 보험수가

구분	60분	90분	120분	150분	180분	210분	240분
보험수가	16,120원	21,360원	26,700원	30,200원	33,500원	36,600원	39,500원
보수	7,000원	10,500원	14,000원	17,500원	21,000원	24,500원	28,000원
보수율	43.4%	49.2%	52.4%	57.9%	62.7%	66.9%	70.9%

참고1) 보수 : 요양보호사의 일반적인 시간당 보수, 보수율(인건비율) : 보수 ÷ 보험수가

참고2) 120분 근무시와 240분 근무시의 보험수가 체계의 큰 차이로 시간대별 보수율(인건비율)의 차이가 매우 크다. 따라서 일부 재가요양기관에서는 보수율이 낮은 180분을 기준으로 운영하는 사례가 많아 실질적으로 수급자 어르신에게 필요한 요양보호 시간을 인위적으로 조정하는 경우가 많으므로 시간대별 보험수가 체계를 재검토할 필요가 있다.

3. 개선방안

1) 급여형태의 다양화를 통해 이용자 선택의 폭을 확대시킴.

일본의 개호보험의 경우, 예방적 관리와 사후관리로 다양화되어 있어 노인장기요양보험제도가 적극적으로 노인요양보호에 개입하고 있다. 특히 예방적 관리 강화는 궁극적으로 사후관리의 요소를 그만큼 줄일 수 있는

여지가 있다. 물론 예방적 관리 차원에서 수급자 확대의 경우에도 앞에서 고찰한 바와 같이 소득수준과 재산상태, 부양가족 등을 고려하여 자신 스스로를 보호할 수 없거나 한계에 있는 계층을 우선 대상으로 함으로써 장기요양보험의 재정부담을 완화하면서 실질적인 대상자 확대와 이용자의 선택의 폭을 확대시켜 나가야 한다.

또한, 장기요양보험제도를 안정적으로 운영하는 대부분의 나라는 장기요양서비스가 제공되는 장소에서도 의료서비스를 받을 수 있다. 국민건강보험공단은 전국적으로 요양시설과 가까운 병원과 연계하여 응급상황 발생 시 긴급이송 시스템과 수시 진찰이 가능한 시스템을 구축해야 한다. 요양시설과 연계를 가지고 있는 병원은 정부에서 세금을 지원해 주거나 요양시설에서도 의사의 처방전 발급을 가능하도록 하면 문제는 해결될 수 있다. 또 다른 방법은 재가급여의 하나인 방문간호를 활용하는 방법으로 시설에서는 기관내 삽관 튜브 갈기, 소변 줄 교환, 외상 환자의 욕창관리로 병원을 방문하는 횟수가 빈번하여 시설도 장기요양대상자도 불편한 상태이다. 기존의 방문간호 서비스에서 이를 완화하여 간호사가 처치할 수 있는 일상적인 사항에 대해서는 별도의 의사지시서가 없더라도 간호사가 독자적으로 이러한 것을 할 수 있도록 허용함으로써 재가급여의 활성화와 함께 대상자도 일상적인 의료서비스에 한해서는 자유롭게 서비스를 받을 수 있는 체계가 가능해 진다.

다른 방법 하나는 요양시설은 많은 후원자가 있는데, 금전적인 후원자의 발굴보다는 사회봉사활동에 관심이 많은 의료인들의 후원자를 발굴하여 의료서비스가 필요한 장기요양대상자에게 정기적인 진찰이 가능하도록 지원시스템을 구축하는 것이다. 실제로 요양시설의 의사 후원자는 수시로 요양시설을 방문하여 의료욕구가 있는 대상자들에게 의료적 처치를 해주고 있다. 봉사차원으로 이루어지고 있지만, 의사 방문 시 처방전 발급이 가능하면 왕진제도가 더욱 활성화될 것이며, 이들에 대해 봉사활동시간을 마일리지로 적립하여 이에 상응하는 세금지원 혜택 등 중앙정부에서도 간접적인 지원 대책을 검토하여 장기요양보험의 재정만으로 운영하기 보다는 사

회의 각종 인프라와 인적자원을 활용하여 비금전적인 방법으로도 장기요양보험제도를 활성화할 필요가 있다.

2) 현금급여의 적극적인 도입으로 초기투자가 많은 시설의 의존도를 낮춤.

현금 급여는 소비자의 선택권을 보장하여 공식적 요양제공자와 비공식적 요양제공자간 경쟁을 촉진할 수 있고, 가족과 같은 비공식서비스 제공자들의 무상노동에 대한 보상이 가능하며, 또 이를 통해 가족에 의한 요양서비스 제공과 지역사회 중심의 재가 노인요양을 촉진시킬 수 있는 장점을 가지고 있다.

반면 현금 급여는 비공식 수발자가 금전적 이득만 취하고 제대로 요양을 해주지 않는 악용의 가능성이 있고, 공식적 전문 수발자가 제공하는 요양에 비해 서비스 질이 떨어질 가능성과 여성의 가사노동 문제, 수급을 받지 못하는 계층의 정서적 저항³⁰⁾과 같은 단점 역시 가지고 있다. 하지만 악용 가능성과 요양의 질 문제는 독일의 경우처럼 가족 수발자에 대한 기초적인 교육의 제공 그리고 정기적인 가정방문과 요양의 질 감시를 통해 어느 정도 보완과 해결이 가능하므로 탈 시설화를 유도한다는 큰 장점을 고려한다면 현금 급여를 전향적으로 검토할 필요가 있다. 독일의 경우, 동일한 중증도라 하더라도 현금 급여액을 요양급여액의 절반 수준으로 제한함으로써 현금급여의 남용을 막으려고 하고 있는데, 그럼에도 불구하고 보험급여 수혜자의 50% 이상이 현금급여를 선택하였고 그 결과 장기요양보험의 재정안정에 큰 도움이 되고 있다. 따라서 우리나라에서도 현금급여를 도입하여 비공식 요양제공자의 요양을 유도하는 한편 재정안정화를 도모할 필요가 있다. 실제로 유교적 사상이 지배적인 우리나라 노인들은 전문적인 서비스 제공자 보다는 가족, 친지와 같은 비전문적이고 비공식적인 서비스 제공자를 선호할 가능성도 높으므로 우리나라에서도 현금급여의 도입을 통해 그러한 소비자 선호와 선택을 보장할 수 있을 것이다. 특히

30) 가족은 당연히 부모와 형제, 자매를 돌보아야하는데 정부가 이들에게 금전적인 혜택을 주는 것이 부당하다고 간주하고 민원 및 이의제기할 수 있는 소지가 많음.

공식적 노동시장에의 참여가 어렵거나 취업의 조건이 열악한 취약계층 여성의 경우 현금급여를 통해 소득보조의 기능과 일자리 창출에도 기여할 수 있을 것이다.

3) 수가체계 등 제도개선과 요양서비스 공급자에 대한 지도 강화

요양서비스 수가를, 노인의 건강상태와 연계시켜 요양서비스 공급자가 상대적으로 경증인 노인들만을 선택적으로 수용할 가능성을 방지하고 기존의 3등급 체계를 좀 더 세분화할 필요가 있으며 요양서비스 공급자에 대한 지도 강화로 인위적인 선별적인 방법으로 수급자를 선택적 수용하는 것을 지양하도록 지도 점검을 강화하여야 한다.

요양서비스 수가를 요양서비스의 결과와 연계하여 요양서비스 공급자가 양질의 서비스를 제공하기 위해 노력할 유인을 제공함에 있어 현재는 시설에 한정하고 있으나 재가요양에도 이를 공평하게 적용하여 재가시설의 서비스 질을 향상시킬 수 있는 방안도 동시에 검토되어야 한다.

이밖에도 재가서비스 활용 촉진을 위하여 재가서비스 시설 공급 확대와 재가시설 설치의 규제 완화³¹⁾, 장기요양 관리요원에 대한 교육, 복지용구 대여의 활성화 등 재가서비스 이용을 권장하는 정책적 노력이 필요하며, 재가요양의 시간대별 수가체계의 모순을 개선하여 요보호자가 실질적으로 필요로 하는 요양보호가 이루어질 수 있도록 하여야 한다.

31) 재가시설의 난립 방지와 요양보호사의 처우 개선을 목적으로 인적구성에 있어 20%는 의무적으로 정규직을 채용하게 함으로써 재가시설의 인건비 부담을 가중하고 있다. 예컨대, 수급자와 동거하고 있는 가족요양보호사가 동거가족 수급자에게 요양서비스를 제공할 수 있는 시간을 정부가 90분으로 제한함으로써 이들의 1개월 근무시간은 약47시간 미만임에도 불구하고 이들에 대해서 급여는 80시간(실제 근무시간의 약170%)에 해당하는 급여를 지급하여야 하는 모순이 있으므로 이러한 규제는 개선하여야 한다. 다만, 영세한 재가시설의 난립으로 발생할 수 있는 문제점을 개선하기 위해서는 현재 개인사업자(심지어 아파트에서도 재가시설을 할 수 있음) 대신에 사업주관을 법인화하여 일정 규모를 갖추는 조건으로 그 정책방향을 개선하여야 한다.

제3절 전달체계(delivery system)

1. 현황

노인장기요양보험법에 의하면 노인장기요양보험제도의 관리운영주체는 국민건강보험공단과 시·군·구 기초자치단체로 한다.

국민건강보험공단은 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 관리하며, 장기요양급여의 실시 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 취한다.

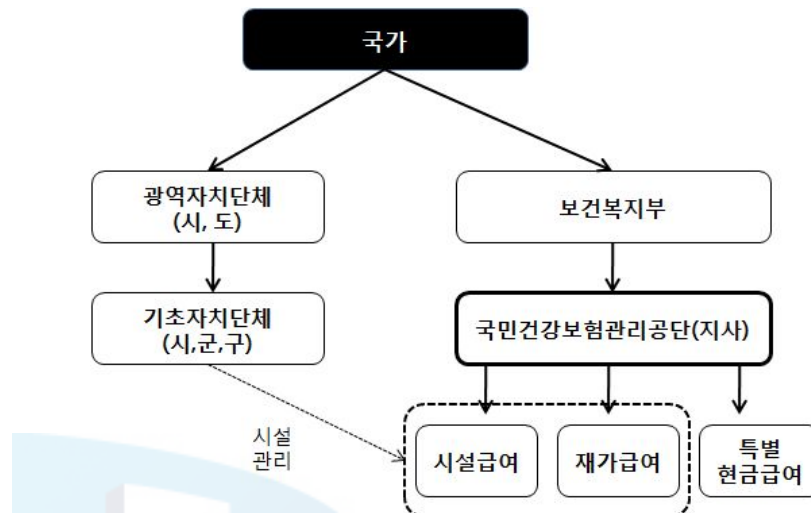
시·군·구는 장기요양보험제도의 지원업무를 실시하는 것으로 볼 수 있다. 장기요양기관의 지정·관리는 시·군·구의 권한이고, 부정한 방법으로 지정을 받은 장기요양기관 또는 정당한 이유 없이 장기요양급여를 거부한 장기요양기관 등에 대하여 그 지정을 취소할 수 있다.

노인장기요양보험제도는 국가가 관장하는 사회보험제도이기 때문에 지방자치단체의 역할은 상대적으로 적다. 특히 광역자치단체의 역할은 국가 장기요양기본계획에 대한 세부시행계획수립, 장기요양기관 확충, 의료급여 수급권자 장기요양급여 비용분담, 그리고 노인성질환 예방사업 실시 등으로 제한적이다. 광역자치단체가 담당해야 할 가장 큰 역할은 장기요양기관 확충과 재정부담이다. 보건복지부는 장기요양시설 투자계획을 수립하고 있지만, 실질적인 건립주체는 광역 및 기초자치단체이고 보건복지부는 비용을 지원하는 역할을 담당하게 된다. 두 번째 주요 역할은 재정부담으로, 법 제58조에서 의료급여 수급권자가 이용하는 노인장기요양급여에 소요되는 비용 전액을 국가와 지자체가 분담하도록 되어 있다.

기초자치단체는 노인보건복지사업의 일선기관으로서 노인장기요양사업 운영과정에서 담당해야 할 역할이 광역자치단체보다는 많은 편이다. 기초자치단체는 기본적으로 광역자치단체가 담당하는 업무를 동일하게 담당하고, 여기에 추가하여 장기요양기관의 관리·감독, 등급판정위원회 위원 추천, 그리고 대상자, 수급자, 요양기관에 대한보고 및 감사 권한을 갖고 있

다. 특히 장기요양기관의 지정 및 취소를 시·군·구에서 담당하고 재가 장기요양기관도 시·군·구에 신고를 해야 하는 등 최일선 서비스 기관의 통제권을 기초자치단체가 갖고 있기 때문에 장기요양보험제도의 운영 및 서비스 질 관리에 중요한 역할을 담당한다.

<그림4-2 장기요양보험제도의 전달체계도>



한편 노인장기요양보험법에 의하면 국민건강보험공단은 건강보험의 보험자 기능과 같이 자격관리, 보험료의 부과와 징수, 방문조사 및 등급판정, 표준장기요양이용계획서 작성 및 이용지원, 급여비용의 심사와 지급, 질 평가 등의 업무 전반을 수행하도록 하고 있다.

2. 문제점

1) 국민건강보험공단 중심의 전달체계로 인해 기존의 지방자치단체의 사회복지 네트워크와 시너지(Synergy)효과가 감소함.

노인장기요양보험의 관리운영은 국민건강보험공단에서 맡고 있는데 이는 보건의료서비스 급여를 담당하는 건강보험제도의 보험자였기 때문에 복지서비스 급여를 주목적으로 하는 장기요양보험제도를 관리 운영하는 데에는 한계가 있을 것이다. 지금까지 장기요양서비스는 노인복지법에 의

해 지방자치단체가 제공해 왔는데, 사회보험제도가 도입되었다고 해서 지방자치단체의 역할을 배제시켜서는 제도의 특성상 안정적인 운영이 어려울 것으로 보인다. 이로 인해 기존 지방자치단체가 제공하고 있는 각종 사회복지전달체계의 네트워크와 시너지효과가 현저히 감소하게 되었다.

노인장기요양은 기본적으로 노인복지 서비스체계와 밀접하게 관련되어 있다. 노인장기요양의 욕구와 문제는 모두 지역사회에서 발생하고 있고, 이 욕구를 해결하기 위해서는 무엇보다 지역사회 중심의 서비스 체계를 갖추어야 한다. 그런데 관리운영기관인 국민건강보험공단은 노인복지서비스 체계와 관련이 적고 지역사회의 노인문제에 대한 접근성도 떨어진다. 이 문제를 해결하기 위해서는 지역사회의 노인문제를 잘 알고 있고 노인복지서비스 업무에 대하여 책임을 지고 있는 지방자치단체의 협조가 절대적으로 필요하다. 또한 노인의 서비스 수요는 지역사회 단위에서 발생하고 노인보건 및 복지서비스는 지자체의 고유 업무임에도 불구하고 수급대상 노인의 선정 및 급여지급 등 실질적인 부분에 지방자치단체의 권리와 참여가 제한되어 있고, 노인장기요양보험제도의 관리운영을 건강보험공단에서 담당함으로써 지자체가 노인보건과 복지사업에 소극적으로 대응할 우려가 있다.

2) 요양보호 실행에 있어 가장 기본적인 전달체계인 전문 케어매니저 부재로 인해 수급자의 맞춤형 욕구를 효과적으로 충족시키지 못하고 있음.

현재 노인장기요양보험에서 보험수가가 최저인 재가요양 3등급 수급자의 경우 1개월 보험수가는 814,700원으로 1년에 1인당 약1000만원의 보험급여를 지출하고 있으며, 1등급의 경우에는 1인당 연간 약1370만원의 보험급여 지출을 통해 노인요양보호제도를 시행하고 있으나, 일본 및 영국과 같이 이를 전문적으로 케어하는 케어매니저가 없는 실정이다.

현 제도에서 케어매니지먼트 기능이 사실상 공식화되지 않아 민간서비스 제공자가 전적으로 맡아서 하는 상황이며, 공단이 등급판정과 욕구사정

을 기초로 작성한 ‘표준이용계획서’를 권고하는 방식으로 운영되고 있는 실정이다.

현재 공단에서 업무를 케어매니저 역할로 볼 수도 있으나 이는 매우 일부에 제한된 역할에 불과하다. 왜냐하면 케어매니저라 함은 단순히 수급자의 니즈를 파악하고 이를 위해 계획만을 수립하는 것이 아니라 수급자를 지속적으로 관찰하면서 수급자가 있는 현장에서 케어플랜을 작성하고 이를 서비스제공 사업자와 연락·조정하며, 실시 상황의 모니터링을 통해 필요시 계획변경을 하는 등 ‘계획(Plan)’과 ‘실행(Doing)’의 모니터링’을 수시로 반복하면서 수급자와 시설, 공단 등 전달체계에 있어 원활한 커뮤니케이션 기능을 수행해야 하는데 현재의 공단 인력으로는 한계성이 있다.

3) 민간부문에 시설공급을 의존하는 문제.

장기요양보호제도의 성공은 인프라구축에 달려있다고 해도 과언이 아니다. 정부는 요양시설 및 재가시설의 부족을 해결하기 위해 서비스 공급기관을 민간부문에 과도하게 의존하고 기관의 수를 통제하지 않고 있으므로 인해 시설의 지역별 불균형 문제를 초래하고 있다.

수도권지역과 일부 대도시 등에서는 요양시설이 부족하고, 일부 지역에서는 재가시설이 과도하게 설립되는 등 시설의 지역별 불균형 문제는 이용자의 접근성의 불평등 문제와 기관간 과다경쟁으로 인한 인건비 절감이 결국 서비스의 질 저하로 연결된다는 문제를 갖고 있다.(이미진, 2008)

3. 개선방안

1) 지방자치단체의 역할 제고로 기존 사회복지 네트워크와 시너지 효과를 극대화시킴.

노인장기요양보험의 주체로 지방자치단체가 참여하고 있으나 실제 국민건강보험공단이 중심이 되고 지방자치단체는 시설관리에 한정하면서 국민

건강보험공단의 업무를 보조하는 전달체계로 인해 지방자치단체가 수행하고 있는 기존 사회복지 네트워크와 실질적인 시너지효과가 거의 없는 실정이다.

예컨대 현재 건강보험관리공단에서 1차 방문조사 하는 것과 모니터링 업무를 지방자치단체에 위임하는 것이다. 지방자치단체가 급여대상자에 대한 1차 방문 조사할 경우, 지역주민에 대해 축적된 정보와 기존 사회복지 정책과정에서 보유하고 있는 수많은 정보를 데이터베이스화하여 보다 실질적인 방문조사가 될 수 있다. 물론 최종적인 결정은 현재와 같이 등급판정위원회가 결정하는 것이다.

지방자치단체가 1차 방문 조사하는 과정에서 이를 기존의 노인복지법상 복지정책을 적용할 것인지 아니면 노인장기요양보험에서 정하는 방안으로 할 것인지를 실질적으로 평가할 수 있고 지역주민인 수급자와 충분한 커뮤니케이션을 통해 등급판정의 결과에 대해서도 상호 인정할 수 있으며 등급외 판정자에 대해서 기존의 노인복지법상 제공할 수 있는 예방적 프로그램 등을 즉시 연계할 수 있어 일괄적인 노인장기요양보호가 가능해진다. 특히, 지방자치단체는 건강보험공단 보다 수급자에 대한 접근성이 높고 지역성을 기반으로 수급자 및 수급자 가족과 이웃에 대한 일상정보가 많아서 수급자가 부정한 방법으로 수급자격을 취득하려는 의도를 원천적으로 예방할 수 있다.

또한 지방자치단체가 시설요양 및 재가시설요양에 대한 모니터링을 실시함으로써 1차 방문조사에서와 같이 충분한 지역정보를 이용하여 실질적인 요양서비스가 이루어지고 있는지의 여부와 서비스 만족도 평가를 통해 서비스 질을 개선할 수 있을 것으로 전망된다.

2) 케어매니지먼트 제도의 도입.

현재 건강보험관리공단의 담당직원이 수급자 대상자를 조사하는 과정에서 취득한 정보와 등급판정위원회의 의견을 이용하여 ‘표준이용계획서’를 한번 작성하고 수급자에 대한 요양서비스 모니터링은 요양서비스를 제공

하는 기관에 대한 허위성 여부를 확인하는 차원이지만 수급자에 대한 노인 복지의 카운셀링이나 모니터링 기능은 매우 낮은 것이 노인장기요양보험 체제에서 케어의 현실이다.

고령사회 및 초고령사회를 앞두고 있는 현실에서 정부는 수급자 1인당 연간 최소 1000만 원 이상의 많은 예산을 투자하면서 이를 관리하는 케어 매니지먼트는 전무한 실정이다.

따라서 최소한 1차적으로 중증인 1등급 수급자에 대해서는 이들을 전담하는 케어매니저를 둘 수 있도록 법제화하고 단계적으로 케어매니저를 확대하여 고령화사회에서 체계적인 노인요양보호가 이루어질 수 있도록 하여야 한다.

3) 공공시설의 확충 및 민간부문에 대한 규제·감독의 강화

서비스공급기관을 민간에 과도하게 의존함으로써 나타나는 문제점을 해소하기 위해서는 공공시설을 확충할 필요가 있다. 정부는 서울시나 대도시처럼 재정자립도가 높은 지역부터 우선적으로 구립·시립 요양시설을 건축하도록 적극적으로 지원할 필요가 있으며, 일본의 경우처럼 제공자의 주체(공공·영리·비영리)와 시설의 수량통제를 할 필요성이 있다. 농어촌 지역과 같이 민간에서 시설을 공급하기 어려운 지역에는 공공부문에서 적극적으로 시설설립을 지원하여야 하는데 예를 들면 재가시설은 보건소·보건지소의 찰웅(석재은, 2008)을, 요양시설은 국립·시립병원에 병설된 형태의 시설설립 등을 고려해 볼 수 있다.

제4절 재정체제(public finance)

1. 현황

현재 노인장기요양보험제도에서의 재원조달은 보험료, 정부 및 본인일부 부담금으로 구성되어 있다. 노인장기요양보험제도 재원조달의 중심이 되는 보험료는 건강보험료와 통합 징수되지만 독립회계로 관리되고 있다. 장기요양보험료는 건강보험료액에 일정 장기요양보험료율³²⁾을 적용하여 산정·징수하고 있어 별도의 장기요양보험료 부과소득기준은 없다. 이때 노인요양보험료율은 보건복지가족부장관 소속의 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하게 되어 있다. 국가는 대통령령이 정하는 바에 따라 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원하게 되어 있다. 또한 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 장기요양급여비용 중 공단이 부담하여야 하는 비용과 관리운영비의 전액을 대통령이 정하는 바에 따라 각각 분담하게 되어 있다. 따라서 구체적으로 정부의 지원금은 국민기초소득보장제도의 수급권자를 위하여 국가 및 지방정부가 부담하는 비용과 제도운영비의 일부로 구성되어 있다. 현재 전체 재원 중 국가가 부담하는 비중은 25.4%인 것으로 보고되고 있다(김철중, 2009).

본인일부부담은 재가급여의 경우 장기요양급여비용의 100분의 15를, 시설급여는 당해 장기요양급여비용의 100분의 20을 부담하게 되어 있으며, 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 전액을 면제하고 있다. 또한 의료급여수급권자, 소득·재산 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자는 본인부담금을 50% 경감하고 있다.

32) 장기요양보험료율 : 건강보험료의 6.55%.

2. 문제점

1) 요양보험제정의 적자운영 가능성이 내재되어 있음.

장기요양제도는 건강보험공단이 장기요양보험료율(2009년 4.78%)을 근거로 모든 건강보험가입자들로부터 보험료를 징수한 후, 요양등급 판정을 받은 신청자가 제공받게 된 요양서비스 비용 중 본인부담금을 제외한 보험급여를 지급하는 방식으로 운영되고 있다.

건강보험공단이 제출한 장기요양제도 보험수지현황 자료를 살펴보면(<표4-11> 참고), 2008년도 기준으로 순수 보험료 수입 4,770억원, 국고지원금 1,207억 원, 기타 50억원 등 6,027억원이 총수입금으로 계획되었으나, 실제로는 1,299 억원(미수보험료 1,074억원 포함)이 부족한 4,728억원에 그쳤다. 지출을 보면 요양급여비로 2,497억원, 관리운영비로 1,043억원이 지출되었고, 1,188억원이 적립되었다.

공단자료는 장기요양제도의 지속가능성에 경각심을 불러일으키고 있다. 제도 도입 2차 년도인 올해부터 총지출이 총수입을 초과할 것으로 예상되기 때문이다. 총 수입 예상액이 1조 4,194억원이나, 총 지출 예상액이 1조 4,695 억원이기 때문에, 재정수지에 있어서 501억원 적자일 것으로 예상되고 있다. 등급판정을 받게 된 노인비율이 제도도입 당시의 예상(약 3.5%)보다 급격히 증가하고 있기 때문이다. 심지어 2008년도처럼 미수보험료가 상당액 발생될 경우, 총 재정이 마이너스 상태가 될 가능성도 존재하고 있다.

재정수지 차원에서 볼 때, 장기요양보험료율을 높여 보험료수입을 증가시키면서 반대로 지출은 줄여야 제도의 지속가능성을 보장할 수 있다. 그런데 현재와 같이 보험 가입자(전체 건강보험가입자)와 수급자(65세 이상 노인 중등급 인정자)가 거의 일치하지 않은 상태에서 보험료율을 올리게 되면 사회적 반발을 피하기 어려울 것으로 보인다.

그러나 등급 인정자수가 지속적으로 늘어나고 있고 향후에도 고령화에 따라 지속적으로 증가할 것으로 예상되고 있으므로 지출을 줄이는 것 또

한 물리적으로 용이하지 않은 상황이다.

<표4-11 장기요양보험 수지현황>

단위 : 억원

구분		2008년 결산기준 (2008.7.1~12.31)	2009년 추계 (2009.1.1~12.31)
수입 (A)	총계	6,027	14,194
	보험료	4,770	12,055
	국고지원	1,207	2,035
	기타수입	50	104
지출 (B)	총계	3,540	14,695
	요양급여	2,497	13,335
	관리운영	1,043	1,360
당기수지 (A-B)	결산수지	2,487	
	자금수지	1,188	△501
누적수지(자금수지)		1,188	687

주: 2008년도 당기수지 차액 : 1,299억원(미수보험료 1,047억 등 포함)

자료: 건강보험공단.

<표4-12>에 의하면, 장기요양제도로 인해 2009년에는 1조 4,194억원이 보험재정이 소요되고, 매년 기하급수적으로 증가하여 2013년에는 3조 3,595억원의 재원이 필요할 것으로 예측되고 있다. 요양보험료율도 매년 상승되어 2013년에 7.87%에 이르게 된다.

<표4-12> 건강보험 재원부담 및 요양보험료율 추계

구분	건강보험(단위 : 억원)				요양보험료 (보험료율)
	합계	이자 수입등	요양 보험료	국고 지원금	
2008	5,977	26	4,770	1,181	2,700원(4.05%)
2009	14,194	104	12,055	2,035	3,254원(4.78%)
2010 (1~3급)	19,916	97	16,516	3,303	4,062원(5.95%)
2010 (4급 포함)	20,383	97	16,905	3,381	4,290원(6.08%)
2011	25,684	95	21,324	4,265	4,859원(7.04%)
2012	30,821	114	25,589	5,118	5,740원(7.81%)
2013	33,595	124	27,892	5,579	6,257원(7.87%)

주: 2010년도는 1-3등급자와 4등급(등급외 A)까지 포함한 경우를 나누어 추계 하였으나, 2011년-2013은 현재와 같이 1-3등급자만을 포함함

자료: 보건복지가족부 내부자료

그러나 2010년도의 추계치와 같이 현재의 등급외A(요양점수 45-55점)까지로 대상자를 확대할 경우(1~4등급 체제)는 재원과 보험료율이 모두 정부의 예측치보다 높아질 것으로 예상된다.

2) 시설입소자 확대에 따른 추가적 비용에 대한 재정체계가 미흡함.

<표4-9>에서 살펴 본 바와 같이 보험료 지출과 직접적인 관련이 있는 급여별 월 한도액을 비교해 보면, 2009년 기준으로 1등급의 경우는 재가급여와 요양시설급여에 있어서 한도액이 1,140,600원으로 동일하지만, 2등급과 3등급으로 내려갈수록 격차가 더 크게 발생한다.

재가급여 2등급은 971,200원이고, 3등급은 814,700원이므로, 요양시설 2등급 수가(1,033,200원)와는 62,000원, 3등급 수가(925,800원)와는 111,100원 차이가 난다. 전문요양시설의 경우는 일반 요양시설보다 훨씬 더 월 한도액이 높기 때문에, 재가급여 1등급과는 303,900원, 2등급과는 366,500원, 3등급과는 416,200원 차이가 나게 된다.

이는 요양인정 등급이 높지 않은 노인들이 시설에 많이 입소하게 되면 그만큼 보험재정에 있어서는 부정적인 영향을 끼칠 수 있음을 시사한다. 그러나 정부는 2010년부터는 요양시설입소 가능 등급을 3등급까지로 확대시키고 2011년부터는 4등급까지로 확대시킬 계획이다.

노인의 입소가능 등급 확대계획은 요양시설을 이용할 의사가 있는 노인에게 선택권을 부여한다는 점에서는 긍정적인 측면이 없지 않지만 장기요양제도의 운영 과정에서 나타난 불가피성도 있다. 그럼에도 불구하고 3등급 및 등급외자의 추가적인 시설 입소가 요양보험재정 및 지방자치단체 등에 또 다른 재정적 부담요인이 될 것으로 예측된다.

3. 개선방안

1) 장기적인 재원체계 확보와 차등 보험료 적용 및 민간보험과 연계 상품의 개발로 재정안정화를 도모함.

노인이 일단 수급자로 선정이 되면 사망할 때까지 계속적으로 급여서비스가 제공되어야 하는 특징을 갖고 있어 재정부담의 지속적 증가가 예상된다.

제도 도입 초기의 보험료부담은 상대적으로 낮겠지만 노인인구 수의 증가와 평균수명의 연장으로 수급자가 점차 증가하게 되면 보험료는 상향조정될 수 밖에 없고, 재정확보를 위해서 국민에게 부과되는 재정부담이 급격히 증가할 것이다. 또 사회보험 방식에 의한 노인장기요양보험은 요양에 필요한 최소한의 서비스에 국한된 요양보호와 필요한 서비스를 추가적으로 받으려면 또 다시 개인부담이 늘어날 수밖에 없게 되어, 이에 따른 장기적인 재정추계와 재원확보 방안에 대한 중·장기적인 계획수립이 반드시 필요하며 늘어날 국민부담 가중에 대한 사회적 합의와 공감대 형성을 위한 정부의 대국민 홍보와 제도마련이 필요하다.

노인장기요양보험제도가 지속적, 안정적으로 시행되기 위해서는 재정의 안정화가 필요충분조건으로 외국의 사례분석을 통해 본인부담 비율, 요양보험료, 요양등급 판정 등 이 제도의 재정부담 문제와 관련된 요소들을 신중히 검토할 필요가 있다. 독일의 경우 2005년에 자녀가 있는 근로자의 보험료율은 소득의 0.85%로, 자녀가 없는 근로자의 보험료율은 1.15%로 차별화하였으며, 일본의 경우에도 2006년에 상대적 경증 노인을 급여대상에서 제외하여 재정의 안정화를 도모하고 있다. 또한 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드 등 사회보험 방식으로 요양제도를 운영하는 국가들에서는 65세 이상 은퇴한 노인들도 보험료를 지불하도록 하는 등 보험료의 차등적용을 통하여 재정의 불안정에 대비하고 있다.

노인장기요양보험제도는 의료적서비스를 위한 비용은 물론 사회보호 서비스를 위한 비용도 크게 소요된다. 개인의 장기요양보호 비용문제 해결을 위하여 선진국에서도 계속 고심하고 있으나 획기적인 방법은 아직까지 고안되지 못하고 있다. 노령 후반기가 의존기간으로 보편화되고 있는 경향을 감안하면 노령기에는 누구나 장기요양보호 서비스를 받을 확률이 높으므로 모든 국민들이 생애 기간을 통하여 노령 후반기에 집중될 의료비 부담의 위험을 분산하여 분담할 수 있는 체계를 구축하여야 한다.

이러한 노력은 정부만의 노력으로 초고령사회를 대비할 수가 없다. 즉, 개인 스스로가 노년기 계획을 수립할 수 있도록 현재의 청장년기에 있는 계층에서부터 사전에 준비할 수 있도록 하여야 한다. 뿐만 아니라, 민간보

험과 연계상품을 개발하고 부가세와 같이 노인부양에 따른 특별세를 신서 하여 사회전체가 비용분담을 할 수 있도록 재정체계의 전략화가 필요하다.

2) 재가급여의 활성화로 시설입소의 양적 규모를 조정함.

현재 시설입소가 제한되어 있으나 향후 시설입소를 계획하고 있는 3등급의 경우를 기준으로 요양기관별 보험수가를 비교해 보면 요양시설이 월 925,000원(년간 11,100,000원), 전문요양시설 및 그룹홈이 월 1,230,900원(년간 14,700,000원), 재가시설이 월 814,700원(9,776,400원)으로 재가시설을 100으로 기준시 요양시설의 보험수가는 113.5%이고 전문요양시설 및 그룹홈은 151.1%에 해당하는 것으로 수급자가 요양시설 및 전문요양시설, 그룹홈을 이용할 경우에 그만큼 재정부담이 가중되는 구조이다.

따라서 재가급여를 다양하게 개발하고 가족중심의 가족요양을 활성화하여 시설요양에서 가족요양으로 유도함으로써 시설입소의 양적 이동을 축소 조정할 필요가 있다. 물론 이는 이용자로 하여금 선택의 폭을 줄일 수 있는 제한적 사항으로 지적될 수 있으나 재산 및 소득수준과 부양가족 여부에 따라 시설입소 본인부담금을 높게 차별화하는 방법 등을 통해 재정 확보 여건과 연동하여 일정 수준까지는 시설입소의 양적확대를 조정할 필요가 있다.

제5장 결 론

본 연구는 의학기술의 발달과 소득수준 향상으로 기대수명은 연장되는 반면 출생률은 지속적으로 감소함에 따라 노인인구가 급증하게 되고 이에 따른 제반 노인복지문제를 해결하기 위해 국가적 차원에서 도입하여 시행 중인 노인장기요양보험제도에 관하여 이론적 배경과 외국의 선행 경험을 사례연구로 비교검토하고 우리나라 노인장기요양보험제도의 현황과 문제점을 문헌연구를 위주로 살펴보고 이 제도의 안정적인 정착을 위한 개선방안을 Gilbert와 Terrell의 정책분석 틀을 변형하여 고찰하였다.

이에 대한 연구결과를 본 연구의 분석틀인, 대상체계·서비스체계·전달체계·재정체계별로 요약하면 다음과 같다.

첫째, 대상체계의 문제점은, 실질적인 급여대상자 범위가 적어 장기요양 서비스를 받을 수 있는 대상자의 범위가 제한적이며 일상생활에서 도움을 필요로 하는 장애인 대한 장기요양서비스가 배제되고 있다는 점이다. 또한 대상자 선정을 위한 초기 조사단계에서 전문성 결여로 조사자의 자의적 판단 소지가 많으며 신청자의 도덕적 해이로 인해 부정 수급을 받는 경우가 많다는 점이다.

이러한 문제점에 대한 개선방안으로, 급여대상자 확대를 위해서는 재정 확보 노력과 연계하여 기존의 등급외 판정자 중 저소득층을 중심으로 단계적으로 수급대상자를 확대해 나가야 한다. 현재 장기요양보험은 소득과 재산 여부를 불문하고 있으나 수급대상자를 추가로 확대 지정하는 경우에 있어서는 재정여건을 감안하여 저소득층을 중심으로 차별화된 수급자 확대 정책이 필요하다. 장애인 장기요양보험제도 도입과 관련하여서는 제도 도입에 대해 사회적 공감대가 이미 이루어진 상태이므로 조속히 시행할 필요가 있다. 다만, 장애인의 경우에는 정서적·신체적으로 일반 노인의 경우와는 다른 점이 많이 있으므로 이들에 대한 서비스체계와 전달체계는 별도 검토되어야 한다. 대상자 선정기준에 있어서는 초기 조사자의 자의적 판단을 줄이기 위해서 전문성을 부여할 필요가 있다. 이를 위해서는 일본,

영국과 같이 케어매니저 제도의 도입을 검토할 필요가 있으며 부정수급자에 대해서는 국가가 적극적으로 홍보, 모니터링하여 지속적으로 제도개선하여야 한다.

둘째, 서비스체계의 문제점은, 급여형태가 단순화 되어 있어 이용자의 선택의 폭이 적고 현물급여 중심의 정책으로 인해 초기투자가 많은 시설에 대한 의존도가 높아 시설과부족 내지는 지역별 시설편중의 문제점이 발생하며 시설의 초기투자비용이 많아서 사회적 지출비용이 높은 실정이다. 또한 등급별 수가체계의 모순으로 인해 서비스공급자가 인위적으로 대상자와 대상자에 대한 서비스를 선별해서 공급하는 문제점이 있다.

이러한 문제점에 대한 개선방안으로, 급여형태의 다양화를 통해 이용자의 선택의 폭을 확대시킬 필요성이 있으며, 현물급여에만 편중하지 않고 현금급여를 적극적으로 도입하여 초기투자가 많은 시설의 의존도를 낮추어야 한다. 또한 급여제공기관에 따른 등급별 수가체계를 개선하고, 재가 요양수가체계에 있어서 서비스 시간별 수가체계의 모순을 개선하여야 하며, 급여제공기관이 수급자를 등급에 따라 선별적으로 입소시키는 부당행위를 지양하도록 위반하는 서비스제공기관에 대해 패널티 부과와 적극적인 지도점검을 하여야 한다.

셋째, 전달체계의 문제점은, 건강보험공단 중심의 전달체계로 인해 기존의 지방자치단체의 사회복지 네트워크와 시너지효과가 감소하고 있으며 요양보호 실행에 있어 가장 기본적인 전달체계인 전문 케어매니저 부재로 인해 수급자의 맞춤형 욕구를 효과적으로 충족시키지 못하고 있다. 또한 전달체계 대부분이 민간시설로 민간부문에 대한 시설공급 의존도가 높다는 점이다.

이러한 문제점에 대한 개선방안으로, 급여신청자에 대한 1차 초기방문조사 업무 등 지방자치단체가 수행 시 강점이 될 수 있는 업무를 중심으로 지방자치단체와 업무분담과 역할분담을 통해 지방자치단체가 관리하는 사회복지 네트워크와 시너지 효과를 극대화시킬 필요가 있으며 영국과 일본에서 시행중인 케어매니저 제도를 사례 연구하여 도입함으로써 전문성을 제고할 필요가 있다. 또한 민간중심의 시설공급에 대해서는 시설의 지역편

중이 심한 곳을 중심으로 공공시설을 확충해 나가야 하며, 재가방문요양시설과 같이 무분별한 난립이 있는 시설에 대해서는 정부가 규제, 감독을 강화하여 부당경쟁을 방지하고 서비스 질이 낙후되지 않도록 하여야 한다.

넷째, 재정체계의 문제점은, 현행 운영체제 있어 요양보험재정의 적자운영 가능성이 내재되어 있다는 당면과제와 더불어 향후 3등급의 시설입소 정책 등 정부의 시설입소 확대정책에 따른 추가적 비용에 대해 재정체계가 미흡하다.

이러한 문제점에 대한 개선방안으로, 사회적 공감대 형성을 통해 장기적인 재원체계 확보와 간접세 도입 검토 및 차등 보험료 적용의 실시 및 민간보험과 연계상품의 개발로 재정안정화를 도모하고 재정위험을 분산시켜야 한다. 또한 사회적으로 초기비용지출이 많은 시설입소의 양적 규모를 축소 조정하기 위해서는 재가급여의 활성화 정책이 절실하다.



참고문헌

1. 국내문헌

- 석재은(2005), 장기요양보호정책의 한국적 모형에 관한 탐색적 논의, 「한국사회복지학회 학술대회 자료집」, 10권.
- 석재은(2008), 우리나라 노인장기요양 서비스 시장의 특성과 정책과제, 「보건복지포럼 통권 제142호」, 한국보건사회연구원
- 선우덕(2001), 노인장기요양보호욕구실태조사 및 정책방안, 「한국보건사회연구원」.
- 성규탁(1997), 영국의 고령자 주택정책의 현황과 과제: 각국의 고령자 주택정책, 「노인복지정책연구」.
- 안필준(1998), 일본의 간병보험제도 : 각국의 고령자 간병보험제도, 「노인복지정책연구총서」.
- 오테수(2009), 우리나라 노인장기요양보험의 개선방안에 관한 연구, 영남대학교 석사학위논문.
- 원석조(2008), 「사회복지정책론」, 공동체.
- 윤희숙(2010), 「노인장기요양보험의 현황과 과제」, 한국개발연구원.
- 이광재(2007), 「노인요양보험제도의 이해」, 공동체
- 이동현, 이재현(2008), 한국노인요양보험 수급조건의 국가별 비교평가를 통한 발전방안 연구, 「한국정책학회보」.
- 이미진(2008), 장기요양보험제도의 문제점 및 개선방향, 「월간 복지동향」.
- 이안생(2008), 노인장기요양보험제도의 발전방안에 관한 연구. 원광대학교 박사학위논문.
- 이용석(2003), 장기요양보험제도에관한고찰, 「보험학회지」, 66권.

- 이인호(2006), 노인수발 보험제도 도입에 따른 문제점, 대구대학교 석사학위논문.
- 이정(2002), 일본의 노인문제와 개호보험제도에 관한 고찰, 「노동정책연구」 <제2권 제2호>.
- 이춘기(2009), 고령화 사회에 따른 한국노인복지정책의 발전방안에 관한 연구, 국제문화대학원 석사학위논문.
- 이향미(2006), 노인장기요양보장제도의 개선방안에 관한 연구.
- 장완교 외(2008), 장기요양서비스의 수요분석, 「한국개발연구원」.
- 장용수(2008), 노인장기요양보험제도 운영실태에 대한 연구, 경운대학교 사회복지대학원.
- 장재혁 외(2010), 「노인장기요양보험의 이해」, 들샘출판사.
- 정완교 외(2008), 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방향, 「한국개발연구원」.
- 조미성(2007), 영국의 노인장기요양보호정책에 관한 연구.
- 조지현(2008), 노인장기요양보험의 현재와 미래. 「한국학술진흥재단」.
- 통계청(2010), 「2009년 한국의 통계지표」, 통계청.
- 한국보건사회연구원(2009), 장애인장기요양보장제도의 필요성과 추진방안.
- 한정훈(2008), 노인장기요양보험 요양보호사 제도의 실태와 개선방안에 관한 연구, 원광대학교 석사학위논문.
- 황진수 외(2007), 「현대노인복지정책론」, 대영문화사.

2. 국외문헌

- Doty, P., Liu, K., W., Weiner, J., Special Report : An overview of long-term care, *Health Care Financing Review*, 6(3), 1985.
- Gilbert, Neil and Harry Specht(1986). *Dimensions of Social Welfare Policy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Gilbert, Neil and Paul Terrell(1988). *Dimensions of Social Welfare Policy*. Allyn & Bacon.
- Kotler, Philip and Gary Armstrong. *Marketing : an Introduction*, 윤훈현·조봉진 공역(2003), 「最新마케팅原論」. 서울: 석정.
- Prigmore, Charles S. & Charles P. Atherton(1979). *Social Welfare Policy: Analysis and Formulation*. CENGAGE Learning.

3. 기타

- 국회전자도서관(www.nanet.go.kr).
- 법제처(www.molrg.go.kr).
- 통계청(www.nso.go.kr).
- 국민건강보험공단(www.nhic.or.kr).
- 노인장기요양보험 홈페이지(www.longterm.or.kr).

ABSTRACT

A Study on the Elder Long-Term Care Insurance System in Korea

Ann, Jung kyung
Major in Social Welfare
Dept. of Social Welfare Administration
Graduate School of Public Administration
Hansung University

The population of Korea's aging society is continuously increasing along with a unique historical phenomenon in which the global population is growing due to increased life expectancy. Korea became an ageing society in 2000 and is expected to become a super-aged society in 2026.

This rapid aging is bringing about social problems like increased financial burdens for senior citizens, elderly abuse, granny dumping, and elderly suicide causing the necessity of elderly welfare for senior citizens who cannot live on their own, due to decrement of conductive ability and by senile disorders, like dementia or stroke. For these reasons, through many public hearings and demonstration projects, referencing foreign elderly welfare systems such as Germany and Japan, Korea is operating an appropriate 'Elder Long-Term Care Insurance System' from 2008. 7. 1.

Since this system has been operating for two years, it is a very

significant period in which to observe mid to long term welfare policies for senior citizens which prepares for a super-aged society and deducts the problems that we need to understand for the future and examine alternative for problems that we are facing.

Therefore, this research will study cases of German, Japanese and English welfare systems for senior citizens to solve problems that Korea will face in creating a sustainable 'Elder Long-Term Care Insurance System' to prepare for a super-aged society by using Gilbert&Terrell's policy analysis frame. By using these facts, this study will consider improvements of Korean Elder Long-Term Care Insurance System's target, service and delivery system.

