



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

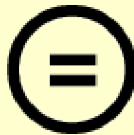
다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

老人長期療養保險制度的 問題點 및
改善方案에 관한 研究

2011 年

The logo of Hansung University is a large, stylized blue 'H' shape. To its right, the words 'HANSUNG UNIVERSITY' are written in a light blue, sans-serif font, with 'HANSUNG' on the top line and 'UNIVERSITY' on the bottom line.

漢城大學校 行政大學院

社 會 福 祉 學 科

社會福祉相談專攻

金 弘 順

碩士學位論文

指導教授 黃振洙

老人長期療養保險制度의 問題點및
改善方案에 관한 研究

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

2010年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉相談專攻

金 弘 順

碩 士 學 位 論 文

指導教授 黃振洙

老人長期療養保險制度의 問題點및

改善方案에 관한 研究

A Study on the Developmental strategy
of System for the Aged

위 論文을 社會福祉學 碩士學位 論文으로 提出함

2010年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社 會 福 祉 學 科

社會福祉相談專攻

金 弘 順

金弘順의 社會福祉學 碩士學位論文을 認准함

2010年 12月 日

審査委員長 _____ 印

審査委員 _____ 印

審査委員 _____ 印

목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구목적	1
제 2 절 연구의 방법 및 범위	3
제 2 장 노인장기요양보험의 이론적 배경	5
제 1 절 고령화 사회와 노인문제	5
1. 노인의 개념 및 특성	5
2. 고령화 사회의 개념	7
3. 노인문제와 노인성질환자의 증가	8
4. 노인문제 및 고령화의 사회적 영향	15
제 2 절 노인장기요양의 개념과 특성	21
1. 노인장기요양의 개념	21
2. 노인장기요양의 필요성	22
제 3 절 노인장기요양보험제도의 환경적 요소	23
1. 노인인구의 증가 및 고령화 사회의 원인	23
2. 고령화 사회의 특성과 실태	26
3. 인구구조와 노인부양비의 전망	31

제 4 절 연구분석모형	34
1. 사회적 할당	34
2. 사회적 급여	38
3. 전달체계	38
4. 재정조달	39
5. 선행연구	40
 제 3 장 노인장기요양보험제도의 문제점	45
제 1 절 우리나라 노인요양보험제도의 개괄	45
1. 도입배경 및 제도 추진일정	45
2. 수급권자	47
3. 요양급여	49
4. 운영체계	51
5. 서비스 이용체계	56
제 2 절 노인요양보험제도의 문제점	58
1. 할당체계(allocation system)	58
2. 급여체계(provision system)	60
3. 전달체계(delivery system)	62
4. 재정체계(finance system)	63
 제 4 장 노인장기요양보험제도의 개선방안	68
제 1 절 할당체계(allocation system)	68

제 2 절 급여체계(provision system)	69
제 3 절 전달체계(delivery system)	71
제 4 절 재정체계(finance system)	74
 제 5 장 결론	 76
1. 논문 요약	76
2. 정책 제언	77
 【참고문헌】	 80
 ABSTRACT	 84



【 표 목 차 】

[표 2-1] 가구 및 가족구조 변화추이(2004, 1998, 1980)	12
[표 2-2] 노인가구형태	13
[표 2-3] 노동인구의 연령별 분포전망	17
[표 2-4] 노인장기요양보험제도가 기존 노인복지서비스 체계와 다른 점	22
[표 2-5] 평균수명추이	25
[표 2-6] 가임여성층 인구의 연령별 변화추이(출산율 중위수준 가정)	26
[표 2-7] 중위(Median)연령의 변화추이	27
[표 2-8] 생산인구의 연령층별 변화추이	28
[표 2-9] 부양비의 변화추이	29
[표 2-10] 고령화지수의 변화추이	30
[표 2-11] 80세 이상 초고령 노인의 인구 및 비율	31
[표 2-12] 부양비의 증가전망	33
[표 2-13] 할당원칙과 사회복지모형	36
[표 3-1] 등급판정위원회의 설치와 구성	48
[표 3-2] 장기요양등급의 점수와 판정기준	48
[표 3-3] 요양급여의 종류와 내용	51
[표 3-4] 재가급여의 등급별 종류와 내용	53
[표 3-5] 시설급여의 등급별 종류와 내용	53
[표 3-6] 의사소견서 및 방문가나호지시서의 발급비용의 종류와 내용 ...	54
[표 3-7] 본인부담금과 공단 또는 국가 등 부담금의 비율 비교	55
[표 3-8] 노인장기요양보험의 서비스 이용체계	57
[표 3-9] 노인장기요양보험의 대상자에 대한 인식	59

[표 3-10] 재가서비스 이용행태	61
[표 3-11] 재가요양수가	65
[표 3-12] 시설 수	66
[표 3-13] 주야간보호, 단기보호수가	66



【 그림 목 차 】

<그림 2-1> 노인성 질환 환자 증가추이(2002~2008)	14
<그림 2-2> 고령화의 경제적 파급효과	16
<그림 2-3> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(공적연금부문)	18
<그림 2-4> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(건강보험부문)	19
<그림 2-5> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(노인복지부문)	20
<그림 2-6> 급속한 고령사회 도래의 원인과 실태	24
<그림 2-7> 합계출산율 가정별 인구추계	32
<그림 2-8> 생산가능인구의 변화전망	33
<그림 2-9> 선택의 차원	34
<그림 3-1> 노인장기요양보험의 전달체계	56



제 1 장 서 론

제 1 절 연구목적

현재 우리나라의 노인 인구 증가율은 2000년에 7.2%로 고령화 사회(aging society), 2018년에 14.3%로 고령 사회(aged society), 2026년에 20.8%로 초고령사회(super-aged society)로 고령사회세계에서 손꼽을 만큼 높은 수치를 보이고 있다. 이것은 UN이 정한 한 국가의 고령화 기준으로써, 한 국가의 전체 인구에서 노인인구(65세 이상)가 차지하는 구성비가 증가하는 현상을 가지고 분류한 것이다. 이 기준에 따르면 전체인구에서 노인인구 구성비가 7%이상인 사회를 고령화 사회, 14%이상인 사회를 고령사회, 그리고 20%이상인 사회를 초고령사회로 구분하고 있다. OECD (2003)에 의하면, 세계적으로는 노인인구의 구성비가 지난 2005년에 14.6%로 증가하였고, 2040년에는 25.4%에 달할 전망이라고 한다.

하지만 이에 반해 정책과 시설 면에서 해결해 나아가야 할 문제들이 많았던 것은 사실이다. 급속한 고령화와 수발을 필요로 하는 노인의 증가, 핵가족화와 여성의 사회참여 증가, 보호기간의 장기화 등으로 가정에 의한 수발은 이미 한계에 도달해 치매노인 수발로 인한 가정파탄 등 심각한 사회문제가 발생하고 있다.

이러한 인구 고령화 및 노인문제를 해결하기 위하여 정부에서는 다각적인 차원에서 여러 가지 대책마련에 노력과 고민을 해 왔는데, 그 중 하나가 노인 장기요양보험법의 제정이다. 노인장기요양보험제도는 2000년부터 많은 논의와 검토를 통하여 전국 13개 지역에서 1,2,3차의 시범사업을 거친 후 2007년 4월 27일 국회를 통과하여 2008년 7월부터 본격적으로 실행되고 있다. 이로써 우리나라도 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험, 연금보험에 이어 제5대 사회보험으로써 노인장기요양보험을 가지게 된 것이다.

노인장기요양보험은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매, 뇌혈관성질환 등 노인성 질병을 가진 자를 대상으로 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원

등의 장기요양급여를 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험제도이다. 수급자에게 배설, 목욕, 식사, 취사, 조리, 세탁, 청소, 간호, 진료의 보조 또는 요양상의 상담 등을 다양한 방식으로 장기요양급여를 제공하며, 이미 오래전부터 고령화 현상을 겪고 있는 선진국들은 우리나라 보다 앞서 다양한 방식으로 장기요양서비스를 제공 중에 있다. 선진국 사례제공 방식에는 제정방식, 사회보험방식, 건강보험의 급여 일종으로 제공하는 방식 등이 있다. 제정방식(국가+지방자치단체)을 실시하는 국가는 영국, 호주, 스웨덴, 노르웨이 등이 있고, 사회보험 방식을 실시하는 국가는 독일, 일본, 네덜란드, 룩셈부르크 등이 있으며, 건강보험의 급여 일종으로 제공하는 방식은 미국, 캐나다 등이 있다¹⁾.

본 제도의 시행 전과 후로 우리나라의 노인장기요양보험 실시에 따른 사회적, 제도적, 법적 문제점과 개선방안에 대한 많은 논의가 있었고, 특히 학술목적에서도 수많은 연구가 진행되고 있다. 본 연구도 학술연구의 목적이 있으므로 학술연구와 관련된 선행연구들을 조사해 보면, 노인장기요양보험의 필요성과 추진배경에 대해서는 거의 동일한 자료에 의해서 조사 및 연구되어져 왔으며, 노인장기요양보험의 실시를 둘러싸고 나타나는 문제점과 개선방안의 모색과정은 언론보도를 통해 제시된 문제점이나, 사회적 현상과 맞물린 단편적 문제점을 통해 개선방안이 제시되고 있다.

본 연구에서는 정부의 정책 자료와 국내외에서 출간된 단행본, 학위논문, 학술논문, 언론보도자료 등의 각종 자료를 수집하고 분석하여 사회복지의 기본적인 연구 분석의 틀이라고 할 수 있는 Gilbert & Specht의 모형을 기준으로 우리나라 노인장기요양보험의 문제점과 개선방안을 도출해 보고자 한다.

제 2 절 연구의 방법 및 범위

노인장기요양보험제도가 기존의 노인복지와는 다른 점을 말한다면, 법적

1) 김근홍, “노인장기요양보호를 위한 사회보험의 필요성”, 『사회복지정책』 18집, 2005. p.244.

근거라고 할 수 있을 것이다. 즉, 기존 노인복지가 노인복지사업법에 근거한 것과는 달리, 노인장기요양보험제도는 노인장기요양보험법에 근거해 2008년 7월 도입되어 시행되고 있는 노인복지제도의 하나로 도입목적은 65세 이상 고령이나 노인성 질병을 가지고 등급 기준 1,2,3등급 내에 있는 거동이 불편한 어르신들에게 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·단기보호, 요양시설 입소와 같은 장기요양서비스를 제공함으로써 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 부양가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는 것이다.

본 연구는 현재 우리나라가 처하고 있는 인구고령화 문제에 대해 간략하게 진단해 본 후, 이러한 고령화에 대비할 수 있는 노인복지제도로써 노인장기요양보험에 대하여 좀 더 세밀하게 살펴볼 것이다. 그리고 현재 우리나라에서 실시되고 있는 노인장기요양보험의 문제점과 개선방안을 도출하기 위해서 사회복지분야의 기본적인 연구 분석 틀이라고 할 수 있는 Gilbert와 Specht의 연구모형을 본 연구의 기준으로 삼을 것이다. 즉, Gilbert와 Specht의 분석틀은 할당·급여·전달·재정의 4가지 주요구성요소 차원에서 각기 가치·이론·대안의 측면에서 아래와 같은 의문을 가지고 분석을 위한 틀을 형성한다.²⁾ 첫째, 사회적 할당(social allocation)의 기준은 무엇인가? 둘째, 할당되어질 사회적 급여(social provision)의 형태는 무엇인가? 셋째, 이들 급여의 전달(delivery)을 위한 전략은 무엇인가? 넷째, 급여를 위한 재정(finance) 조달방안은 무엇인가? 이다. 사회적 할당의 기준은 선택의 처음 두 개 차원인 “어떠한 사람이 무엇을 받을 것인가?”라는 질문에서의 “어떠한 사람”에 해당되며, 일반적으로 보편주의(universality)와 선별주의(selectivity)가 그 기준이 되고, 보편주의는 노인을 위한 사회보장이나 교육 등과 같은 급여를 사회적 권리로써 전체인구에게 주어질 수 있도록 한 것이며, 선별주의는 자산조사에 의해 결정된 개인의 필요에 따라 급여가 주어지는 것을 말한다. 사회적 급여는 급여를 받을 자격을 갖춘 사람이 받는 급여의 내용에 관한 문제인데, 여기에는 현물급여(benefit in kind)와 현금급여(benefit in cash)가 그 기준이 된다. 사회복지정책에

2) Neil Gilbert & Harry Specht, *Dimensions of Social Welfare Policy* (2nd ed.), Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1986, p.56.

있어서 전달체계란 사회적 급여를 대상자들에게 어떻게 하면 민주적이면서도 효율적으로 서비스를 전달해 주느냐에 관한 것이고, 재정조달방식으로는 크게 기여금 및 요금부과 재정조달방식(Contributory Schemes and Fee Charge), 자발적 재정조달방식(Voluntary Financing), 공적 재정조달방식(Public Financing) 등의 세 가지가 기준이 된다.

본 연구에서는 이러한 Gilbert와 Specht의 분석틀을 기준으로 우리나라 노인장기요양보험의 문제점과 개선방안을 살펴보기 위해 우선적으로 문헌조사 및 선행연구조사를 실시하였다. 문헌과 선행연구로는 국내외에서 발간된 단행물과 학위논문, 학술지 등의 연구자료를 수집하여 조사하였으며, 이 외에도 언론보도자료, 정부간행물, 정부정책자료 등을 수집하여 연구의 자료로 활용하였다.



제 2 장 노인장기요양보험의 이론적 배경

제 1 절 고령화 사회와 노인문제

1. 노인의 개념 및 특성

일반적으로 ‘노인’이라는 용어를 사용할 때, 나이 많은 자를 말하는 것이지만, 어느 정도의 나이부터인지는 정확히 말할 수 없는 개념으로 볼 수 있을 것이다. 가장 보편적으로 쓰이는 용어가 ‘노인(老人)’인데, 이 경우 ‘늙은이’란 뜻으로 긍정적인 표현은 아니며, 낡고 헤어졌다는 뜻이라고 한다³⁾. ‘노인’의 용어상의 정의를 언어학적으로 살펴보면, 먼저 히브리어에서의 ‘노인’은 ‘사퀀’으로 “수염이 희다”는 뜻이다. 이 ‘사퀀’은 60대 이상의 노인을 말하는 것이고, ‘셉하’는 “흰머리”라는 뜻으로 70대 이상의 노인을 말한다. 그리고 ‘야시노’는 “흔들린다”는 뜻으로 80대 이상의 노인을 말한다. 희랍어에서의 ‘노인’은 “자녀를 낳을 수 없는 늙은이(Old man)”의 뜻인 ‘게론’과 “늙은 나이(Old age)”라는 뜻인 ‘게라스’, “늙은이(Aged man)”를 뜻하는 ‘프레스 부테스’로 나타내어진다.

우리나라에서도 만60세가 되면 ‘환갑’이니 ‘회갑’이니 해서 ‘노인’과 비슷한 개념으로 사용하는 전통이 있고, 법 규범으로는 1961년 제정된 생활보호법 제3조 제1항 1호와 1993년 제정된 노인복지법에서 65세 이상부터를 노인으로 규정하고 있다.

하지만 사회·경제가 발달하고 의료기술이 발전함에 따라서 노인 나이의 기준도 달라지고 있는 것으로 조사되고 있는데, 최순남(1997)에 의하면 도시 중류층 가정에서는 노인 나이의 기준을 70세경으로 보고 있다고 한다. 결국 노인의 개념과 기준은 사회나 국가의 정치·경제·사회·문화적인 배경과 여건 및 개개인의 심리·육체·정서적 요인에 따라 차이가 발생할 수 있으며, 노인에 대한 연구를 진행한 학자에 따라서도 개념정의에 약간의 차이가 보이기도 한다.

3) 김동배, “노인의 정의”, 노년시대신문. 2009.3.20

박영숙(1998)은 Tibbitte의 노인 개념을 설명하면서 노인을 “생리적, 육체적으로 변화기에 있고, 심리적인 면에서 개성이 감퇴되고 있으며, 사회적 변화에 따라서 사회적 관계가 과거에 속해 있는 사람”이라고 정의한 것을 소개하고 있으며, Breen(1960)은 노인을 “생리적 및 신체적으로 쇠퇴기에 있는 사람, 심리적인 면에서 정신기능과 성격이 변화되고 있는 사람, 사회적인 면에서 지위와 역할이 상실되어 가는 사람”이라고 정의하고 있다. 국내에서 진행된 연구에 의해서도 ‘노인’에 대한 개념정의가 시도되었는데, 이혜원(1996)은 노인을 “인생의 마지막 단계에서 노화와 더불어 신체적, 심리적, 사회적 기능이 점차 쇠퇴하여 생활기능 수행상의 장애를 경험하는 사람”이라고 정의하였고, 윤진(1983)은 노인을 “인생의 마지막 단계에서 노화와 더불어 신체적, 심리적, 사회적 기능이 점차 쇠퇴하여 생활기능 수행상의 장애를 경험하는 사람”이라고 정의하였으며, 장인협·최성재(1990)는 노인을 “생리적 및 신체적 기능의 퇴화와 더불어 심리적 변화가 일어나서 개인의 자기유지기능과 사회적 역할기능이 약화되고 있는 사람”으로 정의하였다.

뿐만 아니라 ‘노인’을 연령계층별로 구분하여 분류한 연구도 진행되었는데, Robert H. Binstock, Linda K. George(1976)은 그들의 연구에서 미국의 노년학자인 Neugarten이 분류한 노인의 3가지 연령계층을 소개하였다. 즉 노인은 “55~64세를 청년노년기(Young-old), 65~74세를 중노년기(Middle-old), 75세 이상을 고령기(Old-old)”로 구분할 수 있다는 것이다.

또한 ‘노인’에게 나타나는 신체적·심리적·사회적 변화에 근거하여 ‘노인의 특징’을 분석한 연구도 있다. 임춘식(1992)에 의하면, 노인의 특성을 “자기중심성, 보수성, 유연성의 부족, 융통성이 없음, 고집이 강함, 적응력의 저하, 심기성, 의존성, 욕구의 증대 등”으로 분류하면서 노년기에 성격이 변하는 원인을 “첫째 신체적인 원인, 둘째 과거 경험에서 오는 원인, 셋째 사회적 활동의 축소에서 오는 원인, 넷째 노인에 대한 사회에서의 태도 등”에서 찾았다. ‘노인’에게 나타나는 구체적인 ‘신체적 요인’으로는 “머리가 희어지고 피부에 주름이 지는 등 외면적으로 나타나는 변화는 용이하게 파악된다. 노쇠의 정상적인 과정과 병리적인 관계는 상호간에 매우

밀접하게 관련되어 있다. 또한 고령이 됨에 따라 색감이 쇠퇴하고 사물을 인지함에 있어 정확성이 감퇴된다.”⁴⁾ 하였으며, ‘심리 사회적인 요인’에서는 “공포, 괴로움, 실망 및 분노가 유쾌한 정서보다 더 빈번히 오고 노인의 성격은 바람직하지 못한 방향으로 변하여 이기적이고 자기중심적이며 비열하고 인색하고 싸우기 좋아하고 권위적이 되며 자기 자신을 불쌍히 여겨 자기 연민에 빠져들기도 하며 심한 경우에는 슬픔과 우울증으로 정신의학적인 치료를 받아야 하는 지경에까지 가기도 한다.”⁵⁾ 조사되었다.

결국 ‘노인’의 개념과 분류 및 특징을 종합해 보면 ‘노인’은 일정한 연령으로 정하기는 어렵고 다만 일반적으로 분석의 편의상 “60~65세 이상의 생리적, 신체적, 정신적, 사회적인 활동과 역량이 쇠퇴되고, 적응하지 못하며, 소외되고, 의욕이 상실되는 등 종합적인 노인증상이 나타나는 시기”라고 할 수 있을 것이다.

2. 고령화 사회의 개념

한 나라의 전체 인구 중에서 ‘노인’이 차지하는 비중이 어느 정도 되는 가하는 문제는 ‘고령화 사회’를 정의하는 데 도움이 된다. 정확히 표현하자면, “한 나라의 전체 인구에 대비하여 노인인구가 차지하는 비율이 증가하는 상태”를 ‘고령화 사회(Aging society)’라고 할 수 있다. 이는 ‘상태’, 즉 ‘과도기적 성격’을 가진 것을 뜻하고 있으므로, “노인인구가 일정비율로 증가한 어떤 단계에 와서 그 비율이 거의 안정된 상태가 지속된 사회”를 의미하는 ‘고령사회(Aged society)’와는 다른 개념이 될 것이다. 그러므로 김성순은 “고령화 사회는 노인문제가 직접적인 사회문제로 대두되는 시기”라고 하면서 고령화 사회의 문제와 노인복지를 강조하였다.⁶⁾

그리고 한 나라의 전체 인구 중에서 노인인구가 차지하는 비율의 정도를 기준으로 사회나 국가의 상태를 분류한 연구가 있는데, UN(1956)은 “한 나라의 인구 가운데 65세 이상의 노령인구 비율이 4% 미만인 나라를

4) 아산사회복지사업재단, 『현대사회와 노인복지』, 제4회 복지사회심포지움, 1982, pp.111- 112.

5) 임춘식, 『현대사회와 노인문제』, 유풍출판사, 1992, p.49

6) 김성순, 『노인복지학』, 삼우출판사. 1991,

유년 인구국(young population), 4~7%인 나라를 성년 인구국(mature population), 그리고 7% 이상인 나라를 노년 인구국(aged population)”이라고 하였다. 그러나 이 기준은 1950년대 이전의 상황을 고려한 것이므로, 1960년대 이후부터의 노인인구 구성비율의 늘어남을 참조하여 Cowgill(1972)은 “한 나라의 전체 인구 중 65세 이상 인구가 4% 미만인 나라를 유년국(young population), 4~6%인 나라를 청년국(youthful population), 7~9%인 나라를 성년국(mature aging population), 그리고 10% 이상인 나라를 노년국(aged population)”으로 구분하였다. 그러나 일반적으로 65세 이상의 노인이 전체 국민의 7% 이상이 되면 고령화사회, 14% 이상이면 고령사회, 그리고 21% 이상일 때 초고령 사회로 보고 있다.

3. 노인문제와 노인성질환자의 증가

현대 산업사회의 특징이라 할 수 있는 도시집중과 핵가족화 및 인구의 노령화에 따른 노인문제는 우리 사회에서도 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 사회가 근대화, 산업화되면서 전통적인 가족구조는 해체과정을 겪어 가정과 직장이 분리되고, 정치적·종교적·교육적 기능이 점점 분화되기 시작했다. 따라서 과학기술의 발달은 ‘능률지상주의’를 추구하게 되었고, 이익의 극대화 현상은 ‘능력 없는 자의 도태’를 의미하게 되므로 점점 인정과 정서가 메말라가고, 이해타산 중심으로 진행하기에 이르렀다. 이러한 관점에서 볼 때, 노인도 옛날의 가부장적 권위는 실추되고, 무능력, 무기력한 존재로서 비생산적인 위치로 전락하게 된 것이다⁷⁾.

오늘날 선진 외국이나 우리나라도 마찬가지로 65세 이상의 노인인구가 10%를 훨씬 상회하여 20%에 이르는 고령화 사회로 진입되고 있으며, 그에 따른 여러 노인문제를 안고 있다. 따라서 노인문제는 현대사회에 있어서는 가치관의 변화, 가족개념의 변화, 사회 경제적 구조의 변화가 있고 인구학적 측면에서의 노인문제는 인구문제가 제기되고 있으며 노인인구의 증가로 인해 더욱 심각해질 것으로 예상된다. 앞으로 20년간 평균수명의

7) 황진수, 『현대복지행정론』, 대영문화사, 2002, pp.269

연장과 전체인구에서 차지하는 노년인구가 증가할 것이다. 그렇게 되면 사회적 부양체제역할을 보완할 사회, 경제적으로 합리적이며 과학적인 정책의 수립과 실시를 필요로 한다.⁸⁾ 이와 함께, 도시화, 산업화, 경제적 빈곤, 노인성질환 등등 이제 가정을 떠나 사회적문제로 대두되고 있다. 현재, 우리 사회는 과거의 어느 시기보다 노인을 위한 자리를 마련하지 못하고 있다. 노인인구의 증가는 노인문제에 대한 보다 질적인 접근을 필요로 하고 있으며 다각적인 측면에서 노인문제에 대한 이해를 필요로 하고 있다.

1) 노인문제

(1) 고령인구증가

인구의 고령화는 세계 각 국에서 겪고 있는 공통적인 일이지만 범세계적인 문제로서 관심을 갖게 된 것은 비교적 최근의 일이다. 우리나라는 10여년 동안 출산 억제정책이 지속되었다. 인구현상의 변화는 타성이 있기 때문에 짧은 시간에 증가와 감소가 수시로 교차하는 변동을 기대할 수 없다. 1980년대 중반 이후 저 출산 경향이 고착화되고, 장래인구 추계에서 베이비 붐 세대의 비중이 크다는 것과 그 이후 세대의 감소가 장래 인구 감소로 이어진다는 것이 명확했다. 그러나 인구정책에 의한 효과는 적어도 20~30년 후에 나타나므로 인구 변동의 부담에 대한 사전대책이 미흡했기 때문에 오늘날 고령화 현상이 더욱 심각해졌다고 할 수 있다⁹⁾. 또한 산업화에 따른 경제발전과 더불어 현대의학이 발달하고 공중보건 및 각종 위생시설이 개선되면서 사망률이 감소하고 평균수명이 연장됨에 따라 인구는 증가하게 되었다. 이와 같은 노인인구의 증가는 부양인구의 증가라는 중요한 사회문제를 야기하고 있다. 앞서 살펴보았듯이, 노인인구가 전체인구에서 차지하는 비중이 급증하고 있고, 다른 선진국에서 이미 노인문제로 인한 사회문제를 경험하였음에도 우리나라는 노인문제에 대한 사회적 대책이 미진하였다. 노인의 소득, 의료, 주택, 교육 등에 대한 대책이 취약

8) 황진수, 전제서, p. 275

9) 황진수 외, 『현대노인복지정책론』, 대영문화사, 2007, p32

한 상태에서 최근에는 노인을 위한 연금, 의료보험 등을 시행하였으나 연금과 같은 경우 1988년 시행되어 이미 노령기에 접어든 노인에게는 별 효과가 없는 제도일 뿐이다. 다만 현재 시행되고 있는 노령연금법은 큰 위안이 되고 있다. 따라서 우리나라는 노인취업, 여가, 의료에 대한 사회복지 대책이 필요하다.

(2) 산업화에 따른 도시화

우리나라의 산업별 구조는 1차 산업 중심에서 2,3차 산업 중심으로 변화하는 추이에 있다. 이와 같은 산업화, 공업화, 도시화는 인구이동을 유발시켰고, 가족의 분화를 초래하였다. 즉 인구의 급격한 도시집중 현상은 대도시의 저임금, 저소득생활자와 무주택가구를 증가시켜 가족의 분화를 불가피하게 만들었으며, 노인인구를 증가시키는 결과를 빚었다.¹⁰⁾ 사회적 이동에 의한 인구구조의 변화는 산업구조의 변화에 따른 도시화 현상과 밀접하게 관련된다. 즉, 산업화가 진행되면서 농촌인구는 점차 줄어들고 도시인구 및 도시화율은 상대적으로 증가하였다. 인구가 도시로 급격히 집중됨에 따라 특히 대도시에는 많은 저임금, 저소득 생활자, 무주택가구를 증가시켜 가족의 분화가 불가피하게 일어나게 되고 이것은 곧 노인가구를 증가시키게 되었다. 인구의 연령구조와 산업구조의 변화로 인하여 노인은 사회적·가정적으로 지위나 역할이 변하고 있다. 즉, 농업을 중심으로 한 정주 사회에서는 노인의 지위와 역할은 변동 없이 유지되었지만 공업사회, 산업사회, 발전 속도가 빠른 현대사회에서는 노인의 역할이 감소되므로 지위를 확보하는 일이 곤란하게 된다. 따라서 산업화로 인한 생활구조의 변화, 인간수명의 연장, 가치관의 변화, 노후보장제도의 결여 등으로 고독, 소외, 질병, 생계곤란의 노인문제를 발생케 하였다. 이러한 요소들은 경제, 사회, 문화가 발전해 나가는 근대화 과정에서 노인문제가 사회문제로서 등장하게 되는 요인이 되고 있다.

10) 황진수, 전제서, p. 270

(3) 만성질환 노인의 증가

65세 이상 노인의 대다수(약 87%)가 장기간 치료 요양을 요하는 당뇨, 관절통, 고혈압 등 만성 퇴행성 질환을 앓고 있으며, 이러한 질환들은 나이가 들어감에 따라 점차 증가한다. 노인성질환의 증가는 노인이 혼자 생활하기 힘들어 지속적인 보호의 필요하다. 특히 인구고령화 추이에 따라 치매, 중풍노인이 증가하고 있다. 우리나라의 경우 ‘2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사’(한국보건사회연구원, 2005)에 따르면 주요 만성 질병으로 관절염(43.1%), 요통 및 좌골통(30.6%), 신경통(22.1%), 고혈압(40.8%), 백내장(18.1%), 빈혈(15.9%) 등이 나타나고 있다¹¹⁾.

(4) 가족구조의 변화

우리나라 전통사회는 조부모, 부모, 자녀 한집에 살던 대가족제도에서 산업사회이후로 부모, 자녀 사는 핵가족시대로 변화였다. 공업화의 발전으로 농사를 짓던 노인의 지혜는 필요가 없어지고 부부와 자녀를 우선시하는 가치관이 지배하였다. 결혼관이 변하면서 1인 세대도 증가하고 있다. 이와 같은 핵가족화 추세는 효도, 동거, 존경, 부양, 의식의 약화, 노인의 권위 약화와 도시화·산업화, 경제적 빈곤까지 겹쳐 노인문제는 개인의 문제를 떠나 가정, 사회문제로 대두되고 있다 말하자면 선진국들의 노인층은 물질적 보장이 전제된 정신적·심리적 고독, 소외 등이 문제시되고 있으나, 우리나라는 핵가족화의 과도기 과정에서의 물질적 문제뿐만 아니라, 물질적·인간적 부양의 문제까지 부담하여야 하는 상황에 처해 있다고 할 수 있다.¹²⁾ 또한 핵가족화가 가속화됨에 따라 전통적 부양의식의 감퇴로 도시지역이나 농어촌지역 모두 노인부부, 또는 노인 혼자 사는 단독 세대가 점차 증가하고 있으며 앞으로도 이런 경향은 가속화될 전망이다.

11) 김석준, 『고령화 사회와 노인장기요양시설』 한국학술정보(주) 2009, pp48~49

12) 김성순, 『노인복지론』 이우출판사, 1981, p20

[표 2-1] 가구 및 가족구조 변화추이(2004, 1998, 1980)

구분		2004(%)	1998(%)	1980(%)
가구규모	1인	16.4	13.2	4.8
	2인	24.1	20.5	10.5
	3인	20.3	20.4	14.5
	4인	27.4	31.1	20.3
	5인이상	11.8	14.9	29.9
평균가구원수(명)		2.9	3.2	4.5
가구유형	핵가족	83.4	81.8	74.0
	직계가족	14.4	15.2	11.2
	기타	2.2	3.0	14.8
세대구성	1세대	22.4	18.4	8.3
	2세대	65.6	69.0	68.5
	3세대 이상	12.0	12.6	23.3
계		100.0	100.0	100.0
가구(개)		9,308	9,355	7,969,000

자료: 한국보건사회연구원, 2005, 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사

*참조: 김석준, 『고령화 사회와 노인장기요양시설』 한국학술정보(주) 2009, p50

우리나라 가구 및 가족구조를 살펴보면 가구는 핵가족의 형태로 정착되어 가고 있으며 3인 이내의 가구구조를 갖는 것으로 나타나고 있다[표 2-1]. 이러한 가구구조의 변화는 노인가구의 변화에 많은 영향을 미친다. 1998년과 2004년에 전국노인생활실태 및 복지욕구 조사를 살펴보면 노인독신가구와 노인부부가구가 증가하고 있으며 자녀동거 노인 가구는 감소하고 있는 것으로 나타난다.¹³⁾

13) 김석준, 『고령화 사회와 노인장기요양시설』 한국학술정보(주) 2009, pp50~51

[표 2-2] 노인가구형태

구분		2004			1998
		전국	동부	읍면부	
노인독인가구		24.6	22.1	30.0	20.1
노인부부가구		26.6	24.5	31.3	21.6
자녀동거 노인가구	노인+ 기혼자녀	29.1	31.0	25.0	39.0
	노인+ 기혼,미혼자녀	2.7	3.2	1.5	2.1
	노인+ 미혼자녀	11.7	13.5	7.6	12.1
	계	43.5	47.7	34.0	53.2
기타 노인가구	노인+ 부모	0.9	0.8	0.9	0.8
	노인+ 손자녀	3.7	4.0	3.0	3.6
	노인+ 친척	0.5	0.6	0.3	0.4
	노인+ 비혈연	0.3	0.4	0.2	0.3
	계	5.4	5.7	4.7	5.1
계		100.0	100.0	100.0	100.0
가구		2,456	1,689	767	1,958

자료: 한국보건사회연구원, 2005, 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사

*참조: 김석준, 『고령화 사회와 노인장기요양시설』 한국학술정보(주) 2009, p51

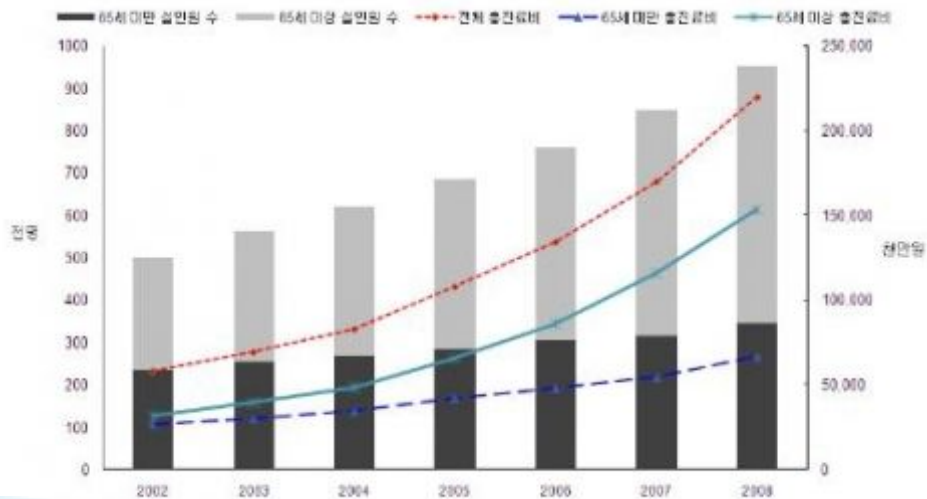
2) 노인성 질환자의 증가

앞서 살펴보았던 바와 같은 이유로 인하여 노인문제가 사회적으로 이슈화 되는 것과는 또 다른 측면에서, 노인성질환을 겪고 있는 노인환자의 수가 증가하고 있다는 것도 복지적인 차원에서 고려해 보아야 할 과제라고 할 수 있다. 다시 말하자면, 최근 발생한 노인성질환 진료비의 증가 추이를 살펴보면, 2002년 대비 2008년 노인성질환 관련 진료실 인원이 91% 증가하였다고 국민건강보험공단이 밝히고 있다¹⁴⁾. 이 보도 자료에 의하면, 2002년 대비 2008년에 의료기관을 이용하는 노인성질환자는 90.8%(49만9천명→95만2천명), 총진료비는 278.2%(5천8백억원→2조1천9백억원), 공단부

14) 국민건강보험공단 홈페이지 <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main> 2010.10.3 검색

담금인 급여비는 281.2%(4천5백억원→1조7천억원) 증가한 것으로 나타났다.

<그림 2-1> 노인성질환 환자 증가추이(2002~2008)



※ 노인성질환은 2008년 7월 1일부터 시행되고 있는 노인장기요양보험의 대상 질환으로, 치매(F00~F03, G30), 파킨슨병(G20~G22), 뇌혈관질환(I60~I69) 및 기저핵의 기타 퇴행성질환(G23)이 포함됨, 그리고 노인성질환자의 의료비 추이를 살펴보면, 2004년을 기점으로 총진료비가 가파르게 증가하였으며, 65세 미만보다 65세 이상에서 더 급격히 증가하고 있다. 노인성질환자의 10만명당 치료유병률을 살펴보면, 2002년에 1,039명이었던 것이 2008년에는 1,884명으로 약 2배 늘어났으며, 치료유병률의 증가 또한 65세 이상 노인에서 두드러지고 있어서, 2002년도에 65세 이상 노인인구 10만명당 6,906명이 노인성질환자였던 것이 2008년에는 11,935명으로 크게 증가였다. 또한 의료보장 형태별 노인성질환 진료추이를 살펴본 결과, 의료급여대상자의 경우 진료실인원은 144.1%, 총진료비는 371.2% 증가하였고, 건강보험 가입자에서는 진료실인원이 82.0%, 총진료비가 261.9% 증가한 것으로 나타나 건강보험가입자보다는 의료급여대상자에서 진료이용량이 크게 증가하였다. 진료이용을 건강보험료 수준에 따라 10분위로 나누어 보면, 2002년부터 2007년까지는 진료이용량의 분위별 차이가 크지 않았으

나, 2008년에 들어서면서 고소득층에서 크게 증가한 것을 볼 수 있다. 10분위 대상자의 경우 2002년 대비 진료실인원이 272.1%, 총진료비가 632.6%로 큰 폭으로 상승했다. 그리고 질환별로 비교하면, 뇌혈관질환의 연도별 진료실인원이 가장 많았고, 2002년 대비 2008년 증가율은 치매가 3.68배로 가장 많이 증가하였다.

노인성질환 전체의 1인당 진료이용량은 2002년부터 꾸준히 증가하였는데, 특히 치매의 증가폭이 2005년을 기점으로 가파르게 상승하는 것으로 나타났다. 65세를 기준으로 대상자를 나눠서 살펴본 결과, 65세 미만인 자에서는 꾸준한 증가 양상을 보인 반면, 65세 이상 노인에서는 치매와 파킨슨병이 2005년을 시작으로 급격하게 증가하였다.

노인성질환으로 인한 총진료비가 큰 폭으로 증가한 것은 우선 수요 측면에서 우리나라 노인인구, 특히 후기고령자의 급증에 따른 결과라고 추정된다. 또한, 공급 측면에서 요양병원 및 노인전문병원 증가도 노인성질환 진료비 증가의 직접적 요인이라고 할 수 있다. 요양병원 병상은 2003년 8,355병상에서 2007년에 66,727병상으로 698.7% 증가하였고, 노인전문병원의 병상수도 2005년 5,209병상에서 2007년에는 10,096병상으로 93.8% 증가하였다. 특히 노인성질환 중 치매와 파킨슨병의 2005년을 기점으로 한 급격한 1인당 총진료비의 증가는 노인인구 증가와 함께 노인의 부양문제가 사회문제로 대두되면서 치매와 파킨슨병의 부양문제가 사회적 화두가 되었고, 이와 맞물려 2008년 7월 1일에 실시된 노인장기요양보험의 대상 질환이 되면서 사회적 관심의 증가에 의해 잠재수요가 현재화된 결과로 추정된다¹⁵⁾.

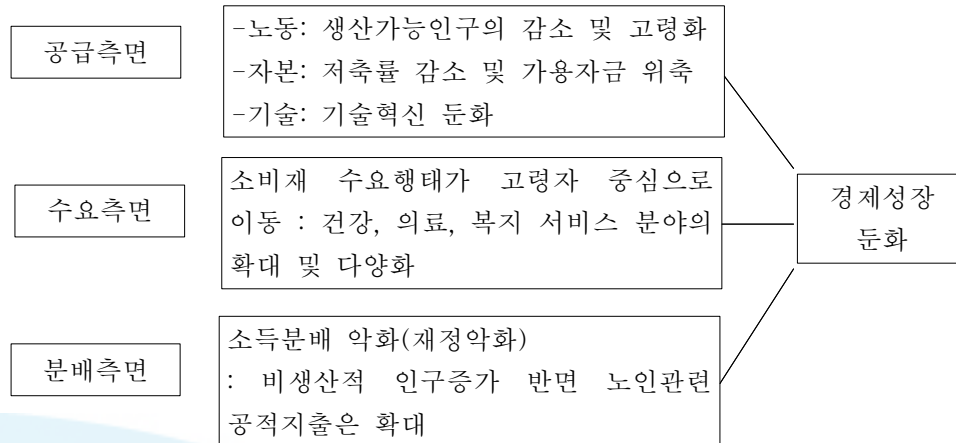
4. 노인문제 및 고령화의 사회적 영향

한 나라의 전체 인구 중에서 차지하는 노인인구의 비중이 점차 증가함으로 인한 노인문제 또는 인구 고령화가 사회·경제에 미치는 문제에 대해서 김진덕(2006)은 “공급측면, 수요측면, 분배측면”의 3가지의 관점에서

15) 국민건강보험공단 홈페이지 <http://www.nhic.or.kr/portal/site/main> 2010.10.3 검색

연구하였다. 즉, <그림 2-2>와 같이 “공급측면의 핵심적인 요인인 ‘노동시장문제’, 수요측면의 핵심적인 요인인 ‘사회복지서비스문제’, 분배측면의 핵심적인 요인인 ‘재정문제’에 대해서 각각 어떠한 영향을 주는가?”라는 문제가 핵심이라는 것이다.

<그림 2-2> 고령화의 경제적 파급효과



*참조 : 김진덕, "고령화 사회에 대응한 충북지역 고령인구의 인적자원 개발방향", 충북개발연구원, 2006.12, pp.5~13.

1) 노동시장에 미치는 영향

노인 인구가 증가하여 제기된 고령화 사회의 문제는 노동시장에서 생산이 가능한 인구를 감소시킨다는 문제를 발생시킨다. 다시 말하면, 생산이 가능한 인구 자체가 고령화 되고 이에 따른 노동생산성이 떨어져 경제성장의 둔화요인이 될 우려가 크다는 것이다. 한국개발연구원(2005)은 2000년에서 2050년까지의 기간을 10년 단위별로 분류하여 15세부터 65세 이상까지의 연령대로 구성된 노동인구의 분포를 전망하였는데, [표 2-3]과 같이 15세~49세까지의 노동인구는 점차 감소하는 반면에, 50세~65세 이상까지의 노동인구는 점차 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히 65세 이상의 노동인구 전망치를 살펴보면 2000년도에 4.8%였던 것이 2050년에는 17.

8%로 약 400%의 증가 전망치를 보이고 있다.

[표 2-3] 노동인구의 연령별 분포전망

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
15-24세	9.6%	7.0%	6.5%	5.4%	5.1%	5.4%
25-49세	66.0%	61.1%	53.3%	48.5%	47.0%	44.0%
50-64세	19.6%	25.5%	31.8%	32.7%	31.2%	32.8%
65세이상	4.8%	6.4%	8.4%	13.4%	16.7%	17.8%

*참조: 한국개발연구원. "인구고령화의 과급효과와 대응과제", 2005. 4. p.7.을 표로 재정리

뿐만 아니라 한국개발연구원(2005)에서는 2003년에서 2050년까지 노동시장에서의 취업자 수를 전망하였는데, “2003년의 취업자 수가 2,217만 명이었던 것이 2019년 2,481만 명을 기점으로 점차 하락하기 시작하여 2050년에는 1,700만 명~1,900만 선까지 감소할 것”으로 예측하였다.

결국 앞으로의 노동시장은 ‘취업자 수의 감소 문제’가 대두되는 상황 속에서 ‘노동인구의 고령화’ 진행될 것이므로 이러한 노동시장의 변화는 경제성장에 부정적인 영향을 미칠 수 있게 된다.

2) 사회복지에 미치는 영향

노인인구가 많아지는 고령화의 문제는 결국 ‘출산율의 감소’라는 사회적 문제도 있겠지만, ‘의료기술의 발달로 인한 수명의 연장’이라는 배경이 있기 때문에 ‘수명의 연장’을 위한 ‘진료, 치료 등’만 보더라도 복지의 수준이 과거보다 향상되었다고 할 수 있을 것이다. 하지만, 유일호(1992)는 그의 연구에서 “인구 고령화가 사회적 총생산물의 감소를 가져오고 이는 노인과 젊은 세대 모두의 복지를 감소시키게 된다.”면서 “노인복지수준의 전반적 저하는 필연적으로 노인계층에 대한 부양부담의 증가를 초래한다. 즉, 고령인구의 증가는 개인적으로는 가족 내에서의 노인에 대한 경제적인 부

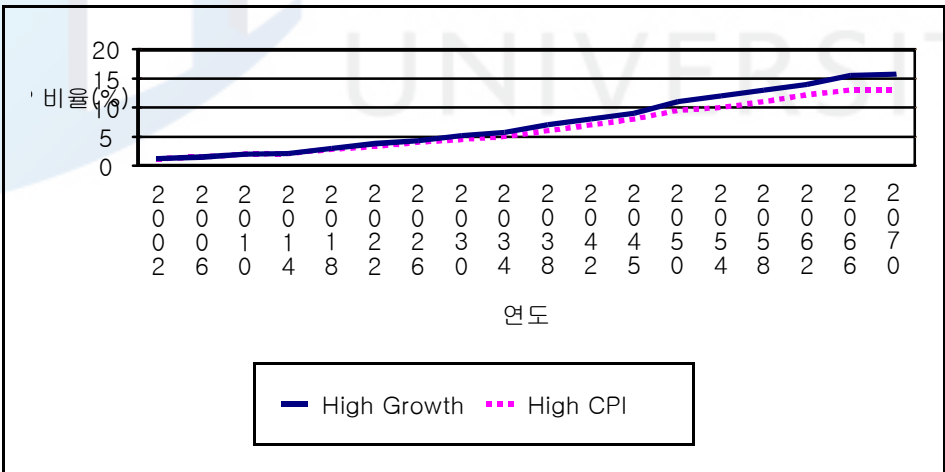
담도 증가시키는 한편 사회전체로 보면 이들이 제기하는 문제와 욕구의 해결을 위한 비용 즉, 이들을 부양하기 위한 사회적 비용을 증가시키게 된다.”라고 하였다.

3) 재정구조에 미치는 영향

앞에서 살펴보았던 바와 같이, 고령화는 경제성장의 둔화요인이 될 수 있는 만큼, 이는 조세부담 능력의 감소문제를 발생시킬 수 있게 된다. 뿐만 아니라 노동시장에서의 노동인구의 변화에 따라 실질적인 노동인구인 젊은층이 감소되는 문제는 세수가 감소되는 결과를 낳게 되고, 이와 반대되는 측면에서 노인인구의 증가는 사회적 비용 증가문제를 발생시켜 정부에서 이를 충당할 수 있을 만큼의 재정을 확보하지 못한다면 재정구조에 악영향을 미치게 될 우려가 크게 될 것이다.

한국개발연구원(2005)은 이와 같은 현상을 예측하여, 공적연금부문과 건강보험부문, 노인복지부문에서의 ‘인구고령화에 따른 재정지출’을 전망하였는데, 먼저 공적연금부문에서의 재정지출 전망을 살펴보면 <그림 2-3>과 같이,

<그림 2-3> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(공적연금부문)



*참조: 한국개발연구원, 전제서, p.10.

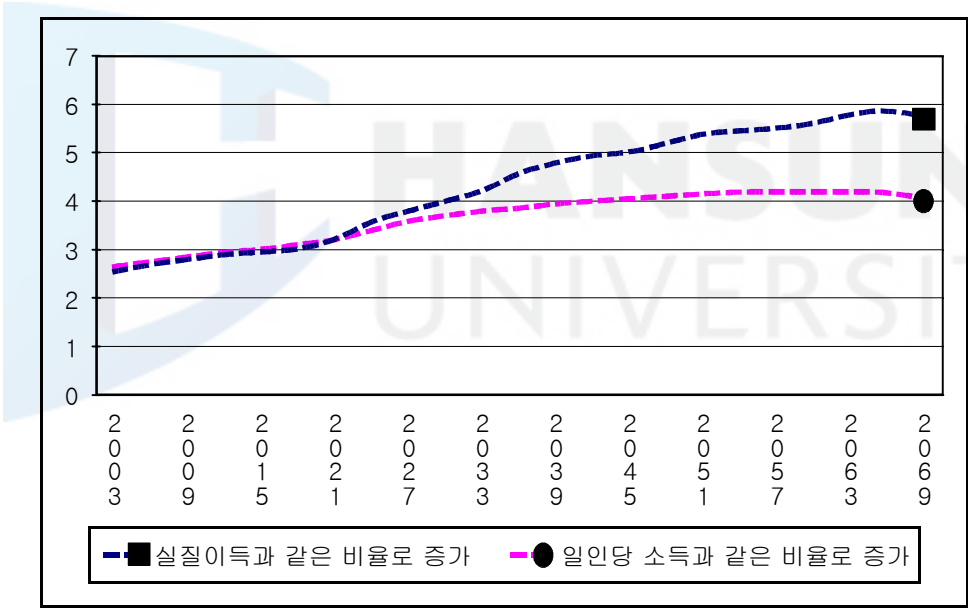
*주 : High Growth(경제성장률), High CPI(공적연금지출의 GDP대비 비중 증가율)

경제성장률이 매년 1%씩 추가적으로 상승할 경우 공적연금지출의 GDP 대비 비중이 어떻게 달라지는가에 대한 실험에서, 경제성장률이 대폭 상승한다고 하더라도, 공적연금지출의 GDP대비 비중은 지속적으로 증가하여 상당한 수준이 된다는 것을 보여주고 있다. 따라서 경제성장률의 상승이 국민연금지출의 GDP 대비 비중을 낮추는 효과가 있다 하더라도, 연금지출의 GDP 대비 비중을 가시적으로 낮추기 위해서는 상당한 정도의 성장률 제고가 지속적으로 이루어져야 한다는 점에 유의할 필요가 있다.

즉, 향후 인구고령화에 따른 공적연금의 지출 폭이 상당히 커지는 것이 예상되고 있다.

두 번째, 건강보험부문에서의 재정지출 전망을 살펴보면 <그림 2-4>와 같이,

<그림 2-4> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(건강보험부문)



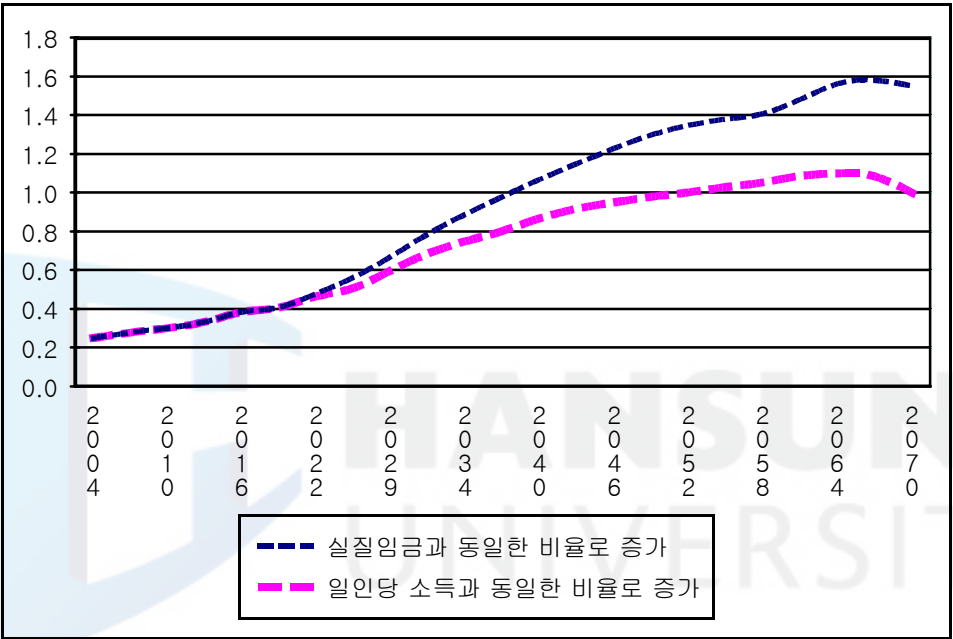
*참조: 한국개발연구원, 전제서, p.10.

2003년도에 2.6%이었던 지출비율이 2030년에는 4%에 가까운 지출비율로 높아질 것으로 전망된다. 이후 실질이득과 같은 비율로 증가하는 부분

과 일인당 소득과 같은 비율로 증가하는 부분간에 차이가 나타나 2069년에는 실질임금과 같은 비율로 증가하는 지출비율이 6%에 근접하는 반면 일인당 소득과 같은 비율로 증가하는 지출비율의 경우는 4%를 넘어섰다가 다시 감소할 것으로 전망된다.

세 번째, 노인복지부문에서의 재정지출 전망을 살펴보면 <그림 2-5>와 같이,

<그림 2-5> 고령화에 따른 인구관련 재정지출 전망(노인복지부문)



*참조: 한국개발연구원, 전제서, p.10.

2004년도에 0.2%를 약간 넘어선 지출비용이 2012년 0.5%까지 증가하다가 이후 실질임금과 동일한 비율로 증가하는 부분과 일인당 소득과 동일한 비율로 증가하는 부분에 차이가 나기 시작하는데, 2067년에 실질임금과 동일한 비율로 증가하는 노인복지부문의 지출비율이 1.6%까지 올랐다가 이후 떨어지기 시작하고, 일인당 소득과 동일한 비율로 증가하는 노인복지부문의 지출비율은 2067년도에 1.15까지 올랐다가 이후 떨어지기 시작한다.

결론적으로 고령화 사회에 따른 앞으로의 재정지출은 급속도로 증가한다는 것을 알 수 있다.

제 2 절 노인장기요양의 개념과 특성

1. 노인장기요양의 개념

노인장기요양에 대해서는 많은 학자들이 개념을 정의하고 있는데, 대표적인 것을 들어보면, Atchley(2002)는 만성질환이나 장애를 가진 사람들에게 다양한 제공 주체가 다양한 장소에서 연속적인 원조를 제공하는 것이라고 하였고, OECD보고서의 개념을 기초로 한 선우덕 등(2002)의 연구에서는 건강하지 못한 허약한 노인 및 그 보호자를 대상으로 질병, 장애, 재해로 인하여 발생한 제한적인 일상생활능력을 장기적으로 향상, 유지시키는데 필요한 각종 보건 의료 및 복지서비스 체계를 일컫는 것으로 정의하였다.

장기요양보호는 크게 보건·의료적 서비스와 사회적 서비스를 포함하는데, 보건·의료적 보호는 의료인에 의한 건강상태의 검진, 진료 및 치료, 간호를 의미하고, 사회적 보호는 건강보호 이외의 심리·사회적 상담, 부축행위, 신체적 움직임에 대한 도움들을 포함한 제반 비보건·의료적 도움을 말한다. 따라서 장기요양보호는 다른 대상(장애인 등)을 포함하지만 일반적으로 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양 급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 하는 제도이다. 이러한 노인장기요양의 개념을 바탕으로 한 노인장기요양보험제도가 기존의 노인복지서비스의 체계와 다른 점은 [표 2-4]와 같다.

[표 2-4] 노인장기요양보험제도가 기존 노인복지서비스 체계와 다른 점

구분	노인장기요양보험제도	기존 노인복지서비스 체계
서비스 대상	◆ 보편적 제도 ◆ 장기요양이 필요한 65세 이상 노인 및 치매, 노인 등 노인성 질환을 가진 64세 이하의 국민	◆ 특정 대상 한정(선택적) ◆ 국민기초생활수급권자를 포함한 저소득층 위주
서비스 선택	◆ 수급자 및 부양가족의 선택에 의한 서비스 제공	◆ 지방자치단체장의 판단(공급자 위주)
재원	◆ 장기요양보험료 + 국가 및 지방자치단체 부담 + 이용자 본인 부담	◆ 정부 및 지방자치단체의 부담
서비스	◆ 시설 급여 ◆ 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주.야간보호, 단기보호 등) ◆ 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비 등)	◆ 시설 재가서비스를 제공하나 서비스 질에 대한 관리 미흡
시설에 대한 지원방식	◆ 시설급여 및 재가급여 제공자는 비용을 수가산정 방식을 적용하여 국민건강보험공단에 청구 ◆ 건강보험공단은 청구된 장기요양급여 및 비용 등의 적정여부 심사 후 지급	◆ 지방자치단체를 통하여 시설 입소인원 또는 연간 운영비용을 기준으로 정액 지급(사후정산)

2. 노인장기요양의 필요성

노인장기요양보호제도의 경우 현대의 세계 대부분의 국가에서는 사회보장의 원리에 따라 조세와 사회보험 사이에 기반을 둔 제도로 운영되고 있으며, 그 필요성은 다음과 같다. 첫째, 급속한 인구의 고령화와 수발 필요 노인의 증가이다. 1970년대 이후 의학의 발달과 생활수준의 향상, 위생조건의 개선 등으로 인한 평균 수명의 연장되어 가고 있다. 이처럼 고령화의 진전과 평균 수명이 연장될수록 노인들은 신체적·정신적 질병으로 장애를 동반할 가능성이 커진다. 특히 노화에 따른 질병의 구조는 만성적

형태를 띠게 되며 신체적 독립성을 유지하기 어려워 장기간에 걸친 수발을 필요로 하게 된다.

둘째, 가족수발보호 기능의 약화, 산업화, 도시화 및 핵가족화로 인해 가족 규모의 축소, 노인부부세대 및 단독세대의 증가, 노인 부양 의식의 변화, 여성의 사회적 진출 증가 등으로 인해 노인의 장기요양보험은 가족에게 과중한 부담으로 되어 가고 있다. 이와 같은 가족 규모와 형태의 변화, 기혼 여성의 사회적 진출은 가족에 의한 수발이 한계에 도달했음을 의미하는 것이기도 한다.

셋째, 노인요양의 문제는 보편적인 사회적 위험으로 인식되고 대처함으로써 민간의 요양비용 부담의 위험을 분산하고 가족해체를 예방할 수 있는 제도다.

넷째, 이전의 노인요양보호서비스는 자산조사를 통해 저소득계층에게만 한정되어 있어 서비스의 제한성에 따른 사각지대가 발생하였다. 이 제도를 통해 서비스의 내용 및 질 적 개선을 해야 할 필요가 있다.

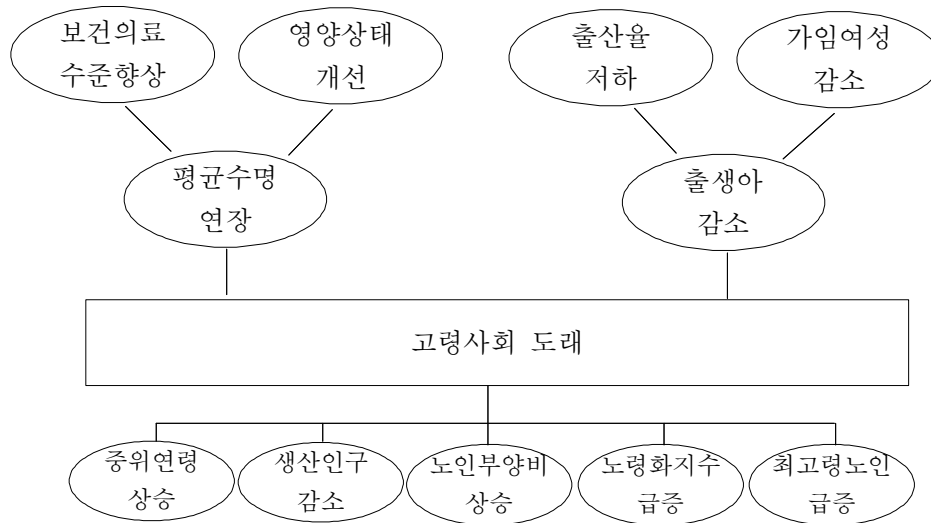
다섯째, 요양대상 환자는 병원에 입원 하지 않고 시설, 방문간호, 복지서비스를 통하여 간병이나 도움을 받음으로써 건강보험의 재정의 효율화를 통해 비용을 절감할 수 있다.

제 3 절 노인장기요양보험제도의 환경적 요소

1. 노인인구의 증가 및 고령화 사회의 원인

한 사회의 인구가 고령화되는 것은 국외 이입자, 전쟁 및 전염병에 의한 과다사망 등의 외부요인을 통제할 경우 평균수명의 연장과 출산율의 저하, 그리고 가임여성의 감소가 주요 원인임은 보편적 현상이다. 이는 한국사회에서도 마찬가지인데, 보건의료수준의 향상 및 영양상태의 개선에 의한 평균수명의 연장과 출산율 저하 및 가임여성의 감소에 의한 빠른 속도의 출생아 감소는 급속한 고령사회로의 이행을 부추기고 있는 것이다.

<그림 2-6> 급속한 고령사회 도래의 원인과 실태



자료출처 : 김승권. 2006, “고령사회 한국의 사회정책방향”. 조건복지포럼.

p.7.

1) 평균수명의 연장

2005년 현재 우리나라 평균수명은 77.9세로 선진국 평균수준(76.2세)에 웃도는 수준이나 일본(82.1세), 이탈리아(79.0세) 보다는 낮다. 그렇지만 지속적으로 상승하여 2020년에 약 81.0세에 도달하여 선진국 평균(78.4세)보다 높아질 전망이며, 이러한 격차는 계속 유지되어 2050년에 이르면 약 83.3세로 선진국 평균(81.6세)보다 높아질 전망이다.¹⁶⁾

2) 출산율의 저하

여성 1인당 합계출산율은 1960년의 6.0명에서 1983년 인구대체수준인 2.1명에 도달하였고, 그 이후에도 지속적으로 저하되어 1996년에는 1.71명에

16) 평균수명의 가정은 우리나라 평균수명 증가속도를 Logistic, Gompertz 모형 및 UN, 일본의 평균 수명의 증가속도를 비교하여 최적 값을 선택한 것임.

도달하였다.

이와 같이 선진국에서 100여 년이 소요되었던 출산력 전환이 한국사회에서 불과 25년이라는 단기간에 이루어져 높은 성과를 거양한 것으로 평가되어 왔다.

[표 2-5] 평균수명추이

단위 : 세

연도	계	남자	여자
2000	76.02	72.25	79.50
2010	79.60	76.15	82.88
2020	81.45	78.04	84.68
2030	83.13	79.79	86.27
2040	84.65	81.39	87.67
2050	86.02	82.87	88.92

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2006. 11.

그런데 IMF(국제통화기금) 관리 하의 경제위기를 겪으면서 출산율은 세계에서 가장 낮은 수준으로까지 저하되어 향후 인구변동에 지대한 영향을 줄 것으로 전망된다. 이와 같은 최근 출산율 급락의 원인은 미혼율의 증대와 기혼부부의 소자녀 선호 등이 요인인 것으로 밝혀지고 있다. 전자는 청년실업, 불안정한 직장, 사회제도적 불평등 등으로 야기되는 비자발적 미혼으로 인하여 결혼에의 접근이 어려운 젊은이들이 많이 있는 반면, 다른 한편으로는 가치관의 변화, 포스트모더니즘 등에 의하여 결혼을 기피하는 젊은이들이 많이 있기 때문이다. 후자의 경우는 자녀가치관의 변화, 양육비, 공·사 교육비 등에 의한 자녀양육부담 증가, 출산당사자인 여성의 ‘가정생활과 직장생활 병행’이 어려운 사회적 여건 등 자발적 및 비자발적 요인이 복합적으로 작용한데 기인되는 것으로 판단된다.¹⁷⁾

17) 김승권 외, "저출산의 사회경제적 영향과 장단기 정책방안", 보건복지부·한국보건사회연구원 2002.; 김승권 외, "저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진체계 수립연구", 보건복지부·한국보건사회연구원, 2003.

3) 가임여성인구의 감소

가임여성(통상적으로 15~49세 여성을 의미)은 인구변동에 직접적인 영향을 주는데, 이는 출생아수의 약 절반을 차지하는 여성인구가 약 27년 후¹⁸⁾에 다시 출산(재생산)을 하기 때문이다. 그런데 2003년부터 우리나라의 가임여성인구가 감소되기 시작하였음은 인구변동, 특히 고령사회로의 이행을 가속화시키는 요인이라 하겠다.

가임여성의 연령층별 규모변화를 추정한 결과 지속적으로 감소하는 것으로 전망되고 있다[표 2-6 참조]. 따라서 출산율이 다소 상승할지라도 출생아수는 감소될 가능성이 있다. 특히, 이러한 경향은 최근의 낮은 출산율 영향을 강하게 받아 향후에는 더욱 큰 감소를 보일 것으로 예측되므로 시사하는 바가 크다.

[표 2-6] 가임여성층 인구의 연령별 변화추이(출산율 중위수준 가정)

단위:천명

연령	2000	2010	2020	2030	2050
15~19	1,855.4	1,594.3	1,173.0	993.2	736.2
20~24	1,864.5	1,439.5	1,466.8	1,060.9	833.7
25~29	2,120.8	1,839.4	1,577.5	1,164.2	871.3
30~34	2,071.1	1,858.9	1,435.2	1,463.1	881.1
35~39	2,092.5	2,106.3	1,826.2	1,567.3	977.4
40~44	1,975.3	2,044.2	1,836.5	1,418.6	1,047.0
45~49	1,438.3	2,063.0	2,077.4	1,802.6	1,139.7
계	13,417.9	12,945.6	11,392.5	9,469.9	6,486.3

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.9.

18) 이는 현재 한국여성의 평균 초혼연령을 기준으로 가정 한 것이며, 향후에는 다소 상승될 가능성이 있음.

2. 고령화 사회의 특성과 실태

급속한 출산율 저하에 따라 통계청에서는 2005년 1월 ‘장래인구특별추계’를 발표하였다. 동 추계는 코호트요인법(Cohort Component Method)에 의한 것으로 기준인구에 성·연령별 인구변동요인인 출생·사망·국제이동에 대한 장래 변동을 추정하여 이를 조합하는 방법이다. 추계에 관련된 주요 인구지표는 인구증가율, 출산율, 사망률 평균수명 등이다.

고령사회 인구의 주요 특성은 다섯 가지로 요약된다. 즉, 중위연령의 상승, 생산인구의 감소, 노인부양비의 상승, 노령화 지수의 급증, 그리고 80세 이상 초 고령 노인의 급증 등인데, 이들 특성을 다음과 같이 간략히 설명한다.

1) 중위연령의 상승

출생아 감소 및 노령화 진전으로 중위연령은 2000년 31.8세에서 2006년 35.4세로 높아졌고, 향후에도 지속적으로 상승하여 2020년 이후 선진국보다 높아져 2020년 43.7세, 2030년 49.0세, 2040년 53.1세, 2050년 56.2세에 이를 것으로 예측된다. 이는 전체 국민의 평균연령이 높아지는 것으로 젊은 연령층의 감소와 고령인구의 증가를 의미한다.

[표 2-7] 중위(Median)연령의 변화추이

단위: 세

연도	한국	선진국
2000	31.8	-
2006	35.4	-
2010	37.9	40.3
2020	43.7	42.3
2030	49.0	44.2
2040	53.1	-
2050	56.2	45.2

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.12.

2) 생산인구의 감소

15~64세 생산인구는 2016년 3,649만 6천명으로 최대 규모에 도달한 이후 매 10년마다 약 400만의 생산인구가 지속적으로 감소되어 2050년에는 2,275만 5천명에 불과할 전망이다.

특히, 한국사회에서 현실적으로 실제 생산인구로 볼 수 있는 연령계층인 25~49세의 인구는 2007년 2,082만 5천명으로 절정에 도달한 이후 2008년부터 감소될 것으로 전망된다. 동 연령층 인구는 2020년 1,839만 5천명, 2030년 1,576만 3천명, 2040년 1,314만 9천명, 그리고 2050년 1,029만 5천명으로 매 10년마다 약 200~300만명의 감소가 예측된다. 이는 고령사회의 인구학적 특성인 주 생산연령층의 감소가 눈앞에 닥쳤음을 보여주는 것으로 현재의 실업률, 특히 청년실업은 금명간 해소될 가능성이 있으며, 이어서 인력난 문제가 대두될 가능성이 높음을 시사하는 것이다.

[표 2-8] 생산인구의 연령층별 변화추이¹⁹⁾

단위: 천명

연도	계	15~24세	25~49세	50~64세
2000	33,702	7,697	19,816	6,189
2007	35,089	6,565	20,825	7,699
2010	35,852	6,468	20,428	8,956
2016	36,496	6,430	19,053	11,012
2020	35,838	5,547	18,395	11,897
2030	31,892	4,266	15,763	11,863
2040	27,084	3,636	13,149	10,299
2050	22,755	3,235	10,295	9,225

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.14.

19) 통계청, 『장래인구특별추계』, 2005. 1.

3) 노인부양비의 상승

생산인구대비 노인인구를 나타내는 노인부양비는 2006년 13.2%에서 2020년 21.8%, 2030년 37.3%, 2050년 69.4% 등으로 급속한 증가를 할 것으로 전망된다.

따라서 저출산 현상으로 인하여 유년부양비는 다소 감소된다 하더라도 노년부양비의 증가폭이 더욱 크기 때문에 생산인구가 부담하는 총부양비는 지속적으로 증가하게 될 전망이다. 즉, 총부양비는 2006년 39.1%에서 2040년 72.6%로 약 두배 증가하게 될 것이며, 2050년에는 86.1%에 달하게 되어 생산인구 한명이 2050년에는 약 0.86명의 부양인구를 갖게 되는 것이다.

더군다나 이러한 경향으로 노인 1명을 부양하여야 할 생산인구를 의미하는 잠재적부양비(potential supportive ratio)는 현재의 8명에서 2022년 4명, 2037년 2명, 그리고 2066년에는 1명으로 낮아질 것으로 예측된다.

[표 2-9] 부양비의 변화추이

단위: %

연도	총부양비	유년부양비	노년부양비
2000	39.5	29.4	10.1
2006	39.1	25.9	13.2
2010	37.3	22.3	14.9
2020	39.4	17.6	21.8
2030	54.7	17.4	37.3
2040	72.6	17.4	55.2
2050	86.1	16.7	69.4

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.15.

4) 고령화지수의 급증

0~14세의 유년인구대비 65세 이상의 노인인구를 나타내는 고령화지수는 장래사회의 성장잠재력을 의미하는 것으로 중요성을 갖는다. 동 지수는 2006년 50.9%에서 2020년 124.2%로 높아질 것이며, 이후 매 10년 마다 약 100%포인트 상승하여 2050년에는 415.7%가 될 것으로 전망된다. 2050년에는 유년인구보다 4배 이상이 많은 노인인구가 있을 것임을 단적으로 보여준다. 이러한 상황이 당분간 지속된다면, 생산인구가 감당해야 할 노년 부양부담은 엄청난 수준에 도달할 것임은 당연하다고 하겠다.

[표 2-10] 고령화지수의 변화추이

단위: %

연도	고령화지수
2000	34.3
2006	50.9
2010	66.8
2020	124.2
2030	214.8
2040	316.6
2050	415.7

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.17.

5) 초고령 노인의 급증

80세 이상 초고령 노인인구는 2006년 72만 9천명에서 2020년 187만 7천명으로 증가하고, 2050년에는 585만 9천명으로 증가하게 될 것이다. 즉, 노인 인구대비 초고령 노인인구의 비율은 2006년 1.5%에서 2020년 3.8%, 2050년 13.8%로 빠른 속도의 증대추세를 보이게 된다. 초고령 인구의 증가는

소득의 사회의존도가 높고, 심각한 질병의 발생가능성이 높은 계층이기 때문에 사회경제적 영향이 더욱 크기 때문에 보다 적극적인 대책이 강구되어야 함을 의미한다.

[표 2-11] 80세 이상 초고령 노인의 인구 및 비율

단위: 천명, %

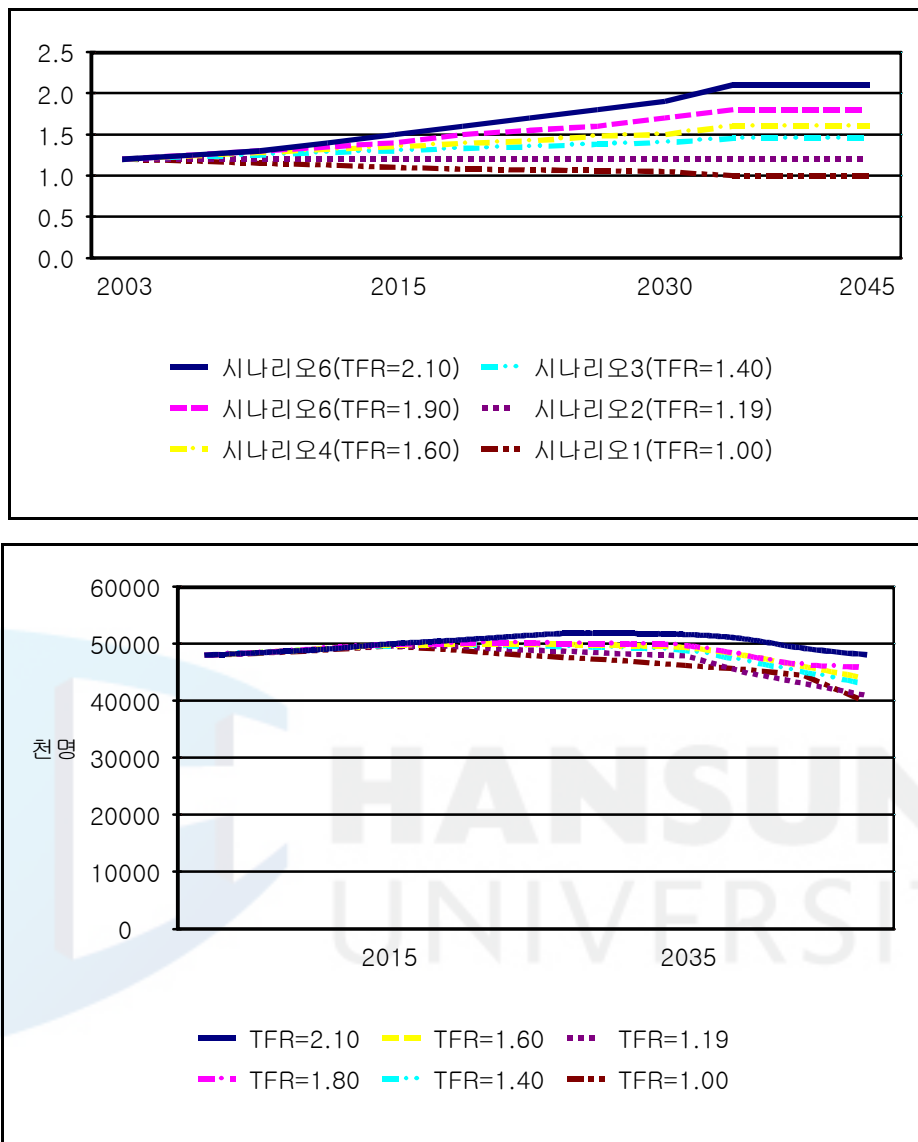
연도	80세 이상	노인인구 대비 비율
2000	483	1.0
2006	729	1.5
2010	969	2.0
2020	1,877	3.8
2030	2,711	5.5
2040	4,450	9.5
2050	5,859	13.8

자료출처 : 통계청, 「장래인구특별추계」, 2005. 1. p.19.

3. 인구구조와 노인부양비의 전망

향후 고령화 추세는 <그림 2-7>에서 보는 바와 같이 합계출산율 가정에 따라 비교적 민감하게 변화할 것이라고 보는데, 현재 출산율 수준인 1.19%가 유지될 경우는 2017년을 정점으로 그 이후 급격한 인구 하락을 가져올 것이며, 인구대체수준인 2.10%로 증가할 경우는 2031년을 정점으로 그 이후에 점진적으로 하락할 것으로 본다.

<그림 2-7> 합계출산율 가정별 인구추계

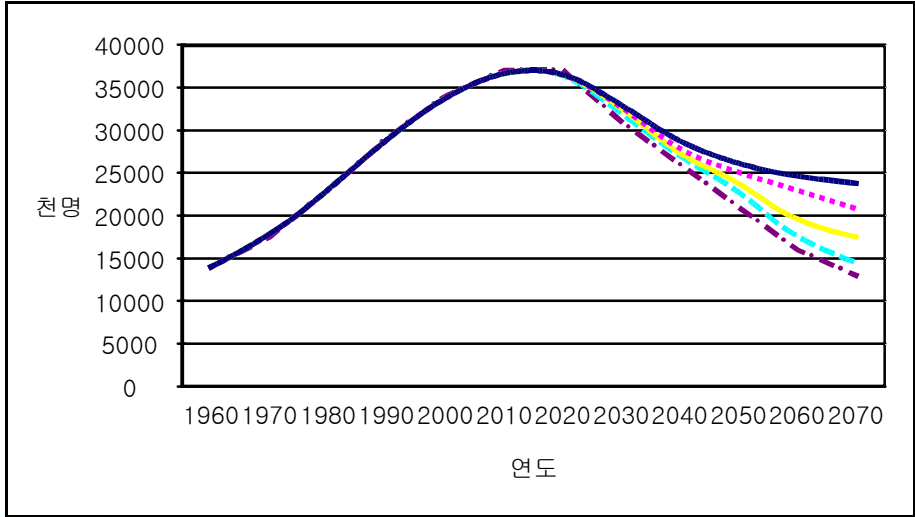


주 : TFR(Total Fertility Rate) 총출산율

자료출처 : 한국개발연구원. "인구고령화의 과급효과와 대응과제", 2005. 4. p.4.

또한 <그림 2-8>에서와 같이 생산가능인구인 15세~64세까지는 2016년을 정점으로 급격히 감소할 전망을 내 보이는데,

<그림 2-8> 생산가능인구의 변화전망



자료출처 : 한국개발연구원. 전개서. p.5

이와 아울러 [표 2-12]과 같이 노인부양비는 2003년 11.6%에서 2070년 76.7%까지 상승할 것으로 보고 있다. 그리고 잠재적 부양비(총부양비의 역수)는 2003년 2.5%에서 2070년 1.0%로 감소할 것으로 전망하고 있다.

[표 2-12] 부양비의 증가전망

연도	노인부양비	유년부양비	총부양비
2003	11.6	28.0	39.6
2020	21.5	18.0	39.5
2030	36.6	18.5	55.1
2050	65.7	18.4	84.1
2070	76.7	20.2	96.9

주: TFR 1.4 기준, 부양비=피부양인구/생산가능인구

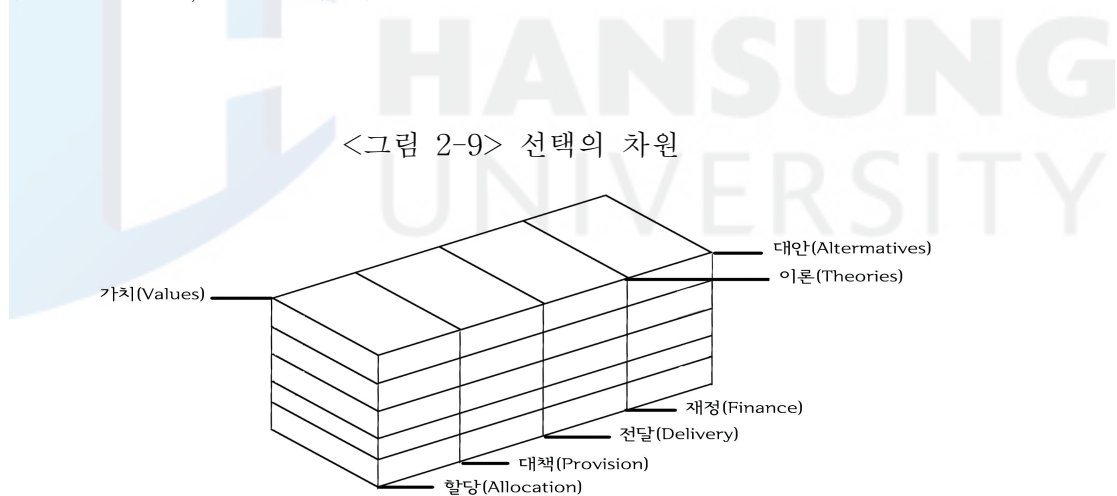
자료출처 : 한국개발연구원. 전개서. p.5.

제 4 절 연구분석모형

본 연구의 분석을 위한 기준 틀로써는 Gilbert와 Specht의 모형을 이용할 것이다. Gilbert와 Specht의 분석틀은 할당·급여·전달·재정의 4가지 주요구성요소 차원에서 각기 가치·이론·대안의 측면에서 아래와 같은 의문을 가지고 분석을 위한 틀을 형성한다.

- 1) 사회적 할당(social allocation)의 기준은 무엇인가?
- 2) 할당되어질 사회적 급여(social provision)의 형태는 무엇인가?
- 3) 이들 급여의 전달(delivery)을 위한 전략은 무엇인가?
- 4) 급여를 위한 재정(finance) 조달방안은 무엇인가?²⁰⁾ 등이다.

이들 선택의 차원을 다음의 3축으로 연결하여 더욱 진보된 연구를 할 수 있다. 즉 첫째, 각 차원내에서의 대안의 범위, 둘째, 이들 대안을 지지해 주는 사회가치, 셋째, 이들 대안에 내포되어 있는 이론 혹은 전제의 축이다.²¹⁾(황진수, 2002에서 재인용)



20) N.Gilbert & H.Spect, “ *Dimensions of Social Welfare Policy*” (N.J.:Prentice-Hall, Inc., 1974), p. 29.

21) *ibid* . p. 30.

1. 사회적 할당

사회적 할당의 기준은 선택의 처음 두 개 차원인 “어떠한 사람이 무엇을 받을 것인가?”라는 질문에서의 “어떠한 사람”에 해당된다. 사회복지정책은 항상 수혜자를 선택하는 것을 포함하며, 이들에 대한 복지는 정책의 집행을 통하여 향상되어진다.²²⁾ 수많은 기준이 사회적 급여를 받을 자격을 가진 사람이 누구인지를 결정하기 위해 사용되어지는데, 일반적으로 보편주의(universality)와 선별주의(selectivity)를 들 수 있다. 보편주의는 노인을 위한 사회보장이나 교육 등과 같은 급여를 사회적 권리로써 전체인구에게 주어질 수 있도록 한 것이며, 선별주의는 자산조사에 의해 결정된 개인의 필요에 따라 급여가 주어지는 것을 말한다. 일반적으로 보편주의는 사회적 효과성이 있으며, 선별주의는 비용 효과성이 있다고 본다.²³⁾ 그러나 여기에는 논란이 있는데 선별주의가 끊임없이 자격심사와 비용조정을 요구함으로써 관리비용이 더 많이 소요되는 반면 보편주의는 예방적 치유로 개인자산에 대한 조사없이 사회적 자원에 대한 접근이 가능하기에 보다 큰 공동체에 대한 경제적 저축과 같은 장기 비용효과가 있다고 하며, 또 선별주의는 자산조사에 따른 수치심의 문제가 있기는 하나 선별적 할당이 오직 빈민에게만 제공됨으로써 보편적 할당보다 불평등을 감속시키는 경향이 있기 때문에 오히려 사회적 효과성이 더 크다는 것이다.²⁴⁾

Gilbert와 Specht는 이 두 가지의 원칙을 다른 시각에서 분석적 개념을 가지고 접근할 수 있도록 더욱 세분화하여 네 가지 원칙을 제시하고 있다.²⁵⁾

첫째, 귀속적 요인에 의한 니드(Attributed Need) : 귀속적 요인에 의한 자격요건은 시장체제에서 기존의 제도적 장치에 의해 충족되지 못한 일반적인 욕구를 지닌 사람들의 범위나 집단에 속함으로 정해진다. 예를 들면 저소득주민, 직장여성, 어린이들처럼 한계가 정해져 있는 집단이다. 이 원칙

22) Neil Gilbert & Harry Specht, *op.cit.*, 1986, p.38

23) *ibid*, pp.71~78

24) *ibid*., pp.67~68

25) *ibid*., pp.78~79

을 지배하는 조건은 욕구의 규범적 기준에 기반을 둔 한정된 범위의 할당이다.

둘째, 보상(Compensation) : 보상의 자격요건은 퇴역군인, 사회보장계획의 구성원 등과 같이 사회·경제적으로 기여를 했거나, 인종적·종교적 편견의 희생자나 실직, 도시재개발사업 등의 사회적 역기능에 의해 피해를 받은 사람이다. 이 원칙을 지배하는 조건은 평등회복을 위한 규범적 기준에 기반을 둔 한정된 범위의 할당이다.

셋째, 진단적 구분(Diagnostic Differentiation) : 진단적 구분에 의한 자격요건은 신체적으로 장애가 있거나 정신적으로 고통 받는데 대한 전문적 진단에 의해 결정된다. 이 원칙을 지배하는 조건은 욕구에 대한 기술적 진단의 기준에 기반을 둔 개인적 할당이다.

넷째, 자산조사를 통한 니드(Means-Tested Need) : 이것의 자격요건은 재화와 용역을 구입할 수 없는 개인의 무능력에 의해 결정된다. 이런 요건을 지배하는 조건은 욕구에 대한 경제적 기준에 기반을 둔 개인적 할당이다.

이상의 할당원칙과 사회복지정책의 모형과의 관계를 살펴보면 [표 2-13]와 같다.

[표 2-13] 할당원칙과 사회복지모형

귀속적요인에 의한 니드 (Attributed Need)	보상 (Compensation)	진단적 구분 (Diagnostic Differentiation)	자산조사를 통한 니드 (Means-Tested Need)
규제적 모형 (사회복지의 규제적 개념)	←	→	보충적 모형 (사회복지의 보충적 개념)

자료: Neil Gilbert & Harry Specht, Dimensions of Social Welfare Policy(2nd ed.) (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1986), p.80

2. 사회적 급여

사회적 급여는 급여를 받을 자격을 갖춘 사람이 받는 급여의 내용에 관한 문제인데, 여기에는 현물급여(benefit in kind)와 현금급여(benefit in cash)가 있다.²⁶⁾

현물급여를 주장하는 사람들은 집산주의적 가치지향을 가진 사람들이다. 이들에 의하면 현물급여는 현금급여보다 비용면에서 더욱 유리하다는 것이다. 왜냐하면 규모의 경제에 의해서 표준화된 급여, 대량생산, 정부에 의한 집중적인 분배 등이 가능하므로 현대 시장경제의 낭비적인 경쟁적 속성을 방지할 수 있으며, 본래의 목적에 기여할 수 있다는 것이다. 그러나 현물급여를 반대하는 사람들은 이 방법이 개인에게 선택의 여지가 없게 만든다고 비판한다. 또한 복지정책의 대상이 클라이언트들은 표준화될 수 없고 시장경제의 속성인 경쟁을 더욱 조성함으로써 혁신을 유발시켜 비용을 감소시킬 수 있다고 주장한다. 한편, 현금급여를 주장하는 사람들은 개인주의적 가치를 지향하고 있고, 이 방법은 개인 선택의 자유와 소비자주권(consumer sovereignty)을 극대화시킨다고 주장한다. 현금지급의 기본전제는 ① 소비자는 합리적이며 또한 무엇이 가장 자기에게 이익이 되는가를 정확하게 판단할 수 있다는 것이다. ② 소비자 개인의 행복을 극대화하는 것이 곧 공동의 복지(common welfare)를 증진시키는 것이다. 따라서 개인의 만족이 보다 큰 집단의 복지를 손상시키는 것은 아니라는 것이다. ③ 소비자가 받은 현금을 선의의 의지에 기초하여 합리적으로 사용한다는 것이다. 이 방법의 약점 중에 특히 다른 목적에로의 남용의 제한 즉 사회통제가 어렵다는 지적되고 있다. 사실 현물급여와 현금 급여간의 갈등은 개인적 권리와 사회규제의 문제로 귀착되지만, 이 상충되는 개념은 정부의 책임하에 개인의 선택기회를 극대화한다는 점에서 상호보완적으로 병행되어야 한다. 따라서 Gilbert와 Specht는 사회적 급여의 형태는 移轉性的 차원(소비자 선택을 허용하는 정도)에 따라 다양한 형태를 가질 수 있다고 하여 여섯 가지 급여 형태를 제시하고 있다²⁷⁾ 즉, 기회(opportunity), 서비

26) Neil Gilbert & Harry Specht, *op.cit.*, 1986, pp.92~98

27) *ibid*, pp.98~100

스(services), 재화(goods), 신용증서(credits), 현금(cash), 권력(power) 등 이전성의 강약에 따라 다양한 급여형태를 취하게 된다.

3. 전달체계

사회복지정책에 있어서 전달체계란 사회적 급여를 대상자들에게 어떻게 하면 민주적이면서도 효율적으로 서비스를 전달해 주느냐에 관한 것이다. 이러한 전달체계를 설계하는데 가능한 선택의 수는 아주 많으나, 다음의 6가지 선택을 고려해 볼 수 있다²⁸⁾. ① 행정적으로 집권화 또는 분권화하느냐? ② 복합적인 서비스냐 또는 단일의 서비스냐? ③ 외형적으로 가정 내에 위치하느냐, 또는 분리된 시설에 위치하느냐? ④ 급여대상자들의 노력을 조정하느냐 혹은 조정하지 않을 것인가? ⑤ 전문인에게 의존하느냐, 아니면 서비스를 제공하기 위해 소비자를 고용하느냐? ⑥ 전문가의 수중에 의사결정 권한을 맡기는가? 또는 일반대중 혹은 수혜자에게 중요한 의사결정 권한을 주는가? 에 관한 것이다.

Gilber와 Specht는 서비스의 효과적인 전달을 위해서 전달체계의 장치에 대한 다음 세 가지 질문을 던지고 있다. 즉, 의사결정에 대한 권한과 통제는 어디에 위치해야 할 것인가? 다른 하나는 수행해야 할 업무는 누가 수행할 것인가? 또 다른 하나는 전달체계의 구성, 즉, 여러 단위형태의 수효는 어떻게 해야 하는가? 등이다. Gilbert와 Specht는 서비스 전달의 실패 특성으로 斷片성, 비연속성, 무책임성 및 부접근성을 들고 있다. 따라서 이상적인 서비스 전달체계는 통합되고, 계속성을 지니며, 접근 가능해야 하고, 전달자와 수혜자는 책임성이 있어야 한다고 한다.

이상과 같은 서비스 전달을 위한 여섯 가지 유형의 전략은 다음과 같다²⁹⁾. 정책결정·통제·권한을 재구성하는 전략으로 조정과 시민참여가 있고, 직무의 할당을 재구성하는 전략으로 역할에 대한 집착과 전문적 분야에는 구속되지 않는 자유, 그리고 전달체계의 구성을 바꾸는 전략으로 분업화된 접근구조와 합목적적으로 중복시키는 것이다.

28) Neil Gilbert & Harry Specht, *op.cit.*, 1986, p.119

29) *ibid.* pp. 122~123

이상과 같은 서비스 전달체계를 재구성하기 위한 개개의 전략은 서비스 전달의 효과성을 제고시킬 것이다. 즉, 조정과 시민참여는 체제의 관료제적 계층제에 변화를 일으키고, 역할에의 집착으로 그 체제의 특징적 상태가 바뀌게 되며, 분화된 접근구조의 개발과 목적에 합치된 중복으로 그 체제내의 형식적 요소를 실질적인 구성요소로 바뀌게 한다.

4. 재정조달

재정조달방식으로서 크게 세 가지로 나눌 수 있다³⁰⁾.

첫째, 기여금 및 요금부과 재정조달방식(Contributory Schemes and Fee Charge)은 수혜자가 재정조달에 직접 참여하는 방법인데, 이에는 두 가지가 있다. 즉, 법정사회보장기구에서의 기여금이나, 제공되는 서비스에 대하여 요금을 지불하는 두 가지 방식이 있는 것이다. 이는 각 개인들로 하여금 그들의 사회적 책임감을 증진시키는 효과를 갖고 있다.

둘째, 자발적 재정조달방식(Voluntary Financing) : 자발적 재정은 다양한 조직을 통해 자금을 조달하는 방법이다. 즉, 납세자들이 건강·교육·복지·종교적·과학적 또는 문화적 활동에 참여하는 비관리 조직들에 돈을 제공하면 정부가 세금을 부과하지 않는 방식이다. 이 방식은 정부의 개입과 관련하여 비영리조직의 자율성과 책임성이 문제가 된다.

셋째, 공적 재정조달방식(Public Financing) : 공적 재정은 과세권을 가진 정부의 부서에 의해 운영된다. 비록 과세권의 기본목적이 정부비용에 충당하는 것이지만 세법의 적절한 적용으로 소득의 재분배적 효과를 가진 의료복지정책의 목적에 기여하도록 한다.

이상의 재정조달방식에 관한 최종결정은 서비스가 거래되는 것과는 별도의 개인이나 집단에 의해 이루어지는 경우가 빈번하다.

사회정책의 운영에 불가결한 재정조달의 방식에 있어 근본적으로 관련된 두 가지 선택체계가 있다.³¹⁾ ① 기금의 원천 : 재정이 이용자 부담금과 소득세, 일반세입, 기부금의 형태로 염출되느냐, 또는 이들의 혼합형이냐가

30) Neil Gilbert & Harry Specht, *op.cit.*, 1986, pp. 155~176

31) *ibid*, p.155

쟁점이 된다. ② 이전제도 : 재정이 분배자 까지의 돈의 흐름과 상이한 고려수준, 그리고 이전에 부과되는 수반방식의 타결이라는 문제가 있다.

재정조달방식에 있어서 사회복지 서비스의 기금은 공적으로 또는 자발적으로 염출될 수 있다. 여기서 자발적이란 말은 사회복지서비스를 제공하는 비영리조직, 사적이고 자발적인 기부금에 의해 자금을 조달하는 것을 뜻한다. 최근 사회복지기금이 사적인 것에서 공적인 재정으로 그 비중이 옮겨짐에 따라 사회복지정책 형성의 과정과 내용 모두가 커다란 변화를 가져 왔다. 그것은 첫째, 정책의 선택에 정치적인 관여정도가 중대하였으며 둘째, 사회복지정책과 계획의 쟁점이 대규모 관료조직의 문제와 뒤얽히게 되었다는 것이다. 즉 사회복지정책의 형성이 지역사회의 문제(수평적 결정구조)라기 보다는 정부의 조정차원에서의 관심사(수직적 결정구조)가 되었다는 것이다.³²⁾ 그러나 자발적·공적 사회복지 분야의 병행적인 발전으로 인해서 사회복지제도를 변화와 쇄신적 측면에서 역동적이게 하여 통제하기 곤란하게 할 수 있다.

5. 선행연구

우리나라에서 최근 노인장기요양보험제도가 노인복지의 주된 관심사로 떠오르면서 노인요양에 관한 연구와 논의가 활발하게 진행되고 있다. 그동안 장기요양보호에 대해 다루고 있는 선행연구들을 정리하면 크게 네 가지 유형으로 구분할 수 있다.

첫째, 일본과 독일의 장기요양보호정책을 소개하면서 문제점과 과제를 제시한 연구(김용택, 2003; 권상로, 2006; 서봉석, 2006)이다.

김용택(2003)은 일본의 장기요양보험제도의 분석을 통해 재정방식을 사회보험방식 또는 조세방식으로 할 것인가, 피보험자의 범위는 40세 이하 세대까지 확대하느냐 마느냐 하는 과제, 제2피보험자의 보험급부를 특정 질병에 대한 요개호 상태에만 한정시키는 것이 옳은가의 문제, 장년 장애인에 대한 개호보험의 적용문제, 재택개호의 확충, 개호서비스의 질적 향

32) Neil Gilbert & Harry Specht, *op.cit.*, 1986, pp.157~158

상과 개호예방이 충실해야 함을 지적하고 이와 더불어 저소득자 대책과 사회보장의 통합조정이라는 관점이 필요함을 과제로 지적하였다³³⁾.

권상로(2006)는 독일 수발보험 시행에서 드러난 재정상태의 악화, 수발 서비스가 신체적 수발로 제한된 점, 서비스 질 관리와 형식주의를 지적 한 후 개선방안으로서 예방과 재활촉진, 재가수발의 강화, 급여의 불가연동, 재정 분담금을 공평하게 하여 필요한 재정을 충당하는 개선노력 등을 논하였다³⁴⁾.

서봉석(2006)은 독일 수발보험제도의 연구를 통해 젊은 세대에게 더 많은 비용부담을 지우는 형평성의 문제와 재정증가, 수발 필요자 증가문제, 정신장애나 치매의 특수한 형태의 수발 필요성을 간과하고 있음을 지적하고 이에 대한 독일 사회의 노력으로써 세대 간 발생하는 부담의 균형, 급부의 현실화, 치매 노인을 위한 급여 확대 등의 개선노력을 언급하였다.³⁵⁾

둘째, 일본과 독일의 장기요양보호 정책을 소개하고 그 내용을 파악하여 그것이 우리나라 장기요양보험제도에 주는 시사점을 제시하는 연구(엄기욱, 2005; 장병원, 2006; 이준영, 2007)이다. 이러한 연구로서 엄기욱(2005)은 일본개호보험제도 시행 4년간의 평가를 통해 한국에 주는 시사점을 이용자 중심의 서비스 제공 측면, 재가보호 중심의 제도운영 측면, 지역 간 형평성 측면의 세 가지로 도출하였는데 이용자가 필요할 경우 항상 이용가능한 충분한 양의 서비스를 마련할 것, 충분한 정보제공 시스템을 갖출 것을 주문하고 있고, 재가보호 중심의 제도 운영으로서 서비스의 내용과 지원체계가 이용자 욕구에 부합할 것, 재가서비스와 시설서비스 간의 형평성을 고려할 것, 지역 간 형평성 측면에서 지역의 제도운영 환경을 고려한 중앙정부 차원의 정책지원과 서비스 계획 및 공급단위로서 지역 규모가 적정 수준이어야 함을 주장하였다³⁶⁾.

33) 김용택, 2003, “일본개호보험제도 시행 후의 검토과제와 논의점”, 『노인장기요양보호제도에 관한 연구』, 한국노인문제연구소, pp.184-197.

34) 권상로, 2006, “독일 사회수발보험의 시행상의 문제점과 개선방안”, 『독일의 수발보험과 노인복지 인프라』, 21세기사, pp.25-31.

35) 서봉석, 2006, “독일 수발보험제도의 문제점과 그 개혁방안”, 『독일의 수발보험과 노인복지 인프라』, 21세기사

36) 엄기욱, 2005. “일본 개호보험제도 시행 4년간의 평가와 시사점”, 『사회복지정책』, 제21집, 한국사회복지정책학회, pp.312-316.

장병원(2006)은 일본 개호보험을 통해 다섯 가지를 주장하였는데, 국민의 건강수명 연장을 목표로 일관되게 계속할 것, 상태별 서비스의 차별화를 통해 예방사업의 실효성을 높이고 재정절감을 꾀할 것, 장기요양보호 대상자에 대해서도 케어매니지먼트를 실시하도록 할 것, 법 제정 초기부터 예방급여를 제도화하는 방안을 검토할 것, 인적 및 물적 자원의 확충을 서두를 것 등이다³⁷⁾.

이준영(2007)은 독일 장기요양보험 개혁의 배경과 그 결과를 검토하여 우리나라에 주는 시사점을 도출하였는데, PGB(Personengebundene Budget)³⁸⁾의 도입가능성을 언급하고 이를 위해서는 장기요양보험의 수급권이 확대되어야 하며 비공식 수발자에 의한 급여제공을 인정하여야 함을 주장하고, PGB의 도입여부와 관계없이 수급자와 그 가족에 대한 사례관리를 통한 급여의 선택과 서비스의 품질관리의 중요성을 주장하였다³⁹⁾.

셋째, 우리나라의 노인요양실태를 분석하여 노인장기요양보험제도의 도입을 주장하는 연구(최성재, 1999; 홍미령, 2003; 이용석, 2003)이다.

최성재(1999)는 한국의 인구고령화로 인한 장기요양보호 필요성과 현재의 정책이 가진 문제점을 지적하면서 향후의 노인장기요양보호정책 방향을 급여대상, 급여의 종류 및 수준, 전달체계 및 재정의 관점에서 제시하고 가족과 국가책임을 동시에 강조하며 국가의 주도에 의한 정책을 주장하고 있다⁴⁰⁾.

홍미령(2003)은 노인요양보호 문제는 보건·의료·복지·주택 등 다양한 분야가 관련되어 있고 인프라 구축에 많은 시간이 소요되므로 고령화사회 초기에 계획적이고 체계적으로 대응해야 한다고 언급하고 있다⁴¹⁾.

37) 장병원, 2006. “개호예방의 현황과 대책에 관한 연구”, 한국노인문제연구소, pp.144-146.

38) 개인별 장기요양지원금(PGB : Personengebundene Budget)이라 하며 개인별로 과거 장기요양의 등급에 따라 현물급여에 인정된 액수의 현금을 미리 지급받아 수급권자가 직접 장기요양서비스를 구매할 수 있도록 하는 방식이다(이준영, 2007. “독일 장기요양보험 개혁의 함의”, 『사회복지정책』, 제31집, 한국사회복지정책학회, p.36).

39) 이준영, 2007. “독일 장기요양보험 개혁의 함의”, 『사회복지정책』, 제31집, 한국사회복지정책학회, pp.56-57.

40) 최성재, 1999. 『노인장기요양보호에 대한 사회복지정책방향』, 고령화사회와 노인복지』, 세종출판사, pp.88-94.

41) 홍미령, 2003. “우리나라 공적노인요양보장제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구”, 노인장기요양보호제도에 관한 연구, 한국노인문제연구소, pp.60.

이용석(2003)은 급격한 고령사회에의 대응 및 연계가 부족하고 노인장기요양급여비의 증가와 요양기간의 장기화에 대한 체계적이고 효과적인 해결방안으로서 장기요양보험제도의 도입이 필요하다고 주장 한다.⁴²⁾

넷째, 노인장기요양보험을 시행하고 나서 문제점과 개선방안을 연구(김귀자, 2008; 이해련,2009; 김정희,2009)이다.

김귀자(2008)은 개선방안으로 재정 면에 있어서 일정규모 이하의 소규모 시설에 대한 차별화된 정부의 지원책이 마련되어야 할 것과 요양시설에서의 공실률을 최소화해야 할 것. 기초수급권자 또한 3등급내지 등 외자에 대한 지원이었어야 할 것. 지역성에 따른 균일한 급여지급의 개선이 있을 것. 인력 면에서는 요양보호사 교육과정의 학력제한과 시험 등의 자격을 강화. 직원의 정수에 케어매니저를 도입. 서비스 면에 있어서는 요양시설의 평가를 통해 최소한의 요양시설 운영 기준이 마련되고 시설에서의 위험관리를 위한 의식교육 강화방안과 입소자들에 대한 개별화서비스를 강화하여야 한다고 하였다.⁴³⁾

이해련(2009)은 개선방안으로 첫째, 수급대상자의 연령에 대한 제한을 단계적으로 확대하고 노인성 질병분류 또한 단계적으로 확대하고 장애인도 함께 적용할 수 있는 통합적 서비스 틀 구축하고, 둘째, 중소병원의 요양병원으로 기능전환에 대한 정부의 적극적인 지원필요하며 소규모 시설의 활성화를 위한 방안을 적극 강구하고, 셋째, 소득에 위한 본인부담 차등비율제도를 모색하고 본인부담률을 낮추고, 넷째, 전문적 케어매니지먼트 체계를 도입하고 요양보호사 자격기준을 강화하자고 하였다.⁴⁴⁾

김정희(2009)는 개선방안으로 첫째, 보편성의 기준에 입각한 적용대사의 확대가 필요하고, 둘째, 다양한 욕구를 반영하는 프로그램 및 예방프로그램의 개발이 시급하고 셋째, 이용자 본인부담률의 적정화 대책을 마련하고, 넷째, 시설인프라의 부족과 지역 간의 불균형을 해소해야 하고 케어매니저 제도의 도입도 고려할 필요가 있다고 하였다.⁴⁵⁾

42) 이용석, 2003. “장기요양보험제도에 관한 고찰”, 『보험학회지』, 제66집, 한국보험학회, pp.116-117.

43) 김귀자, 2008. “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방향”. 『낙산복지정책연구회』 학술 세미나.

44) 이해련, 2009. “노인장기요양보험제도의 발전방향에 관한 연구”. 명지대학교 사회복지대학원 석사학위논문

45) 김정희, 2009. “노인장기요양보험제도의 비교분석 : 독일 · 일본 · 한국을 중심으로”, 경안신학대

이와 같이 살펴본 선행연구들은 우리나라도 고령화 사회에 접어든 시점, 중장기적인 차원에서 노인장기요양보호 욕구에 대처하는 조치들을 마련해 나가야 한다는 것을 주장하고 있고, 일본과 독일의 경험을 적극적으로 활용하여 노인장기요양보호 문제에 대응하는 사회적 대책을 입안할 뿐만 아니라 그에 대한 논의를 활성화하여 우리의 실정에 맞게 시행될 수 있도록 하는 것이 필요하다는 점을 주장하고 있다. 노인장기요양보험제도의 필요성을 주장하는 시행 전의 선행연구들은 노인장기요양보험제도를 시행하고 있기 때문에 그 논의의 의미를 이미 상실하였다고 할 수 있고, 노인장기요양보험제도의 시행 후의 문제점과 개선방안을 주장하는 공통적인 것은 첫째 수급자의 확대, 둘째 급여다양화를 들 수 있으며, 본인부담금을 줄여야 된다고 하고 있다. 그리고 일본과 독일의 장기요양보호정책에 관한 선행연구들은 노인장기요양보호에 관한 관심과 장단점을 파악하는데 큰 공헌을 하고 있으나, 각 나라의 노인 요양제도에 대한 내용을 소개하는데 중점을 두고 있기 때문에 제도의 내용을 심층적으로 분석하지 못했다는 한계를 내포하고 있다.



제 3 장 노인장기요양보험제도의 문제점

제 1 절 우리나라 노인요양보험제도의 개괄

1. 도입배경 및 제도 추진일정

1) 도입배경

산업화에 따른 경제발전과 과학기술의 발달에 의한 의료기술의 발달은 인류에게 많은 혜택을 제공하였지만 그와 더불어 인류사회를 전대미문의 고령화 사회로 치닫게 하고 있다. 노인인구가 급속히 증가하면 고령화 사회에서 가장 보편적으로 나타나고 있는 노인문제는 빈곤, 질병, 역할상실, 소외 등의 문제이며, 특히 취약계층에 속하는 여성노인, 농어촌노인, 독거노인 등의 경우 이러한 문제를 복합적으로 경험하고 있어 문제의 심각성이 있다고 하겠다. 또한 빠른 고령화 사회로의 진입은 향후 보건·의료·복지 등 많은 문제가 가시화될 것으로 전망되며, 이러한 노인문제가 한 개인의 문제가 아닌 사회전체 구성원의 노후의 최대 불안요인으로 대두되었다. 2000년 초 민간 노인복지전문가들의 청와대 초청행사에서 노인 장기요양 도입 필요성을 당시 김대중 대통령에게 건의하여 2000년 1월에 보건복지부 차관을 위원장으로 한 '노인장기요양보호정책기획단'을 발족하여 수발문제를 논의 및 연구 결과를 바탕으로 2001년 2월에 “노인 장기요양보호 종합대책”을 발표하였다. 2001년 8월 15일 광복절 경축사에서 “노인요양보호제도 도입”을 공식적으로 제시하였으며 2003년 2월 대통령직인수위에서 공적노인요양제도를 추진하고 공적노인요양보장추진기획단을 구성하였다. 2004년 3월 공적노인요양보장 실무기획단, 실행위원회를 출범하였으며 2005년 7월에는 국민건강보험공단, 1차 시범사업운영을 6개 지역에 시행하게 된다. 2006년 2월 “노인수발보험법”이 국무회의를 통과하게 되었고 2006년 4월 국민건강보험공단이 2차 시범사업을 8개 지역에 운영하게 된

다. 2007년 4월 2일 「노인 장기요양보험법」이 국회 본회의를 사실상 만장일치로 통과하였고, 4월13일 정부로 이송되어 4월 17일 국무회의 의결을 거쳐 4월 27일 공포됨으로써 2008년 7월 1일부터 노인 장기요양보험 제도가 시행되기 시작하였다. 이러한 요양보험제도의 도입배경에는 그동안 정부에서 발표된 사안이나 공청회자료에서 여러 번 제시된 바 있는데, 이를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 노인인구의 증가에 따른 새로운 노인문제의 발생에 대한 사전적인 대비책의 일환으로 노인 요양보험 제도를 도입한다는 것이다. 다시 말하면, 그동안 노인문제라고 하면, 크게 빈곤, 질병 및 사회적 소외감이라는 3대 고통문제를 거론하고 있었는데, 여기에다 평균수명의 연장이라는 현상에 따라 노인의 삶의 기간도 늘어나게 되면서 신체적·정신적 기능의 하락에 따른 간병수발의 문제가 개인이나 가족의 문제에서 사회적 문제로 부각되기 시작하였다는 것이다.

둘째, 간병수발에 소요되는 비용이 개인이나 가족이 부담하기에는 한계에 도달하게 되었다는 것이다. 현재 간병수발이 필요한 노인에 대한 보호 방법은 노인(전문)요양시설이나 요양병원에 입(소)원하여 보호를 받거나, 아니면 과거처럼 가족이 부양하는 것이다. 그런데, 시설의 경우는 극빈 또는 저소득 계층의 일부를 대상으로 한 공공시설이 대부분이어서 중산소득 계층의 경우는 유료복지시설이나 민간요양병원을 이용할 수밖에 없는데, 문제는 이용비용이 고액이라는 것이다. 따라서 소득이 높지 않은 가정에서는 취업이나 직장근무를 포기하면서까지 간병수발을 하여야 하거나, 아니면 극단적으로 간병수발을 포기하여야 하는 사태가 발생하여 노인학대문제로까지 이어지기도 하는 실정이다.

셋째, 노인의료비의 효율적 사용을 기대할 수 있다는 것이다. 이는 유사한 상태의 기능장애를 지닌 노인을 일반병원이 아닌 비용이 보다 저렴한 요양병원이나 노인요양(전문)시설에서 보호하는 것이 의료비 자체를 효율적으로 지출하는 것이 된다는 것이다. 이와 같이 고령사회의 도래와 함께 현재 우리나라의 복지환경의 여건을 감안하여 노인 대책의 일환으로 노인 요양보험제도가 거론되고 도입하게 된 배경이라 할 수 있다.

2) 제도 추진일정

2001년 8월15일, 8.15 대통령 경축사에서 노인요양보장제도 도입을 제시한 이후로 2002년 대선에서 대통령 공약사항으로 포함됨으로써 제도도입의 포문을 열게 되었다. 물론 그 이전인 2000년부터 2002년까지 ‘노인장기요양보호정책기획단’이 기초연구를 수행하고 있었지만, 대선 이후 2003년 3월부터 2004년 2월까지 ‘공적노인요양보장추진기획단’이 설치 및 운영되었고, 2004년 3월부터 2005년 2월까지 ‘공적노인요양보장제도실행위원회’가 구성되어 운영되었다.

이후 법률 제정이 추진되었는데, 2005년 10월19일부터 11월8일까지 입법예고가 되었고, 2006년 2월16일 정부입법이 국회에 제출되었다. 이 법안은 4월17일 국무회의 의결을 거쳐 4월27일 공포되었고 2008년 7월1일부터 시행될 수 있게 되었다.

시범사업의 추진도 있었는데, 2005년 7월부터 2006년 3월까지 1차 시범사업이 실시되었다. 이 시범사업에서는 6개 시군구 65세 이상 기초생활보장 수급노인을 대상으로 광주 남구, 강릉, 수원, 부여, 안동, 북제주에서 실시되었다. 2차로는 2006년 4월부터 2007년 4월까지 부산 북구, 전남 완도가 추가된 8개 시군구 지역에 65세 이상 노인을 대상으로 시범실시되었다.

2. 수급권자

1) 대상자

노인장기요양보험의 대상자는 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자이며, 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 등급판정위원회에서 인정받은 자이며, 등급판정위원회의 설치와 구성은 [표 3-1]과 같다.

[표 3-1] 등급판정위원회의 설치와 구성

■ 장기요양인정 및 등급 판정을 위한 심의기구 - 지역단위(시군구) 설치, 15인 이내의 위원(시장·군수·구청장이 추천한 위원은 7인, 의사 또는 한의사가 각각 1인 포함) - 위원 구성 : 의료법에 따른 의료인, 사회복지사업법에 따른 사회복지사 □ 시군구 소속 공무원, 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자

또한 장기요양인신청 자격은 65세 이상 노인이면 누구든지 장기요양인정신청이 가능하며, 65세 미만은 치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨병 및 관련 질환을 가진 경우 장기요양인정신청이 가능하다.

2)등급판정 체계

개인별 등급은 노인기능 평가를 통해서 결정되는데 노인기능평가 항목은 신체기능, 인지기능, 문제행동영역, 간호욕구, 재활욕구 5개 영역 52개 항목으로 구성되며 기능평가 결과를 장기요양인정점수로 점수화하여 개인별 등급을 결정한다. 장기요양등급은 1,2,3등급으로 구분이 되며, 점수와 판정기준은 [표 3-2]와 같다.

[표 3-2] 장기요양등급의 점수와 판정기준

등급구분	판정기준
1등급(95점이상)	- 일상생활에서 전적으로 타인의 도움이 필요한자 - 움직일 수 없는 와상상태
2등급(75점이상~95점미만)	- 상당부분 타인의 도움이 필요한자 - 타인의 도움으로 휠체어 이용
3등급(55점이상 ~75점미만)	- 부분적으로 타인의 도움이 필요한자 - 타인의 도움을 받아 외출가능, 신변처리 부분적 도움

3. 요양급여

장기요양보호를 필요로 하는 노인에게 제공하는 요양서비스를 장기요양 급여라고 하며, 장기요양급여의 종류는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금 급여로 구분된다.

1) 재가급여

① 방문요양 : 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 급여이다.

② 방문목욕 : 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 급여이다.

③ 방문간호 : 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 급여이다.

④ 주·야간보호 : 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 급여이다.

⑤ 단기보호 : 수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 급여이다.

⑥ 기타 재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령으로 정한다.

2) 시설급여

노인의료복지시설(노인전문병원 제외)에 장기간동안 입소하여 신체활동지원, 심신기능의 유지.향상을 위한 교육.훈련 등을 제공하는 요양급여이다.

3) 특별현금급여

① 가족요양비 : 장기요양기관이 현저히 부족한 지역(도서·벽지)에 거주하는 자, 천재지변 등으로 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여를 이용이 어렵다고 인정된 자, 신체·정신·성격 등의 사유로 가족 등이 장기요양을 받아야 하는자에게 지급한다.

② 특례요양비 : 수급자가 장기요양기관으로 지정되지 않은 장기요양시설 등의 기관과 재가 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 장기요양급여 비용의 일부를 지급한다.

③ 요양병원간병비 : 수급자가 [노인복지법] 상의 노인전문병원 또는 [의료법] 상의 요양병원에 입원한 때에 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 지급한다.

이상의 내용을 표로 요약하여 정리한 것이 [표 3-3]이다.

[표 3-3] 요양급여의 종류와 내용

급여		내용
재가 급여	방문요양서비스	가정을 방문하여 신체, 가사활동 지원
	방문목욕서비스	목욕설비를 갖추고 가정방문,목욕서비스제공
	방문간호서비스	간호사가 의사 한의사 치과의사의 방문간호지시서에 따라 가정을 방문하여 간호,진료보조,요양상담,구강 위생서비스제공
	주,야간보호서비스	하루일정시간동안 장기요양기관에 보호,신체활동및 심신기능의 유지 향상을 위한 교육 훈련제공
	단기보호서비스	일정기간동안 장기요양기관에 보호, 신체활동 및 심신기능의 유지,향상을 위한 교육 훈련 제공
	복지용구	복지용구제공,재활에 관한 지원 이동변기,목욕의자,보행차,지팡이 욕창예방방석,수동 휠체어,이동욕조,목욕리프트제공등
시설급여		노인의료복지시설에 장기간 입소, 신체활동 심신기능유지 향상을 위한 교육 훈련 제공
특별현금급여		가족요양비(도서벽지 거주자 등에게 지급)특례요양비(장기요양기관이 아닌 노인요양시설 이용시 요양급여비용의 일부 제공),요양병원간병비제공

4. 운영체계

1) 재정운영

① 장기요양보험료

장기요양보험료는 건강보험료액의 4.78%에 해당하며 월 평균 3,284원

정도이다. 그리고 노인장기요양보험 가입자는 국민건강보험 가입자와 동일하게 건강보험료와 통합징수하며, 장기요양보험료율은 보건복지부장관 소속 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 명시되었다.

② 국가의 부담

장기요양보험료의 일부는 국가에서 부담하도록 되어 있는데, 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다. 그리고 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 장기요양급여비용 중 공단이 부담하여야 할 비용과 관리운영비의 전액을 대통령령이 정하는 바에 따라 각각 부담한다.

③ 본인일부부담금

장기요양보험료의 일부는 본인이 부담하도록 되어 있는데, 이는 급여의 종류에 따라 부담비율이 다르다. 즉, 재가급여의 경우는 당해 장기요양급여비용의 100분의 15이며, 시설급여의 경우는 당해 장기요양급여비용의 100분의 20, 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 전액 면제이고, 의료급여수급권자, 소득·재산 등 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정금액 이하인 자는 본인부담금을 50% 경감하도록 되어 있다.

그리고 본인부담금을 법정본인일부부담금, 월 한도액 초과 비용, 의사소견서·방문간호지시서 발급비용, 비급여 항목비용으로 구분하기도 하는데, 그 내용은 다음과 같다.

(1) 법정 본인일부부담금

법정 본인일부부담금은 재가급여의 경우 15%(경감시 7.5%), 시설급여의 경우 20%(경감시 10%), 국민기초생활보장법에 의한 수급자인 경우 면제, 의료급여수급권자의 경우 50%를 경감하도록 되어 있다.

이 중 재가급여 비용은 등급별 월 한도액으로서 본인부담금+공단부담금

을 말하며 등급의 종류와 내용은 [표 3-4]와 같다.

[표 3-4] 재가급여의 등급별 종류와 내용

(단위: 원)

재가급여 4종(방문요양, 주·야간보호, 방문목욕, 방문간호)				
등급	월 한도액 (1개월)	법정본인일부부담금		
		일 반 (15% 적용)	의료급여수급권자 (7.5% 부담)	국민기초 수급권자
1등급	1,097,000	164,550	82,275	면제
2등급	879,000	131,850	65,925	
3등급	760,000	114,000	57,000	

재가급여는 1,2,3등급으로 구분이 되며 서비스의 종류는 방문요양, 주·야간보호, 방문목욕, 방문간호 등의 4종류가 있다.

한편 시설급여의 비용은 등급별 월 한도액으로서 본인부담금+공단부담금으로 구성되어 있는데, 등급별 종류와 내용은 [표 3-5]와 같다.

[표 3-5] 시설급여의 등급별 종류와 내용

(단위: 원)

시설급여	등급	월 한도액 (30일 기준)	법정 본인일부부담금		
			일 반 (20% 적용)	의료급여수급권자 (10% 부담)	국민기초 수급권자
· 노인전문요양시설 · 노인요양공동생활가정	1등급	1,443,600	288,720	144,360	면제
	2등급	1,306,500	261,300	130,650	
	3등급	1,169,100	233,820	116,910	
· 노인요양시설	1등급	1,149,300	229,860	114,930	면제
	2등급	1,009,800	201,960	100,980	
	3등급	870,600	174,120	87,060	

※ 시설급여는 1일당 수가체계이며, 상기에 제시된 금액은 30일 기준으로 산정

(2) 월 한도액 초과 비용

제가급여 4종(방문요양, 방문목욕, 주·야간보호, 방문간호) 또는 시설에 입소하여 시설급여를 받는 수급자는 등급별 월 한도액 범위 내에서 급여를 이용하여야 하며, 월 한도액을 초과한 비용은 전액 본인이 부담하여야 한다.

(3) 의사소견서 · 방문간호지시서 발급비용

의사소견서와 방문간호지시서의 발급비용은 의료기관 및 보건의료원과 보건소(지소)에 따라 그리고 환자 내원시 또는 의사 방문시에 따라 다르다. 뿐만 아니라 이러한 경우에도 65세 이상의 노인, 65세 미만의 노인성 질환자, 국민기초생활수급권자, 의료급여수급권자 및 천재지변 등으로 보건복지부장관이 인정하는 자에 따라 비용이 또 달라지는데 [표 3-6]과 같다.

[표 3-6] 의사소견서 및 방문간호지시서의 발급비용의 종류와 내용

구 분		의사 소견서		방문간호지시서	
		의료기관 보건의료원	보건소 (지소)	환자 내 원시	의사 방 문시
총 비 용		27,500원	18,000원	15,000원	48,300원
본 인 부 담 금	-65세 이상의 노인	5,500원	3,600	3,000원	9,660원
	-65세 미만의 노인성 질환자				
	-국민기초생활수급권자	면제	면제	면제	면제
	-의료급여수급권자 -천재지변 등으로 보건복지부 장관이 인정하는 자	2,750원	1,800원	1,500원	4,830원

그리고 이와 같은 경우 공단이나 국가 등의 부담금에 대한 본인부담금의 비율이 어느 정도인지는 [표 3-7]과 같다.

[표 3-7] 본인부담금과 공단 또는 국가 등 부담금의 비율 비교

구 분	본인부담금	공단 또는 국가 등 부담금
- 65세 이상의 노인 - 65세 미만의 노인성 질환자	20%	공단 80%
- 국민기초생활수급권자	면제	국가·지자체 100%
- 의료급여수급권자	10%	국가·지자체 90%
- 천재지변 등으로 보건복지부장관이 인정하는 자	10%	공단 90%

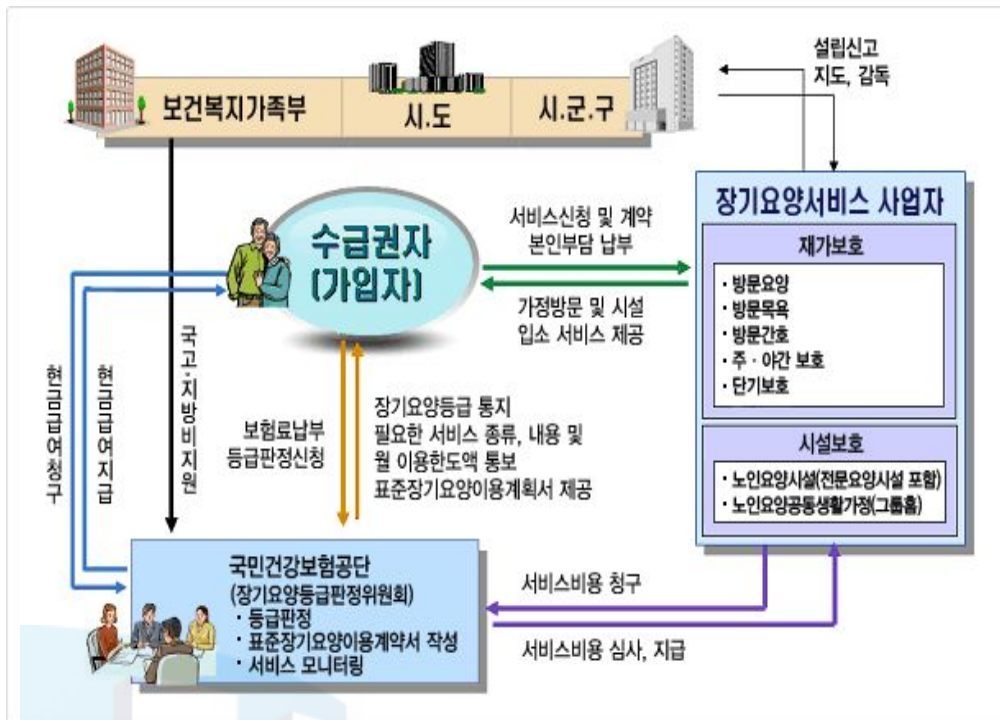
(4) 비급여 항목 비용

비급여 항목비용의 종류는 급여이용자의 식사 재료비, 이·미용비, 급여이용자의 요청에 의한 1,2인실 사용료(시설급여에 한함), 급여이용자의 요청에 의한 원거리 외출 시 소요되는 교통비, 급여이용자의 요청에 의한 여가활동(영화감상 등)에 소요되는 비용 등이 있다.

2) 전달체계

노인장기요양보험은 <그림 3-1>에서 보는 바와 같이, 중앙·지방정부로써 보건복지부와 시·도, 시·군·구가 있고, 국민건강보험공단, 장기요양서비스 사업자의 3주체가 있다. 수급권자(가입자)가 국민건강보험공단 내에 있는 장기요양등급판정위원회에 등급판정을 받게 되면 현금급여의 경우에는 국민건강보험공단에 청구를 하며, 재가보호나 시설보호의 경우에는 장기요양서비스 사업자로부터 서비스를 받게 된다. 이러한 수급권자의 신청-청구 및 서비스 절차의 뒤에는 보건복지부가 국민건강보험공단에 국고 및 지방비를 지원해 주고 있으며, 장기요양서비스 사업자는 지방정부에 설립신고 및 지도, 감독을 받게 되며, 국민건강보험공단에 서비스비용을 청구하게 된다.

<그림 3-1> 노인장기요양보험의 전달체계



5. 서비스 이용체계

노인장기요양보험 서비스를 이용하기 위해서는 우선 장기요양인정 신청서와 의사소견서를 첨부하여 공단 지사 노인장기요양보험 운영센터에 신청을 해야 한다. 그리고 공단 소속 장기요양직원(사회복지사, 간호사 등)이 신청인을 직접 방문하여 장기요양인정조사표에 따라 신청인의 심신의 기능 상태와 희망급여 조사한 후, 장기요양등급판정위원회에서는 1차 판정 결과와 조사자의 특기사항, 의사소견서를 가지고 신청인의 심신 상태 및 장기요양이 필요한 정도에 따라 장기요양등급 판정한다. 이때, 등급 판정은 신청서를 제출한 날부터 30일 이내에 판정한다. 그리고 장기요양등급판정위원회의 판정결과에 따라 수급자에게는 장기요양인정서와, 표준장기요양이

용계획서 송부되며, 장기요양인정자의 선택에 따라 시설급여, 재가급여, 가족요양비 등 특별현금급여를 받을 수 있다.

[표 3-8] 노인장기요양보험의 서비스 이용체계

서비스 신청	-65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자가 공단에 의사소견서를 첨부하여 장기요양인정 신청 ☆신청자 : 본인,가족이나 친척,사회복지전담공무원,시장군수 구청장이 지정
방문조사	-공단 소속직원(사회복지사,간호사)은 신청인의 심신 상태 등을 조사
등급판정	-공단은 조사결과서,의사소견서 등을 등급판정위원회에 제출 -등급판정위원회는 대통령령이 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자로 판정 -신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 판정 완료
장기요양인정서 및 표준 장기요양 이용 계획서 통보	-장기요양등급,장기요양급여의 종류 및 내용이 담긴 장기요양인정서와 적절한 서비스 내용,횟수,비용 등을 담은 표준장기요양이용계획서 송부 ☆장기요양인정유효기간 : 최소1년이상으로 대통령령에서 정함 ☆장기요양인정의 갱신신청,장기요양등급 등의 변경 신청,이의신청 절차 있음
장기요양급여의 시작	-장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여 시작
장기요양기관 정보의 안내	-장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하고 급여의 질 보장등을 위해 현황 자료등을 공단이 운영하는 인터넷에 게시

제 2 절 노인요양보험제도의 문제점

노인요양보험제도의 문제점에 대해서는 문제점으로 지적되고 있는 점들을 정리하여 Gilbert & Specht의 모형을 기준으로 ‘할당체계’, ‘급여체계’, ‘전달체계’, ‘재정조달’의 4가지로 분류하여 나타내었다.

1. 할당체계(allocation system)

1) 서비스 대상자의 한정성

현행 노인장기요양보험제도에서 65세 이상 노인은 요양급여가 필요한 경우 질병 종류에 관계없이 서비스를 받을 수 있고 65세 미만 40세 이상의 자는 치매나 중풍 같은 노인성 질환을 가진 환자만이 요양급여를 신청할 수 있다. 올해 요양급여 혜택을 받을 수 있는 노인은 65세 전체 인구(496만 명)의 3.5%인 17만 명으로 추산된다. 신청예정자를 약 24만8천명으로 추정할 때 약 8만 명은 등급 외 판정을 받게 되므로 보험혜택을 받지 못한다. 이 외에 요양급여가 필요하지만 신청을 하지 않은 노인까지 고려하면 그 수는 상당한 정도에 이른다. 이렇게 전 국민이 보험료를 내지만 극소수의 노인으로 수급권자를 제한함으로써 서비스 수급대상에서 제외된 노인들은 적잖은 불만을 나타내고 있으며, 보험료의 인상⁴⁶⁾에 따른 부담의 가장 비용만 부담하고 서비스를 받을 자격이 없는 젊은 계층의 반발은 더욱 크다. 이렇듯 수급대상을 중증의 노인으로만 제한하여 서비스를 제공하는 것은 노인요양보험제도가 추구하는 보편주의개념을 벗어난 것이며 사회보험을 통해 노인요양문제를 해결하려 했던 제도도입의 목적은 물론 실효성과도 거리가 멀다. 국민건강보험공단의 조사(2008)에 의하면 현재 노인장기요양보험의 대상자를 중등증 이상으로 제한되어 있는 것에 대해 어떻게 생각하느냐의 질문에 혜택을 받는 수가 너무 적다(65.3%)로 과반수

46) 건강보험 가입자는 매달 내는 기존의 건강보험료에다 4.05%(전체 소득 대비로는 0.2% 수준)를 추가로 내야 하기 때문이다. 따라서 직장가입자는 월평균 2천720원, 지역가입자는 2천390원을 추가로 부담하고 있다. 이는 올해 초 건강보험료가 6.4%를 인상한데 이은 것으로 사실상 지난해 보다 10.7%가 인상된 것이다.

이상을 차지하는 반면 적절하다는 20.9%, 너무 많다는 2.9%에 지나지 않았다.

[표 3-9] 노인장기요양보험의 대상자에 대한 인식

		사례수	적절하다	혜택을 받는 수가 너무 적다	혜택을 받는 수가 너무 많다	관심없다
전체		1,500	20.9	65.3	2.9	11.0
성별	남성	755	23.8	64.1	2.3	9.8
	여성	745	17.9	66.4	3.5	12.2
연령	20대	321	17.8	66.7	3.1	12.5
	30대	380	20.5	65.0	2.6	11.8
	40대	374	21.9	64.4	3.5	10.2
	50대	256	23.8	63.7	1.2	11.3
	60대	169	20.7	67.5	4.1	7.7
지역규모	대도시	701	23.4	65.0	2.9	8.7
	중소도시	519	19.3	64.5	3.3	12.9
	농어촌	280	17.5	67.1	2.1	13.2
65세이상 노인유무	유	327	16.5	67.3	3.4	12.8
	무	1,173	22.1	64.7	2.7	10.5
장애인 유무	유	36	16.7	63.9	2.8	16.7
	무	1,464	21.0	65.3	2.9	10.9
만성질환자 유무	유	109	11.0	75.2	2.8	11.0
	무	1,391	21.6	64.5	2.9	11.0

*자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사, 2008

이와 같이 노인장기요양보험제도가 노인이라는 특별한 인구집단에 한정하는 장기요양제도로 되어 있고 수급범위도 노인인구의 3%수준에 불과하여 고령화에 따른 서비스 요구에 충분히 부응하지 못하고 있다.

2) 대상자의 선정기준의 모호성

노인요양시설 서비스 대상 노인은 노인성질환 등으로 요양이 필요한 자로 정하고 있다. 그러나 개념과 종류가 불명확하고 특히 치매, 중풍 등은 모두 중증으로 간주할 수 있는 등 대상자 선정 기준이 모호한 형태로 되어 있다. 이와 같이 모호한 기준은 대상자 선정에 있어 행정기관과 서비스 제공 기관의 편의에 따라 자의성이 개입될 가능성이 크며, 그 만큼 대상자의 권리 성 또는 선택성이 크게 제한될 수밖에 없다.

3) 등급판정의 신뢰성 문제

등급판정위원회는 6개월 이상의 기간 동안 일상생활을 혼자서 수행하기 어렵다고 판단되는 노인의 심신상태 및 요양이 필요한 정도에 따라 1~3등급, 등급 외를 결정한다. 1등급은 일일 수가가 4만580원이며, 2등급과 3등급은 각각 3만6970원, 3만1140원을 지원받는다.

이 때문에 장기요양 등급인정을 받은 수급자를 확보하기 위한 경쟁이 치열하다. 일부 요양시설에서는 등급판정 노인을 소개하는 대가로 금품을 지급하거나 1등급 환자를 몇 명 데려오느냐에 따라 요양보호사를 채용한다는 말이 공공연히 떠돌고 있다. 또 방문조사원의 전문성 부족 및 자의적 판단, 지역주민을 의식한 등급판정위원회의 관대한 판정, 치매판정의 어려움 등 등급판정과 관련한 우려의 목소리가 줄어들지 않고 있다.

올 8월 현재 등급변경신청, 재신청 및 이의신청 현황을 보면 총 5437건 중 등급변경 신청이 2205건(40.6%), 재신청이 3141건(57.8%), 이의신청이 5건(0.1%)을 차지하고 있다. 요양등급 판정 및 분류체계를 객관적이고 신뢰성 있게 운영하여 등급변경신청 및 이의신청 건수를 줄여나갈 필요가 있다.

2. 급여체계(provision system)

1) 재가서비스 체계의 미흡성

특히 예방적 서비스 등은 제공되지 못하고 극히 단편적이고 비조직적인 단순한 가사지원 서비스나 개인 서비스만 제공되고 있어 대상노인의 욕구 수준에 대응하는 서비스가 부족하다. 뿐만 아니라 노인장기요양보험제도의 재가급여 종류로 제시되고 있는 총 여섯 가지 세부급여 중에서 실제로 재가급여 이용자들은 여섯 가지 재가급여를 골고루 이용하는 것이 아니라 대부분 이용하는 재가서비스로는 방문요양서비스가 85.5%, 방문목욕이 30.3%, 주·야간보호가 8.2%의 순이었다. 현재 이용중인 개수는 평균 1.37(± 0.59)에 불과하였다. 즉 방문요양만 활성화되고 있는 것이다. 이것은 정부가 시설부족을 염려한 나머지 지나친 기관설치 기준완화로 인해 과잉공급이 일어났기 때문이다.

[표 3-10] 재가서비스 이용행태

특성	구분	N	%
전체		1,193	100.0
현재 이용하는 재가서비스 (복수응답)	방문요양	1,020	85.5
	방문목욕	361	30.3
	방문간호	53	4.4
	주야간보호	98	8.2
	단기보호	11	0.9
	복지용구 구입 및 대여	86	7.2
현재 이용 재가서비스 개수	1개	821	68.8
	2개	315	26.4
	3개	50	4.2
	4개	7	0.6
	4개평균±표준편차(개)	91.37 $\pm$ 0.59	

*자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도조사, 2008

2) 가족 장기요양보호 제공자에 대한 지원의 결여 및 제한

현금급여의 인정은 가족에 의한 서비스 제공으로 대상노인의 정서적 만족감을 제고하고, 소비자 선택권을 보장하며, 현물급여에 비해 비용절감이 가능하여 보험재정 완화에 기여한다. 또한 무엇보다도 초기 시설인프라 부족에서 오는 문제점을 보완하고 해소 가능하게 한다. 그러나 실제 수발서비스 실시 여부 및 서비스의 질을 확인하거나 평가하기 곤란하며, 가족의 경비지원 제도로 변질될 우려가 있다.

3. 전달체계(delivery system)

1) 전달체계 시행의 비체계성과 비전문성

서비스가 필요한 노인들은 어디에서 어떠한 절차를 통해서 도움을 받아야 할지 모르고 있다. 기능 상태에 따라 노인들이 필요로 하는 서비스를 제공받을 수 있도록 도움을 줄 수 있는 행정적 전달체계의 홍보가 미흡하고, 체계가 마련되어 있지 않다. 이러한 문제점들은 기관을 이용하는 노인들의 서비스 질에 직결되는 부분으로 공급확대와 함께 우선적으로 해결되어야 할 과제이다.

2) 서비스 제공의 중복.

일정 지역사회 내에 여러 주체의 서비스 제공 기관이 존재할 경우 특정한 보호대상 노인에게 모두 재가복지서비스가 제공될 수 있는데, 그것은 기존의 서비스가 기능별로 분화되어 있지 않기 때문에 발생하는 것이다.

3) 요양시설 및 인프라의 부족과 지역 간의 격차.

정부의 발표에 따르면 제도 시행 후 2008년 8월말 현재 전국적으로 요양시설 충족률은 99.8%에 달한다. 하지만 요양시설, 병상 충족률이 미흡한

권역은 총 16개 중 9개로 무려 절반이상인 것으로 나타나 지역별 불균형이 심각한 것으로 드러났다. 그 단적인 예로 전국 232개 기초자치단체 가운데 노인요양시설이 아예 없는 시, 군, 구가 서울 중구와 인천 옹진군, 충남 태안군, 경북 고령군 등 11곳이나 되고, 충남 홍성군, 전남 목포시 등은 충족율이 70%정도에 불과한 현실이다. 도시와 농어촌간의 불균형 또한 문제로 지적할 수 있다. 농어촌의 경우 노인요양 인프라의 부족으로 요양서비스를 받기 어렵다. 한 예로 농어촌지역에서 재가 장기요양기관을 운영할 경우 이동거리나 인구 등의 문제로 수익성 면에서 도시에 비해 낮을 수밖에 없다. 또한 기존의 무료 및 실비 요양시설의 노후화 및 상대적 낙후 등으로 인한 요양시설간 서비스 격차가 발생하고 있다. 같은 노인요양시설이라고 하지만 서비스 질에서는 차이가 존재할 수밖에 없다. 똑같은 비용을 지불하고도 질 낮은 서비스를 받지 않기 위해 기존 시설에 대한 이용을 기피하고 신규 시설을 선호하는 경향이 나타난다. 이로 인하여 기존 시설의 경영수지 악화가 초래되고 있다.

4) 재정관리 기관과 서비스 제공 기관의 비동일성.

재정관리는 국민건강보험공단에서, 요양서비스 관리 업무는 지방자치단체에서 맡도록 하였으나, 비용 중심적은 건강보험공단과 서비스 중심적인 지자체의 이원화 체계로 가는 경우, 요양보험제도의 재정 건전성을 유지하기 어렵다는 우려가 있다.

4. 재정체계(finance system)

1) 정부 재정지원의 부족

우리나라는 법 제정안을 볼 때 정부의 재정부담률의 지원규모는 총 재정의 30~40%수준이다. 이 수준으로 현재 시행하고 있는 건강보험, 국민연금 등의 사회보험제도의 운영 실태를 볼 때 안정적인 제도 정착에 많은

어려움이 따른다.

노인장기요양보험제도의 재원은 보험료 국가보조금 및 이용자부담금으로 조달한다. 이 중에서 보험료 비중이 전체 재정의 약 60%를 차지하고 있다. 결국, 제도의 재정적 안정은 보험료의 안정적인 확보에 달려있다고 할 수 있다. 장기요양보험료는 건강보험료와 연동되어 있어서 건강보험료의 징수수준에 따라서 장기요양보험재정이 영향을 받게 되어 있다. 보험료는 20세 이상의 가입자로부터 징수하게 되어 있고, 고령자로부터는 대부분 징수하지 않거나 정액을 징수하고 있다. 직장에 근로하는 피용자를 대상으로 할 경우, 보험료를 납부하는 고령자는 전체 가입자의 6.9%에 불과하고, 나머지는 자녀의 피부양자로 등재되어 있고, 전체 가입고령자 중에서 약 35%가 자영업자 등의 고령자인데, 보험료가 매우 낮은 수준으로 추정된다(선우덕, 2008: 511).

노인장기요양보험은 초기단계에서는 건강보험 보험료의 세대당 부담액에 약 4% 정도의 추가부담이 발생하지만, 시간이 가면서 그 부담수준이 늘어나 결국 10% 정도의 추가부담이 발생할 것으로 예상되고 있다. 이러한 문제 때문에 박나영(2006: 51)은 증가되는 보험료 부담에 대해서 국민들의 동의를 구하고 이해시키는 것이 해결할 과제라고 제시하고 있다.

노인장기요양보험의 국가부담 비율을 다른 나라와 비교하여 살펴보면, 일본의 경우 정부부담률은 50%이고, 독일의 경우는 100% 보험료로 재원조달을 원칙으로 한다. 그러나 독일은 실제 지방정부가 시설 투자 및 지원에 대한 책임을 맡고 있으므로 요양보험을 사회보험방식으로 전환함에 다른 종래 조세 수입의 절약된 비용의 일부를 국가 또는 지방정부가 부담하고 있다. 또한 요양보험이 시작되기 전에 이미 상당 정도의 복지 인프라가 구축되어 있었으므로 한국의 여건과는 차이점을 보인다. 이광재(2009)는 노인장기요양보험제도에 있어서 재정부담률은 보험료 50%, 국고 30%, 본인부담 20%로 국가의 재정 부담률은 총 재정의 30% 수준으로서 일본과 비교할 때 아주 미미한 수준이며, 이 수준으로는 안정적인 제도정착에 많은 어려움이 따를 것이라고 하였다. 현재의 상황을 보더라도 노인장기요양보험법에서는 국가는 대통령령이 정하는 바에 따라 예산의 범위 안에서

비용의 일부를 부담하도록 모호하게 규정하고, 국가 책임부분을 명시하고 있지 않다.

2) 본인 부담 부분의 과다

급여종류에는 재가급여와 시설급여로 나누어 놓고 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등의 서비스를 제공토록 하며 시설급여에는 노인요양시설급여와 노인요양공동생활가정급여를 지급토록 하고 있다. 그런데 각종 요양기관이 이러한 요양서비스를 제공하는 것은 요양수가에 의해 책정되어 있는 급부(보험금)를 받기 위함에서 시작되는 것으로 보아야 할 것이다. 그런데 먼저 재가요양 급여를 살펴보면 재가요양수가는 [표 3-11]과 같고,

[표 3-11] 재가요양수가

(단위: 원)

	30~60분	60~90분	90~120분	120~160분	160분이상 (30분당 가산액)
방문 요양	10,680	16,120	21,360	26,700	3500/3300/3100/2900(30분당 수가 체감) 1일 4시간으로 제한
방문 간호	30분미만		30~60분		60분이상
	27,360		35,310		43,260
방문 목욕	차량이용시(1회당)			차량 미이용시(1회당)	
	71,290			39,590	

*자료: 보건복지부, 2008-523호 2008.12.31 개정고시

시설수가는 [표 3-12]와 같으며 또한 주야간보호, 단기보호 수가는 [표 3-13]과 같고 법 제24조 1항에 의한 가족요양비는 15만원으로 책정되어 있다.

[표 3-12] 시설 수

구분	1등급	2등급	3등급
요양시설	38,310	33,660	29,020
전문요양시설	48,120	43,550	38,970
그룹홈 (노인요양공동생활가정)	48,120	43,550	38,970

*자료: 보건복지부, 2008-523호 2008.12.31 개정고시

시설은 요양시설과 전문요양시설, 그룹홈(노인요양공동생활가정)과 1등급, 2등급, 3등급으로 분류되어 있으며, 전문요양시설과 그룹홈 2등급의 형태가 가장 많고 요양시설 3등급이 가장 적은 상황이다.

[표 3-13] 주야간보호, 단기보호수가

구분	1등급	2등급	3등급
주야간보호	40,580	36,970	31,140
단기보호	42,490	38,860	35,230

*자료: 보건복지부, 2008-523호 2008.12.31 개정고시

그러므로 재가 급여의 경우를 위 [표 3-11]에 기준하여 살펴보면 장기요양판정위원회로부터 요양등급 1등급의 판정을 받은 수급자가 가정에서 주 5회(1회 2시간) 방문요양서비스와 주 1회 방문목욕서비스 그리고 주 3회 방문간호서비스를 받을 경우 총 비용은 120~130만원 정도⁴⁷⁾ 예상되며 여기에서 재가 급여의 본인 부담금은 15%로 책정되어 있으므로 월 20만원 정도의 지출로서 장기요양이 가능할 것으로 예상된다.

또한 앞의 기준으로 살펴보면 노인요양 시설 또는 노인요양공동생활가정에 수용된 자가 요양 1등급을 받고 시설에 수용되는 경우 시설수가는 1일 48,120원이 책정되어 있으므로 1개월(30일기준) 기준 1,443,600원의 비

47) 위의 재가급여를 산출해 보면 방문요양비 26,700×5×4=534,000원과 방문목욕비 71,290×4=285,160원, 그리고 방문간호서비스 35,310×3×4=423,720원 합계 1,242,800원이 된다.

용이 필요하게 된다. 여기에 식비 등 비급여 금액 약 30만원을 포함할 경우 1,743,600원의 비용이 예상되는데 이 중에서 이용 본인 부담금은 급여의 20%가 책정되어 있으므로 월 288,720원의 비용과 비급여 금액 30만원을 포함하여 월 588,720원 정도의 비용으로 장기요양을 받을 수 있게 되었다. 따라서 본 법이 시행되기 전 노인요양시설 (노인요양공동생활가정포함)에 수용된 자가 부담하는 금액은 대략 150~200만원의 비용을 필요로 하였으나 본 보험의 혜택을 받을 경우 그 3분의1 수준인 50~60만원의 지출로 장기요양을 할 수 있게 되었다. 또한 본 법 제 24조 제 1항에서 규정한 가족요양비(15만원)를 살펴보면 독일의 경우에는 이를 인정하여 현물급여와 현금급여 중 어느 하나를 선택할 수 있도록 하면서 현금급여를 받는 경우 요양은 가족, 친척, 이웃 등을 통해 해결토록 하고 있다⁴⁸⁾. 그러나 일본에서는 이를 금지하고 있는데 그 이유는 일본이 전통적인 동양의 유교 사상아래 노인에 대한 수발은 당연히 가족을 통하여 이루어지는 것이 바람직하다는 국가문화에서 연유하고 있다고 한다. 그러나 일본도 최근에는 독일의 경험을 토대로 연금개혁을 통하여 육아 및 장기요양보호로 인해 직장을 그만두고 가정에서 육아 또는 노인을 수발하는 경우 연금보험료 납부를 면제해 주는 연금 크레딧 제도를 실시함으로써 이를 보완하고 있다고 한다. 따라서 본 보험의 요양수가 지급되는 보험료 수준과 비교할 때 어느 정도 이해 할 수 있는 수준으로 보아지나 자기부담금부분은 다른 나라와 비교할 때 너무 높다는 문제점이 발견된다.

48) 김근홍, 노인장기요양보호를 위한 사회보험의 필요성, 「사회복지정책」18집, 2005. p.289.

제4장 노인장기요양보험제도의 개선방안

본 연구에서는 노인장기요양보험제도의 문제점에 대해서 앞서 지적한 바와 같이 Gilbert & Specht의 ‘할당체계’, ‘급여체계’, ‘전달체계’, ‘재정조달’을 기준으로 정리하였다. 개선방안도 마찬가지로 ‘할당체계’, ‘급여체계’, ‘전달체계’, ‘재정조달’의 4가지 형태로 분류하여 제시하고자 한다.

제 1 절 할당체계(allocation system)

등급 평가·판정 업무의 효율성을 기하기 위해 공급량 목표관리와 지역별 노인인구 대비 유소견율, 재정상황 등이 종합적으로 고려된 관리지표를 개발하고, 시행 후에는 매년 평가체계의 수정·보완이 필요하다. 또 관련 조사 요원은 요양관리사 자격을 가진 전문직 인력과 의사 및 그 외 직원이 한 팀을 이루어 활동하며 직접 방문 조사하여 심사 자료를 작성하고 보다 판별 기준의 확실성을 기하기 위해 계속해서 수정보완 작업을 해 나가야 할 것이다. 현재 인력 및 재정 불안으로 인해 단계적인 수급자 확대가 요청되며 궁극적으로는 전 국민을 대상으로 한 보편 서비스로 자리매김 해야 할 것이다.

현재 우리나라 노인들은 재가복지 욕구를 가지고 있으면서도 실제 그 서비스를 이용할 수 있는 노인은 극소수에 불과할 정도로 그 장기요양 서비스 대상의 등급범위가 1~3등급으로 제한되어 있다. 요양급여 대상을 요양등급 1~3등급으로 제한하는 것은 서비스 수급자격의 형평성, 서비스 수급의 보편성의 기준에는 미흡하지만 국가의 재정적 여건을 고려하면 불가피한 결정이라는 견해도 있다. 그러나 국민적 이해와 합의를 바탕으로 문제점을 개선하려는 노력이 절실히 요구된다. 수급대상을 너무 제한하여 급여를 제공하는 것은 노인 장기요양보험제도가 추구하는 보편주의개념을 벗어난 것이며, 사회보험을 통해 노인요양문제를 해결하려 했던 제도도입의 목적은 물론 그 실효성과도 거리가 멀다. 따라서 수급절차과정에서 합리성에 대한 여러 가지 문제가 발생할 수 있는데 이러한 문제를 줄이기

위한 공단과 지방정부는 수급절차상의 불만이 없도록 보다 체계화할 필요가 있을 뿐 아니라, 등급분류체계를 객관적이고 신뢰성 있게 운영하고 등급판정을 더욱 엄격하고 공정하게 할 수 있는 제도적 장치와 수급자의 권리를 보호하기 위한 의견진술의 기회 및 재심절차 등의 조치가 강구되어야 한다. 그리고 장기요양서비스의 대상을 국민기초생활수급자뿐 아니라 차상 위 계층 및 저소득 및 일반가정의 노인도 부담 없이 이용할 수 있도록 장기요양보험료를 차등화 하여 수혜대상을 확대할 필요가 있다. 뿐만 아니라, 노인장기요양보험의 수급대상을 노인뿐만 아니라 수급대상자 범위에 장애인을 포함시켜야 한다는 주장도 계속 제기되는바, 먼저 장애인복지법과의 조화를 사전에 검토한 후 적극적 검토가 필요할 것이다. 이러한 적용대상의 확대문제는 재정안정화도 밀접한 관련이 있는바, 확대의 범위 및 확대시기에 대하여 재정 상태를 고려하고 신중하게 접근할 필요가 있다고 하겠다. 즉, 장애인 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 모든 국민에게 실질적인 혜택이 돌아갈 수 있도록 급여대상자를 점진적으로 확대하는 제도의 개선방안이 필요하다. 이 외에도 현 제도에서 등급외자들을 지역사회서비스로 연계함으로써 장기요양 인정평가를 통해 급여대상으로 인정받지 못하는데 대한 불만을 해소하고, 장기요양 서비스 대상으로 편입되는 속도를 늦추는 예방적 효과를 기해야 한다.

제 2 절 급여체계(provision system)

효과적인 서비스를 제공하기 위해서는 대상자 중심의 서비스가 이루어져야 한다. 수발에 따른 가족의 재정적 위기를 보완함은 물론이고 수발 대상자인 노인에 대한 직접적인 수발이 이루어지고 있는지 감시할 수 있는 전문 인력이 구축되어야 한다. 또한 노인에 대한 수발 형태 및 그 외의 노인의 욕구 즉, 배움, 대인관계 등의 삶의 질 향상에 대한 서비스 제공이 이루어져 단순 현물급여 및 수발에만 그치지 않고 재활을 통한 사회통합의 제도로써 나아가야 할 것이다.

그리고 앞서 문제점에서 제기하였듯이 현재 우리나라 노인장기요양보험의 재가서비스는 주로 방문요양의 형태로 많이 이루어지고 있다. 그러나 장기요양보호 대상자들의 정서적인 안정감을 고려해 볼 때 가정에서 가족의 보호를 받으면서 생활하는 것이 가족주의 전통이 강한 우리나라에서는 노인들에게 더욱 효과적일 것이므로 이 부분에 대한 지원과 관심이 더욱 필요할 것이다. 이러한 차원에서 가족요양비의 확대실시가 요구된다. 김철주·홍성대(2007: 243)은 현금급여가 특히 가족 구성원 등 비공식적 주체로부터 요양보호를 제공받을 수 있는 노인의 선택권을 극대화 할 수 있다고 한다. 특별현금급여의 종류는 가족 요양비, 특례요양비, 요양병원간병비가 있는데, 국민건강보험공단은 시범사업을 운영할 때는 요양병원 간병비, 가족요양비를 지급하기로 하였다. 그러나 노인장기요양보험제도를 시행하고 있는 시점에서는 가족요양비만 1,2,3등급 모두 동일하게 150,000원을 지급하고 있고, 요양병원간병비는 지급을 유보하여 많은 민원이 발생되고 있다. 현금급여의 확대방안으로 장기요양보호 대상자들은 요양병원간병비 지급을 원하고 있지만, 요양병원간병비 지급을 유보하는 것에 대해 동감한다. 즉, 현금급여 확대의 발전방안은 가족요양비 지급이 가장 필요하다고 보는 것이다. 노인장기요양보험제도는 의료서비스가 제공되지 않아 요양병원간병비를 지급할 경우 요양병원과 요양시설 간에 본인부담금 총액에서 차이가 거의 발생하지 않게 된다. 그러므로 의료서비스가 필요 없음에도 불구하고 장기요양대상자들은 요양시설보다 요양병원을 더 선호하여 사회적 입원현상이 증가할 것이다. 이로 인한 국민의료비 증가는 물론 요양시설확충 및 의료자원의 효율적 활용에 지장을 가져올 수 있기 때문이다. 따라서 장기요양보험에서 간병비의 지급여부는 노인장기요양보험제도 뿐만 아니라 건강보험제도 운용에도 많은 영향을 미치므로 보건복지부에서는 요양병원과 요양시설 간의 비용지불(수가 및 본인부담율)체계, 요양병원과 요양시설 간의 기능정립 문제, 요양병원의 요양시설로의 전환 시 지원방안 등 장기요양보험의 재정상황, 요양서비스 시장의 상황 등 전반적인 사항을 고려하여 신중히 검토 후 실행하여야 할 것이다.

이러한 차원에서 가족요양비를 확대 지급하는 것이 노인장기요양보험제

도에서 현금급여+현물급여의 가장 효율적인 방안이 될 것이다. 장기요양 보호대상자는 전문적인 서비스 제공자보다는 가족 친지와 같은 비전문적이고 비공식적인 서비스 제공자를 선호할 가능성도 높고, 지역사회 안에서 가족의 보호를 받으면서 장기요양보호 욕구를 충족할 수가 있기 때문이다.

제 3 절 전달체계(delivery system)

전달체계의 개선방안으로는 우선 통합적 운영체계를 만들 필요가 있다. 하지만 바로 시행할 것이 아니라 현재 이원화된 체계의 장점(국민건강 보험공단이 재정관리 주체로 있으면 별도의 조직을 설립할 필요가 없어 관리 운영비용을 절감할 수 있으며, 관리운영의 책임성, 효율성을 제공할 수 있으며, 서비스 주체로서 지방자치단체가 참여함으로써 개별화된 맞춤형 서비스가 바람직하게 된다)을 살리면서 이원화된 체계를 초기에 이용하여 기반을 조성한 후 점차 국민건강보험이나 지자체에 일임하여 통합적이고 전문적인 운영체계를 가져야 한다. 지역 간 요양시설 격차를 줄이고 인프라를 구축하기 위해서는 노인요양관련시설이 전국에 고르게 분포되어 있어야 한다. 이를 위해 중소병원의 요양병원으로의 기능전환에 대한 정부의 적극적인 지원이 필요하고, 요양시설의 기능통합 등 요양병원과 요양시설간의 기능을 재정립하며, 그룹 홈 등 소규모 시설의 활성화를 위한 방안을 적극 마련해야 한다. 지자체의 재정자립도가 매우 낮은 상황의 지자체는 시설인프라 구축에 상당한 차질을 가져올 것이기 때문에 정부의 적극적인 재정이 필요하다. 또한 공적기관에만 의존하지 말고 민간의 적극적인 투자를 유인할 수 있는 정책적인 유인책을 제공하는 것이 필요하다.

특히 노인 장기요양에 대한 기반시설의 수요충족을 위해 먼저 시설의 수를 면밀히 재검토하고 계획에 따라 부족한 인프라를 구축하여야 한다. 각 지방정부의 단체장은 적정한 수의 요양기관이 설립되어 보험수급자에게 질 좋은 서비스가 제공될 수 있도록 이에 대한 청사진을 제시하고, 가이드라인을 제공하여 기관의 난립으로 인한 폐해가 없도록 해야 할 것이

다. 뿐만 아니라, 요양서비스가 전국적으로 형평성 있게 제공되려면 노인 요양 사회복지 조직의 서비스 전달은 수혜자가 서비스 제공 장소에 쉽게 접근하여 서비스를 받을 수 있도록 해야 하며 노인요양 관련시설이 전국에 고르게 분포되어 있어야 한다. 그러나 특히 재정자립도가 낮을수록 시장성이 낮아 민간시설의 신규진입이 이루어지지 않을 가능성이 높기 때문에 이러한 지역에서는 시장실패에 대한 대응차원에서 중앙정부의 사회 연대적 기금을 통하여 시설인프라 구축을 지원하는 것이 필요하다.⁴⁹⁾

또한 인력인프라 구축을 위해서는 요양보호사의 전문성을 강화해야 하는데, 그러기 위해서는 교육이 전국 어디서나 편차 없이 거의 동일한 내용을 바탕으로 이루어져야 한다. 그리고 서비스를 수급하는 노인을 중심으로 하는 요양복지교육의 표준화가 이루어져야 하고, 요양보호사 양성기관의 설립요건을 보다 강화해야 한다. 교육기관 확보를 서두르기보다는 단계적으로 확충하고 교수 인력의 자격요건과 교육내용의 정기적 평가를 강화하여 교육의 질 평가시스템을 구축해야 한다. 그 외에도 교수 이수 이후 현장에 투입되어 서비스가 진행되는 과정에서도 주기적인 보수교육프로그램을 통해 보다 효과적으로 관리함으로써 서비스의 질을 향상시킬 수 있도록 제도적인 장치를 마련해야 할 것이다. 끝으로 자기 직종의 부족한 점을 보완하기 위해 반드시 타 전문 인력이나 시설과의 연계를 통하여 통합된 관리체계가 이루어져야 할 것이며, 요양보호사의 근무환경을 개선하기 위해서는 안정적인 재정확보로 요양기관에 현실적인 지원을 제공해야 한다. 또한 노인장기요양보험의 재원은 보험가입자의 보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금, 그리고 수급자 본인의 자기 부담금으로 한다고 규정(제9조, 제40조, 제58조)해 놓았는데, 본인 부담률이 높으면 요양이 필요하더라도 이용을 주저하거나, 수급자의 경제 사정에 따라 장기적인 본인부담으로 인한 빈곤문제나 수급권 자체를 포기하는 문제가 발생할 수 있기에 이를 막기 위해서는 정부의 지원 부담률을 확대하거나 보험료를 높여서 재정의 효율적 활용을 통해 본인 부담금을 10%로 낮출 수 있는 방법을 강구하여, 보편적 제도로서의 기능을 제대로 수행할 수 있도록 해야 한다.

49) 이항미, “노인장기요양보험제도의 개선방안에 대한 연구”, 원광대학교 행정대학원 석사학위논문, 2006, p.65

무엇보다도 재정의 안정화를 위해서는 국민들이 노인장기요양보험이 반드시 필요한 제도라는 사실을 올바르게 인식시킴으로써, 국민 각자가 이 제도로 인한 보험료의 경제적 부담을 기꺼이 수용할 수 있도록 해야 할 것이다.

또한 장기요양보험의 수요와 공급에 대한 보다 정밀한 추계를 바탕으로 하여 재정적 안정성을 제고하기 위한 재원조달과 급여 관리 등 재정의 효율적 관리 방안에 대한 연구가 이루어져야 할 것이며, 요양시설의 인건비 부담을 덜어주고 재정의 안정화를 꾀할 수 있는 방법으로 자원봉사제도의 적극적인 활성화가 필요하다. 그러기 위해서는 가족들이 돌보고 지급 받는 현금급여와는 달리 타인이 제공하는 자원봉사에 대해서도 일정부분 보상이 이루어져야 한다. 자원봉사는 종교인이나 주부, 학생, 군인들이 수행할 수 있으나, 노인장기요양보험의 제도적 차원에서 중점적으로 지원해야 할 자원봉사 대상은 초로기 또는 준 고령 연령층이라고 할 수 있다. 이들이 자원봉사자가 되면 여러 가지 긍정적인 효과를 거둘 수 있는데, 비교적 세대차가 덜한 연령층이므로 대화소통이 원활하다는 장점이 있다. 이들 자원봉사자도 가까운 시일 내에 도움을 받을 세대가 될 것이기 때문에 보다 진지한 봉사가 이루어질 것이다. 따라서 자원봉사 인증제⁵⁰⁾를 보다 활성화하여 현혈증처럼 자원봉사자가 훗날 노인 장기요양급여를 받게 될 때에는 본인부담금 전액 면제 또는 경감과 같은 우대를 해 주는 제도적 보완이 필요하다.

50) 자원봉사 인증제란 봉사자별로 봉사기간을 데이터베이스화해 일정 기준이 넘는 사람에게 금배지(봉사시간 1천 시간 이상), 은배지(5백 시간 이상), 녹색배지(2백 시간) 등을 지급하고, 자원봉사 품앗이 제도를 도입해 50시간 이상 봉사실적이 있는 봉사자는 실적 시간 내에서 타인의 봉사를 받을 수 있도록 하는 제도로 2001년 12월부터 시행해 들어갔다. 보건복지가족부는 봉사실적 인증을 한국사회복지협의회에 위임해 총괄하며 실제 업무는 협의회가 사회복지관, 사회복지시설, 기업체, 사회공헌팀 등을 대상으로 전국에 6백 50곳의 인증센터를 지정해 담당하도록 했다. 인증센터는 10명 이상의 자원봉사자를 두고 있는 곳이면 어디든지 가능하다.

제 4 절 재정체계(finance system)

재정의 문제를 해결하기 위해서는 우선 재정지원 수준을 높여야 한다. 현재 한국의 노인장기요양보험법에 의하면 정부의 재정지원은 기초생활보장 수급자 전액, 기초생활보장 수급자 이외의 의료급여자 및 대통령이 정하는 차상위계층의 본인부담금10% 시설 인프라 비용에 한정하고 있다. 모든 요양급여 이용자에게 혜택이 주어질 수 있도록 공비부담의 증가를 높여야 할 필요가 있다. 즉, 노인장기요양보험제도는 사회보험 특성상 사회안전망 구축과 보험의 특성상 소요재원을 보험료 수입으로만 충당하는 것은 한계가 있다. 노인장기요양보험제도의 지속적인 보장성을 강화하고 보험재정의 안정적 운영을 위해 보험료와 본인부담금만으로는 장기요양보험 재원을 마련하는 데는 한계가 있으므로 국고지원은 필수적이다. 남찬섭·유태균 역(2008: 366)에 의하면 영리 및 비영리 복지의 중요성에도 불구하고, 오늘날 복지국가는 공적 급여와 공적 재정을 핵심으로 하고 있다고 하며, 정부는 교육, 소득보장, 복지서비스의 가장 중요한 재원이라고 한다.

노인 수 증가에 따른 재원확보를 위한 다양한 방안들이 모색되어야 하는데, 노인장기요양보험법에서는 국가는 대통령령이 정하는 바에 따라 예산의 범위 안에서 비용의 일부를 부담하도록 모호하게 규정하고, 국가 책임부분을 명시하고 있지 않기 때문에, 국고지원 총규모를 노인장기요양보험법에 명시해서 국가의 책임감을 높여야 할 것이다. 개인의 최소한의 부담금을 기본으로 사회보험을 운영함으로써 취약계층에 대한 사회안전망 구축과 노인장기요양보험 보장성을 강화하고 보험재정의 안정적 운영의 위해 일정수준의 국고지원이 필요하다.

또한 이용자 본인 부담률을 낮추어야 한다. 이런 본인 부담률은 급여상한은 높게 설정하여 이용자 부담률을 낮추는 것이 바람직 한데 만약 이런 급여 상한이 없으면 재정 부담이 너무 많아 재정부족의 문제가 발생하기 때문이다. 요양보장 요구자가 사회적 책임 하에서 요양보장을 받을 수 있도록 하는 것이 목적이라면 가능한 재정에 부담이 가지 않는 범위 내 급여 상한을 높여 국민이 저렴한 비용으로 요양보장을 받을 수 있도록 해야

할 것이다. 실제로 방문요양 서비스를 1회 4시간 이용하였을 때 본인부담금을 15%로 계산하면 15만원이 소요된다. 한 달 15만원이면 독거노인, 차상위계층, 농촌어른들의 생활비라 할 수 있다. 실제로 개인병원을 가더라도 이렇게 많이 나오지는 않는다. 의사와 상담 후 처방전, 물리치료 후 약까지 받아도 대부분 몇 만원이면 해결이 되기 때문에 구태여 장기요양보험 급여를 이용하지 않으려고 하는 서비스 억제가 일어나고 있다. 따라서 노인 장기요양보험제도의 본인부담금은 장기적으로는 폐지되어야 하지만, 현실적으로 어렵다면 단계적으로 경감시키는 노력이 있어야 할 것이다. 또한 보험에 적용되지 않는 비급여 항목 또한 최소화해야 한다. 전부는 아니더라도 비급여 항목을 남겨두어야 한다면 국민건강보험공단은 요양시설에 근무하는 종사자들의 의견을 수렴하여 시설에서 만들 수 있는 비급여 항목을 최소화해서 법으로 규제할 필요성이 있다.



제5장 결 론

제 1 절 논문 요약

세계적으로 진행되고 있는 고령화 사회의 추세가 우리나라에도 이어짐으로써 특히 우리나라의 경우 노인 인구 증가율이 고령사회세계에서 손꼽을 만큼 높은 수치를 보이고 있고, 이러한 현상이 사회, 경제적으로 영향을 미치고 있다. 즉, 인구 고령화 및 노인문제는 급속한 고령화와 수발의 필요로 하는 노인의 증가, 핵가족화와 여성의 사회참여 증가, 보호기간의 장기화 등으로 가정에 의한 수발은 이미 한계에 도달해 치매노인 수발로 인한 가정파탄 등 심각한 사회문제를 발생시키고 있을 뿐만 아니라 노동시장과 같은 경제구조 변화의 원인으로도 작용하고 있으므로 이에 대한 대처가 절실히 요구되고 있다.

특히 복지차원에서 접근해 볼 때, 노인성질환자의 수가 증가함과 아울러 가족구성원의 행태 및 양상이 변화함에 따라 독거노인의 비율이 늘어나는 등 가족으로부터의 보살핌을 받기 어려운 노인 수가 증가하면서 이에 대한 대책이 시급히 요구되었다. 이러한 차원에서 노인장기요양보험제도는 2000년부터 많은 논의와 검토를 통하여 전국 13개 지역에서 1,2,3차의 시범사업을 거친 후 2007년 4월 27일 국회를 통과하여 2008년 7월부터 본격적으로 실행되게 되었다.

본 연구는 우리나라에서 현재 시행되고 있는 노인장기요양보험제도의 필요성과 추진과정을 되짚어보고, 노인과 고령화의 개념 및 사회, 경제적으로 미치는 파급효과에 대해서도 살펴보았다. 또한 노인장기요양보험제도의 실시와 관련하여 조사·연구되어진 자료들을 토대로 문제점을 정리한 후 개선방안을 도출하였는데, 이 때 문제점과 개선방안의 분류기준을 사회복지의 기초 연구모형인 Gilbert & Specht Model로 정하였다.

즉, Gilbert와 Specht의 분석틀은 할당·급여·전달·재정의 4가지 주요 구성요소 차원에서 각기 가치·이론·대안의 측면으로 첫째, 사회적 할당

(social allocation)의 기준은 무엇인가? 둘째, 할당되어질 사회적 급여(social provision)의 형태는 무엇인가? 셋째, 이들 급여의 전달(delivery)을 위한 전략은 무엇인가? 넷째, 급여를 위한 재정(finance) 조달방안은 무엇인가? 라는 의문을 가지고 모형의 틀로 삼는다. 본 연구에서도 이 틀을 기준으로 노인요양보험제도의 문제점과 개선방안을 할당체계(allocation system), 급여체계(provision system), 전달체계(delivery system), 재정체계(finance system)로 분류하여 제시하였다.

이와 같은 4가지 기준에 의해서 장기요양보험제도의 실시와 관련한 문제점으로는, 첫째 할당체계의 경우, 대상자가 한정되어 있어 요양서비스를 받을 수 있는 사람이 제한적이라는 것과 대상자의 선정기준이 모호하다. 라는 점, 등급판정의 신뢰성 문제 등을 제기하였다. 둘째, 급여체계의 경우, 재가서비스 체계가 미흡하고 전문성 있는 서비스가 제공되고 있지 못하다. 라는 점과 아울러 가족 장기요양보호 제공자에 대한 지원의 결여, 가족을 위한 현금급여를 제한적으로만 인정하고 있다는 점을 제기하였다. 셋째, 전달체계의 경우는 전달체계가 시행에 있어 비체계적이고 비전문적이라는 점과 서비스 제공이 중복될 수 있는 점, 요양시설 및 인프라의 부족과 지역 간의 격차가 있다는 점, 재정관리 기관과 서비스 제공 기관이 달라 업무의 효율성이 저하 될 수 있다는 점을 제기하였다. 넷째, 재정체계의 경우는 정부의 재정지원이 너무 적고 본인 부담 부분이 너무 많다는 점을 제기하였다. 이러한 문제점에 대한 개선방안은 다음의 정책적 논의 필요성과 대안으로 제시하였다.

제 2 절 정책 제언

앞서 제시하였던 노인장기요양보험의 실시와 관련한 문제점에 대하여 본 연구에서는 할당체계(allocation system), 급여체계(provision system), 전달체계(delivery system), 재정체계(finance system)를 기준으로 다음과 같은 정책적 논의의 필요성과 개선방안을 제시하였다.

첫째, 할당체계에 대해서는 국민적 이해와 합의를 바탕으로 요양급여 대상의 등급 제한을 완화할 것과 공단과 지방정부는 수급절차상의 불만이 없도록 보다 체계화할 필요가 있을 뿐 아니라, 등급분류체계를 객관적이고 신뢰성 있게 운영하고 등급판정을 더욱 엄격하고 공정하게 할 수 있는 제도적 장치와 수급자의 권리를 보호하기 위한 의견진술의 기회 및 재심절차 등의 조치 강구를 정책적 논의의 필요성으로 제시하였다. 그리고 장기요양서비스의 대상을 국민기초생활수급자뿐 아니라 차상 위 계층 및 저소득 및 일반가정의 노인도 부담 없이 이용할 수 있도록 장기요양보험료를 차등화 하여 수혜대상을 확대할 필요에 의해 확대의 범위 및 확대시기에 대하여 재정 상태를 고려하고 신중하게 접근하여 장애인 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 모든 국민에게 실질적인 혜택이 돌아갈 수 있도록 급여대상자를 점진적으로 확대할 것을 주장하였다.

둘째, 급여체계에 대해서는 현재 우리나라 노인장기요양보험의 재가서비스는 주로 방문요양의 형태로 많이 이루어지고 있음을 예로 들어, 가족요양비의 확대실시를 정책적 필요성으로 제안하였다. 이것은 현금급여+현물급여 확대의 발전방안으로써 가장 중요한 부분에 해당하며, 지역사회 안에서 가족의 보호를 받으면서 장기요양보호 욕구를 충족시키기에 도움이 될 것이다.

셋째, 전달체계에 대해서는 통합적 운영체계의 필요성을 제시하였다. 이것은 단계적인 절차를 거쳐야 할 것이며, 우선적으로 현재의 이원화된 체계의 장점을 살리면서 기반을 조성한 후 점차 국민건강보험이나 지자체에 일임하여 통합적이고 전문적인 운영체계를 가져야 할 것이다. 그리고 지역간 요양시설의 격차를 줄이기 위하여 중소병원의 요양병원으로의 기능전환에 대한 정부의 적극적인 지원이 필요하고, 요양시설의 기능통합 등 요양병원과 요양시설간의 기능을 재정립하며, 그룹 홈 등 소규모 시설의 활성화를 위한 방안을 적극 마련해야 할 것을 정책적 필요성으로 제시하였다. 또한 인력인프라 구축을 위한 요양보호사의 전문성 강화를 위해서는 지역별 편차 없는 교육내용과 표준화가 이루어져야 하며, 요양보호사 양성기관의 설립요건을 강화할 것을 제시하였다. 한편 재정체계와 겹치는 내용

이기는 하지만, 노인장기요양보험의 재원마련을 위한 본인부담률을 낮출 수 있는 방법을 강구할 것도 제시하였다. 이와 함께 자원봉사제도의 적극적인 활성화와 이를 위한 자원봉사 인증제도입을 제시하였다.

넷째, 재정체계에 대해서는 국고지원 총규모를 노인장기요양보험법에 명시해서 국가의 책임감을 높여, 개인의 최소한의 부담금을 기본으로 사회보험을 운영함으로써 취약계층에 대한 사회안전망 구축과 노인장기요양보험 보장성을 강화하고 보험재정의 안정적 운영을 도모할 것을 제시하였고 아울러 이용자 본인 부담률을 낮추어 요양보장 요구자가 사회적 책임 하에서 저렴한 비용으로 요양보장을 받을 수 있도록 해야 할 것을 제시하였다. 뿐만 아니라 보험에 적용되지 않는 비급여 항목 또한 최소화해야 하며, 전부는 아니더라도 비급여 항목을 남겨두어야 한다면 국민건강보험공단은 요양시설에 근무하는 종사자들의 의견을 수렴하여 시설에서 만들 수 있는 비급여 항목을 최소화해서 법으로 규제할 필요성을 제기하였다.



【참고문헌】

1. 국내문헌

1) 국문 단행본

- 김석준, 『고령화 사회와 노인장기요양시설』, 한국학술정보(주). 2009
- 김성순, 『노인복지론』, 이우출판사. 1981
- 김성순, 『노인복지학』, 삼우출판사. 1991
- 남찬섭·유태균 역, 『사회복지정책론(분석틀과 선택의 차원)』, 나눔의 집.
2008
- 박영숙, 『대학 레크리에이션』, 대한미디어. 1998,
- 이혜원, 『노인복지론』, 유풍출판사. 1996
- 임춘식, 『현대사회와 노인문제』, 유풍출판사. 1992
- 장인협 · 최성재, 『노인복지학』, 을대학교출판부. 1990
- 최순남, 『현대노인복지론』, 한신대학교출판부. 1997
- 황진수, 『현대 복지행정론』, 대영문화사. 2002
- 황진수 외, 『현대노인복지정책론』, 대영문화사. 2007
- 아산사회복지사업재단, 『현대사회와 노인복지』, 제4회 복지사회
심포지움. 1982

2) 국문 논문

- 고성혜, “아동학대 개념규정 및 아동학대에 관한 모, 자녀의 지각성향”,
서울대 박사학위논문. 1992
- 권상로, “독일 사회수발보험의 시행상의 문제점과 개선방안”, 독일의
「수발보험과 노인복지 인프라」, 21세기사. 2006
- 김근홍, “노인장기요양보호를 위한 사회보험의 필요성”,
「사회복지정책」 18집. 2005

- 김남순, “고령화사회의 노인인력활용에 관한 연구”, 경원대학교 행정대학원 석사학위논문. 2005
- 김진덕, “고령화 사회에 대응한 충북지역 고령인구의 인적자원 개발방향”, 충북개발연구원. 2006
- 김철주·홍성대, “OECD 국가 노인장기요양보호체계 개혁방향”, 『노인복지연구』 35호, 한국노인복지학회. 2007
- 김용택, “일본개호보험제도 시행 후의 검토과제와 논의점”, 『노인장기요양보호제도에 관한 연구』, 한국노인문제연구소. 2003
- 김귀자. “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방향”, 『낙산복지정책연구회 학술 세미나집』.2008
- 김정희. “노인장기요양보험제도의 비교분석 : 독일 · 일본 · 한국을 중심으로”, 경안신학대학원 석사학위논문. 2009
- 김승권. “고령사회 한국의 사회정책방향”. 조건복지포럼. 2006
- 김승권 외, “저출산의 사회경제적 영향과 장단기 정책방안”, 보건복지부·한국보건 사회연구원 2002; 김승권 외, 「저출산 대비 인구정책 개발 및 범정부추진체계 수립연구」, 보건복지부·한국.
- 박나영, 2006, “노인수발보험제도 도입에 있어서 문제점 및 개선방안”, 광운대학교 대학원 석사학위논문. 2006
- 박종연, 권진희 등, “노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사”, 국민건강 보험공단 연구보고서. 2008
- 박연희, “노인요양장기보장제도에 관한 비교연구”, 원광대학교 대학원 박사학위논문. 2006
- 변재관, “노인보건복지정책의 현황 및 정책방향”, 한국보건사회연구원. 1998
- 백효영, “장기요양보호시설 노인복지 서비스 개선방안 연구”, 동국대행정대학원. 2003
- 서봉석, “독일 수발보험제도의 문제점과 그 개혁방안”, 『독일의 수발보험과 노인복지 인프라』, 21세기사. 2006
- 선우덕, 2008, 한국 “노인장기요양보험제도의 실상과 발전적 모색”, 한국사회복지학회 춘계학술대회 한일국제교류 심포지엄. 2008

- 엄기옥, “일본 개호보험제도 시행 4년간의 평가와 시사점”,
『사회복지정책』 제 21집, 한국사회복지정책학회. 2005
- 이광재, “한국과 일본의 노인장기요양보험제도 제정과정에 관한 비교연구
: 정책네트워크모형을 중심으로”, 강남대학교 사회복지전문대학원.
2009
- 이준영, “독일 장기요양보험 개혁의 함의”, 『사회복지정책』 제31집,
한국사회 복지정책학회. 2007
- 이용석, “장기요양보험제도에 관한 고찰”, 『보험학회지』 제66집,
한국보험학회. 2003
- 이혜련, “노인장기요양보험제도의 발전방향에 관한 연구”. 명지대학교
사회복지대학원 석사학위논문. 2003
- 유일호, “인구노령화의 경제적 효과와 노인소득보장”, 한국사회보장학회.
1992
- 윤 진, “노년기의 심리적 특성- 핵가족화와 노인복지”, 한국인구보건연구원.
1983
- 이가옥, “한국노인보호시설정책”. 국제세미나보고서. 한국노년학회. 2001
- 이향미, “노인장기요양보험제도의 개선방안에 대한 연구”, 원광대학교
행정대학원 석사학위논문. 2006
- 장병원, “개호예방의 현황과 대책에 관한 연구”, 한국노인문제연구소. 2006
- 장창수, “노인생활실태와 복지정책에 관한 연구”. 대전발전연구원. 2003
- 최현세, “한국노인복지정책에 관한 연구”. 경남대학교 교육대학원
석사학위논문. 1996
- 최성재, “노인장기요양보호에 대한 사회복지정책방향”, 『고령화사회와
노인복지』, 세종출판사. 1999
- 한국개발연구원, “인구고령화의 파급효과와 대응과제”. 2005. 4
- 홍미령, “우리나라 공적노인요양보장제도 도입을 위한 논의과정에 관한
연구”, 노인장기요양보호제도에 관한 연구, 한국노인문제연구소.

3) 언론매체 및 보도자료, 기타

김동배, “노인의 정의”, 노년시대신문. 2009.3.20.

국민건강보험공단 보도자료, 뉴스와이어(www.newswire.co.kr) 배포.

노인장기요양보험 공식홈페이지(www.longtermcare.or.kr).

국민기초생활보장법.

노인복지법.

보건복지부, 2008-523호 “장기요양급여비용 등에 관한 개정고시”

통계청 공식홈페이지(www.nso.go.kr).

학술연구정보서비스(www.riss.kr).

2. 외국문헌

L.B., Breen, "The Aging Individual", In C.Tibbitts(Ed.) *Handbook of Social Gerontology*, Chicago : University of Chicago Press, 1960, pp.150-157.

D.O., Cowgill & L.D., Holmes, *Aging and Modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.

Binstock, Robert H., George, Linda K., *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6th ed.), Academic Press, 2005, p.168.

Gilbert, Neil & Specht, Harry, *Dimensions of Social Welfare Policy* (2nd ed.), Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1986, p.56.

ABSTRACT

A Study on the Long-term care Insurance System for the Elderly in Korea

Kim, Hong-soon

Major in Counselling of Social Welfare

Dept. of Social Welfare Administration

Graduate School of Public Administration

Hansung University

Korea has already reached one of the most rapid aging society in the world. Thus, Korea is confronting with a number of social and economic problems which should be solved as early as possible.

As a measure to improve the situation, the Korean government adopted the Long-term Care Insurance for the Elderly in July 2008. While a number of studies have shown that the insurance system has achieved a considerable success, the system needs to be analyzed systematically. By using the model of social welfare policy dimensions devised by Gilbert and Specht, this study analyzed the insurance system in terms of allocations, provisions, social service delivery system and finance dimensions.

Major findings of this study are summarized as follows:

First, in terms of the allocation system, it was found that the criteria of selecting the client are more or less vague. Thus this study suggests the improvement of disability classification system, so that more disabled elderly could be included in insurance system.

Second, in terms of the provision system, it was found that professional services were inadequate to meet the needs of aged clients. Thus this study suggests the need to provide families with subsidy for home care activities.

Third, in terms of social service delivery system, it was found that cooperative relationship between local governments and the health insurance management corporation needs to be improved, so that integrated services for the clients could be provided.

Fourth, in terms of finance system, it was found that the financial support from government was limited. Thus the system should be improved to reduce the financial burden of clients and their families having limited income.

