

博 士 學 位 論 文

指導教授 黃 振 洙

韓國 老人수발 保障制度의 政策過程에 關한 研究

Policy Process Study of Long-term Elderly Care in Korea

2005年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

政策學專攻

朴 東 洙

博 士 學 位 論 文

指導教授 黃 振 洙

韓國 老人수발 保障制度의 政策過程에 關한 研究

Policy Process Study of Long-term Elderly Care in Korea

위 論文을 行政學 博士學位論文으로 提出함

2005年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

政策學專攻

朴 東 洙

박동수의 행정학 박사학위 논문을 인정함

2005년 12월 일

심사위원장 李 鎧 受 

심사위원 車 興 奉 

심사위원 李 成 佑 

심사위원 李 昌 遠

심사위원 黃 振 洙 

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구 목적	1
제2절 연구의 범위 및 방법	6
제2장 노인수발보장의 개념과 발달	7
제1절 노인수발보장의 개념	7
1. 장기요양보호와 수발보장	7
2. 노인수발보장(long-term care)의 개념	10
제2절 노인수발보장의 배경과 필요성	11
1. 노인수발보장의 사회적 배경	11
(1) 급속한 고령화	11
(2) 고령화의 지역 간 격차	15
(3) 노인부양비의 증가	18
2. 노인수발보장의 필요성	20
(1) 수발필요노인의 급증	20
(2) 가족의 수발능력의 약화	23
(3) 노인의료비의 증가	26
제3절 노인수발보장의 현황	29
1. 재가보호	29
(1) 재가보호 노인의 수발 현황	29
(2) 재가수발서비스의 내용	37
(3) 재가보호서비스의 문제점	40
2. 시설보호	43
(1) 시설보호노인의 수발 현황	43
(2) 시설보호서비스의 내용	43
(3) 시설보호서비스의 문제점	46

제4절. 외국의 수발보장정책의 발전	48
1. 개호보험 도입배경	49
2. 공적 개호보험 성립과정	52
3. 개호보험의 주요내용	54
4. 시사점	56
 제3장 이론적 배경과 분석틀	 60
제1절 정책과정이론	60
1. 정책과 정책과정의 개념	60
2. 정책과정의 단계	62
(1) 정책의제설정단계	62
(2) 정책형성단계	67
(3) 정책결정단계	71
(4) 정책집행단계	77
(5) 정책평가단계	79
제2절 사회복지정책 분석이론	81
1. 적용대상	81
2. 급여의 종류와 범위	83
3. 재원조달방식	87
4. 서비스전달체계	93
제3절 연구분석틀	96
 제4장 노인수발보장제도의 정책과정 분석	 100
제1절 노인수발보장의 역사적 배경	100
1. 사회문제로서의 노인문제 대두 이전	100
2. 노인복지서비스의 형성	103

제2절 노인수발보장의 정책의제 설정단계	106
1. 사회문제로서의 노인수발보장문제	106
(1) 언론을 통한 이슈화	107
(2) 사회복지학계에서 연구동향	109
2. 의제형성의 주도자	113
3. 도입배경	116
제3절 노인수발보장의 정책형성단계	118
1. 노인수발보장을 위한 정책의 추진과정	118
2. 정책목표의 수립과정	122
3. 대안 형성과정	125
(1) 적용대상자	125
(2) 급여	129
(3) 재정조달방식	130
(4) 전달체계	139
4. 정책형성단계의 특징	146
제4절 노인수발보장의 정책결정단계	150
1. 법 명칭의 변화	151
2. 입법예고안 분석	156
(1) 적용대상자	157
(2) 급여	168
(3) 재정조달방식	174
(4) 전달체계	181
3. 정책결정단계의 특징	199
(1) 입법예고안에 대한 관련 집단의 의견	199
(2) 의사결정과정의 한계	201
제5장 결론	204
제1절 분석 결과	204
1. 노인수발보장제도의 정책과정 분석	204
(1) 정책의제설정단계	204
(2) 정책형성단계	205

(3) 정책결정단계	206
2. 노인수발보장제도의 분석	206
(1) 적용대상	206
(2) 급여	208
(3) 재원조달방식	209
(4) 서비스 전달체계	210
 제2절 정책제언	 212

참고문헌

Abstract

표 차례

<표 2- 1> 한국 인구구조의 변화(고령화)	12
<표 2- 2> 인구고령화 속도의 국제비교	14
<표 2- 3> 도시 농촌간 노인인구비율별 분포 및 노인인구 현황	16
<표 2- 4> 한국의 지역별 고령화율·노년부양비 추이	17
<표 2- 5> 기초자치단체별 노령화지수	18
<표 2- 6> 노년부양비 및 노령화지수	19
<표 2- 8> 노인의 연령별 구성비 변화(초고령자의 증가 추이)	19
<표 2- 9> 연도별 요보호대상 노인 수 추정	22
<표 2-10> 수발필요노인의 생활상 독립성 정도	22
<표 2-11> 한국가족의 세대구성 및 평균가구원수의 변화	24
<표 2-12> 고령자거주 가구의 세대구성별 고령자 분포	25
<표 2-13> 연령별 여성의 경제활동 참가율의 변화	26
<표 2-14> 노인의 각 영역별 기능상태	31
<표 2-15> 수발대상노인의 일반적 특성	32
<표 2-16> 노인의 연령별 수발실태	33
<표 2-17> 노인의 성/가구형태별 주수발자의 특성	33
<표 2-18> 노인의 지역, 연령별 주수발자의 어려움 유무 및 가장 힘든 점	34
<표 2-19> 노인의 성, 가구형태별 주수발자의 어려움 유무 및 가장 힘든 점	35
<표 2-20> 복지서비스 수급 희망 여부 및 받고 싶은 서비스 내용	36
<표 2-21> 재가노인복지시설현황	39
<표 2-22> 노인복지서비스 수혜율의 국가간 비교	41
<표 2-23> 2003년 정부의 노인요양관련 예산 현황	42
<표 2-24> 노인의료복지시설 이용현황(2003.12.31)	44
<표 2-25> 한국 노인복지시설의 종류와 입소대상	45
<표 2-26> 노인복지시설현황	46
<표 2-27> 시설보고 치매노인인구를 기초로 한 필요시설수 추정	48
<표 2-28> 연령계층별 의료비와 1인당 의료비	51
<표 3- 1> 사회보험방식의 장단점 비교	89
<표 3- 2> 조세방식 중 선별적 사회서비스 방식의 장단점 비교	90
<표 3- 3> 조세방식 중 보편적 사회서비스방식의 장단점 비교	90

<표 3- 4> 강제개인저축방식의 장단점 비교	91
<표 3- 5> 민간보험방식의 장단점 비교	91
<표 3- 6> 각국의 수발보장제도의 재정운영방식 유형	92
<표 3- 7> 전달체계의 문제점 : 사례	94
<표 4- 1> 한국의 재가복지사업의 발전과정	106
<표 4- 2> ‘고령화/노령화’검색어를 통한 신문기사분석	108
<표 4- 3> 단계적 확대방안에 따른 수발서비스 적용인구 추계(정책기획단)	126
<표 4- 4> 수발서비스 대상자 추계(2001년)	127
<표 4- 5> 단계적 확대안에 따른 수발서비스 적용인구 추계(실행위원회)	128
<표 4- 6> 재가서비스 내용	130
<표 4- 7> 공적노인요양추진기획단회의 결과보고서	131
<표 4- 8> 장기요양보장제도의 재정조달방식	132
<표 4- 9> 재정운영방식의 평가 결과	133
<표 4-10> 재원조달방식에 관한 3가지 대안(실행위원회)	136
<표 4-11> 2003년도 재정조달방식에 관한 공청회 결과	137
<표 4-12> 총 소요액 추계	138
<표 4-13> 재정추계결과의 최소, 중간, 최대값 비교	139
<표 4-14> 노인요양보험제도 시안	142
<표 4-15> 노인수발보장법 제정을 위한 공청회	152
<표 4-16> 제도의 목적	153
<표 4-17> 노인요양보험법과 노인수발보장법 비교	156
<표 4-18> 연도별 총인구 및 고령화율	159
<표 4-19> 2008년 7월 시점에서의 보험수급자 비율	159
<표 4-20> 2010년 7월 시점에서의 보험수급자 비율	159
<표 4-21> 적용대상범위의 정책결정과정	161
<표 4-22> 평가판정체계 개발과정	167
<표 4-23> 수발급여의 종류	169
<표 4-24> 급여의 내용 및 범위의 정책결정과정	171
<표 4-25> 확대단계별 요양급여 대상자수	177
<표 4-26> 확대단계별 재정소요액	177
<표 4-27> 확대단계별 재원분담	178
<표 4-28> 가입자당 월 부담액 추계	180

<표 4-29> 관리운영방안 정책결정과정	184
<표 4-30> 수발보장법의 전달체계 문제	187
<표 4-31> 2006-2008년 인프라 추가 확충계획	189
<표 4-32> 노인수발 전문인력의 장기 수요	192
<표 4-33> 유사인력 배출현황(2004년)	192
<표 4-34> 수발사 양성절차	193
<표 4-35> 기존 경력자 보수 교육 커리큘럼	194
<표 4-36> 신규자 교육훈련과정 커리큘럼	194

그림 차례

<그림 2-1> 65세 이상노인 의료비 증가추이	28
<그림 2-2> 수발가족이 원하는 정책	36
<그림 3-1> 아젠다 형성에 관한 이론 모형 : 송근원(1995)	64
<그림 3-2> 아젠다 형성에 관한 3가지 모형 : Cobb과 Ross & Ross(1976)	66
<그림 3-3> 연구 분석틀	99
<그림 4-2> 수발급여 수급과정	170

제1장 서론

제1절 연구 목적

우리나라 65세 이상의 고령인구는 1980년 총인구의 3.8%에서 2000년 7.2%로 높아짐에 따라 본격적인 고령화 사회(aging society)에 진입하였으며, 2019년에는 14.4%로 고령사회(aged society)에, 2026년에는 20.2%로 초고령사회(super-aged society)에 도달할 전망이다. 특히 우리나라가 65세 이상의 인구 비율이 7%에서 14%로 배가 되는 기간이 19년에 불과하여 고령화가 다른 선진국에 비해 빠른 속도로 진행되고 있다. 빠른 고령화속도로 인한 노인인구의 급속한 증가는 사회가 해결해야 할 많은 문제들을 야기한다. 고령화 사회는 새로운 인구사회학적 환경에 놓이게 되고, 이러한 인구사회학적 구조의 변화는 사회전반에 지대한 영향을 끼친다. 노인인구의 급증으로 경제적으로는 경제활동인구의 비중이 상대적으로 줄어들고 노인부양의 부담이 커지며, 보건·의료적 측면에서는 고령자의 인구가 비례해짐에 따라 고령에 의한 질환과 장애 등에 대해 개인, 가족 및 국가의 노인 보호부담이 증가해진다.

노인들은 나이가 들어감에 따라 자연스러운 신체적 노화현상으로 인한 신체적 기능저하와 여러 가지 노인성 질환으로 인해 독립적인 생활이 어려워지며, 타인의 도움이 필요한 의존적인 생활을 하게 되는데, 평균수명의 연장으로 노년이 길어지면서 수발보장(log-term care)이 필요한 노인 인구의 수는 점점 더 증가하고 있다(김미혜, 1996). 우리나라에서 수발을 필요로 하는 노인은 2003년 현재 65세 이상 노인의 약 14.8%인 약 59만 명으로 추정되고 2010년에는 79만 명, 2020년에는 114만 명으로 예상된다(권순만 외, 2005).

이러한 노년기의 의존성은 고령과 이와 더불어 발생하는 노년기의 질병에 의해서 주로 발생한다. 우리나라 노인의 질병 발생률이 비노인층 보다 2~3배 더 많고 만성적이며 의료비용도 높은 것이 특성이며, 만성적 퇴행성 질환이 중심을 이루고 있고 치매성 질환의 유병 또한 일반적으로 연령 증가에 따라 높아진다(김미혜, 1996). 이러한 노환으로 인한 만성질환이나 생활상의 불편과 장애 등으로 필

요하게 되는 수발의 문제는 국민들의 노후생활의 최대 불안요인이 되어 국가의 주요한 정책적 과제가 되었다.

수발보장의 문제는 여러 영역에 걸쳐서 복합적인 양상으로 나타나지만, 그러한 여러 영역 중에서 가장 초점이 맞춰져야 하는 것은 장기요양이 필요한 노인들의 삶의 질이다. 심신기능이 악화되어 있거나 약화되어 있어서 다른 사람들의 보호나 간병, 다양한 복지서비스와 보건서비스, 의료서비스 등이 필요함에도 불구하고 받지 못하여 어려움을 겪고 있거나 극단적으로는 가족이나 시설에 의해 방치되거나 학대되고 유기되는 상황이 발생하는 등 심각한 노인문제가 나타나거나, 가족에 의해 부양되고 있다고 하더라도 가족에게 부담을 전가하는 사회적 여건으로 인해 노인을 포함하여 가족 전체가 위기를 맞게 되거나, 시설에서 보호를 받는 경우에 있어서도 시설의 환경이나 제공되는 서비스의 질적인 수준이 현저히 낮아서 거의 단순 수용된 상황에 불과하거나, 오히려 기본적 인권을 보장받지 못하는 열악함에 노출되는 경우도 적지 않다. 오늘날에는 이렇게 열악한 상황에 놓여있는 노인들의 삶의 질을 책임지고 개선하고 보장하는 것이 복지국가의 주요한 역할이 되었다.

그러나 그동안 우리 사회는 수발에 대한 책임을 가족에게 전가시켜왔다고 해도 과언은 아니다. 이러한 가족의 역할은 한계에 이르렀다고 볼 수 있다. 앞서 언급한 바와 같이 고령화 사회로 진입하면서 전체 노인인구와 수발을 필요로 하는 노인층이 크게 증가한 반면, 핵가족화와 여성 경제활동 참가율의 증가, 가족부양의식의 변화 등으로 전통적 보호 제공자로서의 가족의 기능 역시 크게 변화하였다. 즉, 가족구조의 변화와 가족능력의 한계를 무시한 ‘선 가정 후 사회 책임’을 기본 가치로 하는 노인복지정책과 기존의 노인복지서비스 체계로는 수발이 필요한 노인들의 문제를 해결하기 어렵다. 수발욕구에 대한 사회적 대응과 해결 즉, 수발의 사회화를 위한 정책수립이 정부의 주요 과제로 등장한 것이다. ‘수발의 사회화’는 여러 측면을 포함하고 있지만, 특히 국가가 정치적으로 정책적으로 관심을 기울이는 것은 바로 ‘비용의 사회화’이다. 전체 의료비에서 65세 이상의 노인들의 의료비가 차지하는 비율이 점차 높아지고 이는 의료보험재정을 악화시키는 주요 요인이 되고 있다. 또한 수발욕구에 대처할 수 있는 적절한 시설이 부족하거나 혹은 가족 내 노인보호인력이 없어 급성질환의 치료행위를 중심으로 하는 병원에

입원하는 ‘사회적 입원’으로 인한 사회적 비용이 지속적으로 증가하고 있기 때문이다.

고령화된 선진 국가에서는 사회보험이나 조세방식 등 다양한 사회보장제도의 창설을 통해 수발욕구에 대한 사회적 대응책 마련하고 요양부담의 사회적 위험을 분산하는 등 다각적이고 적극적인 정책으로서 해결을 모색해왔다. 우리나라 역시 노인의 수발의 문제를 중요하게 인식하기 시작하여 2000년 보건복지부가 [노인장기요양보호정책기획단]을 설치하여 이 문제를 정책적으로 검토하기 시작하였으며, 이 기획단에서 2001년 2월 『노인장기요양보호종합대책』을 1차로 수립하였다. 또한 2001년 8월에는 공식적으로 “노인요양보험제도 도입”을 발표하였으며, 본격적으로 2003년 초 참여정부는 2007년에 노인요양보장제도를 실시하는 방침을 정하고 이 제도의 틀을 마련하기 위해 [공적노인요양보장추진기획단]을 설치하였다. 이어 2004년 3월 제도의 시행방안을 만들기 위한 자문기구로 [공적노인요양보장제도 실행위원회]를 설치하여 이 위원회에서 2004년 11월 사회보험방식의 『노인요양보험제도』를 최종안으로 확정하여 시범사업을 통해 2007년부터 단계적으로 확대하는 방안을 건의하였다(차홍봉, 2004). 이후 2008년부터 단계적으로 시행될 계획을 담은 『노인수발보장법』이 2005년 9월 공청회를 거쳐 10월 현재 입법예고되었다.

그러나 노인수발보장법이 제 5대 사회보험으로 장차 다가올 고령사회에 대한 대비에 있어서 중추적인 역할을 담당하게 될 뿐만 아니라 보험방식으로 국민의 부담증가를 가져온다는 점 등에서 매우 신중하게 접근해야 할 문제임에도 불구하고, 이 법안이 국민적 동의를 확보할 만큼의 충분한 논의를 거치지 못하고 정부의 일방적인 계획과 주도로 추진되고 있다는 문제가 제기되고 있다. 더구나 입법예고된 법안의 내용은 그동안 진행되어온 정책과정에서 논의된 바와는 또 다른 모습으로 변질되거나 축소되었다는 강력한 비난에 직면해 있다. 또한 노인수발보장법이 시행될 수 있는 상황인가에 대한 의문점도 강하게 제시되고 있으며, 법안과 시행안 내용에 대해서도 의견이 분분하다. 제한적이었지만 지금까지 정책과정에 참여해온 연구자와 관련 학계 및 단체들조차도 의견의 조율이 제대로 이루어지지 않은 상태로 정부가 일방적인 입법예고한 노인수발보장법안에 대해서 심각한 우려와 실망감뿐만 아니라 명확하게 반대의견을 표명하였다. 이는 노인수발보

장법안이 일련의 정책형성부터 정책결정이 이르기까지 과정이 빠르게 진행되었을 뿐만 아니라 정부가 일방적으로 주도함에 따라 국민적 공감대를 형성하는데 실패한 정책과정이었다는 근본적인 한계점을 드러내는 것이다.

박광준(2004)은 노인수발보장제도에 관한 사회적 논의수준의 미약함을 우려하면서 이 제도가 제시하고 있는, 명시된 목표의 달성도 중요하지만 그 과정으로서도 의미 있는 모델이 되어야 한다고 지적한다. 정책형성과 정책결정, 그리고 집행과정에서 충분한 준비와 논의과정을 거쳐서 제도 시행을 위한 충분한 준비를 하고, 사회적 부담에 대한 국민의 합의를 도출하며, 제도를 둘러싼 이해집단의 갈등을 조정하면서 이 제도로 인한 사회적 변화와 이 제도에 기대하는 사회적 효과 등에 대해서 충분히 설명하고 인식을 공유하도록 하는 것이 중요하다는 것이다. 이러한 접근은 정책의 단기적 효과, 표면적이고 일차적인 목표달성을 추구하기 보다는 장기적이고 근본적인 정책의 효과나 역할을 고려하는 것이 중요하다고 강조한다. 따라서 노인 수발보장문제가 가지는 사회적 중대함과 더불어 제도 도입과 관련한 여러 가지 사회적 상황에서 노인수발보장법안에 관한 보다 체계적이고 면밀한 분석이 매우 시급할 뿐만 아니라 시기적으로도 상당한 의의를 가진다고 하겠다.

이에 연구자는 노인수발보장법이 우리나라의 노인수발보장을 위한 정책으로서 산출되고 결정되어 입법예고까지 되기까지 진행되어온 정책과정을 검토하였다. 즉, 노인수발보장의 문제가 정책의제로 선정되는 과정, 정부의 정책의제로서 대안을 형성하는 과정, 형성된 대안들중에서 최종적인 정책으로 확정되는 과정 등 정책과정에서 제기된 주요한 쟁점들을 확인하고 정책과정을 통해 산출된 노인수발보장법안의 내용과 특성, 그리고 한계에 대해서 분석하였다.

본 연구는 정책을 하나의 과정(process)으로 보는 관점¹⁾을 채택하고, 어떤 과정을 거쳐 노인의 수발보장 문제가 정책의제로 채택되었는지, 또 어떤 정책적 대안들이 정책수단으로서 제기되고 형성되었는지, 어떤 의사결정과정을 통해 특정안이 결정되었는지 등 일련의 정책과정에서 대두된 쟁점과 이슈를 중심으로 분석하였다. 또한 제도의 발달과정을 맥락적으로 인식하고 이해하는 과정적 접근뿐만

1) 정책에 관한 분석에 있어서 일반적인 접근방법을 3P의 연구라고 하는데, 즉 과정(process), 산출(Product), 성과(Performance)에 대해 연구이다.

아니라, 정책을 일련의 정책과정을 통해 나온 산출(product)로써 인식하여 노인수발보장제도에 관한 분석도 함께 실시하였다. 특히 정책과정에서 논의되고 대두된 쟁점과 이슈들이 제도화된 결과물로서의 정책의 내용에 어떻게 반영되고 해결되었는지를 맥락을 중시하여 분석함으로써 과정과 산출에 관한 접근을 통합하는 입장을 취하고자 하였다²⁾.

정책은 투입, 전환, 산출 및 환류라는 전 과정이기도 하고 동시에 결과물로서 도출되는 산출의 결과이므로 정책 연구에 있어서도 결과물로서의 정책을 분석하는 것뿐만 아니라 하나의 전체적이고 순환적인 정책과정(policy process)에 관한 분석을 함께 수행하고, 또 그러한 분석결과가 정책의 개발(설계)이라는 전체 과정에서 역동적인 환류의 형태로 포함되는 것이 보다 발전적이다. 따라서 본 연구는 노인수발보장법의 정책과정을 5단계로 나누어 분석하되, 집행단계와 평가단계를 제외한 3단계의 과정을 연구하였으며, 이 과정에서 구체화된 제도의 내용에 대해서 Gilbert & Specht(1993)의 사회복지정책의 분석틀로 사용하여 적용대상과 급여범위, 재정조달방식과 전달체계등 주요한 4가지 차원을 중심으로 체계적인 분석을 시도하였다.

정책 과정에 대한 맥락적인 분석은 노인수발보장제도의 출발점을 확인하고 현실점에 이르기까지 진행된 논의과정을 전체적으로 조망할 수 있는 관점을 제공해 준다. 이것은 현재 입법예고된 노인수발보장법안의 특성과 한계를 보다 명확하게 규명하게 하고, 그러한 특성과 한계가 어디에서 비롯된 것인지에 대해서도 보다 쉽게 이해하도록 해준다. 또한 이러한 정책과정상의 통찰과 구체적인 정책의 내용에 있어서의 문제점과 한계에 관한 비판적 분석은 정책의 개발과 발전이라는 보다 큰 전체적 과정에 긍정적인 에너지로서 재투입할 수 있을 것이다. 나아가 노인수발보장제도가 앞으로 나아가야 할 정책적 방향에 관해서도 중요한 함의를 도출할 수 있을 것으로 본다.

2) 3 P중 성과(performance)에 관한 접근은 이 논문의 범위에서 제외한다. 앞서 지적했듯이 노인요양보험 제도가 2005년 7월 현재 시범사업 중이며, 집행과 관련된 효과나 평가가 이루어진 바가 없기 때문이다.

제2절 연구의 범위 및 방법

본 연구는 현재 2005년 10월 현재 노인수발보장제도가 입법예고된 상태이고 본격적인 시행에 착수되지 않았기 때문에 5단계로 구성되는 정책과정 중 3단계까지 즉, 정책결정단계까지를 연구범위로 한정하여 다음과 같이 구성하였다.

제1장은 서론이며, 제2장에서는 노인수발보장제도에 대한 개념과 필요성을 고찰하고, 우리나라 노인인구의 수발욕구의 현황을 재가보호와 시설보호를 중심으로 살펴보았다. 그리고 일본의 수발보장정책의 경험이 우리에게 제공하는 시사점은 무엇인지 짚어보았다. 제3장에서는 본 연구의 분석틀을 구축하기 위한 이론적 고찰을 수행하였다. 정책의제설정단계, 정책형성단계, 정책결정단계, 정책집행단계, 정책평가단계의 5단계로 구성되는 정책과정이론과 사회복지정책의 대표적인 분석틀인 Gilbert & Specht(1993)의 이론에 대해서 고찰하고 본 논문에서 적용될 연구분석틀을 구조화하였다. 제4장은 연구분석틀에 따라 의제설정부터 정책결정단계에 이르기까지의 3단계를 중심으로 논의과정과 주요쟁점 등을 검토하고, 정책형성단계와 정책결정단계에서 구체화된 제도가 적용대상, 급여범위, 자원조달, 서비스 전달체계라는 4가지 차원을 중심으로 어떻게 구조화되었는지 분석하였다. 특히 정책과정에서 제기된 주요한 정책적 쟁점들이 제도의 내용에서 어떤 형태로 반영되고 해결되었는지 그 맥락을 중시하여 체계적인 분석을 시도하였다. 특히 일본의 개호보험제도와 비교정책적 접근을 통해 노인수발보장제도가 아직 시행되지 않은 입법예고안이기 때문에 가지는 논의의 제한점을 보충하고자 하였다. 제5장에서는 이러한 연구결과를 최종적으로 종합하여 논의하고 이해함을 통해서 노인수발보장제도의 정책방향에 관한 본 연구의 함의를 도출하였다.

본 연구는 문헌연구로서 노인수발, 노인요양보호, 노인요양보장, 노인요양보험과 관련된 각종 문헌, 연구논문, 학위논문 등을 참고로 하였으며, 특히 노인수발보장제도를 도입하기 위해 정부의 기획단에서 제출한 연구과제의 결과물과 보건사회연구원에서의 연구물이 제시된 다양한 연구결과보고서, 정책보고서, 정책자료, 정부간행물, 공청회자료 등을 분석하였다. 또한 인터넷검색을 활용하여 관련된 신문기사나 자료를 수집하여 분석하였다.

제2장 노인수발보장의 개념과 발달

제1절 노인수발보장의 개념

1. 장기요양보호와 수발보장

본 연구는 노인의 장기요양보호(long-term care)의 문제에 대한 인식에서 출발되었다. 장기요양보호라는 용어는 한국에서 공식적으로 널리 사용되고 있는 것으로 보이지만³⁾ 우리나라에서는 long-term care를 장기요양보호, 개호, 장기간 병, 수발 등 다양한 단어로 해석하고 있다.

이러한 명칭들이 담고 있는 개념은 매우 유사한 동시에 섬세한 차이를 가지는 것으로 받아들여진다. 특히 보건, 의료, 사회복지 등 다양한 학문적 영역이 배경이 되고 다양한 전문가집단이 참여하기 때문에 단어의 개념에 있어서 각각의 특성과 가치, 이론이 반영된 스펙트럼이 존재하는데 이러한 차이들을 수렴하는 개념이나 명칭에 사회적인 합의를 이루지 못하고 있다.

우선 장기요양보호라는 용어와 개념은 정부의 정책의제로 제안되는 초기부터 쓰이기 시작하였다. 1차로 정부는 [노인장기요양보호정책기획단(이하 정책기획단이라 함)]을 구성하였으며, 2차로 [공적노인요양보장추진기획단(이하 추진기획단이라 함)]을, 3차로 [공적노인요양보장제도 실행위원회(이하 실행위원회라 함)]을 구성하였고, 이 실행위원회에서는 최종안으로서 “노인요양보험제도”를 시안으로 확정하였으며, 이 과정에서 줄곧 장기요양보호가 공식적인 용어로 채택되어 사용되었다.

실행위원회(2005)는 “장기요양보호란 신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 보건·의료·요양·복지 등의 서비스를 말한다”고 정의하고 있다. 여기에는 간병·수발 등의 일상생활지원, 요양관리, 간호, 기능훈련, 기타 필요

3) 예를 들어, 정부는 2007년에 공적인 노인장기요양보장제도를 도입하겠다고 발표한 바 있고, 보건사회연구원 등의 보고서나 관련 학회지의 논문에서도 ‘장기요양보호’라는 용어가 일반적으로 사용되고 있다.

한 복지지원서비스가 포함된다고 하였다. 이 단어에 대한 이견이 없었던 것은 아니다. 특히 ‘요양’이라는 용어가 건강보험제도에서 이미 쓰이고 있었기 때문에 이와는 구별해야한다는 의견이 제기되었다.

정부는 ‘장기요양보호’ 혹은 이를 줄여서 ‘요양보호’, ‘요양’을 한동안 쓰다가 2005년 9월 입법예고안으로 『노인수발보장법』을 제시하면서 ‘수발’이라는 용어를 쓰기로 결정하였다. 수발의 우리말 뜻은 “신변 가까이에서 여러 가지로 시중을 들”을 의미한다(차홍봉, 2005). 수발이라는 용어는 영어의 ‘care」 특히 ‘long-term care」, ‘caregiving」에 해당하는 용어이다. 치료라는 뜻의 ‘cure」와 구별된다는 것이 강조된 의미이지만, 이 용어에 대한 보편성 있는 정확한 정의를 내리는 것은 쉽지 않다. long-term care를 수발이라고 번역하는 것에 대해서 김근홍(2000)은 순수한 우리말로 사용하는 것이 바람직하다는 의견을 피력하고, 수발을 개념을 도움이 필요한 사람에게 그 사람의 손발이 되어 주듯 돕는 것으로 정의하였다. 그의 의견에 따르면, ‘개호’라는 일본식의 용어는 연구자들 사이에도 혼돈을 일으킬 가능성이 있기 때문에 가능하면 일반적으로 이해할 수 있도록 우리말 용어를 쓰는 것이 적절하다는 것이다. 차홍봉(2005) 역시 수발이란 가까이서 돌본다는 뜻으로 현대적 의미의 의료가 발달되지 않은 전통사회에서 오랫동안 사용되어 말이기 때문에 건강과 관련된 서비스가 배제된 것처럼 간주되지만, 전통적으로 ‘병수발’, ‘약수발’, ‘대소변수발’하는 식으로 건강과 관련된 서비스와 일상생활서비스를 모두 포함하는 뜻으로 사용되어 왔다고 보고 있다.

차홍봉(2005)은 보다 구체적으로 개념을 정의하고 있는데, ‘노인수발서비스란 만성적 질환 등의 원인으로 기능적 활동능력을 상실하여 독립적으로 생활하기가 어려운 노인에게 장기간에 걸쳐 제공되는 서비스’를 말하며, 여기서 서비스란 신체적·정신적 건강의 관리와 재활훈련 등을 위한 건강보호서비스(health service)와 대상자의 일상생활상의 욕구를 해결해주기 위한 사회적 서비스(social service)가 함께 제공된다고 하였다. 그러나 건강보호서비스에는 급성 환자에 대한 의료기관에서의 의료적 서비스는 제외되며, 사회적 서비스에는 거동수발, 목욕서비스와 같은 대인적 보호서비스(personal care service)와 교통지원이나 재산관리와 같은 사회적 지원서비스(social supportive service)가 포함되는 것으로 정의하였다. 이러한 개념규정은 일반적으로 수발을 신체적 서비스와 비의료적 서비스에 한정하는

시각과는 차이가 있으며, 오히려 실행위원회에서 정의한 장기요양보호의 개념과 더 가깝다고 볼 수 있다.

그러나 수발의 용어에 대해서 반대하는 입장도 적지 않다. 공청회에서 의료계와 간호계, 여성계와 노인단체는 수발이 장기요양보호의 개념보다는 작은 부분적 개념이며, 보건과 복지가 포괄되는 통합적 의미에서의 장기요양서비스를 표현하기 보다는 비전문가가 제공하는 가사간병과 같은 서비스를 지칭하는 것으로 적절하지 않다는 의견들을 제시하여 명칭에 대한 논란이 일었다. 특히 수발이 가부장적인 뉘앙스를 가지며, 비전문가가 제공한다는 오해에서 자유롭지 못함을 지적하였다.

이러한 ‘수발’과 ‘장기요양보호’에 관한 개념적 논란의 핵심은 결국 의료 및 보건 서비스와 복지서비스와의 관계설정과 관련한 문제로 귀결된다고 볼 수 있다. 즉, 노인의 특성상 기본적인 의료서비스가 함께 고려되지 않으면 노인의 욕구에 제대로 부응할 수 없는 제한점을 가지게 되는데, 이를 어느 정도 수발보장제도에서 담당할 것인지, 건강보험의 의료서비스와는 어떻게 구별할 것인지가 중요한 문제로 대두된다. 그러나 용어가 가져오는 논란에도 불구하고 대다수의 학자들에게서 공통적으로 강조되는 것은 급성 환자를 위한 의료서비스가 아닌, 요양과 관련되어 기본적이고 비교적 간단한 의료서비스는 포함되어야 한다는 점이다.

박광준(2004)은 장기요양보호에 의료적인 치료와 구분이 모호한 요소들이 포함되어 있으므로 이를 엄격하게 구분하기는 어렵고, 장기요양보호는 그 특성상 의료와 복지서비스 혹은 사회서비스가 통합된 형태이어야 한다고 주장하였다. 석재은(1999)도 장기요양보호의 개념을 장기(long term)와 요양보호(nursing care), 그리고 사회적 보호(social care)의 합성어로서 사용하였다. 또한 정책추진단과 정책기획단, 실행위원회 모두 장기요양보호를 보장하기 위해서는 의료 및 보건서비스와 복지서비스를 통합하여 대응해야 한다는 것이 기본 입장이다.

본 연구에서도 장기요양보호 서비스의 성격을 기본적인 의료 및 보건서비스와 복지서비스가 통합된 서비스로 이해하며, 차홍봉(2005)의 견해를 바탕으로 수발보장의 개념 또한 의료와 보건, 복지서비스가 통합된 장기요양보호와 같은 동일한 개념으로 정의하고자 한다. 따라서 개념상으로는 두 단어사이에 차이가 있지 않으나, 본 논문에서는 현재 노인수발보장법안이 입법예고 되었기 때문에 수발보장을 주

로 사용하기로 한다.

2. 노인수발보장(long-term care)의 개념

‘노인수발보장’이란 “노화, 만성적 질환, 장애 등으로 장기적 요양보호가 필요한 노인에 대하여 국가가 사회적 보호서비스를 제도적으로 보장한다”는 뜻이다. 즉, 노인수발의 사회적 서비스에 대한 사회보장이라는 뜻이며, 사회적 보호서비스를 가족이나 이웃 등의 비공식적인 체계가 아니라 국가사회의 책임으로 전문적 기관의 공식적인 체계에서 제공하는 것을 말한다(차홍봉, 2005).

Kane(1987) 등은 “일정한 정도의 기능적 능력을 상실한 사람에게 상당한 기간 동안 제공되는 일련의 의료적·대인적·사회적 서비스”라고 정의하고 있으며, Eustis, Greenberg & Patten(1984)은 “허약, 만성적 질병, 기타 기능적 손상으로 스스로를 도로보기가 어려운 사람에게 제공되는 원조, 서비스, 주거 등”이라고 하였으며, 미국의 하원예산처(CBO, 1991)에서는 “기능적 제한이나 만성적 건강조건을 가지고 있거나 지속적인 의료적 도움이나 정상적 일상생활 활동상의 도움을 필요로 하는 사람을 위한 재활적, 의료적, 지지적 사회적 서비스”로 규정하고 구체적인 서비스의 종류를 가사서비스와 사회적 서비스를 포함하는 기초적 서비스(basic service)와 영양 및 건강교육과 대인적 보호서비스, 작업치료를 포함한 건강관련 서비스(health-related service), 그리고 물리치료 및 전문적 간호를 포함하는 전문적 서비스(skilled-service)로 분류하였다. 또한 캐나다 병원협회에서도 “기능적 능력이 만성적으로 손상되었거나 손상될 위험에 높여있는 개인에게 장기간 그리고 지속적으로 제공되는 의료적, 정신적, 사회적, 지지적 서비스”라고 규정하고 있다(차홍봉, 1993:100).

이와 같은 개념들에 의하면, 수발보호가 필요한 노인에게 제공될 수발서비스에는 의료적 서비스(health care service), 대인적 서비스(personal care service), 사회적 원조서비스(social help service) 등으로 나눌 수 있으며, 수발보장의 영역에서의 의료적 서비스는 신체적 건강 및 신체적 기능의 유지를 위하여 필요한 제반 서비스 즉, 영양, 건강교육, 간호, 재활, 또는 기능회복훈련 등을 의미하는 건강관련 서비스로써, 진단과 처치, 수술 등과 같은 단기적인

진료서비스와는 구분된다. 대인적 서비스는 기초적인 생활상의 기능을 돕기 위한 서비스, 즉 식사, 배설, 목욕, 일상동작 등에 대한 도움과 보살핌을 의미하며, 사회적 원조서비스는 대상자의 정상적 생활을 돕기 위한 원조적 서비스 즉, 세탁, 청소, 식사준비, 가사잡무, 사회생활 관계, 심리적·사회적 문제해결을 위한 지지적 서비스 등을 말한다(차홍봉, 1993:101).

박광준(2004) 역시 이러한 맥락에서 수발보장(long-term care)을 대상자를 기준으로 분류하고 있는데, 그에 의하면, 의료적 보호(medical care)는 노인건강과 관련한 1차적 보호로서 현재 건강상태의 유지나 악화의 방지에 그치거나 아니면 시한부 질병으로 인한 임종과정에 있어서의 서비스이며, 사회보호(social care)는 노인의 일상생활동작을 도와주거나 정서적 안정을 위한 서비스로서, 재가에서는 홈헬퍼 즉 수발사에 의해 주로 제공되고 시설에서는 요양시설에서 직접 제공된다. 그리고 가족수발자지지(family care-giver support)를 포함하고 있는 것이 특징적인데, 노인의 수발보장에서 전통적으로 큰 역할을 담당해왔던 가족 수발자의 수발부담을 줄여주기 위해 가족수발자 지지서비스를 제공할 필요가 있음을 지적하고 있다. 따라서 수발보장제도는 수발을 필요로 하는 노인뿐만 아니라, 그 노인을 가정에서 보호하고 있는 가족수발자도 포함된다(박광준, 2004:284)고 보았다.

제2절 노인수발보장의 배경과 필요성

1. 노인수발보장의 사회적 배경

(1) 급속한 고령화

인구고령화란 고령자수의 절대수가 증가하는 현상과, 전체인구에 점하는 고령자 비율이 증가하는 현상을 동시에 나타내는 용어이다. <표 2-1>은 한국사회의 고령화추이를 나타내고 있다. 65세 이상 고령인구비율은 1960년 2.9%였으나 이후 급증하여 2000년에 7%를 넘어섰고, 2005년 현재 9%를 넘어섰다. 고령화비율은 앞으로 더욱 급속하게 상승하여, 2018년에 14%를 넘어서고 2026년에는 20%를 넘

어설 것으로 예측되고 있다. 그 수에 있어서도 1960년에 약73만 명이었던 것이 2005년 현재는 약 438만 명이며, 2008년에는 500만 명을 넘어서고, 2026년에는 1,000만 명, 2041년에는 1,500만 명을 넘어설 것으로 추계되고 있다(통계청 DB, 2005).

<표 2-1> 한국 인구구조의 변화

연도	총인구(명)	평균연령(세)	연령별인구구성비(%)		
			0-14세	15-64세	65세 이상
1960	25,012,374	23.1	42.3	54.8	2.9
1970	32,240,827	23.6	42.5	54.4	3.1
1980	38,123,775	25.9	34.0	62.2	3.8
1990	42,869,283	29.5	25.6	69.3	5.1
2000	47,008,111	33.1	21.1	71.7	7.2
2005	48,294,143	35.5	19.1	71.8	9.1
2010	49,219,537	37.9	16.3	72.8	10.9
2018*	49,933,890	41.7	13.0	72.6	14.3
2020**	49,956,093	42.7	12.6	71.7	15.7
2026***	49,771,248	45.2	11.6	67.5	20.8
2030	49,329,456	46.7	11.2	64.7	24.1
2040	46,743,259	50.4	10.1	57.9	32.0
2050	42,347,690	53.0	9.0	53.7	37.3

* 고령자인구가 처음으로 14%에 달하는 해. 2001년의 장래추계는 고령인구 14%를 넘어서는 해를 2019년으로 예측하였으나, 그 이후 2005년 수정 추계되었음.

**2020년의 인구가 사상최고수준이며, 이 시기를 피크로 하여 한국 인구는 줄어들기 시작할 것으로 추정되고 있다.

***고령자인구가 처음으로 20%에 달하는 해.

주)2000년까지의 인구는 확정인구이며, 2001년 이후는 추계이므로 이후 변동가능성이 있다.
2001~2050년 전국자료는 2001.11월에 작성한 장래인구 추계자료를 2005년 1월에 발표한 장래인구 특별추계 자료로 수정 보완한 자료임

자료: 통계청 추계인구 DB, 2005. 9월 현재 (<http://kosis.nso.go.kr>)

연령계층별 인구의 구성비 추이를 살펴보면, 0-14세 유년인구는 2005년 현재 총 인구의 19.1%를 차지하고 있으며, 지속적인 출산의 감소로 인하여 2010년에는 16.3%, 2030년에는 11.2%, 2050년에는 9.0%로 하락할 것으로 전망된다. 15-64세의 생산가능 인구는 2005년 현재 총인구의 71.8%수준에서 2016년 73.2%를 고비로 점차 감소하여

2030년에는 64.7%, 2050년에는 53.7%의 수준으로 계속해서 낮아질 것으로 전망된다(통계청 DB, 2005). 현재 한국전쟁 이후의 베이비붐 세대가 30세-50세의 층을 두텁게 차지하고 있어서 고령자비율은 상대적으로 낮지만, 이 많은 수의 인구층이 고령자로 편입되는 2010년 이후에는 급속하게 고령인구비율이 상승될 것이다.

한국의 고령화의 가장 중요한 특징은 고령화의 내용이나 속도에 있어서 급속하게 진행되고 있다는 것이다. 인구고령화에 관해서 고령인구의 증가뿐만 아니라 더욱 중요한 의미를 갖는 것이 고령화의 속도이다. 왜냐하면 급격한 인구구조의 변화는 연금제도, 의료제도, 경제성장과 같은 국가정책수립에 매우 급격한 영향을 주며, 수발보장을 위한 인프라 확보에 필요한 시간적 여유를 주지 않기 때문이다.

UN의 정의에 의하면, 전체인구 중 65세 이상 고령인구비율이 7%이상 14%미만인 사회가 고령사회(aged society), 노인인구비율이 20% 이상인 사회를 초고령사회(super-aged society)로 불린다. <표 2-2>는 고령화 사회에서 고령사회로, 그리고 다시 초고령사회로 변화하는 데에 걸리는 시간을 비교한 것으로, 한국이 고령화 사회에서 고령사회에 진입하는 데에 걸리는 시간은 18년이다. 이것은 서양사회뿐만 아니라 전대미문의 속도로 고령사회를 맞이했다고 일컬어지는 일본의 속도를 능가하는 것이다. 특히 고령인구 14%에서 20%에 이르는 시간이 불과 8년으로 나타난다. 물론 이러한 급속한 고령화는 한국 특유의 현상이 아니라 개발도상국에서 일반적으로 나타나는 현상으로 볼 수 있다.

이러한 급속한 고령화의 배경에는 사망률의 저하, 즉 평균수명이 연장과 급속한 출산을 저하라는 두 가지의 요인이 자리 잡고 있다. 1966년 인구센서스 자료에 의하면, 1966년 한국인의 평균수명은 남자 59.74세, 여자 64.07세였다(1971년 한국 통계연감:86의 간이생명표). 이후 1971년의 평균수명은 62.3세, 1981년에는 66.2세, 1991년에는 71.7세로 높아져서 2000년에는 75.9세(남성 72.1세, 여성 79.5세)로 상승하였고, 2002년에는 남성 73.3세, 여성 80.4세로 평균 77.0세로 지속적으로 연장되고 있다(통계청 DB, 2005). 1960년에서 2000년까지의 40년간 OECD 회원국의 평균수명의 추이를 비교해 보면, 대부분의 서방선진국의 경우는 10년 이상 늘어나지 않았으나⁴⁾, 한국은 동 기간 중 평균수명의 상승폭이 23.1년으로 OECD 회원

4) OECD 회원국 중에서 그 40년간 국가 간 평균수명상승폭을 보면, 가장 상승폭이 적은 국가가 슬로바키아가 2.7년 미국, 영국, 스웨덴, 노르웨이 등이 7년 이하, 독일 8.1년, 프랑스 8.7년, 이탈리아 9.6년, 일본 13.4년, 멕시코 16.6년, 그리고 한국에 이어 두 번째로 상승폭이 큰 터키가 19.8년으로 되어

국 중 가장 높은 증가율을 기록하였다(WHO, World Health Report 2003:146). 빠른 속도로 연장되는 평균수명의 원인은 의술의 발달, 의식주 등의 기본욕구의 충족 등과 영양의 개선, 의료서비스 접근성의 향상, 주거환경의 개선이라는 세 가지 생활환경영역의 뚜렷한 진전에 의한 것이다.

<표 2-2> 인구고령화 속도의 국제비교

	도달 연도			증가 소요 연수		2002년 고령화율
	7%*	14%**	20%***	7→14%	14→20%	
프랑스	1864	1979	2019	115	40	16.3
노르웨이	1885	1977	2021	92	44	14.9
스웨덴	1887	1972	2011	85	39	17.2
호주	1939	2012	2030	73	18	12.7
미국	1942	2014	2030	72	16	12.3
캐나다	1945	2010	2024	65	14	12.7
이탈리아	1927	1988	2008	61	20	18.6
영국	1929	1976	2020	47	44	15.9
독일	1932	1972	2010	40	38	17.3
일본	1970	1994	2006	24	12	18.4
한국*	2000	2018	2026	18	8	7.9

* 한국자료는 2005년에 수정 추계된 통계청의 데이터베이스자료에 근거하였음.

자료 : UN, 「The Sex and Age Distribution of World Population」, 각년도

일본 국립사회보장·인구문제연구소, 「인구통계자료집」, 2003

OECD, 「OECD Health Data」, 2004, 통계청(2004) 및 통계청 DB.

급속한 고령화를 가져오는 또 다른 요인은 출산율의 저하이다. 연령별 인구구성을 앞의 <표 2-1>에서 보면, 전체인구에서 차지하는 0-14세까지의 비율이 1960년에는 43.2%, 1980년에는 34.0%, 2000년에는 21.1%, 2020년에는 12.6%, 그리고 65세 고령자비율이 37.3%로 추계되는 2050년의 경우에는 14세 이하의 인구비율이 9.0%로까지 낮아진다. 아동인구의 비율저하와 노인인구의 비율상승이 동시에 나타나는 것이다. 인구고령화와 저출산의 동시진행은 부양부담의 급격한 변동 즉 부담증가를 초래하는 것으로 베이비붐 세대가 고령자가 되는 시점에서 사회적 부

있다. (WHO, 2003).

양부담지수가 정점을 이룰 것으로 예상된다. 2004년 기준 한국의 총 출산율(total fertility rate : 여자1명이 가임기간 동안 갖게 될 평균 출생아수)은 1.16으로 세계적으로도 매우 낮은 수준이며(통계청 DB, 2005년), 이러한 출산율은 1960년에 6.0, 1970년에 4.5, 1980년에 2.8, 1990년에 1.59, 2000년에 1.47로 감소하였으므로 단기간에 얼마나 급격하게 낮아진 것인가를 알 수 있다⁵⁾. 1970년의 출생자수는 1,006,645명이었는데 이는 당시 총 인구 3,224만 명의 3.12%에 해당하지만, 2004년의 출생자수는 476,052명으로 이는 총인구 4,808만 명의 단 1%에 불과하다.

(2) 고령화의 지역 간 격차

한국고령화의 또 하나의 특징으로서 주목해야 하는 것이 고령화의 지역 간 격차가 매우 심하다는 점이다. 특히 농촌지역과 도시지역간의 고령화율이 상당히 다르게 나타난다. 고령자의 수발보장을 주제로 하는 본 연구에서는 이 특징이 매우 중요한 의미를 갖는다. 왜냐하면, 노인의 수발서비스가 노인이 살고 있는 집과 그 집이 속한 지역사회를 중심으로 서비스를 제공하게 되므로 각 지역별 특성을 반영하여 필요한 인프라를 구축하고 지역에 근거한 서비스전달체계를 확립하는 것이 무엇보다 중요하기 때문이다.

일반적으로 농촌지역의 고령화율이 대도시지역에 비하여 높게 나타난다. 개발도상국이나 인구고령화가 급속하게 이루어지는 국가에 있어서는 대도시와 농촌 지역 간 인구고령화율에 상당한 격차가 존재한다. 그 원인은 젊은 층을 중심으로 한 농촌인구의 도시유입에 있다. 또한 대도시 가운데에서도 인구의 이동이 많은 지역이나 신흥지역의 경우에는 인구고령화율이 낮은 것이 일반적인데, 이러한 경향은 한국에서도 그대로 나타나서, 고령화의 속도가 도시지역에 비하여 농촌지역(읍,면 지역)이 훨씬 빠르게 진행되고 있다.

대도시의 평균 노인 인구 비율은 6.4%, 중소도시 지역은 7.7%이지만, 농어촌지역은 평균적으로 16.8%로 훨씬 많은 노인들이 거주하고 있다. 군 단위 농어촌 지역

5) 출산율의 저하 원인으로서 크게 두 가지가 지적된다. 하나는 여성의 입장에서 볼 때, 출산 및 양육과 경제활동이 양립할 수 있는 사회적 지원자체가 갖추어지지 않은 경우이다. 출산과 양육에 따른 휴직기간에 직장보호(job protection), 임금보전(wage replacement)이 보장되지 않을 경우, 출산을 기피하게 된다. 다른 하나는 아동의 교육 및 양육비 부담의 증가이다.

의 인구 고령화 수준은 이미 심각한 수준인 것으로 나타난다. <표 2-3>에서 보듯이 농어촌 지역 대부분이 노인 인구 비율 7% 이상이므로 이미 고령사회 혹은 초고령사회에 진입해 있는 것으로 판단된다. 농어촌 지역 중에서 고령화율 7% 미만인 지역은 없으며, 초고령사회라고 할 수 있는 고령화율 20% 이상의 지역이 전체 농어촌지역의 33.7%를 차지한다. 그러나 반면에 대도시는 7% 미만의 경우가 전체의 85.7%이며 나머지 14.3%가 7-14%의 수준이고, 14% 이상인 지역은 한 군데도 없다. 이것은 농촌과 도시 고령화 수준의 극명한 대조를 이루고 있음을 잘 보여준다.

<표 2-3> 도시 농촌간 노인인구비율별 분포 및 노인인구 현황

구 분	노인인구비율				노인 인구수	노인 인구 구성비
	7% 미만	7-14%	14-20%	20% 이상		
대도시*	6(85.7)	1(14.3)	-	-	1,430,696	6.4%
중소도시 (도농 복합시 포함)	24(35.8)	33(49.3)	10(14.9)	-	1,617,024	7.7%
농어촌(군지역)	-	18(20.2)	41(46.1)	30(33.7)	857,264	16.8%

주) * 광역시 속의 군지역은 농어촌으로 분류(총 89개).

자료 : 통계청(2004).

고령자 인구비율의 지역적 격차는 광역자치단체별로 보았을 경우에도 두드러진다. <표 2-4>에서 보면 1970년과 1980년까지는 대부분의 지자체가 7.0%를 넘지 않았지만 1990년에는 충북, 충남, 전남, 전북에서 7%를 넘어서기 시작하였다. 2000년에는 전국적으로 7.2%로 고령화 사회로 진입하였는데, 서울이나 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 경기와 같은 대도시의 지자체는 5%의 비율을 그대로 유지하였다. 반면에 그 외 도시지역이 아닌 지자체에서는 모두 8%와 9%를 넘었고 특히 충남과 전북은 경북은 11% 이상, 전남은 13.4%로 나타나 빠른 고령화속도를 보였다. 2005년에는 전국적으로 9%의 고령화율을 기록하고 있으나 역시 서울과 부산 대구, 인천, 광주, 대전 등의 대도시지역은 평균 고령화율에 미치지 못하는 비율인 반면에 충북은 14.1%, 전남은 16.4% 경북은 13.8%로 그 격차가 더 벌어지는 것을 볼 수 있다. 2010년, 2015년, 2020년으로 갈수록 이들 지역의 고령화가 빠르게 진행될 전망이다.

<표 2-4> 한국의 지역별 고령화율·노년부양비 추이

구 분		1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015	2020
전국	고령화율	3.1	3.8	5.1	7.2	9.0	10.7	12.6	15.1
	노년부양비	5.7	6.1	7.4	10.1	12.6	14.8	17.5	21.3
서울	고령화율	1.7	2.5	3.5	5.3	7.1	9.3	12.0	15.1
	노년부양비	2.7	3.7	4.9	7.0	9.4	12.5	16.6	21.3
부산	고령화율	1.8	2.3	3.5	6.1	8.3	10.9	14.1	18.1
	노년부양비	3.0	3.5	4.9	8.1	11.2	14.8	19.7	26.2
대구	고령화율	2.1	2.7	3.9	5.9	7.7	9.6	12.0	15.0
	노년부양비	3.5	4.1	5.6	8.0	10.6	13.1	18.5	21.0
인천	고령화율	2.2	2.9	4.0	5.5	6.9	8.4	10.3	12.9
	노년부양비	3.7	4.4	5.8	7.7	9.5	11.3	13.7	17.7
광주	고령화율	2.6	3.1	4.1	5.5	7.0	8.5	10.4	12.6
	노년부양비	4.6	4.9	6.0	7.7	9.8	11.8	14.5	17.6
대전	고령화율	2.3	3.0	4.1	5.4	6.8	8.2	10.0	12.6
	노년부양비	4.0	4.7	6.0	7.5	9.3	11.1	13.6	17.4
울산	고령화율	3.5	2.9	3.1	4.0	5.3	6.9	9.2	12.7
	노년부양비	6.1	4.7	4.7	5.6	7.2	9.1	12.1	17.3
경기	고령화율	3.0	3.7	4.5	5.7	7.1	8.4	10.0	12.3
	노년부양비	5.6	5.8	6.5	8.1	10.0	11.6	13.4	16.7
강원	고령화율	2.7	4.2	6.7	9.8	12.5	14.6	16.0	18.6
	노년부양비	5.2	7.0	9.8	13.9	18.2	21.3	22.9	27.1
충북	고령화율	3.6	5.2	7.3	9.6	11.6	13.0	14.1	16.3
	노년부양비	7.2	8.8	10.9	13.8	16.9	18.8	19.9	23.3
충남	고령화율	3.8	5.5	7.9	11.9	14.1	15.4	16.6	18.1
	노년부양비	7.6	9.3	11.7	17.5	21.2	22.9	24.0	26.3
전북	고령화율	3.7	4.8	7.4	11.1	13.3	15.0	16.9	19.2
	노년부양비	7.3	8.3	11.1	16.1	19.8	22.1	24.7	27.7
전남	고령화율	4.3	5.5	7.9	13.4	16.4	18.5	20.2	21.8
	노년부양비	8.7	9.9	11.8	20.1	25.5	28.3	30.5	33.2
경북	고령화율	3.9	5.5	8.4	11.4	13.8	15.4	16.9	19.2
	노년부양비	7.5	9.1	12.4	16.5	20.3	22.5	24.6	28.3
경남	고령화율	4.0	4.8	6.4	8.9	10.6	12.1	13.7	16.2
	노년부양비	7.6	7.9	9.5	12.8	15.4	17.1	19.1	23.0
제주	고령화율	5.2	5.1	6.0	8.2	10.1	11.8	13.6	15.4
	노년부양비	10.2	8.9	8.7	12.0	14.9	17.1	19.3	21.9

자료 : 한국의 사회지표(2003). 표 21 및 표 25에 근거, 박광준(2004)에서 재인용

또한 <표 2-5>에서 노령화지수가 가장 낮은 울산 동구로 12.5%에 불과하지만 노령화지수가 가장 높은 경북 의성군은 이에 비해 14배 수준인 178.8%이다(통계청, 2002). 그러나 농어촌의 경우, 노인복지시설과 전문 인력의 부족 등 노인복지의 기본적 인프라가 절대적으로 부족한 실정이다. 열악한 복지수준과는 반대로 노인 인구의 비율은 농어촌 지역이 훨씬 높고, 또 시간이 지날수록 노인인구가 더욱 증가할 추세여서 농어촌 지역의 노인복지정책을 강화하는 노력이 중요한 정책적 과제로 대두될 것이다⁶⁾. 따라서 지역적 편차가 아주 크게 나타나는 고령화율과 노

령화지수는 지역단위중심의 서비스, 재가서비스 등을 전달하고자 할 때 정책적으로 고려되어야 할 중요한 사회적 지표이다.

<표 2-5> 기초자치단체별 노령화지수

구분/순위	상위지역	지수(%)	하위지역	지수(%)
1	경북 의성군	178.8	울산 동구	12.5
2	경남 의령군	178.4	울산 북구	13.0
3	경북 청도군	165.2	울산 남구	13.9
4	경남 남해군	164.1	경기 시흥시	14.3
5	경남 합천군	161.8	경남 창원시	14.7

주 : 노령화지수 = (65세 이상 인구/0~14세 인구) × 100

자료 : 통계청, 시군구 100대 지표, 2002

(3) 노인부양비의 증가.

인구구조의 변화는 65세 이상 노인에 대한 노인부양비와 후기 고령자에 대한 노부모부양지수 등 사회적 부양과 관련된 문제를 심각하게 제기한다. 고령자의 상대적 비율이 증가함에 따라 고령자부양의 부담이 사회에 가중되는 것은 당연하다. 고령화율과 더불어 노령화 지수 또한 고령화 사회의 주요한 척도인데 노령화 지수는 출산율의 저하와 맞물려 부양지수와 함께 급격하게 증가되고 있다.

<표 2-6>은 고령화에 따른 노년부양비 및 노령화 지수의 변화를 나타내는데, 2004년은 현재 노동인구의 8.2명이 한 사람의 노인을 부양하지만, 2030년에는 노동인구 2.8명이 한 사람의 고령자를 부양해야 하는 것으로 나타난다. 따라서 앞으로 약 15년 이후의 생산 가능인구의 부양부담이 2004년도의 2배 정도로 증대될 것으

- 6) 2004년 1월에 정부는 [농어촌 주민의 보건복지 증진을 위한 특별법]을 제정하여 농어촌 지역 주민의 보건복지를 증진하려는 노력을 전개하고 있다. 동법에 따르면 보건복지부 장관은 농어촌의 보건복지 수준에 관한 실태조사를 5년마다 실시하여 공표하도록 하고, 이를 토대로 하여 농어촌 보건복지 기본계획을 5년마다 수립하도록 규정하였다. 동법의 규정 중에서 노인복지와 관련된 내용을 살펴보면, 제 24조의 복합노인복지시설의 설치와 운영에 대한 것으로서, 국가 및 지방자치단체는 농어촌에 거주하는 노인에게 대하여 거주, 여가, 문화 등 다양한 복지서비스를 무료 및 실비로 지원하기 위하여 노인복지법 제 31조 갈 호의 노인복지시설을 종합적으로 배치한 복합노인복지시설을 설치, 운영할 수 있도록 규정하였다. 그리고 제 25조의 저소득층 노인의 요양 지원으로서, 국가 및 지방자치단체는 대통령이 정하는 농어촌의 저소득층 노인에게 간병, 수발, 일상생활 지원, 재활 등 필요한 서비스를 제공하도록 하였다.(현외성,2005)

로 추계된다. 노령화 지수란 0-14세 인구에 대한 65세 이상 인구의 비율로서, 그 지수가 높을수록 현재의 고령화 비율은 물론이고 저연령층이 성인이 되었을 때 고령화 정도가 더 심화된다는 것을 의미한다. 이러한 노령화 지수는 1970년 7.2에 지나지 않았으나 1990년에는 20으로, 또한 2020년에는 109로 급격하게 증가할 전망이다(통계청, 2005).

<표 2-6> 노년부양비 및 노령화지수

	1970	1980	1990	1994	2004	2010	2020	2030
노년부양비(%)	5.7	6.1	7.4	8.1	12.1	14.8	21.3	35.7
노령화지수(%)	7.2	11.2	20.0	23.9	43.3	62.0	109.0	186.6
노인1명당 생산가능인구 (명)	17.7	16.3	13.5	12.4	8.2	6.7	4.7	2.8

주) 노년부양비 = (65세 이상 인구 / 15~64세 인구) × 100

노령화지수 = (65세 이상 인구 / 0~14세 인구) × 100

노인 1명당 생산가능인구 = (15~64세 인구 / 65세 이상 인구)

자료 : 통계청(장래인구추계, 2001), (고령자통계, 2004)

특히, 노인 인구 중에서 신체적, 정신적 취약성으로 심각한 문제가 되고 있는 80세 이상의 초고령 노인인구의 비율도 1995년 0.7%에서 2020년 2.1%로 약 3배 정도가 증가하는 것으로 전망되기 때문에 후기 고령자에 대한 노부모부양지수도 점점 커질 것이다. 노부모부양지수는 UN에서 후기 고령자의 신체적 수발을 제공하기 위하여 가족의 복지수요를 측정하기 위한 것이며, 이것을 후기 고령자를 위하여 요구되는 가족지원체계의 변화를 가늠해 줄 수 있는 지표이기도 하다(이성희, 2005). 후기 고령자에 대한 보호는 이들 노인들이 여러 개의 만성질환을 복합적으로 지닐 가능성이 높아 경제적 측면에서만뿐만 아니라 신체적, 정서적 부양부담을 더욱 가중시킬 것이다. 이러한 노인부양 문제는 부양기간이나 부양의무 등과 연관된 개별 가족차원의 경험에서는 매우 복잡한 양상으로 나타난다(송다영, 2005). 현재 85세 이상의 노부모의 부양은 대체적으로 50-60대의 성인이 자신의 노부모나 친인척을 수발하는 형태일 가능성이 높기 때문에 노인과 수발자 모두에 대한 가족부양 지원체계의 수립과 더불어 이들의 부양부담을 줄어줄 수 있는 사회적 방안인 수발보장의 필요성이 더욱 더 요청되는 지점이다. <표 2-7>에서 보면 85세 이상 후기고령자에 대한 부양 즉, 노부모

에 대한 부양지수는 2000년 50-64세 인구 100명당 2.8명에서 2010년에는 4.3명, 2020년에는 6.8명으로 추정된다.

<표 2-7> 노부모부양지수의 변화(100명당 부양노인수)

	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030
노부모부양지수 (85세 이상 / 50-64세)	2.8	3.5	4.3	5.2	6.8	8.8	10.7

자료: 통계청 (2005)

2. 노인수발보장의 필요성

(1) 수발필요 노인의 급증

수발보장의 필요성이 사회적으로 대두된 것은 급속한 고령화로 인한 노인인구의 증가와 평균수명연장과 같은 인구사회학적 변화를 배경으로 하여 독립적 생활이 불가능하여 타인의 수발이 필요한 노인 인구층이 급증한 것과 전통적으로 이러한 노인들을 수발해온 가족이 한계상황에 달한 점, 그리고 노인의료비의 증가 등의 요인이 복합적으로 작용하였다.

고령화의 진행은 노인 인구층의 연령구조에도 변화를 가져온다. 즉, 65-74세의 비교적 젊은 노인층의 비율이 줄어드는 반면에 75세 이상 혹은 85세 이상의 초고령자의 비율이 상대적으로 늘어나게 됨으로써 수발서비스가 필요한 인구층이 더욱 많아지고 수발이 필요한 시간과 기간도 늘어난다. <표 2-8>에서 보듯이 2000년에는 전기 고령자인 65-74세의 연령층이 전체 노인의 약 68%이고 후기 고령자인 80세 이상이 14.2%였지만, 시간이 갈수록 전기고령자 비율은 줄고 후기고령자 비율은 늘어나는 경향이 명확해진다. 2030년에는 전기고령자의 수보다 후기고령자의 수가 많아지며, 2050년에는 85세 이상 노인의 비율이 전체 노인 인구의 20%를 초과하게 되어 노인 5명 중 1명 이상이 85세 이상 초고령자가 된다.

초고령자가 증가하는 연령구조의 변화는 연령에 따른 장애출현율의 변화와 직결되는데, 고령자 중에서도 고연령층 일수록 장애 출현율이 높다. 60-64세의 장애출

현율은 7.59명인 반면에 65-69세의 경우는 9.55명, 70세 이상은 11.38명으로 나타나고 있다. 성별로 보면 남자는 65-69세가 12.8명, 70세 이상이 16.8명이고, 여자는 65-69세가 7.2명, 70세 이상이 10.9명으로 남자가 여자에 비해 장애출현율이 높다.

<표 2-8> 노인의 연령별 구성비 변화(초고령자의 증가 추이) (단위: 명, %)

구분	2000	2010	2020	2030	2040	2050
노인 수 (%)	3,394,896 (100.0)	5,354,200 (100.0)	7,820,996 (100.0)	11,898,705 (100.0)	14,940,981 (100.0)	15,863,079 (100.0)
65-69세	1,381,212 (40.7)	1,797,399 (33.6)	2,589,979 (33.1)	3,758,543 (31.6)	3,880,447 (26.0)	3,449,293 (21.7)
70-74세	922,213 (27.2)	1,535,816 (28.7)	1,937,816 (24.8)	3,306,165 (27.8)	3,518,511 (23.5)	3,254,600 (20.5)
75-79세	608,084 (17.9)	1,052,095 (19.6)	1,416,261 (18.1)	2,123,119 (17.8)	3,092,196 (20.7)	3,230,029 (20.4)
80-84세	310,114 (9.1)	579,384 (10.8)	1,033,800 (13.2)	1,366,133 (11.5)	2,391,036 (16.0)	2,581,487 (16.3)
85-89세	128,397 (3.8)	281,794 (5.3)	564,388 (7.2)	782,701 (6.6)	1,259,612 (8.4)	1,825,032 (11.5)
90-94세	37,139 (1.1)	89,098 (1.7)	212,450 (2.7)	400,187 (3.4)	557,551 (3.7)	1,016,082 (6.4)
95세 이상	7,737 (0.2)	18,614 (0.3)	66,302 (0.8)	161,857 (1.4)	241,628 (1.6)	437,882 (2.8)

자료: 통계청(2005년 9월 현재)에 근거하여 작성.

노인의 연령집단별 건강상태를 보면, 건강하여 독립생활이 가능한 노인은 나이가 더 많아짐에 따라 줄어들면서 IADL이나 ADL에 장애를 가지는 비율이 높아지고, 따라서 일상생활을 유지하기 위해서 타인의 도움을 필요로 하는 노인의 수가 많아진다는 것을 알 수 있다. 65-69세 연령집단에서 독립생활이 가능한 노인의 비율은 70.8%이고 ADL에 제한이 있는 경우는 약 25% 정도이다. 그러나 75세 이상의 연령대에서는 독립생활이 가능한 노인이 37.2%로 줄어 든 반면, 수발 없이는 생활하기 힘든 노인의 비율은 60%를 넘어선다. 또한 실행위원회(2005)는 수발이 필요한 노인의 수를 2007년에는 총 70만 명, 2015년에는 100만 명에 육박할 것으로 추정하였다.

<표 2-9> 연도별 요보호대상 노인 수 추정

구분	2007	2009	2010	2012	2013	2015
65세이상노인(천명)	4,792.4	5,248.2	5,302.1	5,690.7	5,917.6	6,345.4
총 요양필요자(명)	718,582	771,345	794,164	851,799	885,446	948,887
최중증(1.68%)	82,618	88,595	91,180	97,709	101,521	108,708
중증(3.24%)	161,034	172,561	177,547	190,139	197,490	211,350
경증(4.98%)	238,663	256,382	264,044	283,398	294,697	316,001
치매(경증)(4.93%)	236,267	253,807	261,393	280,553	291,738	312,828

주: 2001년 현재 최중증 2,105명, 중증 5,759명 등 총 7,864명(0.22%)의 기입소자 포함
 자료: 공적노인요양보장제도 실행위원회, 2005: 106.

후기 고령자일수록 생활상의 독립성 정도는 심각하게 낮아지는데, 90세 이상의 노인들 절반 이상이 하루 종일 누워서 지내야 하는 수준인 것으로 나타났다. 그렇기 때문에 80세 이상 후기고령인구의 증가와 노인수발시설 이용의 증가는 밀접한 상관관계를 가진다. 그리고 65-69세의 노인들도 혼자서 외출이 가능한 비율이 17.3%에 불과하여 혼자 힘으로 사회적 관계를 형성하고 유지하는데 큰 어려움이 있음을 알 수 있다.

<표 2-10> 수발필요노인의 생활상 독립성 정도

구 분	65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85-89세	90세+
하루 종일 누워서 지냄	17.3	24.0	28.3	36.2	35.0	52.6
누워지내지만, 앉을수 있음	37.8	38.0	35.0	31.9	38.3	34.2
도움 없이 외출 불가능	27.6	24.0	27.5	23.4	18.3	13.2
혼자 외출가능	17.3	14.0	9.2	8.5	8.3	0.0
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(명)	(127)	(129)	(120)	(94)	(60)	(38)

자료 : 장기요양보호 노인조사, 1998. (N=568)

노화에 따른 수발의 필요성은 누구에게나 일어날 수 있는 보편적 위험의 특성을 지니고 있기 때문에 고령사회에서 노인인구, 특히 후기고령노인이 증가하고 그에

따라 수발의 필요성과 수요가 증가할 것이라는 점은 고령사회를 준비하는데 있어서 핵심적으로 고려되어야 할 중요한 정책적 사안이다(차홍봉, 2005).

(2) 가족의 수발능력의 약화

노인수발에 대한 사회적 보장의 필요성의 두 번째 이유는 가족의 노인부양기능이 크게 변화하고 있다는 데서 찾을 수 있다. 우리나라는 유교문화권에 속한 나라로서 전통적으로 노인은 가족의 부양을 받으면서 생활하여 왔는데 이러한 전통적 문화가 빠른 속도로 변화하고 있다. 노인인구는 지속적으로 증가하고 평균수명은 의학의 발달로 연장되면서 수발의 필요성은 점점 증가하는 반면, 전통적으로 노인의 수발을 담당해 왔던 가장 중요한 조직인 가족의 수발능력은 급격하게 감소하고 있어서 더 이상 가족에게 이러한 수발의 부담을 전가하는데 한계가 있을 뿐만 아니라 이러한 부담의 전가로 인해 가족이 겪는 여러 가지 어려움들이 수발이 필요한 노인들의 삶에 영향을 끼치는 것으로 귀결되고 있다. 가족의 수발능력의 감소는 가족구조의 변화, 가족원수의 감소, 핵가족화 및 단독가구의 증가, 그리고 여성의 경제활동참가의 증가라는 사회적 지표를 통하여 살펴볼 수 있다.

① 가족구조의 변화

2000년 한국의 가구 수는 1,293만 가구이고 평균 가구원수는 3.1명이다. 1980년 가구원수가 4.50명이었던 것에 비하면 1.4명이 감소한 규모이다. 가구의 세대구성 분포를 보면, 2000년 전체가구의 약 72.9%가 2세대 가구이고 3세대 이상 가구, 1세대 가구가 각각 10.0%, 17.1%를 차지하고 있다. 1인 가구도 급증하고 있는데 1980년에는 4.8%, 1990년에는 9.0%, 2000년에는 15.5%로 증가하였다.(통계청, 2002)

<표 2-11>에서 1970년과 2000년의 세대구성 형태를 비교해보면, 3세대 가구의 감소와 단독 가구의 증가가 주요 특징으로 보인다. 3세대 가구의 감소는 가족부양의 약화를 나타내며, 독거세대의 증가는 직접적으로 사회복지서비스에 대한 욕구를 상승시킨다. 실제로 가족과의 동거는 공적인 보호의 가능성을 줄이고 비공식적인 보호를 늘린다. 현재까지 신체적, 정서적 및 경제적 보호가 일차적으로

가족에 의해 제공되고 있기 때문에 고령자를 위한 사회복지서비스 영역에서 가족 및 친지의 활용가능성(kin availability)에 관심이 높아지고 있는 현실을 감안한다면(Blieszner, 1994:50), 가족규모의 감소가 노인수발보장체계의 모색에 있어서 가지는 의미는 크다고 하겠다.

<표 2-11> 한국가족의 세대구성 및 평균가구원수의 변화

연도	총 가구수 (천 가구)	가구구성			평균 가구원수(명)
		1세대가구	2세대가구	3세대가구	
1970	5,576	6.8	70.0	23.2	5.2
1980	7,470	8.8	73.1	18.2	4.5
1990	10,167	12.0	74.4	13.9	3.7
2000	12,928	17.1	72.9	10.0	3.1

자료: 통계청, 한국의 사회지표 2002; 박광준, 2004: 51의 그림을 재구성함.

노인이 있는 세대의 유형의 변화 역시 노인수발에 대한 욕구를 심화시키는 중요한 요인이다. 고령인구의 세대구성을 보면, 고령인구 3백여만 명 중 약 30%인 백여만 명이 3세대가구에 가장 많이 분포하고 있고, 1세대 가구에 28.7%, 2세대가구에 23.9%의 순이었으며, 노인 혼자 사는 1인 가구도 약 5만여 명으로 전체에서 16.2%를 차지하고 있다.

노인가구의 세대구성과 그 변화를 <표 2-12>에서 보면, 노인부부 가구와 노인 단독 가구가 증가한 반면, 3세대 이상 가구인 대가족 가구가 상당폭으로 줄었음을 알 수 있다. 1995년의 세대구성과 비교해 본다면, 단독가구와 1세대가구는 크게 증가하였으며, 3세대 이상 가구는 8.8%나 크게 감소하였다. 노인가구 중 노인 부부가 28.7%, 단독가구가 16.2%이므로 노인이 있는 가구의 44.9%가 노인부부 혹은 단독가구임을 나타낸다. 노인들로만 구성된 가구는 약간의 생활상의 곤란이 닥쳐도 곧바로 사회정책적인 보호가 급박한 취약함에 노출되어 있는 인구층으로 볼 수 있다. 이러한 인구의 급증은 수발보장체계 확립의 필요성을 긴급하게 제기할 뿐만 아니라 보다 다양한 측면에서의 노인복지서비스의 제공을 요구한다. 노인복지시설 특히 노인요양시설의 양적인 확보와 그러한 시설에 기초한 다양한 재

가복지서비스의 개발, 그리고 독거노인이 자신의 위험을 통지할 수 있도록 해 주는 긴급통지시스템의 개발 등을 요구하고 있는 것이다.

<표 2-12> 고령자거주 가구의 세대구성별 고령자 분포(일반가구) (단위: 천)

구분	계	연령별			
		65~69세	70~79세	80~89세	90세 이상
1995년	2,624	39.6	46.1	13.1	1.2
1세대가구	610	49.4	44.8	5.6	0.1
2세대가구	602	45.6	38.8	13.8	1.8
3세대가구	1,008	31.2	50.6	16.9	1.3
4세대이상	33	15.5	28.2	45.7	10.6
1인 가구	349	38.8	50.1	10.6	0.6
비혈연가구	21	41.8	45.9	11.3	1.0
2000년	3,347	40.9	45.0	12.7	1.3
1세대가구	960	50.6	43.1	6.0	0.2
2세대가구	799	46.8	37.6	13.4	2.1
3세대가구	1,001	31.1	49.3	17.9	1.7
4세대이상	29	21.6	25.2	41.4	11.8
1인 가구	543	34.6	52.4	12.3	0.7
비혈연가구	15	35.7	47.8	14.8	1.7
증 감	723	1.3	-1.1	-0.4	0.1
1세대가구	350	1.2	-1.7	0.4	0.1
2세대가구	197	1.2	-1.2	-0.4	0.3
3세대가구	-7	-0.1	-1.3	1.0	0.3
4세대이상	-4	6.1	-3.0	-4.3	1.2
1인 가구	194	-4.2	2.3	1.7	0.1
비혈연가구	-6	-6.1	1.9	3.5	0.7

주 : 집단가구, 시설가구를 제외한 일반가구임

자료 : 통계청, 2002, 2000 인구주택총조사 최종집계결과, [여성·아동, 고령자부문]

② 가족기능의 변화

가족 구조의 변화뿐만 아니라 가족의 부양기능도 변화하고 있다. 핵가족이 자녀 양육에 치중하고 노인을 부양하는 것을 어려워하면서 자녀들의 노부모 부양의식도 지속적으로 쇠퇴하고 있다. 아직까지 규범적 문화의 영향으로 표면적으로는 노부모를 모셔야 한다고 말하는 사람이 많지만, 실제 현실에는 부양하지 않는 자녀들이 크게 늘어났다(차홍봉, 2005). 또한 전통적으로 노인수발에 중요한 역할을 담당해 왔던 여성의 경제활동참가도 증가하였다.

<표 2-13>에서 1985년과 2002년 사이에 여성의 연령별 경제활동참가율의 변화를 살펴보면, 전반적으로 참가율이 상승되어 있음을 알 수 있고, 특히 25세-34세의 참가율은 큰 폭으로 상승되었다. 전통적으로 여성(며느리나 딸)이 고령자의 수발에 많은 역할을 해온 사실을 고려한다면, 전반적으로 여성의 사회활동참여율이 상승한다는 것은 곧 노인수발에 대한 사회적인 지원이 시급하다는 것을 말해주는 것이다. 사실, 아무리 제도적인 복지수준이 높다고 하더라도 재가에서 수발이 필요한 노인에게 가족은 아직도 중요한 주수발자이다. 그리고 주수발자의 대부분이 전통적으로 여성이었다. 그러므로 여성의 사회진출이 높아지는 것은 바로 가족에 의한 수발기능의 저하를 의미하고 따라서 가족의 수발기능을 대체할 수 있는 사회적인 수발의 시스템이 요구된다.

<표 2-13> 연령별 여성의 경제활동 참가율의 변화

연도	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60세 이상
1985	21.1	55.0	33.8	43.6	53.8	58.3	59.3	52.4	47.2	19.2
1990	18.7	64.6	42.6	49.5	57.9	60.7	63.9	60.0	54.4	26.4
1995	14.6	66.1	47.8	49.5	59.2	66.0	61.0	58.3	54.2	28.9
2002	11.7	62.4	59.4	49.8	59.3	63.8	64.0	58.0	49.6	30.1

자료 : 2003 여성통계연보, 2003연구보고서 130-20, 한국여성개발원.

(3) 노인의료비의 증가

고령화 사회의 도래는 사회전반에는 물론이고 사회복지의 다양한 영역에서 많은 과제를 부과하고 있다. 본 연구의 주제인 노인의 수발보장체계를 확립하는 것뿐만 아니라 퇴직연령을 연장하고 노인의 노동능력을 활용하는 문제, 노인의 소득보장을 위해 사회보장제도를 완비하는 문제, 고령자 부양부담의 세대 간 형평성을 확보하는 문제 등이 그 대표적인 과제들이다. 압축적으로 표현하자면, 고령자 부양의 부담을 어떻게 확보해야 하는가, 또 그 부담을 가족과 노인당사자 및 국가가 어떻게 분담해야 하는가, 그리고 그 부담을 세대 간에 어떻게 분담하느냐에 관한 문제가 대두된다는 것이다.

고령자의 상대적 증가는 노후의 생활보장의 중요한 3대 지주인 소득보장, 의료보장, 주거보장과 사회복지서비스 영역 등에 있어서 지출의 증가요인으로 작용한다. 여기에서는 그 중 주로 노인의료비 증가 문제를 다루기로 한다. 고령화의 많은 영향중에서 특히 노인의료비 증가를 대표적으로 다루는 이유는 의료서비스가 본 연구의 주제인 노인의 수발보장문제와 수발서비스와 밀접한 관련을 가지기 때문이다.

노화의 진행에 따른 신체적 정신적 쇠퇴로 말미암아 의료서비스의 욕구와 이용이 증가한다. 노년기에는 신체적 및 정신적 기능저하, 노인성질환의 발생 등으로 말미암아 유병율, 입원율, 입원일수 등에서 비고령자의 그것에 비하여 높기 때문에 그만큼 의료비의 지출이 증가한다. 또한 인구노령화에 의하여 고령자 중 더욱 많은 의료비가 지출되는 인구집단, 소위 후기고령자의 수가 급증하면서 이로 인한 의료비지출 증가가 전체 국민의 의료비 지출에서 점점 더 많은 비중을 차지하게 된다.

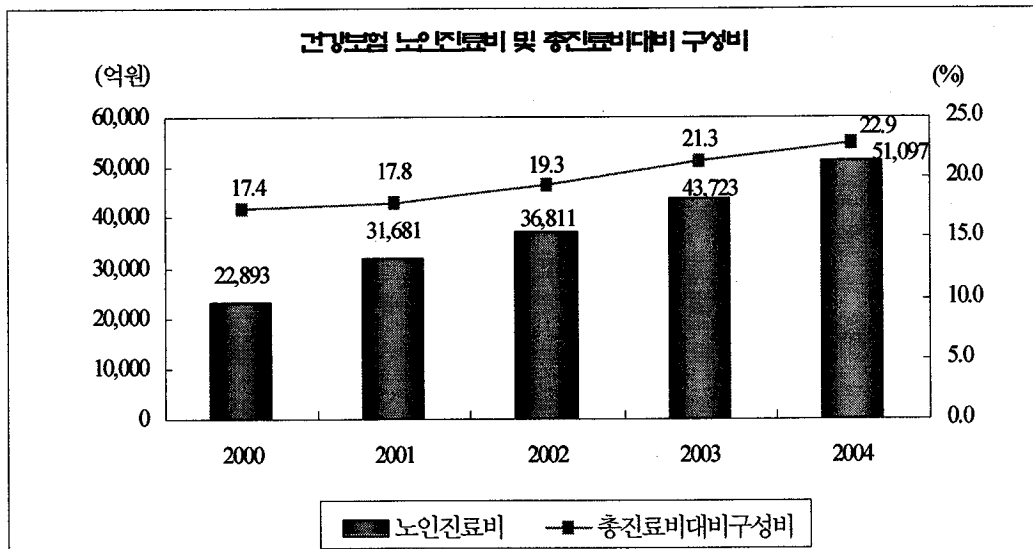
이러한 노인의료비의 증가를 국민지출의 증가에서 볼 때, 한국은 선진국에 비하여 높은 것이 아니다. 그 이유는 한국의 노인층이 선진국의 노인층에 비하여 의료욕구가 낮기 때문이 아니라 노인층에 대한 특별한 공적 의료비 지원제도가 미미하기 때문으로 판단되며, 이러한 의료욕구와 사회적 지원간의 간격을 바로 가족이 메우고 있는 것으로 판단된다. 하지만 이러한 가족의 막대한 역할에도 불구하고 고령화가 진행되면 될수록 노인의료비의 급증은 확연한 현실이 될 것이다.

<그림 2-1>에서 보듯이, 65세 이상 노인 의료비의 증가추이를 살펴보면, 국민의료비에서 차지하는 노인의료비의 비율은 1990년 10.8%에서 점점 증가하여 2003년에는 21.3%까지 증가하였다. 1994년부터 2004년까지의 10년간 65세 이상 노인 인구 비율은 5.5%에서 7.9%로 증가하였으나, 같은 기간 진료비 점유율은 11.3%(5,511억 원)에서 22.9%(5조 1,097억 원)로 증가하였다. 10년간 노인의료비가 9.3배 증가한 것이다. 이러한 노인의료비 증가율은 앞으로도 계속될 전망이다, 2010년에는 국민의료비의 28.1%(11조 1,705억 원)를 차지할 것으로 추계되고 있다(국민건강보험공단, 2005).

이러한 노인 의료비의 증가는 두 가지 차원에서 중대한 영향력을 발휘한다. 우선, 노인의료비의 지출증대는 건강보험재정을 압박하는 주요 요인이 된다. 이는

우리나라의 경우에만 국한되는 문제가 아니라 독일이나 일본의 경우에서도 중대한 정책적 과제로 등장하였다. 본 연구의 4장에서 정책의제설정단계와 정책형성단계에서 이 문제를 중심으로 논의하겠지만, 노인의료비는 그 특성상 지속적으로 증가할 수밖에 없기 때문에 건강보험재정에서 분리시켜내려는 정부의 움직임이 수발보장정책의 가시화에 추동력을 제공한 것은 분명하다.

<그림2-1 > 65세 이상노인 의료비 증가추이



자료: 국민건강보험공단 홈페이지

또한 노인 의료비의 증가는 개인적 차원에서는 수발보장비용에 대한 노인과 노인을 수발하는 가족의 경제적 부담을 가중시킨다. 가족부양기능이 약화되는 상황에서 이 비용의 부담을 개개의 가족이 모두 감당하기에는 어려울 것이다. 이러한 경제적 부담을 사회적으로 지원하기 위한 공적인 노인수발보장제도의 필요성이 역설되었으며, 동시에 ‘노인수발비용의 사회화’라는 구호 아래, 구체적인 방안으로 이러한 경제적 부담을 사회전체가 사회적으로 연대하여 보험의 방식으로 위험 분산을 시도하는 사회보험방식이 상당한 설득력을 가지고 제시되었다.

이외에도 노인수발보장을 위한 시설과 전문 인력 등의 인프라와 서비스 전달체계를 조기에 체계적으로 그리고 합리적으로 구축해나갈 필요성도 함께 지적된다. 노인수발의 수요가 증가하면 사회적 보호서비스를 제공하는 시설과 인력의 수요

가 늘어나게 되어 있다. 그런데 이 현상을 그대로 방치하면 재정소요가 큰 입소 시설이 난립될 수 있으며, 지역적으로 시설이나 서비스가 편중되거나 서비스의 질이 저하되는 등의 많은 문제가 발생할 가능성이 있다. 따라서 노인수발보장체제를 확보해야하는 시점에서 공적인 노인수발보장제도를 도입함으로써 이를 전격적으로 구축할 수 있다는 것이다(차홍봉, 2005).

제3절 노인수발보장의 현황

1. 재가보호

(1) 재가보호 노인의 수발 현황

수발보장의 실태와 욕구를 파악하는 데에 있어서 중요한 것은 물론 수발이 필요로 하는 노인이 어떤 서비스를 받기를 원하는가, 아니면 어떤 서비스를 받을 필요가 있는가를 파악하는 것이다. 또한 그에 못지않게 중요한 것은 수발을 행하고 있는 사람이나 가족의 욕구를 파악하는 것이다. 왜냐하면 수발보장은 당사자인 노인의 삶의 질을 향상시키는 것뿐만 아니라 수발가족의 수발부담을 줄여줌으로써 수발자의 삶의 질을 향상시키고, 노인과 수발자간의 인간적인 관계를 유지시켜 주는 목적을 동시에 가지고 있기 때문이다. 따라서 수발욕구 파악에 있어서 수발자와 수발부담이라는 항목은 매우 핵심적인 부분이 아닐 수 없다.

수발자 내지 수발부담자는 수발을 주로 행하는 자이다. 노인을 수발하는 가정에서는 일반적으로 수발책임이 가족 중 어느 한사람에게 부여되는데 그 당사자를 주수발자(primary caregiver)라고 한다. 누가 주수발자가 되느냐는 그 사회의 문화적 전통에 깊은 영향을 받는다. 그 외에도 가족의 구성, 주택의 규모, 가족의 지리적 접근성 등도 주수발자의 결정에 영향을 끼친다(박광준, 2004:287).

노인 부부 가족의 경우, 주수발자는 주로 배우자가 된다. 그러나 이 경우 주수발자도 연로한 경우가 많기 때문에 수발에는 한계가 따른다. 배우자가 없거나 배우자가 수발이 불가능할 경우, 다음의 순위가 되는 사람은 성인 자녀이다. 노인의

자녀가 주수발자인 경우, 한국에서는 며느리가 그 역할을 행하는 경우가 많다. 반면에 서구에서는 남성의 수발자도 적지 않지만 딸이 부모를 수발하는 경우가 많다. 남성이 수발자인 경우는 남성배우자인 경우가 많았고, 맞벌이 부부의 경우는 수발을 위하여 일을 줄이는 것은 우선적으로 여성이었다(Blakemore, 1998:182). 따라서 동서양 모두 남성보다는 여성에게 수발부담이 많다는 것은 분명하다.

이러한 가족수발자에게는 많은 수발부담이 가해진다. 수발부담이란⁷⁾ 수발로 인한 고통(distress)또는 스트레스, 일상적 수발과업 수행상의 예로(hassles), 긴장(strain) 등을 표현하는 용어로 수발과정 및 그 결과로서 수발자가 경험하게 되는 정서적 및 신체적 피로, 사회생활이나 경제생활의 어려움 등 노인수발에 부수되는 비용이라고 할 수 있다(권중돈, 1994). 수발자들이 경험하는 수발부담의 수준은 사회적 지지의 정도, 수발자들과 노인들의 관계, 그리고 기타 여러 요인에 따라서 크게 다르게 나타난다. 그 부담이 지나치게 되면, 수발의 포기나 노인학대로 이어지기도 한다. 가족에 의한 수발의 포기는 곧 바로 국가부담의 증가로 이어지기 때문에 국가의 입장에서 볼 때, 수발자가 지치지 않도록 적절한 사회적 서비스를 제공하는 것은 수발대상노인의 보호와 주수발자의 건강유지의 기능은 물론 장기적인 측면에서 국가부담을 줄이는 데 기여한다. 많은 선진국에서 가족수발자를 지지하는 서비스를 적극 시행하는 이유도 여기에 있다(박광준, 2004:288).

2004년의 전국 노인생활 실태조사에 의하면, 기본적인 일상생활수행능력, 수단적 일상생활수행능력, 간호처치, 인지기능, 문제행동영역에서 1개 이상 기능제한이 있는 경우는 전체 노인의 36.3%이며, 특히 농촌지역에 여성노인에게 연령이 높을수록 이러한 기능이 제한되는 비율이 높았다. 그러나 전국적으로 ADL 항목에 제한이 없는 노인의 비율은 91.8%, IADL 영역에서 아무런 제한이 없는 노인은 77.8%, 인지영역에서는 91.6%, 간호욕구영역에서는 92.8%, 재활욕구에서는 61.0%가 문제가 없는 것으로 나타났다. 지역별로는 별다른 차이가 발견되지 않지만 연령별로 보면 고령이 될수록 기능상태가 악화되는 것으로 나타난다. 75세 미만의 집단에서 ADL 증증은 1.2%인 반면, 75세 이상에서는 약 6.4%였고, 치매 증세와 관련된 문제행동과 인지기능능력에서도 75세 이상에서 장애비율이 훨씬 증가하였

7) 우리나라의 치매가족을 대상으로 한 권중돈(1994)의 연구에 의하면, 치매가족의 수발부담은 ①사회적 활동의 제한, ②노인-주수발자 관계의 부정적 변화, ③가족관계의 부정적 변화, ④심리적 부담, ⑤재정 및 경제활동상의 부담, ⑥건강의 악화라는 6개 차원으로 분류되어 있다.

다. 특히 75세 이상의 경우에는 절반 이상이 신체에 마비나 구축이 약간이라도 있는 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 2005:454).

<표 2-14>노인의 각 영역별 기능상태(연령별)

구분		전체 ⁵⁾	지역		성		연령		
			동	읍·면	남자	여자	65-69	70-74	75 이상
ADL ¹⁾	제한없음	91.8	91.3	92.8	92.9	91.1	96.1	95.1	84.1
	경증	5.3	5.9	4.2	3.8	5.7	2.9	3.7	9.5
	중증	2.9	2.8	3.0	2.4	3.2	1.1	1.2	6.4
IADL ²⁾	제한없음	77.8	79.8	73.7	86.9	72.2	89.9	85.2	58.1
	경증	8.9	6.9	13.1	4.1	11.9	5.7	7.8	13.3
	중증	9.1	9.0	9.1	5.4	11.3	3.1	5.2	19.0
	최중증	4.2	4.2	4.1	3.6	4.6	1.3	1.8	9.6
인지 기능	장애없음	81.5	82.1	80.3	84.2	79.8	88.3	85.4	70.7
	2개이하장애	13.6	13.0	14.8	12.7	14.1	10.4	11.8	18.7
	3개이상장애	4.9	4.9	4.9	3.1	6.0	1.3	2.8	10.7
문제 행동	증상없음	91.6	91.6	91.5	92.8	90.7	95.7	94.4	84.6
	3개이하증상	6.8	6.8	6.6	6.3	7.0	4.2	4.8	11.2
	4개이상증상	1.7	1.6	1.8	0.9	2.1	0.1	0.7	4.2
간호 처치	증상없음	92.8	94.0	90.2	94.5	91.8	93.0	93.0	92.4
	증상있음	7.2	6.0	9.8	5.5	8.2	7.0	7.0	7.6
재활 욕구 ³⁾	욕구없음	61.0	65.3	52.0	73.7	53.2	70.9	61.4	48.9
	경증	30.2	26.6	37.9	20.3	36.3	24.6	30.8	36.4
	중증	8.7	8.1	10.1	6.0	10.4	4.5	7.8	14.7
기능 상태 ⁴⁾	제한없음	63.7	64.5	61.9	73.4	57.6	75.7	70.5	44.4
	제한있음	36.3	35.5	38.1	26.6	42.4	24.3	29.5	55.6
대상자수		3,278	2,224	1,054	1,255	2,023	1,240	934	1,104

주: 1)ADL의 경증은 4개의 부분도움이나 2개의 완전도움까지이고, 중증은 이 범위보다 심한 제한이 있는 경우임.

2)IADL의 경증은 2개 이상의 부분도움이나 1개의 완전도움까지이고, 중증은 경증 이상으로 10개의 부분도움이 있거나 5개의 완전도움이 있는 경우이며, 최중증은 이 범위보다 심한 제한이 있는 경우임.

3)재활욕구의 경증은 4개의 부분마비나 한쪽관절구축이 있는 장애까지이고, 중증은 이 범위보다 심한 장애가 있는 경우임.

4)기능상태제한 있음은 ADL, IADL, 인지기능, 문제행동, 간호처치의 영역에서 1개 이상 제한을 갖고 있는 경우임.

5)ADL과 IADL 총응답수는 3,278명이고, 인지기능은 3,277명, 문제행동은 3,273명, 간호처치는 3,278명, 재활욕구는 3,045명임.

자료: 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 정책보고서 2005-03: 454

이 조사의 대상자는 3,278명이었는데, 그 중에서 기본적인 일상생활 수행능력이 나 수단적 일상생활능력에 1개 이상 제한이 있는 경우, 그리고 인지기능 및 행동 검사에서 1항목 이상의 문제행동을 보인 노인이 1,191명(조사대상노인의 약 36%)이었으며, 이 노인들을 수발대상 노인으로 보고 수발실태와 수발기간, 주수발자

연령, 수발의 어려움 등을 알아보았다. 수발필요노인의 가구특성은 독신 또는 노인만의 가구가 43.7%로 나타났으며 소득수준은 월평균 50만원 미만이 약 30%, 50이상 100만원 미만이 21.3%로 나타나 경제적으로 여유있지 못한 것으로 알 수 있다.

<표 2-15> 수발대상노인의 일반적 특성

특성 구분	지역별		성별		가구형태				소득수준(만원)			
	읍면	동	남	여	독신	노인 부부	자녀 동거	기타	50 미만	100 미만	150 미만	150 이상
비율(%)	38	62	28.8	71.2	18.2	25.5	46.0	10.4	29.4	21.3	13.0	36.4

출처: 보건복지부 홈페이지 (2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사 자료)

수발이 필요한 노인의 보호 실태를 보면, 가장 심각한 문제는 수발이 필요한 노인의 63.1%가 수발자가 없다는 사실이다. <표 2-16>에서 전체의 63.1%가 수발자가 없는 것으로 나타났으며, 연령별로 65-69세의 노인들이 수발자가 없이 생활하는 경향이 높다. 75세 이상의 수발필요노인 중에서도 수발자가 없는 경우가 50%를 상회한다. 수발자가 있는 경우는 동거가구원이 대부분이지만 비동거가구원에 의한 수발도 4.6%였다. 수발자의 경제활동여부를 보면 경제활동 없는 경우가 60.3%, 전일제의 일을 가지고 있는 경우도 33.9%나 되었다. 수발기간은 1년 미만이 17.2%, 1-3년이 21.7%, 3-5년이 22.3%, 그리고 5년 이상의 수발의 경우가 39%였다. 이러한 조사결과를 본다면, 장기간의 수발과 경제생활을 동시에 하고 있는 가족의 경우에 수발부담이 매우 높은 것으로 추정할 수 있다.

<표 2-17>에서 보면, 노인의 주수발자의 80%는 여성인 것으로 나타난다. 배우자가 있는 경우의 주수발자를 보면 남성이 26.2%로 나타나는데, 그것은 주로 남성배우자가 주수발을 담당하는 경우이다. 배우자가 있는 경우, 배우자가 주수발자가 되어 있는 경우가 전체의 81.1%에 달한다. 소위 노인이 노인을 수발하고 있는 패턴이 주류를 형성하고 있음을 알 수 있다. 노인과의 관계를 보면, 장남과 수발하는 경우가 31.8%로 가장 높고 그 다음은 배우자였다. 자녀들 중에서는 딸이나 사위가 수발하는 경우가 15.3%, 장남 이외의 아들과 며느리가 수발하는 경우가

13.8%였다.

<표 2-16>노인의 연령별 수발실태

구분		전체(%)	연령별		
			65-69세	70-74세	75세 이상
수발자 실태	수발자없음	63.1	79.5	73.0	50.7
	동거가구원	32.3	17.1	24.3	43.3
	비동거가구원	4.6	3.5	2.7	6.0
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
수발자 경제활동 여부	활동없음	60.3	59.6	69.9	58.1
	파트타임	5.8	4.4	6.8	5.8
	전일제 일	33.9	36.0	23.4	36.1
	계	100.0	100.0	100.0	100.0
수발기간	1년 미만	17.1	19.6	11.9	17.8
	1-3년	21.7	22.0	24.6	20.9
	3-5년	22.3	20.4	19.5	23.3
	5년 이상	39.0	38.0	43.9	37.9
	계	100.0	100.0	100.0	100.0

자료 : 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 정책보고서 2005-03: 457

<표 2-17>노인의 성/가구형태별 주수발자의 특성

주수발자		전체	결혼형태		가구형태			
			유배우	무배우	노인 독신	노인 부부	자녀 동거	기타
성	남자	20.0	26.2	16.2	18.8	29.8	15.8	22.3
	여자	80.0	73.8	83.8	81.2	70.2	84.2	77.7
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
노인 과의 관계	배우자	29.7	81.1	0.0	0.0	91.6	13.6	10.0
	장남/며느리	31.8	7.4	45.9	23.9	2.5	42.7	37.6
	기타 아들/며느리	13.8	1.0	21.2	22.2	0.7	19.0	5.3
	딸/사위	15.3	6.5	20.3	13.7	0.0	22.2	8.7
	손자녀/배우자	3.3	0.4	5.0	7.5	0.0	2.2	14.4
	친인척	2.3	0.0	3.6	10.5	0.0	0.0	15.1
	비혈연/이웃	1.4	0.0	2.2	13.0	0.0	0.0	4.5
	유급봉사원	2.4	3.5	1.8	9.1	5.1	0.3	4.4
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
연령	30세 미만	1.9	0.0	2.7	5.0	0.0	1.8	2.1
	30-50세 미만	37.2	14.2	51.2	47.9	5.8	50.0	28.6
	50-64세 미만	28.4	17.5	35.0	34.0	14.1	33.9	25.6
	65세 이상	32.7	68.3	11.2	13.1	80.1	14.3	43.6
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료 : 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 정책보고서 2005-03: 466

수발보장정책의 설계에 있어서 중요한 의미를 갖는 것이 수발자의 어려움 여부와 어려움의 내용이다. 수발의 어려움 유무에 관하여 살펴보면, 노인을 수발하는 64.2%의 주수발자가 어려움을 가지는 것으로 응답하였다. 지역별로 본다면, 읍면부의 경우가 약간 높다. 수발을 받는 노인이 배우자가 있는 경우에 수발부담이 있다는 응답이 더 높았는데, 주수발자가 배우자인 가능성이 높다는 사실을 감안한다면, 수발자 연령이 높을수록 수발부담이 높으며, 배우자의 경우는 수발기간과 강도에 있어서 배우자가 아닌 경우보다 기간이 길거나 강도 높은 수발을 하는 경우가 많기 때문에 부담을 더 많이 느끼는 것으로 해석할 수 있다.

수발부담의 내용을 보면, 수발에 있어서 가장 힘든 것으로는 주수발자의 32.4%가 '심리적 부담'을 들었고, 그 다음으로 '육체적 피로(30.8%)'와 '경제적 부담(19.8%)'을 들고 있다. 그 다음으로 '사생활제한(6.1%)'과 '사회생활제한(4.4%)', '취업기회상실(3.3%)', '가족간 갈등(3.1%)'으로 나타났다. 연령별로 볼 때, 수발노인의 연령이 높을수록 육체적 피로가 가중되는 반면, 경제적 부담과 심리적 부담은 줄어드는 것으로 나타났다.

<표 2-18> 노인의 지역, 연령별 주수발자의 어려움

구분		전체(%)	지역(%)		연령(%)		
			동부	읍면부	65-69세	70-74세	75이상
수발 어려움	없다	35.8	37.4	32.2	29.6	45.8	34.6
	있다	64.2	62.6	67.8	70.4	54.2	65.4
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
수발시 가장 힘든점	취업기회상실	3.3	3.0	4.1	1.9	7.3	2.9
	육체적피로	30.8	33.3	25.7	27.3	25.1	32.7
	사생활제한	6.1	6.0	6.5	4.8	4.2	6.8
	사회생활제한	4.4	5.6	2.1	3.9	2.1	5.0
	경제적부담	19.8	23.4	12.6	27.4	21.7	17.8
	가족간갈등	3.1	3.3	2.6	0.0	4.4	3.5
	심리적부담	32.4	25.4	46.3	34.6	35.2	31.3
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료 : 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 정책보고서 2005-03: 460

수발부담 여부와 수발시 가장 힘든 점을 수발노인의 성과 가구형태별로 나타낸 것이 <표2-19>이다. 성별로는 남자노인의 수발(76.7%)이 여자노인의 수발(58.9%)

보다 더 많은 수발의 어려움을 주는 것으로 나타났다. 가장 힘든 부담 내용을 구체적으로 살펴보면, 남자 노인을 수발할 때에는 육체적 피로, 경제적 부담, 심리적 부담 순인데 반해, 여자 노인을 수발하는 경우에는 심리적 부담, 육체적 피로, 경제적 부담의 순으로 나타났다. 즉, 남자노인의 수발에는 육체적 피로가, 여자노인의 수발에는 심리적 부담이 가장 큰 부담내용이었다. 가구형태별로 수발부담을 살펴보면, 배우자가 수발자일 가능성이 높은 노인부부가구와, 자녀가 수발자일 가능성이 높은 자녀동거가구의 수발자들 중 각각 74.6%와 62.4%가 부담이 있는 것으로 나타났다. 노인부부 가구에서는 육체적 피로가 가장 큰 부담인 반면, 기타 가구형태에서는 심리적 부담이 가장 힘든 것으로 나타났다. 특히 노인독신가구의 경우는 수발자의 70.3%가 심리적 부담을 가장 힘든 것으로 꼽았다(2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사, 2005:460).

<표 2-19> 노인의 성, 가구형태별 주수발자의 어려움

구분		전체 (%)	성(%)		가구형태(%)			
			남자	여자	노인 독신	노인 부부	자녀 동거	기타
수발 어려움 *	없다	35.8	23.3	41.1	41.8	25.4	37.6	45.4
	있다	64.2	76.7	58.9	58.2	74.6	62.4	54.6
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
수발시 가장 힘든점 **	취업기회상실	3.3	2.8	3.7	6.3	0.7	3.3	10.3
	육체적피로	30.8	46.0	22.3	7.3	53.4	24.2	19.8
	사생활제한	6.1	5.9	6.3	0.0	2.5	8.7	5.4
	사회생활제한	4.4	2.6	5.4	0.0	4.7	5.5	0.0
	경제적부담	19.8	24.7	19.1	7.3	21.9	20.8	16.3
	가족간갈등	3.1	1.3	4.1	8.6	0.9	3.3	4.8
	심리적부담	32.4	16.7	41.1	70.3	16.0	34.3	43.4
	계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* 노인에게 수발을 제공하고 있는 439명을 분석대상으로 함.

** 노인수발에 어려움이 있는 282명을 분석대상으로 함.

자료 : 2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 정책보고서 2005-03: 461

60세 이상 노인을 대상으로 복지서비스를 원하는지의 여부와 원한다면 어떤 서비스를 원하는가에 대한 조사결과가 <표 2-20>이다. 2002년 60세 이상 고령자 중 74.1%는 가정에서 복지서비스를 받고 싶어 하며, 받고 싶지 않다고 응답한 사람은 25.9%에 불과하였다. 더구나 받고 싶지 않다는 응답은 연령이 높아감에 따

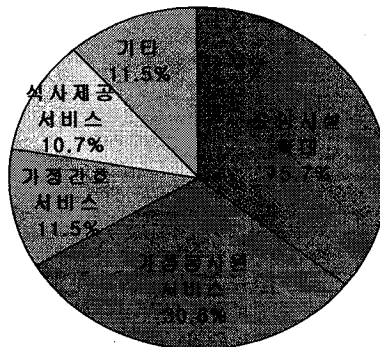
라 낮아져서 80세 이상의 고령자의 경우는 20%이하였다. 복지서비스 수급을 원하는 경우에 가장 받고 싶어 하는 서비스는 건강체크(41.5%)인 것으로 나타났고 이에 대한 선호는 연령이 높아짐에 따라 낮아지고 있다. 두 번째로 높은 선호도는 간병서비스이며, 이에 대한 욕구는 연령이 높아짐에 따라 상승한다. 즉, 60대 노인의 경우는 20%이하였지만, 70대 노인의 경우는 24%, 80세 이상 노인의 경우는 29.5%가 간병서비스를 받고 싶어 하는 것으로 응답하였다. 또한 수발가족이 원하는 정책으로는 요양시설을 확대하는 것과 가정봉사원서비스를 제공하는 것이었다.

<표 2-20> 복지서비스 희망 여부와 원하는 서비스

구분		받고 싶다								받고 싶지 않다
		계	간병 서비스	가사 서비스	이야기 상대	건강 체크	목욕 서비스	식사 배달	기타	
전체		74.1	20.7	6.0	3.2	41.5	1.2	1.2	0.4	25.9
성 별	남자	71.7	19.0	4.6	2.5	43.0	1.2	1.0	0.3	28.3
	여자	75.9	21.9	7.0	3.6	40.4	1.2	1.3	0.4	24.1
연 령 별	60-64	70.6	17.4	6.4	1.8	43.3	0.7	0.8	0.4	29.4
	65-69	73.1	18.5	6.1	2.7	43.3	1.2	1.0	0.3	26.9
	70-79	77.1	24.0	5.4	3.6	40.1	1.6	1.9	0.5	22.9
	80이상	81.1	29.5	6.2	8.7	33.1	2.4	1.1	0.1	18.9

자료 : 통계청, 「2002년 사회통계조사보고서」, [고령자통계 2004년]: 46.

<그림 2-2> 수발가족이 원하는 정책



출처: 보건복지부 홈페이지(노인수발보장제도Q&A, 2005)

(2) 재가수발서비스의 내용

재가복지란 특정의 사회복지대상자에게 어떤 종류의 급여를 행함에 있어서 그 수급의 조건으로서 시설의 수용을 요구하지 않고, 그 대상자를 자신의 집에 거주하도록 하면서 특정의 급여를 제공하거나 사회복지시설을 이용토록 하는 형태의 보호방법이다. 서구국가에 있어서 이 용어에 가장 가까운 개념은 커뮤니티케어(community care)이다. 이 용어는 일반적으로 “사회에서 격리되지 않은 형태, 지리적으로 고립시키지 않는 방법으로 서비스를 제공하는 것”(Carrier and Kendall, 1998:269)을 말한다. 이러한 방식의 서비스는 시설에 수용하여 서비스를 제공하는 것에 비하여 일반적으로 상당한 비용을 절감하는 이점이 있기 때문에, 인구고령화와 노인증가, 그리고 노인의료비 증가라는 공통된 고민을 안고 있는 서구 복지국가들 사이에서는 지역사회 보호정책의 필요성에 대해서 합의가 이루어져 있는 상태이다⁸⁾.

재가복지의 개념을 이해하기 위해서는 ‘집(家)’이라는 의미를 유의해서 파악할 필요가 있다. 즉, 그것이 제공되는 장소에 관한 문제이다. 재가복지의 어의를 보면, 집에 거주하는 노인을 위한 복지라는 뜻이 되지만, 그 서비스가 반드시 노인이 거주하는 집에서 제공되는 것은 아니다. 물론 가정봉사원과 같은 서비스가 집에 까지 배달되는 형태도 있지만, 이외에 낮 시간 동안만 복지시설을 이용하거나 단기간에 한정하여 시설에 입소해서 서비스를 받는 경우도 있다. 그러므로 재가복지서비스는 가정에서만 받는 서비스가 아니다. ‘장기요양시설에 입소하여 받는 서비스를 제외한 모든 서비스’(Butler et al, 1983)가 재가복지인 셈이다. 고령자를 대상으로 하는 재가복지서비스는 가정봉사원서비스(home help service), 주간보호서비스(day service), 그리고 단기보호(short stay, respite care)서비스 등이 있

8) 서구복지국가의 커뮤니티케어라는 동향을 정확하게 파악하기 위해서는 다음과 같은 점들을 고려해야 한다고 지적되고 있다(Carrier and Kendall, 1998). 우선, ①복지시설을 기본으로 한 서비스로부터 탈피하려고 하는 경향은 명백하지만, 그것이 보편적인 경향은 아니라는 점에 주의할 필요가 있다. 예를 들어 출산과 사망 등의 경우는 커뮤니티 보다는 시설케어의 경향이 강화되고 있다. ②커뮤니티케어는 20세기말에 갑자기 나타난 것이 아니라 방문간호의 예에서 보듯이 19세기부터 전통적으로 존재해 왔다는 점. ③커뮤니티케어정책을 목표로 하는 일반적 커뮤니티케어가 완전히 경제적인 이유로서 추진되는 위험성(Heywood, 1995:91)을 고려하지 않으면 안된다는 점, 그리고 ④커뮤니티케어와 시설케어는 어떤 연속선상의 양끝을 나타내고 있다는 사실을 인식하지 않으면 안된다는 점이다.

다.

가정봉사원 서비스는 일정한 자격을 갖춘 가정봉사원이 질병, 과로, 장애자, 출산, 노령, 기타 사회적 혹은 건강상의 이유로 다른 사람의 지원을 필요로 하는 가족 혹은 개인을 대상으로 하여 그들의 가정에서 서비스를 제공하는 것이다. 가정봉사원이 파견되어 서비스를 제공하게 되는 대상은 ①일상생활 수행능력(ADL)에 지장이 있는 자 ②노인성질환 또는 노쇠로 인해 심신의 장애가 있는 자 ③일반질환으로 인해 일시적인 일상생활 서비스가 필요한 자 ④독거노인으로서는 일상생활 서비스가 필요한 자 ⑤기타 복지시설 기관장이 가정봉사원의 서비스가 필요하다고 인정한 자이며, 서비스 내용은 ①신체적 수발에 관한 사항(식사하기, 화장실 이용하기, 옷 갈아입히기, 목욕하기, 머리감기 등) ②일상생활 지원에 관한 사항(가사지원서비스, 개인활동서비스, 우애서비스) ③상담 및 교육에 관한 사항 ④지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항 등이다(보건복지부, 2004).

주간보호서비스는 어느 정도 독립적인 생활을 하는 재가노인이 낮 시간동안 지역사회 안에 있는 시설에서 수발서비스를 받는 경우이다. 수발자의 가중한 수발 부담을 완화시키기 위해서 혹은 그 시간에 가정에서 보호받을 수 없는 경우, 또는 목욕서비스를 비롯하여 다양한 활동, 치료 프로그램이나 서비스 등과 같이 가정에서 받기 어려운 서비스를 가정 이외의 지역사회 복지시설이나 기관에서 제공받는 것을 말한다. 주간보호서비스는 허약한 노인의 자조생활 능력을 유지·강화하여 가정에서 계속 살아갈 수 있도록 하여 시설입소를 방지하거나 지연시키도록 한다. 가족수발자에게 낮 시간동안의 부양부담을 줄여줌으로써 부양자에게 필요한 휴식을 제공하는 기능도 가지고 있다. 주간보호시설의 입소대상자는 ①일상생활 수행능력(ADL)에 지장이 있는 자 ②노인성 질환 또는 노쇠로 인해 심신의 장애가 있는 자 ③일반질환으로 인해 일시적인 일상생활 서비스가 필요한 자 ④독거노인으로서는 낮 동안 주간보호서비스가 필요한 자 ⑤기타 복지시설기관장이 주간보호 시설의 서비스가 필요하다고 인정한 자이며, 주간보호서비스의 서비스 내용은 ①생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스 ②급식 및 목욕서비스 ③취미, 운동, 오락 등 여가생활 서비스 ④지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항 ⑤이용노인 가족에 대한 상담 및 교육 등이다.(보건복지부, 2004)

단기보호서비스는 일시적인 기간 동안 재가노인을 사회복지 시설에 입소시켜서 보호하게 하는 것이다. 단기보호는 가족수발자가 어떤 사정으로 가정에서 노인을 보호할 수 없는 경우에 사회복지시설이 가족을 대신하여 단기간 동안 보호하는 성격을 가진 서비스이기 때문에 교대서비스(respite care)로 불리기도 한다. 이것은 가족수발자의 부양부담으로 인한 소진(burnout)을 예방하고 가족의 노인수발 기능을 유지시켜 주는 중요한 서비스이다. 단기보호시설의 이용대상은 ①일상생활 수행능력(ADL)에 지장이 있는 자 ②노인성질환 또는 노쇠로 인해 심신의 장애가 있는 자 ③일반질환으로 인해 단기간 일상생활 서비스가 필요한 자 ④독거노인으로서 단기간 일상생활 서비스가 필요한 자 ⑤기타 복지시설 기관장이 단기시설의 서비스가 필요하다고 인정한 자이며, 서비스 내용은 ①생활지도 및 일상 동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스 ②급식 및 목욕서비스 ③취미, 운동, 오락 등 여가생활 서비스 ④지역사회 복지자원 발굴 및 네트워크 구축에 관한 사항 ⑤이용노인 가족에 대한 상담 및 교육 등이다. 단기보호의 기능은 1회 45일, 연간 이용일수는 3개월을 초과할 수 없도록 규정되어 있고, 단기보호시설장은 시설 이용 신청시 3개월의 이용제한으로 인해 노인에게 발생할 수 있는 환경적응상의 문제 등을 충분히 고지하고, 장기간의 이용이 예측될 경우 장기요양시설을 이용하도록 유도하도록 되어 있다(보건복지부, 2004). 현재 우리나라에서 시행되고 있는 재가복지서비스의 공급현황은 다음과 같다.

<표 2-21> 재가노인복지시설 현황

구 분	계	가정봉사원파견시설	주 간 보호시설	실비주간 보호시설	단기보호
시설수(a)	505	228	178	33	66
이용인원(b)	23,234	18,785	3,117	490	842
종사자수(c)	2,095	812	790	146	347
가정봉사원수	10,526	10,528(유급764/무급9,774)	-	-	-
시설당 평균인원(b/a)	46	82.4	17.5	14.8	12.8
시설당 종사자수	4.1	3.6	4.4	4.4	5.3
시설당가정봉사원수	-	46(유급3.4/무급42.9)	-	-	-

자료 : 보건복지부, 2004년도 노인복지시설현황

(3) 재가보호서비스의 문제점

우리나라 재가노인복지서비스의 문제점을 살펴보면 크게 세 가지 측면에서 논의할 수 있다.

우선 재가노인복지서비스의 대상자의 선정 기준이 모호하다는 것이다. 노인복지법에 의한 보호 대상자 규정에는 국민기초생활보장 수급권자이거나 저소득층으로 한정되어 있어 서비스 혜택이 제한적이며 대상자 선정기준 또한 불합리하다. 즉, 재가복지서비스 대상노인은 신체적, 정신적 이유로 혼자서 일상생활이 곤란한 장애노인으로 제시되어 있다. 원칙적으로는 수급권자 대상노인뿐만 아니라 일반 노인들도 그 대상이 될 수 있으나 현재는 수급대상자 노인들만을 대상으로 서비스가 제공되고 있는 실정이다. 이러한 모호한 기준은 행정기관과 서비스 제공기관의 편의에 따라 자의성이 개입될 가능성이 크며, 그만큼 대상자의 권리나 선택성에 있어 크게 제한될 수밖에 없다. 또한 보호가 필요하다고 인정되는 기준은 자산조사 방식에 따르기 때문에 재가노인복지서비스 대상자가 필요에 의해 서비스 대상자로 선택되기보다는 일방적으로 서비스 기관의 판단에 의해 서비스가 행해진다.

이러한 보호 대상자 선정 기준의 모호성 때문에 수급대상자의 수도 매우 제한적이다. 특히 우리나라에서 상대적으로 가장 활성화되어 있는 가정봉사원 파견서비스의 대상 중 98%가 국민기초생활보장대상 노인이며, 가정봉사원 파견기관도 한정되어 있어 일부 지역의 소수노인만 혜택을 받고 있는 실정이다. 2002년 현재 장기요양대상노인 중에서 재가보호를 필요로 하는 노인이 전체 노인의 18% 수준인 71만 4천명으로 추정되고 있으나 그 중에서 재가복지서비스를 제공받는 노인의 수는 2002년 말 현재 2만여 명으로 65세 이상 노인인구의 0.4%에 불과하다. <표 2-22>에서 보는 바와 같이 외국의 재가보호비율과 비교해보면, 호주 11.7%, 오스트리아 24%, 덴마크, 캐나다 17%, 독일 9.6%, 미국 16%이며, 일본의 경우도 5%를 기록하고 있는 반면에 우리나라의 경우는 0.4%에 불과하여 그 수준이 현저히 낮다는 것을 확인할 수 있다. 또한 시설입소비율도 0.6%에 불과하여 지역사회 중심으로 재가보호가 강조될 수 있는 기본적인 전제가 되는 시설서비스, 즉 기본적인 노인복지서비스가 전혀 갖추어지지 않은 우리나라 노인복지의 열악한 수준

을 그대로 보여준다고 하겠다.

<표 2-22> 노인복지서비스 수혜율의 국가간 비교

	2002년		65세 이상	
	총인구(백 만명)	65세 이상 인구(%)	재가서비스 수혜율	시설입소비율
한 국	47	7.2	0.4	0.6
일 본	126	17.2	5	6
독 일	83	15.9	10	7
프랑스	59	15.9	6	6
덴마크	5.3	14.7	20	7
스웨덴	8.9	16.7	11	9
미 국	277.8	12.4	16	6

자료: OECD Health Data 2003, 보건복지부 내부자료(2003)

둘째, 서비스 내용상의 문제점이다. 재가노인복지시설은 크게 3 종류로 분류되고 있으나, 각 서비스 내용들은 말벗, 편지 써주기 등과 같은 정서지원서비스와 가정·가사 지원서비스가 대부분이고, 단기보호사업의 경우에는 일률적이고 단순보호차원의 서비스에 국한되어 있다. 주로 가사지원서비스에 치중한 서비스 제공과 노인들이 가장 관심을 갖는 의료적 서비스에 대해서는 프로그램이 제한되어 있어 대상노인의 욕구에 현실적으로 대응하지 못할 뿐만 아니라 가족의 정신적, 신체적 부양부담을 실제로 경감시켜주지 못하는 수준이다. 따라서 이미 선진국에서 제공되고 있는 방문의료, 안부전화서비스, 긴급구호서비스, 이동편의 제공 등 대상노인의 욕구나 건강상태에 따른 서비스 제공이 모색되어야 한다. 특히 우리사회에서 단독노인가구의 증가와 수발보장을 필요로 하는 치매노인의 수가 많아지는 것을 고려할 때, 담당인력 부족 및 전문성 결여로 단순한 보호 이상의 프로그램을 거의 제공하지 못하고 있는 현 상황은 개선되어야 할 것이다. 그리고 노인들의 경제적 서비스에 대한 욕구도 고려해야 한다. 기존의 단편적인 서비스 제공에 있어서 결연서비스가 가장 낮게 나타나고 있어 경제적 지원 욕구가 충족되지 못하고 있음을 알 수 있다. 이와 같이 현행 재가노인복지서비스는 노인의 서비스 욕구에 따른 포괄적이고 적절한 서비스 제공이 이루어지지 않고 있는 실정이다. 또한 서비스 내용에 있어서 간과해서는 안 될 문제는 서비스의 질적인 측면이다. 현재 가정봉사원 파견서비스를 보면 가정봉사원은 소정의 교육과 훈련을 받은 전

문가로 구성되어야 하지만, 우리나라의 경우에는 부족한 재정 등으로 인하여 서비스의 제공기관이나 센터에서 자원봉사자와 같은 비전문 인력에 의존하고 있는 실정이다. 그러나 재가노인의 욕구가 점점 다양해지고 있는 현실에서 이에 부응하기 위해서는 전문적인 수발서비스가 제공되어야 한다. 단순한 정서지원서비스 제공에는 자원봉사자를 활용하는 것도 가능하지만 간병이나 간호와 같은 의료적 서비스에는 전문적인 서비스 제공자의 확보로 서비스의 질적인 측면을 제고해야 할 것이다.

셋째, 서비스 전달체계상의 문제점이 크다. 여타 사회복지서비스의 전달체계가 그렇듯이 재가노인을 위한 복지서비스도 중복되거나 서비스가 충분하지 못하며, 지역별로 불균형한 서비스가 제공되고 있다. 재가노인복지서비스의 전달체계는 보건복지부 내에서의 관할 부서가 다르고 하부 행정체제로 전달되는 체계도 상이하다. 즉, 주무기관은 보건복지부이면서 서비스를 담당하는 것은 재가노인복지센터, 지역사회복지관의 재가복지센터 등 전달체계가 분화되어 있어 사업의 일관성, 책임성, 전문성을 약화시키고 있다.

마지막으로 노인복지서비스에 대한 정부의 예산 부족도 심각한 문제이다. 장기요양보호 대상자가 급격히 증가하고 있는 현 시점에서 노인의료비와 장기요양서비스를 위한 서비스 비용이 상승할 것으로 예측된다. 그러나 <표 2-23>에서 보듯이 보건복지부의 노인요양관련 2003년 예산 총 지원액은 1,470억원에 불과하며, 그나마 이 중에서도 경로연금이 차지하는 비율이 거의 90%에 육박한 실정이어서 요보호자 중심의 선별적인 재가노인복지서비스로는 대상노인의 욕구에 적절하게 대응하기에는 상당히 부족한 상황이다.

<표 2-23> 2003년 정부의 노인요양관련 예산 현황 (단위: 백만원)

예산지원총액	재가서비스	시설운영비 지원	인프라 지원
	주간·단기·가정봉사원 8,780 식사배달 5,580	일반요양시설 24,654 전문요양시설 32,956 실비시설 1,687	시설기능보강 55,969 치매전문요양병원 17,415
147,041	14,360	59,297	73,384

자료 : 공적노인요양보장추진기획단 공청회 자료, 2003.

2. 시설보호

(1) 시설보호노인의 수발 현황

우리나라의 시설서비스 측면에서 가장 핵심적인 문제는 시설부족의 문제라고 할 수 있다. 시설에서 수발을 받고 있는 노인은 극소수에 불과하기 때문이다. 보건복지부의 공식적인 추정에 의하면, 치매, 중풍 등 만성질환으로 수발보장을 필요로 하는 노인 중 식사하기, 세수하기, 화장실 이용하기 등 일상생활 기본동작(ALD)에 장애가 있는 노인은 노인인구의 약 10.1%이다. 이 중 중증도 및 수발상태에 따라 시설보호 필요노인은 약 2%, 재가서비스 필요대상자는 약 8.1%로 보고 있다(보건복지백서, 2004:132). 그런데, 2004년 말 현재 요양시설의 수는 282개소(입소정원 20,333명)로 노인인구의 0.5%에 불과하다. 이것은 사실상 현재 사회복지시설에서 보호받아야 할 상태에 있는 노인의 25%만이 시설보호를 받고 있는 것으로 이해 될 수 있고, 지금 당장 필요한 노인요양시설이 현재시설수의 3배가 되어야 함을 의미한다. 또한 이러한 시설보호의 수준은 앞서 <표 2-22>에서 본 바와 같이 이는 프랑스, 일본, 독일 등 주요 선진국 시설보호 노인비율에 비하면 극히 저조한 수준이다.

<표 2-24>에서 2003년 말 현재 우리의 노인의료복지시설은 232개소에 총 13,754명이 이용하고 있으며, 노인전문병원도 전국에 13개소(2,015병상)가 운영되고 있는 것으로 나타났다. 이밖에 매년 기초생활보장수급노인을 대상으로 건강진단 서비스와 전국 보건소에서 방문 간호서비스를, 45개 종합병원에서 가정 간호 서비스가 제공되고 있다. 그러나 수발욕구를 가진 노인의 수가 증가하는 반면 재가 혹은 시설의 수발제공기관은 턱없이 부족한 실정이다.

(2) 시설보호서비스의 내용

시설복지란 노인을 사회복지시설에 입소시켜 필요한 건강보호나 사회보호를 행하는 것이다. 노인복지시설의 종류는 다양하기 때문에 그 각각의 시설에서 노인을 보호하는 것이 시설복지라고 할 수 있다. 그러나 일반적으로 노인에 대한 시

설복지라는 것은 노인요양시설(nursing home)에 의한 보호를 의미하는 것이 보통이다.

<표 2-24>노인의료복지시설 이용현황(2003.12.31 현재)

시설의 종류		시설수(개소)	정 원(명)	입주자수(명)	입주율(%)
일반 요양 시설	무료 시설	113	8,572	7,069	82.5
	실비 시설	19	1,085	840	77.4
	유료 시설	19	683	448	65.6
	소계	151	10,340	8,357	80.8
노인전문 요양시설	무료 시설	68	5,641	4,898	86.8
	유료 시설	13	871	499	57.3
총계		232	16,852	13,754	81.6
노인전문병원		13	2,015병상	-	-

자료: 보건복지부, 2003.

한국은 전쟁 등의 영향에다, 주택보급률이 매우 낮았기 때문에 노인이 안정된 주거를 확보하는 것이 매우 어려웠던 사회적 배경을 갖고 있다. 그리고 그 문제는 아직 심각하게 남아 있다. 이러한 배경으로 인하여, 한국에서는 오랫동안 노인복지시설이라고 하면 무의무탁한 빈곤노인을 보호하는 양로시설을 의미하는 경우가 많았다. 무료양로시설은 1980년의 경우 48개 시설에 3,150명이 보호되고 있었지만, 2002년 현재는 91개 시설에 1,224명이 보호되고 있어서(한국의 사회지표 2003:112) 입소자 수가 크게 줄었다. 이와 같이 주로 주거를 목적으로 하는 양로시설이 사회복지에서 차지하는 비중은 줄어들 수밖에 없고, 노인복지시설이라고 할 때에는 장기요양을 주목적으로 하는 요양시설이나 전문요양시설이 그 주류를 형성해 갈 것이다.

다음의 <표 2-25>는 한국노인복지시설의 종류와 입소대상을 나타내고 있다. 노인요양시설에 해당하는 노인의료복지시설에는 노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설, 노인전문병원이 있다. 또한 재가노인복지시설에는 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설의 세 가지가 규정되어 있다.

<표 2-25> 한국 노인복지시설의 종류와 입소대상

분류	종류	입 소 대 상
노인주거 복지시설	양로시설	·기초생활보장 수급노인 ·65세 이상의 자 중 부양자로부터 적절한 부양을 받지 못한 자
	실비양로시설	·실비보호대상자·1인당 월 평균 소득액 이하인 자로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자
	유료양로시설	·일상생활에 지장이 없는 60세 이상의 자
	실비노인복지주택	·실비보호대상자로 독립된 주거생활에 지장이 없는 65세 이상의 자
	유료노인복지주택	·독립된 주거생활에 지장이 없는 60세 이상의 자
노인의료 복지시설	노인요양시설	·제14조 제1항 제1호 각목에 해당하는 자로 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 자
	실비노인요양시설	·실비보호대상자로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 자
	유료노인요양시설	·실비보호대상자로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 자
	노인전문요양시설	·제14조 제1항 제1호 각목에 해당하는 자로 중증노인성 질환으로 요양을 필요로 하는 자
	유료노인전문요양시설	·중증노인성질환으로 요양을 필요로하는 60세 이상의 자
	노인전문병원	·노인성질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자 ·임종을 앞둔 환자
노인여가 복지시설	노인복지회관	·60세 이상의 자
	노인교실	
	경로당	·65세 이상의 자
	노인휴양소	·60세 이상의 자 및 그와 동행하는 자
재가노인 복지시설	가정봉사원파견시설	·신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 자로 가정에서 보호가 필요한 자
	주간보호시설	·심신허약자나 장애인으로 낮동안의 보호가 필요한 자
	단기보호시설	·심신허약자나 장애인으로 단기간의 보호가 필요한 자

주) 2004년 개정에서는 노인학대예방과 대처를 위한 [노인보호전문기관]이 노인복지시설의 종류에 추가되었으나, 이것은 입소시설이기 보다는 노인학대 관련 사항을 담당하는 기관과 같은 성격이기 때문에 이 표에는 포함시키지 않았음

자료 : 노인복지법(2004년 개정)에 근거하여 작성함.

<표 2-26>에서 보면, 2004년 현재 노인복지시설 중 양로시설은 119개소이며, 요양시설은 151개소, 전문요양시설은 81개소로 집계되었으며, 이 중 무료시설이 많은 부분을 차지하고 있음을 알 수 있다.

<표 2-26> 노인복지시설현황

(단위: 개소, 명)

구 분	계	무료			실비		유료			
		양로	요양	전문 요양	양로	요양	양로	요양	전문 요양	주택
시설수 (a)	357	85	113	68	5	19	29	19	13	6
정 원 (b)	27,027	5,724	8,572	5,641	207	1,085	2,326	683	871	1,918
현 원 (c)	20,439	4,160	7,069	4,898	156	840	1,571	448	499	798
종사자수 (d)	7,332	921	2,384	2,584	42	254	360	345	313	129
병상이용률 (c/b)	75.6	72.7	82.5	86.8	75.4	77.4	67.5	65.6	57.3	41.6
시설당 평균 종사자 (d/a)	20.5	10.8	21.1	38	8.4	13.4	9.0	18.2	24.1	21.5
시설당 평균 인원 (c/a)	57.3	48.9	62.6	72	31.2	44.2	54.2	23.6	38.4	13.3

자료 : 보건복지부, 2004년도 노인복지시설현황

(3) 시설보호서비스의 문제점

시설보호서비스의 경우 2002년 현재 노인복지법에 의한 시설입소노인은 2만 5천 명으로 전체노인의 0.6%, 시설입소수요의 31.0% 수준에 불과하다. 선진국의 시설 입소비율에 비하면 우리나라의 시설입소 수준은 턱없이 부족하다. 시설서비스의 양적 부족은 대상노인의 시설보호욕구를 충족시키지 못하고 있다. 치매요양병원이나 전문요양시설 등은 시설요양수요 대비 시설충족률이 2003년 31.5%에 불과하여 수요에 비해 크게 부족하고, 전체노인인구 대비 시설입소율도 유럽이나 미국, 일본 등에 비해 크게 뒤지고 있는 실정이다. 또한 시설들은 경중의 수발보호 노인과 저소득 노인계층을 위주로 운영되고 있고, 이러한 현실은 시설의 양적, 질적인 측면이 모두 매우 열악한 수준임을 알 수 있다.

재가복지서비스와 마찬가지로 시설보호서비스도 대상자 선정에서 한계를 드러낸다. 예를 들면 노인요양시설 서비스 대상노인은 노인성질환 등으로 요양이 필요한 자로 되어 있고, 노인전문요양시설은 치매나 중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 자로 되어 있다. 그러나 두 가지 경우 모두 노인성질환의 개념과 종류가 명확하지 않아 대상자 중복의 혼란을 야기한다.

2003년에 한국보건사회연구원에서 실시한 노인복지시설 평가결과에 따르면 시설

의 운영이 비합리적이고 체계적이지 못하여 노인의 욕구에 적극적, 전문적으로 대응하지 못하는 것으로 나타났다. 특히 정부지원만으로는 시설운영이 어렵기 때문에, 법인으로부터의 전입금 비중이나 시설 자체의 적극적인 후원금 개발 활동 등이 강화되어야 하는데 현실적으로는 부족한 것으로 나타났다. 이러한 다양한 재원확보가 어려운 가장 큰 원인은 시설이 지역사회와 동떨어져 있다는 데 기인한다. 지금까지 시설보호서비스는 시설에 대한 사회적·부정적 인식 때문에 시설 내의 서비스 제공에 국한되어, 지역사회에 시설을 알리고 후원자 및 자원봉사자를 개발하여 시설운영에 필요한 자원을 개발하는데 소홀했다. 지역사회와의 연계는 적극적인 지역사회자원의 활용이 가능하다는 측면과 지역사회와의 연계성을 통해 노인들의 삶의 질이 향상될 수 있다는 점에서 매우 중요하다.

또한 서비스의 내용은 양적, 질적인 수준에서 매우 열악한 실정이다. 전문요양시설 및 전문병원의 부족은 시설보호 노인의 수요를 충족시키지 못하고 있으며, 시설에 입소하더라도 필요한 의료서비스 및 생활보조서비스 등을 충분히 제공받지 못하고 있다. 기본적인 주거서비스는 제공되고 있지만 특히 재활서비스나 외상환자 및 치매노인에 대한 적절한 서비스는 내실화되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 전문적인 서비스 제공을 위해서는 정확한 노인 요구의 파악과 적극적으로 대처하는 서비스 제공계획의 수립이 중요한데 노인복지시설은 대부분 이러한 사정절차가 매우 취약한 상태이다. 따라서 서비스 질의 향상과 노인들의 욕구에 적극적으로 대응하기 위해서 사정절차의 정립과 그에 기초한 노인의 개별적 욕구에 상응하는 다각적이고도 체계적인 서비스 제공이 이루어져야 할 것이다.

그밖에도 시설 종사자의 양적인 부족과 종사자의 질적인 측면을 보장하기 위한 보수교육의 현실화 등이 시설보호서비스의 문제점으로 제기되는데, 이러한 문제를 해결하기 위해서 시설은 전문적 서비스를 개발하고 심층적인 서비스 제공에 주력해야 하며, 노인 개개인에 대한 세심한 보호와 인권의 존중을 위한 노력도 필요할 것이다. 지역사회 내에서 함께 생활하는 시설로서 발전하기 위해서는 모든 국민이 시설에 대한 부정적인 인식을 버리고, 지역사회 내에서 개방된 시설로 자리매김 하는 것이 적극적으로 검토되어야 한다.

그렇다면, 현재 한국에서는 부족한 노인복지시설이 규모는 어느 정도인가? 그에 대해서는 한도의(2000)와 서미경(1998)이 그 규모를 제시하고 있다. 먼저, 한동희

는 변용찬(1997)의 치매발생을 추정을 이용하여, 치매노인을 보호할 노인복지시설의 규모를 추정하고, 그 적정 규모와 현재의 시설수를 비교하여 모자라는 시설수를 추정한 바 있다. <표 2-27>에 의하면, 노인전문요양원의 경우, 2000년 현재 추가필요시설수가 388개로 되어 있고, 노인보건시설 240개소, 노인전문병원 156개소가 되어 있다.

<표 2-27> 시설보고 치매노인인구를 기초로 한 필요시설수 추정

구분	2000년 총시설 수(A)	개소당 평균보 호인원 (a)	보호해야 할 추정 요보호노인수(b)		필요시설 수(b/a)(B)	2000년 추가시 설수 (B-A)	2022년 필요 시설수
			2000년	2022년			
노인전문요양원 ²⁾	12 ⁵⁾	100	40,000	85,000	400개소	388개소	850
노인보건시설 ³⁾	0	100	24,000	51,000	240개소	240개소	510
노인전문병원 ⁴⁾	4 ⁶⁾	100	16,000	34,000	160개소	156개소	340

주 : 1) 시설보호가 필요한 치매노인수는 전체치매노인수(전체노인인구×8.3%)의 27.7%인 2000년에는 8만명, 2022년에는 17만명 임

2) 노인전문요양시설은 시설보호 인구수의 50%를 추계하였음

3) 노인보건시설은 시설보호 인구수의 30%를 추계하였음

4) 노인전문병원은 시설보호 인구수의 20%를 추계하였음

5) 자료 : 보건복지부 (1999) 1998년 12월 31일 현재 노인복지시설수

6) 노인전문병원 4개소 : 용인효자병원, 인천은혜병원, 부산동인병원, 초정노인전문병원

자료: 한동희, 2000.

서미경(1998)이 수발이 필요한 노인의 수가 20만 명으로 상정할 때, 필요시 되는 각 노인복지시설의 수를 추정한 것이다. 노인전문요양시설의 경우 현재 필요한 시설수가 446개인데, 12개의 시설이 존재하므로 434개소의 시설이 부족한 것으로 나타나 있으며 고령자비율이 14%가 되는 2022년의 시점에서는 1003개의 시설이 필요한 것으로 추정되고 있다.

제4절. 외국의 수발보장정책의 발전

일본의 개호보험제도는 1995년부터 독일에서 시행되고 있는 수발보험을 토대로 하여 수년간의 연구와 시범사업을 거쳐 일본의 상황에 맞는 제도로 탄생된 것이

다. 우리나라의 노인수발보장제도와 일본의 개호보험은 내용상, 구조상 아주 흡사할 뿐만 아니라 정책 환경이나 도입과정 또한 매우 유사하다. 따라서 일본의 개호보험 도입배경을 고찰하는 것은 현재 공적인 노인수발보장체계를 제도화하려는 우리에게 매우 의미 있는 점을 시사해 줄 것이다.

1. 개호보험 도입배경

일본은 2000년 공적개호보험을 실시하기 전 복지 분야에 속하는 고령자복지제도와 의료분야에 속하는 노인보건제도가 있었다. 고령자복지제도는 주로 저소득층을 대상으로 하는 공공부조로서 그 재원은 전액 중앙정부와 지방정부의 지원금이였다. 노인보건복지제도는 70세 이상 고령자의 의료비용을 국가와 의료보험자가 절반씩 부담하는 것으로써 방문간호와 시설개호서비스를 제공하였다. 양자는 제도상 차이는 있지만 어느 것이나 식비와 잡비를 제외하면 이용자 본인부담이 매우 적으며, 저소득층의 경우 거의 무료로 이용할 수 있다는 특징을 지녔다. 2000년 4월 새롭게 도입된 공적개호보험은 이 두 가지 제도를 융합하기는 하되, 대상자를 개호서비스의 욕구가 있는 모든 노인들에게 확대한 것으로 일본정부가 주장하는 바에 따르면 ‘개호의 사회화’를 목적으로 한 것이었다(조영훈, 2005:167).

개호보험도입의 근본적인 배경을 파악하기 위해서는 개호보험도입논의과정에서의 다양한 집단들의 반대 내지 개선 요구의 내용을 살펴보는 것이 중요한데, 그 배경은 “이 제도가 장래의 개호문제에 대한 대비인가? 혹은 의료비삭감을 위한 현실책인가?” 라는 질문으로 집약될 수 있다(박광준, 1999). 개호보험은 궁극적으로는 개호문제의 대비책으로 생각될 수 있지만, 현재 일본에서 이루어지고 있는 쟁점들을 정리하여 개호보험 도입배경을 살펴본다면 그 진정한 도입배경에는 후자, 즉 국민의료비의 증가⁹⁾라는 것이다.

9) 일본정부는 개호보험 도입 이전의 일본사회복지의 현상을 「의료비 과잉의 복지서비스의 빈곤」이라고 규정한 바 있다. 즉, 1994년 후생대신의 자문기관인 「고령사회복지비전 간담회」가 제출한 보고서 사회복지재정이 구성비 즉 연금: 의료: 복지서비스의 「5:4:1」의 현실을 제도개혁을 통하여 「5:3:2」의 체제로 재구축해야 한다고 제언한 바 있다. 의료부분의 몫은 4에서 3으로 줄이기 위해서 타겟이 된 것은 바로 노인의료부분이었다. 노인의료는 케어가 큐어가 중첩된 경우가 많지만, 케어와 큐어를 분리하여 큐어부분은 의료부분이 커버하고, 케어부분은 복지서비스가 커버하도록 하는 것이 바로 개호보험의 의도였다. 즉 후생성의 의도는 공비부담이 많은 의료쪽의 재정부담도 줄이고, 복지서비스의 확대를 통하여 그 부족분을 흡수하되, 그 부분의 재원조달방식은 공비부담이 아닌 보험방식으로 한

일본이 유례없는 빠른 속도의 고령화를 경험하고 있다는 사실은 이미 잘 알려져 있는데, 그에 수반하여 후기고령자와 요개호자가 급증하였다. 개호보험도입 직전의 요개호 고령자의 발생률은 가령(加齡)에 수반하여 급속히 높아지고 있다. 후생성의 추계에 의하면, 와상노인, 개호가 필요한 치매노인 그리고 잠재적인 요개호자라고 할 수 있는 허약노인의 수가 각각 1993년의 90만 명, 100만 명에서 2025년에는 각각 230만 명, 40만 명, 그리고 260만 명으로 급증하여 그 총수는 520만 명에 이를 것으로 예측하였다(厚生省a,1996:117).

요개호자의 증가와 더불어 개호기간의 장기화가 개호문제를 심각화하게 하는 또 하나의 요인이었다. 즉, 1996년 6월에 발표된 인구동태 사회경제면 조사보고서에 따르면, 65세 이상의 고령자중 사망 전에 자립생활이 불가능한 기간이 1년을 넘는 경우가 전체의 35%를 넘고 3년 이상의 경우도 약 20%였다(주간사회보장, 1999:111). 또한 65세 이상 노인 사망자의 50%가 사망 6개월 전부터 와상상태나 허약상태였으며, 와상노인의 47%이상이 3년 이상 와상상태이고 1년 이상 와상상태인 경우가 약 75%였다(厚生省c,1996:1).

이러한 요인은 개호보험의 일반적인 배경이라고 할 수 있으며, 의료비의 급증은 보다 현실적인 성립배경이었다. 일본의 국민의료비는 급속한 증가를 계속하여, 1994년도의 국민의료비는 25조 7,908억 엔으로 그 전년도의 24조 3,631억 엔에 비하여 5.9% 증가하였다(주간사회보장, 1999:4). 한편, 1995년도의 국민의료비는 27조 1,600엔에 달할 것으로 추정되는데 이는 전년도에 비하여 5.3% 증가한 수치이다. 국민의료비의 증가는 일본정부의 오래된 과제이지만 국민의료비의 증가와 경제의 저성장이 맞물려서 국민소득에 차지하는 국민의료비의 비율증가가 큰 문제로 대두되었다. 즉 국민소득에서 차지하는 국민의료비의 비율은 1955년에 3.4%에서 1977년에 5%, 1985년에는 6.15%로 6%를 넘어섰으며 1994년도에 6.92%, 1995년도에는 사상 처음으로 7%를 넘어서서 7.2%로 상승하였다. 이것은 국민의료비의 증가율은 5%대이지만 국민소득은 1% 성장에 그쳤기 때문에 양자의 간격이 더 크다고 볼 수 있다(주간사회보장, 1999:34).

국민 1인당 의료비는 1994년도에 처음으로 20만 엔을 넘어서 20만 6,300엔이 되었다. 이렇게 국민의료비가 급증하는 이유는 인구고령화의 가속현상과 큰 관련이

다는 것이다.(박광준, 1997)

있다. 예를 들어 <표 2-28>에서 보듯이 1994년도의 경우 65세 이상 인구에 대한 의료비가 전체국민의료비에서 차지하는 비율은 44.0%나 차지하고 있다. 연령계층별 1인당 의료비의 경우에 0-14세 연령계층의 의료비는 국민평균의료비의 0.39%를 차지하고 있으나, 65세 이상 인구층은 국민평균의료비의 3.14배, 그중 70세 이상 인구는 3.71배의 의료비를 소비하고 있음을 보여준다. 금액으로는 1인당 평균 의료비가 17만여 엔인데 비해 65세 이상 인구는 54만 엔으로 되어 있다¹⁰⁾.

<표 2-28> 연령계층별 의료비와 1인당 의료비 (개호보험 논의당시 : 1994년도)

구분	일반의료비 추계 (억 엔)	구성비율 (%)	1인당 의료비 (천엔)	1인 평균의료비 대비 비율(배)
국민평균	215,769	100.0	172.6	1.00
0-14세	13,699	6.3	67.1	0.39
15-44세	38,715	17.9	73.3	0.42
45세-64세	68,311	31.7	199.7	1.16
65세 이상	95,040	44.0	540.5	3.31
70세 이상	72,753	33.7	640.5	3.71

자료 : 『週刊社會保障』 No.1900, p.46에서 재편집

당시의 국민의료비를 재원별로 보면 1994년도의 경우 공비부담이 31%(국고 23.9%, 지방부담 7.2%)이고 보험료분이 가장 많은 비율로 56.9%를 차지하고 있으며 기타 11.9%인데 그 중 11.8%가 환자의 본인부담이다. 일본의 개호보험 도입에 있어서 사회적 합의를 어느 정도 확보하였다고 평가받기도 하지만, 사실은 사회적 쟁점화가 이루어져서 논의가 활발했다는 것을 의미하는 것이지, 실제로 일본에서는 학계와 시민단체의 많은 반대가 있었고, 그럼에도 불구하고 관료와 정치권에서 추진하여 성립시켰다는 주장¹¹⁾이 설득력을 얻고 있다. 수발보장에 대한

10) 평균적인 수명을 가진 한사람의 일생을 상정하고, 태어나서 죽을 때까지 각연령에 대한 평균적인 의료비가 소비되었다고 가정할 경우에, 그 사람의 생애 중에 드는 의료비총액이 생애의료비인데, 일생동안 소요되는 의료 비중에서 60% 이상은 60세 이상의 시기에 소요되고, 나아가 70세 이상의 시기에 소요되는 의료비만도 생애의료비의 46%를 차지하고 있었다. 실제로 국민의료비에 대한 노인의료비의 비율은 1973년 보인의료제도가 생겼을 당시 10.9%였던 것이 1992년에는 28.7%로 상승하였고, 후생성의 추계에 따르면 2025년에는 41%가 될 것으로 예상되었다.

11) 박광준(1996)은 1994년 이후 일본정부가 사회보험방식으로 개호보험을 도입하려고 하던 것에 대하여 이루어지고 있던 비판의 내용을 다음의 몇 개의 영역으로 나누어 정리하고 있다. 첫째, 개호리스크의 특성을 규명하여 개호니이드는 사회보험으로 커버하기에는 많은 한계를 가진다는 주장, 둘째, 개호보험의 도입은 역진적 성격이 강한 개혁으로 보험료부담이나 이용자부담 등에 있어서 저소득층에게 무

국가적 재정지원이 거의 이루어지지 않고 있는 한국적 상황에서 본다면, 가족수발부담을 덜어주기 위한 사회보험으로서의 개호보험에 대하여 심한 반대가 있었다는 것은 이해하기 어려운 상황일 수 있겠지만, 당시의 일본상황은 현재의 한국적 상황과는 판이하게 다르다는 점을 인식할 필요가 있다. 일본에서는 이미 1970년대 이후 노인수발보장을 공비부담에 의한 서비스방식으로 확립하고 있었다. 개호보험도입에 대한 반대 혹은 비판이 이루어졌던 것은 그것이 거의 보편적인 서비스 형태로 이루어져 있던 수발보장을 이용자부담이 강화되는 사회보험의 형태로 재편하려는 시도로 받아들여졌기 때문이다.

일본에서는 이미 개호문제를 공비부담의 성격을 강하게 가진 노인보건제도와 노인의료제도, 요양시설(특별양호노인홈) 등의 시설을 통하여 수발문제를 최소한의 비용으로 대처해 왔기 때문에, 일본노인의 입장에서서는 개호보험제도가 도입됨으로써 수발서비스의 질은 변함이 없는 대신에, 본인의 부담이 무거워지는 의미가 강했기 때문에 반대가 폭넓게 제기되었던 것이다. 정부의 입장에서 본다면, 개호보험을 도입함으로써, 수발서비스 이용에 따른 이용자부담을 늘려서, 당시 시행하고 있던 서비스방식의 제도에서 오는 재정적 부담을 줄이려고 하는 의도가 있었던 것이다.

2.공적 개호보험 성립과정

공적개호보험에 관한 일본정부차원의 언급은 1993년 호소가와 연립내각의 후생대신이 기자회견석상에서 「개호보험의 전향적인 검토를 관계부서에 요구할 예정이다」고 언급한 것이 처음이다.(西天克己 編, 1996:38) 후생성내에서 공적의료보험제도가 명확한 형태가 나타난 것은 1993년 늦은 봄이었다고 알려져 있다. 그런데 개호문제를 사회보험의 방법으로 접근하는 것의 검토는 이미 1980년대 중반쯤

거운 부담이 된다는 주장, 셋째, 후생성의 견해와는 달리 보험료부담 등이 급증하여 결국 국민부담율이 상승하게 될 것이라는 점, 넷째, 개호보험의 도입시도를 불가피하게 만들었던 의료비상승 등의 의료문제와 의료공급문제 등에 대한 근본적인 개혁 내지 개선 없이 개호보험을 도입하게 된다면, 결국 보험은 있으나 급여를 받기에 많은 제한이 따른다는 문제, 다섯째로 후생성이 국민에 선전하는 개호보험의 우월성은 어느 한 측면만을 강조한 것일 뿐만 아니라 사실과 다른 방향으로 국민을 오도하고 있다는 비판, 즉 예를 들어 후생성은 개인의 선택에 의한 시설입소를 개호보험의 장점으로 선전하고 있지만 선택성이라는 것은 공급이 충분할 때에나 가능한 것이므로 개호공급자원이 부족한 현재 일본에서는 그것이 가능하지 않다는 주장, 등이다.

에 시작되었고 1989년에 이미 그에 대한 보고서도 나와 있기 때문에, 일본정부의 개호보험구상은 상당한 기간 동안 검토과정을 거쳤다고 생각된다. 잘 알려진 대로 사회보험으로서의 개호보험이 처음으로 성립된 것이 독일이다. 일부관료들 중에는 개호보험도입의 필요성을 검토하는 데에 있어서 독일의 영향을 과소평가하는 경우도 있지만, 독일에서 20년간이라는 오랜 논의과정을 거쳐서 1995년에 실시된 수발보험이 일본의 개호보험도입의 시도와 정부안의 입안에 상당한 영향을 미쳤다는 것이 일반적인 학자들 인식이다.

일본에서 공적개호보험의 도입이 공식적으로 추진되기 시작한 것은 1994년 4월 13일 「고령자개호대책보호」를 설치하면서이다. 이어 동년 7월에는 학식경험자로 구성된 「고령자개호자립지원시스템연구회」를 개최하였고, 이 연구회는 동년 12월 새로운 고령자개호시스템의 구축을 목표로 라는 보고서를 제출하였는데, 고령자개호에 초점을 둔 이 보고서는 개호의 기본이념을 ‘고령자의 자립지원’에 두고 사회연대에 의한 ‘리스크의 공동화’를 전제로 한 사회보험방식에 기초를 둔 신개호시스템의 구축을 명시하였다.

한편, 1994년 3월 후생성에 설치된 고령사회복지비전 간담회는 개호비용은 사회보험료로 대응할 개호보험구상을 제시한 바 있었다. 또한 사회보장제도심의회는 일본 사회보장체제의 앞으로의 기본방향을 제시한 ‘사회보장체제의 재구축’이라는 이름의 1950년 권고 이래 가장 중요한 권고를 총리대신에게 행하였는데, 이에도 개호의 비용부담은 사회보험방식으로 함이 바람직함을 지적하고 있다. 1996년 4월 노인보건복지심의회는 최종보고서 『고령자개호보험제도의 창설에 관하여』가 후생대신에게 제출되었는데, 여기에는 개호보험제도의 모든 내용이 서술되어 있으며, 이것은 보험제도의 기본에 관련된 부분에 관하여 논의 후 의견의 일치가 이루어지지 못하고 논의가 분열된 것에 관하여 그 배경이나 이유를 설명하는 형태이다. 그리고 후생성이 그 구체적 시안을 작성하여 국민의 뜻을 묻도록 요구하였다. 제도의 실시 방향은 제시되어 있지만, 보험자, 수급자의 범위, 젊은 층의 부담을 요구하는 것의 찬반, 보험료의 사업주부담 등에 있어서 이견이 있다는 것을 언급하고 있다.

후생성은 개호보험 운영주체가 되도록 되어 있는 기초자치단체의 불안 등을 우려하여 사업주체는 기초자치단체이지만, 재정지원 등을 위하여 가칭 『개호보험

자연합회』라는 단체를 광역자치단체에 둔다는 것 등을 포함한 수정안을 제시하였고 그 수정안은 여당에 제출되었다. 후생성은 법안을 국회 회기 내에 제안하려고 하였으나 시정촌, 자민당, 각료내의 비판적 의견을 설득하지 못하여 법안제출이 미뤄지는 대신에 여당 간 협정문서가 만들어졌다. 그 이후 1996년 국회에 법안제출은 연기되었으나 거의 원안대로 1997년에 성립되어 2000년 4월 1일부터 시행에 들어갔다.

3. 개호보험의 주요내용

(1)보험자, 피보험자 및 보험급여

보험자는 일본 전국에 약 3,300여개의 기초자치단체인 시정촌으로 하고, 국가, 광역자치제, 의료보험자, 연금보험자가 중층적으로 지원한다. 보험자는 두 가지 종류가 있는데, 제 1호 피보험자는 65세 이상의 자이고 제 2호 피보험자는 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자이다. 요개호 상태에 있는 피보험자(요개호자) 및 요개호상태가 될 우려가 있는 피보험자(요지원자)에 대하여 보험급여를 제공한다. 65세 이상의 고령자와 40세부터 65세 미만의 자는 요개호의 발생률이 다르기 때문에 보험료의 산정방식이나 징수방법이 다르다.

피보험자 중에서 보험사고가 발생한 자, 즉 요개호 상태로 판정된 자는 개호가 필요한 정도에 따라 다양한 급여를 수급하게 되며, 그 급여는 다음의 개호급여, 예방급여, 그리고 자치단체 특별급여의 세 가지로 분류된다. 우선 개호급여는 피보험자의 요개호 상태에 관한 보험급여이다. 여기에는 재가개호 서비스비, 재가개호 서비스계획비, 시설개호 서비스비, 재가주택 개수비 등 9개의 급여가 있다. 예방급여는 피보험자가 요개호 상태로 될 우려가 있는 상태에 관한 보험급여이다. 재가지원 서비스비, 재가지원복지용구구입비, 재가지원 주택개수비, 재가지원서비스계획비 등 7개의 급여가 있다. 자치단체 특별급여는 요개호상태의 경감 혹은 악화의 방지 내지 예방을 위하여 자치단체가 독자적으로 제공되는 보험급여로서 조례가 정하는 것이다(개호보험법.제 18조).

(2)개호인정과 수급절차

개호보험의 급여는 요개호의 상태와 정도를 확인하기 위한 개호인정이 그 조건이 된다. 피보험자로서 수급을 희망하는 자는 기초자치단체에 요개호 인정 등의 신청을 행하도록 되어 있다. 신청을 접수한 지자체는 해당 피보험자에 대한 조사를 행하여 조사결과와 주치의의 의견을 참고로 하여 지자체에 설치된 「개호인정 심사회」에서 심사판정이 행해진다. 이 결과에 기초하여 자치체가 개호인정을 행하는 것이다. 조사에 있어서는 지자체의 직원외에 케어플랜작성기관이나 개호보험시설에 위탁도 가능하도록 되어 있다.

개호의 필요정도는 「개호에 소요되는 시간」의 정도에 따라 6가지의 단계로 나누어지는데, 그 각각의 단계에 따라서 보험급여의 상한 액수가 정해지는 시스템으로 되어 있다.

(3)보험재정의 구성과 이용자부담

개호서비스 비용의 10%는 서비스를 수급하는 이용자가 부담한다. 또한 10% 부담이 고액이 되는 경우 고액개호서비스에 의해 부담상한이 설정된다. 시설입소시의 식비부담에 관해서는 의료보험제도와 마찬가지로 표준부담액(평균적인 가계에 있어서 부담하는 비용에 상당하는 액)을 설정하여 이용자부담으로 한다. 저소득자에 대해서는 식사의 표준부담액 및 고액개호서비스의 지급기준에 관하여 낮은 금액을 설정하여 배려하도록 되어 있다.

고령자개호에 대한 공적 책임을 고려하여 공비부담(국가, 광역자치체, 기초자치체)은 총 급여비의 1/2로 한다. 현행의 제도에서의 부담형태를 고려하여, 국가, 광역자치체, 그리고 기초자치체의 부담비율은 「2:1:1」(총 급여비의 25%: 12.5% : 12.5%)로 한다. 또한 국비의 5%분은 시정촌간의 재정능력의 격차를 조정하기 위하여 충당된다. 또한 개호보험의 도입으로 인한 이용료부담은, 특별양호노인홈이 약 4.7만 엔(일부부담 2.4만 엔+식사부담 2.3만 엔), 노인보건시설이 약 5.0만 엔(일일부담 2.7만 엔 +식사부담 2.3만 엔), 그리고 요양형 병원이 노인병원 약 6.1만 엔(일일부담 3.8만 엔+식사부담 2.3만 엔)으로 변화되었다.(후생성, 1998:95)

4. 시사점.

일본의 개호보험성립과정은 수발보장체계를 계획하고 있는 한국사회에 적어도 세 가지의 중요한 시사점을 주고 있다고 생각된다. 그것은 첫째, 개호보험 실시를 위한 기반정비사업의 실시, 둘째, 개호보험의 성립과정에서 다양한 이해관계자집단들에 대한 제도설명과 의견조정을 거친 것, 그리고 셋째, 제도실시를 위한 실제적인 준비과정이다.

(1) 기반조성

개호보험의 실시에 있어서 가장 중요한 기반정비는 적정량의 수발급여서비스 공급량을 확보하는 것이다. 물론 그 중에서 가장 중요한 것은 요양원의 확보이다. 일본은 골드플랜과 신골드플랜을 1989년부터 시행하기 시작하여 인프라를 구축하였음에도 불구하고 개호보험 실시 이후 증가하는 수발욕구에 미치지 못했다는 것은 우리가 수발보장제도 도입에 앞서 어떤 일을 더 우선해야 하는지를 명확하게 해준다

(2) 의견수렴과 이해관계의 조정

개호보험의 성립은 관련된 많은 전문직과 산업에 큰 영향을 미치는 것이고, 따라서 이익집단들은 자신의 영역에 불이익이 없도록 법안의 성립에 있어서 적극적으로 활동하였다는 것은 당연한 이치이다. 그러나 각 집단들의 주장 사이에는 서로 양립불가능하고 모순되는 주장이 포함되어 있었기 때문에, 후생성은 그러한 이해관계의 조정역할을 하였다.

개호보험도입에 있어서 가장 큰 반대는 기초자치단체에 의한 것이었다. 공적개호보험구상에 대한 지방자치단체의 반응은 한마디로 반대일색이었다고 해도 과언이 아니다. 자치체가 개호보험에 반대하는 이유는 주로, 정부안에 나타난 보험운영의 책임이 기초자치단체에 있었기 때문에 그에 따른 재정 부담이나 행정 부담이 증대할 것에 대한 우려에 의한 것이었지만, 그 보험구상자체가 개호보장에 대한 국

가책임을 기초자치단체와 개인에게 전가시키려고 하는 방식이라는 점을 정확히 지적하고 그에 반대하는 입장을 분명히 한 자치체도 많았다.¹²⁾ 제도의 운영주체에 대해서는 압도적으로 반대하였고, 보험구상 자체에 대한 다수가 반대하는 양상을 나타내었다. 이러한 반응이 나타난 이유는, 만약 정부안대로 기초자치단체인 시정촌이 개호보험의 실시주체가 된다면 우선 기초자치단체의 재정부담 25%에 대한 불안과 우려가 있었고 또한 보험료의 징수 등으로 인한 업무의 폭증이 눈에 보였기 때문이다.

정부안이 발표된 직후인 1996년 6월 5일 개최된 제66회 전국시장회의에서는 공적개호보험구상에 관하여 다음과 같은 결의문이 채택되었다. (제 66 회 전국시장회의, 개호보험제도에) [개호보험제도는 의료보험제도와 밀접한 관련을 가지는 것인데, 현재의 의료보험제도는 의료비의 증대, 부담과 급여에서 각제도간 격차, 국민건강보험 고유의 구조적인 문제 등 많은 과제가 있고 그 발본적 개혁이 요구되고 있다. 그러한 상황에서 다시 기초자치단체가 운영주체가 되는 개호보험제도가 구축된다는 것은 국민건강보험의 운영상 다양한 어려움을 가지고 있는 시정촌의 재정 부담을 더욱 가중시킬 우려가 있다.

후생성은 의료보험이나 연금보험의 개정시에 늘 민간보험업계의 영향을 많이 받아왔다는 지적이 있어 왔으나 개호보험 창설 논의 과정에 있어서도 마찬가지였다. 즉, 후생성은 국민들에게 개호보험구상의 내용을 발표하기 전에 사전에 보험업계에 그 구상을 설명하고, 이것은 민간보험의 영역확대의 좋은 기회라고 하는 점을 강조하며 지지를 구하였다.(相澤與一, 1995:31)¹³⁾ 후생성의 연구보고서에도

12) 예를 들어 毎日新聞이 1996년 4월에 조사한 바에 의하면, 후생성의 공적개호보험구상에 대하여 전국 140개의 지방의회가 「국가책임에 의한 보험운영」을 요구하는 등 정부안에 이의를 제기하는 의견서를 채택하였다. 그 중에서 그 안의 백지철회를 요구하는 자치체도 그 중 20%를 넘었다.(매일신문, 1996.4.16). 명시된 이유는 「국가책임을 애매하게 하고 공적 개호보장을 후퇴시킨다.」「재정기반이 취약한 자치체의 부담이 무거워진다.」「자치체간에 개호체제의 불균형이 발생한다」 등이었다. 「지방에 책임을 전가하지 말고 국가의 책임으로 보험을 운영」하도록 요구하는 의견이 70%를 넘었다.

이 당시의 한 신문기사는 후생성이 개호보험구상을 보험업계에 사전에 설명하고 있고 그것은 국민부재의 정책결정이라는 비판을 가하고 있다. 후생성은 1995년 6월, 국회답변에서 「모든 것은 지금부터 준비하려고 한다」라고 하고 있지만, 그 1년이나 이전에 민간보험업계에 개호보험의 도입과 운영에 일정한 역할을 구하는 「공사협력구상」을 보험업계에 이미 알려 두고 있었다. 보험업계측과의 회합에서 후생성이 배포하였던 고령자개호코스트의 장애예상도에 의하면 공적개호보험도입으로 민간보험시장은 크게 팽창할 것으로 되어 있었다.(1995년 7월4일자 한일신문)

13) 이 당시의 한 신문기사는 후생성이 개호보험구상을 보험업계에 사전에 설명하고 있고 그것은 국민부

“사적보험은 다양한 니드에 대한 대응으로서 사회보험을 보완하는 것이 기대된다”라는 기술이 있다(相澤與一, 1995:32). 또한 당시의 의료보험제도하에서도 입원시의 보험의 적용에서 제외되는 고액의 본인부담제도가 시행되고 있었기 때문에, 공적개호보험의 급여수준과 범위가 제한될 경우, 일부의 고소득층만이 이용할 수 있는 서비스의 여지가 있다는 점에서, 민간보험업계는 개호보험의 시행을 사업확대의 기회로 여기고 있었던 것이고, 그러한 개호시스템이 실현될 수 있도록 노력하였던 것이다. 공적개호보험의 도입에 의해 사업의 비약적 확대를 기대할 수 있었는데, 그렇게 되기 위해서는 공적개호보험의 급여수준이 최저한의 수준에 머물러야만 했기 때문에 공적급여의 범위를 제한하기 위한 활동을 제시하였던 것이다. 공적개호보험에 의한 서비스급여를 최소한의 수준과 좁은 범위에 한정시키고, 질 높은 개호서비스를 받기 위해서는 고액의 민영보험과 민영서비스를 추가로 구입하는 시스템 확보를 위한 노력이었다고 할 수 있다.

(3) 시행 준비

기초 자치단체 및 광역자치단체에 있어서는 시행에 앞서 국가가 제시한 기본지침에 따라 기초 자치단체 개호보험 사업계획 및 광역자치단체 개호보험 사업계획을 각각 책정하고 서비스 양을 예측함과 동시에 서비스기반정비를 계획적으로 진행하도록 하였다. 기초자치단체는 개호보험 사업계획상의 서비스 공급량을 예측한 것을 기초로, 그 지역의 제1호 피보험자의 보험료 수준을 정하게 되어 있었다. 또한 1999년도부터 기초자치단체에서는 요개호인정의 사무, 광역자치단체에서는 사업자의 지정 등의 사무에 대한 책임을 지고 2000년 4월 실시하도록 되어 있었다. 정부는 기초자치단체가 개호보험의 시행준비를 행하도록 하기 위하여 요개호 인정 사무비교부금(1999년 111억 6,465만 엔), 개호보험시행 준비경비(약 68억 엔), 개호보험광역화 지원사업(11.2억 엔)을 위한 예산을 편성하였다.(후생성, 전국

제의 정책결정이라는 비판을 가하고 있다. 후생성은 1995년 6월, 국회답변에서 「모든 것은 지금부터 준비하려고 한다」라고 하고 있지만, 그 1년이나 이전에 민간보험업계에 개호보험의 도입과 운영에 일정한 역할을 구하는 「공사협력구상」을 보험업계에 이미 알려 두고 있었다. 보험업계측과의 회합에서 후생성이 배포하였던 고령자개호코스트의 장애예상도에 의하면 공적개호보험도입으로 민간보험시장은 크게 팽창할 것으로 되어 있었다.(1995년 7월4일자 한일신문)

후생관계부처장회의자료,1999.1.19)

기초자치단체의 개호보험 시행의 준비의 중요한 것이 개호보험사업계획이었다. 개호보험의 주체인 기초자치단체는 3년마다, 5년을 한 계획단위로 하여 기초 자치단체 개호보험사업계획을 책정하도록 의무 지어지는데, 그 계획에는 다음의 사항들이 포함된다. 즉, 각 연도의 개호급여 등 대상서비스의 종류별 공급량의 예측, 그 예측량의 확보를 위한 대책, 서비스제공사업자간의 연계확보를 위한 방안 등이다. 또한 개호보험급여의 본격적인 개시 이전에 요개호자의 수나 서비스의 이용의사 등을 파악하기 위해서는 실태조사를 행하도록 되어 있었다. 그 조사는 해당지역 노인의 전체적인 경향파악을 위한 고령자일반조사, 재가의 요개호자의 상태파악과 각종 서비스의 이용의향 등의 실태를 파악하기 위한 요원호 고령자 수용조사, 각종 시설에 보호되고 있는 노인을 대상으로 하는 수요조사, 그리고 특별양호 노인홈 입소를 희망하지만 대기 중인 고령자에 대한 특별양호 노인홈, 대기자조사 등 세 가지였다.

게다가 개호보험이 도입되게 된다면 많은 관련제도들이 바뀌어지거나 조정되어야 하는데, 생활보호제도, 의료보험제도, 노인보건제도, 특별양호 노인홈, 노인보건시설, 노인병원, 케어 매니지먼트 등에 있어서 많은 변화가 예상되었으므로, 그러한 각 제도들과 개호보험간이 제도 간 조정도 비교적 철저하게 준비되었다.

제3장 이론적 배경과 분석틀

제1절 정책과정이론

1. 정책과 정책과정의 개념

정책은 정부가 사회의 각 분야별 사회문화, 가치, 규범, 행태, 물리적 환경 등 사회적 상태나 조건들을 유지하거나 변경시키고자 할 때 사용하는 간여(intervention)의 수단이다(노화준, 2004). Dye의 경우는 ‘정책이란 정부가 하기로 선택하였거나 하지 않기로 선택한 모든 것’이라고 광범위하게 정의하였으며, Jenkins는 ‘공공정책이란 특정한 상황에서 어떤 목적을 달성할 권한을 가진 행위자들이 목적들과 이것을 실현할 수 있는 수단들을 선택하는 일련의 상호 관련된 의사결정이다’라고 좀 더 정교하게 정의하고 있다. Dye가 정책을 선택(choice)으로 정의한데 비하여 Jenkins는 과정(process)으로 정의하고 있다는 것이 다소 차이점인데, Jenkins는 어떤 한 영역에서 정부가 선택할 수 있는 옵션들(options)에는 그 범위를 제한하는 내적 및 외적 제한이 있음을 명시적으로 인정하고, 정부의 정책결정이 목적지향적인 형태로서 정책평가의 기준을 제공해준다는 아이디어를 도입하였다(노화준, 2004:재인용). Anderson은 ‘정책이란 한 행위자나 여러 세트의 행위자들이 어떤 한 문제나 관심사를 해결하기 위하여 따르는 목적지향적인 행동노선’이라고 좀 더 일반적인 정의를 내리고 있다. 이 외에도 Lasswell 과 Kaplan은 ‘정책은 목적가치와 실재를 투사시킨 세부계획’, Easton은 ‘정책은 사회를 위해 가치를 권위적으로 분배하는 활동’이라고 하는 등 다양한 학자들에 다양하게 정의된다(김도환, 2004:재인용). 일반적으로 정리하면 정책이란 ‘바람직한 사회 상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침’을 말한다(신현기 외, 2003).

Lasswell은 이러한 정책의 형성과 결정, 집행을 설명하고 정책문제와 관련이 있는 자료를 수집하여 이에 대한 해석을 제공하는 학문을 ‘정책학’이라고 정의하였

다. 그는 정책학에 대하여 크게 두 가지 줄기를 제시하였는데 하나는 정책과정에 관한 이론이고 다른 하나는 최선의 정책대안을 결정하고 이를 시행하기 위해서 다양한 분석기법과 이론을 원용하거나 적용하는 정책분석에 관한 이론이다(이해영, 2004).

정책과정론은 정책이 산출되고 실행되는데 거쳐야 할 일련의 단계적 절차로 정의된다. 정책과정은 정책을 연구하는데 편리한 분석도구가 되는데, 정책과정의 구체적인 단계에 대해서는 학자에 따라 견해가 다양하지만, 일반적으로 Jones와 Anderson의 견해에 따라 정책의제설정단계, 정책결정단계, 정책집행단계 및 정책평가단계의 4단계로 설명하는 것이 일반적이다(유병복, 2001). 그리고 이 단계는 각각 정책의제론, 정책집행론, 정책형가론 등으로 연구 분야가 형성될 정도로 정책과정이론의 범위는 광범위하며 그 내용은 훨씬 복잡하다.

정책과정론은 일련의 투입-전환-산출의 과정으로 간주한다. 정책과정 접근방법은 정책목표가 수립되고 대안이 모색되며, 정책이 결정되고 집행되어 실질적인 효과가 나타나는 것을 일련의 진행과정으로 연구하는 방법이다(이해영, 2004). 정책과정을 설명하는 구체적인 모형이나 패러다임은 학자마다 조금씩 차이가 있으나, Anderson은 이론적 틀로서 가장 많이 인용되는 ① 문제정의와 정책의제 형성(problem identification and agenda formation) ② 정책형성(formation) ③정책 채택(adoption) ④정책집행(implementation) ⑤정책평가(evaluation) 이 5가지 단계로 제시하였다(안해균, 1984).

대체적으로 정책과정의 공통적인 요소로서 ① 정책형성 ② 정책결정 ③정책집행 ④ 정책평가 및 환류가 언급된다. 정책형성단계는 특정한 사회문제가 정책의제로 채택되는 단계이며, 정책결정단계는 정책목표에 따른 정책수단을 선택하는 단계이다. 정책집행단계는 정책수단의 구체화 및 실현화를 위한 단계이고 마지막 정책평가는 정책집행의 평가를 일정한 기준에 의하여 판단하는 단계이다. 일반적으로 정책형성단계와 정책결정단계를 통해 정책의 주요사항이 결정되고 정책의 선택이 이루어지며, 보다 상세한 지침의 개발과 자원의 확보 및 전달체계를 구축하는 것을 통해 집행이 이루어진다(김경하, 2001).

본 연구자는 이러한 맥락에서 사회적 문제가 인식되면서 정책의 대상이 되는 의제로서 채택되기까지의 1단계 ‘정책의제설정단계’, 정책의제가 정치적 체계에서

논의되기 시작하면서 정책목표가 구체화되고 정책목표를 달성하기 위한 다양한 대안들을 개발하고 검토하는 2단계 ‘정책대안형성과정’, 그 대안들 중 하나를 선택하거나 우선순위를 확정짓는 3단계 ‘정책결정과정’, 결정된 정책을 일선 기관을 통해 구체화하고 적용시키는 4단계 ‘정책집행단계’, 그리고 5단계는 정책집행결과에 대한 좁은 의미에서부터 정책과정 전반에 걸친 넓은 의미의 ‘정책평가단계’로 정책과정을 구분하고자 한다.

2. 정책과정의 단계

(1) 정책의제 설정단계

정책과정론에서 첫 번째의 단계적 활동은 정부의 공식적인 정책과제를 채택하는 정책의제의 설정단계이다. 특정한 문제를 정책문제로서 인식하고 정책의 대상으로서 즉, 정책의제(policy agenda)로서 설정하고 채택하는 단계이다. 정책의제란 정부나 기타 합법적인 권한과 자격이 있는 기관이나 개인이 사적인 문제가 아니라 공공의 문제로 해결해야 할 과제로 인정하는 상태에 있는 정책문제이다(이해영, 2004).

정책문제는 개인의 문제가 사회문제를 지나 정부가 관심을 가지고 해결해야 하는 문제로 대두되는 것을 말한다. 정책문제는 공공의 문제라고 할 수 있는데 공공문제의 지위를 얻게 되면 정부가 직접 해결을 위한 노력을 하게 된다. 이러한 정책문제를 정의하는 것은 정책문제의 구성요소, 원인, 결과 등의 내용을 규정하여 무엇이 문제인지 밝히는 것이다. 정책문제를 정의하는 것은 정책수단 등 정책내용의 태두리를 일차적으로 결정하기 때문에 중요하고 정책적 갈등·타협의 대상이 되며, 문제인식 자체의 주관적 성격 때문에 극히 다양하게 개인마다 다르게 나타날 수 있다(정정길, 1999). 또한 정책문제의 중요성, 관례화, 일상화, 해결가능성 여부, 쟁점화 정도에 따라 의제형성에 영향을 미친다.

본 연구는 정책의제설정단계에 두 가지 모델을 가지고 접근하고자 한다. 하나는 이슈의 변화와 발전에 따라 구조화한 송근원(1995)의 아젠다 형성에 관한 이론적 모형이며, 다른 하나는 이슈를 정책의제화하는 과정에서 누가 주도하느냐에 따라

구분한 Cobb과 Ross & Ross(1976)의 모형이다. 송근원(1995)의 모형은 사회문제가 ‘어떻게’ 문제로 인식되고 이 문제가 ‘어떻게’ 이슈가 되고 이 이슈가 ‘어떻게’ 정책의제로 채택이 되는 지에 관한 연속적이고 지속적인 맥락을 제공해주며, Cobb과 Ross & Ross(1976)의 모형은 ‘누구’에 의해서 제기되었는지를 통해 정책 아젠다로 진입하게 되는 정치적 환경과 이슈를 둘러싼 다양한 조건과 한계를 인식할 수 있는 통찰을 제공해준다. 따라서 ‘어떻게’ 이슈화되고 ‘누가’ 정책의제로 투입하고 선택하였는지에 관한 접근을 통해 노인요양보호의 문제가 어떻게 정책 의제가 되었는지를 보다 명확하게 살펴볼 수 있다.

① ‘어떻게’ 정책의제로 선택되는가?

송근원(1995)은, 사회복지문제는 인간으로서 기본적인 생활을 누리지 못하여 고통을 받고 있는 사람들이 그러한 상황이나 조건을 해결해야 할 문제로 인식할 때 성립되며, 이러한 사회복지문제의 해결을 정부에 대하여 요청하는 구체적인 행동 즉 캠페인을 벌이거나 청원을 한다거나 할 때에 정치학적인 의미에서 요구(demand)가 된다고 보았다. 이때 문제는 하나의 사회복지 요구로 전환되고 이러한 요구가 성공적으로 정치체제 투입되면 정책 행위자(policy actor)들에 의해 관심을 받고 그 해결방법이 논의되는 의제가 되는 것이다.

구체적으로 이러한 과정을 이슈형성단계와 이슈확장단계로 나누고 있다. <그림 3-1> 에서 제시된 바와 같이 일정한 조건이나 상황이 주변을 인식을 통해 문제(problem)로 인식되고 문제의 해결을 원하는 요구(demand)가 공공의 관심을 끌고 원하는 관련된 이해 당사자들 사이의 갈등이 노정되면 사회적 이슈(issue)로 등장하게 된다. 즉, 문제가 이슈화하여 공공 아젠다에 오르는 과정, 어떤 문제가 발생하고 인식되고 그것이 사회적 쟁점으로 이슈화되는 이슈 형성단계가 된다. 이 과정에서는 그 문제와 관련 없는 일반국민들도 그 문제에 대해서 알게 되고 그 해결에 정부의 관여가 필요하다는 것을 인식하게 된다. 다시 말해서 일반 국민들이 그 문제나 해결방법에 관심을 가지게 되며 이러한 과정에서 중요한 역할을 담당하는 사람이 이슈 제기자(issue initiator)이며, 사건으로는 이슈 유발장치(triggering mechanism)가 있다.

이렇게 공공 아젠다로서 위치를 가지게 된 이슈는 이슈 확장 과정을 거치게 되

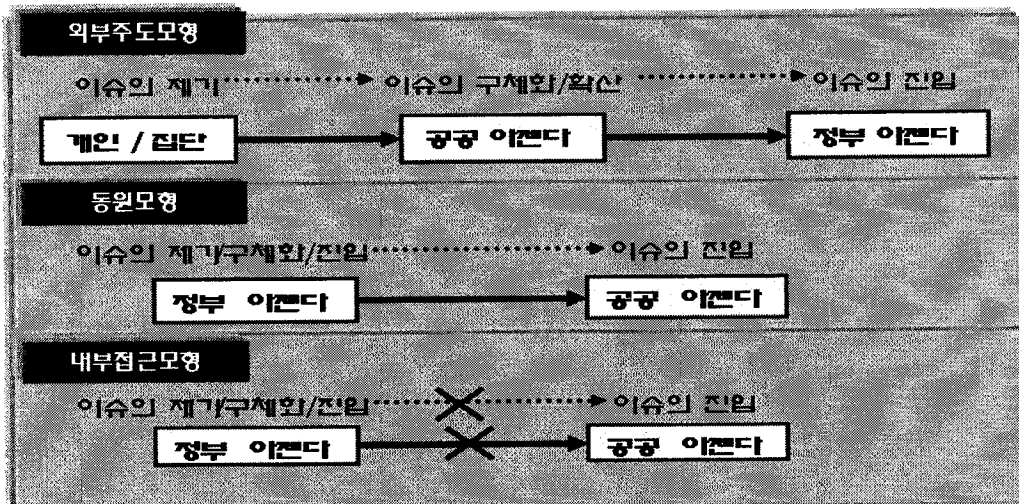
② ‘누가’ 정책의제로 선택하는가?

정책의제를 누가 제기하는가에 따라 대중주도형과 엘리트주도형 두 가지로 나누어지며, 전자는 정책형성 또는 결정의 힘이 일반시민에게 나오는 것으로 자유민주주의가 발달한 나라에 크게 적용될 수 있다. 후자는 정책형성의 힘이 정치지도자, 고급행정관료, 또는 이들에 비교적 쉽게 접근할 수 있는 특수계층 등에서 나온다는 것으로 정책의제형성의 민주성보다는 효율성을 중요시하는 개발도상국가에서 주로 적용될 수 있다(김도환, 2004).

Cobb과 Ross & Ross(1976)는 <그림 3-2>와 같이 정책의제가 공식의제로 채택되는 과정에서 주도집단이 누구인가에 따라 외부주도모형, 동원모형, 내부주도형이 세 가지 유형으로 나눈다(송근원 외, 1995). 외부주도형은 앞서 언급한 대중주도형인데 정부 밖의 개인이나 집단들에 의해 이슈가 창출되고 그것이 공공 아젠다를 거쳐 정부의 아젠다에 오르는 경로를 잘 설명해준다. 즉, 개인이나 집단이 매우 포괄적이고 일반적인 용어로 고충을 표명하고 이것이 구체적인 특정의 정책적 요구로 전환되어 대중매체 등을 동원하여 공중에게 확산시키고, 정책결정기관에 투입되는 일련의 과정을 거쳐 정책의제로 채택된다. 이 모형은 여론 정치의 설명에 유용하므로 투입주체의 역량이 신장되어 있고 정부의 반응도가 높은 민주적 정치체제에서 참여가 활성화된 형태이다. 엘리트 주도형 중의 하나인 동원모형은 이와는 반대로 정부기관 내에서 먼저 이슈가 창출되는데 정책담당자들에 의해 자발적으로 정책의제가 되며, 정부의 의도적 노력에 의해 일반대중이 이슈화 과정에 참여하도록 한다. 사회내의 우수한 두뇌의 소유자들을 충원하여 이들에게 정책형성을 주도시키는데 즉, 정책결정기관인 권위적 정책 엘리트에 의해 정책지향정도로 공표된 정책의제는 다시 각료가 동원되어 구체적인 제목으로 발표되고 상징이나 대중매체를 이용하여 정책의 유용성을 관련 공중에게 일방적으로 전달하거나 주지시켜서 공중에게 확산시키고자 한다. 정부는 정책에 대한 정당화방안으로 이슈화를 시도하는 것이며, 특히 주로 집행과정을 위해 필요한 관심과 지지를 얻으려고 노력하는 형태이다. 이 모형은 정치지도자와 국민들 사이에 거리가 먼 나라에서 많이 발견되며, 투입주체의 참여는 사실상 기대하기 어렵고, 또 있다 하더라도 형식적이어서 참여가 아니라 동원의 형태가 되는 것이다. 엘리트 주도형 중의 다른 하나는 내부접근모형으로서 정부기관 내에서 이슈가 창출되지만 일

반 공중에게 확산되지 않고 처리되는 경우를 설명해주는 모형이다. 동원형과 마찬가지로 정책담당자들에 의해 자발적으로 정책의제화가 진행되는데 차이점은 외부 국민들과는 관계없이 정부관료제 내부에서만 정책의제화의 움직임이 있는 점이다. 소수의 특수한 이익집단이 관련된다 하더라도 이슈가 일반 국민에게 확산되지 않으며, 따라서 국민이 사전에 알면 곤란한 문제를 다루거나 시간이 급박할 때, 혹은 의도적으로 국민을 무시하는 정부에서 나타날 수 있으며, 이 모형에서 투입주체의 참여는 실질적이건 형식적이건 모두 기대할 수 없다(신현기 외, 2003).

<그림 3-2> 아젠다 형성에 관한 3가지 모형 : Cobb과 Ross & Ross(1976)



자료 : Cobb, Ross & Ross의 아젠다형성의 3가지 모형

출처 : 송근원 외, 1995 <사회복지정책론> p.77 인용

③ 분석을 위한 질문

본 연구는 노인수발보장에 관한 정책의제설정이 어떻게 진행되었는가를 분석하기 위해서는 다음과 같은 질문에 초점을 맞추고자 한다.

첫째, 노인수발문제가 정책의제로 제기되기 이전에 어떤 흐름을 통해 사회문제로서 인식되었는

가?

둘째, 노인수발문제가 구체적으로 어떤 내용을 가진 문제로서 정책의제로 제기되었는가?

셋째, 노인수발문제가 어떻게 의해서 정책의제로 제기되었는가?

넷째, 노인수발문제의 정책의제설정단계에서 누가 참여하고 주도하였는가?

다섯째, 정책의제설정단계의 쟁점이나 이슈는 무엇이었는가?

이 과정에서 검토하고자 하는 요소는 우선 사회문제로 등장하게 되는 이전에 노인수발과 관련한 사회적 욕구와 문제가 형성된 배경과 이에 관한 인식 등을 확인하고 사회문제로 등장했을 때의 구체적인 문제의 내용, 그리고 이러한 사회문제를 정책의제설정과정에 투입한 문제 제기자와 그 과정에서의 참여자, 정책의제로서 채택되기까지 과정에서의 주도자에 관한 것이다.

이러한 정책의제설정 단계의 연구는 일반적으로 정책의 도입배경에 관한 연구와 비슷하다. 다른 점은 정책의제설정단계의 연구는 정책과정이라는 전체적 맥락과 시간적 흐름인 종단적 특성을 가진 연구의 한 요소인데 비하여, 도입배경으로의 연구는 정책의 환경적 영역, 특히 도입 전이라는 특정 한 시점에서의 정책배경을 연구하는 횡단적 특성이 더 강조된다고 하겠다.

(2) 정책형성단계

정책의제로 일단 정부의 공식적인 과제가 되면 이것에 대한 필요한 일련의 조치, 즉 정책수단을 찾게 된다. 정부가 어떤 공공문제가 있다고 인정하고 그것을 시정하기 위하여 어떤 행동을 취하기로 했다면, 정책결정자는 어떤 행동노선을 결정해야 한다. 이 행동노선을 최종적으로 결정하기 위하여 준비해나가는 과정, 즉 정책문제를 해결하기 위해서 정의된 문제를 해결할 수 있는 대안들을 탐색·개발하여 정책결정자가 의사결정을 할 수 있도록 대안을 몇 개로 줄여나가는 과정에서 이루어지는 행위자들 간의 동태적인 상호작용이 정책형성과정이다(노화준, 2004). 따라서 제기된 정책문제에 대한 해결방안을 탐색하는 과정은 많은 비용과 노력이 필요로 할 뿐만 아니라 매우 경쟁적인 과정이며, 여러 가지 형태의 압력을 받기

때문에 이해관계가 가장 현저하게 표출된다고 하겠다. 정책문제가 발생하여 정부가 정책의제로 설정하면 그 정책문제에 관심을 갖거나 이해관계가 많은 행위자들이 정책문제의 정의에서 정책대안의 개발, 평가기준의 작성과 선택, 정책대안들의 평가 및 최종적인 선택에 이르는 전 과정에서 영향을 미치고자 열심히 노력하기 때문이다.

정책형성과정은 정책과정에서 가장 핵심적인데, 이 과정에서 정책의 실무자나 학자들이 정책문제의 해결수단을 어떻게 탐색할 것인가, 어떻게 하면 이해관계자나 일반시민 또는 전체 국가와 사회에 최소한의 비용으로 정책혜택을 극대화할 것인가, 어떻게 하면 예산, 시간, 기술, 정보 등의 주어진 제약조건을 최대한 활용하여 또 다른 문제를 발생시키지 않고서도 훌륭히 정책과제를 해결할 것인가, 어떻게 하면 많은 사람과 조직으로부터 지지와 신뢰를 얻을 수 있는 정책이 될 것인가 하는 점이 설명될 수 있어야 한다. 이 단계는 일반적으로 첫째, 정책문제를 확인하고 정책목표를 정의하는 것 둘째, 정책대안의 설계 셋째, 정책대안의 결과예측 및 분석 넷째, 정책대안의 비교 및 순서화, 다섯째, 정책대안의 선택 등의 순으로 진행된다(이해영, 2004).

① 정책목표 수립

정책의 형성과정에서 가장 기초이며 하나의 준거틀을 제시하는 중요한 의미를 가지는 것은 정책목표의 설정이다. 정책목표란 어떤 정책을 통해 달성하고자 하는 미래의 바람직한 상태를 의미한다. 정책목표는 정책이 추구하는 하나의 미래상이며 희망하는 결과이다. 정책목표의 설정은 정책개발을 목표로 하는 이유와 직결되며 이후 정책결정과 집행, 평가에서 중요하고 직접적인 준거가 된다. 정책목표의 올바른 설정이 바람직한 정책결정의 출발점이며, 정책개발과 분석의 방향을 제시한다(신기현 외, 2003).

정책목표는 대단히 유동적인 것이 특징이며 시대적인 맥락과 환경적인 가치와 철학, 및 우선순위에 따라 다양하고 복잡하게 정의될 수 있게 때문에 문화적이고 사회적이며 역사적 전통이나 지배적인 인식 패러다임 등에 관한 보다 사려 깊은 고려가 반드시 이루어져야 한다. 뿐만 아니라 집단적이고 지역적인 이해관계에 의해서도 양상이 달라질 것이므로 특정지역이나 계층, 집단, 직업 등의 이해관계

와 공공의 이익과 정의, 삶의 질, 평등과 형평, 자유와 연대의식 등과 같은 가치를 정책대안의 형성과정에서 보다 신중하고 면밀하게 다룰 필요가 있다.

② 대안의 형성과 비교

정책목표가 수립되면, 이러한 정책의 목표를 달성하기 위해 여러 가지 해결방안을 모색하고 개발하는 과정이 본격적으로 진행된다. 이 때 여러 가지 해결방안을 모색하고 개발하는 과정속에는 이들 대안에 대한 비교분석이 포함되는 것이 보통이다. 따라서 정책의 형성과정이란 넓은 의미에서 ‘정책문제가 무엇인지 파악하고 문제를 둘러싼 상황을 파악하여 정책목표를 세우고, 그 목표를 달성할 수 있는 정책수단으로서 정책대안을 개발하며 가장 바람직한 정책대안들을 비교분석하는 과정이다. 따라서 정책의 형성과정은 문제의 해결방안에 관한 모색과정이며, 정책결정자를 위하여 충분한 정보를 제공하는 과정이기도 하다. 또한 문제를 해결하는 가장 효과적인 정책대안들을 개발하여 비교 검토하는 과정이므로 비교적 합리적이고 기술적인 성격을 가진다(송근원 외, 1995).

정책대안을 만들기 위해서는 문제, 상황, 미래에 대한 정보를 수집하여 종합적으로 검토해야 한다. 정책문제와 관련된 과거의 정책이나 현존 정책 및 다른 나라나 다른 지역의 정책 등을 검토하는 방법과 사회과학적 지식이나 이론모형으로부터 대안을 추론하거나 주관적인 직관을 통해 개발하기도 한다. 이에 따라서 정책대안을 세개 또는 다섯 개 정도로 모색하고 설계하는 것이 일반적이지만 정책문제의 성격과 종류에 따라서 한 두 개 정도만 탐색하는 경우도 있다. 여기서 핵심은 어떻게 하면 보다 능률적이고 효과적이며 생산적인 정책대안을 찾을 것인가 하는 점이다.

정책대안들이 설계되면, 각 대안의 실행결과와 부작용, 부수효과, 중단적 차원에서의 장단기적 효과 등을 예측하여 각 대안의 결과를 예측하고 비교분석한다. 이러한 결과예측이나 분석방법은 상당히 계량적이며 기법적인 것이 많다. 시뮬레이션기법, 비용-효과분석, 민간도 분석, 위험분석 등 단순한 양적 분석뿐만 아니라 상황적인 가치판단과 윤리적인 이해관계의 판단과 역사적이고 사회적인 맥락을 분석하기 위한 질적 분석방법도 수행될 수 있다. 정책대안을 실제의 정책 환경에 적용하고 집행하기 이전에 각 대안을 가상적으로 집행시켜 발생될 결과를 예측하

는 것이 이 단계의 핵심이다. 이해영(2004)은 정책학에서의 이분법적 접근론을 통합하는 방안으로 다양한 정책분석기법을 사용하여 정책대안을 비교분석하여 정책결정의 선택이 이루어지도록 하는 정책분석을 정책과정론 중 정책대안형성과정에서 실시하는 것으로 제안하고 있다.

정책형성과정은 목표의 설정과 대안의 확보와 비교분석의 과정으로 이루어지는데 이러한 과정이 항상 합리적으로 이루어지는 것은 아니다. 왜냐하면 예측능력의 한계, 계량화의 문제, 비교분석의 기준으로서의 공동척도의 결핍, 비용과 시간의 문제 다른 국가 목표와의 관계 등이 문제점으로 작용한다. 정책목표가 뚜렷하다 하더라도 만족할만한 대안을 형성하지 못하는 수도 있고, 또 정책대안의 결과에 대해서도 정확하게 예측하기 어려운 경우도 발생한다(송근원, 1994).

정책대안들간의 비교분석이 이루어진 다음에는 정책대안의 결과에 따라서 제안된 여러 가지 정책대안을 일정한 기준에 의해 우선순위를 만드는 작업이 진행된다. 일정한 기준에 따라서 각 대안의 가치와 정책대안의 결과 예측치를 비교하여 순서화하는데, 기준으로 가장 많이 사용되는 것은 능률성, 효과성, 형평성, 적절성, 대응성, 정치성, 집행가능성, 사회적 가치와 윤리성 등이다. 정책대안을 아무리 완벽한 분석과 다양한 기준에 맞추어 정책의 가치와 비용 등 계량적으로 가치화한다고 해도 최종적으로 정책안을 선택하는 것은 단순히 계량화된 가치에만 의존하는 것은 아니기 때문에 정책대안을 선택하는 문제에는 여러 가지의 변수가 작용한다.

③ 분석을 위한 질문

본 연구는 정책대안의 형성과정에서 가장 토대가 되고 나아가 정책평가의 직접적인 준거들이 되는 정책목표에 대해서 다음과 같은 질문을 제기하고자 한다.

첫째, 노인수발보장정책이 구체적으로 달성해야할 정책목표로서 제시된 것은 무엇인가?

둘째, 노인수발보장정책의 암시적 혹은 명시적 목표는 무엇인가?

셋째, 정책목표가 반영하고 있는 가치와 이론은 무엇인가?

넷째, 노인수발보장정책의 도입배경은 무엇인가?

즉, 전 단계인 정책의제설정단계에서 나타난 사회문제와 그 사회문제를 해결하기 위해 설정된 정책의제, 그리고 그 정책의제를 구체적인 대안을 모색하고자 하는 과정에서 나타나는 정책목표가 일관성있게 제시되는 지를 분석하고자 한다. 정책 목표에 대한 검토 역시 정책의 도입배경연구에 있어서 중요한 지점을 차지한다. 따라서 본 논문의 3장에서 살펴본 일본의 노인개호보험을 도입배경과 우리에게 시사하는 점을 토대로 우리나라의 노인요양보험제도의 정책목표와 관련된 이슈들을 비교 검토하고자 한다. 정책이 표면적으로 목표로 하는 바와 제시는 되지는 않았지만 다른 정책적 목표나 기대효과가 숨겨져 있는지 규명하고, 정책의 목표가 어떤 사회적 가치와 이론을 반영하고 있는지 그 성격에 대해서도 확인해볼 필요가 있다. 이러한 연구를 통해 우리나라의 노인요양보장정책의 출발점을 보다 명확하게 인식할 수 있으며, 이러한 인식은 구체적인 대안을 형성하는 과정과 정책의 내용들을 이해하고 그 한계점에 대한 문제의식을 확대시켜 주는 역할을 할 것이다.

첫째, 노인수발보장을 위한 어떤 대안들이 설계되었는가?

둘째, 각 대안들의 내용과 특성, 그리고 대안이 반영하고 있는 가치와 이론은 무엇인가?

셋째, 설계된 정책대안들을 비교분석하기 위해 적용된 방법은 무엇인가?

넷째, 대안들의 설계과정 혹은 비교과정에서의 쟁점과 이슈는 무엇인가?

다섯째, 이러한 과정에서 주도자와 참여자는 누구인가?

이 과정에서는 설정된 정책의제를 성취하기 위해 형성된 대안들은 무엇이며, 그 대안들이 형성되고 비교 검토되는 과정에서 제기되는 쟁점과 논의과정의 특성은 무엇인지를 분석하고자 한다.

(3) 정책결정단계

정책결정은 합리적이고 바람직한 정부의 장래 대안을 선택하는 일련의 과정을 의미한다. 즉, 공익으로 표현되는 국민의 삶의 질 향상과 같은 가치를 구현하기

위해 정부 및 공공기관이 필요하다고 인정한 정책의제를 채택하고 합법적인 절차에 따라 심의과정을 거쳐 최선의 대안을 선택하는 일련의 행위로 정의된다(안해균, 1997). 정책결정은 일반적으로 볼 때, 권위 있는 정책결정자가 문제해결을 위한 여러 가지 대안들 가운데 하나를 선택하는 행위 또는 과정을 말한다. 이 과정에서 정책대안의 비교분석 행위나 과정을 포함하기도 하지만 본 연구에서는 이 과정을 정책대안형성의 과정에서 고찰하고 정책결정을 이미 나타난 대안에서 확정안을 결정하기 위한 행정적 절차, 혹은 과정적 절차를 포함한다. 즉 정책대안 가운데 하나가 권위 있는 정책결정에 의하여 정책으로 채택되는 과정 그리고 그 과정속에 나타나는 정책결정자의 행태와 채택된 정책 사업들 사이의 우선순위 확정 등의 과정과 행위를 의미하여 사용한다(송근원 외 1995).

최종적으로 정책안을 결정하는 권한은 정책을 결정할 수 있는 일정한 권한과 자격을 가진 개인이나 조직, 위원회, 단체 등에 속해 있다. 정책결정자와 정책전문가 혹은 정책입안가들이 서로 일치하지 않기 때문에 이들 사이에서의 의견의 불일치나 갈등관계를 극복하는 문제가 최종적인 정책대안을 결정하고 선택하는 단계에서 어려운 과제 중의 하나이다(이해영, 2004). 정책대안을 결정하는 이론적 모형에 대해서는 정책학에서 가장 잘 발달되어 있는 분야 중의 하나로서 다양한 정책결정모형이나 이론이 소개되어 왔다.

① 합리적 모형

합리적 모형(rational model)은 인간의 이성과 합리성을 전제로 정책결정과정을 설명한다. 곧 정책결정자나 정책분석가가 고도의 합리성을 가지고 있고 주어진 상황 하에서 주어진 목표의 달성을 극대화할 수 있는 최선의 정책대안을 찾아낼 수 있다고 보는 정책결정모형이다(송근원 외, 2004). 이 모형은 인간의 이성과 합리성, 그리고 인간의 지적 능력이나 판단 능력을 신뢰하며, 정책문제와 목표를 정확하게 정의하고 그에 관련된 모든 정보와 자료를 수집하고 분석하여 사회적, 정치적, 경제적인 모든 분석 가능한 비용과 효과를 구체적이고 계량적이며 화폐적으로 제시하고 최고 혹은 최적의 정책을 결정하는 합리적 선택과정으로 정책결정을 이해하는 입장이다.

합리모형론에는 개념적으로 합리성을 정의하는 문제나 신뢰하는 문제, 그리고 모

든 정보와 자료를 분석하다는 것이 현실적으로 가능한 것인지, 그리고 계량화할 수 없는 변수들을 어떻게 조작할 것인가 하는 문제가 따른다. 그럼에도 불구하고 이 모형은 정책대안의 탐색과 결정에 필요한 하나의 기준이나 원형의 역할을 할 수 있다(이해영, 2004). 그러나 정책결정과정에서 이러한 합리적인 선택에 의해서 이루어지는가에 대한 회의는 상당히 만연해있다고 하겠다.

② 점증모형

합리적이고 종합적인 정책결정모형을 비판하고 현실적인 설명모형으로서 제시된 것이 계속적이고 제한된 비교의 접근방법인 점증모형(incrementalism model)이다. 이 모형은 합리모형의 전제인 인간의 합리성은 정책결정과정에 존재하지 않으며, 문제를 해결하기 위한 유일한 결정이나 올바른 해결책을 찾는 것은 불가능하다고 보고, 정책결정자는 다른 정책결정자의 결정과 이익을 고려하면서 자신의 결정을 끊임없이 조정하게 된다는 것이다. 이와 같은 결정은 다양한 행위자들에 의한 상호조정 과정을 통해서 이루어지는데 곧 정책은 행정부나 정부가 독자적으로 만드는 것이 아니라 사회를 구성하고 있는 여러 세부적 구성 단위에 의해 분석되고 평가되며, 점진적인 변화나 변동을 추구하는 선에서 기존의 정책을 모체로 한 조금 더 새로워진 것을 결정한다는 설명이다(송근원 외, 2004). 이 입장에서는 실제의 정책결정은 계속적이며 한정된 비교방법을 통하여 이루어질 수밖에 없으며, 기존의 정책 등을 기초로 해서 한계적인 변화나 변동을 유발할 수 있는 정책대안을 탐색하고 결정하는 것이 현실적으로 보다 더 타당하고 실현가능성도 크다고 본다(이해영, 2004).

정책결정에 있어서 이와 같은 점증주의적 접근방법은 정책결정자 개인과 조직의 능력, 여건에 비추어볼 때 현실적일 뿐만 아니라 가장 효율적이며 정치시장의 원리에도 가장 충실한 접근방법이다. 그래서 점증모형은 다원주의적 사회의 정책결정행태를 잘 설명해주며, 새로운 정책이나 상이한 정책의 영향에 관한 미래의 불확실성의 위험을 감소시켜서 정치적 실현가능성이 높은 정책대안을 산출한다. 점증주의적 정책결정의 방법은 중대한 정책적 오류를 범할 확률을 줄일 수 있는 이점도 가지지만, 과거의 정책을 거의 그대로 지켜나가는 보수적인 성격을 띠고 있으므로 원래부터 정책이 잘못된 경우 이를 시정하기 어렵고 현재의 상태를 옹호

하려는 경향도 강해 사회세력간의 불균형에 기인한 불평등이 존재하는 경우를 시정하는 것도 어렵다는 약점을 내포한다(노화준, 2004). 그래서 기존의 정책을 준거틀로 삼을 수 없는 경우나 과거에 없었던 새로운 사업을 시행해야 하는 경우 등에 필요한 정책대안의 결정을 설명할 수 없다. 그러나 현실적으로 볼 때 많은 정책사례에서 정책결정의 현실을 이 모형이 가장 잘 반영해주고 있다고 하겠다.

③ 혼합모형

합리적 모형과 점증모형을 다같이 비판하는 동시에 각 이론의 장점을 취할 수 있는 접근방법을 제시하는 혼합모형(mixed scanning model)이 제안되었다. 두 가지의 단점을 보완하도록 두 접근을 절충하여 합리모형의 이상주의적 성격에서 나오는 단점과 점증모형의 보수성이라는 약점을 극복할 수 있는 전략을 제시하고 있다. 즉, 종합적 합리성을 바탕으로 하여 큰 범위에서의 기본적인 결정은 합리적으로 이루어지지만 세부적 결정은 기본적 결정을 보완 수정하여 점증적으로 이루어진다고 주장한다(노화준, 2004). 그러나 현실적으로 어느 지점에서 합리적 접근을 취하고 또 다른 어느 지점에서 점증주의적 접근방법을 취할 것인가를 결정하는 것은 어려울 뿐만 아니라 모호하다는 것이 가장 큰 단점이라고 하겠다.

④ 만족모형

만족모형(satisficing model)은 정책결정을 단순하게 설명할 수 있는 모형으로서 제시되었는데 정책결정과정에서의 가장 중요한 기준 중의 하나는 정책결정자나 결정체제의 만족수준이라고 본다. 이 모형은 합리모형에서 상정하는 것만큼 인간의 완전한 합리성을 전제로 하지는 않지만 정책결정자나 정책분석가가 비교적 합리적으로 정책을 결정한다고 가정하며, March & Simon은 객관적으로 존재하는 상황의 복잡성 때문에 개인이나 조직은 이를 간소화하여 인지하며 최선의 대안을 찾는 것이 아니라 만족할 만한 대안을 선택한다고 보았다. 이 모형에서의 비합리성은 완전한 비합리성이 아니라 인간의 제한적 합리성을 전제로 하여 만족스러운 정도의 정책대안을 선택함으로써 정책결정이 이루어진다고 설명하기 때문에 합리모형보다 훨씬 현실적이고 경험적인 정책결정모형이라 할 수 있다(송근원 외, 2004). 제한된 범위에서 특별한 가치기준의 범위에서 단지 적절하게 변화를 유도

할 수 있는 정책방안으로 탐색하고 결정하면 이것이 곧 합리적이고 능률적이며, 제한된 합리성 즉, 인간은 개인적으로 보면 지극히 합리적이지만 조직이나 단체 등의 의사결정에 참여할 때는 반드시 합리적이고 고결한 인간으로서 행동하지 않는다는 것을 강조한다. 현실적인 환경과 조직분위기, 관습, 권위, 일의 분업, 교육 등에 의해서 인간은 자기가 합리적이라고 생각하는 것과 조직의 합리적인 것과의 갈등을 가장 적게 느끼는 수준에서 의사결정을 하게 되고 이에 만족한다는 설명이다. 그러나 이 모형에서도 개인적인 의사결정과 조직수준의 결정을 구분하기 어렵고 만족한다는 개념도 모호하고 분명하게 정의하기 어렵다. 또한 너무 현실적이고 보수적인 입장이어서 변화와 혁신을 설명할 수 없다는 단점을 가진다.

⑤ 최적모형

최적 모형(optimal model)은 정책결정을 체계론적 시각에서 파악하고 정책성과를 최적화하려는 정책결정모형이다. 여기서 정책성과를 최적화한다는 의미는 정책결정과정에서 투입보다 산출이 커야 한다는 의미로 정책결정에 드는 비용보다 효과가 더 높아야 한다는 것을 전제로 한다. 즉, 경제적 합리성과 초합리성을 띤 규범적인 모형으로서 제시되는데 초합리성이란 직관, 판단, 통찰력 등 인간 의식의 밑바탕에 깔려 있는 아래의식적 요소로서 도움이 된다고 보았다. 그러나 전적으로 초 합리성에 근거한 정책결정을 주장하는 것은 아니고 정보에 입각한 직관 또는 과학적 근거를 바탕으로 하는 짐작, 곧 합리성과 초합리성을 융합적으로 이용한다고 하였다(송근원 외, 2004). 이 모형은 그동안 무시되었던 초합리적인 요소를 정책결정모형에 삽입함으로써 이들이 실제 정책결정과정에서 사용되고 있음을 밝히는데 크게 이바지 하였으나 초합리성의 달성방법이 모호하고 이러한 요소를 강조하게 되면 신비주의나 임의적인 정책결정에 관한 변명거리가 된다고 비판된다.

⑥ 쓰레기통 모형

쓰레기통 모형(garbage can model)은 정책결정이 합리성이나 협상, 혹은 타협을 통해서 정책결정이 이루어지는 것이 아니라, '조직화된 무정부상태(organized anarchies)'속에서 이루어지는 몇 가지 흐름에 의하여 우연히 이루어진다고 보는

모형이다. 즉, 정책결정이 이루어질 수 있는 선택 기회의 흐름, 해결되어야 할 문제의 흐름, 문제에 대한 해답으로서의 해결방안의 흐름, 정책결정에의 참여자 흐름 이 4가지가 우연히 쓰레기통에서 만나게 되면 그때 정책결정이 이루어진다는 것이다. Kingdon은 정치의 흐름(political stream), 문제의 흐름(problem stream), 정책대안의 흐름(policy stream) 이라는 세 가지 흐름이 존재하며 각각의 흐름의 참여자도 다르다고 본다. 정치의 흐름은 정치인 및 이익집단에 의해서, 문제의 흐름은 언론 및 클라이언트들에 의해서, 정책의 흐름은 관료나 전문가의 참여에 의해서 활성화되지만 평상시에는 각각 독립적으로 흐른다. 정책 아젠다는 이러한 각각의 흐름이나 혹은 흐름간의 결합에 의해서 형성되며 이 세 가지 흐름이 우연히 만나게 될 때 정책의 창문이 열리면서 정책결정의 기회를 맞는다는 것이다(송근원 외, 2004).

결국 정책을 결정해야 할 시기와 기회가 있으면 흐름들의 주류가 얹혀서 최종적인 의사결정이 이루어진다고 보았다. 이 모형은 조직집단에서 역동적으로 움직이는 조직의 의사결정을 미시적으로 설명하고 정책이 정책과정에서 나타나는 조직단위의 의사결정의 형태와 문제에 따른 해결책을 제시하기보다는 그 해결책에 따른 문제가 더 많이 발생될 수 있다는 등의 이론을 제시한 장점이 있다. 그러나 현실적으로 의사결정들이 쓰레기통에서처럼 상당히 무작위하게 이루어지는 것이 아니라 각 흐름들이 정형화되어 있다는 점과 관련 개념들을 현실에서 보다 정확하게 설명하지 못하는 한계를 가진다(이해영, 2004). 이러한 정책결정에 관한 이론적 모형들은 정책결정이 어떻게 이루어지는가를 설명하기 위해 고안된 모형들이다. 정책결정의 과정에서 참여자의 수준과 역할, 의사진행방식, 가정과 전제, 주된 영향요인 등을 고려하는 것을 통해 정책의 특성과 한계 등을 분석해낼 수 있다.

⑦ 분석을 위한 질문

본 연구는 노인수발보장제도가 결정되는 정책결정단계에 관한 분석을 위해서 다음과 같은 질문을 제기한다.

첫째, 최종안을 결정한 공식적/비공식적 정책결정자는 누구인가?

- 둘째, 정책결정단계에서 전제된 가치나 가정은 무엇인가?
- 셋째, 정책결정단계의 참여자와 주도자는 누구인가?
- 넷째, 정책결정단계의 의사진행방식의 특성은 무엇인가?
- 다섯째, 정책결정단계에서의 집단간 갈등적 요소는 무엇인가?
- 여섯째, 정책결정단계의 쟁점과 이슈는 무엇인가?

즉, 노인수발보장제도의 입법예고안을 결정하는 과정에서 영향력을 미친 요소를 결정안 자체의 장점이나 특성, 결정과정에서의 주도적 역할수행자, 의사진행방식, 관련 집단 간의 갈등적 측면이나 다양한 역학적 상호작용 등의 측면에서 검토하고자 한다. 특히 정책결정과정에서의 쟁점과 이슈는 매우 중요한 의미를 지니므로 다각적으로 접근할 필요가 있으며, 형성과정에서의 쟁점과 이슈와의 맥락을 유지하는 것이 중요하다.

(4) 정책집행단계

정책결정을 통해 정책이 최종적으로 선택되었다고 해서 자동적으로 당연히 현실화되는 것은 아니다. 대부분의 경우 정책대안이 법으로 정립되어야 하는 과정을 거쳐야 한다. 법령으로 제정되어 법적인 권위와 집행능력을 부여받은 정책대안과 기타 세부적인 사업 시행안들이 현실적으로 정책과제를 해결하는 수단으로서 얼마나 잘 실천될 수 있는가를 설명하는 것이 정책의 집행이다. 정책집행은 정책서비스를 제공하고 실현하는 정책활동이며, 정책의 구체적인 사항들을 현실적으로 적용시키는 것이다(이해영, 2004).

Pressman & Wildavsky(1973)는 정책집행을 정책이 의도한 결과를 달성하기 위하여 인과적인 순서에 따라 차례로 진행되는 것을 의미하며, 이미 설정된 목표를 달성하기 위해서 정부나 민간부분의 개인이나 집단이 수행하는 활동으로 규정한다(송근원 외, 2004). 정치와 행정을 이원론적으로 구분하는 시각에서는 정책집행을 관리기술적인 측면에서만 파악하는 경향이 있는데 이런 시각에서는 정책결정과 정책집행의 경계가 분명하며 시간적인 선후관계를 가지며, 정책결정은 가치가 개입하는 정치적 과정이지만 정책집행은 가치가 배제되는 기술적 과정으로서 결

정된 집행을 기계적으로 수행하는 것으로 본다.

이와는 반대로 정책집행은 결코 가치중립적이지 않으며 단지 기술적인 과정에 그치는 것이 아니라는 입장도 있다. 즉 정책집행과정은 정책에 규정된 정책수단을 통하여 정책목표를 달성하는 단순한 기계적 활동들만으로 구성되는 것은 아니라, 여러 참여자들 사이의 상호작용과정이며 참여자들 사이의 협상과 타협을 통해서 원래의 정책목표를 왜곡시키기도 하고 정책집행을 지연시키기도 하며 때에 따라서는 정책목표를 전혀 실현시키지 않기도 한다. 따라서 정책집행은 여러 사회세력간의 권력관계를 반영하는 과정으로 성격을 띠는 것이다(송근원 외, 1995)

결국 정책집행은 정책과정 중 정책결정 다음에 이루어지는 단계로서 정책의 내용을 보다 구체화하기 위한 과정인 동시에 정부 정책을 실현화시키는 것이기 때문에, 특히 국민생활과 직결되는 정부의 활동으로서 국민들에게 미치는 영향이 상당히 크므로 매우 중요하게 다루어져야 한다. 그래서 정책집행의 중요한 과제는 정책집행의 담당자들이 정책의 목표나 정책가치, 정책과제를 의도된 대로 정책의 기준에 따라서 이를 실현시킬 수 있는가 하는 점이다. 정책집행의 중대성은 결국 과학적이고 체계적인 기준과 민주적인 절차와 과정으로 훌륭한 분석기법을 동원하여 정책대안을 탐색하고 선택했어도 이것이 실행단계에서 이 가치와 목표가 실종된다면 훌륭하게 진행되어온 지금까지의 일련의 과정모두의 의미와 성과를 단번에 물거품으로 만들어버린다는 점에 있다.

정책집행에 관한 시각은 고전적인 행정집행과 현대적 행정집행의 특징으로 나눌 수 있는데 고전적인 행정모형은 일선 행정담당자에게 책임과 권한이 결여된 상의하달식 명령구조를 전체로 하고, 정책집행에 있어서 대부분의 권한이 상층부에 있다는 것을 의미한다. 반면에 현대적인 행정집행의 모형은 하부 일선기관에 정책집행에 관한 상당한 권한과 책임을 부여하여 행정의 효율성과 능률성을 추구하고 있다(신현기 외, 2003).

고전적 집행모형은 M.Weber의 관료제이론에 근거하고 있으며, 정책에 대한 권한은 정책결장과 정책집행자의 엄격한 계층을 형성하기 때문에 정책결정권한은 조직의 상층부에만 주어지고 결정된 정책을 실현하기 위하여 전문가집단을 고용하며 이 집단에서 상층부의 명령을 받아 충실히 집행하면 조직 전체가 가장 이상

적이고 합리적인 것으로 본다. 고전적 행정모형이 특징은 W.Wilson의 『The Study of Administration』에서 주장된 것처럼 정치와 행정을 구별하는 정치·행정이원론에 입각하여 행정을 사무적이고 기술적인 것이고 행정에 대한 전문적인 지식을 가진 사람에 의해서 보다 과학적이고 합리적으로 운영될 수 있으며, 능률성을 핵심적 과제로 삼아서 최소의 비용으로 최고의 생산성을 산출하고자 추구한다. 이러한 고전적 모형에서는 정책결정자가 재량권을 가지고 정책집행자에게 관련된 사항을 상의하달식 명령구조를 전제로 지시하며, 정책집행자는 권한이나 재량권의 위임받음 없이 합리적이고 효율적인 목표를 수행하는 전달자로서 정책산출을 집행한다. 이러한 모형에 의해서 집행된 일련의 정책들이 실패로 돌아가면서 이렇게 실패된 정책집행에 관한 분석과 비판이 뒤따랐다. 이러한 논의를 바탕으로 정치·행정이원론을 기초로 하는 현대적 정책집행모형이 제기되었다.

우리나라 행정기관의 정책집행은 재량권이 주로 행정기관의 상위계층에서만 나타나는 편중되는 현상을 보이며, 계층제적 성격이 강한 권위주의적 조직으로서의 무사안일주의적 정책집행과 전문가집단의 참여와 시민의 참여를 배제한 행정기관의 편의주의적 집행 형태, 그리고 법규만능주의의 경향을 보여 왔다고 지적하였다(백완기, 1982). 따라서 정책집행에서 제일 중요한 과제는 실질적으로 정책가치와 정책목표를 원래 정의된 바대로 실현할 수 있는가 하는 것인데 이러한 성공적인 정책집행을 위해서는 집행과정에서 영향을 끼치는 제약요인이나 중요 변수를 찾아서 극복하는 것이 필요하다.

(5) 정책평가단계

정책평가란 정책 활동에 관한 평가를 말한다. 평가란 어떤 활동에 관해 정보를 수집하고 분석하며 해석함으로써 그 가치를 판단하는 것을 뜻한다. 따라서 정책평가란 정책 활동의 가치를 따져보기 위해서 정보를 수집, 분석, 해석하는 활동이다. 정책 활동의 범위에 따라 좁은 의미의 평가와 넓은 의미의 평가로 구분될 수 있는데 좁은 의미로 쓰이는 경우에는 정책집행의 결과에 대한 평가, 곧 정책이 원래 의도한 문제의 해결에 얼마만큼 영향을 미쳤는가에 대한 평가활동으로서 정책실시 이후에 이루어지는 것으로 구체적인 하나의 정책이 미치는 여러 가지 영

항들에 초점을 두며 결국은 정책의 성공과 실패에 관한 평가연구를 의미한다. 넓은 의미에서의 정책평가는 정책과정 전반에 걸친 평가활동을 뜻한다. 정책결정이전부터 정책집행 이후까지의 모든 정책과정속에서 이루어지는 정책 활동에 대한 평가를 의미하는 것으로 정책 활동이 시작되면서 정책이 종결된 이후의 모든 것에 관한 평가이므로 언제 평가를 수행하느냐에 따라 세부적으로 평가의 단계가 나뉠 수 있다(송근원 외, 1993).

이러한 정책평가는 정책의 효과성을 증진하고 책임성을 확보하기 위해서 필요하다. 정책평가는 정책목표가 얼마나 달성되었는가를 알려주며, 정책성공과 정책실패의 원인을 제시해주고 성공을 위한 원칙이나 정책효과를 높이기 위한 여러 가지 원칙과 정보를 제시해줄 수 있다. 또한 정책 활동에 대한 책임소재를 규명할 수 있으며, 정책에 소요되는 비용이 적절하게 사용되었는지에 관한 정보를 통해 정책에 대한 정당성을 확보할 수도 있다. 그러나 정책평가가 필요하다는 사실에는 이의가 없으나 이루어진 정책평가의 결과가 잘 쓰일 수 있는지에 대해서는 논쟁이 있다. 정책평가가 타당하면서도 질적으로 우수하게 이루어져야하며, 이 결과를 정책결정자나 집행자가 올바르게 이해하고 반영하고자 하는 의지가 있어야 하며, 정책평가를 환류하는 시스템을 갖추도록 제도화되어야만 비로소 평가의 결과가 제대로 활용될 수 있다는 측면에서 볼 때 이러한 조건의 미비로 인해 오히려 평가가 활용되지 못하거나 무시되거나 오히려 형식적이라는 비판을 받는다.

송근원(1994)은 정책문제평가에서는 문제의 내용, 대상 집단의 특성, 문제의 인지도, 문제의 심각성 등 사회복지정책문제로 이슈화시키기 위해서 탐색적인 기분이 사용되며, 정책의제평가에서는 사회복지가 정책꾼들에 의해서 어떻게 다루어지는지 반응성, 사회적 형평, 공정성 등이 중요한 기준으로 나타나며, 정책설계와 정책평가에 있어서는 능률성, 효과성, 공정성, 실현가능성, 합법성, 사회적 형평, 반응성이 주로 사용된다고 하였다. 또한 정책집행 평가에서는 정책이 계획대로 시행되는지 집행의 일관성 등이 강조되고 정책영향평가는 정책이 목표를 달성했는지, 클라이언트가 만족했는지, 사회적 효과성 등이 중요한 평가기준이 된다고 하였다. 이 외에도 평가가능성과 정책평가에 대한 평가를 수행할 있으며, 이때에는 평가의 활용성, 정치적·비용적·방법론적 제한점, 타당성과 신뢰도 등이 평가기준이 된다.

제2절 사회복지정책 분석이론

Gilbert & Specht (1993)는 사회복지정책은 다음 차원에 관한 원칙들 간의 선택이라고 하였다. 첫째는 정책을 통해 해결되어야 하는 위험의 특성과 적격성에 관한 것으로 누가 급여를 받을 것인가 즉, 급여의 대상자 차원이다. 둘째는 제공되는 급여의 형태와 범위에 관한 것으로 무엇을 제공할 것인가 즉, 급여의 내용 차원이다. 셋째는 급여를 제공하는데 필요한 비용을 어떻게 충당할 것인지 즉, 재원조달방식 차원이다. 넷째는 급여를 전달하는 구조의 특성과 방식에 관한 것으로 서비스 전달체계 차원이다. 사회복지정책은 이 4가지 차원에 관한 원칙들에 있어서 선택으로 이루어진다고 보았다. 특히 이러한 선택에서 영향을 미치는 것은 사회의 가치와 관련된 이론과 그로 인해 제시 가능한 대안이며, 이 세 가지 축이 4가지의 정책영역과 교차되어 사회복지정책을 구조화한다고 보았다.

1. 적용대상

사회복지정책의 내용을 분석하는 데 있어서 가장 논란이 되는 것 중의 하나는 급여를 받을 수 있는 자격의 문제이다. 즉, 누구에게 급여하고 누구에게 급여를 안하느냐의 문제이다. 일반적으로 사회복지재화나 서비스는 시장에서의 쌍방의 교환이 아닌 국가로부터의 일방적인 이전의 형태로 제공되기 때문에 재화에 대한 수요보다 공급이 적은 경향을 가진다. 즉, 사람들이 원하는 사회복지재화의 양보다 국가에서 급여할 수 있는 양이 적은 것이다. 이러한 상황에서는 어떠한 방식이라도 사회복지재화나 서비스에 대한 수요를 제한할 필요성이 발생하고 이때 그것의 기준이 무엇인가가 쟁점이 되는 것이다(송근원 외, 1995).

이러한 급여의 자격기준과 관련된 논쟁은 사회의 가치에 관한 우선순위에 따라 다르게 전개된다. 송근원 외(1995)는 어떤 종류의 평등을 어느 정도까지 추구할 것인가와 사회구성원들의 자유를 어느 정도 제한할 것인가, 그리고 욕구를 어느 정도까지 인정할 것인가 등에 따라 급여자격의 형태가 영향을 받는다고 지적하였다. 특히 사회복지에 사용할 재원이 제한되어 있기 때문에 주어진 제한된 자원의 적정한 배분이 사회적 관심이 되므로 정책이 의도한 사회적 목표를 얼마나 이를

수 있는가 하는 측면에서 우선적으로 자격기준이 고려된다.

Gilbert & Specht(1993)는 사회적 급여 대상자의 자격기준으로는 결혼여부, 고용 관계, 거주지, 가족크기, 건강, 나이, 교육, 인종, 성별, 장애여부, 소득 등 다양한 기준이 존재하는데, 사회적 할당의 기본은 특정한 개인과 집단에 대해 급여가 제공되어야 하는지에 관한 원칙들 즉, 보편주의와 선택주의, 혹은 사회적 효과성과 비용효과성, 욕구와 보상, 진단과 자산조사 등 가치와 이론과 연관된 선택을 하는 것이며, 이러한 선택은 자격기준의 조작적 정의를 위한 가이드라인이 된다고 하였다. 이 외에도 자격조건의 형태는 ① 거주여부, 거주기간, 시민권 ② 나이와 가족 수와 같은 인구학적 조건 ③ 보험료납부와 사회적·경제적 기여 ④ 근로능력 ⑤ 소득과 자산조사 ⑥ 전문적·행정적 판단인데 다양한 사회복지정책들은 이러한 여섯 가지의 자격조건들의 다양한 조합으로 나타난다(송근원 외, 1995).

누구에게 제공할 것인가에 관한 문제는 사회적 효과성과 비용효과성에 대한 복합적인 고려와 관련된다. 이에 관한 대표적인 논쟁은 보편주의와 선택주의의 원칙을 어떻게 적용할 것인가의 문제로 이어진다. 즉 비용효과성은 직접적으로는 선택적 접근과 함께 진전되는 경향이 있고 사회적 효과성은 보편적 접근과 함께 정의되어지는 경향이 있다. Gilbert & Specht(1993)는 보다 더 광범위한 적격성의 대안으로 귀인된 욕구(attributed need)¹⁴⁾와 보상¹⁵⁾, 진단적 구분¹⁶⁾, 자산조사¹⁷⁾ 이 4가지를 고려할 수 있다고 보았다. 그들에 의하면, 귀인된 욕구는 체계 부적절에 따른 사회에서 정상적으로 발생하는 욕구로 가정되기 때문에 이에 대응하는 사회복지정책의 성격은 제도적 개념에 해당된다. 그러나 자산조사로 접근하는 정책은 일반적으로 개인의 결점에서 일어나는 특정한 환경을 중시하므로 잔여적 개념이다. 보상과 진단적 구분의 경우는 제도적 개념과 잔여적 개념의 중간에 위치하는데 보상의 원칙은 제도적 개념에 더 가까운 반면, 진단적 구분의 경우 잔여적 개념에 더 가깝다. 이러한 할당의 원칙들은 다양하게 조합되면서 사회복지정책의 적용되며, 그 대표

14) 귀인된 욕구에 기초한 적격성은 경제 시장에서 현재의 제도적 조치들로는 충족되지 않은 고통의 욕구를 가진 집단의 구성원이 조건이다. 규범적 기준에 의해 정의되는 욕구이다

15) 보상에 기초한 적격성은 특별한 사회 및 경제적 기여-예를 들어 재향 군인이나 사회보험 계획의 구성원-한 집단의 구성원이거나 혹은 사회에 의해 불공평한 손해를 입은 사람들, 예를 들어 차별이나 도시 계획의 희생자와 같은, 집단의 구성원이 조건이다.

16) 진단에 기초한 적격성은 개별 사례에 대한 전문적 판단이 조건으로 개별 사례는 신체장애나 정신 장애와 같이 특별한 상품이나 서비스가 요구되는 경우이다.

17) 물품/서비스를 구입하는데 있어서 개인의 무능력에 관한 증거가 조건이다.

적인 예가 사회보장법의 노령, 생존자, 장애 및 건강 보험 프로그램으로써, 여기서 급여의 적격성은 귀인된 욕구와 보상의 이중적 원칙에 기초하고 있다(Gilbert & Specht, 1993).

현재 수발보장제도에 있어서 이러한 적격성의 기준이 다양하게 조합되는데, 우선 노인수발보장제도의 대상자는 현재 노인복지시스템에서 충족되지 않아서 어려움을 겪는 수발필요노인이라는 집단의 구성원이라는 규범적 기준에 의해 정의되는 욕구를 가지며, 보상의 근거가 되는 보험료를 기여하여야 하고, 수발이 필요하다고 전문가집단으로부터 판정받아야 하는 진단적 구분을 충족해야 한다. 뿐만 아니라 보험료를 각출하지 못하는 저소득층은 자산조사의 기준을 우선적으로 만족시켜야 급여를 제공받을 수 있게 된다.

2. 급여의 종류와 범위

무엇을 제공할 것인가에 관한 차원은 급여의 특성에 관한 것으로 현물과 현금의 기본적 유형이 있으며, 선택을 확장하기 위한 대안적 유형으로써 기회, 서비스, 바우처, 세금공제, 권한 등이 있다(Gilbert & Specht, 1993). 급여의 특정한 형태에 있어서도 여러 가지 상반된 가치와 이론이 개입하게 되는데 현물급여를 통한 통제 의 시도나 집합적 개입의 필요성, 소비자 선택보장을 통한 자율권 보장 등에 관한 논쟁이 그 예가 된다. 그러나 정부 책임 체계의 필수적인 부분으로 개인 선택에 대한 최대한의 기회를 유지하고 균형을 성취하기 위해서는 다양한 수준의 소비자 주권과 사회적 통제와 관련된 사회적 급여의 다양한 유형들이 혼합될 필요가 있다

(1) 현물과 현금

일반적으로 현물은 비용효과적이고, 현금급여는 소비자 선택권이 확대된다는 평가를 받는다. 즉 현물급여는 필요하고 적합하다고 판단된 서비스가 제공됨으로써 본래 정책의도대로 사용되므로 정책효과성이 높고 규모의 경제¹⁸⁾가 적용되어 효

18) 대량생산되는 물품과 서비스가 더 저렴한 가격에 공급되는 효율성을 가진다. 정부에 의해 대량생산되고 중앙적으로 배분되는 표준화된 급여가 개방된 시장에서의 경쟁과정에서 예상되는 많은 낭비적 측면들을 제거할 수 있다는 것.

울적이다. 또한 현물급여는 공평하게 대상들에게 분배되므로 효과적이다. 반면 현금급여는 소비자 선택의 자유를 인정하기 때문에 그 현금을 서비스 구매 혹은 가족보호제공자에 대한 보상으로 활용될 수 있는 유연함을 장점을 가진다.

그러나 현물급여는 공공 지출에 대한 정부의 통제를 의미한다. 즉, 현물 급여를 통해 값비싼 물품이나 술 등을 구입하는 ‘나쁜’ 행동을 제한할 수 있고, 공공의 의도가 수행되도록 강제한다. 따라서 현물 급여를 지지하는 주장의 핵심은 바로 사회 통제를 부여함으로써 개인적 이익을 집합적 선에 종속시키는 것이며, 또한 세금의 최종적 활용을 통제할 수 있다는 점이다. 현금 급여의 경우는 소비자 주권과 선택의 자유에 대한 매력이크기 때문에 종종, 현물과 현금 급여의 비용에 관한 논쟁은 개인주의와 집합주의 사상의 논쟁과 이어진다. 현물급여는 현금 급여 단독보다 복지의 보다 진정한 개념을 증진시킬 수 있고, 가장 최소한의 현물 접근으로 보호를 제공할 수 있는 대상층이 있기 때문에 소비의 사회적 통제가 긍정적 역할을 수행할 수 있다고 간주하기 때문에 집합주의자들이 선호한다. 그러나 집합주의자들이 사회적 보호의 바람직성으로 보는 것을 개인주의자들은 오히려 개인 책임성에 대한 온정주의적 침해로 본다. 이러한 현금 대 현물의 이슈는 사회적 급여의 형태를 둘러싸고 열띤 논의를 제공하였으나 일반적인 해결책을 도출해내지 못했다. 소비자 선택의 열렬한 지지자라도 특정 환경 아래에서는 (정신 지체 혹은 시장 기제가 잘 작동하지 않을 경우 등) 집합적 개입의 필요성을 인정하며, 현물 급여를 선호하는 사람들 또한 적절한 현금 보조와 사회적 및 심리적 서비스, 소비자 선택권과 자율성을 강조하지 않을 수 없기 때문이다. 따라서 다양한 수준의 소비자 주권과 사회적 통제를 제공하는 사회적 급여의 다양한 유형들이 혼합될 필요가 있으며, 여러 가지 대안적이 사회적 급여의 유형들이 제시되고 있다. 그 대안으로는 기회¹⁹⁾, 서비스²⁰⁾, 물품, 상품교환권(voucher)과 세금 공제²¹⁾, 현금²²⁾, 그리고 권한²³⁾이다(Gilbert & Specht, 1993).

-
- 19) 기회는 원하는 목적을 성취하기 위해 사용되는 유인책과 처벌로서 물품이나 서비스와 달리, 시민권의 급부나 혹은 “추가 기회”와 관계된다.
- 20) 서비스는 클라이언트의 이익을 위해 수행되는 활동으로 가정 내 보호, 상담, 계획 및 훈련과 같은 것이다.
- 21) 상품교환권과 세금 공제는 구조화된 교환 가치를 가지며 서술된 분야 내에서 자원들 중의 선택으로 이전되어질 수도 있는 급여이다. 사회적 급여의 유형으로서, 상품교환권은 특별한 매력을 가지는데 그 이유는 상품교환권이 부문 간의 사회적 통제의 발휘를 허락하는 반면에 부문 내에서 약간의 소비자 주권을 보호하기 때문이다. 따라서 상품교환권은 집합주의자와 개인주의자 모두에서 다

수발보장제도에서 가족을 중요한 파트너로 고려하는 경우, 현금 급여의 선택을 허용하는 경향이 있으며, 시설과 서비스의 인프라가 제대로 구축되지 않았기 때문에 현금급여의 허용해야 한다는 주장도 제기된다. 하지만 구매할 서비스가 충분히 개발되어 있지 않는다면, 현금 급여는 필요한 수발서비스에 대한 진정한 선택권을 제공하지 않기 때문에 이 점에 대한 고려가 필요하다.

수발보장제도의 급여형태에 대한 정책적 선호는 가족에 대한 사회적 가치와 이념, 그에 따른 가족정책의 방향에 따라 영향을 받는다. 부부관계의 기능적 평등모델에서는 여성의 경제활동참가가 당연시되기 때문에 국가가 전통적인 가족 내 여성의 보호제공 역할을 대체하는 서비스를 제공하는, 보호제공의 사회화방안(socialization of activity) 방안을 채택하는 경향이 높다. 반면 가족과의 동반자관계의 모형에서는 보호제공의 사회화보다는 직접적인 현금 보조금 혹은 조세 크레딧을 통하여 보호비용의 사회화(socialization of cost)를 선호하는 경향이 있으며, 이 관점에서는 가족구성원이 보호를 제공하는 역할을 수행하든 동안 현금보조금, 연금크레딧을 제공함으로써 가족들이 일과 보호역할을 배분할 수 있는 선택권을 강화하고자 한다(석재은, 1999).

따라서 현물 또는 현금급여방식의 선택은 각종 수발서비스 관련시설 및 인력의 인프라 구축정도, 가족지원 가능성 여부를 감안하여 결정해야 한다. 공식적 보호의 인프라 구축이 어렵거나 가족수발자의 적절한 서비스 선택 능력이 보유되는 경우에는 현금급여가 효과적이겠지만, 그렇지 못한 경우에는 현물급여가 수발필요노인에게 더 유리하게 활용될 수 있기 때문이다(선우덕 외, 2001).

(2) 재가보호와 시설보호

노인수발보장제도에서 전달되는 서비스의 형태는 현물과 현금의 형태 이외에 재가보호(home care)와 시설보호(institutional care), 이 두 가지로 구분할 수 있

양한 찬성자를 가진다.

22) 현금 급여는 공적 부조, 아동 수당, 사회 보험과 같은 프로그램을 통해서 지급된다.

23) 권한은 상품과 자원의 통제에 대한 영향력의 재분배와 관계된다. 그것은 정책을 통해서 성취되어 질 수 있으며, 사회복지급여를 분배하는 기관의 이사회에 빈민, 클라이언트 및 기타의 사회적 약자들의 대표가 참여하도록 요청한다.

다²⁴⁾. 최근에 강조되고 있는 재가 및 지역사회보호(home and community care)²⁵⁾에 대한 정책적 선호는 크게 두 가지 상이한 기대에 근거하고 있는데, 그 하나는 재가·지역사회보호가 노인들의 삶의 질과 만족도 향상에 더 기여할 것이라는 기대이다. 이는 시설보호가 초래하는 여러 가지 반인권적 문제와 심각한 부작용들을 비판하면서 보호의 형태를 지역사회중심으로 이동되도록 근거를 제공한, 1950년대 정신장애인의 탈시설화운동(de-institutionalization)과 정상화(normalization) 그리고 통합화(integration)라는 이념에 의한 것이다. 이와는 상이하지만 지역사회중심의 보호를 강조하게 된 또 다른 하나의 기대는 재가·지역사회보호가 시설보호보다 경제적으로 비용 절약적이라는 것이다. 재가·지역사회로의 중심이동은 무상의 가족보호를 이용할 수 있음으로써 사회보장지출을 감소할 수 있다는 가정에 근거하고 있는데 이러한 기대는 국가재정 위기에 따른 신자유주의적 정권의 사회보장지출의 삭감을 실현하는 방안으로써 재가·지역사회보호를 강조하는 정책으로 구체화되었다.

OECD 국가 사이에서는 수발보장정책의 바람직한 형태가 재가·지역사회보호라는 점에 대해서 명확한 합의가 이루어지고 있다. 즉 OECD 국가들은 보호가 필요한 허약노인들이 가능한 한 자신이 거주하던 집에서 보호받을 수 있도록 하되, 그것이 여의치 않는 경우에는 가능한 한 자신이 거주하던 집에서 보호받을 수 있도록 한다는 'Aging in place'를 공통적인 정책목표로 채택하고 서비스 제공형태를 재가·지역사회 보호로 중심을 옮기기 위한 정책적 조치들을 취하고 있다(선우덕 외, 2001).

그러나 재가·지역사회보호의 정책적 강조에도 불구하고 OECD 국가들의 시설보호비중은 65세 이상 전체 노인인구대비 평균 5.5%수준을 보이고 있다. 이러한 시설보호 수준의 유지는 아직 수발보호대상 노인을 재가·지역사회에서 수용할

24) 물론 최근에 와서는 연속적이고 통합적인 보호형태의 발전에 따라 재가보호, 지역사회보호와 시설보호간의 명확한 구분이 어려워지고 있다. 지역사회 내에 기존의 대규모시설과 차별되는 소규모시설이 많이 등장하고 있으며, 기능면에 있어서도 일시보호, 중간시설, 집합노인주택 등 재가보호와 지역사회보호와 시설보호의 특성을 함께 지닌 보호형태가 등장하고 있기 때문이다.

25) 선우덕·석재은(2001)은 "재가보호의 의미란 장기요양시설에 입소하지 않고 집에서 생활하게 하여 보호해 주는 것으로 말하지만, 모든 수발서비스를 집에서 제공하는 것은 아니다. 집에서 생활하는 것을 중심으로 하되, 사정에 따라서 지역사회에 설치되어 있는 재가노인지원시설, 즉 재가복지시설에 일시적으로 입소시켜 보호할 수도 있다. 이러한 측면에서 재가보호는 보다 엄밀하게 말하자면 '재가 및 지역사회보호'라고 하여야 한다"고 하였다.

수 있는 인프라가 준비되지 못한 바도 있지만 어느 정도는 여전히 시설보호가 불가피한 계층이 존재하기 때문이다. 예를 들면 거동불편 정도가 심한 최중증의 수발보호가 필요한 노인의 경우에는 집중적인 상시보호가 필요하기 때문에 시설보호가 보다 효과적이고 효율적일 수 있다. 이와 같이 연령, 장애정도, 일상생활능력의 수행정도, 수발가족의 상황 등에 따라 시설보호가 반드시 필요한 계층이 일정 규모로 존재하기 때문에 일정 수준의 시설유지는 필수적이다. 다만, 기존의 취약한 환경의 시설이 아니라 다양한 욕구에 적절하게 대응할 수 있고 인간다운 삶의 질을 보장하는 다양한 형태의 시설로의 재편이 필요하다.

국가들마다 상당한 편차를 보이는데 스웨덴이나 덴마크처럼 재가·지역사회보호의 인프라가 잘 구축된 국가들은 시설보호비중이 이전에 비하여 뚜렷하게 감소하고 있고, 정책적으로 민영화를 추진하면서 자원배분이 시설에 더 투자된 영국의 경우는 시설보호의 비중이 이전보다 증가하는 형태를 보이고 있다. 즉 재가·지역사회보호의 강화는 재가·지역사회보호를 위한 시설, 인력 등 인프라에 대한 실제적 투자와 자원배분의 중심이동으로 가능하다고 할 것이다.

3. 재원조달방식

사회복지정책에는 재원이 필요하며 아무리 정책의 내용이 좋아도 재원이 불충분하면 그 정책은 성공하기 어렵다. 사회복지정책을 분석하는 데 있어서 재원의 분석이 중요한 이유는 사회복지정책이 어떤 재원에 의존하느냐에 따라 자격조건 급여액, 급여방법 등 그 정책의 내용이나 목표가 달라질 수 있기 때문이다. 따라서 사회복지정책목표 달성을 위해 필요한 재원을 어떻게 얼마만큼 조달하느냐와 조달한 재원을 어떻게 사용하느냐의 문제가 중요하게 제기된다.

재원조달의 유형은 시민과 기업에 대한 공적 과세로 구성되는 세금(taxes)과 사적, 자발적 기부로 구성되는 기여(contribution), 일반시장에서 사회복지재화와 서비스의 비용으로 구성되는 요금(fees)이 있다. 그러나 현대 복지국가에서는 자발적 재정이라 하더라도 완전히 사적이지는 않으며, 공적인 재정이라 하더라도 완전히 공적이지 않은, 혼합되거나 구별이 모호한 형태를 가지는 것이 특성이다 (Gilbert & Specht, 1993).

재정조달의 유형은 재정을 관리하는 권력의 배분과 소재와도 밀접하게 관련이 된다. 프로그램을 관리하고 개선하는 권한은 서비스 전달체계와 할당의 토대, 급여제공의 본질에 관한 조절 정도를 통해 전달된다. 여기에서 권한의 이전은 설계된 프로그램에 대한 선택을 넘어서는 함축적 의미를 지닌다. 행정기관 단위안의 자금전달은 중요한 정치적인 자원의 교환을 보여주는 것이고 따라서 정책형성에 의해서 만들어진 자금의 이전체계는 현재의 정치적인 영향을 반영하기 쉽다 (Gilbert & Specht, 1993).

주요한 사회보장제도의 도입과 관련하여 국가적으로 소요되는 재원을 어떻게 조달할 것인가를 둘러싼 정책적 선택은 거의 일치성을 찾아보기 어렵다. 각 나라마다 사회·경제·문화적 특성과 환경에 따라 각기 다른 형태를 지니며, 이에 관한 의견도 다양하게 제시되고 있다. 노인수발보장에 대한 국가적인 대책을 모색하기 전까지 노인들의 수발에 필요한 재원들은 각기 상이한 자원, 즉 의료보장, 사회복지, 이용자 혹은 가족 등으로부터의 비용을 조금씩 부분적으로 조달하는 소위 조각잇기식(patchwork quilt) 방법에 의존해왔다. 그러나 최근에 들어서면서 독일과 일본 등의 일부국가 들은 수발보장제도의 재원조달을 위해서 새로운 사회보험을 도입하였으며, 스웨덴과 덴마크, 영국 등 다른 일부 국가들은 조세에 기반을 두고 수발보장을 위한 의료 및 사회서비스 통합기금을 만드는 방식을 채택하고 있다 (석재은, 1999).

재원조달과 관련하여 보다 근본적인 문제는 누가 비용을 지불해야 하는가에 관한 것이다. 즉, 수발보장에 필요한 재원의 어느 정도를 사회보험의 기여금 또는 조세제도를 통한 세금으로 공적으로 책임져야 하는가와 또한 어느 정도를 각 개인 및 가족이 사적으로 책임져야 하는가에 관한 문제이다. 즉, 가장 근본적인 정책결정 중의 하나가 바로 수발보장제도에 있어서 공적책임과 사적책임의 거시적인 역할배분을 어떻게 할 것인가에 관한 것이다. 이러한 정책적 결정에 사회의 지배적인 가치와 이론이 작용하게 되는데, 수발보장의 책임을 사회적이고 집합적인 책임으로 보는지 아니면 개인의 책임으로 보는지에 따라 수발서비스의 어느 정도를 사회시장인 공적영역에서 담당하고 어느 정도를 가족 및 경제적 시장인 사적 영역에 남겨둘 것인가가 결정된다. 이렇듯 국가별로 수발보장체계에서 공사 역할분담의 결정은 명시적으로 드러나는 정책적 선택이기 보다는 제도의 선택과

내용설계에 미치는 암묵적이 가치나 이념으로 존재하기 때문에 이러한 이념과 가치들의 영향들은 정책과정에서 결과적으로 형성된 재원충당방식과 그 방식에서의 공적비용부담의 정도로 파악할 수 있다(선우덕 외, 2001). 공적책임을 강조하는 경우, 보편적인 적용대상에 충분한 급여수준과 조세방식의 재원조달모형을 선택할 가능성이 높으며, 사적 책임을 강조하는 국가의 경우에 있어서 국가의 개입은 선별적인 적용대상과 최소한의 급여수준으로 한정되고 대부분의 계층은 시장 혹은 국가에게 맡겨질 가능성이 높다. 즉, 국가의 이념적 정향과 사회문화적 특성이 국가의 역할을 강조하고 사회적 시장의 규모가 큰 국가일수록 수발보장제도에 대한 공적지출 비중이 높은 반면에 국가의 역할을 최소화하고 경제적 시장을 극대화하려는 국가일수록 공적지출 비중이 낮게 나타나게 된다. 또한 수발보장제도는 보건의료욕구와 복지욕구를 동시에 해결해야 하므로, 이와 관련되는 기존 제도인 의료보장제도와 사회서비스 제도가 어떠한 제도형태와 재원을 기반으로 어떻게 운영되고 있는지도 제도적 틀을 형성하는데 중요한 영향요인으로 작용한다.

수발보장제도의 재원조달방식에는 사회보험방식, 조세방식, 강제개인저축제도, 민영보험방식 등으로 크게 나눌 수 있다. 사회보험방식은 보험료를 주요한 재원으로 하되 정부가 재정의 일부를 국고보조금 형식을 지원하여 조달하는 방식을 택하고 있다. 이 방식은 보험가입을 전 국민이 가입하도록 의무화하고 복지서비스를 모든 국민들이 수혜하도록 하는 것이 원칙이다.

<표 3-1> 사회보험방식의 장단점 비교

① 사회보험방식	
장점	단점
▶ 조세방식에 비해 재원조달이 용이 (예 : 조세지향, 예산확보 투쟁 등) ▶ 기여/급여가 연계되는 ear-marking ▶ 기존 건강보험체계와 유사하여 시행이 용이	▶ 추가적인 보험료에 대한 저항 ▶ 조세방식에 비해 요양비용이 과다해짐 ▶ 요양대상 환자의 도덕적 해이 가능성

조세방식은 선별적 사회서비스 방식과 보편적 서비스 방식으로 구분하며, 선별적 사회서비스 방식은 재원이 지방세를 중심으로 하되 국가가 보조금을 통해 지원하는 조달방식으로 서비스는 주로 취약계층에 대해 집중된다. 보편적

서비스 방식의 조세방식은 재원이 국세를 중심으로 운영되고 지방세가 보조적 지원수단이 된다. 서비스 공급주체는 중앙정부가 주체가 되고 지방정부가 참여하는 공공부문과 민간사업자가 공동 참여하는 방식을 취한다.

<표 3-2> 조세방식 중 선별적 사회서비스 방식의 장단점 비교

②조세방식 중 선별적 사회서비스 방식: Social Service	
장점	단점
▶ 자산과 니드에 근거한 요보호 대상 집단 선정으로 자원이용의 효율성 ▶ 자치단체의 특성에 맞는 지역보건의원을 연계한 효과적인 서비스 ▶ 자치단체의 재정에 따른 비용의 통제 용이 ▶ 자치단체 내 민간자원의 활용 노력 제고	▶ 보편적인 위험분산 기능 취약, ▶ 차상위계층의 문제 발생 ▶ 한정된 예산으로 서비스 질이 낮을 가능성 ▶ 자치단체간 재정력에 따라 서비스 격차 ▶ 민간업자의 참여 부족을 공공부담 증가 ▶ 자치단체 내 남비현상 ▶ 자산조사의 역기능, 낙인감 ▶ 요양대상 환자의 급성병상 입원 현상 지속

<표 3-3> 조세방식 중 보편적 사회서비스방식의 장단점 비교

③ 조세방식 (보편적 사회서비스 방식: National Long-term Care Service)	
장점	단점
▶ 전국적인 위험 분산과 사회적 연대 ▶ 수발비용 총액의 통제에 효과적임 ▶ 평등성 보장 ▶ 권리로서의 수급권 보장	▶ 조세 저항 ▶ 국가예산 중 관련 예산과 우선순위 확보 난항 ▶ 예산 제약으로 서비스내용의 제한성 ▶ 예산 통제로 민간사업자 참여하지 않을 시, 공공시설 구축 예산 과다 ▶ 요양서비스 행정조직의 신설 비용

강제저축방식은 재원을 개인저축과 가족저축으로 하되 국가가 국고보조금을 통해 부분적으로 지원하는 방식이다. 가입의 범위는 전 국민 가입을 의무화한다. 이 방식은 노후의 간병이나 수발을 개인이나 가족이 책임져왔다는 국민의 정서와 전통적 인식배경과 부합한다. 민간보험방식은 재원을 보험료를 통해 조달하고 가입이 임의가입방식이며, 혜택 또한 임의혜택방식이므로 서비스의 공급주체도 민간 공급자를 중심으로 이루어진다. 관리주체는 시장자율원칙을 기본으로 하되 정부는 규제를 통해서 간접적으로 개입한다.

<표 3-4> 강제개인저축방식의 장단점 비교

④ (강제)개인저축방식	
장점	단점
▶ 소비자의 도덕적 해이 적음 ▶ 사회보장 재원의 자본화 : 자본축적 기여 ▶ 비용통제적 (비용의식적 제도)	▶ 사회위험분산기능 (사회적 연대)이 없음 ▶ 위험분산에 한계 (특히 저소득층의 경우) ▶ 장기요양 위험이 발생하지 않는 사람에게는 저축으로 인한 소비 기회 상실 ▶ 개인에게만 책임전가

<표 3-5> 민간보험방식의 장단점 비교

⑤ 민간보험방식	
장점	단점
▶ 가입자의 수용성 용이 ▶ 민간보험자간 경쟁으로 인한 서비스 질 제고 ▶ 민간보험자 이윤동기에 의한 비용통제가능 ▶ 저축방식보다는 위험분산기능 우월 ▶ 민간보험시장의 육성 (보험자산 증대로 자본시장 활성화)	▶ 역선택과 시장실패 ▶ 가입율이 낮을 가능성 ▶ 사각지대 문제 심각, 저소득층이 배제 ▶ 사회적 연대 저해 ▶ 과다한 관리비용 ▶ 장기요양 위험을 산정의 어려움 (보험료 책정 곤란) ▶ 요양비용의 이중 청구로 인한 낭비 가능성

조세방식과 사회보험방식은 공적 자원 조달방식이고 후자 두 가지는 사적자원조달방식이다. 보통 몇 가지의 자원조달방식이 혼합되어 사용되고 있는 추세인데, 중요한 것은 어떠한 방식을 중심적인 자원조달방식으로 사용하고 있는가이다. 중심적 자원조달방식이 조세방식일 경우는 수발이 필요한 국민이면 누구든지 공적 서비스를 제공받는데 특정한 제한이 없다는 점이 특징적이고, 사회보험방식은 보험료각출을 전제로 한다는 측면에서 조세방식보다는 선별적이라고 할 수 있다. 그러나 조세방식이 전 국민에게 보편적으로 서비스를 제공하는 것이 아니라 자산 조사와 같은 기제를 사용하여 일부 저소득층 대상에게 급여를 제공하게 되면 오히려 사회보험방식이 전 국민들을 포괄하여 위험분산을 시도한다는 측면에서 더 보편적이라고 평가된다. 또한 동일한 사회보험 방식이라도 자원조달의 구성에서 국고지원의 비중, 사용자와 피용자의 배분율에 따라 그 특성이 조금씩 다를 수 있다.

각국의 수발보장체계는 그 나라의 의료보장제도 또는 의료제도 방식과 밀접한 관련이 있으며, 재원조달, 서비스전달체계, 수가선정방식, 이용료지불방식 등의 기준이 복합적으로 작용에 유형구분이 쉽지 않다. 수발보장의 주된 재정 및 급여방식을 기준으로 OECD 국가들의 제도를 유형화하면 <표 3-6>과 같이 대체적으로 3가지로 나누어볼 수 있다(Tayler, 1989). 우선 주로 일반재정으로 인한 조세에 의한 재원 조달과 자산조사(means test)없는 수혜자 선정방식을 채택하는 북구 및 영국 연방 국가들과 같은 수발보장형으로 보편적 서비스 방식과 둘째로 보험료를 재원을 조달하여 보험 기여자(contributor)가 예비 수혜자가 되는 독일 및 일본에서의 사회보험방식, 그리고 마지막으로 미국과 같이 조세방식이지만 자산조사에 의해 특정한 요보호계층에게만 급여를 제공하는 선별적 사회서비스 방식으로 대략적으로 나눌 수 있겠다. 그러나 조세방식에 의한 경우, 공적인 수발보장체계를 특별히 도입하지 않고 의료제도의 연장선상에서 요양서비스를 제공하는 국가에서는 혼재 되어 시행되고 있는 경우가 많다. 또 사회보험방식을 택하는 국가에서도 공적 부조 대상자의 보험료만을 국가가 제공하거나 일정부분 부담하는 방식으로 혼재되어 있을 수 있다(김찬우, 2004).

<표 3-6> 각국의 수발보장제도의 재정운영방식 유형

구분	사회보험방식	조세방식	
		선별적 사회서비스방식	보편적 사회서비스방식
재 원	보험료 (일부 국고보조)	지방세 중심 (국고 보조)	국세 중심 (지방세 보조)
적 용	전 국민가입 (일부 제한가능)	취약계층	전 국민 (일부 제한가능)
서비스 공급	민간공급자 + 공공투자	지자체(중앙정부) 공공투자+ 민간사업자	중앙정부(지자체) 공공투자+ 민간사업자
관 리	보험공단 (지자단체 연계)	자치단체	자치단체
국 가 사 례	독일, 일본, 네덜란드, 등	덴마크, 핀란드, 이태리, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 및 영국	

주) 민간보험방식은 조세방식 또는 사회보험방식을 보완하는 형태임.

미국은 사회보험(Medicare)와 조세(Medicaid), 사보험이 혼재

자료: 공적노인요양보장 기획단, 2004

석재은(1999)은 장기요양보호와 관련하여 각 국가가 구조적인 경제사회적인

변화 속에서 세계적인 추세인 복지공급의 다원화 경향에 어느 정도 영향을 받으면서도 각 국가의 고유한 정치·문화·역사적 요인에 기반을 두어 발전해온 복지정책의 틀에서 나름대로 적응양식을 개발하는 것으로 분석하였다. 장기요양보호를 비용조달체계와 보호제공체계를 중심으로 ‘국가의존형’, ‘시장의존형’, ‘가족지원활용형’, ‘가족의존형’ 4가지 유형으로 분류하였는데, 우리나라를 실질적인 의미에서 장기요양보호 정책의 부재 혹은 전형적인 ‘가족의존형’ 공급유형으로 규정하였다²⁶⁾. 그리고 우리나라가 전형적인 가족의존형인 상황에서 개념적으로 보호제공의 공식화에 대한 진전 없이 비용부담의 사회화만 추구하면 가족지원·활용형으로 갈 것이며, 비용부담의 사회화에 대한 진전 없이 보호제공의 공식화만 추구하면 시장의존형으로 가게 될 것으로 예측하였다. 이것은 수발보장정책을 발전시키고자 할 때, 수발비용의 사회화뿐만 아니라 수발노동의 사회화를 함께 고려해야 한다는 것을 지적하고 것이며, 또한 수발보장 체계에 대한 투자가 훨씬 많았던 일본의 경우도 아직 가족의존형으로 분류되고 있음을 볼 때 수발보장에 대한 사회적 투자가 과감하게 이루어진다고 해도 우리나라는 당분간 가족의존형에서 벗어나기 어렵다는 것을 알 수 있다(석재은, 1999: 36).

4. 서비스전달체계

Gilbert & Specht (1993)에 의하면 전달체계는 지역사회의 맥락에서 서비스제공자와 소비자 간에, 서비스 제공자들 간에 존재하는 조직적 장치(arrangements)라고 보았고, 제공자와 소비자가 함께 있는 곳인 지역사회를 강조하였다. 또한 사회복지서비스의 전달체계에 있어서 서비스의 효율성과 질을 떨어뜨리는 전달체계의 문제점을 ①단편성(fragmentation) ②비접근성(inaccessibility) ③비연속성

26) 우리나라는 전통적인 유교문화와 이에 기반한 ‘효’사상으로 서구 선진국에서보다 장기요양보호가 필요한 노인에 대한 가족보호를 당연하게 여겨왔다. 특히 사회복지서비스분야에서는 복지국가로서의 제대로 된 출발도 하지 못한 상태에서 선진국의 ‘국가개입의 축소와 새로운 복지혼합’으로 축약되는 복지국가 재구조화 움직임의 확산효과로 우리나라의 사회복지서비스 발전은 더욱 위축되었다. 선진국의 장기요양보호정책동향을 획일적으로 복지다원화의 경향으로 이해하고 재가보호를 가족보호와 동일시하여 국가 역할의 재편을 일방적 축소로 곡해하면서 우리나라가 선진국과 출발점이 상이한 점을 간과하고 있다(석재은, 1999: 35-36).

(discontinuity) ④무책임성(unaccountability)의 4가지 문제로 요약하고 있다. 그렇다면 서비스의 전달체계의 문제점을 개선하기 위한 노력은, 서비스관리기구가 통합되어 있고 연속적이며 접근가능성이 높고 그 책임성이 명백한 방향으로 운용될 수 있는가 아닌가에 의하여 판명된다는 것이다. 그러나 현실사회에서 이러한 네 개의 문제를 동시에 해결하는 것은 쉽지 않다. 왜냐하면 이 네 가지 요소는 서로 상충하는 성격을 부분적으로 가지고 있기 때문이다. 어떤 한 사례를 통하여 전달체계의 문제를 구체화시키면 다음의 표와 같다.

<표 3-7> 전달체계의 문제점: 사례

사례 : 70세의 병약한 재가 독거노인이 있다. 그는 정기적인 건강진단을 실시하는 검진센터(A)에 정기적으로 가서 검진하고, 그 결과에 따라 1주일내 수일간 재활훈련기관(B)에 가서 낮 시간 동안 재활훈련을 받고, 매일 복지기관(C) 소속의 홈헬퍼로부터 세탁 등의 재가복지서비스를 받고 있다.

전달체계의 문제	구체적인 사례
단편성	A,B,C가 전혀 동떨어진 장소에 위치하고 있어서 하루는 A, 하루는 B의 식으로 이용할 수밖에 없다. A와 B에 의한 서비스가 전혀 차별성이 없다. A에서 검진 받은 경우나 그냥 B만을 이용하는 것이나 전혀 서비스에 차이가 없다.
비접근성	C의 이용은 무료이지만 A,B의 이용은 상당한 이용료 부담이 있어서 이용하기가 곤란하고, 집에서 너무 먼 거리에 위치하고 있다. B는 주로 아동을 위한 기관으로 노인이 이용하는 경우에 다양한 제약이 따른다. 혹은 A,B,C의 기관이 특정 계층들만 우대한다.
비연속성	집에서 A까지는 순회버스가 있으나 A에서 B까지 가는 데에는 교통편 이용이 곤란하다. A,B의 업무시간이 다르다. A를 통해서 B로 가는 경우에도 가는 곳마다 각각 서비스 이용신청을 해야 하고 A,B,C간의 상호 업무 연계나 환자를 위한 정보교환, 의뢰 등의 노력이 없다.
비책임성	이 노인은 각각의 서비스에 대해서 불만을 가지고 있을 때, 그것을 어느 행정부서에 호소해야 할지가 불분명하고, 행정부서에 호소해도 업무영역이 불명확하여 그 책임을 규명하기가 힘들다.

* 자료 : Gilbert & Specht,1986 :121-122의 개념을 설명한 박광준(2004)에서 재인용

Gilbert & Specht(1993)에 의하면 어떤 새로운 서비스를 어떤 기관의 책임으로 제공해야 하는가에 관한 국가의 전략은 크게 나누면, ①전문적 접근구조(specialized access structure)의 창설 ②의도적 중복(purposive duplication)이다. 전자는 새로운 전문적인 기구를 설치하는 것을 의미하고, 후자는 새로운 기구 창설 없이 기존의 기관을 활용하는 것을 의미한다. 그런데, 새로운 기구의 창설의

효과는 반드시 높다고 할 수는 없다고 하고 있다. 왜냐하면 이러한 전략이 전달 체계에 새로운 단편성을 증가시킬 가능성이 있기 때문이다. 이용자에게 있어서 새로운 기구는 서비스수급을 위해서는 들리지 않으면 안 될 새로운 관료조직으로 비추어질 수 있는 것이다.

전달체계에서 주요하게 고려되는 것은 공공기관과 비영리기관의 관계에 관한 것으로 1960년대 전까지는 공공기관과 자발적인 비영리기관에 의해 사회서비스 전달되었기 때문에 공공기관과 비영리기관의 관계가 검토되었으나, 이후에는 영리기관에 의한 사회복지서비스 전달 증가하면서 영리지향기관 대 비영리기관과의 관계가 검토되기 시작하였다. 이러한 논점에는 영리기관의 이윤추구 동기는 사회복지전달과 윤리적으로 부합되지 않는다는 윤리적인 이의가 제기되고, 영리기관과 비영리기관과의 서비스 효과성이 비교되는데, 이론적 분석에서는 비영리기관이 공적 책임성의 수준이 더 높고 온정적인 기풍을 가지는 등 가장 적합한 사회복지서비스 제공자로 선호된다는 것이다. Gilbert & Specht(1993)는 영리기관과 비영리기관간의 선택에서 핵심적 이슈는 일반적인 조직의 우월성을 추구하는 것이 아니라 영리 혹은 비영리기관이 사회복지서비스를 클라이언트에게 가장 훌륭하게 제공하게 될 특정한 조건을 결정하는 것이라고 주장하였다.

정부가 노인의 수발서비스 내용 및 공급주체와 관련하여 국가, 가족, 지역사회 기업 등의 민간과 공적부문에서의 다양한 주체가 체계적으로 참여가 가능하도록 제도를 설정하였기 때문에 민간의 영리조직이 어느 정도의 공급량을 담당할 것인가에 대해서는 많은 논란이 된다. 민간영리업자를 사회복지서비스 공급에 참여시키는 것이 현재 세계 각국이 일반적인 경향이기도 하지만, 사회보장영역에서 영리기관의 서비스 공급량의 비중이 커지게 되면 많은 부작용이 따른다.

Gilbert & Specht(1993)는 공적 영역과 사적 영역으로 구성된 사회적 시장²⁷⁾을 설명하면서 공적 영역은 연방, 국가 그리고 지방 정부를 포괄하며 복지국가의 재화와 서비스의 가장 많은 부분을 차지하며, 사회적 시장의 사적 영역을 통한 급여에는 가족과 친구들의 비공식적인 노력, 자발적 기관과 가끔은 영리기관에 의해 제공되는 서비스 등이 포함된다고 보았다. 이러한 사회적 시장에서 제공되는 급여는 재원과 급여의 전달체계를 포함하며, 공적 단위, 자원봉사단위, 영리지향

27) Gilbert & Specht,(1993), 『Dimension of Social Welfare Policy』, p 41의 그림 2-1 참조.

단위, 비공식적 단위들이 매우 다양하게 결합하는 방식을 취하며, 급여 제공방식에서 다양성의 결과는 Ken Judge가 언급한 “복지의 혼합된 경제”를 구성한다는 것이다. 특히 방문요양보호(nursing home care)와 아동보육 영역에서 영리지향기관이 현저하게 성장하여 ‘산업’으로 불러 질 수 있다고 지적하면서 복지국가에서의 영리목적기관의 세력 확장은 사회적 시장에 자본주의적 정신을 불어넣고 사회 복지 급여제공의 운영방안을 시장경제 쪽으로 기울게 한다고 분석하였다(Gilbert & Specht, 1993).

또한 전달체계는 자격 있는 소비자에게 선택된 급여의 내용을 제공하는 방식에 관한 것으로 서비스 공급주체에 대해서 뿐만 아니라 서비스공급이 전달되는 전체적인 시스템을 고려한다. 즉, 서비스 전달을 위한 사회적 기반, 서비스 하부구조(infra-structure)의 충분한 양적 구축뿐만 아니라, 이 조직들 간의 연계, 시설의 배치, 직원들의 적절성, 행정적 특성 등에 관한 문제도 것이 포함된다(Gilbert & Specht, 1993).

노인수발서비스를 제공하기 위한 시설과 인력이 노인수발욕구와 양에 대응할 있도록 충분히 확보되어야 하는 것은 제도 시행을 위한 가장 기본적인 요소이며, 또한 적절하고 적합한 서비스를 제공하기 위해서 서비스를 필요로 하는 욕구의 특성이 반영되는 조직과 인력, 직무로 전달체계를 구성해야 한다. 노인의 수발욕구를 충족하기 위해서는 하나의 단일한 서비스보다는 복합적 서비스의 제공이 요구되기 때문에 서비스 조직의 단편화, 특히 의료와 사회서비스의 분리로 인한 보호의 단편화문제는 보호의 연속성과 유연성의 보장에 주요한 장애물로 인식되어 왔다. 그럼에도 불구하고 보건·복지서비스와 관련하여 전문가집단과 서비스 구조, 재원 및 관한 정부의 수준이 너무 다양하기 때문에 통합된 보건·복지서비스 체계를 구축하기 위해서는 극복해야 할 어려움이 상당히 노정되어 있다.

제3절 연구 분석틀

특정한 정책을 이해하고 연구²⁸⁾하고자 할 때, 정책과정에 대한 접근을 통해 특정

28) 정책연구의 주요 경향은 다소 이원론적인 방향으로 발전되었다고 볼 수 있는데, 정책학이 출발하게 된 시점인 Lasswell은 ‘정책학은 정책과정에 관한 지식과 정책의 구체적인 내용을 분석하

한 사회적 문제가 이슈가 되어 공공의 해결과제로 채택되는 과정, 그리고 채택된 정책문제를 해결하기 위해 대안이 모색되고 형성되는 과정, 대안의 비교검토를 통한 정책결정과정, 결정된 대안에 따라 구체적인 정책사항을 정책 환경에 적용하여 실천하는 집행과정, 해결책으로서 집행된 정책의 목표달성여부와 사회적 효과를 검토하여 평가하는 과정에 대한 순차적이고 연속적인 전 과정을 이해할 필요가 있다. 이와 더불어 각 대안의 목표달성도와 문제해결능력을 예측하고 결과를 비교 평가하여 최종적으로 한 가지 대안을 결정하도록 정보를 제공하거나, 혹은 결정된 정책안이 가지는 구체적인 목표달성방법과 비용, 효과 등에 대해 면밀하게 검토하고 결과를 예측하는 정책분석적 접근도 반드시 수행되어야한다²⁹⁾. 정책은 투입, 전환, 산출 및 환류라는 전 과정이기도 하고 동시에 결과물로서 도출되는 산출의 결과이기도 하기 때문이다. 따라서 정책 연구에 있어서도 결과물로서의 정책을 분석하는 것뿐만 아니라 하나의 전체적이고 순환적인 정책과정(policy process)에 관한 분석을 함께 수행하고, 또 그러한 분석결과가 정책의 개발(설계)이라는 전체 과정에서 역동적인 환류의 형태로 포함되는 것이 보다 발전적이라고 하겠다.

정책과정과 정책분석에 관한 이론적 고찰을 바탕으로 본 연구에서 사용할 연구 분석틀을 다음과 같이 구성하였다. 정책과정에 관한 분석틀은 일반적으로 사용되는 5단계 정책과정론을 참고하였으며, 제도분석에 사용할 정책분석틀은 사회복지정책의 분석에서 대표적으로 많이 사용되는 Gilbert & Specht(1993)의 분석틀을 사용하였다. 본 연구의 분석틀은 이론적 고찰을 통해 <그림 4-3>과 같이 노인수발보장제도가 도출되기까지의 정책과정과 제도의 관한 정책분석을 중심으로 구조

고 결정하는 과학적 지식이라는 두 가지 측면을 모두 고려해야 한다'고 하였다(이해영, 2004). 그래서 정책 연구는 정책이 결정되는 일련의 진행과정을 기술하고 설명하며, 나아가 정책과정을 이해하는데 필요한 지식과 이론을 탐색하는 정책과정론과 다양하게 제시된 정책대안의 비용이나 효과 등을 예측하고 비교분석하여 정책결정의 근거를 제시할 수 있는 이론과 방법을 연구하는 정책분석론으로 발전되어왔다.

29) 이해영(2004)은 두 가지 접근이 분리된 이원론이 아니라 통합된 학문적 영역으로 극복되도록 노력할 필요가 있다고 지적하였다. 정책과정론은 정책현실을 관찰하고 검증되고 타당성이 입증되어 하나의 이론으로 정립되었지만 거의 설명적이고 논리적인 정책과정으로서만 정책결정현상을 연구했고 정책분석론은 개념적이고 기법적인 것을 타 학문분야에서 원용해 와서 정책문제에 적용하려는 것이 주를 이루었다는 것이다. 즉, 정책과정론은 정책분석론의 과학적인 연구방법을 경시했고 정책분석론은 정책과정론의 장점을 흡수하지 못했다고 지적하면서, 하나의 방안으로서 전체 5단계의 정책과정 중에 정책대안을 비교분석하여 결정하는 과정을 정책분석으로 통합하는 방식을 제시하였다.

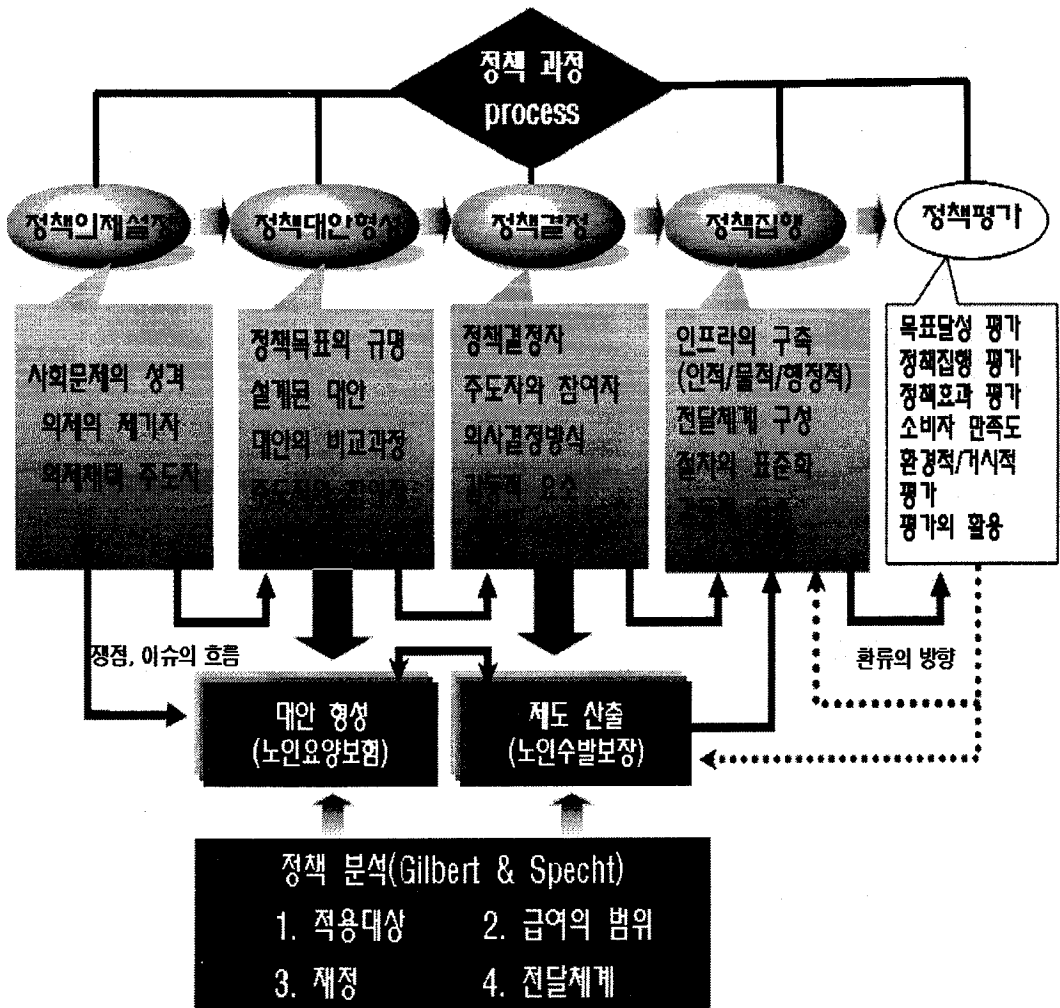
화되었으며, 정책과정의 분석단계에서 정책집행과 정책평가의 단계는 현재 아직 실행되지 않은 단계이기 때문에 본 연구에서 제외되었다.

이론적 검토에서 살펴본 바와 같이, 정책과정의 각 단계는 각기 서로 연결되면서 쟁점과 이슈의 맥락도 이어지는 것으로 모형화되었다. 또한 의제설정과 대안형성, 정책결정의 과정에서의 쟁점논의가 산출된 제도의 유형이나 내용에 대해서 영향을 주는 것으로 설정되었으며, 본 연구에서 그 분석이 제외되었지만, 이렇게 결정된 정책은 정책집행에 있어서도 계속적으로 이슈의 맥락을 제공하며, 정책평가의 내용과 결과에 대한 환류의 방향은 다시 집행단계와 제도로 향하게 된다.

정책과정을 통하여 형성된 대안과 최종적으로 결정되어 산물로 도출된 제도에 대해서는 Gilbert & Specht(1993)의 사회복지정책분석틀을 적용하여 급여를 받는 대상자, 급여의 내용과 범위, 제도의 재원조달방식, 서비스 전달체계 4가지 영역을 분석하였으며, 이러한 영역에서의 선택이 가치와 이론, 대안의 스펙트럼에서 정책을 어떻게 변화시키고 구조화하는지 고찰하고자 하였다.

이 연구분석틀을 적용하여 본 연구는 노인수발보장을 위한 정책이 모색되고 형성되고 결정되는 정책과정을 쟁점과 이슈를 중심으로 보다 면밀하게 살펴보고, 정책과정에서 형성된 대안과 제도의 내용에 대하여 체계적으로 비교 분석하여 제도의 내용이 어떻게 연속적으로 구조화되었는지, 결정안인 현재의 제도에 이르기까지 그 구조와 내용의 구성 요소들이 어떻게 변화하고 특징져졌는지를 맥락적으로 이해하고자 시도하였다. 이를 통해 노인수발보장제도의 본질적인 특성과 한계를 고찰하고, 노인수발보장제도의 구조와 내용을 보다 체계적으로 인식하고자 하였다.

<그림 3-3 > 연구 분석틀



제4장 노인수발보장제도의 정책과정 분석

제1절 노인수발보장의 역사적 배경

한국사회에서 노인문제가 사회문제로 부각되기 시작한 시기는 대략 1970년대를 기점으로 하고 있다. 하지만, 정부에서 공식적으로 노인문제에 대응하여 노인복지법을 입법화하고 국가의 정책적 대응을 마련한 시기는 1981년부터이다. 노인복지법이 최초로 독립된 사회복지법으로 형태를 갖추는 한편 이를 기반으로 한 노인복지정책이 독자적 영역으로 전개되기 시작하였다. 과거의 생활보호법에서 노인문제를 포괄적으로 다루어 온 방식에서 벗어나 노인복지정책으로 새로운 영역을 확보한 것으로 해석할 수 있다.(현외성, 2005). 1990년대 이후에는 한국의 인구고령화 속도가 세계에서 유례가 없는 빠른 속도로 이루어지고 있다는 우려와 함께, 고령화 사회에 대한 국가의 대응책이 논의되기 시작하였다.

한국의 노인수발보장제도의 발전과정에 대해서, 최성재(2000)는 1960년대부터 1990년대 이후까지 4단계로 나누어 고찰하고 있으며, 차홍봉(2004)은 1960-1970년대 말을 1단계, 1980년대 초- 2000년의 시기를 제 2단계, 그리고 2000년 이후를 제 3단계로 나누어 고찰하고 있다. 본 논문에서는 노인문제가 사회문제로 인식되기 전까지의 시기, 노인복지법 성립과 노인수발서비스가 형성되는 1990년대까지, 그리고 노인수발보장의 문제를 본격적으로 대처하는 시기로 나누어 살펴보고자 한다.

1. 사회문제로서의 노인문제 대두 이전

전통사회에서 노인복지는 친족과 지역사회, 그리고 왕의 인의에 의한 자선적 구제가 이루어졌다. 홀아비나 홀어미에 대한 보호가 존재하였으며, 특히 유교적 문화의 영향으로 경로효친 사상이 노인복지에 기저를 이루었다. 그리하여 왕이 양로연을 베풀고 효자, 효부에 대한 상을 주는 일이 있었다. 불교의 영향으로 자비사상에 입각한 노인구제도 있었는데, 어려운 노인에게 의복과 식량을 준다든지,

노인을 위한 의료구제를 동서대비원에서 한다든지, 젊은이들로 하여금 노인 가정에서 봉사하게 하는 대정을 두는 등의 노인복지사업이 있었다. 조선시대의 태종 때 부양자가 없는 노인을 보호하는 양민원을 운영하였으며, 세종 때에는 양로법을 제정하여 시행하기도 하였다. 일제강점기에는 식민통치에 대한 위무로 자선적이고 단순한 구호사업이 이루어졌다.

일제강점기의 노인복지법은 현대 한국의 근대적 노인복지사업의 기원이 되었다. 물론 이때 일제에 의한 노인복지사업도 있었고, 서양의 선교사에 의한 근대적 양로사업이 전개되는 시기이기도 하였다. 1921년 최초의 현대적 양로원인 서울 동자동의 천주교양로원이 설립되었고, 서울 청운동의 청운양로원, 경북 칠곡의 혜생양로원, 전북 김제의 애린양로원, 부산의 신망애양로원, 경기 의정부의 경기자혜원 등이 설립, 운영되었다. 1944년에는 『조선구호령』을 선포하여 다른 극빈자들과 함께 65세 이상 노인에게 생활 및 의료부조를 제공하였다(현외성, 2005).

1960년대 경제발전계획의 성공으로 산업화가 급속하게 진행되고, 도시화와 핵가족화가 동시에 진행되었다. 이 시기의 65세 이상 노인인구는 대체로 3%대로 지속되었다. 전형적 후진국형 인구구조에서 출발하여 사망률이 저하되고 출생률이 떨어지기 시작한 때였으나 노인 인구층은 3%대에서 큰 변화가 없었던 시기이다. 전 국민의 평균수명은 52세에서 62세 정도로 크게 연장되기 시작한 때이다. 이 때는 세 차례의 경제개발 5개년 계획을 추진하여 경제가 고도로 성장하면서 한편, 사회구조가 산업도시사회로 변모하였다. 농촌사회가 해체되고 주로 젊은 인구층이 도시·공업지역으로 이주하면서 전통적인 가족연대가 해체되기 시작한 때이다. 경제성장의 결과 1인당 국민소득도 1960년 약 80달러, 1960년 1,598달러 변화하였으며 국민생활수준도 크게 향상된 시기였다. 하지만 이와 같은 급격한 경제적, 사회적 변화에도 불구하고 이 시기에는 노인문제는 아직 큰 사회문제로 부각되지 않았다. 노인인구규모도 크지 않았고, 전통적 가족부양기능도 큰 변화없이 유지되어 왔기 때문이다(차홍봉, 2004).

1960년대는 빈곤문제가 가장 심각한 사회문제였고 그 이외의 사회복지 과제는 국가와 사회의 관심대상이 되지 못하였다. 그래도 노인문제에 관심을 가진 측면이 있었다면 역시 빈곤문제해결을 위한 시설보호와 거택보호가 거의 전부였는데, 1960년 말 현재 거택보호 대상노인은 정확히 말하기는 어려우나 전체 생활보호

대상자 283,000명 중 약 40%에 해당하는 것으로 추정되며 빈곤인구 중에 노인인구가 가장 많은 비중을 차지하였다. 그러나 양로시설은 43개소(2,360명 수용)이었으며, 보호의 목적도 역시 수용보호에 불과하였다. 이 시대에는 노인문제를 경제적인 문제로 국한시켜 생각했지 노인의 건강보호 및 사회보호와 연관된 재가복지의 문제나 수발보장의 문제로 인식하지는 못했다. 따라서 1960년대에도 수발보장의 문제는 정책적 고려대상이 되지 못하였고 시설보호도 역시 양로시설 중심의 구호적 수용보호에 그쳤을 뿐이다(최성재 외, 2000). 1960년대 초 군사정부에서 이 시기에 사회복지제도와 관련된 많은 입법을 추진하여 사회보장에 관한 법률, 생활보호법, 의료보험법 등 17개의 사회복지법이 제정되었다. 그러나 이러한 법률 제정은 전시행정적인 특성이 강했고 경제성장에 치중하는 정책의 우선순위와 정부재정능력의 취약성 때문에 사회복지정책과 제도는 별로 발달하지 못하였고 노인복지정책에 대한 의지나 계획도 부재하였다(차홍봉, 2004)³⁰⁾.

1970년대에 들어서면서부터 노인문제가 사회문제로 비화되기 시작하였으나, 정부에서는 경제성장과 다른 사회적 문제에 대한 대책을 정책의 우선순위로 두면서 노인복지에 대해서 심각하게 고려하지 않았다. 경제개발계획의 성공적 수행으로 국민경제 수준이 크게 향상되었으나 이 시기도 여전히 빈곤문제가 가장 심각한 사회문제였다. 빈곤문제에 더하여 의료비 문제가 중요한 이슈로 등장하였고 경제성장의 후유증으로 인한 빈부간의 격차의 심화도 또한 사회적 이슈가 되었다(최성재 외, 2000). 1981년에 비로소 『노인복지법』이 독자적 법으로서 입법화되면서, 노인복지정책이 정책적 사안으로 비로소 고려되기 시작하였다(현외성, 2005).

한국사회에서 노인문제가 사회문제로 부각된 시기는 1970년을 전후한 시기라 생각된다(현외성, 1993). 1970년대에 들어오면서 노인문제의 양상은 단순한 경제적 문제뿐만 아니라 질병 및 의료비 문제, 가족과 사회에서의 소외, 역할상실과 여가 문제, 조기 퇴직문제 등으로 상당히 다양하게 나타났다. 그러나 전반적으로 심각하게 인식되지는 못하였고 따라서 국가의 정책도 노인만의 사정과 특성을 고려하지는 않았다. 노인복지시설은 1970년대까지 양로시설과 요양시설이 분리되지 않

30) 차홍봉(2004)은 이 시기에 노인복지정책과 프로그램은 거의 존재하지 않았으며, 노인복지정책의 방향설정도 이루어지지 않고 있었다는 현실을 다음과 같은 예시로 나타내고 있다. [주무부처인 보건복지부에서는 노인복지를 전담하는 '계'단위의 조직도 없었다. 보건복지부의 노인복지예산은 1978년 현재 45개 양로원(수용인원 2,676명)에 대한 운영지원예산이 고작이었다. 1980년도 보건복지부의 노인복지 예산이 약 5억원 정도였다.

은 상태였으며 양로시설이라는 명목으로 1979년까지 46개소(2,920명 수용)가 있었다. 의료서비스 비용의 문제에 노인의료비 문제도 포함되어 있었겠지만 노인의 의료서비스나 의료비문제가 별도로 제기되지는 못하였다(최성재, 2000). 차홍봉(2004)은 이 시기를 『전단계의 시기』(1960-1970년대말)로 명명하며, “이 시기는 급격한 경제성장과 사회구조의 변화로 노인문제가 서서히 증대되는 시기였음에도 불구하고 이 문제가 사회문제로 부각되지 못하였으며, 노인복지정책도 제대로 형성·발달되지 못하였다.”고 지적하였다(차홍봉, 2004). 결론적으로 말하면, 1970년대 들어와서도 노인문제는 점차 다양성을 띠어갔지만 노인에 대한 건강보호와 사회보호의 문제를 같이 고려하는 수발보장의 문제는 아직 제기되지 못하였다.

2. 노인복지서비스의 형성

이 시기는 노인복지법 성립 이후에서 2000년까지로 노인복지정책이 본격적으로 시작한 때이다. 우선 노인인구가 크게 증가하였는데, 65세 이상 노인인구가 1980년 3.8%에서 2000년 7.3%로 증가하였다. 우리나라 국민의 평균수명도 같은 시기에 65.8세에서 74.9세로 연장되었다. 이러한 인구사회학적 배경으로 노인문제가 점차 심각화 되면서 국가의 노인복지정책에 대한 필요성이 확인되기 시작하였다. 노인문제에 대하여 문제를 제기하고 노인복지정책의 강화를 요구하는 사회적 압력은 주로 전문가 집단을 중심으로 시작되었다(차홍봉, 2004). 이 시기에 있어서 가장 중요한 내용은 노인복지법이 제정되었다는 것, 노인요양시설의 정비가 시작되었다는 것, 그리고 재가복지서비스가 개시되었다는 것에 있다.

1980년대에 나타난 노인문제의 양상은 단순히 경제적 문제와 건강보호의 비용문제와 의료서비스 접근 문제에 그치지 않고 건강이 좋지 않은 노인과 자녀의 별거 현상에 따른 노인수발문제, 노인 퇴직과 이에 따른 역할 상실 및 여가문제, 가정과 사회에서의 소외와 고독문제 등으로 다양하게 나타났고, 그 문제의 심각성도 상당히 크게 인식되면서 1981년 5월의 노인복지법 제정으로 이어졌다. 동법에 의하면, “노인복지법은 노인의 질환을 사전 예방 또는 조기 발견하고 질환 상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활 안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지 증진에 기여함을 목적으로 한

다.(제1조)”고 규정되어 있다. 노인복지법이 최초로 독립된 사회복지법으로 형태를 갖추는 한편, 이를 기반으로 한 노인복지정책이 독자적 영역으로 전개되기 시작하였다. 과거의 생활보호법에서 노인문제를 포괄적으로 다루어 온 방식에서 벗어나 노인복지정책으로 새로운 영역을 확보한 것으로 해석할 수 있다. 이 법의 제정 당시 정부에서 설정한 노인복지정책의 기본방향은 노인문제에 대하여 국가, 사회, 가족이 함께 책임을 지되 ①‘선가정보호·후사회보장’의 형태로 대처하고, ②저소득층노인에 우선을 두며 ③노인복지서비스사업을 보완적으로 확충하되 민간참여를 유도하는 것이었다(차홍봉, 2004). 이 시기에 노인수발보장체제와 직결되는 사회복지시설의 정비에 많은 진전이 이루어졌다. 최성재(2000)가 지적하고 있는 것처럼 1970년대까지만 해도 노인복지 시설은 양로시설로만 존재해 왔고 요양시설이 별도로 분리되지 못한 상태에서 건강문제가 없는 노인과 건강문제가 있는 노인이 혼합 수용되어 있었다.

1980년대에 들어와서야 노인보호시설은 노인요양의 시설로 의미를 갖기 시작하였고, 복지시설은 양로시설과 노인요양시설로 구분되기 시작하였던 것이다. 즉, 건강한 노인을 위한 양로시설과 요양보호가 필요한 노인을 위한 요양시설이 법적인 근거를 가지고 구분되었고, 비용 부담면에서도 무료시설, 실비시설, 유료시설 등으로 다양화하였다. 시설수도 1978년 45개(2,676명)에서 2000년 247개(13,558명)로 증가하였다.

시설보호서비스는 1997년 노인복지법 개정으로 상당히 다양화 되었다. 노인복지시설은 (1)의료복지시설 (2)주거복지시설 (3)재가노인복지시설 (4)여가복지시설로 세분화되었다. 의료복지시설은 ①노인요양시설 ②실비노인요양시설 ③유료노인요양시설 ④노인전문요양시설 ⑤유료노인전문요양시설 ⑥노인전문병원으로 세분화되고, 노인주거복지시설은 ①양로시설 ②실비양로시설 ③유료양로시설 ④실비노인복지주택 ⑤유료노인복지주택으로 구분된다. 노인주거시설 중 실비노인복지주택과 유료노인복지주택은 노인들을 위한 일반 주거시설이므로 노인수발시설로 보기는 어렵다. 이렇게 노인복지시설의 종류와 입소대상들의 법적 근거가 이 시기에 마련되었던 것이다.

1980년대 말부터 재가복지사업이 시작되었는데, 이것은 노인수발보장의 발전에 중요한 의미를 가진다. 1980년대 중반부터 재가노인복지의 구체적 서비스 프로그램

램으로서 가정봉사원제도가 논의되기 시작하였다. 1987년에 민간차원에서 자원봉사자를 이용한 가정봉사원 파견 서비스가 공식적으로 시작되었고, 1989년의 노인복지법 개정으로 가정봉사원 파견사업이 노인복지사업으로 규정되어 가정봉사원 파견사업을 정부에서 지원할 수 있는 근거가 마련되었다. 이후 1991년에는 주간보호서비스와 단기보호서비스의 시범사업이 시작되었고 1992년부터 주간보호사업이 시작되었다. 1997년의 노인복지법 개정에 의해서 재가노인복지시설이 법정의 노인복지시설로 규정되었다.

그러나 재가노인복지서비스가 1993년과 1997년 2차에 걸친 노인복지법 개정으로 상당히 확대되었다고는 하지만, 여전히 저소득층 중심의 서비스에서 크게 벗어나지 못하였다. 1997년 한국사회복지협의회 시/도지부가 정부의 지원을 받아 지역복지봉사센터를 설치하게 된 것이 재가복지사업을 활성화하는 계기가 되었는데, 일반 사회복지관에서도 가정봉사원 서비스를 제공할 필요성이 있다는 것이 인식되어 1992년부터 정부지원으로 지역사회복지관에 재가복지봉사센터가 설치되고 가정봉사원을 서비스로 제공하기 이르렀다. 재가복지봉사센터의 설치로 가정봉사원 파견사업이 공식적인 정부지원의 재가노인복지 사업이 되었고 주간보호사업과 단기보호사업도 정부지원 사업으로 도입되었다. 노인복지법상의 재가노인복지 프로그램에 포함되어있지 않은 가정방문의료·간호사업도 1994년부터 시작되었다. 그 발전과정은 <표 4-1>에서 나타난 바와 같다.

1990년대는 평균수명의 연장과 더불어 노인인구도 급속하게 증가되고 또한 노인의 질병이 만성적이고 퇴행적으로 변화되는 현상이 두드러지게 나타나고, 자녀와의 별거현상이 더욱 급속화 되었다. 이에 따라 노인의 문제와 요구도 더욱 다양하고 심화되어갔다. 노인수발보장의 문제가 노인복지에서 주요 분야로 논의되기 시작하였고 시설보호와 재가/지역사회보호도 노인의 수발보장체계의 모색이라는 큰 맥락에서 함께 논의되기 시작하였다.

<표 4-1> 한국의 재가복지사업의 발전과정

1987년	저소득층 노인을 대상으로 한 가정봉사원 파견사업의 실시
1989년	재가복지사업(가정봉사원 파견을 통한 목욕서비스 등)이 공적인 법정사업으로 규정됨(사회복지관 설치운영규정)
1991년	지역사회복지관 부설 재가복지봉사센터의 설치 운영 한국사회복지협의회 시도지부에 지역사회봉사센터 설치하여 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업 시범운영
1992년	주간보호사업의 시작 단기보호사업의 시범 운영
1993년	사회복지사업법 개정에 의해 재가복지사업이 사회복지사업의 한 종류로 규정되면서, 가정봉사원파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업이 명시됨. 일반 노인을 대상으로 한 유료가정봉사원서비스 개시
1997년	노인복지법을 개정 기존의 가정봉사원파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업 외에 가정봉사원양성교육사업을 재가노인복지사업에 추가하여, 세부사업별로 유형화된 재가노인복지시설을 법정 노인복지시설로 규정

제2절 노인수발보장의 정책의제 설정단계

제2절부터는 노인수발보장에 관한 문제가 주요한 정책의제로서 어떻게 등장하고, 어떤 제도화의 과정을 거쳐서 어떤 형태의 체계와 내용을 갖추게 되는지에 대해서 본격적으로 다루고자 한다.

1. 사회문제로서의 노인수발보장문제

노인의 수발보장과 관련된 문제는 우리 사회가 2000년도를 기점으로 고령화 사회에 진입하게 되면서 노인복지정책의 필요성과 과제 속에서 본격적으로 논의되기 시작하였다. 노인의 수발보장은 전통적으로 가족에서 대응해왔는데 이러한 가족의 구조와 기능, 역할의 변화가 가시화되면서 더 이상 가족에 대해서만 책임을 전가할 수 없는 상황에 이르렀다. 특히 이러한 사회적 맥락과 더불어 수발문제가 제대로 해결되지 못한 노인들에 대한 방임과 학대, 노인유기, 노인 자살 등 여러 사건들이 신문지상에 보도되면서 사회적 문제로서 관심을 받게 되었다.

보건복지부에서 공적노인요양보장제도의 발자취를 정리한 자료에 의하면, 2000년 고령화 사회 진입을 목전에 두고 1999년 말인 12월에 대통령께 『노인보건복지 중장기발전계획 추진상황보고』를 하는 과정에서 “장기요양보호정책연구단”을 설치하기로 하였다고 언급하고 있다(보건복지부, 『공적노인요양보장제도 발자취:1999-2002년』). 본 연구는 이것을 노인수발문제가 공식적인 정책 아젠다로서 제기된 시점으로 간주하고, 이 시점 전까지 노인수발문제가 어떤 내용으로 사회적 이슈로 제기되거나 공유되고 있었는가를 먼저 살펴보았다.

(1) 언론을 통한 이슈화

사회문제로서 이슈화가 되는 대표적인 과정은 신문, 방송 등 각종 대중매체를 통해서 사회구성원들의 문제인식이 진전되는 경우이다. 이러한 ‘이슈기업가’로서의 언론의 영향력은 앞 절에서 살펴본 바와 같이 큰 것으로 알려져 있다. 따라서 본 연구자는 분석시기를 1995년에서 1999년 말까지 노인요양문제를 포함한 노인복지와 전반적인 노인문제를 다루고 있는 신문 기사를 분석³¹⁾하여 노인수발문제를 이슈화하는데 있어서의 참여자를 살펴보고 사회 전반적으로 이 문제의 ‘이슈화’는 어느 정도의 수준이었는지를 검토하였다.

우선 ‘고령화(노령화)’라는 검색어로 검색한 결과 총 83건의 기사가 검색되었다. 이 들 기사를 살펴보면, 1997년도의 기사가 23건으로 가장 높은 빈도를 나타내었다. 고령화 사회를 앞두고 있는 1999년은 오히려 이보다 절반에 불과한 12건에 불과하여 한 달 평균 1건으로 기사화되었던 것으로 나타났다. 반면에 1997년은 노인복지법 개정이 있었던 시기로서 노인복지에 관한 관심이 상대적으로 더 높았던 것으로 보인다. 기사의 내용을 간략하게 분류하면 <표 4-2>와 같은데, 전체적으로 고령화의 현상과 현황에 관한 내용이 전체의 50% 정도를 차지하였다. 주로 인구학적 통계자료를 소개하면서 조직이나 직장, 직업, 지역 등에서의 고령화현상이 뚜렷하게 나타난다는 것을 지적하고 있다. 이 중에서 직접적으로 노인복지에 관한 필요성을 제기하고 있는 기사는 14건으로 20%에 미치지 못하였으며, 내용

31) 한국언론재단의 www.kinds.co.kr 에서 1995년 1월1일부터 1999년 12월 31일까지 총 5년 동안 보도된 종합일간지(서울과 지방 총 42개 신문사와 방송 3사의 뉴스 기사를 대상으로 하여 검색하였다.

의 구체성에 있어서도 전반적인 사회복지의 필요성을 간략하게 제기하는 수준에 머무르고 있었다. 본 연구의 주제와 직접적으로 관련되는 노인의 수발문제에 대해서 보도하였던 경우는 5건에 불과하였고 1999년에 나온 기사는 단 1편에 불과하였다.

이렇게 본다면, 노인의 수발문제는 ‘고령화’라는 맥락에서는 다소 덜 중요하게 다루어졌다는 것을 알 수 있었다. 이는 사회적으로 고령화 사회에 대한 정책적 대책이 필요하다는 원론적인 문제만 제기되었을 뿐이며, 노인의 수발문제는 여전히 가족의 책임으로 강조되었기 때문인 것으로 볼 수 있다.

<표 4-2> ‘고령화/노령화’ 검색어를 통한 신문 기사분석

연도	고령화 현상/현황	노인복지	노동정책 실버산업	외국사례
1999	7	4	0	1
1998	0	2	4	2
1997	12	4	2	3
1996	7	3	2	6
1995	17	1	2	1
합계	43	14	10	13

주)한국언론재단의 www.kinds.co.kr

기사 표집 기간 : 1995년 1월1일 - 1999년 12월 31일까지 총 5년

기사 표집 대상 : 종합일간지(서울과 지방 총 42개 신문사)와

방송 3사의 뉴스 기사를 대상으로 하여 검색

다음 검색어는 ‘노인문제’였는데 총 21건이 검색되었다. 1999년은 2건, 1997년은 7건, 1996년과 1995년에 각각 6건씩 나타났다. 주로 노인 단독가구가 증가하고 있는 노인생활실태에 관한 조사의 결과를 보여주는 것이 많았으며, 노인문제의 심각성을 주장하면서 이를 대응하기 위한 국가적 정책, 즉 노인사회복지의 필요성을 언급하고 있는 것은 불과 6건에 불과하였다. ‘고령화’와 ‘노인문제’의 검색어에서 수발보장의 필요성이나 실태 등에 관한 내용에 관해서는 잘 드러나지 않는 것으로 보인다.

그러나 전반적인 사회적 관심이 부족한 현실에서 사회적인 주목을 받는 경우는 노인자살이나 노인 학대, 노인유기와 같이 문제로 나타나는 경우였다. ‘노인자살’ 혹은 ‘할머니/할아버지 자살’이라는 검색어로 총 모두 35건이었다. 이중 2건은 자

살률이 급증하고 있다는 기사였으며, 나머지 33건은 자살을 보도하는 사건기사였다³²⁾. 이러한 자살과 관련한 기사에서는 대부분 자살의 원인을 ‘자식에 대한 짐/부담이 되기 싫다’, ‘혼자 살던’, ‘치매노인’, ‘신병비관’, ‘중풍노인’ 등 가족의 부양 문제와 신병과 관련된 수발문제 등이 함께 보도됨으로써 가족의 부담의 문제와 사회적 대책의 부재가 감정적으로 부각되었다.

따라서 사회문제로서의 노인수발문제는 고령화 사회에 필요한 정책적 문제로 인식되기보다는 가족의 역할변화라는 현상과 맞물린 노인자살 사건에 의해서 사회구성원들에게 충격적인 사회적 세태로서 보이는 경향이 강했다고 할 수 있다. 특히 노인수발문제의 심각성이나 중대성에 대한 인식을 도모할 수 있을 만큼 매스컴에서 본격적으로 다루지 않았으며, 가족과 가족수발이라는 한정된 초점에서 감정적이고 선정적인 측면이 더 강조되었다. 따라서 노인수발문제를 국가가 보장하는 방안이나 정책이 필요하다거나 혹은 사회적 대책이 모색되어야 한다는 사회전반적인 문제의식이 형성되었다고 보기에는 어려우며, 이러한 여론이나 국민의 사회문제로의 인식정도가 노인수발의 문제를 본격적인 정책의제설정과정에 투입하는 주도적인 역할을 했다고 보기에는 한계가 많다고 하겠다.

(2) 사회복지학계에서 연구동향

정책의제의 논의과정으로 사회문제를 투입하는 또 하나의 방법은 관련 학계와 전문가에서의 적극적인 움직임을 통해서 이루어지는 것이다. 전문가 집단으로서의 특히 사회복지학계에서의 문제제기는 직접적인 정책형성에 영향력을 발휘할 수 있다³³⁾. 사회복지학에서는 고령화 사회를 앞두고 노인복지정책의 필요성을 역설하는 다양한 연구들과 제언이 나타났다.

노인의 수발문제와 관련한 연구들의 동향을 알아보기 위해 우선, 한국사회복지학회의 『한국사회복지학』에서 노인관련 연구를 살펴보았다. 1995년에서 1999년 사이에 『한국사회복지학』에 게재된 논문 중 노인요양문제를 직접적으로 다루고 있는 것은 김미혜(1996)의 “노인 장기요양 보호정책개발을 위한 기초적 연구 -

32) 다른 신문에 의한 동일사건보도기사도 모두 독립적으로 포함함

33) 대표적인 사례가 ‘국민기초생활보장법’의 제정과정에서 수행한 사회복지부문의 역할이다.

미국, 일본, 스웨덴의 장기요양보호정책과 한국노인 및 가족의 장기요양보호 욕구조사”로 1편에 불과하였다³⁴⁾.

한국노년학회의 학회지에서는 “노인장기요양보호사업의 비교연구 - 미국의 경험을 중심으로(차홍봉, 1993)”, “노인보건제도와 노인간병요양원 제도 개발의 과제와 전망(문옥륜, 1995)”, “노인요양시설입소에 영향을 미치는 요인-미국의 부양제 공자의 부담감을 중심으로(이미애, 1998)” 등 3편이 게재되었다³⁵⁾.

1995년에서 1999년까지 노인요양과 관련한 석·박사학위논문을 검색한 결과³⁶⁾는 총 65건으로서 노인보건의료정책과 노인의료서비스에 관한 연구, 요양시설을 비롯한 노인복지시설과 요양병원에 관한 연구, 실버산업 및 실버타운에 관한 연구, 치매노인을 위한 서비스 및 프로그램에 관한 연구 등 주제가 다양하게 나타났다. 그러나 이 중 논문제목에 ‘노인장기요양’을 포함하고 있는 논문은 3편으로써 “장애노인 부양가족의 장기요양보호서비스 이용선호도와 그 결정요인에 관한 연구(차홍봉, 1998)”와 “노인 장기요양보호의 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교연구: 비용부담과 보호제공을 중심으로(석재은, 1999)” 등에 불과한 것으로 나타났다. 이 시기에서는 노인수발보장제도에 관심을 가진 소수의 연구자들의 선도적인 논문³⁷⁾들이 몇 편 발표되었을 뿐, 학계에서도 노인수발의 문제가 집중적으로 거론되거나 이슈화되지 못하고 있었다.

그러나 수발보호의 기초자료라고 할 수 있는 전국노인실태조사보고서가 한국보건사회연구원에서 1994년과 1998년에도 발간되었고 노인문제를 다룬 논문들에서 장기요양이라는 용어가 포함되어 있지 않더라도 그 내용에서 수발의 문제를 다루는 경우가 점차 늘어났다. 또한 한국노인문제연구소(소장 박재간)가 출범하면서 수발의 문제를 비롯하여 노인들의 문제에 대한 사회적 환기를 이끌어내는 중대한

34) 한국사회복지학회의 홈페이지(www.kasw.org)에서 ‘노인’을 키워드로 학회지를 검색하였다. 2005년 10월 현재까지 노인과 관련된 논문은 총 63건이었다.

35) 한국노년학회의 홈페이지(www.tkgs.co.kr)에서 ‘요양’을 키워드로 학회지를 검색한 결과 2005년 10월 현재 총 13건이 검색되었다.

36) 국회도서관의 홈페이지(www.nanet.go.kr)에서 전자도서관내 석박사학위 논문검색에서 ‘노인요양’을 키워드로 검색한 결과 2005년 10월 현재 총 314건이었으며, ‘노인요양보호’를 키워드로 검색한 결과 총 39건이 검색되었다.

37) 노인수발문제에 관한 최초의 논문은 차홍봉(1993)의 “노인장기요양보호사업의 비교연구 - 미국의 경험을 중심으로”,이었으며, 또한 그는 “장애노인 부양가족의 장기요양보호서비스 이용선호도와 그 결정요인에 관한 연구(1998)”로 노인수발의 문제를 본격적으로 최초로 다룬 박사학위논문을 작성하는 등 노인수발문제를 학계에서 선도적으로 제기하는 중요한 역할을 수행하였다.

역할을 수행하였다.

또한 사회복지학계에서 주목할 일은 1998년 한국노인복지학회가 창설되고 노인의 복지문제를 보다 본격적으로 연구하고 성과물을 담아내는 학회지가 발행되었다는 것이다. 이 학회는 계간의 학술지를 발행하였는데, 창간호부터 장기요양보호를 주제로 한 논문들이 발표되고 있다. 예를 들어 창립년도에 발간된 학회지(창간호, 제1권 제2호)에 실린 논문을 본다면, 대부분이 치매 등 수발이 필요한 노인 부양에 따른 가족부담과 그 경감방향에 관한 논문이 많으며, 노인수발보장에 있어서도 일본(이혜영, 1998), 미국(이미애, 1998), 독일(유공순, 1998)의 장기요양보장의 내용과 그 재원조달방법을 구체적으로 소개하고 있다.

학계에서의 점차로 노인수발에 관한 기초적 연구를 수행하기 시작한 움직임과 함께 1999년이 세계노인의 해였다는 것도 상당한 긍정적인 영향을 끼쳤다. 한국에서 노인문제에 대한 사회적 관심이 고조된 것에는 1999년이 세계노인의 해였다는 점, 그리고 1998년 세계노인의 해 한국조직위원회가 결성되어 활동한 것도 그 배경의 하나라고 할 수 있다. 이미 1991년 UN 총회에서는 「노인을 위한 UN의 원칙」(UN Principles for Older Persons)을 채택하였는데, 그것은 자립(independence), 참여(participation), 보호(care), 자아실현(self-fulfillment), 그리고 존엄성(dignity)의 원칙이다. 그리고 1992년 UN총회는 1999년을 「세계노인의 해」(International Year of Older Persons)로 결정하였다. 인류의 역사상 가장 변화가 많았던 20세기의 마지막 해에 그 변화의 주역이자 증인인 노인에 대하여 세계인류가 관심을 가지고 2000년대의 본격적인 고령사회를 대비한 각국의 노인복지대책의 충실화를 촉구하기 위한 것이 그 취지였다. 유엔은 「세계노인의 해」선포와 함께, 국제사회가 모두 나서 국가간, 분야간 상호협조를 이루고, 젊은 세대와 노인세대, 매스미디어를 비롯한 각계각층이 동참하여 「모든 세대가 함께하는 사회를 향하여」(towards a society for all ages) 나아갈 수 있도록 모든 노력을 경주해야 한다고 역설하였다(세계노인의 해 한국조직위원회, 1999).

노인수발보장의 문제가 본격적으로 정책의제로 등장하게 된 또 하나의 영향력은 그동안 학계에서 선구자적으로 노인수발보장의 필요성을 제기해왔던 차홍봉 교수가 1999년도에 보건복지부 장관으로 역임하게 되면서 더 탄력을 받게 되었다. 또한 노인의 복지에 관한 지속적인 관심을 갖고 노인의 욕구와 생활실태 파악과 고

령화 사회에서의 종합적인 노인복지대책을 마련하고자 관련된 연구를 진행해왔던 보건사회연구원은 보건복지부와 함께 노인수발보장에 관한 본격적이고 구체적인 정책연구를 시작하게 되었다. 특히 2000년 1월에 보건복지부에서 『노인장기요양 보호정책기획단』이 출범하면서 보건사회연구원은 노인장기요양보호서비스의 체계와 대책에 관한 주요한 정부정책과제를 수행하는 등 수발보장정책에 대한 다양한 대안을 형성하는데 관련된 핵심적 연구를 수행하는 중추적인 역할을 담당하였다.

그러나 이러한 시기 즉, 노인수발문제가 본격적인 정책과제로 연구되기 직전인 1999년까지 노인의 수발보장에 관한 연구들은 양로시설 및 요양시설의 질적 수준 향상과 수적으로 절대 부족한 시설을 확충하고 노인병원을 특화하여 육성할 필요가 있으며, 단기보호시설과 주간보호시설, 가정봉사원 센터, 가정간호사업 등을 확대시키는 등 보건서비스와 복지서비스가 상호 연계된 종합적인 보건복지서비스를 제공하는 시스템과 지역사회 안에서 이러한 보건과 복지서비스가 효율적으로 전달될 수 있는 지역보건복지의 전달체계를 구축하는 것이 중요하다는 데 의견을 모으고 있었다. 이러한 여러 가지 서비스를 노인 인구층에서 이용 가능하도록 접근성을 높이는 방안으로 의료보험체계의 개선이 필요한 것으로 제기되었지만 노인수발보장에 관한 구체적인 정책적 대안이 제시되지는 않았다.

한국보건사회연구원의 연구 성과에서 노인수발보장과 관련하여 ‘노인장기요양’을 보장하기 위한 국가적 정책을 구체적으로 언급된 것은 서미경(1998)의 “노인보건 의료의 현황과 정책과제³⁸⁾”라는 논문으로, 현행의 의료보험체계는 급성질환의 치료중심으로 되어 있어 간병 및 요양이 중요시되는 노인성질환의 특성이 제대로 반영되어 있지 않아 장기요양에 따른 부양부담이 과다한 실정이므로 의료보험 급여범위를 조정, 확대하고 수가체계를 개선해야 한다고 주장하면서 장기적으로는 노인을 포함한 장기요양환자를 대상으로 한 새로운 ‘간병시스템’의 도입이 불가피하다고 지적하였다. 그러나 새로운 간병시스템은 신중히 결정되어야 하는데 새로운 간병시스템의 도입에 앞서 사회보험방식 또는 공적자금을 중심으로 한 간병서비스의 확충방식, 이 두 가지의 큰 줄기에 관한 논의가 선행되어야 하며, 미국의 장기요양보험이나 일본과 독일의 공적개호보험제도와 별도의 보험제도에 대한

38) 『보건복지포럼』, 제 25호, 1998년, 한국보건사회연구원

연구도 필요하다고 언급하였다.

이와 같이 노인수발의 문제가 정책의제로 결정되기 전인 1999년 전까지, 이 문제는 사회적으로는 큰 반향을 일으킬 만큼의 공론화가 이루어지지 않았으며, 학계와 전문가 집단에서도 구체적인 정책대안에 관해서 논의가 집중되었거나 문제 인식이 광범위하게 이루어진 것은 아니었다. 다만 ‘고령화 사회 진입’이라는 인구학적 변화를 직면하게 되면서 고령화 사회에 대한 사회적 대책마련의 필요성에 대해서는 모두 공감하고 있었고, 보다 적극적으로 노인복지제도에 관한 검토와 요구가 있었다. 특히, 이 시기는 일부 연구자들은 일본이 노인개호보험제도를 도입하기 위해 작업하던 내용과 전략, 그리고 관련 연구들을 접하게 되면서 우리나라에서도 노인수발을 보장하기 위한 정책적 방안을 보다 적극적으로 모색하기 시작한 시기라고 볼 수 있다. 따라서 이슈형성단계에서 노인수발보장의 문제가 일반 대중의 관심을 받으며 사회적으로 쟁점화되어 공공의 아젠다의 지위를 확보했다고 보기는 어렵다고 하겠다. 또한 이 문제가 우선적으로 공공의 아젠다로서의 지위를 확보한 후 정책의제설정의 단계로 투입되지는 못했다는 것을 알 수 있다.

2. 의제형성의 주도자

그렇다면 앞서 살펴본 바와 같이 이슈형성단계에서 노인수발의 문제가 이슈화되어 공공 아젠다가 되기에는 부족했다고 볼 수 있는데 어떻게 정부의 아젠다가 될 수 있었는지 살펴보고자 한다.

우선 노인의 수발보장문제가 공식적으로 정책아젠다로 등장하게 된 것은 1999년 10월 “노인보건복지 중단기발전계획 추진상황보고”에 의해서 건의형태로 제기되면서이다. 이러한 건의가 받아들여짐으로써 보건복지부에 장기요양보호정책기획단이 설치되어 2000년 초부터 장기요양보호의 수요를 추계하는 등 본격적인 정책 논의에 들어갔다. 이러한 정치적 역동성은 일차적으로 당시 차홍봉 보건복지부장관의 적극적인 역할이 컸다고 하겠다. 당시 차홍봉 보건복지부 장관은 학계에서도 노인수발보장문제에 관한 선도적인 연구 성과를 제시해왔으며, 노인수발보장제도의 중요성과 필요성, 그리고 내용을 잘 알고 있었던 전문가였기 때문이다. 사회복지정책에 대한 주요한 정책결정자인 보건복지부 장관이 노인수발보장의 문

제에 대해서 선구자적인 연구를 진행해왔던 학자라는 점은 노인수발의 문제가 공식적인 정책의제로 제기되고 설정되는데 결정적인 역할을 담당했다고 보아도 무리는 아닐 것이다.

따라서 노인수발의 문제를 누가 정책의제로서 제기하였는가를 구체적으로 살펴보면, 노인보건복지 중단기발전계획을 수립한 보건복지부와 그 발전계획에 노인수발보장체계의 개발을 포함하고자 했던 당시 차홍봉 보건복지부 장관에 의해서 주도적으로 이루어졌다고 볼 수 있으며, 초기 정책적 대안형성 또한 장기요양보호정책기획단을 중심으로 정부산하 연구기관인 보건사회연구원과의 연구용역 체결을 통해 집중적으로 모색되었다. 그리고 그 결과는 정책보고서인 “노인장기요양보호 종합대책방안”으로 나타났으며, 이에 근거하여 2001년 8.15 대통령 경축사에서 공식적으로 “노인요양보험제도 도입”이 전 국민에게 공개적으로 제시되었다.

이후, “노인요양보험제도의 도입”은 이후 대통령선거의 공약사항이 되었고 더욱 정치적인 역동속에서 정부의 주도하에 소수의 엘리트층 중심으로 정책대안이 형성되고 구체화 되었다. 참여정부의 출범 후 인수위는 요양보호노인을 위한 공적제도를 도입하고 추진하기로 한 것을 확인하고, 2003년 3월 『공적노인요양보장추진기획단』을 설치하였으며, 보사연에 별도의 사무국을 설치하는 등 본격적인 정책과정에 접어들게 되었다. 이후 1년의 연구 기간을 통해 사회보험방식의 공적노인요양보장체계를 개발하였으며, 추진기획단의 과제를 이어받은 『공적노인요양보장제도 실행위원회』가 2004년 3월 출범하여 1기 추진기획단의 결과를 토대로 제도의 구체적인 실행모형과 시범사업모형으로서 “노인요양보험제도”를 2005년 5월에 개발해냈다. 이후 2005년 9월 공청회를 거쳐 10월에는 “노인수발보장법 입법예고안”이 입법예고되었다.

제도적인 모형을 모색하기 시작하여 입법예고안이 나오기까지 2년 6개월 정도의 짧은 시간이 소요되었을 뿐이다. 따라서 이렇게 단기간의 정책과정을 통해 노인수발제도의 구조와 요소가 결정되었기 때문에 ‘노인수발보장제도’에 대한 사회적 관심이나 국민적인 합의를 도출하기 위한 과정이 상당히 미약하였을 뿐만 아니라, 정책대안의 모색에 있어서도 논의의 흐름이 소수의 정부관계자와 연구자에게 독점되었으며, 또한 보건복지부와 정부에 의해서 일방적으로 주도되었다고 볼 수

있다.

이렇게 정부의 조직인 보건복지부가 주축이 되어서 아젠다 형성과정을 주도하는 방식은 Cobb과 Ross & Ross(1976)의 3가지 모형에서 동원모형에 가깝다. 동원모형은 이슈가 공공화되어 아젠다로 진입하는 것이 아니라 정치적인 목적에 의하여 바로 정부의 아젠다로 결정되며, 이후 제도화된 정책에 대한 국민들의 지지를 획득하기 위해 이슈가 확산되는 경로를 취하게 된다. 이러한 모형은 또한 엘리트 이론에 바탕을 둔다. 소수의 엘리트들이 문제의식을 가지며 무엇이 이슈이고 어떻게 해결해야 하는 가를 알기 때문에 정부 내의 엘리트들에 의하여 이슈가 창출되고 정책화된다고 인식한다(송근원, 1995). 당시 노인수발의 문제가 공식적인 정부아젠다로 결정되고 대통령 경축사에서 노인수발문제의 정책적 대안으로 “노인요양보험”이라는 구체적인 방안으로 국민들에게 처음 제시되는 일련의 과정들은 소수의 엘리트에 의해 이슈가 독점되고 구체화되었음을 그대로 보여준다고 하겠다. 따라서 노인의 수발문제를 보장하기 위한 정책도입에 있어서 의제설정과정이 전형적인 동원모형을 따르고 있다는 것을 확인할 수 있었다.

우리나라의 경우, 사회복지정책들이 이러한 모형을 통해서 산출되어온 경험의 많다고 볼 수 있다. 이 모형의 문제점은 이렇게 관 주도적이며 폐쇄적이고 한정되고 비공개적인 의사결정과정을 통해 산출된 정책에 관한 정당성을 확보하기 어려우며, 직접적으로 관여되는 이해당사자들의 동의를 얻기 어렵다는 것이다. 특히 재정조달과 관련되어 조세저항이나 제도에 관한 불신과 저항을 불러일으키게 되어 제도의 시행에 있어서 여러 가지 장애물을 초래하게 된다. 정부에서 주도한 아젠다가 정책으로 추진되는 공식적인 정책의제로 진입하게 되면 다양한 정책대안의 모색단계로 진행되는데, 정책의제 설정단계에서 가지는 동원모형으로의 특성과 한계는 정책대안을 형성하고 결정하는 단계, 그리고 그 이후 단계에서도 여전히 강한 영향력을 발휘하게 된다. 무엇보다도 정부의 아젠다가 공공의 이슈로 확산되지 못했기 때문에 정책형성단계에서 이 아젠다와 관련한 문제를 보다 의도적으로 쟁점화시켜서 사회전반에서 논의될 수 있도록 이슈화하는 것이 중요하며, 특히 대안의 형성 때 사회각계의 다양한 시각과 의견을 수렴하고 반영하는 것이 의제설정단계에서 동원모형으로 시작했다하더라도 그 한계를 극복할 수 있는 기회를 마련할 수 있다.

3. 도입배경

일본의 경험이 알려주는 바와 같이 노인수발문제를 사회적으로 해결하고자 하는 정책적 의도에 있어서는 대부분 ‘노인 의료비 증가’라는 중요한 문제가 깔려있다. 앞 장에서 일본의 노인개호보험의 도입배경 분석 결과가 말해주는 것³⁹⁾처럼 우리의 노인수발보장제도 또한 노인의 의료비증가에 따른 건강보험재정의 악화를 해결하기 위한 정책적 모색이라는 것을 부인하기 어렵다.

2001년 8.15 대통령 경축사에서 “노인요양보험제도의 도입”을 공식적으로 발표하기보다 더 전인 2001년 5월 31일자로 “국민건강보험재정안정 및 의약분업정책 종합대책⁴⁰⁾”의 내용에 노인요양보험을 도입이 포함되어 있다. 이 대책안은 정부의 노인수발보장제도의 도입의도를 단적으로 드러낸다. 구체적으로 살펴보면, 국민건강보험제도의 근본적인 재정안정을 위한 제도개선 방안의 하나로서 노인요양보험을 도입한다고 제시되어 있다. 즉, 고령화 사회 도래에 따른 노인의료비 대책으로서 치매, 뇌졸중 등 만성질환노인을 위한 장기요양시설을 대폭 확충하고 만성질환 노인을 위한 노인요양보험제도를 도입하겠다는 것이다. 노인요양보험의 필요성에 대해서는 당시 일부에서 논의된 바가 있지만 정부가 그것을 도입한다는 계획을 공식적으로 밝히기는 이 “국민건강보험재정안정 및 의약분업정책 종합대책”에서가 처음인데 문제는 그 도입하고자 하는 목적이 노인의 삶의 질 혹은 노인의 수발과 관련된 문제를 해결하고자 하는 것이 아니라 국민 의료비의 상승을 이끄

39) 박광준(2004)은 개호보험도입이 국민의료비 특히 노인의료비를 통제하는 문제와 불가분의 관계에 있다고 지적하였다. 일본의 사회복지재정 구성비, 즉 연금:의료: 복지서비스의 ‘5:4:1’의 현실을 제도개혁을 통해 ‘5:3:2’ 체제로 재구축하기 위해서 표적이 된 것이 바로 노인의료부문이었다는 것이다. 또한 개호보험의 도입논의가 시작된 1995년 국민소득전체에서 차지하는 국민의료비의 비율이 사상 처음을 7%를 넘어서서 7.2%를 기록하였는데 이러한 전체 국민의료비에서 65세 이상 인구에 대한 의료비가 차지하는 비율이 1994년에 44%를 차지하였다고 한다. 따라서 일본 정부는 개호보험이 가족이 아닌 사회전체가 개호의 책임을 분담하고 비용을 사회화하는 제도라고 역설하였지만, 실제로 정책적 목표에서 중요하게 고려된 점이 바로 증가하는 노인의료비를 억제시키기 위한 것이 우선이었다. 일본의 경우, 이미 노인의 개호문제에 있어서는 공비로 대처하는 체제를 갖추고 있었기 때문에 노인의 입장에서 보면 사회보험 형식의 개호보험이 도입됨으로써 도입 이전보다 본인부담이 많아지는 측면이 나타났기 때문이다.

40) 2000년 7월에 의약분업이 실시된 이후 예산을 초월한 보험급여비 급등에 따라 건강보험의 재정이 급속히 악화되면서 통합의료보험체제까지 심각한 위기상황에 직면하였다. 이러한 상황에서 보건복지부는 2001년 5월 31일 건강보험재정안정대책을 발표하였는데 주요 내용은 단기적인 보험재정안정대책과 의약분업정책 대책, 근본적 재정안정을 위한 제도개선 등이다.

는 주된 요인인 노인의료비의 상승을 저지하기 위한 대책으로서 고려되고 있다는 것이다.

심재호(2001)는 사회보험의 인프라가 아직 빈약한 우리 현실에서 충분한 검토가 없이 선진국에서조차 아직 보편화되지 않은 제 5의 사회보험인 노인요양보험을 도입하는 것은 매우 위험한 결과를 초래할 수 있다고 지적하면서 특히, 무엇보다도 정부의 노인요양보험제도의 도입이 건강보험재정의 안정대책으로서 도입된다면 일본의 경험처럼 그 목적을 달성하기 어렵다고 주장하였다. 그러나 문제는 이렇게 건강보험의 재정대책으로 도입되었을 때 그 효과가 크게 나타나지 않는다는 것이다. 뿐만 아니라 결국은 일본의 경우처럼 노인수발보장제도가 복지와 의료분에 대한 공비부담을 삭감하고 그 차이를 보험료나 높은 본인부담금으로 충당하며, 전체적인 노인복지시스템의 공공성을 민간이나 시장의 원리로 대체하는 개악의 형태로 나타날 수 있는 위험을 가지고 있다는 것이다. 일본의 개호보험이 국가의 부담은 축소하면서 국민에게 그 부담을 전가시키고, 지금까지 일본 사회복지의 근간이 되어 온 저소득층 우선의 조치제도가 해체되고 중산층 중심의 사회보험제도로 사회보장제도를 재편성되는 길을 열었으며, 이는 현행의 조치제도를 개악하는 신자유주의적 정책이었다는 비판을 받고 있기 때문이다. 특히 노인의료비의 증가를 저지하기 위해 도입했던 노인개호보험이 오히려 비용이 과도하게 지출되면서 이 비용을 낮추기 위해 요양보호대상자의 범위를 축소하고 시설입소자의 본인부담을 대폭 인상하고자 하는 제도 전반적인 개혁을 시도하고 있다. 따라서 건강보험의 재정안정이라는 관점에서는 그 효과를 기대하기 어렵다는 점을 고려할 때, 노인요양보장을 위한 제도는 오히려 노인의 삶의 질 향상이라는 노인복지적 시각에서 도입의 목적이나 필요성에 접근해야 한다는 것을 우리에게 시사하고 있다(심재호, 2001).

노인수발보장제도가 국민건강보험재정의 안정화를 위한 주요한 대책으로서 제안되고 모색되었다는 것은 국민건강보험의 재정안정화방안에 관한 다른 여러 연구논문이나 정책보고서에서 확인할 수 있으며, 공적노인요양보장제도 실시모형의 최종시안에서도 중요한 기대효과로서, 이 제도의 창설로 건강보험재정이 안정될 것이라고 보고 있다. 즉, 노인수발보장제도가 본격적으로 시행될 경우 급성질환은 의료서비스로, 장기적 요양은 재가서비스를 중심으로 한 수발서비스로 재편되면

서 노인의료비가 대폭 감소될 것으로 전망하고 있다. 이렇게 노인수발보장제도를 건강보험재정 안정화를 위한 방안으로서 도입하고자 했던 정부의 방침은 아젠다 형성과정이 정부의 주도로 이루어진 동원모형이었다는 것을 보다 더 간명하게 설명해준다고 하겠다.

제3절 노인수발보장의 정책형성단계

이 절에서는 노인 수발에 관련한 문제가 정책의제로 설정된 후, 이를 해결하기 위한 추진된 정책적 대안의 형성과정 특징과 주요 쟁점에 대해 살펴보고자 한다. 이에 앞서 노인수발보장정책이 추진되었던 공식적인 과정을 살펴보면 다음과 같다.

1. 노인수발보장을 위한 정책의 추진과정

(1) 노인장기요양보호정책기획단의 설치

1999년 12월, 『노인보건복지 중장기발전계획 추진상황보고』에서 노인수발보장정책이 건의된 이후에 2000년 1월, 보건복지부에 보건복지부 차관을 위원장으로 하고 학계 및 연구계 전문가 15인으로 구성된 위원회와 관련공무원이 포함된 실무연구반으로 『노인장기요양보호정책기획단』이 발족되었다. 이를 계기로 노인수발보장체계에 대한 논의가 급진전하였으며, 약 1년 동안 총 5회의 기획단 회의, 15회의 위원회 회의와 14회의 실무 작업반 회의, 1회의 공청회 등이 수행되었으며, 그 결과는 2000년 12월 말 “노인장기요양보호종합대책”으로 나타났다.

종합대책의 내용은 장기요양서비스의 개념과 장기요양 수요추계, 서비스 공급모형, 인력과 시설기반 구축계획, 재정 계획 등에 관한 기초적인 검토를 담고 있다. 즉, 장기요양수요에 대한 구체적인 추계와 노인 장기요양정책의 기본방향을 제시하고, 우선적으로 시설서비스와 재가서비스의 기반정비, 지역사회 사회의 사회적 지원 시스템 구축, 요양시설 부족에 대처하기 위한 노인인구의 2%에 해당하는 시설의

우선확충 등을 추진해야 한다고 제시하고 있다. 이 보고서는 노인수발의 문제를 정책 이슈화하여 정책적 논의의 출발점이 되었다는 점과 기본방향을 제시하고 향후 추진과제를 명확히 했다는 점에서 의의가 있지만, 기초 연구자료 및 연구기간 부족 등으로 지극히 기초적인 연구보고에 그쳐서 우리나라의 노인수발보장체계의 이념과 방향성을 제시하지 못한 아쉬움이 있다(장병원, 2003). 그리고 주목할 점은 이 시기가 노인수발보장정책에 대한 정책적 논의가 비로소 시작되는 지점이었음에도 불구하고, 정부는 이 해 2001년 5월 31일에 ‘국민건강보험재정안정 및 의약분업정책 종합대책으로 “노인요양보험”도입을 제시하고, 이후 2001년 8월 15일 대통령 경축사에서 “노인요양보험제도 도입”을 국민들에게 공개적으로 발표하였다.

(2) 공적노인요양보장추진기획단의 설치

8.15 대통령 경축사에서 노인요양보험제도의 도입을 천명한 이후, 2001년 9월 국무총리실에 ‘노인보건복지대책위원회’가 설치되었으며, 보건복지부차원에서 논의되어오던 노인수발보장의 문제는 범정부차원의 정책과제로 논의되기 시작하여, 그 결과가 2002년 7월에 고령화 사회에 대비한 『노인보건복지종합대책』의 수립으로 나타났다.

주요 내용은 노인보건복지의 기본목표를 ‘건강하고 활력 있는 노후생활’로 제시하고, 이를 위한 전략으로 첫째, 노인소득보장 및 고용촉진 둘째, 노인건강보장 셋째, 교육 및 문화, 여가기회의 확대 넷째, 실버산업의 활성화 다섯째, 노인보건복지 추진체제의 구축 등 5개 분야, 57개의 과제를 선정하여 2003년부터 2007년까지 추진계획을 명시하고 있다. 그리고 노인수발문제와 관련하여 ‘요양서비스’를 이용하는데 소요되는 비용을 현재에는 이용자 개개인이 부담하고 있으나, 장기적으로는 이를 사회적으로 공동 부담하는 시스템을 개발해야 한다는 필요성을 제시하면서 구체적인 방안으로서 “노인요양보험제도”를 도입할 것을 제안하고 있다. 그렇지만 요양보험제도를 선언적으로 제안했을 뿐, 노인수발보장체계의 기본방향이나 이념에 대한 충분한 논의나 요양보험제도 도입에 대한 구체적인 논거를 제시하지는 못하였다.

제 16대 대통령 선거에서 노무현 대통령 후보측 선거공약에 ‘노인요양보험제도’를 시범실시한 후 ‘공적노인요양보장제도’를 도입하겠다는 내용이 포함되었고, 선거 이후 공약실행을 위해 인수위에서 수발필요노인을 위한 공적제도 도입을 추진하였다. 보건복지부는 2003년 3월 “공적노인요양보장추진기획단”을 설치하고 4월에 보건복지부 대통령업무보고에서 2007년 시행목표로 “공적노인요양보장제도”를 도입하겠다는 보고를 하였다. 이에 따라 공적노인요양보장제도의 도입은 보건복지부의 주요정책이 되었으며, 2004년 4월부터는 보건복지부 직제를 ‘노인보건과’에서 ‘노인요양보장과’로 개편하여 대처하였다.

보건복지부 차관과 학계 대표가 공동 위원장을 맡은 추진기획단은 관련 학회 및 전문가, 시민단체, 언론계, 정부위원 등으로 구성되었으며, 하위 4개의 전문위원회(제도·총괄, 평가·판정, 수가·급여, 시설·인력)가 설치되었고 보사연에 별도의 사무국을 설치 운영하여 이를 지원하였다. 2004년 2월 최종보고회가 진행되기까지 1년 동안 총 10회의 기획단 회의와 재원조달방식 등에 관한 공청회 2회, 제도 관련 전문가 초청 간담회 2회, 제도관련 일본출장 1회, 제도 관련 전문가 조사 1회, 노인기능평가 및 서비스 실태조사 1회 등을 수행하였으며, 그동안의 논의사항을 종합하여 향후 추진방향과 재원조달방식 등 공적노인요양보장제도의 기본틀을 건의하는 최종보고서를 제출하였다.

『공적노인요양보장체계 개발연구』라는 최종보고서에서 공적노인요양보장체계의 기본이념이 노인들의 자립생활지원과 가족부담을 경감하고 가정을 근간으로 하는 효 문화를 조성하는 것에 있다고 하면서, 제도 설계의 기본 방향은 보편적인 체계, 이용자 중심의 서비스체계, 다양한 주체의 참여, 사회적 연대, 노인의료비의 효율적 대처, 가정 및 재가복지 우선, 케어 매니지먼트 체계의 구축 등으로 설정하고 있다. 또한 제도의 기본 골격은 1년 동안의 기획단 논의와 1,2차 공청회 미 전문가 의견조사 결과를 종합하여, 재가보호를 중심으로 시설보호는 최소화하며, 재원조달방식은 사회보험방식에 조세를 혼합하는 형태로 제시하였다. 그리고 대상자의 기능별, 지역별로 단계적으로 확대하여 2013년에는 완전히 실시하고 관리운영주체는 잠정적으로 건강보험공단으로 지정하였다. 그러나 제도 특성에 영향을 미치는 중요한 사항인 급여의 형태 및 급여수준, 수가체계, 평가판정기준 등에 관해서는 명확한 합의를 얻어내지는 못하였다(김미숙, 2005).

(3) 공적노인요양보장제도 실행위원회의 설치

추진기획단 등의 결과를 토대로 제도의 실행모형, 시범사업모형, 관련 법률안, 수가·급여, 평가·판정체계 등에 관해서 보다 제도의 내용을 보다 구체화하기 위해서 2004년 3월 『공적노인요양보장제도 실행위원회』가 설치되었다. 동시에 보건복지부 사회복지정책실장이 단장이 되고 보건복지부 관련 국·과장, 건강보험 관계자, 보사연 및 진흥원 연구자들 29명으로 구성된 『공적노인요양보장제도 실무기획단』도 함께 설치되어 제도의 구체적인 실행모형과 관련 법률안의 개발과 시범사업의 모형 및 운영지침의 개발, 수가·급여, 평가·판정체계 등 운영프로그램을 개발하였으며, 이를 지원하기 위해서 건강보험공단에 별도의 사무국이 설치되었다. 2004년 개발된 『노인요양보장체제시안』을 최종보고하고 시안에 대한 공청회의 결과를 보고하기까지 약 6개월 동안 총 4차의 실행위원회 회의와 총 6차의 실무기획단 회의, 그리고 2회의 실무기획단 워크숍, 2회의 일본 전문가 초청 간담회, 심포지엄 1회, 국외 출장 2회, 시안에 대한 정책토론회 1회, 시안에 대한 공청회 1회를 수행하였다.

확정된 시안은 우선, 제도의 명칭을 대상과 사회보험방식을 표현하는 『노인요양보험제도』로 결정하였으며, 제도운영방식은 다른 사회보장제도와 독립된 별도의 법률을 제정하여 운영하며, 관리운영주체는 건강보험공단으로 지정하여 급여 관리 및 재정관리 주체의 일원화로 관리운영의 책임성·효율성을 제고하도록 하였다. 지자체의 역할은 지역 내 요양보호 노인의 발굴·보호·의뢰, 평가판정위원회에 참여하고 요양시설 등에 대한 지도·감독 역할을 부여하였다. 본 제도의 보험료를 부담하는 가입자는 전 국민으로 건강보험가입자이며, 수급권자는 제 1호 수급권자로 65세 이상 노인과 제 2호 수급권자 45~64세 노화 및 노인성 질환 대상자로 정하였으며, 64세 이하 장애인은 제도 안정 이후 검토하는 것으로 하였다. 급여는 시설서비스 3종, 재가서비스 10종 현물서비스 제공을 원칙으로 하였으며, 요양급여의 절차는 평가판정위원회에서 판정한 등급을 기준으로 케어플랜을 작성하고 케어플랜에 따라 서비스제공자와 계약을 통해 서비스를 이용하게 된다. 시범사업을 2005년부터 2007년까지 약 2년간 공공부조자들을 대상으로 기술적 시범사업을 실시하고 2007년부터 단계적으로 실시하는 방안 등을 제시하였다.

이상의 추진과정을 살펴보면, 노인수발보장의 문제가 정책의제로 선정되고 이 정책의제가 다양한 대안들과의 결합이 모색되고 시도되는 일련의 정책형성과정이 상당히 가파른 속도로 진행되었음을 알 수 있다.

정책형성과정은 정책의 목표가 구체적으로 수립되면서 정책의 목표를 가장 효과적으로 성취할 수 있는 다양한 대안들이 모색되는 시기로서, 여러 가지 기준과 원칙, 방법에 사용하여 그 대안들을 비교 분석하고 어떤 하나의 대안을 선택할 수 있는 정보들을 구축하는 매우 중요한 과업들이 진행된다. 따라서 정책의 이념과 방향에 대한 인식적 숙고와 구체적인 대안들에 대한 분석적이고 합리적인 사고를 바탕으로 개방적이고 심도 있는 논의와 역동적인 토론이 이루어져야 하며, 이러한 과업들이 소수의 정책꾼에 한정되거나 연구자들에게만 집중되는 것이 아니라 정책과 관련된 이익집단을 위시하여 사회구성원들에게 공개되고 의도적으로 확산되어야 한다.

특히 첫 출발에서 정부주도라는 한계를 가지고 출발한 동원모형에서 이러한 이슈의 확산은 정책의 성공적인 제도화나 집행에 있어서 필수적인 요소이며, 정책에 대한 사후 지지를 확보할 수 있는 길이다. 정책의제설정단계에서 이루어지지 못한 이슈의 확산이 정책결정 후 집행단계에서 이루어지는 것보다 대안을 모색하는 과정에서 가능한 한 충분히 이루어지는 것이 초기의 한계를 극복할 수 있는 유일한 해결책이라고 하겠다. 그러나 노인수발보장제도의 추진과정을 보면 시간적으로 지나치게 빠르게 진행되었을 뿐만 아니라 정책대안을 모색하는 과정에서도 논의가 한정되고 이슈가 확산되지 못하고 상부 층에서 머무르고 있는 정부주도의 한계를 여전히 보여주고 있다.

2. 정책목표의 수립과정

정책목표는 정책을 도입하여 실시함으로써 성취하고자 하는 궁극적인 목표를 의미한다. 따라서 정책목표는 제도의 도입배경을 둘러싼 다양한 변수들의 작용에 의해 수립된다. 명확하게 가시화된 정책목표가 제기되기도 하고 중요한 정책목표가 암묵적으로 숨어져 있는 경우도 있다. 정책의 목표를 규명하는 것은 정책수립에 있어서 가장 기본적인 토대가 되는 동시에 정책이 성취해야할 효과이자 기능

이며, 정책이 지속적으로 지켜나가고 전진해야 할 방향이 된다. 따라서 정책목표가 가진 특성을 파악하는 것이 정책분석에 있어서도 중요한 의미를 지닌다. 특히 정책목표는 사회구성원들에게 제시될 청사진이자 비전(vision)이기 때문에 국민들로부터의 정책에 대한 합의와 지지를 사후에 획득해야만 하는 동원모형에서는 이러한 정책목표가 정치적 역할을 담당하기도 한다.

일본의 경험이 우리에게 시사하는 바와 같이 대외적으로 공식적으로 제시되는 정책목표가 반드시 그 정책이 성취하고자 사회적으로 합의된 본연의 목표라고 보기 어렵다. 암묵적으로 숨어져 있는 정책목표가 더 큰 영향력을 발휘하여 제도의 유형이나 특성, 요소들을 규정하게 될 가능성이 언제나 존재하기 때문이다. 특정한 제도의 도입배경은 제도의 도입을 통해 해결하고자 하는 문제와 정책에 대해 상정하는 일련의 기대효과들을 함께 규정한다. 앞서 살펴본 바와 같이 정부가 제도를 도입하고자 한 배경에는 노인의료비의 상승을 저지하기 위한 대책으로 고려되었다는 것이 주요하게 작용했지만, 이러한 정치적 목적은 정책의 목표로 드러나기 어렵다. 정책의 명시적 목표는 제도의 타당성과 필요성을 규범적으로 정당하게 역설해 주는 내용으로 나타나야 하기 때문이다.

입법예고된 “노인수발보장법률 제정안(보건복지부, 2005)”에서 언급하고 있는 법률의 제안 이유는, 첫째, 간병과 수발이 필요한 노인인구가 급속하게 증가하였고 둘째, 전통적으로 수행해왔던 가정에 의한 보호가 한계에 이르렀으며, 셋째, 수발을 위한 비용부담이 더 가중되어 장기간 간병으로 가정이 파탄지경에 이르는 등 노인수발의 문제가 우리 사회가 시급히 해결해야 할 심각한 사회적 문제로 대두되고 있다는 것이다. 따라서 이러한 노인 간병·수발의 문제점을 해결하기 위해서 사회적 연대원리에 따라 정부와 사회가 공동으로 해결하는 ‘노인수발보장제도’를 도입하여 노인의 삶의 질을 향상시키고 가족의 부양부담을 경감하고자 한다는 목적을 명시하고 있다. 그리고 이 제도의 목표는 첫째, 사회연대의 원리에 따라 정부와 사회가 공동부담으로 간병·수발, 간호 등의 수발서비스를 제공하며 둘째, 고령과 치매·중풍 등 노인성 질병으로 심신에 상당한 제약이 있어 혼자서 생활하기 어려운 노인 등에게 간병·수발, 목욕, 간호, 가사 및 일상생활 지원 등의 수발서비스를 제공하고 셋째, 이러한 노인 등에게 수발이 필요한 상태와 정도에 상응하는 다양하고 전문적인 수발서비스를 제공함으로써 이들의 삶의 질을 향상

하고 노인가족의 부양부담을 경감하고자 하는데 있다(노인수발보장법 입법예고안, 2005)고 제시되고 있다.

이보다 앞서 “공적노인요양보장체계 개발연구”의 최종보고서(보건사회연구원, 2004)에서도 이 제도의 기본이념 및 목적으로 “노인이 자신의 의사에 입각하여 스스로의 생활이 가능하도록 자립생활을 지원하여 삶의 질을 향상시키고, 가정 및 재가중심의 지원체제를 강화하여 가족부담을 경감하고, 나아가 가정을 근간으로 한 효 문화 조성을 목적으로 한다.”고 서술하고 있다. 대체적으로 노인수발보장제도의 궁극적인 목표에 있어서는 노인의 삶의 질 향상과 가족의 부담을 경감시키는 것, 이 두 가지로 압축되는 것 같다. 그러나 이 두 가지의 목표는 실제 정책의 방향성으로 제시될 때, 다소 모호하고 중첩적이고 서로 모순되는 의미를 발생시키기도 한다.

윤종률⁴¹⁾(2004)은 노인요양보장체계 시안에 관한 공청회에서 노인요양보장제도의 시행 목표가 노인들의 독립적 생활향상에 중점을 두고 있는지, 아니면 가족부양 부담의 경감에 있는지, 혹은 급증하는 노인의료비 특히 정부가 부담하는 노인 의료비의 절감대책인지 알기 어렵다고 비판하면서, 정책의 목표가 어디에 있는지에 따라 정책의 내용이나 방향성에서 분명한 차이가 난다고 주장하였다. 즉, 정책의 목표가 노인기능향상과 그로 인한 노인의 삶의 질 향상에 있다면 재가보건복지서비스의 강화를 통한 예방과 재활에 더 집중하는 것이 필요하며, 가족부양부담의 경감에 중점을 둔다면 정책의 내용은 시설서비스를 보다 강조하는 방향으로 가게 된다는 것이다. 실제로 우리나라의 노인요양시설은 수요에 비해 극히 부족한 상태이기 때문에 시설 인프라의 확충과 전문적 인력에 의한 시설 서비스의 질적 제고는 사회보험으로서 노인요양보장시스템을 구축하려는 우리나라의 경우 제도의 성공여부를 가르는 핵심지점이 된다. 그런데 가정 및 재가중심의 지원체제를 우선시 하고 강화하겠다는 기본 목표는 요양시설의 인프라 구축에 소홀하게 될 가능성도 있고, 또한 공급주체를 다양화하겠다는 추진방향과 맞물려 요양보장에 대한 국가적 책임이 덜 강조될 가능성도 있다는 것이다. 특히, 이 제도에서 노인의료비용 절감 또는 재정의 문제를 우선적으로 고려하게 된다면, 요양서비스의 대

41) 윤종률(한림의대 가정학과 교수, 대한노인병학회 부회장). 노인요양보장체계 시안에 관한 공청회 지정 토론, 2004.

상이나 급여범위가 최소화해질 가능성이 매우 높게 된다. 급여의 수준과 범위가 최소화되거나 대상자의 중증도 판정이 엄격히 제한되거나, 현재의 건강보험과 같이 비급여서비스의 항목이 많아지고 높은 본인부담금의 비중으로 실제로 노인들과 그 가족들에게 필요한 서비스를 제공하지 못하게 되어 노인들의 삶의 질 향상과 가족들의 부담 경감이라는 목표를 성취하기 어렵게 될 것이다. 그리고 이러한 우려는 노인수발보장제도의 입법예고안에서 그대로 담겨져 나타났다. 수발보장제도의 적용대상자가 당초 추계한 범위에 훨씬 미치는 못하는 수준으로 대폭 축소되었을 뿐만 아니라 급여의 범위도 축소되었기 때문이다.

3. 대안 형성과정

정책의 목표가 설정되면 그 정책수단으로서의 해결방법들 곧 정책대안을 만들어 내야 한다. 정책형성단계에서 가장 핵심적 요소는 정책 아젠다가 이러한 다양한 대안들과 결합하는 과정이다. 즉, 어떤 내용을 가진 대안들이 형성되는가? 그리고 이러한 대안들이 어떤 기준에 의해서 평가되고 비교되는가? 어떤 기준과 어떤 가치를 우선시하여 대안들 중에 유력한 안을 결정할 것인가 하는 문제가 중요하게 다루어진다. 본 연구에서는 이러한 대안들을 Gilbert & Specht (1993)의 사회복지 정책분석틀을 이용하여 적용대상자와 급여, 재정조달방식과 전달체계의 4가지 영역으로 분석하였다.

(1) 적용대상자

① 노인장기요양보호정책기획단 추계

정책기획단(2000)에서는 보건사회연구원이 실시한 『노인생활실태 및 복지조사육구(1998년)』와 『장기입소노인조사(1999)』에 근거하여 재가노인 중 장기요양보호가 필요한 재가노인은 63만 5천명으로 전체 재가노인인구의 18.9%이며, 시설입소노인 중 장기요양보호가 필요한 시설노인은 6천명으로 전체 시설입소노인인구의 60.7%인 것으로 추정하였다. 정책기획단은 3단계의 확충방안에 따라 장기요양보호의 적용대상 인구를 다음과 같이 단계적으로 추계하였다.

<표 4-3> 단계적 확대방안에 따른 수발서비스 적용인구 추계(정책기획단)

단계적 확대		적용인구	수발대상 목표인구 중 비율	전체 65세 이상 노인인구 중 비율
1단계 (2005년 달성)	전체	99,052명	-	2.9
	시설	4,9683명	38.8	1.47
	재가	4,9369명	9.6	1.46
2단계 (고령화율 10%)	전체	200,001명	-	5.9
	시설	76,289명	59.5	2.26
	재가	123,712명	24.1	3.67
3단계 (2015년 달성)	전체	342,852명	-	10.2
	시설	79,867명	62.3	2.37
	재가	262,985명	51.3	7.80

자료 : 장기요양보호정책기획단(2000), 『장기요양보호 종합대책』

이 안에 따르면, 1단계에서 적용인구가 전체 65세 이상 노인인구의 2.9%이며, 최종적으로 확대되는 2015년에는 전체 65세 이상 노인인구의 10.2%를 차지하는 34만 명에 이른다. 또한 시설에서 장기요양서비스를 받는 인구수는 약 8만 명으로 목표인구의 60%이상을 포함하는 것이며, 재가서비스를 받는 인구수는 약 26만 명으로 목표인구의 51.3%를 포괄하는 비율이다.

그러나 노인장기요양보호 종합대책수립시 기초자료로 활용한 자료에서는 장기요양보호서비스가 필요한 노인에 대한 개념정의가 불분명한 상태에서 실시되었고, 장기요양보호대상 노인의 구체적인 내용이 포함되어 있지 않아 장기요양보호서비스가 필요한 노인을 대상으로 하는 보다 심층적인 욕구 및 실태조사의 필요성이 제기되었다. 그래서 『2001년도 전국노인장기요양보호서비스 욕구조사』가 100개 조사구를 대상으로 5,351명의 노인을 방문하여 기초조사를 완료하고 이 중 장기요양보호대상자로 판정된 2,307명 중 2,287명을 대상으로 하여 장기요양보호대상자 조사가 이루어졌다.

이 조사의 추계결과, 허약노인은 전체노인의 5.85%(2001년 20만 9천명)로 추정되었으며, 신체적·정신적 기능의 장애노인은 전체 재가노인의 14.82%인 53만 명이며 전체적으로는 20.67%인 74만 명의 노인이 수발서비스가 필요한 노인으로 추정되었다. 2010년을 기준으로 하면 수발서비스가 필요한 노인은 110만 5천명에 이르며, 이 중 재가·지역사회보호가 필요한 노인은 100만 4천명이며, 시설보호가

필요한 노인은 10만 1천명으로 추계되었다(보건사회연구원, 2001).

<표 4-4> 수발서비스 대상자 추계(2001년)

분류	대상자 수(명)	전체 노인인구에서의 비율(%)
허약노인	209, 000	5.85
신체적 정신적 장애노인	530,000	14.82
계 (공적장기요양서비스 대상자)	739,000	20.67
최중증 장애	60,000	1.69
중증장애	116,000	3.24
경증장애	178,000	4.98
치매(ADL 장애 없음)	176,000	4.92

자료:보건사회연구원의 『노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안(2001)』의 추계내용을 근거로 작성함

② 노인요양보장제도 실행위원회 추계

실행위원회(2005)는 추진기획단의 안을 바탕으로 급여대상이 되는 요양보호노인수를 중증도 및 수발상태별 장애발생률의 개념을 적용하여 치매경증 이상인 14.83%로 추정⁴²⁾하고 전체 노인인구의 2%를 시설에서 보호하는 것과 2.7%를 보호하는 시설보호율에 따라 각각 대상노인수를 추계하여 제시하였다. 시설보호율이 상이하더라도 총 요양필요자의 수는 같으며, 2007년에는 약 72만 명, 2012년에는 약 85만 명, 2015년에는 약 95만 명에 이르는 것으로 나타났다.

실행위원회(2005)는 제도의 확대방안에 따라 즉, 3단계와 5단계로 나누어 적용인구를 추계하고 있는데 5단계 안은 3단계 안보다 최종적인 적용인구는 더 확대되지만 보험료가 지속적으로 상향조정되는 것에 대한 국민의 부담이 클 것으로 간주하여 3단계의 확대방안을 선택하였다. 이 안에 따르면, 1단계에서는 9만 명이 적용되지만 2010년 이후 2단계 확대에서는 51만 명으로 확대되고, 2013년 이후 3단계에서는 시설에서 9만 5천명, 재가에서 약 80만 명이 적용되어 전체적으로는

42) 선진외국에 비해 노인인구비율, 특히 초고령자 비율이 낮은 우리나라의 경우 전체 노인인구의 15%를 요양보호대상으로 보는 것은 적정수준이거나 과대 추계되었을 가능성이 있으며, 독일의 경우는 2000년 11.9%, 일본은 2003년 13.9%로 나타남(공적노인요양보장제도실행위원회, 2005)

89만 명이 적용되는 것으로 추계하였다. 중증도에 따르면 1단계에서는 최중증인 노인을, 2단계에서는 중증과 경증노인을, 3단계에서는 경증치매노인까지 포괄하는 것으로 계획하였다.

<표 4-5> 단계적 확대안에 따른 수발서비스 적용인구 추계

단계적 확대		적용인구(명)	중증도 구분	
1단계 (2007.7 -2010.6)	전체	90,000	건강보험대상자 : 최중증	60,000명
	시설	5,000	의료급여수급자 : 최중증, 중증	30,000명
	재가	4,000		
2단계 (2010.5 -2013.6)	전체	514,000	건강보험대상자 : 최중증, 중증, 경증	456,000명
	시설	83,000	의료급여대상자 : 최중증, 중증, 경증	58,000명
	재가	431,000		
3단계 (2013.7 -)	전체	890,000	건강보험대상자 : 최중증, 중증, 경증, 경증치매, 45세 이상	795,000명
	시설	95,000	의료급여수급자 : 최중증, 중증, 경증, 경증치매, 45세 이상	95,000명
	재가	795,000		

자료 : 노인공적요양보장제도실행위원회(2005), 「공적노인요양보장제도 실시모형 최종보고」에 근거하여 작성함

실행위원회의 추계는 보건사회연구원의 2001년도 조사에 따른 추계와 비교하면 적용인구의 수가 다소 축소되었다. 보건사회연구원의 2001년 조사결과에는 2010년 장기요양대상인구가 110만 명이 넘을 것으로 전망하였지만, 실행위원회는 2012년에도 85만 명이며, 2015년이 되어도 95만 명이 넘지 않을 것으로 추계하고 있다. 이러한 추계의 차이는 심각하게 받아들여질 수 있을 만큼 다소 큰 폭이라고 볼 수 있다. 대상자 수의 차이는 곧바로 재정추계와 시설과 서비스 추계, 수가 등 정책설계에서 중요한 다른 측면에 곧바로 영향을 미치기 때문에 보다 정확한 추계가 필요하며 추계는 정책설계에서뿐만 아니라 집행의 측면에서도 중요한 의미를 가진다. 그러나 추계상의 시행착오는 정책결정단계에서도 계속 반복되는데 제도설계상에서 중요한 근거자료가 되는 추계의 결과가 정확한 해명없이 들쭉날쭉 큰 폭으로 변동한다는 것은 큰 문제가 아닐 수 없다. 이러한 추계상의 문제점은 제도에 대한 신뢰와 타당성에 대한 의심으로까지 연결되기 때문이다.

(2) 급여

추진기획단(2004)의 『공적요양보장체계 개발연구』에서 제시하고 있는 요양보호 서비스의 기본체계는 상당히 포괄적인 수준이다. 요양보호서비스는 기본적으로 지역사회 노인에게 대해 행하는 케어인 재가서비스와 24시간 시설에서 제공되는 시설서비스의 두 축으로 구성되며, 재가서비스에는 방문간병, 수발, 일상지원서비스와 방문목욕서비스, 방문간호, 방문재활, 주간보호, 단기보호, 재가요양관리지도 및 지원, 복지용구대여 및 구입지원, 주택개조지원, 그룹 홈 등 포함되어 있다. 시설서비스는 현 전문요양시설을 포함한 노인요양시설과 요양병원, 요양병상까지 포함하면서 단, 요양병원의 급여여부는 건강보험과의 역할분담정립 후 최종적으로 결정하겠다는 입장이었다. 재가에 주택개조지원도 포함되어 있고 요양병원과 요양병상도 시설서비스에 일단 포함되어 있는 것을 보면 추진기획단에서의 요양 서비스에 대해 매우 포괄적인 개념, 특히 의료와 보건, 복지서비스의 통합적 체계로 접근하고 있음을 볼 수 있다.

여기서의 주요 논점은 요양병원급여를 요양보장제도에서 포괄할 것인지에 관한 것이었다. 이 측면에서 독일과 일본이 각기 다르게 제도를 운영하고 있었는데 독일은 요양병원을 포함하여 의료서비스는 요양금고가 아닌 질병금고에서 담당하였지만, 일본은 요양병원과 요양병상의 의료 및 요양서비스를 개호보험에서 부담하는 방식이다. 요양병원에서의 서비스를 새로운 제도 내에 포괄할 경우 노인의 심신이 상태에 따른 의료 및 요양서비스를 연속적으로 제공하는 등 서비스의 효율성과 건강보험재정의 안정화에 기여하여 제도의 기본방향에 부합될 수 있으나, 요양병원의 과다한 의료비가 요양보장제도로 전환됨에 따른 요양보장의 재정문제, 건강보험의 재정적자전환을 위한 새로운 제도를 창설했다는 비난이 제기될 수 있다.

실행위원회(2005)의 실행모형에서 재가서비스 10종과 시설서비스 3종을 규정하고 있다. <표 4-6>에서 보면, 추진기획단의 안에 있던 식사배달이나 통원재활지원이나 주택개조지원, 교통수단지원, 안부전화 및 응급지원, 말벗서비스 등이 삭제되고 실행위의 안에서는 케어플랜의 작성과 그룹홈이 포함되어 있다.

<표 4-6 > 재가서비스 내용

정책추진기획단	실행위원회
① 방문간호 ② 홈헬퍼에 의한 서비스 (일상생활지원, 가사지원) ③ 주간보호 ④ 단기보호 ⑤ 식사배달 ⑥ 재활지원서비스 (방문재활지원, 통원재활지원) ⑦ 재가요양관리지도 ⑧ 이동목욕서비스 ⑨ 복지용구대여 및 지원 ⑩ 주택개조지원 ⑪ 교통수단지원 ⑫ 안부전화 및 응급지원 ⑬ 말벗 서비스	① 방문간호 ② 방문간병 및 수발 ((일상생활지원, 가사지원) ③ 방문목욕서비스 ④ 방문재활 ⑤ 주간보호 ⑥ 단기보호 ⑦ 재가요양관리지도 및 지원 ⑧ 복지용구대여 및 지원 ⑨ 그룹홈 ⑩ 케어플랜 작성

자료 : 공적노인요양보장제도추진위원회(2004)의 「공적요양보장체계 개발연구」와 노인공적요양보
 장제도실행위원회(2005), 「공적노인요양보장제도 실시모형 최종보고」에 근거하여 작성함

(3) 재정조달방식

① 재정조달방식 논의과정

수발보장제도에 관한 사회적 인식이 점차 제고되고 외국의 정책동향 논의들이 전해지면서 우리나라는 공적인 수발보장체계의 전체적인 정책구상 이전에 비용조달방식을 의미하는 장기요양보험의 도입에 관한 필요성이 먼저 주장되었다. 여러 가지 재정조달방식을 포함하는 다른 대안들에 대한 세밀한 검토과정은 생략되거나 간략화된 채, 노인수발보장체계는 사회보험으로서 도입되는 것처럼 간주되었다. 추진과정을 살펴보면, 본격적인 제도의 논의과정 이전에 이미 사회보험방식으로서의 정책이 제시되고 있음을 알 수 있다. 2001년 8월 대통령은 8·15 경축사에서 “노인요양보험제도 도입”을 발표하고 7월에 이어서 국무총리실 노인보건대책위원회에서 『노인보건복지종합대책』을 발표하면서 “노인요양보험제도”의 도입을 제안하고 있기 때문이다.

재정운영방식에 관한 구체적인 논의과정은 추진기획단의 3차 회의에서 본격화되었으며, 4차 회의에서는 5가지 대안에 대한 논의를 진행하여 1차 스크리닝 작업

을 통해 3가지의 대안으로 축약하여 공청회로 상정하였고, 이러한 회의는 2003년 3월에서 5월 말까지 2~3개월 사이에 진행되었다. 단 2회의 회의를 통해 재정조달방식에 관한 대안논의와 1차 스크리닝을 마치고 있는데, 기획단에서의 회의록에서도 재정조달방식에 관한 대안논의를 너무 성급하게 진행하고 있다는 점이 지적되고 있다. 제도에서 재원조달방식이 가지는 의미는 거론할 필요가 없을 만큼 중대하고 특히 사회보험방식이 국민의 비용부담을 전제로 하기 때문에 사회적으로 동의가 확보되지 않으면 제도 시행 자체가 불가능한 점을 상기하면 이러한 성급하고 충분치 못한 대안모색과정은 이후 결정단계에서 나타난 결정안에 대한 수용을 어렵게 할 뿐만 아니라 제도 도입 자체에 대한 회의적인 시각을 더 강화하는 악영향을 미친다.

<표 4-7> 공적노인요양추진기획단회의 결과보고서

3차 회의 결과 보고 2003. 5	주요 안건	■ 노인요양보장제도 도입방안(시안) 보고 - 재정운영방식 선택을 위한 각 제도의 검토와 장단점 비교내용 - 사회보험방식으로 운영할 경우의 제도운영방안 - 외국의 사례 비교
	회의 내용	- 본 발표 자료에서는 <u>너무 성급하게 사회보험방식으로 결정을 한 것 아닌가</u> 하는 생각이 듦. 다른 제도에 대해서 세밀하게 검토할 필요가 있음 - 북유럽쪽의 제도에 대한 검토가 부족함. 또한 이름이 공적이기 때문에 민간부문에 의존하려는 것을 자제해야 함. <u>조세방식에 대한 검토를 더욱 해야 함</u> - 독일이나 일본의 경우는 보험제도가 도입되기 전에 서비스가 상당 수준으로 제공되고 있었고 건강보험재정의 압박으로 새로운 제도가 도입됨. 우리나라 상황은 서비스 자체가 거의 없는 상태로서 국민의 반감이 적지 않을 것으로 보임 - 일본을 모델로 하고 있는데 일본의 현실과 우리는 다르고……. <u>차라리 저축방식이 좋다고 생각함</u> - 목적은 확실히 현재의 미충족 서비스를 충족하도록 하는 것인데 그렇다면 <u>오히려 조세방식이 접근하기 간단한 것으로 사료됨</u> - 제도 초기에는 <u>조세에 가능성을 늘려봐야 할 것임</u> . 진정한 조세방식이라는 것은 국가가 책임지고 서비스를 제공하는 것이라고 생각함
4차 회의 결과 보고 2003. 6	주요 안건	■ 공적노인요양보장제도 재원조달방식 검토(공청회안) - 5개안에서 1안과 3안 선택하고 순수조세방식 추가 ■ 공청회 진행 관련 논의
	회의 내용	- <u>사회보험방식에 대한 논리가 아직 미약하며, 조세방식에 의한 보편적 서비스 방식을 공청회(안)에 추가 필요</u> - 우리 현실에서 순수 조세방식으로 보편적 서비스체계의 구축은 사실상 곤란

자료 : 공적노인요양보장추진기획단 회의결과보고(2003, 노인보건과)에서 재구성

② 5가지 재원조달방식 비교 및 검토

재원조달방식에 대해서 추진기획단은 <표 4-8>와 같이 우선 5가지의 재원조달 방식에 대해 검토하였다. 추진기획단이 재원조달방식의 선택을 위해 대안들을 5개의 세부항목을 가진 효율성과 4개의 세부항목을 가진 형평성, 그리고 서비스의 질과 기존 사회보장제도와의 정합성에 관한 도입가능성, 이렇게 4가지 기준을 적용하여 평가하였다.

<표 4-8> 수발보장제도의 재정조달방식

구분	사회보험방식	조 세 방 식		강제저축방식	민간보험방식
		선별적 사회서비스방식	보편적 사회서비스 방식		
재 원	보험료 (일부 국고보조)	지방세 중심 (국고 보조)	국세 중심 (지방세 보조)	개인·가족저축 (국고보조)	보험료
적 용	전 국민가입 전 국민혜택 (일부 제한가능)	취약계층 혜택	전 국민 혜택 (일부 제한가능)	전 국민가입 전 국민혜택 (일부 제한가능)	임의가입 임의혜택
서비스 공급	민간공급자 + 공공투자	지자체(중앙정부) 공공투자 + 민간사업자	중앙정부(지자체) 공공투자 + 민간사업자	민간공급자 중심	민간공급자 중심
관 리	보험공단 (지자체 연계)	자치단체	자치단체	시장자율원칙 (정부규제)	시장원칙 (정부규제)
국가 사례	독일, 일본 (네덜란드, 프랑스, 미국 등)	덴마크, 핀란드, 이태리, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 및 영국		싱가폴	미국, 독일, 프랑스, 벨기에 등

자료: 공적요양보장정책추진기획단(공적노인요양보장체계 개발연구, 2004:17)

평가결과에 대해서는 <표 4-9>와 같이 조세방식은 비용통제, 사회적 연대, 재원부담 형평성 등에서 우수하였고, 사회보험방식은 소비자선택, 인프라구축 용이성, 보편적 적용, 권리성, 이용자부담의 형평, 서비스의 질, 기존제도의 정합성 등에서 우수한 것으로 나타났으며, 저축방식과 민간보험방식은 우리나라 현 사회보장제도하에서 채택하기 곤란하여 제외하였다고 언급하고 있다.

<표 4-9> 재정운영방식의 평가결과

평가 분야		사회보험 방식	조세방식	
			선별적 사회서비스	보편적 사회서비스
효율성	비용통제	×	○	○
	소비자 선택	○	×	×
	재원조달 용이성	○	△	×
	인프라 구축 용이성	○	△	×
	관리효율	○	△	△
형평성	사회적 연대(보편성)	○	△	○
	권리성	○	△	○
	재원부담 형평	△	○	○
	이용자부담 형평	○	△	△
효과성	서비스의 질	○	×	△
도입 가능성	기존 제도와 정합성	○	○	△

자료: 공적요양보장정책추진기획단(공적노인요양보장체계 개발연구, 2004: 18)

그러나 구체적으로 어떤 척도에 의해서 이러한 기준의 평가내용이 상·중·하(○△×)로 결정되었는지 전혀 알 수 없다. 그리고 평가의 결과처럼 사회보험방식이 소비자의 선택권을 높이고 인프라 구축에 더 용이하거나 보편성과 권리성을 가지며, 서비스의 질을 제고할 것이라는 논리에 대해서도 이의를 제기하는 입장도 있기 때문에 명확한 척도와 기준없이 이루어진 <표 4-9>의 평가결과가 연구자의 편견이나 논리적 오류가 배제된 객관적인 평가였다고 인정받기 어렵다.

일본 개호보험에 있어서도 사회보험방식이 더 유리하다고 강조된 장점 즉, 기여와 급여간의 대응관계를 명확히 하고 이용자의 선택에 의한 서비스가 가능하며, 보험료를 지불함으로 권리성을 확보할 수 있다는 것과 조세방식의 단점 즉, 중세를 의미하므로 국민의 동의를 받기가 더 어렵다는 점 등이었는데, 이러한 논리가 일반 국민들에게 잘 받아들여졌다고 할 수 있다(里見, 二木, 伊東, 1996: 심재호, 2001). 특히 개호보험 도입이전에 세금방식으로 행해져온 사회복지서비스의 공급이 대상자수를 제한하고, 행정처분의 일종인 조치제도에 의해 운용되었기 때문에 그 권리성이나 선택성이 제약받는다라는 비판이 힘을 얻을 수 있었다. 그러나 이러한 주장에 대해 다음과 같은 반론이 제기된다.

첫째, 사회보험이 보편적인 제도라는 주장에 대한 반론이다. 보험방식을 ‘보편주의’로 분류하는 것은 자산조사에 의한 소수의 적용대상자를 선정하는 것이 아니라 전 국민을 대상으로 보험사고에 해당하면 급여를 자산조사없이 지급한다는 측면에서 상대적으로 포괄적이고 보편적이라는 의미이다. 엄밀하게 말하면, 보편주의란 시민권에 기초해서 각출없이 지급되는 것을 말하는 것으로 사회보험방식에서는 보험료를 납부하지 못하거나 납부하지 않는 자에게는 급여가 제공되지 않기 때문에 사회보험의 보편성이란 보험료를 지불한 사람에 대해서만 적용되기 때문에 보편적이라고 말하기 어렵다. 그러나 일본에서 기존의 사회복지서비스가 저소득층이나 빈곤층대책으로 인식되어 있었고, 사회보험방식이 자산조사에 근거한 선별적인 사회서비스보다는 빈부에 관계없이 많은 대다수의 국민(강제적용이었으므로)이 누구라도 필요한 서비스를 수급한 권리를 가지고 있었으므로 이러한 측면에서의 보편성이라는 논리는 설득력이 있었다(심재호, 2001). 하지만 가장 보편적인 제도는 자산조사가 없이 전 국민이 포괄적으로 적용대상이 되는 보편적 사회서비스방식이다.

둘째, 보험료 기여와 급여 간의 대응관계가 명확하여 권리성을 가진다는 주장에 대한 반론이다. 이 주장이 보험료를 부담하면 일정한 급여를 받게 될 것으로 기대할 수 있다는 의미로 이해된다면, 이러한 대응관계는 존재하지 않는다. 개호보험 피보험자의 90%가 보험료를 부담하지만 급여를 전혀 받지 않을 것으로 추정되기 때문이다. 다만 높은 수준의 급여를 확보하기 위해 높은 보험료가 필요하다는 것을 의미한다면 이러한 대응관계는 존재하지만, 문제는 많은 사람들이 전자의 의미로 받아들이고 있는 것이다(심재호, 2001). 피보험자가 보험료를 지불했으므로 서비스를 받을 권리를 가지며, 따라서 법적인 청구권도 있다는 주장은 사실이 아닐 수 있다. 서비스 공급이 부족하여 급여를 받을 수 없는 경우에 피보험자가 계약위반을 이유로 재판을 제기하여 보험자에게 서비스를 제공하도록 청구할 권리는 인정되지 않으며, 후생성 또한 서비스 공급을 위한 기반정비가 정체되어 급여를 받을 수 없는 경우에 행정소송의 대상이 되지 않는다고 밝히고 있기 때문이다(埋橋孝文, 2003).

셋째, 서비스 이용자의 선택권이 보장된다는 주장에 대한 반론이다. 조세방식이 욕구나 소득 등의 심사에 기초하여 행정기관이 서비스 이용을 결정하기 때문에

선택권이 제한되지만, 사회보험방식은 계약방식으로 서비스를 선택하게 됨으로 서비스에 대한 선택권이 높아진다고 주장하였다. 그러나 실제로 이용자의 서비스 선택권은 서비스의 충분한 공급량의 확보에 의해 결정되므로 공급량이 확보되어 있지 않은 상태에서 이용자의 선택권은 보장되기 어렵다. 또한 후생성의 논리가 적용되자면, 요개호 인정을 받아야 하는 개호보험 역시 이용자 선택권이 보장되지 않는 모순이 발생된다(심재호, 2001).

넷째, 사회보험방식이 개호서비스 공급을 더 촉진할 수 있다는 주장에 대한 반론이다. 1961년의 전 국민 의료보험체제의 성립에 의해 의료시설이 급속하게 정비되었다는 사실을 근거로 제시하고 있다. 그러나 조세방식을 취하더라도 그것이 수요를 증가시켜 서비스 공급의 확대를 가져오기 때문에 이 점에서 특별히 사회보험방식이 유리하다는 근거는 부족하다(埋橋孝文, 2003).

다섯째, 다른 사회복지제도와 조정이 용이하다는 주장에 대한 반론이다. 일본의 연금이나 의료는 보험방식이기 때문에 개호도 그와 같은 보험방식으로 해야 한다는 의견이 주장되었지만, 그렇게 함으로써 얻게 되는 구체적인 이득에 관해서는 별로 논의되지 못하였다. 단지 현실적으로 가능성 있는 방식이 사회보험방식이라는 인식은 있었다(심재호, 2001).

따라서 이러한 논리에 대한 근거가 미약하다는 비판이 있기 때문에 <표 4-9>의 기준이 이러한 논리를 바탕으로 한다면 그 평가결과가 합리적이라고 보기 어려우며, 결국은 이러한 과정을 통한 재정조달방식의 검토는 한계가 많다는 것을 알 수 있다.

③ 3가지 대안 축약

추진기획단은 5가지 대안을 위와 같이 검토한 후 3가지 대안으로 축약한 후 이를 공청회에 상정하였다. 대안 1과 대안 2는 중심은 사회보험방식이되, 대안 1은 초기에는 취약층을 대상으로 국고부담으로 운영하다가 대상자를 일반으로 확대하면서 보험료를 기반으로 하는 사회보험방식으로 전환한다는 안이며, 대안 2는 사회보험방식이지만 빈곤층부조와 국고지원 부분을 포함하는 안이다. 3안은 순수한 조세방식이다.

<표 4-10> 재원조달방식에 관한 3가지 대안(실행위원회)

		대 안 1	대 안 2	대 안 3
재정방식		조세방식 → 사회보험방식으로 이행	사회보험방식 (국고지원+빈곤층 부조)	조세방식
적용	급여수급자	초기 취약층 → 보편적 확대	1종 : 65세 이상, 2종 : 45~64세	초기 취약층 → 보편적 확대
	비용부담자	전 국민(건보가입자)	1종 : 65세 이상, 2종 : 건보가입자	전 국민
재원		조세 → 보험료+조세	보험료+국고+빈곤층 부조(국고지원)	조세(일반재정 또는 목적세)
관리		지자체 → 보험공단	보험공단 또는 지자체	지자체+중앙정부
서비스 공급		공공인프라 구축 → 민간사업자 확대	공공투자 + 민간사업자	공공인프라
장점		·시설인프라 수준에 따른 단계적 확대 원만 ·저소득층 우선보호에 대한 제도의 순응성 제고	·중산층 노인 등 보편적 확대 용이 ·재원의 안정적 조달용이 ·기존 사회보장체제와의 정합성	·관리비용, 지출통제용이 ·지방자치체의 역할제고 가능
단점		·중간에서의 제도변경에 대한 국민적 반대 예상 ·중산층 노인 등 보편적 확대에 상당기간 소요	·또 하나의 사회보험제도 창설 및 보험료 부담 비 ·적정한 급여비 통제곤란	·정부재정의 과다 소요 ·중산층 노인 등 보편적 확대 상당기간 소요

자료: 공적요양보장정책추진기획단(공적노인요양보장체계 개발연구, 2004: 8)

2003년 7월 개최된 첫 번째 공청회의 목적은 기획단에서 마련한 재원조달방안에 대한 각계의 폭넓은 논의 및 의견수렴하고 이를 통해서 우리나라 실정에 적합한 재원조달방식을 도출하고자 하였다. 이에 기획단은 3가지 안을 제시하였다. 공적 노인요양보장제도의 필요성에 대해서는 토론자와 단체들이 공감하였으나 재원조달방식 및 제도운영방식 등 구체적인 정책의 내용이나 방향에 대해서 토론자마다 단체마다 의견이 달라 상당한 논란이 일었다. 특히 참여연대소속 토론자는 재원조달방식에 대한 논의과정에서 특별히 신중하게 검토해야 할 것은 재원조달이 비교적 용이하다는 이유로 현재처럼 노동자와 사용자가 부담주체가 되는 사회보험방식을 과도하게 강조해서는 안되며, 보험료 부담 능력이 부족한 서민층이 노인수발보장의 불평등을 경험하지 않고 국민적 연대감을 높이기 위해서는 보험료 부담의 한 주체로서 국가의 재정 부담이 강화되어야 한다는 것이 중요하다고 강조하였다(심재호, 2004).

<표 4-11> 2003년도 재정조달방식에 관한 공청회 결과

	제 1 안	제 2 안	제 3 안
지지 단체	· 대한노인회 · 재가복지협회 · 농업경영인중앙연합회	· 민주노총 · 사회보장학회 · 노년학회 · 가정간호학회	· 언론계 · 시설협회
지지 사유	· 노인의 소득 및 생활실태 등 감안, 보험료 등 부담 능력 미흡 · 우선적용계층인 저소득층, 농어민 등에 조세방식 부합 · 정착 이후 보편적인 사회보험제도 전환	· 현 사회보장체제 및 의료체제 등에 부합 · 사회연대성이 강화되는 사회보험방식이 현실적 대안 · 간접세 중심의 현행 조세체제하의 역진성 문제 해소 등	· 노인요양보장의 특성 및 이념에 가장 부합 · 직접세, 담배세, 알콜세 등 간접세 활용 가능

자료: 공적요양보장정책추진기획단(공적노인요양보장체계 개발연구, 2004: 9)

재정방식에 대한 이러한 의견분립은 공적노인요양보장제와 관련한 전문가 조사에서도 잘 나타나고 있다. 재원조달방식에 관한 의견에 있어서는 사회보험방식이 55%, 조세방식이 41%를 차지해 그 의견이 상당한 것으로 나타났다. 그러나 여기서 주목해야 하는 것은 그럼에도 불구하고 조세방식이 정책대안으로서의 비중 있게 다뤄지지 않았고 거의 배제되었다는 것이다. 사실 재정방식에 관한 특정안에 대해 사회적 합의를 이루어낸다는 것은 매우 어려운 일이다. 그러나 일본과 독일의 경우 상당한 기간 동안 격렬한 토론과정을 거쳤다는 것이다. 그러나 앞서 살펴본 바와 같이 우리나라의 경우에는 재정방식을 사회보험방식으로 너무 일찍 정해져 버렸으며, 그 결과 상대적으로 다른 대안에 대한 논의가 충분하게 진행되지 못했기 때문에 사회보험방식으로의 결정안을 수용하기가 더 어렵게 된 측면이 있다.

2003년 11월 13일 개최된 2차 공청회에서는 참여 토론자들 간에 재원조달방식에 있어서 기본적으로 2안에 동의하였으며, 다만 정부의 조세부담률을 50%로 상향 조정하고 본인부담율을 10%로 하향조정하는 안이 제안되었다. 추진기획단은 1, 2차 공청회 및 전문가의견조사, 그리고 기획단 논의 등의 결과를 토대로 재원조달 방식에 대한 기획단시안을 확정하였는데, 사회보험방식과 공공부조에 대한 조세방식을 혼합한 대안 2를 채택하고 대상자는 45세 이상으로 하되, 65세 노인부터

우선 적용하며, 특히 중증이상 노인, 농어촌 및 공적부조 노인을 우선 적용하며 4 단계로 나누어 확대하기로 하였다(추진기획단, 2004).

④ 재정 시뮬레이션

추진기획단은 재원분담에 있어서 보험료 50%와 조세 30%, 본인부담 20%로 하고 공공부조대상자는 조세 90%와 본인부담 10%, 국민기초생활수급권자는 본인부담을 하지 않는 것으로 하고 보험료의 부담은 건강보험가입자로 정하였다. 그리고 공적부조대상자를 차상위까지 확대한 안과 의료급여대상조로 한정된 안으로 2020년까지 필요한 재정을 추계하였다.

<표 4-12> 총 소요액 추계

구분		차상위 계층 확대안			의료급여 대상자 한정안		
		대상인원	비용추계	1인당 보험료	대상인원	비용추계	1인당 보험료
1단계	2007년	166,000명	1조 1087억원	2,651원	141,000명	1조 6797억원	3,482원
2단계	2009년	412,000	3조 7468억원	5,731원	379,000명	3조 5447억원	7,527원
3단계	2011년	550,000	4조 6624억원	7,640원	550,000명	5조 6624억원	10,035원

자료: 공적요양보장정책추진기획단(공적노인요양보장체계 개발연구, 2004: 23)

실행위원회는 요보호대상 비율과 시설보호율 외에도 정책적 선택차원이 될 수 있는 시설서비스 수가방식⁴³⁾과 재가서비스 수가방식⁴⁴⁾의 각 조합에 따라 8가지의 재정추계안을 제시하였는데, 이중 재정추계결과에서 최소안은 3안(요보호대상비율 15%, 시설보호율 2%, 시설수가 I형, 재가수가 A형)으로 2015년 기준 재정총액은 약 5조 5천억 원 정도이며, 중간안은 2안(요보호대상비율 15%, 시설보호율

43) 시설수가 I형은 투입자원량을 재설정하여 상향식(bottom-up)접근으로 요양시설 종사자당 적정 보호노인수를 설정하고 이에 따른 현실 인력수준과의 차이를 고려하여 필요인력을 보충시켜주는 방식이며, II형은 현 예산을 유지하고 하향식(top-down)접근으로 주어진 총예산 한도 내에서 시설별 보호노인의 욕구분포에 따른 자원투입량에 비례하여 예산을 재분배하는 방식이다(공적노인요양보장제도실행위원회, 2005)

44) 재가수가 A방식은 동 시설수가 가안 대비 일정률 삭감안으로 현재 개발 중인 시설수가 가안 대비 최중증은 90%, 중증80%, 경증은 70%, 치매경증은 경증의 60% 수준으로 적용하며, B방식은 2001년도 연구수가 중 방문간병과 수발서비스 단가를 조정된 안이다(공적노인요양보장제도실행위원회, 2005).

2%, 시설수가 I형, 재가수가 B형)으로 2015년 기준 재정총액이 약 6조 6천억 원 정도이며, 최대안은 5안(요보호대상비율 15%, 시설보호율2.7%, 시설수가 I형, 재가수가 A형)으로 2015년 기준 재정 총액이 2안보다 100억 원 많은 6조 6천 8백 억원 정도로 추계되었다.

<표 4-13> 재정추계결과의 최소, 중간, 최대값 비교(단위: 억 원/년, 원/월)

구분	최소(3안)			중간(2안)			최대(5안)		
	총계	정부 부담	세대당 (가입자) 보험료	총계	정부 부담	세대당 (가입자) 보험료	총계	정부 부담	세대당 (가입자) 보험료
2007	8,442	3,503	1,835	9,511	3,983	2,054	10,034	4,142	2,189
2009	9,011	3,706	1,943	10,147	4,210	2,175	10,709	4,380	2,319
2010	31,239	8,665	8,210	35,539	9,898	9,326	38,351	10,626	10,084
2012	33,472	9,243	8,726	38,075	10,555	9,912	41,093	11,337	10,717
2013	51,721	13,969	13,563	62,261	16,818	16,326	62,378	16,848	16,357
2015	55,363	14,912	14,476	66,648	17,954	17,426	66,769	17,986	17,458

*주: 1) 요양병원의 간병비(월45만원)를 추가할 경우 각 안마다 1,000억여 원 증가됨

2) 적용되는 변수에 따라 총 소요재정이 변동될 수 있으므로 재정추계 8개안 중 제도가 본격 시행되는 2010년을 기준으로 최대안, 중간안, 최소안 제시

자료: 공적요양보장제도실행위원회(공적노인요양보장제도 실행모형 개발연구, 2005: 107)

(4) 전달체계

① 제도도입방안

정책형성과정에서 주된 쟁점은 정책의 재원조달방식과 더불어 제도의 도입방안에 관한 것이었다. 노인의 수발보장체계 구축의 가장 기본적인 출발점은 적절한 규모의 노인요양시설과 관련 인력을 확보하는 것이다.

박광준(2004)은 수발욕구에 대한 보장방식을 3단계로 구분할 수 있는데, 첫 번째 단계는 수발이 필요한 노인 중 빈곤층인 극히 일부의 노인만을 대상으로 자산조사를 통해 최소한의 시설수발서비스를 제공하는 것이고, 두 번째 단계는 고령화

의 진행과 더불어 수발욕구의 상승에 대응하여 수발시설을 확충하는 시기로 수발시설의 수발보호능력이 상승됨에 따라 빈곤층 이외의 노인들도 시설수발서비스를 이용하게 되며, 세 번째 단계는 국가가 세금으로 보장하는 공비부담방식과 보험료에 기초하여 보장하는 사회보험방식 등 두 가지 유형을 중심으로 노인수발서비스 보장체계를 구축하는 단계이다. 우리나라는 현재 마땅히 두 번째 단계에 머물고 있어야 하지만 사회복지시설의 낙후성으로 말미암아 첫 번째 단계에서 벗어나지 못하고 있는 것이 현실이기 때문에 우리나라는 우선적으로 두 번째 단계를 지향하면서 수발시설의 확보와 수발서비스 관련 인력의 확보에 노력을 집중해서 어느 정도의 수발보호의 공급체계를 확보한 후, 수발보장체계의 구체적 유형에 대한 국민적 합의를 도출하여 구축하는 것이 바람직하다는 것이다. 물론 수발보장시스템이 반드시 세 단계를 차례로 밟아서 추진되어야 한다는 것은 아니지만 단기간에 사회보험방식의 수발보장제도를 도입한다는 정부의 방침이 일방적으로 굳어지고 그 방침의 정당성을 확보하기 위한 수순을 밟아가는 것은 결코 바람직하지 못하여, 특히 무엇보다 수발보장제도가 시작되기 전에 보험도입에 따라 급증하게 될 노인의 욕구에 신속하게 대응할 수 있는 인프라를 구축해놓지 않는다면 큰 혼란을 초래할 수도 있다고 지적하였다(박광준, 2004).

이는 결국 보험료는 냈는데 이용할 시설이나 서비스가 없다'는 말이 현실화될 우려가 크며, 사회보험의 가장 큰 장점 중의 하나인 수요자의 권리성과 선택권 등이 전혀 보장되지 않아 시행초기부터 제도에 대한 국민적인 신뢰성을 상실할 가능성이 높다고 하겠다. 따라서 노인복지의 기반이 열악한 상황이고, 국민들이 보험료를 납부하면서까지 필요한 제도라고 인식하고 있는지에 대한 확신과 국민적 합의가 이루어지지 않았기 때문에 제도 도입에 대해서 시기상조라는 의견(이가옥, 2004)이 대두되고 있다. 현재 노인이 되면 누구나 급여대상이 되는 국민연금의 경우에도 납부예외자와 미납자의 비율이 50%에 육박하고 있고, 건강보험의 경우에도 비급여 항목이 많고 본인부담금 비율도 40%가 넘어 실제로 제도가 목적으로 하는 보험사고에 대한 위험분산의 기능이 약하다는 비판이 강하게 나타나고 있는 상황에서 수급권이 확정되지 않는 미래의 수발위험에 대비하여 젊었을 때부터 보험료는 납부하는 제도를 도입한다는 것은 국민들의 사회보장제도에 대한 불신과 불만을 증폭시키는 결과를 가져올 수도 있다. 이렇게 제도 도입자체에

대해서 회의적인 가지거나 적어도 제도 도입을 현재 2007년으로 정한 것은 지나치게 성급하다는 비판은 상당하다.

당초 실행위원회는 제도의 도입방안과 관련하여 <표 4-14>와 같이 3가지 안의 장단점을 비교하여 제시하였으며, 공청회 결과는 제도 도입의 정당성 부각과 참여정부의 공약 이행, 고령화 사회에서 증가하는 노인수발의 욕구에 체계적으로 대처하기 위해서 처음부터 독립된 법률로 제정하여 도입하는 제 2안으로 의견이 합의되었다. 그러나 2007년 시행한다는 것에 대해서는 더 신중히 검토할 필요가 있다는 의견이 많았다.

공적노인요양보장제도의 최종 시안으로 결정된 제 2안의 장점은 수발서비스가 필요한 전 노인을 대상으로 하는 새로운 보편적인 제도 도입에 대한 필요성 및 정당성 부각시킬 수 있으며, 참여정부의 공약과 일치하여 정치적 합의 및 지원이 용이하고 또한 국가적 대책마련에 따른 대국민 홍보나 사회적 합의 도출이 용이하다는 점이 주요하게 강조되었다. 또한 건강보험과의 독립운영으로 건강보험의 재정과 급여확대의 우선순위문제에 구애되지 않고 노인수발대상 및 급여확대를 계획대로 추진할 수 있는 장점을 가진다. 그리고 국민들의 제도 자체에 대한 불신을 해소시키고 이용자가 서비스를 선택, 계약하는 등 이용자 중심 체제를 구축하는 등 노인복지의 패러다임전환과 사회복지제도의 획기적인 발전을 도모할 계기가 될 수 있다. 또한 공공부조자를 하나의 제도에 포괄 적용함에 따른 낙인감을 해소하고 국민통합에 유리한 측면이 있다. 그러나 단점은 국민부담이 수반되는 새로운 사회보험제도 창설에 대한 비판이 대두될 가능성이 높고, 건강보험의 재정적자를 최소화하거나 전가시키기 위한 편법적 재원조달정책이라는 비난이 제기될 가능성이 높다. 또한 의료와 수발서비스의 연계, 통합제공이 곤란하고 양 영역의 경계가 불분명하여 보험자가 비용을 전가하는 현상이 발생할 가능성도 있다.

<표4-14> 노인요양보험제도 시안

구 분	제1안	제2안	제3안
내용	☐ 건강보험의 요양급여로서 단계적 실시 후('07년부터), 독립제도로 전환(2010년) <제1단계> 07. 7 - 10. 6 --건보가입자: 요양급여 --공공부조자: 국가재정 <제2단계> 2010년 7 --인프라 구축완료 --독립형의 노인요양보험 전환 (공공부조자 포함)	☐ 독립제도로 2007년 본격시행(단계별) - 기술적 시범사업 - 노인요양보험 2007년 시행(단계적) 건강보험가입자와 공공부조자 포괄	☐ 독립제도로 실질적 시범사업(3년) 후 본격적 시행(2010년) - 기술적 시범사업(2년) - 실질적 시범사업 (2007~2009년) - 노인요양보험 2010. 7월부터 전체 노인 대상 실시
법 체계	노인요양보험(보장)법 건강보험법에 대한 특례법	노인요양보험(보장)법 제정	
재원 조달	<제1단계> --건강보험가입자 : 건강보험재정 + 본인부담 --공공부조자 : 국가재정 <제2단계> --노인요양보험료 + 정부지원 + 본인부담 --공공부조자 : 국가재정	- 노인요양보험료 + 정부지원 + 본인부담 - 공공부조자 : 국가재정	- 노인요양보험료 + 정부지원 + 본인부담 - 공공부조자 : 국가재정
관리 운영 주체	· 「건보공단」		· 「건보공단」 또는 시군구
자격 관리	--건강보험가입자: 건강보험법 적용 --공공부조자는 의료급여 대상자		

자료> 「노인요양보장체계 시안에 관한 공청회」 자료집 . p18-19. 2004

이와는 달리 건강보험을 활용하다가 인프라 구축이 완료되는 시점에 독립된 제도로 전환되는 제 1안의 장점은 새로운 제도 창설에 따른 국민의 저항을 해소하고 보험료 부담에 따른 국민의 수용성을 제고하여 제도의 원만한 시행가능성을 높일 수 있다. 또한 인프라 확충 기간을 상대적으로 충분히 확보할 수 있으며, 단계별 요양급여 확대에 따른 수발보장제도의 안정적인 조기정착이 용이하다고 하겠다. 특히, 이미 갖추어진 기본적인 틀 내에서 기존의 인력을 조직을 사용하여 안정적인 제도운영이 가능하고 초기 투자비용을 최소화할 수 있다. 그러나 의료와 요양을 포괄하는 체계로 법령이 복잡하게 되며 1법령 2제도로 건강보험의 급여 확대

및 보장성 강화와의 우선순위 문제가 대두될 수 있으며, 건강보험제도 내에서 실시됨에 따른 노인 이외 45세 이하의 중증 대상자의 요양급여 요구가 증대될 것으로 예상되며, 건강보험 재정상황에 따라 노인요양서비스 대상과 범위가 영향을 받을 것으로 보인다. 또한 복지의 의료화로 고비용구조가 초래되고 보험급여가 안 되는 부분에 대해서 지자체가 책임을 회피할 가능성이 있는 단점을 가진다(실행위원회, 2005).

공청회에서는 의료보험과 독립된 제도로 가자는 의견과 건강보험법에서 출발한 후 독립된 제도로 전환하자는 의견이 논란이 되었다. 독립적인 제도창출에 대해서는 의견의 차이가 좁혀졌지만, 현실적인 시행의 문제에 있어서 건강보험법에서의 요양급여로 시작해서 단계적으로 가자는 의견과 현행 국민건강보험법에 소속시킨다면 건강보험의 운영상의 문제점이나 예산의 취약점이 그대로 노인요양보험제도에 반영될 확률이 높고 어차피 독립된 제도가 될거면 굳이 건강보험을 거치는 것보다 실질적인 시범사업의 기간을 충분히 확보하여 새로운 제도의 적응과정을 더 면밀하게 살펴보는 것이 좋겠다는 의견이 있었다.

제도의 도입 시기에 관해서는 신중을 기하자는 의견이 공청회에서 주를 이루었다. 2007년의 시행은 요양보호 인프라의 확보측면에서 볼 때 무리가 많고 2년간의 기술적 시범사업으로는 본격적인 제도 시행에 차질이 많을 것이라는 우려가 높았다. 대통령의 공약대로 2007년에 전격 시행되어야 한다는 대한노인회 등의 소수의견도 제시되었으나 대체적으로 충분한 시설과 인력을 갖추 수 있는 기간이 확보되어야 한다는 것이 강조되었다. 독일과 일본의 요양보험 도입 시기를 살펴보면 고령화율로 보면 각각 16%, 17%에 진입해서였다. 우리는 2010년이 되어도 14.8%로 이들 국가에 비하면 상대적으로 낮은 비율이다. 뿐만 아니라 75세 이상 후기노령인구가 주 요양대상이라고 하면, 후기 고령인구 비중이 전체노인 중 일본이 41.7%, 한국은 32.1%로 아직 여유가 있다. 특히 일본의 경우 개호보험을 서둘러 도입한 주요 이유는 사회적 입원으로 노인의료비가 급증했기 때문이다. 일본의 2000년 노인의료비가 국민의료비중 36.9%를 점유하고 있어 우리나라 2003년 건강보험진료비 중 노인의료비 21.3%와 비교하면 상당히 높다는 것을 알 수 있다. 또한 국민의료비 지출대비 본인부담비율이 2001년 한국의 경우가 37.3%로 일본 16.5%, 독일 10.6%에 비해 낮지 않고 노인병원이나 요양병상이 많지 않아 사회적

입원의 가능성은 아직 낮고, 일본의 노인가족 의존도가 7.9%인데 비해 한국은 19.5%나 되는 등 일본보다 가족에 의한 노인부양가능성이 아직 높다고 보이기 때문에 실행위원회가 지적했듯이 요양시설마저 미비한 상황에서 서둘러 제도를 도입할 필요가 없으며, 특히 사회보험제도를 적용한 전면적 시행은 국민의 기대욕구를 맞추기 어려워 또 다른 사회보장의 불신을 초래할 가능성이 있다(박수천, 2005)고 지적하였다.

② 관리운영방식

실행위원회(2005)는 관리운영주체의 선정에서 고려해야 할 기본방향으로 국민이 쉽게 납득할 수 있는 이용자 중심의 서비스의 제공과 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 급여의 실시 및 심사, 비용지급, 사후평가 등에 관한 관리운영의 효율성과 건강보험이나 국민연금 그리고 노인복지 및 보건서비스 등 기존 제도와의 정합성을 제고하며, 시설인력 인프라 확충 및 관리가 용이하면서 재원을 안정적으로 확보하여 증가하는 노인수발비용에 대처할 수 있는 시스템이어야 함을 제시하였다.

실행위원회는 구체적으로 시군구의 지방자치단체가 맡는 안(1안)과 국민건강보험공단이 맡는 안(2안), 그리고 국민건강보험공단과 지자체가 공동으로 맡는 안(3안)으로 3가지를 제시하였다. 재원조달방식과 마찬가지로 관리운영방식에 관해서도 논란이 많았다. 공청회를 통해 제도 운영의 효율성과 현실적인 업무 능력 등 현실적인 여건을 감안하여 공단이 맡는 안으로 기울었으나, 노인수발보장정책에서 차지하는 지자체의 중대함을 감안할 때 공단과 지자체의 상호연계된 적절한 역할분담과 협조체계가 이루어지도록 지속적인 논의가 필요하다고 강조되었다.

지방자치체가 관리주체가 될 경우 국가 등 재정지원과 재원확충을 통하여 시설 및 인력 등 인프라 구축하는데 용이하고 수발시설의 관리감독에 유리하며 수급자의 서비스 욕구에 신속한 대응이 가능하다. 지방분권화 및 지역복지체제 시대에 지자체의 역할을 강화할 수 있는 기회가 되는 반면에 행정력과 보험자 역할의 경험 미비로 보험료의 부과 및 징수, 자격관리 및 급여 관리 및 사회보험의 기본적인 업무 수행에 미흡할 수 있다. 무엇보다도 지자체간 재정력의 격차가 존재하기 때문에 이는 곧 시설인프라의 격차와 서비스질의 불균형이 심화되어 형평성의 문제를 대두시켜 사회보험으로서 갖는 사회통합의 기능을 저해할 수 있다. 또한 지

방재정이 부실화되거나 보험료에 대한 국가부담금이 증액되는 등의 문제가 나타날 수 있다.

국민건강보험이 운영주체가 되면 건강보험업무의 경험과 조직, 인력 등이 최대한 활용할 수 있기 때문에 효율적인 관리운영이 가능하다는 것이 가장 큰 장점이 된다. 또한 예산을 통합 관리함으로써 시설 인프라 확충에 지역 간 균형지원과 발전이 가능하다. 단점은 요양서비스 사업자의 관리감독에 한계가 있으며, 공단의 비대화와 관료화로 인한 문제도 예측된다.

제 3안은 지자체와 공단의 혼합 관리방안인데 앞서 제시된 2안의 단점을 서로 보완할 수 있다는 것이 장점일 수 있지만 단점은 급여 관리주체와 재정 관리주체의 이원화로 도덕적 해이가 발생할 수 있으며, 재정 관리에 있어 책임소재가 불명확하고, 사회보험의 단일보험자체제를 다보험자 체제로 재편하는 결과를 가져올 수 있다. 또한 관리주체의 이원화에 따른 업무절차의 번거로움 및 비효율성 등으로 원만한 제도 정착에 걸림돌이 될 수 있다.

문옥륜(2004)은 공단이 보험자로 될 경우 ‘건강보험의 재정적자 최소화’ 혹은 ‘보험 재정적자를 전가시키기 위한 편법적 재원조달정책’이라는 비난을 듣지 않도록 각별히 유의해야 할 것이며, 요양보험의 부과 및 징수에 기존의 우수한 사회보험료 부과 및 징수 채널을 이용할 수 있다는 장점 때문에 공단을 보험자로 지정하더라도 노인수발서비스가 원래 사회부조사업의 성격이 강하고 복지서비스의 지방화가 국제적 추세임을 감안하여 이 제도의 운영에 관한 더 활발한 논의가 필요하고 이에 대한 국민의 공감대를 넓혀가는 것이 중요하고 하였다. 또한 심재호(2004)는 공단이 현실적인 대안이기는 하지만, 어떤 대안이든지 요양보장과 관련된 모든 의사결정과정에 가입자와 급여대상자의 의견이 반영될 수 있는 구조를 만들어주어야 한다고 지적하였다.

건강보험이 전국 단일보험자 체제로 되어 있어 지역 간 보험재정의 불균형 해소가 용이하고 보험료 징수도 건보공단이 일괄징수하게 되면 지자체는 부담을 덜 수 있다. 반면, 지자체는 공권력이 있어 수발대상자와 사업자관리가 용이하고 또한 사회복지망의 최종 책임자인 행정기관이 본연의 업무를 수행한다는 측면에서 역할 분담에 대한 공감대 형성이 용이할 것이다. 일본에서처럼 기초자치단체가 요양제도를 담당할 경우 지방행정의 패턴이 지역특성에 맞고 주민이 참여하는 요양행정

으로 전환되어 지방분권을 실질적으로 구현하는 계기가 될 것으로 기대할 수 있다.(박수천, 2005). 따라서 관리운영자는 건강보험공단이지만 지자체와의 역할분담을 어떻게, 협조체계를 어떻게 구축해야 할 것인지에 대해서 적극적으로 모색할 필요가 있다.

4. 정책형성단계의 특징

(1) 주도자와 참여자 : 쟁점화 실패

차홍봉(2004)은 노인수발보험제도의 시행시기에 관건이 되는 것은 시설인프라를 계획대로 준비할 수 있느냐와 이 제도에 대한 국민적 합의를 얻을 수 있느냐에 달려있다고 하였다. 그만큼 국민적 공감대가 제도의 성패를 좌우한다고 하겠다. 일본과 독일의 경우는 정부·정당·사회단체·전문가 등의 국민적 합의과정이 오랜 기간 있었다. 우선 독일은 고령사회(1972년)가 이미 지난 1978년 수발의 필요성이 제기되 이래 1989년 『의료보험개혁법』을 통해 질병보험에서 일부 수발급부를 실시했으며, 1994년 『사회장기수발보험법』이 통과되기까지 사회보험으로서의 수발보험이 20여 년간 논쟁의 중심에 있어왔다. 일본의 경우도 노인개호문제가 1970년대부터 사회적 이슈로 등장했고 국민적 공감대를 형성해나갔으며, 특히 이때 독일이 수발보험법을 1994년 제정하자 국민을 설득하는 호재로 작용하였다. 일본 정부는 개호보험 도입이 제기하면서 정치권의 협력을 얻기 위하여 행정부에서 정리 안된 운영주체, 재원마련, 현금급부 등 사안을 연립여당(3당)에 넘겨 함께 의논하였으며, 개호의 사회화를 주창해온 사회당과 시키가게 양당의 효과적인 지원과 1983년부터 개호의 사회화에 앞장섰던 『고령사회를 좋게 하는 여성모임』, 『개호의 사회화를 위한 1만인 시민위원회』 등 시민단체의 역할도 크게 작용했다. 일본의 개호보험은 정부주도로 개호정책이 추진되기는 했지만 여론의 중심에 있었고 이견이 있는 부분은 정치권의 협력을 얻어 실질적인 조정이 이루어졌으며, 시민사회단체의 적극적인 지원과 참여 속에 제도로서 성립되었다(박수천, 2005)고 평가되기도 한다.

우리나라 역시 의료비 확대에 의한 건강보험재정을 안정화하기 위한 방안으로 정부주도로 소수의 정책관련자와 연구자, 전문가들을 중심으로 노인요양보장제도가 논의되어 왔기 때문에 노인의 장기요양문제는 사회적 이슈로 여론의 관심을 못하였다. 이슈를 확산하고 사회구성원들의 의견을 청취하기 위해서 정책형성과정에서 이루어지는 대표적인 과정이 바로 공청회이다. 노인수발보장제도가 입법 예고되기까지 2003년에 2회, 2004년 1회, 2005년 1회 총 4회의 공청회가 열렸으며, 정책토론회 1회, 심포지엄 1회가 개최되었다. 그러나 노인요양문제에 대한 심각성과 제 5대 사회보험으로서의 중요성을 갖는 노인수발제도의 의의와 필요성 그리고 제도의 내용 등에 대해서 일반 국민들의 관심과 이해를 도모하기에는 부족하다고 하겠다.

특히 연금제도와 건강보험 등 다른 기존의 사회보험제도에 관한 불신이 크다는 점을 감안하면, 이러한 논의의 수준이 미약하고 제한되어 있다는 것은 제도에 대한 이해부족과 그로 인한 보험료 납부 반대라는 저항으로 이어질 수 있는 위험을 내포한다. 심재호(2004)는 지금까지 전문가 중심의 논의해온 제도의 도입방향 및 내용이 국민들에게 공개될 경우 과연 국민들을 충분히 이해시키고 납득시킬 수 있는지, 제도도입에 대한 사회적인 합의를 얻을 수 있는지, 제도도입에 대한 사회적인 합의를 검토하는 것이 필요하다고 주장하였다. 노인수발보장제도의 경우는 사회보험으로 보험료를 각출하게 되므로 국민적 합의형성이 매우 중요한 역할을 하게 된다. 또한 보험료를 각출하게 되면 연금처럼 미래의 수급권이 보장이 된다거나, 건강보험처럼 바로 급여를 제공받을 수 있는 것이 아니기 때문에 제도에 대한 이해와 국민적 공감대 매우 중요한 역할을 담당하게 되지만, 이에 대한 국민적 홍보나 의견수렴과정이 극히 미비한 수준이다. 정부는 이러한 미약한 사회적 인식을 도모하고자 노인수발보장제도에 관한 전 국민 홍보 전략을 수립하였다. 홍보 전략의 목적은 노인요양보장제도의 도입에 따른 보험료 추가부담에 대한 거부감과 계층 간 갈등을 해소하여 국민적 공감대를 형성하고, 이 제도가 가정, 사회, 직장, 여성계 등에 미치는 긍정적인 효과부각으로 제도 도입에 대한 국민적 합의를 도출하고자 하였다. 이를 위해 홍보사업 소요예산으로서 6억8천7백만 원을 책정하였으며, 전문가를 적극 활용하여 기획홍보, 매체홍보와 언론홍보 등을 수행하고 홍보물도 제작하여 배포하는 것으로 계획하였다. 그러나 이러한

홍보계획의 효과가 크게 나타나지 않고 있다. 사실, 동원모델에서처럼 정부의 아젠다가 이슈의 확산을 통해 공공의 아젠다가 되는 것은 결코 쉬운 일이 아니다. 최근 2006년 10월 입법예고를 위한 공청회 후 ‘노인수발보장제도’가 정식으로 입법 예고되면서 이와 관련된 문제가 표면화되기 시작하였는데, 언론에서는 ‘노인수발보장법 제정표류’라는 제목으로 공청회 내용을 보도⁴⁵⁾하였다. 또한 입법예고가 공청회에서 제시된 각계의 의견이 전혀 반영되지 않은 상태로 이루어졌다는 거센 반발이 잇따랐으며, 이러한 일련의 과정은 이 제도에 관한 아직 광범위한 사회적 합의뿐만 아니라 직접적인 이해당사자들의 합의도 제대로 도출하지 못하였다는 것을 드러내는 것이다.

이렇게 노인수발보장의 문제를 해결하고자 여러 정책대안을 모색하는 과정을 살펴보면, 우리나라의 노인수발보장체계 구축에 대한 논의와 관련해서 몇 가지 특징이 있음을 알 수 있었다. 첫째, 제도의 토대가 되는 이념적 스펙트럼을 수렴하지 못한 상태에서 제도의 틀을 구조화시키는 작업을 진행하였다는 점이다. 이는 물론 노인수발보장제도가 건강보험재정 대책의 일환으로 처음 제기된 배경도 중요하게 작용했지만, 노인수발보장의 개념과 이념에 대해서 구체적인 정책대안을 형성하는 전문가집단에서도 어떤 합의를 도출하지 못한 것이 가장 크게 작용했다고 볼 수 있다. 명확한 그간의 논의 및 제안을 보면, 새로운 노인요양보장체계를 구축하려는 궁극적인 목적이 ‘노인의료비 절감 등을 통한 건강보험재정 안정’인지, ‘요양보호비용의 사회적 부담인지, ‘요양보호가족의 부담경감 및 지원’인지 명확하지 않았다(장병원, 2003). 이러한 논의의 특성은 정부의 주도하에 정부의 정치적 목표가 강하게 반영된 정부아젠다가 정책대안과의 결합을 모색하는데서 비롯되었다고 하겠다. 이러한 과정에서 논의의 초점이 되어야 할 ‘노인들의 자립생활 지원을 통한 노인들의 삶의 질 향상’이라는 기본적인 방향성이 상실되었다고 하겠다.

둘째, 정책의제 설정뿐만 아니라 정책대안형성의 단계에서도 사회적으로 정치적인 문제로 쟁점화 되지 못하였으며, 또한 국민적 관심을 받는 공공아젠다로서도

45) 2005년 9월 15일 문화일보가 “노인수발보장법 제정표류”라는 기사를 게재하였으며, 이에 보건복지부는 보도 설명 자료를 통하여 “노인수발보장법”의 제정자체가 표류하고 있는 것이 아니라, 이와 관련되어 각계의 의견개진이 많았다고 설명하고 올 12월에 정기국회에 제출하고 2008년 7월 시행하겠다고 발표하였다.

확산되지도 못하였다. 쟁점화 되지 못한 정부 아젠다로서의 한계로 인해 정책대안의 모색과 검토과정에서도 다양한 대안들이 공개적으로 자유롭게 토의되고 면밀하게 비교되는 과정을 거치지 못하고 정책담당자나 연구자 수준에서의 원론적인 논의가 이루어지거나, 충분한 토론과정을 생략하고 특정한 대안을 정책안으로 물고 가는 일방적인 특성을 보여주면서 아주 빠른 속도로 정책의 주요 유형이나 방식에 관한 대안을 형성하고 선택해 나갔다. 제도의 재원조달방식을 어떻게 할 것인가에 따라 수발보장시스템의 방향성과 운영체계가 매우 달라지므로 시스템 구축의 핵심이라고 해도 과언이 아니다. 사회보장에 있어서 재원조달방식은 각각의 방식에 따라 장·단점이 있기 때문에 일반적으로 각국마다 특수하며, 학자나 전문가마다 의견이 첨예하게 갈리는 경우가 보통이다. 그럼에도 불구하고 정책형성단계에서의 논의에서는 우리나라의 사회보장 및 의료보장체계 등의 특수상황에 대한 면밀한 분석 없이 보험방식이 제안되었기 때문에 우리나라의 상황에서 왜 보험방식이어야 하는지에 대한 논거가 불충분하다는 비판을 면하기 어렵다. 특히 노인수발보호의 욕구에 대응할 수 있는 사회적 인프라를 검토하면서 과연 사회보험방식으로의 제도 도입이 가능한지, 시기적으로 적절한지 등에 관한 문제제기가 노인수발보장제도의 필요성 자체를 부인하는 것으로 잘못 오인하는 경직된 분위기가 조성되었다⁴⁶⁾.

수발보장정책의 형성과정의 또 하나의 특성은 장기요양보호정책기획단, 공적노인요양보장추진기획단, 공적노인요양보장제도 실행위원회 등이 학계와 연구기관, 관련 단체 등 전문가들이 팀을 이뤄 단기간 짧은 시간에 집중적으로 정책대안을 제시하고 형성해나갔다는 점이다. 물론 노인수발보장에 관한 사회적 인식을 확산시키고 과정에서의 이슈를 광범위하게 확대시키는 부분에서는 이러한 전문가주의가 한계가 있지만, task force team 으로서의 역할을 충실하게 수행했다는 평가를 받았다. 그러나 이러한 전문가 프로젝트 팀에 의한 결과물이 정책결정과정에서 크게 왜곡됨으로써 빛이 바래진, 소위 ‘龍頭蛇尾’의 제도라는 비판에 직면하게 되었다.

46) 일본에서도 개호보험 논의과정에 있어서 개호보험 구상을 조금이라도 비판하는 사람에 대해서는 개호의 사회화나 충실한 공적 개호보험을 반대하는 보수파 혹은 가족개호 옹호론자로 취급할 정도였다. 일본이 과거에 전쟁을 일으켰을 때 전쟁에 반대하거나 비협조적인 사람을 국민이 아닌 자로 낙인찍은 바 있는데 일부 개호보험 추진론자는 개호보험 반대론자를 국민이 아닌 자로 몰아붙이기도 했다. 개호보험파시즘이라고도 하는 이러한 상황의 가장 큰 문제는 개호보험제도에 관한 본질적인 또는 근본적인 논쟁을 방해하는 것이다(심재호, 2001).

제4절 노인수발보장의 정책결정단계

정책결정단계는 스크리닝된 정책대안들 중 누가 어떤 의사결정과정을 통해 특정 대안을 정책으로서 확정하는가에 관한 것이다. 노인수발의 문제가 정책설정단계와 정책대안형성과정을 통해 최종적으로 3가지의 정책대안으로 구체화되었으며, 이러한 정책대안 3가지가 비교 분석되었고 공청회를 통해 최종적으로 ‘노인요양보험제도’라는 정책안이 잠정 결정되면서 시행시기 등 많은 쟁점이 있었지만 구체적인 정책의 내용을 개발하고 실시를 위한 다각적인 요소를 체계화하는 일련의 정책형성단계가 일단락되었다.

그런데 ‘노인수발보장제도’라는 명칭으로 2005년 9월 입법예고를 위한 공청회가 개최되면서 다른 양상이 전개되기 시작하였다. 정책형성과정을 거쳐 잠정적으로 보건복지부 장관에게 최종안으로 보고되었던 노인요양보험제도와는 다소 거리가 있는 노인수발보장법이었기 때문에 이를 두고 공청회에서는 열띤 토론이 제기되었다. ‘이른바 논란이 되었다’고 표현될 만큼 상당한 이견들이 강력하게 대두되고 이러한 일련의 과정에 대한 비판이 제기되었음에도 불구하고, 보건복지부는 한 달 뒤 이를 전혀 반영시키지 않은 그대로 입법예고하였다. 물론 입법예고가 입법예고된 안에 대한 의견수렴이라는 통로를 가정하고 있지만 20일간으로 한정되어 있을 뿐만 아니라 보건복지부는 법제처의 심사와 국무회의 심사 등 입법절차를 걸쳐 올 12월 정기국회에 제출할 것이라는 계획을 분명히 하고 있기 때문에 이 제도에 대한 근본적인 문제제기의 의견이 어느 정도 수렴될 수 있을 지는 상당히 회의적이 아닐 수 없다. 본 연구는 입법예고가 제도를 확정짓는 단계가 아님에도 불구하고 입법절차에 속하고, 또 현재 여기까지 진행되어 왔기 때문에 이를 정책결정단계에서 분석하고자 한다.

본 단계의 분석에서 연구자가 초점을 맞추고자 하는 것은 앞 절의 정책형성단계를 통해 최종적으로 대안으로 형성된 안과 정책결정단계에서 입법예고안으로 결정된 안이 상당부분 다른 요소를 가지고 있다는 것이다. 노인요양보험법과 노인수발보장법이 어떻게 다른가에 관한 분석과 이와 관련된 일련의 의사결정방식의 특성을 확인하는 것을 통해 노인수발보장제도가 결정되는 방식에 관한 문제점을 도출할 수 있을 것이다.

1. 법 명칭의 변화

(1) ‘수발’에 대한 비판적 견해

우선 주목할 것은 앞서도 언급한 바와 같이, 2005년 10월 보건복지부에 의해 입법 예고하다 제도는 ‘노인요양보험법’이 아닌 ‘노인수발보장법’이라는 것이다. 입법예고에 앞서 2005년 9월 초 보건복지부는 『노인수발보장법 제정을 위한 공청회』를 가졌는데 이는 2005년 2월 공적노인요양보장제도에 관한 최종안이 보고된 이후 약 6개월 정도 경과한 시점이었다. 보건복지부에서는 명칭의 변경에 대하여, 우선 ‘노인’이 제도의 주 대상이라는 점, ‘수발’이 가까이에서 노인을 돌본다는 순수한 우리말로써 비의료적 서비스 제공을 목적으로 하는 본 제도와 부합한다는 점, 보험과 공공부조를 모두 포함한다는 점 등을 고려하여 ‘노인수발보장법’으로 결정하였다고 밝혔다.

그러나 ‘수발’이라는 단어가 기존의 ‘노인요양보호’의 개념을 충분히 반영하지 못하고 신체적이며 비의료적이고 비전문적인 서비스를 나타내는 것으로 보건과 복지를 포괄하는 개념으로는 부적절하다는 의견이 제시되면서 명칭에 관한 논란이 일었다. 조혜숙⁴⁷⁾(2005)는 명칭과 관련한 현재의 상황이 단순히 명칭이 바뀌었다는 작은 문제가 아니라고 지적하였다. ‘노인수발’의 작은 그릇에 노인요양보장 전체를 어떻게 담을 수 있는가라는 문제제기를 통해 이 ‘노인수발보장법’이 현재 시행되고 있는 노인요양보장제도의 시범사업에서의 ‘통합적 서비스 제공’과는 거리가 멀 뿐만 아니라, 수발의 개념이 비의료적 서비스로 급조되어 노인요양보장의 큰 뜻을 담아내지 못하고 있다고 비판하였다. 그리고 정부가 2004년도 8~9월 전국 공청회를 통해 시민과 전문가의 의견을 수렴하고 이를 바탕으로 프로그램 개발 및 시범사업을 수행하는 등 3년간 수십억의 사업비를 지출하였고, 그 3년여 동안의 과정에서 형성된 결과와 그 과정 속에서 수렴된 국민의 의견이 어떠한 과정을 거쳐 ‘노인수발’이라는 제도로 변질되었는지 그 의사결정 과정이 명백하게 밝혀져야 한다고 주장하였다⁴⁸⁾. 또한 그동안 논의되었던 노인요양보장법안의 의

47) 가정간호사회 회장. 공청회의 지정토론자(보건복지부, “노인수발보장법” 제정을 위한 공청회, 2005.9)

48) 보건복지부, “노인수발보장법 제정을 위한 공청회 결과보고” (2005)

사결정과정에는 공적노인요양기획단원 및 전문위원, 노인요양보장제도 실행위원 및 실무기획단원, 노인요양보장제도 운영평가위원 및 시범사업운영평가위원 등 다수의 전문가와 각계 대표들이 참여하여 결과를 도출하였음에도 불구하고 이와는 다른 ‘노인수발보장법안’이 어떠한 경로를 거쳐서 결정되었는지 알 수 없는 것은 심각한 문제라고 주장하였다.

<표 4-15> 제도 명칭에 관한 논란

구분	원하는 명칭	제도 명칭에 관한 의견
가정 간호사회	노인요양보장법	노인을 단순히 수발이 필요한 대상 범위를 제한함. 노인 요양보장 개념을 담지 못함
국민건강 보험공단	노인수발보험법	재정방식에서 보험이 주가 되는데 보장이라는 단어는 적절하지 못함. 보장으로 할 경우는 국가 재정지원을 60~70%로 상향조정할 것
경제정의 실천연합회	노인수발보험법	재원조달의 중심기조 고려할 것
한국노인과학 학술단체연합회	노인수발보장법	건강보험제도상의 요양급여와 중복되는 문제로 찬성
한국여성 단체연합	국민요양보험법	수발이 가부장적인 의미를 내포하기 때문에 부적절함 보험료부담과 급여의 대응관계 고려하여 노인뿐만 아니 라 국민 전체를 포괄하는 명칭이 필요
대한 의사협회	노인요양보장법	수발은 노인장기요양보호의 기본개념을 극도로 축소하 기 때문에 반대함.
한국노총	국민수발보장법	수발서비스는 원인에 따라 국한하는 것이 아니라 필요 한 ‘결과’를 중심으로 판단해야 하기 때문에 모든 국민 들을 위한 제도로서 명시되어야 함
대한노인회	노인요양보장법	수발이 비전문적인 서비스의 의미로 전달되기 때문에 반대함.

자료 : 『노인수발보장법 제정을 위한 공청회 자료집』 (2005.9) 의 토론문을 근거로 작성함

<표 4-4>에서 보는 바와 같이 공청회에서 명칭에 관한 논란이 많았음에도 불구하고 보건복지부는 어떠한 수정도 없이 그대로 『노인수발보장법』으로 입법예고하였다. 사실, 명칭의 문제는 제도의 이념과 목적, 내용과도 상당한 관련을 가진다. 제도가 담고 있는 내용이나 목적, 나아가 지향하고 있는 가치나 이념 등이 짧은 제도의 명칭에 잘 표현되도록 명명하고자 하며, 제도의 명칭은 곧 제도 내용을 구성하는 핵심적 개념으로 사용되기 때문에 그 뜻하는 바가 명확하고 합의된 단어들이어야 하기 때문이다. 따라서 “노인요양보험제도”에서 먼저 정의되고 합

의되어야 하는 개념들은 바로 "요양보호"이다. 이 요양보호의 개념에 따라서 판정기준을 도출하고 요양보호의 서비스 범위와 수준을 구성하게 된다. 노인수발보장제도에서도 먼저 정의되고 합의되어야 하는 것도 바로 이 '수발'에 관한 개념정의이다. 그동안 논의되어 왔던 요양보호의 개념에 대해서도 명확하게 정의되지 않아서 요양급여의 범위와 서비스, 평가기준이 서로 맞지 않고 미흡하고 모호하다는 비판이 제기되었고, 개념에 대한 합의수준도 높지 않다는 평가를 내리는 현실에서 본다면, 기존의 논의과정에서 포함되지 않았던 수발의 개념은 더욱 모호할 뿐만 아니라 불명확하게 전달된다고 하겠다. 특히 수발개념에 대한 합의과정이 전혀 이루어지지 않았기 때문에 수발에 대한 개인들의 인식 스펙트럼은 상당히 넓게 확산되어 있어서 노인수발보장제도에 관한 사회구성원의 합의를 더욱 어렵게 만들 것으로 보인다.

(2) 개념의 축소

<표 4-16>에서 보면, 단순히 명칭만 바뀌었다고 보기는 어렵고 제도가 가지는 이념이나 목표도 상당 부분 축소되거나 수정되었고, 실제로 법에서 규정하고 있는 급여에 있어서도 차이가 나는 부분을 확인할 수 있다.

<표 4-16> 제도의 목적

구분	요양보호와 수발
공적노인 요양보장 체계개발연구 (추진기획단)	요양보호(Long-term care) 개념정립 : 신체적·지적·정신적인 질병으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 <u>「보건·의료·요양·복지」 등의 서비스</u>
노인 요양보장법	제1조 : 이 법은 인구의 고령화에 따른 신체 및 정신적 기능상실·지하·질병·부상 또는 장애로 일상생활을 독자적으로 영위할 수 없는 국민에 대하여 자립적인 일상생활영위에 필요한 <u>보건·의료 및 복지서비스</u> 를 제공함으로써 국민의 삶의 질을 향상시켜 사회보장증진을 도모하는 것
노인 수발보장법	제1조 : 이 법은 고령, 노인성질환 등으로 타인의 도움 없이는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 국민에 대하여 <u>목욕, 배설, 간호, 가사 및 일상활동 지원 등의 수발급여</u> 를 제공함으로써 이들의 삶의 질을 향상시키고 그 가족의 복지증진에 기여함

이는 요양보호의 개념에서 강조되었던 서비스의 포괄성 즉, 보건·의료·복지의 서비스가 모두 종합적으로 포함된다는 의미가 수발보장에서는 의료적 서비스를 전적으로 배제한 간병과 생활지원이라는 협의의 복지서비스 의미로 축소된 것으로 보인다.

그렇다면 왜 “요양보호”를 “수발”로 바꾼 것일까? 그것은 “요양보호”가 가지는 포괄적인 특성에서 비롯되는 것으로 보인다. 요양보호가 보건·의료·요양·복지 등 모든 행태의 보호 서비스라고 규정되고 장기요양보호서비스의 특징이 ‘통합적인 보건복지서비스의 제공’이며, 노인들이 가지고 있는 만성적 질환의 특성상 이렇게 연계되고 통합된 서비스의 제공이 필수적이고 효과적이다. 독일의 경우, 제도적 측면에서 의료와 수발을 구분하였지만 실제로는 수발대상과 질병을 구분하기 어렵다는 것이 중요한 문제로 등장하였다(김진수, 2004). 특히 의료보험에서 노인 의료비 지출증대에 따른 재정적 압박에 대한 대책으로 노인요양보험제도가 모색된 측면이 주요하기 때문에 요양보호와 의료와의 관계설정에 대해 충분한 논의를 통해 합의를 도출하는 것이 필요하다. 이러한 관계설정에 따라서 정책의 내용이 영향을 받는데, 독일의 경우는 의료와 요양보호를 구분하여 의료는 의료보험에서 부담하고 요양보호는 수발보험에서 부담하는데 비해, 일본은 요양병원 등에서의 의료서비스는 개호보험에서 제공하고 있다(장병원, 2003).

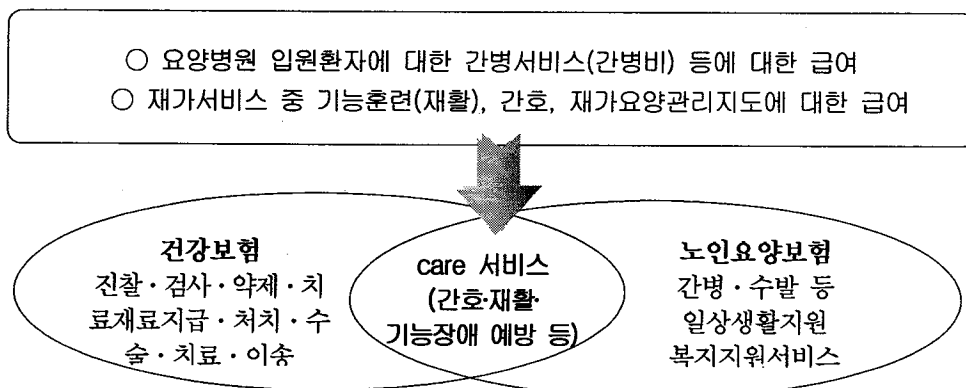
그러나 제도에서 의도한 것처럼 명확하게 의료서비스와 요양서비스의 관계를 구축하는 것이 쉬운 일은 아니다. 일본의 경우에도 개호보험제도가 목표했던 것은 의료와 복지서비스의 종합적·일체적 제공이었지만, 일부분에 불과한 신체개호서비스로 왜소화되었으며, 의료와 복지가 모두 빈약한 서비스나 시설만 생겨나 결국 의료와 복지의 공동화를 초래하였다고 비판받기도 한다. 또한 개호보험도입 이후 급성질병에 의한 의료는 의료보험을 통해 일반 병원에서 서비스를 받고 만성질병에 대한 의료는 개호보험을 통해 개호요양형 의료시설에서 서비스를 받게 되므로 제도가 목표했던 사회적 입원을 제거하는 것이 아니라 계속 존재하게 되고 특히, 고령자의 경우 일반병원에서 밀려나게 되어 있어 급성질병이 아닌 경우에는 개호요양형 의료시설에 입원할 수밖에 없게 되는데, 실제로는 급성과 만성을 구별하기 어려운 경우가 많아 개호보험하에서 고령자는 병원의 의료서비스를 받기 어렵게 되었다(심재호, 2001)는 것이다. 따라서 앞으로 서비스제공의 효과성,

의료비 및 수발비의 효율성, 기존제도와와의 정합성 및 국민의 수용성 등에 대한 사회적 논의를 통해 의료와 수발보장과의 관계가 설정되는 것이 무엇보다 필요하고 중대한 의미를 가진다고 하겠다(정병원, 2003).

실행위원회는 급여의 범위에서 건강보험과 요양보험에서 중복되는 지점에 대하여 충분치는 않지만 쟁점으로서 검토를 하였고, 그 쟁점을 다음 <그림 4-1>과 같이 정리하였다. 실행위원회는 요양보호를 care 서비스가 포함된 개념으로 결정하였는데 이 결정의 배경은 정책기획단과 추진기획단, 그리고 실행위원회에 이르기까지 전 과정 동안 이 개념으로 지속적으로 유지되고 공유되어왔기 때문이다.

그러나 정책결정과정에서 보건복지부는 건강보험과의 차별성을 확보하여 의료서비스는 건강보험에서 부담하고 비의료서비스는 요양보험에서 부담하는 것으로 구분하기 위해서는 복합적인 요양의 개념보다 의료가 제외된 보다 한정된 개념으로서의 ‘수발’이 더 적합하다고 판단한 것으로 보인다. 수발보장제도에서 제외된 급여항목이 <그림 4-1>에서 중첩되는 것으로 나타난 서비스라는 것이 잘 드러나고 있다.

<그림 4-1> 건강보험과 요양보험과의 급여범위 중복영역



자료 : 공적노인요양보장제도실행위원회, (공적노인요양보장제도실시모형 개발연구, 2005)

여기서 심각한 문제는 사실, 쟁점이란 합의에 이르기 어렵고 그래서 더 많은 논의가 필요하다는 것을 의미하는 것인데, 이러한 쟁점적인 요소들을 비공개이고 일방적으로 쉽게 반복하여 다른 결정을 내리고 있다는 점이다. 여기서 ‘수발’개념은 사회적 논의과정을 거치지 않았을 뿐만 아니라 실제 법 내용에서도 요양보호

의 개념보다는 왜소한 것으로 나타나기 때문에 수발보장제도에 관한 근본적인 문제제기가 끊임없이 계속될 것으로 판단된다. 따라서 노인수발보장법에서의 구체화되고 있는 수발의 개념은 본 연구에서 개념정의한 수발과는 상당한 차이가 있으며, 본래의 노인요양보호, 장기요양보호와 같은 기본적인 의료와 보건 서비스, 복지서비스의 통합적인 개념이 아니라 의료서비스가 배제된 신체적 수발이라는 한정되고 축소된 형태로 나타났음을 분명히 하고자 한다.

2. 입법예고안 분석

그렇다면 구체적으로 입법 예고된 노인수발보장법과 시안이었던 노인요양보험법과의 차이점은 무엇인가 살펴보도록 하겠다. 일반적으로 노인수발보장법에서는 노인요양보험의 ‘요양’이 ‘수발’로, ‘보험’이 ‘보장’으로 대체되어 표현되고 있다. 우선 내용의 특별한 변화 없이 용어가 변한 것으로는 요양관리사가 수발관리요원, 요양보호사가 수발사로, 요양계획서가 수발계획서로, 요양보험정책심의위원회가 노인수발보장위원회로, 요양급여제공자가 수발시설 등으로 바뀐 것이다. 또한 제도의 실시 연도가 시설인프라 확충을 위해 2007년에서 1년 연기된 2008년에 실시하는 것으로 조정되었다. 급여 대상은 65세 노인과 치매, 뇌혈관성 질병 등을 가진 64세 미만의 자로 확대되면서 보험료 기여자와 수급권자의 불일치되었던 모순이 일차적으로 해결되었다. 보험급여를 받기 위해 요양인정을 신청하여 조사받고 등급을 판정받기 까지 40일이 걸렸으나, 수발인정 신청 후 결과통보까지 30일 이내에 이루어지도록 단축하였다.

<표 4-17> 노인요양보험법과 노인수발보장법 비교

구분	노인요양보험법	노인수발보장법
명칭	요양보험정책심의위원회 간병·수발수당 요양비 요양급여제공자 요양보호사 보험료	노인수발보장위원회 수발수당 특례수발비 수발시설 수발사 수발보험료
국가의 책무	-	노인수발기본계획의 작성과 시행 (재정조달계획, 인력확충방안 등) 예방사업

지자체의 책무	-	수발시설의 확충 세부실행계획 수립과 시행 보건교육 및 복지사업 행정적 지원 및 협조
국민의 책무	요양필요자원의 예방 노력 비용의 공평부담	수발필요상태원의 예방 노력 비용의 공동부담
관리운영	보험자 : 국민건강보험공단	관리운영기관 : 국민건강보험공단
심사판정	공단> 요양인정심사판정위원회 설치 -요양인정신청자 조사 -요양인정 및 요양필요등급 판정	노인수발평가관리원의 설립(법인)> 수발등급판정위원회 설치 -수발신청자 조사 -수발등급의 판정 -수발계획서의 작성 -수발급여의 질 관리
급여신청 대상자	-65세 이상 가입자 -45~64세 노인성 상병자	-65세 이상 노인 -치매, 뇌혈관성 질환 등 노인성 질병가진 64세 미만자
신청	공단에 요양필요인정신청	평가관리원에 수발인정신청
조사	요양계획작성기관 위탁조사가함	소속직원 방문조사, 위탁 방문조사.
통보	요양인정신청일로부터 40일 이내 결과통보	수발인정신청이로부터 30일 이내 결과통보
케어플랜	요양계획서 : 본인이나 공단 혹은 요양계획작성기관 소속 요양관리사	수발계획서: 본인이나 평가관리원내 수발관리요원이 작성
급여 선택	공단이 서비스 종류 지정 가능 시설서비스 이용 제한 가능	수발급여 자유롭게 선택 시설수발급여 이용 제한 가능
급여인설	-	요양병원 수발비
벌칙	-1년이하의 징역 또는 3천만원미만 -2천만원 벌금 -1천만원 과태료	-2년이하의 징역 또는 1천만원 미만 -1천만원 벌금 -1천만원 과태료

(1) 적용대상자

①법적 내용

이 법에 의한 수발급여를 받기 위해 수발인정을 신청할 수 있는 대상자는 65세 이상의 노인과 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질환을 가진 64세 이하의 자이며, 수발급여를 받을 수 있는 자는 고령 또는 노인성질환으로 일상생활을 하는데 상당한 장애가 있어 6개월 이상 타인의 지속적인 도움을 필요하다고 수발인정을 받은 자로 자이다. 즉, 수발급여를 신청할 수 있는 자의 범위는 연령의 제한이 없어지고 전 국민으로 확대되었지만, 고령이나 노인성질환으로 인한 경우로 여전히 한정되고 있다.

< 수발보장제도 적용대상 >

- 국민건강보험 가입자
- 의료급여 수급권자

< 수발인정 신청 대상자 >

- 65세 이상의 노인
- 치매 뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질환을 가진 64세 이하인 자

현재 건강보험가입자는 47, 404천명(97%)이고 의료급여 수급권자는 1,644천명(3%)이며, 수발서비스 즉 수발급여는 우선 수발이 필요한 65세 이상 노인과 노인성 질환을 가진 64세 국민 중 본인이나 가족 등의 수발인정신청에 의거하여 수발관리요원이 신청자의 심신상태, 가정환경, 등에 대한 평가판정조사를 거쳐 수발등급판정위원회에서 수발이 필요하다는 인정을 받은 경우에 받을 수 있다.

② 적용대상자의 축소

노인수발보장법의 가장 큰 문제라고 할 수 있는 것은, 이 제도가 기본적으로 사회보험방식으로 운용됨에도 불구하고, 그 적용대상이 극도로 제한된 인구층만을 대상으로 하고 있다는 점이다. 특히 그것은 노인요양보험법에서 노인수발보장법안으로 변경되면서 더욱 심화되었다.

다음의 <표 4-18>은 수발보장법안의 적용확대계획에서 중요한 의미를 가진 2008년부터 2011년까지의 총인구와 고령자인구를 나타내고 있다(통계청, 장래추계인구 데이터베이스, 2005). 이 추계치를 근거로 하여 2008년 7월 시점과 2010년 7월 시점에서 실행위원회의 안과 노인수발보장법안이 각각 대상으로 하는 수급자수를 총 인구 및 전체 노인인구에서의 비율과 비교하였다. 2008년의 시점에서는 실행위원회의 안과 노인수발보장법안 사이의 차이가 크지 않다. 노인수발보장법안의 수급 대상자수는 85,000명으로 총인구대비 0.17%, 보험료부담자의 0.49%, 그리고 전체노인인구의 1.69%로, 이 수치는 실행위원회의 안에 비하여 약간 낮은 것이다. 그런데, 2010년 7월 시점에서의 비교를 <표 4-20>에서 보면 노인수발보장법안이 대상으로 하는 수급자의 수가 얼마나 한정적인가를 알 수 있다. 대상인구를 확대한 2010년의 시점에 있어서도 수급대상자수는 167,000명에 불과하며,

그것은 전체인구의 0.34%, 보험료부담자 대비 0.96%, 노인인구대비 3.12%에 불과한 것이다. 이 수준은 실행위원회의 안에 비하여 3배 이상 줄어든 규모이다.

<표 4-18> 연도별 총인구 및 고령화율

	2008	2009	2010	2011	2011
총인구(명)	48,877,252	49,053,093	49,219,537	49,374,788	49,509,512
65이상 인구(명)	5,020,537	5,192,234	5,354,200	4,538,743	5,763,047
고령화율	10.3%	10.6%	10.9%	11.2%	11.6%

자료: 통계청 홈페이지의 장래추계인구 데이터베이스에 근거하여 작성함.

<표 4-19> 2008년 7월 시점에서의 보험수급자 비율

	실행위원회안(2005.2)	노인수발보장법안
수급대상자수	90,000명	85,000명
총인구대비 수급자비율	0.18%	0.17%
보험료부담자*대비 수급자비율	0.52%	0.49%
노인인구대비 수급자비율	1.79%	1.69%

* 보험료 부담자수(보험가입자수)는 2010년의 17,340,620명을 기준으로 하였음.

자료: 『공적노인요양보장제도 실행모형 개발연구』(실행위원회, 2005)와 보건복지부 홈페이지 자료에 근거하여 작성함

<표4-20> 2010년 7월 시점에서의 보험수급자비율

	실행위원회안(2005.2)*	노인수발보장법안
수급대상자수	514,000명	167,000명
총인구대비 수급자비율	1.04%	0.34%
보험료부담자대비 수급자비율	2.96%	0.96%
노인인구대비 수급자비율	9.60%	3.12%

* 공적노인요양보장제도실행위원회의 단계별 확대방안에 의하면, 3단계의 확대방안과 5단계의 확대방안이 있는데, 여기서는 3단계 확대방안에 기초함

자료: 『공적노인요양보장제도 실행모형 개발연구』(실행위원회, 2005)와 보건복지부 홈페이지 자료에 근거하여 작성함

이러한 범위축소는 보건복지부의 기초자료 변경에 의해 부분적으로 지지되었다. 즉, 보건복지부는 수발보호 대상노인 추계에 있어서 65세 이상 노인인구 중 14.8%가 수발보호대상이라고 추계하여 발표하였는데, 2005년에 들어서는 수발보

호가 필요한 노인수가 65세 노인의 12.1%라고 하향 발표하였다. 이 비율에 근거한 수발보호대상의 규모는 2005년 53만 명, 2007년 58만 명, 2010년에 65만 명으로 축소되었다. 그러나 이러한 추계변경 발표는 명확한 근거에 입각한 것이 아니기 때문에 제도에 대한 신뢰성을 저하시키는 요인이 되고 있다. 정책개발을 위한 기초자료가 정책의 합리성을 제고하는 데에 사용되기 보다는 정책의 정당성을 확보하기 위하여 사용되었다는 비난을 피하기 어렵다.

이러한 결과에 의하면 노인수발보장의 대상이 될 것이라고 추정해왔던 대부분의 대상자는 제외되며 극소수의 중증 노인만이 포함된다. 이렇게 극도로 낮은 수급자비율은 앞으로 이 법안의 입법화과정에서 가장 핵심적 문제로 거론될 것으로 보인다. 이 규모의 인구층을 대상으로 한다면, 현행의 제도를 약간만 확대하여도 대처할 수 있는 규모이기 때문이기 때문에 이 범위로서의 적용대상자 추정은 사회보험도입 측면에서는 이론적으로나 정책적으로나 타당성을 인정받기 어렵다. 선진국의 모든 나라가 이 제도를 운영하면서 10% 이상의 노인에 대하여 제공하고 있고, 일본의 경우에도 개보보험이 시작된 2000년 기준으로 수급자가 전체노인의 6.8%였으나 그 이후 급증하여 2004년말현재는 11.85에 이르고 있다. 그럼에도 불구하고 보험료부담자와 수급자의 균형이 이루어지고 있지 않다는 지적이 계속 제기되고 있는 사실을 기억할 필요가 있다.

따라서 우리나라가 사회보험방식의 제도를 통해 3%의 노인에 대해서만 제공한다면 세계적으로도 타당성을 인정받기가 어려우며(차홍봉, 2004), 국회에 상정되더라도 2~3%의 급여대상자를 위하여 전 국민이 보험료를 각출하는 제도에 대해 입법부의 동의를 구하기 어렵기 때문에 실제 제도화의 전망이 불투명해질 우려가 높다. 또한 국회를 통과하여 입법되더라도 보험료납부에 대한 국민의 저항이 거세게 나타날 수 있는 가능성이 높다.

③ 장애인의 포함여부

실행위원회는 보험료를 부담하는 가입자는 전 국민인 건강보험가입자로 하되, 수급권자는 65세 이상노인과 45세 이상부터 64세까지의 노화 및 노인성질환 대상자로 규정하였다. 이는 제도를 도입함에 있어 국민연대감을 높이고 보험료부담에 대한 저항을 최소화하기 위해 가입자와 수급권자를 일치하는 것이 타당하지만 제도 시

행초기에 대상자와 재정, 인프라 등에 대한 불확실한 추계에 대한 위험부담이 큰 만큼 수급권자 대상을 작게 설계하여 출발하는 것이 바람직하고 노인요양에 대한 대책마련에 대한 문제인식에서의 출발한 제도라는 점을 고려하여 대상연령층과 노화 및 노인성질환 대상자로 한다고 결정한 바 있다(실행위원회·보건복지부, 2005). 그러나 보건복지부는 입법예고안에서 전 국민을 가입자로 하고, 급여의 수급권자도 45세라는 연령제한을 없애고 65세 이상 노인과 64세 이하의 노화, 노인성질환을 가진 국민으로 결정하였다 노인수발보장제도에서 65세 이상 노인만을 대상으로 하지 않고 그 이하 64세 이상인 자 중 노인성 질환에 의해 수발이 인정되는 자로 확대함으로써 그동안 보험료 기여자와 수급권자의 불일치에 대한 논란은 1차적으로 해결되었다.

그러나 적용대상은 건강보험가입자와 의료급여수급권자로 전 국민을 대상으로 하면서도 급여를 신청하기 위해 수발인정을 신청할 수 있는 대상자는 고령이나 노인성 질환으로 국한하는 것은 64세 이하 노인성질환 이외의 원인에 대해 6개월 이상 타인의 도움이 필요한 대상자에 대한 차별적 규정이라고 하겠다. 특히 장애인의 경우 전체 등록 장애인의 약 82%가 건강보험가입자로서 보험료를 납부하게 되지만 수발신청대상자가 되지 못한다. 따라서 수발신청대상자를 고령이나 수발필요원인으로 국한하는 것이 아니라 결과인 상태에 따라 구분하는 것이 타당하다는 의견이 제시되고 있다.

<표4-21> 적용대상범위의 정책결정과정

구분	정책결정단계 (노인수발보장법)	정책형성단계 (노인요양보험법)	
	입법예고안	최종 시안	2안
가입자	전 국민	전 국민	전 국민
공공 부조 대상	1) 국민기초생활수급권자(전액무료) 2) 1)이외의 의료급여자(본인10%) 3) 차상위계층(본인10%)	의료급여자 차상위계층	의료급여자
급여 대상	1) 65세 이상 노인 2) 64세 이하 노인성질환자	1) 65세 이상 노인 2) 45세-64세 노인성질환자	1) 65세 이상 노인 2) 45-64세 노인성질환자 3) 수발필요 장애인 포함

이 문제는 결국 장애인들을 포함할 것인지에 관한 문제와 연결된다. 노인성 질환을 불문하고 수발이 필요한 중증 장애인을 포함하는 안은 제도에 대한 젊은 계층의 참여 및 수용성을 제고할 수 있고 보험료 납부에 대한 설득력과 제도 도입에 대한 정당성을 확보하는데 더 용이할 것이다. 그러나 장애인복지제도의 기본 정책 방향이 크게 전환되는 것을 의미하므로 이에 대한 국민적 합의가 필요할 뿐만 아니라, 서비스제공을 위한 인프라의 확보나 재정적 문제 등 제도 설계에 있어서도 보다 면밀한 검토가 더 필요한 사안으로 판단된다.

중증 장애인의 경우 ADL, IADL 등 일상생활 수행에 장애를 가지는 경우가 많기 때문에 노인과 마찬가지로 장기요양보호가 필요한 계층이다. 2004년 3월말 현재 등록 장애인 149만 명 중 1등급~3등급 중증장애 71만 명(47.8%)이며, 이 중 독일 수발보험의 65세 이상 및 이하 비율을 적용할 경우 17만 여명이 수발대상인 것으로 추정되었다. 노령 장애인의 경우 수발보장제도의 도입 시 급여대상자가 될 수 있으나, 전체 장애인 중 급여대상자가 될 수 있는 노인의 비율은 낮은 편이다. 따라서 수발보장제도의 도입으로 보험료는 전 국민이 부담하고 노인과 노인성 질환을 가진 사람들만 급여를 받을 경우에 중증장애인과 같이 수발보호가 필요한 많은 사람들이 배제될 것이기 때문에 장애인들과 장애인단체 등의 반발이 크다.

그러나 노인요양과 장애인복지는 일부 유사한 부분이 있으나 근본적으로는 필요한 서비스에 대한 욕구가 상이하다는 것이 고려되어야 한다. 즉 노인요양이 간병, 수발서비스가 주를 이루는 반면 장애인복지는 교육, 의료재활, 직업재활 및 소득보장, 활동보조 등을 통한 자립을 목표로 한다는 것이다. 특히 수발보장제도가 비의료적인 간병과 수발서비스로 축소되면서 노인복지서비스 또한 상당한 영향을 받을 것으로 판단되기 때문에 장애인을 포함하는 문제는 단순히 적용대상으로 침식되느냐의 단순한 문제로 왜곡되어서는 안 된다. 뿐만 아니라 제도 설계과정에서 등급판정의 평가 도구가 장애 등급과 다르고 수가에서도 장애인들의 욕구나 특성이 고려되지 않았다. 평가판정도구가 노인을 대상으로 하여 장애인의 특성에 맞지 않아 적용이 어려울 뿐만 아니라 장애 유형별로 저평가되거나 누락될 가능성, 형평성의 문제가 제기되는 등 노인을 주 대상으로 개발한 노인수발보장제도의 운영체계 전반에 대한 수정이 불가피하게 될 것이다. 무엇보다도 장애인복지에 대한 기본방향이 정립되어 중·장기 장애인복지정책의 모색과정에서 장기요양보호가

필요한 장애인 인구를 보다 정확하게 예측하고 이 인구층이 가지는 다양한 욕구를 규명하여 장애인시설 및 인력 인프라, 장기적인 수요예측 및 연차별 공급계획, 재정추계 등을 포함하는 쟁점들이 좀 더 근본적이고 다각적으로 검토되어야 한다.

일본의 개호보험에서도 피보험자와 수급자의 확대는 개호보험을 장애인에게 확대하는 것, 혹은 시설의 관점에서 본다면 노인개호시설과 장애인복지시설을 통합하는 것으로 이해되어 왔다. 개호보험이 고령자의 보험에서 연령, 원인과 관계없이 모든 개호욕구를 대상으로 하는 것이라면, 장애인의 개호욕구 역시 개호보험의 급여대상이 된다. 그러나 개호보험은 안정화된 서비스를 제공하는 시스템이며 다양한 장애인의 욕구를 개호보험으로 모두 커버하는 것은 불가능하다. 따라서 개호보험이 장애인 고유의 욕구에 모두 대응하지 못하며, 장애인 서비스의 극히 일부만을 커버하는 것에 지나지 않게 될 것이므로 결코 통합으로 볼 수 없다는 것이다. 따라서 구체적으로 장애인의 욕구에서 어느 정도까지를 개호보험으로 커버하고, 그 이외의 욕구에 대해서는 어떤 제도로 대응할 것인가를 논의해야 한다(植村尙史, 2005)는 의견이 주목받고 있다.

이러한 논점은 장애인의 수발문제에 대한 중대성과 필요성을 덜 인식하는 것이 아니라, 결국 처음부터 노인을 주 대상으로 하고 세부적인 정책의 구조와 내용을 설계하였기 때문에 장애인의 수발문제까지 포괄하는데 발생하는 현실적인 어려움에 근거하고 있다고 하겠다. 따라서 우리나라 역시 장애인의 수발문제를 노인수발보장제도에서 포함해서 대응하고자 한다면 적용대상에 대한 침식의 문제로서가 아니라 제도를 장애인의 수발욕구와 특성을 고려하여 전적으로 처음부터 다시 설계하는 것이 필요하다. 이는 제도의 이념과 목적에 대한 근본적인 재검토뿐만 아니라, 제도와 관련된 다양한 사회적 가치와 이념에 대해서도 보다 광범위한 사회적 논의가 시작되어야 한다는 것을 의미하는 것이다. 노인수발보장제도의 입법안에 대해서 장애우권익연구소, 전국장애인차별철폐연대, 건강세상네트워크, 인도주의실천의사협의회 등 총 19개의 시민사회단체가 “전 국민을 대상으로 하는 보편적 제도인 국민요양보장제도로 재설계하라”는 의견을 제시하였다(의료연대회의, 2005.11.9). 앞으로 이 쟁점이 어떻게 진행될 것에 대해 귀추가 주목된다고 하겠다. 따라서 이를 정치적 해결로 남기는 것은 수발보장제도의 목적과 역할에 대한 명확성을 흐리는 결과가 될

것이기 때문에 정부의 책임 있는 태도가 필요하며 수발성격 및 장애인복지법과의 관계설정 등 사전적인 노력을 통하여 좀 더 적극적인 분석과 판단을 통한 해결노력이 있어야 할 것으로 판단된다(김진수, 2005).

④ 사각지대의 발생

사회보험방식은 보험료를 지불하기 어려운 사람들을 배제한다는 이유로 비판을 받았고 현실적으로 그것이 사회보험방식의 큰 단점이 되어있는 것은 분명하다. 특히 65세 이상의 노인들은 연금으로 생활하거나 소득원이 없는 경우가 많은 때문에 보험료가 부담스럽다. 특히 국민연금이나 의료보험의 체납자 실태를 고려할 때 상당히 많은 대상자들이 보험료를 납부하지 못할 가능성이 있으며, 그렇기 때문에 상당수의 대상자들이 보험적용을 받지 못하는 상황이 초래될 수 있다. 특히 3개월 이상 체납할 경우 수발서비스를 받을 수 없기 때문에 수발서비스가 필요함에도 불구하고 실제로는 서비스를 제공을 받지 못하는 사각지대의 문제는 더 심각할 것으로 예상된다.

일본 개호보험의 경우도, 보험료 기준이 타당한 것인지 논의가 많으며, 이러한 사각지대의 문제로 보험자인 기초자치단체에서는 보험료를 감면하는 방안을 선택하고 있다. 그러나 후생노동성은 보험원칙을 지키기 위하여 보험료의 감면을 실시할 때, 보험료를 전액면제하거나 수입만을 고려한 일률적인 감면을 하거나 보험료 감면분에 대해 일반재원을 투입하는 것은 부적당한 것으로 간주한다. 개호보험에서는 우리나라 보다 10%의 본인부담율을 규정하고 있지만, 개호보험 전까지 노인복지제도나 노인보건제도에서 무료나 가벼운 부담으로 서비스를 이용해온 사람들의 부담은 오히려 크게 증가하였다. 시설이용자의 경우에는 또한 개호보험의 급여대상에서 제외되는 식비 등을 감안하면 경제적 부담이 상당한 수준이 되기 때문에 큰 부담이 된다는 것이다(오세영, 2005).

이러한 문제는 우리나라에서도 그대로 나타날 것으로 예상된다. 특히 본인 부담률이 10%보다 훨씬 높은 20%이며, 일본과 마찬가지로 시설이용 식비가 전액 이용자 부담으로 되어 있고, 특히 수발보호의 특성이 장기적이라는 점을 감안하면 저소득층의 경제적인 어려움은 더욱 가중될 것으로 보인다. 수발서비스는 일반 질병과는 달리 일단 급여대상자가 되면 급여수급이 장기적으로 이루어져 본인부담

도 누적되어 급여수급권자 본인이나 가족의 재정적 부담이 가중될 수밖에 없는 문제점이 발생하며, 이 경우 재정 부담을 감당하기 어려운 저소득층 계층은 본인부담 가중으로 단계적으로 시설서비스와 재가서비스의 포기로 이어지게 되고 결국 공적부조대상자로 본인부담을 국가가 지원하는 수준까지 기다려야 하는 왜곡현상이 일어나게 될 위험이 높다(김진수, 2005) 또한 일반 이용자의 경우에도 본인부담율이 20%나 된다는 것은, 노인수발보험의 가입자가 국민건강보험의 가입자 및 피부양자로 되어 있다는 사실을 감안한다면, 장기간에 걸친 보험료부담에 비하여 지나치게 높은 본인부담율이라는 사실을 지적하지 않을 수 없다. 결국 오랜 기간 동안 보험료를 납입하고 고령자가 된 후 서비스를 이용하고자 할 경우, 높은 본인부담율로 말미암아 서비스 이용이 어려워 질 수 있는 상황이 발생할 수 있다. 실제로 의료보험제도에서 이용자 부담률도 높고 비급여의 항목도 많아 실제적인 본인부담율이 50%에 달하는 것으로 나타나 위험분산기능을 가지는 사회보험제도로서의 기능에 근본적인 비판이 일고 있는 현실을 감안하면, 노인수발보장제도도 이와 같은 문제를 심각하게 고려해야 할 것이다.

이 외에도 수발급여를 받기 위해서는 수발인정과 수발 등급을 판정받아야 하는데 이 심사가 서류상으로 판단하게 되어 있어 기계적으로 변질될 우려도 있으며, 그 기준이 엄격해서 독일의 경우는 신청자의 약 30%가 거부되었다고 한다. 또한 절차 자체의 복잡성 때문에 서비스의 접근이 어려워 특히 노인 단독가구와 저소득층의 서비스 이용률이 더욱 떨어질 것으로 예상된다. 계층별로 특히 소득수준에 따라 그 이용률이 어떻게 다르게 나타나는가에 관한 통계는 정확하게 조사되어 있지 않지만 소득이 낮을수록 그 이용률은 낮을 것으로 추측된다. 따라서 저소득층의 부담을 경감하고 사각지대가 확대되는 것을 예방하기 위해서는 우선 20%로 결정된 본인부담률을 하향조정하고 저소득층에게 적용되는 10%의 비율도 더 낮아져야 할 것이다. 이와 관련해서 보험료와 마찬가지로 본인부담률에도 소득별로 부담률이 달라지는 단계적 부담제도가 검토되어야 하며, 본인부담에 대한 최고 상한선제 또는 수급기간에 따른 본인부담의 단계적 하향조정, 그리고 비영리단체나 민간단체에 의한 민간서비스나 개인에 의한 자원봉사 등을 연계한 종합적인 혼합복지형태가 모색될 필요가 있다(김진수, 2004).

⑤ 판정기준의 적절성

수발보장제도에 규정된 수발급여를 제공받기 위해서는 수발인정을 받은 신청자에 해당한다. 따라서 수발인정이 필요하다고 인정하는 판정기준에 대해 사회적인 합의와 더불어 기술적으로도 세밀하고 구체적일 필요가 있다. 따라서 우리나라 실정에 적합한 수발보호평가·판정체계를 개발하는 것은 매우 중요한 문제이다. 수발보장제도는 고령자의 신체적·정신적 상태에 의거 수발보호의 필요여부와 보호의 수분이 결정되고 수발보호대상자의 욕구에 맞게 서비스가 공정하게 제공되어야 하기 때문이다. 이를 위해서는 대상노인을 판정하는 전국 공통의 객관적인 기준(평가항목)과 판정절차가 마련되어야 한다.

1기 기획단에서는 독일과 일본, 미국, 호주 등의 판정평가도구를 분석하여 한국형 평가도구를 만들기 위해 기능평가항목 78개를 선정했다(장병원, 2005). 이후 개발과정을 거쳐 현재 시범사업을 위해 사용되는 요양판정기준은 ADL 11항목, 간호처치 및 재활21항목, 인지기능8항목, 문제행동 22항목 등 총 62문항으로 구성되었다가 최종적으로 51문항으로 결정되었다.

개발과정을 살펴보면, 우선 신체적 기능을 판정 평가하는 항목을 선정함에 있어서 가장 중요한 것은 그 항목들이 우리나라 노인의 신체적 장애를 제대로 대변할 수 있어야 한다는 점이었기 때문에 대한노인병학회에서 원장원 등이 개발한 한국형 일상생활활동측정도구(K-ADL)를 이용하였다. 또한 수발대상노인 중 인지기능이 크게 저하된 치매환자가 많고 이들에 대한 간호와 수발의 욕구가 크기 때문에 인지장애와 문제행동의 양상과 정도를 판정하는 항목을 포함하였다. 간호처치영역은 간호사에 의해 혹은 간호사의 감독 하에 이루어질 수 있는 전문적인 기술적 처치에 관한 것으로 기관지절개관 간호, 흡인, 산소요법, 욕창간호, 정맥주사요법 등의 항목으로 개발되었으며, 재활영역은 보행, 식사 동작 등의 일상생활동작 수행능력에 직접적인 영향을 주는 마비재활치료와 와 이로 인해 이차적으로 발생하는 관절의 구축, 골다공증, 골절 등의 구축재활치료와 관련하여 구성되었다(추진기획단, 2004). 신체기능영역(ADL)은 완전자립/부분도움/완전도움 세 가지로 응답이 구성되었고 인지기능은 기억력 등에 관한 장애 유무로 응답되었으며, 간호영역은 11문항, 재활욕구 영역은 마비와 구축에 관한 10문항이 적합한 것으로 나타났으며, 또한 그동안 22문항으로 구성되었던 문제행동영역이 문항수가 상당히 많다는 점이

계속 지적되어 문제행동 영역관련 전문가집단에 의해 최종적으로 10개의 문항으로 수정된 후 적합도를 판정하였다(정경희 외, 2005).

<표 4-22> 평가판정체계 개발과정

구분	정책결정단계 (노인수발보장법)	정책형성단계 (노인요양보험법)	
	입법예고안	시안	1기 기획단
ADL	12	11	10
간호처치 및 재활	21	21	13
인지기능	8	8	53
문제행동	10	22	
총 판정기준 항목 수	51문항	62문항	78문항

자료 : 1기 기획단 자료는 『공적노인요양보장체계 최종보고』(2004,2), 시안 자료는 실행위원회 『공적노인요양보장제도 실행모형 개발연구(2005,2)』, 정책결정단계 자료는 『공적노인요양보장제도는 평가판정체계 및 급여수가 개발(2005, 2)』 및 보건복지부 홈페이지 자료에 근거하여 작성함

평가판정기준은 보험급여대상자를 선정하고 요양필요인정의 등급에 따라 급여비가 결정되기 때문에 매우 중요한 부분이다. 그러나 우리나라의 평가판정기준의 가장 큰 문제점은 항목이 너무 단순하다는 것이다. 비교적 간단한 평가도구를 가진 일본에서도 85개 항목인데 국제노인기능평가도구로 알려진 RAI(resident Assessment Instrument)는 150여개의 이상의 항목을 포함하고 있다. 우리나라의 판정기준 항목이 62항목에 불과하다는 점이다. 또한 항목의 내용이 치매 초기 진단 체크리스트를 연상시킬 만큼 치매진단과 관련된 항목(인지, 정신, 행동장애)이 많다는 것이다. 노인들의 기능장애나 일상생활주행능력과 관련된 항목은 인지기능 이외에도 수많은 질병관련 요인이 있으며 이는 향후 케어플랜(care plan)의 작성에 모두 중요한 요인들이다. 신체의 기능을 확인하는 항목조차 간단한 12개의 ADL만을 포함하고 있고 재가서비스와 밀접한 관련을 맺고 있는 청소, 세탁, 일상용품 정리 등의 수단적 일상생활활동(IADL)과 관련된 판단항목은 전적으로 배제되었으며, 반드시 포함되어야 할 질병상태, 통증, 영양상태, 구강건강, 피부상태, 약물복용 등도 빠져있다. 이는 현재의 요양시설 입소기준이 주로 치매와 뇌졸중에 국한되어 있는 것과 다름이 없다(윤종률, 2004). 그리고 평가항목의 내용은 향후

제공되어야 할 서비스의 결정 즉, 케어플랜(care plan)의 작성에 직접적으로 연결되어야 한다. 평가 및 분류체계란 그에 따른 서비스나 혹은 처치 내용의 결정을 전제로 하기 때문이다. 동시에 그에 따라 서비스 적용이 얼마나 적정했는지, 서비스 적용의 효과가 얼마나 있는지 파악할 수 있는 기본 자료로서 역할을 할 수 있도록 서비스 제공에 대한 질 관리 및 평가를 위한 체계로서도 고려되어야 한다. 그러나 현재의 평가기준은 단순히 환자의 중증도 판정과 적용 편이성에만 급급한 평가항목에 가깝다(윤종률, 2004). 이렇게 객관성과 공평성이 결여되고 제도의 이념과 목적, 핵심 개념 등과 잘 적합하지 않은 평가판정기준은 결과적으로 대상자를 제한하게 될 가능성이 높으며, 재가서비스보다는 시설입소 기준에 치우쳐 있기 때문에 제도의 기본방향인 재가복지 중심취지와도 어긋난다(김미숙, 2005)고 할 것이다.

(2) 급여

① 법적 내용

노인수발보장법에서 규정하고 있는 수발급여는 <표 4-23>과 같이 재가수발급여와 시설수발급여, 수발수당, 특례수발비, 요양병원 수발비, 기타 복지용구 구입 등 대통령령이 정하는 급여 등이 있다(안 제42조)

현물로 제공되는 수발급여는 시설수발급여와 재가수발급여 두 가지로, 시설수발급여는 기존의 노인요양시설과 실비요양시설, 전문요양시설을 통합한 노인수발시설과 경증 치매노인 등에 대하여 소규모 주택 등에서 공동생활(5-9명)을 하면서 일상생활상의 편의 제공 및 기능훈련을 실시하는 그룹홈을 중심으로 제공된다. 재가수발급여는 가정에 있는 노인들을 대상으로 방문간병, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호가 제공된다. 수발인정자는 수발급여의 종류를 자율적으로 선택할 수 있지만, 수발시설의 효율적 활용을 위하여 대통령령이 정하는 수발등급에 해당되는 수발인정자에 대해서 시설수발급여의 이용을 제한할 수 있으며, 다만 부양가족이 없거나 재가수발급여를 받기가 곤란하다고 보건복지부령이 정하는 자는 제외한다고 규정하고 있다. 수발급여비 한도액은 수발을 필요로 하는 노인의 수발등급별 월 한도액 범위 내에서 서비스 이용 가능하고 월 한도액을 초과하는 비요

에 대해서는 본인이 부담한다. 노인수발보장법에서는 그동안 논란이 되어왔던 현금급여를 제한적으로 현물급여를 보완하는 차원에서 인정하고 있다. 즉, 도서·벽지 등 수발시설 이용이 현저하게 곤란하다는 지역에 거주하는 경우와 천재지변 등 이와 유사한 사유로 수발급여이용이 어려운 경우, 신체·정신적 사유 등으로 부득이 자격이 있는 가족으로부터 수발을 받는 경우 현금 급여인 수발수당을 지급한다(안 46조).

<표 4-23> 수발급여의 종류

수발급여	
① 재가수발급여	- 방문간병시설 : 방문간병수발 - 방문목욕시설 : 방문목욕 - 방문간호시설 : 방문간호 - 주간보호시설 : 주간보호 - 단기보호시설 : 단기보호
② 시설수발급여	- 노인요양시설 제공 급여 - 노인공동생활시설 제공 급여
③ 수발수당	- 도서·벽지 등 수발시설이 현저히 부족하다고 정하는 지역에 거주하는 자가 가족수발보조자로부터 수발을 받은 경우 - 천재지변 기타 사유로 수발시설에서 수발급여의 사용이 어려운 경우에 가족수발보조자로부터 수발을 받은 경우 - 신체·정신 또는 성격 등의 사유로 가족수발자로부터 수발을 받아야 하는 경우
④ 특례수발비	- 부득이한 사유로 수발시설이 아닌 시설에서 재가수발급여와 시설수발급여에 상당하는 서비스 받은 경우 - 수발신청일로부터 수발인정서를 통보받기 전 수발시설에서 수발급여를 받은 경우
⑤ 요양병원수발비	- 수발인정자가 노인전문병원 또는 요양병원에 입원한 경우
⑥ 복지용구 구입 등 기타	

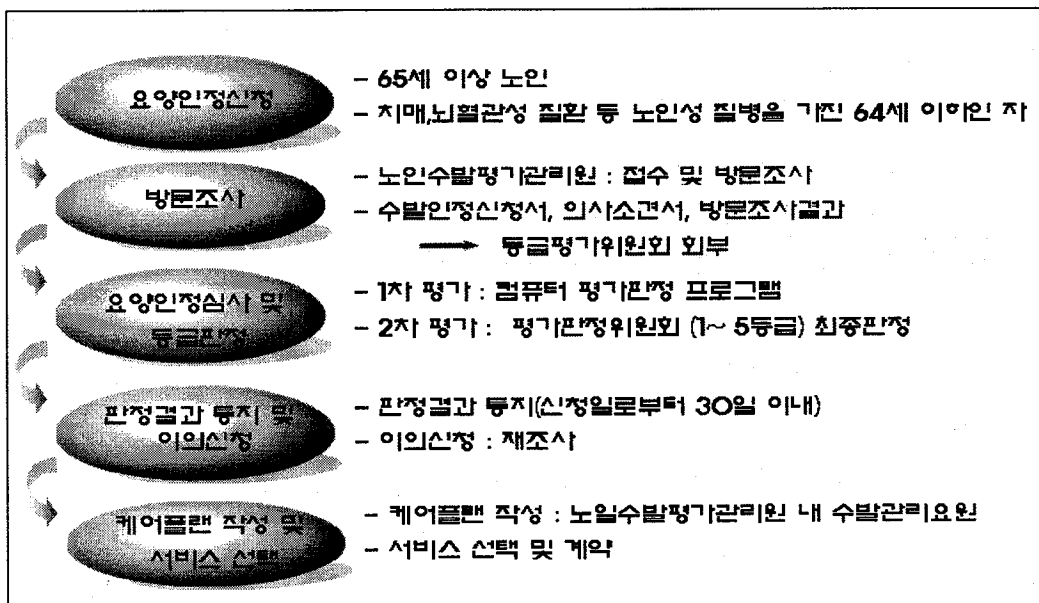
자료 : 노인수발보장법안(입법예고안)에 근거하여 작성함

수발급여를 수급 받는 과정은 <그림 4-2>와 같이 신청대상자가 수발인정신청을 하면 평가관리원이 신청자를 방문하여 조사하고 그 결과인 조사결과서와 의사소견서를 첨부하여 의사, 지자체, 사회복지사 등 전문가 5~6인으로 구성된 등급판정위원회에 회부하며, 등급판정위원회는 수발 등급을 판정하고 그 결과를 30일 이내 신청자와 공단에 통보한다. 이 때 수발인정의 유효기간은 2년이며, 판정결과에 불복할 경우는 이의신청을 하면 재조사가 이루어진다. 수발인정을 받은 자는 평가관리원의 수발관리요원에게 수발계획서 작성을 의뢰하여 신청자의 심신 상태나 생활환경, 시설여건 등을 고려하여 서비스를 선택하고 계약하여 이용하게 된다.

이러한 수발급여의 신청에서 서비스 선택에 이르기까지의 과정은 노인수발보장법에서 신설한 노인수발평가관리원에서 주로 담당한다. 재가수발급여를 받고자 할 때는 수발계획서를 본인이나 평가관리원에 작성을 의뢰하며, 시설수발급여를 받고자 할 때는 해당되는 수발시설의 소속직원이 작성한다.

평가관리원에서 수발신청서를 받게 되면 그 평가결과를 바탕으로 재가수발급여인 경우에는 평가관리원 소속 수발관리요원(혹은 평가관리원이 위탁할 수 있음)이 직접 거주지를 방문하여 욕구사정을 하고 이 욕구를 바탕으로 적절한 서비스공급여건을 고려하여 서비스종류나 구체적인 서비스 내용 및 방법, 서비스제공 횟수 등을 조정한 수발계획서를 작성하게 된다. 이 때 수발관리요원은 수발시설과의 적절한 접촉과 조정을 통해 수발필요자가 욕구에 기초한 적절한 서비스계약을 체결하도록 지원한다. 시설수발급여인 경우는 시설수발급여를 제공할 해당 시설에 소속된 수발관리요원에 의해 수발계획서가 작성된다. 수발계획서에 의한 급여는 수발시설에서 제공하게 되며, 수발시설은 급여제공 후 소요비용을 노인수발보장제도의 관리운영자인 국민건강보험공단에 청구하고 공단은 이를 심사하여 수발시설에 지급하게 된다.

<그림 4-2> 수발급여 수급과정



② 급여의 축소

앞 절에서 분석한 바와 같이 노인요양보험법과 비교하면 수발보장법에서는 < 표 4-24>처럼 우선 급여가 축소되었다. 이렇게 축소된 급여가 노인들의 다양한 수발 욕구를 수렴할 수 있을 지 의문스러우며, 특히 재가수발급여의 제한된 6개 항목만으로는 수발보장제도가 제시한 ‘재가보호의 우선 원칙’이라는 서비스제공 방향을 지켜내기 어렵고 장기적으로는 급격하게 증가하는 수발비용을 통제할 수 없을 것으로 판단된다.

<표 4-24> 급여의 내용 및 범위의 정책결정과정

구분	정책결정단계 (노인수발보장법)	정책형성단계 (노인요양보험법)
	수발급여	요양급여
보험 급여	6종	6종
보험 급여 종류	①재가수발급여②시설수발급여③수발수당 ④특례수발비⑤요양병원수발비⑥복지용구 구입 등	①요양급여②간병수발수당③복지용구구입 ④고액본인부담금보상 ⑥요양계획서 작성
재가 급여	①방문간병·수발 ②방문목욕 ③방문간호 ④주간보호 ⑤단기보호 ⑥복지용구대여	①방문간병 및 수발 ②방문목욕 ③방문간호 ④방문재활 ⑤요양관리지도 ⑥주간보호 ⑦단기보호 ⑧복지용구대여 ⑨그룹홈 ⑩유료양로시설입소자생활지원
시설 급여	①노인수발시설의 수발 ②노인공동생활시설수발	①요양시설서비스 ②요양의료서비스 ③유료요양시설서비스

특히 의료적 서비스와 관련된 항목, 예를 들면 예를 들면 재활관련 의료 인력이 거동이 불편하거나 불가능한 노인의 가정을 방문하여 서비스를 제공하는 방문재활과 의사나 치과의사, 간호사, 약제사, 치과위생사 등에 의해 의학적 관리, 구강 관리, 투약지도, 상담 등의 서비스를 제공하는 요양관리지도가 제외되었다. 이는 노인수발보장제도에서 의료적 서비스를 포함해야 한다며 참여를 주장하는 의료계 등의 논란을 배제하고 수발보장제도에서는 의료적 서비스가 아닌 복지적 서비스를 지향한다는 원칙을 분명히 하기 위한 것으로 해석할 수 있다.

이것은 수발보장제도에서 목욕, 배설, 간호, 가사 및 일상 활동 지원 등의 비의료적인 수발급여를 제공하는데 초점을 맞춰 수발의 개념을 축소하였기 때문이다. 기획단의 안에 의하면 장기요양보호의 내용은 ‘보건, 의료, 요양, 복지 등의 서비

스'로 규정되어 있었고, 노인요양보험법안에서는 '보건, 의료 및 복지서비스'로 규정되어 있었다. 그런데 노인수발보장법안에서는 '목욕, 배설, 간호, 가사 및 일상생활 지원 등의 서비스'로 축소되었고, 이러한 개념축소의 의미는 매우 클 뿐만 아니라 그 방향성으로 볼 때에는 이상적인 방향에서 떨어진 방향이다. 또한 이러한 개념의 축소는 서비스의 범위를 한정지을 뿐만 아니라 보건의료서비스와의 분립체제를 보다 명확히 하는데 기여한다. 원래 한국사회에서도 수발보장이 의료서비스와의 연계 하에서 추진되어야 한다는 점이 논의의 출발점이었다. 사실, 수발이 필요한 상태의 원인이 연령상승에 의한 신체적 쇠약에 의한 것인지, 질병에 의한 것인지를 구분이 매우 모호하고 양자의 성격을 동시에 가지는 것이 보통이기 때문에 치료와 수발, 재활 등을 포함한 포괄적인 서비스의 구축이 필요하지만 실제의 제도는 이러한 방향성과는 달리하고 있다.

이러한 변화는 수발보장체계의 구축이 의료비의 지속적인 상승을 억제하기 위한 방편으로서 시도되고 있다는 복지국가의 일반적인 경험에 비추어 보아도 바람직한 것이 아니다. 일본의 경우에 노인복지시설에 입소한 노인의 71.8%가 병원에서 퇴원 후 바로 입소하고, 그 후 의료서비스와 수발서비스가 통합된 서비스를 이용한 후 가정과 혹은 수발서비스를 제공하는 시설로 돌아가는 비율이 30%를 넘어서는 것으로 나타나, 수발서비스가 의료서비스와는 분리될 수 없으며, 오히려 통합한 경우가 의료비증가를 효과적으로 억제하는 역할을 하고 있음을 시사하고 있다.

우리나라에서도 의료와 관련된 국민건강수호연대 등에서는 노인수발보장제도에서 의료를 제외해서는 안되며, 노인들이 진심으로 원하는 것은 의료가 제공되는 요양과 수발이며, 따라서 만성적으로 진행되는 노인의 질병이나 상태에 맞게 치료와 요양, 수발의 형태를 모색해야 한다고 주장하였다. 이러한 급여의 범위와 수준은 수발과 요양의 개념, 의료와 수발서비스와의 관계에 관한 사회구성원들의 다양한 관점과 연관이 되므로 보다 공개적인 논의과정을 통해 접근하는 것이 중요하며, 노인을 위한 통합적인 서비스보장체계라는 큰 관점을 유지하는 것이 필요하다.

③ 현금급여의 인정여부

노인수발보장제도에서는 그동안 논란이 되어왔던 가족을 위한 현금급여를 제한적

으로만 인정하고 있다. 현금급여의 인정은 가족에 의한 서비스 제공으로 대상 노인의 정서적 만족감을 제고하고 소비자 선택권을 보장하며 현금급여에 비해 비용 절감이 가능하여 보험재정 안정화를 도모하는데 기여한다. 또한 무엇보다도 초기 시설인프라 부족에서 오는 문제점을 보완하고 해소가능하게 한다. 그러나 실제 수발 서비스 실시 여부 및 서비스의 질을 확인하거나 평가하기 곤란하며, 가족의 경비지원제도로 변질될 가능성이 높다. 또한 현금급여를 선호하게 됨으로써 수발시설 인프라에 대한 민간의 투자심리를 위축하게 되어 인프라 구축이 지체될 가능성도 높다. 또한 여성의 사회참여활동의 저해요인으로 인식할 수 있기 때문에 여성계의 반발이 예상된다(실행위원회·보건복지부, 2005).

독일의 경우는 우리나라나 일본과는 다르게 이를 전적으로 인정하기 있고, 현금급여가 차지하는 비율이 80%로 급여의 중심이 되고 있다. 우리나라와 일본과 같이 현금급여의 제한적 인정은 제공된 급여가 반드시 노인의 요양보호를 위한 목적으로 제대로 쓰이고 있는지에 대해서 확인하기 어렵다는 점이 많이 고려된다. 현금급여가 다른 일에 쓰이면 제도 운용에 많은 재정이 투입되더라도 요양보호와 관련한 문제가 해결되지 않기 때문이다. 그러나 현금급여의 인정여부는 가족에 의한 수발을 요양보장제도의 급여로 인정할 것인가의 문제와 깊은 관련이 있다. 예를 들면 자립생활이 어려운 한 노인을 자신의 가족이 수발한다고 할 때, 보험급여로 인정되는 금액의 범위 내에서는 홈헬퍼 등의 서비스를 이용하고 그 비용을 지불할 수 있겠지만, 가족이 홈헬퍼와 같은 수준의 수발을 했을 경우에는 아무런 지원을 하지 못하게 되어 있는 구조적인 모순을 가진다(박광준, 2004: 388). 지금까지는 가족수발을 소위 무상노동(unpaid work)으로 간주해왔지만 국제적인 경향은 그러한 가내노동을 화폐가치로 인정해야 한다는 것이 국제적인 경향이다. 독일은 이 가내노동의 가치를 외부에서 파견되어 오는 홈헬퍼에게 지급되는 비용의 절반정도로 인정하여 지급한다. 그러나 이 부분은 여성과 가족에 대한 관점, 시장과 국가에 대한 역할분담, 장기요양문제에 대한 시각 등에 여러 가지 사회적 가치와 이론이 상충되는 지점이기 때문에 논란의 여지가 많다.

그러나, 석재은(1999)의 연구결과처럼 우리나라의 수발보장체계의 특성이 ‘가족의 존형’임을 감안할 때, 또한 현재의 열악한 요양보호의 인프라 수준을 고려하면 현금 급여를 인정하고 가족에 의한 수발을 급여대상으로 포함하는 것이 필요하다.

현재는 “도서·벽지 등 수발시설 이용이 현저하게 곤란하다는 지역에 거주하는 경우와 천재지변 등 이와 유사한 사유로 수발급여이용이 어려운 경우, 신체·정신적 사유가 부득이 한 경우”라는 규정과 “자격이 있는 가족으로부터 수발을 받는 경우”로 제한되어 있다. 일단, 시범사업 속에서 현금 급여의 제공과 관련한 여러 가지 요소들이 어떻게 적용되는지 지켜봐야 하겠지만, 보다 전향적인 검토가 필요할 것이다.

(3) 재정조달방식

① 법적 내용

노인수발보장제도는 사회보험방식을 중심으로 하되, 공적부조 대상자에 대한 보험료 전액과 보험 재원의 20%를 조세에서 지원하는 방식이다. 사회보험방식이 근간이 되므로 원칙적으로는 건강보험가입자가 각출하는 수발보험료를 바탕으로 한다. 수발비용에 필요한 재원의 80%는 보험료와 정부지원금으로 구성되며, 나머지 20%는 이용자의 본인부담금이다.

<재원조달방식> : 사회보험방식 + 조세

- <보험료 부담>
- 1) 일반 = 보험료(60%) + 조세(20%) + 본인부담금(20%)
 - 2) 기초생활수급권자 외 의료급여수급권자 & 차상위계층
= 조세(90%) + 본인부담금(10%)
 - 3) 기초생활수급권자 = 조세(100%) + 본인부담금 없음

보험료 부담대상자는 건강보험가입자이며, 수발보험료는 직장 및 지역별 건강보험료 부과체계에 따라 산출된 건강보험료액에 수발보험료를 곱해서 산정하여 건강보험료와 통합하여 징수한다. 건강보험가입자 중 지역가입자의 수발보장사업 비용(공단부담의 급여비용과 관리운영비용)의 50%를 국가에서 지원하며, 의료급여 수급권자의 수발비용은 국가와 지자체가 50 : 30의 비율로 분담하여 부담한다. 기초생활수급권자의 경우에는 본인부담금이 면제되며, 기초생활수급권자 이외의 의료급여수급권자와 대통령령이 정하는 차상위계층은 10%를 부담한다.

② 왜 사회보험이어야 하는가?

노인수발의 문제를 보장하기 위한 정책적 모색에서 가장 큰 쟁점은 바로 재정조달방식에 관한 것이다. 그러나 앞서 정책과정에서도 살펴본 바와 같이 재원조달방식은 제도를 설계하기 이전에 이미 구상단계에서 정부주도로 사회보험방식으로 결정되었다고 할 수 있다.

김영모(2005)는 정부가 사회보험방식의 제도를 도입하기 위해서 전문가회의와 국민여론조사를 하였다고 하지만 왜 지방정부가 책임지는 조세방식으로 수발보장제도를 운영하는 나라(영국, 스웨덴, 프랑스 등)의 제도는 검토하지 않았는지 의문이 가며 더욱이 비전문가인 국민에 전화조사를 한 것이 타당성이 있는지 의문스럽다는 지적과 함께 노인수발보장의 문제를 기존의 노인보호제도와 조세를 통한 서비스의 국가정책화에서 해결할 수 있음에도 불구하고 새로운 사회보험방식의 노인수발보장제도를 개발하는 것은 의료보험제도의 결함에서 비롯되었다고 비판한다. 그리고 노인의 수발의 욕구가 사회적 질병이 아닌데 이것을 해결하기 위해 사회보험을 반드시 도입해야 하는지 문제를 제기하면서 노인의 수발보장은 사회서비스이며 따라서 독일과 일본처럼 공적 사회보험이 아니라 영국, 스웨덴, 프랑스처럼 공적 사회부조가 되어야 한다고 주장하였다(김영모, 2005).

참여연대 역시 같은 맥락에서 비판적인 의견을 개진하고 있다. 『노인수발보장법 입법예고를 위한 공청회』에서 노인수발서비스를 비롯한 재가복지 중심의 사회복지서비스는 국가와 자치단체를 주체로 하여 국민들에게 제공되어야 할 공공서비스이며, 이를 주도적으로 추진하고 그 재정 부담을 국가 및 자치단체의 재정에서 부담할 것을 분명히 규정한 2003년 개정 사회복지사업법이 있음에도 불구하고, 이 법에 따른 공공서비스 전달체계나 제도시행에 관한 준비는 도외시한 채, 건강보험의 복제판인 노인수발보장법을 제정하고자 하는 것은 정부의 명백한 직무유기라고 보았다. 또한 국가와 자치단체의 책임인 “노인수발”이 마치 사회보험에서의 사회적 위험인 것처럼 생각하는 정부의 태도는 오히려 비판받아 한다(이찬진, 2005)며 기본적인 국가적 책임을 수행하거나 전제하고 있지 않은 노인수발보장제도에 대해 강력한 반대의사를 표명하였다.

참여연대는 정부가 우선 사회복지사업법상 2004년 7월부터 국가와 자치단체가 책임주체로서 시행하도록 의무화되어 있는 재가서비스 중심의 사회복지서비스를

먼저 시행하는 것이 정도이며, 이와 같은 공공서비스 시행에 따라 구축되어 지는 지역중심의 공적 서비스 전달체계를 중심으로 민간을 보조적인 서비스 공급자로 한 복지전달체계가 어느 정도 구축된 후 인구고령화와 가족구성의 변화정도를 감안하여 노인수발의 문제를 공공서비스 체계로 커버하기 어려운 시점에 본 제도를 도입해서 시행하는 것이 바람직한 제도발전의 방향이라고 주장하였다. 즉, 기본적으로 정부의 공공재가서비스의 우선적 실시와 이에 따른 충분한 공공전달체계의 구축이 사회보험방식의 노인수발제도보다 선행되어야 한다는 것이다. 또한 현재 추진하고 있는 이러한 사회보험방식의 제도 도입에 관한 사회적 합의가 있었는지 반문하고 오히려 국민의 보편적 정서가 사회보험방식이 아닌 국가책임하의 재가 복지 실시에 있다고 주장한다(이찬진, 2005).

정책결정단계에서의 이러한 문제제기나 논란은 정책형성단계에서 다양한 대안들에 대한 검토가 부족했고, 그 대안들에 대한 평가가 객관적이거나 체계적으로 이루어지지 않았다는 것 때문에 더 강하게 제기될 뿐만 아니라 이러한 논란으로 인한 혼란스러움도 더 크게 작용되는 것 같다. 따라서 정책의 설계에서 가장 핵심적인 요소라고 할 수 있는 재정조달방식에 대해 보다 근본적인 논의를 다시 검토할 필요가 있으며, 이 논의과정 속에서 제기되는 다양한 쟁점들을 사회전반에 확산시켜 사회적인 관심과 공개적인 토론 등을 통해 사회적 동의를 확보하는 것이 중요하다. 재정조달방식에 관한 국민적 합의를 이끌어내는 것이 독일의 예에서도 보듯이 결코 쉬운 일은 아니지만, 적어도 재정방식과 관련된 이슈를 사회적으로 공유하는 단계는 반드시 거쳐야 할 것으로 본다.

③ 재정추계의 불확실성

보건복지부에 의하면, 노인수발보장제도는 2008년-2009년의 1단계에서 9만5천명(건보 8만5천명, 의료급여 9천명)을 우선 대상으로 하고, 2010년 이후 2단계는 18만 명(건보 16만3천명, 의료급여 1만7천명)을 대상으로 한다(보건복지부 홈페이지, 2005).

<표 4-25> 확대단계별 요양급여 대상자수

(단위: 명)

구분	건강보험가입자			의료급여대상자							합계
				기초수급권자			기초제외			계	
	시설	재가	소계	시설	재가	소계	시설	재가	소계		
2008	57,339	25,549	82,887	7,283	1,252	8,535	303	52	356	8,891	91,778
2009	59,257	26,403	85,660	7,530	1,295	8,825	314	54	368	9,192	94,852
2010	83,489	79,514	163,003	13,152	3,640	16,793	548	152	700	17,493	180,496

* 주 : 1) 건강보험대상자와 의료급여대상자의 시설입소비율을 달리 적용

자료 : 보건복지부 홈페이지(노인수발보장제도 Q&A, 2005)

이에 기초하여 재정소요액을 잠정적으로 추계한 바에 따르면 <표 4-26>에서와 같이 2009년까지 1단계에서 1조 4백억 원이 소요되며 2010년 2단계에서는 1조 8천억 원 정도가 소요될 것으로 추정하고 있다.

<표 4-26> 확대단계별 재정소요액

(단위: 억 원)

구분	건강보험대상자			의료급여대상자						합계
				기초생활수급권자			기초제외			
	시설	재가	소계	시설	재가	소계	시설	재가	소계	
2008	6,610	2,442	9,052	869	120	989	36	5	41	10,083
2009	6,831	2,524	9,355	899	124	1,023	37	5	43	10,421
2010	9,538	7,020	16,557	1,527	323	1,850	64	13	77	18,484

* 주 : 1) 수가는 동일기준(최대안) 적용

자료 : 보건복지부 홈페이지(노인수발보장제도 Q&A, 2005)

이에 대한 재원분담은 2008년-2009년의 1단계의 경우는 정부지원 2,634억 원, 보험료 2,747원이고, 2010년 이후의 2단계는 정부지원 4,859억 원, 보험료 4,953원이다. 구체적인 재원분담액은 다음의 <표 4-27>과 와 같다.

<표 4-28> 확대단계별 재원분담

(단위: 억 원, 원)

구분	보험료	정부지원			본인 부담	합계	평균보험료(원)	
		건강 보험	의료 급여	소계				
2008	5,635	1,607	1,026 (342)	2,634	1,815	10,083	2,747	(3,159)
2009	5,823	1,661	1,061 (354)	2,722	1,875	10,421	2,819	(3,241)
2010	10,306	2,940	1,919 (640)	4,859	3,319	18,484	4,953	(5,696)

* 주 : 1) 평균보험료의 ()내는 관리운영비 포함시

2) 정부지원 의료급여의 ()내는 지방비 부담 추계치

자료 : 보건복지부 홈페이지(노인수발보장제도 Q&A, 2005)

제도에서 가장 근간이 되는 것은 제도의 적용을 받는 대상자의 추계와 그로 인해 변동이 되는 소요비용 즉 재정의 정확한 추계일 것이다. 재정추계의 문제점을 살펴보면, 우선, 보건복지부는 2008년에 제도를 도입하고 확대한다면서 겨우 2010년까지의 대상자와 재정추계만을 제시하고 있다는 것은 아주 무책임한 발상이 아닐 수 없다. 실행위원회가 마련한 모형에서는 대상노인수의 추계에 근거하여 필요한 재가서비스와 시설서비스의 추계하고 또 이를 통해서 2015년까지 소요될 재정추계안을 제시하고 있지만, 이 자료는 대상노인수가 크게 차이나는 노인수발보장제도에 적용하기 어렵다. 그러나 보건복지부는 기존의 정책형성때 이루어진 논의와는 전혀 상반된 내용과 적용대상자 추계를 축소 발표한 배경조차 밝히지 않은 채, 5대 사회보험으로서 사회적으로 큰 의미와 중대성을 가지는 노인수발보장제도를 단기적인 재정추계조차 갖추지 않은 상태로 제도만을 서둘러 도입하려는 안일한 자세를 보여주고 있다. 김진수(2005)도 정부가 현재 노인수발보장의 도입을 앞두고 명확한 근거에 입각하고 있지 못하며, 실태 및 통계예측자료를 상당히 수정하는 등 제도에 대한 신뢰성을 훼손하고 있다고 지적하고 있다.

정부의 노인수발보장 재원조달계획에 사용된 기초 자료가 비현실적이라는 것은 수입과 지출이라는 양면에서 존재한다. 즉, 예를 들어 전재희 의원의 지적에 의하면, 노인수발보장법안의 재정추계는 수입을 과다하게 추계한 반면, 지출은 과소로 추계하여, 현행대로 제도가 시행된다고 하더라도 노인수발보험의 재정적자가 곧 나타날 것으로 것이라는 점을 제시하고 있다(연합뉴스 보도자료 2005. 9. 23일자). 정부가 책정한 간병비용 또한 최저임금에도 미치지 못하는 금액이라는 것인데,

보건복지부의 재정추계에 의하면 요양병원의 간병비용을 1인당 40만원 수준으로 가정하고 간병인 1인당 120만원씩 2교대로 근무하는 것을 기준으로 재정추계를 하고 있다. 이 임금은 시간당 금액은 3,333원에 해당하는 것으로, 말하자면 최저임금 이하의 간병인 임금을 기초로 하여 제도가 설정되어 있다는 것을 의미한다⁴⁹⁾. 실행위원회의 안은 45만원 기준 역시 결코 현실적인 기준이라고는 말하기 어려웠지만 적어도 최저임금은 상회하는 수준이었다. 그렇다면 이러한 산정기준에 있어서도 수발보장법안으로의 변경은 심각한 문제를 노정하고 있다.

④ 보험료의 적정성 문제

보건복지부는 노인수발보장제도의 평균 보험료가 관리운영비를 포함하여 2008년에는 3,159원, 2009년에는 3,241원이며 2단계인 2010년에는 5,696원이라고 발표하였다. 1인 보험료 부담액을 비교하면, 너무 낮은 보험료를 책정하고 있다고 하겠다. 물론 대상자 자체의 범위가 매우 한정되었으므로 부담액이 더 낮아졌다는 것을 알 수 있는데 여기서 정부가 의도하고자 했던 것은 일반 국민들에게 노인수발보장제도의 보험료가 높지 않다는 것을 보여주려고 했던 것 같다. 특히 2010년 이후에는 구체적으로 보험료가 얼마나 더 오르는지에 대해서도 언급하고 있지 않다. 또한 제도 시행초기에 수발보장의 보험료를 건강보험료의 5% 이내로 억제할 것을 새로이 밝히고 있으나 수발보장은 건강보험과는 독립된 사회보험으로서 기여와 급여사이의 수지상등의 원칙이 적용되어야 하는 기본적인 원칙에서 벗어난 정책조치이며 이는 수급자의 자격을 제한하고 나아가 수발보장의 기능과 역할을 왜곡시키는 결과를 야기할 위험이 있다(김진수, 2005).

정부가 항상 사회보험방식으로 제도를 도입하면서 급여나 재정에 있어서 고려되는 요소는 제도의 빠른 안정화와 제도에 대한 국민들의 저항을 최소화하는 것이었다. 국민연금도 이러한 배경에서 ‘저기여 고급여’로 제도화되었으며, 이는 현재 재정을 악화시키는 주요원인으로 분석되고 있다. 또한 이런 배경에서 의료보험 역시 ‘저기여 저급여’ 문제점이 시작되었다. 국민연금이나 의료보험 모두 급여액 지출이 늘어나면서 보험료의 상향조정이 불가피함에도 불구하고 사회적 저항이

49) 2005년 9월 현재의 최저임금은 시간당 3,100원 수준이다. 그러므로 이 3,333원은 현재의 최저임금 수준보다는 약간 상회하지만, 제도가 시행되는 2007년의 최저임금(물가상승을 반영한 추계)은 시간당 3,689원으로 나타나고 있다.

적지 않기 때문에 쉽게 결정하지 못하고 있는 것이 현실이다. 따라서 도입시기에서 저가여 방식이 제도 안착에 기여하겠지만, 장기적으로 볼 때는 결코 바람직한 것이 아니다. 보험료를 상향조정한다는 것은 국민들의 저항에 부딪힐 뿐만 아니라 제도에 대한 불신을 심어주게 되기 때문이다. 따라서 적절한 비용추계를 통해서 처음부터 적절한 기여금으로 출발하는 것이 중요하다고 하겠다.

<표 4-28> 제도 확대 단계별 1인당 보험료 추계

연도 구분	정책결정단계 (노인수발보장법)	정책형성단계 (노인요양보험법)	
	입법예고안 (차상위층 포함)	최종 시안 (차상위층 포함)	2안 (의료급여대상자만 한정)
2008 - 2010	1단계> 94,852명 2,819원 2단계> 180,496명 4,953원	1단계> 65세 이상 최중증 (07년 2,651원) 2단계> 65세 이상 중증 (09년 5,731원)	1단계> 65세 이상 최중증 (07년 3,482원) 2단계> 65세 이상 중증 (09년 7,527원)
2011 - 2012	추후 확대 고려	3단계> 65세 이상 경증이상 (2011년 7,640원)	3단계> 65세 이상 경증이상 (2011년 10,035원)
2013 부터	추후 확대 고려	4단계) 65세 이상 경증치매이상 45세 이상 노인성질환 대상자 (2013년 10,810원) (2020년 13,981원)	4단계) 65세 이상 경증치매이상 45세 이상 노인성질환 대상자 (2013년 14,198원) (2020년 18,382원)

일본의 개호보험은 제도 창설 이후 2003년 4월 처음으로 보험료의 개정이 이루어졌다. 서비스이용이 급증하여 개호비용도 급증하였는데 기초자치단체의 1호 보험료의 평균이 한 달 2911엔에서 약 3293엔으로 13%정도 상승했다. 개호보험의 급여비도 연 10%를 넘는 증가율을 보이고 있다. 개호보험이 시작될 당시에는 서비스의 양적 확대와 보급이 그 과제로 되어 있었으나 이제는 장래에 걸쳐 안정적으로 기능하도록 ‘지속가능성’을 높이는 것이 그 과제가 되어 있다. 왜냐하면 개호서비스의 확대는 급여비의 증대를 가져와 개호보험의 재정에 부담을 지우기 때문이다. 개호보험에 관한 총 비용은 약 6.7조 엔에 달해 있으며, 2025년에 약 20조 엔이 된다고 추계되고 있다. 개호보험의 급여비는 절반은 공비로써 보충되며

나머지 절반은 65세 이상의 고령자(제1호 보험자)와 40~64세 사람들의 보험료(제2호 보험자)에서 보충되는데, 3년마다 보험료를 개혁하도록 되어 있다. 그러나 급여비가 증대해간다면 2012년에는 약 6천 엔까지 인상해야 할 것이라고 추계된다(植村尙史, 2005). 일본의 경우는 우리나라의 수발보장과 같이 전 국민을 대상으로 보험료를 받지 않기 때문에 재정적으로 큰 압박을 받고 있는 상황에서 그 해결책으로 현재 40개 이상의 주민을 대상으로 하는 것을 20세 이상의 주민으로 확대하여 보험료를 부과하자는 의견이 제시되고 있으나, 이러한 확대에 대한 반대 의견이 만만치 않다.

(4) 전달체계

① 법적 내용

노인수발보장제도의 관리운영기관은 공단이며 공단은 적용대상자의 자격관리와 수발보험료 기타 이법에 의한 징수금의 부과 및 징수, 수발시설의 지정 및 정보 공개, 수발급여비용의 심사 및 지급, 수발급여의 실시내역 조사, 노인수발보장사업에 관한 홍보와 조사연구 등의 업무를 관장한다(동법 제13조).

또한 노인수발보장법에서는 법인으로서 노인수발평가관리원을 신설하여 수신청자에 대한 조사와 수발 등급의 판정과 수발계획서의 작성 및 수발급여의 질 평가와 관리의 전문적인 업무를 담당하도록 하였다(동법 제19조). 평가관리원에 15인 이내의 위원으로 구성된 수발등급판정위원회를 시·군·구 단위로 설치하며, 서류에 기초하여 수발인정신청자의 수발인정 및 수발 등급을 판정하고 이를 신청자와 공단에 통보하도록 하였다(동법 제 25조, 제 32조, 제 33조). 노인요양보험법과 노인수발보장법에서 내용상으로 큰 차이를 보이는 항목은 바로 노인수발평가관리원(이하 평가관리원)의 신설부분이다. 보건복지부에 의하면, 평가관리원은 간호사, 사회복지사 등으로 구성된 별도조직으로서 법인으로 설립하여 평가관리기구의 전문성과 책임성을 확보하고 수발대상노인의 심신 상태에 상응한 양질의 수발급여를 제공하기 위해서이다. 법안에 따르면 평가관리원의 장은 건강보험공단의 이사장 제청에 의하여 보건복지부 장관이 임명하고, 평가관리원의 업무수행이 필요한 비용은 공단의 노인수발보장사업의 회계에서 부담하도록 되어 있다. 그리고

수발인정신청자의 수발 등급을 판정하기 위하여 평가 관리원에 시·군·구 단위로 수발등급판정위원회(이하 등급판정위원회)를 설치하며, 수발관리요원 등 소속 직원으로 하여 수발급여의 실시내용을 지속적으로 관리 및 평가하여 수발급여의 질을 높이기 위해 필요한 조치를 하도록 규정하고 있다.

노인수발보장법에서는 노인수발사업 적용대상자 대표 6인과 수발시설 대표 6인과 공익대표 6인, 보건복지부 차관 등 19인으로 구성된 노인수발보장위원회를 설치하고 수발보장사업의 중요사항을 심의·결정하도록 하였다. 수발수당과 특례수발수당, 요양병원수발비의 지급기준과 수발시설비용, 수발보험료율, 적용대상자에 관한 주요 사항 등을 심의한다(동법 제 5조). 또한 국가의 책무로서 보건복지부는 5년 단위로 연도별 수발급여 대상인원 및 재정조달계획과 연도별 수발시설 및 수발급여 제공인력 확충방안, 기타 적용대상에 대한 주요 사항이 포함된 노인수발기본계획을 작성하여 시행하도록 하였고(동법 제 6조), 지자체는 노인인구, 지역특성 등을 고려하여 노인수발보장사업이 원활히 시행될 수 있는 충분한 수발시설을 확충하고 보건복지부의 노인수발기본계획에 따라 세부 실행계획을 5년 단위로 수립하여 시행하며 수발상태의 예방 및 완화를 위한 보건교육 및 복지사업을 제공하고 관리운영자인 공단과 평가관리원에 필요한 행정적 지원 및 협조할 것을 규정하고 있다(동법 제 7조). 또한 공공부조 대상노인의 급여비용을 지방비로 부담(서울 50%,지방 30%)하게 된다.

노인수발보장법은 수발급여를 제공하게 되는 수발시설로 지정되기 위해서는 시설 대표자가 공단에 지정신청을 해야 하며, 공단은 해당 시설의 시설·인력기준 및 급여내용을 등을 종합적으로 고려하여 지정여부를 결정한다. 공단은 수발인정자가 수발급여에 대한 선택권을 용이하게 하고 수발시설의 급여종류, 시설·인력사항 등 보건복지부령으로 정하는 사항을 인터넷에 게시하여 수발인정자의 수발시설 선택이 용이하도록 하여야 한다(동법 제 54조, 제 55조)고 규정하고 있다.

노인수발보장법은 수발인정자에게 수발서비스를 제공할 수발사 자격을 신설하고 있는데 수발사는 수발인정자에 대하여 목욕, 배설, 가사 및 일상활동지원 등의 수발업무를 행하는 자(동법 제 49조)로 일정기간 교육과정을 이수한 자에게 수발사 자격을 부여하며, 법 시행시 수발사 부족을 해소하기 위해 부칙 제 5조에서 기존 재가수발시설 및 생활수발시설 근무하고 있는 생활지도원, 가정봉사원 등은 법

시행 후 3년까지 이 법상의 수발사 업무를 수행할 수 있는 것으로 경과조치하고 있다. 또한 수발계획서 작성을 의뢰받은 평가관리원은 수발관리요원을 배치하고 재가 노인을 위한 수발계획서를 작성하도록 하고, 시설의 수발급여를 받는 경우는 시설에 속한 소속직원이 작성하여야 한다고 규정하였을 뿐, 이러한 수발관리요원에 대해서는 별도의 자격규정을 두지 않았다.

② 공단과 지자체와의 역할 분담

<표 4-29>과 같이 국민건강보험공단을 운영주체로 선정한 것은 현실적인 판단이 많이 작용하였고 볼 수 있다. 그러나 제5의 사회보험의 운영주체 선정기준은 수발보험이 사회안전망으로서 요양사각지대를 제거할 수 있고 사회적 약자의 권리를 보호할 수 있고 가족과 이웃이 기반이 된 지역시스템을 구축할 수 있고 주민참여기반을 확립할 수 있어야 한다. 이러한 측면에서 본다면 기초자치단체가 건강보험공단보다 유리하다. 또한 자치행정이 고령사회에서 해야 할 기초적 기능이라는 점에서 불가피한 선택일 수 있으며, 일본의 시정촌 행정이 개호보험 시행으로 한 단계 진전되었다는 평가와 개호보험 개혁안에 시정촌 권한이 보다 강화된 점은 우리에게 시사 하는 바가 크다(박수천, 2005).

수발서비스는 근본적으로 지역에 근거를 둔 서비스이다. 일본에서 기초자치단체를 보험자로 한 것의 장점은 자치단체의 책임으로 서비스의 공급계획을 세우고 지역의 서비스 욕구에 지역의 특성을 반영하여 대응할 수 있다는 점이 가장 큰 장점이 된다. 그러나 각각의 기초자치단체간에는 기본적인 조건이 서로 다르고 격차도 매우 크게 나타나게 되어 재정운영이 취약한 경우, 보험료는 많이 내고 서비스 수준은 낮게 될 가능성이 많아진다. 이러한 상황은 서비스의 지역 간 격차를 가져오기도 하며 인구이동을 촉진하는 요인이 되기도 한다. 일본의 경우 광역자치단체의 농촌지역에서 인구유출이 계속 되고 있고 광역자치단체의 수도에서는 고령자의 이주가 주된 인구유입현상이 일어나고 있는데 그 이유가 개호서비스 등 사회복지서비스를 보다 쉽게 이용하기 위한 경향으로 드러나고 있다고 한다(박광준, 2004).

<표 4-29> 관리운영방안 정책결정과정

	정책결정단계 (노인수발보장법)	정책형성단계(노인요양보험법)		
구분	입법예고안	2안(최종 시안)	3안	1안
국가	2안 상동	지도 감독, 정부부담지원	지도 감독, 정부부담지원	시·도감독 정부부담지원
시·도	-	-	시·군·구 감독	시·군·구 감독
시·군·구	-	-	평가판정위원회 급여제공 및 관리 케어매니지먼트 수발시설관리	평가판정위원회 보험료부과징수 수발시설 관리
공단	보험료 부과·징수	보험료 부과·징수 수발시설관리 평가판정위원회	피보험자 자격관리 보험료부과·징수 요양급여 심사·지급	-
수발 관리 평가 원	평가판정 수발계획서 작성 급여의 질 관리	-	-	-
장점	전문적 활동 고양 관료화 극복시도	관리운영비 절감 효율적 관리운영 가능 지역간 균형발전지원	양 기관의 장점 활용 지역복지방향과 부합	인프라 구축 용이 수발시설 관리 용이 지역건강사업연계용이 지역복지체제강화
단점	운영비 추가 발생 서비스 분절화 책임 모호성	서비스기반확충 어려움 수발시설 관리능력부족 지역건강증진사업불리 공단의 거대화, 관료화	이원화로 도덕적 해이 재정관리책임 불분명 업무절차의 비효율성	보험자 역할 경험부족 관리운영비 증가 재정력 따른 지역격차 정부의존심화가능

우리나라의 경우, 지방자치의 전통이 짧을 뿐만 아니라 지방정부가 사회복지사업을 계획하고 실천하는데 있어서 능력을 갖추고 있다고 하기 어렵다. 특히 수발에 관련된 서비스 공급기관이 지역적으로 매우 편중되어 있기 때문에 보험자를 누구로 정하는가에 관계없이 장기요양에 관련된 기본적인 공급체계를 지역별로 편차가 나지 않게 확립하는 것이 무엇보다 중요한 국가의 책임이며, 이것이 장기요양 보장제도 도입의 전제가 된다. 즉, 지역의 특성에 맞는 제도 운영과 함께 급여 및 부담에 있어서도 지역간의 형평성 유지, 지방분권의 의미를 실현하기 위해서는 지역의 제도 운영에 필요한 재정적, 물리적 역량과 환경을 고려한 중앙정부 차원의 정책지원이 이루어져야 한다.

일본에서 제도운영에 있어서 지역간 보험기준액의 격차가 심화되고 있는 것은 지역 간 서비스 이용률 특히 시설서비스 이용의 차이에서 비롯되며 이는 다시 지

역의 인구고령화 수준과 생활여건에 의한 노인의 보건의료수준, 재가서비스 수준의 차이에서 비롯되므로 서비스의 특성을 고려하여 지역간의 급여 및 부담의 차이를 최소화하기 위해서는 특히 재정자립도가 낮고 고령화수준이 높은 지역에 대한 행정적, 인력적, 재정적 지원이 뒷받침되어야 한다. 또한 지역여건과 특성을 고려하고 지역주민의 주체적인 참여를 유도할 있는 지방정부와 지역의 역량이 개발되고 강화되어야 한다(엄기욱·박인아, 2005). 그리고 지자체의 책임을 보다 더 부여하기 위해서 자치적인 정책을 수행할 수 있도록 일정부문의 서비스 권한을 위임하는 방안도 제시되고 있다. 윤종률(2004)은 요양보장사업의 비용절감을 위하여 예방사업이 강조되어야 하는데 기초자치단체의 역할이 모호하여 예방사업이 제대로 될 수 있을 지 의문스러우며, 기초자치단체의 제외로 방문사업 등의 지역발착형 서비스제공에 있어 한계가 발생한다고 보았다. 그는 방문사업 등은 보건소나 기타 민간기관 등의 지자체 영역의 기관에서 수행될 가능성이 높지만 이러한 기관들과 공단지사와의 협력관계가 미흡할 경우 비용절감에 한계가 노출될 것이며, 재가서비스에서 중요한 역할을 담당하는 자원봉사조직을 공단이 적절하게 활용하기에는 어려움이 있으며, 공단지사는 인사인동을 통하여 인력이 정기적으로 교체되기 때문에 지역밀착형 서비스를 제공하는데 어려움이 존재한다는 것이다. 따라서 이러한 지역중심의 요양사업을 진행하기 서는 반드시 지자체와의 긴밀한 협조관계뿐만 아니라 노인수발을 보장하는 공적 제도에서의 역할이라는 근본적인 인식전환이 이루어져야 할 것이다.

③ 노인수발평가관리원의 설치문제

서비스전달체계의 영역에 있어서는 노인요양보험법과 노인수발보장법안의 사이에 가장 많은 변화가 있었고, 그 변화는 바람직하지 않은 방향의 변화이다. 관리운영기관으로서 국민건강보험공단이 되어 있다는 점에서는 변화가 없지만, 수발등급의 판정과 수발계획서의 작성, 그리고 수발급여의 질을 관리하기 위하여 『노인수발평가관리원』을 설치하기로 되어 있다. 관리운영주체를 건강보험공단으로 지정한 것은 보험료책정과 부과·징수 및 자격관리, 서비스제공자 관리 및 심사, 비용청구 및 심사와 지급 등을 일괄적으로 시행함으로써 효율적인 관리운영이 가능하다는 장점 때문이었다. 전국 시군구별 지사 조직 및 인력과 건강보험

업무 추진 시 축적된 경험 등을 활용하여 제도 도입에 용이하고 기존 조직과 인력을 활용하여 관리운영비의 추가부담이 적다는 점이 유리하였다. 그런데 별도의 조직을 설립하면 공단을 관리운영주체로 선정함으로써 기대되는 긍정적 효과를 기대하기 어려우며, 이 조직의 운영을 위해 막대한 예산이 지출되는 등 평가관리원이 별도의 조직으로 설립되어야 하는 근거가 매우 미약하다. 특히 관리운영측면에서는 건강보험공단과 함께 비용을 분담하는 지자체의 역할과 책임분담 등이 중요한 논점이었기 때문에 이러한 논의와는 단절된 평가관리원 신설에 대해서 부처이기주의라는 비판⁵⁰⁾은 당연한 결과라고 하겠다. 입법예고를 앞둔 공청회에서 의사협회를 제외한 대부분의 토론자들이 이에 대한 반대의사를 밝혔다.

수발서비스를 제공하는 전달체계로서 평가관리원 설립 문제를 고려하기 위해 Gilbert & Specht(1993)가 서비스전달체계의 효율성과 질을 떨어뜨리는 4가지 문제점으로 지적한 단편성(fragmentation)과 비접근성(inaccessibility), 비연속성(discontinuity), 그리고 무책임성(unaccountability)의 4가지 요소를 살펴보았다. 이 네 가지 문제를 해소하기 위한 방향성은 각각, 통합성, 접근성, 연속성, 책임성이 되는데, 노인수발보장법안에 나타난 전달체계가 이상의 4가지의 방향을 지향하고 있는지, 아니면 네 가지의 문제를 심화시켰는지 각각 검토하여 정리한 것이 <표 4-30>이다.

우선 평가관리원의 설립으로, 노인요양보장을 위한 주요기관인 건강보험공단과 지방자치단체에 부가하여 평가관리원이 설립되고 그 역할분담이 명확하게 제시되어 있지 않음으로서 통합성이 감소되고 단편성이 증가하였다. 서비스 이용자를 더욱 한정시켰다는 의미에서 접근성도 저하되었다. 만약 서비스 이용자가 자신의 수급요구가 받아들여지지 않았을 경우에 그것이 건강보험공단의 책임인지, 평가관리원의 책임인지, 아니면 지방자치단체의 책임인지 불분명해질 가능성이 크다는 의미에서 책임성도 약화되었다. 그러므로 평가관리원의 창설은 전달체계의 후

50) 노인수발보장법안에 대하여 경실련은 다음과 같은 의견을 제시하고 있다. “노인수발평가관리원의 신설은 부처이기주의를 보여주는 대표적인 발상이다. 노인수발평가관리원은 제도설계과정에서 언급된 적이 없는 기구로서 업무의 성격상 별도의 기구가 필요하지 않다. 평가원의 업무는 수발 등급의 판정, 수발계획서 작성, 수발급여의 질 관리로써, 수발등급판정위원회, 수발심사위원회, 노인수발분쟁위원회 등의 위원회와 국민건강보험공단 및 지방자치단체에서 충분히 해결할 수 있는 업무에 불과하다.”(노인수발보장법률안 입법예고관련 경실련의 입장, 보건복지부는 부처이기주의적 태도를 보이고 합리적인 제도를 설계하라, 2005.10.19)

되라고 할 수 있다.

<표 4-30> 수발보장법의 전달체계 문제

전달체계의 문제	문제의 판단기준	수발보장법
통합성	서비스의 창구는 일원화 서비스제공기관과의 연계	새로운 기구의 설립으로 단편성이 증가
접근성	연령, 건강상태, 소득 등에 의해 서비스이용이 불가능하게 될 가능성	서비스이용자를 더욱 한정시키고 있으므로 비접근성이 증가함
연속성	의사소통과 의뢰(referral)의 경로	이 부분은 미 실시의 관계로 판단할 수 없음
책임성	중요결정에 있어서의 이용자의 참가 불만에 대한 대상의 명확성	건강보험공단과 지자체의 책임성이 모호한 가운데, 노인수발평가관리원의 설립으로 책임성이 더욱 불투명해짐

두 번째의 중요한 변화는 지방자치단체의 책무를 법안에 명시한 것이다⁵¹⁾. 이것은 어떻게 보면, 노인수발보장에 있어서 지방자치단체의 참여를 촉진한다는 의미에서 자칫 발전적 변화로 비추어질 수 있으나, 보험자가 중앙집권적 기구인 국민건강보험공단이 되어 있다는 점에서 지방의 참여를 촉진한다는 측면보다는 지방에 대한 책임전가를 행하는 측면이 강하다. 즉, 법안은 지방자치단체에 재정적 부담만을 요구하고(제83조) 있으며, 이것은 재정 부담을 지방자치단체에 전가하는 것으로 간주될 수 있다.

④ 공급자의 다양화 : 인프라의 확충과 민간의 참여

노인요양보장제도의 실시에 있어서 가장 큰 장애요인이 되는 것은 재가 및 시설 서비스 기반정비의 불충분과 그에 관련된 제반 사항이다. 수발보험이 도입되더라도 시설과 서비스가 부족하여 서비스제공이 불가능하게 되면 아무런 의미가 없

51) 노인수발보장법을 제정안에 의하면 지방자치단체의 책무는 다음과 같이 규정되어 있다. [제7조(지방자치단체의 책무) ①지방자치단체는 노인인구, 지역특성 등을 고려하여 노인수발보장사업이 원활히 시행될 수 있는 충분한 수의 수발시설을 확충하여야 한다. ②지방자치단체는 제6조제1항의 기본계획에 따라 세부실행계획을 5년 단위로 수립하여 시행하여야 한다. ③지방자치단체는 지역주민이 제33조의 수발인정등급을 받지 못한 경우에는 이들에 대하여 수발이 필요한 상태의 예방 및 완화를 위한 보건교육 및 복지사업을 제공하여야 한다. ④지방자치단체는 노인수발보장사업이 원활히 시행될 수 있도록 제13조의 국민건강보험공단 및 제19조의 노인수발평가관리원에 필요한 행정적 지원 및 협조를 하여야 한다.

다. 제도만 존재하고 서비스는 부재라는 비난과 사회보장정책에 관한 전반적인 불신을 초래할 가능성이 높다.

독일이나 일본의 경우 오랫동안 준비해왔음에도 불구하고 실제로 시행 후 서비스 이용량과 비용이 훨씬 증가해 재정 부담이 커져 이로 인한 여러 가지 문제점에 봉착해있는 실정이다. 그러나 우리나라의 경우, 준비기간이 너무 짧고 기존 인프라가 아주 미약한 상태이고, 이러한 시설인프라의 양적, 질적 확대는 이 제도를 실제로 집행할 수 있도록 할 것인지를 좌우하게 되므로 적절한 요양시설 확충방안은 매우 시급한 당면과제이다

2003년 12월 31일 현재 치매요양병원은 45개소(4,512병상), 요양시설 등은 293개소(20,510병상)로 파악되고 있는 이는 시설요양 수요대비 시설 충족률31.5%에 불과한 것으로서 수요에 비해 크게 부족하다. 이러한 시설 공급의 취약성으로 인해 전체노인인구 대비 시설 입소율이 0.6%에 불과하다. 노인요양시설의 확충을 위해서는 서비스 공급을 민간에 의존하기 보다는 공공부문의 투자를 확대하여 노인요양서비스의 공급의 공공성을 강화하는 가운데 적정규모의 시설을 조기에 확충할 필요가 있다(국민건강보험공단, 2004).

보건복지부는 수발수요를 확충하기 위한 시설인프라의 확충대책의 방향은 초기 단계에서는 시설 비중을 크게 하고 점차적으로 재가중심으로 전환한다는 것이다. 즉 재가와 시설의 비율을 1단계에서는 30: 70, 2단계는 50: 50, 3단계에서는 75: 25의 비율로 지향하며, 전체 요양수요 대상자 중 공공과 민간시설의 비율은 입소시설의 경우 70:30, 재가시설의 경우 30: 70을 목표로 한다. 기초생활보장 수급자를 위한 입소시설은 100%, 차상위 등 서민층 실비시설은 80%를 공공에서 지원하고 중산층 이상 수요는 민간투자를 통해 충당할 계획이며 이러한 인프라의 구축을 위해 『노인요양보장인프라 종합투자계획』을 마련하여 2008년까지 공적요양수요를 달성한다는 계획이다. 또한 보건복지부는 노인수발보장제도가 도입되면 수발서비스 수요가 대폭 증가할 것으로 예상하고 이를 대비하기 위해 『노인의료복지시설확충 10개년 계획』에 의거 2011년까지 매년 100여개의 시설(매년 1,600억 원 소요)을 늘리기로 했다. 노인요양보험제도의 시안에 의하면, 재가우선원칙에 따라 재가보호를 70~80% 시설보호를 20~30%수준으로 유지하기로 하였으며, 공공과 민간의 역할분담을 재조정하여 2011년에는 완전수요충족을 목표로 하였는

데 시설에서 공공은 50~60%, 재가는 30%로 하고 나머지는 민간의 다양한 참여로 구성하였다.

<표 4-31> 2006-2008년 인프라 추가 확충계획

구 분	'06		'07		'08	
	시 설	재 가	시 설	재 가	시 설	재 가
○ 수 요 계	94	316	99	331	102	345
○ 공 급 계	53	49	67	64	80	80
- 기존계획(개소)	50(524)	34(384)	58(611)	34(384)	65(717)	34(384)
- 추가(개소)	3(508)	15(102)	9(1016)	30(204)	15(1520)	46(306)
○공적시설충족률(%)	43.8	15.5	56.4	19.3	69.0	23.1

자료 :보건복지부 홈페이지(노인수발보장제도 Q&A, 2005)

수발서비스의 공급주체는 정부나 지방자치단체, 사회복지법인이나 의료법인 등 공익법인, 그리고 비영리조직 등이 있다. 그런데 여기에 민간의 영리조직이 포함되어야하는가의 문제, 포함된다고 한다면 어느 정도의 공급량이 적절한가에 관해서는 많은 논란이 있는 것이 사실이다. 그러나 민간영리업자를 사회복지서비스공급에 참여시키는 것이 각국의 일반적인 경향이다. 하지만 민간영리업자의 서비스 공급량의 비중이 커지게 된다면 많은 부작용이 따를 수 있다. 시장중심의 의료공급체계가 의료보험제도의 운영과 관련하여 많은 문제점을 낳았던 우를 다시 범하지 않기 위해 공공영역을 대폭 확대하는 것이 중요하다. 특히 제도 도입 초기에 필요한 인프라를 확충하기 위해서도 공공부문이 주도적이고 선도적인 역할을 하여야 민간부문의 인프라 확충도 가능하다. 그런데 공공부문과 민간부문의 역할분담에 있어서 『노인의료복지시설확충 10개년 계획』의 계획보다 제도 시안에서 그 공공성이 훨씬 떨어지게 설계되었다는 것이다. 시설부문에서 공공이 당초 70%에서 50~60%로 축소되어 있고 재가도 당초의 70%에서 30%로 크게 저하한 것을 확인할 수 있다. 따라서 이러한 공공성을 확보하기 위해 공공부문의 부담비율을 상향조정하는 것이 필요하다.

그러나 기존의 노인복지전달체계의 주체라고 할 수 있는 지방자치단체의 경우는 노인수발보장제도에 대한 인식부족, 지방비 부담 등으로 인하여 요양시설 및 재가시설인프라 구축에 소극적인 모습을 보이고 있다. 현재의 시설 인프라가 수요

의 30%수준, 재가는 수요의 5%수준에 불과한 실정에서 앞으로 3~4년간 아무리 확충한다 해도 과연 2007년에서 공적제도가 시행될 수 있을 정도로 기반확충이 가능한 것인지 회의적(장병원, 2003)이라고 하겠다. 그래서 노인수발보장제도가 시설인프라의 확보문제로 시행을 2008년으로 1년을 연기되었지만, 그러나 단순히 1년을 연기하는 것으로 이러한 인프라의 문제가 상당 수준으로 극복될 것인지는 여전히 의문스럽다고 하겠다.

2000년부터 시행된 개보보험제도가 가져온 변화 중에서 가장 주목해야 할 것은 개보보험시행으로 인하여 서비스공급이 크게 늘었다는 것이고, 또 그것이 개보보험의 목적이기도 하였다는 사실이다. 더구나 수발서비스 공급의 급증을 주도한 것은 민간영리부문이었다는 점이다. 일본에서 개호서비스를 제공하는 개호노인복지시설의 경우, 사회복지법인이 88.9%, 병원의 의료서비스와 밀접하게 관련되어 있는 노인보건시설이나 개방요양형 노인시설의 경우는 의료법인이 73.1%, 74.1%로 의료법인이 압도적으로 많다. 그러나 재가복지영역에서 구체적인 사업을 본다면 영리기업의 참여가 매우 두드러지게 나타난다. 재가복지사업소의 설립주체별 구성비를 살펴보면, 영리법인의 경우 방문개호가 44.8%, 방문입욕이 28.7%, 방문간호스테이션이 10.9%치매노인생활개호가 42.5%로 그 비중이 매우 높고, 복지용구대여사업에서는 87%를 차지하는 것으로 나타났다. 또한 전체 재가개호지원사업소에서 영리법인이 차지하는 비율이 26%였다. 또한 증가율에서도 영리법인의 참여율이 급증하고 있음을 잘 알 수 있는데, 2004년 기준 사업자 주체의 비중은 영리법인이 45%, 사회복지법인이 38%, 비영리법인(복지법인제외)은 14%, 지방공공단체가 5% 등 전국 55,660개소로 집계되었는데 2000년도 7월과 비교하면, 전체 증가율은 68%이며 그중 영리법인이 143%로 가장 높았고 이어서 비영리법인이 116%, 사회복지법인이 22%가 증가했으며, 지방공공단체는 7%가 감소한 것으로 나타났다(박수천, 2005:59).

재가서비스의 영리기업의 참가는 서비스공급의 늘린다는 측면이 있지만 서비스의 질의 저하문제와 함께 서비스 이용자의 권리 침해 등 심각한 문제를 불러일으킬 소지가 있고 현장에서 많은 갈등들이 보고되고 있다. 영리기업은 보험급여대상인 재가복지사업에서 타산이 맞지 않더라도 다른 사업에서 수익을 올려 사업전체의 타산을 맞추면 된다는 기업전략을 채용하고 있다. 그러므로 서비스의

질을 향상시키려는 노력은 하지 않게 될 가능성이 높다. 또한 영리기업은 이윤추구가 목적이기 때문에 급여보수가 높은 서비스나 도시 등의 이용량이 많은 지역으로 편중될 가능성이 많다. 또한 채산이 맞지 않는 서비스는 억제되거나 삭감될 수 있으며, 경영상 어렵다고 판단되면 사업의 폐지로 서비스의 중단이라는 사태까지 초래할 수 있으며, 서비스의 중단은 경우에 따라서 대상자들의 생존권까지 위협할 수 있어서 사회적 책임성에까지 문제가 발생할 수 있다(김미숙, 2005:19). 결과적으로 자치단체가 재가서비스의 공급을 영리기업에 맡기는 양이 많으면 많을수록 서비스제공의 공평성은 의문시 될 가능성은 커지며, 결과적으로 수발서비스는 수익자부담으로 되며, 수발부담과 수발비용의 사회화가 아닌 저가의 수발을 주민에게 부담을 전가시키는 결과를 낳게 될 것이다.

따라서 국가나 자치단체가 복지서비스를 큰 폭으로 확충하기 위해서 정비계획을 자치단체에 의무화시키고 그것을 기초로 한 서비스정비가 필요하다는 것이 필요하다고 지적된다. 보건복지부는 지자체의 주요 역할로 노인에게 재가수발급여와 시설수발급여를 제공하는 시설들에 대한 확충 및 관리를 책임지고 수발이 필요한 대상자를 발굴하며 수발인정등급을 결정하는 과정을 참여하여 수급결정권한을 강화할 수 있도록 등급판정위원회를 공단과 공동운영하도록 검토하고 있으며, 수발사 자격인정 및 관리와 양성훈련기관 지정권한 등을 부여하고 수발서비스 대상에서 제외되는 경증노인에 대해 보건소나 지역사회자원을 활용하여 예방 및 복지서비스를 제공하는 것으로 역할을 모색하고 있다(보건복지부, 2005). 그러나 실질적으로 어떻게 역할을 수행할 것인가에 대한 구체적인 방안이 부족하고 이러한 역할수행에 대한 지자체와의 협의과정이 이루어지지 않고 있기 때문에 지자체에게 어떤 역할을 어느 정도로 수행할 수 있을 지에 대해서 쉽게 예측하기 어렵다.

⑤ 인적 인프라 확충 : 수발사와 수발관리요원

노인수발의 전문 인력을 조기 확보하고 비용효과 등을 고려하여 기존 전문 인력의 최대 활용하는 것을 원칙으로 하고, 신규인력의 양성은 최소화하는 방향으로 진행 중이다. 노인수발보장제도의 제도의 핵심 인력이므로 역할의 상징성, 직업적 자긍심을 갖고 서비스 질을 높일 수 있도록 급여비용에 적정수준의 인건비 반영하는 것이 중요한 문제가 되고 있다.

노인수발 전문 인력

- 수발관리요원(케어매니저) : 대상자 욕구사정, 케어플랜 작성, 서비스 조정 및 사후관리 등
- 수발사(홈헬퍼) : 간병·가사 및 일상생활지원서비스

수발관리요원은 케어 매니저로서 별도의 자격제도를 두지 않고, 간호사, 사회복지사 등을 건강보험공단 직원으로 선발, 교육 후 활용할 계획이며, 제도 시행 후 수발평가관리원 설치되면 여기에 소속될 예정이다. 수발사는 홈 헬퍼로서 보건복지부장관이 지정하는 교육훈련기관에서 소정의 교육과정을 이수한 자에게 수발사로서 활동할 수 있는 자격 부여하고 기존 민간경력자는 보수교육을 거쳐 자격을 인정하는 방안을 검토 중이다. 이러한 노인수발 전문 인력을 장기적으로 추계하면 다음 <표 4-32>와 같은데 유사한 인력의 배출현황과 비교하면 전문 인력을 확보하는데는 별다른 어려움이 없을 것으로 예상된다.

<표 4-32> 노인수발 전문 인력 장기수요 (단위 : 명)

명 칭	2005 (시범사업1차)	2006 (시범사업2차)	2007	2009	2011
수발관리요원	40	657	3,399	8,435	11,445
노인분야간호사	46	1,599	3,506	6,528	8,159
수발사	267	9,264	45,452	91,185	116,877

자료 : 공적노인요양보장실행위원회(2005.2)

<표 4-33> 유사인력 배출현황(2004년)

사회복지사	간호사	전문(가정 등)간호사	간호조무사	간병전문인력
85,449 명 (24,974)	185,722 명 (100,482)	6,756 명 (372)	304,024명 (79,000)	191,128명 (19,533)

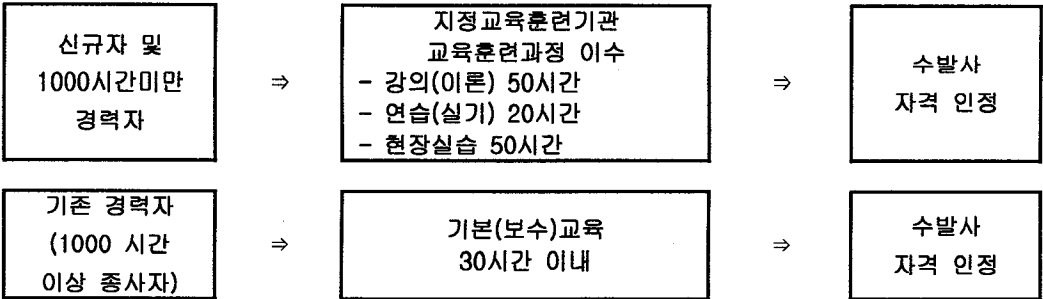
※ () 내는 활동인력 임

자료 : 공적노인요양보장실행위원회(2005.2)

보건복지부가 검토 중인 수발전문인력 양성·제도화 방안은 수발사의 경우, 신규자 및 1000 시간미만의 경력자와 기존경력자로서 1000시간이상 종사자로 나누어

양성하되, 신규자 및 1000 시간미만의 경력자는 지정교육 훈련기간에서 교육훈련 과정을 이수한 후 수발사의 자격을 부여하며, 1000시간 이상 경력자는 기본 보수 교육을 통해 수발사의 자격을 인정하는 방안이다.

<표4-34> 수발사 양성절차



자료 : 공적노인요양보장실행위원회(2005.2)

경력자의 요건으로는 경력자 인정기관에서 제도 시행일 기준 최근 3년 이내 1,000 시간 이상의 근무경력이 인정되어야 하는데 여기서 1,000 시간은 1일 8시간 씩 월 20일을 근무하게 될 때 6개월 소요되며, 1일 최소 4시간 근무할 경우 약 1년의 기간이 소요된다. 경력자로서 인정받을 수 있는 기관으로는 의료법에 의한 종합병원, 병원, 요양병원, 의원과 노인복지법에 의한 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설, 지역보건법에 의한 보건소, 보건의료원, 보건지소, 그리고 농어촌 등 보건의료로 위한 특별조치법에 의한 보건진료소와 정신보건법에 의한 정신질환자생활훈련시설, 정신질환자주거시설, 장애인복지법에 의한 장애인생활시설, 장애인유료복지시설, 장애인지역사회재활시설 등이 포함되어 있다.

그리고 기존 경력자가 받게 되는 보수교육은 30시간 이내의 보수교육이며, 내용은 <표 4-35>과 같으며, 신규자에 속하는 경우는 보건복지부 장관이 교육훈련기관으로 지정한 곳에서 <표 4-36>의 교육을 받아야 한다.

<표 4-35> 기존 경력자 보수 교육 커리큘럼

구 분			교육과목
강의	사회복지개론	3시간	사회복지개론, 노인복지개론, 보건복지제도 및 서비스연계
	의학기초	13시간	가정간호, 재활훈련, 노인 및 장애인의 질병·장애·심리상태, 호스피스, 감염관리 이해, 의료 및 간호 관련 법규 ※노인성질환(치매, 중풍) 별도 과정마련
	소양교육	6시간	직업윤리, 의사소통술, 노인 및 장애인의 심리상태
연습	수발방법	8시간	간병수발실시 자세 동작 훈련, 신체간병수발기술
	수발계획		수발계획(사례검토, 영양계획수립 등)

자료 : 공적노인요양보장실행위원회(2005.2)

<표 4-36> 신규자 교육훈련과정 커리큘럼

구 분			교육과목
강의	사회복지개론	50시간	사회복지개론, 노인복지개론, 보건복지제도 및 서비스연계
	수발 및 가사지원		신체간병수발, 가사지원
	의학기초		가정간호, 재활훈련, 노인 및 장애인의 질병·호스피스· 감염관리 이해, 의료 및 간호 관련 법규 ※노인성질환(치매, 중풍) 별도 과정마련
	소양교육		직업윤리, 의사소통술, 노인 및 장애인의 심리상태
연습	수발방법	20시간	간병수발실시 자세 동작 훈련, 신체간병수발기술
	수발계획		수발계획(사례검토, 영양계획수립 등)
현장 실습	장기요양시설 실습	50시간	정부지원 노인의료복지시설·요양병원
	재가요양시설 실습		재가요양시설 실습

자료 : 공적노인요양보장실행위원회(2005.2)

문제는 이러한 인력의 양적 확보 못지않게 자격기준과 질적 확보문제 등이 신중하게 검토되어야 한다. 현재 일본의 경우, 재가서비스의 분야에서 홈헬퍼는 현재 8월에 가까운 자가 비상근, 즉 아르바이트의 고용형태가 되어 있기 때문에 홈헬퍼만으로는 적절한 서비스를 제공하는 것이 곤란하다는 지적이 있고 재가 서비스의 핵심적인 역할을 맡을 상근의 홈헬퍼가 반드시 필요하다는 것이다. 하지만 홈헬퍼에 대한 국가보조는 상근 30%, 비상근 70%로 보조금 예산이 구성되어 있어 최근, 재정곤란의 이유로 자치단체에서 상근의 홈헬퍼를 채용하는 꺼려 하나의 직업으로 정착되기 어려운 실정이다⁵²⁾. 더구나 개호보험재정의 악화로 채산성이

강조되고 있으므로 홈헬퍼의 적절한 확보가 더욱 어렵게 되어 가사지원사업이 축소되거나 개호서비스의 저하로 이어질 가능성이 크다는 것이다. 홈헬퍼에 대하여 종래부터 계획적으로 그 양성을 도모해온 일본에서도 요개호도의 중도화가 진행되어 치매고령자가 증가할 것으로 예상되기 때문에 홈헬퍼의 양적, 질적 확보는 큰 과제가 아닐 수 없다(厚生労働省老健局振興課, 2005).

수발보장제도에서의 수발관리요원인 케어매니저는 일본의 개호보험에서 핵심적인 역할을 수행하는 전문직으로서, 1997년 개호보험법의 성립과 함께 의료·보건·복지 분야의 관계자들 사이에서 케어매니저에 대한 관심과 자격취득을 위한 붐이 일어났다. 그런 가운데 1998년과 1999년에 2회에 걸쳐 진행된 자격취득시험 결과 1999년까지 합격자 총 수를 보면 약 16만 이었으며, 전체 합격자의 직업별 비율을 보면 간호사가 전체의 36.7%로 가장 많았고 개호에 직접적으로 관련하고 있는 개호복지사가 13.6%, 사회복지사가 2.4%에 불과하였다. 케어매니저의 양적 확보면에서는 어느 정도 충족되었다고 볼 수 있지만 불안정한 신분보장과 업무과중과 함께 케어매니저의 자격증을 소지한 자가 과연 케어매니저의 적임자인가라는 질적 문제가 최근에 제기되고 있다(김미숙, 2005:24).고 한다. 현재 일본에서 케어매니저는 실무연수수강시험에 약 33만7천명이 합격하여 그 대부분이 실무연수를 종료하고 개호지원전문원(케어 매니저)로서 등록하고 있으며, 재가개호지원 실무에 종사하고 있는 자는 2003년 현재 약 8만3천명이다. 개호지원전문원은 재가서비스계획, 시설서비스계획이라는 개호서비스의 핵심적인 역할을 하고 앞으로 개호보험제도가 성공적으로 정착하기 위해서는 그 역할을 충분한 발휘가 필요하다.(厚生労働省老健局振興課, 2005) 때문에 양성연수체계를 더욱 충실하게 하여 전문성을 확립하고 자격갱신제도를 도입함으로써 그 능력과 자실향상을 도모하고, 2002년도부터 케어매니지먼트 리더(care management leader) 활동사업을 실시하여 지역의 사회자원 연계를 통한 케어매니지먼트의 기능강화를 도모하는 등

52) 후생성은 1998년도에서부터 홈헬퍼 서비스에 대한 보고금의 교부방식을 지금까지의 인건비보조방식에서 사무비보조방식으로 변경하였다. 인건비보조방식은 상근 헬퍼에 대해서는 연간기준의 지원방식(1997년도 단가로 약 349만 엔), 비상근 헬퍼에 대해서는 시간급방식으로 보조를 내는 방식이었다. 그러나 사무비보조방식은 상근이나 비상근에 관계없이 직접적인 서비스제공시간에 따라 보조금을 교부하는 방식이 되었다. 이 사무비보조방식에 의하면 신체개호를 하는 경우 1단위 1시간 정도 1일 5건의 개호를 수행하면 1단위 2890엔(1998년도 단위)이다. 개호일지의 작성이나 30분 이내의 이동시간에는 보조금이 나오지 않고 있다. 이것은 지금까지의 방식과 비교한다면 노동 강도가 크게 높아진 것이다.

인력관리방안을 적극적으로 모색하고 있다.

현재 제시되고 있는 케어매니저 양성제도화 방안을 보면 우리나라에서도 일본과 같이 간호업무종사자에서 케어매니저가 많이 배출될 것으로 추측된다. 더구나 노인수발보장제도에서 요양 및 복지서비스가 보험급여의 중심을 이루고 있음에도 불구하고 전문 인력 확보에 대한 방안은 사회복지계의 인력확보보다는 간호사 인력확충에 치중하고 있는 듯하다. 신규자격제도의 도입은 전문 직종 간의 이해관계가 얽혀있기 때문에 갈등조절에 대한 각별한 노력이 필요하며, 질적인 수준을 담보하기 위한 다양한 교육과 연수프로그램이 개발되어야 하며, 업무에 있어서도 명확한 직무분석을 통한 표준화된 매뉴얼 적용 등 서비스의 질을 확보하고 평가할 수 있는 방법과 체계를 갖추어야 한다.

⑥ 케어매니지먼트의 도입

수발서비스의 내용이 다양하고 복합적으로 구성되어 있기 때문에 필요한 서비스를 제공하는 시설마다 개별적으로 구입하난 것 자체가 시간적으로나 비용측면에서도 낭비라고 할 수 있다. 예를 들면 질병치료나 검진서비스는 보건소나 병원에서 가서 상담하고 주간보호서비스는 주간보호센터에 가서, 단기보호서비스는 단기보호시설에 가서, 가사지원서비스는 가정봉사원 파견센터나 지역사회복지관에 가서 제각각 상담을 하고 서비스를 개별적으로 구입하는 것 자체가 불가능하다는 점이다. 따라서 이와 같은 다양한 서비스를 조정하고 필요한 양을 계획, 수립해 줄 수 있는 체계가 필요한데 이것이 바로 '사례관리(case management)'이다. 이러한 사례관리체계가 필요한 이유를 살펴보면 기본적으로 대상 노인의 욕구가 중복 또는 다양화되어 있고 이러한 욕구를 충족시키기 위해서는 서비스가 패키지화되는 것이 불가피하고 서비스를 공급하는 주체가 상당히 다원화되어 있기 때문에 서비스의 제공이나 누락을 사전에 방지할 수 있다. 따라서 이러한 사례관리자로서의 노인수발관리요원이 어떻게 직무를 수행할 수 있을 지가 다양한 공급주체에 의한 보건의료 및 복지서비스 등 수발보장서비스가 종합적이고 효과적으로 제공되는 체제를 확립하는 관건이 될 것이다.

이러한 중요성으로 인해 노인수발보장제도에서는 수발대상자의 희망 및 특성에 따른 요양서비스 계획을 작성하여 비용효과적인 전문적인 서비스를 제공하는 것

을 핵심적 과제 중의 하나로 삼았다. 노인수발관리요원은 사례관리자로서 수발인정자를 방문하여 상태를 조사하고 수발욕구를 사정하고 수발욕구에 기초한 서비스제공계획 즉, 수발대상자 및 공급사업자의 인프라 상황 등을 고려한 서비스 종류, 횟수, 방법 등을 협의 조정하여 서비스계획을 작성한다. 또한 작성된 수발계획서에 따라 서비스를 구매할 수 있도록 공급자와의 계약을 지원하며, 지속적으로 수발서비스에 대한 점검과 평가를 실시하고 보건의료용품의 지원과 수속대항 등의 역할을 수행한다. 따라서 노인수발관리요원은 수발급여 대상자의 욕구에 적합한 전문적인 서비스를 효과적이고 효율적이면서도 연속적으로 제공하기 위해서 사정자, 계획자, 중개자, 조정자, 점검자, 평가자 등의 역할을 수행해야 할 것이다(이근홍, 2005)

이러한 케어 매니저는 지역사회의 개호서비스 공급자에 대한 많은 정보를 가지고 그러한 정보에 기초하여 요개호노인에게 어떤 서비스가 어느 정도 필요한지에 대한 종합적인 서비스 수급계획을 작성하는 책임을 맡고 있다. 케어플랜에서 가장 의미를 가지는 부분은 강조된 것은 이를 통해 소비자 노인 개인의 선택의 폭이 넓어진다는 점이다. 즉, 서비스를 공급하는 다양한 공급자들 중에서 자신에게 가장 적절할 것으로 판단되는 서비스를 선택하여 이용할 수 있게 때문에 각 공급자들은 좋은 평가를 받는 질 높은 서비스를 만들기 위해 노력할 것으로 가정되었다. 또한 가장 비용 효과적으로 개호가 필요한 노인들의 상황과 욕구, 특성에 맞게 지역사회 내에 있는 서비스를 조정하고 선택하여 개호의 효과나 개호에 대한 만족도가 크게 향상될 것으로 기대되었다(박광준, 2004).

사실, 이 다양한 민간 사업자부터 시작해서 비영리기관, 사회복지법인, 지자체 등이 서비스를 제공하게 되므로 서비스의 질이나 특성은 매우 다양해질 것이고 그 양이 공적인 노인요양보장제도가 시행되기 전에 비해 월등히 많게 될 것이지만, 이에 대한 많은 정보가 노인들이 접근하기에는 어려울 수도 있다. 그래서 서구에서는 장기요양보호를 거미줄망처럼 복잡하며, 사례관리자가 없다면 그 많은 옵션들을 검토하기조차 어렵다는 평가를 내리고 있다. 그러나 대부분 수발서비스를 필요로 하는 노인과 가족들은 지역사회 내의 서비스 공급기관에 대한 정보를 가지고 있지 않고 다양한 서비스 각각의 기능에 대한 지식도 부족하다. 따라서 케어 매니저의 조언이나 지도는 실제의 서비스 선택에 큰 영향력을 미치게 된다.

노인에게 주어진다고 상정된 선택권은 사실상 케어매니저의 선택권이 넓어졌다는 의미라고 해도 과언이 아니다. 사례관리 방식에 있어서도 전통적인 의료·재활모델에 따른다면, 클라이언트는 수동적 수혜자의 역할을 수행하고 기능평가와 계획, 사정과정에서 접촉하게 되는 전문가로서의 사례관리자가 대안을 제시하고 의사결정과정을 주도할 뿐만 아니라 공급자 중심의 의사결정과 개입을 하게 될 때에는 실제로 소비자인 노인들의 선택권을 보장받기가 어렵게 된다(B.Fast & R.Chapin, 2002). 따라서 사례관리에 있어서도 노인들의 권한이 강화되고 자신의 삶에 대한 결정권을 최대한 유지할 수 있으며, 형식적인 서비스 선택권이 아니라 의사결정과정에서의 실질적인 결정권한이 포함되어 있는 보다 발전적이고 대안적인 사례관리의 모형이 구축될 필요가 있다.

또한 영리기관이 서비스제공자와 케어플랜작성자라는 두 가지의 역할을 동시에 가질 수 있는데 이는 심각한 문제이다. 영리기업의 케어매니저는 소속된 기업의 영리추구원리에 기초하여 자기 조직의 서비스를 이용하는 고객을 확보하기 위한 역할을 행할 가능성도 높다. 즉, 신청자의 프라이버시에 관한 내용을 파악하고 그 사람을 자신의 기업이 제공하는 서비스를 이용하도록 영향을 미치는 것이 가능하게 된다. 이러한 영리조직의 대상이 되는 사람은 어느 정도의 소득이나 자산이 있는 고령자가 될 것이므로 저소득이나 무거운 개호가 필요한 사람은 필요성이 높더라도 외면당할 가능성이 높다.

따라서 케어 매니저의 업무에는 고도의 공공성이 요구된다. 그러나 NHS방식에서의 케어매니저는 공적 워커이지만 일본의 케어매니저는 사적 워커이므로 케어매니저와 수발서비스공급자간의 사적인 이해관계에 의한 커넥션이 생기게 될 가능성이 있으므로 이러한 케어 매니저의 업무의 공공성을 어떻게 확보할 것인가가 중요한 과제로 제기된다. 우리나라에서도 케어매니저를 모두 공적인 워커로 하기는 현실적으로 어렵기 때문에 최대한 공공성이 강조되도록 하는 노력이 요구된다(박광준, 2004). 또한 이러한 맨 파워의 양성, 제도화에 대해서는 고급인력에 의한 고비용 구조는 가능한 지양하되, 적절한 서비스의 질이 확보될 수 있는 방안이 모색되어야 한다(장병원, 2003).

그리고 현재 노인수발보장제도에서 시설수발급여인 경우 케어플랜을 수발급여를 받게 될 해당시설의 수발관리요원에 의해 작성하도록 하고 있는 점도 소비자의

선택권을 이미 제한하는 요소를 가진다. 지역사회 내 수발급여를 제공할 수 있는 다양한 시설들에 대한 적절한 정보를 제공하고 그 시설에서 제공되는 여러 가지 서비스의 옵션을 검토하여 서비스 이용자에게 적합한지를 상담해주고 수발시설과의 서비스 조정을 통해 서비스 이용자의 권리를 최대한 확보하도록 하는 역할을 수행해야 하는데 그 역할을 수발을 받을 시설에 소속된 수발관리요원에게 하도록 하는 것은 케어플랜의 본연의 목적을 성취할 수 없을 뿐만 아니라 형식적인 문건 작업 수준에 지나지 않을 것이다. 또한 케어 플랜 작성 이전에 이미 서비스 이용자들이 전문적인 도움 없이 스스로 수발 받을 시설에 대한 정보를 획득하고 결정하는 것을 전제로 한다.

사례관리에 대한 필요성은 매우 중요하게 제기되고 있지만, 실제로 현장에서 어떤 방식으로 어떤 수준으로 실천될 지에 대해서는 아직 미지수일 뿐만 아니라, 장기요양환경에서의 의사결정과정에서 노인들의 참여를 극대화하는데 초점을 맞추는 강점관점 모델보다는 전문가의 진단과 판단을 중시하는 전통적인 의료·재활모델이 더 일반적이기 때문에 노인수발서비스에 대한 선택권을 보장하기 위해 노인참여의 문제를 어떻게 강화시킬 것인가도 사회복지실천의 영역에서 더 심도 있게 고려되어야 한다.

3. 정책결정단계의 특징

(1) 입법예고안에 대한 관련 집단의 의견

노인수발보장제도가 입법 예고되면서 이에 둘러싼 논란이 벌어지고 있다. 어떻게 보면 비로소 노인수발보장의 문제가 사회적인 관심을 받으며 이슈화되기 시작하는 것이라고도 볼 수 있겠다. 그러나 문제는 이러한 사회적 이슈화가 정책이 거의 결정되었다고 볼 수 있는 정책결정단계에서 시작되고 있다는 점이다.

경실련은 입법예고 되자 곧 성명을 발표하고 지난 9월 노인수발보장법안에 대한 공청회에서 지적된 내용들이 전혀 반영되지 않고 그대로 법안을 입법예고했다고 비난하면서 보건복지부가 부처이기주의적인 태도를 버리고 합리적인 제도를 설계하라고 지적하였다. 또한 경실련은 수발서비스의 업무체계를 건강보험공단이 아

니 시군구 중심의 지방자치제가 말아야 하며 턱없이 부족한 수발시설과 노인수발 평가관리원 시설 등에 따른 문제점도 보완해야 한다고 비판하였다(문화일보, 2005.9.16일자 보도). 경실련은 본래의 취지나 목적을 반영치 않은 법률안을 공고함으로써 제도 도입 및 정착단계에서부터 불신과 갈등을 야기하는 우를 범하고 제도도입의 취지에 공감하는 단체 및 국민들에게 실망감을 안겨주었다고 비난하면서 다시 제도를 재검토할 것을 주장하였다(Dailymeni, 2005.10.19일자 보도).

대한의사협회는 입법예고안에 대한 의견서에서 “수발보장법은 그동안 복지부가 제시한 장기노인요양보장제도와 그 명칭과 개념이 전혀 다르고, 9월 공청회 등에서 제시한 의료계 의견 및 국민기대를 철저히 외면한 것으로 당혹감과 유감을 떨칠 수가 없으며, 국민보건향상과 복지증진을 위해 이번 입법 예고된 법안은 전면 재검토되어야 한다”고 주장하였다. 또한 노인수발보장제도가 기능 저하된 노인을 시설에 수용하여 단순히 돌봐주는 형태로 운영하게 된다면 이는 노인의 치료지연과 치료받을 권리를 부당하게 제한하는 결과가 돼 현대판 고려장이 될 위험이 있다고 비판하였다(청년 의사, 2005.11.11일자 보도).

또한 서울시의사회도 의견을 제시하고 노인수발보장법의 용어를 노인요양보장법으로 변경할 것을 요구하면서 복합질환이 많은 노인에게서 질병을 다루는 의사의 역할을 배제하고 간호사와 복지사만으로 수발만 하겠다는 의미의 노인수발보장법은 불합리하며 무엇보다 의사의 참여를 보장하는 것이 중요하는 것이 중요하다고 강조하였다(Dailymedi, 2005. 10.24일자 : 일간보사 의학신문, 2005.11.24일자)

국민건강수호연대 역시 노인수발보장제도에서 의료를 제외하는 것과 관련 “노인수발보장제도가 노인의 단순 수발보다는 노인의 건강한 삶의 질을 높일 수 있는 제도가 될 수 있도록 초점을 맞춰야 한다고 주장하면서 노인수발보장법이 의료비 절감의 차원이 아닌 노인들의 삶의 질을 향상시키고 복지증진의 목적이 담겨져 있어야 하며, 노인에게 단순목욕이나 배설, 가사 지원 등으로 삶의 질이 좋아지는 것이 아니고 의료가 제공되는 영양과 수발이라는 점을 강조하였다. 그리고 노인들의 만성적이고 진행적이어서 변화하는 환자의 상태에 맞춰 치료와 영양, 수발의 형태를 변화시켜야 한다고 보았다(뉴시스, 2005.11.20일자). 이러한 단체들의 수발의 개념에 대한 문제제기에서부터 시작하고 있으며, 수발서비스에 의료서비스가 포함되지 않음을 비판하고 있다.

또한 장애인구권익문제연구소와 한국장애인단체총연맹, 그리고 인도주의실천의사협의회 등 총 19개의 시민사회단체는 특히 수발급여대상자에서 장애인이 제외되어 있는 것은 차별적 규정이며, 급여의 내용 즉, 재가수발의 급여가 6개 항목에 불과해 재가급여의 우선의 원칙을 제대로 지켜낼 수 없다고 조목조목 비판하는 의견을 제시하였다. 또한 노인수발평가관리원의 신설을 반대하며 각 지자체별로 재가장기요양센터를 설치하여 수발계획서를 작성하고 서비스 연계를 위한 사례관리를 수행하는 대안을 주장하였다(의료연대, 2005, 11.9)

보다 근본적인 문제제기를 하고 있는 단체는 참여연대이다. 참여연대는 사회보험 방식이 적합한지에 대한 질문을 하면서 정부가 기본적인 노인복지서비스체계를 마련하지 않은 상태에서 국민의 부담을 전제로 하는 사회보험방식의 제도 도입은 책임방기라는 강력한 비판을 개진하고 특히 입법예고안에 대한 여러 단체들의 의견은 공통적으로 의견의 일치를 보이는 쟁점은 노인수발보장제도가 사회적으로 합의가 되지 않았다는 점이다. 또한 인프라가 구축되지 않은 상태에서 도입은 무리가 있다는 것이 지배적 의견이며, 노인수발평가관리원의 신설에는 아주 부정적인 태도를 보이고 있다. 각 단체마다 조금씩 다른 의견을 제시하고 있는 부분은 생각보다 쉽게 어떤 의견일치를 가져오기 힘든 사안들이다. 장애인을 수발급여대상자로서의 포함 문제와 건강보험공단의 관리운영에 대한 회의적인 시각과 중대한 지자체의 역할을 어떻게 모색할 것인가, 과연 사회보험방식이 적합한가 등 그동안 정책형성단계에서 핵심적 사안이 되었던 내용들이 본격적으로 제기되고 있는 것이다.

이렇게 다양한 내용들이 쟁점화 되는 것은 늦었지만 다행스러운 일이지도 모른다. 혹자는 이러한 의견개진을 두고 이익집단간의 알력으로 이해하는 측면도 있다. 그러나 사실 정책입안에 있어서 이익집단의 파워가 정책의 형태나 요소에 큰 영향을 미치는 것으로 받아들여지고 있기 때문에 정책을 두고 여러 이익집단이 각기 다른 주장을 내세우는 것도 당연한 일이라고 하겠다. 문제는 현재 이렇게 본격적으로 논란이 되고 쟁점화 되는데 이러한 요소들이 노인수발보장법에서 어떻게 수렴될 수 있을 지에 의문이며, 따라서 이에 대한 정부의 대응방안에 귀추가 주목된다고 하겠다.

(2) 의사결정과정의 한계

일본개호보험의 창설에 관여하였고, 한국의 준비기획단의 준비활동에 도움을 주고 있는 한 관료의 말에 따르면, ‘고령화율이 낮은 단계에서 개호보험제도의 창설이 정책과제가 된 배경에는 대통령으로부터의 톱다운에 의한 정책결정’이라는 한국의 정책과정의 특징이 있다고 지적되고 있다. 실제로 정책형성단계에서 노인요양보험법이 도출되었지만, 정책결정단계에서는 이러한 일련의 과정에서의 연속성이 단절되면서 노인수발보장법이 입법예고 되었다. 정책형성단계를 살펴본 결과 정책대안의 형성이 정부주도의 급물살타는 방식으로 진행되었을 뿐만 아니라, 한 정적인 대안만을 검토했다는 한계가 뚜렷하게 나타났다. 그러나 더 주목할 것은 정책결정단계에서는 이러한 제한적인 논의조차도 제대로 거치지 않은 ‘새로운’ 노인수발보장법제도로 결정되었다는 것이다. 그래서 소수의 정책관련자와 전문가가 중심이 되어 기존의 정책형성과정에 참여해왔던 사람들조차도 이러한 의사결정과정을 받아들이기 어렵다는 견해를 피력하고 있다. 특히 입법예고를 위한 공청회에서 이러한 노인수발보장제도의 문제점에 대해서 논란이 컸고 다양한 의견제시가 있었음에도 불구하고 보건복지부는 이후 단 한 달 만에 어떠한 내용의 수정 없이 그 안을 입법예고한 것이다. 이러한 행태는 이 제도의 정책결정의 특성을 그대로 드러낸다고 하겠다.

이렇게 의사결정의 과정이 투명하지 않고 공개되지 않은 상황에서 극적으로 정책안이 결정되는 것을 설명할 수 있는 정책결정모형을 검토하면, 노인수발보장제도가 일본의 개호보험제도를 그대로 옮겨놓는 듯 한 차원에서 머무르고 있다는 점, 즉 기존의 정책을 모체로 해서 한정적인 비교방법을 통해 한계적인 변화나 변동만을 유발할 수 있는 정책대안을 탐색하고 결정하는 것이 현실적으로 보다 타당하고 실현가능성이 있다는 측면을 강조하여 정책결정을 하는 점증모형에 가깝다. 또한 정책결정이 합리성이나 협상 혹은 타협을 통해 이루어지는 것이 아니라 조직화된 무정부상태속에 몇 가지 흐름, 즉 정치의 흐름, 문제의 흐름, 정책대안의 흐름, 참여자의 흐름이 우연히 만나게 되어 정책결정의 기회를 맞는다는 쓰레기통 모형으로도 설명가능하다. 결국 정책을 결정해야 할 시기와 기회가 있으면 흐름의 주류가 얹혀서 최종적인 의사결정이 이루어진다는 것이다. 이는 노인수발보장제도가 기존의 논의와는 상당히 단절된 채 알 수 없는 몇 가지 흐름이

정책결정시기와 기회가 맞아 정책안으로 결정된 측면이 있다. 사실, 어느 특정의 정책결정모형 하나만으로 노인수발보장제도의 정책결정을 설명하기는 어려울 것이다. 그러나 이러한 정책모형의 검토를 통해 노인수발보장제도가 정책결정단계에서 보여주고 있는 특성을 보다 쉽게 객관적으로 이해할 수 있게 한다.

또한 정책형성과정을 통해 형성된 노인요양보험제도와 정책결정과정을 통해 나타난 노인수발보장제도의 내용을 비교한 결과, 노인수발보장제도의 내용이 그 개념에서부터 대상자 범위, 급여의 종류 등에서 대폭 축소되거나 후퇴하였음을 확인할 수 있었다. 정책형성과정에서의 결과물을 축소하고 왜곡한 것으로 비판받을 수 있는 이러한 정책결정과정은 어떤 정치적 과정에 의해서 이루어졌는지 아직은 정확하게 파악하기 어렵다. 그러나 적어도 정책형성과정에서는 전문가그룹을 의사결정과정에 참여하도록 허용하였지만 정책결정과정에서는 이 점도 고려하지 않은 일방적이고 폐쇄적인 정치적·행정적 정책판단이 이루어졌음을 부인하기 어려울 것이다. 이러한 행정 편의적 결정은 앞으로 노인수발보장제도의 입법화에 있어서 험난한 여정을 예고하는 출발선이 되고 있다고 하겠다.

제5장 결론

제1절 분석 결과

1. 노인수발보장제도의 정책과정 분석

(1) 정책의제설정단계

사회문제로서의 노인수발문제가 사회구성원들에게 어떻게 인식되고 있었는지를 당시 신문기사를 통해 살펴본 결과, 사회적 공감대를 크게 형성할 만큼 언론에서 본격적으로 다루고 있지 않았다. 노인의 수발문제의 내용이나 해결책에 관한 사회전반의 문제의식도 형성되어 있지 못했다. 따라서 여론이나 국민의 사회문제로의 인식정도가 노인수발문제를 정책의제설정과정에 투입하는 과정에 주도적인 역할을 했다고 보기에는 한계가 많다. 사회문제로서의 노인수발문제가 관련 학계를 중심으로 어느 정도 쟁점화 되었는지 당시 학회논문을 통해 살펴본 결과, 학계와 전문가 집단에서도 구체적인 정책대안에 관해서 논의가 집중되었거나 문제의 인식이 광범위하게 이루어진 것은 아니었다. 다만, 이 시기에 일부 연구자들이 일본의 노인개호보험제도와 관련된 쟁점과 연구들을 접하면서 우리나라에서도 노인수발보장을 위한 정책적 방안을 보다 적극적으로 모색하기 시작한 시기였다. 그리고 고령화 사회에 대한 정책적 대응의 필요성이 확산되었으며, 세계노인의 해와 맞물려 노인수발보장의 논의에 관한 사회적인 분위기가 조성될 즈음이라고 판단된다.

노인수발의 문제를 정부아젠다로 설정하고 주도해나간 집단은 정부 조직인 보건복지부와 정부연구기관인 보건사회연구원이었으며, 따라서 우리나라의 노인수발보장을 위한 정책설정단계의 모형은 이슈가 공공화되어 아젠다로 진입하는 것이 아니라 정치적인 목적에 의하여 바로 정부의 아젠다로 결정되며, 이후 제도화된 정책에 대한 국민들의 지지를 획득하기 위해 이슈가 공공에게 확산되는 경로를 취하게 되는 동원모형에 가까웠다. 이러한 동원모형의 문제점은 이러한 과정을 통해 산출된 정책에 관한 정당성이나 수용성이 제한될 수밖에 없으며 정책형성단

계에서 이러한 한계를 어떻게 극복하는 것이 주요 과제로 제시된다.

(2) 정책형성단계

노인수발문제를 해결하고자 여러 정책대안이 모색되는 과정은 주로 관련된 전문가들로 구성된 task force team에 의해 집중적으로 단기간에 진행되었다. 의제설정기에 있어서 주도적인 역할을 한 정부는 행정력과 재정력으로 이 과정을 지원하는 입장이었다. 단기간에 진행되었기 때문에 정부쪽에서 보면 효율적으로 정책대안을 형성할 수 있었지만, 다른 측면에서 본다면, 논의가 전문가그룹에게 한정되었을 뿐만 아니라 다양한 시각과 대안이 충분히 검토되지 못했으며, 이러한 과정에서 국민의 의견이 수렴되기에는 무리가 많았다. 아마도 정부는 정책안을 결정한 뒤에 이를 국민에게 홍보하면 된다는 안이한 행정편의적인 발상을 가지고 있었을 것이다. 특히 의제설정이 동원모형의 특징을 가지고 있었기 때문에 공공아젠다로서의 성격을 갖추도록, 이슈가 충분히 사회전반에 확산이 되도록 하는 과정이 중요한 의미를 가지고 있었음에도 불구하고 이에 대한 정치적, 행정적 계획이나 고려가 부재하였다. 정책형성단계에서의 노인수발보장에 대한 사회적 이슈화에 대한 실패는 결국 더 큰 위험요소가 되어 정책결정단계로 이어진다.

정책과정상의 특성은 정부의 주도하에 정부의 정치적 목표가 강하게 반영된 정부아젠다가 정책대안과의 결합을 모색하는데서 주요하게 나타난다. 이러한 과정에서 논의의 초점이 되어야 할 '노인들의 자립생활 지원을 통한 노인들의 삶의 질 향상'이라는 기본적인 방향성이 상실되었고, 노인의료비의 증가에 따른 건강보험재정의 안정화에 대한 대안이라는 의도적인 정책목표가 암묵적으로 크게 작용하면서 명시적으로 제시된 노인수발비용의 사회화나 가족부담의 경감, 노인의 삶의 질 향상 등의 목표들이 제대로 자리를 잡지 못해 정책의 목표가 명확하지 못하다는 비판에 직면하였다. 의도적 쟁점화에 실패하거나 소홀히 한 정부는 다양한 대안들이 공개적으로 자유롭게 토의되고 면밀하게 비교하는 과정을 거치지 않고 특정한 대안을 정책안으로 물고 가는 일방적인 특성을 보여주면서 아주 빠른 속도로 정책의 주요 유형이나 방식에 관한 대안을 형성하고 선택해 나갔다. 이는 정부주도의, 그리고 전문가주도의 top-down 방식의 특징을 잘 보여준다.

(3) 정책결정단계

정책형성단계에서는 전문가그룹의 task force team이 주도적으로 수행하고 정부가 이를 지원하는 방향으로 이루어졌지만 정책결정단계에서는 소수의 전문가그룹조차도 의사결정에서 배제하고 정부가 일방적으로 또한 비공개적으로 노인수발보장제도를 결정하는 행정편의주의적인 특징이 그대로 나타나고 있다. 정책형성단계에서 도출되고 잠정 합의된 노인요양보험법이 아닌, 제한적인 논의조차도 제대로 거치지 않은 ‘새로운’ 노인수발보장법제도가 결정되었으며, 특히 입법예고전에만 1차례에 있었던 공청회에서 이 노인수발보장제도에 대해 다양한 이견과 반대 의견, 비판 등이 쏟아져 나왔음에도 불구하고, 보건복지부는 이후 단 한 달 만에 어떠한 내용의 수정 없이 그 안을 그대로 입법예고하였다.

이렇게 의사결정의 과정이 투명하지 않고 공개되지 않은 상황에서 극적으로 정책안이 결정되는 것을 설명할 수 있는 정책결정모형을 검토하면, 노인수발보장제도가 일본의 개호보험제도를 모체로 해서 한정적인 비교방법을 통해 한계적인 변화나 변동만을 유발할 수 있는 정책대안을 탐색하고 결정한 점증모형과 정책결정이 합리성이나 협상 혹은 타협에 기초해있지 않고 정책을 결정해야 할 시기와 기회가 정확히 알 수 없는 흐름의 주류가 얽혀서 최종적인 의사결정이 이루어지는 쓰레기통 모형으로 설명되어진다. 사실, 어느 특정의 정책결정모형 하나만으로 노인수발보장제도의 정책결정을 설명하기는 어렵지만 일방적이고 비공개적으로 폐쇄된 수직적인 의사결정과정의 특성을 반영하는 것이다.

2. 노인수발보장제도의 분석

(1) 적용대상

① 대상자 추계의 적절성

노인수발보장제도의 확대방안에 의하면 제도가 본격적으로 확대 실시되는 2단계의 완결지점인 2010년이 되더라도 18만 명만 수급하게 된다는 것인데 이는 실행위에서 추계한 2010년 최종중 1.68%는 포함하지만 중증 대상자의 3.24%에서는 겨우 절반 정도만을 포함하는 수치에 지나지 않는다. 동안 추정하여왔던 대부분의 대

상자는 제외되며 극소수의 중증 노인만이 대상이 된다. 이와 같은 이용대상자의 추정은 이론적으로나 정책적으로나 타당성을 인정받기가 어렵다. 특히 2~3%의 급여대상자를 위하여 전 국민이 보험료를 각출하는 제도에 대해 입법부의 동의를 구하기 어렵기 때문에 제도화에 있어서도 전망이 불투명해질 우려가 높으며, 국회를 통과하여 입법되더라도 보험료납부에 대한 국민의 저항이 거세게 나타날 수 있는 가능성이 높다고 하겠다. 보건복지부는 2008년에 제도를 도입하고 확대한다면서 겨우 2010년까지의 대상자와 재정추계만을 제시하고 있다는 것은 아주 무책임한 발상이 아닐 수 없다.

② 적용대상자의 범위 문제

전 국민을 가입자로 하면서 급여의 수급권자도 45세라는 연령제한을 없애고 65세 이상 노인과 64세 이하의 노화, 노인성질환을 가진 국민으로 변경되었다. 그러나 64세 이하인 경우 노화 및 노인성질환에만 국한함으로써 수발이 필요한 중증장애인의 경우, 보험료는 내지만 수발서비스는 받지 못하는 차별적 요소를 가진다고 여전히 포함하고 있다.

③ 수급권자로의 장애인의 포함 여부

수발보장제도의 도입으로 보험료는 전 국민이 부담하고 노인과 노인성 질환을 가진 사람들만 급여를 받을 경우에 중증장애인과 같이 수발보호가 필요한 많은 사람들이 배제될 것이기 때문에 장애인들과 장애인단체 등의 반발 가능성이 상당하다. 그러나 장애인을 포함하는 문제는 단순히 적용대상으로 침식되느냐의 단순한 문제로 왜곡되어서는 안 된다. 제도 설계과정에서 등급판정의 평가 도구가 장애 등급과 다르고 수가에서도 장애인들의 욕구나 특성이 고려되지 않았기 때문에 장애인들을 노인수발보장제도에서 포함하려면 제도를 다시 재설계하는 것이 마땅하다.

④ 사각지대의 발생

65세 이상의 노인들은 연금으로 생활하거나 소득원이 없는 경우가 많은 때문에 보험료가 부담스럽다 노인수발보장제도에서는 20%의 높은 본인부담금을 규정하고

있기 때문에 이로 인한 저소득층의 비용부담이 커질 것으로 보인다. 이 외에도 수발급여를 받기 위해서는 수발인정과 수발 등급을 판정받아야 하는데 이 심사가 서류상으로 판단하게 되어 있어 기계적으로 변질될 우려도 있으며, 그 기준이 엄격하고 복잡해서 서비스의 접근이 어려워 노인 단독가구와 저소득층의 서비스 이용률이 더욱 떨어질 것이다.

⑤ 판정기준의 적절성

현재 결정된 요양판정기준은 총 51개 문항으로 너무 단순하고 항목의 내용이 치매초기 진단체크리스트를 연상시킬 만큼 치매진단과 관련된 항목(인지, 정신, 행동장애)이 많다는 것이다. 현재의 평가기준은 단순히 환자의 중증도 판정과 적용편이성에만 초점을 두고 있으며 이렇게 객관성과 공평성이 결여되고 제도의 이념과 목적, 핵심 개념 등과 잘 적합하지 않은 평가판정기준은 결과적으로 대상자를 제한하게 될 가능성이 높다. 판정기준에 대한 분석과 평가는 실제로 적용한 결과를 토대로 하여 어느 정도 판정의 기각율이 나타나는지, 판정의 결과 수준과 판정과 정상의 문제점이 무엇인지 알 수 있기 때문에 시범사업의 평가에서 중요하게 다루어져야 할 과업이다.

(2) 급여

① 급여의 축소

수발보장법에서는 우선 급여의 종류가 정책형성단계에서 최종시안이었던 노인요양보험법에 비해 줄어들었다. 특히 재가수발급여의 제한된 6개 항목만으로는 '재가급여 우선의 원식'이라는 급여제공원칙을 지체낼 수 없다. 급여의 범위와 수준은 수발과 요양의 개념, 의료와 수발서비스와의 관계에 관한 사회구성원들의 다양한 관점과 연관이 되므로 보다 공개적인 논의과정을 통해 접근하는 것이 중요하며, 노인을 위한 통합적인 서비스보장체계라는 큰 관점을 유지하여 수발의 욕구를 해결할 수 있는 급여의 내용과 범위, 종류를 모색하는 것이 필요하다.

② 현금 급여의 인정

노인수발보장제도에서는 그동안 논란이 되어왔던 가족을 위한 현금급여를 제한적으로만 인정하고 있다. 우리나라의 장기요양보호체계의 특성이 ‘가족의존형’임을 감안할 때, 또한 현재의 열악한 요양보호의 인프라 수준을 고려하면 현금 급여를 인정하고 가족에 의한 수발을 급여대상으로 포함하고 보다 다양한 형태의 가족지원 급여를 개발하는 것이 필요하다.

(3) 재원조달방식

① 사회보험방식

재원조달방식은 제도를 설계하기 이전에 이미 구상단계에서 정부주도로 사회보험방식으로 결정되었다고 할 수 있다. 기본적으로 정부의 공공재가서비스의 우선적 실시와 이에 따른 충분한 공공전달체계의 구축이 사회보험방식의 노인수발제도보다 선행되어야 한다는 주장이 제기되고 있으며, 현재 추진하고 있는 사회보험방식의 제도 도입에 관한 사회적 합의도 부족한 상황이다. 따라서 재원조달방식에 대한 전반적인 재검토가 이루어질 필요가 있으며, 노인복지라는 가장 큰 전체적인 틀 속에서 노인수발보장체계가 다른 제도와 유기적인 관련성을 가지고 체계적으로 수립되도록 논의를 보다 근본적인 차원에서 시작하는 것이 필요하다.

② 추계의 불확실성

제도에서 가장 근간이 되는 것은 제도의 적용을 받는 대상자의 추계와 그로 인해 변동이 되는 소요비용 즉 재정의 정확한 추계이다. 그러나 보건복지부는 대폭 축소된 대상자와 겨우 2010년까지의 재정추계를 제시하면서 그 배경도 제대로 설명하지 않은 채 제도도입을 강행하고 있다. 5대 사회보험으로서 사회적으로 큰 의미와 중대성을 가지는 노인수발보장제도이지만 장기적인 재정추계조차 제대로 마련되어 있지 않은 상태이며, 기존의 통계예측자료나 추계자료를 임의적으로 수정 발표하면서 기초자료이자 근거자료에 대한 신뢰도를 추락시켰다. 정부는 이러한 일련의 과정을 공개하고 보다 정확한 대상자 추계와 재정추계를 실시해야 할 것이다.

③ 보험료의 적정성

보건복지부는 노인수발보장제도의 평균 보험료가 관리운영비를 포함하여 2008년에는 3,159원, 2009년에는 3,241원이며 2단계인 2010년에는 5,696원이라고 발표하였다. 제도 시행초기에 수발보장의 보험료를 건강보험료의 5% 이내로 억제할 것을 새로이 밝히고 있다. 도입시기에서 저기여가 제도 안착에 기여하겠지만, 장기적으로 볼 때는 결코 바람직한 것이 아니다. 보험료를 상향조정한다는 것은 국민들의 저항에 부딪힐 뿐만 아니라, 제도에 대한 불신을 심어주게 되기 때문이다. 따라서 적절한 비용추계를 통해서 적절한 기여금으로 출발하는 것이 중요하다고 하겠다.

(4) 서비스 전달체계

① 관리운영기관 : 공단과 지자체와의 역할 분담

국민건강보험공단은 수발보장제도가 사회안전망으로서 수발사각지대를 제거하고 가족과 이웃이 기반이 된 지역사회보호체계와 이 과정에서의 주민참여 기반을 확립할 수 있어야 한다. 공단이 지역중심의 수발보장사업을 진행하기 위해서는 반드시 지자체와의 긴밀한 협조관계뿐만 아니라 노인수발욕구를 보장하는 공적 제도에서의 역할이라는 근본적인 인식전환이 필요하다. 특히 수발서비스에 관련된 기본적인 공급체계를 지역별로 편차가 나지 않게 확립하는 것이 무엇보다 중요한 국가의 책임이며, 이것이 수발보장제도 도입의 기본적인 전제가 된다.

② 노인수발평가관리원의 설치문제

보건복지부는 수발 등급의 판정과 수발계획서의 작성, 그리고 수발급여의 질을 관리하기 위하여 『노인수발평가관리원』을 설치하기로 하였다. 이 조직에 대해서는 그동안의 논의과정에서 한번도 논의되지 않은 것으로 별도의 조직을 설립하면 공단을 관리운영주체로 선정함으로써 기대되는 긍정적 효과를 기대하기 어려우며, 이 조직의 운영을 위해 막대한 예산이 지출되는 등 평가관리원이 별도의 조직으로 설립되어야 하는 근거가 매우 미약하다. 또한 수발보장을 위한 주요기관인 건강보험공단과 지방자치단체에 부가하여 평가관리원이 설립되고 그 역할분

답이 명확하게 제시되어 있지 않음으로서 전달체계의 통합성이 감소되고 단편성이 증가하고 책임성 또한 약화되기 때문에 이 조직은 전달체계의 후퇴라고 할 수 있으므로 반드시 제고되어야 한다.

③ 공급자의 다양화 : 인프라의 확충과 민간의 참여

노인요양보장제도의 실시에 있어서 가장 큰 장애요인이 되는 것은 재가 및 시설 서비스 기반정비의 불충분이다. 제도만 존재하고 서비스는 부재라는 비난과 사회보장정책에 관한 전반적인 불신을 초래할 가능성이 높다. 도입 초기에 필요한 인프라를 확충하기 위해서도 공공부문이 주도적이고 선도적인 역할을 하여야 민간부분의 인프라 확충도 가능하다. 공공성을 확보하기 위해 공공부문의 부담비율을 상향조정하는 것이 필요하다. 그러나 재가서비스의 영리기업의 참가는 서비스의 질의 저하문제와 함께 서비스 이용자의 권리 침해 등 심각한 문제를 불러일으킬 소지가 있고, 영리기업은 이윤추구가 목적이기 때문에 지역으로 편중될 가능성이 많으며, 특정 서비스를 억제하거나 서비스의 중단하는 사회적 책임성에까지 문제가 발생할 수 있다. 따라서 인프라 확충에 있어서 사적 영역의 비율이나 책임 분담에 대해서 여러 가지 측면에서의 고려가 함께 이루어져야 한다.

④ 인적 인프라 확충

대부분 요양보호를 필요로 하는 노인과 가족들은 지역사회 내의 서비스 공급기관에 대한 정보를 가지고 있지 않고 다양한 서비스 각각의 기능에 대한 지식도 부족하다. 따라서 케어 매니저의 조언이나 지도는 실제의 서비스 선택에 큰 영향력을 미치게 된다. 노인에게 주어진다고 상정된 선택권은 사실상 케어매니저의 선택권이 넓어졌다는 의미라고 해도 과언이 아니다. 케어매니저의 역할이 매우 중요하기 때문에 케어 매니저의 업무에는 고도의 공공성이 요구된다. 이 공공성을 어떻게 확보할 것인지에 대한 보다 제도적인 측면에서의 논의가 선행되어야 한다.

⑤ 케어매니지먼트의 도입

사례관리자로서의 노인수발관리요원이 어떻게 직무를 수행할 수 있을 지가 다양

한 공급주체에 의한 보건의료 및 복지서비스 등 수발보장서비스가 종합적이고 효과적으로 제공되는 체제를 확립하는 관건이 될 것이다. 사례관리자의 자격기준과 인력관리방안, 전문성과 공공성, 책임성을 제고하기 위한 재교육방안 등이 마련되어야 하며, 특히 실제로 현장에서 구체적으로 적용할 수 있는 사례관리모델을 개발하는 것이 시급하다. 특히 노인수발보장의 환경에서 이루어지는 의사결정과정에서 노인들의 참여를 극대화하는데 초점을 맞추는 모델에 관한 모색이 사회복지 실천의 영역에서 더 심도 있게 고려되어야 한다.

제2절 정책제언

우리나라의 노인수발보장제도의 정책과정과 제도를 분석하였다. 이러한 결과에 관한 논의를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 노인의 수발보장제도에 대한 전향적인 재검토가 필요하다. 노인수발보장제도는 5대 사회보험제도로서 사회복지전반에 지대한 영향을 미칠 뿐만 아니라 노인복지체계에 대한 대대적인 변화를 가져오는 매우 중요한 제도임에도 불구하고 너무나 짧은 기간에 폐쇄적이고 비공개적으로 정부주도의 정책과정을 통해 제도가 산출됨으로써 사회구성원의 합의나 동의를 받지 못하고 있다. 특히 입법 예고된 이후 노인수발보장에 대한 사회 각계의 부정적인 반응은 제도에 대해 시사하는 바가 크다. 특히 국민연금제도와 건강보험제도를 비롯한 사회보험에 대한 국민적 불신감이 높은 시점에서 국민의 인식이나 사회적 합의가 전제되지 않은 제도를 일방적으로 제도화하는 것은 의미가 없다. 특히 기본적인 시설과 인적 인프라가 갖춰지지 않은 상태에서의 무리한 도입은 오히려 사회복지정책에 대한 국민적 반감과 조세저항 등으로 이어질 가능성이 높다. 따라서 정책과정부터 다시 시작할 필요가 있다. 노인수발에 관한 사회적 환기가 이루어지고 사회적 이슈가 되었기 때문에 대안을 형성하는 과정을 새롭게 진행할 필요가 있다. 제도는 일단 도입되고 나면 수정하기가 힘들기 때문에 보건복지부는 사회적으로 논란이 되고 있는 노인수발보장법을 이번 정기국회에 상정하겠다는 의지를 다지는 것이 아니

라 가능한 대안에 대한 사회적 논의의 필요성을 수용하여 보다 합리적이고 합의 가능한, 사회보장제도로써 제도화하는 노력을 기울여야 할 것이다. 또한 이러한 과정이 본 연구에서 분석된 정책과정의 특징을 되밟는 오류는 결코 있어서는 안 될 것이며, 이를 위해서 공개적이고 개방적으로 많은 국민이 참여할 수 있도록 서비스제공기관, 비용부담주체 등 각계각층의 의견을 수렴하고 사회적 논의를 반드시 거치는 것이 필요하다.

둘째, 재원조달방식에 관한 재검토가 필요하다. 우리나라는 수발보장체계구축을 위한 전체적인 정책구상을 하기 이전에 재원조달방식을 의미하는 장기요양보험제도의 도입 필요성이 주장되었고 여러 가지 세밀한 검토 없이 일본의 개호보험과 거의 유사한 내용으로 사회보험방식으로 도입을 시도하고 있다. 그러나 우리가 벤치마킹한 독일과 일본에서도 수발보장체계를 사회보험방식으로 대처하는 것에 대한 비판적인 문제제기가 심각함을 유의하고 우리의 정책과정에 이를 잘 고려해야 한다. 따라서 재원조달에 대한 성급한 결정을 유보하고 우선, 수발과 수발보장에 대한 개념부터 재정립하고 그 특성에 대한 고려와 더불어, 우리나라의 사회보장 및 의료보장체계 등의 특수한 상황에 대한 면밀한 분석과 논의가 선행할 필요가 있다. 또한 정책형성과정에서 충분한 논의 없이 배제되었던 다양한 대안들에 대해서도 논의를 확대하여야 하며, 정부주도의 정책과정 특성을 극복하기 위해서는 정부가 더욱 의도적으로 이와 관련된 이슈들을 쟁점화할 필요가 있다. 이러한 재검토과정을 위해서 정부의 제도도입시기를 더 늦추는 정책적 결정이 필요한 시점이라고 하겠다.

셋째, 노인수발보장에 대한 국가책임의 서비스 전달체계의 확립이 필요하다. 참여연대가 지적한 것처럼, 박광준(2004)이 제시한 모델처럼 우리의 노인복지서비스는 일차적으로 공비부담으로 전제로 기본적인 수준을 충족할 수 있도록 적극적으로 추진되어야 한다. 이러한 노인복지시스템의 기본적 구조를 바탕으로 하여 보건·의료·복지서비스가 통합된 발전적인 형태의 수발보장서비스를 구축하는 것이 필요하다. 이러한 서비스체계에서는 다양한 인력과 시설이 상호 연관되어 총체적인 서비스가 제공되어야 하기 때문에 이를 위해서 사례관리방식의 접근을 모

색하여야 할 것이다. 사례관리적 접근은 노인의 욕구에 따른 연속적·통합적 서비스의 비용효과적 제공을 목표로 보건과 의료, 복지서비스에 대한 욕구를 연계와 조정을 통해 효과적인 방식으로 통합적으로 제공해주는 것을 말한다. 따라서 현재의 보호의 장을 중심으로 한 이분법적 제공이나 의료와 보건, 복지서비스가 분절된 서비스의 제공체계로는 수발대상 노인의 다양한 욕구를 효율적으로 대응하기 어려우므로 새로운 개념의 통합적인 서비스 제공체계가 마련되어야 한다. 장기적으로 볼 때, 다양한 서비스의 연계 및 조정에 필요한 법률 및 관련 체계들이 일원화되어 전체적인 업무가 이루어지도록 하는 체계를 마련하고 서비스 인력을 강화해야 할 것이다. 이러한 고민속에 는 지자체의 적극적인 역할이 함께 모색되어야 한다. 특히 수발보장제도의 관리운영주체가 건강보험공단이기 때문에 가지는 한계점에 대해서 지자체가 협력하여 보완하고 이를 적극적으로 추진할 수 있는 파트너십의 개발이 필요하다고 본다. 노인수발보장의 정책목표를 달성하기 위해서는 이 제도의 대상자체계와 서비스체계, 재정체계와 관리운영기관을 포함하는 전체적인 관리운영체계를 어떻게 만드느냐에 달려있다. 정부는 효율적인 관리운영측면만을 고려하여 건강보험공단이 맡는 안을 결정하였는데 제도의 관리운영체계가 정책목표의 달성여부와 달성정도를 결정짓는데 큰 영향력을 미치므로 더 많은 논의와 고려가 이루어져야 한다.

노인수발보장정책은 장기적 요양보호를 필요로 하는 노인에게 필요한 수발서비스를 제공하여 노인복지를 증진하고 부양하는 가족이 행복한 생활을 하도록 도와주는 것이 기본 목표가 된다. 따라서 수발대상자의 독립성과 접근성을 높이고 수발대상자를 포함한 가족의 삶의 질을 향상시키며, 서비스에 대한 접근성을 제고하며, 서비스의 질적 수준을 강화하고 유지하며, 사회연대성에 따라 비용을 조달하고 비용 효과적으로 제도를 운영할 수 있는 서비스 전달체계를 마련한다는 원칙 하에서 관리운영방식에 대해 접근해야 한다.

특히 노인이 가지고 있는 수발의 욕구가 다양성과 무한정성의 특성을 가지고 있으며, 노인수발서비스 또한 지역사회에서 생활하고 있는 노인에게 제공되는 것이므로 지역성의 특징이 담보되어야 하며 그 범위도 보건의료적 서비스에서부터 사회적 지원서비스에 이르기까지 매우 포괄적이고 다양하기 때문에 통합적이고 지속적으로 제공되어야 한다. 따라서 이러한 노인의 수발욕구와 수발서비스의 특

성을 고려한다면 서비스 전달체계는 서비스 이용자 중심으로 구축되어져 이용자가 자유롭게 선택하고 접근할 수 있어야 하며, 제공될 서비스 또한 지역사회 중심으로 지역사회의 다양한 자원을 효과적으로 활용할 수 있는 체계여야 한다.

차홍봉(2005)은 이러한 원칙과 방향을 견지하고 제도의 정책목표를 효과적으로 달성할 수 있는 방안으로서 노인수발보장의 서비스체계는 분산체계로 만들고 재정체계는 통합체계로 만드는 한국형의 분산-통합모형을 제시하고 있다. 서비스체계를 분산체계로 만드는 것은 수발서비스의 다양성과 지역성이라는 특성을 최대한 살리기 위한 것이고 재정체계를 통합체계로 만드는 것은 필요한 재원을 사회연대성의 원칙에 따라 통합적으로 조달하기 위해서이며, 이와 같은 분산-통합모형의 노인수발보장 관리운영체계를 만들기 위해서는 재정을 담당하는 보험자는 통합체계의 국민건강보험공단을 활용하고 케어매니지먼트체계는 지역사회중심의 지역밀착형으로 만들어야 한다(차홍봉, 2005:27).

이 대안의 기본적인 특징은 정부법안의 보험자체계와 수발시설체계는 그대로 유지하면서 지역밀착형의 케어매니지먼트 체계를 만들기 위하여 민간전문기관의 지역수발지원센터를 활용하는 것이다. 이 대안에서의 핵심은 지역수발지원센터라고 볼 수 있는데 차홍봉(2005)은 시·군·구 단위로 지역수발지원센터를 설치·운영하며 이 센터는 민간전문기관 중에서 기초자치단체가 지정하고 국민건강보험공단은 이 센터와 계약에 의하여 케어매니지먼트의 업무를 위탁하도록 한다. 이 센터는 일정한 시설과 전문 인력 지정요건을 갖추되, 현재 우리나라에서 자연스럽게 조직된 각종 보건의료서비스와 사회복지서비스의 일선전달체계의 모든 조직과 기관이 참여하도록 개방한다는 것이다. 그렇게 되면 종합사회복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 지역보건센터, 지매관리센터, 정신건강센터, 건강가정지원센터 등 2005년 현재 전국적으로 1천 개가 넘는 것으로 추산되며 이 지역수발지원센터에 케어매니지먼트 업무를 담당하는 전문 인력으로 케어매니저를 상주하도록 한다는 것이다.

이러한 지역밀착형의 서비스체계에서는 지방자치단체의 역할이 더 강화될 수 있다. 즉, 지방자치단체는 민관 파트너십을 형성하여 지역노인복지계획의 수립과정에 노인수발서비스 관련기관의 참여를 유도하고 케어매니저먼트 체계에 관여하여 지역사회자원의 활용을 중계하고 예방사업의 전환을 유도할 수 있으며, 특히 노

인수발보장사업이 지역경제의 활성화와 지자체의 행정력을 강화시킬 수 있는 기회로 활용할 수 있다.

이 안은 매우 획기적으로 기존의 관리운영방식에서 예상되는 중요한 문제점을 해결할 수 있는 방안으로 평가된다. 실행위에서 제시되었던 제 3안인 건강관리보험공단과 지자체가 역할을 분담하는 안은 건강관리보험공단과 지자체가 각각 운영하는 안을 단순히 합하고 있는 것에 머물렀지만 이 안은 서비스의 전달에서 핵심적 기능을 담당할 케어매니저먼트를 명확하게 도입하고 있을 뿐만 아니라 지역사회를 기반으로 하는 전문적 기관에서 수행하게 됨으로써 수발서비스의 지역적 특성을 담보할 수 있다. 또한 그동안 지속적으로 제기되어온 공단의 관료성에 대한 우려를 해결할 수 있으며, 지자체의 역할을 보다 발전적으로 모색하게 함으로써 지역사회중심의 수발서비스를 지속적으로 발전시킬 수 있는 토대를 마련할 수 있고 다양한 기관이 모두 참여함으로써 수발서비스가 보건서비스와 사회복지서비스와 연계하거나 통합적으로 제공될 수 있도록 촉진할 것이다.

다만 이 안에서도 고려되어야 하는 것은 민간기관에 속하게 되는 케어매니저의 공공성을 어떻게 확보할 것인지에 대한 점이다. 지역사회 내에 존재하는 다양한 수발시설과 수발서비스에 대한 정보를 서비스 제공자의 입장이 아니라 서비스 이용자에게 유익하도록 제공하도록 제도적으로 지원하는 방안이 모색되어야 할 것이다.

넷째, 시설보호와 재가보호에 대한 균형적 발전을 도모해야 한다. 우리나라는 시설보호나 재가보호나 사회적인 제반 여건이 거의 정비되지 않은 상황이므로 재가보호의 방향을 중심으로 제도를 구조화해서는 안되며, 오히려 기본적인 시설보호의 여건이 갖추어지도록 정책적 주의를 기울일 필요가 있다. 서비스의 하부구조가 빈약하면 정책적으로 재가보호를 강조한다고 해도 재가보호의 중심이동에 실패할 수밖에 없다는 것을 일본이나 독일의 경험에서 숙지할 필요가 있다. 특히 우리나라는 노인 수발보호를 거의 가족에게만 의존해왔고 노인복지서비스가 잔여적인 수준에 머무르고 있으므로 빠른 속도로 진행되는 고령화에 대비하여 국가주요적인 접근의 강화가 필요하다.

다섯째, 공적제도의 시행의 전제가 되는 수발시설 등 수발보장인프라를 계획적으

로 확충하고 관련된 전문 인력 즉, 수발사와 수발관리요원에 대한 양성과 제도화를 통해 양적·질적 향상을 기하는 것도 매우 중요하다. 시스템 확립에 필요한 시설과 인력의 확충에는 장기간이 소요됨으로 무엇보다도 계획적·종합적으로 정비해나가지 않으면 안 된다. 특히 이러한 인프라의 양적·질적 정비는 사회적 자본으로서 일반재정에 의한 공적책임으로 강력하게 추진되어야 할 것이다.

참고문헌

- 건강보험연구센터(2005), “요양서비스 제공방법에 관한 노인요양실행준비단의 안 검토의견-공단 내 요양 관리자 없이 요양서비스를 제공하는 방안 검토”
- 공적노인요양보장제도실행위원회 외(2005), 『공적노인요양보장제도 실시모형 개발 연구』
- 공적노인요양보장제도실행위원회(2004), 『노인요양보장체계 시안에 관한 공청회』 공청회 자료집
- 공적노인요양보장추진기획단(2004), 『공적노인요양보장체계 최종보고』
- 국민건강보험공단(2004), 『노인요양보험제도의 정립을 위한 관련시설의 공급 및 확충방안』
- 국민건강보험공단(2005), 보도자료[노인의료비 증가].
- 권순만 외(2005), 『공적 노인요양보장제도 도입의 경제성 평가』, 보건복지부 용역 연구보고서, 서울대학교 보건대학원
- 권중돈(1994), 『치매노인의 부양실태와 대응전략』, 한국보건사회연구원 정책보고서
- 김경하(2001), “의료보험통합정책의 실패에 관한 연구” 고려대학교 대학원 석사학위 논문
- 김근홍(2000), “고령화사회의 체계적 노인수발방안 :독일의 사례를 중심으로”, 한국노년학, 제 20권 3호
- 김도환(2004), “한국 노인복지정책의 형성과정분석-노인복지법 변천과정을 중심으로”, 대전대 대학원 박사학위논문
- 김미숙(2003), 『고령화사회의 사회경제적 문제와 정책대응방안:OECD국가의 경험을 중심으로』, 연구보고서 2003-14, 한국보건사회연구원
- 김미숙(2005), “노인요양보장체계 시안의 문제점 분석”, 『노인복지연구』, 한국노인복지학회, 제27권, 2005년 봄호
- 김미혜(1994), “노인장기요양보호 정책개발을 위한 기초적 연구 -미국, 일본, 스웨덴의 장기요양보호정책분석과 한국노인 및 가족이 장기요양보호 욕구조사”, 한국사회복지학 통권 28호
- 김영모(2004), “지방화시대 서울시와 동경부 노인복지정책의 비교: 사회복지서비스를

중심으로”

- 김용하(2004), “노인요양보장제도의 재원조달방안검토”, 『노인요양보험 어떻게 할 것인가?』, 제4회 고령사회포럼 자료집, 한국노인과학학술단체연합회
- 남궁근 외 옮김(2004), 『정책분석론』, 법문사
- 노인보건과(2003), “공적노인요양보장추진기획단 2차 공청회 결과보고”
- 노화준(2004), 『정책학원론』, 박영사
- 노화준(2004), 『기획과 결정을 위한 정책분석론』, 박영사.
- 류상열 외(1996), “일본 공적개호보험제도 도입을 위한 논의과정에 관한 연구”, 한국사회복지학회, 추계학술대회
- 문성현(2002), “일본의 장기요양보험제도의 도입과정”, 건강보험포럼 제 1권 제2호, 국민건강보험공단 건강보험연구센터
- 문옥륜(2004), “우울한 노인요양보험: 어떻게 할 것인가?”, 『노인요양보험 어떻게 할 것인가?』, 제4회 고령사회포럼 자료집, 한국노인과학학술단체연합회
- 박광준(2004), 『고령사회의 노인복지정책-국제비교적 관점』, 현학사
- 박수천(2005), “일본 개호보험을 통해 본 지속가능한 한국형 노인요양제도의 전제”, 한국노인복지학회, 『노인복지연구』, 제27권 봄호
- 박종연 외(2004), 『노인요양보험제도의 정립을 위한 관련 시설의 공급 및 확충방안』, 국민건강보험공단, 연구보고서
- 배창진(2003), “우리나라 공적노인요양보장제도의 과제” 『노인복지연구』, 한국노인복지학회, 22권, 2003년도 겨울호.
- 배창진(2003), “우리나라 공적노인요양보장제도의 과제”, 『노인복지연구』, 한국노인복지학회, 제 22권, 2003년 겨울호
- 변용찬(1997), 치매관리 Mapping 개발연구, 한국보건사회연구원.
- 보건복지부 노인요양보장과, 2004. “공적노인요양보장추진기획단 최종보고회 결과보고 및 향후 추진계획”
- 보건복지부 노인요양보장과, 2005. “노인요양보장제도 도입 본격추진-시범사업, 인프라 확충, 경제성 평가” 붙임자료
- 보건복지부 외, 2005. “시범사업 요양서비스 지원관리체계 세부운영지침”
- 보건복지부, 2003. “공적 노인요양보장제도 도입 추진”

- 보건복지부, 2003. “공적노인요양보장제도 재원조달방식 공청회 결과보고”
- 보건복지부, 2004. “노인요양보장체계 시안 공청회 결과보고”
- 보건복지부, 2004. “2004년도 노인보건복지사업 안내”
- 보건복지부, 2004. “2004년도 노인복지시설현황”
- 보건복지부, 2005. “노인수발보장법 제정을 위한 공청회결과 보고”
- 보건복지부, 2005. “시험사업 요양서비스 지원관리체계 세부운영지침
- 보건복지부, 2005. 노인수발보장법 입법예고를 위한 공청회 자료집.
- 보건복지부, 2005. 노인수발보장제도 Q&A
- 보건복지부, 2005. 보건복지백서 2004
- 보건복지부, 2005.. “2006년도 노인요양시설 설치계획”
- 보건복지부, 노인요양보장과, 2005. “노인요양보장제도 제3차 대국민 여론조사 결과보고
- 석재은, 1999. “장기요양보호 공급주체간 역할분담 유형의 질적비교분석”, 사회보장연구, 한국사회보장학회, 제15권 제2호
- 선우덕 외, 2004 『인구고령화와 보건·복지대책(노인/여성/가족부문)』 한국보건사회연구원
- 선우덕·석재은, 2001. “인구고령화의 장기요양보호의 정책방향”, 한국사회복지학회 춘계학술대회
- 송근원 외, 2004. 『사회복지정책론』, 나남출판사
- 송근원, 1994. 『사회복지와 정책과정』, 대영문화사
- 송다영, 2005. “가족부양쟁점에 관한 일고찰”, 한국사회복지학, 제 57권 제 2호
- 신현기 외, 2003. 『정책학 개론』, 응보출판사.
- 심재호, 2001. “노인요양보험제도의 도입에 대한 비판적 검토”, 『사회복지정책』 제 12집, 한국사회복지정책학회
- 안해균, 1997, 『정책학원론』, 다산출판사
- 엄기욱·박인아, 2005. “일본 개호보험제도 시행 4년간의 평가와 시사점”, 『사회복지정책』, 제 21집, 한국사회복지정책학회
- 유공순(1998), “독일노인복지서비스 현황과 문제점”, 『노인복지연구』 제1권 제 2호, 한국노인복지학회.

- 유병복, 2001. 『정책학 이해』, 웅보출판사
- 이근홍, 2005. “노인요양보험의 도입과 케어메니저의 역할”, 대한케어복지학회 학술대회 자료집
- 이미애(1998) “노인을 위한 장기요양보호서비스의 재원조달방법”, 『노인복지연구』 제1권 제1호(창간호), 한국노인복지학회.
- 이성희, 2005. “공적 노인요양보장제도(안) 도입과정에 대한 성인지적(Gender-Sensitive)분석: 가족의 노인수발을 중심으로”, 중앙대 대학원 석사학위논문
- 이영애, 2004, “노인요양보장제도 시안에 대한 고찰”, 한국노년학연구, 한국노년학회, 제 13권,
- 이해영, 2004. 『정책학신론: 이론-실제 이원론의 극복』, 학현사.
- 전창배, 2001. “독일의 노인장기요양보험 - 운영의 틀, 집행, 그리고 평가”, 『건강보험동향』, 제 27호, 국민건강보험공단,
- 정경희 외, 2005. 『2004년도 전국노인생활실태 및 복지욕구조사』, 한국보건사회연구원 · 보건복지부
- 정경희 외, 2005. 『공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가 개발』, 한국보건사회연구원&보건복지부.
- 정재훈, 2002. “사회보험으로서 수발보험 도입가능성 모색을 위한 연구”, 한국사회복지학, 48호, 한국사회복지학회
- 정정길, 1999, 『정책학 원론』, 대명출판사
- 조영훈, 2005. “신자유주의 사회개혁으로서의 일본 공적개호보험: 시행5년간의 사회적 결과를 중심으로”, 『한국사회복지학』
- 차홍봉 외, 2000. 『고령화사회의 장기요양보호』, 소화
- 차홍봉, 1998. “장애노인부양가족의 장기요양보호 서비스 이용 선호도와 그 결정요인에 관한 연구”, 중앙대학교 박사학위논문
- 차홍봉, 2001. “장수문화형성을 위한 노인복지정책방향”, 한국노년학회 학술대회 발표문
- 차홍봉, 2004. “노인요양보험, 가능한가?”, 『노인요양보험 어떻게 할 것인가?』, 제4회 고령사회포럼 자료집, 한국노인과학학술단체연합회

최병호 외, 2001, 『노인요양보험제도 도입방안 연구』 정책보고서2001-31, 보건사회연구원

최성재 외, 1998, 『장기요양보호노인 조사』, 보건사회연구원

최성재·차홍봉 외, 2000, “노인 장기요양보호에 관한 한일 비교연구”, 한국노년학 제 20권 3호, 한국노년학회

통계청, 2004. 고령자통계

한국케어복지협회, 1999. 『고령화사회와 케어복지』, 한국케어복지협회 창립협회 및 기념학술세미나 자료집

한동희, 2000. “한국의 노인보건의료 서비스의 제도개선에 관한 연구”, 『의료복지서비스와 의료정책』, 세종출판사

현외성, 2005. 한국의 노인복지정책, 한국노인복지학회편, 세계의 노인복지정책, 학현사

홍미령 외, “장기요양보호대상 노인의 실태파악 및 케어욕구 조사”, 2004 헬스케어 심포지엄

황진수, 2005. 『노인복지정책론』, 한성대출판부.

厚生省a, 厚生白書, 1996.

厚生省b, 介護保険制度案大綱, 1996. 6.

厚生省c, 介護保険制度案について, 1996. 7.

介護保険法案要綱案制, 1996. 6.

介護保険法制施行法度要綱案案, 1996. 6.

厚生省 高齢者介護対策本部事務局, 介護保険制度案のポイント, 1996. 7.

社会保障制度審議會, 介護保険制度の制定について, 1996. 6. 11.

社会保障制度審議會, 社会保障體制の再構築(勸告), 1995. 7.

總理部 社会保障制度審議會事務局, 國民經濟と社会保障, 1995. 3.

高齢者介護自立支援システム研究會報告書, 新たな高齢者介護システムの構築を目指して, ぎょうせい, 1995.

法政大學大原社會問題研究所, 急速な高齢化, 1996. 1.

相澤與一, 社会保障體制を再構築するとはどういうことか, 賃金と社会保障 No.1162,

1995.9.

朝日健二, 介護保険の創設に七つの疑問あり, 賃金と社会保障 No.1154, 1995.5.

岡本祐三, 論争高齢者福祉, 日本評論社, 1996. 5.

大澤眞理, 社会保障制度審議會の勧告をジェンダ で読む, 賃金と社会保障 No.1164, 1995.10.

植村尙史, 社会福祉施設の現状と課題, 中央法規出版, 1996.

公文昭夫, 許していいのか国民医療の大改悪, 賃金と社会保障 No.1183, 1996.8.

京極高宣, 高齢者介護問題の現状と新介護システムの基本的考え方, 社会福祉研究 第63号.

本間照光, 保険制度からみた公的介護保険創設の問題点, 賃金と社会保障 No. 1154, 1995.5.

福祉政策研究会 編, こうなる新福祉政策, 大成出版社, 1996.

條崎次男, 介護保険の内容と問題点, 賃金と社会保障 No.1179, 1996.6.

冷水 豊, 高齢者介護システムの視点と方法, 社会福祉研究 第66号.

里見賢治 外, 公的介護保険に異議あり, ミネルウァ , 1995.

里見賢治c, 厚生省介護保険制度案大綱の陥穽, 社会福祉研究 第66号, 1996.

ジャパン通信社, 公的介護保険を探る, 1996. 7.

中西啓之, 介護保障の財源はどうするのが良いのか, 『賃金と社会保障』 No.1169, 1996.

西川克己 編, 公的介護保険制度の今日的視点, 小林出版, 1996. 6.

森 茂, フィバ する介護保険論議に缺けているもの, 『賃金と社会保障』 No.1169, 1996.

宮島 洋, 高齢社会へのアプローチ, 『社会福祉研究』 第64号.

皆川鞠一, 公的介護保険の焦点, 地域福祉情報 49号, 1996.7

脇田 滋, 老人保健福祉計画の現状と課題, 『福祉を創る』, 1995. 11.

第66回全国市長会議, 介護保険制度に慎重な論議を求める決議, 1996. 6. 5.

全国市長会. 全国町村会, 介護保険制度に関する諮問に對する意見, 1996. 6. 10.

社団法人 日本損害保険協會, 公的介護保険制度創設に對する損害保険會社の考え方, 1995. 6. 7.

日本醫師會, 高齢社会を迎えるに當たって 介護保険を中心に , 1994. 12.

日本労働組合総連合會，新しい介護システムにおける費用負担と制度のあり方について，
1996. 3. 21.

高齢社會をとくする女性の會，提言(公的介護システム具體化への提言)，1996. 5. 1.

社團法人 生命保險協會，公的介護保險制度に關する生命保險業界の考え方について，
1996. 5. 14.

全日本民醫連理事會，厚生省・與黨の介護保險試案に反對し，眞の介護保障を實現するた
たかいを強化しよう，1996. 5. 17.

기타 朝日新聞，毎日新聞，讀賣新聞 등의 개호보험 관련기사.

石田一紀・住居廣土 (1999) 『納得できない要介護認定』萌文社.

伊藤周平 (1998) 「介護保險制度の問題点と改善点」老後保障最新情報資料集15『介護
保險制度の改善点』あけび書房.

伊藤周平 (2000a) 『介護保險と社會福祉—福祉・医療はどう変わるのか』ミネルヴァ
書房.

伊藤周平 (2000b) 『検証介護保險』青木書店.

伊藤周平 (2001a) 『介護保險を問い直す』ちくま新書.

伊藤周平 (2001b) 「高齢者医療・福祉制度の再編と課題」伊藤周平・京都府保險医協
會『高齢者医療と介護の將來像を提言する』あけび書房.

伊藤周平 (2001c) 「介護保險と社會保障構造改革—社會保障再編の方向と今後の課題
—」相野谷安孝ほか『介護保險の限界』大月書店.

伊藤周平 (2002) 『構造改革と社會保障—介護保險から医療制度改革へ』萌文社.

小西乃里子 (2001) 「施設がかかえる問題」相野谷安孝ほか『介護保險の限界』大月書
店.

小川榮二 (2001) 「ホームヘルプ制度の現状と課題」相野谷安孝ほか『介護保險の限
界』大月書店.

北場勉 (2003) 「介護保險制度の課題と將來」『週刊社會保障』No.2246 <2003. 8.11
18>.

眞田是 (2001) 「介護保險1年の總括」相野谷安孝ほか『介護保險の限界』大月書店.

舟場正富・齊藤香里 (2003) 『介護財政の國際的展開』ミネルヴァ書房.

横山壽一 (2001) 「介護保險の供給構造と介護保障の課題」日本医療經濟學會『日本医

療経済學會會報』No.63.

足立正輝編、1998、各國の介護保障、法律文化社。

佐々木壽美、2005、現代日本の政策形成と住民意識、慶應義塾大學出版會。

ジェニス・ワースレイ著、小田兼三・杉本敏夫譯、1998、高齢者のためのケアマネジメント、雄山閣。

介護保険の手引、平成16年度版、ぎょうせい。

三友雅夫監修、2002、介護保障の課題と展望、中央法規。

エリアス・モシアロス他編、一円光彌監譯、2004、医療財政論：ヨーロッパの選擇、光生館

増田雅暢、2004、介護保険見直しへの提言、法研。

介護保険實務研究會、2005、自治体の介護保険制度改革—その対応と運営、ぎょうせい。

新しい介護保険法—平成17年改正法に対応、2005、中央法規。

Blakemore, Ken, *Social Policy*, Open University Press, 1998.

Bornat, John et al ed., *Community Care : A Reader*, The Open University Press, 1997.

Bulmer, Martin, *The Social Basis of Community Care*, Allen and Unwin, 1987.

Gilbert, Neil & Specht *Dimension of Social Welfare Policy*, Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-Hall, 1993.

Carrier, John and Kendall, Ian, *Health and National Health Service*, The Athlone Press, 1998.

Hill, Michael, *Understanding Social Policy*, 6th ed., Blackwell, 2000.

Jack, Raymond ed., *Residential versus Community Care*, Palgrave, 1998.

Johns, Cathleen et al, *Issues in Social Policy*, RKP, 1983

Means, Robin and Smith Randall, *Community Care : Policy and Practice*, Macmillan, 1998.

Moore, Stephen *Social Welfare Alive*, Stanley Thornes Ltd., 1993

Nocon, Andrew and Qureshi, Hazel, *Outcomes of Community Care for Users and Carers*, Open University Press, 1996.

ABSTRACT

Policy Process Study of Long-term Elderly Care in Korea

Park, Dong-soo
Major in Politics
Dept. of Public Administration
The Graduate School of
Hansung university

This thesis investigates the policy process of long-term care security for the elderly which consists of five stages such as agenda setting, policy formation, policy decision, policy implementation, and policy evaluation. It accounts for three stages (except for policy implementation and evaluation) which have currently been inactive. Investigated are some important issues arisen from the policy process involving the following stages: the first how to select the long-term care problems as a policy agenda, the second how to make these proposals, and how to determine the correct policy among alternatives. By using the framework proposed by Gilbert & Specht for social welfare policy the present thesis analyzes the alternatives and the final determination systematically for four dimensions such as bases of social allocation, types of social provision, strategies for delivery, and modes of finance.

First, it was noted that the long term care problem was submitted to the government agenda with some political purposes and not by the public. This way may be called a mobilization model because some social

problems are not suggested as a political agenda by the public and the government gets the prevailing opinion after the agenda is institutionalized. Second, the plans were formed shortly and intensively for the long-term care security system agenda by a task force team that included professionals. This task force team was capable to efficiently make policy initiatives. This team had limitations for maintaining public support and for propagating contrary issues because some issues were discussed only by a few groups in a restrictive manner. The result was that other perspectives and other proposals were not examined fairly. Third, the government lopsidedly determined the final plan at the policy decision stage in spite of strong disagreements. This decision process was often made behind closed doors. It seems to be one of representative features for the top-down decision mode and similar with some of the features appearing in the garbage-can model. Next, as the results obtained by using the framework of social welfare policy it was noted that there were a number of problems in long-term care systems for the elderly. The long-term care security act was announced into a legislative framework in October, 2005. However, it encountered serious solicitudes and criticisms from citizen organizations and social groups. This was because the allocation and provision of the acts was curtailed substantially in comparison with the long-term care insurance act that had been recommended as a final proposal in policy formation stage. Besides, expensive charge for users, inaccurate finance estimator, and lower fixed insurance bill were major problems. Moreover, there were a lot of things that were disagreeable between the central government, the local autonomy, and the public and private sectors about the share of responsibility in service delivery system finance. It is noted that even today the infrastructure of a long-term care service becomes absolutely deficient and the social agreements are insufficient for the social insurance system of a long-term care security. Those problems are very

crucial in implementing the policy.

From results, the present thesis involves some concluding remarks and suggestions, which are summarized as follows: it is emphasized that the policy process for long term care security act should be reconsidered, considering the policy formation stage, the reconsidered issues, and the renewed policy process. At least modes of finance must continuously maintain public support. Since long-term care service for the elderly is provided in the community more elaborate effects should be made to establish a service delivery system that includes the role of local autonomy in more detail.

crucial in implementing the policy.

From results, the present thesis involves some concluding remarks and suggestions, which are summarized as follows: it is emphasized that the policy process for long term care security act should be reconsidered, considering the policy formation stage, the reconsidered issues, and the renewed policy process. At least modes of finance must continuously maintain public support. Since long-term care service for the elderly is provided in the community more elaborate effects should be made to establish a service delivery system that includes the role of local autonomy in more detail.