

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2004, Vol. 13, 131-148

노인요양보장제도 시안에 대한 고찰

이 정 애

전남대학교 의과대학 예방의학교실

서 론

우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 인구고령화가 진행되고 있는데, 근래에는 출산율이 급격하게 저하하고 있어 고령화로 인한 문제가 더욱 심화될 가능성이 높다. 고령화 사회에서 부각되는 문제 중의 하나는 요양보호가 필요한 노인의 수가 급증하는 현상인데, 이를 해결하기 위한 차원에서 국가와 사회가 함께 책임지는 공적노인요양보장제도를 도입하고자 정부는 2003년도에 공적노인요양보장추진기획단을 그리고 2004년 3월에는 공적노인요양보장제도 실행위원회 및 실무기획단을 구성하고 운영해 왔다. 그 결과 다음과 같은 최종시안을 마련했는데, 이는 3회의 공청회를 통해 각계 전문가의 폭넓은 의견을 수렴한 것이다. 본고는 공적노인요양보장제도 시안의 주요 내용들을 정리했는데, 특히 논의의 쟁점이 되는 부분에 대해서는 필자의 의견이 첨가되어 있다.

이 글에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 501-757 광주광역시 동구 학동 5번지 전남대학교 의과대학 예방의학교실 이정애 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 jarhee@healthis.org입니다.

이 정 예

공적노인요양보장제도 시안

1. 공적노인요양보장제도의 정의와 도입 필요성

노인요양보장제도는 신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6개월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 「보건·의료·요양·복지」 등의 서비스로써 간병·수발 등의 일상생활지원, 요양관리, 간호, 기능훈련, 기타 필요한 복지지원서비스를 말한다. 정부가 이 제도를 도입하게 된 주요 배경은 고령화 진전에 따라 치매나 중풍 등으로 요양보호가 필요한 노인의 수가 급격히 증가하고, 반면에 핵가족화, 여성의 사회참가 증가, 보호기간의 장기화(평균 2년) 등으로 가정에 의한 요양보호는 한계에 도달하였기 때문이다.

또한 중산·서민층 노인이 이용할 수 있는 시설이 절대적으로 부족하고, 유료시설 이용 시 비용부담이 과중(유료요양·요양병원 100~250만원)하며, 입원 등으로 노인의료비가 급격하게 증가하는 추세에 있기 때문이다. 즉 1995년 7,281억(12.2%)이었던 노인의료비가 2001년에는 3조 6,356억(19.3%), 2003년에는 4조3,723억(21.3%)으로 증가하였다. 따라서 현행과 같이 복지와 의료의 분립된 체제 하에서는 노인의 보건·의료·요양·복지 등 복합적인 욕구에 효과적으로 대응하기 곤란하므로 고령화사회 초기에 공적노인요양보장체계를 확립하여 국민의 노후불안 해소 및 노인 가정의 부담경감을 도모할 필요가 있다.

2. 노인요양보장체계의 기본목표 및 방향

노인요양보장체계는 1) 요양보호가 필요한 모든 노인을 포괄할 수 있는 보편적인 체계, 2) 서비스의 권리성 및 선택성이 보장되는 이용자 중심의 서비스체계, 3) 국가나 가족, 지역사회, 기업 등 다양한 주체가 참여하는 체계, 4) 사회적 연대에 의한 요양보호비용을 확보하는 체계, 5) 가정이나 재가복지를 우선시하며, 예방과 재활에 중점을

노인요양보장제도 시안의 고찰

둔 체계, 그리고 6) 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료 및 복지서비스를 효율적으로 제공하기 위한 케어매니지먼트(care management) 체계가 될 수 있도록 기본목표를 설정하고 있다.

그와 같은 목표를 추진하기 위한 방향으로 1) 치매나 중풍 등 요양보호노인들의 자립생활을 보장하고 가족의 부담을 경감하기 위한 사회적 지원체계를 확립하고, 2) 정부나 지방자치단체, 건강보험자, 민간이 각각 역할을 분담하여 중층적으로 지원하는 체계를 구축하고, 3) 요양보호가 필요한 노인이 서비스를 선택하여 이용할 수 있도록 시설 및 인력을 계획적·균형적으로 확충하고, 4) 공급주체로서 다양한 민간사업자가 적극 참여할 수 있는 제도적 지원을 강화하여 요양시장과 고용의 확대에 연결되도록 추진하고, 5) 노인요양보장 비용은 노인 및 가족, 현역세대, 사업주 등 전체국민이 연대하여 부담하고 정부도 적절한 수준의 공비를 부담하며, 그리고 6) 시행까지의 충분한 준비기간을 두고 시설기반정비 상황 등을 감안하여 단계적으로 확대해야 한다.

3. 노인요양보장체계의 개요

(1) 제도 명칭: 실행위원회에서는 제도의 명칭을 “노인”을 위한 제도이기 때문에 『노인요양보험제도』라고 정했으며, 이 제도의 주 대상이 노인임을 명확히 하였다. 그리고 요양(long term care)이라는 개념이 이 제도에 부합되며, 이 제도의 주된 재원이 사회보험료이고, 또 부담능력에 따라 보험료를 부담해야 함을 명확히 하고자 제도의 명칭을 그렇게 정했다.

(2) 제도 운영방식: 다른 사회보장제도와 독립된 노인요양보험(보장)제도를 창설(별도법률 제정)하는 안을 마련하는데, 이는 제도 도입의 필요성 및 정당성 부각, 참여정부의 공약 이행, 고령화사회에서 증가하는 노인요양서비스 및 요양비 문제에 종합적·체계적으로 대처하기 위함이다.

(3) 관리운영주체(보험자): 관리운영주체는 건강보험공단으로 하

이 정 예

며, 이는 급여관리 및 재정관리 주체의 일원화로 관리운영의 책임성·효율성을 제고하며, 건강보험체계의 활용을 통한 관리운영비용을 절감하고 또 서비스의 질 향상을 도모한다. 그러나 시·군·구 역할에 대하여 시·군·구는 지역 내 요양보호노인의 발굴·보호·의뢰, 평가판정위원회에 참여, 요양시설 지도·감독의 역할을 부여하는 것에 대해 논의 중에 있다.

(4) 가입자(피보험자): 보험료를 부담하는 가입자(피보험자)는 전 국민(건강보험가입자)으로 한다. 또 이 제도는 요양보호 문제를 사회적으로 공동해결하기 위한 제도로써 이에 소요되는 비용을 노인 및 그 가족뿐 아니라, 국민전체가 사회적 부양이라는 측면에서 세대간 사회적 연대로서 충당하는 것이다. 그러나 공공부조 대상자는 정부의 재정부담으로 노인요양보장제도 내에 포괄시킨다.

(5) 요양 급여(서비스)

가. 수급권자: 제1안은 65세 이상(제1호 수급자)과 45세 이상부터 64세까지(제2호 수급자, 노화 및 노인성질환에 한정) 구분하여 실시하는 것이고, 제2안은 65세 이상 노인 및 45~64세의 노화 및 노인성질환 대상자, 그리고 64세 이하로 수발이 필요한 중증장애인을 포함하는 것이다. 그 이유는 부담자와 수급자의 일치로 사회보험의 원리에 충실하고 수발이 필요한 중증장애인을 포함함으로써 제도에 대한 젊은 계층 참여 및 수용성 제고, 보험료납부 설득력을 확보하기 위해서이다. 제1안과 제2안의 장단점은 <표 1>과 같이 정리된다.

나. 요양급여절차: 요양급여는 62항목(ADL 11항목, 간호처치 및 재활 21항목, 인지기능 8항목, 문제행동 22항목)에 대한 평가판정기준에 의거하여 『판정심사위원회』가 요양보호 대상여부를 판정하면 보험자가 결정되고, 그 후 케어플랜을 작성하여 제공주체와 계약하면 서비스를 이용하는 절차를 따른다. 요양등급은 평가판정에서 심신의 장애상태 및 서비스 필요량 등을 고려하여 3-5등급으로 구분되며, 요양

노인요양보장제도 시안의 고찰

<표 1> 제1안과 제2안의 비교

비고	제 1 안	제 2 안
장점	• 계획된 적정 인프라 확보 가능 • 초기 정부 및 국민의 재정부담이 적어 제도의 순응성이 높음 • 보험료 부담은 전 국민인 반면, 수급자는 45세 이상으로 보험재정 안정화 가능	• 노인성 질환 불문, 수발대상 중증 장애인에 대한 요양급여 보장으로 제도 도입의 정당성 확보 • 보험료 부담자와 수급권자의 일치로 사회보험 원리에 적합
단점	• 보험료 부담과 수급권의 불일치로 사회보험 원리에 불합치 문제 • 일반장애인 등의 요양서비스 보장 요구 및 관련단체 반발 예상	• 서비스의 원활한 제공을 위한 인프라 확보 곤란 및 이에 따른 요양제도에 대한 불신 초래 가능성 • 정부 및 국민부담 과다로 제도 도입, 시행 곤란 예상

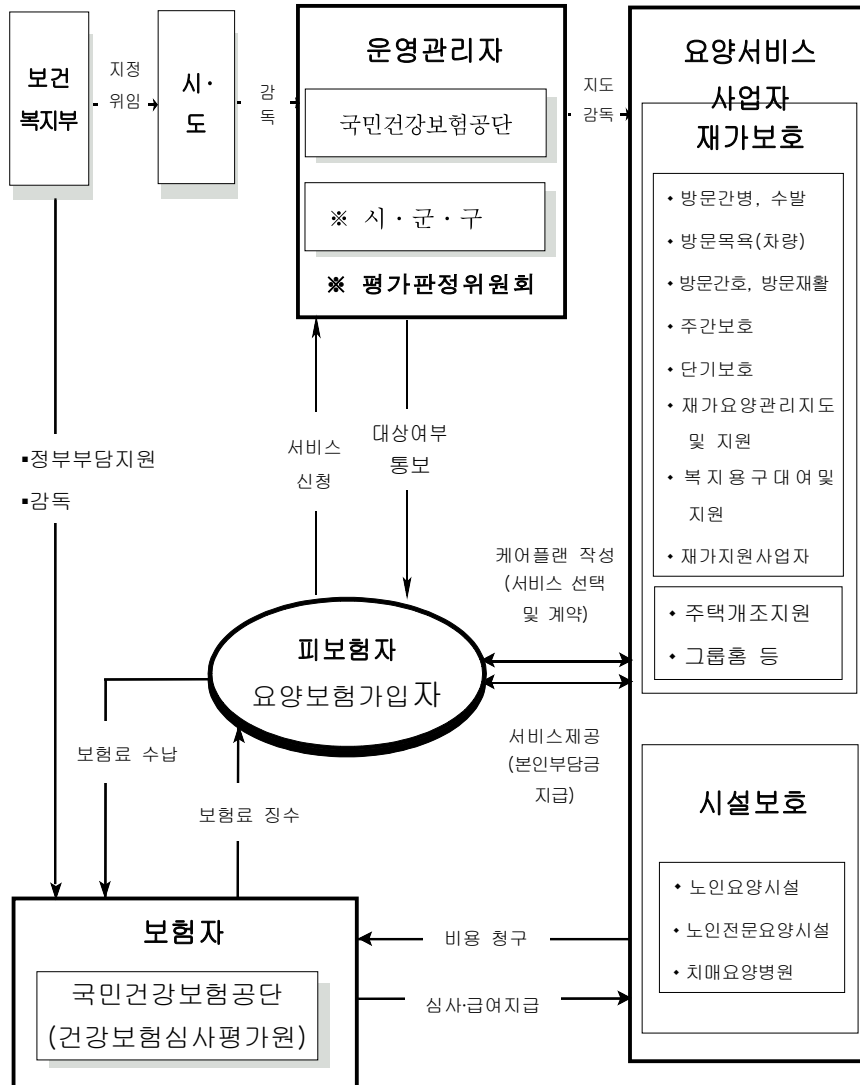
서비스제공계획(케어플랜)의 작성은 간호사 등 유자격 요양관리사가 심신상태, 가정환경, 본인 및 가족의 의사 등을 고려하여 작성한다. 노인요양보험제도 개요 및 이용 흐름도를 <그림 1>처럼 제시할 수 있으며, 참고로 일본 개호보험제도의 케어매니저 역할을 <그림 2>에 소개하였다.

다. 요양급여의 범위 및 종류: 요양급여의 범위는 의료적 서비스를 제외시키고, 신체적·정신적 장애에 대한 요양 및 복지 서비스 중심으로 한정한다. 즉 요양병원 및 요양병상, 치료적 간호서비스는 건강보험의 요양급여로 제공되므로 제외하지만, 간병이나 수발 등의 일상생활 지원, 요양관리, 간호, 재활(기능훈련), 기타 복지지원서비스 등이 포함된다. 요양급여의 종류를 보면 <표 2>와 같다.

요양급여에서 현금급여의 여부란 일정요건을 구비한 가족이나 서비스 공급사업자가 없는 경우 등에 대한 현금급여 지급을 결정함을 말한다. 현금급여 여부에 대한 장단점을 <표 3>에 비교하였다.

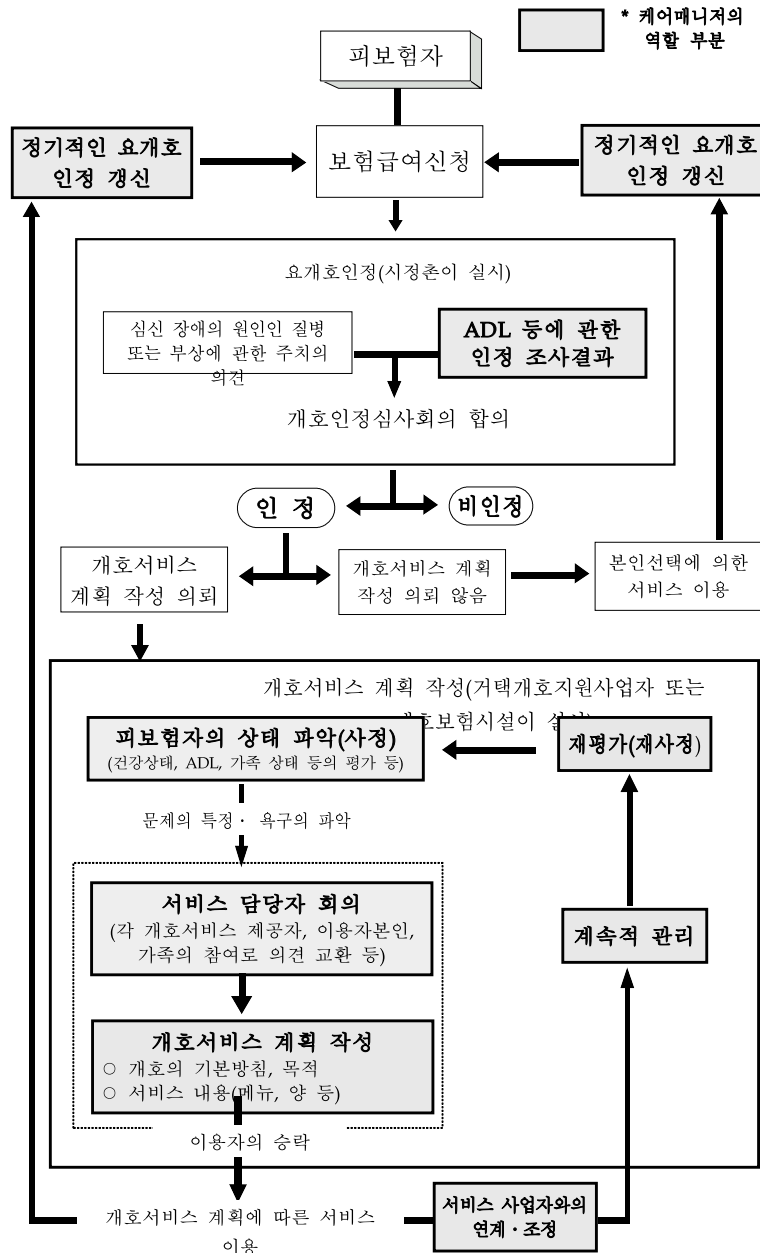
이 정 애

<그림 1> 노인요양보험제도 개요 및 이용 흐름도



노인요양보장제도 시안의 고찰

<그림 2> 일본 개호보험제도의 케어매니저 역할



이 정 애

<표 2> 요양급여 종류

재가서비스(10종)	시설서비스(3종)
① 방문간병 및 수발서비스 ② 방문목욕서비스 ③ 방문간호서비스 ④ 방문재활 ⑤ 주간보호(day care) ⑥ 단기보호(short stay) ⑦ 재가요양관리지도 및 지원 ⑧ 복지용구대여 및 구입지원 ⑨ 그룹홈 서비스 ⑩ 요양서비스제공계획(케어플랜) 작성지원서비스	① 노인요양시설 ② 노인전문요양시설 ③ 공립치매요양병원

<표 3> 현금급여 여부 비교

비고	제1안(불인정 방안)	제2안(인정 방안)
장점	- 노인의 장애정도 및 니드에 대응한 현물서비스 제공으로 만족도 제고 - 전문적이고 체계적인 양질의 서비스 제공으로 재활·회복 등 노인의 자립생활 지원 - 가족의 간병, 수발 부담 해소	- 가족에 의한 서비스 제공으로 대상 노인의 정서적 만족감 제고 - 소비자 선택권 보장 가능 - 현물급여에 비해 비용절감이 가능하여 보험재정 안정화 도모 - 초기 시설인프라 부족에 대한 보완, 해소 가능
단점	- 수급자의 다양한 선택기회 제한 및 가정의 노약자 보호기능 약화 촉진 - 시설서비스 선호로 요양비용 증가 우려 - 가족노동력에 대한 미평가	- 서비스 실시 여부 및 서비스 질 확인, 평가 곤란 - 가족의 경비지원제도로 변질 가능성 - 전문적·지속적인 교육연수가 어려워 요양서비스 질 저하 우려 - 민간의 인프라 투자심리 위축 및 이에 따른 인프라 구축 지체 가능성 - 여성의 사회참여활동 저해요인으로 인식, 여성계 반발 예상

노인요양보장제도 시안의 고찰

라. 요양급여비 한도액: 요양등급에 따라서 월 사용 한도액을 정하며, 그 한도액 범위 내에서 서비스를 선택 이용할 수 있다. 만약 그 한도액을 초과할 경우는 본인이 부담한다.

마. 이용자 부담: 요양급여 대상이 되는 비용의 20% 수준(공공부조 대상: 10%)에서 이용자 부담을 원칙으로 한다. 단, 추가로 발생하는 임의서비스와 건강보험가입자의 시설이용 식비는 전액 이용자 부담으로 한다.

(6) 요양서비스 제공기관

서비스 제공기관은 인원 및 시설기준 등의 일정요건을 갖추고, 양질의 서비스를 안정적으로 제공할 수 있는 기관으로 한다. 현행의 사회복지사업법 등에 의한 사업주체를 기본으로 하며, 서비스의 효율성 및 경쟁시스템 구축을 위해 민간사업자와 비영리법인·단체 등 다양한 주체의 참여 촉진방안을 강구한다. 그리고 서비스 제공기관의 신청에 의한 보험자의 지정형태로 운영한다.

(7) 재원충당 및 비용부담

가. 재원구성: 요양보험 재원은 보험료와 정부지원(조세) 그리고 이용자부담 등을 혼합하는 방식으로 충당하며, 재원구성 안은 건강보험가입자인 경우에는 건강보험의 재정분담체계와 동일하다 [전체의 80%는 보험료와 국고, 담배부담금의 일정비율(예 10%) 부담으로 나머지 20%는 이용자부담]. 공공부조인 경우는 정부재원이 100%(차상위자는 90%, 이용자부담 10%)이며, 부조의 대상은 의료급여대상자에 한정한다 (차상위 포함할 경우 최소화).

나. 보험료부담: 보험료부담 대상자는 건강보험가입자로 하며, 부담 총액은 직장 및 지역별 건강보험료 부과체계에 따라 산출된 보험료를 건강보험료와 함께 일괄적으로 징수한다.

이 정 예

다. 국고부담(지원): 정부에서 지원하는 수준은 공공부조자의 경우 국고 및 지방비에서 요양급여비 총액을 지원하며 (총재정의 100%), 건강보험가입자(국고)의 경우 건강보험 국고부담체계와 동일하다. 또 정부에서 지원하는 규모는 총 재정의 30~40% 수준이며, 구체적인 지원규모와 지방비 분담 등에 대해서는 관계부처간 협의한다. 아울러 요양보호서비스 기반정비에 소요되는 비용은 현행과 같이 공비(국비 50%, 지방비 50%)를 지속적으로 투입한다.

(8) 요양서비스 비용 및 지급

가. 요양급여 수가책정: 서비스별 특징과 서비스 이용량(자원소모량)에 따른 수가의 차등화가 반영될 수 있는 재가 및 시설 요양수가 체계를 마련해야 하며, 기존 사업자의 적정수지 보전 및 신규 사업자의 참여를 유발할 수 있는 수준으로 한다. 또한 등급별, 서비스별 요양보험 수가를 책정(일당 혹은 방문당 정액)한다. 시설·재가서비스에 대한 수가는 현재 개발 중(전문가 용역)이며 2004년 말까지 완료 예정이다.

나. 요양급여 비용 심사·평가 및 지급기관: 서비스의 질 평가 및 관리, 심사·지급 업무의 효율성 및 공정성 확보를 위해 건강보험심사평가원을 심사·평가기관으로 지정 운영한다. 요양급여비 신청 및 지급은 서비스 제공사업자 청구, 심사기관의 심사, 보험자가 요양보험급여비 지급의 절차를 따른다.

(9) 기타 위원회 등

요양보험에 관한 중요사항을 심의하기 위하여 요양보험정책심의위원회(보건복지부) 및 요양보호대상 평가판정위원회(보험자) 등을 설치한다.

노인요양보장제도 시안의 고찰

(10) 시범사업 실시

제도 운영체제를 검증하기 위한 시범사업을 2005년 7월부터 2007년 6월까지 2년 동안 실시하며, 법적 근거가 없어 보험료 징수가 불가능한 점을 고려하여 공공부조자를 대상으로 한 기술적 시범사업에 한정시킨다. 시범사업의 대상지역으로는 1차 년도에는 1개 시·도(또는 5~6개 시·군·구)를 그리고 2차 년도는 그 대상을 전국으로 확대한다. 시범사업의 내용은 평가판정 및 서비스 이용 전반절차, 평가도구·수가체계의 타당성·적정성 등 요양보험 운영시스템을 전반적으로 검증하는 것이다. 또 시범사업에서 추가로 소요되는 비용은 정부가 부담한다.

(11) 제도 도입·시행방안

노인요양보험제도의 도입과 시행방안은 다음의 세 가지로 살펴볼 수 있다.

제1안은 건강보험 요양급여로 단계적 실시 후, 2010년에 독립제도로 전환하는 안이다. 인프라 구축 기간 동안 건강보험 가입자는 건강보험의 요양급여로, 공공부조자는 현행과 같이 정부재원으로 요양서비스를 제공하며 (2007. 7. ~ 2010. 6.), 인프라 구축 완료 후, 공공부조자를 포함한 독립형의 노인요양보험제도로 전환 실시하며 (2010. 7. 부터), 2010년 7월부터는 모든 노인에게 그리고 2013년에는 45세 이상에 해당되는 모든 사람에게 확대 적용하는 안이다.

제2안은 독립제도로 2007년 7월부터 본격 시행(단계적 시행방안) 하되, 2007년부터 건강보험가입자와 공공부조자를 포괄한 독립형태의 노인요양보험제도를 실시하고, 인프라 확충수준 등을 참고하여 최중증 및 중증, 경증 등으로 단계적 확대를 통해 2011년에는 모든 노인에게 그리고 2013년부터는 45세 이상에 해당되는 모든 사람에게 확대 적용하는 안이다.

제3안은 3년의 실질적 시범사업을 거쳐 2010년에 본사업을 시행하는 안이다. 즉 2년의 기술적 시범사업을 실시한 후, 본 사업과 동일

이 정 예

한 실질적 시범사업 실시(2007~2009년)한 다음, “노인요양보험(보장)법”을 제정하여 실질적인 시범사업을 실시하기 이전에 보험료를 부과·징수할 수 있는 하위법령을 제정하고 나서 2010년부터 전 노인을 대상으로 보편적인 노인요양보험(보장)제도를 실시하는 것이다. 이 안의 경우도 2010년 7월부터는 모든 노인에게 그리고 2013년에는 45세 이상에 해당되는 모든 사람에게 확대 적용한다.

인프라 구축 상황을 비롯하여 국가 및 국민의 부담수준을 감안, 필요시 2단계 정도의 단계별 확대방안을 강구할 수 있으며, 실행위원회에서는 다수가 제1안이 현실적인 대안이라는 의견을 제시했는데, 공청회 등을 통해 의견수렴 후 시행방안을 결정하기로 하였다.

(12) 관련 타 제도의 개정 조정

노인요양보험제도의 창설에 따른 기존의 건강보험제도 및 노인복지제도, 기초생활보장제도, 의료급여제도 등 관련 제도의 개정 및 조정 필요하며, 이에 관련된 법안으로는 건강보험법, 의료급여법, 기초생활보장법, 노인복지법 등이 있다.

4. 기대효과

노인요양보험제도의 도입은 여러 가지 효과를 기대할 수 있는데, 이들은 다음과 같이 정리된다.

첫째, 고령화 사회에서 증가하는 노인요양비 문제에 사회적 공동대처로 요양보호 가족의 부담 경감 및 국민노후불안 해소의 효과이다. 병원 입원 시 혜택이 없는 간병비(월 100여만원)가 급여범위에 포함되는 등 요양 시설 등의 이용 시 20%수준의 비용만 부담하면 되는 것이다. 예를 들면, 치매요양병원에 월 150만원을 부담하던 비용이 30만원만 부담하면 되고, 요양시설의 경우도 월 70만원에서 15만원 수준으로 부담 비용이 경감된다.

둘째, 노인의료비 대폭 감소로 건강보험재정 안정의 효과이다. 노인요양보장제도가 본격적으로 실시될 경우 “급성기병상 → 요양병원

노인요양보장제도 시안의 고찰

→ 요양시설”로, 요양시설 또는 요양병원 → 재가서비스”로 요양서비스 체계가 전환되면서 노인의료비가 대폭 감소될 것으로 전망된다. 참고로 일본은 개호보험을 도입한 후 1999년도와 비교하여 2000년도의 노인의료비 감소율은 11.8%이었다.

셋째, 노인간병인력, 전문간호사 등 고용창출의 효과이다. 2007년에는 5-6만 명 그리고 2011년에는 20만 명 정도의 노인이나 여성인력의 고용이 창출될 것으로 추정된다.

넷째, 요양시설, 요양병원 등 요양보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화이다. 구체적으로 살펴보면, 2011년까지 1,088개소에 1조 6,000억원(국고 및 지방비)을 투자하게 되는데, 그 경제적 효과는 요양보호 시장규모로 볼 때 2007~2011년 사이 2~9조원이 될 것이다.

다섯째, 다양한 민간주체의 참여로 요양인프라가 단기간 내에 구축될 전망이다. 간병이나 간호 등 재가복지분야에 민간 사업자의 대폭적인 참여가 예상되는데, 일본의 경우 개호보험을 실시한 이후 민간사업자가 간병분야는 59%, 간호분야는 82.7% 참여하였다.

공적노인요양보장제도에 대한 고찰

노인요양보장제도는 절대적으로 필요하다. 농촌에서의 노인보건사업을 하고 있는 필자로서는 가능한 빨리 시행되기를 바라는 마음이 간절하지만, 그렇다고 해서 너무 조급하게 서둘러 줄속으로 시행되기보다도 철저하게 준비한 다음 그리고 보험료를 내야 하는 국민의 충분한 합의를 얻은 다음 시행되어야 한다.

이를 위해 우선 노인요양보장제도의 주요목표와 방향을 보면, 노인요양보장제도는 고령화 진전에 따라 급증하는 신체적, 정신적 장애 노인에 대해 자립생활을 지원하여 노인들의 삶의 질 향상을 도모하고, 노인부양에 대한 가족 부담을 경감하고, 오히려 노인부양에 대한 사회나 국가의 책임을 강화하며, 또한 급증하는 노인의료비의 절감을 위한 자원의 효율적 배분 등에 주요 목표를 두고 있다. 또한 기본방향으로는 요양이 필요한 모든 노인을 포함하는 보편성, 이용자 선택권과 권리를 보장하는 이용자관점의 극대화, 보건의료와 복지서비스의 연계에

이 정 애

의한 서비스 연속성, 가정과 지역사회기반으로 한 재가복지 우선으로 정하고 있어 바람직하다고 생각한다. 그러나 이들 목표간에는 서로 상충되는 부분들(형평성, 보편성, 질, 책임성, 경제성 등)이 있기 때문에 실행계획을 세울 때에는 과학적인 근거에 의해 최선의 대안을 선택하도록 노력해야 할 것이다. 이를 전제로 하여 시안에 대해 다음과 같은 의견을 제시하고자 한다.

첫째, 제도의 명칭으로 노인요양보험제도가 적합하다고 생각한다. 주 대상이 노인이며, 서비스 내용은 long-term care(장기요양 또는 돌봄)위주이고, 그리고 주된 재원방식이 보험이므로 '노인요양보험제도'라 명확하게 표시하는 것이 적합하다. 또한 국민건강보험과도 구별이 되도록 오히려 '노인'을 강조함으로서 힘이 없고 아플 때 보호하고 간병해주는 제도가 있어서 노인들의 불안감을 해소할 수도 있을 것으로 생각이 든다.

둘째, 관리운영주체는 독립된 노인요양보험제도의 창설과 보험자를 건강보험공단으로 하는 것이 바람직하다. 급여관리 및 재정관리 주체의 일원화로 효율성 및 책임성 제고가 가능하기 때문에 건강보험공단을 보험자로 하는 것이 바람직하나, 복지서비스의 성격상 시도 및 시·군·구의 책임과 역할이 매우 중요하기 때문에 시·군·구의 명확한 역할과 책임 그리고 건강보험공단과의 상호협조·보완·조정하는 기전에 대하여 보다 구체적인 논의가 필요하다.

셋째, 본 제도를 위해서 국민의 보험료 납부가 전제되어야 하기 때문에 세대간 연대와 보험의 공평성을 위해 가입자와 수급권자가 일치해야 한다. 노인요양보험제도의 명칭으로 본 제도를 도입하는 경우, 우리나라의 어려운 현실상황에 비추어 국민과 국가의 재정적 부담을 고려하여 수급권자는 일단 65세 이상 노인을 우선적으로 적용한다. 또한 일반적으로 성인하면 40세부터로 생각하는데 (성인병 검진대상자도 40세 이상), 본 시안에서 수급권자를 45세 이상으로 해야 하는 분명한 근거가 없다면, 40세 이상을 가입자로 정하고, 수급권자는 65세 이상 노인은 물론 40~64세의 초로기 노인성 치매와 같은 노인성질환 대상자를 포함시킬 것을 제안한다. 본 제도가 안정되어 가면서 단계적으로

노인요양보장제도 시안의 고찰

확대해 나가도록 한다.

물론 장기요양보호서비스를 필요로 하는 주요대상에 장애인도 포함되어야 하지만, 장애인까지 포함하려면 장애인 범주, 평가 및 인정 절차, 급여 및 서비스 기준 등이 노인과는 별도로 설정되어야 하는 어려운 문제가 도사리고 있다. 따라서 장애인을 위한 제도는 향후 본격적으로 장애인복지 전반에 걸쳐 심도 있게 검토하는 것이 바람직하다.

넷째, 요양급여절차의 경우 본 시안에 제시된 절차에 대해서 찬성하지만, 판정기준과 평가체계에 대하여 보다 더 심도 있는 검토 및 별도의 공청회가 필요하다. 실제로 농촌지역노인에 대한 보건복지 연계 사업을 하면서 사정과 케어플랜을 해본 경험에 의하면 (100항목 이상), 이번에 제시된 평가도구는 너무 단순하고 빠진 부분(예를 들면 신체기능평가, 영양, 통증, 환경 등)이 많아 노인의 욕구에 맞는 케어플랜을 세울 수 없다. 신체기능영역에서 주로 ADL중심으로 되어 있는데 재가서비스를 필요로 한 노인에 있어서는 ADL보다는 수단적 활동능력(IADL)의 평가가 더 중요하다. 또한 인지 정신기능영역에 항목이 치우쳐 있고 실제로 정확하게 평가 할 수 없는 부분들이 많다.

다섯째, 요양급여 범위에서 의료적 서비스는 제외라고 하면서, 노인요양보호(long-term care)개념 및 기본 목표에서 보면 보건의료복지 서비스를 제공한다고 되어있다. 이에 노인요양보호개념과 요양범위의 분명한 정의가 있어야 할 것이다. 요양병원 및 요양병상의 치료, 치료적 간호서비스는 제외하더라도 노인중심의 요양병원이나 요양병상(급성기의 치료를 마치고 요양이 필요한 사람이 서비스를 받기 위한 의료기관)에서의 간병서비스는 포함되어야 한다. 그리고 요양급여의 재가서비스에서 '주택개보수 지원'을 포함해 주기 바라며, 이는 실제 농촌지역에서 열악한 주택환경은 노인들이 낙상으로 인해 장애나 외상노인이 되어 노인들의 독립적인 자립생활에 고위험요인으로 작용하고 있다.

또 현금급여의 인정여부에서 현금급여가 필요하다. 이는 필요한 시설인프라 부족 등 공급사업자가 수요가 부족하므로 일정요건을 구비한 가족에게 현금급여를 해야 할 것으로 생각되며, 또한 소비자의 선택권 보장, 가족 정서적 지원, 재정 절감에도 도움이 될 것이다. 그

이 정 애

리나 현금급여 지급가능한 가족에 대한 기준설정(가족수발자가 간병 전문인력 등) 및 서비스 질 저하 등에 관한 추후관리, 평가체계의 확립 등이 함께 논의되어야 할 것이다.

여섯째, 이용자 본인부담의 문제를 고려해야 한다. 제도가 생기면 분명히 과다 이용 또는 불필요한 이용이 생기게 되는데, 이를 줄이기 위해서는 20% 수준이 적당하다고 생각한다 (공공부조 대상은 이용자의 부담이 없음). 그러나 저소득자 및 고액 급여비 경감대책을 위해서 본인부담금의 비용이 과중한 경우 본인부담상환제를 도입하는 것이 좋으며, 또한 재가서비스와 시설서비스간의 차등 적용하는 것도 검토가 필요하다.

일곱째, 요양서비스 제공기관으로서 공급체계의 다원화는 바람직하지만 노인요양서비스가 원래 사회부조적 성격이 강하기 때문에 정부의 책임범위를 분명히 해야 하고 특히 비영리기관의 활성화를 위한 구체적인 대책이 필요하다.

여덟째, 재원충당 및 비용부담의 문제로 국고부담(지원)에서 요양보호서비스 기반정비에 소요되는 비용은 국비 50%, 지방비 50%로 동일하게 되어 있는데 일률적인 지원보다는 지역별 특성에 따른 차등지원이 이루어져야 할 것이다. 전남지역은 이미 고령사회에 진입(평균 14.1%)하여 요양보호에 대한 수요가 많은데다, 재정자립도는 전국에서 가장 낮아 지방비 부담능력이 부족하다. 따라서 지역별 균형 발전을 위해 지역별 특성(노인인구수, 재정자립도 등)에 따른 차등지원이 이루어져야 한다.

아홉째, 시범사업 실시는 요양보험 운영시스템의 전반적 검증을 위한 것이라면 시범대상지역(도시와 농촌)과 대상자(공공부조자와 일반 노인)의 선정을 충분히 고려해야 한다. 또한 1차 년도에 5~6개 시·군·구에서 실시한 후 반드시 시범사업평가가 있어야 하고 평가에 대한 문제점들을 보완한 후에 다음 단계로 진행되어야 하며, 따라서 2차 년도 시범전국확대는 불가능하지 않을까 생각된다.

열 번째, 제도 도입과 시행방안(시기)의 문제로 위와 같이 시범사업을 제대로 한 후 본격적인 제도시행이 가능하므로 제1안, 제2안, 제3안 중에서 선택하라면 제3안에 동의한다. 그러나 제도도입시기에 대

노인요양보장제도 시안의 고찰

하여 다음과 같은 몇 가지 이유로 시기를 늦추는 것을 제안한다.

(1) 새로운 사회보험제도를 만드는데 있어 국민적 지지나 합의를 이끌어 내는 것이 가장 중요하다. 즉 국민들이 보험료를 납부하면서까지 필요한 제도라고 인식하고 지지하고 있는지 아니면 단지 필요하다고만 인식하고 있는지 등 본 제도에 대한 국민적 여론 형성과 합의 도출과정과 시간이 부족하다.

(2) 보험제도를 만들기 전에 우리나라의 효율적 노인보건의료제공 체계(delivery system) 확립이 우선이다. 노인요양보험은 보건의료서비스와 복지서비스의 연계가 관건인데, 현재 보건의료서비스와 복지서비스의 연계나 요양병원, 요양시설 및 재가서비스 그리고 보건소(공공의료)와의 전달체계, 역할/기능이 분명하게 되어 있지 않다.

(3) 안정적인 재원확보대책, 필요한 인프라 구축(인력수급이나 시설 기반정비) 등이 아직은 미비한 상태이다. 따라서 제도만 존재하고 서비스는 부재라는 비난과 불신을 초래할 가능성이 있다. 독일(1995년 16.1%)이나 일본(2000년 17.2%)은 오랫동안 준비해 왔음에도 불구하고 문제들(예를 들면 실제로 시행 후 서비스 이용량과 비용이 훨씬 증가해 재정부담이 큼)이 나타나고 있다. 우리나라는 준비기간이 너무 짧고, 고령화속도는 매우 빠르나 아직은 고령화비율이 그리 높지 않기 때문에 속도와 율을 충분히 감안하여 여러 문제점들을 보완하면서 구체적인 시행방안을 확정하여 단계적으로 확대 실시할 것을 제안한다.

열한 번째, 시설 인프라 확충 문제로 서비스 시설의 양적 확충과 동시에 효율적인 노인의료제공체계(delivery system)가 확립되어야 한다. 현재 보건의료서비스와 복지서비스의 연계, 공공과 민간과의 연계, 즉 요양병원, 요양시설, 재가서비스 및 보건소간의 역할/기능(혹은 프로그램)이 분명하게 되어 있지 않으며, 특히 민간과 공공의 연계체계는 매우 어려운 문제이나 서비스의 연속적이고 효율적인 운영을 위해서는 시설간의 의뢰/후송 등의 전달체계를 구축하는 것이 시급한 문제이다. 절대적 요양시설이 부족한 상태이므로 요양시설 확충과 더불어 재가 서비스도 균형 있게 이루는 방향으로 시행되어야 한다. 민간 부분 참여 유도, 다양한 시설(그룹홈 등) 제도화, 기존의 공공보건의료 시설의 활용 등에 관한 구체적인 대책을 강구해야 한다.

이 정 애

열두 번째, 노인전문인력 양성 제도화 방안 문제로 양질의 서비스를 제공하기 위해서 제일 중요한 것은 서비스를 제공하는 사람임은 두말할 필요가 없어 전문인력의 확보 및 양성이다. 기존 인력을 활용하는 것은 효율적인 측면에서 바람직하나 질적인 고려를 하지 않고 단기간에 수적인 확보만을 해서는 절대 안 되며, 단 7일간의 실무연수 후 요양관리사(care manager) 자격을 부여한다는데 케어매니저로서의 역할을 충분히 해 낼 수 있을지 의문이다.

또한 전문인력간 팀접근이 중요한데 전문인력간 역할/기능 분담, 연계체계 등이 우선적 고려가 되어 있지 않다. 즉 노인전문의를, 가정간호사 및 노인전문간호사, 사회복지사, 요양관리사(케어매니저), 요양보호사(간병인)를 비롯하여 자원봉사자까지 포함해서 총체적으로 역할과 팀 지원체계 등을 고려해야 하며, 그 외에 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 심리치료사, 운동치료사 등 다양한 인력의 양성도 필요하다.

역할/기능분담에 따라 각각의 전문인력 양성을 위한 교육훈련기관 선정, 교육프로그램 개발, 교수요원 확보 등을 해야 하며, 특히 교육프로그램은 충분한 교육시간과 현장실무를 체험할 수 있도록 노인보건복지사업에 경험이 있는 전문가 또는 현장의 실무자를 활용하여 프로그램 개발하는데 주력해야 한다. 결국 사람이 하는 일인만큼 제도의 성패는 어떻게 인력을 양성하느냐에 달려 있다.

(원고접수일: 2004년 10월 28일)

(수정원고접수일: 2004년 11월 14일)

(원고게재승인일: 2004년 11월 26일)