특집

고령사회의 사회복지정책*

노인수발보험의 쟁점 분석

최혜지

(서울여자대학교 인간개발학부 교수, 사회사업)

본 연구는 노인수발보험의 쟁점 분석을 통해 고령사회 사회복지정책의 방향성을 제시하고자 한다. 노인수발보험의 쟁점 분석을 위해, 노인수발보험의 쟁점을 제도 구조에 관한 쟁점, 제도 운영에 관한 쟁점, 제도 환경에 관한 쟁점으로 구분하여 논의하였다. 쟁점 분석을 위한 틀은 노인수발보험의 기본 원칙을 적용하였다. 노인수발보험의 기본 원칙은 사회복지정책과 서비스의 원칙을 검토하여 도출했으며, 보편성, 지속성, 형평성, 접근 용이성, 세대 통합성으로 제시되었다. 제시된 기본 원칙에 근거하여 노인수발보험의 각 쟁점을 분석하였으며, 끝으로 노인수발보험의 정책적 방향성을 제시하였다. 정책적 방향성으로 과거의 선별적, 소극적, 단기적, 고립적 접근을 극복한 보편적, 적극적, 장기적, 그리고 연대적 접근이 제시되었다. 구체적으로 적용 대상자 확대를 통한 보편성 확보, 관리 운영 주체의 전문성과 지역 밀착성 증진, 재정의 국가 책임 증진, 국가와 민간의 협력을 통한 제도 환경 조성을 논의하였다.

주요 용어: 노인복지정책, 노인수발보험, 장기요양 보장, 고령사회, 인구 변동

1. 서론

사회복지정책은 사회의 집단적·구조적 복지 욕구에 대한 제도적 반응이다. 사회의 유기체적 속성은 사회복지정책의 끊임없는 변화를 요구한다. 이에 따라 인간 사회는 사회복지정책의 지속적인 진화를 목격해 왔다. 최근

* 본 연구는 서울여자대학교 바롬학술연구비 지원에 의해 이루어짐.

우리 사회는 새로운 구조적 복지 욕구의 출현으로 인한 또 한 번의 사회복지 정책적 체질 개선에 직면해 있다. 과거 우리 사회의 사회복지의 정책적 변화 추이가 점진적, 수동적 양상에 머물 수 있었던 반면 지금 우리 사회에 요구되는 사회복지의 정책적 변화는 개혁적 수위의 것이다. 그 개혁적 사회복지정책 변화의 중심에 인구 고령화가 있다.

인구 고령화는 향후 사회문제의 진앙으로 주목된다(차흥봉, 2004). 인구 고령화의 영향은 사회의 특정 영역에 국한되기보다 사회의 각 영역과 전 체계수준에 걸쳐 광범위하게 경험되고 있다. 인구 고령화의 영향이 갖는 전위적(全位的) 특성에 따라 고령사회의 정책적 대안 역시 다원적으로 모색되고 있다. 고령사회의 정책적 대안은 고령 인력의 활성화, 고령자 고용촉진, 국민연금 개혁, 의료보건 서비스의 통합화, 장기요양제도 구축을 중심으로 전개되고 있다. 이들 대안은 결국 고령자의 실업, 빈곤, 질병이라는 구사회적 위험에 대한 제도적 노력으로 이해할 수 있다. 실업, 질병, 빈곤의 구사회적 위험은 사회복지정책이 전통적으로 개입해 온 문제이다. 따라서 고령 인력의 활성화, 고령자 고용 촉진, 국민 연금 개혁, 의료보건 서비스의 통합화에 관한 논의들은 기존 정책의 연속선상에서 이해할 수 있다.

반면 장기요양제도는 새로운 사회적 위험을 정책의 대상으로 다루고 있다. 장기요양제도는 정신적·신체적 기능 제한과 가족 보살핌 기제의 약화라는 새로운 사회적 위험에 대한 대책을 강구한다. 따라서 구사회적 위험에 대한 정책적 대안들과 비교해 상대적으로 정책적 논의의 역사가 짧다. 역사성의 제한은 장기요양제도에 관한 논의의 필요성과 의의를 강조한다. 고령사회에서 장기요양제도가 갖게 될 중요성에 따라 장기요양제도에 관한 논의의 필요성이 강조된다. 우리 사회에 새롭게 이식되는 정책이라는 점에서 장기요양제도를 중심으로 한 고령사회의 정책적 논의에 대한 연구는 그 의미가 더욱 강조될 수 있을 것이다.

이와 같은 의의에 근거하여 본 연구는 장기요양보장제도의 한국적 해법으로 제시된 노인수발보험을 분석의 대상으로 하여 쟁점을 중심으로 논의해 보고자 한다. 이를 위해, 노인수발보험의 도입 배경과 노인수발보험 정

부안을 살펴보았다. 이어 노인수발보험의 쟁점을 제도 구조에 관한 쟁점, 제도 운영에 관한 쟁점, 제도 환경에 관한 쟁점으로 구분하여 논의하였다. 노인수발보험의 쟁점을 분석하기 위해 노인수발보험 제도가 지향해야 할 정책적 기본 원리를 도출하였으며, 이를 분석의 틀로 하여 노인수발보험의 쟁점을 분석하였다. 끝으로 노인수발보험의 정책적 방향성을 간략히 제시하였다.

2. 노인수발보험의 이해

1) 인구 고령화와 노인수발보험

(1) 노인수발보험의 등장 배경

노인수발보험은 인구 고령화를 배경으로 한다. 우리 사회의 인구 고령화 추이는 <표 1>과 <그림 1>에 제시된 바와 같다. 노인인구의 증가와 출산율의 감소로 노인 인구비율이 2000년 7.2%에서 2030년 24.1%, 그리고 2050년 37.3%로 급속히 증가할 것으로 전망되는 반면 유소년 인구와 청장년 인구의 비율은 지속적으로 감소할 것으로 추정된다.

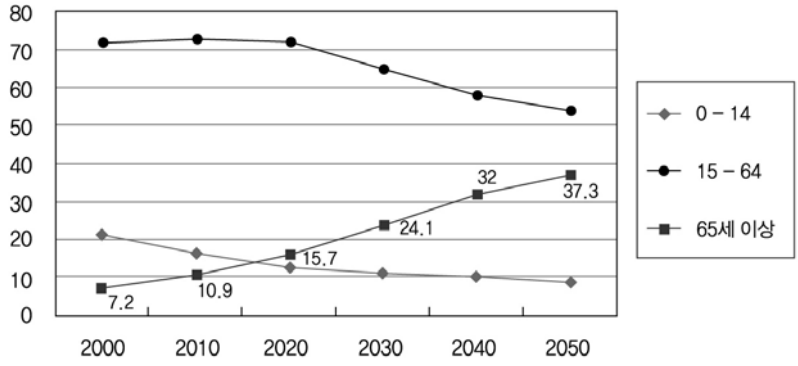
<표 1> 인구 고령화 추이

(단위: 명, %)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
총인구	47,008,111	49,219,537	49,956,093	49,329,456	46,743,259	42,347,690
0~14	21.1	16.3	12.6	11.2	10.1	9.0
15~64	71.7	72.8	71.7	64.7	57.9	53.7
65 이상	7.2	10.9	15.7	24.1	32.0	37.3

출처: 통계청(2001), 장래인구추계.

<그림 1> 연령 집단별 인구 증가 추이



노인인구의 증가는 타인의 수발을 필요로 하는 의존성 노인의 증가를 의미한다. <표 2>에 나타난 바와 같이 85세 이상 초고령 노인의 인구 증가율이 85세 미만 노인의 인구 증가율보다 높게 나타난다. 2000년에서 2050년 사이 65세에서 74세 사이의 노인인구는 약 3배 증가한 반면 85세 이상의 초고령 노인은 동기간 동안 약 18배 증가할 것으로 전망된다. 연령이 높을수록 기능성 장애의 가능성이 높아진다는 점에서 초고령 노인인구의 급속한 증가는 곧 의존성 노인인구의 급속한 증가로 연계될 것으로 예측된다.

증가하는 만성 유병률 또한 의존적 노인인구의 증가에 기여하고 있다.

<표 2> 노인 연령별 인구 변화

(단위: 천 명)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
65~74	2,303	3,306	4,474	6,957	7,269	6,529
75~84	918	1,610	2,393	3,395	5,338	5,655
85 이상	173	386	801	1,251	1,925	3,096

출처: 통계청(2001), 장래인구추계.

1998년 하나 이상의 만성질환을 앓고 있는 노인은 전체 노인인구의 86.7%를 차지했던 반면 2004년에는 90.9%로 증가했다. 의존성 노인의 증가는 남성 노인에게서 두드러져 1998년 77.4%였던 남성 노인의 만성질환 유병율은 2004년 84.4%로 증가하였다.

<표 3> 만성질환 유병률

(단위: %)

	1998	2004
전체	86.7	90.9
남성	77.4	84.4
여성	92.2	95.0

출처: 보건사회연구원(2004), 전국노인생활실태조사.

노인인구의 증가와 의존적 노인인구의 증가로 최근 20년 사이 노인 의료비가 크게 증가하였다. 우리나라 전체 인구의 총 의료비가 1985년 5,832억 7,800만 원에서 2000년 11조 8,734억 3,600만 원으로 약 20배 증가한 반면, 노인 의료비는 동기간 동안 275억 1,500만 원에서 2조 896억 4,000만 원으로 76배 증가하였다. 노인 의료비 증가의 가장 큰 원인은 가족으로부터 적절한 보살핌을 제공받기 어려운 노인들의 사회적 입원인

<표 4> 노인 의료비 증가

(단위: 백만 원)

	1985	1990	1995	2000
전체 의료비	583,278	2,219,773	5,977,453	11,873,436
(증가율)		(3.8배)	(10배)	(20배)
노인의료비	27,515	239,173	728,137	2,089,640
(증가율)		(8.7배)	(26배)	(76배)
노인의료비 구성비(%)	4.7	8.2	12.2	17.6

출처: 최성재 외(2004: 420).

것으로 주목되고 있다(최성재 외, 2004). 노인 의료비 증가를 억제하기 위한 대안으로 적절한 수발 제공을 통한 사회적 입원 통제의 필요성이 부각되었다.

살펴본 바와 같이 초고령 인구를 중심으로 한 노인인구의 증가와 노인 만성 유병률의 증가로 보살핌을 필요로 하는 의존성 노인인구가 크게 증가하였으며 이에 따라 노인수발에 대한 사회적 욕구 또한 크게 확대되었다. 그러나 핵가족화와 여성의 경제활동으로 인한 유휴 노동력의 감소로 가족의 노인수발 기능은 오히려 약화되었다. 1995년 36.6%에서 2000년 44.7%로 증가된 노인 단독가구와 노인 부부가구의 구성비는 가족으로부터 적절한 수발을 받기 어려운 노인인구의 증가를 보여준다.

그러나 여성의 취업률은 2000년 48.6%에서 2003년 48.9% 그리고 2005년 50.1%로 꾸준히 증가하였으며 특히 기혼 여성들의 취업률 증가가 두드러져 노인수발에 대한 가족 기능의 한계가 드러나고 있다.

<표 5> 노인인구의 세대 구성 현황

(단위: %)

	1995	2000
노인단독 가구	13.3	16.2
노인부부 가구	23.3	28.7
2세대 동거	23.0	23.9
3세대 이상 동거	39.7	30.8
기타	0.8	0.4

출처: 통계청, 각 해당년도.

<표 6> 여성 취업률 변화 추이

(단위: %)

	2005	2004	2003	2001	2000
여성 취업률	50.1	49.8	48.9	49.2	48.6

출처: 통계청, 각 해당년도.

(2) 인구 고령화 사회에 노인수발보험이 갖는 의미

살펴본 바와 같이 노인수발보험은 인구 고령화와 가족 돌봄 기능의 약화라는 우리 사회의 구조적 특성에 의해 탄생하였다. 급속한 인구 고령화는 노인인구의 상대적 구성 비율뿐만 아니라 절대 수의 증가를 가져왔다. 노인이 갖는 신체·심리·사회적 특성에 따라 노인인구의 증가는 의존 인구의 증가를 의미한다. 노화가 모든 생물에게 일어나는 자연적인 현상인 만큼 노인 역시 노화에 따른 신체·심리·사회적 기능 쇠퇴를 경험하게 된다. 따라서 노인은 일상생활을 영위하기 위해 손상된 기능을 대리할 지원체계를 필요로 하게 된다. 노인에게 일상생활의 지원은 선택이 아닌 기본적 욕구로서 절대적 중요성을 갖는다. 현대화와 산업화로 인한 핵가족화가 확대되기 이전, 노인에 대한 일상생활의 지원은 가족원에 의해 수행되었으며, 이는 노인에 대한 가족의 예후이자 가족원의 도덕적 의무로 간주되었다.

그러나 원자화된 현대가족은 노인이 필요로 하는 적절한 보호를 제공할 기능을 상실하였으며, 노인수발에 대한 가족의 도덕적 의무감은 산업사회의 교환 논리에 밀려 가족의 부담감으로 인식되고 있다. 따라서 인구 고령화에 따른 노인인구의 증가로 노인 돌봄에 대한 수요는 크게 증가한 반면 가족구조와 가치의 변화로 노인에게 적절한 수발을 제공할 가족의 공급력은 크게 약화되었다. 노인 돌봄에 대한 수요와 공급의 간극이 확대되면서 가족을 대리하여 노인에게 수발을 제공할 지원체계에 대한 필요성이 공유되었으며 이에 따라 노인수발보험이 제도화되었다. 노인수발보험의 제도화는 전통적으로 가족에 의해 수행되어 온 노인수발의 기능을 사회가 일부 보조하거나 지원한다는 것을 의미한다. 즉, 노인수발보험의 제도화는 인구 고령화로 인한 노인수발 욕구의 보편화에 따라 노인 '보살핌'을 사회재로 규정하고 '적절한 보살핌에 대한 권리'를 노인의 사회권적 기본권으로 인정하는 사회적 변화로 이해할 수 있다.

2) 노인수발보험법 정부안

(2) 제도의 구조

노인수발보험은 사회보험방식을 통해 재원을 조달하도록 설계되었다. 노인수발보험을 위한 재원은 노인수발보험료, 국가부담, 본인 일부부담금의 세 출처를 통해 마련된다. 노인수발보험료는 건강보험료액에 노인수발보험료율을 곱하여 산정하며, 노인수발보험료와 건강보험료는 통합하여 징수하나 각각 독립회계로 관리된다. 국가는 예산의 범위 안에서 노인수발사업비용의 일부를 부담토록 규정하고 있다. 또한 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 수발급여비용 중 일부와 관리운영비 전액을 분담하도록 되어 있다. 노인수발보험법은 수발비용의 20%를 이용자가 부담하되, 국민기초생활보장법에 의한 수급자는 본인 일부부담금이 면제되며 의료급여수급자와 저소득자는 본인 일부부담금을 경감 받을 수 있다. 노인수발보험의 가입자는 국민건강보험법의 가입자와 동일한 전 국민이며 수발보험료를 납부의 의무를 갖는다. 그러나 노인수발보험의 수혜를 받을 수 있는 수발인정 신청 대상자는 65세 이상의 노인이나 노인성 질병을 가진 40세 이상 64세 이하의 자로 제한되어 있다.

(2) 제도의 운영

노인수발보험법은 국민건강보험공단을 노인수발사업의 관리운영기관으로 정하고 있다. 국민건강보험공단은 가입자·피부양자·의료급여 수급권자의 자격관리, 보험료의 부과·징수, 신청인에 대한 조사와 수발등급 판정 등의 업무를 관장한다. 국민건강보험공단은 공단 내에 노인수발사업 수행을 위한 별도의 조직을 두어야 하며, 노인수발사업에 대하여는 독립회계를 설치·운영토록 규정하고 있다.

수발인정을 받고자 하는 자는 수발인정 신청서에 의사 소견서를 첨부하여 국민건강보험공단에 제출해야 한다. 국민건강보험공단은 해당 직원이 수발인정 신청인의 심신상태, 필요한 수발급여의 종류와 내용 등을 조사하

게 한다. 조사가 완료된 후, 조사결과서, 수발인정신청인의 신청서, 의사소견서와 기타 자료를 수발등급판정위원회의 심의에 상정해야 한다. 의사, 간호사, 또는 그 밖의 의료인, 사회복지사, 공단 추천자, 지방자치단체장의 추천자로 구성된 수발등급판정위원회는 6개월 이상의 기간 동안 타인의 도움 없이 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 경우, 수급자로 결정하고 심신 상태와 수발이 필요한 정도에 따라 수발등급을 판정한다. 국민건강보험공단은 수급자가 월 한도액 범위 안에서 수발급여를 원활히 이용할 수 있도록 표준수발이용계획서를 작성하여 수발인정서와 함께 수급자에게 보내야 한다. 수발급여는 수발등급, 수발급여의 종류를 고려하여 산정된 월 한도액의 범위 내에서 제공된다.

(3) 급여의 종류

수발급여의 종류에는 재가수발급여, 시설수발급여, 그리고 특별현금급여가 있다. 재가수발급여에는 수급자의 가정을 방문하여 신체활동과 가사활동을 지원하는 가정수발, 목욕설비를 갖춘 장비로 수급자를 방문하여 목욕을 시켜주는 목욕수발, 수급자의 가정을 찾아가 요양상의 간호, 진료의 보

<표 7> 수발급여의 종류

종류	내용	운영기관
재가수발급여	가정수발 목욕수발 간호수발 주·야간보호수발 단기보호수발	수발기관 수발기관 방문간호기관 주·야간보호시설 단기보호시설
시설수발급여	시설입소수발	노인의료복지시설
특별현금급여	가족수발비 특례수발비 요양병원수발비	

출처: 보건복지부(2006: 8).

조 또는 상담을 제공하는 간호수발, 하루의 일정 시간동안 수발기관에서 수급자를 보호하는 주·야간보호수발, 일정기간 동안 수발기관에서 보호하고 기본적인 수발급여를 제공하는 단기수발보호 등이 있다. 시설수발급여는 노인전문병원을 제외한 노인의료복지시설에 수급자를 입소시켜 신체활동 지원과 기능회복훈련 등을 제공하는 급여이다. 특별현금급여는 가족수발비, 특례수발비, 요양병원수발비로 이루어져 있다.

3. 노인수발보험의 쟁점

노인수발보험 제도의 쟁점은 제도의 각 영역마다 다양하게 나타난다. 노인수발보험에 관한 다양한 쟁점을 제도 구조와 관련된 쟁점, 제도 운영과 관련된 쟁점, 그리고 제도의 환경과 관련된 쟁점으로 분류하여 살펴보았다.

1) 제도 구조와 관련된 쟁점

(1) 적용 대상자

노인수발보험의 적용 대상자에 대한 논의는 첫째, 노인집단 외에 유사 욕구를 지닌 타 인구집단의 포함 여부와 둘째, 노인집단 내의 수발인정 범위의 문제로 수렴된다.

① 집단 간 배제의 문제

노인집단 외의 타 인구집단 배제의 문제는 결국 노인수발보험의 장애인 배제의 문제로 귀결된다. 독일의 장기요양보험제도가 장애인을 포함하고 있는 것과 달리 노인수발보험 정부안은 노인과 노인성 질환을 가진 40세 이상만을 제도 적용의 대상으로 한정하고 있다. 이와 같은 적용 대상의 배타성 문제는 장애인 단체를 중심으로 제도 수립의 초기부터 쟁점화되어 왔다. 2000년 현재 우리나라의 장애인 인구는 145만 명으로 3.1%의 장애인

출현률을 보인다(보건사회연구원, 2001). 이들 장애인은 수발서비스에 대한 높은 욕구를 보인다. 재가 장애인의 경우, 수발서비스 제공을 받을 수 있는 장애인 시설 확충을 최우선 욕구로 인식하는 장애인이 9.6%, 가사지원 서비스를 최우선 욕구로 인식하는 장애인이 3.2%로, 수발 관련 욕구를 최우선 욕구로 인식하는 장애인이 약 12.8%에 달해 재가 장애인의 높은 수발욕구를 짐작케 한다(윤상용, 2002). 수발서비스 제공에 대한 장애인 단체의 요구는 우리 사회가 인구 고령화로 인한 노인수발의 문제를 경험하기 이전부터 제기되어 왔던 문제이며, 노인수발보험에서 제외된 장애인을 위한 수발서비스가 구체적으로 제시되지 못하고 있다는 점에서 계속될 것으로 예측된다.

② 집단 내 배제의 문제

노인수발서비스를 제공 받을 수 있는 수발인정등급의 제한성은 노인집단 내 배제의 문제를 낳고 있다. 노인수발보험에 대한 정부 계획에 의하면, 제도 실행의 첫 해인 2008년 수발서비스를 제공받을 수 있는 수발인정 등급은 1등급과 2등급으로 제한된다. 수발서비스 제공 대상을 중증 노인인 1등급과 2등급으로 제한할 경우, 2008년 65세 이상 노인인구의 1.7%에 해당하는 8만 5,000명의 노인만이 수발보험의 혜택을 받을 것으로 추정된다. 2010년 수발인정등급을 3등급까지 확대할 경우, 수발서비스 대상자는 전체 노인인구의 3.3%에 해당하는 16만 7,000명에 달할 것으로 추정된다(이규식, 2005). 전국노인생활실태조사(보건사회연구원, 2004)의 결과에 의하면, 일상생활수행 능력에 제한이 있는 기능성 장애노인은 전체 노인인구의 8.2%에 해당한다. 또한 노인수발보험 1차 시범 사업 거주지 노인의 8.1%가 수발서비스 욕구를 지니고 있는 것으로 나타나(보건사회연구원, 2005), 수발보험의 대상자 추정치와 수발지원 서비스를 필요로 하는 노인인구 간에 큰 차이를 보인다.

<표 8> 노인수발보험 대상 인구 추계

(단위: 천 명)

	건강보험	의료급여	합계
2008	76	9	85
2009	79	9	88
2010	149	17	167
2011	155	18	172
2012	161	18	179

(2) 재정부담방식

① 국고 부담률

노인수발보험 재정과 관련해 국고지원률과 본인 부담률에 대한 논의가 확대되고 있다. 건강보험급여가 단기적 성격을 갖는 반면 수발서비스는 지속적이고 만성적인 특성이 강해 수발보험 재정 부담의 지속적 증가가 예측된다(김진수, 2005). 제도 도입의 초기에 수발보험료는 직장 가입자의 경우 4,460원의 50%, 지역 가입자의 경우 2,106원으로, 보험료 부담은 높지 않을 것으로 예상되나 수급자 증가와 함께 보험료의 상향조정은 불가피할 것으로 보인다(보건복지부, 2006a). 수발보험 재정에 대한 국가의 기여는 수발보험법에 명시되어 있으나 예산의 범위 안에서 비용의 일부를 부담토록 모호하게 규정하고 있다. 이는 수발보험제도에 대한 국가의 의지에 따라 국가의 재정적 기여가 임의적일 수 있음을 의미한다. 따라서 수발보험료 재정 기여에 대한 국가의 태도가 미온적일 경우, 수발보험료 증가에 따른 재정적 부담이 보험료 납부자와 지방자치단체에 편중될 가능성이 높다.

② 본인 부담률

노인수발보험은 서비스 이용자의 본인 부담률을 일반노인의 경우 서비스 이용액의 20%, 차상위 계층 노인의 경우 서비스 이용액의 10%로 정하고 있다. 20%의 본인 부담률은 노인수발보험의 제도 내 사각지대를 확대

할 가능성이 높다(이규식, 2005). 수발욕구의 특성상 수발서비스를 받기 시작한 노인은 사망 전까지 지속적이고 장기적으로 수발서비스를 이용하게 된다. 이는 수발서비스 이용에 따른 본인 부담률이 장기적 지출로 이어져 가계에 부담이 될 수 있음을 시사한다. 따라서 경제적 자원이 제한적인 저소득 노인을 중심으로 본인 부담률로 인한 재정 부담으로 노인수발 서비스의 이용 기피 현상이 발생할 수 있다. 본인 부담률이 제도 남용의 도덕적 해이를 견제하려는 제도적 장치이나 월 이용 한도액 제도를 병행하고 있는 만큼 제도 남용 방지의 긍정적 효과보다 서비스 이용 기피에 따른 사각 지대 확대의 부정적 기제로 작용할 가능성이 높다고 비판된다. 반면 건강보험의 본인 부담률보다 노인수발보험의 본인 부담률이 유의미하게 낮게 책정될 경우, 의료적 서비스 욕구를 수발서비스로 대치할 가능성이 높기 때문에 노인수발보험의 본인 부담률을 건강보험의 본인 부담률과 동일하게 유지해야 한다는 주장도 있다.

2) 제도 운영 관련 쟁점

(1) 관리 운영의 주체

관리 운영 주체에 관한 쟁점은 노인수발보험 관리 운영의 주체로 건강보험관리공단이 적합한가 또는 지방자치단체가 적합한가의 문제이다. 건강보험관리공단은 건강보험료 부과, 징수, 지급 업무를 수행해 온 만큼 보험관리 운영에 관한 행정 수행 능력이 견고하다. 노인수발보험료를 건강보험료에 일괄 부과·징수하도록 설계되었다는 점에서 건강보험공단의 보험료 부과·징수에 관한 행정력은 주요한 장점이다. 그러나 준중앙 행정기관으로서 중앙집권적 성격이 강한 건강보험공단이 노인수발보험의 지역적 욕구를 얼마나 민감하고 효과적으로 해결할 수 있을지에 대해 회의적인 시각이 지배적이다(정재욱, 2006).

노인수발보험은 지역 밀착형 서비스를 필요로 한다는 이유에서 노인요양제도를 시행하고 있는 다수의 국가들은 지방자치단체를 관리 운영의 주

체로 하고 있다. 덴마크, 핀란드, 스웨덴, 노르웨이, 영국, 이탈리아, 스페인 등 대부분의 유럽 국가와 일본은 노인요양제도를 지방자치단체에 의해 운영하고 있다. 그러나 노인요양제도의 관리 운영자를 지방자치단체로 두고 있는 유럽 국가들은 노인요양보장제도가 보험방식이 아닌 조세방식에 의해 운영되고 있어 사회보험 운영에 요구되는 행정력을 필요로 하지 않는다. 사회보험 방식을 취하는 일본의 경우, 지방자치단체가 건강보험의 관리 운영자로 보험운영 경험과 행정력을 갖추고 있다는 점에서 한국적 상황과 차이를 보인다(김찬우, 2004).

(2) 방문조사, 등급 판정, 요양 계획 작성 업무

등급판정을 위한 방문조사와 욕구조사, 방문조사 결과에 근거한 최종 요양등급 판정, 그리고 욕구조사에 기반을 둔 표준수발이용계획서 작성이 모두 건강보험관리공단에 의해 수행되고 있다. 노인수발보험 2차 시범사업의 체계 내에서, 구체적 서비스 이용계획은 건강보험공단이 작성한 표준수발이용계획서에 근거하여 서비스 공급자가 수립한다(국민건강보험공단, 2006).

보험재정기관과 요양등급판정기관을 국민건강보험공단으로 일원화한 것은 재정의 책무성과 안정성을 기할 수 있다는 점에서 긍정적이다. 그러나 보험재정기관이 재정의 안정성을 고려하여 요양서비스 인정 대상자의 규모를 제한하기 위해 요양등급판정을 대상자에게 불리하게 내릴 수 있다는 현실적 문제가 존재한다.

3) 제도 환경 관련 쟁점

(1) 시설 인프라

노인수발보험과 관련된 시설 인프라 문제는 공적 인프라 부족, 시설 유형 간 불균형, 지역 간 불균형으로 정리될 수 있다. 노인수발보험의 적용대상을 중증 노인으로 한정한 경우 2008년 입소시설은 1만 5,000명, 재가시설은 4,000명의 공급량 부족이 예측된다(보건복지부, 2006a). 재가 시설의

경우 우리나라의 전국 평균 재가보호율[1]은 0.76%로 OECD 평균 3.2%와 비교해 상대적으로 매우 낮게 나타난다(김찬우, 미간행). 가정봉사원 파견 시설이 없는 지방자치단체가 72개, 주간보호시설이 없는 지방자치단체가 101개, 단기보호시설이 없는 지방자치단체가 174개, 이상의 재가보호시설을 단 하나도 보유하지 못한 지방자치단체가 50개로, 시설 공급 부족의 문제는 재가시설을 중심으로 더욱 심각하게 나타난다(보건복지부, 2006b). 정부는 노인수발시설의 70%, 재가시설의 30%만을 공적 인프라를 통해 공급할 계획이다. 서비스 공급의 부족은 민간의 참여를 통해 해결하겠다는 것이 정부의 기본 입장이다.

정부의 인프라 확충 계획은 시설 유형 간 불균형을 심화할 것으로 우려된다. 재가서비스 시설을 중심으로 살펴보면, 기존 시설은 가정봉사원 파견 시설이 80%, 주간보호시설이 15.7%, 그리고 단기보호시설이 3.8%를 차지해 주간보호시설과 단기보호시설의 확충이 요구된다. 그러나 정부는 신규 시설의 76.3%를 가정봉사원 파견 시설, 17%를 주간보호시설, 6.7%를 단기보호시설로 확충할 것으로 계획하고 있어 주간보호시설과 단기보호시설의 공급량 부족이 개선되기 어려울 것으로 보인다. 가정 파견 봉사원 시설이 재가시설의 45%, 주간보호시설이 36%, 단기보호시설이 10%를 차지하는 일본의 재가시설 분포와 비교할 경우, 재가시설이 가정봉사원 파견 시설에 집중해 있는 우리나라 재가시설의 시설 유형 간 불균형은 더욱 명확해진다(김찬우, 미간행).

노인수발시설의 지역 간 불균형은 지역 간 재가시설 분포를 통해 명확히 나타난다. 지역 간 재가보호율을 비교해 보면 재가보호율이 최고인 지역은 2.0%로 재가보호율이 최저인 지역의 0.4%와 5배의 차이를 보인다. 노인수발보험 정부안은 수발시설 확충을 지방정부의 의무로 규정하고 있어 지방자치단체의 재정 상태에 따라 수발인프라 구축의 지역 차가 심화될 것으로 예측된다. 특히 시설 신축과 시설 운영비 지원에 대한 재정적 부담으로 재

1) 재가 서비스 이용 노인의 수 / 전체 노인의 수.

정자립도가 낮은 지방자치단체를 중심으로 수발시설의 확충을 기피하는 문제가 나타날 것으로 보인다.

4. 사회복지정책 원칙에 비추어 본 쟁점 평가

1) 노인수발보험 쟁점 분석의 틀

노인수발보험의 정책적 대안 모색을 위해 노인수발보험이 지향해야 할 정책적 방향성 또는 정책적 기본 원칙의 수립이 우선되어야 한다. 노인수발보험의 정책적 기본원칙은 노인수발보험법 정부안에 제시된 노인수발보험의 기본 이념과 사회복지정책 또는 서비스의 기본 원칙을 근거로 정립하였다.

우선 노인수발보험법 정부안은 노인수발급여의 기본 원칙으로 급여의 적절성, 재가 우선성, 의료서비스와의 통합성을 강조한다. 그러나 수발보험법에서 제시한 원칙은 급여의 원칙만을 제시하고 있다는 점에서 제한적이다. 석재은(2004)은 보편주의, 재가보호, 병원이용 최소화, 비용의 합리성, 시설구분 철폐의 원칙을 제시하였으나 이 역시 요양시설의 기능 재정립을 위한 원칙이라는 한계를 갖는다. 최성재와 남기민(1995)은 일반적인 사회복지정책의 기본원리로 전문성, 적절성, 포괄성, 지속성, 통합성, 평등성, 책임성, 접근 용이성을 제시했다(재인용 윤현숙, 2003). 성규탁(1992)은 사회복지서비스프로그램의 원칙으로 서비스 접근가능성, 지속성, 적합성, 포괄성, 통합성, 공평성, 비용 적절성을 제시했다(재인용 윤현숙, 2003).

여러 학자들이 공통적으로 제시하는 사회복지정책에 대한 기본 원칙과 연구자의 견해에 근거하여 본 연구는 노인수발보험의 기본 원칙으로 대상자의 보편성, 보호의 지속성, 형평성, 책임성, 접근 용이성, 세대 통합성을 제시하고자 한다. 대상자의 보편성은 특정 계층만을 제도의 대상으로 제한하지 않고 국민 모두를 적용대상으로 해야 한다는 원칙이다(윤현숙, 2003). 즉, 제도의 적용이 제도와 관련된 욕구를 지니고 있는 모든 국민을 대상으

로 해야 함을 의미한다. 보호의 지속성은 노인에게 서비스가 중단 없이 계속적으로 제공되어야 함을 의미한다. 수발기관의 변경, 새로운 욕구의 출현, 또는 기타의 이유에도 불구하고 서비스는 공백 없이 지속적으로 이루어져야 한다는 원칙이다. 형평성은 기여와 급여 간에 일정한 정의 상관관계가 존재해야 함을 의미한다. 기여도가 상대적으로 높은 사람일수록 많은 급여를 제공받을 가능성도 증가해야 한다. 책임성은 노인수발보험이 사회로부터 위임받는 역할을 책임지고 수행해야 함을 의미한다. 노인수발보험은 노인에 대한 책임성에 따라 노인들의 수발관련 욕구에 적절하고 민감하게 반응할 수 있어야 한다. 접근 용이성은 노인이 수발관련 서비스를 제공 받는 과정이 어느 정도 편안하게 이루어졌는가와 관계된다. 노인은 필요로 하는 수발서비스에 물리적 또는 심리적 장애 없이 접근할 수 있어야 한다. 세대통합성이란 제도가 세대 간의 긴장을 완화하고 세대 간의 협력을 유도할 수 있어야 함을 뜻한다. 이상의 기본 원칙을 분석의 틀로 하여 앞서 논의된 노인수발보험의 쟁점을 분석하였다.

2) 쟁점 분석

(1) 제도 구조 관련 쟁점

① 적용 대상자

노인수발보험은 제도 적용의 대상자를 중증 노인으로 한정함으로써 대상자의 보편성, 형평성, 세대 통합성의 기본 원칙을 위배한다. 노인수발보험은 우리 사회의 급진적 현대화가 낳은 '가족 돌봄의 위기' 또는 '돌봄 주체로써의 가족 부재'라는 신사회적 위험에 대한 제도적 대응으로 이해할 수 있다. 따라서 앞서 설명한 바와 같이 노인수발보험은 '보살핌'을 사회재로 규정하고 '적절한 보살핌에 대한 권리'를 사회권적 기본권으로 전제한다. 따라서 노인수발보험의 급여는 사회권적 기본권으로써 적절한 보살핌에 대한 욕구가 있는 모든 국민에게 욕구의 원인과 관계없이 보편적으로 보장되어야 한

다. 그러나 노인수발보험은 보살핌에 대한 욕구가 노령으로 인해 발생한 경우만을 제한적으로 인정하고 있다. 즉, 노인수발보험은 노화, 장애, 질병 등 욕구의 원인에 따라 사회권적 기본권의 수급 대상자를 선별하고 제한함으로써 대상자 보편성의 원리를 위배한다. 노인수발보험의 대상자 선별성은 덴마크, 노르웨이, 스웨덴이 조세를 통해, 독일이 사회보험을 통해 전 국민에게 보살핌에 대한 권리를 보장하는 것과 큰 차이를 보인다.

대상자 제한의 문제는 형평성의 원칙과도 상충된다. 노인수발보험의 보험료는 건강보험의 모든 가입자가 납부하는 반면 제도의 혜택은 중증 노인에게 제한된다. 기여자와 수혜자가 불일치함으로써, 질병으로 인한 기능 장애를 경험하는 비노인과 장애인은 보험료를 납부하고도 서비스 대상에서 제외되는 비형평적 결과를 낳는다. 이는 노인과 장애인을 포함한 모든 국민이 보험에 기여하고 또 보험의 혜택을 받는 독일이나 노인개호보험[2]의 수혜자인 노인 자신이 개호보험료를 납부하는 일본 모두 보험기여자와 급여자가 일치하여 형평성 논란의 여지가 없다는 점과 대조를 보인다.

노인수발보험의 기여자와 수혜자 불일치의 문제는 세대 통합의 문제와도 연계된다. 노인수발보험의 기여자는 건강보험의 기여자와 동일하기 때문에 노인수발보험의 주기여자는 비노인 세대이다. 반면 제도의 수혜자는 주로 노인 세대이다. 따라서 노인수발보험의 기여자와 수혜자의 불일치는 비노인 세대의 노인 세대에 대한 부양 부담으로 인식되어 세대 갈등의 결과를 초래할 수 있다.

② 재정 부담 방식

노인수발보험 재정에 대한 국고지원율의 임의성과 높은 본인 부담률은 책임성의 원칙, 지속성의 원칙을 위배한다. 노인수발보험료를 통한 재원 마련의 한계와 인구 고령화의 확대로 노인수발보험의 재정 안정성은 제도 도입의 주요 문제로 논의되어 왔다. 이와 같이 재정 안정성이 담보되지 못한

2) 우리나라의 노인수발보험에 해당하는 일본 노인요양보험의 공식 명칭이다.

상태에서 보험 재정에 대한 국고지원률을 명시하지 않은 것은 노인수발보험제도가 국가 책임성의 원칙에 충실하지 못하다는 것으로 분석된다. 높은 본인 부담률은 수발서비스의 보호 지속성의 원칙과 상충한다. 의존성 증가로 수발서비스에 대한 욕구를 갖게 된 노인은 수발보험을 통해 적절한 서비스를 제공받음으로써 보호의 지속성을 유지할 수 있다. 그러나 높은 본인 부담률은 수발서비스 이용의 재정적 장애물로 작용하여 노인이 적절한 서비스를 받지 못하고 보호가 중단되는 상황을 초래할 수 있다. 일본의 경우 본인 부담률을 10%로 낮게 책정하여 경제적 부담으로 인한 서비스 이용의 기피를 최소화하고 있다는 점은 참고할 만하다.

(2) 제도 운영 관련 쟁점

노인수발보험의 관리 운영의 주체가 건강보험관리공단인 경우, 기관운영의 효과성과 효율성 확보 그리고 재정 관리의 차원에서 노인수발보험의 책임성 원칙이 준수될 수 있을 것으로 분석된다. 반면 노인의 욕구에 적절히 대응할 수 있어야 하는 대상자에 대한 책임성 원칙의 준수에는 한계가 있을 것으로 생각된다. 지방자치단체가 노인수발보험의 관리운영의 주체일 경우, 기관운영의 효과성과 효율성 확보 면에서의 책임성 원칙은 지켜지기 어려운 반면 대상자에 대한 책임성 원칙은 준수될 수 있을 것으로 분석된다.

방문·욕구조사, 등급판정, 요양계획 작성업무를 건강보험관리공단이 수행하면 대상자에 대한 책임성의 원칙, 접근 용이성의 원칙과 상충할 것으로 분석된다. 건강보험관리공단은 계속적으로 변화하는 노인의 서비스 욕구와 등급상태를 신속하게 파악하기 어려워 노인들에게 서비스의 접근 용이성을 보장하는 데 한계가 있을 것으로 생각된다. 특히 지역사회 자원과 특성의 이해에 기초한 요양계획 작성이 불가능해 노인의 욕구에 대한 책임감 있는 서비스 제공을 기대하기 어려울 것으로 분석된다. 반면 지방자치단체가 방문·욕구조사, 등급판정, 요양계획 작성업무를 담당할 경우 방문조사와 등급판정의 신속한 처리로 서비스의 접근 용이성이 증가하고, 지역사회 자원을 적절히 활용한 요양계획 작성으로 대상자에 대한 책임성 또한 증가할 것으

로 분석된다. 우리나라는 방문·욕구조사 등급판정을 모두 건강보험관리공단에 일임함으로써, 일본을 비롯한 대부분의 유럽 국가가 요양보장제도의 운영을 지방자치단체에 위임하여 서비스의 지역 밀착성을 증진함으로써 노인에 대한 책임성과 접근 용이성을 확보한 사례와 차이를 보인다.

(3) 제도 환경 관련 쟁점

노인수발시설의 공적 인프라 부족은 책임성의 원칙과 상충한다. 민간 공급자의 양적 팽창은 이윤추구로 인한 서비스의 질적 저하를 초래하여 책임성 있는 서비스 제공의 원칙을 위배할 수 있다. 수발시설의 유형별 불균형은 보호의 지속성 원칙을 저해한다. 재가시설이 가정봉사원 파견 시설에 편중됨으로써 주간보호와 단기보호를 필요로 하는 노인이 적절한 서비스를 제공 받지 못하는 서비스 단절을 경험할 수 있다. 노인수발시설 인프라의 지역 간 불균형은 형평성의 원칙과 상충한다. 지방자치단체의 재정 부담으로 노인수발시설 인프라가 부족한 지역의 노인은 시설 인프라가 풍부한 지역의 노인에 비해 상대적으로 서비스의 선택과 이용에 제한을 받게 된다. 지역의 인프라 구축 정도에 따라 노인이 이용할 수 있는 수발서비스의 양과 질에 유의한 차이를 초래하여 형성평의 원칙을 저해할 수 있다. 수발시설의 유형별 불균형과 지역별 불균형은 노인이 근접한 곳에서 적절한 서비스를 이용하는 것을 보장하지 못함으로써 서비스 접근 용이성의 원칙도 저해한다.

5. 노인수발보험의 정책적 대안

인구 고령화에 대한 성공적 대처는 우리 사회 발전의 필요조건이다. 고령사회에 대비한 사회복지정책은 과거의 선별적, 소극적, 단기적, 고립적 접근을 지양하고 보편적, 적극적, 장기적, 그리고 주변 정책 및 세대 간의 연대적 접근을 추구해야 한다. 인구 고령화는 복합적 욕구를 지닌 노인인구

의 증가를 의미한다. 사회복지정책의 대상인 국민의 다수가 다원적이고 복합적인 욕구를 지닌 노인인구로 대체된 만큼 특정 욕구를 지닌 대상만을 제한적으로 고려해 온 과거의 선별주의적 접근은 인구 고령화사회의 문제해결에 많은 한계를 가질 것으로 예견된다. 특히 우리나라는 국가 경쟁력이 상대적으로 제한된 상태에서 충분한 준비기를 갖지 못한 채 고령사회에 진입하고 있다. 따라서 과거의 문제해결 중심의 소극적, 단기적 접근에서 벗어나 사회 전반의 역량증진에 초점을 둔 적극적이고 장기적인 접근이 요구된다. 개별적이고 파편화된 정책의 양적 생산에 주력해 온 과거의 고립적 접근을 지양하고 보다 광위적이고 장기적인 총합적 비전 속에 단위 정책들을 위치시키는 통합적·연대적 접근이 추구되어야 한다.

끝으로 노인수발보험의 쟁점 분석을 토대로, 노인수발보험의 정책적 방향성을 좀 더 구체적으로 제안한다. 우선 노인수발보험의 적용 대상자를 확대하여 보편적 제도로 전환해야 한다. 노인수발보험의 적용 대상자를 질병, 장애, 노화 등으로 인해 기능적 장애를 경험하는 모든 국민으로 확대하여 수발의 욕구에 보편적으로 대처해야 한다. 보편적 욕구를 선별적으로 접근하는 오류를 범하거나, 제도에서 배제된 대상자를 위한 유사 후속제도가 난립하여 서비스의 단편성과 중복성의 문제가 반복되지 않도록 제도 적용의 대상자를 확대해야 한다. 대상자 확대로 인한 재정 안정성 등의 문제는 대상자의 단계적 확대 방안 등을 통해 해결할 수 있을 것이다.

노인수발보험의 재정과 서비스 제공의 국가 책임을 강조해야 한다. 지방분권화의 추세를 빌어 노인수발의 책임을 지방자치단체에 과도하게 지우는 것을 지양하고 노인수발에 대한 국가의 책임을 적극적으로 이행하기 위해 국고 지원을 명기해야 한다. 또한 노인의 수발서비스 이용을 보장하기 위해 본인 부담률을 하향 조정해야 한다.

노인수발보험 관리·운영 주체의 전문성과 지역 밀착성을 증진해야 한다. 하나의 대안으로 건강보험공단과 지방자치단체의 기능 분리를 전제한 공동운영 체제를 고려해 볼 수 있다. 건강보험관리공단의 기능은 보험료의 부과·징수·지불로 제한하고 지역성이 강조되는 관리·운영 업무는 지방자치단

체가 담당하는 전문적이고 지역 밀착적인 관리·운영 방안을 고려해 볼 수 있다.

끝으로 노인수발을 위한 제도적 환경 조성에 국가가 적극적으로 개입해야 한다. 노인수발서비스 공급에 대한 공공과 민간의 역할이 적절히 조화될 수 있도록 국가는 공적 인프라 확충의 책임을 다하고, 효과적인 유인책을 통해 민간의 참여를 적극적으로 이끌어내야 한다.

(2006.11.03. 접수; 2006.12.01. 채택)

참고문헌

국민건강보험공단. 2006.『노인수발보험 2차 시범 사업 매뉴얼』.
김진수. 2005.「노인수발보장 제도 관련 토론문」. 정형근 의원실 정책토론회 자료집. 12월.
김찬우. 2004.「노인 요양보장제도 도입에 따른 서울시 요양 시설의 기능 재편 방안」. 고령화 사회에 대응하는 서울시 노인 복지 정책의 방향. 11월.
_____. 미간행.「노인복지 서비스와 통합적 사회서비스 투자 국가」.
보건복지부. 2001.『장래인구추계』. 과천
_____. 2006a.『노인수발보험법 제정안 설명 자료』. 과천.
_____. 2006b.『노인 복지 시설 현황』. 과천.
보건사회연구원. 2001.『2000년도 장애인 실태 조사』. 보건사회연구원.
_____. 2004.『전국 노인 생활 실태 조사』. 보건사회연구원.
_____. 2005.『노인수발보험 1차 시험 사업 평가 보고서』. 보건사회연구원.
석재은. 2005.「노인 요양 보장 제도 도입에 따른 서울시 요양 시설의 기능 재편 방안 토론문」. 고령화 사회에 대응하는 서울시 노인 복지 정책의 방향. 11월.
이규식. 2005.「노인수발보장 제도의 문제점가 정책 방향」. 정형근 의원실 정책토론회 자료집. 12월.
윤상용. 2002.「재가 장애인의 우선적 욕구에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」. ≪보건사회연구≫, 23권 1호.
윤현숙. 2003.「노인 요양 보장의 보건·복지 통합서비스 구축」. 한국노년학회 추계학술대회 자료집. 11월.

정재욱. 2006.「한일 간의 고령자 장기 요양 보험 제도의 구조적 특징에 관한 비교평가」. 한국 행정학회 학술대회 발표논문집. 4월.
차홍봉. 2004.「노인 요양 보험 가능한가?」. 제4회 고령사회 포럼 자료집. 11월.
최성재·장인협. 2004.『노인복지론』. 서울대학교출판부.
통계청. 각 해당 년도. 인구추계.

특집 2

한국 민주주의의 위기, 원인 진단과 돌파구 모색

민주화 과정에서 민간권력의 형성과 역할 • 정대화

1단계 민주화의 종결 • 박상훈

민주정부 이후 경제과정에 대한 반성과
새로운 경제정책전략의 모색 • 고 원

민주화 이후 한국 이익정치의 방향: 시민참여책임정치 • 정상호