

노인요양제도의 쟁점과 발전 방향

Controversial Issues and Reforms in the Long-term Care Insurance Scheme

이 왕 준

인천사랑병원장

인천 남구 주안4동 144-2

Wang Jun Lee, M.D.

Incheon Sarang Hospital

E-mail : lovehospital@korea.com

Abstract

Recently, The Ministry of Health & Welfare(MOHW) introduced a new bill called the Law of Personal Care for the Elderly People(LPCEP). The bill has several important problems.

First, the bill of LPCEP contains no comprehensive care but only personal care. Basically, the elderly would be in need of comprehensive care because they are weakened or in ill-health and must always be provided with medical treatment and personal care. However, MOHW has reduced the basic concept of services for the elderly from comprehensive care to personal care. Second, the design of the long-term care insurance scheme is distorted. Principles of insurance are not adopted making eligibility equal to the burden of insurance contribution. In addition, the burden of the nation is insufficient compared with that of Japan. Third, medical long-term care facilities(LTCF) are no longer provided for the elderly. It is inadequate for the elderly to be provided only non-medical LTCF. Fourth, in the beginning, the National Health Insurance Corporation would manage the LTC system, but in the long run, local government should manage it. Fifth, the assessment of eligibility scale is not estimated by professional medical man power. Half of the estimation committee is composed of public officers who have no professional knowledge or skills in simulative demonstration of long-term care insurance. Sixth, care management of core man power for LTC is not designed to adequately supply for the elderly. A personal caregiver only would be supplied.

Therefore, the bill has to be put on hold. In case of a revision, the bill, which is designed inappropriately, should be reformed fully.

Keywords : Bill; Long-term care; Comprehensive care; Personal care; Medical treatment

핵심용어 : 법안; 장기요양; 포괄적 돌봄; 대인돌봄; 의학적 치료

글을 시작하며

보건복지부는 DJ정부 때(2001년)부터 추진해오던 ‘노인요양제도’를 담고 있는 「노인수발보장법(안)」을 올해 정기국회에 제출하기 위해 지난 10월 19일부터 20일 동안 입법예고를 하였다.

약 3년 동안의 연구를 통해 제안된 「노인수발보장법(안)」에 대한 의료계 등 각계의 반응은 대체로 비판적이다. 지금까지 발표한 기본계획안에서 대폭 후퇴하여 적극적인 예방 및 치료개념을 배제함으로써 오히려 ‘수발’이라는 미명 아래 노인들의 질병이 방치되어 ‘현대판 고령자 제도’가 될 가능성이 크다는 지적조차 제기되고 있다(1). 급여대상 범위와 관련, 2005년 2월에 제출된 노인요양기본계획안인 2차 보고서에서 제시된 법안 시안(試案)에서는 ADL(Activity of Daily Living) 지원 관련 내용 없

표 1. 국가간 공적장기요양보험 제도의 적용 범위

국 가	내 용
오스트리아	<ul style="list-style-type: none"> - 연방 장기요양제도(Federal LTC Allowance System: 1994. 1. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 사회보험연금 수급권자(총 인구의 90%) - 지방장기요양제도(Provincial LTC Allowance System: 1994. 1. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 사회보장연금 비수급권자(총 인구의 10%)
독 일	<ul style="list-style-type: none"> - 공적 장기요양보험(Social LTC Insurance: 1994. 4. 1; 재가/1996. 7. 1: 시설) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 전 국민
네덜란드	<ul style="list-style-type: none"> - 특별한료비보장제도(Exceptional Medical Expenses System: 1968. 1. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 40세 이상 전 국민
일 본	<ul style="list-style-type: none"> - 장기요양보험(Care Insurance: 2000. 4. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 40세 이상 전 국민
이스라엘	<ul style="list-style-type: none"> - 지역장기요양보험(Community LTC Insurance: 1988. 4. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 65세 이상 노인(단, 여자는 60세 이상) - 수발수당제(Attendance Allowance System: 1988. 4. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 18~64세 미만 전 국민 - 장애아동지원제도(Disabled Child Support System: 1998. 4. 1) <ul style="list-style-type: none"> • 적용범위 : 0~17세 미만 아동

자료: 보건사회연구원, 노인요양보험 도입방안 연구, 2001

이 경증노인을 대상으로 포함하고 있었으나 입법예고된 법안에서는 ADL 지원이 6개월 이상 필요한 ‘중증노인’으로 한정하고 있다. 이에 따라 2007년의 요양필요대상자 718,582명 중 33.2%(238,663명)의 경증노인(추정치)이 배제되는 결과를 보이고 있다(2). 또한 급여 내용과 관련, 기본적으로 노인의료서비스가 완전 배제된 것이 문제로 지적된다. 즉 법안시안에는 요양병원(요양병상)과 방문재활 등이 포함되어 있었으나 입법예고 법안에는 삭제되었다(3, 4).

이 외에도 아직까지 어떻게 노인요양보장제도를 설계하는 것이 한국적 상황에 가장 잘 맞으면서도 세계 최고의 고령화 속도에 대비할 것인지에 대해서 논란이 많다. 하지만 이미 시범사업의 결과도 나오기 전에 먼저 주사위가 던져진 만큼, 이번에 입법예고된 노인수발보장법안의 내용을 살펴보고 주요 쟁점사항에 대한 정책적 대안을 제시해 보고자 한다.

「노인수발보장법(안)」 입법과정과 평가

1. LTC의 기본 원리

1) 별도 노인요양제도 필요성

노인요양제도를 기존 건강보험제도와 별도로 운영해야 하는 이유가 있다. 노인인구가 증가(고령화사회 진입)하면 노인질병 문제가 국가 과제로 등장하게 된다. 노인들의 만성 질환을 별도 체계로 관리하지 않고 급성 질병체계로 관리하게 되면 투입 요소의 비효율적인 운영이 초래돼 노인의료비가 증가한다. 또한 ‘돌봄의 연속성(continuum of care)’ 측면에서 적절한 서비스가 노인들에게 제공되지 않아 만족도가 떨어진다. 특히 적절한 시설과 서비스가 제도적으로 마련되지 않으면 ‘사회적 입원’ 현상도 나타나기 때문이다. 따라서 각 나라들은 노인들의 질병을 적절하게 관리하기 위해 서비스 내용, 서비스 공급

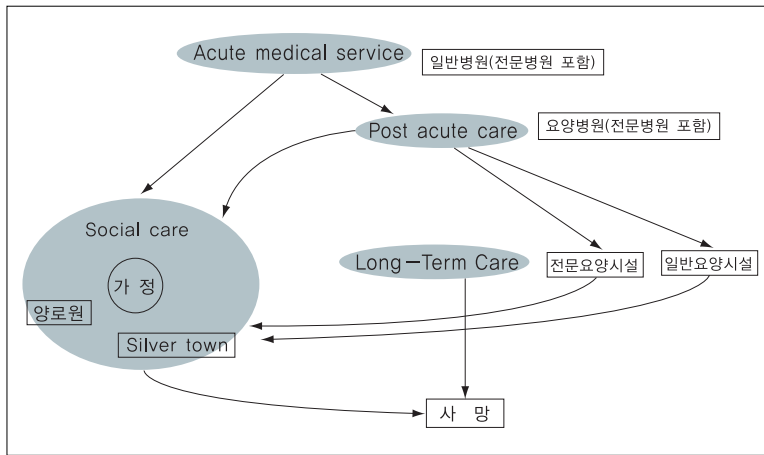


그림 1. 만성 질병 이환기간에 따른 노인요양 서비스 공급체계도

시설의 형태, 서비스 보상체계 등을 기존 건강보험제도와 다르게 노인요양제도를 설계하고 있다(표 1).

노인들은 만성 질병 이환기간에 따라 필요한 서비스가 다르기 때문에 그에 따른 서비스를 제공하는 시설 또한 달라야 한다. 노인들의 질병은 만성적이어서 장기적으로 관리하는 과정에서 급성기로 발전하는 경우와 기능장애에 따라 ADL을 지원해야 하는 문제를 기본적으로 안고 있다. 노인들의 만성 질병 이환기간¹⁾에 따른 서비스 공급체계는 그림 1과 같이 분류할 수 있다. 일반적으로 6개월 미만의 급성기 진료서비스는 급성 의료기관인 일반병원에서 건보급여체제로, 6개월~1년의 급성기 후기진료서비스 전문의료기관인 요양병원에서(의료 부분은 기존 건보체제로, 요양 부분은 요양보험체제를 적용하는 이원화 체계 유지), 1년 이상 고도의 돌봄이 필요한 경우는 (전문 및 일반)요양시설에서 요양보험체제로, 1년 이상 경증의 일반 ADL 지원이 필요한 경우는 단기보호/주간보호/방문간호에서 요양보험체제로 운영한다.

1) 독일·일본·한국: 6개월 / 미국: 90일(약 3개월)

2) 재원조달 방식

재원조달은 조세방식과 사회보험 방식이 있는데, 그 나라의 여러가지 여건을 감안하여 선택할 수 있다. 그러나 대체로 기존의 건강보험을 운영하는 방식과 맥락을 같이하고 있다.

독일, 일본, 한국 등은 재원조달을 사회보험방식으로 하고 있음에도 보험료 부과대상과 급여대상이 나라마다 다르다. 독일과 일본은 부과대상과 급여대상이 동일한 데 비

해, 우리나라는 부과대상과 급여대상이 상이한 것으로 나타나고 있다(표 2).

2. 입법 과정과 평가

1) 기본계획안 수립

2001년 DJ정부 때 노인요양제도 도입을 처음으로 천명하였다. 그 후 현재 노무현정부에 이르러 입법예고를 하기전까지 2개의 기본안이 마련되었다. 1차 보고서는 「공적노인요양보장체계 최종 보고」(2004. 2. 18), 2차 보고서는 「공적노인요양보장제도 실시모형 개발 연구」인데, 두 보고서의 주요 내용을 비교하면 표 3과 같다(5).

이 두 보고서는 전체적으로 세계 여러나라가 정책으로 전개하고 있는 일반적 노인장기요양제도에 접근하고 있는 것으로 평가할 수 있다. 다만, 적용대상자가 일본처럼 40세 이상으로 되어 있으면서도 보험료 부과대상자는 일본과 달리 전 국민에게 부과하고 있다. 독일의 경우도

표 2. 국가별 부과대상과 급여대상 현황

	독일	일본	한국(안)
보험료 부과대상	전 국민	일부 국민 (40세이상~64세 이하 노인성 질환자 + 65세 이상 노인)	전 국민
급여대상	상동	상동	일부 국민 (64세 이하 노인성 질환자 + 65세 이상 노인)

사회보험방식으로 수발보험료를 전 국민에게 부과하고 있는데, 이는 적용대상이 일본이나 우리나라처럼 일정 연령 이상을 대상으로 하는 것이 아니라 전 국민을 대상으로 하고 있기 때문이다. 따라서 독일은 노인이라는 용어를 사용하지 않고 있다(6).

2) 시범사업 실시

노인요양보장제도 추진방안을 보면, 이 때부터 노인요양제도의 주요 서비스 내용이 '요양'에서 '수발'로 변질되는 과정에 있음이 처음으로 확인되고 있다. 여전히 노인요양보장제도라는 명칭을 사용하고 있지만, 내용은 입법예고 법안의 기본방향을 담고 있다(7).

노인요양보장제도에 관한 시범사업은 2차례에 걸쳐 실시되는데 2005. 7~2006. 3(9개월) 동안 1차 사업이 실시되고 2차 사업은 2006. 4~2007. 6(15개월) 동안 실시될 예정이다. 1차 시범사업은 6곳²⁾에서 ① 요양인정자 등급판정체계의 타당성 평가, ② 케어플랜 작성 및 이에 따른 서비스제공 체계의 적정성 평가, ③ 요양수가의 적정성 및 비용산정·심사 및 지불체계 등 운영시스템 평가, ④ 요양관리요원(케어매니저)·요양보호사 등 노인

요양 전문인력의 양성체계 검토 조정 등의 목적으로 실시되고 있다. 최근 사업 초기에 대한 자체평가에 따르면 시설의 절대부족이 가장 중요한 문제점으로 나타났는데, 이 시점부터 '요양' 대신 '수발'이라는 용어가 등장함으로써 개념이 완전하게 변질되었음이 확인되고 있다(8).

3) 「노인수발보장법(안)」공청회

정부는 입법예고를 하기 전인 2005년 9월 15일, 공청회를 열었다. 이 공청회에서 의료계 등 각계의 토론자들이 지적한 주요내용은 ① 서비스 내용의 수발 편중성, ② 재원조달방법에서 조세방식으로 전환, ③ 급여대상자 범위 축소, ④ 서비스 관리주체 및 전문인력 양성, ⑤ 기타(자치단체의 재정 여력 및 의사소견서 문제) 등이다(9).

4) 법안 시안 vs. 입법예고 법안

이러한 과정을 거친 복지부는 지난 10월 19일 입법예고를 20일 동안 실시하였는데, 2차 보고서에서 제시된 법안 시안(試案)과 입법예고 법안의 주요내용을 비교 분석한 것은 표 4와 같다.

그런데 기본계획안인 1차 및 2차 보고서는 커다란 차이가 없는 것으로 분석되고 있는 반면, 입법예고 법안은 2차 보고서를 바탕으로 마련된 법안 시안에 비해 법률명칭에서부터 서비스 내용에 이르기까지 노인요양제도가 대폭 축소된 것으로 분석되었다. 즉 그동안 노인요양제도에 대한 정부의 방침은 나름대로 일관성이 있었으나

2) 대도시(광주 남구, 수원시), 중소도시(강릉시, 안동시), 군(부여, 북제주)

표 3. 1차 및 2차 보고서 주요 내용 비교

1차 보고서 *		2차 보고서 †
제도명칭	공적노인요양보장체계	노인요양보험제도
제도 운영 방식	독립된 제도	독립된 제도
관리운영 주체	건보공단	건보공단
가입대상자	건보가입자(전 국민)	건보가입자(전 국민)
수급자	45세 이상(실제 적용은 65세 이상 노인 중 중증노인과 농어촌 공적부조대상자부터 적용)	65세 이상 노인, 45~64세 노인성 질환 대상자 • 64세 이하 장애인 중장기적 검토
재원조달	• 건보가입자: 보험료50%, 본인부담20%, 국고지원 30% • 공공부조자: 국고지원 90%	• 건보가입자: 보험료60%, 본인부담 20%, 국고지원 20% • 공공부조자: 국고지원100%
지불체계	방문당 정액제	일당이나 방문당 정액
시범사업	-	1차: 2005. 7~2006. 6(6곳)
등급판정	판정위원회	평가판정위원회: 평가항목에 따라 평가하여 요양등급
요양급여의 범위	현 금	-
	현 물	현물 원칙
요양급여 종류	기본방향	의료, 간호, 재활, 간병, 수발 등 포괄적 노인의료복지전달
	시설분야	• 노인요양시설(현 전문요양시설) • 요양병원/요양병상
	재가분야	• 방문간병/수발/ADL 지원 • 방문목욕 • 방문간호/방문재활 • 주간보호 • 단기보호 • 재가요양관리지도 및 지원 • 복지용구 대여 등
		3종: 노인요양시설/전문요양시설/공립치매 요양병원
		10종: 방문간병수발, 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 주간보호, 단기보호, 요양관리 지도, 복지용구 대여, 그룹홈, 요양서비스 계획작성지원
요양급여 한도액	월 지급액 한도 설정	월 한도액 설정. 이상은 본인부담
본인 부담	20%	20%(단, 공공부조자 무료)
시행방안	1단계('07~'08) 65세 이상 최중증: 30%	A 관리만 건보로 시작. 2010 독립
	2단계('09~'10) 65세 이상 중증: 50%	A-1 기본 제도를 건보로 시작
	3단계('11~'12) 65세 이상 경증: 100%	A-2 A와 같되 구분 처리
	4단계('13부터) 65세 이상 경증치매 +45세 이상 노인성 질환 대상자	B 처음부터 독립운영

자료: * 공적노인요양보장추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종 보고, 2004. 2. 18

† 공적노인요양보장제도실행위원회. 공적노인요양보장제도 실시모형 개발 연구, 2005. 2

표 4. 법안시안과 입법예고 법안 비교

	법안 시안 *	입법예고 법안 †
법률 명칭	노인요양보험법	노인수발보장법
목 적	보건 · 의료 및 복지서비스 제공	수발서비스 제공
지방자치단체의 책무	-	시설확충 의무 신설
보험자	건보공단	건보공단
보험료	보험료 55%, 국고 25%, 본인부담 20%	보험료 62.3%, 국고 17.7% ³⁾ , 본인부담 20%
회계 관리	구분 계리	구분 계리
평가관련 중앙 기구	심사판정위원회	노인수발평가관리원
급여 명칭	요양보험급여	수발급여
급여의 종류	요양급여, 간병·수발 수당, 복지용구 구입, 요양비, 고액본인부담금의 보상	재가수발급여, 시설수발급여, 수발수당, 특례 수발비, 요양병원수발비, 복지용구 구입 등
재가서비스	입법예고안과 동일하나 방문재활, 요양관리 지도(의사 등), 그룹홈, 유료양로시설입소자 생활지원 등 포함	법안 초안과 동일하나 방문재활 등이 미포함
시설서비스	노인복지시설 가운데 전문요양시설서비스대상 (노인전문병원 포함)	일반요양시설에 국한
전문인력의 업무	요양보호사: 목욕, 배설, 가사 및 ADL 지원	수발사: 목욕, 배설, 가사 및 ADL 지원
간병수발수당	의료인 등에게 간병이나 수발을 받을 때 수급 권자에게 수당지급 가능	-
급여신청자	관련 규정 없음(단계적이지만 65세 이상 노인 모두에게 적용)	신청자 구분
급여인정자	'ADL 6개월 이상 자' 라는 단서규정 없음	'ADL 6개월 이상 자' 라는 단서규정 있음
판정등급 규정	5등급을 명시	대통령령으로 위임

주: * 등급기준을 독일은 모범에서 규정

† 1차보고서 재원부담안: 보험료 50%, 국고 30%, 본인부담 20%

자료: * 공적노인요양보장제도실행위원회, 공적노인요양보장제도실행모형 개발 연구, 2005. 2

† 보건복지부, 노인수발보장법(안), 입법예고자료, 2005. 10. 19

입법예고 직전에 대폭 변질된 것이다. 특히 노인요양에서 '의료' 부분이 완전히 삭제되었다. 또한 지방자치단체의 열악한 재정자립도를 충분히 인식하고 있으면서도 국가가 아닌 지방자치단체에 시설확충의 의무를 전가하고 있다.

쟁점분석 및 정책제언

1. 쟁점 1: 포괄적 노인요양인가, 단순 수발인가

한마디로 현재의 입법예고안은 LTC 원리가 반영되지

3) 이 통계는 노인요양보장제도 관련 당정회의자료(2005. 5. 23)에 있는 것으로서 국고보조 17.7%는 공공부조자에 대한 지원분을 제외한 것임. 제외한 이유는 각주 4)를 참조

않은 절름발이 노인요양제도이다. 세계적으로 노인요양 제도는 의료와 복지의 통합을 기본으로 하고 있다. 현 정부 역시도 지난 2년여 동안 노인요양제도의 근간을 ‘의료 + 복지’로 하는 것을 기본 안으로 해왔으며, 2005년 2월에 제출된 2차 보고서에서도 이를 분명히 하고 있다.

그러나 이번에 제출된 노인수발보장법안은 급여대상자와 급여내용을 대폭 축소하고 기본계획을 수정하여, 사실상 노인요양법이 아닌 ‘간병인료 보조법’이라 부를 수 있는 반의 반쪽짜리 제도를 주창하게 되었다. 현재의 조건에서 어느 누구도 전면적인 노인요양보장법을 만들어 완벽한 요양급여를 시행해야 한다가거나 할 수 있다고 주장하는 사람은 없다. 왜냐하면 우리의 조건이 그 재정적 토대나 시설인프라의 준비 정도, 전문인력의 양성 정도에서 준비가 덜 되어 있을 뿐만 아니라, 나이가 근본적으로는 국가의 경제적 여건이 전체 인구의 9%를 상회하는 노인 인구를 충분히 떠안기에는 아직 충분한 여력이 없다고 판단되기 때문이다.

하지만 비록 일본에 비해 30년 늦게 고령화 사회에 진입했다 하더라도 세계 최고의 고령화 속도를 감안하면 시급히 노인요양제도를 준비하고 그 도입을 서둘러야 한다는 당위성은 너무 자명한 것이다. 그렇지만 어떠한 목표와 방향성, 속도의 완급조절을 가지고 마스터플랜을 세우느냐 하는 것은 별개의 문제이다.

의료계는 물론이고 시민단체들에게서조차 현재의 법안은 노인에 대한 장기요양의 기본 성격인 ‘돌봄의 연속성(continuum of care)’과 ‘의료와 복지의 통합적 지원’이 결여된 채 우선적으로 간병비용에 대한 지원을 중심으로 한 수발(대인돌봄)의 영역에 머무르고 있다는 비판이 제기되고 있다(11). 이는 제도 도입 단계에서 우선적으로 수발비용을 보조하는 데 국한될 수 밖에 없다는 현실논리를 부정하는 것이 아니라, 제도 도입의 방향성과 기본 성

격을 어떻게 가져갈 것인가에 대한 중대한 질문이기 때문이다.

만약 현재와 같이 ‘수발보장’이라는 명목 아래 사실상 기존 건강보험체계에 일부 보험료를 추가하고(관리체계 및 운영주체가 동일하고 ‘수발보험료’를 내는 대상자가 동일함) 간병 수준의 노인요양급여를 실시하려면 굳이 수발이든 요양이든 독립된 제도를 운영할 필요가 없이 기존의 국민건강보험법 하에서 ‘간병급여(수발급여)’만 추가하면 될 것이다.

따라서 노인요양제도의 기본개념과 체계를 유지하고 포괄적인 서비스를 새로운 틀에 담아나감으로써 궁극적으로 고령사회의 다양한 의료-복지 요구를 해소하고 점증하는 의료비 부담을 건강보험에서 덜어 내고자 한다면 전체적인 마스터플랜을 재조정할 필요가 있다.

현재의 여러 실제적 한계와 조건을 반영하면서도 다른 한편으로 노인요양제도 도입의 의지를 확고히 하기 위해서 노인요양보장제도의 단계별 추진이 바람직하다. 한 예를 제시한다면 그 1단계로서 도입 준비기를 2008년까지 3년간 설정하고 이 기간동안 시범사업을 실시함과 동시에 시설기반 구축과 전문인력 양성, 관련 제도 정비 등을 준비할 수 있다. 2단계는 우선적으로 건강보험체계 안에서 요양관련 급여를 늘려 시행하는(현재 수발보험에서 다루고자 하는 내용을 대부분 포함) 과도기로 설정하고 노인요양제도의 전면적 본격 도입으로 나아가는 토대를 마련한다. 그 경과기간을 3~5년 정도로 설정하고 준비 정도에 대한 평가를 통해 3단계의 포괄적 노인요양제도의 본격도입기로 이행할 수 있다. 이 단계에 이르러서는 운영주체를 지자체로 전환하고 노인요양보험을 국민건강보험으로부터 완전 분리 독립시켜 명실상부한 공적 노인요양보장제도를 확립할 수 있을 것이다.

2. 쟁점 2: 재정설계와 자원조달

보험은 세금과 다르다. 또한 연금과도 다르다. 따라서 노인요양보장제도를 설계할 때(이는 의료보장제도를 설계할 때도 같은 원리가 적용된다) 조세방식으로 기본 틀을 짤지, 아니면 사회보험 방식으로 짤지를 결정해야 한다. 우리나라 의료보장제도는 비록 도입 후 많은 변형을 겪었지만 이미 영국식의 조세방식이 아니라 독일식의 사회보험방식을 근간으로 했기 때문에 앞으로 도입할 노인요양보장제도 역시도 ‘상호 연관성’과 ‘효율성’을 위해 근본적으로 사회보험방식을 채택할 수밖에 없다.

문제는 사회보험방식으로 요양보험제도를 설계할 때 보험가입자와 급여수혜자 사이의 상관성이다. 일본의 경우는 40세 이상이 가입대상자이자 급여수혜대상자(65세 이상이 제1호 피보험자, 40~64세가 제2호 피보험자로 분류). 독일의 경우는 전 국민이 보험가입대상이지만 노인성 질환에 국한하지 않고 장애 전반(소아 환자와 정신질환자까지 포함)에 요구되는 장기수발이 필요한 모든 경우를 수급권자로 지목하고 있다.

그런데 현재 우리의 노인수발보장법 입법예고안을 보면 20세 이상 건강보험가입 대상자가 모두 수발보험가입 대상자이긴 하지만 실제 수혜대상자는 65세 이상의 노인이거나 64세 이하의 노인성 질환자로 되어 있다. 이는 결국 확률적으로 사실상 당장 수급혜택의 대상이 될 수 없는(부양가족을 포함한다 하여도) 젊은 세대를 강제적으로 보험에 편입시키는 것인데, 수발보험료가 일종의 강제세금이 되어 버리는 것이며 궁극적으로 보험의 원리에 어긋나는 것이다. 이러한 불일치성은 결국 많은 젊은 세대의 대상자로 하여금 일종의 ‘보험료 저항’과 보험이탈을 가져올 것이다. 이러한 사태에 직면하여 건강보험료와 연동시켜 수발보험료를 납부하지 않을 시 건강보험 효력을 동시에

인정하지 않겠다는 편법이 동원될 수 있겠으나 이는 법리적으로 실패할 확률이 높다.

재정설계에 있어 두번째 문제는 국가부담이 취약하다는 것이다.

근본적으로 노인요양보장제도는 의료보장제도와 비교해서 보았을 때, 노인인구 자체가 사회취약계층으로 여겨지고 있고, 실제로 이제까지 사회보장적 차원에서 국가보조에 의해 노인양로시설, 요양시설 등에 지원이 되었던 만큼 고령자 요양에 있어서 국가(사회)의 책임(연대)이 크다고 볼 수 있다. 우리가 전범(典範)으로 삼고 있는 일본의 경우에도 의료보다 노인요양에 있어 국가의 책임이 크다고 여기기 때문에 본인부담과 보험료 부담을 적게 하고 국가 부담을 키움으로써 사회보장성을 강화하고 있다(그림 2).

결국 사회보장성이 약한 ‘면피용’ 국고부담은 재정조달 책임을 국민에게 전가하는 행위가 될 수 있다. 65세 이상 노인은 소득이 없는 연령층이기 때문에 보험료 부담에 근본적으로 한계를 가지고 있다. 원래 복지문제를 사회보험으로 해결하고자 할 때는 역선택(예: 빈곤보험)이 발생하게 되므로 국가가 전적으로 책임을 떠안게 되는 바, 노인 문제는 의료와 복지가 복합적으로 제공되어야 하므로 더욱이 복지적 차원에서 국가의 부담이 요구된다(10).

그런데 더욱 중요한 것은 65세 이상 노인들은 현행 건보체계에서는 대부분 ‘피부양자’이기 때문에 건보보험료를 내지 않고 있고, 우리나라의 연금제도가 아직 성숙 단계에 들어서지 않았기 때문에 일본처럼 65세 이상의 보험가입자들에게 연금에서 ‘노인요양보험료’를 원천 징수할 수 없다.

따라서 국가의 재정 부담이 적어지는 만큼 보험료 부담은 실제 수혜와 거리가 먼 국민 개개인의 몫으로 전가되기 때문에 ‘노인부양세’와 같은 성격을 지닌 노인수발보험료에 의거한 재정설계는 많은 저항과 난관에 부딪힐 수 있다.

일 본					한 국		
본 인 부 담 10 %	급여(100%)				본 인 부 담 20 %	급여(100%)	
	국고(50%)		보험료(50%)			국고 ¹⁾	보험료
	중앙정부 25%	도 도 현 12.5 %	시 정 촌 12.5 %	1 호 피보험자 17%		2호 피보험자 33%	22.2%

그림 2. 일본과 한국의 재원조달 분담 내역

3. 쟁점 3: 요양급여 범위와 노인요양전달체계

입법예고된 법안에 의하면 수발급여의 대상과 종류는 재가급여, 시설급여, 수발수당, 특례수발비, 요양병원 수발비 등이며 현물을 원칙으로 하고 보완적으로 현금지급을 인정하고 있다. ‘재가급여’는 가정의 노인에게 간병수발, 간호, 목욕, 가사 및 일상생활 지원 등의 서비스 항목이고 ‘시설급여’는 노인요양시설과 노인공동생활가정에 입소한 경우에 해당한다. ‘수발수당’은 수발시설이나 인력이 부족하여 가족이나 이웃으로부터 수발을 받는 경우에 지급하는 수당이며 ‘특별수발비’는 부득이하게 유료시설을 이용하는 경우에 지급하고 ‘요양병원 수발비’는 요양병원 입원 시 소요되는 비용의 일부를 지원하는 것이다.

여기에서 주목해야 할 것은 요양급여의 범위와 요양전달체계가 매우 밀접히 연관되어 있다는 것이다. 다시 말해서 전달체계는 개념적으로 도면상에서 정의되는 것이 아니라 실제로 환자의 이동이 현장에서 어떻게 이루어질 것인지, 또는 이루어져야 하는지를 의미한다. 그러한 의

미에서 급여 내용과 범위를 초기에 어떻게 설정하느냐에 따라 환자의 배치와 흐름이 결정될 수 있다.

우선 의료법상 요양병원⁵⁾과 노인복지법상 노인전문병원은 ‘요양병원 수발비’라는 명목으로 사실상 ‘시설수발급여’에서 부분적으로 제외되고 있다⁶⁾. 물론 요양병원은 의료기관이고 복지시설이 아니지만 현재 사실상 장기요양병상의 상당수를 차지하고 있고, 심지어 정부의 정책방향 자체가 급성기 병상을 억제하고 요양형 병상으로 전환을 유도하고 있기 때문에 수발보험의 급여대상에서 요양병원을 기본 대상으로 삼아야 할 것이다. 의료비는 건강보험료에 의해 커버된다고 하지만 수발 관련 급여가 타 요양시설과 동등하게 제공되어야만 요양형 병상 및 요양병원이 활성화될 수 있으며, 급성기 병원과 요양시설 사이에서 중간시설로서의 기능을 맡을 수 있다. 나아가 재활치료를 중점담당함으로써 노인 환자를 단순히 외상상태에서 장기수발하는 것에 그치는 것이 아니라 정상적 사회복귀를 촉진하는 기능을 강화시킬 수 있다. 즉 요양병원이 급성기 병

4) 국고보조 기준을 어떻게 볼 것이냐 하는 문제임. 일본과 비교하기 위해 공공부조자에 대해 정부가 지원하는 것을 제외하고자 함. 입법예고 법안에 지역가입자 분의 50/100 → 50%를 정부가 부담한다고 하는 것은 일본의 지원원칙과 일치하기 때문임. 즉 공공부조자에 대한 국고지원은 50% 지원 취지와 별개의 문제임. 또한 일본처럼 급여를 기준으로 본인부담을 제외하고 각주 3)의 통계를 사용하여 산출한 값임.

5) 요양병원에는 의료법상 요양병원, 노인복지법 제34조의 노인전문병원, 기능적으로 명칭이 붙여진 ‘치매요양병원’ 등이 다 포함되는 것으로 분류하고자 함. 이 요양병원은 의료법상 의료기관으로서 LTC의 급성기 후기진료 및 중간재활을 담당하는 요양형 병상 시설의 개념임.

6) 입법예고 법안 제48조에서 규정하고 있는 요양병원 수발비는 현금급여로 되어 있으나, 이는 임의규정(『할 수 있다』)으로 되어 있고, 구체적인 것은 대통령령으로 위임해 놓고 있는 실정임.

표 5. 제도 전후별 · 시설별 시설급여 인정 여부 현황

	전문요양시설		일반요양시설		양로시설	
	기존	법안	기존	법안	기존	법안
유료	×	×	×	×	×	×
실비	×	×	○	○	×	×
무료	○	○	○	○	○	○

원과 요양시설 사이에서 효과적인 연계를 이룰 수 있도록 하기 위해 수발급여의 기본 대상이 되어야 하는 것이다.

또한 입법예고안은 (무료)노인요양시설, 실비노인요양시설에서의 서비스는 인정(제44조)하지만 유료노인요양시설과 유료(실비)전문요양시설은 급여범위에서 제외되어 있다. 물론 부득이한 경우 특별수발비를 인정하겠다는 단서가 있지만 이 안대로라면 현재 의료복지시설 이용 노인의 30% 이상이 급여에서 제외된다.

그런데 보다 근본적 문제는 이런 급여 범위라면 새로이 노인수발보험제도가 도입된다고 해도 사실상 시설수발급여가 추가된 것이 없는 셈이나 다름없다. 표 5와 같이 원래 무료 전문·일반 요양(양로)시설은 기초생활수급권자를 대상으로 사실상 지자체에서 간병인료를 포함 전액 지원했던 바이고 실비 요양시설의 경우에도 실비부담액을 뺀 나머지 액수를 지자체에서 모두 부담했었다. 그렇다면 사실상 남은 영역이 유료시설인데 유료시설이 배제된다고 하면 시설급여의 재원이 지자체에서 수발보험으로 바뀔 뿐이지 새로운 급여의 확대는 없는 셈이다. 오히려 기존에는 기초자치단체가 요양시설에 운영비를 보조하는 것으로 절차를 마무리하였지만, 앞으로 새 제도가 도입되면 삭감당할 수 있어 운영비 감소 효과가 발생할 가능성이 있게 된 것이다.

끝으로 현 단계에서 즉각 이루어지지 못하더라도 노인요양보험이 커버해야 되는 범위 중 매우 중요한 내용이

방문간호와 방문진료(왕진)이다. 현재 가정간호는 의료기관을 통해서만 이루어지게 되어 있고 건강보험에서 커버되고 있지만, 재택서비스와 의료서비스, 요양서비스가 상호 절충되고 연계되기 위해서는 방문간호와 방문진료가 노인요양보험

체계로 통합되어야 한다. 재가급여의 내용에 복지적 서비스 뿐만 아니라 의료와 요양서비스가 통합적으로 공급될 때 진정한 재택요양이 시설요양을 압도할 수 있으며, 이를 위해서는 적절한 방문간호 및 방문진료 수가가 책정되어야 할 것이다.

4. 쟁점 4: 운영주체와 관리체계

현재 독일이나 일본은 급여관리 주체와 재정관리 주체를 일원화하여 운영하고 있다. 독일은 보험자가, 일본은 자치단체가 급여관리와 재정관리를 동시에 담당하고 있다. 그에 반해 입법예고된 법안에서는 보험료 부과 및 징수 등 재정관리를 국민건강보험공단이 하고, 대상자 평가 판정 및 시설확충 등 급여관리를 지자체가 맡도록 함으로써 관리운영에 책임소재 불분명 및 도덕적 해이가 우려되고 있다.

따라서 노인요양제도를 단계적으로 도입한다는 전제하에 건보체계의 하위구조로 요양서비스를 운영하는 과도기에서는 국민건강보험공단이 운영주체가 되는 것이 타당하지만 궁극적으로는 지자체가 운영주체가 되어야 한다. 왜냐하면 모든 행정서비스의 최종 책임이 기초자치단체에 부여되어 있을 뿐만 아니라 각종 복지사업이 모두 기초자치단체를 중심으로 이루어지고 있기 때문이다.

일본도 개호보험의 관리주체를 기초자치단체로 하고 있다. 특히 일본의 경우 치매와 같은 노인성 질환보다는

예방이 가능한 골절 등 노약성 질환이 더 많기 때문에 이를 예방할 수 있는 기초자치단체의 건강증진사업이 더욱 중요해지고 있다. 현 법안에서도 등급판정위원회를 각 기초자치단체에 두도록 한 것 자체가 궁극적으로 관리 운영의 주체를 염두에 둔 것으로 여겨진다.

현재의 지자체의 준비 정도로 볼 때 재정적인 측면이나 행정적인 측면 모두에서 상당한 시간과 준비과정이 없이는 운영주체로 나서기에 역부족인 측면이 존재하지만 미래적인 상은 궁극적으로 지자체를 중심으로 운영의 틀을 잡아가야 할 것이다.

그리고 입법예고법안은 관리기구로 '노인수발평가원'이라는 기구를 새로 설립토록 제안하고 있다. 원래는 지자체에 '지역' 등급판정위원회를 두게 되므로 중앙에 동일한 역할을 하는 '중앙' 위원회를 공단에 두도록 하자는 발상이었는데, 법안시안이 입법예고안으로 전진하면서 갑자기 별도의 독립기구인 '노인수발평가원'이 탄생하게 된 것이다.

입법예고안에서 언급한 노인수발평가원의 기능은 수발 신청자에 대한 조사, 수급등급판정, 수발급여의 질평가 등인데, 이를 위해 별도의 관리원을 신설한다면 관리운영비 문제, 보험자와 관리운영자의 분리에서 오는 도덕적 해이 등의 문제가 발생할 수 있다고 공청회와 여러 위원회에서 지적되어 왔다. 따라서 현재의 상황에서는 재정관리와 급여관리를 이분화할 것이 아니라 국민건강보험공단 안에 평가판정위원회와 질관부서, 급여관리부서를 두고 통합적 관리를 통해 업무와 비용상의 효율성을 기해야 할 것이다.

5. 쟁점 5: 등급 판정의 기준과 절차

입법예고 법안에는 각 기초자치단체에 등급판정위원회를 두어 수발신청자를 수발인정자로 판정하고, 또 수발인

정자에게 어떤 수준의 수발을 제공해야 하는가를 결정하는 역할을 하도록 되어 있다. 그런데 전문 인력에 대해 규정을 보면 「노인수발보장에 관한 학식과 경험이 풍부한 자」라고 매우 애매모호하게 되어 있다.

현재 우리나라의 수발 평가는 '서비스 필요도'와 '심신장애'를 평가하도록 되어 있는데 일본이나 독일은 '서비스 필요도'만 평가하도록 되어 있다. 따라서 심신장애를 평가하는 것은 공무원이나 사회복지사의 영역이 결코 될 수 없다. 신체에 대한 해부학적인 지식은 물론이고 임상적 기초를 배경으로 의료인(의사 및 간호사)이 심신장애 판정의 중심이 될 수 밖에 없는 것이다. 그러나 최근 실시된 시범 사업에서 볼 수 있듯이 등급판정위원회의 구성인력 중 평균 20명 위원에 공무원 및 사회복지사가 50%를 차지하고 있고, 심지어 의료인이라 할 지라도 제대로 된 교육과 지침에 의한 훈련이 되지 못했기 때문에 등급판정에 전문성을 결여할 수 밖에 없는 실정이다. 또한 판정에 참여하는 의사들이 적절한 기회비용을 보상받지 못하기 때문에 참여의욕이 떨어지고 시간할애가 쉽지 않기 때문에 매우 형식적인 절차로 전락해버릴 위험성을 지니고 있다. 등급판정위원회의 도덕적 해이를 제어할 근본적인 대안이 절실한 것이다.

법안 제30조 2항에 따르면 중증노인에 대한 의사소견서를 면제토록 하고 있는데, 이는 중증환자일수록 정확한 의학적 판단이 요구되는 점이 간과되고 있다. 단지 ADL 지원이 필요한지, 아닌지를 조사한다고 해서 이 환자가 치료를 통해 재활이 가능한 환자인지, 아니면 외병상태로 단순 수발만 받으면 되는 것인지를 감별할 수는 없다. 정부의 이러한 입법 취지는 중증노인에 대해 더 이상의 의학적 판단을 거부함으로써 중증노인을 포기하겠다는 의미와 다를 바가 없다. 한 예로 현행의 판정기준은 ADL 지원을 해주는 가족이 없는 독거노인 등에게 더 불리하게 작용할 수도 있다. 현행 단순 방문조사 방식에 의하면 몸

이 아파도 식사문제를 해결하기 위해 불가피하게 활동을 하는 것이 오히려 판정에는 손해가 될 수 있기 때문이다.

그리고 노인 환자의 질병 이환상태가 건강한 젊은 사람과는 다르게 빠르게 진행된다는 점을 감안한다면, 요양등급판정 유효기간을 2년에서 1년으로 줄여서 노인들이 질병상태 변화에 따라 적절한 등급 판정을 받아 적절한 요양서비스가 제공되도록 해야 할 것이다.

6. 쟁점 6: 전문인력 양성 및 기존 의료인과의 관계 설정

우선 쟁점이 되었던 care manager(입법예고안에서는 ‘수발관리요원’이라 칭함)를 독립적인 자격과 면허로 운영할 것인가에 대한 점이다. 일반적으로 노인요양제도를 운영할 때 care manager들의 역할은 매우 중요한데, 이들은 환자의 대리인과 재정의 문지기라는 역할을 담당하게 된다(12). 즉 이들이 환자들에게 적절한 노인요양서비스를 제공받도록 안내함으로써 결과적으로 불필요한 서비스를 차단시켜 재정의 낭비를 예방하는 역할을 한다(13).

그런데 법안에는 care manager제도의 도입 및 양성을 애초부터 배제하고 동질의 역할을 다른 인력들의 적절한 연수를 통해 대체하는 것으로 삼고 있다. 하지만 새로운 면허를 도입하고 새로운 직종을 만드는 것이 여러가지 추가 부담을 가져 올 수 있지만 장기적으로 볼 때 노인요양보장의 코디네이터로서 이들 전문인력을 양성하는 것은 향후 제도확립에 중요한 요원이 될 것이다.

현재 시점에서 의사가 노인요양제도에 참여하는 기회는 3가지 경우 밖에 없다. 판정위원회에 참여하는 것, 의사소견서를 제출하는 것, 그리고 요양시설의 촉탁의로 위촉받는 것이다. 이번 입법안에서 의사와 간호사 등 가장 핵심적인 의료인의 역할이 배제된 것이 다분히 의도적인 것인지는 알 수 없다. 정부나 정책 추진에 관여하고 있는 사람들이 계획 설립 초기부터 의사들의 참여를 배제했다면 그것은

이 제도가 의사들의 주머니를 채우는 수단으로 전락할 것이라는 우려 때문이라는 지적은 사실 유무를 떠나 의사집단이 깊이 자성해 봐야 할 대목이다. 다시 말해서 이번 노인요양보험제도를 과거 의료보험 초기 도입만큼 중대한 사안으로 인식했다면 의료인들이 처음부터 자신들의 역할을 재규정하고 제도 도입에 대해 스스로 입장을 밝혔어야 했다.

지금이라도 의료계는 관련 전문가 집단과 연계해서 적극 대안을 제시해야 할 것이다. 또한 노인전문의료제도를 도입하는 것이 좋을지, 아니면 기존의 의사들을 어떠한 방식으로 재훈련, 재인증해서 노인요양제도에 실질적으로 편입시킬지, 나아가 노인요양에 관계된 각 직종들의 자격과 면허, 교육은 어떻게 잡아갈 것인가를 내부 논의를 통해 대안을 제시해야 할 것이다.


뿐만 아니라 다른 직역과의 관계설정에 있어서도 주도적으로 논의를 전개해서 의료계 내부의 합의를 먼저 도출하고 그 결과를 정부정책에 반영시키는 리더십을 발휘해야 한다. 예를 들어 독자적인 방문간호스테이션 활동을 요구하고 있는 간호협회와도 서로 의견을 조율해서 방문간호 및 방문진료에 대한 커다란 새 패러다임을 만들 수 있다면 그 결과를 이번 노인요양보장제도 도입 과정에 이식할 수 있을 것이다.

결 어

정부는 내년까지 두 차례의 시범사업을 실시한다는 계획 아래, 현재 1차 시범사업이 진행중에 있다. 이러한 시범사업을 하는 이유는 설계한 제도를 실제 적용하기 전에 사전에 점검하여 문제점을 보완하기 위한 것이다. 그럼에도 아직 1차 시범사업도 끝나기 전에 법안을 성급하게 제정하려는 의도는 순수하게만 보이지 않고 정치적 성격이 읽히게 한다.

고령화 속도가 다른 어느 선진국에 비해서도 비교할 수 없이 빠른 속도로 진행되고 있는 우리나라가 노인요양제도를 준비해야 함은 너무 자명하다. 그러나 그 당위성을 이유로 노인요양제도가 부실하게 설계되어서는 안되며 단 한번의 공청회⁷⁾로 각계각층의 의견을 제대로 수렴했다고 볼 수도 없다.

우리보다 30년이나 앞서서 고령화 사회에 진입했지만 2000년에야 개호보험을 만들고도 지난 5년간 또다른 시행착오를 경험하고 있는 일본의 예를 타산지석으로 삼아야 할 것이다. 특히 노인요양보장제도를 설계함에 있어 단순 케어가 아니라 좀 더 복합적인 접근방식, 즉 요양보협체계에서 요양서비스, 재택서비스 및 의료서비스의 역할이 상호 절충되고 또 명확하게 역할 분담될 수 있도록 해야 한다는 조언에 귀 기울일 필요가 있다.

우리는 아직도 시설인프라나 인력적 준비의 측면은 물론이고 근본적으로 공적 부조에 의한 노인요양보장제도 자체에 대한 공감대조차 취약한 실정이다. 이번 입법예고를 계기로 보다 진지하고 근본적인 성찰과 검토를 통해 시행착오를 줄이고 건실한 제도 수립을 위해 의료계가 보다 발 빠르게 나서야 할 것이다. 

참 고 문 헌

1. 청년의사. 2005. 6. 29
2. 보건복지부 공적노인요양보장제도 실행위원회. 제7차 회의자료, 2004. 12
3. 보건복지부 공적노인요양보장제도 실행위원회. 공적노인요양보장제도 실시모형 개발 연구, 2005. 2
4. 보건복지부, 노인수발보장법(안). 입법예고 보도자료, 2005. 10. 19
5. 보건복지부 공적노인요양추진기획단. 공적노인요양보장체계 최종 보고, 2004. 2. 18
6. 보건복지부. 독일수발보험법. 공적노인요양보장제도 실시모형 개발 연구 부록 자료, 2005. 2
7. 보건복지부. 노인요양보장제도 추진 방안. 당정회의 자료, 2005. 5. 23
8. 보건복지부 노인요양보장추진단. 제2차 노인요양보장제도운영위원회 회의자료, 2005. 8. 26
9. 보건복지부. 노인수발보장법(안) 공청회 토론자료, 2005. 9. 15
10. 하연섭. 재정학의 기초. 서울: 다산미디어, 1996: 81
11. Evashwick. The Continuum of Long—Term Care. In: An Integrated Systems Approach. New York: Delmar Publishers, 1996: 4 - 11
12. Quinn J. Successful Case Management in Long—Term Care. New York: Springer Publishing Company, 1993: 5
13. Kane RA. Long—Term Care: Principles, Programs and Policies. New York: Springer Publishing Company, 1987: 341 - 4

7) 수발의 개념의 관련 법 공청회는 단 한 차례 밖에 열리지 않았음.