

노인장기요양보험 전달체계의 연계성(linkage) 제고 방안 에 관한 연구*

김 순 양**

— 요약 —

본 논문은 노인장기요양보험 전달체계의 연계성(linkage) 제고 방안을 탐구하고자 한 것이다. 이를 위해서 우선 이론적인 논의의 일환으로 노인장기요양보험을 포함한 사회복지서비스 전달체계의 원칙 및 연계성의 의미를 탐색해 보았다. 다음에는 최근에 입법이 완료된 노인장기요양보험법의 내용을 토대로 연계성 측면의 현황을 점검해 보았으며, 이러한 이론적 논의 및 현황 분석을 토대로 우리나라 노인장기요양보험 제도의 연계성 제고방안에 대해서 논의하였다. 구체적인 논의의 주제는 노인장기요양보험 전달체계에 참여하는 행위자들의 역할 설정, 조정 및 의사소통 체계의 확립, 연계의 구심점 및 리더십 확립이라는 세 가지 측면이었다.

주제어: 노인장기요양보험, 연계성, 의사소통

*이 논문은 영남대학교 선도연구센터의 연구비 지원에 의하여 연구되었음
(000-A-105-976).

**영남대학교 정치행정대학 행정학부 교수(kimsy@ynu.ac.kr)

1. 서론

2006년 현재 우리나라의 노인인구는 전체인구의 9.5%에 달하여 이미 고령화 사회로 진입하고 있으며, 이러한 추세는 더욱 빠른 속도로 진전되어 노인인구 비율이 2010년에는 10.9%, 2020년에는 15.7%에 이를 것으로 추산되고 있다. 그리고 고령화 사회의 진전과 더불어 혼자서 일상생활을 영위하기가 어려워 타인의 도움이 필요한 노인인구도 급증하고 있는데, 2006년 현재 장기요양을 요하는 노인인구는 58만명에 이르고 있으며, 2010년에는 65만명에 이를 것으로 추정되고 있다(보건복지부, 2006). 특히, 한국보건사회연구원(2004)의 조사에 의하면, 노인 수발가족들의 39%가 수발기간이 5년 이상이라고 응답하고 있으며, 수발시 가장 힘든 점으로는 30.8%가 육체적 피로, 32.4%가 심리적 부담, 19.8%가 경제적 부담, 17%가 기타로 응답하고 있다. 그리고 조사대상 노인의 63%는 수발을 할 사람이 없다고 응답하였으며, 이들이 유료노인요양시설이나 병원을 이용할 경우에는 월 100-250만원의 부담을 해야 하는 실정이다.

따라서 가족 중에서 치매나 중풍에 이환된 노인이 있는 경우에는 가족들에게 심한 경제적, 정신적 부담이 초래되며, 이로 인하여 가족 해체는 물론 인간의 존엄성까지 손상되는 일이 빈번하다. 따라서 노인 수발문제는 이제 심각한 사회 문제가 되고 있으며, 평균수명의 연장과 더불어 노인 수발기간도 점차 길어지고 있는 현실에서, 더 이상 노인수발을 가족에게만 맡겨두기에는 가족이 감당해야 할 경제적·육체적·정신적 부담이 과중한 상황에 이르고 있다. 특히, 노인수발로 인한 여성인력의 취업기회 박탈 혹은 조기퇴직은 양성 간 취업 및 근로의 평등권 확보 차원에서도 중대한 문제가 되고 있다.

이에 따라서 정부는 수발 및 장기요양이 필요한 노인을 사회적 연대책임의 원리에 기초하여 돕기 위한 취지에서, 2001.8월 당시 김대중

대통령이 노인 수발 및 장기요양제도 도입의 필요성을 제시한 이후, 현 노무현 정부에 들어서는 노인장기요양보험(당시는 노인수발보험이라고 하였음) 시범사업을 행하는 한편, 2006.2월 정부는 노인수발보험법안을 국회에 제출하기에 이르렀다(보건복지부, 2006). 그러나 이러한 정부안에 대하여 관련 이해집단들은 찬성 혹은 반대의 의견을 다양한 방식으로 표명하였으며, 정부안인 노인수발보험법안을 포함한 6개 법안이 별개로 제출되어 격렬한 논쟁을 거치게 되었다. 각 법안들은 법안의 명칭에서부터, 보험자, 관리체계, 수급대상자, 재원, 급여내용 등 거의 모든 면에서 이견을 보였었다. 그러나 다행히 2007.2.22일 노인장기요양보험법이라는 이름으로 국회 보건복지위를 통과하기에 이르렀으며, 3.30일에는 법사위를 통과하고 마침내 4.2일 국회 본회의를 통과하여 2008.7월부터 시행하게 됨으로써 오랜 논란의 종지부를 찍게 되었다.

이러한 배경 하에서, 본 연구는 최근 입법화가 완료된 노인장기요양보험 제도의 현황과 발전방안을 전달체계의 연계성 제고방안에 초점을 맞추어서 분석하고자 한다. 왜냐하면 노인장기요양보험을 포함한 사회복지서비스의 제공과정에서 전달체계의 연계성이 부실한 경우에는 서비스 전달과정에서 많은 낭비가 발생함은 물론, 이로 인하여 궁극적으로는 서비스의 질도 크게 저하될 수 있기 때문이다. 따라서 본 연구를 통해서 노인장기요양보험 전달체계의 연계성을 제고함으로써, 궁극적으로는 치매노인을 포함한 노인성 질환자들에게 절실하게 요청되고 있는 노인장기요양보험 서비스의 질을 제고하는 방안이 모색될 수 있을 것이다.

이를 위해서 본 연구는 우선 노인장기요양보험 제도의 의의 및 제도화 과정을 개괄해 보며, 이론적인 측면에서 사회복지서비스의 일환으로서의 노인장기요양보험 제도의 전달체계가 지향해야할 원칙들과 그 일환인 연계성의 의의에 대해서 논의해 본다. 그리고 구체적인 분

석과 관련해서는 노인장기요양보험법이 구상하고 있는 전달체계를 연계성의 측면에서 분석해 보고, 이를 토대로 문제점을 도출한다. 마지막으로 노인장기요양보험 제도의 연계성 제고방안을 구체적으로 제언한다.

2. 이론 및 논의의 틀: 사회복지서비스 전달체계의 원칙과 연계성

1) 사회복지서비스 전달체계의 원칙

사회복지서비스의 전달체계(delivery system)란 ‘사회복지서비스의 공급자와 수요자를 연결시키는 조직적 장치(organizational arrangement)’로서(Gilbert and Specht, 1986), 서비스 제공자, 생산자, 수혜자로 연결되는 일련의 과정이다. 전달체계는 서비스의 질을 결정하는 데 중요한 영향을 미치기 때문에 일정한 원칙에 입각하여 설계되어야 한다. 서비스 전달체계의 원칙과 관련해서는 그동안 많은 학자들이 다양한 논의를 하여 왔다.

Gates(1980)는 포괄성, 접근성, 계속성, 통합성, 책임성을 들고 있다. 여기서 포괄성은 충분한 양, 질, 기간에 걸친 일련의 서비스가 제공되어야 한다는 것이며, 접근성은 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 이용하는 데 장애가 없어야 한다는 것이다. 계속성은 전체적인 프로그램과 조직 상호간의 접근성의 관계에 관한 것이며, 통합성은 프로그램들 간에 간격과 단절이 없도록 유기적으로 연결이 되어야 한다는 것이다. 책임성은 서비스 수혜자의 욕구에 대하여 책임을 지며, 이들의 불평이나 불만을 처리할 수 있는 일련의 과정을 구비해야 한다는 것이다.

Gilbert and Specht(1986)은 이상적인 서비스 전달체계의 요건으로서 통합성, 계획성, 접근용이성, 책임성을 들면서, 현재 복지서비스 전달체계가 재정적 어려움 등으로 파편화(fragmentation), 불연속(discontinuity), 무책임(unaccountability), 비접근(inaccessibility)의 문제에 직면하고 있다고 지적하고 있다.

Skidmore(1983)는 사회복지서비스 전달체계의 원칙으로서 조직의 성원들 간에 서로 이해하고 수용해야 한다는 수용성의 원칙, 가급적 많은 사람들을 의사결정 과정에 참여시켜야 한다는 민주적 참여의 원칙, 조직성원들 간의 자유로운 의견교환을 위한 개방적 의사전달의 원칙을 들고 있다.

국내 학자들 중에서 최성재·남기민(2001)은 사회복지서비스의 전달체계의 원칙으로서 전문성, 적절성, 포괄성, 지속성, 통합성, 책임성, 평등성, 접근성을¹⁾, 성규탁은(1997)은 서비스의 접근가능성, 지속성, 적합성, 포괄성, 프로그램의 통합성, 서비스의 공평성, 서비스 비용의 적절성, 프로그램 개발을 위한 조사연구 등을 제시하고 있으며, 김성순(1991)은 서비스 전달의 공평성, 서비스에 대한 접근 용이성, 서비스 내용의 적정성, 서비스의 계속성과 포괄성을 들고 있다.

이처럼 국·내외의 많은 학자들이 사회복지서비스 전달체계의 원칙에 대하여 다양한 원칙들을 제시하고 있는 데, 현황 분석에서 적용할 원칙은 서비스의 구체적 내용 및 영역에 따라서 상이할 수 있을 것이다. 그러나 대체로는 통합성, 포괄성, 지속성, 책무성, 접근성, 전문성 등을 언급할 수 있을 것이다. 이렇게 볼 경우, 연계성을 사회복지서비스 전달체계의 원칙으로 직접 언급하는 경우는 많지 않지만, 전술한 Gates의 계속성 및 통합성의 원칙, 최성재·남기민, 성규탁 등의 지속성 및 통합성 등이 연계성과 관련한 원칙들이다. 그리고 Gilbert and

1) 접근성에는 정보부족으로 인한 장애, 서비스에 대한 지리적 장애, 심리적 장애, 선정절차상의 장애 등이 제거되어 있는 상태를 모두 포함한다.

Specht(1986)가 사회복지서비스 전달체계가 당면하고 있는 문제점으로 지적한 네 가지 중에서, 파편화와 불연속성의 문제 역시 연계성과 관련이 된다.

2) 사회복지서비스 전달체계의 연계성

연계성(linkage)의 개념은 조정, 통합, 협력 등 다양하게 사용되기도 하는 데(함철호, 2003), Bailey and Koney(1996)는 연계성을 ‘공동의 목적을 달성하기 위해서 함께 참여하는 부분들 간의 협력을 강조하는 활동적 상호작용’으로 규정하고 있으며, Neugaboren(1985)은 연계성을 ‘공동의 목적을 달성하기 위하여 필요한 보충적인 자원을 둘 이상의 자율적인 기관들이 자발적으로 교환하는 것’으로 정의하고 있다. Gray(1989)는 연계성을 ‘특정 견해에 대해서 상이한 관점을 갖는 사람들이 상이점을 밝혀내고, 각자의 한계를 뛰어넘어 공동으로 해결책을 모색하는 과정’이라고 보고 있다. 前田信雄(1990)은 연계성을 ‘서로 다른 조직이 하나의 목적을 향해서 정기적으로 함께 일하는 것’으로 규정하고 있다(함철호, 2003).

국내 학자들 중에서 박경수(1997)는 연계성을 ‘체계적 협력을 통해 단편적인 서비스가 아닌 복합적 포괄적 서비스를 제공하고 이를 통해 최종적으로 주어지는 서비스의 질을 향상시키기 위한 조정노력’이라고 정의하고 있으며, 박경숙(1996)은 연계성을 ‘수혜자의 다양한 욕구에 대응하는 각 기관의 서비스를 연결해 하나의 서비스 체계로 만들어서 그 서비스 체계 내에 들어있는 서비스들이 가까운 관련을 맺고 서비스들이 조화롭게 제공되도록 조정하는 모델’이라고 보고 있다. 이금진(2003)은 연계성을 ‘두 개 이상의 다른 기관이 공동의 목적을 달성하기 위하여 함께 일하는 것으로 기관 간 의뢰, 정보교류, 공동사업 추진, 재정 공유 등의 직·간접적인 상호작용’으로 규정하며, 이현

주 등(2000)은 연계성을 ‘서비스에 대한 정보의 공유가 이루어지면서 서비스를 필요로 하는 고객에게 이를 연결해줄 수 있는 서비스 기관 간 협력’으로 이해한다. 이밖에도 이혜원(2002)은 연계성을 ‘효과적인 서비스를 전달하기 위하여 사회복지조직 간에 형성되는 모든 형태의 협력적 관계’로 정의한다.

그리고 이러한 서비스 연계성은 낮은 수준에서 높은 수준으로의 발전과정을 거치는데(함철호, 2003), 이와 관련하여 Kagan(1991)은 협력, 조정, 협동의 세 가지 위계를 설정하고 있는 데, 협력은 요구되는 책임이 거의 없으며 최소한의 자원만을 투입하고 자원을 독립적으로 사용하는 데 비해서, 조정은 연계당사자들 간에 요구되는 일부 공식적인 책임만 있으며 최소한의 변화를 이끌게 된다. 협동은 공식적인 책임을 공유하며 새로운 자원을 투입하여 새로운 체계를 만들게 된다(김재엽·박수경, 2001). Franklin and Streeter(1995)는 연계성의 단계를 비공식적 관계(informal relationship), 조정(coordination), 파트너십(partnership), 협동(collaboration), 통합(integration)의 다섯 단계로 설명하고 있으며, Tobin et al.(1986) 역시 의사소통, 협력(cooperation), 조정, 협동, 동맹(confederation)의 다섯 단계로 구분하고 있다. 前田信雄(1990)은 연계성을 개별조직 간 정보교환 및 연락단계, 정기적 업무제휴 단계, 상시적 연계를 구축하는 통합단계로 구분하고 있다.

사회복지서비스 제공에서 이러한 연계성이 필요한 데는 여러 가지 이유가 있다. 우선은 서비스 제공의 단편성과 비연속성을 줄여 고객에 대한 다양하고 포괄적인 서비스를 제공하기 위해서이다(Wimpfheimer et al., 1990). 다양한 서비스 제공기관들 간에 연계성이 부족하면 서비스의 중복성, 과편성, 비연속성의 문제가 발생하게 된다. 또한 연계를 통해서 관련 조직들 간에 정보, 경험, 인력 등 자원의 공유를 극대화함으로써 전체 조직들의 서비스 제공능력을 향상시킬 수 있다(前田信雄, 1990). 이를 통해서 고객의 서비스 접근성을 높이

며, 관련조직간 서비스의 중복·상충·갈등을 최소화하며, 고객들의 복합적 욕구를 효과적으로 충족시킬 수 있다(이혜원, 2002). 뿐만 아니라, 전달체계의 연계가 강화되면 고객의 서비스 선택 대안이 많아지게 되고 이를 통해서 서비스의 질과 다양성이 향상될 수 있으며, 따라서 고객들의 서비스 만족도가 제고될 수 있다(이금진, 2003).

전달체계의 연계성을 성공적으로 제고하는 데 영향을 미치는 요인과 관련해서는 Bailey and Koney(1996)은 리더십, 멤버십, 환경적 연계, 전략, 목적, 과업, 구조, 체계를 들고 있으며, Socolar(2002)는 연계에 대한 긍정적 태도, 이익이 비용보다 클 것이라는 인식, 높은 지도력과 예측 가능한 계획과정, 목적과 가치의 공유, 성공적 협력의 경험, 분명한 의사소통, 자원의 확보, 기술원조, 지리적 접근성을 성공요인으로 꼽고 있다. 반면에 주도하는 기관이 분명하지 않은 경우, 과거 연계의 실패 경험, 참여자들 간의 힘의 불균형 및 적대감, 심한 갈등은 연계성에 부정적인 영향을 미친다. Vailey(1995)는 지역사회보호에서 보건의료서비스와 사회복지서비스의 협력관계가 잘 이루어진 성공요인을 분석하면서, 핵심요원들 간에 서비스 연계와 프로젝트 내용에 대한 교육을 통하여 협동이 촉진되었으며, 일선요원들 간에 정기적 모임을 갖도록 함으로써 목적의식과 방향을 유지하고 서로를 지원하도록 한 것을 연계성의 성공요인으로 적시하고 있다. 이현주(1998)는 성공적인 연계성을 위해서는 조직차원에서의 의도적인 지원과 노력, 분명한 목표, 상호존경, 성원들의 전문성, 팀 과정에 대한 확신, 협력에 대한 우호적인 환경 등이 필요하다고 보았다.

반면에 Daka-Mulwanda et al.(1995)은 연계성이 실패한 요인을 분석하였는데, 이들은 그 이유로서 공통목적에 대한 동의 부족, 리더십 부족, 자금 부족, 의사소통 미흡을 언급하고 있다. Gilsson and James(1992)는 연계성이 부실하게 된 원인으로서 기관 간 경직된 경계, 의사소통의 부족, 상호이해의 부족, 기관들 간 지나친 경쟁을 지적하고

있으며, Hook and Ford(1998)는 전문가들 간의 관점의 차이, 비효과적인 의사소통, 공통 목적의 결여, 불명확한 역할설정 등을 들고 있다.

본 연구에서는 이러한 선행연구들을 토대로, 우선 연계성의 개념과 관련해서는 이를 ‘다양한 종류의 공·사부문의 서비스 제공기관들이 지속적인 상호작용 및 협동을 통해서 서비스의 단절과 과편화를 방지함으로써 서비스 제공과 관련한 공유된 목표 및 행동을 추구하며, 이를 통해서 궁극적으로는 수혜자에게 양질의 서비스를 제공하고자 하는 협력적 노력’이라고 정의하고자 한다. 그리고 선행연구들과 마찬가지로, 이러한 연계는 제도화의 수준, 구축성 및 지속성의 정도에 따라서 일정한 단계가 있는 것으로 보고 있다. 이러한 연계가 성공하기 위한 요인과 관련해서는 전술하였듯이 많은 선행연구들이 다양한 요인들을 제시하고 있는데, 본 연구는 이러한 선행연구들을 토대로 관련 행위자들 간의 명확한 역할 설정, 원활한 조정 및 의사소통 (communication) 체계의 확립, 그리고 연계의 구심점 및 리더십 확보라는 세 측면을 중심으로 노인장기요양보험의 연계성 현황 및 제고방안을 논의하고자 한다.

3. 노인장기요양보험 제도의 의의 및 추진과정

노인장기요양보험 제도는 “고령이나 치매, 중풍 등으로 거동이 불편하여 혼자서 일상생활을 하기 어려운 어르신 등의 가정을 전문수발요원이 방문하여 식사, 목욕, 가사지원 및 간호서비스 등을 제공하거나, 요양시설에 입소하도록 해 전문서비스를 제공함으로써 노후생활의 안정과 가족의 부담을 덜어주기 위한 제도로서, 국민들이 부담하는 보험료를 주요 재원으로 운영되는 사회보험제도”라고 정의되고 있지만(보건복지부, 2006)²⁾, 입법화가 되었음에도 불구하고 아직 용어

2) 당시 정부는 노인수발보험법안이라는 명칭으로 법안을 제안하였기 때문에, 용

의 개념은 물론 명칭에 대한 합의도 완전하게 이루어졌다고 보기는 어렵다.

그러나 이러한 합의의 결여에도 불구하고, 노인장기요양보험 제도를 조기 정착시켜야 한다는 데 대해서는 기업가단체를 제외하고는 대체로 의견의 일치를 보고 있다³⁾. 이는 치매, 중풍, 기타 노인성질환 등으로 고통 받는 노인이 점증하고 있으며, 이에 따라서 이들을 수발해야 하는 가족 및 사회구성원들의 경제적, 사회적, 심리적, 육체적 부담이 과중하다는 것을 공감하고 있기 때문이다(보건복지부, 2005).

따라서 정부는 2001. 8월 당시 김대중 대통령이 제도 도입의 필요성을 제시한 이후에, 2002. 10월의 노인보건복지종합대책 실행계획에서 노인장기요양보험 제도의 도입을 포함하였으며, 2002. 12월 대선에서 여당은 노인장기요양보험 제도의 도입을 대선공약으로 제시하였다. 2004. 1월에는 참여복지 5개년계획에 동 제도의 도입 계획을 발표하였다. 그리고 이러한 정부의 계획을 뒷받침하기 위하여 2003. 3~2004. 2월의 기간 동안에 ‘공적노인요양보장추진 기획단’을 운영하였으며, 2004. 3~2005. 2월 기간에는 ‘공적노인요양보장제도 실행위원회’를 운영하고 사회보험의 방식으로 노인장기요양보험 제도를 시행하도록 제안하였다. 그리고 2005. 5월에는 당정협의를 통해서 기본안을 확정하였다.

이후 정부는 노인장기요양보험 제도의 입법을 추진하여 2005. 9월 법안에 대한 공청회를 개최하였으며, 이를 토대로 관계부처 협의를

어의 명칭도 노인수발보험을 사용하였다. 그리고 정부안 외의 나머지 법안들도 각기 상이한 명칭을 사용하고 있었다. 그러나 최근에 입법이 되면서 명칭을 노인장기요양보험으로 통일하였다. 따라서 본 논문에서도 관련 명칭을 일반적으로 사용할 경우에는 입법례에 따라서 노인장기요양보험이라고 칭하고자 한다.

3) 전경련이나 경총 등 기업가 단체도 노인장기요양보험의 도입 자체를 반대한 것은 아니며, 어려운 경제상황, 인구 고령화 정도, 인프라 준비상황 등을 고려하여 도입 시기를 늦추자는 입장이었다(보건복지부, 2006.11.8일자 해명자료).

마치고, 10. 19~11. 8의 기간 동안에 동 법안을 입법예고하였으며, 2005. 11. 16~18일에는 국무조정실 규제개혁위원회 규제심사를 완료하고, 이후 법제처 법안 심사, 차관회의, 국무회의를 통과한 정부안을 2.16일 국회에 제출하기에 이르렀다(보건복지부, 2006). 그리고 이 과정에서 정부는 시범사업을 실시하였는데, 제1차 시범사업은 2005. 7~2006. 3월까지 9개월 동안 전국의 6개 시·군·구에서 국민기초생활보장대상 노인들을 대상으로 시행하였다. 제2차 시범사업은 2006. 4~2007. 3월까지의 1년 동안에 일반 노인들도 포함하여 6개의 제1차 시범사업지역 외에 2개를 추가하여 총 8개 시·군·구에서 시행하고 있다. <표 1>은 제1차 및 제2차 시범사업의 내용을 비교한 것이다.

<표 1> 노인장기요양보험 (당시 명칭은 노인수발보험) 시범사업내용

	제1차 시범사업	제2차 시범사업
시행기간	2005.7-2006.3	2006.4-2007.3
대상지역	광주시 남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주군의 6개 시·군·구	1차 시범지역에서 부산 북구와 전남 완도군을 추가하여 8개 시·군·구
적용대상	65세 이상 기초생활수급 노인 (1-5등급 2,050명)	65세 이상 일반노인(1-3등급 약 4,700명), 1차 시범사업 재가서비스 이용 1-3등급 기초수급노인은 대상에 포함
본인부담 및 정부지원	본인부담 없음(기초수급자) 국고지원 19억원	본인부담 20% 적용(본인부담 경감 대상자는 10% 적용), 국고 76억원, 지방비 20억원 지원

자료: 보건복지부(2006)에서 발췌

그러나 정부의 이러한 노인장기요양보험 제도 도입계획에 대하여 관련 이해집단들은 다양한 찬성 혹은 반대의 견해를 표명하였으며, 이를 반영한 다양한 법안들이 국회에 제출되었는데, 정부안인 노인수발보험법안을 포함하여, 정형근 의원이 발의한 국민장기요양보험법안(06.4.18 발의), 안명욱 의원의 국민요양보장법안(06.5.18 발의), 김춘

진 의원의 국민장기요양보험법안(06.8.11 발의), 현애자 의원의 장기요양보장법안(06.9.12 발의), 장향숙 의원의 장기요양보험법안(06.9.13 발의)의 6개 법안이 제안 내지는 발의되었다.

국회에 제안된 6개의 법률안은 노인수발보험 제도를 조세의 방식이 아닌 사회보험의 방식으로 운영해야 한다는 점에서는 의견의 일치를 보였으나, 전달체계뿐만 아니라 적용대상자, 명칭, 비용부담 등 많은 부문에서 차이를 보였다. 이들 간의 주요 차이점을 보면, 우선 적용대상과 관련해서는 크게 65세 이상의 노인 및 64세 이하의 자 중에서 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 자로 좁게 제한한 경우(정부안), 정부안에 더해서 등록 장애인을 포함하는 중간 수준의 경우(장향숙, 안명옥, 정형근안), 그리고 장기간 타인의 도움이 없이 일상생활을 수행하기 어려운 자 등으로 표시하여 사실상 전체 국민을 보험급여 대상으로 포괄하는 경우(현애자, 김춘진)의 세 가지였다.

보험자 및 관리운영주체와 관련해서도 의견이 상이하였는데, 우선 보험자의 경우는 국가를 보험자로 하는 안(김춘진), 시·군·구를 보험자로 하는 안(안명옥), 국민건강보험공단을 보험자로 하자는 안(정부안, 장향숙, 정형근, 현애자)의 세 가지로 나누어졌다. 관리운영주체와 관련해서는 시·군·구가 관리운영주체가 되어야 한다는 안(김춘진, 안명옥, 정형근, 현애자)과 국민건강보험공단이 주체가 되어야 한다는 안(정부안, 장향숙)의 두 범주였다.

그리고 비용부담은 크게 본인일부부담, 보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담으로 구성되는 데, 본인일부부담분과 관련해서는 10%를 주장하는 현애자 안을 제외하고는 모두 본인일부부담분을 20%로 할 것을 제안하였다. 국가 및 지방자치단체의 부담과 관련해서는 정부안은 구체적인 부담률에 대한 언급이 없이 의료급여수급권자의 수발급여비용과 관리운영비 전액을 국가와 지방자치단체가 분담하도록 하였으며, 김춘진 안은 본인일부부담금을 제외한 비용의 50%는 보험료

로, 나머지 50%는 국가 및 지방자치단체가 부담하도록 하였다. 안명옥 안은 비용의 40%를 국가와 지방자치단체가 부담하도록 하였으며, 장향숙 안은 보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국고에서 지원하고 의료급여수급권자의 급여비용과 관리운영비 전액을 국가와 지방자치단체가 부담하도록 하였다. 정형근 안은 공단부담 급여비용과 관리운영비용의 40%는 국가가, 10%는 지방자치단체가 지원하도록 하였다. 현애자 안은 국가가 관리비용 및 급여비용의 50%를 부담하며, 의료급여수급권자와 차(次)상위 계층에 해당하는 자의 급여비용은 지방자치단체와 부담하도록 하였다. <표 2>는 국회에 제안되었던 6개 법안의 주요 이슈를 요약하여 비교한 것이다.

이러한 노인장기요양보험 관련 법률안들은 오랜 논쟁과정을 거쳐서 2007. 4. 2일 이른바 ‘노인 3법’ 중에서, 기초노령연금법과 더불어 ‘노인장기요양보험법’이라는 명칭으로 국회 본회의를 통과하게 되었는데, 법의 주요 내용을 보면 다음과 같다. 우선 보험급여의 수급권자는 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등의 노인성 질병을 가진 사람으로 하였다. 따라서 안명옥, 장향숙, 정형근 의원 등이 주장하였던 등록 장애인은 수급권자의 범위에서 제외되었다.

다음에 그동안 가장 큰 논쟁거리의 하나였던 보험자는 현행 건강보험을 관리·운영하고 있는 국민건강보험공단으로 하였다. 이로써 장기요양보험료와 건강보험료의 통합징수가 보다 용이하게 되었으며, 기존 공단조직의 전문성을 활용하게 됨으로써 제도의 효율성을 제고할 수 있게 되었다. 그러나 실제로 장기요양기관을 지도·감독하게 될 시·군·구와의 업무협조 및 연계성 유지는 과제로 남게 되었다. 장기요양급여의 종류는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여의 세 가지로 구분하였으며, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가보호를 포함하였다.

<표 2> 국회에 제안된 각 법안들의 주요 차이점

법안 명	보험급여 수급권자	보험자	관리 운영	비 용
정부 안 (노인수발보 험법안)	·65세 이상 노인 ·64세 이하의 노인성 질환자	국 민 건 강 보험공단	국민건강 보험공단	·본인부담 20% ·보험료 ·국가 및 지자체, 예산범위 지원
김춘진 안 (국민장기요 양보험법안)	·전 국민	국가	시군구	·본인부담 20% ·본인부담을 제외한 나머지 50%는 국가 및 지자체, 나머지 50%는 보험료
안명옥 안 (국민요양보 장법안)	·65세 이상 노인 ·64세 이하의 노인성 질환자 ·등록 장애인	시군구	시군구	·본인부담 20% ·국가와 지자체 40% ·보험료 40%
장향숙 안 (장기요양보 험법안)	·65세 이상 노인 ·64세 이하의 노인성 질환자 ·등록 장애인	국 민 건 강 보험공단	국민건강 보험공단	·본인부담 20% ·국가 20% ·의료급여수급권자 급여비용과 관리운영비 전액을 국가와 지 자체가 부담 ·보험료
정형근 안 (국민장기요 양보험법안)	·65세 이상 노인 ·64세 이하의 노인성 질환자 ·등록 장애인	국 민 건 강 보험공단	시군구	·본인부담 20% ·국가 40% ·지자체 10% ·보험료 30%
현애자 안 (장기요양보 장법안)	·전국민	국 민 건 강 보험공단	시군구	·본인부담 10% ·국가 50% ·의료급여수급권자와 차상위 계 층은 국가와 지자체 부담 ·보험료

자료: 6개 제안 법률안을 토대로 필자가 작성함.

장기요양보험료율, 특별현금급여의 지급기준, 재가 및 시설급여 비용 등의 사항을 심의하기 위한 장기요양위원회는 보건복지장관 소속 하에 두었으며, 장기요양인정 및 장기요양등급판정 등을 심의하기 위한 등급판정위원회는 국민건강보험공단에 두되, 이를 시·군·구 단위로 설치하게 하였다. 그리고 이의신청 및 심사청구에 관한 사항을 심의하기 위하여 공단에는 장기요양심사위원회를 두어 이의신청을 심의하게 하였으며, 장기요양심판위원회는 보건복지부 장관 소속하에

두어 이의신청에 불복하는 경우의 심사청구를 다루도록 하였다.

노인장기요양보험 제도의 비용부담은 크게 보험료, 본인일부부담금, 국가 및 지방자치단체의 부담금으로 구성되는 데, 국가 부담분은 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 지원한다고 규정하고 있다. 다만, 의료급여수급권자의 장기요양급여비용 및 관리운영비는 전액 국가 및 지방자치단체가 부담하도록 하였다. 본인일부부담금은 재가급여의 경우는 장기요양급여비용의 100분의 15, 시설급여는 100분의 20을 부담하도록 하고 있다.

그러나 이러한 내용을 가지는 노인장기요양보험법은 아직 시행령이나 시행규칙이 완비되지 못하고 있기 때문이기도 하겠지만, 전술한 이론적 논의에서 기술한 복지서비스 전달체계의 원칙과 관련해서는 거의 논의가 없는 실정이다. 즉, 노인장기요양보험법 상에는 어느 수준의 양과 질의 서비스가 제공되어야 할 것인지(포괄성, 충분성), 수혜노인들이 용이하게 서비스 및 정보에 접근하게 하기 위하여 보험자 및 지방자치단체가 어떻게 해야 할 것인지(접근성), 공·사부문의 관련 기관들이 어떻게 유기적으로 연결하여 역할을 수행해야 할 것인지(통합성, 지속성), 서비스를 관리하거나 제공하는 기관이나 시설은 어느 정도의 책임과 능력을 갖추어야 할 것인지(책무성, 전문성) 등에 대한 언급은 없다. 특히, 노인장기요양보험법에는 연계성과 관련해서는 복지부-건보공단-지방자치단체 등 관리기구들 간의 연계체계, 관리기관과 서비스전달기관(장기요양기관 등) 간의 연계체계, 서비스전달기관들(관련 시설, 의료기관, 응급처리기관 등) 간의 연계체계, 서비스전달기관과 수혜자들(수혜노인 및 가족) 간의 연계체계, 다양한 형태의 보험급여 간의 연계체계 등에 대해서는 전혀 언급이 되어 있지 않다.

따라서 향후 시행령 및 시행규칙이 완비되고 실제로 서비스가 시행될 경우에는 현재의 노인장기요양보험법처럼 단순하게 보험자, 급여내용, 보험료 등만을 규정할 것이 아니라, 효율적인 서비스 전달체

계의 구축 및 서비스의 연계성 제고를 위한 구체적인 내용들이 포함되어야 할 것이다. 왜냐하면 서비스 전달체계를 효율적으로 설정하고 연계성을 제고하는 것은 궁극적으로 노인장기요양보험의 서비스 질을 향상시키고 수혜자 만족도를 제고시키는 첩경이기 때문이다.

4. 노인장기요양보험 전달체계의 연계성 현황 및 제고방안

1) 노인장기요양보험 전달체계의 행위자 및 역할

사회복지서비스의 일환으로서의 노인장기요양보험은 서비스 전달과정에서 다양한 공·사 부문 행위자들이 개입되며, 전달체계도 공적 및 사적 전달체계의 혼합으로 구성되지 않을 수 없다(Johnson, 2003). 대체로 공적 전달체계로서는 국가로서의 보건복지부, 국민건강보험공단, 지방자치단체(시·도 및 시·군·구), 보건소, 시·군·구의 사회복지전담공무원 등을 들 수 있으며, 사적 전달체계로서는 장기요양기관(노인요양시설, 재가장기요양기관, 의료기관, 가정봉사센터 등), 장기요양기관 소속의 장기요양요원, 가족간병인, 관리의사, 노인장기요양보험 수급자 및 가족, 관련 시설협회 등을 들 수 있다.

이러한 행위자들 중에서 국가(보건복지부)의 역할과 관련해서는 국가는 노인장기요양보험 사업을 전반적으로 관장하고, 지방자치단체나 건보공단, 장기요양기관 등을 지도·감독하며, 노인장기요양보험 사업을 지원·조장하며, 최종적인 평가 역할을 할 것으로 기대되고 있다. 노인장기요양보험 제도와 관련한 국가의 구체적 역할은 다음과 같이 유형화할 수 있다. 첫째, 제도 관장자로서의 역할이다. 종합적인 제도입안 및 입법 책임이 국가에 있음은 물론, 국가는 정기적으로(5년

단위) 장기요양기본계획을 수립해야 한다. 물론 이러한 계획을 작성하는 데서는 보건사업 및 사회보장의 장기발전계획과 연계되도록 해야 한다. 계획의 시행결과를 평가하는 것도 국가의 역할이다.

둘째, 제도 심의자로서의 역할을 수행한다. 이는 집행기관에서 직접 행하기보다는 중립적인 합의제 기관인 위원회를 설치하여 행한다. 노인장기요양보험법은 장기요양보험 사업의 중요 사항을 심의할 장기요양위원회를 보건복지부에 두도록 하고 있다. 그리고 동 위원회의 기능은 장기요양보험료율, 특별현금급여의 지급기준, 재가 및 시설급여 비용 등의 사항을 심의하는 것이다. 위원회의 구성은 16인 이상 22인 이하의 위원으로 구성하며, 다양한 이해관계인들이 참여하게 하고 있다. 위원은 근로자단체·사용자단체·시민단체·노인단체·농어업인단체 또는 자영자단체를 대표하는 자, 장기요양기관 또는 의료계 대표, 공무원·학계·건강보험공단 이사장 추천자 등으로 구성하고 있다. 위원장은 보건복지부차관이다.

셋째, 사업 시행자로서의 역할을 수행한다. 물론, 국가가 노인장기요양보험을 직접 집행하는 역할을 수행하지는 않지만, 장기요양보험 사업과 관련하여 노인성질환 예방사업, 주민의 서비스 욕구조사, 자격증 관리, 서비스의 적정성 관리, 급여의 질 관리 등의 역할을 수행해야 한다.

넷째, 비용 부담자로서의 역할을 수행한다. 여기에는 노인성질환 예방사업에 대한 비용지원, 노인장기요양보험 사업비용의 일부 부담(장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당), 의료급여수급권자의 급여비용 지급 등이 포함된다. 또한 장기요양기관을 확충할 수 있도록 장기요양기관의 설립 및 운용에 필요한 재정적 지원도 행할 수 있다.

다섯째, 이의제기에 대한 심판자 역할을 수행한다. 즉, 노인장기요양보험 사업의 요양인정, 요양등급, 요양급여, 급여비용 또는 보험료 등에 대해서 이의가 있는 경우에는 우선은 보험자인 국민건강보험공

단에 이의를 신청할 수 있으며, 이의 결정에 불복할 경우에는 국가에 심사를 청구할 수 있다. 따라서 보건복지부 소속 하에 장기요양심판 위원회를 설치하여, 심사청구를 할 수 있도록 하고 있다.

보험자로서의 국민건강보험공단(이하, 건보공단)은 노인장기요양 보험 업무 전반을 관리 운영하는 역할을 수행해야 하는데, 첫째, 보험자로서의 본질적인 역할을 수행한다. 건보공단은 장기요양보험 가입자 및 그 피부양자와 의료수급권자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과·징수⁴⁾, 장기요양등급판정, 급여의 관리 및 평가, 급여비용의 심사 및 지급, 노인성질환 예방사업 등의 업무를 수행한다.

둘째, 제도 운영자로서의 역할을 수행한다. 즉, 건보공단은 장기요양인정신청서의 접수 및 조사, 장기요양인정서의 작성 및 송부, 표준이용계획서의 제공, 장기요양인정 신청의 조사, 장기요양 인정의 갱신, 장기요양 등급의 변경 등 업무를 관장한다.

셋째, 감독자로서의 역할을 수행한다. 즉, 건보공단은 장기요양급여의 실시내역을 평가하며, 장기요양급여의 질을 관리한다. 급여 내용이 부실한 경우에는 제공기관으로 하여금 급여비용을 반환하게 할 수도 있다. 그리고 건보공단은 급여의 제한, 정지, 확인, 부당이득의 징수 등의 감독기능을 행하며, 손해배상 청구와 관련하여 구상권을 행사한다.

넷째, 자격심사 및 등급판정의 기능을 수행한다. 물론 이는 건보공단의 관리조직이 직접 수행하는 것은 아니며, 전문적이고 중립적인 등급판정위원회를 구성하여 행한다. 노인장기요양보험법에서는 등급판정위원회는 건보공단에 두되, 이를 시·군·구 단위로 설치하도록 하고 있다. 등급판정위원회는 15인의 위원들로 구성하되, 의료인, 사회

4) 이 경우 장기요양보험료는 건강보험료와 통합 징수하되, 고지는 구분하여 한다. 그리고 건강보험과는 구분하여 독립된 회계로 설치·운영한다.

복지사, 장기요양에 관한 학식이 풍부한 자, 시·군·구 소속의 공무원 중에서 공단 이사장이 임명하도록 하고 있다. 시장·군수·구청장이 추천하는 위원은 반드시 7인 이상 위촉하도록 하고 있다.

다섯째, 일차적인 불만처리 기구의 역할을 수행한다. 건보공단은 보험자로서, 수급자가 장기요양인정, 장기요양등급, 부당이득, 장기요양급여비용 또는 장기요양보험료 등에 관한 공단의 처분에 이의가 있을 경우에는 초동 이의제기 기구로서 역할을 행한다. 물론 이 경우에도 건보공단은 직접 제기된 이의를 심사하는 것이 아니라, 전문적이고 중립적인 장기요양심사위원회를 구성하여 이의신청을 심의한다.

시·군·구는 노인장기요양보험의 수혜자들 및 서비스 공급자인 장기요양기관이나 의료기관 등과 직접적인 접촉을 하면서 이들에 대한 지원자로서의 역할을 수행한다. 우선 시·군·구는 관내의 장기요양기관의 설립 및 확충을 지원하고 충분한 인력을 확보하는 데서 적극적인 역할을 수행해야 한다. 다음에는 장기요양 급여비용에 대한 지원으로서, 의료급여 수급권자에 대해서는 급여비용의 전부를 국가와 분담하여 지원하며, 일반 수급자에 대하여는 보험사업의 일부를 지원한다. 관리운영비도 국가와 분담하여 지원한다.

시·군·구는 노인장기요양보험에 대한 세부계획 수립자로서의 역할을 수행한다. 즉, 시·군·구는 중앙정부의 장기요양기본계획에 따른 세부시행 계획을 수립하고 시행한다. 이 외에도 시·군·구는 주민의 서비스 욕구조사와 예방사업을 실시하고, 관할지역의 수급자를 적극 발굴하는 등의 지원책을 강구한다.

또한 시·군·구는 관내의 장기요양기관을 관리하는 역할을 수행한다. 노인장기요양보험법에 의하면, 시·군·구는 관할구역 내의 장기요양기관을 지정하며, 재가장기요양기관의 설치에 대해서 신고를 접수한다. 장기요양기관의 시설·인력에 관한 변경사항, 폐업 및 휴업도 시

·군·구에 신고해야 한다. 그리고 시·군·구는 장기요양기관의 지정을 취소할 수도 있으며⁵⁾, 재가장기요양기관의 폐쇄나 영업정지를 명할 수 있다.

그리고 시·군·구는 장기요양인정 및 장기요양등급 판정에도 적극적으로 개입한다. 노인장기요양보험법에서는 장기요양등급판정위원회를 건강보험공단에 두지만, 이를 시·군·구 단위로 설치하게 하고 있으며, 15인의 위원 중에서 시·군·구에서 7인을 추천하게 하고 있다. 이는 보험자는 공단이지만, 실제 지역단위에서의 장기요양보험 운영에서는 시·군·구가 적극적 역할을 수행하도록 하려는 취지이다.

장기요양기관은 노인장기요양보험 서비스를 실제로 제공하는 기관으로서, 급여의 종류에 따라서 다양한 기관들이 개입될 수 있는 데, 반드시 민간부문만이 해당하는 것은 아니며 시·군·구의 보건소 및 산하의 기관, 공공에서 설치한 노인시설이나 의료시설 등도 장기요양급여를 제공할 수 있다. 구체적으로 장기요양기관은 노인요양시설, 방문수발시설, 방문간호시설, 지역재활센터, 방문재활시설, 주·야간보호시설, 단기보호시설, 전문요양시설, 공동생활가정 등 다양한 형태로 존재할 수 있다.

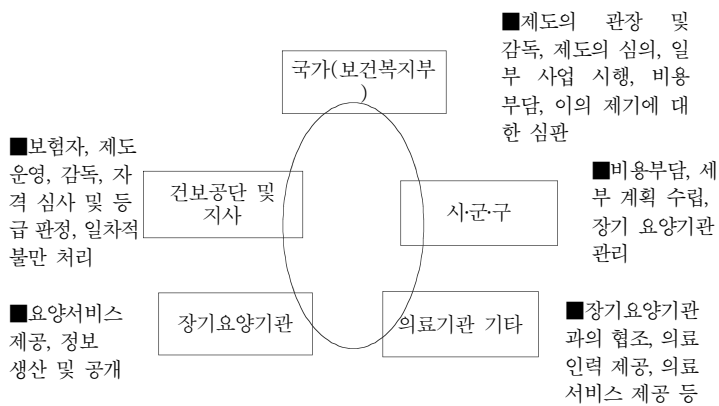
장기요양기관은 서비스이행 보고, 급여의 질 향상, 자료제출, 종사자의 근무조건 개선, 수급자에 대한 관련 정보의 공개, 의료복지 연계 체계의 구비 등을 조치해야 한다. 물론 장기요양기관은 이러한 급여 제공에 대하여 보험자인 건강보험공단에 급여비용을 청구하며, 이의 신청 및 심사청구, 행정소송 등 권리구제를 위한 행위를 할 수 있다. 또한 장기요양기관은 별도로 재가장기요양기관을 운영할 수 있다(보건

5) 허위 등 부정확한 방법으로 지정을 받은 경우, 장기요양급여를 거부한 경우, 지정 기준에 적합하지 아니한 경우, 급여비용의 부당청구, 자료제출 거부, 허위보고, 수급자에 대한 신체적 폭행·성폭행 성희롱 등의 행위, 수급자 유기 및 보호 치료 소홀 등의 경우에 시·군·구는 장기요양기관의 지정을 취소할 수 있다.

복지부, 2006). 그리고 장기요양기관에서는 장기요양요원들이 수급자에게 서비스를 제공하고 있는 데, 간호사, 사회복지사 등의 자격을 소지한 전문 요원의 경우는 주로 방문조사, 서비스계획서 작성, 서비스 조정·관리, 상담업무 등의 업무를 담당하며, 일반 요원은 가사 및 일상생활 지원, 목욕 및 배설 보조 등의 장기요양업무를 실시한다. 그리고 장기요양기관은 수급자의 거주지역과 가까운 의료기관 소속의사를 관리의사로 지정하여, 해당 수발기관의 의료적 수요에 충당한다.

의료기관은 비록 장기요양기관으로 지정은 받지 않더라도, 장기요양보험이 주로 노인계층이나 노인성질환을 가진 사람들을 대상으로 하는 것이기 때문에 노인장기요양보험과는 밀접한 관련을 맺을 수밖에 없다. 의료기관은 기본적으로 장기요양기관에서는 제공하기 어려운 전문적인 의료서비스나 응급서비스를 제공하며, 필요한 경우에는 촉탁 의사나 간호사 등을 장기요양기관에 파견하여 장기요양기관이 필요로 하는 의료적 서비스를 지원하는 역할을 수행하게 될 것이다. <그림 1>은 이상에서 논의된 노인장기요양보험의 서비스 공급에 관여하는 주요 행위자들의 역할을 정리한 것이다.

<그림 1> 노인장기요양보험 관련 행위자들의 역할



2) 조정 및 의사소통 체계 확립

보건복지부는 노인장기요양보험 제도의 최종적인 관장자 및 감독 기관의 역할을 수행한다. 따라서 보건복지부는 장기요양보험 업무를 담당할 부서를 지정해야 하는 데, 이 경우에 별도의 부서를 설치하기 보다는 건강보험 업무와 함께 보험연금정책본부에서 업무를 관장하고 필요하면 전담팀 단위 정도를 설치하며, 장기요양보험의 대상이 대부분 노인임을 감안하여 기존의 저출산고령사회정책본부 산하의 노인복지 담당부서들과의 원활한 업무조정 및 협조 방안을 구축하는 것이 필요하다. 그리고 중앙 행정기관으로서의 보건복지부는 장기요양보험의 보험자인 건강보험공단, 장기요양기관을 관리 감독하는 각급 지방자치단체와의 조정 및 의사소통의 중추기관으로서의 기능도 수행해야 한다.

다음에 보험자로서의 건강보험공단과 시·군·구간의 조정 및 의사소통 또한 매우 중요하다. 건강보험공단은 수급자의 자격관리, 보험급여 지급, 보험료 징수, 보험급여 심사, 이의신청 해결 등의 업무를 기본적으로 수행한다. 그리고 이러한 업무는 현재 지역별로 설치되어 있는 건보공단의 지사단위로 시행이 될 것인데, 이 경우 건보공단이 노인장기요양보험 사업의 모든 업무를 주도하고 시·군·구에는 협조의 의무만을 부과하는 것은 현실적으로 어려우며, 형평성의 원리에도 어긋날 것이다(김진수, 2005). 따라서 보험급여 지급 및 기타 서비스 제공 등의 과정에서는 시·군·구와의 적절한 연계체계가 구비되어야 하는데, 이를 위해서는 건보공단의 지사와 시·군·구간에 주기적으로 노인장기요양보험 관련 업무를 조정하는 협의기구를 설치하는 것이 필요하다. 그리고 건보공단 지사 내에는 장기요양보험 관리를 위한 인력과 기구를 설치하되, 별도의 독립기구를 신설하기 보다는 기존 인력의 재배치를 통해서 관리비용을 절감하는 것이 필요하다.

그리고 보험급여 청구에 대한 심사업무는 현 노인장기요양보험법에는 공단이 이를 담당하게 하고 있는데(법 제38조 2항), 이를 위해서 건보공단 산하에 별도의 조직을 설치하기 보다는 건강보험급여 심사 업무를 담당하고 있는 건강보험심사평가원에 위탁하여 실시하는 것이 조직을 확장하지 않고 업무를 효율적으로 시행하는 길이 될 것이다. 그리고 이를 위해서는 현재처럼 두 기관이 완전히 별개로 움직이게 하기 보다는, 적절한 업무협의 통로를 구축하여 주기적으로 자료 및 정보교환 등을 할 수 있어야 할 것이다(엄기욱, 2006).

시·군·구의 경우는 건강보험공단이 보험자가 됨으로써 노인장기요양보험 제도 운영과정에서의 역할이 많이 축소되었다. 그러나 이 경우에도 시·군·구는 장기요양기관의 지도·감독이나 시·군·구 단위 등 급관정위원회의 참여, 장기요양 세부시행계획 수립 등 적지 않은 역할을 수행해야 한다. 따라서 노인장기요양보험 제도가 본격적으로 시행이 되면 시·군·구에도 장기요양보험 업무를 관리할 인력이 배치되어야 한다. 이 경우에는 이를 시·군·구의 계선 단위에 배치하기보다는 보건소 단위에 배치하는 것이 바람직하다. 왜냐하면 노인장기요양보험은 대부분 노인의 질병과 관련되는 것이기 때문에 기존의 보건소 단위에서 행하는 보건업무와 잘 연계가 되어야 하기 때문이다(이무승, 2006). 그리고 이 경우에는 기존의 보건소 업무를 재조정하여 노인치매상담센터 등 노인복지 및 노인보건 관련 업무는 하나로 묶는 것이 필요하다. 보건지소나 보건진료소 등은 읍·면·동 단위에서 장기요양기관과의 업무협조 및 수급자 관리 등을 담당해야 한다. 그리고 현재 시·군·구들 간에 특히, 광역시와 도의 시·군·구간에는 보건 및 의료서비스 등의 면에서 서로 연계를 해야 할 측면이 많다. 예로서, 현재 노인요양시설 등을 시·군·구의 특성에 관계없이 경쟁적으로 증설하고 있는데, 실제로는 이러한 시설들에 대한 수요가 도시지역과

농어촌지역 간에 편차가 크다. 따라서 장기요양기관을 반드시 행정구역 단위로 설치하도록 지원할 필요는 없으며, 이보다는 시·도 단위에서 조정을 하여 행정구역 단위가 아닌 광역생활권 단위로 장기요양기관의 수나 건립지역 등을 조정해야 한다(김순양, 2006).

그리고 시·군·구는 관내의 의료기관 및 노인복지시설 등의 지도·감독 업무를 담당하지 않을 수 없다. 특히 현실적으로 노인복지, 기초생활보장, 의료보장 등의 업무는 시·군·구가 중심이 되어 서비스를 전달하고 있기 때문에 시·군·구와 건보공단 지사간의 업무협조와 조정은 무엇보다도 중요하다. 보험자로서의 건보공단은 급여비용 지급, 보험료 징수, 이의신청 관리 등 주로 보험의 본질적인 업무를 담당하고, 장기요양기관에 대한 관리·감독, 지역사회와의 연계체계 구축 등의 업무는 시·군·구가 주도적으로 수행하지 않을 수 없다. 그러나 자칫 건보공단과 시·군·구간에 노인장기요양보험에 관한 업무 및 비용 분담이 모호하게 될 수 있으므로 전술하였듯이 양 기관 간에 협의기구 설치하여 노인장기요양보험의 운영에 대하여 주기적으로 협의·조정할 수 있어야 한다.

다음에 노인장기요양보험이 본격적으로 시행되면, 비록 일상적인 보험 관리업무는 보험자인 건보공단 지사가 담당하겠지만, 시·군·구로서도 관리센터를 가칭 ‘노인보건복지센터’라는 이름으로 설치하는 것이 필요하다. 이는 단순히 장기요양보험을 지원하는 역할에 그칠 것이 아니라, 노인보건, 치매노인, 노인성 질환자 등을 종합적으로 관리하고 지원하는 지역단위의 노인보건복지 허브(hub) 기능을 수행할 것이 기대된다. 이를 위해서는 현실적으로 노인복지의 주된 영역이 노인건강과 보건임을 감안하여 행정관리부서가 아닌 보건소 단위에 설치하고 기존의 노인치매상담센터 등을 흡수·통합하는 것이 필요하다. 여기서는 노인장기요양보험과 관련해서도 지방자치단체가 행할 장기요양기관의 관리 및 감독, 장기요양 세부시행계획 수립 등의 기

능을 수행해야 할 것이다. 이를 통해서 관리센터는 지역단위에서 명실상부하게 노인장기요양보험을 포함하는 노인보건복지 전반의 연계체계를 구축하는 데서 중추적 역할을 수행해야 한다. 따라서 관리센터에는 현재 시·군·구의 일선행정기관에 주로 배치되어 있는 사회복지전담 공무원이나 보건전문가를 별도로 배치하여, 노인복지 관련단체(치매노인협회, 재가노인복지협회 등), 의료기관, 노인복지시설 등과 같은 민간부문과의 업무연계, 건보공단과의 업무연계, 타 시·군·구 관리센터와의 업무협조 및 정보교류 등 지역단위에서의 노인보건복지 연계의 중심적 역할을 수행하도록 해야 한다(정길홍, 2006).

장기요양기관은 실제로 노인장기요양보험 서비스를 수급자에게 제공하는데, 장기요양서비스의 종류에 따라서 노인의료시설, 주간보호시설, 방문간호시설, 노인요양시설 등 다양한 형태로 존재한다. 이러한 장기요양기관들은 건보공단, 시·군·구, 관련단체 등과 각기 상이한 방식으로 연계를 맺으면서 노인장기요양보험 서비스를 제공해야 하는데, 우선 건보공단 및 시·군·구와의 관계에서는 인력계획 및 장기요양서비스 제공계획을 정확하게 제시하고 정보를 적절하게 공개해야 하며, 서비스의 질에 대한 감독과 평가를 받고 그 결과 문제가 있으면 적절한 시정조치를 해야 한다. 그리고 공단이나 시·군·구에서 필요로 하는 문서의 제출, 방문점검 등에 적극적으로 협조해야 한다. 또한 전문성을 갖춘 장기요양보험 업무 전담자를 두어서 관련 정보의 수집 등을 적극적으로 행함으로써 장기요양급여의 질을 유지하도록 해야 한다. 특히 시·군·구 단위별로 설치될 관리센터와의 지속적인 업무협조나 연계망 유지는 장기요양보험서비스의 질을 유지하기 위해서 필요하다.

또한 장기요양기관들 간에도 적절한 연계가 필요하다. 즉, 성격이 상이한 장기요양기관들 간에는 수급자의 신체적·정신적 상태에 따라서

가장 적합한 장기요양기관에 이송할 수 있는 연계체계를 구축하고 있어야 한다. 특히 장기요양기관은 기본적으로 건강이 좋지 못한 노인계층을 주로 서비스 대상으로 하고 있기 때문에 의료기관 및 응급구조기관 등과의 업무 연계가 필요하다. 그리고 노인복지시설협회 등과의 협조를 통해서 정보를 지속적으로 수집함은 물론, 자원봉사단체나 자원봉사관리센터 등과도 유기적으로 협조할 수 있어야 한다.

장기요양기관과 수급자 본인 및 그 가족과의 연계체계 구축도 절실하다. 사회복지 기관이나 시설이 가지고 있는 공통된 문제점 중의 하나가 고객지향(customer-oriented) 사고가 부족하며, 그러다 보니 서비스의 고객인 수급자를 체계적으로 관리하지 못하고 있다는 점이다(Indyk and Beville, 1995). 일단 수급자가 자신의 고객으로 선정이 되고 나면, 수급자에 대한 급여의 내용, 수발자의 신체적·정신적 상태의 진전, 문제점 등을 수급자 본인과 지속적으로 소통함은 물론, 수급자가 대부분 노인이기 때문에 수급자의 가족에게도 주기적으로 정보를 교류하고 상담을 행하는 것이 필요하다.

장기요양기관과 지역사회와의 연계관계를 형성하는 것도 중요하다. 장기요양기관이 고용된 인력만으로 좋은 서비스를 제공하는 데는 한계가 있기 때문에, 적절한 자원봉사인력을 모집하여 활용한다든가, 지역사회의 사회복지단체와 협력하여 관련 기관들 간에 정보를 교류하는 등으로 부족한 부분을 보충할 수 있다(김순양, 2006). 그리고 현재 노인복지와 관련해서도 종합사회복지관, 노인복지관, 재가노인복지센터, 자원봉사센터, 보건소 단위의 치매상담센터 등 다양한 기관들이 개입하고 있기 때문에, 자칫 노인보건서비스가 파편적이고 비효율적으로 제공되기가 쉽다. 따라서 이러한 다양한 노인복지시설이나 기관들 간에 정보공유 및 조정의 통로를 구축함으로써 보다 양질의 장기요양보험 서비스가 제공될 수 있다.

노인장기요양보험 제도가 제대로 정착되기 위해서는 장기요양보험

인력을 포함한 노인복지 인력들 간의 적절한 연계도 필요하다. 현재 노인복지를 담당하는 인력들 중에서 노인복지기관의 행정이나 프로그램관리 인력을 제외하고도, 유급 및 무급 가정봉사원, 가정방문간호사, 노인요양인력 등 다양한 전문 인력들이 있으며, 여기에 더하여 노인장기요양보험이 시행되면 건보공단의 관리인력, 보건소 단위 관리센터의 전문요원, 장기요양기관의 장기요양요원, 관리의사 등도 생성될 것이다. 물론, 이처럼 다양한 종류의 인력들이 개입되는 것은 서비스의 질을 제고한다는 측면에서는 바람직하지만, 자칫 인력들 간의 역할 모호성과 갈등, 교육훈련의 혼선 등 문제를 가져올 수도 있다.

따라서 이러한 인력들이 유기적으로 관리되는 체계가 마련되어야 하며, 이를 통해서 이들 간의 원활한 협력과 연계체계가 구비되어야 한다. 이들의 역할은 보건·의료서비스 관련 인력, 보건·의료서비스 외의 노인서비스 관련 인력, 기획·행정·프로그램 운영 등의 서비스관리 인력의 세 부분으로 구분할 수 있을 것이다. 따라서 이러한 세 부분 인력들 간의 상호교류와 소관 분야에 관한 정보교류 등을 통하여 보다 종합적인 노인장기요양보험 서비스를 제공할 수 있을 것이다(엄기욱, 2006). 예로서, 가정봉사서비스 담당자의 경우 노인의 건강 및 의료상태에 관한 기본정보를 숙지해야 그에 맞는 관련 서비스도 제공할 수 있을 것이며, 행정관리 인력의 입장에서도 이들과의 정보교류를 통해서 노인들에 대한 전반적인 상황파악이 되어야 적절한 계획수립과 프로그램 구상이 가능해질 것이다.

3) 연계의 구심점 및 리더십 확립

노인장기요양보험 제도는 만성질환 노인이라는 특정 계층을 주된 수급대상으로 하는 제도의 특성상, 보험자는 건보공단이지만 지역단위로 작동할 수밖에 없다. 따라서 서비스 전달체계의 연계의 구심점

및 리더십도 지역단위에서 설정되는 것이 바람직하며, 이를 위해서는 지역단위의 연계체계 및 커뮤니티 케어(community care) 시스템을 구축하는 것이 필요하다(엄기욱, 2006). 여기에서는 민간부문의 노인장기요양 관련 인력이나 자원도 충분히 활용되어야겠지만, 우선은 공공부문의 선도적인 조정역할이 필요하므로 단기적으로는 현재 보건소 단위에 설치되어 있는 치매상담센터를 활성화하되, 단순한 치매상담 기능에서 벗어나서 종합적인 노인질환 정보구축 및 조정기능을 중심으로 강화하기 위해서 명칭을 노인보건복지센터로 변경하고 지역단위의 노인장기요양 관리의 중심축으로서 기능하게 할 필요가 있다. 이를 위해서는 센터를 별도 예산이 있는 기관으로 설치하고 전문 인력을 보충함으로써 실질적으로 기능을 하게 해야 한다. 그리고 장기적으로는 기존의 치매상담센터를 포함한 시·군·구 단위의 노인복지 관련조직들을 흡수·통합하여 보다 실질적으로 운영함으로써 노인장기요양보험을 포함한 노인복지수요에 보다 포괄적으로 대처할 수 있도록 해야 한다.

그리고 노인보건복지센터는 단순한 관리 및 행정기능을 수행하는 것을 넘어서, 지역사회 단위의 사회적 지지 망(social support network)을 구축하는 데서 중추적 역할을 담당해야 할 것이다. 즉, 동 센터는 지역사회 노인들에 대한 세심한 주의 기울임과 배려를 행하며, 지역사회 차원의 노인장기요양 및 노인보건에 대한 교육 및 홍보활동을 강화하며, 장기요양기관에 대해서 전문상담 등을 지원하며, 장기요양보험 수급자 가족에 대한 상담기능 등 노인장기요양보험 서비스를 지역사회 단위에서 조정하는 역할을 수행해야 할 것이다.

그러나 궁극적으로는 노인보건복지센터 중심의 지역복지 거버넌스(local welfare governance) 체제가 구축되어야 한다. 여기에는 지역사회의 다양한 행위자들이 참여할 수 있겠는데, 노인보건복지센터, 행정기관, 지역사회, 장기요양기관 및 시설, 지역단위의 건보공단 지사, 중

합사회복지관이나 노인종합복지관 등 기존의 복지시설, 노인복지시설 관련 단체나 NGO, 노인권익옹호단체, 수급자 및 그 가족 등이 유기적으로 결합이 됨으로써 궁극적으로는 노인장기요양보험 서비스가 노인보건복지의 일환으로서 통합적으로 운영될 수 있어야 할 것이다. 이 경우 노인보건복지센터는 노인장기요양보험 제도의 지역복지 거버넌스의 거점으로서, 수급대상자 및 장기요양기관 등과 관련된 정보의 수집·저장·유통, 기본적인 서비스, 노인성 질환 예방교육 및 홍보, 부양가족에 대한 심리적·정서적 지원책 강구, 지역사회 협조체제 구축, 자원인력 관리 등의 중추적인 역할을 수행할 수 있을 것이다.

이러한 지역복지 거버넌스 체제 하에서 시·군·구의 경우는 관련 제도의 정비 및 개선, 정책의 방향잡기, 노인보건복지센터에 대한 행정적·재정적 지원 및 조장, 장기요양기관 및 시설에 대한 관리·감독 및 인센티브 체계 구축, 제도 및 성과 평가체계의 구축 등의 역할을 수행할 수 있을 것이다. 특히, 현재 노인장기요양보험과 관련해서는 시·군·구에 의료급여수급권자에 대한 장기요양보험료 부담, 건보공단에 대한 재정적 지원, 노인성질환 예방사업 지원, 심지어 장기요양 시설 등의 건립지원에 이르기까지 많은 재정 부담을 지우고 있다(노인장기요양보험법 제4조 및 제58조 2항). 그러나 이는 현재의 시·군·구 재정으로는 한계가 있을 수밖에 없다. 따라서 방안은 지방자치단체 사회복지예산의 우선순위 설정이 무엇보다도 중요한데, 그 방향은 시설건립과 같은 하드웨어 중심으로부터 프로그램 개발 및 지원과 같은 소프트웨어 중심으로, 행정구역 단위의 할거주의 운영으로부터 생활권 중심의 유기적 연계의 방향으로 전환해야 한다. 그리고 민간부문의 인적·물적 자원을 적극적으로 활용할 수 있는 방안과 공동생산 방안을 모색함으로써 부족한 인력과 재정을 보완할 수 있어야 한다.

다음에 노인복지 관련 시설단체, 노인권익옹호단체(대한노인회 지부 등), NGO 등은 민간부문의 노인장기요양보험 관련 지역복지 거버

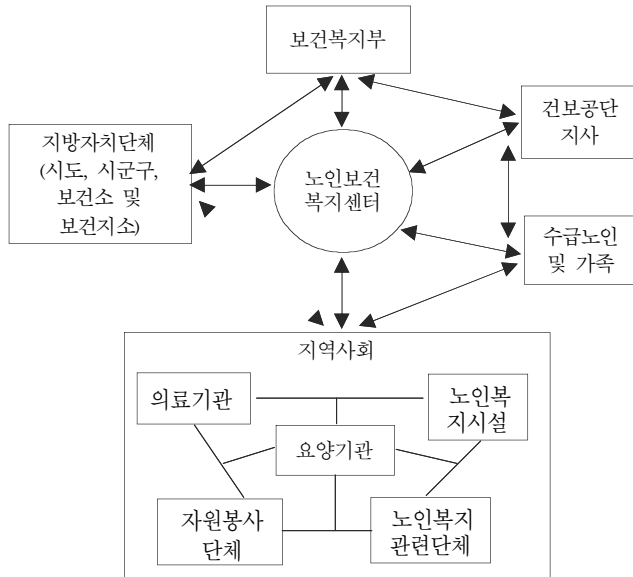
년스의 주축으로서, 지역사회 단위의 노인복지서비스 전달체계 전반의 연결 핀(linking pin) 역할을 수행해야 한다. 뿐만 아니라, 정책이나 제도화를 주장하는 이익집단의 역할, 노인성 질환의 심각성에 대한 여론 환기 등도 수행해야 한다. 지역사회(community)는 건보공단 지사, 노인보건복지센터 및 노인복지 관련 단체와의 적극적 협력을 통해서 지역사회 단위의 인적·물적 자원을 조직화하며, 전문 자원봉사인력을 확보하고 이들과 장기요양기관 및 장기요양보험 수급자와의 연계를 강화하며, 장기요양이 필요한 노인들에 대한 세심한 관찰과 주의 기울임을 행하며, 수급자 가족에 대한 사회적 지지를 행한다(Ungerson, 2003). 노인장기요양보험 수급자 및 가족의 경우는 지방자치단체 및 노인보건복지센터에 적극 협조함은 물론, 노인성 질환의 예방을 위해서 필요한 관련 정보를 적극적으로 제공해야 한다. 그리고 지역사회의 노인보호 활동에 참여하고 상호 협조하며, 노인성 질환 예방교육 등에도 적극적으로 참여하는 등으로 지역사회 단위에서의 노인장기요양 관리 네트워크 체제에 개입되어야 할 것이다.

그리고 이러한 지역복지 거버넌스 체제가 유지되기 위해서는 우선은 행위자들 간에 신뢰를 기반으로 하는 상호협력의 정신이 고양되어야 한다. 그리고 개방성과 투명성을 토대로 행위자들 간에 정보가 적절하게 공유되어야 하며, 자발적인 참여를 바탕으로 한 행위자간 연계의 네트워크가 구축되어야 한다(Donnelly, 1999). 뿐만 아니라, 거버넌스 체제 내에서의 조정과 통합의 기제가 잘 갖추어지고 이러한 조정과 통합의 중심적 역할을 수행할 수 있는 리더십이 확보되어야 한다. 그리고 무엇보다도 행위자들이 거버넌스 내에 머무를 수 있게 하는 인센티브가 제공되어야 하는 데, 여기서 인센티브는 물질적인 것이라기보다는 공동체에 대한 신뢰와 존중에 기반 하는 것이다.

뿐만 아니라, 지역복지 거버넌스 체제에서의 연계와 통합을 위해서는 정보공유 시스템의 지원이 무엇보다도 중요하다(김순양, 2005). 우

선 국가차원에서는 현행의 국민건강보험의 보험료 부과 및 징수와 관련한 은행, 국세청 등과의 통합전산망을 잘 지원해주어야 함은 물론, 여기에 장기요양보험료 부과 및 징수와 관련한 정보들도 적절하게 추가되어야 한다. 그리고 각 장기요양기관들마다 기관의 시설, 설비, 인력 관련 정보를 홈페이지를 통하여 공개하도록 한다. 그리고 이러한 개별적인 정보 공개 외에도 통합 홈페이지를 통하여 일괄적으로도 정보를 제공함으로써 수급자들이 장기요양기관들 간 내역을 비교할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 그리고 정보공유 시스템은 광역단위에서도 잘 지원이 되어야 한다. 어떤 면에서는 장기요양시설이나 의료기관 등의 분포를 감안할 때 광역단체인 시·도 단위로 통합전산망을 구축하는 것이 보다 현실적일 것이다. 여기에는 수급대상자, 관내의 장기요양기관 및 의료시설, 노인복지관련 시설 및 단체, 민간부문의 자

<그림 2> 노인장기요양보험 지역복지 거버넌스



원봉사인력 및 장기요양 전문 인력, 응급진료시스템, 노인보건복지센터 등에 대한 정보들을 망라하는 통합 데이터베이스(DB)를 구축하는 것이 필요하다. <그림 2>는 노인장기요양보험 제도와 관련한 지역 복지 거버넌스의 형태를 도식화한 것이다.

5. 결론

이상에서 노인장기요양보험 제도를 시행하는 데서 전달체계의 연계성을 제고하기 위한 방안으로서, 관련 각 행위자들의 기대되는 역할의 설정, 조정 및 의사소통 체계의 확립, 연계의 구심점 및 리더십 확립이라는 세 가지 측면을 중심으로 논의를 해 보았다. 궁극적으로는 노인복지서비스로서의 노인장기요양보험 제도는 전달체계의 연계성을 제고하는 것이 제도 정착의 중요한 관건이 될 것이며, 성공적으로 연계성을 확보하기 위해서는 이를 저해할 수 있는 요인들을 예측하고, 이를 사전에 잘 극복하는 것이 중요하다. 따라서 본 연구에서는 결론에 갈음하여 Daka-Mulwanda et al.(1995), Gilsson and James(1992), Hook and Ford (1998) 등의 많은 학자들이 언급한 이론 및 노인장기요양보험법의 내용에 대한 본 연구에서의 분석 등을 토대로, 노인장기요양보험 제도의 연계성 제고를 위해서 염두에 두어야 할 내용들을 정리하고자 한다.

첫째, 노인장기요양보험 제도를 설계 및 시행하는 데서 지나친 조직이기주의를 차단해야 서비스전달체계의 연계성을 확보할 수 있다. 이미 건보공단과 시·군·구는 입법이 되기 오래전부터 서로 자신이 보험자가 되어야 한다고 주장하면서 갈등을 겪은 바 있다. 물론 이들의 주장은 업무수행의 효율성 측면이라기보다는 이기적인 조직팽창 욕구에 기인한 측면이 컸다고 볼 수 있으며, 이러한 조직이기주의는 행위자들 간의 연계와 조정을 어렵게 하는 주된 요인이 되고 있다

(Goodsell, 1994). 따라서 노인장기요양보험 제도를 설계 및 시행하는 데서 이러한 조직이기주의를 차단하기 위해서는 우선은 국회나 중앙 정부 차원에서 관련 기관들의 역할을 입법이나 행정명령을 통해서 명확하게 지정해 주는 것이 필요하다. 현재 입법된 법률에서는 보험자를 건보공단으로 하고 있지만, 비용부담이나 요양기관의 관리 감독, 등급판정위원회의 운영 등에서 향후 건보공단과 지방자치단체 간 갈등을 유발할 부분이 적지 않다. 따라서 앞으로의 행정명령 제정과정에서는 이러한 책임상의 모호한 부분들을 보다 명확하게 정리해야 할 것이다. 물론 이 과정에서는 이해관계의 측면에서보다는 객관적인 분석을 통해서 누가 어떠한 역할을 담당하는 것이 제도의 효율성을 극대화할 수 있는가하는 관점에서 역할이 부여되어야 한다.

둘째, 업무수행과정에서의 비밀주의와 이로 인한 각 행위자들의 폐쇄적인 정보독점 행위도 노인장기요양보험 전달체계의 연계성을 저해하는 중요한 요인이 될 것이다. 우리는 공공기관들 간에는 물론, 공·사 간에도 업무를 수행하는 데서 비밀주의가 강하며, 이로 인하여 정보유통 및 의사소통 과정에 많은 장애가 발생하고 있다(조석준, 1994). 그러나 이처럼 업무처리가 폐쇄적으로 이루어지고 정보공유가 제대로 되지 않으면 업무의 연계나 조정이 어려울 것임은 자명하다. 따라서 이를 극복하기 위해서는 우선은 건보공단과 시·군·구 주도로 종합정보시스템을 구축하고, 각 행위자들이 생산하고 공개할 정보의 종류를 지정하고 일정한 정보를 의무적으로 공개하게 하는 것이 필요하다. 이 경우 각 행위자들은 단순히 프로그램 내용이나 조직을 소개하는 데 그쳐서는 안되며, 재정상태, 인력현황, 인력의 전문성 등도 공개함으로써 수급자들이 세부정보를 이용하는 데 지장이 없도록 해야 한다.

셋째, 기관들 간의 횡적인 조정체계가 확립되어야 한다. 우리의 경우 종적인 조정은 비교적 잘 되는 데 비하여, 기관들 간 혹은 특정기

관 내 부서들 간의 횡적인 조정은 부실한 경우가 많다(강인재·이달곤, 1998). 여기에는 여러 가지 이유가 있겠지만, 근본적으로는 조직들 간의 할거주의가 강하기 때문이다. 그런데 이러한 횡적인 조정은 권위적으로 되기가 어렵기 때문에 업무협의체를 구성하거나 조정회의 등을 통하여 해결해야 한다. 노인장기요양보험의 경우도 시·군·구 단위에서 적절한 협의기구를 구성하여 정기적인 연락과 이견조정을 행해야 하는 데, 여기에는 건보공단 지사, 시·군·구, (가칭) 노인보건복지센터 등 공공기관만 참여할 것이 아니라, 지역복지 거버넌스의 관점에서 시설협회, 노인단체 등 관련 이익집단, 시민단체, 의료기관이나 장기요양기관 등 민간영역도 적극 참여할 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 통해서 지역사회 단위에서의 지역 사회자본(social capital)을 정책 시행과정에서 충분히 활용할 수 있어야 할 것이다(김석준 외, 2000).

넷째, 인력관리가 파편적으로 되면 장기요양보험 전달체계의 연계성을 제대로 달성하기가 어렵다(Gilbert and Specht, 1986). 현재 노인복지서비스 영역에는 이미 다양한 인력들이 활동하고 있으며, 노인장기요양보험 제도가 시행되면 여기에 더해서 장기요양요원 등을 포함한 새로운 인력들도 추가될 것이다. 그러나 노인장기요양보험의 경우 전술한 관련 조직들 간의 할거주의와 비밀주의 속성으로 인하여 관련 인력들 간의 분절이 우려된다. 그런데 관련 인력들이 개별 프로그램 별로 운영이 되면, 인력관리 면에서 많은 비효율이 노정될 우려가 있다. 따라서 지역단위에서 통합적인 인력관리 망을 구축하고, 노인장기요양보험 인력도 그 일환으로서 관리되는 것이 필요하다. 즉, 가정봉사원, 방문간호인력, 장기요양요원, 관리의사, 자원봉사인력, 사회복지사, 사회복지관 및 노인복지관의 관련 인력 등 다양한 인력들을 체계적으로 관리하고, 정보교류와 교육훈련 등을 체계적으로 시행할 수 있는 정보 및 인력관리의 통합적 네트워크 구축이 필요하다(정길홍, 2006). 이 경우 새로운 조직을 다시 만드는 것은 비용이 많이 수반

되기 때문에, 시·군·구 단위에 설치될 노인보건복지센터나 기존의 보건소 조직 등을 활용하여 인력관리를 강화하는 방안이 적절할 것이다. 시·군·구 단위에서 통합적 인력관리에 한계가 있으면, 시·도 단위에서 광역인력관리센터 등을 설치하는 것도 가능할 것이다.

다섯째, 책임과 권한이 적절하게 연결되지 못하는 경우에도 연계가 어렵게 된다. 예로서, 건보공단을 보험자로 하는 현행 제도는 지방자치단체에 대해서는 비용분담이나 재정지원의 책임만 지우면서 노인장기요양보험과 관련한 어떠한 권한도 부여하고 있지 않는데(엄기욱, 2006), 이 경우에는 지방자치단체는 제도로부터 소외되기 때문에 관련 조직들과의 업무협조나 연계망 구축에 소극적으로 될 수 있다. 조정과 연계라는 것은 기본적으로 권한과 책임이 동반되고 적극적인 참여가 전제되어야 발생할 수 있는 것이다. 따라서 건보공단이 보험자이지만 공단은 주로 재정과 급여 관리 등 보험자로서의 본질적인 기능만 수행하고, 장기요양 기관 및 인력 관리 등의 서비스전달 관련 업무는 지방자치단체 특히 시·군·구에 책임을 맡기는 방향이 되어야 할 것이다. 시·도의 경우도 비용부담만 하도록 해서는 적극적으로 장기요양보험 제도에 개입되기 어려울 것이다. 따라서 시·도의 경우는 광역단위에서의 업무조정 기능과 일정한 심의기능을 부여하는 것이 필요하다.

마지막으로, 노인장기요양보험의 연계체계 구축은 장기요양기관이나 의료기관 등의 적극적인 참여와 역할 수행이 없이는 불가능한 것이다. 그러나 문제는 이들이 대부분 민간부문으로서, 비록 영리기관은 아니지만 경쟁의 원리를 바탕으로 운영되는 기관들이라는 점이다. 따라서 이들이 서비스 전달과정에 적절하게 연계되고 통합되기 위해서는 이들에게 일정한 편익을 제공함으로써 동기부여(motivation)를 하는 것이 필요하다. 이를 위해서는 비록 완전한 방법은 못되지만, 지방자치단체 및 건보공단의 의사결정 과정에 이들이 적절하게 참여할 수

있는 의사전달 통로를 개설해 주며, 지방자치단체 단위에서 장기요양
보험 지도요원을 지정하고 이들이 장기요양기관을 주기적으로 방문
하여 애로사항을 청취하는 것을 생각해 볼 수 있을 것이다. 그리고 장
기요양기관 등을 정기적으로 평가하여 우수한 기관들에 대해서는 시
설 개·보수나 장비구입 등을 지원해주는 것도 고려할 있을 것이다.

참고문헌

- 강인재·이달곤. 1998. 『한국행정론』. 대영문화사.
- 김석준 외. 2000. 『뉴거버넌스 연구』. 대영문화사.
- 김성순. 1991. 『고령화사회와 복지정책』. 홍익재.
- 김순양. 2005. “치매노인에 대한 효율적 지원체계 구축방안: 거버넌스(governance)의 관점에서”. 영남대학교 노인치매선도연구센터 2005년도 춘계학술세미나, 『노인치매의 현실과 과제』.
- 김순양. 2006. “지방정부 치매노인 복지서비스 공급체계의 효율화 방안: 복지다원주의의 관점에서”. 『사회복지정책』 제24호.
- 김재엽·박수경. 2001. “가정폭력 관련 기관들의 서비스 연결실태와 관련 요인”. 『한국사회복지학』 제47호.
- 김진수. 2005. 보건복지부 주관 노인수발보장법 공청회 토론자료.
- 김찬우. 2005. “노인수발보장제도의 쟁점과 문제점에 관한 고찰”. 『한국사회정책』 제12집.
- 박경수. 1997. 『통합적인 직업재활서비스 제공을 위한 관련기관과의 연계방안』. 한국장애인고용촉진공단.
- 박경숙. 1996. “사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스연계에 영향을 미치는 요인들”. 『한국사회복지학』 제30호.
- 박미은. 2002. “정신보건사회복지사들의 서비스 연계실태 및 연계관련 요인”. 『한국사회복지학』 제51호.
- 박영란·황정임. 2000. “여성에 관한 폭력관련 상담소의 서비스연계실태 및 연계 관련 요인”. 『한국사회복지학』 제43호.
- 보건복지부. 2006. 『노인수발보험제도 소개』.
- 보건복지부. 2005. 『보건복지백서』.
- 성규탁. 1997. 『사회복지행정론』. 법문사.
- 엄기욱. 2006. “노인수발보험제도와 관리운영주체”. 한국사회복지사협회 주관 노인수발보험법 관리운영주체와 수발인력 방안 공청회 발표문.
- 이금진. 2003. “지역기반 정신장애인 직업재활수행기관 간 연계강화에 관한 연구”. 『한국사회복지학』 제54호.
- 이무승. 2006. “노인수발보험제도와 관리운영주체”. 한국사회복지사협회 주관 노인수발보험법 관리운영주체와 수발인력 방안 공청회 토론문.
- 이현주. 1998. “사회복지조직 구성원의 조직간 관계: 장애인복지관련 조직을 중심으로”. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 이현주 외. 2000. 『지역단위 사회복지 관련 서비스 연계체계 모형개발』. 한국보건사회연구원.

이혜원. 2002. “결식아동 지원조직간 서비스 연계망(network)에 관한 연구”. 『한국 사회복지학』 제49호.

정길홍. 2006. “노인수발보험제도에서의 수발서비스 전문 인력방안”. 한국사회복지사협회주관 노인수발보험법 관리운영주체와 수발인력 방안 공청회 발표문.

조석준. 1994. 『한국행정조직론』. 법문사.

차홍봉. 2006. “노인수발보험제도와 재정통합”. 한국사회복지사협회 주관 노인수발보험법 관리운영주체와 수발인력 방안 공청회 발표문.

최성재·남기민. 2001. 『사회복지행정론』. 나남출판.

한국보건사회연구원. 2004. 『2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』.

함철호. 2003. “지역사회복지에 있어서 기관 간 연계의 효과성 평가”. 『한국사회복지학』, 55.

前田信雄 . 1990. 『保健醫療福祉の 統合』. 勁草書房.

Bailey, D. and K. M. Koney. 1996. “Inter-organizational Community-based Collaboration: A Strategic Response to Shape the Social Work Agenda”. *Social Work*. 40(6).

Daka-mulwanda, V. et al. 1995. “Collaboration of Services for Children and Families”. *Family Relation*. 44(2).

Donnelly, M. 1999. “Making the Difference: Quality Strategy in the Public Sector”. *Managing Service Quarterly*. 9(1).

Franklin, C. and C. L. Streeter. 1995. “School Reform: Linking Public School with Human Services”. *Social Work*. 40(6).

Gates, B. L.. 1980. *Social Program Administration*, N.J.: Prentice-Hall.

Gilbert, N. and H. Specht. 1986. *Dimensions of Social Welfare Policy*, N.J.: Prentice-Hall.

Gilsson, C. and L. James. 1992. “The Inter-organizational Coordination of Services to Children in State Custody”, in D. Bargal and H. Schmid (eds.), *Organizational Change and Development in Human Service Organizations*, N.Y.: The Haworth Press.

Goodsell, C. T.. 1994. *The Case for Bureaucracy*, Chatham, N.J.: Chatham House Publishers.

Gray, B.. 1989. *Collaborating: Finding Common Ground for Multiparty Problems*, San Francisco: Jossey-Bass.

Hook, M. and M. Ford. 1998. “The Linkage Model for Delivering Mental Health Services in Rural Communities: Benefits and Challenges”. *Health and Social Work*. 23(1).

Indyk, D. and R. Beville. 1995. “Linking Frontline Work and Start-of-the-art Knowledge”. *Journal of Case Management*. 4(2).

Johnson, N.. 2003. State Welfare, in P. Alcock et al. (eds.). *The Student's Companion to Social Policy*, Oxford: Blackwell Publishing.

Kagan, S. L.. 1991. *United We Stand: Collaboration for Child Care and Early Education Services*,

- N.Y.: Teachers College Press.
- Neugaboren, B. 1990. "Introduction: Coordination Human Services Delivery". *Administration in Social Work*. 14(4).
- Skidmore, R. A. 1983. *Social Work Administration*, N.J.: Prentice-Hall.
- Socular, R. 2002. "Collaboration: The End or the Means?". *Journal of Public Health Management and Practice*. 8(1).
- Tobin, S. et al. 1986. *Enabling the Elderly: Religious Institutions within the Community Service System*, N.Y.: The State of New York Press.
- Ungerson, C.. 2003. Informal Welfare, in P. Alcock et al. (eds.). *The Student's Companion to Social Policy*, Oxford: Blackwell Publishing.
- Wimpfheimer, R. M. et al. 1990. "Inter-Agency Collaboration: Some Working Principles". *Administration in Social Work*. 14(4).

1차 검독 완료(2007.6.4.)

2차 검독 완료(2007.6.19.)

<Abstract>

Improving the Delivery System Linkage of
the National Long-term Care Insurance for the Elderly

Kim, Soon-Yang *

This article aims to discuss the methods of improving the delivery system linkage of the National Long-term Care Insurance for the Elderly. For the aim, this article, at first, explored the theoretical backgrounds relating to the principles of the social welfare service delivery system and the concept of linkage. After then, the Act of the National Long-term Care Insurance for the Elderly that was enacted in April 2007 was anatomized in terms of its contents and linkage system. Finally, this article suggested the methods to upgrade the linkage of the delivery system of the National Long-term Care Insurance for the Elderly. The particular emphasis of the analysis was brought onto the three aspects of participants' role setting, the establishment of coordination and communication, and the creation of core leadership of linkage.

Key words: National Long-term Care Insurance for the Elderly, linkage,
communication

* Professor, Yeungnam University(kimsy@ynu.ac.kr)