제18권 제1호(2020) 357-401

일반논문

노인장기요양보험의 보험자 역할 강화를 위한 시론적 분석*

제갈현숙** · 주은선***

한국 노인장기요양보험 제도는 짧은 시간 빠르게 성장하였지만 재정적자와 낮은 서비스 질 문제를 동시에 겪고 있다. 이 연구는 이 두 문제가 장기요양보험제도 운영에서 보험자 기능, 특히 문지기 역할 실패와 관련되어 있음을 밝히고자 하였다. 문헌연구와 표적집단간담회(FGD) 분석 결과, 시장화된 장기요양서비스 공급구조 속에서, 권한이 제한된 보험자가 수급자격 인정 및 등급평가, 서비스계획 수립, 관리감독, 평가 등을 통해 민간 서비스 공급자를 통제하고 있지 못함을 보여준다. 따라서 장기요양보험제도의 발전을 위해서는 사회보험제도와 조세기반제도의 노인복지서비스 역할 구분, 이에 따른 보험자와 국가의 역할 분담, 그리고 서비스 질 제고를 위한 보험자의 실질적인 권한 제고가 필요하다.

주제어: 노인장기요양보험, 사회보험 보험자, 국민건강보험공단, 문지기, 공급기관의 시장화

* 이 논문은 2019년 국민건강보험 노동조합의 연구사업 『노인장기요양보험의 제도적 지속가능성에 대한 연구』 중에서 일부 내용을 인용하였으며, 해당 연구를 위해 수행된 조사 내용 중 몇몇 항목을 분석에 활용하였음을 밝힌다(해당 보고서는 2019년 12월 제출되어, 2020년 5월 출간 예정).

** 한신대학교, 강사. 제1저자.
*** 경기대학교, 부교수. 교신저자.

www.kci.go.kr

1. 서 론

1) 연구의 배경

21세기로 접어들면서 저출산과 고령화 심화, 노령인구 증가에 따른 의료비 증대, 가족 형태 및 기능 변화 등으로 장기요양이 필요한 노령층에 대한 사회적 돌봄의 필요성이 대두되었다. 한국사회에서 노인장기요양서비스(long term care service for the elderly)는[1] 사회보험방식으로 제도화되어 2008년 7월부터 시행되었다.

조세기반의 사회복지제도와 구분되는 사회보험의 대표적인 특징은 기여(contribution)를 기반으로 급여(benefit)가 보장된다는 점이다. 사회보험은 완전고용이 가능했던 포드주의적 생산체계에서 전통적 복지국가를 지탱해왔던 중요한 기둥이었다. 그러나 신자유주의의 영향 하에 급변한 노동 및 사회구조에서 사회보험 보장의 사각지대가 확대되었고, 더욱이 장기요양은 신사회 위험요소로 분류되어(Taylor-Gooby, 2004: 2) 광범위한 보장이 필요한 영역으로 여겨졌다. 이에 많은 국가에서는 노령층에 대한 장기요양서비스를 조세기반으로 운영한다. 그러나 독일, 일본 그리고 한국은 사회보험 방식으로 장기요양서비스 보장을 제도화하였다. 다만 일본의 개호보험은 보험자와 국가의 역할 및 재원 구성 측면에서 볼 때, 사회보험과 조세 제도의 혼합으로 보는 게 적절하다[2]. 독일의 요양보험은 독

1) 장기요양(long term care) 욕구에 대응하기 위한 제도는 사회보험방식과 조세방식으로, 전자의 경우 장기요양보험(요양보험, 개호보험)으로, 후자의 경우 장기요양서비스로 명명된다. 수급층을 노령인구로 제한할 경우 한국과 같이 노인장기요양보험으로 제도화되기도 한다.

2) 일본의 장기요양제도는 개호보험이라는 사회보험방식으로 도입되었지만, 보험자가 기초단체인 시정촌과 특별구이고, 국가와 도도부현 그리고 의료보험자와 연금보험자가 개호보험의 보험자를 지원하는 구조이다(이정, 2002: 98). 이에 재원도 국고 45%, 보험료 45%, 보인부담 10%로 구성된다.

www.kci.go.kr

일의 다른 사회보험과 동일한 원리로 제도화되었다. 독일은 사회보험국가(Sozialversicherungsstaat)로 불릴 만큼 사회보험을 기둥으로 사회보장체계가 발전되어 왔고(Schmidt, 2005: 117), 제도 운영에 있어서 철저하게 국가와 사회보험 보험자의 기능과 역할을 구분하고 있다. 한국 역시도 비스마르크 모형대로 사회보장체계를 발전시켜왔지만, 독일과 다르게 국가와 사회보험 보험자가 독립적이지 못하다. 그 결과 사회보험 보험자의 기능이 국가에 종속적이고, 제도의 지속가능성을 위한 보험자로서의 책임이 불분명하다. 이러한 한국 사회보험제도의 특징은 제도 작동과정에서 보험자 기능 수행에 영향을 미칠 가능성이 있다.

노인장기요양보험은 사회보험제도이지만 수급자 선정과정에서 기여조건의 충족 여부를 고려하지 않고, 서비스 신청 자격에서도 장기요양보험 가입자 및 그 피부양자, 의료급여수급권자까지 포괄한다. 이는 조세기반 제도에 더욱 부합하는 특징이고, 타 사회보험제도와의 커다란 차이이기도 하다. 노인장기요양보험은 사회보험 원리에 따른 변화보다는 제도의 포괄성 확대를 중심으로 발전되어 왔다. 그러나 노인장기요양보험 재정은 2016년부터 당기수지 적자를 시작으로, 4년째 적자상태이다. 현행 보험료율이 유지될 경우를 가정했을 때, 2022년에 누적준비금[3]까지 소진될 것으로 추계되었다(김윤희, 2018: 51). 더욱이 이러한 재정적자 심화는 장기요양서비스 질 향상을 수반하지 못한 채 이루어지고 있다.

복지부는 2010년부터 2017년까지 6.55%로 유지되어 왔던 장기요양보험료율을 2018년 7.38%, 2019년 8.51%, 2020년 10.25%로 지난 3년간 매해 각각 12.76%, 15.31%, 20.45%씩 인상시켜왔다. 이처럼 매해 지속적으로 보험료율을 인상하기 위해서는 보험자는 다각적인 측면에서 제도 운영

3) 국민건강보험공단은 회계연도마다 결산상의 잉여금 중에서 그 연도의 보험급여에 든 비용의 100분의 5이상에 상당하는 금액을 그 연도에 든 비용의 100분의 50에 이를 때까지 준비금으로 적립하도록 규정하였다(국민건강보험법 제38조).

www.kci.go.kr

에 대한 평가를 제시해야만 한다. 그러나 정부와 보험자인 국민건강보험공단은 고령화 요인, 본인부담 감경 대상 확대, 수급자 증가(보건복지부, 2019: 4) 등을 보험료율 인상 원인으로 제시할 뿐 제도운영 구조의 문제를 분석하여 그 구조적 변화를 모색하고 있지는 못한 것으로 보인다. 이에 장기요양보험제도의 문제 원인에 대한 구조적 분석 필요성이 제기된다.

2) 연구의 목적

한국의 노인돌봄체계는 크게 조세를 기반으로 하는 지역사회 돌봄서비스와 사회보험료에 의한 노인장기요양보험으로 기능과 역할이 구분되어 있다. 이 두 영역을 구분 짓는 욕구 진단은 보험자인 국민건강보험공단에서 담당하고 있다. 본 연구에서 주목하는 현상은 욕구 수준에 따른 이용제도 구분체계에도 불구하고, 노인장기요양보험 이용자로 일반 돌봄 욕구자와 장기요양 욕구자가 모두 유입되고 있는 현상이다. 이것은 고령화에 따른 자연스러운 지출 증가와는 구분되는, 보험자의 '문지기(gatekeeper)' 역할 부재에 따른 제도 내적 요인에 의한 재정통제 실패를 가져올 수 있다.

노인장기요양 서비스의 시장화가 가지는 문제점들은 다양한 연구들에서 이미 제기된 바 있다(제갈현숙 2009, 권현정・홍경준 2015, 석재은 등 2016). 노인장기요양보험의 지출 증가에 대해 이기주와 석재은(2019: 123)은 정부정책으로 확대된 공급자간 경쟁 증가로 서비스의 질은 오히려 하락하였지만 비용은 유발되는 역기능이 발생했다고 분석한 바 있다. 서비스 공급기관의 시장화 결과, 공급기관의 이윤추구는 급여 확대로 연결되고, 이 가운데 보험재정 지출규모는 인정자 및 이용률 증가, 요양등급 상향 이동 및 등급 인정기준 완화 등을 통해 증가하였다. 이렇게 노인장기요양서비스 제공기관은 민간 주도로 성장하였지만, 다른 한편에서 보험자

www.kci.go.kr

는 공급기관에 대해 실질적인 행정 권한 등 서비스의 양과 질을 조정할 수 있는 수단을 가지고 있는지 의문스럽다. 따라서 이 연구 역시 장기요양보험재정의 비효율적 증가 경향을, 서비스 공급구조의 시장화라는 구조적 맥락 속에서 살펴보되, 이러한 구조 속에서 보험자인 국민건강보험공단의 역할 제약이 어떠한 역기능적 현상을 나타내는지 분석하고자 한다.

이를 검토하기 위해서는 우선 노인장기요양보험의 정책 대상과 급여제공 기준을 상기할 필요가 있다. 노인장기요양보험 대상자는 '65세 이상 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병[4]을 가진 자'(노인장기요양법 제2조1)로, '6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 경우'(노인장기요양보험법 제15조②)에 해당한다. 즉 노인성질병이나 기타 질환으로 일반적인 돌봄이 필요한 요욕구가 아니라, '6개월 이상' 동안 독립적인 생활이 어렵다고 인정된 욕구에 대해서만 급여가 발생한다. 이러한 관점에서 인정조사에 기반을 둔 등급판정은 제도의 정책 목표에 부합하는 대상자를 선별하는 과정이자 재정지출 규모까지 결정짓는 보험자의 중요한 '문지기(gatekeeper) 기능'과 직결된다. 보험자의 문지기 기능 수행은 제도에 대한 신뢰도와 함께 보험재정의 안정성과 제도의 지속가능성에 영향을 준다.

본 연구에서는 장기요양보험제도에서 보험자 역할, 특히 문지기 역할을 제어하는데 어떻게 실패하는지 분석한다.

이를 위해 먼저 이론적 배경으로 국가주도형 사회보험 제도화로 인해 영향 받은 한국 사회보험의 특징을 살펴본다. 이어서 노인장기요양보험에서 보험자의 문지기 기능과 역할을 이론적 측면에서 제시한다. 이러한 이론적 배경을 기반으로 국민건강보험공단이 제도 운영과정에서 실제로 수행한 보험자로서의 역할을 일선 요양직 담당자들의 업무경험을 통해 살펴

4) 대통령령으로 정한 노인성 질환은 한국표준질병사인분류상의 총 21가지 분류에 따른다.

www.kci.go.kr

본다.

이를 기반으로 이 연구는 노인장기요양보험의 제도적 지속가능성을 위한 보험자 기능의 강화 필요성을 입증하는 것을 목적으로 한다. 또한 노인에 대한 보건·복지체계에서 조세를 기반에 둔 제도와 사회보험을 기반에 둔 제도의 역할을 분명히 함으로써 제도에 대한 책임주체를 명료하게 하는 데 기여하고자 한다. 초고령사회를 목전에 둔 한국사회의 고령화비용은 증가될 수밖에 없으므로, 사회와 제도의 지속가능성 면에서 제도에 대한 분명한 책임주체를 규명하는 것은 재정뿐만 아니라 서비스의 질 제고에도 중요한 전제가 될 것이다.

3) 연구방법

이 연구는 크게 문헌조사를 통한 이론적 연구와 질적 연구를 통한 평가분석을 통해 구조화된다. 우선 한국 사회보험의 특징과 국가 종속성의 기원, 그리고 보험자에 대한 일반적인 기능과 역할 등은 이론적 연구를 통해 정리한다. 이를 통해 사회보험으로 운영되는 제도에서 한국의 보험자가 국가로부터 독립적인 위상을 확보하지 못한 원인을 분석하고, 국가로부터 독립적인 기능을 수행할 수 있는 보험자의 필요성에 대해 고찰한다.

그리고 노인장기요양보험의 제도적 팽창 양상을 분석하기 위해 국민건강보험공단의 2014년도부터 2019년도까지 『노인장기요양보험 통계연보』, 주요 분기별 『노인장기요양보험 통계월보』 그리고 『노인장기요양보험 10년사』를 중심으로 주요통계를 재분석한다. 그리고 주요한 노인장기요양보험의 이용자 및 급여확대에 영향을 미쳤던 정책변화 분석을 위해서 보건복지부의 주요 보도자료, 제2차 사회보장기본계획 등과 같은 정부 사업 자료에 대한 문헌분석을 통해 제도 변화의 내용 및 배경을 분석한다. 그리고 국민건강보험의 보험자로서의 기능을 평가하기 위해 질적

www.kci.go.kr

연구를 수행한다.

노인장기요양보험 제도의 보험자 기능 분석을 위해, 건강보험공단의 요양직 담당자들을 대상으로 현장업무 평가 및 진단을 위해 실시한 표적집단간담회(Focus Group Discussion, 이하 FGD) 결과를 활용하였다. 표적집단간담회(FGD)는 1941년 머튼(T. Merton)에 의해 개발된 방법론으로 6~8명 정도의 사람들에게 주어진 주제에 대해 질문하고 참여자의 반응을 기록한다. FGD는 특정한 주제에 대화의 초점이 맞춰지도록 설계되어 정확하게 관심 있는 주제에 집중할 수 있고, 상대적으로 짧은 시간에 다량의 자료 확보가 가능하다. 모든 참여자는 질문자와 동일한 위치에서 질문과 관련된 이슈를 제기할 수 있기 때문에, 연구자가 예상하지 못했던 주제나 이슈까지 확인가능하다(Nyumba, et al., 2018).

FGD는 2019년 8월 20일부터 2019년 9월 30일(40일간) 총 4차례 대도시, 중소도시, 도농복합지, 농촌지역에 해당하는 대표지역을 선별하여 진행되었다. FGD에 참석한 공단직원의 신분을 보호하기 위해서 구체적인 지역명은 밝히지 않는다. 진행방법은 다음과 같다. 4차례 대표 지역에서 각기 다른 날짜에, 5~7명의 참가자들에게 동일하게 구조화된 질문을 제시하여 질문에 대한 참가자의 개별 응답을 수집하였고, 참가자들은 연구자의 관찰 하에 개방형 토론을 실시하였다. 이 과정에서 참가자들로부터의 질문 및 토론이 추가되었다. FGD 참여자에게는 연구 참여와 토의 결과의 연구 활용에 대해 사전 동의를 받았으며, 참여자의 개인정보 보호를 위해 토의기록 단계에서부터 성명 대신 익명화된 기호를 활용하였다.

FGD 참가자는 국민건강보험공단의 요양직에 근무하고 있는 담당자 총 28명이다. 20대 3명(10.7%), 30대 12명(33.6%), 40대 10명(28%), 50대 3명(10.7%)으로 전 연령대를 포괄하였고, 여성 15명, 남성 13명으로 전체 요양직의 성비 분포가 반영되었다. 근속연수는 3년 미만자 11명, 7년 미만자 3명, 9년 미만자 1명, 그리고 9년 이상자 13명으로 근속연수 기준으

www.kci.go.kr

로 신입자와 장기 근속자가 중심이 되었다. FGD의 구조화된 질문문항은 20항목이었지만, 이 연구에서는 문지기 관련 항목(노인장기요양보험의 제도적 목적과 대상의 적절성, 인정조사 및 등급판정과정, 재신청, 인지 및 치매관련 상황)과 서비스 질 관련 항목(이용지원업무 및 케어매니지먼트의 유효성, 제도의 의미)이 유형화되었다.

28명의 요양직 노동자가 참여한 조사 결과만으로 보험자에 대한 전반적인 평가가 대체될 수 없다. 다만 이 연구에서 주목하고 있는 영역이 보험자의 문지기 역할과 서비스 질 향상을 위한 보험자의 기능 측면이고, 이 과정과 관련된 업무는 FGD에 참여했던 요양직 담당자들에 의해 수행된다. 이에 질문에 대해 반복되는 응답을 중심으로 분석내용을 정리하고 주제별로 유형화를 시도하였다. 또한 타당도를 높이기 위해 해당 분야 동료 연구자의 내용 검토를 거쳤다.

2. 이론적 배경

1) 한국 사회보험의 국가 종속성의 기원과 특징

한국의 사회보장체계에서 가장 보편적으로 소득 및 의료보장을 담당하는 사회보험제도에 대한 연구는 각 제도별로 시기와 이슈에 따라 다양하게 진행되어 왔다. 그러나 사회보험의 제도적 본질에 대한 연구나 사회보험 보험자에 대한 연구는 매우 부족하다. 그 이유는 한국 자본주의 발전과 이에 영향을 받은 한국 사회보험의 역사적 특징과 관련된다.

유럽의 경우 산업화 과정에서 노동계급을 대표하는 정당이 조직되고, 의회에 진출하면서 노동자들의 정치세력화가 복지국가 발전에 영향을 미치게 되었다. 반면 한국에서 산업화 및 자본주의로의 발전은 국가주도적 방식으로 진행되었고(김미곤 외, 2018: 23), 군사정권의 정치적 정당화 및

www.kci.go.kr

기반을 확충하기 위한 수단으로 1960년대 초반 일련의 사회보험법이 입법화되었다. 그러나 실제 제도의 시행은 산업노동자를 우선적으로 적용하는 형태가 아니라, 공무원 및 군인과 같은 정권을 지탱해주는 직업군에게만 적용되었다. 군사정권은 새로운 사회보장제도 수립에 필요한 재원을 조세 확대를 통한 기반마련이 아닌, 사회보험 제도화를 통해 피용자와 고용주에게 전가시키는 방안을 마련한 것이다(차성환, 이순옥, 2009: 11). 이처럼 재원에 대한 책임은 사회보험재정으로 설계했지만, 국가는 정책결정 및 제도 운영에 대한 주도권을 계속 행사하길 원했다. 그 결과, 국가로부터 독립적인 사회보험 운영을 위한 조직이나 운영원리가 작동하는 제도 발전은 이루어지지 않았다. 사회보험 재정책임은 수익자부담원칙에 따라 가입자 책임이 되었지만, 제도운영에 관한 정책결정과 집행에서 가입자 이해를 대변하는 보험자가 아닌, 국가의 권한이 절대적으로 작용하게 되었다.

사회보험 국가인 독일에서 사회보험보험자(Sozialversicherungsträger)는 공법적 지위를 가지며, 사회보장 급여를 제공하고 운영하는 기관이다. 보험자는 '자치운영의 원칙(Selbstverwaltungsprinzip)'에 입각해서 국가로부터 독립적으로 관리되고 운영된다(DRB, 2019: 20). 리터(Ritter)는 이를 사회보험체계에서 강제보험원칙을 견제하는 자치운영의 원칙이 비교적 확고히 자리 잡은 결과로 평가했다. 더불어 노동자 참여에 대한 사용자의 반대가 있었지만, 가입자 참여는 자치운영의 원칙으로 유지되고 있다(리터, 2005: 64). 사회보험의 선도국가인 독일 사례에서는 사회보험제도 운영에서의 보험자와 자치운영의 원리가 중요한 원칙으로 존재한다. 오페(Offe, 1990: 180-185)는 사회보험체계가 도덕적으로 지나치지 않고, 대중의 불만을 상대적으로 잘 방어하는 편이라고 평가하였다. 이것은 책정된 보험료 수입이 목적에 따라 지출되고, 정부가 이를 도용하는 것을 막을 수 있는 사회보험체계의 특수성 때문으로 분석하였다. 즉 사회보험에 대한 관

www.kci.go.kr

리는 정부로부터 독립적인 보험자의 자치행정을 통해 실현된다는 점에서 조세기반 사회복지제도와 커다란 차이가 있다.

〈표-1〉 5대 사회보험의 운영주체 및 국가와의 관계

사회보험 종류	운영주체	관장 주체	국가의 부담 및 지원
노인장기요양보험	보험자: 국민건강보험공단	보건복지부장관	장기요양보험료 예상수입액의 20% 국가부담(제58조①)
국민건강보험			예산 범위에서 해당 연도 보험료 예상 수입액의 14% 지원(제108조①)
국민연금	위탁사업자: 국민연금공단		국민연금사업을 관리·운영하는데 필요한 비용의 전부 또는 일부
산업재해보상보험	위탁사업자: 근로복지공단	고용노동부장관	보험사업의 사무 집행 비용, 예산범위에서 보험사업 일부
고용보험	정부		보험사업에 드는 비용의 일부, 보험사업 관리·운영비용

출처: 각 사회보험법령을 기반으로 연구자가 재구성함

그러나 한국의 사회보험은 국가가 사회보험 관리 조직에 대해 관리운영비를 보조금으로 지원하면서, 관리운영 주체의 자율성을 약화시키는 데 성공해왔다(전광석, 2007: 337-388). 다섯 가지 사회보험제도 운영주체 중 법에 의해 보험자로 규정된 기관은 국민건강보험공단이 유일하다. <표-1>을 보면, 국민연금공단과 근로복지공단은 정부사업의 위탁사업자로 규정되어 있다. '보험자 없는 사회보험'의 가장 큰 모순은 국가와 항상 일치하기 어려운 가입자의 이해를 대변해 줄 수 있는 주체가 없는 상태에서 제도가 운영되고 있다는 점이다. 이러한 점에서 사회보험제도는 조세 증가에 대한 정부의 정치적 부담을 해소하기 위한 수단으로 활용된 측면이 있다. 한국 사회보험제도 중 유일한 보험자인 국민건강보험공단은 노인장

www.kci.go.kr

기요양보험과 국민건강보험제도를 운영하는 주체이다. 그렇다면 국민건강보험공단은 보험자로서 다른 사회보험과는 다르게 운영되어왔는가?

최병호(1997)는 건강보험으로 통합되기 이전 조합주의 시기 의료보험조합의 보험자로서의 역할에 대해 분석한 바 있으나, 통합 이후 의미 있는 보험자 역할 수행의 내용은 발견되지 않는다. 김철웅과 이상이(2001)는 국민건강보험공단 직원을 대상으로 보험자 업무의 상대적 중요성을 평가하기 위한 설문조사를 수행하였는데, 연구 결과 보험자로서 국민건강보험공단의 역할이 기존의 기본 업무인 자격관리, 보험료부과 및 징수, 보험급여 뿐만 아니라 피보험자에 대한 직접서비스 제공으로 확대되어야 함을 강조하였다(2001: 160). 신현웅은 건강보험공단이 정부와의 수직적 관계로 인해 공단 운영의 자율성이 낮기 때문에 수동적인 역할만을 수행하는 것에 대한 비판을 제기한 바 있다(2003: 13). 문용필 등(2019)은 노인장기요양보험의 내·외적인 정책 환경, 특히 사회서비스 전달체계와 관련되어 입지가 모호해지고 있는 공단의 역할을 규명하고자 하였으나, 기존 정부와 공단 간의 관계와 정부가 주도하는 제도 조건을 인정하고 분석을 진행했기 때문에, 보험자의 모호한 지위와 역할이 어떻게 강화되어야 할 것인지에 대한 연구결과와 정책 제언이 분명하지 않다. 보험자와 관련된 국내 선행연구는 매우 제한적이고, 국내 문헌상 보험자에 대한 명확한 개념 정립도 이루어지지 않았다. 이에 일반적인 보험자 개념과 기능에 대해서 살펴볼 필요가 있다.

2) 보험자의 일반적 기능과 노인장기요양보험의 보험자

일반적으로 보험자는 보험의 운영자 또는 운영의 주체를 의미하고, 국민건강보험법과 노인장기요양보험법[5]을 통해 법적 지위를 부여받는다. 이에 보험자는 법적으로 보장된 보험급여의 지급의무, 보험료의 부과 및 징

www.kci.go.kr

수할 권리, 보험에 대한 법적인 책임을 최종적으로 지는 공법상의 주체이다. 그러므로 보험자는 보험료 수입과 보험급여 지출 간의 합리적 순환구조를 형성하여 보험제도가 지속적으로 유지될 수 있도록 하는 역할을 담당하게 된다(문용필 외, 2019: 42-43).

소득보장을 목적으로 현금급여를 중심으로 제공되는 사회보험의 경우 대부분 보험자와 피보험자의 양자관계만이 성립되지만, 건강보험과 노인장기요양보험에서는 보험자, 피보험자 그리고 서비스공급자(의료 및 요양)라는 3자 관계가 형성된다. 이에 국민건강보험공단은 현물로 제공되는 서비스에 대한 보험자로서의 특수한 역할을 수행하게 된다. 특히 현물서비스를 이용하는 피보험자와 현물서비스를 제공하는 공급자 사이에서 발생하는 정보의 비대칭성 문제를 해결하고 서비스 질을 일정 수준으로 관리할 것이 요구된다.

문지기(gatekeeper) 개념은 의료전달체계가 체계적으로 정립된 국가에서 1차 의료 담당자에게 부여되는 기능과 같다. 보험적인 요소와 의료공급기능이 통합된 공공통합형모델(public integrated model)인 영국의 국민보건의료서비스(NHS)에서는 1차 의료담당자인 주치의[6]는 문지기 기능을 담당한다. 문지기인 주치의에 의해 적합한 진료형태가 결정되고, 이러한 문지기 역할로 인해 합리적인 의료행위와 의료비 지출이 통제될 수 있다. 영국사례에서 특이사항은 보험자가 아닌 1차 주치의가 문지기 역할을 담당하는 것이다. 영국은 대표적인 베버리지 모형의 의료보장체계를 구축해서 독립된 보험자가 아닌 국가기구에 의해 의료행정이 진행되고, 의료전

5) 노인장기요양보험법 제7조 2항에 따르면, 장기요양보험사업의 보험자는 국민건강보험공단이고, 동법 제48조 제1항에서는 장기요양사업의 관리운영기관 역시도 국민건강보험공단으로 규정한다.

6) 주치의는 환자에 대한 진단과 검사, 건강 상담, 예방접종, 예방의료, 간단한 치료 등과 나아가 지역 보건 서비스까지 포함한 포괄적인 서비스 담당하고 있다. 필요에 따라 환자를 2차 및 3차 기관에 의뢰하고, 2, 3차 기관에서 진료가 끝난 후 다시 주치의에게 회송되는 구조를 갖는다(황도경 외, 2016: 268).

www.kci.go.kr

달체계는 공공적 형태를 취하고 있다. 비스마르크 모형인 독일의 경우도 의료전달체계가 체계적으로 구축되어 있고, 1차 의료 담당자인 의사들에 의해서 문지기 기능이 수행되고 있다. 다만 영국사례와의 차이점은 독일의 의사들은 질병금고인 보험자와 계약관계를 맺고 있다. 만약 특정한 사유로 보험자가 이 계약관계를 파기할 경우, 담당 의사는 더 이상 질병금고로부터 그 어떤 지원을 받을 수 없게 된다. 즉 보험자는 의사와 계약관계를 통해 간접적으로 문지기 기능을 관리할 수 있다.

한국 건강보험제도에서 적합한 급여총량과 재정에 대한 조정기능은 건강보험심사평가원이 수행한다. 왜냐하면 한국의 의료공급체계는 민간중심으로 발전되어서 의료전달체계가 영국이나 독일과 같이 분화되지 않았을 뿐만 아니라, 주치의나 담당의사제도도 운영되지 못한다. 이에 건강보험통합 이후 국민건강보험공단에서 심사평가원을 분리하여 문지기 역할을 담당하도록 하였지만, 보험자인 공단은 심사평가 이의신청이나 재심사 권한이 제한되는 등 매우 모호한 지위를 가진다. 마찬가지로 노인장기요양보험에 대한 공단의 실질적인 보험자 기능 역시 독일과 비교하면 제한적이다. 더욱이 한국의 노인장기요양 서비스 제공기관 중 개인시설의 비율이 2019년 상반기 기준 73.2%(국민건강보험공단, 2019b: 15)를 차지할 정도로 민간시설 비중이 지배적이다. 민간 공급기관은 스스로 적합한 급여총량과 재정에 대한 관리자로서 기능할 수 없다.

노인장기요양보험의 관리체계에서 보건복지부는 정책총괄 및 제도 개선, 장기요양위원회는 보험료, 수가, 제도 개선 등에 대한 의사결정, 지자체는 장기요양기관 지정 및 처분 등을 관리한다. 장기요양위원회는 주요정책결정의 최고의결기관으로 위치하고 있지만, 공급자 대표 및 정부관계자 등의 참여 및 구성 비율을 보면 가입자의 대표성은 약하다[7]. 보험자인 국민건강

[7] 보건복지부장관 소속 심의 기구로 위원장1인, 부위원장 1인을 포함한 16일 이상 22인 이하 위원으로 구성된다. 구성위원으로 적용대상자 대표(노동자 및 사용자 단체, 시민

www.kci.go.kr

보험공단은 보험료 징수, 인정조사 및 등급판정, 서비스 제공에 대한 급여 지급, 기관평가 및 이용지원 등의 역할을 부여받았다(노인장기요양보험법 제48조). 보험자는 실질적인 제도 관리와 행정업무를 담당하며 문지기 기능을 해야 하지만, 급여총량에 대한 실질적인 관리 및 통제를 위한 사실상의 권한이 부여되지 않았다. 보험자는 무엇보다 재정과 관련된 수입과 지출의 행정업무는 담당하고 있지만, 보험재정에 대한 정책 권한은 제한되고, 정책결정 과정에서 매우 수동적인 위치를 차지할 수밖에 없다.

독일의 요양보험(Pflgeversicherung)제도에서도 정책 및 제도운영과 관련된 주요 주체는 연방, 지방정부, 보험자이다. 연방정부는 정책결정, 제도총괄, 지방정부 및 보험자를 지도 감독한다. 지방정부는 장기요양시설에 대한 인허가 및 지도 그리고 감독을 담당하다. 보험자인 질병보험금고(krankenkassen)는 재정, 급여 및 수가관리, 등급결정, 기관평가 및 공포, 그리고 보험자로부터 등급인정조사 및 장기요양기관 평가에 대한 업무를 위탁받은 질병보험의료업무단(MDK, Der Madizinische Dienst der Krankenversicherung)으로 구성된다(Gerlinger and Röber, 2009: 53-60). 독일의 보험자인 질병보험금고는 질병보험의료업무단(MDK)의 평가를 근거로 공급기관과의 계약을 해지할 수 있고, 보험자의 등급결정에 외부적인 요인으로부터 영향 받지 않는다.

한국의 노인장기요양보험제도에서 기관에 대한 평가 및 현지조사, 이용자 지원에 이르기까지 보험자의 역할은 추가되어 왔지만, 공급기관에 대한 행정권이 없기 때문에 기관평가 및 현지조사 결과에 대한 실질적인 권한이 부재하다. 또한 등급결정과정, 급여내용 및 이용자 지원 등에서 보험자의 권한은 약하며 외부로부터 영향을 받는다. 그 결과 급여 총량에 대해서도, 서비스 질에 대해서도 문지기 기능을 제대로 수행하기 어렵다.

단체, 노인단체, 농어업인단체, 자영자단체), 장기요양시설 등 대표(장기요양시설 또는 의료계), 공익대표(학계, 고위공무원단 소속 공무원, 공단추천자)로 구성된다.

www.kci.go.kr

따라서 이 연구의 주요 가설은 노인장기요양보험의 보험자 기능 및 역할의 미비로 인해 사회보험 방식의 제도와 조세기반 제도의 역할 구분이 모호해지면서 제도의 책임성이 저하되고 있다는 것이다. 또한 보험자와 서비스 공급자, 이용자의 3자 관계가 형성된 장기요양보험에서 민간서비스기관이 전체 공급구조를 주도하면서 재정상태가 악화되고 낮은 서비스 질이 계속 문제가 되지만, 특수한 사회보험 역사와 구조 속에서 보험자는 적절하게 대응하지 못한다는 것이다. 이에 보험자가 제도운영에서 역할을 하도록 되어 있는 인정조사 및 등급판정 단계, 서비스 계획, 감독, 평가 등 각 국면에서 기능이 어떻게 제한되는지 살펴보자.

3. 노인장기요양보험제도에서 보험자 기능 분석과 평가

이 장은 크게 세 가지 내용으로 구성된다. 첫째, 보험자 기능 제한의 분석 배경이자 주요한 결과로 노인장기요양보험의 재정 추이를 분석한다. 둘째, 노인장기요양보험의 양적 성장 측면에서 보험자의 문지기 기능 수행을 분석한다. 셋째, 노인장기요양서비스 질 측면에서 보험자의 서비스 계획 수립, 감독 등의 질 관리 기능에 어떤 제약이 발생하고 있는지를 분석한다. 서비스 시장화의 문제에 보험자는 어떻게 대응했고, 서비스 질이 재정규모에 미치는 영향에 대해서도 분석한다.

1) 노인장기요양보험의 재정 추이

노인장기요양보험의 재정은 가입자의 보험료, 일부 국고지원 및 본인부담금으로 형성된다. 노인장기요양보험 수입은 2008년(7월 시행) 7,518억 원으로 시작해서, 2009년 2조 238억 원에서 2018년 6조 657억 원으로 증

www.kci.go.kr

가했다. 2009년에서 2018년 사이[8] 수입규모는 4조 4,199억 원으로 2.99배 증가하였다. 지출규모는 2008년 5,731억 원에서, 2009년 2조 5,547억 원으로, 2018년 6조 6,758억 원으로 증가했다. 9년간 지출규모는 4조 6,211억 원으로 2.61배 증가하였다.

2016년을 기준으로 수입보다 지출의 규모가 커지면서 당기수지 432억 적자가 발생하기 시작하면서 2019년까지 적자 누적이 예상되고 있다. 이로 인해 재정적립 개월은 2014년 최고 8.6개월에서 2018년 2.5개월로 단축되었다. 2010년부터 2017년까지 국민건강보험료의 6.55%로 보험료율이 유지되었으나, 당기수지 적자를 해소하기 위해서 보험료율은 2018년 7.38%(+0.83%p), 2019년 8.51%(+1.13%p), 2020년 10.25%(+1.74%p)로 꾸준히 인상되어왔다. 인상률은 각각 12.67%, 15.31%, 20.45%로 가파른 증가세를 보이고 있다.

〈표-2〉 장기요양보험 재정 및 보험료 추이(단위: 억 원)

	2008	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
■ 수 입	7,518	27,720	34,706	37,472	40,439	43,253	46,635	50,846	60,657	74,844
■ 지 출	5,731	25,547	29,113	32,915	37,399	42,344	47,067	54,139	66,758	82,374
■ 당기수지	1,787	2,173	5,593	4,557	3,040	909	△432	△3,293	△6,101	△7,530
■ 누적수지	1,787	5,407	15,018	19,575	22,615	23,524	23,092	19,799	13,689	6,168
(적립 개월 수)	3.8	2.6	7.2	8.4	8.6	7.9	7.0	5.0	2.5	0.6개월
보험료수지	1,184	4,036	13,348	17,908	21,028	22,045	21,773	17,684	10,996	3,466
보험료율(%)	4.05	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	6.55	7.38	8.51

출처: 보건복지부(2019: 4)를 일부 재구성함

* 국민건강보험공단에서는 매년 여름, 전년도 『노인장기요양보험 통계연보』를 발간한다. 2020년 1분기 기준, 최신자료는 2018년도 연보이기 때문에 2019년도 자료는 예상 수치이다.

8) 2008년 7월 제도가 시행됐기 때문에 재정증가를 연평균 기준으로 보기 위해 2009년을 기준으로 분석한다.

www.kci.go.kr

보험재정의 수지균형의 관점에서 보면 보험료율 인상으로 지출 규모에 적합한 수입확보가 가능하게 되면, 당기수지 적자는 해소될 수 있다. 그동안 계속 보험료율 인상이 가능했던 이유는 노인장기요양보험의 보험료 부과 기준의 특수성과 보험료 수준 때문이다. 노인장기요양보험 보험료는 건강보험료 기준에 연동되어[9] 가입자들이 보험료 인상에 대한 체감이 직접적이지 않고, 세대 당 평균 보험료수준도 건강보험료보다 상대적으로 낮다.

그러나 이러한 보험료 인상방식으로 재정균형을 이루는 것은 장기적으로 지속가능하지 않다. 노인장기요양보험의 지속가능성을 높이기 위해서는 재정에 대한 보험기술적인 접근보다는 보험자의 문지기 기능에 대한 평가가 필요하다. 즉, 보험자인 국민건강보험공단이 제도 목표에 부합하도록 재정규모를 관리해야만 한다. 재정의 지속가능성을 위해서 보험자는 정책의 목표에 부합하도록 이용자 및 서비스 규모를 관리해야 하고, 적정한 요양서비스가 공급될 수 있도록 공급구조 및 서비스 질에 대한 감시기능이 필요하다. 이러한 보험자 기능이 각각 어떻게 실현되었는지 살펴보도록 하자.

2) 노인장기요양보험의 양적 성장과 보험자의 문지기 기능

(1) 인정조사 및 등급판정 단계에서 보험자의 문지기 기능

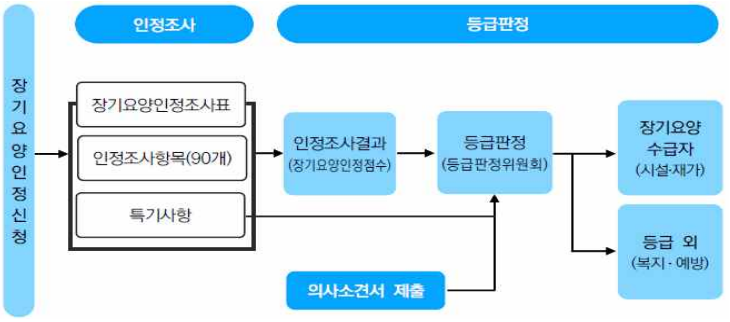
노인장기요양보험 제도의 서비스 공급량과 재정지출 통제와 직결된 보험자의 기능은 인정조사와 등급판정 과정에서 시작된다. 인정조사와 등급판정은 이용자의 규모 및 급여의 총량이 결정되는 단계로써 지출 규모와

9) 노인장기요양보험을 제외한 모든 사회보험료는 임금이 부과기준이다. 그러나 '노인장기요양보험료= 국민건강보험료액 × 각 해년도 노인장기요양보험료율'로 되어있기 때문에 보험료율 기준을 가입자들은 정확하게 인지하기 어렵다.

www.kci.go.kr

직결되기 때문에 문지기 역할의 핵심이 된다.

<그림-1> 노인장기요양 인정 절차도



출처: 국민건강보험공단, 2019a: xxv-xxvi

<그림-1>에 따르면 보험자는 인정조사를 거쳐 신청자에게 인정점수를 부여한다. 등급판정 심의는 등급판정위원회[10]에서 이루어지고, 노인성질환을 증명하는 진단서는 의사 소견서로 제출된다. 보험자는 90가지 인정조사 항목을 통해 장기요양서비스의 욕구 정도를 측정하고, 적합성 점수를 부여해야 한다. 인정조사 과정이 진술 중심으로 진행되기 때문에 신청자와 가족의 허위·과장 진술이나 제도에 대한 이해가 주관적일 경우, 보험자로서의 역할은 무력화될 수 있다. 이에 FGD조사 결과를 통해 수급자격 인정조사에서 나타나는 문제점과 현재 장기요양보험제도에서 보험자 역할이 가지는 제약을 일선에서 보험자 기능을 수행하고 있는 요양직 종사자들의 FGD 결과를 통해 구체적으로 살펴보자.

10) 등급판정위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성된다. 자격은 의료인, 사회복지사, 공무원 그밖에 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자로 의사 또는 한의사 1인 이상을 포함한 지자체장이 추천한 7인과 이사장 위촉으로 구성된다(노인장기요양보험법 제52조).

www.kci.go.kr

⑵ 보험자의 문지기 기능 제약

① 시장화된 서비스 공급구조와 민간공급자의 제도별 돌봄 대상자 경계 흐리기

개인시설이 한국의 장기요양서비스 제공을 주도하는 구조에서는, 요양서비스 공급기관의 매출은 얼마나 많은 등급 인정자를 확보하여 얼마나 많은 양의 서비스를 제공하느냐에 달려있다. 이러한 서비스 공급 구조로 인해 민간 서비스 공급기관과 노인은 장기요양보험 수급지위 인정에 대해 동일한 이해관계를 형성한 상태이다. 민간기관들은 노인돌봄서비스 이용자들을 가능한 한 노인장기요양보험 수급자로 만듦으로써 보험수가를 적용받을 수 있다. 뿐만 아니라 노인들이 가능한 한 높은 등급을 받고, 또한 등급 내에서 가능한 한 최대치의 서비스를 이용하도록 하는 것이 서비스 공급자들에게 가장 많은 수익을 제공한다. 아래와 같은 요양직 근무자의 경험은, 장기요양보험 구조로 인해 서비스공급기관과 노인의 이해관계가 합치하면서 민간 노인돌봄기관이 노인의 장기요양보험 수급자로의 진입을 유도하고 있음을 보여준다.

"경증이고 혼자 사시는 분들 요즘에 보면 노인돌보미 신청을 그렇게 많이 하세요. 노인돌보미는 이제 등급외자 판정이 A가 나오면 보험료 수준에서 지자체에서 지정하는 거잖아요. 노인돌보미가 나오면 노인돌보미(서비스를 제공)하는 기관이 방문요양, 장기요양기관도 같이 하고 있어요. 어르신 상태를 수시로 파악하셔서 조금만 기력이 떨어지면, 독감이 걸려서 한 열흘정도 누워계셨다가 장기요양 신청을 바로 하세요. 이렇게 되면서 유입이 제어할 수 없을 만큼 계속 들어와요."

"관리하는 차원은 좀 필요하다고 생각해요. 서비스기관에서는 필요한 서비스 양보다 더 많이 제공하려고 하고 돈을 벌어야 되니까. 요양보호사도 그렇고. 근데 한편으로는 수급자 입장에서도 많이 이용하려고 하는 거

www.kci.go.kr

잖아요? 공단 입장에서는 돈이 한정돼있다 보니까 범위 내에서 사용해야 되고."

② 등급제도 개편에 따른 수급선정 기준의 모호성 가중

사회보험제도 운영주체로서 보험자는 수급대상자 선정에서 많은 제약을 겪고 있다. 장기요양보험은 그야말로 장기적인 요양서비스를 요하는 대상자에 대한 것으로 급성의 요양 및 가사지원 등 단순한 돌봄 지원을 요하는 경우와는 원칙적으로 구분된다. 그러나 현실에서 장기적 돌봄이냐 단기적 돌봄이냐를 구분하여 수급자를 선정하는 것에는 여러 가지 모호함이 있다. FGD에서 인정조사의 대상선별 어려움은 '애매함'이라는 표현으로 반복된다.

"애매하게 6개월 이상 일상생활하기 힘든 분들을 대상으로 하잖아요? 실제 등급을 드렸을 때 이분들이 다 혼자서 생활을 하세요. 단지 좀 힘드실 뿐이지. 급성기는 도움이 필요해서 신청하시는 분도 있겠지만, 그냥 연세 드시고 혼자 계시니까 신청하는 분들도 많으시거든요. 그렇게 등급 받는 분도 계시고."

"6개월 이상 일상생활을 하지 못하는 노인 분들을 대상으로 하는 것, 그걸 어느 정도는 지키려고, 보험자 역할을 그런 부분에서는 하려고 한 3~4년 전까지만 해도 많이 노력을 했고, 직원들도 그거를 지키려고 많이 노력을 했던 거 같아요."

최근 장기요양보험 등급의 확대 및 인지지원등급제는 요양직들의 수급대상자 선정과 등급판정의 모호함과 자의성을 가중시키고 있다. 이에 제도 자체에 대한 압박 역시 커지는데 보험자는 이를 제어하는 데 어려움을 겪고 있다.

www.kci.go.kr

"지금 1~5급까지 있는데 현장에서 조사업무를 수행하다보면 1~3등급 정도까지는 저희가 어느 정도 보는 눈이 있기 때문에 그거에 대해서 완벽하진 않지만 그래도 선별이 가능해서 적절하게 서비스가 들어가고 하는 거 같았는데…등급이 확대되면서 선별이 어려워졌습니다."

"그렇지만 장기요양제도에 치매등급하고 최근에 들어선 인지지원등급, 그거에 의해 그 제도는 완전히 무너졌다 판단이 되거든요. 치매만 받아오면 무조건 인지지원등급. 인지지원등급 나오면 또 바로 등급변경 신청해서 5등급으로 변경해달라고 민원이 오고..."

"인지지원등급이 저희한테 들어오게 되면서 어폐가 더 생긴 거 같아요. 굳이, 인지지원등급은 사실 온전하신 분들이 많거든요. 단순히 약 한번 복용했다고 해서 다 주고, 불필요한 정말 필요하지 않은 서비스까지 다 받아 예산이 낭비되고 있는 거 같아요. 이건 우리 업무가 아니라 인지지원등급(판정)은 치매안심센터에서 할 일이라고 생각을 해요."

인지지원등급의 도입은 장기요양보험제도의 보장범위를 넓히는 역할을 하지만, 이미 수급자 인정과정에서 모호함을 일상적으로 경험하고 있는 요양직의 관점에서는 이는 장기요양서비스 경계 바깥의 돌봄을 내부로 끌어들인 선심성 정책으로 비춰진다. 그러나 보험자의 역할은 어쩔 수 없이 수동적이다.

"인지지원 등급은 국가적인 차원에서 어떤 말마따나 보건소에서 어떤 치매 간단한 어떤 활동. 그분들은 거동하기 때문에 뭐 생활체조나 이렇게 그런 쪽에 필요하지, 저희 장기요양제도가 받아들일 분들이 아니거든요. 인지지원등급은 저희 직원들도 그렇고, 이건 없어져야 되는데 선심성 정책 때문에 어쩔 수 없이 하고 있어요. 5등급 자체도 조금 더 좀 너무 완화되어있지 않나 그런 생각이 들어요."

노인이 가지는 기능상의 문제와 돌봄 욕구는 다양한 스펙트럼을 가진

www.kci.go.kr

다. 이로 인해 일상생활지원에 대한 욕구와 장기요양에 대한 욕구는 구분되어 다루어져야 하며, 보험자는 후자의 욕구에 대응하는 서비스 급여를 제공해야 하지만 현실에서 보험자가 이를 구분하여 다룰 수 있는 근거나 권한은 명확하지 않다. 오히려 등급 확대의 결과, 그 경계는 더 모호해졌고, 욕구에 적합한 급여 및 서비스 개발도 제한된다.

> "4등급이나 5등급 같은 경우는 저희가 조사를 하는데 있어서 굉장히 애매한 기준의 상황이 많아서 그런 부분에 있어서는 저희도 이제 사람이다 보니까 속을 때도 많고…그런 부분에 대한 사후관리는 아직 법적으로 제재가 없기 때문에 그런 부분에 있어서는 놓치는 부분도 많다고 지금 느껴집니다."

③ 구조에 조응하는 행위자 I: '수급자 되기' 전략으로써 허위·과장진술

인지지원등급 확대 등으로 인한 수급자 선정기준이 모호해지고 게다가 수급자 선정에서 보험자의 권한이 제한적인 상황은 개인과 가족이 과장된 진술을 통해 수급자가 될 수 있는 여지를 만들어내었다. 즉, 개인은 장기요양보험제도의 특수한 구조 속에서 최대한의 수익을 거두는 행동을 선택한다. 즉, 허위, 과장진술 등을 통한 '수급자 되기'와 이로 인한 수급자의 확대이다.

물론 보험자로서 공단은 재조사, 의사소견서 적극 반영 등을 통해 최소한의 문지기 역할은 가능하지만, 재조사는 부족한 인력과 민원인들의 수용태도 등으로 제한적이고, 의사소견서의 경우도 객관적인 의료적 진단서이기보다는 신청자들의 욕구대로 작성되는 경우가 상당하다.

> "허위 3등급이 많아요. 허위진술이나 이런 경우가. 지금 인지지원등급까지 늘어나서 더 차이가 있는 거 같아요. 솔직히 인지지원등급까지 치매

www.kci.go.kr

들어가며 일상생활가능한 분들도 들어오고 계세요."

"잠깐만 속이면, 40분, 50분만 속이면 1년을 본인이 편안하실 수 있잖아요. 그래서 지금은 그걸 못하는데 한번 조사를 가서 이상하면 다시 가요. 지금은 너무 바빠서 못하는데 그 상황을 직접 또 들어요. 이거만 넘기면 등급을 받을 수 있다. 기저귀 가져다 세팅해두고 일부러 뜯어놔요. 사람들이 똑똑해져가지고, 요강도 막 반짝반짝 한데 뭘 묻혀놓는다던가 주변에 흘려놓는다던가 이렇게 해놔요. 그 순간만 모면을 하면 1년. 그리고 갱신해서 2년, 이어지는 거예요. 도덕적 해이가 굉장히…"

허위까지 동원하는 '수급자 되기' 전략에 대해 보험자는 원칙적으로 그 경계를 명확히 설정함으로써 대응해야 한다. 그러나 우리나라 장기요양보험제도 운영자는 이에 대응할 힘이 없다. 즉 정부가 보험자와 수직적으로 관계를 형성하고 일방적으로 정책을 지시할 때 새로운 정책방향에서 대비해야 할 문제점을 파악하고 대응방안을 고안할 권한이 없다. 이는 실천단계에서도 그러하다.

"수급자랑 보호자가 작정하고 허위진술을 했을 때 직원으로서 이를 거짓이라고 아무리 생각해도 거짓이라고 제시할 근거가 없고, 또 제가 생각했을 때는 이를 보완하기 위해 있는 게 의사소견서라는 그런 객관적 자료를 받는 절차가 있는데 사실상 아직까지는 그 의사소견서가 갖는 힘이 부족한 것 같다는 생각을 해요."

"현실적으로 치매, 인지지원등급 있잖아요? 인지지원등급에서 5등급으로 등급변경 신청한다고 하는데 그 등급변경을 할 때 보호자들이… 저희는 보호자의 의견에만 의존해서 등급반영을 하고 그럴 수밖에 없는데 그런 부분을 거짓말을 해도 저희가 그거를 확인할 수 있는 방법이 없어요. 의사 분들 소견서 써주실 때도 안 그러시는 분들도 계시긴 하지만 그런 부분이 반영이 될 때 보호자가 여러 가지 문제행동들을 얘기를 하면 그게 진실일 수도 있지만 진실이 아닌 것들도 진실로 반영되기도. 특히 치매대상자의 경우 일상생활에서 행동부분… 그런 부분에 있어서 객관적인

www.kci.go.kr

정보를 정확하게 반영한다는 게 쉽지 않습니다.”

④ 구조에 조응하는 행위자 II: ‘수급자 되기’ 전략으로서 불복

등급 확대에 따라 수급자 선정 기준 및 등급 기준이 모호해짐에 따라 수급자 선정여부는 제도와 체계에 의해 결정되기보다는 제도 내로 편입을 희망하는 신청자의 행동 전략과 서비스 제공기관의 욕구에 좌우되고 있다. 이에 보험자의 등급결정에 불복할 경우, 신청자는 업무 담당자에게 마치 개인 대 개인 관계에서 발생된 문제처럼 민원을 제기한다. 물론 신청자는 이의를 제기할 권리가 있으나, 불복과 민원이 수급자격을 획득하는 하나의 방식으로 정착하고 있는 것은 제도의 신뢰도에 타격을 준다.

“등급이 (기대만큼)안 나오는 경우 보호자가 전화해서 누구 네는 이정도로 등급이 나왔는데 왜 우리 부모는 안 나오냐고 항의할 때 자괴감이 좀 많이 듭니다.”

“보험자로서 어느 정도 역할을 하고 있는 건 맞지만, 거르지 못한 부분이 있는 것도 사실이죠. 급성기에 대해 민원인이 계속 그거에 대해서 딱 3개월, 6개월 정해진 규정도 없고 위원회 회의로만 결정을 합니다. 그러니 민원인 입장에서는 용납을 할 수 없는 거죠. 당장에 불편하고 그러니 계속 신청하시고, 신청하시고 그거에 대한 직원들 부담감이 커지고 그래서 또 마음이 약해진 직원은 등급을 그냥 줘버리는 그런 소홀해짐이... 그리고 건수 자체가 많아지니까 정확한 기준의 매뉴얼이 있음에도 불구하고 건수들을 채워야 되는…”

⑤ 이용자와 보험자의 노인장기요양보험 제도에 대한 인식 간극

우선 장기요양보험의 서비스이용자들 중 많은 수는 제도가 제공하는 서비스에 대한 오해를 하고 있다. 노인장기요양서비스 이용자들은 노인장기요양서비스를 단순한 돌봄 및 가사지원 서비스와 아직 구분하고 있지

www.kci.go.kr

못하다. 이러한 풍토가 장기화되면서 요양보호사의 업무는 주로 가사지원 업무로 정착되었다. '장기 요양'이라는 필요욕구에 대응한다는 인식이 형성되어 있지 않은 것이다. 이는 요양서비스 수급에서 서비스 범위와 자격요건에 제한이 없다는 일종의 오해와도 무관하지 않다.

> "조사를 나가보면 수급자가 장애등급을 받고 방문요양서비스를 이용하시게 되면 '우리도 사람 하나 뒀어', 이렇게 얘기하신대요."
>
> "제도가 지금 시행된 지 10년이 넘었는데 제도 홍보를 저는 처음부터 다시 해야 된다고 보는 사람이거든요. 공영방송이나 KBS1에서 하면 핑크빛이에요, 다 도와줄 거 같은데, 신청하러 딱 왔는데 급성기라서 안 된다고 설명 드리면, 쌍욕을 해대면서 막 싸우는 거예요."

인정조사 과정에서 보험자는 가치중립적으로 조사를 수행하고 그 결과로 인정점수가 부여되어야 한다. 그러나 '6개월 이상 독립적 생활이 불가능한' 법적 수급 기준이 조사과정에서 분명하게 구분되지 못하고, 제도에 대한 대중적인 이해도 역시 제도 시행 10년이 지났으나 분명하지 않다.

반면에 보험자로서 역할을 하는 요양직 종사자들은 '제도를 지키는'이라는 표현을 반복하여, 자신의 역할이 장기요양보험 수급자로의 진입을 제어하는 것으로 생각하고 있음을 보여준다. 이에 반대되는 표현이 제도가 '무너졌다'는 것으로, 민원과 등급제 개편 등이 제도에 낭비적인 요소가 되고 있다는 견해를 계속 드러냈다. 이렇게 보험자와 가입자의 제도에 대한 인식 간극은 매우 크지만 이 간극을 줄이기 위한 노력은 실행되지 못하였다.

(3) 보험자의 문지기 역할 강화의 필요성

조세에 기반을 둔 노인복지서비스를 위한 적정 재원이 마련되지 못하면서 지역사회의 다양한 요욕구 노령층이 노인장기요양보험 제도로 편입

www.kci.go.kr

되길 희망하기 시작하였다. 한편으로는 이러한 욕구들이 신청자와 등급판정에 대한 불만을 가진 대상자가 되면서, 이들의 욕구(desire)가 노인장기요양이라는 사회적 욕구(social need)로 인정되도록 허위·과장 진술과 민원이 속출하였고, 다른 한편으로는 정부의 수급률 목표가 강화되면서 보험자의 문지기 기능은 사실상 무력화되었다.

그리고 새로운 정부의 제도 확대 정책[11]에 힘입어, 정책목표에 적합한 수급자 중심보다는 가사지원이 필요한 노인들에 대한 제도로 확대되었다. 이러한 정부정책의 결정과정에서 보험자는 등급 확대에 대한 가치중립적인 재고 없이 결정된 정부정책을 수행하는 기관으로 역할을 하였다. 장기요양위원회에서도 보장성 확대로 노인의 가사지원 등 돌봄 욕구와 공급자들의 욕구 모두가 충족되기 때문에 이에 대한 면밀한 검토를 진행하지 않은 채 보장성 강화 관점으로만 접근했다. 그러므로 노인장기요양보험 제도의 정책적 목표에 부합하는 제도 확대 여부에 대한 냉정한 평가는 어디서도 논의되지 못한 것이다. 경증 치매 및 인지지원 요욕구자[12]들에게 제공되는 급여는 '장기요양'이란 정책적인 취지에서 벗어난다. 이들에게 필요한 것은 조세기반의 지역사회 노인돌봄서비스이다.

<표 3>에 따르면, 2009년~2018년(9년 간) 65세 이상 노인인구는 2,325,387명(44%) 증가하였다. 이 기간 중 노인장기요양보험의 양적 확대의 결과를 보면, 신청자가 486,916명으로, 93.2% 증가, 판정자(등급 내+등급 외)는 440,980명으로 113% 증가하였고, 이 중 인정자는 383,903명으로 133.8% 증가하였다. 노인인구 대비 인정률은 5.4%에서 8.8%로

11) 박근혜 정부 기간 중 2012년 3등급 기준 완화 1차 시행년도, 2013년 3등급 기준 완화 2차 시행년도, 그리고 2014년 3등급에서 5등급으로 등급 확대(치매특별등급)가 진행되었고, 문제인 정부에 들어오면서 2017년 9월 치매국가책임제 발표 후속책으로서 2018년 인지지원등급이 도입되었다.

12) 2019년 7월 기준, 등급별 비율을 보면, 4등급이 33.4%로 가장 많으며 '3등급 > 2등급 > 5등급 > 1등급> 인지지원등급' 순서로 나타났다. 4등급에서 인지지원등급까지의 비중이 42.1%에 달한다(국민건강보험공단, 2019b).

www.kci.go.kr

3.5%p 증가하였다. 노인인구 대비 신청자의 비율은 2009년 9.8%, 5등급 시행년도인 2014년 11.4%, 인지지원등급 시행년도인 2018년 13.3% 증가되었다. 신청자 비율뿐만 아니라 이용자 확대 정책이 시행되는 해를 기점으로 판정자, 인정자 모두 양적으로 증가하였다.

〈표-3〉 노인장기요양 신청, 판정, 인정 추이(단위, 명, %)

구 분	2009	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
노인인구 (65세 이상)	5,286,383	5,192,762	6,192,762	6,462,740	6,719,244	6,940,396	7,310,835	7,611,770
신청자	522,293	643,409	685,852	736,879	789,024	848,829	923,543	1,009,209
판정자(등급내+등급외)	390,530	495,445	535,328	585,386	630,757	681,006	749,809	831,512
인정자 (판정 대비 인정률)	286,907 (73.5%)	341,788 (69.0%)	378,493 (70.7)	424,572 (72.5%)	467,752 (74.2%)	519,850 (76.3%)	585,287 (78.1%)	670,810 (80.7%)
노인인구 대비 인정률	5.4%	5.8%	6.1	6.6%	7.0%	7.5%	8.0%	8.8%

출처: 국민건강보험공단(2014, 2019a) 참고로 연구자가 재구성함

노인인구 증가율 대비 모든 기준에서 두 배 이상 높은 증가를 보여 왔다. 2018년 기준으로 65세 이상 노인 7.5명 중 중 한 명이 노인장기요양보험의 인정조사를 신청했다. 제도의 문턱이 낮은 것과 서비스가 필요한 정확한 대상자에게 질 좋은 서비스를 제공하는 것은 다른 문제이다. 노인장기요양서비스가 목표로 하는 대상자를 염두에 둔다면, 이러한 제도의 대중화는 보험자의 문지기 역할이 부족하다는 것을 반증한다.

3) 노인장기요양보험 제도의 서비스 질과 보험자의 기능

(1) 민간 중심의 공급기관 확대와 서비스 질의 관계

제도의 질을 결정하는 것은 급여의 정도 및 서비스의 수준이다. 이에

www.kci.go.kr

보험자는 적정 급여량을 제공해야 하고, 공급기관이 제공하는 장기요양서비스 질에 대한 관리를 담당해야 한다. 우선 적정 급여과 관련해서는 재정과 급여 내용[13]이 고려되어야 한다. 재정 측면에서 급여지출 구조와 경향을 보면 <표-4>와 같다.

2018년 기준으로 보험자의 부담금은 6조 2,992억 원으로, 2014년 기준 80%, 전년대비 23.7% 증가하였다. 이러한 높은 증가는 인지지원등급 확대의 결과이다. 재가급여를 원칙으로 하지만, 2016년까지 시설급여의 비율[14]이 전체 급여 지출의 절반 이상을 차지하였던 것이, 2017년부터는 재가급여비율이 높아졌다. 이 또한 등급 확대의 결과이다.

〈표-4〉 장기요양 급여별 지출 규모별 보험자 부담금(단위: 억 원, %)

구 분	2015*		2016		2017		2018	
	금액	비율	금액	비율	금액	비율	금액	비율
장기요양 공단부담금 계	39,816	-	44,177	-	50,937	-	62,992	-
재가급여	19,376	100.0	21,795	100.0	26,417	100.0	34,344	100.0
방문요양	14,809	76.4	16,076	73.8	18,916	71.6	24,364	70.9
방문목욕	723	3.7	754	3.5	892	3.4	1,003	2.9
방문간호	89	0.5	96	0.4	132	0.5	177	0.5
주야간보호	2,563	13.2	3,608	16.6	5,119	19.4	7,361	21.4
단기보호	154	0.8	136	0.6	134	0.5	123	0.4
복지용구	1037	5.4	1,125	5.2	1,223	4.6	1,315	3.8
시설급여	20,441	100.0	22,382	100.0	24,520	100.0	28,648	100.0
노인요양시설(현행법)	17,892	87.5	19,844	88.7	21,971	89.6	25,879	90.3
노인요양공동생활가정	2,548	12.5	2,538	11.3	2,549	10.4	2,769	9.7

출처: 국민건강보험공단(2019a) 일부 재구성

*당기재정적자가 발생한 2016년 이후의 비교를 위해 2015년도부터 검토함

13) 장기요양급여의 종류는 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타재가급여), 시설급여, 특별현금급여(가족요양비만 월 15만원 지급되고 있고 특례요양비와 요양병원 간병비는 미실시)이고, 재가급여 중심을 원칙으로 한다(노인장기요양보험법 제23조).

14) 재가급여와 시설급여의 비율은 2015년 48.7%: 51.3%, 2016년 49.3%: 50.7%, 2017년 51.9%: 48.1%, 2018년 54.5%: 45.5%

www.kci.go.kr

방문요양이 재가급여 지출규모에서 가장 높은 비율을 차지하고 있지만, 연도별로 76.4%, 73.8%, 71.6%, 70.9%로 감소하였고, 이러한 감소분은 주야간보호급여 증가로 이전되었다. 이는 치매특별등급과 인지지원등급의 이용자 증가를 반영한 결과이다. 등급 확대는 자연스럽게 급여 지출 증가로 연결되고, 급여 확대에 대한 보험자 고유의 기준이 없다면, 재정증가는 노인돌봄의 욕구 및 서비스 공급기관의 이해관계에 의해 증가될 수밖에 없다.

서비스 질과 관련된 보험자의 기능은 표준장기요양이용계획서 작성 및 이용자 지원, 그리고 요양기관 평가를 통해 작동한다. 보험자는 등급판정 이후 표준장기요양이용계획서를 작성해서 서비스 기관에 전달한다. 그러나 보험자의 표준장기요양이용계획서가 서비스 제공 기준으로 적용되기보다는 서비스제공기관의 수입 증대라는 이해관계에 의해 변경되기도 한다. 기관은 급여 총량을 사용할 수 있도록 수급자를 설득한 이후에 보험자에게 표준장기요양이용계획서를 변경해 줄 것을 요구한다. 그러나 이러한 요구를 거부할 수 있는 권한이 보험자에게는 없다. 이러한 구조의 근본적인 원인은 대다수 장기요양기관이 민간 주도로 운영되고 있기 때문이다.

재가급여 제공기관 수[15]는 2019년 상반기 기준으로 29,440개소로 이중 국가 및 지자체 기관은 단 171개소(0.6%)에 불과하고, 법인기관은 4,059개소(13.8%), 그리고 개인기관이 25,210개소(85.6%)로 절대다수가 개인에 의해 운영되고 있다(국민건강보험공단, 2019b). 영리를 추구할 수밖에 없는 민간기관들은 수급자의 상태에 따른 적합한 급여 이용보다는 급여총량을 최대화함으로써 이윤을 보장받는 방식을 선호한다. 개인 및 영리법인에 의해 운영되는 시설의 경우 제도 시행 초기부터 서비스 질에 다양한 문제점이 제기되어 왔다. 그러나 공급구조의 기본적 환경 변화 없

15) 재가기관 중 1종 서비스만 제공하는 기관은 25.6%, 2종 제공하는 기관 70.6%, 3종 모두 제공하는 기관은 3.8%로 2종의 서비스 제공 기관이 9,393개소로 가장 많다.

www.kci.go.kr

이 급여확대가 진행되면서, 급여총량에 대해 각종기관의 영향력은 높아지고 있다.

〈표-5〉 장기요양 입소시설 설치주체별 현황(단위: 개소)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*
총계	1,700	2,628	3,751	4,061	4,327	4,648	4,867	5,083	5,187	5,304	5,320	5,389
법인	849	1,137	1,463	1,512	1,534	1,533	1,533	1,532	1,512	1,479	1,444	1,445
개인	851	1,491	2,288	2,549	2,793	3,115	3,334	3,551	3,675	3,825	3,876	3,944

출처: 국민건강보험공단, 2019b: 16

주: 2019년 연간 기준이 아닌 7월 기준

설치주체별 장기요양 입소시설은 2008년 제도시행 직전인 6월말 기준으로 총 1,271개로 이 중 법인이 736개소(57.9%), 개인이 535개소(42.1%)로 시작되었다. 2009년 1월 이후 개인시설이 법인시설보다 더 많아지기 시작했고, 2010년 3월, 단기보호 급여제공기준 변경에 따라 단기보호기관을 폐업하고 노인요양시설(단기보호전환시설)로 전환한 이후, 설치주체가 개인인 노인요양시설이 급증[16]하게 되었다. 설치주체가 개인인 시설은 2008년 15%, 2010년 61%, 2013년 67%, 2016년 71%, 2019년 상반기 기준 73.2%로 꾸준히 증가해 왔다.

장기요양기관 평가 결과에서 드러난 설립주체별 차이를 보면, 『2016년도 장기요양기관(시설) 수시평가결과』를 보면, 지자체가 79.1점, 법인 68.7점, 개인 66.7점(국민건강보험공단, 2017: 22)나타났고, 같은 해, 장기요양기관(시설) 설립주체별 정기평가 결과에서는 지자체 64.4점, 법인 57점, 개인 52.8점으로 평가되었다. 노인장기요양서비스에서 개인시설의 평

16) 국가·지자체 입소시설은 109개소로 전체 중 단 2%에 머문다.

www.kci.go.kr

가결과는 타 기관과 상당한 차이를 보이고 있다. 애초에 정부가 내걸었던 사회서비스 시장화전략을 통한 서비스 질 제고라는 명분은 사실상 현장에서 전혀 실현되고 있지 못하며, 오히려 민간 공급기관 과잉에 따른 불필요한 비용이 증가되고 있다.

⑵ 서비스 질 관리에 관한 보험자 기능 제약

보험자는 주로 민간인 서비스 제공기관들의 표준장기요양이용계획서 변경 요청을 거부하지 못한다. 또한 기관평가 결과에 기반에 둔 보험자의 행정권은 사실상 존재하지 않는다. 이에 서비스 제공기관을 상대로 한 서비스 질 관리는 형식적인 수준에서 머물고 있다. 이제 FGD 분석을 통해 장기요양보험제도의 운영에서 드러나고 있는 보험자 기능의 문제점을 살펴보자.

① 표준장기요양계획서를 통한 서비스 관리의 현실

적정한 장기요양서비스 내용을 구성하는 것은 서비스 질 제고와 재정통제 양자와 관련된 보험자의 역할이다. 표준장기요양이용계획서는 노인장기요양서비스의 질을 높이고 서비스 이용량을 관리하기 위해 도입된 보험자의 기능이지만, 서비스 공급기관과 이용자는 보험자의 판단을 그대로 준용하지 않는다. 우선 서비스 공급기관은 최대한의 수가 확보를 위해 이용자 상태와 관련 없이 등급 내에서 최대 급여총량이 사용될 수 있도록 이용자를 설득하고, 이에 서비스이용자는 계획서 변경을 요구하기도 한다. 또한 표준장기요양이용계획서 활용의 큰 맹점 중 하나는 계획서 내용이 제대로 수행되고 있는지에 대한 확인이 사실상 불가능하다는 것이다. 이 경우 표준장기요양계획서를 통한 보험자의 적정 서비스 관리는 실패하게 된다.

www.kci.go.kr

"표준장기요양이용계획서를 (도입)했을 때 목적 자체가 나중에 그 서비스 케어매니지먼트라고해서 시간이라든가 그런 걸 통제하기 위한 건데 현재까지는 그냥 단순하게 급여 종류만 하고 있어서 저희한테 급여 종류를 변경 통보를 하고 서비스를 이용할 수 있다는 정도인데 의미가 없다는 생각이 들더라고요, 현장에서는. 계속 그냥 민원만 늘어나고. 하루에 두 세 차례 방문요양을 이용한다고 했다가, 시설을 이용한다고 했다가 주간프로그램을 이용한다고 했다가 그게 계속 바뀌니까. 행정력 낭비인 측면이 상당해요."

"아파트에 사는 어떤 수급자가 예전에 등급변경을 해달라는 겁니다. 요양보호사님께 제가 일주일 동안 가보겠습니다, 무엇을 하시는지 보여 달라고 그랬더니 스트레스를 수급자분이 받으시더라고요. 그냥 그대로 가게 놔두라고. 집도 작고해서 요양보호사가 하는 게 별로 없기 때문에 불만이 있었던 것 같습니다."

특히 표준장기이용계획서 작성 과정에서 보험자는 결국 수동적인 역할을 하는 데 머무르게 된다. 보험자는 서비스 이용자의 요구에 대해 잘 부응하는 역할을 할 뿐 보험제도의 운영과 유지 차원에서 이를 관리하고 있지는 못하다.

"표준장기이용계획서란 게 사실 업무하시는 분들 이야기가 어차피 답은 정해져있고, 우리가 가서 이용지원할 때 이렇게, 이런 도움이 있다고 말해도 이용을 안 하면 땡이고, 확인도 바쁘니까 할 수 없고, 기관에서 이렇게, 이렇게 하라고 수급자에게 계속 그렇게 하면... 또 매일 보는 요양보호사가 사실 더 중요하지 저희 공단 직원이 중요하진 않아요, 사실. 그렇기 때문에 저희는 그냥 작성, 재작성 이렇게 되는 업무 흐름이에요."

"이 서비스는 '주 몇 회 몇 시간 이렇게 이용하시오.', 기초수급자처럼 딱 정해주면 그 안에서 계약을 하면 좋은데, 지금은 그런 제한이 없어서 급여 종류로만 제약을 둔 거잖아요. 근데 이제 나중에 재정이 악화될 게 우려돼요. 지금은 그렇지도 못하면서 계속 급여 종류에서 센터에서 전산에

www.kci.go.kr

서 막히니까 보호자한테 요구하고, 보호자는 저희한테 재작성해달라고 요구하고, 저희는 그냥 그분들 입장에서만 바꿔달라는 대로 바꿔주게 되는 역할만 한다고 할까."

표준장기요양계획서에 제시된 서비스 내용과 요양보호사가 실제로 제공하는 서비스의 차이는 재정지출 증가에도 불구하고 서비스의 질에 대한 의문이 제기되는 주요한 이유 중 하나이다. 보험자는 현장에서 제공되는 서비스에 대해 실질적으로 파악하기 어렵고, 이에 개입을 하려고 하면, 공급기관과 요양보호사 등 서비스 제공주체는 이에 부정적으로 반응한다. 이렇게 구조화된 풍토에서 보험자는 실질적인 서비스 질 향상을 위한 구체적인 수단을 결여하고 있으며 관련 역할 역시 형식적 수준에 머물고 있다.

② 노인장기요양서비스 공급자와 수급자의 공통의 이해관계

서비스 제공 수급과정에서 이해관계가 형성이 된 서비스 공급자와 수급자의 그에 부합하는 행동을 하게 된다. 이는 서비스 질을 떨어뜨리는 요인이 된다.

"요양보호사도 약아지고, 보호자들도 약아졌어요. 보호자랑 수급자는 그 시간에 최대한 뭘 시키려고 하고, 마음에 안 들면 바꾸고, 기관이나 요양보호사는 좀 편한 곳, 케어가 쉬운 대상자를 찾고, 말 잘 듣는 보호자 그게 아니면 일 못한다. 이러고선 바꾸고. 요양보호사에 대해 블랙리스트 있다고 들었어요."

서비스 수급자와 공급자 개인의 행태 변화를 통해 서비스 질을 높이고자 하는 보험자 의 개입이 이루어지고 있다. 그러나 행정력으로 인한 한계는 명확하다.

www.kci.go.kr

"상담하는 과정에서 수급자가 어떤 게 필요한 지 확인이 가능하고, 어떤 도움을 받고 있는지 확인해서, 실제 수급자가 필요로는 하는데 이용하지 못하는 부분이 있다면 이런 부분은 지원할 수 있도록. 실제 확인할 수 없는 한계는 있지만 그런 부분을 기관에 이런 서비스를 더 지원하라는 안내할 수 있죠. 이용지원 상담을 하긴 하는데 한 달에 접할 수 있는 수급자 수는 한계가 있고, 현장에서 직원이 코칭할 수 없는 사각지대가 분명 존재하여 아직까지는 그 부분이 많이 활성화 되지 않고 있어요."

"보호자나 수급자의 인식도 가사도움이나 잘 계신지 확인하는 정도로 방문요양 서비스를 인식하는 경우도 많고, 그런 부분을 요구해야 하는 걸 모르는 수급자나 보호자도 이 정도로 만족하시기 때문에 저도 상담할 때 신체적인 기능 도움이 필요할 경우, 보호자나 수급자에게 요구하라고 별도로 안내하고, 요양보호사에게도 안내하지만 실제로 잘 안 되는 경우도 많고, 인식이 잘 안 되는 경우도 많습니다."

③ 장기요양 제공기관에 대한 보험자의 통제권 없는 감독

장기요양서비스 제공기관에 대한 관리감독은 서비스 질 제고와 관련된 보험자의 핵심적인 기능이다. 특히 관리감독 결과가 서비스 질이 나쁜 기관에 대한 계약해지, 기관지정 취소, 수가 조정 등 다양한 수준의 제재로 이어지는 것은 양질의 장기요양서비스 제공이 이루어지도록 하는 데 중요하다. 이는 조세방식 서비스이건 사회보험방식으로 제공되는 서비스이건 제도운영 주체가 수행해야 하는 역할이지만, 한국에서 보험자로서 공단은 이와 관련된 기능과 권한이 사실상 부재하다. 관리감독 면에서 한국 장기요양보험의 보험자는 서비스 질을 높을 수 있는 중요한 수단을 결여하고 있다. 이는 강력한 페널티를 부과할 권한이 없기 때문이다.

"보험자로서 역할이 중요하다 보면 기관의 질을 높일 수 있는 권한이 있어야 해요. 건강보험이랑 심평원도 예전부터 얘기가 되게 많잖아요. 심사평가원에서 심사하기 때문에, 공단의 중요한 권리가 분리가 되어 있어서

www.kci.go.kr

문제가 있죠. 노인장기요양제도 시행할 때, 저희가 평가 권한을 놓치지 않으려고 많이 노력했다고 알고 있거든요. 그런 차원에서 보면 보험자 역할을 하려면 기관을 지정취소, 관리할 수 있는 권한이 있는 게 사실 표준장기요양이용계획서보다 유리하다고 봐요."

"현재는 기관 평가를 해도 권한이 없기 때문에 특별한 처분이 없어요. 서비스 모니터링 자체도 가산받는 기관에 한해서 되고. 서비스 잘하고 있는지 없는지는 평가밖에 없어요. 사실 평가 등급을 낮게 받아도 페널티가 없고, 그저 평가가 좋으면 인센티브 받는 정도. 이 사람들은 늘 항상 C, D 등급을 받아도 사후 평가 모니터링을 가도 그때만 모면하면 끝이에요. 단순히 평가 인센티브가 아니라 페널티가 필요해요."

보험자가 서비스 제공기관에 대한 통제력을 강화하기 어렵다면, 지방자치단체가 장기요양서비스기관의 지정취소 권한을 가진 만큼 통제와 페널티를 통해 지자체를 통한 서비스 질 제고를 추구하는 전략이 가능할 것이다. 이는 보험자가 직접적으로 관리감독을 시도하는 것이 아닌 우회 전략이다. 그러나 지자체를 통한 서비스기관의 통제와 이를 통한 서비스 질 제고, 즉 우회 전략의 작동은 어려워 보인다. 지자체는 지역경제 활성화 등 다양한 이유로 처벌에 소극적이다.

"행정처분으로 큰 기관이 폐업을 하면, 거기에 식자재를 넣던 곳이나 그런 이해관계가 얽혀있어 여러 기관에 피해가 가니까 그런 걸 지자체는 꺼려해요. 일자리도 없어지고. 지역경제 살려야하는데…모니터링을 하면 기관 자체에 대한 계도 차원에서는 도움이 되는데 실질적으로 모니터링 자체가 수가에 대한 가감산 부분을 확인하는 건데 내용이 복잡하게 되어 있고. 그런 부분에 대해서 실질적으로 가서 관리하고 감시하는 활동은 지사마다 누가 그 업무를 맡았느냐에 따라서 차이가 굉장히 큽니다."

한편 공단 서비스 모니터링 역할 역시 서비스 질을 직접적으로 높이고

www.kci.go.kr

자 하는 시도 중 하나이나 이를 실행하는 요양직 종사자는 그 적절성에 대해 스스로 의문을 표시한다. 장기요양서비스 제공에 대한 모니터링 결과는 서비스 제공자에 대한 유인제공과 벌칙 등과 관련하여서도 생각해 볼 필요가 있다.

"공단에서 수가에 대해서 가감산 지급을 하니까. 이제 모니터링해서 적절하게 지급이 됐는지 확인을 해야 하죠. 그래서 생긴 업무가 서비스 모니터링인데, 그 업무 자체가 1년에 수가 가감산 받는 몇 기관을 (모니터링)하라고 내려와요. 내려오는데 그 기준이 지난 한 달 정도를 기준으로 봐요. 가서 이제 문제가 있으면 현지조사를 하는데, 이게 한 달 기준의 현지조사는 3년 보잖아요. 기준이 틀리고, 또 그때 맞음 그냥 서비스 가감산 업무에서 보면 그 달을 확인했을 때 문제없으면 오케이거든요. 그러니까 전체를 반영할 수도 없고, 사실 업무가 조사도 하고 서비스 모니터링하기에는 직원의 부담이 있는 부분이 있고... 적절하게 모니터링 되고 있는가에 대해서는 의문점이 있는 부분도 있다는 거죠."

수가 부당청구에 대해 앞서 언급한 것처럼 처벌이 미약하고, 관리에 대한 책임을 아무도 지고 싶어 하지 않고 있다. 이러한 환경은 보험자의 기능을 제약하고, 서비스 질을 높이는 데 별다른 기여를 하지 못하는 행정업무의 증가로 이해된다. 특히 보험자로서 공단과 지방자체단체는 그 역할을 둘러싸고 모호함을 가중시키고 있다.

"지금 상황에서는 방법이 없는 거 같아요. 부당청구가 정확히 확인된 것만 환수처리를 한 거를 떠나서, 횟수나, 요양보호사의 서비스가 제대로 되는 거나 이런 게 부당하게 되는 게 확인이 되는데, 이게 누적이나 적립이 되어서 현지조사보다도 더 처벌을 강화했으면 좋겠어요. 처벌이 강화되어야 경각심이 커지지 않을까... 근데 지자체에서도 그렇게 좋아하지 않아요. 일이 이렇게 터지고 복잡해지고 이러면.. 주민들이 나서길 원하지 않는 것

www.kci.go.kr

같아요. 그래서 노인학대가 발생해도 지자체는 건보공단에 가서 문의를 해보시라 이런 경우가 많기도 합니다."

종합적으로 보면, 수급자 1인에 대한 급여총량 결정은 개인시설 위주의 서비스공급자와 서비스 이용자에 의해 결정되고 있으며, 통합지원에 대한 보험자의 권한 부재로 인해 표준장기요양이용계획서 및 모니터링 등 이용자지원서비스는 실질적으로 서비스 질을 제고하기 어렵다. 보험자의 문지기 기능 약화로 인해 제도에 대한 도덕적 해이가 발생하여 이 문제가 구조화되고 있다. 또한 서비스 욕구 주체가 공급자의 이윤추구 이해로 이어지는 왜곡된 구조가 지속되고 있다. 서비스 질 제고와 기관 감시를 위한 보험자의 행정업무는 다양하게 증가되어 왔지만, 관료적 업무 증대가 제도 향상을 위한 효과로 연결되지 못하고 있다. 보험자는 여전히 행정 처분권, 공급기관에 대한 제한조치 등에 대한 그 어떤 권한이 없고, 지자체와 협조 하에 현지조사 결과를 처리할 뿐이다. 자격 없는 기관에 대한 진입 통제, 문제 있는 기관에 대한 처벌 및 퇴출은 서비스 질 향상을 위한 매우 중요한 전제조건이지만, 이와 관련된 그 어떤 권한도 보험자는 가지고 있지 못하다.

4. 결 론

이 연구는 노인장기요양보험 제도의 성장이 노인장기요양보험의 정책목표에 부합하여 이루어져왔는지에 대한 문제제기로부터 출발하여, FGD 결과를 비롯한 다양한 자료를 통해 제도 운영의 다양한 단계에서 보험자의 역할이 어떠한 형태로 제한되었는가를 살펴보았다. 주요 장기요양보험의 보험자 기능 제약을 중심으로 연구결과를 정리하면 다음과 같다.

www.kci.go.kr

첫째, 한국 사회보험은 산업화에 따른 사회문제를 해결하기 위한 국가의 방안이 아니라, 권위주의 국가의 정치적 수단으로 도입되었다. 국가는 산업노동자가 아닌, 정권을 지탱해 줄 공무원과 군인과 같은 특수 직업군에게만 사회보험을 개시하였다. 이러한 권위주의적 태도는 국가로부터 독립된 사회보험 운영체계 및 원리를 확보하는 데 부정적으로 작용하였다. 국가는 조세저항을 회피하고 사회복지재정을 확보하는 방안으로 사회보험제도를 활용하였고, 그 결과 사회보험 사업에 대해 위탁사업자를 통해 정부의 이해관계가 직접적으로 반영되고 있다. 다만 국민건강보험과 노인장기요양보험은 한국 사회보험 중에서 유일하게 보험자를 법적으로 가진 제도이만 이러한 국가의 강력한 지배력으로 독립적인 보험자 기능이 발전하지 못했다.

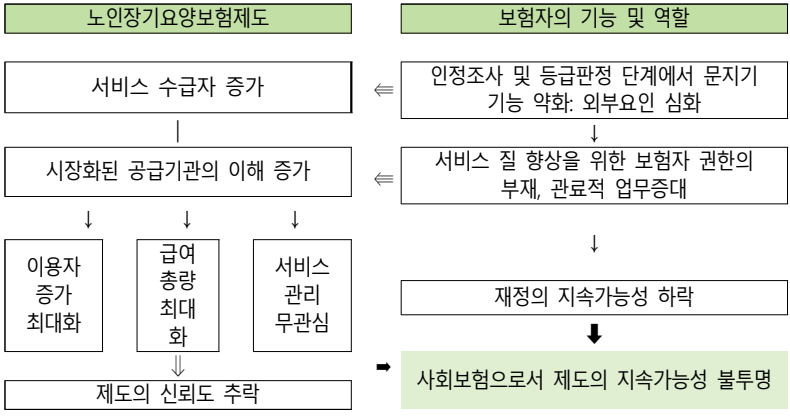
둘째, 사회보험 보험자의 역할과 기능수행은 제도의 발전과 지속가능성에 영향을 미친다. 특히 보험자의 문지기 기능은 사회보험의 재정규모와 이용률을 결정하는 핵심요건이다. 분석 결과, 2016년 이후 장기요양보험 제도의 당기 재정적자의 원인에는 등급체계 개편에 따른 수급권자 및 이용률 증가, 개인시설 위주의 장기요양제공기관 증가 및 급여 상한선까지 채우는 급여총량 활용, 그리고 무엇보다도 보험자의 문지기 기능이 제약됨으로써 제도 성장에 보험자로서 긍정적인 역할을 담당하지 못한 것이 작용했다. 특히 정부 주도의 정책결정에 대해 공단은 행정업무만 수행할 뿐, 서비스의 양과 질을 조정할 수 있는 문지기 역할을 수행되지 못하였다. 노인장기요양보험의 재정 위기는 수입과 지출 불균형이라는 보험기술적인 문제가 주요한 원인이라기보다는, 문지기 기능의 구조적 제약이 원인으로 분석되었다. 그러므로 재정의 지속가능성을 위한 보험자 기능 강화의 필요성이 대두된다.

보험자는 인정조사와 등급판정의 과정에서 제도의 정책목표에 부합하는 대상자를 적합하게 선정해야 하고, 이를 위한 문지기로서의 권한이 필

www.kci.go.kr

요하다. 정부의 정책목표에 부합하지 않는 이용 확대 결정에 대해 보험자는 제도의 적합성 여부를 두고 독립적인 판단을 해야 한다. 노인장기요양보험의 대상으로 노인성질병이나 기타 질환으로 6개월 이상 동안 독립적인 생활이 어렵다고 인정된 욕구에 대해서만 인정해야만 한다. 보험자의 기능과 역할이 현재 노인장기요양보험 제도에 미치는 영향에 관한 연구결과를 요약하면 <그림-2>와 같다.

〈그림-2〉 보험자의 기능 및 역할이 제도에 미치는 영향



셋째, 제도의 신뢰도 제고와 서비스 질 관리를 위한 보험자 역할이 중요하지만, 민간주도 서비스 공급구조가 개선되지 않는다면 요욕구자의 필요가 아닌 공급자의 필요에 의해 급여 총량이 결정될 수 있고, 재정지출 증가가 서비스의 질 개선으로 이어지지 않는 역기능이 지속된다. 노인장기요양보험 서비스 질 향상을 위한 표준장기요양이용계획서, 모니터링, 기관 평가 등을 통해 보험자의 감독에 관한 관료적인 업무는 확대되었지만 이러한 감독기능은 서비스제공기관에 대한 권한 없이 이루어지면서 역시 제한되었다.

www.kci.go.kr

독일 질병금고의 보험자들이 의사들과 계약을 통해 보험자 권한을 행사하는 것처럼, 요양보험의 보험자들도 요양서비스 제공기간과의 계약제를 통해서 서비스 질을 관리하고 있다. 한국의 노인장기요양 서비스 제공기관에 대한 인·허가권은 지자체의 권한인 구조에서 독일 보험자처럼 계약제가 도입된다면, 기관평가를 근거로 일정 수준 이하의 기관에 대한 페널티로 재계약을 거부할 수 있는 권한이 부여될 수 있다. 계약제는 보험자를 통한 공급기관에 대한 관리와 서비스 질 향상을 위한 실질적인 권한으로 기능할 수 있다.

최근 복지부는 노인복지 전반의 전달체계에 대해 노인통합지원서비스를 구상하고 있다(보건복지부, 2019b). 시설급여 수급자를 제외한 3등급 이하 노인장기요양보험의 수급자부터 돌봄이 필요한 노인까지가 주요 대상이 된다. 그러나 정부 구상에서는 등급외자 및 4등급 이하 돌봄 중심의 욕구가 있는 대상에 대한 제도적인 구분 없이 대상층에 대한 통합만이 고려되고 있다. 노인에 대한 통합지원이 가능하기 위해서는 우선 지역사회 예방 및 돌봄에 준하는 복지서비스에 대한 제도 및 재정의 확보가 중요하다. 단순 돌봄과 요양욕구는 구분되어 적정한 서비스가 제공될 수 있도록 구조화되어야 한다. 재정적 여건의 제약으로 노인장기요양보험 제도로 유입되었던 요욕구층에게 필요한 서비스가 조세제도의 기반에서 충분히 제공될 수 있다면, 각 제도 간 역할과 기능이 전문화되면서, 서비스의 질도 제고될 수 있다. 이러한 기능분화는 제도의 책임주체를 명확하게 함으로써, 제도의 양적 확대뿐만 아니라 질적인 발전을 유도하면서, 노인의 삶의 질을 실질적으로 향상시키기 위해서이다.

현재 체계에서 큰 난제는 노인복지에 대한 욕구 판단이 해당 노인의 판단에 의해 결정되기 보다는 가족이나 공급기관에 의해 유도될 수 있다는 것이다. 자기 삶에 대한 결정권은 연령, 성별, 장애여부 등과 관련 없이 개인에게 평등하게 부여되어야 한다. 그런데 양적으로 팽창된 제도와 질

www.kci.go.kr

낮은 서비스 구조에서 노인들은 스스로 자신에게 필요한 서비스를 선택하는 것이 제한적이다. 가족의 요구로 자신의 욕구와 관련 없이 시설에 입소하거나, 이웃의 재가서비스 급여를 목격하고 제도의 목적에 부합하지 않더라도 수급자가 되길 희망하고 있다. 그러므로 필요에 부합하는 보편적인 지역사회 노인복지체계와 노인장기요양보험은 통합적인 체계를 가지되 서비스 내용과 대상 그리고 책임주체에 대해서는 분명한 차이가 유지되어야 한다.

사회보험제도인 노인장기요양보험에서 보험자는 재정에 대한 책임을 가져야 하고, 이를 위해서는 제도 운영에 필요한 역할과 권한이 부여될 필요가 있다. 이 연구의 목표였던 제도의 지속가능성을 위한 보험자 기능 강화는 위 세 가지 연구결과를 통해서 제시되었다.

(2020년 4월 12일 접수, 5월 14일 심사완료, 5월 24일 게재확정)

www.kci.go.kr

참고문헌

국민건강보험공단. 2019a. 『2018 노인장기요양보험 통계연보』. 원주: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. 2019b. 『노인장기요양보험 통계월보』. 8월호. 원주: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. 2017. 『2016년도 장기요양기관(시설급여) 수시평가결과』. 국민건강보험공단.

국민건강보험공단. 2014. 『2013 노인장기요양보험 통계연보』. 원주: 국민건강보험공단.

권현정, 홍경준. 2015. "공공성이 노인장기요양시설의 서비스 질에 미치는 효과". 『한국사회복지학』. 67(3). 253-280.

김미곤 외 18인. 2018. 『한국의 사회보장제도』. 보건사회연구원. 서울: 나남.

김순양. 2018. 『한국 보건의료개혁의 정치』. 영남대학교 출판부.

김윤희. 2018. 『2018~2027년 노인장기요양보험 재정전망』. 서울: 국회예산정책처.

김철웅, 이상이. 2001. "국민건강보험공단 직원에 의한 보험자 업무의 상대적 중요성 평가". 『보건과 사회과학』. 제10집. 145-163.

리터, 게르하르트 A. 전광석(역). 2005. 『복지국가의 기원』. 서울: 법문사.

문용필, 이정석, 유애정, 정현진. 2019. 『노인장기요양보험 제도와 국민건강보험공단의 역할 연구-공단의 보험자 역할을 중심으로』. 원주: 건강보험정책연구원.

보건복지부. 2019a. 「보다 많은 어르신에게 더 나은 서비스를」. 보건복지부 보도자료. 2019.10.28.(배포일).

보건복지부. 2019b. 『노인돌봄체계개편』.2019.07.25. 발표.

보건복지부, 국민건강보험공단. 2019. 『노인장기요양보험 10년사』. 원주: 국민건강보험공단.

석재은, 박소정, 권현정, 최선희, 이기주, 장은진, 김명숙. 2016. 『장기요양보험 재가서비스 개편방안 연구』. 세종: 보건복지부. 한국노인복지학회.

www.kci.go.kr

신현웅. 2003. “건강보험 관리시스템 개편과 보험자의 기능 재정립방안.”『보건복지포럼』. 통권 제82호. 46-57.

이기주, 석재은. 2019. “노인장기요양보험 공급의 시장화에 대한 연구: 서비스 질과 비용에 미치는 영향을 중심으로.” 『사회보장연구』. 제35권 제1호. 103-128.

이정. 2002. “일본의 노인문제와 개호보험제도에 관한 고찰.” 『노동정책연구』. 제2권 제2호. 89-104.

전광석. 2007. 『한국사회보장법론』. 서울: 법문사.

제갈현숙. 2019. 『노인장기요양보험의 제도적 지속가능성에 대한 연구: 보험자의 기능과 역할을 중심으로』. 국민건강보험노동조합 연구보고서.

제갈현숙. 2009. 『노인장기요양보험 1년 평가: ‘시장화’ 비판과 제도정착을 위한 과제』. 서울: 사회공공연구원.

차성환, 이순옥. 2009. “한국 사회보험의 특수성과 과제.” 『담론201』. 11(4). 5-34.

최병호. 1997. “의료보험조합의 건강보험 보험자로서의 역할 정립방안.” 『보건복지포럼』. 97(3). 47-53.

황도경, 신영석, 이윤경, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아. 2016. 『노인의료와 요양서비스 수요분석 및 공급체계 다양화 연구』. 보건사회연구원.

DRB(Deutsche Rentenversicherung Bund). 2019. *Unsere Sozialversi cherung*. Achen: Bergmoser+Höller Verlag.

Gerlinger, Thomas and Michaela Röber. 2009. *Die Pflgeversicherung*. Bern: Huber.

Hinrichs, Karl. *Merits and Problems of Social Insurance Schemes- Lessen from the German Experience*. 2008년 한국사회보장학회 국제학술대회 자료집. 139-154.

Nyumba, Tobias O. Wilson, Kerrie. Derrick, Christina J. and Nibedita Mukherjee. 2018. “The use of focus discussion methodology: Insight from two decades of application in conservation.” *Methods in Ecological Society.* 11 January.

Offe, Claus. 1990. “Akzeptanz und Legitimität strategischer Optionen in der Sozialpolitik.” Christoph Sachsse und H. Tristram Engelhardt (Hrsg.). *Sicherheit und Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp 179.

Schmidt, Manfred G. 2005. *Sozialpoltik in Deutschland. Historische Entwicklung und*

www.kci.go.kr

internationaler Vergleich, 3. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.

Taylor-Gooby Peter. 2004. "New Risks and Social Change". *New Risks, New Welfare: The Transformation of the European Welfare State*. New York: Oxford University Press.

노인장기요양보험 홈페이지. 제도소개. http://www.longtermcare.or.kr/npbs/e/b/201/npeb201m01.web?menuId=npe0000000080&zoomSize=(검색일. 2020.03.10)

독일연방건강보건부(Bundesministerium für Arbeit und Soziales) 홈페이지https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/pflegestuetzpunkte.html (검색일 2020.03.10.)

www.kci.go.kr

Abstract

A preliminary analysis on the role of social insurance agency in the long term care insurance for the elderly

Jegal, Hyeon Suk · Joo, Eun Sun***

Even though the long-term care insurance in Korea has grown fast, it has problems of financial deficit and low quality of care services. This research is to argue that these two problems are related with failure of social insurance agent, especially the limitation of a gatekeeper role in the context of marketization of long-term care service. Literature research and Focused Group Discussion shows that as the insurance agent has difficulty in eligibility decision and grade evaluation, care service planning, supervision, it has failed to control private sector long-term care service providers. The results show that it is necessary to distinguish the roles between social insurance and social service based on the tax, between insurance agent and the state, to strengthen the power of social insurance agent to control the system for improving social service quality.

key words: long term care insurance, social insurance agency, NHIS(National Health Insurance Service), gatekeeper, marketization of social care providers

* Hanshin University, lecturer.
** Kyonggi University, Associate professor.

www.kci.go.kr

www.kci.go.kr