

노인장기요양보험제도의 서비스 접근
효과성에 관한 연구

한 혜 경 (Han, Hye-kyung) *

(E-mail : hkhan@honam.ac.kr)

논문접수일 : 2011년 6월 23일

논문심사일 : 2011년 7월 16일

게재확정일 : 2011년 8월 13일

* 학위취득대학 : 이화여자대학교 대학원
현직: 호남대학교 교수

노인장기요양보험제도의 서비스 접근효과성에 관한 연구

<국문요약>

본 연구는 한국 노인장기요양보험제도의 서비스 접근성과 활용에 초점을 맞추고, 서비스 활용과정의 네가지 장애, 즉 선별기준상의 장애, 서비스 및 급여의 가용성, 시설자원의 가용성, 재정적 장애 여부와 내용을 분석하였다. 그리고 이 네가지 차원의 분석결과를 통해 본 제도가 서비스의 접근효과성을 높이기 위한 노력, 즉 서비스의 저활용이나 과활용을 최소화하려는 체계를 갖추고 있는가에 대해 논의하였다.

분석 결과, 노인장기요양보험제도는 과활용을 최소화하기 위한 정책에 중점을 두는 반면 저활용을 방지하기 위한 정책에는 큰 관심을 두지 않고 있는 것으로 나타났다. 즉 정부는 비용 절감과 재정의 지속가능성이라는 단기적 이슈에 초점을 두고 당장의 비용을 줄이는 문제에 급급할 뿐 저활용으로부터 초래될 장차의 사회적 비용은 무시하고 있는 것이다. 따라서 본 제도의 서비스 접근효과성을 높이기 위한 정책적 노력이 요구된다.

[주제어] 장기요양보험제도, 접근효과성, 서비스 전달체계, 저활용, 과활용

I. 문제제기

우리나라의 고령화 속도는 전 세계적으로 유례없이 빠를 것으로 예상될 뿐만 아니라 가족구조 및 사회적 변화도 매우 급속하게 이루어짐으로써 노인들의 보호문제를 가족 안에서 해결하기에는 어려움이 많을 것으로 전망되었다.

따라서 정부는 인구 고령화와 더불어 심각하게 대두될 장기요양보호 욕구에 능동적으로 대처하기 위해 한국사회에 적합한 제도의 모형을 연구하였고, 약 7년여의 정책 결정 과정을 거쳐서 2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’을 제정하였으며, 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험제도를 시행하였다.

노인장기요양보험제도는 노인장기요양서비스의 대상 및 내용, 재원 조달 측면에서 커다란 변화를 가져왔다. 즉 이 제도가 실시되기 이전인 2008년 7월 이전의 장기요양서비스의 대상은 주로 빈곤한 노인들만을 대상으로 한 것이었고, 국고지원금을 재원으로 하여 잔여적인 서비스를 제공하는 시혜적인 성격을 띠었다면, 2008년 7월 1일 이후부터는 장기요양 급여를 사회적 연대원리에 의하여 제공하는 사회보험제도를 선택함으로써 자격조건에 부합하기만 하면 누구나 급여를 받을 수 있는 보편적인 제도, 이용자의 권리와 선택권을 보장하는 제도로 변화되었다.

그리고 본 제도의 시행 후 2년이 경과한 2010년 후반부터 보건복지부와 정책 연구기관을 중심으로 본 제도의 성과와 문제점에 대한 평가가 조심스럽게 이루어지기 시작하였다(한국보건사회연구원 2010).

정부에서는 본 제도의 긍정적인 성과로서 국민들의 만족도가 높다는 점, 서비스 이용자의 기능상태가 개선되었다는 점, 일자리 창출 효과, 복지용구 등 경제적 파급효과 및 건강보험 재정 절감효과 등을 지적하였다(김원중 2010, 2-3). 특히 2010년 현재 본 제도에 대한 노인 및 가족의 만족도 수준이 86%를 상회하는 등 매우 높은 수준이며, 노인들의 기능상태가 개선되어 장기요양서비스 이용자 재 등급판정 결과에서도 약 16%의 개선효과가 있는 것으로 나타난 점(2010년 4-5월 기준) 등은 비교적 짧은 준비기간에도 불구하고 기대보다 큰 성과를 내고 있음을 보여준다. 정부는 이 제도가 경제에 주는 효과도 매우 긍정적이라고 보고한다. 즉 2010년 7월 현재 약 26만 명 이상이 요양보호 인력으로 채용되어 있다는 점 외에도 본 제도가 경제 전체에 파급된 산출효과가 1년에 3조 7,500억원에 이를 것으로 추산하였

으며, 건강보험 재정 절감효과도 연간 총 1,475억원에 이르는 것으로 추계하였다.

그러나 긍정적인 성과 못지않게 부정적인 측면의 문제점도 많이 지적되고 있다. 이윤경(2010, 5-8)은 특히 이용자 관점에서의 요양욕구의 포괄성, 이용자의 선택권 보장, 서비스 접근의 형평성, 서비스 이용의 편리성, 서비스 질의 문제점을 제기한 바 있고, 석재은(2010, 9)도 공급자 관점에서 공급이 수요를 상회하는 데서 오는 과잉 경쟁, 이로 인한 서비스의 질 저하 문제가 심각하다는 점을 지적하였다.

즉 한국의 노인장기요양보험제도는 정부가 지적하고 있는 것과 같은 긍정적인 성과를 보이는 것도 사실이지만, 재정의 지속가능성에 초점을 맞춘 나머지 길버트(Gilbert) 등이 제시한 정책분석틀 중에서 서비스 대상 및 할당(allocation), 서비스 급여(benefit)와 질(quality), 서비스 전달체계(delivery system) 면에서 여러 가지 문제점을 가지고 있을 가능성도 배제할 수 없는 것이다.

본 연구에서는 위의 문제점들 중에서도 서비스 전달체계, 특히 서비스 접근효과성에 초점을 맞추고자 한다. 즉 한국의 노인장기요양보험제도는 얼마나 적절한 대상에게 적절한 서비스를 제공하고 있는가? 장기요양서비스를 필요로 하는 표적 인구임에도 불구하고 서비스 활용과정의 장애 때문에 탈락되고 있는 경우는 많지 않은가? 서비스의 저활용과 과활용의 가능성은 어느 정도인가? 에 대한 문제의식을 가지고 본 제도의 접근효과성을 분석하고자 한다.

이를 위해 본 연구에서는 국민건강보험공단의 자료를 활용하여 서비스 활용과정의 네가지 장애, 즉 선별기준, 서비스 및 급여의 가용성(availability), 시설자원의 가용성으로 인한 장애, 재정적 장애 여부와 내용을 분석하고자 한다. 그리고 이 네가지 차원의 분석결과를 통해 본 제도가 서비스의 저활용이나 과활용을 최소화하고자 하는 체계를 갖추고 있는가 하는 문제를 논의하고자 한다.

II. 선행연구

1. 복지서비스 접근효과성과 장애 요인

복지서비스의 접근효과성이란 서비스 활용에 있어서 욕구를 가진 사람들이 얼마나 적합하게 서비스에 접근했는지를 나타내는 것이다 (Gates 1980, 145-146). 즉 이 개념은 서비스를 필요로 하는 사람들이 서비스를 활용하는데 아무런 장애가 없어야 하므로 서비스에 접근하는 데 따르는 장애를 없애는 것이 필요하다는 전제에서부터 논의가 시작된다.

그러나 접근성을 높인다고 해서 모든 종류의 접근 장애를 없애야 하는 것은 아니다. 게이츠(Gates 1980, 142-143)가 지적한 바와 같이, 접근 장애를 모두 없애는 것보다는 적절한 서비스를 적절한 시점에 적절한 장소에서 적절한 사람에게 제공하는 것이 중요하며, 이를 위해서 정부는 개인들의 서비스 활용에 대한 장애를 만들어 내기도 하고 혹은 없애기도 해야 하는 의도적 활동을 수행해야 한다.

맥킨리(McKinley 1971, 119-138)와 게이츠(Gates 1980, 150-160)는 개인들의 서비스 접근성을 떨어뜨리는 장애요인을 5가지로 분류하였다. 서비스에서 의도하는 욕구를 가진 사람들(표적인구)과 스스로는 욕구를 가지고 있다고 생각하지만 실제로는 욕구를 가지지 않은 사람들(비표적인구)이 모두 서비스를 활용하고자 할 때, 정부는 의도적으로 다음의 다섯 가지 접근 장애, 즉 동기·인지·지식, 지리적 장애, 심리적 장애, 선별기준, 자원의 가용성이라는 장애를 없애거나 만듦으로써 접근효과성을 높여야 한다는 것이다.

이들 5가지 접근 장애는 다음과 같다. 먼저 동기·인지·지식에서의 장애는 문제의 심각성에 대한 인지정도, 서비스에서 기대되는 급부에 대한 인지정도, 서비스를 구하는 과정에서 당면하게 될 장애들에 대한 인지정도 등 공식적인 서비스를 구하는 과정에서의 장애를 의미한다. 둘째, 지리적 장애는 나들이 준비시간, 서비스 시간, 이를 합친 정체 경과시간, 낯선 장소에 가는데 따르는 심리적 부담, 교통비 등과 같은 실질적인 경비를 의미한다. 셋째, 심리적 장애는 어리석게

비추어지지 않을까 하는 걱정, 개인적 문제를 낫선 사람들에게 설명해야 하는 것에 대한 망설임, 서비스 활용에 따르는 스티그마, 두려움 등이다. 넷째, 선별기준 장애는 이용료나 요금 등으로 인한 재정적 장애, 공적이고 객관적인 자격요건을 구비해야 한다는 점, 복잡하고 품위를 손상시키는 행정절차, 욕구를 파악하기 위한 진단기준 요건 등이다. 다섯째, 자원의 가용성은 서비스에 접근하는 사람들의 욕구와는 무관하게, 자원의 제약으로 인한 서비스 접근의 장애물들이 설치되어 있는 것을 말한다.

그러나 우리나라 노인장기요양보험제도의 경우 위의 다섯 가지 장애 중에서 동기·인지·지식의 장애와 심리적 장애는 그리 크지 않을 것으로 보인다. 그 이유는 다음과 같다. 먼저, 동기·인지·지식의 장애가 크지 않은 이유로는 제도 설립 직전과 직후에 다양한 매체를 통해 공식적, 비공식적인 홍보활동이 이루어짐으로써 2010년 12월 말 현재 보험급여를 받기 위해 등급판정을 신청한 노인의 비율이 전체 노인의 11.6%에 이르는 등 한국보건사회연구원(2005)이 예측한 바 있는 요양보호 욕구를 가진 노인 비율 12.1%와 유사한 수준인 것으로 나타났다는 점을 들 수 있다.

또한 본 제도는 사회보험이라는 방식을 선택함으로써 권리로서의 보편적 서비스가 주어지도록 설계하였다는 점, 실제로 등급판정을 신청하는 숫자가 점점 증가하고 있고, 본 제도에 대한 노인과 가족의 만족도도 높다는 점²⁾ 등을 감안할 때 심리적 장애 또한 크지 않다고 말할 수 있다.

그러나 선행연구를 통해 볼 때, 이용자 관점에서의 요양 욕구의 포

1) 보건복지부에서 2009년과 2010년에 일반 국민을 대상으로 한 노인장기요양서비스 만족도 조사에 따르면 전반적인 서비스 수준에 대한 만족도가 2009년 74.7%, 2010년 86.2%로서 매우 높은 것으로 나타났으며, 주변 추천 의향이 92% 이상, 요양보호사의 친절성에 대한 만족도도 85% 이상인 것으로 나타났다. 특히 2009년 <노인장기요양서비스 만족도 조사> 결과, 시설이용자(대부분 보호자 응답)의 89.6%가 만족하는 것으로 나타났으며, 평균 만족도는 5점 만점에 4.23점으로 나타났다. 재가서비스 이용자의 만족도 점수 또한 방문요양 4.34점, 방문목욕 4.29점, 방문간호 4.41점, 주야간보호 4.15점으로 나타났다.

활성 부족, 이용자의 선택권 보장의 미흡, 서비스 접근의 형평성 부족, 서비스 이용의 편리성 부족(이윤경 2010, 26-32) 등의 문제가 제기되었고, 공급자 관점에서도 진입단계에서의 규제 부족, 서비스 제공기관의 경쟁 심화로 인한 문제, 서비스 제공기관의 지역별 편포 등이 지적됨으로써(석재은 2010, 38-40) 서비스 접근성 및 활용상의 문제는 상당 부분 존재할 것으로 예측된다.

따라서 본 연구에서는 한국 노인장기요양보험제도의 서비스 접근성을 선별기준, 서비스 및 급여의 가용성, 자원의 가용성, 재정적 장애의 네가지 측면으로 분류한 후에 1) 선별기준과 관련해서는 절차장애, 등급판정 기준, 2) 서비스 및 급여의 가용성 측면에서는 등급별 가용서비스 종류, 서비스 양의 충분성, 사용가능한 급여형태, 3) 자원의 가용성 측면에서는 시설의 총량적 충분성, 시설 종류의 충분성, 지역별 시설 분포, 4) 재정적 장애는 본인부담의 차원에서 분석하고자 한다.

2. 서비스 활용과 비용

가장 이상적인 접근효과성 지표는 욕구를 갖는 표적인구집단과 서비스를 실제로 이용하는 클라이언트 인구집단이 일치하여 서비스의 과활용(over-utilization)이나 저활용(under-utilization)이 없는 상태이다(Gates 1980, 145-146). 즉 욕구를 가진 사람들의 전체 수(T)와 정상적으로 서비스를 활용하는 사람의 수(N)가 정확히 일치하며, 저활용(U)이나 과활용(O)이 전혀 없는 상태이다.

그런데 사회복지서비스에서 접근성 혹은 접근효과성이 낮아지는 문제는 곧바로 사회적 비용을 초래한다는 문제로 연결된다. 그리고 이러한 사회적 비용은 서비스 과활용 뿐만 아니라 저활용을 통해서도 나타난다. 즉 저활용에 따른 사회적 비용이란 서비스가 필요한 사람들을 제대로 찾아내지 못해서 발생하는 비용인데, 문제가 해결되지 못한 개인들의 고통이 완화되지 못하는데 따르는 손실 비용이 발생

하는 것이다. 즉 일반 사람들은 표적인구가 서비스를 받지 못해 해결되지 않은 사회문제로 인해 현재 어려움을 겪거나 혹은 사회문제가 더 커져서 장차 더 많은 세금을 납부해야 하는 등의 비용을 안게 되는 것이다(Gates 1980, 146-147).

한편 과활용에 따른 사회적 비용은 의도되지 않은 비표적인구가 서비스에 접근함으로써 발생하는 사회적 자원의 낭비 비용이다. 이러한 비용은 어떤 자원이 보다 적절한 곳에 쓰일 기회를 상실하게 됨으로써 발생하게 되는 손실 비용이라는 측면에서 ‘기회비용(opportunity cost)’으로도 이해된다. 즉 과활용은 한정된 사회적 자원을 보다 효용성이 높은 사람들에게 쓰이지 않게 만드는 비용을 발생시킨다. 이러한 비용은 다른 서비스를 필요로 하는 사람들이 자원 부족으로 서비스에 접근할 수 없는 문제와 그에 따라 해당 개인과 전체 사회가 미해결된 사회문제를 안게 되는 고통으로 돌아간다. 즉 한 서비스에서 초래되는 과활용의 사회적 비용은 다른 서비스에서 초래되는 저활용의 사회적 비용과 대체되는 것이다.

본 연구에서는 이러한 서비스의 과활용과 저활용의 이슈를 한국 노인장기요양보험제도에 적용하여 앞 절의 서비스 접근성 장애로 인한 과활용과 저활용 양상을 분석하고, 접근효과성을 높일 수 있는 방안에 대해 논의하고자 한다.

III. 노인장기요양보험제도의 서비스 접근성 분석

1. 선별기준

노인장기요양보험제도의 대상자 선별기준은 전문적인 욕구진단으로서 신청자의 등급판정을 통해 이루어진다. 즉 이 제도의 주요 대상은 65세 이상 노인과 65세 미만의 자로서 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성질환자이며, 이 중에서 6개월 이상 혼자서는

일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 경우로서 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도에 따라 등급판정위원회에서 1-3등급의 요양등급을 인정받아야 한다.

이 절에서는 본 제도의 선별기준의 장애여부와 내용을 파악하기 위해 선정 절차상의 장애가 있는지, 등급판정의 기준이 지나치게 엄격한 것은 아닌지에 대해 분석하고자 한다.

1) 대상자 선정 절차상의 장애

본 제도의 경우 대상자 선정 절차상의 장애, 즉 등급인정을 받기 위한 절차 장애는 매우 낮은 편이다. 즉 현행 제도는 등급인정신청서를 공단에 신청하면, 공단직원이 노인이 거주하는 가정이나 시설을 방문하여 기능상태를 평가하여 등급판정하고, 등급 결정 후에 개별적으로 통보하며, 장기요양표준이용계획서와 함께 서비스 이용에 대한 안내가 이루어지면, 이용자가 장기요양기관과 계약하고 서비스를 받는 과정으로 이루어진다. 즉 이용자 입장에서는 등급 인정을 받기 위한 이동이 전혀 필요하지 않으며, 집에서 등급 인정과 서비스를 제공 받을 수 있도록 설계되어 있다. 이는 이용자의 기능 상태와 이용 상의 불편함 등을 고려하여 이용자의 편의를 최대한 존중하는 절차라고 볼 수 있다.

2) 자격요건(등급판정) 장애

본 제도의 자격요건 장애는 높은 편이라고 말할 수 있다. 즉 <표 1>에서 보는 바와 같이, 등급판정을 신청한 노인인구 비율은 제도 도입 초기인 2008년 7월에는 5.4%였으나 2010년 12월에는 11.6%로 증가하였고, 등급 인정을 받은 비율도 2.9%에서 5.9%로 증가하였다.

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2008~2011.

<표 1> 장기요양보험 신청자 및 인정자 현황

구분	'08. 7	'08. 12	'09. 5	'10. 6	'10.12
신청자(명)	271,298	376,032	472,647	690,640	622,346
인정자(명)	146,643	214,480	259,456	312,138	315,994
신청자대비 인정자 비율(%)	54.0	57.0	54.9	45.2	50.8
노인인구대비 인정자 비율(%)	2.9	4.3	5.0	5.8	5.9
노인인구대비 신청자 비율(%)	5.4	7.5	9.1	12.8	11.6

그러나 등급 인정을 받은 노인의 비율이 전체 노인의 5.9% 정도라는 것은 한국 제도의 보장성 수준이 매우 낮다는 것을 보여준다. 보장성 수준이 매우 낮다고 말할 수 있는 근거는 두 가지인데, 첫째, 위의 비율은 유사한 제도를 가지고 있는 독일(2006년 현재 전체 노인의 11%), 일본(2006년 16.8%)에 비해 매우 낮기 때문이다. 둘째, 요양을 필요로 하는 대상자의 규모를 파악하기 위한 기존 연구결과에서 제시된 노인인구의 비율이 14.82%(한국보건사회연구원 2001), 12.1%(한국보건사회연구원 2005)로서 현재의 등급인정 신청자 비율과 유사한 것으로 나타났으며, 이는 본 제도의 총량적 대상 포괄성 수준이 욕구를 가진 노인의 절반 수준에 불과하다는 주장을 뒷받침 해준다.

더욱이 등급판정 신청자 대비 등급인정자 비율이 제도 초기인 2008년 7월의 54.0%에서 2010년 12월에 50.8%로 감소한 점을 감안하면, 본 제도의 대상자 선정기준이 매우 엄격하며, 매우 취약한 기능상태를 가진 노인만을 대상으로 하고 있음을 알 수 있다. 또한 2010년 8월 현재 등급 외 자(등급을 받지 못한 자)의 22.5%인 3만명이 치매 혹은 중풍을 앓고 있는 것으로 나타남으로써 이들은 욕구가 있음에도 불구하고 필요한 요양서비스를 받지 못하는 상태인 것으로 추정

된다.

위와 같은 결과는 현행 대상자 선발기준, 즉 등급판정 기준이 지나치게 엄격한 것이 아닌가 하는 의문점을 던지기에 충분하다. 그리고 사회보험제도의 원칙상, 요양욕구가 있는 모든 노인에게 대해 급여에 대한 권리가 주어져야 함에도 불구하고 그렇지 못하다는 점에서 비판의 여지가 있으며, 또한 낮은 표적효율성으로 인해 본 제도의 서비스가 저활용되고 있을 가능성이 있음을 보여준다.

2. 서비스 및 급여의 가용성

이 절에서는 위의 선별기준을 통과한 대상자가 이용할 수 있는 서비스 및 급여의 가용성 수준을 분석하기 위해서 대상자의 등급별 서비스 종류, 서비스의 양 및 급여형태의 제한이나 차이가 있는지에 관한 문제를 다루고자 한다.

1) 대상자 등급별 가용 서비스의 종류

한국 노인장기요양보험제도에서는 대상자의 등급에 따라 사용할 수 있는 서비스의 종류에 제한을 두고 재가서비스 우선 원칙을 강조하고 있다. 즉 1등급이나 2등급을 판정받은 대상자는 시설서비스와 재가서비스 중에서 본인이 희망하는 서비스를 선택할 수 있으나 3등급의 경우에는 시설서비스의 이용을 전면적으로 제한하거나 추가적 비용을 본인이 부담한다는 조건으로 제한적으로 허용한다.

이처럼 3등급 판정자의 시설서비스 이용을 제한하는 것은 현 제도가 이용자의 선택권을 보장하지 못한다는 비판을 면하기 힘들 것이다. 특히 <표 2>의 요양인정 등급별 서비스 이용형태를 살펴보면, 어차피 1, 2등급간의 재가서비스와 시설서비스 이용 비율의 차이가 크지 않으며, 이는 이용서비스 유형의 선택은 기능상태만으로 결정되지 않음을 보여주는 것이므로, 현재처럼 등급별로 이용가능 서비스를 제

한하는 것은 이용자의 다양한 욕구를 반영하는 선택권에 제한을 두는 것이다.

<표 2> 요양인정등급별 서비스 이용 형태

구분	등급 인정자	서비스이용자				미 이용자
		이용자 합계	재가 급여 이용자	시설급여 이용자	가족 요양비 수급자	
계	312,138 (100.0)	253,384 (81.2)	173,431 (55.6)	79,953 (25.6)	763(0.2)	58,754 (18.8)
1등급	49,506 (100.0)	39,603 (80.0)	18,874 (38.1)	20,729 (41.9)	51(0.1)	9,903 (20.0)
2등급	76,749 (100.0)	63,827 (83.2)	29,344 (38.2)	34,483 (44.9)	107(0.1)	12,922 (16.8)
3등급	185,883 (100.0)	149,954 (80.7)	125,213 (67.4)	24,741 (13.3)	605(0.3)	35,929 (19.3)

자료: 국민건강보험공단 내부자료, 2010.6.

2) 서비스 양의 충분성

본 제도는 등급별 월 이용 한도액을 설정함으로써 이용할 수 있는 서비스의 양을 제한하였다. 즉 1등급 판정을 받은 경우 시설급여 월 146만원(1일 48천원), 재가급여 114만원의 이용 한도액을 적용받으며, 시설급여의 경우 일상생활 지원 포함하여 모든 생활상의 필요 서비스를 제공받지만, 재가급여의 경우에는 월 한도액 내에서 필요한 서비스를 선택하여 이용할 수 있다.

특히 1등급 판정을 받은 노인이라도 재가급여 중 방문요양의 경우 1일 4시간의 서비스를 월 28일까지만 받을 수 있도록 제한하는데, 1등급의 기능상태가 대부분 치매나 중풍, 노인성 질환 등으로 인해 혼자서는 일상생활을 수행하지 못하는 상태임을 감안할 때 1일 4시간의 재가서비스는 적절한 양이라고 보기 힘들기 때문에 서비스 양의

불충분성 문제가 제기될 수 있는 것이다. 기능상태가 중증일수록 가족원의 수발이 충분치 못할수록 재가 서비스 양의 불충분성 문제는 더 심각해질 것이다.

3) 사용가능한 급여형태

한국의 현 제도는 현물급여 우선원칙을 고수하고 있고, 현금급여는 매우 제한적으로 허용하는 등 급여의 선택권을 제한하고 있다. 즉 도서벽지 등 현물급여를 이용할 수 없는 매우 예외적인 경우에 한하여 가족요양비 월 15만원을 지급하고 있는 것이다. 그 결과 2010년 현재 전체 등급인정자 중 0.2%만이 현금급여를 받고 있는 것으로 알려져 있다.

이는 이용자의 선택권을 보장하기 위해 현물급여 뿐 아니라 현금급여를 선택하도록 하고 현금급여를 통해 가족이나 친인척 등의 비공식적 서비스를 이용하도록 하는 등 이용자가 희망하는 다양한 서비스 공급주체를 선택할 수 있도록 현금급여를 도입한 독일, 네덜란드 등의 제도와 대조된다(OECD 1996; Webb 2003).

한국에서 현금급여를 제한하고 현물급여를 우선하는 것에 대해 정부는 급여의 오용을 방지한다는 점 외에도 한국사회 특유의 가족주의적 문화를 감안하여 가족에 의한 요양이 지속됨으로 인해 공적 요양서비스 체계가 발달하지 못할 위험성, 그리고 현금급여로 인해 가족, 특히 여성의 케어를 강요하는 형태가 유지될 수 있음을 우려하여 가족요양보다는 공적인 서비스를 이용하도록 하려는 의도도 있다고 설명하고 있다.

그러나 한국사회의 문화적 특성상 여전히 가족이 노인을 부양하고 보호하는 형태를 바람직하게 생각하는 경향이 남아 있으며, 실제로 아직도 노인의 기능상태가 가족이 도저히 케어할 수 없을 정도로 심하게 손상되었거나 가족이 전혀 돌볼 수 없는 경우에만 시설보호를 이용하거나 부분적으로 재가서비스를 이용하는 경향이 많이 남아 있

다는 점을 감안한다면, 이윤경(2010, 29)이 지적한 바와 같이, 현물급여만을 이용하도록 하는 현 제도는 가족 또는 비공식적 서비스 이용을 선호하는 한국 가족의 특수성을 반영하지 못하는 것이라고도 말할 수 있다.

이상에서 살펴본 재가서비스 우선원칙으로 인한 3등급 판정자의 시설서비스 이용 제한, 등급별 원 한도액을 통한 재가급여서비스의 양 제한, 현물급여 우선 원칙으로 인한 현금급여 제한 등의 이면에는 무엇보다 비용을 절감하려는 의도가 숨어 있으며, 이러한 정책은 등급판정자의 선택권을 제한하는 것과 동시에 서비스 의 저활용 가능성을 매우 높게 하는 것들이다.

3. 자원(시설)의 가용성

1) 시설의 총량적 충분성

한국 정부는 노인장기요양보험제도 도입에 앞서 공급인프라를 늘리기 위한 정책적 노력을 기울였다. 즉 석재은(2010)이 지적한 바와 같이, 공급자 참여여부 결정하는 진입단계에서 제공기관을 선별하는 규제를 약화시키고, 인력 및 시설 기준에서 국가최소기준을 충족하는 경우 기초자치단체인 시군구에 신청하여 장기요양서비스기관으로 인증 받을 수 있으며, 서비스 제공기관의 운영주체에 관계없이 비영리 민간 뿐 아니라 영리민간도 서비스 제공기관이 될 수 있도록 하였다.

즉 제도 도입에 앞서 다양한 공급인프라가 준비하고 시작하였던 독일, 일본 등의 국가와 달리 공급인프라가 충분치 않았던 한국에서는 제도 시행에 맞추어 서비스 제공기관을 조성하고 서비스 인력을 배출하기 위해 민간영역의 서비스 공급을 독려하고 유인하는데 모든 관심과 노력을 집중하였다.

그 결과 공급기관 총량은 매우 빠르게 증가하였다. 2008년 7월에 1,271개에 불과했던 요양시설은 2010년 12월 현재 3,751개로 약 3배

증가했고, 재가서비스 제공기관은 2008년 7월에 5,640개에서 2010년 12월에 11,228개 이상으로 약 2배 증가했다(국민건강보험공단 2011).

그 결과, 시설의 공급 충족률은 117% 정도로서 현재의 등급인정자 규모에 비해 과도한 공급이 이루어지고 있다고 볼 수 있을 정도로 총량적인 증가가 이루어졌다. 즉 정부는 제도 도입에 앞서 서비스 인프라 확충에 총력을 기울였고, 이를 위해 서비스 제공자의 진입장벽이 되는 국가표준 인력 및 시설기준을 최대한 완화함으로써 결과적으로 서비스 공급자 과잉으로 인한 부작용을 초래할 정도에 이른 것이다.

실제로 서비스 제공기관의 경쟁 심화로 인한 서비스 급여지출 증가, 즉 사회적 비용의 낭비 발생가능성을 보여주는 지표들이 있는데, <표 3>에서 보는 바와 같이, 2010년 2월 현재 요양시설 1개소당 평균이용자는 21.3명이며, 재가기관(방문요양기관 기준)은 1개소당 평균 이용자가 16명에 불과한 것으로 나타났다. 이러한 이용자 규모는 장기요양보험 수가산출시 표준운영모형이 시설당 60명, 방문요양기관당 40명인 것을 감안한다면 턱없이 적은 인원임을 보여준다.

<표 3> 노인장기요양서비스 제공기관 1개소당 평균이용자

구분	요양시설	재가(방문요양급여 기준)
서비스 이용자(명)	57,530	147,810
서비스 제공기관(개소)	2,691	9,140
1개소당 평균 이용자수(명)	21.3	16

주: 서비스 수급권자 중 서비스 이용자 비율은 69.5% 수준임.

자료: 국민건강보험, 노인장기요양보험 통계월보. 2010년 2월.

이런 상황에서 기관들은 수급자를 확보하기 위해 경쟁하게 되며, 본인부담금을 면제하거나 경감하는 편법을 사용하고, 급여비용을 과잉청구하는 등의 불법행위를 하는 경우가 있는 것으로 보고된다. 더

심각한 것은 기관 운영비의 손실을 보상하기 위해 인건비 비용을 절감함으로써 서비스 질을 하락시킬 가능성이 있다는 점이다.

2) 시설 종류의 충분성

등급관정을 받은 대상자가 이용할 수 있는 시설 종류의 충분성에 대한 분석도 필요하다. 현재 재가급여 시설은 간병이나 기능개선을 위한 시설보다는 가사수발 중심의 방문요양기관이 다수를 차지하고 있고, 재가급여서비스의 이용액도 방문요양서비스에 편중되어 있다(표 4 참조). 즉 시설 종류에 있어서 설립이 용이하고 인력을 확보하기 쉬운 소규모 방문요양기관이 지나치게 많이 설립되어 있는 반면 방문간호기관은 시군구 평균 3개 뿐으로서 각각 39개, 31개인 방문요양기관, 방문목욕기관에 비해 매우 적은 편이며, 특히 농어촌 지역의 인프라가 부족한 것으로 알려진다.

<표 4> 노인장기요양서비스 제공기관 현황 및 급여비 규모

구분	요양 시설	방문 요양 시설	방문 목욕 시설	주.야간 보호 시설	단기 보호 시설	방문 간호 시설	복지 용구 취급 시설
개소*	3,504	9,158	7,148	1,255	207	766	1,223
급여비 ** (억원)	10,283	11,296	691	731	323	62	637

* 2010년 7월 현재

** 2010년 12월 현재

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계자료, 2010.7.

국민건강보험공단, 2010년 장기요양 주요통계, 2011.

이는 공급시설 인프라의 불균형 현상 뿐 아니라 서비스가 수요자

의 필요보다는 공급자 중심으로 제공되는 왜곡현상을 보이고 있는 것이다. 게다가 앞서서도 지적한 바와 같이, 방문요양기관이 지나치게 많다 보니 기관끼리의 경쟁이 심해지고, 임의로 본인부담금을 면제해주거나 급여를 허위, 부당청구하는 등의 불법행위 사례도 보고됨으로써 서비스 과활용이나 자원낭비의 가능성이 매우 높은 것으로 분석된다.

또 한 가지 지적되어야 할 것은 현행 서비스가 방문요양, 방문목욕, 방문간호 등으로 나뉘어 분절적으로 운영됨으로써 통합적인 재가급여 서비스가 제공되지 못한다는 점이다. 의료서비스도 부족하여 수급자 중 치매, 중풍, 근골격계 질환 노인에 대한 실질적 의료연계 서비스가 원활하지 않은 실정이다.

3) 지역별 시설 분포

한편 지역별 서비스 수요를 고려한 공급량 관리가 이루어지지 않고 있어서 지역별 서비스 이용권 및 선택권을 충분히 보장하기 어려운 측면이 있는 것이 현실이다. 전체적으로는 공급이 수요를 넘어서고 있지만, 지역별 급여종류별 분포를 보면 서비스 제공기관의 불균형 문제가 여전히 남아 있는 것이다. 특히 서비스 공급이 민간부문에 의해 이루어지다 보니 수지타산이 맞지 않는 농어촌 지역에서는 재가서비스 시설 공급량이 낮아서 서비스 이용이 불가능하거나 선택권의 작동이 불가능한 경우도 있는 것으로 알려진다. 이러한 결과는 지역별 실태조사 통해 수요를 파악하고 지역사정에 적합한 인프라를 보장하려는 노력이 부족한 데서 기인한다.

따라서 농어촌, 산간벽지 지역과 수도권 간의 시설불균형 문제는 여전히 남아 있다. 국민건강보험공단 자료에 의하면, 농어촌 등 산간벽지의 방문간호가 설치되지 않은 곳이 33개 시군구여서 서비스 이용권, 접근성 문제가 심각하며, 주야간보호시설의 지역별 편포문제도 심각하다(국민건강보험공단 2010). 특히 이런 지역일수록 노인인구

비율은 높아서 서비스 접근성의 불평등 문제가 심각하며, 지역별 수
요를 고려한 공급 관리가 이루어지도록 하기 위한 노력이 요구된다.

이상 자원(시설)의 가용성 측면을 종합해 보면, 시설 총량 면에서
는 과활용의 가능성이 있는 것은 사실이지만 시설 종류의 충분성 면
에서나 지역별 분포의 측면을 검토할 때는 저활용의 가능성도 공존
하는 것으로 보인다.

4. 재정적 장애

노인장기요양보험제도의 재원은 보험료+국가부담+본인일부부담금
으로 조달된다. 즉 일반 국민이 부담하는 장기요양보험료(건강보험가
입자가 건강보험료액에 장기요양보험료율(6.55%)을 곱한 금액을 부
과)를 주요 재원으로 하고, 국가는 장기요양보험료의 예상수입액의
20% 상당 금액과 관리운영비 전액을 부담하며, 수급자는 본인일부부
담금(재가급여 경우 15%, 시설급여 경우 20%)을 부담하는 것이다.

이에 대해 재가급여의 본인부담 비율이 시설급여의 그것보다 상대
적으로 높다는 지적도 있지만, 전체적으로 장기요양보호 서비스에 대
한 재정적 접근성이 높아진 것은 사실이다. 즉 노인장기요양보험제도
도입 이전에 비해 이용자의 경제적 부담이 감소하였는데, 특히 시설
서비스의 경우 제도 도입 이전에는 최소 100만 원 이상의 비용이 소
요되었다면, 제도 도입 이후 본인부담금 20%와 식비 등 비급여 비용
을 포함하여 월 5, 60만 원 정도가 소요되어 이용자의 부담이 줄어들
었기 때문이다.

특히 한국 정부는 빈곤 노인의 재정적 장애를 낮추기 위해 기초생
활보장대상자의 본인부담금을 전액 면제하고, 저소득층은 50% 경감
하는 등 .빈곤한 노인의 본인부담금을 면제 혹은 경감했다. 기타 의료
급여 수급권자, 천재지변 등으로 보건복지부 장관이 인정하는 자, 희
귀난치성 질환자와 만성질환자에 대해서도 본인부담금을 50% 경감하
고(재가급여 7.5%, 시설급여 10%), 2009년 7월부터 건강보험 하위

10%(농어촌 경우 하위 15%)에 대해서도 본인부담금을 50% 경감하였다.

이러한 정책으로 인해 본 제도 시행 초기에는 본인부담금과 비급여에 대한 비용부담으로 서비스를 이용하지 못하는 저소득층 비율이 여전히 높은 것으로 나타났지만, 2010년 2월 현재 기초생활보장대상자의 서비스 이용률(76.8%), 의료급여대상자 이용률(65.3%)이 일반계층 이용률(61.5%)에 비해 더 높게 나타나는 결과가 초래되었다(국민건강보험공단, 2010.6). 따라서 등급판정을 받은 노인의 소득계층별 재정적 장애는 그리 크지 않으며, 저소득층의 재정적 장애로 인한 저활용 가능성 또한 크지 않다는 점을 알 수 있다.

IV. 논의(Discussion)

앞 장의 분석결과를 통해 한국 노인장기요양보험제도의 선별기준 장애, 서비스 및 급여의 가용성, 시설자원의 가용성, 재정적 장애로 인한 서비스의 저활용 혹은 과활용의 가능성을 분석해 보면 다음과 같다. 첫째, 선별기준으로 인한 접근성에 있어서 절차 장애는 거의 없는 편이지만, 현 제도의 등급판정 기준이 엄격하여 매우 취약한 기능상태를 가진 노인만을 대상으로 선정함으로써 욕구를 가진 노인의 절반 정도만 서비스를 받는 것으로 추정되는 등 저활용의 가능성이 매우 높은 것으로 나타났다.

둘째, 서비스 및 급여의 가용성 측면에서 볼 때, 본 제도는 3등급 판정자의 시설서비스 이용을 제한하고, 등급별 월 한도액을 설정하여 서비스 양을 제한하며, 현금급여를 최소한만 허용하는 등 서비스 및 급여의 과활용을 최소화하기 위한 장치들을 가지고 있고, 이는 결과적으로 욕구를 가진 노인 및 가족의 서비스 및 급여의 저활용으로 이어질 가능성이 매우 높다는 것을 보여준다.

셋째, 등급판정자가 이용할 수 있는 시설은 총량적으로는 과잉 공

급되고 있다는 점에서 과활용의 가능성을 가지지만, 이용할 수 있는 시설의 종류가 충분하지 않고, 시설의 지역별 균등 분포가 이루어지지 않은 데서 오는 저활용의 가능성 또한 매우 높은 것이 사실이다. 즉 공급시설의 과잉으로 인한 공급자의 부당행위 등의 과활용 요인과 시설 종류가 다양하지 않고 지역별로도 불균등한 데서 오는 저활용의 가능성이 공존하는 것이다.

넷째, 본 제도는 극빈층과 저소득층의 재정적 장애를 없애기 위해 본인부담금을 경감 혹은 면제함으로써 소득계층에 따른 접근성 장애나 저활용의 가능성은 매우 낮은 것으로 분석되었다.

이상의 분석 결과를 통해 볼 때, 한국의 노인장기요양보험제도는 과활용을 최소화하기 위한 정책에 중점을 두는 반면 저활용을 방지하기 위한 정책에는 큰 관심을 두지 않고 있음을 알 수 있다. 즉 한국 정부는 비용 절감과 재정의 지속가능성이라는 단기적 이슈에 초점을 두고 당장의 비용을 줄이는 문제에 급급할 뿐 저활용으로부터 초래될 차후의 사회적 비용에 대해서는 무시하는 경향이 있다. 게이츠(Gates 1980, 147)가 지적한 바와 같이, 저활용으로부터 초래되는 비용은 장기적이고 암묵적으로 흩어져 있어서 당장 이슈화되어 드러나지 않기 때문일 것이다.

그러나 김영중(2010, 409)이 지적한대로, 서비스의 활용이란 주어진 서비스에 대해 얼마만큼의 클라이언트를 채울 것인가의 단순한 문제가 아니라, 어떻게 하면 한정된 자원을 가장 필요로 하는 클라이언트에게 제공할 수 있는가 하는 일종의 질적 접근인 것이다.

특히 노인장기요양 서비스의 시장화에 대한 충분한 고민이 부족했던 정부가 과활용을 억제하는 정책에만 치중할 경우 서비스 공급기관들은 값싼 인력을 사용할 것이고, 이는 결국 서비스의 질 하락으로 이어질 것이라는 점을 감안해야 할 것이다. 따라서 노인과 가족이 서비스 질의 하락으로 인한 피해를 입지 않도록 서비스의 질을 높이기 위한 정책에도 보다 큰 관심을 기울여야 할 것이다.

V. 결론

본 연구는 한국 노인장기요양보험제도의 서비스 접근성과 활용에 초점을 맞추고, 서비스 활용과정의 네가지 장애, 즉 선별기준상의 장애, 서비스 및 급여의 가용성, 시설자원의 가용성, 지리적 장애 여부와 내용을 분석하였다. 그리고 이 네가지 차원의 분석결과를 통해 본 제도가 서비스의 접근효과성을 높이기 위한 노력, 즉 서비스의 저활용이나 과활용을 최소화하려는 체계를 갖추고 있는가에 대해 논의하였다.

분석 결과, 노인장기요양보험제도는 과활용을 최소화하기 위한 정책에 중점을 두는 반면 저활용을 방지하기 위한 정책에는 큰 관심을 두지 않고 있는 것으로 나타났다. 즉 우리 정부는 비용 절감과 재정 지속가능성이라는 단기적 이슈에 초점을 두고 당장의 비용을 줄이는 문제에 급급할 뿐 저활용으로부터 초래될 장차의 사회적 비용은 무시하고 있는 것이다.

우리나라의 복지비 지출이 빠르게 증가하고 있는 현실을 감안할 때, 욕구를 가지고 있지 않은 비표적인구가 서비스에 접근하거나 혹은 불필요한 서비스를 이용함으로써 발생하는 비용을 없애고, 공급과잉으로 인한 부당, 불법행위를 줄이는 것은 정부가 마땅히 해야 할 역할임에 틀림이 없다.

하지만 정책결정자들은 사회적 비용의 관점에서 볼 때, 저활용도 과활용 못지않게 비효율적이라는 점을 인식해야 할 것이다. 즉 정부는 요양보호가 필요한 노인임에도 불구하고 까다로운 등급판정 때문에 탈락됨으로써 야기되는 사회적 비용, 그리고 필요한 서비스를 제때에 적절히 받지 못하는 데서 생기는 비용, 시설 종류와 지역별 분포가 충분치 못함으로써 차후에 발생할 비용 등을 인식해야 한다. 욕구가 충족되지 않은 노인이나 가족의 고통, 해결되지 못한 문제가 장차 발생시킬 수 있는 불확실한 비용은 장기적으로 더 많은 비용을

발생시키며, 결국 국민이 부담해야 할 보험료의 수준을 높이게 된다는 점을 잊어서는 안 될 것이다.

이를 위해 3등급에 들지 못했지만 장기요양보호의 욕구를 가진 노인을 제도 안에 끌어들이려는 정책적 노력이 요구된다. 그리고 재가 시설을 종류별로 충분히 확보하고, 특히 간병이나 기능 개선을 위한 시설을 확충하며, 시설의 지역별 균등 분포가 이루어지도록 정책적 노력을 경주해야 할 것이다.

현재의 단종 재가서비스 기관 중심의 서비스를 방문요양, 방문목욕, 주야간보호서비스를 포괄적으로 제공하는 포괄적 재가서비스기관으로 전환하도록 유도함으로써 시설 부족 및 불균형으로 인한 저활용 문제를 해소하는 데에도 기여하도록 해야 한다.

마지막으로 강조하고 싶은 것은 장기요양보호서비스가 대인적이고 개별적인 서비스를 필요로 한다는 점이다. 즉 장기요양보호서비스는 그 특성상 서비스 실행과정에서 클라이언트와의 개별적인 접촉과 질적인 접근, 그리고 신뢰를 통해 서비스 활용을 높이려는 노력을 경주해야 한다. 파티(Patti 1983, 118-119)가 강조한 바와 같이, 인테이크 과정에서 클라이언트의 욕구와 기대를 정확하게 파악하고, 그에 따른 서비스 프로그램의 적합성을 판단해야 하며, 서비스 실천과정에서 개별 케이스별로 서비스 목표나 방법에 대해 업무자가 나름대로의 전문적 재량권을 행사할 수 있는 전문가적인 접근이 필요하다.

따라서 3등급 판정자의 시설서비스 이용을 허용하고, 등급별 월 한도액의 수준을 높이며, 현금급여 수급조건을 완화하는 등의 서비스 선택권을 제고함에 있어서 사례관리자의 전문적 개입은 필수적이다. 즉 서비스 접근성과 활용을 높이기 위한 노력이 클라이언트 중심으로 질적인 접근을 통해서 이루어지기 위해서는 사례관리의 제도화가 최우선적으로 마련되어야 할 것이다.

물론 사례관리를 제도화하기 위해서는 사례관리자 인건비 등 상당한 수준의 행정비용이 소요될 것으로 추정된다. 하지만 이같은 행정비용은 장기요양보호서비스의 과활용과 저활용을 줄이기 위한 비용

이며, 결국 본 서비스의 접근효과성을 높이기 위해서는 반드시 수반
되어야 하는 비용이라는 점을 인식해야 할 것이다.

< 참고문헌 >

- 국민건강보험, 2010. 노인장기요양보험 통계월보. 2010. 2.
- 국민건강보험공단, 2010, 노인장기요양보험 통계자료, 2010.7.
- _____, 2011, 2010년 장기요양 주요통계.
- 김영중, 2010, 『사회복지행정』, 서울: 학지사.
- 김원중, 2010, “노인장기요양보험, 고령사회의 근간이 되는 제도로 발전시켜 나가야”, 『보건복지포럼』 168호, pp. 2-3.
- 보건복지부, 2010, 노인장기요양보험제도 시행 2주년 기념 심포지움자료.
- 석재은, 2010, “공급자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 개선 방안”, 『보건복지포럼』 168호, pp. 34-44.
- 이윤경, 2010, “이용자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 평가 및 개선방안”, 『보건복지포럼』 168호, pp. 25-33.
- 정경실, 2010, “노인장기요양보험제도의 성과와 향후 추진계획”, 『보건복지포럼』 168호, pp. 5-9.
- 한국보건사회연구원, 2001, 『장기요양보호 대상 노인의 수발실태 및 복지욕구』.
- 한국보건사회연구원, 2005, 『공적노인요양보장제도 평가·판정 체계 및 급여·수가 개발』.
- Gates, B., 1980, *Social Program Administration: The Implementation of Social Policy*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- McKinley, J., 1971, “Some approaches and problems in the study of the use of services—an overview,” *Journal of Health and Social Behavior*, 13, pp. 119-138.
- OECD, 1996, “Caring for Frail Elderly People, Policies in Evolution,” *Social Policy Studies*, No. 19.
- Patti, R., 1983, *Social Welfare Administration: Managing Social*

Programs in a Developmental Context, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Scharlach, A., Dal Santo, T., & Mills-Dick, K. 2005. "Assuring the quality of long-term care insurance benefits through care management: The California partnership for long-term care," *Journal of Aging & Social Policy*, 17(3), pp. 39-59.

Seok, J. E., 2010, "Public long-term care insurance for the elderly in Korea: Design, characteristics, and tasks", *Social Work in Public Health*, 25(2), pp. 185-209.

Webb, P. 2003. Legislating for care: A comparative analysis of long-term care insurance laws in Japan and Germany. *Social Science Japan Journal*, 6(1), pp. 39-56.

A Study on Effective Accessibility of Long-Term Care Insurance System for Elderly People

Han, Hye-kyung
(Honam University)

Abstract

The paper analyzed four types of barriers, which exist in the service utilization process: barriers in eligibility criteria, availability of services and benefits, availability of facility resources, and financial barriers. Also discussed is whether the current system has tried to increase service accessibility by minimizing under-utilization or excessive over-utilization of services.

It can be concluded that the long-term care insurance system in Korea has paid little attention to policies for preventing under-utilization of services,

while it has emphasized policy efforts at minimizing over-utilization of services. The Korean government has focused on short-term issues of cost reduction and financial sustainability, while ignoring long-term societal costs which will be incurred from under-utilization of services.

It is suggested that policy makers need to examine effective accessibility issues to establish a more efficient service delivery system.

Keywords : Long-term Care System, Elder People, Effective Accessibility, Under-utilization, Over-utilization