
노인수발보장제도 도입의 쟁점과 정책 과제*

김진수** · 박은영*** · 안수란****

- 요약 -

정부는 2008년 도입을 목표로 사회보험형태로의 수발보호체제를 단계적으로 추진하고 있다. 노인인구의 급속한 증가와 저출산에 따른 인구구조의 변화와 핵가족화, 여성의 사회참여 증가, 가족의 부양부담 증가 등의 사회적 여건의 변화는 노인수발보장의 필요성을 요구하고 있으며 향후 급속한 수발보호에 대한 부담증가에 따라 정책적 조치가 필수적 상황에 직면하게 된다는 점은 수발제도 도입의 시급성을 나타낸다고 볼 수 있다. 수발보장제도의 논의 단계에서 지적될 수 있는 쟁점이나 정책과제는 매우 광범위한 범위에서 토론되어야 함에도 불구하고 이러한 시도는 아직 적극적으로 이루어지지 않고 있다. 이를 위해 본 글에서는 사회보험체제로서 도입에 필요한 문제점과 과제를 분석하고 있다. 우선 체제적 관점에서는 이론적 접근과 기본 성격을 분석하고 제도적 관점에서는 적용과 수급대상자의 관계설정, 본인부담제도의 접근성 확보의 한계와 과제를 지적한다. 한편 제도도입의 기본이라 할 수 있는 시설 및 인력 인프라 구축과 관련하여서는 그 동안의 문제를 지적하고 해결노력을 촉구한다. 마지막으로 수발보장제도의 합리적 도입과 안정적 정착, 나아가 제도의 지속가능성이 이루어지도록 중앙과 지방정부의 협력을 통한 조화방안 마련을 위한 정책검토를 제시한다.

주제어: 노인수발보장제도, 체제적 관점, 제도적 관점, 시설 및 인력인프라 구축, 중앙과 지방정부의 노력

* 본 연구는 BK21-사회복지「한국 사회위기와 신 사회복지체제 구축을 위한 전문 인력양성사업단」의 지원을 받아 작성되었음.

** 연세대학교 사회복지학과 교수, kimjinsoo@yonsei.ac.kr

*** 연세대학교 사회복지연구소 연구원

**** 연세대학교 사회복지연구소 연구원

1. 서론

사회적 위험은 단기적 차원에서 유지되는 것으로 판단되나, 장기적으로는 새로운 사회적 위험이 지속적으로 증가하고 있으며, 수발보호위험(long-term care risk)은 새로운 사회적 위험의 대표적인 예라 할 수 있다. 일반적으로 사회적 위험은 대다수 국민을 대상으로 한 예기치 못한 경제적 손실의 가능성을 의미하는데 전통적인 사회적 위험은 노령, 질병, 부상, 사망 등으로 규정하였고, 차후에 실업을 자의성 문제에서 사회의 구조적 실업으로 인식을 전환하면서 범위를 확장되는 경향을 보여 왔다. 수발에 대한 요양은 과거 수명이 짧은 시대에는 일반적인 위험보다는 특별히 장수하는 경우에 해당되는 예외적 상황으로 간주되다가 생물학적 그리고 사회적 여건의 변화에 따라 사회적 위험의 범주에 포함되고 있다.

수발보호(long-term care)의 개념은 국가에 따라 다르고 질병과 구분하며, 장애와도 구분되는 수발(Pflege)의 의미를 근본으로 대상을 규정하고 있다.¹⁾ 사회보장에 있어서 질병은 의학적 치료의 대상으로 판단하며 장애는 의학적 치료가 종결된 이후 남은 후유증을 기준으로 판단하지만 수발보호는 질병과 장애와는 다른 접근으로 거동 불편이라는 점에서 별도의 개념을 도입하고 있다는 점을 고려해야 한다. 그러나 이러한 학문적 접근에도 불구하고 한국에서는 신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 6개월 이상 장기간에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 “보건·의료·요양·복지” 등 서비스로 포괄적으로 규정하고 있어 개념의 정의에 있어서 모호성의 문제를 내포하고 있다. 또한 급여에 있어서도 간병·수발 등의 일상생활지원, 요양관리, 간호, 기능훈련, 기타 필요한 복

1) long term care의 용어에 있어서 관련 집단의 이해관계에 따라 차이를 보이고 있는 데, 의료계에서는 요양을 그리고 학계에서는 수발을 쓰는 경향을 보이고 있다. 이러한 차이는 long term care를 의료의 연장선상에서 해석하고 의료적 행위를 포함하는 범위로 규정하고자하는 의료계의 이해관계와 질병과 장애 그리고 수발을 학문적으로 구분하여 각각에 대한 제도적 접근이 필요한 것으로 해석하는 학계의 입장을 보이는 것으로 구분할 수 있다. 따라서 본 논문에서는 질병과의 차별성을 확인하는 의미에서 수발로 용어를 사용하기로 한다.

지지원서비스로 의료적 처치를 포함할 여지를 남기고 있는 것이 사실이다.

정부는 사회보험형태로의 수발보호체제를 2008년 도입 목표로 단계적 작업을 추진하고 있다. 이에 따른 중앙정부 및 지방정부 그리고 민간기관의 역할 분담 및 연계 그리고 협력을 통한 종합적이고 합리적인 조화 체제의 구축은 필수적이다.

수발과 관련한 정책관련 국내연구로는 2000년 이후 본격적으로 이루어지기 시작하였다. 국내연구의 흐름은 제도 도입을 앞두고 제도에 관한 소개, 우리나라 장기요양제도에 관한 제도 설계에 관한 연구, 시범사업에 관한 연구로 크게 세 가지 유형으로 구분하여 살펴볼 수 있다. 첫째, 제도도입을 앞두고 선진국의 장기요양보호제도를 유형화한 연구로 석재은(1999)의 연구가 있으나 최근 좀더 보완된 연구로서 최은영(2006)의 OECD 국가에 대한 비교 연구가 있다. 또한 제도의 형태에 관한 논의를 위해 이용갑(2000)의 사회보험체제로 운영되는 독일의 장기요양보험과 일본의 개호보험의 비교에 관한 연구가 있고, 남현주·이현지(2004)의 유럽(오스트리아, 이탈리아, 네덜란드, 영국)의 주요 노인장기요양제도 수립 현황과 시사점에 관한 연구, 한일비교를 통한 노인수발보험제도의 정책설계에 관한 유경선, 문상호(2006)의 연구가 있다. 이러한 비교 연구는 기본적인 형태에 대한 논의를 제기 한바 있고, 또한 제도 내용을 설계하는 데 있어서 상당한 시사점을 도출하는 데 기여한 바 있다 할 수 있다. 이와는 달리 장기요양제도의 정책방향을 설정하기 위한 연구로는 그 범위의 광범위성을 고려하여 볼 때 주로 연구기관에서 이루어진 특징을 보이고 있는데, 선우덕(2000)의 노인장기요양보호정책의 기본방향에 관한 연구를 대표적으로 들 수 있다.²⁾ 한편 최근 시범사업의 실시로 인해 발생하는 문제점을 해결하기 위해 가장 기초적인 평가작업은 한국보건사회연구원(2006)의 노인수발보험제도 시범사업평가연구1차가 대표적이라 할 수 있다. 이를 기반으로 또는 보완하는 과정에서 몇가지 개선점을 지적하는 논문이 제시되고 있다.³⁾

2) 선우덕·석재은(2001)의 인구고령화에 따른 장기요양보호의 정책방향에 관한 연구, 석재은(2005)의 장기요양보호 정책의 한국적 모형에 관한 탐색적 논의에 관한 연구가 있다.

3) 김찬우(2005)의 노인수발보장 제도의 쟁점과 문제점에 관한 연구는 보건사회연구원의 평가내용을 보완하는 연구로서 대표적이라 할 수 있다. 물론 이러한 평가의

이러한 연구들은 수발보험을 도입하고 운영하는 국가들로 제한하고 있으며, 수발보험을 도입한 기간이 상대적으로 짧아 충분한 경험을 논의하고 시사점을 도입하기 위한 종합적 비교가 최근에 이루어진 것은 사실이다. 하지만 아직까지 체제를 도입하기 위한 근본적인 철학적 바탕이나 체제의 도입형태를 다양한 시각에서 접근하고 분석하고자 한 점에서 의의가 있다 할 것이다. 또한 최근에는 제도도입을 위한 시범사업에 관한 연구가 있다. 이러한 연구의 경향은 이미 앞에서 살펴보았듯이 수발보험제도 도입에 관한 총체적 분석보다는 사회보험제도 운영과 관련된 부분적 논의에 연구가 집중되는 경향을 보이고 있다. 하지만 이러한 연구 경향은 제도 도입 과정에서 나타날 수 있는 시행착오를 줄이고 제도의 정착과정에서 발생할 수 있는 문제를 최소화할 수 있는 근거를 논의한다는 점에서 충분한 가치를 지닌다 할 수 있겠다.

그럼에도 불구하고 수발보장 체제를 사회보험제도로 도입하고자 할 경우에 체제적 근본 철학과 제도 자체가 갖추어야 하는 요건, 그리고 장기적인 재정 안정성과 제도 운영에 근간이라 할 수 있는 인프라 구축문제를 상호 연계하고 종합하는 차원에서 연구를 제시하지 못하고 있는 상황이다. 이러한 연구가 부족될 경우 제도의 각각의 부분은 결함을 제거할 가능성이 있으나 전체 제도가 기능을 종합적으로 발휘하는 데에는 한계가 나타나거나 치명적인 결함으로 문제가 있을 수 있다. 따라서 본 연구에서는 한국에서 논의되고 있는 수발보장제도에 대한 면밀한 평가 분석을 통하여 제도의 도입과 정착과정의 문제점을 살펴본 후 개선 방향을 제시하고자 한다.

2. 노인수발보장의 필요성 및 도입배경

노인수발보장의 필요성은 생물학적 변화와 사회적 여건 그리고 정책적 한계로 구분할 수 있다. 먼저 생물학적 변화는 급속한 노인인구증가에 의한 수발보호대상의 증가와 저출산에 의한 인구구조의 변화를 의미한다. 평균수명연장으로 인하여 현재 65세 이상 노인의 14.8%가 치매, 중풍 등의 수발보호를 필요로 하

한계성을 감안하여 건강보험공단에서 자체적으로 작성하여 논의하는 내부자료도 중요한 평가자료로서 가치를 지닌다.

는 대상으로 향후 그 규모는 급격히 증가하여 정부의 추계에 따르면 2004년 62만명, 2007년 72만명, 2010년 79만명, 2020년 114만명으로 확대될 것으로 예상된다(보건복지부, 2005). 또한 저출산의 결과로 인구구조 변화에 따라 노인부양 부담이 급속히 증가하고 있으며, 향후 더욱 악화 될 것으로 예상된다. 이러한 심각성은 농어촌의 경우 더욱 커지는데 농어촌의 경우 65세 이상 인구비율이 16.6%(2002년)로 이미 고령사회(Aged Society)에 진입하였고 이미 27개 시군은 초고령사회로 진입하였음을 볼 때 노인수발보장의 도입은 시급하다고 볼 수 있다(김진수, 2004).

사회적 여건은 핵가족화, 여성의 사회참여 증가, 가족의 부양부담 가중으로 설명될 수 있다. 핵가족화, 여성의 사회참여 증가로 인해 한국 가족 구조는 급속히 전환되고 있으며 향후 더욱 가족화될 것이다. 한국은 1995년과 2000년에 노인단독가구가 36.5%에서 44.9%로 늘고, 노인 3세대 이상 가구가 38.4%에서 29.9%로 급속히 감소하고 있다. 이러한 변화와 여건은 곧, 수발보호의 필요성은 급격히 증가하는 반면에 개인이나 가족의 전통적 부양 방식은 더 이상 기대하기 어려운 상황을 설명하는 것으로 일부 고소득층을 제외한 대부분의 국민에게 미치는 경제적 부담이 노인뿐만 아니라 전체 국민에 대한 삶의 질 저하를 가져올 위험이 매우 높은 것을 의미한다.

한편 정책적 한계는 노인수발관련 제반 여건의 열악성으로 설명될 수 있는데 이는 공공부문의 공급이 열악하고, 민간의 경우 그 비용 부담이 과중하여 현재의 수요 및 욕구를 흡수하지 못하는 상황을 의미한다. 향후 급속한 수발보호의 부담 증가에 대하여 결단적인 정책적 조치가 필수적인 상황에 직면하게 된다는 점은 수발제도 도입의 시급성과 필요성을 지적할 수 있는 근거로 제시될 수 있다.

이러한 전반적이고 다양한 근거에도 불구하고 한국의 수발보호에 대한 필요성이 다른 정책에 우선하여 시급한 보다 근본적인 이유는 단순히 수발보호 대상의 증가에만 있지는 않다. 현재 전례 없이 급격한 고령화 현상은 미래에 견잡을 수 없이 많은 다양한 사회적 문제를 야기할 것이며 이를 뒤늦게 한꺼번에 모두 해결하는 것은 사회복지정책에 있어 과중한 재정적·행정적 부담으로 불가능해질 가능성이 높다. 한국의 사회복지정책은 뒤늦은 출발로 아직 정착 단계

에 있어 기존의 사회적 위험이나 빈곤과 관련한 정책에 있어서 미흡한 실정에 있으며, 지속적 확대를 해야 하는 과제를 안고 있는 실정이다. 그런데 수발보호를 뒤로 미룰 경우 기존의 사회보장에 대한 부담 외에 미래에는 고령화라는 거대한 변화로 인한 부담을 동시에 떠안을 수밖에 없는 정책적 위기상황이 발생할 수 있다. 따라서 고령화 초기에 수발보호체계를 확보하는 것은 한국의 사회보장의 존립을 위한 최소한의 조치로서 신속한 도입과 안정적 정착이 필수적인 정책 과제라 할 수 있을 것이다.

3. 노인수발보장제도의 개요 및 특징

현재까지 논의된 한국의 수발보장체계는 아직 확정되지는 않았으나 전반적인 형태에서 볼 때 정부가 제시하고 있는 제도안을 중심으로 논의 되고 있는 것이 사실이다. 정부의 수발보장제도안은 사회보험방식으로서 전국민을 대상으로 하고 있으며, 재정부담은 3자 분담방식으로, 서비스 급여제공방식은 건강보험체계에 접목하여 운영관리하도록 설계하고 있다. 제시된 수발보장체계는 별도의 독립된 사회보험방식으로 일반계층에게는 사회보험을 빈곤계층에게는 공적부조체제로 이원화되어 있으며, 노인수발보호 만을 대상으로 보장하도록 하고 있다. 이처럼 별도의 사회보험체도로 도입되는 제도적 특징은 대부분의 선진국에서 기존의 사회보장체계에 흡수 또는 포함되어 있는 형태가 일반적인 점을 감안할 때 새로운 접근이라 할 수 있다. 이러한 정책적 접근은 한국이 수발보호를 타 사회보장제도에 포함할 경우 제도의 미성숙, 국민적 신뢰확보 미흡 등으로 혼란을 야기할 가능성이 높아질 수 있다는 우려에서 도출된 결정이라 할 수 있다. 따라서 수발보호를 사회보험체도로 결정한 것은 바람직한 것으로 볼 수 있다.

정부가 제안한 노인수발보장제도는 적용대상, 재정조달 및 비용부담, 재정방식, 급여의 종류, 관리운영주체로 나누어 설명될 수 있다.

적용대상에 있어서 가입자는 건강보험적용대상자와 동일한 전국민이 보험료 부담의 대상이며, 다만 공적부조 대상자는 정부재정부담으로 노인수발보장제도에 포함되도록 설계하고 있다. 적용대상자는 급여수급을 고려할 때 수급자 부담의 원칙을 고려하여 일정연령 이상에 대해서만 적용하도록 할 수 있으나, 전국

민으로 확대 적용함으로써 재정부담의 분산효과를 통한 재정부담을 완화하는 성격과 사회 연대적 요소를 강화한 특징을 보이고 있다.

특히 재정조달 및 비용부담은 3자 부담원칙으로 가입자에 의한 보험료와 정부부담 그리고 이용자부담에 의한 분할 재정부담방식으로, 보험료 부담체계 및 정부지원체계는 건강보험의 보험료 부담산출방식과 국고부담체계와 동일하게 설계하고 있다. 이용자 본인부담은 20% 수준으로 예상하고 있으며, 공적부조대상자는 전액국가에서 부담하도록 하고 추가적으로 차상위계층은 본인부담을 10% 하도록 하는 것을 골자로 하고 있다.

재정방식은 부과방식으로 하고 있는데 이는 제도 도입과 함께 가입자가 납부한 재정 수입을 가입자나 피부양자에게 급여를 제공함으로써 현재 수발보호대상자에 대하여 제도 도입과 함께 수발보호서비스가 제공될 수 있는 장점이 있으나 차후 재정부담이 점진적으로 증가할 것이라는 부담을 동시에 갖게 된다. 즉 부과방식은 도입 과정에서 낮은 부담으로 제도 도입이 가능하나, 시간 경과에 따라 지속적으로 재정부담이 증가하는 문제가 고려되어야 하는 특징을 갖고 있기 때문에 미래에 대한 재정안정 문제가 발생할 수도 있다. 또한 본인부담제도는 제도 이용의 합리성과 효율성을 고려한 조치로 볼 수 있으나, 정률제에 의한 본인부담제도는 수발보호의 특성상 일단 수발보호대상이 되면 장기적이고 지속적인 본인부담의 누적이 발생할 우려가 있다.

수발급여는 노인 및 노인성 질환자만을 대상으로 급여형태는 신체적·정신적 장애에 대한 수발 및 복지서비스로 최근 2차 시범사업에서 재가수발급여 5종, 시설수발급여 4종으로 현물서비스 제공을 원칙으로 하고 있으며, 수발급여한도는 평가관정에 의하여 등급별 월 사용한도액 범위 내에서 서비스를 이용하도록 제한하고 있다. 재가 및 시설서비스 외에 예외적 경우에는 현금을 지급하는 특별현금급여로 가족수발비, 특례수발비, 요양병원수발비가 있다. 한편 수급권자는 65세 이상 노인(제 1호 수급자)과 64세 이하의 노화 및 노인성질환 대상자(제 2호 수급자)이며 재가서비스와 시설서비스를 원칙적으로 한 서비스 급여만을 인정할 예정이다.

마지막으로 관리운영주체는 현재 건강보험공단과 지방자치단체에 의해 행해질 것으로 공고된 상태로, 서비스 제공기관은 현행의 사회복지사업법 등에 의한

사업주체를 기본으로 인원 및 시설기준 등의 일정요건을 갖춘 공공 및 민간 기관을 지정할 계획으로 있다.

4. 주요국의 체제 비교 및 시사점

초기의 노인수발서비스는 가족 및 지역사회를 중심으로 보호가 이루어졌지만 이후 공적부조대상자에 대한 지방정부의 보호 그리고 국가차원의 보호가 이루어지는 단계를 보이고 있다. 선진국의 경우 수발보호는 초기 사회보장대상이 아닌 가족에 의한 부양서비스에 일차적으로 의존하였고, 이에 대하여 보충적으로 지역사회 및 지방정부의 지원이 있었다. 차후 고령화의 진전과 이에 따른 중앙·지방정부, 지역사회, 가족, 개인 등의 재정적 한계 및 시대적 변화로 인한 가족의 부양기능 약화는 장기수발보장에 대한 다양한 대안을 마련하도록 하였다. 현재까지 대부분의 국가에서 장기수발서비스에 대한 재원을 조세수입으로 충당하고 있지만 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드를 포함한 일부 국가에서는 노령화에 따른 장기수발서비스 제공을 위하여 사회보험방식을 채택 하였다.

또한 사회보장에 있어 재정안정화와 적절한 급여라는 모순적으로 보이는 목표를 위하여 선진국들은 각 국의 실정에 맞는 장기수발보장체제 정립에 다양한 노력을 기울이고 있으며, 이를 위해 재원마련, 서비스제공 및 전달체계에 있어 공공-민간, 중앙-지방정부-지역사회-가족-개인 등의 협력 관계를 나름대로 구축하여 체계화하는 특징을 보이고 있다. 본 장에서는 현재 수발보장을 사회보험 형태로 운영하고 있는 일본, 독일, 네덜란드 제도와 한국의 제도안을 비교하고 시사점을 도출해 보고자 한다.

먼저 기본 형태에 있어서 독일과 일본은 별도의 독립된 사회보험이며 네덜란드는 의료보험의 일부 제도로써 실시되고 있으나 실제로는 별도의 체제로 운영되고 있다. 네덜란드는 1967년 전 국민을 대상으로 의료 및 너싱홈 등의 장기입소에 대한 사회보장적 측면에서 특별의료비보험제도(AWBZ)를 마련, 단계적으로 급여를 실시 및 확대하였다.

독일은 1970년대 장기수발보장에 대한 이슈화로 다양한 이해관계자들 간의 논의를 시작하여, 1988년 의료개혁의 일부로 질병보험에서 장기수발서비스급여

<표 1> 주요국의 수발보험제도 비교

	한국 ⁴⁾	일본	독일	네덜란드
제도명 (시행시기)	노인수발보장제도 (2008)	공적개호보험 (2000)	수발보험 (1995)	특별의료비보험 (AWBZ)제도 (1968)
적용대상 급여수급권	-65세 이상노인, -65세 이하 노인성 질환자(대통령령)	-65세 이상 노인(1 호) -40~64세 노인 성 질환자(2호)	전국민	네덜란드 모든 거주자
재원조달	보험료(50%) +국가·지자체 (30%)+본인부담 (20%)	보험료(45%) +국가·지방(45%) +본인부담(10%)	보험료+본인부담 -보험료 :100%	보험료(전체의 3/4)+국고지원금 (거의없음)+이용자 부담금(약 10%) 정액or정액보험료
보험료부과	전국민	-제1호: 소득단계별 정액부담 -제2호: 건강보험 산 정방식 이용 *보험료율 0.9%	-근로자:1.7% (노사 각 50% 부 담) -자영자 본인100% -연금수급자본인과 연금보험자 각50%	-정률보험료 *2004년:소득의 약 13.25%,(고용자 3.95%,자영자본인) -정액보험료 (보험자가 결정)
본인부담	20% 단, 저소득층에 대한 본인부담 면제 또는 경감	-10% -시설(단기포함)거주 비,식비본인부담 (2005년 10월)	-월 한도액 초과비 용 및 추가서비스 (숙박비, 식비 등 본인부담)	-전체의 약 10%
관리운영 주체	국민건강보험공단	시정촌	수발보험금고 (질병보험조합과 차별)	질병보험의 보험자
서비스 종류 급여형태	- 각종재가서비스 - 시설서비스 - 특별현금급여	-각종 재가서비스 -시설보호서비스: 개 호복지시설서비스 개 호보건시설서비스 개호요양시설서비스 -현물방식 (예외적으로 현금인정)	-각종재가서비스 -시설서비스: 노인 집합주택 수발홈 노인종합시설 -현물 및 현금방식 -비공식수발제공자 에 대한 사회보장 (연금과 실업보험)	- 각종재가서비스 - 시설서비스 - 현물 및 현금방식

자료: 보건복지부, 2006(b)

4) 한국의 노인수발보험제도의 특성에 관한 논의는 그동안 다양했으나, 본 연구에서
는 보건복지부, 2006(a), 노인수발보험법 법안심사소위원회 심사자료 중 정부제출
안을 중심으로 구성하였음.

를 일부 제공하였다. 이후 1994년 사회보험의 수발보험법을 제정하였고, 1995년 재가서비스를 실시하였으며, 1996년 시설서비스를 실시하였다.

일본은 1986년 노인보건법을 통해 저소득노인 만성질환자에 대한 장기수발보험 서비스 제공을 위한 보건의설제도를 도입하였다. 이후 1989년 ‘골드플랜(1990~1999)’으로 10개년 목표를 정해 시·정·촌 단위의 재택복지대책 긴급정비 하였고 외상노인 감소 등의 7가지 중점사업을 추진하였다. 1994년에는 고령자대책 목표를 상향조정된 ‘신골드플랜(1995~1999)’을 수립함으로써 개호보험의 근간을 마련하였다. 이후 1997년 개호보험법을 제정하여 2000년 개호보험제도 실시와 함께 ‘골드플랜 21(2000~2004)’이 시행되었다. 2005년에는 개호보험법의 개정법안이 중의원 본회의 그리고 6월에는 참의원 본회의에서 가결되어 개호보험법의 개정법안이 성립되었다.

사회보험제도 분석들에 의하여 제도 내용에 따라 구분하여 분석하여 보면 적용대상은 독일과 네덜란드의 경우 전국민을, 일본은 일정연령 이상의 수급 대상 연령으로 한정하는 차이를 보이고 있다.

독일과 네덜란드의 경우, 노인뿐만 아니라 장애인 및 아동 등 장기수발이 필요한 사람을 모두 포함하고 있는데 공적의료보험의 경우 적용대상을 한정하고 있으나, 장기수발보험에 대해서는 전 국민이 반드시 가입하도록 규정하고 있는 정책적 성격을 보이고 있다. 반면에 일본의 경우, 65세 이상 노인을 제1호 피보험자로, 40~64세에 해당하는 자는 제2호 피보험자(15개 노인성질환에 한정하여 수급인정)로 나누어 연령에 따라 적용대상을 한정하고 있다.

재원조달방식에 있어서 세 국가는 사회보험방식이라는 큰 틀에서는 공통점이 있으나 실제 재원조달 방식에 있어서는 차이점을 보이고 있다. 구체적으로 독일의 경우, 질병보험과 달리 법령상 국고보조에 대한 언급이 없어 100% 보험료로 재원 조달하는 것을 원칙으로 하나, 실제 지방정부가 시설 투자 및 지원에 대한 책임을 맡고 있어 연방정부와 지방정부 간의 재정부담에 대한 갈등요소가 내재하고 있는 것이 사실이다. 이와는 달리 네덜란드의 경우는 대부분 보험료에 의해 재원을 조달하나, 재정 적자분에 대해서는 국고보조가 이루어지고 있다. 한편 일본의 경우, 국고지원금이 45%라는 점을 감안하면 실제 재원조달방식은 혼합형이라고 할 수 있다. 일본과 네덜란드의 경우, 장기수발보장을 사회보험방

식으로 전환함에 따라 종래 조세수입의 절약된 비용의 일부를 국가 또는 지방정부가 부담한다는 사고를 가지고 있다고 볼 수 있다.

가입자의 보험료부담에 있어서는 국가별 차이가 있으며, 이는 기존의 사회보장체제에 대한 가입자 부담 방식과 국가에 의한 재정지원체제가 영향을 미쳤기 때문으로 분석할 수 있다. 독일은 근로자의 경우 소득의 1.7%를 부담한다. 그러나 자영업자의 경우 100% 본인이 부담하고, 실업자는 실업보험에서 전액, 연금수급권자는 본인과 연금에서 각각 50%씩 부담하도록 하고 있다. 일본의 경우 제1호 피보험자(소득별 정액보험료)와 제2호 피보험자(총 보수의 약 0.9%) 간 부과체계가 다르게 되어 있다. 네덜란드의 경우 정률보험료와 정액보험료로 구성되며 65세 이상 노인은 보험료가 면제된다. 그러나 시설입소 시 소득에 따라 일부 본인부담이 있다. 수급자의 본인부담에 있어 일본은 시설서비스비용의 10%를 본인부담률로 정하고 있으며 식비는 전액 부담하도록 하고 있다. 독일은 서비스비용에 대한 본인부담은 없으나 시설서비스의 경우 숙식비는 전액 본인이 부담하도록 하고 있다.

급여 형태에 있어서 독일과 네덜란드는 현물과 현금서비스 또는 혼합서비스를 제공하고 있으나 일본은 현물서비스 제공을 원칙으로 하고 있다. 독일의 경우 비공식 수발서비스 제공자인 가족 및 친척 등을 보호하기 위하여 주당 최소 14시간 이상 수발서비스를 제공하고 이로 인해 주당 30 시간미만 밖에 취업할 수 없는 비공식 수발서비스제공자를 대상으로 수발등급과 간호 시간에 따라 연금보험료 부담 및 산재보험을 적용하고 있다. 일본은 가족수발자에 대한 특정 사회급여는 없으나, 조세감면혜택을 주고, 3개월까지 수발휴가를 지급하고 있다.

급여는 독일·일본의 경우, 수발등급에 따른 정액급여를 원칙으로 하고 있다. 독일의 경우, 최종증에 대해서는 3등급보다 많은 급여를 제공하고 있고, 일본은 수발등급 5등급 이외에 요지원에 대한 등급을 마련하고 있다. 한편 네덜란드의 경우, 건강보험위원회가 서비스 공급주체에 지불하는 보수액의 범위 내에서 서비스를 제공하며 이는 서비스공급주체와 운영주체간 교섭에 의해 결정된다. 즉, 네덜란드의 경우, 급여의 상한선이 원칙적으로 없다고 볼 수 있다.

급여수급 조건에 있어서는 독일과 일본의 경우, 급여수급을 위해 최소 6개월 이상의 장기수발서비스가 필요한 자를 대상으로 수발 필요도에 따른 수발등급

결정 후 그에 따른 정책급여가 원칙이다. 반면에 네덜란드의 경우는 시설입소에 있어 1년 이상의 장기수발이 필요한 자를 대상으로 하고 있으며 서비스제공결정은 피보험자, 운영주체 및 서비스공급주체의 협의에 의해 이루어진다.

관리운영주체에 있어서는 독일은 질병보험금고내의 수발보험금고(독립된 공법인)를 신설하여 관리운영을 담당하고 있으며 일본은 시정촌이 관리운영을 담당하고 있다. 네덜란드의 경우, 기본적으로 관리운영주체는 국가이나 질병금고가 일부 관리운영을 맡고 있다.

각 국의 제도 비교에 의한 시사점으로 첫째, 동일한 사회보험체제를 도입 운영하는 국가에서도 세부적으로는 상당한 차이를 보이고 있는 점 둘째, 이들 국가도 지속적인 시행착오를 겪고 있다는 점 셋째, 향후에도 제도 정착과정에서 재정부담의 해결 및 관리운영의 효율화, 제도적 체제 안정성 확보 등 상당한 변화가 발생할 것이라는 점을 들 수 있다.

국가별 제도 차이는 각 국가의 사회보장체제 배경과 관련제도와의 관계 그리고 사회적 정서 등 주변 여건이 고려된 결과로서 제도가 형성되었기 때문에 발생한다. 수발보장제도는 제도는 다른 사회보험제도와 달리 그 역사가 상당히 짧기 때문에 많은 시행착오를 겪고 있으며 지속적인 제도개선이 이루어질 것이라는 점에서 기존 사회보험제도와 차별성이 있다 할 것이다.

이러한 관점에서 볼 때 한국의 수발보장제도는 선진국 제도를 그대로 모방하여서는 제 기능을 기대하기 어려우며, 오히려 한국적 상황을 충분히 고려한 제도 도입 및 운영 그리고 선진국의 문제점을 지속적으로 면밀히 분석하여 시행착오를 답습하지 않도록 하는 전략이 필요할 것이다.

5. 주요 논의와 개선 과제

수발보장제도의 논의 단계에서 지적될 수 있는 쟁점이나 정책과제는 매우 광범위한 범위에서 토론되어야 할 것이다. 또한 제도적 미비점은 중앙정부 뿐만 아니라 지방정부와 직·간접으로 매우 깊이 관련되어 있어 상호협력을 통해서만 해결이 가능한 문제가 상당히 존재하고 있는 것이 사실이다.

1) 체제적 관점에서 논의 및 정책과제

체제적 관점은 제도를 도입함에 있어 철학적 입장을 어디에 두는가 하는 것과 이를 확보하는 논리적 근거에 대한 분석이라 할 수 있다. 이에 가장 우선하는 문제는 수발 대상에 대해 수발서비스를 제공 할 수 있는가 여부와 대상 범위이다. 처음 수발보험은 수발보장의 성격을 사회보험 취지에 따라 전 국민 대상의 보편적 성격으로 설계하였다고 볼 수 있지만 최근 정부는 급여 대상을 선별적 성격으로 중증대상자 만을 위한 제도로 축소함으로써 제도 목적과 도입 취지를 크게 훼손하고 있다. 이는 전 국민이 부담자임에도 불구하고 수급자를 제한함으로써 사회보험의 기본 철학인 사회연대의 보편성을 고려하지 못하는 한계를 보이게 되었다는 것을 의미한다. 부담자의 극히 일부만 급여대상에 포함 된다는 것은 보편성 확보를 기본으로 하는 사회보험의 성격을 반영하지 못하는 결함이 발생하게 된다. 이러한 경우 가입자의 불만과 반발을 초래하여 제도 도입과 정착에 실패할 위험을 불러일으킬 수 있다. 중증대상자 만을 수발보장에서 보장하고 나머지 일반 및 경증대상자에 대한 수발서비스를 지방자치단체에 전가하면 실제 운영가능성 여부에 의문이 제기되는 것도 사실이다.

두 번째로 수발과 질병에 대한 구분 및 수발보장제도와 건강보험제도의 운영에 있어서 합리화 대책이 마련되어야 하는 점을 지적할 수 있다. 수발대상은 실질적으로 질병과 구분하기 어렵다는 점과 수발서비스와 의료서비스가 함께 제공되어야 하는 동시적인 성격을 가지고 있다. 따라서 의료와 복지서비스의 분립 제공체제를 전제로 하고 있는 현 제도는 치료, 수발, 재활의 통합적인 보건의료 복지 서비스 체제를 구분하는 데 한계가 있어 혼란이 발생할 수 있을 것으로 보인다. 예로서, 독일의 수발보험도 수발과 질병의 엄격한 구분에도 불구하고 실제로는 한계성을 보이고 있는데 재가 서비스의 경우 의료와 수발보호 서비스가 동시에 제공될 경우 이를 모두 수발보험에서 급여로 처리하는 등 실제 운영에 있어서 한계를 드러내고 있는 사례가 나타나고 있다. 우리나라의 경우에도 한국보건사회연구원의 보고서에 따르면 약 86.7%의 노인이 만성질환자이며, 치매유병율은 2000년 현재 65세 이상 노인의 8.3%이며, 2010년에는 8.6%로 추정되고 있다(1999). 이런 만큼 우리도 동일한 문제가 발생할 소지를 안고 있는 점에 비추어 볼 때 이에 대한 정책적 대비가 있어야 할 것이다.

세 번째로 재정방식에 따른 재정부담의 지속적 증가가 우려되는 점이다. 건강보험은 급여가 단기적 성격을 갖고 있어 단기적 수지상등의 원칙을 적용할 수 있으나, 수발보장의 경우는 일단 수발보장 수급자가 되면 사망할 때까지 급여서비스가 지속적으로 제공되어야하는 특징을 가지고 있다. 따라서 수발보장 도입 시 보험료 부담은 낮을 것이나 (일본 1% 수준, 독일 1.7%수준) 점차 수급자가 증가하면서 보험료는 계속 상향조정될 수밖에 없다. 즉 수발보장의 재정 확보를 위해서 국민적 재정 부담은 급격히 증가할 것이다. 사회보험으로서 수발보장에 따른 재정조달 방식은 장기적으로 볼 때 한계가 나타날 것으로 예상된다. 이는 사회보험에서 제공되는 수발보호가 수발에 필요한 최소한의 서비스에 한정될 수밖에 없다는 것을 보여주며 추가적인 서비스를 적절히 받게 하기 위해서는 지방정부가 별도의 정책마련에 나서야 함을 의미한다.

2) 제도적 관점에서 논의 및 정책과제

제도적 관점에서 수발보장 적용대상과 급여 대상의 범위 측면에서의 고려사항은 급여대상을 일정연령계층으로 제한하여 적용대상과 급여수급자가 불일치하게 되는 문제와 장애인 포함여부를 들 수 있다. 적용대상(전국민)과 급여대상(노인성 질환 등)의 불일치 문제는 비수급 대상 청년층의 불만을 야기할 수 있다. 그러나 현 노인세대에 대한 수발을 가족 전체가 이미 부담하고 있으며 사회보험제도를 통한 가족간 위험분산과 재분배 기능을 고려할 때 적용대상과 급여대상을 단순히 불일치 문제로 판단하는 것은 한계가 있을 것으로 보이며 세대간 계약(generations agreement)에 의한 사회적 합의는 가능할 수도 있다. 다만 수발급여 대상에 있어서 64세 이하 장애인 포함 여부는 정치적 쟁점이 될 것으로 예상되는데 이를 위한 수발성격 및 장애인 복지법과의 관계설정 등 사전적인 조화 노력이 있어야 할 것이다. 만약 장애인이 포함되지 않을 경우 장애인에 대한 수발보장 활성화를 위한 지방정부 차원에서의 수발과 관련한 별도의 추가적인 보호방안을 마련하여야 할 것이다.

본인부담제도와 관련된 문제는 수발보호의 장기적 급여 성격으로 인해 문제가 될 소지가 있다. 수발서비스는 일반 질병과는 달리 일단 급여대상자가 되면 급여 수급이 장기적으로 이루어져 본인부담도 누적되어 급여수급자 본인이나

가족의 재정부담이 가중될 수밖에 없는 문제점이 발생하게 된다. 이 경우 재정 부담을 감당하기 어려운 중·저소득 계층은 단계적으로 시설서비스 포기, 재가 서비스 포기로 이어지게 되고, 결국 공적부조대상자로 전락하여 본인부담을 국가가 지원하는 수준까지 기다려야 하는 왜곡현상이 나타나게 될 위험이 높아지게 된다. 또한 일부 급여수급자는 본인부담부분을 제외한 보험급여 부분에 한하여 서비스를 제공 받기를 요구하는 등 제도 취지를 반영하지 못하게 되거나, 서비스 질의 저하로 이어질 우려가 있다. 이를 해결하기 위한 방안으로 본인부담 제도 철회를 고려할 수 있으나, 이 경우 건강보험의 본인부담제도와 맞물려 수발보장으로 급여수급자가 집중되어 건강보험과 수발보장간의 갈등이 발생할 소지가 크다. 따라서 본인 부담에 대한 지방정부의 보완적 서비스를 제공하는 방안을 적극적으로 모색하여야 한다. 물론 보완 대책은 비영리 단체나 민간단체에 의한 민간서비스나 개인에 의한 자원봉사 등을 연계한 종합적인 혼합복지(welfare mix)형태를 고려하는 체제라 할 것이다. 참고로 독일과 일본의 지방정부에서는, 수발보장에서 규정하고 하는 급여이외에 자체적으로 급여를 제공할 수 있는 규정을 마련하고 있는 점을 고려할 필요가 있다.

3) 운영과정에서 논의 및 정책과제

사회적 위험에 대한 대응 체제는 정치·사회 그리고 역사적 배경에 따라 다르게 형성되나, 수발보장에서 국가에 의한 가장 기본적 보장체제는 국가 직접운영체제(사회수당, 사회서비스)와 위탁운영체제(사회보험)로 크게 구분된다. 국가가 직접 운영하는 체제는 중앙정부와 지방정부가 운영주체로서 역할을 할 수 있으며, 이 경우 특징은 조세에 의해 재원이 조달되는 체제라는 것이다. 국가 위탁운영체제는 사회보험 체제가 대표적 형태로 운영주체는 공단이나 조합이며, 재원조달 기본형태는 보험료에 의한 것이다. 지자체 중심 국가로서 사회보험체제를 채택하고 지자체가 직접 관리 운영하는 경우는 매우 드문 경우이다. 따라서 수발보장을 사회보험체제로 도입하고자 한다면 가입자가 대표하는 위탁관리 형태가 되어야 할 것이며, 지자체가 관리운영주체가 되고자 한다면 조세방식으로 체제를 구축하여야 한다.

지자체 중심으로 국가사회보험제도를 관리 운영하는 국가는 일본이 유일한테

이는 세계적 경향에서 볼 때 예외적인 경우라고 할 수 있다. 일본의 개호보험은 조합방식(분산관리운영방식)의 형태로서 조합의 역할을 지자체가 한다. 그러나 이 경우 이미 의료보험을 통해서 경험한 관리운영체제의 문제점과 사회보험체제와 지자체 관계 설정의 과제를 새로이 해결해야 하는 문제가 있다. 독일의 경우는 수발보장을 공적부조대상자에 한하여 지자체가 운영하였다가 재정부담이 가중되었으며, 일반국민의 수발 필요성 증대로 운영주체를 연방정부로 이관하게 되는 과정에서 사회보험방식을 구축하게 된다. 따라서 관리운영주체는 위탁관리 형태가 되었으며, 기존 의료보험조합이 존재하고 있음에도 불구하고 별도로 도입한 것은 조합방식의 한계를 벗어나고자 한 개선조치라고 할 수 있다.

현재의 논의 내용과 대상을 판단하면 비교우위적 관점에서의 관리운영주체 선택보다는 협력과 조화를 통한 합리적 관리운영 연계체제 개발 중심으로 전환이 바람직할 것이다. 수발보장을 사회보험체제로 받아들이면 관리운영주체를 공단 또는 지자체로 결정하여야 한다는 선택 논의보다는 관리운영주체의 기본 역할을 정립하는 단계로서 국제 사회보험체제 분류 형태에 따라 적용대상, 재정 부담 및 징수, 급여지급 자격 및 조건, 급여내용 및 수준 그리고 재정 추계 등이 집중적으로 논의되어야 한다. 한편, 수발보험에 있어서 기존 지자체 및 중앙정부에서 수행한 국민기초생활보장 수급자 및 저소득에 대한 서비스와 어떠한 연계 및 협력 체제를 구축할 것인가에 대한 논의도 진행되어야 한다. 이러한 과정에서 자격관리 및 등급판정 그리고 서비스 계획 작성 등 실무적 차원의 과제와 대상자에 대하여 직접 관련되어 결정하여야 할 서비스 질 및 급여의 적정성 등에 대한 설정, 그리고 평가 개선을 위한 공단과 지자체와의 상호협력체계 구축방안의 논의가 필요할 것이다.

마지막으로 초기 도입과정에서 수발급여 수급 여부 및 수준을 위한 평가판정과 관련된 기준에 대하여 국민들은 이에 대한 이해나 상식이 없는 만큼 급여대상 가능여부에 관계없이 대부분의 노인들이 신청할 것으로 예상되어 이에 대한 대처가 필수적이다. 평가판정은 수발보호 대상 여부 및 등급 판정 → 결과 통보 → 케어플랜 작성 → 제공주체와 계약 → 서비스 이용의 메커니즘을 통하여 이루어지도록 하고 있으며, 수발판정기준도 복잡하게 되어있어 상당한 시간을 필요로 하게 된다. 수발등급의 결정에 있어서 현재 시범사업에서는 심신의 장애상

때, 서비스 필요량 등을 고려, 5등급으로 구분하도록 하고 있으며, 수발신청 이후 방문조사, 의사소견서를 고려한 등급판정위원회 결정, 건강보험공단의 표준 수발계획서작성, 수급자의 서비스 공급기관의 선택, 수발 계획서 작성의 복잡한 절차를 거치도록 되어있다. 그런데 초지 도입과 함께 수발신청 및 대상자에 대한 정보 부족문제, 수발서비스제공계획의 합리적 활용 가능성, 기초수급자와 수발보험수급자 간의 등급에 따른 서비스 대상 차별화 문제, 수급자의 가족이나 사회배경에 따른 서비스의 적합성 확보 문제 그리고 지역사회복지와의 연계를 통한 종합적 서비스 제공 한계 극복 문제 등 대부분 사회복지 분야가 추가적으로 해결에 노력해야만 해결될 수 있는 과제가 산적해 있다. 더구나 초기에는 모든 노인이 대상 여부에 관계없이 판정을 신청할 것으로 예상되며, 독일의 경우 평가판정에서 제도도입 초기 예상인원보다 훨씬 많은 인원이 평가를 신청하여 판정을 위해 2년을 기다리는 사례도 발생하는 등 국민적 지탄의 대상이 된 경험도 있다. 따라서 사회복지협의회 등의 협조를 통하여 예비 판정 등을 통한 국민의 불만을 해소하고 판단에 대한 차별화 등을 점검하고 형평성을 유지할 수 있도록 연계체계를 마련하여야 할 것이다.

4) 시설 및 인력 인프라 구축의 논의 및 정책과제

수발보장제도 도입과 관련하여 초기 단계에서 가장 중요한 과제 및 쟁점은 시설 및 인력 인프라 확충이라 할 수 있다. 더구나 시설자체 확충과 수가체계개발이 동시에 필요한 만큼 수발보장 서비스 공급 제공자의 확보가 제도 성패의 관건으로, 제도 도입 준비 및 정착 그리고 성숙화 과정에서 지속적으로 높은 정책적 비중을 차지하는 부문이라 할 수 있다. 정부는 수용시설 수요를 전체 노인의 2% 수준으로 예상하고 있으나 대상자 인식의 변화, 비용부담 완화, 서비스의 권리화 등을 통하여 수요가 대폭 증가될 것으로 예상되며, 특히 시설공급은 현재의 상황을 감안할 때 급속한 증가가 필요하다.

정부는 수발 대상자를 전체 수발대상자에서 최고중증과 중증에 한정하는 계획으로 전환하는 과정에서 단순히 시설확충 계획만을 제시하고 있어 전체 계획에 대한 파악조차 하기 어려운 상황이다. 정부는 처음 계획 수립시 수발대상자 규모를 전체 65세 노인의 약 14.8% 수준으로 2007년 71.8만명에서 2012년

85.2만명 정도로 추계하였으나, 2005년 12월에 제시된 대상자는 8.5만명(2007년)으로 전체 65세 노인의 1.7%를 대상으로 하고 있으며, 2012년 17.9만명으로 확대하여 3.1% 수준으로 추계함으로써 기존의 대상과 현격한 차이를 보이고 있다. 재가보호 우선 (재가보호 70~80%, 시설보호 20~30% 수준), 공공과 민간의 역할분담 재조정 원칙 그리고 이에 따른 단계별 입소시설 확충 목표 및 추진계획은 거의 백지화된 상태인데 대상자 축소 전환 후 이에 대한 계획이 마련되지 못하였기 때문이다. 이는 시설 및 인력 인프라 확충과 연결되는 문제이다.

<표 2> 수발보장 인프라 구축 변화 비교

(단위: 명)

연도	2007	2009	2010	2012	2013	2015
65세노인수	4,792,429	5,148,224	5,302,095	5,690,731	5,917,615	6,345,400
수발대상자(기존)*	718,582	771,345	794,164	851,799	885,446	948,887
수발대상자('05. 10)	82,618	88,696	168,827	287,839	299,111	320,068
최중증	82,618	88,595	91,180	97,709	101,521	108,708
중증	161,034	172,561	177,547	190,139	197,490	211,350
경증	238,663	256,382	264,044	283,398	294,697	316,001
치매(경증)	236,267	253,807	261,393	280,553	291,738	312,828
수발대상자 '05 12월 발표**	85,000('08)	88,000	167,000	179,000	-	-
수발시설 확대계획	149,010	379,746	397,975	529,650('11)	-	-
유형	입소	48,802	66,362	75,224	84,004	-
	재가	100,208	313,384	322,751	445,646	-

자료: 복지부 수발보장제도 도입 관련 각년도 자료를 자체계산

* 65세노인 대비 14.9%를 서비스 대상자 수로 추정하였음.

** 2007~2009년도에는 65세노인 대비 최중증 1.7%를 서비스 대상자 수로 추정하였으며, 2010년에는 중증가운데 일부만 적용하여 3.1%로 서비스 대상자로 추정함

자료: 보건복지부, 노인요양서비스 전문인력 양성사업단 2005년 12월 자료 인용.

먼저 시설 인프라 구축과 관련하여, 최근 발표된 시설확보방안에 따르면 현재 노인수발시설수는 403개이며 입소정원은 24,985명이지만 2005년 10월 복지부 시설확충계획에는 시설수 568개, 입소정원 39,000명으로 계획되어 있다. 그러나 이러한 시설 설치 계획에 따르면 시설에서 보장할 수 있는 수발 대상자

규모가 수발 대상자보다 많은 것으로 나타나 공급과잉 현상을 보이고 있어 최근 계획의 무리한 변경으로 혼란이 야기될 우려가 있으며 이러한 시설 규모는 지방자치단체의 부담을 증가시키게 된다. 정부가 추정한 수발대상자 중 수발보장제도에 의하여 보장되는 대상은 전체 대상자 중 2008년에는 12%에 수준, 2010년에는 21% 수준에 불과하여 실제로는 지자체가 수발대상자의 80~90%를 직접 보장하여야 하는 상황이 발생하지만 지자체의 재정여건을 고려해 볼 때는 실제 불가능할 것으로 예상된다.

시설 인프라 구축과 관련된 문제는 두 가지 점에서 우려가 제기될 수 있는데 하나는 시설확충을 위한 중앙정부 뿐만 아니라 지방정부 차원의 재정확보 가능성 문제이고, 다른 하나는 지방정부 재정능력 차이로 인한 지역간 불균형 해소 방안과 관련된 문제이다. 정부는 수발보호서비스 인프라 구축을 위한 비용을 국비와 지방비를 각각 50%로 분담하여 지속적으로 투입하도록 설계하고 있으나, 실제 지방간 재정격차를 고려할 때 별도의 조치를 마련하지 않으면 취약지역의 반발로 인하여 초기 도입단계부터 상당한 어려움을 겪게 될 것으로 예상된다. 또한 시·군·구의 권한은 지역 내 수발보호 노인의 발굴·보호·의뢰, 평가판정위원회에 참여, 수발시설 등에 대한 지도·감독 역할 부여 수준에 머물고 있어, 재정부담에 적극적이기보다는 중앙의 지원에 소극적으로 사업을 추진할 우려가 있다. 따라서 지방의 재정 한계성과 능력 차이를 고려한 중앙의 적극적인 재원확보 노력이 필요하며, 이를 위해 국민연금기금의 복지부문 투자로서 수발시설 재정 지원을 적극적으로 고려하는 방안이 있다.

<표 3> 지자체 부담 수발 대상자 추이 (단위: 명)

연도	2007	2009	2010	2012
기존 수발대상자	718,582 (100%)	771,345 (100%)	794,164 (100%)	851,799 (100%)
수발보장제도 부담대상자	86,000 (12.0%)	88,000 (11.4%)	167,000 (21.0%)	179,000 (21.0%)
지자체 부담 수발대상자* '05. 12계획	633,582 (88.0%)	683,345 (88.6%)	627,164 (79.0%)	672,799 (79.0%)

*자료: 지자체 담당 서비스 대상자는 기존 서비스 대상자 수에서 수발보장제도에서 대상자로 파악한 수를 뺀 수치임.

한편 인력 확충 계획과 관련해서도 수발대상과의 관계를 살펴보면 상당한 부분이 불투명하거나 논리적이지 못해 제도 설계의 신뢰성 구축에 문제가 되고 있는 것이 사실이다. 기존 계획에 따르면 수발관리요원 1인당 수발대상자수는 211명(2007년)에서 91.4명(2009년)으로 확충될 것으로 예상되었으나, 2005년 12월에 발표된 최근 계획 자료에 의하면 수발관리요원 1인당 수발대상자는 44.8명(2008년)에서 58명(2010년)으로 설계되어 있다. 한편 요양분야 간호사의 경우 기존 계획에 의하면 1인당 수발대상자는 204.9명(2007년)에서 118.1명(2009년)으로 변화되도록 설계되었으나 최근 계획에서는 1인당 수발대상자는 24.2명(2008년)에서 20.4명(2010년)으로 확보하도록 설계되고 있다. 수발사의 경우에도 기존계획에 의하면 1인당 수발대상자는 15.8명(2007년)에서 8.45명(2009년)으로 설계되었으나 최근 계획에 의하면 4.3명(2008년)에서 2.7명(2010년)으로 축소되는 상황을 보이고 있다.

<표 4> 노인수발전문인력 수요예측 비교

(단위: 명)

-		2005	2006	2007	2008	2009	2010
수발대상자	기존 계획 ('05.10이전)	-	-	718,582	-	771,345	794,164
	최근 계획 ('05.12)	-	-	-	85,000	88,000	16,700
수발관리요원	기존 계획 (1인당 대상자수)	40	657	3,399 (211)	-	8,435 (91.4)	-
	최근 계획	30	-	-	1,904 (44.6)	-	2,874 (58)
요양분야 간호사	기존 계획	46	1,599	3,506 (204.9)	-	6,528 (118.1)	-
	최근 계획	-	-	-	3,506 (24.2)	-	8,159 (20.4)
수발사	기존 계획	267	9,264	45,452 (15.8)	-	91,185 (8.45)	-
	최근 계획	267	-	-	19,712 (4.3)	-	60,086 (2.7)

※ ()는 노인수발 전문인력 1인당 수발대상자의 수입.

노인전문인력의 확보나 합리적 활용은 제도의 도입과 정착에 결정적인 역할을 하는 것으로 이는 서비스 질과 직접적인 관계를 맺고 있다. 전문 인력의 수요 전망에 따라 급속한 인력 확보가 과제인 만큼 양적 확충과 함께 질적 담보도 함께 고려된 전문요원 양성을 위하여 수발관리사(care manager)와 수발사(home helper) 그리고 전문간호사에 대한 체계적인 양성 체계의 구축이 필요하다.

<표 5> 수발관련 유사인력배출현황

(단위 : 명)

사회복지사	간호사	전문(가정 등)간호사	간호조무사	간병전문인력
85,449명 (24,974)	185,722명 (100,482)	6,756명 (372)	304,024명 (79,000)	191,128명 (19,533)

※ () 내는 활동인력 임.

자료: 보건복지부, 공적노인수발보장제도 실행위원회 회의자료, 2004

한편 수발보장의 수가는 인건비와 기관의 운영비를 포함한 포괄적인 수가로 기관에 따라서 관련인력에 대한 인건비가 다를 수 있고 수가 수준에 따라 인력의 질적 문제가 발생할 수 있으며, 또한 수급자에게 추가적으로 급여 외 서비스를 강요하는 등의 부작용이 발생할 수도 있다. 따라서 전문인력 양성에 있어서 유사인력의 활용을 고려하여 전환 또는 보충교육 프로그램의 개발을 통한 질적 확보와 수발보장수급자에게 만성질환(건강보험)과 수발보장(수발보장)이 동일한 시공간적 서비스 제공을 가능하도록 인력운영과 보호서비스 제공계획을 위한 포트폴리오 체계 개발 및 교육이 함께 이루어져야 한다. 또한 현재 확보된 유사인력 외에 이미 공적부조대상자에 대한 서비스 제공 인력과 민간자원봉사자 그리고 사설단체에 의한 자격증 난립이 이미 예상되고 있는 만큼 이들에 대한 자격 기준을 초기에 마련함으로써 제도에 걸림돌이 되지 않도록 하여야 한다.

5) 제도의 지속가능성 문제

제도의 지속 가능성 문제는 사회보험으로서 수발보장의 미래에 있어서 다른

사회보험보다 더욱 심각하게 다가올 수 있는 가장 큰 체제에 대한 도전으로 해결해야 할 과제이다. 선진국의 경우 수발보장을 도입하면서 재정부담의 급속한 증가를 우려하여 최소한의 급여제공을 원칙으로 하여 보험료 상승압력을 억제함으로써 재정부담이 안정적으로 증가하도록 노력하였다. 그럼에도 불구하고 독일의 경우 1999년 비용지출이 보험료수입을 초과했으며 일본의 경우, 현재까지는 흑자재정이나 흑자 폭이 해마다 감소하고 있는 실정이다. 지출증가요인의 중심은 수요증가로, 이는 다시 시설수요의 급속한 확대 및 확충으로 이어진다. 한국의 경우도 수요의 급속한 증가와 급여지급요구로 이어지는 시설 및 인력 인프라 확충에 있어 재정부담이 가중되는 어려움을 겪게 될 것이다.

게다가 제도 도입 시 단계별 급여대상 확대 계획이 국민적 반발을 크게 야기하여 계획과 달리 급속히 대상을 확대 할 경우 제도 전체 체제에 대한 혼란이 야기될 가능성이 높은 만큼 이에 대한 별도의 대비가 필요하다. 정부발표에 따르면 2007년 수발보호대상 7만 2,000명(65세 이상 5등급/ 공적부조대상자는 4등급) 가운데 1만 4,000명이 시설부족으로 수발서비스를 받지 못할 것으로 예상되고 있으나, 만일 국민적 반발로 모든 대상자에게로 확대될 경우에는 71만 명이 서비스대상이자 되므로 더욱더 큰 혼란이 예상된다.

현재 보험료 산정은 주변 상황 등을 다소 낙관적으로 고려한 것이기 때문에 급여대상이 확대될 경우 이에 상응하는 보험료인상은 불가피 할 것이며 다시 가입자의 반발을 초래할 수 있다. 따라서 처음부터 일정수준 이상에 대한 급여지급을 고려하여 이에 대한 재정계획을 사전에 마련하는 것이 바람직할 것이다.

6. 결론

수발보장의 도입은 수발보호에 대한 급격한 수요증가 및 공급체계의 미비 등 현실을 고려할 때 필수적인 정책 선택이며 이에 따라 기대되는 경제 사회적 효과는 긍정적으로 판단된다. 수발보호 대상 본인 또는 가족의 부담 경감 및 국민 노후불안 해소이라는 사회보험적 1차 기능 외에 수발을 치료 대상에서 분리함으로써 건강보험의 노인의료비 감소 효과, 노인전문인력 등 고용창출효과, 수발 시설 등 수발보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화 등 국민경제에 상당히

긍정적인 효과를 기대할 수 있기 때문이다.

또한 사회보험으로서 수발보장의 도입은 한국의 사회보장에 있어서 도전이자 발전의 도약 기회이며 국제적 관점에서 사회복지에 대한 새로운 모델 구축으로서 본보기가 될 것이다. 한국은 선진국에서 이미 운영되고 있는 사회복지제도를 선택하여 도입하는 수준에 있었으나, 수발보장제도의 도입은 이와는 달리 사회보험으로서 수발보호를 수행하도록 하는 적극적 대책으로서, 사회복지에 대한 새로운 전기를 마련한 것으로 판단된다. 이는 한국이 그동안 선성장 후분배의 기조에서 벗어나 성장과 분배의 조화를 추진하는 체제로 전환하고 있음을 의미하는 것으로, 그동안 한국을 성장의 모델로 인식하고 있는 관련 국가들에게 성장과 분배의 조화모델로 관심이 집중되고 있다. 한국의 수발보장제도의 성공적 도입과 안정적 정착은 한국 사회보험체제를 새롭게 규정하게 될 것이며, 수발보장의 성격상 중앙과 지방 그리고 민간의 조화가 이루어짐으로써 최대한의 기능과 역할을 수행할 수 있는 만큼 한국의 이상적인 혼합복지(welfare mix)를 이룩하는 계기가 되도록 하여야 할 것이다.

그러나 현재의 논의는 사회보험체제로 제도를 도입할 경우 논의하여야 할 내용이 아니라 최초 논의 과정에서 이미 전제되었어야 할 수발의 개념이나 사회보험 또는 사회보장 단계에서 판단하여야 할 논의이며 심지어는 민영보험 논의가 구호와 함께 제기되는 경우도 있어 부정적인 측면도 내포하고 있다. 또한 사회보험제도 체계에서 이미 과거 경험을 통하여 검증되어 상호연결 되어야 하는 제도 내용을 전문적 접근보다는 단순히 상호 배타적인 주장으로 혼란을 가중하는 등, 제도 내용 결정을 통하여 제도 도입을 준비하는 과정을 상실할 위험도 보이고 있다. 결국 우리가 명심해야 할 것은 논의대상 그리고 문제가 어디에 있는가 하는 것으로 전체 사회보험체제에서 또는 수발보험체제에서 논의해야 한다면 그 범위에 맞는 논의를 해야 한다는 것이다.

수발보험 관련하여 합의되는 내용은 앞으로 우리 세대가 아닌 몇 백 년을 함께 해야 할 사회체제의 중요한 부분으로서, 정치적 관점이나 기존의 기득권 유지나 무엇을 주장하는지조차 모르는 구호는 스스로 자제해야 한다. 왜냐하면 이러한 논란은 국민으로 하여금 제도 역할 인식을 왜곡시키는 결과를 야기하여 체제의 근본적인 가치를 상실하게 하는 과오를 범할 수 있기 때문이다. 따라서

수발보험제도의 내용을 결정하기 위한 논의가 수발보장 자체를 어떻게 하여야 할 것인가에 대한 논의와 혼동되지 않도록 하여야 하며, 제도 내용을 설계함에 있어서 선택적 접근이 아니라 협력을 통한 조화방안에 집중하여야 할 것이다.

K C I

참고문헌

- 김태성·김진수. 2003. 『사회보장론』. 청목출판사.
- 김진수. 2004. “한국의 요양보험제도 도입과 과제: 서울시의 조정 역할을 위한 정책과제를 중심으로”. 한일포럼. 한국사회복지정책학회.
- . 2005(a). “한국공적요양보장제도의 도입과 과제”. 노인수발보장한일사회복지포럼. 서울시.
- . 2005(b). “고령화와 한국사회복지정책의 선택, 고령화에 따른 보건복지정책의 한일비교”. 연세대학교 보건·복지연구소.
- . 2006. 정부 노인수발보험 관리운영부체에 관한 국회 정책토론회 발표 자료.
- 보건복지부. 2004. 공적노인수발보장제도 실행위원회 회의자료.
- . 2005(a). 노인요양서비스 전문인력 양성사업단 자료.
- . 2005(b). 노인요양서비스 전문인력 양성사업자료.
- . 2006(a). 노인수발보험법 법안심사소위원회 심사자료.
- . 2006(b). 『외국의 노인수발보험제도』.
- 한국보건사회연구원. 1999. “장기입소노인시설 보건의료서비스 제공현황 및 개선방안 연구”.
- . 2000. “노인 장기요양보호 종합대책 방안”.
- Bäcker, G./Heinze, R. G./Naegele, G. (Hg.). 1995. *Die Sozialen Dienste vor neuen Herausforderungen*. Münster.
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit. 1995. *Stellungnahme zur Rolle und Bedeutung der Kommunen und Länder im Zuge der Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes*. in: Igle, G./Khner, S./Naegele, G.(Hg.): SGB XI als Herausforderung für die Kommunen. Dortmunder Beiträge zur

- angewandten Gerontologie. Bd. 4. Hannover.
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.), 1995. *Übersicht über das Sozialrecht*. Bonn.
- Catherince Jones. 1985. *Pattern of Social Policy - An Introduction of Comparative Analysis*. Tavistock Publication.
- Dankowski, W./Lucek, K. 1990. *Neue Formen lokaler Sozial- und Gesundheitsdienste*. Köln.
- Esser, H. 1991. *Soziologie*. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt/New York.
- Fachinger, U./Rothgang (Hg.). 1995. *Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes*. Berlin.
- Philippa Webb. 2003. "Legislating for care : a comparative analysis of long-term care insurance law in Japan and Germany". *Social Science Japan Journal*. Vol. 6 No. 1.

K C I

<Abstract>

Issues and its policy tasks on the introduction of
long-term care system

Kim, Jin Soo^{*} · Park, Eun Young^{**} · Ahn, Su Ran^{***}

The government is driving an introduction of long-term care system in the form of social insurance in 2008 by stages. Long-term care system has been required with regard to the demographic change, caused by rapidly ageing population and low fertility and social changes such as the trend toward the nuclear family, increasing in women's social participation and burden on supporting family. From now on, it seems to be urgent the introduction of long-term care system because policy actions are required as the social demand on the care is more and more increasing. Issues and its policy tasks which are pointed out at the stage of debate on long-term care system should be discussed at large. However, such a trial has not be actively accomplished yet. In this sense, this paper analyzes general problems and tasks, which are necessary for the introduction of long-term care system. First of all, in systematic aspects, we analyze theoretical approaches and fundamental features of system. Additionally, we point out the limitations and tasks of establishing relationship between coverage and beneficiaries, and franchise system in institutional aspects.

In regard of facilities and personnel infra-structure, which would be basic factors on the introduction of system, we point out their problems

* Associate Professor, School of Social Welfare, Yonsei University

** Researcher, Center for Social Welfare Research, Yonsei University

*** Researcher, Center for Social Welfare Research, Yonsei University

by now and press to make an effort to solve them. Finally, we suggest to harmonize policies through cooperation between the central- and local governments to introduce the long term care rationally, settle it stably and attain the sustainability of the system.

Key words: long-term care system, systematic aspects, institutional aspects, establishing of facility and personnel infra-structure, the central and local government's effort.

K C I