

노인장기요양보험 시행을 위한 보완적 서비스 전달체계 제안: 시설급여를 중심으로

김철수*

- 요약 -

이 글의 목적은 노인장기요양보험의 시행을 앞두고 보완이 필요하다고 판단되는 정책을 제안하기 위한 것으로 특히 시설급여에 초점을 맞춰 논의를 진행하였다. 지금까지 우리의 노인요양보호 체계는 낮은 수준이었고 더욱이 공공부조와 연결된 저소득층 중심의 공공시설 위주로 운영되어 왔기 때문에 중산층의 노인요양이 더 어려움을 겪어 온 것이 현실이다. 이러한 상황에서 노인장기요양보험이 시행된다면 시설의 부족, 시설 간 격차, 시설의 지역 간 불균형 배치, 그리고 계층 간 다양한 욕구에 대한 충족의 어려움 등이 예상된다. 이러한 문제인식을 바탕으로 이를 보완할 방안을 제안하였는데 핵심은 국가, 민간부문, 가족 등의 다양한 공급주체를 활용하는 것이며, 이 주체들의 역할을 중심으로 대략 두 가지 내용으로 구성되었다. 시설확충과 관련하여 국가의 역할과 책임을 강조하였는데 국가의 직접적 재원마련을 통한 시설확충이 어렵다는 점을 고려하여 노후 아파트와 낙후 지역의 재개발을 이용한 시설 확충방안과 기존 주택이나 시설을 국가가 매

* 선문대학교 사회복지학과 교수(cskim@sunmoon.ac.kr)

입하여 리모델링하는 방안을 제안하였다. 또한 시설 신축에 민간 참여를 활성화할 수 있는 방안으로 사회적 기업으로 하여금 신축시설을 운영하도록 하고, 수익사업을 허용함으로써 이 기업이 중산층 이상 가정의 욕구를 충족시킬 수 있는 보험 대상 이외의 서비스를 제공할 수 있게 하고 수익사업으로 인한 이익은 종사자의 전문화와 임금향상, 그리고 국가가 지원한 시설 신축비용의 충당에 사용하도록 제안하였다. 한편 가정의 부담을 줄이기 위한 비용과 인력에 대한 방안으로는 가족의 요양서비스 참여, 참여 가족에 대한 보상급여, 그리고 원하는 가정은 상호원조집단을 조직하여 국가의 시설지원 하에 시설운영과 서비스 전달체계에 직접 참여하는 공동부양제도를 제안하였는데 이 제도는 가족의 비용부담의 경감과 아울러 전통적인 가족윤리의 유지에도 도움이 될 것으로 기대된다.

주제어: 노인장기요양보험, 시설급여, 요양시설, 서비스 전달체계

1. 서론

1) 연구의 배경과 목적

본 연구는 고령사회에 대비한 한국의 사회복지서비스 전달체계의 개선방향에 관한 것으로 그 중에서도 특히 노인장기요양보호서비스의 전달체계에 대한 문제점을 수요자의 측면에서 진단하고, 이를 개선하기 위한 정책방안을 제시하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 특히 최근 제정되어 내년 시행을 앞두고 있는 노인장기요양보험의 성공적인 정착을 위한 보완정책을 제시하는데 초점을 맞추고자 한다. 많은 진통을 겪고 제정된 노인장기요양보험은 현재 열악한 수준인 요양서비스 전달체계로 인해 그 시행과 관련해서도 우려가 많은 것이 사실이다. 이러한 사실을 염두에 두고 요양시설을 중심으로 현재 노인요양서비스의 전달체계가 안고 있는 문제점을 진단하고 이를 근거로 노인요양보험을 보완할 만한 방안을 모색할 것이다.

한국은 이미 고령화 사회를 지나 고령사회로 진행하고 있는 중이다. 지난 2000년 65세 이상 노인인구 비율이 7.1%를 넘어 고령화 사회가 되었으며 2019년에는 이 비율이 14%를 넘어 고령사회가 될 것으로 일찍이 예측되었다(통계청, 2001). 고령사회가 주는 충격은 이미 여러 곳에서 지적되고 있는데(박동석, 김대환, 이연선, 2004; 박경숙, 2003; United Nations Population Division, 2001), 특히 유엔 인구국은 이 충격이 어느 한 부문에 국한된 문제가 아니라 경제, 사회, 정치 등 모든 분야에 연결되어 있는 총체적 문제임을 지적하고 있다¹⁾. 그 중에

1) 유엔 인구국이 제시한 고령사회의 영향은 경제적 측면에서는 경제성장, 저축, 투자, 소비, 노동시장, 연금, 세제, 세대 간 이전의 문제, 사회적 측면에서 건강 보호, 가족구성, 주택, 이주, 그리고 정치적 측면에서는 투표행위와 그 결과 등이다.

서 사회복지분야와 관련하여 고령사회에서 해결해야 할 중요한 문제로는 경제활동인구와 노인인구 간 사회적 자원 분배에 있어서의 세대 갈등문제, 노인인구의 경제와 사회에 대한 기여 강화방안, 연금과 의료보험, 그리고 노인장기요양서비스의 개혁문제, 그리고 연금기금확보를 위한 재정개혁문제 등을 들 수 있다(OECD, 1998).

이와 같은 고령사회의 다양한 문제들 중에서 이 글이 특히 관심을 갖는 분야는 노인장기요양서비스의 전달체계개혁에 관한 것이다. 고령사회가 되면 폭발적으로 노인요양과 관련된 복지욕구가 증가할 것이고 핵가족화와 여성의 사회진출로 인한 가족의 부담증가는 심각해질 것이기 때문에 노인요양문제는 최우선으로 해결되어야 할 시급한 과제로 판단된다(박경숙, 2003). 치매를 비롯해 보살핌을 필요로 하는 노인요양문제는 보호와 감시를 동시에 요구하기 때문에 다른 어떤 문제보다도 노인 본인은 물론 가족에게도 심각한 고통을 안겨준다. 즉 장기요양을 필요로 하는 노인을 부양하는 가족은 생활의 제약과 정서적 문제, 경제문제, 가치, 규범의 문제, 그리고 보건, 의료문제를 포함하는 가족생활의 모든 영역에서 고통을 겪는 과중한 부양부담에 시달리고 있는 실정이다. 예를 들면, 치매의 경우 그 유병률은 연령에 따라 높아지기 때문에 이미 고령화 사회로 접어든 한국의 경우 치매노인과 부양가정은 급속히 증가할 전망이다²⁾. 최근의 사회통계조사에서 밝혀진 바와 같이 사회복지분야에서 국민들이 가장 원하는 복지서비스가 ‘노인돌봄’이었다(통계청, 2007b). 따라서 빠른 시일 안에 노인요양보호에 대한 대책이 마련되지 않으면 심각한 사회문제가 될 것은

2) 치매유병률은 조사지역에 따라 큰 차이를 보이지만 공통적으로 연령이 증가함에 따라 급격히 높아진다는 결과를 보여준다. 관련 연구들에 의하면 연령별 치매유병률은 65세에서 69세의 경우 0.9%-3.1%, 70세에서 74세의 경우 0.5%-7.0%, 75세에서 79세의 경우 2.2%-16.1%, 80세 이상은 8.8%-38.9%로 보고되었다(서미경·오경석·오영희, 1996: 32, <표 II-2>). 한편 한국보건사회연구원의 보고서에서는 65세 이상 노인인구의 8.2%를 치매유병률로 추정하였다(2001).

자명한 사실이다.

정부에서도 이 문제의 심각성을 파악하고 노인장기요양보호정책기
획단을 구성하여 욕구조사 및 정책입안을 시도하였고(보건복지부,
2004: 한국보건사회연구원, 2001), 그 결과 비록 제정 과정에서 많은
진통을 겪기는 했지만 노인장기요양보험법이 통과되었다. 이 법이 노
인장기요양보호에 많은 도움을 줄 것으로 기대하면서도 한편으로는
우려되는 바가 없지 않은 것도 사실이다. 이 우려를 불식시키고 성공
적인 이 법의 정착을 위해서는 고령화와 관련하여 선진국과 우리의
차이를 이해하는 작업이 선행되어야 한다.

결론부터 말하면 선진국의 경우 고령화 대응 정책의 방향은 OECD
에서 권고한 바와 같이 고령사회로 인해 발생한 부담을 덜어내기 위
한 쪽으로 제도개편이 이루어졌거나 진행 중이지만(김철수, 2006)³⁾,
우리의 경우, 특히 사회복지서비스 분야에서는 선진국의 이러한 재편
방향과는 정반대인 재정을 확대하는 쪽으로 나아갈 수밖에 없는 상황
이다. 이는 대략 두 가지 측면에서 우리와 선진국 사이에 차이가 있기
때문이다. 첫째, 우리의 경우 고령화가 다른 어느 나라보다 빠른 속도

3) OECD는 1998년 발표된 보고서에서 고령사회에 대응하기 위한 공통 지침을
제시하였는데 그 내용은 첫째, 연금, 조세제도, 그리고 사회복지프로그램에서
조기퇴직에 대한 유인책과 정년이후 퇴직에 대한 재정적 부담을 제거하라는
것, 둘째, 고령자의 고용능력향상과 고용기회확대를 위한 다양한 개혁이 필요
하다는 것, 셋째, 연금급여의 수준을 낮추고 보험료를 높이는 등의 제도개선을
통해 재정적자를 감소시켜야 한다는 것, 넷째, 융통성 있는 퇴직 결정과 세대
간 부담의 균형을 위해 조세와 복지제도, 그리고 개인저축과 개인소득 등을
통한 노후소득을 다양화해야 한다는 것, 다섯째, 요양인구를 줄이는 방향으로
의료와 장기요양에 있어서의 비용효율성을 제고해야 하며 고령인구에게 요양
을 제공할 수 있는 적절한 정책이 개발되어야 한다는 것, 여섯째, 금융시장을
통한 연금기금의 효율적 관리의 필요성, 마지막으로 이러한 고령화 대응전략
은 국민적 이해와 지지를 통해 국가적 차원에서 수립되어야 한다는 것이다.
이 지침은 사회복지제도의 근본적 개혁을 요구하고 있으나 결국 그 중에서도
특히 연금개혁을 통해 재정 부담을 줄이고, 정년연장과 노인들의 고용기회를
확대하고, 의료비는 노인요양을 중심으로 효율적으로 사용해야 한다는 것에
그 초점을 맞추고 있다(OECD(1998).

로 진행되고 있다는 점이다. 선진국의 예를 보면 고령화 사회에서 고령사회가 되는데 걸린 기간이 프랑스의 경우 115년, 스웨덴 85년, 미국 71년, 일본은 이보다는 훨씬 짧지만 24년이였다. 하지만 우리는 이 기간이 19년으로 예상되고 있으며, 더 나아가 불과 7년 만에 고령사회에서 초고령 사회(20%)가 될 것으로 전망된다(통계청, 2001). 이렇듯 급속히 진행되는 한국의 고령사회 진입속도는 빠른 속도로 함께 진행되고 있는 저출산과 맞물려 더욱 속도감을 느끼게 하고 있다. 이와 같은 선진국과의 고령화 속도에 있어서의 차이는 선진복지국가가 점진적으로 고령화에 대응할 수 있었던 것에 비하면 우리의 경우는 신속한 대응이 필요하다는 것을 의미한다. 정부도 위기의식을 갖고 2005년에 저출산 대책과 고령자의 고용, 소득보장, 건강증진 등이 포함된 고령사회기본법을 제정하였고, 특히 올해 2007년에는 노인장기요양보험법을 제정하여 내년 7월부터 시행할 예정이다. 이러한 일련의 노력에도 불구하고 고령사회로의 빠른 진입속도를 따라잡기에는 정부의 대응 속도가 너무 느리게만 느껴지는 것이 사실이다. 이는 전적으로 정부의 역할만으로 이 문제를 해결하기에는 본질적으로, 그리고 현실적으로 무리가 있다는 점을 입증하는 것이다. 따라서 사회 각 분야의 인프라를 동원할 수 있는 체계를 모색하는 것이 시급히 해결해야 할 최우선 과제라 할 것이다.

둘째, 선진복지국가의 경우 이미 100여년의 기간을 거치면서 사회복지제도를 확립해왔다. 1960년대를 복지국가의 완성기라고 한다면 선진국의 경우 이미 고령사회가 되기 이전에 복지국가로서의 제도를 완비할 수 있었다. 따라서 이미 GNP의 20%-30%를 사회복지재정으로 지출하고 있는 상황에서 고령화에 대응하기 위한 전략을 수립할 수 있었고, 효율성을 높이는 방향으로 제도개편이 가능했다(김철수 2006). 하지만 우리의 경우에는 GNP의 5%정도를 사회복지재정으로 지출하는 상황에서 고령화 대응정책을 마련해야 되는 입장이다. 이는

선진국의 경우와는 달리 사회복지재정을 상당한 수준으로 증가시켜야 하는 방향으로 개혁이 이루어져야 하기 때문에 이 들 국가에 비해 상대적으로 더 어려운 과제를 안고 있다고 할 수 있다. 이러한 현실 또한 정부의 역할 만으로 문제해결이 어려운 심각한 이유이다. 따라서 정부의 과도한 재정 부담을 효율적으로 해결하기 위해서는 재정지출의 방식과 그 우선순위를 결정하는 것이 매우 중요한 과업이 될 것이다.

이러한 차이점과 정부의 과도한 역할을 기대하기 어렵다는 점을 이해한다면 노인장기요양보험의 시행과 관련하여 다음과 같은 문제점을 지적할 수 있다. 첫째, 현재 한국의 장기노인요양보호시설 인프라로는 요양보험이 활성화될 수 없기 때문에 자칫 무료 혹은 실비이용 대상자들 위주로 운영될 가능성이 높다는 점이다. 이런 이유로 노인장기요양시설이 서비스의 질과 시설 수에 있어 획기적으로 개선, 확충되어야 한다는 주장에는 이론의 여지가 없다. 하지만 시설 확충의 책임이 전적으로 정부의 몫이라거나 뚜렷한 유인책 없이 민간참여 활성화를 강조한다면 요양보험을 시행하기 위한 시설확보는 실패할 가능성이 높다. 부연하자면, 복지서비스의 모든 분야에서 국가가 해결해야할 문제가 산적해 있으므로 노인 장기요양보호를 위한 시설확충이 국가의 주도 하에 빠른 시일 안에 획기적으로 해결되리라고 기대하기에는 현실적으로 무리한 요구인 것이 사실이고, 한편으로 민간 부문에 적절한 인센티브가 주어지지 않는다면 민간부문 활성화를 통한 시설확충 역시 어려움에 직면할 것은 확실하다. 이러한 관점에서 시설확충을 위한 정책적 대안이 필요하다고 판단된다.

둘째, 서비스의 질에 대한 문제이다. 현재 저소득층 위주로 요양시설이 운영되고 있다는 점을 감안하며 장기요양보험이 시행되면 그 운영비용은 급격히 증가하면서도 요양 서비스의 질에 대해 일부계층의 이용자는 만족하지 못할 가능성이 높다는 점이다. 현재 국민연금을

비롯한 특수직역 연금들과 국민건강보험이 겪고 있는 재정문제의 시행착오를 노인장기요양보험에서 되풀이하지 않으면서, 동시에 수요자의 욕구를 만족시킬만한 서비스를 제공하기 위한 보완적 정책 또한 필요하다고 판단된다.

현재 시행을 앞두고 있는 노인장기요양보험은 전 국민을 대상으로 하는 사회보험이므로 지금까지 시행되던 저소득층 위주의 공공정책과는 전혀 다른 제도이다. 따라서 사회보험으로서의 노인요양보험이 성공적으로 정착되기 위해서는 우선 다양한 수요계층의 욕구에 맞는 적절한 서비스가 제공되어야 함과 동시에 중산층이나 그 이하 가정의 경제적 부담을 실질적으로 줄일 수 있어야 할 것인데, 사회보험의 체계 상 이 중에서도 특히 중산층의 부양부담을 확실히 줄일 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 이러한 판단을 근거로 이 글에서는 사회보험의 주체인 공공부문과 비공식 부문인 민간부문의 역할을 결합시키는 다원주의적 노인요양서비스모델을 제안하고자 한다. 이 모델에는 노인요양에서 부담해야 할 몫이 계층별로 명확하게 제시되어 있는 서비스 전달체계와 이러한 전달체계를 활성화시킬 수 있는 국가의 역할이 포함될 것이다.

2. 노인장기요양보험 시행 상 문제점과 대책

이 장에서는 노인장기요양보험의 시행을 위해 병행되어야 할 보완적 정책 개발을 위해 현재 우리나라의 노인요양서비스의 실태와 문제점에 대해 시설을 중심으로 살펴보고 그 이후 이를 근거로 계층별 서비스 전달체계 모형에 대해 제안하고자 한다.

1) 한국의 노인장기요양보호의 실태와 문제점

(1) 시설 간 격차의 문제

한국의 사회복지수준이 낮다는 사실은 새삼스러운 지적이 아니다. 특히 사회복지서비스 분야는 적어도 지출 수준으로만 판단해도 다른 분야에 비해 현저히 낮은 편이다(김철수, 2003). 결과적으로 이 점 때문에 노인장기요양보험이 제대로 시행될 수 있을까 하는 염려가 생기는 것이다. 한국의 사회복지서비스가 사회보험에 비해 상대적으로 낮은 수준에 머물러 있는 이유는 사회복지의 발달단계가 서구 복지국가와는 다른 양상으로 진행되었기 때문으로 추론할 수 있다. 서구 복지국가들의 사회복지발달과정은 구빈법을 시작으로 자선조직협회와 인보운동을 두 축으로 하는 민간차원의 사회복지가 출현하였고 이후 사회보험이 등장하였다(박광준, 2002). 이는 좁은 의미의 사회복지의 개념인 사회문제의 해결이 사회복지의 핵심 영역으로 먼저 자리 잡았고 이후 보편적 국민의 삶의 질 향상을 의미하는 넓은 의미의 사회복지의 개념이 발달하였음을 보여주는 것이다. 반면에 한국은 좁은 의미의 사회복지인 사회복지서비스가 기본체계를 갖추기도 전에 이미 복지국가라는 넓은 의미의 사회복지가 도입되었다. 이로 인해 사회보험은 단기간에 확대된 반면 사회복지서비스는 제한된 자원과 무관심으로 인해 지극히 선별주의적 방식으로 제공되면서 공공부조와 긴밀히 연결되는 체계가 되어 버린 것이다⁴⁾. 따라서 현재 사회복지서비스 대상자는 저소득층으로 극히 제한되어 있는 것이 현실이다. 공공부조와 사회복지서비스의 연결은 노인장기요양보호의 경우에는 더욱 심각하다. 현재의 이 상황은 노인장기요양보험이 시행될 때 시설 간 격차를 극복해야만 하는 심각한 문제를 야기할 것이다. 현재의 노인요양시설 현황을 살펴보면 이 문제를 보다 구체적으로 파악할 수 있다.

<표 1>에는 2006년 말 현재 노인요양시설현황이 표시되어 있다.

4) 대부분의 사회복지서비스의 자격기준을 공공부조 수급자를 기준으로 선정한다는 사실은 이를 단적으로 보여주는 것이라 할 수 있다.

표에 의하면 전체 요양 및 전문요양시설은 815개소인데 이 중 기초생활보장수급자가 대상자인 무료시설과 차상위 계층이 대상인 실비시설이 642개소로 전체의 78.8%를 차지하고 있다⁵⁾. 이들 전체 시설의 입소정원이 40,589명인데 이 중 무료시설 및 실비시설의 입소정원은 35,608명으로 전체 정원의 87.7%를 차지하고 있어 시설수의 경우보다 그 비율이 더 높다. 이에 비해 중산층 이상이 이용할 수 있는 유료시설의 비율은 전체 시설의 21.2%, 전체 입소정원의 12.3%에 불과하다. 이 같은 시설현황은 노인요양시설이 저소득층을 위한 공공시설 위주로 운영되고 있다는 것을 뒷받침하고 있으며⁶⁾, 중산층의 경우 설사 비용을 부담할 능력과 의지가 있다 하더라도 이용할 시설이 매우 부족한데, 그나마 실제로는 대부분의 유료요양시설이 월 100만원에서 250만원의 높은 이용료를 받고 있어 입소대상이 중상류층 이상 경제적 능력이 있는 가정에 한정되어 있는 관계로 일반 중산층이 이용할 수 있는 시설은 매우 부족한 실정이다⁷⁾.

-
- 5) 노인복지법에 의하면 실비요양시설 이용대상자는 65세 이상 노인과 그 노인과 생계를 같이 하는 부양의무자의 소득을 합산했을 때 도시근로자가구의 1인 월평균소득액에 미달하는 노인인데, 2007년 기준 이 소득액은 101만 3천원이다.
 - 6) 노인장기요양보험의 시행을 앞두고 시설을 통합 운영하기 위해 2007년 노인복지법이 바뀌었으나, 이전까지 노인복지법 상 요양시설은 소득수준별로 무료요양, 실비요양, 유료요양으로 구분되어 있었고 정부의 보조금은 무료시설 위주로 지원되었기 때문에 노인복지정책이 공공시설 위주로 운영될 수 있는 환경이 조성되었다고 할 수 있다.
 - 7) 서울소재 모 노인전문요양시설의 경우 기본이용료는 6인실 기준 190만원, 1인실 300만원이며, 여기에 개별적으로 필요한 요양관리비(건강, 생활보조, 재활 등)가 추가된다.

<표 1> 2006년 말 현재 노인 요양시설 현황(단위: 개소, 명)

구분	계	무료시설	실비시설	유료시설
시설수	815	358	284	173
입소정원	40,589	24,991	10,617	4,981

자료: 보건복지부(2007), 『노인장기요양보험 인프라 확충 안내』, p. 32.

노인장기요양보험이 시행되면, 세 종류의 시설이 구별 없이 통합 운영될 예정인데 무료 및 실비요양시설과 유료요양시설 간의 격차가 없어지지 않는 한 대부분의 시설급여 대상자들이 무료와 실비요양시설을 기피할 가능성이 매우 높다. 그렇다면 수요자의 욕구를 충족시킬 서비스와 시설환경을 제공할 수 있는 유료시설이 획기적인 숫자로 신축되거나, 아니면 유료시설 수준의 정부 신축시설이 획기적으로 늘어야만 요양보험이 시설급여를 제공하는데 문제가 없을 것이다.

(2) 시설 수의 부족 문제

<표 2>는 보건복지부에서 예상하고 있는 년도 별 요양보험대상자 수와 국민건강보험공단에서 발간한 노인요양보험제도 2차 평가결과로 추론한 대상자 수를 비교한 것이다. 표의 왼쪽 부분에 인용된 대상자 수는 중등증 이상(요양 1등급~3등급)의 수를 보건복지부가 65세 이상 전체 노인인구 중에서 보건사회연구원의 연구모형 추계비율인 3.1%를 적용하여 추산한 것이다(보건복지부, 2007: 18; 국민건강보험공단, 2007:79). 이에 비해 표의 오른쪽 부분에 인용한 대상자 수는 국민건강보험공단에서 발간한 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영결과에 나타난 비율로 추론한 것이다. 2차 시범사업 결과에 의하면 65세 이상 시범사업 대상자 중에서 장기요양인정자의 비율은 3.34%로 앞서 보건복지부가 인용한 연구모형 비율인 3.1%보다 다소 높게 나왔다. 이는 대상자 수가 보건복지부 추산인 15만8천명보다 많은 16

만 5천명 정도 된다는 것을 의미한다. 표의 오른쪽 부분에 제시된 시설과 재가복지 대상자 수는 2차 시범결과 드러난 각 등급별 비율을 고려하여 추계한 것이다⁸⁾.

<표 2> 연도별 요양보험급여 대상자 추정수

구분	연구모형1)			2차 평가결과2)		
	대상자 수(명)			대상자 수(명)		
	계 (%)	시설 (%)	재가복지 (%)	계 (%)	시설 (%)	재가복지 (%)
2008년	158,000 (100)	59,000 (37)	99,000 (63)	165,000 (100)	61,650 (37)	103,350 (63)
2010년	169,000 (100)	89,000 (53)	79,000 (47)	185,000 (100)	91,535 (49)	93,465 (51)
2015년	20,000 (100)	106,000 (53)	94,000 (47)	219,000 (100)	109,355 (50)	109,645 (50)

자료: 1) 보건복지부(2007), 『노인장기요양보험 인프라 확충 안내』, p.18.
 2) 국민건강보험공단(2007), 『노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영결과』, p.79.

표에 의하면 전체 요양대상자 중에서 시설급여 대상자는 2008년에 5만 9천명으로 전체 요양대상자 중 37%를 차지하는 것으로 추계되어 있고, 이후 2010년과 2015년에는 각각 8만 9천명과 10만 6000명으로 전체 요양급여 대상자 중 53%를 차지하는 것으로 되어 있다. 따라서 2008년과 다른 두 해의 시설급여 대상자 비율을 비교해 보면 2008년

8) 보건복지부의 추계근거인 보건사회연구원의 연구모형과 2차 시범사업결과를 비교해 보면 요양대상 총 비율만 다르게 나온 것이 아니라 각 등급별 비율도 차이가 있었는데, 특히 1등급의 비율에 있어 많은 차이가 났다. 1등급은 시설 요양이 필요한 등급으로 간주하여 이를 시설 대상 수에 포함시킨 것이 <표 2>의 오른쪽 부분에 제시되어 있는 대상자 수이다. 각 등급별 차이는 다음과 같다:

	연구모형	2차 시범사업결과
1등급	0.5%	1.02%
2등급	0.7%	0.79%
3등급	1.9%	1.53%

도의 추계가 다소 축소된 것이 아닌가 생각된다⁹⁾. 하지만 보건복지부의 예상치를 근거로 추론하더라도 매우 많은 시설의 신축이 필요하다. 보건복지부에 의하면 2006년부터 2008년까지 3년 동안 919개의 시설을 신축하여 총 2만 9천명의 입소정원을 추가로 확보할 것으로 되어 있다. 따라서 2007년인 올해 8,000명의 정원을 확보하는 224개의 시설 신축이 되어야 하고, 내년에는 1만 3천명의 정원을 확보하는 414개의 시설을 신축하여야 한다. 이 계획대로라면 2010년에는 시설급여 대상자가 2008년보다 3만명이 증가하므로(<표 2>의 연구모형부분 59000과 89000의 차이), 2009년과 2010년 사이 2년 동안에 입소정원 3만명을 확보할 수 있는 952개의 시설이 신축되어야 한다. 결과적으로 2007년부터 2010년까지 4년 동안 입소정원 5만 1천명을 확보할 수 있는 1,590개의 시설이 신축되어야 요양보험을 시행하기 위한 시설이 확보되는 것이다. 4년 동안 이 많은 시설을 확보하기도 매우 힘든 목표인데, 선진국의 예를 보면 시설요양비율이 우리 보다 훨씬 높기 때문에 장기적으로 볼 때 요양보험이 정착되면 우리의 예상보다 더 많은 수의 시설을 매년 확보해야만 한다는 것을 알 수 있다.

아래의 <표 3>에는 노인복지서비스의 두 축인 시설보호와 재가복

9) <표 2>에 추계되어 있는 대상자 수를 <표 1>의 시설정원과 비교해도 문제점을 발견할 수 있는데, <표 1>에 의하면 무료 및 실비요양시설의 입소정원이 3만 5천 6백 8명으로 되어 있다. 따라서 이 수를 2008년의 시설급여 추계대상자 수인 5만 9천명과 비교하면 불과 2만 3천 4백명 정도의 차이를 보이는데 이 숫자가 무료 및 실비대상자를 제외한 그 위의 상위 소득계층 전체의 시설급여 대상자라는 것은 납득하기 어려운 추계라 할 수 있다. 이와 관련하여 2001년도 보건사회연구원의 한 조사보고서는 65세 이상 노인인구의 2%정도가 시설보호를 필요로 할 것으로 추계하였다(2001). 다소 시일이 지났지만 이 비율을 근거로 추계해 보면 2007년 65세 이상 총 노인인구 수는 약 481만 명이므로(통계청, 2007a), 장기시설요양보호 대상 노인은 대략 9만 6천명이 된다. 2%의 비율은 본 논문의 각주 9)에 표시되어 있는 2차 시범사업결과의 1, 2 등급 비율을 합한 1.81%와 매우 근접함을 알 수 있다. 하지만 대상자 추계에 관한 문제는 본 논문의 연구범위가 아니므로 보건복지부의 추계에 따라 시설규모의 문제를 논할 것이다. 단지 이 글에서는 대상자를 추계하는 데 있어 그 정확성을 재확인할 필요가 있음을 제안한다.

지의 비율이 나라별로 제시되어 있다. 전체 65세 이상 노인인구 중에서 시설보호를 받는 노인의 비율은 스웨덴의 경우 10%, 네덜란드 9.7%, 벨기에 6.6% 등으로 복지국가의 모델이라 할 수 있는 스칸디나비아 국가들의 시설보호 비율이 다른 국가들에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다. 또한 시설보호의 비율이 높은 이들 스칸디나비아 국가들은 재가복지도 다른 나라들에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다. 선진국의 경우 시설보호에 들어가는 비용의 부담으로 인해 최근 재가복지를 강조하는 방향으로 정책을 전환하고 있지만 그럼에도 불구하고 여전히 시설보호는 노인복지서비스 중에서 가장 비중이 큰 분야로 남아 있다¹⁰⁾. 다시 말하면 이들 국가들에 있어 시설보호는 노인복지서비스의 근간을 이루면서 동시에 재가복지의 범위를 확대시켜나가는 방향으로 개혁이 이루어지고 있는 것이다. 한국의 경우에도 노인장기요양보험 2차 시범사업결과 보고서에 의하면 수급자 욕구 중에서 시설입소를 원하는 대상자가 가장 많은 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2007: 89).

<표 3> 주요 OECD 국가의 65세 이상 노인인구 중 시설 및 재가복지비율

비율	벨기에	덴마크	독일	프랑스	이탈리아	아일랜드	네덜란드	포르투갈	스페인	스웨덴	영국	한국 ¹⁾
시설노인	6.6	5.3	5.9	4.5	2.3	5.0	9.7	2.0	2.0	10.0	5.0	1.2
재가노인	6.0	20.0	4.0	8.0	1.0	3.0	12.0	1.0	1.0	16.0	9.0	1.9

자료: Baldock and Ely, "Social care for elderly people", in Brian Munday and Peter Ely, *Social Care in Europe*, 1996, p.196(한국보건사회연구원, 2003, <표 6-3> 에서 부분 재인용)

1) 보건복지부(2007), 2008년 추계치(노인장기요양보험 예상수급대상자).

10) OECD 국가들의 노인복지서비스 지출비용을 살펴보다도 이 중 시설보호 비용이 차지하는 비율은 대략 40%에서 85%정도이다(한국보건사회연구원, 2003).

이와 같이 시설의 확보는 장기요양보호에서 필수조건임에도 불구하고 우리의 경우 단시일에 확보되기 어렵다는 구체적인 이유 중의 하나는 노인복지서비스에 지출하는 비용에서 찾을 수 있다. <표 4>에는 OECD 국가를 대상으로 노인인구증가율과 노인복지서비스 비용의 변화 추이가 제시되어 있다. 일본과 한국을 제외하면 모든 국가가 이미 1960년 이전에 고령화 사회가 되었음을 알 수 있는데 6·70년대가 복지국가의 완성기라는 점을 고려하면 이 들 선진국의 노인복지정책은 노인인구의 완만한 증가와 함께 서서히 진행되어왔다는 것을 알 수 있다. 즉 일본이나 한국의 경우와 같이 급격히 증가한 고령인구에 대응하는 측면에서의 정책이 아니었다는 것을 의미하는 것이다. 노인복지서비스에 지출한 비용의 대 GDP비율 또한 점증적으로 증가하였음을 알 수 있다. 이런 점을 감안하면 한국의 경우 단기간에 시설 확대를 위한 재원마련이 쉽지 않을 것임을 예상할 수 있다.

<표 4> 주요 OECD 국가의 고령화와 노인복지서비스 비용의 추이

국가	노인인구비율				GDP대비 노인복지서비스비용		
	1960	1980	1998	증가비율	1980	1998	증가비율
호주	8.5	9.6	12.1	26	0.08	0.65	8.13
핀란드	7.2	12.0	14.6	22	0.48	1.05	2.19
그리스	8.3	13.1	16.8	28	0.02('90)	0.13	6.50
일본	5.7	9.0	16.2	80	0.13	0.31	2.38
뉴질랜드	8.6	10.0	11.6	16	0.03	0.00	0.00
포르투갈	8.0	10.5	15.2	45	0.04	0.24	6.00
스페인	8.2	10.7	16.3	52	0.03	0.18	6.00
미국	9.2	11.2	12.4	21	0.24	0.09	0.38
한국	3.3	3.8	6.5	71	0.03('90)	0.08	2.67

자료: OECD, Social expenditure data, 1998(한국보건사회연구원, 2003, <표6-4>와 <표6-5>에서 재인용 및 재구성

(3) 지역 간 시설 수의 불균형 문제

요양시설이 지역 간 불균형하게 분포되어 있다는 사실도 노인장기요양보험을 시행하는데 있어 어려움을 초래할 것으로 예상된다. 보건복지부에 의하면 2006년 말 16개 시도 중 전국 평균 시설 충족률에 미치지 못하는 곳이 7곳으로 나타났으며 특히 서울시와 전라남도의 경우 각각 충족률이 37%와 57%로서 매우 낮은 수준을 보이고 있다. 이를 보다 세분화해 보면 232개 시군구중 요양시설 충족률이 80%가 넘는 곳은 68곳인데 비해 50% 미만인 곳이 93곳에 달하는 것으로 나타났다. 아울러 요양시설이 아예 없는 시군구도 24곳이나 되었다(2007).

요양시설의 지역적 불균형 배치는 자신의 거주 지역에 시설이 없는 경우 멀리 떨어진 시설로 입소하게 되므로, 노인으로서의 가족으로부터 격리된다는 느낌을 받게 되어 시설입소를 꺼리게 되고, 부양가족의 입장에서는 노인을 자주 방문하기가 어려워지므로 노부모를 소홀히 한다는 죄책감을 느끼게 됨과 동시에 가족으로서의 시설에 대한 감시가 소홀해 질 수 있다.

(4) 본인부담액과 서비스의 질

지금까지 시설과 관련된 문제는 국가가 해결해야하는 것이라면 이장에서 언급되는 문제는 수요자의 욕구와 경제적 부담과 관련된 것이다. 적어도 노인장기요양보험이 무리 없이 시행될 수 있는 기본조건인 시설의 확충 및 보강, 서비스 질의 향상, 그리고 적절한 재정확보 방안 등이 마련될 때까지라도 본인부담액을 감소시키고, 수준 높은 서비스에 대한 기대를 충족시키려면 수요자의 소득계층에 따라 시설과 서비스를 차별화하는 정책을 병행하는 것은 피할 수 없는 과제이다.

2) 노인장기요양보험 보완체계 방안

이 장에서는 위에서 논의한 한국 노인장기요양보호의 실태와 문제점을 근거로 노인장기요양보험을 보완할 정책적 대안을 제시하고자 한다.

(1) 시설확충과 지역 간 불균형 해소 방안: 정부주도와 민간 활성화

정부나 지방자치단체의 예산으로 직접 시설을 확충하기 어려운 상황에서 대안은 크게 세 가지로 제안될 수 있다. 첫째, 재개발계획과 연계하여 시설을 확충하는 방안, 둘째, 기존의 주택을 매입하여 리모델링하는 방안, 마지막으로 민간시장을 통해 시설을 신축하는 방안이다.

현재 우리 사회는 여러 형태의 재개발을 추진하고 있다. 구체적으로 예를 들면 첫째, 노후 아파트의 재개발사업과 노후지역의 재개발사업이 있다. 노후 아파트 재개발 사업의 경우 사업 후 막대한 차익이 부동산 거품과 이어진다는 점에서 현재 이익환수제와 같은 억제방안이 마련되고 있다. 이익환수제의 골자는 임대주택의 건설을 의무화하는 것인데 같은 방식으로 노인장기요양보호시설을 의무화하는 정책을 시행하는 방안이다. 무주택서민을 위한 임대주택이 필요한 만큼 고령화 사회에서 노인장기요양보호를 위한 시설도 중요하기 때문에 국민들의 동의를 얻을 수 있는 실현 가능한 정책이라 판단된다.

둘째, 노후지역의 재개발 사업은 지역격차를 해소한다는 점에서 시행되고 있는 정책인데 서울 강북지역의 뉴타운 건설이 대표적인 예가 될 것이다. 이 경우 노후 아파트 재건설사업에서보다 용이하게 시설을 확보할 수 있을 것으로 생각된다. 광범위한 지역을 단위로 계획되는 지역 재개발 사업은 주거지역과 상업지역, 편의시설지역을 새로

지정하는 것이기 때문에 노인장기보호시설을 포함한 사회복지시설의 건립도 가능할 것으로 판단된다. 만약 재개발 되는 시점에서 사회복지시설을 확보하지 못한다면 지금까지 당면했던 지역이기주의에 의한 사회복지시설 건립의 어려움을 감안하면 차후에 확보하기는 매우 어렵게 될 것이다.

마지막으로, 또 다른 형태의 국가지원 시설 신축은 신도시개발과 연계될 수 있다. 국토균형발전을 위한 행정수도의 건설이나 각 지역에서 추진되고 있는 신도시 개발 사업, 개혁도시, 기업도시 등을 통해 노인장기요양보호시설의 설치의무화를 추진한다면 국가의 직접적 재정부담 없이도 시설을 확충할 수 있을 것으로 보인다. 또한 지역 신도시 개발의 경우 사회복지시설 확충에 지방자치단체의 적극적인 참여와 역할도 강화할 수 있을 것으로 판단된다. 이 같은 경우 시설의 지역불균형 문제도 동시에 해결할 수 있는 이점이 있다. 같은 종류의 신도시 개발이지만 주체가 다른 기업도시의 활성화 사업에서도 사회복지시설 확충에 대한 기업의 의무를 규정하는 방안이 추진된다면 이 또한 유효한 정책이 될 것으로 보인다.

한편 아파트나 지역 재개발 사업, 혹은 신도시 개발이 추진되지 않는 지역에서는 정부나 지방자치단체가 주택을 매입하거나 기존 시설을 리모델링하는 사업을 통해 시설을 확충하는 방안이 있다. 즉 정부나 지방자치단체가 낙후된 기존 요양시설에 기능보강비를 지원하여 리모델링하거나, 기존 주택이나 건물을 매입하여 시설로 전환하는 사업이 추진하여야 한다. 이 방안은 정부나 지방자치단체의 직접 재원이 필요하기는 하지만 요양시설이 부족하거나 아예 없는 지역에서는 시급히 추진되어야 할 사업이라 할 것이며, 지역 간 요양시설의 불균형을 해소하기 위해서도 중요한 정책이다.

마지막으로 민간시장의 활성화를 통해 시설을 확보하는 방안이다. 정부에서도 시설 신축에 민간 참여를 활성화하기 위해 시설·인력 기

준 등을 완화하거나 적정운영이 가능하도록 하는 여러 방안을 강구하고 있고, 사회복지법인이나 종교법인 등의 적극적 참여를 기대하고 있으나 2006년 말 현재 유료시설의 입소정원은 5,000명에 그칠 정도로 그 실제 참여는 저조하다(보건복지부, 2007). 민간참여를 활성화시키기 위해서는 일정 수준의 수익사업을 허용하는 것이 필요하다. 이는 앞서 지적한 요양시설 간의 격차, 즉 무료·실비시설과 유료시설과의 격차를 신속하게 해소할 수 있는 대안이기도 하다. 일정 수준 이상의 서비스에 대해 장기요양보험에서 요구하는 본인부담금¹¹⁾을 초과하는 이용료의 수납을 통해 발생한 수익금을 인건비나 시설개선비에 사용할 수 있도록 허용하여야 한다. 단지 시장에 완전 개방하기에는 아직 시기가 이르기 때문에 사회복지법인, 의료법인, 사회적 기업 등의 비영리 단체에 우선 허용하여야 할 것이다. 특히 현재 유료시설이 절대적으로 부족한 점을 감안하여 신축시설은 이들 비영리 단체로 하여금 기존의 유료시설로서 운영하도록 하고, 시설 신축은 정부가 지원하되 장기적으로 수익사업을 통해 얻은 수익금으로 시설 신축비용을 갚아나가도록 해야 할 것이다. 시설의 수익사업화를 통해 궁극적으로는 시설 간 서비스 제공에 있어 서로 경쟁하는 체계로 나아가게 유도함으로써 전반적인 서비스의 수준향상을 도모하는 방안을 마련해야 할 것이다¹²⁾.

11) 노인장기요양보험법에 의하면 본인부담금은 시설급여의 경우 20%, 재가급여는 15%이다. 국민기초생활수급노인은 무료이다. 시설급여의 본인부담금액은 대략 30만원~50만원으로 예상된다(보건복지부, 2007).

12) 사회보험으로서 요양보험은 100% 공공시설로 운영되는 것이 바람직하나, 본문에서 지적한 것처럼 우리나라의 노인요양보호서비스는 저소득층을 대상으로 공공시설 위주로 운영되었으므로 이러한 시설들을 요양보험의 시설급여 수급장소로 활용하기에는 다소 무리가 있는 시설들이 많을 것으로 판단된다. 따라서 이들 시설의 수준을 향상시키는 것과, 중상류 이상 계층의 수요욕구를 충족시킬만한 신축시설을 확충하는 것이 필요하다. 이는 국민건강보험과 병원과의 관계 혹은 고급 양로시설의 운영실태 등을 보면 알 수 있을 것이다.

(2) 비용과 인력

노인장기요양보험의 적정 시설확보를 위해 정부 및 정부지원 하에 민간부문이 주된 역할을 해야 한다면 비용과 인력에 관한 보완 정책은 생활복지사와 생활지도원의 확충과 인력전문화, 그리고 가족을 부양인력으로 활용할 수 있는 정책이 필요하다. 이와 관련하여 전제되어야 할 점은 첫째, 노인요양시설의 종사자인 생활복지사와 생활지도원은 물론 재가복지 담당인력인 요양보호사의 경우도 포함하여, 이들을 저소득층을 활용하기 위한 자활정책의 대상자가 아니라 진정한 사회적 일자리의 창출이라는 관점에서 접근해야 한다는 사실과¹³⁾ 요양보험의 서비스에 대한 본인부담액 자체가 경제적으로 부담되는 가정이 있는 반면에 요양보험에서 제공되는 시설과 서비스가 기대보다 낮기 때문에 부담되는 가정도 있다는 사실이다. 이러한 전제 하에 이를 보완하기 위한 방안으로서 사회적 기업의 신축시설운영과 수익사업의 허용, 그리고 공동 부양제도를 제의하고자 한다.

① 사회적 기업의 활용

앞에서 신축시설은 사회복지법인 등의 비영리 단체를 통해 기존의 유료시설로서 운영하도록 하자는 방안을 제시하였는데, 이러한 시설을 운영할 비영리 단체는 시설운영 주체로서 사회적 기업의 형태로 참여하도록 하는 것이 바람직할 것이다. 노인장기요양보험을 시행하는데 있어 보험급여 외 서비스에 대한 유료시설과 수익사업의 운영주체로서 사회적 기업의 형태를 제안하는 것은 크게 볼 때 민간사회안

13) 한 인터넷 신문에 보도된 기사에 의하면 최근 정부가 시행하고 있는 바우처 사업 중 노인돌보미 사업에서 요양보호사와 유사한 사회서비스 업무를 담당하고 있는 종사자들이 불만을 터뜨리고 있다는데 그 이유는 저소득과 관련 외 잡 일 등으로 인해 사회적 일자리로서의 보람을 느끼기는커녕 '파출부'를 사회적 서비스라 포장한 것에 불과하다는 인식 때문이라 한다(오마이뉴스, 2007, 11. 21). 이러한 일이 요양보험이 시행된 이후 시설의 생활지도원이나 재가복지의 요양보호사에 계도 반복되어서는 안 될 것이다.

전망을 활용하자는 것이다. 하지만 이 글에서 의미하는 사회적 기업과 민간안전망의 차이점은 후자는 정부부문과 비교하여 순수 민간부문에서의 사회복지활동을 지칭하며 또한 대상자는 주로 소외된 저소득층의 복지를 위한 것인데 반해(최일섭, 2000) 전자는 국가의 지원으로 기업형태의 사회복지전달체계를 구축하여 수익사업을 위한 유료시설을 운영하도록 하는 것이다.

사회적 기업을 보다 구체적으로 설명하자면 다음과 같다. 사회적 기업은 영리를 추구하는 기업과 몇 가지 점에서 구별된다(김철수, 2001; 황덕순, 2001; Gilbert, 2001; 노대명, 2000). 우선 사적인 이윤창출을 목표로 하는 시장원리에 제약받지 않고 발생하는 이윤은 공동입금을 제외하고 지역사회에 환원하거나지역사회의 부를 증대시키는 방식으로 사용되므로 민간기업과 같이 사유재를 생산하는 것이 아니라 공공재를 생산하게 된다. 따라서 영리조직보다는 낮은 비용으로 장기노인요양보호를 제공할 수 있으므로 요양보험의 급여에서 제외되는 서비스를 제공받더라도 가족들의 경제적 부담을 덜 수 있게 된다. 둘째, 사회적 기업은 실업자를 고용하여 사회복지서비스를 공급하게 함으로써 그 자체로서 실업대책의 일환이 된다. 특히 현재 양적으로 크게 증가하고 있는 사회복지사의 배출문제와 경험 있는 사회복지사들의 전직문제를 해결할 수 있는 실마리가 된다는 점에서도 고무적인 정책이라 할 수 있다. 또한 수익사업으로 인해 창출된 이윤을 인건비에 사용할 수 있으므로 생활지도원들의 소득을 높여 이들을 전문인력화할 수 있는 계기가 될 것이다¹⁴⁾. 셋째, 사회적 기업은 특정인이 소유하는 것이 아니라 고용자 전체의 소유로 운영되므로 협동조합의 성격을 갖게 된다. 이러한 특징은 공공성이 강조되는 저소득층 대상

14) 현행 노인복지법에 의하면 생활지도원은 별도의 자격증이나 교육을 요구하지 않는다. 이는 저임금 노동자로서 활용이 가능했다는 것을 의미하는데, 보다 높은 소득이 보장된다면 이 들을 교육 및 자격증이 요구되는 전문인력화 할 수 있을 것이다.

의 기존 사회복지관과의 연계성이 용이하여 이들과 더불어 지역사회 복지의 중심적 역할을 수행할 수 있게 함으로써 노인요양에 관련하여 사회복지 분야의 통합적 서비스를 가능하게 할 것이다. 요약하면 사회적 기업을 노인장기요양보호시설의 서비스 전달체계로 이용하는 것은 현재 부족한 시설의 확충, 서비스 질의 향상, 그리고 시설 간 격차의 신속한 해소, 노인요양시설 종사자, 그 중에서도 특히 생활지도원의 전문인력화를 통한 사회적 일자리를 창출함으로써 실업문제 해결, 특히 양산되고 있는 사회복지사들의 일자리 창출에도 도움을 준다는 것이다. 사회적 기업은 실업대책의 일환으로서 자활후견사업을 통해 이를 활용하려는 기존의 정부정책이 있었지만 적절한 일자리를 창출하지 못한 관계로 민간기업과의 경쟁을 이기지 못하고 도태된 경험이 있다(김철수 2001). 하지만 노인장기요양보험의 한 운영주체로서, 그리고 노인장기요양보호와 관련된 서비스 전달은 사회적 기업에 알맞은 분야라 할 수 있기 때문에 실현가능성이 매우 높다고 판단된다.

② 공동부양제도

사회적 기업이 노인장기요양보험의 제도적 틀 안에서 중상류층 이상 수요자의 욕구에 대응하기 위한 서비스의 한 축을 담당하기 위해 비영리 단체가 참여하여 공공 조직적 성격을 갖춘 전달체계를 구성하는 것이라면, 공동부양제도는 가족들이 직접 참여하여 전달체계를 구성한다는 점에서 차이가 있다. 따라서 공동부양제도는 요양노인과 가족과의 전통적 부양관계를 유지하면서도 본인부담금을 줄여 가족의 경제적 부담을 최소화하는 것을 목적으로 한다.

이 글에서 제안하는 공동부양제도란 ‘시설급여를 제공받을 경우 원하는 가정들은 상호원조집단을 조직하여 국가가 지원하는 시설에서 직접 운영과 요양서비스를 분담하는 것’을 의미한다. 하지만 단순

히 시설운영과 생활지도원으로 서의 참여에 그치지 않고 가족들이 상호원조집단을 통하여 가정 간 지지체계를 구축하고 공동으로 문제해결을 모색하는 것이다. 참여하고자 하는 가족은 요양보호사 제도에 준하는 교육을 이수하여 자격증을 취득하여야 한다. 이를 통해 본인 부담금이 없는 의료급여대상자 가족은 자신의 노부모를 돌볼 뿐 아니라 요양보호사로서 해당 업무에 적용되는 현금급여를 지급받는다. 아울러 본인부담금이 부담되는 가족의 경우는 가족이 돌본 만큼에 해당하는 본인부담금을 감해주는 제도이다. 공동부양제도의 핵심은 노부모가 시설에서 요양을 하더라도 전적으로 타인에게 맡기는 것이 아니라 가족이 직접 참여하는 적극적인 역할을 하기 때문에 부모를 직접 모신다는 자긍심을 얻을 뿐 아니라 경제적으로도 도움이 된다는 것이다. 상호원조집단을 기반으로 하는 이러한 조합형 모델은 이미 몇몇 탁아시설에서 성공적으로 운영되는 사례가 있는 만큼 장기요양노인을 위한 사회복지서비스에도 그 적용가능성이 높다고 할 것이다. 하지만 이 글에서 제안하는 조합형 모델은 기본적으로 사회보험과 부양가족의 역할을 결합시킨다는 점에서 기존의 자발적 상호부조조직을 기반으로 하는 조합형 탁아시설과는 차이가 있다¹⁵⁾.

공동부양제의 장점은 무엇보다도 전통적 부양의식과 가족의 약화된 부양기능 사이의 갈등을 어느 정도 해결할 수 있다는 것이다. 시설보호의 경우 부모를 시설에 격리시킨다는 느낌이 강하고, 재가복지의 경우 제 3자에게 부모를 맡긴다는 생각이 강하기 때문에 비록 가족의 부양부담은 줄인다하더라도 전통적인 한국인의 부양의식과 배치되는 경향이 있다. 통계청의 사회통계조사에 의하면 노부모들은 60%가 자

15) 원래 이 제도는 노인장기요양보험법이 제정되기 전에 필자에 의해 제안되었으나 이 법이 시행되더라도 요양보험의 제도적 틀 안에서 충분히 고려해 볼 만한 제도라 판단되고, 다른 분야의 사회복지서비스에도 적용 가능성이 매우 높을 것으로 생각된다. 공동부양제도에 관한 구체적 논의는 김철수(2000)를 참고할 것.

녀들과 살고 싶지 않다고 생각하고 있지만(통계청, 2007b), 노부모 부양에 대한 책임이 가족에게 있다(63.4%)는 응답이 가족과 정부, 사회의 공동책임(26.3%)이다 혹은 정부, 사회의 책임(2.3%)이다라는 응답보다 월등히 많음을 알 수 있다(통계청, 2006). 이는 노부모들이 자녀들에게 부담을 주고 싶지 않지만, 여전히 자녀들은 부모에 대한 높은 부양의식을 갖고 있음을 알 수 있다. 노인요양보험 2차 시범사업평가 결과에서도 가족 등 비공식 수발자가 생긴 경우 방문요양서비스를 받지 않겠다고 응답한 경우가 향후 미이용 이유 중에서 가장 높았다(보건복지부, 2007: 138). 이들 조사결과를 근거로 판단한다면 공동부양제도의 활성화는 가족의 부담비용을 줄여줄 뿐 아니라 부모를 요양시설에 버린다는 죄의식으로부터 벗어나게 할 수 있어 가족의 부양부담과 부모에 대한 부양의식의 갈등을 조정하여 한국의 가족윤리를 유지할 수 있는 적절한 부양체계라 할 수 있다.

이상 제안한 대안들 중에서 특히 시설확충방안은 요양보험이 본격적으로 시행되기 전에 서둘러 진행되어야 한다. 충분한 시설이 확보되지 않은 상태에서 요양보험이 실시된다면 요양보험급여를 염두에 둔 많은 부적절한 시설이 난립할 개연성이 충분하기 때문에 요양보험 시행 후 또 다른 사회문제를 야기할 가능성이 매우 크다. 사회적 기업에 의한 신규시설의 운영과 수익사업의 허용, 그리고 공동부양제 등의 비용과 인력에 관한 방안들은 요양보험이 실시된다면 가족의 경제적 비용을 줄이는데 있어서 뿐 아니라 전통적 가족관의 유지, 사회복지에 있어서의 가족 간 상호원조체계의 구성 및 활용을 통해 요양보험의 성공적 정착을 위한 효과적인 방안이 될 수 있을 것이다.

3. 결론

이 글은 노인장기요양보험의 시행을 앞두고 현재 노인장기요양보

호서비스 전달체계의 실태와 문제점을 시설과 비용, 인력 면에서 짚어보고 이를 근거로 정책적 대안을 제안하였다. 이와 관련하여 노인장기요양보험을 보완하기 위한 정책으로서 시설의 측면에서는 신규시설의 확충과 시설 간 격차해소, 지역 간 시설배치의 불균형 등의 문제를 해결하기 위한 방안을, 그리고 비용과 인력의 측면에서는 수익사업을 통한 시설 종사자들의 전문인력화, 가족의 서비스 전달체계 참여 방안 등을 제시하였다.

장기노인요양보호는 현재 고통을 겪고 있는 가정만의 문제가 아니다. 우리 사회가 고령화되어 감에 따라 장기요양보호를 필요로 하는 가정은 급속히 증가할 것이고 심각한 사회문제로 대두될 것이기 때문에 일반국민들도 더 이상 남의 일로만 방관할 수는 없는 실정이다. 그러나 현재 우리나라의 장기노인요양보호체계는 상당히 미흡한 실정이며 그나마 현재 시행되고 있는 전문치료시설이나 요양시설, 재가복지서비스 등도 기초생활보장 수급자나 저소득 차상위 계층으로 제한되고 있으며 이러한 상황에서 노인장기요양보험이 시행된다면 중류층 이상 가정의 욕구를 만족시킬 수 있는 시설이나 서비스가 부족하여 요양보험의 성공적 정착을 장담하기 어려울 것으로 판단된다. 만약 이들 가정이 시설급여를 거부한다면 요양보험 자체에 대한 저항으로 발전될 가능성도 있을 것이며, 이럴 경우 이들 가정의 부양책임은 여전히 가족의 부담으로 남게 되는 악순환이 이어질 것이다.

이 글은 이러한 문제점을 배경으로 장기요양보험의 원활한 시행을 위해 요구되는 보완적 정책으로서 국가의 역할과 사회적 기업의 활용, 그리고 가족의 역할을 중심으로 하여 두 가지 내용으로 구성되었다. 우선 시설확충과 관련하여 국가의 역할과 책임을 강조하였는데 국가의 직접적 자원마련을 통한 시설확충이 어렵다는 점을 고려하여 노후 아파트와 노후 지역의 재개발을 통한 시설 확충방안과 기존 주택이나 시설을 국가가 매입하여 리모델링하는 방안, 그리고 민간참여

를 활성화할 수 있는 방안으로 사회적 기업으로 하여금 신축시설을 운영하도록 하고, 수익사업을 허용함으로써 이 기업이 중상층 이상 가정의 욕구를 충족시킬 수 있는 보험급여 이외의 서비스를 제공함과 동시에 수익사업으로 인한 이윤은 종사자의 전문화와 국가가 지원한 시설 신축비용의 충당에 사용하도록 제안하였다.

다른 하나는 보험급여 외 서비스를 이용하는 중산층 이상의 가정과 한편으로 본인부담금이 부담이 되는 저소득층이나 의료급여 가정의 부담을 줄이거나 현금급여를 받을 수 있는 비용과 인력에 관한 것인데 이는 사회적 기업을 통한 전달체계의 구축방안과 공동부양제도 실시 방안을 제시하였다. 사회적 기업은 국가지원 하에 민간부문에서 구성되는 공공조직으로 노인장기요양보험의 서비스 전달체계를 보완하자는 것인데 가족의 부담경감 뿐 아니라 사회적 일자리 창출에도 효과적이란 점을 강조하였다. 한편 공동부양제도는 시설급여 수급자를 대상으로 상호부조조직을 통해 노부모의 요양과 관련된 문제를 공동으로 해결할 뿐만 아니라 원하는 가족은 요양보호사로서 직접 서비스 전달체계에 참여하자는 것이었다. 이는 부담비용의 경감과 아울러 전통적인 가족윤리의 유지에도 도움이 되는 장점을 갖고 있다.

이 글에서 제안된 방안들은 후속연구를 통해 실천을 위한 구체적 안이 마련되어야 할 것이다. 이 중에는 노인장기요양보험의 급여 외에 어떤 서비스에 대한 기대가 있는 지 욕구조사를 통해 수요가 예측되어야 할 것이고, 부양가족의 전달체계 참여 의향과 생활지도원의 전문인력화 방안, 시설 신축비용에 대한 사회적 기업과 정부와의 역할 분담, 재개발 사업과 시설 신축의 연계방안 등에 대한 구체적인 조사가 필요할 것이다.

이 연구는 후속 연구의 결과에 따라 장기노인요양보호 뿐 아니라 지속적인 보살핌이 필요하지만 사회보험으로 대응하기 어려운 아동, 장애인을 위한 장기시설보호는 물론 단기시설보호나 주간보호 등을

위한 사회복지서비스 정책개발에도 활용될 수 있을 것이며, 이는 국가 차원의 사회복지서비스 수준을 현실적인 방향으로 향상시킬 수 있는 구체적인 계기를 마련할 수 있는 기초가 될 것으로 기대된다.

참고문헌

- 국민건강보험공단·노인장기요양보험추진위원회. 2007. 『노인장기요양보험제도 2차 시범 사업 운영 결과』.
- 김철수. 2006. 고령화와 사회복지: 선진국의 대응과 우리의 방향. 『국회도서관보』, 제 43권 2호, pp. 48-55.
- _____. 2003. 경제수준, 사회수준, 그리고 사회복지수준: 국제간 사회복지수준 비교. 『한국사회복지학』, 제 55권 겨울호, pp. 155-179.
- _____. 2001. 사회복지서비스와 사회적 일자리. 『사회과학논집』, 선문대학교, 제 4권, pp. 77-95.
- _____. 2000. 치매가정간 공동부양제 제안을 위한 탐색연구. 『사회복지정책』, 제 11권, pp. 29-55.
- 노대명. 2000. 단계적 재원마련을 통한 사회적 일자리 창출방안. 『빈곤과 실업극복을 위한 국제포럼자료집』. 2000. 12.
- 박광준. 2002. 『사회복지의 사상과 역사: 마녀재판에서 복지국가의 선택까지』. 양서원.
- 박경숙. 2003. 『고령화 사회: 이미 진행된 미래』. 의암출판사.
- 박동석, 김대환, 이연선(2004). 『고령화 쇼크』. 서울: 굿인포메이션.
- 보건복지부. 2007. 『노인장기요양보험 인프라 확충안내』.
- _____. 2004. 『노인장기요양보호정책안』. 2004. 10. 24. 보도자료.
- 최일섭. 2000. 사회복지서비스 전달체계와 민간사회안전망. 『민간사회안전망 운동 활성화를 위한 민간망운동지도자 워크샵』. 민간사회안전망 운동범국민협의회.
- 통계청. 2001. 『장래인구추계』.
- 한국보건사회연구원. 2001. 『노인 장기요양보호욕구실태조사 및 정책방안』.
- _____. 2003. 『고령화 사회의 사회경제적 문제와 정책대응방안: OECD 국가의 경험을 중심으로』. 연구보고서 2003-14.
- 황덕순(2001). 빈곤 및 실업극복의 대안으로서 사회적 일자리 의미와 전망. 『사회적 일자리 창출을 위한 지역사회의 과제와 노력 자료집』.
2001. 7. 24. 한국자활후견기관협회 전북지부, 전국실업극복단체 연합.
- Gilbert, Neil. 2001. Productive Welfare and the Market Economy Korea's Enabling State. *생산적 복지 국제 심포지움(International Symposium for Sharing Productive Welfare Experience)*. 2001. 9. 6-7. 발표논문
- OECD(1998). Maintaining Prosperity in an Ageing Society. *Policy Brief*, June 1998

United Nations Population Division(2001). *World Population Prospects: the 2000 Revision*.

<인터넷 자료>

“사회서비스? 참여정부가 ‘과출부’ 포장한 것.” 오마이뉴스. 2007. 11. 21.

www.ohmynews.com

통계청(2007a). 총인구조사총괄. www.kosis.kr

_____(2007b). 2007년 사회통계조사(복지, 문화와 여가, 소득과 소비)결과.

www.nso.go.kr

_____(2006). 사회통계조사(가족). “노부모 부양에 대한 견해.”

www.kosis.kr/domestic/theme/do01-index.js

1차 검독 완료(2007.12.01.)

2차 검독 완료(2007.12.21.)

<Abstract>

A Proposal for Need-based Service Delivery System of Long-term Care Insurance for the Elderly: Focusing on Nursing-home Allowance

Kim, Chulsoo*

The purpose of this study is to propose supplementary policy for the successful enactment of the long-term care insurance, particularly focusing on the allowance in nursing-home. Our present long-term care service system is very poor and the service has been provided mainly to people in the low-income brackets. Accordingly, for the elderly over the middle class, there are not sufficient accommodations in nursing home. If the long-term care insurance is to be enacted, we can expect several serious problems: insufficient number of nursing home, regional imbalance, low level of service quality, and difficulty of meeting various needs of people from different socio-economic background.

The role of government is the most crucial in procuring the facilities to provide the service. Considering the difficulty of government's financing such facilities, however, this study suggests two supplementary policies: First one proposes to procure and improve the nursing home through urban redevelopment projects and old apartment reconstruction projects. It also suggests that the government should provide some type of incentive for the participation of private sector. Service for profit should be allowed to improve the employee's salary and their specialization. For the caregivers' family, the co-op model is suggested to reduce the burden, split the cost, and to get the

* Professor, Department of Social Welfare, Sunmoo University(cskim@sunmoon.ac.kr)

mutual assistance. It is also expected that this co-op model is helpful to preserve the traditional family ethics.

Key words: long-term care insurance, the allowance in nursing-home, delivery system of long-term care insurance