

고령사회의 돌봄 대상 노인 확대에 따른 정책적 대응



Policy Responses to the Increased Need
for Elder Care in an Aged Korea

선우덕 | 한국보건사회연구원 명예연구위원

급속도로 노인인구가 증가하는 현실 속에서 고령자와 관련된 사회보장비 지출도 급격하게 늘어날 것으로 예상된다. 특히 단기성 사회보험제도 중에서 노인장기요양보험은 장기요양 대상자의 인정 범위 수준에 크게 영향을 받는 제도이기 때문에 계획성 없는 인정 범위의 확대는 제도의 장기 지속성을 저해할 수 있다. 따라서 보험재정의 안정화 측면에서 장기요양보험제도가 개선되어야 하는 것은 물론이고, 노인 돌봄종합서비스제도 간 연계가 중요하다. 정책 개선 방안으로 노인돌봄 욕구의 경중에 따른 적절한 보호 체계로의 재편, 통합 연계형 보험급여로의 재편, 의료와 장기요양 간 연계 활성화를 위한 (가칭) 노인단 골전담의제도의 마련, 보험급여비용 지불 방식의 개편 등을 제시할 수 있다.

1. 들어가며

우리나라는 2000년도에 고령화사회에 진입한 후 세계적으로도 사례를 찾아보기 어려울 정도로 매우 빠르게 고령사회 및 초고령사회가 될 것으로 전망된다. 평균수명의 연장보다도 저출산의 지속적인 유치가 근본적인 원인이라고 하겠다. 노인돌봄과 관련해 전자는 돌봄서비스 수급

노인 증가와 깊은 관련이 있고, 후자는 공식적이든 비공식적이든 간에 돌봄 제공자의 감소 또는 고령화와 깊은 관련이 있다.

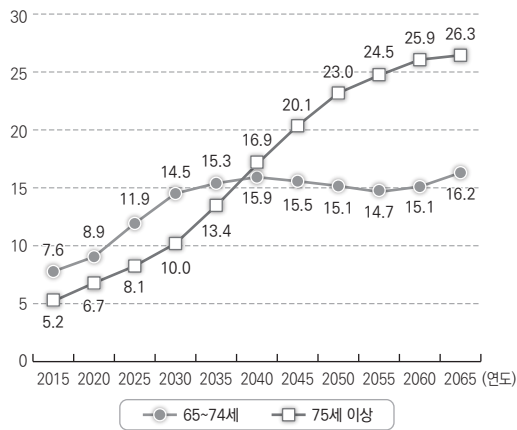
여기에서 인구구조의 변화를 통해 노인돌봄과 관련한 특이한 현상을 찾아볼 수 있다. 즉, 노인 연령 계층별 비중의 변화를 보면 2030년경부터 후기고령자 비중이 급격하게 증가하기 시작하여 2040년경이 되면 75세 이상의 후기고령자

비중이 전기고령자 비중을 넘어서는 것으로 예측된다(그림 1). 이는 후기고령자가 되면 일상생활에서의 돌봄 욕구가 급격하게 발생하기 시작하기 때문에 그만큼 돌봄 대상 노인이 늘어날 가능성이 있음을 시사한다. 또 하나의 연령 계층인 50~64세의 비중이 2025년부터 줄어든 것으로

예측되는데, 이는 중심적인 돌봄 제공자의 감소를 의미한다. 종합해 보면, 2030년경을 전후해 돌봄 대상 노인 계층은 크게 늘어나기 시작하는 반면 이를 지원할 수 있는 제공자 계층은 줄어든 것으로 전망되어 이에 대비할 수 있는 사회적 대응 방안을 검토할 필요가 있다.

그림 1. 연령 계층별 노인인구 구성비 변화 전망

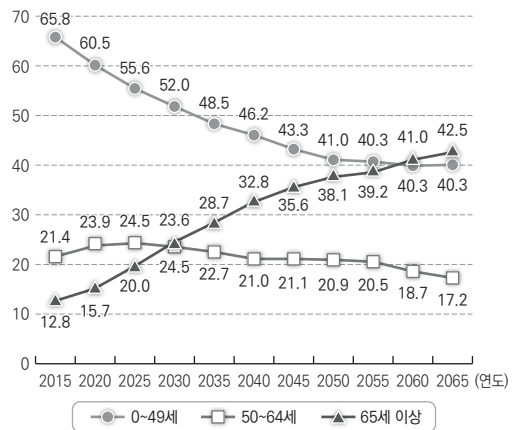
(단위: %)



자료: 통계청, 2016, 장래인구추계: 2015~2065년의 자료를 활용하여 저자가 직접 계산함.

그림 2. 연령 계층별 인구구성비 변화 전망

(단위: %)



자료: 통계청, 2016, 장래인구추계: 2015~2065년의 자료를 활용하여 저자가 직접 계산함.

이와 같은 인구구조의 변화는 궁극적으로 보험재정에 큰 영향을 끼칠 수 있다. 그 이유는 노인인구, 특히 후기고령자의 급증은 보험서비스를 이용하는 수급자 수의 증가를 야기하고, 비공식 돌봄자의 중심인 중장년 계층의 축소는 공적 케어서비스 확대를 유도하기 때문이다. 실제로 현행 노인장기요양보험제도의 재정수지를 보면

제도 도입 이후 2016년도까지는 당기흑자로 운영돼 오다가 2017년도에는 당기적자가 발생할 것으로 예상된다.

따라서 본고에서는 보험재정의 안정화를 통한 제도의 장기 지속 가능성을 염두에 두고 대응 전략을 정리해 보고자 한다.

2. 돌봄 대상 노인의 현황 분석

노인돌봄서비스의 대상자는 신체적·인지적 장애로 일상생활동작의 기능을 자립적으로 수행하기 어려워 타인의 도움을 필요로 하는 자이다. 여기에서 일상생활동작이란 식사, 배설, 목욕 등과 같은 기본적인 동작부터 집안 청소, 세탁(빨래), 식사 준비 등과 같은 수단적 동작에 이르기까지 다양하다.

이러한 일상생활동작의 제한 비율을 2014년도 노인실태조사 결과를 바탕으로 살펴보면 다음과 같다.¹⁾ 즉, 1개 이상의 기본적인 일상생활 동작에 제한이 있는 노인은 전체의 6.9%로 나타났다, 1개 동작의 제한 비율은 2.9%, 7개 모든

동작의 제한 비율은 0.5%로 나타났다. 그리고 1개 이상의 수단적 일상생활동작에 제한이 있는 노인은 전체의 17.8%로 나타났고, 1~2개 동작의 제한 비율은 7.9%, 10개 모든 동작의 제한 비율은 2.2%로 나타났다. 이 중에서 전체 노인의 81.8%는 기본적 및 수단적 동작의 기능에 제한이 없고, 11.3%는 수단적 동작의 기능에만 제한이 있으며, 6.9%의 노인이 기본적 및 수단적 기능 모두에 제한이 있는 것으로 나타났다(표 1). 그런데 이러한 현상은 연령이 증가할수록 높아지고 있는데, 85세 이상 고령자에게는 기본적·수단적 기능에 제한이 있는 비율이 25.5%로 나타났다(정경희 등, 2014).

표 1. 재가노인의 일상생활동작 기능 제한 비율

(단위: %)

	자립	1개	2개	3개	4개	5개	6개	7개	8개	9개	10개	합계
기본적 동작	93.1	2.9	1.4	0.8	0.4	0.4	0.4	0.5	-	-	-	100.0
수단적 동작	82.2	7.9		3.5		2.3		1.9		2.2		100.0

주: 기본적·수단적 동작의 내용은 정경희 등, 2014, pp. 348-351의 <표 9-6>~<표 9-9> 참조.

자료: 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등. (2014). 2014년 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

인지기능의 경우 노인 치매유병률조사(보건복지부, 2013)에서는 2016년 말 전체 노인의 9.99%(64만 8739명)를 치매 노인으로 추정하고 있는데, 노인실태조사 결과에 따르면 MMSE-DS

의 점수를 기준으로 할 때 인지 저하 노인 비율이 31.5%²⁾로 나타났다. 그중에서 수단적 또는 기본적인 신체기능의 저하를 보이지 않은 노인 비중은 23.2%로 나타나고, 수단적 신체기능만 제한이

1) 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등, 2014, pp. 346-352 참조.

2) 이 비율은 MMSE-DS 도구에 의한 1차 선별검사를 통해 나타난 수치이기 때문에 치매유병률과는 다른 개념임.

있는 노인은 5.1%, 수단적·기본적 일상생활 동작의 기능 제한을 보인 노인은 전체의 3.1%로 나타났다(표 2).

이를 기준으로 다시 정리해 보면, 돌봄서비스 대상 노인의 범위에서 인지기능 저하 노인까지 고려한다면 신체적 기능의 제한은 없지만 인지

기능 저하를 보이는 23.2%의 노인이 돌봄 대상 노인으로 간주된다. 다만, 이들 계층은 일상생활 동작 기능은 유지하고 있기 때문에 신체적 기능의 제한을 보이는 노인과는 다른 형태의 돌봄서비스가 필요할 것이다.

표 2. 재가노인의 신체 및 인지기능 제한 비율

(단위: %)

	자립	수단적 기능만 제한	수단적+기본적 기능 제한
인지기능 저하 없음	60.0	6.0	2.5
인지기능 저하 있음	23.2	5.1	3.1

자료: 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등, 2014, 2014년 노인실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원, p. 526 〈표 13-3〉 참조.

한편, 현행 공적 노인돌봄체계 내에서의 돌봄 대상 노인을 추정해 보면 다음과 같다. 현행 체계 내에서는 공적 돌봄서비스를 필요로 한다고 판단 되는 경우 노인장기요양보험제도에서 운영되는 장기요양인정체계에 따라 인정 신청을 하게 되는데, 여기에서 장기요양서비스 대상자로 인정받지 못하는 노인은 지방자치단체에서 운영하는 노인돌봄종합서비스 대상자로 이관된다고 보면 된다. 국민건강보험공단의 노인장기요양보험통계연보에 의하면 2016년 말 현재 인정 신청자 수가 84만 8829명³⁾(누적)인데, 이는 전체 노인인구의 12.2%에 해당한다. 이 중에서 장기요양등급 판정까지 완료된 자는 68만 1006명으로 전체 인정

신청자 수의 80.2%이고, 장기요양 1~5등급으로 인정된 자는 51만 9850명으로 전체 판정자 수의 76.3%에 해당한다. 결국 23.7%의 노인은 지자체의 노인돌봄종합서비스 대상자가 된다.

이들 대상자의 특성을 추론해 보면, 현행 보험 제도에서는 장기요양 대상자를 인정할 때 신체 기능, 인지기능 및 문제 행동, 간호·재활처치 욕구를 종합해서 평가하기 때문에 노인실태조사에서 나타난 신체기능 및 인지기능 저하자 집단과는 욕구 수준이 일치하지 않는다. 따라서 추정치를 기준으로 살펴보면, 전체 노인의 9.8%가 일단 적든 크든 간에 장기요양 욕구를 지니고 있다고 판단할 때 노인실태조사 결과(표 2)에 따라

3) 신청자에는 신규 신청자, 등급 변경 신청자, 갱신 신청자, 재신청자 등이 포함되어 있음.

표 3. 노인장기요양 인정자 수(2016년)

구분	수치
전체 노인인구	6,940,396명
인정 신청자 수(누적)	848,829명
인정 판정자 수(등급 내+등급 외)(누적)	681,006명
등급 내 인정자 수(누적)	519,850명
전체 노인인구 대비 인정 신청자 수 비율	12.2%
전체 인정 신청자 수 대비 인정 판정자 수 비율	80.2%
전체 노인인구 대비 인정 판정자 수 비율	9.8%
전체 인정 판정자 수 대비 등급 내 인정자 수 비율	76.3%
전체 노인인구 대비 등급 내 인정자 비율	7.5%

자료: 국민건강보험공단, 2016, 노인장기요양보험통계연보 참조.

10.7%⁴⁾의 노인이 이에 해당할 수 있다. 결국, 대략적으로 보면 장기요양서비스 욕구를 지닌 노인은 거의 대부분이 장기요양인정을 신청하고 등급 판정을 받고 있다고 할 수 있다. 그런데 신청 정부의 치매국가책임제는 <표 2>의 23.2%(인지기능 저하를 보이지만 신체기능에는 제한이 없는 자)에 해당하는 노인에게까지 장기요양등급을 부여하겠다는 취지로 보인다. 다시 말하면, 신체기능에는 제한이 없는 경증 치매질환자까지 노인장기요양보험제도의 급여 대상으로 확대하는 것인데, 노인뿐만 아니라 비노인 계층까지 포함하면 급여 대상자 수가 더 크게 늘어날 것이고, 이에 따라 신체적 기능 제한자를 염두에 둔 서비스의 개발과 제공에 변화가 예상된다. 그런데 등급 외자로 판정된 자가 모두 노인돌봄종합서비스의

수급 대상자가 되는 것이 아니라 정부 예산의 제약으로 그중에서도 일정 소득 이하의 저소득계층으로 제한된다는 점에서 향후 치매질환자는 신체기능의 유무와 관계없이 장기요양서비스를 이용할 수 있겠지만 그렇지 못한 대상자는 여전히 노인돌봄서비스의 사각지대로 남아 있게 된다.

3. 현행 노인돌봄지원정책의 실태와 문제점

가. 노인장기요양보험제도 측면

노인장기요양보험제도를 부문별로 구분해서 실태와 문제점을 제시하고자 한다.

첫째는 장기요양인정체계 부문인데, 현행 인정조사의 내용은 신체기능(13개 항목), 인지기능

4) 이 비율은 인지기능 저하자 중에서 수단적 일상생활동작에만 기능 제한이 있는 자(5.1%)와 기본적 일상생활동작의 기능 제한자(3.1%), 인지기능은 정상이지만 기본적 일상생활동작의 기능 제한이 있는 자(2.5%)를 합한 수치임.

(10개 항목), 행동 변화(22개 항목), 간호 처치 욕구(10개 항목) 및 재활 처치 욕구(10개 항목)에 해당하는 항목으로 구성되어 있다. 전체적인 설문 항목 수는 장기요양등급을 결정하는 데 크게 영향을 주지 않기 때문에 논외로 하겠지만, 문제는 설문 형태가 신체기능 영역은 완전자립·부분 도움·완전도움 중 하나, 인지기능 및 행동 변화 영역은 예·아니요 중 하나, 간호 처치 욕구 영역은 증상 있음·증상 없음 중 하나, 재활 처치 욕구 영역은 운동장애 없음·불완전운동장애·완전운동장애 또는 관절 제한 없음·한쪽 관절 제한·양 관절 제한 중에서 하나씩 체크하게 되어 있다는 점이다. 이 중에서 신체기능 영역과 인지기능 영역은 응답자의 판단, 행동 변화 영역은 주로 가족의 판단, 간호 및 재활 처치 욕구는 조사자의 판단에 의존하고 있는데, 특히 장기요양등급에 결정적인 영향을 주는 신체기능·인지기능·행동 변화 영역은 응답자의 주관적인 판단에 크게 좌우되기 때문에 간호·재활 영역에 비해 객관성이 떨어진다고 하겠다. 이보다 더 근본적인 문제는 장기요양 대상자 선정 기준이 자립성이 아닌 의존성(dependency) 정도에 있다는 점이다. 이는 서

비스의 내용이나 방식과도 직결되는데, 의존성에 기준을 두는 경우는 자립적으로 수행할 수 있는데도 불구하고 스스로 포기하게 하는 수동적인 삶을 유도하는 것이고, 자립성에 기준을 두는 경우에는 반대로 장기간의 기능 유지를 가능하게 하여 적극적인 삶을 유도할 수 있다는 것이다. 실제로 사업 현장에서도 스스로 가사활동이 어느 정도는 가능함에도 불구하고 방문요양보호사가 방문하기만 기다렸다가 가사활동을 일괄 지원해 주기만 바라고 있다는 지적이 나온다.

둘째는 보험급여체계 부문인데, 현행 급여 내용은 현물급여와 현금급여로 구분되고, 현물급여는 다시 시설급여와 재가급여로 구분된다. 전체적으로 보면, 현금급여 비중은 2010년 전체 보험급여 지출액의 0.05%에서 2016년 0.03%로 전체적인 보험급여 지출액에 비해서도 미약한 수준이다. 그러나 시설 대비 재가급여 비중을 살펴보면 2010년 43:57 수준에서 2016년 51:49 수준으로 역전되어 시설급여 지출이 더 높게 나타나고 있다. 2010~2016년 증가율을 보면, 재가급여는 56.8%에 그친 반면 시설급여는 118%로 2배 수준이다. 이러한 추세로 계속적으로 급

표 4. 현금급여(가족요양비) 지출의 추이

(단위: 백만 원)

	2010년	2016년	증가율(%)
총보험급여 지출액(A)	2,415,263	4,420,371	83.0
현금급여(가족요양비) 지출액(B)	1,316	1,290	-2.0
(B)/(A) (%)	0.05	0.03	-

자료: 국민건강보험공단, 2016, 노인장기요양보험통계연보 참조.

표 5. 시설 및 재가급여 지출의 추이

(단위: 백만 원, %)

	2010년	2016년	증가율(%)
총보험급여 지출액 ¹⁾	2,415,263 (100.0)	4,420,371 (100.0)	83.0
재가급여 지출액	1,374,034 (56.9)	2,153,769 (48.7)	56.8
시설급여 지출액	1,033,623 (42.8)	2,253,686 (51.0)	118.0

주: 1) 여기에는 가족요양비, 의사소견서 발급 비용, 방문간호지시서 발급 비용 등도 포함되어 있음.

자료: 국민건강보험공단, 2016, 노인장기요양보험통계연보 참조.

여 지출이 증가한다면 보험재정의 안정화는 기대하기 어려울 것이다.

이러한 지출 양상을 보이는 것에는 다음과 같은 요인이 내재되어 있다고 생각한다. 우선, 수급자가 재가에서 보호를 받을 수 있도록 충분히 지원할 수 있는 체계가 마련돼 있지 못하기 때문이다. 현행 재가급여는 방문서비스가 분절되어 있고 주간보호와 단기보호도 서로 분절되어 있어 수급자에게는 호의적이지 못한 실정이다. 현재 통합 재가급여의 명칭으로 시범 사업을 진행 중이기는 하지만 재가급여기관의 물리적인 통합에 그치고 서비스 내용 간 통합은 이루어지지 못한 상태이다. 더구나 방문요양급여는 가사활동 지원에 치우쳐 있기 때문에 신체수발의 욕구가 커지면 시설급여로 손쉽게 전환되는 경향이 높다.

셋째는 장기요양서비스 수가 부문인데, 현행 수가는 각 보험급여서비스의 총비용을 의미하며, 그 비용의 15%(재가서비스)와 20%(시설서비스)를 수급자가 부담하고⁵⁾ 나머지는 보험급여로

각 서비스 공급자에게 지급된다. 수가는 급여 유형, 장기요양등급, 서비스 제공 시간, 서비스 제공 횟수 등을 조합하여 다양하게 산정되는데(표 6), 이는 보험급여에 해당하는 서비스에 한정되고, 비보험급여에 해당하는 상급 침실료와 식재료비 등은 전액 수급자가 부담해야 한다. 서비스 공급자는 수급자에게 제공된 급여의 내용과 시간을 일일이 계산하여 보험자에게 신청하게 되어 있어서 일단 보험자나 공급자 모두 적지 않은 행정관리비용이 든다. 이러한 수가체계는 양질의 서비스를 제공하는 공급자에게는 큰 인센티브를 주지 못하는데, 다만 종자사 배치의 상황에 따라 가산을 받고 있는 정도이다.

그리고 시설급여서비스에서는 시설의 유형에 따라 수가에 차등을 두고 있지만, 노인요양시설에서는 시설 규모와 관계없이 동일한 수가를 적용하고 있다. 다시 말하면, 소규모 시설인 경우에는 규모의 경제성 때문에 동일한 수가를 적용해도 대규모 시설과 다르게 시설 운영이 어려워지

5) 저소득계층(경감 대상자)인 경우 그 비율이 각각 7.5%, 10%로 줄어들고 기초보장 수급자는 비용 부담이 없음.

게 된다. 그래서 재정 지출 부담을 줄여 주기 위해 인력 배치 기준을 완화하고 있는데, 이것이 소규모 시설 입소자에게는 양질의 서비스를 다양하게 제공받지 못하는 결과를 초래한다고 본다. 즉, 동일한 돌봄 욕구를 지녔다고 해도 어느 규모의 시설에 입소하느냐에 따라 차별적인 서비스를 받게 되는 문제가 발생하게 된다.

서비스 공급자(사업자)는 보험자 및 수급자로부터 비용을 지불받아 장기요양기관을 운영하게 되는데, 사업자가 기관을 효율적으로 운영하여 잉여금을 남길 경우 이는 사업자의 소득으로

간주된다. 과거의 국고 지원 방식에서는 잉여금이 남게 되면 법인전입금으로 처리하여 차년도에 재활용하게 되지만 현재는 법인이 아닌 개인사업자인 경우에는 그대로 사업이득으로 처리되어 활용도에 제한이 없다. 그런데 사회복지법인 등과 같은 비영리법인인 경우 장기요양서비스가 비영리사업으로 간주되어 전술한 바와 같은 잉여금 처리 방식이 적용돼 법인소득세가 면세되지만, 개인사업자인 경우에는 잉여금이 발생해도 사업소득세를 납부하고 있지 않는 상태여서 문제점이 상존해 있다.

표 6. 장기요양서비스 수가의 내용(2017년 기준)

(단위: 원)

	산정 기준	금액
방문요양	제공 시간당(30분 단위)	11,810~45,090
방문목욕	제공 1회당(목욕차량 이용 유무)	40,840~72,540
방문간호	제공 시간당(30분 단위)	33,640~50,770
주야간보호급여	등급별 및 제공 시간당	22,590~57,280
단기보호급여	등급별 일당	39,070~48,220
복지용구급여	용구 유형별	품목별 금액 책정
노인요양시설급여	등급별 일당	50,770~59,330
노인요양공동생활가정급여	등급별 일당	45,280~52,940

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 보건복지부고시 제2017-83호(2017. 5. 24.) 참조.

한편, 재가급여서비스 수가 중에서 수급자가 가장 많이 이용하고 있는 방문요양서비스 수가 체계의 특징은 방문 1회당 장시간 서비스를 제공

할수록 단위당 수가가 체증하도록 설계되어 있다는 점이다. 이는 서비스 제공을 효율적으로 하기 위한 조치인데, 재가에서의 1회 방문당 장시

간 서비스 제공을 지양하고 다양한 재가급여서비스를 이용하게 하여 급여서비스 간 형평성을 유도하고 수급자의 욕구를 적절하게 충족시키기 위한 것으로 판단된다. 이를 더욱 효율적으로 운영하기 위해서는 수급자의 가정에 1일 1회 방문하는 것으로 그치는 서비스 제공 행태에 변화가 있어야 한다.

넷째는 재원조달체계 부문인데, 현행 재원은 보험료, 국가 지원금 및 수급자 본인일부부담금 등으로 조달되고 있다. 이 중에서 보험료는 건강보험 가입자가 의무적으로 납부해야 하는데, 그 금액은 건강보험료에 장기요양보험료를 곱해 산정되고, 국가 지원금은 보험료 예상액의 20% 범위 내에서 부담하도록 되어 있다. 그동안 본인 부담금 경감 대상자의 범위를 확대하는 등 저소득계층의 요양비용 부담을 줄여 주기 위해 취해진 각종 대책으로 보험급여 지출의 증가가 초래되고, 궁극적으로는 장기요양보험료가 인상되고

국가 지원금 인상 압박을 받고 있다. 일반적으로 보험재정 지출은 서비스 이용량과 서비스 가격에 의해 결정되는데, 서비스 이용량은 일차적으로는 장기요양 인정자 수와 서비스 수급자 수에 크게 영향을 받고, 이차적으로는 서비스 공급자의 행태에 영향을 받게 된다. 전자는 그동안 장기요양 대상 적용 기준 완화로 인구고령화에 따른 자연 증가와 함께 지속적으로 늘어 왔고, 후자는 장기요양시설과 요양병원 간 경쟁, 장기요양시설 간 경쟁 등으로 수급자 수를 인위적으로 늘리는 쪽으로 공급자의 행태가 나타날 가능성이 높다(표 7). 그리고 서비스 가격은 장기요양서비스 수가에 전적으로 영향을 받고 있는데, 수가는 시설의 전반적인 경영수지 상태, 종사자의 인건비 인상, 정부의 물가 인상 계획 등이 반영되어 매년 책정된다. 특히 소규모 장기요양기관의 경영수지 상태는 규모의 경제성 때문에 상대적으로 양호하지 못한 것으로 나타나 대책이 요구된다.

표 7. 장기요양서비스 유형별 인정자 수 1000명당 수급자 수 추이

(단위: 명)

	2009년	2016년	2016/2009
방문요양	624.0	546.8	0.876
방문목욕	188.2	118.9	0.632
방문간호	30.4	17.5	0.575
주야간보호급여	63.1	110.0	1.744
단기보호급여	73.8	11.3	0.153
복지용구급여	330.6	417.0	1.262
노인요양시설급여	298.7	315.9	1.058
노인요양공동생활가정급여	25.9	48.4	1.872

자료: 국민건강보험공단, 2009, 2016, 노인장기요양보험통계연보 참조.

나. 노인돌봄종합서비스제도 측면

전술한 바 있듯이 노인돌봄종합서비스는 장기요양보험제도에서의 등급외자로 분류된 대상자에게 지자체가 지원하는 제도이다. 이는 등급외자를 구제하기 위한 일종의 보완 대책으로 볼 수 있는데, 일상생활 기능을 고려하여 시설 입소보다는 재가 보호를 원칙으로 방문요양서비스와 주야간보호서비스를 중심으로 제공한다. 우

선 노인돌봄종합서비스의 이용자 수를 살펴보면, 등외자 수(I)를 기준으로 할 때 모든 등외자가 노인돌봄종합서비스를 이용하고 있지 않음을 알 수 있다. 저소득계층으로 한정된 등외자 수(II)를 기준으로 할 때에도 2010년도를 제외하고는 100%에 못 미치고 있다(표 7). 이는 이용자의 서비스 이용 의향 유무가 작용한 결과이겠지만 무엇보다도 정부 예산(국고+지방비) 확보에 영향을 받고 있기 때문이다.

표 8. 노인돌봄종합서비스제도의 이용자 추이

(단위: 명, %)

	2009년	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	2016년
이용자 수(A)	10,140	26,740	31,125	37,463	42,366	30,810	30,810	37,179
(A)/(등외자 수 I)	16.8	41.8	21.4	25.8	28.5	20.2	19.9	24.4
(A)/(등외자 수 II)	52.3	149.4	67.5	84.7	91.1	61.0	60.0	74.7

주: 등외자 수 I은 모든 등외자 수이고, 등외자 수 II는 이 중에서 일반소득자만을 제외한 수치임.

자료: 선우덕, 강희정, 박은자, 전진아, 전승훈, 김성태 등. (2016). 사회보장제도 노인건강분야 기본평가. 한국보건사회연구원. p. 190.

그리고 서비스의 내용이 장기요양보험서비스와 차별화되지 않는다는 문제점이 있다. 방문요양서비스는 등외자들의 기능 건강 상태가 대체로 양호하여 거의 대부분 가사활동지원서비스가 제공되고 있다. 다시 말하면, 기능 상태의 저하를 예방하여 자립적으로 생활할 수 있도록 지원한 다기보다는 오히려 의존성을 더 키울 가능성이 높다는 것이다.

4. 나가며: 정책 방안

전술한 바와 같이 노인돌봄제도에 대한 주요 현황과 문제점을 살펴보고, 결론적으로 이를 토대로 노인돌봄 욕구를 지닌 노인에게 대한 사회적 대응으로 장기요양보험재정의 안정화를 고려하여 몇 가지 대안적 개선 방안을 제시하고자 한다.

첫째, 노인돌봄 욕구의 경중에 따라 적절한 보호체계로 재편할 필요가 있다. 즉, 돌봄의 욕구가

큰 노인에게는 요양비 자체가 크게 들기 때문에 이에 대한 사회적 보호를 위해서라도 노인장기요양보험제도에 의존하게 하는 것이 타당할 것이다. 그러한 보험제도는 돌봄 욕구가 큰 대상자를 기준으로 만들어졌기 때문에 신체수발서비스가 기본이고, 가사활동서비스가 부차적으로 지원되는 모형이다. 점차적으로 돌봄 욕구가 낮을수록 신체수발서비스는 크게 줄어들고 가사활동서비스만 남게 되는데, 이는 노인장기요양보험제도의 기본적인 정체성을 잃게 하는 현상이다. 특히, 신체활동기능이 정상적인 경증 치매질환자까지 노인장기요양보험제도의 대상자로 포함하겠다는 계획은 궁극적으로는 보험재정의 불안을 초래할 가능성이 있다고 본다. 그 이유는 보험재정 지출 증가의 일차적인 요인은 서비스 수급자 수의 확대에 있기 때문이다. 또한 그러한 경증 치매질환자에게는 본래의 보험급여서비스 내용인 신체수발 및 가사활동지원서비스가 아닌 인지기능 유지·향상에 해당하는 서비스가 집중적으로 투입되어야 하기 때문에 인지기능과 관련한 별도의 전문인력이 투입되어야 하며, 이에 따라 보험재정 지출의 용도가 달라지게 된다. 따라서 돌봄 욕구가 있는 경증의 노인은 지자체가 중심이 되어 노인장기요양보험제도가 아닌 다양한 지역사회 자원을 동원하여 재가생활을 지원해야 한다.

이와 같이 신체기능에 제한이 없는 경증의 치매질환자까지 보험제도의 대상자로 포함한다고 하면, 제도 자체를 자립적인 생활을 수행하도록 지원하는 방향으로 개편해야 한다. 장기요양 인

정자 선정 기준도 자립성 유지 및 향상에 초점을 두고 각 항목이나 설문 내용을 바꾸어야 하고, 급여서비스의 내용도 자립성에 기준을 두고 서비스 제공 시간에 상한을 둘 필요가 있다. 특히, 복지용구급여의 경우 복지용구를 통해 자립적인 생활이 가능하다고 한다면 다른 급여서비스의 양을 조정할 필요가 있다.

둘째, 보험급여의 내용을 재편할 필요가 있다. 우선, 분절적인 재가급여서비스의 통합이 필수적이다. 다시 말하면 방문형 서비스인 요양·목욕·간호서비스를 통합하여 (가칭) 통합방문급여로 바꾸고, 주야간보호서비스와 단기보호서비스를 통합하여 (가칭) 재가일시위탁급여로 바꿀 필요가 있다. (가칭) 통합방문급여서비스센터는 시설장이 누가 되든 간에 간호인력을 채용해서 서비스를 제공하게 하면 되고 더 나아가 간호인력에게도 간호 행위상 필요한 신체수발 및 가사활동지원서비스를 제공할 수 있도록 해야 할 것이다. 이와 같은 (가칭) 통합방문급여의 장점은 현재 분절되어 있는 방문급여서비스 간 연계 및 통합적 제공이 가능하고, 방문급여서비스 수급자에 대한 자연적인 요양 관리가 이루어진다는 것이다. 그리고 (가칭) 재가일시위탁급여는 단기보호서비스기관을 중심으로 주야간보호 기능을 부여하는 경우 단기보호서비스기관의 안정적인 운영을 도모할 수 있고, 단기보호서비스 수급자는 주야간보호서비스에 대한 욕구를 시설 변경 없이 편안하게 이용할 수 있다. 또한, 주야간보호서비스기관을 중심으로 단기보호 기능을 부여하는 경우에는 주야간보호서비스를 이용하다가 부득

이하게 일시적인 숙박을 할 수밖에 없게 될 때 역시 시설 변경 없이 편안하게 이용할 수 있다. 특히, (가칭) 재가일시위탁급여 제공 기관은 기존의 주·단기보호서비스기관을 활용하는 것 외에 이미 규모의 경제성을 상실한 소규모 노인요양시설을 대상으로 기능을 전환하게 하여 안정적인 시설 운영을 지원할 수 있다.

셋째, 현행 재가급여서비스의 통합형 재편과 함께 (가칭) 노인단골전담의제도를 마련할 필요가 있다. 대부분의 노인은 기본적으로 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 조사되어 있고, 이는 단골로 방문하는 의료기관이 있다는 의미로 해석할 수 있다. 그럼에도 불구하고 노인 자신의 단골의사와 장기요양 간 연계가 부재한 실정이다. 만약 급박하게 장기요양인정 신청을 하게 될 경우 전혀 접촉이 없었던 의사에게 소견서 작성을 의뢰하게 되고, 그 이후 재가급여서비스 수급자가 되더라도 다양한 의료기관을 찾아다녀야 하며, 시설급여서비스 수급자가 되면 전혀 접촉이 없었던 촉탁의로부터 진단서비스를 받아야 된다. 따라서 60세 또는 65세가 되면 자신이 거주하는 지역 내에 단골의사를 지정하고, 단골의사가 주기적으로 건강상태를 파악해 두면 나중에 장기요양 인정 신청 시 신체·인지기능에 대한 객관적인 평가가 정확하게 이루어질 것이다. 또한 방문간호서비스를 받더라도 단골의사에게 방문간호지시서를 발급받는 일도 용이해질 것으로 생각된다.

넷째, 보험급여비용의 지불 방식을 현행 서비스 시간별 지급 방식에서 등급별 인두제 방식으

로 개편할 필요가 있다. 현행 방식으로는 수급자의 자립적인 생활을 유도하기 어렵기 때문인데, 등급별 인두제 방식에서는 자립적인 생활을 유도하는 것은 물론이고 방문급여서비스기관도 서비스를 효율적으로 제공하여 재정적 이득을 발생시킬 수 있다. 이러한 방식은 네덜란드나 독일과 같이 동일한 사회보험 방식으로 장기요양서비스를 제공하는 국가에서도 성공적으로 활용되고 있다. 아울러 수급자 본인부담금 방식도 재검토할 필요가 있다. 건강보험제도는 그 자체가 생명 유지와 직접적으로 관련돼 있는 서비스로 구성되어 있지만, 장기요양보험제도는 생활 유지 자체를 지원하는 서비스로 구성되어 있는 만큼 수급자 자신의 소득과 재산을 활용하게 해야 한다. 이미 유럽국가의 경우 건강보험제도에서는 일부 비보험급여를 제외하고는 보험급여율이 100%에 가깝지만, 장기요양제도에서는 총요양비용의 일부만을 지원하고 나머지 비용은 자신의 자산을 활용하게 하고 있으며, 그 자산을 전부 소모하게 되면 국가가 공적부조자로 전환해 지속적으로 보호해 준다.

마지막으로, 삶터에서의 고령화(aging in place) 이념에 기반을 두고 돌봄 욕구를 지닌 노인을 보호하고자 한다면 지자체의 적극적인 참여가 필수적이다. 현행 노인돌봄종합서비스만으로는 돌봄 욕구가 있는 노인에 대한 대처에 한계가 있기 때문에 경증에 해당하는 신체적·인지적 기능 제한자를 통합하여 지자체가 장기요양 발생을 사전적으로 예방 또는 지연할 수 있는 서비스를 중심으로 관리하도록 체계화할 필요가 있

다. 이에 대한 재정은 국가 예산뿐만 아니라 보험 재정의 일부라도 지원받을 수 있도록 할 필요가 있다.

이상과 같은 제도적 개선 방안은 단기간 내에 실행하지는 못하겠지만 앞에서 기술한 바 있듯이 2030년경을 대비하여 지금부터라도 본격적으로 연구를 진행할 필요가 있다. ■

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2009). 노인장기요양보험통계연보.
- 국민건강보험공단. (2016). 노인장기요양보험통계연보.
- 보건복지부. (2013). 치매유병률조사.
- 선우덕, 강희정, 박은자, 전진아, 전승훈, 김성태 등. (2016). **사회보장제도 노인건강분야 기본평가**. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애 등. (2014). **2014년 노인실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 보건복지부고시 제2017-83호 (2017. 5. 24.).
- 통계청. (2016). 장래인구추계: 2015~2065년.