

장기요양제도의 발전방향

Development Directions for Long Term Care Program in Korea



선우 덕 한국보건사회연구원 연구위원

우리나라의 장기요양제도는 노인, 장애인을 불문하고 전국민을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 즉, 노인을 비롯한 65세 미만의 노인성질환자는 노인장기요양보험제도, 중증장애인은 장애인활동지원제도를 통해서 각각 2008년 7월, 2011년 10월부터 해당서비스를 제공받고 있다. 이 중에서 노인장기요양보험제도를 통한 서비스제공체계에서는 그동안 적용대상자의 범위가 지속적으로 확대되어 왔지만, 보험급여의 편중, 서비스전달체계의 왜곡, 보험재정의 확대 등, 적지않은 문제도 노출시켜왔다. 이를 감안한 향후 제도의 발전방향은 보험급여 수급자의 범위를 경증치매 등, 지속적으로 필요한 자를 중심으로 확대가 이루어져야겠지만, 그 이외에도 중증대상자의 의료적 욕구 해결, 재가서비스지원의 강화, 장기요양인프라의 환경 및 케어인력의 처우개선, 차등수가의 개발 등, 급여재정의 효율적 운영 등에 대한 개선이 이루어져야 할 것이다.

1. 서론

우리나라의 노인인구는 2012년도에 589만명으로 추계되고 있는데, 2025년에는 1,000만명을 초과할 것으로 예측하고 있다. 이는 고령자를 위한 자원투입비용이 10여년 후에는 지금의 두배로 증대됨을 의미한다. 그만큼 고령자를 위한 사회적 투자는 효과적이고 효율적인 서비스에 집중적으로 이루어져야 후세대의 부담이 덜어질 수 있다는 것이다. 지난 2008년도 하반기에 고령자를 위한 또 하나의 신규제도인 노인장기요양보험제도가 도입되었고, 올해로 6년째에 접어들고 있다. 제도초기에는 재정부담의 제약

등으로 우선적으로 사회적 보호가 필요한 중등도이상의 기능장애노인을 대상으로 서비스를 제공해 왔는데, 안정적인 제도운영과 보장성 강화 요구의 영향으로 수혜자의 폭을 확대하려는 계획이 추진되고 있다. 이미 작년도에 수립, 발표된 노인장기요양보험 기본계획안에서도 향후 5년간 전체노인인구의 7% 수준까지 장기요양대상노인을 확대하는 것으로 되어 있고, 금년 출범하는 신정부에서도 신규등급을 신설해서라도 대상자를 증가시키겠다는 선거공약을 내세웠다.

본고에서는 제도의 큰 틀 안에서 그동안의 실적을 검토해보고, 장기요양보장제도가 발전하

기 위한 방향성을 설정해 보며, 향후 추진하여야 하는 정책과제들을 제시해 보고자 한다.

2. 제도도입이후 그동안의 실적과 평가

우리나라의 장기요양보장제도는 노인장기요양보험제도(2008.7월 시행)가 중심이고, 비노인의 중증장애인만을 대상으로 하는 장애인활동지원제도(2011.10월 시행)와 경증상태의 기능장애를 지닌 노인을 대상으로 하는 노인돌봄서비스제도(2008.7월 시행)로 구성되어 있다. 즉, 중증증의 기능장애를 지닌 노인을 대상으로 장기요양보험제도를 도입하면서 적용제외자에 대한 대책으로 장애인활동지원서비스와 노인돌봄서비스제도를 마련하였다고 보면 된다. 따라서, 우리나라의 장기요양제도는 3개부문의 제도간 정합성을 고려하여 개선책을 모색할 필요가 있는데, 본고에서는 노인장기요양보험제도를 중심으로 검토하되, 노인돌봄서비스제도를 부분적으로 연계시키면서 살펴보고자 한다.

1) 적용대상자의 확대

우선적으로 노인장기요양보험제도는 초기부터 적용대상자의 범위를 놓고 논란이 끊임없이 이루어져 왔다고 하겠다. 즉, 시행초년도에 나타났듯이 전체노인대비 약 4%정도만이 장기요양서비스의 수급자격이 주어졌었다(표 1 참조). 그 이후 해를 거듭할수록 장기요양인정률이 조금씩 늘어나다가 2010년 이후에는 정체되고 있음을 알 수 있다. 다시 말하면, 현행과 같은 기준에서는 더 이상의 증가가 이루어지지 않음을 의미하고, 기준변경을 통해서만이 장기요양인정대상자를 증가시킬 수 있음을 시사해주고 있다. 예를 들면, 장기요양신청자를 기준으로 할 때, 2012년 6월말 현재로 약 절반정도만이 수급자로 인정을 받은 것으로 나타나고 있다.

이러한 현상으로 볼 때, 경증상태의 기능장애를 지닌 노인을 비롯하여 현행 인정기준에 미달하는 자가 약 절반정도 지역사회에서 가족의 부담으로 생활하고 있음을 알 수 있다. 비록 통계적으로는 발표되고 있지 않지만, 사실상 이들 대상자 중에서 저소득계층의 상당수는 노인돌

표 1. 노인장기요양보장률(인정률)의 추이

구분	2008년말	2009년말	2010년말	2011년말	2012년 6월말
65세 이상 노인인구(명)	5,086,195	5,286,383	5,448,984	5,644,758	5,801,127
신청자(명)	355,526	522,293	622,346	617,081	627,800
인정자(명)	214,480	286,907	315,994	324,412	327,766
(신청자대비인정률)	(60.3%)	(54.9%)	(50.8%)	(52.3%)	(52.2%)
인정자비율(노인인구 대비)	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%	5.7%

자료: 국민건강보험공단

봄서비스제도에 의해서 미약하나마 서비스를 받고 있는 것으로 볼 수 있다.

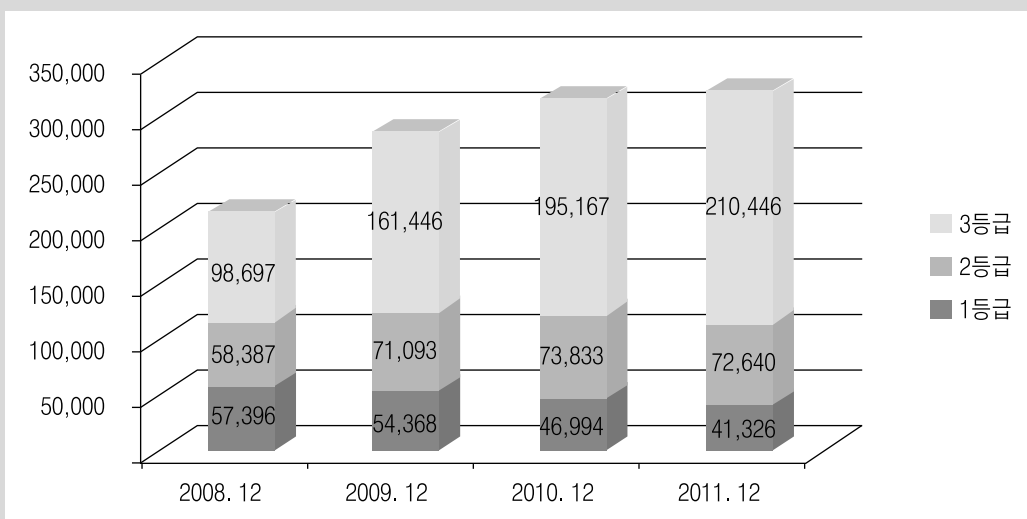
한편, 적용대상자를 기능장애의 중증도에 따라서 분류해보면, 현행 3등급체계로 운영되고 있는데, 제도초년도에 비해 3등급자가 크게 늘어난 반면에 1등급자는 감소한 것으로 나타나고 있다. 여기에서 3등급자의 확대를 놓고도 논란을 빚고 있는데, 이는 2등급자 중, 양질의 케어를 통해서 건강개선이 발생할 수 있는 자가 상당수 있을 수 있었고, 장기요양인정체계의 미흡으로 가족의 보호가 어려운 행동장애를 지닌 경증의 치매노인을 수급자로 인정해주었다는 이유에 기인한다고 볼 수 있다. 결국, 이는 장기요양인정체계의 개선을 의미하고 있다.

2) 보험급여의 편중

장기요양서비스를 제공하는 방식에는 대상자를 특정시설에 입소시켜 24시간 서비스를 제공하는 방식(시설요양서비스방식)과 일반주택에서 생활하면서 필요한 장기요양서비스를 제공하는 방식(재가요양서비스방식)으로 대별할 수 있다. 이용자의 측면에서 보면, 전체적으로 재가서비스를 이용한 자는 전체의 약 60%를 차지하고 있는 것으로 추정되고 있다. 그런데, 1, 2등급자의 경우에는 시설서비스의 비중이 3등급자에 비해 월등하게 높은 것으로 나타나고 있다. 이는 치매질환자 등, 특정대상자를 제외하고는 시설입소를 제한하고 있기 때문이기도 하겠지만, 재가서비스의 부족도 요인으로 지적할 수 있다. 전반적으로 우리나라의 경우에는 시설

그림 1. 노인장기요양인정자수의 추이

(단위: 명)



자료: 국민건강보험공단 내부자료(노인장기요양보험통계월보)

입소비중이 높은 것으로 지적되고 있는데, 이를 통해서 보면 중증자위주의 제도로 운영되고 있음을 엿볼 수 있다.

재가서비스에는 요양보호사 등, 케어제공자의 가정방문을 통해서, 또는 하루 중 일정시간이나 일정기간동안 집에서 일정한 시설로 이송하여 케어하는 서비스로 구성되어 있는데, 특정의 재가서비스를 이용하는 편중현상이 두드러지고 있다는 것이다. 즉, 재가서비스의 성격상 이용하기 편리하고 빈번한 도움을 필요로 하는 방문요양서비스의 비중이 상당히 높은 실정이다. 그렇지만, 현재에는 방문요양서비스조차도 24시간 서비스를 제공할 수 있는 체제를 갖추고 있지 않다는 것이고, 이것이 시설입소를 부추기고 급기야는 장기요양서비스를 꺼리고 요양병원 등, 의료기관을 이용하는 결과를 낳고 있는 것으로 보여진다.

그러나, 무엇보다도 현행체계에서의 요양대상자는 중증증이상의 노인을 중심으로 되어 있기 때문에 주야간보호시설로의 접근이 어렵고, 방문요양서비스를 이용한다고 하더라도 장시간의 케어를 필요로 하는 자들이라는 점이다.

즉, 주야간보호서비스의 이용자가 전체 재가서비스이용자의 7.6% 정도에 그치고 있다거나(보건복지부 장기요양기본계획안 자료), 1등급자에서 1일중 1회방문에 4시간 이상의 방문요양서비스를 이용하는 비중이 제도초기나 최근에도 절반이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다. 심지어는 2등급자에게도 최근에 전체의 44%가 4시간 이상을 이용하는 경우로 나타나고 있다. 이러한 재가서비스의 제공행태는 급여자출의 비효율성으로 이어질 가능성이 높다는 것이다.

3) 장기요양서비스전달체계의 왜곡

장기요양서비스는 공급자에게서 만들어지고 수급자에게 전달되기 마련인데, 전자에는 노인요양시설을 비롯한 재가장기요양기관과 요양보호사, 간호사, 사회복지사 등의 인력을 말하고 있다. 즉, 각종 시설에서 양질의 서비스가 만들어지고 공급(전달)되기 위해서는 양질의 시설환경과 적절한 인력배치 및 확보가 중요하다. 그런데 과연 지금까지의 서비스전달환경이 양

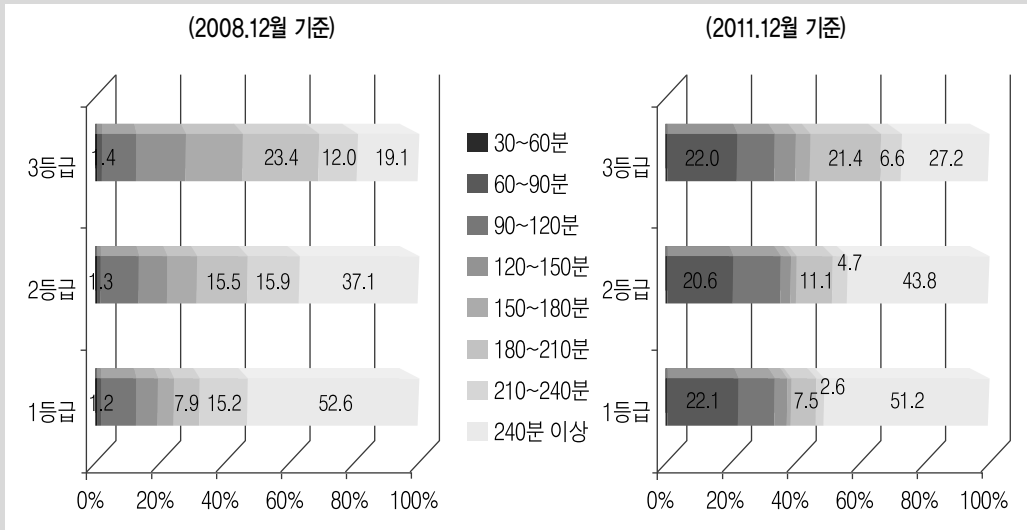
표 2. 노인장기요양등급별 급여서비스 수급자비중(2011년 기준)

(단위: 명, %)

구분	합계	재가서비스	시설서비스
1등급	55,093 (100.0)	21,834 (39.6)	33,259 (60.4)
2등급	99,080 (100.0)	36,185 (36.5)	62,895 (63.5)
3등급	244,283 (100.0)	180,644 (73.9)	63,639 (26.1)
합계	360,073 (100.0)	215,375 (59.8)	144,698 (40.2)

주: 여기에서 재가서비스 실인원은 총실인원 중에서 각 시설서비스이용의 전체실인원을 제외한 것으로 계산함.
 자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보

그림 2. 방문요양급여의 이용시간별 분포(건수기준)



자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보

호하게 발전해 왔는가를 되짚어보면, 대체적으로 그렇지 못하다는 결론이다. 우선, 생활입소 시설의 경우, 50인 미만 소규모형태의 요양시설 비중이 제도초년도에는 전체의 64.6%였으나 최근에는 79.4%로 늘어난 것을 볼 수 있다. 그 중에서도 10인 미만의 노인공동생활가정은 23.9%에서 거의 두배에 가까운 41.5%로 증가하였다.

전반적으로 소규모형태의 시설이 전체의 80%를 차지하고 있다는 것은 대부분의 시설들이 양질의 서비스를 제공하기 어려운 시설환경을 지니고 있다는 것을 의미한다. 왜냐하면, 소규모의 시설일수록 인력배치기준이 완화되어 다양한 서비스를 제공할 수 있는 인력이 부족하고, 그에 따라서 각종 서비스실을 마련하지 않아도 되기 때문에 실내공간도 협소해지기 마련

이어서 양질의 서비스를 차치하고서라도 기본적인 서비스조차 제대로 제공되지 못하고 있다는 것이다.

한편, 장기요양서비스를 전달하는데 있어서 핵심적인 인력으로는 요양보호사를 지적할 수 있는데, 보건복지부의 내부자료에 의하면, 2012년 6월말 현재 요양보호사의 배출규모는 109만 명으로 그동안 상당히 배출된 것으로 나타나고 있다. 이 중에서 실제로 서비스현장에서 근무하고 있는 요양보호사는 자격취득자의 20% 수준에 머무르고 있다는 것이다. 그렇기 때문에 서비스현장에서는 자격취득자가 많음에도 불구하고 구인란을 호소하고 있는데, 자격취득자의 서비스현장의 종사가 저조한 이유에 대해서는 우선적으로 요양보호사의 처우나 근무여건이 열악하다는 데에 있다. 무엇보다도 요

표 3. 규모 및 운영주체별 노인장기요양 기관 현황

(단위 : 개소)

구분		2008.12월	2012.2월	증감율(%)
재가기관	소계	10,033 (100.0)	19,457 (100.0)	93.9
	방문요양	4,271 (42.6)	8,655 (44.5)	102.7
	기타	5,762 (57.4)	10,802 (55.5)	87.5
요양시설	소계	1,700 (100.0)	4,142 (100.0)	143.7
	10인 미만	406 (23.9)	1,720 (41.5)	323.7
	10~50인 미만	692 (40.7)	1,568 (37.9)	126.6
	50인 이상	602 (35.4)	854 (20.6)	41.9

자료: 국민건강보험공단

양보호사의 임금이 근로형태에 따라서 차이가 있겠지만, 대체적으로 전일근무제의 경우 130~40만원, 시간제의 경우 시간당 7천원수준으로 조사되고 있어서 비정규직 근로자의 시간당 임금총액(2011년; 9,372원)에 비해서 임금수준이 떨어진다는 지적이다(보건복지부 내부자료). 이러한 현상은 양질의 서비스를 제공하는데 영향을 주고 있으며, 요양보호사의 연령대를 보면 알 수 있다. 즉, 전체의 73.1%가 40~50대의 주부가 차지하고 있다는 것이다. 심지어는 60대 이상의 고령자도 20% 정도를 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다.

4) 장기요양재정의 확대

재정지출은 서비스가격과 서비스이용자수에 의해 그 크기가 결정되는데, 지금까지의 경향을 보면, 전술한 바와 같이 서비스이용자의 급증이 지출을 증가시키는데 크게 기여해 온 것으로 분석되고 있다. 이러한 재정지출의 증가는 보험료는 물론이고 국고지원금을 증대시키는데 영향을 주어 왔다. 즉, 제도초기인 2009년도에는 보험료수입이 1조 1,996억원이던 것이 2011년도에는 2조 1,423억원, 국고지원금은 동기간에 2,043억원에서 3,883억원으로 2배 가까이 늘어난 것으로 나타나고 있다. 그렇

표 4. 근무 요양보호사의 연령분포(2012년 기준)

(단위: 명)

구분	전체	20대 미만	30대	40대	50대	60대	70대 이상
실수	242,437	3,393	13,682	61,994	115,217	42,490	5,661
(%)	(100.0)	(1.4)	(5.6)	(25.6)	(47.5)	(17.5)	(2.3)

자료: 보건복지부, 노인장기요양보험 기본계획안 자료(2012.9)

지만, 증가속도측면에서 보면, 총지출이 총수입측면보다 더 빠르게 증가하고, 그 중에서도 보험급여비지출의 증가속도가 가장 빠르게 나타났다는 것이다.

최근의 통계를 보면 전술한 바와 같이 전체노인인구대비의 장기요양인정률이 안정화되어 있어서 이대로 유지된다면 노인인구의 증가에 따른 자연증가분에 의한 증대 이외에는 높은 증가율은 나타나지 않겠지만, 장기요양적용대상 범위의 인위적인 확대가 이루어지는 경우에는 자연적으로 보험료뿐만 아니라 국고지원금이 더 크게 확대될 것으로 보인다.

3. 향후 장기요양보장제도의 발전방향

1) 노인장기요양보험급여 수급자범위의 적정 확대

기본적으로 장기요양서비스는 일상생활활동상의 기능에 장애가 있는 자를 대상으로 하고 있다. 여기에서 일상생활기능이란 일상적으로 생활하는데 보편적이고 반복되는 행위를 말하는데 이를 기본적 및 수단적 일상생활활동(basic & instrumental activities of daily livings)이라 부르고 있다. 이러한 활동에는 경중의 정도가 존재하기 마련인데, 전적으로 활동을 수행하지 못하

표 5. 노인장기요양보험 재정수지 변화추이

(단위: 백만원)

구분		2008년(하반기)	2009년	2010년	2011년	연평균증가율 ¹⁾
수입	계(A)	868,974.9	2,084,929.1	2,877,740.5	3,263,144.5	23.8
	보험료(B)	477,011.3	1,199,551.5	1,831,554.8	2,142,331.7	31.8
	국고지원금(C)	120,747.3	204,351.5	332,318.0	388,311.0	21.4
	의료급여 부담금(D)	266,136.9	660,082.5	670,449.4	677,321.6	8.9
	기타	5,079.3	20,943.7	43,418.3	55,180.1	80.2
지출	계(E)	554,900.7	1,908,462.5	2,589,135.3	2,787,757.0	38.4
	보험급여비(F)	431,414.5	1,746,732.1	2,415,263.2	2,602,664.0	49.5
	관리운영비	107,897.2	135,720.4	144,136.8	155,570.6	△7.7
	기타	15,589.1	26,010.0	29,735.3	29,522.4	△1.0
총수지율(E/A) (%)		63.86	91.54	89.97	81.98	
보험료대 급여비율(F/(B+C+D) (%)		49.94	84.63	85.21	77.60	
당기차액(A-E)		314,074	176,467	288,605	475,387	
누적준비금적립금(G)		23,000	105,400	308,200	699,400	
적립율(G/F) (%)		5.33	6.03	12.76	26.87	

주: 1) 2008년도 수치를 2배로 계산하여 산정함.
 자료: 선우덕(2012). 노인장기요양보험 재정지출의 분석을 통한 제도 개선방향, 한국보건사회연구원, 포커스이슈, 153호.

는 자가 있는가 하면 일부분이라도 수행할 수 있는 자가 있다는 점에서 지원정도의 차이가 발생하고 있다.

이러한 관점에서 볼 때, 어느 정도의 일상생활활동상의 기능장애를 지닌 자를 장기요양제도의 적용대상으로 할 것인가는 다양한 변수가 작용한다고 할 수 있다. 즉, 피보험자의 보험료 부담능력이나 국가의 예산지원가능액 등을 감안하여야 할 것이고, 가족의 케어능력여부도 중요한 변수에 해당하여, 비록 경증에 해당하는 기능장애를 지닌 자도 경우에 따라서 제도권에 포함시킬 수 있다는 것이다. 예를 들면, 일본의 장기요양보험제도에서는 경증의 기능장애자도 제도권에 포함하여 서비스를 제공하는 경우이고, 독일의 장기요양보험제도에서는 경증을 제외한 중등증 이상의 기능장애자만 제도권에 포함하고 있다는 것으로 알려져 있다. 이로 인하여 일본은 장기요양인정률이 전체노인의 20% 수준에 육박하고 있으며, 이에 따라 보험재정의 불안정을 호소하고 있는가 하면, 그 반면에 독일은 전체노인의 12~3%의 인정률수준을 유지하고 있으며 재정수지의 안정도 유지하고 있는 것으로 나타나고 있다.

만약에 소요재정의 확보가 가능하다면, 조금이라도 외부의 지원이 필요한 상태를 보이는 고령자를 모두 수급자의 범위에 포함시키는 것은 당연하겠지만, 그렇지 못하다면, 적정수준에서 수급자의 범위를 결정하여야 할 것이다. 또 하나의 적정 범위를 유지하는 방법은 노인돌봄서비스제도와 같은 관련제도를 잘 활용하는 것이다. 다시 말하면, 기능상태가 경미한 노인에게는 노인돌봄서비스와 같은 복지제도에서 서비

스를 제공하고, 상당한 정도의 지원을 필요로 하는 중등증 이상의 노인에게는 장기요양보험제도를 통해서 적정의 서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이다.

결국, 경증의 기능장애노인을 무분별하게 장기요양보험제도에 편입시키는 경우에는 노인돌봄서비스제도와 더불어 양 제도의 발전을 저해하는 결과를 낳을 가능성이 있다. 따라서, 경증의 기능장애노인 중에서도 상대적으로 가족의 부담이 클 수 있는 치매노인이나 부양가족이 결여되어 있는 노인을 중심으로 장기요양보험제도의 적용범위를 확대하는 것이 바람직하다. 아울러 현행 장기요양인정체계가 등급간은 물론이고 동일등급내에서도 이질성이 크다는 서비스현장 종사자로부터의 지적이 있다는 점을 감안하여 기존등급과 신규 등급내 편입자를 포함하여 전체의 요양등급체계를 개편할 필요가 있다. 참고로 일본은 요계호등급자(5개)를 중심으로 제도개편을 진행중에 있으며, 독일도 5등급체제로 개편할 것을 염두에 두고 연구와 논의를 진행중인 것을 고려해 볼 필요가 있다.

2) 장기요양서비스의 효과적 급여방안 개발

장기요양서비스의 내용을 보면, 신체케어(personal care)와 가사활동지원(domestic support)으로 대별할 수 있다. 여기에서 신체케어가 필요한 자는 자연적으로 가사활동지원도 필요하겠지만, 한편으로는 신체케어는 그다지 필요하지는 않지만, 가사활동지원을 중심으로 도움이 필요한 자가 있을 수 있다. 대체적으로 중등증에 해당하는 자가 전자라고 한다면, 경증

자는 후자에 해당한다고 볼 수 있다.

여기에서 장기요양서비스가 지향하고 있는 목적이 무엇인가에 대한 설정이 요구된다. 수급자가 스스로 수행하기 어려운 활동에 대해서만 서비스를 제공하는데 두어야 하는가(자립지원 목적), 아니면 수급자가 자신의 활동능력의 여부와 관계없이 필요로 하는 서비스를 모두 제공하는데 두어야 하는가 하는 것이다. 지금까지의 제도운영의 결과를 놓고 보면, 방문요양서비스만을 보더라도 후자에 치중해 온 것으로 판단된다. 특히, 1, 2등급자의 경우 중증상태의 기능장애를 보이고 있기 때문에 신체케어 이외에도 필요이상의 가사지원, 심리적 안정서비스 등을 요구하는 등, 후자에 치우칠 가능성이 있다고 하겠지만, 3등급, 또는 그 이하의 기능장애자들까지도 후자에 치우칠 경우에는 급격한 기능저하로 진행될 가능성이 높다는 것이다. 따라서, 기능장애의 정도에 따라서 서비스량의 적정성과 서비스내용의 적합성을 유지하여야 하는데, 경증의 기능장애자에게는 기능하락을 방지하기 위한 기능재활서비스가 절대적으로 필요하다는 것이다. 무엇보다도 경증자를 중점대상으로 하고 있는 노인돌봄서비스의 내용에 기능재활서비스가 강화시켜야 하는 이유가 여기에 있고, 이것이 자립지원의 목적에도 부합되는 것이다.

그리고, 건강보험제도에서도 보장성 강화차원에서 암과 같은 중증질환의 치료비를 경감시키는 방향으로 정책을 추진하고 있듯이 장기요양보험제도에서도 1, 2등급의 중증자에 대한 지원을 강화시킬 필요가 있다는 것이다. 다시 말하면, 노인요양시설에 입소해 있는 중증자는 중증질환을 앓고 있는 경우도 많기 때문에 의료적

요구도 높으나, 현행 시설의 환경에서는 그 대응이 미흡한 실정이다. 또한, 일반주택에서 재가서비스를 받으면서 생활하기를 선택한 중증자는 현행 재가서비스의 양으로는 대응하기가 어렵다는 것이다. 따라서, 노인요양시설에서는 의료적 케어가 강화된 서비스의 제공방식이 요구되고, 재가서비스부문에서는 재가서비스간 연계적 제공체제와 더불어 24시간 정기적이고 응급적인 서비스가 제공될 수 있는 체제구축이 요구된다. 다만, 여기에서 주의하여야 하는 것은 중증자에 대한 서비스 강화가 자칫하면 단순한 수명의 연장으로 이어질 가능성도 있기 때문에 동시에 서비스의 표준화도 필요하다는 것이다.

또한, 현행 보험급여체계에서는 의료적 처치의 필요성이 높은 중증대상자에게 적합한 서비스가 미흡한 것이 사실이다. 실제로 장기요양대상자로 인정받았지만, 장기요양서비스를 포기하고 요양병원에 입원하는 장기요양서비스 미이용자가 상당수 존재하고 있다. 단순히 의료적 처치의 필요성이 낮음에도 불구하고 병원을 선호하는 성향 때문에 병원입원을 고집하는 경우를 제외하고는 병원입원보호가 더 효과적인 장기요양대상자가 적지 않다는 점을 감안할 때, 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 요양병원을 선별하여 높은 의료적 처치를 필요로 하는 중증의 장기요양대상자를 입원보호할 수 있도록 하는 제도적 개선이 요구된다.

3) 장기요양인프라의 환경 개선

그동안 장기요양보험제도는 적용대상자의 증가에 따른 서비스공급의 확대에 주력해 왔다

고 할 수 있다. 그 결과로 장기요양시설 및 인력 측면에서는 전체적으로는 부족하지 않을 만큼 확충되어 온 것은 사실인데, 이제는 시설의 과잉공급으로 과당경쟁이 발생하고 있고, 급기야는 서비스의 질을 하락시키고 있다고 보여진다. 또한, 시설의 과잉공급에도 불구하고 지역간, 또는 서비스분야간 불균형상태는 여전히 상존하고 있다고 하겠다. 예를 들면, 시설공급의 확대정책으로 도시의 도심지역에는 서비스의 제공에 적합하지 못한 일반상가건물에 임대하여 설치되는 경우가 있는가 하면, 소규모의 자본투자자로 단순보호형태의 시설운영이 가능한 소규모요양시설이 난립되어 있는 경우이다. 그런 가운데 장기요양수요가 부족한 농어촌지역에서는 여전히 시설공급의 부족으로 적정한 서비스의 이용이 이루어지고 있지 못하고 있다. 또한, 현재 근무하고 있는 요양보호사인력도 50~60대가 전체의 65%를 차지하고 있는데, 이들은 케어제공에 따른 체력적·정신적 부담 이외에도 기능적 역할에도 20~30대에 비해 차이가 있기 때문에 질적으로 양호한 서비스를 제공하기에는 한계가 있다.

따라서, 향후 장기요양보험제도의 추진방향은 양질의 서비스제공환경을 조성하는 데에 주력할 필요가 있다. 즉, 양질의 서비스는 시설환경과 인력, 더 나아가서는 경영방법에 의해 좌우되기 때문에 이를 유도할 수 있는 정책방안이 필요하다고 하겠다. 우선 시설환경측면에서는 첫 번째로 양질의 서비스를 제공하기 위해서 필요한 케어인력을 확보할 수 있는 시설의 규모로 정형화시킬 필요가 있다는 것이다. 최소한 간호사, 요양보호사 및 사회복지사가 확보되어 서비

스를 제공할 수 있게 하기 위해서는 최소한 입소정원 50인 이상의 시설을 중심으로 개편되어야 하고, 비록 50인 미만일지라도 다양한 서비스를 제공할 수 있는 시설을 복합적으로 설치하여 지원을 받을 수 있어야 할 것이다. 특히, 일정한 토지의 확보로 시설설치를 유도할 수 있도록 하여 장기요양시설로써 설치가 부적합한 일반상가건물을 임대하여 활용하는 것은 통제되어야 할 것이다.

두 번째는 입소자의 특성에 적합한 시설환경의 조성이 필요하다. 특히, 치매질환의 경우는 일상생활활동의 기능이 유지되어 있는 경증치매와 타인의 활동지원을 필요로 하는 중증치매로 구분될 수 있다는 것이다. 그렇기 때문에 경증치매질환의 경우는 신체적 기능의 특성을 살릴 수 있는 시설환경이 필요한데, 이는 북유럽의 선진국가나 일본에서 볼 수 있는 소규모 그룹형태의 시설이라 할 수 있다. 현재와 같은 노인요양공동생활가정은 중증의 기능장애노인을 대상으로 하고 있거나, 비록 경증의 치매노인을 보호하고 있기는 하지만, 다양한 서비스를 적절하게 제공해줄 수 있는 환경이 조성되어 있지 못하다는 것이다. 따라서, 생활기능을 유지하고 있는 경증치매노인을 전문적으로 케어할 수 있는 소규모형태의 시설로 노인요양공동생활가정의 기능을 전환시켜야 할 것이다.

세 번째로 적정규모 이상의 시설이 설치되고 케어인력이 확보되었다고 하더라도 케어방법이 효율적 내지는 효과적이지 못한 경우에는 양질의 서비스를 제공하기가 어렵다는 것이다. 그동안 노인요양시설은 재택생활이 어려운 자를 입소시켜 생활하게 하는 복지시설로써의 기능

을 지니고 있었지만, 장기요양시설로 전환되었다는 것은 생활시설이면서 케어가 가능한 시설로 바뀌었다는 것을 의미한다. 이는 과거의 집단적인 케어방식에서 입소자 개개인의 욕구를 반영할 수 있는 케어방식으로 전환되어야 함을 의미한다. 이를 달성하기 위한 방식이 유니트 케어(unit care)방식으로 일컬어지고 있다. 즉, 시설내 소규모의 생활단위(unit)로 구획하여 가정과 같은 환경속에서 케어를 받으면서 생활하게 하는 방식으로 시설의 규모와 관계없이 운영이 가능한 모형이라 할 수 있다. 따라서, 노인장기요양시설은 유니트케어방식으로 서비스를 제공할 수 있는 시설건축모형을 개발하여 보급시킬 필요가 있다.

네 번째로 양질의 서비스를 제공할 수 있는 인프라의 확보정책을 시행하기 위해서는 시설설치에 대한 기준을 개편할 필요가 있다. 현재 구체적이지 못한 시설기준과 설치허가기준 이외에 단발성의 시설평가방법만으로는 양질의 서비스를 유도하기에는 역부족이다. 현행법에서 다루기가 어렵다고 한다면, 정기적이면서 수시로 불시에 서비스를 평가할 수 있는 체제로 전환하면서 소비자의 욕구를 최대한 반영할 수 있는 장기요양서비스의 인증평가체제가 구축되어야 할 것이다. 아울러 현재 국민건강보험공단(보험자)에서 소비자를 위한 장기요양기관에 대한 각종 정보를 질·양적으로 확대하여 제공하도록 하여야 할 것이다.

마지막으로 요양보호사를 비롯한 장기요양 서비스인력의 처우개선이 이루어질 필요가 있다. 양질의 시설환경이 마련되었다고 하더라도 서비스를 제공하는 인력의 케어기술이 미흡하

다고 한다면, 시설의 활용도가 떨어지게 마련이다. 특히, 양질의 요양보호사를 확보하기 위해서는 임금수준이 개선되어야 하고, 다년간 케어 제공에 따른 전문적인 기술을 보유한 자에게 적합한 상급직종을 부여하는 방안을 반드시 고안하여야 할 것이다.

4) 장기요양재정의 효율적 운영

장기요양보험의 재정수입을 확충하기 위해서는 피보험자의 보험료를 인상하거나 국고지원금을 증액시키는 방법밖에는 없을 것이다. 양자 모두 결국에는 국민들의 부담을 늘리는 방안인 것이다. 보험료든, 조세든 간에 인상을 위해서는 국민들에 대한 설득이 요구되겠지만, 적절한 수준에서의 점진적인 인상정책이라면 국민들이 감내할 수 있을 것으로 판단된다. 현재 우리나라의 사회보장부담율이 OECD의 선진국가들에 비하면 낮은 수준에 머무르고 있는데, 보장성의 강화와 양질의 서비스 제공을 기준으로 제도가 개선되는 경우에는 비록 국민부담이 늘어날지라도 받아들일 수 있을 것으로 보인다.

한편으로는 재정지출의 효율성을 극대화시킬 수 있도록 하여야 할 것이다. 지금까지는 동일한 업종의 서비스공급자라면 동일한 가격을 지불하여 왔는데, 제도의 운영결과는 동일한 서비스가 제공되지 못하고 있다는 것이다. 양질의 서비스를 제공하기 위해서 고군분투하는 시설에서는 재정수지의 악화로 경영상의 어려움을 호소하고 있는 반면에, 그렇지 못한 서비스를 제공하는 시설에서는 사업이득을 챙겨가면서 장기요양환경을 훼손시키고 있는 것으로 지적

되고 있다. 예를 들면, 소규모의 노인요양시설이 지속적으로 확대되고 있고, 초기 투입비용이 매우 적은 방문요양서비스기관이 과잉 설치되어 있다는 것이 이를 반증해주고 있다.

따라서, 이제부터 도입하여야 할 정책은 급여 서비스의 제공방식, 시설환경이나 케어전문인력의 배치수준 등을 감안하여 효율적이고 효과적인 서비스가 제공되는 사업자를 대상으로 한 재정지원을 차등적으로 실시할 수 있는 장기요양서비스수가의 차등화(차등수가)방안이 개발되어 적용될 필요가 있다. 이러한 방식은 시설 평가체제와 연계될 수 있도록 하여야 할 것이다. 아울러 보험재정의 비효율적 지출을 발생시키는 각 분야의 서비스 행태를 정기적이고 지속적으로 모니터링할 수 있는 체제를 갖추어야 할 것이다.

4. 결론

사회보장제도를 도입, 시행하고 있는 후발국가들은 선발국가들의 경험과 시행착오를 반면 교사로 삼아 제도개선을 도모하는 것이 필요하

다. 우리나라 장기요양제도의 벤치마킹대상이었고, 현재에도 대상이 되고 있는 독일과 일본의 경험은 상당히 중요할 것으로 생각한다. 지금까지의 흐름을 보면, 양국은 제도의 틀이나 운영방식이 서로 상이한 체계를 갖추고 있지만, 서로 장점을 고려하면서 제도의 개선을 도모하고 있다.

무엇보다도 보험재정수입의 확대가 용이하지 않은 상황 속에서는 재정지출의 효율성을 극대화시켜야만 제도의 장기적인 지속성을 담보할 수 있을 것이다. 특히 장기요양서비스는 장기요양보험제도와 같이 특정한 제도에만 의존할 수 없는 성격을 지니고 있다. 장기요양서비스는 어디까지나 신체적 및 인지적 기능의 장애로 인한 일상생활활동을 지원하는 내용으로 구성되어 있어서 의료서비스와는 다르게 취급하여야 할 것이다. 즉, 의료서비스는 공공성의 성격이 강하여 소득수준과 관계없이 보편적인 제공이 요구되지만, 장기요양서비스는 개별성이 강하고, 생활을 지원하는 것이기 때문에 서비스 이용에 있어서는 소득수준을 감안하고 있다는 것이 유럽 선진 사회보장국가의 일반적인 이념임을 알아둘 필요가 있다. 필경