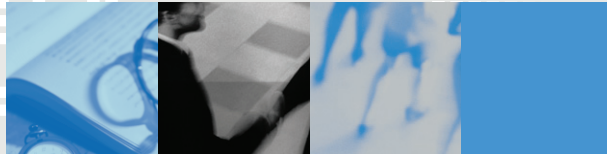


National Assembly Research Service



고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토

국회입법조사처

현안보고서 Vol. 46

-저출산·고령사회 대응 시리즈 제2호-

고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토

원시연 (보건복지여성팀 입법조사관)

2009. 11. 20

국회입법조사처
National Assembly Research Service

요 약

본 보고서는 건강수명을 다하여 요양이 필요해진 노인에게 공적 돌봄서비스를 제공하는 노인장기요양보험제도가 성공적으로 정착되고, 고령사회에 대응할 수 있는 지속가능한 제도가 되기 위한 방안을 모색해 보려는 목적에서 집필되었다.

여기서는 노인장기요양보험제도가 지속가능하기 위해서 전제되어야 할 다양한 요인들 중에서, 노인요양서비스 전달체계의 하드웨어인 노인요양시설의 수요와 공급 현황, 노양요양시설확충사업을 위한 국가와 지방자치단체의 관련 예산 및 지출상황, 요양보험재정의 현황, 그리고 시설입소대상 이 경증노인으로 확대될 경우 추가적으로 지출되는 보험재정 등이 검토되었다.

검토 결과 다음과 같은 문제점들이 발견되었다.

첫째, 현재 노인요양시설은 과잉공급되어 있으며, 요양시설의 수요와 공급간의 균형상태 등을 파악해 볼 수 있는 시설충족률도 정부가 발표한 수치보다 실체는 더 높은 것으로 나타났다. 해당 시점 기준의 정확한 수치를 대입하여 다시 계산해 보면 가정치를 사용한 정부의 발표와는 상당한 차이를 보인다. 그리고 시설입소율 수치를 보더라도 현 시점에서 요양시설의 확충이 시급한 상황은 아닌 것으로 드러났다.

둘째, 현재의 노인장기요양보험제도는 국가·지방자치단체·법인시설·민간시설 등 모든 정책 이해관계자에게 상당한 재정적 부담을 지우고 있다. 특히 요양시설 기능보강사업은 기존의 요양시설을 전문요양시설의 설치기준으로 상향조정하거나 법인 전문요양시설을 신축하기 위하여 실시되고 있는 사업으로서, 이로 인한 불필요한 예산상의 낭비가 초래되고 있다.

셋째, 현재의 노인장기요양보험제도의 보험재정은 불과 1년여 만에 적자운영이 우려되는 상황이다. 시간의 경과에 따라 요양급여 대상자 수가 급격히

확대되고 있기 때문에 보험재정은 앞으로 더욱 악화될 가능성이 높다. 그러나 보험재정을 안정화하기 위해 요양보험료를 급격히 상향조정하면 사회적 반발이 야기될 수 있다. 따라서 보험재정을 절약할 수 있는 방안이 적극적으로 모색될 필요가 있다.

이상에서 제시된 문제점들을 바탕으로, 본 보고서에서는 다음과 같은 정책적 제언을 하였다.

첫째, 요양급여 수가의 세분화 및 차등화가 이루어져야 한다. 국가·지방자치단체·법인시설·민간시설 모두 기존의 요양시설을 전문요양시설로 변경하기 위하여 추가적으로 재정을 지출하는 것은 바람직한 방안이 아니다. 오히려 요양시설은 요양시설수가를, 전문요양시설은 전문요양시설수가를 받을 수 있도록 하여 현재의 인프라를 최대한 현 상태로 활용할 수 있게 한다면 요양시설 수요와 공급의 불균형 현상을 부분적으로나마 보완하고, 요양서비스 수요자에게 선택의 기회를 제공할 수 있을 것이다.

둘째, 모든 이해관계자들에게 재정적 부담을 주고 있는 요양시설 기능보강사업을 재검토해야 한다. 각 지자체는 지역별 시설충족률과 시설입소율 등을 고려하여 법인시설 기능보강사업의 타당성을 분석하고, 신축 및 증·개축을 위한 시설지원기준을 상향조정해야 한다.

셋째, 노인장기요양보험제도의 보험재정 안정화를 도모하기 위해서는 독일이나 일본과 같이 재가급여우선원칙을 도입하고 노인의 건강 상태가 악화되기 전에 미리 예방하는 프로그램을 도입할 필요성이 있다. 경증 노인을 시설입소대상자로 확대하여 보험지출을 늘리기보다는 노인의 요양시설입소가 중증의 상태에서 선택되는 마지막 결정이 되도록 하여야 한다. 이를 위해서는 먼저 독일과 같이 「노인장기요양보험법」 제1장 총칙부분에 재가급여우선 및 예방우선원칙을 명시하는 입법화가 필요하다.

다만 재가급여우선원칙과 예방 프로그램의 도입이 실효성을 갖기 위해서는 요양인력의 전문성 및 서비스 질에 대한 검증과 신뢰가 전제되어야 한다.

차 례

□ 요약

I. 서론 / 1

II. 노인요양시설 현황 및 관련 기준 / 3

III. 문제점 / 8

1. 시설 수요와 공급에 대한 예측의 부정확성 8
 - 가. 시설충족률 8
 - 나. 시설입소율 11
2. 지방자치단체의 재정상태에 대한 고려가 없는 사업운영 방식 13
 - 가. 기능보강사업비 13
 - 나. 요양급여비 및 공단 관리운영비 부담금 16
3. 요양보험재정의 안정성 확보에 대한 고려 미흡 19
 - 가. 요양보험재정의 적자운영 가능성 19
 - 나. 시설입소자 확대에 따른 추가적 비용에 대한 고려 미흡 22

IV. 정책적 제언 / 23

1. 요양급여 수가의 세분화 및 차등화 도입 23
2. 요양시설 기능보강사업의 재검토 25
3. 재가급여우선원칙의 도입과 예방 프로그램의 강화 27

□ 참고문헌

□ 간담회 개최 자료사진

표 차례

[표 1] 요양시설 변동 현황	3
[표 2] 시설기준	4
[표 3] 인력기준	5
[표 4] 등급별 요양수가	6
[표 5] 요양시설 입소기준, 이용료, 운영비	7
[표 6] 16개 시·도별 시설 현황 및 충족률	10
[표 7] 16개 시·도별 요양시설 정원, 실제 입소자수, 입소율, 증감현황	12
[표 8] 노인요양시설 기능보강사업 주요 지원내역	15
[표 9] 지자체의 장기요양제도 요양부담금 추정 소요액	17
[표 10] 장기요양보험 수지현황	20
[표 11] 건강보험 재원부담 및 요양보험료율 추계	21
[표 12] 독일의 공적 장기요양급여 수급자수와 비율	29
[표 13] 일본의 급여종류별 이용자 현황	29

I. 서론

한국은 2000년에 이르러 만65세 이상의 노인인구가 전체인구의 7% 이상을 구성하는 고령화 사회에 진입한 이래, 2009년 기준으로 노인인구 비율이 10%를 갓 넘어선 것으로 추정되고 있다.

한국의 고령화는 매우 빠르게 진행되고 있어 2018년에는 고령사회(노인인구가 전체의 14%)에 이르고, 2026년에는 초고령사회(노인인구가 전체의 20%)에 도달할 것이라는 전망치는 이제 엄연한 현실로 받아들여지고 있다.

일본은 2006년에, 그리고 독일은 2009년에 초고령사회에 도달하였지만, 고령화 속도는 한국보다 빠르지 않았다¹⁾. 한국의 고령화는 저출산 현상과 결합되어 이제 더 이상 정책적 대응을 지체할 시간적 여유가 없다는 분석이 지배적이다.

인구차원에서의 노인비율뿐만 아니라 가구차원에서도 노인문제가 부각되고 있다. 통계청이 5년마다 실시하는 『인구주택총조사』의 가장 최근 자료(2005)에 따르면, 약 78만가구가 65세 이상 노인 단독가구이고, 65세 이상 노인 부부만으로 구성된 가구도 약 83만 가구로서 총가구수 1,589만 가구 중 10%를 넘어선 것으로 나타났다.

2000년도 『인구주택총조사』에서 65세 이상 노인 단독가구가 약 54만 가구였고, 65세 이상 노인부부 가구가 약 57만 가구였던 것과 비교하면, 불과 5년 사이에 노인 단독가구는 44%, 노인 부부가구는 46%나 증가한 것이다. 이는 2010년에 실시될 『인구주택총조사』 결과가 얼마나 큰 인구 및 가구의 변화를 보여줄 것인지를 시사하는 부분이기도 하다.

급격한 고령화 추세는 이처럼 노인인구가 증가하고 있고, 노인만으로 구

1) 일본은 고령화사회에서 고령사회 도달까지 24년, 고령사회에서 초고령사회까지 12년 소요되었고, 독일의 경우는 각각 40년, 37년 소요되었다(보건복지부, 2006).

성된 가구가 증가하고 있기 때문에, 예전에는 다른 가족 구성원에 의해 제공되던 보살핌을 받지 못하는 노인들이 확연히 늘어나고 있다는 점에서 정책적 관심의 대상이 되고 있다.

특히 일상생활을 혼자서 영위하지 못하는 노인을 위한 돌봄 서비스는 미래 사회정책의 필수적인 고려사항이 아닐 수 없다. 물론 아직까지는 다른 가족구성원들과 동거하는 노인의 비율이 노인 단독가구에 비해 훨씬 높다고 하지만, 이전과 같이 가족구성원이 노인에게 전적으로 돌봄을 제공할 수 없는 상황에 이르고 있음은 주지의 사실이다. 따라서 증가하는 노인인구에게 공적영역에서 돌봄을 제공하도록 하는 노인장기요양보험제도(이하 장기요양제도) 등의 정책적 접근이 국가적 차원에서 적극적으로 추진되어야 할 필요가 있었다.

그런데 장기요양제도가 고령사회를 지탱하는 핵심적 정책·제도가 되기 위해서는 이 제도의 장기적·안정적 지속가능성이 확보되어야 한다. 아무리 좋은 제도라도 지속가능성을 확보하지 못하면 얼마가지 않아 사상누각처럼 그 기초가 흔들릴 수 있기 때문이다. 따라서 제도도입 초기인 현재의 시점에서 중요한 것은 현 장기요양제도의 지속가능성을 제대로 평가하고 예측하는 것이며, 그러기 위해서는 노인요양시설 등 관련 인프라, 재정, 요양서비스 질의 제고, 요양인력의 전문성 확보, 요양 프로그램의 선진화 등을 포함한 종합적 분석이 이루어져야 할 것이다.

본 보고서는 그 첫 단계로서 노인요양시설에 초점을 맞추어 장기요양제도의 지속가능성을 검토해 보고자 한다. 불과 20년도 남지 않은 초고령사회에 대비하기 위해서는 노인요양서비스 전달체계의 하드웨어인 시설 인프라의 수요와 공급의 균형, 시설확충사업을 위한 국가와 지자체의 관련 예산확보, 시설급여의 주원천인 보험재정에 대한 고려 등이 거시적인 관점에서 우선적으로 이루어질 필요성이 크기 때문이다.

II. 노인요양시설 현황 및 관련 기준

여기서는 노인요양시설 현황과 관련기준을 검토해 보고자 한다. 요양시설과 관련하여 다양한 현황과 기준이 있으나, 본 보고서에서는 시설 인프라의 수요와 공급 현황, 시설확충사업과 관련된 시설 및 인력기준, 시설유형별 급여에 초점을 맞추어 조사하였다.

장기요양제도의 도입 이후 노인요양시설²⁾은 급격히 증가하고 있다 ([표 1] 참고). 요양시설은 제도도입 직전인 2008년 6월 기준으로 1,271개소에 정원은 56,140명이었으나, 2009년 9월 말에는 2,385개소에 정원이 83,320명으로 증가하여 각각 87.6%와 48.4%의 증가율을 보이고 있다.

[표 1] 요양시설 변동 현황

(단위: 개소, 명)

구 분	시설수	정원	현원
'08. 6	1,271	56,140	42,609
'08. 9	1,530	64,671	52,228
'08. 12	1,717	68,581	56,370
'09. 3	1,875	72,163	61,652
'09. 6	2,114	77,919	63,391
'09. 9	2,385	83,320	64,838
증감	1,114(87.6%)	27,180(48.4%)	22,229(52.2%)

주: 비율은 필자가 계산함

자료: 보건복지가족부 내부자료 중 일부발췌

- 2) 노인요양시설은 장기요양제도 도입 이전에 노인요양시설, 실비노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설, 노인전문병원으로 구분되어 있었던 노인의료복지시설 중 노인전문병원을 제외한 나머지 시설들을 통칭하는 개념이다.

같은 기간 동안의 시설입소율³⁾ 변화를 살펴보면 2008년 6월의 75.9%에서 2009년 9월에는 77.8%로 약 1.9% 정도 증가한 것으로 나타났다. 장기요양제도 도입 이전에는 노인요양시설이 일반요양시설과 전문요양시설로 구분되어 있었으나, 장기요양제도 도입 이후에는 모든 노인요양시설의 기준이 이전의 노인전문요양시설 수준으로 강화되었다. 노인요양시설을 설치하기 위한 주요 시설기준은 [표 2] 와 같다.

[표 2] 시설기준

구 분		침실	사무실	요양보호사실	자원봉사자실	의료 및 간호사실	물리(작업)치료실	프로그램실	식당 및 조리실	비상재해대비시설	화장실	세면장 및 목욕실	세탁장 및 세탁물 건조장
시설별													
노인 요양 시설	30명 이상	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	10명 ~ 30명	○		○		○	○	○	○	○		○	

자료: 보건복지가족부, 「2009 노인보건복지사업안내」, 2009를 재구성

2008년 4월 4일을 기점으로 기존 요양시설기준의 강화를 위한 유예기간(5년)이 주어져 있으며, 그 기간 동안 요양시설은 모두 전문요양시설 설치기준으로 변경되어야 한다. 시설면적은 정원 1명당 연면적이 23.6㎡ 이상 되어야 하고, 침실 정원은 4인 이하, 1인당 2평(6.6㎡) 이상이 확보되어야 한다.

요양시설이 전문요양시설로 변경되려면 인력기준([표 3] 참고)도 함께 강화되어야 한다. 인력과 관련한 가장 큰 변화는 요양보호사 채용기준에서 발견된다. 이전에는 요양시설의 유형(무료, 실비, 유료)에 따라 입소자 5~7명당 1

3) 시설입소율 = [(현원/정원)×100]

명이었으나, 새로운 기준에서는 입소자 2.5명당 1명을 충족해야 하기 때문에, 이전보다 2배 이상의 추가적인 요양인력 채용이 요구되고 있다.

[표 3] 인력기준

직종별 시설별		시설장	사무국장	사회복지사	의사 · (촉탁) 의사	간호 (조무) 사	물리 치료사 또는 작업 치료사	요양 보호사	사 무 원	영 양 사	조 리 원	위 생 원	관 리 인
노 인 요 양 시 설	30명 이상	1명	1명	1명	1명	입소자 25명당 1명	1명	입소자 2.5명당 1명	필 요 수	1명	필 요 수	필 요 수	필 요 수
	10명 ~ 30명	1명	1명	1명	1명	1명	1명	입소자 2.5명당 1명			필 요 수	필 요 수	

※ 인력기준 상세요건

1. 시설장은 사회복지사 자격증 소지자 또는 「의료법」 제2조에 따른 의료인
2. 사무국장은 입소자 50명 이상인 경우에 한해서 배치
3. 사회복지사·물리치료사는 기본 1명 배치하고, 입소자 100명 초과 시마다 1명 추가
4. 간호(조무)사는 “입소자 30명 이상 시설”인 경우 입소자가 없더라도 기본 1명 배치하며, 입소자가 25명을 넘어서는 경우 “입소자 ÷ 25”로 계산한 값을 반올림한 인원수를 배치
5. 영양사는 입소자 50명 이상인 경우에 한해서 배치
6. 요양보호사는 입소자가 없더라도 기본 1명 배치하며 입소자가 2.5명(공동생활가정은 3명)을 넘어서는 경우 “입소자 ÷ 2.5(공동생활가정은 3)”로 계산한 값을 반올림한 인원수를 배치

자료: 보건복지가족부, 「2009 노인보건복지사업안내」, 2009

기존의 요양시설의 경우, 시설기준이 아직 충족되지 못했더라도 5년간의 유예기간에 이를 충족시킬 것으로 간주하고, 우선 인력기준만 충족되면 전문

요양수가를 지급받을 수 있다. 그리고 기존의 전문요양시설의 경우는 인력기준과 상관없이 전문요양수가를 지급받는다. 2009년 기준으로 요양시설 및 전문요양시설의 등급별 요양수가는 [표 4]와 같다.

[표 4] 등급별 요양수가

(단위: 원/월)

구 분	1등급	2등급	3등급
요양시설	1,140,600	1,033,200	925,800
전문요양시설	1,444,500	1,337,700	1,230,900

주: 보건복지가족부장관 고시에 따른 등급별, 시설별 일별 수가에 30을 곱하여 산정함

노인요양시설에 입소하기 위해서는 요양등급 점수를 75점 이상(2등급 이상) 획득해야 한다. 입소비용의 부담과 관련해서는 본인이 20%를 부담하고, 나머지 80%는 국가 또는 지자체의 부담금과 장기요양보험료로 지출된다. 예를 들어 1등급 판정을 받은 노인이 전문요양시설에 입소할 경우, 총 월입소비용의 20%인 288,900원에 비급여항목⁴⁾에 대한 비용을 추가로 지불해야 한다.

기초수급자는 비급여항목을 제외하고는 전액 면제되고, 기타 의료수급자 등 저소득자의 경우는 본인 부담분의 50%를 경감 받는다([표 5] 참고).

4) 식재료비와 이·미용비, 특실(1~2인실) 이용시 4인실 이용료와의 차액 등은 비급여 항목에 해당된다.

[표 5] 요양시설 입소기준, 이용료, 운영비

구분	요양시설
입소 기준	<ul style="list-style-type: none"> ○ 65세 이상 노인 및 65세 이하 노인성질환자 - 수발을 필요로 하는 중등증 이상(1~2등급)의 자 ※ 1등급: 95점 이상, 2등급: 75~95점 미만 (점수가 높을수록 중증임)
입소 이용료	<ul style="list-style-type: none"> ○ 요양비용의 20%는 이용자 부담 - 기초수급자: 면제 - 경감자(저소득자 등): 법정 본인부담금의 절반(10%)
운영비 지원	<ul style="list-style-type: none"> ○ 일반노인: 보험료+국가 및 지자체+본인 ○ 기초수급자는 지자체가 전액 지원 ○ 기타 의료급여수급자: 국가 및 지자체 분담지원 ○ 제도시행 이전 시설입소 등급외자 보호를 위한 운영지원

자료: 경기도청 노인복지과, 「2009년도 노인복지사업 계획」, 2009를 일부 변경함

Ⅲ. 문제점

여기서는 노인요양시설과 관련한 사업운영방식이 고령사회에 대비하기 위한 장기요양제도의 지속가능성을 제고할 수 있는 방향으로 진행되고 있는지를 검토하고, 그 과정에서 발견된 문제점들을 지적해 보고자 한다.

1. 시설 수요와 공급에 대한 예측의 부정확성

우리나라에 장기요양제도가 도입되면서, 정부를 비롯한 정책관계자들이 가장 우려했던 점은 요양시설 및 요양인력의 부족이었다. 그러나 그것이 기우(杞憂)였음은 제도시행 이후 불과 몇 달 지나지 않아 드러나기 시작했다.

정부발표에 의하면 2008년 12월 말 기준으로 이미 시설충족률이 110.6%에 이르러 공급이 초과되었고, 요양보호사는 336,160명이 배출되어 취업률이 20%를 상회하는 수준에 머물러 있음이 밝혀졌기 때문이다.

따라서 본 보고서에서는 요양시설의 수요와 공급 상태를 파악해 볼 수 있는 중요한 지표인 시설충족률과 시설입소율에 대하여 검토해 보고, 정부의 노인요양시설 확충사업의 타당성과 시의적 적실성 등을 논의해 보고자 한다.

가. 시설충족률

정부가 발표한 충족률 계산식에 따라 필자는 시설충족률을 재계산해 보았다.([표 6] 참고) 그 결과 동일시점 기준으로, 시설충족률이 정부발표보다 더 높은 것(120.5%)으로 나타났다.

보다 구체적으로 살펴보면, 정부가 발표한 시설충족률 계산식은 [시설정원 / 시설수요]×100 이다. 이 때 시설수요 산식은 다음과 같다.

$$\text{시설수요} = [\text{요양1등급총수} \times \text{서비스이용률} \times \text{1등급자시설입소율}] + [\text{요양2등급총수} \times \text{서비스이용률} \times \text{2등급자시설입소율}] + \text{3등급이하 기존 입소자}$$

자료: 보건복지가족부 내부자료

정부는 한국보건사회연구원의 노인인구추계 자료를 기초로 하여 요양1등급총수를 전체노인인구의 0.9%, 요양2등급총수를 전체노인인구의 0.8%로 추정하고, 서비스이용률은 95%, 그리고 일본개호보험 자료를 원용하여 1등급자의 시설입소율은 60%, 2등급자의 시설입소율은 50%로 가정한 것이다. 그리고 3등급이하 기존 입소자 총수를 15,981명으로 계산하였다. 결론적으로 말해서 정부의 시설충족률 계산식에서는 정확한 수치가 적용된 것이 아니라, 모두 추세치와 가정만이 사용되었던 것이다.

그러나 본 보고서에서는 해당 기준시점에서 실제로 등급판정을 받은 요양1등급자 총수와 1등급자의 시설입소율(약 40%), 요양2등급자 총수와 2등급자의 시설입소율(약 40%) 수치를 그대로 대입하여 재계산해 보았다. 그리고 16개 시·도에 자료를 요청하여 3등급이하 기존 입소자수 자료를 취합하여 그 총수를 계산하였다. 그 결과 12,899명이었다.

재계산 해 본 결과, 2008년 12월 말 노인요양시설충족률은 120.5%이며, 서울지역을 제외하고는 모든 지역이 100%를 넘어선 상황인 것으로 드러났다. 그리고 2009년 7월 기준으로 시설충족률은 이보다 더 높은 131.4%로 불과 8개월 만에 10.9%나 증가하였으며, 16개 시·도 모두 시설충족률이 상승하였다.

심지어 전북지역의 경우는 2008년 12월에 이미 197.4%였고, 2009년 7월에는 204.1%에 도달하였다. 시설기준이나 제공되는 요양서비스의 질 등 다양한 요인들을 포함하여 면밀히 분석할 필요성이 있긴 하지만, 이 지역의 요양시설의 공급이 상당히 초과되어 있음은 분명하다.

[표 6] 16개 시·도별 시설 현황 및 충족률

(단위: 개소, %)

구분	2008년 12월 말		2009년 8월 말		증감 (B-A)
	시설수	충족률(A)	시설수	충족률(B)	
합계	1,717	120.5	2,311	131.4	10.9
서울	133	66.1	232	69.5	3.4
부산	71	109.3	100	120.6	11.3
대구	41	103.5	58	121.4	17.9
인천	71	102.8	110	140.3	37.5
광주	49	146.4	54	148.2	1.8
대전	40	107.6	52	111.4	3.8
울산	29	137.3	30	138.4	1.1
경기	462	129.0	658	146.5	17.5
강원	108	149.7	134	150.3	0.6
충북	108	145.0	145	157.5	12.5
충남	92	109.8	121	117.6	7.8
전북	144	197.4	153	204.1	6.7
전남	127	117.2	160	130.3	13.1
경북	111	135.1	141	155.7	20.6
경남	103	128.3	129	135.3	7.0
제주	28	141.6	34	160.6	19.0

주: 충족률은 필자가 계산함

자료: 시설수는 보건복지가족부 내부자료(2009)

[표 6]에 의하면, 서울지역의 시설 인프라가 매우 미흡한 것처럼 나타났으나, 인접지역인 강원(150.3%) 및 경기(146.5%) 지역의 시설 인프라가 이미 포화상태임을 고려해 볼 필요가 있다. 이 지역이 서울지역 수요를 일정 부분 흡

수하고 있다는 사실은 지난 2월~3월에 걸쳐 필자가 수행했던 장기요양기관 현장조사에서 이미 파악된 바 있다(원시연, 2009).

현재와 같은 상황에서는 요양시설 확충을 시급한 정책사업과제로 고려하기보다는, 향후 추이를 살펴보면서 수급을 조절해야 할 단계에 도달했음을 알 수 있다.

나. 시설입소율

양적인 측면에서 시설의 수요와 공급을 나타내주는 지표가 시설충족률이라면, 보다 세부적인 차원에서 시설 인프라가 실제로 어느 정도 활용되고 있는지를 살펴볼 수 있는 지표로는 시설입소율이 있다.

건강보험공단에서 시설 입소자에게 지급된 진료비지급명세 자료에 의하면,⁵⁾ 실제 시설입소자수는 정원에 많이 못 미치고 있음을 알 수 있다. 특히 눈에 띄는 결과는 서울지역이다. 서울은 [표 6]에서 살펴본 바와 같이, 시설충족률이 70%에도 미치지 못하고 있기 때문에 시설 입소율이 거의 100%에 이를 것으로 예상했지만, 실제 시설 입소율은 2009년 7월 기준으로 83.4% 수준인 것으로 나타났다([표 7] 참고).

요양시설이 증가함에 따라 시설입소율은 점차 낮아지고 있다. 16개 시·도 중에서 서울, 광주, 충남지역을 제외하고는 전 지역에서 모두 입소율이 낮아진 것을 알 수 있다. 이는 수요가 증가하는 속도보다 공급이 늘어나는 속도가 더 빠르다는 것을 시사하고 있다.

5) 시설입소자에게 지급되는 보험급여는 신청과 지급 사이에 시차가 발생되기 때문에 대체로 3개월 이후에야 정확한 수치를 파악할 수 있다. 따라서 2009년 11월 초 기준으로 7월분이 가장 최신 자료가 된다.

[표 7] 16개 시·도별 요양시설 정원, 실제 입소자수, 입소율, 증감현황
(단위: 명, %)

구분	2008년 12월 말			2009년 7월 말			증감
	정원	입소자	입소율	정원	입소자	입소율	
합계	68,581	54,374	79.3	80,080	59,656	74.5	△4.8
서울	5,479	4,304	78.6	6,739	5,620	83.4	4.8
부산	3,553	2,893	81.4	4,309	2,943	68.3	△13.1
대구	2,233	1,994	89.3	2,555	2,007	78.6	△10.7
인천	2,919	2,390	81.9	4,360	3,259	74.7	△7.2
광주	1,984	1,488	75.0	2,047	1,649	80.6	5.6
대전	1,580	1,371	86.8	1,810	1,488	82.2	△4.6
울산	1,371	941	68.6	1,431	935	65.3	△3.3
경기	16,161	13,706	84.8	19,917	14,891	74.8	△10.0
강원	4,285	3,266	76.2	4,652	3,463	74.4	△1.8
충북	3,683	2,645	71.8	4,212	2,845	67.5	△4.3
충남	3,394	2,434	71.7	4,103	2,963	72.2	0.5
전북	5,812	4,181	71.9	5,982	4,227	70.7	△1.2
전남	4,357	3,405	78.2	4,790	3,565	74.4	△3.8
경북	5,274	4,302	81.6	5,866	4,349	74.1	△7.5
경남	4,978	3,701	74.3	5,499	3,946	71.8	△2.5
제주	1,518	1,353	89.1	1,808	1,506	83.3	△5.8

주: 입소율은 필자가 계산함

자료: 입소정원은 보건복지가족부 내부자료, 입소자수는 건강보험공단 내부자료

물론 단순히 시설 수와 입소정원 및 입소현원만을 기준으로 시설의 정확한 수요·공급을 예측한다는 것은 불가능하다. 한편에서는 서울소재 대규모 국·공립 요양시설처럼 입소하려는 대기자 명단이 수백 명에 이르는 경우가

있는 반면에, 다른 한편에서는 입소자 수가 너무 적어 운영난을 겪거나 심지어 폐쇄되는 시설도 상당수 있기 때문이다.

그렇다고 기존의 요양시설 공급현실을 무시하고 대규모 국·공립시설들을 늘려야 한다는 논의(제갈현숙, 2009)는 지나치게 이상적인 발상이라고 볼 수 있다. 국가재정상태, 지가, 부지선정과정에서의 사회적 갈등, 개인시설 등의 강력한 반발 등을 종합적으로 고려해 볼 때, 현실화되기에 매우 어려운 방안이기 때문이다.

오히려 노인요양서비스 산업에 시장메커니즘을 도입한 장기요양제도의 근본취지를 고려할 때, 현재 공급되어 있는 민간의 요양시설 인프라를 최대한 효율적으로 활용할 수 있는 방안을 적극적으로 모색하는 것이 사회적 손실을 최소화할 수 있는 전략적 선택이다.

2. 지방자치단체의 재정상태에 대한 고려가 없는 사업운영 방식

가. 기능보강사업비

요양시설 기능보강사업비란 요양시설 중에서 법인시설의 신·증축 및 장비보강 항목을 지원하는 사업예산을 일컫는다. 국가와 지자체는 노인요양시설을 설치 및 운영하고자 법인등록을 마친 경우, 새로운 시설 설치기준에 따라 신축하는 것을 지원한다. 그리고 법인시설에 한하여 기존의 요양시설들을 전문요양시설의 기준에 충족되도록 증축하거나 추가적으로 필요한 장비를 구매할 경우 이를 지원하고 있다.

기존 요양시설의 경우, 장기요양제도 도입 이전에는 합숙용 침실의 정원을 대체로 6인 이하로 운영하고 있었으나, 제도 도입 이후 정원을 4명 이하로 줄여야 하기 때문에, 동일한 수의 노인들을 계속 입소시키기 위해서는 시설을

증축해야 한다. 만약 증축하지 않고 현재의 시설면적을 유지할 경우에는 입소자 정원을 줄이는 방법을 선택해야 하는데, 새로운 인력기준에 맞추려면 요양보호사 등은 이전보다 더 충원해야 한다. 그러면 현재보다 수입은 줄고 지출은 늘어나게 된다.

따라서 전국의 법인시설들 중 향후 더 많은 수입을 보장받기 위해 법인의 자기부담을 감내할 수 있는 경우는, 정부의 지원을 받으면서 전국적으로 시설 증·개축을 하고 있는 것이다. 법인시설 관계자의 입장에서는 시설 증·개축을 통해 보험공단으로부터 전문요양수가를 지급받을 수 있고, 입소정원을 줄이지 않아도 되기 때문에 기능보강사업에 적극적으로 참여하려는 유인이 충분히 존재한다.

그렇다면 국가와 지자체의 지속적인 기능보강사업 지원은 가능한 상태인가? 요양시설 인프라가 이미 수요를 훨씬 초과한 상태임에도 불구하고, 아직까지 정부는 노인 요양시설 인프라 확충사업을 장기요양제도사업의 주요 핵심과제로 제시하고 있다.

국가 및 지자체의 기능보강사업 내역은 [표 8] 과 같다. 지원금액은 국고와 지방비를 합산한 총액이다. 2007년에는 법인시설 신축예산만 2,323억원이 넘었고, 증·개축 예산도 340억원을 훨씬 웃도는 수준이었다.

그러나 2008년 이후부터는 신축시설이 줄어들어 예산의 감소가 나타나고 있다. 이는 지자체가 재정 부담을 견디지 못해 신규법인의 요양시설 설치를 억제한 측면과⁶⁾, 신축이 줄고 증·개축이나 개보수의 비율이 상대적으로 늘어났던 점, 그리고 상대적으로 재정이 열악한 법인의 요양시설 관계자들이 시설 기능보강 및 요양보호사 추가 채용과 관련한 추가 경비 부담으로 인해 주저한 요인 등도 일부 작용한 것으로 보인다⁷⁾.

6) 경북도청 노인시설 담당자와의 면담(2009. 3. 25), 전라북도 법인시설 관계자와의 면담(2009. 3. 19)

7) 경기도청 관계자와의 면담(2009. 2. 27)

[표 8] 노인요양시설 기능보강사업 주요 지원내역

(단위: 개소, 백만원)

구분	소계	신축		증·개축		개·보수		장비보강	
		개소	지원금	개소	지원금	개소	지원금	개소	지원금
'07	286,411	259	232,357	53	34,078	23	4,001	244	15,975
'08	201,778	208	115,505	76	46,299	89	12,587	237	27,387
'09	173,032	212	129,160	29	20,939	25	4,513	165	18,420
'10	100,917	75	48,329	49	35,380	16	2,888	117	14,320

주: 2010년 수치는 계획임

자료: 보건복지가족부 내부자료(2009)

한편, 2010년도 예산안에서 기능보강사업 예산은 전년도의 1,730억원에서 1,009억원으로 급격히 줄어든 것처럼 보이는데, 이는 기능보강사업 자체가 줄어든 것이 아니라, 2009년도 추경예산을 통해 배정받은 사회보건복지시설개발사업 예산(약 2,306억원) 중 노인요양시설 신축 및 개보수 명목으로 약 416억원이 책정되어졌기 때문이다⁸⁾. 여기에 지자체의 매칭 사업비까지 합산할 경우는 832억원에 이르므로, 2010년도 기능보강사업 예산이 전년도에 비해 줄어든 것이다. 그리고 이런 현상은 다른 사회보건복지시설에 해당하는 장애인, 아동, 부랑인, 정신보건, 한부모시설 등도 모두 마찬가지인 것으로 나타났다.

그런데 지자체는 사실상 현재와 같은 기능보강사업을 지속할 여력이 없다고 해도 과언이 아니다. 지자체의 재정 상황을 나타내주는 재정자립도를 살펴보면, 재정활동에 필요한 자금을 국가에 의존하지 않고 자체적으로 조달할 수 있는 비율을 의미하는 재정자립도 평균이 53.6%에 불과한 실정이기 때문이다.

그나마 53.6%라는 평균치도 자립도가 높은 특별시와 광역시 등이 합산되어 계산되었기 때문에 가능한 것이다. 도만 보면 평균 33.3%이고, 군은 평균

8) 보건복지가족부 요양보험운영과 관계자와의 전화면담(2009. 11. 5)

17.8%에 불과하다. 10%미만인 지자체도 12개이고, 전체(246개) 중에서 과반수를 넘는 138개 지자체가 재정자립도 30%미만이다. 결국 지자체 총 수의 61%에 해당하는 150개의 지자체가 재정활동에 필요한 자금 중 30%에도 미치지 못하는 부분만을 조달하고 있는 실정이다.

국가에서 국고로 절반을 지원하고 나머지 절반을 지자체가 지원하도록 되어 있는 상황에서 대규모의 예산이 드는 요양시설 기능보강사업이 지자체의 부담을 가중시키고 있음은 다음을 통해 짐작할 수 있다.

도의 주 재원은 부동산 거래세, 그러니까 등록세, 취득세고, 시·군의 주 재원은 부동산 보유세인데...경기가 좋지 않으니 부동산 거래가 어디 이루어져요? 그러니까 도재정이 어려워지고 있는데...경기도가 이럴 때 다른 도는 어떻게나 싶죠...법인이 되면, 시설 지어주고, 장비주고, 운영비 주고...우리는 시설 인프라 확충으로 1,200억이 들고, 추가경비 500억은 예산편성도 못하고 있고...그래서 올부터 경기도가 국비를 주면서 도비부담은 빼고, 시·군 니네가 알아서 해라...더 이상 시설이 늘어나는 것을 방지할 수가 없어서...(경기도청 관계자)

나. 요양급여비 및 공단 관리운영비 부담금

장기요양제도와 관련하여 지자체에서 부담하는 경비는 비단 기능보강사업비뿐만이 아니다. 지자체는 해당지역에 거주하는 기초수급자 요양급여비 전액과 기타 의료수급자 요양급여비의 20%(서울시는 50%), 그리고 건강보험공단의 관리운영비를 부담하고 있다. 2009년도 지자체의 요양부담금 추정 소요액 현황⁹⁾을 살펴보면 [표 9]와 같다.

요양부담금 총액이 가장 큰 지역은 경기도로 2009년 한 해 동안 947억원이 소요되는 것으로 예측되고 있으며, 그 다음 순서로는 서울이 661억원, 경

9) 요양시설과 재가시설 중 입소시설(주·야간, 단기)까지 포함되었음

북이 624억원의 요양부담금을 지급하는 것으로 나타났다.

[표 9] 지자체의 장기요양제도 요양부담금 추정 소요액

(단위: 억원)

구분	계			기초수급자 부담액			기타 의료급여비 부담		
	계	급여비	운영비	계	급여비	운영비	계	급여비	운영비
합계	6,381	5,941	440	6,262	5,834	428	119	107	12
서울	661	614	47	631	587	44	30	27	3
부산	420	392	28	415	387	28	5	5	1
대구	280	261	19	275	257	19	5	4	0
인천	276	256	20	271	251	19	5	4	0
광주	179	166	13	175	162	13	5	4	0
대전	166	154	12	163	151	11	3	3	0
울산	96	90	6	95	89	6	1	0	0
경기	947	883	64	931	868	63	16	14	2
강원	357	334	23	353	330	23	5	4	0
충북	295	276	19	291	273	19	4	4	0
충남	304	283	21	300	279	21	5	4	0
전북	548	512	37	539	504	36	9	8	1
전남	537	497	40	525	486	39	11	10	1
경북	624	581	43	616	574	42	8	7	1
경남	514	479	35	508	473	35	6	6	1
제주	175	164	12	173	162	11	2	2	0

주: 추정 소요액은 2008년 11월 30일 기준 시도별 인정률과 급여이용률 등을 고려하여 2009년도 한 해 동안 시·도가 분기별로 나누어 공단에 예탁할 금액임
 자료: 보건복지가족부 내부자료

지난 2~3월 필자의 노인장기요양제도 현장조사 과정에서 방문한 6개 광역단체(서울, 경기, 강원, 충북, 전북, 경북) 및 기초단체(경산, 괴산) 노인업무 관계자들은 기초수급자와 기타 의료급여자 지원금과 공단 관리운영비 지출이 지

자체 운영에 있어서 상당한 부담이 되고 있으며, 기초노령연금과 장기요양제도 관련 예산 마련만도 벅차서 여타의 다른 노인사업들을 수행할 여력이 없음을 지적한 바 있었다.

보건복지가족부의 『2009 노인보건복지사업안내』에 의하면, 기존에 시설에 입소해 있었던 기초수급자 지원과 관련하여 지자체간 MOU를 체결하는 방안 등이 제시되어 있으나, 지자체간 지원협조가 이루어진 사례는 거의 발견되지 못했다. 노인이 이주 할 경우 새로운 이주지역 지자체가 기초노령연금 등 부대비용을 부담해야 하는 문제 등이 발생하기 때문에 지자체 관계자들은 이와 관련하여 지자체 간 갈등이 커질 것으로 예상하고 있었다. 따라서 생활시설의 특성상 이용자의 원래 주소지가 다양하기 때문에 그들에 대한 지원은 시설이 위치한 지방정부보다는 국가에 의해 이루어져야 한다는 것이다.

기초수급자 지원사업의 도입 취지와 운영방식 등을 함께 고려해 볼 때, 기초수급자 지원금과 관련하여 지자체에 재정적 부담을 지울 것이 아니라 사회부조의 원칙에 입각한 국고의 지원이 필요한 사항이라고 생각된다. 국가의 재정적 부담을 지방이양사업이라는 명목으로 지자체에 떠넘기는 방식은 장기요양제도의 지속가능성을 낮추는 결과를 가져올 것이기 때문이다.

3. 요양보험재정의 안정성 확보에 대한 고려 미흡

가. 요양보험재정의 적자운영 가능성

장기요양제도는 건강보험공단이 장기요양보험료율(2009년 4.78%)을 근거로 모든 건강보험가입자들로부터 보험료를 징수한 후, 요양등급 판정을 받은 신청자가 제공받게 된 요양서비스 비용 중 본인부담금을 제외한 보험급여를 지급하는 방식으로 운영되고 있다.

건강보험공단이 제출한 장기요양제도 보험수지현황 자료를 살펴보면(표 10) 참고), 2008년도 기준으로 순수 보험료 수입 4,770억원, 국고지원금 1,207억원, 기타 50억원 등 6,027억원이 총수입금으로 계획되었으나, 실제로는 1,299억원(미수보험료 1,074억원 포함)이 부족한 4,728억원에 그쳤다. 지출을 보면 요양급여비로 2,497억원, 관리운영비로 1,043억원이 지출되었고, 1,188억원이 적립되었다.

공단자료는 장기요양제도의 지속가능성에 경각심을 불러일으키고 있다. 제도 도입 2차 년도인 올해부터 총지출이 총수입을 초과할 것으로 예상되기 때문이다. 총 수입 예상액이 1조 4,194억원이나, 총 지출 예상액이 1조 4,695억원이기 때문에, 재정수지에 있어서 501억원 적자일 것으로 예상되고 있다. 등급판정을 받게 된 노인비율이 제도도입 당시의 예상(약 3.5%)보다 급격히 증가하고 있기 때문이다. 심지어 2008년도처럼 미수보험료가 상당액 발생될 경우, 총 재정이 마이너스 상태가 될 가능성도 존재하고 있다.

[표 10] 장기요양보험 수지현황

(단위: 억원)

구 분		2008년 결산기준 (2008.7.1~12.31)	2009년 추계기준 (2009.1.1~12.31)
수입 (A)	총계	6,027	14,194
	보험료	4,770	12,055
	국고지원	1,207	2,035
	기타수입	50	104
지출 (B)	총계	3,540	14,695
	요양급여	2,497	13,335
	관리운영	1,043	1,360
당기수지 (A-B)	결산수지	2,487	
	자금수지	1,188	△501
누적수지(자금수지)		1,188	687

주: 2008년도 당기수지 차액 : 1,299억원(미수보험료 1,074억 등 포함)

자료: 건강보험공단 내부자료

재정수지 차원에서 볼 때, 장기요양보험료율을 높여 보험료수입을 증가시키면서 반대로 지출은 줄여야 제도의 지속가능성을 보장할 수 있다. 그런데 현재와 같이 보험 가입자(전체 건강보험가입자)와 수급자(65세 이상 노인 중 등급 인정자)가 거의 일치하지 않은 상태에서 보험료율을 올리게 되면 사회적 반발을 피하기 어려울 것으로 보인다.

그러나 등급 인정자수가 지속적으로 늘어나고 있고 향후에도 고령화에 따라 지속적으로 증가할 것으로 예상되고 있으므로 지출을 줄이는 것 또한 물리적으로 용이하지 않은 상황이다.

[표 11]에 의하면, 장기요양제도로 인해 2009년에는 1조 4,194억원이 보험재정이 소요되는 것으로 예측되고, 매년 기하급수적으로 증가하여 2013년에는

3조 3,595억원의 재원이 필요할 것으로 예측되고 있다. 요양보험료율도 매년 상승되어 2013년에 7.87%에 이르게 된다¹⁰⁾.

[표 11] 건강보험 재원부담 및 요양보험료율 추계

구분	건강보험 (단위: 억원)				요양 보험료 (보험료율)
	합계	이자 수입등	요양 보험료	국고 지원금	
2008	5,977	26	4,770	1,181	2,700원 (4.05%)
2009	14,194	104	12,055	2,035	3,254원 (4.78%)
2010 (1~3급)	19,916	97	16,516	3,303	4,062원 (5.95%)
2010 (4급포함)	20,383	97	16,905	3,381	4,290원 (6.08%)
2011	25,684	95	21,324	4,265	4,859원 (7.04%)
2012	30,821	114	25,589	5,118	5,740원 (7.81%)
2013	33,595	124	27,892	5,579	6,257원 (7.87%)

주: 2010년도는 1~3등급자와 4등급(등급외 A)까지 포함한 경우를 나누어 추계하였으나, 2011년~2013은 현재와 같이 1~3등급자만을 포함함
 자료: 보건복지가족부 내부자료

그러나 2010년도의 추계치와 같이 현재의 등급외 A (요양점수 45~55점)까지로 대상자를 확대할 경우는 재원과 보험료율이 모두 정부의 예측치보다

10) 보건복지가족부 관계자에 의하면, 내년도 요양보험료율은 6.5%를 넘어설 것으로 예상되고 있다(입법조사처 전문가간담회 2009.11.13).

훨씬 높아질 것임이 분명하다.

나. 시설입소자 확대에 따른 추가적 비용에 대한 고려 미흡

다음으로 보험료 지출과 직접적인 관련이 있는 급여별 월 한도액을 비교해 보면, 2009년 기준으로 1등급의 경우는 재가급여와 요양시설급여에 있어서 한도액이 1,140,600원으로 동일하지만, 2등급과 3등급으로 내려갈수록 격차가 더 크게 발생한다.

재가급여 2등급은 971,200원이고, 3등급은 814,700원이므로, 요양시설 2등급 수가(1,033,200원)와는 62,000원, 3등급 수가(925,800원)와는 111,100원 차이가 난다. 전문요양시설의 경우는 일반 요양시설보다 훨씬 더 월 한도액이 높기 때문에, 재가급여 1등급과는 303,900원, 2등급과는 366,500원, 3등급과는 416,200원 차이가 나게 된다.

이는 요양인정 등급이 높지 않은 노인들이 시설에 많이 입소하게 되면 그만큼 보험재정에 있어서는 부정적인 영향을 끼칠 수 있음을 시사한다. 그러나 정부는 2010년부터는 요양시설입소 가능등급을 3등급까지로 확대시키고, 2011년부터는 4등급까지로 확대시킬 계획이다.

노인의 입소가능등급 확대계획은 요양시설을 이용할 의사가 있는 노인에게 선택권을 부여한다는 점에서는 긍정적인 측면이 없지 않고, 장기요양제도의 운영 과정에서 나타난 불가피성도 있다. 그럼에도 불구하고, 3등급 및 등급외자의 추가적인 시설 입소가 요양보험재정 및 지자체 등에 또 다른 재정적 부담요인이 될 것임을 부인하기는 어렵다.

IV. 정책적 제언

노인인구가 인구 5명 중 1명이 되는 초고령사회가 불과 20년 이내에 도래 될 것으로 예상되고 있다. 따라서 건강수명을 다하고 요양이 필요해진 노인들 에게 요양서비스를 제공하는 장기요양제도가 미래사회에 얼마나 절실한 정책 적 접근이 될 것인지는 굳이 설명하지 않아도 자명하다 할 것이다.

지난 2008년 7월부터 시행된 장기요양제도는 성공적으로 정착되어야 하 고, 동시에 그 지속성을 담보할 수 있도록 정책적 방향을 모색해 나아가야 한 다. 지속가능하지 못한 제도는 더 이상 의미가 없다고 해도 과언이 아니기 때 문이다.

그런데 장기요양제도가 향후 지속가능성을 확보할 수 있으려면 제도 운영 의 방향이 보험재정의 안정성을 높이고, 국가와 지자체의 재정적 부담을 가능 한 완화시키면서도 동시에 요양 서비스 수요자에게 차별적 서비스를 제공하고 이에 대한 선택권을 부여해 줄 수 있는 방안이 모색되어야 한다. 이러한 대전 제 하에서 본 보고서는 다음과 같은 정책적 제언을 제시하고자 한다.

1. 요양급여 수가의 세분화 및 차등화 도입

장기요양제도와 관련하여 노인요양시설 현황과 문제점을 살펴보면, 요양 시설이 제도 도입기의 예측보다 급격히 증가하여, 수요에 비해 공급이 초과되 어 있음을 알 수 있다.

필자가 다시 계산해 본 결과, 정부에서 발표된 시설충족률보다 실체는 더 높은 상황이었으며, 시설수가 늘어나는데 입소자는 그 속도를 따라가지 못하다 보니 전국적으로 시설입소율이 낮아지고 있었다.

물론 요양시설 인프라를 수량과 비율만으로 판단할 수 없음은 명백하다. 시설의 질도 고려되어야 하기 때문이다. 현재는 5년간의 유예기간을 두고 요양시설을 모두 동일하다고 간주하여, 동일한 요양등급에 동일한 요양수가를 적용하려고 하기 때문에, 요양 수요자들 입장에서는 기왕이면 더 좋은 시설에 입소하려는 유인을 갖게 된다. 그 결과 한편에서는 대기자가 줄을 잇는 요양 시설도 있지만, 다른 한편에서는 입소노인을 발견하기 어려워 문을 닫는 시설도 발생하는 것이다.

따라서 현행과 같이 입소노인의 등급에 따라 동일한 요양수가를 지급하기 위하여 모든 시설을 동일한 기준에 맞추려고 할 것이 아니라, 입소노인의 등급에 따라 요양시설은 요양수가를, 전문요양시설은 전문요양수가를 받고 운영할 수 있도록 구분하는 방안을 모색해야 한다. 보험재정의 안정성을 훼손하면서 더 높은 보험급여를 지출해야 하는 방향으로 사업을 운영하는 것은 현명한 정책운영방향으로 볼 수 없기 때문이다.

건강보험공단이 2009년 8월부터 장기요양기관 등 요양시설과 재가시설에 대한 평가를 각각 격년으로 실시하고 2010년부터는 평가결과를 반영하여 요양 시설 평가인증제를 도입할 계획이다. 상위 10%의 요양시설에 대해서는 인센티브를 제공하고, 그렇지 못한 시설에 대해서는 보험급여를 삭감하는 것을 그 골자로 하고 있다.

그런데 공단인력이 시설에 상주하면서 평가하기 어렵고, 각 평가항목은 시설들의 자체평가에 기초하여 이루어질 수밖에 없기 때문에, 시설평가를 신청한 시설들 중 10%에 인센티브를 지급하거나 보험급여를 삭감하겠다는 방안은 미봉책에 불과하다.

민간부문을 노인요양서비스 영역에 적극적으로 끌어들이고, 경쟁에 의해 요양서비스의 질을 제고하고 유지하는 제도를 도입하려 한다면, 획일화된 기준을 강요하는 방식이 아니라 차별화된 시설과 서비스를 인정하고 그에 따라

차등화된 요양수가를 지급하는 방식으로 제도를 변경해야 한다.

그렇게 해야만 남아도는 민간시설과 부족한 공공시설의 불균형 현상을 보완하고, 요양서비스 수요자에게 선택의 기회를 제공하며, 시설의 수요·공급 불일치 문제를 해소하고 기존의 요양시설 인프라를 활용할 수 있을 것으로 생각된다.

2. 요양시설 기능보강사업의 재검토

모든 요양시설을 전문요양시설로 변경하려고 전국의 모든 시설을 대상으로 기능보강사업을 강제하고 추진할 필요는 없다고 생각된다. 그러나 정부는 현재의 요양시설 인프라에 대한 수요를 제대로 파악하지 못한 채 계속 법인시설 기능보강사업을 실시하며 시설확충을 독려하고 있다.

문제는 현재의 요양시설 기능보강사업이 국가 및 지자체뿐만 아니라 사업비 지원을 받는 법인시설, 그리고 민간시설 모두에게 상당한 재정적 부담이 요구되는 방식으로 이루어지고 있다는 점이다.

과연 그러한 방식이 미래의 초고령사회에 대응하기 위하여 장기적으로 필수불가결한 방식이라면, 현재의 재정부담과 혼란을 감내해야 할 수도 있다. 그러나 정책 방향을 수정하여 보험재정을 안정적으로 유지하는 방식을 취하고, 현재의 인프라를 최대한 활용할 수 있는 대안을 찾을 수 있다면 그 대안을 따르는 것이 순리에 맞다.

반드시 전문요양시설이어야만, 그리고 노인이 1실에 4인 이하로 거주해야만 적절한 보살핌을 제공받을 수 있는 것은 아니다. 요양급여는 요양이 필요한 노인과 그 가족이 원하는 방식으로 서비스를 제공해 주는 것에 초점이 맞추어지면 된다.

재정적인 자립도 제대로 하지 못하고 있는 지자체가, 이미 요양시설의 공

급이 초과된 현 시점에서 계속 법인 요양시설의 신축, 증·개축, 개보수 및 장비보강을 지원해야 할 것인지 검토해 볼 필요가 있다. 필자의 현장조사에 의하면, 지자체 관계자들은 누가 먼저라고 할 것도 없이 기능보강사업비로 노인복지예산의 상당액이 책정되어 있어, 다른 노인복지사업을 수행하기 어려운 형편임을 지적하였다¹¹⁾.

법인 시설 관계자의 경우도, 국고와 지방비를 통해 기능보강사업비를 지원받는다 하더라도 전액을 지원받는 것이 아니기 때문에, 자기 부담금이 발생되고 있어 시설 운영상의 어려움을 토로하였다.¹²⁾

특히 다수의 민간시설의 기능보강과 관련해서는 다음과 같은 맥락이 함께 고려될 필요가 있다. 정부는 지난 2002년 5월, 「미신고시설 종합관리대책」을 발표한 바 있다. 그 주된 내용은 사회복지법령상 미신고시설 운영에 따른 행정처분 및 처벌을 유예하고, 미신고시설에 3년간 유예기간을 주어 시설·설비 기준 및 인력기준을 갖춘 신고시설로 전환하는 조건으로 기능보강사업비를 지원하는 것이었다. 미신고 시설들이 신고시설로 전환되면서 관련 기능보강사업은 2007년까지 지속되었으며, 시설은 현행의 요양시설 기준에 맞추어 신축 및 증·개축되었다.

그렇게 지난 수년간 민간과 법인을 막론하고 요양시설 확충에 집중해 왔던 정부가 전체 시설 인프라의 절반을 넘는¹³⁾ 민간 요양시설들에게 불과 몇 년 사이에 다시 전문요양시설 기준을 갖추라고 강제하고 있다. 그러나 민간시설의 운영자들은 신고시설로 전환하면서 발생한 시설용자금도 미처 갚지 못해 재정적 어려움을 호소하고 있다.¹⁴⁾

11) 경기도청 관계자 면담(2009. 2. 27), 강원도청 관계자 면담(2009. 3. 5), 충북도청 관계자 면담(2009. 3. 13), 전북도청 관계자 면담(2009. 3. 19), 경북도청 관계자 면담(2009. 3. 25)

12) 필자의 서울, 경기, 강원, 충북, 전북, 경북소재 법인시설 관계자 면담자료

13) 2009년 8월 말 기준으로, 법인시설은 1,050개소, 개인시설은 1,261개소이다.

결론적으로 요양시설 기능보강사업에 참여하고 있는 모든 행위자들은 기능보강사업의 문제점을 지적하고 있다. 바로 이 점이 현행의 기능보강사업의 실효성이 재검토되어야 하는 이유이다. 국가와 지자체는 지역별 시설충족률과 시설입소율 등을 면밀히 검토하여 법인시설 기능보강사업의 타당성을 다시 분석하고, 신축 및 중·개축을 위한 시설지원을 지속할 것인지를 재고해야 한다.

3. 재가급여우선원칙의 도입과 예방 프로그램의 강화

노인의 신체적 상태가 매우 취약하여, 전문적인 요양서비스를 요하는 경우는 시설입소를 우선적으로 선택할 수 있고, 그로 인해 추가적으로 발생하는 보험급여는 장기요양제도의 설계 상 불가피하다. 그러나 상대적으로 요양필요가 적은 3등급 이하의 노인이 전문요양시설에 입소하여 요양보험급여를 더 지출하게 되는 상황은 지양될 필요성이 있다.

우리나라처럼 사회보험방식으로 장기요양제도를 운영하고 있는 독일이나 일본의 경우도 보험재정이 안정적이지 않다. 독일은 1995년에 제도가 도입된 이래 4년차인 1999년부터 2008년까지 10년 동안 단 두 해(2006년과 2008년)를 제외하고는 매년 적자상태였고, 일본은 2000년 도입된 이래 첫 해부터 지금까지 매년 보험재정이 적자상태였다. 제도 도입 5년차였던 2005년에 제도개혁을 실시하고 2006년부터 새롭게 적용하고 있으나, 적자재정이 반전되지는 못하고 있다.

독일의 경우 대상자의 범위는 포괄적이지만, 요양보험지출은 보수적으로 수행되고 있다. 예컨대, 보험급여로 처리되는 서비스에 대한 본인 부담분은 없지만, 전체 요양비의 50~60%를 차지하는 숙박비 및 식비 등이 비급여 항목이

14) 경기도청 관계자 면담(2009. 2. 27), 강원도 민간시설 시설장 면담(2009. 3. 6), 전북 민간시설 시설장 면담(2009. 3. 20)

기 때문에 본인이 부담하게 되어 있다.

「장기요양보험법(Pflegeversicherungsgesetz)」 제3조(재가급여의 우선)에 의하면, 보험급여는 가족 구성원과 이웃 주민의 보살핌 역할을 지원해주는 방식으로 이루어지고 서비스 대상자가 가급적 오랫동안 가정에 머물 수 있도록 해야 한다고 규정하고 있다.

또한 이 법 제5조(예방과 재활의 우선)를 통해서 요양수요의 발생을 낮추기 위해서는 조기에 적절한 예방·치료·재활조치를 수행해야 한다는 점을 분명히 명시하고 있다. “호미로 막을 것을 가래로 막는다”라는 속담처럼 제 때에 예방과 치료, 재활조치가 이루어짐으로써 그렇지 않았다면 발생할 수밖에 없는 요양수요 및 상태의 악화를 미연에 방지하겠다는 것이다. 그것이 궁극적으로 요양급여 비용을 줄어나갈 수 있는 가장 최선의 방안이라는 것이다.

일본의 경우도 개호보험제도 도입 5년을 기점으로 하여 제도운영의 방향을 변화시켰는데, 그 가장 큰 변화는 예방중시형 시스템의 확립, 시설급여의 재검토, 새로운 서비스시스템 확립, 서비스 질 제고를 위한 방안모색으로 요약이 가능하다(이서영, 2009).

그 결과 기존의 6단계 개호등급(요지원, 요개호 1~5)을 7단계(요지원1~2, 요개호1~2)로 변경하고, 요지원 단계이지만 요개호상태로 악화될 가능성이 있는 고령자를 위한 지역지원사업(개호예방사업, 포괄적 지원사업 및 임의사업)을 신설하였다.

그리고 2009년의 법개정은 개호종사자 인력 확보 및 처우개선, 의료와 개호의 기능분화 및 연계추진, 치매노인에 대한 케어의 질 향상을 위한 긴급대응 및 재활훈련 확대, 효율적 서비스의 제공 및 검증을 위한 요건 검토 등을 주요 골자로 하여 이루어졌다. 결국 일본의 개호보험제도의 일련의 개정은 재가급여우선 원칙의 도입과 예방 프로그램의 강화를 통한 재정안정화와 서비스의 질 제고로 요약될 수 있다.

두 국가는 더 많은 보험급여를 지출해야 하는 시설급여를 지양하고, 재가급여를 우선시하는 원칙을 지켜가고 있다. 노인의 시설입소는 가장 마지막 선택이 되어야 한다는 것이다. 실제 두 국가의 장기요양급여별 수급자 분포를 보더라도, 요양등급상태가 최고 수준인 경우(독일은 1등급, 일본은 요개호 5등급)에 이르러서야 시설급여 수급자 비율이 높아지고 있음을 알 수 있다([표 12], [표 13] 참고).

[표 12] 독일의 공적 장기요양급여 수급자수와 비율

(단위: 명, %)

구분	총계	재가급여				시설급여			
		요양 등급1	요양 등급2	요양 등급3	소계	요양 등급1	요양 등급2	요양 등급3	소계
2008	2,113,485 (100.0)	861,575 (40.8)	439,605 (20.8)	131,354 (6.2)	1,432,534 (67.8)	274,925 (13.0)	273,016 (12.9)	133,010 (6.3)	680,951 (32.2)

주: 기준시점은 2008년 12월 31일. 비율은 필자계산

자료: 독일 연방보건성(http://www.bmg.bund.de/cln_169/nn_1193090/DE/Pflege/Statistiken/statistiken__node.html)

[표 13] 일본의 급여종류별 이용자 현황

(단위: 명, %)

구분	총계	요지원 1	요지원 2	경과적 요개호	요개호 1	요개호 2	요개호 3	요개호 4	요개호 5
재가	2,782,828 (72.6)	345,173 (99.6)	447,962 (99.3)	120 (96.0)	561,217 (87.5)	584,001 (79.1)	429,394 (62.5)	257,582 (47.3)	157,379 (37.0)
지역	226,574 (5.9)	1,454 (0.4)	3,012 (0.7)	5 (4.0)	42,193 (6.6)	55,465 (7.5)	65,406 (9.5)	40,546 (7.4)	18,493 (4.4)
시설	825,835 (21.5)	7 (0.0)	34 (0.0)	-	38,142 (5.9)	98,815 (13.4)	192,543 (28.0)	246,935 (45.3)	249,359 (58.6)

주: 기준시점은 2009년 6월. 통계자료를 필자가 재구성하고 비율을 계산함

자료: 『介護保険事業状況報告(暫定)(平成21年6月分)』. 일본 후생노동성홈페이지 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/index.html>)

독일과 일본의 사례에서 보듯이, 노인에게 제공되는 요양서비스는 그 성격이 단기가 아닌 장기적인 서비스이기 때문에 고령화가 심화되어 대상자가 늘어나게 되면, 보험급여 지출을 아무리 보수적으로 운영하더라도 재정이 적자로 운영될 확률이 높아진다.

그렇다면 우리나라는 어떠한 방향으로 제도를 운영해 나가야 할 것인가? 우선, 인식조사결과를 먼저 살펴보면, 노인들은 시설급여보다는 재가급여를 더 선호하는 것으로 나타나고 있다. 한국보건사회연구원이 수행한 『2004 전국노인생활실태 및 복지욕구조사』(2005)에서, 55세~64세 연령층은 양로원 또는 노인요양시설 이용 희망여부에 대하여 37.3%만이 이용하겠다고 답변하였고, 62.7%는 이용하지 않겠다고 답변한 바 있다¹⁵⁾. 조사대상자의 연령이 2009년 기준으로 60세~69세에 해당되므로 비록 5년 전 자료이긴 하지만 현재를 가늠해 볼 수 있는 지표라고 할 수 있다.

그리고 장기요양제도 도입 이후인 2008년 8월 11일부터 2009년 1월 10일까지 만 60세 이상 노인이 있는 12,567가구를 대상으로 실시한 『2008년도 노인실태조사-전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』(2009)에서도 요양시설 이용 희망률은 45.7%에 머물러, 이용하지 않겠다는 입장(54.3%)이 아직까지 더 우세한 것으로 나타났다.

장기요양제도 시행이후의 주요 증가 추이자료를 보면, 이러한 현상을 보다 명확히 발견할 수 있다. 2008년 9월부터 2009년 3월까지 요양시설 기관수의 평균증가율은 11%p, 이용자수는 5%p 증가하였으나, 같은 기간 재가요양기관의 평균증가율은 21%p, 이용자수는 31%p 증가하였다.

이러한 수치들은 정부의 노인요양시설관련 정책이 시설확충보다 재가요양을 강화하는 방향으로 나아가야 함을 시사하고 있다. 다시 말해서 법인시설의

15) 조사결과에 의하면 연령이 낮아질수록, 교육수준과 가구소득이 높아질수록 양로원 또는 노인요양시설 이용에 찬성하는 답변이 높아져 25세~34세 연령집단의 경우는 찬성이 69.4%, 반대가 30.6%로 나타났다.

기능보장사업보다는 오히려 재가요양 서비스의 질을 제고하는 것이 정책 수요에 대한 시의적절한 정책적 대응이 될 수 있는 것이다.

급격한 고령화에 대응하기 위하여 도입된 장기요양제도가 고령사회, 그리고 초고령사회에 도달해서도 지속가능해야 하고, 요양서비스가 필요한 노인들의 삶의 질을 제고하는 방향으로 운영되어야 한다는 것은 매우 자명한 사실이 아닐 수 없다.

그러나 현행의 장기요양보험 재정을 바탕으로 급여대상자를 만족스러운 수준까지 급격히 확대하는 것은 현실적으로 불가능하다. 보험재정을 안정적으로 운영하면서, 서비스 대상자를 확대하기 위해서는 그만큼 보험료율을 높여 수입을 증가시켜야 하고, 이와 동시에 지출을 효율적으로 수행하면서 낭비적인 요인은 없는지 꼼꼼히 따져보아야 한다.

장기요양제도는 초기 설계 과정에서 예측했던 것보다 훨씬 많은 수의 등급 인정자들이 발생되고 있고, 예상하지 못했던 급속한 속도로 요양시설 인프라인프라가 확대되어 왔다.

독일이나 일본 등 우리보다 먼저 사회보험방식으로 장기요양제도를 도입했던 국가들과 마찬가지로, 우리나라도 제도도입 이후 불과 1년여 만에 보험재정의 안정성을 우려해야 하는 상황이 도래하였다. 독일과 일본 사례가 보여 주듯이, 장기요양제도의 지속가능성을 높이기 위해서는 시설급여보다는 재가급여를 우선하는 방식으로 나아가야 한다. 등급 인정자들이 요양시설입소부터 고려하는 것이 아니라, 요양시설 입소는 가장 마지막 단계에서 고려하는 대안이 되어야 한다. 독일과 일본은 이러한 원칙에도 불구하고 적자재정상태임을 명심해야 한다.

그리고 이미 상태가 악화된 이후 요양서비스를 이용할 수 있도록 하는 것에 초점을 맞추기 보다는, 일상생활을 가능한 한 오랜 기간동안 혼자서 영위할 수 있도록 건강상태를 미리 점검하고 만성질환을 관리하여 요양이 필요한

단계로 악화되는 것을 예방하는 프로그램이 적극적으로 도입되어야 할 것이다. 그것이 향후 기하급수적으로 소요될 요양급여를 절약할 수 있는 거의 유일한 방안이기도 하다.

이를 위해서는 먼저 독일과 같이 「노인장기요양보험법」 제1장 총칙부분에 재가급여우선 및 예방우선원칙을 명시하는 입법화가 필요하다.

물론 재가급여 우선의 원칙이 제대로 실효성을 갖기 위해서는 요양인력의 자질에 대한 검증이 제대로 이루어져야 하고, 그들이 제공하는 요양서비스의 질에 대한 신뢰가 전제가 되어야 한다. 따라서 요양서비스의 질을 제고하고, 요양인력의 자질을 향상시킬 수 있는 방안을 마련하기 위한 제도 개선이 서둘러 수행되어야 하며, 그 이후에 적극적으로 재가급여 서비스를 우선으로 하는 원칙이 세워져야 마땅하다.

참고문헌

- 경기도청 노인복지과, 「2009년도 노인복지사업 계획」, 2009.
- 계명대학교 산학협력단, 「2008년도 노인실태조사-전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 2009.
- 보건복지가족부, 「2009 노인보건복지사업안내」, 2009.
- 보건복지부, 「통계청 자료 및 저출산고령사회기본계획 대비 심층분석」, 2006.
- 원시연, 「장기요양기관 조사보고서」, 국회입법조사처, 2009.
- 이서영, “일본 개호보험제도의 동향: 개호보험 시행 이후의 주요 개정내용을 중심으로”, 보건복지포럼, 2009, 10월호, pp.90~99.
- 제갈현숙, “노인장기요양보험에 대한 시장화비판과 공공성 강화를 위한 과제”, 광정숙 의원실 외 공동주최 정책토론회, 「우리의 노후를 시장에 맡길 것인가?: 노인장기요양보험 총체적 부실에 대한 정책 대안」 발표자료, 2009. 9. 25.
- 통계청, 『인구주택총조사』, 2000/2005.
- 한국보건사회연구원, 「2004 전국노인생활실태 및 복지욕구조사」, 2005.

간담회 개최 자료사진

국회입법조사처 보건복지여성팀은 2009년 11월 13일, 전문가 초청간담회 「노인장기요양보험제도의 지속가능성 제고 방안」을 개최하고, 정부관계자 및 학계 전문가를 초청하여 노인장기요양보험제도 전반에 걸친 현황과 문제점, 개선방안을 논의하였다.

[참고사진 1]



[참고사진 2]



현안보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제1호	태안기름누출사건에 따른 국가 위기대응태세점검 및 향후대책	2007.12.18	김종연 최준영
제2호	국제지명표준화 관점에서 바라본 독도표기문제 및 대응방안	2008. 7.31	김종연 최준영
제3호	인터넷 실명제 쟁점	2008. 8.28	김여라
제4호	한·미 방위비 분담의 현황과 쟁점	2008. 8.28	김영일 신종호
제5호	국민연금과 직영연금 간 가입기간 연계제도	2008.10. 6	원시연
제6호	2008 미국 대선의 주요 이슈와 우리나라에 대한 시사점	2008.10. 8	김준 외 7인
제7호	미국의 대북제재현황과 테러지원국 지정 해제의 영향	2008.10.15	이승현
제8호	지방행정체제 개편의 쟁점과 입법부의 과제	2008.10.31	하혜영 외 6인
제9호	오바마시대 개막의 의의와 시사점	2008.11. 6	김준 외 7인
제10호	자전거 이용 활성화를 위한 관련 법률 검토 및 쟁점 분석	2008.12. 8	박준환
제11호	군경력 가산점제 재도입 논의의 쟁점	2008.12.10	조규범
제12호	쇠고기 수입위생조건 국회심의규정의 검토 및 개정방향	2008.12.11	정민정 김남영
제13호	사이버공간에서의 이용자 보호와 인터넷서비스제공자의 역할	2008.12.11	이유주
제14호	인터넷 전화와 번호이동제도의 현황과 발전방향	2008.12.11	박 철
제15호	선진국형 식품안전관리체계 마련 방안	2008.12.12	김준 배민식
제16호	공무원연금제도 개혁논의와 주요 쟁점	2008.12.22	원시연
제17호	주식 공모도 현황 및 개선방안	2008.12.29	박총렬

호 수	제 목	발간일	집필진
제18호	기초보장 급여체계의 개선 : 개별급여 방식을 중심으로	2008.12.30	유해미
제19호	국가대표선수 은퇴 후 진로 강화를 위한 지원체계의 현황 및 발전방향	2009. 1. 7	김신애
제20호	국회 및 주요국 의회의 질서유지제도	2009. 2. 6	전진영
제21호	선상투표제도 도입관련 쟁점 및 시사점	2009. 2.20	김종갑 외 3인
제22호	강제철거에서의 주거권 보호를 위한 입법적 개선방향	2009. 2.23	조규범
제23호	신재생에너지 의무할당제 도입관련 쟁점분석	2009. 4. 1	유재국
제24호	「교통사고처리특례법」 일부 위헌 판결에 따른 영향분석 및 후속조치 검토	2009. 4. 1	박준환
제25호	정치자금 소액기부의 현황과 활성화 방안	2009. 4.14	조만수
제26호	헌법재판소 변형결정의 기속력에 관한 입법개선방향	2009. 4.16	김선화
제27호	대량살상무기확산방지구상(PSI)의 현황과 쟁점	2009. 5.11	정민정
제28호	영리병원 도입 논의 및 정책과제	2009. 5.15	이만우
제29호	일자리 나누기 정책의 개선과제	2009. 6. 2	정종선
제30호	LED 조명산업의 현황과 지원정책의 개선방향	2009. 6.30	유재국 이상은
제31호	금융채무불이행자 현황 및 지원정책의 개선방향	2009. 7. 9	임동춘 주규준
제32호	존엄사 입법화의 쟁점과 과제	2009. 8.13	이만우 조규범
제33호	온라인상 불법저작물 대책 및 개선방향	2009. 8.21	나채식
제34호	전화금융사기(보이스피싱) 대응책의 현황 및 개선방안	2009. 8.21	이유주
제35호	일본의 정권교체 그 의미와 시사점	2009. 9. 3	이현출

호 수	제 목	발간일	집필진
제36호	북한 황강댐 방류에 대한 국제법적 고찰	2009. 9.22	정민정 김상욱
제37호	미국하원의 발언관련 규범	2009. 9.28	전진영
제38호	법률명 약칭 법제화 방안	2009. 9.28	김남영
제39호	저출산 대응 주요정책의 현황 및 과제	2009.10.15	유해미
제40호	신종플루의 대유행(Pandemic) 및 정책대응	2009.10.16	이만우 허종호
제41호	대규모 소매점에 대한 규제: 쟁점과 대안	2009.10.20	박충렬 정민정
제42호	석면 관련 법제의 개선방안: 현황, 문제점, 해외 사례를 중심으로	2009.10.21	김준영 최준영
제43호	희유(稀有)금속자원 재활용의 문제점과 개선방안	2009.10.27	김경민 신가은
제44호	입학사정관제의 바람직한 운영을 위한 제언 - 미국입학사정관제의 시사점 -	2009.11.10	정환규
제45호	국회 인사청문제도의 현황과 개선방안	2009.11.12	전진영 김선화 이현출

현안보고서 제46호

발 간 일 2009년 11월 20일
발 행 임종훈
편 집 사회문화조사실 보건복지여성팀
기획관리관 기획협력팀
발 행 처 국회입법조사처
서울특별시 영등포구 의사당로 1
TEL 02·788·4524
인 쇄 경성문화사 (TEL 02·786·2999)

1. 본 책자의 무단 복제 및 전재는 삼가주시기 바랍니다.
 2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
 3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 자료마당에 게시되어 있습니다.
-

ISSN 2005-3215
발간등록번호 31-9735029-000641-14

© 국회입법조사처, 2009

현안보고서 제46호

고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토

