

# 노인수발보험법안 무엇이 문제인가

## Focus

글·이왕준  
인천사랑병원장·청년의사 발행인



### I. 글을 시작하며

보건복지부는 DJ정부 때(2001년)부터 추진해 오던 ‘노인요양제도’를 담고 있는 「노인수발보험법(안)」을 국무회의를(2006.2.7.) 거쳐 지난 2월 17일 국회에 제출했다.

약 3년 동안의 연구를 통해 국회에 제출된 노인수발보험법(안)에 대해 의료계 등 각계의 반응은 대체로 비판적이다. 지금까지 발표한 기본계획안보다 대폭 후퇴하여 적극적인 예방 및 치료개념을 배제함으로써 오히려 ‘수발’이라는 미명 아래 노인들의 질병이 방치되어 ‘현대판 고령장 제도’가 될 가능성이 크다는 지적조차 제기되고 있다.

이외로 아직까지 어떻게 노인요양보장제도를 설계하는 것이 한국적 상황에 가장 잘 맞으면서도 세계 최고의 고령화 사회 속도에 대비할 것인지에 대해서 논란이 많다. 하지만 이미 시범사업의 결과도 나오기 전에 먼저 주사위가 던져진 만큼, 이번에 국회에 제출된 노인수발보험법(안)의 내용을 살펴보고 주요 쟁

점사항에 대한 정책 대안을 제시해 보고자 한다.

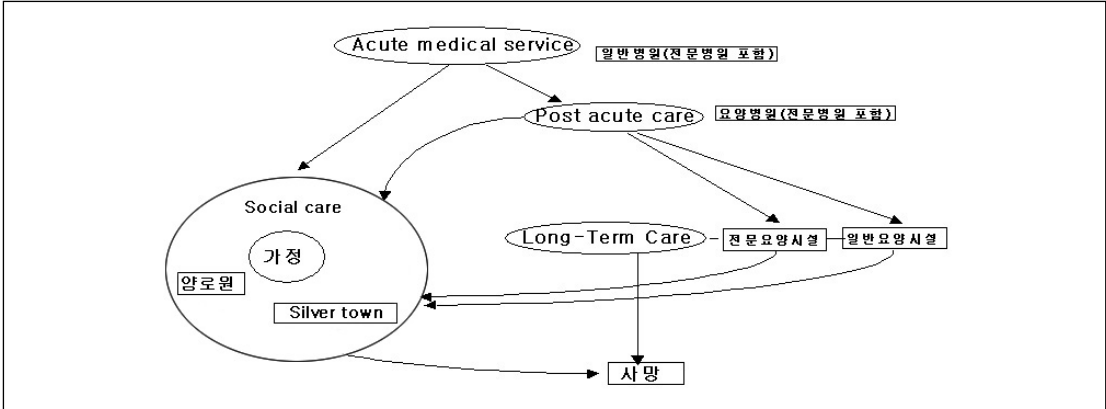
### II. LTC의 기본 원리

#### 1. 별도 노인요양제도 필요성

노인요양제도를 건강보험제도와 별도로 운영해야 하는 이유가 있다. 노인들의 만성질환을 별도 체계가 아닌 급성질병 체계로 관리하게 되면 투입 요소의 비효율적인 운영이 초래돼 노인의료비가 증가한다. 따라서 각 나라들은 노인들의 질병을 적절하게 관리하기 위해 서비스 내용, 서비스 공급시설의 형태, 서비스 보상 체계 등을 건강보험 제도와 별도로 노인요양제도를 설계하고 있다.

그리고 노인들은 만성질환 이환기간에 따라 필요한 서비스가 다르기 때문에 서비스를 제공하는 시설 달라야 한다. 노인들의 만성질환 이환기간<sup>1)</sup>에 따른 서비스 공급체계는 다음의 [그림]과 같이 분류할 수 있다. 일반적으로 6개월 미만의 급성기 진료서비스

1) 독일, 일본, 한국 : 6개월 / 미국 : 90일(약 3개월)



[그림] 만성질병 이환기간에 따른 노인요양 서비스 공급체계도

는 급성 의료기관인 일반 병원에서 건보급여체계로, 6개월~1년의 급성기 후기진료서비스 전문의료기관인 요양병원에서(의료부분은 기존 건보체계로, 요양부분은 요양보험체계를 적용하는 이원화 체계 유지), 1년 이상의 고도의 돌봄이 필요한 경우는(전문 및 일반) 요양시설에서 요양보험체계로, 1년 이상 중증의 일반 ADL지원이 필요한 경우는 단기보호/주간보호/방문간호에서 요양보험체계로 운영한다.

2. 재원조달 방식

재원조달은 조세방식과 사회보험방식이 있는데, 그 나라의 여러 가지 여건을 감안하여 선택할 수 있다. 그러나 대체로 기존의 건강보험을 운영하는 방식과 맥락을 같이하고 있다.

독일, 일본, 한국 등은 재원조달을 사회보험 방식으로 하고 있음에도 보험료 부과 대상과 급여 대상이 나라마다 다르다. 독일과 일본은 부과 대상과 급여 대상이 동일한 데 비해, 우리 나라는 상이한 것으로 나타나고 있다(표 1).

III. 쟁점분석 및 정책제언

쟁점 1 : 포괄적 노인요양인가 단순 수발인가

세계적으로 노인요양제도는 의료와 복지의 통합을 기본으로 하고 있다. 그러나 이번에 제출된 노인수발보험법(안)은 급여대상자와 급여내용을 대폭 축소하고 사실상 노인요양법이 아닌 '간병인료 보조법'이라 부를 정도의 반의 반쪽짜리 제도를 주창하게 되었다.

	독일	일본	한국(안)
보험료 부과 대상	보험료 부과 대상	일부 국민 (40세이상 ~ 64세 이하 노인성질환자 + 65세 이상 노인)	전국민
급여 대상	상동	상동	일부 국민 (64세 이하 노인성질환자 + 65세 이상 노인)

[표 1] 부과 대상과 급여 대상 현황

의료계는 물론이고 시민단체들에게서조차 현재의 법안은 노인에 대한 장기요양의 기본 성격인 '돌봄의 연속성(continuum of care)' 과 '의료와 복지의 통합적 지원' 이 결여된 채 우선적으로 간병비용에 대한 지원을 중심으로 한 수발(대인돌봄)의 영역에 머무르고 있다는 비판이 제기되고 있다.

만약 현재와 같이 '수발보장' 이라는 명목 아래 사실상 기존 건강보험체계에 일부 보험료를 추가하고 (관리체계 및 운영주체가 동일하고 '수발보험료' 를 내는 대상자가 동일함) 간병 수준의 노인요양급여를 실시하려면 굳이 수발이든 요양이든 독립된 제도를 운영할 필요가 없이 기존의 국민건강보험법 하에서 '간병급여(수발급여)' 만 추가하면 될 것이다.

따라서 노인요양제도의 기본 개념과 체계를 유지하고 포괄적인 서비스를 새로운 틀에 담아나감으로써, 궁극적으로 고령사회의 다양한 의료 - 복지 요구를 해소하고 집중하는 의료비 부담을 건강보험에서 덜어 내고자 한다면 단계별 추진이 바람직하다. 한 예를 제시한다면 1단계로 도입준비기를 2008년까지 3년으로 설정하고 이 기간 동안 시범사업을 실시함과 동시에 시설 기반 구축과 전문 인력 양성, 관련 제도 정비 등을 준비할 수 있다. 2단계는 우선적으로 건강보험체계 안에서 요양 관련 급여를 늘려 시행하는 (현재 수발보험에서 다루고자 하는 내용을 대부분 포함) 과도기로 설정하고 노인요양제도의 전면적인 도입으로 나아가는 토대를 마련한다. 그 경과기간을 3~5년 정도로 설정하고 준비 정도에 대한 평가를 통해 3단계의 포괄적 노인요양제도의 본격도입기로 이행할 수 있다. 이 단계에 이르러서는 운영주체를 지자체로 전환하고 노인요양보험을 국민건강보험으로부터 완전 분

리 독립시켜 명실상부한 공적 노인요양보장제도를 확립할 수 있을 것이다.

## 쟁점 2 : 재정설계와 재원조달

노인요양보장제도를 설계할 때(이는 의료보장제도를 설계할 때도 같은 원리가 적용된다.) 조세방식으로 기본 틀을 짤지 아니면 사회보험 방식으로 짤지를 결정해야 한다. 우리나라 의료보장제도는 독일식 사회보험방식을 근간으로 했기 때문에, 앞으로 도입할 노인요양보장제도 역시 '상호 연관성' 과 '효율성' 을 위해 근본적으로 사회보험방식을 채택할 수밖에 없다.

문제는 사회보험방식으로 요양보험제도를 설계할 때 보험가입자와 급여수혜자 사이의 상관성이다. 일본의 경우는 40세 이상이 가입대상자이자 급여수혜 대상이다(65세 이상이 제1호 피보험자, 40세~64세가 제2호 피보험자로 분류). 독일의 경우는 전 국민이 보험가입대상이지만 노인성 질환에 국한하지 않고 장애 전반(소아환자와 정신질환자까지 포함)에 요구되는 장기수발이 필요한 모든 경우를 수급권자로 지목하고 있다.

그런데 현재 우리의 노인수발보험법(안)을 보면 20세 이상 건강보험가입 대상자가 모두 수발보험가입대상자이만 실제 수혜대상자는 65세 이상의 노인이거나 64세 이하의 노인성 질환자로 되어 있다. 이는 결국 확률적으로 사실상 당장 수급혜택의 대상이 될 수 없는(부양가족을 포함한다 하여도) 젊은 세대를 강제로 보험에 편입시키는 것인데, 수발보험료가 일종의 강제 세금이 되어 궁극적으로 보험의 원리에 어긋나는 것이다. 이러한 불일치성은 결국 많은 젊은 세대 대상자로 하여금 일종의 '보험료 저항' 과 '보험

이탈'을 가져올 것이다. 이러한 사태에 직면하여 건강보험료와 연동시켜 수발보험료를 납부하지 않을 시 건강보험 효력을 동시에 인정하지 않겠다는 편법이 동원될 수 있겠으나 이는 법리적으로 실패할 확률이 높다.

재정설계에 있어 두 번째 문제는 국가부담이 취약하다는 것이다.

근본적으로 노인요양보장제도는 의료보장제도와 비교해서 보았을 때, 노인인구 자체가 사회취약계층으로 여겨지고 있어 국가(사회)의 책임(연대)이 크다고 볼 수 있다. 우리가 전범(典範)으로 삼고 있는 일본의 경우에도 의료보다 노인요양에 있어 국가의 책임이 크다고 여기기 때문에 본인부담과 보험료 부담을 적게 하고 국가부담을 키움으로써 사회보장성을 강화하고 있다(표 2). 결국 사회보장성이 약한 '면피용' 국고부담은 재정조달 책임을 국민에게 전가하는 행위가 될 수 있다. 65세 이상 노인은 소득이 없는 연령층이기 때문에 보험료 부담에 근본적으로 한계를

가지고 있다. 노인 문제는 의료와 복지가 복합적으로 제공되어야 하므로 복지적 차원에서 국가의 부담이 요구된다.

쟁점 3 : 요양급여 범위와 노인요양전달체계

국회에 제출된 법안에 의하면 수발급여의 대상과 종류는 재가급여, 시설급여, 수발수당, 특례수발비, 요양병원 수발비 등이며 현물을 원칙으로 하고 보완적으로 현금지급을 인정하고 있다. '재가급여'는 가정의 노인에게 간병수발, 간호, 목욕, 가사 및 일상생활 지원 등의 서비스 항목이고 '시설급여'는 노인요양시설과 노인공동생활가정에 입소한 경우에 해당하는다. '수발수당'은 수발시설이나 인력이 부족하여 가족이나 이웃으로부터 수발을 받는 경우에 지급하는 수당이며, '특별수발비'는 부득이하게 유료시설을 이용하는 경우에 지급하고 '요양병원 수발비'는 요양병원 입원 시 소요되는 비용의 일부를 지원하는 것이다.

일본					한국			
급여(100%)					급여(100%)			
본인부담 10%	국고(50%)			보험료(50%)		본인부담 20%	국고 <sup>2)</sup>	보험료
	중앙정부 25%	도 12.5%	시정촌 12.5%	1호 피보험자 17%	2호 피보험자 33%		22.2%	77.8%

〈표 2〉 일본과 한국의 재정조달 부담 내역

2) 국고보조 기준을 어떻게 볼 것이냐 하는 문제임. 일본과 비교하기 위해 공공부조자에 대해 정부가 지원하는 것을 제외하고자 함. 입법예고 법안에 지역가입자 분의 50 /100→50%을 정부가 부담한다고 하는 것은 일본의 지원원칙과 일치하기 때문임. 즉 공공부조자에 대한 국고지원은 50% 지원 취지와 별개의 문제임. 또한 일본처럼 급여를 기준으로 본인부담을 제외하고 각 주 3)의 통계를 사용하여 산출한 값임.

여기에서 주목해야 할 것은 요양급여의 범위와 요양전달체계가 매우 밀접히 연관되어 있다는 것이다. 다시 말해서 전달체계는 개념적으로 도면상에서 정의되는 것이 아니라 실제로 환자의 이동이 현장에서 어떻게 이루어질 것인지, 또는 이루어져야 하는지를 의미한다. 그러한 의미에서 급여 내용과 범위를 초기에 어떻게 설정하느냐에 따라 환자의 배치와 흐름이 결정될 수 있다.

우선 의료법상 요양병원<sup>3)</sup>과 노인복지법상 노인전문병원은 ‘요양병원 수발비’라는 명목으로 사실상 ‘시설수발 급여’에서 부분적으로 제외되고 있다<sup>4)</sup>. 물론 요양병원은 의료기관이고 복지시설이 아니지만 현재 사실상 장기요양병상의 상당수를 차지하고 있고, 심지어 정부의 정책방향 자체가 급성기 병상을 억제하고 요양형 병상으로 전환을 유도하고 있기 때문에 수발보험의 급여 대상에서 요양병원을 기본 대상으로 삼아야 할 것이다. 의료비는 건강보험료에 의해 커버된다고 하지만 수발 관련 급여가 타 요양시설과 동등하게 제공되어야만 요양형 병상 및 요양병원이 활성화될 수 있으며, 급성기 병원과 요양시설 사이에서 중간시설로서의 기능을 맡을 수 있다. 나아가

재활치료를 중점 담당함으로써 노인환자를 단순히 와상상태에서 장기 수발하는 것에 그치는 것이 아니라 정상적 사회복귀를 촉진하는 기능을 강화시킬 수 있다. 즉 요양병원이 급성기 병원과 요양시설 사이에서 효과적인 연계를 이룰 수 있도록 하기 위해 수발 급여의 기본 대상이 되어야 하는 것이다.

또한 법안은 (무료)노인요양시설, 실비노인요양시설에서의 서비스는 인정(제44조)하지만 유료노인요양시설과 유료(실비)전문요양시설은 급여범위에서 제외되어 있다. 물론 부득이한 경우 특별수발비를 인정하겠다는 단서가 있지만 이 안대로라면 현재 의료복지시설 이용 노인의 30% 이상이 급여에서 제외되게 된다.

그런데 보다 근본적 문제는 이런 급여 범위라면 새로이 노인수발보험제도가 도입된다고 해도 사실상 시설수발 급여가 추가된 것이 없는 셈이나 다름없다. <표 3>과 같이 원래 무료 전문 - 일반 요양(양로) 시설은 기초생활수급권자를 대상으로 사실상 지자체에서 간병인료를 포함 전액 지원했던 바이고 실비 요양시설의 경우에도 실비부담액을 뺀 나머지 액수를 지자체에서 모두 부담했었다. 그렇다면 사실상 남은 영역

	전문요양시설		일반요양시설		양로시설	
	기존	법안	기존	법안	기존	법안
유료	x	x	x	x	x	x
실비	x	x	o	o	x	x
무료	o	o	o	o	o	o

<표 3> 제도 전후별 · 시설별 시설급여 인정 여부 현황

- 3) 요양병원에는 의료법상 요양병원, 노인복지법 제 34조의 노인전문병원, 기능적으로 명칭이 붙여진 ‘치매요양병원’ 등이 다 포함되는 것으로 분류하고자 함. 이 요양병원은 의료법상 의료기관으로서 LTC의 급성기 후기진료 및 중간재활을 담당하는 요양형 병상 시설의 개념.
- 4) 법안 제 48조에서 규정하고 있는 요양병원 수발비는 현금급여로 되어 있으나, 이는 임의규정(『할 수 있다』)으로 되어 있고, 구체적인 것은 대통령령에 위임해 놓고 있는 실정임.

이 유료시설인데 유료시설이 사실상 배제된다고 하면 시설급여의 재원이 지자체에서 수발보험으로 바뀔 뿐이지 새로운 급여 확대는 없는 셈이다.

끝으로 현 단계에서 즉각 이루어지지 못하더라도 노인요양보험이 커버해야 되는 범위 중 매우 중요한 내용이 방문간호와 방문진료(왕진)이다. 현재 가정간호는 의료기관을 통해서만 이루어지게 되어 있고 건강보험에서 커버되고 있지만, 재택서비스와 의료서비스, 요양서비스가 상호 절충되고 연계되기 위해서는 방문간호와 방문진료가 노인요양보험체제로 통합되어야 한다. 재가급여의 내용에 복지적 서비스 뿐만 아니라 의료와 요양서비스가 통합적으로 공급될 때 진정한 재택요양이 시설요양을 압도할 수 있으며, 이를 위해서는 적절한 방문간호 및 방문진료 수가 책정되어야 할 것이다.

#### 쟁점 4 : 운영주체와 관리체계

현재 독일이나 일본은 급여관리 주체와 재정관리 주체를 일원화하여 운영하고 있다. 독일은 보험자가, 일본은 자치단체가 급여관리와 재정관리를 동시에 담당하고 있다. 이에 반해 법안에서는 보험료 부과 및 징수 등 재정관리를 국민건강보험공단이 하고, 대상자 평가 판정 및 시설 확충 등 급여관리를 지자체가 맡도록 함으로써 관리 운영에 책임 소재 불분명 및 도덕적 해이가 우려되고 있다.

따라서 노인요양제도를 단계적으로 도입한다는 전제 하에 건보체계의 하위구조로 요양서비스를 운영하는 과도기에서는 국민건강보험공단이 운영 주체가 되는 것이 타당하지만 궁극적으로는 지자체가 운영

주체가 되어야 한다.

일본도 개호보험의 관리주체를 기초자치단체로 하고 있다. 특히 일본의 경우 치매와 같은 노인성 질환 보다는 예방이 가능한 골절 등 노약성 질환이 더 많기 때문에 이를 예방할 수 있는 기초자치단체의 건강증진사업이 더욱 중요해지고 있다. 현 법안에서도 등급판정위원회를 각 기초자치단체에 두도록 한 것 자체가 궁극적으로 관리 운영의 주체를 염두에 둔 것으로 여겨진다.

#### 쟁점 5 : 등급 판정의 기준과 절차

법안에는 각 기초자치단체에 등급판정위원회를 두어 수발신청자를 수발인정자로 판정하고, 또 수발인정자에게 어떤 수준의 수발을 제공해야 하는가를 결정하는 역할을 하도록 되어 있다. 그런데 전문 인력에 대해 규정을 보면 『노인수발보장에 관한 학식과 경험이 풍부한 자』라고 매우 애매모호하게 되어 있다.

현재 우리나라의 수발 평가는 ‘서비스필요도’와 ‘심신장애’를 평가하도록 되어 있는데 일본이나 독일은 ‘서비스필요도’만 평가하도록 되어 있다. 따라서 심신장애를 평가하는 것은 공무원이나 사회복지사의 영역이 결코 될 수 없다. 신체에 대한 해부학적인 지식은 물론이고 임상적 기초를 배경으로 의료인(의사 및 간호사)이 심신장애 판정의 중심이 될 수 밖에 없는 것이다.

법안 제 30조 2항에 따르면, 중증노인에 대한 의사 소견서를 면제토록 하고 있는데 이는 중증환자일수록 정확한 의학적 판단이 요구되는 점이 간과되고 있다. 단지 ADL지원이 필요한지 아닌지를 조사한다고

해서 이 환자가 치료를 통해 재활이 가능한 환자인지 아니면 외병상태로 단순 수발만 받으면 되는 것인지를 감별할 수는 없다. 정부의 이러한 입법 취지는 중증노인에 대해 더 이상의 의학적 판단을 거부함으로써 중증노인을 포기하겠다는 의미와 다를 바 없다.

그리고 노인환자의 질병 이환 상태가 건강한 젊은 사람과는 다르게 빠르게 진행한다는 점을 감안한다면, 요양 등급판정 유효기간을 2년에서 1년으로 줄여 노인들이 질병 상태 변화에 따라 적절한 등급 판정을 받아 적절한 요양 서비스가 제공되도록 해야 할 것이다.

#### 쟁점 6 : 전문인력 양성 및 기존 의료인과의 관계 설정

우선 쟁점이 되었던 care manager(법안에서는 '수발 관리요원'이라 칭함)를 독립적인 자격과 면허로 운영할 것인가에 대한 점이다. 일반적으로 노인요양제도를 운영할 때 care manager들의 역할은 매우 중요한데, 이들은 환자의 대리인과 재정의 문지기라는 역할을 담당하게 된다.

그런데 법안에는 care manager 제도의 도입 및 양성을 애초부터 배제하고 동질의 역할을 다른 인력들의 적절한 연수를 통해 대체하는 것으로 삼고 있다. 하지만 새로운 면허를 도입하고 새로운 직종을 만드는 것이 여러 가지 추가 부담을 가져올 수 있지만 장기적으로 볼 때 노인요양보장의 코디네이터로서 이들 전문 인력을 양성하는 것은 향후 제도 확립에 중요한 요원이 될 것이다.

## IV. 결어

정부는 내년까지 두 차례의 시범사업을 실시한다는 계획 아래, 현재 1차 시범사업이 진행 중에 있다. 이러한 시범사업을 하는 이유는 설계한 제도를 실제 적용하기 전에 사전에 점검하여 문제점을 보완하기 위한 것이다. 그럼에도 아직 1차 시범사업도 끝나기 전에 법안을 성급하게 제정하려는 의도는 순수하게만 보이지 않고 정치적 성격을 읽히게 한다.

고령화 속도가 다른 어느 선진국과 비교할 수 없이 빠른 속도로 진행되고 있는 우리나라가 노인요양제도를 준비해야 함은 너무 자명하다. 그러나 그 당위성을 이유로 노인요양제도가 부실하게 설계되어서는 안 되며 단 한 번의 공청회<sup>5)</sup>로 각계각층의 의견을 제대로 수렴했다고 볼 수 없다.

우리보다 30년이나 앞서서 고령화 사회에 진입했지만 2000년에야 개호보험을 만들고도 지난 5년간 또 다른 시행착오를 경험하고 있는 일본의 예를 타산지석으로 삼아야 할 것이다. 특히 노인요양보장제도를 설계함에 있어 단순 케어가 아니라 좀 더 복합적인 접근방식, 즉 요양보험체계에서 요양서비스, 재택서비스 및 의료서비스의 역할이 상호 절충되고 또 명확하게 분담될 수 있도록 해야 한다는 조언에 귀 기울일 필요가 있다. **KHA**

5) 수발의 개념 관련 입법 공청회는 단 한 차례 밖에 열리지 않았음.