

3. 고령화와 장기요양제도의 개선

가. 노인 장기요양제도의 필요성

- 노인들은 신체기능에 많은 장애를 가지고 있어서 일상생활을 수행함에 있어 타인의 도움을 많이 필요로 하게 됨. 즉 노인에게는 장기적으로 요양을 필요로 하는 경우가 많아 이 때, 전문적인 의료인력의 서비스보다 간병과 일상생활에서의 보조를 수행해주는 인력의 서비스가 더욱 필요하게 됨.
 - 이러한 일상생활과 관련된 신체기능 혹은 그 장애를 측정하기 위해 ADL(Activities of Daily Living) 혹은 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)이라는 측정도구들이 주로 이용되고 있음.
 - ADL은 옷 입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 화장실 사용하기, 대소변 조절하기를 통해 측정되고 IADL은 몸단장하기, 집안일하기, 식사준비하기, 빨래하기, 근거리 외출하기, 교통수단 이용하기, 물건 사기, 금전관리, 전화사용하기, 약 챙겨 먹기를 통해 측정됨.
 - 아래 <표 6-5>에 따르면 61세 이상 노인의 42.5%가 다양한 종류의 일상생활 수행능력에 있어서 장애를 갖고 있음을 알 수 있음.
 - 이러한 일상생활 수행에 있어서의 장애는 남자보다는 여자가 그리고 연령이 높을수록 증가하여 75세 이상 노인의 경우 65%가 신체활동상의 장애를 겪고 있는 것으로 조사됨.

<표 6-5>노인의 신체적 의존상태

	건강	IADL만 제한	ADL 일부제한 (1-6개)	ADL 모두제한	계
전체	57.5	30.8	10.5	1.3	100.0
성별					
남자	75.8	13.8	9.3	1.2	100.0
여자	46.3	41.2	11.2	1.3	100.0
연령					
61~69세	73.9	19.8	5.6	0.7	100.0
70~74세	59.3	31.9	8.0	0.8	100.0
75세 이상	35.4	43.6	18.6	2.4	100.0

자료: 선우 덕 외(2001)

- 위의 일상생활 동작 중 그 중요성의 차이를 고려하여 “공적노인요양보장추진기획단”에서 2004년에 추정한 결과가 아래 <표 6-6>에 제시되어 있음.

○ 노인장기요양기획단의 보고서에 의하면

- 일상생활동작 중 가장 핵심적인 동작인 이동하기, 화장실 이용, 식사하기 중 하나라도 동작이 불가능한 경우는 최중증(완전 와상상태 노인)으로,
- 최중증이 아니면서 일상생활동작 중 옷 입기, 세수하기, 목욕하기 중 하나 이상에서 타인의 도움을 부분적으로 필요로 하는 경우는 경증으로(대체로 앉아 있으나 가끔 와상상태인 노인),
- 최중증과 경증의 중간정도로 대부분 와상상태인 노인은 중증으로,
- 그리고 도구적 일상생활동작에서만 제한이 있는 노인은 허약으로 분류하여 노인장기요양에 대한 수요를 추계하였음.

○ 이에 따르면 요양보호를 필요로 하는 노인은 2003년 현재 65세 이상 노인의 14.8%인 약 59만 명으로 추계되며, 2010년에는 79만 명, 2020년에는 114만 명으로 증가하리라 예상됨.

○ 하지만 이 추계에 있어 전체 요양대상 노인 인구 중 12~13%만이 요양시설에서 요양을 받고 나머지는 가정에서 요양을 받는 것으로 가정하고 있어 장기요양 수요와 비용이 저추계 되었을 가능성이 높음.

<표 6-6> 65세 이상 요양보호 대상자 추계

(단위: 명)

	시설			재가				
	최중증	중증	합계	최중증	중증	경증	(경증)치매	합계
2003	22,573	55,265	77,837	22,504	102,797	197,656	195,672	518,629
2007	26,781	65,566	92,347	27,171	124,113	238,642	236,242	626,171
2010	29,388	71,950	101,338	30,062	137,322	264,040	261,389	692,812
2020	41,480	101,554	143,033	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

자료: 공적노인요양보장추진기획단, “공적노인요양보장체계 개발연구”, 2004

□ 노인인구의 증가와 더불어, 여성인구의 노동참여 증가, 가족구조와 역할의 변화, 노인부양의 책임에 대한 인식 변화 등에 의해 전통적으로 장기요양을 담당해 온 가족이나 친지와 같은 비공식적 서비스 제공자의 역할이 감소함에 따라 장기요양서비스에 대한 사회적 수요가 증가하고 있음.

○ 더욱이, 노동참여가 낮고 아직 국민연금이 정착되지 않아서 소득이 제한적인 노인인구의 특성에 의해 이들의 장기요양서비스에 대한 경제적 지불능력은 매우 제한적일 수밖에 없음.

○ 장기적으로 국민연금이 정착되어 노인들의 경제적 능력이 향상되더라도 막대한

장기요양비용을 지불하기에는 많은 어려움이 예상되므로 개인의 책임에 의해서만 장기요양비용을 감당하기에는 한계가 있을 것임.

- 우리나라에서는 현재 의료적 치료의 필요성이 매우 낮고 대신 사회적 서비스와 요양을 필요로 하는 많은 노인 장기요양환자들이 요양시설의 병상에 비해 상대적으로 고비용인 급성질환을 치료하는 병원의 병상을 점유하고 있어서 의료자원의 활용이 비효율적이고 나아가 건강보험의 재정에 부정적인 영향을 미치고 있음.
- 이는 장기요양서비스의 제공시설과 인력 등과 같은 장기요양 공급체계가 미비하고 공적재원조달체계가 존재하지 않는 데 기인하고 있다고 할 수 있음.
- 따라서 이러한 노인요양환자들에 대하여 의료공급과는 별도의 장기요양 공급 및 재원조달체계를 개발하는 것이 보다 비용-효과적일 것이며 여러 선진국에서도 이러한 접근을 취하고 있음.
- 우리나라도 가까운 장래에 노인장기요양으로 인한 경제적인 부담을 사회적으로 분산시키기 위하여 장기요양보장제도의 도입이 예정되어 있음.
- 그렇지만 어떤 형태의 공적 장기요양제도를 도입하느냐에 따라 장기요양비용의 적정성과 양질의 장기요양서비스 제공 가능성이 결정될 것임.

나. 외국의 공적 노인장기요양제도

- 이 절에서는 전술한 공적 노인장기요양제도가 소기의 목적인 바를 이루기 위해 핵심적인 사항들을 고찰하기 위해 우선 장기요양을 위해 사회보험 형식을 채택한 독일과 일본의 경험을 소개하고 정책 이슈들을 분석하여 우리나라의 공적 노인장기요양제도에 대한 정책적 함의를 기술하고자 함.
- 우선 아래 <표 6-7>은 일본과 독일의 장기요양보험에 대한 개요를 소개하고 있음. 아래 표에 소개된 대로 본 절에서는 일본과 독일의 제도를 보험자, 피보험자, 급여의 재원, 급여수준 및 급여유형으로 나누어 고찰하고자 함.

<표 6-7> 일본과 독일의 장기요양보험제도

	일본	독일
보험자	지방자치단체	질병금고
피보험자	40세 이상 연령층, 단 40~64세 피보험자는 노인성 질환만 대상	모든 연령층, 모든 유형의 장기요양 대상
급여의 재원	보험료 50%, 조세 50%	전액 보험료
급여수준	비용의 90% 수준 급여(본인부담금 10%)	실제비용과 관계없이 요양등급에 따라 정액 급여액
급여유형	원칙적으로 현물급여	현금급여와 현물급여 중 선택

<보험자>

- 사회보험이 도입되기 이전에 독일과 일본에서는 오랫동안 지방정부가 자산조사를 통해 가난한 사람 혹은 자신의 재산을 장기요양을 위해 다 소진하여 가난해진 사람들을 대상으로 공적부조를 운영하고 있었고, 종교단체, 사회복지단체 등과 같이 비영리 민간 조직들도 지역사회 차원에서 장기요양서비스를 제공하고 있었음.
- 그러나 노령화와 가족의 역할 변화에 따라 장기요양 대상 인구와 그 비용이 증가하게 되고 따라서 가난한 계층 이상의 중산층 노인들과 지방정부에게 심각한 재정부담을 안겨주기에 이르렀음.
- 또 지방정부의 사회복지 프로그램은 자산조사를 수반하는 경우가 많아서 수혜자에게 거부감을 야기하는 반면 사회보험은 자산상태에 관계없이 장애 발생 시 급여를 받을 수 있고 또 소비자 스스로가 원하는 서비스를 선택함으로써 개인의 선호를 더 잘 충족시킬 수 있으며 요양서비스의 질과 가격에 대해 경쟁을 유도할 수 있어서 대상자들이 기존의 공적부조제도보다 더 선호하였음.
- 일본은 지방자치단체가 장기요양보험의 보험자인 반면 독일은 재정은 의료보험과 별도로 관리하지만 기존의 의료보험자인 질병금고가 장기요양보험의 보험자임. 하지만 일본에서는 이미 지방자치단체가 기존의 자영자 의료보험에 있어 보험자의 역할을 수행하고 있었으므로 그런 의미에서 의료보험자와 장기요양보험자가 일치한다고 볼 수 있음.
- 이렇듯 재정은 분리하여 별도의 제도로 운영하더라도 보험의 관리운영은 동일한 보험자가 수행할 경우 조직과 인력의 활용면에서 비용절감의 이점이 있을 것임.
- 일본의 경우 주민과 가장 밀접한 행정기구가 장기요양보험의 보험자가 됨으로써 지역사회 주민들의 요구를 빨리 파악하고 지역사회의 요양서비스 전달체계를 개

선하는 데 효과적이라는 장점이 있음.

- 하지만 우리나라에서는 지방정부가 건강보험의 관리자로서 보험료의 징수나 관리 그리고 재정을 운영해본 경험이 없고 또 사회복지서비스 차원에서 노인에게 활발하게 장기요양을 제공하고 있는 것도 아니기 때문에 지방정부가 노인요양보험의 보험자가 되기는 쉽지 않을 것임.
- 대신 건강보험과 분리된 장기요양보험재정을 운영하되 요양보험의 제도 운영은 기존의 건강보험공단이 맡는 것이 사회적 수용성이 더 높을 수 있음.

<피보험자>

- 독일에서는 모든 연령의 사람들이 보험료를 납부하고 급여 역시 노인뿐 아니라 장기요양을 필요로 하는 모든 연령의 사람에게 제공됨. 따라서 독일의 요양보험은 연령에 관계없이 장애에 의한 장기요양을 포괄적으로 커버하는 장애보험적인 성격을 지니고 있음.
 - 젊은 층은 보험료를 납부하더라도 장기요양에 대한 수요가 낮으므로 모든 인구가 보험료를 납부하고 동시에 급여의 대상이 되는 이 제도의 재정이 더 안정적임.
 - 나아가 장기요양에 대한 급여 대상을 연령에 기준해 구분하는 것은 사회적 차별의 문제가 있으므로 노인뿐 아니라 장기요양이 필요한 모든 계층에게 급여를 제공하는 것이 사회적 형평의 향상에도 기여할 것임.
- 반면 일본은 40세 이상 인구가 피보험자임.
 - 개호보험제도 내에서 피보험자는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 분류되는데
 - 제1호 피보험자는 65세 이상인 자로서 지방정부인 시정촌이 보험료를 부과함.
 - 제2호 피보험자는 40세 이상 65세 미만인 자로서 의료보험자가 의료보험료로 징수하여 일괄 납부하게 됨.
 - 제2호 피보험자의 경우 초로기 치매, 뇌졸중, 파킨슨병 등 노화에 기인하는 15개 질병으로 급여가 제한됨.
 - 전체 피보험자수는 약 6,600만 명으로 전 인구의 52%이며 이중 65세 이상의 제1호 피보험자는 2,420만 명으로 3년 6개월 사이에 265만 명, 즉 12%가 증가하

였음.

- 한편 40세 이상 65세 미만의 제2호 피보험자는 2003년도에는 4,211만 명으로 2000년 대비 약 200만 명이 감소하였는데, 이는 인구의 고령화에 기인함.
- 최근에는 일본 역시 피보험자의 대상을 젊은 연령으로까지 확대하는 것을 신중하게 고려하고 있음.

<재원>

- 일본의 개호보험은 사회보험의 형태이지만 보험료는 전체 개호보험 재원의 50%에 불과하고 나머지 50%는 조세에 의해 조달되어 정부의 조세 지원이 매우 큰 역할을 수행함.
 - 반면, 독일은 정부 재정에 의존하지 않고 장기요양보험재정의 전액이 보험료에 기반하고 있음. 이런 점에서 독일의 경우는 순수한 사회보험으로 볼 수 있는 반면 일본은 사회보험과 조세의 혼합모형이라고 할 수 있음.
- 조세 비중이 상당히 큰 일본의 특성은 의료보험제도에서도 역시 조세가 중요한 역할을 한다는 전통 그리고 지방정부가 장기요양보험의 보험자라는 것과 관련이 있으리라 생각됨.
 - 즉 지방정부 간 재정력의 격차가 필연적으로 존재하므로 재정이 순수하게 보험료에만 의존할 경우 지방정부 간 장기요양보험급여의 차이가 커질 수 있으므로 상위 정부 차원의 조세 보조가 없다면 지방정부 간 보험료 차이가 더욱 커져서 제도 간 형평성의 문제가 생길 수 있기 때문임.
 - 나아가 일본에서는 개호보험 실시 이전에도 중앙정부와 지방정부가 노인보건서비스에 대해 비용을 분담해 온 역사성, 그리고 개호보험에 있어서 국가의 역할과 책임을 강조하는 시각에 의해 영향을 받았다고 볼 수 있음.

<급여수준>

- 일본의 개호보험은 본인부담의 크기가 비용의 약 10%에 불과하여 급여의 수준이 매우 높으므로 급여수준에 있어서 기존 의료보험과의 유사성이 높음.
 - 이는 요양대상자의 경제적 수요를 잘 충족시켜 주는 장점이 있는 반면, 일단 시

작되면 급여가 지속적으로 제공될 확률이 높은 장기요양의 특성상 장기요양보험의 재정에 큰 압박이 될 가능성이 매우 높음.

- 일본 장기요양보험의 급여수준이 높은 것은 요양보험 도입 이전의 노인복지 프로그램이 매우 높은 수준의 급여를 이미 제공하고 있었다는 것과 밀접한 관계가 있음.
- 즉 기존의 노인보건의료에서는 와상노인에 대해 시정촌이 장기요양개호, 노인보건의료시설의 입소와 같은 개호 관련 서비스를 무상으로 제공하였었는데, 새로운 사회보험의 도입과 함께 기존 제도의 혜택보다 더 낮은 수준의 급여를 제공한다면 기존 수혜자들의 저항이 매우 클 것이었기 때문임.

□ 반면 독일의 장기요양보험에서는 수혜자의 실제 요양서비스 이용량에 상관없이 세 가지 요양장애등급 내에서 동일한 금액의 정액 급여액이 주어짐.

- 아래 <표 6-8>에 제시되어 있듯이 독일에서는 의료보험과는 달리 장기요양보험은 기본적인 필요에 대한 최소한의 급여제공이라는 성격이 강한데, 이러한 획기적인 차이점은 장기요양보험을 기존의 의료보험과는 별도로 새로운 제도로 설계하고 도입했기에 가능했으리라 생각됨.

<표 6-8> 독일 장기요양보험급여액

(단위: 월간 유로)

	재가요양		주간/야간 요양 (요양급여)	Nursing Home (요양급여)
	현금급여	요양(서비스)급여		
장애등급 1	205	384	384	1,023
장애등급 2	410	921	921	1,279
장애등급 3	665	1432	1,432	1,432

자료: 독일 사회보장부 홈페이지(<http://www.bmgs.bund.de/>).

□ 따라서 독일의 장기요양보험은 일본에 비해 재정안정의 가능성이 높고, 장기요양보험이 도입된 이후 지난 10년간 보험료율은 소득의 1.7%로 변함이 없음.

- 반면 중증도가 높아서 장기간 많은 양의 장기요양서비스를 필요로 하는 사람들에게는 급여가 불충분하고 결과적으로 가난한 사람들은 사회보험이 도입되었어도 지방정부의 사회부조 프로그램에 여전히 의존하게 되는 실정임.
- 장기요양보험이 도입된 이후 지방정부 공적부조 프로그램의 부담이 대폭 경감되었지만, 장기적으로는 사회보험의 제한적인 급여수준으로 인하여, 특히 요양시설 입원자의 경우 공적부조에 의존하는 사람들이 다시 점점 증가할 것으로 예상됨.

- 일본과 독일의 요양보험급여 차이는 장기요양비용에 많은 영향을 미쳐서 일본개호보험의 비용은 2010년에 GDP의 1.5%에 이를 것으로 추정되고 있는데 독일의 0.8%와 비교할 때, 매우 큰 수치로 해석할 수 있음.

<급여 유형>

- 일본의 개호보험은 공식적 서비스 제공자가 제공하는 요양서비스에 대해서만 급여를 지급할 뿐 현금급여를 지급하지 않음으로써 가족과 같은 비공식 요양제공자에 대한 금전적 보상의 가능성을 없앴.
 - 반면, 독일은 재가 요양에 있어서는 피보험자가 현금급여와 서비스 급여 중 선택할 수 있는데 둘 중 한 가지만 선택해도 되고 두 가지 급여를 혼합할 수도 있음.
 - 재가요양에 있어 현금급여는 그 사용처와 방법에 대한 제한이 없으며, 현금급여를 선택한 급여대상자는 그 현금을 자신에게 요양을 제공한 가족, 친지 등과 같은 비공식적 서비스 제공자에게 줄 수 있음.
 - 일본이 현금급여를 도입하지 않은 것은, 동양에서는 장기요양에 있어서 전통적인 가족의 역할에 대한 사회적 기대가 서구에 비해서 여전히 높으므로 가족이 장기요양서비스를 제공해야 한다는 압력이 상대적으로 크다는 것과 관련이 있음.
 - 만일 현금급여가 주어질 경우 노인에 대한 요양제공의 부담을 며느리나 딸들이 질 가능성이 더욱 높아지므로 아예 현금급여를 없애야 한다고 주장한 일본 여권운동가들의 역할이 매우 큼.
 - 하지만 현금급여의 부재와 높은 급여수준이라는 일본 개호보험의 특성은 장기요양에 있어서 가족의 역할을 더욱 약화시키고, 재가요양보다는 시설요양의 비중을 높일 가능성이 매우 높음.
- 현금급여는 소비자의 선택권을 보장함으로써 공식적 요양제공자와 비공식적 요양제공자 간 경쟁을 촉진할 수 있고, 가족과 같은 비공식서비스 제공자들의 무상노동에 대한 보상이 가능하며, 또 이를 통해 가족에 의한 요양서비스 제공 재가/지역사회 중심의 노인요양을 촉진시킬 수 있는 장점을 지니고 있음.
 - 반면 현금급여는 비공식 수발자가 금전적 이득만 취하고 제대로 요양을 해주지 않는 악용의 가능성이 있고, 공식적 전문수발자가 제공하는 요양에 비해 질이 떨어질 가능성, 급여 신청자의 증가, 여성의 노동문제 그리고 정서적 저항과 같은

단점 역시 가지고 있음.

- 하지만 악용 가능성과 요양서비스 질의 문제는 독일의 경우처럼 가족 수발자에 대한 기초적인 교육의 제공과 정기적인 가정 방문과 질감시(quality monitoring)를 통해 어느 정도 보완과 해결이 가능하므로 탈시설화를 유도하는 큰 장점을 고려한다면 현금급여를 전향적으로 검토할 필요가 있을 것임.

<장애등급의 판정>

- 개인의 필요에 의해 의료를 이용하고 이것이 곧바로 급여로 이어지는 건강보험과는 달리 장기요양보험에서는 급여를 받기 위해서 앞서 언급한 일상생활의 여러 활동수행정도(ADL, IADL)에 따라 장애등급에 대한 판정을 받아야 함.
 - 장애등급의 평가는 보험급여의 여부와 급여수준을 결정짓는 핵심적인 과정이므로 측정도구가 정교해야 하고 전문 인력의 참여, 객관적인 판정절차, 그리고 대상자가 판정결과에 불복할 경우 이의제기절차 등에 관한 세밀한 준비가 필요함.
 - 예를 들어, 독일에서는 보험급여의 대상자가 되기 위해서는 장기요양금고들의 연합체가 만든 평가조직의 의사나 전문적인 간호사로부터 평가를 받아야 함.
 - 타인에 대한 의존도가 가장 낮은 1등급은 하루에 적어도 한 번 이상 그리고 총 90~180분 동안 타인의 도움을 필요로 하는 경우이고, 2등급은 하루에 적어도 세 번 이상 총 180~300분 동안 타인의 도움에 의존해야 하는 경우임.
 - 마지막으로 타인의 도움이 필요한 정도가 가장 큰 3등급은 적어도 두 가지 이상의 일상생활을 수행함에 있어 항상 그리고 총 5시간 이상 타인의 도움에 의존하는 경우임.
- 일본은 장애등급이 6단계로 더 세분화되어 있는데, 독일에 비해 급여수준이 더 높기 때문에 장애등급 판정의 중요성이 더 큰 것과 관련이 있다고 할 수 있음.
 - 신청자가 개호보험급여의 대상자인지를 판정하기 위해선 시정촌의 보건·의료·복지의 전문가로 구성된 개호인정심사위원회에서 판정이 이루어지는데, 신청자의 심신상태조사결과 및 의사의 진단결과를 바탕으로 심사판정을 하게 됨.
 - 1차 심사판정에서는 개호서비스를 원하는 신청자가 개호필요자인가, 그리고 자신이 해당하는 경우 해당 개호필요상태의 정도는 무엇인가에 대해 판정하게 됨.

- 2차판정에서는 개호인정심사위원회가 1차판정의 결과와 의사의 진단결과를 바탕으로 최종판정을 하게 됨(문성현, 2000).

○ 그 후 장애등급의 수준에 따라 위원회와 케어메니저가 요개호인정자의 필요도를 파악하여 서비스의 유형을 결정하고 급여비가 지급됨.

다. 공적 노인장기요양제도의 정책과제

<시설요양과 재가요양의 균형>

□ 일본에서는 재가요양과 시설요양의 비중이 이용자 수에서는 74% 대 26%이고, 독일에서는 2000년 현재 70% 대 30% 정도임.

○ 하지만 일본에서는 여전히 시설입소를 위한 대기자가 증가하고 있으며 2003년 현재 시설입소 대기자는 개호보험 도입 이전에 비해 1.5배 증가하여 입소율이 100%에 달하고 있는데 그 이유는 급여수준이 높아서 시설요양이 재가요양과 비교해 실제 부담하는 비용 면에서 크게 차이가 없기 때문인 것으로 보임.

○ 반면 재가서비스의 경우 그 증가추세에 비해 이용자들이 서비스의 지불한계까지 서비스를 사용하지 않고 비용한계의 평균 46.2%만을 소비하고 있으며 요개호 판정을 받은 대상자 중 21.2%는 실제로 이 서비스를 이용하지 않는 것으로 나타났다. 그 이유는 타인의 가정방문에 거부감을 느끼고 또 가족을 직접 수발해야 한다는 전통적인 가족관에서 어느 정도 비롯된 것으로 보임.

□ 하지만 독일의 경우에도 전반적인 급여의 추세를 볼 때 요양시설 입원자의 비중이 점차 증가하고, 또 재가요양 급여자 중에서도 현금급여보다 서비스급여자의 비중이 증가하고 있음. 이러한 추세는 가족과 같은 비공식적 요양제공자보다 공식적 요양제공자의 역할이 점점 커지고 있음을 의미하는데 어느 정도는 필연적인 결과임.

○ 즉 장기적으로는 노령인구의 평균연령이 더욱 높아지고 여성의 노동 참가와 핵가족화의 경향이 가속화될 것이므로 가족구성원에 의한 서비스 제공의 가능성이 더욱 감소하고 대신 공식적·전문적 서비스 제공자의 역할이 더욱 확대될 것이고 이는 장기요양보험의 재정을 더욱 압박하는 요소가 될 것임.

□ 일반적으로 비용절감에 있어 탈시설화(de-institutionalization)를 소비자가 더욱 선

호하지만, 장기요양서비스 대상자의 장애등급과 개인의 선택을 반영하여 재가요양과 시설요양 간 적절하게 역할을 분담하는 것이 장기요양서비스체계의 큰 과제임.

- 탈시설화를 지향하고 재가 및 지역사회 중심의 장기요양체계를 확립하기 위해서는 급여의 설계시 시설요양에 대한 급여가 재가 요양에 대한 급여에 비해 상대적으로 지나치게 높지 않도록 함으로써 시설 입소에 대한 경제적 유인을 감소시킬 필요가 있고 전술한 현금급여의 유무 역시 중요한 역할을 함.
- 재가요양의 경우, 시설요양과는 달리 어느 정도는 가족의 비공식 수발자가 수발에 참여할 수밖에 없는 상황이므로 이러한 기회비용을 고려한다면 개인의 입장에서는 재가요양비용이 시설요양비용에 비해 더 높을 가능성이 있음.
- 따라서 재가요양 대신 시설요양을 선택할 경제적 유인이 강할 수 있으므로 재가요양과 시설요양 간 급여의 차이를 적절하게 조절하는 것이 필요하다.

<의료서비스와 장기요양서비스의 유기적인 연계>

- 의료서비스와 별도로 장기요양을 위한 재원조달체계를 도입하는 것은 두 제도 간 서로 비용을 상대편 제도로 떠넘기려는 문제가 발생하여 의료와 장기요양 간 유기적인 연관이 어려워질 수 있음.
- 우리나라의 경우 의료서비스 제공과 장기요양서비스 제공에 대하여 별도의 재원이 유지되더라도 만일 보험자가 현 건강보험공단으로서 동일하다면 그러한 비용 전가의 문제는 그리 심각하지 않을 수 있음.
- 하지만 의료와 장기요양 간 서로 중첩되어 구분이 어려운 부분을 어떻게 해결할 것인가는 세계의 모든 장기요양시설이라 하더라도 의사나 간호사와 같은 의료인력에 의해 의료서비스가 제공되는 경우가 있는데 이러한 경우는 건강보험과 장기요양보험 중 어디에서 급여를 제공해야 하는지 혹은 노인요양병원에서 제공되는 의료와 요양서비스의 경우 건강보험과 노인요양병원에서 제공되는 의료와 요양서비스의 경우 건강보험과 장기요양보험 중 어디에서 급여를 제공해야 하는지 등 의료와 장기요양을 공식적인 규칙에 의해 구분하는 것은 현실적인 어려움이 많음.
- 이론적인 측면에서 본다면 요양병원에서 제공되는 의료서비스는 건강보험에서 그리고 요양병원에서 제공되는 요양서비스는 요양보험에서 제공되어야 하나 독일의 경우 요양병원의 급여는 건강보험에서 담당하고 일본의 경우에는 요양보험에

서 담당함.

- 장기요양보험에서 요양병원의 급여를 담당한다면 의료와 요양 간의 유기적인 연계에는 유리하지만 장기요양비용이 의료비용으로 전가되는 단점이 있을 것임.

□ 의료서비스와 장기요양서비스 간의 유기적인 연계는 건강보험과 장기요양보험 재정 문제의 차원 뿐 아니라 환자의 건강을 극대화하기 위해서도 매우 중요함.

- 즉 환자의 건강상태에 따라 의료와 장기요양이 적기 적소에 제공되는 것이 노인의 건강을 유지하는 데 있어 중요하고 따라서 노인의 전 생애에 걸친 비용절감에 큰 영향을 미침.
- 노인의 기능상태는 서서히 점진적으로 감소하기보다는 질병에 의해 급속도로 악화되는 경우가 많으므로 예방과 건강증진프로그램의 활성화를 통한 건강수준의 향상 그리고 보건의료시스템과 장기요양시스템의 유기적인 연계가 중요한 것임.
- 보건소 역시 지역사회 차원의 노인보건사업을 대폭 확충할 필요가 있음.
- 또 의과대학의 교육과정도 노인의 건강문제에 대한 교육프로그램을 대폭 보장하여 고령화시대에 맞는 의료인력을 교육하고 양성함으로써 의료와 요양의 유기적인 연계에 도움을 줄 수 있어야 함.
- 나아가 보건의료, 장기요양 그리고 사회개발분야의 연구개발에 있어서도 인구고령화를 고려하여 만성질환과 만성적 신체장애부분에 대한 자원배분을 증가시킴으로써 사회적 수요 변화에 효과적으로 대응할 수 있을 것임.

<공급체계의 확립과 비용지불제도의 개선>

□ 현재 우리나라는 아래 <표 6-9>에 나와 있듯이 요양시설과 관련 인력이 매우 부족한 실정임.

- 장기요양체계의 확립을 위해서는 요양서비스 공급 기반의 확충이 매우 필요함.
- 일본과 독일의 경우를 보더라도 장기요양보험의 도입은 장기요양서비스와 관련된 많은 일자리를 창출함으로써 인력의 노동시장에서도 많은 영향을 미쳤지만, 보수에 비해 과중한 업무로 인하여 필요한 인력의 공급이 여전히 부족한 상황임.
- 우리나라에서는 노인요양시설을 확충함에 있어 장기적으로 초과공급이 되지 않도록 면밀한 수요분석이 필요함.

○ 기존의 요양시설들을 폐쇄하고 탈시설화를 추구하는 선진국의 예에서 보듯 우리나라의 경우 경영의 어려움을 겪고 있는 많은 중소병원들을 노인요양시설로 전환해나가는 것이 효과적인 정책대안이 될 것임.

□ 의료와 마찬가지로 노인장기요양에 있어서도 우리의 현실상 공공요양시설보다는 민간요양시설이 다수를 차지할 것임.

○ 또 장기요양보험이 도입되면 장기요양에 대한 구매력이 증가하여 수요가 급증하므로 민간 공급자의 시장 진입이 활성화될 것임.

○ 장기요양 역시 의료의 경우처럼 소비자와 공급자 간 정보의 비대칭 문제가 크기 때문에 시장에서 공급자 간 경쟁이 잘 작동되기 어렵고 공급자의 독점력이 있을 것이므로, 민간 위주의 장기요양 공급체계를 효율화하기 위한 논의가 필요함.

<표 6-9> 2003년 말 현재 우리나라 장기요양 관련 시설 현황

	시설수	정원수	시설당 평균정원수	노인인구대비율(%)
장기입소시설				
노인요양시설				
무료	113	8,572	76	0.22
실비	19	1,085	57	0.03
유료	19	683	36	0.02
노인전문요양시설				
무료	68	5,641	83	0.14
유료	13	871	67	0.02
합계	232	16,582	73	0.42
재가보호시설				
가정봉사원파견시설	228	18,785	82	0.47
주간보호시설	212	3,607	17	0.09
단기보호시설	66	842	13	0.02
합계	506	23,234	112	0.58

자료: 보건복지부, “2004년도 노인복지시설 현황”

<강제저축의 활용>

□ 장기요양을 위한 자발적인 민간보험의 경우 일반적인 보험이 갖는 시장실패의 가능성이 높고 또한 미래의 위험에 대한 인식이 어려워 실제로 가입하는 사람들의 수가 매우 제한적이었던 경험에 비추어 볼 때, 민간보험을 활성화하여 장기요양의 위험에 대비하는 것에는 한계가 있을 것임.

○ 하지만 의료와 장기요양은 사회적 위험분산의 우선순위와 개인 책임의 상대적인

중요성이 다를 수 있기 때문에 사회보험제도 도입에 대한 국민들의 수용성이 다를 수 있음.

- 따라서 장기요양의 재원조달을 전적으로 공공부문에 의지하기보다는 다양화하는 것이 필요함.
- 독일의 경우를 보더라도 사회보험이 시행되었지만 정액급여를 도입함으로써 공공의 책임을 제한하고 있음을 알 수 있음.
- 현실적으로 총 의료비용의 50% 수준인 현행 건강보험의 급여수준을 감안해보면, 장기요양보험의 급여를 50% 수준 이상으로 높이는 것은 건강보험과의 형평성면에서도 한계가 있을 것임.
- 나아가 장기요양에 대한 사회적 필요성은 인구 고령화가 진행됨에 따라 더욱 높아지므로 의료서비스에 비해 그 수요를 상대적으로 쉽게 예측할 수 있고 대비할 수 있는 기간 또한 길기 때문에 개인 저축이 장기요양에 대한 재원조달을 다양화하는 데 있어 중요한 역할을 할 수 있음.
- 따라서 향후 장기요양비용의 일부를 강제저축계정을 통해 조달할 수 있도록 정책적 수단을 강구할 필요가 있을 것임.

참고문헌

독일 사회보장부 홈페이지([http:// www.bmgs.bund.de/](http://www.bmgs.bund.de/))

문성현, “일본의 장기요양보험제도”, 국민건강보험공단, 2002.

보건복지부, “2004년도 노인복지시설 현황”.

Danzon, P., "Pharmaceutical Price Regulation: National Policies versus Global Interests," *American Enterprise Institute*, 1997.

Ikegami, N. and J. Campbell, "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-Term Care Systems," *Social Policy and Administration*, Vol. 36, No. 7, 2002, pp. 719-734.

Lopez-Casasnovas, G. and J. Puig-Junoy, "Review of Literature on Reference Pricing," *Health Policy* 54, 2000, pp. 87-123.

Phua, K. and N. Prescott, "Achieving Universal Coverage of Health Care Through Appropriate Use of Insurance and other Financing Methods," *Proceedings of the International Seminar on Health Care Financing Reform*, Tokyo, Japan, 1998.