

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2003, Vol. 12, 27-47

독일의 장기요양제도

권 순 만

서울대학교 보건대학원

(요약) 독일은 가난한 사람들을 대상으로 지방정부가 사회부조제도를 운영하였으나, 노령화와 가족의 역할 변화에 의해 장기요양 대상 인구와 비용이 증가함에 따라 세계 최초로 전 국민을 대상으로 장기요양을 위한 사회보험제도를 도입하였다. 독일 장기요양보험의 특징으로는 수혜자가 현금급여를 선택하여 그 현금을 자신에게 요양을 제공한 가족이나 친지 등과 같은 비공식적 서비스 제공자에게 줄 수 있도록 하면서 가족 기능의 유지를 위해 노력한다는 점, 너싱홈(nursing hoem)과 같은 요양기관보다는 가정과 지역사회 중심의 서비스 제공이 이루어지도록 유인을 제공한다는 점, 의료보험과는 달리 수혜자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 세 가지 중증도 분류 내에서는 동일한 정액 급여액을 제공함으로써 최소 급여의 성격이 강하다는 점 등을 들 수 있다. 우리나라에서도 노령화에 따른 사회경제적 문제에 대처하기 위해서는, 당분간 국가의 책임아래 사

본고는 Friedrich-Ebert 재단의 재정지원으로 저자가 2003년 7월과 8월 Bremen 대학교 사회정책연구소에서 연구하면서 쓴 것입니다. 이 논문에 관한 일체의 서신 왕래는 (우) 110-744 서울시 종로구 연건동 28번지 서울대학교 보건대학교 권순만 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 kwons@snu.ac.kr입니다.

권 순 만

회적 부조제도를 크게 확충하여 부담능력이 없는 사람에게 사회적 안전망으로서 장기요양서비스를 제공할 필요가 있다. 노령인구의 증가에 따라 사회부조 형태의 재원조달이 한계에 이르면 좀더 넓은 인구를 대상으로 하는 공적재원조달체계를 점진적으로 도입하되 개인의 책임 분담, 가족의 기능 유지, 비용 효과적인 장기요양 서비스를 활성화하는 방향으로 제도를 설계해야 할 것이다.

[Key words: 공적 장기요양, 독일 장기요양, 사회보장제도, 의료 비용, 장기요양보험]

장기요양제도: 특성과 유형

노인은 질병에 따른 의료이용도가 높을 뿐 아니라, 의료이외의 사회적 서비스와 타인의 도움도 많이 필요로 한다. 즉 노인에게는 장기적으로 요양을 필요로 하는 경우가 많이 생기는데 이때 전문적인 의료인력의 서비스보다는 간병과 일상생활에서의 보조를 수행해주는 인력의 서비스가 더 주를 이루게 된다.

평균 수명의 증가에 의해 노인인구가 증가하고, 이에 더하여 출산율의 감소로 인하여 노령인구의 부양문제가 큰 사회적 부담을 야기하고 있다. 나아가 여성의 노동참여 증가와 가족의 역할 변화에 의해 전통적으로 장기요양을 담당해 온 비공식적 서비스 제공자의 역할이 감소함에 따라 노인인구에 대한 장기요양서비스가 큰 사회적 부담으로 대두되었다. 장기요양비용이 증가함에 따라 기존의 연금수급액으로도 그 비용을 감당하기 어려워지게 되었다. 이에 따라 장기요양에 대해서도 개인의 책임과 민간 부문에 맡기던 것에서 사회적 책임이 강조되고 공적 재원조달체도가 도입되기 시작하고 있다.

공적 재원조달체계는 위험 분산과 사회적 연대를 동시에 추구하는 제도로써, 그 재원이 조세 혹은 보험료에 기반을 두는가 그리고 국민전체 혹은 일부계층 만을 대상으로 하는가 라는 두 가지 차원에서 제도를 분류할 수 있겠다. 의료와 마찬가지로 장기요양을 위한 공공재원조달도 크게 조세에 의한 방식과 사회보험에 의한 방식으로 나눌 수 있다. 일반적으로 사회보험제도는 기여(보험료)와 급여의 관계가 명확하고 또 목적세적인 성격을 가지므로 특정 목적 외에는 사용할

독일의 장기요양제도

수 없다는 사실에 의해 조세저항이 감소하는 정치적 장점들을 가지고 있다. 반면 사회보험료는 소득에 비례하지만 조세에 기반을 둔 제도는 소득에 누진적인 소득세를 주요 재원으로 하는 경우가 많으므로 동일한 범위의 국민들을 그 대상으로 한다면 조세에 의한 재원조달체계가 사회보험체계보다는 소득재분배(누진성)의 기능이 더 크다.

장기요양비용을 커버하기 위해 사회보험을 도입한 나라는 독일과 일본을 들 수 있다. 사회보험은 일반적으로 소득에 비례하여 보험료를 납부하고 거의 모든 국민을 포괄하므로 가입자가 장기요양서비스를 필요로 할 경우 재산상태에 관계없이 급여를 받는 제도이다. 조세로 장기요양비용을 커버하는 경우는 자산조사를 통해 가난한 사람만을 대상으로 사회부조적 성격을 가진 미국과 같은 제도와, 모든 국민을 대상으로 장기요양서비스가 필요한 사람에게 급여를 제공하는 북구유럽식 제도로 크게 나눌 수 있다.

장기요양서비스가 큰 사회적 부담으로 부각된 지가 아주 오래지 않기 때문에 의료제도에 비해 장기요양제도는 상대적으로 비교적 최근에 도입되었다. 또 제도 간 역사성 또한 존재함을 알 수 있다. 즉 의료에 대해 사회보험제도를 유지하고 있는 독일과 일본은 장기요양 제도에 대해서도 사회보험을 도입했으며, 조세로 전 국민에 대한 의료비용을 커버하는 북구유럽에서는 장기요양에 대해서는 같은 성격의 재원을 이용한다는 것이다. 시장의 역할을 강조해 가난한 사람에 대해서만 공적재원으로 의료비용을 사회부조로 커버해주는 미국에서는 장기요양 역시 비슷한 제도를 운영하고 있다. 특이한 점은 전 국민에 대해 의료를 조세로 커버하는 국가보건서비스를 가진 영국에서 장기요양에 대해서는 최근까지 가난한 사람만을 대상으로 사회부조제도의 형태를 운영해왔다는 점이다 [최근에는 전 국민을 대상으로 하는 제도로 바뀌고 있음 (Robinson, 2003)]. 독일 역시 (후술하겠지만) 의료보험에 비해 장기요양보험의 급여는 훨씬 제한적이다.

즉 대부분의 나라에서는 의료비용과 장기요양비용을 서로 약간은 다른 사회적 위험으로 간주한다고 볼 수 있다. 우선 의료비용에 비해 장기요양비용은 노령화와 함께 진행되는 만큼 그 예측가능성이 더 높다. 따라서 개인이 준비할 수 있는 여력이 상대적으로 더 많고 개인의

권 순 만

책임으로 대처할 가능성이 상대적으로 더 높다. 또 젊은 세대의 생산 가능 인력에게 의료문제가 생겼을 때에는 그 비용을 부담하기 위해 자산(예, 주택)을 소진하거나 여타 소비를 희생하는데 따른 기회비용이 매우 크다. 따라서 재난성 의료비용에 대한 사회적 위험분산의 중요성은 매우 크다. 반면 노령인구에게는 장기요양비용을 커버하기 위해 본인의 자산을 처분하는 것을 (재산상속자를 제외하고는) 사회적으로 용인한다. 나아가 젊은 층의 의료문제는 그들의 건강을 회복시킴으로서 사회적 생산활동에 재투입할 수 있지만 노령인구의 장기요양은 신체기능의 회복을 통한 사회적 생산을 증진시킬 수 있는 기회가 매우 낮으므로 공적 재원의 투자효과가 상대적으로 낮다고 보는 것이다.

물론 의료와 장기요양에 대한 사회적 위험의 특성이 다르다고 인식하는 것과 함께, 의료에 대한 공적재원조달체계는 비교적 복지국가의 재정여력이 충분했던 시기에 도입된 제도인 반면 장기요양에 대한 공적재원조달체계가 논의되고 도입된 것은 복지국가들이 큰 재정 압박을 받고 있는 시기이기에 장기요양을 대상으로 한 공적재원체계가 더 제한적일 수밖에 없다는 점 또한 사실이다. 하지만 장기요양보다는 질병과 의료문제를 더 중요한 사회적 위험으로 인식하는 것이 아직까지는 주류로 볼 수 있겠다.

독일 장기요양보험 도입 배경과 논점

도입 배경

독일은 장기요양보험을 도입하여 1994년부터 재가요양에 대해 그리고 1995년부터 너싱홈(nursing home)과 같은 재원시설에서의 장기요양에 대해 급여를 제공하기 시작했다. 그 이전에는 독일에서 장기요양서비스에 따른 비용은 개인이 직접 지불하였다. 다만 대부분의 선진국과 마찬가지로 지방정부는 자산조사를 통해 가난한 사람 혹은 자신의 재산을 장기요양을 위해 다 소진하여 가난해진 사람들을 대상으로 사회부조를 운영하고 있었고 종교나 사회복지단체 등과 같이 비영리 민간조직들도 지역사회 차원에서 장기요양서비스를 제공하고 있었다.

독일의 장기요양제도

따라서 앞서 언급한 것과 같이 노령화와 가족의 역할 변화에 따른 장기요양 대상인구와 비용의 증가는 가난한 계층 이상의 일반 국민들 그리고 지방정부에게 심각한 재정 부담을 안겨주기에 이르게 되었다. 예를 들어 장기요양보험이 도입되기 전에는 너싱홈 입원자의 80%가 지방정부의 사회부조 프로그램에 의존하고 있었다. 또한 장기요양을 위한 사회적 재원조달 체계가 미비함에 따라 장기요양 제공체계 역시 발전이 미흡하여 제공되는 서비스의 질이 낮고 서비스공급자의 수 역시 제한적이었다. 따라서 공적인 재원으로 대다수의 국민을 커버하는 장기요양재원체계의 필요성이 강하게 대두되었다.

사회보험체제로 할 것인가?

공적재원조달체계를 조세로 운영할지 혹은 사회보험체제로 운영할 지에 대한 논의가 있었다. 통독이후 정부의 재정 부담이 상당한 상황에서 조세 체계로 장기요양서비스의 재원을 마련하는 것은 비현실적이었다. 또 기존에 의료에 대해 사회보험체제가 도입되어 있었으므로 장기요양에 대해서도 비슷한 제도를 도입하는데 대한 사회적 공감대가 쉽게 형성되었을 것이다. 나아가 사회보험체계를 도입함으로써, 장기요양서비스에 대한 별도의 관리운영체계를 도입할 필요 없이 기존의 의료보험(질병금고) 조직과 인력을 이용하여 비용절감의 장점이 있었으므로 조세체계보다는 사회보험체계를 도입하는 것이 많은 장점을 가지고 있었다. 장기요양을 위한 민간보험의 경우 시장실패의 가능성이 높고 또 미래의 위험에 대한 인식이 어려워 실제로 가입하는 사람들의 수가 매우 제한적이었다는 경험에 의해 대안이 되기 어려웠다.

장기요양을 위한 공적재원조달체계는 많은 이해집단이 그 도입을 찬성하기 때문에 정치적으로 큰 어려움을 겪지 않고 채택될 수 있다. 일단 직접적인 수혜대상자인 노인들로부터의 찬성뿐 아니라, 공적재원조달체계는 장기요양에 따른 비용을 충당하기 위해 자산을 소진할 필요가 없기 때문에 유산 상속의 가능성이 커지고 또 자식들의 부모에 대한 장기요양비용의 부담을 덜어주므로 젊은 (혹은 중년 이상) 세대가 제도의 도입을 찬성한다. 특히 잘사는 계층은 사회부조체계의 기능

권 순 만

이 감소함에 따른 조세 부담의 경감(혹은 그 가능성)을 찬성하고, 나아가 장기요양금고에의 가입이 강제되지 않아 민간요양보험에 가입할 수 있으므로 특히 새로운 제도의 도입을 강력히 찬성할 것이다 (Schneider, 1999). 가난한 사람들은 어차피 과거에도 사회부조라는 공적제도가 장기요양비용을 지불해 주었었으나, 중산층 이상은 과거 직접 비용을 지불하던 것에서 보험급여를 받는 제도로 전환되었으므로 제도의 큰 수혜자인 것이다. 또 대다수 국민을 대상으로 한 재원조달 체계는 서비스 수요를 대폭 증가시킬 것이므로 장기요양서비스 제공자 역시 제도 도입의 적극적 지지자이다.

의료보험과 별도의 제도를 도입할 것인가?

의료와 장기요양서비스를 구분하는 것은 쉽지 않은 것이 사실이고 대부분의 환자의 경우 두 가지를 모두 필요로 한다. 따라서 환자의 효과적인 치료와 요양을 위해서는 의료와 장기요양을 하나의 제도로 묶음으로써 두 기능간의 통합과 연계를 도모하는 것이 이론적으로 더 바람직한 접근일 것이다. 하지만 독일의 경우 현실적으로 비용절감에 있어 많은 한계를 노정하고 있는 기존 의료보험체계 내에 장기요양적 요소를 추가해서는 그 비용 상승을 감당하기 어려울 것이라는 우려가 있었다. 예를 들어 의료보험에 있어서는 환자의 의료적 필요에 따라 거의 상한선 없이 급여가 제공되고 있는데, 만일 장기요양 부분을 의료보험에 추가한다면 이러한 장기요양 부문에서도 거의 제한 없는 급여를 제공해야 할 것이다. 따라서 비용절감을 위한 혁신적인 장치들을 도입하기 위해서는 기존의 제도와는 다른 별도의 새로운 제도를 설계하여 도입할 필요가 있었다.

독일 장기요양보험 재원조달과 급여

장기요양보험 재원조달

사회보험으로서 의료보험에 가입하는 모든 국민은 장기요양(사회)

독일의 장기요양제도

보험의 가입자가 된다. 다만 자영업자나 소득이 아주 높은 일부 피용자계층은 사회보험에 강제로 가입해야 하는 의무가 없으며 사회보험을 선택하지 않은 경우 민간보험에 의무적으로 가입하여야 한다. 현재 약 90%에 가까운 국민들이 사회보험에 가입하고 있다. 장기요양보험은 나이에 관련 없이 젊은 층도 보험료를 납부하고 급여 역시 노인뿐 아니라 장기요양을 필요로 하는 모든 사람(예를 들어 장애에 의해 장기요양을 필요로 하는 젊은 계층)에게 제공된다. 하지만 장기요양보험 급여 수혜자의 80%는 65세 이상의 노인들이다. 독일 장기요양보험의 대상 인구는 2000년에 시작된 일본의 장기요양보험과 다른데 일본에서는 40세 이상 인구만이 보험료를 납부하고 급여 역시 노령화와 관련된 장기요양에 국한된다 (Campbell & Ikegami, 2003; Ikegami & Campbell, 2002).

의료보험과 마찬가지로 장기요양보험의 보험료도 고용자와 피고용자가 반반씩 부담한다. 단 고용자의 부담을 줄이기 위해 법정공휴일을 하루 감소시켰다. 따라서 엄밀하게 말하면 고용자의 부담이 줄어드는 것이므로 고용자와 피고용자가 보험료를 절반씩 부담한다는 독일 사회보험의 전통이 깨어졌다고 볼 수 있다. 이러한 변화는 고용자의 사회보험료 부담을 더 이상 높이지 않음으로서 산업의 경쟁력을 높이기 위한 목적도 있지만, 질병에 비해 장기요양은 직장이나 고용에 의해 영향을 받는 정도가 상대적으로 덜하다는 논리에 기인했다고도 볼 수 있다. 연금수급자의 경우 연금에서 보험료의 반을 부담하고 실업자의 경우 실업보험에서 보험료를 전액 부담해준다.

보험료는 현재 총소득의 1.7%인데, 보험료율을 인상시키기 위해서는 의회에서 법안이 통과하여야 한다는 규정을 만듦으로서 비용억제의 의지를 보이고 있다. 장기요양보험의 관리 운영은 기존의 의료보험체계를 활용하지만 (즉 가입자에게는 의료보험자와 장기요양보험자가 동일), 상이한 보험료와 상이한 급여를 통해 보험금고간 경쟁을 하는 의료보험과는 달리 장기요양보험은 보험료와 급여가 전국적으로 동일하므로 금고간 경쟁은 존재하지 않는다. 재원조달에 있어서도 독일은 재원의 전액을 보험료에 의존한다는 점에서 재원의 50%를 보험료로부터 그리고 나머지 50%는 조세에 의해 조달하는 일본의 장기요

권 순 만

양보험제도와의 차별되고 있다.

장기요양보험 급여

장기요양보험의 급여는 나이나 노령화와 상관없이 신체적 혹은 정신적 장애(disability)로 인해 일상생활(ADL: Activities of Daily Living)을 수행하는데 있어서 적어도 6개월 이상 타인의 도움을 필요로 하는 모든 사람을 대상으로 한다. 급여의 대상자가 되기 위해서는 의료보험 소속 의사나 전문적인 간호사(MDK)에 의한 검진(사정, 평가)을 받아야 한다. 급여대상자는 일상생활에서 활동들(예, 목욕, 식사, 옷 입기, 청소 등)을 수행하는데 있어서 어느 정도 다른 사람의 도움에 의존하느냐에 따라 세 가지 중증도로 분류된다. 중증도가 높을수록 급여액은 커진다.

급여는 크게 재가요양과 너싱홈 요양의 두 가지로 분류될 수 있다 (<표 1> 참조). 재가요양의 경우 수혜자가 현금급여와 서비스급여 중 선택할 수 있다 (둘 중 한가지만 선택해도 되고 두 가지 급여를 혼합할 수도 있음). 재가요양에 대한 서비스급여는 지역사회 방문요양서비스제공자(즉 공식적 서비스제공자)에 의해 제공된다. 재가요양에 있어 현금급여는 그 사용처(방법)에 대한 제한이 없으며, 현금급여

<표 1> 장기요양보험 급여액 (단위: 월간 유로달러)

중증도	재가요양		주간/야간 요양	너싱홈
	현금급여	요양급여	(요양급여)	(요양급여)
1	205	384	384	1,023
2	410	921	921	1,279
3	665	1,432	1,432	1,432
특별한 사례*		1,918		1,688

자료: Rothgang (2003a)

* 급여수혜자의 약 3%

독일의 장기요양제도

를 선택한 급여대상자는 그 현금을 자신에게 요양을 제공한 가족, 친지 등과 같은 비공식적 서비스 제공자에게 줄 수 있다. 너싱홈의 경우 서비스급여만 가능하고, 숙박과 식사는 급여대상이 아닌데 이는 재가 요양 수혜자에 비교해 더 유리한 급여는 제공하지 않겠다는 의도이다.

중증도 3의 경우 재가요양과 너싱홈 간 동일한 급여액을 지급함으로써 너싱홈과 같은 시설기관의 장기요양서비스 제공을 감소시키기 위한 경제적 유인을 제공하고자하는 노력도 엿볼 수 있다. 그 외 주간요양과 야간요양에 대해 급여를 제공하고 그리고 너싱홈과 같은 재원 시설에서의 단기적인 요양(예를 들어 요양을 제공하던 가족구성원이 휴가를 가는 기간)에 대해서도 급여를 제공한다. 또 주택의 개량, 필요한 보조 기구 등에 대한 경제적 지원을 제공하고 비공식 서비스 제공자에 대해서는 교육과 기술적 지원도 제공한다.

이러한 현금급여는 소비자의 선택권을 보장함으로써 서비스제공자간 경쟁을 촉진할 수 있고, 또 비공식서비스 제공자에 대한 금전적 보상을 통해 가족에 의한 요양서비스 제공을 촉진시키고자 하는 의도를 가지고 있다. (나아가 장기요양보험은 일주일 중 적어도 14시간 이상 요양서비스를 제공하는 가족구성원의 연금 및 사고보험의 보험료도 납부해 준다.) 물론 동일한 중증도라 하더라도 현금급여액을 요양 급여액의 절반 수준으로 제한함으로써 현금급여의 남용을 막으려고 하고 있다.

이러한 독일의 현금급여는, 공식적 서비스 제공자에 대해 요양급여만을 지급할 뿐 현금급여를 지급하지 않음으로서 가족과 같은 비공식서비스제공자에 대한 금전적 보상의 가능성을 없앤 일본의 장기요양보험제도와 크게 대조된다. 일본이 현금급여를 도입하지 않은 데에는 전통적인 가족의 역할에 대한 사회적 기대가 서구에 비해서 높은 동양의 경우 가족에 의한 장기요양서비스 제공의 압력이 상대적으로 크고, 만일 현금급여가 주어질 경우 서비스제공의 부담은 궁극적으로 여성들이 질 수밖에 없으므로, 아예 현금급여를 없애야 한다고 주장한 일본 여권운동가들의 역할이 컸다 (Campbell, 2002).

장기요양보험은 급여에 있어서 의료보험과 큰 차이를 보인다. 의료보험에서는 환자가 의료를 이용한 만큼 거의 제한 없이 급여를 받

권 순 만

을 수 있으나 장기요양보험에서는 수혜자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 세 가지 중증도 내에서는 동일한 (정액) 급여액이 주어진다. 즉 의료보험과는 달리 장기요양보험은 기본적인 장기요양 요구(need)에 대한 최소한의 급여제공의 성격이 강하다. 이러한 획기적인 차이점은 장기요양보험을 기존의 의료보험과는 별도의 새로운 제도로 설계하고 도입했기에 가능했으리라 생각된다.

나아가 중증도가 높아서 장기간 많은 양의 장기요양 서비스를 필요로 하는 사람들에게는 급여량이 매우 불충분하고 결과적으로 가난한 사람들은 사회보험이 도입되었어도 (지방)정부의 사회부조 프로그램에 여전히 의존하게 되는 실정이다. 장기요양보험이 도입된 이후 지금까지 급여액은 전혀 인상되지 않았으며 (물가상승과도 연동되지 않음), 예를 들어 장기요양보험의 급여액은 2000년 현재 평균적인 너싱홈 비용의 60%밖에 적용되지 못하는 것으로 나타났다 (Rothgang, 2003a).

또 다른 연구에 의하면 1995년 현재, 제가 급여의 액수는 중증도 1의 경우는 요양비용의 19-37%를, 중증도 2의 경우에는 요양비용의 28-44%를, 가장 중증도가 높은 3의 경우에는 실제 요양비용의 42-55% 밖에 커버하지 못하는 것으로 나타났다 (Schneider, 1999). 급여가 제한적임에 따라 장기요양보험의 도입 이후에도 비공식적인 서비스 제공자의 역할이 여전히 중요한 실정이다. 독일 장기요양보험의 제한적인 급여는 비용의 10%만을 본인부담으로 지불함으로서 급여의 수준이 훨씬 높은 일본의 장기요양보험제도와의 대조된다.

제도 도입의 초기인 지금은 장기요양보험의 도입으로 인하여 지방정부 사회부조 프로그램의 부담이 대폭 경감되었지만, 장기적으로는 이러한 제한적인 급여로 인하여 특히 너싱홈 입원자의 경우 사회부조에 의존하는 사람들이 다시 점점 증가할 것으로 예상된다. 나아가 독일 사회보험에서 현금급여는 수혜자의 소득에 비례하여 급여함으로써 소득대체 효과를 가지고 있었으나 장기요양보험에서는 수혜자 소득과 무관하게 현금급여 액을 고정시켰다는 점 역시 기존의 사회보험제도와 차별된다 (Scheil-Aldung, 1995).

독일의 장기요양제도

독일 장기요양 이용과 제공체계

장기요양 이용과 비용 지출

2000년 현재 서비스 이용자의 약 30%가 너싱홈에 입원하여 서비스를 받고 있고 나머지 70%는 재가 요양급여를 받고 있다. 그리고 재가 요양급여를 받는 사람의 약 75%가 현금급여만을 선택하고 있으므로 (나머지 25%중 절반은 서비스급여만을, 절반은 서비스급여와 현금급여를 혼합하여 수혜) 전체 급여수혜자의 50%를 조금 넘는 사람들이 서비스급여 대신 현금급여만을 선택한 것이다. 중증도가 높을수록, 연령이 높을수록 현금급여를 선택하는 비율은 감소한다 (Rothgang, 2003b). 현금급여의 액수가 서비스급여에 비해 훨씬 적음에도 불구하고 이렇게 현금급여를 선호하는 경향은 예상 밖의 결과였다. 이러한 경향은 장기요양서비스를 필요로 하는 사람들이 전문적인 서비스제공자보다는 가족/친지와 같은 비전문적이고 비공식적인 서비스 제공자를 선호한다는 것을 보여주는 것이기도 하다. 동일한 중증도에 대해 현금급여의 액수는 서비스급여의 절반에 그치므로 이러한 현금급여 선호는 장기요양보험 재정에는 긍정적인 영향을 미치고 있다.

하지만 전반적인 급여의 추세를 보면 너싱홈 입원자의 비중이 증가하고, 또 재가급여자중 현금급여보다는 서비스 급여자의 비중이 증가하고 있다 (Rothgang, 2002). 이러한 추세는 가족과 같은 비공식적 서비스 제공자보다는 공식적 서비스 제공자(너싱홈, 방문요양서비스제공자 등)의 역할이 점점 커지고 있음을 의미한다. 장기적으로는 노령 인구의 평균 연령이 더욱 증가하고, 여성의 노동 참가와 핵가족화의 경향이 가속화될 것이므로 가족구성원에 의한 서비스 제공의 가능성이 더욱 감소하고 공식적, 전문적 서비스 제공자의 역할이 더욱 확대될 것이고 이는 장기요양보험의 재정을 더욱 압박할 것이다.

독일의 장기요양보험은 1999년부터 당기 적자가 발생했고 2000년에는 그 적자폭이 증가하였다. 현재는 누적적립금을 통해 적자를 보전하고 있기는 하지만 장기적으로 재정건실화가 큰 과제임에는 틀림없다. 나아가 장기요양보험의 경우 적자발생에 대해 연방정부가 전혀 책

권 순 만

임을 지지 않으므로 재정건실화의 필요성이 더 높다고 하겠다. 하지만 한편으로는 급여가 정액으로 고정되어 있으므로 의료보험에 비해서는 비용증가의 예측가능성이 높은 편이어서 경제상황에 따른 보험료수입이 장기요양보험의 재정에 핵심적인 영향을 미칠 것이다.

급여를 받는 대상자의 중증도에 있어서 2001년 현재 재가요양의 경우 중증도 1부터 3까지의 분포가 54%, 36%, 10%를 보이고 있고 너싱홈의 경우 그 분포가 37%, 42%, 21%에 이르고 있다 (Naegele & Reichert, 2002). 장기요양서비스 대상자의 중증도와 개인의 선호를 반영하여 재가요양과 너싱홈간 적절한 역할 분담을 하는 것은 장기요양서비스 체계의 큰 과제이다. 2000년 현재 장기요양보험지출에서 급여 비율은 95%를 차지하는데, 너싱홈의 비중은 급여수혜자의 수에서는 30%에 불과하지만 급여액수에서 보면 보험 전체 급여액의 50%를 차지한다.

장기요양 제공체계와 계약

장기요양보험제도 도입 목적 중 하나는 서비스제공체계를 확충하고 서비스공급자간 경쟁을 촉진하는 것이었다. 장기요양보험이 도입되기 전 독일에서는 비영리 자선, 복지 기관들이 장기요양서비스 제공에서 중추적인 역할을 하였다. 이들 기관에 대한 보조금 지급과 특별 대우는 여타 영리공급자들에게는 진입장벽으로 작용하였다. 그러나 장기요양보험 도입을 계기로 비영리공급자에게 주어지던 모든 특별대우가 폐지되었다. 다만 대부분의 주 정부는 너싱홈의 시설 투자에 대한 재정지원을 계속하고 있다.

장기요양보험 도입된 후 장기요양서비스 제공기관의 수가 대폭 증가하였다. 1992년 약 5000여 개였던 지역사회중심 (재가)장기요양서비스제공자가 1997년에는 11700여 개로 증가하였다. 너싱홈은 동일기간 중 4300여 개에서 8000여 개로 증가하였다. 이 기간 동안에는 기존의 지역사회차원 소규모 자발적 서비스 제공 조직(예, 종교기관)들이 공식적인 서비스제공자로 바뀌면서 그 수가 대폭 증가한 것이다 (Rothgang, 2003b).

독일의 장기요양제도

이후 기간 중에는 신규진입자의 수는 적지만 기존의 공급자가 비
해 규모가 비교적 더 큰 기관들이 시장에 진입하였다. 물론 이렇게 급
격하게 증가한 장기요양서비스제공기관들에 있어서 서비스 질 관리는
많은 의문을 낳는 것이 사실이다. 1999년 말 기준으로 재가요양서비스
제공자의 법적 소유주체를 보면 50.9%가 민간영리, 47.2%가 민간비영
리 그리고 2.0%가 공공이었다. 너싱홈의 경우는 34.9%가 민간영리,
56.6%가 민간비영리 그리고 8.5%가 공공이었다. 따라서 병원산업과는
달리 장기요양서비스제공자의 경우 민간영리제공자의 비중이 상당히
높은 편임을 알 수 있다.

장기요양보험의 도입은 장기요양서비스와 관련된 많은 일자리를
창출함으로서 인력의 노동시장에도 많은 영향을 미쳤는데 필요 인력
의 공급이 여전히 부족한 상황이다. 장기요양분야의 일자리가 아직도
매력적이라고 여겨지지 않기 때문에 이러한 인력의 공급 부족은 지속
될 가능성이 높으며, 이는 앞서 언급한 공식적 서비스 제공자의 역할
증대 추세에 비춰볼 때 그 심각성이 더욱 크다. 이러한 인력 부족을
해소하기 위해서는 이들 직종에 대한 경제적 보상의 수준을 높여야하
나 이는 곧 지출의 증가로 이어져 재정을 압박하게 될 것이다.

장기요양금고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족한 모든 장기
요양서비스제공자에게 요양기관의 자격을 인정해 준다 (조건을 충족
한 공급자와의 계약을 거부할 수 없음). 장기요양서비스 제공기관이
책정하는 가격은 의료부문과 비슷하게 주요지불자인 장기요양금고와
지방정부(사회부조프로그램 지불자)가 공급자들과 협상을 통해 결정한
다. 하지만 의사협회와 보험자협회가 집단적인 협상을 하는 의료보험
과는 달리 장기요양금고협회 및 지방정부가 개별적으로 공급자와 협
상을 한다. 너싱홈에 대해서는 예산에 대한 협상을 통해 궁극적으로는
재원일당가격을 결정하고, 재가중심 장기요양공급자에 대해서는 서비
스 항목의 가격(엄밀하게는 환산지수)을 결정한다.

의료보험에 비해 장기요양보험에 있어서는 가격협상의 의미가 더
적다. 의료보험에서는 급여가 거의 제한 없이 주어지기 때문에 공급자
가 부과하는 가격이 보험재정에 직접적인 영향을 미치지 않지만, 장기요양
보험에 있어서는 정액급여이므로 공급자가 소비자에게 부과하는 가격

권 순 만

이 보험재정에 상대적으로 덜 직접적인 영향을 미치기 때문이다. 장기요양서비스 공급자에 대한 소비자 선택과 경쟁을 촉진하기 위해 장기요양금고는 여러 공급자들에 대한 가격 정보를 소비자들에게 알려주도록 했다.

장기요양 질 관리

장기요양보험의 도입으로 인하여 전문적인 서비스제공이 증가하고 소비자 선택이 확대되었으므로 전반적으로 서비스 질에는 긍정적인 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 조사 결과를 보면 급여대상자들이 장기요양보험에 대한 만족도가 높게 나타나는 것도 사실이지만 장기요양서비스의 질 관리는 여전히 많은 문제들을 노정하고 있다. 현실적으로 법에서 정하는 장기요양공급기관의 설립요건이 최소한의 질 기준을 반영하지 못하고 있다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 정부는 2001년 서비스 질 향상을 위한 새로운 법률을 제정하였다. 이러한 새로운 법률에 의해 장기요양보험은 서비스제공자들에게 요양서비스의 질 관리를 의무화하고 또 서비스 질 감사는 장기요양금고와 서비스제공자간 계약의 일부로 포함되어 있다. 예를 들어 너싱홈에 대한 예산 협상 시 해당 공급자의 인력구조를 감안해주고 또 환자의 중증도 평가를 담당하는 의료인과 장기요양금고는 사전 예고 없이 공급자를 방문하여 질을 평가할 수 있도록 하였다. 하지만 여전히 환자의 요양결과(outcome)를 기준으로 한 질 향상 노력과 평가는 이루어지지 않고 있다.

특히 현금급여에 의해 가족구성원이 서비스를 제공하는 경우 질 관리가 더욱 어려운 것이 사실이다. 이러한 문제를 해결하기 위해 현금급여의 경우 장기요양금고는 비공식적 서비스제공자에게 무료로 교육/훈련강좌를 제공하여야 하며, 또 현금급여 수혜자는 방문 상담원(지역사회의 공식적 장기요양제공자가 방문)을 통하여 정기적으로 질에 대한 상담을 받는 것이 원칙이다. 이러한 방문상담원은 장기요양공급자에게는 마케팅의 기회가 되기도 하지만 그와 동시에 현지 방문을 통해 현금급여수혜자의 요양 상태를 파악함으로써 매우 열악한 경우

독일의 장기요양제도

장기요양보험금고에의 보고를 통해 현금급여 제한의 조치가 취해지기도 한다고 한다. 향후 현금급여가 구체적으로 어떻게 사용되는지에 대한 연구가 더 필요하다고 보여진다. 일반적인 장기요양에 있어서는, 그 서비스를 받는 사람이 서비스의 질을 판단하거나 또 자신의 선호, 만족도를 밝히는 것이 의료의 경우에서보다 더 어려우므로 질 관리, 소비자 보호, 정부 규제 역할이 더욱 중요할 것이다.

의료보험과 장기요양보험을 별개의 제도로 운영하고 있지만 여전히 의료서비스와 장기요양(사회적 서비스)을 구분하기 어렵다는 점이 과제로 남는다. 예를 들어 재가장기요양의 경우 병원 퇴원 후 첫 5일간의 요양급여, 의사의 진료 그리고 정규간호사에 의한 주사나 의료행위에 대해서 의료보험에서 급여를 해주지만 여전히 경계가 불분명한 부분이 존재한다. 반면 너싱홈의 경우는 의사에 의한 진료만을 의료보험에서 급여하고 나머지 모든 급여는 장기요양보험이 담당한다. 즉 의료와 장기요양간의 경계가 너싱홈과 재가중심요양 간 다른 것이다. 2004년부터는 너싱홈의 경우에도 의료적 성격의 급여는 의료보험(질병금고)이 담당하는 것으로 되어 있기는 하지만 현실적으로는 다시 연기될 가능성이 높다. 장기요양과 의료와의 경계가 불분명함에 따른 문제가 두 분야에 대한 지불자(보험자)가 다름으로 인해 더욱 증폭되는 양상을 띠고 있다.

나아가 이러한 별도의 제도 운영은 의료와 장기요양서비스간 적절한 조화와 조정을 더욱 어렵게 하고 있다. 특히 질병금고는 금고 차원에서 재정이 운영되어 금고간 경쟁을 하고 급여비용에 제한이 없는 반면, 장기요양금고는 경쟁을 하지 않고 급여비용 또한 정액으로 제한적이므로, 질병 금고 입장에서는 가능한 비용을 장기요양금고로 전가하려는 강한 유인을 갖는다.

이 경우 질병금고는 급여비용을 줄일 수 있는 반면, 장기요양급여를 받는 사람은 장기요양급여액이 이미 정해져 있으므로 비용전가에 따른 부담을 고스란히 안아야 한다. 그리고 장기요양보험에서의 중증도 분류가 신체적 (활동) 장애를 중심으로 이루어지기 때문에 생기는 문제점 또한 해결되어야 한다. 예를 들어 정신적 장애의 경우 일상적인 신체 활동을 수행하는데 문제는 상대적으로 적다 하더라도 관찰과

권 순 만

도움을 위해 필요한 시간은 상당하다는 점이 고려되어야 할 것이다.

우리나라에의 교훈과 과제

독일은 세계 최초로 사회보험제도를 통해 노령화나 장애에 의한 장기요양비용이라는 사회적 위험에 대처하기 시작했다. 이를 통해 개인의 경제(재산)상태에 관계없이 장기요양에 대한 요구가 있는 모든 사람에게 급여를 제공하고 있다. 하지만 동일한 사회보험의 형태임에도 불구하고 급여 수준을 대폭 제한하는 등 기존의 의료보험과는 차별되는 특징들도 보이고 있다. 나아가 불충분한 급여수준, 공식적 서비스 제공자의 공급 부족, 질 관리, 의료와 장기요양의 역할 분담 등의 문제 역시 해결과제로 안고 있다.

최근 우리나라에서도 노인들의 장기요양에 대한 사회적 관심과 논의가 증가하고 있다. 장기요양을 위한 공적 재원조달 체계를 도입해야 한다는 당위성이 제기되기도 한다. 하지만 장기요양이 과연 기존의 사회보험에서 대상으로 했던 위험과 동질적인 것인가에 대한 논의가 선행될 필요가 있다고 생각된다. 비용의 예측가능성, 공적제도로부터 기대되는 사회적 투자 효율(예: 생산력), 비용부담자의 대체적 소비의 중요성 등의 차원에서 볼 때, 장기요양을 위한 공적 재원조달제도가 의료에 대한 공적재원조달체계보다 정책의 우선 순위가 앞서기는 어렵다. 이는 매우 불충분한 급여로 인해 질병이라는 위험에 대한 사회적 분산 기능을 제대로 수행하지 못하는 의료보험의 현 주소를 볼 때 더욱 그러하다 (국민연금과 의료보험과의 정책의 상대적 우선 순위 그리고 국민들의 수용도의 차이도 같은 맥락에서 이해될 수 있음).

따라서 장기요양보험의 도입은 그 정책의 우선 순위, 최적 도입 시기, 그리고 개인과 사회의 책임 분담에 대한 심각한 고려가 선행되어야 한다. 예를 들어 독일은 1990년에 이미 65세 이상 인구의 비중이 15%이었고, 일본은 2000년에 65세 이상 인구 비중이 17%를 넘어섰다. 우리나라가 노령화의 속도가 빠르기는 하지만 아직 노인인구의 비중이 8%를 넘지 않는다. 노령화의 추세에 비해 공적재원제도가 지나치게 빨리 도입될 경우, 제도가 성숙되기 이전에는 상당기간동안 제도

독일의 장기요양제도

의 수입에 비해 지출이 적게 되므로 수입에 비해 급여를 높게 설계할 가능성도 있다.

우리나라에서는 노령인구 비중에 비해 일찍이 노인들의 장기요양이 사회 문제화된 감이 있다. 노령화의 속도가 빨라서인가, 가족해체의 정도가 선진국보다 심한 것인가, 가족 중 주된 서비스 제공자인 여성의 노동참여율이 높거나 여성들의 의식 변화가 선진국보다 더 빠른 것인가? 그렇게 보이지는 않는다. 이러한 사회문제화의 주된 이유는 가난하면서 장기요양을 필요로 하는 사회, 경제, 신체적 약자들이 겪는 고통이 큰 문제이고 이것은 우리나라에서는 국가의 책임아래 운영되어야 할 사회부조제도가 미비하기 때문이라 생각된다.

선진국에서는 전 국민을 대상으로 하는 공적 장기요양제도로 발전하기 이전에는, 오랫동안 사회부조제도를 통해서 가난한 사람들에게 장기요양서비스를 제공해 왔다. 중산층 이상의 계층 역시 장기요양을 위해 자산을 소진하고 나면 사회적 부조를 통해 혜택을 받아왔다. 선진국에서는 노령화의 문제가 아주 커져서 장기요양의 수요가 대폭 증가하고 따라서 사회부조 프로그램을 운영하는 정부재정의 한계를 경험하면서 제한적인 계층에 대한 제도를 전 국민을 대상으로 한 제도로 확대한 셈이다. 반면 우리나라에서는 국가가 사회적 안전망으로 제공해야 할 기본적인 장기요양서비스조차 제대로 운영되지 않으면서 노령화와 장기요양에 관한 더욱 더 많은 문제들이 대두되고 있는 것이다.

따라서 당분간은 국가의 책임아래 사회적 부조제도를 크게 확충하여 부담능력이 없는 사람에게 사회적 안전망으로서 장기요양서비스를 제공하여야 한다. 그리고 노령화의 진전에 맞추어 공적재원조달체계를 점진적으로 도입하되, 제도의 도입에 있어서는 부담능력이 있는 사람은 어느 정도의 비용을 개인이 부담하도록 하고, 가족의 기능을 유지하며, 너싱홈과 같은 입원 시설보다는 재가 중심의 장기요양 서비스를 활성화하는 방향으로 경제적 유인을 고려하여 제도를 설계하여야 할 것이다.

장기요양을 위한 재원조달에 있어서는 경제적 부담 능력이 있는 개인에게는 개인의 책임을 확대할 수 있어야 한다. 재산 상속의 의지

권 순 만

를 접는다면 중산층 이상의 계층에서는 자신의 주택과 자산을 장기요양을 위해 쓸 수 있을 것이기 때문이다. 그리고 개인 저축계좌 등도 도입하여 노후를 위한 저축에 대해서 조세혜택을 부여함으로써 스스로 대비할 수 있는 경제적 유인을 제공할 필요가 있다. 의료에 대해서는 전 국민을 대상으로 하는 포괄적인 제도를 가지고 있음에도 불구하고 장기요양에 대해서는 극히 최근에야 전 국민을 커버하기로 결정한 영국, 그리고 제도 도입 시 제한적인 정액 급여를 제도화한 독일의 경험을 잘 살펴볼 필요가 있다.

노령인구가 증가함에 따라 사회부조 형태의 재원조달이 한계에 다다르면 좀더 넓은 인구를 대상으로 하는 공적재원조달체계를 도입하여야 할 것이다. 이때, 의료보험과 별개의 제도를 도입할 것인지가 중요한 논의의 대상이다. 독일의 경우 기존 의료보험의 매우 후한 급여수준과의 차별화가 의료보험과는 다른 별개의 장기요양보험을 도입하게 된 중요한 계기였다.

우리나라의 경우 기존 의료보험의 급여가 매우 제한적이므로 독일과는 다른 상황에 있다고 하겠다. 다만 의료보험료 인상에 대한 저항을 고려하면 별도의 장기요양보험료 혹은 목적세를 거두는 것이 정치적인 장점은 있을 것이다. 하지만 장기요양을 위한 재원조달체계를 기존의 의료보험체계 내에 둘 것인지 혹은 별도의 제도로 도입할 것인지를 판단하는데 있어서 소비자(환자)의 입장에서 의료와 장기요양 서비스와의 연계를 고려하여야 할 것이다.

또 하나의 중요한 원칙은 장기요양의 대상은 연령과 무관하다는 것이다. 우리나라에서는 장기요양이 노인에 초점을 두어 논의되고 있다. 하지만 장기요양의 중요한 대상 중 하나는 장애자이므로 노인만을 대상으로 한 공적장기요양제도는 연령에 기반한 차별이며 공적제도가 추구하는 목표중 하나인 사회적 연대의 원리와의 배치되는 것이다. 나아가 전 국민이 (조세나 보험료를) 부담하고 연령과 관계없이 모든 장기요양서비스를 커버하는 것이 제도의 재정 측면에서도 더 유리하다. 모든 연령 계층이 제도의 수입에 기여하더라도 제도의 지출(급여)의 대부분은 어차피 노인인구에 의해 결정되기 때문이다. 나아가 장기요양서비스 제공 기반의 확충 역시 단기간에 이루어지기 어려우므로 장

독일의 장기요양제도

기적인 안목을 가지고 공급기반을 확충해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- Campbell, J. (2002). How policies differ: Long-term care insurance in Japan and Germany. In H. Conrad & R. Luetzeler (Eds.), **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison** (pp. 157-187). Munchen: IUDICIUM.
- Campbell, N., & Ikegami, J. (2003). Japan's radical reform of long-term care. **Social Policy and Administration**, 37 (1), 21-34.
- Ikegami, N., & Campbell, J. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. **Social Policy and Administration**, 36 (7), 719-734.
- Naegele, G., & Reichert, M. (2002). Six years of long-term care insurance in Germany: An overview. In H. Conrad & R. Luetzeler (Eds.), **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison** (pp. 123-138). Munchen: IUDICIUM.
- Robinson, R. (2003). **The finance and provision of long-term care for elderly people in the UK: Recent trends, current policy and future prospects**. Mimeograph at the London School of Economics and Political Science.
- Rothgang, H. (2002). Long-term care in Germany: Projections on public long-term care insurance financing. In H. Conrad & R. Luetzeler (Eds.), **Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison** (pp. 251-273). Munchen: IUDICIUM.
- Rothgang, H. (2003a). **Long-term care for the elderly in Germany**. Mimeograph at the Center for Social Policy, University of Bremen.
- Rothgang, H. (2003b). **Long-term Care for Older People in Germany**. In European study of long-term care expenditure.
- Scheil-Aldung, X. (1995). Social security for dependent persons in

Germany and other countries: Between tradition and innovation. **International Social Security Review**, 48 (1), 19-34.

Schneider, U. (1999). Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation. **International Social Security Review**, 52 (2), 31-74.

Long-term Care Financing and Delivery in Germany

Soonman Kwon, Ph.D.
School of Public Health
Seoul National University
Seoul, Korea 110-744

Long-term care (LTC) insurance in Germany covers all people who need LTC regardless of age. Although both Japan and Germany adopted social insurance for LTC, there exist differences between them. Distinct aspects of LTC insurance in Germany include: 1) benefits are fixed depending on three types of severity, which is assessed based on the activities of daily living, and it aims to cover only the basic or minimum need for LTC, 2) beneficiaries are given the choice between cash benefits and benefits-in-kind in order to promote the role of family (informal care-givers), and 3) the insurer is a not-for-profit organization and financing is entirely dependent on contribution without government subsidy. Since the introduction of LTC insurance in Germany, delivery system of LTC has expanded with active roles of private providers. When introducing the public financing mechanism for LTC, Korea should seriously take into account the policy priority, nature of risk, optimal timing of introduction, share of public and private responsibility, role of family, infrastructure of delivery system, community- vs institution-based care, and coordination between health care and social care.

(논문접수일: 2003년 10월 17일)

(수정논문접수일: 2003년 11월 11일)

(논문게재승인일: 2003년 11월 17일)