

노인 장기요양 재원조달체계: 제도의 유형과 정책 과제

권 순 만

서울대학교 보건대학원

박 건 희

서울대학교 보건대학원

보건정책관리학과

(요약) 장기요양에 대한 사회적 수요증가에 따라 많은 나라들은 장기요양이라는 새로운 사회적 위험에 대비하는 공적재원체계를 도입하고 있다. 장기요양 재원조달 체계의 발전과정을 보면 새로운 사회보험체계를 도입한 국가(예, 독일), 조세로 건강을 보장하는 국가에서 기존 사회보장 및 건강보장을 확대한 국가(예, 덴마크), 사회보험으로 건강을 보장하는 국가에서 기존 사회보장 및 건강보장을 확대한 국가(예, 프랑스) 등 다양하다. 장기요양을 위한 사회보험제도에서는 육체·정신적 장애를 근거로 한 객관적 기준에 따라 급여 자격이 명시적으로 부여되며, 일반적으로 공공과 민간 부문이 모두 서비스 제공에 참여한다. 반면 북유럽의 경우 건강보장과 사회보장이 그러하듯이 장기요양의 재원 역시 세금에 기반하고 장기요양에 대한 수요가 있는 모든 인구 집단을 포괄하며, 공공 조직이 서비스 관리와 제공을 주도하는 체제로 운영되고 있다. 우리나라에서도 장기요양보험을 도입할 때 본인부담금, 강제저축, 민간보험과 같은 다양한 재원을 고려하고, 가족 역할의 유지를 위한 현금급여 도입 역시 신중히 검토하며, 노인만을 위한 제도보다도 연령에 상관없이 모든 유형의 장기요양에 대한 보장 제공이 바람직하다.

[Key words: 건강보장, 공적재원체계, 노인 장기요양, 사회보험제도]

이 논문에 대한 일체의 서신왕래는 (우) 110-744 서울특별시 종로구 연건동 28번지 서울대학교 보건대학교 권순만 교수 앞으로 하시길 바랍니다. 교신저자(권순만)의 e-mail 주소는 kwons@snu.ac.kr입니다.

공적 장기요양 제도의 본질과 필요성*

최근 우리나라를 비롯한 세계 대부분의 선진 국가들은 고령화의 진전, 출산율 감소 등 인구학적 변화로 장기요양 서비스를 필요로 하는 대상자가 빠르게 증가하고, 장기요양 대상자에 대한 부담비가 증가하는 현실에 직면하고 있다. 게다가 핵가족화, 여성의 노동 참여 증가, 가족의 역할에 대한 인식 변화 등 사회적, 경제적 변화에 따라 기존의 비공식 수발을 제공하던 가족의 수발 기능이 대폭 감소하면서 장기요양 서비스 제공에 대한 사회적 책임과 부담이 증가하고 있다.

장기요양 서비스 제공이 사회화되면서 장기요양이 아닌 다른 유형의 사회적 위험을 분산하기 위해 고안된 건강보장제도와 공공부조제도의 본래 목적이 왜곡되고 장기요양에 따른 재정 부담을 떠안게 되는 비효율적인 자원배분의 상황이 발생하기도 한다. 예를 들면, 경제적으로 취약한 노인들이 증가함에 따라 공공부조 대상자가 증가하면서 공공부조제도를 책임지고 있는 정부의 재정 압박이 심해지는 것이 일반적이다. 또 의료기관에서 노인들의 사회적 입원(social admission)이 증가하면서 장기요양 환자가 필요 이상으로 건강보장제도의 재정을 압박하기도 한다. 이러한 문제에 직면해, 정부는 2007년 혹은 2008년에 장기요양을 위한 사회보험 형태의 공적재원조달제도를 도입할 계획이지만 제도의 구체적인 모습에 대해서는 논의가 지속되고 있다.

여러 나라에서 장기요양은 생사의 문제를 다루기보다 편안함과 삶의 질과 관련된 문제를 다루기 때문에 보건의료와 다르게 생각하는 경향이 강하다. 예를 들어 의료인은 치료와 기능 호전 및 임상상태의 변화를 지향하지만, 장기요양 서비스 제공자는 서비스와 기능 유지 및 관리를 지향한다. 따라서 장기요양에 있어서는 의사의 역할이 의료에 비해 훨씬 적고, 정신 장애가 아닌 경우에는 서비스에 대한 소비자의 판단과 선택이 더 용이한 특성을 보인다. 의사의 역할이 지나치게 증가할 경우 과대-의료화(말기 치료)나 과소-의료화(재활)를 야기할 우려가 있기 때문에 장기요양은 의사뿐 아니라 간호사, 사회복지사 등 다학제적 접근이 필요한 분야이다 (Ikegami & Campbell, 2002). 이러한 이유로 장기요양서비스 이용자들이 의료체계가 아닌 장기요양체계를 이용하는

* 우리나라에서는 long-term care insurance를 ‘수발’보험으로 정의하기로 했으나 본고에서는 ‘장기요양’보험으로 사용하기로 함.

노인 장기요양 재원조달체계

것이 자원이용의 효율성을 높이는 방법이지만, 장기요양을 위한 공적재원제도가 미비할 경우 장기요양 이용자들이 기존 공공 재정에 의해 보장되는 의료체계와 건강보장제도를 이용할 가능성이 높다.

본고에서는 선진국의 장기요양을 위한 재원조달체계를 고찰하고 우리나라에의 정책적 시사점을 얻고자 한다. 우선 다양한 장기요양 재원조달체계를 유형화하고 각 제도의 배경과 맥락을 고찰한 후, 재원유형, 급여 수준, 급여 유형과 같은 장기요양제도의 구체적인 모습을 살펴본다. 이를 토대로 외국 장기요양 재원조달 체계로부터의 교훈과 시사점을 도출한 후 우리나라에의 정책과제를 제시하고자 한다.

공적 장기요양 재원조달의 유형 및 그 배경

각 나라의 공적 장기요양 재원조달은 기존 사회보장 및 건강보장체계와의 연관성과 역사성(path dependence)의 차이로 인해 각각 다른 유형을 보인다. 장기요양을 위한 재원조달 그리고 제공에 있어서 공적 부문의 역할, 즉 사회화 정도는 복지국가의 철학과 유형(regime)에 의해 크게 좌우된다. 유럽의 경우를 살펴보면 남유럽 국가의 대부분(스페인, 포르투갈, 그리스 등)은 가족이나 사회적 네트워크를 통해 비공식적인 방식으로 요양 서비스가 제공되는 경우가 많아서 민간 요양제도를 선호하며 보조적 수단으로 제한적인 경우에 대해 비공식 수발을 보조해주는 공공부조 제도를 운영하고 있다. 반면 남유럽과 비슷한 보수적 복지국가(conservative welfare state)이지만, 사회보장에 있어 조합주의(corporation) 전통이 강한 서유럽(독일, 프랑스, 네덜란드 등)의 경우 장기요양을 사회보험에 의해 보장하는 국가가 많다. 서유럽은 장애(dependency)가 건강과 마찬가지로 사회보험으로 보장해야 할 위험으로 인식되어 있고 장기요양이 의료처럼 사회적 권리로 인식되고 있으며, 서비스 제공도 민간과 공공이 섞여서 제공한다. 반면 사회복지의 재원과 서비스 제공에 있어서 정부의 역할을 크게 강조하는 사민주의(social democratic) 복지국가인 북구 유럽(스칸디나비아) 국가의 경우 건강보장과 사회보장이 그러하듯이 장기요양 역시 세금에 기반하고 공공 조직이 서비스의 관리와 제공을 주도하는 체제로 운영되고 있다.

이러한 복지국가 유형의 차이는 장기요양 재원에 있어서 공공과 민간 부문의 상대적 역할의 크기에서 잘 나타난다. 예를 들어 사민주의 복지국가인 북구

유럽 국가들은 장기요양 재원에 있어서 비용 중 공공재원의 상대적 비중이 다른 나라에 비해 유의하게 높다. <표 1>에 의하면 Norway나 Sweden은 장기요양비용에서 공공부분의 비중이 민간부분에 비해 훨씬 높은 것으로 나타났다. 반면 시장기전과 민간/개인의 책임을 강조하는 자유주의(liberal) 복지국가인 미국, 영국, 뉴질랜드에서는 장기요양비용에 있어서 민간부분의 비중이 공공에 비해 훨씬 높음을 알 수 있다. 흔히 보수주의(conservative) 복지국가는 사민주의 복지국가와 자유주의 복지국가의 중간적 특성을 가지는 경우가 많은데 장기요양에 있어서는 약간은 다른 경향을 보임을 알 수 있다. 전술한 바처럼 보수주의 복지국가 중에서도 남유럽의 경우에는 가족이나 지역사회 비공식수발의 기능이 여전히 강조되어, 예를 들어 스페인의 통계치를 보면 민간비용의 비중이 공공부분에 비해 훨씬 높다. 반대로 일본은 세계에서 가장 높은 수준의 인구고령화를 경험하고 있고 장기요양보험의 도입과 같은 공공부분의 역할이 매우 큰 결과, 전체 장기요양비용에서 공공부분 비중이 민간에 비해 크게 높다.

본 장에서는 이렇게 각 나라의 문화, 정치, 사회구조, 이데올로기로 인해 차이가 나는 장기요양 재원조달 체계를 몇 가지로 유형화해보고 각 유형의 대표적인 국가를 대상으로 그런 유형을 채택하게 된 배경을 좀 더 심층적으로 분석하고자 한다. 본 연구에서는 그 유형을 새로운 사회보험체계를 도입한 국가(독일, 일본), 조세로 건강을 보장하는 국가에서 기존 사회보장 및 건강보장을 확대한 국가(덴마크, 영국, 미국), 사회보험으로 건강을 보장하는 국가에서 기존 사회보장과 건강보험의 영역을 확대한 (즉 전국민 건강보험체계에 공공 장기요양 제도의 보조적 성격을 추가한) 국가(프랑스, 네덜란드)로 나누어 살펴보았다.*

1. 새로운 사회보험체계 도입 (독일, 및 일본)

독일

1994년 전까지 독일은 주정부 관할 하에 자산조사(means-tested)를 통해 운영되는 공공부조 방식으로 장기요양 서비스를 제공했으나, 1980년대 노령화

* 프랑스의 APA(개인 자립 수당, *Allocation Personnalisée d'Autonomie*)와 네덜란드의 AWBZ(=Exceptional Medical Expenses Act)를 별도의 장기요양보험으로 판단하는 연구자도 있으나 본고에서는 프랑스와 네덜란드의 경우는 건강보험 체계 내의 개혁으로 판단하고 독일과 일본처럼 새로운 사회보험 체계를 도입한 것과는 다른 유형으로 판단함.

노인 장기요양 재원조달체계

<표 1> OECD주요 국가의 장기요양재원 중 공공 재원과 민간 재원의 비중
(2000년 GDP 기준) (OECD, 2005)

Nation	Total expenditure			Public expenditure			Private expenditure		
	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total
Australia	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86	0.08	0.25	0.33
Austria	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1.32	n.a.	n.a.	n.a.
Canada	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99	n.a.	0.24	0.24
Germany	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95	0.04	0.36	0.40
Hungary	<0.10	<0.20	<0.30	n.a.	n.a.	<0.20	n.a.	n.a.	<0.10
Ireland	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52	n.a.	0.10	0.10
Japan	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76	0.00	0.07	0.07
Korea	n.a.	n.a.	<0.30	<0.10	<0.10	<0.20	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	n.a.	n.a.	n.a.	0.15	0.37	0.52	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	n.a.	n.a.	<0.20	n.a.	n.a.	<0.10	n.a.	n.a.	<0.10
Netherlands	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31	0.05	0.08	0.13
New Zealand	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45	0.01	0.22	0.23
Norway	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85	0.03	0.26	0.29
Poland	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37	n.a.	0.00	0.00
Spain	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16	0.18	0.26	0.44
Sweden	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74	0.04	0.10	0.14
Switzerland	0.20	1.34	1.54	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89	0.09	0.38	0.48
United States	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74	0.16	0.39	0.54
Average ¹	0.38	0.88	1.25	0.35	0.64	0.99	0.06	0.19	0.24

Note: Data for Hungary, Korea, Mexico and Poland are only rough indications of magnitude; Data for Australia, Norway, Spain and Sweden are for age group 65+. The notion of "long-term care" used in a national context can be substantially broader, e.g., by including residential homes for older people (e.g. the Netherlands, Nordic countries). Average excludes Austria, Hungary, Luxembourg, Korea and Mexico. [n.a.; not available]

와 사회적 변화에 따라 장기요양에 대한 공공 재정이 가파르게 증가하게 되면서 장기요양 체계에 대한 개혁이 공론화되었다. 1980년대의 인구 구조 변화에 대해 초기에는 공공부조에 대한 접근을 확대하는 방식이나 민간재원의 역할을 확장하는 방식으로 해결하려는 주장이 있었다. 하지만 공공 부조는 대상자의 소득이 빈곤선 아래로 내려가야만 혜택을 받을 수 있었으며 시설 요양을 그 대상으로 하고 있어서 가정 요양의 필요를 충족시키지 못한 한계가 있었으므로 공공부조의 확대 안은 대안이 되기 어려웠다.

장기요양 체계에 대한 개혁은 가정요양과 지역사회 서비스 확장, 장기요양 서비스의 공급 확대, 자산조사에 의한 공공부조제도 의존도 감축, 비공식 수발자에 대한 보조 증대 등의 정책 목표를 가지게 되었다. 이러한 변화에 가장 적극적인 역할을 한 주체는 장기요양으로 인해 늘어나는 사회복지 재정을 부담스러워한 주(Laender)정부였는데, 사회보험은 장기요양에 대한 주 정부의 비용을 줄여줄 수 있었기 때문이다. 이러한 주정부의 이해가 실질적인 정책 변화로 반영된 과정에 대한 원인을 독일 연방주의의 특징에서 찾는 주장도 있다. Campbell과 Morgan (2003)은 독일의 주정부가 그들의 이해에 대해서 연방정부에 압력을 행사하는 제도적 장치(연방의회의 입법에 대해 거부권을 행사할 수 있음)가 있었다는 점, 또 세입이 전체 정부 수준에서 분배되므로 너싱홈 비용에 대한 부담을 일부 주가 아닌 연방정부와 모든 주정부가 지게 되고, 소규모 주의 문제가 전체 주의 문제가 될 수 있는 구조여서 장기요양 문제를 연방정부 수준에서 숙고하게 될 수 있었다는 점을 그 이유로 들었다.

기존의 질병금고(sickness fund)를 이용한 사회보험 체계는 비용을 절감할 수 있고 새로운 관리조직의 형성 없이 보장성을 확대할 수 있어 비용-효과적이며 지방 재정에 압박을 가하지 않는 방식이고, 많은 이해 당사자들(노인, 고소득층)의 이해에 부합했기 때문에 반대가 적었다. 이미 보건의료, 연금, 실업급여에 대해 소득의 39.6%를 보험료로 납부하는 것에 비하면 장기요양보험 기여율인 1.7%는 적절한 수준이란 느낌이 들었다 (Schneider, 1999). 결국 1994년 전통적인 비스마르크 체계를 따라 새로운 사회보험 체계가 도입되었고 그 결과 1995년 1월부터 90%의 독일인이 새로운 장기요양 보험인 SDI (social dependency insurance, Pflegeversicherung)의 보장을 받게 되었다. 장기요양보험의 의무가입자는 의료보험과 동일하게 일정 소득 이하의 피고용자이므로 자영자와 소수의 고소득근로자는 가입 의무가 없이 민간 영역에 남겨

노인 장기요양 재원조달체계

지게 되었다. 장기요양보험은 부과(pay-as-you-go)시스템인데 총 임금의 1.7%를 고용주와 피고용자가 반씩 부담하도록 고안되었다. 혜택은 현금 급여와 현물 급여를 혼합하여 설계해 가정요양의 경우 현금급여와 현물급여를 선택할 수 있게 했고 너싱홈의 경우에는 현물급여만 받을 수 있게 되었다.

일본

일본에서는 2000년 전까지 노인에 대한 건강보장은 약 5,000개 정도의 기금으로 나누어진 건강보험에서 그리고 가정 도우미나 단기거주시설 서비스 등은 사회 보장이 담당해왔다. 일본은 80년대 사회보장 지출의 급격한 증가에 직면하여 1989년 노인을 위한 사회요양개혁(Gold plan)을 10년 계획으로 실시했는데, 그 주요 내용은 공공 요양 서비스 확장이었다. 하지만 Gold plan은 급격히 증가한 수요를 충당시키지 못했고, 이로 인해 이미 노령화된 사회인 일본에서 자산조사에 기초한 공공 요양 체계는 비효율적일 수밖에 없다는 비판을 받게 되었다.

또한 일본은 장기요양으로 병원에 입원하여 건강보험의 보장을 받는 사람(사회적 입원)이 너무 많아 그 해결이 중요한 정책 과제로 인식되어 왔다. 1995년에 독일에서 장기요양보험이 도입되자 일본에서도 장기요양보험 체계의 가능성에 대한 논의가 활발해졌다. 이런 논의는 급격한 반향을 불러일으켰고, 정권 교체와 여성 및 노인 시민운동의 활성화 등으로 이 논의는 더욱 활성화되었다. 2년 후에 장기요양보험 법안이 의회를 통과하였고 2000년에 장기요양보험이 시행되게 되었다. 장기요양 서비스 제공이 개인과 가족의 책임에서 사회의 책임으로 이전했고 자산조사에 의한 잔여(residual)적 개념의 복지에서 사회보험 원리에 기초한 사회적 권리의 개념으로 이전한 것으로 볼 수 있는데, 이러한 변화를 가능하게 한 요인으로 정권 교체(1993년에 보수 자민당의 38년간 다수당 집권이 끝남), 사회적 압력(시민 사회 운동, 긍정적인 정책 피드백, 성·인구학적·가족 변화), 이데올로기의 변화(여성 단체와 풀뿌리 조직의 역할을 통한 요양의 사회화)등이 거론되기도 한다 (Peng, 2003).

2. 조세로 건강을 보장하는 국가의 기존 사회보장 및 건강보장 확대 (덴마크, 영국, 및 미국)

덴마크

덴마크는 다른 스칸디나비아안 국가처럼 전국민보장(universalism)과 높은 수준의 서비스 질을 사회복지서비스 원칙으로 삼고 있으며 지역 사회에 기초한 접근이 서비스 제공의 근본적인 원칙이고 지방정부가 장기요양 서비스에 있어 주요한 책임을 지고 있다. 덴마크는 사회복지 차원에서 국가가 장기요양 서비스를 제공하는 역사가 매우 오래되었는데, 60년대 경기 호황으로 공공 개입이 더욱 증가하였고 사회복지의 현대화가 이루어졌으며 지방 자치체의 권한이 명시화되고 장기요양이 국민의 권리로서 명시되었다 (1976년의 Social Act). 지방정부에 따라 서비스 종류와 비용의 차이가 날 수 있는데, 재정 형평성은 각종 정부간 보조금이나 기금으로 보정하고 있다 (Rostgaard, 2003). 덴마크도 인구 노령화로 인해 증가된 장기요양 서비스 수요를 충족시키고 경기 침체에 따른 정부 재정 압박을 극복하기 위한 개혁이 요구되었지만, 이미 조세로 의료와 사회 서비스를 보장하는 국가였기 때문에 새로운 사회보험체계 도입은 힘들었고, 기존의 노인요양체계 내에서 서비스간 배분을 조정하거나(가정요양 강조) 비용 절감을 위한 새로운 접근 방식(다학제 연계를 통한 통합 서비스 제공) 도입에 초점이 맞추어 점진적 개혁이 진행되어왔다.

스웨덴과 핀란드는 1990년대 경기 침체에 따라 서비스를 축소하는 정책을 채택했던 반면, 덴마크는 그 반대로 서비스와 현금 급여를 확대하였다. 덴마크는 시설요양의 감소와 가정요양의 확대의 방식으로 이런 문제를 극복하려고 했는데, 1980년대 초부터 중앙정부의 정책에 따라 지방자치단체는 너싱홈 대신 24시간 홈케어 서비스(가정 도우미, 너싱 케어, 급성 필요에 따른 추가 서비스) 실험을 시작했다. 1988년에는 새로운 너싱홈 설립을 금지하면서 지방자치단체는 다양한 형태의 보조 주거(assisted living)와 관련된 새로운 주거 형태에 대한 실험을 진행했다. 그 결과 1985년에서 1997년까지 65세 이상 인구는 15%로 일정한 상황에서 너싱홈 병상은 30% 감소한 반면 여타 거주 시설의 수는 9,622개에서 31,854개로 331% 증가했다 (Stuart, 2001).

영국

원래 영국 장기요양체계의 주된 원리는 지방 정부가 거주홈(residential

노인 장기요양 재원조달체계

homes*)에서의 요양을 보장하고 국가보건체계(National Health Service: NHS)가 특별히 취약한 사람(particularly frail people)에게 (의료와) 요양을 제공하는 것이었다. 하지만 1970년대 중반부터 장기요양에 대한 요구가 증가하고 공공 재정에 대한 압박이 커지면서 지방정부는 장기요양에 대한 수요를 충족하기 어렵게 되었다. 이런 이유로 중앙정부는 지방정부에서 보장해주지 못한 사람에게 현금에 기초한 방식으로 시설에서의 요양비용을 부담하는 정책을 만들게 되었다. 아울러 1983년에 재산이 £3,000이하인 사람에 대해서는 장기요양 서비스에 대한 보충적인 보조(supplementary benefit)를 해주는 제도가 생기게 되었다. 이런 혜택은 요양 시설의 확대에 큰 영향을 미쳤고 이로 인해 1983년에 300,000이던 시설이 1993년에 535,000 침상으로 증가하게 되었다. 이러한 제도의 변화는 보수당 정부가 민간 공급을 확대하는 와중에 일어났고 그 결과 민간시설이 1983년에서 1993년까지 3배 정도 급속히 증가한 반면 지방정부가 소유하는 시설의 수는 정체되거나 약간 줄어들었다 (Healy, 2002). 나아가 이런 사회보장 지불체계는 가정요양보다 시설요양을 선호하게 하는 경제적 유인이 있다는 비판을 받게 되었다. 1993년에 국가보건서비스 및 지역 사회 요양법(NHS and Community Care Act)이 시행되었는데 장기요양에 대한 재정이 중앙정부의 사회보장(social security)에서 지방정부로 이양되었다.

영국의 경우 보건의료는 국가보건체계(NHS)로 전 국민을 보장하지만 사회서비스는 자산조사에 기초했기 때문에 두 영역에 모두 해당되는 장기요양의 경우 국가보건체계(NHS)의 전국민보장(universalism)방식과 사회 서비스의 자산조사 방식 사이에서 어디에 초점을 맞출지가 문제가 되었다. 1997년에 왕립위원회(Royal Committee)는 장기요양은 위험 분산이 필요한 위험이라 판단하고, 이 위험 분산을 민간 보험이나 사회보험을 통해서 하지 않고 NHS와 유사하게 일반 세금으로 보장하는 것을 제안하였다. 정부는 위원회의 권고를 받아들여 2001년부터 간호요양을 자산 조사에 의한 공공부조에서 NHS와 같이 무료로 바꾸기로 하였다. 하지만 이를 모든 개인 요양(personal care)에까지 확대할지는 논란 중이며, 자산 조사를 모두 없애지 않는 대신 그 영향력을 감소시키고 있다 (Robinson, 2001).

영국의 이러한 현상은, 전반적인 사회복지에 있어서 정부 역할의 최소화를 추구하는 자유주의적 복지국가(liberal welfare state)이지만, 보건의료에 있어

* Nursing home보다는 중증도가 낮은 장기요양 대상자들이 생활하는 시설

서만은 매우 사민주의적 성격을 지닌 영국의 제도가 직면한 독특한 딜레마로 볼 수 있다. 즉 영국의 보건의료의 경우 공공재원이 압도적인 비중을 차지하고 서비스제공 역시 공공의료기관이 주도하지만, 장기요양에 있어서는 공공재원의 역할이 크지 않고 서비스 제공 역시 민간기관의 역할도 상당하다. 반면 덴마크의 경우 의료와 장기요양(나아가 모든 사회적 서비스)제도에 있어서 비교적 일관적인, 즉 공공재원과 공공제공체계에 의존하는 사민주의적 성격을 띠고 있으므로 그러한 딜레마로부터 자유롭다.

미국

미국에서 노인의 건강과 장기요양에 대한 재정은 메디케어(Medicare)와 메디케이드(Medicaid)로 이루어진 공공재정 그리고 민간보험과 본인부담으로 이루어진 민간재정으로 나누어 살펴볼 수 있다. 메디케이드는 저소득층을 위한 세월에 기초한 프로그램으로 병원 요양과 가정 요양을 보장해주며 혜택을 받기 위해서는 재산이 일정 수준 이하여야 한다. 메디케이드는 노인을 돕기 위해 고안된 것은 아니지만 너싱홈 비용이 비싸기 때문에 ⅔정도의 거주자가 메디케이드 자격 기준 이하의 경제 수준으로 떨어지게 되어 메디케이드에 의존하게 되기 때문에 현재 장기요양 재정에서 중요한 축을 담당하고 있다. 반면 메디케어는 국가 사회보험 프로그램으로 보험료는 근로에 종사할 때 납부하는 메디케어 세금과 은퇴 후에 납부하는 기여금으로 충당된다. 메디케어는 가입자가 3일 이상 병원에서 치료받으면 너싱홈 비용을 보충해주며 의사와 간호사 서비스에 대해서만 보상한다. 메디케어 혜택은 기간이 제한되어 있는데, 병원 입원은 처음 60일만, 너싱홈은 처음 20일만 보장된 후 나중의 80일은 일정 비율만 보장되며, 호스피스 6개월 이내로 제공된다 (Karlsson, Mayhew, Plumb, & Rickayzen, 2004).

이런 상황에서 클린턴 정부 시절(특히 1993~94)에 장기요양에 대한 개혁이 추진되어 연방정부의 역할을 줄이고 주정부가 주요 역할을 하는 것, 자격요건과 혜택을 유연하게 운영하는 것, 비용 조절은 총액예산제로 하는 것, 재정은 원칙적으로 메디케어와 메디케이드 재정으로 하되 담배세 등 새로운 재원을 고려하는 것 등의 정책이 제안되었으나 결국 실패하였다 (Wiener et al., 2001). 장기요양은 연금이나 건강보험과는 다르게 그 위험이 매우 낮은 것으

로 인식되기 때문에 대부분의 이해 당사자도 장기요양에 대해서는 적극적으로 문제 삼지 않았다. (비공식) 수발자는 정치적으로 취약하고 조직화되지 않았으며, 노인 단체도 장기요양이 회원에게 중요한 위협으로 인식되지 않았고 건강하고 긍정적인 노후를 선호했기 때문에, 주로 처방약에 대한 보험급여 확대에 초점을 맞추었지 장기요양에 대해 적극적으로 문제를 제기하지 않았다 (Campbell & Morgan, 2003). 또 민간 요양서비스 제공자는 공공보험보다는 민간보험을 선호하였기 때문에 정부의 개혁을 강력히 반대하였으며, 가정 요양 공급자는 개혁을 적극 지지했으나 보험회사는 가장 강력히 반대하였다 (Wiener et al., 2001).

Campbell과 Morgan(2003)은 미국 연방주의의 특성에서 장기요양 개혁의 실패 원인을 찾았다. 독일의 주정부(Laender)는 그들의 이해에 대해 국가에 압력을 행사할 수 있는 제도적 장치가 있었으나 미국에서는 연방정부에 대한 주의 압력 행사가 어렵고, 상원의원이 주정부의 이해보다는 주 주민의 이해를 대변하는 등 주가 상대적으로 무력하다는 점 그리고 독일은 세입이 전체 정부 수준에서 분배되므로 주정부의 문제를 연방정부 차원에서 논의할 수 있는 구조이나 미국의 경우 정책 책임을 연방정부에서 주정부로 옮기는 인센티브가 있고 주정부는 연방 보조를 최대화하려는 인센티브가 있다는 점 등을 개혁에 성공한 독일과의 차이로 들었다. 즉 독일에서는 주정부가 장기요양 개혁에 대한 흠어져있는 이해를 대리하는 역할을 하여 결국 연방정부와 주정부가 장기요양 재정을 공적 보험료에 기초한 사회보험체도로 하는 데 같은 이해를 갖게 된 반면 미국은 주정부가 연방정부로 하여금 장기요양에 대한 책임을 갖게 하는 데 실패하였다.

3. 사회보험으로 건강을 보장하는 국가에서 기존 사회보장 및 건강보장 확대 (프랑스, 네덜란드)

프랑스

프랑스는 일본이나 독일과는 다르게, 장기요양보장에 대한 사회적 위험 분담을 위해 건강보험과 별도의 체계를 가진 사회보험을 도입하는 방식이 아니라, 기존 건강보험과 사회보장제도 틀 내에서 시설 확충과 가정요양 강조, 새

로운 수당 도입 등 건강보험과 사회보장을 점진적으로 개혁하는 전략을 채택하였다. 프랑스의 경우 장기요양 서비스는 주로 4개의 다른 재정 원천에서 나오는데, 이는 신체 기능에 있어서의 의존도와 소득에 따라 서비스 급여의 비용을 부담하는 공공부조체계, 너싱홈 등 시설요양을 보장하는 건강보험제도, 가사(housekeeping)와 관련된 서비스를 보장하는 연금제도, 교통 등 노인에 대한 기타 서비스를 제공하는 지방정부 재정이다 (Scheil-Aldung, 2003). 즉 의료·간호에 관한 비용은 건강보험이 부담하는 것이 원칙이고 수발에 관련된 비용은 공공 부조인 개인 독립 수당(APA, *Allocation Personnalisée d'Autonomie*)*이 담당한다.

2002년 1월부터 실시된 APA는 지자체의 세금을 주요 재원*으로 하는 공공 부조 성격을 띠고 있는 것으로 60세 이상이 급여 대상이고 소득에 따라 0-30%정도의 본인부담금이 있으며 현물 급여가 원칙이나 수발자를 고용하기 위해 현금 급여를 이용할 수도 있고 일부 지자체에서는 바우처(voucher) 방식을 도입하는 경우도 있다. APA는 창설 초부터 적자로 인해 2004년에 연대(solidarity) 금고로 새로 창설하고 사업주 부담을 통해 적자를 보충하려하고 있다. 가정요양은 주로 민간 서비스 제공자를 통해 제공되지만 공급이 충분하지 않으며, 지역사회 요양이 중요시되고 있으나 건강보험과 지방정부의 사회 서비스 사이에 조정이 잘 안 되며 규제도 너무 산만하다는 비판이 제기되고 있다 (European Observatory on Health Care Systems, 2004).

네덜란드

네덜란드의 보건의료와 장기요양체계는 특정 소득 수준까지 모두 가입해야 하는 의무적인 건강보험, 소득 상한 위의 고소득층을 위한 민간 건강보험, 전체 인구를 대상으로 보험을 통해 분산하기 어려운 재난성 혹은 예외적인 위험과 지출을 보장하는 포괄적인 공공 체계 등 크게 세 가지 다른 체계로

* 1997년에 특별 의존 수당(PSD)이 제정되었고 2000년 말 기준으로 14만 명이 PSD 수당을 받게 되었다. PSD는 지방 제정에 따라 수당의 수준이 달랐는데 2001년에 전국적으로 단일한 개인 독립 수당(APA)이 제정되었다. 이는 ADL과 가사에 대한 비용을 현금으로 보조하는 수당으로 이를 60세 이상의 의존자에게 제공되는 별도의 장기요양제도와 정의하는 학자도 있음 (de Roo et al., 2004).

† 지방세가 전체의 ⅔이고 국고 보조가 ⅓을 차지함.

노인 장기요양 재원조달체계

구성되어 있다. 셋째로 언급된 체계인 AWBZ(De Algemene wet bijzondere ziektekosten: Exceptional Medical Expenses Act 또는 Special Medical Expenses)가 장기요양의 전반적인 영역을 보장하는데 이는 만성 질환에 있는 사람의 급성 요양에 대한 지출도 보장하고 다른 예외적인 지출을 보장하기도 한다. 따라서 네덜란드의 장기요양보장제도는 건강보험 틀의 일부로 예외적인 위험과 지출을 보장해주는 AWBZ의 적용 대상이 점진적으로 확대되면서 장기요양 서비스를 포괄하는 방향으로 진행되었다고 볼 수 있다. 민간 보험은 장기요양에 있어 중요한 역할을 하고 있지 않다 (OECD, 2005).

AWBZ는 모든 장기요양 대상자(취약한 노인, 만성병, 정신질환, 육체적 장애)에게 거주 및 가정요양을 보장해주고 있다. 원래 AWBZ는 시설에만 초점이 맞춰졌는데 1980년에 가정 간호와 개인적 도움(personal help)까지 확장되었고 실용적인 가정요양은 1992년에 더욱 확장되었다. 2000년에 노인을 위한 가정요양 서비스 제공에 대한 책임이 지방정부에서 AWBZ로 이동된 이후 AWBZ는 장기요양시설에서 제공되는 의료 행위(정신과 의사, 재활의학 의사, 너싱홈 의사)도 보장해 준다 (de Roo, Chambaud, & Guntert, 2004). AWBZ가 보장하는 시설요양은 숙식에 대한 일정액을 제외하고는 무료이고, 대기 목록을 피하기 위해 민간 너싱홈을 이용하는 경우에 현금 급여가 지급된다.

AWBZ의 선정기준과 혜택수준은 포괄적이어서, 일반적인 사회보험 국가가 보장하는 의료, 약, 시설요양, 간호요양, 가정요양에 제한되지 않고, 이들 국가가 사회보장으로 제공하는 (주로 지방정부에서) 시설의 숙식 및 집에서의 일상생활 보조에 대해서도 보험에서 보장하고 있다. 이런 선정기준의 차이는 공공과 민간의 경계에 대한 사회정치적 이념 차이 때문인데, 네덜란드는 이런 측면에서 스칸디나비아와 비슷하다고 볼 수 있다. 하지만 AWBZ에는 본인부담금이 있다는 점에서 다른 서유럽 제도와 그렇게 큰 차이가 난다고 보기는 어렵다 (de Roo et al., 2004). 네덜란드는 가정요양 및 지역사회요양을 권장하는 정책을 유지해 왔고 58%의 장기요양 수혜자가 집 또는 지역사회에서 서비스를 받고 있다 (OECD, 2005).

공적 장기요양제도의 주요 구성 요소

1. 재원 구조 : 조세, 사회보험, 민간보험, 본인부담

장기요양을 위한 주된 공적 재원인 사회보험과 조세 중 어떤 것을 선택할지는 철학적 문제이기도 하지만 이보다는 제도적 유산의 문제라 볼 수 있다. 독일과 일본이 기존 건강보험 조직을 장기요양제도에 활용했다는 사실을 보면 기존에 존재한 시스템을 통해 장기요양 시스템이 쉽게 발전할 수 있고 또한 정책 입안자나 국민 역시 기존의 제도와 유사한 새 제도를 친숙하게 받아들인다는 것을 알 수 있다. 하지만 많은 나라들에서 장기요양은 사회서비스(social service)로서 사회복지의 성격이 강하고, 조세에 기초한 공공부조의 역할이 전통적으로 강했으며, 또 조세와 사회보험이라는 두 가지 유산이 섞여있다. 본 장에서는 장기요양의 재원을 구성하는 4가지 주요 요소인 조세, 사회보험, 민간보험, 본인부담의 배분에 대한 각 나라들의 현재 상황을 살펴보면서 각 재원 구조의 장단점을 논하고자 한다.

조세

조세가 장기요양의 주요 공공재원인 제도는 장기요양서비스가 필요한 모든 사람에게 급여를 제공하는(universal) 복구 유럽식 제도와 가난한 사람만을 대상으로 공공부조프로그램을 운영하는 미국식 제도로 크게 나누어 생각할 수 있다. 복구 유럽식 장기요양제도는 주로 빈민을 돕기 위한 사회복지(공공부조) 서비스의 종류와 급여 수준을 점점 확대하는 방식으로 발전하였다. 그래서 일반적으로 그 관리 책임은 지방정부에 있고, 사례관리자(case manager)가 수혜자에게 필요한 서비스를 결정하며, 장기요양서비스는 주로 공공요양기관이 제공하거나 혹은 지방정부와 계약을 맺은 민간요양기관이 독점적으로 제공한다. 대체로 자격 기준은 사회보험 체계에 비해 유동적이며 개인의 서비스필요도(need)를 고려(소득, 비공식 수발자 유무 등)하여 장기요양을 제공하므로 각 개인에 따른 혜택이 명시적이지 않는다는 특징이 있다. 지방정부가 공공부조를 담당하는 경우가 많으므로 지방정부와 중앙정부간 재정 관계가 중요한데, 노인요양의 확대에 따른 재정을 지방정부가 모두 부담해야 한다면 조세에 의한 모든 노인요양의 보장(universal coverage)은 불가능하게 되므로 중앙정부 차원의 재정보조가 필수적이다.

복구 유럽식 제도는 국가 재정에 의존하여 점진적으로 확장되거나 축소되

노인 장기요양 재원조달체계

었으므로 재정이 고소득자나 비공식 수발이 가능한 사람들에게 낭비될 가능성이 적고, 거시 수준에서 양과 질 관리가 용이하다는 장점이 있다. 또한 개인이 최소한의 생활을 유지하는 데 소요되는 비용을 남길 수 있는 수준에서 요양비용을 부담하고 나머지는 정부가 요양비용을 보조하는 방식으로 즉 본인부담금을 소득수준에 따라 차별화할 수 있어 신체 및 경제적 요구를 동시에 고려할 수 있다는 장점이 있다. 반면 공공부문 공급자는 소비자 만족에 대한 지향이 약하고 종사자들이 더 높은 성과를 거둘 인센티브가 적으며 관료적 제공이 비공식적 서비스와 연계되기 어렵다는 단점이 있다.

사회보험

독일이나 일본과 같은 장기요양을 위한 사회보험 체계에서는 일반적으로 육체적·정신적 장애에 따른 객관적인 기준에 따라 급여 자격이 부여되며 각 개인에 대한 혜택이 명시적이고 나아가 소득 수준이나 비공식 수발자 유무가 급여 혜택에 영향을 주지 않는다는 특징이 있다. 또한 혜택이 현금이나 바우처(voucher)를 통해서 제공될 수도 있으므로 서비스나 제공자에 대한 소비자 선택이 더 다양하다. 사회보험은 소득과 상관없이 보험료가 책정되는 민간보험에 비해 재분배나 사회적 연대 효과가 높고, 보험료는 강제적이라 하더라도 가입자가 기여(보험료)와 혜택을 연결하여 인식하는 측면이 조세보다는 강하기 때문에 국민의 보험료 납부 저항이 적을 수 있다. 또한 장기요양서비스에 대해 모든 사람에게 명시적이고 단일한 자격을 부여했다는 것과, 복잡한 사회적 경제적 자격 기준도 없고 공공기관에 의한 임의적 결정도 없으며, 소비자가 그들이 선호하는 서비스를 선택할 수 있고 따라서 공급자들이 요양서비스의 질과 가격에 대해 경쟁할 수 있다는 장점이 있다.

하지만 사회보험은 일반적으로 소득에 비례하여 보험료를 납부하고 거의 모든 국민을 포괄하며 가입자가 장기요양서비스를 필요로 할 경우 소득 수준에 관계없이 급여를 받는 제도이므로 신체적 요구만 고려할 뿐 경제적 요구를 고려하지 않아, 경제적 지불능력이 있는 계층에 대해 급여를 제공하게 되어 자원 낭비라는 비판도 있다. 또한 정부와 보험자와 공급자 조직이 요양비용/예산에 대한 의사결정을 해야 하기 때문에 장기요양 보험의 도입으로 장기요양 관리가 더 복잡해진 측면도 있다 (de Roo et al., 2004). 나아가 보험

료 납부가 어려운 저소득층을 보장하기 위한 비용이 여전히 소요되며 서비스의 적절성을 모니터하기 어렵다는 단점이 있다. 아울러 건강보험과 별도의 체계를 갖는 경우 요양보험과 건강보험 간 서로 비용을 이전하려는 경제적 유인이 있고, 통합적인 서비스를 제공하려는 유인은 적어서 재활 서비스 등이 잘 제공되지 않는 경우가 많다. 또한 세금으로 공공부조를 충당했을 때에 비해 소득 역진적일 가능성이 있고, 혜택 역시 소득 수준이 아닌 신체기능에 따라 제공되므로 재정 수급과 혜택에 있어 형평성의 문제가 제기되기도 한다.

장기요양을 위한 사회보험 체계에서도 조세가 일정한 재원조달 역할을 하기도 한다. 예를 들어 독일은 장기요양보험자가 기존의 건강보험을 담당하는 질병금고(sickness fund)로서 장기요양 재정이 100% 보험료에만 의존하는 순수 사회보험이지만, 일본의 장기요양보험은 사회보험료와 조세의 분담 비율이 동일한, 엄밀하게는 혼합형 모형이다. 이러한 차이를 보인 이유는 일본의 특수한 상황과 역사성(조세가 많은 역할을 하는 의료보험제도의 전통, 장기요양의 보험자인 지방정부 간 재정력 격차 등) 때문으로 볼 수 있다.

민간보험

요양서비스는 의료와는 달리 응급성이 낮고 삶의 질과 관련이 더 높으므로 의료의 경우보다는 공적 재원의 필요성이 상대적으로 더 낮다고 할 수 있다. 예를 들어 의료에 비해 요양서비스에 대해서는 소득 수준이 높은 사람이 더 높은 수준의 서비스를 받는다는 것을 사회적으로 용인하기 더 쉽다. 따라서 민간보험의 역할이 더 커질 수 있지만 실제에서는 민간의료보험과는 달리 민간요양보험의 경우 자발적 가입이 상대적으로 낮게 나타나고 있다.

보험자 측면에서는 인구학적 불확실성, 정보의 불균등에 따른 역선택과 도덕적 위해(moral hazard)가 장기요양에서 민간보험의 발전을 저해하는 요소이다. 수요자 측면에서는 장기요양과 관련된 위험(장기요양을 필요하게 될 확률)에 대한 인식부족, 미래보다 현재 소비를 선호하는 경향, 공식 수발보다 가족을 선호하는 경향, 민간 장기요양보험의 제한된 보장성, 보험료를 납부하기에 부족한 가계 수입, 빈곤층에 대한 공공부조 제공에 따른 민간보험의 필요성 감소 등의 이유로 민간장기요양보험에 가입하지 않으려는 경향이 있다(Wittenberg, Sandhu, & Knapp, 2002). 개인의 능력 및 기여를 중시하는 것

노인 장기요양 재원조달체계

과 사회적 연대와 재분배를 중시하는 것 중 그 사회의 철학과 역사성이 어느 쪽에 가까운가가 적립 방식의 강제적 민간보험을 주요한 재원 구조로 사용할지 부과 방식의 사회보험이나 조세를 주요 재원 구조로 사용할지 결정하는 중요한 요인이 될 것이다.

본인부담

본인부담의 크기는 공공재정 부담에 직접적인 영향을 미침과 동시에 요양대상자의 서비스 이용도에 영향을 미치는데, 공적장기요양제도는 보장성과 공공재정 부담 사이의 균형을 맞추어야 한다. 조세를 통해 장기요양 비용을 충당하는 나라에서도 나라마다 본인부담금 수준이 다른데 전반적으로 영국에 비해 덴마크의 본인부담금이 낮아서 보장성이 더 높다. 이는 사회보험 국가에서도 마찬가지이다. 일본의 개호 보험은 본인부담의 크기가 비용의 약 10%에 불과하여 요양대상자의 경제적 필요를 잘 충족시켜 주는 장점이 있는 반면, 일단 시작되면 급여가 지속적으로 제공될 확률이 높은 장기요양의 특성상 장기요양(개호)보험의 재정에 큰 압박을 준다. 반면 독일의 장기요양보험에서는 수혜자의 실제 요양서비스 이용량에 상관없이 세 가지 요양등급 내에서는 동일한 (정액) 급여액이 주어지므로 본인 부담액이 높고, 기본적인 필요에 대한 최소한의 급여제공이라는 성격이 강하다. 따라서 재정 안정의 가능성이 높지만, 장기간 많은 양의 장기요양 서비스를 필요로 하는 사람들에게는 급여가 불충분하여, 가난한 사람들은 사회보험의 도입 후에도 여전히 정부의 공공부조 프로그램에 의존하게 되는 문제를 야기하기도 한다.

2. 급여 수준 (benefit coverage)

장기요양 제도는 수혜 대상자와 급여 수준(eligibility & entitlements)이 나라마다 다르다. 수혜 대상자는 취약한 노인만 보장하는 국가에서부터 나이와 원인에 상관없이 장기적인 신체 의존성이 있는 모든 사람을 보장하는 국가까지 분포하며, 급여 수준은 개인적이고 실무적인 도움(personal and practical help)만 제공하는 국가가 있는 반면 삶의 질과 관련된 넓은 범위의 서비스(특수 교육, 운송 수단, 지역사회 관계, 정서적 도움)까지 보장하는 국가까지 있

다. 대상자 선정 기준이 단일한지 아니면 다양한 기준에 따라 대상자를 선정 하는지도 각 나라마다 다른데* 단일한 선정 기준을 마련하는 것이 많은 장 점이 있으나 비용억제를 위해선 다양한 추가 기준이 필요하기도 하다(Cuellar & Wiener, 2000). 예를 들면 비공식 수발자가 없거나 소득이 적은 사람들이 혜택을 우선적으로 받는 경우가 조세 모형에서는 보편적이다.

독일의 경우 장애나 육체·정신 질환에 의해 요양이 필요한 사람들을 보장 하는데 혜택은 최소 6개월간 ADL(activities of daily living)을 3단계로 평가 하여 제공된다. 수혜자를 사전 평가하는 것은 질병급고에 소속된 의료인이 담 당하고 있는데, 하지만 자격 기준이 프로그램 시작 후 한 번도 변화가 없어 변화 요구가 크며 특히 치매 등 인지 장애와 관련된 기준에서 그러하다. 독일 에서 사회보험이 너싱홈의 기본 요양, 의료 요양, 치료적 사회 활동은 보장하 지만 침상(방), 음식, 자본 비용은 보장하지 않기 때문에 거주자는 너싱홈 비 용의 최소 25% 정도를 부담하고 있다 (Rothgang, 2002). 일본의 경우 ADL에 기초한 85개 질문의 통계 분석에 따른 알고리즘에 따라 7분류로 급여 수준을 나눈다. 하지만 명문화된 문구로 요양등급을 나눈다는 것은 매우 어려운 일이고, 알고리즘이 주로 너싱홈에 근거하여 만들어졌기 때문에 다른 질환에 적용 할 때 비합리적일 수 있다는 단점이 있다. 각 자격기준에 따른 수혜의 최대액은 표준적 요양계획(model care plans)에 따라 책정된다.

사회보험 제도의 경우 피보험자는 장기요양을 필요로 하는 경우에 재산상 태에 상관없이 급여를 받을 권리가 있으므로 장애등급 판정과 같은 대상자 선정 기준이 매우 중요하고 따라서 신체기능 분류 시스템이 발전해야 한다. 반면 조세 제도의 경우 서비스의 제공이 신체 기능과 재산 상태 등 개인의 상대적인 필요에 따라 결정되므로 혜택의 공평성을 위해서는 대상자를 선정 하는 지방 정부와 공공부문의 능력이나 청렴성에 대한 절대적인 믿음이 있어야 한다. 물론 신체기능 평가의 주체와 구체적인 과정도 중요하다. 독일의 경 우 일본에 비해 도식화된 평가모형보다는 장기요양보험자에 소속된 의료전문 인들이 평가에서 핵심적인 역할을 하고 있으므로 재정 상태에 따라 탄력적으로 판정기준을 운용할 수 있는 가능성이 (일본보다) 높다. 즉 재정 절감의 필요성이 강할 경우에는 대상자 선정을 더 엄격하게 할 수 있을 것이다.

조세로 운영되는 국가의 경우 원칙상 모든 국민이 공공 장기요양체계에

* 일반적으로 사회보험은 단일한 선정기준을 채택하고, 조세는 다양한 추가기준을 설정함.

노인 장기요양 재원조달체계

의해 보장 받는다. 하지만 경기 침체와 정부 재정 압박으로 장기요양을 포함한 사회복지에 대한 비용을 줄이기 위해 자산조사를 강화하거나 표적화 정책(targeting)을 강화하는 경향이 최근에 생기고 있다. 스웨덴의 경우 이미 복지비용이 높기 때문에 스웨덴 체계의 원리를 손상시키지 않고 추가 부담도 없이 제도의 변화를 추구하고 있는데, 예를 들어 대상자를 병이 심하고 장애가 심한 사람으로 한정짓고 덜 의존적인 사람을 위해 민간 서비스와 가족을 통한 비공식 요양을 늘리는 것을 채택하였다(OECD, 2005).

이렇게 국가마다 급여 수준이 차이가 나는 이유는 기존 건강보장 및 사회보장의 급여 수준 등 제도적 유산 그리고 장기요양제도를 사회적 의제가 되게 한 사회문화적 배경, 국가의 정치적 이념의 차이에 기인하는 바가 크다. 예를 들면 독일은 장기요양보험의 도입이 사회보험의 확대 과정이었고 나이보다는 기능에 따른 자격 기준을 만드는 것이 자연스러워 전 연령의 장애에 대한 보험으로 시작하였다. 하지만 일본의 경우 고령화 사회가 중심 의제였기 때문에 40세 이상 연령층이 보험료를 납부하되 40세-64세 연령층은 노인성 질환자(뇌졸중, 파킨슨병, 알츠하이머)로 급여 대상이 한정되었다. 그 결과 40-65세 연령층이 3분의 2정도의 보험료를 납부하지만 전체 급여 중 4%만 받고 있기 때문에 세대 간 형평성 문제가 야기되기도 하였다. 또한 스칸디나비아 국가의 장기요양체계는 전국민 보장(universalism)과 높은 서비스 질이라는 기존 사회복지 체계의 연장선상에 있으며, 미국은 시장을 중시하는 잔여적 복지국가개념이 장기요양체계에서도 드러난다. 이상 국가들의 장기요양 서비스 보장 대상 인구를 요약하면 <표 2>와 같다.

3. 급여 유형: 서비스 급여, 현금 급여

건강보장에서는 의료에 대한 소비자 무지로 인하여 소비자(환자)에 의한 직접적인 서비스 선택에 한계가 있으므로 현금급여보다는 현물(서비스) 급여가 보편적이다. 하지만 장기요양에서는 의료에 비해 소비자 선택이 더 가능하므로, 현금급여를 통해 소비자의 선택권을 보장함으로써 서로 다른 유형의 서비스제공자(공식수발자와 비공식수발자)간 경쟁을 촉진하고 탈 전문화가 가능할 수 있다. 또한 현금 급여는 비공식서비스 제공자에 대한 금전적 보상을 통해 가족에 의한 요양서비스 제공을 촉진시킬 수 있는 장점을 가지고 있고 따

권순만 · 박건희

<표 2> 주요 국가의 장기요양 서비스 보장 대상 인구

국가	보장 대상 인구		
	연령 기준	장애 기준	경제력 기준
독일	모든 연령	care need에 따라 (ADL, IADL기준) 3수준으로 구분	universal
일본	65세 이상 : 모든 장애에 대해 40-64세 : 노인성 질환에 대해	ADL에 기반한 85개의 질문, 통계 분석에 따른 알고리즘에 따라 7분류(부적절, 도움 필요, 돌봄 필요 5단계)로 나눔	universal
네덜란드	모든 연령	지방정부의 책임 하에 있는 RIOS(local need assessment organizations)에서 need assessment 결과에 따라 결정함	universal
덴마크	모든 연령	지방자치체에 따른 다양한 기준	universal
영국	모든 연령	지방자치체에 따른 다양한 기준	universal (NHS의 경우) means-tested (social service, social security benefits의 경우)
미국	medicare	장애인이나 65세 이상 노인	universal
	medicaid	모든 연령	means-tested

라서 요양제공체계가 미비하더라도 요양제도를 시행할 수 있다는 장점이 있다. 하지만 비공식 수발자가 금전적 이득만 취하고 제대로 요양을 해주지 않는 악용의 가능성 그리고 공식 수발자에 비해 비공식수발자가 제공하는 요양의 질이 떨어질 수 있다는 단점 역시 가지고 있다.

독일은 피보험자가 (일단 판정을 통해 급여 대상자가 되면) 현금 급여와 현물 급여 사이에서 선택하게 하였고 공급자의 경쟁을 유발하여 요양서비스 공급의 효율성을 증대하려고 하였다. 현금 급여가 서비스 급여 가치의 절반 이하임에도 불구하고, 장기요양보험 도입의 첫 해에 가장 낮은 장애 등급을 받는 수급자의 80%와, 심각한 장애가 있는 사람의 ⅔가 현금 급여를 선택하여 재정 안정에 크게 기여하였다. 일본에서 장기요양보험을 도입할 때 현금 급여의 도입 여부가 중요한 정책 이슈였다. 하지만 일본에서는, 동양적 문화에서 현금 급여는 머느리와 같은 기존의 비공식수발자에 대한 수발의 기대를 더욱 강화시킬 수 있다는 점 등이 여성운동가들의 반대 주장의 근거였고 결국 현금 급여는 채택되지 않았다 (Campbell & Ikegami, 2003).

급여 유형과 함께 고려할 사항은 사례 관리자(case manager)의 역할이다. 독일의 경우 명시적인 사례관리자가 없고 서비스 수준과 현금 급여 수준이 가족 수발자 능력과 무관하게 설계되었다. 왜냐하면 보험 원리는 비슷하게 장애가 있는 사람에게 같은 서비스를 제공해야 한다는 것이기 때문에 사례관리자 없이 개인의 서비스 요구에 따라 지정된 서비스만 배분하는 방식을 택한 것이다. 현금 급여는 없고 현물 급여만 있는 일본의 경우에 가정 도우미나 데이케어 등 지역사회기반 서비스는 사례 관리자의 도움 하에 진행되는데, 사례 관리자는 치료 계획을 세우고 서비스와 공급자를 선택한다.

덴마크의 경우 70년대 이후 탈시설화 정책이 주를 이루며, 대부분의 지방 정부가 간호사와 가정 도우미를 포함한 통합된 전문가 단위를 통해 서비스를 제공하는데 이는 주택요양이나 시설요양이나 마찬가지다. 임종 직전인 사람이 집에 있기를 원하는 경우 비공식 수발자의 수입을 보전해주고 있지만 연금수급자나 공공 부조 수급자, 학생에게는 지급되지 않는다. 또 특별한 경우에 지방 정부는 배우자나 가까운 친척을 가정 도우미 제공자로 고용하여 봉급을 제공할 뿐 현금급여의 역할은 매우 제한적이다 (Rostgaard, 2003). 미국의 대부분 주에서는 메디케이드가 너싱홈 비용을 보장하는데 현금 급여는 없다.

현금 급여를 통해 비공식 수발자의 역할을 강화하는 것은 경제성 합리성이나 보수적 관점(정치철학)과 관련되며 현실적으로 현금 급여의 역할은 비공식수발자의 대부분을 차지하는 여성의 역할에 대한 각 나라의 인식과 가족복지 정책에 의해서도 크게 영향을 받는다. 현금 급여는 주된 비공식 수발자인 여성이 제공하는 요양서비스에 대해 경제적 가치를 부여한다는 점에서 여성

의 노동력에 대한 보상으로 볼 수도 있다. 하지만 이는 장기적으로는 오히려 여성에 대해 공식적인 노동시장에의 참여 기회를 낮추고 요양 제공의 부담을 장기적으로 고착화시켜 요양의 사회화라는 장기요양제도의 근본 철학과 취지에 어긋난다는 비판 역시 가능하다 (Orloff, 1993). 예를 들어 여성들의 노동 참여를 확대하고 여성이 원하는 경우 요양을 위한 유급 휴가를 허용하는 것이, 여성 스스로 요양제공을 선택할 수 있고 또 그 기회비용에 대한 정당한 보상을 받는 더 바람직한 정책이라는 것이다 (Knijn & Kremer, 1997).

외국 장기요양 재원조달의 교훈과 우리나라의 정책 과제

1. 각국 장기요양제도의 교훈

조세, 사회보험, 민간보험 등 장기요양의 주요 재정 원천의 차이와 급여 수준 및 급여 유형의 차이는 국가의 정치적, 경제적, 사회 이데올로기적, 역사적 경로에 의존하는 경향이 강하고 어느 제도가 절대적으로 우수하다고 말하기 힘들다. 다만 각 국가들의 경험을 통해 어느 정도 보편적으로 적용될 수 있는 교훈을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 장기요양에 대한 수요가 증가함에 따라 OECD 국가의 대부분은 추가적인 조세를 도입하거나 사회보험을 도입하고 있다. 이런 방식이 노인의 고비용 부담을 덜어주고 개인이 당장 혜택을 받을 수 있게 함으로써 노령화에 따른 장기요양의 경제적 위험을 보장할 수 있는 효율적인 방법이라는 사회적 합의가 있기 때문이다.

둘째, 요양비용 증가는 대부분의 나라가 직면한 문제이고 각 나라에서 비용 억제를 위해 나름의 전략을 세우고 있다. 사회보험으로 보장하는 국가는 예방과 재활 전략을 강화하거나 보험료 부담을 확장(특히 연금 수급자에게)하는 전략을 채택하고 있고 세금으로 보장하는 국가는 자산 평가를 강화하고 수혜자 기준을 강화하는 전략을 선택하고 있다. 하지만 소비자가 비용을 분담하는 전국민보장체계(universal system)가, 자산평가에 기초해 경제적 약자에게 혜택을 주는 보장체계보다 재정적 지속가능성이 좋은지 나쁜지는 아직 판단하기 이르다 (OECD, 2005). 또한 장기요양서비스 공급자에 대한 비용 절감 인센티브를 마련하는 방안 역시 적극적으로 고려해야 할 것이다.

노인 장기요양 재원조달체계

셋째, 예방과 재활의 요구 증가, 여성의 사회적 지위 확대와 개인화가 가속될 전망에서 개인 수발의 수요 증가, 시설 입원보다는 가정 및 지역사회에 기초하여 제공되는 요양 수요 증가, 가사 환경 변화, 인터넷 등 새로운 기술을 포함한 총체적 서비스(holistic care)에 대한 수요 증가 등 새로운 수요에 적극 대처할 수 있어야 한다.

넷째, 재정에 있어 민간 영역을 잘 활용해야 한다. 대부분의 국가에서 민간 장기요양보험은 일차 보장으로는 제한된 역할을 하지만 더 좋은 질의 요양과 편안함을 위해 자발적 보충 민간보험의 수요가 증가할 수 있고, 미국과 같이 시장 중심의 잔여적 복지 체계의 국가에서는 강제적인 민간보험이 장기요양의 중요한 재정 원천이 될 수 있을 것이다. 현금급여를 통한 비공식 수발의 역할 유지도 역시 재정안정화에 있어서 중요한 정책 수단이 될 것이다.

2. 우리나라 장기요양 재원조달의 정책 과제

장기요양에 대한 사회보험의 본격적인 도입이 눈앞으로 다가온 상황에서 우리 실정에 맞는 합리적인 보험료 수준과 보장 수준, 급여 유형, 다양한 재원의 역할과 균형 등을 결정하는 것이 필요하다. 외국의 경험을 토대로 우리나라 공적장기요양제도의 정책 방향을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 가족의 역할 그리고 가정 중심 요양의 중요성이다. 장기요양제도가 요양서비스의 사회화를 추구하는 제도이기는 하지만, 우리나라의 문화 그리고 제도의 재정 여건을 고려하면 가족이나 비공식 수발의 역할을 하루아침에 포기하기는 어렵다. 나이가 삶의 질과 관련해 요양시설보다는 지역사회 중심 그리고 가정 중심의 요양을 활성화할 필요가 있다. 이와 관련해서 현금급여의 역할이 중요할 것이다. 즉 피보험자가 현물급여와 현금급여(현금 급여의 수준은 현물급여보다 낮게 설계, 예를 들어 독일에서는 약 절반) 중 선택할 수 있게 함으로써 현금급여를 비공식수발자 보상에 사용할 수 있게 한다면 비공식 수발의 보존 혹은 요양서비스의 탈시설화에 기여할 수 있을 것이다.

둘째, 급여 수준의 적절성에 대한 고려가 필요하다. 노령인구의 비중이 아주 높지 않은 상황에서는 가능하면 보수적인 관점에서 급여를 설계하여 기본적인 수준의 최소 급여에서 시작하는 것이 바람직하다. 예를 들어 향후 국민연금제도가 정착되면 노인 소득 보장의 문제가 완화되므로 장기요양제도의

부담은 약간 경감될 수도 있다. 제도가 성숙되기 이전에는 일정 기간동안 제도의 수입에 비해 지출이 적어 자칫 수입에 비해 급여를 높게 설계할 우려 범할 가능성이 있음을 주의할 필요가 있다. 나아가 기존 건강보험제도 급여와의 형평성도 고려할 필요가 있다. 의료와 요양이 가지는 제반 특성의 차이로 인해 공적재원체계의 비중이 장기요양에서보다는 의료보장에 있어서 더 크기 때문이다. 이러한 정책적 고려를 위해서는 (독일과 같은) 정액 급여를 제도화하거나 혹은 본인부담을 개인의 경제력과 연동시키는 것이 필요하다.

셋째, 제도가 포괄하는 인구의 범위에 대한 고려이다. 장기요양보험에서의 급여 혜택은 모든 연령의 장애에 대한 급여로 제공되는 것이 바람직하다. 사회 연대적 차원이외에도, 모든 연령층을 포괄하는 제도에서는 젊은층의 보험료 저항이 없을 것이고, 나아가 그들은 보험료 부담을 하지만 급여 혜택은 노인층에 비해 적어 장기요양보험의 재정안정에도 도움을 줄 수 있다.

넷째, 재원구조의 다변화이다. 의료와 장기요양은 사회적 위험분산의 우선 순위와 개인 책임의 상대적 중요성이 다를 수 있다는 점, 따라서 사회보험제도 도입에 대한 국민들의 수용성이 다를 수 있다는 점 등을 고려할 때 장기요양의 재원조달을 전적으로 공공부문에 의지하기 보다는 다양화하는 것이 필요하다. 즉 공공재원조달을 주 원천으로 하되, 공공제도의 책임과 함께 개인의 책임 역시 강조하고, 제도를 설계하는데 있어 의료보험보다는 본인부담의 크기가 더 높을 수 있으며, 강제저축이나 민간보험과 같은 보조적 재정 원천을 활용하는 것이 필요하다. 나아가 장기요양의 요구는 인구 고령화에 따라 높아지므로 의료에 비해 그 수요를 상대적으로 쉽게 예측할 수 있고 대비할 수 있는 기간 역시 길기 때문에 (강제) 개인 저축이 장기요양에 대한 재원조달을 다양화하는데 있어 중요한 역할을 할 수 있다.

결 론

우리나라는 고령화와 저출산으로 인한 급격한 인구학적 변화를 겪고 있으며 가족 관계의 변화, 여성의 노동참여 증가 등 사회경제적 변화도 겪고 있어 장기요양재정 및 공급에 대한 사회화가 매우 중요한 사회적 이슈가 되고 있다. 따라서 노인요양에 대한 수요가 급증하리라 예상되는 반면 공공영역과 민간영역 모두에서 장기요양 서비스 재정이나 공급이 부족한 실정이다. 또한 전

노인 장기요양 재원조달체계

국민을 대상으로 하는 사회보험인 건강보험이 존재하고는 있지만 그 보장율은 60%에 못 미치며, 장애인이나 노인에 대한 사회복지프로그램의 보장 수준도 낮은 편이다.

현실적으로, 장애인 복지나 노인 복지 등 사회복지 차원에서 조세를 통해 장기요양 재정을 확충하여 스칸디나비아 국가와 같이 장기요양 서비스를 무료로 제공하는 방안(혹은 일부 자산조사 도입)이 많은 장점이 있으나, 이는 기존 사회복지체계와 정부 재원의 획기적인 변화 없이는 불가능한 방식으로 생각된다. 우리나라는 비록 보장성은 낮지만 전 국민을 포괄하고 있는 건강보험이 있기 때문에 장기요양 재정 체계를 수립하는 데 있어 기존 건강보험의 틀을 이용하는 것이 그 정책 수행을 용이하게 도와줄 수 있을 것이다. 다만 증가하는 장기요양에 대한 위험을 보장하기 위한 별도의 재정 체계를 수립하면서 별도의 보험료를 책정하는 것이 장기요양의 의료화(medicalization)를 방지하고 또 국민들이 새로운 제도를 수용할 수 있는 더 용이한 방법이 될 수 있을 것이다. 다만 구체적인 제도의 설계에 있어서, 사회보험과 공공부조와의 역할 분담, 급여의 수준, 현금 급여의 활용, 보장 인구의 범위, 재원 구조의 다양화와 같은 핵심적인 정책 이슈에 대한 현명한 판단이 요구된다.

참 고 문 헌

- Campbell, J., & Ikegami, N. (2003). Japan's radical reform of long-term care. *Social Policy and Administration*, 37 (1), 21-34.
- Campbell, A., & Morgan, K. (2003). *Federalism, risk pooling and social policy: The politics of long-term care in Germany and the US*. A draft paper for ISA RC 19 Conference, University of Toronto, Canada.
- Cuellar, A., & Wiener, J. (2000). Can social insurance for long-term care work? The Experience Of Germany. *Health Affairs*, 19 (3), 8-25.
- de Roo, A., Chambaud, L., & Guntert, B. (2004). Social health insurance systems in western Europe. In R. Saltman, R. Busse, & J. Figueras (Eds.), *European Observatory on Health Care Systems* (pp. 281-298). London: Open University Press.
- European Observatory on Health Care Systems (2004). *Health Care*

- Systems in Transition, *France*.
- Healy, J. (2002). The care of older people: Australia and the UK. *Social Policy and Administration*, 36 (1), 1-19.
- Ikegami, N., & Campbell, J. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care system. *Social Policy and Administration* 36 (7), 719-734.
- Karlsson, M., Mayhew, L., Plumb, R., & Rickayzen, B. (2004). An international comparison of long-term care arrangements: An investigation into the equity, efficiency and sustainability of the long-term care systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States, *mimeo*.
- Knijjn, T., & Kremer, M. (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship. *Social Politics*, Fall, 328-361.
- OECD. (2005). *Long term care policies for older people*.
- Orloff, A. (1993). Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relationships and welfare states. *American Sociological Review*, 58, 303-328.
- Peng, I. (2003). *Explaining the 1990s social care expansion in Japan: The new politics of welfare state?* A draft paper for ISA RC 19 Conference, University of Toronto, Canada.
- Robinson, R. (2001). *The finance and provision of long term care for elderly people in the UK: Recent trends, current policy and future prospects*. Mimeo, London School of Economics.
- Rostgaard, T. (2003). *Principles of autonomy, continuity and coordination - long-term care for the elderly in denmark*. Paper presented at the Kyobo Symposium, Seoul, Korea.
- Rothgang, H. (2002). Long-term care in Germany: projections on public long-term care insurance financing. In Conrad & Luetzeler (Eds.), *Aging and social policy: A German-Japanese comparison* (pp. 251-274). *Indicium*.

- Scheil-Aldung, X. (2003). *Towards sustainable health and long-term care schemes in ageing societies: The case for a rethink of policy paradigms in France, Germany, Japan and the Netherlands*. Paper presented at the 4th International Research conference on Social Security. Antwerp, Belgium.
- Schneider, U. (1999). Germany's social long-term care insurance: Design, implementation and evaluation, *International Social Security Review* 52 (2), 31-74.
- Stuart, M. (2001). Home and Community-based long-term care: lessons from denmark, *The Gerontologist*, 41 (4), 474-480.
- Wiener, J., Estes, C., Goldenson, S., & Goldberg, S. (2001). What happened to long-term care in the health reform debate of 1993-1994?: Lesson for the future. *Milbank Quarterly*, 79 (2), 207-252.
- Wittenberg, R., Sandhu, B., & Knapp, M. (2002). Funding long-term care: the public and private options, *Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system series*, pp. 226-249.

**Long-term Care Financing for the Elderly:
Policy Options and Challenges**

Soonman Kwon and Kunhee Park
Department of Health Policy and Management
School of Public Health
Seoul National University

This paper aims to classify long-term care (LTC) financing in developed countries and examine policy options and challenges for Korea. Financing for elderly LTC has been influenced by history and path dependence associated with welfare state development, relationship with existing health care financing and public assistance, culture, political ideology, etc. Social insurance for LTC can be separate from health insurance (Japan & Germany) or an extension of health insurance to LTC (France & Netherlands). Tax-based financing for LTC have developed by extending the public assistance program in its population and benefit coverage, which takes into account not only the physical functions but also economic status of the beneficiary. Tax-based system varies in terms of universal coverage (Scandinavian countries), near-universal coverage (UK), and program based on means test and residualism (US). In the design of LTC insurance, Korea needs to consider the role of cash benefits for informal care, level of benefits, diversification of funding sources, and whether to cover all types of disability rather than age-related LTC.

(원고접수일: 2006년 3월 8일)

(수정원고접수일: 2006년 5월 2일)

(원고게재승인일: 2006년 5월 26일)