

연구 2005-16

# OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의

최은영, 권순만, 김찬우, 강주희

한국보건사회연구원

# OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의

최은영(한국보건사회연구원 책임연구원)

권순만(서울대 보건대학원 교수)

김찬우(가톨릭대 사회복지학과 교수)

강주희(한국보건사회연구원 연구원)

한국보건사회연구원

## 머 리 말

급속히 진행되는 고령화 추세로, 향후 노인인구의 증가뿐만 아니라 노인인구의 건강문제, 특히 장기요양을 필요로 하는 노인성질환의 문제에 어떻게 대처해 나갈 것이냐는 우리나라를 비롯, 전 세계가 당면한 과제로 등장하고 있다. 뿐만 아니라 핵가족화, 여성의 사회활동 확대, 노인이 필요로 하는 보호기간의 장기화 등으로 개인 혹은 가정에 의한 요양보호에 의존하기 힘들어 지고 있는 상황이다.

그러나 한국은 재정의 마련과 운영 방법, 시설·인력 측면의 인프라구축 미비 등 실제 제도시행을 앞두고 여러 가지 난제를 안고 있는 것이 현실이다. 아울러, 우리나라의 노인장기요양정책을 준비하는 일련의 과정에서 다른 나라들의 경험과 역사적 맥락이 충분히 비교·검토되지 못했고, OECD 주요 국가에서 조세, 보험, 부조방식 등 다양한 장기요양서비스를 개발하고 시행하는 과정에서 나타난 다양한 쟁점과 제도선택·발달과 관련된 요인들이 포괄적으로 분석되지 못하였다.

이에 본 연구는 이미 건강상의 문제가 발생하여 장기요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 한 OECD 국가들의 요양제도와 체계를 분석하여, 우리나라 공적 노인요양보장제도의 장기적인 제도안정성과 지속성(sustainability)을 확보하기 위해 반드시 고려하여야 할 정책요소를 파악하고, 타국의 경험을 통해 한국의 제도 시행 초기의 예상치 않았던 문제점 발생을 최소화 할 수 있도록 정책함의를 이끌어 내고자 하였다.

본 보고서는 최은영 책임연구원의 책임하에 작성되었으며, 협동연구진으로 권순만 서울대학교 보건대학원 교수, 김찬우 가톨릭대 사회복지학과 교수가 참여하였고, 연구원에서 강주희 연구원이 참여하였다. 이들 연구진의 집필 내역은 다음과 같다.

제1장 서론 (최은영)

제2장 한국 노인요양보장제도의 필요성과 논의(최은영)

제3장 OECD 18개국의 노인장기요양서비스의 특성과 동향(최은영, 강주희)

제4장 OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교

제1절 공공-민간 공급체계(권순만)

제2절 서비스 기능의 분화와 통합(김찬우)

제3절 급여의 구성과 보호방식(최은영)

제4절 재정분담 및 지출구조(최은영)

제5절 서비스인력 양성 및 공급(최은영, 김민아)

제6절 케어수발자 노동가치 인정 및 보상(최은영)

제5장 국가비교를 통한 주요함의(최은영)

부록(최은영, 정창률)

연구진은 본 보고서를 읽고 좋은 의견을 주신 선우 덕 부연구위원과 김성희 책임연구원, 김원중 보건복지부 팀장, 김진수 연세대학교 교수, 이준영 서울시립대학교 교수에게 감사하고 있다. 아울러, 다양한 자료를 꼼꼼히 정리해 준 김민아(연세대 사회복지대학원 재학), 정창률(영국 유학중), 유은주(연세대 사회복지대학원 졸업)씨에게도 감사의 뜻을 전한다.

2005년 12월

한국보건사회연구원

원 장 김 용 문

## 목 차

|                                        |     |
|----------------------------------------|-----|
| 요 약 .....                              | 13  |
| 제1장 서론 .....                           | 43  |
| 제2장 한국 노인요양보장제도의 필요성과 논의 .....         | 55  |
| 제3장 OECD 18개국의 노인장기요양서비스의 특성과 동향 ..... | 96  |
| 제4장 OECD국가의 노인장기요양서비스 체계 비교 .....      | 133 |
| 제1절 장기요양서비스체계와 공공-민간의 역할 .....         | 133 |
| 제2절 서비스 기능의 분화와 통합 .....               | 166 |
| 제3절 급여의 구성과 보호방식 .....                 | 211 |
| 제4절 재정분담 및 지출구조 .....                  | 246 |
| 제5절 서비스 인력양성 및 공급 .....                | 270 |
| 제6절 케어수발자 노동가치 인정 및 보상 .....           | 283 |
| 제5장 국가 비교를 통한 주요 합의 .....              | 311 |
| 참고문헌 .....                             | 324 |
| 부    록 .....                           | 333 |

## 표 목 차

|                                                    |     |
|----------------------------------------------------|-----|
| 〈표 1-3- 1〉 OECD 국가의 노인인구 및 초고령인구 비율 .....          | 50  |
| 〈표 1-3- 2〉 OECD 국가의 장기요양프로그램 현황 및 주요특성 .....       | 52  |
| 〈표 2-1- 1〉 연령계층별 인구 및 구성비 추이 .....                 | 56  |
| 〈표 2-1- 2〉 65세 이상 고령인구 추이 .....                    | 57  |
| 〈표 2-1- 3〉 도시·농촌의 65세 이상 인구 비교 .....               | 58  |
| 〈표 2-1- 4〉 노년부양비 및 노령화지수 .....                     | 59  |
| 〈표 2-1- 5〉 평균수명 추이 .....                           | 60  |
| 〈표 2-1- 6〉 65세 이상 인구의 혼인상태별 분포(2000) .....         | 61  |
| 〈표 2-1- 7〉 65세 이상 인구의 세대구성별 분포 .....               | 62  |
| 〈표 2-1- 8〉 일상생활 동작능력(2003) .....                   | 63  |
| 〈표 2-1- 9〉 연간 만성질환 유병률(2001) .....                 | 64  |
| 〈표 2-1-10〉 장애 출현율(2000) .....                      | 65  |
| 〈표 2-1-11〉 60세 이상 사망자의 사인순위(2003) .....            | 66  |
| 〈표 2-1-12〉 노인복지 관련 예산 추이 .....                     | 67  |
| 〈표 2-1-13〉 65세 이상 노인의료비 증가 추이 .....                | 68  |
| 〈표 2-1-14〉 노인문제에 대한 인식 .....                       | 69  |
| 〈표 2-1-15〉 받고 싶은 복지서비스(2002) .....                 | 70  |
| 〈표 2-2- 1〉 요양보호 대상자 및 재정추계 .....                   | 74  |
| 〈표 2-2- 2〉 등급별 요양인정시간 및 분포 비율(안) .....             | 79  |
| 〈표 2-2- 3〉 시범사업 최종 선정 지역 .....                     | 91  |
| 〈표 2-2- 4〉 시범사업 추진체계 .....                         | 92  |
| 〈표 4-1- 1〉 장기요양 서비스 제공의 공공, 비영리 민간, 영리 민간 비율 · 150 |     |
| 〈표 4-1- 2〉 주요 국가의 장기요양 공급체계 요약 .....               | 151 |

|                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------|-----|
| 〈표 4-2- 1〉 케어의 연속망 관점에서 본 뇌졸중(stroke)과 치매환자를 위한<br>필요서비스 ..... | 174 |
| 〈표 4-2- 2〉 통합적 케어 구축을 위한 OECD 국가의 전략 .....                     | 182 |
| 〈표 4-2- 3〉 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어 매니지먼트 비교 ...               | 211 |
| 〈표 4-3- 1〉 OECD 국가별 65세 이상 노인인구 대비 장기요양보호서비스<br>수급자 비율 .....   | 212 |
| 〈표 4-3- 2〉 요양원의 방 크기 .....                                     | 217 |
| 〈표 4-3- 3〉 재가요양 관련 최근 연구의 동향 .....                             | 219 |
| 〈표 4-3- 4〉 비공식 수발자 고용 및 인정을 위한 현금관련 급여 .....                   | 235 |
| 〈표 4-3- 5〉 장애를 가진 재가노인을 지원하기 위한 최근의 동향 .....                   | 239 |
| 〈표 4-3- 6〉 너싱홈의 질 향상을 위한 정책 .....                              | 245 |
| 〈표 4-3- 7〉 재가보호 서비스의 질 향상을 위한 정책 .....                         | 245 |
| 〈표 4-4- 1〉 장기요양서비스를 위한 주요 공공재원 조달방식 .....                      | 246 |
| 〈표 4-4- 2〉 장기요양보호의 공공, 민간 지출의 GDP 대비 비율 (2000) ....            | 248 |
| 〈표 4-4- 3〉 장기요양 지출액 .....                                      | 254 |
| 〈표 4-4- 4〉 장기요양 지출액의 GDP 대비 비중 .....                           | 256 |
| 〈표 4-5- 1〉 주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능 .....                      | 273 |
| 〈표 4-5- 2〉 일본 거택서비스사업소의 직종별 상근환산 종사자 .....                     | 276 |
| 〈표 4-5- 3〉 미국과 일본의 직업별 임금 비교 .....                             | 277 |
| 〈표 4-5- 4〉 공공 서비스 인력의 전공영역 및 전문성 제고를 위한 정책 비교 ...              | 280 |
| 〈표 4-6- 1〉 케어 수혜자와 비공식적 케어제공자와의 관계 .....                       | 284 |
| 〈표 4-6- 2〉 비공식 수발관련 최근 연구의 동향 .....                            | 286 |
| 〈표 4-6- 3〉 비공식적 수발자를 위한 수당(payments for informal care) 현황 ..   | 290 |
| 〈표 4-6- 4〉 비공식적 장기요양보호에 대한 수당 및 세금 감면 .....                    | 292 |
| 〈표 4-6- 5〉 OECD 국가의 수발지원 정책 .....                              | 294 |
| 〈표 4-6- 6〉 비공식 수발자에 대한 비(非)금전적 지원(스웨덴) .....                   | 304 |
| 〈표 4-6- 7〉 비공식적 수발자를 위한 교육과 훈련 프로그램 .....                      | 309 |
| 〈표 5-1- 1〉 각국의 노인장기요양보호 공공재원 조달방식(2003) .....                  | 311 |

|                                                 |     |
|-------------------------------------------------|-----|
| 〈표 5-1- 2〉 공공부담 대 민간부담(GDP 대비 비중 : 2000년) ..... | 312 |
| 〈표 5-1- 3〉 주요 5개국 노인장기요양보호 운영현황 .....           | 316 |

## 그림목차

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| [그림 1-1- 1] 의료 대비 장기요양 비용의 연령별 프로파일의 차이 ..... | 44 |
| [그림 1-1- 2] 케어제공의 모형 .....                    | 45 |
| [그림 2-1- 1] 연령계층별 인구 구성비 추이 .....             | 56 |
| [그림 2-1- 2] 인구 고령화속도 국제 비교 .....              | 57 |
| [그림 2-1- 3] 도시·농촌의 65세 이상 인구비율 .....          | 58 |
| [그림 2-1- 4] 노년부양비 및 노령화지수 추이 .....            | 59 |
| [그림 2-1- 5] 65세 이상 인구의 혼인상태별 분포(2000) .....   | 61 |
| [그림 2-1- 6] 65세 이상 인구의 세대구성별 분포(2000) .....   | 62 |
| [그림 2-1- 7] 연간 만성질환 유병률(2001) .....           | 64 |
| [그림 2-1- 8] 장애 출현율(2000) .....                | 65 |
| [그림 2-1- 9] 노인복지 관련 예산 추이 .....               | 67 |
| [그림 2-1-10] 65세 이상 노인의료비 증가 추이 .....          | 68 |
| [그림 2-1-11] 받고 싶은 복지서비스(2002) .....           | 70 |
| [그림 2-2- 1] 시범사업 실시체계 .....                   | 78 |
| [그림 2-2- 2] 요양보호 평가판정 흐름도 .....               | 81 |
| [그림 2-2- 3] 케어플랜 작성절차 .....                   | 83 |
| [그림 2-2- 4] 요양비용 청구·심사·지급 체계 .....            | 88 |
| [그림 2-2- 5] 현행 제도와 시범사업 서비스 이용절차 비교 .....     | 89 |



|             |                                                    |     |
|-------------|----------------------------------------------------|-----|
| [그림 4-2- 1] | 미국 장기요양 서비스의 범위 .....                              | 171 |
| [그림 4-2- 2] | 장기요양 모델과 대상자의 역할 .....                             | 176 |
| [그림 4-3- 1] | 재가보호와 시설보호의 재정투자 비율교차 .....                        | 214 |
| [그림 4-3- 2] | 공공 재가보호와 중고령 여성의 취업률 .....                         | 215 |
| [그림 4-3- 3] | 65세 이상 노령인구 1000명당 장기요양 병상 .....                   | 216 |
| [그림 4-3- 4] | OECD 국가의 공식/비공식 케어의 비중 및 소비자 선택정도 ...              | 218 |
| [그림 4-3- 5] | 장기요양 시설의 민간/공공 비율 .....                            | 230 |
| [그림 4-3- 6] | 노인의 장기요양서비스 이용자의 시설/재가 비중(2000) .....              | 230 |
| [그림 4-3- 7] | 장기요양 서비스의 공공예산 대비 비중 .....                         | 238 |
| [그림 4-3- 8] | 수요자 선택지향 정책의 평가 .....                              | 239 |
| [그림 4-4- 1] | 장기요양보호 지출의 GDP비율 .....                             | 249 |
| [그림 4-4- 2] | 80세 이상 인구와 지출수준 .....                              | 250 |
| [그림 4-4- 3] | 주요 OECD 국가별 장기요양보호 공적지출 중 재가서비스<br>비중의 변화 추이 ..... | 251 |
| [그림 4-4- 4] | 약물 관련 지출수준 .....                                   | 252 |
| [그림 4-4- 5] | 약물 관련 지출의 증가추이 .....                               | 252 |
| [그림 4-4- 6] | 예방 및 공공의료지출의 전체 의료비지출대비 비중 .....                   | 252 |
| [그림 4-5- 1] | 인구 1000명당 내과 의사 수 .....                            | 271 |
| [그림 4-5- 2] | 인구 1000명당 간호사 수 .....                              | 272 |
| [그림 4-5- 3] | 일본 인력양성 과정 및 교육체계 .....                            | 275 |
| [그림 4-5- 4] | 보살핌의 사회적 경로 .....                                  | 279 |
| [그림 4-6- 1] | 비공식적 케어제공자가 겪는 어려움(오스트리아) .....                    | 286 |

## Abstract

### Issues in Long-term Care Services in OECD Countries and Implications for Korea

Long-term care systems provide a range of services for people who, because of a physical or mental disability, has to depend on assistance in activities of daily living. The Korean government has announced that it will introduce by 2008 a social insurance-type elderly long-term care, whose first pilot project has currently been conducted at 6 sites.

This study attempts to explore recent key issues associated with the implementation of the long-term care system and with ways to improve the performance of long-term care services in selected OECD countries. In all the OECD countries, long-term care is a hotly debated policy issue largely because the demand for it is expected grow as population ages. Together with current concerns to improve the quality of care, to enhance consumer choice, and to compensate informal care-givers' labour and burdens, this is likely to pose continuing challenges for national policy makers seeking to balance provision of quality care with sustainable cost to both public and private budgets.

This study reviewed recent trends in each country as well as in several policy areas such as partnership between public and private- both non-profit and profit, care coordination efforts and care management systems, characteristics of home care and institutional care, funding schemes, education/training systems for care-workers, and cash/in-kind services for informal care-givers. Several reforms for securing equity as well as efficiency in OECD countries are also explored. This study provides valuable information on the long-term care systems in OECD countries and brief policy implications for Korea.

## 요 약

### 1. 연구의 필요성 및 목적

- 급속히 진행되는 고령화 추세로, 향후 노인인구의 증가뿐만 아니라 노인인구의 건강문제, 특히 장기요양을 필요로 하는 노인성질환의 문제에 어떻게 대처해 나갈 것이냐는 우리나라를 비롯, 전 세계가 당면한 과제로 등장하고 있음. 뿐만 아니라 핵가족화, 여성의 사회활동 확대, 노인이 필요로 하는 보호기간의 장기화 등으로 개인 혹은 가정에 의한 요양보호에 의존하기 힘들어지고 있는 상황임. 우리나라는 2003년 3월에 공적노인요양보장추진기획단을 설치·운영하여 노인요양보장제도의 기본골격(안)을 마련하고, 2004년 3월부터 공적노인요양보장제도 실행위원회를 구성·운영하여 기본요강을 마련하였으며, 2005년 5월에는 당정협의를 거쳐 2007년 7월부터 노인요양보장제도를 도입키로 확정함. 이 후 2005년 9월 동 제도를 수정한 노인수발보장법(안)을 발표하고, 2008년으로 제도의 도입 시기를 1년 늦춤.
- 그러나 한국은 재정의 마련과 운영 방법, 시설·인력 측면의 인프라구축 미비 등 실제 제도시행을 앞두고 여러 가지 난제를 안고 있는 것이 현실임. 우리보다 앞서 요양보험을 도입한 국가 중 일본의 경우는 10년 동안 인프라구축을 준비한 후 개호보험을 도입하였음에도 불구하고, 시설 입소수요를 충족하지 못하여 대기자가 누적되는 문제를 안고 있음. 종합적인 서비스를 포괄하는 종합보험이 아니라, 개인과 가족의 개인적·재정적 부담완화를 목적으로 급여내용의 범위가 좁은 독일의 경우도, 재정적 안정성을 기대하기 어려운 상황임. 이러한 타국의 경험을 감안한다면, 시설서비스 2종과 재가서비스 5종으로 시작되는 한국의 노인요양보장제도 역시 다양한 문제점을 갖게 될 것으로 예상됨.

- 한편, 우리나라의 노인장기요양정책을 준비하는 일련의 과정에서 다른 나라들의 경험과 역사적 맥락이 충분히 비교·검토되지 못했고, OECD 주요 국가에서 조세, 보험, 부조방식 등 장기요양서비스를 개발하고 시행하는 과정에서 나타난 다양한 쟁점과 제도선택과 관련된 요인들이 포괄적으로 분석되지 못하였음.
- 이에 본 연구는 이미 건강상의 문제가 발생하여 장기요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 하는 OECD 국가들의 요양제도와 체계를 분석하여, 우리나라 공적노인요양보장제도의 장기적인 제도안정성과 지속성(sustainability)을 확보하기 위해 반드시 고려하여야 할 정책요소를 파악하고, 타국의 경험을 통해 한국의 제도 시행 초기의 예상치 않았던 문제점 발생을 최소화 할 수 있도록 정책함의를 이끌어 내고자 함. 특히 평가판정과 케어플랜 등의 제도는 2010년부터 제도화 될 예정이어서 OECD 타국의 경험을 면밀히 검토하는 것이 한국의 제도정착에 기여하고 활용도가 높을 것으로 판단됨.

## 2. OECD의 노인장기요양서비스 쟁점 및 특성

- OECD 국가들의 장기 요양 제도는 더 나은 질의 서비스를 보다 저렴하게 공급하여 이용자들의 증가하는 기대에 부응하고자 하고 있음. 베이비 붐 세대가 고령층이 될 향후 30년 동안 이 서비스 수요는 급속하게 증가할 것임. 동시에 장기요양 서비스의 다양화가 OECD 국가들의 최근 추세임. OECD 국가들 내에서는 장기 요양서비스를 욕구가 있는 사람들에게 보편적으로 제공하려는 경향을 보이고 있음. 몇몇 나라는 최근 10년간 서비스 전달의 파편화를 극복하는 공공 프로그램, 혹은 여러 지역과 인구 집단을 포괄하여 재원을 지원하는 결정적인 진보를 이루었음. 대부분의 나라는 조세 방식인 반면 몇몇 나라(독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드)에서는 사회보험 방식을 택하고 있음.
- 아직은 장기 요양제도에 대한 지출의 비중은 낮은 편이며, 사회보장 예산의

10~20% 정도만이 장기요양서비스와 건강보험(health care)에 사용되고 있음. 그러나 향후 빠르게 증가할 것으로 예측됨. 나라마다 비용 지출 차이가 있는데 최근 OECD 분석에 포함된 국가 중 7개 국가에서는 GDP의 0.8%~2.9% 정도를 지출하고 있고 나머지 12개 국가에서는 GDP의 0.2%~1.5% 정도로 다양함. 이러한 국가별 지출비용의 다양성은 서비스 적용 범위에 의해서 가장 크게 좌우되며, 서비스의 질이나 사적 서비스 이용에 따라 그 차이가 더 커지기도 함. 결론적으로 노인 인구가 많은 국가들은 장기요양서비스 지출 측면에서 비슷한 양상을 보이고 있으며 향후 OECD국가들의 장기요양 서비스는 공적자원과 사적자원이 결합된 형태로 나아갈 것이라 예상됨.

- 장기요양제도는 여타 건강관련 서비스나 사회서비스, 가족이나 친구들에 의해 제공되는 사적 서비스와 함께 많은 개혁과 변화를 필요로 하고 있음. 장기요양제도가 직면하고 있는 문제는 재활과 장기요양에 대한 환자와 그 가족들의 서비스 만족도를 높이고 비효율적인 자원운용을 개선하는 것임. 장기요양의 연속성(continuum) 역시 가정과 지역사회에서 요양을 받는 사람들을 위해서 매우 중요함. 노인을 집에서 가능한 한 오랫동안 머물게 하는 것이 노인의 상태를 호전시키는데 크게 도움이 되는데, 이를 위해서는 이용 가능한 서비스의 범위를 넓혀야 하며 가족들에게는 전문적인 가이드를 제시해주어야 함. 장기요양의 연속성을 향상시키는 정책은, 정책적인 우선순위에 포함되어 여러 수단을 통해서 많은 나라에서 추진되어왔음. 성공적인 예로는 각 전문분야별 서비스 평가팀을 만들어 개인적으로 가장 적합한 서비스를 제공해주는 것임. 장기요양서비스의 통합적 자금조달은 건강보험이나 사회 예산, 정확한 사례관리와 함께 지역사회 수준에서 서비스 조정의 비용 효율적으로 이루어지는데 중요함.
- 더욱 뚜렷해지고 있는 장기요양제도의 정책목표는 재가요양서비스(home-based care)의 발달에 있으며 이는 가정 내에 있는 노인들의 생활을 더 용이하게 하는 것을 포함함. 게다가 서비스 확장과 더불어, 비공식적 요양서비스에 대한 인정(예를 들어 케어노동에 대한 연금 크레디트를 주는 것)이 새로운 정

책 흐름을 주도하고 있음. 물론 장점도 있지만 이 정책은 케어에 주어지는 인센티브의 혜택을 받기 위해 다수의 50대가 노동 시장을 떠날 수도 있어, 이로 인해 파생되는 노동력 부족 및 노동경력 단절의 문제점을 제기하기도 함.

- 가정에서 요양하는 사람들을 위해 지난 10년 동안 많은 OECD국가들에서 여러가지 현금 급여 프로그램이 개발되어왔음. 개인 소비자에게 직접 케어 보조를 해준다던지, 아니면 현금급여와 케어 중에서 개별적으로 선택을 할 수 있는 기회를 부여하던지, 또는 비공식적 케어제공자에게 급여보조를 해주는 것 등 다양함. 이들 프로그램들은 아직 대부분 실험단계이고 작은 영역에 불과함. 그러나 몇몇 보편화 시도도 이루어지고 있음. 공공 기금 방식으로 장기 요양 서비스를 제공하는 공적 방식이 그것임(오스트리아, 독일). 이러한 정책 추진력으로 인해 요양이 필요한 사람들이 집에 더 오래 머물 수 있게 되었음. 소비자들의 선택은 자기 결정권과 만족을 증진시킬 수 있음. 선택사항이 늘어나면 전통적인 서비스와 비교시 같은 비용으로 더 나은 질의 서비스를 제공할 수 있다는 조사결과도 있음. 요양 제공자(care-giver)를 지원하는 추가 서비스는 여전히 더 개발·지원될 필요가 있음.
- 노인 장기 요양 서비스의 변화속에서도 서비스의 질은 서비스 이용자들이나 그 가족들의 기대를 충족시키지 못하는 경우가 많음. 요양 시설이 요양욕구에 적합하지 않거나, 재가서비스 제공자의 사교성 부족, 사생활 침해 등의 문제점이 지적됨. 그리고 노인의 만성적 고통, 우울증, 욕창 등을 적절한 치료방식이나 약품으로 관리해주지 못하는 것도 서비스 결점으로 거론됨. 장기 요양제도의 질을 높여 이용자들의 기대를 충족시키기 위해서는 공공 지출 증대와 서비스 질 평가와 모니터링 등이 필요함. 비록 많은 OECD 국가들이 이러한 면에서 정부의 역할을 증대시키고 있기는 하지만, 아직 응급·급성 의료에 비하면 뒤쳐져 있음. 이를 향상시키기 위해서 보다 많은 투자가 필요하다는 지적이 이루어지고 있음. 또한 요양의 질에 대한 정보 제공을 보다 투명하게, 공공에게 접근 가능하도록 만들기 위한 노력도 이루어졌음. 케어인력의 서비스 질 평가에 대한 정보 공개는 소비자를 보호하고 케

어 시장에서의 경쟁적인 분위기를 조성하는 측면에서 중요함.

- 현재 케어인력의 수준으로는 더 나은 질의 요양 서비스는 불가능할 수 있음. 전문인력 부족과 질에 미치는 영향은 장기 요양 정책 설계에서 최고 관심사에 해당함. 따라서 요양인력부족 이슈를 다루는 것이 무엇보다 중요함. 물론 급여와 근무 여건 개선도 필요함.
- OECD 국가에서 장기 요양 비용을 둘러싼 공적 지출 비중의 커다란 차이는, 장기 요양 자금이 조달·제공되는 방식의 차이를 반영함. 이 분야에서 최근 많은 변화가 일어나고 있음. 공적 서비스와 사적 서비스가 분절된 제도로부터 보다 포괄적인 제도로 변화하려는 국가들의 개혁 경험으로부터 몇 가지 교훈을 얻을 수 있음. 첫째 장기 요양제도의 보편화는 시설에서 제공되는 비싼 요양으로 인해 부담을 갖는 사람들에게 과도한 개인 비용 부담을 덜어 줌. 둘째, 보편적인 공적 프로그램 하에서는 운영될 수 없는 서비스의 추가 비용증가의 위험을 낮추려는 많은 전략이 필요해 짐. 이는 급여 목표 설정을 상당히 조정해야 함을 의미함. 연금 수급자들이 장기요양 기금조달에 기여하도록 요구되기도 함.
- 마지막으로 보편적인 장기 요양 제도가 시작되면, 시설에서 불필요하게 요양을 받는 사람의 수를 줄이는 것이 중요함. 가정과 지역사회에 기반한 요양 제공을 위해 서비스의 적절한 혼합이 필요하며, 또한 최근 배우자와 함께 사는 노인인구가 증가하고 있는 추세라는 것을 생각할 때 가족내에서의 비공식적 케어도 계속해서 중요한 자원임을 염두에 두어야 함. 모든 국가에서 많은 노인은 여전히 가정으로부터 일상 활동의 도움을 받고 있음. 장기 요양의 공식 서비스는 여러 세팅—집, 지역사회, 시설 등—에서 제공됨. 집에서 요양받는 사람들을 지원하기 위해서 현금 급여 프로그램이 여러 나라에서 개발되는 것도 이러한 맥락에서임. 장기요양제도가 성숙함에 따라서, 1990년 이후 많은 국가에서 공적 지출 부담의 하나가 되고 있음. 대체로 OECD 국가에서 장기 요양에 대한 총지출은 0.2%에서 3%범위에 속함. 더구나 고령 인구의 증가로 인해 향후 20-30년에 걸쳐 지출 증가가 가속화될 것

이라는 견해가 지배적임. 그러나 인구 연령 구조만으로 단순히 기계적으로 측정되는 서비스 수요보다는, 프로그램 형태(자금조달, 공동비용부담, 서비스의 질 등)의 차이가, 현재 지출 수준상의 차이를 설명하는 데 중요한 역할을 하고 있는 것으로 보아야 함.

### 3. OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교

#### 가. 서비스 체계와 공공-민간의 역할

- ☐ 독일, 네덜란드, 일본, 영국은 공공-민간 혼합 제공체계를 채택하고 있음. 스웨덴, 덴마크는 공공중심 제공체계를 채택하고 있음. 미국은 민간중심 제공체계를 채택하고 있음.
- ☐ 장기요양을 확대하는 주요한 두 방식으로 조세로 제공되는 사회복지 시스템을 확충하는 방식과 새로운 사회보험체계를 도입하는 것이 가능함. 두 모델 중 어떤 것을 선택할지는 철학적 선호의 문제이기도 하지만 이보다는 제도적 유산의 문제라 볼 수 있음. 많은 나라들에서 장기요양은 사회서비스(social service)로서 사회복지적 성격이 강하고 따라서 조세에 기반한 공공부조의 역할이 전통적으로 강했음. 조세가 장기요양의 주요 공공재원인 제도는 장기요양서비스가 필요한 모든 사람에게 급여를 제공하는(universal) 북구유럽식 제도와, 가난한 사람만을 대상으로 공공부조 프로그램을 운영하는 미국식 제도로 크게 나누어 짐.
- ☐ 미국식 제도에 있어서는 공공재원의 비중이 낮고 민간을 중시하는 전통에 의해 민간중심의 요양제공체계에 의존하고 있음. 북구유럽식 장기요양제도는 주로 빈민을 돕기 위한 사회복지 서비스의 종류와 급여 수준을 점점 확대하는 방식으로 발전하였음. 그래서 일반적으로 그 관리 책임은 지방정부에 있고, 사례관리자(case manager)가 수혜자에게 필요한 서비스를 결정하며, 장기요양서비스는 주로 공공요양기관이 제공하거나 혹은 지방정부와 계약



을 맺은 민간요양기관이 독점적으로 제공함.

- 독일과 일본 같은 사회보험 모형은 건강보험의 확장을 통해 발전한 것임. 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 않는 것이 특징임.
- 일반적으로 민간보험은 공공공급자보다는 민간공급자와 계약을 맺는 경우가 더 많으므로 민간제공자는 민간재원체제와 밀접한 관계를 가질 수 있음. 특히 요양서비스는 의료와는 달리 응급성이 낮고 삶의 질과 관련이 더 높으므로 이론적인 측면에서는 의료에 비해 공적 재원의 필요성이 상대적으로 더 낮음. 예를 들어 의료에 비해 요양서비스에 대해서는 소득 수준이 높은 사람이 더 높은 수준의 서비스를 받는다는 것을 사회적으로 용인하기 더 쉬움. 따라서 민간보험의 역할이 더 커질 수 있지만 실제에서는 민간의료보험과는 달리 민간요양보험의 경우 자발적 가입이 상대적으로 낮게 나타나고 있음. 보험자 측면에서는 인구학적 불확실성, 정보의 불균등에 따른 역선택과 도덕적 해이가 장기요양에서 민간보험의 발전을 저해하는 요소임. 수요자 측면에서는 장기요양과 관련된 위험(장기요양을 필요하게 될 확률)에 대한 인지 부족, 미래보다 현재 소비를 선호하는 경향, 공식 수발보다 가족을 선호하는 경향, 민간 장기요양보험의 제한된 보장성, 보험료를 납부하기에 부족한 가계 수입, 수급자에 대한 공공부조 제공에 따른 민간보험의 필요성 감소 등의 이유로 민간장기요양보험에 가입하지 않으려는 경향이 있음. 따라서 강제화 되지 않는 한 민간장기요양보험에 대한 수요는 낮을 수밖에 없음.
- 공급의 변화 및 민간공급 참여 유도 방식을 각 국가의 경우에 따라 살펴보면 다음과 같음.
  - 독일에서는 장기요양보험의 도입 자체가 민간 영리 및 비영리 조직의 참여를 유도하는 것이었음. 수가 책정 등에서 공공기관과 차별이 없었고 소비자가 장기요양 서비스를 이용할 수 있도록 소비자의 재정을 보조해주었으므로 민간기관이 운영될 수 있을 만큼의 안정적인 수요를 확보할 수

있었음. 보험 도입 전에 설립되었던 대부분의 시설이 새로운 보험체계를 받아들이고 요양금고와 계약을 맺었다는 사실이 이를 증명한다고 볼 수 있음. 장기요양보험제도 도입 목적중 하나는 서비스제공체계를 확충하고 서비스공급자간 경쟁을 촉진하는 것이었음. 장기요양보험이 도입되기 전 독일에서는 비영리 자선, 복지 기관들이 장기요양서비스 제공에서 중추적인 역할을 하였음. 이들 기관에 대한 정부의 보조금 지급과 특별 대우는 여타 영리공급자들에게는 진입장벽으로 작용하였음. 그러나 장기요양보험 도입을 계기로 비영리공급자에게 주어지던 모든 특별대우가 폐지되었음. 다만 대부분의 주정부는 너싱홈의 시설 투자에 대한 재정지원을 계속하고 있음.

- 네덜란드에서는 고객이 현금 급여와 현물 급여를 선택할 수 있게 하는 개혁과 zorgkantoor (care office)가 고객과 공급자의 중간 역할을 하여 개인 고객을 대신해 공급자와 계약을 할 수 있게 하는 개혁 등을 통해 공급자간 경쟁을 활발히 하고 고객 중심의 서비스 공급을 확대하려 하고 있음.
- 스웨덴에서 현재 장기요양에 대한 민간 공급 시장은 9개의 큰 회사가 70% 정도의 점유율을 가지고 지배적 역할을 수행하고 있음. 이들 회사는 단순히 공공시설에서 관리된 서비스를 제공하는 것 대신에 최근 몇 년간 그들 자신의 시설을 건립하기 시작하였음. 이러한 추세는 지방정부와 장기요양 계약을 하게 되면서 사업에 대한 예측 가능성이 커짐에 따라 더 급증하였음. 구매자/제공자 계약 제도는 개인에게 공급자를 선택할 자유를 한정된 측면이 있고 따라서 최근에 지방정부는 바우처를 도입해 민간과 공공 제공자 사이에서 선택이 가능하도록 하고 있음. 덴마크 역시 생산성과 질에 대한 관심이 증가하면서 민간 공급의 증가를 유도하고 있음.
- 영국은 1980년대에는 공공부문이 요양 공급의 63%정도 비중을 차지했으나, 민간 공급자에 대한 보조금(supplementary benefit)과 지방 정부의 민영화 선호 정책으로 민간 비중이 증가하여 1996년에는 너싱홈의 4분의 3정도가 민간부문이 되었고, 주거 시설의 절반 이상이 민간소유가 되었음. 이처럼 1980년대 민간 장기요양 사업자가 장기요양 서비스에 진입하는 것이 촉진되어 민간 케어 홈 등이 다수 설립되었으나 지방정부가 재정 압박에

직면하면서 민간 너싱홈 및 거주 홈에 제공하는 보조금을 적게 책정하게 되어 많은 민간 시설이 폐업하기도 하였음. 병상이 폐쇄되면서 어떤 지역에서는 시설에 대한 수요를 공급이 충족하지 못하는 곳도 생기고 있음.

- 미국은 비교적 시장을 통한 장기요양 서비스 공급체계를 가지고 있기 때문에 경제성이 있다고 판단되면 언제든지 민간기관이 자유롭게 장기요양 시장에 진출입할 수 있음.

□ 공공 공급자의 역할은 우선적으로 시장 실패가 생기는 분야에서 그 중요성이 더욱 커짐. 보건의료에 비해 그 가능성이 적기는 하지만 장기요양 서비스 역시 소비자 무지, 독점의 문제 등 시장 실패의 가능성이 있음. 예를 들면 특정 지역에 독점 사업자가 생기면 가격 상승, 서비스 공급 저하 등 사회 후생 손실이 발생할 우려가 있음. 이를 완화하는 선의의 대리자 역할을 공공 공급자가 수행할 수 있을 것임. 또한 소비자 무지에 대한 문제점을 경감하기 위해 요양표준지침(guideline)의 마련과 실행, 소비자에게 정보 제공 등의 역할을 공공 공급자가 선도적으로 수행할 수 있을 것임. 또한 형평성 제고와 사회안전망 구축을 위한 역할을 수행할 수 있음. 민간 공급자는 공적 재정에 의해 소비자의 구매력이 충분하다고 판단되어야 시장에 진입할 것임. 비록 장기요양에 대한 공적 재정 체계가 갖추어졌다하더라도 여전히 취약계층은 존재하고 본인부담금 등에 의해 사각지대는 존재할 것이며 이들의 구매력은 다른 계층보다는 떨어질 수 있음. 민간 공급에만 맡길 경우 이런 계층, 지역에 대한 공급이 부족해질 수 있음. 이러한 틈을 공공 공급자가 메울 수 있을 것임.

□ 비영리 민간 공급자는 공공 공급자와 영리 민간 공급자의 중간자적 역할을 수행할 수 있음. 영리 민간 조직이 소홀히 할 수 있는 공익적 역할을 수행하되 공공 조직보다는 좀 더 효율적이고 질 높은 서비스를 제공할 수 있을 것임. 하지만 이런 목적을 달성하기 위해서는 비영리 민간 조직을 규제할 수 있는 적절한 인센티브가 필요함. 적절한 인센티브가 없고 그 인센티브가 왜곡된다면 비영리 민간 조직은 공공 조직과 영리 민간 조직의 단점만 보

여주는 중간자적 조직 역할을 할 가능성도 있음.

- 공공 조직의 경우 그 조직의 특성상 경쟁의 부재, 성과 측정의 어려움 등으로 비효율적 운영과 관료화 같은 문제가 발생할 가능성이 높음. 따라서 장기요양 공급을 모두 공공 부문에 맡길 경우 비용 증가, 서비스 질 감소 등 사회적 비효율이 나타날 우려가 있음. 그리고 장기요양 서비스는 건강과 다르게 위급성이 있거나 치명적인 문제가 아니기 때문에 보건의료나 교육처럼 특별한 평등주의(special egalitarianism)가 지배적으로 적용된다고 보기 어려움. 즉 기본적인 장기요양 서비스는 모두에게 형평하게 제공되어야한다는 사회적 합의가 있을 수 있으나 그 이상의 서비스에 대해서 좀 더 능력이 되는 사람이 그 능력에 따라 더 다양하고 더 질 높은 서비스를 이용하는 것 역시 사회적으로 용납되기가 쉬움. 외국의 경우에도 장기요양의 공급에 있어서는 공공부문보다는 민간부문의 역할이 더 커지는 것이 보편적인 추세임.
- 장기요양서비스의 제공에 있어서 공공과 민간의 역할은 복지국가의 역사성, 여타 사회보장 정책과의 관계, 장기요양서비스 재원조달체계 등과 밀접한 관련이 있음. 복지국가의 전통이 강한 나라에서는 조세에 기반한 장기요양 서비스 재원조달체계를 가지고 있으며 제공체계 역시 공공기관에 크게 의존하고 있음. 사회보험체계를 근간으로 하는 복지국가들은 장기요양에 대한 재원조달 역시 사회보험제도에 기반하고 있고 장기요양서비스는 민간과 공공이 혼합된 체계에 의해 제공되고 있음. 다만 이러한 사회보험 국가에서는 민간 장기요양 공급체계에 있어서 영리기관의 역할은 미미함. 반면 장기요양재원조달에 있어서 공공부문의 역할이 크지 않은 미국에서는 장기요양 제공체계 역시 민간부문이 중심이 되고 나아가 영리민간기관의 비중도 상당함. 따라서 장기요양서비스 제공체계에 있어서 공공-민간의 역할은 복지국가의 철학과 역사성에 의해 크게 영향을 받음을 알 수 있음
- OECD 선진국들의 경우 미국을 제외하면, 장기요양에 대한 재원조달은 조세나 사회보험과 같은 공적체계에 의존하고 있지만 장기요양 제공은 공공과 민간의 역할분담이 더욱 중요해지는 추세임. 이는 조세에 기반한 장기요양

제도의 경우 정부의 재정 부담 감소와 장기요양제공의 효율성 제고를 목표로 하는 경우가 많음. 사회보험 국가의 경우에는 사회보험의 중요한 특성중 하나가 보험자에 의한 서비스 구매자 역할의 강화이므로, 공공과 민간을 혼합한 장기요양 제공이 요양제도의 초기부터 자연스럽게 이루어져 옴. 우리나라의 경우에도 의료나 사회복지 제공체계에 있어서 민간기관들이 수행해 왔던 중요한 역할들을 고려하면, 재원조달은 공공중심체제로 설계하더라도 공급체계는 공공과 민간의 혼합 모형을 추구해야 할 것임. 공공요양기관은 요양의 질 향상이나 표준의 제시 등을 통해 시장에서 민간요양기관을 선도하고 규율할 수 있어야 할 것임. 특히 민간요양기관에 대해 수발보험에서 지급할 요양 수가의 규제나 협상에 있어서 공공요양기관의 역할이 중요할 것임.

- 수발보험 도입 초기에는 요양기관이 부족할 가능성이 높으므로 민간요양기관의 진입을 활성화할 경제적 유인이 필요할 것임. 하지만 수발보험이 수발니드를 가진 노인들의 구매력을 향상시킬 것이므로 장기적으로는 (별도의 진입장벽이 없는 한), 의료보험의 역사에서 보듯이, 민간요양기관들이 시장에 충분히 진입할 가능성이 높음. 따라서 민간요양기관 진입에 대한 과도한 경제적 유인의 제공은 자칫 요양기관의 과다 공급을 야기하고 이는 또 지나친 시설화의 경향을 초래할 수 있으므로 민간요양기관에 대한 경제적 유인의 종류와 수준에 있어서 신중한 접근이 필요함. 또 정부가 민간요양기관에게 보조금 지급과 같은 경제적 유인을 제공하는 경우 민간요양기관이 그에 상응하는 공익의 제고 기능을 수행해야 함을 주지하여야 함. 또 장기요양서비스 제공에 있어서 민간-공공 혼합을 추구한다면 영리민간공급자에 대해서도 진입을 허용하는 것이 바람직하다고 생각됨. 즉 장기요양에 대한 공공재원체계를 통해 기본적인 수준의 요양에 대한 접근도를 보장해 준다면, 그 수준 이상의 요양서비스에 대해서는 다양한 형태의 영리/비영리 민간제공기관들이 다양한 수준의 요양서비스를 제공할 수 있을 것임. 특히 요양서비스가 생명과 직결되기보다는 삶의 질과 관련된 측면이 많으므로 제공체계에 있어서 다양성이 필요할 것임.

## 나. 서비스 기능의 분화와 통합

- 장기요양 서비스는 그 서비스가 갖고 있는 속성상 다양한 영역간의 서비스가 복합적으로 제공되어짐. 오늘날 많은 국가들의 고민 중 한 가지는 장기요양 서비스 제공에 있어 연계·조정·통합이 적절히 이루어지지 못해 발생하는 장기요양 서비스 체계의 분절성이나 단편성에 있음.
- 여러 국가들에서 비용효과가 높은 재가 및 지역사회 중심의 요양 모델 개발에 주력하며 다음과 같은 변모를 꾀하고 있음. 첫째, 요양시설의 새로운 건설보다는 대안적 주거시설의 보급과 확대에 주력하고 있음. 이러한 변화는 노인을 위한 특정한 주택건설과 일반주택의 개조를 통해 이루어지게 됨. 둘째, 지역사회가 거주 노인들의 다양한 장기요양 수요에 부합할 수 있도록 서비스 전달과 제공을 책임지도록 하고 있음. 셋째, 지역사회 중심의 재가요양이 좀더 효과적으로 관리 될 수 있도록 사례관리 또는 케어 매니지먼트의 효율성 증진에 치중하고 있음. 이러한 변화의 핵심 사항은 다양한 재가요양 서비스들간의 연계를 통해 서비스 효과성을 증진하여 시설요양의 대체를 이루려는 데 있음. 이러한 변화 목표달성을 위해 다양한 의료 및 사회복지 서비스들의 성공적인 전달전략으로 등장한 것이 케어의 연속망(continuum of care)의 구축임.
- 재정과 전달체계의 통합을 통한 케어의 연속망 구축의 정책 목표는 다음과 같이 요약될 수 있음. 첫째, 다양한 종류의 서비스를 연계한 케어의 연속망은 서비스 대상자나 수발 가족이 어떠한 시점에 요양체계에 들어와도 서비스 이용의 혜택이 가능하게 만듦. 특히 재가대상자는 여러 가지 복합적 서비스를 한 번의 체계 진입에 종합적으로 이용할 수 있음. 둘째, 서비스나 서비스 제공기관간의 이전을 통합 관리함으로 서비스 이용자의 상태가 변하거나 새로운 서비스를 원할 때 전체적인 관리가 이루어짐. 자신의 가정, 병원, 요양시설간의 진입이 보다 유연하게 이루어짐.
- 통합적 케어에 있어 통합의 수준을 Leutz(1999)는 연계(linkage), 조정

(coordination) 및 완전한 통합(full integration)의 세 가지 차원에서 다음과 같이 설명함. 첫째, 연계는 기존의 단편적인 서비스와 자원들을 대상의 욕구에 맞추어 대상자에게 연결시켜주는 최소한의 변화 전략임. 보다 거시적인 차원의 변화보다는 현 상태에서 대상에게 가능한 서비스들을 중계해주는 (brokerage) 전통적인 사례관리 모형에 의해 설명됨. 통합의 두 번째 차원의 전략은 ‘조정’임. 조정은 연계에 비해 서비스 대상과 서비스들 간에 보다 공식적인 연결 기제를 갖고 있음. 이러한 조정은 다양한 서비스 이용에 있어 행정조직이나 서비스조직의 장벽들을 제거하거나 최소화시킴으로 가능해짐. 그러나 조정역시 기존 서비스 전달체계의 큰 변화가 없는 상태에서 이루어짐. ‘완전한 통합’은 장기요양 서비스 대상관리와 서비스 제공과 관련된 재정운용, 자원관리 및 책임성 등에 대한 대대적인 개선을 통해 가능하게 됨. 앞서 언급된 케어의 연속망구축을 통한 자원과 전달체계의 통합은 완전한 통합 전략을 의미함.

- WHO(2003)에 따르면, 통합적 케어의 구성요소들은 행정조직의 통합, 서비스 제공장소 동일 배치(co-location), 케어 네트워크, 케어/케이스 매니지먼트, 주거와 요양서비스의 통합 등임.
- 실제 다양한 노력에도 불구하고 의료와 사회복지 영역간의 통합이 효과가 전반적으로 나타날 만큼 활발히 이루어지고 있는 국가는 많지 않음. 이것은 통합적 체계의 구축을 위해서는 재정, 행정 및 관리, 조직, 서비스 전달체계, 실천적 수준 등에서 통합을 위한 변화가 동시에 일어나야 하기 때문임. 그럼에도 불구하고 몇몇 국가들은 통합적 요양서비스 체계구축을 핵심 목표로 삼고 의료와 장기요양 서비스들을 실행해나가고 있음.
- 통합적 장기요양 체계 구축에 관한 논의에서 지속적으로 등장하는 개념이 케어 매니지먼트임. 케어 매니지먼트는 확장된 사례관리 모델의 기능과 통합된 재정 운용, 일련의 서비스 패키지 등을 특징으로 하며 오늘날 통합적 장기요양 제도의 핵심 요소로 논의되고 있음. 장기요양 제도와 관련된 케어 매니지먼트는 영국, 미국 및 여러 유럽국가들에서 다양하게 진행되고 있음. 이

다양성은 케어 매니지먼트 체계를 지원하는 각 국가의 의료 및 요양체계의 다양한 맥락에 기인한다고 볼 수 있음. WHO(2003)는 여러 가지 케어 매니지먼트 관련 연구들에서 다양성을 보이는 7가지 요소들을 다음과 같이 제시함.

- 대상자 선정(targeting)
- 사례 수(caseload size)
- 케이스/케어 매니지먼트 담당기관(location of case management)
- 케이스/케어 매니지먼트 실천유형
- 케이스/케어 매니저의 서비스 제공자에 대한 영향력
- 케이스/케어 매니지먼트 실천의 질 관리 및 표준
- 전반적인 케이스/케어 매니지먼트 실천 과정상의 논리성 및 일치성

□ 특히 다음 다섯 가지 요소들이 케어 매니지먼트의 성공과 관련이 있음.

- 통합적 재정(integrated funding): 케어 계획 수립과 서비스 제공에 있어 재정적 압박을 감소시킬 수 있음.
  - 대상자 선정의 명확성: 평가판정체계와 더불어 케어 매니지먼트 대상의 명확성은 서비스의 중복성이나 비용손실을 절감할 수 있음.
  - 서비스의 명확한 목표: 전반적인 과정에서 서비스의 질과 효과에 대한 기반을 제시하는 것으로 욕구충족, 비용절감, 사회복귀 및 삶의 질 향상 등이 목표의 예가 됨.
  - 케어 매니지먼트 개입의 지속성: 각 단계별 책임소재와 재정지원의 명확성을 통해 지속성이 보장되어함.
  - 논리적 연관성: 프로그램 목표, 실천 환경과 실천에 대한 incentive 들 간의 논리적 연관성은 전반적인 서비스 목표달성에 필수적임.
- 이러한 특성들이 명확하게 제시되고 제도적으로 뒷받침 될 때 케어 매니지먼트는 장기요양제도에 있어 핵심적인 요소가 될 수 있음.

#### 다. 급여의 구성과 보호방식

□ 어떤 제도를 선택하고 운영하는가는 그 나라의 역사적 문화적 맥락에 따라



다르고, 서비스 욕구나 인구학적 요인에 의해서도 영향을 받음. 장기요양서비스의 경우는, 시설보호를 그 모태로 하고, 그 이후 재가보호와 지역사회보호가 발달하였으며, 최근에 수당제도가 다양화 되는 등 급여의 구성과 보호방식이 다각화 되고 있음.

- 1980년대 말-90년대 초와 2000년대 초를 대비하여 10년 동안 OECD 주요국의 장기요양 수급자 비율변동을 살펴보면, 오스트리아, 독일, 일본, 뉴질랜드의 재가서비스 수급자 비율 증가가 눈에 띈다. 많은 국가에서 시설서비스 수급자는 10년 사이에 줄어들었음. 물론, 한국은 시설과 재가서비스 모두 매우 낮은 상황임.
- 독일의 경우 재가보호에 현금급여가 주어짐. 이외에 재가보호 서비스, 요양 서비스 제공 대리, 단기보호, 시설보호(주간/야간), 시설입주보호, 장애인을 위한 시설입주 보호 등의 현물서비스가 주어짐. 시설보호의 경우나 재가서비스의 경우 서비스에 대한 비용의 50%를 지급받게 되는데, 받을 수 있는 최대 액수는 거의 동일함. 1992년부터 2000사이 요양원의 수가 2배 증가하여 8,600개가 되었고 재가보호 대행업체는 약 세배 증가하여 13,000개가 되었음.
  - 일본의 경우, 재가서비스로는 가정방문 장기요양, 가정방문 목욕, 가정 방문 재활, 통근재활(주간보호), 가정 방문 간호보호, 통근보호(주간서비스), 복지장비 렌탈서비스, 요양시설단기체류, 개호보호를 위한 관리와 지도, 치매 노인공동체 주간생활보호, 노인대상 비용부과 개호 보호, 복지장비 구입수당, 가정개조 수당(손잡이 설치, 계단 제거 등) 등이 포함됨. 시설서비스로는 특별노인요양원, 장기요양노인을 위한 건강보호시설, 요보호노인을 위한 요양원 형태의 의료보호시설(① 일반요양원, ② 노년기치매환자를 위한 요양원, ③ 강화 요양서비스를 갖춘 병원제도 시행 3년 후) 등이 제공되고 있음.
  - 네덜란드는 1996년 이후 시설입원이 필요하다고 인정된 특정 범주의 환자들은 현물 서비스 대신 현금급여를 선택할 수 있도록 하였고, 재가서비스, 신체장애자와 정신장애자를 위한 쉼터와 주간보호시설, 입원환자와 통원환자에 대한 재활서비스, 확대된 모자관련 서비스, 예방접종, 임신검진 및 기타 서비스를 제공하고 있음.

- 이탈리아는 정부에 의한 중앙집중식 현금수당이 지급되고 있고, 무료 병원입원진료, 요양원 제공(일반적으로 지방정부가 재정을 지원), 의료용구 제공(인공 보철물, 기저귀, 휠체어 등) 등이 시행되고 있음.

□ 일반적으로 현물급여는 소비자(혹은 수혜자)의 선택의 범위를 제한하는 단점을 갖지만, *need targeting*이라고 하는, 즉, 필요한 서비스를 필요한 인구집단에게 효과적으로, 그리고 많은 경우 효율적으로 전달한다는 욕구달성 차원의 장점을 가짐. 한편, 현금급여는 소비자의 선택권을 보장하는 것으로 긍정적으로 평가되지만, 다른 용도로 사용될 소지도 높음. 시장에 서비스가 불균형하게 분배되어 있을 경우, 형평성 확보에 문제가 생기고 접근성에 제약이 따르게 됨.

현물급여의 다른 단점으로 종종 지적되는 것이 낙인이나 오명이 따라다닐 수 있다는 점인데-예를 들어 미국의 식품권(*food stamp*)같이-장기요양서비스의 경우는 이러한 *stigma*문제를 걱정할 필요가 없거나 우려가 매우 적은 서비스 영역이기 때문에, 현물급여의 이러한 단점에서는 일정정도 자유로울 수 있음.

□ 한편, 현금급여의 장점으로 흔히 지적되는 다른 측면이 바로 비용통제인데, 좀 더 깊이 고민을 해 보면, 비용통제와 선택권의 부여, 나아가 독립성과 *empowerment*를 통한 시민권 확대 등의 장점이 과연 병존하기 쉬운 지에 대한 문제제기를 할 수 밖에 없음. 비용통제가 용이하다는 것은, 급여의 보장성을 낮추는 영향을 가져오게 되고, 비용 삭감이나 동결이후 과연 소비자의 선택권이 무슨 의미를 지니는지 근본적인 질문을 하게 만들기 때문임. 서비스를 삭감할 때의 저항에서는 자유롭겠지만, 진정한 선택권의 보장이라고 하는 것이 과연 특징점이 될 수 있는지, 단순한 *rhetoric*에 그칠 소지 역시 존재한다는 점을 간과할 수 없음. 근본적으로 현금급여를 통한 개인의 선택권이 발휘되려면, 시장의 자원과 서비스의 종류, 서비스 비용과 *quality* 등에 대한 정보를 소비자가 100% 가지고 있어야만 의미가 있는데, 과연 이런 합리적 선택을 담보할 정보, 특히 의료와 요양부문의 정보가 허약한 노령 장기요

양 대상자에게 현실적으로 주어질 수 있는지 의문을 갖게 됨. 현금급여 지급 자체가 서비스 이용자와 제공자간의 힘의 균형을 가져온다고 보는 학자도 있는데, 위의 문제가 해결이 되지 않는다면, 현금을 받았다고 해서 힘을 얻게 되는 것은 아니라고 보아야 함. 이와 관련, 정책형성 및 집행과 평가과정에 소비자의 실질적 참여를 보장하는 것이 훨씬 유의미 할 것으로 사료됨.

- 이와 관련, 최근 여러 국가에서 수당지급이 눈에 띄게 늘어나고 있는데, 이 역시 성관점(gender perspective)에서 검토해 볼 필요가 있음. 이미 복지국가 regime과는 구분되는 care regime, 내지는 gender regime의 논의가 확대되어온 현 시점에서 볼 때 현금급여의 사용처에 대한 일정수준의 국가규제를 무급노동 수행자 (이 경우 carer)에 대한 시민권의 보장으로까지 거창하게 분석하는 것이 과연 타당한가의 문제가 우선 제기될 수 있음. 보살핌노동으로 인한 근로단절을 막고, 노동의 연속성을 보장하기 위해 유급 간병휴가를 제공하는 방식, 이들 보살핌노동자를 가정 영역 밖으로 끌어내어 공-사 영역의 오래된 이분법을 극복하고 사적영역의 무급노동자로 있던 보살핌노동자의 시민권을 보장하는 것 등이 보다 적극적인 방식이 아닐까 생각됨. 이런 의미에서 일부 연구에서 지나치게 강조되는 “시민권 보장” 논의는 다소 무리가 있다고 생각됨. “최소한의(혹은 소극적) 사회화”라고 보는 것이 타당할 것으로 보임.

사적영역에 여성 돌봄 노동자를 잔류시킨 채, 일정한 보상을 제공하는 것은 Gauthier의 유형분류에 따르면, 평등주의적이지 않은 정책유형에 속한다고 할 수 있음. 일반적으로 돌봄과 수발은 전형적인 여성업무 영역으로 규정되어 왔고, 이로 인해 평가절하가 이루어지며, 시장의 서비스로 상업화 되더라도 저임금 직종이 되며, 따라서 다시 여성인력이 집중되는 악순환(vicious cycle)이 나타나기 쉬움. 따라서 가정에서 이루어지는 비공식적 돌봄 노동을 인정하되, 서비스로 전환되었을 때, 저임금 직종 군(群)을 형성하지 않도록 하는 일정한 대책과 준비가 필요함.

- 장기요양케어 공급 상의 효율성을 증가시키기 위한 노력의 일환으로 여러 가지 조치들이 취해졌음. 가장 일반적인 접근방식은 다음과 같음.

- 가능한 한 너싱홈 입소 전에 스크리닝을 함. 이는 너싱홈의 입소만이 유일한 실제적 대안인 사람들만이 들어갈 수 있도록 하기 위한 것임.
- 장기요양케어에 대한 공공지원의 설정을 위한 규정의 강화: 이는 시설케어의 패키지가 환자의 니드에 보다 세밀히 부합하게 하기 위해서임.
- 재가서비스에 대한 현금지급을 시설입소의 대안으로서 제공함: 너싱홈은 집중적 패키지에 비중을 둠.
- 케어관리의 강화: 환자의 사례를 관찰하여 그들의 상황이 변하게 되면 케어서비스를 변화시킴.
- 가족수발자를 지원하기 위한 조기개입: 그 예로는 상담, 휴식서비스(혹은 단기위탁케어respite care), 과중업무에 대한 원조 등이 있으며, 수발자로는 더 이상 안 되고 너싱홈이 유일한 대안이 될 때까지 기다리기 보다는 조기개입을 통해서 이를 예방하자는 것임.

#### 라. 재정분담 및 지출구조

- 장기요양케어의 비용을 충당하기 위한 방법은 국가 간에 상당한 차이를 보이고 있음. 장기요양케어는 많은 국가에서 의료제도 보다는 사회복지부문으로 규정되어 왔음. 이는 의료의 경우처럼 니드에 따라 그리고 아주 낮은 이용자 부담으로 장기요양케어의 접근성을 제공하는 방식과(노르웨이, 스웨덴), 사회복지와 유사하게 이용자가 스스로 부담할 수 있는 능력이 없을 때에만 공적 비용으로 장기요양케어를 제공해주는 방식으로(뉴질랜드, 스페인, 영국, 미국) 구분이 됨. 본인이 스스로 부담을 할 수 없는 사람들에 대한 안전망 서비스로서 장기요양케어를 제공해온 국가들 중 일부는(뉴질랜드, 영국), 개인 자산을 장기요양케어 서비스를 구입하는데 사용할 수 있도록 소득 및 자산 조사 방식을 수정해왔음.
- OECD 19개국의 지출을 공공 對 민간, 재가 對 시설로 나누어 재원조달방식과 자산조사여부를 국가별로 상세히 살펴보면, 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드를 제외하고는 모두 일반조세를 통해 재원을 마련하고 있으며, 자산조

사를 실시하는 나라가 보편적으로 적용하는 나라에 비해 더 많음. 평균적으로 지출은 시설지출이 더 높고, 민간보다는 공공지출이 더 높은 경향을 보임. 이러한 경향에서 예외적인 국가는 폴란드와 스페인으로, 폴란드에서는 재가보호 지출이 시설보호지출에 비해 월등히 높으며, 스페인에서는 민간지출이 공공지출보다 높음.

- OECD 국가에서 노인 장기요양케어에 대한 공적·사적 지출이 증가하고 있음. 고령인구는 빠른 증가를 보였고, 이들 인구집단에서 장기요양케어에 대한 니드가 가장 뚜렷이 포착됨. 여러 국가에서(예: 호주, 독일, 일본, 룩셈부르크) 최근의 공공지출 증가는 케어를 필요로 하는 사람들을 보조하는 공공 프로그램의 확대에 의해 주도되었음. 더 일반적으로 얘기하자면, 많은 국가에서 장기요양케어에 대한 지출은 고령인구의 기대수준의 증가, 가족 구조의 변화, 노인의 생활조건 등에 따라 증가하고 있음(OECD, 2004).
- 현재 장기요양케어비용이 GDP에서 차지하는 비율은 보건의료가 차지하는 비율에 비해서 낮음. 이는 부분적으로 가정에서의 무급 수발행위의 비중이 크기 때문임. 그러나 노인 집단의 높은 증가율을 감안할 때, 장기요양케어에 대한 공공지출의 GDP 점유율이 2050년까지 최소한 평균 두 배가 될 것으로 OECD는 추계하고 있음(Bains and Oxley, 2004). 시설 당 비용의 증가나 가족 수발의 감소와 같은 여타 요인으로 인해 이러한 연령계층으로부터 현재 이상으로 수요가 창출된다면 이러한 증가속도는 더 커질 것임. 향후 고령인구의 건강이 좋아지고 장애도가 낮아진다면 이런 증가 추계치는 더 낮을 수도 있을 것임. 이러한 요인들이 어떠한 추세를 보일지 확실치 않기 때문에 미래의 상황에 맞추어 갈 수 있는 아주 유연한 정책을 갖는 것이 중요함.

#### 마. 서비스 인력 양성 및 공급

- 가정 및 시설에서 유급 장기요양케어를 제공하는, 적절히 훈련받고 자격을 갖춘 인력을 어떻게 충분히 유인하고 유지할 것인가 하는 것이 대부분의 OECD 국가에서 장기요양서비스와 관련한 주요 관심사임. 이러한 관심은

새로운 것이 아니고 많은 국가에서 이미 이전부터 점차 그 중요성을 더해 왔음. 장기요양케어 부문의 인력은 높은 이직률을 보이고 있고, 모든 국가에서 유자격 간호인력의 부족문제가 보고되어 있음. 장기요양케어는 여타 보건의료부문과 경쟁관계에 있기 때문에, 적절히 훈련받은 인력을 충분히 확보하는 것이 더욱 어려울 것임.

- 많은 OECD 국가들이 앞으로 서비스 공급을 위한 장기요양케어인력이 더 필요할 것임을 예측하고 있음. 장기요양케어인력들은 일반적으로 다른 보건의료인력에 비해 보수가 낮고 교육훈련을 덜 받으며, 여성비율이 압도적으로 높음. 노인인구 대비 근로연령층의 비율이 감소함에 따라서 저임의 장기요양케어 업무는 인력의 채용과 유지가 더 어려워질 것임. 이 분야에 충분한 인력을 인하고 유지하기 위한 전략으로 훈련 및 작업조건의 개선, 임금 인상(스웨덴과 같은 몇몇 국가에서 사용된 전략)등을 생각할 수 있음. 하지만 이는 결국 장기요양서비스의 비용압박을 가중시킬 것임.
- 여러 OECD 국가에서 direct care에 필요한 인력에서 부족문제가 지적되고 있음. 그러나 한국의 경우, 간호조무사 인력 등 추가로 서비스시장에 진출할 수 있는 인력의 pool이 있으므로, 현재로서는 인력의 부족문제를 걱정하기 보다는, 즉시 활동 가능한 전공영역 별 인력을 파악하여, 추가수요만큼의 인프라를 확보하는 계획을 추진 것이 더 타당함. 또한, 다양한 인력이 노인장기요양서비스에 종사하게 될 경우, 어떻게 적절한 임금과 근로조건을 보장할 것인가 역시 제도도입 초기부터 고민해야 할 과제임.
- 주요국가의 서비스 인력구성과 자격취득 및 인정과정, 각 인력의 기능 및 역할에 대해서 direct worker 중심으로 정리해 보면, 일본의 경우, 개호복지사와 홈헬퍼, 케어매니저로 구성되어 있고, 개호복지사는 1989년이래 국가자격제도가 시행되고 있음. 독일은 노인수발사와 치유교육 수발사, 간호사로 구성되며, 노인수발사는 주 단위로 국가인정자격시험이 운영되고 있고, 치유교육 수발사는 국가시험이 추진되고 있음. 영국은 자격증 중심으로 인력이 양성되고 있으며, 스웨덴과 미국은 훈련과 연수중심으로 인력을 양성

하고 있어서 뚜렷한 대조를 보임.

- 소비자의 선택이 존중되는 케어 시스템을 구축하기 위하여 무엇보다 간병 서비스의 질을 향상시키는 것이 요구됨. 서비스 질의 향상은, 서비스 인력의 전문성 제고와 밀접함. 공식적인 서비스 인력의 관리, 조정, 재훈련을 목적으로 하되, 비공식적 수발자에 대한 교육 및 훈련도 지원할 필요가 있음. 서비스 인력의 자격을 정기적으로 검증하고 인정하기 위해서는 국가 내의 통일된 기준이나 국가 차원의 감독기구 및 관리기구가 필요함. 그러나 대부분의 국가에서 국가 차원의 단일한 기구가 존재하지 않은 채 지방마다 독립된 형태로 운영되거나, 단일한 감독기구가 존재한다고 하더라도 형식적인 프로그램을 운영하고 있는 것이 사실임. 또한 재훈련 프로그램이 마련되어 있는 국가는 매우 소수임. 케어에 대한 수요는 급증하고 있으나 전문적인 서비스 인력이 확보되지 않아 불만족스러운 케어를 제공받게 되거나 결국은 비공식적 수발자에게 케어의 부담이 전가되고 있는 현실임.

#### 바. 케어수발자 노동가치 인정 및 보상

- 흔히 케어는 가족과 개인의 책임으로 간주되고, 수발을 드는 것은 자발적이거나 불가피한 선택으로 여겨짐. 이러한 수발자에 대한 인식은 자칫 가족구성원에게 희생을 강요하는 형태로 부과되기 쉽기 때문에, 시민으로서 접근하면서 부담을 덜어주고 권리를 인정할 필요가 있음. 수발자와 관련하여 최근에 대두되는 또 다른 쟁점은, 노인의 수명이 길어지고, 요양을 요하는 질병이 크게 늘어나면서 그 어느 때 보다도 케어노동의 수요는 증폭되고 있다는 사실임. 그러나 케어를 제공할 수 있는 가족구성원의 공급은 심각하게 제한되고 있음. 더구나 수발자의 전문성 역시 크게 요구되고 있음. 따라서 각 국가는 케어 이용자의 욕구를 충족시키면서 동시에 케어를 제공하는 자의 노동을 인정하고 지위를 강화시켜야 할 필요에 직면하고 있음. 결국, 수발자를 위한 사회적 지원은, 기존에 무급의 가족노동으로 남겨두었던 부분에 비용을 들이기 때문에 또 다른 사회지출로 여겨질 수도 있으나, 이 보다

는 가족의 부담을 덜고, 케어노동자의 지위를 보장하기 위한 필요한 투자로 볼 필요가 있음. 이것이 케어를 가족과 사회가 공유하는 새로운 시민사회의 특징으로 자리 잡을 필요가 있음.

- 왕진서비스나 단기위탁(보호자 휴식)케어와 같은 많은 서비스들이 특히 가족수발자를 염두에 두고 새로이 개발되어 왔음. 몇몇 국가에서는 가족케어를 더 이상 “무료 재화(free good)”로 치부할 수 없으며 가족수발자들에 대한 지원이 필요하다는 점이 인식되고 있음. 이러한 국가들은 잠재적 근로연령층인 가족수발자들이 원하거나 할 수 있다면 일과 수발책임을 함께 하도록 사회보장 및 고용제도를 변화시켜왔음. 이는 현재의 수입을 대체할 수 있는 소득지원, 퇴직 후의 미래수입을 유지시킬 수 있는 연금보험료 납부실적 인정 및 고용조건의 유연성을 적절히 혼합하는 것임. 예를 들어 호주와 영국에서는, 수발자가 근로연령층에 있는 경우 근로 무능력자에 대한 사회보장 급여와 유사한 수발자 연금을 지불함. 오스트리아는 광범위한 케어수당제도를 가지고 있는데, 이 제도 하에서는 수급자가 이 현금급여를 가족수발자를 보상하는데 사용할 수 있음. 독일의 장기요양보험은 가족수발자를 보상하기 위한 현금 급여를 전부 또는 부분적으로 수령할 수 있는 옵션을 제공함. 몇몇 국가에서는, 케어 제공에 있어 최선의 방식으로 간주되는 경우에는 (예로, 북구 국가의 오벽지) 가족수발자들이 사회서비스 직원으로 고용되기도 함.
- 특히 오랫동안 대부분의 비공식 수발자로서 역할을 해온 여성들이 점점 유급 근로자로서 교육받고 훈련받는 상황에서, 앞에서의 여러 정책들이 공식 수발에 대한 보조금 지불보다 효과적인지는 불분명함. 대부분의 국가들은 가족수발자의 서비스에 대해 지불하지 않음. 이러한 서비스는 전통적으로 공공자금의 지원 없이 가정 내에서 해결되도록 맡겨졌음. 앞으로 근로 연령에 속하는 수발자가 적어진다는 비공식케어의 추계를 고려할 때, 노동시장 불참에 대한 보상에 보다는 은퇴연령 이후의 수발자에 대한 지원서비스의 제공에 정책담당자의 초점이 더 맞추어 질 것으로 보임.
- 비공식 케어제공자에게 현금을 지원하는 다양한 정책을 보면, 어떤 방식으



로든 현금을 지원하는 국가에는 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴, 영국(UK), 미국 등이 속함. 네덜란드는 개인예산상한제방식을 운영하면서, 기관으로부터 케어를 구입하거나 assistant를 직접 고용할 수 있도록 지원하고 있음. 이 경우 assistant는 친척을 포함함. 노르웨이는 기관 케어보다 친척의 케어가 양질일 경우에 한하여, 시간급으로 사용할 수 있는 임금을 지급함. 보통 일주일에 3-10시간이 이용됨. 스웨덴은 서비스를 받을 수 없는 외딴 지역에서 사용할 수 있도록 급여를 제공하는데, 65세가 넘는 친척은 수급대상이 될 수 없음. 미국은 친척은 허용되나, 배우자는 자격이 없고, 캔사스처럼 한달에 \$2,760을 받을 수 있는 지역이 있는가 하면, 캘리포니아처럼 일주에 66시간까지 급여를 지급할 수 있는 경우까지 매우 다양하게 운영되고 있음.

- 케어를 가족의 책임으로 보는지, 사회의 책임으로 보는지에 따라 수발자에 대한 각 국가간의 정책방향은 매우 다름. 가족의 부양을 의무화 하고 있는 경우, 수발자에 대한 공식적인 자격인증이나 제도가 미약한 반면에, 비공식적 수발자에 대한 보상이나 인센티브를 제공함으로써 소비자 선택의 권리를 존중하고 홈 케어가 활발히 이루어질 수 있도록 제도화하였음. 한편, 고령화 사회가 진전됨에 따라 케어를 가족의 부양으로 해결할 문제가 아니라 사회적 책임으로 전환하여 보다 공식적인 루트를 통하여 서비스가 이루어질 수 있도록 하는 국가도 존재함.
- 비공식적 수발자에 대한 지원은 노동가능인구가 노동시장에 복귀하는 것을 지연시키거나 완전히 소멸시킴으로써 청장년층의 실업률을 높이고, 결국 가족들의 부양 부담을 가중시킨다는 반론이 제기되고 있음. 그러나, 케어에 대한 수요의 급속한 증가는 비공식적 수발자를 보다 효율적으로 이용해야 하며 동시에 케어가 필요한 사람들의 만족도를 높여야 함을 시사함. 즉, 케어대상자에게 직접적으로 재정을 제공하거나 케어대상자가 원하는 사람을 수발자로 고용하도록 하는 프로그램을 도입하고 있는 추세임.
- 비공식적 수발자에 대한 직접적인 지원은 크게 경제적 지원과 비경제적 지원(현물지원)으로 나누어 볼 수 있는데, 경제적 지원은 조사를 통해 일정한 기

준을 충족시킬 경우 소득을 지원해 주는 것과, 케어의 제공으로 인한 비용 지출 또는 케어로 인한 손실비용을 손실된 만큼 보상해 주는 것과, 수발이 제공된 시간을 계산하여 그 시간만큼 수당을 제공하는 것으로 나누어 볼 수 있음. 수당은 비공식적 수발을 직업으로 인정한다는 의미가 되며, 수발자가 직접 고용회사로부터 지불받기도 하고, 케어대상자가 고용주가 되어 직접 지불받기도 함. 그 밖에 경제적 조정으로 세금면제, 사회보장비 대체 지불 및 연금실적 제공 등이 있음. 경제적으로 소득을 보장하는 것 외에 세금면제나 일부 할인을 통하여 케어수발에 대한 인센티브를 주거나, 공적보험료의 대불을 통해 그들의 사회적 위험을 보장해 줌. 연금실적은 케어로 인해 직장을 그만두었을 경우, 연금가입 기간에서 제외되거나 퇴직연금을 받지 못하게 되는 문제를 보완하기 위하여 케어를 제공한 기간동안의 납부실적을 제공함.

- 비경제적 지원은 교육프로그램 제공, 상담서비스 제공, 유급 또는 무급휴가 지급, 휴식서비스 이용 등이 있음. 교육 프로그램은 수발의 질을 향상시키기 위한 것으로 가족, 친지 등의 수발자에게 수발에 대한 지식이나 기술을 습득할 수 있도록 도와주고, 상담서비스를 통해 수발로 인한 부담이나 스트레스를 해소시키며 소진을 예방하고자 함. 직장에서 일정한 기준으로 규정되어 있는 간병휴가는 가족 내에 케어가 필요한 사람이 있을 경우 무급 또는 유급으로 휴가를 인정하고 있으며, 이를 통해 일과 케어의 양립이 가능하도록 하고 있음. 휴식서비스는 수발자가 급한 용무가 있거나 소진으로 인해 단기간 휴식을 취하고 싶을 경우 주간보호센터 또는 단기보호센터 등을 통하여 대신 케어를 제공함.

## 4. 결론

### 가. 주요결과

- 베이비붐세대가 노령인구에 도달함에 따라 Long-term care에 대한 수요가 급

격하게 증가하고 있음. 이에 따라 long-term care에 대한 접근성 제고, 제공 서비스의 질적수준 향상, 비용면에서 감당할 수 있도록 하는 것이 OECD국가들이 당면한 정책과제임. 특히 재가서비스 활성화가 중요하다고 판단하고 있으며 증가하는 비용부담을 어떻게 공공과 민간이 부담하느냐는 것도 주요한 관심사가 되고 있음.

- Long-term care 프로그램을 운용중인 대부분의 OECD국가는 공공재원을 조세로 조달하고 있음. 이 중 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드는 공공보험을 도입하여 공공재원의 전부 또는 일부를 조달하고 있음.

그리고 대다수의 국가가 본인부담제를 운영 중임. 호주·캐나다(소득 연동), 아일랜드(재가케어는 1년에 평균 26,000유로 등), 일본(비용의 10%), 노르웨이(시설케어는 소득의 80%), 네덜란드, 영국, 미국 등이 해당됨.

- 국가별 Long-term care 지출액은 대체로 GDP의 0.2%에서 3%수준까지 다양하게 분포하며 대부분의 국가는 1.5% 미만임. 노르웨이와 스웨덴은 GDP대비 2%를 초과하고 있음. 이 두 나라는 장기요양급여 제공연령에 제한이 없고, 80세 이상의 최고령층 인구비중이 높음. 자산조사방식은 운영하지 않으며, 집중강화치료(intensive care)를 시설케어와 재가케어에서 공적부담으로 제공하고 있음.

총 지출액의 공공부담과 민간부담 비중을 보면 대부분의 국가가 공공부담을 통해 long-term care를 제공하고 있으나 스페인, 영국, 미국의 경우 민간부담 비중이 상대적으로 높음.

- 제공급여형태는 시설케어와 재가케어를 모두 제공하고 있음. 독일, 네덜란드 등 일부 국가는 시차를 두고 시행한 바 있음(독일은 재가 1995.4, 시설 1996.7. 시행; 네덜란드는 재가 1989, 시설 1968 시행). 시설케어와 재가케어 간 지출액비중은 시설케어 지출비중이 높음. 공공지출분 중 “시설” 대 “재가”간 지출액비중은 약 70%(시설) 대 30%(재가) 수준임. 시설케어와 재가케어 간 급여수급인구비중은 재가케어가 높음.

- “일본, 미국”을 제외한 대부분의 국가가 모든 연령층에 대해 수급자격을 부여하고 있음.
- 시설·인력 등 공급능력, 케어의 질적 수준면에서는 일부 국가에서 부족문제가 있음. 장기요양병상수의 경우 국지적(호주·영국·미국), 전반적(일본·스페인) 부족문제가 있으며, 시설케어의 일종인 너싱홈 케어의 경우 room당 수용인원, 제공오락시설 등에 차이가 매우 큰 것으로 나타남(예) 1·2인실에 거주하는 노인의 비율이 4~100%까지 차이).  
너싱홈 케어에서 불충분한 시설은 친밀한 사회적 관계 형성 곤란, 프라이버시의 침해, 만성질환·우울증·욕창에 대한 불충분한 치료 등의 문제를 발생시킴.
- 간호인력 부족이 앞으로 정책당국자들이 해결해야 할 최우선의 과제로 대두되고 있음. 근로시간을 감축하는 국가에서는 특히 이러한 현상이 심화되고 있으며, 열악한 근무환경이 간호인력의 전직·이직·퇴직을 조장하고 있는 것으로 나타남. OECD 여러 국가는 현재의 장기요양급여 간호인력으로는 장기적으로 보다 질 높은 서비스제공은 불가능하다는 인식을 공유하고 있음.
- 따라서 여러 나라는, 공공보험 도입 외에 비용분담, 서비스 수요자 심사 강화 등 다양한 공공비용 통제수단을 강구하고 있음.
  - ① 민간과의 비용분담 강화: 너싱홈케어의 경우 총 비용의 30%이상을 민간이 부담하는 방식, 自家소유자에 대해 케어비용충당을 위해 재산사용을 요구하는 방식, 연금수급자에 대해 직·간접적인 비용분담을 통해 장기요양케어 프로그램에 참여토록 요구하는 방식 등이 활용되고 있음.
  - ② 서비스 수급자 심사강화: 공적급여는 저소득·저재산 수급자에게 집중(소득 자산조사 실시)되어 있고, 가벼운 장애의 경우는 급여 제한이 이루어지고 있음.
  - ③ 장애발생 방지·지연을 위한 예방활동 강화: OECD는 장기요양 서비스제공 대상 연령을 한정하지 않는 것이 추후 발생 가능한 막대한 고비용 소요를 예방할 수 있다는 조심스런 의견을 제시하고 있음.
- 시설케어보다는 비용·만족도면에서 효율성이 입증된 재가케어에 집중하고

이를 장려하는 경향이 두드러짐. 수혜자의 건강을 개선하는 데도 효과적이고 배우자가 더 오랫동안 생활을 유지하게 하는 장점이 있기 때문임. 현재 OECD 국가는 재가케어에 공공재원의 30% 이상을 투입하고 있음.

① 최근 10년동안 OECD국가는 재가케어에 집중하는 다양한 방식을 시험 중임. 그 방향은 consumer choice 임. 네덜란드, 노르웨이, 미국의 일부 주에서 개인예산상한제(personal budget)가 도입되었는데, 예산의 범위내에서 수급자(노인)이 직접 전문간호보조자(친척도 가능)를 고용할 수 있음. 오스트리아, 룩셈부르크, 영국, 독일 등은 대상자에게 사용처에 제한이 없는 현금을 제공하고 있음. 대부분의 국가는 한정된 노인인구에 시험 중이나 “오스트리아, 독일”에서는 공공 장기요양서비스 프로그램에 광범위하게 적용하고 있음. 케어제공자를 공공기관 직원으로 간주하는 스웨덴(오·벽지)의 예도 있음.

② 재가케어를 담당하는 가족 등 비공식적 수발자에 대한 지원책을 강화하고 있음. 왕진서비스, 단기위탁케어(respite care) 제공, 비공식 수발자에 대한 현금지불(호주, 캐나다, 아일랜드, 영국) 및 임시휴직 보상(아일랜드, 스웨덴), 가족에게 전문적인 안내서 제공 등이 이루어지고 있음.

□ 공급능력 확충·급여의 질적 수준 향상을 위한 조치들이 취해지고 있음.

① 시설케어 개선: 치매환자를 위한 그룹홈(group home: 공동생활가정\*)방식이 운용되고 있음. 1970년대 스웨덴에서 시작하여 프랑스, 일본, 스페인, 미국 등에서 점차 대중화되어 가는 추세임. 전문적인 교육을 받은 직원이 5~9명의 치매성 노인그룹을 하나의 단위로 하여 함께 일상생활을 영위하는 가정적인 케어시설임. 보조주거시설(assisted living facilities)은 미국에서 운용되고 있음. 비교적 부유한 노인들의 사용이 증가하고 있는데, 自家에서 독립적으로 생활하는 것과 너싱홈 등 요양시설에서 사는 것과의 중간형태로 노인들에게 약간의 간호지원과 비교적 독립적인 라이프스타일을 갖도록 하는 특징을 지님.

② 시설투자: 호주는 1985년에 70세이상 노인 1천명당 100개의 거주공간 공급을 목표로 설정하고 시설확충을 추진하였음. 독일은 1995년 장기요양보험 도입이후 시설수를 2배로, 재가서비스 제공기관도 4천개소에서 1만2천개소

로 증가시켰음. 스페인은 65세 이상 노인 100명당 5.0개의 시설 거주공간 설립을 목표로 사업을 추진하고 있음.

③ 질적수준 평가, 성과모니터링 등을 통해 정부가 서비스를 규제하고 있음. 최소기준 설정정책(시설안전, 의료인력비율 등)과 성과향상·평가(성과, 환자의 권리, 사생활보호 등) 정책 등이 운용되고 있음. 정부가 너싱홈 케어와 재가케어의 질에 대한 정보를 일반인이 사용할 수 있도록 인터넷에 공개하는 나라도 있음(미국). 이 밖에도, 시설케어 제공자에 대한 재신임절차 운용(호주 1997이후), 케어국가기준 운용(영국, 2001), 케어기준 강화(오스트리아 1994), 質관련규제 실시(독일 2002) 등이 이루어 졌음.

□ 급성간호·재활서비스 등 여타 의료제공시스템과의 연계운영에 노력이 기울여 지고 있음. 국가수준의 전략적 조정체계 마련을 통해, 환자나 가족에게 가능한 치료대안과 최선의 선택안을 조언하는 다학제간 평가팀(Multidisciplinary care assessment team)이 운영되는 곳이 많으며, 지방정부수준에서 의료와 장기요양재원을 통합하는 경우도 있음.

□ 간호인력 수급문제는 대체 직업관계인 급성 care부문 등 타 의료부문과 경쟁하기 위해 근무환경 개선, 급여인상 등에 노력이 시작되었음.

□ 이상의 연구에서 발견된, 최근 OECD 여러 국가의 공통적인 동향은 다음과 같음.

- 시설과 재택 중간 형태의 대안적 주거서비스 개발
- 현금 등 정책의 option 부가
- 전달체계 및 관리책임 지방이전(지역간 격차와 접근성 및 재정확보 쟁점)
- caregiver에 대한 정책적 고려의 다각화
- staff 부족과 그에 따른 케어의 quality 문제
- 이용자의 선택(choice) 증진을 통해 욕구에 기반하고 empowerment를 지향단, 이러한 경향은 수혜자 대상 ‘교육’의 필요성을 새롭게 제기
- 비용효과성 추구 및 다양한 정책의 mix system 고민
- 서비스의 질 제고와 지출억제의 dilemma

－ 연계·조정 체계화

이러한 경향은, 90년대 중반까지 파악된 쟁점 및 정책 관심사보다 매우 다각화 된 것임. 기존의 논의는 주로 케어의 탈시설화, 재가(택) 케어로의 전환유도와 지역케어 증진, 조정(coordination)과 사례관리(case management) 기제의 개발 등이었음. 최근의 정책변동은, 사려 깊은 제도의 설계가 필요함을 지적하는 것이라고 할 수 있음.

나. 주요 쟁점 및 향후 과제

□ OECD 주요국의 노인장기요양서비스 체계비교의 결과를 염두에 두고, 한국의 제도를 구축하는데서 반드시 짚고 넘어가야 할 논점을 정리하면 다음과 같음.

- － 우선, 공적노인요양보장제도가 수발보장제도로 변경되면서, 보건의료와 복지와의 밀접한 연계성을 놓치지 않았는가 하는 점을 검토해야 함. 지금의 구상대로라면, 한국은 치료, 수발, 재활 등의 통합적 서비스 구축에 커다란 한계가 있을 것으로 예상됨. 이와 관련, 의료 인력의 역할을 어떻게 규정할 지에 대한 더 광범위한 논의가 필요함.
- － 그 다음으로, 공공 인프라 구축과 사회적 합의가 충분한가 하는 점을 검토해야 함. 시설과 인력의 부족은 이미 여러 번 지적된 바 있으며, 최근에 실시한 대국민여론조사 결과에 따르면, 노인수발보장제도에 대해 알고 있다고 응답한 국민이 28.8%에 불과한 것으로 나타남. 이러한 논의는 결국, 제도시행시기와 관련됨.
- － 여러 나라의 경험을 통해서 볼 때, 장기적으로는 지자체의 역량을 강화하여 요양등급 판정과 계획서 작성, 급여의 질 관리 등 중요 업무를 담당토록 할 필요가 있음. 물론, 지자체의 역량강화는 노인장기요양만의 문제는 아님. 지방이양사업 시행 경위를 고려하면서 다각적으로 검토해 볼 문제임.
- － 제도논의 초창기부터 논의되어 오던 쟁점 중의 하나가, 장애인의 포함여부임. 기존의 수발보장법안에는 장애인이 포함되어 있지 않은 상태임. 한편, 국회에서 장애인을 포함하는 의원입법 추진의사를 밝히는 등의 별도의 움

직임이 있기 때문에, 이 부분에 대한 논의는 종결되지 않은 것으로 보임.

- 급여의 범위 역시 수발보장제도로 변경되는 과정에서 크게 축소되어, 현재는 노인요양시설과 노인공동생활시설, 방문간병과 수발, 주간보호, 방문간호, 단기보호 등으로만 구성되어 있음. 현재와 같은 대상자 폭과 급여종류를 가지고 사회보험제도를 시행할 경우, 얼마나 사회연대성에 기반한 철학적 취지를 살릴 수 있을지 많은 고민이 필요함. 소규모 인구층을 대상으로 한정된 급여를 제공할 경우, 현재의 서비스 방식을 유지하면서 추가 급여항목을 신설하는 것도 가능하기 때문임. 20세 이상 건강보험가입자가 모두 보험가입 대상인데 반해, 실제 수혜는 65세 이상의 노인이 주요한 대상이 되므로, 수급권이 없는 사람에게 보험료를 부과하는 문제가 생기게 됨. 따라서 보험원리에 맞는지도 검토가 필요한 부분임.
- 좀 더 기술적인 문제로, 지자체의 재정자립도와 케어 수요량, 수발가능자의 분포, 인프라 등을 고려하여 형평성을 높이는 방식에 대한 더 많은 고민이 필요함. 이는 일본의 앞선 경험이 우리에게 주는 함의이기도 하다. 지자체의 역량을 강화하는 중장기 대책을 마련하되, 시설인프라나 인력대비를 지방자치단체에만 맡겨두어서는 안될 것임. 이와 관련하여 인력수급계획과 자격관리, 재교육 방안 등에 대한 논의가 더 필요하다고 사료됨.
- 끝으로, 무급 자원봉사자나 가족 수발자를 제도에 포함시키고, 다양한 서비스를 통해 지원하고 인정하는 방안에 대한 고민이 필요함. 기존의 논의에서 가장 미흡한 부분이기도 함.

#### 다. 기대효과

- ☐ 주요 정책 쟁점별 구체적인 OECD 국가간 정책 분석을 통해 한국에서 적용할 정책적 함의를 도출하여, 노인요양보장체계 구축을 시작하는 한국에 현실가능하고 적합한 정책조합(mix)의 기초 자료로 활용함.
- ☐ 각국 정책의 주요 쟁점들을 검토함으로써, 한국의 노인요양보장체계가 대처해야 할 정책과제를 도출하고 향후 심층연구의 방향을 제시함.



# 제 1 장 서론

## 1. 노인장기요양서비스의 배경

본 연구는 OECD 국가들의 최근의 정책 경향을 분석하여 비교하고 한국에의 함의를 도출하는 것을 목적으로 한다. 지난 10년간 있었던 장기요양제도의 예산, 재정, 서비스 이용자의 수 등에서 나타났던 주요한 개혁에 대해 분석하며, 특히 요양 서비스 이용에 있어서의 선택사항이나 현금급여에서 나타났던 변화, 정부의 서비스 품질개선을 위한 노력 등을 포착하고자 한다.

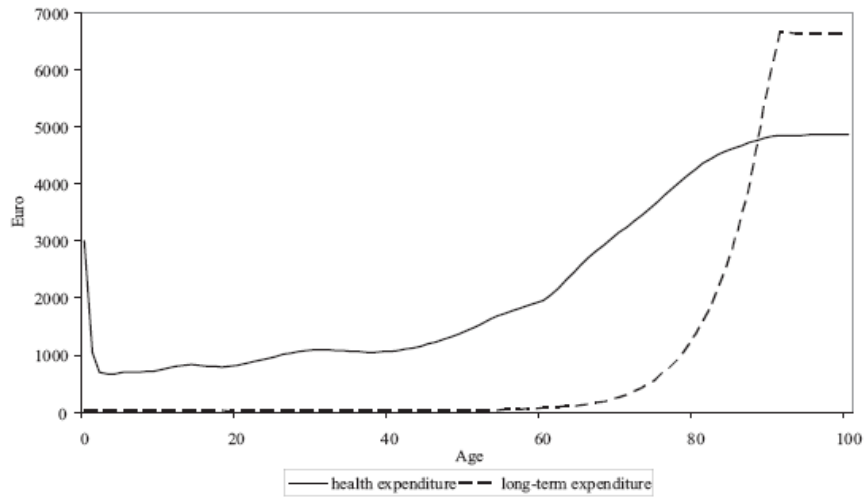
장기요양서비스는 한 사람이 일상생활을 하는데 있어서 필요한 모든 도움을 장기간에 걸쳐 제공하는 서비스로 최근 가장 부각되고 있는 사회정책 이슈이다. 이러한 서비스에는 목욕시키기, 옷입히기, 먹여주기, 침실이나 의자에 눕히거나 일으키기, 화장실로의 이동과 화장실 사용, 그리고 재활과 기초 의료 서비스와의 결합 등이 포함되기도 한다. 이러한 장기 요양 욕구는 육체적·정신적 장애를 유발하는 장기적 만 상태에서 연유한다.

장기 요양 서비스는 의료적 진단이나 의약처방 등의 의료 서비스(medical care)와 구별된다. 장기요양 서비스는 단순한 가사도움 서비스(집청소, 식사준비 등)와도 구별된다. 장기 요양 수요는 나이와 함께 기하급수적으로 늘어나며, 80세 이상에게 집중되어 나타난다. 따라서 장기요양제도에 대한 연구는 국제적으로 부각되고 있다. 미래에 늘어날 초고령자의 수는 요양 욕구를 상당히 증가시킬 것으로 예상된다. 아래의 그림 1-1은 일반 의료와 비교했을 때 연령이 높아짐에 따라 장기요양비용이 얼마나 가파르게 상승하는 지를 보여준다.

장기요양 보호노인이 필요로 하는 서비스는 대인서비스, 건강보호서비스, 사회보호서비스를 포함한다(박경숙, 2003). 대인서비스(personal care service)는 주로 일상생활상의 기본활동, 즉 식사, 배설, 목욕, 일상동작 등에 대한 서비스를

말한다. 건강보호서비스(health care service)는 영양, 건강관리, 간호, 투약관리, 기능회복 훈련, 재활훈련 등의 서비스를 포함한다. 사회보호서비스(social care service)는 주로 IADL 활동과 관련되는 세탁, 청소, 요리, 집안일, 사회관계, 심리·사회적 문제해결 등의 서비스를 포괄한다.

[그림 1-1-1] 의료 대비 장기요양 비용의 연령별 프로파일의 차이



이와 같은 다양한 종류의 서비스는 가족 혹은 공식적 서비스 공급체계에 의해서 제공될 수 있다. 공식적 서비스는 다시 서비스의 전달장소에 따라 재가보호(in-home care), 지역사회보호(community-based care), 시설보호(institutional care)로 구분할 수 있다. 물론 이러한 구분은 전통적인 구분으로, 최근에는 다양한 대안적 형태의 보호가 출현하고 있다(ex. 미국의 assisted living facility 등).

아래의 [그림 1-1-2]는 요양이 제공되는 장소와 공공-민간재정을 구별하여 다양한 요양서비스를 분류한 것이다.

[그림 1-1-2] 케어제공의 모형

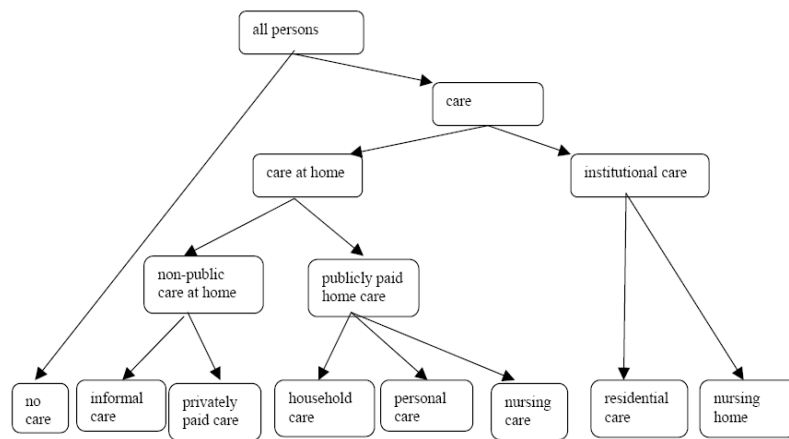


Figure 1: Model for the use of care provisions.

장기요양제도에 대한 이슈는 사회적, 건강적인 측면에서 OECD국가들에게 점점 중요해 지고 있으며, 정책결정자들은 장기요양 서비스의 수요 증가와 노인 인구 증가로 인한 공공 지출 증가에 직면해 있다. 또한 서비스 질을 추구하면서 서비스 비용과 재정적 지속 가능성에 대한 걱정도 가중되고 있다. 이로 인해 여러 나라에서 장기 요양에 대한 자금조달과 전달체계에 대한 국가적 개혁이 이루어지고 있다.

각각의 OECD 국가에서 선택된 개혁 전략과 이행 경험은 그 국가의 장기요양 서비스 제도의 발전 정도와 인구학적 특성에 따라 다르다. 몇몇 국가는 사회보호 향상을 채택한 반면, 어떤 나라에서는 대상자 선정 기준을 검토하고 사용자의 서비스 이용비용을 증가시키기도 했다.

최근에는 장기요양에 대한 욕구에 반응하기 위해서 서비스 혼합을 어떻게 고안·개선할지에 대한 연구도 이루어지고 있다. 그러나 ‘누가 무엇을 위해서 지불해야 하는가’ 라는 결정적인 질문에 이르렀을 때, 합의는 별로 없다. 비공식

적 요양은 모든 나라에서 여전히 가장 중요한 장기요양서비스 자원이며, 가정의 부담은 여러 가지 방식으로 나타나고 있다. 가족의 부양기능이 감퇴함에 따라, 공공영역의 개입이 어떠한 방식으로든 이루어지고 있는데, 구체적인 공·사 혼합 방식은 국가마다 매우 다르게 나타나고 있다.

## 2. 최근 OECD 국가의 노인 장기요양서비스의 경향과 주요 쟁점

OECD 국가들의 장기 요양 제도는 더 나은 질의 서비스를 보다 저렴하게 공급하여 이용자들의 증가하는 기대에 부응하고자 하고 있다. 베이비 붐 세대가 고령층이 될 향후 30년 동안 이 서비스 수요는 급속하게 증가할 것이다. 동시에 장기요양 서비스의 다양화가 OECD 국가들의 최근 추세이다.

OECD 국가들 내에서는 장기 요양서비스를 욕구가 있는 사람들에게 보편적으로 제공하려는 경향을 보이고 있다. 몇몇 나라는 최근 10년간 서비스 전달의 파편화를 극복하는 공공 프로그램, 혹은 여러 지역과 인구 집단을 포괄하여 재원을 지원하는 결정적인 진보를 이루었다. 대부분의 나라는 조세 방식인 반면 몇몇 나라(독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드)에서는 사회보험 방식을 택하고 있다.

아직은 장기 요양제도에 대한 지출의 비중은 낮은 편이며, 사회보장 예산의 10~20% 정도만이 장기요양서비스와 건강보험(health care)에 사용되고 있다. 그러나 향후 빠르게 증가할 것으로 예측된다.

나라마다 비용 지출 차이가 있는데 최근 OECD 분석에 포함된 국가 중 7개 국가에서는 GDP의 0.8%~2.9% 정도를 지출하고 있고 나머지 12개 국가에서는 GDP의 0.2%~1.5% 정도로 다양하다. 이러한 국가별 지출비용의 다양성은 서비스 적용 범위에 의해서 가장 크게 좌우되며, 서비스의 질이나 사적 서비스 이용에 따라 그 차이가 더 커지기도 한다. 결론적으로 노인 인구가 많은 국가들은 장기요양 서비스 지출 측면에서 비슷한 양상을 보이고 있으며 향후 OECD 국가들의 장기요양 서비스는 공적자원과 사적자원이 결합된 형태로 나아갈 것이라 예상된다.

장기요양제도는 여타 건강관련 서비스나 사회서비스, 가족이나 친구들에 의

해 제공되는 사적 서비스와 함께 많은 개혁과 변화를 필요로 하고 있다. 장기요양제도가 직면하고 있는 문제는 재활과 장기요양에 대한 환자와 그 가족들의 서비스 만족도를 높이고 비효율적인 자원운영을 개선하는 것이다.

장기요양의 연속성(continuum) 역시 가정과 지역사회에서 요양을 받는 사람들을 위해서 매우 중요하다. 노인을 집에서 가능한 한 오랫동안 머물게 하는 것이 노인의 상태를 호전시키는데 크게 도움이 되는데, 이를 위해서는 이용 가능한 서비스의 범위를 넓혀야 하며 가족들에게는 전문적인 가이드를 제시해주어야 한다. 장기요양의 연속성을 향상시키는 정책은, 정책적인 우선순위에 포함되어 여러 수단을 통해서 많은 나라에서 추진되어왔다. 성공적인 예로는 각 전문분야별 서비스 평가팀을 만들어 개인적으로 가장 적합한 서비스를 제공해주는 것이다.

장기요양서비스의 통합적 자금조달은 건강보험이나 사회 예산, 정확한 사례관리와 함께 지역사회 수준에서 서비스 조정이 비용 효율적으로 이루어지는데 중요하다.

더욱 뚜렷해지고 있는 장기요양제도의 정책목표는 재가요양서비스(home-based care)의 발달에 있으며 이는 가정 내에 있는 노인들의 생활을 더 용이하게 하는 것을 포함한다.

게다가 서비스 확장과 더불어, 비공식적 요양서비스에 대한 인정(예를 들어 케어노동에 대한 연금 크레디트를 주는 것)이 새로운 정책 흐름을 주도하고 있다. 물론 장점도 있지만 이 정책은 케어에 주어지는 인센티브의 혜택을 받기 위해 다수의 50대가 노동 시장을 떠날 수도 있어, 이로 인해 파생되는 노동력 부족 및 노동경력 단절의 문제점을 제기하기도 하다.

가정에서 요양하는 사람들을 위해 지난 10년 동안 많은 OECD국가들에서 여러 가지 현금 급여 프로그램이 개발되어왔다. 개인 소비자에게 직접 케어 보조를 해 준다면, 아니면 현금급여와 케어 중에서 개별적으로 선택을 할 수 있는 기회를 부여하든지, 또는 비공식적 케어제공자에게 급여보조를 해주는 것 등 다양하다.

이들 프로그램들은 아직 대부분 실험단계이고 작은 영역에 불과하다. 그러나 몇몇 보편화 시도도 이루어지고 있다. 공공 기금 방식으로 장기 요양 서비스를 제공하는 공적 방식이 그것이다(오스트리아, 독일).

이러한 정책 추진력으로 인해 요양이 필요한 사람들이 집에 더 오래 머물 수

있게 되었다. 소비자들의 선택은 자기 결정권과 만족을 증진시킬 수 있다. 선택 사항이 늘어나면 전통적인 서비스와 비교시 같은 비용으로 더 나은 질의 서비스를 제공할 수 있다는 조사결과도 있다. 요양 제공자(care-giver)를 지원하는 추가 서비스는 여전히 더 개발·지원될 필요가 있다.

노인 장기 요양 서비스의 변화속에서도 서비스의 질은 서비스 이용자들이나 그 가족들의 기대를 충족시키지 못하는 경우가 많다. 요양 시설이 요양욕구에 적합하지 않거나, 재가서비스 제공자의 사교성 부족, 사생활 침해 등의 문제점이 지적된다. 그리고 노인의 만성적 고통, 우울증, 욕창 등을 적절한 치료방식이나 약품으로 관리해주지 못하는 것도 서비스 결점으로 거론된다.

장기 요양제도의 질을 높여 이용자들의 기대를 충족시키기 위해서는 공공 지출 증대와 서비스 질 평가와 모니터링 등이 필요하다. 비록 많은 OECD 국가들이 이러한 면에서 정부의 역할을 증대시키고 있기는 하지만, 아직 응급·급성 의료에 비하면 뒤쳐져 있다. 이를 향상시키기 위해서 보다 많은 투자가 필요하다는 지적이 이루어지고 있다.

또한 요양의 질에 대한 정보 제공을 보다 투명하게, 공공에게 접근 가능하도록 만들기 위한 노력도 이루어졌다. 케어인력의 서비스 질 평가에 대한 정보 공개는 소비자를 보호하고 케어 시장에서의 경쟁적인 분위기를 조성하는 측면에서 중요하다.

현재 케어인력의 수준으로는 더 나은 질의 요양 서비스는 불가능할 수 있다. 전문인력 부족과 질에 미치는 영향은 장기 요양 정책 설계에서 최고 관심사에 해당한다. 따라서 요양인력부족 이슈를 다루는 것이 무엇보다 중요하다. 물론 급여와 근무 여건 개선도 필요하다.

OECD 국가에서 장기요양비용을 둘러싼 공적 지출 비중의 커다란 차이는, 장기 요양 자금이 조달·제공되는 방식의 차이를 반영한다. 이 분야에서 최근 많은 변화가 일어나고 있다.

공적 서비스와 사적 서비스가 분절된 제도로부터 보다 포괄적인 제도로 변화하려는 국가들의 개혁 경험으로부터 몇 가지 교훈을 얻을 수 있다: 첫째 장기 요양제도의 보편화는 시설에서 제공되는 비싼 요양으로 인해 부담을 갖는 사람들에게 과도한 개인 비용 부담을 덜어준다. 둘째, 보편적인 공적 프로그램 하에

서는 운영될 수 없는 서비스의 추가 비용증가의 위험을 낮추려는 많은 전략이 필요해 진다. 이는 급여 목표 설정을 상당히 조정해야 함을 의미한다. 연금 수급자들이 장기요양 기금조달에 기여하도록 요구되기도 한다.

마지막으로 보편적인 장기 요양 제도가 시작되면, 시설에서 불필요하게 요양을 받는 사람의 수를 줄이는 것이 중요하다. 가정과 지역사회에 기반한 요양 제공을 위해 서비스의 적절한 혼합이 필요하며, 또한 최근 배우자와 함께 사는 노인인구가 증가하고 있는 추세라는 것을 생각할 때 가족내에서의 비공식적 케어도 계속해서 중요한 자원임을 염두에 두어야 한다. 모든 국가에서 많은 노인은 여전히 가정으로부터 일상 활동의 도움을 받고 있다. 장기 요양의 공식 서비스는 여러 세팅—집, 지역사회, 시설 등—에서 제공된다. 집에서 요양받는 사람들을 지원하기 위해서 현금 급여 프로그램이 여러 나라에서 개발되는 것도 이러한 맥락에서이다.

장기요양제도가 성숙함에 따라서, 1990년 이후 많은 국가에서 공적 지출 부담의 하나가 되고 있다. 대체로 OECD 국가에서 장기 요양에 대한 총지출은 0.2%에서 3%범위에 속한다. 더구나 고령 인구의 증가로 인해 향후 20-30년에 걸쳐 지출 증가가 가속화될 것이라는 견해가 지배적이다. 그러나 인구 연령 구조만으로 단순히 기계적으로 측정되는 서비스 수요보다는, 프로그램 형태(자금 조달, 공동비용부담, 서비스의 질 등)의 차이가, 현재 지출 수준상의 차이를 설명하는 데 중요한 역할을 하고 있는 것으로 보아야 한다(OECD, 2005).

각 국가가 제도전환을 논의하는 과정에서 나타난 쟁점 역시 매우 다양하다.

독일의 경우, 지자체의 공공부조 예산의 재정적 압박을 줄이기 위한 의도가 있었고 (각주 같이), 요양대상자와 요양제공자의 상황을 향상시키고 시설보호를 대신해 재가보호를 촉진하려는 노력이기도 했다. 급여의 물가연동이 없고, 요양서비스의 범위가 제한적인 것이 이슈로 제기되었다. 한편, 재정의 지속가능성 역시 확실치 않은 상황이다.

일본은 가정에서 노인을 요양할 능력이 줄어들면서 병원입원 노인이 증가하는 상황이었다. 병원과 요양시설이 재가서비스 보다 비용이 많이 들기 때문에 개호보험의 도입을 통해 의료보험의 건전성을 도모하려는 논의가 이루어졌다.

네덜란드는 본인부담금 지불규정 상의 불평등을 감소시킬 필요가 있었고, 이용자 편의적이고 유연하게 운영되는 비용효과적인 서비스를 제공해야 할 요구에 직면해

있었다. 대상자를 확대하고 서비스 범위를 포괄적으로 확장하는 과정에서 중장기적으로 요양서비스의 비용을 어떻게 통제할 것인가가 주요한 쟁점으로 등장하고 있다.

### 3. 주요국 기초통계 및 제도개요

〈표 1-3-1〉 OECD 국가의 노인인구 및 초고령인구 비율

|        | 총인구 대비 65세 이상 노인인구 비율 |      |      |           |           | 65세 이상 인구 대비 80세 이상 인구 비율 |      |      |           |           |
|--------|-----------------------|------|------|-----------|-----------|---------------------------|------|------|-----------|-----------|
|        | 증가율                   |      |      |           |           | 증가율                       |      |      |           |           |
|        | 1960                  | 2000 | 2040 | 1960-2000 | 2000-2040 | 1960                      | 2000 | 2040 | 1960-2000 | 2000-2040 |
| 프랑스    | 11.6                  | 16.1 | 26.6 | 4.5       | 10.5      | 17.2                      | 23.3 | 34.6 | 6.1       | 11.3      |
| 독일     |                       | 16.4 | 29.7 | 16.4      | 13.3      |                           | 22.3 | 29.9 |           | 7.6       |
| 그리스    | 8.1                   | 17.3 | 28.2 | 9.2       | 10.9      | 16.0                      | 20.5 | 30.1 | 4.6       | 9.6       |
| 헝가리    | 9.0                   | 15.1 | 25.7 | 6.1       | 10.6      | 12.3                      | 17.5 | 28.7 | 5.2       | 11.3      |
| 아이슬랜드  | 8.0                   | 11.7 | 22.6 | 3.7       | 10.9      | 14.3                      | 24.2 | 31.6 | 10.0      | 7.3       |
| 아일랜드   | 11.1                  | 11.2 | 20.5 | 0.1       | 9.3       | 17.5                      | 23.0 | 26.7 | 5.5       | 3.7       |
| 이태리    | 9.3                   | 18.1 | 33.7 | 8.8       | 15.6      | 14.6                      | 22.2 | 30.6 | 7.6       | 8.4       |
| 일본     | 5.7                   | 17.4 | 35.3 | 11.7      | 17.9      | 12.6                      | 22.0 | 41.1 | 9.5       | 19.1      |
| 한국     | 2.9                   | 7.2  | 27.8 | 4.3       | 20.6      | 8.1                       | 14.2 | 26.1 | 6.1       | 11.9      |
| 룩셈부르크  | 10.8                  | 14.2 | 24.0 | 3.4       | 9.8       | 14.7                      | 21.0 | 26.9 | 6.3       | 5.9       |
| 멕시코    | 4.2                   | 4.6  | 15.4 | 0.4       | 10.8      | 12.0                      | 14.0 | 23.5 | 2.0       | 9.6       |
| 네덜란드   | 9.0                   | 13.6 | 25.5 | 4.6       | 11.9      | 15.2                      | 23.5 | 30.0 | 8.3       | 6.5       |
| 뉴질랜드   | 8.6                   | 11.7 | 22.8 | 3.1       | 11.1      | 17.1                      | 23.8 | 30.5 | 6.8       | 6.7       |
| 노르웨이   | 11.0                  | 15.2 | 26.3 | 4.2       | 11.1      | 18.0                      | 28.3 | 32.7 | 10.4      | 4.4       |
| 폴란드    | 6.0                   | 12.2 | 24.1 | 6.2       | 11.9      | 12.2                      | 16.2 | 31.9 | 4.0       | 15.7      |
| 포르투갈   | 7.9                   | 16.3 | 24.0 | 8.4       | 7.7       | 14.4                      | 20.6 | 25.8 | 6.2       | 5.2       |
| 슬로바키아  | 6.9                   | 11.4 | 23.2 | 4.5       | 11.8      | 14.5                      | 16.5 | 28.3 | 2.0       | 11.8      |
| 스페인    | 8.2                   | 16.9 | 30.7 | 8.7       | 13.8      | 14.0                      | 22.3 | 27.6 | 8.3       | 5.3       |
| 스웨덴    | 11.7                  | 17.3 | 25.2 | 5.6       | 7.9       | 15.9                      | 29.0 | 31.5 | 13.1      | 2.5       |
| 스위스    | 10.2                  | 15.3 | 33.1 | 5.1       | 17.8      | 15.0                      | 26.0 | 34.9 | 11.0      | 8.9       |
| 터키     | 3.5                   | 5.7  | 14.3 | 2.2       | 8.6       | 8.5                       | 11.3 | 18.2 | 2.8       | 7.0       |
| 영국     | 11.7                  | 15.9 | 25.4 | 4.2       | 9.5       | 16.4                      | 25.4 | 29.1 | 9.0       | 3.7       |
| 미국     | 9.2                   | 12.4 | 20.4 | 3.2       | 8.0       | 15.2                      | 26.4 | 33.3 | 11.2      | 6.9       |
| 평균(29) | 8.7                   | 13.8 | 25.6 | 5.4       | 11.8      | 14.4                      | 21.7 | 30.1 | 7.3       | 8.4       |

※ 자료출처: OECD Health Data 2003



위의 표는 주요국 총 인구대비 65세 이상 노인인구의 비율과, 노인인구 대비 초고령(80세 이상) 노인의 비율을 보여주고 있다. 한국은 2000년 현재는 노인인구와 초고령 노인인구의 비율이 낮은 편에 속하지만, 2040년 경에는 급격히 증가할 것으로 예측되고 있다.

주요국의 장기요양관련 프로그램을 세부 기준 즉, 프로그램명과 보호의 유형, 재원조달 방식, 급여방식, 자격기준, GDP 중 지출비중 등을 살펴보면 다음과 같다. 제도가 독립적으로 운영되고 있는지 여부 역시 정리되어 있다. 아직 공식적인 노인수발보장제도가 도입되지 않은 한국은 요양서비스가 저소득층을 대상으로 하는 제공되고 있기 때문에, 자산조사를 실시하는 것으로 분류되어 있으며, 일반 조세에 의해 현물방식의 재가 및 시설보호가 시행되는 것으로 정리되어 있다. 전반적으로 보험방식보다는 조세방식의 운영이 더 많다는 것을 확인할 수 있다.

<표 1-3-2> OECD 국가의 장기요양프로그램 현황 및 주요특성

| 국가명         | 유형          | 프로그램                                                     | 재원                 | 급여방식                | 자격기준                                                      | 기타 프로그램과의 관계            | GDP 중 비중            |
|-------------|-------------|----------------------------------------------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 오스트<br>레일리아 | 시설보호        | Residential care                                         | 일반조세               | 현물                  | 전 연령<br>보편적(지불능력에 따른<br>책임)                               | 독립적                     | 0.8                 |
|             | 재가보호        | Community Aged Care<br>Packages(CACP)                    | 일반조세               | 현물                  | 70세 이상<br>보편적(지불능력에 따른<br>책임)                             | 독립적                     |                     |
|             |             | Home and community<br>care(HACC)                         | 일반조세               | 현물                  | 전 연령<br>보편적(지불능력에 따른<br>책임)                               | 독립적                     |                     |
|             |             | Care Payment                                             | 일반조세               | 현금                  | 전 연령/자산 조사                                                | 독립적                     |                     |
|             |             | Carer Allowance                                          | 일반조세               | 현금                  | 전 연령/보편적                                                  | 독립적                     |                     |
| 오스트리<br>아   | 재가/시설보<br>호 | 장기요양수당<br>(Long-term care allowance)                     | 일반조세               | 현금                  | 전 연령/보편적                                                  | 독립적                     | 0.8                 |
| 캐나다         | 재가보호        | Provincial programmes                                    | 일반조세               |                     | 전 연령/자산조사                                                 |                         | 0.8                 |
|             | 시설보호        | Provincial programmes                                    | 일반조세               |                     |                                                           |                         |                     |
| 독일          | 재가/시설보<br>호 | 사회적 장기요양보험<br>(Social Long-term Care<br>Insurance)       | 보험<br>기여방식         | 재가(현물/현금)<br>시설(현물) | 전 연령/보편적                                                  | 독립적                     | 1.0                 |
| 헝가리         | 재가/시설보<br>호 | Social protection and social care<br>provision programme | 일반조세               | 현물 및 현금             | 전 연령/자산조사                                                 | 독립적                     | 0.1(Health<br>Data) |
|             |             | Health-care insurance fund<br>financed services          | 보험<br>기여방식         | 현물                  | 전 연령/보편적                                                  | health programme의<br>일부 | 0.1(SHA<br>tables)  |
| 아일랜드        | 시설보호        | Nursing Home Subvention<br>Scheme                        | 일반조세               | 현물                  | 전 연령/자산조사                                                 | 독립적                     |                     |
|             |             | Public long term care                                    | 일반조세               | 현물                  | 전 연령/자산조사                                                 | 독립적                     |                     |
|             | 재가보호        | Community-based Care                                     | 일반조세               | 현물                  | 전 연령                                                      | 독립적                     |                     |
| 일본          | 재가/시설보<br>호 | 장기요양보험(The Long-term<br>Care Insurance System)           | 보험<br>기여 및<br>일반조세 | 현물                  | 40-64세 : 15개<br>노인성질환에 의한 장애상태<br>65세 이상 : 모든 장애상태<br>보편적 | 독립적                     | 0.8                 |

| 국가명  | 유형                   | 프로그램                                                    | 재원                 | 급여방식  | 자격기준                                          | 기타 프로그램과의 관계                    | GDP 중 비중           |
|------|----------------------|---------------------------------------------------------|--------------------|-------|-----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| 한국   | 재가/시설보호              |                                                         | 일반조세               | 현물    | 전연령/자산조사                                      | 독립적                             | 0.0                |
| 뉴질랜드 | 시설보호                 | Long-term residential care                              | 일반조세               | 현물    | 기본 : 65세 이상<br>50-65세 : 노인성질환<br>조기발병<br>자산조사 | 독립적                             | 0.4                |
| 노르웨이 | 재가/시설보호              | Public long term care                                   | 일반조세               | 현물    | 전 연령/보편적                                      | 독립적                             | 2.6                |
| 폴란드  |                      | Social services                                         | 일반조세               | 현금/현물 | 전 연령/보편적<br>자산조사                              | social service<br>programme의 일부 | 0.4(SHA<br>tables) |
| 스페인  | 재가/시설보호              | Social care programmes at<br>Autonomous Community level | 일반조세               | 현물    | 자산조사                                          | 독립적                             |                    |
| 스웨덴  | 재가/시설보호              | Public long term care                                   | 일반조세               | 현물    | 전 연령/보편적                                      | 독립적                             | 4.3                |
| 스위스  | 재가/시설보호              | Programmes at Canton level                              | 보험<br>기여 및<br>일반조세 | -     | -                                             | -                               | 0.8                |
| 영국   | 재가/시설보호              | NHS                                                     | 일반조세               | 현물    | 전 연령/보편적                                      | health programme의 일부            | 0.9                |
|      | 재가/시설보호              | Social services                                         | 일반조세               | 현물    | 전 연령/자산조사                                     | 독립적                             |                    |
|      | 재가보호(현금)             | Social Security Benefits                                | 일반조세               | 현금    | 전 연령/자산조사                                     | 독립적                             |                    |
| 미국   | 재가보호(현물)<br>시설보호(현물) | Medicare                                                | 보험<br>기여           | 현물    | 장애인 및 65세 이상<br>보편적                           | health programme의 일부            | 0.9                |
|      | 재가보호(현물)<br>시설보호(현물) | Medicaid                                                | 일반조세               | 현물    | 전 연령/자산조사                                     | health programme의 일부            |                    |

출처 : OECD Ad Hoc Group (2003.Dec.)

#### 4. 보고서의 구성 및 연구한계

이어지는 2장에서는 한국노인의 특성을 인구, 가족 및 거주, 보건, 복지 등 4개 분야로 나누어 살펴보고, 공적노인요양보장제도 시행방안 및 시범사업 현황, 노인수발보장제도 시행방안 등의 내용을 검토한다.

3장에서는 OECD 18개국의 노인장기요양서비스 특성을 수혜자격, 시설보호, 가정 및 지역사회보호, 비공식 수발자에 대한 지원 등으로 나누어 개략적으로 살펴본다.

4장에서는 공공-민간 공급체계, 서비스 기능의 분화와 통합, 급여구성, 재정지출 구조, 서비스 인력양성, 케어수발자 노동가치 인정 등으로 나누어, OECD 국가들의 사례와 경향 및 패턴을 분석한다.

5장에서는 3~4장의 내용과 한국의 현황을 종합하여 주요함의를 도출·제시한다.

본 연구는 노인장기요양서비스의 설계 및 모형관련 정보를 수집하고, 그 체계를 비교하는 것을 주요 목적으로 한 바, 제도시행에서 나타난 시행착오와 역사적 맥락, 운영정보 등에 대한 충분한 검토는 이루어지지 못했으며, 체계비교를 통한 유형화 등은 추후의 과제로 남긴다.

## 제 2 장 한국 노인요양보장제도의 필요성과 논의

### 1. 한국 노인의 특성과 장기요양서비스의 필요성<sup>주1)</sup>

본 절에서는 인구, 가족 및 거주, 보건, 복지 등 4개 분야로 나누어, 한국 노인의 특성을 살펴보고, 이를 통해 장기요양서비스의 필요성을 가늠해 보고자 한다.

#### 가. 인구

2004년 총인구 중 65세 이상 고령인구의 비율은 8.7%이다. 한국은 선진국에 비해 훨씬 빠른 속도로 고령사회에 진입할 것으로 전망되는데, 2000년 고령화 사회로 진입하였고, 2019년 고령사회, 2026년 초고령사회로 진입할 것으로 보인다. 농촌지역은 2000년에 65세 이상 인구의 비율이 14.7%로 이미 고령사회로 진입하였고, 2003년 경남 의령군, 남해군 등 30개 시군구는 이미 65세 이상 인구비율이 20%를 초과하여 초고령사회에 진입하였다. 2004년 현재 생산가능인구 8.2명당 노인 1명을 부양하였는데, 2030년에는 2.8명당 노인 1명을 부양할 것으로 예측된다. 평균수명은 76.5세로 여자 평균수명은 이미 80세를 넘어섰다.

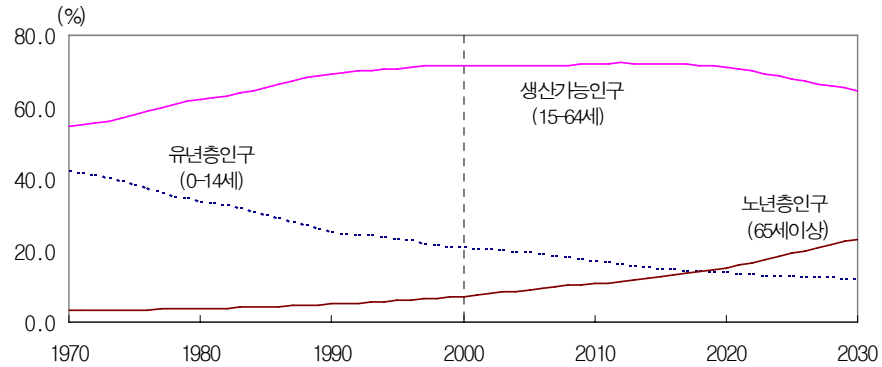
#### 1) 연령계층별 인구구조

2004년 현재 총인구 중 65세 이상 인구의 비중은 8.7%로 2003년 8.3%에 비해 0.4%p 증가하였고, 10년 전인 1994년 5.7%에 비해서는 3.0%p 증가하였다.

---

주1) 통계청 고령자 통계자료에서 발췌 인용함.

[그림 2-1-1] 연령계층별 인구 구성비 추이



〈표 2-1-1〉 연령계층별 인구 및 구성비 추이

(단위: 천명, %)

|        | 1980   | 1994   | 2000   | 2003   | 2004   | 2010   | 2020   | 2030   |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 총인구    | 38,124 | 44,642 | 47,008 | 47,925 | 48,199 | 49,594 | 50,650 | 50,296 |
| 0~14세  | 12,951 | 10,653 | 9,911  | 9,719  | 9,633  | 8,552  | 7,034  | 6,217  |
| 15~64세 | 23,717 | 31,446 | 33,702 | 34,238 | 34,396 | 35,741 | 35,948 | 32,475 |
| 65세 이상 | 1,456  | 2,542  | 3,395  | 3,969  | 4,171  | 5,302  | 7,667  | 11,604 |
| 구성비    | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  | 100.0  |
| 0~14세  | 34.0   | 23.9   | 21.1   | 20.3   | 20.0   | 17.2   | 13.9   | 12.4   |
| 15~64세 | 62.2   | 70.4   | 71.7   | 71.4   | 71.4   | 72.1   | 71.0   | 64.6   |
| 65세 이상 | 3.8    | 5.7    | 7.2    | 8.3    | 8.7    | 10.7   | 15.1   | 23.1   |

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001

## 2) 인구 고령화 추이

고령인구 비율이 7%에서 14%에 도달하는데 걸리는 기간이 19년이며, 14%에서 20%는 7년에 불과하여 선진국이 경험한 고령화 속도에 비해 빠른 속도로 진행되고 있다.

〈표 2-1-2〉 65세 이상 고령인구 추이

|           | 2000<br>(고령화) | 2010   | 2019<br>(고령) | 2020   | 2026<br>(초고령) | 2030   |
|-----------|---------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|
| 총 인 구(천명) | 47,008        | 49,594 | 50,619       | 50,650 | 50,610        | 50,296 |
| 65세이상(천명) | 3,395         | 5,302  | 7,314        | 7,667  | 10,113        | 11,604 |
| 구 성 비(%)  | 7.2           | 10.7   | 14.4         | 15.1   | 20.0          | 23.1   |

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001

[그림 2-1-2] 인구 고령화속도 국제 비교

| 국가    | 고령인구<br>비율 |      |      | 증가 소요년수 |         | 2002년 65세 이상<br>인구구성비(%) |
|-------|------------|------|------|---------|---------|--------------------------|
|       | 7%         | 14%  | 20%  | 7%→14%  | 14%→20% |                          |
| 프 랑 스 | 1864       | 1979 | 2019 | 115     | 40      | 16.3                     |
| 노르웨이  | 1885       | 1977 | 2021 | 92      | 44      | 14.9                     |
| 스 웨 덴 | 1887       | 1972 | 2011 | 85      | 39      | 17.2                     |
| 호 주   | 1939       | 2012 | 2030 | 73      | 18      | 12.7                     |
| 미 국   | 1942       | 2014 | 2030 | 72      | 16      | 12.3                     |
| 캐 나 다 | 1945       | 2010 | 2024 | 65      | 14      | 12.7                     |
| 이탈리아  | 1927       | 1988 | 2008 | 61      | 20      | 18.6                     |
| 영 국   | 1929       | 1976 | 2020 | 47      | 44      | 15.9                     |
| 독 일   | 1932       | 1972 | 2010 | 40      | 38      | 17.3                     |
| 일 본   | 1970       | 1994 | 2006 | 24      | 12      | 18.4                     |
| 한 국   | 2000       | 2019 | 2026 | 19      | 7       | 7.9                      |

자료: UN, 『The Sex and Age Distribution of World Population』, 각년도

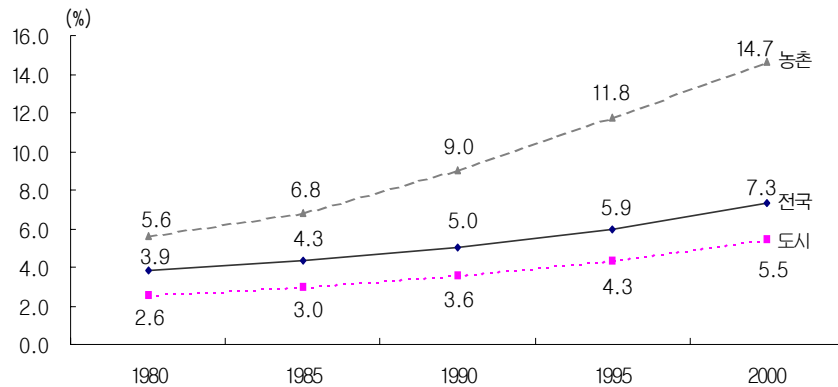
일본 국립사회보장·인구문제연구소, 『인구통계자료집』, 2003

OECD, 『OECD Health Data』, 2004

### 3) 도시·농촌의 고령인구 구성

고령화의 속도는 도시지역에 비하여 농촌지역(읍·면부지역)이 훨씬 빠르게 진행되고 있다. 농촌지역의 경우 65세 이상 인구비율이 빠르게 증가하여 1990년에 9.0%로 이미 고령화 사회에 진입하였고, 2000년에는 14.7%로 고령사회에 진입하였다. 2000년 전체인구 중 농촌지역 거주인구는 20.3%이고, 65세 이상 인구 중 농촌지역 거주인구는 40.6%이다.

〔그림 2-1-3〕 도시·농촌의 65세 이상 인구비율



〈표 2-1-3〉 도시·농촌의 65세 이상 인구 비교

(단위: 명, %)

|      |         | 전국(A)      | 도시(동부)     | 농촌(읍면부)    | 농촌거주인구(%) |
|------|---------|------------|------------|------------|-----------|
| 1990 | 전체인구    | 43,390,374 | 32,290,055 | 11,100,319 | 25.6      |
|      | 65세이상인구 | 2,162,239  | 1,158,570  | 1,003,669  | 46.4      |
|      | (비율)    | 5.0        | 3.6        | 9.0        | -         |
| 2000 | 전체인구    | 45,985,289 | 36,642,448 | 9,342,841  | 20.3      |
|      | 65세이상인구 | 3,371,806  | 2,001,341  | 1,370,465  | 40.6      |
|      | (비율)    | 7.3        | 5.5        | 14.7       | -         |

자료: 통계청, 『인구주택총조사보고서』, 각년도

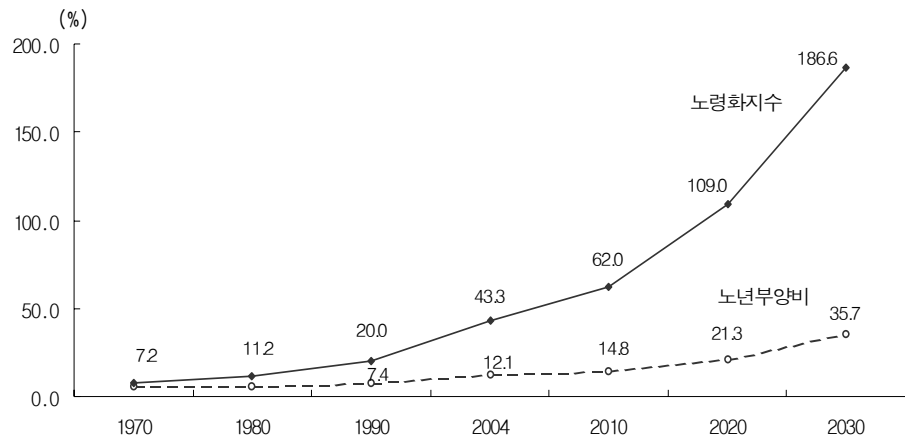
#### 4) 부양비 및 노령화지수

노년부양비(65세이상 인구/15~64세 인구)는 2004년 현재 12.1%로 1994년 8.1%에 비해 4.0%p 증가하였고 앞으로도 평균수명 증가 등에 따라 2020년 21.3%, 2030년 35.7%로 높아질 전망이다. 이는 2004년 생산가능인구 8.2명당 노인 1명, 2020년에는 4.7명당 노인 1명, 2030년에는 2.8명당 노인 1명을 부양하게 되는 셈을 의미한다. 2004년 현재 노령화지수는 43.3%로 유년인구(0~14세) 100



명당 노인인구는 43명이지만, 2030년에는 186.6%로 크게 높아질 전망이다.

[그림 2-1-4] 노년부양비 및 노령화지수 추이



〈표 2-1-4〉 노년부양비 및 노령화지수

|                     | 1970 | 1980 | 1990 | 1994 | 2004 | 2010 | 2020  | 2030  |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|
| 노년부양비(%)            | 5.7  | 6.1  | 7.4  | 8.1  | 12.1 | 14.8 | 21.3  | 35.7  |
| 노령화지수(%)            | 7.2  | 11.2 | 20.0 | 23.9 | 43.3 | 62.0 | 109.0 | 186.6 |
| 노인 1명당<br>생산가능인구(명) | 17.7 | 16.3 | 13.5 | 12.4 | 8.2  | 6.7  | 4.7   | 2.8   |

주 : 노년부양비 = (65세 이상 인구 / 15~64세 인구) × 100

노령화지수 = (65세 이상 인구 / 0~14세 인구) × 100

노인 1명당 생산가능인구 = (15~64세 인구 / 65세이상 인구)

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 2001

## 5) 평균수명

2001년 현재 평균수명은 76.5세, 남자 72.8세, 여자 80.0세이며, 여자가 남자보다 7.2년 더 오래 사는 것으로 나타나고 있고, 향후 2030년의 평균수명은 81.5

세, 2050년 83.0세로 늘어날 전망이다. 이는 보건의료 수준의 향상, 국민들의 영양상태 양호 및 건강에 대한 관심의 증가 등에 기인하는 것으로, 특히 40대 이상 사망률의 감소를 반영하고 있다.

〈표 2-1-5〉 평균수명 추이

(단위: 세)

|         | 1981 | 1991 | 1999 | 2001 | 2010 | 2020 | 2030 | 2050 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 계       | 66.2 | 71.7 | 75.6 | 76.5 | 78.8 | 80.7 | 81.5 | 83.0 |
| 남 자     | 62.3 | 67.7 | 71.7 | 72.8 | 75.5 | 77.5 | 78.4 | 80.0 |
| 여 자     | 70.5 | 75.9 | 79.2 | 80.0 | 82.2 | 84.1 | 84.8 | 86.2 |
| 차이(여-남) | 8.3  | 8.2  | 7.5  | 7.2  | 6.7  | 6.5  | 6.5  | 6.3  |

자료: 통계청, 「장래인구추계」 2001, 「2001년 생명표」

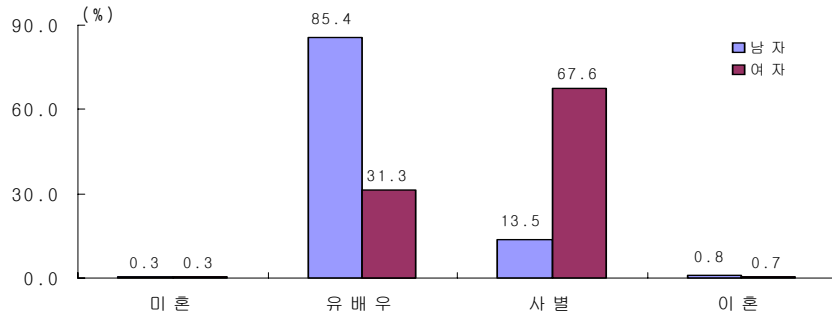
## 나. 가족 및 거주

65세 이상 인구의 혼인상태는 남자의 경우 유배우가 85.4%, 사별이 13.5%인데 반해 여자는 유배우가 31.3%, 사별이 67.6%로, 여성노인의 경우 혼자사는 비율이 월등히 높다. 2000년 65세 이상 노인 100명중 29명은 1세대가구에 거주하고 있었고, 16명은 혼자 생활하고 있었다.

### 1) 혼인상태

2000년 65세 이상 인구의 혼인상태를 보면 유배우 52.0%, 사별 47.0%, 이혼 0.7%, 미혼 0.3%의 순으로 나타난다. 연령별로 보면 70대의 경우 사별이 높아져 51.8%였고 80대에서는 75.8%로 나타났다.

[그림 2-1-5] 65세 이상 인구의 혼인상태별 분포(2000)



〈표 2-1-6〉 65세 이상 인구의 혼인상태별 분포(2000)

(단위: 천명, %)

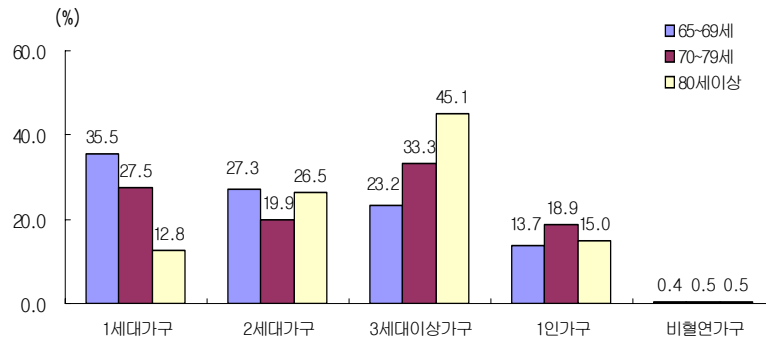
|        | 전 체   |     |      |      |     | 남 자   |     |      |      |     | 여 자   |     |      |      |     |
|--------|-------|-----|------|------|-----|-------|-----|------|------|-----|-------|-----|------|------|-----|
|        | 미혼    | 유배우 | 사별   | 이혼   |     | 미혼    | 유배우 | 사별   | 이혼   |     | 미혼    | 유배우 | 사별   | 이혼   |     |
| 65세이상  | 3,372 | 0.3 | 52.0 | 47.0 | 0.7 | 1,287 | 0.3 | 85.4 | 13.5 | 0.8 | 2,084 | 0.3 | 31.3 | 67.6 | 0.7 |
| 65~69세 | 1,376 | 0.4 | 67.0 | 31.6 | 1.0 | 594   | 0.3 | 90.9 | 7.7  | 1.0 | 782   | 0.4 | 48.8 | 49.8 | 1.1 |
| 70~79세 | 1,519 | 0.3 | 47.2 | 51.8 | 0.6 | 560   | 0.3 | 84.3 | 14.7 | 0.6 | 959   | 0.3 | 25.6 | 73.4 | 0.6 |
| 80세이상  | 477   | 0.2 | 23.6 | 75.8 | 0.3 | 134   | 0.2 | 65.0 | 34.3 | 0.3 | 343   | 0.3 | 7.4  | 92.0 | 0.3 |

자료: 통계청, 「2000년 인구주택총조사보고서」.

## 2) 세대구성

2000년 65세 이상 인구 중 30.8%가 3세대이상 가구에 거주하고 있으며, 다음 이 1세대가구(28.7%), 2세대가구(23.9%) 순이며 노인 혼자 사는 1인가구도 16.2%에 이르렀다. 1990년에 비하여 1세대 가구는 크게 증가(11.8%p)한 반면, 3세대이상 가구는 크게 감소(-18.8%p)하였다. 연령별로 보면 65~69세 연령층은 1세대 가구에, 70세 이상은 3세대이상 가구에 가장 많이 분포하고 있다.

〔그림 2-1-6〕 65세 이상 인구의 세대구성별 분포(2000)



〈표 2-1-7〉 65세 이상 인구의 세대구성별 분포

(단위: %)

|                     | 1990  | 2000  | 65~69세 | 70~79세 | 80세 이상 |
|---------------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| 계                   | 100.0 | 100.0 | 100.0  | 100.0  | 100.0  |
| 1세대가구               | 16.9  | 28.7  | 35.5   | 27.5   | 12.8   |
| 2세대가구               | 23.4  | 23.9  | 27.3   | 19.9   | 26.5   |
| 3세대 이상가구            | 49.6  | 30.8  | 23.2   | 33.3   | 45.1   |
| 1인가구                | 8.9   | 16.2  | 13.7   | 18.9   | 15.0   |
| 비혈연가구 <sup>1)</sup> | 1.2   | 0.4   | 0.4    | 0.5    | 0.5    |

주: 미상 포함

자료: 통계청, 「인구주택총조사보고서」, 각년도

#### 다. 보건

65세 이상 인구 중 「혼자서 할 수 없다」라고 응답한 비율이 가장 높은 동작은 목욕하기였다. 2001년 65세 이상 인구 중 36.5%가 지난 1년간 관절염으로 고생하였다고 응답하였고, 2000년 65세 이상 연령층의 장애 출현율은 65~69세가 9.6%, 70세 이상이 11.4%였다. 2003년 60세 이상 사망자 중 사망원인 1위는 암, 2위는 뇌혈관질환이었다.

## 1) 일상생활 동작능력

2003년 65세 이상 인구의 일상생활 동작능력을 보면 「혼자서 할 수 있다」는 응답비율이 가장 높은 동작은 식사하기 98.4%, 화장실 사용하기 97.7%, 앉고 일어나기, 집안내 걷기가 각각 97.6%, 옷 갈아입기 96.9%, 목욕하기 92.8% 순이었다. 반면 「혼자서 할 수 없다」의 응답비율은 「목욕하기」가 2.3%로 가장 높았고 「집안내 걷기」가 1.2%로 나타났다.

〈표 2-1-8〉 일상생활 동작능력(2003)

(단위: %)

|        | 65세 이상<br>인구 | 앉고 일어나기  |          |            | 옷 갈아입기   |          |            | 화장실 사용하기 |          |            |
|--------|--------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|
|        |              | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 |
| 65세 이상 | 100.0        | 97.6     | 1.5      | 0.9        | 96.9     | 2.1      | 1.0        | 97.7     | 1.3      | 1.0        |
| 65~69세 | 100.0        | 98.8     | 0.7      | 0.4        | 98.6     | 1.0      | 0.4        | 99.1     | 0.5      | 0.5        |
| 70~79세 | 100.0        | 98.1     | 1.3      | 0.6        | 97.4     | 1.8      | 0.7        | 98.3     | 1.1      | 0.7        |
| 80세 이상 | 100.0        | 92.4     | 4.2      | 3.4        | 89.9     | 6.3      | 3.9        | 92.0     | 4.5      | 3.5        |

|        | 65세 이상<br>인 구 | 식사하기     |          |            | 집안내 걷기   |          |            | 목욕하기     |          |            |
|--------|---------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|----------|----------|------------|
|        |               | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 | 혼자<br>가능 | 도움<br>필요 | 혼 자<br>불가능 |
| 65세 이상 | 100.0         | 98.4     | 1.2      | 0.5        | 97.6     | 1.2      | 1.2        | 92.8     | 4.9      | 2.3        |
| 65~69세 | 100.0         | 99.3     | 0.6      | 0.1        | 99.0     | 0.5      | 0.5        | 97.1     | 2.0      | 0.9        |
| 70~79세 | 100.0         | 98.8     | 0.8      | 0.4        | 98.0     | 1.1      | 0.9        | 93.4     | 4.5      | 2.1        |
| 80세 이상 | 100.0         | 94.3     | 4.2      | 1.5        | 91.8     | 4.1      | 4.1        | 77.6     | 15.0     | 7.3        |

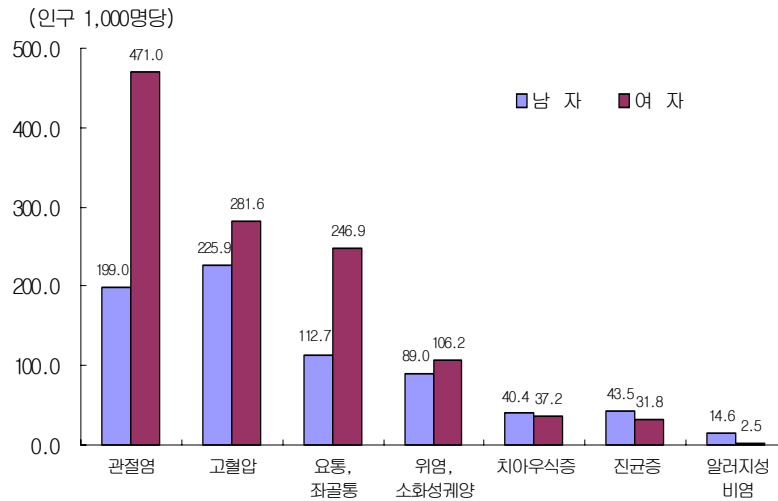
자료: 통계청, 「2003년 사회통계조사보고서」

## 2) 연간 본인 인지 만성질환 유병률

2001년 65세 이상 인구 본인이 인지하는 유병률 중 가장 높은 만성질환은 관절염으로 인구 1000명당 364.6명으로 가장 높고, 다음으로 고혈압(259.8명), 요

통·좌골통(194.4명)의 순으로 나타났다. 성별로 보면 남자의 경우 고혈압(225.9명), 관절염(199.0명), 요통·좌골통(112.7명) 순으로 유병률이 높았고, 여자는 관절염(471.0명)의 유병률이 가장 높았다. 관절염, 요통·좌골신경통의 경우 여자의 본인 인지 유병률이 남자보다 2배 이상 높은 것으로 나타났다.

[그림 2-1-7] 연간 만성질환 유병률(2001)



〈표 2-1-9〉 연간 만성질환 유병률(2001)

(단위: 명/인구1000명)

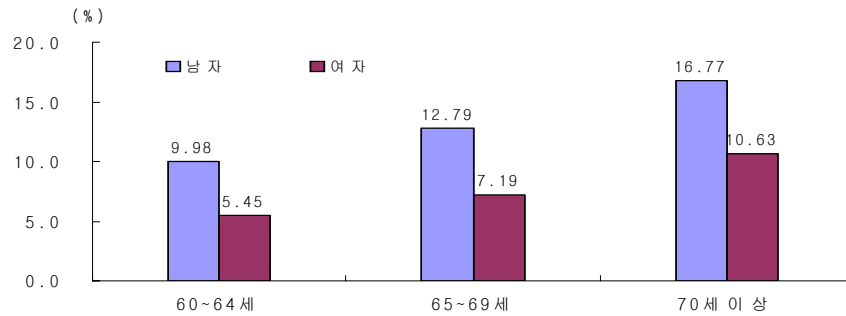
|       | 관절염   | 고혈압   | 요통, 좌골통 | 위염, 소화성궤양 | 치아우식증 | 진균증  | 알리지성 비염 |
|-------|-------|-------|---------|-----------|-------|------|---------|
| 65세이상 | 364.6 | 259.8 | 194.4   | 99.5      | 38.4  | 36.4 | 7.3     |
| 남 자   | 199.0 | 225.9 | 112.7   | 89.0      | 40.4  | 43.5 | 14.6    |
| 여 자   | 471.0 | 281.6 | 246.9   | 106.2     | 37.2  | 31.8 | 2.5     |

자료: 보건복지부, 「2001년 국민건강·영양조사 -만성질환편」

### 3) 장애 출현율

2000년 65세 이상 연령계층의 장애 출현율은 인구 백명당 65~69세는 9.6명, 70세 이상은 11.4명으로 나타났다. 성별로 보면 남자는 65~69세가 12.8명, 70세 이상이 16.8명이고, 여자는 65~69세가 7.2명, 70세 이상이 10.6명으로 남자가 여자에 비해 장애 출현율이 높았다.

[그림 2-1-8] 장애 출현율(2000)



〈표 2-1-10〉 장애 출현율(2000)

(단위: 천명, %)

|        | 계     |       | 남자  |       | 여자  |       |
|--------|-------|-------|-----|-------|-----|-------|
|        | 인구    | 출현율   | 인구  | 출현율   | 인구  | 출현율   |
| 전 연령   | 1,449 | 3.09  | 890 | 3.86  | 559 | 2.34  |
| 60~64세 | 141   | 7.59  | 88  | 9.98  | 54  | 5.45  |
| 65~69세 | 143   | 9.55  | 81  | 12.79 | 62  | 7.19  |
| 70세이상  | 290   | 11.38 | 130 | 16.77 | 160 | 10.63 |

자료 : 보건복지부, 「2000년 장애인실태조사」

#### 4) 사망원인 순위

2003년 60세 이상 사망자의 사망원인 1위는 암으로 인구 10만명당 775.5명이 사망하였다. 다음은 뇌혈관질환(539.3명), 심장질환(228.2명), 당뇨병(171.5명), 만성하기도질환(148.6명) 순으로 나타났다. 성별로 사망원인 1위를 보면 남자의 경우 암(악성신생물)으로 인구 10만명당 1,173.1명이, 여자의 경우는 뇌혈관질환으로 515.4명이 사망하였다.

〈표 2-1-11〉 60세 이상 사망자의 사인순위(2003)

(단위: 인구 10만명당)

|        | 1 위              | 2 위            | 3 위        | 4 위           | 5 위           |
|--------|------------------|----------------|------------|---------------|---------------|
| 전연령    | 암(악성신생물) 131.8   | 뇌혈관질환 75.5     | 심장질환 35.6  | 당뇨병 25.0      | 자살 24.0       |
| 60세 이상 | 암(악성신생물) 775.5   | 뇌혈관질환 539.3    | 심장질환 228.2 | 당뇨병 171.5     | 만성하기도질환 148.6 |
| 남 자    | 암(악성신생물) 1,173.1 | 뇌혈관질환 573.1    | 심장질환 243.2 | 만성하기도질환 200.1 | 당뇨병 184.5     |
| 여 자    | 뇌혈관질환 515.4      | 암(악성신생물) 494.8 | 심장질환 217.6 | 당뇨병 162.3     | 만성하기도질환 112.2 |

자료 : 통계청, 「2003년 사망원인통계」

#### 라. 복지

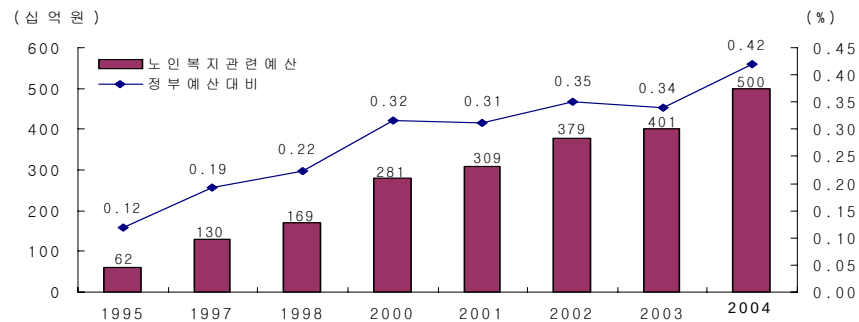
2004년 노인복지 관련 예산은 10년전에 비해 약 11배 증가하였다. 이 중 2003년 65세 이상 노인의료비는 4조 3,700억원으로 전체의료비의 21.3%를 차지하였다. 2002년 65세 이상 연령계층의 가장 어려운 점은 「건강문제」로 나타났고, 2002년 60세 이상 인구 중 74.1%는 복지서비스를 원하고 있으며, 복지서비스 중 「건강 체크」를 가장 많이 원하고 있는 것으로 나타났다.



### 1) 노인복지 관련 예산 추이

2004년 노인복지 관련 예산은 5,005억원으로 정부예산 대비 0.42%, 보건복지부 일반회계예산 대비 5.42%를 차지하고 있다. 이는 1994년의 노인복지 관련 예산 462억원에 비해 약 11배 증가한 금액이며, 1994년의 정부예산 대비 0.11% 보다는 약 4배, 보건복지부 일반회계예산 대비 2.61%보다는 약 2배가 증가한 것이다. 2003년과 비교하여 노인복지 관련 예산은 4,011억원에서 2004년 5,005억원으로 994억원이 증가하였으며, 정부예산대비로는 2003년 0.34%에서 2004년 0.42%로 0.08%p 증가하였다.

[그림 2-1-9] 노인복지 관련 예산 추이



<표 2-1-12> 노인복지 관련 예산 추이

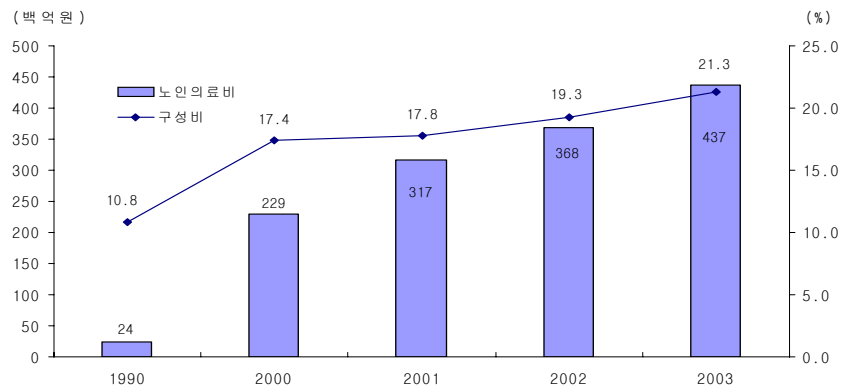
|               | (단위: 억원, %) |      |      |       |       |       |       |       |       |       |       |
|---------------|-------------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|               | 1994        | 1995 | 1996 | 1997  | 1998  | 1999  | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 2004  |
| 노인복지<br>관련예산  | 462         | 618  | 847  | 1,300 | 1,691 | 1,917 | 2,809 | 3,089 | 3,786 | 4,011 | 5,005 |
| 보건복지부<br>예산대비 | 2.61        | 3.12 | 3.57 | 4.56  | 5.43  | 4.61  | 5.29  | 4.14  | 4.89  | 4.72  | 5.42  |
| 정부예산<br>대비(%) | 0.11        | 0.12 | 0.14 | 0.19  | 0.22  | 0.23  | 0.32  | 0.31  | 0.35  | 0.34  | 0.42  |

자료: 보건복지부(노인복지정책과), 홈페이지 <http://www.mohw.go.kr>

## 2) 노인의료비 증가 추이

2003년 건강보험의 65세 이상 노인의료비가 4조 3,700억원으로 2002년에 비해 18.8%나 증가하여 전체 의료비의 증가율 7.7%를 크게 상회하였다. 따라서 건강보험의 65세 이상 노인의료비가 전체의료비에서 차지하는 비중이 21.3%로 2002년도의 19.3%에 비해 2.0%p 증가한 것이다.

[그림 2-1-10] 65세 이상 노인의료비 증가 추이



〈표 2-1-13〉 65세 이상 노인의료비 증가 추이

(단위: 백억원, %)

|       | 1990 | 2000  | 2001  | 2002  | 2003  | 전년대비 증감 |
|-------|------|-------|-------|-------|-------|---------|
| 전체의료비 | 222  | 1,314 | 1,782 | 1,906 | 2,053 | 7.7     |
| 노인의료비 | 24   | 229   | 317   | 368   | 437   | 18.8    |
| 구성비   | 10.8 | 17.4  | 17.8  | 19.3  | 21.3  | 2.0%p   |

자료: 건강보험심사평가원, 「건강보험심사평가통계연보」, 각 연도.

### 3) 노인문제에 대한 인식

2002년 65세 이상 연령계층의 가장 어려운 점은 「건강문제」로 41.5%로 가장 높았고, 「경제적 어려움」 33.9%, 「외로움, 소외감」 8.5% 순으로 나타났다. 성별로 보면 남자(38.7%), 여자(43.3%) 모두 「건강문제」로 응답했으나 여자가 남자 보다 4.6%p 높았다. 1998년과 비교하면, 「건강문제」를 어려움으로 호소한 비중은 7.6%p 증가한 것이다.

〈표 2-1-14〉 노인문제에 대한 인식

(단위: %)

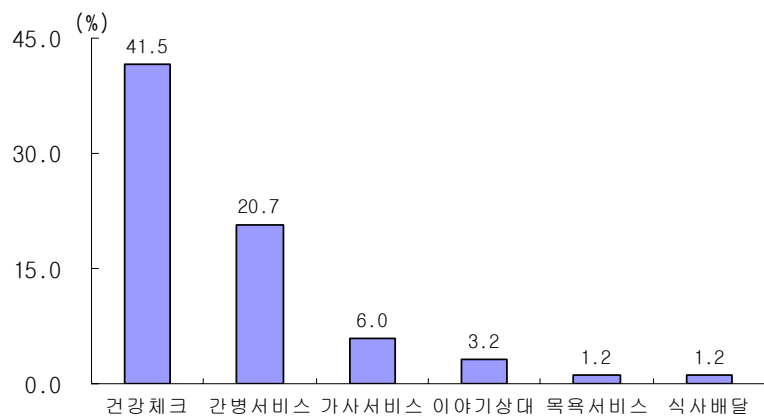
|        |   | 경제적 어려움 | 직업 없음 | 소일거리 없음 | 건강 문제 | 외로움, 소외감 | 가 족 푸대접 | 경로의식 약 화 | 노인복지 시설부족 | 기타 <sup>1)</sup> |
|--------|---|---------|-------|---------|-------|----------|---------|----------|-----------|------------------|
| 1998   |   | 29.3    | 4.5   | 10.7    | 23.5  | 20.8     | 4.8     | 1.9      | 3.3       | 1.2              |
| 65세 이상 | 계 | 30.8    | 3.4   | 8.9     | 33.9  | 12.1     | 2.9     | 1.6      | 3.6       | 2.9              |
|        | 남 | 33.7    | 4.7   | 9.4     | 30.9  | 10.7     | 2.3     | 2.0      | 4.4       | 2.0              |
|        | 여 | 28.9    | 2.6   | 8.5     | 35.7  | 13.0     | 3.2     | 1.4      | 3.1       | 3.5              |
| 2002   |   | 36.8    | 4.3   | 6.1     | 27.4  | 16.9     | 3.5     | 1.0      | 2.9       | 0.9              |
| 65세 이상 | 계 | 33.9    | 2.9   | 5.8     | 41.5  | 8.5      | 2.2     | 1.0      | 2.3       | 1.8              |
|        | 남 | 37.4    | 4.1   | 6.4     | 38.7  | 6.8      | 1.8     | 1.2      | 2.7       | 0.9              |
|        | 여 | 31.7    | 2.2   | 5.5     | 43.3  | 9.5      | 2.5     | 0.8      | 2.1       | 2.4              |

주: 1) 1998년 조사에 '가사에 대한 도움 부족' 및 '모르겠음' 포함  
 자료: 통계청, 「사회통계조사보고서」 각년도

### 4) 받고 싶은 복지서비스

2002년 60세 이상 고령자 중 74.1%는 가정내에서 복지서비스를 받고 싶어하며, 받고 싶은 복지서비스 종류로는 「건강 체크」가 41.5%로 가장 높았고, 「간병서비스」 20.7%, 「가사서비스」 6.0% 순으로 나타났다. 연령이 높아질수록 「건강 체크」는 감소하는 반면, 「간병서비스」는 높아지고 있어서, 노인요양서비스의 필요성을 암시한다.

[그림 2-1-11] 받고 싶은 복지서비스(2002)



〈표 2-1-15〉 받고 싶은 복지서비스(2002)

(단위: %)

|        | 60세 이상<br>인구 | 받고<br>싶다 | 간병<br>서비스 | 가사<br>서비스 | 이야기<br>상대 | 건강<br>체크 | 목욕<br>서비스 | 식사<br>배달 | 기타  | 받고싶지<br>않다 |
|--------|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|-----|------------|
| 전체     | 100.0        | 74.1     | 20.7      | 6.0       | 3.2       | 41.5     | 1.2       | 1.2      | 0.4 | 25.9       |
| 남자     | 100.0        | 71.7     | 19.0      | 4.6       | 2.5       | 43.0     | 1.2       | 1.0      | 0.3 | 28.3       |
| 여자     | 100.0        | 75.9     | 21.9      | 7.0       | 3.6       | 40.4     | 1.2       | 1.3      | 0.4 | 24.1       |
| 60~64세 | 100.0        | 70.6     | 17.4      | 6.4       | 1.8       | 43.3     | 0.7       | 0.8      | 0.4 | 29.4       |
| 65~69세 | 100.0        | 73.1     | 18.5      | 6.1       | 2.7       | 43.3     | 1.2       | 1.0      | 0.3 | 26.9       |
| 70~79세 | 100.0        | 77.1     | 24.0      | 5.4       | 3.6       | 40.1     | 1.6       | 1.9      | 0.5 | 22.9       |
| 80세 이상 | 100.0        | 81.1     | 29.5      | 6.2       | 8.7       | 33.1     | 2.4       | 1.1      | 0.1 | 18.9       |

자료: 통계청, 「2002년 사회통계조사보고서」

## 2. 우리나라 노인요양보장제도의 골격과 시행방안

이 절에서는 2005년 5월 발표된 공적노인요양보장제도실행위원회의 공적노인요양보장제도 시행방안과 2005년 9월 수정되어 발표된 노인수발보장제도의 내용을 모두 소개하기로 한다. 두 안(案)의 차이점과 쟁점은 OECD국가의 사례를 분석 한 후, 결론부분에서 개괄적으로 논의하기로 한다.

### 가. 공적노인요양보장제도 시행방안 기본 골격

2005년 5월에 발표된 공적노인요양보장제도의 운영방식은 별도의 노인요양보장법을 제정하고, 사회보험방식을 채택하는 것이었다. 당시 정부는 저소득층에 한정치 않고 일반국민을 포괄하는 보편적인 서비스 제공을 위해서는 정부재정 만으로는 한계가 있고 건강보험 등 기존 사회보장제도와의 연계성 등을 고려, 사회보험방식을 채택하였다. 이 때 기존의 건강보험제도와는 아래와 같이 서비스의 내용과 해당기관에서 구별하는 것으로 되었다.

| 구 분    | 건강보험제도                   | 노인요양보장제도                          |
|--------|--------------------------|-----------------------------------|
| 서비스 내용 | 질병, 부상에 대한 치료 위주의 서비스 제공 | 일상생활 불능자에 대한 간병·수발, 기능훈련 등 서비스 제공 |
| 서비스 기관 | 병의원, 요양병원, 약국            | 요양시설, 재가서비스기관                     |

#### ○ 관리운영주체(보험자): 국민건강보험공단

- 평가판정, 케어플랜, 급여심사, 서비스 질 평가 등 요양서비스 관리는 별도의 기관을 설치(가칭: 요양관리원)하되, 공단의 자회사형태로 운영
- 지자체(시·군·구)는 요양보호 노인 발굴·의뢰, 평가판정위원회 참여, 요양시설 확충 및 관리 등 행정적 지원의 역할 부여

#### ○ 가입자(보험료 부담): 국민건강보험 가입자

- 공공부조자는 2010년부터 포함하여 시행하고, 2010년까지는 평가판정, 케어플랜 등 제도 시행 준비

- 수급권자 : 65세 이상 노인
  - 64세 이하 노인·노화성 질환자의 포함여부는 추후 검토
- 요양서비스 등급: 심신상태, 서비스 량 등을 고려, 4~5등급 구분
  - 평가판정기준에 의거 의사 등 전문가로 구성된 ‘평가판정위원회’(시·군·구 단위로 설치)가 요양서비스 대상 여부 및 등급 판정
    - ※ 평가판정기준: ADL(일상생활 동작) 12항목, 인지기능 8항목, 문제행동 10항목, 간호처치 및 재활 21항목 등 총 51항목
- 요양서비스 범위: 현물급여 제공을 원칙
  - 가족에 의한 서비스는 가족휴식(Respite), 수발물품 등으로 보상
  - 현금급여(현물급여의 50% 수준)는 현물급여가 곤란한 경우 등 아주 제한적으로 지급
- 요양서비스 종류: 시설서비스 2종, 재가서비스 10종
  - 시설서비스: 요양시설, 전문요양시설
    - ※ 요양병원 입원환자는 간병서비스 제공 또는 간병비 지급
  - 재가서비스: 방문간병·수발, 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 주간보호, 단기보호, 요양관리지도, 복지용구 대여 및 구입지원, 그룹홈, 요양서비스 계획(케어플랜) 작성 지원
- 요양급여비 한도액: 등급별 월 한도액 범위 내에서 서비스 이용
  - 월 한도액을 초과하는 비용은 본인 부담
    - ※ 월 한도액은 시범사업 등을 거쳐 결정
- 이용자 본인부담: 급여비용의 20% 수준
  - 시설입소자의 식비 및 요양실(4인실 기준) 차액은 본인부담
  - 차상위계층에 대해서는 본인부담 경감(20%→10%) 검토
- 요양서비스 기관: 서비스 기관이 신청하면 보험자가 지정
  - 현행 사회복지사업법 등에 의한 사업주체를 기본으로, 민간사업자와 비영리법인·단체 등 다양한 주체의 참여 촉진
- 재원조달: 보험료 + 정부지원 + 이용자 본인부담
  - 보험료: 건강보험료 부과체계에 따라 산출, 건강보험료와 일괄 징수

- 정부지원: 현행 건강보험수준으로 지원
  - ※ 공공부조자(의료급여대상자): 현행대로 국고 및 지방비로 부담
- 요양서비스 전문인력
  - 요양관리요원(케어 매니저): 별도 국가자격제를 두지 않고 간호사, 사회복지사 등을 직원으로 선발, 교육 후 활용
  - 요양보호사(홈 헬퍼)는 간호조무사 수준의 자격제도 도입
    - ※ 기존 민간경력자는 보수교육을 거쳐 자격인정하는 방안 마련

〈노인요양보장 전문인력 수요추계〉

| 구 분           | 2007년   | 2010년   |
|---------------|---------|---------|
| 요양관리요원(케어매니저) | 1,256명  | 3,813명  |
| 요양보호사(홈 헬퍼)   | 21,725명 | 51,955명 |

- ※ 일본 개호보험 기준으로 인력수요 추계
  - 요양관리요원: 시설서비스 65명/인, 재가서비스 45.3명/인
  - 요양보호사 : 시설서비스 2.8명/인, 재가서비스 5.6명/인
- 노인요양보장제도 재정소요 추계(잠정안)
  - 1단계('07. 7월 ~ '10. 6월) : 72천명(시설 50천명 , 재가 22천명)
    - 1~2등급의 最重症 노인 대상 실시
  - 2단계('10. 7월 ~ '13. 6월) : 147천명(시설 75천명, 재가 72천명)
    - 1~3등급의 重症노인까지 대상 확대
    - ※ 4등급이하 中等症 및 輕症 대상자는 제도정착, 재정상황 등을 고려하여 2013년 이후 포함여부 검토

〈표 2-2-1〉 요양보호 대상자 및 재정추계

| 구 분  | 대상자수(명)     |        |         | 소요재정(억원) |          |          |        | 가입자<br>(세대당)<br>보험료<br>(원) |
|------|-------------|--------|---------|----------|----------|----------|--------|----------------------------|
|      | 일반(건강보험대상자) |        |         | 보험료      | 정부<br>지원 | 본인<br>부담 | 합계     |                            |
|      | 시설          | 재가     | 소계      |          |          |          |        |                            |
| 2007 | 49,751      | 22,160 | 71,911  | 4,722    | 1,347    | 1,517    | 7,586  | 2,318                      |
| 2008 | 51,794      | 23,070 | 74,864  | 4,916    | 1,402    | 1,580    | 7,898  | 2,397                      |
| 2009 | 53,565      | 23,859 | 77,424  | 5,084    | 1,450    | 1,634    | 8,168  | 2,461                      |
| 2010 | 75,498      | 71,880 | 147,377 | 8,840    | 2,521    | 2,840    | 14,202 | 4,453                      |

※ 공공부조자는 제외하고 요양병상 입원환자('07년 약 1만5천명)는 포함한 수치

□ 노인요양보장제도의 기대효과 (복지부)

- 요양보호 가족의 부담 경감 및 국민노후불안 해소
  - － 병원 입원시 혜택이 없는 간병비(월 100여만원)가 급여범위에 포함되는 등 요양시설 등의 이용시 20% 수준만 비용 부담
    - ※ 요양시설 월 70만원 → 30~40만원, 요양병원 월 150만원 → 50~60만원
- 노인의료비 효율화로 건강보험재정 안정
  - － ‘급성기 병상 → 요양병원 → 요양시설’로 요양서비스 체계가 전환되면서 노인의료비가 감소될 것으로 전망
    - ※ 일본 개호보험 도입후 노인의료비 감소율 11.8%('99년 → 2000년)
    - ※ 우리나라 1개월 이상 치매, 중풍 입원노인의 의료비 연간 1,253억원
- 노인간병인력, 전문간호사 등 고용창출효과
  - － 여성 등 '07년 5~6만여명, '11년 20여만명 추정
    - ※ 일본 개호보험 도입으로 135만명 고용 창출
- 요양시설 등 요양보호 인프라 확충에 따른 지역경제 활성화
  - － '11년까지 1,088개소, 1조 6,000억원(국고 및 지방비) 투자



## 나. 시범사업 현황

### 1) 목 적

- 본 제도 도입에 대비, 평가판정 및 수가체계, 운영체계 등 기술적인 사항에 대한 타당성 및 적정성 검증
- 운영시스템 변화에 따른 문제점 및 과제의 사전 도출로 제도의 원활한 시행 도모
- 시범사업을 통한 노인요양보장제도에 대한 대국민 인식제고 및 국민적 공감대 형성

### 2) 시범사업 내용

- 요양보호대상자 등급판정체계의 타당성 등 평가판정체계
- 케어플랜 작성 및 이에 따른 서비스 제공체계
- 요양수가의 적정성 및 비용 산정, 심사 및 지불체계
- 노인전문인력의 양성 교육체계 검토, 조정

### 3) 시범사업 기간 : 2005. 7. ~ 2007. 6(2년간)

- 1차 시범사업 : '05. 7~'06. 3 (9개월)
  - － 국민기초생활수급권자를 대상으로 한정하여 판정기준·절차, 수가, 비용심사·지불체계 등 운영체계의 기술적인 부분의 검증 및 보완 실시
- 2차 시범사업 : '06. 4~'07. 6 (15개월)
  - － 1차 사업결과를 평가하여 대상자, 지역, 서비스 내용 등을 확대하여 시스템 전반에 대한 시범사업 실시

## 4) 1차 시범사업 내용

## ◁ 1차 시범사업내용 ▷

- ◆ 대상지역
  - 시설 인프라가 갖춰진 대도시, 중소도시, 농어촌 지역 등 5~6개 시군구
- ◆ 적용대상
  - 시범지역내 거주하는 65세 이상 수급권자로서 요양을 필요로 하는 자(최중증, 중증, 경증 등 약 1,500명)
- ◆ 시범사업 내용
  - 평가판정 및 수가체계, 케어플랜, 비용산정, 심사·지불 등 시스템 전반
- ◆ 요양서비스 내용
  - 재가서비스 : 간병수발, 주간 및 단기보호, 방문간호, 케어플랜 서비스(5종)
  - 시설서비스 : 요양시설, 전문요양시설(2종)
  - ※ 다만, 농어촌 지역의 재가서비스는 인프라 상황을 고려, 조정 실시
- ◆ 시범사업 재원 : 정부(지자체 포함) 재정

## 5) 실시체계

- 실시주체 : 보건복지부 및 지방자치단체(해당 시군구)
- 운영주체 : 국민건강보험공단내 「노인요양보장 실행준비단」 및 「시범사업 운영팀」
- ※ 시범사업운영팀은 시범사업이 실시되는 시군구에 설치

## 6) 시범사업 실시방안

## 가) 실시체계 (그림 2-2-1 참조)

## 나) 요양보호 대상자 평가판정 체계

## (1) 기본방향

- 요양보호 대상자 등의 신청에 의거 평가판정조사를 실시하여 이를 토대로

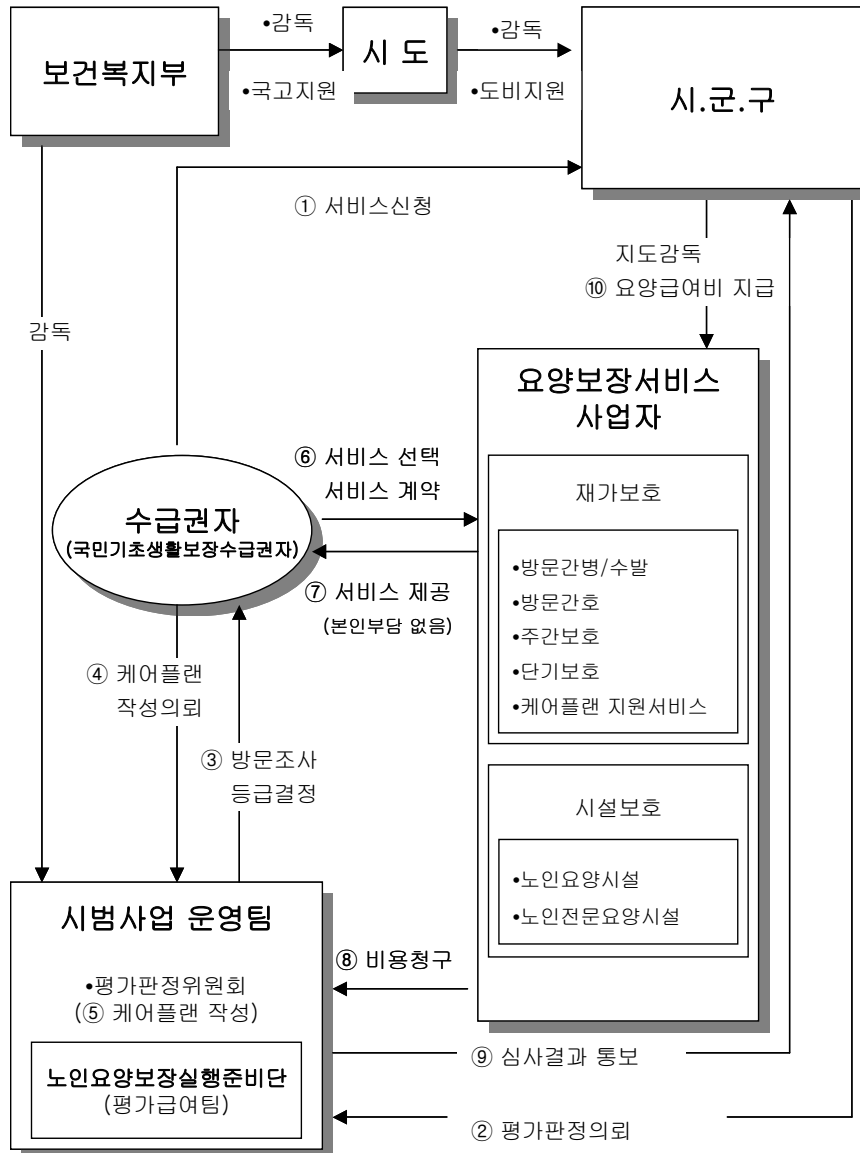
요양인정 여부 및 요양 등급을 결정

- 요양대상 여부 및 등급은 1차 방문조사 결과를 토대로 의사 및 간호사 등 전문가로 구성된 「평가판정위원회」에서 최종결정

(2) 요양판정 기준 및 요양등급

- '04년 실행위원회 및 한국보건사회연구원이 개발한 평가판정기준 적용
  - － ADL 12항목, 간호처치 및 재활 21항목, 인지기능 8항목, 문제행동 10항목  
총 51항목
- 요양등급 : 심신의 장애상태, 서비스필요량 등에 의거, 5등급으로 구분

[그림 2-2-1] 시범사업 실시체계



〈표 2-2-2〉 등급별 요양인정시간 및 분포 비율(안)

| 구분  | 요양인정시간(분)     | 해당 노인비율(%) |
|-----|---------------|------------|
| 1등급 | 35분 이상 40분 미만 | 60.4       |
| 2등급 | 40분 이상 50분 미만 | 16.1       |
| 3등급 | 50분 이상 70분 미만 | 12.1       |
| 4등급 | 70분 이상 90분 미만 | 5.7        |
| 5등급 | 90분 이상        | 5.7        |

### (3) 요양인정 신청 및 조사

#### ○ 요양인정 신청

- 신청대상: 시범지역에 거주하는 65세 이상 국민기초생활수급권자 중 요양보호가 필요한 자
- 신청방법
  - 본인, 가족, 대리인(해당 시군구 공무원 및 시범사업팀)이 해당 시군구에 직접 신청
  - 다만, 요양시설 등의 입소자의 경우 시설장이 일괄신청 가능
- 해당 시장·군수·구청장은 신청자 자격을 확인, 노인요양보장 실행준비단(시범사업 운영팀)에 통보

#### ○ 방문조사

- 조사 인력(방문조사원)
  - 소정의 연수를 받은 「시범사업 운영팀」의 간호사, 사회복지사 등으로 함(조사원 2인 1조)
- 조사 실시
  - 거주 지역별, 요양시설별 방문일정 등 조사계획을 수립, 사전 통보
  - 「평가·판정조사표」 및 조사요령에 의거, 대상자별 신체기능, 인지·정신기능, 간호처치욕구, 재활욕구 등 요양보호 결정에 필요한 조사 실시
  - 원만한 조사를 위해 신청자에게 「조사협력 동의서」를 설명하여 동의를 받아 실시(단, 조사협력 미 동의자는 급여대상에서 제외)
- 방문조사 처리기간: 신청일부터 10일 이내

## (4) 요양인정 심사 및 등급 판정

## ○ 1차 평가판정

- 방문조사결과를 컴퓨터 평가·판정 프로그램으로 분석하여 요양필요 여부 및 요양등급 1차 판정

## ※ 개발 완료된 평가·판정체계를 토대로 전산프로그램 개발('04. 5)

## ○ 평가판정위원회에서 2차 평가판정

- 보건의료 및 복지 전문가, 지자체 추천위원 등으로, 시범사업 운영팀에 「평가판정위원회」 설치 운영
- 「평가판정위원회」에서 1차 판정결과 및 방문조사표의 특이사항·의사소견서 등을 심사하여 요양 필요 여부 및 요양등급을 최종 판정

※ 의사소견서는 필요시 신청자가 평가판정위원회에 제출 : 별첨4

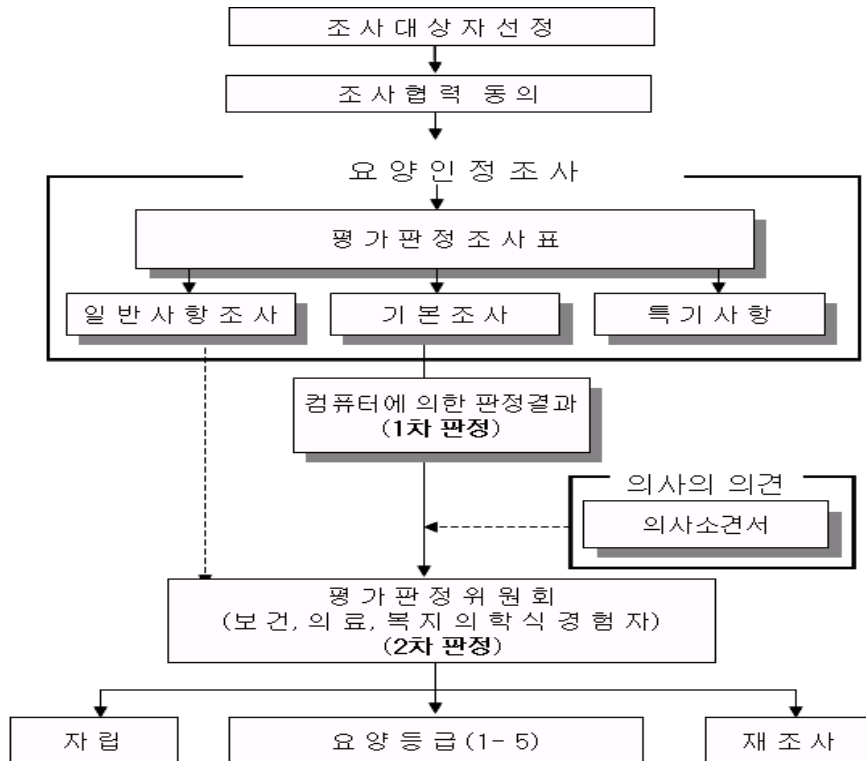
————— <평가판정위원회> —————

- ◇ 목적 : 객관적이고 공정한 요양보호 인정 및 요양등급에 대한 심사 및 판정
- ◇ 구성 : 의사, 간호사, 사회복지사, 시민단체, 지자체 추천위원 등 5~7명 내외
- ◇ 기능 : 요양급여 인정여부, 최종 요양등급 판정 및 평가·판정 이의신청건 처리

## (5) 판정결과 통지 및 이의신청

- 최종 판정결과를 시군구 및 대상자에게 통지 (신청일부터 30일 이내)
- 등급판정 등 판정결과에 이의가 있는 경우 시범사업 운영팀에 이의신청
  - 방문 재조사 → 평가판정위원회 재심사 → 요양등급 등 재결정 통지

[그림 2-2-2] 요양보호 평가판정 흐름도



#### 다) 요양서비스 계획(케어플랜) 작성

##### (1) 기본방향

- 다양한 공급주체에 의한 보건의료 및 복지서비스 등 요양서비스가 종합적·효과적으로 제공되는 체제 확립
- 요양보호자의 희망 및 특성에 따른 요양서비스 계획서 작성
- 전문적인 서비스 제공 및 비용효과적인 계획서 작성을 위해 필요한 지식과 기술을 연수한 요양관리사 양성 지향

## (2) 서비스 계획 작성 대상자

- 평가판정위원회에서 요양보호가 필요하다고 인정한 요양보호 필요자(1~5 등급)
- 재가서비스 대상 및 시설입소자 모두 해당

## (3) 서비스 계획 작성자: 요양관리사(가칭)(care manager)

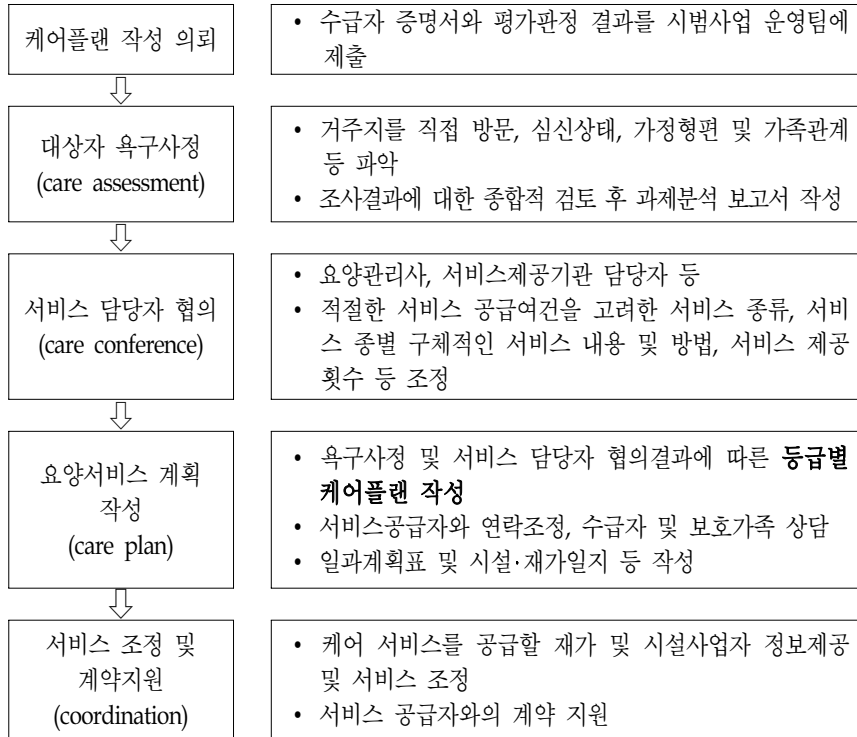
- 주요역할
  - 대상자 요양보호 욕구사정(care assessment): 심신의 상태, 가족상황, 구체적인 문제 및 과제 파악분석
  - 서비스 담당자 회의(care conference): 수급자 및 공급 사업자의 인프라 상황 등을 고려한 서비스 종류, 횟수, 방법 등 협의 조정
  - 요양서비스 계획 작성: 욕구 사정결과 등을 참고로 서비스 계획 작성
  - 서비스 조정 및 계약지원: 요양 계획서에 의거 서비스 조정 및 공급자와의 계약 지원 등
- 요양관리사 대상
  - 5년 이상 노인요양서비스 분야(요양병원, 전문요양시설, 요양시설, 재가복지시설 등)의 실무경험이 있는 간호사, 사회복지사 등
- 요양관리사 관리 운영방안
  - 시범사업기간 중에는 필요한 요양관리사(30여명)를 건보공단에서 채용(계약제)·연수교육을 통해 동 업무수행

## (4) 요양서비스 계획서(care plan)작성

- 요양보호대상자 및 가족의 희망, 대상자의 건강상 및 생활상의 문제 등을 종합적으로 고려, 요양서비스 계획서 작성
- 요양서비스 목표 및 달성시기 등을 명확히 하여 해당 등급에 맞는 구체적인 서비스 실시 방안 명시
- 재가서비스 이용자 및 시설 입소자에 대한 케어플랜 작성



[그림 2-2-3] 케어플랜 작성절차



## 라) 요양서비스 종류 및 이용체계

### (1) 요양서비스 종류 및 내용

#### 〈재가서비스〉

#### ① 방문간병·수발 서비스

- 요양보호사가 대상자의 거주지를 방문하여 신체수발 또는 일상에 필요한 가사지원 서비스 등 제공
  - 신체수발: 목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기 등
  - 가사지원: 취사, 생필품 구매, 청소·주변정돈, 말벗서비스, 생활상담 등

－ 방문서비스 사업소(시설)

- 기존의 노인복지법상 가정봉사원과견시설 이외, 자활후견기관, 종합사회복지관 등의 재가복지봉사센터 포함

※ 지역선정 신청시 실사 후 결정

- 시설 및 인력기준: 노인복지법을 기준으로 하되, 필요시 요양보호사 추가 보강

※ 서비스 질 확보 등을 위해 요양보호사에 대한 일정 이상의 보수교육 실시

② 주간보호 서비스

－ 주간보호소(데이케어센터)에 통원하여, 신체적 수발 및 일상동작훈련 등 심신기능을 유지·향상시키기 위한 서비스 제공

- 간병, 목욕 등 신체적 수발, 일상동작훈련 등 기능회복 서비스, 건강상담·지도, 오락·운동 등 생활지원 서비스 등
- 이용시간은 이용노인과 그 가정의 형편에 따라 신축성 있게 운영

－ 사업기관: 노인복지법상 주간보호시설 및 유사서비스 제공기관

- 시설 및 인력기준: 노인복지법령 주간보호시설 기준 적용

③ 단기보호 서비스

－ 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 경우 요양시설 등에 단기간 입소시켜 제공하는 서비스

- 심신 기능회복 서비스, 급식, 목욕서비스, 취미, 오락, 운동 등 기타 일상 생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스 등

※ 요양시설 또는 전문요양시설의 입소 서비스와 동일

- 이용기간 : 45일 이내를 원칙으로 하되, 연간 3월 이내

－ 사업기관 : 노인복지법상 단기보호시설 및 유사서비스 제공기관

- 시설 및 인력기준 : 노인복지법령 단기보호시설 기준 적용

④ 방문간호 서비스

－ 보건소 등의 간호사가 가정을 방문하여 기본간호 및 요양관리 지도 등 보건소 방문보건 수준의 기본 및 요양관련 방문간호 서비스 제공

- 서비스 실시기관 : 시범지역 보건소 및 보건지소 등 공공보건기관

◁ 방문간호 내용 ▷

- ◆ 기본간호 서비스
  - 신체상태 평가 파악(사정), 혈압·활력증후 측정, 체위변경, 개인위생 관리, 온·냉찜질 등
- ◆ 영양관련 간호 서비스
  - 알콜 마사지, 상처치료 및 감염관리, 배뇨관리, 배변관리, 욕창예방 관리, 통증관리, 마비환자

⑤ 케어플랜 지원 서비스

- 시범사업 운영팀에 소속한 영양관리사 등이 대상자의 심신상태, 가정형편, 가족상황 등 욕구사정 결과에 따라 케어플랜 작성
  - 서비스 종류, 내용 등을 명시한 주 또는 월 단위 요양서비스 계획서 작성
- 작성대상 및 기관(요양관리사)
  - 시설입소자 : 시설의 간호사 또는 사회복지사가 자체적으로 작성
  - 재가이용자 : 시범사업 운영팀에서 작성함을 원칙으로 함
- 포괄적인 요양서비스 계획서 작성
  - 공식적·제도적 서비스 이외, 지역사회 자원을 발굴, 대상자 욕구에 맞는 다양한 서비스를 이용할 수 있도록 요양서비스 계획에 포함

〈시설 서비스〉

- 시설종류 : 노인복지법상의 무료노인전문요양시설 및 무료노인요양시설(2종)
- 시설서비스 내용 : 현행 노인복지법상의 제반 서비스
- 시설의 인력기준 조정
  - 개발되는 수가산출 기준을 적용하여 현행 노인복지법상의 인력배치기준 변경 조정 검토

## (2) 요양 서비스 사업자 및 서비스 제공

## ○ 서비스 제공 사업자 지정

- 시범사업 서비스 제공기관은 보건복지부와 협의하여 시·군·구청장이 지정

## ○ 요양서비스의 계약 및 이용

- 대상자가 원하는 서비스 제공기관과 계약에 의한 서비스 제공을 원칙
- 케어플랜에 의해 욕구 및 등급에 맞는 재가 또는 시설서비스 제공

## 마) 요양서비스 비용(수가) 및 지급체계

## (1) 요양수가

## 〈시설수가〉

- 입소자 1인당 연간 기준액을 지원하는 체제에서 대상자의 중증도 등에 따른 등급별 일당 정액제로 전환
- 산정방법
  - 월 요양비 :  $\Sigma(\text{등급별 일일수가} \times \text{등급별 인원수})(\text{월간 합계})$

## ◆ 정원 100명 시설의 경우 ◆

- 현행 : 요양시설 1인당 단가 8,000,000원  $\times$  100명 / 12월
- 변경 : 1일 = (5등급 30명  $\times$  40,000원) + (4등급 30명  $\times$  35,000원) + (3등급 30명  $\times$  30,000원) + (병원입원 5명  $\times$  0원) + (공석 5명  $\times$  0원)
- +
- 2일 = (5등급 30명  $\times$  40,000원) + (4등급 30명  $\times$  35,000원) + (3등급 33명  $\times$  30,000원) + (병원입원 3명  $\times$  0원) + (공석 4명  $\times$  0원)
- ※ 신규 3등급 1명 입소, 병원퇴원 3등급 2명
- 3일 = (5등급 29명  $\times$  40,000원) + (4등급 30명  $\times$  35,000원) + (3등급 33명  $\times$  30,000원) + (병원입원 3명  $\times$  0원) + (공석 5명  $\times$  0원)
- ※ 사망 5등급 1명
- +  
⋮  
+
- 30일 = (5등급 30명  $\times$  40,000원) + (4등급 33명  $\times$  35,000원) + (3등급 33명  $\times$  30,000원) + (병원입원 2명  $\times$  0원) + (공석 2명  $\times$  0원)

〈재가수가〉

- 현행 월별 재가 시설당 정액제에서 등급별 일당정액제(주간 및 단기보호) 또는 방문서비스별 정액제(소요시간에 따른 차등화)로 전환
- 산정방법
  - 월 요양비 :  $\Sigma(\text{등급별 서비스별 정액수가} \times \text{등급별 이용인원수})$

◆ 주간보호 시설의 경우 ◆

- 현행 : 개소당 단가 : 연간 67,000천원(20명 기준)
- 변경 : 1일 = (5등급 2명  $\times$  25,000원) + (4등급 3명  $\times$  23,000원) + (3등급 4명  $\times$  20,000원) + (2등급 5명  $\times$  18,000원) + (1등급 6명  $\times$  15,000원)
- +
- 2일 = (5등급 1명  $\times$  25,000원) + (4등급 4명  $\times$  23,000원) + (3등급 3명  $\times$  20,000원) + (2등급 6명  $\times$  18,000원) + (1등급 6명  $\times$  15,000원)
- +
- 3일 = (5등급 2명  $\times$  25,000원) + (4등급 3명  $\times$  23,000원) + (3등급 2명  $\times$  20,000원) + (2등급 5명  $\times$  18,000원) + (1등급 8명  $\times$  15,000원)
- +
- ⋮
- +
- 30일 = (5등급 1명  $\times$  40,000원) + (4등급 3명  $\times$  35,000원) + (3등급 2명  $\times$  30,000원) + (2등급 5명  $\times$  18,000원) + (1등급 9명  $\times$  15,000원)

(2) 요양비용 지급체계

〈요양급여비용 산정 및 청구〉

- 서비스 제공기관은 요양수가에 의거 급여비용을 산정, 급여비용 청구서 및 구비서류를 해당 시범사업 운영팀에 청구(익월 10일까지)
- 기존 입소자 중 등급 이외자의 경우 최저등급의 수가 적용
  - ※ 다만, 방문간호는 보건소 방문보건팀에 의거 실시됨으로 비용지급 제외

〈심사 및 결과통보〉

- 시범사업 평가·급여팀에서 급여비용 심사(10일 이내)
  - 대상자격·요양등급별 이용여부, 서비스 제공내용 및 수가적용의 적정 여부 등

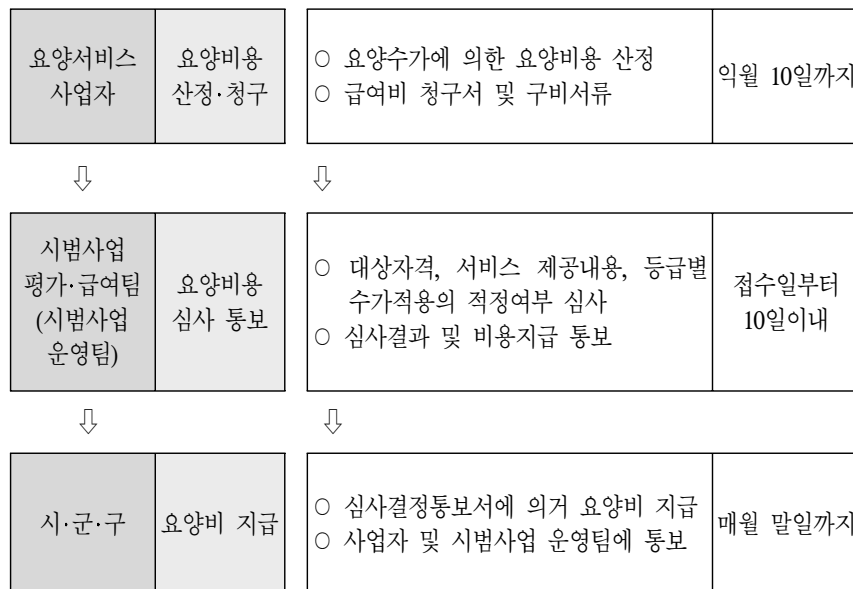
## ○ 심사결과 통보 및 비용 지급 의뢰

- － 시범사업 평가·급여팀은 심사·결정된 내용 및 서비스 제공기관별 급여비를 시범지역 시군구에 지급 의뢰

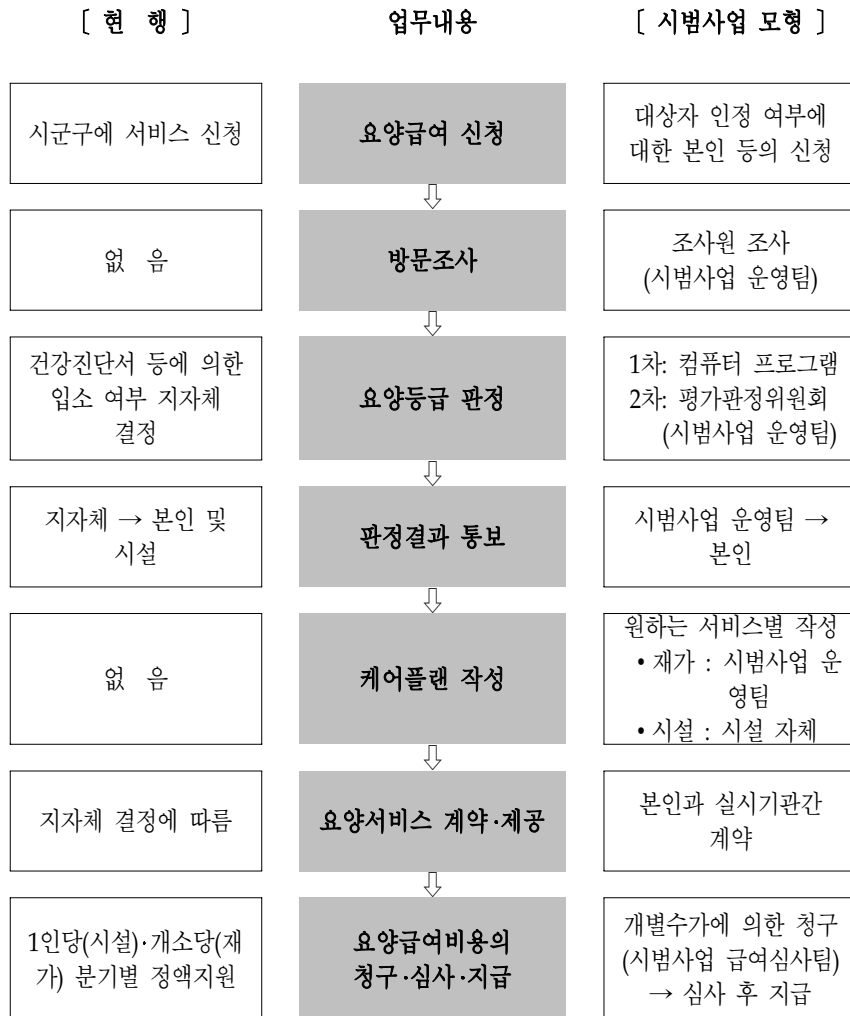
## 〈요양급여비용 지급〉

- 시범지역 시군구는 「요양급여비 내역 및 심사결정 통보서」 요양급여비를 확인하여, 서비스 제공기관에 지급(매월 말일까지)
- 기존 시설운영비 및 시범사업 추가예산으로 요양비용 지급하되, 수가방식으로 전환함에 따른 추가 소요분은 전액 국비로 지급
  - － 기존 운영비 지원시설 : 지방비(분권교부세 포함)+국비(시범사업 예산)
  - － 기존 운영비 미지원 시설 : 전액 국비 지원을 원칙으로 함
- ※ 실비대상자의 경우, 본인부담분(50%)을 제외한 차액 지급
- 지급결과를 서비스 제공기관 및 시범사업운영팀에 통보

[그림 2-2-4] 요양비용 청구·심사·지급 체계



[그림 2-2-5] 현행 제도와 시범사업 서비스 이용절차 비교



## 7) 시범사업 지역 선정

### 가) 기본방향

- 시범사업의 효과성 및 지역적 대표성을 제고하기 위해 대도시·중소도시·농어촌 등 권역별로 균형이 이루어지도록 선정
- 시범사업 실시 목적에 부합하도록 지자체의 시범사업 의지와 수행 능력, 시설 및 인력 인프라 여건, 대상자 특성 등을 고려하여 선정

### 나) 선정기준

- 자치단체장의 시범사업 실시의지 및 수행능력이 있는 지역
- 시범사업의 파급효과를 높일 수 있는 지역
- 지역별 고령화율 및 공공부조자 비율에 특징이 나타나는 지역
- 요양시설 및 전문요양시설, 가정봉사원 파견시설 및 주간보호 등 요양보장 인프라가 비교적 잘 갖추어진 지역
  - － 요양시설 및 전문요양시설 각 1개소 이상(실비 제외)
  - － 가정봉사원파견기관 1개소 이상, 주간·단기보호 가능지역(농어촌 예외)
- 시범사업 계획성의 타당성, 충실도 및 제 조건(평가판정체계 및 수가체계, 케어플랜, 비용지급체계 등) 수용성 등

### 다) 지역유형별 기본요건

- 대도시 지역 : 특별·광역시의 자치구, 도의 시 지역(인구 약 30만이상)
- 중·소도시 지역 : 道の 시 지역, 광역시의 군 지역(인구 10-30만)
- 농어촌 지역 : 道の 군, 광역시의 군 지역(인구 10만 이하)



〈표 2-2-3〉 시범사업 최종 선정 지역

|      | 공모결과<br>(2005. 3. 2 ~ 3. 31)                                          | 서류심사 결과<br>(2005. 4. 11)                             | 현장심사 결과<br>(2005. 4. 20) |
|------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------|
| 대도시  | 서울 중랑구, 인천 연수구,<br>광주 남구, 경기 수원시, 충<br>북 청주시, 전북 전주시                  | 서울 중랑구, 인천 연수구,<br>광주 남구, 경기 수원시, 충<br>북 청주시, 전북 전주시 | 광주 남구<br>경기 수원시          |
| 중소도시 | 강원도 강릉시·속초시·동<br>해시·태백시, 전남 순천시,<br>경북 안동시                            | 강원도 강릉시<br>전남 순천시<br>경북 안동시                          | 강원도 강릉시<br>경북 안동시        |
| 군지역  | 강원 인제군, 충남 부여군·<br>홍성군, 충북 청원군, 전북<br>완주군, 전남 완도군, 경북<br>의성군, 제주 북제주군 | 충남 부여군<br>전남 완도군<br>제주 북제주군                          | 충남 부여군<br>제주 북제주군        |

## 8) 추진체계 및 기관별 역할

## 가) 시범사업 추진체계

〈표 2-2-4〉 시범사업 추진체계

| 추진주체                      |                         | 기 능                                          |                                                 |
|---------------------------|-------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 보건복지부                     | 노인요양보장도입추진단<br>(2개팀 설치) | ○ 법령 제정, 제도 모형개발, 시범사업 기본계획, 운영매뉴얼 등 총괄·조정   |                                                 |
|                           | 노인요양보장제도 운영평가위원회        | ○ 시범사업지역 선정, 홍보<br>○ 시범사업 추진상황 점검, 평가 및 자문   |                                                 |
| 시·도                       | 사회복지과<br>(노인복지과)        | ○ 관할 지역 내 시범사업 실시 지원                         |                                                 |
| 시·군·구                     | 사회복지과                   | ○ 시범사업 운영·관리                                 |                                                 |
|                           | 지역위원회                   | ○ 시범사업 운영에 관한 자문·건의<br>- 시도, 시군구, 공단지사, 대학 등 |                                                 |
| 건보공단<br>(노인요양<br>보장실행준비단) | 제도 개발팀                  |                                              | ○ 법령 제정, 평가판정기준 및 수가 등 모형개발, 재정추계, 전산운영시스템 개발 등 |
|                           | 시범사업 총괄팀                |                                              | ○ 시범사업 총괄관리, 교육<br>○ 세부 매뉴얼 작성, 시범지역 선정, 협약체결 등 |
|                           | 시범사업 평가·급여팀             |                                              | ○ 평가·판정기준, 수가 및 급여관리<br>○ 요양비용 심사 및 질 평가·관리     |
|                           | 인프라 개발팀                 |                                              | ○ 시설 및 인력 인프라 개발                                |
|                           | 홍보팀                     |                                              | ○ 시범사업 및 제도 전반 홍보                               |
|                           | 시범사업 운영팀<br>(평가판정위원회)   | 관리운영팀                                        | ○ 지역내 시범사업 총괄<br>○ 계획수립, 자격관리, 민원처리, 통계분석 등     |
|                           |                         | 조사판정팀                                        | ○ 1, 2차 판정(방문조사), 재심사 등 이의신청<br>○ 평가판정심사위원회 운영  |
|                           |                         | 급여관리팀                                        | ○ 케어플랜 작성<br>○ 급여비 심사 및 서비스 질 관리                |

#### 나) 시범사업 지자체 역할

- 시범사업 지역선정 등 지원(시·도)
- 시설 인프라 확충 및 재정 지원(시·도)
- 요양보호 대상자 발굴을 위한 기초자료 제공, 대상자 신청 의뢰
- 시범사업 지역추진위원회 구성 및 평가관정위원회 참여(시도 및 시군구)
- 시설인프라 확충 및 해당 시설에 대한 지도·감독
- 요양시설 지정, 심사·결정된 급여비의 지급
- 지역주민을 대상으로 시범사업 홍보 등

### 3. 노인수발보장제도(案) 개요

『노인수발보장법안』은 치매, 중풍 등 노인성질병으로 일상생활에 상당한 장애가 있어 타인의 도움이 필요한 국민에게 간병, 목욕, 간호 및 일상활동지원 등의 수발서비스를 제공하기 위한 노인수발보장제도의 법적기반이다. 정부는 급속히 진행되는 고령화와 치매·중풍노인의 증가추세에 비해 핵가족화, 여성의 사회참여 증가로 가정에서 노인을 돌볼 수 있는 것이 이제는 한계에 도달했다고 진단하고, 이제, 그동안 가정이 전적으로 감당해왔던 치매, 중풍의 고통을 우리사회가 사회적 연대로서 함께 짊어지는 노인수발보장제도의 도입이 절실하다고 밝혔다.

본제도의 법적기반이 되는 『노인수발보장법안』은 총 11장 91개 조항으로 주요내용은 다음과 같다

- 본 법안의 적용대상은 전국민
  - － 건강보험가입자와 의료급여수급권자 모두를 포함
- 수발급여를 받을 수 있는 대상
  - － 65세 이상의 노인 또는 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령이 정하는 노인성 질병을 가진 64세 이하인 국민들 중,

- 상당한 장애가 있어 6개월 이상 타인의 지속적인 도움이 필요하다고 수발 등급판정위원회에서 인정을 받은 사람(이하 “수발인정자”)으로 함

※ 65세 이상 노인 중 건강한 노인들은 경로당, 노인복지회관 등의 복지서비스를 이용

#### ○ 수발보장의 이용절차

- 본인의 신청→평가관리원의 방문조사→등급판정위원회의 평가판정→수발 계획서 작성→서비스이용 등의 절차에 따름

※ 등급판정위원회는 지방자치단체(시·군·구), 의사, 간호사, 건강보험공단, 평가관리원, 사회복지사 등으로 구성

#### ○ 수발급여의 종류

- 재가급여, 시설급여, 수발수당, 특례수발비, 요양병원 수발비, 기타 대통령령이 정하는 급여

※ 수발급여는 현물을 원칙으로 하고 보완적으로 현금 지급 인정

- 재가급여는 가정에 계신 노인에게 간병·수발, 간호, 목욕, 가사 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공

- 시설급여는 노인요양시설과 노인공동생활가정에 입소

- 수발수당은 수발인정자가 수발시설이나 인력이 부족하여 가족이나 이웃으로부터 수발을 받은 경우에 지급

- 특례수발비는 수발인정자가 부득이 하게 유료수발시설을 이용하는 경우에 지급

- 요양병원 수발비는 수발인정자가 요양병원에서 입원한 때 수발에 소요되는 비용의 일부를 지원

- 상기 수발급여를 제공할 전문인력으로 수발사자격을 신설

#### ○ 수발보장에 소요되는 비용은 국고지원, 보험료, 본인부담으로 충당

- 국가는 건강보험가입자에 대하여는 건강보험과 같은 수준에서 국고를 지원하고 의료급여 수급권자는 전액국가 부담

- 수발보험료는 노인수발보장위원회의 심의·의결을 거쳐 건강보험가입자에 게서 징수

- 본인부담은 수발시설 이용비용의 20%를 부담

- ※ 기초생활수급자는 무료이고, 기초생활수급자이외의 의료급여수급자와 대  
통령령이 정하는 차상위계층은 10%를 본인이 부담

○ 관리운영기구

- 『건강보험공단』을 관리운영기구로 지정하여, 자격관리, 보험료징수, 급여  
심사, 재정관리를 담당하게 하고,
- 수발등급의 판정, 수발계획서 작성, 급여의 질 관리 등 전문적 업무수행을  
위하여 『노인수발평가관리원』을 신설

○ 시행시기

- 중증 노인은 2008년 7월 1일에 시행
  - 1차시범사업('05.7~'06.3)은 일상생활수행능력(ADL) 등의 평가판정체계  
등의 타당성을 검증
  - 2차시범사업('06.4~'07.6)은 민간이 참여할 수 있는 수가체계를 개발하여  
그 적정성을 시험
  - 3차시범사업('07.7~'08.6) 원하는 지자체 모두를 시범사업지역으로 선정하  
여 실제시행과 동일한 모의적용사업을 실시
  - 한편, 매년 100개씩 시설을 확충하고 있으나 지방비부족, 남비현상 등으  
로 2008년에 되어서야 필요한 시설이 확충될 것으로 전망
  - 이와 같이 제도의 문제점을 발굴보완하고 시설인프라의 부족분을 확충하  
기 최소 3년이라는 시범사업기간이 필요
- 중등증 노인은 2010년 7월에 수발급여를 실시

○ 예상되는 기대효과

- 가정에서 간호사, 수발사의 수발서비스를 받거나, 시설을 부담없이 이용하  
므로 치매·중풍 노인의 삶의 질이 향상됨
- 본인이 전체비용의 20%만 부담하게 되므로 노인가족의 경제적부담이 크  
게 줄어듦
- 노인간병인력 등 새로운 고용이 창출되고, 시설확충으로 지역경제가 활성  
화되며, 노인의료비의 효율화가 예상

이와 같은 「노인수발보장법안」은 9월말 입법예고되었다.

## 제 3 장 OECD 18개국의 노인장기요양서비스의 특성과 동향

본 장은 OECD 18개국의 장기요양의 주요 특징에 관한 간략한 설명을 제시한다. 이 자료는 OECD가 작성한 질문지에 각 국가가 응답한 것을 기반으로, 공식적 문서와 기타자료를 추가한 내용이다. 주요 분석분야는, 수혜자격, 시설 보호, 가정 및 지역사회 보호, 비공식 수발자에 대한 지원 등이다.

### Australia

호주는 중앙 정부가, 외교 정책, 사회보장, 주요 조세 정책을 담당하고 지방 정부가 교육, 공공 주택 그리고 병원을 다루는 연방구조로 되어 있다. 요양보호는 공적, 사적(비영리와 영리) 공급자에 의해 공급되는 서비스를 통해 두 정부 모두가 수행하고 있다.

#### Client assessment and eligibility

호주 정부는 노인의 장기 요양 욕구를 고려하여 전문적인 평가(assessment)와 조언을 제공하고 적절한 서비스를 제공하기 위해 자격을 사정하는 ACATs(Aged Care Assessment Teams)의 재정을 지원한다. ACATs 는 개인의 의학적, 육체적, 사회적 그리고 심리적 욕구를 사정한다. 대상자들은 시설 장기요양보호와 몇몇 형태의 가정보호와 지역보호에 대한 정부 보조금을 받기 위해서 사전에 ACAT에 의해 자격을 갖추었는지에 대한 사정을 거쳐야만 한다.

#### Institutional long-term care

시설 장기 요양은 더 이상 스스로 생활을 유지할 수 없거나, 집에 자신의 생활 유지를 도와줄 사람이 없는 경우 제공된다. 높은 수준의 요양과 낮은

수준의 요양 등 두 가지 시설보호가 있다. 높은 수준의 요양은 보통 24시간 보호가 포함된다. 간호보호(nursing care)는 거주, 지원서비스(청소, 빨래, 식사), 개인적 보호 서비스(옷입기, 먹기, 용변보기, 목욕과 움직임에 대한 도움)로 구성되어 있고, 건강 서비스(물리요법, 작업요법과 발병치료)와 병행된다. 낮은 수준의 요양은 개인적 서비스에 초점을 맞추지만, 또한 주거, 지원 서비스, 그리고 약간의 의료 서비스가 병행하여 제공된다.

욕구에 기반한 계획 틀을 통해, 호주 정부는 시설 장소와 지역요양 패키지(Community Aged Care Packages: CACPs)의 국가 제공 수준을 달성하고 유지하고자 한다. 2007년 6월까지 제공 비율은 70세 이상 인구 1000명당 108 개소가 될 것이다. 2003년 6월에, 65이상 인구의 5.3%가 영구 입소자였다.

정부가 시설 요양을 위한 재정의 대다수를 제공하는 책임을 가지는 한편, 부담액 상한선을 정부가 규제하기 때문에, 요양은 필요한 모든 이들에게 사용 가능한 비용으로 제공되도록 한다. 일일 보호비용은 하루 생활비에 포함되어 책정되고, 주로 연금을 기준으로, 거기에 일정 금액이상의 사적 소득을 가진 입소자에 대해 소득조사를 통한 부가금액이 더해진다. 입소자들은 경우에 따라 그들의 거주 비용에 대해 지불 요청을 받기도 한다. 이러한 비용 지불은 오직 명확한 조건에 의해서만 지불가능하고, 이러한 비용지불을 할 수 없는 입소자들을 보호한다.

호주 정부는 인가와 보증 프로그램에 기반하여 요양의 질을 관리하는 틀을 마련해왔다. 인가 프로그램은 보건과 개인 요양으로부터 육체적 환경과 안전까지의 문제와, 그밖에 어떻게 이러한 보호를 전달하는가의 문제도 포괄한다. 노인들을 위한 보호소(care home)는 인가를 받아야만 정부 재정을 지원받을 수 있다.

#### Home and community care

가능하다면 언제든지, 사람들은 세 개의 프로그램을 통해서 자신의 집에 머물면서 지원을 받게 된다: 가정과 지역요양 프로그램(the home and

community care programme), 지역요양패키지(Community aged care package), 그리고 가정내 확대요양패키지(extended aged care at home packages). 가정과 지역요양프로그램(HACC)은 노인, 장애를 가진 사람, 그리고 그들의 보호자를 위해 호주 정부와 지방 정부가 재정을 함께 지원한 프로그램이다. 지방정부는 프로그램을 매일 감독할 책임이 있다. HACC 서비스는 지역 간호, 가정내 원조, 개인적 보호, 식사, 가정내 적응과 지지, 이동, 그리고 지역 기반의 일시 요양을 포함한다. HACC프로그램을 지원받기 위해 ACAT 사정이 요구되지는 않는다. 서비스는 HACC 국가 서비스 기준에 만족해야 하는데, 이 기준들은 서비스 이용자가 제공자에게 기대하는 바에 대한 조사결과와 기관 내 질 관리의 일반적인 기준에 따른다.

지역요양패키지(CACPs)는 시설 요양의 자격에 해당하고 복합적인 요양 욕구를 가진 허약한 노인들에게 가정 기반의 대안적인 서비스를 제공하기 위해 도입되었다. CACPs는 ACAT에 의해서 그들의 집에서 요양서비스가 요구되는 것으로 사정된 사람들을 위한 개인에 맞게 맞추어진 패키지 보호 서비스이다.

가정내 확대요양 패키지(EACH)는 CACP가 제공할 수 있는 것보다 더 많은 도움을 필요로 하는 집에 있는 사람들에게 높은 수준의 요양을 공급한다. 450가지의 프로그램이 2003년 6월 현재 이용 가능하다. 시설 요양과 비슷하게, 호주 정부와 지방 정부가 함께 이 프로그램 기금의 대부분을 제공한다. 사용자는 서비스 타입과 개인의 지불 능력에 따라 상이한 비용을 낸다.

#### Support for informal Carers

호주정부는 장애를 가진 사람과 노인을 보호하기 위해 개별 보호자들이 쏟고 있는 기여를 분명히 인식하고 다양한 서비스에 재정지원을 하고 있다.

carer payment 는 노동시장 참가가 방해받은 요양 책임을 가진 사람을 위해서 소득 지원을 하는 것이다.

carer allowance 는 장애를 가진 어른이나 아동 또는 심각한 질병에 걸린 사람에게 집에서 매일의 케어와 관심을 제공하는 사람을 위한 소득 보조이다.



national respite for carer programmes 은 지역 사회에서 단기 혹은 응급 일시 보호를 위해 기금을 제공한다. 이 프로그램은 케어업무에서 잠시 벗어날 수 있는 원조뿐만 아니라, 보호자를 위해 정보, 상담과 지원을 제공한다.

Residential respite 는 시설 요양에 대해 일시적 욕구가 있는 사람에게 요양 홈(care home)에서의 단기 체류를 제공한다. 거주일시보호는 보호자의 스트레스, 병, 휴일 또는 기타의 경우에 이들을 도우며, 계획되거나 또는 위급한 상황에서 이용되기도 한다.

#### Austria

오스트리아에서 사회복지 분야는 세 가지로 이루어진다: 사회보험, 사회복지, 그리고 '기타 지원'.

#### Long-term care allowances

1993년 이전에 장기 요양 욕구를 포괄하기 위해서 다양한 수당이 서로 다른 복지 부문 갖추어 졌지만, 포괄영역의 차이와 대상 집단이 서로 다른 제도상의 불일치 문제가 있었다. 이에 대응하여, 1993년에 시설장기요양과 재가 요양모두에 재정적 지원이 제공되도록 연방과 지방 수준에서 보편적인 현금 급여 프로그램을 도입하였다.

요양 수당 제도는 연방 장기요양급여와 9개의 대응하는 지방 장기요양급여 프로그램으로 구성되어 있다. 이 제도는 나이에 관계없이 보호가 요구되는 모든 사람을 포괄한다.

소득과 자산 수준에 관계없이 수당의 수급 기준은 요양의 욕구에 따라 결정된다. 그러나 요양 수당이 모든 지출을 포괄하지 못하는 고도의 요양 욕구를 가진 경우나, 개인 가계가 그들의 주머니에서 요양급여를 보충할 소득이나 자산을 충분히 가지고 있지 않을 경우, 소득/자산 조사가 적용된다. 이러한 경우, 사회복지조가 요양급여에 부가금을 지급할 수 있다. 더욱이, 장기요양 시설은 또 다른 종류의 재정지원을 제공하면서, 정부재정으로부터 직접적인 재정 전달을 받기도 한다.

연방 수당과 지방 수당은 일반 조세에서 재정을 충당한다. 사회부조급여와 요양제공자에 대한 직접적인 정부보조금 또한 같은 경우이다.

#### Long-term care providers

시설 요양은 현저하게 지자체나 종교/비영리 기관에 의해서 공급된다. 가정 요양 서비스는 비영리 기관에 의해서 공급된다. 2000년에 3.6%의 노인이 시설세팅에서 장기요양서비스를 받았다.

비공식 요양이 전통적으로 오스트리아에서 주요한 역할을 한다. 요양을 필요로 하는 사람의 80%가 가족구성원에 의해서 요양 된다. 공식적 가정요양은 여전히 확대중이며 서비스의 이용 가능성, 특히 상담과 일시적 요양과 같은 비공식적 요양제공에 대한 지지서비스에서, 눈에 띄는 지역적 차이가 존재한다.

#### Canada

캐나다 연방시스템에서, 요양을 포함한 보건은 지방 정부에 의해서 운영된다. 국가 원칙의 틀은 1984년 캐나다보건 법에서 제시된다. 이는 두 가지 서비스 범주를 제시하는데, 하나는 insured health services(IHS)이며 하나는 (uninsured) Extender health care services(EHCS)이다. IHS 는 병원 요양과 물리치료사에 의한 서비스를 포함하며, 법에서 지정한 보편적 수혜범위, 서비스의 높은 포괄성, 재정적 장애가 없는 합리적인 접근, 급여수급의 이동가능성, 그리고 보험계획의 공공관리 라는 다섯 개의 기본틀에 의해 운영된다. EHCS는 요양시설, 장기 거주 요양, 가정 요양, 그리고 일시적인 응급 건강보호 서비스 등을 포함한다. 이 서비스는 비보험 서비스로서 위에서 언급한 다섯 개의 기본원칙에 포괄되지 않는다. 홈헬프(home help)와 노인 주간보호와 같은 다른 서비스들은 캐나다 건강법에서 포괄되지 않는다.

#### Long-term care programmes

장기 요양이 지역에서 독립적으로 진화해왔기 때문에, 공급되는 서비스나

기간 등은 관할 지역에 따라 다르다. 그러나 다음은 모든 관할지역에서 핵심 서비스로 간주되는 것이다: 장기 요양 시설, 일시요양, 휴식 서비스, 가정 요양 간호, 물리요법, 작업요법과 같은 재활 서비스, 가정 내 조력 간호 그리고 개인 요양 서비스. 다른 일반적으로 제공되는 서비스는 식사 프로그램, 일일 보호, 그룹홈, 장비 공급의 빠른 대응 등을 포함한다.

#### Institutional long-term care

관할구역마다 용어가 다르지만, 장기요양간호를 지원하는 간호홈과 지지와 사회적 보호를 제공하는 거주 요양 홈의 범주에서 모든 지역에서 차이를 보이고 있다. 이러한 입소 홈(home)의 재정적 조건은 지역에 따라 상당히 다양하다. 일반적으로, 동쪽 해안 지역은 사용자가 능력이 있다면, 대부분의 비용 또는 사용료 전체를 사용자에게 내도록 요구하지만, 반면 다른 지역은 모든 사용자에게 보조금을 다양하게 제공하고 있다.

모든 지역에서 요양욕구에 대한 산정방식을 가지고 있지만, 입소 이전의 욕구사정 방식은 지역에 따라 다르며 이는 그 지방이 거주자에게 보조해야 하는 정도와 연관되어 있다. 예를 들어, Nova Scotia에서는, 거주자들이 가능하다면 모든 비용을 내도록 기대되는데, 18개월간의 요양에 대해 비용을 지불할 수 있는 입소자는 즉시 입소할 수 있다. 만일 그 이후 정부보조가 요구되는 상태로 변하면, 거주자들은 사정대상이 되어 보호의 레벨에 따라 나누어져야 한다. British Columbia의 경우, 대부분의 요양 비용(생활 비용 제외)은 지방에 의해 포괄되는데, 수급자격 여부를 결정하기 이전에 케이스 매니저의 사정이 요구된다.

#### Home care

가정 요양과 재활 서비스는 모든 지역에서 대개 욕구에 따라 제공되며 무료이다. Homemaker service나 개인 요양과 같은 다른 홈-케어 서비스는 일반적으로 비용을 지불하거나 소득이나 자산과 연결된 비용을 지불한다. 노인 주간보호 또는 식사는 보통 정해진 비용을 지불한다. British Columbia가 최근

상한선을 폐지했지만, 클라이언트가 받을 수 있는 가정 요양 서비스의 양은 일반적으로 한계가 있다. 대부분의 다른 관할지역은 제공되는 가정요양의 비용이 입소시설의 비용을 넘지 못하도록 하는 조치를 취했다. 몇몇 서비스는 이보다 더 낮은 비용 제한을 가지고 있다. 가정요양서비스의 사용자 비용은 관할지역에 따라 다르지만, 보통 정도의 문제이며, 사용자의 소득이 함께 고려된다.

#### Support for carers

캐나다 노인에 대한 요양 중 약 80%가 가족과 친구에 의해서 제공된다. 비공식 carer 는 종종 무거운 요양 부담을 가지며 비용부담과 고용, 개인시간에 있어서의 제한 등의 비용적 문제를 갖고 있다. 이 문제에 대처하기 위해서 Health Canada는 2000년 Canadian Caregiver Coalition을 만들어, 가정요양섹터에서 가족 보호자의 역할, 보호자로서 남성의 역할, 자기부담, 임시보호와 고용의 함의 등과 같은 이슈에 대한 조사와 정책 개발을 꾀하고 있다. 비록 지역마다 가족/비공식 요양 제공과 관련한 이슈를 지적하는 계획된 발의(initiative)들이 있지만, 현재의 지원보다 더 많은 서비스를 필요로 하는 목소리가 높다.

캐나다는 2004년에 carer 를 위한 단기 지원을 제공하는 새로운 현금 급여를 도입했다. 예산법(Budget Bill 2003)은 특별보육급여(Compassionate Care Benefit;CCB)라 불리는 새로운 급여의 제공을 포함하였다. 2004년 1월 현재, 고용보험에 해당되는 노동자들 중 가까운 가족(아이, 부모 또는 배우자)이 심각한 병에 걸려 6개월 이내에 죽을 현저한 위험에 처해있을 때 그들을 보호하기 위해 직장에 결근하면 CCB를 받을 수 있다. 지원자는 가족이 죽음에 이르는 위험에 처해있어 가족의 도움이 필요하다는 의료 증명서를 가지고 있어야 한다. 급여는 6주 동안 지속되지만, 의료 증명서에 지정되어진 26주간의 "기간(window)"안에 급여를 받을 수 있다. 이 기간동안 급여는 자격이 있는 사람이 결정한 시기에 언제든지 받을 수 있고, 주어진 자격에 해당되는 가족

들과 나눌 수 있다.

연방, 지방 정부는 care-giver 에게 조세 감면 같은 간접적 재정 지원을 제공하기도 한다. 연방의 Caregiver Tax Credit은 함께 살면서, 가정내 보호를 제공하는, 의지하는 친척인 개인이 부담하는 소득세를 줄여주도록 고안된 비환불성 세금 감면정책이다. 다른 연방 세금 혜택은 몇몇 가족 보호자 급여가 포함하고 있는 Infirm Dependent Tax Credit, Disability Tax Credit, Eligible Dependent Tax Credit 그리고 Medical Expense Tax Credit에서 나온 것이다. 어떤 지방 세금 시스템은 또한 허약하거나 장애가 있는 친척을 돌보는 개인에 대한 보조를 제공하는데, 예를 들어 Caregiver Tax Credit in Ontario 등이 있다.

#### Germany

독일은 다른 욕구들 중에서, 노령과 장애연금, 일시적 의료보호와, 1995년부터는 장기요양보호를 포괄하는 사회보험제도를 가지고 있다. 인구의 약 90%가 사회보장/장기 요양 보험에 적용된다. 민간보험에 적용되는 사람들(주로 고소득자와 공무원)은 동등한 사적 장기 요양 보험을 구입하는 것이 강제화되어 있다. 공공 또는 사적 건강보험에 포괄되지 않는 작은 비율의 인구에 대해, 2001년부터 장기요양보험에 가입할 권리가 존재하며, 공적보험에 속할 것인지 사적 보험에 속할 것인지 선택할 수 있다. 사회보험의 조건(terms)은 연방정부에 의해 제한된다. 지방정부로부터의 사회부조는 욕구가 사회보험 급여를 초과하거나 기타 이유로 인해 포괄되지 않는 사람들에게 자산 조사를 통한 안전망을 제공한다.

#### Long-term care insurance

장기 요양 보험은 사회보험의 한 층(pillar)이며, 건강 보험과 독립적으로 자금이 마련되고 규제되지만, 기존 질병 기금에 의해서 운영된다. 공적 사적 장기요양보험 모두 유사한 정부 규제에 의해 통제된다. 사적 가계는 시설보호에 대한 거주비용을 부담하도록 요구되며, 사회부조는 장기요양과 관련된 개인지출을 부담할 소득이 불충분한 사람에 대해 장기요양(가정과 시설 모두)

비용을 보조한다.

장기 요양 보험 하에서의 급여는 의료 사정 후에 주어진다. 수급자는 요양 욕구의 3가지 수준 중 하나로 분류되며, 각각의 요양 수준의 상한까지 현금 혹은 현물 급여를 받는다. 수급자는 자유로이 현금과 현물을 택할 수 있으며, 혼합할 수도 있다. 현물로 주어지는 급여의 총량이 현금 수급(또는 혼합)보다 상당히 높다.

공적 장기요양보험의 기금은 건강보험 보험료에 덧붙여서 지불하는 보험 기여로 이루어진다. 다른 사회보험과 다르게, 기여는 법으로 총소득의 1.7%로 고정되어 있는데, 가능한 총 재정에 상한선을 제공하며, 이는 경제 순환과 경제와 관련된 수입원의 증가에 달려있다. 고정된 기여율에 의한 수입의 증가분은 1998년 이후 일년을 제외하고는 지출의 증가분보다 사실상 낮았는데, 특히 이는 시설보호로부터의 지출압박 때문이다. 장기요양보험의 적자는 각각 2002년에 2%, 2003년에 4%이다. 사회부조는 일반세에 의해 지급된다.

#### Institutional long-term care benefits

1995년 이후 nursing home(과 유사 기관)의 수는 상당히 증가해서 최근에는 현저하게 긴 대기시간이나 시설보호 장소의 부족은 보고되지 않고 있다. 2002년, 약 635,000명의 의존자가 공적 보험(600,000)이나 사적 보험(35,000)에서 시설보호 급여를 받고 있다.

#### Home care benefits

가정 요양 제공자의 수는 1995년 이후 4천명에서 10,600명으로 증가하였고, 행정기관의 파악에 따르면, 현재의 시설은 수적으로 충분한 것으로 나타난다. 2002년 총 137만명이 가정 요양급여를 공적 보험(129만명)과 사적 보험(79,000명)에서 받고 있다.

비공식적 요양은 독일에서 전통적으로 강한 역할을 해왔으며, 이는 비공식적 carer에게 현금 수당을 주는 급여 제도를 반영한다.

비영리 기관은 가정에서의 장기 요양 서비스의 주요한 제공자이다. 장기

요양 보험의 도입은 가정 요양 서비스 제공자의 급격한 성장을 낳았고, 이들은 법적으로 주로 사적 제공자이다(영리 포함). 이는 공공 공급자에 비해 사적공급자 시스템이 요양의 질과 비용에서 더 나은 결과를 이끌어낼 수 있고, 경쟁적 환경을 만들어낼 것이라는 입장에 기초하고 있다.

#### Hungary

노인과 장애인을 위한 사회 서비스는 헝가리에서 상대적으로 잘 발달된 시설 네트워크를 가지고 있다. 그러나 장소의 수나 서비스 질에서는, 증가하는 욕구를 충족하지 못하고 있다. 보건섹터(가정요양, 간호홈과 호스피스)에서 장기요양을 위한 시설은 1990년대에 시작되었을 뿐이고, 여전히 상당한 확대를 필요로 한다. 2002년 정부의 선거 프로그램은 공적 장기 요양 보험도입의 고려를 제시하고 있다.

#### Provision of long-term care services

##### Health care system

병원에서의 장기 요양과, nursing home에서의 서비스, 그리고 가정 요양 서비스가 노인을 위해서 제공되고 있으며, 건강 보험 제도는 특별한 서비스를 제공하지 않는다. 더욱이, 특정한 노인병에 대한 치료약은 보조율이 높는데, 사용자의 지불은 비교적 낮거나 소득이 낮은 대상에 대해서는 지불비용이 아예 없도록 부담을 줄여주고 있다.

특히 시골에서는, 가정의(GPs)나 일차 요양 간호사가 환자(대다수 노인)를 방문하는데 상당한 시간을 보내는 경향이 있으며, 이러한 방문의 대부분은 사회적·정신적 건강 기능을 돕는 것이다. 이에 더하여, 특화된 home-nursing 요양 조직의 수가 상당히 증가하고 있는데, 이 조직들은 제한된 현재의 치료만큼이나 후-수술 또는 선-수술시의 요양을 제공한다. 가정의와 가정 요양 기관 모두 민간 공급자이지만 강제적 보건 보험에 의해서 재정조달 된다.

#### Social service

개인 사회 서비스는 노인에 대한 서비스와, 정신적/육체적 장애인을 위한 서비스를 포함한다. 그들의 집이나 매일의 일과에 기반한 서비스는 식사배달, 가정조력, 일일 보호 시설, 노인을 위한 클럽과 장애인을 위한 일일보호를 포함한다. 거주요양은 다음과 같은 시설을 포함한다: 노인의 위한 홈: 물리요법 대상 환자, 장애 아동, 장애 성인, 그리고 알코올과 약물 중독 환자를 위한 홈. 이러한 거주 시설은 영구 또는 일시 보호 시설로 운영된다.

#### Coverage of long-term care programmes

노인은 강제 건강보험 제도 하에서 필요한 요양을 받는다. 특별한 건강 서비스에 대한 수급권은 의사에 의한 욕구 산정에 기반한다. 사회 서비스 수급 자격은 1993년 사회 요양 법에 의해 정의되며, 지방 정부 법령-수급권과 사용자 이용료 규제-과 관련된다. 욕구사정은 기관에 의해 이루어진다. 2000년에 (60세 이상) 1,000명의 노인 중 50명에게 식사가 배달되며, 20명이 가족조력 서비스를 받았고, 20명이 일일보호센터를 이용했다.

영구적 요양을 제공하는 거주기관은, 2001년에, 1,000명당 6.5개의 거주기관이 있었고(노인과 장애인을 위한 기관을 합쳐), 천명의 거주자 당 한 기관이 일시보호를 제공한다.

#### Funding of long-term care programmes

보건 요양 서비스는 주로 강제 건강 보험에 의해서 재정조달되며, '기본적인 질'의 서비스는 무료이다. 그러나 '높은 질'의 서비스와 병원의 공식적 서비스 제공항목 이외의 추가 항목에 대해 환자가 서비스를 받을 경우, 병원 은 환자에게 비용(의료보험에 의한 비용에 더하여)을 요구할 수 있다. 이 비용은 기관에 의해 정해진다. 서비스는 또한 민간 섹터에 의해 온전히 제공되고 자금조달 될 수 있다.

사회적 요양은 지방 정부의 책임이다. 사회적 요양은 중앙과 지방 정부에 의해서 공동으로 재정부담 된다. 사회 서비스의 경우, 사용자의 비용부담이



요구되며 이는 사회적 요양에 대한 법적 기준과 지방정부에 의해 정의된 범위 안에서 기관 재량으로 정해진다. 그러나 사회 서비스의 비용은 사용자 소득의 일정 수준을 넘어서는 안된다.

#### The organization of service provision

병원은 지방 정부에 의해서 운영된다. 민간 요양시설의 수는 증가하고 있다. 가정의나 가정 요양 기관은 주로 사적 제공자이지만, 그들의 서비스는 강제 건강보험에 의해서 자금조달 된다.

사회 서비스는 지방 정부에 의해서 공급 된다: 10만명 이상의 거주자를 가진 도시의 지방 정부는 서로 다른 사회서비스를 통합하여 이른바 사회 서비스 센터를 운영한다. 서비스 공급(공공 지출로 보조되는)에서는 사적 서비스 섹터의 역할이 증가하고 있다. 2001년에 장기 요양(66,029개소, 1,000명당 6.5개)을 제공하는 886개의 거주 요양 홈과 344개의 일시요양(천명당 1개소) 거주 시설이 있었다. 이들의 78%는 지방정부에 의해 제공되었다.

#### Ireland

아일랜드 정책은 그들이 원하는 한 노인들이 집에 거주하며 독립적으로 지내도록 하며, 그들이 더 이상 집에 머무를 수 없을 때 병원과 요양 홈에서 높은 질의 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 공공 보건 시스템은 거주와 지역 서비스를 모두 제공하지만, 2003년의 장기요양재정에 대한 독립적인 재검토를 통해 장기요양에 대한 새로운 사회보험 제도를 제시했다(Mercer Limited, 2003). 장기요양은 현재 일반 조세와 개인의 지출을 통해 자금이 조달되고 있다. 정부는 모든 이해관계자로 구성된 Working Group을 구성하여 간호홈의 보조금에 대한 개별적인 재검토와 Mercer 보고서의 추천을 검토하도록 하였다(O'Shea, 2003). 2004년 말, Working Group의 활동은 여전히 진행 중이며 아일랜드 장기요양시스템의 근본적인 재구조화에 대한 어떤 결정도 아직은 이루어지지 않았다.

#### Long-term care programmes

모든 공적 장기 요양 프로그램은 일반 조세로 재정지원되며, 서비스는 Health Board에 의해서 산정되는 의료 욕구에 기초해서 수여된다.

#### Institutional long-term care

2000년의 경우, 장기 체류 시설에는 노인을 위해 24,052개의 비긴급(non-acute) 요양 침상을 가지고 있었는데, 이는 100명의 노인 당 56.2 침상에 해당한다. 이중, 11,415개의 침상은 Health Board에 의해 직접 제공되었다. Health Board는 또한 1,281개의 침대를 민간 간호 홈에 맡겼다. Health Board는 간호홈 보조 계획(6,196개)을 통해 다른 민간 기관에 재정지원을 한다. 전체적으로 전체 비긴급 요양 침상 중 약 80%가 Health Board에 의해서 재정지원되며, 나머지는 사적으로 운영된다.

#### Long-term care in public institutions

적용제의 사적 시설을 포함하여, 공적 시설에서 장기 요양을 받기 위해서는, 다른 항목들 중에, 주거, 사회적 상태, 가족지지와 건강 등을 포괄하는 욕구 산정이 필요하다. 입소자로서 인정된 사람들은 비기여 노령 연금의 최대 80%까지 기여해야 한다. 그러나 자산조사의 조건은 보통 공공기관에 지원하는 이들보다 사적 기관에 들어가고자 지원하는 이들에게 더 엄격하게 적용된다.

#### Public support for long-term care in private nursing homes

사적 간호 홈은 nursing home 법과 다른 관련 규제 하에서 규제되며, Health Board의 감독 하에 있다. 보조금은 간호 홈 요양이 필요한 사람에게 사적 간호 홈의 비용에 대해 지불될 수 있다. 의학적 사정이 요구되며, 지원자는 의존의 정도에 따라서, 중간, 높음, 최대로 범주화된다. 이에 더하여, 지원자는 자산조사를 통과해야 한다.

간호 홈의 요양 비용을 충족하기 위해 개인에게 보조금이 제공되지만, 수반되는 총비용을 충당하려는 의도는 아니다. 지불 가능한 보조금의 최대 비

율은 의존도에 달려 있다. EUR 114.30 이 중간 의존도, EUR152.40 이 높은 의존, EUR190.50 이 고도중증 의존도에 대해 지불된다(2001년 4월 1일 기준). 입소자는 나머지 금액을 내야 한다.

보조금에 대한 자산 조사는 늘 지원자의 소득을 고려하며, 또한 자산을 고려할 수도 있다. Health Board는 자산 사정이라는 목표를 위해 재산을 어떻게 다룰 것인지와 관련하여 상당한 재량을 가진다. 이 계획이 나온 이후, 계획에 드는 비용이 지속적으로 늘고 있다. 정부는 미래의 옵션을 살펴보기 위해 보조금 계획의 재검토를 시작하였다. 보고서(O'Shea, 2003)는 공공 대 사적 기관의 규제에서 더 많은 일관성, 가정 기반의 요양에 대한 더 많은 지원, 시설 요양에 대한 더 큰 접근 통제를 가지도록 개발되고 적용된 더 엄격한 포괄적인 사정을 호소하였다.

#### Home care

지역 사회에서 노인들이 이용 가능한 가정 요양 서비스에는 지역 사회 간호요양, 가정 도움, 임시보호 서비스, 데이 케어 센터 그리고 식사 서비스 등이 물리치료, 작업치료, 발병치료와 말하기 치료 등과 같은 준의료 서비스와 함께 포함된다. 공공 간호사가 적절한 가정 요양을 사정하고 조정한다.

#### Cash benefit for informal care

carer's 수당(allowance)은 종일 요양과 관심을 필요로 하는 사람과 같이 살며 돌보는 저소득의 보호자를 위한 수당이다. Carer's 급여(benefit)는 풀타임 요양과 관심을 필요로 하는 사람을 care 하기 위해서 일시적으로 노동 시장을 떠난 사람에게 주는 급여이다. 이 급여를 받기 위해서, 보호받는 사람은 장애를 가지고 있어 종일 보호와 관심을 필요로 해야만 하지만 보통 병원, 홈(기관) 또는 다른 기관에서 생활하지 않아야 한다.

## Japan

일본은 노령, 장애와 보건을 포함한 주요 위험을 포괄하는 사회보험 시스템을 가지고 있다. 2000년 부터 장기 요양 보험의 필요에 대한 보험자를 포괄하기 위해 사회보험을 도입했다.

## Long-term care insurance

장기 요양 보험(LTCI)은 중앙 정부 법제정 하에 지방 정부에 의해서 운영되는 강제 사회보험이다. 40세 이상의 모든 일본 거주자는 가입대상이 되며, 65세 이상은 1종, 40~64세는 2종으로 분류된다.

## Eligibility criteria and service utilization

요양 욕구가 있는 보험가입자는 자격이 심사되고 요양 욕구에 따라서 6개 요양 수준 중 하나로 분류된다. 요양수준의 결정은 지자체 장기 요양 위원회에 의해서 동의가 구해지지만, 개별 케이스에 대한 적절한 데이터 수집은 서비스 제공자에게 전달되는 것이 보통이다. 시설과 가정 요양 모두는 장기 요양 보험에 의해서 재정운영 된다. 비용은 요양 욕구의 수준에 따라 정해진다. 가정요양 서비스는, 각각의 요양 수준이 예산 한도를 가지는데, 매달 JPY 61,500에서 35,800까지이다(약 EUR 470~2,750). 수급자는 그들의 요양수준에서 정해진 한도까지 요양서비스를 이용할 수 있다. 가장 낮은 레벨은 보조금이 지급되는 시설 요양을 이용할 자격이 없다.

2종에 가입된 사람도 장기 요양 보험에 의해 재정지원 되는 서비스를 받을 자격이 있지만, 그들의 장애가 노령과 관련된 질병, 파킨슨 병이나 뇌졸중 등과 같은 것에 의한 것이어야 한다. 2종에 가입된 사람 중 장기요양이 필요한 사람의 욕구가 노령과 관련된 질병에 의한 것이 아니면 다른 사회서비스 프로그램이나 건강보험에 의해 포괄된다.

‘care manager’의 역할이 장기 요양 보험 도입과 함께 새롭게 만들어졌다. 요양 수준이 정해진 후 서비스를 받기 전에, 수혜자의 욕구를 반영하여,

care-manager의 도움으로 요양 계획이 세워져야 한다. 요양 계획은 달(1개월) 기준으로 조정되거나 수혜자의 생활 패턴 또는 정신적 육체적 상태에 변화가 있을 때 조정된다. 2003년 3월의 경우, 65세 이상의 장기요양수혜자 중 73.4%가 가정 요양 서비스를 받고 있고, 26.6%가 기관에서 서비스를 받고 있다.

#### Financing

수급자는 서비스 비용의 10%를 지불한다. 비용의 나머지는 보험자, 예를 들어 지방정부에 의해서 부담된다. 보험자의 수입원은 여러 가지이다. 1종으로부터의 기여(18%), 2종으로부터의 기여(32%), 중앙 정부로부터의 보조금(25%), 도도부현 정부(12.5%), 지자체 자체 예산(12.5)이다. 그러나 정부 보조금은 지방의 노인 수에 따라 달라진다. 1종 보험자의 기여율은 각 지자체에 의해 결정된다. 2003년의 국가 평균은 월 JPY 3,200이다(EUR 25). 2종 보험자의 기여는 공공 건강보험의 기여에 포함된다.

#### Allowance for family caring for elderly

이는 중앙 정부로부터 보조금과 함께 지방자치체에 의해서 재정지원 되는 현금 급여이다. 급여의 양과 수급 기준은 각 지자체에 의해서 결정되며, 모든 지자체가 이 계획의 도입을 선택하지는 않았다. 자격은 LTCI에 의해 지원되는 공공서비스를 사용하지 않고 일년 동안 가장 심각한 의존도를 가진 노인(4 또는 5번째 요양 수준)을 돌본 가족이다. 수당을 받는 가족 수의 추산은 불가능하지만, 이 수는 매우 작다고 알려져 있다.

#### Luxembourg

룩셈부르크는 장기 요양과 단기 보건요양을 포함하는 사회보험을 가지고 있으며, 1998년에 장기요양을 포함하는 새로운 사회 보험을 도입했다.

#### Long-term care insurance

1998년 6월에 룩셈부르크는 보건 요양 보험의 일부로서 보편적인 장기 요

양 보험 프로그램을 도입했다. 적용범위는 건강보험시스템의 적용범위와 같다. 결과적으로 시설과 가정 요양 모두에서 거의 모든 인구집단을 포함하는 보편적인 적용범위이다. 자발적 민간 장기요양 보험은 룩셈부르크에서 주요한 역할을 하지 못한다.

공공 방식에서의 요양 수준은 IDL이나 IADL까지 필요한 도움을 공급하기에 요구되는 시간의 양에 따라 주로 결정되며, 사회 보험으로부터 독립된 공공 서비스에 의해서 사정된다. 시설과 가정 요양 모두의 비용 수준은 요구되는 요양 시간의 생산으로 결정되며 시간당 일정량이 정해져 있다. 요양 시간은 연속 측정(continuous scale)으로 사정되며, 오스트리아나 독일과 같이 요양 수준에 따라 구분되지는 않는다.

개별 가구는 추가적인 비용을 부담해야 하는데, 시설요양의 거주비용이 상당한 부분을 차지한다. 사회 부조로부터의 비용지불은 평균 보다 높은 장기요양 비용을 가진 사람들을 위해서 제공된다. 최근 이 계획으로부터 제공받는 수가 증대하고 있으며, 장기요양 수급노인 10명중 1명 정도의 수준이다. 장기요양보험 외에도(자산조사가 없는), 허약한 노인을 위한 특별 승인 거주를 위한 재정적 지원이 있다.

장기 요양 보험의 재정은 세 가지 출처로부터 충당 된다: 1) 일반 조세 (45% 2001년), 2) 소득에서 정률1% 기여 및 소득의 다른 원천 (연금을 포함) 3) 전기에 대한 특별세

#### Long-term care services

2001년 이후 집에서 요양 받는 의존 노인의 비중이 늘어나고 있는데, 2001년에 53%에서 2004년에 60.4%가 되었다.

#### Institutional long-term care

2002년에 60세 이상의 모든 장기 요양 수급자 중 47%가 요양 시설에서 요양을 받는다. 기관의 수용 능력은 2002년에 4,328 침상으로, 65세 인구에 6.8%에 이른다. 사회 장기요양 보험의 도입과 함께, 간호 홈과 그 밖의 다른

노인을 위한 기관의 수용 능력은 최근 늘어나고 있다. 계획된 늘어날 기관의 목표는 약 24%로, 이는 이미 지어진 기관의 2/3에 해당한다.

#### Home care

소비자는 현금과 현물 급여 혹은 혼합을 선택할 수 있다. 2002년에 단지 10%만이 현물만을 선택했다. 거의 절반의 소비자(49%)가 오직 현금만 선택하고, 41%가 혼합을 선택한다. 장기요양보험이 도입되었기 때문에, 가정 요양 노동력의 크기가 1999년에서 2002년까지 21% 증가했다.

#### Mexico

멕시코의 보건 요양 제도는 세 가지 큰 분리된 요소로 구성되어 있는데, 각각이 해당 인구에 대해 서비스를 제공한다.

사회 보장 제도는 공식적 노동 시장에 있는 사람들과 그들의 가족(dependents)를 위해서 보건 요양을 제공한다.- 약 절반의 인구

보건부의 보호하에 운영되는 보건 시설은 자산 조산에 포함되지 않는 인구 집단에 보건 요양을 제공한다. 또한, 빈곤층과 주로 농촌 인구를 대상으로 서비스 접근의 증가를 목표로 하는 정부 프로그램들이 있다.

전체 보건 지출의 절반 이하가 공적 지출이며, 그러므로 사적 보건 요양이 큰 역할을 하고 있고 그 비중이 다른 OECD 국가보다 높다.

사회보험 시스템이 그 기여에 따라, 노인병에 대한 요양을 포함하여, 기초적인 병원 요양을 공급한다. 이들을 위한 보건 요양과 사회보험 시스템은 기본적인 초기 요양을 공급하는 데에 초점이 맞추어져 있고, 보건 클리닉에서 일시적 증상에 대한 치료를 제공한다.

#### Long-term care services

사회보장제도에 의해 제공되는 간호 홈이나 병원에서의 시설 장기 요양의 수는 제한되어 있다. 사회 보장 제도에 적용되지 않는 사람들에게 대해, 노인들은 오직 입원을 필요로 하는 급성의 상태에서에서만 요양을 위해 병원에 들어갈

수 있다. 지역 사회 보호 홈의 수용 능력은 매우 제한되어 있다. 약 300개의 민간 간호 홈이 개인의 지출로 제공된다(IMSS, 2003). 2000년 조사에 따르면 65세 이상 총인구의 오직 0.3%만이 요양시설에 머물고 있다(IMSS, 2003).

식사, 사회적 요양과 다른 도움을 노인에게 제공하는 데이 센터는 사회보장 제도에 의해 커버되는 사람에게 적용되고, 사회보험이 적용되지 않는 사람들을 위해 다른 정부 프로그램이 제한적인 수준에서 제공된다. 사회보장제도는 노인의 정신적 상태의 범위를 조사하여 이 그룹에 대해 좀더 전문적인 서비스를 계획하도록 돕고 있다.

#### Help for informal carers

지금까지 가장 중요한 장기 요양 공급은 비공식적 요양 형태인 가족이었다. 혼자 사는 멕시코 노인(60세 이상)은 드물며(7%), 배우자와만 사는 경우도 17%이다(1994, in IMSS, 2003). 3/4이상인 76%가 대가족의 일부로 자녀들과 그 밖의 다른 사람들과 같이 살고 있으며, 현재까지 OECD 국가 중 확대 가족에 속한 노인비율이 가장 높다. 1999년 60세 이상 인구에 대한 멕시코 시티지역에 조사에 따르면, 절반 정도가 가족에게 소득을 완전히 의지하고 있으며, 오직 1/4 만이 연금 수입의 대상이다(IMSS, 2003, p.18).

사회보험시스템에 가입된 일하는 인구 중 일부는 어떤 환경 하에서 장애를 가진 노인에 대한 비공식적 부양을 제공함으로써 지불비용을 받을 수 있고, 또한 정보와 조언을 얻을 수 있다.

\*\*보건 및 요양 총 비용에 대해서는 OECD(2005), OECD Reviews of Health System: Mexico, OECD, Paris 를 참고할 것

#### Netherlands

네덜란드는 세 개의 기둥으로 구성된 보건/장기 요양 보험 제도를 가지고 있다: 1) 일정소득수준에 따라 강제가입인 건강 보험, 2) 일정 소득을 넘어서는 사람들의 민간 건강 보험, 3) '재양적/예외적' 리스크와 '비보험'대상으로 구분되는 지출을 포괄하는 전체 인구 집단을 위한 광범위한 공적 제도. 마지막



방식이(AWBZ) 넓은 범위의 장기 요양을 포함한다. AWBZ는 또한 만성상태와 '예외적인' 지출에서 발생한 급박한 요양에 대한 비용도 커버한다.

가정/ 지역사회 요양을 촉진하는 정책의 영향으로, 전체 장기 요양 수급자의 58%가 가정이나 지역사회 기반 세팅에 있다. 민간 장기요양 보험은 일반 인구에 주요한 역할을 하지 못한다.

#### Long-term care programmes

##### Institutional care

간호 홈과 다른 시설 요양 제공자들은 주로 독립적인 비영리 기관이다. 의존의 수준에 따라 노인을 위한 장기요양을 제공하는 기관은 다양하다. 기관은 또한 전문분야(치매 환자, 신체적 기능 제한, 또는 감각적 손실을 가진 노인)에 대한 시설)에 따라 다양하다. 장기 요양 기관에 따라 다양한 기능을 수행한다: 더 낮은 수준의 요양을 제공하는 기관은 집을 주 세팅으로 하는 수급자들을 대상으로 한다. 신체기능 간호 홈은 병원 체류 이후의 사람을 대상으로 한다. 정신-노인성 기관은 집, 다른 LTC기관, 그리고 병원 체류 후의 환자를 대상으로 한다.

2000년에, 약 24만명의 시설 장기 요양 수급자가 있고, 대다수는 간호 홈이나 비슷한 기관(170,000)에 있으며, 58,000명은 장애인을 위한 반 거주 시설에, 12,000명은 보호소에 있다.

대기자 명단이 시설 요양이나 가정 요양 모두에서 보고된다. 시설 요양의 대기자(수급자의 약 5%)는 가정 요양 기관을 거쳐 온 사례가 80%인데, 이들은 이들이 시설보호의 대기리스트에 있는 사람에게 제공되는 잠정 요양을 제공받았기 때문이다. 요양 전문가 노동력의 부족이 대기자 명단 감소를 방해하는 것으로 보인다.

##### Home-based long-term care

가정 요양 제공자는 지배적으로 민간 비영리 기관이다(약 90%). 가정 요양 서비스의 범위는 넓은데, 식사배달서비스와 가사 돌보기에서 요양 욕구의 연

속을 위해, 데이 케어 시설과 일시 요양을 포함한, 더 강도 높은 가정 요양까지 존재한다. 최근 지역사회 요양과 시설 요양 사이의 경계가 좁혀지고 있다.

가정 요양의 경우에도 대기자 명단이 있다(수급자의 약 10%). 물론 대기명단에 있을 때에도 일시적인 가정요양 서비스를 받을 수는 있다. 최근 이들이 최근 약 30%가량 줄었다는 보고가 있었다. 가장 최근의 2003년 개혁에 따라, 모든 새로운 가정 요양 사용자는 직접적 서비스 제공을 대신해서 소비자 예산의 선택을 제공받는다.

#### New Zealand

뉴질랜드에서 긴급/장기 보건 요양의 책임은, 전신인 Health Funding Authority에서 2000년 1월에 변경된, 선발된 District Health Boards 에게로 넘어갔다. 장기 요양에 대한 재정 책임은 2003년 10월에 보건국에서 DHBs 로 옮겨왔다. 이는 긴급/장기 요양을 한 기관하에 놓음으로써 노인요양의 통합적인 연속성을 발전시키려는 의도이다.

긴급/장기 요양 모두 일반 조세로부터 재정 지원되며, DHBs 가 중앙정부로부터 받는 일괄교부금(block grant)이 더해진다. 장기 시설 요양(연속적인 요양 병원, 노인성질환 시설(units)과 요양원)이 필요하다고 사정된 사람들은 보조금 접근을 결정하기 위해서 소득/자산 조사를 받는다. 정부는 자산조사를 2005년을 시작으로 단계적으로 폐지할 것이라 발표하였다.

뉴질랜드는 현재 상대적으로 젊은 사회이지만 2030년까지 노인인구의 빠른 상승이 예측되고 있다. 2002년에, 뉴질랜드는 노인인구를 활용하고 건강을 증진시키기 위한 정책방향을 제공하는 포괄적인 노령화 정책을 발표하였다.

#### Long-term care services

장기요양은 공인된 연속적인 요양 병원과 요양시설을 통해 제공되고 가정 지원 서비스에 의해 제공된다. 가정지원서비스와 시설서비스 둘 다 서비스 진입은 욕구 사정과 지불 능력을 조건으로 한다. 사정, 치료, 재활 서비스는 사용자에게 무료이다.

#### Long-term institutional care

2003년 4월, 시설에서 요양하는 사람의 약 61%가 Residential Care Subsidy Scheme를 통해 주정부 보조금을 받는다. 이 보조금을 받으려면 소득과 자산 조사가 필요하고, 이 조사는 DBHs를 대신하여 사회발전국에 의해 관리된다. 보조금은 주당 일정금액 이하에서 비용을 분담을 해주는 것으로 되어 있다. 보조금의 자격을 얻기 위해서는, 일정 수준 이하의 소득을 가지고 있어야 한다. 정부는 모든 것을 고려하여 현재의 시스템보다 더 사용자에게 관대한 소득조사 시스템을 만들기 위해, 시설요양을 위한 자산조사를 2005년부터 단계적으로 폐지할 것이라 밝혔다.

작은 비중의 장기 요양이 DHB 소유 연속-요양 병원에서 제공된다. 다수의 요양원과 연속 요양 병원의 병상은, 영리 비영리 양쪽의 민간 부문 에이전시에 의해서 제공된다. 이러한 시설은 보건국에 의해 허가되어야만 한다. 허가심사는 합법적인 요구조건에 맞은 시설들이 보증될 것을 요구한다. 또한 민간 부분(영리 비영리)에서 선택적인 생활지원을 제공해주는 은퇴 마을(retirement village)의 성장이 두드러진다.

평균적으로 요양원과 연속요양 병원 거주자는 15년 전보다 더 높고 나약해졌지만 평균 체류 기간은 짧아졌다. 그러나 정부는 최근 시설수의 증가가 노인인구의 증가보다 높은 것에 대해 주목하며, 그래서 요양을 필요로 하는 노인에게 가능한 가정 중심의 선택지가 더 많아져야 한다는 우려를 표시하고 있다.

#### Home care

가정 요양은 가정원조(예를 들어, 요리 청소 등), 목욕 등의 개인 요양 서비스, 그리고 개인이 자신의 집에 머물 수 있도록 돕는 휠체어, 보조기구, 가정용 기구 그리고 도구 등의 원조 기술 등을 포함한다. 서비스 접근에서 지역간 불균등이 있다는 문제가 있으며, 현재 이 문제가 고려되고 있다.

가정 배달 개인 요양 서비스는 이 서비스가 필요하다고 판단된 모두에게 무료이다. 가정 원조가 필요하다고 판단된 사람은 정해진 선 이하의 소득을

가지고 있지 않을 경우 비용을 부담할 것이 요구된다. 노인 의존자와 종일 함께 있는 가족 또는 비공식 보호자 또한, 임시요양이나 데이케어에 대한 욕구가 있는 것으로 판단될 수 있다. 이는 권리가 아니며 자산조사가 요구되지 않는다.

보건국과 사회발전국은 최근 집에 머무는 노인들을 돕는 정책들의 포괄과 통합에 대해 노력하고 있다.

## Norway

노르웨이에서 정부는 장기 요양에서 중요한 역할을 하는데, 이는 공공섹터가 대부분의 서비스를 제공하고 주로 직접적인 세금으로 자금이 조달되기 때문이다. 그러나, 장기 요양 서비스 제공은 대부분 탈중앙화되어 있고, 지자체 수준에서 통합되어있다.

## Long-term care programmes

공공 장기 요양은 지방 자치 보건 서비스 법과 사회 서비스 법 하에서 제공되고 규제된다. 장기 요양 서비스 비용의 대부분은 조세로 커버되며, 사용자의 부담은 적다. 지자체는 자격판단에서 있어 법적 틀 내에서 재량권을 가진다. 서비스 제공자나 다른 소속의 구성원으로 만들어진 팀도 서비스에 대한 노인의 자격을 사정할 수 있다. 노인을 위한 서비스는 세 그룹으로 나뉘어진다: 시설 요양, 보호소(sheltered housing), 그리고 가정 기반 서비스.

## Long-term institutional care

노인을 위한 시설은 두 가지가 있다: 거주 요양원과 간호 요양원. 둘은 다른 법으로 규제되지만, 모두 지자체의 책임 하에 있다. 간호요양원은 좀더 전통적인 거주요양원에 비해 최근 팽창하는 추세이며, 시설병상의 70%가 간호요양원이다.

거주요양원과 간호요양원 모두 장기 체류를 위해서 주로 사용되지만, 간호요양원은 재활과 임시요양의 단기 숙박을 위해서도 사용된다. 또한 노인을 위한 데이 케어 센터로도 기능한다.

장기 시설 요양의 90%는 지역사회 공공 보건 제도에 의해서 제공된다. 나머지 10%는 공공 비영리 기관과 사적 영리 기업에 의해 채워진다.

요양 시설의 침상 수는 1980년대 이후 감소하였고, 2000년에 시설에 머무는 사람의 수는 65세 이상 인구의 6% 정도에 이른다. 시설의 거주자는 공적 연금의 80%(최대치)정도의 비용을 지불한다.

#### Sheltered housing

새로운 형태의 보호소가 최근 도입되었는데, 이는 독립적인 생활을 제공하지만, 서비스와 요양이 결합되어 있는 형태다. 서로 다른 섹터와 점점 모호해지고 있는 특수 입소시설과 다양한 형태들 안에서 상당히 다양한 시설들이 있다.

#### Home based care

여러가지 가정 기반 요양이 존재하지만, 이중 대표적인 것 두 가지는 가정 원조(help)와 가정 간호(nursing)이다. 가정 원조자는 재택 서비스를 제공하고 사회적이고 지지적인 기능도 수행한다. 가정간호는 간호원에 의해 제공되는 전문적인 의료 서비스다. 두 서비스는 서로 다른 법(사회발전과 건강법)에 의해 규제되지만, 똑같이 지자체의 관리하에 있고, 일반적으로 공통 기관에 통합되어 있다. 가정요양 서비스의 주된 공급자는 지방 공공 제공자이다.

가정 원조는 특정 경우에 한하여 사용자의 비용부담(2003년에 보통 한번에 NOK 50)이 있는 반면, 가정 간호 요양은 무료이다. 식사배달, 상담, 일상 서비스, 임시요양서비스 등과 같은 다른 지역 서비스들이 대부분의 지자체에서 가능하다.

가정 요양 서비스 제공은 1980년대까지 팽창하다가 이후에는 일정하다. 최근에는 노인인구에 비해 조금씩 줄어들고 있다. 그러나 1990년 이후 24시간 간호 요양과 가정 알람 제도는 증가하고 있다.

#### Cash support for carers

1988년에 비공식 요양에 대한 비용제도가 1986년 지방정부 보건 서비스 법 아래 도입되었다. 나이트 친척이나 장애를 가진 아동을 규칙적으로 돌보는 사람은 요양제공자급여 명목의 현금급여를 지방정부로부터 받는다.

## Poland

폴란드는 현재까지 장기 요양을 가족에 의한 비공식적 요양의 전통적인 공급에 의존해오고 있지만, 미래에는 현재의 상태를 지속하는 것이 어려울 지도 모른다. 1999년에 있었던 가장 최근의 보건 서비스 개혁에서는 장기요양이나 노인에 대한 상태를 특별히 지적하지 않고 있으며, 2004년에도 분리된 장기요양 제도가 존재하고 있지 않았다. 보건 서비스는 일반 조세와 국가 의료보험 제도가 혼합되어 재정운영 된다.

## Long-term care programmes

다음과 같은 프로그램들이 장기요양을 제공하고 있다:

시설 요양: 간호 요양원, 거주요양원

가정과 지역사회 요양: 데이케어 서비스, 가정 요양/원조

비공식 보호자를 위한 지원: 현금 수당, 유급 휴가

## Institutional long-term care

요양 시설에 있는 노인의 수는 전통적으로 낮고 여전히 그러하다. 거주요양원은 특별한 사회적 요양이나 간호가 필요하지 않은 장애 수준이 낮은 노인들을 위한 곳이다. 약 10,000명의 노인을 수용하는 109개의 거주요양원이 있다. 고질적으로 아픈 이들을 위한 요양원은 지속적인 관심과 간호가 요구되는 장애나 고질병을 가진 사람들에게 유효하다. 또한 까리타스(Caritas)가 운영하는 174개의 민간 비영리 요양원이 있다. 이에 더하여 특별한 직업군과 퇴역군인을 위해 제공되는 많은 보호소가 있다.

총 534개 사회 복지 시설이 약 6만명을 위한 장소를 제공하는데, 이는 노인의 1.7%에 해당한다. 노인은 공공 시설에서 머물고 요양을 받기 위해 소득의 75%를 지불해야 하며, 민간시설에서 거주하는 이들의 지불액에는 상한선이 없다.

#### Home and community care

가정 원조 서비스는 지방 정부 책임이다. 이 서비스는 자산조사에 기반한다. 가족구성원의 일인당 소득이 최소 국가연금을 초과하지 않는 경우에 서비스는 무료로 제공된다. 위탁자들은 지역 보건팀에 의해 만들어질 수 있는데, 이 팀은 의사, 지역간호원과 사회복지사, 또는 가족보호자, 이웃 또는 친구로 구성된다.

노인은 '장애인의 재활을 위한 기금'으로부터 도움을 지원할 권리를 가지는데, 이 단체는 가정에 제한된 범위의 장애 기구와 적응 도구를 제공한다. 수급자는 이 서비스의 비용에 대한 기여를 하는 것이 요구된다. 식사 제공등과 같은 다른 서비스들은 좀더 임시적으로 제공하며, 노인의 집에 식사를 구입하여 배달하는 적십자 간호사와 같은 에이전시를 통해 이루어진다.

#### Support for informal care

폴란드는 의존적인 친척의 요양에 수반된 비용에 대한 세금 감면을 제공한다. 폴란드 노동자들은 또한 일년에 14일까지, 보상이 주어지는 근로 휴직(take time off work)을 할 수 있다.

#### Spain

스페인의 보건과 사회 요양은 국가의 탈중앙화에 따라 지역(자치 지구)에게 책임이 있다. 장기요양을 포함하여, 사회 요양의 책임은 1995년 지역에 양도되었다(보건요양은 2002년에 그 책임이 양도되었다). 지역 내에서 사회 요양은 주로 지자체의 책임이다. 사회 서비스의 형태, 수급 기준, 사용자 부담은 지역에 따라 상당한 차이를 보인다. 대부분은 보건 요양은 무료인 반면 사회 요양은 자산조사에 달려있다. 자산조사의 성격은 지역에 따라 다양하다.

보건과 사회서비스 섹터 사이에 그리고 정부간에 상호 협력의 결핍은 노인에 대한 2000-2005 국가서비스 플랜(노인학 계획으로 알려져 있다)에서 지



적되었다(see Costa-Font and Paxtot, 2003). “지역연계 회의(inter-territorial council)”는 지역을 관통하는 정책을 구상하기 위해 만들어졌다.

전통적으로 노인을 위한 대부분의 요양은 가족에 의해서 공급되어왔다. 오직 4%만이 공식적 원조를 공공서비스를 통해 받고 11%가 사적 가정 원조를 받는데 비해, 가족이 있는 노인의 70%가 가족 구성원으로부터 요양을 받는다.

#### Long-term care programmes

“장기 요양”은 최근까지 스페인의 보건과 사회정책에서 특정 서비스로 정의되지 않았다. 보건서비스는 일정 범위의 서비스를 공급해 왔는데, 이들 중 일부가 장기요양인데, 예를 들어 정신보건 시설 또는 대안의 부족으로 인해 병원을 나가지 못하고 머물러 있는 노인이 있는 시설 등이다. 사회적 요양이 필요한 사람들에게 사회적 원조의 형태로 지자체에 의해 지역적으로 제공되고 있지만 서비스를 제공하기 위해 자산, 가족 또는 경제적 자원이 없는 이들에게 제공된다. 수요는 팽창하고 있지만 서비스 범위는 다른 EU 국가보다 현저하게 제한되어 있고 대다수가 최근에 시작되었다.

#### Institutional long-term care

1998년에, 65세 이상 100명 당 2.8개의 시설 장소가 있었는데, 정부의 목표는 100명당 5개였다(Costa-Font and Paxtot, 2003, p.52). 최근에 많은 지역에서 시설요양원이 부족한 것으로 알려지고 있으며, 몇몇 지역은 새로운 시설을 보조하거나 짓기 위한 특별한 프로그램을 시작하였다.

장기 요양 침상의 약 70%가 민간 부문(비영리 조직에 의해 대다수를 차지)에서 있고 나머지가 지자체나 지역에 의해 공급된다. 그러나 지역간에 제공자의 구성에서 차이가 상당하다 17개 지역 중 8곳에서 공공 부문이 주요 제공자이다. 공공 부문 시설은 보다 큰(평균 50침상 이상) 경향이 있다. 많은 지방에서 간호요양원에 들어가려는 대기자 명단이 있다. 요양이나 직원의 질 측면에서, 특히 작은 요양원에 대한 우려가 높다.

시설 요양이 정신 보건 시설과 같은 보건 섹터 시설에서 제공되지 않는다

하더라도, 이는 자산조사를 수반하며 지역차가 크다. 사용자는 시설요양에 대해 연금의 75%를 기여하고 여기에 다른 소득에 관련된 추가지불을 한다.

#### Home-based care

가정 간호(home nursing)는 전달 시점에서 무료로 보건 서비스에 의해 전달된다. 다른 서비스는 자산조사 하에 지방 정부에 의해서 제공된다. 서비스의 수와 형태는 지역과 지자체마다 다르다.

공공 가정 원조는 일반적으로 "사회 요양 센터"를 통해서 지자체에 의해 운영된다. 노인의 단지 1.5%(의존노인의 4.4%)가 공공 가정 도움을 사용하는 반면, 노인의 3.9%(의존노인은 11.2%)가 사적 가정 원조에서 구입한다(Costa-Font and Paxtot, 2003, p.51).

대부분의 집에 있는 노인은 계속해서 주로 비공식 요양에 의존한다. Costa-Font and Paxtot, (2003, p.53)이 추정하기를, 2000년에 적어도 하나의 IADL제한을 가진 노인 중에 75%가 전적으로 비공식 요양에 의지한다.

#### Sweden

대부분의 장기 요양 서비스는 조세로부터 재정 충당되고 공공 부문에 의해서 공급된다. 1992년 이후 기초 보건 요양과 장기 요양의 운영 모두 지자체 수준에서 통합되었다. 그러나 서비스 공급을 규제하는 법의 두 틀은 사회서비스 법(1982)과 보건 및 의료 서비스 법(1983)으로 나뉘어져 남아있다.

#### Long-term care programmes

##### Eligibility and financing

노인 요양은 거의 전부 약간의 사용자 비용과 조세로 자금이 조달된다. 비용의 가장 큰 부분은 지방세로 충당되는 것이다: 지방세 재정이 2000년 비용의 83.8%를 차지한다.

사회 요양 서비스는 욕구 측정을 충족하는 모든 노인에게 공급된다. 그러나, 지난 15년간 가정 요양서비스의 사정 기준은 더 많은 장애인에 대한 서

비스에 초점을 맞추도록 조정되어 왔다.

#### Long-term care services

지자체는 노인을 위한 요양의 주요한 제공자이다. 공공 제공자는 노인을 위한 서비스의 95%를 커버한다. 그러나 지방정부가 가격억제 방법으로 노인에 대한 서비스를 줄이도록 고무됨에 따라, 민간 부문과 가족에 의해 공급되는 서비스 비중은 최근 증가하고 있다. 몇몇 지자체는 종종 개인의 욕구를 계획하고 사정하는 임무를 맡은 요양관리인을 통해, 공급과 구매기능의 분리를 도입하고 있다.

#### Institutional long-term care

지자체 수준에서의 서비스에 초점을 맞춘 1992년 개혁의 일부로, 이전의 분리된 중앙정부 수준의 요양시설 관리는, 소위 "특별 욕구 수용 주택(Special Needs Housing)"이라는 지자체 프로그램하에 노인과 장애인을 위한 주택을 단일화 하였다.

SNH에 대한 사정은 지자체 가정 서비스 단위에서 수행되며 사회서비스 법에 의해서 운영된다. 요양에 대한 욕구가 선별되면 요양 관리자는 지원자의 거주와 건강 사항을 기록하고, 종종 그들의 가족사항도 기록한다. SNH가 제공하는 장소에 거주하는 것으로 사정될 때는 자산과 소득이 고려되지 않는다.

SNH의 대부분의 시설은 공공으로 제공된다. 사적 주거시설은 지자체와의 계약하에서 제공되며 공공 시설과 동일한 비용을 지불한다. 지자체 사이에 지방의 차이가 존재하지만, 최근 SNH의 노인 비율이 평균적으로 줄어들고 있다.

#### Home care

지자체는 노인, 가족 또는 의사에 의해 요청된 원조에 대한 욕구를 산정할 수 있다. 많은 지자체에서 요양 관리자는 욕구를 선별하며 도움의 성격과 범위를 계획하는 책임이 있다. 이러한 업무에서 요양 매니저는 보통 공급될 요양의 양을 결정한다.

1980년대부터 사정 기준은 더 엄격해졌고 욕구가 커질 때까지 도움이 연기되고 있다. 그러므로 과거보다 가정 원조를 받는 노인 비율이 더 적어졌다. 가정원조를 받고 있는 사람의 수가 줄어들고 있다는 사실과는 대조적으로, 사람당 들어가는 서비스의 양은 평균적으로 상당히 증가하였다. 가정 요양은 보다 광범위한 요양 욕구를 가진 사람에게 집중되고 있다. 1999년에, 노인을 위한 총 서비스의 7%만이 민간 제공자에 의해 위탁 제공되었다.

주요한 비용은 지자체가 부담한다. 사용자는 시간과 세금공제 가능한 수입에 기반하여 비용의 단지 일부만 부담한다. 2002년 중반에, 새 법이 제정되어, 주거, 서비스 그리고 요양에 지불된 후 남은 보증된 소득의 총량 뿐만 아니라 지불비용의 최대 수준을 규제하였다.

지자체 서비스의 포괄적인 범위는 노인이 가정에 머물 수 있도록 하고 노인이 가정원조를 보충할 수 있도록 한다. 대부분의 경우, 이러한 서비스들은 가정 서비스 비용에 더하여 사용자 비용이 지불되는 보조적인 서비스로 제공되며 욕구 사정을 기본으로 제공되지 않는다.

#### Support for informal care

지원에 기본적으로 세 가지 타입이 있다: 일시적 원조 서비스(respite and relief), 수발자를 위한 지원과 교육, 요양을 위한 경제적 지원

비공식적 보호자는 가정 요양 수당, 데이 케어 센터에서의 노인 일시 요양 또는 시설 요양원에서 노인의 단기 체류를 통해 지원될 수 있다.

많은 종류의 현금 급여가 비공식 요양에 이용가능하며, 보호자는 노인을 요양하기 위해서 지자체에 의해 직접 고용될 수 있다. 이러한 제도는 대부분 요양제공자가 근로 연령이고 인구가 희박한 지역에 있을 경우 사용된다. 유급 요양 휴가는 가족이나 친척 중 불치병에 걸린 사람을 돌보는 사람에게 유효하다.

## Switzerland

스위스에서 장기 요양의 재정은 쪼개져 있고, 요양을 제공하는 제도는 26개 지역(칸톤)에 양도되어 있다. 게다가 최근까지 "장기 요양"은 그것 자체로 보건 정책의 초점이 아니었지만, 긴급 요양 이후의 요양과 재활, 사회 서비스, 장기 요양 서비스와 특정화된 어린 장애인을 위한 서비스를 포함한 서비스의 연속성을 제공하는 폭넓은 고려의 부분이었다.

공공 재정은 강제적 질병 보험에 의한 개인 요양의 자금마련에 더해진다. 공공 자금의 주요 출처는 노령보험에 대한 보충급여와 같은 사회보험 제도 하의 특별 프로그램과, 지역과 지자체에 의한 조세 방식 보조금으로부터 공급기관 또는 소비자에 대한 직접적인 지원까지이다. 칸톤의 기여는 지역에 따라 크게 다르다. 이에 더하여, 사적 가구의 장기 요양 재정에 대한 기여는 크다. 사적 장기 요양 보험은 위험과 연관되며(risk rated), 특히 여성에게, 공공 제도의 대안으로 매력적이지 못한 것처럼 보인다.

최근 보건 개혁은 빠른 병원퇴원에 경제적 인센티브를 부여하여, 결과적으로 간호 요양원의 요양이나 가정요양에 대한 시의 적절한 허가에 요구를 생성함으로써 현 시스템의 재정적 부담을 증가시켰다.

## Long-term care programmes

## Institutional long-term care

간호 요양원과 다른 시설 요양 공급의 2/3이 공공시설(또는 보조되는)이거나 비영리 기관이며, 1/3은 사적 영리 기관이다. 2000년, 약 5.4%의 65세 이상 인구가 장기요양을 제공하는 기관 체류자이다. Home care 모든 데이터는 2000년의, 가정요양산업의 최신 포괄조사를 참고한다.

가정 요양 제공자는 지배적으로(93%) 비영리, 사적 기관이 많은데, 이는 노령연금하에 보조금을 받을 수 있는 필요조건이다. 최근 5년 동안, 대형 제공자 기관은 작은 것을 합병해가는 경향이 있다. 스위스에서 가정 요양 제공자는 '병원 외부 요양 제공자'(Spitex)의 이름 하에서, 대부분 광범위한 서비스를 제공하는데, 이중 44%가 장기요양으로, 56%가 부가적인(주로 가족과 사회지지) 서비스로 간주된다. 절반 정도의 비용이 공공 지원에 해당되며 나머지 절반은 사적 출처에서 나온다.

최근 통계에 따르면, 가정 요양 서비스의 크기와 재정은 1997년과 2000년 사이에 일정하게 남아 있는데, 이 시기 소위 Spitex로 불리는 제공자가 가정 요양 섹터에서 대표적으로 사용되었다. 미래에는 가정 요양 섹터가 늘어나는 수요를 따라잡지 못할 것이다.

### United Kingdom

1993년 이후, 장기 요양은 지방 정부에 의해서 각 부분이 조화되었는데, 지방정부는 사정과 요양관리의 책임 부분이다. 이것은 보건서비스를 포함하여, 2004년부터 "단일 사정 과정"에서 단계적으로 시행하는 것으로 계획되었다.

서비스는 지방정부에 의해서 직접적으로 혹은 지방 정부와의 계약하에 민간 부문에 의해서 제공될 수 있다. 지방 정부서비스의 재정은 주로 일반 조세로, 지방 인구의 특징과 관련되어 중앙정부 보조금의 형태였지만. 또한 일부는 지방세와 사용자부담에서 나온다.

보건 서비스는 NHS(National Health Service)에 의해서 제공되며, 이는 일반 조세를 통해서 재정이 마련되고, 사용 시점에서는 무료로 제공된다. NHS 는 많은 방법으로 장기 요양에 기여하는데, 지역 간호, 치료서비스, 그리고 계속 적 요양을 포함한다. 2002년 이후, NHS 는 또한 민간 간호요양원에서 제공된 간호요양의 비용을 충족할 책임이 있다. 지역간호는 일반 개업의 또는 병원 중 하나에 의한 욕구조사에 따라 NHS를 통해 무료로 제공된다.

모든 간호 요양원과 대부분의 거주 요양원은 사적이며, 영리이거나 비영리 이다. 둘 사이의 법적 구분은 2002년에 폐지되었지만, 간호 요양원은 거주요 양원에서 개인요양이 가능한 데에 더하여 간호 요양을 제공한다. 거의 모든 사회 요양 서비스는, 모든 시설 서비스를 포함하여, 사용자의 소득과 자산에 의존하는 사용료가 있다.

그러나 요양을 필요로 하는 대부분의 노인들은 비공식 보호자로부터 요양을 받는다. 최근추정에 따르면(Comas-Herrera et al.,2003) 53%가 비공식 요양만을 받으며, 34%는 비공식과 공식, 9%가 공식 서비스만을 받는다. 두개 이상의 ADL 제한을 가진 사람들 중, 31%가 비공식 요양만을 받으며, 36%가 가정 기 반의 공식 요양(때로는 비공식과 함께) 그리고 32%가 기관에서 요양을 받는다.

Long-term care programmes

Institutional long-term care

노인 중 5.1%가 시설에서 장기 요양을 받는다고 추산된다. 3.1%가 거주 요양원에, 1.7%가 간호 요양원에, 그리고 0.3%가 병원에 있다(Comas-Herrera et al., 2003). 노인의 소수만이 기관(병원이 아닌 곳)에서 사적으로 요양을 받는다. 시설(병원아닌 곳)에서 요양을 받는 대부분의 노인들은 요양을 받을 욕구를 지방 정부가 평가해왔고 정부의 룰(national scale)에 따라 비용을 지불하게 될 것이다. 소득이 EUR 30,000이면 지원 자격이 안되며, 이 금액 이하의 경우는 소득에 따라 다양하게 자기부담이 요구된다. 2002년부터, NHS는 민간 기관의 지원(call)을 줄이면서, 간호 요양원에서 제공되는 간호 요양에 재정지원하고 있다. 보건과 사회요양의 전달은 4개의 부분에 이양되었고 여기서 묘사된 제정 레짐은 잉글랜드, 웨일즈, 북부 아일랜드에 적용된다. 스코틀랜드에는 가정이나 시설에서의 개인 요양에 대한 자산조사가 없으며, 자산조사는 오직 "숙식"가격에만 적용된다.

지방 정부에 의해서 부분적 혹은 전부 비용지불되는 사적 시설 요양에 대한 비용의 수준은 제공자와 각 지방 정부 사이의 협상에 달려있다. 지방 정부는 1993년의 지역요양개혁의 일부로서 이 책임을 획득하였고, 비용의 수준을 제지할 수 있는 힘을 사용해 왔다. 몇몇 제공자들이 공적 지원을 받는 환자보다 완전 개인 비용 지불자에게 더 높은 비용을 청구하여 소득을 메꾸려 한다는 증거가 있다. 사적 기관 요양 섹터는, 1980년대와 1990년대 초반의 상당한 성장 이후, 최근 그 크기를 줄여가고 있다.

#### Home care

영국은 NHS 에 의해서 무료로 공급되는 보건 서비스와 사적으로 구매되거나 지방 정부를 통해서 공급되는 사회 요양 서비스와 함께, 일반적으로 자산조사에 따라 비용이 수반되는 일련의 가정 기반 서비스를 공급한다. 비록 꼭 지켜야 하는 일반원칙을 명시한 중앙 정부의 가이드라인이 있지만, 지방 정부는 자유롭게 비용수준과 자산 조사를 정한다. 1998/1999 일반 가계조사에서 최근 추정된 수치는 노인 5명 중 한 명이 이들 서비스들 중 하나 이상을 받고 있다고 한다. 가정원조를 자세히 들여다보면, 사적으로 가정원조서비스를 구매하는 노인이 9%로 추정되는데 비해, 약 4%의 노인이 지방정부가 제공하는 가정원조를 받고 있다.

가정에 장기 요양을 공급하는 정책은, 장소가 가능하다면, 노인이 집에 머물도록 할 수 있는 곳에서 클라이언트가 시설 요양에 대한 대안을 제공받게 되는 것이다. 지방 정부는 중앙 정부 보조금을 받을 때 정부 수행 관리에 종속되며, 그들 충족하리라고 기대되는 기준 중 하나는 강도 높은 가정 요양 패키지를 받는 의존 노인의 비중을 증가시키는 것이다. 이는 최근 몇 년간 증가해왔다. 최근의 법은 지방 정부가 서비스에 대안으로 현금을 제공하는 것을 요구해왔는데, 이는 노인들이 자신의 요양을 준비할 수 있도록 하기 위해서다.

그러나 지방 정부가 공급하는 가정 원조는 현재 가장 의존적인 사람에게 훨씬 더 집중되어 있다. 지난 세기동안 지방정부 공급 가정 원조를 받는 노인의 퍼센트는, 좀더 강도높은 레벨에서도, 8%에서 4%로 줄어들었다.

#### Cash support to carers

영국은 보호자에게 지원을 제공하기 위해서 보호자(carer's) 수당이라고 알려진 현금 급여를 제공한다. 자격이 되려면, 보호자는 제한된 고용 소득을 가져야 하며, 다른 현금급여(간호수당 또는 장애 생활수당)에 의지하고 있는 이들에게 주당 최소 35시간의 요양을 제공해야 한다. 2002년 까지, 이 수당은 오직 65세 미만의 보호자에게만 유효하였지만, 이후 자격이 이 연령 이상으로 확대되었다. 이는 주로 국가 연금에 제한된 권리를 가진 보호자에게 도움을 준다.

#### United State

노인을 위한 긴급 보건 요양은 메디케어 프로그램을 통해 공급되는데, 이 프로그램은 사회보장 기여를 통해서 연방 정부에 의해서 재정이 마련된다. 그러나 메디케어는 긴급한 상황의 노인 간호 만큼 시설이나 가정 요양 서비스에서의 장기 요양을 커버하지는 않는다. 비용을 충당할 수 있는 노인들은 긴급 요양 간호보다는 가정요양과 시설에서의 장기요양의 가격을 충족시킬 것이 기대된다. 노인이 비용을 충당할 수 없을 때, 메디케이드, 일반 조사를 통해서 연방/지방 정부가 함께 재정을 마련하는 자산 조사 사회부조 프로그램을 통해서 산정된 욕구의 비용이 충족된다.

사적 장기 요양 보험은 메디케어로 보장되지 않는 필요한 욕구에 대해 보



험에 들길 원하고 이를 재정적으로 감당할 수 있는 사람들에게 이용 가능하다. 2001년에 330만명이 이러한 정책에 의해 커버되었다. 65세 이상 인구 중 연소득이 2만달러 이상인 인구의 15%가 현재 사적 장기요양보험에 의해 커버된다. 이 소득수준에서, 노인은 그들이 간호 요양원에서 그들의 저축을 소비하고 있을 때에만 자산조사 매디케어의 자격을 가지게 된다.

2002년 가을부터, 연방 장기 요양 보험 프로그램 하에서, 총 2천만 명에 이르는 군사훈련을 받거나 또는 이러한 서비스와 관련된 연방 정부 서비스에 있는 사람들은, 정부에 의해서 선택되고 승인된 보험자로부터 단체할인을 이 적용된 장기 요양 보험을 구입할 수 있다. 점점 많은 회사들 또한 사적 건강 보험에 대한 추가 옵션으로 장기 요양 보험을 제공한다. 현재 약 3,500개의 회사들이 그렇게 하고 있다. 그러나 적용범위가 증가하는 반면, 현재 사적 장기 요양 보험은 장기 요양 지출의 10% 이하를 커버한다.

#### Long-term care programmes

##### Institutional long-term care

시설에서의 요양을 필요로 하는 노인들은 그들의 소득이 메디케이드를 통한 비용지불이 필요한 수준에 도달하지 않는다면 그때까지 요양을 위해 비용을 지불할 것이 기대된다. 간호시설 수준의 요양이 요구되는 것으로 판정된 메디케이드 수혜자는 모두 연방법에 의해 간호 요양원 급여를 받는다. 간호 요양원의 94%가 민간 섹터이며, 2/3이 사적 영리기관이다. 1999년에 65세 이상 노인의 4.3%가 간호요양원에서 요양을 받고 있는데, 이는 1985년의 5.4%에서 하락한 수치이다(국립 간호 요양 조사)

간호시설의 비해 그 수가 여전히 작지만, 최근에 주택 제공 요양의 대안적 형태가 성장해왔다. 원조 생활주택(Assisted living)은, 개인의 거주 시설에 살 수 있는 사람으로 서비스가 필요하다고 파악된 사람에게 일상에 필요한 활동에 대한 도움과 청소, 식사 등의 개인요양 서비스가 제공되는 범위에서의 생활방식 중 하나이다. 대부분의 경우, 거주자는 그들이 받는 서비스에 대한 추가비용과 기본 월세를 지불한다. 대부분의 원조 생활 시설은 더 강력한 욕구가 발생하면 거주자를 방출해야만 한다.

계속적인 요양 퇴직 지역사회는 거주자가 시간이 흘러가면서 필요한 것에 따라 다양한 수준의 요양을 제공한다. 거주자는 그들의 욕구가 커지면 원래의 세팅에서 다른 세팅으로 옮겨가지만, 여전히 지역사회 안에 머무른다. 이는 상대적으로 비용이 드는 요양 세팅이며, 체류장소로 옮기기 전에, 월세를 제외한 상당한 비용을 지불할 것이 요구된다.

#### Home care

언제든 가능할 때, 시설과 상반된 지역사회에서 요양을 받을 개인의 권리를 대법원이 1999년 판결을 통해 지지함으로써 강화되어, 가능한 한 집에 머무르면서 사람들을 돕는 쪽을 지지하는 정책선택이 있다.

메디케이드가 필요한 간호시설가격을 커버해주는 공공프로그램이기 때문에, 간호시설 입소를 막기 위해 메디케이드를 사용하는 방법을 발전시키는 데에 특별한 정책적 관심이 있어왔다. 1981년부터, 메디케이드는 사람들의 간호시설(가정과 지역기반의 보류 프로그램) 입소를 막는데 일조하는 일련의 다른 서비스들을 지원하기 위해서 필수적인 연방 승인을 취하는 주정부에 의해 사용되어왔다. 일련의 가정요양서비스를 지원하는 메디케이드의 사용 범위는 지난 두 세기동안 여러 차례 확대되었다.

그러나, 다른 OECD 국가들과 마찬가지로, 가족들로부터 비공식 요양이 공식 요양 서비스의 범위를 초과하고 중요하게 기능하고 있다. 4가구 중 하나가 50세 이상의 요양이 필요한 사람에게 도움을 제공하고 있는 것으로 추산된다(출처: 가족 요양제공자 연합 [www.caregiver.org](http://www.caregiver.org))

## 제 4 장 OECD국가의 노인장기요양서비스 체계 비교

3장에서는 국가별로 노인장기요양서비스 체계의 특성을 살펴보았다. 4장은 국가별이 아니라 쟁점별로 서비스 체계를 비교하고자 한다. 쟁점은 연구진과 자문단의 의견을 종합하여 6가지로 정하였다. 1절에서는 4장의 도입부로서, 주요 원리와 제도의 틀 선택에 있어서의 장단점을 비교하는 등 기초적인 논의를 주로 제시한다. 2절은 서비스의 통합을 둘러싼 최근의 논의와 각국의 변화동향을 진단한다. 3~6절은 가용 통계치 등을 활용하여 서비스 체계의 현황을 상세히 소개하고 있다.

### 제1절 장기요양서비스체계와 공공-민간의 역할

#### 1. 장기요양 제공체계의 특징

정신적, 육체적 장애로 인해 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람의 삶의 질과 관련된 요양서비스는 가족, 친척, 이웃, 친구가 제공하는 일종의 문화적 해법이 오랫동안 지속되어 왔다. 이런 해법은 주로 작은 지역사회 생활과 연관되어 있었다. 하지만 현대의 개인 삶, 일, 사회 삶의 구조적인 변화로 이런 해법이 흔들리고 있고 이런 변화는 노인 주변의 가족이나 지역사회 관계를 변화시키고 있다. 또한 여성의 경제 참여도 늘어 노인에 대한 자발적 수발이라는 전통적인 역할이 제한되고 있는 현실이다.

중세에는 교회, 부자, 길드, 기타 조합주의 조직이 병원, 노인 요양 시설 등 사적인 시설(비영리 민간 시설)을 운영하면서 가족과 지역사회의 책임이었던 장기요양서비스에 대한 제공 책임이 이제는 일상생활과 떨어진 특수화되고 공식적인 시설로 옮겨지게 되었다. 이러한 비영리민간제도는 사적이지만 공익적

성격을 가진 것으로서 큰 사회적 가치가 있었으나 궁극적인 해법은 아니었다. 첫째, 접근이 제한적이었고 그 이념은 친절이었지 권리는 아니었다. 둘째, 지역이 제한적이었다. 셋째, 인구 증가에 따른 확장이 어려웠다.

이런 이유로 지방, 중앙 정부가 사적 시설을 보완하기 위해 그들 자신의 공공 사회 제도를 개발하게 되었다. 초기에는 민간과 공공은 경쟁관계가 아니라 보완관계였다. 이런 관계는 현대 산업 국가가 이런 비영리 민간 시설을 공공시설의 하부 조직으로 개편하려 하면서 바뀌게 된다. 사회복지 체계를 만들면서 국가는 공공제도가 모든 인구에게 적용되게 하면서 민간비영리기관의 역할은 예전에 비해 줄어들게 되었다. 이런 방식으로 서유럽 국가는 삶의 질을 도와주는 사회 제도를 만들었고 이런 제도는 각 나라의 사회, 경제, 정치 상황에 따라 여전히 역동적이다(de Roo et al., 2004).

이처럼 공공 장기요양제도는 민간과 문화적 제도의 보조적인 것으로 인식되어 왔고, 서유럽에서 정치적 의제가 된 것은 최근의 일이다. 이는 인구학적 변화(고령화), 사회경제적 변화(예전의 문화적 제도의 파괴)에 반응한 것이라 볼 수 있다. 장기요양은 생사(生死)의 문제라기보다는 삶의 질과 편안함과 관련된 문제이기 때문에 보건의료에 비해 개인의 선택이 중요시되며 민간영역의 확장이 더 용이하다. 물론 장기요양 ‘재정’체계의 경우엔 인구학적 불확실성, 정보의 불균등, 위험에 대한 인지 부족 등으로 인해 민간영역(민간보험)의 시장실패가 나타날 가능성이 높지만 ‘공급’체계에 있어서는 보건의료에 비해 시장실패가 덜 두드러진다. 보건의료에 비해 전문가의 독점적 지위도 낮고 정보의 불균등도 적으며 소비자의 권한이 더 강하기 때문이다.

이러한 이유로 장기요양에서 보건의료에 비해 민간공급의 중요성을 강조하고 민간-공공의 적절한 역할 분담을 중시하는 경향이 많으나 다른 한편에서는 소득 증가와 노령화 진전에 따라 장기요양에 대한 소비자의 기대 수준이 커지고 장기요양 서비스를 권리로 인식하는 경향 역시 점점 확대되고 있다. 즉 인간의 존엄성을 유지할 정도의 기초적 장기요양 서비스에 대해서는 공공에서 보장해 주어야 한다는 인식과 고전적인 ‘가치재’라는 이유-가난한 자의 소비가 긍정적인 외부효과를 낼 것이므로 정부 보조가 필요하다는-로 서비스를 공공에서 제

공해야 한다는 주장이 있기도 하다. 하지만 이것이 반드시 제공체계에 있어서 공공이 주도하거나 공공이 지배적이어야 한다는 것을 의미하지는 않는다. 공적 재원체계가 잘 갖춰진다면 민간 제공자를 통해서도 충분히 기초적인 서비스를 전 인구에게 제공할 수 있기 때문이다 (즉, *public financing and private delivery*).

장기요양에 대한 공적 재원체계<sup>주2)</sup>는 장기요양 공급 조직이 운영되는 데 있어서 매우 중요한 요소가 된다. 앞서 언급한 장기요양 재원체계의 시장실패 경향 때문에 공적 재정으로 인한 보장이 충분하지 않으면 장기요양 서비스 이용자는 서비스 이용을 위한 충분한 재원을 마련하기 어렵게 되어 이용을 줄이거나 포기할 수밖에 없으며 서비스 제공자는 적절한 수지를 맞추기 어려워 시설 및 서비스의 제공이 줄어들 수밖에 없기 때문이다. 즉 공적 재원체계의 확충은 소비자의 구매력을 향상시켜 공급체계를 확장시키게 된다. 일례로 영국의 경우 지방 정부의 보조금이 줄어들자 상당수의 너싱홈이 문을 닫은 경험<sup>주3)</sup>이 있다. 또한 시설 서비스, 가정 서비스 등 각 요양서비스의 특징에 따라 민간-공공의 관계는 다른 양상을 보일 것이므로 이 또한 유념해서 바라보아야 할 것이다.

## 2. 공공제공체계와 민간제공체계의 이론적 배경

### 가. 공공제공체계와 정부의 역할

#### 1) 시장의 실패와 효율성 제고

시장의 실패로 특징지어지는 민간부문의 불완전성 즉, 시장 실패에 의해 비효율이 야기되는 경우 정부가 개입할 수 있는데 이는 크게 시장에서의 경쟁의 실패, 공공재, 외부효과, 정보의 실패로 구별된다(권순만, 2004). 장기요양 부문이 자연독점이라고 볼 수는 없으나 정부는 이 분야의 종사자에 대해 면허나 자격이라는 법률적 진입장벽을 도입하고 대신 그에 따른 시장지배력의 남용을 억제하기 위해 공급자의 행태를 규제한다. 하지만 소수의 제품을 생산하는 소수 독점조직의 적정수익률을 규제하는 자연독점산업과는 달리 요양서비스 시장에

주2) 조세에 의한 체계와 사회보험 체계 그리고 저소득층에 대한 공공부조제도.

는 훨씬 더 많은 수의 공급자가 다양한 종류의 서비스를 공급하므로, 이러한 민간공급자를 규제하는 것이 복잡해지고 규제의 집행 비용이 과다할 경우 차라리 공공기관이 직접 요양서비스를 제공할 수도 있다.

일반적인 장기요양서비스는 공공재가 아니지만 공중보건사업, 의료분야의 연구개발 등이 공공재인 것처럼 이와 관련된 장기요양서비스도 공공재적인 성격을 가질 수 있고, 해당 사업의 생산자 입장에서 수익성이 매우 낮으므로 정부의 역할이 중요할 수 있다. 이때 장기요양 부문에서의 공공재를 정부가 반드시 직접 생산 공급해야 하는 것은 아니며 즉 장기요양서비스 중 공공재를 위한 공적인 재원조달을 하되 민간부문에 그 공급을 맡길 수도 있을 것이다. 일반적인 장기요양 서비스는 외부효과와 관련이 크지 않고 설사 정의 외부효과(positive externality)와 관련되어 과소 소비의 비효율이 발생하더라도, 정부는 보조금을 제공하여 이용량을 증가시킬 수 있고 혹은 정부가 공공요양기관을 통해 직접 요양서비스를 제공함으로써 소비를 늘릴 수 있을 것이다.

장기요양 서비스의 경우에는 소비자 무지가 존재하는데 이로 인한 문제를 해결하기 위해 정부는 관련 인력의 면허제도를 도입하거나, 효과적인 서비스이용이나 건강 유지에 관해 필요한 정보와 공급자에 대한 정보를 소비자들에게 제공해줄 수 있다. 만일 소비자 무지로 인한 시장의 실패를 정책적 개입을 통해서도 보완하기 어렵다면, 혹은 정책적 개입의 사회적 비용이 너무 크다면 정부가 직접 서비스 공급에 참여할 수 있겠다. 하지만 이는 공공요양기관이 민간요양기관에 비해 소비자의 대리인 역할을 더 잘 수행할 수 있어서 소비자 무지를 줄이는데 기여할 수 있을 때 그리고 공공기관을 운영하는데 따른 사회적 비용이 여타 정책수단을 집행하는데 따른 사회적 비용보다 적을 때 가능할 것이다. 또 장기요양은 의료에 비해서는 소비자 무지가 덜 강하므로 의료에서보다는 소비자의 선택이 상대적으로 더 잘 작동할 수 있다.

## 2) 형평성 증진

보건의료나 장기요양에 있어서는 시장의 실패를 교정함에 따른 효율성의 제고 못지않게 형평성의 제고가 중요한 정책 목표가 되어 왔다. 아무리 시장적

기전을 통해 의료자원을 배분하는 경향이 강하더라도, 대부분의 나라에서 보건 의료나 교육 등의 영역에서는 지불능력과 관계없이 어느 정도 (최저) 수준을 국민들이 제공받을 수 있도록 할 필요가 있다는 사회적 합의가 있는데 이러한 합의는 장기요양에도 적용될 수 있다 (이른바 특정영역 혹은 특정 수준에서의 평등주의: *specific egalitarianism*). 만일 공공요양기관이 소비자의 지불능력에 관계없이 치료해주거나 혹은 민간요양기관에 비해 좀 더 저렴한 비용으로 치료해 줄 수 있다면 가난한 사람들의 장기요양서비스에 대한 접근도를 높임으로써 형평성의 향상에 기여할 수 있다. 일반적으로 복지국가의 역사가 오래된 서구의 경우 공공요양기관은 무상 혹은 민간에 비해 훨씬 저렴한 비용으로 요양서비스를 제공함으로써 형평성을 높이는데 기여해 왔다.

하지만 장기요양 이용의 형평성은 장기요양보험의 급여를 충실화하거나 가난한 사람들에게 서비스 이용에 따른 본인부담금을 면제해줌으로서 달성될 수도 있다. 나아가 장기요양은 개인의 건강이나 삶의 질에 영향을 미치는 많은 요인들 중 하나이고, 이러한 제반 요인 중 의료제공이나 장기요양제공 정책을 통하여 영향을 미치기 어려운 변수들(예, 소득), 혹은 개인의 생활 방식과 관련되는 운동, 음주, 흡연 등의 요인들이 존재한다. 따라서 설사 공공요양기관이 장기요양 이용의 형평성에 기여하더라도 건강이나 삶의 질 수준의 형평성에 있어 공공요양기관의 역할은 제한적일 가능성이 높고, 따라서 건강이나 삶의 질의 형평성을 증진하기 위해서는 요양서비스를 공급기관에 의해 제공하는 것 이상의 더 광범위한 정책적 고려가 필요하다.

### 3) 정부 실패

위에서 논의한 정부의 역할은 정부나 공공요양기관이 공공의 이익을 위하여 정책을 채택하고 시행한다는 다분히 규범적인 의미를 지니고 있으나, 정부정책의 출발 자체가 공공의 이익과 동떨어지는 경우도 있고 또 정책을 집행하는 과정에서 규제자가 피규제자에게 포획될 수도 있는데, 전문직종별 이해관계집단 특히 공급자의 영향력이 매우 큰 보건의료나 장기요양 부문에서 그 개연성이 매우 높다. 정부가 장기요양을 직접 생산하고 제공하는 경우에는 대리인 문제,

경쟁의 부재, 성과 측정의 어려움에 따른 비효율적 관리와 관료화와 같은 공공 부문의 비효율성 문제가 발생할 수 있다. 또한 공공요양기관과 민간요양기관의 상대적 효율성을 객관적으로 측정하기는 쉽지 않은 것이 사실이다. 운영성과와 효율성에 영향을 미치는 모든 요인들을 다 통제한 후 공공요양기관과 민간요양기관의 성과를 비교하는 것이 매우 어렵기 때문이다.

물론 이러한 개별 의료기관 혹은 요양기관 차원에서의 미시적 효율성이 전체 의료체계나 장기요양체계 차원의 거시적 효율성으로 이어지는 것은 아니다. 즉 공공의료기관이나 공공장기요양기관이 절대 다수를 차지하고 있는 나라의 국민 의료비 혹은 국민장기요양비용이 민간기관 위주 국가의 의료비용 혹은 장기요양비용보다 높은 것은 아니다. 오히려 공공제공체계 중심인 나라의 의료 및 요양 비용이 민간제공체계 중심인 나라보다 전체 비용이 더 낮을 수 있다. 하지만 한 국가의 총요양 비용을 결정하는 요소가 다양하고 (예, 공적장기요양제도가 얼마나 많은 노인들에게 얼마나 높은 수준의 급여를 제공하는가), 또 제공체계에 있어 공공요양기관의 비율 그 자체보다는 오히려 장기요양 재원조달과 공급자에 대한 비용지불에 있어서 독점적 역할을 수행하는 공공재원 체계의 특성(북구유럽은 조세에 의한 재원조달)이 오히려 장기요양비용에 더 큰 영향을 미칠 가능성이 높다. 따라서 요양서비스의 공공제공체계가 장기요양비용 절감과 같은 장기요양체계의 거시적 효율성에 어떤 영향을 미칠지 판단하기는 쉽지 않다.

따라서 정부와 민간(시장) 혹은 공공요양기관과 민간요양기관은 어느 한쪽이 반드시 우월하다기 보다는 모두 불완전한 대안일 뿐이다. 물론 시장실패와 정부실패의 상대적 크기나 심각성은 미리 결정되기 보다는 구체적인 보건의료나 장기요양의 상황, 정부의 역량, 정부의 역할에 대한 역사성, 기대, 사회적신뢰 등 제반 요인들에 의해 영향을 받을 것이고 따라서 나라마다 다를 것이다. 다만 정부나 공공요양기관은 형평성의 향상에 그리고 시장기능이나 민간요양기관은 효율성의 향상에 상대적인 우위가 있는 경우가 많다고 볼 수 있다. 나아가 장기요양 재원조달과 장기요양 제공기능을 분리하여 정부가 장기요양 재원조달에 있어서 형평성을 높이는 역할을 하더라도 요양서비스의 공급기능은 생산성이 높은 민간의 역할을 증대시키는 것도 시장실패와 정부실패로 인한 문제점을 줄이는데 기여할 수 있다.



## 나. 민간제공체계

민간기관은 일반적으로 소유자의 존재로 인하여 이윤이나 수입 혹은 생산량을 극대화하고 성장 혹은 안정화 및 시장 점유 증가를 목적으로 하므로 경쟁이 활발하게 되고 각 기관의 운영에 있어 효율성의 극대화를 달성할 수 있다. 하지만 공공재적 성격을 띠고 있거나 보건의료 및 장기요양과 같이 정보의 비대칭 등 시장 실패가 두드러지게 나타나는 재화에 대해 민간기관이 공급을 주도하는 경우 과잉 생산이나 혹은 과소 생산(예방, 재활 서비스)이 나타날 수 있고 이는 사회 후생의 저하를 야기할 수 있다. 또한 무주택자에게 주택서비스 제공하는 것이나 결식아동에게 무료급식 제공하는 것처럼 정부가 생각하기에 국민이 그것을 충분히 소비하는 것이 바람직하기 때문에 소비를 권장하는 재화나 서비스인 ‘가치재’의 경우에는 민간기관을 통한 제공에 대한 정서적 저항이 있을 수 있다.

민간공급기관은 다시 영리(for-profit)조직과 비영리(not-for-profit)조직으로 구분될 수 있는데 비영리조직과 공공조직에서는 기관의 최종 경제적성과(이익 혹은 순소득)에 대해 청구권을 가진 주체(기관의 소유자 이른바 이익청구자, residual claimant)가 존재하지 않는다. 즉 (민간)비영리조직과 (민간)영리조직의 차이는 순소득(이익)의 분배에 있어 법적 수혜자의 존재여부에 관한 차이를 의미하며, 비영리조직이라 해서 실제로 이익을 추구하지 않는다고 할 수는 없다. 예를 들어 비영리조직이라 할지라도 기관의 지속적인 성장을 위해 어느 정도의 이익 즉 정상적인 운영을 통한 조직 내부로부터의 재원을 조달할 필요가 있다.

그러나 공공조직과 민간영리조직의 차이와는 달리 (민간)영리조직과 (민간)비영리조직간의 행태의 차이는 아직껏 논란의 여지가 많은 것이 사실이다. 이는 비영리조직이 추구하는 목표 즉 극대화하려는 목적함수를 무엇으로 정의하느냐와 깊은 관련이 있다. 또는 두 조직형태간에 본원적인 생산효율성의 차이가 없는데도 비영리조직에서는 조직의 순소득을 외부 이해당사자에게 배분할 수 없음으로 인해 이를 내부적으로 분배함에 따른 (근로자의 임금 인상이나 설비투자의 증가 등) 비용의 상승이 초래되어 효율성의 차이가 존재하는 것처럼 나타날

수도 있다 (Pauly, 1987). 실제로 조직의 행태와 효율성은 법적소유형태 못지 않게 제도적 틀이나 환경적 요소(예, 산업구조)에 의해서도 영향을 받을 것이다.

각기 다른 법적 소유형태를 가지는 조직이 존재하는 것은 그 소유형태별로 조직의 장점이나 고유한 역할이 있기 때문일 것이다. 일반적으로 공공기관은 앞서 고찰한 것처럼 시장의 실패를 보완 또는 교정하기 위한 정부의 역할에 의해 존재한다. 비영리기관은 공공기관을 대신해 또는 공공기관을 보완하여 공공재나 여타 사회적 편익을 증진시키는 재화/서비스를 제공하는 역할을 수행한다고 볼 수 있는데 수혜자의 다양한 선호를 반영하는데 있어서 공공기관보다 더 효과적일 수 있다 (Weisbrod, 1975). 일반적으로 정부 정책이 중위수투표자(median voter)의 선호를 반영하기 때문에, 비영리조직이 공공조직보다 중위수투표자가 아닌 사람들의 다양한 선호를 반영하는 사회적 편익을 더 효과적으로 제공할 수 있는 것이다.

또 영리조직에는 그 조직의 경제적 성과(이익)에 직접적 이해를 가지고 있는 당사자(즉 조직의 소유주인 이익청구자)가 있기 때문에, 만일 자선적 기부자가 그 영리조직에 기부금을 제공한다면 원래 계약에서 의도했던 바와 다르게 조직이 운영되거나 기부금이 다른 용도로 사용될 수 있다 (예, 조직 소유주의 이익의 증가를 위해 자선적 서비스의 질 하락). 따라서 자선적 기부자는 자신의 기부금을 사용하는 조직이 이익청구자(주인)가 존재하지 않는 비영리의 형태로 운영되는 것을 더 선호할 수 있다 (이른바 계약실패이론, contract failure: Hansman, 1980). 이는 자선적 기부자(위임자, principal)와 그를 대리해 사회적 서비스를 제공하는 조직(대리인, agent)의 관계에서 생기는 대리인문제(agency problem)<sup>주3)</sup>를 경감시키기 위한 하나의 방안이, 소유주가 존재하지 않는 비영리 조직이라고 보는 Fama and Jensen (1983)의 관점과 일맥상통한다.

재무적 측면에서 보면 조직은 그 법적 소유형태에 따라 각각 장단점을 가지고 있다. 영리조직은 타인자본(부채, debt capital)의 제공자뿐 아니라 조직의 소유자(주주)로서 투자자 즉 자기자본(equity capital)의 제공자가 존재하므로 자본

주3) 정보와 지식의 비대칭성에서 생기는 대리인 통제의 어려움, 불확실성에 의한 최적 유인체계 설계의 어려움 등

조달면에서 유리하다. 비영리조직은 보통 법인세(corporate income tax)와 재산세(property tax)의 면세 혜택을 받고 또 그 제공자가 세금공제혜택을 받는 기부금을 모금할 수 있다. 물론 비영리조직에 대한 기부금이 자기자본의 역할을 수행한다고도 볼 수 있으나 영리조직의 자기자본에 비해 그 역할이 지극히 한정될 수밖에 없다. 즉 비영리조직은 (명시적인) 자기자본의 조달이 불가능하지만 세금의 납부의무가 면제되는 것이 외국에서는 일반적이다.

이러한 세제상의 혜택이 비영리조직에 주어지는 이유는 비영리조직이 사회적 편익을 제공한다는 논리에 기반하고 있다. 즉, 비영리조직이 공공기관(정부)을 대신하여 사회적 효용을 증진시키는 서비스를 제공하는 대신 정부로부터 세제상의 혜택이나 보조금을 받는 일종의 사회적 계약을 통해 비영리조직의 역할을 규정하는 것이다. 병원이나 장기요양기관의 경우 지불능력이 부족한 환자에게 자선적인 의료서비스를 제공하는 것을 그 예로 들 수 있다 (uncompensated care). 따라서 현실적으로 중요한 정책이슈 중 하나는 비영리조직이 제공하는 사회적 편익과 사회적 비용(세금면제의 금액)의 상대적 크기에 관한 것이다.

### 3. 장기요양 서비스 공급에서 공공-민간의 분포와 그 배경

장기요양 제도의 차이점은 각 나라의 사회-철학의 차이에서 기인하는 측면이 강하다. 예를 들면 서유럽의 경우 장기요양이 사회보험 원리에 입각해 고안되어 건강과 마찬가지로 사회적 권리로 인식된다. 반면 남부 유럽의 경우 장기요양이 사회 보호 철학에 기초하기 때문에 신체적으로 의존적인 사람은 일차적으로 그들의 사회적 네트워크에 의해 비공식적인 방식으로 도움을 받는 것으로 기대되고 그렇지 못한 사람에 대해 공식적인 사회 서비스가 선택적으로 제공된다. 즉 이런 나라에서는 공적 제도 혹은 공식적 사회 제도는 보조적이게 되고 비공식적인 민간 제도가 더 선호된다. 이런 사회-철학의 차이는 문화적 차이에 기인하기도 하는데 남부 유럽인 스페인에서 80세 이상 노인의 54%가 자녀 등과 가족을 이루며 살고 있고, 이러한 비율은 포르투갈 42%, 그리스 35%, 이탈리아 34%인 반면, 서부 유럽인 네덜란드에서 이 비율은 5%, 덴마크에서는 2%뿐이다(de Roo et al., 2004).

또한 장기요양 제도의 차이는 정치적 맥락에서도 봐야한다. 영국과 스칸디나비아 국가는 공공 접근을 채택하여 세금에 기반하고 공공조직이 서비스의 관리와 제공을 담당한다. 반면 사회보험 국가(벨기에, 프랑스, 룩셈부르크, 네덜란드, 스위스)는 세금과 보험료를 혼합한 제도이고 관리와 제공도 민간 부문과 공공 부문이 모두 제공한다. 이러한 민간-공공의 혼합에 의한 장기요양의 제공은 오랜 기간 동안 유지된 조합주의의 전통을 반영한 협의에 의한 결정이다. 세금에 기반한 제도에서는 의회(스웨덴은 지방 정부)가 공공 재정의 분배에 대한 헌법적 의무를 가지고 있지만 이러한 헌법적 의무는 보험료에 기반한 국가에는 적용되지 않는다. 사회보험 중심 국가에서 사회 보험료의 분배에 대한 권력은 노동조합, 고용주 조직, 서비스 제공자 조직, 전문가 그룹에 나뉘어져 있고 관련된 사회적 자원은 이들 간의 협상을 통해 분배된다. 본 장에서는 위 내용에 기초하여 각 나라의 장기요양 서비스 공급에서 공공-민간의 분포를 구체적으로 살펴보고 그 분포 차이의 배경을 살펴볼 것이다.

## 가. 공공-민간 혼합 제공 체계 채택 국가

### 1) 독일

독일은 교회가 중심이 되어 자선활동이나 구빈활동을 시작한 것이 장기요양 시설의 시초이고 현재에도 공익단체가 주로 서비스를 제공하고 국가나 지방정부가 이를 보완하는 구조이다. 1995년 장기요양보험이 도입되면서 공익단체에 의한 독점을 줄이고 민간 영리 사업자나 비영리 민간 조직 등의 진입이 촉진되었고 그 결과 장기요양서비스 제공기관의 수가 대폭 증가하였다. 1992년 약 5000여 개였던 지역사회중심 가정요양서비스제공자가 1997년에는 11700여 개로 증가하였다. 너싱홈은 동일기간 중 4300여 개에서 8000여 개로 증가하였다. 이 기간 동안에는 기존의 지역사회차원 소규모 자발적 서비스 제공 조직(예, 종교 기관)들이 공식적인 서비스제공자로 바뀌면서 그 수가 대폭 증가한 것이다 (Rothgang, 2003). 장기요양보험이 도입된 후 공급체계에 뛰어든 신규 진입자는 수는 적지만 기존의 공급자가 비해 규모가 비교적 더 큰 기관들이었다. 물론

이렇게 급격하게 증가한 장기요양서비스제공기관들에 있어서 서비스 질 관리는 많은 의문을 낳는 것이 사실이다.

장기요양 서비스 제공 체계에 진입할 수 있는 기업·회사의 형태에는 제한이 없어 영리·비영리에 상관없이 진입하는 것이 가능하고 장기요양금고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족한 모든 장기요양서비스제공자에게 요양기관의 자격을 인정해 준다(조건을 충족한 공급자와의 계약을 거부할 수 없음). 실제 요양 제공자는 공익 단체 및 그 산하의 하부 조직에 의해 경영되는 경우가 매우 많다. 가정요양을 제공하는 영리, 비영리 조직이 11,000개 이상 있고 단지 4%만이 공공에 의해 제공되는데 대부분의 조직은 소규모이다. 장기요양 시설 역시 민간 기관이 많은 비중을 차지하고 있는데 36%의 너싱홈이 영리 조직에 의해 운영되고 10%가 지방 정부 소유이며 54%가 비영리 조직 소유이다(de Roo et al., 2004). 영리 민간의 비율은 1996년 24%였다가 1999년 33.6%로 증가했고 반면 비영리 민간의 비율은 1996년 62%였다가 1999년 54.2%로 감소했다(Karlsson, 2004). 즉 병원산업과는 달리 장기요양서비스제공자의 경우 민간영리제공자의 비중이 상당히 높은 편임을 알 수 있다.

장기요양서비스 제공기관이 책정하는 가격은 의료부문과 비슷하게 주요지불자인 장기요양금고와 지방정부(공공부조프로그램 지불자)가 요양공급자들과 협상을 통해 결정한다. 하지만 의사협회와 보험자협회가 집단적인 협상을 하는 의료보험과는 달리 장기요양금고협회 및 지방정부가 개별 요양서비스공급자와 협상을 한다. 너싱홈에 대해서는 예산에 대한 협상을 통해 궁극적으로는 재원 일당가격을 결정하고, 재가중심장기요양공급자에 대해서는 서비스 항목의 가격(엄밀하게는 환산지수)을 결정한다. 의료보험에 비해 장기요양보험에 있어서는 가격협상의 의미가 더 적다. 의료보험에서는 급여가 거의 제한 없이 주어지기 때문에 공급자가 부과하는 가격이 보험재정에 직접적인 영향을 미치지만, 장기요양보험에 있어서는 정액급여이므로 공급자가 소비자에게 부과하는 가격이 보험재정에 상대적으로 덜 직접적인 영향을 미치기 때문이다. 장기요양서비스 공급자에 대한 소비자 선택과 경쟁을 촉진하기 위해 장기요양금고는 여러 공급자들에 대한 가격 정보를 소비자들에게 알려주도록 하고 있다.

독일이 이렇게 장기요양에 대한 재정은 주로 공공에서 담당하고 공급은 민간이 주도하는 공공-민간 혼합체계를 갖게 된 이유는 독일의 오래된 조합주의적 전통에 기인한 바가 크다. 시장의 자율성이나 정부의 위계질서가 아닌 공급자, 소비자, 보험자, 정부 등 이해 당사자 간 협의를 통해 사회 정책을 진행해 온 역사가 장기요양 제공체계에도 반영되었기 때문이다.

## 2) 네덜란드

네덜란드의 보건의료와 장기요양체계는 특정 소득 수준까지 모두 가입해야 하는 의무적인 건강보험, 소득 상한 위의 고소득층을 위한 민간 건강보험, 전체 인구를 대상으로 보험으로 분산하기 어려운 재난성 혹은 예외적인 위험과 지출을 보장하는 포괄적인 공공 재원체계 등 크게 세 가지 다른 체계로 구성되어 있다. 세 번째로 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 또 그 외의 다른 예외적인 지출을 보장하기도 한다. 민간 보험은 장기요양에 있어 중요한 역할을 하고 있지 않다 (OECD, 2005).

AWBZ는 모든 장기요양 대상자(취약한 노인, 만성병, 정신 질환, 육체적 장애)에게 거주 및 가정요양을 보장해주고 있다. 원래 AWBZ는 시설에만 초점이 맞춰졌었는데 1980년에 가정 간호와 개인적 도움에까지 확장되었고 실용적인 가정요양은 1992년에 더욱 확장되었다. 2000년에 노인을 위한 가정요양 서비스 제공에 대한 책임이 지방정부에서 AWBZ로 이동되었다 (de Roo et al., 2004). AWBZ가 보장하는 시설요양은 숙식에 대한 일정액을 제외하고는 무료이다. 또한 대기 목록을 피하기 위해 민간 너싱홈을 이용하는 경우에 현금 급여가 지급된다. 가정 서비스는 영리 및 비영리 민간 조직에서 제공되는데 AWBZ에서 고정된 연간 예산으로 재정이 지급되고 있다 (Scheil-Aldung, 2003).

네덜란드에서는 전통적으로는 장기요양을 포함한 복지 서비스는 수혜자 주변의 가족, 이웃이나 민간단체가 우선 담당해 왔다. 그리고 가족이나 이웃 이외의

요양서비스 제공 주체로는 전통적으로 종교의 종파별로 조직된 민간 비영리 단체가 활약해왔다. 비록 현대에 와서 인구구조 및 사회 구조의 변화에 의해 이런 사적인 방식의 장기요양 서비스 공급은 한계에 직면하게 되고 공적인 재정 체계가 도입되면서 지방·중앙 정부에 의한 공적 제공이 시작되지만 이런 전통이 여전히 남아 현재에도 너싱홈과 그 외 장기요양 시설은 주로 비영리 민간 조직에 의해 공급된다. 가정요양 역시 주로 민간 비영리 조직에 의해 공급된다(약 90%)(OECD, 2005). 네덜란드는 법에서 장기요양보험 기금에 대한 영리 요양공급자의 접근을 제한<sup>주4)</sup>하고 있기 때문에 장기요양에 대한 영리 제공자는 적은 비중을 차지하고 있다. 네덜란드의 중앙 및 지방정부는 1990년 이후에 장기요양 조직에 대한 공공 소유를 줄여오고 있다.

### 3) 일본

일본은 1980년대 사회보장 지출의 급격한 증가에 직면하여 1989년에 노인을 위한 사회요양개혁(Gold plan)을 10년 계획으로 실시하였는데 이는 공공 요양 서비스를 매우 확장하는 것을 그 주요 내용으로 포함하고 있었다. 하지만 Gold plan은 급격히 증가한 수요를 충당시키지 못했고, 이로 인해 이미 노령화된 사회인 일본에서 소득·재산 평가(means-test)에 기초한 공공요양체계는 비효율적일 수밖에 없다는 비판을 받게 되었다. 또한 일본은 장기요양을 필요로 하는 노인들이 병원에 입원하여 건강보험의 보장을 받는 경우(사회적 입원)가 많아 이의 해결이 중요한 정책 과제로 인식되어 왔다. 정부는 사회적 입원을 감소하고 좀 더 저렴한 형태의 요양서비스를 이용하도록 할 방식을 찾고자 했으며 정부 재정에 압박을 줄이기 위해 사회적 연대에 호소하면서 국민들이 재원을 부담하는 보험 체계를 선호하였고 결국 2000년에 개호보험이 시행되게 되었다.

1996년에 90%의 너싱홈이 비영리 조직에 의해 운영되고 나머지가 지방정부 소유로 조사된 것처럼 일본의 시설 요양은 비영리 조직이 지배적이며 최근까지 영리 민간 조직은 너싱홈을 운영하지 못하게 되어있다. 1999년에 21,820개의 시

주4) 민간 영리 사업자는 AWBZ 급여대상 사업자로 공적 인가를 받을 수 없다. 실제로 네덜란드는 의료부문에 있어서도 민간영리병원의 설립을 금지하는 소수 몇 개 국가 중 하나이다.

설이 있었는데 그 중 8,000개가 장기 숙박, 7,400개가 daily 서비스 제공, 5,600개의 support center, 79개가 특수 단기 거주 센터였다. 1993년 전에는 9,000개 시설뿐이었는데 1993년의 Gold plan에 따라 시설의 수가 급증하였다(Karlsson, 2004).

지역사회 요양은 좀 더 복잡한데 여기에서도 비영리 조직과 공공공급자가 지배적이지만 80년대 후반까지 민간 영리제공자가 증가했었다. 지역사회 요양에 대해서는 영리기관도 진입이 허용되는데 구체적으로 영리법인의 점유율이 높은 서비스는 복지용구대여사업소(90%), 특정시설입소자 생활개호사업소(74%), 치매 대응형 공동생활 개호사업소(그룹홈) (42%), 주택개호지원사업소(29%) 등이다(마츠다, 2004). 97년 조사에 의하면 5.6%의 가정 요양을 영리제공자가 제공하고, 50.4%는 공공이 33.8%는 비영리 조직이 제공하는 것으로 나타났다. 몇몇 대형 영리 회사가 요양 수요의 증가를 예상하고 가정 서비스에 대한 큰 투자를 실시했으나 노인들은 그들이 예전부터 이용하던 공급자를 잘 바꾸지 않는 보수적인 태도를 취하는 편이다. 일본의 장기요양제도는 인구 노령화에 초점을 맞추면서 건강보험 제도의 개혁 측면에서 중심 의제가 형성되었기 때문에 보건의료제도와 많은 유사점을 띠게 되었다. 그러한 역사성 때문에 보건의료에서 영리조직의 의료기관 설립이 금지된 것처럼 장기요양에서도 시설 부문에 대해서는 영리조직의 소유가 금지되어 있다.

#### 4) 영국

장기요양을 포함한 복지 서비스 제공은 전통적으로 지방자치단체의 역할로 받아들여지고 있으나 지방자치단체가 직접 제공하지 않고 민간에게 위탁하는 경우도 있으며 1990년대 이후 민간 위탁이 증가하고 있다. 민간 사업자의 대부분은 비영리 사업자가 차지하는데 최근 20년 간 공공부문에 의한 요양서비스 제공이 감소해 왔다. 1970년대 중반부터 공공 재정에 대한 압박이 커지고 지방 정부는 장기요양에 대한 수요를 충당하기 어렵게 되면서 중앙정부는 지방정부에서 요양을 보장해주지 못한 사람에게 현금에 기초한 방식으로 시설에서의 요양비용을 부담하는 정책을 도입하게 되었다. 아울러 1983년에 재산이 £3,000 이



하인 사람에게 대해서는 장기요양 서비스에 대한 보충적인 보조(supplementary benefit : income support)를 해주는 제도가 생기게 되었다. 이런 혜택은 현물 급여였기 때문에 시설의 확대에 큰 영향을 미쳤고 이로 인해 1983년에 30만 침상이었던 시설이 1993년에 53만5천 침상으로 증가하게 되었다. 이러한 제도의 변화는 보수당 정부가 민간 공급을 확대하는 와중에 일어났으며 주로 지방정부 소유 시설이 아닌 민간 시설에 있는 거주자에게 제공되었다. 그 결과 민간 시설이 1983년에서 1993년까지 3배 정도 급속히 증가하게 되었다. 반면 그 기간 동안 지방정부가 소유하는 시설의 수는 정체되거나 약간 줄어들었다 (Robinson, 2002).

민간부문에 의한 요양서비스 공급의 증가는 장기 요양 병원과 같은 다른 형태 시설의 감소와 같이 진행되었다. 국가보건의료서비스(NHS: National Health Service)의 장기요양 병상은 1988년 83,200에서 1999년 38,600으로 줄어들었고 같은 기간 동안 너싱홈과 residential home은 382,700에서 515,000개로 늘어났다. 영리 너싱홈 병상은 80년 31,218개였던 것이 94년에 140,000개로 증가하면서 90년대 중반에 최고에 달했으나 이 추세는 그 뒤에는 반전하였다. 비영리 요양기관은 계속 증가하였는데 2001년에 31,639병상을 차지하였다. 결국 지방정부에 의해 운영되는 시설의 병상은 80년 100,343개에서 2001년 39,185개로 줄어들었다(Karlsson, 2004).

가정 요양에 대한 민간 제공의 비중도 급격히 증가하고 있으나 시설 부문보다는 그 변화의 시작이 늦었다. 1992년에서 2002년까지 가정 서비스 제공 시간에 있어서 민간부문의 비율이 2%에서 64%로 증가하였다(Karlsson, 2004). 가족이나 친구 등에 의한 비공식 요양을 제공받고 있는 사람은 2001년 4월 기준으로 590만 명으로 추정된다(일본총합연구소, 2004). 영국에서는 보건의료에 있어서는 공공부문에 의한 공급이 대다수이지만, 사회복지에 있어서는 소비자의 선택을 강조하며 민간부문에 의한 서비스 제공이 많은 역사적 전통이 있었고, 지방 정부의 재정 압박으로 인해 새로운 시설을 공공에서 건립하는 것보다는 민간에게 그 역할을 분담시키는 것이 더 받아들여지기 쉬웠다고 볼 수 있다.

## 나. 공공 중심 제공체계 채택 국가

### 1) 스웨덴

스웨덴의 사회 서비스 법은 복지(고령자 케어, 육아, 가족 케어, 장애인 케어 등 사회 서비스)의 실시 주체를 지방자치단체로 정하고 있다. 1990년대 초까지는 지방 정부가 독점적으로 장기요양 서비스를 제공했고 민간 공급은 청소와 같은 보충적인 서비스에 그쳤는데, 장기요양도 건강과 마찬가지로 공공부문에서 제공되어야 한다는 전반적인 정치적 동의가 있었기 때문이다. 하지만 경제 성장 둔화와 지방 재정 악화로 인해 지방 정부가 효율성을 증대하고 비용을 절감해야 할 필요가 생겼기 때문에 이러한 양상에 변화가 진행되고 있다. 1990년대 초반부터 지방자치단체가 제공해왔던 장기요양 서비스를 민간에 위탁하는 움직임이 시작되어 민간기업, 협회, 재단 법인, 노동자 조직 등 다양한 주체에 위탁하게 되는데, 그 뒤 몇 년 안 되어 민간 요양 공급자는 급증하게 되었다. 1993년에 민간공급자를 이용한 비율은 3.6%(가정서비스)와 5.4%(시설서비스)에 불과했으나 2001년에는 7.8%와 12.4%로 각각 증가하였다(Karlsson, 2004).

민간 공급자의 비율은 지역별로 차이가 많이 나는데 주로 대도시 주변에서 민간에 의한 요양서비스 공급이 활발하다. 스톡홀름은 시설요양의 45.6% 정도를 민간 공급자가 책임지고 있는 반면 작은 도시는 민간공급자가 없는 곳도 있다(Karlsson, 2004). 특별 주택이나 가정 서비스에는 특별한 진입 규제가 없어 기업, 재단, 협동조합 등이 공급자가 되는 것이 가능한데 다만 지방자치체로부터 민간 사업자가 위탁받기 위해서는 개설 인가를 지방자치단체에게 받는 것이 필요하다. 여전히 가족 수발자의 수발 비중이 커 2002년 현재 요양을 필요로 하는 고령자에 대한 요양 제공 시간 전체 중 3분의 2가 가족에 의해 제공되고 있다.

### 2) 덴마크

덴마크는 사회보장 차원에서 국가에서 장기요양 서비스를 제공하고 있는데 그 역사는 매우 오래되었다. 이미 1708년에 빈민과 고아, 장애인을 위한 공공

부조를 시작했고 1889년에는 독립적 생활을 보장하는 빈민을 위한 주거 시설이 설립되어 운영되었으며 이후 공적 제공의 확장 및 개혁(1933), 시설 요양의 의료화(1961, 시설은 사회복지 부문이었는데 이것이 의료 부문으로 옮겨옴) 등이 이루어졌다. 60년대 경기 호황으로 공공 개입이 더욱 증가하였고 사회복지의 현대화가 이루어졌으며 지방 자치단체의 권한이 명시화되었다. 하지만 70년대 경제 위기에 직면하면서 공공이 끝까지 책임지는 것에 대한 회의가 생기기 시작하였고 사유화·소비자 권한 강화·네트워크 등 효율성 증대를 위한 정책이 1987년에 시행되었다. 1998년에는 비공식 수발자를 가족이나 다른 사람에서 선택할 수 있게 하는 개혁이 있었고, 2002년에는 영리 제공자가 요양서비스를 공급할 수 있게 되는 변화가 있었다(Rostgaard, 2003).

덴마크는 공공 부문에 의한 요양 공급의 전통이 강하기 때문에 대부분의 너싱홈이 공공 소유이며 민간 영리 공급에 대한 이데올로기적 저항이 아직 강하다. 하지만 자유보수당 정부는 민간 영리 부문을 확장하려 하고 있고 비영리 민간 조직의 비중 역시 최근 증가하고 있다(Rostgaard, 2003). 또한 덴마크에서는 가정요양을 강조하는 정책 때문에 많은 너싱홈이 문을 닫았고 2000년에는 1,740개 정도의 너싱홈이 남게 되었다. 이 중 72%가 지방정부에 의해 운영되고 28%는 비영리 민간 조직에 의해 운영된다. Skaevinge 프로젝트에 따라 너싱홈은 주로 단일 시설로만 운영되지 않고, rental unit과 sheltered housing과 함께 통합적인 복합체 중 일부로 제공되고 있다(Commonwealth of Australia, 2003). 가정요양과 관련해서 지방정부에 의해 제공되는 몇 가지 서비스가 최근에 민영화되고 있고 이러한 추세는 당분간 증가할 것으로 보인다. 이는 고령화 증가에 따른 수요 증가와 경제 성장 둔화 및 지방 재정 악화에 따른 재정 압박 때문에 가정요양에 있어 생산성과 질에 대한 관심이 증가되고 있기 때문이다.

### 3) 민간 중심 제공체계 채택 국가: 미국

미국은 전 국민을 보장하는 장기요양 재정체계를 갖고 있지 않고 민간 재정에 주로 의존하며 메디케어와 메디케이드를 통해 일부 계층에게 공적인 장기요양을

제공하고 있다. 너싱홈의 3분의 2가 영리 기관 소유이고 30% 이하가 비영리 기관 소유이며 6.7%가 정부 소유인데 이러한 추세는 90년대에 계속 유지되었다. 다만 이 비율은 주마다 차이가 큰데 예를 들면 알래스카는 57.1%의 너싱홈이 비영리 기구 소유인데 반해 남캐롤라이나는 12.9%에 불과하다(Karlsson, 2004).

미국에서는 여전히 가족이 장기요양 서비스 제공의 많은 부분을 차지하고 있다. 1999년 국가 장기요양 조사에 의하면 요양이 필요한 노인의 15.9%만이 시설이나 지역사회에서 장기요양 서비스를 받고 있고, 메디케이드에 있어서 핵심적인 역할을 수행하는 주정부가 너싱홈 병상을 줄여 장기요양 비용을 줄이려 하고 있기 때문에 지역사회에 있는 노인의 20%가 필요한 양의 서비스를 받고 있지 못한 것으로 나타났다. 이는 서유럽과는 다르게 보건의료와 복지 영역에서 민간의 역할이 크고 경쟁과 선택을 강조하는 미국의 사회경제적 맥락에 따르는 것이다. 주요 나라 장기요양 공급 체계에 있어 민간영리, 민간비영리, 그리고 공공 부문의 상대적 크기는 <표 4-1-1>에 정리되어 있다. <표 4-1-2>는 주요 국가의 장기요양서비스 공급체계를 요약하여 보여주고 있다.

〈표 4-1-1〉 장기요양 서비스 제공의 공공, 비영리 민간, 영리 민간 비율  
(단위: %)

| 국가                       | 시설 서비스 |        |                  | 가정 서비스 |        |                  |
|--------------------------|--------|--------|------------------|--------|--------|------------------|
|                          | 공공     | 비영리 민간 | 영리 민간            | 공공     | 비영리 민간 | 영리 민간            |
| 독일 <sup>1)</sup> (1999)  | 12.2   | 54.2   | 33.6             | 2      | 47.2   | 50.9             |
| 일본 <sup>2)</sup> (1996)  | 10     | 90     | 0                | 50.4   | 33.8   | 5.6              |
| 스웨덴 <sup>3)</sup> (2001) | 87.6   |        | 12.4             | 92.2   |        | 7.8              |
| 덴마크 <sup>4)</sup> (2000) | 72     | 28     | 0                | n.a.   | n.a.   | n.a.             |
| 영국                       | 8      |        | 92 <sup>5)</sup> | 36     |        | 64 <sup>6)</sup> |
| 미국 <sup>7)</sup>         | 6.7    |        | 93.3             | n.a.   | n.a.   | n.a.             |

주: 1) 시설은 병상 수 기준, 가정은 공급자 수 기준(Commonwealth of Australia, 2003)

2) 시설은 시설 수 기준, 가정은 공급자 수 기준 (Karlsson, 2004)

3) 시설, 가정 모두 이용자 수 기준 (Karlsson, 2004)

4) 시설은 시설 수 기준 (Commonwealth of Australia, 2003)

5) 2001년 기준. 시설 수 기준 (Commonwealth of Australia, 2003)

6) 2002년 기준. 서비스 제공 시간 기준 (Karlsson, 2004)

7) 1990년대 기준. 비영리 민간이 30% 이하, 영리 민간이 약 3분의 2 (Karlsson, 2004)

〈표 4-1-2〉 주요 국가의 장기요양 공급체계 요약

| 국가   | 공급 체계                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 독일   | <p>교회가 중심이 되어 자선활동이나 구빈활동을 시작한 것이 장기요양 시설의 시초이고 현재에도 공익단체가 주로 서비스를 제공하고 국가나 지방정부가 이를 보완하는 구조임. 1995년 장기요양보험이 도입되면서 민간 영리 사업자나 비영리 민간 조직 등의 진입이 촉진됨.</p> <p>장기요양 서비스에 진입할 수 있는 기업·회사의 형태에는 제한이 없어 영리·비영리에 상관없이 진입하는 것이 가능하고 장기요양급고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족한 모든 장기요양서비스제공자에게 요양기관의 자격을 인정해 주며 조건을 충족한 공급자와의 계약을 거부할 수 없음.</p> |
| 일본   | <p>비영리 조직이 지배적(90%의 너싱홈이 비영리 민간 공급업)이며 최근까지 영리 민간 조직은 너싱홈을 운영하지 못하게 되어있음. 지역사회요양서비스의 경우 영리공급자 가능.</p>                                                                                                                                                                                                                   |
| 네덜란드 | <p>전통적으로는 장기요양을 포함한 복지 서비스는 수혜자 주변의 가족, 이웃이나 민간단체와 종교의 종파별로 조직된 민간 비영리 단체가 활약해왔음. 공적인 재정 체계가 도입되면서 지방·중앙 정부에 의한 공적 제공이 시작되지만 이런 전통이 여전히 남아 현재에도 주로 비영리 민간 조직에 의해 공급됨.</p> <p>네덜란드는 법에서 장기요양보험 기금에 대한 영리 제공자의 접근을 제한하고 있기 때문에 장기요양에 대한 영리 제공자는 적은 비중을 차지하고 있음.</p>                                                       |
| 스웨덴  | <p>1990년대 초까지는 지방 정부가 독점적으로 장기요양 서비스를 제공해왔으나 그 이후에 민간 위탁이 증가하고 있음.</p> <p>특별 주택이나 가정 서비스에는 특별한 진입 규제가 없어 기업, 재단, 협동조합 등이 공급자가 되는 것이 가능한데 다만 지방자치체로부터 민간 사업자가 위탁 받기 위해서는 개설 인가를 지자체에게 받는 것이 필요함.</p>                                                                                                                     |
| 영국   | <p>장기요양을 포함한 복지 서비스 제공은 전통적으로 지방자치체의 역할로 받아들이고 있었으나 1990년대 이후 민간 위탁이 증가하고 있음(민간 사업자의 대부분은 비영리 사업자임).</p>                                                                                                                                                                                                                |
| 미국   | <p>영리 민간 제공의 비율이 높음(너싱홈의 3분의 2가 영리 민간 소유). 주 별로 공급 체계가 차이가 남.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       |

#### 4. 장기요양 자원조달체계와 제공체계의 관계

장기요양을 확대하는 주요한 두 방식으로 조세로 제공되는 사회복지 시스템을 확충하는 방식과 새로운 사회보험체계를 도입하는 것을 들 수 있다. 두 모델 중 어떤 것을 선택할지는 철학적 선호의 문제이기도 하지만 이보다는 제도적 유산의 문제라 볼 수 있다. 많은 나라들에서 장기요양은 사회서비스(social service)로서 사회복지적 성격이 강하고 따라서 조세에 기반한 공공부조의 역할이 전통적으로 강했으므로 조세와 사회보험이라는 두 가지 유산이 섞여있다고 볼 수 있다. 장기요양의 재원을 구성하는 요소는 조세와 사회보험 외에 민간보험과 본인부담금이 있다. 조세로 장기요양을 보장하는 국가는 사회보험이 별도로 필요하지는 않지만 보충적인 민간보험 그리고 소비자의 도덕적 위해(moral hazard) 방지와 비용 절감을 목적으로 하는 본인부담금을 도입할 수 있다. 사회보험으로 장기요양을 보장하는 국가는 조세의 보조를 받을 수 있고 마찬가지로 민간보험과 본인부담금이 장기요양보장 재정에서 일정 역할을 할 수 있다. 또 미국처럼 공공재정(메디케이드, 메디케어)이 제한적이고 민간재정(민간보험, 본인부담)의 비중이 큰 국가도 있다.

##### 가. 조세

조세가 장기요양의 주요 공공재원인 제도는 장기요양서비스가 필요한 모든 사람에게 급여를 제공하는 (universal) 북구유럽식 제도와 가난한 사람만을 대상으로 공공부조 프로그램을 운영하는 미국식 제도로 크게 나누어 생각할 수 있다. 미국식 제도에 있어서는 공공재원의 비중이 낮고 민간을 중시하는 전통에 의해 민간중심의 요양제공체계에 의존하고 있다.

북구유럽식 장기요양제도는 주로 빈민을 돕기 위한 사회복지 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 지

방정부와 계약을 맺은 민간요양기관이 독점적으로 제공한다(Ikegami and Campbell, 2002). 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 않다는 특징이 있다. 북구유럽과 같이 서비스를 필요로 하는 전국민에게 재정적 장벽을 제거하여 요양보장을 제공하는 (universal coverage) 체계에서는 서비스에 대한 수요가 매우 높아서 정부 재정에 큰 압박이 될 수 있다. 따라서 공공제공체계가 주축이 되어 필요한 시설과 인력을 정부가 어느 정도 억제함으로써 장기요양비용을 적정화하는 것이 가능할 것이다. 즉 조세 체계를 통해 전국민 보장을 달성한 경우에는 장기요양 공급체계가 공공부문 제공자를 주축으로 구성되는 경우가 많으며, 혹 민간공급자의 역할이 크더라도, 거의 공공기관과 비슷한 역할을 수행하는 순수비영리기관의 역할이 중요할 것이다.

북구유럽식 제도는 국가 재정에 의존하여 점진적으로 확장되거나 축소되었으므로 재정이 고소득자나 비공식 수발이 가능한 사람들에게 낭비될 가능성이 적고, 공공중심 공급체계를 통해 거시 수준에서 서비스 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 신체적 니드와 경제적 니드를 동시에 고려할 수 있다는 장점이 있다. 반면 공공중심의 요양서비스 공급자는 소비자 만족에 대한 지향이 약하고 종사자들이 더 높은 성과를 거둘 인센티브가 적으며 관료적 제공이 비공식적 요양서비스와 연계되기 어렵다는 비난을 받기도 한다. 조세 체계에서는 대부분 지방 정부가 공공공급자 혹은 지역의 독점적 민간공급자와 계약을 하기 때문에 경쟁의 효과를 보기 어려운 단점도 있기는 하나, 이는 정부가 공급자와 어떤 형태의 계약(예, 성과중심 계약)을 체결하느냐에 따라 개선될 수도 있을 것이다.

## 나. 사회보험

독일과 일본 같은 사회보험 모형은 건강보험의 확장을 통해 발전한 것이다. 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. 따라서 이론적으로는 조세체계에 의한 장기요양제도에 비해 사회보험 형태의 장기요양제도에서는 민간요양공급자의 역할이 더 클 수 있다. 즉 조세에 기반한 장기요양제도에서는 정부가 재원조달자/서비스구매자(purchaser)와 공급자의 역할을 모두 수행하는 경우가 많지만, 사회보험제도의 기본 원리중 하나는 보험자가 구매자가 되어 공공공급자와 민간공급자를 포괄하는 다양한 형태의 요양서비스제공자로부터 요양서비스를 구매하는 것이다.

사회보험은 소득과 상관없이 보험료가 책정되는 민간보험에 비해 재분배나 사회적 연대 효과가 높고, 보험료는 강제적이라 하더라도 전통적으로 세금과 다른 것으로 느껴져 국민의 저항이 적은 장점이 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 포괄하고 가입자가 장기요양서비스를 필요로 할 경우 소득 수준에 관계없이 급여를 받는 제도이므로 신체적 니드만 고려할 뿐 경제적 니드를 고려하지 않아, 경제적 지불능력이 있는 계층에 대해 급여를 제공하게 되어 자원의 낭비가 유발된다는 비판도 있다. 사회보험 체계에서 소비자는 이론적으로 선택의 자유를 갖고 있지만 지역적 한계와 진입장벽 때문에 요양서비스 공급자간 경쟁이 제한되어 있어 조세 제도와 마찬가지로 서비스 제공자간 경쟁의 효과를



보기가 어려울 수 있다. 이를 보완하기 위해 다양한 요양제공자의 서비스와 질에 대한 정보를 소비자나 구매자에게 제공해 주어야 하는데 민간요양기관의 경우 공공요양기관에 비해 서비스의 적절성을 모니터링하기 어려운 것이 현실이다.

#### 다. 민간보험

일반적으로 민간보험은 공공공급자보다는 민간공급자와 계약을 맺는 경우가 더 많으므로 민간제공자는 민간재원체제와 밀접한 관계를 가질 수 있다. 특히 요양서비스는 의료와는 달리 응급성이 낮고 삶의 질과 관련이 더 높으므로 이론적인 측면에서는 의료에 비해 공적 재원의 필요성이 상대적으로 더 낮다. 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. 따라서 민간요양보험과 민간요양공급자와의 유의한 관계를 파악하는 것이 현실적으로는 어렵다.

보험자 측면에서는 인구학적 불확실성, 정보의 불균등에 따른 역선택과 도덕적 해이가 장기요양에서 민간보험의 발전을 저해하는 요소이다. 수요자 측면에서는 장기요양과 관련된 위험(장기요양을 필요하게 될 확률)에 대한 인지 부족, 미래보다 현재 소비를 선호하는 경향, 공식 수발보다 가족을 선호하는 경향, 민간 장기요양보험의 제한된 보장성, 보험료를 납부하기에 부족한 가계 수입, 수급자에 대한 공공부조 제공에 따른 민간보험의 필요성 감소 등의 이유로 민간 장기요양보험에 가입하지 않으려는 경향이 있다. 따라서 강제화 되지 않는 한 민간장기요양보험에 대한 수요는 낮을 수밖에 없다.

이론적으로는, 민간보험에의 가입을 강제함으로써 역선택과 고위험군 배제 현상(cream skinning)을 극복할 수 있으며 보험료를 납부하기 어려운 사람에게 는 보험료에 대한 보조나 혹은 공공 부문 요양제공자를 이용하게 함으로써 형평성을 담보할 수도 있다. 하지만, 공공부문의 역할이 있다 하더라도 민간보험은 개인의 기여가 강조되는 적립식 체계의 경향이 강하기 때문에 일반적으로

부과 방식을 채택하는 사회보험체계에 비해 재분배 기능이나 사회적 연대 기능이 부족할 수 밖에 없다.

## 5. 민간요양공급자 참여 유도 정책

장기요양 서비스 공급 방식이나 민간공급 참여 유도 방식에 영향을 끼치는 요소로 공적 재원 조달 체계의 유형을 들 수 있다. 사회보험 체계에서 공급 방식의 변화는 다음과 같은 과정으로 일어났다. 이혼율 증가, 가족 관계 변화, 출산율 감소, 여성의 노동 참여 증가, 도시화 등으로 기존의 비공식 수발 등 문화적 방법에 의한 장기요양 서비스 제공의 잠재력이 점점 파괴되면서 장기요양에 대한 기존 방식에 대한 문제의식이 각 국가에서 생기게 되었다. 이러한 문제의식에 대해 각 나라는 장애인과 노인에 대한 기존의 공공 혹은 민간 제도의 적합성을 고민하게 되었고 그 중 조합주의 전통을 가진 서유럽 국가는 공공 장기요양 제도를 전국민보험체계에 포함하는 방식을 취했다. 이처럼 기존 장기요양 제도를 보험 제도로 전환한 서유럽 국가는 공급 구조(이미 민간 조직 혹은 지방 정부가 건립한)를 어떻게 변화시킬지 결정해야 했다. 한 가지 방식은 민간 조직의 소유권을 공공으로 바꾸는 것이었지만 서유럽 국가는 그들의 조합주의적 역사에 맞는 선택을 하였고 그들은 민간 조직이 공공조직과 마찬가지로 장기요양보험 체계 안에서 활동할 수 있게 공공-민간 혼합을 선택하였다(de Roo et al., 2004).

이러한 조합주의 해법으로 인해 지방 정부는 사회 서비스를 통해 장기요양 제도를 운영하는 그들의 전통적인 역할에 대한 부담을 덜 수 있었다. 하지만 여전히 지방 정부는 수용 계획(시설)에 책임이 있고(네덜란드 예외), 이런 이유로 그들에게 공공-민간 혼합 체계에서 여전히 협상 위치를 유지하게 되었다. 또한 사회 복지나 소득 보장 등 장기요양과 밀접한 관계를 갖는 공공부조제도를 운영하기 때문에 지방정부의 이런 위치는 더욱 강화될 수 있었다(de Roo et al., 2004). 한편 장기요양 보험의 도입으로 장기요양 관리가 더 복잡해진 측면도 있다. 즉 장기요양보험이 있더라도 재정에 있어서 여전히 공공부조의 역할이 필요하고, 또 요양서비스 공급에 있어서도 공공공급자의 역할이 중요하기

때문에 중앙정부(지방정부에 대한 교차보조금 지급), 지방 정부 그리고 사회보험자 사이의 역할 분담이 중요하다. 이러한 상황에서 민간과 공공의 역할 분담은 고정된 것이라기보다는 변동적이어서 공공과 민간의 경계가 언제라도 다시 그려질 수 있을 것이다. 예를 들어 네덜란드에서 지방정부는 사회보험이 지방정부 관할 하에 있어야 한다며 사회보험제도가 지방 공공 제도로 통합되기를 지속적으로 로비하기도 한다. 일본에서는 장기요양보험의 보험자가 지방정부이다. 최근 고령화의 지속적인 진전, 장기요양의 사회화 등으로 인한 비용 압박의 증가, 그리고 장기요양 서비스의 특성<sup>주5)</sup>에 따라 일반적으로 사회보험으로 장기요양을 보장하는 유럽 국가와 일본에서는 장기요양 서비스를 주로 국가가 제공해야 한다는 종전의 생각으로부터, 재정은 공공이 주로 담당을 하되 공급은 시장을 통해 유도하는 것이 바람직하다는 생각으로 변화가 일어나고 있다.

조세 체계로 장기요양을 보장하는 국가에서 공급의 변화는 다음과 같은 방식으로 일어났다. 이들 국가에서 장기요양 서비스는 사회보장 서비스의 일부였기 때문에 정부(주로 지방정부)가 그 재정과 공급을 모두 담당해왔다. 하지만 고령화의 진전에 따라 다른 사회보장 서비스에 비해 그 서비스의 양이 급증하게 되고 경기 침체와 비용 압박 등에 직면하면서 이들 국가는 장기요양 서비스를 점차 민간에 위탁하는 방안을 찾게 되었다.

이러한 공급의 변화 및 민간공급 참여 유도 방식을 각 국가의 경우에 따라 살펴보면 다음과 같다. 독일에서 장기요양보험의 도입 자체가 민간 영리 및 비영리 조직의 참여를 유도하는 것이었다. 수가 책정 등에서 공공기관과 차별이 없었고 소비자가 장기요양 서비스를 이용할 수 있도록 소비자의 재정을 보조해주었으므로 민간기관이 운영될 수 있을 만큼의 안정적인 수요를 확보할 수 있었다. 보험 도입 전에 설립되었던 대부분의 시설이 새로운 보험체계를 받아들이고 요양금고와 계약을 맺었다는 사실이 이를 증명한다고 볼 수 있다. 장기요양보험제도 도입 목적중 하나는 서비스제공체계를 확충하고 서비스공급자간 경쟁을 촉진하는 것이었다. 장기요양보험이 도입되기 전 독일에서는 비영리 자선,

주5) 위에 언급했듯이 장기요양은 보건의료와는 다르게 편안함의 문제이고 보건의료에 비해 선택의 여지가 커서 민간 공급이 확대될 여지가 더 크다는 점

복지 기관들이 장기요양서비스 제공에서 중추적인 역할을 하였다. 이들 기관에 대한 정부의 보조금 지급과 특별 대우는 여타 영리공급자들에게는 진입장벽으로 작용하였다. 그러나 장기요양보험 도입을 계기로 비영리공급자에게 주어지던 모든 특별대우가 폐지되었다. 다만 대부분의 주정부는 너싱홈의 시설 투자에 대한 재정지원을 계속하고 있다.

네덜란드에서는 고객이 현금 급여와 현물 급여를 선택할 수 있게 하는 개혁과 zorgkantoor (care office)가 고객과 공급자의 중간 역할을 하여 개인 고객을 대신해 공급자와 계약을 할 수 있게 하는 개혁 등을 통해 공급자간 경쟁을 활발히 하고 고객 중심의 서비스 공급을 확대하려 하고 있다(de Roo et al., 2004).

스웨덴에서 현재 장기요양에 대한 민간 공급 시장은 9개의 큰 회사가 70% 정도의 점유율을 가지고 지배적 역할을 수행하고 있다. 이들 회사는 단순히 공공시설에서 관리된 서비스를 제공하는 것 대신에 최근 몇 년간 그들 자신의 시설을 건립하기 시작하였다. 이러한 추세는 지방정부와 장기요양 계약을 하게 되면서 사업에 대한 예측 가능성이 커짐에 따라 더 급증하였다. 구매자/제공사 계약 제도는 개인에게 공급자를 선택할 자유를 한정된 측면이 있고 따라서 최근에 지방정부는 바우처를 도입해 민간과 공공 제공사 사이에서 선택이 가능하도록 하고 있다(Karlsson, 2004) 덴마크 역시 생산성과 질에 대한 관심이 증가하면서 민간 공급의 증가를 유도하고 있다.

영국은 1980년대에는 공공부문이 요양 공급의 63%정도 비중을 차지했으나, 민간 공급자에 대한 보조금(supplementary benefit)과 지방 정부의 민영화 선호 정책으로 민간 비중이 증가하여 1996년에는 너싱홈의 4분의 3정도가 민간부문이 되었고, 주거 시설의 절반 이상이 민간소유가 되었다(Healy, 2002). 이처럼 1980년대 민간 장기요양 사업자가 장기요양 서비스에 진입하는 것이 촉진되어 민간 케어 홈 등이 다수 설립되었으나 지방정부가 재정 압박에 직면하면서 민간 너싱홈 및 거주 홈에 제공하는 보조금을 적게 책정하게 되어 많은 민간 시설이 폐업하기도 하였다. 병상이 폐쇄되면서 어떤 지역에서는 시설에 대한 수요를 공급이 충족하지 못하는 곳도 생기고 있다 (Dixon, 2002). 미국은 비교적 시장을 통한 장기요양 서비스 공급체계를 가지고 있기 때문에 경제성이 있다고

판단되면 언제든지 민간기관이 자유롭게 장기요양 시장에 진출입할 수 있다.

## 6. 요양서비스 공급에 있어서 공공-민간의 역할 분담

### 가. 가치와 역사성

보건의료정책이나 장기요양정책 나아가 사회복지정책에 있어 효율성과 형평성간 어떻게 균형을 맞출 것인지는 그 나라의 이념, 가치관과 아울러 제도/정책들이 가지는 역사성에 의해 크게 영향을 받는다. 전통적으로 의료나 복지에서 국가의 책임이 강조되어 온 유럽에서는, 의료나 장기요양을 인간의 기본적인 권리 그리고 사회적 연대(social solidarity)의 제고를 위한 주요 도구로 인식되어 오고 있다. 또 소비자 무지가 크므로 의료나 요양서비스 분야에서는 개인의 기호보다는 의료나 요양서비스의 필요도나 전문가의 의견을 강조하고 공급에 있어서도 정부의 역할, 보건 장기요양 계획과 규제가 강조되고 있다. 하지만 미국과 같은 나라에서는 의료나 요양서비스를 소득재분배를 위한 효과적인 도구로 인정하지 않는다. 의료나 요양서비스에서도 완전하지는 않지만 소비자의 합리적 선택이 가능하여 시장에서의 경쟁이 사회적 효율을 증가시킬 수 있으며, 다양한 개인의 선호에 의해 여러 형태의 의료 및 요양서비스와 보험 상품이 제공되어야 한다고 믿기 때문에 의료나 장기요양 재원조달과 공급에 있어서 민간의 기능이 중심이 된다.

하지만 앞서 살펴본 바와 같이 장기요양 서비스 재원조달에 있어 민간부문의 역할은 제한적일 가능성이 높다. 실제로 OECD 선진국 중 미국을 제외한 대부분의 국가가 공적 재정 체계를 장기요양제도의 주요 재원으로 삼고 있다. 다만 공적 재원 체계가 건실히 세워진 다음 소비자 선택 증진을 위한 보조적인 수단으로 민간 보험 등 민간 재정을 도입하는 것을 고려할 수는 있을 것이다. 요양서비스 공급은 장기요양을 위한 공적재원체계의 성격과 밀접한 관계를 가지고 있다. 즉 장기요양재원체계의 선택에 영향을 미치는 많은 정치, 경제, 사회, 문화적 요인들이 장기요양 공급체계의 선택에도 비슷한 영향을 미치기 때문이다.

예를 들어 장기요양에 대한 공적재원체계가 사회보험인 경우에서보다 조세인 경우에서 공공 요양공급자의 역할은 더 크다. 하지만 최근의 추세는 사회보험 체계나 조세체계 모두 장기요양 공급에 있어서 민간의 역할을 증대하고 있다는 것이다. 이는 고령화의 지속적인 진전, 경제 수준 향상, 소비자 기대 향상 등에 따른 늘어나는 수요와 비용을 공공공급기관이 감당하기에는 공공 재정 압박이 너무 크고, 또 민간의 활성화와 경쟁을 통해 더 양질의 서비스를 효율적으로 제공하고자 하는 정책 목표와 관련이 있다.

#### 나. 의료와 장기요양

의료와 장기요양은 비슷한 점과 함께 많은 차이점을 가지고 있어서 두 부문에 있어서 공공제공체계의 역할 역시 다를 수 있다. 보건의료와 비교하면, 장기요양에서는 비교적 민간영리 그리고 민간비영리 기관의 역할이 상대적으로 더 크다. 즉 보건의료에 비해 장기요양에 있어서 공공공급자의 비중은 더 낮은데 이는 요양에서의 시장 실패의 정도가 보건의료에 비해 더 낮은 것과도 관련이 있을 수 있다. 장기요양보다는 질병과 의료문제를 더 중요한 즉 사회적인 위험 분산의 필요성이 더 큰 사회적 위험으로 인식하는 것이 아직까지는 주류라고 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 책임으로 대처할 가능성이 의료에 비해서는 상대적으로 더 높다. 또 젊은층의 생산가능 인력에게 의료문제가 생겼을 때에는 그 비용을 부담하기 위해 자산(예, 주택)을 소진하거나 여타 소비를 희생하는데 따른 기회비용이 매우 크기 때문에 재난성 의료비용에 대한 사회적 위험분산의 중요성은 매우 크다. 반면 노령인구에게는 장기요양비용을 커버하기 위해 본인의 자산을 처분하는 것을 사회적으로 용인할 수 있다. 나이가 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 견해도 있을 수 있다.

그리고 의료체계는 비교적 복지국가의 재정여력이 충분했던 시기에 도입된 제도인 반면 장기요양체계가 논의되고 도입된 것은 복지국가들이 큰 재정 압박을 받고 있는 시기이므로 장기요양을 대상으로 한 공공재원체계나 공공제공체계가 더 제한적일 수밖에 없을 것이다. 특히 의료와는 달리 장기요양의 경우 일단 시작되면 기능/건강의 회복에 의해 급여를 더 이상 제공할 필요가 없어지는 경우가 드물기 때문에 장기요양을 공적제도로 하는 경우 노령화와 함께 정부의 재정 부담이 지속적으로 증가할 가능성이 높다. 아울러 의료의 경우 의료전문가가 서비스를 제공하지만 노인에 대한 요양의 경우 가족과 같은 비전문가가 서비스를 제공할 수 있기 때문에 가족의 책임을 강조하고 대신 공공체계에 의한 노인요양의 필요성은 오랫동안 상대적으로 낮게 인식되어 왔다.

#### 다. 정책 수단

위에서 언급한 다양한 요인들이 장기요양 부문에서 정부의 개입과 역할을 결정하기는 하지만 구체적으로 어떠한 정책 수단을 통해 민간부문에 개입할 것인지는 추가적인 분석이 필요하다. 예를 들어 장기요양 부문에 있어 정부의 개입이 필요하다더라도 정부가 재원조달 과정에 개입할지 요양제공과정에 개입할지, 나아가 개입의 형태에 있어 규제자의 역할을 할지 직접 제공자의 역할을 할지 분석이 필요하다. 나아가 요양 공급의 공공성 증대도 공공요양기관의 수를 증대시킴으로서 달성할지 혹은 민간비영리 요양기관의 공익 기능에 대한 보상을 통해 추구하는 것이 더 효과적인지 고려해 보아야 한다. 민간요양기관의 행태에 있어서는 장기요양보험에서 어떠한 형태로 비용을 지불해주느냐가 매우 중요한 역할을 할 것이다.

우리 나라의 경우에는 보건의료에 있어서도 민간의 비중이 크기 때문에 경로 의존성이 있어 장기요양 공급에 있어 공공의 비중을 획기적으로 늘리기는 어려울 것이다. 다만 민간 장기요양 기관이 활성화되고 공익적 역할을 수행하면서 사회 후생을 증진시킬 수 있도록 제반 정책 및 환경적 요소가 뒷받침된다면, 재정은 공공부문이 주도하되 공급은 민간의 역할을 강화하는 방법으로 효율적

이고 형평적이며 양질의 장기요양 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 하지만 보건의료에서도 명목상 비영리 기구인 대부분의 보건의료 공급자가 공익적 역할을 제대로 수행하지 못하고 있는 한국의 상황에서 장기요양 공급영역에서 영리 민간 조직이 지나치게 우세하게 된다면 그 득보다는 형평성 저하, 거시적 효율성 저하 등 잃을 것이 더 많을 수 있으므로 합리적인 역할 분담 및 균형적인 발전 계획이 필요하다.

#### 라. 공공 공급자의 역할

공공 공급자의 역할은 우선적으로 시장 실패가 생기는 분야에서 그 중요성이 더욱 커질 것이다. 보건의료에 비해 그 가능성이 적기는 하지만 장기요양 서비스 역시 소비자 무지, 독점의 문제 등 시장 실패의 가능성이 있다. 예를 들면 특정 지역에 독점 사업자가 생기면 가격 상승, 서비스 공급 저하 등 사회 후생 손실이 발생할 우려가 있다. 이를 완화하는 선의의 대리자 역할을 공공 공급자가 수행할 수 있을 것이다. 또한 소비자 무지에 대한 문제점을 경감하기 위해 요양표준지침(guideline)의 마련과 실행, 소비자에게 정보 제공 등의 역할을 공공 공급자가 선도적으로 수행할 수 있을 것이다.

또한 형평성 제고와 사회안전망 구축을 위한 역할을 수행할 수 있다. 민간 공급자는 공적 재정에 의해 소비자의 구매력이 충분하다고 판단되어야 시장에 진입할 것이다. 비록 장기요양에 대한 공적 재정 체계가 갖추어졌다하더라도 여전히 취약계층은 존재하고 본인부담금 등에 의해 사각지대는 존재할 것이며 이들의 구매력은 다른 계층보다는 떨어질 수 있다. 민간 공급에만 맡길 경우 이런 계층, 지역에 대한 공급이 부족해질 수 있다. 이러한 틈을 공공 공급자가 메울 수 있을 것이다.

또한 공공 공급자는 정부 정책 설계와 집행에 중요한 투입 요소를 제공할 수 있다. 새로운 정책(예를 들면 장기요양 수가 체계의 변화)을 도입함에 있어 이를 모든 장기요양 공급자에 적용하기에 앞서 시범사업을 통해 정책의 긍정적 효과와 부정적 효과를 점검하는 것이 필요할 때 공공 공급자가 그런 정책의 우



선적인 적용 대상이 됨으로써 정부 정책에 기여할 수 있을 것이다. 또한 정부 정책 수립 시 유용한 정보를 줄 수도 있다. 예를 들면 장기요양 서비스의 원가를 산정할 때 민간 기관을 통한 것보다 공공 기관을 통한 원가 산정이 좀 더 유용할 것이다.

#### 마. 비영리 민간 공급자의 역할

비영리 민간 공급자는 공공 공급자와 영리 민간 공급자의 중간자적 역할을 수행할 수 있을 것이다. 영리 민간 조직이 소홀히 할 수 있는 공익적 역할을 수행하되 공공 조직보다는 좀 더 효율적이고 질 높은 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 하지만 이런 목적을 달성하기 위해서는 비영리 민간 조직을 규제할 수 있는 적절한 인센티브가 필요하다. 적절한 인센티브가 없고 그 인센티브가 왜곡된다면 비영리 민간 조직은 공공 조직과 영리 민간 조직의 단점만 보여주는 중간자적 조직 역할을 할 가능성도 있다.

정부는 민간비영리요양기관의 공공성 강화를 유인하기 위해 다양한 정책 수단을 사용할 수 있는데, 민간비영리요양기관의 자본금에 대한 보조를 통해 민간요양기관의 공공성을 강화할 수 있다. 초기 설립 시 자본금 지원, 시설·장비 개편의 지원, 경쟁력이 약한 중소 병원의 요양병원 혹은 요양기관으로의 전환 지원 등이 그 예가 될 수 있다. 정부가 자본금을 투여한 지분만큼 비영리민간요양기관 운영의 일부분을 담당하여 운영을 견제하거나, 자본금 투여의 조건으로 이사회 구성(지역사회 공익을 대표하는 인사의 참여 등)과 운영의 투명화, 이사회의 역할 강화를 요구하여 비영리기관으로서의 공익적 역할을 충실히 수행할 수 있게 운영 구조를 개편하도록 유인할 수 있다.

민간요양기관의 공공기능 확대에 있어서, 조세혜택을 받는 대신 지불능력이 부족한 계층에 대해 무료 서비스 제공, 서비스 비용의 할인, 서비스 비용의 장기 분할 납부 등의 혜택을 제공하는 것을 고려해 볼 수 있다. 그렇다면 가난한 사람들을 위해 형평성을 높이는 방법은 반드시 공공요양공급기관 만이 아니라, 민간요양기관중 비영리를 표방할 수 있게 하고 이들 비영리요양기관에 대해 공

공적 성격의 역할을 수행하도록 의무화하는 것도 고려할 수 있다. 이러한 비영리요양기관이 제공하는 편익은 사실 공익을 증진시키는 것이므로, 구체적인 공익적 활동의 수행 여부에 따라 사후적으로 지원을 할 수도 있을 것이다.

#### 바. 영리 민간 공급자의 역할

공공 조직의 경우 그 조직의 특성상 경쟁의 부재, 성과 측정의 어려움 등으로 비효율적 운영과 관료화 같은 문제가 발생할 가능성이 높다. 따라서 장기요양 공급을 모두 공공 부문에 맡길 경우 비용 증가, 서비스 질 감소 등 사회적 비효율이 나타날 우려가 있다. 그리고 장기요양 서비스는 건강과 다르게 위급성이 있거나 치명적인 문제가 아니기 때문에 보건의료나 교육처럼 특별한 평등주의(special egalitarianism)가 지배적으로 적용된다고 보기 어렵다. 즉 기본적인 장기요양 서비스는 모두에게 형평적으로 제공되어야 한다는 사회적 합의가 있을 수 있으나 그 이상의 서비스에 대해서 좀 더 능력이 되는 사람이 그 능력에 따라 더 다양하고 더 질 높은 서비스를 이용하는 것 역시 사회적으로 용납되기 쉽다. 외국의 경우에도 장기요양의 공급에 있어서는 공공부문보다는 민간부문의 역할이 더 커지는 것이 보편적이다.

따라서 장기요양에 있어서 영리공급자를 금지할 필요는 없다. 외국의 경우에도 장기요양서비스 공급에 있어서 영리기관을 금지하는 경우는 많지 않으며, 특히 요양시설에 대해서 영리공급자를 금지하더라도 지역사회중심의 요양서비스 제공자의 경우에는 영리공급자를 금지하는 경우가 없다. 민간영리공급자는 다양한 서비스를 이용하고 싶은 구매력 높은 소비자의 수요를 충족시켜주는 역할을 할 수도 있고 또한 경쟁을 통한 기술 개발, 경영 혁신 등으로 효율적인 자원 배분을 달성할 수 있을 것이다. 물론 영리공급자가 장기요양공급체계에서 가장 주도적인 역할을 하는 것은 바람직하지 않지만, 소득 증가와 노인 경제 수준 증가에 맞춰 장기요양 서비스를 부가가치가 높은 새로운 산업으로 육성할 수 있을 것이고 이에 따라 고용 창출 및 경제 발전에 기여할 수 있을 것이다.

## 7. 소결

장기요양서비스의 제공에 있어서 공공과 민간의 역할은 복지국가의 역사성, 여타 사회보장 정책과의 관계, 장기요양서비스 재원조달체계 등과 밀접한 관련이 있다. 복지국가의 전통이 강한 나라에서는 조세에 기반한 장기요양서비스 재원조달체계를 가지고 있으며 제공체계 역시 공공기관에 크게 의존하고 있다. 사회보험체계를 근간으로 하는 복지국가들은 장기요양에 대한 재원조달 역시 사회보험제도에 기반하고 있고 장기요양서비스는 민간과 공공이 혼합된 체계에 의해 제공되고 있다. 다만 이러한 사회보험 국가에서는 민간 장기요양 공급체계에 있어서 영리기관의 역할은 미미하다. 반면 장기요양재원조달에 있어서 공공부분의 역할이 크지 않은 미국에서는 장기요양 제공체계 역시 민간부문이 중심이 되고 나아가 영리민간기관의 비중도 상당하다. 따라서 장기요양서비스 제공체계에 있어서 공공-민간의 역할은 복지국가의 철학과 역사성에 의해 크게 영향을 받음을 알 수 있다.

OECD 선진국들의 경우 미국을 제외하면, 장기요양에 대한 재원조달은 조세나 사회보험과 같은 공적체계에 의존하고 있지만 장기요양 제공은 공공과 민간의 역할분담이 더욱 중요해지는 추세이다. 이는 조세에 기반한 장기요양제도의 경우 정부의 재정 부담 감소와 장기요양제공의 효율성 제고를 목표로 하는 경우가 많다. 사회보험 국가의 경우에는 사회보험의 중요한 특성중 하나가 보험자에 의한 서비스 구매자 역할의 강화이므로, 공공과 민간을 혼합한 장기요양 제공이 요양제도의 초기부터 자연스레 이루어져왔다. 우리나라의 경우에도 의료나 사회복지 제공체계에 있어서 민간기관들이 수행해 왔던 중요한 역할들을 고려하면, 재원조달은 공공중심체제로 설계하더라도 공급체계는 공공과 민간의 혼합 모형을 추구해야 할 것이다. 공공요양기관은 요양의 질 향상이나 표준의 제시 등을 통해 시장에서 민간요양기관을 선도하고 규율할 수 있어야 할 것이다. 특히 민간요양기관에 대해 수발보험에서 지급할 요양 수가의 규제나 협상에 있어서 공공요양기관의 역할이 중요할 것이다.

수발보험 도입 초기에는 요양기관이 부족할 가능성이 높으므로 민간요양기관

의 진입을 활성화할 경제적 유인이 필요할 수 있다. 하지만 수발보험이 수발 니드를 가진 노인들의 구매력을 향상시킬 것이므로 장기적으로는 (별도의 진입 장벽이 없는 한), 의료보험의 역사에서 보듯이, 민간요양기관들이 시장에 충분히 진입할 가능성이 높다. 따라서 민간요양기관 진입에 대한 과도한 경제적 유인의 제공은 자칫 요양기관의 과다 공급을 야기하고 이는 또 지나친 시설화의 경향을 초래할 수 있으므로 민간요양기관에 대한 경제적 유인의 종류와 수준에 있어서 신중한 접근이 필요하다. 또 정부가 민간요양기관에게 보조금 지급과 같은 경제적 유인을 제공하는 경우 민간요양기관이 그에 상응하는 공익의 제고 기능을 수행해야 함을 주지하여야 한다. 또 장기요양서비스 제공에 있어서 민간-공공 혼합을 추구한다면 영리민간공급자에 대해서도 진입을 허용하는 것이 바람직하다고 생각된다. 즉, 장기요양에 대한 공공재원체계를 통해 기본적인 수준의 요양에 대한 접근도를 보장해 준다면, 그 수준 이상의 요양서비스에 대해서는 다양한 형태의 영리/비영리 민간제공기관들이 다양한 수준의 요양서비스를 제공할 수 있을 것이다. 특히 요양서비스가 생명과 직결되기보다는 삶의 질과 관련된 측면이 많으므로 제공체계에 있어서 다양성이 필요할 것이다.

## 제 2 절 서비스 기능의 분화와 통합

본 절에서는 OECD 국가들의 장기요양 서비스에 대한 심층적 비교분석을 위해 각국의 장기요양 서비스들의 최근 경향인 통합적 장기요양체계 구축에 대한 논의가 이루어지겠다. 의료, 복지 및 주거 등의 복합성을 주요 특성으로 하는 장기요양 서비스는 국가별로 여러 영역들의 다양한 연계방식으로 발전해왔다. 특히 1990년대 이후 서비스의 탈시설화 및 재가요양의 강조로 장기요양 제정의 안정화에 주력해온 많은 OECD 국가들은 의료적 특성이 강한 요양서비스와 사회복지적 특성이 강한 요양서비스들 간의 연계 또는 통합 방식에 주목해왔다. 각 국가의 장기요양 서비스들 간 연계 및 통합방식은 장기요양 제도의 재원조달 및 전달체계 방식에 영향을 받으며 발전해왔다.

이러한 맥락에서 본 절에서는 다음 세 가지 사항에 대해 집중적인 논의가 이루어지겠다. 첫째, 장기요양 서비스의 연계의 필요성에 대한 이론적 고찰에 대해 살펴보겠다. 서비스의 연계성에 대한 필요성에 대해 여러 가지 관점에서 살펴보고 최근 OECD 장기요양 서비스의 경향들에 나타나는 주요 개념들에 살펴 보겠다. 특히 연계의 필요성은 이상적인 서비스 제공과 관련되는 통합의 논의에 필수적인 분석틀을 제시해 준다. 둘째, 통합적 케어(integrated care)의 구성요소들을 국가별로 비교해보고, 케어의 연속망(continuum of care)의 구성을 위한 OECD 국가들의 노력을 살펴보겠다. 마지막으로 이러한 통합적 케어 구축의 중요기제인 케어 매니지먼트 체계에 대해 각 국가들의 예를 통해 고찰해 보도록 하겠다.

## 1. OECD국가 장기요양 서비스 변화의 주요 개념과 서비스 연계의 필요성

장기요양 서비스는 그 서비스가 갖고 있는 속성상 다양한 영역간의 서비스가 복합적으로 제공되어진다. 즉 장기요양 서비스의 발달과정이 독자적으로 이루어져 왔다기보다는 크게 의료, 복지, 주거 서비스 등의 발달이 먼저 이루어진 상태에서 각각의 영역들의 연계를 통해 오늘날 장기요양 서비스가 이루어져 왔다는 점이다. 따라서 서비스의 연계·조정·통합은 장기요양 서비스의 기본적인 속성으로 따로 연계의 필요성을 제기하는 것 자체가 불필요하게 보일 수도 있다. 그러나 오늘날 많은 국가들의 고민 중 한 가지는 장기요양 서비스 제공에 있어 연계·조정·통합이 적절히 이루어지지 못해 발생하는 장기요양 서비스 체계의 분절성이나 단편성에 있다.

본 연구에서는 장기요양 서비스 연계·조정·통합의 필요성을 다음의 세 가지 차원에서 살펴본다. 즉, 장기요양 서비스 연계·조정·통합의 필요성을 서비스의 정의에서 나타나는 장기요양의 특성, 이상적인 서비스의 구축과 관련된 케어의 연속망(continuum of care) 구축, 소비자 지향 및 서비스 선택(consumer direction and choice)의 경향이라는 라는 세 가지 영역에서 살펴보기로 하겠다.

## 가. 장기요양 서비스 의 특성에서 나타난 연계의 필요성

장기요양서비스는 여러 학자나 연구진 등에 의해 다음과 같이 정의 된다. OECD(2005)는 장기요양(long-term care)를 장기적인 기간동안(extended period of time) 기본적 일상생활동작(ADLs: Activities of Daily Living)에 도움을 필요로 하는 사람들에게 제공되는 일련의 서비스(a range of services)로 정의한다. 또 Kane과 Kane(1987)은 장기요양을 장기적으로 기능에 제한을 받고 있는 사람들에게 공식적 또는 비공식적으로 기능적 독립성을 최대한 지지해주는 의료적, 사회적, 개인적인 일련의 서비스로 정의 되어진다. Morris 등도(1998) 장기 요양을 독립적으로 기본 일상 동작을 수행하지 못하는 정도의 신체적 기능장애를 가진 자들에게 제공되는 다양한 유형의 서비스로 보았다.

이러한 정의들을 통해 알 수 있는 장기요양 서비스의 공통적인 특성은 크게 세 가지로 볼 수 있다. 일련의 서비스(a range of services), 일상생활동작(ADL)에 대한 지원(help with basic ADL, 상대적으로 장기적인 일정의 기간(a period of time or extened period time)이 서비스의 정의에 나타난다. 따라서 장기요양서비스는 대상자의 의료 및 복지에 대한 욕구와 개인적 수발 욕구를 포함한 다양한 욕구를 충족시키기 위한 전문적인서비스부터 상대적으로 비전문적이지만 집중적인을 노동을 요하는 업무들까지를 포함하는 '복합성'을 주요 특성으로 한다. 그러나 이 복합성으로 인한 장기요양의 체계의 조직, 재정, 서비스 전달체계 등의 단편화(fragmentation) 현상은 장기요양 제도에 가장 중요한 문제점으로 지적되고 있다(Estes and Close, 1998). 서비스의 정의에서 나타는 연계의 필요성을 장기요양 서비스를 구성하고 있는 세부 영역들을 통해 살펴보면 다음과 같다.

장기요양 서비스는 단지 한 두가지의 서비스가 아니라 여러 가지 성격의 서비스의 복합체이며, 대부분의 대상자들은 여러 가지 서비스들을 필요로 한다. 현재 OECD 국가들에서 나타나는 장기요양 서비스를 구분해보면, 서비스의 특성과 제공장소에 따라 <그림 1>과 같이 구분된다. <그림 1>은 비록 미국의 예이지만 다른 국가들도 명칭이나 프로그램 운용의 차이는 있지만 대략 이러한 범주에서 볼 수 있다. 우선 장기요양의 서비스는 의료적 특성(medically-oriented

care)과 사회복지적 특성(socially-oriented care)의 서비스들로 구분될 수 있다. 이러한 구분은 장기요양 서비스의 의료적 특성 정도에 의한 서비스의 구분으로 급성케어(acute care)와 유사한 의료관련 인력이 필수적인 서비스들은 의료적 특성이 강한 서비스들로 볼 수 있다. 또 다른 장기요양 서비스의 구분은 서비스 제공의 장(setting)이나 대상자의 거주 장소에 의해 시설요양(institution-based care)과 재가요양(home- and community-based care)으로 구분되어 진다. 1980년대 까지 OECD 국가들의 장기요양 서비스 구성의 대부분은 시설요양으로 이루어졌다. 이후 시설요양의 대안으로 많은 재가요양서비스들과 그 대상자가 증가하고 있다.

서비스 연계의 필요성을 논의하기 위해 의료적 특성과 사회복지적 특성의 장기요양서비스들을 세 가지 특징에서 비교 분석해 보면 다음과 같다.

첫째, 의료적 특성의 요양서비스들은 각 국가들의 의료보장(의료보험, 의료부조, 보편적 사회보장지원)의 재원에서 재정적 지원을 받는다. 의료적 특성의 장기요양 서비스들은 미국의 경우 Medicaid나 Medicare, 영국의 경우 NHS, 스웨덴, 노르웨이 등의 보편주의적 의료보장재원에서 재정적 지원을 받는다. 일본, 독일, 네덜란드의 경우는 장기요양을 위한 사회보험이 별도로 시행되어 운영된다. 바로 이러한 점 때문에 요양보장 재원이 별도로 지정되지 않은 많은 OECD 국가에서는 장기요양 대상의 증가가 의료보장 재정의 심각한 부담으로 남고 있다. 사회복지적 특성의 서비스들의 경우는 장기요양 재원이 있는 경우 재정적 지원을 받고 있으나 그렇지 않은 경우는 사회복지 재원에서 지원을 받고 있는 경우가 많다. 중요한 것은 요양서비스의 대상자는 두 가지 특성의 서비스들을 동시에 필요로 하는 경우가 많다는 점이다. 따라서 독립적인 재원이 없는 경우 재정의 분절성은 서비스 운용의 제한을 가져올 수밖에 없다.

둘째, 핵심 서비스제공 인력의 차이이다. 의료적 특성의 서비스들의 주요 대상자들은 급성의료케어에서 치료 및 간호를 우선적으로 받은 경우나 의료적인 문제가 발생한 경우가 많다. [그림 4-2-1]의 의료적 특성의 요양의 범주에 들어가는 서비스들은 간호사나 재활전문가들이 핵심 서비스 제공 인력으로 활동한다. 반면에 사회복지적 특성의 요양서비스는 사회복지인력이나 간병, 가사보조, 레

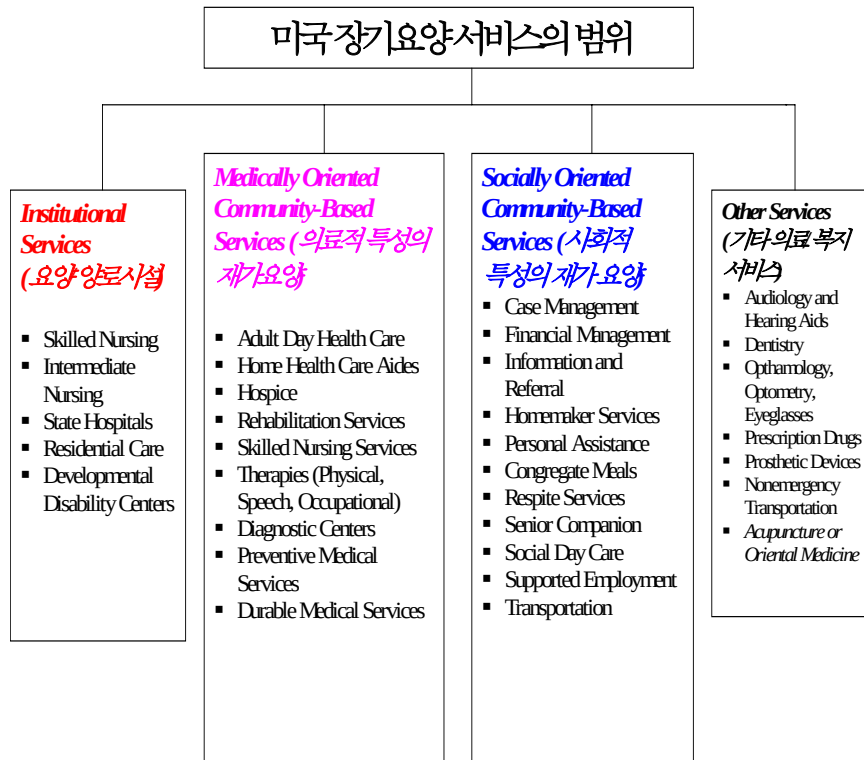
크리에이션 담당자 등의 인력들이 주요 서비스제공인력이 된다. 그러나 실제 서비스 제공에 있어서는 다양한 인력들의 상호협력이 필수적이다.

셋째, 전통적으로 의료적 특성 서비스들은 시설요양에서 사회복지적 특성 서비스들은 재가요양에서 제공되어왔던 과거 장기요양이 의료적 특성의 재가요양 범주의 서비스들이 증가로 최근 변화되고 있다. 이 범주에 들어가는 서비스들은 시설요양 대상자의 재가요양지원을 통해 재가요양의 시설 대체효과를 강조해온 OECD 국가들의 전략에 따라 최근 크게 증가하고 있다. 그러나 비용효과에 대한 논의는 여전히 쟁점을 보이고 있다. 경제적인 측면과 관련하여 재가요양 평가연구들은 재가요양이 시설요양보다 실제 비용 절감효과가 높지 않고 오히려 비용의 증대를 가져왔다는 결과를 보여주었다(Capitman, 1986; Greene, Lovely, & Ondrich, 1993; Weissert & Hedrick, 1994; Weissert, Lesnick, Musliner, & Foley, 1997). 이러한 주장은 재가요양의 시설보호에 대한 대체성과 보완성에 관련된 논의로 볼 수 있다(김찬우, 2004, 재인용). 즉, 전체 비용감소를 위해서는 시설요양 수준의 重症 재가노인들이 재가요양의 주 대상이 되어야 하며, 또한 단기 시설보호나 시설 역제의 효과를 측정할 수 있는 분명한 기준이 있어야 함에도 불구하고, 이 당시 평가된 재가요양서비스에는 이러한 점들이 고려되지 못하였다. 예를 들어, 재가요양 수혜자들이 악화된 건강에도 불구하고 시설에 가지 않는 다든가, 반대로 단기간 재가 요양 이용 후 건강상태와 상관없이 바로 시설에 갈 경우, 재가요양 서비스는 시설요양의 추가적 기능으로만 존재하여 실제 요양 관련 지출 비용은 증가된다는 점이다. 재가요양이 충분한 시설보호의 대체성을 가질 때 비용절감의 효과를 볼 수 있거나, 보완적인 현 재가 요양 서비스들로는 비용에 관해 부정적인 입장이 나올 수 밖에 없다는 것이 위 연구들의 대표적인 주장이다.

지금까지 논의는 장기요양 서비스는 일련의 서비스들로 구성되어 있으므로 한 대상자에게 서비스 제공의 효과성을 제고하기 위해서는 서비스의 연계가 필수적이라는 점을 보여준다.



[그림 4-2-1] 미국 장기요양 서비스의 범위



출처: Institute for Health and Aging, US, 2005

\* [그림 4-2-1]에서 제시되고 있는 서비스는 한국에 없는 서비스들이 많아 영어 명칭을 그대로 사용하였으나 몇 가지 주요한 서비스들을 번역해보면

- 1) skilled nursing facility - 전문요양시설, intermediate nursing facility -요양시설
- 2) adult day health care- 주간요양보호, 보다 더 의료적 서비스를 강화하고 Medicaid에서 재정지원을 받는다는 측면에서 사회적 케어 특성의 senior day care와는 다름. 한국의 “주간보호센터”는 미국의 adult day health care와 senior day care의 중간적 형태를 취하고 있음
- 3) Preventive medical service - 예방보건서비스
- 4) Home health care aides - 방문간호(보조)서비스
- 5) Homemaker service - 가사지원서비스

## 나. 통합적인 장기요양 서비스제공을 위한 연계의 필요성

1990년대부터 두드러진 OECD 국가들의 장기요양 정책의 변화들은 요양서비스 이용자, 요양서비스 공급자, 장기요양 비용 지불 주체 및 정책결정자들 모두 여러 가지 딜레마들의 해결을 위한 과정으로 볼 수 있다. 미국의 경우, 장기요양 정책의 재정관련 분석가들은 미국이 장기요양 제도 관련 공적 재정주<sup>6)</sup>의 위기와 관련해 장기요양에 대한 미래 욕구를 요양 서비스에 대한 공적 재정의 수가상환률(reimbursement rate)이 현 재정상태 수준에서 수용할 수 없을 만큼 높아지고 있음을 우려하고 있으며, 장기요양 정책의 효능 분석가들은 지난 수 십 년 간 시설위주의 장기요양 서비스로 인해 서비스들이 고단위비용의 의료화 되었고, 다양한 요양 서비스 전달체계가 분절화 되었으며, 비용효과와 질적인 면에서 적절하지 못하여 전반적으로 케어 수준이 떨어지고 있음을 걱정한다(Kodner, 1996).

유럽의 여러 국가들에서도 고령화로 인한 장기요양 서비스 대상의 증가와 이에 대한 의료 및 요양 제도에 대한 정부 재정의 압박은 주요 사회 정책 현안으로 대두되었다(Morris & Caro, 1998). 이들은 비용효과가 높은 재가 및 지역사회 중심의 요양 모델 개발에 주력하며 다음과 같은 변모를 꾀하고 있다(Colman, 1995; OECD, 1998). 첫째, 요양시설의 새로운 건설보다는 대안적 주거시설의 보급과 확대에 주력하고 있다. 이러한 변화는 노인을 위한 특정한 주택 건설과 일반주택의 개조를 통해 이루어지게 된다. 둘째, 지역사회가 거주 노인들의 다양한 장기요양 수요에 부합할 수 있도록 서비스 전달과 제공을 책임지도록 하고 있다. 셋째, 지역사회 중심의 재가 요양이 좀더 효과적으로 관리될 수 있도록 사례관리 또는 케어 매니지먼트의 효율성 증진에 치중하고 있다. 이러한 변화의 핵심 사항은 다양한 재가요양 서비스들간의 연계를 통해 서비스 효과성을 증진하여 시설요양의 대체를 이루려는 데 있다.

이러한 변화 목표달성을 위해 다양한 의료 및 사회복지 서비스들의 성공적인 전달전략으로 등장한 것이 케어의 연속망(continuum of care)의 구축이다. 오늘

주6) 미국의 장기요양 관련 주요 공적재원은 65세 이상에게 지급되는 건강보험형태의 Medicare와 소득기준에 의한 공적부조의 일원인 의료급여 형태의 Medicaid가 있다.

날 OECD국가들의 장기요양 제도에서 케어의 연속망은 장기요양 서비스의 이상적인 대안으로 등장하였다. 케어의 연속망은 고령화로 인해 다양한 장기요양 욕구를 가진 대상의 증가에서 비롯되었다. 즉, 과거 비공식적 케어나 가사보조원의 단순한 재가복지 서비스에서 바로 시설요양으로 넘어가던 대상들과는 달리 오늘날 많은 장기요양 대상 고령자들은 보다 자신의 욕구에 맞는 재가요양 서비스에 대한 요구가 강하게 나타났고, 제도설계자들도 시설요양의 고비용으로 인한 재정압박의 감소를 위해 보다 저비용의 재가요양의 공급망 확충에 노력하게 되었다. 따라서 시설 안에서 통제와 조정이 용이했던 많은 서비스들이 지역사회를 중심으로 등장하게 됨에 따라 다양한 재가요양 서비스들의 통제와 조정이 필수적으로 대두되었으며 이러한 다양한 서비스들을 각 개인별 욕구에 부합시키기 위해 등장한 개념이 케어의 연속망이 되었다. 따라서 이 케어의 연속망의 구축을 위해서는 장기요양 서비스들간의 연계가 필수적인 기제가 되었다.<sup>주7)</sup>

케어의 연속망 구축의 필요성을 대상자의 욕구 중심에서 비교해보면 <표 4-2-1>과 같다.

주7) 케어의 연속망에 대한 보다 심층적인 논의는 본 절의 두 번째 부분인 ‘통합적 장기요양 제도에서 구체적으로 다루어지겠다.

〈표 4-2-1〉 케어의 연속망 관점에서 본 뇌졸중(stroke)과 치매환자를 위한 필요서비스

| 요양서비스기간 내의 필요한 서비스 유형 | 서비스를 통해 가능한 혜택유무         |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | 뇌졸중(stroke)              | 치매                       |
| 위험관리를 통한 예방           | 있음                       | 없음                       |
| 투약을 통한 증세조절           | 제한적                      | 제한됨                      |
| 투약을 통한 기능회복           | 제한적                      | 없음                       |
| 물리치료를 통한 기능회복         | 있음                       | 없음                       |
| 독립생활을 위한 작업치료         | 있음                       | 없음                       |
| 자가회복을 위한 상담·교육        | 있음                       | 매우 제한적                   |
| 가족수발자를 위한 상담·교육       | 있음                       | 필수적                      |
| 퇴원후 외래 진료             | 있음 (단, 병원치료가 필요한 경우)     | 적용되지 않음                  |
| 재가 대인 서비스             | 있음 (단, 케어제공이 집에서 가능한 경우) | 있음 (단, 케어제공이 집에서 가능한 경우) |
| 요양시설입소                | 재가서비스 만으로 부족한 경우         | 재가서비스나 수발가족의 한계가 있는 경우   |
| 호스피스케어                | 심각한 상태(죽음이 임박한 정도)       | 있음                       |

출처: 재인용 OECD (2005), p35.

뇌졸중과 치매는 고령과 관련된 장기요양이 필요한 대표적인 예이다. 뇌졸중 환자의 경우는 신체기능을 회복하기 위한 지속적인 재활서비스가 요구되며, 상태가 심하지 않은 경우는 자신의 집에서 케어가 가능하다. 반면, 치매의 경우는 급성기치료(acute cure)보다는 수발을 담당하는 수발제공자에 대한 상담과 교육이 중요하다고 볼 수 있다. 이 때 케어의 연속망은 요양서비스 기간내 필요한 서비스 유형들을 전부 연계하거나 통합한 것으로 볼 수 있다.

재정과 전달체계의 통합을 통한 케어의 연속망 구축의 정책 목표는 다음과 같이 요약될 수 있다(OECD, 2005).

첫째, 다양한 종류의 서비스를 연계한 케어의 연속망은 서비스 대상자나 수발 가족이 어떠한 시점에 요양체계에 들어와도 서비스 이용의 혜택이 가능하게 만든다. 특히 재가대상자는 여러 가지 복합적 서비스를 한 번의 체계 진입에 종합적으로 이용할 수 있다.

둘째, 서비스나 서비스 제공기관간의 이전을 통합관리하므로 서비스 이용자의 상태가 변하거나 새로운 서비스를 원할 때 전체적인 관리가 이루어진다. 자신의 가정, 병원, 요양시설간의 진입이 보다 유연하게 이루어진다.

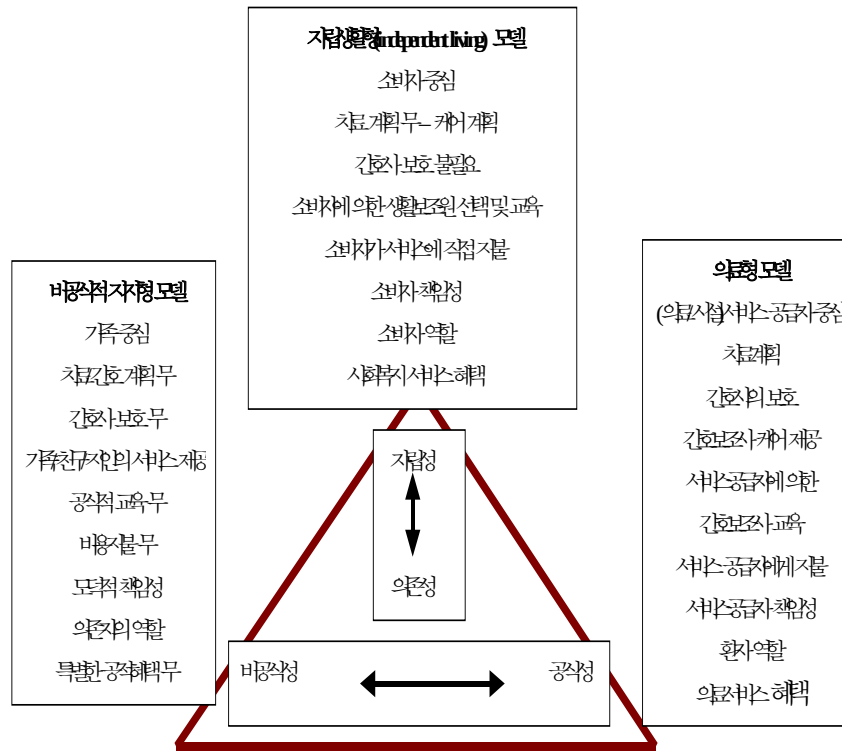
#### 다. 소비자 지향주의

OECD 국가들의 또 다른 변화 중 하나는 소비자 지향주의(consumer-direction)의 강조로 인한 서비스 대상자의 공적 서비스들의 선택의 폭을 넓혀 나가는 데 있다. 과거 공적요양 서비스들은 대상자들을 환자나 복지수급자로 규정하고 한정적인 서비스를 지정하는 성향이 강했다. 그러나 오늘날 다양한 재가요양 서비스의 확대와 다양한 욕구충족 전략은 대상자를 요양서비스의 소비자로서 여기고 케어 플랜의 선택에 초점을 둔다. 특히 최근 현금급여(cash benefit)의 증가 추세는 이러한 선택을 가능하게 하고 있다. OECD(2005) 보고서에 의하면 현재 장기요양 서비스관련 현금급여를 조금이라도 제공하고 있는 국가로 호주, 오스트리아, 독일, 헝가리, 룩셈부르크, 폴란드, 스위스, 영국으로 나타났다. 이러한 경향은 일본, 네덜란드<sup>주8)</sup>, 미국 등에서도 고려 중이다. 따라서 현금급여를 제공받는 요양대상자의 소비자로서의 서비스 선택은 서비스 공급망 구축의 변화에서 중요한 부분으로 나타나리라 본다.

장기요양 대상자의 소비자로서의 역할을 장기요양 모델과 관련하여 보다 구체적으로 살펴보면 [그림 4-2-2]에 나타난다.

주8) 네덜란드의 경우는 “개인별 예산(personal budget)”방식을 사용하고 있다. 이 방식은 개인별 예산을 정하고 그 한도 안에서 현금과 현금급여를 제공받을 수 있는 기제이다. 2003년 0.8%의 65세 이상 고령자가 이 방식을 사용하였고, 7.4%는 공식적인 재가요양서비스를 받은 것으로 나타났다(Lundsgaard, 2005).

[그림 4-2-2] 장기요양 모델과 대상자의 역할



출처: Dejong and Wenker, 1981

전통적인 장기요양 서비스 체계에서는 비공식적 지지형과 의료형 모델이 장기요양 서비스 모델로 여겨져 왔으나 점차 어느 정도 자립성이 있는(독립적인 생활에 약간의 제한이 있는) 대상이 증가함에 따라 자립생활형 모델의 역할이 장기요양 체계내에서 중요해 졌다. 이 자립생활형모델에서는 서비스 대상자의 소비자로서의 역할이 강조됨을 알 수 있다. 케어 플랜의 작성에서 소비자의 역할과 선택이 다른 두 모형보다 강하게 나타난다.

이러한 소비자기향주의의 강조로 통한 장기요양서비스 선택의 필수조건은 서

비스의 연계에 있다. 소비자들의 케어 플랜은 단지 한 두가지의 서비스로 구성된 것이 아니다. 그러나 서비스 제공자나 비용관리자의 측면에서는 원하는 서비스들만을 제공하기가 쉬운 것은 아니다. 따라서 서비스를 요양욕구의 기준에 맞는 패키지(package)로 제공하게 되고 이러한 경우 서비스의 연계 및 통합이 필수적으로 요구될 수밖에 없다.

## 2. 통합적 장기요양제도

### 가. 통합적 케어

#### 1) 통합적 케어의 개념

이 부분에서는 앞서 제기되었던 장기요양 관련 여러 가지 딜레마들을 해결하기 위한 OECD국가들의 서비스 통합에 관한 노력들을 살펴보기로 하겠다. 고령화로 인한 장기요양 비용의 급증을 막고 대상자에 보다 효과적인 서비스 전달을 위해 OECD 국가들이 공통적으로 관심을 보이는 것이 통합적 케어(integrated care)의 전달이다.

WHO(2003)에 의하면 통합적 케어는 “치료(cure)와 케어영역 간의 또는 각 영역 내의 재정, 행정 및 서비스 공급 차원의 연결성(connectivity), 적소배치(alignment) 그리고 협동적 노력(collaboration)을 구축하기 위해 설계된 케어 모델이나 정책”으로 정의 된다. 통합적 케어제공의 기본 목적은 첫째, 케어의 질과 삶의 질을 증진시키고, 둘째 다양한 공급자와 케어 체계들이 요구되어지는 서비스 대상자의 복합적 문제해결을 위해 서비스 체계의 효율성을 증진시키는 데 있다.

통합적 케어의 개념은 장기요양 서비스에만 국한되는 것은 아니나 장기요양 서비스가 의료적 케어와 사회복지적 케어의 특성을 동시에 갖고 있고 장기요양 서비스의 대상자가 복합적인 케어의 욕구를 갖고 있어 통합적 케어의 논의는 장기요양 서비스 통합과 관련된 기본적 개념이 된다. 특히 지역사회에 거주하는 허약(frail) 노인(이하 재가허약노인)들은 현재 산발적이며 분절적인 장기요양 서비스의 가장 큰 피해 집단이며 동시에 이 통합적 케어에 의한 혜택을 가장

크게 누릴 수 있는 집단이다. 재가허약노인들은 지속적인 의료적 문제와 독립적인 생활의 장애를 동시에 갖고 있는 경우가 많아 의료적 서비스와 사회복지적 서비스를 동시에 요구하고 있기 때문이다(Kodner, 2000).

그러나 많은 국가들의 이러한 통합적 케어의 관심, 필요성 및 수요의 폭발적 증가에도 불구하고 국가들이 해결해야 할 과제는 다양한 영역에 걸쳐있다. 종합적인 요양욕구평가체계 도입, 요양 서비스 패키지의 결합, 인력관리 현안, 다양한 서비스 공급자들간의 조정은 큰 도전이 되고 있다. 특히 제한된 자원 한도에서 한 대상자의 급성치료, 회복, 재활 그리고 장기적 케어의 기간동안에 필요한 전달체계의 연계·조정·통합은 지속적으로 해결해야 할 과제가 되고 있다.

이러한 과제들을 해결하기 위한 OECD 국가들의 통합적 장기요양 체계 구축 전략은 크게 세 가지 차원에서 진행되어 왔다. OECD 국가들의 장기요양 제도는 급성 케어와 장기 요양의 통합(integration of acute and long-term care), 재정과 전달체계의 통합(integration of financing and service delivery) 및 재가와 시설 요양의 연속적 케어망(continuum of care) 구축이라는 세 가지 차원의 통합목표 아래 정책들을 추진해 나가고 있다(김찬우, 2005).

이 관점에서 보면 케어의 연속망(continuum of care)은 다양한 상태의 장애 정도에 있는 대상자의 복합적인 서비스 욕구 해결을 위한 일련의 서비스들을 연계하고 조정하는 망(network)으로(Evashwick, 1987), 통합의 가장 높은 수준으로 볼 수 있다. 그러나 급성케어와 장기요양의 통합이나 재정과 전달체계의 통합은 거시적인 차원의 변화전략으로 국가제도의 큰 변화를 요구하는 반면 케어의 연속망 구축은 서비스 전달체계의 변화로 가능하여 오늘날 통합적 케어와 유사한 개념으로 사용되고 있다(WHO, 2003).

## 2) 통합의 수준

통합적 케어에 있어 통합의 수준을 Leutz(1999)는 연계(linkage), 조정(coordination) 및 완전한 통합(full integration)의 세 가지 차원에서 다음과 같이 설명한다. 첫째, 연계는 기존의 단편적인 서비스와 자원들을 대상의 욕구에 맞



추어 대상자에게 연결시켜주는 최소한의 변화 전략이다. 보다 거시적인 차원의 변화보다는 현 상태에서 대상에게 가능한 서비스들을 중계해주는(brokerage) 전통적인 사례관리 모형<sup>주9)</sup>에 의해 설명되어진다.

통합의 두 번째 차원의 전략은 ‘조정’이다. 조정은 연계에 비해 서비스 대상과 서비스들 간에 보다 공식적인 연결 기제를 갖고 있다. 이러한 조정은 다양한 서비스 이용에 있어 행정조직이나 서비스조직의 장벽들을 제거하거나 최소화시킴으로 가능해진다. 그러나 조정역시 기존 서비스 전달체계의 큰 변화가 없는 상태에서 이루어진다.

‘완전한 통합’은 장기요양 서비스 대상관리와 서비스 제공과 관련된 재정운용, 자원관리 및 책임성 등에 대한 대대적인 개선을 통해 가능하게 된다. 앞서 언급된 케어의 연속망구축을 통한 자원과 전달체계의 통합은 완전한 통합 전략을 의미한다. 본 연구에서는 통합적 케어가 의미하는 통합의 수준을 ‘완전한 통합’으로 보고 이 통합적 케어의 구성요소들을 살펴보겠다.

#### 나. 통합적 케어의 구성요소

통합적 장기요양 전달체계 구축의 핵심 개념은 앞서 언급했듯이 ‘케어의 연속망’이다. 그러나 이 케어의 연속망을 구축하기 위해서는 몇 가지 중요한 구성요소들을 살펴볼 필요가 있다. 앞서 언급된 케어의 연속망 구축을 통한 자원과 전달체계의 통합은 완전한 통합 전략을 의미한다. 본 연구에서는 통합적 케어가 의미하는 통합의 수준을 ‘완전한 통합’으로 보고 이 통합적 케어의 구성요소들을 살펴보겠다.

WHO(2003)는 OECD 국가의 통합모델을 사례를 다음의 영역에서 살펴보았다.

행정조직의 통합  
서비스 제공장소 동일 배치(co-location)  
케어 네트워킹  
케어/케이스 매니지먼트

주9) 사례관리 모형에 대해서는 다음 부분에서 구체적인 논의가 이루어지겠다.

### 주거와 요양서비스의 통합

또 Evashwick (1996) 은 통합적 장기요양 체계 구축과 관련하여 다음의 네 가지 통합기제(integrative mechanism)를 제시하였다.

행정 구조 및 조직의 통합  
포괄적 인두제 방식의 재정운용  
통합정보관리 시스템  
케어 코오디네이션/매니지먼트

WHO의 통합모델은 제도적 차원의 큰 틀에서 모델의 통합구성요소들을 제시한 반면, Evashwick은 기존 의료와 사회복지 전달체계 상에서의 문제점을 극복하는 차원에서 통합의 기제들을 중심으로 구성요소들을 제시하고 있다. 따라서 본 연구에서는 우선 WHO의 제시사항을 중심으로 다음과 같은 통합적 케어의 구성요소의 개념들을 살펴보고 Evaschwick의 통합기제 요소들을 다음 부분의 케어 매니지먼트에 대한 논의에서 본격적으로 다루겠다.

#### 1) 장기요양 서비스 관련 행정조직의 통합

장기요양의 책임소재가 여러 서비스제공자나 지방정부사이에 불명확할 경우 케어제공의 질과 성과에 영향을 끼치게 된다. 따라서 통합적 케어는 서비스 대상과 가장 가까운 수준에서의 단일 기관에 욕구사정, 케어 플랜작성, 서비스 조정, 질 관리 및 재정관리같은 핵심기능(key function)들을 수행할 수 있는 행정적 구조의 개선이 필요하다. 즉 장기요양 서비스를 통합관리하는 기관이 필수적이다.

표준화되고 단일화된 서비스 행정구조는 대상자의 장기요양서비스에 대한 접근성을 높이고 궁극적으로 "단일체계 진입시점(single entry point)"을 가능하게 만들어 서비스의 연계 및 통합을 용이하게 한다.

#### 2) 서비스 제공 장소의 동일배치

다양한 서비스 제공 장소를 물리적으로 동일한 장소에 배치하는 것은 '소비자 중심주의'의 기본 방향이 된다. 즉 서비스를 한 곳에서 모두 이용하게 하는

것이다. 이 전략은 특히 장기요양서비스의 ‘수직적 통합(vertical integration)’과 관련된다. 수직적 통합은 다양한 욕구에 맞는 복합적 서비스를 통합하여 한 장소에서 제공하는 것을 의미한다 (Conrad and Dowling, 1990). 서비스 제공자나 재정관리자 경우에서도 이러한 동일장소 배치를 통해 기관 간 의사소통, 협조 및 팀 접근 등을 용이하게 할 수 있어 자원의 효율적 이용을 통한 재정의 안정을 도모할 수 있다.

### 3) 주거와 요양서비스의 통합

요양서비스가 제공되는 주거(service-enriched housing)의 확산은 특히 최근 OECD 국가의 요양제도에서 두드러진 변화이다. 전통적으로 의료 및 사회복지 서비스가 강조되어온 장기요양체계에서 주거복지서비스는 통합의 핵심영역으로 간주되지는 않아왔으나, 재가서비스의 확대는 주거와 요양서비스의 통합을 중요한 통합적 케어의 영역으로 가능하게 만들었다. 친고령자 주택(elderly-friendly housing)은 독립적인 생활을 가능하게 만드는 물리적 주거환경과 요양욕구에 맞는 부가적 요양서비스들을 통합하여 시설입소정도의 중증 요양서비스 대상자들도 재가요양을 가능하게 하였다.

주거와 요양서비스의 통합은 한 주거장소에 모든 요양서비스를 포함하여 제공하는 방안(service bundle)과 재가요양 서비스기관이 주거장소로 와서 요양서비스를 제공하는 방안(portable services) 두 가지로 볼 수 있다. 전자의 예로는 미국의 assisted living 공동주거의 확대나 스웨덴, 덴마크 등의 sheltered residence의 확산을 들 수 있고, 대부분의 재가요양서비스는 후자의 예가 되겠다.

주거와 요양서비스의 통합을 위해서는 주거서비스를 케어의 연속망에 포함시키는 장기요양 모델에 대한 증거들의 변화와 현재 많은 국가에서 분절되어 있는 두 정책의 재원, 서비스 규제 및 전달체계의 거시적인 연계가 이루어져야한다.

### 4) 케이스케어 매니지먼트

케이스케어 매니지먼트는 통합적 케어의 논의에 있어 핵심적인 구성요소가

다. 특히 서비스 의뢰 및 조정을 중심으로 한 중계형 모델에 기반을 둔 전통적 케이스 매니지먼트의 개념에서 재정과 전달체계의 통합에 초점을 둔 통합형 모델(consolidated model)의 케어 매니지먼트로의 변화는 최근 OECD 국가의 통합관련 주요변화이다. 이에 대한 논의는 다음 부분에서 이루어지겠다.

#### 다. OECD 국가들의 통합적 케어 전략

##### 1) 케어의 연속망구축을 위한 OECD 국가 사례

〈표 4-2-2〉 통합적 케어 구축을 위한 OECD 국가의 전략

|                 | 장기요양 체계                                            | 통합적 케어 구축                                                    |                                                 |
|-----------------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|                 |                                                    | 통합적 서비스 전달체계                                                 | 장기요양 재원의 재배치                                    |
| Australia       | National Strategy for an Aging Australia(2001)     | Aged Care Assessment Teams(ACATs); Co-ordinated trials; 재가요양 | 재가요양서비스에 대한 욕구사정과 서비스 지불의 통합(1997)              |
| Austria         |                                                    |                                                              | 비공식적 수발자 지원을 위한 long-term care allowances의 통합체계 |
| Canada          | Collaborative strategy for home and community care | CHOICE(Alberta); SIPA(Montreal)                              |                                                 |
| Germany         |                                                    |                                                              | Long-term care insurance(1995)                  |
| Japan           | Gold Plan2(2000)                                   | 케어 매니저를 활용한 서비스 제공                                           | 개호보험                                            |
| The Netherlands |                                                    | 지방 욕구사정 팀                                                    |                                                 |
| New Zealand     | Health of Older People Strategy(2002)              | 지역보건수준에서의 급성케어와 장기요양의 통합(2003)                               | 통합서비스에 대한 공동 재원                                 |
| Norway          | Action Plan for the Elderly(1998)                  | 지방정부차원의 통합적 장기요양 케어제공(2002년후)                                | 지방정부차원의 장기요양 재원                                 |
| Spain           | Gerontological Plan (2000-2005)                    | 지역에서 의료와 복지서비스의 통합                                           | 지역에서의 의료 및 복지통합 재원                              |
| Sweden          | National Action Plan on Policy for the Elderly     | 일차의료와 장기요양의 통합(지방정부수준)                                       | 통합재정; 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불신청             |
| United Kingdom  | National Service Framework for Older People        | 케어 매니지먼트(1993이후) Single Assessment Process(요양욕구평가)           | 지방정부의 재정: 노인환자의 장기입원시 병원의 지방정부에 대한 지불신청         |

출처: OECD's questionnaire on long-term care; 재인용 OECD (2005), p35.

<표 4-2-2>는 통합적 케어의 연속망 구축을 위한 OECD 국가들의 최근 노력들을 정리한 것이다. 호주의 경우는 Aged Care Assessment Team(ACAT)을 활용하여 시설요양입소 대상자에게 팀접근에 의한 욕구판정을 실시하고 동시에 대안적인 재가요양 서비스 패키지의 연결가능성을 살펴본다. ACAT은 소비자 입장에서 장기요양체계의 주담당자역할을 행하며 동시에 정부의 입장에서는 비용통제기관으로서의 기여하고 있는 것으로 나타났다.

전통적으로 의료보장 체계(health care system)와 요양 체계를 연계하여 장기요양 서비스들을 제공해온 핀란드와 스웨덴의 경우는 1992년부터 일차의료서비스(primary health care service)를 지방정부의 책임하에 두고, 퇴원 판정을 받은 노인이 일반 병원에 계속 입원해 있는 경우 이 비용을 시정부에 부담시켜, 일반 병원의 장기요양 대상 입원자 수를 경감케 하였다. 스웨덴의 경우는 지방정부가 주거, 사회적 서비스, 및 보건 간호에 중추적인 역할을 하도록 하였고, 시설요양의 대안적인 주거시설을 통해 요양병상(bed)수를 효과적으로 감소시키는 지방정부에 여러 가지 성과급을 제공하였다. 대표적인 지역사회 요양 급여로는 주간간호, 단기보호, 현금급여 등이 있다. 이러한 정책적 변화에 따라 인구 10만의 도시인 Sundsvall의 경우에는 1980년에 노인 1000명당 454개의 병상이 있었고 대기자도 많았지만, 1986년 병상은 266개로 감소되었고 대기자 수는 오히려 더 감소되었다. 이것은 보다 많은 노인이 지역사회에 거주하며 재가 요양을 받게 되었다는 점을 보여준다.

영국과 뉴질랜드의 경우는 1993년부터 지방행정국(local authority)들의 장기요양 관련 재정의 일부를 국민연금부(social security department)로부터 충당할 수 있도록 하였으며 Block Grant 유형의 예산지원을 통해 지방정부의 자율적인 재정 운용권한을 강화하였다(OECD, 1996). 영국은 전통적으로 지역중심 요양이 강조되어온 국가였지만 1990년에 제정된 'The Community Care Act'는 지방정부가 그 지역 요양시설을 지역사회의 관리 하에 두게 만들어 지방정부가 중앙정부로부터 예산 지원 및 성과급을 받아 운영의 책임을 질 수 있도록 법제화 하였다(Challis, & Davies, 1985). 이 중 Kent 지방의 Care Management Project는 병원이나 양로시설에 가야하는 중증도 노인들의 지역사회 거주를 최대한 연장시

키는 목적을 성공적으로 달성한 시범사업이었다. 대상자에게 요양시설의 연간 비용의 2/3 비율정도의 비용 안에서 케어 매니저는 여러 가지 재가 요양 서비스를 효율적으로 지원할 수 있었으며 이 후 연구 결과들은 이 시범사업에 참여한 노인들의 사망률이 통제 집단보다 유의미하게 낮음을 보여주었다(Challis, & Davies, 1985).

덴마크는 1980년대 이후 점차 노인 장기요양의 책임을 지방정부 관할로 이전하며 1987년에 “The Housing for the Elderly Act”를 제정하였는데 이 입법의 중요 취지는 보다 많은 노인들이 ‘가능한 오래 동안 자기 집에서 독립적으로 살 권리’를 법으로 보호해 주기 위해서였다. 이 후 대대적인 요양시설의 변화가 이루어졌다. 예를 들어 Skaevinge라는 소도시에서는 요양시설을 24시간 간호 서비스를 제공하는 거주쉼터(sheltered residence)로 전환하고 일괄적인 서비스 제공에서 욕구에 따른 서비스를 제공하였다. Aalborg 지역은 요양시설을 보다 많은 지역주민이 참여하는 Activity Center로 개조하였다.

미국 장기요양제도에서 재가요양 및 통합적 케어관련 대표적인 변화로는 급격히 증가하는 시설중심 요양에 대한 Medicaid의 지출을 감소하고 재가 거주 노인들의 요양 욕구 지원을 강화하려는 노력의 일환으로 제정된 Medicaid waiver 정책을 들 수 있다. 이 정책을 통해 의료성향의 재가 요양 서비스들이 주정부 Medicaid로부터 수가를 상환 받게 됨에 따라 미국 장기요양 체계의 획기적인 변화가 나타났다. 이후 1990년대 개정된 OBRA (Omnibus Budget Reconciliation Act)는 재가 및 지역요양 (Home and Community Based Services: HCBS) waiver 조항의 강화를 통해 주 정부들이 재가요양 서비스들에 더 유연한 재정 지원을 지속적으로 할 수 있도록 하였다(Leutz, 1999). HCBS waiver 정책의 지원을 받는 프로그램(이하 HCBS 프로그램)들은 너싱홈 케어 수준의 중증노인들 중 Medicaid 급여자 들을 주요대상으로 하였다. Medicaid의 운영이 주 정부에 의해 이루어짐에 따라 HCBS waiver 정책프로그램의 범주는 각 주마다 또는 각 주 안의 지역별로 차이를 보이지만, 대체적으로 사례관리, 주간보호(adult day care), 주간 양로 보호(adult day health care), 가정간호 보조(home health aid), 가사보조, 단기보호, 식사지원 및 교통 등의 서비스를 포함한다. 또,

HCBS와 노인 집단 주택(congregate housing)이 함께 제공되는 시범사업을 전개하는 주들도 생겨났다. 이 후 Managed Care방식의 의료전달체계의 변화로 인한 재정과 서비스 통합 경향이 증가되었다. 이에 대한 자세한 논의는 다음 부분에서 이루어지겠다.

## 2) 통합적 케어 구성요소별 세 국가 사례 (독일, 네덜란드 및 스웨덴)

### 가) 독일 장기요양 서비스

#### a. 행정조직의 통합

독일 장기요양서비스 행정구조상의 특징은 크게 세 가지로 볼 수 있다. 첫째 서비스의 주 책임은 중앙정부가 아니라 지방정부 (Länder)에 있다는 점이다. 따라서 수발서비스 하부구조 발달 양상은 지역에 따라 다르게 나타남. 둘째, 독일은 건강보험과 사회수발보험(장기요양 서비스 재정)의 연관성이 타 국가에 비해 높다. 질병금고(sickness funds)에 의한 보편적인 건강보험제도<sup>주10)</sup>에 의한 의료서비스와 사회수발보험에 의한 장기요양서비스의 관리 주체를 통일하고 있다. 즉, 의료보험을 통해 의료, 치과의료, 입원치료, 의약구입, 가정간호, 재활 및 제한된 예방의료 서비스 등에 대해 재정 혜택을 받고 있으며, 사회수발보험에 의해 장기요양 서비스에 대한 재정 혜택을 받고 있다. MDK는 이러한 건강보험과 사회수발보험의 관리를 지역에서 담당하는 조직으로 알려져 있다.

세 번째 특징은 독일의 현재까지 장기요양서비스의 통합에 대한 논의는 서비스 전달체계의 책임성이나 개인별 특성을 강화하려는 의도는 약하다는 점이다.

Schunk(2001)에 의하면 독일의 “법적 사회보장권 문화(entitlement culture)”는 통합적 보험체계를 강조하여 왔고, 이러한 점은 서비스의 전달체계를 통합하여 클라이언트에 대한 다양한 서비스 지원을 강화하는 측면보다 보험체계의 통합

주10) 독일의 실제 건강보험은 자산조사(means-test)를 통해 대상자를 결정하는 방식이다. 그러나 다른 국가들의 사회부조 대상자를 결정하기 위한 자산조사가 아니라 전국민의 89%에 해당하는 대상을 결정하는 방식으로 재산의 상한선을 결정함으로써 부조사(affluence-test)로 볼 수 있다. 건강보험은 질병금고(sickness funds)에서 재정이 조달되며 나머지 상위 소득 11%의 경우만이 민간보험에 가입하는 것으로 되어 있다(WHO, 2003).

과 표준화를 강조하려는 측면에서 진행되어 왔다는 것을 지적한다. 의료서비스와 마찬가지로 케이스 매니지먼트의 부재는 오랫동안 독일 사회수발보험 제도의 전달체계에서 문제점으로 지적되어 왔다.

건강보험 운용과 맥락을 같이하는 장기요양 서비스 체계는 독일의 요양 대상자들이 MDK의 평가판정 조사를 마친 후 건강보험과 동일한 질병금고를 선택하게 한 점에서 특징이 있다. 이러한 점은 의료 서비스와 요양서비스 간의 조정 및 통합 체계를 구축한다는 점에서 바람직하다고 볼 수 있으나 양 체계간의 실질적인 연계는 거의 되지 않다고 있다( Cuellar & Wiener, 2000). 이러한 연계 부재의 가장 큰 이유는 양 보험(건강보험과 수발보험)이 다른 두 법에 근거하고 있으며, 혜택과 적용 규칙, 재원 조달에 있어 서로 상이한 방식을 갖고 있기 때문이다. 오히려 양 체계간에 비용전가(cost-shifting) 문제가 재활 서비스 영역에서는 발생하고 있다. 결론적으로 건강보험관리와 동일한 체계에서 비롯된 독일의 요양서비스 관리 행정구조상의 통합은 여전히 큰 과제로 남아있음을 알 수 있다.

#### b. 서비스 제공장소 동일 배치

독일 요양 제도에서 제공장소 동일배치(co-location)의 요소는 크게 ‘사회수발센터<sup>주11)</sup>(social station, Sozialstation)’와 ‘노인지원연대(senior citizen cooperative, Senorengenosenschaft)’ 활동에서 찾아볼 수 있다.

1970년대 이후 재가요양 및 복지 서비스 전달에서 중추적 역할을 담당해온 기관이 사회수발센터이다. 사회수발센터의 출발시기는 각 지방정부들이 입원 환자의 수요를 감소시켜 나가는 시점이었다. 즉, 입원환자의 감소를 지역사회와 재가요양 서비스들로 대체해나가려는 과정에서 사회수발센터의 역할이 강조되었다.

주로 간호사와 사회복지사들을 직원으로 고용하고 있는 사회수발센터는 가사 지원, 간병, 상담, 일상생활지원, 교통, 보조장비 대여, 식사배달, 주간보호, 정보

주11) 독일로 Sozialstation이라 불리는 이 기관은 영어로는 social station으로 번역되었으며, 본 연구에서는 ‘사회수발센터’로 번역하여 사용하겠다.



제공 및 의뢰 등의 광범위한 재가 요양서비스들을 조정하는 역할을 하고 있다. 이러한 서비스 들이 직접 센터 직원에 의해 제공되거나 지역사회 다른 제공자들에 의해 대상자에게 전달된다.

2001년 12월 현재 독일 전국에 약 10,600개의 사회수발센터 시설이 있으며, 이 시설을 통해 약 435,000명이 서비스를 받고 있다. 사회수발센터는 사회법 11장에 의한 수발서비스뿐만 아니라, 사회법 5장 (의료보험법)에 의거하여 재가환자를 위한 서비스도 제공하고 있다. 대략적으로 도시의 경우 20,000~50,000 명당, 시골지역의 경우 15,000~20,000 명당 1개소가 있는 것으로 볼 수 있다. 사회수발센터에 대한 재정 지원은 주정부와 시정부의 재정지원, 본인부담금 및 질병금고에 의해 이루어지는 데, 1990년대 후반부터 재가요양서비스에 대한 정부의 재정지원이 급격히 감소되었다.

최근의 가장 큰 특징은 사회보험 인정기관에서 비영리 기관에 대한 우선순위 정책의 퇴색과 이에 따른 영리 조직들의 참가로 인한 경쟁적 시장으로의 환경 변화에 있다. 이러한 조치를 통해 지역 및 재가요양 서비스 구매력을 소비자에게 줌으로써 정부의 재정 지출을 감소해 나가게 되었다. 따라서 소비자 중심과 시장 지향성의 특성을 강조하게 됨에 따라 공적 지원에 많은 의존을 해온 사회수발센터들은 어려운 국면을 맞게 되었다.

또 다른 동일배치의 모델은 ‘노인지원연대’의 활동에서 볼 수 있다. 노인참여연대 활동은 Kane, Kane 과 Ladd(1998)가 강조한 ‘자연발생적 지역사회 지원체계(natural community systems’ 접근의 형태를 가진다. 이 조직의 서비스 제공은 비공식적 또는 공식적인 케어를 보완하기 위한 자원봉사자와 유급직원들의 협동적 활동에서 비롯된다. 한국의 재가복지봉사센터나 자원봉사센터들의 노인복지 지원활동이 여기에 해당된다고 볼 수 있다.

노인지원연대의 활동은 지역사회별로 차이가 많이 나나 대략적으로 다음의 서비스들을 포함한다. 주요 활동 서비스들로는 일상생활 및 가사지원 활동관련 주민조직, 주택개조, 안부전화, 치매노인 수발가족들을 위한 자조모임활동, 교통지원 서비스 등이다.

### c. 주거와 요양의 통합

독일 제도에서는 일반 가정과 요양시설사이에 ‘sheltered housing’이 주거와 요양의 통합(service-enriched housing)시설로 존재하고 있다. 기본 대상자는 신체 및 인지 장애가 있는 노인들이며 시정부와 비영리 기관에 의해 운영되고 저소득층을 우선대상자로 삼고 있다. 이 시설의 세입노인들은 중앙정부의 주거보장 제도의 혜택과 주정부의 사회보장 혜택을 본인의 소득, 주택의 크기 및 가격 등의 기준에 의해 지원받고 있다. 거주노인들에 대한 요양서비스는 주로 지역의 사회수발시설, 복지시설 및 요양시설 등의 외부에서 지원된다.

Diek(1995)에 의하면 중산층을 위한 ‘service houses’ 시설도 일부에서 운영되고 있다고 한다. 이 시설은 경증 노인들에게 제한된 요양 서비스를 지원하며 자신의 거주 지역사회에서 가능한 오래 삶을 영위하는 데 목적을 둔다. 또 고소득층을 위한 거주 및 요양시설은 질 높은 주거환경, 호텔급의 식사와 레저 활동 등을 포함하며 동시에 요양 및 의료 서비스를 한 곳에서 가능하게 한다. 미국의 은퇴자 복합서비스촌(continuing care for retirement community; CCRC)의 개념과 유사하며 월별 이용료와 보증금, 사회보장 지원 등의 혼합 재정운영 방식을 통해 재원을 조달한다.

### 나) 네덜란드

네덜란드의 장기요양 제도는 의료 서비스, 특히 노인 대상의 의료적 케어 지원에 있어 상대적으로 타 유럽국가들 보다 정부, 비영리 및 영리조직 들 간의 긴밀한 네트워크의 활동이 강화되어 왔다고 평가되어온 의료보장 제도에 근거하고 있다. 따라서 노인들의 서비스에 대한 기대가 높고, 병원 및 요양시설에 대한 재정적인 지원이 사회보장 차원에서 광범위하게 이루어져 왔기 때문에 현재 요양서비스에 대한 지출이 상대적으로 높다. 이러한 높은 재정 지출의 부담을 감소하기 위해 1994년에 “Care for Older People in the Future”라는 보고서가 발간되어 지역사회 중심의 요양서비스로의 대대적인 전환이 이루어져왔다.

네덜란드의 건강보험은 독일과 유사하게 “질병금고법, Sickness Fund Acts”에

의한 사회보험방식이며 전국민의 상대적 소득이 낮은 64%가 이 혜택을 받고 있으며, 나머지 36%는 사적보험에 가입되어 있다. 이 보험은 주치의 및 전문의에 의한 의료 서비스, 물리치료, 약품구입 및 병원입원 등의 전반적인 의료서비스를 지원하고 있다.

노인의 장기요양서비스 지원에서 핵심적 역할을 하는 재원은 “특별의료비 보상제도, AWBZ(the Exceptional Medical Expense Act)”이다. 1968년에 이미 실시된 이 제도는 소득에 상관없이 혜택을 주고 있다. 여기서 ‘특별의료비’라 함은 요양시설, (이하 1997년부터) 노인주거시설, 장애인 요양시설, 및 가정간호, (이하 1989년부터) 가사지원 서비스, 정신건강지원 서비스와 1년 이상의 장기입원에 대한 서비스 등에 대한 비용을 의미한다 (Huijbers & Martin, 1998). 독일에 서 요양서비스의 자격을 MDK가 평가판정 하듯이 네덜란드에서는 RIO(원어, Regionaal Indicatie Orgaan, Regional Assessment Organization)’에서 담당한다. 평가판정은 RIO에 고용된 평가판정 전문가에 의해 실시된다.

#### a. 행정조직의 통합

AWBZ 제도의 방식은 질병금고와 민간건강보험회사에서 관리된다. 질병금고는 이러한 책임을 각 지역의 “care offices”를 통해 공동적으로 지게 하였다. 이 “care offices”의 기본 목적은 케어 대상자에게 가장 근접한 수준에서의 행정단일화를 이루는 것과, AWBZ 지원 서비스의 지역별 예산을 관리하는 것, 그리고 지역별 욕구에 부합하기 위한 적적할 지역사회 자원들을 개발해 나가는 데 있다.

이러한 care office를 중심으로 한 행정조직의 구축은 의료와 장기요양 서비스간의 조정을 용이하게 하는 것처럼 보이나 실제 연계에 있어서는 독일과 유사하게 협조활동이 별로 없다(Nies, 2001). 핵심 행정주체는 정부, 질병금고 및 민간보험회사들인데 의료와 장기요양 서비스 제도는 법적으로 분리되어 있다. Care office와 RIO간에도 뚜렷한 업무 연계가 진행되고 있지 못하고 있는 실정이다.

#### b. 서비스 제공장소 동일 배치

지역 및 재가요양 서비스들은 “노인복지서비스 센터(SWO; Stichting Welzijn Ouderen)”에 의해서 제공되어진다. SWO들은 여가, 교육 및 문화 활동 지원 서비스이외에 정보제공, 가정간호 및 가사지원 서비스의 조정 (제공은 각 지역별 제공자들이) 및 직접제공을 해나간다. 기타 주간보호 및 일상생활지원 등에 대한 서비스들도 직접제공하거나 조정하는 기능을 하며 주변의 노인주거시설에 대한 서비스도 지원한다. 지방정부의 재정 지원이 중요한 재원이 된다.

#### c. 주거와 요양의 통합

상대적으로 높은 시설거주 노인(1998년 약 10%)을 지역사회에 가능한 오래 거주하도록 하는 목적으로 등장한 개념이 ‘sheltered housing’이다. 이 유형의 지역사회 노인거주 주택은 현장에서의 직접적 간호나 케어가 필요한 노인들을 위한 주택시설로 볼 수 있다. 주요 구성요소로는 아파트, 케어제공자에 의한 모니터링, 가사지원 및 식사제공, 추가 중증케어에 대한 즉각적 제공보장 등이다.

헤이그시의 사례는 한 지붕아래 일반노인가정(independent housing unit), 노인 거주시설(residential care unit)과 요양시설의 통합을 보여준다. ‘Care house’로 알려진 이 시설은 150명의 노인들에게 경미한 가사지원부터 중증 요양 케어까지를 제공할 수 있도록 고안된 요양과 주거 통합의 전형적인 예이다. 문제는 다양한 보조금을 지원할 수 있어야 하는데 시정부, 주택건설부, 보건복지부 등간의 충분한 재정연계가 없이는 운영이 쉽지 않는 것으로 들어났다 (OECD, 2005) .

#### 다) 스웨덴

스웨덴은 일반적으로 강력한 조세 중심의 재정지원에 의한 사회복지 및 의료 서비스들이 보편주의적 특성에 의해 제공되는 사회보장제도를 채택하고 있는 것으로 알려져 있다. 노인들을 위한 복지 역시 ‘요람에서 무덤까지’라는 전체 사회보장제도의 틀 안에서 다루어져 왔다.

통합적 장기요양 체계의 구축과 관련하여 사회보장제도의 주요한 두 가지 변

화를 들 수 있다. 첫째는 1992년 노인복지 개혁법(Elderly Reform, Äldre-reform)을 중심으로 한 두 가지 지방분권화 정책 변화를 들 수 있다. 이러한 지방이양으로의 특징 중 첫 번째는 요양시설과 가정간호에 대한 관리와 재정운영의 책임을 광역자치단체(county)에서 시 중심의 기초자치단체(municipality)로 이양하였다는 점이다. 이 개혁 이전에도 시 중심의 기초자치단체들은 사회복지 및 주거 서비스를 담당하고 있었다. 둘째는 이 기초자치단체가 급성기 병원에 장기 입원하고 있는 노인들(elderly long-term patients)에 대한 재정적 책임까지를 맡게 하였다는 점이다 (Johansen, 2000).

이러한 재정 및 운영 책임의 기초자치단체로의 이전은 지역차원에서 노인에 대한 의료 및 사회복지의 통합을 강화하는 경향으로 나타났으며 이를 통해 노인 케어에 있어 탈의료화 정책과 서비스들 간의 조정을 증진시키는 정책을 추진하게 되었다 (Anderson & Kalberg, 2000).

두 번째 최근 스웨덴 사회보장제도의 특징은 노인복지와 관련된 사회적 케어의 보편적 사회보장 모델에서의 이탈이다. 스웨덴은 1997년에 이미 65세 이상 인구의 비율이 17.7%가 넘는 고령사회로 조세에 근거한 보편주의적 사회보장제도에 대한 지속적 재정지출의 부담이 상당하였다. 이러한 정부의 노인복지에 대한 재정부담을 감소하기 위해 실행되어온 정책들로는 서비스의 대상효율성 증가, 전달체계의 효율화, 케이스 매니지먼트 기능의 강화, 공적재정 지원 서비스에 대한 민영화 증가, 비용에 있어서 사적 부담의 증가(예를 들면, 소득 관련 서비스 본인 부담 도입 및 증가) 등을 들 수 있다. Johansson (2001)에 의하면 정부의 지속적인 재정 부담을 해결하기 위해서는 결국 사회복지 서비스에 대한 노인들이 본인들의 케어를 위해 민간 및 공공 서비스 제공자들로부터 voucher를 구입하여 사용하는 제도로 나갈 수밖에 없음을 제시하고 있다.

#### a. 행정조직의 통합

앞서 언급되었듯이 1992년 노인 개혁법의 핵심사항은 기초자치단체 수준(municipal)에서 공적 재정과 프로그램관리를 통합하는 것이었다. 이 개혁법은

기초자치단체에게 노인복지와 관련된 재원조달권과 더불어, 케어 계획, 전달체계 및 서비스 조정, 서비스 제공의 전반적인 권한과 의무를 부과하였다. WHO(2003)에 의하면 법안 이 후 장기요양제도와 관련된 변화는 크게 세 가지로 나타난다.

첫째, 장기입원 노인환자들의 감소가 두드러지게 나타났으며 어떤 카운티(광역단체)에서는 50% 정도가 감소한 것으로 나타났다(Anderson & Karlberg, 2000). 이 효과는 적절한 요양시설과 재가복지 시설의 제공에 의해 가능해진 것으로 나타났다. 두 번째로는 ‘노인전용주거생활시설(special housing: non-nursing home type)’과 재가복지 시설의 두드러진 증가이다. 세 번째 변화는 기초자치단체가 재가복지 관련 요양 서비스들의 질과 양을 증가 시켜왔다는 점이다. 이 변화는 카운티(광역단체)소속 재가요양전문 인력을 기초자치단체로 이전시켰고, 간호인력의 서비스 질 모니터링을 의무화함으로써 가능해 졌다.

이러한 긍정적 변화에도 불구하고 급성케어와 장기요양 영역간의 서비스 통합 및 조정은 여전히 과제로 남고 있다. 의료영역과 요양영역간의 서비스 단편화나 분절화 현상은 크게 감소된 것으로 보이지 않는다. 재정적인 측면에서도 늘어나는 노인인구와 기초단체의 제한된 조세 징수율은 기초자치단체의 재정을 지속적으로 압박하여 많은 비용을 소비자에게 전가하고 있는 것으로 나타났다<sup>주12)</sup>.

#### b. 서비스 제공장소 동일 배치

몇몇 지역에서는 기초자치단체(municipality)에 소속된 가정간호사들이 지역별로 배치되어 재가요양을 담당하고 있다. 이러한 지역담당 간호사(district-nurse)들은 주치의나 지역보건센터에서 제공하는 노인케어와 더불어 재가요양 서비스들을 전반적으로 조정하는 역할을 하면서 통합적 서비스를 점검해나간다. 또 이 간호사들이 의료와 요양서비스가 동시에 필요한 노인들에 대해서는 야간에도 활동하며 노인들의 상태를 점검해가는 night patrol 프로그램도 있다.

주12) GAO(General Accounting Office, USA)에 의하면 스웨덴의 1991년에서 1993년 사이 노인복지 서비스의 본인 부담률은 4%에서 10%로 증가한 것으로 나타났다.

### c. 주거와 요양의 통합

앞서 언급했듯이 주거와 요양서비스간의 통합은 스웨덴 장기요양 정책의 중요한 제도 변화로 특히 보다 많은 노인들을 지역사회에 오래 거주하게하려는 정부의 이 부분에 대한 관심은 강하게 나타난다. 특히 정부는 노인전용주거형태(special accommodation: Särskilda Boendeformer)의 사양을 다양하게 하여 신체 및 인지기능이 제약된 노인들의 욕구에 부합하는 데 관심을 가졌다(스웨덴 보건복지부, 2001). 이러한 주거형태로는 요양시설이나 그룹홈이외에도 서비스 'block'의 형태로 나타난다. 스웨덴의 서비스 'block'은 일반 공공주택이나 영구 임대 아파트 단지 안에 노인전용 아파트나 주택을 의미한다.

지방정부는 중앙정부로부터 주거시설의 건설, 리모델링 및 일부 시설 관리 등에 대한 재정보조금을 받고 전반적인 주거시설들을 소유하여 관리한다. 기초자치단체는 비용의 총 90%를 정부보조금 포함하여 책임지고 나머지 10%는 개인들에게 부담한다. 지방정부에 따라 차이는 있으나 이 10%의 본인 부담금은 임대료, 식대 및 기타 케어 서비스 비용에 사용되어진다.

주거관리소에서는 식사, 건물청소, 여가 및 제한된 교통 서비스들을 책임지며, 가정간호, 가사지원 및 기타 재가요양 서비스들은 시정부에 의해 지정된 서비스 제공자들에 의해 제공되며 가능한 주거시설과 통합적으로 조정되어 지도록 관리되어진다.

일부 지역에서는 비영리 단체나 주거조합들이 주거와 요양서비스뿐 아니라, 현장에서 필요한 의료서비스와 가사지원서비스 까지를 책임지는 통합 주거요양타운을 운영하고 있으나 이는 아직 시범적으로 운영되고 있다. 스웨덴 정부는 각 지방정부가 각 지역의 특색에 맞게 이러한 종합적 프로그램을 지속해 나가는 데 대한 재정 incentives를 구상중이다.

### 3) 요약 및 결론

지금까지 살펴본 통합적 장기요양 제도 구축에 대한 논의들을 정리해보면 OECD국가들의 통합적 장기요양 제도에 있어서의 '통합'에는 노인들의 다양한

복지욕구에 부합되기 위해 의료서비스, 사회복지서비스 및 주거보장이 핵심적 요소들임을 알 수 있었다. 그러나 실제 다양한 노력에도 불구하고 의료와 사회복지 영역간의 통합이 전반적으로 효과가 나타날 만큼 활발히 이루어지고 있는 국가들이 많은 것은 아닌 것으로 볼 수 있다.

이것은 통합적 체계의 구축을 위해서는 재정, 행정 및 관리, 조직, 서비스 전달 체계, 실천적 수준 등에서 통합을 위한 변화가 동시에 일어나야 하기 때문이다.

그럼에도 불구하고 몇몇 국가들은 통합적 요양서비스 체계구축을 핵심 목표로 삼고 의료와 장기요양 서비스 들을 실행해나가고 있음을 알 수 있었고, 이러한 실행을 행정조직간의 통합, 서비스 동일배치 및 주거와 요양의 통합이라는 영역별로 살펴보았다. 이를 통해 영역별로 진행되고 있는 몇 국가들의 노력과 도전에 대해 고찰함으로써 한국의 장기요양제도에 적합한 통합서비스 체계를 고려해 볼 수 있으리라 사료된다. 다음 절에서는 통합적 장기요양제도 구축의 중요한 영역의 한 가지이던 동시에 장기요양 서비스 전달에 핵심적 요소인 케어 매니지먼트 체계에 대해 살펴보기로 하겠다.

## 라. 장기요양제도와 케어 매니지먼트 체계 (care management system)

지금까지의 통합적 장기요양 체계 구축에 관한 논의에서 지속적으로 등장하는 개념이 케어 매니지먼트 다. 케어 매니지먼트는 확장된 사례관리 모델의 기능과 통합된 재정 운용, 일련의 서비스 패키지 등을 특징으로 하며 오늘날 통합적 장기요양 제도의 핵심 요소로 논의되고 있다. 이 부분에서는 전통적 사례관리 모형과의 비교를 통해 통합적 장기요양 체계와 관련된 케어 매니지먼트의 특성을 구체적으로 살펴보고, OECD 국가들의 사례를 비교 분석해보겠다.

### 1) 전통적 사례관리(case management) 모델과 장기요양 제도

사례관리의 기본 개념이 등장한 것은 2차 대전 후 탈시설화의 영향으로 많은 정신질환자들이 지역사회 내에서 집중적인 재가 서비스를 받게 될 시기이다 (Lee et al., 1998). 이 후 이 용어는 단편적이거나 중복적 또는 비연계적인 서비



스 전달 상의 문제점 들을 극복하기 위해 고안된 프로그램에 대해 사용되어왔다. 장기요양 제도에서는 1970년대에 이르러 사정, 케어 플랜 작성, 조정 및 연계 등을 통해 재가 요양 서비스를 클라이언트의 욕구에 맞추어 적절히 공급하는 프로그램으로 사례관리가 이용되었다 (Diwan, 1999). 미국 사례관리 협회 (Case Management Society of America)는 사례관리를 클라이언트의 의료 및 요양욕구에 맞추어 질 높고 비용효과적인 서비스를 가능한 자원들을 활용하여 제공하기위한 사정, 계획 수립, 실행, 조정 및 평가 등의 총체적인 과정 (collaborative process)으로 정의하였다. 또, White 와 Lubkin(1998)은 사례관리를 각 사례별(case-by-case)로 개인에게 적절하며 지속적인 서비스 제공을 보장하기 위해 현존하는 자원을 연결해주는 서비스 기능(service function)으로 정의하였다.

의료 체계에서는 '케어 연계(care coordination)' 라는 용어가 재가 환자들에게 필요한 여러 서비스들의 연결을 강조하기 위해 급성치료, 퇴원후 계획(discharge planning)등 의 개념과 구분하여 사용되기도 한다.(White & Lubkin, 1998). 미국의 경우는 최근 MCO(managed care organization: 민간의료보험공단)에 고용된 사례관리자(case manager)들이 가입자들에게 정해진 비용 한도 안에 적절한 의료 진료를 제공하기위해 환자의 서비스이용 현황 검토(service utilization review), 건강상태 사정 및 케어 관리를 해 나가고 있다. 따라서 사례관리나 케어연계는 재가요양 서비스의 목적을 달성하기위한 핵심적인 기능으로 볼 수 있다. 그러나 Callahan(1989)은 사례관리를 지역사회중심의 케어 제공과 관련된 복잡한 문제를 해결하기 위한 "만병통치적 해결책(panacea)" 으로 간주해서는 안 된다고 주장한다. 그는 사례관리를 재가요양의 실천이나 정책에 관련된 해결하기 힘든 딜레마(dilemma)들의 관리를 제공하는 한 가지 기제정도로 여겨야 하며 실천방식에 의해 전체 기능이 많이 달라짐을 강조한다.

## 2) 영국의 장기요양 개혁과 케어 매니지먼트

전통적인 사례관리의 개념과 사례관리보다 한층 복잡한 일련의 과정으로서의 케어 매니지먼트 개념을 구분하려는 노력은 영국에서 본격적으로 논의 되었다.

양 개념의 정의에 대한 논의는 1990년대 초 Griffiths 보고서와 연이어 발간된 백서(White Paper)를 통한 영국정부의 의료 및 사회 복지 서비스 개혁의 중심 이슈 중 하나였다(Challis, Darton et al. 1995). 이 시기의 개혁안은 케어 매니지먼트를 강조한 재가 요양 제도의 새로운 장을 열었다 (Qvertveit 1993). 영국의 사회복지 감독청(Social Service Inspectorate) 및 복지 서비스 관할 당국(Social Work Services Group)에 의하면 케어 매니지먼트는 클라이언트의 다양한 욕구에 부응하기 위한 케어 과정 및 케이스 매니저에 의한 개입행동들을 포함하는 체계적인 대응으로서 정의된다(SSI/SWSG 1991). 또한, Onyette(1992)는 사례관리는 특정 요보호 대상자를 위해 케이스 매니저의 의해 수행되는 서비스 기능을 강조하는 반면 케어 매니지먼트는 환자·클라이언트 수준에서의 서비스와 케어 체계에 대한 조직 및 관리라는 개념을 강조한다고 주장하였다(Onyett 1992). 비슷한 맥락으로 Challis 등은(1995) 케어 매니지먼트 사례관리가 케어 제공 지역에 걸쳐 서비스 제공자간의 케어 연계를 강조하고 있는 반면, 케어 매니지먼트를 한 케어 지역안의 케어 전달 수준과 관련된 개념으로 보았다. 이러한 개념상의 논의 등을 통해 영국 장기요양 정책에 명시된 케어 매니지먼트의 개념을 정리하면 다음과 같다 (Challis, 1995 재인용).

- 기능 - 케어 서비스들의 연계 및 조정
- 목적 - 지속적이고 통합적인 케어 제공, 재가요양 기회의 증가, 클라이언트의 복지증진 자원의 효율적 활용
- 핵심 업무 - 사례 발굴 및 검토, 사정, 케어 계획 작성, 모니터링 및 평가, 사례 종결
- 주 대상 - 의료· 복지 서비스 및 장기요양 욕구를 가진 클라이언트
- 주요 특성 - 집중적인 개입; 서비스 폭의 확장; 장기간에 걸친 개입; 실천수준의 개입과 기관수준의 접근을 연계

이러한 개념에 대한 정의와 특성을 정리해보면 병원이나 시설위주의 요양서비스와 대비 되는 재가 요양의 실천에 있어, 전통적인 사례관리 모형은 현 장

기요양 체계의 한 구성요소(a component)로서의 역할이 강조된 반면 케어 매니지먼트는 케어 연속망 전체를 대상으로 하는 하나의 체계(a system)로 볼 수 있겠다. 따라서 케어 매니지먼트 모델은 효과적이며 효율적인 장기요양 체계를 구축하기 위한 중심 요소 중의 하나로 인식되어지고 있음을 알 수 있다. 또 의료 및 사회 복지의 다양한 욕구에 보다 유연하게 대처하고 단편적인 서비스들을 통합해 보다 지속적인 서비스 패키지를 제공하기 위한 케어 매니저로서의 간호사와 사회복지사의 역할도 강조되어 나갔다.

### 3) 케어 매니지먼트의 통합 기제

영 국 장기요양 제도내의 케어 매니지먼트에 대한 논의와 더불어 미국에서도 케어 매니지먼트는 재가요양의 주요기제로 대두 되었다. 통합케어 모델의 재정 운영방식을 효과적으로 달성하기 위하여 미국에서도 재정과 전달체계를 통합한 케어 매니지먼트 모델들이 시범사업 위주로 전개 되었다. 요양 서비스 전달 체계의 조정과 연계에 대한 접근은 크게 통합체계 모델 (consolidated delivery model)과 중계체계 모델(brokered system model)로 구분된다(Estes and Close, 1998). 1982년 Tax Equity and Fiscal Reform Act 제정 이후 나타난 통합체계 모델에서는 Medicare재정의 종합적인 노인요양 서비스가 인두제 계약방식을 통한 재정의 위험성을 부담하는 한 기관 안에서 이루어진다(Estes and Close 1998). Social HMO와 PACE는 이러한 통합체계 모델의 구체적 사례이다(OECD, 2005). 전통적인 사례관리 모형은 서비스, 자원 및 클라이언트를 연계시켜주는 중계체계 모델의 예라고 할 수 있다.

다음으로는 통합적 케어제공과 관련된 케어매니지먼트의 구체적인 통합기제(integrative mechanism)들에 대해 살펴보기로 하겠다. 앞서 언급 되었듯이 수직적 통합기제가 케어 매니지먼트 모델과 관련하여 특히 주목 받았다. 수직적 통합은 현재 비용억제 위주로 전환된 의료체계 내에서 서비스 공급자와 정책가들 사이에서 효과적이고 비용 효율적인 서비스 전달을 위한 핵심 전략으로 인식되었다. Conrad 등(1990)은 통합체계 구축을 각 수준별로 조직간(interorganizational)

또는 체계 수준간, 조직내(intraorganizational) 또는 프로그램 수준, 그리고 환자 또는 클라이언트에 대한임상 수준의 세 가지 차원으로 구분하였다.

통합적 장기요양 체계와 관련된 논의에서 이러한 수직적 통합기제를 장기요양 서비스 전달체계 내에 적용해나갈 수 있는 케어 매니지먼트의 역할이 강조되었다. 케어 매니지먼트가 (1) 각 클라이언트의 케어에 대한 책임과 엄격한 관리와 (2) 요양 기간동안 클라이언트에 대한 사회적 서비스, 재정적 지원, 및 의료 서비스 간의 조정을 통해 통합 장기요양 체계의 실질적인 운용을 가능하게 할 수 있다고 여겨졌다 (Conrad and Dowling, 1990). Moore (1990)는 사례관리의 성공여부가 케어를 조정과 연계를 통한 수평적 통합의 정도와 관련이 있다면, 케어 매니지먼트는 클라이언트 차원과 체계 차원간의 수직적 통합정도와 연관성이 강함을 지적하였다. 따라서 케어 매니지먼트의 목표는 보다 효과적인 자원 활용 같은 체계 수준의 욕구와 케어 질의 향상이나 시설화 의존감소 같은 클라이언트 수준의 욕구라는 두 차원의 욕구에 대해 동시에 초점을 두어야 한다. 따라서 케어 매니지먼트의 정의나 특성과 관련된 많은 논의들이 케어 매니지먼트의 클라이언트 수준과 관련된 개입 행동들에 초점을 두지만, 효과적인 실천을 위해서는 케어 매니지먼트와 수직적 통합과 관련된 환경적 요인과의 밀접한 관련이 있다는 점을 항상 고려해야 한다.

#### 4) 케어 매니지먼트와 예산집행의 유연성

케어 매니지먼트의 또 다른 특성 중에 하나는 케어 매니지먼트의 핵심 역할을 하는 케어 매니저가 갖는 예산집행의 유연성(budget flexibility)을 들 수 있다. Qvretveit(1993)은 케어 매니지먼트의 예산집행의 유연성 정도는 다음 두 가지 유형 사이의 어느 지점에 위치한다고 본다.

- (a) 최대 자율성과 직접적인 서비스 구매: 총비용의 한도 안에서 클라이언트와 동의된 모든 직접적인 서비스 구매에 대한 자율적 결정권한을 가지며 지출항목에 대한 특별한 간섭이 없는 경우.
- (b) 재정적 한도 안의 자율권: 사전 정보를 통해 사전 구매된 서비스의 각 개

개인별의 지출 비용을 미리 정해 놓은 후 그 한도 안에서 예산집행 자율권을 가지는 경우(예: 시설요양의 70% 비용)

영국의 케어 매니지먼트에 대한 연구들은 케어매니저 역할을 하는 사회복지사 등이 예산집행의 권한을 가짐으로 인해 전통적인 케이스 매니저보다 효과적인 사회적 케어를 제공한다고 주장한다(Challis and Davies 1985; Challis, Darton et al. 1995; Challis, Darton et al. 1998). 즉, 예산 집행의 유연성을 가진 케어 매니저로서의 사회복지사에 의해 제공되는 사회복지 서비스는 보다 광범위하고 문제에 초점을 둔 사정(assessment)과 서비스 내용의 다양성을 가진다는 주장이다. 일차진료(primary care) 서비스의 경우에도 의사, 간호사, 물리치료사의 전문 케어 매니지먼트 팀에 사회복지사가 추가되었을 때 의료 및 사회복지 서비스간의 균형있는 예산집행으로 효과적인 케어가 제공되는 것으로 밝혀졌다(Challis 1992; Challis, Darton et al. 1995). 이렇게 볼 때 영국의 케어매니저가 갖는 예산집행의 정도는 유형(a)에 가깝다고 볼 수 있다.

케어 매니지먼트가 서비스를 직접 구매할 권한이 있는 공적 행정조직에 의해 이루어지는 영국과 달리 미국의 요양체계에서는 아직 이러한 최대한의 자율권을 보장받는 케어 매니지먼트 제도를 기대하기는 어렵다. 앞서 언급했듯이 managed care 조직에 고용된 케어 매니저의 경우 예산의 효율적인 관리를 위해 유형 (b)에 가까운 형태의 자율성을 갖기도 한다. 케어 매니지먼트는 여러 재원들로부터 일정한 재정pool을 구성한 후 각 개인별 케어플랜에 따라 예산 지출을 조정함으로써 서비스의 욕구 정도에 따른 예산집행의 유연성을 확보하게 되는 것이다.

##### 5) 장기요양 케어 매니지먼트의 영역별 다양성

장기요양 제도와 관련된 케어 매니지먼트는 영국, 미국 및 여러 유럽국가들에서 다양하게 진행되고 있다. 이 다양성은 케어 매니지먼트 체계를 지원하는 각 국가의 의료 및 요양체계의 다양한 맥락에 기인한다고 볼 수 있다. WHO(2003)는 여러 가지 케어 매니지먼트 관련 연구들에서 다양성을 보이는 7가지 요소들을 다음과 같이 제시한다.

대상자 선정(targeting)  
 사례 수(caseload size)  
 케이스/케어 매니지먼트 담당기관(location of case management)  
 케이스/케어 매니지먼트 실천유형  
 케이스/케어 매니저의 서비스 제공자에 대한 영향력  
 케이스/케어 매니지먼트 실천의 질 관리 및 표준  
 전반적인 케이스/케어 매니지먼트 실천 과정상의 논리성 및 일치성

케어 매니지먼트의 실제 전달에 있어 위의 요소들은 핵심적 사항들이며 동시에 케이스/케어 매니지먼트 모델들마다 편차를 보이고 있다. 본 연구에서는 7가지 요소들 중 현재 한국 제도 설계와 특히 관련이 높은 처음 다섯 가지 각 요소별로 세부적 사항들에 대해 논의해 보겠다.

#### 가) 대상자 선정

케어 매니지먼트의 대상에 대한 다양한 논의는 지속적으로 이루어져왔다. 영국의 Audit Commission (1992)은 다음의 네 가지 집단을 주 대상으로 보았다. 네 집단으로는 첫째, 입소시설서비스의 위험이 높은 집단, 둘째, 수발부담으로 인한 스트레스 큰 수발자와 거주하는 집단, 셋째, 장기시설입소로부터 재배치(지역사회복귀 포함)를 원하거나 필요한 집단, 마지막으로 외상이나 증상의 일시적 악화로 인한 집중적인 재가의료 및 요양서비스가 필요한 집단을 들 수 있다.

또 미국에서의 20개 장기요양 시범사업에 대한 연구에서는 클라이언트의 대상자 선정기준이 다음과 같은 것으로 나타났다( 몇 군데에서는 중복 기준을 적용하였음).

- 기능제약(functional impairment) - 14개 사업
- 요양시설 입소 위험- 10개 사업
- 요양시설에서 퇴소 가능성 - 8개 사업
- 퇴원환자 - 7개 사업

영국에서는 케어 매니지먼트에 대한 일괄적인 사전 대상자 기준이 특별히 정

해져 있지는 않다. 대략 시설입소의 위험이나 복합적인 대상자의 욕구가 혼용되고 있다.

일본이나 독일과 같은 장기요양 보험제도를 갖고 있는 국가에서는 평가판정 체계를 통해 일차적으로 대상자의 위험(욕구수준)을 정하고 케어 매니지먼트(일본)나 서비스 지원체계의로의 진입(독일) 대상자로 선정되고 있다.

전반적으로 다양한 기준들이 케어 매니지먼트에 적용되고 있으나 대상자 선정기준은 제도의 재정과 관련된 중요한 변수이므로 점차 많은 국가들이 고령사회에 장기요양 서비스를 보다 공식적인 단일 체계로 현 상황에서 대상자에 대한 평가판정 기준의 표준화에 관심을 갖고 있다.

#### 나) 사례 수(caseload size)

사례 수는 케어 매니지먼트의 질과 실천유형에 핵심적인 요소이다. 케이스 수는 대상자 집단의 특성, 지속 기간 및 강도, 지리적 특성 등에 따라 다양해질 수 있다 (Challis et al., 1994) 특히 다음과 같은 다섯 가지 기준이 사례 수를 정하는 중요한 항목들로 볼 수 있다(National Institute on Community Based Long-term Care, US, 1988).

- 대상자 집단의 특성
- 케어 플랜의 복잡성, 지역적 특성 (도시/농어촌)
- 행정적 지원 정도
- 가능한 재가요양 서비스의 정도 및 책임성
- 재정지원에 대한 통제정도

영국의 Thanet, Gateshead, Darlington 시범사업의 케어 매니지먼트에서는 한 케어매니저 당 25-30인에 대한 케어 매니지먼트가 이루어졌으며, 미국의 워싱턴 주에서는 고령자 케어 프로그램(aged care program)에서 50인 정도에게, 위스콘신 주의 Wisconsin Community Option Program에서는 40인에게 실행되었다.

Applebaum 과 Austin의 연구에서는 장기요양 서비스를 위해 35-38인 정도가 적당하다고 제시되었으며, follow-up, 모니터링 및 재평가 등의 강도에 따라 대

략 30-50인 사이가 가능하다는 것이 케어 매니저들의 서베이로 나타났다.

대체적으로 사례수와 효과적인 케어 매니지먼트 실천과는 높은 관련성이 있음을 알 수 있으나 정확한 사례 수는 각 국가별로 차이가 클 수밖에 없다. 따라서 국가별로 장기요양 제도의 재원과 전달체계에 따라 탄력적인 적용을 해나가야 할 것이다.

#### 다) 케이스/케어 매니지먼트 담당기관(location of case management)

각 국가들의 케어 매니지먼트 담당 기관은 차이가 크다. 또 한 국가안에서도 케어 매니지먼트의 유형에 따라 다양한 담당기관이 존재하고 있다. 담당기관들로는 공적 부서(지방자치단체의 복지 및 보건 담당 부서), 병원, 정신건강 팀, 일차진료기관, 독립 조직 및 개인자격의 케어 매니저 등이 다양하게 나타난다.

의료체계까지 포함하는 경우 일차진료기관(국가별로 GP 또는 PHC 등)에서 담당하는 경우도 있으나 이런 경우 이 담당기관들이 집중적인 케어 매니지먼트가 필요한 대상에 대한 사례관리를 제공하기는 힘들다.

노인들에 대한 장기요양 서비스의 경우는 앞 절에서 언급한 통합서비스가 동일 배치된(co-location)장소에서 담당하는 경우들도 있다. 독일의 Sozialstation, 일본의 거택개호지원센터 등이 이에 해당된다. 그러나 이 국가들의 경우 이러한 곳에서만 케어 매니지먼트가 제공되는 것은 아니며 단지 서비스 조정의 용이성이라는 측면에서 담당가능성이 높다는 점이다.

또한 담당기관은 서비스 모니터링, 질관리, 서비스 수요관리 및 재정관리 등이 한 조직에서 가능한 체계인지 아니면 다양한 기관들이 개입하고 있는 지에 따라 국가별로 또는 제도별로 차이점을 보이고 있다. 한국의 ‘노인수발보장법’에서도 이 부분은 뚜렷이 명시되어 있지 않는 데 이것은 아직 여러 가지 관련 조직 및 전달체계가 구체화 되지 못한 것에서 기인한다고 볼 수 있다.

#### 라) 케이스/케어 매니지먼트 실천유형

학자나 실천대상에 따라 유형의 구분은 다양하나 장기요양과 관련된 케어 매



니지먼트에서는 앞서 언급되었듯이 사례관리유형을 크게 중계체계 모델(brokered system model)과 통합체계 모델(consolidated delivery model)로 구분할 수 있다(Estes and Close, 1998).

#### a. 중계체계 모델

중계체계 모델은 앞서 언급되었던 전통적인 사례관리 모델을 의미하며 특히 케어 조정과 연결기능에 초점을 둔다. 즉, 산재한 자원들을 효과적 및 효율적으로 대상에게 연결시키는 지가 중요 관심사가 된다. 이 중계체계 모델은 key worker 또는 책임 사례관리자를 어떻게 구성하는가에 따라 단일사례관리(single case management)와 팀 사례관리 모형으로 구분되기도 한다.

Key worker 중심의 사례관리는 영국의 사례관리제도에서 많이 나타나는 데, key worker의 주요역할로는 첫째, 지명된 key worker에 의한 개별화된 케어 플랜(individual plan of care) 작성 및 제공, 둘째, 클라이언트의 케어에 대한 책임성 강화, 마지막으로 클라이언트의 상황과 연계된 그들의 의사결정에 도움을 준다는 점이다(Mallison, 1995).

#### b. 통합체계 모델

통합체계 모델은 주관 서비스 기관 중심으로 다양한 서비스의 통합체를 구성하여, 이곳에 가입한 대상이 다양한 케어를 자신의 기능상태(또는 욕구정도)에 따라 통합적으로 제공받을 수 있는 제도이다. 통합체계 유형은 단지 기능적이거나 물리적 통합 이상의 전달체계와 비용관리가 통합된 정도를 말한다. 지역사회에서 이 통합모델의 발달은 미국의 경우 고 단위 비용의 시설중심 장기요양서비스의 비용절감 전략으로 대두되었다. 시설입소 정도의 중증 대상을 재가서비스 통합체계에서 관리하여 상대적으로 비용절감 효과를 볼 수 있게 되었다. 또, 케어의 만족도나 서비스 제공의 질 관리가 용이하다는 장점이 있다. 그러나 통합체계는 통합을 통해 얻게 되는 인센티브가 낮을 경우 통합주체가 어느 정도의 위험을 갖게 된다는 단점이 있다.

통합체계 모델의 비용통제 전략은 인두제 방식의 예산집행 및 재정운영과 사례관리자나 케어 매니저가 갖는 예산집행의 유연성(budget flexibility)을 들 수 있다. 인두제 방식에 의한 사례관리모형의 특징은 사례관리자의 담당 대상자 수만큼의 예산을 편성 받아 그 한도 안에서 사례관리를 통한 서비스 구입을 대상자의 욕구에 맞게 유연하게 집행해나가는 것이다.

여러 연구에서 지속적으로 주장되는 사항은 케어 매니지먼트의 실천이 전통적 중계적 기능만을 담당해서는 안된다는 점이다 (Applebaum & Austin, 1990; Dant & Gearing, 1990). 특히 오늘날 중요시 되는 재정관련 케어 매니저의 역할은 중요한 케어 매니지먼트의 기능으로 여겨진다.

영국의 케어 매니지먼트에 대한 연구들은 케어매니저 역할을 하는 사회복지사들이 예산집행의 권한을 가짐으로 인해 전통적인 케이스 매니저보다 효과적인 사회적 케어를 제공한다고 주장한다(Challis and Davies 1985; Challis, Darton et al. 1995; Challis, Darton et al. 1998). 즉, 예산 집행의 유연성을 가진 케어 매니저로서의 사회복지사에 의해 제공되는 사회복지 서비스는 보다 광범위하고 문제에 초점을 둔 사정(assessment)과 서비스 내용의 다양성을 가진다는 주장이다. 또 일차진료(primary care) 서비스의 경우에도 의사, 간호사, 물리치료사의 전문 케어 매니지먼트 팀에 사회복지사가 추가되었을 때 의료 및 사회복지 서비스간의 균형있는 예산집행으로 효과적인 케어가 제공되는 것으로 밝혀졌다 (Challis 1992; Challis, Darton et al. 1995).

#### 마) 케이스/케어 매니저의 서비스 제공자에 대한 영향력

케어 매니지먼트에 관련된 연구들은 효과적인 케어 매니지먼트의 실행은 케어 매니저가 서비스 전달과정이나 제공된 서비스에 대한 영향력이 어느정도 인가에 따라 효과성이 다르다는 점을 보여준다(Challis et al., 1990; McDowell, Barniskis & Wright, 1990). 즉, 전통적 중계모형의 경우 서비스에 대한 영향력이 부재하여 케어 매니저가 세운(또는 케어 매니지먼트 과정에서 세워진) 케어 플랜들이 제대로 실행되어지지 못하고 있는 것으로 비판되어 진다(Austin, 1992).

즉 서비스에 필요한 자원에 대한 케어 매니저의 통제 부재는 클라이언트에게 필요한 서비스를 제공하는 측면보다 서비스 제공자와 서비스 대상 간의 협상을 통한 중계의 역할만이 존재하게 된다.

서비스 구매자와 제공자간의 역할 구분은 서비스 제공에 있어 중요하다. 영국의 케어 매니저의 발달과정을 보면 케어 매니저가 서비스 구매자 역할을 하면서 통합적 서비스를 클라이언트에게 제공할 수 있도록 해나감을 알 수 있다.

서비스 구매와 관련되어서는 통합적 구매 (macro-purchasing)와 세부적 구매 (micro-purchasing)가 구분될 필요가 있다. 통합적 구매는 한 지역에서 필요한 서비스를 통합적으로 지방정부가 구매하여 (서비스 제공자와 계약을 통해) 제공해나가는 것을 의미하며 세부적 구매는 개별 케어 매니저가 필요한 예산안에서 서비스를 구매해서 개인에게 제공하는 것을 의미한다 (영국의 DOH, 1991). 그러나 서비스의 특성상 구매자와 제공자가 구분되기 어려운 대상들이나 서비스 내용이 존재한다. 상담이나 지지 서비스 등이 대표적인 예다. 개념적으로는 서비스 제공자들이 담당해야 하는 역할이지만 케어 매니저가 대상자들에 실행할 수 있고 또 그렇게 해야 되는 서비스들로 간주된다.

전반적인 케어 매니지먼트 실천과정에서 서비스 제공자와의 관계를 어떻게 형성하는 가는 장기요양 서비스 전달의 효과성, 효율적 재정운영 및 서비스 만족도 등을 결정짓는 중요한 요소이다. 케어 매니저가 제공자에게 너무 엄격한 수퍼비전을 제공하거나 감시하는 관계는 오히려 제공자들의 서비스 제공저항 및 대상자에게의 비용부담 전가라는 역효과를 낼 수 있으며, 단순한 조정 및 의뢰 역할은 질 및 비용관리에 도움을 주지 못한다. 따라서 현재 논란이 되고 있는 한국의 노인수발보장제도상의 케어 매니지먼트 기능에서도 이러한 서비스 구매자와 제공자, 케어 매니저라는 3자간의 역할을 어떻게 결정해야할지를 충분히 고려해야한다.

## 6) OECD 국가의 통합적 케어 매니지먼트 사례

### 가) 미국 PACE 모델의 사례

본 절에서는 최근 미국 재가요양의 대안으로서 주목 받고 있는 케어 매니지먼트 모델의 대표적인 사례인 PACE 모델에 대해 자세히 살펴보기로 하겠다.

최근 재가요양 관련 많은 연구들은 PACE 모델을 재가 중증노인을 대상으로 한 가장 성공적인 케어 매니지먼트 프로그램으로 평가하고 있다(Branch, Coulman et al. 1995; Eng, Pedulla et al. 1997; Bodenheimer 1999). 초기 On-Lok 프로그램으로 알려졌던 이 모델은 미국 샌프란시스코 시 지역 거주 중국계 미국 노인들이 주 대상이었던 한 주간양로보호(adult day health care) 센터를 중심으로 시범적으로 전개되었고, 1986년 Medicare와 Medicaid waiver의 지원을 받아 PACE 모델로 개정되어 오늘날 미 전역으로 확대되었다. PACE 모델은 시설입소 수준의 중증 대상노인들을 대상으로 한다는 점에서 Medicare 급여 대상의 노인들을 주 대상으로 하는 Social HMO 프로그램과는 차이가 있다(Doyle et al., 1997; Fischer, Leutz et al. 1998). PACE 모델의 가장 큰 목적은 급성 케어 와 장기요양 서비스의 통합과 유연한 재정운영을 바탕으로 부적절하거나 시기상조적인 시설화의 예방에 있다. PACE 모델의 대표적인 특징으로는 (1) 시설화 수준의 중증 노인들에게 지역 및 재가요양 서비스 제공 (2) Medicare 와 Medicaid의 인두제 방식 상환을 통한 통합 재정방식과 공급자 위험 부담; (3) 주간양로보호센터를 중심으로 한 통합된 서비스 전달체계 그리고 (4) 제학문적(multidisciplinary) 요양 전문적으로 구성된 케어 매니지먼트 팀에 의한 사례 관리 등이 있다.(Branch, Coulman et al., 1995).

PACE 모델은 Medicare, Medicaid 그리고 개인부담의 세 가지 재원을 바탕으로 운영된다. PACE 재정 운영방식을 이해하기 위해서는 상환비 (reimbursement rate)에 대한 개념을 살펴볼 필요가 있다. 예를 들어 PACE Medicare 상환액의 계산을 위해서는, 우선 인근지역의 PACE 가입자와 비슷한 건강상태의 비 가입 노인들이 일반적인 형태의 Medicare로 연간 지출하는 비용의 평균치를 구한 후,

이 비용의 몇 %까지를 PACE에 지원할 것인가를 정하는 데, 이 때 그 비율을 상환비라고 한다. PACE Medicare의 경우 95%로 고정되어 있는 데 일반적인 Medicare 상환 방식은 행위별 수가제(fee-for-service)를 따르는 반면 PACE Medicare는 인두제 방식으로 상환되므로, 1명의 PACE 서비스 대상자 당 최소 5%의 절감을 기대할 수 있다(Doyle et al., 1997). 주 정부에 의해 집행되는 메디케이드의 경우는 각 주의 장기요양 대상 인구비에 따라 주별 상환비가 달리 책정되어 있다. 이 상환비는 약간 변동적인 데 68 % (South Carolina) 에서 96% (Bronx, NY) 로 책정되어 일반적으로 시설입소 수준 중증 노인들에게 행위별 수가제 방식의 Medicaid로 지불되는 비용보다 그 차이만큼 비용절감을 기대할 수 있다 이러한 방식은 서비스 제공자가 재정 위험 부담을 갖게 되나 재정관리의 기술에 따라 전체 서비스의 효과적이며 효율적인 제공을 강화할 수 있는 강력한 유인책의 역할을 할 수 도 있다(Eng, 1997). 즉, 적정한 기관의 수익을 위해서 서비스 제공자들은 개인별 케어 플랜(individual plan of care; IPC)을 지속적으로 모니터링하고 평가하여 자원의 효율적인 관리를 해야만 하였다.

나) 통합적 장기요양 제도 구축을 위한 덴마크, 네덜란드 및 스웨덴 의 케어 매니지먼트 사례

#### (1) 덴마크

덴마크는 지역사회거주 노인들을 위한 종합적인 사정 및 클라이언트 관리 체계를 갖추고 있다 (Petersen & Rostgaard, 2000). 노인들의 욕구사정과 케어 계획 수립을 위해 덴마크의 케어 매니저들은 75세 이상의 모든 노인들에게 예방적인 차원에서 일년에 최소 2번 방문을 하고 있다. 대부분의 케어 매니저들은 기초 자치단체(municipalities)에 소속되어있다. 이 중 공식적인 케어가 필요한 대상의 경우에는 홈케어 매니저에 의해 심도 있는 사정이 이루어지며, 이에 따른 케어 계획을 통해 서비스 제공자는 특정계약을 맺게 된다. 클라이언트가 계획된 서비스에 대해 불만이 있을 경우 이의신청을 할 수 있다.

간병인력과 가정간호 인력들 역시 요양서비스 제공을 위해 협력하게 되며 전

반적인 과정은 홈케어 팀에 의해 모니터링 된다. 의학적 서비스가 필요한 경우나 시설입소의 위험이 강한 경우 그 지역에 위치한 노인의학팀이나 노인전문의 사에게 상담이 의뢰 된다(Stetvold et al., 1996).

## (2) 네덜란드

네덜란드의 케어 매니지먼트는 다양한 케어 네트워크를 연결하고 조정하는 역할에 초점을 둔다. 네덜란드는 1980년대 후반부터 사례관리나 케어 매니지먼트의 개념을 본격적으로 의료 및 노인복지에 도입하였다. 네덜란드 의료/장기요양 서비스 제공에 있어 최근 두드러진 특징은 제공영역간의 수직적·수평적 통합<sup>13)</sup>이다. 특히 장기요양서비스 제공자들( 가정간호, 주간보호 등)과 노인거주시설, 요양시설 및 의료서비스 제공 시설들간의 통합이 이루어지고 있다. Venlo Project 로 알려진 시범사업은 가정간호 서비스 기관, SWO, 노인거주시설 3자가 통합하여 재정을 pooling하고, 한 장소에서 intake, 사정, 케어 플랜 작성, 및 서비스 조정활동을 실행한 것으로 잘 알려져 있다.

이러한 통합을 위해 네덜란드에서는 통합적인 케어 매니지먼트 체계를 중요하게 활용하고 있다. 이런 활용 시범사업 중 한 가지가 “chain of care”의 개념을 활용한 “transmural care” 모델이다. 이 모델은 시설과 재가요양간의 통합을 주된 활동으로 보다 더 대상자의 욕구에 맞는 서비스를 제공하고자 하려는 움직임의 일환이다. 특히 ‘transmural care center’를 중심으로 병원과 가정간호 기관과의 통합을 통해 중풍이나 고관절 탈구 등의 노인환자들에게 요양서비스를 제공하고 있다(Nies, 2002). 보다 더 사회적 케어 모델에 가까운 통합 서비스 제공도 특히 노인정신건강관련 서비스 센터들을 통해 이루어지고 있다. 그러나 이러한 통합적 노력이 지속적으로 확대될지는 현 의료서비스와 사회복지 서비스 재정간의 비통합적 운영으로 볼 때 확신하기 힘들다.

주13) 수직적 통합(vertical integration)은 경증에서 중증까지 대상을 포괄적으로 지원하는 다양한 수준의 서비스 통합을 의미하며, 수평적 통합(horizontal integration)은 동일한 수준의 케어 제공자들간의 합병을 통한 franchise 방식의 제공을 의미한다.

### (3) 스웨덴

스웨덴에서의 케어 매니지먼트는 최근 노인요양서비스에 있어, 서비스 대상자 선정, 조정 및 재가요양서비스의 효과성 증가의 핵심적인 기제로 자리잡고 있다. 1980년대 이후 대부분의 기초자치단체에서 시작된 다학문적 팀(multidisciplinary team)에 의한 ‘care planning team(케어플랜팀)’은 오늘날 사례관리 팀(case management team)으로 변모하였다. 1992년의 노인복지개혁법은 이 팀에서 노인대상자를 위한 주거보장, 사회복지 서비스 및 요양관련 욕구를 관리하게 하였고, 동시에 사례관리 팀의 역할도 사례발굴, 욕구사정, 케어 계획수립, 서비스 조정 및 모니터링으로 확대조정 하였다.

몇몇 기초자치단체에서는 이러한 기능들이 구매자-제공자간의 역할 분담 맥락안에서 실행되어진다. 즉, 지방정부는 서비스의 대상자와 이용권을 결정하고 실제 서비스 제공은 민영계약자에서 제공되어진다.

## 4. 요약 및 결론

지금까지 살펴본 통합적 장기요양 제도 구축에 대한 논의들을 정리해보면 OECD국가들의 통합적 장기요양 제도 논의에 있어서의 ‘통합’에는 노인들의 다양한 복지욕구를 부합시키기 위해 의료서비스, 사회복지서비스 및 주거보장을 핵심적 요소들로 논의 한 것을 알 수 있었다. 그러나 실제 이러한 다양한 노력에도 불구하고 의료와 사회복지 영역간의 통합이 전반적으로 가시적인 효과가 나타날 만큼 활발히 이루어지고 있는 국가들이 많은 것은 아닌 것으로 나타났다. 이러한 결과의 가장 큰 원인으로는 통합적 체계의 구축을 위해서는 재정, 행정 및 관리, 조직, 서비스 전달체계, 실천적 수준 등에서 통합을 위한 변화가 동시에 일어나야 하는 데 실제 제도상의 변화가 뚜렷이 발생하지 못한 것에 있었다.

그럼에도 불구하고 이 연구에서 살펴본 OECD 국가들은 통합적 요양서비스 체계구축을 핵심 목표로 삼고 의료와 장기요양 서비스 들을 실행해나가고 있음을 알 수 있었고, 이러한 실행을 행정조직간의 통합, 서비스 동일배치 및 주거와 요양의 통합이라는 영역별로 살펴보았다. 이를 통해 영역별로 진행되고 있

는 몇 국가들의 노력과 도전에 대해 고찰함으로써 한국의 장기요양제도에 적합한 통합서비스 체계를 고려해 볼 수 있으리라 사료된다.

본 연구의 후반부에서는 통합적 장기요양제도 구축의 중요한 영역의 한 가지 이면 동시에 장기요양 서비스 전달에 핵심적 요소인 케어 매니지먼트 제도를 국가별로 살펴보았다.

케어 매니지먼트에 대한 다양한 논의에도 불구하고 중증의 노인들을 지역사회에 가능한 한 호오래 거주시키기 위한 집중적인 케어 매니지먼트에 대한 각 국가들의 관심은 높아지고 있다. Challis(1999)에 의하면 특히 다음 다섯 가지 요소들이 케어 매니지먼트의 성공과 관련이 있다고 본다.

- 통합적 재정(integrated funding): 케어 계획 수립과 서비스 제공에 있어 재정적 압박을 감소 시킬 수 있음
- 대상자 선정의 명확성: 평가판정체계와 더불어 케어 매니지먼트 대상의 명확성은 서비스의 중복성이나 비용손실을 절감할 수 있음
- 서비스의 명확한 목표: 전반적인 과정에서 서비스의 질과 효과에 대한 기반을 제시하는 것으로 욕구충족, 비용절감, 사회복귀 및 삶의 질 향상 등이 목표의 예가 됨
- 케어 매니지먼트 개입의 지속성: 각 단계별 책임소재와 재정지원의 명확성을 통해 지속성이 보장되어함
- 논리적 연관성: 프로그램 목표, 실천 환경과 실천에 대한 incentive 들 간의 논리적 연관성은 전반적인 서비스 목표달성에 필수적임

이러한 특성들이 명확하게 제시되고 제도적으로 뒷받침 될 때 케어 매니지먼트는 장기요양제도에 있어 핵심적인 요소가 될 수 있겠다.

결론적으로 본 절에서 논의한 통합적 장기요양제도와 케어 매니지먼트 체계에 대한 논의는 아직 한국의 노인요양제도 논의에서 본격적인 이슈로 보기는 어렵지만, 장기요양제도의 설계와 방향성에 있어서는 필수적인 논의로 볼 수 있다. 즉 비용통제와 제도의 효과적인 실행을 위한 중요한 기제로서 이 두 가지 요소가 충분히 작동할 수 있는 노인요양제도의 설계가 필요하다고 보겠다.



〈표 4-2-3〉 장기요양제도상의 사례관리 모형과 통합적 케어 매니지먼트 비교

|         | 전통적 사례 관리 모형                            | 통합적 케어 매니지먼트                                          |
|---------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 통합기제    | 수평적 통합<br>욕구 와 서비스의 연결                  | 수직적 통합<br>사례관리 + 조직내·조직간 통합                           |
| 준거틀     | 중계체계 모델                                 | 통합체계 모델                                               |
| 케어 관리수준 | 사례관리 실천<br>클라이언트 수준<br>의료서비스와 사회서비스의 분리 | 케어 조정 및 연계<br>클라이언트 개개인 + 체계 수준<br>의료 서비스와 사회 서비스의 통합 |
| 재정 운영방식 | 행위별 수가제 (fee-for-service)               | 인두제, 포괄수가제                                            |
| 국가별 사례  | 서비스 제공 기관의 사례관리                         | PACE, Social HMO                                      |
| 주요 장점   | 운영이 용이하며 구조 재조정이 불필요                    | 통합재정운영으로 인한 전체 비용감소<br>급성 케어 와 장기요양의 통합               |
| 취약점     | 서비스의 산별성, 단편성 및 남용<br>무책임성              | 서비스 대상 제한, 한정된 지역<br>공급자의 재정 위험 부담                    |

### 제 3 절 급여의 구성과 보호방식

어떤 제도를 선택하고 운용하는가는 그 나라의 역사적 문화적 맥락에 따라 다르고, 서비스 욕구나 인구학적 요인에 의해서도 영향을 받는다. 장기요양서비스의 경우는, 시설보호를 그 모태로 하고, 그 이후 재가보호와 지역사회 보호가 발달하였으며, 최근에 수당제도가 다양화 되는 등 급여의 구성과 보호방식이 다각화 되고 있다.

#### 1. 노인장기요양서비스 급여구성 및 보호율의 개요

아래는 1980년대 말-90년대 초와 2000년대 초를 대비하여 10년 동안 OECD 주요국의 장기요양 수급자 비율변동을 살펴본 표이다. 오스트리아, 독일, 일본, 뉴질랜드의 재가서비스 수급자 비율 증가가 눈에 띈다. 많은 국가에서 시설서비스 수급자는 10년 사이에 줄어들었다. 물론, 한국은 시설과 재가서비스 모두 매우 낮은 상황이다.

〈표 4-3-1〉 OECD 국가별 65세 이상 노인인구 대비 장기요양보호서비스 수급자 비율

|                 | 1988/91 |                    |         | 2000/02 |       |        |
|-----------------|---------|--------------------|---------|---------|-------|--------|
|                 | 계       | 시설서비스 <sup>1</sup> | 재가서비스   | 계       | 시설서비스 | 재가서비스  |
| 호주              | 13.2    | 6.2                | 7.0     | 22.0    | 7.3   | 14.7   |
| 오스트리아           | 7.6     | 4.6                | 3.0     | 22.8    | 4.4   | 18.4   |
| 캐나다             | 9.1     | 7.1                | 2.0     | n/a     | 7.4   | n/a    |
| 독일              | 6.3-8.3 | 5.3                | 1.0-3.0 | n/a     | n/a   | 8.0    |
| 헝가리             | n/a     | n/a                | n/a     | 7.0     | 2.5   | 4.5    |
| 아일랜드            | 8.0     | 5                  | 3.0     | 11.7    | 7.7   | 4.0    |
| 일본              | 6.3     | 5.3                | 1.0     | 10.2    | 4.7   | 5.5    |
| 한국              | n/a     | n/a                | n/a     | n/a     | 0.2   | n/a    |
| 룩셈부르크           | n/a     | 7.4                | n/a     | 10.5    | 6.3   | 4.2    |
| 멕시코             | n/a     | 1.5                | n/a     | n/a     | 0.5   | n/a    |
| 네덜란드            | 17.1    | 9.1                | 8.0     | n/a     | 7.6   | n/a    |
| 뉴질랜드            | 7.7     | 6.7                | 1.0     | 11.7    | 6.5   | 5.2    |
| 노르웨이            | 20.2    | 6.2                | 14.0    | 23.9    | 5.9   | 18.0   |
| 스페인             | 4.4     | 2.4                | 2.0     | n/a     | 2.20  | n/a    |
| 스웨덴             | n/a     | n/a                | 13.0    | n/a     | n/a   | 9.1    |
| 영국              | 14.1    | 5.1                | 9.0     | 8.8     | 4.8   | 4.0    |
| 미국              | 9.2     | 5.2                | 4.0     | n/a     | 5.7   | n/a    |
| 평균 <sup>2</sup> | 5.5(13) |                    | 6(9)    | 5.5(13) |       | 9.7(9) |

※ 주: 1. 시설서비스 수급자 비율은 모든 형태의 시설 거주자가 포함된 통계임

2. 시설 및 재가서비스 평균 수급자 비율은 양 해년의 자료가 모두 있는 국가만을 대상으로 구한 것임

※ 자료 출처: 1988/91-OECD 보고서(1996); 2000/02-OECD 질문서(2002)

주요국가 별로 현금급여와 현물급여상의 특성을 간략히 살펴보겠다.

독일의 경우 재가보호에 현금급여<sup>주14)</sup>가 주어진다. 이외에 재가보호 서비스, 요양서비스 제공 대리, 단기보호, 시설보호(주간/야간)<sup>주15)</sup>, 시설입주보호, 장애인을 위한 시설입주 보호 등의 현물서비스가 주어진다. 시설보호의 경우나 재가서비스의 경우 서비스에 대한 비용의 50%를 지급받게 되는데, 받을 수 있는 최대 액수는 거의 동일하다. 1992년부터 2000사이 요양원의 수가 2배 증가하여 8,600개가 되었고 재가보호 대행업체는 약 세배 증가하여 13,000개가 되었다.

일본의 경우, 재가서비스로는 가정방문 장기요양, 가정방문 목욕, 가정 방문 재활, 통근재활(주간보호), 가정 방문 간호보호, 통근보호(주간서비스), 복지장비 렌탈서비스, 요양시설단기체류, 개호보호를 위한 관리와 지도, 치매 노인공동체 주간생활보호, 노인대상 비용부과 개호 보호, 복지장비 구입수당, 가정개조 수당(손잡이 설치, 계단 제거 등) 등이 포함된다. 시설서비스로는 특별노인요양원, 장기요양노인을 위한 건강보호시설, 요보호노인을 위한 요양원 형태의 의료보호시설(① 일반요양원, ② 노년기치매환자를 위한 요양원, ③ 강화 요양서비스를 갖춘 병원제도 시행 3년 후) 등이 제공되고 있다.

네덜란드는 1996년 이후 시설입원이 필요하다고 인정된 특정 범주의 환자들은 현물 서비스 대신 현금급여를 선택할 수 있도록 하였고, 재가서비스, 신체장애자와 정신장애자를 위한 쉼터와 주간보호시설, 입원환자와 통원 환자에 대한 재활서비스, 확대된 모자관련 서비스, 예방접종, 임신검진 및 기타 서비스를 제공하고 있다.

이탈리아는 정부에 의한 중앙집중식 현금수당이 지급되고 있고, 무료 병원입원진료, 요양원 제공(일반적으로 지방정부가 재정을 지원), 의료용구 제공(인공보철물, 기저귀, 휠체어 등) 등이 시행되고 있다.

아래의 그림은 시설과 재가서비스의 상대적인 구성을 감안하여 각 국가를 배치시킨 것이다. 좌측 그림은 65세 이상 인구를 대상으로 한 시설보호(Y축) 및

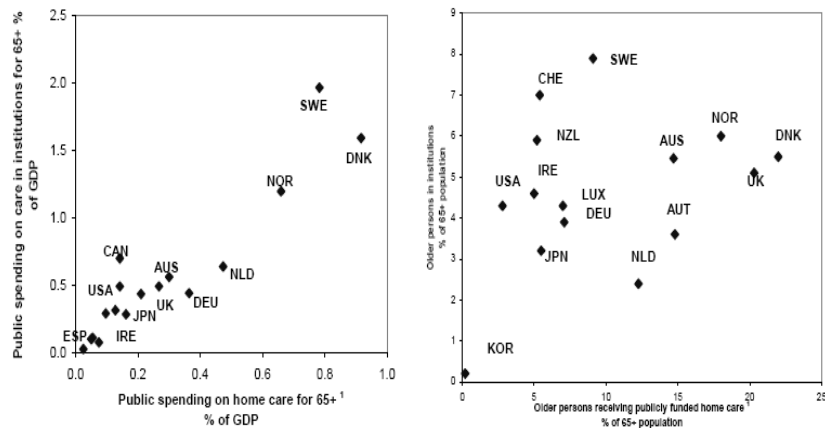
주14) 현금급여 선택 시 그 사용용도는 서비스 제공을 받는 데 대한 비용 지불로만 사용됨.

주15) 시설보호의 경우 장기요양 보험은 장기요양 서비스에 대해서만 보험 적용. 매달 장기요양 비용은 요양원에 직접 지급하나 숙식비용은 본인이 지불함.

재가보호(X축)에 투입되는 공공지출을 GDP대비 퍼센트로 표시한 것이다. 스웨덴, 덴마크, 노르웨이 등의 국가들은 시설과 재가보호 모두에서 상대적으로 높은 지출비를 나타내고 있고, 캐나다와 영국, 미국 등은 중간수준의 지출 국으로 밀집 분포되어 있으며, 에스파니아나 아일랜드 등은 시설과 재가보호 모두에서 지출이 낮은 특징을 보인다.

한편, 우측의 그림은 65세 이상 노인 중 시설보호대상자의 비율(Y축)과 재가보호대상자의 비율(X축)을 교차시킨 것이다. 한국은 두 가지 보호 모두에서 급역대상자가 매우 적은 국가이다. 스웨덴, 뉴질랜드, 미국, 아일랜드, 일본, 독일 등은 재가보호에 비해 상대적으로 시설보호의 수급자 비중이 높은 국가이며, 노르웨이, 덴마크, 영국 등은 재가보호의 비중이 더 높은 특징을 보인다.

[그림 4-3-1] 재가보호와 시설보호의 재정투자 비율교차



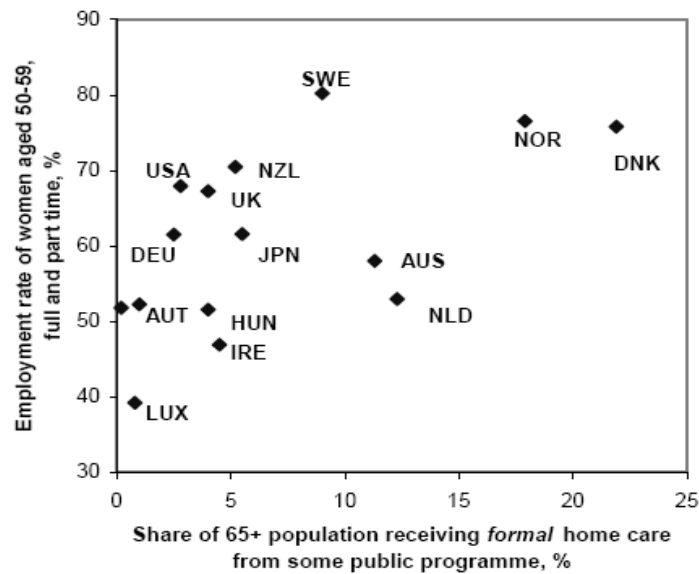
1. Including both formal care and payments for informal care as reviewed in table 2.

Source: OECD based on information from member countries, see OECD (2005).

한편, 아래의 그림은 65세 이상 노인 중 공공 재가보호의 수급자 비중과 중고령자(50~59세) 여성의 취업률을 교차시킨 결과이다. 덴마크와 노르웨이는 공공 재가보호의 수급자와 중고령 여성의 취업률이 모두 높아 고용창출을 동시에 도모한 것으로 평가할 수 있다. 재가보호의 수급자 비중에 비해 스웨덴, 미국, 뉴질랜드 등은 중고령 여성의 취업률이 매우 높고, 반대로 오스트리아나 네덜란드는 재가보호 수급자 비중에 비해 중고령 여성의 취업률은 낮은 편이다. 룩셈부르크와 아일랜드 등은 모두 낮은 국가로 분류된다.

[그림 4-3-2] 공공 재가보호와 중고령 여성의 취업률

Figure 4. Formal home care and employment



Source: OECD based on information from member countries  
See OECD (2005).

아래의 그림은 각 국가의 장기요양 병상 수를 65세 이상 노령인구 1000명 대비 환산하여 표시한 것이다. 노인 1000명당 평균 76개의 병상으로 스위스의 병상수가 가장 높았고, 슬로바키아와 터키는 10개 미만을 보이고 있다.

[그림 4-3-3] 65세 이상 노령인구 1000명당 장기요양 병상



일본은 병원의 장기요양 병상 단위가 제외됨.

아래의 표는 요양원의 room 한개 당 평균 입소자의 수와 분포를 살펴 본 것이다. 호주나 독일에 비해서 일본의 입소자가 밀집되어 생활하고 있는 것을 알 수 있다. 특히 독일에서는 상당수의 입소자가 침상이 하나있는 방에서 거주하는데 비해, 일본은 70%이상의 입소자가 침상이 4개있는 방에서 생활하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-3-2〉 요양원의 방 크기

| Country            | Year | Average number of persons per room | Percentage of all residents living in room that is |        |       |       |               |
|--------------------|------|------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|-------|-------|---------------|
|                    |      |                                    | Single                                             | Double | 3-bed | 4-bed | 5-bed or more |
| Australia          | 1997 | 1.6                                | 24                                                 | 29     | 9     | 29    | 9             |
|                    | 2000 | 1.5                                |                                                    |        |       |       |               |
| Germany            | 1994 | N/A                                | 51                                                 |        |       |       |               |
|                    |      | N/A                                | 36                                                 |        |       |       |               |
| Germany            | 1998 | N/A                                | 50                                                 | 44     | 5     |       |               |
|                    |      | N/A                                | 52                                                 | 44     | 4     |       |               |
|                    |      | N/A                                | 43                                                 | 47     | 10    |       |               |
| Japan <sup>1</sup> | 2002 | 2.8                                | 10                                                 | 13     | 4     | 70    | 3             |

<sup>1</sup> Number of beds per room.

Source: Gray (2001) Two year review of reform (Australia); Schneekloth/M?ler (1999) (Germany); The Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan (2003) Survey on Long-Term Care Service Institutions/Undertakings, 2002

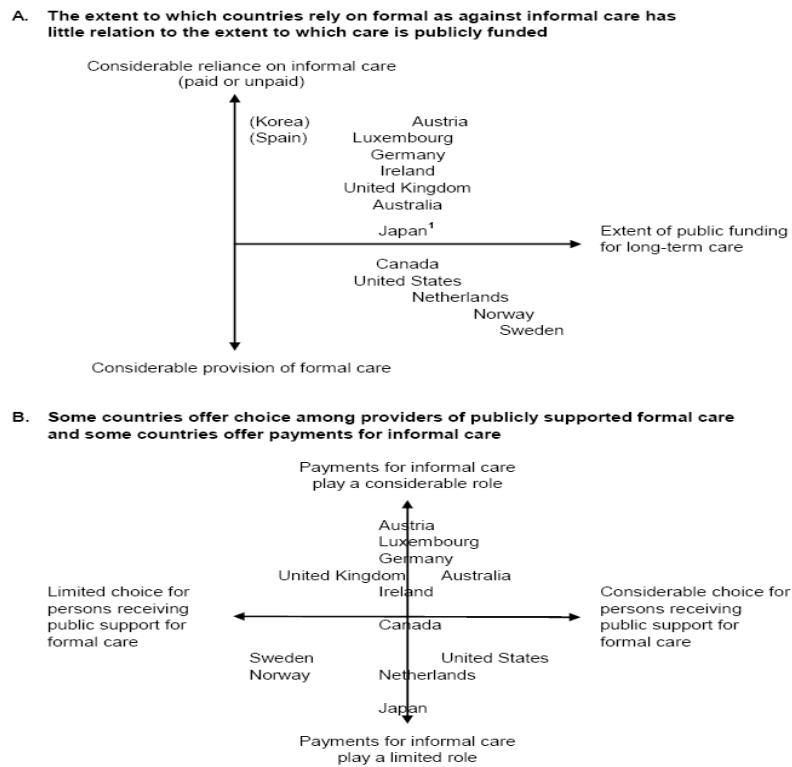
자료: Lundsgaard(2005)

상단의 그림은 비공식 케어에 의존하는 비율과 공공재정 투입정도를 기준으로 국가를 분류한 것이다. 한국은 공공영역의 개입이 공급과 재정 모두에서 낮아 최상단 좌측에 위치해 있으며, 네덜란드와 노르딕 국가는 공공의 개입이 높아 하단 우측에 표시되어 있다.

한편, 아래쪽의 그림은 비공식 케어에 대해 현금급여가 주어지는 정도, 수급

자의 급여 선택보장의 정도를 기준으로 국가를 분류한 것이다. 똑같은 보험방식을 취하고 있더라도 현금급여가 발달한 독일은 상단에, 현금급여가 없는 일본은 하단에 위치해 있다. 수급자의 선택정도는 스웨덴, 노르웨이, 영국 등에서 높은 것으로 분류되었다.

[그림 4-3-4] OECD 국가의 공식/비공식 케어의 비중 및 소비자 선택정도



Note: This figure aims to give simply a rough illustration. The position of countries should not be read as reflecting an exact metric, but rather whether the country in question is at the one or the other end of the spectrum of OECD countries - or somewhere in between.

1. The system in Japan has changed considerably in recent years. With the introduction of the social insurance scheme for long-term care, Japan has moved and is moving "south-east" in the diagram towards increased public funding and development of an infrastructure of formal care.



## 2. 재가요양 관련 기존연구의 동향

아래에 정리하여 제시한 내용은, 재가요양과 관련하여 1985년부터 1998년 사이에 수행된 주요 연구의 내용이다. 그 동안 각국에서 탈시설화와 재가케어의 개발 논의에 영향을 준 것으로 평가할 수 있다.

〈표 4-3-3〉 재가요양 관련 최근 연구의 동향

| 저자                  | 연구년도 | 주요내용                                                                                                                                                     |
|---------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De and Meiring      | 1985 | 지역사회에 산재해 있는 서비스에 대한 정보가 부족함을 지적.                                                                                                                        |
| Hedricks and Inui   | 1986 | 재가 요양의 효과성이 기대보다 미약하다는 점을 비교분석.                                                                                                                          |
| Shapiro             | 1986 | 캐나다 마니토바주의 시계열 연구결과, 재가요양 이용의 주요한 예측변수로는 노인의 연령, 친척들과의 접촉빈도 등이 추출됨.                                                                                      |
| Monk and Cox        | 1989 | 아르헨티나, 캐나다, 잉글랜드, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴에서 진행되고 있는 요양프로그램을 검토하고 과제를 도출. 중앙정부와 지역의 기능 미정립, 표준화된 판정체계의 미비, 타 서비스와의 조정 미흡, 사회사업가를 포함한 요양team 운영의 필요성 등을 지적.        |
| Rosengarten         | 1990 | 이탈리아 볼로냐 지역의 서비스 분석. 재가요양의 성공을 위해서는 체계적인 훈련과 교육, 문제해결 기술, 근접 감독 등이 중요한 것으로 지적.                                                                           |
| Jamieson            | 1992 | 덴마크, 영국, 독일, 미국의 정책을 검토하고, 재가요양의 이면에 ①병원의 침상 줄이기 ②시설의 비중 낮추기 등의 목표가 있음을 지적. targeting과 기타 서비스 지원없이, 오히려 비공식적 caregiver 에게 부담을 더 주는 방식일 수 있음을 지적.         |
| Halton              | 1992 | 1986년 호주에서 도입된 사례관리 프로그램의 목적과 목표를 설명. 맞춤형 서비스와 조정된 서비스 제공, 수혜자의 적극적 참여자로서의 위상 정립 등이 강조됨. 비슷한 시도가 있었던 미국 위스콘신과 영국 켄트주와는 다르게, 호주에서는 중앙정부의 역할이 여전히 주요함을 지적. |
| Berke               | 1992 | 농촌지역은 재가요양 서비스의 혜택이 떨어짐을 지적. 접근성, 긴 이동시간, staff의 부족 등이 지적됨.                                                                                              |
| Lesemann and Martin | 1993 | 노인의 요양욕구에 반응하는 정책은 각국의 배경에 따라 상이함을 분석. 영국은 공공자원의 책임이 감소, 스웨덴은 크게 확장, 미국은 제한된 수행, 캐나다는 재가위주의 요양지원, 네덜란드는 새로운 보험제도 시도, 프랑스와 이태리는 사회서비스로 커버하는 전통에 따름.       |

|                        |      |                                                                                                                                                        |
|------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Monk                   | 1993 | 아르헨티나, 캐나다 마니토바주, 잉글랜드, 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴의 요양체계를 비교. 지역서비스 전략 노력, 탈 중앙화, 사례관리 등을 공통된 경향으로 지적. 서비스공급체계의 경쟁이 필요하고, staffing부족 문제 해결 및 서비스의 연계가 높아져야 함을 제언. |
| Havens and Kyle        | 1993 | 케어의 연속성과 수혜자의 삶의 질을 위해 연금, 주택, 시니어 센터, 교육프로그램 등이 요양과 연결되어 구상되어야 함을 주장                                                                                  |
| Scharf and Wenger      | 1995 | 유럽 내부의 가족과 여성의 지위 및 역할변동에 따라, 노인요양의 지역사회 지원네트워크가 중요함을 강조. 웨일즈와 네덜란드, 캐나다와 미국, 영국의 지원네트워크 사례를 고찰.                                                       |
| Henrard and Ankri      | 1995 | 유럽국가들이 요양욕구에 대처하는 방식 비교. 주거요양방식, 주택정책, 가정요양서비스, 요양원 등의 분야에서 나타나는 차이는 '사회보호' 개념의 차이에서 비롯된다고 설명.                                                         |
| Burack and Rosengarten | 1995 | 단일 agency가 수혜자와 그 가족의 욕구를 전부 충족할 수 없을 때 생기는 문제와 supervisor의 임무에 대한 연구                                                                                  |
| Litwin and Lightman    | 1996 | 캐나다와 이스라엘의 사례를 중심으로 재가 및 지역사회 요양의 주요한 쟁점을 도출. 보건-사회 서비스 연계의 필요성, 욕구-driven 서비스의 위상, 접근성 문제와 one-stop서비스의 필요성, 가족 care-giver에 대한 정책노력 부재, 민간영역의 성장 등.   |
| Freedman and Kemper    | 1996 | 재택 요양분야에서 채택되어 온 프로그램을 검토. 요양욕구에 맞춰 어떤 프로그램을 결합시킬 것인지에 대한 정보부족을 지적.                                                                                    |
| Hutton and Kerkstra    | 1996 | 유럽 15개국의 재가요양 케어 상세 정보 제공.                                                                                                                             |
| Wilkins and Park       | 1998 | 시설요양 대신 재가요양을 주로 이용하는 계층의 유관요인을 추출한 결과(로지스틱 분석), 저소득층과 독거노인이 많았던 것으로 분석됨.                                                                              |

### 3. 현물과 현금급여의 형태에 대한 특성과 체계

일반적으로 현물급여는 소비자(혹은 수혜자)의 선택의 범위를 제한하는 단점을 갖지만, need targeting이라고 하는, 즉, 필요한 서비스를 필요한 인구집단에 효과적으로, 그리고 많은 경우 효율적으로 전달한다는 욕구달성 차원의 장점을 갖는다. 한편, 현금급여는 소비자의 선택권을 보장하는 것으로 긍정적으로 평가되지만, 다른 용도로 사용될 소지도 높다. 시장에 서비스가 불균형하게 분

배되어 있을 경우, 형평성 확보에 문제가 생기고 접근성에 제약이 따르게 된다.

현물급여의 다른 단점으로 종종 지적되는 것이 낙인이나 오명이 따라다닐 수 있다는 점인데- 예를 들어 미국의 식품권(food stamp)같이- 장기요양서비스의 경우는 이러한 stigma문제를 걱정할 필요가 없거나 우려가 매우 적은 서비스 영역이기 때문에, 현물급여의 이러한 단점에서는 일정정도 자유로울 수 있을 것이라 생각된다.

한편, 현금급여의 장점으로 흔히 지적되는 다른 측면이 바로 비용통제인데, 좀 더 깊이 고민을 해 보면, 비용통제와 선택권의 부여, 나아가 독립성과 empowerment를 통한 시민권 확대 등의 장점이 과연 병존하기 쉬운 지에 대한 문제제기를 하지 않을 수 없다. 비용통제가 용이하다는 것은, 급여의 보장성을 낮추는 영향을 가져오게 되고, 비용 삭감이나 동결이후 과연 소비자의 선택권이 무슨 의미를 지니는지 근본적인 질문을 하게 만들기 때문이다. 서비스를 삭감할 때의 저항에서는 자유롭겠지만, 진정한 선택권의 보장이라고 하는 것이 과연 특징점이 될 수 있는지, 단순한 rhetoric에 그칠 소지 역시 존재한다는 점을 간과할 수 없다. 근본적으로 현금급여를 통한 개인의 선택권이 발휘되려면, 시장의 자원과 서비스의 종류, 서비스 비용과 quality 등에 대한 정보를 소비자가 100% 가지고 있어야만 의미가 있는데, 과연 이런 합리적 선택을 담보할 정보, 특히 의료와 요양부문의 정보가 허약한 노령 장기요양 대상자에게 현실적으로 주어질 수 있는지 의문을 갖게 된다. 현금급여 지급자체가 서비스 이용자와 제공자간의 힘의 균형을 가져온다고 보는 학자도 있는데, 위의 문제가 해결이 되지 않는다면, 현금을 받았다고 해서 힘을 얻게 되는 것은 아니라고 보아야 한다. 이와 관련, 정책형성 및 집행과 평가과정에 소비자의 실질적 참여를 보장하는 것이 훨씬 유의미 할 것으로 사료된다.

이와 관련, 최근 여러 국가에서 수당지급이 눈에 띄게 늘어나고 있는데, 이 역시 성관점(gender perspective)에서 검토해 볼 필요가 있다. 이미 복지국가 regime과는 구분되는 care regime, 내지는 gender regime의 논의가 확대되어온 현 시점에서 볼 때 현금급여의 사용처에 대한 일정수준의 국가규제를 무급노동 수행자 (이 경우 carer)에 대한 시민권의 보장으로까지 거창하게 분석하는 것이

과연 타당한가의 문제가 우선 제기될 수 있다. 보살핌노동으로 인한 근로단절을 막고, 노동의 연속성을 보장하기 위해 유급 간병휴가를 제공하는 방식, 이들 보살핌노동자를 가정 영역 밖으로 끌어내어 공-사 영역의 오래된 이분법을 극복하고 사적영역의 무급노동자로 있던 보살핌노동자의 시민권을 보장하는 것 등이 보다 적극적인 방식이 아닐까 생각된다. 이런 의미에서 일부 연구에서 지나치게 강조되는 “시민권 보장” 논의는 다소 무리가 있다고 생각된다. “최소한의(혹은 소극적) 사회화”라고 보는 것이 타당할 것으로 보인다.

사적영역에 여성 돌봄 노동자를 잔류시킨 채, 일정한 보상을 제공하는 것은 Gauthier의 유형분류에 따르면, 평등주의적이지 않은 정책유형에 속한다고 할 수 있다. 일반적으로 돌봄과 수발은 전형적인 여성업무 영역으로 규정되어 왔고, 이로 인해 평가절하가 이루어지며, 시장의 서비스로 상업화 되더라도 저임금 직종이 되며, 따라서 다시 여성인력이 집중되는 악순환(vicious cycle)이 나타나기 쉽다. 따라서 가정에서 이루어지는 비공식적 돌봄 노동을 인정하되, 서비스로 전환되었을 때, 저임금 직종 군(群)을 형성하지 않도록 하는 일정한 대책과 준비가 필요하다.

국가별로 주요 서비스의 제공현황을 살펴보겠다. 우선, (일부) 보험방식이 가미된 국가들의 특성부터 살펴보고 나서, 개별 사례를 검토하기로 한다. 독일과 네덜란드는 현물과 현금서비스 또는 혼합서비스를 제공하고 있으나 일본은 현물서비스 제공을 원칙으로 하고 있다. 장기요양보험관련 급여 중 특이할 만한 사항은 독일의 비공식 요양제공자에 대한 사회보장급여이다. 즉, 독일의 경우, 비공식 요양서비스 제공자인 가족 및 친척 등을 보호하기 위하여 주당 최소 14시간 이상 요양서비스를 제공하고 이로 인해 주당 30시간 미만 밖에 취업할 수 없는 비공식 요양서비스제공자를 위해 요양등급과 간호 시간에 따라 연금보험료 부담 및 산재보험을 적용하고 있다. 그러나 네덜란드의 경우는 이미 공적 연금(AOW)의 경우, 소득이 없는 전업주부 등에 대해 기여없이 연금을 제공하고 있는 점을 감안할 때 독일의 경우가 네덜란드와 비교하여 특이할 만한 사항은 아니다(유은주 2005).

독일은 현금급여를 제공하는 반면 일본은 원칙적<sup>16)</sup>으로 현금급여를 포함시

키지 않고 있다. 먼저, 정치적인 측면에서는 현금급여를 함으로써 여성을 가정  
에 계속 머물게 한다는 여성주의자들의 강한 반발이 제기되었다. 다음으로 사  
회적인 측면에서는 독일의 경우, 현금급여에 대한 경험이 있었기 때문에 이를  
시행하는 것은 별다른 무리가 없었으나<sup>주17)</sup> 일본의 경우 현금급여에 대한 경험이  
일천하여 이를 꺼려한다는 의견이 있었다. 특히, 일본의 경우, 현금급여를 시행함  
으로써 발생할 수 있는 도덕적 해이(moral-hazard)를 염려하였다(Katsuya  
Yamamoto, 2004). 네덜란드의 경우는 독일과 같이 현금급여를 인정하고 있으나  
독일과의 차이점은 독일의 경우 재가서비스에 한하여 이를 인정하고 있으나 네덜  
란드는 시설서비스에 대해서는 현금급여를 적용하고 있다는 점이다(유은주 2005).

#### 가. 덴마크<sup>주18)</sup>

1987년의 [노인과장애인을위한주택법]을 기반으로 요양원(보호소와 같은 기  
관)는 단계적으로 폐지되고 있으며, 주간 재가 센터, 재가요양, 노인의 독립적  
인 생활을 돕는 다양한 형태의 주거가 증가하고 있다. 이러한 시설은 현존하는  
요양원, 보호소, 주간 센터 그리고 지역 센터 근처에 위치해 있고, 서로 연계되

주16) 예외적인 상황으로 현물급여를 받을 수 없거나 곤란한 경우는 예외적으로 현금급여를 인  
정한다.

주17) 독일이 현금급여를 실시하는 이유는 또한 여전히 노인부양은 여성의 몫이라는 전통적인  
사고가 남아있기 때문이라는 주장도 있다. 즉, 독일은 전통적으로 가족부양은 여성의 몫으  
로 인식되었기 때문에 연금 및 의료보험 등의 급여수급에 있어 여성은 남편의 수급권취득  
에 따른 파생적 수급권이였다. 물론 이러한 사회적 인식은 시간이 변함에 따라 여성의 경  
제활동참여가 증가됨에 따라 상당한 변화가 있었지만 여전히 과거의 가족부양에 있어 1차  
적인 책임은 가족이며 그 중에서도 여성이라는 점은 어느 정도 존재한다고 말하고 있다.

주18) 덴마크의 보건케어는 일반적으로 공공 책임으로 간주되며 기초진료, 특별진료, 입원치료,  
약 처방 등에 있어 지원을 받을 수 있다. 중앙정부가 전체 틀을 마련하고, 16개의 지방정  
부에 의해 계획되고 운영된다. 보건 케어의 재원은 기본적으로 일반과세(약 85%)에 의해  
마련되며, 보장 대상은 국민 모두이며, 거의 모든 의료 관련 서비스를 [공공보건보장법]  
에 의해 무료로 받을 수 있다. 275개의 지방정부(Kommune)는 지역 사회서비스 시스템 운  
영에 전적인 책임이 있음. 이는 장기요양보호와 노인과 다른 세대 집단을 위한 주택서비  
스를 포함한다. 대부분의 사회서비스에 있어서 주된 법적 기초는 1998년에 제정된 [사회  
서비스법]이다. 복지부가 중앙정부 수준에서 감독한다.

어 있다. 이는 가정 도우미, 가정 간호, 다른 지역 서비스에의 접근 편의성을 확보하기 위해서 뿐만 아니라 인력과 시설 사용을 극대화하기 위한 것으로, 특히 자신의 집에서 도우미 서비스를 받는 노령인구가 증가하고 있다.

지역 센터가 재가도우미서비스를 위한 기반이 되고 있으며, 지역 내 거주 노인을 대상으로 다른 활동도 지원하고 있다. 다양한 보건 서비스, 정보제공, 주간 보호, 식사, 이미용, 운송, 자원봉사, 다양한 사회적·문화적 여가 활동지원이 포함된다. 보건 케어의 경우 기초진료, 특별진료, 입원치료, 약 처방 등을 지원한다.

#### 나. 독일

‘보호소(Betreutes Wohnen)’라는, 독립된 주거와 요양원 형태의 시설 사이에 존재하는 강화된 주거서비스가 존재한다. 정신 및 신체장애를 가진 노인을 위해 개조된 특별한 목적의 아파트인데, 보통 도시 정부에 의해 계획되고 시정부나 비영리단체에 의해 운영되며 저소득층이 대상이다. 주거비용을 보조하기 위해 노인 세입자는 주거비용 뿐 아니라 가구 규모와 소득을 고려하는 정부 주거 혜택(housing benefit/Wohngeld)체계 하에 직접적인 재정 보조금을 받으며 주정부로부터 주거관련 사회 보조를 받는다.

새로이 혁신된 장기요양 재정 시스템 하에서, 관리 책임은 질병 기금 구조에 통합되었고, 관리를 단순화하기 위해서 개인은 동일한 급성 케어와 장기 케어 적용 범위를 선택하도록 되었다. 의사(physicians)와 각 기금의 의료 관련 부서에서 일하거나 민간 보험 회사에서 일하는 다른 장기요양 보호 전문가는 법으로 규정된 세부적이고 구체적인 기준으로 클라이언트 평가를 수행한다. 권리자는 계약과 장기요양 보호 공급 조직에 변상하는 것에 책임이 있으며 미약하기는 하나 보험의 질에 있어서 역할을 담당함.

표면적으로 이러한 합의는 의료와 장기요양보호 간의 조화를 용이하게 할 수 있는 것처럼 보인다. 그러나 두 가지 형태의 보험은 법적으로 분리되어 있으며 수혜와 규정 기능이 다르며, 자원 조달도 각각 별도로 운영된다.

통합적 보건 서비스(의료, 치과, 입원 케어, 처방 약, 가정 간호, 주거, 제한된

예방 케어 등)가 광범위한 사회보험프로그램을 통해 제공되고 있다. 예를 들어, Social Station(Solzialstation)이라는 시설이 있는데, 일상생활의 단순 거동(요리, 청소, 침구정리 등)도우미, 집수리, 가정방문, 안부전화 서비스; self-help group (치매 등의 질병을 앓는 친척을 돌보는 가정), 이동 서비스(병원이나 쇼핑 등에 있어 운송 제공) 등이 제공된다. 동 시설은, 1970년대 이래 노인을 위한 지역서비스의 전달과 조직에 있어 중요한 역할을 하고 있는데, 입원환자 케어에 대한 수요를 줄이기 위해 개별 주정부에 의해 설치되어 왔다. 소셜스테이션은 지역 센터로, 보통 간호사와 사회복지사가 배치되어 있고, 재가서비스, 가정 도우미, 주간 보호와 정보 및 위탁 등 광범위한 기관외적 장기요양 서비스를 통합 조정하고 있다. 한편 이 시설은 질병기금에서 규정하는 재가 요양 서비스를 조정하기도 한다.

재정능력이 있는 고소득 노인을 위해서는 고급요양시설(mentioning)이 있다. 이는 요양원 개념에 기초하고 있고, 대부분 비영리 조직에 의해 운영되는데, 사회적 주거 프로그램에는 포함되지 않는다. 이러한 고도로 통합된 단지는 문턱 없는 바닥, 모든 것이 갖추어진 호텔식 서비스(식사 등), 여가 활동, 자활 프로그램, 현장 요양과 의료 서비스 등 광범위한 서비스를 제공한다. 장기간의 재정 케어 서비스에 대해 매월 운영 요금을 받거나 선불 일시금을 받음으로 재정이 확보된다.

#### 다. 네덜란드

네덜란드 노인인구의 대다수는 노인을 위한 주거 시설이나 요양원에 거주하여 왔다. 그러나 1970년대 이후 분권화의 요청으로 네덜란드 정부는 탈시설화 정책을 펴왔다. 즉, 노인으로서 하여금 본인의 집에서 거주하면서 장기 시설 요양보다 비용효과적인 대안 선택이 가능하도록 하는 것이다. 이러한 정책적 목표를 달성하기 위해서 요양원과 같은 시설 뿐 아니라 재가서비스와 지역 기반의 서비스 공급이 크게 확장되었다.

sheltered housing은 상주하는 도우미의 지원이 필요한 노인을 위해 지어진 주

거 시설이다. 이러한 아파트는 대부분 임대로 운영되지만 소유도 가능하다. 다층 주거 복합시설은 보통 비영리 주택 조합에 의해 운영되는데, 영리 운영자도 이 시장에 진입 가능하다.

‘요양’은 이러한 형태의 아파트에 있어 기본 구성요소 중 하나로, 관리인이 24시간 모니터링하며 추가 서비스, 집안 청소와 요리, 주택 공급자에 의해 제공되는 다른 추가적인 케어를 제공한다.

노인을 위한 거주시설(residential homes)과 같이 기능적으로 통합된 주거형태는 주택 세입자를 알람 시스템에 연결하며, 식사와 사회적 활동을 위한 장소도 제공한다. 중앙 서비스센터에서는, 광의의 보건·사회 서비스를 통합하고 조정하는 역할을 한다.

자가 주택에서 거주하는 준 독립적인 노인에 대한 지원 서비스도 존재한다. 요양원과 같은 기관은 여가, 식사, 다른 서비스의 패키지를 제공할 뿐만 아니라 제한된 가정 도우미 서비스를 제공한다. 이러한 아웃리치에 참여하는 노인 클라이언트는 기본적인 서비스에 대해 명목상 매달 ‘회비’를 지불하며 추가적 서비스에 대하여는 별도의 요금을 납부한다.

‘케어 하우스’는 독립적인 삶과 주거 케어, 너싱홈 케어를 하나의 지붕 아래 통합하려는 시도이다. 헤이그에 있는 기존의 너싱홈에서 시범사업이 진행되었는데, 이 케어 하우스는 119개의 독립적인 거주시설로 구성되어 있으며 독거 혹은 부부를 위한 편의 시설을 제공했다. 너싱홈 또는 노인을 위한 거주시설의 총 150명의 세입자는 다양한 수준의 케어를 받는데, 부분적인 도움에서부터 전반적인 요양 케어까지 가능하다. 또한 구내(on-premise) 너싱홈 단위가 있는데, 24시간 케어를 제공한다. 특히 이러한 서비스를 제공받지 못하면 따로 떨어져 살아야하는 부부를 위해 마련되었다. 이 시범사업은 시정부, 주택부, 보건부로 부터 지원을 받았다. 계획가와 정책결정자가 기대한 것 만큼 성공적으로 달성되지는 않았지만, 노인 세입자는 그들의 생활에 있어 통제권을 더 크게 행사할 수 있다는 점이 발견되었다.

약 64%의 인구가 질병기금 계획에 의해 케어를 받고 있는데, 일반의료 치료, 전문 의료 서비스, 물리치료, 약의 처방, 병원 입원(최대 1년)에 대하여 기본적인



인 서비스가 제공된다.

‘노령층을 위한 복지서비스(SWO)’로 알려져 있는 지역사회 기반의 서비스는 인근 센터를 통해 운영된다. 여가적, 교육적, 문화적 활동과 더불어 SWO는 정보와 조언을 제공한다. 시설보호(nursing)와 가정봉사원의 조정, 지역 서비스의 직접 공급 및 주간보호, 월체어 식사제공, 알람 시스템, 세탁 서비스, 손톱 및 발톱 소제와 이미용 서비스, 목욕 보조, 다양한 형태의 자원 봉사를 포함한다. 센터는 또한 노인을 위하여 근린 주거에 대한 서비스를 공급하기도 한다. 시장 부로부터 받는 기금이 이 프로그램 운영에 중요한 역할을 한다.

최근 들어 병원, 너싱 홈, 노인 주거시설, 재가 조직을 모두 아우르는 ‘우산 조직(umbrella organization)’을 세우기 위해 협력하는 주택 공급자도 있다.

네덜란드는 매우 발달된 기초 케어 섹터를 가지고 있는데 전반적으로 일반의사(개업의, GP), 재가 케어 조직(재가 보건과 재가 도우미 서비스를 모두 제공하는), 물리치료사, 사회복지사 및 다른 일반 전문가(generalist)로 구성된다. 모든 사람은 해당 주치의(GP)를 지정받고, 등록하도록 되어 있다. 이들은 병원소속 전문가에 앞서 문지기 역할을 수행한다.

앞에서 언급한 광범위한 프로그램은 요양원과 주거 케어홈, 가정 도우미 서비스, 정신건강 서비스, 장기 입원(1년 이상)과 같은 소위 ‘예외적 비용’에 대하여 보장해준다. 이 법에 의한 보험료는 소득에 연동되며 임금근로자 1인당 납부금의 상한선이 있으며 고정된 비율에 따라 납입하게 된다(8.85%-9.6%, 월 소득 기준).

## 라. 스웨덴

중앙정부와 시정부가 주거의 중요성에 주목하게 되면서 지역사회 내에 노인 장기요양 서비스를 유지하기 위한 서비스 운영에 관심이 커지고 있다. 주거 선택을 넓힘으로써 환경적 그리고 신체적, 정신적 장애인의 서비스 욕구에 맞추는 노력이 이루어지고 있다. 다양한 시설, ‘block’과 아파트, 그룹 홈과 같은 서비스가 포함된다.

주거 재고 관리 및 운영은 시정부의 역할이다. 그러나 공급에 대한 접근성과

제공되는 주거형태는 도시마다 다양하다. 식사, 아파트 청소, 여가서비스, 지역 수송은 주거 관리에 의해 제공된다. 홈 너싱과 가정도우미 서비스는 다른 지역 기반 서비스와 마찬가지로 시정부에 의해 이루어지고, 주거 프로그램과 가능한 많이 통합되고 있다.

이러한 전통적인 주거 옵션에 더불어 일부 시정부는 대안적인 형태의 주거와 서비스를 실험했다. 예를 들어, 거주와 임대의 유지 뿐 아니라 집안일과 의료 케어의 제공까지 책임지는 비영리 조합소유의 주상복합시설이 있다.

노인의 욕구와 장기요양 서비스의 통합에는, 너싱홈과 재가보호의 재정과 관리를 주정부에서 시정부로 옮긴 조치와, 중증 입원 장기요양 노인환자에 대한 재정적 책임을 부과한 두 가지 조치의 영향이 컸다. 서비스는 이동과 입원 서비스의 넓은 범주를 포함한다. 기초의료 및 전문 의료 케어와 병원 입원, 예방적 서비스, 처방 약, 거주, 치과 치료, 정신건강서비스를 포괄한다.

사회 케어는 시정부의 책임이며 이러한 범주는 재가 케어, 주간 센터에서의 케어, 다양한 형태의 ‘특별 주거’, 보조적 장치를 포함한다. 아울러 시정부는 장기 요양 환자의 입원비용을 책임진다. 이러한 법적 의무는 ‘노인성 질환자 중 bed-blocker’로 불리는 케이스를 줄이기 위한 조치인데, 높은 비용을 감소시키는 효과가 예상된다.

일부 지역사회에서, 시정부에 의해 고용되는 재가 간호사는 지속적으로 출장을 가게 되는데, 주에서 운영하는 지역 보건 센터에 배치된다. 이러한 소위 ‘구역 간호사’는 환자의 주치위에 의해 보건 센터에 공급되는 케어와 함께 재가 보건서비스를 구성한다.

더욱이 의료적으로 불안정한 노인 환자를 감독하고, 기초 케어와 사회 서비스 시스템 모두에 있어 협력자로서 기능하는 ‘야간 구조대’가 활동하고 있다.

대부분 기초 보건 케어 서비스는 구 단위 보건 센터의 일반의사에 의해 공급된다. 이러한 기초 케어 의사는 전문 케어에 앞선 문지기의 역할을 하지는 않는다.

관료적으로 조직된 병원은 입원환자와 외래환자의 의료 케어를 공급한다. 노인 인구를 대상으로 노인성 약물에 대한 강조가 증가하고 있다.

#### 4. 최근 동향: 장기요양서비스의 적정 mix를 추구

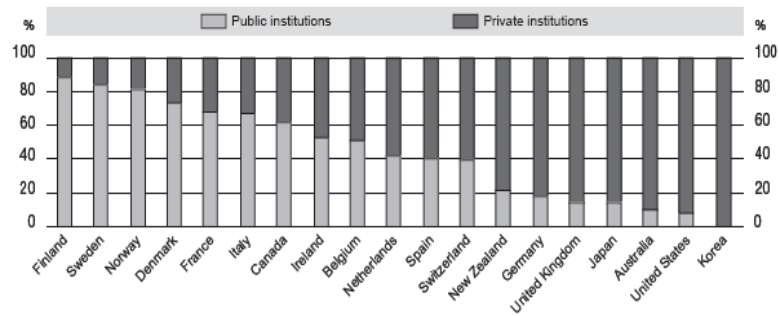
시설케어 규모의 부족이 여러 국가에서 문제가 되는 것으로 보인다. 호주, 영국, 미국, 기타 몇몇 국가에서는 너싱홈 침상의 국지적인 부족문제를 가지고 있다. 이는 그 지역의 주택문제나 노동비용문제 때문에 생긴다. 호주에서의 이러한 부족문제는 재가케어의 발전을 선호하는 정책결정에 따라 생긴 과도기적인 현상일 것이다. 일본과 스페인 등 여타국가에서는 이러한 부족현상이 더 광범위하게 나타나고 있는데, 일본의 경우는 현재 급속히 공급을 늘림으로써 이에 대처하고 있다. 독일, 일본 등에서는 지난 10년간 65세 이상 인구 1000명당 장기요양병상수가 증가하였는데, 이는 적어도 부분적으로는 공공재원 프로그램을 통해 시설장기요양서비스의 보장성을 확대한 데 따른 것이다.

그렇지만 대부분의 OECD 국가들은 시설제공 장기요양케어에 대한 수요를 충족시킬 정도의 적정 수용능력을 갖추고 있다. 하지만, 특히 대부분의 사람들이 되도록이면 가정에서 요양을 받고 싶어 한다는 조사결과에 비추어볼 때, 시설수용은 더 이상 장기요양케어에 대한 니드를 충족시키는 유일한 대안이 될 수 없다. 따라서 많은 OECD 국가에서의 정책 목표는 장기요양케어의 제공을 시설중심에서 지역사회중심으로 바꾸는 것이었다. 몇몇 OECD 국가(예: 룩셈부르크, 네덜란드, 노르웨이)에서는 노인인구규모 대비 장기요양병상수가 감소한 반면, 몇몇 국가(예: 오스트리아, 뉴질랜드, 영국)에서는 이 비율이, 65세 이상 인구 중에서도 초고령 인구의 규모가 계속 커지고 있음에도 불구하고, 대체로 안정적으로 유지되고 있다(OECD, 2004a).

아래의 그림은 시설(요양원과 주거시설 포함)의 침상을 기준으로, 주요 국가에서 공공시설과 민간시설의 비중을 보여준다. 핀란드, 스웨덴, 노르웨이 순서로 공공시설의 비중이 높고, 아일랜드와 벨기에는 공공과 민간이 비슷한 비중을 보여주고 있으며, 뉴질랜드, 독일, 영국, 일본, 호주, 미국 등은 모두 민간시설의 비중이 압도적으로 높다.

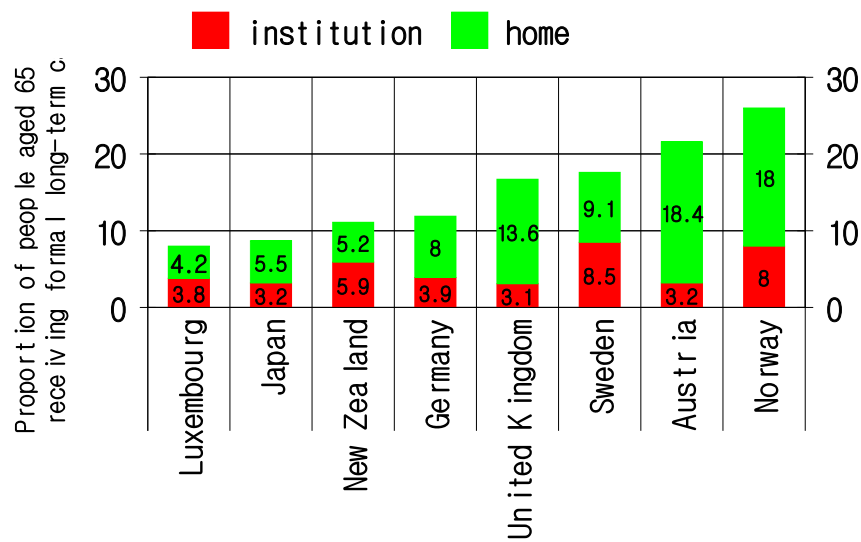
한국은 공공시설이 가장 발달하지 못한 경우에 속한다.

[그림 4-3-5] 장기요양 시설의 민간/공공 비율



1. This figure is based on collection of available national material where the exact definitions may vary. Generally only staffed homes providing nursing care and/or practical help with activities of daily living are included while long-stay hospital sections are not included.  
Source: OECD based on national sources.

[그림 4-3-6] 노인의 장기요양서비스 이용자의 시설/재가 비중(2000)



주: 추계치는 너싱홈(시설)케어 및 재가수당 또는 서비스의 수급자수.  
출처: OECD Long-Term Care Study

많은 국가에서 재가케어는 노인들이 받는 장기요양케어의 지배적인 형태며, 이들 노인들은 OECD 국가 장기케어 수급자의 다수를 점하고 있다(위의 그림 참조).<sup>주19)</sup> 재가케어의 목표는 노인이 자신의 가정이나 자신의 니드에 맞게 만들어진 특별주택에서 장기간 독립적으로 살아갈 수 있게 하는 것이다. 이들 국가들은 가정에 대한 서비스의 확장과, 비공식 부문에서 그러한 서비스를 제공하는 가족수발자에 대한 지원에 중점을 두고 있다. 그렇지만, 공식부문에서 가족수발자의 공급을 적절히 확보하는 것이 주요 현안 정책과제이고, 인구(및 가족수발자)의 연령이 높아짐에 따라서 그 필요성은 더욱 커질 것이다.

#### 가. 재가 장기요양서비스의 확대

많은 국가들이 재가중심 장기요양케어의 가용 옵션 수를 늘리려고 해왔다. 예를 들어, 영국에서는 지방정부가 집중적 재가케어 패키지의 공급을 늘이는 업무를 담당한다. 많은 다른 국가들도 재가중심의 옵션을 우선시 하는 정책을 취하고 있다. 공급확대에 대한 관심은, 시설케어가 상대적으로 비쌀 수 있다는 점에서, 선택지확대와 비용절약의 의도를 모두 반영하는 것이다. 재가케어의 이용자 일인당 비용에 너싱홈에서의 비용에 연계된 상한을 설정하는 방식들이 많이 이용되고 있는데, 이는 재가케어에 대한 선호에 제한을 가하는 결과가 된다.

호주, 영국 그리고 다른 많은 국가들은 장애인노인을 가정에서 돌볼 수 있는 범위가 전에 생각했던 것보다 더 확장될 수 있다는 것을 보여주었다. 몇몇 국가들은 적정대상을 중심으로 한 재가케어가 시설케어보다 낮은 비용에 제공될 수 있고, 급성기병원의 비용을 줄이는데 역할을 할 수 있다는 것을 보여주었다.<sup>주20)</sup> 하지만, 시설수용의 리스크가 있는 모든 사람에게 그러한 케어를 제공하는 것은 비용이 많이 들기 때문에, 스웨덴·영국·미국은 장애정도가 심한 노인에게 초점을 둔 대상중심의 재가케어 접근방식을 개발해왔다(OECD, 2004b).

주19) 추계자료가 입수 가능한 OECD 국가들의 경우, 재가케어수급자의 80%와 시설케어수급자의 90%를 노인이 차지한다(OECD, 2004).

주20) 캐나다(Hollander and Chappell, 2002 참조)와 영국(Dacies and Fernandez, 2003참조)이 그러하다.

호주, 독일 등에서는 장기요양서비스를 커버하는 공공프로그램의 확장이 특히 재가케어 부문의 공급을 크게 증가시켰다. 몇몇 국가에서는 공공 및 민간부문 모두 이러한 증가에 기여하였다. 적어도 한 국가(독일)에서는, 공공 공급자의 숫자를 추가하기 보다는 내부적으로 경쟁하는 민간 공급자 영역을 키우는 명시적 정책이 재가케어에 대한 공공자금지원을 늘이는 정책과 병행되었다. 시설중심의 공공장기요양케어에 전통적으로 많은 투자를 한 국가 (예: 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴) 또한 중증장애노인들에 대한 재가의료를 대안으로 크게 증가시켜왔다.

장기요양서비스의 공급을 증가시키기 위해서는 여러 서비스 부문으로부터의 투입과, 노인을 가정에 머물게 하는데 필요한 주거, 사회서비스, 방문급성기의료, 기타 쇼핑이나 가사유지와 같은, 상이한 요소들 간의 조정이 필요하다. 요케어자를 포함한 고령화 인구를 수용하는 주거시설의 개선이 필요하다(OECD, 2003a). 지원에 적용할 보조기술재의 활용도 또한 넓다(Tinker, 2003). 개조되지 않은 일반주택과 시설케어 사이의 중간단계를 제공하는 새로운 형태의 주택 또한 개발되어왔다 - 예, 미국에서의 보조생활시설의 급증(Hawes et al., 2003). 하지만 노인이 더 병약해지고 더 많은 케어를 요하게 됨에도 불구하고 가정에 머물 수 있도록 하기 위해서는 더 많은 개선이 필요하다.

#### 나. 환자와 수발자의 선호와 기대에 반응성 제고

장기요양케어는 오랫동안 환자와 수발자 모두의 불만의 대상이 되어왔다. 지난 10년 동안 OECD 국가들은 장기요양제도의 반응성을 높이기 위해 다양한 조치를 취해왔다.

##### 1) 시설케어의 개선

‘보조주거시설’은 자가에서 독립적으로 사는 것과 주거/ 장기요양시설에서 사는 것 사이의 중간 형태로, 비교적 부유한 노인들의 사용이 증가하고 있는 케어제공의 한 모델이다. 그러나 그러한 시설에서 제공되는 서비스의 질을 감독

하기 위한 정부의 개입에서뿐만 아니라, 그러한 서비스를 위한 공공재원의 정도에 있어서도 국가간에 큰 차이가 있다. 금전적인 면에서 케어에 대한 개인의 선택이 가능하려면 상당한 개인 저축 또는 보험이 필요하다.

치매 환자들을 위한 소위 “그룹홈”방식은 장기요양 시장이 환자와 그 가족의 선호를 반영해가고 있음을 보여주는 한 사례이다(Moise 외, 2004). OECD 국가들에서는 요양원에 치매환자전용의 별도시설을 두는 경우가 늘고 있다. 이는 스태프들이 어려운 행태적 문제들을 잘 다루고, 따라서 다른 입주자에 대한 케어를 희생함 없이 치매환자에 대한 양질의 케어를 제공할 수 있도록 하기 위한 것이다. 프랑스, 일본, 스페인, 스웨덴, 미국과 같은 국가들에서는 그룹홈의 수가 많고 점차 대중화 되고 있는 추세다. 그러나 보건의료에 있어서의 조직혁신의 경우 흔히 그렇듯이, 그룹홈의 상대적인 편익과 비용에 대한 증거는 많지 않다(Doody et al., 2001)

## 2) 장기요양케어 지출에 대한 개인 소비자의 통제 확대

많은 국가들이 소비자 선택을 늘리기 위해 정책 개혁을 단행했다. 두 가지 접근방식이 사용되었다.

- 개인예산 및 소비자-중심의 진료보조원 고용  
(예, 네덜란드, 노르웨이, 미국의 몇몇 주들; 직접지불방식은 영국에서 확대되고 있음)
- 케어를 필요로 하는 사람에게 현금지급을 하여, 케어의 구입을 위해 본인이 원하는 대로 사용하도록 함(예, 오스트리아, 프랑스, 독일)

케어를 요하는 노인과 그들의 주된 수발자의 이러한 조치들에 대한 평가는 긍정적으로 나타났는데, 이것은 제공 받은 서비스에 대한 통제성과 융통성이 늘었고 의존감이 줄었다는 것을 보여준다(Lundsgard, 2004).

소비자-중심적 지출정책은 예산이나 급여에 상한을 두어 제한하지 않는다면 자칫 전통적인 방법보다도 비용이 더 들게 될 것이다. 소비자-중심적 지출이 반드시 저비용적 선택은 아니라는 것이 일반적인 경험이지만, 그것이 반드시

고비용적이지는 않다는 주장의 근거도 있다. 대부분의 사람들은 굳이 선택해야 한다면 그들 자신의 집에서 케어를 받기를 선택할 것이다. 장애인들 특히 비공식 수발자의 수발을 받고 있는 장애인들의 경우 시설 입소보다 재가지원이 더 저렴하다는 연구결과가 많이 있다<sup>주21)</sup>. 또한, 독일에서는 1996년부터 장애인들에게 서비스패키지와 (그 보다 저렴한) 현금수당 중에서 선택할 수 있게 하였는데, 수급자의 3분의 2가 자기들이 원하는 대로 사용할 수 있는 저렴한 현금수당을 선택했다. 노인에게는 ‘독립성’이 비싼 케어의 수급보다 더 큰 가치를 지닌다.

아래의 표는, 수발자와 수급자의 요구에 반응하기 위한 각국의 노력을 여러 가지 기준으로 정리·분류한 것이다. 크게는 수발 제공자에게 주어지는 급여, 수발을 받는 노인에게 주어지는 급여, 비공식 수발자에게 주어지는 임금지원 등 3가지의 급여형태가 있다.

기준 중에는, 인력을 고용할 때나 보건기구를 구입할 때만 현금급여를 주는 경우, 케어의 기간과 시간에 일정한 제한을 둔 경우, 비공식 수발자와 관계규정을 둔 경우, 연령규정, 근로단절이나 소득감소에 대한 보상으로서의 현금급여와 노동자체에 대한 인정 등 급여 지급시 중점사항, 소득계층에 대한 선별기준, 휴가나 기타 정책 option 등 다양한 측면이 고려되고 있는 것으로 나타났다.

마지막 세 칼럼에는, 전체 노인대비 각 프로그램 적용대상 노인의 비중, 공적 재가보호 수급자 비중 및 1인당 공공지출 비중 등이 정리되어 있다. 전체 노인 중 공적 재가보호 수급자 비중과 제시된 각 프로그램의 적용대상 노인비중을 비교해 보면, 각 프로그램의 포괄범위를 가늠할 수 있다. 전체적으로, 수발을 받는 노인이 직접 고용을 할 경우 지원하는 프로그램의 이용자는 매우 적은 상태이고, 비공식 수발제공자에게 주어지는 임금보조급여도 광범위하게 채택되고 있는 것은 아니다. 수발을 받는 노인에게 현금을 지원하는 오스트리아, 독일, 룩셈부르크, 영국의 급여는 이용자가 비교적 많은 편이고, 스웨덴의 수당은 이용자가 0.1%에 불과하였다.

주21) 영국의 예로, Tinker 외(1999) 참조



## &lt;표 4-3-4&gt; 비공식 수발자 고용 및 인정을 위한 현금관련 급여

| Country                                                                              | Programme                                                               | Description                                                                                                                          | Can relatives be employed or supported?      | Monthly payment levels                                                                                                                                           |                 |                | Share of 65+ population receiving home care via this programme | All public home care <sup>2</sup> |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
|                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                      |                                              | Lowest                                                                                                                                                           | Main or average | Highest        |                                                                | Share of 65+ pop.                 | Spending per user       |
|                                                                                      |                                                                         |                                                                                                                                      |                                              | % of private consumption per capita <sup>1</sup><br>Monthly amount in nat. currency and USD PPP                                                                  |                 |                | %                                                              | %                                 | % of private cons. p.c. |
| A. Personal budgets and consumer directed employment of care assistants <sup>3</sup> |                                                                         |                                                                                                                                      |                                              |                                                                                                                                                                  |                 |                |                                                                |                                   |                         |
| Netherlands                                                                          | Personal Budget for Care and Nursing<br><i>Persoons-gebonden budget</i> | Personal budgets can purchase agency care, directly employ a care assistant and also pay some cash for appliances and informal care. | Yes, <sup>4</sup> but not if living together | The size of each budget is equal to what would have been the public expenditure on formal services net of user charges less an "efficiency deduction" of 15-20%. |                 |                | 0.8 <sup>5</sup>                                               | 12.3                              | 57 %                    |
| Norway                                                                               | Care Wage<br><i>Omsorgslønn</i>                                         | Pays relatives or others for caring when this is considered better than agency care. Typically 3-10 hrs/week.                        | Yes                                          | The carer is paid for a given number of hours typically using the hourly wage of a care assistant in the public agency.                                          |                 |                | 0.3                                                            | 18.0                              | 57 %                    |
| Sweden                                                                               | Carer's Salary<br><i>Anställda anhörige</i>                             | The person giving care is treated as employed by the public agency. Scheme used in remote areas.                                     | Yes, but not if older than 65 years.         | Person giving care is paid a salary similar to care assistants in the public agency and has similar social security protection.                                  |                 |                | 0.1                                                            | 9.1                               | 101 %                   |
| United Kingdom                                                                       | Direct Payments                                                         | New scheme. Older persons eligible for care can now choose a direct payment for purchase of care.                                    | Yes, <sup>6</sup> but not if living together | Same as the net costs of the services assessed as required.                                                                                                      |                 |                | 0.04 <sup>7</sup>                                              | 20.3                              | 13 %                    |
| United States                                                                        | Consumer Directed home care                                             | Consumers can hire and supervise a personal care assistant who will be paid by Medicaid for a specific number of hours.              | Most prg. allow relatives but not spouses    | Payment levels vary across prg.s reaching up to \$2760 a month in Kansas' HCBSFE prg. and up to 66 hrs/week in California's IHSS prg.                            |                 |                | 0.5                                                            | 2.8                               | 60 %                    |
| United <sup>8</sup> States                                                           | Cash & Counseling                                                       | Demonstration and Evaluation prg. in Arkansas, Florida and New Jersey. Budget can pay also for home adaptation etc.                  | Yes                                          | 20 %<br>\$400                                                                                                                                                    | 36 %<br>\$723   | 69 %<br>\$1400 | Experimental with 1000-2000 older persons in each state        |                                   |                         |

1. Percentages of private consumption are calculated based on household final consumption expenditure per capita in the national accounts statistics which is roughly equal to average disposable income per capita. Payment levels in USD at purchasing power parity (PPP) are calculated using 2003 exchange rates. For comparability across programmes, all payment levels are shown as monthly amounts even if some programmes determine the payment each person is eligible for on a weekly basis.

2. The total share of the population aged 65 and over receiving home care funded by some public programme or mandatory insurance (including the schemes shown in this table) and the average public spending per person receiving home is shown here for comparison. See Huber (2005) for details on the compilation of the underlying data.

3. The person receiving care does not pay income tax of the benefits from these schemes, but as there is a formal employment relationship, the caregiver will be taxed of the income she/he receives.

4. If the person needing care lives together with healthy adult relatives then they are obliged to do the necessary housekeeping tasks irrespective of whether they are in working age or have retired. Relatives living in the same household can therefore only be employed to provide care beyond these functions. In practice, employment of relatives living in the same household is seen mostly for adult disabled and only rarely for care

5. Personal Budgets were introduced in 1995 and grew to a total of 23,000 users in year 2000 and 54,000 in 2003. In 2003, about a third of all users were older persons which corresponds to 0.8% of the population aged 65+ as shown in the table.

6. With an adjustment of legislation from April 2002, people can use their direct payment to pay a relative who lives with them, but only in exceptional circumstances where they and their local council consider that this is the only satisfactory way of meeting their care needs.

7. Since introduced in 2000 for older persons also, the number of users in England aged 65 and over has grown from only 500 in year 2000/1 to 2,700 in 2002/3 corresponding to 0.04% of the population aged 65+.

8. The average monthly payment levels differ in the three states involved, from \$400 in Arkansas, and \$723 in Florida to \$1400 in New Jersey.

**Table 2. Personal budgets, consumer-directed employment of care assistants and payments for informal care for older persons (cont.)**

Information refers to most recent year available, often 2004 for rules and payment levels, but typically 2002 or 2003 for the number of users

| Country                                                                                                                  | Programme                                           | Description                                                                                                                  | Can relatives be employed or supported? | Monthly payment levels |                        |                        | Share of 65+ population receiving home care via this programme | All public home care |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------|
|                                                                                                                          |                                                     |                                                                                                                              |                                         | Lowest                 | Main or average        | Highest                |                                                                | Share of 65+ pop.    | Spending per user       |
| % of private consumption per capita <sup>1</sup><br>Monthly amount in nat. currency and USD PPP                          |                                                     |                                                                                                                              |                                         |                        |                        |                        |                                                                | %                    | % of private cons. p.c. |
| B. Payments to the person needing care who can spend it as she/he likes, but has to acquire sufficient care <sup>9</sup> |                                                     |                                                                                                                              |                                         |                        |                        |                        |                                                                |                      |                         |
| Austria <sup>10 11</sup>                                                                                                 | Cash Allowance for Care<br><i>Pflegegeld</i>        | All public support for home care is through this allowance. Recipients can purchase formal care if they wish.                | Yes                                     | 13 %<br>€145; \$154    | 35 %<br>€405; \$430    | 132 %<br>€1532; \$1626 | 14.8                                                           | 14.8                 | na.                     |
| Germany <sup>10</sup>                                                                                                    | Cash Allowance for Care<br><i>Pflegegeld</i>        | Under the long-term care insurance, recipients can choose between care in-kind and this allowance.                           | Yes                                     | 18 %<br>€205; \$209    | 27 %<br>€311; \$317    | 57 %<br>€665; \$678    | 5.7 <sup>12</sup>                                              | 7.1                  | 53 %                    |
| Luxembourg                                                                                                               | Cash Allowance for care<br><i>Prest. en espèces</i> | Under the long-term care insurance, recipients can choose to replace the first 7 hrs/week of care in-kind by this allowance. | Yes                                     | 15 %<br>€267; \$272    | 39 %<br>€679; \$693    | 63 %<br>€1100; \$1122  | 3.9 <sup>13</sup>                                              | 4.3                  | 32 %                    |
| Sweden                                                                                                                   | Attendance Allowance<br><i>Anhörig bidrag</i>       | Cash payment to the person needing care who can then pay informal caregivers. Minimum care need of 17 hrs/week.              | Yes                                     |                        | 52 %<br>Sek5000; \$515 |                        | 0.1                                                            | 9.1                  | 101 %                   |
| United Kingdom <sup>14</sup>                                                                                             | Attendance Allowance                                | A cash benefit to persons aged 65+ who have been needing care at home for at least six months.                               | Yes                                     | 16 %<br>£170; \$266    |                        | 24 %<br>£255; \$399    | 19.3                                                           | 20.3                 | 13 %                    |

9. The person receiving care does not pay income tax of these benefits. Nor does an informal caregiver living together with the person, as the payment is simply shared within the household. Presumably, informal caregivers from outside the household rarely report money they receive in this way as income when filing their tax statement, and the person receiving care has no obligation to report to whom they pass on money.

10. The middle-column "Main or average" shows a weighted average of payment levels received by beneficiaries aged 65+. "Lowest" and "Highest" show bottom and top of payment scale.

11. Because this cash allowance is also the channel for support to persons with very intensive care needs requiring institutional care, the highest level reaches 132% of average private consumption per capita. But only 1.2% of older persons receiving support are at this highest level. The lowest payment level is available for persons needing care for 12 hours or more per week.

12. This includes those choosing to have all the support they are eligible for as a cash allowance (4.7% of the 65+ population) as well as those choosing a combination of cash and services (1.0% of the 65+ population). In addition to this, 0.8% of the 65+ population receive support from the long-term care insurance while choosing to have all as services. This calculation assumes an equal propensity to choose the three options for the three quarters of long-term care insurance recipients aged 65 years or over and the one quarter younger than 65. Data for 2001.

13. This includes those choosing to have all the support they are eligible for as a cash allowance (2.1% of the 65+ population) as well as those choosing a combination of cash and services (1.8% of the 65+ population). In addition to this, 0.4% of the 65+ population receive support from the long-term care insurance while choosing to have all as services. This calculation assumes an equal propensity to choose the three options for the two thirds of long-term care insurance recipients aged 65 or over and the one third younger than 65 years. Data for the number of beneficiaries on 30 June 2003.

14. Depending on individual circumstances such as whether care is needed also at night, the payment levels vary more than indicated by the typical low- and high-level payments shown in the table.

**Table 2. Personal budgets, consumer-directed employment of care assistants and payments for informal care for older persons (cont.)**

Information refers to most recent year available, often 2004 for rules and payment levels, but typically 2002 or 2003 for the number of users

| Country                                              | Programme                                            | Description                                                                                          | Means tested on caregiver? | Can relatives be supported?        | Monthly payment levels                                                               |                        |                      | Share of 65+ population receiving home care via this programme | All public home care 2 |                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|
|                                                      |                                                      |                                                                                                      |                            |                                    | Lowest                                                                               | Main or average        | Highest              |                                                                | Share of 65+ pop.      | Spending per user       |
|                                                      |                                                      |                                                                                                      |                            |                                    | % of private consumption per capita 1<br>Monthly amount in nat. currency and USD PPP |                        |                      | %                                                              | %                      | % of private cons. p.c. |
| C. Income support payments to informal caregivers 15 |                                                      |                                                                                                      |                            |                                    |                                                                                      |                        |                      |                                                                |                        |                         |
| Australia 16                                         | Carer Payment                                        | For people who cannot support themselves because caring.                                             | Yes                        | Yes                                |                                                                                      | 53 %<br>A\$934 ; \$682 |                      | 0.9                                                            |                        |                         |
| Australia 16                                         | Carer Allowance                                      | For people who live with and care for somebody at home.                                              | No                         | Yes                                |                                                                                      | 11 %<br>A\$191 ; \$139 |                      | 4.0                                                            | 14.7                   | 28 %                    |
| Canada                                               | Compassionate Care Benefit                           | A short-term benefit for persons caring for somebody with a terminal condition.                      | No 17                      | Yes                                | Pays 55% of normal employment income.<br>Max payment is C\$1790 ; \$1467 per month.  |                        |                      | New scheme introduced in 2004                                  | na.                    | na.                     |
| Ireland 18                                           | Carer's Allowance                                    | For carers with low income who live with and look after people needing full-time care.               | Yes                        | Yes                                | Nil                                                                                  |                        | 50 %<br>€683 ; \$683 |                                                                | ca. 5                  | 61 %                    |
| Ireland 19                                           | Carer's Benefit                                      | A payment to insured persons leaving work temporarily for someone needing full-time care.            | No                         | Yes                                |                                                                                      | 47 %<br>€649 ; \$649   |                      | Scheme introduced in 2000                                      |                        |                         |
| Japan                                                | Allowance for Families Caring for Elderly<br>家族介護慰労金 | Only if low-income family, heavy care needs and not supported from long-term care insurance.         | Yes                        | Yes                                |                                                                                      | 5 %<br>¥8333 ; \$60    |                      | New scheme playing a limited role                              | 5.5                    | 39 %                    |
| Sweden                                               | Care Leave                                           | Statutory right to take leave from work for up to 60 days when caring for a terminally ill relative. | No                         | Must be a relative or close friend | Pays 80% of normal employment income.                                                |                        |                      |                                                                | 9.1                    | 101 %                   |
| United Kingdom                                       | Carer's Allowance                                    | For low-income persons caring 35+ hrs/week for someone receiving Attend. Allowance. 20               | Yes                        | Yes                                |                                                                                      | 18 %<br>£192 ; \$300   |                      |                                                                | 20.3                   | 13 %                    |

15. These income support payments are typically taxed as income for the caregiver (but not for all schemes), and the net-of-tax amount will therefore be smaller than the gross amount shown in the table. How important this difference is depends also on what other income the caregiver has since with progressive tax scales, the net-of-tax amount will be smallest for high-income caregivers. As many of the schemes are targeted at low-income caregivers, however, the actual difference between gross and net amounts may be limited.

16. Data for the number of recipients refer to June 2002 while payment levels are those that came into force by January 1, 2003. The Carer Payment will under most circumstances be liable for taxation when caring for an older person. Carer Allowance is newer taxed as income. If Carer Payment is received by both in a couple, the monthly payment level is A\$780 per recipient (45% of private consumption pc).

17. As the level of payments is a percentage of normal employment income, it will grow with income in the interval below the ceiling. But for persons with low income and children there is a Family Supplement.

18. The maximum amount shown in the table applies for a person aged 66 or over and with very little income giving care to one person. If caring for more than one person, the maximum is €1026 per month. For caregivers aged under 66 years the allowance is reduced by €79 - 118, while for each dependent child it is raised by €36 - 73 per month.

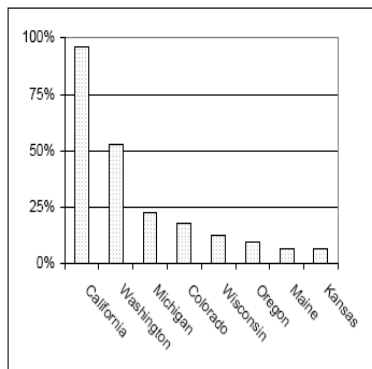
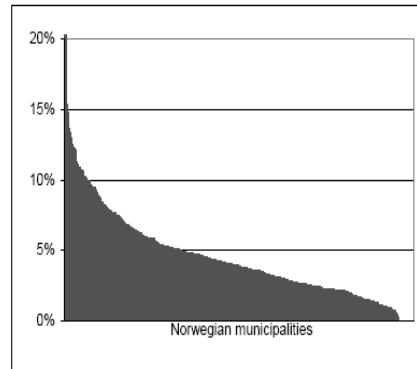
19. Amount applies if caring for one person. If caring for more than one, the benefit is €973 per month, and for each dependent child the caregiver has, the benefit is raised by €36 - 73 per month.

20. In 2002, the Carer's Allowance has been made available also for care-givers aged 65 and over. The payment is only available for persons with disposable income below £342 a month (32% of private consumption pc.) where disposable income is calculated net of spending on respite care etc. The benefit is taxable.

Source: Based on replies to the long-term care questionnaire and research into various other national sources.

[그림 4-3-7] 장기요양 서비스의 공공예산 대비 비중

A. Consumer directed services as a share of all publicly funded home care in different states of the United States, 1999

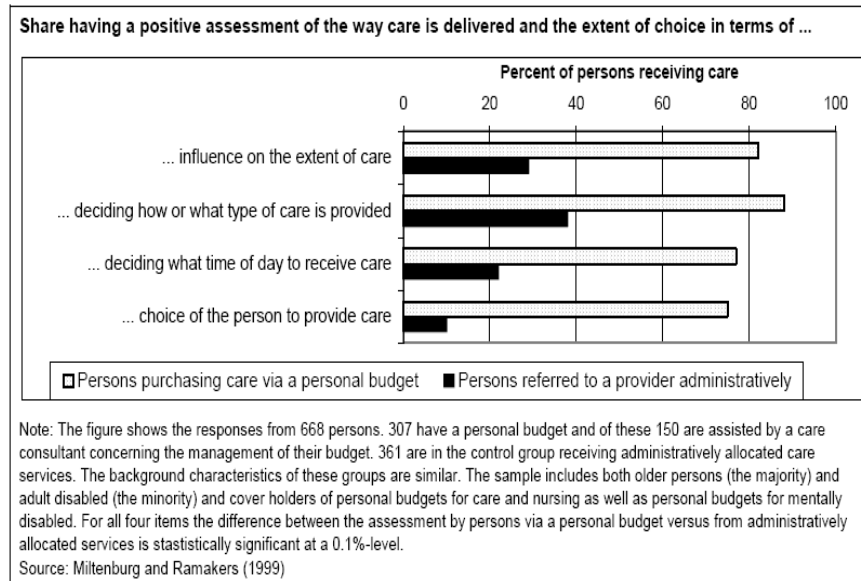
B. Care Wage, *Omsorgslønn*, as a share of all publicly funded home care in different local governments in Norway, 2001

Source: OECD based on Tilly and Wiener (2001), Centre for Medicare & Medicaid Services, and the Kostra database of Statistics Norway.

위의 그림은 미국과 노르웨이에서 수발을 받는 대상자에게 주어지는 서비스와 급여가 전체 공공예산에서 차지하는 비중의 다양성을 보여준다. 미국의 경우, 캘리포니아주는 100%에 육박하는 반면, 메인주와 캔사스주는 5%남짓 한 수준으로 상당한 차이를 보인다. 한편, 노르웨이도 자치구에 따라 최고 20%에서 1-2%까지 그 차이가 크다.

아래의 그림은 수요자에게 인력직접 고용을 허용하거나 수당을 지급하는 등의 정책지원을 얼마나 많은 사람들이 선택하였고, 그 이용자들이 얼마나 긍정적인 평가를 내리고 있는지를 나타낸 것이다. 전체 응답자는 노르웨이의 요양수혜자 668명이다. 가장 이용자가 많은 서비스는 케어의 종류와 제공방식을 본인이 선택한 경우로 39%정도의 응답자가 활용한 적이 있었고, 만족도는 88%정도로 매우 높았다.

[그림 4-3-8] 수요자 선택지향 정책의 평가



#### 다. 서비스의 다각화

서비스 대상 및 구성에서 ‘장애(disability)’를 어떻게 채우고 있는가 역시 중요한 쟁점이다. 아래의 표는 장애와 노령이 중복된 대상을 지원하기 위한 여러 나라의 최근동향을 정리한 것이다. 스웨덴의 경우가 가장 보편적인 접근을 보이고 있다.

〈표 4-3-5〉 장애를 가진 재가노인을 지원하기 위한 최근의 동향

|       |                                                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 호주    | Community Aged Care Packages(1985년부터; 1997년 개혁) Extended Aged Care Packages(1997년부터; with increased funding in recent years). |
| 오스트리아 | Long-Term Care Allowances(1993 후반)는 장애를 가진 재가노인이 home care를 구입하거나 비공식적 수발자에게 수당을 지급할 수 있게 하였다.                                |
| 캐나다   | National Evaluation of Home Care(concluded 2002); Collaborative Strategy for Home and Community Care(2002).                   |
| 독일    | 장기요양 사회보험 하에서 수급자격이 있는 사람은 전문 재가서비스를 구입하거나, 비공식 수발자의 노동을 인정하기 위한 수당을 선택할 수 있다.                                                |

|       |                                                                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 일본    | Long-Term Care Insurance(2000 후반)장애를 가진 노인에게 재가보호 공급자를 선택할 수 있게 한다.                                                     |
| 룩셈부르크 | Long-Term Care Insurance(1999 후반)은 장애인에게 재가보호 제공자(home care provider)의 선택권과 재가보호/ 비공식적 수발자를 위해 지불할 수당(allowance)을 제공한다. |
| 네덜란드  | 장애를 가진 노인에게 재가보호 서비스(home care services) 또는 소비자 주도 예산(consumer-directed budget; 2003 후반)을 제공한다.                         |
| 뉴질랜드  | Ageing in Place initiatives(노인이 집에 남아있을 수 있도록 지원한다).                                                                    |
| 스웨덴   | 대부분의 장애인에게 재가 보호를 확대시킨다.                                                                                                |
| 영국    | 지방정부는 2000년 후반부터, 재가보호 집중 패키지(intensive home care packages)를 확장하고 있다.                                                   |
| 미국    | 여러 주(州)에서, 의료보호 waiver를 통해 급여를 추진하고 있다.                                                                                 |

출처: OECD's questionnaire on long-term care.

Long-Term Care for Older People p44 재인용

미국의 Assisted Living-Facility(ALF)처럼 새로운 서비스 유형도 발달하고 있다([www.longtermcarelink.net](http://www.longtermcarelink.net) 자료). ALF는 home care 와 nursing home의 중간 성격으로, 비용은 요양원의 절반 정도이다. 1/4정도의 ALF 입주자가 bathing, dressing, mobility 3가지 일상 활동에 도움을 받는다. median cost는 월평균 \$2,400(2002년 현재) 정도이다. 메디케어는 ALF를 지원하지 않는다. 소비자들은 ① 물리적 환경(기능성과 안락함) ② 입주자를 포함한 분위기 ③ 문서식 계약의 체계화와 욕구반영도 및 수정가능성 ④ 전일제 유자격 staff의 비율 ⑤ 상세한 서비스 내역서 및 staff/거주자 비율 ⑥ 독립된 공간 등 개별성 확보 가능성 ⑦ 다양한 활동에의 참여 장려와 교육에 대한 강조 정도 ⑧ 식단 등을 고려하여 자신에게 맞는 ALF를 선택한다.

각주의 주요 도시별 비용현황은 별첨을 참조(많은 경우 ADLs 지원을 포함한 가격임).

## 5. 장기요양케어 전달에 있어서의 효율성 개선

장기요양케어 공급 상의 효율성을 증가시키기 위한 노력의 일환으로 여러 가지 조치들이 취해졌다. 가장 일반적인 접근방식은 다음과 같다:

- 가능한 한 너싱홈 입소 전에 스크리닝을 함. 이는 너싱홈의 입소만이 유일

한 실제적 대안인 사람들만이 들어갈 수 있도록 하기 위한 것임.

- 장기요양케어에 대한 공공지원의 설정을 위한 규정의 강화:  
이는 시설케어의 패키지가 환자의 니드에 보다 세밀히 부합하게 하기 위해서임.
- 재가서비스에 대한 현금지급을 시설입소의 대안으로서 제공함; 너싱홈은 집중적 패키지에 비중을 둠.
- 케어관리의 강화: 환자의 사례를 관찰하여 그들의 상황이 변하게 되면 케어 서비스를 변화시킴.
- 가족수발자를 지원하기 위한 조기개입: 그 예로는 상담, 휴식서비스(혹은 단기위탁케어respite care), 과중업무에 대한 원조 등이 있으며, 수발자로는 더 이상 안 되고 너싱홈이 유일한 대안이 될 때까지 기다리기 보다는 조기개입을 통해서 이를 예방하자는 것임.

2000년 일본에서 도입된 개호보험제도에는 이러한 모든 조치들이 어느 정도 반영되어 있고, 호주, 캐나다, 네덜란드, 영국, 미국과 같은 나라들에서도 일부는 실현되고 있다. 하지만 이러한 조치들이 더 널리 확산되어야 할 것이다. 장기요양케어의 공급에 있어, 상이한 분야의 케어전문가들 사이에 협력과 조정이 충분치 못하다는 것이 환자와 그들 가족의 아주 공통된 경험이다.

여러 국가에서 급성의료부문과 장기요양부문 사이의 상호작용을 개선하기 위한 조치가 시도되었다. 이러한 조치의 예로는 다학제간 평가팀의 도입을 통해서 급성의료부문과 장기요양부문 사이의 상호작용을 증진시키는 것, 장기요양 케어환자가 병원에 남아 있지 않도록 하기 위한 금전적 시그널을 설정하는 것을 들 수 있다. 이러한 노력으로 적절한 곳(환경)에서 적절한 치료가 이루어지게 하는 것이 중요하다. 그렇지 않으면 병원부문에서의 외견상의 성과가 전체 제도 측면에서는 덜 효율적인 결과가 될 수도 있는 것이다.

## 6. 서비스의 질 제고 노력과 정책

많은 OECD 국가들이 ‘의료의 질’ 지표의 수집을 위한 국가적 전략을 세우고 있다. 이는 성과 측정을 위한 벤치마크를 하기 위해서이다. 그러한 노력의 결

과, (병원이나 의사와 같은) 의료공급자 유형별 ‘의료의 질’ 지표와 국가 전체의 ‘의료의 질’ 지표를 이행함에 있어 많은 진전이 있었다. 대부분의 나라에서 질의 측정과 개선을 위한 작업은 ‘병원’ 부문을 중심으로 시작되었지만, ‘의사’ 의료의 질 그리고 ‘급성기 이후 및 장기요양 케어’의 질을 모니터링하고 개선하기 위한 작업 또한 진행 중에 있다. 그러한 작업은, 의사의 의사결정을 돕고 질 연구를 위한 대형 데이터베이스를 제공할 정보기술 응용프로그램과 같은, ‘의료의 질’ 개선 수단에 대한 최근의 투자로 한층 강화되고 있다. 그중에서도 특히, 임상연구, 의료서비스 연구 및 기술평과의 결과를 증거기반의료를 위한 임상진료지침 및 성과표준에 담아내려는 작업이 다수 진행 중에 있다. 그 영향이 어떨지 일반화하기는 아직 이르지만, 이러한 정책분야의 역동적인 성격에 비추어, 향후 질 모니터링과 개선을 위한 혁신 모델과 우수시책이 제시될 수 있으리라 기대된다.

#### 장기요양서비스의 질 개선을 위한 움직임

급성기 의료의 수준을 높이려는 움직임과 함께, 정부가 장기요양서비스를 규제하고 견결하는 적극적인 역할을 하려는 움직임이 많은 국가에서 나타나고 있다. 이는 저질의 의료를 받을 위험을 줄이는 것과 평균적 서비스 수준을 높이는 것 두 가지의 목표를 가진다.

##### 시설케어의 열악한 질에 대한 규제

최근 여러 나라에서 시설케어에 대한 질적 규제가 보다 포괄적으로 이루어지고 있다. 과거에는 주로 [건물의 안전, 의료인력 비율 등과 같은, 의료의 구조와 과정에 대한] 최소 충족요건을 설정하는 것이었으나, 요즘은 [결과 척도, (지속적인 직원훈련의 약정과 같은) 지속적 질 개선의 요소, 환자의 권리와 사생활 보호를 위한 새로운 요구사항 등을 포함하는] 복합적인 평가·성과향상 지침을 제시하는 것으로 발전하고 있다. 초기에는 감시에 의존했으나, 점차 이러한 감시와 함께 공급자가 더 참여적으로 자기평가를 하고 치료과정을 기록하도록 하는 것을 병행하는 추세다. 이는 질 평가의 신뢰성을 높이고, 질 개선을 더 투명하게 하기 위한 것이다. 이러한 새로운 규제들로 인해 공급자는 자본투자, 직원관리 및 규제순응 측면에서 많은 재원을 필요로 하게 된다.



장기요양케어의 질을 개선하기 위한 정부의 시책으로는, 호주에서 1997 개혁에 따라 실시된 케어시설의 재신임 절차, 오스트리아에서 1994년부터 실시된 기준 강화, 독일에서 2002년부터 시행된 질 관련 규제, 영국에서 2001년 실시된 새로운 국가 규제자 및 국가 케어기준 등이 있다. 많은 국가에서 신규 규정에 따라 너싱홈에 대한 신임 절차가 이루어지는 과정에서, 이러한 기준에 비추어 광범위한 분야에 문제점이 있음이 파악되었다. 초기 평가에서 40%이상의 탈락률이 나오는 것이 보통이고, 모든 영역에서 높은 순위를 받는 시설이 거의 없었다. 미국 너싱홈에 대한 최근의 보고서는 이들 시설에 어느 정도의 개선이 이루어 졌음에도 5개 너싱홈 중 1개꼴로 입소자를 위험에 처하게 하거나 직접적인 위해를 가할 심각한 결함이 있다는 것을 밝혀냈다(US General Accounting Office 2003).

질적 기준에의 미달 현상은 많은 국가에서 쉽게 찾아 볼 수 있다. 다음과 같은 것이 포함된다.

- 신체적, 약물적 구속의 부적절한 사용
- 욕창
- 치매 케어의 심각한 결핍: 부적절 · 불충분한 식사, 음료 지원 등
- 프라이버시와 환자의 기본권 문제

이러한 예들이 밝혀지고 공개되면 더 다양한 분야에 대한 더 세밀한 규제가 생기게 된다. 이것이 소수의 질 낮은 공급자를 가장 효과적으로 다루는 방법인지는 아직 알 수 없다. 대부분의 국가에서 대부분의 공급자들은 서비스 개선 과정에 기꺼이 동참하려는 것으로 보인다. 비록 이로 인해 이용자나 공공 예산에 비용 부담이 생기긴 하겠지만.

소비자 단체가 중대한 질적 결함에 대한 정보를 모으고, 이를 예방할 전략을 마련하도록 정책 입안자들에게 압력을 가할 수 있도록 하는 데는 인터넷이 점점 더 중요한 역할을 하고 있다. 정부 자신이 이러한 의사소통의 채널을 사용하는 경우도 있다. 예를 들면, 호주에서는 개별 조사에 뒤이어 개별 의료 공급자에 관한 확인 요약 보고서가 나오게 된다. 미국에서는, 정부가 너싱홈 케어와 재가의료의 질에 대한 정보를 국민이 사용할 수 있게 인터넷에 올려놓는다.

재가의료서비스의 질에 대한 새로운 초점

재가의료시장의 질에 대한 규제와 모니터링은 비교적 새로운 분야이다. 최근에 많

은 국가(호주, 캐나다, 독일, 영국)에서 재가의료의 질 평가개선을 위한 정책이 도입되었고, 일부 국가(헝가리, 일본)에서도 도입을 고려하고 있다. 공식·비공식 재가의료 수급자에 대한 설문조사결과, 그들의 만족도가 시설 케어 수급자와 그 가족의 만족도보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 반대로, 재가수급자의 건강상태와 생활조건에 관한 설문조사에서, 재가의료의 질적인 문제가 보고되고 있다. 가장 빈번히 지적되는 문제점은, 가용 서비스에 대한 소비자의 정보 부족(오스트리아, 영국), 그리고 일차적인 서비스원(primary source of care)으로서의 역할을 하는 비공식적 수발자를 지원하는 서비스에 대한 접근상의 제약이었다. 이러한 문제는 심지어 공식적인 재가 서비스가 공공재원으로 제공되는 국가에서도 발견되었다. 이러한 설문조사 결과는, 단기위탁케어·훈련·상담 등의 비공식 수발자를 위한 폭넓은 지원서비스에 대한 접근이 재가케어의 질을 유지하고, 비공식 수발자의 건강에 대한 악영향을 예방·완화하는데 필수적이라는 것을 보여주고 있다.

출처: OECD(2004b)

아래의 표는 시설서비스와 재가서비스로 나누어, 서비스의 질을 향상시키기 위해 12개 국가에서 가장 중점을 두고 있는 정책적 고려사항을 정리한 것이다. 시설과 재가 모두에서 특별히 강조된 점은 인력(staff)의 전문성을 확보하고 이직이나 전직 없이 고용지속성을 높이는 문제가 공통적으로 지적되었다. 이 밖에 시설케어에서는 서비스 질의 평가와 모니터 체계 구축, 케어서비스의 조정(coordination) 향상, 위생상태 제고, 서비스 공급의 부족이나 단위 인력 당 업무의 과다, 책임소재의 불분명, 신체 억압 등이 문제가 되었다.

재가케어에서는 케어매니저의 기술 향상, 서비스 질의 평가와 모니터 체계 구축, 케어의 연속성, 서비스에 대한 정보부족, 공급제한, 치매환자 관리 등이 주요한 정책이슈로 지적되었다.

〈표 4-3-6〉 너싱홈의 질 향상을 위한 정책

| 이슈                                              | 국가                                                                                             |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 일정 수준의 교육을 받고 기술을 습득한 인력의 고용과 확보; 향상된 자질의 스텝    | 이 질문에 대답한 12개의 국가 모두                                                                           |
| 서비스 질의 평가와 모니터 체계 구축                            | 오스트리아, 한국, 미국                                                                                  |
| 케어서비스의 co-ordination                            | 캐나다, 헝가리, 독일                                                                                   |
| 위생상태 제고                                         | 헝가리, 일본                                                                                        |
| 그밖의 공급계약, 요금하향에 대한 압력, 부적절한 공급자의 fee; 스텝의 시간 부족 | 뉴질랜드, 영국, 한국(정부보조금의 부족)                                                                        |
| 서비스의 광범위한 접근, 차이 증대                             | 노르웨이, 오스트리아(단기보호 units의 수)                                                                     |
| 그 외 사항                                          | 신체적 억압의 사용(일본); Number of liability claims; lack of liability insurance for long-term care(미국) |

주: “당신의 국가가 시설 보호의 질에 대해서 가장 고려하고 있는 3가지는 무엇입니까?”라는 질문에 대한 각국 행정부로부터의 응답에 기초한 자료이다.

출처: OECD's questionnaire on long-term care.

Long-Term Care for Older People p69 재인용

〈표 4-3-7〉 재가보호 서비스의 질 향상을 위한 정책

| 이슈                                           | 국가                 |
|----------------------------------------------|--------------------|
| 일정 수준의 교육을 받고 기술을 습득한 인력의 고용과 확보; 향상된 자질의 스텝 | 이 질문에 대답한 국가의 대부분  |
| 케어매니저의 기술 향상                                 | 캐나다, 일본            |
| 서비스 질의 평가와 모니터 체계 구축                         | 오스트레일리아, 오스트리아, 한국 |
| 케어서비스의 co-ordination; 케어의 연속성                | 오스트레일리아, 뉴질랜드      |
| 서비스에 대한 정보부족                                 | 일본, 영국(UK)         |
| 부적절한 재가 케어 허가의 방지                            | 오스트레일리아            |
| 공급 제약; 제한된 재정                                | 한국, 미국             |
| 광범위한 서비스;                                    | 캐나다, 노르웨이, 영국(UK)  |
| 치매환자에게 적절한 케어 공급                             | 독일, 일본             |

주: “당신의 국가가 시설 보호의 질에 대해서 가장 고려하고 있는 3가지는 무엇입니까?”라는 질문에 대한 각국 행정부로부터의 응답에 기초한 자료이다.

출처: OECD's questionnaire on long-term care.

Long-Term Care for Older People p70 재인용

## 제 4 절 재정분담 및 지출구조

장기요양케어의 비용을 충당하기 위한 방법은 국가 간에 상당한 차이를 보이고 있다(표 4-4-1). 장기요양케어는 많은 국가에서 의료제도 보다는 사회복지부문으로 규정되어 왔다. 이는 의료의 경우처럼 니드에 따라 그리고 아주 낮은 이용자 부담으로 장기요양케어의 접근성을 제공하는 방식과(노르웨이, 스웨덴), 사회복지와 유사하게 이용자가 스스로 부담할 수 있는 능력이 없을 때에만 공적 비용으로 장기요양케어를 제공해주는 방식으로(뉴질랜드, 스페인, 영국, 미국) 구분이 된다. 본인이 스스로 부담을 할 수 없는 사람들에 대한 안전망 서비스로서 장기요양케어를 제공해온 국가들 중 일부는(뉴질랜드, 영국), 개인 자산을 장기요양케어 서비스를 구입하는데 사용할 수 있도록 소득 및 자산 조사 방식을 수정해왔다.

아래의 표는 OECD 19개국의 지출을 공공 對 민간, 재가 對 시설로 나누어 재원조달방식과 자산조사여부를 국가별로 상세히 살펴본 것이다. 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드를 제외하고는 모두 일반조세를 통해 재원을 마련하고 있으며, 자산조사를 실시하는 나라가 보편적으로 적용하는 나라에 비해 더 많다.

〈표 4-4-1〉 장기요양서비스를 위한 주요 공공재원 조달방식

| 국가               | 서비스 <sub>1</sub> | 주요재원조달방식 <sub>2</sub> | 자산조사 여부 <sub>3</sub> |
|------------------|------------------|-----------------------|----------------------|
| 호주               | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |
|                  | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |
| 오스트리아            | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 보편적                  |
|                  | 재가케어             | 일반조세                  | 보편적                  |
| 캐나다 <sub>4</sub> | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 대부분 주에서 자산조사방식       |
|                  | 재가케어             | 일반조세                  | 대부분 주에서 자산조사방식       |
| 독일               | 너싱홈케어            | 보험료                   | 보편적                  |
|                  | 재가케어             | 보험료                   | 보편적                  |
| 아일랜드             | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |
|                  | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |
| 일본               | 너싱홈케어            | 보험료 및 일반조세            | 보편적                  |
|                  | 재가케어             | 보험료 및 일반조세            | 보편적                  |
| 한국               | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |

| 국가    | 서비스 <sub>1</sub> | 주요재원조달방식 <sub>2</sub> | 자산조사 여부 <sub>3</sub> |
|-------|------------------|-----------------------|----------------------|
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |
| 룩셈부르크 | 너싱홈케어            | 보험료 및 일반조세            | 보편적                  |
|       | 재가케어             | 보험료 및 일반조세            | 보편적                  |
| 네덜란드  | 너싱홈케어            | 보험료                   | 보편적                  |
|       | 재가케어             | 보험료                   | 보편적                  |
| 뉴질랜드  | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |
| 노르웨이  | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 보편적                  |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 보편적                  |
| 스페인   | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |
| 스웨덴   | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 보편적                  |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 보편적                  |
| 영국    | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식 <sub>5</sub>  |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 대부분 주에서 자산조사방식       |
| 미국    | 너싱홈케어            | 일반조세                  | 자산조사방식               |
|       | 재가케어             | 일반조세                  | 자산조사방식               |

주: 1) 급여 서비스는 너싱홈에서의 간호케어 및 개인케어, 그리고 자신의 집에서 개인케어임.  
너싱홈에서의 숙박비용“hotel” charges은 포함되지 않음. 가정의 간호케어는 모든 국가에서  
보통 급성기 의료제도의 커버 대상임.

2) “일반조세”는 국세, 주세, 또는 지방세임. “보험료”는 사회보장제도의 보험료임.

3) 만약 소득이나 자산조사에 따른 적용이면 “자산조사방식”으로 표시되고, 그렇지 않으면  
비록 다른 제한 기준이 존재한다 할지라도 “보편적”으로 표시됨.

4) 장기요양케어는 주Province 담당임. 표는 다수의 주에서의 상황을 나타냄.

5) 스코트랜드 제외

출처: OECD, Long-term Care for Older People, 2005.7.

## 1. 재정 비교

OECD 19개국의 지출을 공공 對 민간, 재가 對 시설로 나누어 국가별로 상세히 살펴본 것이다. 마지막 줄의 평균치는 일부 국가가 제외되어 산출된 것인데, 지출은 시설지출이 더 높고, 민간보다는 공공지출이 더 높은 경향을 보인다. 이러한 경향에서 예외적인 국가는 폴란드와 스페인으로, 폴란드에서는 재가보호 지출이 시설보호지출에 비해 월등히 높으며, 스페인에서는 민간지출이 공공지출보다 높다. 한국은 정확한 지출 비중이 산출되지 못한 상태이다.

〈표 4-4-2〉 장기요양보호의 공공, 민간 지출의 GDP 대비 비율 (2000)

|       | 전체 지출 |       |       | 공공지출  |       |       | 민간지출 |      |       |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|-------|
|       | 재가보호  | 시설    | 전체    | 재가보호  | 시설    | 전체    | 재가보호 | 시설   | 전체    |
| 호주    | 0.38  | 0.81  | 1.19  | 0.30  | 0.56  | 0.86  | 0.08 | 0.25 | 0.33  |
| 오스트리아 | n.a   | n.a   | n.a   | n.a   | n.a   | n.a   | n.a  | n.a  | n.a   |
| 캐나다   | 0.17  | 1.06  | 1.23  | 0.17  | 0.82  | 0.99  | n.a  | 0.24 | 0.24  |
| 독일    | 0.47  | 0.88  | 1.35  | 0.43  | 0.52  | 0.95  | 0.04 | 0.36 | 0.40  |
| 헝가리   | <0.10 | <0.20 | <0.30 | n.a   | n.a   | <0.20 | n.a  | n.a  | <0.10 |
| 아일랜드  | 0.19  | 0.43  | 0.62  | 0.19  | 0.33  | 0.52  | n.a  | 0.10 | 0.10  |
| 일본    | 0.25  | 0.58  | 0.83  | 0.25  | 0.51  | 0.76  | 0.00 | 0.07 | 0.07  |
| 한국    | n.a   | n.a   | <0.30 | <0.10 | <0.10 | <0.20 | n.a  | n.a  | n.a   |
| 룩셈부르크 | n.a   | n.a   | n.a   | 0.15  | 0.37  | 0.52  | n.a  | n.a  | n.a   |
| 멕시코   | n.a   | n.a   | <0.20 | n.a   | n.a   | <0.10 | n.a  | n.a  | <0.10 |
| 네덜란드  | 0.60  | 0.83  | 1.44  | 0.56  | 0.75  | 1.31  | 0.05 | 0.08 | 0.13  |
| 뉴질랜드  | 0.12  | 0.56  | 0.68  | 0.11  | 0.34  | 0.45  | 0.01 | 0.22 | 0.23  |
| 노르웨이  | 0.69  | 1.45  | 2.15  | 0.66  | 1.19  | 1.85  | 0.03 | 0.26 | 0.29  |
| 폴란드   | 0.35  | 0.03  | 0.38  | 0.35  | 0.03  | 0.37  | n.a  | 0.00 | 0.00  |
| 스페인   | 0.23  | 0.37  | 0.61  | 0.05  | 0.11  | 0.16  | 0.18 | 0.26 | 0.44  |
| 스웨덴   | 0.82  | 2.07  | 2.89  | 0.78  | 1.96  | 2.74  | 0.04 | 0.10 | 0.14  |
| 스위스   | 0.20  | 1.34  | 1.54  | n.a   | n.a   | n.a   | n.a  | n.a  | n.a   |
| 영국    | 0.41  | 0.96  | 1.37  | 0.32  | 0.58  | 0.89  | 0.09 | 0.38 | 0.48  |
| 미국    | 0.33  | 0.96  | 1.29  | 0.17  | 0.58  | 0.74  | 0.16 | 0.39 | 0.54  |
| 평균    | 0.38  | 0.88  | 1.25  | 0.35  | 0.64  | 0.99  | 0.06 | 0.19 | 0.24  |

주: 헝가리, 한국, 멕시코, 폴란드의 자료는 대략적인 비율임. 호주, 노르웨이, 스페인, 스웨덴의 자료는 65세 이상의 집단을 대상으로 한 것임. n.a: 자료없음.

여기서 “long-term care”의 개념은 예를 들어 residential homes for older people(네덜란드, 북유럽)를 포함하여 넓게 사용되기도 함.

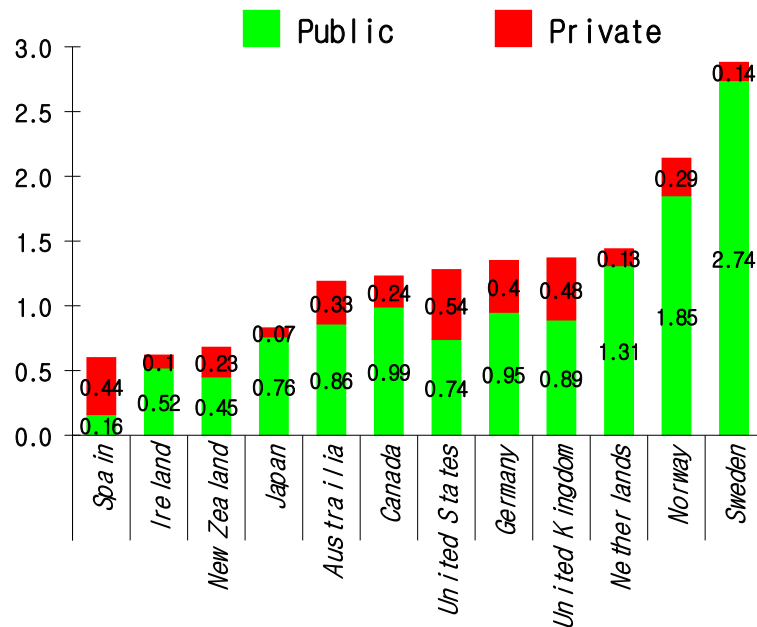
1) 평균산출시 오스트리아, 헝가리, 룩셈부르크, 한국, 멕시코는 제외됨.

민간과 공공의 장기요양보호 지출을 GDP대비 비율로 표시하여 국가별로 배열하면 아래의 그림과 같다. 노르웨이와 스웨덴은 지출이 2%를 넘고, 스페인, 아일랜드, 뉴질랜드, 일본 등은 1% 미만이며, 여러 국가가 1~2% 정도를 지출하고 있다.

물론, 이러한 지출 수준을 일률적으로 비교하는 것은 타당하지 않다. 노인인구의 규모에 따라 수요가 크게 달라지기 때문이다. 위의 그림은 80세 이상 인구의 비중과 노인장기요양 지출수준을 고려하여 plot을 작성한 것이다. 전체적

으로 상관계수는 0.55로 나타나 낮지 않았고, 몇몇 국가를 제외하면 대체로 정비례관계를 보이고 있다. 일본, 스페인 등이 80세 이상 노인인구 비중이 비해 지출이 상대적으로 낮은 편이고, 스웨덴과 네덜란드, 캐나다 등은 지출이 상대적으로 높게 나타난다.

[그림 4-4-1] 장기요양보호 지출의 GDP비율



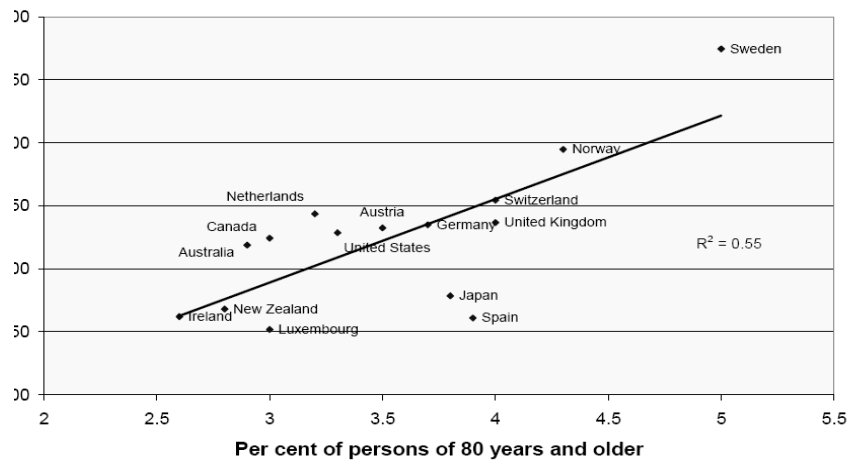
다음 페이지의 그림은, 공적지출 중 재가서비스의 비중변화를 5년 간격으로 살펴 본 것이다. 미국과 아일랜드에서는 대폭의 상승이 이루어 졌고, 캐나다는 소폭 감소, 독일과 네덜란드는 매우 높은 비중을 유지하고 있다.

아래에는 세 개의 차트가 제시되어 있다. 상단 좌측 차트는 각 국가의 국민 1인당 의약품 지출비이다. 한국은 \$208로 매우 낮은 편에 속한다. 오른쪽 차트는 1992년에서 2002년까지 지출비의 연평균 증가율을 나타낸 것이다. 한국은 의료비와 의약품비 모두 빠른 속도로 증가하고 있으면, 증가율에 있어서 상위

집단에 속한다.

하단의 차트는 전체 의료비지출 중 예방과 공공의료에 지출된 비중을 나타내고 있다. 한국은 2.1%만이 예방과 공공의료에 지출되고 있어서 낮은 편에 속하며, 국민 1인당 지출비는 \$20으로 매우 낮다

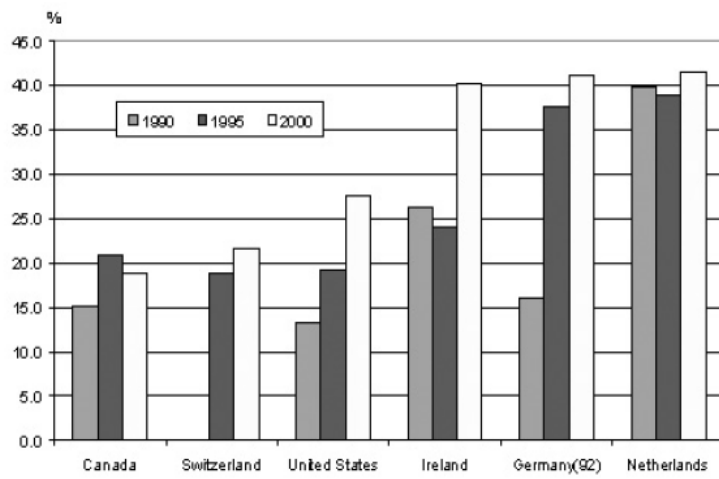
[그림 4-4-2] 80세 이상 인구와 지출수준



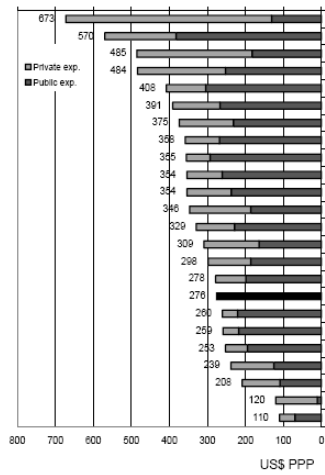
1: Figure 1 excludes countries where reported spending levels are small and/or long-term care services could only be financed in public and private expenditure (Hungary, Korea, Mexico, and Poland).



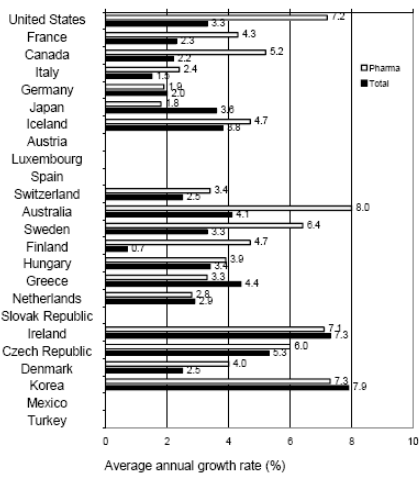
[그림 4-4-3] 주요 OECD 국가별 장기요양보호 공적지출 중 재가서비스 비중의 변화 추이



[그림 4-4-4] 약물 관련 지출수준



[그림 4-4-5] 약물 관련 지출의 증가추이

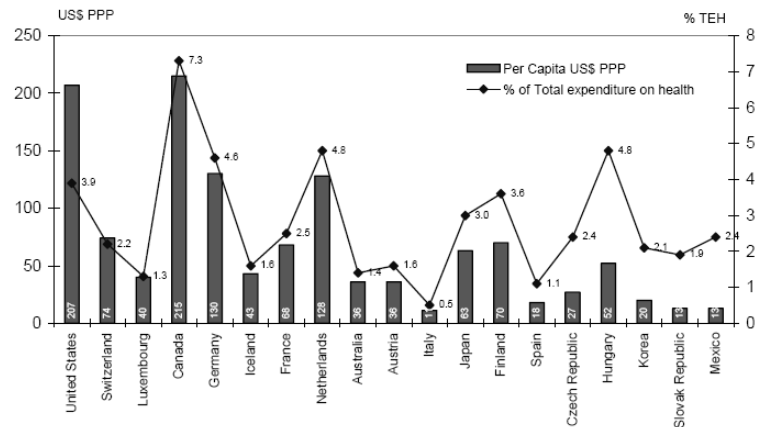
Source: OECD Health Data 2004, 1<sup>st</sup> edition.

Notes:

Australia, Japan, Korea 2001; Turkey 2000.

Growth rates for Austria, Luxembourg, Spain, Slovak Republic, Mexico and Turkey are unavailable.

[그림 4-4-6] 예방 및 공공의료지출의 전체 의료비지출대비 비중

Source: OECD Health Data 2004, 1<sup>st</sup> edition

Note: Australia, Japan, Korea 2001.

전체적으로 한국의 의료비 지출은 예방 및 공공의료, 장기요양 항목에서는 국제 기준으로 볼 때, 낮은 편이다.

이어지는 네 페이지에는 각 국 장기요양 지출이 상세히 정리되어 있다. 첫 두 페이지는 절대액수 기준으로 각 국의 장기요양 지출비를 제시한 것이고, 이어서 제시된 두 페이지는 GDP 대비 %를 정리한 것이다. 스페인, 스위스, 뉴질랜드, 미국 등은 민간지출의 비중이 상대적으로 높은 국가이다. 특히 스페인과 스위스는 민간지출이 공공지출을 넘어서고 있다.

GDP대비 비중을 보면, 스웨덴, 스위스 등이 2%를 넘는 높은 지출을 기록하고 있고, 다음으로 캐나다, 네덜란드, 호주, 영국, 미국 등이 1%를 넘어서고 있다.

지속가능한 재원조달은 생산가능 인구나 근로인구의 비중에도 의해서도 영향을 받기 때문에, 단편적으로 예측하기는 힘들다. 대부분의 국가에서 비용분담의 의무가 일정수준에서 설정되어 있고, 민간재원 역시 다양한 역할을 수행하고 있다. 그러나, 민간재원의 적절한 역할을 고민하되, 민영보험의 역진성 및 형평성 부족, 경우에 따라서 역의 선택(adverse selection)이 이루어지는 등의 특성을 고려하여 그 수준을 조절할 필요가 있다.

<표 4-4-3> 장기요양 지출액

DELSA/ELSA/WP1/HS(2004)9

254

|             |             |      | Total expenditure |              |           | Public expenditure |              |           | Private expenditure |              |         |
|-------------|-------------|------|-------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------|-----------|---------------------|--------------|---------|
|             |             |      | Home care         | Institutions | Total     | Home care          | Institutions | Total     | Home care           | Institutions | Total   |
| Source      |             | Year |                   |              |           |                    |              |           |                     |              |         |
| Australia   | Health Data | 2000 |                   | 4,153        | 4,153     |                    | 3,416        | 3,416     |                     | 737          | 737     |
|             | SHA tables  | 2000 | 0                 | 4,124        | 4,124     | 0                  | 3,362        | 3,362     | 0                   | 762          | 762     |
|             | Prod. Comm. | 2001 | 2,690             | 5,797        | 8,487     | 2,146              | 3,997        | 6,144     | 543                 | 1,800        | 2,343   |
|             | LTC Study   | 2000 |                   |              |           | 1,746              | 3,536        | 5,282     |                     |              |         |
| Austria     | Core Study  | 2000 |                   |              |           | 1,687              | 1,050        | 2,737     |                     |              |         |
| Canada      | Health Data | 2000 | 1,773             | 11,243       | 13,016    | 1,773              | 8,692        | 10,465    | 0                   | 2,551        | 2,551   |
|             | SHA tables  | 1999 | 1,637             | 10,390       | 12,027    | 1,637              | 7,994        | 9,631     | 0                   | 2,397        | 2,397   |
| Germany     | Health Data | 2000 | 9,584             | 13,655       | 23,239    | 8,700              | 10,514       | 19,214    | 884                 | 3,141        | 4,025   |
|             | LTC Study   | 2000 | 9,584             | 17,801       | 27,385    | 8,700              | 10,514       | 19,214    | 884                 | 7,287        | 8,171   |
|             | SHA tables  | 2000 | 9,583             | 13,655       | 23,239    | 8,699              | 10,514       | 19,214    | 884                 | 3,141        | 4,025   |
| Hungary     | Health Data | 2000 | 1,317             | 17,839       | 19,156    | 1,313              | 15,929       | 17,242    | 4                   | 1,910        | 1,914   |
|             | SHA tables  | 2000 |                   |              |           | 0                  | 15,929       | 15,929    |                     |              |         |
| Ireland     | LTC Study   | 2000 | 196               | 441          | 637       | 196                | 341          | 537       | 0                   | 100          | 100     |
| Japan       | Health Data | 2000 | 118,656           | 3,891,886    | 4,010,542 | 107,436            | 3,523,100    | 3,630,536 | 11,220              | 368,786      | 380,006 |
|             | LTC Study   | 2000 |                   |              |           | 1,265,050          | 2,605,675    | 3,870,725 |                     |              |         |
|             | SHA tables  | 2000 | 118,657           | 3,891,886    | 4,010,542 | 107,436            | 3,523,100    | 3,630,536 | 11,220              | 368,786      | 380,006 |
| Korea       | Core Study  | 2000 |                   |              |           | 9,318              | 35,040       | 44,358    |                     |              |         |
| Luxembourg  | Health Data | 2000 | 32                | 78           | 110       | 32                 | 78           | 110       | 0                   | 0            | 0       |
| Mexico      | LTC Study   | na   |                   |              |           |                    |              |           |                     |              |         |
| Netherlands | HD 2003     | 2000 | 2,425             | 3,242        | 5,667     | 2,241              | 3,150        | 5,391     | 184                 | 92           | 276     |
|             | LTC Study   | 2000 | 2,425             | 3,349        | 5,774     | 2,241              | 3,011        | 5,252     | 184                 | 338          | 522     |
|             | SHA tables  | 2001 |                   |              | 3,679     |                    |              |           |                     |              |         |

Table 2. Expenditure on long-term care, NCU, 2000 (cont.)

|                |                |      | Total expenditure |              |         | Public expenditure |              |        | Private expenditure |              |        |
|----------------|----------------|------|-------------------|--------------|---------|--------------------|--------------|--------|---------------------|--------------|--------|
|                | Source         | Year | Home care         | Institutions | Total   | Home care          | Institutions | Total  | Home care           | Institutions | Total  |
| New Zealand    | LTC Study      | 2001 | 137               | 637          | 774     | 130                | 387          | 517    | 7                   | 250          | 257    |
| Norway         | LTC Study      | 2000 |                   |              |         | 9,590              | 19,027       | 28,617 |                     |              |        |
| Poland         | Health Data    | 2000 |                   |              |         |                    | 263          |        |                     |              |        |
|                | SHA tables     | 1999 | 2,267             | 198          | 2,465   | 2,267              | 179          | 2,446  | 0                   | 19           | 19     |
| Spain          | Health Data    | 2000 |                   | 834          | 834     |                    | 747          | 747    |                     | 87           | 87     |
|                | Marin/Casaovas | 1998 | 1,239             | 1,975        | 3,214   | 290                | 579          | 869    | 949                 | 1,396        | 2,345  |
|                | SHA tables     | 2001 | 0                 | 931          | 931     | 0                  | 805          | 805    | 0                   | 127          | 127    |
| Sweden         | LTC Study      | 2000 | 18,082            | 45,338       | 63,420  | 17,178             | 43,071       | 60,249 | 904                 | 2,267        | 3,171  |
| Switzerland    | Health Data    | 2000 | 890               | 7,564        | 8,454   | 683                | 2,477        | 3,160  | 207                 | 5,087        | 5,294  |
|                | LTC Study      | 2000 | 844               | 5,577        | 6,421   | 683                | 2,147        | 2,830  | 161                 | 3,430        | 3,591  |
|                | SHA tables     | 2000 | 889               | 7,564        | 8,453   | 683                | 2,477        | 3,160  | 206                 | 5,087        | 5,294  |
| United Kingdom | UK exper. HA   | 1999 |                   |              | 3,756   |                    |              | 3,447  |                     |              | 309    |
|                | LTC Study      | 2000 | 3,870             | 9,125        | 12,995  | 3,000              | 5,475        | 8,475  | 870                 | 3,650        | 4,520  |
| United States  | Health Data    | 2000 |                   | 93,790       | 93,790  |                    | 56,131       | 56,131 |                     | 37,659       | 37,659 |
|                | LTC Study      | 2000 | 31,729            | 93,784       | 125,513 | 16,344             | 56,175       | 72,519 | 15,385              | 37,609       | 52,994 |

&lt;표 4-4-4&gt; 장기요양 지출액의 GDP 대비 비중

|             | Source           | Year | Total expenditure |              |       | Public expenditure |              |       | Private expenditure |              |       |
|-------------|------------------|------|-------------------|--------------|-------|--------------------|--------------|-------|---------------------|--------------|-------|
|             |                  |      | Home care         | Institutions | Total | Home care          | Institutions | Total | Home care           | Institutions | Total |
| Australia   | Health Data      | 2000 |                   | 0.62         | 0.62  |                    | 0.51         | 0.51  |                     | 0.11         | 0.11  |
|             | SHA tables       | 2000 |                   | 0.61         | 0.61  |                    | 0.50         | 0.50  |                     | 0.11         | 0.11  |
|             | Prod. Commission | 2001 | 0.38              | 0.81         | 1.19  | 0.30               | 0.56         | 0.86  | 0.08                | 0.25         | 0.33  |
|             | LTC Study        | 2000 |                   |              |       | 0.26               | 0.53         | 0.79  |                     |              |       |
|             | Core Study       | 2000 |                   |              |       | 0.82               | 0.51         | 1.32  |                     |              |       |
| Canada      | Health Data      | 2000 | 0.17              | 1.06         | 1.23  | 0.17               | 0.82         | 0.99  | 0.00                | 0.24         | 0.24  |
|             | SHA tables       | 1999 | 0.17              | 1.07         | 1.24  | 0.17               | 0.83         | 1.00  | 0.00                | 0.25         | 0.25  |
| Germany     | Health Data      | 2000 | 0.47              | 0.67         | 1.14  | 0.43               | 0.52         | 0.95  | 0.04                | 0.15         | 0.20  |
|             | LTC Study        | 2000 | 0.47              | 0.88         | 1.35  | 0.43               | 0.52         | 0.95  | 0.04                | 0.36         | 0.40  |
|             | SHA tables       | 2001 | 0.46              | 0.66         | 1.12  | 0.42               | 0.51         | 0.93  | 0.04                | 0.15         | 0.19  |
| Hungary     | Health Data      | 2000 | 0.01              | 0.14         | 0.15  | 0.01               | 0.12         | 0.13  | 0.00                | 0.01         | 0.01  |
|             | SHA tables       | 2001 |                   |              |       | 0.00               | 0.12         | 0.12  |                     |              |       |
| Ireland     | Core Study       | 2000 | 0.19              | 0.43         | 0.62  | 0.19               | 0.33         | 0.52  | 0.00                | 0.10         | 0.10  |
| Japan       | Health Data      | 2000 | 0.02              | 0.76         | 0.78  | 0.02               | 0.69         | 0.71  | 0.00                | 0.07         | 0.07  |
|             | LTC Study        | 2000 |                   |              |       | 0.25               | 0.51         | 0.76  |                     |              |       |
|             | SHA tables       | 2000 | 0.02              | 0.76         | 0.78  | 0.02               | 0.69         | 0.71  | 0.00                | 0.07         | 0.07  |
| Korea       | Core Study       | 2000 |                   |              |       | 0.00               | 0.01         | 0.01  |                     |              |       |
| Luxembourg  | Health Data      | 2000 | 0.15              | 0.37         | 0.52  | 0.15               | 0.37         | 0.52  | 0.00                | 0.00         | 0.00  |
| Mexico      | LTC Study        | na   |                   |              |       |                    |              |       |                     |              |       |
| Netherlands | HD 2003          | 2000 | 0.60              | 0.81         | 1.41  | 0.56               | 0.78         | 1.34  | 0.05                | 0.02         | 0.07  |
|             | LTC Study        | 2000 | 0.60              | 0.83         | 1.44  | 0.56               | 0.75         | 1.31  | 0.05                | 0.08         | 0.13  |
|             | SHA tables       | 2001 |                   |              | 0.86  |                    |              |       |                     |              |       |

DELSA/ELSA/WPI/HS(2004)9

Table 1. Expenditure on long-term care, % GDP, 2000 (cont.)

|                |                |      | Total expenditure |              |       | Public expenditure |              |       | Private expenditure |              |       |
|----------------|----------------|------|-------------------|--------------|-------|--------------------|--------------|-------|---------------------|--------------|-------|
|                | Source         | Year | Home care         | Institutions | Total | Home care          | Institutions | Total | Home care           | Institutions | Total |
| New Zealand    | LTC Study      | 2000 | 0.12              | 0.56         | 0.68  | 0.11               | 0.34         | 0.45  | 0.01                | 0.22         | 0.23  |
| Norway         | LTC Study      | 2000 |                   |              |       | 0.65               | 1.30         | 1.95  |                     |              |       |
| Poland         | Health Data    | 2000 |                   |              |       |                    | 0.04         |       |                     |              |       |
|                | SHA tables     | 1999 | 0.35              | 0.03         | 0.38  | 0.35               | 0.03         | 0.37  | 0.00                | 0.00         | 0.00  |
| Spain          | Health Data    | 2000 |                   | 0.14         | 0.14  |                    | 0.12         | 0.12  |                     | 0.01         | 0.01  |
|                | Marin/Casaovas | 1998 | 0.23              | 0.37         | 0.61  | 0.05               | 0.11         | 0.16  | 0.18                | 0.26         | 0.44  |
|                | SHA tables     | 2001 | 0.00              | 0.14         | 0.14  | 0.00               | 0.12         | 0.12  | 0.00                | 0.02         | 0.02  |
| Sweden         | LTC Study      | 2000 | 0.82              | 2.07         | 2.89  | 0.78               | 1.96         | 2.74  | 0.04                | 0.10         | 0.14  |
| Switzerland    | Health Data    | 2000 | 0.21              | 1.82         | 2.03  | 0.16               | 0.60         | 0.76  | 0.05                | 1.22         | 1.27  |
|                | LTC Study      | 2000 | 0.20              | 1.34         | 1.54  | 0.16               | 0.52         | 0.68  | 0.04                | 0.82         | 0.86  |
|                | SHA tables     | 2001 | 0.21              | 1.79         | 2.00  | 0.16               | 0.59         | 0.75  | 0.05                | 1.20         | 1.25  |
| United Kingdom | UK exper. HA   | 1999 |                   |              | 0.42  |                    |              | 0.38  |                     |              | 0.03  |
|                | LTC Study      | 2000 | 0.41              | 0.96         | 1.37  | 0.32               | 0.58         | 0.89  | 0.09                | 0.38         | 0.48  |
| United States  | Health Data    | 2000 |                   | 0.96         | 0.96  |                    | 0.57         | 0.57  |                     | 0.39         | 0.39  |
|                | LTC Study      | 2000 | 0.33              | 0.96         | 1.29  | 0.17               | 0.58         | 0.74  | 0.16                | 0.39         | 0.54  |

## 2. 각국의 현황 및 특성

### 가. 덴마크

덴마크의 재정은 보건케어, 사회서비스, 재가요양으로 나누어 볼 수 있다. 보건케어는 기본적으로 일반과세(약 85%)에 의해 마련되며, 보장 대상은 모든 국민이다. 거의 모든 의료 관련 서비스를 [공공건강보장법]에 의해 무료로 받을 수 있다. 사회서비스의 경우는 지방세가 주된 재원이다. 중앙정부로부터 정액 교부금, 균등 교부금, 임시 보조금(서비스의 선택범위를 확장하기 위한)이 별도로 지급된다. 요금과 임대료는 징수되기는 하나 사회 서비스 기금 예산에 있어 미미한 부분을 차지한다. 재가요양서비스는 건강보험기금에서 지급된다. 반면, 재가도우미 서비스는 사회서비스 기금에서 지급된다.

### 나. 독일

독일에는 1,200개의 ‘질병 기금(Krankenkassen, sickness fund)’이 운영되고 있다. 반은 공적이고, 반은 사적인 건강보험 조직에서 보건 케어와 사회케어의 비용을 지원한다. 모든 노인 연금 수혜자는 질병기금에 의해 질병에 대한 재정적 지원을 받는다. 질병기금은 보건 케어 공급자를 다룸에 있어 환자를 대표하며, 소득 관련 장려금을 모으고, 여러 소득원으로부터 획득된 재정수입을 지역 공급자 협회에 지불한다. 병원은 대부분 주정부나 지방정부, 대학이나 자선단체에 의해 운영되는 공공기관이다. 요양관련 시설의 서비스는 주정부와 시정부 기금, 사용자의 지불, 의료와 장기요양보험 계획 하에서 질병기금으로부터 받는 보상 등의 조합(mix)으로 지원된다.

### 다. 네덜란드

네덜란드에서 노령인구가 받는 대부분의 서비스가 사회보험을 기반으로 하고 있기 때문에 건강 케어 시스템이 운영되는 구조를 이해하는 것은 필수적이다.



질병기금법(Sickness Fund Act)에 의하면 일정 수준의 연간 소득(약 US\$ 24,000, 1997 기준)이 있는 모든 네덜란드인은 각자의 선택에 따라 비영리의 지역 ‘질병기금’을 만성적이고 급작스럽지 않은 건강 케어 욕구에 대하여 의무적으로 적용받는다. 보험료는 주로 소득에 근거하며 일반적으로 봉급이나 사회 보장 보조금(social security benefit, 만약 연금소득자인 경우 비율은 감면됨)에서 공제한다. 다양한 지불자가 존재하나, 명목상 세금공제(연금소득자의 경우와 저소득층)후이며, 서비스는 무료이다.

높은 임금을 받거나 자영업자인 36%의 인구도 비슷한 수혜를 사적 보험에 의해 보장받는다. 이 집단의 가구별 보험금 지불은 위험과 관련된 정도까지이다. Kirkman-Liff(1996)에 따르면 이러한 체계에 의한 노인의 보험 비용은 젊은 보험가입자 가구에 의해 상쇄된다고 한다.

소득의 범주나 고용 상태와 관계없이 모든 거주자는 예외적 의료 비용법(Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)에 의하여 급작스럽고 치명적인 건강 위험에 대하여 보호받는다. 이 법은 1968년에 입안되었는데, 특히 노약자와 장기적이고 고비용의 치료를 받는 사람들에게 중요하다.

ABWZ 제정은 직장보험(임금근로자의 경우), 소득세(자영업자 및 직장보험 적용대상 외의 임금근로자의 경우), 일반세(국고)에 의해 마련된다. 장기적이고 심각한 케어를 위해 조성된 AWBZ 계획은 질병기금과 사설 건강보험에 의해 관리된다. 질병 기금은 이러한 책임을 지역 ‘케어 사무소’를 통해 공동관리하고 있다. 이들의 사명은 프로그램 관리를 수혜자 케어에 가장 가까운 수준으로 단순화하는 것이며 서비스를 제공하는 AWBZ를 위한 지역 예산을 감독하며 지역적 수요를 만족시키기 위한 적절한 자원을 확보하는 것이다.

#### 라. 스웨덴

스웨덴에서 노인 케어의 주요 지주 중 하나는 보건시스템이다. 스웨덴은 전체 인구를 위한 국가 보건시스템을 갖추고 있는데, 이 시스템은 1983년의 보건

과 의료 서비스법에 의해 의무적으로 적용되는 정책의 틀 안에서 운영된다. 보건 케어를 위한 재정은 주로 주정부 징수의 정율 소득세로부터 충당된다(약 전체 재정의 87%). 다른 원천은 국가보험시스템(고용주에 의해 80%가 납부되고 20%는 중앙정부의 기부금), 다양한 환자의 부담금 등이다. 환자 부담금은 서비스와 주에 따라 다른데, 개인 상한선에 의해 제한되며, 특정 인구는--- 예를 들어 만성 질환이 있는---이러한 부담금에서 제외된다.

증가하는 예산 압력과 정부가 부과하는 세금 징수 제한 때문에 시정부는 소비자에게 케어의 비용을 더 많이 부과하고자 한다. 예를 들어 1991년과 1993년 사이에 서비스에 요금을 지불한 사람은 4%에서 10%로 증가했다. 지속적인 비용 압박은 궁극적으로 노인 소비자가 공적 공급자와 사적 공급자가 경쟁하는 혼합형태로부터 필요한 사회 서비스를 얻기 위해 바우처를 사용하게 되는 ‘준-시장’ 형태의 정부규제를 만들어 낼 것으로 예측된다.

지방정부는 건설과 재건축, 시설 유지를 위해 중앙정부로부터 보조금을 받는다. 이와 같은 보조금을 포함해서 시정부는 총 주거비용의 약 90%를 커버하며 남은 10%는 개인 세입자에 의해 지급 받는다. 주거시설의 종류와 해당 도시에 따라서 이러한 직접적인 비용은 임대료와 또는 다른 음식과 서비스에 대한 비용을 포함하기도 한다.

이러한 넓은 범주의 지원 시스템은 대부분 지방세로 재정이 마련되는데, 중앙정부가 교부금과 보조금으로 비용의 15~20%를 커버한다. 사용자 요금 또한 있는데, 지방정부 사이에서 활용정도가 높아지고 있다.

### 3. 장기요양케어 비용의 증가와 정책 대응

OECD 국가에서 노인 장기요양케어에 대한 공적·사적 지출이 증가하고 있다. 고령인구는 빠른 증가를 보였고, 이들 인구집단에서 장기요양케어에 대한 니드가 가장 뚜렷이 포착된다. 여러 국가에서(예: 호주, 독일, 일본, 룩셈부르크) 최근의 공공지출 증가는 케어를 필요로 하는 사람들을 보조하는 공공프로그램의 확대에 의해 주도되었다. 더 일반적으로 얘기하자면, 많은 국가에서 장기요양케

어에 대한 지출은 고령인구의 기대수준의 증가, 가족 구조의 변화, 노인의 생활 조건 등에 따라 증가하고 있다(OECD, 2004).<sup>주22)</sup>

현재 장기요양케어비용이 GDP에서 차지하는 비율은 보건의료가 차지하는 비율에 비해서 낮다.<sup>주23)</sup> 이는 부분적으로 가정에서의 무급 수발행위의 비중이 크기 때문이다. 그러나 노인 집단의 높은 증가율을 감안할 때, 장기요양케어에 대한 공공지출의 GDP 점유율이 2050년까지 최소한 평균 두 배가 될 것으로 OECD는 추계하고 있다(Bains and Oxley, 2004). 시설 당 비용의 증가나 가족 수발의 감소와 같은 여타 요인으로 인해 이러한 연령계층으로부터 현재 이상으로 수요가 창출된다면 이러한 증가속도는 더 커질 것이다. 향후 고령인구의 건강이 좋아지고 장애도가 낮아진다면 이런 증가 추계치는 더 낮을 수도 있을 것이다. 이러한 요인들이 어떠한 추세를 보일지 확실치 않기 때문에 미래의 상황에 맞추어 갈 수 있는 아주 유연한 정책을 갖는 것이 중요하다.

앞에서 살펴보았듯이, 독일과 일본, 네덜란드는 보험방식을 통하여 노인장기요양서비스를 공급하고 있다. 이 들 증가하는 장기요양서비스 비용에 대해 부담을 느끼고 있으며 보험제도 운영의 효율화와 실질비용 부담 및 수급에 있어서의 합리화를 꾀하기 위한 노력(연금 및 보험제도의 개혁 등)을 하고 있다.

지속가능한 재원조달은 중요하다. 근로계층의 기여(보험료)에 재원조달을 의지하는 제도는 인구가 고령화하고 근로인구의 비율이 줄어들음에 따라서 더 큰 압박 하에 놓이게 될 것이다. 일반 조세수입으로 의료공급 확대를 위한 재원을 충당하려면, 납세자의 추가부담이나 여타 공공재원의 재화서비스의 희생이 필요할 것이다.

주22) 사회적 주거형태의 변화에 따라 혼자 살거나 노인 배우자하고만 사는 병약노인의 수가 늘고 있다. 근로 계층인구의 규모와 고용상태의 변화에 따라 병약노인에 대한 가족수발의 가능성이 줄어든 것으로 보인다. 정보제공과 교육을 더 받은 사람들은 고비용의 집중치료 그리고 보다 광범위한 양질의 서비스에 대해 기본적 사회보장을 받기를 기대한다.

주23) 의료와 장기요양케어 사이의 경계는 선을 긋기 어렵고 국가마다 상이하다. 따라서 지출 데이터에서 양자를 구별해내는 것은 어렵다.

## 가. 미래의 의료제도에서 민간재원의 역할이 커질 것인가?

공공의료제도에 대한 비용압박이 예상되는 상황에서, OECD 정책결정자들은 의료제도 재원조달의 지속가능성을 고려해야 한다. 지속가능성은 전체 경제, 인구, 근로유형의 변화에 영향을 받는다. 특히, 인구의 고령화와 근로인구비율의 감소는, 미래의 가용공공재정의 수준이 어느 정도인지 그리고 미래의 의료비 조달을 위한 가장 적절한 메커니즘이 무엇인지 하는 문제를 생각하지 않을 수 없게 한다. 예를 들면, 조세중심제도는 인구의 고령화와 근로인구비율의 감소에 따라 조세증가의 압박에 직면할 것이다.

이러한 변화에 따라, 의료제도에 대한 민간재원의 적절한 역할이 무엇인지 하는 질문이 전면에 부각될 것이다. 이용자부담 인상이 하나의 방안이 될 것이다. 그렇지만 미미한 비용분담이 전체 의료비에 미치는 영향은, 특히 본인분담에 대한 면제나 상한 조치가 있거나 민영건강보험이 이용자부담을 커버해준다면, 그다지 크지 않다. 편익이 적은 서비스를 제외하는 방안은 공공보장(급여)이 관대하게 되어 있는 경우에는 의미가 있을 것이다. 하지만 공공재정에 대해서는 전체적으로 큰 영향을 미치지 못할 것이다. 공적의료보장 대상자의 축소 방안도 가능할 것이다. 하지만 이것은 연대성(solidarity)을 위협할 것이다. 정책담당자들은 ‘중복형 민영건강보험’을 도입하고 ‘공공자원’이나 ‘공공재원의 의료공급자의 제공’이 제공하기에 부적절하다고 여겨지는 부분을 확대하기를 원할 것이다. 하지만, 경험적으로 볼 때 민영건강보험을 이런 식으로 이용하는 것은 여러 면에서 문제가 있다. 우선, 국민들이 민영건강보험을 사도록 동기부여하는 것이 필요한데, 이는 공공보장(급여)이 그들의 니드를 충족시키지 못했다고 느끼게 되는 것을 의미한다. 다음으로, 민영보험 급여 서비스를 이용하도록 동기부여 되어야만 한다. 다음으로, 민영보험 급여 서비스를 이용하도록 동기부여 되어야만 한다. 몇몇 OECD 국가들은 이들 목표를 달성하기 위해서 보조금이나 규제조치를 사용해왔지만, 그 성공 여부는 불분명하다.

민간재원의료비 비율의 증가는 재원조달 형평성의 이슈를 이야기한다. 민영건강보험의 보험료는 일반적으로 소득에 따라 부과되지 않고 최소한 어느 정도

는 연령·건강상태 요인에 따라 달라지기 때문에, 민영보험이 공공사회보험보다 더 역진적인 재원이 되는 경향이 있다. 하지만, 민영보험은 의료비를 공동부담하는 수단을 개인에게 제공한다는 점에서 개인부담보다는 더 누진적이다. 정부는 위험선택의 제한 또는 목표대상자에 대한 보조금을 통해서 민영건강보험에 대한 접근성을 높이고 민영건강보험시장의 재원조달 형평성을 높일 수 있을 것이다. 하지만 이에선 비용이 수반된다.

#### 나. 장기요양서비스의 재원 조달 : 개인적 접근? 또는 집단적 접근?

노인의 기능유지를 위한 케어에 자금지원을 하는 것은 인구구성과 재원조달 능력이 변하고 있는 상황 하에서 더욱 어려운 문제가 되고 있다. 노인세대의 소득은 그들이 직업을 시작했을 당시에 비해 높아졌다(OECD, 2001). 더욱이, OECD 국가에서 노인 대비 근로자 비율은 줄고 있다(Dang 외, 2001). 이러한 전개양상은 그러한 지불능력의 변화를 고려한 재원조달 방식의 개정이 필요하다는 것을 의미한다. 예를 들어서, 노인들 자신의 소득을 그러한 부담의 충당에 사용하거나, 복지제도의 새로운 지축pillar 도입 등의 다른 수단이 강구되어야 할 것이다.

최근 많은 OECD 국가에서 이루어진 재원조달방식의 변화는 이러한 전개양상을 반영하고 있다. 많은 국가가 (예, 독일, 일본, 룩셈부르크) 장기요양서비스를 위한 사회보험을 실시했고, 다른 국가들도 (예, 프랑스, 한국) 이를 고려하고 있다(아래 BOX 참조). 비교적 소수이지만 호주와 네덜란드 등은 그동안 공공의료보장제도 내에서 장기요양서비스의 급여를 제공해왔다. 장기요양서비스가 비교적 관대하게 제공되어온 몇몇 국가들은 부담능력이 있는 사람들의 비용부담을 높이는 방식으로 미래의 지속가능성을 높이려 해왔다(예, 호주, 스웨덴, 캐나다의 몇몇 주).

### 고령화사회를 위한 장기요양사회보험:

#### 독일과 일본의 최근의 경험

대부분의 OECD 국가는 퇴직연금·장애연금·의료와 같은 사회프로그램의 재원조달에 강제사회보험 제도를 사용하고 있다. 고령화사회에서의 장기요양케어에 대한 수요의 증가에 직면해서, 많은 국가들이 사회보험방식을 통해 늘어나는 비용을 충당하는 것을 고려하고 있다. 독일과 일본 모두 여타 리스크(역주: 질병, 연금 등)에 대한 강제사회 보험을 가지고 있었는데, 독일은 1995/1996에, 일본은 2000년에, 장기요양서비스를 커버하기 위한 사회보험제도를 마련했다.

두 나라 모두 장기요양케어를 위한 (늘어나는) 비용이 이를 커버하기에 적절하지도 않고 이를 커버하기 위해서 만들어지지도 않은 다른 공공예산의 부담으로 되고 있었다. 독일에서는 1980년대 후반과 1990년대 초반에 시설에서의 장기요양케어 비용을 충당할 수 없어서 그들의 자산을 다 소진한 후에 사회부조에 의존해야 했던 노인이 증가함에 따라, 자산조사방식 사회부조의 수급노인수가 크게 늘어났다. 독일은 강제사회보험제도를 추가함으로써 대부분의 장기요양서비스 이용자의 이러한 문제들에 대처하고, 시설케어보다 재가케어를 장려할 수 있었다.

일본에서는 1980년대와 1990년대에 조세방식 사회서비스로서의 장기요양케어가 증가하고 건강보험방식인 병원서비스가 부적절하게 사용됨에 따라, 장기요양케어에 대한 공공지출이 증가했다. 장기요양케어를 위한 새로운 재원을 마련하고, 기존의 건강보험의 적용범위를 급성기의료에 초점을 맞추어 다시 그리는 것이 필요한 것으로 여겨졌다.

비록 근로계층과 은퇴자 모두(일본에서는 40세이상) 추가적으로 보험료를 내야 했지만, 두 나라 모두에서 새롭게 도입된 장기요양보험이 일반대중에게 잘 수용되었다. 이러한 성공의 원인에는 유사점이 많이 있었다. 두 나라 모두 사회적·의료적 리스크를 강제사회보험을 통해서 커버하는 오랜 전통을 가지

고 있었고, 정부가 기존의 사회보장 메커니즘의 틀을 검토할 때 공적 건강보험을 운영한 과거의 경험이 이행과정에 도움이 되었다. 두 나라 모두 노령인구의 장기요양케어 니드에 높은 대중적 관심이 있었고, 따라서 추가적인 보험료 부담을 수용할 수 있었다.

공통의 정책 과제가 남아있다. 두 나라 모두 새로 도입된 제도가 다른 공공예산에 대한 압박을 완화시키고, 재가서비스의 확대 등 새로운 장기요양케어 공급자의 성장을 지원할 수 있었다. 하지만, 노인인구의 증가와 거시경제의 어려움으로 이러한 제도들이 최근 곤란을 겪고 있다. 독일에서는 보험료율이 법으로(상한선까지) 봉급의 1.7%에 고정되어 있고, 2002년과 2003년 적자가 커졌다. 하지만, 급여율은 지표에 연동되어 있지 않고 늘어나지 않았다. 일본에서는 도입 후 3년 만에 모든 시정촌이 보험료를 10% 올려야 했다. 일본 정부가 상환율의 조정과 발생비용의 세밀한 조사에 의해 서비스의 효과적 이용을 장려하고 있기는 하지만 추가적 보험료 인상이 불가피해 보인다.

‘민영’장기요양보험은 현재 장기요양서비스 재원조달에 있어서 큰 역할은 하지 못한다(아래 BOX 참조). 독일에서는 ‘사회’장기요양보험의 도입과 함께 특별한 유형의 민영건강보험방식이 만들어졌는데, 이 제도에서는 민영건강보험이 인구의 8%에 대한 장기요양케어의 추가급여를 제공하는 것이 강제화 되어있다. 여기서의 자격조건 및 위험분담방식은 사회보험방식에서와 아주 유사하다. 공공급여에 추가된 보충형 장기요양보험은 그 시장이 커지고 있다고는 해도, 가까운 장래에는 수급자가 될 것 같지 않은 소비자에게 판매되는 것이 보통이고, 따라서 (보험행정비용 이외에는) 그렇게 큰 경상지출이 생기지 않고 있다.

### 민영장기요양보험: 경험과 과제

공식적 장기요양케어의 비용이 높다는 점과 케어 니드가 노인에게 집중된다는 점을 고려할 때 장기요양서비스는 위험을 합하는(risk pooling) 방식을 통해 재원이 조달되는 것이 가장 적절할 것이다. 공공프로그램이 이러한 기능을 가장 잘 수행할 것이라는 주장도 있고, 사실상 몇몇 국가의 정책결정자들은 이러한 결정을 내린 바 있다. 하지만, 장기요양케어의 재원부담을 민간 재원에 다소/또는 주로 두는 방식을 취한 나라도 있다. 건강보험방식이 국민들 사이에 이러한 비용 리스크를 분산시키는 유용한 방법인지 여부, 그리고 어떠한 인구집단(연령, 리스크 또는 소득계층별)이 이러한 위험분담방식으로 가장 이익을 얻을 수 있는지에 관한 질문이 제기된다.

OECD 국가에 이러한 이슈들을 위해 도움이 될 민영장기요양보험에 관한 경험은 거의 없다. 일부 국가(예, 프랑스 및 미국)에서는 자발적 민영 장기요양보험의 역할이 커지고 있지만, OECD 국가에서 장기요양케어의 주된 재원은 아니다. 미국에서는 민영장기요양보험이 장기요양케어 총비용의 11%를 차지하고 있어 OECD 국가 중에서는 가장 역할이 크다.

민영장기요양보험시장이 직면한 과제 -그리고 발전에의 제약가능 요인-으로는 비노인층의 낮은 가입도, 낮은 소비자 유지력, 장래의 비용 및 발생률 추정의 어려움, 보험료의 안정성, 그리고 자기부담에 비한 보험가입의 수득수준별 장단점 등이 있다.

어떤 나라에서는 장기요양케어의 공급이 지방정책의 대상이지만, 이용자의 금전적 조건에 관한 결정도 주 정부에게 있다는 사실도 주목할만하다(예, 캐나다, 스페인, 스위스). 이런 나라에서 지방마다 금전조건 달라짐에 따라, 급성기 의료의 경우와 유사한 정도의 ‘장기요양케어’용 국가지침이 필요한지에 관한 논쟁이 유발되었다.



## 다. 장기요양케어의 재원조달에 있어 형평성에 대한 고려

장기요양케어에서 형평성에 관한 주된 논의는, 케어비용을 어떻게 개인들 사이에 가장 합리적으로 분담시킬 수 있는지, 그리고 어떠한 형태의 집단적 위험 분담방식이 사용될 수 있을지 하는 것이다. 장기요양케어의 비용은 어떤 노인이나 그 가족에게는 주된 리스크이지만, 다른 사람들에게는 그렇지 않을 수도 있다. 많은 노인들이 가정에서의 도움을 필요로 하는 반면에, 너싱홈 케어 또는 이에 상응한 재가 케어의 가장 재난적인 비용은 노인들이 개인적인 자산을 소진하지 않고는 대처할 수 없는 경우가 많다. 또한 이러한 위험에 대한 보험은 개인차원에서 이루어질 때는 아주 비싸게 된다. 왜냐하면 니드가 큰 사람이 보험을 더 찾게 될 것이기 때문이다. 보험 구입이 강제적일 경우는 보험료에 있어 위험 풀(pool)의 이익이 있게 될 것이다.

이와 같이 젊었을 때의 질병과 장애의 리스크에 대해서 사회가 집단적 보험을 제공하는 것과 마찬가지로, 장기요양케어의 가장 심각한 비용을 집단적 사회보험 형태로 충당하도록 하는 나라의 수가 늘고 있다. 하지만, ‘지불능력과 무관한 장기요양케어 접근상의 형평성’을 어느 정도 달성하고자 하는 지는 국가간에 분명한 차이가 있다. 사회보험방식에 의한 해결 이외에, 장기요양케어에 대한 공공책임을 ‘사적 수단에 의해 해결이 안 되는 경우 사용되는 안정망의 하나’로 규정(한정)하는 나라들도 있다.

계층에 대한 주요국의 표적화 내지 구분은 다음과 같다.

|    | 계층에 대한 고려                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 독일 | <p>- 장기요양보험의 수급권자를 3등급으로 나눔.</p> <p>장기요양 1등급: 장기요양이 ‘상당히 필요한 사람’으로 개인적 위생, 영양, 혹은 이동에 있어 적어도 2가지 활동을 위해 하루에 최소 1회 이상의 보조를 필요로 하며 집안일을 수행함에 있어 1주에 수차례의 보조를 필요로 함.</p> <p>장기요양 2등급: 개인위생, 영양, 이동에 있어 하루에 적어도 3회의 도움이 필요한 사람. 개별요양을 위한 보조 시간 2시간을 포함해 최소 3시간의 도움이 필요함.</p> <p>장기요양 3등급: 요양보호가 극도로 필요하여 일상적 활동 중 적어도</p> |

|      |                                                                                                                                                                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      | 두 가지를 수행하는 데 있어 항상 타인의 도움을 필요로 하는 사람. 최소 4시간의 개별 요양 도움을 포함해 적어도 총 5시간의 요양이 반드시 필요함.                                                                                                                                      |
| 일본   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 개호보험의 피보험자를 2층으로 나누고 요양등급에 따라 지원함.</li> <li>1호: 65세 이상의 노인으로 장기요양 요보호자(와상환자, 치매노인), 신체적 보조를 요하는 자.</li> <li>2호: 40세부터 65세 미만의 노인으로 치매나 뇌혈관질환 등의 초기 단계처럼 노령과 관련한 질환자.</li> </ul> |
| 네덜란드 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 노인 요양서비스에 양로원 거주 저소득자에 대한 재원이 1997년까지 있었음.</li> <li>그러나 이후 장기요양보험으로 통합됨. 최근 장기요양보험의 개혁으로 급여제공대상자를 보호대상 집단에 한정함; 장애인, 노인, 정신질환자를 위해 1년 이상의 장기요양 서비스를 제공케 함.</li> </ul>           |

#### 4. 적정한 비용과 지속가능한 재원조달을 추구하기 위한 접근방식: 요약

공공지출성장률의 억제를 위한 방법과 수단은 대부분 OECD국가에서 쉽게 찾을 수 있다. 지불방식, 가격 및 서비스공급에 대한 예산적 및 행정적 통제방식들이 조합되어 사용된다. 정교한 관리가격제도를 설정하는 것은 기술적으로 어렵지만, 산출에 대한 분명한 악영향 없이 생산성을 높인 성공사례는 많이 있다. 장기적으로 볼 때, 임금과 가격을 비현실적으로 낮게 유지하는 것은 시장에 왜곡되고 바람직하지 못한 결과를 가져오게 될 것이며, 따라서 신속한 대응이 요구된다.

공공재원제도의 부담을 줄이고자 할 때는 약간의 비용분담의무를 설정하는 것이 적절할 것이다. 하지만 정책결정자들은 이러한 접근방식에서 큰 절약을 기대해서는 안 된다. 특히, 중국적으로 비용이 많이 들 접근상의 제약을 피하기 위해 취약계층은 제외되어야 하기 때문이다. 이는 행정비용을 수반할 것이다. 다른 인센티브가 없으면 소비자들이 예방의료와 적정치료의 소비에도 마찬가지로 인식할 가능성이 높은 상황에서, 의료서비스에 대한 수요감소가 반드시 효

율을 높이는 것은 아니다. 또한, 민영보험이 얼마 안 되는 본인부담부분을 커버하게 하는 것은 비용분담의 수요감소 효과를 제거하고, 총량적으로는 비용증가의 결과를 가져올 수도 있다. 어떤 경우에는 ‘의료의 진보’ 및 ‘부유해지고 노화하는 인구집단에 내재하는 수요증가’로 인해 지속적인 비용압박이 실제로 불가피하다. 국가들은 특정 제도적 성격, 성과목표, 구득가능성에 대한 고려, 그리고 재원조달의 지속가능성 등을 고려해서, 적절한 대응을 선택하고 니드와 상황에 적합한 의료비수준을 찾아야 한다.

급성기 의료 및 장애 분야에서는 일반화되어있는 바, 장기요양케어에 있어서의 재난적 비용 발생의 리스크로부터 국민을 보호하도록 할 필요성이 크다, 이는 강제적 공보험(룩셈부르크, 네덜란드 및 일본), 공공 및 강제적 민영보험의 혼합(독일), 조세재원의 케어수당(오스트리아) 및 조세재원의 현물서비스(스웨덴 및 노르웨이)와 같은 상이한 접근방식을 통해 달성될 수 있다. 민영장기요양보험시장에의 참여를 장려하기 위해서 극복해야 할 과제들이 있기는 하지만, 프랑스와 미국에서는 요즈음 이러한 시장이 커지고 있다.

현재 보험방식을 취하고 있는 3개국의 지출구조를 간략히 요약하면 다음과 같다.

|      | 재정분담                                                                                                                                   | 지출구조                                                                                                                                                              |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 독일   | 거의 완전부과방식으로 재정운영이 이루어지고 있음.                                                                                                            | -                                                                                                                                                                 |
| 일본   | 10% 정률의 본인부담금부과, 입원환자에 대한 표준 식사비<br>10% 정률의 본인부담금이 과다할 경우, 고비용 장기요양서비스를 고려한 비용 상한선 결정<br>표준식사비와 고비용 장기요양서비스를 감안, 저소득층 노인에게는 별도의 방안 고려. | - 재정안정화기금:<br>연금으로부터 특별징수(약 14%),<br>정규심사(약 3%), 미납보험료, 증가된 급여지출 z<br>- 확정보조금:<br>● 2호 피보험자의 보험료(보험기금으로부터의 보조): 32%<br>● 공공기금: 50% (정부주24)-1/4; 도현부-1/8; 시당국-1/8) |
| 네덜란드 | - 장기요양보험<br>- 의료보험<br>정부/공공의료보험: 약 69%<br>민간의료보험: 약 1.3%                                                                               | 의료서비스: 약 63%<br>복지: 약 33.5%<br>정책과 감독기구: 약 3.5%                                                                                                                   |

## 제 5 절 서비스 인력양성 및 공급

### 1. 최근의 동향: 공식부문 장기요양케어 인력수요의 증대

가정 및 시설에서 유급 장기요양케어를 제공하는, 적절히 훈련받고 자격을 갖춘 인력을 어떻게 충분히 유인하고 유지할 것인가 하는 것이 대부분의 OECD 국가에서 장기요양서비스와 관련한 주요 관심사가 되어있다(OECD, 2004b). 이러한 관심은 새로운 것이 아니고 많은 국가에서 이미 이전부터 점차 그 중요성을 더해왔다. 장기요양케어 부문의 인력은 높은 이직률을 보이고 있고, 모든 국가에서 유자격 간호인력의 부족문제가 보고되어 있다. 장기요양케어는 여타 보건의료부문과 경쟁관계에 있기 때문에, 적절히 훈련받은 인력을 충분히 확보하는 것이 더욱 어려울 것이다.

많은 OECD 국가들이 앞으로 서비스 공급을 위한 장기요양케어인력이 더 필요할 것임을 예측하고 있다. 장기요양케어인력들은 일반적으로 다른 보건의료 인력에 비해 보수가 낮고 교육훈련을 덜 받으며, 여성비율이 압도적으로 높다. 노인인구 대비 근로연령층의 비율이 감소함에 따라서 저임의 장기요양케어 업무는 인력의 채용과 유지가 더 어려워질 것이다. 이 분야에 충분한 인력을 유인하고 유지하기 위한 전략으로 훈련 및 작업조건의 개선, 임금 인상(스웨덴과 같은 몇몇 국가에서 사용된 전략)등을 생각할 수 있다. 하지만 이는 결국 장기요양서비스의 비용압박을 가중시킬 것이다.

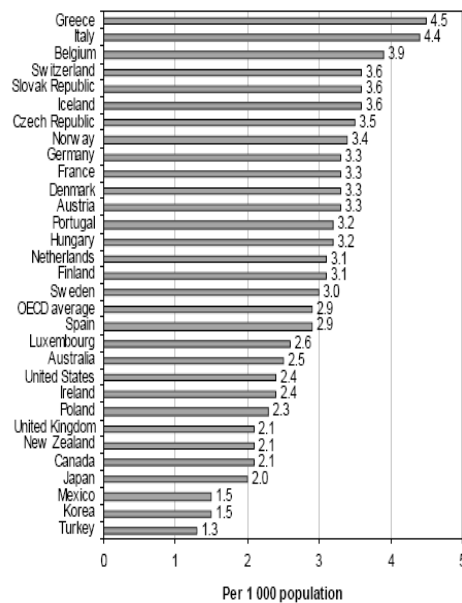
의존도가 높지 않은 노인들의 경우는 멀리 떨어진 집에서 케어를 받을 수 있도록 하는 기술을 사용할 기회가 더 많아질 것이지만, 시설에서 인력을 기술로 대체할 (예를 들어, 치매환자가 방황하지 않도록 전자적으로 지속 관찰되게 함) 가능성은 크지 않은 것 같다(Cowan and Turner-Smith, 1998).

아래의 두 그림은 2002년 현재, 인구 천명 당 내과 의사와 간호사의 인력분포를

주24) 노인 가운데 상대적으로 고령 인구구성의 차이, 노인의 비용부담 능력의 차이, 긴급상황 발생시 보험료 삭감과 면제 같은 특별한 경우에 있어 시정부의 재정능력에 따른 차이를 조정하기 위해 5%를 지원함(보조금 비중은 각 시정부에 따라 다름).

비교하고 있다. 내과 의사의 경우 OECD 평균은 인구 1000명 당 2.9명인데, 한국은 1.5명으로 나타나서, 터키 다음으로 적다. 그리스와 이탈리아의 경우는 4명을 초과하고 있다. 간호사의 경우, OECD 평균은 인구 1000명 당 8.1명인데, 한국은 1.7명으로 가장 적다. 아일랜드, 아이슬란드, 네덜란드, 룩셈부르크, 스위스, 노르웨이, 호주 등은 10명이 넘는다. 한국은 기초인력 인프라에서 매우 부족한 편에 속한다.

[그림 4-5-1] 인구 1000명당 내과 의사 수

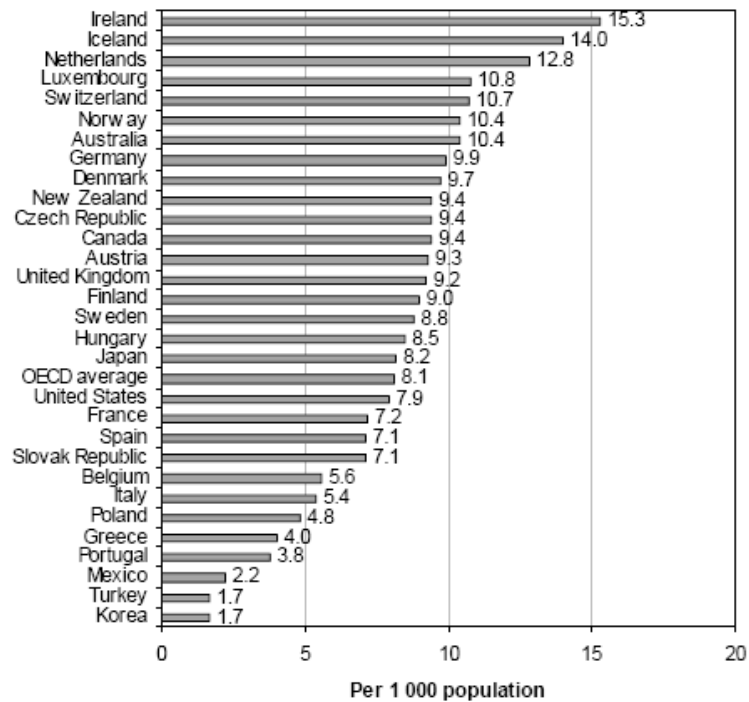


Source: OECD Health Data 2004, 1<sup>st</sup> edition

Notes: Australia, Greece, Portugal, United States 2001; Sweden 2000.

Belgium, Denmark, France, Iceland and Luxembourg include physicians working in industry, administration and research. The Czech Republic and Norway report full time equivalents (FTE) rather than headcounts. Finland, Ireland and Netherlands provide the number of physicians entitled to practise rather than actively practising physicians.

[그림 4-5-2] 인구 1000명당 간호사 수



여러 OECD 국가에서 직접수발(direct care)에 필요한 인력에서 부족문제가 지적되고 있다. 그러나 한국의 경우, 간호조무사 인력 등 추가로 서비스시장에 진출할 수 있는 인력의 pool이 있으므로, 현재로서는 인력의 부족문제를 걱정하기 보다는, 즉시 활동 가능한 전공영역 별 인력을 파악하여, 추가수요만큼의 인프라를 확보하는 계획을 추진 것이 더 타당하다. 또한, 다양한 인력이 노인장기요양서비스에 종사하게 될 경우, 어떻게 적절한 임금과 근로조건을 보장할 것인가 역시 제도도입 초기부터 고민해야 할 과제이다.

## 2. 주요국 인력구성 및 양성 체계

### 가. 서비스 인력 양성·교육 체계 및 공급방식(direct worker 중심)

아래의 표는 주요국가의 서비스 인력구성과 자격취득 및 인정과정, 각 인력의 기능 및 역할에 대해서 direct worker 중심으로 정리한 것이다. 일본의 경우, 개호복지사와 홈헬퍼, 케어매니저로 구성되어 있고, 개호복지사는 1989년이래 국가자격제도가 시행되고 있다. 독일은 노인수발사와 치유교육 수발사, 간호사로 구성되며, 노인수발사는 주 단위로 국가인정자격시험이 운영되고 있고, 치유교육 수발사는 국가시험이 추진되고 있다. 영국은 자격증 중심으로 인력이 양성되고 있으며, 스웨덴과 미국은 훈련과 연수중심으로 인력을 양성하고 있어서 뚜렷한 대조를 보인다.

〈표 4-5-1〉 주요국 요양인력의 자격취득/인정과정 및 기능

| 국가 | 소분류                     | 자격취득·인정                                                                                                                                          | 기능 및 역할                                                                                                                                |
|----|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 일본 | 개호복지사                   | 1989년 ‘사회복지사 및 개호복지사법’에 의한 복지전문직으로 국가자격제도가 시행(지정된 개호복지 양성시설을 졸업하거나, 실무경험을 3년 쌓은 후 개호복지사 국가시험에 합격하거나, 고등학교 또는 통신교육으로 소정의 과목을 이수한 후 개호복지사국가시험에 합격) | 신체상 또는 정신상의 장애로 인하여 일상생활을 영위하는 데에 지장이 있는 자에게 입욕, 배변, 식사 등의 개호를 행하고, 피개호자 및 개호자에 대하여 개호에 관한 지도를 행하는 자                                   |
|    | 홈헬퍼                     | 연수양성과정(각 현 및 시정촌마다 다양한 채용형태)                                                                                                                     | 일상생활에 지장이 있는 고령자, 장애인 등에게 사회생활을 지원하며, 구체적인 내용은 가사지원업무, 신체개호, 상담지원업무 등                                                                  |
|    | 케어매니저                   | ‘개호지원전문원에 관한 성령(1999년 후 생성령 제 35호)’에서 규정하는 개호지원전문원 실무연수를 수료한 사람                                                                                  | 요개호자로부터의 상담에 응하여 본인이나 그 가족의 의향 등에 기초하여 거택서비스 또는 시설서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 서비스의 종류·내용 등의 계획을 작성하고, 지정거택서비스 사업자, 개호보협시설 등과의 연락조정, 기타의 편의를 제공 |
| 독일 | Altenpfleger<br>(노인수발사) | 주 단위의 국가인정자격시험, 2001년 8월 연방정부 차원의 ‘노인수발사직업교육법’의 통합안 통과, 직업학교 2년과 현장실습 1년, 총 3년의 교육과정 요구                                                          | 신체수발과 재활을 위한 보조, 대외업무보살핌, 교류유지를 위한 수발, 노인 및 그 가족에 대한 조언, 상실의 경험동반(이웃 친구들의 사별) 및 당사자 임종수발까지                                             |

| 국가  | 소분류                                     | 자격취득 · 인정                                    | 기능 및 역할                                                                                                                        |
|-----|-----------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 치유교육수발사                                 | 국가시험                                         |                                                                                                                                |
|     | 간호사/간호수발사                               | 전문 자격증 수여                                    |                                                                                                                                |
| 미국  | Social workers                          |                                              | 질병이나 장애가 있는 개인에게 영향을 미치는 사회적 정서적 요인을 평가하고, 상담을 제공. 환자와 그 가족이 이용 가능한 지역사회 자원을 확인; 다양한 서비스를 조정(coordinate)해야 할 때, 종종 케이스 매니저로 활동 |
|     | aides                                   | 졸업장보다 훈련과 경력을 중시.                            |                                                                                                                                |
|     | psychiatric aides                       | 일부 주(state)에서는 공식적인 training program의 수료를 요구 | 정신적으로 손상되었거나 정서적으로 불안정한 개인을 케어. 스포츠나 field trip과 같은 그룹 활동에 참가                                                                  |
|     | personal and home care aides            |                                              | 가족이나 친구가 제공할 수 있는 케어 이상의 폭넓은 서비스를 원하는 클라이언트를 담당                                                                                |
| 영국  | CSS(Certificate in Social Service)      | 1975년 이후 국가자격시험                              | 홈 헬퍼 조정                                                                                                                        |
|     | PCSC(Preliminary Social Care)           | 국가자격                                         | 아동복지시설의 보육자, 성인시설의 케어워커                                                                                                        |
|     | ICSC(in-service courses in social care) | 국가자격                                         | 주거시설과 데이 서비스의 케어워커                                                                                                             |
| 스웨덴 | hemvårdarinna (홈 헬퍼 어시스턴트)              | 6개월 훈련코스                                     |                                                                                                                                |
|     | hemsamari (헬퍼리더)                        | 160시간 연수                                     | 노인, 장애인의 재택케어                                                                                                                  |
|     | care manager                            |                                              |                                                                                                                                |

일본의 인력양성과정에 대한 상세정보는 아래의 그림에 제시되어 있다.





이어지는 표는 거택서비스 사업소에서 근무하는 인력을 상용직 근로자로 환산했을 때의 인원을 표기한 것이다. 사업의 내용별로는, 방문개호와 통소개호에 가장 많은 인원이 배치되어 있음을 알 수 있다.

〈표 4-5-2〉 일본 거택서비스사업소의 직종별 상근환산 종사자(平成15년10월1일현재)

| 사업소<br>종류                      | 방문개호                 | 방문목욕<br>(입욕)개호     | 방문간호<br>스테이션       | 통소개호                 | 통소개활               | 단기입소<br>생활간호       | 치매대응형<br>공동생활<br>개호 | 복지용구<br>대여         | 거택개호<br>지원사업소                          |
|--------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|----------------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|----------------------------------------|
|                                |                      |                    |                    |                      | 개호노인보<br>건시설       | 療施設                |                     |                    |                                        |
|                                | 151 499<br>(118 178) | 11 535<br>(10 836) | 24 289<br>(23 027) | 122 709<br>(101 350) | 26 217<br>(23 089) | 22 915<br>(22 598) | 63 492<br>(60 484)  | 35 907<br>(18 616) | 17 00551<br>234<br>(14 559)(48<br>872) |
| 의사                             |                      |                    |                    | 176                  | 1 236              | 2 050              | 602                 |                    |                                        |
| 간호사                            |                      | 1 469              | 18 572             | 7 507                | 1 361              | 3 989              | 2 333               | * 694              |                                        |
| 주간간호사                          |                      | 1 935              | 2 748              | 9 355                | 2 075              | 2 337              | 3 256               | * 1 092            |                                        |
| 기능훈련지도원                        |                      |                    |                    | 4 488                |                    |                    | 1 180               |                    |                                        |
| 이학요법사                          |                      |                    | 1 216              | ※ 262                | 1 227              | 1 446              | ※ 105               |                    |                                        |
| 작업요법사                          |                      |                    | 599                | ※ 179                | 949                | 957                | ※ 57                |                    |                                        |
| 언어청각사                          |                      |                    |                    | ※ 23                 | 151                | 86                 | ※ 10                |                    |                                        |
| 유도정부사<br>및<br>알마마사지<br>지압<br>사 |                      |                    | ※ 757              |                      |                    | ※ 141              |                     |                    |                                        |
| 개호지원전문원                        |                      |                    |                    |                      |                    |                    | 1 499               |                    | 44 723                                 |
| 생활상담원<br>및<br>지원상담원            |                      |                    |                    | 17 230               | 1 664              |                    | 2 576               |                    |                                        |
| 사회복지사                          |                      |                    |                    | 2 127                | 393                |                    | 575                 |                    |                                        |
| 개호직원                           | 144 933              | 7 409              |                    | 67 829               | 17 554             | 12 049             | 41 463              | 34 151             |                                        |
| 개호복지사                          | 21 984               | 1 194              |                    | 12 953               | 5 427              | 2 093              | 16 148              |                    |                                        |
| 홈ヘル1급                          | 15 695               | 346                |                    |                      |                    |                    |                     |                    |                                        |
| 홈ヘル2급                          | 98 947               | 3 744              |                    |                      |                    |                    |                     |                    |                                        |
| 홈ヘル3급                          | 1 177                | 64                 |                    |                      |                    |                    |                     |                    |                                        |
| 복지용구<br>전문상담원                  |                      |                    |                    |                      |                    |                    |                     |                    | 13 816                                 |
| 영양사                            |                      |                    |                    | 1 542                |                    |                    | 1 632               |                    |                                        |
| 관리영사                           |                      |                    |                    | 559                  |                    |                    | 992                 |                    |                                        |
| 조리원                            |                      |                    |                    | 7 550                |                    |                    | 4 553               |                    |                                        |
| 기타                             | 6 567                | 721                | 1 155              | 7 032                |                    |                    | 4 398               | 1 756              | 3 1896 511                             |

주: 1) 괄호는平成14年10月1日현재의 상근환산종사자이다.

2) 종사자는 조사한 직종이며, 조사한 직종 이외는 공란으로 하였다.

3) 단기입소생활개호에는 空床利用型の 종사자를 포함하지 않는다.

4) 간호사에는 보건사 및 조산부를 포함한다.

5) ※는 기능훈련지도원의 再?である。

6) \*는 개호직원의 再?である。

자료: 통계정보부 「平成15年개호서비스시설사업소조사」

## 나. 임금수준 및 가치 저평가의 문제

아래의 표는 의사와 비교했을 때 노인요양에 종사하는 인력의 임금수준이 어느 정도인지를 제시하고 있다. 미국의 경우 의사의 임금을 1.0으로 보았을 때, 나머지 인력의 임금수준은 0.37~0.13으로 매우 낮으며, 일본 역시 크게 다르지 않았다.

〈표 4-5-3〉 미국과 일본의 직업별 임금 비교

| 미국         |               |      | 일본                |              |      |
|------------|---------------|------|-------------------|--------------|------|
| 직업         | 시간당<br>임금(달러) | 비율   | 직업                | 시간당<br>임금(엔) | 비율   |
| 의사         | 57.60         | 1.00 | 의사                | 5,485.43     | 1.00 |
| 정규간호사(RN)  | 21.38         | 0.37 | 정규간호사(RN)         | 2,322.93     | 0.42 |
| 간호조무사(LPN) | 13.95         | 0.24 | 간호조무사(LPN)        | 2,002.32     | 0.37 |
| 간호보조원(NA)  | 8.59          | 0.15 | 간호보조원(NA)         | 1,409.03     | 0.26 |
| HHA        | 9.04          | 0.16 | 홈헬퍼{HH(ADL)}      | 1,231.11     | 0.22 |
| PCA        | 7.72          | 0.13 | 홈헬퍼{HH(ADL&IADL)} | 1,122.78     | 0.20 |
|            |               |      | 홈헬퍼{HH(IADL)}     | 988.00       | 0.18 |

주: RN: registered nurse, LPN: licensed practical nurse, NA: nurse aide, HHA: home helper aide, PCA: personal care aide, HH: home helper, ADL: activities of daily living assistance, IADL: instrumental activities of daily living assistance. 2002년 12월, 1달러=124-125엔

출처: U.S. data: Occupational Employment Survey 1999. Japan data: 1999 Japan wage census. 홈헬퍼(HH) 임금 자료는 전국의 재가보호기관을 대상으로 한 저자(세끼야)의 서베이를 통해 수집하였고, 비율은 저자가 계산하였다.

보살핌노동의 가치가 저평가되는 이유는 다음과 같은 측면에서 살펴볼 수 있다(장지연(2004)에서 재인용). 첫째, 여성노동에 대한 저평가기제의 논리적 연장선상에서 여성의 보살핌노동은 숙련의 수준이 낮게 평가될 가능성이 크다. 보살핌노동은 다음과 같은 기능으로 이루어진다(Standing 2001).

$$\begin{aligned} \text{보살핌노동} = & \text{시간(실제+대기)} + \text{노력} + \text{기술} + \text{사교적 기술(social skill)} \\ & + \text{감정의 투입} + \text{스트레스(실수에 대한 공포)} \end{aligned}$$

사교적 기술이나 감정의 투입 등은 각각의 기능이 요구하는 특성과 숙련의 수준이 실제로 그것이 얼마나 많은 노력을 요구하는 일인가와 관계없이 저평가 되는 경향이 있는 것들이다.

둘째, 여성직의 직무요소는 당연시되어 비가시화 된다. 보살핌노동의 업무는 일한 만큼의 성과가 눈에 띄게 나타나지 않는다. 잘 관리되고 처리될 때에는 인식되지 않다가 문제가 발생할 경우에만 비로소 가시화되는 경우가 많다.

셋째이자 가장 중요한 이유는 여성들이 수행하는 보살핌노동의 경우 노동시장에서 수행되더라도 대가를 지불해야 할 노동으로 인식되기 보다는 여전히 사랑과 희생의 발현으로 여겨진다. 이것은 보살핌노동의 가치가 저평가되는 가장 중요한 원인이자 앞서 지적한 두 가지 요인의 근본적인 원인이기도 하다. 보살핌노동의 성과가 가시적으로 측정되지 않는다거나 보살핌노동에 투입된 기능의 숙련수준이 낮게 평가되는 현상의 근본원인에는 보살핌노동을 가정에서 여성이 수행하는 무급노동의 연장으로 파악하는 의식이 놓여있다.

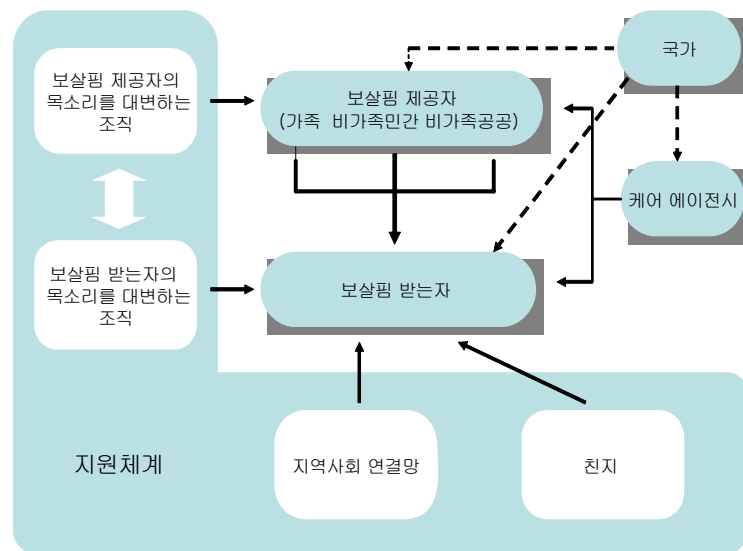
보살핌노동은 역사적으로 오랫동안 공사분리의 이념 속에서 사적 영역에 속하는 것으로 간주되어왔다. 특히 가부장제와 자본주의가 결합하는 과정에서 시장에서 수행되는 유급노동과 가정 내에서 수행되는 무급노동이 구분되었고 보살핌노동은 시장에서 거래되지 않고 무급으로 여성들에 의해 수행되는 것으로 전제되었다. 이것은 어머니가 자녀를 보살피는 모성에 기원한바 가치를 지불할 필요가 없는 당연하고도 자연스러운 행위로 여겨졌다.

보살핌노동이 여성들에 의해서 가정 내에서 무급으로 수행된다는 것 자체가 더 이상 당연한 현실이 아니고 국가가 공적서비스를 제공하거나 시장을 통해서 거래되게 된 현재 상황에서도 이전의 이데올로기적 의식은 여전히 작동하면서 여성에 의해 수행되는 노동가치의 저평가를 초래하고 있다.

공사영역이 분리된 영역이며 보살핌은 사적영역에 속한다는 이념은 노동과정에서 반영된다. 노인케어가 사적영역인 가사노동의 연장선상에 놓여있을 때 장기요양서비스의 공식화 수준은 낮아지고 전문성 인정도 어려워진다. 공식화란 의사결정의 구조가 분명하고 자의성의 수준이 낮으며 기능과 역할의 구분과 변경이 객관적으로 공유되는 상태를 이른다. 이것은 구상과 실행의 분리로 대표되

는 분업에 의한 노동의 파편화과정과는 다른 것이다. 노동의 파편화는 오히려 전문성 파괴의 과정이기가 쉽다. 직무에 대한 공식적인 정의와 업무의 체계화는 전문성에 대한 인정과 관련성이 높다.

[그림 4-5-4] 보살핌의 사회적 경로



출처: Guy Standing(2001).

## 다. 인력 전문성 제고를 위한 프로그램

다음의 표는 서비스 인력의 전문성을 제고하기 위해 주요 국가가 시행하고 있는 사업 혹은 정책의 내용이다. 자격취득 후에도 계속 훈련을 시행하는 것이 중요함을 알 수 있다.

〈표 4-5-4〉 공공 서비스 인력의 전공영역 및 전문성 제고를 위한 정책 비교

| 국가 | 정책 노력                                                                                                                                              |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 일본 | 케어매니저 양성위원회, 도도부현 개호지원전문원 지원회의, 도도부현 케어매니지먼트 리더양성연수사업, 방문개호원 자질향상 사업, 방문개호적정실시연수사업, 테마별 기술향상 연수사업, 방문개호계획작성 및 전개연수사업, 방문개호원 자질향상사업, 개호지원전문원 현임연수사업 |
| 미국 | NAHC (National Association for Home care and Hospice), 노인병 전담간호사 (Geriatric Nurse Practitioners: GNP) 훈련프로그램                                       |
| 독일 | 노인수발사 직업교육(법제정), 교육생 생계비 지급                                                                                                                        |
| 영국 | 퍼스널서비스 훈련조직(TOSS: Training Organization for Personal Social Service), 최상의 사회보호서비스개발연구소                                                             |
| 호주 | Carer Education and Workforce Training Project                                                                                                     |

소비자의 선택이 존중되는 케어 시스템을 구축하기 위하여 무엇보다 간병 서비스의 질을 향상시키는 것이 요구된다. 서비스 인력의 전문성 제고 프로그램은 공식적인 서비스 인력의 관리, 조정, 재훈련을 목적으로 하되, 비공식적 수발자에 대한 교육 및 훈련도 지원되고 있다. 서비스 인력의 자격을 정기적으로 검증하고 인정하기 위해서는 국가 내의 통일된 기준이나 국가 차원의 감독기구 및 관리기구가 필요하다. 그러나 대부분의 국가에서 국가 차원의 단일한 기구가 존재하지 않은 채 지방마다 독립된 형태로 운영되거나, 단일한 감독기구가 존재한다고 하더라도 형식적인 프로그램을 운영하고 있는 것이 사실이다. 또한 재훈련 프로그램이 마련되어 있는 국가는 매우 소수이다. 케어에 대한 수요는 급증하고 있으나 전문적인 서비스 인력이 확보되지 않아 불만족스러운 케어를 제공받게 되거나 결국은 비공식적 수발자에게 케어의 부담이 전가되고 있다.

독일 수발 노동자 관련 역사(略史)<sup>주25)</sup>

독일에서 노인 수발인력에 대한 전문용어는 노인수발사(AltenpflegerInnen)<sup>주26)</sup>라는 표현을 쓰고 있다. 노인수발사란 직업은 1950년대 말경부터 본격적인 모습을 보이기 시작하였는데, 역사적으로 볼 때 고대와 중세 및 근대초기에 이르기까지 수발행위는 전적으로 가정생활 속에 이루어지는 비전문적인 행위로 간주되었다. 아울러 의료인으로서 간호사가 정책에 의해 전문적으로 성립되기 이전까지 간호와 수발은 용어 자체가 구분되지 않고 함께 쓰였었다.

유럽에서 처음 수발 행위에 대한 이론적 교육을 포함하여 전문적인 교육이 시작된 것은 17세기 경 빈센트 폴(Vincent de Paul)로 알려져 있다. 그 후 18세기 들어 여자 간호인들을 대상으로 체계적인 이론교육을 실시하였는데, 그것은 특별한 동기부여가 없는 여성 간호인들에게 갈수록 까다로워지는 수발작업을 준비시키고자 했던 몇몇 의사들의 노력으로부터 비롯되었다고 한다. 그 창시자로는 의사이며 대학교수였던 프란츠 안톤 마이(Franz Anton Mai, 1742-1814)를 들 수 있는데, 그는 1781년 환자간호인 학교를 세웠고 3개월간의 교육기간과 졸업시험으로 자격을 부여했었다.

마이는 자신이 직접 실시한 교육을 위해 “환자간호인을 위한 수업”이란 교과서를 저술하였는데, 그 목적은 “자연과학, 영양학 및 환자간호학 등에서 이해하기 쉬운 기본원칙들을 학생들에게 가르치는 것”이었다(Genschorek 1986: 151). 몇몇 다른 곳에서 직업교육을 모방하는 사람들이 생겨나기도 했지만, 그러나 끝내 그의 이상은 관철되지 못하고 말았다. 왜냐하면 그의 저술이 같은 직업의 동료들, 특히 직접적인 관계를 맺고 있던 동료들에 의해 (질투와 견제를 위해) 폄하되고 더 나아가 거부당하고 말았기 때문이다.

한편 2차 대전 이후 급격한 경제회생이 이루어지고 노인인구 비중이 늘어나 고령화사회에 접어들 1950년대 독일에서는 일반 환자가 아닌 노인수발을 위한 전문인력이 급히 필요하게 되었다. 급속한 근대화나 두 번에 걸친 패전과 그에 따른 이주 등으로 전통적인 이웃사회 혹은 대가족 제도에 의한 가족

부양 등은 더 이상 기대하기 힘든 상태에 있었다는 게 우선적인 원인이었다. 특히 ‘먹고살기’ 위한 기본적 경제회생이 지상과제인 상황에서 전통적인 방식으로 가정에서 식구들에 의한 노인수발은 불가능할 수밖에 없었다. 그렇다고 어느 정도 불편한 노인들을 환자로 취급하여 병원 및 일반의료기관에서 소화하기에는 의료 인력과 병원시설이 턱없이 부족했을 뿐만 아니라 그에 따른 비용도 부담이 되지 않을 수 없었다. 이러한 문제인식에서 출발한 것 가운데 하나가 바로 앞에서 살펴본 수발보험의 출범이라 할 수 있다.

1950년대 당시까지 얼마 되지 않던 독일의 노인시설근무 인력은 대부분 여성이었고 그들에게 어떤 특별한 전공지식이나 자질이 요구되었던 것이 아니라 다만 “인간적 감성”을 중요시하는 정도였다. 따라서 노인수발을 위해서라면 적어도 “인생의 경험이 풍부하고 정신적으로 안정되며 활동력이 있으면서 마음씨 착한 수발인”이라는 여성적 전형에 부합되어야 했던 것이다. 그런 점에서 우리나라에서 현재 일반적으로 존재하고 있는 간병인과 유사하다고 할 수 있다.

물론 직업으로서의 노인수발사가 전체적으로 여성들에 의해서만 이루어진 것은 아니었지만, 일반적 인식에서 “전형적인 여성직업”으로 받아들여졌다. 즉 노인수발이라는 직업 특징은 “전형적으로” 여성들이 감당하는 것으로서 표현되었고, 또한 “시키지 않아도 알아서 하며 돈을 바라지 않아야 한다는” 것 등이 이 직업에 대한 설명으로 표현되었던 것이다. 아울러 직업을 수행하기 위한 전제조건으로 취급되기도 하였다(Manos, 1984:142). 그 후 복지단체의 조직 내에 직업교육과정으로 카리타스, 쾰른 간호사단체, 다름슈타트 엘리자벳재단, 하노버 앙리에트 재단 등에서 오늘날 인정되고 있는 노인수발사 자격증 제도가 출발하기에 이른다. 이는 현재 우리의 가정봉사원 제도의 현실과 비교해도 크게 다르지 않을 것으로 생각된다. 다만 독일의 경우 민간의 복지단체에서 시작하며 주도하였지만, 우리의 경우 정부 혹은 기초단체 차원에서 주도하려고 한다는 것이 차이라면 차이일 것이다.

주25) 김근홍 “노인 장기요양보호를 위한 프로그램 개발 필요성: 독일의 수발보험(Pflegeversicherung)과 수발사교육법(Pflegerausbildungsgesetz)을 중심으로”



## 제 6 절 케어수발자 노동가치 인정 및 보상

본 절에서는 주 수발자(primary care-giver)로서의 여성의 노동가치 인정 및 보상 방안을 분석함으로써 기존의 무급노동에 대한 각국의 접근의 차이를 비교 검토한다. 한국의 경우, 그 동안의 장기요양제도 도입논의 과정에서 고용창출 효과만이 부각되고, 수발노동을 어떻게 평가하고 수발 노동자를 어떻게 대우할 것인가에 대한 계획이 부재했었기 때문에, 한국에 주는 시사점을 도출 할 필요가 있다.

### 1. 케어노동의 특성과 수발자의 관계

흔히 케어는 가족과 개인의 책임으로 간주되고, 수발을 드는 것은 자발적이거나 불가피한 선택으로 여겨졌다. 이러한 수발자에 대한 인식은 자칫 가족구성원에게 희생을 강요하는 형태로 부과되기 쉽기 때문에, 시민으로서 접근하면서 부담을 덜어주고 권리를 인정할 필요가 있다. 수발자와 관련하여 최근에 대두되는 또 다른 쟁점은, 노인의 수명이 길어지고 요양을 요하는 질병이 크게 늘어나면서 그 어느 때 보다도 케어노동의 수요는 증폭되고 있다는 사실이다. 그러나 케어를 제공할 수 있는 가족구성원의 공급은 심각하게 제한되고 있다. 더구나 수발자의 전문성 역시 크게 요구되고 있다. 따라서 각 국가는 케어 이용자의 욕구를 충족시키면서 동시에 케어를 제공하는 자의 노동을 인정하고 지위를 강화시켜야 할 필요에 직면하고 있다. 결국, 수발자를 위한 사회적 지원은, 기존에 무급의 가족노동으로 남겨두었던 부분에 비용을 들이기 때문에 또 다른 사회지출로 여겨질 수도 있으나, 이 보다는 가족의 부담을 덜고, 케어노동자의 지위를 보장하기 위한 필요한 투자로 볼 필요가 있다. 이것이 케어를 가족과 사회가 공유하는 새로운 시민사회의 특징으로 자리 잡을 필요가 있다.

아래의 표는, 여러 나라에서 면접조사를 통해 발견한 케어수혜자와 비공식적

주26) 수발사라는 용어는 전문가를 뜻하는 스승사(師)와 수발의 합성어이다. 특히 수발을 받는 대상자가 주로 노인들 위주로 진행되기 때문에 노인수발사(Altenpfleger)라는 독일전문용어를 그대로 우리식 순수 언어로 번역한 것이다.

케어제공자와의 관계 분포를 보여준다. 대부분의 경우, 주 수발자는 여성으로 나타난다.

〈표 4-6-1〉 케어 수혜자와 비공식적 케어제공자와의 관계

| 국가(출처)                                                               | 연도   | 관계  | 합계  | 남성 | 여성 |
|----------------------------------------------------------------------|------|-----|-----|----|----|
| 호주<br>(ABS Survey of disability, ageing and carers, 1998)            | 1998 | 파트너 | 43  | 19 | 24 |
|                                                                      |      | 부모  | 22  | 3  | 19 |
|                                                                      |      | 자녀  | 24  | 6  | 19 |
|                                                                      |      | 기타  | 11  | 2  | 9  |
|                                                                      |      | 합계  | 100 | 30 | 71 |
| 오스트리아<br>(Microcensus 2002)                                          | 2002 | 파트너 | 18  | 7  | 11 |
|                                                                      |      | 자녀  | 38  | 14 | 24 |
|                                                                      |      | 기타  | 43  | 12 | 32 |
|                                                                      |      | 합계  | 100 | 34 | 66 |
| 캐나다<br>(Survey on informal caregivers to adults in British Columbia) | 1995 | 파트너 | 20  | 7  | 13 |
|                                                                      |      | 자녀  | 35  | 9  | 26 |
|                                                                      |      | 기타  | 45  | 11 | 34 |
|                                                                      |      | 합계  | 100 | 27 | 73 |
| 독일<br>(Schneekloth and Muller, 2000)                                 | 1998 | 파트너 | 32  | 12 | 20 |
|                                                                      |      | 부모  | 13  | 2  | 11 |
|                                                                      |      | 자녀  | 28  | 5  | 23 |
|                                                                      |      | 기타  | 27  | 1  | 26 |
|                                                                      |      | 합계  | 100 | 20 | 80 |
| 아일랜드<br>(Survey of older persons, 1993)                              | 1993 | 파트너 | 22  | 5  | 17 |
|                                                                      |      | 부모  |     |    |    |
|                                                                      |      | 아동  | 48  | 13 | 35 |
|                                                                      |      | 기타  |     |    |    |
|                                                                      |      | 합계  |     |    |    |
| 일본<br>(Comprehensive survey of living conditions, 2001)              | 2001 | 파트너 | 36  | 12 | 25 |
|                                                                      |      | 부모  | 1   | 0  | 1  |
|                                                                      |      | 자녀  | 60  | 11 | 48 |
|                                                                      |      | 기타  | 3   | 1  | 3  |
|                                                                      |      | 합계  | 100 | 24 | 76 |
| 한국<br>(Survey on long-term care needs of the elderly, 2001)          | 2001 | 파트너 | 32  |    |    |
|                                                                      |      | 자녀  | 55  | 7  | 49 |
|                                                                      |      | 기타  | 13  |    |    |
|                                                                      |      | 합계  | 100 |    |    |

| 국가(출처)                                                        | 연도   | 관계               | 합계  | 남성 | 여성 |
|---------------------------------------------------------------|------|------------------|-----|----|----|
| 스페인<br>(Survey on impairment, disabilities,<br>and handicaps) | 1999 | 파트너              | 23  |    |    |
|                                                               |      | 자녀               | 38  | 6  | 32 |
|                                                               |      | 기타               | 39  |    |    |
|                                                               |      | 합계               | 100 |    |    |
| 스웨덴<br>(Survey of aged care, 2000)                            | 2000 | 자녀               | 46  | 13 | 33 |
|                                                               |      | 기타               | 53  |    |    |
|                                                               |      | 합계               | 100 |    |    |
| 영국<br>(General household survey, 2000)                        | 2000 | 파트너              | 15  |    |    |
|                                                               |      | 부모               | 7   |    |    |
|                                                               |      | 자녀               | 43  |    |    |
|                                                               |      | 기타               | 35  |    |    |
|                                                               |      | 합계 <sup>1)</sup> | 100 |    |    |
| 미국<br>(National long-term care survey, 1994)                  | 1994 | 파트너              | 23  | 10 | 13 |
|                                                               |      | 자녀               | 41  | 15 | 27 |
|                                                               |      | 기타 <sup>2)</sup> | 35  | 11 | 24 |
|                                                               |      | 합계               | 100 | 36 | 64 |

주: 케어제공자와 케어 수혜자에 대한 정의는 국가마다 다를 것이다. 비공식적 케어제공자는 보통 공적 장기요양보호 프로그램에서 지원(예-현금수당)받고 있는 케어제공자의 수보다 높다.

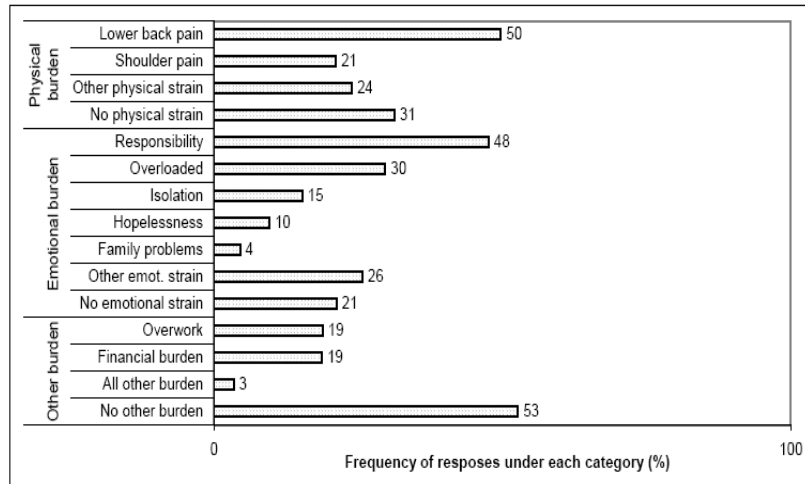
1) 케어수혜자의 비율에 대한 국가별 자료는 한 명의 케어제공자 이상으로부터 케어를 받는 사람도 포함하고, 100으로 재계산되었다.

2) 기타는 missing value를 포함한다.

아래의 그림은 오스트리아에서 조사한 결과인데, 비공식적 케어제공자가 겪는 어려움(부담)을 신체적, 정서적, 기타로 나누어 조사한 것이다. ‘기타’를 제외하고, 가장 많이 지적된 사항은 아래 등의 통증이었고, 그 다음이 정서적인 책임감, 격무, 정서적 긴장 등이었다.

[그림 4-6-1] 비공식적 케어제공자가 겪는 어려움(오스트리아)

Strain experienced by informal care givers in Austria.



Note: Survey of households receiving the Cash Allowance for Care, *Pflegegeld*, at the upper levels 3-7, corresponding to a care need of more than 120 hours per month. The figure shows how large a share of the over 800 responding main informal care givers stated that they experienced each of the different types of strain.

Source: Nemeth and Pochobradsky (2002).

## 2. care-giver 관련 기존연구

아래의 표는 1985년부터 1998년 사이에 이루어진 연구결과를 정리한 것이다. 이러한 연구 성과는 2000년대 초반 OECD 국가들에서 care-giver 관련정책이 활성화되고 정착하는데 토대를 마련한 것으로 평가할 수 있다.

〈표 4-6-2〉 비공식 수발관련 최근 연구의 동향

| 저자                 | 연구년도 | 주요내용                                                                                     |
|--------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Snyder and Kneefe  | 1985 | 117명의 primary caregiver조사 결과, 육체적·감정적으로 문제가 많음을 보고.                                      |
| Doty               | 1986 | 비공식적 caregiving이 여전히 주요한 요양의 수단임을 확인. 조세감면이나 작은 액수의 현금지급 등으로 가족이나 친척의 부담을 덜어주는 역부족임을 지적. |
| Gubrium and Sankar | 1990 | 가족의 케어와 재택케어의 경계가 unclear할 수 있음을 지적.                                                     |

| 저자                             | 연구년도 | 주요내용                                                                                                                                                      |
|--------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                |      | 관련 actor에 따라 의사결정이 복잡하게 얽혀있고 가구의 문화에 따라 요양에도 영향을 미침. 향후 수요증가에 따라 정책개발에서 고려해야 할 점 중 하나로 제시.                                                                |
| Hanley, Wiener, and Harris     | 1991 | 전국 장기요양서비스 (N=6000)의 결과를 토대로 분석. 공식요양을 이용하더라도, 무급가족 케어는 여전히 활용도가 높고 중요함을 지적.                                                                              |
| Linsk 외                        | 1992 | 비공식적 caregiving에 대한 보상의 중요성과 위험을 지적. 비용 절감을 위해 비공식적 caregiving에 초점을 둘 경우, 이는 가족 caregiver를 돕기 보다는 착취하는 것임을 지적. 수요의 증가를 예상할 때, 가족원 요양보다는 지역사회 요양이 필요함을 역설. |
| Burbridge                      | 1993 | 요양서비스에 종사하는 근로자의 노동지위 분석. 2차 노동시장에 편입되어 있어서 인력유인이 부족하고, 따라서 인력부족이 지속될 것으로 예측. 최소임금 보장과 각종 복지급여의 안정화 등 정책노력 강조.                                            |
| MacAdam                        | 1993 | care worker의 운용을 공공기금에 의존하면 경쟁적인 작업여건이 마련되기 힘들다는 지적. 이런 맥락에서 미국에서 채택한 상환방식이 para-professional의 전문성을 높이는게 기여할 수 있다는 주장.                                    |
| Herrmann 외                     | 1993 | (호주)침상 수 감소와 외래환자 증가, 지역사회 요양증가 등의 정책변화가 비공식 caregiver에게 미치는 영향에 대한 연구가 부재함을 지적.                                                                          |
| Wuest                          | 1993 | (캐나다) 여성이 가정에서 요양을 제공한다는 암묵적인 가정에 기초한 보건정책을 비판. 변화하는 여성의 삶과 다양성을 반영하여 제도를 조정할 필요를 피력.                                                                     |
| Sipila and Simon               | 1993 | 재가요양 수당은 caregiver의 노동을 인정하는 긍정적인 측면을 갖고 있지만, 동시에 '여성-사적영역 담당자'의 전통적인 구분을 강화시킬 수 있다는 지적.                                                                  |
| Hayashi, Gibson and Weatherley | 1994 | 미국 워싱턴주에서 근무하는 caregiver 노동력에 대한 연구. 열악한 근무여건, 저임금, 적은 부가급부 등을 지적. 가정의 비공식적 caregiver에 대한 연구관심과 정책배려에 비해 상대적으로 도외시 된 분야라고 지적.                             |
| White                          | 1994 | multi-agency 방식으로 유자격 care staff을 관리하는 것이 중요함을 지적.                                                                                                        |
| Takeuchi 외                     | 1994 | 일본에서 자녀와 동거하는 노인이 줄어들면서, 향후 사회서비스 개발이 필요함을 지적.                                                                                                            |
| Evers and Leichsenring         | 1994 | 새로운 현금급여 방식의 유럽국가 동향을 보고. 이러한 현금급여가 의미있으려면, 요양의 전반적인 수준을 상승시킬 수 있어야 한다고 지적.                                                                               |
| McLaughlin and                 | 1994 | 유럽 5개국의 수당형태 급여를 분석. 수당수준은 프랑스에서                                                                                                                          |

| 저자                       | 연구년도 | 주요내용                                                                                             |
|--------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Glendinning              |      | 가장 관대하며, 이탈리아, 독일, 아일랜드 순이고, 영국이 가장 뒤떨어짐.                                                        |
| Quinn                    | 1995 | 사례관리의 중요성 지적. 기능을 6가지로 제시; 포괄적인 판정, 요양계획 작성, 계획 이행, 감독, 재판정, 종료.                                 |
| Sipila                   | 1995 | carer 수당은 근로소득 손실을 보충하려는 기능(ex. 영국)과, 저소득층이 지역사회 요양에만 머물기를 기대하는 기능(ex 미국 미시간 주.) 등 다양한 성격을 노정한다. |
| Vinton and Kim           | 1996 | caregiver에게 주어지는 보조금의 출처를 조사(N=151). 대부분의 경우 생활필수품 구매에 쓰인 것으로 나타남.                               |
| Gordon                   | 1997 | 미국 managed care의 비용억제 노력이 가족(여성) caregiver 에게 주는 부담가중을 지적.                                       |
| Gilhooly and Redpath     | 1997 | 스코틀랜드의 민간기업체 (N=320)를 대상으로 노인케어를 위해 유연한 근무형태를 고려중인지를 조사. 92%가 피용인의 노인 케어에 대해 전혀 관심이 없는 것으로 조사됨.  |
| Doty, Jackson, and Crown | 1998 | 전국 서베이 결과를 토대로, 여성 caregiver가 주당 17시간 이상을 일 할 경우, 요양케어 수혜자가 받는 요양시간이 상당히 적어짐을 분석.                |

### 3. 비공식적 수발자에 대한 접근 및 정책 비교

#### 가. 최근의 동향: 가족수발자에 대한 지원: 비공식부문

전일고용 상주 간호사가 없는 경우, 장애 또는 병약 노인을 가족수발자의 계속적인 투입 없이 자신의 가정에 머물게 하기는 대단히 어렵다. 가족수발자의 계속적 관찰과 도움이 있어야 정기적인 재가케어서비스를 받는 노인이 가정에 머물 수 있게 된다. 따라서 케어 환경을 적절히 선택할 수 있게 하기 위해서는 가족수발자의 지원이 필요하다. 왕진서비스나 단기위탁(보호자 휴식)케어와 같은 많은 서비스들이 특히 가족수발자를 염두에 두고 새로이 개발되어 왔다.

몇몇 국가에서는 가족케어를 더 이상 “무료 재화(free good)”로 치부할 수 없으며 가족수발자들에 대한 지원이 필요하다는 점이 인식되고 있다. 이러한 국가들은 잠재적 근로연령층인 가족수발자들이 원하거나 할 수 있다면 일과 수발 책임을 함께 하도록 사회보장 및 고용제도를 변화시켜왔다. 이는 현재의 수입을 대체할 수 있는 소득지원, 퇴직 후의 미래수입을 유지시킬 수 있는 연금보

혐료납부실적 인정 및 고용조건의 유연성을 적절히 혼합하는 것이다. 예를 들어 호주와 영국에서는, 수발자가 근로연령층에 있는 경우 근로 무능력자에 대한 사회보장 급여와 유사한 수발자 연금을 지불한다. 오스트리아는 광범위한 케어수당제도를 가지고 있는데, 이 제도 하에서는 수급자가 이 현금급여를 가족수발자를 보상하는데 사용할 수 있다. 독일의 장기요양보험은 가족수발자를 보상하기 위한 현금 급여를 전부 또는 부분적으로 수령할 수 있는 옵션을 제공한다. 몇몇 국가에서는, 케어 제공에 있어 최선의 방식으로 간주되는 경우에는 (예로, 북구 국가의 오벽지) 가족수발자들이 사회서비스 직원으로 고용되기도 한다.

특히 오랫동안 대부분의 비공식 수발자로서 역할을 해온 여성들이 점점 유급 근로자로서 교육받고 훈련받는 상황에서, 앞에서의 여러 정책들이 공식수발에 대한 보조금 지불보다 효과적인지는 불분명하다. 대부분의 국가들은 가족수발자의 서비스에 대해 지불하지 않는다. 이러한 서비스는 전통적으로 공공자금의 지원 없이 가정 내에서 해결되도록 맡겨졌던 것이다. 앞으로 근로 연령에 속하는 수발자가 적어진다는 비공식케어의 추계를 고려할 때, 노동시장 불참에 대한 보상에 보다는 은퇴연령 이후의 수발자에 대한 지원서비스의 제공에 정책담당자의 초점이 더 맞추어 질 것 같다.

아래의 표는 비공식 케어제공자에게 현금을 지원하는 다양한 정책의 예를 정리한 것이다. 어떤 방식으로든 현금을 지원하는 국가에는 네덜란드, 노르웨이, 스웨덴, 영국(UK), 미국 등이 속한다. 네덜란드는 개인예산상한제방식을 운영하면서, 기관으로부터 케어를 구입하거나 assistant를 직접 고용할 수 있도록 지원하고 있다. 이 경우 assistant는 친척을 포함한다. 노르웨이는 기관 케어보다 친척의 케어가 양질일 경우에 한하여, 시간급으로 사용할 수 있는 임금을 지급한다. 보통 일주일에 3~10시간이 이용된다. 스웨덴은 서비스를 받을 수 없는 외딴 지역에서 사용할 수 있도록 급여를 제공하는데, 65세가 넘는 친척은 수급대상이 될 수 없다. 미국은 친척은 허용되나, 배우자는 자격이 없고, 캔사스처럼 한달에 \$2,760을 받을 수 있는 지역이 있는가 하면, 캘리포니아처럼 일주에 66시간까지 급여를 지급할 수 있는 경우까지 매우 다양하게 운영되고 있다.

〈표 4-6-3〉 비공식적 수발자를 위한 수당(payments for informal care) 현황

| 국가                  | 비공식적 수발자에게 제공되는 소득지원 프로그램                 | 내용                                                         | 친척 고용              |                      | 월 수당                                                                            |                           | 지원 받고 있는 65세 이상 인구 비율 % |
|---------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
|                     |                                           |                                                            |                    |                      | 저                                                                               | 고                         |                         |
|                     |                                           |                                                            |                    |                      | %of private consumption per capita; Monthly amount in nat. currency and USD PPP |                           |                         |
| 호주 <sup>1 0</sup>   | Carer Payment                             | 수발책임 때문에 스스로를 도울 수 없는 사람들을 위한 것이다.                         | 가능                 | 가능                   | 53%                                                                             | AUD 934<br>AUD 682        |                         |
| 호주 <sup>1 0</sup>   | Carer Allowance                           | 집에 있는 누군가를 돌보면서 함께 사는 사람들을 위한 것이다.                         | 불가능                | 가능                   | 11%                                                                             | AUD 191<br>AUD 139        | 19.3                    |
| 캐나다                 | Compassionate Care Benefit                | 치명적인 상태에 있는 누군가를 돌보는 사람을 위한 단기 급여이다.                       | 불가능 <sup>1 1</sup> | 가능                   | 정상 고용소득의 55% 지급, 최대 월 CAD 1790<br>USD 1467                                      |                           | 2004 도입                 |
| 아일랜드 <sup>1 2</sup> | Carer's Allowance                         | full-time 케어가 필요한 사람들을 돌보고 함께 살고 있는 저소득 수발자를 위한 것이다.       | 가능                 | 가능                   | Nil                                                                             | 50%<br>EUR 683<br>USD 683 |                         |
| 아일랜드 <sup>1 3</sup> | Carer's Benefit                           | full-time 케어가 필요한 사람들을 돌보기 위해 일시적으로 직장을 떠나는 사람들을 위한 것이다.   | 불가능                | 가능                   | 47%                                                                             | EUR 649<br>USD 649        |                         |
| 일본 <sup>1 4</sup>   | Allowance for Families Caring for Elderly | 강도높은 수발을 필요로 하는 저소득 가정 중 장기요양보험으로부터 서비스를 지원받지 않는 가정이 대상이다. | 가능                 | 가능                   | 5%                                                                              | JPY 8333<br>USD 60        | 미정                      |
| 스웨덴                 | Care Leave                                | 치명적인 질병을 가진 친척을 돌보기 위해 최고 60일까지 휴가를 낼 수 있는 법적인 권리이다.       | 불가능                | 친척 또는 가까운 친구<br>여야 함 | 정상 고용소득의 80% 지불                                                                 |                           |                         |



| 국가 | 비공식적<br>수발자에게<br>제공되는<br>소득지원<br>프로그램 | 내용                                                                                            | 친척<br>고용 |    | 월 수당                                                                                                            | 지원<br>받고<br>있는<br>65세<br>이상<br>인구<br>비율<br>% |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
|    |                                       |                                                                                               |          |    | 저   평균   고<br>%of private<br>consumption<br>per capita;<br>Monthly<br>amount in nat.<br>currency and<br>USD PPP |                                              |
| 영국 | Carer's<br>Allowance                  | Attendance Allowance을 받고<br>있는 누군가를 일주일에 35시<br>간이상 돌보는 저소득자를 위<br>한 것이다(B참고). <sup>1 5</sup> | 가능       | 가능 | 18%<br>GBP 192<br>USD 300                                                                                       |                                              |

주: <sup>1</sup>

<sup>2</sup> 케어가 필요한 사람이 건강한 성인친척과 함께 살고 있다면, 그들은 노동가능 인구는 퇴직  
했다 상관없이 집안일을 해야 할 책임을 갖는다. 그러므로 함께 사는 친척은 케어를 제공  
하기 위해 고용되어질 수 있다. 실제로, 함께 사는 친척의 고용은 대부분이 성인장애인을  
위한 것이고, 노인을 위해 제공되는 것은 드물다.

<sup>3</sup> 개인예산상한제는 1995년에 도입되었고 총 사용자가 200년에 23,000명, 2003년에 54,000명  
으로 증가하였다. 2003년에 사용자의 3분의 1이 65세 이상 인구의 0.8%인 고령자였다.

<sup>4</sup> 2002년 4월 법의 적용으로 사람들은 함께 사는 친척에게 Direct Payment를 지불할 수 있게  
되었다. 단, 그들이 속한 지방의회가 그들의 케어 욕구를 충족시키는 유일한 수단이라고 인  
정했을 경우만 해당한다.

<sup>5</sup> Direct Payment는 2000년에 도입되었고, 65세 이상 인구의 0.04%에 해당하는 노인 사용자(in  
England)가 2000년 1월 500명에서 2002년 3월 2700명으로 증가하였다.

<sup>6</sup> 매월 평균 지불 정도는 Arkansas는 USD 400, Florida는 USD 723, New Jersey의 USD 1400까  
지로 주에 따라 다르다.

<sup>7</sup> “평균”은 65 이상의 수혜자들이 받는 주요 지불정도를 의미한다. “저”와 “고”는 가장 낮고  
높은 수준을 말한다.

<sup>8</sup> Nemeth and Pochobradsky(2002)에 따르면 65세 이상의 인구 중 약 7%가 현금수당을 집에서  
공식적인 수발을 받는데 구입하며, 매우 적은 수가 현금수당을 공식적인 서비스에 모두  
사용한다.

<sup>9</sup> 개인적 환경에 따라서 표에 나타난 지급수준보다 더 다양하다.

<sup>1 4</sup> 이것은 전체적인 장기요양보호 제공에 있어서 한계적인 역할을 수행한다.

<sup>1 5</sup> 2002년에 Carer's Allowance가 65세 이상의 수발제공자에게도 이용가능하게 되었다. 한달에  
GBP 342; EUR 536 이하의 가처분소득을 가진 사람에게만 지급된다.

출처: Based on replies to the OECD's questionnaire on long-term care and national sources.

Long-Term Care for Older People pp.52~54 재인용

수당뿐만 아니라 세금감면을 포함하여 각 국에서 비공식 보호자에게 제공하는 서비스를 살펴보면 아래의 표와 같다. 영국을 제외하고 대부분의 국가에서 친척의 고용이 허용된다. 금액은 오스트리아, 덴마크, 핀란드, 프랑스, 독일, 스웨덴 등에서 500유로 이상으로 높고, 호주, 캐나다, 미국 등에서는 100유로 미만으로 낮은 편이다.

〈표 4-6-4〉 비공식적 장기요양보호에 대한 수당 및 세금 감면

|       | 프로그램                                                                                              | 친척고용<br>가능여부 | 금액(월별, 유로) |                 |           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|-----------------|-----------|
|       |                                                                                                   |              | 100<br>미만  | 100이상-<br>500미만 | 500<br>이상 |
| 호주    | 수발자는 자산조사 후 소득지원을 받으며 주당 최대 20시간을 일할 수 있음.                                                        | 가능           |            | ○               |           |
|       | 재가보호를 받지 않으면 시설보호에 의존해야 하는 노인에게 재가서비스를 제공하는 친척에게 현금수당 지급.                                         |              | ○          |                 |           |
| 오스트리아 | 보호가 상당히 필요한 장애인에게 현금수당 지급. 수당의 사용용도에 대해서는 제약이 없음.                                                 | 가능           |            | ○               | ○         |
| 캐나다   | 65세 이상 노인 친척에게 보호를 제공하거나 함께 거주하는 저소득층에게 세금 감면.                                                    | 가능           | ○          |                 |           |
|       | 임시간호를 제공하는 수발자에게 보조금 지급. 고용자격에 대해서는 제약 없음.                                                        |              | ○          |                 |           |
| 덴마크   | 보호가 상당히 필요한 장애인은 수발자로서 친척을 선택할 수 있는데, 최대 6개월간 수발할 수 있음. 수발자는 지방정부의 수발 요원과 비슷한 조건 하에 지방정부에 의해 고용됨. | 가능           |            |                 | ○         |
| 핀란드   | 노인이 수발자로 선택한 사람에게 수당 지급.                                                                          | 가능           | ○          | ○               | ○         |

|      | 프로그램                                                                                                                                                                                             | 친척고용<br>가능여부      | 금액(월별, 유로) |                 |           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------|
|      |                                                                                                                                                                                                  |                   | 100<br>미만  | 100이상-<br>500미만 | 500<br>이상 |
|      | 비공식적 수발자는 지방정부로부터 연금<br>수급권을 가짐. 노령인구의 2%에 의해<br>고용된 수발자가 수혜를 받고 있음.                                                                                                                             |                   |            |                 |           |
|      | 장애인이나 취약 연금수급자에게 현금<br>수당이 지급되는데 사용항목에 제한이<br>없음. 노령인구의 4%가 받고 있음.                                                                                                                               |                   | ○          | ○               |           |
| 프랑스  | 개인적으로 고용을 하거나 거주시설을<br>통해 서비스 전달을 받는 노인에게 자<br>산조사를 기반한 수당이 주어짐.                                                                                                                                 | 가능<br>(배우자<br>제외) |            | ○               | ○         |
|      | 배우자를 제외한 친척은 은퇴 소득이<br>없고, 실직이라는 조건하에 수발자로<br>고용될 수 있음.                                                                                                                                          |                   |            |                 |           |
| 독일   | 자격이 있는 사용자는 현물 서비스와<br>현금급여 사이에 선택할 수 있음. 현금급<br>여를 선택할 경우 현물 서비스 가치의 절<br>반만큼 수령. 자격이 있는 사용자의<br>50~70%에 의해 선택된 현금급여는 사<br>용에 제한이 없음.                                                           | 가능                |            | ○               | ○         |
| 네덜란드 | 비영리시설이나 사기업, 자영업자로부터<br>서비스를 구매하거나 친척이나 친구를<br>고용하거나 실제적 도움을 구매하려는 노<br>인과 장애인에게 개인예산허용. 개인예산<br>을 받기 위해서는 사용자는 권리와 의무<br>를 명문화하기 위해 지방 정부의 동의를<br>문서로 받아야하며 사용자는 높은 품질의<br>보호서비스를 얻는 데에 책임이 있음. | 가능                |            | ○               |           |
| 스웨덴  | 일시적으로 아픈 사람을 위한 전일제 보<br>호 휴가를 얻는 친척이나 친구에게 수당<br>지급.                                                                                                                                            | 가능                |            | ○               | ○         |
| 영국   | 전일제 근무를 하지 않는 학생과 저소                                                                                                                                                                             | 불가능               |            | ○               |           |

|    | 프로그램                                                                                        | 친척고용<br>가능여부                     | 금액(월별, 유로) |                 |           |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|------------|-----------------|-----------|
|    |                                                                                             |                                  | 100<br>미만  | 100이상-<br>500미만 | 500<br>이상 |
|    | 독중인 수발자에게 수당지급.                                                                             |                                  |            |                 |           |
| 미국 | 노인이나 장애인에게 현금수당이 지급됨.<br>프로그램은 주에 따라 다양함.<br>친척은 수발자로서 고용될 수 있으나 대<br>부분의 주에서 배우자는 제외하고 있음. | 가능<br>(대부분의<br>주에서<br>배우자<br>제외) | ○          | ○               |           |

자료: 1) 1999/2000에 조정되거나 최근 수집된 정보를 기반으로 함.

2) 지급되는 수당의 수준으로서 전형적으로 필요의 측정에 기반하였으며, 프로그램은 여러 기간에 걸쳐 시행될 수 있음.

3) 개별 프로그램에 대하여 더욱 상세한 설명은 Lundsgaard(2002) 참고.

출처: Competition and Efficiency in Publicly Funded Services, OECD, 2002. Lundsgaard 2005.

아래는 민간보험의 발달여부를 포함하여 가족의 수발서비스를 지원하는 방식을 정리한 표이다.

〈표 4-6-5〉 OECD 국가의 수발지원 정책

| 국가명   | 재원조달방식                                                                                            | 가족수발자 지원                                                                                                      | 민간보험정책                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 호주    | - 시설보호: 정부 보조금<br>- 지역사회보호(재가보호):<br>연방정부 60%, 주정부 35%, 지방정부 5% 부담.<br>- 수발자에 대한 재정지원:<br>연방정부 보조 | - 수발수당(Care Payment):<br>일정소득, 재산 이하인<br>수 발자 대상<br>- 재가요양보호급여<br>(Domonicilliary Nursing<br>Care Benefit) 지급 | - 현재는 민간보험정책이<br>없는 실정(단, 민간보험<br>유인 가능성 내재)     |
| 오스트리아 | - 연방정부예산에서 직접<br>재원을 조달하고, 비용의<br>일부를 이용자가 부담                                                     | - 수발자의 대부분이 과부<br>연금을 수급하고 있는<br>여성노인.<br>- 수발을 위한 퇴직자는 임의<br>보험 취득 가능                                        | - 현재는 민간보험정책이<br>없는 실정(단, 민간장기요<br>양보험은 세액공제 적용) |
| 벨기에   | - 사회보험제도(공적 질병<br>장애보험)에서 재원조달<br>- 빈곤자를 위한 보호비용은<br>사회부조제도에서 조달                                  |                                                                                                               | - 민간보험자에 의한 보충적<br>서비스의 일부로 장기요<br>양보호 실시        |

| 국가명 | 재원조달방식                                                                                                                                                                          | 가족수발자 지원                                                                                                                                                                        | 민간보험정책                                                                                                  |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 캐나다 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양보호시설의 약 50%는 민간이 운영(이 중 일부시설에 한하여 주 정부가 보조금 지원)</li> <li>- 점차적으로 주 정부에서 지방정부로 권한 이양 중</li> <li>- 장기요양보호재정의 일부를 연방정부가 지원</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국가의 직접적인 개입은 없음</li> <li>- 정부지원에 의한 재가보호 프로그램으로 가정봉사원 서비스, 요양서비스 제공</li> <li>- 가족수발자에 대한 조세 감면(1996) 및 세액공제(1998)실시</li> </ul>         |                                                                                                         |
| 체코  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 주정부의 일정액 재정보조</li> <li>- 지방정부예산에서 재원조달(사회부조 대상자에게 현금급여(바우처)실시 예정</li> </ul>                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 주정부 보조금으로 수발자 가정 지원</li> </ul>                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현재는 민간보험정책이 없는 실정(단, 민간보험 유인 가능성 내제)</li> </ul>                |
| 덴마크 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 주정부가 장기요양보호제도 재정지원</li> </ul>                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수발자에게 의료, 연금 등 사회보장급여 수급자격 부여</li> <li>- 가정호스피스 수발자에게 현금급여 지급(단, 급여수준은 소득수준에 따라 차등)</li> </ul>                                         |                                                                                                         |
| 프랑스 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 재정 부담은 지방정부 50%, 주정부 30%, 이용자 20%를 각각 부담(단, 이용자는 시설보호인 경우는 20%, 재가보호인 경우는 12% 부담)</li> </ul>                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수발자(10,300명)에게 수발수당(1995) 지급</li> <li>- 정부 이외의 재가 보호 공급자로부터 서비스를 구입할 수 있는 바우처 제공 계획</li> </ul>                                         |                                                                                                         |
| 독일  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장기요양보호급여의 책임</li> <li>- 장기요양보호기금(사회보장)</li> <li>- 지방정부(사회부조)</li> <li>- 공적장기요양보험 도입으로 사회부조지출이 감소됨.</li> </ul>                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 수발사유로 주당 30시간 이상 비취업자에게 장기요양보험에서 공적연금보험료를 대불</li> <li>- 수발자에게 공적재해보험 보험료 지불(지방정부)</li> <li>- 수발자의 대체비용으로 연간 2,800DM까지 지급 가능</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기존 의무적 민간장기요양보험의 가입자는 10% 정도인데, 이들은 법정 의료보험가입자가 아님.</li> </ul> |
| 헝가리 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지방정부가 대부분 장기요양보호서비스를 제공</li> <li>- 재가보호비용은 사회보험,</li> </ul>                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 가족수발자에게 향후 본인의 수발필요시 무료 서비스 수급</li> </ul>                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 민간장기요양보험제도 가입자에 대한 조세감면 제공</li> </ul>                          |

| 국가명   | 재원조달방식                                                                                                | 가족수발자 지원                                                   | 민간보험정책                                      |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|       | 시설보호비용은 사회부조로 충당                                                                                      |                                                            |                                             |
| 아일랜드  | - 중앙정부의 보조금으로 장기요양보호 실시                                                                               | - 가족수발자에게 자산조사를 통하여 수발수당을 지급                               | - 민간장기요양보험은 없고, 민간의료보험에서 장기요양보호서비스를 취급      |
| 이태리   | - NHS에서 장기요양보호서비스를 제공(단, 시설요양원입소에 한함)                                                                 | - 가족수발자에게 재정지원, 취업보조지원을 고려 중                               | - 민간보험 도입에 대해 논의 중                          |
| 일본    | - 시설운영비: 수급자의 소득에 따라 비용부담.<br>중앙정부 50%, 지방정부 25%의 재정<br>- 장기요양보험(개호보험) 제도에서는 정부 50%, 보험료 50%로 재원 조달계획 | - 가족수발자에 대한 특정 사회 급여는 없으나 조세 감면 존재<br>- 3개월까지 수발 휴가 지급 가능  | - 민간개호보험 가능(계획)                             |
| 룩셈부르크 | - 장기요양보험의 재원조달: 정부가 45%, 나머지는 보험료, 재산소득세로 충당                                                          | - 가족수발자에 대한 특정 사회급여는 없으나 조세 감면 존재<br>- 3개월까지 수발휴가 지급 가능    |                                             |
| 네덜란드  | - 특별의료비보상법에서 시설 및 재가보호서비스 제공<br>- 소득비례보험료, 일반조세, 기타 사회보험료로 재원 조달                                      | - 가족수발자에게 현금급여 가능. 수급자격은 노인요양원입소심사위원회에서 평가                 |                                             |
| 노르웨이  | - 지방세, 중앙정부 보조금으로 재원 조달                                                                               | - 가족수발자에게 사회보장 급여 지급<br>- 가족수발경험자는 미경험자 보다 연금을 상향 지급       |                                             |
| 스페인   | - 공적장기요양보호 재원의 대부분을 지방자치단체에서 조달                                                                       | - 친인척 수발자에게 피수발자의 사망 이후 사회보장 연금을 승계 지급                     |                                             |
| 스웨덴   | - 장기요양보호 재원: 지방세 65%, 주 정부 보조금 15%, 기타 조세 10%로 조달                                                     | - 특정 재가수발자 친인척을 지방정부가 고용 가능<br>- 현금급여 지급: 60일간 사회보험제도에서 지급 | - 1990년대 동안 민간장기요양보호업자가 급증<br>- 민간업자의 참여 촉진 |

| 국가명 | 재원조달방식                                                                                                                                        | 가족수발자 지원                                                                        | 민간보험정책 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 스위스 | - 장기요양보호 재원조달의 5층 체계: 1) 법정의료보험, 2) 노령·유족보험 및 장애보험에 의한 장애수당, 3) 기업연금에 의한 장애수당, 4) 보충급여, 5) 사회부조급여로부터 충당. 상기 방법 중 1)~4)는 사회보험기금, 5)는 공공재정에서 실시 | - 무보수 수발기간을 노령·유족연금가입기간으로 산정<br>- 보충급여를 가족수발자에게 지급<br>- 지방정부(canton)에서 수발수당을 지급 |        |
| 영국  | - 장기요양보호서비스의 책임을 지방정부로 이양. 단, 재원은 중앙정부로부터 조달.                                                                                                 |                                                                                 |        |

자료: David W. Kalish, et al.(1998), [Social and Health Policies in OECD Countries]. OECD, 김미경, 송다영(2002), [여성의 노인부양부담 완화를 위한 성인지적 정책개발], 한국여성개발원, pp.56-58에서 재인용.

## 나. 국가별 현황

### 1) 오스트리아

1993년 이전에는 장기요양을 위한 다양한 수당이 있었으나 각각의 차이가 생기면서 문제를 낳았고, 결국 1993년 재가케어와 시설케어에 대한 재정적 지원을 제공하는 통일된 수당 프로그램을 연방정부 그리고 지방정부 차원에서 도입하였다. 이것은 Federal Long-Term Care Allowance와 Provincial Long-Term Care Allowance의 2가지로 구성되는데, 홈 케어를 위한 모든 공적 지원도 이 급여를 통해 제공된다. 수혜자는 공식 케어수발자를 구입할 수 있고, 친척이 고용될 수도 있다. 지급자격 기준은 소득과 자산에 관계없이 케어가 필요한 정도에 따라 결정된다. 급여의 정도는 낮은 비율(13%), 중간 비율(35%), 높은 비율(132%)로 구분되며 낮은 레벨은 일주일에 12시간 이상의 케어가 필요한 사람에게 제공된다. 급여의 재원은 일반조세이다.

## 2) 캐나다

연방정부에 의해서 운영되는 Caregiver Tax Credit은 거주하면서 홈 케어를 제공하는 개인에게 소득세를 줄여주기 위한 것으로 케어제공 또는 케어관련 서비스 구매 비용을 보상한다. 가족수발제공자에게 제공하는 또 다른 세금혜택으로는 Infirm Dependent Tax Credit, the Disability Tax Credit, the Eligible Dependent Tax Credit, the Medical Expense Tax Credit 등이 있다.

이 밖에, 친척 중에 장애인이나 질병으로 허약한 자를 돌보는 개인에게 지원을 하는 세금 시스템인 Caregiver Tax Credit (Ontario)이 있다.

Compassionate Care Benefit(CCB)는 케어제공자를 위한 단기 급부로, 2003년 소개되어 2004년부터 제공되는 고용보험 급부이다. 고용보험 가입자 중 자녀, 부모 또는 배우자가 6개월 이내에 심각한 의료문제로 인하여 생명의 위기가 있는 경우, 그들에게 케어를 제공하기 위하여 일을 쉬어야 하는 사람에게 제공된다. 이때에는 생명의 위험을 증명하고, 가족의 케어가 필요하다는 의료진단서 (medical certificate)를 제출해야 하며 급부는 6주간 제공된다. 그러나 26주내의 기간 동안에 당사자가 원할 때에 지급받을 수 있으며 수급조건을 충족시키는 가족의 범위 한에서 함께 공유가 가능하다. 정상 고용수입의 55%를 지급한다.

## 3) 덴마크

지방정부로부터 일한 것에 대한 수당이 지급된다.

- 소득 손실 보상: 소득 손실분에 대한 보상은 덴마크에서만 이루어지는데, 심한 질병을 앓고 있는 의존자를 돌보고 있는 부모는 소득의 손실만큼을 동등하게 받을 수 있으며, 추가적인 비용까지 받을 수 있다. 최소 기간은 1년이다.
- 질병급여: 덴마크에는 두 가지 추가적인 급여가 있는데, 금액은 추정된 소득에 기초한다. 자녀가 14세 이하이고 부모가 병에 걸려있는 경우, 병의 말기에 있는 친척을 돌보는 경우 지급된다. 이러한 급부는 질병급여와 관련이 되어 있으며 시간적 제한이 있다.
- 케어의 추가비용에 대한 보상제도(compensation for extra costs incurred by care)



- 수발자 휴가제도가 있고, 수발한 시간만큼 시정부에서 급여를 받을 수 있다.

#### 4) 독일

##### (1) 간접적 보상 (케어 필요자에게 지급)

###### ① 재가요양현금급여(수발보험 제 37조)

- 수발보험 하에서 수혜자는 현물급여(재가요양 필요자는 현물급여로서 기초요양과 가사관리요양에 대한 청구권을 가진다) 대신 현금급여를 선택할 수 있다. 현금급여는 급여액에 맞게 필요한 기초요양과 가사관리요양을 적절한 방법으로 스스로 조달할 것을 전제로 하며, 1등급은 205유로, 2등급은 410유로, 3등급은 665유로가 제공된다(요양현물급여의 경우, 1등급은 384유로, 2등급은 921유로, 3등급은 1432유로 제공).
- 요양현금급여를 지급받는 자는 자기 거소에서 인가받은 요양시설이나 요양보험조합에 의하여 위임받은 전문요양인으로부터 1,2등급은 반년에 1회, 3등급은 3개월에 1회 조언을 받을 수 있다. 이것은 재가요양의 품질을 보장하고, 재가요양인을 정기적으로 지원함을 목적으로 한다. 조언을 요구하지 않는 경우에는 요양현금급여를 적당히 삭감하거나 급여를 박탈한다.

###### ② 현금급여와 현물급여의 혼합급여(수발보험 제38조)

요양필요자의 결정에 따라 현물급여의 일부분만 청구한 경우에는, 그 잔여분에 대하여 현금급여를 지급받는다.

###### ③ 수발자의 대체비용(수발보험 제39조)

수발자가 휴가, 질병 기타 다른 사유로 요양할 수 없는 경우에 수발보험조합은 1년에 최장 4주간 대체요양 비용을 부담한다. 수발대상자는 최초 사유발생 전 적어도 12개월간 그의 주거에서 요양하여야 하며, 수발보험조합의 비용은 1년에 1432유로를 초과하여서는 안된다. 대체요양이 수발대상자의 2촌간의 혈족 또는 인척, 동거인에 의하여 행해지는 경우에는 요양현금급여의 현금급여액을 초과할 수 없다

## (2) 직접 지급

## ① 사회보장급여(제44조)-산업재해보상보험 보험료 및 공적 연금보험료 지불주27)

법에 따라 “간병 및 보호가 필요한 자를 취업 없이 최소 주 14시간 이상 자신의 집과 그 주변에서 보호하는 자”로 정의된 간병인력 중 간병 및 보호로 인해 직접적으로 경제적 손실을 감수해야 하는 사람들에게 간병 및 보호에 직결된 보험급여 이외에 이들의 현재와 미래의 경제적 손실과 이들이 간병 및 보호활동에서 겪을 수 있는 재해를 보상하기 위해 사회보장을 실시한다. 간병 및 보호인력의 노후생활의 안정을 위한 법정 연금보험의 가입은 “타인을 간병 및 보호하며 그리고 주 30시간까지밖에 취업하지 못하거나 또는 취업을 전혀 하지 못하는 사람”을 대상으로 하고, 간병 및 보호활동으로 인해 경제활동을 할 수 없거나 또는 불완전하게 경제활동을 해야만 하는 인력의 연금보험료는 사회적 간병 및 보호보험이 지불한다.

보험료의 수준은 간병 및 보호의 단계와 이를 위한 투여시간에 따라 결정되는데, 구 연방주들(구 서독)의 경우 최저 211DM에서 최고 634DM까지, 편입지역(구 동독)의 경우 최저 179DM에서 최고 537DM까지이다(한 달에 376 유로까지; 2004).<sup>주28)</sup> 또한, 재가 간병 및 보호인력은 자신들의 재가 간병 및 보호활동기간에는 법정 산업재해보상보험의 보호를 받는데, 이를 위한 보험료 또한 사회적 간병 및 보호보험에 의해 지불된다.

## ② 수발교육강좌(수발보험 제 45조)

교육강좌는 가족 기타 명예직 수발제공자의 사회적 참여를 촉진 및 강화시키고, 수발을 용이하게 하며, 수발로 인한 육체적, 정신적 부담을 완화시키고자

주27) 이용갑, 노인사회와 노인에 대한 의료보장— 독일의 ‘사회적 간병 및 보호보험’(Soziale Pflegeversicherung)을 중심으로 —

주28) 1990년 9월에 조약된 독일통일조약에 근거하여, 구 서독지역은 ‘옛 연방주들(alte Bundesländer)’로, 구 동독지역은 서독헌법에 따라 구 서독지역에 자발적으로 편입되었다는 의미에서 ‘편입지역’(Beitrittsgebiet)이라는 명칭으로 공식적으로 불린다. 1990년 10월 3일 공식적인 독일통일이후에도 국가명칭은 옛 서독의 국명인 ‘독일연방공화국’(Bundesrepublik Deutschland)이다.

무료 교육강좌를 제공한다. 교육강좌는 요양을 독자적으로 수행할 수 있는 능력을 갖도록 하고, 수발대상자의 주거환경에서 행해진다.

### ③ respite care (휴식서비스)

- 독일에서 장기요양보험은 서비스 또는 현금으로 받을 수 있다. 현금 지급은 한사람이 받을 수 있는 서비스의 약 절반정도를 받을 수 있다.
- 크레딧 제도: 자원봉사와 프로그램의 협력을 도모하기 위해 대부분의 노인 협동조합은 시간 크레딧의 교환과 영수증에 기초한 서비스 지불 체계를 사용하고 있다(캐나다, 미국 등에서 사용하고 있음). 이러한 계획 하에서 도움을 제공하는 사람은 향후 자신이나 가족에게 도움이 필요할 때 사용할 수 있는 크레딧을 얻을 수 있다.
- 수발자 휴가제도가 있고, 수발한 시간만큼 시정부로부터 급여를 받을 수 있다.

## 5) 일본

### (1) 직접 보상

#### ① 가족개호지원특별사업

가족개호용품의 지급, 개호교류사업, 가족개호위로금을 지급한다. 중증(요개호4, 5)의 저소득(주민세비과세세대)고령자의 개호를 실시한 가족에 대한 위로로서 1년간 개호보험서비스(연간 1주간 정도의 단기이용 제외)를 이용하지 않은 경우 시정촌이 2001년부터 연 1회 10만 엔까지의 현금을 지급한다. 모든 시정촌이 이 제도를 채택하는 것은 아니고, 각 시정촌에 의해 기준이 정해진다.

#### ② 가족간호휴직제도

3개월간 배우자, 부모, 자녀, 배우자의 부모를 대상으로 무급 휴가를 제공한다. 1991년 자녀양육법(Child Care Act)은 1995년 자녀양육 및 가족휴가법(Childcare and Family Leave Act)으로 개정되어 육아휴직 외에도 자녀 또는 가족의 간호를 위하여 고용보험에서 통상임금의 25%를 지급하였다. 2001년 고용보험법의 개정으로 육아 및 가족간호 휴직의 경우 통상임금의 40%를 지급하고, 휴직기간

중 연금 및 건강보험료는 정부가 부담한다.

#### 6) 네덜란드

(1) 개인 예산 및 소비자 중심적 프로그램(personal budget and consumer-directed program): 1995년 Health Insurance Fund Council 에 의해 권장되었다. 개인예산상 한제를 받기 위해서는 3개월 이상 케어를 해야 하고, 그의 집에서 계속 살아야 한다. 수급자격은 가족구성원이 즉시 지원을 제공하는 것이 가능한지를 포함하여, 욕구의 사정을 통해 결정된다.

#### (2) 직접 보상

① career break: 1998년에 소개된 career break는 직업이 있는 케어제공자에게 최고 18개월 동안 풀타임 또는 파트타임 휴가를 낼 수 있도록 한다. 풀타임 휴가의 경우, 최대 수당은 434유로까지 제공된다.

② 케어 제공자들에게 교육이 실시된다.

③ 바우처 제공: 휴가서비스 이용

— 케어가 필요한 사람은 현물 대신 현금 급여를 신청할 수 있다. 서비스를 받을 사람과는 반드시 계약을 맺어야 하며 이 계약은 노동시장에서의 요구사항을 만족시켜야 한다. 즉, 최저임금보다 낮아서는 안되며, 유급휴가가 포함되어야 하는 것 등이다.

— career break option: 1998년에 도입되었으며 근로자는 최대 18개월 동안 전일제 또는 시간제 휴가를 가질 수 있다. 전일제 휴가의 경우 최대 수당은 434유로이다. 고용주는 휴가를 쓰는 사람 대신 실직자를 고용해야 한다. 이 제도는 고용주에게 너무 복잡해 성공적이지 못하였다.

— 간병 휴가(care leave): 부모나 가족 구성원 중 병을 앓고 있는 사람을 돌봐야 하는 경우 10일간의 유급휴가를 가질 수 있다.

## 7) 스웨덴

## (1) 직접 보상

## ① PAID CAREGIVER PROGRAM

1960년대부터 만성질환으로 인해 케어가 필요한 특정 재가수발자의 친인척을 지방정부가 고용해 왔다. 수가는 기본적으로 케어가 제공되는 시간과 케어의 욕구에 의해 정해지는데, 이것은 지방정부에 의해 고용되는 홈 헬퍼의 보수와 동등하며 정규직업의 수입을 보상에 주는 차원이다. 수당은 소득으로 인정되므로 세금이 부과되고, 사회보험과 연금 CREDIT의 급여를 제공받을 수 있다. 그러나 수당을 받는 CAREGIVER들의 수는 1970년대 18,500에서 1980년대 10,600, 1990년대에 6,000, 1995년에 4000으로 감소하였다. 이러한 감소경향에 대해 이 프로그램이 다른 공공 케어와 비교하여 봤을 때 MARGINAL POSITION을 차지하기 때문이라고 본다. 이들을 위한 휴가를 보장해 주는 법이 없기 때문에 그들은 스스로 그들의 고용주들과 교섭해야 한다.

## ② Attendance Allowance: 최소 케어는 주 17시간

## ③ PAID LEAVE PROGRAM

1989년에 정부가 소개한 유급휴가는 고용자의 가족이 치명적인 병에 걸렸을 때 봉급의 75%를 받으면서 휴가를 낼 수 있는 프로그램이다. 휴가의 형태는 융통성있게 하루마다 하루종일, 반나절, 몇 시간 등으로 이용할 수 있다. 원래는 한 수혜자 당 30일까지였으나 60일로 늘어났고, 이전에는 수혜자가 오직 집에 있을 경우에만 휴가가 가능했으나 지금은 수혜자가 병원이나 NURSING HOME에 있는 경우도 휴가가 가능하다.

## ④ respite care program

° 단기(1~2weeks): 개인적인 또는 의료적 이유로 휴식을 제공한다.

° respite care at home: 지방정부의 87%가 이용가능하다.

## ⑤ 교육, 훈련 및 상담

아래의 표는 현금이 아닌 현물방식의 가족지원 서비스의 예이다. 스웨덴의 시(市)단위에서 추진되고 있는 정책 사례로서, 휴식서비스(respite service), 상담 및 훈련, 여가서비스 등이 포함된다. 휴식서비스는 거의 대부분의 시에서 시행되고 있고, 상담 및 훈련은 현재는 실시하고 있는 시가 적지만, 앞으로 실시할 계획을 세우고 있는 시가 많은 것으로 나타난다.

〈표 4-6-6〉 비공식 수발자에 대한 비(非)금전적 지원(스웨덴)

|                                                                                                                                                               | Share of municipalities ...                             |                                                             |                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                               | ... where this form of support was provided before 1999 | ... expecting by late 2001 to continue this form of support | ... where this form of support was actually provided in 2002 |
|                                                                                                                                                               | %                                                       |                                                             |                                                              |
| <b>Respite care</b>                                                                                                                                           |                                                         |                                                             |                                                              |
| Short-term care in institutions                                                                                                                               | 99                                                      | 97                                                          | 95                                                           |
| Day care or day activity                                                                                                                                      | 80                                                      | 92                                                          | 90                                                           |
| Replacement of informal care-giver at home                                                                                                                    | 69                                                      | 87                                                          | 87                                                           |
| <b>Counselling, training and contact points</b>                                                                                                               |                                                         |                                                             |                                                              |
| Individual counselling                                                                                                                                        | 47                                                      | 77                                                          | 74                                                           |
| Support groups for informal care-givers                                                                                                                       | 28                                                      | 83                                                          | 74                                                           |
| Training of informal care-givers                                                                                                                              | 17                                                      | 70                                                          | 44                                                           |
| Appointment of a consultant for informal care-givers                                                                                                          | 5                                                       | 68                                                          | 52                                                           |
| Contact point or call-centre for informal care-givers                                                                                                         | 7                                                       | 56                                                          | 43                                                           |
| <b>Recreation and other support</b>                                                                                                                           |                                                         |                                                             |                                                              |
| Recreation and holiday trips                                                                                                                                  | 3                                                       | 7                                                           | 17                                                           |
| Health check-ups for informal care-givers                                                                                                                     | 1                                                       | 6                                                           | 3                                                            |
| Other support such as financial support for purchase of an alarm, information about complaint procedures and about services available from chiropractors etc. | 12                                                      | 75                                                          | 38                                                           |

Note: Based on a questionnaire sent to all of Sweden's 258 municipalities in the third quarter of 2001 (first and second column) and the first quarter of 2003 (third column). The response rate was about 90%.  
Source: Socialstyrelsen (2002) and Socialstyrelsen (2003).

이 밖에도, SPECIAL PROJECT FUNDS(2002~2004)가 마련되었는데, National Board of Health and Welfare(NBHW)가 비공식적 케어수발자들을 위한 지원 프로그램을 넓히고 업데이트 하기 위해 정부가 만들었다. 지방정부와 자원봉사 조직은 LOCAL 프로젝트를 만들어 FUNDING을 신청한다.

## 8) 영국

(1) 개인 예산 및 소비자 중심적 프로그램(personal budget and consumer-directed program): 노인은 케어의 구입을 위해 direct payment를 선택할 수 있다. 친척이 고용될 수 있으나, 함께 살지 않은 경우에만 해당한다. 단, 2002년 4월 법의 개정으로 local council이 인정하는 예외에 한해서만 함께 사는 친척이 고용될 수 있다.

## (2) 간접 보상

Attendance Allowance가 있다. 집에서 수발이 필요한 65세 이상의 노인에게 제공되는 급부로, 옷 입기, 씻기 등이 어려워 건강관리를 체크해 줄 누군가가 필요한 사람은 이 급여를 제공받을 수 있다. 두 종류의 급여율이 있는데, 낮은 비율(The lower rate: 16%)은 낮 동안 또는 밤 동안에 어려움을 겪는 사람들을 위한 것이고, 높은 비율(The higher rate: 24%)은 낮과 밤 모두 어려움을 겪는 사람들에게 제공된다.

급여대상은 급여가 제공될 당시에 심각한 병을 가지지 않았다면, 적어도 6개월 동안 어려움을 가졌어야 한다. 소득, 저축 또는 다른 급부와 관계없이 제공되며, 이 급부를 제공받는 것은 연금실적(Pension Credit), Housing Benefit, Council Tax Benefit을 받을 수 있다는 것을 의미하고, 케어수발자 역시 Carer's Allowance를 제공받을 수 있다

## (3) 직접 급여

① Invalid Carer's Allowance and the Carer Premium<sup>주29)</sup>

환자나 장애인인 가족이나 친구를 돌보는 수발자를 위한 가장 대표적인 state benefit으로 케어수발자에게 일주일에 £45.70을 제공한다. 기준은, 16세 이상일 것, 일주일에 적어도 35시간 이상 수발을 해야 할 것, 수발대상자가 Disability Living Allowance(케어가 필요한 65세의 장애인에게 제공되는 급여), Attendance Allowance, Constant Attendance Allowance 중에 하나를 받아야 할 것, 직업을 통해 일주일에 £82 이상을 벌어서는 안 될 것, 다른 benefits을 받아서는 안 될

주29) [www.carersonline.org.uk](http://www.carersonline.org.uk)

것, 신청 당시 UK에 살고 있어야 할 것, full-time student여서는 안 될 것 등이 있다. Carer's Allowance를 수급하는 동시에 Carer Premium을 받을 수 있다. 2002년까지는 65세 이하의 수발제공자에게만 해당이 되었으나, 확대되었다.

② 소득지원(Income Support) / 연금보험료납부실적(Pension Credit)

수입이 없거나 최저임금이하의 사람들에게 제공

③ Council Tax Benefit

Council Tax의 일부를 할인 받을 수 있다.

(4) 수발자 친화적(carer-friendly) 정책

① Carers (Recognition and Services) Act

비공식적 보호자들의 권리를 인정한 최초의 법

② The employment Relations Act 1999:

직장에 다니는 수발자의 부양가족원(남편, 아내, 자녀, 부모, 혹은 같이 사는 친척)에게 긴급한 위기가 발생하였을 때 휴가를 낼 수 있는 권리

③ Carers and Disabled Children Act (2000): Caring about Carers에 기반하여 제정되었다. 중간보호서비스(intermediate care service) 무료제공

④ Carers (Equal Opportunities) Act 2004

The Carers (Equal Opportunities) Act 2004는 England에서 2005년 4월 1일부터, Wales에서 4월 18일부터 효력을 발휘하였다. 이 법은 평의원인 Dr Francis의 공헌에 의해 제정된 것으로, 케어수발자와 local carers groups의 지원을 확대시키게 되었다.

법안은 첫째, carers 에게 정보를 알려줄 새로운 권리를 부여한다. - Section 1은 지방정부에 케어수발자에게 Carers Assessment의 권리를 알릴 의무를 명시한다. 둘째, 케어수발자가 ASSESS 되어질 때, work, life-long learning and leisure가 고려되어야 함을 명확히 한다. - Section 2는 Carers Assessment가 완료된 시점에서 케어수발자가 일을 하고 있는지 혹은 일을 하고 싶은지, 케어수발자가 듣고 있는 강좌가 있는지 혹은 듣고 싶은 강좌가 있는지, 케어수발자가 맡고 있는 여가 활동이 있는지 혹은 참가하고 싶은 여가 활동이 있는지를 고려해야 함을



명시한다. 셋째, 지방정부에 케어수발자에게 지원을 제공하는 데에 있어서 housing, health, education and other local authorities의 도움을 요청할 힘을 부여한다. -Section 3은 지방정부가 다른 권력에 서비스를 계획할 것을 요구할 경우 그들은 그 요구를 고려해야만 한다고 규정한다.

## 9) 미국

### (1) 직접 급여

#### ① 조세감면제도

동거하는 노인의 부양비용의 절반 이상을 동거인이 부담하는 경우 면세혜택이 제공된다. 또한 노인부양으로 인해 발생한 비용의 일정비율을 부양자의 소득세 과세대상에서 감면해 준다.

② 부양수당 지급제도(Paid Family Caregiving): 노인을 부양하는 가족이 노인부양에 필요한 물품이나 서비스를 구매할 수 있도록 보조금을 지급하는 방법과 부양자의 노동에 대한 대가로 급여하는 방법이 있다.

③ 가족간병휴가제: The Family and Medical Leave Act(FMLA 가정간병휴가법)의 제정으로 시작된 제도로 50인 이상의 상용 근로자가 고용된 모든 공공, 민간 사업장 사용공용자 중 보호를 필요로 하는 배우자, 자녀 또는 노부모가 있는 경우 본인이 원할 때 1년의 12주간의 무급휴가를 얻을 수 있다.

④ 교육프로그램: 노인을 간병하고 있는 부양자 집단에게 노인을 간병하는 과정에서 반드시 알아두어야 할 각종 정보를 제공함과 동시에 간병하는 요령과 방법을 일깨워주는 내용의 교육프로그램을 실시하고 있다. 이러한 프로그램은 1984년 노인복지법 개정과정에서 ‘지역노인복지사무소(Area Agencies on Aging)는 부양자를 교육하고 지원할 의무가 있음’을 규정한 후부터 시행되기 시작했다. 교육은 주로 노인복지관, 또는 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 복지단체가 중심이 되어 실시하고 있다.

⑤ respite care (휴식서비스): National Family Caregiver Support Program(2000)에 의해 많은 주가 특히 치매환자 가족에게 휴식서비스를 제공하였다. 개인의 집,

집단주거형태 또는 시설에서 제공되며, 주간보호서비스(Adult day care)와 단기 보호서비스 등이다.

#### 10) 그 외 국가

핀란드에서는 재활교육이 제공된다. 무료이며, 8~17일동안 질병이나 장애로 고통받는 케어제공자들에게 제공된다. 프랑스는 케어의 구입을 위해 케어가 필요한 당사자가 원하는 대로 사용하도록 하는 수당이 있다. 정부 이외의 재가보호 공급자로부터 서비스 구입시 이용할 수 있는 바우처제도도 있다. 아일랜드는 Carer's Allowance(풀타임 케어와 주의가 필요한 사람들을 돌보며 같이 사는 저소득 케어수발자 대상)와 Carer's Benefit(풀타임 케어와 주의가 필요한 사람들을 돌보기 위해 일시적으로 직장을 떠나는 사람들 대상)이 있다. 뉴질랜드는 가정지원금부제도가 있다. 1973년 제정된 이 제도는 가정 내에서 간병보호에 임하고 있는 가족에게 국가가 수고비를 지급하는 제도이다. 이 제도에 의하여 정부는 입원해야 할만한 질병이나 장애가 있는 노인의 가족 중 한 명이 자가에서 보살펴드리는 일로 인해서 취업을 못하게 될 경우는 그 보호자에게는 국가가 그에게 보호수당을 지급한다. 노르웨이는 caregiver pay가 있다. 1988년 비공식적 수발자를 위한 payment가 Municipal Health Services Act(1986) 하에 도입되었다. 고령자의 친척이나 장애아동을 돌보는 사람은 각 지방자치단체로부터 받을 수 있다. 비공식적 수발자를 위한 교육 및 훈련 프로그램은 다음과 같은 것이 제공되고 있다.

〈표 4-6-7〉 비공식적 수발자를 위한 교육과 훈련 프로그램

| 국가             | 구체적인<br>치매<br>프로그램<br>여부 | 비고                                                                                                                                                                               |
|----------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 호주             | O                        | 수발자 교육과 직업훈련 프로젝트는 단기간 프로그램으로 치매와 공격적 행동을 보이는 사람들을 보호하는 수발자와 임시간호자를 위한 국가 교육과 훈련과정을 제공함.<br>치매 교육과 지원 프로그램은 교육, 지원과 정보서비스를 치매환자와 그 수발자에게 제공하는데, 이러한 프로그램은 치매도우미 전화(무료) 서비스를 포함함. |
| 캐나다<br>(온타리오주) | -                        | -                                                                                                                                                                                |
| 독일             | X                        | 사회법 XI에 따르면, 교육프로그램에의 참여는 무료임.                                                                                                                                                   |
| 스페인            | -                        | -                                                                                                                                                                                |
| 프랑스            | X                        | 몇몇 AD조직에서 제공함(e.g. 남부 알츠하이머 파리 프랑스 협회, 프랑스 알츠하이머)                                                                                                                                |
| 영국             | -                        | -                                                                                                                                                                                |
| 일본             | -                        | -                                                                                                                                                                                |
| 스웨덴            | X                        | 대부분의 시에서 프로그램을 제공하며 서로간의 상호 지원을 복돋는 소규모 그룹으로 구성됨. 지난 3년간(2004년 기준) 확장되어 옴.                                                                                                       |
| 미국             | X                        | 특정 질병과 치매에 대한 정보가 제공되며 실제 보호전달 방법에 대하여 학습하는 데 보조를 제공해주는데, 일반적으로 민간 조직에 의해 제공됨.                                                                                                   |

## 다. 소결

케어를 가족의 책임으로 보는지, 사회의 책임으로 보는지에 따라 수발자에 대한 각 국가간의 정책방향은 매우 다르다. 가족의 부양을 의무화 하고 있는 경우, 수발자에 대한 공식적인 자격인증이나 제도가 미약한 반면에, 비공식적 수발자에 대한 보상이나 인센티브를 제공함으로써 소비자 선택의 권리를 존중하고 홈 케어가 활발히 이루어질 수 있도록 제도화하였다. 한편, 고령화 사회가 진전됨에 따라 케어를 가족의 부양으로 해결할 문제가 아니라 사회적 책임으로 전환하여 보다 공식적인 루트를 통하여 서비스가 이루어질 수 있도록 하는 국가도 존재하였다.

비공식적 수발자에 대한 지원은 노동가능인구가 노동시장에 복귀하는 것을 지연시키거나 완전히 소멸시킴으로써 청장년층의 실업률을 높이고, 결국 가족

들의 부양 부담을 가중시킨다는 반론이 제기되고 있다. 그러나 케어에 대한 수요의 급속한 증가는 비공식적 수발자를 보다 효율적으로 이용해야 하며 동시에 케어가 필요한 사람들의 만족도를 높여야 함을 시사한다. 즉, 케어대상자에게 직접적으로 재정을 제공하거나 케어대상자가 원하는 사람을 수발자로 고용하도록 하는 프로그램을 도입하고 있는 추세이다.

비공식적 수발자에 대한 직접적인 지원은 크게 경제적 지원과 비경제적 지원(현물지원)으로 나누어 볼 수 있는데, 경제적 지원은 조사를 통해 일정한 기준을 충족시킬 경우 소득을 지원해 주는 것과, 케어의 제공으로 인한 비용 지출 또는 케어로 인한 손실비용을 손실된 만큼 보상해 주는 것과, 수발이 제공된 시간을 계산하여 그 시간만큼 수당을 제공하는 것으로 나누어 볼 수 있다. 수당은 비공식적 수발을 직업으로 인정한다는 의미가 되며, 수발자가 직접 고용 회사로부터 지불받기도 하고, 케어대상자가 고용주가 되어 직접 지불받기도 한다. 그 밖에 경제적 조정으로 세금면제, 사회보장비 대체 지불 및 연금실적 제공 등이 있다. 경제적으로 소득을 보장하는 것 외에 세금면제나 일부 할인을 통하여 케어수발에 대한 인센티브를 주거나, 공적보험료의 대불을 통해 그들의 사회적 위험을 보장해 준다. 연금실적은 케어로 인해 직장을 그만두었을 경우, 연금가입 기간에서 제외되거나 퇴직연금을 받지 못하게 되는 문제를 보완하기 위하여 케어를 제공한 기간동안의 납부실적을 제공한다.

비경제적 지원은 교육프로그램 제공, 상담서비스 제공, 유급 또는 무급휴가 지급, 휴식서비스 이용 등이 있다. 교육 프로그램은 수발의 질을 향상시키기 위한 것으로 가족, 친지 등의 수발자에게 수발에 대한 지식이나 기술을 습득할 수 있도록 도와주고, 상담서비스를 통해 수발로 인한 부담이나 스트레스를 해소시키며 소진을 예방하고자 한다. 직장에서 일정한 기준으로 규정되어 있는 간병휴가는 가족 내에 케어가 필요한 사람이 있을 경우 무급 또는 유급으로 휴가를 인정하고 있으며, 이를 통해 일과 케어의 양립이 가능하도록 하고 있다. 휴식서비스는 수발자가 급한 용무가 있거나 소진으로 인해 단기간 휴식을 취하고 싶은 경우 주간보호센터 또는 단기보호센터 등을 통하여 대신 케어를 제공한다.

## 제 5 장 국가 비교를 통한 주요 함의

### 1. 주요 연구결과 및 노인장기요양서비스의 동향

- 베이비붐세대가 노령인구에 도달함에 따라 Long-term care에 대한 수요가 급격하게 증가하고 있다. 이에 따라 long-term care에 대한 접근성 제고, 제공서비스의 질적수준 향상, 비용면에서 감당할 수 있도록 설계·유지하는 것이 OECD국가들이 당면한 정책과제이다. 특히 재가서비스 활성화가 중요하다고 판단하고 있으며 증가하는 비용부담을 어떻게 공공과 민간이 부담하느냐는 것도 주요한 관심사가 되고 있다.
- Long-term care 프로그램을 운용중인 대부분의 OECD국가는 공공재원을 조세로 조달하고 있다. 이 중 독일, 일본, 룩셈부르크, 네덜란드는 공공보험을 도입하여 공공재원의 전부 또는 일부를 조달하고 있다.

〈표 5-1-1〉 각국의 노인장기요양보호 공공재원 조달방식(2003)

| 재원조달 | 조세                                                           | 조세+공공보험          | 공공보험            |
|------|--------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|
| 국가   | 호주, 오스트리아, 캐나다, 폴란드, 멕시코, 한국, 아일랜드, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스웨덴, 영국 | 일본, 스위스, 미국, 헝가리 | 독일, 네덜란드, 룩셈부르크 |

그리고 대다수의 국가가 본인부담제를 운영 중이다. 호주·캐나다(소득 연동), 아일랜드(재가케어는 1년에 평균 26,000유로 등), 일본(비용의 10%), 노르웨이(시설케어는 소득의 80%), 네덜란드, 영국, 미국 등이 해당한다.

- 국가별 Long-term care 지출액은 대체로 GDP의 0.2%에서 3%수준까지 다양하게 분포하며 대부분의 국가는 1.5% 미만이다. 노르웨이와 스웨덴은 GDP

대비 2%를 초과하고 있다. 이 두 나라는 장기요양급여 제공연령에 제한이 없고, 80세 이상의 최고령층 인구비중이 높다. 자산조사방식은 운영하지 않으며, 집중강화치료(intensive care)를 시설케어와 재가케어에서 공적부담으로 제공하고 있다.

총 지출액의 공공부담과 민간부담 비중을 보면 대부분의 국가가 공공부담을 통해 장기요양서비스를 제공하고 있으나 스페인, 영국, 미국의 경우 민간부담비중이 상대적으로 높다.

〈표 5-1-2〉 공공부담 대 민간부담(GDP 대비 비중: 2000년)

|      | 호주   | 오스트리아 | 캐나다  | 독일   | 헝가리   | 아일랜드 | 일본   | 한국    | 룩셈부르크 | 멕시코   | 네덜란드 | 뉴질랜드 | 노르웨이 | 폴란드  | 스페인  | 스웨덴  | 스위스  | 영국   | 미국   | 평균   |
|------|------|-------|------|------|-------|------|------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 총    | 1.19 | -     | 1.23 | 1.35 | <0.30 | 0.62 | 0.83 | <0.30 | -     | <0.20 | 1.44 | 0.68 | 2.15 | 0.38 | 0.61 | 2.89 | 1.54 | 1.37 | 1.29 | 1.25 |
| 공공부담 | 0.86 | 1.32  | 0.99 | 0.95 | <0.20 | 0.52 | 0.76 | <0.20 | 0.52  | <0.10 | 1.31 | 0.45 | 1.85 | 0.37 | 0.16 | 2.74 | -    | 0.89 | 0.74 | 0.99 |
| 민간부담 | 0.33 | -     | 0.24 | 0.40 | <0.10 | 0.10 | 0.07 | -     | -     | <0.10 | 0.13 | 0.23 | 0.29 | 0.00 | 0.44 | 0.14 | -    | 0.48 | 0.54 | 0.24 |

- 제공급여형태는 시설케어와 재가케어를 모두 제공하고 있다. 독일, 네덜란드 등 일부 국가는 시차를 두고 시행한 바 있다(독일은 재가 1995.4, 시설 1996.7. 시행; 네덜란드는 재가 1989, 시설 1968 시행). 시설케어와 재가케어 간 지출액비중은 시설케어 지출비중이 높다. 공공지출분 중 “시설” 대 “재가”간 지출액비중은 약 70%(시설) 대 30%(재가) 수준이다.

\* 재가케어 지출비중(GDP대비%, 2000년) : OECD평균(0.35)

호주(0.3), 캐나다(0.17), 독일(0.43), 아일랜드(0.19), 영국(0.32), 미국(0.17), 폴란드(0.35), 네덜란드(0.56), 스페인(0.05), 뉴질랜드(0.11), 스웨덴(0.78), 일본(0.25), 한국(0.10), 룩셈부르크(0.15), 노르웨이(0.66)

시설케어와 재가케어간 급여수급인구비중은 재가케어가 높다.

\* 65세 이상 인구 중 수급자비중

(시설 vs 재가, %, 2000년, 독일·룩셈부르크는 2003년)

호주(5.5vs14.7), 오스트리아(3.6vs14.8), 일본(3.2vs5.5), 영국(5.1vs20.3), 노르웨이(6.0vs18.0), 스웨덴(7.9vs9.1), 미국(4.3vs2.8), 스위스(7.0vs5.4), 네덜란드(2.4vs12.3), 뉴질랜드(5.9vs5.2), 독일(3.9vs7.1), 룩셈부르크(4.0vs4.8), 한국(0.2vs0.2)

- ☐ 일본, 미국을 제외한 대부분의 국가가 모든 연령층에 대해 수급자격을 부여하고 있다.
- ☐ 시설·인력 등 공급능력, 케어의 질적 수준면에서는 일부 국가에서 부족문제가 있다. 장기요양병상수의 경우 국지적(호주·영국·미국), 전반적(일본·스페인) 부족문제가 있으며, 시설케어의 일종인 너싱홈 케어의 경우 room당 수용인원, 제공오락시설 등에 차이가 매우 큰 것으로 나타났다(예) 1·2인실에 거주하는 노인의 비율이 ¼~100%까지 차이). 너싱홈 케어에서 불충분한 시설은 친밀한 사회적 관계 형성 곤란, 프라이버시 의 침해, 만성질환·우울증·욕창에 대한 불충분한 치료 등의 문제를 발생시킨다.
- ☐ 간호인력 부족이 앞으로 정책당국자들이 해결해야 할 최우선의 과제로 대두되고 있다. 근로시간을 감축하는 국가에서는 특히 이러한 현상이 심화되고 있으며, 열악한 근무환경이 간호인력의 전직·이직·퇴직을 조장하고 있는 것으로 나타났다. OECD 여러 국가는 현재의 장기요양급여 간호인력으로는 장기적으로 보다 질높은 서비스제공은 불가능하다는 인식을 공유하고 있다.
- ☐ 따라서 여러 나라는, 공공보험 도입 외에 비용분담, 서비스 수요자 심사 강화 등 다양한 공공비용 통제수단을 강구하고 있다.
  - ① 민간과의 비용분담 강화: 너싱홈케어의 경우 총 비용의 30%이상을 민간이 부담하는 방식, 自家소유자에 대해 케어비용충당을 위해 재산사용을 요구하는 방식, 연금수급자에 대해 직·간접적인 비용분담을 통해 장기요양케

어 프로그램에 참여토록 요구하는 방식 등이 활용되고 있다.

② 서비스 수급자 심사강화: 공적급여는 저소득·저재산 수급자에게 집중(소득자산조사 실시)되어 있고, 가벼운 장애의 경우는 급여 제한이 이루어지고 있다.

③ 장애발생 방지·지연을 위한 예방활동 강화: OECD는 장기요양 서비스제공 대상 연령을 한정하지 않는 것이 추후 발생 가능한 막대한 고비용 소요를 예방할 수 있다는 조심스런 의견을 내고 있다.

□ 시설케어보다는 비용·만족도면에서 효율성이 입증된 재가케어에 집중하고 이를 장려하는 경향이다. 수혜자의 건강을 개선하는 데도 효과적이고 배우자가 더 오랫동안 생활을 유지하게 하는 장점이 있다. 한편, 요양원 케어나 다른 재가케어보다 비용이 적게 소요된다는 지적이다. 현재 OECD 국가는 재가케어에 공공재원의 30% 이상을 투입하고 있다.

① 최근 10년동안 OECD국가는 재가케어에 집중하는 다양한 방식을 시험 중이다. 그 방향은 소비자 선택(consumer choice)이다. 네덜란드, 노르웨이, 미국의 일부 주에서 개인예산상한제(개인예산상한제)가 도입되었는데, 예산의 범위내에서 수급자(노인)가 직접 전문간호보조자(친척도 가능)를 고용할 수 있다. 오스트리아, 룩셈부르크, 영국, 독일 등은 대상자에게 사용처에 제한이 없는 현금을 제공하고 있다. 대부분의 국가는 한정된 노인인구에 시험중이나 “오스트리아, 독일”에서는 공공 장기요양서비스 프로그램에 광범위하게 적용하고 있다. 케어제공자를 공공기관 직원으로 간주하는 스웨덴(오·벽지)의 예도 있다.

② 재가케어를 담당하는 가족 등 비공식적 수발자에 대한 지원책을 강화하고 있다. 왕진서비스, 단기위탁케어(respite care) 제공, 비공식 수발자에 대한 현금지불(호주, 캐나다, 아일랜드, 영국) 및 임시휴직 보상(아일랜드, 스웨덴), 가족에게 전문적인 안내서 제공 등이 이루어지고 있다.

□ 공급능력 확충·급여의 질적 수준 향상을 위한 조치들이 취해지고 있다.



- ① 시설케어 개선: 치매환자를 위한 그룹홈(group home: 공동생활가정\*)방식이 운용되고 있다. 1970년대 스웨덴에서 시작하여 프랑스, 일본, 스페인, 미국 등에서 점차 대중화되어 가는 추세이다. 전문적인 교육을 받은 직원이 5~9명의 치매성 노인그룹을 하나의 단위로 하여 함께 일상생활을 영위하는 가정적인 케어시설이다. 보조주거시설(assisted living facilities)은 미국에서 운용되고 있다. 비교적 부유한 노인들의 사용이 증가하고 있는데, 自家에서 독립적으로 생활하는 것과 nursing 등 요양시설에서 사는 것과의 중간형태로 노인들에게 약간의 간호지원과 비교적 독립적인 라이프스타일을 갖도록 하는 특징을 지닌다.
- ② 시설투자: 호주는 1985년에 70세 이상 노인 1천명당 100개의 거주공간 공급을 목표로 설정하고 시설확충을 추진하였다. 독일은 1995년 장기요양보험도입이후 시설수를 2배로, 재가서비스 제공기관도 4천개소에서 1만2천개소로 증가시켰다. 스페인은 65세 이상 노인 100명당 5.0개의 시설 거주공간 설립을 목표로 잡았다.
- ③ 질적수준 평가, 성과모니터링 등을 통해 정부가 서비스를 규제하고 있다. 최소기준 설정정책(시설안전, 의료인력비율 등)과 성과향상·평가(성과, 환자의 권리, 사생활보호등) 정책 등이 운용되고 있다. 정부가 nursing 케어와 재가케어의 질에 대한 정보를 일반인이 사용할 수 있도록 인터넷에 공개하는 나라도 있다(미국). 이 밖에도, 시설케어 제공자에 대한 재신임절차 운용(호주 1997이후), 케어국가기준 운용(영국, 2001), 케어기준 강화(오스트리아 1994), 質관련규제 실시(독일 2002) 등이 이루어 졌다.
- 급성간호·재활서비스 등 여타 의료제공시스템과의 연계운영에 노력이 기울여 지고 있다. 국가수준의 전략적 조정체계 마련을 통해, 환자나 가족에게 가능한 치료대안과 최선의 선택안을 조언하는 다학제간 평가팀(multidisciplinary care assessment team)이 운영되는 곳이 많으며, 지방정부수준에서 의료와 장기요양재원을 통합하는 경우도 있다.
- 간호인력 수급문제는 대체 직업관계인 급성 care부문 등 타 의료부문과 경

쟁하기 위해 근무환경 개선, 급여인상 등에 노력이 시작되었다.

〈표 5-1-3〉 주요 5개국 노인장기요양보호 운영현황

|        | 오스트리아                              | 독일                                                   | 일본                                                                                      | 룩셈부르크                              | 네덜란드                                           |
|--------|------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| 명칭     | Long-term care Allowance           | Long-term care Insurance                             | Long-term care Insurance                                                                | Dependency Insurance               | Exceptional Medical Expenses Insurance*        |
| 시행 연도  | 1993.7                             | 1996.7<br>*1995.4(재가)<br>*1996.7(시설)                 | 2001.10<br>*2000.4(도입)<br>*2001.10(전면시행)                                                | 1999.1                             | 2003.4<br>*1968(녀싱홈)<br>*1989(재가)<br>*2001(시설) |
| 재원 조달  | (조세) : 100%<br><br>(근로계층·노령층) : 0% | (조세) : 0%<br><br>(근로계층·노령층) : 100%                   | (조세) : 50%<br>*중앙 25%<br>*지방 12.5%<br>*시 12.5%<br>(근로계층): 32%<br>(노령층): 18%<br>*연금에서 공제 | (조세) : 45%<br><br>(근로계층·노령층) : 55% | (조세) : 0%<br><br>(근로계층·노령층) : 100%             |
| 기여율    | -                                  | (근로자·고용주) : 소득의 1.7%<br>(자영업자·노령층) : 소득의 1.7% ~ 소득상한 | (근로자·고용주·자영업자·노령층) : 건강보험에서 32%<br>충당(약 소득의 1%)<br>(노령층): 비용을 충당하기 위해 시에서 정한 기여금납부      | (근로자·고용주·자영업자·노령층) : 소득의 1%        | (근로자·자영업자·노령층) : 소득의 13.25% (상한: 23,850유로)     |
| 급여 형태  | 현금                                 | (시설):현물<br>(재가):현금, 현물, 현금·현물의 3종류 중 선택              | 현물                                                                                      | 현물                                 | (시설):현물<br>(재가):현금<br>*개인예산상한제 (2003.4)        |
| 수급 대상자 | 거주자                                | - 최소 5년 이상 기여금 납부                                    | -65세 이상<br>-65세 미만의 경우 15개의 연령관련조건 충족                                                   | -최소 6월 이상 요양필요                     | -1년 이상 거주                                      |

\*long-term care의 exceptional health expenses도 커버

이상의 연구에서 발견된, 최근 OECD 여러 국가의 공통적인 동향은 다음과 같다.

- ☐ 시설과 재택 중간 형태의 대안적 주거서비스 개발
- ☐ 현금 등 정책의 option 부가
- ☐ 전달체계 및 관리책임 지방이전(지역간 격차와 접근성 및 재정확보 쟁점)
- ☐ caregiver에 대한 정책적 고려의 다각화
- ☐ staff 부족과 그에 따른 케어의 quality 문제
- ☐ 이용자의 선택(choice) 증진을 통해 욕구에 기반하고 empowerment를 지향—  
단, 이러한 경향은 수혜자 대상 ‘교육’의 필요성을 새롭게 제기
- ☐ 비용효과성 추구 및 다양한 정책의 mix system 고민
- ☐ 서비스의 질 제고와 지출억제의 dilemma
- ☐ 연계·조정 체계화

이러한 경향은, 90년대 중반까지 파악된 쟁점 및 정책 관심사<sup>주30)</sup>보다 매우 다각화 된 것이다. 기존의 논의는 주로 케어의 탈시설화, 재가(택) 케어로의 전환유도와 지역케어 증진, 조정(coordination)과 사례관리(case management) 기제의 개발 등이었다. 최근의 정책변동은, 사려 깊은 제도의 설계가 필요함을 지적하는 것이라고 할 수 있다.

## 2. 일본과 독일의 보험제도 평가 및 시사점

두 국가는 사회보험 방식으로 장기요양서비스의 요구에 대처한 대표적인 국가이다. 독일은 올해로 제도도입 10년을 맞았고, 일본은 5년이 되었다. 두 국가의 제도 준비과정에서 배울 점, 시행과정에서 나타난 문제점 등을 통해 한국적

주30) 최은영 (1996) 노인보호서비스 개발을 위한 연구, 한국여성개발원  
공적노인요양보장추진기획단 (2004) 공적노인요양보장체계 개발연구(1). 보건복지부

합의를 도출해 보고자 한다.

- ☐ 제도설계를 둘러싼 논의, 실질적인 인프라 구축, 지자체의 역량 강화를 위한 조치 등을 준비하는데 10년~ 20년의 준비기간을 소요하였다.
- ☐ 재정의 지속가능성(sustainability)은 제도 초기의 예상보다 매우 낮은 상태이다. 두 나라 모두 정부의 projection보다 높은 지출을 보이고 있다.
- ☐ 수급자의 연령제한 등으로 인해 기여금 납부자와 수급자의 불일치문제가 존재한다.
- ☐ 이용자의 권리를 보호하기 위해서는 지적장애를 가지고 있거나 판단능력이 부족한 서비스 이용자에게 별도의 교육과 배려가 필요함이 지적되고 있다.
- ☐ 일정 케어 이상은 모두 자기부담으로 함으로써, 수요가 있음에도 불구하고 수급을 받지 못하는 대상(out of coverage)이 발생하고 있다.
- ☐ 재가개호에 대한 선호도는 약간의 상승세를 보일 뿐으로 큰 변화가 보이지는 않는다.
- ☐ 사회보험 방식의 도입에도 불구하고, 가족의 부담이나 수발에 소요되는 시간이 크게 줄어들지는 않은 것으로 나타난다.
- ☐ 케어매니저의 저임금, 열악한 근무환경 등이 지적되고 있다. 이는 담당인력의 복지문제만이 아니라 수혜자의 욕구에 부응하는 것이 불가능해 지거나 부족해지는 문제를 낳으며(예) 방문 상담 등이 힘들어짐), 학대도 발생시키는 것으로 나타났다. 따라서 인력수급에 대한 장기계획과 근무여건의 표준화 등에 대한 체계적인 준비가 중요하다.
- ☐ 지역별로 수급 불균형 현상이 나타나고 있다.
- ☐ 시설 서비스의 경우, 너무 많은 대기자가 존재하는 경우가 있다.
- ☐ 높은 자기부담으로 빈곤층의 서비스 접근성이 낮아지는 문제가 있다. 사회연대성을 강조하면서 사회보험을 선택했음에도 불구하고, 저소득층이 배제

되는 결과를 낳는 것은 내적 모순에 해당한다.

- ☐ 케어매니저와 소속 provider 기관의 담합 현상 등이 나타나는 곳이 있다.
- ☐ 재택서비스의 인프라가 부족하면, 가족의 부담이 늘어 시설을 선호하게 되는 결과를 낳는다. 따라서 제도시행 전에 인프라 구축을 공공히 하는 것이 중요하다.
- ☐ 치매성 고령자들에 대한 케어가 더욱 중요해 지고 있다.
- ☐ 재택개호 추진, 고령자 자립지원, 여성의 개호부담 경감, 이용자 선택제고, 부담의 공평성 등 제도의 주된 목적과 대상에 맞는 접근을 선택하고 단계적으로 착실히 준비할 필요가 크다.
- ☐ 요양서비스의 충실성이 강조됨과 동시에, 다시금 예방케어의 중요성도 강조되고 있다. 따라서 케어의 연속선상에서 큰 틀의 계획을 수립할 필요가 있다.

한편, 독일에서는 현재 제도개혁 논의가 광범위하게 진행되고 있다. 제안된 개혁안과 주요내용은 다음과 같다(European Conference on Long-Term Care, 2005.10).

- ☐ citizen premium: 경제전문가 협의회에서 제안한 안(案)이다. 부과방식을 유지하되, 정액각출방식을 결합하는 것을 골자로 한다. 가입대상은 보편적으로 적용하는 것을 원칙으로 한다. 따라서 일부 민영 장기요양보험은 차츰 사라질 것을 예상하고 있다.
- ☐ Herzog commission model: 독일 전(前) 대통령의 제안내용이다. 자본stock을 먼저 구축한 후에 민영체제로 옮겨가는 것을 골자로 한다.
- ☐ Freiburg model: 60세 이상 노인은 제외하고, 민영체제로 이동하는 것이 제안되었다.
- ☐ Kronberger Kreis: 즉각적이고 완전한 민영화를 제안하였다. 각출액도 건강위험에 비례하는 것으로 되어있다.

□ citizen insurance: 전국민을 포괄하는 장기요양보험 체계를 의미하며, 일부 민간 요양보험의 즉각적인 폐지를 제안하고 있다.

각 모형에 대해, 재분배효과와 재정안정성의 측면에서 시뮬레이션을 하면 (Fehr and Halder, 2005), citizenship premium이 세대내 재분배 효과가 가장 높고, 미래세대의 이득(benefit)이 매우 적다. 다양한 방식의 민영화 모형은 공통적으로 미래세대에게 이득이 많이 발생하며, 즉각적 민영화 모형은 보상급여(compensation payments)를 포함하고 있는데도 불구하고 저소득층에게 손실이 클 것으로 예측되었다.

이러한 결과는 사회보험 도입을 공식화한 한국에서도 숙고의 여지가 있는 부분이라고 하겠다. 누구를 먼저 고려할 것인지, 어떤 선택을 할 것인지와 밀접하게 관련되어 있기 때문이다.

### 3. 주요 쟁점 및 향후 과제

한국뿐만 아니라 대부분의 국가에서 장기요양보호의 시행과 관련하여 발견되는 주요한 쟁점은 다음과 같다.

- 보험자와 수급자격간의 간극
- 평가 및 관리 주체
- 지역간 격차의 해소와 형평성 제고
- 궁극적 지향점의 선택 ex) 가족부담의 사회화, 사회연대
- 본인부담률의 적정성과 제도 안정성의 균형
- 케어 노동자의 근로조건 및 인력 안정성과 서비스 질 연계
- 재가와 시설의 역할분담 기준 및 충분한 인력 양성
- 인력의 구성과 권한
- 치료모델과 케어모델의 역할 및 위상정립
- 수요폭증의 가능성과 평가판정체계의 적용
- 수발자에 대한 배려와 고령화 시대 여성인력활용과의 연계성

- 공급주체 다양화의 구체적 전략
- 이용자 부담 상한제 운영의 합리화
- 재택보호서비스 건실화를 통한 사회적 서비스로의 전환
- 케어 매니저의 양성 및 활용 마스터 플랜
- 예방과의 거시적 연계
- 의료와의 영역 설정의 문제, 즉 급여의 범위
- 장애인의 포함여부 등

이러한 쟁점을 염두에 두면서, 현재 한국의 제도를 구축하는데서 반드시 짚고 넘어가야 할 논점을 정리하고자 한다.

우선, 공적노인요양보장제도가 수발보장제도로 변경되면서, 보건의료와 복지와의 밀접한 연계성을 놓치지 않았는가 하는 점을 검토해야 한다. 지금의 구상대로라면, 한국은 치료, 수발, 재활 등의 통합적 서비스 구축에 커다란 한계가 있을 것으로 예상된다. 이와 관련, 의료 인력의 역할을 어떻게 규정할 지에 대해서도 광범위한 논의가 필요하다. 본질적으로 요양보호서비스는 의료, 사회보호, 비용지원, 수발자 대상 서비스 등 복합서비스를 포함한다. 따라서 서비스가 파편화되거나 일부만 제공되지 않도록 각별한 노력이 필요하다. 아울러, 경미한 보호에서 호스피스에 이르는 케어의 연속선(continuum of care)을 고려한 마스터 플랜이 필요하다. 이를 위해 의료시설, 사회요양시설, 생활시설간의 서비스 연계 및 병립운영 등도 활발히 논의되어야 한다. 이 때 전문의, 보건요원, 간호사, 사회복지사의 참여 및 팀워크, 각자의 기능 등에 대한 구체적인 업무지침도 필요하다.

그 다음으로, 공공 인프라 구축과 사회적 합의가 충분한가 하는 점이다. 시설과 인력의 부족은 이미 여러 번 지적된 바 있다. 우선, 중증노인만을 제도에 포함시킨다고 하더라도, 기타 등급 노인들을 위한 종전의 재가보호는 유지·강화되어야 할 것이며, 이를 위해 재가보호 시스템을 체계화시켜 가야 한다. 그렇지 않으면 노인이 불필요하게 가족과 분리되어 시설에 입소하는 결과를 낼 수 있기 때문이다. 이와 관련, 시설과 재가보호 모두 비영리 중심의 민간 제공자의

참여를 활성화시키기 위한 장기 플랜도 필요하다.

최근에 실시한 대국민여론조사 결과에 따르면, 노인수발보장제도에 대해 알고 있다고 응답한 국민이 28.8%에 불과한 것으로 나타났다. 이러한 논의는 결국, 바람직한 제도시행시기와 관련된다. 특히 보험방식을 시행하고 있는 국가들은 10년이 넘게 제도준비기를 거쳤다. 이러한 각국의 사례를 참조할 때, 좀 더 면밀한 비교검토와 준비가 필요할 것으로 사료된다.

여러 나라의 경험을 통해서 볼 때, 장기적으로는 지자체의 역량을 강화하여 요양등급 판정과 계획서 작성, 급여의 질 관리 등 중요 업무를 담당토록 할 필요가 있다. 물론, 지자체의 역량강화는 노인장기요양만의 문제는 아니다. 지방이양사업 시행 경위를 고려하면서 다각적으로 검토해 볼 문제이며, 지역밀착형 서비스 체계 구축을 목표로 심도있게 검토되어야 한다.

제도의 초창기부터 논의되어 오던 쟁점 중의 하나가, 장애인의 포함여부이다. 기존의 수발보장법안에는 장애인이 포함되어 있지 않은 상태이다. 한편, 최근에 국회에서 장애인을 포함하는 의원입법 추진의사를 밝히는 등의 별도의 움직임이 있기 때문에, 이 부분에 대한 논의는 종결되지 않은 것으로 보인다. 장애인이 갖는 특수성도 충분히 고려하여야 하고, 개호보험에 포함되는 것을 거부했던 일본의 선례도 심층 분석하여 좀 더 추가 논의를 해야 할 부분이다.

급여의 범위 역시 수발보장제도로 변경되는 과정에서 크게 축소되어, 현재는 노인요양시설과 노인공동생활시설, 방문간병과 수발, 주간보호, 방문간호, 단기보호 등으로만 구성되어 있다. 현재의 안(案)에 따르면, 2010년에 대상자를 확대한다 해도, 대상자의 약 20%인 중증노인만 급여 혜택을 보게 된다. 이렇게 좁은 대상자 폭과 급여 종류를 가지고 사회보험제도를 시행할 경우, 얼마나 사회연대성(social solidarity)에 기반한 철학적 취지를 살릴 수 있을지 많은 고민이 필요하다. 소규모 인구층을 대상으로 한정된 급여를 제공할 경우, 현행의 서비스 방식을 유지하면서 추가 급여항목을 신설하는 것도 가능하기 때문이다. 20세 이상 건강보험가입자가 모두 보험가입 대상인데 반해, 실제 수혜는 65세 이상의 노인이 주요한 대상이 되므로, 수급권이 없는 사람에게 보험료를 부과하는 문제가 생기게 된다. 따라서 보험원리에 맞는지도 검토가 필요한 부분이다.



좀 더 기술적인 문제로, 지자체의 재정자립도와 케어 수요량, 수발가능자의 분포, 인프라 등을 고려하여 형평성을 높이는 방식에 대한 더 많은 고민이 필요하다. 이는 일본의 앞선 경험이 우리에게 주는 합의이기도 하다. 지자체의 역량을 강화하는 중장기 대책을 마련하되, 시설인프라나 인력대비를 지방자치단체에만 맡겨두어서는 안될 것이다. 이와 관련하여 인력수급 계획과 자격관리, 재교육 방안 등에 대한 논의가 더 필요하다고 사료된다.

대부분의 선진국에서 본인부담이 10%가량인 점을 고려하면, 현재 20%로 설계된 것은 다소 높은 것으로 판단된다. 따라서 재정여건 때문에 급여에서 제외되는 일이 없도록, 일반 저소득층에 대한 배려가 요청된다. 보험료를 다소 인상하더라도 급여범위와 대상을 확대하고, 본인 부담을 낮추는 방안도 검토할 필요가 있다.

끝으로, 무급 자원봉사자나 가족 수발자를 제도에 포함시키고, 다양한 서비스를 통해 지원하고 인정하는 방안에 대한 고민이 필요하다. 기존의 논의에서 가장 미흡한 부분이다. 가족보호자가 계속적으로 노인을 보호함으로써 취업을 포기할 수밖에 없는 경우, 가족의 보호를 위해 개인생활을 모두 희생하는 경우 등에 대해서는 공적인 보상이 필요하다. 실질비용, 나아가 기회비용을 보상하는 방안이 장기과제로 검토되어야 한다. 물론, 가족 수발자에 대한 지지는 긍정적 보상(세제혜택 포함)만을 의미하지는 않는다. 가족수발자의 신체적 및 정신적 건강보호와 심리적·정서적 갈등 및 스트레스 등을 해소하고, 그를 통해 노인을 보다 효율적이고 효과적으로 수발할 수 있도록 하는 것은 대단히 중요하다. 여러 나라의 사례에서 파악되었듯이 자조모임, 이해증진 및 기술증진을 위한 훈련서비스, 정보제공 및 단기휴식서비스 등이 개발되어야 한다.

아울러, 케어인력의 장기수급계획 및 근무여건의 표준화 작업도 제도 초기에 분명히 설계되어야 할 부분이다.

지금 실시되고 있는 1차 시범사업과 이어서 시행될 2, 3차 시범사업을 거쳐서 실제 운영과 관련된 쟁점들이 좀 더 논의되어야 하며, 위에서 지적한 쟁점을 심층 연구·논의하는 과정에서는 각국의 제도실행 및 운영관련 정보가 추가로 요청된다. 이 부분은 다음 연구의 과제로 남긴다.

## 참고문헌

- 강용규, 2002. 『한국케어복지교육 확립방안』, 한국노인복지학회.
- 공적노인요양보장추진기획단, 2004. 『공적노인요양보장체계 개발연구 (I), (II)』,  
공적노인요양보장추진기획단 및 보건복지부.
- 공적노인요양보장제도실행위원회·보건복지부, 2005, 『독일 수발보험 자료집』  
\_\_\_\_\_, 2005, 『일본 개호보험 자료집』
- 권순만, 2004. 「공공의료체계의 현황과 정책 과제」, 『정부학연구』 제10권2호.
- 김근홍, 2002. 「독일 노인 수발사제도의 한국적 시사」, 『한국노년학』 22(2), 한국노년학회.
- 김찬우, 2004. 「지역거주 만성질환 노인들의 장기요양 위험수준에 케어매니지먼트  
효과연구」, 『사회복지연구』. 23 (겨울). pp.5~41.
- \_\_\_\_\_, 2005. 「미국 장기요양 제도의 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구」,  
『사회복지연구』, 26 (겨울). pp.91~122.
- 노인복지학술대회, 2004. 『공적노인장기요양제도 도입의 필요성과 방향』.
- 마츠다 (Matsuda, M), 2004. 「일본의 개호보험 4년간의 성과와 과제」" 교보헬스  
케어심포지엄.
- 박종화 역 (1994), Savas 저 『민영화의 길』, 한마음사.
- 보건복지부, 2004. 노인요양보장체계 시안, ‘공적노인장기요양제도 도입의 필요  
성과 방향, 2004년 노인복지학술대회자료집
- 선우덕 외, 2001. 「노인간병전문인력의 도입 및 양성방안」, 노인보건정책의 현  
황과 과제 토론회자료집, 전국노인복지단체협의회 한국노년학회.
- 선우덕, 오영희, 2001. 『간병인력의 제도화 방안』, 한국보건사회연구원.

- 이가옥, 우국희, 2005. 「영국의 케어 제공자에 관한 정책 연구: 보호자 권리와 유급고용의 질 강조」, 『한국사회복지학』.
- 이해영, 2002. 「우리나라 케어복지사 자격제도의 도입방안」, 『노인복지연구』.
- 일본총합연구소, 2004.3. 『개호시설 등의 비용체계에 관한 종합조사』.
- 장병원, 2003. 『공적노인요양보장정책의 간병·일상활동 지원인력 제도화를 위한 공청회 자료집』, 보건복지부 한국보건산업진흥원.
- 장지연 외, 2004. 『보육교사 처우개선방안 연구』, 여성부.
- 장현숙, 염용권, 유선주. 1998. 『간호인력 수급 활용방안 연구』, 한국보건의료관리연구원
- 장현숙, 유선지, 김은경, 1998. 『노인전문간호사제도 도입 연구』, 한국보건의료관리연구원.
- 정길홍, 2003. 「한국의 노인케어복지정책에 관한 연구」, 한성대학교대학원박사학위논문.
- 정길홍, 2003. 『한국의 케어복지 정책적 방안』, 한국노인복지학회.
- 정성범, 2003. 『노인간병 전문인력 교육의 필요성과 개선책』.
- 재단법인사회복지진흥·시험센터 홈페이지 <http://www.sssc.or.jp>
- 조주용, 1999. 「케어복지사의 양성과 과제」, 한국케어복지협회 창립총회 및 기념학술 세미나, 고령화 사회와 케어복지.
- 최우림, 2003. 「복지간병사업 현황과 제도적 일자리에 대한 전망」. 공적간병 서비스 제도화 추진을 위한 토론회.
- 최은영, 1996. 『노인보호서비스 개발을 위한 연구』, 한국여성개발원
- 한국노년학회, 「1994 노인을 위한 보호시설과 부양체계의 한국적 모형개발」, 국제학술세미나
- 한국노인문제연구소, 2003. 『노인복지와 가족부양지원정책』.

- 한국보건산업진흥원, 2003. 『장기요양보호 노인의 간병·일상활동 지원인력 수급 및 관리운영체계 구축』.
- 한국여성개발원, 2002. 『여성의 노인부양부담 완화를 위한 성인지적 정책개발』.
- 홍석표 외, 2004. 『고령화시대의 사회보장제도 개혁과 시사점』, 한국보건사회연구원.
- 서택임, 1993. 「개호복지사양성상의 제문제」, 『老人問題研究』, Vol.14, No.1, 醫療と福祉聯合研究會.
- 후생노동성, 통계정보부 자료
- 中村永、1993. わが國の社會福祉教育の今日的課題と専門職の動向.
- Aaron, H. J. (1991) *Serious and unstable condition: Financing America's Health Care*. Washington, D.C., The Brookings Institution.
- Brodsky, J. et als., (2003) *Key Policy Issues in Long-term Care*, The Cross-Cluster Initiative on Long-term Care , WHO.
- Campbell, J and N. Ikegami (2003) "Japan's Radical Reform of Long-term Care," *Social Policy and Administration* 37:1, 21~34.
- Capitman, J. A. (1986) Community-based long-term care models, target groups, and impacts on service use. *The Gerontologist*, 26(4), 389 ~ 397.
- CARES U.K. (2002) *The history of carers UK and the carers movement*, [www.carersonline.org.uk](http://www.carersonline.org.uk)
- Challis, D. (1992) "Community care of elderly people: Bringing together scarcity and choice, needs and costs." *Financial Accountability and Management* 8(2): 77~95.
- Challis, D., R. Darton, et al. (1995) *Care management and health care of older people: The Darlington community care project*. Aldershot, England, Arena Ashgate Publishing Ltd.
- Clarke, Egerton (2001) *Ageing and Care-giving in Canana*, The Edwin Mellen Press.

- Commonwealth of Australia (2003) "Review of pricing arrangements in residential aged care," Background paper 3.
- Conrad, D. A. and Dowling (1990) "Vertical integration in health services: Theory and managerial implications." *Health Care Management Review* 15(4): 9~22.
- Cuellar, A. and Wiener, J.(2000) Can social insurance for long-term care work?: The experience of Germany, *Health Affairs*, 19 (3), pp.8~25.
- Dally, Gillian (1988) *Ideologies of Caring*, MacMillan Education.
- de Roo, A., L. Chambaud and B. Guntert (2004) "Social health insurance systems in western Europe," European Observatory on Health Care Systems, 281~298.
- Diek, M. (1995) "Housing elders in Germany", In Pynoos, J., Liebig, P., eds. *Housing frail elders: International policies, perspectives, and prospects*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- England and Fobre (2003) "Gender and Economic Sociology" In Neil Smelser and Richard Swedberg, eds. *Handbook of Economic Sociology*, Russell Sage and Princeton.
- Ernisch and Ogawa(eds.) (1994) *The Family, the Market and the State in Ageing Societies*, Clarendon Press.
- Estes, C. L. and L. Close (1998) "Organization of health and social services for the frail elderly", *Living in the community with disability: Service needs, use, and systems*. S. M. Allen. New York, Springer Publishing Company: Ch.4.
- Evashwick, C. J. (1996) *The Continuum of long-term care : an integrated systems approach*. Albany, N.Y, Delmar Publishers.
- Evers et al. (1993) *Balancing Pluralism*, Avebury.
- Evers et al. (1994) *Payments for Care*, Avebury.
- Fama, E. and M. Jensen (1983) "Agency Problems and Residual Claims," *Journal*

*of Law and Economics* 26, 327~349.

Gidron et al. (1992) *Government and the Third Sector*, Jossey-Bass Publishers.

Gilbert et al. (1993) *Dimensions of Social Welfare Policy*, Prentice Hall.

Greene, V. L., & Ondrich, J. I. (1990) Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach. *Journal of Gerontology*, 45(6), S250~258.

Hansman, H. (1980) "The Role of Nonprofit Enterprise," *Yale Law Journal* 89, 835~901.

Healy, J. (2002) "The care of older people: Australia and the UK," *Social Policy and Administration* 36:1, 1~19.

Hooyman and Gonyea(1995) *Feminist Perspectives on Family Care*, Sage Publication.

Hudson, Robert. (2005) *The New Politics of Old Age Policy*, Johns Hopkins Univ. Press.

Ikegami, N., and J. Campbell (2002) "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care System," *Social Policy and Administration* 36:7, 719~734.

ISSA (1984) *Long-term Care and Social Security*

Kane, R. L. and R. Kane (1987) *Long-term care: Principles, programs, and policies*. New York, Springer Publishing Company.

Kane, R. L., R. Kane and Ladd, R. (1998) *The Heart of long-term care*, New York, Oxford University Press.

Karlsson, M., L. Mayhew, R. Plumb, and B. Rickayzen (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, 2004.

- Knapp (1984) *The Economics of Social Care*, MacMillan.
- Kodner, D.(1996) "Foreseeing the future of long-term care: The highlights and implications of a delphi study". In R. Binstock, L. Cluff, & O. Mering, eds., *The Future of Long-term Care: Social and Policy Issues*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press
- Lee, D. T. F., A. E. Mackenzie, et al. (1998) "Case Management: A review of the definitions and practice." *Journal of Advanced Nursing* 27(5): 933-939.
- Leutz, W. (1999) "Policy choices for Medicaid and Medicare Waivers." *The Gerontologist* 39(1): 86-93.
- Meyer, Madonna(ed.) (2000) *Care Work*, Routledge.
- Morris, R., F. G. Caro, et al. (1998) *Personal assistance; The future of home care*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- OECD (2005) *Long-term care for older people*.
- \_\_\_\_\_ (2000) *Reforms for an Ageing Society*.
- \_\_\_\_\_ (1996) *Caring for frail elderly people*.
- Onyett, S. (1992) *Case management in mental health*. London, Chapman and Hall.
- Papadakis and Taylor-Gooby (1987) *The Private Provision of Public Welfare*, Wheatsheaf Books.
- Pauly, M., (1987) "Nonprofit Firms in Medical Markets," *American Economic Review*, Papers and Proceedings, 257~262.
- Pawson, R. et al. (2003) *Knowledge in social care*. The Policy Press.
- Philips, Judith. (1995) *Working Carers*, Avebury
- Qvertveit, J. (1993) *Coordinating community care: Multidisciplinary teams and care management*, Philadelphia, Open Book Press.

- Rostgaard, T., (2003) "Principles of autonomy, continuity and coordination - Longterm care for the elderly in Denmark," presented at the Kyobo Symposium.
- Rothgang, H., A. Comas-Herrera, et al. (2003) "The mixed economy of long-term care in England, Germany, Italy and Spain," 4th International Research Conference on Social Security, Antwerp, 5~7.
- Rothgang, H. (2002) "Long-term care in Germany: projections on public long-term care insurance financing," in Conrad and Luetzeler, ed., *Aging and Social Policy: A German-Japanese Comparison*, Indicum, 251-274.
- 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," 4th International Research conference on Social Security.
- Schneider, U. (1999) "Germany's Social Long-term Care Insurance: Design, Implementation and Evaluation," *International Social Security Review* 52:2, 31~74.
- Schunk, M. (2001) Empowerment in pathways through care: A cross-national comparison of care delivery in Britain and Germany. In Heumann, L., McCall, M., Boldy. D. eds. *Empowering frail elderly people: Opportunities and impediments in housing, health and support service delivery*. Westport, Connecticut, Praeger.
- Standing, Guy (2001) "Care Work: Overcoming Insecurity and Neglect", Daly Mary (ed), *Care Work: The Quest for Security*, ILO, pp.15~32.
- Stuart, M. (2001) "Home and Community-Based Long-Term care: lessons from Denmark," *Gerontologist*, 474~480.
- US Congressional Budget Office (2004) *Financing Long-term Care for the Elderly*.
- Walker et al.(eds.) (1998) *Public and Private Responsibilities in Long-term Care*



- Weisbrod, B. (1975) "Toward a Theory of the Voluntary Non-Profit Sector in a Three Sector Economy," in E. Phelps, ed., *Altruism, Morality, and Economic Theory*.
- Weissert, W. G., & Hedrick, S. C. (1994) Lessons learned from research on effects of community-based long-term care. *Journal of the American Geriatric Society*, 42(3), 348~353.
- Weissert, W. G., Lesnick, T., Musliner, M., & Foley, K. A. (1997) Cost savings from home and community-based services: Arizona's capitated Medicaid long-term care program. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 22(6), 1329~1357.
- WHO (1999) *Home-based and Long-term care*.
- \_\_\_\_\_ (2002) *Responsibilities for Care throughout the Life Span*.
- \_\_\_\_\_ (2003) *Key policy issues in long-term care*.
- Wilding, P. (1982) *Professional Power and Social Welfare*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Wittenberg, R., B. Sandhu and M. Knapp (2002) "Funding long-term care: the public and private options," Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system series, 226~249.
- Yamada and Sekiya (2003) "Licensing and Training Requirements for Direct Care Workers in Japan: what can the United States and Japan Learn from each other?", *Journal of Aging & Social Policy* Vol.15(4) 113~129

## 부 록

1. 평균수명 국제비교 / 335
2. 사회보장비 총액 및 부분별 지출의 비율 / 337
3. 미국 ALF의 도시별 비용 / 339
4. OECD 각국 노령자 대상 현물급여 수급자 추이 및  
지출액 / 342
5. OECD 국가 노인 인구비와 요양이 필요한  
인구비율 / 365

## 부록 1. 평균수명 국제비교

## 2001년 평균수명은 일본 등 장수국가 보다는 낮으나 여자는 OECD 평균수준

- OECD 30개국과 평균수명(출생시 기대여명)을 비교해 보면,
  - 2001년 남자(72.8세)는 30개국 평균(74.4세)보다 1.6년 낮은 수준이며, 여자(80.0세)는 30개국 평균(80.4세) 수준임
  - 평균수명이 가장 높은 2001년 일본(남자 78.1세, 여자 84.9세)에 비해 남자는 5.3년, 여자는 4.9년 낮음
  - 남녀 평균수명 차이는 7.2년의 다소 높은 수준으로 스페인(7.3년), 프랑스(7.5년) 등과 비슷하고 헝가리(8.3년), 폴란드(8.2년) 등의 동구권은 우리나라보다 높은 수준임.

〈 평균수명의 국제비교 〉

|         |      | (단위 : 년) |      |         |
|---------|------|----------|------|---------|
| 국 가     | 년 도  | 남자       | 여자   | 차이(여-남) |
| 한 국     | 2001 | 72.8     | 80.0 | 7.2     |
| 그 리 스   | 2001 | 75.4     | 80.7 | 5.3     |
| 네 덜 란 드 | 2001 | 75.7     | 80.6 | 4.9     |
| 노 르 웨 이 | 2000 | 76.0     | 81.4 | 5.4     |
| 뉴 질 란 드 | 2000 | 75.7     | 80.8 | 5.1     |
| 덴 마 크   | 2001 | 74.3     | 79.0 | 4.7     |
| 독 일     | 1999 | 74.7     | 80.7 | 6.0     |
| 룩셈부르크   | 2000 | 74.9     | 81.3 | 6.4     |
| 맥 시 코   | 2001 | 71.9     | 76.8 | 4.9     |
| 미 국     | 2000 | 74.1     | 79.5 | 5.4     |
| 벨 기 예   | 2000 | 74.6     | 80.8 | 6.2     |
| 스 웨 덴   | 2001 | 77.5     | 82.1 | 4.6     |
| 스 위 스   | 2001 | 77.2     | 82.8 | 5.6     |
| 스 페 인   | 2001 | 75.6     | 82.9 | 7.3     |
| 슬로바키아   | 2001 | 69.5     | 77.6 | 8.1     |
| 아이슬란드   | 2001 | 78.1     | 82.2 | 4.1     |
| 아 일 란 드 | 2000 | 74.2     | 79.2 | 5.0     |
| 영 국     | 2001 | 75.7     | 80.4 | 4.7     |
| 오스트리아   | 2001 | 75.9     | 81.7 | 5.8     |
| 이 탈 리 아 | 2001 | 76.7     | 82.9 | 6.2     |
| 일 본     | 2002 | 78.3     | 85.2 | 6.9     |
|         | 2001 | 78.1     | 84.9 | 6.8     |
| 체 코     | 2001 | 72.1     | 78.5 | 6.4     |
| 캐 나 다   | 2000 | 76.7     | 82.0 | 5.3     |
| 터 키     | 2001 | 66.0     | 70.6 | 4.6     |
| 포르투갈    | 2001 | 73.5     | 80.3 | 6.8     |
| 폴 란 드   | 2001 | 70.2     | 78.4 | 8.2     |
| 프 랑 스   | 2001 | 75.5     | 83.0 | 7.5     |
| 핀 란 드   | 2001 | 74.6     | 81.5 | 6.9     |
| 헝 가 리   | 2001 | 68.2     | 76.5 | 8.3     |
| 호 주     | 2001 | 77.0     | 82.4 | 5.4     |
| 30개국 평균 |      | 74.4     | 80.4 | 6.0     |

자료: 일본, 「2002년 간이생명표」(<http://www.mhlw.go.jp>)

OECD, *OECD Health Data*, 2003 (<http://www.oecd.org/home>)

## 부록 2. 사회보장비 총액 및 부분별 지출의 비율

GDP 대비 전체 사회보장비 지출 비율

|      | 1991          | 1992          | 1993          | 1994          | 1995          | 1996          | 1997          | 1998          | 1999          | 2000          | 2001          |
|------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 캐나다  | 21.1          | 21.8          | 21.6          | 20.6          | 19.6          | 18.8          | 18.3          | 18.4          | 17.4          | 17.3          | 17.8          |
| 프랑스  | 27.2          | 28            | 29.5          | 29.3          | 29.2          | 29.4          | 29.4          | 29            | 28.9          | 28.3          | 28.5          |
| 독일   | 26.5<br>(1.6) | 28.1<br>(1.6) | 28.4<br>(1.5) | 29.1<br>(1.6) | 29.5<br>(1.4) | 28.8<br>(1.2) | 28.6<br>(1.2) | 28.7<br>(1.3) | 28.7<br>(1.3) | 28.5<br>(1.3) | 28.8<br>(1.4) |
| 이탈리아 | 25.3<br>(1.8) | 26.3<br>(2.0) | 26.5<br>(1.8) | 26.1<br>(1.7) | 24.8<br>(1.8) | 25.1<br>(1.6) | 25.8<br>(1.6) | 25.4<br>(1.7) | 25.6<br>(1.5) | 25.6<br>(1.5) | 25.8<br>(1.4) |
| 일본   | 11.5<br>(0.2) | 12.0<br>(0.2) | 12.6<br>(0.2) | 13.2<br>(0.2) | 13.8<br>(0.3) | 14.0<br>(0.3) | 14.1<br>(0.3) | 14.9<br>(0.4) | 15.5<br>(0.4) | 16.6<br>(0.5) | 17.5<br>(0.6) |
| 한국   | 4.0<br>(1.1)  | 4.3<br>(1.2)  | 4.5<br>(1.3)  | 4.7<br>(1.3)  | 5.0<br>(1.4)  | 5.3<br>(1.4)  | 6.4<br>(2.2)  | 10.8<br>(4.9) | 9.8<br>(2.9)  | 9.1<br>(3.5)  | 8.7<br>(2.6)  |
| 네덜란드 | 28.0<br>(0.3) | 28.6<br>(0.3) | 29.0<br>(0.4) | 27.7<br>(0.5) | 26.2<br>(0.6) | 25.1<br>(0.7) | 24.7<br>(0.7) | 23.8<br>(0.8) | 23.3<br>(0.8) | 22.5<br>(0.7) | 22.5<br>(0.7) |
| 폴란드  | 22.1          | 26.2          | 25.6          | 24.4          | 23.8          | 23.9          | 23.3          | 22.0          | 22.2          | 21.9          | 23.0          |
| 스웨덴  | 32.4          | 35.3          | 37.3<br>(0.5) | 35.8<br>(0.4) | 33.3<br>(0.3) | 32.8<br>(0.3) | 31.3<br>(0.3) | 30.9<br>(0.5) | 30.4<br>(0.5) | 29.2<br>(0.6) | 29.5<br>(0.6) |
| 영국   | 21.4<br>(0.3) | 23.4<br>(0.3) | 24.0<br>(0.3) | 23.5<br>(0.3) | 23.3<br>(0.3) | 23.2<br>(0.4) | 22.4<br>(0.4) | 21.9<br>(0.4) | 21.7<br>(0.5) | 22.2<br>(0.5) | 22.3<br>(0.5) |
| 미국   | 15.1<br>(0.6) | 15.8<br>(0.6) | 15.9<br>(0.5) | 15.9<br>(0.5) | 16.0<br>(0.5) | 15.7<br>(0.4) | 15.3<br>(0.4) | 14.9<br>(0.4) | 14.6<br>(0.4) | 14.6<br>(0.4) | 15.2<br>(0.4) |

주: 1) 공공 사회보장비 지출 비율과 법정 민간사회보장비 지출 비율의 합

2) 괄호 안의 수치는 민간 법정 사회보장비 지출의 비율

출처: OECD, Social Expenditure Database, 2004. 국제협력 재인용.

부문별 GDP대비 사회보장비 지출비율(%)

|      | 2001          | 노령<br>연금     | 유족           | 장애           | 보건<br>의료     | 가족           | 적극적<br>노동시장 | 실업           | 주거  | 기타           |
|------|---------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|-----|--------------|
| 캐나다  | 17.8          | 4.8          | 0.4          | 0.8          | 6.7          | 0.9          | 0.4         | 0.8          | 0.5 | 2.4          |
| 프랑스  | 28.5          | 10.6         | 1.5          | 2.1          | 7.2          | 2.8          | 1.3         | 1.6          | 0.9 | 0.4          |
| 독일   | 28.8<br>(1.4) | 11.7         | 0.4          | 3.6<br>(1.3) | 8.0          | 2.0<br>(0.1) | 1.1         | 1.2          | 0.2 | 0.5          |
| 이탈리아 | 25.8<br>(1.4) | 11.3         | 2.6          | 2.1          | 6.3          | 1.0          | 0.5         | 2.0<br>(1.4) | 0.0 | 0.0          |
| 일본   | 17.5<br>(0.6) | 7.9<br>(0.6) | 1.2<br>(0.0) | 0.7          | 6.3          | 0.6          | 0.3         | 0.5          | -   | 0.2          |
| 한국   | 8.7<br>(2.6)  | 1.2<br>(0.0) | 0.2<br>(0.0) | 0.6<br>(0.1) | 3.2          | 0.2<br>(0.1) | 0.3         | 2.6<br>(2.4) | -   | 0.5<br>(0.0) |
| 네덜란드 | 22.5<br>(0.7) | 6.4          | 0.7          | 4.8<br>(0.7) | 5.7          | 1.1          | 1.5         | 1.3          | 0.4 | 0.6          |
| 폴란드  | 23.0          | 8.5          | 2.1          | 5.5          | 4.4          | 0.9          | 0.1         | 1.0          | 0.2 | 0.2          |
| 스웨덴  | 29.5<br>(0.6) | 9.2          | 0.6          | 5.8<br>(0.6) | 7.4          | 2.9          | 1.4         | 1.0          | 0.6 | 0.6          |
| 영국   | 22.3<br>(0.5) | 8.6<br>(0.5) | 0.6          | 2.6<br>(0.1) | 6.1          | 2.2          | 0.3         | 0.3          | 1.5 | 0.2          |
| 미국   | 15.2<br>(0.4) | 5.3          | 0.8          | 1.1<br>(0.2) | 6.4<br>(0.2) | 0.4          | 0.2         | 0.3          | -   | 0.5          |

주: 1) 공공 사회보장비 지출 비율과 법정 민간 사회보장비 지출 비율의 합

2) 괄호 안의 수치는 민간 법정 사회보장비 지출의 비율

출처: OECD, Social Expenditure Database, 2004, 국제협력 재인용.

## 부록 3. 미국 ALF의 도시별 비용

| City             | State | Average<br>Monthly<br>Cost |
|------------------|-------|----------------------------|
| Statewide total  | AK    | \$2,379.20                 |
| Birmingham       | AL    | \$1,444.00                 |
| Montgomery       | AL    | \$1,811.00                 |
| Little Rock      | AR    | \$1,121.11                 |
| Phoenix          | AZ    | \$1,705.00                 |
| Tucson           | AZ    | \$2,364.62                 |
| Los Angeles      | CA    | \$1,524.64                 |
| San Diego        | CA    | \$1,639.79                 |
| San Francisco    | CA    | \$3,071.15                 |
| Colorado Springs | CO    | \$1,725.00                 |
| Denver           | CO    | \$1,892.80                 |
| Hartford         | CT    | \$2,324.00                 |
| Stamford         | CT    | \$3,564.00                 |
| Washington DC    | DC    | \$2,974.70                 |
| Wilmington       | DE    | \$3,369.50                 |
| Jacksonville     | FL    | \$1,622.00                 |
| Miami            | FL    | \$1,410.00                 |
| Orlando          | FL    | \$1,560.00                 |
| Alpharetta       | GA    | \$2,070.00                 |
| Atlanta          | GA    | \$2,234.63                 |
| Honolulu         | HI    | \$3,250.20                 |
| Des Moines       | IA    | \$2,109.00                 |
| Boise            | ID    | \$2,530.00                 |
| Chicago          | IL    | \$2,783.80                 |
| Elgin            | IL    | \$2,794.40                 |
| Highland Park    | IL    | \$3,084.00                 |
| Peoria           | IL    | \$2,147.20                 |
| Fort Wayne       | IN    | \$2,632.00                 |

|                 |    |            |
|-----------------|----|------------|
| Indianapolis    | IN | \$1,677.50 |
| Wichita         | KS | \$2,082.50 |
| Lexington       | KY | \$2,318.50 |
| Louisville      | KY | \$2,001.66 |
| New Orleans     | LA | \$2,164.90 |
| Shreveport      | LA | \$1,380.00 |
| Boston          | MA | \$2,804.00 |
| Worcester       | MA | \$2,635.00 |
| Baltimore       | MD | \$2,045.00 |
| Silver Spring   | MD | \$2,775.00 |
| Brunswick       | ME | \$2,325.20 |
| Detroit         | MI | \$1,179.00 |
| Grand Rapids    | MI | \$1,509.72 |
| Minneapolis     | MN | \$2,090.85 |
| Saint Paul      | MN | \$2,766.60 |
| Kansas City     | MO | \$1,337.00 |
| Saint Louis     | MO | \$2,113.20 |
| Jackson         | MS | \$592.00   |
| Billings        | MT | \$2,432.00 |
| Charlotte       | NC | \$2,687.00 |
| Raleigh         | NC | \$2,454.40 |
| Statewide total | ND | \$1,445.80 |
| Omaha           | NE | \$1,977.90 |
| Manchester      | NH | \$3,334.00 |
| Bridgewater     | NJ | \$3,083.80 |
| Cherry Hill     | NJ | \$2,571.40 |
| Albuquerque     | NM | \$1,720.00 |
| Las Vegas       | NV | \$1,433.75 |
| New York        | NY | \$3,696.66 |
| Rochester       | NY | \$2,312.00 |
| Syracuse        | NY | \$2,183.00 |
| Akron           | OH | \$2,556.60 |
| Cleveland       | OH | \$2,439.00 |



|                 |    |            |
|-----------------|----|------------|
| Columbus        | OH | \$2,832.50 |
| Oklahoma City   | OK | \$1,943.50 |
| Tulsa           | OK | \$2,398.00 |
| Eugene          | OR | \$2,255.00 |
| Portland        | OR | \$1,911.00 |
| Philadelphia    | PA | \$1,910.64 |
| Pittsburgh      | PA | \$2,147.75 |
| Scranton        | PA | \$1,354.20 |
| Providence      | RI | \$2,320.00 |
| Charleston      | SC | \$1,903.00 |
| Columbia        | SC | \$2,382.00 |
| Dell Rapids     | SD | \$1,856.00 |
| Memphis         | TN | \$2,045.00 |
| Nashville       | TN | \$1,602.00 |
| Dallas          | TX | \$1,372.00 |
| Fort Worth      | TX | \$1,755.00 |
| Houston         | TX | \$1,552.00 |
| Salt Lake City  | UT | \$1,694.00 |
| Alexandria      | VA | \$3,011.20 |
| Arlington       | VA | \$2,716.10 |
| Richmond        | VA | \$1,750.50 |
| Rutland         | VT | \$1,768.00 |
| Seattle         | WA | \$2,189.00 |
| Spokane         | WA | \$2,660.00 |
| Madison         | WI | \$2,273.50 |
| Milwaukee       | WI | \$2,282.80 |
| Statewide total | WV | \$1,775.00 |
| Statewide total | WY | \$1,242.50 |

## 그리스

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도      | Residential<br>care/home-help<br>services <sup>1</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|---------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980~89 | 0                                                      |                              |          |
| 1990    | 9.34                                                   | 8,172.25                     | 39110.79 |
| 1991    | 19.46                                                  | 9,694.80                     | 48302.27 |
| 1992    | 21.95                                                  | 11,276.89                    | 55838.59 |
| 1993    | 23.42                                                  | 13,294.37                    | 62873.07 |
| 1994    | 31.16                                                  | 15,086.93                    | 71301.54 |
| 1995    | 43.47                                                  | 17,084.37                    | 79927    |
| 1996    | 80.70                                                  | 19,386.05                    | 87851    |
| 1997    | 113.29                                                 | 21,478.84                    | 97235    |
| 1998    | 130.50                                                 | 24,105.52                    | 105773   |
| 1999    | 106.84                                                 | 26,563.40                    | 112686   |
| 2000    | 115.84                                                 | 28,688.74                    | 121701   |
| 2001    | 124.56                                                 | 31,890.83                    | 131341   |

<sup>1</sup> Accommodation for old age people, Assistance in carrying daily tasks for old age people (non means-tested), Assistance in carrying daily tasks for old age people (means-tested) 로 구성되어 있다.

## 네덜란드

## 1. Old age

## 2. Benefits in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>2</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP    |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| 1980 | 876.7                                                 | 43,309.6                     | 160721 |
| 1981 | 1,054.1                                               | 47,004.4                     | 168529 |
| 1982 | 1,096.3                                               | 51,766.2                     | 175351 |
| 1983 | 1,217.9                                               | 54,230.2                     | 182180 |
| 1984 | 985.2                                                 | 54,512.2                     | 190493 |
| 1985 | 925.7                                                 | 54,395.2                     | 199073 |
| 1986 | 1,197.5                                               | 55,323.1                     | 205499 |
| 1987 | 1,159.9                                               | 56,093.5                     | 207837 |
| 1988 | 1,182.1                                               | 57,542.6                     | 216042 |
| 1989 | 1,228.8                                               | 60,063.7                     | 228960 |
| 1990 | 1,302.4                                               | 67,337.2                     | 243561 |
| 1991 | 1,359.3                                               | 71,145.5                     | 256547 |
| 1992 | 1,411.0                                               | 75,472.5                     | 266472 |
| 1993 | 1,447.8                                               | 78,023.2                     | 273242 |
| 1994 | 1,463.9                                               | 78,197.6                     | 287517 |
| 1995 | 1,472.0                                               | 77,307.6                     | 302233 |
| 1996 | 1,499.3                                               | 76,893.7                     | 315059 |
| 1997 | 2,145.5                                               | 80,022.9                     | 333725 |
| 1998 | 2,585.2                                               | 81,487.1                     | 354194 |
| 1999 | 2,368.3                                               | 84,203.4                     | 374070 |
| 2000 | 2,770.0                                               | 87,564.9                     | 402291 |
| 2001 | 2,713.0                                               | 93,349.5                     | 429345 |

<sup>2</sup> Subsidies to retirement homes (WBO), Non-residential social services로 구성되어 있다.

## 노르웨이

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>3</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP     |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| 1980 | 3 272                                                 | 56 297                       | 314364  |
| 1981 |                                                       |                              | 358175  |
| 1982 |                                                       |                              | 396186  |
| 1983 |                                                       |                              | 439023  |
| 1984 |                                                       |                              | 494456  |
| 1985 | 6 367                                                 | 104 556                      | 547286  |
| 1986 |                                                       |                              | 561842  |
| 1987 |                                                       |                              | 613157  |
| 1988 | 18 565                                                | 155 116                      | 643375  |
| 1989 | 19 880                                                | 172 173                      | 686034  |
| 1990 | 12 991                                                | 179 368                      | 726799  |
| 1991 | 13 689                                                | 198 033                      | 769782  |
| 1992 | 15 551                                                | 211 964                      | 790300  |
| 1993 | 15 580                                                | 221 623                      | 830416  |
| 1994 | 16 735                                                | 230 853                      | 873410  |
| 1995 | 17 346                                                | 243 565                      | 937444  |
| 1996 | 17 861                                                | 256 201                      | 1026925 |
| 1997 | 19 198                                                | 267 936                      | 1111349 |
| 1998 | 21 583                                                | 290 929                      | 1132134 |
| 1999 | 23 198                                                | 317 727                      | 1233040 |
| 2000 | 25 121                                                | 337 841                      | 1469075 |
| 2001 | 27 648                                                | 364 903                      | 1526232 |

<sup>3</sup> Accommodation과 home-help로 구성되어 있다.

## 뉴질랜드

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>4</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP    |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| 1980 | 2.4                                                   | 4,038.2                      |        |
| 1981 | 2.4                                                   | 4,955.0                      |        |
| 1982 | 2.4                                                   | 5,879.9                      |        |
| 1983 | 2.5                                                   | 6,466.9                      |        |
| 1984 | 3.0                                                   | 7,032.9                      |        |
| 1985 | 3.9                                                   | 8,359.1                      |        |
| 1986 | 4.8                                                   | 10,003.4                     |        |
| 1987 | 6.2                                                   | 11,750.4                     |        |
| 1988 | 7.8                                                   | 13,611.4                     | 67004  |
| 1989 | 9.9                                                   | 15,357.9                     | 70840  |
| 1990 | 10.8                                                  | 16,027.5                     | 73510  |
| 1991 | 5.5                                                   | 16,271.9                     | 72477  |
| 1992 | 5.8                                                   | 16,693.9                     | 74140  |
| 1993 | 1.7                                                   | 16,626.8                     | 79895  |
| 1994 | 1.4                                                   | 16,942.5                     | 85765  |
| 1995 | 1.3                                                   | 17,493.2                     | 91264  |
| 1996 | 1.8                                                   | 18,274.1                     | 96755  |
| 1997 | 0.0                                                   | 19,926.4                     | 100040 |
| 1998 | 0.0                                                   | 20,439.4                     | 101414 |
| 1999 | 0.0                                                   | 20,926.2                     | 106641 |
| 2000 | 0.0                                                   | 21,861.1                     | 113375 |
| 2001 | 0.0                                                   | 22,655.1                     | 121954 |

<sup>4</sup> Home-help: non beneficiaries과 Home-help: beneficiaries and non beneficiaries로 구성되어 있다.

## 덴마크

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>5</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP     |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| 1980 | 9 079                                                 | 112 130                      |         |
| 1981 | 10 345                                                | 124 050                      |         |
| 1982 | 11 928                                                | 142 581                      |         |
| 1983 | 12 728                                                | 159 224                      |         |
| 1984 | 13 128                                                | 167 191                      |         |
| 1985 | 14 283                                                | 176 685                      |         |
| 1986 | 14 907                                                | 185 030                      |         |
| 1987 | 15 710                                                | 200 220                      |         |
| 1988 | 16 576                                                | 218 493                      | 748274  |
| 1989 | 17 197                                                | 232 466                      | 788600  |
| 1990 | 18 731                                                | 241 971                      | 825310  |
| 1991 | 19 126                                                | 258 787                      | 857652  |
| 1992 | 19 433                                                | 272 779                      | 887868  |
| 1993 | 19 620                                                | 291 166                      | 900153  |
| 1994 | 20 672                                                | 319 306                      | 965719  |
| 1995 | 21 822                                                | 327 211                      | 1009756 |
| 1996 | 23 181                                                | 336 162                      | 1060888 |
| 1997 | 24 138                                                | 342 249                      | 1116324 |
| 1998 | 21 395                                                | 348 597                      | 1155407 |
| 1999 | 21 641                                                | 360,452                      | 1207749 |
| 2000 | 22 274                                                | 370,051                      | 1278955 |
| 2001 | 23 357                                                | 387,220                      | 1322950 |

<sup>5</sup> Accommodation for the elderly, Assistance in carrying daily tasks for the elderly, Other services to the elderly로 구성되어 있다.

독일<sup>6</sup>

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>7</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP     |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| 1980 | 1,232.7                                               | 176,198.3                    |         |
| 1981 | 1,396.1                                               | 189,770.1                    |         |
| 1982 | 1,500.1                                               | 197,927.1                    |         |
| 1983 | 1,600.8                                               | 203,871.0                    |         |
| 1984 | 1,676.8                                               | 210,960.3                    |         |
| 1985 | 1,817.9                                               | 225,671.5                    |         |
| 1986 | 1,898.4                                               | 238,078.3                    |         |
| 1987 | 2,007.1                                               | 249,665.5                    |         |
| 1988 | 2,133.0                                               | 263,090.9                    |         |
| 1989 | 2,269.9                                               | 268,399.0                    |         |
| 1990 | 2,591.5                                               | 290,695.0                    |         |
| 1991 | 4,438.3                                               | 373,624.7                    | 1502200 |
| 1992 | 5,430.8                                               | 425,370.0                    | 1613200 |
| 1993 | 6,008.3                                               | 445,669.6                    | 1654200 |
| 1994 | 6,571.4                                               | 467,000.7                    | 1735500 |
| 1995 | 6,417.4                                               | 494,567.8                    | 1801300 |
| 1996 | 5,599.8                                               | 515,052.3                    | 1833700 |
| 1997 | 3,764.5                                               | 516,905.9                    | 1871600 |
| 1998 | 3,761.2                                               | 528,130.3                    | 1929400 |
| 1999 | 4,050.4                                               | 541,552.5                    | 1978600 |
| 2000 | 4,063.7                                               | 551,505.9                    | 2030000 |
| 2001 | 4,127.2                                               | 568,024.2                    | 2074000 |

<sup>6</sup> 독일은 장기 요양 관련 여러 항목이 있음. 동봉한 다른 문서를 참조할 것.

<sup>7</sup> Accommodation for adults aged 65 and over (Long term care insurance, since 1995), Accommodation for adults aged 65 and over (Social compensation, assistance to war victims), Accommodation for adults aged 65 and over (Social assistance), Home-help services for adults aged 65 and over (Long term care insurance, since 1995), Assistance in carrying out daily tasks (Health insurance), Assistance in carrying out daily tasks (Social compensation, assistance to war victims), Assistance in carrying out daily tasks (Social assistance)의 항목으로 구성되어 있다.

특셈부르크

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care / Home-help services <sup>8</sup> | PUBLIC SOCIAL EXPENDITURE | GDP |
|------|----------------------------------------------------|---------------------------|-----|
| 1980 | 5.7                                                | 890.4                     |     |
| 1981 | 6.6                                                | 1,018.0                   |     |
| 1982 | 8.6                                                | 1,103.6                   |     |
| 1983 | 8.9                                                | 1,221.5                   |     |
| 1984 | 9.3                                                | 1,276.3                   |     |
| 1985 | 8.4                                                | 1,342.9                   |     |
| 1986 | 9.2                                                | 1,423.2                   |     |
| 1987 | 9.1                                                | 1,554.9                   |     |
| 1988 | 10.1                                               | 1,665.9                   |     |
| 1989 | 13.8                                               | 1,842.1                   |     |
| 1990 | 16.2                                               | 2,006.6                   |     |
| 1991 | x                                                  | 2,273.0                   |     |
| 1992 | x                                                  | 2,441.8                   |     |
| 1993 | x                                                  | 2,739.2                   |     |
| 1994 | x                                                  | 2,926.2                   |     |
| 1995 | x                                                  | 3,146.4                   |     |
| 1996 | x                                                  | 3,323.6                   |     |
| 1997 | x                                                  | 3,502.7                   |     |
| 1998 | x                                                  | 3,694.0                   |     |
| 1999 | x                                                  | 4,037.5                   |     |
| 2000 | x                                                  | 4,257.7                   |     |
| 2001 | x                                                  | 4,582.5                   |     |

<sup>8</sup> Subsidies to retirement' homes를 말하는 것임.



미국

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>9</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|-------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980 | 482.4                                                 | 359,955.9                    | 2789525  |
| 1981 | 548.9                                                 | 409,318.3                    | 3128425  |
| 1982 | 594.4                                                 | 446,160.8                    | 3255025  |
| 1983 | 660.0                                                 | 485,241.6                    | 3536675  |
| 1984 | 871.0                                                 | 500,183.4                    | 3933175  |
| 1985 | 379.6                                                 | 531,856.3                    | 4220250  |
| 1986 | 451.0                                                 | 571,212.0                    | 4462825  |
| 1987 | 514.0                                                 | 605,218.9                    | 4739475  |
| 1988 | 530.2                                                 | 648,231.3                    | 5103750  |
| 1989 | 587.2                                                 | 695,319.5                    | 5484350  |
| 1990 | 629.4                                                 | 761,866.3                    | 5803075  |
| 1991 | 664.9                                                 | 852,375.2                    | 5995925  |
| 1992 | 684.4                                                 | 937,989.9                    | 6337750  |
| 1993 | 721.5                                                 | 1,002,434.0                  | 6657400  |
| 1994 | 783.1                                                 | 1,062,027.1                  | 7072225  |
| 1995 | 874.0                                                 | 1,120,744.3                  | 7397650  |
| 1996 | 751.8                                                 | 1,168,139.7                  | 7816825  |
| 1997 | 761.0                                                 | 1,211,935.2                  | 8304325  |
| 1998 | 762.8                                                 | 1,246,801.9                  | 8746975  |
| 1999 | 807.8                                                 | 1,294,448.1                  | 9268425  |
| 2000 | 812.4                                                 | 1,370,237.0                  | 9816975  |
| 2001 | 871.2                                                 | 1,470,966.6                  | 10127950 |

<sup>9</sup> Institutional care (Federal and State)를 말하는 것임.

별기에

1 . Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>10</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1997 | 5                                                      | 59 648                       | 217145.5 |
| 1998 | 74                                                     | 61 838                       | 225230.5 |
| 1999 | 94                                                     | 64 138                       | 235683.5 |
| 2000 | 99                                                     | 66 179                       | 247923.9 |
| 2001 | 109                                                    | 69 105                       | 254152.9 |

---

<sup>10</sup> Accommodation, Assistance in carrying out daily tasks로 구성되어 있다.

## 스웨덴

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>11</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP     |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|---------|
| 1980 | 6 770                                                  | 158 138                      | 548581  |
| 1981 | 7 584                                                  | 178 708                      | 599426  |
| 1982 | 8 104                                                  | 196 799                      | 656083  |
| 1983 | 9 239                                                  | 223 042                      | 736242  |
| 1984 | 10 261                                                 | 239 546                      | 826116  |
| 1985 | 11 550                                                 | 269 551                      | 899754  |
| 1986 | 12 823                                                 | 295 443                      | 985263  |
| 1987 | 14 040                                                 | 321 495                      | 1068065 |
| 1988 | 16 072                                                 | 356 780                      | 1165476 |
| 1989 | 18 097                                                 | 386 847                      | 1293305 |
| 1990 | 21 788                                                 | 437 549                      | 1421418 |
| 1991 | 22 950                                                 | 496 600                      | 1532495 |
| 1992 | 39 348                                                 | 540 435                      | 1529379 |
| 1993 | 40 719                                                 | 567 771                      | 1544040 |
| 1994 | 40 662                                                 | 581 840                      | 1645790 |
| 1995 | 38 580                                                 | 583 510                      | 1770248 |
| 1996 | 43 398                                                 | 589 583                      | 1815144 |
| 1997 | 44 369                                                 | 586 023                      | 1888231 |
| 1998 | 45 533                                                 | 599 488                      | 1971871 |
| 1999 | 47 425                                                 | 621 251                      | 2076525 |
| 2000 | 48 892                                                 | 627 840                      | 2194967 |
| 2001 | 51 433                                                 | 655 394                      | 2269149 |

<sup>11</sup> Accommodation for the elderly (local governments), Home-help for the elderly (local governments)로 구성되어 있다.

## 스위스

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>12</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1990 | 670.5                                                  | 56,851.5                     | 327583.8 |
| 1991 | 779.0                                                  | 64,428.3                     | 343264.9 |
| 1992 | 895.3                                                  | 72,898.3                     | 350806.7 |
| 1993 | 898.1                                                  | 80,483.0                     | 358326   |
| 1994 | 925.2                                                  | 82,872.5                     | 367729.1 |
| 1995 | 943.0                                                  | 86,771.4                     | 372250.3 |
| 1996 | 847.3                                                  | 91,287.8                     | 373992.7 |
| 1997 | 856.0                                                  | 96,425.4                     | 380593.2 |
| 1998 | 833.6                                                  | 98,398.7                     | 390190.9 |
| 1999 | 791.2                                                  | 101,532.0                    | 397893.6 |
| 2000 | 793.9                                                  | 103,082.2                    | 415528.8 |
| 2001 | 802.0                                                  | 109,320.7                    | 422485.3 |

<sup>12</sup> Homes for old age people (without medical services), Old age pension: complementary benefits to AVS로 구성되어 있다.

## 스페인

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care / Home-help services <sup>13</sup> | PUBLIC SOCIAL EXPENDITURE | GDP    |
|------|-----------------------------------------------------|---------------------------|--------|
| 1980 | 24.3                                                | 15,141.2                  | 95336  |
| 1981 | 27.2                                                | 18,235.8                  | 106963 |
| 1982 | 30.7                                                | 21,031.5                  | 123006 |
| 1983 | 35.5                                                | 24,953.4                  | 140068 |
| 1984 | 41.1                                                | 27,779.4                  | 158060 |
| 1985 | 47.3                                                | 31,905.3                  | 175629 |
| 1986 | 55.1                                                | 35,943.5                  | 201064 |
| 1987 | 65.7                                                | 39,973.5                  | 224835 |
| 1988 | 98.8                                                | 45,780.7                  | 250314 |
| 1989 | 117.9                                               | 51,823.1                  | 280488 |
| 1990 | 459.2                                               | 61,067.3                  | 312425 |
| 1991 | 514.3                                               | 69,645.1                  | 342599 |
| 1992 | 572.9                                               | 79,127.7                  | 368986 |
| 1993 | 622.6                                               | 85,771.7                  | 381746 |
| 1994 | 666.3                                               | 89,266.3                  | 406015 |
| 1995 | 715.0                                               | 93,640.6                  | 437785 |
| 1996 | 636.7                                               | 100,151.4                 | 464255 |
| 1997 | 638.0                                               | 103,471.0                 | 494144 |
| 1998 | 658.9                                               | 107,142.8                 | 527972 |
| 1999 | 859.2                                               | 112,698.5                 | 565419 |
| 2000 | 1,049.2                                             | 121,389.4                 | 610544 |
| 2001 | 1,154.3                                             | 127,877.5                 | 653927 |

<sup>13</sup> Accommodation for the elderly (social security), Accommodation for the elderly (civil servants, military personnel and local government employees), Accommodation for the elderly (other social protection schemes) (means-tested), Accommodation for the elderly (other social protection schemes) (non means-tested), Home-help services for the elderly (social security), Home-help services for the elderly (civil servants, military personnel and local government employees), Home-help services for the elderly (other social protection schemes) (means-tested)로 구성되어 있다.

## 아이슬란드

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>14</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1990 | 4,613.1                                                | 59,794.1                     |          |
| 1991 | 5,138.2                                                | 67,413.2                     |          |
| 1992 | 5,374.8                                                | 69,846.2                     |          |
| 1993 | 5,133.3                                                | 73,781.0                     |          |
| 1994 | 5,585.2                                                | 79,269.5                     |          |
| 1995 | 5,748.9                                                | 84,114.5                     |          |
| 1996 | 6,362.0                                                | 89,332.4                     |          |
| 1997 | 6,821.1                                                | 95,174.2                     | 510382.7 |
| 1998 | 7,864.0                                                | 106,508.1                    | 567341.7 |
| 1999 | 8,304.4                                                | 119,663.8                    | 608448.3 |
| 2000 | 8,969.8                                                | 130,437.1                    | 660974.7 |
| 2001 | 9,908.5                                                | 147,793.7                    | 740636.3 |

---

<sup>14</sup> Services for the elderly: accommodation, Assistance for the elderly in carrying out daily tasks로 구성되어 있다.

## 아일랜드

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care / Home-help services <sup>15</sup> | PUBLIC SOCIAL EXPENDITURE | GDP      |
|------|-----------------------------------------------------|---------------------------|----------|
| 1980 | 34.4                                                | 2,185.3                   |          |
| 1981 | 40.7                                                | 2,671.0                   |          |
| 1982 | 45.1                                                | 3,269.0                   |          |
| 1983 | 49.4                                                | 3,634.1                   |          |
| 1984 | 52.9                                                | 3,902.0                   |          |
| 1985 | 56.6                                                | 5,407.2                   |          |
| 1986 | 57.5                                                | 5,778.4                   |          |
| 1987 | 59.4                                                | 5,953.5                   |          |
| 1988 | 59.6                                                | 6,048.4                   |          |
| 1989 | 61.2                                                | 6,205.3                   |          |
| 1990 | 71.9                                                | 6,772.1                   |          |
| 1991 | 81.1                                                | 7,333.1                   |          |
| 1992 | 89.0                                                | 8,153.5                   |          |
| 1993 | 96.4                                                | 8,782.0                   |          |
| 1994 | 101.8                                               | 9,297.8                   |          |
| 1995 | 108.2                                               | 10,187.2                  |          |
| 1996 | 107.1                                               | 10,554.3                  |          |
| 1997 | 109.0                                               | 11,287.0                  | 66973.05 |
| 1998 | 119.4                                               | 12,060.9                  | 77580.19 |
| 1999 | 141.6                                               | 12,722.6                  | 89457.39 |
| 2000 | 187.1                                               | 14,013.1                  | 103065.1 |
| 2001 | 253.3                                               | 15,779.1                  | 115432.5 |

<sup>15</sup> Public welfare homes, Home nursing services, Home nursing services, Home-help services, Meals services로 구성되어 있다.

## 영국

## 1. Old age

현금 부문에서 요양 수당이 있음

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>16</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP    |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| 1980 | 985                                                    | 42 375                       | 230695 |
| 1981 | 1093                                                   | 50 598                       | 253000 |
| 1982 | 1201                                                   | 56 926                       | 277090 |
| 1983 | 1281                                                   | 64 530                       | 302774 |
| 1984 | 1330                                                   | 69 654                       | 324407 |
| 1985 | 1386                                                   | 76 282                       | 354952 |
| 1986 | 1470                                                   | 82 865                       | 381317 |
| 1987 | 1666                                                   | 88 367                       | 419631 |
| 1988 | 1790                                                   | 91 768                       | 468386 |
| 1989 | 1799                                                   | 97 822                       | 514168 |
| 1990 | 1888                                                   | 110 343                      | 557300 |
| 1991 | 2 148                                                  | 125 151                      | 586000 |
| 1992 | 2 326                                                  | 142 959                      | 610562 |
| 1993 | 2 608                                                  | 154 254                      | 641691 |
| 1994 | 3 111                                                  | 160 384                      | 680441 |
| 1995 | 3 468                                                  | 168 016                      | 718383 |
| 1996 | 3 702                                                  | 176 570                      | 762610 |
| 1997 | 3 962                                                  | 181 207                      | 810138 |
| 1998 | 4 709                                                  | 187 103                      | 858616 |
| 1999 | 3 604                                                  | 194 577                      | 903167 |
| 2000 | 4 085                                                  | 208 657                      | 950561 |
| 2001 | 4 282                                                  | 219 627                      | 994309 |

<sup>16</sup> Local authority personal social services, Accommodation: local authority personal social services, Assistance in carrying out daily tasks: local authority personal social services로 구성되어 있다.



오스트리아

1. Old age

현금 부문에서 요양 수당이 있음

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>17</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980 | 52.0                                                   | 16,781.9                     |          |
| 1981 |                                                        |                              |          |
| 1982 |                                                        |                              |          |
| 1983 |                                                        |                              |          |
| 1984 |                                                        |                              |          |
| 1985 | 78.8                                                   | 24,284.1                     |          |
| 1986 |                                                        |                              |          |
| 1987 |                                                        |                              |          |
| 1988 |                                                        |                              |          |
| 1989 |                                                        |                              | 126483.3 |
| 1990 | 103.6                                                  | 32,196.1                     | 136326.4 |
| 1991 | 113.9                                                  | 34,909.6                     | 146592.9 |
| 1992 | 138.9                                                  | 37,997.3                     | 155474.7 |
| 1993 | 157.8                                                  | 41,753.5                     | 160274.7 |
| 1994 | 222.2                                                  | 45,148.9                     | 168942.8 |
| 1995 | 260.9                                                  | 45,899.4                     | 175525.5 |
| 1996 | 386.8                                                  | 47,561.1                     | 181871.8 |
| 1997 | 700.1                                                  | 47,380.2                     | 185140.6 |
| 1998 | 772.5                                                  | 48,935.3                     | 192384.2 |
| 1999 | 864.7                                                  | 51,443.3                     | 200025.3 |
| 2000 | 895.0                                                  | 53,775.0                     | 210392.3 |
| 2001 | 907.7                                                  | 55,171.7                     | 215593.4 |

<sup>17</sup> Old age homes: accommodation (Sozialleistungen der Länder), Assistance in carrying out daily tasks (Länder), Accommodation (Sozialleistungen der Länder, means tested), Assistance in carrying out daily tasks (Länder, means tested)로 구성되어 있다.

## 이탈리아

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>18</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980 | 0                                                      | 36 565                       | 198523.8 |
| 1981 | 0                                                      | 47 200                       | 238165.3 |
| 1982 | 0                                                      | 57 090                       | 280837   |
| 1983 | 0                                                      | 70 025                       | 327130.6 |
| 1984 | 0                                                      | 78 374                       | 374781.1 |
| 1985 | 0                                                      | 89 396                       | 420324.2 |
| 1986 | 0                                                      | 98 836                       | 465037.2 |
| 1987 | 0                                                      | 109 295                      | 508533.6 |
| 1988 | 0                                                      | 122 046                      | 564407.1 |
| 1989 | 0                                                      | 135 188                      | 618099.1 |
| 1990 | 808                                                    | 158 703                      | 682153   |
| 1991 | 898                                                    | 174 874                      | 744032   |
| 1992 | 996                                                    | 190 634                      | 783773.7 |
| 1993 | 1 064                                                  | 199 564                      | 807362   |
| 1994 | 1 085                                                  | 208 034                      | 853910.6 |
| 1995 | 870                                                    | 212 458                      | 923052.2 |
| 1996 | 1 039                                                  | 231 313                      | 982443.4 |
| 1997 | 979                                                    | 247 974                      | 1026285  |
| 1998 | 1 017                                                  | 254 795                      | 1073019  |
| 1999 | 1 108                                                  | 267 526                      | 1107994  |
| 2000 | 1 186                                                  | 280 809                      | 1166548  |
| 2001 | 1 373                                                  | 298 289                      | 1218535  |

<sup>18</sup> Accommodation for old age (means-tested), Accommodation for old age (non means-tested), Assistance in carrying out daily tasks for old age로 구성되어 있다.

## 일본

## 1. Old age

현금으로 장기 요양 보험이 있다.

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>19</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP       |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|
| 1980 | 239,259.98                                             | 25,303,576.74                | 240969100 |
| 1981 | 263,088.03                                             | 28,162,578.84                | 259034100 |
| 1982 | 291,753.82                                             | 30,680,927.03                | 271887800 |
| 1983 | 308,242.85                                             | 32,939,864.37                | 282803400 |
| 1984 | 323,002.64                                             | 34,599,374.24                | 300940900 |
| 1985 | 333,996.38                                             | 36,470,375.59                | 323541300 |
| 1986 | 394,861.09                                             | 39,482,301.00                | 338674000 |
| 1987 | 384,682.78                                             | 41,581,972.85                | 352530000 |
| 1988 | 408,678.37                                             | 43,267,399.79                | 379250400 |
| 1989 | 442,473.75                                             | 45,642,247.33                | 408534700 |
| 1990 | 482,711.66                                             | 50,270,738.78                | 440124900 |
| 1991 | 528,741.56                                             | 53,565,190.75                | 468234300 |
| 1992 | 579,061.18                                             | 57,119,290.87                | 480492100 |
| 1993 | 610,460.65                                             | 60,722,682.16                | 484233900 |
| 1994 | 779,719.20                                             | 64,368,419.79                | 490005200 |
| 1995 | 936,219.72                                             | 67,794,837.73                | 496922200 |
| 1996 | 974,511.04                                             | 70,378,596.26                | 509984000 |
| 1997 | 1,079,287.46                                           | 71,871,496.17                | 520939100 |
| 1998 | 1,197,557.07                                           | 74,631,776.53                | 514595100 |
| 1999 | 1,016,353.31                                           | 77,265,197.85                | 507224100 |
| 2000 | 3,537,365.46                                           | 82,583,787.47                | 511462300 |
| 2001 | 4,411,656.18                                           | 85,390,540.01                | 505847200 |

<sup>19</sup> Residential care: social welfare to adults aged 65 and over, Rehabilitation services: social welfare to adults aged 65 and over, Subsidies for community activities for old age people, Long-term care Insurance, Public assistance로 구성되어 있다.

## 포르투갈

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>20</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980 | 2.16                                                   | 811.5                        |          |
| 1981 | 2.95                                                   | 1044.4                       |          |
| 1982 | 3.63                                                   | 1210.0                       |          |
| 1983 | 4.67                                                   | 1518.4                       |          |
| 1984 | 5.94                                                   | 1835.7                       |          |
| 1985 | 9.99                                                   | 2326.7                       |          |
| 1986 | 13.79                                                  | 3142.6                       |          |
| 1987 | 24.71                                                  | 3760.5                       |          |
| 1988 | 28.58                                                  | 4550.9                       |          |
| 1989 | 31.16                                                  | 5162.5                       |          |
| 1990 | 35.07                                                  | 7063.8                       |          |
| 1991 | 45.83                                                  | 8706.3                       |          |
| 1992 | 54.32                                                  | 10280.1                      |          |
| 1993 | 74.91                                                  | 11883.2                      |          |
| 1994 | 84.83                                                  | 12966.1                      |          |
| 1995 | 100.20                                                 | 14569.8                      | 80826.8  |
| 1996 | 106.50                                                 | 16469.5                      | 86230.3  |
| 1997 | 129.34                                                 | 17561.1                      | 93014.1  |
| 1998 | 151.13                                                 | 19334.3                      | 100962.6 |
| 1999 | 168.72                                                 | 21437.9                      | 108029.7 |
| 2000 | 206.25                                                 | 23685.8                      | 115548.1 |
| 2001 | 256.92                                                 | 25969.5                      | 122549.6 |

<sup>20</sup> Private social solidarity institutions for the elderly, Social services for the elderly: accomodation (public sector), Social services for the elderly: Assistance in carrying out daily tasks (public sector), Private social solidarity institutions for the elderly (means-tested), Social action for the elderly (IGFSS), Direct benefits for the elderly (IGFSS), Social action for the elderly (IGFSS)로 구성되어 있다.

## 프랑스

## 1. Old age

현금 급여로 Social aid allowances for old people라는 항목이 있는데, 관련된 것일 수도... 또한 여러 항목의 care 수당이 있음.

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>21</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP      |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|----------|
| 1980 | 636.6                                                  | 92,879.3                     | 439383.1 |
| 1981 | 754.5                                                  | 109,803.7                    | 493792.6 |
| 1982 | 854.3                                                  | 129,226.3                    | 565097.6 |
| 1983 | 977.8                                                  | 144,329.4                    | 625178.7 |
| 1984 | 1,037.4                                                | 159,545.8                    | 680040.8 |
| 1985 | 1,087.4                                                | 193,616.9                    | 727368.1 |
| 1986 | 1,042.1                                                | 206,723.7                    | 782885.7 |
| 1987 | 1,066.8                                                | 216,697.1                    | 825721.6 |
| 1988 | 1,033.0                                                | 231,304.5                    | 889852.6 |
| 1989 | 1,065.2                                                | 241,106.8                    | 955900.3 |
| 1990 | 1,186.4                                                | 268,547.6                    | 1009478  |
| 1991 | 1,269.6                                                | 285,772.1                    | 1049480  |
| 1992 | 1,301.3                                                | 304,469.5                    | 1086358  |
| 1993 | 1,364.1                                                | 324,807.5                    | 1101676  |
| 1994 | 1,402.2                                                | 334,597.0                    | 1143322  |
| 1995 | 1,686.4                                                | 345,540.1                    | 1181849  |
| 1996 | 1,733.7                                                | 356,101.4                    | 1212178  |
| 1997 | 1,737.6                                                | 368,084.8                    | 1251163  |
| 1998 | 1,629.1                                                | 378,199.3                    | 1305851  |
| 1999 | 1,584.3                                                | 391,815.6                    | 1355102  |
| 2000 | 1,540.8                                                | 402,427.1                    | 1420139  |
| 2001 | 1,575.9                                                | 419,874.7                    | 1475586  |

<sup>21</sup> 엑셀 파일을 보면 무려 32개의 세부 항목이 있음. 생략함.

## 핀란드

## 1. Old age

## 2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>22</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP    |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| 1980 | 136.23                                                 | 6078.72                      | 32796  |
| 1981 | 166.17                                                 | 7020.99                      | 37138  |
| 1982 | 235.46                                                 | 8335.23                      | 41673  |
| 1983 | 189.04                                                 | 9752.37                      | 46510  |
| 1984 | 222.68                                                 | 11408.29                     | 52056  |
| 1985 | 263.55                                                 | 13032.79                     | 56663  |
| 1986 | 263.38                                                 | 14276.53                     | 60502  |
| 1987 | 288.44                                                 | 15832.80                     | 65693  |
| 1988 | 315.52                                                 | 17412.60                     | 74579  |
| 1989 | 350.34                                                 | 19233.44                     | 83099  |
| 1990 | 406.85                                                 | 21801.28                     | 88080  |
| 1991 | 436.78                                                 | 25123.58                     | 84043  |
| 1992 | 421.82                                                 | 27787.61                     | 82008  |
| 1993 | 449.23                                                 | 28153.42                     | 83083  |
| 1994 | 448.56                                                 | 29049.41                     | 87890  |
| 1995 | 481.86                                                 | 29623.41                     | 95262  |
| 1996 | 485.73                                                 | 30486.90                     | 98634  |
| 1997 | 454.28                                                 | 30671.94                     | 107030 |
| 1998 | 458.65                                                 | 30788.73                     | 116311 |
| 1999 | 482.87                                                 | 31305.49                     | 119985 |
| 2000 | 495.65                                                 | 31889.52                     | 130145 |
| 2001 | 529.27                                                 | 33531.09                     | 135468 |

<sup>22</sup> Accommodation for old age (Services provided by municipalities: health care and social services), Assistance in carrying out daily tasks for old age (health care and social services)로 구성되어 있다.

한국

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>23</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP       |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|-----------|
| 1980 |                                                        |                              | 38774926  |
| 1981 |                                                        |                              | 48672658  |
| 1982 |                                                        |                              | 55721705  |
| 1983 |                                                        |                              | 65559030  |
| 1984 |                                                        |                              | 75126307  |
| 1985 |                                                        |                              | 84061033  |
| 1986 |                                                        |                              | 98110157  |
| 1987 |                                                        |                              | 115164343 |
| 1988 |                                                        |                              | 137111528 |
| 1989 |                                                        |                              | 154753403 |
| 1990 | 11,364.0                                               | 5,596,748.0                  | 186690879 |
| 1991 | 12,398.0                                               | 6,355,929.0                  | 226007551 |
| 1992 | 15,416.0                                               | 7,910,683.0                  | 257525378 |
| 1993 | 22,367.0                                               | 9,176,265.0                  | 290675582 |
| 1994 | 36,196.0                                               | 10,871,798.0                 | 340208257 |
| 1995 | 42,517.0                                               | 13,747,609.0                 | 398837661 |
| 1996 | 55,791.0                                               | 16,190,568.0                 | 448596413 |
| 1997 | 82,309.0                                               | 19,204,253.0                 | 491134804 |
| 1998 | 93,957.0                                               | 26,385,792.0                 | 484102802 |
| 1999 | 72,129.0                                               | 33,359,810.0                 | 529499659 |
| 2000 | 127,487.0                                              | 29,286,380.4                 | 578664532 |
| 2001 | 177,389.0                                              | 33,780,577.2                 | 622122631 |

<sup>23</sup> Welfare facility care for the elderly, Home-help services for the elderly, Support of day care for the elderly로 구성되어 있다.

호주

1. Old age

2. Benefit in kind

| 년도   | Residential care /<br>Home-help services <sup>24</sup> | PUBLIC SOCIAL<br>EXPENDITURE | GDP    |
|------|--------------------------------------------------------|------------------------------|--------|
| 1980 | 100.5                                                  | 16,481.8                     | 137734 |
| 1981 | 119.2                                                  | 18,829.4                     | 157512 |
| 1982 | 146.9                                                  | 22,213.2                     | 175575 |
| 1983 | 154.2                                                  | 26,246.8                     | 190301 |
| 1984 | 180.6                                                  | 29,844.8                     | 215402 |
| 1985 | 206.8                                                  | 33,455.0                     | 238831 |
| 1986 | 260.9                                                  | 36,351.0                     | 257742 |
| 1987 | 334.7                                                  | 40,906.5                     | 291767 |
| 1988 | 419.4                                                  | 43,736.7                     | 331017 |
| 1989 | 535.7                                                  | 48,756.8                     | 370404 |
| 1990 | 559.8                                                  | 56,592.2                     | 393990 |
| 1991 | 724.8                                                  | 62,246.6                     | 400352 |
| 1992 | 770.2                                                  | 69,505.7                     | 414880 |
| 1993 | 779.7                                                  | 73,763.6                     | 435759 |
| 1994 | 842.8                                                  | 76,422.6                     | 459889 |
| 1995 | 911.0                                                  | 89,664.7                     | 484882 |
| 1996 | 1,142.2                                                | 95,223.3                     | 515767 |
| 1997 | 1,221.6                                                | 99,580.5                     | 543485 |
| 1998 | 1,298.9                                                | 105,260.2                    | 574570 |
| 1999 | 1,408.0                                                | 109,814.9                    | 602821 |
| 2000 | 1,621.1                                                | 124,215.5                    | 648628 |
| 2001 | 1,735.9                                                | 128,337.2                    | 689959 |

<sup>24</sup> Aged care programme support (ACPS), Nursing home and hostel care, Hostel care, Home and community care (HACC) – Commonwealth, Community aged care packages, Respite care로 구성되어 있다.



|                |      | 60세 이상  |         | 60세 이상 |           | 총인구중   |       |
|----------------|------|---------|---------|--------|-----------|--------|-------|
|                |      | 일상적도움필요 | total   | 도움필요노인 | total pop | care필요 | 적연령   |
|                |      | 노인수     | 노인인구수   | 비율     |           | 노인비율   | 의존인구비 |
| Australia      | 2000 | 313.20  | 791.00  | 39.60  | 19137.60  | 4.10   | 6.50  |
|                | 2010 | 404.90  | 924.80  | 43.78  | 21028.70  | 4.40   | 7.10  |
|                | 2020 | 524.80  | 1060.60 | 49.48  | 22744.90  | 4.70   | 7.90  |
| Austria        | 2000 | 168.10  | 367.40  | 45.75  | 8079.90   | 4.50   | 7.30  |
|                | 2010 | 193.80  | 391.50  | 49.50  | 7953.40   | 4.90   | 7.90  |
|                | 2020 | 225.10  | 409.60  | 54.96  | 7735.30   | 5.30   | 8.90  |
| Belgium        | 2000 | 227.40  | 472.90  | 48.09  | 10249.40  | 4.60   | 7.60  |
|                | 2010 | 252.80  | 501.90  | 50.37  | 10296.10  | 4.90   | 8.00  |
|                | 2020 | 294.90  | 530.10  | 55.63  | 10244.00  | 5.20   | 9.00  |
| Canada         | 2000 | 514.90  | 1294.60 | 39.77  | 30756.70  | 4.20   | 6.60  |
|                | 2010 | 668.40  | 1509.50 | 44.28  | 33215.60  | 4.50   | 7.20  |
|                | 2020 | 902.40  | 1735.80 | 51.99  | 35597.80  | 4.90   | 8.30  |
| Czech Republic | 2000 | 189.00  | 526.50  | 35.90  | 10271.80  | 5.10   | 7.90  |
|                | 2010 | 235.50  | 559.30  | 42.11  | 10137.80  | 5.50   | 8.70  |
|                | 2020 | 276.80  | 576.20  | 48.04  | 9895.40   | 5.80   | 9.80  |
| Denmark        | 2000 | 106.60  | 237.30  | 44.92  | 5320.10   | 4.50   | 7.20  |
|                | 2010 | 129.50  | 256.60  | 50.47  | 5373.90   | 4.80   | 8.00  |
|                | 2020 | 148.50  | 272.70  | 54.46  | 5365.40   | 5.10   | 8.80  |
| Finland        | 2000 | 103.50  | 231.30  | 44.75  | 5171.80   | 4.50   | 7.20  |
|                | 2010 | 130.60  | 254.30  | 51.36  | 5187.40   | 4.90   | 8.20  |
|                | 2020 | 156.30  | 270.40  | 57.80  | 5165.00   | 5.20   | 9.40  |
| France         | 2000 | 1219.50 | 2644.70 | 46.11  | 59237.70  | 4.50   | 7.40  |
|                | 2010 | 1408.20 | 2854.20 | 49.34  | 61203.40  | 4.70   | 7.90  |
|                | 2020 | 1679.70 | 3081.60 | 54.51  | 62412.10  | 4.90   | 8.80  |
| Germany        | 2000 | 1913.00 | 3891.50 | 49.16  | 82016.80  | 4.70   | 7.80  |
|                | 2010 | 2100.20 | 4085.80 | 51.40  | 81353.40  | 5.00   | 8.20  |
|                | 2020 | 2393.70 | 4250.50 | 56.32  | 79863.50  | 5.30   | 9.20  |

|            |      | 60세 이상  |         | 60세 이상 |           | 총인구중   |       |
|------------|------|---------|---------|--------|-----------|--------|-------|
|            |      | 일상적도움필요 | total   | 도움필요노인 | total pop | care필요 | 적연령   |
|            |      | 노인수     | 노인인구수   | 비율     |           | 노인비율   | 의존인구비 |
| Greece     | 2000 | 248.80  | 505.50  | 49.22  | 10610.00  | 4.80   | 7.70  |
|            | 2010 | 275.40  | 529.20  | 52.04  | 10579.20  | 4.80   | 7.70  |
|            | 2020 | 304.70  | 545.10  | 55.90  | 10324.70  | 5.30   | 9.10  |
| Hungary    | 2000 | 197.00  | 515.00  | 38.25  | 9967.60   | 5.20   | 8.20  |
|            | 2010 | 211.20  | 514.70  | 41.03  | 9489.10   | 5.40   | 8.50  |
|            | 2020 | 239.30  | 514.30  | 46.53  | 9020.80   | 5.70   | 9.40  |
| Iceland    | 2000 | 4.20    | 11.00   | 38.18  | 279.30    | 3.90   | 6.40  |
|            | 2010 | 5.20    | 12.60   | 41.27  | 297.00    | 4.20   | 6.80  |
|            | 2020 | 6.90    | 14.30   | 48.25  | 312.20    | 4.60   | 7.70  |
| Ireland    | 2000 | 58.00   | 152.70  | 37.98  | 3803.10   | 4.00   | 6.40  |
|            | 2010 | 71.50   | 174.00  | 41.09  | 4201.30   | 4.10   | 6.70  |
|            | 2020 | 90.80   | 198.20  | 45.81  | 4593.90   | 4.30   | 7.30  |
| Italy      | 2000 | 1388.30 | 2785.50 | 49.84  | 57530.00  | 4.80   | 7.90  |
|            | 2010 | 1540.40 | 2880.50 | 53.48  | 56390.50  | 5.10   | 8.50  |
|            | 2020 | 1670.40 | 2922.80 | 57.15  | 53860.50  | 5.40   | 9.40  |
| Japan      | 2000 | 2959.20 | 6094.70 | 48.55  | 127096.30 | 4.80   | 7.70  |
|            | 2010 | 3861.50 | 6712.80 | 57.52  | 128220.30 | 5.20   | 9.30  |
|            | 2020 | 4257.90 | 6959.20 | 61.18  | 125958.40 | 5.50   | 10.30 |
| Korea      | 2000 | 313.80  | 1170.70 | 26.80  | 22268.40  | 5.30   | 8.30  |
|            | 2010 | 428.60  | 1348.40 | 31.79  | 23687.90  | 5.70   | 8.90  |
|            | 2020 | 489.60  | 1502.10 | 32.59  | 25158.40  | 6.00   | 9.20  |
| Luxembourg | 2000 | 8.50    | 19.20   | 44.27  | 436.80    | 4.40   | 7.10  |
|            | 2010 | 10.20   | 22.20   | 45.95  | 490.40    | 4.50   | 7.30  |
|            | 2020 | 12.70   | 25.60   | 49.61  | 546.30    | 4.70   | 7.90  |

|                 |      | 60세 이상  |         | 60세 이상 |           | 총인구중   |       |
|-----------------|------|---------|---------|--------|-----------|--------|-------|
|                 |      | 일상적도움필요 | total   | 도움필요노인 | total pop | care필요 | 적연령   |
|                 |      | 노인수     | 노인인구수   | 비율     |           | 노인비율   | 의존인구비 |
| Mexico          | 2000 | 865.10  | 4199.50 | 20.60  | 98872.20  | 4.20   | 7.10  |
|                 | 2010 | 1239.80 | 5213.60 | 23.78  | 112884.00 | 4.60   | 7.30  |
|                 | 2020 | 1837.80 | 6312.50 | 29.11  | 124974.70 | 5.10   | 7.90  |
| Netherlands     | 2000 | 290.60  | 688.80  | 42.19  | 15863.70  | 4.30   | 6.80  |
|                 | 2010 | 360.70  | 763.50  | 47.24  | 16313.20  | 4.70   | 7.50  |
|                 | 2020 | 441.90  | 832.00  | 53.11  | 16507.40  | 5.00   | 8.50  |
| New Zealand     | 2000 | 58.90   | 151.10  | 38.98  | 3778.00   | 4.00   | 6.50  |
|                 | 2010 | 74.00   | 173.40  | 42.68  | 4040.80   | 4.30   | 7.00  |
|                 | 2020 | 96.30   | 196.40  | 49.03  | 4223.40   | 4.70   | 7.80  |
| Norway          | 2000 | 87.60   | 195.30  | 44.85  | 4469.00   | 4.40   | 7.20  |
|                 | 2010 | 104.10  | 214.80  | 48.46  | 4613.90   | 4.70   | 7.70  |
|                 | 2020 | 125.90  | 235.50  | 53.46  | 4733.40   | 5.00   | 8.60  |
| Poland          | 2000 | 641.40  | 1883.30 | 34.06  | 38605.40  | 4.90   | 7.60  |
|                 | 2010 | 722.00  | 1998.10 | 36.13  | 38253.30  | 0.20   | 7.90  |
|                 | 2020 | 940.30  | 2085.60 | 45.09  | 37740.60  | 5.50   | 9.20  |
| Portugal        | 2000 | 209.40  | 455.60  | 45.96  | 10015.50  | 4.50   | 7.30  |
|                 | 2010 | 229.70  | 474.10  | 48.45  | 10082.20  | 4.70   | 7.70  |
|                 | 2020 | 255.90  | 494.00  | 51.80  | 9939.60   | 5.00   | 8.30  |
| Slovak Republic | 2000 | 83.40   | 258.90  | 32.21  | 5398.70   | 4.80   | 7.40  |
|                 | 2010 | 96.30   | 278.50  | 34.58  | 5429.80   | 5.10   | 7.70  |
|                 | 2020 | 123.70  | 293.30  | 42.18  | 5384.20   | 5.40   | 8.70  |
| Spain           | 2000 | 871.30  | 1862.50 | 46.78  | 39910.30  | 4.70   | 7.30  |
|                 | 2010 | 963.60  | 1940.80 | 49.65  | 39568.70  | 4.90   | 7.80  |
|                 | 2020 | 1084.30 | 2004.80 | 54.09  | 38271.80  | 5.20   | 8.70  |
| Sweden          | 2000 | 198.40  | 407.80  | 48.65  | 8842.10   | 4.60   | 7.80  |
|                 | 2010 | 235.30  | 441.10  | 53.34  | 8702.90   | 5.10   | 8.50  |
|                 | 2020 | 261.90  | 455.60  | 57.48  | 8570.50   | 5.30   | 9.40  |

[illegible]

연구보고서 2005-16

---

**OECD 국가의 노인장기요양서비스 체계 비교와 정책적 함의**  
Issues in Long-term Care Services in OECD Countries and Implications for Korea

---

|     |                                                               |           |
|-----|---------------------------------------------------------------|-----------|
| 발행일 | 2005년 12월 일                                                   | 값 10,000원 |
| 저 자 | 최 은 영 외                                                       |           |
| 발행인 | 김 용 문                                                         |           |
| 발행처 | 한국보건사회연구원                                                     |           |
|     | 서울특별시 은평구 불광동 산42-14 (우: 122-705)                             |           |
|     | 대표전화: 02) 380-8000                                            |           |
|     | <a href="http://www.kihasa.re.kr">http://www.kihasa.re.kr</a> |           |
| 등 록 | 1994년 7월 1일 (제8-142호)                                         |           |
| 인 쇄 | 예원기획                                                          |           |

© 한국보건사회연구원 2005

---

ISBN 89-8187-357-7 93330