

건강부문의 성과와 향후 추진방향

*Evaluation and Future Direction of
Health Policy for Older Persons*



선우덕 한국보건사회연구원 연구위원

지난 2006년 이후 정부는 인구고령화대책의 일환으로 저출산고령사회기본계획을 수립, 추진하고 있는데, 노후에 대비한 각종 건강정책도 마련되어 있다. 지금까지 2차례에 걸쳐서 기본계획을 수립, 추진 중에 있고, 2016년부터는 제3차 기본계획이 추진될 예정이다. 그동안 우리나라가 2000년 고령사회에 진입한 이후 저출산고령사회기본계획의 추진과 아울러, 보건의료적 환경의 변화와 정책의 성과가 나타나고 있는데, 대표적인 성과로 건강수명의 연장을 들 수 있다. 그렇지만, 고령자의 고혈압·당뇨병이나 심·뇌혈관질환의 관리, 건강증진행동의 확대 및 장기요양발생의 예방적 관리 등에 정책방향을 더 집중할 필요가 있는 것으로 파악되었다. 향후 보건의료 및 장기요양부문의 예방적 관리에 집중하여 노인의료비의 비효율적 증가를 억제시키고, 신체적·정신적으로 건강한 노후를 지원할 수 있도록 하여야 할 것이다.

1. 서론

우리나라의 인구고령화 현상은 주지된 바 있듯이 그 속도가 상당히 빠르게 진행되고 있다. 그러한 현상은 크게 출산력의 저하와 평균수명의 연장에 기인하는 것으로 되어 있다. 먼저, 출산력을 보면, 1985년(1.67) 이후 서서히 하락하다가 2002년(1.17)부터 현재에 이르기까지 낮은 수준에 머물러 있다. 그런 반면에 평균수명은 지속적으로 끊임없이 늘어만 가고 있다. 이러한 아동인구의 급감으로 전체 노인인구비율은 가파르게 상승하고 있다.

이러한 급변하는 사회의 변화에 대응하기 위해 정부에서는 지난 2005년도에 저출산 고령사회기본법을 제정하였고, 이에 따라 저출산고령사회기본계획이 5년마다 작성, 수립되어 추진되고 있다. 제1차 저출산고령 사회기본계획(2006~2010)은 지난 2006년도에 수립되었고, 2010년도에는 제2차 저출산고령 사회기본계획(2011~2015)이 수립되어 현재 추진 중에 있다.

본고에서는 지난 2000년부터 최근까지 추진되어 온 정부의 인구고령화대응책의 주요 내용을 점검해보고, 그 대응책의 시행에 따른 성과를 주요지표를 통해서 검토해 보고자 한다.

2. 2000년대이후 고령화대책 및 주요 건강지표의 변화

1) 노인건강대책의 주요 변화

우리나라 정부는 고령화 사회에 돌입한 2000년대부터 본격적으로 고령화대책에 착수하였다. 그 중에서 크게 눈에 띄는 건강부문의 대책으로는 건강보험제도의 발전과 노인장기요양보험의 도입준비로 볼 수 있겠다. 먼저, 건강보험제도는 그동안 직장근로자, 공무원 등 특수직역근로자, 지역지역자로 구분되어 실시되어 오던 것을 2000년도에 관리운영체계를 통합하고, 2003년에 재정통합까지 이루어 피용근로자 및 자영업자를 불문하고 동일한 보험급여가 제공되게 되었다. 이러한 제도의 통합은 소득수준이나 종사직종과 무관하게 의료서비스를 이용하는데 있어서 차별을 두지 않게 됨으로써 치료에 대한 접근성은 상당히 높아지게 되었다. 특히, 의료보험통합이전에는 대부분의 노인은 지역의료보험에 가입됨으로써 직장가입자에 비해서 차별적인 서비스를 받았었지만, 그러한 요인에 의한 차별적인 치료서비스는 통합이후 사라지게 되어 노인들의 진료비지출은 증가하게 되었다. 더구나, 최근 들어 암과 같은 중증질환자에 대한 진료비 본인부담금이 크게 경감됨으로써 고도기술에 의한 치료도 손쉽게 이용할 수 있게 되었다.

한편, 고령화 사회의 진입을 계기로 정책적으로 크게 거론된 분야가 노인의 장기요양보호문제일 것이다. 당시 공적 노인장기요양보호제도의 도입 필요성을 보면, 첫째는 노인인구의 급증예상, 둘째는 노인인구증가에 따른 장기케어가 필요한 노인

의 증가예상, 셋째는 저출산 및 여성의 경제활동참여 확대 등에 따른 가정내 케어인력의 부족예상, 넷째는 장기케어시설의 부족에 따른 사회적 병원 입원에 의한 노인의료비의 증가예상 등이 거론되었다. 이러한 예상들은 지난 10여년 동안 끊임없이 이어져 온 것도 사실이다.

그래서 노인인구비율이 7%를 초과한 2000년도부터 노인장기요양보호대책이 추진되기 시작하였고, 초기의 연구결과를 토대로, 공적노인 요양보장추진기획단 및 실행위원회 설치, 3개 년간 노인장기요양보험제도의 시범사업을 거쳐 2008년에 노인장기요양 보험제도를 실시하기에 이르렀다. 특히, 노인장기요양보험제도의 급여대상자가 대부분 치매 및 중풍(뇌졸중)질환자이어서 정부에서는 이들 질환을 국가적으로 관리하기 시작하였다. 그래서, 치매종합관리대책(2008년)을 작성, 발표한 후 그 성과를 토대로 2011년도에 치매관리법이 제정되기에 이르렀고, 지난 2008년도에 수립된 제1차 치매종합관리대책에 이어서 2012년도에 제2차 계획이 수립, 추진 중에 있다. 특히, 치매관리 및 사업추진을 위해 설치된 시·도단위의 광역치매 관리센터나 시·군·구단위의 치매상담센터 등이 활성화되고 있어서 치매예방과 관련한 국민들의 인식수준이 높아지고 있다고 하겠다.

한편, 노인의 건강증진을 위해서 시·군·구 보건소를 중심으로 한 국민건강생활실천사업이 국민건강증진법의 제정이후 지속적으로 시행되고 있다. 현재에는 지역사회통합건강증진사업의 명칭으로 국민건강증진사업이 추진되고 있는데, 이에선 금연, 절주, 신체활동, 영양(비만관리) 등 건강실천행위를 비롯하여 구강, 심뇌혈관, 아토피천식, 치매, 재활, 방문건강관리 등의 관리사업이 포함되어

표 1. 2000년 이후 건강부문의 고령화대책 변화

| 연도 | 건강부문 | 소득 및 기타부문 |
|------|--|--|
| 2000 | - 의료보험 완전통합 | - 노인인구비율 7% 초과 |
| 2001 | - 청와대 노인장기요양보장제도 도입 시사 | - 지역사회시니어클럽(5개소) 기관지정(노인취업지원) |
| 2002 | - 국민건강보험재정건전화특별법 제정 | - 노인보건복지종합대책 수립(국무조정실) |
| 2003 | - 의료보험의 직장재정 및 지역재정의 통합 - 공적노인요양보장추진기획단 설치 | - 고령사회대책 및 사회통합기획단 설치(9월) |
| 2004 | - 공적노인요양보장제도 실행위원회 설치 | - 실버산업육성추진위원회 구성 |
| 2005 | - 노인장기요양보험 1차 시범사업 추진(7월) - 치매중풍노인특별보호대책 수립 | - 저출산고령사회기본법 제정(5월) |
| 2006 | - 노인장기요양보험 2차 시범사업 추진(7월) | - 제1차 5개년 저출산고령사회기본계획 수립 - 국민연금 적용사업장 확대(근로자1인이상) |
| 2007 | - 노인장기요양보험법 제정(4월) | - 노인돌봄미바우처사업 실시 |
| 2008 | - 노인장기요양보험 실시(7월) - 제1차 치매 종합관리대책 발표(9월) - 노인건강증진종합대책 수립 | - 기초노령연금 지급 실시(1월) |
| 2010 | - 치매치료관리비 지원사업 실시 | - 제2차 5개년 저출산고령사회기본계획 수립 |
| 2011 | - 치매관리법 제정 | - 4대 사회보험 징수통합 |
| 2012 | - 제1차 장기요양기본계획 수립, 발표 - 제2차 국가치매관리종합계획(2013~15) 수립 | |
| 2014 | - 노인장기요양보험제도의 치매특별등급 실시 | - 기초연금 실시(7월) |

있다. 이 중에서 금연·절주·신체활동·영양의 사업, 만성질환예방 및 관리사업, 치매검진사업은 지역사회에서 반드시 수행하여야 하는 필수사업으로 분류되어 있다. 인구고령화로 인한 노인인구가 각 지역사회마다 증가하고 있기 때문에 대부분의 보건소에서는 노인의 건강증진사업을 시행하고 있는 실정이다. 이 중, 노인과 관련된 주요 건강증진사업이라고 한다면, 만성질환관리, 치매관리, 신체활동 및 영양관리사업이라 할 수 있다.

2) 주요 건강지표의 변화

국민들의 건강상태를 하나의 종합적인 결과지표로 볼 수 있는 것이 평균수명이다. 전체적인 평균수명은 2000년 76세에서 2012년 81.4세로 5.4년이 연장되었는데, 남녀별로 보면 동기간에 남성의 평균수명이 여성보다 상대적으로 더 빠르게 진행된 것으로 보인다. 그리고 65세시 기대여명(2012년)에 대해서 보면, 남성은 17.5년, 여성은

표 2. 평균수명의 추이

| 구분 | 2000년 | 2012년 | 증가연수(년) |
|---------|-------------------|------------------|----------------|
| 평균수명(세) | (76.0) | (81.4) | (5.4) |
| 남성 | 72.3 | 77.9 | 5.6 |
| 여성 | 79.6 | 84.6 | 5.0 |
| 기대여명(년) | | | |
| 65세시 | 남(14.3), 여(18.2) | 남(17.5), 여(22.0) | 남(3.2), 여(3.8) |
| 75세시 | 남(8.6), 여(10.7) | 남(10.5), 여(13.5) | 남(1.9), 여(2.8) |
| 85세시 | 남(4.9), 여(5.8) | 남(5.5), 여(7.1) | 남(0.6), 여(1.3) |

자료: 통계청. 인구동태통계연보, 각년도

22년으로 나타나고 있는데, 이는 2000년도에 비해 각각 3.2년, 3.8년이나 연장된 것이고, 남성에 비해 여성이 상대적으로 더 많이 연장된 것으로 보인다.

노인이 어느 질병으로 인하여 사망하는가를 보면, 2000년과 2013년간 차이를 나타내고 있다. 즉, 사망원인의 1~3위는 지난 10여년간 변함이 없지만, 4~5위에 변화가 보인다. 최근에 들어와 주요 사망원인으로 나타나 질병이 폐렴인데, 이는 노인의 고령화에 기인할 수도 있겠다. 그런데, 질병별 사망률의 변화를 보면, 동기간에 암은 929.7명(인구10만명당)에서 852.9명, 뇌혈관질환은 785.3명에서 372.9명, 당뇨병은 218.4명에서 163.0명으로 감소한 반면에, 심장질환은 358.9명에서 367.1명으로 오히려 증가한 것으로 나타나 노인의 질병관리체계에 변화가 필요한 것 같다.

그리고, 전술한 암, 뇌혈관질환, 심장질환 등을 중심으로 노인의 사망이 이루어지고, 이들 질환은 다른 질병에 비해 많은 의료비를 필요로 하고 있기

때문에 노인인구의 증가와 함께 전체적으로 노인 의료비지출이 지속적으로 증가한다고 볼 수 있다. 실제로 통계를 보면, 65세 이상 노인진료비수준이 2000년에는 전체건강보험진료비의 17.4% 이던 것이 2003년에 20%, 209년에 30%를 초과하여 2012년도에는 33.3%를 차지하게 되었다. 이러한 노인의료비(7.01배)는 전체진료비(3.67배)보다 거의 2배 가까이 빠른 속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 이러한 노인진료비의 증가가 노인의 의료서비스접근이 향상되었다는 것을 암시함과 동시에 비효율적인 의료행태에 기인할 수도 있다는 것을 시사해주고 있다.

노인의료비는 사망원인질병 이외에 현재의 유병질환에 의해서도 영향을 받기 마련인데, 보건복지부 · 한국보건사회연구원의 노인생활실태조사 자료에 의하면, 2004~2011년간 고혈압 · 당뇨병, 협심증 등의 유병률은 증가한 반면에 관절염 등 골관절계통의 유병률은 큰 변동을 나타내고 있지 않고 있다. 특히, 고혈압, 당뇨병, 고지혈증 같은 질환

표 3. 노인의 사망원인 변화

| 순위 | 2000년 | 2010년 | 2013년 |
|----|-----------------|---------------|---------------|
| 1위 | 암 (929.7) | 암 (882.4) | 암 (852.9) |
| 2위 | 뇌혈관질환 (785.3) | 뇌혈관질환 (409.4) | 뇌혈관질환 (372.9) |
| 3위 | 심장질환 (358.9) | 심장질환 (344.0) | 심장질환 (367.1) |
| 4위 | 당뇨병 (218.4) | 당뇨병 (153.1) | 폐렴 (166.4) |
| 5위 | 만성하기도질환 (209.1) | 폐렴 (127.6) | 당뇨병 (163.0) |

주: ()내는 인구 10만명당 사망자수
 자료: 통계청, 사망원인통계, 각년도

은 협심증, 뇌졸중 등 심·뇌혈관질환의 선형질환이기 때문에 이들 질환의 관리가 중요하다. 결과적으로 보면, 이들 선형질환의 유병률이 높아진다는 것은 노인의 진료비가 높아질 가능성이 높고, 궁극적으로 심·뇌혈관질환에 의한 사망이 많을 수밖에 없음을 의미하고 있다.

마지막으로 현재 노인들이 앓고 있는 질환의 대부분이 만성질환인데, 그러한 만성질환은 건강생활실천과 같은 생활습관에 기인하는 것으로 알려져 있다. 일반적으로 건강생활실천이라고 한다면, 금연, 절주, 신체활동 및 영양관리 등의 건강증진 행위를 일컫고 있고, 그 이외에도 적정수면, 스트

레스해소, 건강검진 등의 행위도 건강에 적지 않은 영향을 주고 있다. 여기에서, 노인계층에서 중요한 건강생활실천은 신체활동과 영양관리를 제시할 수 있는데, 2006~2012년간 변화를 보면, 신체활동(규칙적인 운동)이나 건강검진의 수검율은 지속적으로 개선되고 있는 반면에 영양관리(아침식사하기)나 적정수면은 변화가 거의 없거나 감소한 것으로 나타나고 있다. 특히, 수면의 부족은 생활 활력성의 저하를 유발시키기 때문에 신체활동이나 사회활동의 저하를 가져올 수 있다는 점에서 중요하다. 한편, 노인의 건강상태는 질병의 유무 이외에 기능상태의 측면을 보고 판단할 수 있다. 여기에서

표 4. 노인진료비(65세 이상)의 추이

| 구분 | 2000년 | 2003년 | 2009년 | 2012년 | 2012/2000년간 증가배율 |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------------------|
| 전체진료비(A) (억원) | 131,410 | 205,336 | 394,296 | 482,349 | 3.67 |
| 노인진료비(B) (억원) | 22,893 | 43,723 | 120,391 | 160,382 | 7.01 |
| (B)/(A) (%) | 17.4 | 21.3 | 30.5 | 33.3 | |

자료: 건강보험심사평가원, 2005~2007년 건강보험통계지표; 2008~2012년 진료비통계지표

표 5. 노인의 주요 만성질환 유병률 추이

(단위: %)

| 질병명 | 2004년 | 2011년 |
|--------------|-------|-------|
| 고혈압 | 40.8 | 54.8 |
| 골관절염 등 | 43.1 | 40.4 |
| 당뇨병 | 13.8 | 20.5 |
| 요통, 좌골통, 신경통 | 30.6 | 19.9 |
| 골다공증 | 18.9 | 17.4 |
| 고지혈증 | na | 13.9 |
| 협심증 등 | 6.9 | 11.4 |

자료: 정경희 외(2004, 2011). 노인실태조사.

기능상태란, 일상생활속에 반복적으로 수행하여야 하는 기능을 말하는데, 일반적으로 기본적인 일상 생활동작(ADL: basic activities of daily living)과 수단적 일상생활동작(IADL: instrumental activities of daily living)의 수행능력을 통해서 기능상태를 파악하고 있다. 보건복지부·한국보건사회연구원의 노인생활실태조사자료에 의하면, 기본적인 일상생활 동작의 자립율은 2004~2011년간 대체적으로 변함이 없지만, 수단적 일상생활동작은 상당한 개선이 이루어진 것으로 보여진다.

이러한 일상생활동작의 기능에 장애가 있는 경우에는 타인으로부터 지원을 받아야만 생활이 가능하고, 스스로 수행하지 못하는 기능에 대해 사회적으로 지원해주기 위해 수립된 제도가 노인장기요양보험제도이다. 동 제도는 2008년 7월에 도입되어 만 6년이 경과한 상태인데, 장기요양대상자 인정자수율이 2008년말 전체노인의 4.2%에서 2013년말 6.1%로 상당히 증가한 것으로 나타났다.

3) 주요 건강지표의 국제비교

평균수명은 한 국가의 건강수준을 종합적이고 대표적으로 나타낼 수 있는 건강지표인데, 이 중에서 생활장애요소를 제거한 후 조정된 건강수명은 단순한 수량적 개념이 아닌 질적 개념을 지닌 건강 지표로 볼 수 있다. 특히, 노년기에서는 건강수명의 개념적용이 정책적으로 중요하다고 하겠다. WHO에서 발표한 통계에 의하면, 2012년도 건강수명이 가장 높은 국가는 일본(75세)이고, 그 다음으로 우리나라를 비롯하여 호주, 이탈리아, 스페인, 스위스 등이 73세를 보이고 있다. 특히, 우리나라는 2000년에 비해 건강수명이 무려 5년이나 연장되어 다른 국가의 2~3년에 비해 훨씬 빠르게 진행된 것으로 나타나고 있다.

그리고, 대부분의 유럽국가들은 공적 장기요양보장제도를 운영하고 있는데, 그 방식에는 독일, 네덜란드, 룩셈부르크와 같이 사회보험방식으로

표 6. 노인의 건강관리 실천행위

(단위: %)

| 연도 | 아침식사하기 | | 적정수면(6~8시간) | | 규칙적 운동 | | 정기 건강검진 | |
|------|--------|----------|-------------|----------|--------|----------|---------|----------|
| | 실천한다 | 실천하지 않는다 | 실천한다 | 실천하지 않는다 | 실천한다 | 실천하지 않는다 | 실천한다 | 실천하지 않는다 |
| 2006 | 92.5 | 7.5 | 84.6 | 15.4 | 32.6 | 67.4 | 40.9 | 59.1 |
| 2008 | 95.5 | 4.5 | 86.2 | 13.8 | 33.2 | 66.8 | 59.8 | 40.2 |
| 2010 | 93.7 | 6.3 | 83.1 | 16.9 | 37.3 | 62.7 | 65.2 | 34.8 |
| 2012 | 92.8 | 7.2 | 80.5 | 19.5 | 39.7 | 60.3 | 74.8 | 25.2 |

자료: 통계청, 사회조사, 각년도

표 7. 노인의 일상생활동작의 자립률

(단위: %)

| 구분 | 2004년 | 2011년 | 증가배율 |
|------|-------|-------|------|
| ADL | 91.8 | 92.8 | 1.01 |
| IADL | 77.8 | 86.2 | 1.10 |

자료: 정경희 외(2004, 2011). 노인실태조사.

서비스를 제공하는 국가가 있고, 영국, 스웨덴, 덴마크 등 조세재원으로 서비스를 제공하는 국가가 있는데, 후자의 방식이 대부분이라 하겠다. 조세재정이든, 사회보험재정에 의하든 간에 공공 장기요양보장지출률(GDP대비)의 수준을 살펴보면, 덴마크가 4.50%, 스웨덴이 3.88%, 네덜란드가 3.82%로 상대적으로 높은 국가군이고, 핀란드(2.51%), 벨기에(2.35%), 프랑스(2.16%)가 중간그룹에 속하고, 영국(1.97%), 이탈리아(1.91%), 독일(1.43%), 오스트리아(1.63%), 그리스(1.36%) 등이 낮은 국가군으로 지적되고 있다. 이 중에서 시설서비스가 재가서비스(현금수당 포함)보다 비중이 높은 국가는 벨기에, 스페인, 프랑스, 룩셈부르

크, 네덜란드, 핀란드로 나타나고 있다. 우리나라의 경우에는 유럽국가들에 비해 지출률이 전반적으로 낮은 수준이다. 이는 유럽국가들은 현물형태의 재가서비스 이외에 현금수당을 보편적으로 지급하고 있기 때문에 전체적으로 우리나라에 비해 높은 지출수준을 보이고 있다.

3. 향후 추진방향

우리나라가 고령화 사회에 돌입된 시기부터 최근까지의 노인건강부문의 성과를 살펴보면, 이

표 8. 노인장기요양보험제도의 장기요양인정자수 추이

(단위: 명, %)

| 구분 | 2008.12 | 2013.12 | 증가배율 |
|----------------|-----------|-----------|------|
| 노인인구 (A) (명) | 5,086,195 | 6,192,762 | 1.22 |
| 신청자수 (B) (명) | 355,526 | 685,852 | 1.93 |
| 판정자수 (C) (명) | 265,371 | 535,328 | 2.01 |
| 등급인정자수 (D) (명) | 214,480 | 378,493 | 1.76 |
| (D)/(C) (%) | 80.8 | 70.7 | |
| (D)/(A) (%) | 4.2 | 6.1 | |

자료: 국민건강보험공단. 노인장기요양보험통계연보, 각년도

를 토대로 정리해 보자면, 국민들의 평균수명이나 건강수명을 비롯하여 노인의 기대여명도 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이는 국민들, 또는 고령자의 생활수준이 향상되고, 생활환경위생의 개선, 그리고 보건의료기술의 발전 등에 영향을 받았기 때문이고, 더 나아가서는 고령자의 복지수준을 향상시킨 노인장기요양보험제도와 건강보험제도의 보장성 강화대책 등에 의해서도 영향을 받았다고도 볼 수 있겠다. 다만, 질병상태나 사망원인 등과 같은 몇 가지 성과지표를 토대로 검토해 보면, 반드시 건강한 수준이 향상되었다고 보기도 어려운 점이 있다. 다시 말하면, 고혈압·당뇨병의 증가, 심뇌혈관중심의 사망, 노인의료비의 급증, 건강실천 행위의 저조 등을 제시할 수 있겠다.

이를 바탕으로 향후 건강부문정책에 대한 추진 방향을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 고혈압·당뇨병의 관리체계, 심뇌혈관질환의 관리체계 등 혈관과 관련된 질환의 관리방식을 혁신적으로 개선할 필요가 있다. 최근 보건복지부의 발표에 따르면, 고혈압과 당뇨병 등 만성질환환자를 대상으로 지

역사회 일차의료시범사업을 실시할 계획이다. 즉, 동네의원의사가 진료할 때 질병관리와 관련한 교육 및 상담을 제공하게 하여 좀 더 효과적으로 만성질환을 관리하겠다는 것이다. 좀 더 효과적인 성과를 얻기 위해서는 지역사회내의 일반병원과 보건소 등 보건기관과의 연계가 강화되어야 할 것이다. 둘째, 노인의 건강증진사업이 더 한층 강화될 필요가 있겠다. 이미 한, 두 가지의 만성질환을 가지고 있는 노인들에게 투약위주의 질병관리로는 삶의 질을 유지하게 할 수는 없기 때문에, 만성질환에 기인하는 생활기능의 저하를 사전에 방지, 또는 지연시키는 정책추진이 요구된다. 이 때 건강한 노인은 물론이고, 일상생활상의 불편을 느끼기 시작하고 병의원의 이용이 많아지기 시작하는 허약노인의 관리가 건강한 수명을 연장시키는 방법이고, 장기요양비용이나 의료비의 증가를 통제할 수 있는 방법이라 할 수 있다. 노인인구의 증가에 따른 장기요양비·의료비의 자연증가는 어찌할 수 밖에 없다고 하겠지만, 비효율성에 따른 피할 수 있는 비용이라면 통제하는 것이 타당하겠다. 셋째

표 9. 평균수명 및 건강수명의 국제비교

(단위: 세)

| | 2000년 | | | 2012년 | | |
|-------|-------|----------|------|-------|----------|------|
| | 평균수명 | 60세 기대여명 | 건강수명 | 평균수명 | 60세 기대여명 | 건강수명 |
| 일본 | 81 | 25 | 73 | 84 | 26 | 75 |
| 호주 | 80 | 23 | 70 | 83 | 25 | 73 |
| 이탈리아 | 80 | 23 | 70 | 83 | 25 | 73 |
| 스페인 | 79 | 23 | 70 | 82 | 25 | 73 |
| 스위스 | 80 | 23 | 71 | 83 | 25 | 73 |
| 한국 | 76 | 21 | 68 | 81 | 24 | 73 |
| 프랑스 | 79 | 23 | 70 | 82 | 25 | 72 |
| 캐나다 | 79 | 23 | 70 | 82 | 25 | 72 |
| 룩셈부르크 | 78 | 22 | 69 | 82 | 25 | 72 |
| 뉴질랜드 | 79 | 23 | 69 | 82 | 25 | 72 |
| 스웨덴 | 80 | 23 | 70 | 82 | 24 | 72 |
| 오스트리아 | 78 | 22 | 69 | 81 | 24 | 71 |
| 벨기에 | 78 | 22 | 69 | 80 | 23 | 71 |
| 핀란드 | 78 | 22 | 69 | 81 | 24 | 71 |
| 독일 | 78 | 22 | 69 | 81 | 24 | 71 |
| 아일랜드 | 77 | 20 | 68 | 81 | 24 | 71 |
| 네델란드 | 78 | 22 | 69 | 81 | 24 | 71 |
| 노르웨이 | 79 | 22 | 69 | 82 | 24 | 71 |
| 영국 | 78 | 21 | 69 | 81 | 24 | 71 |
| 덴마크 | 77 | 21 | 68 | 80 | 23 | 70 |
| 미국 | 77 | 22 | 68 | 79 | 23 | 70 |

자료: WHO, Life Expectancy Data by Country.

는 일상생활기능의 장애는 여러 가지의 요인에 의해 발생하는데, 그 대표적인 것으로 치매나 뇌졸중 등 만성질환과 낙상과 같은 생활사고이다. 전술한 바와 같이 고혈압·당뇨병, 심·뇌혈관질환 등과 생활기능장애를 일으키는 질병이 증가하고 있다는 점, 그리고 치매노인이 증가하고 있다는 점 등은

향후 장기요양대상자의 증가 및 그로 인한 장기요양비용지출의 증가로 이어지기 때문에, 이러한 현상이 지속된다면, 향후 노인장기요양보장 지출비는 크게 늘어날 가능성도 있다. 현재까지는 노인장기요양보험 재정지출이 대상자수의 인위적이고 정책적인 확대에 의한 증가이지만, 노인의 만성질환

표 10. GDP대비 공공 장기요양보장 지출률의 국제비교(2010년)

(단위: %)

| | 전체 | 내용별 | | |
|-------------|------|-------|-------|------|
| | | 재가서비스 | 시설서비스 | 현금수당 |
| 벨기에 | 2.35 | 0.60 | 1.30 | 0.45 |
| 불가리아 | 0.47 | na | 0.17 | 0.30 |
| 체코 | 0.81 | 0.06 | 0.23 | 0.53 |
| 덴마크 | 4.50 | 1.33 | 1.14 | 2.04 |
| 독일 | 1.43 | 0.40 | 0.58 | 0.45 |
| 에스토니아 | 0.53 | 0.01 | 0.19 | 0.33 |
| 아일랜드 | 1.11 | 0.19 | 0.92 | na |
| 그리스 | 1.36 | 0.88 | 0.13 | 0.35 |
| 스페인 | 0.82 | 0.22 | 0.46 | 0.14 |
| 프랑스 | 2.16 | 0.44 | 1.38 | 0.34 |
| 이탈리아 | 1.91 | 0.49 | 0.55 | 0.86 |
| 키프러스 | 0.16 | na | 0.01 | 0.15 |
| 라트비아 | 0.67 | 0.05 | 0.51 | 0.12 |
| 리투아니아 | 1.22 | 0.48 | 0.51 | 0.23 |
| 룩셈부르크 | 0.98 | 0.33 | 0.56 | 0.09 |
| 헝가리 | 0.84 | 0.01 | 0.25 | 0.58 |
| 몰타 | 0.65 | 0.09 | 0.56 | 0.00 |
| 네덜란드 | 3.82 | 0.53 | 2.00 | 1.29 |
| 오스트리아 | 1.63 | 0.47 | 0.34 | 0.83 |
| 폴란드 | 0.73 | 0.07 | 0.30 | 0.37 |
| 포르투갈 | 0.31 | 0.23 | 0.08 | 0.00 |
| 로마니아 | 0.63 | 0.58 | 0.04 | 0.01 |
| 슬로베니아 | 1.43 | 0.20 | 0.70 | 0.53 |
| 슬로바키아 | 0.27 | 0.14 | 0.09 | 0.05 |
| 핀란드 | 2.51 | 0.70 | 1.50 | 0.31 |
| 스웨덴 | 3.88 | 1.85 | 1.87 | 0.16 |
| 영국 | 1.97 | 0.86 | 0.56 | 0.56 |
| 평균(EU-27개국) | 1.84 | 0.53 | 0.60 | 0.52 |
| 한국(2013) | 0.25 | 0.12 | 0.13 | na |

자료: Barbara Lipszyc, et al.(2013). *Long-term care: need, use and expenditure in the EU-27*, EC(2012). 통계청, 국민계정.

관리가 미흡한 채 지속된다면, 장기요양대상자수는 더욱 크게 증가할 가능성도 있다. 따라서, 장기요양상태의 발생을 사전적으로 통제해서 대상자수를 조절하기 위해서는 특정노인의 건강증진서비스 확대, 특정질환에 대한 보건복지의 통합적인 관리 체계 구축, 비용효율적인 노인진료체계의 구축 등이 필요하겠다.

4. 결론

노인의 건강수준은 만성질환의 유무와 생활기

능의 정도를 기준으로 파악할 수 있고, 이를 바탕으로 한 정책을 개발하는 것이 필요하겠다. 현재까지는 노인건강부문의 정책은 건강노인이거나 만성질환노인, 장기요양노인에게만 집중되어 왔지만, 앞으로는 건강한 노인이나 생활기능장애 노인 사이에 놓여 있는 허약노인에 대한 건강 증진 대책이 마련될 필요가 있다. 이들은 건강한 노인계층에 비해 외출 등 사회적 활동도 저조하고, 인지기능도 취약하고, 질병관리 때문에 병의원이용도 빈번한 계층이다. 이들 계층이 확대되면 필수룩 의료비나 장기요양비의 지출증가는 큰 폭으로 나타날 가능성이 있다는 것을 알아둘 필요가 있겠다. ■