

Working Paper 2006-01

# 캐나다의 장기요양정책

(Long-term Care Policy for the Elderly in Canada)<sup>1)</sup>

권순만

한국보건사회연구원

---

1) 자료 수집과 정리에 수고한 정연 조교에게 감사드립니다.

## 목 차

I. 들어가는 말 .....	1
II. 캐나다의 의료보장제도 및 인구 구조 .....	3
1. 의료보장 제도 .....	3
2. 인구 구조 변화와 의료비용 .....	4
III. 캐나다의 장기요양제도 .....	7
1. 장기요양제도의 운영과 자원 .....	7
1) 장기요양제도 운영 .....	7
2) 장기요양제도의 자원 .....	9
2. 장기요양 제공 체계 .....	11
1) 장기요양의 유형과 장애 등급 판정 .....	11
2) 장기요양의 제공 체계 .....	13
IV. 장기요양개혁 .....	28
1. 국가 장기요양제도의 도입 .....	28
2. 장기요양 제공 체계 .....	30
V. 맺는 말 .....	32
참고문헌 .....	34

## 표 목 차

〈표 1〉 캐나다 인구 관련 통계 지표 .....	5
〈표 2〉 OECD 주요 국가의 장기요양재원 중 공공 재원과 민간 재원의 비중(2000년 GDP 기준) (OECD, 2005) .....	9
〈표 3〉 캐나다 장기요양 시설 급여 .....	20
〈표 4〉 캐나다 장기요양 시설 이용액 .....	22

## I. 들어가는 말

캐나다는 전 국민에 대해서, 의사와 병원에서 제공되는 서비스를 거의 무료로 이용할 수 있도록 보장해주는 포괄적인 공공의료보험제도를 가지고 있다. 국토가 넓고 다양한 민족성을 지닌 캐나다의 의료보장제도는 국경을 접하고 있는 미국의 의료제도에 비해 국민의 만족도와 형평성, 접근성의 면에서 성공적이라는 평가를 받고 있으며 많은 캐나다 국민의 지원을 받고 있는 대표적인 공공제도이다. 또 캐나다의 의료제도는 각 주(province)에 기반을 둔 공공의료보험을 통해 전 국민에게 포괄적인 의료서비스를 제공하면서도 총 의료비용의 크기에 제한을 가하는 총액계약제를 통해 의료비용의 증가 역시 적정 수준으로 통제하고 있어 지속 가능성 또한 여타 선진국들에 비해 높은 편이다.

반면 캐나다의 전반적인 사회복지제도는 국가의 책임보다는 개인의 책임 그리고 민간부문과 시장의 기능을 더 강조하고 있다. 즉, 캐나다의 사회복지제도는 전 국민을 대상으로 하는 포괄적인 제도라기보다는 가난한 사람만을 대상으로 하며, 노동력에 대한 탈상품화(de-commodification)의 정도가 낮고 계층화(stratification)의 정도가 높아서, Esping-Andersen(1990)의 분류에 의하면 전형적인 자유주의적 복지국가(liberal welfare state)의 성격을 띠고 있다. 즉, 의료제도에 있어서는 미국과 매우 다른 모습을 보이지만 일반적인 사회복지제도는 미국과 매우 유사한 형태를 지니고 있다고 볼 수 있다.

그렇다면 의료와 사회복지적 요소를 모두 지니고 있는 노인요양에 있어 캐나다의 제도가 어떤 모습을 보일 것인지는 매우 흥미로운 주제임에 틀림없다. 캐나다는 이민 인구의 유입 덕택으로 인해 급속한 인구노령화의 문제에 직면하고 있지는 않으나 다른 많은 나라처럼 인구노령화의 추세를 경험하고 있다. 본 연구는 캐나다 장

기요양제도에 대해 고찰하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 우선 노인요양제도와 긴밀하게 연관되어 있는 캐나다의 의료보험제도를 고찰한 다음 캐나다의 장기요양 제도를 고찰하고자 한다.

## II. 캐나다의 의료보장제도 및 인구 구조

### 1. 의료보장 제도

캐나다의 의료보장은 재정이 공공부문에 의해 조달되지만 의료서비스는 주로 민간(비영리)부문에 의해 제공된다. 주로 조세에 의해 의료보장이 이루어지고 있고 10개의 주(province)정부는 각자 의료보장제도에 대한 관할권을 갖고 있으며 연방 정부에서 제시하는 요건을 충족하는 의료보장을 제공하는 대가로 연방정부로부터 재정지원을 받는다. 연방정부로부터의 재정 지원은 직접적인 것이라기보다는 연방정부의 조세 일부분을 주정부가 대신 거두어 사용하게 하는 간접적인 성격을 지닌다. 이러한 연방정부의 재정지원은 원래는 의료보험 예산(비용)의 50%에서 시작하였으나 연방정부의 재정 상태가 악화되면서 연방정부의 지원은 실제로는 의료비용의 50%에 못 미치게 되었다. 1977년부터는 연방정부의 재정지원이 의료비용의 일정 비율에 의해 결정되는 방법으로부터 인구 집단의 특성을 고려한 block fund의 형태로 바뀌었다.

구체적으로 Canada Health Act(CHA)에 의해, 캐나다의 주정부가 주관하는 의료보험제도는 다음과 같은 5가지 기본 원칙을 충족시켜야만 연방정부로부터 재정지원을 받을 수 있다 (European Observatory on Health Systems and Policies, 2005). 첫째, 보편성(Universality)으로서 동일한 조건의 보건의료서비스를 모든 국민에게 보장해야 한다. 둘째, 공공 관리(Public administration)로서 의료보장체계는 주 정부의 책임 하에 비영리 혹은 공공 기관에 의해 관리되고 운영되어야 한다. 셋째, 포괄성(Comprehensiveness)의 원칙은 환자에게 의학적으로 필요한 (medically necessary) 모든 서비스가 보장되어야 한다는 것이다. 넷째, 이동성(Portability)은 피보험자가 캐나다 내의 다른 지방으로 이사하더라도 동일한 의료보장을 받을 수 있어야 한다는 것이다. 다섯째, 접근도(Accessibility)로서 수입, 나이, 건강상태 등으로 인해 차별받지 않으며 동일한 조건으로 재정적 장애요인(환자본인부담금) 없이 필요한 의료 혜택을 받을 수 있어야 한다.

병원의 경우 법적인 소유 주체는 민간비영리 기관이 대다수이지만, 포괄적인 의료보장 제도로 인하여 정부로부터의 예산이 병원 수입의 거의 전부를 차지하므로 실제로는 공공 기관이나 다름없다. 영리병원의 허용 여부에 대한 논란이 지속되고 있으나(특히 Alberta 주), 아직까지 영리병원의 진입은 허용되지 않고 있다. 병원에 대한 진료비 지불은 예산제로 이루어진다. 의사(의원)에 대한 진료비 지불은 행위별수가제로 이루어지지만, 많은 주에서 주정부와 주 의사회 간의 협상에 의해 의료비 총액을 결정하는 방식을 택하고 있다.

이러한 원칙을 가진 캐나다 의료보장제도는 개인의 소득수준에 관계없이 (환자본인부담금 없이) 의료적 필요(medical need)에 의해 의사와 병원의 의료서비스를 이용할 수 있게 함으로써 의료비 부담에 있어 매우 누진적인(progressive) 긍정적 결과와 높은 수준의 소득 재분배 효과를 거두고 있다. 반면 의료적인 필요라는 기준에서 벗어나는 서비스는 위와 같은 포괄적인 공공의료보장의 대상이 아니기 때문에 주 정부의 정책에 따라 많은 차이를 보이고 있다. 의약품, 치과치료, 장기요양 등이 대표적인 예이다. 이러한 영역에 대해서는 개인의 책임, 지불 능력, 시장과 경쟁의 역할 등이 더 강조되는 현상이 벌어지고 있다. 특히 의료기술 발전에 의해 병원으로부터 조기에 퇴원하여 가정이나 지역사회에서 의료나 요양을 받는 사람들이 늘어나는 반면 그들에 대해서는 공공재원에 의한 포괄적인 보장이 제공되지 않기 때문에 많은 문제를 야기하게 되었다. 그 결과 의사서비스와 병원서비스가 아닌 다른 분야의 서비스 제공 비중이 점점 증가하면서 전체 의료비에서 공공부문(공공의료보험)이 차지하는 비중이 점차 감소하고 있다(이른바 ‘수동적 민영화’ passive privatization (Tuohy, Flood and Stabile, 2004)).

## 2. 인구 구조 변화와 의료비용

급속한 인구 고령화를 경험하고 있는 우리나라에 비해 캐나다의 고령화 속도는 완만한 편이기는 하나 인구고령화 추세로부터 예외는 아니다(표 1 참조). 1970년에 7.9%였던 65세 이상 인구의 비중은 2003년에 12.8%로 증가했고 2025년에는 20%에 이를 것으로 추계된다(Marchildon, 2005). 합계 출산율(Total Fertility Rate) 역시 1970년에는 2.3 이었으나 2002년에는 1.5로 감소하였다. 하지만 캐나다의 부양률(Age Dependency Ratio: 15-64세 인구 대

비 여타 연령 인구의 비율)은 45% 수준으로 영국, 스웨덴, 프랑스 보다 낮으며 미국보다도 더 낮다.

〈표 1〉 캐나다 인구 관련 통계 지표

	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
총인구 (백만 명)	21.3	24.5	27.7	30.7	31.0	31.4	31.6
여성 인구 (%)	49.9	50.2	50.4	50.5	50.5	50.5	50.5
부양비	59.5	47.4	47.0	46.5	46.0	45.6	45.2
0~14세 인구 비율 (%)	30.1	22.7	20.7	19.2	18.9	18.6	18.3
65세 이상 인구 비율 (%)	7.9	9.4	11.3	12.6	12.6	12.7	12.8
출생률 (crude/1000명당)	17.5	15.1	14.6	10.7	10.5	10.7	10.5
사망률 (crude/1000명당)	7.3	7.0	6.9	7.1	7.1	7.1	7.2
출산율 (출산수/15~49세 여성 1명당)	2.33	1.68	1.71	1.49	1.51	1.50	-
인구증가율 (연간 %)	1.4	1.3	1.5	0.9	1.1	1.1	0.9

Sources: Statistics Canada

Notes: Population statistics after 2001 are post-census estimates. The age dependency ratio (부양비) is the ratio of the combined child population (aged 0 to 14) and elderly population (aged 65 and over) to the working age population (aged 15 to 64). This ratio is presented as the number of dependants for every 100 people in the working age population.

이러한 인구구조의 변화에 있어서 이민(immigration)은 중요한 기능을 한다. 2003년 현재 캐나다 인구의 18.4%는 외국에서 태어난 사람들이다. 하지만 이러한 이민 인구 역시 머지않은 장래에 노령화를 겪기 때문에, 캐나다에 있어서는 노령화와 관련해 인종적, 문화적 요인의 역할이 중요한 이슈이기도 하다. 나아가 노인인구의 신체 기능 또한 악화되지는 않는다는 간접적인 증거도 존재하는데 1981년에는 75세 이상 인구의 17%가 장기요양 시설에 재원하고 있었으나 2001년에는 그 비중이 14%로 감소하였다 (NACA, 2005).



인구 구조의 변화가 급격하지 않은 것에서 알 수 있듯이 인구구조의 변화가 의료비용의 증가에 미친 영향 역시 크지 않은 것으로 보고되고 있다 (Hogan and Hogan, 2004). 1980년부터 1997년 사이에 연평균 일인당 실질(real) 의료비 증가율이 2.5% 이었는데, 인구 노령화에 기인한 의료비 증가율은 연평균 0.5%에 불과해서 총 증가율의 1/5에 불과했다. 또 1998년부터 2030년까지 연평균 일인당 실질 의료비 증가율은 2.9%로 예상되었는데, 인구 노령화에 기인한 의료비 증가율은 연평균 0.9%로 예상되어 여타 다른 의료비 증가 요인에 비해 상대적으로 적은 영향을 미치는 것으로 예상되었다.

### Ⅲ. 캐나다의 장기요양제도

#### 1. 장기요양제도의 운영과 재원

##### 1) 장기요양제도 운영

의사(의원)나 병원에서 제공하는 의료는 주정부가 그 운영의 주체이기는 하지만 전국적으로 통일된 의료보장체계에 의해 운영된다. 연방정부가 주정부에게 제공하는 block fund는 의료와 장기요양에 대한 구분 없이 두 영역을 모두 포괄하며 주정부의 보건부(Ministry of Health)가 두 영역을 모두 관장한다. 하지만 장기요양은 의료와 마찬가지로 주 정부의 관할 하에 있는 반면, 공공의료보험에 적용되는 5가지 원칙이 적용되지 않기 때문에 연방 정부 차원의 일관된 정책의 역할이 매우 미미하고 주별로 많은 차이를 보인다.

주 별로 차이를 보이기는 하지만, 장기요양은 주로 주정부의 공공부조 프로그램에 의해 운영된다. 따라서 소득 수준이 낮은 사람들은 매우 낮은 경제적 부담(혹은 무료)으로 서비스를 이용할 수 있지만, 의료적 필요가 있는 모든 사람에게 무료로 제공되는 의료서비스와는 달리, 장기요양기관에서 제공하는 장기요양서비스는 환자의 본인부담금이 존재하는 것이 보통이다. 따라서 장기요양서비스에 대한 접근도가 환자의 경제적 부담에 의해 저하될 가능성이 매우 높은 것이다. 나아가 급성기 의료기관과는 달리 장기요양기관(long-term care facility)은 nursing home, home for the aged, retirement homes, complex continuing care hospitals/units 과 같이 그 명칭과 종류만 하더라도 다양하다. 나아가 장기요양기관(long-term care facilities)은 주정부의 예산 배정에 의해 운영되지만 지방정부(local governments)로의 권한 이양에 따라 지역별 차이가 더욱 커지게 되었다.

주마다 차이가 있지만, 예를 들어 Ontario 주의 경우 사회적 서비스(예, 식사 보조, 가사 보조, 방문 등)는 보건부가 아닌 Ministry of Community and Social Services(MCSS)의 주관으로 운영된다. 이는 자산조사(means test)를 통해 가난한 노인들을 주 대상으로 하며 대상

자의 경제적 상태에 따라 본인부담금이 달라지고 또 주정부 산하의 지방정부가 재정에 어느 정도 기여하므로, 체계적이고 통합적인 모습을 띠는 것보다 분절된(fragmented) 체계로서 지역적 차이가 존재한다. 그 결과 민간부문 및 상업화 경향과 함께 주정부로부터 지방정부로의 재정책임 전가 현상 역시 발생하고 있다 (CHA, 2004).

따라서 공적재원에 의해 제도가 운영되고 의료전문인에 의해 서비스가 제공되며 비교적 의료적 필요에 의해 자원이 배분되는 의료보장제도와는 달리, 장기요양은 민간보험, 본인 부담, 자선 단체의 기부 및 서비스 제공 등과 같은 다양한 민간 재원에 의존하는 바가 크고, 전문적 서비스 제공자 외에도 가족, 친지, 자원봉사자와 같은 다양한 제공자가 서비스 제공에 참여하며, 급성기 이후 의료적 필요부터 신체기능보조와 유지에 이르기까지 다양한 수발의 요구도를 고려하여 자원이 배분되어야 한다(Baranek, Deber and Williams, 2004). (급성기) 병원에서의 재원기간이 짧아질수록 (퇴원이 빨라질수록) 장기요양체계에 들어오는 환자들의 수발 요구도는 커질 가능성이 높으므로, 결과적으로 장기요양체계에 더욱 다양한 환자들의 수발요구를 충족시켜야 하므로 의료체계에 비해 더 복잡한 양상을 보인다.

캐나다의 이러한 현상은 영국의 경우와 유사한 점이 많다. 영국의 경우에도 보건의료는 국가보건체계(NHS: National Health Service)로 전 국민을 보장하지만 사회서비스는 자산 조사에 기초하여 이루어져 왔기 때문에 두 영역에 모두 해당되는 장기요양의 경우 국가보건체계(NHS)의 전 국민 보장(universalism)방식과 사회 서비스의 자산조사 방식 사이에서 어디에 초점을 맞출지가 문제가 되었다. 1997년에 왕립위원회(Royal Committee)는 장기요양은 위험 분산이 필요한 위험이라 판단하고, 이 위험 분산을 민간 보험이나 사회보험을 통해서 하지 않고 국가보건체계(NHS)와 유사하게 일반 세금으로 보장하는 것을 제안하였다. 정부는 위원회의 권고를 받아들여 2001년부터 간호요양을 자산 조사에 의한 공공부조에서 국가보건체계(NHS)와 같이 무료로 바꾸었다. 하지만 이를 모든 개인 요양(personal care)에 확대할지는 논란 중이며 자산 조사를 모두 없애지는 않았지만 그 영향력을 감소시킬 개혁이 2001/2002년에 제안되었다. 또한 가정요양에 대한 요금이 지방 정부별로 달랐기 때문에 형평성의 문제가 발생하기도 하였는데, 가정요양 비용에 대한 지방 정부 간 격차를 줄이기 위한 가이드라인이 제안되었다 (Karlsson, et al., 2004).

## 2) 장기요양제도의 재원

장기요양의 재원 구조를 보면, 캐나다는 GDP 대비 장기요양비용의 비율이 1.23%로서 OECD 국가의 평균인 1.25%와 거의 일치한다(표 2). 장기요양재원의 구조에 있어서 재가요양비용과 요양기관요양비용이 GDP대비 각각 0.17%와 1.06%로서 OECD 평균인 0.38%와 0.88%에 비해 기관요양의 비중이 높음을 알 수 있다. 또 장기요양 부문에서 공공재원과 민간재원의 상대적 비중에 있어서는 캐나다는 OECD의 평균과 일치한다. 하지만 이러한 수치는 재가요양과 민간부분요양의 비용을 과소하게 추계한 결과일 가능성이 매우 높다. 앞서 언급한 바와 같이 공공재원이 재가요양에 대한 급여를 제한적으로 제공하는 상황에서 재가요양은 주로 비공식 수발자에 의해 제공될 것이고 이러한 비공식수발자의 사회적 비용(혹은 기회비용, 노동임금 상실 등)은 비용 추계에서 누락될 것이기 때문이다. 실제로 <표 2>에서 캐나다의 경우 민간부분의 재가요양비용은 통계자료가 보고되지 않았다.

〈표 2〉 OECD 주요 국가의 장기요양재원 중 공공 재원과 민간 재원의 비중(2000년 GDP 기준) (OECD, 2005)

Nation	Total expenditure			Public expenditure			Private expenditure		
	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total
Australia	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86	0.08	0.25	0.33
Austria	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1.32	n.a.	n.a.	n.a.
Canada	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99	n.a.	0.24	0.24
Germany	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95	0.04	0.36	0.40
Hungary	<0.10	<0.20	<0.30	n.a.	n.a.	<0.20	n.a.	n.a.	<0.10
Ireland	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52	n.a.	0.10	0.10
Japan	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76	0.00	0.07	0.07
Korea	n.a.	n.a.	<0.30	<0.10	<0.10	<0.20	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	n.a.	n.a.	n.a.	0.15	0.37	0.52	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	n.a.	n.a.	<0.20	n.a.	n.a.	<0.10	n.a.	n.a.	<0.10
Netherlands	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31	0.05	0.08	0.13

Nation	Total expenditure			Public expenditure			Private expenditure		
	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total	Home care	Institutions	Total
New Zealand	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45	0.01	0.22	0.23
Norway	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85	0.03	0.26	0.29
Poland	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37	n.a.	0.00	0.00
Spain	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16	0.18	0.26	0.44
Sweden	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74	0.04	0.10	0.14
Switzerland	0.20	1.34	1.54	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89	0.09	0.38	0.48
United States	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74	0.16	0.39	0.54
Average <sup>1</sup>	0.38	0.88	1.25	0.35	0.64	0.99	0.06	0.19	0.24

Note: Data for Hungary, Korea, Mexico and Poland are only rough indications of magnitude; Data for Australia, Norway, Spain and Sweden are for age group 65+; n.a. = not available.

The notion of "long-term care" used in a national context can be substantially broader, e.g., by including residential homes for older people (e.g. the Netherlands, Nordic countries).

1. Average excludes Austria, Hungary, Luxembourg, Korea and Mexico.

다른 자료에 의하면, 재가요양에 있어서 공공부문 비용의 증가율은 1980년대 17.2%에서 1990년대에는 10.4%로서 증가율이 둔화되고 있지만, 민간부문 비용의 증가율은 1980년 9.4%에서 1990년대에는 13.0%로서 증가율이 증가하고 있어서, 재가요양에 있어서 공공재원의 비중이 감소하고 있음을 보여주고 있다 (Coyte, 2002). 하지만 총 재원 구조에 있어서는 2001년 총 가정서비스(Home service) 비용 3.5 billion 중 공공의 비중이 약 80%로서 여전히 민간부문보다 훨씬 큰 역할을 하고 있음을 알 수 있다. 하지만 위 통계에서의 민간재원은 공공 재원이 급여하는 범위에 있어서 개인이 부담하는 본인부담금 혹은 민간보험에 의한 지불액일 가능성이 높고, 가정에서 비공식 수발자가 경제적 보상 없이 제공하는 요양의 비용을 추계한 것이 아닐 것이므로 재가요양의 사회적 비용이나 개인적 부담을 과소 추계했을 가능성이 매우 높다.

국가간의 복지국가에 대한 이념, 철학, 역사적 전통의 차이는 장기요양 비용(재원)에 있어서 공공과 민간의 역할 분담에서 잘 드러난다(표 2 참조). 예를 들어 사회복지의 재원과 서비스 제공에 있어서 정부의 역할을 크게 강조하는 사민주의(social democratic) 복지국가

인 북부 유럽 국가들은 장기요양 비용 중 공공재원의 상대적 비중이 다른 나라에 비해 유의하게 높다. <표 2>에 의하면 Norway나 Sweden은 장기요양비용에 있어서 공공부문의 비중이 민간부문에 비해 훨씬 높은 것으로 나타났다. 반면 시장기전과 민간/개인의 책임을 강조하는 자유주의(liberal) 복지국가인 미국, 영국, 뉴질랜드에서는 장기요양비용에 있어서 민간부문의 비중이 공공에 비해 훨씬 높은 것을 알 수 있다. 흔히 보수주의(conservative) 복지국가는 사민주의 복지국가와 자유주의 복지국가의 중간적 특성을 가지는 경우가 많은데 장기요양에 있어서는 약간은 다른 경향을 보임을 알 수 있다. 즉, 앞서 언급한 바와 같이 보수주의 복지국가 중에서도 남부 유럽의 경우에는 가족이나 지역사회 비공식수발의 기능이 여전히 강조되어, 예를 들어 스페인의 통계치를 보면 민간비용의 비중이 공공부문에 비해 훨씬 높다. 반대로 일본의 경우 세계에서 가장 높은 수준의 인구고령화를 경험하고 있고 장기요양보험의 도입과 같은 공공부문의 역할이 매우 큰 결과, 전체 장기요양비용에서 공공부문의 비중이 민간에 비해 크게 높다.

캐나다의 경우에도 일반적으로 자유주의 복지국가적 성격이 강함에도 불구하고 장기요양에 있어서 공공부문의 역할이 여타 자유주의 복지국가에 비해서는 약간 높게 나타났다. 이것은 아마도 의료에서 공공부문의 역할을 중요시하는 전통이 장기요양에도 영향을 미쳐, 기관제공 요양에 있어서 공공부문이 어느 정도 수준의 역할을 수행하는데 기여했기 때문으로 유추된다.

## 2. 장기요양 제공 체계

### 1) 장기요양의 유형과 장애 등급 판정

장기요양은 다양한 대상 집단에 대해 다양한 장소에서 다양한 공급자에 의해 다양한 형태로 제공될 수 있으므로 구체적으로 여러 가지 차원으로 분류할 수 있다. 장기요양을 필요로 하는 사람은 급성기 치료 이후 재활을 필요로 하는 경우(acute/post acute cases)도 있는 반면, 신체 기능상의 문제로 인하여 장기적인 도움이 필요한 경우(chronic/maintenance cases)도 있다. 전자의 경우 간호서비스가 가장 큰 비중을 차지하고 있어서 의료적 패러다

임이 상대적으로 강한 반면 후자의 경우 가사 및 개인적 지원(personal support)과 같은 사회서비스(social service)적 패러다임이 상대적으로 더 중요하다. 또 요양은 서비스가 제공되는 장소에 따라 재가(home)/지역사회(community) 요양 혹은 기관(institution) 요양(요양병원이나 요양원)으로 나눌 수 있다. 신체 기능 상태의 저하 정도가 심할수록 가정/지역사회보다는 요양기관에 의존할 가능성이 더 높을 것이다. 또 재가나 지역사회 중심의 요양은 다시 의료/간호나 요양관련 전문 인력에 의한 서비스 제공체계인 공식적 체계 그리고 가족, 친지, 자원봉사자 등에 의해 서비스가 제공되는 비공식적 체계로 나눌 수도 있다.

급성기후 서비스(post acute care)는 장기요양이라기 보다는 의료적 성격이 강하지만 현행 캐나다 공공의료보험은 의료적 필요도를 의사나 병원에서 제공받는 서비스로 제한함으로써, 퇴원 후 가정에서 제공받는 급성기후 서비스에 대해서는 환자가 그 비용을 지불하여야 하는 경우가 많다. 즉, 재원 중에는 환자의 경제적 부담이 전혀 없지만 퇴원을 하여 가정에서 간호서비스를 받게 되면 환자의 경제적 부담이 크게 증가하는 것이다. 그 결과 병원으로부터 조속한 퇴원을 원하기보다는 불필요하게 재원일수를 늘릴 비효율적인 유인이 발생할 가능성이 높다. 따라서 공공의료보험이 추구하는 원칙중의 하나인 포괄성(comprehensiveness)의 원칙을 의료기관이라는 범위를 기준으로 하여 적용할 것이 아니라, 가정이나 지역사회에서 제공되는 급성기후 치료까지로 확대하여야 한다는 주장이 제기되고 있다 (Coyte, 2002). 공공의료보험의 급여 범위를 확대함으로써 의료기관에서의 재원 치료와 퇴원 후 치료 간의 유기적 연계를 이루어야 한다는 것이다.

장기요양부문에 있어서는 보건의료서비스와 복지서비스간 연계가 중요할 수 있다. 캐나다의 경우 주정부가 단일지불자(single payer)로서 보건의료체계와 복지서비스체계의 재원과 제공체계에 대한 책임을 지고 있으므로 두 영역간 효과적인 연계, 특히 의료서비스를 대체하는 수단으로서 요양서비스의 역할에 많은 관심을 가지게 된다. 또 지역보건당국(Regional Health Authority)의 역할이 강화되고 나아가 이 조직이 보건의료서비스와 장기요양서비스의 제공을 다 관할(single administration)하면서 보건과 장기요양간 연계에 긍정적인 영향을 미치리라 예상된다(Chan and Kenny, 2001). 그리고 장기요양체계가 단일 진입시스템(single entry system)을 가지고 있을 때 서비스간의 연계는 더욱 효과적인 것으로 보고되고 있다. 예를 들어 British Columbia주의 Local Continuing Care/Long-term Care Office 는

병원, 지역사회요양, 요양시설을 포함한 모든 유형의 요양체계에 환자가 진입하는 것을 관리하고, 환자의 니드를 고려해 적절한 유형의 요양체계에 환자를 배정해 준다.

장애등급의 판정 역시 주마다 상이한 방법을 사용하고 있는데 2가지부터 7가지 등급을 사용하고 있으나 그 도구들이 충분한 검증을 받은 것은 아니어서 공급자들로부터 도구의 타당성에 대한 불만이 제기되고 있다 (Chan and Kenny, 2001). 대부분의 주에서는 RAI/MDS (Resident Assessment Instrument/Minimum Data Set) 시리즈들을 이용하고 있는데, 특히 Ontario 주와 Saskatchewan 주에서는 MDS 2.0을 모든 요양병원과 너싱홈에 의무화하여, 재원조달체계에 필요한 자료를 산출하고자 시도하고 있다.

## 2) 장기요양의 제공 체계

### (1) 가족(비공식) 요양

캐나다에는 전 국민을 커버하는 장기요양 보장 체계가 미비하기 때문에 비공식 수발제공자의 역할은 매우 큰 편이어서 노인들에게 제공되는 요양서비스의 80%는 가족이나 친구와 같은 비공식 수발자가 제공하는 것으로 나타났다 (OECD, 2005). 캐나다는 2004년에 비공식 수발자에게 단기적인 지원을 제공하기 위해 현금급여를 도입하였다. 고용보험 급여의 일환으로 Compassionate Care Benefit (CCB)을 도입하여, 6개월 이내 사망의 위험이 있는 심각한 질환에 걸린 가족(자녀, 부모, 배우자)을 돌보느라 일을 할 수 없는 근로자는 수혜 대상이 되도록 하였다. 수혜 대상자는 진단서를 제출해야 하며 급여기간은 6주이다. 하지만 위 급여 역시 요양의 범위를 의료적 필요에 국한하여 정의하고 있음을 알 수 있다. 나아가 수발이 필요한 가족 구성원과 함께 거주하거나 이들에게 수발을 제공하는 경우, 연방정부나 주정부로부터 다양한 세금 공제 혜택(예, Caregiver Tax Credit)을 받을 수 있다. 본 절에서는 캐나다 가족 수발자 현황 조사의 결과(Decima Research Inc, 2005)를 요약하여 제시하고자 한다.

#### (가) 비공식 가족 수발자의 현황

수발자의 성별은 여성이 압도적(77%)으로 많았다. 수발자는 인구집단의 평균 연령보다 보통 나이가 더 많았는데 45세 이상의 여성이 전체 수발자의 51%를 구성하고 있었다. 수



발자의 직업은 31%가 퇴직자, 그리고 16%가 가정주부였다. 수발자의 소득 분포는 다양한 편이나, 대체로 가구 소득은 국가의 평균 이하 수준인 편으로 약 35%만이 \$45,000 이상의 가구소득을 가진 것으로 나타났다. 대부분의 수발자는 단지 한 명만을 돌보나, 약 8%정도는 두 명을 돌보고 있었다(대부분의 경우, 부모 중 다른 분).

#### (나) 수발 대상의 현황

수발 대상자의 대부분은 배우자(38%)이거나 부모(33%)였다. 수발 대상자의 17% 가량은 수발자의 자녀로, 이들은 다시 18세 이하인 경우와 성인인 경우가 반반으로 나뉘었다. 간혹 형제자매(5%)나 다른 가족 구성원(8%)들이 수발의 대상이 되기도 하는 것으로 나타났다. 대부분의 수발 대상자는 노인들로 약 절반 이상(57%)이 65세 이상의 노인들이고, 17%는 85세 이상이었다. 25%정도는 45세 이하인데, 이들은 대부분 부모에 의해 수발을 받는 자녀들이었고, 자녀들에 의해 수발을 받는 부모들은 대부분 75세 이상이었다. 한편, 배우자를 돌보는 경우, 연령범위는 45-84세로 넓게 나타났다.

거의 모든 경우, 수발대상자의 질환 및 장애는 ‘장기’(6개월 이상의 케어를 필요로 함)로 정의되며, 이는 수발대상자의 나이와는 관계가 없었다. 조사한 비공식 수발자의 62%는 이미 3년 이상 케어를 제공해오고 있었으며, 20%는 약 10년 이상 해오고 있었다. 수발대상자들은 육체적 질환을 앓고 있는 경우가 대부분(61%)이며, 치매와 같은 정신질환을 앓고 있는 경우는 39%였다. 약 18%는 육체적 질환과 정신질환을 모두 앓고 있었다. 장애의 속성은 연령과 상관관계를 보이는데, 고령일수록 육체적 문제로 인한 도움을 필요로 하며, 젊은 수발대상자일수록 정신질환으로 인한 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다 (특히 부모에 의해 돌봄을 받는 자녀들의 경우)

#### (다) 수발의 유형

수발자들이 그들의 가족을 돌보는 이유로는, 가족에 대한 책임감 때문에(67%) 혹은 단지 자발적인 선택이라는 대답이 대부분이었다. 그 외, 돌봐줄 다른 사람이 없기 때문에(35%), 혹은 가정 요양 서비스의 부족 때문(25%)이라는 대답도 있었다. 더욱이 응답자의 절반가량은 그들이 이러한 책임을 맡는 데에는 선택의 여지가 없었다고 대답했다. 가정요

양의 대부분은 수발자의 집에서 제공되고 있으며(77%), 특히 수발대상자의 배우자이거나 자녀, 혹은 정신질환을 앓고 있는 사람일 경우에는 거의 모두 집에서 이루어지고 있었다. 한편, 부모들의 경우에는 55%만이 자녀의 집에서 돌보아 지고 있으며, 상당수는 따로 살거나 시설에서 생활하고 있는 것으로 나타났다.

수발자들이 제공하는 수발의 종류는 다양한 것으로 나타났다. 그 중, 가장 흔하게 하는 수발은 투약, 수납업무, 목적지(예: 의사방문 등)까지 차로 데려다주기, 들어올리고 이동시키기 등이었다. 이러한 업무는 대다수의 수발자들이 하고 있는 것으로, 어떠한 수발을 얼마나 자주하는가는 수혜자가 앓고 있는 질환의 성격과 관련이 있었다(예, 육체적 장애를 겪고 있는 고령의 환자의 경우, 들어올리기 보조가 필요함). 약 25%의 수발자들은 옷 입히기, 목욕, 산책, 식사, 화장실 돕기 등의 기본적 위생관련 일상수발을 들고 있었고, 극히 일부의 경우에는, 상처치료나 주사투약과 같은 수발업무를 하기도 한 것으로 나타났다. 대부분의 가족수발 업무를 담당하는 사람은 여성들인데 반해, 남성들은 주로 수납업무나 운전, 들어올리기 등의 활동을 담당하고 있었다.

수발자들의 상당수(44%)는 가족수발을 위해 자신의 돈을 쓰고 있었는데, 가장 흔한 지출의 예로는 교통비(81%), 비처방의약품 구입(71%), 의료비(54%), 처방 의약품비(43%), 기타 장비구입비(41%) 등이 있었다. \$100~\$300 정도를 지출한다고 응답한 사람은 40%, \$300 이상을 지출한다고 응답한 사람은 24%였다.

#### (라) 수발 지원

대부분의 수발자들(83%)은 자신들이 가족수발을 위해 필요한 적절한 기술이나 능력을 갖추고 있다고 생각하고 있었다. 많은 수발자들은 수발에 있어서 약간의 도움을 받고 있었으나, 가장 필요하다고 느끼는 영역에서의 도움은 받지 못했다고 대답하였다. 가족 수발자의 23%는 어떤 형태로든 가정 요양 서비스의 도움을 받고 있다고 대답하였다. 이러한 응답은 부모를 돌보거나, 육체적 장애를 가지고 있는 환자를 돌보는 경우에서 주로 나타났으며, 주(province)에 따라 차이가 있어서, Ontario주에서 가장 높게, Quebec 주에서 가장 낮게 나타났다.

공식적 요양서비스는 personal care worker(40%), 간호방문(34%), 가사업무보조(26%)의 형태로 제공됐으며, 이 중 물리치료, 직업적 치료 혹은 사회복지사 등의 보조를 받아 본적이 있다고 답한 경우도 10% 미만 있었다. 가정요양서비스의 이용은 가장 집중적인 요양을 필요로 하는 경우에 중요한 보조역할을 수행하고 있었으며, 수발 업무의 강도가 높고 업무의 수가 많을수록 가정 요양서비스 이용은 증가하는 것으로 나타났다.

가족 수발자의 33%는 부가적인 가정요양 서비스가 필요하다고 생각하고 있었으며, 주로 집안청소, personal care worker, 간호 방문 등의 서비스를 필요로 하는 것으로 나타났다. 특히 수발대상자가 육체적 질환과 정신 질환을 모두 앓고 있는 경우, 이러한 필요성에 대한 인식은 증가하였다. 한편, 일부(9%)의 수발자들은 가족을 시설에 맡길 때 더 나은 서비스를 받을 수 있을 것이라 대답하였는데, 이러한 대답은 주로 수발대상자의 나이가 많거나, 가족수발에 대한 책임을 어쩔 수 없이 떠맡은 경우일수록 많이 나타났다.

#### (마) 수발자의 책임과 스트레스

수발자들은 보통 자신들이 수발책임을 잘 해내고 있다고 평가하였는데, 아주 잘 하고 있다고 대답한 사람은 43%, 그리저럭 잘 해내고 있다고 대답한 사람은 49%이었다. 이러한 평가는 수행하는 업무의 종류나 빈도수와는 관련성을 보이지 않았다. 그러나 이러한 긍정적 평가가 수행업무가 어렵지 않음을 의미하는 것은 아니다. 약 70%가량은 수발업무로 인해 스트레스를 느끼고 있다고 대답했고, 자신의 수발활동을 매우 높게 평가한 사람들 가운데서도 절반이 이와 같이 대답하였다. 수발활동으로부터 종종 벗어나 쉬고 싶다고 대답한 사람은 21%, 때때로 휴식이 필요하다고 대답한 사람은 47%였다.

수발자들은 정서적 건강과 관련하여 심각한(29%), 혹은 약간의(48%) 어려움을 느끼고 있다고 대답하였고 또한 재정적 어려움(54%), 육체적 건강이상(50%)을 보고하기도 하였다. 특히, 수발책임을 어쩔 수 없이 맡은 경우일수록 수발로 인한 스트레스가 유의하게 나타났다. 부모나 배우자를 돌보는 경우(자녀나 다른 가족을 돌보는 경우와 비교시), 수발자 혹은 수발대상자의 나이가 어릴수록, 육체적·정신적 질환을 모두 가지고 있는 가족을 돌보는 경우, 수행업무의 종류가 많을수록 수발업무로 인한 스트레스가 유의하게 나타났다.

## (바) 고용에의 영향

수발자의 25% 이상은 가족수발로 인해 자신의 고용조건이 영향을 받고 있다고 보고하였는데, 조기퇴직(9%), 근무조건의 변화(예: 스케줄, 역할)(18%) 등이 그 예이다. 직장을 완전히 그만두는 경우는 여성 및 45세 이하의 젊은 가족을 수발하고 있는 젊은 수발자들에서 더 많이 보고되었다. 현재 직장을 다니고 있는 수발자들 가운데, 수발업무로 인해 자신의 일이 심각하게 방해받고 있다고 대답한 사람은 19%, 약간의 방해를 받고 있다고 대답한 사람은 33%였다. 이러한 결과는 어쩔 수 없이 수발을 들 수밖에 없는 수발자들이나 정신질환을 앓고 있는 가족을 돌보는 경우 더 많이 보고되었다.

많은 수발자들이 직장일과 가족수발을 적절하게 병행하기가 어렵다고 보고한 가운데, 상당수(66%)는 고용주의 배려를 통해 업무시간 및 업무 조정을 하는 등 유동적 근무의 혜택을 받은 적이 있다고 대답하였다. 수발자들은 수발업무와 직장 일을 적절하게 병행할 수 있도록 도와주는 부가적 직장 원조(additional workplace support)에 강한 관심을 보였다. 42% 정도는 근무시간을 유동적으로 조절할 수 있는 시스템이 매우 도움이 될 것이라 대답했고, 단기 근무 직장이나 연방정부 고용 보험을 통한 소득 보호 정책 등에도 비슷하게 관심을 보였으며, 반면, 무급휴가에 대해서는 18%만이 유의미한 도움이 될 것이라 대답하였다.

## (2) 재가 요양 (Home Care)

일반적으로 재가 요양이란 정신적, 육체적 질환을 가진 사람들을 집에서 돌보는 것으로, 퇴원하여 집으로 돌아왔거나, 혹은 지역사회에 거주하는 사람들, 건강유지 및 사회적 지원이 필요한 것으로 전문가들에 의해 평가받은 사람들이 대상자에 해당한다. 캐나다에서 재가 요양은 병원과 같은 다른 값비싼 (의료)서비스 대체, 장기요양시설 대체, 종종 더 비싸기만 한 새로운 장소로 이동할 필요 없이 집안에서 유지 및 예방 서비스 제공과 같이 크게 세 가지 기능을 수행한다. 또 앞서 언급한 바와 같이, 재가 요양 서비스는 그 성격에 따라 전문적 서비스(professional service: nursing, social worker, therapist)와 가정 지원 서비스(home support service: adult day program, 식사 프로그램, 가정 관리, 의료장비 및 서비스, 상담 등)로 나눌 수 있다. 따라서 재가 요양은 다양한 서비스들로 이루어진 일종의 복합적 시스템이라 할 수 있고, 이러한 시스템은 의료서비스와 사회적 서비스, 시설 서비스와 지

역사회 서비스 등의 혼합으로 구성된다.

재가 요양은 의료부문과 밀접한 관련을 가지고 있는데, 특히 병원 서비스 부문의 축소는 재가 요양에 큰 영향을 미쳤다. 즉, 의료비 절감을 위해 환자들의 입원기간을 단축시킴으로써 병원서비스의 축소를 피하고 있는데 이로 인해 병원에서 재가 요양 및 장기 요양 시설로의 환자 이전이 더욱 가속화되었으며, 가정에서 좀더 집중적인 서비스를 제공해야 할 필요성도 증대되었다.

캐나다의 재가 요양 정책은 주(province)에 따라 큰 차이를 보인다(Shapiro, 2002). 즉, 대상자의 need보다는 그가 현재 어디에 살고 있는가 하는 사항이 서비스를 받을 수 있는지의 여부 및 서비스의 종류, 서비스가 제공되는 조건 등을 결정하는 기준으로 작용하는 것이다. 예를 들어 모든 주에서는 서비스 수혜자의 need를 평가하기 위해 공공부문 case manager를 따로 두어 이러한 업무를 수행하게 하고 있는데, case manager 는 수혜자의 니드를 평가, 관리하고 다양한 서비스 간의 효과적인 연계에 중요한 영향을 미친다. 대부분의 주에서는 일단 노인이 요양시설에 입소하면 사례관리의 기능이 요양시설의 인력에게 넘겨지지만 British Columbia와 Nova Scotia 주에서는 시설 입소 이후에도 case manager가 그 기능을 계속적으로 수행한다(Chan and Kenny, 2001). 그러나 재가요양 서비스를 누가 제공하느냐와 관련해서는 지방마다 정책적 차이를 보이고 있다. 일부 주의 경우에는 서비스 제공자가 case manager와 함께 움직이면서 재가 요양 프로그램을 운영한다. 한편 다른 주에서는 가정 지원(home support) 서비스는 민간이나 비영리, 혹은 영리기관을 통해 이용할 수 있는 반면, 직접적 서비스(direct service)는 오직 민간 부문을 통해서만 구입할 수 있다. 이러한 차이는 근무자의 성과, 수발의 연속성, case manager와 서비스 제공자의 비공식적 의사소통 등에 영향을 주게 된다.

캐나다의 모든 주에서는 의료서비스 이용에 대해서는 사용자 요금(본인부담)을 부과하지 않는데 반해, 가정지원서비스에 대해서는 사용자 요금을 부과하고 있다 (Shapiro, 2002). 이때 대부분의 경우에는 사용자 부담에 대한 상한선이 있기는 하나, 모든 요금에 상한선이 존재하지는 않는다. 이러한 본인 부담제는 가정지원서비스 이용에 영향을 미치며, 적절한 서비스의 이용 및 서비스 장소 선택을 저해하는 요인으로 작용한다. 더욱이 사람들의 need 보다는 재정적 상황에 따라 그들이 어떠한 서비스를 받을지가 결정되는 결과가 초래

된다. 대부분의 주에서는 개인에게 제공되는 서비스의 양에 제한을 두고 있는데, 주마다 각기 다른 방법을 이용하고 있다. 일부는 서비스 당 허용 시간을 제한하기도 하고, 또 다른 주에서는 개인당 비용 제한을 두기도 하며 재가 요양비용이 장기요양시설에서의 요양 비용을 초과하지 못하도록 제한하기도 한다.

의료기관에서 치료에 필요한 의약품은 무료로 제공되는 데 반해, 집에서의 post-hospital care를 위해 의약품이 필요한 경우에는 본인부담금을 지불해야 한다. 나아가 주에 따라 재가 요양에 대한 정보시스템이 다양하여, 통합적인 전국적 자료를 확보하기가 어렵다. 이는 재가 요양에 대한 전국적인 연구를 실행하는 데 있어 장벽으로 작용한다. 이러한 현실은 캐나다의 재가 요양 정책이 비용, 접근성, 질과 관련하여 보편성이 부족함을 시사한다.

재가요양정책이 가진 문제들은 지방화/지역화(regionalization)의 추진에 따라 더욱 커지게 되었다 (Shapiro, 2002). 그동안 주 정부의 영역이었던 재가 요양 정책 결정 및 자원 배분의 책임이 점점 지방정부(municipality)당국으로 이양되어 오면서, 이와 관련한 주 정부 법안의 차이나 불명확성으로 인해 관할 책임을 정의하는데 있어 문제들이 발생하곤 하게 되었다. 이러한 문제는 서비스에 대한 접근성이나 이용의 형평성을 더욱 악화시키고 있다.

### (3) 장기요양기관 (Facility-Based Long-term Care)

전국적으로 통일된 장기요양 정책이 부재하므로 장기요양 기관에서 제공하는 서비스나 요양기관의 성격 역시 다양하다. 2001년도 센서스를 통해 캐나다 전국의 장기요양기관을 조사한 연구(Berta, et al., 2006)에 의하면 주별로 장기요양기관의 크기, 소유주체(공공, 민간비영리, 민간영리), 서비스 인력구조 등에 있어 큰 차이를 보이고 있다. 요양기관의 총 병상 수를 보면 영리 시설이 76,490 병상 (40.7%), 정부 시설이 47,380 병상 (25.2%), 비영리 시설이 44,977 병상 (23.9%) 그리고 종교 시설이 19,049 병상(10.2%)으로 나타났다. 즉, 영리 시설이 허용되는 의료부문과는 달리 장기요양 기관의 경우 영리 시설이 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다. 하지만 시설의 평균 규모에 있어서는 정부 시설이 평균 77 병상, 종교 시설이 74 병상, 영리 시설이 50 병상, 그리고 비영리 시설이 30 병상으로 나타나, 정부에서 운영하는 요양 시설의 규모가 가장 크고 비영리 요양 시설의 규모가 가장 작은 것으로 나타났다.

위 연구에 의하면 Alberta주와 Ontario주의 경우 대다수의 장기요양기관이 공공(정부소유) 기관인데 반해, 캐나다 동부의 경우 영리 장기요양기관이 다수이고 캐나다 서부의 경우에는 다양한 소유형태의 장기요양기관이 존재한다. 또 공공부문의 장기요양기관은 민간요양기관보다 그 규모가 더 클 뿐 아니라, 서비스를 직접 제공하는 인력의 규모에 있어서도 영리요양기관에 비해 공공 혹은 민간비영리 요양기관에서 더 많은 요양인력을 고용하고 있다. 그런데 공공요양기관은 요양 인력 중 간호 인력의 비중이 상대적으로 크고 민간비영리 요양기관은 간호조무인력의 비중이 상대적으로 높았다.

각 주 별로 요양기관을 통한 요양 제공 정책은 큰 차이를 보인다. 기본적으로 장기요양시설에서의 급여는 경제적 need와 신체적(의료적) need를 모두 고려하여 제공된다. 하지만 장기요양기관에서 제공하는 의약품, 의료서비스, 의료 장비에 대한 급여 범위는 주 별로 차이를 보인다(표 1) (CHA, 2006a). 또 주에 따라서는 장기요양시설에서의 급여를 받기 위해서는 일정한 자격 기준을 요구하기도 한다(예, 수혜자의 연령, 해당 주에서의 거주 기간 등) (CHA, 2006b). 입소에 나아가 경제적 need를 정의/측정하는 방법 역시 주별로 상이하다 (CHA, 2006a). 즉, 주에 따라 장기요양기관에 체재하는 비용이 다르고, 소득 상한이나 자산/소득 조사의 기준이 다르므로 (표 2), 동일한 신체적 기능을 가진 노인이라 하더라도 장기요양 기관을 이용하는데 따른 경제적 부담은 주별로 상이하다.

〈표 3〉 캐나다 장기요양 시설 급여

주	의약품	의료 서비스 및 장비
BC	주 정부 formulary에 등재된 의약품은 급여됨.	일상적인 치료 서비스는 급여가 됨. 특정 개인만이 사용하는 장비는 이용자 부담책임임(예: 보행기, 목발, 휠체어 등)
AB	처방의약품은 급여됨.	장기요양시설에서는 모든 의료서비스와 의료장비를 제공함.  Alberta Aids to Daily Living(AADL)은 휠체어, 보청기, 인공 보철기, 목발 및 보행기 등의 전문 장비를 제공함.  거주자는 어떤 품목에 대해서든 최대 \$500까지의 공제액을 지불해야 함. 그러나 저소득층이나 income supplement program에 해당하는 사람들은 이러한 공제액 지불이 면제됨.

주	의약품	의료 서비스 및 장비
SK	<p>거주자가 GIS(Guaranteed Income Supplement)를 받는 경우, 공제액은 자동적으로 \$100로 설정됨 (Special Care Home의 경우).</p> <p>GIS를 받지 않고, 약제비가 연간 소득의 3.4%를 초과할 경우, Drug Plan Special Support Application을 신청할 수 있음 (combined income과 월 약제비에 기초).</p> <p>GIS나 SIP (Saskatchewan Income Plan) 혜택을 받고 있는 경우에도, 약제비에 대한 추가적인 급여혜택을 위해 위의 지원서를 접수할 수 있음.</p>	<p>요실금 치료는 급여범주에 포함되지 않음.</p> <p>처방 의약품 및 개인용품 구입에는 추가적인 비용이 들기도 함.</p> <p>특정 당뇨 치료 서비스는 2003년 7월 1일자로 급여대상에 포함됨</p>
MB	일부 신약을 제외한 처방의약품은 급여대상에 포함됨	특수 이동 보조 장비를 제외한 모든 서비스 공급은 급여에 포함됨
ON	<p>ODB(Ontario Drug Benefit)에 등재된 처방의약품의 경우 급여됨.</p> <p>장기요양 시설에 거주하는 독신 노인의 경우 처방 당 \$2의 본인부담금을 지불해야 함.</p>	Ontario Health Insurance Plan(OHIP)에 기술되어 있는 모든 의료 서비스 및 장비는 급여대상에 해당.
QC	모든 처방의약품은 그것이 시설에서 제공될 때 급여에 포함됨	<p>MSSS [Ministere de la Sante et des Services sociaux] 는 주의 모든 사람들에게 요실금 치료를 비롯한 치료목적의 모든 장비를 제공함.</p> <p>보조 장비(안경, 보청, 교정기 및 교정 신발 등)는 소득 및 개인 평가에 따라 다르게 지불.</p>
NS	일상적 OTC 의약품 및 치료용 제품은 급여가 되나, 처방의약품은 거주자의 부담임.	<p>피부관리 및 요실금 치료, 감염 관리를 위한 표준 예방조치 등의 거주자 요양을 위해 필요한 서비스 및 장비는 급여대상에 포함됨.</p> <p>휠체어, 보행기, 리프트, 샤워 의자, raised toilet seats 등의 거주자들 전체가 일반적으로 사용할 수 있는 장치들에 대해서는 급여에 포함됨. 그러나 특정개인만을 위한 품목은 포함되지 않음.</p> <p>주 보건부는 Specialized Equipment Program을 실시하여 거주자들이 이를 신청할 수 있음 (소득평가에 기초한 월 사용료가 부과됨).</p>
NB	주 처방 의약품 formulary에 포함되어 있는 처방의약품은 급여대상임.	요양시설 혹은 Department of Family & Community Services에 의해 급여됨.

주 1: BC (British Columbia), AB (Alberta), SK (Saskatchewan), MB (Manitoba), ON (Ontario), QC (Quebec), NS (Nova Scotia), NB (New Brunswick)

주 2: 캐나다는 모든 노인들에게 기초연금의 성격을 가진 노령보장연금(Old Age Security: OAS)을 제공한다. OAS의 수급자 중 소득수준이 낮은 사람들은 공공부조 프로그램으로서 연방정부가 제공하는 소득보충 급여(Guaranteed Income Supplement)를 받는다.

자료원: Canadian Healthcare Association, 2006a.



〈표 4〉 캐나다 장기요양 시설 이용액

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액 최저액	최고액	소득에 따른 이용액 변화
BC	<p>소득 평가 정의: 소득세를 뺀 “순소득”에 기반을 둬. 독신의 경우에는 \$10,284, 부부는 \$16,752의 소득 공제 적용. 벌어들인 소득의 첫 \$15,000은 뺐. 남은 연간 소득을 토대로 요금률 결정.</p> <p>자산평가는 없음</p>	<p>거주식 요양 시설 (소득에 따른 이용액 결정)</p> <p>(\$864.00/월) ..... (\$2076/월)</p> <p>\$28.80/일 ..... \$69.20/일</p> <p>위의 금액은 2006년 1월 1일자 기준으로 설정된 것으로, 매년 1월에 조정되는 소비자 가격지수(CPI)를 반영하여 BC 정부가 설정한 요율임. 병원에서 퇴원하여 시설 배치를 기다리고 있는 환자들은 퇴원시점에서 30일 후부터 시설 요금을 지불해야 함.</p>		<p>최소 금액은 연간 잔여 소득이 \$7000 이상인 사람이나 GIS(Guaranteed Income Supplement)를 받는 사람에게 적용. 최대 금액은 연간 잔여 소득이 \$30,000이상인 사람에게 적용.</p>
AB	<p>소득 평가 없음.</p> <p>자산 평가 없음</p>	<p>Continuing Care Center(모든 거주자에 대해 단일 요금 적용): \$1188.60/월 (\$39.62/일).</p> <p>Alberta Seniors Benefit(최대 \$2880/년)을 받고 있으며 장기요양시설에 거주중인 저소득 노인의 경우, 만약 Continuing Care Centre의 생활비를 지불할 능력이 안 될 경우, Supplementary Accommodation Benefit(최대 \$6780/년)을 수혜할 수 있음.</p> <p>급성기 치료를 받고 있던 환자가 장기 요양 시설로 이송될 경우, 적정 금액의 장기 요양 시설 이용료를 지불해야 함.</p>		<p>없음</p>

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액 최저액	최고액	소득에 따른 이용액 변화
SK	소득 평가는 세금 환급금 참조  자산 평가는 없음	Special Care Home (소득에 따른 이용액 결정) 최소 \$911/월 (약 \$30.37/일)	최대 \$1727/월 (약 \$57.57/일)	거주자는 표준 거주 이용 액외에, 소득 범위가 \$1,104-\$2,736인 경우, 소 득의 50%를 지불해야 함.  OAS(Old Age Security)와 GIS 증가분에 따라 보정 산출 됨
MB	소득 평가 정의: 소득세를 뺀 순소득	Personal Care Home (소득에 따른 이용액 결정) (\$825/월) \$27.50/일	(\$1938/월) \$64.60/일	최소 금액은 소득이 \$12,857.99(독신), 38,665.99(배우자가 같은 지역에 거주하고 있는 부 부)이하인 경우 적용.  일일 금액은 소득 \$36.50 당 10 센트씩 증가함.  최대 금액은 소득이 \$26,363(독신), \$52,171 (배우자가 같은 지역에 거 주하고 있는 부부) 이상인 경우 적용

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액 최저액 최고액	소득에 따른 이용액 변화
ON	소득 평가 정의: 소득세를 뺀 순소득	<p>장기요양 시설 혹은 Complex Continuing Care(CCC)</p> <p>\$1480.99/월 \$48.69/일</p> <p>가족 월 소득에 기초하여 본인부담액은 \$862/월까지 감소가능. 위의 금액은 2006년 7월 31까지 적용.</p> <p>병원에서 퇴원하여 시설 배치를 기다리고 있는 환자들은 퇴원시점에서 60일 후부터 시설 요금을 지불해야 함.</p>	소득 평가를 통해 \$862까지 낮출 수 있음.

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액 최저액 최고액	소득에 따른 이용액 변화
QC	<p>소득 및 자산 평가 (거주자가 지불액의 하향조정을 신청한 경우에만 시행됨)</p> <p>소득 평가: 연금보험료와 실업보험료를 제외한 소득</p> <p>자산 평가: 유동자산 및 유형자산 (tangible asset)은 저축, 투자 등을 포함하여 평가됨 (생명보험 제외).</p> <p>특실 고객(principal residence)에 대해서 \$40,000까지는 면제 가능. 최근에는 특실거주기간에 따라 \$80,000에서 \$100,000 까지 면제범위를 확장하고 있음. 복권이나 다른 유형의 자산을 포함한 추가적인 면제도 있음.</p>	<p>Centre d'hebergement et de soins de longue duree (CHSLD)는 정부에 의해 운영되는 시설과 민간에 의해 운영되는 시설로 구분됨. (주지방 정부에 의해 설정된 이용금액은 방 규모에 따라 결정됨. 월수입이 기본 이용금액에 못 미치는 경우에는 요금이 하향 조정됨.)</p> <p><b>\$949.20/월</b> (3인 이상용 방), (\$31.64/ 일) <b>\$1277.10/월</b> (2인실), (\$42.57/일) <b>\$1527.60/월(1인실)</b>, (\$50.92/일) (2006년 1월 조정)</p> <p>방의 수용능력(침대 수)에 따라 3가지 금액이 설정됨. 각 방의 배치는 반드시 지불능력에 따라 결정되는 것은 아니고, 건강상태 평가 및 서비스 필요도, 거주자가 입주하고자 하는 희망시기 등에 따라 결정됨.</p> <p>지불해야할 최소 금액은 소득 및 자산에 의해 결정됨. (소득 및 자산에서 personal/comfort allowance를 뺀 금액에 따라 최소 이용액이 결정됨)</p> <p>개인의 월 소득이 월 이용액에 못 미칠 경우, 요양기관에서 부족분을 채워야 함. 이에 대한 정부 지원은 없음.</p> <p>정부에서 설정한 금액은 민간시설에는 적용되지 않음. 민간에서 운영하는 시설의 경우, 전적으로 거주자가 요금을 지불해야 하며 정부의 보조는 없음. 요금은 각각의 민간시설에 의해 결정됨. CHSLD 방 요금은 매년 1월 보정됨.</p> <p>병원에서 퇴원하여 시설 배치를 기다리고 있는 환자들은 퇴원이 결정 되자마자 시설 요금을 지불해야 함.</p>	<p>이용액은 소득이 아닌 방 규모에 의해 결정됨.</p> <p>유용 소득 및 자산에서 personal/comfort allowance를 뺀 금액에 따라 최소 지불액이 결정됨.</p> <p>개인의 월 소득이 월 이용액에 못 미칠 경우, 요양기관에서 부족분을 채워야 함. 이에 대한 정부 지원은 없음.</p> <p>정부에서 설정한 금액은 민간시설에는 적용되지 않음.</p>

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액 최저액 최고액	소득에 따른 이용액 변화
NS	<p>거주자가 최대 시설비용(Maximum Accommodation Charge)에 대해 이의를 제기한 경우, 요금의 하향조정 여부를 평가(매년 재평가됨)하기 위해 소득 평가가 실시됨. 소득평가는 세금을 뺀 순소득에 기초하여 이루어짐.</p>	<p>노인을 위한 요양시설 : 2005년 11월 1일 기준, 최대 시설비용은 \$2235/월, \$74.50/일임</p> <p>최대 시설비용은 주 보건부에서 결정하며 11월 1일부터 그 다음해 10월 31일까지 유효함.</p> <p>주 보건부는 매년 각 장기요양시설의 구체적인 예산을 검토하고, ‘보건의료비용’과 ‘시설비용’을 모두 포함한 ‘일인당 시설 이용액’을 설정한다. 2005년 1월 1일 기준으로, 장기요양 시설이용액 중에 “시설비(accommodation rate)”는 거주자가 부담해야 함. 거주자가 일일 이용요금의 하향조정을 신청할 경우, 소득 평가를 받을 수 있음.</p> <p>세 가지 유형의 장기요양 시설의 “시설비(accommodation costs)” 평균치에 기반을 두어 보건부는 매년 주 최대 시설비용을 설정함.</p> <p>시설비로 포함되는 총 품목들에 대한 총승인 예산이 각 유형별 모든 시설들에 대해 합쳐진 뒤, 이를 해당 유형 시설에 거주하는 전체 거주자수로 나눠 최대 시설 이용금액을 산출함. 거주자들에게 정부로부터 인가받은 이상의 추가적인 시설비를 청구하는 것은 금지됨.</p>	<p>평가 소득의 85%를 이용액 산정에 이용.</p> <p>거주자의 평가소득이 최소 보유 소득량에 못 미칠 경우, 보건부에서 차액을 보충해줌.</p>

주	소득/자산 정의	표준 시설 이용에 대한 월 이용액		소득에 따른 이용액 변화
		최저액	최고액	
NB	소득 및 자산 평가	요양 시설 최저 요금 (약 \$3540/월) 약 \$118/일	최고 요금 (약 \$5220/월) 약 \$174/일	요양시설 혹은 Department of Family & Community Services에 의해 급여됨.
	소득 및 자산평가는 가족 구성을 고려한 순가족소득의 규모에 기반을 둠.	주 평균 요금은 월 \$3840(\$128/일)		
	독신자 자산 평가: 몇 가지 항목을 제외한 유동자산	거주자가 월 이용액을 전부 지불할 여력이 안 될 경우, 주정부는 이들에게 재정적 지원을 제공함.		
		요양시설의 요금은 고정 시설 지출비에 기초하여 매달 보정됨 (위의 금액은 2003년 9월 기준임). 병원에서 퇴원하여 장기요양 시설 입소를 기다리고 있는 환자들은 시설입소가 결정된 후 일일 요금을 지불해야 함. 장기요양 시설은 환자의 집으로부터 100km 이상 떨어진 곳이어서는 안 됨.		

- 주: 1) BC (British Columbia), AB (Alberta), SK (Saskatchewan), MB (Manitoba), ON (Ontario), QC (Quebec), NS (Nova Scotia), NB (New Brunswick)  
2) 캐나다는 모든 노인들에게 기초연금의 성격을 가진 노령보장연금(Old Age Security: OAS)을 제공한다. OAS의 수급자 중 소득수준이 낮은 사람들은 공공부조 프로그램으로서 연방정부가 제공하는 소득보충급여(Guaranteed Income Supplement)를 받는다.

자료원: Canadian Healthcare Association, 2006a.

우리나라의 경우도 비슷한 실정이지만, 장기요양시설을 주관하는 법률이 다양해서 장기요양시설의 설비나 인력, 서비스 질의 규제 역시 어려운 실정이다. 예를 들어 Ontario 주의 경우, Nursing Homes Act는 민간 부문 (영리, 비영리) Nursing Home을, Homes for the Aged and Rest Homes Act는 지방 정부(municipality) 장기요양 시설을, 그리고 Charitable Institutions Act는 비영리 요양 시설에 대한 조건들을 규정하고 있다. 따라서 관련 법령들의 일원화를 통해 효과적인 장기요양시설의 규제와 관리가 요망된다(Smith, 2004).

## IV. 장기요양개혁

### 1. 국가 장기요양제도의 도입

앞서 살펴본 바와 같이, 캐나다의 장기요양은 의료와는 달리 전국적으로 통일된 형태의 공적 재원에 의해 운영되지 않고, 각 주마다 다른 제도가 운영되고 있다. 그 결과 노인들의 경제적 부담이 높고, 서비스 접근도에 많은 문제가 발생하고 있으며 장기요양공급자에 대한 일관된 정책 역시 미비한 실정이다. 또 장기요양 서비스에 대한 비용 부담은, 환자들이 불필요하게 오랫동안 의료기관에 머무르고자 하는 왜곡된 경제적 유인을 제공하고 따라서 자원배분에서의 비효율이 발생한다. 그러므로 우선은 의료기관에 한정된 의료보장을, 서비스의 특성까지 고려해 그 범위를 확대하는 것, 즉, 요양기관에서 제공되는 의료적 성격의 서비스로까지 확대하는 것이 필요할 것이다. 즉, 연방 정부차원의 장기요양정책을 통해 의료처럼 서비스 제공의 보편성, 접근성, 포괄성, 이동성 등의 원칙이 지켜질 수 있도록 함으로써, 환자가 어디에 사는지가 아닌 환자의 need에 따라 서비스가 제공되고 또 사용자 요금 등이 결정되도록 할 필요가 있다.

캐나다의 경우 조세에 의한 의료보장체계를 가지고 있으므로 장기요양에 있어서도 사회보험과 같은 새로운 제도를 도입하기보다는 조세의 역할을 확대하는 방안이 효과적일 것이다. 급성기후(post acute) 요양에 대해서는 기존의 의료보장의 범위를 의원/병원 밖으로 확장하여 의료보장이 가정이나 지역사회 그리고 장기요양 기관에서의 급성기후 요양을 커버하도록 하는 것이 우선적으로 검토되어야 할 것이다. 이를 바탕으로 장기적인 요양에 대해서는 북부 유럽의 경우와 같이 기존의 사회부조 프로그램을 확대하여 신체적 니드가 있는 대상 인구에게 그 혜택을 확대하되, 경제적 능력에 따라 본인부담을 차별화할 수 있을 것이다.

캐나다 의료개혁에 대한 장기적인 비전을 제시한 Romanow Report (2002) 에서는 의료 보장 영역 확대의 필요성을 역설하면서 진단적 기술, 의약품, 재활, 가정서비스 등에 대한

공공 재원의 확대를 제안하였다. 이러한 제안은 가정서비스와 요양 부문에 대한 공적 재원의 역할 증대에 기여하리라 예상되기는 하지만, 이는 여전히 포괄적인 해결책을 제시하지는 못하고 있다. 즉, 가정서비스와 요양의 역할을 급성기 의료서비스를 대체하는 역할에 한정하고 있으며, 신체 기능의 유지나 장기요양기관 서비스의 대체 효과 등의 역할을 가진 장기요양서비스에 대한 공공재원의 기능 확대에 대해서는 여전히 정책적 대안을 제시하지 않고 있다.

의료개혁에 대한 또 다른 전망을 제시한 Kirby Committee 에서도 역시 급성기 이후 (post acute) 가정요양에 대한 공공재원의 확대를 제안하였는데 더 구체적으로 병원을 기반으로 한 프로그램의 확대를 지지하였다. 즉, 병원은 환자를 조기 퇴원시킴으로써 비용을 절감할 경제적 유인을 가지기 때문에, 병원에 가정요양 예산을 배분해 준다면 병원이 의료기관 중심의 급성기 의료와 가정요양 간에 효과적으로 자원을 배분할 수 있다는 것이다. 이 경우 병원이 비용 절감을 위해 과도하게 환자를 가정 요양 부문으로 전가하는 비용전가(cost shifting)가 줄어들 수 있으며, 급성기 의료와 요양간의 효과적인 연계와 수직적 결합(vertical integration)이 좀 더 가능해 질 수 있을 것이다.

장기요양서비스에 대해, 의료와 마찬가지로 전국적으로 통일된 형태의 포괄적인 보장체계를 도입하는데 있어 가장 관건은 재정 문제이다. 의료보장체계가 주정부의 책임임에도 불구하고 전국적으로 통일된 형태의 체계를 갖추게 된 이유는 다름 아닌 연방정부의 재정보조(초가에는 총 의료비용의 50%에 이룸) 때문이다. 따라서 캐나다의 의료보장/사회보장정책 나아가 이러한 정책의 변화에 있어 핵심적인 이슈는 연방-주 정부간 관계(intergovernmental relations)이다. 이러한 역사적 전통과 주 정부의 경제적 유인을 고려할 때, 연방 정부 차원의 재정 지원이 수반되지 않는 한, 주 정부가 장기요양 보장체계를 획기적으로 변화하기는 쉽지 않으리라 예상된다.

조세에 의한 의료보장 제도를 가지고 있는 캐나다에서 노인요양 보장 역시 조세에 의해 운영하는 것이 바람직할 수 있으나, 조세저항이 상당한 현실에서 제도 도입/확대의 정치적 실현가능성이 높지 않다고 할 수 있다. 이러한 상황에서 사회보험제도의 목적세(ear-marking)적 특성이 가진 높은 정치적 실현(수용)가능성을 이용해, 새로이 사회보험을 도입해 (기존의 의료보장제도에서 제대로 급여하지 않는) 의약품이나 노인장기요양을 급



여하자는 주장 역시 제시되고 있다. 즉, 의약품이나 노인장기요양에 대한 민간보험이나 본인부담의 비중이 커지고 있는 현실보다는, 사회보험제도를 도입하는 것이 오히려 공공성의 확보라는 측면에서 더 장점이 많다는 주장이다 (Flood, Stabile and Tuohy, 2006). 만일 이러한 주장이 수용된다면 캐나다의 의료/요양 보장제도는 조세와 사회보험의 혼합 모형이 될 것이다.

## 2. 장기요양 제공 체계

재원조달과 서비스 제공에 있어 공공부문의 역할이 막대한 의료와는 달리, 장기요양은 본인부담과 같은 민간재원의 역할이 매우 크고 또 서비스 제공체계 역시 민간영리 공급자가 존재한다. 따라서 캐나다의 장기요양은 의료에 비해 훨씬 다양하고 복잡한 양상을 띠고 있고 제도 개혁의 방향 역시 장기요양에 있어 공공과 민간의 역할을 어떻게 분담할 것인가가 주요한 이슈가 된다.

재가 요양 서비스에 있어서 공공과 민간의 구분은 요양서비스 제공의 효율성 및 비용효과성, 그리고 질에 있어서 문제를 야기하고 있다 (Shapiro, 2002). 서비스 제공은 민간에 의해 이루어지고 있는 반면, 서비스 대상자의 자격이나 서비스 제공의 장소, 제공되는 서비스의 수준, 비용 등은 공공 부문의 case manager가 결정함에 따라, case manager와 서비스 제공자간에 적절한 소통의 기회를 갖지 못하는 경우가 생긴다. 그 결과 case manager가 개개인의 환자에게 서비스 제공자의 연속성을 보장해 주지 못하는 등, 요양을 필요로 하는 사람을 위한 최상의 의사결정을 하기가 어려운 상황들이 발생한다. 따라서 case manager와 서비스 제공자간의 구분 및 단절은 정책적으로 시급히 해결해야 할 문제 중의 하나이다.

장기요양체계의 설계에 있어서, 예를 들어 주정부가 재원조달 뿐 아니라 공급체계 역시 담당하여 구매자와 공급자가 통합된 형태의 장기요양체계를 구축할 수도 있을 것이다. 또 주정부가 재원은 조달하되 서비스는 민간 공급자가 담당하도록 하는 즉, 주 정부는 장기요양서비스의 구매자 역할 만을 담당하는 구매자/공급자 분리 체계 역시 논의되기도 한다. 나아가 구매자/공급자 분리 체계에 있어서도 서비스 구매의 과정이 시장에서 공급자간

경쟁을 활성화하는 방향으로 이루어 질 수도 있고, 그 보다는 의료/장기요양의 특성을 감안하여 구매자와 공급자간 협조체계를 통해 구매가 이루어 질 수도 있을 것이다. 이러한 다양한 형태의 개혁의 방향은 정부 예산 부담, 장기요양 체계의 효율성 그리고 형평성에 대한 고려 뿐 아니라 필연적으로 의료와 복지에 있어 정부의 역할에 대한 철학적 차이에 의해 좌우될 것이다. 예를 들어 Ontario 주의 경우 주 정부를 구성하는 집권정당의 정치적 이념에 따라 장기요양 개혁의 방향이 바뀌고 있다 (Baranek, Deber and Williams, 2004).

장기요양 서비스에 대한 공공 재원의 역할이 커지면, 장기요양 공급자에 대한 정책이 더 체계화될 것이다. 현재는 장기요양 서비스 제공에 있어서 공공재원의 급여가 제한되어 있으므로 장기요양공급자들이 제공하는 서비스의 질이나 제반 공급자 요소에 대한 정부 정책의 역할이 미미한 실정이다. 예를 들어 장기요양 기관에 종사하는 인력, 서비스 수준, 입원, 퇴원 등에 대한 체계적인 자료의 수집과 평가가 이루어지지 않고 있어서 장기요양 공급 체계의 문제점에 대한 분석과 진단, 정책 대안의 모색이 제대로 이루어지지 않고 있다. 따라서 장기요양 공급자에 대한 인정/허가 체계, 평가, 서비스 표준 등에 대한 정책 역시 미비하므로 이들에 대한 정책 역시 필요하다. 특히 요양서비스 이용 대상자는 대부분 고령의 노인들이고, 비공식적 수발을 담당하는 사람들도 많은 경우 노인 배우자임을 고려할 때, 요양 서비스를 표준화함으로써 요양의 질을 재고할 필요가 있고 또한 이를 적절히 통제, 관리할 수 있어야 한다.

## V. 맺는 말

캐나다의 의료 제도는 주(province) 들이 운영의 주체이지만, 세금을 재원으로 전 국민에게 통일된 기준으로 본인부담이 거의 없는 포괄적인 의료를 제공하고 있다. 영리의료기관에 대한 진입의 금지, 의료적 필요가 있는 서비스에 대한 민간의료보험의 허용 불가 등 의료에 있어서 정부의 역할은 매우 강력하여 시민주의적 복지 제도의 성격이 강하다. 하지만 장기요양에 있어서는 각 주별로 상이한 제도를 운영하고 있으며, 신체 기능의 need(dependency) 만이 아니라 경제적 지불 능력에 따라 수혜가 결정되므로 가족과 같은 비공식 수발 제공자의 역할이 여전히 중요하다. 따라서 캐나다의 장기요양제도는 전 대상 인구에 대한 포괄적인 보장이라기보다는 사회안전망/공공부조의 역할을 수행하는 잔여주의(residualism)적 성격의 복지제도에 가깝다고 할 수 있다. 이렇듯 의료와 신체적 의존(장기요양)에 대해 상이한 보장제도를 가지고 있는 점은 영국과 유사하다.

캐나다 장기요양제도의 이러한 특성은 세계적으로 장기요양보다는 질병과 의료문제를 더 중요한, 다시 말해 사회적인 위험 분산의 필요성이 더 큰 대상으로 인식하는 추세와 크게 다르지 않다고 볼 수 있다. 즉, 장기요양의 경우 의료와는 달리 무료로 서비스를 이용하기 보다는 개인의 지불 능력을 고려하여 본인의 부담액이 결정되는 경우가 다른 나라에서도 보편적이다. 이는 장기요양과 의료의 상이한 특성에 기인한다고 볼 수도 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. 나아가 젊은 층의 의료문제는 그들의 건강을 회복시킴으로서 사회적 생산 활동에 재투입할 수 있지만 노령인구의 장기요양은 신체기능의 회복을 통한 사회적 생산을 증진시킬 수 있는 기회가 매우 낮으므로 공적 재원의 투자

효과가 상대적으로 낮다고 보는 견해도 있을 수 있다.

그리고 의료에 대한 공적재원조달체계는 비교적 복지국가의 재정여력이 충분했던 시기에 도입된 제도인 반면 장기요양에 대한 공적재원조달체계가 논의되고 도입된 것은 복지국가들이 큰 재정 압박을 받고 있는 시기이므로 장기요양을 대상으로 한 공적재원체계가 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 본인부담금 없이 모든 노인들에 대한 포괄적인 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 공적재원에 의한 노인요양의 필요성은 오랫동안 상대적으로 낮게 인식되어 왔다. 이런 점에서 노인요양에 대한 공적재원조달체제의 형태와 급여 수준은 사회복지에 있어서 가족의 역할에 대한 철학적 관점에 의해 크게 영향을 받는다.

하지만 캐나다를 비롯한 다른 선진국들의 경험이 반드시 우리나라의 장기요양제도 역시 사회보험보다는 잔여주의적 성격으로 운영하는 편이 좋다는 교훈을 주는 것은 아니다. 장기요양제도는 각 나라의 건강보장제도, 공공부조제도, 연금제도의 특성 등에 의해 영향을 받는다. 만일 위 3가지 제도가 잘 정착되어 있다면 별도의 장기요양재원조달의 필요성은 감소한다. 캐나다의 경우도 이미 매우 포괄적인 전 국민 건강보장제도 그리고 연금을 통한 소득 보장이 충실한 상황이므로 장기요양제도를 경제적 지불 능력을 고려하여 운영하더라도 큰 후생의 손실이 없을 수 있다. 즉, 질병으로 인한 비용은 건강보장제도로 보장하므로 단기간의 큰 소득 손실의 가능성은 감소하고, 중산층의 장기요양에 대한 수요는 연금으로 어느 정도 보장이 가능하기 때문에 소득 수준이 낮거나 혹은 장기요양에 대한 수요가 높아서 소득 손실이 큰 경우(장기요양으로 인한 빈곤화)만 공공부조 제도로 보장하면 되기 때문이다. 하지만 우리나라의 경우 세 가지 제도의 보장성이 모두 미비하며 노인 및 장기요양 환자들에 대한 사회적 안전망이 부실하다는 현실을 유념하여 가능한 정책 수단을 연구해야 할 것이다.

## 참고문헌

권순만, 『인구고령화와 보건의료 및 장기요양제도 개혁』, 최경수 편, 『인구고령화의 경제 사회적 영향과 대처 방안 II』, 한국개발연구원, 2004.

Baranek, P., R. Deber and P. Williams, *Almost Home: Reforming Home and Community Care in Ontario*, University of Toronto, 2004.

Berta, W., A. Laporte, D. Zarnett, V. Vladmanis and G. Anderson, "A pan-Canadian perspective on institutional long-term care," *Health Policy* 2006, forthcoming.

Canadian Healthcare Association (CHA), *Organization and Governance of Facility-Based Long Term Care within Each Province/Territory*, January 2004.

Canadian Healthcare Association (CHA), *Charges to Residents in Facility-based Long-term Care by Province/Territory*, May 2006a.

Canadian Healthcare Association (CHA), *Geographic Residency Requirements*, May 2006b.

Chan, P. and S. Kenny, "National consistency and provincial diversity in delivery of long-term care in Canada," *Journal of Aging and Social Policy* 13: 2~3, 2001, 83~99.

Coyte, P., "Expanding the principle of comprehensiveness from hospital to home," mimeo,

submission to the standing committee on social affairs, science and technology, 2002.

Decima Research Inc., *National Profile of Family Caregivers in Canada-2002: Final Report*, Submitted to Health Canada, 2005.

de Roo, A., L. Chambaud and B. Guntert, "Social health insurance systems in western Europe," *European Observatory on Health Care Systems*, 2004, 281 ~ 298.

Flood, C., M. Stabile and C. Tuohy, "Social Health Insurance in Ontario," paper presented at the International Conference on Health Care Financing in Ontario, University of Toronto, November 2006.

Hogan, S. and S. Hogan, "How an Aging Population Will Affect Health Care," in G. Marchildon, T. McIntosh and P.-G. Forest edit, *The Fiscal Sustainability of Health Care in Canada*, University of Toronto Press, 2004, 51 ~ 80.

Ikegami, N., and J. Campbell, "Choices, Policy Logics and Problems in the Design of Long-term Care System," *Social Policy and Administration* 36:7, 2002, 719 ~ 734.

Karlsson, M., L. Mayhew, R. Plumb, and B. Rickayzen, "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.

Marchildon, G., Canada, European Observatory on Health Systems and Policies, Health System

in Transition (HiT) Series, 2005.

NACA (National Advisory Council on Aging), "The Changing Face of Long-term Care," *Expression* (Bulletin of the NACA) 18:4, Fall 2005.

OECD, *Long-Term Care for Older People*, 2005.

Romanow Report, *Commission on the Future of Health Care in Canada*, 2002.

Shapiro, E., *Home Care: The Health Transition Fund Synthesis Series*, Health Canada, 2002.

Smith, M., *Commitment to Care: A Plan for Long-term Care in Ontario*, Ministry of Health and Long-term Care, Spring 2004.

Tuohy, C., C. Flood and M. Stabile, "How does private finance affect public health care systems?: Marshalling the evidence from OECD countries," *Journal of Health Politics, Policy and Law* 29:3, 2004, 359~396.

Wittenberg, R., B. Sandhu and M. Knapp, "Funding long-term care: the public and private options," *Funding health care: options for Europe, European Observatory on Health care system series*, 2002, 226~249.

## 저 자 약 력

### • 권 순 만

미국 펜실베이니아대학교 대학원 경영학 박사  
현, 서울대학교 보건대학원 교수

#### <주요 경력>

건강증진사업지원단 기획평가위원  
노인요양보장제도 시범사업 운영평가단 위원

#### <주요 저서>

『인구고령화와 의료비 지출 및 장기요양제도 도입의 정책과제』, 『사회보장연구』, 제22권 제2호, 2006.

『노인장기요양 재원조달체계: 제도의 유형과 정책과제』, 『한국노년학』, 제15권, 2006.

Working Paper 2006-01

---

---

## 캐나다의 장기요양정책

### Long-term Care Policy for the Elderly in Canada

---

---

발행일 2006년 12월 일 값 원

저 자 권 순 만

발행인 김 용 문

발행처 한국보건사회연구원  
서울특별시 은평구 불광동 산42-14(우: 122-705)  
대표전화: 02) 380-8000  
<http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인 쇄 삼정인쇄

© 한국보건사회연구원 2006

---

---

ISBN 978-89-8187-390-5 93330