

독일의 장기요양보험

권 순 만, 서울대학교 보건대학원 교수

2004년 4월

독일은 가난한 사람들을 대상으로 지방정부가 사회부조제도를 운영하였으나, 노령화와 가족의 역할 변화에 의해 장기요양 대상인구와 비용이 증가함에 따라 세계 최초로 사회보험제도를 통해 전 국민을 대상으로 장기요양비용을 조달하기 시작하였다. 독일 장기요양보험의 특징으로는 급여수급자가 현금급여를 선택하여 그 현금을 자신에게 요양을 제공한 가족, 친지 등과 같은 비공식적 서비스 제공자에게 줄 수 있도록 함으로써 가족의 기능을 유지하기 위해 노력한다는 점, 요양시설과 같은 요양기관보다는 가정과 지역사회 중심의 서비스 제공이 이루어지도록 유도한다는 점, 의료보험과는 달리 급여수급자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 세 가지 요양등급 분류 내에서는 동일한 정액 급여액을 제공함으로 최소 급여의 성격이 강하다는 점 등을 들 수 있다.

발행처: 프리드리히 에베르트 재단 주한 협력 사무소

편집인: 페터 가이, 박상희

편집위원: 김영희, 안두순, 안석교, 양민석, 이삼열, 정현백, 최연혜 (가나다 순)

주소: 서울시 종로구 운니동 98-5 삼환 빌딩 1101호 ☎ 110-742

Tel: (02) 745-2648/9, Fax: (02) 745-6684

e-mail: feskorea@fes.or.kr & fesrok@fes.or.kr

http://www.fes.or.kr

I. 장기요양제도: 특성과 유형

평균 수명의 증가에 의해 노인인구가 증가하고, 이에 더하여 출산율의 감소로 인하여 노령 인구의 부양문제가 큰 사회적 부담을 야기하고 있다. 나아가 여성의 노동참여 증가와 가족의 역할 변화에 의해 전통적으로 장기요양을 담당해 온 비공식적 서비스 제공자의 역할이 감소함에 따라 노인에 대한 간병과 일상생활의 보조 같은 장기요양서비스가 큰 사회적 부담으로 대두되었다. 이에 따라 선진국들은 장기요양에 대해서도 개인의 책임에 맡기던 것에서 사회적 책임이 강조되는 공적 재원조달제도를 도입하기 시작했다.

공적 재원조달체계는 위험 분산과 사회적 연대를 동시에 추구하는 제도로서, 그 재원을 조세 혹은 보험료에 기반을 두느냐, 그리고 국민 전체 혹은 일부계층만을 대상으로 하느냐 라는 두 가지 차원에서 제도를 분류할 수 있다. 장기요양비용을 조달하기 위해 사회보험을 도입한 나라는 독일과 일본을 들 수 있다. 사회보험은 일반적으로 소득에 비례하여 보험료를 납부하고 거의 모든 국민을 포괄하므로 가입자가 장기요양서비스를 필요로 할 경우 재산상태와 관계없이 급여를 받는 제도이다. 조세로 장기요양비용을 조달하는 경우는 자산조사를 통해 가난한 사람만을 대상으로 사회부조적 성격을 가진 미국과 같은 제도와, 모든 국민을 대상으로 장기요

양서비스가 필요한 사람에게 급여를 제공하는 복구 유럽식 제도로 크게 나뉠 수 있다.

일반적으로 의료보다는 장기요양의 급여 범위가 더 제한적이다. 또 전 국민에 대해 의료비용을 조세로 조달하는 국가보건서비스를 가진 영국에서도 장기요양에 대해서는 최근까지 가난한 사람만을 대상으로 사회부조제도의 형태를 운영해왔다. 즉, 대부분의 나라에서는 의료비용과 장기요양비용을 서로 약간은 다른 사회적 위험으로 간주한다고 볼 수 있다. 우선 의료비용에 비해 장기요양비용은 노령화와 함께 진행되는 만큼 그 예측가능성이 더 높다. 따라서 개인이 준비할 수 있는 여력이 상대적으로 더 많고 개인의 책임으로 대처할 가능성이 상대적으로 더 높다. 또 젊은층의 생산가능 인력에게 의료문제가 생겼을 때는 그 비용을 부담하기 위해 자산(예, 주택)을 소진하거나 여타 소비를 희생하는데 따른 기회비용이 매우 크다. 따라서 재난성 의료비용에 대한 사회적 위험분산의 중요성은 매우 크다. 반면, 노령인구에게는 장기요양비용을 조달하기 위해 본인의 자산을 처분하는 것을 (재산 상속자를 제외하고는) 사회적으로 용인할 수 있다. 나아가 젊은층의 의료문제는 그들의 건강을 회복시킴으로써 사회적 생산 활동에 재투입할 수 있지만 노령인구의 장기요양은 신체기능의 회복을 통한 사회적 생산을 증진시킬 수 있는 기회가 매우 낮으므로 공적 재원의 투자효과가 상대적으로 낮다고 보는 것이다.

II. 독일 장기요양보험¹⁾ 도입 배경

독일은 1994년 5월 장기요양법이 통과되고, 1995년 1월부터 보험료를 징수하기 시작하여 1995년 4월부터 재가 요양에 대해, 그리고 1996년 7월부터 요양시설(nursing home)에서의 장기요양에 대해 급여를 제공하기 시작했다. 그 이전에는 독일에서 장기요양서비스에 따른 비용은 개인이 직접 지불하였다. 다만 대부분의 선진국과 마찬가지로 지방정부는 자산조사를 통해 가난한 사람 혹은 자신의 재산을 장기요양을 위해 다 소진하여 가난해진 사람들을 대상으로 사회복지조를 운영하고 있었고, 종교단체, 사회복지단체 등과 같은 비영리 민간조직들도 지역사회 차원에서 장기요양서비스를 제공하고 있었다. 그러나 노령화와 가족의 역할 변화에 따른 장기요양 대상인구와 비용의 증가는 가난한 계층 이외의 일반 국민들 그리고 지방정부에게 심각한 재정 부담을 안겨주게 되었다. 또한, 장기요양을 위한 사회적 자원조달 체계가 미비함에 따라 장기요양 제공체계 또한 자리가 잡히지 않아 제공되는 서비스의 질이 낮고 서비스공급자의 수 역시 제한적이었다. 따라서 공적인 재원으로 대다수의 국민을 포괄하는 장기요양 자원체계의 필요성이 강하게 대두되었다.

공적자원조달체계를 조세로 운영할지 혹은 사회보험체계로 운영할 지에 대한 논의가 있었다. 통독이후 정부의 재정 부담이 상당한 상황에서 조세 체계로 장기요양서비스의 재원을 마련하는 것은 비현실적이었다. 또 이미 의료에 대한 사회보험제도가 도입되어 있었으므로 장기요양에 대해서도 비슷한 제도를 도입하는데 대한 사회적 공감대가 쉽게 형성되었을 것이다. 나아가 사회보험체계를 도입함으로써, 장기요양서비스에 대한 별도의 관리운영체계를 도입할 필요 없이 기존의 의료보험(질병금고) 조직과 인력을 이용하여 비용을 절감할 수 있다는 장점이 있었으므로 조세체계보다는 사회보험체계를 도입하는 것이 많은 장점을 가지고 있었다.

의료와 장기요양서비스를 구분하는 것은 쉽지 않고 대부분의 환자의 경우 두 가지가 모두 필요하다. 따라서 환자의 효과적인 치료와 요양을 위해서는 의료와 장기요양을 하나의 제도로 묶음으로써 두 기능간의 통합과 연계를 도모하는 것이 이론적으로 더 바람직한 접근일 것이다. 하지만 독일의 경우 현실적으로 비용절감에 있어 많은 한계를 보이고 있는 기존 의료보험체계에 내에 장기 요양 요소를 추가해서는 그 비용상승을 감당하기 어려울 것이라는 우려가 있었다. 예를 들어, 의료보험은 환자가 받는 진료

1) '간병보험'으로 번역되기도 하나 필자는 우리나라에서 좀 더 보편적으로 사용되는 '장기요양보험'이라는 용어를 사용하고자 합니다.

수준에 따라 거의 상한선 없이 급여를 제공하고 있는데, 만일 장기요양 부문을 의료보험에 추가한다면 이러한 장기요양 부문에서도 거의 제한 없는 급여를 제공해야 할 것이다. 따라서 비용절감을 위한 혁신적인 장치들을 도입하기 위해서는 기존의 제도와는 다른 별도의 새로운 제도를 설계하여 도입할 필요가 있었다. 하지만 장기요양과 의료의 경계가 불분명하기 때문에 생긴 문제가 두 분야에 대한 지불자(보험조합)가 다르기 때문에 더욱 증폭되는 양상을 띠고 있다고 볼 수 있다. 나아가 이러한 별도의 제도 운영은 의료와 장기요양서비스간 적절한 조화와 조정을 더욱 어렵게 한다는 비판에도 직면하고 있다.

III. 독일 장기요양보험 재원조달과 급여

1) 재원조달

사회보험중 하나인 의료보험에 가입하는 모든 국민은 사회장기요양보험의 가입자가 된다. 다만 자영자나 소득이 높은 일부 피용자계층은 사회장기요양보험에 강제로 가입해야 하는 의무가 없으며, 사회장기요양보험을 선택하지 않은 경우 민간장기요양보험에 의무적으로 가입해야 한다. 현재 약 90%에 가까운 국민들이 사회장기요양보험에 가입하고 있다. 사회장기요양보험의 보험료부과 소득상한선은 2002년까지 가입해 있던 사람은 월 소득 3,487 유로 이하로, 2003년도부터 가입자는 월 소득 3,862 유로 이

하로 각각 다르게 적용하고 있다. 장기요양보험은 나이에 관계 없이 젊은 층도 보험료를 납부하고 급여 역시 노인뿐 아니라 장기요양을 필요로 하는 모든 사람(예를들어, 장애로 장기요양을 필요로 하는 젊은 계층)에게 제공된다. 하지만 장기요양보험 급여 수혜자의 80%는 65세 이상의 노인들이다. 독일 장기요양보험의 대상 인구는 2000년에 시작된 일본의 장기요양보험과 다른데 일본에서는 40세 이상 인구만이 보험료를 납부하고 급여 역시 노령화와 관련된 장기요양에 국한된다.

의료보험과 마찬가지로 장기요양보험의 보험료도 고용자와 피고용자가 반반씩 부담한다. 단 고용자의 부담을 줄이기 위해 법정공휴일을 하루 감소시켰다(예외: 작센주). 이러한 변화는 고용자의 사회보험료 부담을 더 이상 높이지 않음으로서 산업의 경쟁력을 높이기 위한 목적도 있지만, 질병에 비해 장기요양은 직장이나 고용에 의해 영향을 받는 정도가 상대적으로 덜하다는 논리에 기인했다고도 볼 수 있다. 연금수급자의 경우 연금에서 보험료의 반을 부담하고 실업자의 경우 실업보험에서 보험료를 전액 부담해준다. 보험료는 현재 총소득의 1.7%인데, 보험료율을 인상시키기 위해서는 의회에서 법안이 통과하여야 한다는 규정을 만듦으로서 비용억제의 의지를 보이고 있다. 재원조달에서도 독일은 재원의 전액을 보험료에 의존한다는 점에서 재원의 50%를 보험료로부터 그리고 나머지 50%는 조세에 의해 조달하는 일본의 장기요양보험제도와의 차별화된다.

2) 장기요양보험 급여

장기요양보험의 급여는 나이나 노령화와 상관없이 신체적 혹은 정신적 장애(disability)로 인해 일상생활(ADL: Activities of Daily Living)을 수행하는데 있어서 적어도 6개월 이상 타인의 도움을 필요로 하는 모든 사람을 대상으로 한다. 급여의 대상자가 되기 위해서는 의료보험 소속 의료진(MDK)에 의한 검진(사정, 평가)을 받아야 한다. 급여대상자는 일상생활에서 개인 위생, 영양 그리고 이동과 관련된 활동들(예, 목욕, 화장실 이용, 식사 등)을 수행하는데 있어서 얼마나 자주 그리고 얼마나 오랫동안 타인의 도움에 의존하느냐와 가사노동에 도움을 필요로 하는 정도에 따라 세 가지 요양등급으로 분류된다. 타인에 대한 의존도가 가장 낮은 1등급은 하루에 적어도 한번 이상 그리고 총 90분-180분 동안 타인의 도움을 필요로 하는 경우이고, 2등급은 하루에 적어도 세 번 이상 총 180분-300분 동안 타인의 도움에 의존해야 하는 경우이다. 마지막으로 타인의 도움이 필요한 정도가 가장 큰 3등급은 적어도 두 가지 이상의 일상 활동을 수행하는데 있어 매일 총 5시간 이상 타인의 도움에 의존하는 경우이다.

급여는 크게 가정에서 하는 요양과 요양시설의 요양으로 분류될 수 있다(표 1). 재가요양의 경우 수혜자가 현금급여와 서비스급여 중 선택할 수 있다(둘 중 한 가지만 선택해도 되고, 두 가지 급여를 혼합할 수도 있음). 재가요양에 대한 서비스급여는 지역사회의 방문요양서비스제공자(즉, 공식적 서비스제공자)에 의해 제공된다. 재가요양의 현금 급여는 그 사용처(방법)에 대한 제한이 없으며, 현금급여를 선택한 급여대상자는 그 현금을 자신에게 요양을 제공한 가족, 친지 등과 같은 비공식적 서비스 제공자에게 줄 수 있다. 요양시설의 경우 서비스급여만 가능하고, 숙박과 식사는 급여대상이 아닌데 이는 재가요양 급여수급자에 비교해 더 유리한 급여는 제공하지 않겠다는 의도이다. 요양등급 3의 경우 재가요양과 요양시설 간 동일한 급여액을 지급함으로써 요양시설과 같은 기관화된 장기요양서비스 제공을 감소시키기 위한 경제적 유인을 제공하고자하는 노력도 엿볼 수 있다. 그 외 주간요양과 야간요양에 대해 급여를 제공하고 그리고 요양시설에서 하는 단기 요양(예를 들어, 환자를 돌보던 가족구성원이 휴가를 가는 기간)에 대해서도 급여를 제공한다.

표 1. 장기요양보험 급여액

(단위: 월, 유로)

요양등급	재가 요양		주간/야간 요양	요양시설
	현금급여	요양급여	요양급여	요양급여
1	205	384	384	1,023
2	410	921	921	1,279
3	665	1,432	1,432	1,432

출처: 독일보건복지부(Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung)

이러한 현금 급여는 소비자의 선택권을 보장하여 서비스제공자간 경쟁을 촉진할 수 있고, 또 비공식서비스 제공자에 대한 금전적 보상을 통해 가족에 의한 요양서비스 제공을 촉진시키고자 하는 의도를 가지고 있다. 물론, 동일한 요양등급이라 하더라도 현금급여액을 요양급여액의 절반 수준으로 제한함으로써 현금급여의 남용을 막으려고 하고 있다. 이러한 독일의 현금 급여는, 공식적서비스 제공자에 대해 요양급여만을 지급할 뿐 현금급여를 지급하지 않음으로써 가족과 같은 비공식 서비스제공자에 대한 금전적 보상의 가능성을 없앤 일본의 장기요양보험제도와 크게 대조된다.

장기요양보험은 급여에서 의료보험과 큰 차이를 보인다. 의료보험에서는 환자가 의료혜택을 받은 만큼 거의 제한 없이 급여를 받을 수 있으나, 장기요양보험에서는 급여수급자의 실제 서비스 이용량에 상관없이 세 가지 요양등급 내에서는 동일한 (정액) 급여액이 주어진다. 장기요양보험이 도입된 이후 지금까지 급여액은 전혀 인상되지 않았으며(물가상승과도 연동되지 않음), 예를 들어 장기요양보험의 급여액은 2000년 현재 평균적인 요양시설 비용의 60%밖에 포괄하지 못하는 것으로 나타났다. 즉, 의료보험과는 달리 장기요양보험은 기본적인 장기요양 요구에 대한 최소한의 급여제공의 성격이 강하다. 이러한 획기적인 차이점은 장기요양보험을 기존의 의료보험과는 별도의 새로운 제도로 설계하

고 도입했기에 가능했으리라 생각된다. 그러나 이러한 제한적인 급여로 인해, 요양등급이 높아져서 장기간 많은 양의 장기요양 서비스를 필요로 하는 사람들에게는 급여량이 매우 불충분하고 결과적으로 가난한 사람들은 사회보험이 도입되었어도 (지방)정부의 사회부조 프로그램에 여전히 의존하게 되는 실정이다. 급여가 제한적임에 따라 장기요양보험의 도입 이후에도 비공식적인 서비스 제공자의 역할이 여전히 중요한 실정이다. 독일 장기요양보험의 제한적인 급여는 비용의 10%만을 본인이 부담하므로 급여 수준이 훨씬 높은 일본의 장기요양보험제도와도 대조된다.

IV. 독일 장기요양 이용과 제공체계

1) 장기요양 이용과 비용 지출

2000년 현재 서비스 이용자의 약 30%가 요양시설에 입원하여 서비스를 받고 있고 나머지 70%는 재가 요양급여를 받고 있다. 그리고 재가 요양급여를 받는 사람의 약 75%가 현금급여만을 선택하고 있으므로 (나머지 25%중 절반은 서비스급여만을, 절반은 서비스급여와 현금급여를 혼합하여 받고 있음) 전체 급여수급자의 50%를 조금 넘는 사람들이 서비스급여 대신 현금급여만을 선택한 것이다. 현금급여의 액수가 서비스급여에 비해 훨씬 적음에도 불구하고 이렇게 현금급여를 선호하는 경향은 장기요양서비스를 필요로 하는 사람들이 전문적인 서비스제공자보다는

가족/친지와 같은 비전문적이고 비공식적인 서비스 제공자를 선호한다는 것을 보여주는 것이다. 동일한 요양등급에 대해 현금급여의 액수는 서비스급여의 절반에 그치므로 이러한 현금급여 선호는 장기요양보험 재정에는 긍정적인 영향을 미치고 있다.

하지만 전반적인 급여의 추세를 보면 요양시설 입원자의 비중이 증가하고, 또 재가급여 수급자중 현금급여보다는 서비스급여를 선택하는 사람의 비중이 조금씩 증가하고 있다. 장기적으로도 노령인구의 평균 연령이 더욱 증가하고, 여성의 노동 참가와 핵가족화의 경향이 가속화될 것이므로 가족구성원에 의한 서비스 제공의 가능성이 더욱 감소하고 공식적, 전문적 서비스 제공자의 역할이 더욱 확대될 것이고 이는 장기요양보험의 재정을 더욱 압박할 것이다. 독일의 장기요양보험은 1999년부터 당기 적자가 발생했고 2000년에는 그 적자폭이 증가하였다. 현재는 누적적립금을 통해 적자를 보전하고 있기는 하지만 장기적으로 재정건실화가 큰 과제임에는 틀림없다. 나아가 장기요양보험의 경우 적자발생에 대해 연방정부가 전혀 책임을 지지 않으므로 재정건실화의 필요성이 더 높다고 하겠다. 한편으로는 급여가 정액으로 고정되어 있으므로 의료보험에 비해서는 비용증가의 예측가능성이 높은 편이어서 경제상황에 따른 보험료 수입이 장기요양보험의 재정에 핵심적인 영향을 미칠 것이다.

2) 장기요양 제공체계

장기요양보험이 도입된 후 장기요양서비스 제공기관의 수가 대폭 증가하였다. 1992년 약 5,000여 개였던 지역사회중심 (재가)장기요양서비스제공자가 1997년에는 11,700여 개로 증가하였다. 요양시설은 동일 기간 중 4,300여 개에서 8,000여 개로 증가하였다. 하지만 그 이후의 증가추세는 감소하여 2000년 말 현재 지역사회중심 장기요양서비스제공자는 13,000여 개, 그리고 요양시설은 8,700여 개에 이르고 있다. 이렇게 급격하게 증가한 장기요양서비스 제공기관들의 서비스 질 관리는 만족할 만한 수준은 아니다. 현실적으로 법에서 정하는 장기요양공급기관의 설립요건이 최소한의 서비스 질 기준을 반영하지 못하고 있다는 비판도 높다. 1999년 말 기준으로 재가요양서비스제공자의 법적 소유주체를 보면 50.9%가 민간영리, 47.2%가 민간비영리 그리고 2.0%가 공공이었다. 요양시설의 경우는 34.9%가 민간영리, 56.6%가 민간비영리 그리고 8.5%가 공공이었다. 따라서, 병원산업과는 달리 장기요양서비스제공자의 경우 민간영리제공자의 비중이 상당히 높은 편임을 알 수 있다. 장기요양보험의 도입은 장기요양서비스와 관련된 많은 일자리를 창출함으로써 인력 노동시장에도 많은 영향을 미쳤는데 필요 인력의 공급은 여전히 부족한 상황이다.

장기요양금고는 법에서 정한 최소한의 기준을 충족한 모든 장기요양서비스제공자에게 요양기

관의 자격을 인정해 준다(조건을 충족한 공급자와의 계약을 거부할 수 없음). 장기요양서비스 제공기관이 책정하는 가격은 의료부문과 비슷하게 주요지불자인 장기요양금고와 지방정부(사회부조프로그램 지불자)가 공급자들과 협상을 통해 결정한다. 하지만 의사협회와 보험자협회가 집단적인 협상을 하는 의료보험과는 달리 장기요양금고협회 및 지방정부가 개별 공급자

와 협상을 한다. 요양시설에 대해서는 예산에 대한 협상을 통해 궁극적으로는 요양일당가격을 결정하고, 재가중심 장기요양 공급자에 대해서는 서비스 항목의 가격을 결정한다. 장기요양 서비스 공급자에 대한 소비자 선택과 경쟁을 촉진하기 위해 장기요양금고는 여러 공급자에 대한 가격 정보를 소비자들에게 알려주도록 했다.

FES-Information-Series는 유럽의 통합 과정과 독일의 정치적 구조 및 발전에 대한 문제를 중심으로 해당 주제의 다양성과 상호 관련성을 부각시키고, 정책 대안에 대한 논의를 촉진시키는 목적으로 제공된다. FES-Information-Series는 독일과 유럽의 다양한 쟁점들을 소개함으로써 정책 대안 모색에 다소나마 기여하려는 시도이며, 특정 정치 노선을 지지하는 것은 아니다. FES-Information-Series의 개별 주제들은 독일이나 유럽의 발전 추세를 추적하고 평가할 능력을 구비한 전문가에 의해 집필된다. 본 자료에 수록된 내용은 필자들의 개인 의견이며, 그들이 관련된 기관 및 프리드리히 에베르트 재단의 공식 견해가 아님을 밝힌다. FES-Information-Series는 부정기 간행물이다. 프리드리히 에베르트 재단 홈페이지(<http://www.fes.or.kr>)에 전문이 올려 있으며, 본 재단 사무소에서 무료로 받아볼 수 있다.

Copyright 1998-2004 © by Friedrich-Ebert-Stiftung, Korea Cooperation Office