
II. 우리나라 장기요양서비스/보험의 현황 및 평가

1. 장기요양서비스 및 요양보험의 현황

가. 법적 개념과 보험산업과의 관계

장기요양서비스는 치매, 중풍 등 거동이 불편한 노인이나 중증장애인에 대해 시설(요양기관)이나 가정에서 장기요양급여¹²⁾를 제공하는 것을 의미한다. 장기요양서비스 재원은 공적인 경우 조세 혹은 보험방식¹³⁾으로, 사적인 경우 보험가입을 통해 마련하게 된다. 이와 관련하여 현재 우리나라는 공보험에서 제공하는 노인장기요양보험(이하 요양보험)과 사보험에서 제공하는 간병보험이 있다.

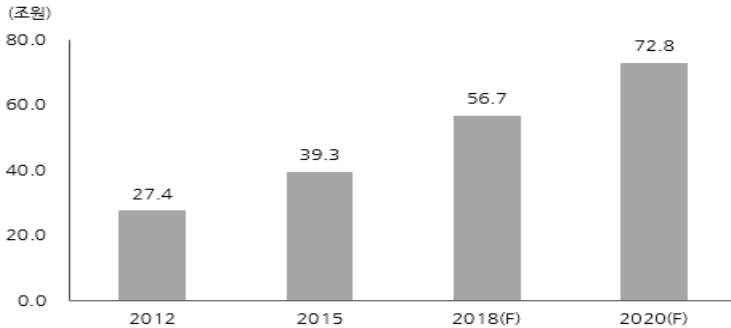
한편 장기요양서비스는 고령친화산업진흥법 및 시행령(이하, '고령친화산업법령'이라 함)¹⁴⁾에 의해 고령친화제품으로 분류되는 고령친화산업에 해당된다. 한국보건산업진흥원에서 추산한 고령친화시장 규모(금융업 제외)는 2012년 27조 4천억 원에서 2015년 39조 3천억 원으로 3년 동안 43% 증가하였다. 또한 동 기관의 추정에 의하면(보건복지부·한국보건산업진흥원 2018), 고령친화시장은 2015년부터 2020년까지 매년 13.1% 성장하여 2020년에 약 72조 8천억 원(GDP 대비 5.5%)에 달할 것으로 예상된다(KPMG(2017), p. 11).

12) '장기요양급여'란 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되어 등급판정기준에 따라 수급자로 된 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 '서비스'나 이에 갈음하여 지급하는 '현금' 등을 의미함(노인장기요양보험법 제2조 제2호)

13) 대부분의 국가는 조세방식으로 운영하나 우리나라, 독일, 일본은 보험방식을 취하고 있음(김민경 외 2017)

14) 고령친화산업 진흥법(제2조 제1항) 및 시행령(제2주)에서 고령친화산업을 ① 의료기기, ② 주택, ③ 요양서비스, ④ 금융·자산관리 서비스, ⑤ 정보기기 및 서비스, ⑥ 여가·관광문화 또는 건강지원서비스, ⑦ 농업용품 및 영농지원서비스, ⑧ 의약품·화장품, ⑨ 교통수단·교통시설 및 서비스, ⑩ 건강기능식품 및 급식 서비스의 10가지 세부 분야로 정의함

〈그림 II-1〉 고령친화시장 규모 추이 및 전망



자료: 한국보건산업진흥원(2015); KPMG(2017)

이러한 고령친화시장 중에서 요양산업의 성장률이 빠르게 성장하고 있음에 주목할 필요가 있다.¹⁵⁾ 이에 대해서는 다음 부분(나. 장기요양서비스 현황)에서 설명하고자 한다.

노인요양서비스의 공급기관인 장기요양기관(시설요양기관, 재가요양기관)¹⁶⁾은 시설요양과 재가요양서비스¹⁷⁾를 제공하고 그 대가로 장기요양급여를 받는다.

유의할 점은 시설요양(요양시설)은 노인장기요양보험법에 근거하며 의료법에 의한 요양병원과는 구분되며, 다음과 같은 점에서 주요한 차이가 있다(삼성생명 은퇴연구소 2017).

요양병원은 의사, 간호사 등의 의료진이 상주하나 요양시설에는 의료진이 상주하지 않고 외부의사(촉탁의)가 방문한다. 요양병원은 국민건강보험, 요양보험 모두 비급여는 본인부담이 원칙이고 급여에 본인부담이 적용된다는 점도 동일하나 세부적 내용에 차이는 있다.¹⁸⁾ 요양병원은 본인부담 상한제¹⁹⁾가 존재하나 요양시설에는 없다. 요양

15) 경제와 건강상태를 고려하여 일본의 고령자 시장 규모를 살펴보면, 경제력이 있는 노인이 시니어 시장의 10%를 차지하고, 고령화·장수화로 인해 간병시장이 시니어 시장의 10%를 차지할 것이라는 전망이 있음(류재광 2017)

16) '장기요양기관'이란 제31조에 따라 지정을 받은 기관 또는 제32조에 따라 지정의제된 재가장기요양기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관임(노인장기요양보험법 제2조)

17) 시설요양은 노인 등을 요양시설에 입소시켜서, 재가요양은 자신의 주거지에서 요양, 급식, 기타 일상생활에 필요한 서비스를 제공하는 것을 의미함(노인장기요양보험법 제23조)

18) 요양급여의 경우 재가급여와 시설급여에서 본인부담율은 각각 15%, 20%임. 다만, 국민기초생활보장법에 따른 수급권자는 면제이며, 기타의료급여 수급권자는 40~60% 감경됨(노인장기요양보험법 제40조 제1항)

19) 과도한 의료비로 인한 경제적 부담을 덜어주기 위해 연간 본인부담금(비급여, 선별급여 등 제외)의 총액이 개인별 상한금액('19년 기준 81~580만 원)을 초과하는 경우 초과금액을 건

병원의 식비는 급여가 적용되지만, 요양시설의 식사재료비(주식, 한식, 간식 등)는 비급여로 본인부담이다.

〈표 II-1〉 요양병원과 요양시설 구분

구분	요양병원	요양시설
법적 근거	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법
재원	건강보험	노인장기요양보험(건강보험료액의 약 7.38% (2018년), 국고(보험료 예상수입액의 20%), 본인부담으로 조달)
목적	질병이나 장애로 인해 장기 치료가 필요한 환자에게 의료서비스 제공	노화 등에 따른 신체, 정신적 기능 저하로 거동이 불편한 자에게 일상생활 지원
이용 대상	65세 이상 노인 환자 선택	- 노인장기요양보험 등급판정위원회에서 1~2급 인정하에 입소 가능 - 3~5등급자 중 가족구성원으로부터 수발 곤란, 주거환경 열악 등 특별한 사유 발생 시 예외적 입소 가능

자료: 이정택(2018): 노인장기요양보험 홈페이지(노인장기요양보장제도)를 참조하여 정리함

요양시설을 유형별로 보면 노인의료복지시설,²⁰⁾ 재가노인복지시설²¹⁾로 구분된다. 노인의료복지시설은 2008년(2008. 4. 4) 통합 및 개편과정에서 기존의 ‘노인요양시설, 노인전문요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인전문요양시설, 유료노인요양시설’을 ‘노인요양시설’로 통합하고, ‘노인요양공동생활가정’을 신설하였으며, 노인전문병원은 장기요양기관에서 제외되었다(노인장기요양보험 홈페이지/노인요양시설).

요양병원이 아닌 요양시설에 대한 설립 및 관련 서비스 수행은 의료행위가 아니므로 현재 보험산업에서도 가능하다. 즉, 보험회사의 장기요양서비스 사업 수행 여부는 보험업법 제11조의2, 제115조 제1항, 동법 시행령 제59조에 근거하여 보험업의 부수 업무 및 자회사 설립을 통해 수행할 수 있다.

강보험공단이 부담하는 제도임

20) 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 노인이 입소하여 급식·요양 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공받는 시설을 의미하며, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있음(노인복지법 제34조 제1항)

21) 살고 있는 지역에서 거주하면서 서비스를 제공받을 수 있는 시설로서 방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 기타서비스로 구성됨(노인복지법 제38조)

〈표 II-2〉 보험산업의 장기요양서비스 사업 수행 관련 규정

구분	근거법	설명
부수업무	보험업법 제11조의2	경영건전성, 계약자 보호, 금융시장의 안정성을 해치지 않는 한 부수업무가 가능
자회사	보험업법 제115조 제1항 제4호	보험업의 건전성을 저해하지 아니하는 업무로서 대통령령으로 정하는 업무
	보험업법 시행령 제59조 제1항	건강·장묘·장기간병·신체장애 등의 사회복지사업 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무와 「노인복지법」 제31조에 따른 노인복지시설의 설치·운영에 관한 업무 및 이와 관련된 조사·분석·조언 업무

주: 보험업법을 참고하여 저자가 정리함

나. 장기요양서비스 현황

1) 장기요양서비스 시장 규모 및 시설

요양산업의 시장 규모는 2012년 2조 9,349억 원에서 연평균 16.6% 성장할 것으로 전망되어 앞서 설명한 고령친화 산업의 연평균성장률(약 13.1%)보다 높을 것으로 예상되고 있다. 이러한 추세를 고려하면 요양산업의 시장규모는 2020년에 10조 316억 원으로 전망된다.

이러한 요양산업의 시장 확대는 2008~2017년간 요양병원 및 요양시설을 꾸준히 증가시켜 왔으며, 시설 수 측면에서는 요양시설이, 시설규모 면에서는 요양병원이 많았다. 2017년 기준 요양시설 수는 요양병원 수에 비해 2.2배이나, 병상 수(혹은 침상 수)로는 요양시설이 요양병원의 55.5% 수준이다. 시설 당 병상 수(혹은 침상 수)는 요양병원이 184개, 요양시설이 47개여서²²⁾ 요양병원의 대형화 현상을 보여주고 있다.

22) 요양병원은 '28.1만 개/1,529개', 요양시설은 '15.6만 개/ 3,289개'로 산출함

〈표 II-3〉 요양병원과 요양시설 변화 추이

구분	2008년도	2012년도	2016년도	2017년도
요양병원(A)	690개 (7.6만 개)	1,103개 (14.0만 개)	1,428개 (24.2만 개)	1,529개 (28.1만개)
요양시설(B)	1,332개	2,610개 (11.9만 개)	3,136개 (15.0만 개)	3,289개 (15.6만개)
B/A	1.93배	2.37배 (85.0%)	2.20배 (62.0%)	2.15배 (55.5%)

주: 1) () 안은 병상 혹은 침상 수임

2) 요양시설에는 노인요양시설만 포함함(노인요양공동생활가정 제외)

자료: 이정택(2017); 요양병원은 보건복지부(2017), 요양시설은 국민건강보험공단(2017)을 참고하여 작성함

보건복지부(2019)에 의하면, 요양병원에서 최근 10년 동안(2008~2018년) 중증환자 비율은 낮아졌고 경증환자 비율은 증가한 것으로 나타났다.²³⁾ 상대적으로 대형화된 요양병원의 입소를 원하는 수급자들이 치료를 마친 후 요양기관으로 이동하여야 함에도 불구하고 요양병원에 남아 있는 경향이 있음을 보여준다. 이로 인해 요양병원 진료비 증가율이 다른 의료기관에 비해 현저히 높은 것으로 나타나고 있다.²⁴⁾

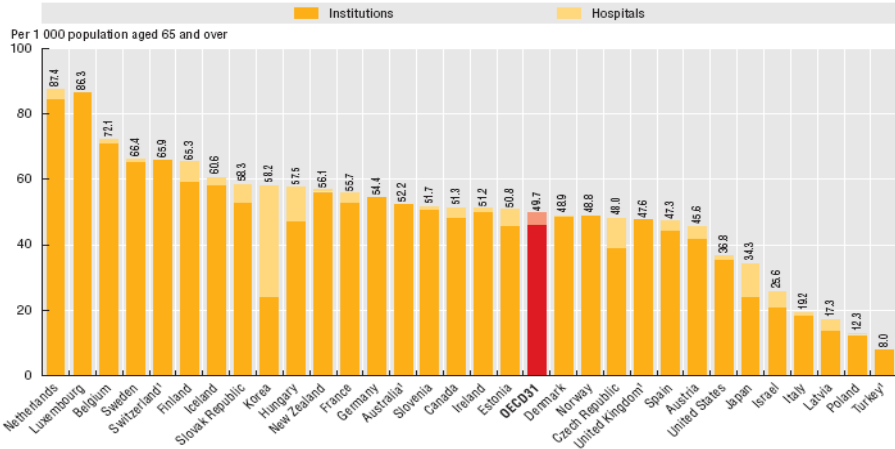
주요 국가와 비교할 때 우리나라의 전체 침상 수는 OECD 31개국의 평균보다 다소 높으나 다른 국가에 비해 요양시설 침상 수(65세 이상 1천 명당 침상 수 기준)는 매우 낮은 것으로 나타나고 있다. 이는 그만큼 시설이 부족함을 보여주며, 나아가 프라이버시를 고려한 병실 및 침상 수 확대 등 요양서비스 질이 충족된 인프라 개선의 필요성이 있음을 시사한다.

23) 보건복지부 보도자료(2019. 4. 30), “〈제7차 건강보험정책심의위원회〉 요양병원 건강보험 수가체계 개편 방안 의결”에 의하면, 2008년 중증환자는 72.8%에서 2018년에 47.1%로 감소하여 경증환자의 요양병원 입소율이 증가함

24) 2010~2016년 60세 이상 건강보험의 노인진료비 전체는 92% 증가한 반면, 요양병원 진료비는 170% 증가함(이정택 2018)

〈그림 II-2〉 주요국의 요양시설 및 요양병원의 침상 수 비교(2015년 기준)

(단위: 65세 이상 1천 명당 침상 수)



자료: OECD(2017a), p. 213

한국개발연구원(2013)에 의하면, 우리나라 노인의료복지시설 입소자는 2010년 104,460명에서 2040년 261,808명으로 2.5배 증가하고, 재가노인복지시설 입소자는 동 기간 65,931명에서 224,930명으로 3.4배 증가할 것으로 전망한 바 있다.²⁵⁾ 시설보다는 집에서 요양서비스를 받고자 하는 욕구의 증가속도가 커지기는 하나 질적 서비스를 요구하는 경향도 함께 나타나고 있다는 점에 주목할 필요가 있다(박은자 외 2017; 류재광 2016).

또한 한국개발연구원(2013)은 우리나라 요양서비스 수요가 OECD 국가들의 평균 수요수준으로 수렴할 것을 가정할 경우(시설서비스 평균 이용률 4.9%, 재가서비스 평균 이용률 9.6%), 2040년 노인의료복지시설의 예상수요는 80만 2천 명이고 재가노인복지시설의 예상수요는 158만 명으로 추정하고 있다.²⁶⁾ 동 수치에 의하면 노인의료복지시설은 정원 대비 6.1배, 재가노인복지시설은 현원 대비 24배 증가하게 될 것으로 예상된다.

25) 통계청의 2012년 장래인구추계 시도편의 노인인구와 보건복지부 2011년 노인복지시설현황의 노인인구 대비 노인복지시설 이용인원 비율을 사용한 노인의료복지시설과 재가노인복지시설의 수요를 전망함(한국개발연구원(2013), p. 168)

26) 한국개발연구원(2013), p. 204

이러한 통계적 수치도 재가서비스에 대한 선호가 더 증대할 것으로 제시하기는 하나 시설서비스에 대한 욕구도 6.1배 증가한다는 점에 주목할 필요가 있다. 이를 고려할 때 현재의 시설규모에 대한 충분성 검토가 요구되고, 앞서 설명한 바와 같이 良質의 요양서비스 제공을 고민할 필요가 있음을 시사한다.

이에 대해서는 선진국의 경험을 고려하여 판단할 필요가 있으므로 제3장 선진국의 사례를 바탕으로 제4장에서 산업 활성화 가능성을 검토하고자 한다.

장기요양기관 및 관리 인력을 살펴보면 다음과 같다. 장기요양기관 수는 약 2만 여 개²⁷⁾(입소시설 5천 여개, 재가시설²⁸⁾ 1만 6천여 개소)로 관리 인력은 2017년 약 37만 7천 명이다. 관리 인력을 구분하면 요양보호사²⁹⁾가 34만 명(입소시설 6만 명, 재가기관 27만 명³⁰⁾)으로 전체의 90.3%를 차지하며, 사회복지사 4.9%, 간호조무사 2.6% 순으로 나타났다.

〈표 II-4〉 연도별 장기요양기관 인력

(단위: 명, %)

구분	2008	2015	2017
계	125,000	324,946	377,184 (100.0)
사회복지사	4,195	13,923	18,535 (4.9)
의사(축탁 포함)	-	1,415	2,198 (0.6)
간호사	2,951	2,719	2,791 (0.7)
간호조무사	2,373	9,099	9,845 (2.6)
치과위생사	-	4	7 (0.0)
물리(작업)치료사	-	1,952	2,024 (0.5)
요양보호사	114,000	294,788	340,624 (90.3)
영양사	-	1,046	1,160 (0.3)

주: 1) 각 직종 내 중복인원은 제거함(의사+축탁의, 물리+작업치료사, 요양보호사1급+2급)

2) 조리원, 사무원 등 기타종사자는 포함하지 않음

3) () 안은 점유율임

자료: 보건복지부 보도자료(2018. 8. 24), “2017 노인장기요양보험 통계연보 발간”

27) 노인요양시설 3,414개소, 노인요양공동생활가정 1,924개소, 재가노인복지시설 단기보호 등 16,334개소임(보건복지부 장기요양시설 유형별 현황 2019. 3. 31)

28) 재가서비스(5종, 노인장기요양보험법 제23조): ① 방문요양, ② 방문목욕, ③ 방문간호, ④ 주야간보호(하루 중 3~12시간), ⑤ 단기보호(월 15일)

29) 240시간의 요양보호사 교육과정을 이수하고 시·도지사가 실시하는 자격시험에 합격하여 자격 취득한 자를 말함

30) 보건복지부 보도자료(2017. 11. 7), “본인부담 경감 대상 확대, 경증치매대상 인지기원 등급 신설 등 장기요양보험 보장성 강화된다”

특히, 요양보호사는 요양보험제도가 도입된 2008년에 비해 2017년에 3배 정도 증가하고, 사회복지사와 간호조무사도 크게 증가했으나 간호사는 감소했다. 의사, 물리(작업)치료사 규모는 낮은 수준이어서 전반적으로 장기요양인력은 적은 것으로 평가되고 있다.

2) 보험산업의 요양사업 참여 사례

여기서는 민영 금융기관(자회사 포함)이 운영 중인 장기요양기관을 살펴보고 향후 요양사업 참여(투자 확대 포함) 가능성을 진단하고자 한다.

이와 관련하여 대표적 장기요양기관으로 KB손해보험의 자회사인 KB골든라이프케어에서 운영하는 위례빌리지와 강동케어센터가 있다. KB골든라이프케어는 급격한 노령화에 따른 은퇴노후준비 활성화를 목적으로 설립한 요양사업회사이다.

위례빌리지는 2019년 초에 개원하여 총 130석 규모의 침상 수를 갖추고 있으며, 1~2인실 중심으로 운영되고 있다. 요양보험 등급 판정을 받거나, 일상생활수행에 도움이 필요한 노인을 자격 대상으로 하고 있다. 위례빌리지의 담당자 면담에 의하면, 정원이 130석이지만 대기자가 100명 정도라는 점에서 지속적으로 동 서비스에 대한 수요가 증가할 것으로 보고 있다.³¹⁾ 이러한 이유에는 여유있는 노인인구가 밀집되어 있는 신도시라는 지역적 특성, 고급화에 따른 良質의 서비스 제공 기대, 개발 이익으로 인한 시설매입에 따른 부동산 가치의 증가도 있는 것으로 판단된다.

31) 담당자의 인터뷰 내용을 정리한 것임(2019년 4월)

■ KB골든라이프케어 위례빌리지³²⁾

- 개요: 일상생활을 수행하기 어려운 노인들을 대상으로 24시간 생활 전반을 지원하는 요양시설로 최적의 접근성 확보를 위해 도심에 위치하고 있음
- 이용안내

이용자격	- 노인장기요양보험 등급을 판정받은 어르신 - 일상생활 수행에 도움이 필요하신 어르신
이용비용	- 월 본인부담금 1인실(240~250만 원), 2인실(170~180만 원), 4인실(80~90만 원) - 1·2·4인실은 공통으로 장기요양급여 본인부담금(장기요양급여비용의 20%)과 식대(식비 및 간식비)를 포함한 금액이며, 1·2인실은 상급침실 이용료도 포함된 금액임 - 30일 기준의 금액으로 장기요양등급에 따라 차이가 발생함 - 촉탁의 진료비, 이/미용비, 교통비 등은 미포함
이용절차	- 사전접수 및 입소상담 후 입소신청서 제출하고 입소 계약

강동케어센터는 자율형선택 프로그램(물리치료, TV시청 등)을 수행한 후 귀가를 돕는 주야간보호(데이케어) 서비스 제공 기관이다. 자격대상은 위례빌리지와 동일하며, 관련 비용은 노인장기요양보험법에 따라 총급여비에 대하여 공단부담금 85%, 본인부담금 15%이며, 식사비, 간식비 등 비급여는 본인부담이다.

■ KB골든라이프케어 강동케어센터³³⁾

- 개요: 하루 중 일정한 시간 동안 케어센터에서 이용자의 활동을 지원하고, 신체 및 인지 기능의 유지 향상을 위한 다양한 프로그램과 식사 서비스를 제공함
- 이용안내

이용자격	- 노인장기요양보험 등급 판정 어르신 - 일상생활 수행에 도움이 필요한 어르신
이용비용	- 장기요양 총급여비에 대하여 공단부담금 85%, 본인부담금 15% - 식사비, 간식비 등 비급여 본인부담
운영시간	- 월~금: 오전8시~오후10시 / 토요일: 오전8시~오후6시

- 주요 프로그램: 시니어건강체조, 작업치료, 취미교육, 기능회복 프로그램, 물리치료 등
- 협력병원: 가톨릭대학교 서울성모병원, 청병원

32) <https://www.kbgoldenlifecare.co.kr/page/service>

33) <https://www.kbgoldenlifecare.co.kr/page/service>

공익재단에서 운영하는 형태가 있는데, 실버타운³⁴⁾ 형태로 운영하는 삼성생명공익재단의 노블카운티 너싱홈(복합실버타운³⁵⁾)이 있고, 하나공익재단과 고려대학교 간호대학이 산학협력을 통해 설립한 하나케어센터가 있다.

노블카운티 너싱홈은 사회공헌 사업의 일환으로 2001년 개원하였으며, 요양등급자를 대상으로 하는 요양시설과 달리, 실버타운으로 분류되고 있어 장기요양보험법이 아닌 노인복지법에 의해 운영되고 있다.

■ 삼성생명공익재단의 노블카운티 너싱홈³⁶⁾

- 개요: 가정과 같은 생활공간에서 간호, 간병, 전문재활치료, 다양한 문화와 여가 등을 통해 건강하고 다양하며 풍요롭게 노후의 삶을 즐길 수 있도록 함
- 이용안내

이용자격	- 노인복지법에 의거 만 60세 이상의 치매, 중풍 등 만성질환으로 일상생활 보조가 필요한 사람이 입주할 수 있음
이용비용	- 입주보증금 1인실(1억 원), 2인실(7천만 원), 4인실(5천만 원) - 월 생활비 1인실(551~681만 원), 2인실(427~463만 원), 4인실 350~388만 원)으로 요양등급에 따라(1등급 30만 원, 등급 간 30만 원) 부과 - 소모품비·의료비·식비(1인 90번 식사로 52만 원)는 별도로 부과

하나금융공익재단 하나케어센터는 치매, 중풍 등 노인성 만성 질환을 앓고 있는 노인을 수발하기 위해 2009년 3월에 개원한 장기요양기관이다. 'Unit Care'(노인 15명을 간호단위로 함) 시스템 및 요양시설 발전 등을 통하여 궁극적으로 사회구성원들의 삶의 질을 높이는 것을 목표로 하고 있다.

34) 실버타운은 법률적 용어가 아니므로 최근 의료서비스에 중점을 둔 요양원 성격의 시설로도 용어를 사용하는 경우도 있음. 일반적으로 노인복지주택 혹은 양로시설로 설립됨(KB금융지주 경영연구소 2015)

35) http://samsungnc.com/?page_id=12

36) http://samsungnc.com/?page_id=43

■ 하나금융공익재단의 하나케어센터³⁷⁾

- 개요: 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활이 어려운 어르신들에게 편안한 요양 환경을 제공함으로써 노후생활 안정을 도모하고 가족의 부담을 경감시켜 국민의 삶의 질을 향상시키기 위한 노인전문요양시설임
- 이용안내

이용자격	- 장기요양 1~2등급(시설급여) - 장기요양 3~4등급자로 판정받았으나, 등급판정위원회에서 다음 사유 중 1개 이상 해당하는 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자 가. 동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우 나. 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우 다. 심신상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우 - 장기요양 5등급자로 판정받았으나, 등급판정위원회에서 다음 사유 중 1개 이상 해당하고 의사소견서 치매진단 관련 보완서류의 영역이 일정점수 이상인 것으로 판단되어 시설입소를 희망하는 자 가. 동일세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우 나. 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우
이용시설 및 서비스	- 입소정원: 99명(1인실: 7실, 2인실: 30실, 4인실: 8실) - 서비스: 건강관리 서비스(의료/재활서비스, 간호요양서비스, 영양 서비스), 전문프로그램(상담 및 심리 재활, 특정 질환 대상별 맞춤식 프로그램), 일상생활서비스(맞춤형 식단 제공, 개인위생, 여가지원)

- 일반후원, 특별후원, 물품후원 등의 후원을 받고 있음

위 사례들을 볼 때 보험회사 등을 중심으로 良質의 요양서비스 공급을 제공하는 요양시설 운영을 시작하고 있는 것으로 보인다. 아직 성과를 평가하기에는 이른 감이 있지만, 위례빌리지의 대기자 규모 등을 고려할 때 민영 시설에 대한 선호가 있다고 판단된다. 향후 급증할 것으로 보이는 간병수요를 고려한다면 보다 적극적인 민영의 대응이 요구된다고 하겠다. 경영전략 또는 사업모형에 대한 검토도 필요하다고 생각되나 자료 획득의 한계로 후속 연구로 남기고자 한다.

37) <http://www.hanacarecenter.or.kr/index.html>

다. 장기요양보험/간병보험 현황

여기서는 장기요양서비스 이용자의 재원 마련 수단으로 현행 공·사적 장기요양보험을 살펴보고자 한다.

공·사 보험은 근거법, 도입시기, 운영기관, 가입의무, 가입대상, 급여대상 등 대부분에 있어 차이가 나지만, 간병보험이 요양보험을 보완하는 역할을 하는 것이 일반적이다. 다만, 요양보험은 현물급여 형태로 지급되나 간병보험은 정액 보험금으로 지급되고 있어 실제로 어디에 사용되고 있는지에 대한 검토가 요구된다.

〈표 II-5〉 요양보험과 간병보험 비교

구분	요양보험(공적보험)	간병보험(민영보험)
근거법	노인장기요양보험법	보험업법
도입시기	'08.7월	'03.8월
운영기관	국민건강보험공단	보험회사
가입의무	있음	없음
가입대상	건강보험가입자(전국민)	개별 보험회사의 간병보험 인수기준을 충족하는 자
급여대상	65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환자(치매, 알츠하이머, 외내출혈, 파킨슨증 등)	보험기간 중 중증치매, 활동불능 진단 등 약관상 지급요건을 충족한 자
지급사유	장기요양등급 판정을 받고 요양서비스 수급 시 지급	약관상 지급사유 발생 시 (주된 지급사유 유형은 3가지)
급여종류	시설급여, 재가급여, 가족요양비 ³⁸⁾	약정보험금을 일시금(진단자금) 또는 연금(요양자금) 형태로 정액지급

자료: 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”을 참고하여 업데이트 함

38) 가족요양비는 도서벽지 거주, 전염병환자, 정신장애인 등의 사유로 수급자의 가족이 요양하게 되는 경우 현금으로 지급함(재가 및 시설급여와 중복 수급 불가)

1) 공공부문(장기요양보험)

장기요양보험 등급 기준 1~6등급(인지지원 등급 포함) 판정자가 대상이 된다.³⁹⁾ 이 중 시설급여 대상자인 1~2등급(중증)의 비중은 21% 수준이고, 재가급여 대상인 3등급 이하(경증)가 79%로 대부분인 것으로 나타나고 있다.

〈표 II-6〉 우리나라의 장기요양보험 등급판정 기준

장기요양등급	판정기준
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 95점 이상
2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 75점 이상 95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 60점 이상 75점 미만
4등급	일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 자 & 요양인정점수가 51점 이상 60점 미만
5등급	치매 환자 & 장기요양인정점수가 45점 이상 51점 미만
인지지원 등급(6등급)	치매 환자 & 장기요양인정점수가 45점 미만(2018년~)

주: 2008~2013년까지는 3등급으로 구분되었다가 2014년부터 4, 5등급 추가되었고, 2018년 이후 인지지원등급(6등급)이 신설됨

자료: 보건복지부 홈페이지; 노인장기요양보험 홈페이지(www.longtermcare.or.kr)

2017년 장기요양보험 인정자⁴⁰⁾(수급자) 수는 58만 5천 명(57만 9천 명)으로 전체 노인인구 대비 8%(7.9%)에 해당된다. 이러한 비율은 2013년 6.1%, 2015년 7.0%로 연간 0.5%p 증가하는 것으로 나타났다.

주목할 점은 인정자 및 수급자의 증가율은 노인인구 증가율보다 가파르게 상승해 왔고, 향후 더 강하게 나타날 것이라는 점이다. 특히 수급자 증가율은 2014년 8.5%에서 2017년 11.3%로 급속히 증가하였다.

39) 2017년 기준 1등급 4.3만 명, 2등급 8만 명, 3등급 19.6만 명, 4등급 22.4만 명, 5등급 4.2만 명임(국민건강보험공단 2018)

40) 장기요양인정 신청자 중 등급 판정을 인정받은 자(1, 2, 3, 4, 5등급, 인지등급)를 말함

〈표 II-7〉 연도별 장기요양보험 수급 인정자 및 수급자 증가 추이

(단위: 천 명, %)

구분	2013	2014	2015	2016	2017
65세 이상 인구	6,193	6,463	6,719	6,940	7,311
노인인구 증가율		4.4	4.0	3.3	5.3
인정자	378	425	468	520	585
인정자 증가율		12.4	10.1	11.1	12.5
(노인인구 대비 인정률)	(6.1)	(6.6)	(7.0)	(7.5)	(8.0)
급여이용 수급자	400	434	475	520	579
수급자 증가율		8.5	9.4	9.5	11.3
(노인인구 대비 수급률)	(6.5)	(6.7)	(7.1)	(7.5)	(7.9)

주: 전체 의료보장인구(사망자 제외)

자료: 보건복지부 보도자료(2018. 8. 24), “2017 노인장기요양보험 통계연보 발간”; 국회예산정책처(2018)를 참고하여 재정리함

한편, 장기요양 급여비용은 2013년 연간 총 급여비 3조 5,230억 원(1인당 882만 원)에서 2017년 연간 총 급여비 5조 7,600억 원(1인당 995만 원)으로 급여비용은 지속적으로 증가해왔다. 연평균 급여비 증가율은 13.1%(1인당 연간 3.1%)이다.

〈표 II-8〉 연도별 장기요양 급여실적

구분	2013	2014	2015	2016	2017
급여이용수자 ¹⁾ (천 명)	400	434	475	520	579
1인당 급여비(천 원)	8,818	9,186	9,514	9,625	9,950
(연간 평균 3.1%)		(4.2)	(3.6)	(1.2)	(3.4)
급여비용(10억 원)	3,523	3,985	4,523	5,005	5,760
(연간 평균 13.1%)		(13.1)	(13.5)	(10.7)	(15.1)

주: 1) 급여이용수급자: 장기요양기관에 지급한 명세서상 서비스를 이용한 수급자 수

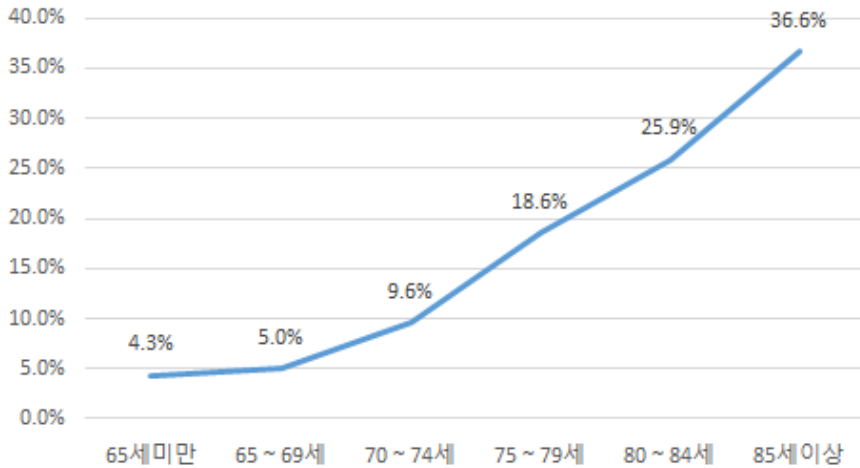
2) () 안은 연간 증가율임

자료: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N032&conn_path=12

이를 연령대별로 급여 지급 정도를 살펴본 결과, 2017년 기준으로 전체 급여액에서 80~84세가 25.9%, 85세 이상에서 36.6%를 차지하고 있으며, 본격적으로 장기요양수급 대상자가 될 것으로 예상되는 80세 이상에서 전체(5조 7,600억 원) 급여액의 62.5%를 차지하고 있다.⁴¹⁾

41) 장기요양수급자 비율을 65세 미만, 65~80세 미만, 80세 이상으로 구분하여 살펴보면, 일본은 각각 3.4%, 30.2%, 66.3%, 우리나라는 4.9%, 37.6%, 57.5%, 독일은 19.5%, 26.6%, 53.9%로 나타남. OECD 19개국의 평균은 각각 21.0%, 27.4%, 51.6%임(OECD(2017a), p. 207)

〈그림 II-3〉 연령대별 장기요양급여 지급 비중(2017년 기준)

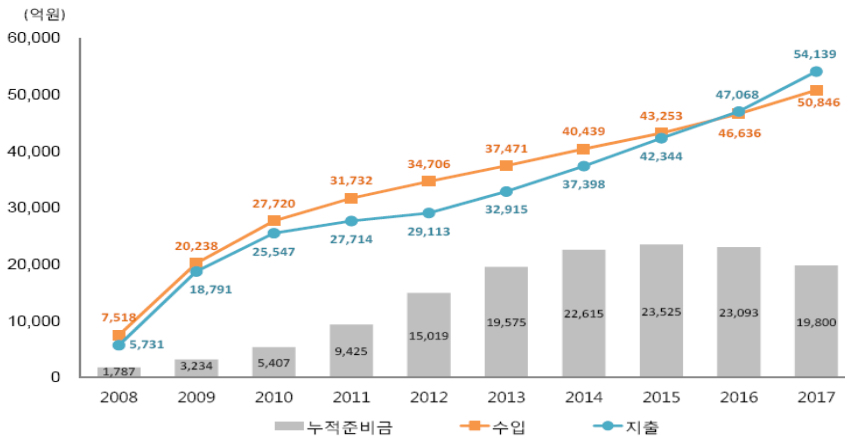


자료: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N032&conn_path=I2를 참고하여 저자가 산출함

우리나라 요양보험 재정을 보면, 수입은 2009년 2조 238억 원에서 2017년 5조 846억 원으로 연평균 12.2% 증가하였고,⁴²⁾ 지출은 2009년 1조 8,791억 원, 2017년 5조 4,139억 원으로 연평균 14.1% 증가하였다. 평균적으로 지출의 증가속도가 빨라 2016년부터 재정이 당기수지 적자로 전환되어 2017년 누적준비금은 1조 9,800억 원에 이르고 있다.

42) 공보험 가입자(적용인구)는 의료보장 적용인구와 동일한 5,249만 명(2018년 6월)임(국민건강보험공단 2018a). 여기서 순수 납부자는 2,553만 명(2018년)임(국민건강보험공단 2018b)

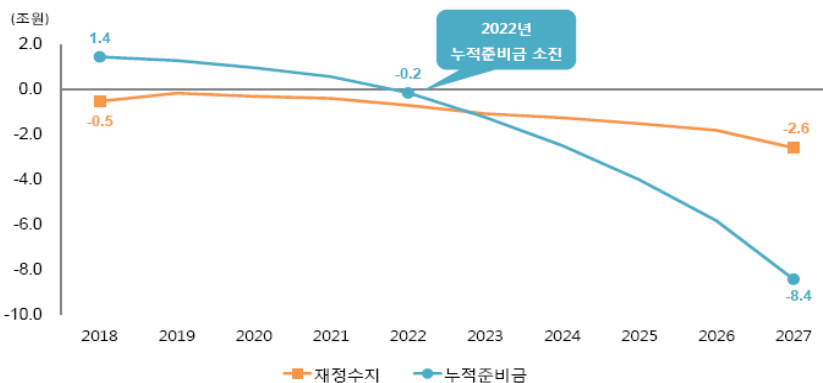
〈그림 II-4〉 노인장기요양보험 재정 추이



자료: 국회예산정책처(2018)

이러한 장기요양보험 재정상태는 2022년 이후 소진될 것으로 전망되고 있어 정책당국은 장기요양보험 재정을 보험료 증가로 할 것인지 조세 투입을 통해 충당할 것인지 고민하고 있다. 고령화 추세와 이미 여러 분야에 투입된 복지재정의 확대를 고려할 때 공·사부문의 협력이 필요한 상황으로 보인다. 이러한 점에서 간병보험의 역할 강화를 통해 장기요양보험의 보완적 역할이 가능할 것으로 기대된다(김석영 외 2013).

〈그림 II-5〉 노인장기요양보험 재정 전망(2018~2027년)



주: 장기요양보험료율은 2019년 이후 8.51%로 고정, 국고지원금은 노인장기요양보험료 수입액 대비 18.32% (최근 5년 평균), 수가인상율은 2018년 11.34%, 2019년은 기결정된 5.36%, 2020년 이후는 명목임금인상률을 적용함(세부 가정은 국회예산정책처(2018)를 참고하기 바람)

자료: 국회예산정책처(2018)

2) 민영부문(간병보험)

요양보험제도가 도입되던 해인 2008년 이전인 2003년에 간병보험이 출시되었다.⁴³⁾ 간병보험은 보험기간 중 치매나 활동불능상태가 되어 다른 사람에 의한 간병이 필요할 경우,⁴⁴⁾ 간병자금을 지급하는 민영 보험이다.

간병보험의 지급 유형은 크게 3가지로 구분할 수 있는데, ①(회사기준) 해당 보험회사에서 인정하는 중증치매⁴⁵⁾ 또는 활동불능상태⁴⁶⁾로 진단된 경우, ②(공적기준) 정부의 요양보험 판정기준을 적용 받는 경우, ③(혼합형) 앞의 두 유형을 혼합한 방식으로 보험금을 지급하는 유형으로 구분된다. 일반적으로 간병보험에서는 공적기준을 적용하는 경향이 있다.

〈표 II-9〉 간병보험 유형별 보험금 지급사유

유형	보험금 지급사유
① 회사기준	중증치매 또는 활동불능상태로 진단확정
② 공적기준	요양보험 등급의 판정 (정부의 요양보험 판정기준 적용)
③ 혼합형	장기요양의 일정 등급을 받고 활동불능 혹은 중증치매 시(유형1, 유형2의 혼합방식)

자료: 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”

2019년 5월 현재 생명보험업계에서는 치매·간병보험 총 99종을 판매하고 있다.⁴⁷⁾ 예를 들면, 삼성생명은 ‘통합유니버설LTC중신보험’이라는 치매·간병보험을 판매하고 있으며, 한화생명은 보장성보험에 ‘LTC 보장특약’과 ‘소득보장특약’의 형태로 부가하

43) 금융감독원 보도자료(2012. 7. 4), “노후 대비 ‘간병보험’ 가입 시 유의 사항”

44) 일반적으로 중증치매·활동불능상태 중에서도 그 정도가 심하여 발생일로부터 90일 이상 계속되어 호전을 기대할 수 없는 경우 전문의 진단에 의해 보장됨

45) 보험계약일 이후에 상해 또는 질병으로 인한 치매로 인지기능의 장애가 발생한 상태임

46) 보조기구를 사용여도 이동, 식사, 목욕, 옷 입기 등 생명유지에 필요한 일상생활 기본동작(ADLs)을 스스로 할 수 없는 상태가 90일 이상 계속되어 호전될 것을 기대할 수 없는 상태임

47) 삼성생명, 한화생명, 교보생명, NH농협생명, 미래에셋생명, 신한생명, 동양생명, 하나생명, KB생명, 흥국생명, DGB생명 등이 관련 보험을 제공하고 있음(네이버 이코노믹리뷰(2018. 9. 26), “유병장수시대 치매간병보험 어떤 것 고를까”(https://m.post.naver.com/viewer/postView.nhn?volumeNo=16771760&memberNo=11292208&vType=VERTICAL))

여 판매하고 있다. 교보생명은 ‘교보미리미리CI보험’이라는 상품명으로 중대질병과 중증치매·일상생활장해 등 장기간병상태(LTC)를 보장한다.

〈표 II-10〉 판매 중인 간병보험 상품 현황(2019년 5월 기준)

(단위: 개)

생명보험		손해보험	
회사	상품 개수	회사	상품 개수
삼성생명	1	메리츠화재	8
흥국생명	7	한화손보	5
신한생명	12	롯데손보	1
KB	2	흥국화재	5
DGB	2	현대해상	14
KDB	4	KB손보	5
라이나 ¹⁾	6	DB손보	4
오렌지라이프	4	더케이손보	1
하나생명	6	농협손보	3
DB	4	-	-
메트라이프	1	-	-
동양생명	2	-	-
교보생명 ²⁾	2	합계	99

주: 1) 생명보험회사의 간병보험은 보장성보험 중 질병보험으로 분류되나 라이나의 경우 2개는 기타로 판매되고 있음

2) 교보생명은 간병보험을 특약형태로 판매하고 있음

3) 손해보험회사의 간병보험은 장기보장성보험의 형태임

자료: 생명보험협회 공시실; 손해보험협회 공시실

〈표 II-11〉 생명보험회사의 간병보험 실적

구분	2008년		2013년		2018년	
	건수 (천 건)	금액 (십억 원)	건수 (천 건)	금액 (십억 원)	건수 (천 건)	금액 (십억 원)
보유계약	143	2,443	125 (-12.6)	1,588 (-35.0)	264 (111.2)	4,539 (185.8)
신계약	9	252	19 (-30.1)	218 (-1.3)	42 (20.7)	659 (7.1)

주: () 안은 전년 대비 증가율임

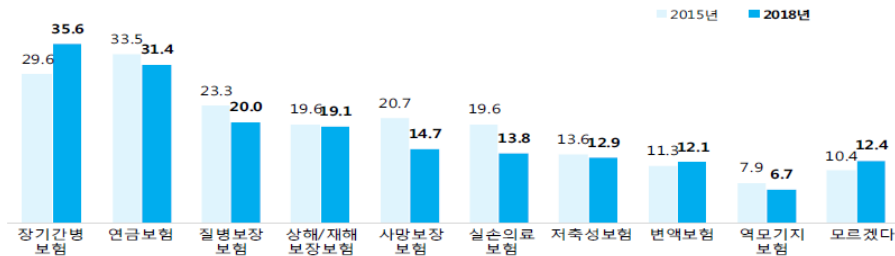
자료: 생명보험협회, 「보험통계」를 참고함; <http://kosis.kr/search/search.do>

손해보험에서도 장기 및 치매간병비의 형태로 보장하고 있는데 대부분 최초 1회성 지급인 일시금 형태, 대부분 정액형 보험형태로 판매되고 있다(조용운 2013; 김석영 2013).

생명보험 성향조사에 의하면 최근 3년 동안 다른 보험상품에 대한 가입 선호도는 하락한 반면, 장기간병보험을 가입하고 싶은 의향은 6.0%p(35.6% - 29.6%) 증가한 것으로 조사되어 장기간병보험에 대한 수요는 증가할 것으로 보인다.

〈그림 II-6〉 향후 가입희망 하는 생명보험 상품(복수응답)

(단위: %)



자료: 생명보험협회(2018), p. 74

〈표 II-12〉 연령대별 치매보험 가입 현황(2014년 6월)

(단위: 건, %)

구분	30세 미만	30세~50세 미만	50세~70세 미만	70세 이상	합계
건수	885,058	2,292,024	2,346,459	184,538	5,708,079
비율	15.5	40.2	41.1	3.2	100.0

주: '14. 6월 말 현재 피보험자 나이 기준임

자료: 한국소비자원(2016), p. 54; 보험업법 일부개정법률안(의안번호 15621 정부 제출) 정무위원회 검토보고서 (2015. 10)

2. 장기요양서비스의 확대 가능성과 한계

가. 장기요양서비스의 확대 가능성

우리나라의 고령화를 두 연령대로 구분하면, 65세 이상은 1990년 5.2%에서 2020년 15.8%, 2040년에는 32.9%로 증가할 것이고, 80세 이상도 동 기간 각각 0.7%에서 3.6%, 10.0%로 증가할 것으로 추정된다. 이러한 현상은 그동안 기대여명(기대수명은 최근 40년 동안 연간 0.45세 증가)이 지속적으로 증가한 결과와도 관련이 있다.

〈표 II-13〉 한국의 고령화 추이

(단위: 천 명, %)

구분	1990	2000	2010	2020	2025	2030	2035	2040
65세 이상	2,246 (5.2)	3,405 (7.2)	5,298 (10.7)	8,096 (15.8)	10,377 (20.2)	12,658 (24.7)	14,718 (29.0)	16,386 (32.9)
70세 이상	1,303 (3.0)	2,045 (4.3)	3,485 (7.0)	5,417 (10.6)	6,722 (13.1)	8,702 (17.0)	10,657 (21.0)	12,366 (24.8)
80세 이상	306 (0.7)	509 (1.1)	930 (1.9)	1,856 (3.6)	2,388 (4.7)	2,926 (5.7)	3,705 (7.3)	5,001 (10.0)
전체	42,918 (100.0)	47,379 (100.0)	49,546 (100.0)	51,269 (100.0)	51,339 (100.0)	51,152 (100.0)	50,685 (100.0)	49,784 (100.0)

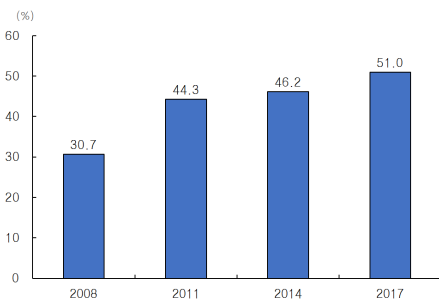
주: () 안은 전체 인구 수 대비 비율임

자료: United Nations/Probabilistic Projections/Population by Age Groups - Both Sexes

고령화와 장수화는 노인의 건강 악화와 질환 유발을 초래하는데, 우리나라 노인의 건강상태를 보면 3개 이상 만성질환이나 치매 진료자 수가 증가하는 것으로 나타난다. 즉, 2017년 기준으로 3개 이상의 만성질환자는 노인인구의 51%(2008년 대비 20.3%p 증가)이고, 치매 진료자는 노인인구의 약 7%(45만 9천 명, 2013년보다 1.5배 증가)였다. 특히 80세 이상의 치매 환자는 동 기간 1.8배 증가하였으며, 향후 이러한 후기고령자의 치매 유병률은 더욱 증가할 것으로 전망된다(건강보험심사평가원 2018. 10. 18; 보건복지부 중앙치매센터)

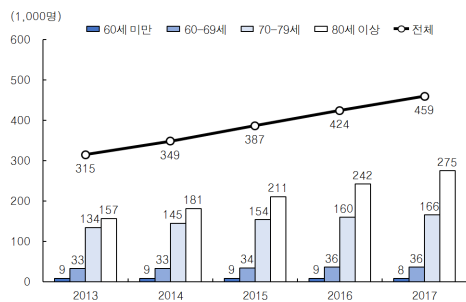
정부는 2017년 9월에 치매국가책임제⁴⁸⁾를 발표하여 공립요양병원을 확충하는 등⁴⁹⁾ 의료적 관점에서 대처하고 있다. 그러나 이러한 만성질환 및 치매와 같은 노인성 질환은 의료적 행태만이 아닌 생활서비스의 결합이 요구되므로 병원 중심이 아닌 지역사회 중심으로 인식이 전환될 필요가 있다는 지적이 있다.⁵⁰⁾

〈그림 II-7〉 65세 이상 노인의
복합만성질환 이환율(2008~2017년)



주: 조사대상자 중 3개 이상 만성질환을 가지고 있는 노인의 비율임
자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「노인실태조사」, 각 연도

〈그림 II-8〉 연령별 치매 진료자 수
(2013~2017년)



주: 진료시점에 따라 중복 집계되어 연령별 진료자 수 합계와 전체 진료자 수가 차이 남
자료: 건강보험심사평가원(2018. 10. 18)

한편, 기능상태 관점에서 보면 연령이 증가할수록 ADL(일상생활수행능력: Activities of Daily Living) 제한 경험이 증가하고, 완전자립 비율이 감소하는 경향이 있다. 즉, 65~69세 89.4%, 70~74세 83.1%, 75~79세 70.8%, 80~84세 56.1%, 85세 이상 32.6%로 기능이 제한된다.⁵¹⁾

노인 질환자의 증가는 노인진료비 및 요양급여비 증가를 초래하게 된다. 2017년 65

48) 치매 요양비 및 의료비 부담 완화, 장기요양서비스 대상 확대, 치매안심센터 운영 등 치매 친화적 환경조성을 통해 국민 노후 삶의 질 향상을 목표로 함

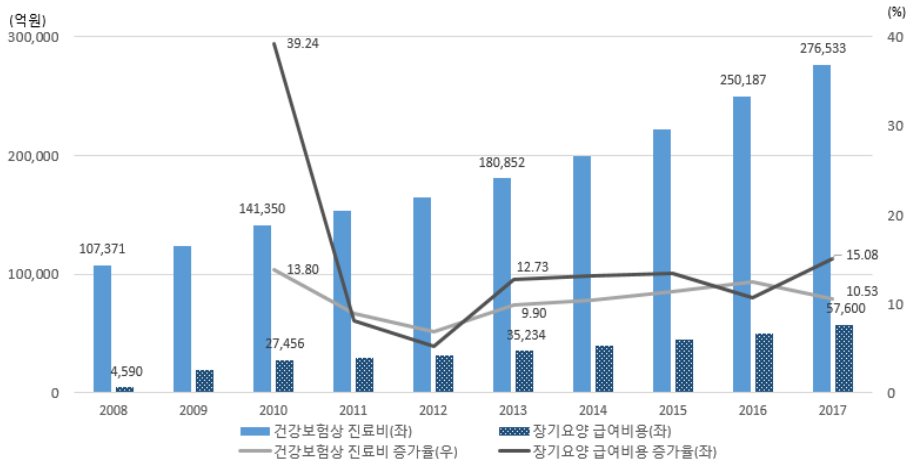
49) '17년 추경(605억 원)으로 전국 79개 공립요양병원 중 50개 공립요양병원에 치매안심병동 확충 추진 중이고, '19년에도 5개 공립요양병원과 제주의료원에 치매안심병동 확충예산 63억 원을 반영함(보건복지부 보도자료(2018. 12. 21), "공립요양병원 설치·운영 현황 관리 강화한다")

50) 만성질환에 대해서는 병원 입원이 아니라 요양으로 전환할 필요가 있음을 지적함(이규식 외 2017)

51) 보건복지부·한국보건사회연구원(2017); 보건복지부(2018c), p. 122

세 이상 고령자의 건강보험상 진료비는 28조 3,247억 원, 요양보험상 요양비는 5조 5,100억 원으로 진료비가 요양비의 5.1배 수준이나, 연평균 증가율(2010~2017년)을 보면 요양비가 15.0%로 진료비 10.7%에 비해 약 4.3%p 높다.

〈그림 II-9〉 건강보험 진료비 및 요양보험 급여비 비교



자료: 국민건강보험(2017), 각 연도

이는 그동안 노인진료비에 초점을 두고 고령화 문제에 접근하였다면, 향후에는 진료비뿐만 아니라 요양비 문제도 동시에 대비할 필요가 있음을 시사한다. 결국 고령화에 대비한 자원 마련이 무엇보다 중요할 수 있음을 보여주는 대목이라고 하겠다.

요양시설 수가 현재 양적으로 많다는 지적도 있으나, 제대로 된 요양시설은 부족하여 제공되고 있는 요양서비스의 질은 매우 낮다(한국소비자원 2011).⁵²⁾ 이와 관련하여 입소정원 9명 이하인 ‘노인요양공동생활가정’ 2,150개소 중 1,902개소가 개인시설인데, 여기서 제공하는 재가서비스는 현실적으로 질 관리가 불가능하다(황도경 외 2016). 이러한 점에서 良質의 서비스를 제공하기 위해서는 일정 규모(10인 이상)의 요양시설을 통한 공급이 필요한 것으로 보인다.⁵³⁾ 이와 관련하여, 앞서 살펴본 바와 같이 최근

52) 한국소비자원(2011)의 실태조사에 의하면, 요양시설의 서비스 질 향상이 필요하다는 응답 비율이 96.4%임

53) 선우택(2015)에 의하면, 현행 노인장기요양서비스의 질 관리가 어려운 이유로는 9인 이하 시설이 60% 수준으로 소규모 시설일수록 설치기준이 완화되어 잦은 신설/폐업이 발생하

동 사업에 적극적으로 참여하는 사례(KB골든라이프 위레빌리지)가 나타나고 있다는 점을 주목할 필요가 있다.

장기요양서비스를 둘러싼 환경 요인을 살펴본 결과, 향후 우리나라의 장기요양서비스는 양적·질적으로 확대·개선될 필요가 있는 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 동 서비스에 대한 민영부문, 특히 良質의 서비스 제공을 기대할 수 있는 민영기관의 참여가 활발하지는 못하다. 다음에서는 이러한 원인에 대해서 살펴보고자 한다.

나. 요양사업 참여에 대한 제약

1) 수요 측면의 제약

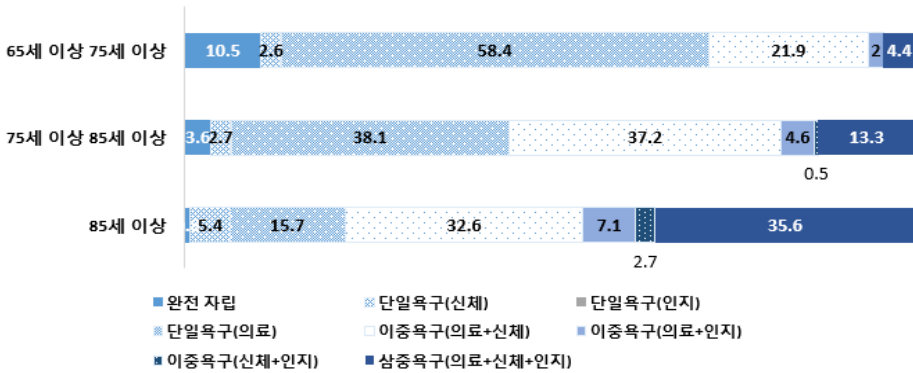
가) 서비스 욕구의 복합성

노인성 질환자는 치료와 돌봄서비스를 모두 충족해 주기를 원한다는 점에서 수요자는 동일 공간에서 두 서비스를 통합하여 제공받는 것을 선호한다. 노인실태조사에 의하면, 노인의 41.1%가 의료와 요양서비스의 복합욕구를 갖고 있고 연령이 증가할수록 증가하는 것으로 조사되고 있다.⁵⁴⁾ 이를 고려하면 현재 의료와 장기요양서비스의 동시 수급자(82.2%)의 절반이 치료서비스를 받을 필요가 없음에도 요양병원 서비스를 받는 것으로 추론할 수 있다.

고, 일단 장기요양시장에 진입하면 강제 퇴출이 쉽지 않기 때문에 파악함

54) 2015년 기준 노인장기요양등급 판정자(수급대상자)의 82.2%가 치료와 장기요양서비스를 동시에 이용하는 것으로 나타남(황도경 외 2016)

〈그림 II-10〉 연령별 노인의 의료 욕구 및 요양 욕구 분포



자료: 황도경 외(2016)

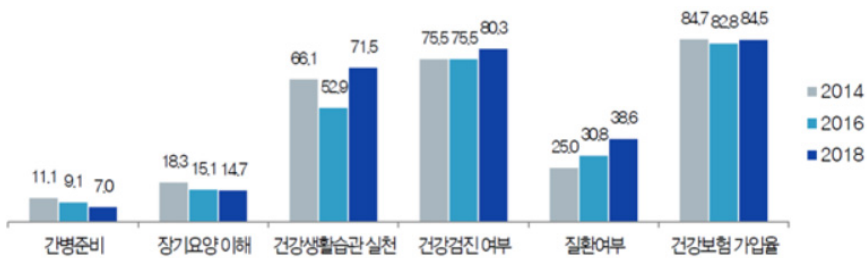
이는 치료가 완료된 후 요양서비스를 받아야 함에도 현실적으로 요양이 아닌 의료 서비스를 선택함으로써 요양서비스에 대한 수요가 표출되지 않을 수 있음을 의미하며, 치료의 의미가 없음에도 장기적으로 병원에 입원하려는 이른바 ‘사회적 입원’의 문제를 초래할 수 있게 된다(이건우 2008).

나) 간병 인식 낮아 재무적 준비 부족

사회적으로 볼 때 요양서비스의 필요성은 증가하고 있지만, 개인의 간병 준비 및 장기요양에 대한 이해는 미흡한 것으로 보인다. 삼성생명(2018a)에 의하면⁵⁵⁾ 간병준비, 장기요양 이해 등 장기요양 항목의 이해수준이 다른 건강 관련 항목에 비해 낮은 것으로 조사되었다. 이는 주변에 장기요양을 경험하는 경우가 많지 않아 요양서비스에 대해 미리 준비해야 한다는 인식수준이 낮음을 보여준다(〈그림 II-11〉 참조). 이로 인해 요양서비스의 사각지대가 많이 존재할 수 있음을 보여주고 있다.

55) 삼성생명(2018a)은 건강실행점수를 산출하기 위해 간병준비, 장기요양 이해, 건강생활습관 실천, 건강검진 여부, 질환 여부, 건강보험가입률 등을 구성항목으로 함

〈그림 II-11〉 연도별 건강실행점수 구성항목별 실태 비교(2014~2018년)



주: 건강생활습관 실천비율: 건강생활습관(금연, 절주, 주 3회 30분 이상 규칙적인 운동) 중 2가지 이상 실천 비율
 자료: 삼성생명(2018a)

간병에 대한 인식부족 등으로 요양서비스 수요를 위해 공적장기요양보험 외에 별도의 재무적 준비상태는 미흡한 것으로 보인다. 보험소비자 설문조사(2018)에 의하면 간병보험 가입자 비율은 2.5%로 나타났으며, 연령별로 볼 때 60세 이상이 4.8%로 가장 높기는 하였지만 전체적으로 낮은 것으로 판단된다. 가입률은 낮지만 가입 의향은 이보다 4배가 높은 수준인 10.0%로 나타나 60세 이상의 가입 의향은 16.0%에 다다른 것으로 조사되고 있다. 특히 본 연구에서 조사한 장기요양 필요자의 가입 의향은 67.5%⁵⁶⁾에 달하는 것으로 나타났다. 이는 현재 간병보험 가입 비율이 저조하나 향후 간병보험 시장의 확대가능성이 높을 것으로 이해된다.

〈표 II-14〉 연령대별 간병보험 가입률

(단위: %, 점)

구분	전체	20대	30대	40대	50대	60세 이상
가입률	2.5	0.5	1.4	1.2	3.4	4.8
가입 의향	10.0	3.5	5.1	7.0	15.0	16.0
상품만족도 (5점 만점)	3.81	2.5	4.0	4.0	3.63	4.0

자료: 보험연구원(2018), p. 69, p. 90, p. 107

56) 본 보고서의 제4장 실태조사 편을 참조하기 바람

다) 가족 부양에 의존

요양서비스 수요자는 시설보다는 가족에 의한 부양서비스를 선호하는 경향이 있고, 정책적으로도 수급자가 살던 곳에서 서비스를 받을 수 있도록, 즉 ‘Aging In Place’ 측면에서 재가서비스를 권장하고 있어 민영 기관 참여에 의한 요양사업의 활성화에 한계가 있다.

한편, 65세 이상 노인가구의 주요지출 항목인 생활비, 의료비, 간병비 중에서 간병비는 자녀가 부담하는 비중이 높은 것으로 조사되었다. 즉, 간병비는 전체 노인가구의 4.4%에서 지불경험이 있지만, 자녀가 일정/전액 부담하는 비중은 2.2%, 본인(배우자) 부담 1.2%로 나타났다(보건복지부·한국보건사회연구원 2017). 주목할 점은 앞서 살펴본 고령화, 장수화로 인해 초고령 부모에 대한 자녀의 간병비 부담은 증가할 것으로 우려된다는 점이다. 실제로 최근 5년간 가구원의 건강문제로 가계소득 감소를 경험한 가구는 61%였으며, 그 주된 이유로 간병으로 휴직 혹은 퇴직했기 때문(45%)인 것으로 나타났다(삼성생명 2018a; 2018c). 즉, 고령자의 장기요양서비스의 장기화는 부양가구원의 고용문제(휴직, 자발적 실업 등)를 유발할 수 있고, 이는 가구 소득이 감소할 수 있다는 점에서 수급자 개인의 문제가 아닌 가구 전체, 나아가 사회적 문제로 확대될 우려가 있다.

〈그림 II-12〉 간병과 가구 경제 부담

〈가족원의 건강문제로 인한 가계소득 감소 여부〉



최근 5년간 가족원의
심각한 건강문제를 경험한 경우
가계소득이 감소했다
61%

〈가계소득 감소의 주된 이유〉



다른 가족원을 간병하느라
배우자나 자녀가
휴직 또는 퇴직해서
45%

자료: 삼성생명(2018a); 삼성생명(2018c)

이와 더불어 지역별 요양시설 분포의 불균형은 사적 부양의 문제를 부추길 수 있다는 점에서 지역별 서비스 공급의 불균형에 대한 점검이 요구된다.

2) 공급측면의 제약⁵⁷⁾

가) 높은 초기 투자 비용

보험회사가 요양시설 참여를 통해 요양사업에 참여 시 애로사항으로 높은 초기 투자 비용이 든다는 점이다. 이러한 이유 중의 하나로, 현행 제도상 요양서비스를 제공하는 기관(법인)은 반드시 시설 소유주여야 한다고 규정되어 있기 때문이다.

이와 관련하여, 투자원리금임차방식(BTL: Build-Transfer-Lease)은 투자재원을 마련하는 방법이 될 수 있다는 지적이 있다.⁵⁸⁾

BTL은 건설사, 운영자, 재무적 투자자 등으로 구성되는 민영사업자가 학교·보육·노인요양시설 등 사회기반시설을 건설하여 정부에 이전하고 정부로부터 투자원리금을 임차료 형식으로 수취하는 방식이다(고석배 2006). 노인장기요양시설이 BTL 사업의 대상이 될 수 있는 근거로 2004년 ‘사회기반시설에 대한 민간투자법’(민간투자법) 개정에 의해서다. 이에 의하면 노인장기요양시설은 사회기반시설에 대한 민간투자법(민간투자법)에 의해 사회기반시설에 해당하기 때문이다.⁵⁹⁾

나) 회계환경 변화에 따른 경영리스크 부담

보험회사는 IFRS17, K-ICS 도입 등 회계환경 변화로 인해 자본 확충이 요구되는 상황에서 신규사업의 추진은 경영부담을 초래할 수 있다는 점이다. 즉, 요양사업을 자회사(노인장기요양회사) 방식으로 참여한 후 수익을 창출하지 못하여 자본금을 잠식할 경우 주회사인 보험회사는 경영리스크 및 재무불안정에 노출될 우려가 있다.

특히 요양사업의 특성상 원금 회수에 많은 시간이 소요되고, 수익창출을 장담할 수

57) 요양서비스 및 간병보험 관련 담당자의 인터뷰 내용을 바탕으로 정리한 것임

58) 민간이 공공시설을 짓고 정부가 임대하여 사용하는 민영투자방식으로, 민간은 시설완공 시점에서 소유권을 정부에 이전하는 대신에 일정기간 동안 시설의 사용·수익 권한을 획득함(오영수 2008b)

59) ‘민간투자법’ 제2조 제1항에 의해 「노인복지법」 제32조·제34조 및 제38조에 따른 노인주거복지시설, 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설은 ‘사회기반시설’에 해당함. 노인주거복지시설에는 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택이 포함됨

없어 사업리스크가 크다는 점이 제약요인으로 작용할 수 있다.

다) 평판리스크

재가시설 및 소규모 시설의 경우 상대적으로 설립기준⁶⁰⁾이 까다롭지 않다는 점으로 인해 요양시설이 난립하고 있다는 인식이 있다(선우덕 2015). 이러한 상황에서 보험산업이 이러한 문란한 시장질서에 동조한다는 오해가 발생한다면 평판리스크가 발생할 우려가 있다.

이와 관련하여 독일과 영국에서 추진된 장기요양서비스의 시장화는 노인의 다양한 욕구를 충족시키고, 시장규모가 확대되었다는 긍정적 평가 이면에, 비용 감축과 경쟁의 심화, 독점화, 시장의 양극화, 서비스 인력의 근무여건 악화 등 또 다른 사회적 문제를 초래한 바 있다(Scourfield 2007; Eichler & Pfau-Effinger 2009; 전용호 2012).

이는 사회복지제도를 기반으로 하고 있는 장기요양서비스에 대한 지나친 시장화는 부작용을 초래할 수 있고 이러한 부작용은 보험산업의 평판리스크로 작용될 수 있음을 보여준다.

라) 인력관리, 정책방향, 사업성격의 한계 등

요양사업을 추진함에 있어 良質의 서비스 인력 확보 및 관리에 어려움을 겪을 수 있다는 점도 지적될 수 있다. 이와 관련하여 미국, 일본⁶¹⁾의 경우 이러한 인력난을 고려하여 해외인력을 수입하여 추진하고 있고, 독일의 경우 인력난 문제로 정부차원에서 검토하여 추진 중에 있음을 고려할 필요가 있다.⁶²⁾

또한 소비트렌드 및 정책기조가 시설요양보다는 재가요양을 선호⁶³⁾하는 경향이 지속될 경우 보험회사 등 민영기관에서 시설서비스 공급자로서의 역할은 크지 않을 것

60) 기준요건 충족 시 지방자치단체에 신고로 설립 가능함

61) YAMADA Consulting Group(https://www.ycg-advisory.jp/industry/medical_care/senior-living/)

62) 독일 출장 자료임

63) 일부선진국의 경우 시설요양의 재정지원 부담으로 인해 재가요양을 장려하는 쪽으로 제도 개혁을 추진해왔음(예: 일본, 독일)

으로 판단된다. 다만, 良質의 서비스를 요구하는 경향이 나타나고 있다는 점에 주목할 필요는 있다(박은자 외 2017; 류재광 2016).

한편, 대부분의 노인장기요양사업이 요양보험제도에 의존할 수밖에 없어 수가 등에 의해 사업의 내용이 제약됨으로써 시장 자율에 의한 가격 형성이 어렵다는 점이다.

그리고 현행 장기요양보험법상 서비스운영 주체에 영리법인의 참여를 허용하지만, 원칙적으로 영리를 허용하지 않고 있다. 다만, 기타전출금⁶⁴⁾ 항목을 신설하여 간접적으로 영업이익을 허용하고 있기는 하나, 일반적 수익 재원으로 활용하는 것에 한계가 있다.⁶⁵⁾ 이러한 점에서 보험회사와 같은 영리법인의 참여는 현실적으로 제한될 수밖에 없다.

3. 소결

요양산업은 고령사회에서 중요한 역할을 하고 경제적 측면에서도 두드러진 성장을 하고 있다. 이러한 요양산업의 성장률(연 16.6%)을 고려하면 향후 초고령사회에서 요양산업이 고령친화산업(성장률 연 13.1%)을 선도할 것으로 예상된다.

그러나 현재 우리는 요양병원, 요양시설 간의 역할 정립 문제에 직면해 있고, 良質의 요양서비스 시설이 부족하며, 미래 수요에 대한 적정 규모를 추정하고 있지 못하는 등 여러 가지 문제에 직면해 있다. 특히, 적정 수요 규모 추정과 관련하여 한국개발연구원(2013)에 의하면, 현 추세를 고려한 노인의료복지시설 수는 2010년에 비해 2040년에 2.5배가 될 것으로 보았고, OECD 수준에 맞출 경우 6.1배 수준이 될 것으로 추정한 바 있다.

현실적으로 요양서비스 공급이 부족할 것이라는 점 외에 良質의 서비스에 대한 욕구도 증가하고 있다. 이러한 상황에서 보험회사 등을 중심으로 良質의 요양서비스 공

64) 사용하고 남을 것으로 예상되는 금액을 '기타전출금' 항목으로 세출예산에 편성하여 별도로 사용할 수 있도록 하고 있음(장기요양기관 재무·회계 계정과정 설명(<http://blog.daum.net/strie56/87>))

65) 보건복지부(2018b)

급을 제공하는 요양시설 개설의 움직임이 나타나고 있지만, 여전히 증가하는 간병수요에 대응하기에는 부족한 것으로 평가된다.

한편, 요양서비스 자원 마련과 관련하여 요양보험과 간병보험을 살펴본 결과, 요양서비스 수급자의 급증으로 현 요양보험 재정은 2022년에 소진되는 것으로 전망되었다. 공적보험료 인상이 쉽지 않고, 추가적 국고지원도 어려운 상황이므로 민영 간병보험의 역할이 강화될 필요가 있는 상황이다.

장기요양서비스의 확대가능성을 고령화·장수화, 연령별 기능상태, 진료비 관점에서 살펴본 결과, 초고령사회로 진행될수록 요양서비스 수요 규모는 증대할 수밖에 없는 구조를 가지고 있는 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고 요양산업에 대한 민영 진출이 활발하지 못한 이유는 다음과 같이 수요 및 공급 측면의 제약이 있기 때문으로 분석되었다.

수요 측면의 제약으로는 서비스 욕구가 복합적이고, 간병인식이 낮아 재무적 준비가 부족하며, 가족 부양에 의존하기 때문으로 나타났다. 그리고 공급 측면의 제약으로는 높은 초기 투자 비용, 회계환경 변화에 따른 경영리스크 부담, 평판리스크, 기타 인력관리, 정책방향, 사업성격의 한계 등으로 분석되었다. 이러한 수요와 공급 측의 제약요인은 수요와 공급의 미스매칭을 가져와 시장실패로 이어진다는 점에서 조정자로서 정부 역할이 필요한 시점이라고 하겠다.