

초고령사회 전환기의 건강노화와 장기요양 거버넌스: 국제사례와 한국의 정책 방향

윤성훈*, 권순만**†

*가천대학교 의료산업경영학과 조교수, **서울대학교 보건대학원 교수

Healthy ageing and long-term care governance in the transition to a super-aged society: International lessons and policy directions for Korea

Sunghun Yun*, Soonman Kwon**†

* Assistant Professor, Department of Healthcare Management, Gachon University,

** Professor, Graduate School of Public Health, Seoul National University

This study analyzes Korea's fragmented governance for healthy ageing and long-term care amid rapid super-ageing, and proposes reforms for a sustainable, integrated care system. We reviewed international paradigms (compression of morbidity, ageing in place) and examined governance reforms in Japan and Thailand, focusing on financing and administrative structures; we then assessed Korea's policy status and drew reform options. Findings indicate that aligning financial incentives is pivotal for integrated care: Japan combines decentralized insurer accountability with performance-based incentives, and Thailand uses a local coordinated fund that links health promotion with long-term care. Korea's financial and organizational fragmentation weakens local-level incentives for preventive and integrated care. We conclude that Korea should realign goals and incentives across health insurance, long-term care insurance, and health promotion funds, and adopt mechanisms such as shared-savings to reward local efforts that advance healthy ageing.

Key words: healthy aging, long-term care, governance, integrated care, financial incentive

I. 서론

대한민국은 전례 없는 속도의 인구구조 변화에 직면해 있다. 통계청의 장래인구추계에 따르면, 한국은 2025년 65세 이상 인구 비율이 20%를 넘어서는 초고령사회로의 진입을 목전에 두고 있다. 더욱 심각한 것은 그 속도이다. 고령사회(14% 이상)에서 초고령사회로 진입하는

데 소요되는 기간이 단 7년에 불과할 것으로 예측되는 데, 이는 주요 선진국들과 비교할 수 없을 정도로 빠른 속도이다(Organisation of Economic Co-operation and Development, 2022). 이처럼 압축적인 인구구조의 변화는 한국 사회가 기존의 사회경제적 시스템을 조정하고 적응할 시간을 극도로 제약하는 중대한 도전 과제이다. 이러한 급격한 인구 고령화는 단순히 사회 구성원의 연령 분포 변화

Corresponding author: Soonman Kwon

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1, Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul, 08826, Republic of Korea

주소: (08826) 서울시 관악구 관악로 1 서울대학교 보건대학원

Tel: +82-2-880-2721, Fax: +82-2-762-9105, E-mail: kwons@snu.ac.kr

※ 본 논문은 OECD 대한민국 정책센터(OECD Korea Policy Centre)의 지원을 받아 수행 중인 「아시아 태평양 지역 주요 국가들의 Healthy Ageing 정책 및 현황 분석」 연구의 일부를 발췌·재구성하여 작성되었음. 논문에 담긴 모든 해석과 견해는 전적으로 저자들의 학술적 의견이며, 연구지원기관의 공식 입장과는 무관함.

• Received: September 2, 2025

• Revised: September 24, 2025

• Accepted: September 25, 2025

를 의미하는 것을 넘어, 국가 사회보장제도의 지속가능성을 근본적으로 위협하는 재정적 위기로 직결된다. 이러한 재정 압박은 이미 가시화되고 있다. 국회예산정책처의 재정전망에 따르면, 노인장기요양보험(LTCI) 재정은 이르면 2025년부터 적자로 전환되어 2031년에는 누적 준비금이 모두 소진될 것으로 예측된다(National Assembly Budget Office, 2021). 이는 현행 제도가 미래 세대에게 지속 불가능한 부담을 전가하고 있음을 명백히 보여주는 경고 신호이다.

본고는 이러한 인구구조적 위기와 재정적 한계 상황 속에서, 한국 사회가 지속가능한 발전을 이어가기 위한 핵심적인 해법은 기존의 질병 발생 후 치료에 집중하는 반응적(reactive) 보건의료 패러다임에서 벗어나, 살던 곳에서의 거주(ageing in place, AIP)를 목표로 예방하고 관리하는 선제적(proactive) '건강노화(Healthy Ageing)' 전략으로의 근본적인 전환에 있음을 주장한다. 그러나 이러한 패러다임 전환은 단순히 새로운 임상 기술이나 프로그램을 도입하는 차원의 문제가 아니라, 보건의료 및 장기요양 시스템 전반을 관장하는 '거버넌스'의 문제이다. 현재 한국의 분절된 행정 구조와 왜곡된 재정적 유인체계는 건강노화 전략의 효과적인 실행을 가로막는 가장 큰 구조적 장애물로 작용하고 있다. 노인이 더 오래 살게 되더라도 가능한 건강하게 지낼 수 있도록 함으로써, 개인의 삶의 질을 높이고 사회전체적으로는 의료비와 요양비용의 급증을 완화하는 선순환을 이루기 위해서는 건강노화와 장기요양을 연계한 거버넌스 개편을 통해 관련 기관들이 협력하고 재정적 유인을 공유하도록 함으로써, 초고령사회에서의 지속가능한 돌봄 체계를 구축하는 것이 필요하다. 이에 본고는 국제적 동향과 사례를 바탕으로 건강노화 및 장기요양 거버넌스의 진화 방향을 살펴보고, 한국의 행재정적 거버넌스 개편을 위한 구체적인 정책 방향을 모색하고자 한다. 특히 분절된 시스템 내 이해관계자들의 목표와 재정적 유인을 '건강노화'라는 공동의 성과에 연동시키는 새로운 거버넌스 체계 구축이야말로 초고령사회 위기 극복의 핵심임을 논증할 것이다.

II. 본론

1. 국제 정책 패러다임의 진화: 건강노화를 통한 질병 압축(compression of morbidity)

인구 고령화가 사회의 지속가능성에 미치는 부정적 영향은 크게 두 가지 경로로 나타난다. 첫째, 생산가능인구의 감소로 인한 노동 공급 위축과 경제 성장 잠재력 약화이다. 둘째, 고령층의 증가에 따른 연금, 건강보험, 장기요양 등 사회보장 지출의 기하급수적 증가이다. 이 두 가지 경로는 국가 재정에 막대한 압박을 가하며, 세대 간 갈등을 심화시키고 사회 전체의 활력을 저해하는 핵심 요인으로 작용할 수 있다(World Bank, 2021). 이러한 구조적 문제에 대응하기 위한 핵심 전략으로 국제 사회는 '질병이환 압축(compression of morbidity)'이라는 개념에 주목하고 있다. Fries (1989)는 고령화가 불가피한 생물학적 현상임에도 불구하고, 적절한 건강증진과 예방정책을 통해 질병이나 장애를 겪는 기간은 상대적으로 짧게 유지할 수 있다고 주장하였다. 즉, 평균수명이 늘어나더라도 건강하지 않은 상태로 보내는 시간이 줄어들면 개인의 삶의 질은 향상되고, 사회적 비용도 억제할 수 있다는 것이다. 반대로 '질병이환의 확대(expansion of morbidity)'가 나타나면 기대수명은 늘어나더라도 만성질환이나 기능상실 상태에서 살아가는 기간이 길어지며, 개인과 사회 모두에 큰 부담으로 작용한다.

이러한 질병이환의 압축과 확대의 경로는 사회의 지속가능성에 직결된다. 첫째, 생산가능인구 측면에서 질병이환 압축이 이루어질 경우, 노인 인구가 증가하더라도 건강한 상태로 더 오래 노동시장이나 사회활동에 참여할 수 있다. 이는 고령화로 인한 경제성장 잠재력 저하를 완화하고, 사회 전체의 인적자본을 유지하는 효과를 가져온다. 반면 질병이환 확대가 발생하면 기대수명은 늘어나지만 노동참여가 어려운 고령 인구가 증가하면서 생산가능인구 감소가 더욱 심화된다. 둘째, 사회보장재정 측면에서 질병이환 압축이 실현되면 의료·요양 지출의 급증을 일정 부분 억제할 수 있다. 그러나 질병이환 확대가 진행되면 장기요양 지출과 의료비 지출이 기하급수적으로 늘어나, 사회보험 재정과 국가재정의 지속가능성에 심대한 압박을 가하게 된다.

실제 데이터는 이러한 우려를 뒷받침한다. WHO 통계에

따르면 2000년에서 2019년 사이 전 세계 평균 기대수명은 6.3년 늘었지만 건강수명은 5.4년 증가에 그쳤다(World Health Organization [WHO], 2025). 즉, 노인들이 건강하지 않은 상태로 살아가는 기간은 오히려 늘어났다는 의미다. 한국 데이터에서도 유사한 현상을 확인할 수 있다. Korea Health Promotion Institute (2023)에 따르면, 한국인의 기대수명과 건강수명 격차는 2008년 10.7년에서 2020년 12.6년으로 증가하는 추이를 보였다. 최근 미국을 배경으로 한 연구에서는 이 같은 질병이환 확대가 미국에서도 확인되며, 이의 주요한 요인 중 하나로 70세와 80세 시점에서 기대수명이 늘어난 반면 건강수명은 크게 개선되지 않았기 때문임을 제시하였다(Zimmer et al., 2024). 이는 기술 발전과 의료시스템의 향상이 주로 질병 발생 후의 생존 연장에 집중되었을 뿐, 기능 저하 자체를 예방하고 관리하여 건강수명을 늘리는 데는 충분히 효과적이지 못했다는 점을 보여준다. 다시 말해, 현재의 치료 중심(treatment-oriented) 의료시스템이 질병이환 확대를 막지 못하는 구조적 한계를 드러낸 것이다. 이는 강조한 예방과 건강증진 중심의 패러다임 전환이 지체될수록 초고령사회의 사회경제적 부담이 가중될 수밖에 없음을 시사한다.

이러한 배경 속에서 국제사회는 고령화 대응의 핵심을 '건강노화'라는 개념으로 모아왔다. 2002년 채택된 마드리드 국제고령화행동계획(MIPAA)은 특정 보건분야 선언이 아니라, 국제사회 전반에서 고령화 대응이 사회적 지속가능성을 좌우하는 핵심 의제임을 천명하며, 고령화를 단순히 사회보장비 증가의 문제로 보는 관점을 넘어 건강노화와 노인의 사회적 참여를 통한 사회발전의 지속가능성 확보가 중요함을 제시하였다(United Nations, 2002). 나아가 UN은 건강노화 10년(2021-2030)을 선포하여 연령차별 해소(fighting ageism), 고령친화적 환경(age-friendly environment), 통합돌봄(integrated care), 장기요양 보장(long-term care) 등 네 개의 행동영역을 통해 인구고령화 속에서도 지속가능한 발전을 달성할 수 있다고 제시하고 있다(WHO, 2020).

결국, 건강노화는 단순히 바람직한 가치가 아니라 초고령사회 지속가능성을 위해 반드시 달성해야 하는 정책 목표로 자리잡고 있다. 질병이환의 압축이 이루어지지 않는다면 생산가능인구 축소와 사회보장재정 악화가 심화될 수밖에 없으며, 이를 해결할 수 있는 핵심적인 경로는 예방과

건강증진, 그리고 의료·요양·복지의 통합적 접근을 통해 건강수명과 기대수명의 격차를 감소시키는 질병이환 압축을 효과적이고 효율적으로 달성하는 것이다.

2. 건강노화와 살던 곳에서의 거주(ageing in place)를 위한 복합서비스 연계

앞서 논의한 국제사회의 건강노화 담론은 궁극적으로 AIP라는 중간 목표로 수렴한다. AIP는 단순히 노인이 집에서 머무르는 것을 넘어 사회적·경제적 활동을 가능한 오래 지속할 수 있게 함과 동시에 값비싼 시설입소나 요양병원 이용을 지연시킨다는 점에서 사회적 지속가능성을 상징하는 개념이다(WHO, 2015). 다시 말해, AIP는 건강노화의 목표를 실질적으로 구현하는 대표적인 지표라 할 수 있다.

AIP를 달성하기 위한 전략은 크게 두 단계로 구분할 수 있다. 첫째는 노인이 사회경제활동을 지속할 수 있을 정도의 건강상태를 유지하는 단계다. 둘째는 일정 수준 이상의 기능저하가 발생하더라도 시설입소로 전환을 최대한 지연하며 존엄을 지키며 지역사회에서 거주하는 단계이다. 이러한 구분은 WHO (2015)에서 제시한 기능적 능력(functional ability) 개념과 직접적으로 연결된다. WHO는 건강노화를 "노인이 가치 있는 삶을 영위할 수 있도록 기능적 능력을 발달·유지하는 과정"으로 정의하며, 이를 내재적 역량(intrinsic capacity)×환경(environment)의 함수로 설명하였다. 이를 고려하면, 1단계는 다양한 사회적 결정요인(social determinants of health, SDoH)을 고려한 건강증진적 개입을 통해 내재적 역량의 저하를 최대한 늦추고, 사회경제활동을 지속할 수 있게 돕는 상류 개입 정책(upstream policy)으로 해석할 수 있다. 반면 2단계는 내재적 역량이 일정 수준 이하로 떨어졌더라도, 주거·교통·사회적 지원 등 환경적 요인을 개선함으로써 기능적 능력을 유지해 노인이 살던 곳에서 존엄 있는 생활을 영위하도록 돕는 단계라 할 수 있다.

문제는 이러한 두 단계 모두 기존의 치료 중심 보건의료 시스템만으로는 달성하기 어렵다는 점이다. 1단계에서는 약물치료나 병원 기반 관리만으로는 충분치 않으며, 소득·주거·식사·사회관계와 같은 비의료적 요인을 함께 고려한 접근이 필요하다. 영국을 중심으로 확산 중인 사회적 처방(social prescribing)은 이를 잘 보여주는 사례다(Morse et al., 2022). 지역사회에서 운동교실, 식사 지원 프로그램,

취미·동호회 참여 등 지역사회 자원을 ‘처방’함으로써, 노인의 건강역량을 유지하고 사회참여를 지속하도록 지원하는 것이다. 2단계에서도 마찬가지다. 이미 기능 저하가 발생한 노인이 시설로 이주하지 않고 지역사회에서 거주하려면, 의료서비스와 다양한 재가 장기요양서비스(Home and Community-Based Services, HCBS)가 유기적으로 결합되어야 한다. 그렇지 않으면 돌봄 공백으로 인해 사회적 필요가 충족되지 못해 ‘사회적 입원(social admission)’이 발생하거나, 반대로 의료적 필요가 충족되지 않아 불필요한 입원과 퇴원이 반복될 수 있다. WHO의 ICOPE (Integrated Care for Older People) 모델은 이를 해결하기 위한 대표적 접근으로, 일차의료 단계에서 기능저하를 조기에 평가하고, 재활·영양·인지훈련·사회적 지원부터 재가 장기요양 서비스까지 다양한 HCBS를 통합적으로 연계하도록 권고한다(WHO, 2019). 이는 미충족 돌봄과 미충족 의료가 서로 얽혀 악화되는 문제를 동시에 완화할 수 있는 방안으로 이해할 수 있다.

이처럼 AIP를 실현하기 위한 1·2단계 모두에는 공통적으로 다학제적 협력이 필수적이다. 진정한 의미에서의 건강노화의 달성은 전통적인 의료시스템 단독으로는 불가능하며, 보건·복지·주거·지역사회 조직 등이 모두 함께 협력해야 한다. 그러나 각기 다른 목표와 유인체계를 가진 분절된 기관들에게 단순한 ‘자발적 협력’을 기대하는 것은 실효성이 낮다. 서로 다른 이해관계를 가진 기관들이 공동의 목표를 달성하려면 제도적 장치와 재정적 유인이 뒷받침되어야 한다(North, 1991). 국제사회에서도 이를 반영해 통합돌봄을 단순히 미시적 수준(micro level)의 다학제 팀워크에 국한하지 않고, 지역 차원의 조직(meso level)이나 거시적 수준의 재정 및 거버넌스(macro level)까지 포괄하는 접근으로 발전시키고 있다(Leijten et al., 2018; Valentijn et al., 2013; WHO, 2019). 이는 곧 AIP가 개별 서비스 조정의 차원을 넘어, 시스템 차원의 거버넌스 개선을 통해서만 실현될 수 있음을 보여준다(Hughes et al., 2020).

3. 복합서비스 연계 거버넌스의 국제사례: 일본 및 태국을 중심으로

다부처·다기관 협력 거버넌스는 건강노화와 통합돌봄 정책을 성공적으로 구현하기 위한 전제 조건이다. 보건의

료, 장기요양, 복지, 주거, 교통 등 여러 부문이 노인 친화 정책에 관여하지만, 전통적으로 이들 부문의 재원과 운영 체계는 분리되어 있다. 이로 인해 각 부문이 분절된 목표와 예산을 가지고 움직이기 쉽고, 한 부문에서 투자하여 얻은 이익이 다른 부문의 비용절감으로 나타나는 경우 해당 부문에 충분한 유인(incentive)이 돌아가지 않는 문제가 있다. 예를 들어, 의료 분야에서 예방에 투자하여 노인의 낙상을 줄였더라도 그로 인한 요양보험 지출 감소가 의료 분야에게 보상되지 않는 구조라면, 의료공급자는 예방에 적극 나서기 어려울 것이다. 이런 한계 때문에 여러 국가에서 거버넌스 구조를 개편하여 노인 돌봄 관련 부문 간 협력과 공동 책임을 강화하려는 시도를 하고 있다. 일본과 태국은 이러한 거버넌스 혁신의 흥미로운 사례를 제공한다.

일본: 지자체의 재정적 책무성과 중앙 수준의 평가 기반 인센티브

일본은 일찍이 초고령사회에 들어선 국가로서, 2000년 개호보험(노인장기요양보험) 제도를 도입하여 사회보험 방식의 전국민적 요양보장체계를 구축하였다(Yamada & Arai, 2020). 일본 개호보험의 특징 중 하나는 보험자인 지자체(시정촌)가 보험 운영과 서비스를 책임진다는 점이다. 1,700여 개에 달하는 시정촌이 각자 지역 단위의 개호보험자를 맡아 가입자 관리를 하고 보험료를 부과·징수하며, 지역 내 서비스 제공을 계획한다. 특히 일본에서는 75세 이상 후기고령자의 의료보험(후기고령자 의료제도)도 광역 연합 형태이긴 하지만 기초지자체가 재정 일부를 부담하고 운영에 참여하며, 75세 미만의 주민은 시정촌 국민건강보험에 가입한다(Sakamoto et al., 2018). 요컨대 지방정부가 의료와 개호 두 영역에서 모두 재원조달에 대한 일부 책무성을 부여받음으로써, 지역 단위에서 의료-요양 연계와 예방사업을 종합적으로 도모하여 재정지출을 절감할 유인이 부여되어 있다.

최근에는 지자체 간 재정능력이나 행정역량의 차이로 인해 서비스 수준에 격차가 발생할 우려를 보완하고 지자체의 역할을 촉진하기 위해, 일본 중앙정부는 재정적 인센티브와 평가제도를 도입하였다. 특히 2018년 개호보험 개정에서 ‘보험자 기능강화’ 방안이 시행되어, 전국 모든 시정촌의 개호보험 운영 성과를 평가하고 결과에 따라 재정

지원을 차등화하기 시작했다(Ministry of Health Labour and Welfare, 2022). 평가 항목은 크게 세 분야로 구성되는데, (1) PDCA 사이클 등을 통한 보험자 기능 강화 노력, (2) 개호필요 상태의 악화를 방지하고 유지·개선을 지원하는 예방 및 자립지원 노력, (3) 보험재정 건전성 및 지속가능성 확보 노력으로 나누어진다. 예를 들어, 지자체가 지역 통합돌봄을 추진하기 위해 지역케어회의를 정기적으로 개최하고, 의료-요양 연계를 위한 케어 매니지먼트 체계를 강화하며, 예방서비스 이용률을 높이는 등의 활동을 하면 평가점수가 올라간다. 평가 결과는 지자체별로 공개되고, 성과가 우수한 지자체에는 국고지원금 교부 등 재정적 혜택이 주어진다. 반대로 실적이 부진한 곳은 중앙정부와 광역단체의 행정지도를 받게 된다. 일본 사례의 시사점은 보험자 지위의 지방분권화와 성과평가를 통한 재정 유인이 결합되어, 지역 수준에서 의료-요양-예방의 통합적 접근을 구현할 수 있었다는 것이다. 이는 중앙정부가 일괄적으로 운영할 때보다 지역 상황에 맞는 창의적 프로그램이 나오기 쉬움과 동시에, 성과에 대한 책임성을 높여 지속적인 개선을 유도하는 효과가 있다.

태국: Local Health Fund를 통한 지역수준 건강증진 및 재가장기요양 재정 통합

태국은 중앙집권적 의료체계를 운영해왔으나, 일부 영역에서 지방자치단체의 역할을 제도적으로 보장해왔다(Jongudomsuk et al., 2024). 그 대표적 사례가 Local Health Fund (LHF)이다. LHF는 중앙정부(국민건강보험재정)와 지방자치단체 예산이 매칭되어 조성되는 기금으로, 본래는 지역 수준의 건강증진 사업을 추진하기 위한 장치였다. 이후 재가 장기요양서비스 재정을 LHF와 연계하면서, 지역 수준에서 건강증진과 장기요양을 동시에 조정하는 연계된 재정 풀이 형성되었다(Asian Development Bank, 2020). 이 구조의 핵심은 재정적 인센티브의 정렬이다. 지방정부는 건강증진 활동을 강화하여 지역 내 장기요양 필요 인구를 줄일수록, 곧바로 본인들이 추가로 분담해야 할 재가 장기요양서비스 지출이 경감되는 구조를 갖는다. 즉, 건강증진과 장기요양 부담 완화가 연계된 기금 안에서 조정되기 때문에, 지방정부가 예방과 다부문 협력을 적극적으로 추진할 유인이 형성된다. 실제로 LHF를 활용

한 커뮤니티 케어 프로그램은 2016년 전국으로 확산되면서, 재가 장기요양을 통해 AIP를 뒷받침하는 정책적 기반이 되었다.

그러나 한계도 존재한다. LHF는 각 지자체의 재정 능력과 운영 역량에 크게 의존하기 때문에, 지역 간 편차가 크다. 특히 농촌·빈곤 지역에서는 충분한 자원을 확보하기 어려워 미충족 돌봄(unmet needs)이 증가하고 있다는 분석이 보고되었다(Phetsitong & Vapattanawong, 2023). 더불어, 고령화 속도가 가속화되면서 현재의 매칭펀드 기반 체계만으로는 장기요양 재정을 지속적으로 확충하기 어렵다는 우려가 제기될 수 있다. 이러한 점에서 태국은 향후 전국 단위의 보다 안정적인 장기요양 재원 확보와 제도적 표준화라는 과제를 안고 있다. 요컨대, 태국의 경험은 중앙-지방 매칭 펀드를 통한 통합재정 구조가 건강증진과 장기요양의 연계를 장려할 수 있음을 보여준다. 동시에, 제도적 성과를 지속하기 위해서는 재원 확충과 지역 간 형평성 제고가 병행되어야 한다는 시사점을 남긴다.

4. 한국의 정책 현황과 개선 방안

한국의 건강노화 및 장기요양 정책은 제도적·재정적 분절성이 두드러진다. 우선 재정 구조를 보면, 건강증진기금, 국민건강보험, 노인장기요양보험 등이 각각 독립적으로 운영된다. 먼저 건강증진기금은 본래 국민의 건강행태 개선과 예방적 개입을 위한 재원으로 설치되었으나, 실제로는 상당 부분이 건강보험 적자 보전에 전용되고 있으며, 정작 지역사회 차원의 건강증진·예방사업에 쓰이는 비중은 전체의 10% 남짓에 불과하다(Ko, 2022). 이 때문에 예방을 통한 의료 및 장기요양 비용 절감이 발생하더라도 이를 환류하여 다시 예방사업에 투입하는 구조적 장치는 사실상 부재하는 등 재정적 외부효과가 발생하는 문제가 있다. 조직 및 거버넌스 차원에서도 문제는 뚜렷하다. 건강증진은 보건복지부와 산하 한국건강증진개발원, 질병관리청 및 지방보건소가 주도하고, 장기요양보험은 국민건강보험공단이 중앙 단위로 관리·운영하며, 급여 제공은 대부분 민간기관이 맡는다. 의료서비스는 별도로 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원의 관리 하에 병·의원이 제공한다. 이러한 분절로 인해, 지역의 예방·건강관리 프로그램이나 사회서비스 등을 통해 노인의 기능 저하를 지연시켜도, 그 성과는 건강보험·장기요양보험 지출 감소라는 형태로 다른 제도에

만 귀속된다. 하지만 지자체로는 그 편익이 환류되지 않으므로, 지역 차원의 적극적 투자 유인이 약하다. 또한, 동일한 국민건강보험공단 내에서도 건강보험과 장기요양보험회계가 엄격히 분리되어 있어, 반대로 장기요양보험에서의 예방·재가서비스 확대가 요양병원 장기입원 감소 등 건강보험 지출을 줄이는 효과를 가져와도 이 같은 편익은 두 제도 간에 공유되지 않는다.

이러한 분절적 구조 속에서 정부는 최근 몇 년간 지역사회 통합돌봄 시범사업을 추진해왔다. 주거·보건·요양·복지서비스를 통합적으로 제공하는 “커뮤니티 케어” 시범사업은 2018년부터 16개 지자체에서 시행되었으나, 주로 미시적 수준(micro-level)에서의 다학제 협력, 또는 메조(meso-level)에서의 지자체 조직 형성에 머무른 한계가 있다. 거시적 수준(macro-level)에서 재정·거버넌스 구조 자체를 통합하거나 조정하는 노력은 여전히 부족하다(Yoo & Park, 2022). 이 때문에 사업이 단편적인 “프로젝트화”에 그치고 제도적 구조 변화로 연결되지 못했다는 평가가 제기될 수 있다.

앞으로의 정책 개선 방향은 이러한 구조적 분절성을 완화하는 데 초점을 두어야 한다. 이상적으로는 일본처럼 건강증진·의료·장기요양 세 영역 모두에 대해 일정한 재정적 책무성을 부여하는 거버넌스 구조를 고려할 수 있다. 그러나 한국은 중앙집권적 제도와 보험 운영의 특성상 단기간에 이와 같은 구조로 전환하기 어려울 수 있다. 따라서 현실적으로는 점진적 접근이 필요하다. 예를 들어, 현재 같은 국민건강보험공단 내부에서 운영되는 건강보험(특히 요양병원 장기입원 관리)과 장기요양보험 간의 재정적 연계를 우선 시도할 수 있다. 양 제도 간에 비용 절감을 공유할 수 있도록 함으로써, 장기요양 진입을 예방하거나 시설화율을 낮추는 방향으로 상호 책무성을 부여하는 것이다.

또한 초기 커뮤니티 케어 시범사업은 주거·소득·돌봄을 포괄하여 노인이 “살던 곳에서” 가능한 오래 머물도록 지원하는 광범위한 목표(예방과 시설화 지연의 이중 과제)를 지녔으나, 최근의 의료·요양 통합 논의는 상대적으로 등급이 높은 장기요양 수급자에 초점을 두고 시설화 지연의 관점에서 접근하는 경향을 보인다. 비록 이 같은 접근이 실증분석을 통해 효과성이 확인됨에 따라 지속적으로 개선이 필요한 영역이라는 지점은 분명하지만, 초고령사회에서 장기요양 진입 자체를 예방하는 전략은 사회적 지속가능성 측

면에서 다시 조명될 필요가 있다. 이 같은 관점에서 고려할 수 있는 접근 중 하나는 건강증진기금의 일부를 지역 단위 위험조정 재정풀(risk-adjusted pool)로 조성하고, 예측된 의료·요양 지출 수준보다 낮은 결과가 도출될 경우 그 절감분의 일부를 해당 지자체의 통합돌봄기금으로 환류하는 방식의 성과공유형 재정제도(shared savings)이다. 이 접근법은 재정을 확대하는 것이 아닌 재정절감형(fiscal-saving) 사업 모델을 통해 아직까지 효과성이 확인되지 않은 지역의 자원 및 환경을 최대한 활용한 창의적 프로그램 개발을 촉진할 수 있다는 점에서 장점이 있다. 이와 같은 성과공유형 재정제도(shared savings) 하에서는 재정적 인센티브가 예측된 의료·요양 비용을 실제로 절감하는 성과가 명확히 확인된 이후에만 이루어진다. 더욱이, 지급되는 인센티브는 절감된 재정의 일부를 공유(shared savings)하는 형태이므로, 정부 입장에서는 순수 재정지출이 아닌 오히려 순이익이 발생하는 구조를 만들 수 있다. 초기 정착을 위한 최소한의 설치 비용(install cost) 지원을 제외하면, 이는 효과가 불확실한 사업에 예산을 배정하는 것이 아니라, 검증된 성과를 통해 재정의 지속가능성을 높이는 혁신적인 거버넌스 방식이라 할 수 있다.

III. 결론

다가오는 초고령사회에서 건강노화를 촉진하는 것은 단지 보건의료의 문제가 아니라, 세대 균형과 사회경제적 지속가능성의 열쇠이다. 국제 동향을 보면, 고령자를 사회의 부담이 아닌 잠재자산으로 인식하고, 가능한 한 오랫동안 건강하게 지낼 수 있도록 지원하는 방향으로 정책 패러다임이 전환되고 있다. 노인의 기능 유지와 자립생활을 돕는 통합적 돌봄체계 구축, 나아가 연령차별을 해소하고 연령친화적 환경을 만드는 것이 글로벌 아젠다가 되었다. 그러나 건강노화라는 목표는 선언만으로 이루어지지 않는다. 그 성공적인 이행을 가로막는 가장 근본적인 장애물은 기술이나 자원의 부족이 아니라, 바로 현재의 ‘거버넌스 시스템’ 그 자체이다.

한국은 여전히 건강증진과 장기요양 분야의 분절된 재정·조직 구조로 인해 건강노화를 실현하기 위한 유인체계가 미흡한 상황이다. 예방 투자의 이익이 단기적으로는 뚜

렛이 드러나지 않고, 성과를 달성해도 그 혜택이 투자 주체에게 환류되지 않는다면 어느 기관도 적극적으로 나서기 어렵다. 본고에서 제시한 일본과 태국은 지역 단위에서 의료와 요양을 연계하고 성과에 따라 보상하는 거버넌스 개편의 중요한 사례를 제공한다. 제도적 세부 사항은 다를지라도, 두 국가는 공통적으로 '지역 단위에서 건강노화를 위한 노력을 기울이는 주체에게 그 성과로 인한 재정적 편익이 직접적으로 귀속되도록' 행재정적 구조를 설계했다. 이는 목표와 유인을 일치시킴으로써, 다양한 이해관계자들이 자발적이고 창의적으로 협력하여 공동의 목표를 추구하도록 만드는 거버넌스의 힘을 보여준다.

따라서 한국이 초고령사회의 지속가능성 위기를 건강노화를 통해 극복하려면, 재정적 유인 및 다기관 협력 기반의 거버넌스 개편이 필요하다. 본고에서 제안한 건강보험, 요양보험, 건강증진기금 등을 아우르는 책무구조 개편을 바탕으로 예방과 통합돌봄의 확산을 유도하는 것은 이러한 개혁을 위한 거버넌스 개편의 한 예시이나, 핵심은 분절된 이해관계자들이 협력하여 공동의 목표를 추구하도록 만드는 거시적 수준에서의 환경 조성에 있다. 궁극적으로 건강노화와 장기요양의 연계를 강화하는 정책은 노인의 삶의 질 향상과 함께 젊은 세대의 부담을 경감시켜 세대 간 상생을 도모하는 길이다. 지금이야말로 분절된 칸막이를 허무는 과감한 거버넌스 개혁을 단행할 때이다. 성공적인 정책 전환은 다가오는 초고령사회를 단순한 위기가 아닌, 세대 간 상생과 지속가능한 발전을 동시에 이루는 새로운 도약의 기회로 만들어갈 것이다.

본고가 거버넌스 개편을 최우선 과제로 제시했지만, 이러한 거시적 구조 변화가 현장에서 효과적으로 작동하기 위해서는 병행되어야 할 과제들 또한 분명히 존재한다. 예방적 개입을 통한 건강노화 달성이라는 목표 아래, 한국의 사회문화적 맥락과 지역사회 자원의 특수성을 고려한 효과적인 통합돌봄 및 사회적 처방 서비스 모델을 지속적으로 개발하고 그 효과성을 검증하는 노력이 요구된다. 나아가, 이러한 다학제적 협력이 구호에 그치지 않고 현장에서 원활히 이루어지기 위해서는, 각 전문 분야(보건, 의료, 요양, 복지 등)가 서로의 역할을 이해하고 공동의 목표를 향해 나아갈 수 있도록 하는 학제 간 교육과정 개발과 훈련 체계 마련에 대한 장기적인 논의 역시 필수적으로 수반되어야 할 것이다.

Acknowledgements

연구 과정에 도움을 주신 이동규, 김수정, 이채민 선생님께 깊은 감사를 드립니다.

References

- Asian Development Bank. (2020). *Lessons from Thailand's national community-based long-term care program for older persons*. <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/651546/thailand-long-term-care-older-persons.pdf>
- Fries, J. F. (1989). The compression of morbidity: Near or far? *The Milbank Quarterly*, 67(2), 208-232. <https://doi.org/10.2307/3350138>
- Hughes, G., Shaw, S. E., & Greenhalgh, T. (2020). Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *The Milbank Quarterly*, 98(2), 446-492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>
- Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapatanavong, P., Sawaengdee, K., & Fahamnuaypol, P. (2024). Thailand health system review. *Health System in Transition*, 13(1). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376912>
- Ko, S. (2022). Tobacco price policy and making use of the National Health Promotion Fund. *Health and Welfare Policy Forum*, 307, 23-35. <https://doi.org/10.23062/2022.05.3>
- Korea Health Promotion Institute. (2024). *Compendium of statistics on healthy life expectancy: Healthy life expectancy 2021 at a glance* (Korean, authors' translation). <https://www.khepi.or.kr/board/view?pageNum=1&rowCnt=10&no1=2&linkId=1007632&menuId=MENU01592>
- Leijten, F. R. M., Struckmann, V., von Ginneken, E., Czypionka, T., Kraus, M., Reiss, M., Tsiachristas, A., Boland, M., de Bont, A., Bal, R., Busse R., & Rutten-van Mölken, M. (2018). The SELFIE framework for integrated care for multi-morbidity: Development and description. *Health Policy*, 122(1), 12-22. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.06.002>
- Ministry of Health Labour and Welfare. (2022). *Recent trends in the Long-Term Care Insurance system* (Japanese, authors' translation). <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000917423.pdf>
- Morse, D. F., Sandhu, S., Mulligan, K., Tierney, S., Polley, M.,

- Giurca, B. C., Slade, S., Dias, S., Mahtani, K. R., & Wells, L., Wang, H., Zhao, B., De Figueiredo, C. E. M., Meijs, J. J., Nam, H. K., Lee, K. H., Wallace, C., Elliott, M., Mendive, J. M., . . . Husk, K. (2022). Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health*, 7(5), Article e008524. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-008524>
- National Assembly Budget Office. (2021). *Fiscal outlook for social insurance programs 2021-2030* (Korean, authors' translation).
- North, D. C. (1991). Institutions. *Journal of Economic Perspectives*, 5(1), 97-112. <https://doi.org/10.1257/jep.5.1.97>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). *OECD economic surveys: Korea 2022*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/20bf3d6e-en>
- Phetsitong, R., & Vapattanawong, P. (2023). Household need and unmet need for caregivers of older persons in Thailand. *Journal of Aging & Social Policy*, 35(6), 824-841. <https://doi.org/10.1080/08959420.2022.2132081>
- Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., Kawakami, N., Hashimoto, H., Abe, S. K., Palmer, M., & Ghaznavi, C. (2018). Japan health system review. *Health Systems in Transition*, 8(1). World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/259941>
- United Nations. (2002). *Political declaration and Madrid international plan of action on ageing* (A/CONF.197/9). <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-en.pdf>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13(1), Article e010. <https://doi.org/10.5334/ijic.886>
- World Bank. (2021). *World Bank support to aging countries: An independent evaluation*. <https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/Evaluation/files/AgingCountries.pdf>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>
- World Health Organization. (2020). *UN decade of healthy ageing: Plan of action*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>
- World Health Organization. (2025). *World health statistics 2025: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*.
- Yamada, M., & Arai, H. (2020). Long-term care system in Japan. *Annals of Geriatric Medicine and Research*, 24(3), 174-180. <https://doi.org/10.4235/agmr.20.0037>
- Yoo, A. J., & Park, H.-K. (2022). Evaluation of the integrated care policy: Performance and future directions. *Public Health Affairs*, 6(1), Article e7. <https://doi.org/10.29339/pha.22.7>
- Zimmer, Z., Sun, F., & Duynisveld, A. (2024). Are we adding pain-free years to life? A test of compression versus expansion of morbidity. *The Journals of Gerontology: Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 79(8), Article glae157. <https://doi.org/10.1093/gerona/glae157>

■ Sunghun Yun	https://orcid.org/0000-0002-9401-1637
■ Soonman Kwon	https://orcid.org/0000-0002-2236-2163