

노인요양보장체계의 효율화에 대한 소고

신의철[†], 임금자^{*}, 이은환, 이윤환^{**}

가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실, 대한의사협회 의료정책연구소*,
아주대학교 의과대학 예방의학교실**

<Abstract>

Reviewing Efficiency Strategy of Long-term Care System

Euichul Shin[†], Geumja Im^{*}, Eunwhan Lee, Yunhwan Lee^{**}

Department of Preventive Medicine, The Catholic University of Korea, Research Institute for Healthcare Policy, Korea Medical Association, Department of Preventive Medicine and Public Health, Ajou University***

Several common issues are encountered by countries – Germany, Japan, and the United States – that adopted long-term care (LTC) system. First, the demand for LTC and its associated costs have steeply risen following the implementation of the LTC policy. Second, ensuring the quality of services have been difficult. Third, the coordination of services among providers and between LTC and medical care has been inadequate.

Learning from their experience, we suggest ways to improve the LTC system in Korea. The basic approach aims for efficiency over equity in the system. This would require promoting provider competition and consumer choice.

We propose several policy options according to the major stakeholders. For consumers, cash benefits at fixed rates and personal savings accounts

* 접수 : 2010년 7월 12일, 최종수정 : 2011년 3월 10일, 게재확정 : 2011년 3월 21일

† 교신저자 : 신의철, 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실, 서울시 서초구 반포동 505번지, 전화번호 : 02-2258-7365,

Fax : 02-532-3820, E-mail : eshin@catholic.ac.kr, 휴대폰 : 010-4619-1090

are feasible options to self-contain the demand and cost of services. On the insurer's side, creating an environment of multiple insurers will engender competition, leading to cost savings and quality care. For providers, delivery of quality services through competition, cost-containment through capitated reimbursements, and coordination of services through integrated delivery system can be achieved. From the assessors' perspective, establishing an information system to monitor the activities of insurers and providers would be important, empowering consumers with information to choose cost-effective service providers.

In summary, the suggested approach would provide cost-effective LTC services by guaranteeing consumer choice and promoting major stakeholder accountability. Further studies are needed to test the feasibility of this model in ensuring quality LTC in Korea.

Key words : long-term care, delivery system, integrated delivery system, personal savings account

I. 서 론

우리나라는 2008년 7월 1일부터 사회보험제도 중 하나로 노인장기요양보험 제도를 시행하고 있다. 제도의 시행 이후 몇 가지 문제점들이 나타나고 있는데, 지적된 문제점으로는 노인장기요양제도 도입 후 그 수요와 비용의 급증, 서비스의 질 관리, 그리고 노인 복지와 장기요양서비스의 적절한 연계가 부족하다는 것이다.

먼저 제도의 시행 이후 현재까지 등급인정자 규모는 시행 이전의 예측을 크게 초과하고 있다. 2009년 8월 현재 이미 등급인정자는 271,984명으로 65세 이상 전체 인구의 5.2%(1등급 1.1%, 2등급 1.3%, 3등급 2.8%)에 달해, 제도 설계시 예측된 대상자 규모인 3.1%(1등급 0.9%, 2등급 0.8%, 3등급 1.4%)를 크게 넘어섰고, 총 신청자는 532,553명(노인인구대비 10.2%)에 달했다. 그리고 1년간 새로이 65세 이상 그룹에 편입된 인구수는 월평균 약 17,139명인데 등급인정자는 2009년 8월 한 달간 3,913명 증가하여 신규 진입고령인구 대비 신규 대상자의 비율이 22.8%에 이르는 등, 대상자는 여전히 빠르게 증가하고 있다. 서비스의 이용 증가에 따라 급여비용 또한 급속히 증가하는 추세인데 2009년 3월 현재 총비용은 약 1,433억원(요양시설 약 700억원, 재가기관 약 730억원)이며, 이용자 1인당 월평균 총급여비는 요양시설(1등급)의 경우 약 13만원,

재가시설(1등급)의 경우 약 8만 3천원으로 나타났다(보건복지가족부, 2009 ; 윤희숙과 권형준, 2010 ; 이현진, 2010, 이규식 등, 2010). 또한 서비스 인력의 전문성 결여, 방문요양기관 인력기준 완화로 인한 서비스의 질 저하, 서비스 이용시간 제한, 중산층 노인 이용 가능한 시설 부족 및 이용료 부담 가중, 등급구분의 모호함, 치매노인에 대한 낮은 등급반영률, 조사자의 편차 또는 조사 당시 상태의 차이가 심하다는 점 등 노인장기요양 서비스 질 관리의 필요성을 지적하였으며(김준환, 2008 ; 이준우와 서문진희, 2009 ; 한국개발연구원, 2009), 이규식 등(2010)은 노인복지와 장기요양서비스의 적절한 연계가 이루어지지 못하고 있음을 지적하였다.

이른바 노인장기요양제도의 선도국이라고 할 수 있는 독일이나 일본, 미국의 사례들을 살펴봐도 상기한 공통적인 현상들이 나타나고 있음을 알 수 있는데(신의철 등, 2006), 이들 각 문제점에 대해 국가별 사례를 살펴보면 다음과 같다.

먼저 노인장기요양서비스의 수요와 비용의 급증과 관련된 문제로서, 독일의 경우 수발보험을 도입한 1995년에 1,061천명이었던 수급권자가 매년 증가하여 2009년 말 현재 2,370천명을 기록하였다. 1995년부터 2009년까지의 수급권자 증가율이 123.4%이다(Bundesministerium fuer Gesundheit와 Soziale sicherung, 2010). 이러한 수급권자의 증가는 큰 폭의 수발보험급여비 증가로 이어졌다. 독일의 수발급여비는 1995년 44억 유로에서 2009년 196억 유로로 345.5% 증가한 것이다(GKV-Spitzenverband, 2010). 독일은 노인수발보장제도가 도입된 이후 서비스의 수요가 급증하고 그로 인하여 비용도 가파르게 증가하면서 재정적인 어려움을 겪고 있다. 일본 또한 개호보험 도입 이후 수요와 비용급증의 문제를 겪고 있는데, 요개호인정자 수는 2000년 4월 218만 명에서 2007년 1월에는 439만 명으로 증가하였고, 서비스의 이용자 수도 149만 명에서 354만 명으로 증가하였다. 이용자의 증가에 따라 비용이 급속히 증가하고 있어 2000년에 3조 2천억엔이었던 급여비는 2007년에는 7조 1천억엔에 달하고 이대로 증가가 계속되면 2025년에는 19조원에 달할 것으로 예측되고 있다(김웅렬 등 2007). 미국도 장기요양서비스 수요 증가로 인한 급증하는 비용은 정치, 사회적으로 큰 문제로 부각되고 있다. 장기요양 대상 65세 이상 노인은 2009년 현재 약 9백만 명으로 추정되고, 노인인구 증가에 따라 급증하여 2020년에는 12백만 명에 이를 것으로 예상된다(Centers for Medicare and Medicaid Services, 2009). 미국 의회 예산처에서는 장기요양 비용이 2000년 1,231억불에서 2020년에 2,073억불로 증가할 것으로 추계하였으나(Congressional Budget Office, 1999), 2005년 이미 2066억불에 이른 것으로 추정되고 있다(Komisar and Thompson, 2007).

다음으로 선도국들이 겪고 있는 노인장기요양서비스 질 관리와 관련된 문제점으로서 독일의 경우 수발(장기요양)보장제도가 도입되면서 서비스의 공급 과잉 현상을 초래하고 이는 공급자 과다경쟁으로 이어져 수발의 질을 저하시키는 원인이 된 것이다. 즉, 과

잉공급은 저가(低價)의 서비스 제공을 통한 경쟁을 유도하였고, 이에 따라 수급자 개인의 요구에 부응하는 다양한 서비스, 특히 양질의 고가(高價) 서비스를 제공한다는 것이 사실상 어렵게 되었다. 이러한 환경에서 수발서비스의 항목과 질이 법률에서 요구하는 최저 수준으로 '표준화'하는 경향을 보였다. 이러한 표준화로는 수급권자의 개별적 수요를 충족시킬 수 없어 수발수급권자의 불만이 적지 않았다. 일본의 경우 요개호 상태에 대해 느끼는 방문조사원의 판단과 객관적 판단의 괴리에서 오는 문제점이 발생했다. 치매 상태 노인은 본인의 상태를 방문조사원에게 정확히 전달하기 어렵고, 가족의 상황도 고려되지 않는 문제점이 생겼다(김미숙, 2003). 또한, 개호서비스의 내용이나 그 절차가 복잡하고 난해하여 케어매니저를 통해 계획서를 작성하는데, 요개호자의 욕구에 맞추기 보다는 서비스 이용의 억제, 보험금부 억제의 성격이 강하여 서비스의 질이 저하된다는 문제점도 발생하고 있다(오세영, 2009). 미국의 경우도 장기요양보장제도는 연방정부의 기본정책 하에 독자적 제도 운영이 가능하지만 보건복지조직의 이원화로 인한 제도의 연계성이 미흡하고 이로 인해 제공되는 서비스 양과 질적 수준의 변이가 크다. 너싱홈으로 대표되는 시설서비스의 질적 수준에 있어 시설간의 편차가 크고, 전체 너싱홈의 1/4 정도가 수준 미달인 것으로 조사되었다(Wunderlich and Kohler, 2001).

마지막으로, 노인장기요양서비스 제공자간 혹은 수발-의료간 연계와 조정이 미약한 점을 국가별로 살펴보면 우선 독일의 경우, 수발보험조합은 상호 유기적으로 협조하면서 원활한 서비스가 제공될 수 있도록 하고 있다. 또한 수발시설에서도 입소자가 재정적인 어려움 등 여러 사회적인 문제에 직면한 경우 생활보조금 지급과 관련된 기관이나 도움을 줄 수 있는 종교기관 등 관련 기관과 연계해 주거나 제공자간 조정이 비교적 양호한 편이다. 문제는 수발보험제도가 도입되면서 특정 서비스에 대한 비용부담과 관련한 책임 문제가 새롭게 발생한 것이다. 예를 들어 과거에 의료보험재정에서 부담한 휠체어 등 보조기구에 대한 각종 비용을 수발보험의 도입을 계기로 수발보험재정에 부담시키는 사례가 빈번하게 발생하는 등 수발보험과 건강보험의 재정연계가 문제점으로 지적되고 있다는 것이다(Deutscher Bundestag Drucksache, 2005 ; Sachverständigenrat zur Begutachtung der im Gesundheitswesen, 2005). 일본의 경우에는 개호서비스 제공자의 수와 다양성이 증가하였으나 상호간 조정연계 기능이 미약하고, 의료보험과 개호보험간의 구분도 불명확한 상황이다. 예를 들어 요개호자 중 초고령자로서 뇌졸중, 고혈압, 심장병 등의 경우에는 의료서비스를 원하는 경향이 있다. 이때 명확한 기준이 없이 급성병상군으로 이송되어 의료보험으로 분류된다. 즉, 개호서비스 비용은 개호보험으로, 질병의 치료는 의료보험으로 라는 재정적으로 구분되어 복지와 의료의 연계가 구조적으로 낮다(박정호와 여진주, 2008). 이러한 문제점을 개선하기 위해 지역포괄지원센터(가칭) 창설, 포괄적 케어매니지먼트 강화, 그리고 지역사회 보건복지 연계체계 및 상설 협의기구 마련을 위해 노력 중이나 그 효과가 가시적인 것으로 판단되지 않는다. 따라서 개

호와 의료의 관계정비가 향후의 과제로 남아 있다(박정호와 여진주, 2008). 미국의 경우, 장기요양보장 제공체계는 메디케어와 메디케이드로 대표되는데 연방정부의 가이드라인 하에 민간부문 위주의 다양하고 전문적인 서비스가 제공되는 형태를 띠고 있다. 그러나 급성의료 서비스를 지원하는 메디케어와 장기요양서비스를 지원하는 메디케이드의 이원화된 재원조달기전으로 서비스간의 조정이 어렵다. 요양서비스 제공체계가 제공자 중심에서 탈피하지 못하고 있으며 분절된 의료와 요양서비스 제공으로 인해 서비스간의 조정 및 연계 기능이 저조하다(Komisar와 Thompson, 2004).

이상에서 기술한 바와 같이 노인장기요양 보장제도를 도입한 국가들은 상기한 공통적인 문제점들을 가지고 있다.

따라서 이 글에서는 그러한 문제점들을 토대로 우리나라에서 향후 노인장기요양제도의 지속가능한 발전을 위한 미래모형을 제안하고자 한다. 장기요양서비스 제공체계의 주요 행위 주체를 중심으로 문제점을 도출하고, 방향성과 대안을 모색하는 전략으로 커다란 틀을 제안하는데 초점을 맞추었다.

II. 본 론

1. 장기요양체계의 지속가능성 제고 방향 : 경쟁과 선택을 통한 자발적 효율성 추구

사회보장체계의 세계적인 흐름은 형평적 복지에서 효율적 복지로 변화하고 있다. 전통적인 사회보장적 복지는 개인의 의욕을 저해시킬 수 있고, 사회적 안전장치가 개인의 책임의식을 약화시킬 수 있다는 점과 지나친 보장성 확대는 국가경쟁력의 저해 요인이 될 수 있다는 점에서 최근 전통적 복지(사회보장)의 효과에 대해 긍정적인 측면보다 부정적 측면이 부각되는 움직임이 있다(Naisbitt, 1996). 싱가포르는 국가 복지정책을 사회 중심에서 가족(개인) 중심으로 변화시켰고, 이러한 변화가 국가 성공의 주요 요인 중 하나로 작용한 것으로 평가되면서 많은 국가들로부터 미래의 효율적 국가운영체계로서 주목을 받고 있다(Naisbitt, 1996). 선도국가들에서 실시한 노인장기요양보장체계에서 드러난 문제점들도 노인수발보장체계의 사회보장적 접근 시도에 기인한 것으로서, 특히 그 원인은 효율성과 관련이 있는 것으로 판단된다. 따라서 노인장기요양보장제도의 설계에 있어서도 효율성 확보가 분명 고려해야 할 과제로 판단된다.

체계의 효율성을 확보하는 기전은 정부에 의한 통제적 관리 기전 보다는 관련 조직들의 자발적 경쟁과 이용자 선택을 통한 시장경쟁 기전이 보다 효과적인 것으로 판단된다. 이는 네덜란드, 독일 등의 ‘관리된 경쟁’ 경험을 통해 실증적으로 뒷받침되고 있다(Oberender 등, 2002 ; Enthoven 등, 2007). 즉, 서비스 제공에 다수의 제공자와 다수

의 보험자가 참여하고 이들을 이용자가 선택함으로써 제공자와 보험자는 자발적으로(시장에서의 생존 또는 점유율 확대를 위해) 서비스의 질을 높임과 동시에 비용은 낮추는 효율성을 추구하게 하는 기전이다.

노인장기요양보장체계의 주요 행위 주체들로는 서비스 제공자, 보험자, 평가자 그리고 이용자가 있다¹⁾. 이들은 위에서 언급한 문제점들을 개선하기 위해서 또한 자신이 참여하고 있는 노인장기요양 보장체계에서 자신의 역할을 강화시키기 위해서 스스로 효율성을 추구하는 노력이 필요하다. 체계와 시장이 있어야 그들도 건전하게 존재할 수 있기 때문이다. 노인장기요양 보장체계의 행위 주체들이 스스로 효율성을 추구할 수 있도록 하는 메커니즘을 살펴보면 다음과 같다.

우선 이용자 측면에서 서비스 수요의 증가와 그로 인한 비용 증가의 문제를 해결할 수 있는 방법의 하나로 이용자 스스로 비용에 대한 인식을 하도록 함으로써 이용자가 장기요양 서비스를 효율적으로 이용하도록 유도하는 것이다. 이용자는 자신이 스스로 선택한 것에 대해 직접 그 비용을 부담할 때 효율적인 행동을 한다. 즉 이용자가 직접 수급 대상자가 될 때에는 자신이 소비할 서비스의 양과 종류를 스스로 결정하도록 하고, 이용하는 서비스의 비용에 대해 직접 인식할 수 있는 방법인 정액의 현금을 급여하는 방법이나 싱가포르의 제도와 같이 개인저축계정을 확보하게 하여 장기요양 비용을 지급하게 하는 방법이 있다.

보험자 측면에서 자발적 효율을 추구하는 방법은 경쟁체계를 도입하는 접근이다. 경쟁을 통해 보험자는 시장에서 생존하기 위해 질 좋은 보험서비스를 개발할 것이며, 질 좋은 제공자(장기요양기관 및 의료기관)와 계약하도록 할 수 있으며, 비용절감 노력을 추구하여 이용자로부터 선택되고자 할 수 있다. 그렇게 함으로써 노인장기요양체계의 서비스 수요 및 비용급증, 서비스 질 취약의 문제가 개선될 것으로 기대할 수 있다.

장기요양서비스 제공자 측면에서는 다양한 접근방법이 있을 수 있다. 우선 서비스 수요 및 비용 급증을 개선하기 위한 방안으로서 ‘인두제 상황’을 고려해 볼 수 있다. 제공자에게는 수입의 상한(上限)이 결정되기 때문에 제공자 입장에서 자발적으로 수요와 비용을 최적의 수준에서 관리할 것으로 기대할 수 있다. 이 경우 우려되는 서비스의 질 하락의 문제는 장기요양서비스 제공자간 경쟁 강화를 통해 개선할 수 있을 것으로 기대된다. 제공자 간 연계 및 통합 부족의 문제는 다양한 제공자간 통합제공체계(Integrated Delivery System)를 형성함으로써 연속된 서비스의 연계, 조정이 이루어질 수 있도록 기대할 수 있다.

마지막으로 평가자의 측면에서는 보험자와 제공자의 성과(서비스의 질, 비용 등)에

1) 여기에서 제공자는 수발 및 의료서비스 기관, 보험자는 장기요양 보험자(우리나라의 경우 국민건강보험공단), 평가자는 보험자나 제공자를 평가하는 기관, 그리고 이용자는 장기요양 대상자이다.

대해 평가하고 그 결과를 공개함으로써 이들 보험자와 제공자가 자발적으로 서비스 질을 향상시킬 수 있는 체계를 구축하는 것이 문제를 개선하는 접근법일 것으로 기대한다.

2. 주요 개선 방안

1) 장기요양 재원조달

개인저축계정. 이것은 싱가포르의 의료저축계정(MSA, Medical Savings Account)에서 따온 개념으로 개인이 노인장기요양서비스를 위해 저축계정을 만들고, 이 저축계정에 축적된 금액은 자신의 노인장기요양서비스 이용을 위한 목적에만 사용케 하는 기전을 말한다. 이는 계정 주체(이용자)로 하여금 자발적으로 장기요양 서비스를 효율적으로 이용하도록 유도함으로써 장기요양 서비스의 수요와 비용 급증을 이용자 측면에서 자발적으로 관리할 수 있는 효과를 기대할 수 있다.

의료저축계정(MSA)은 보건의료 재원조달 방식의 하나로서, 의료비용 중 일부를 충당하기 위한 일종의 개인구좌이다. 건강에 대한 예기치 못한 위험을 분산하는 방법에는 주어진 한 시점에서의 개인들의 위험을 공동으로 분산시키는 방법(cross-sectional risk pooling)과 다년간에 걸쳐 개인별로 자신의 위험을 분산시키는 방법(intertemporal risk pooling)의 두 가지 유형이 있는데, MSA는 후자의 방식(intertemporal 위험분산)에 속하는 유형으로서 전자의 방식에서 우려되는 도덕적 해이의 가능성을 수요자 측면에서 억제할 수 있는 기전을 내포하는 반면, 직접적인 소득재분배 효과는 기대할 수 없다는 특성을 지니고 있다(Luke, 2006; Sarah and Elias, 2008).

MSA는 싱가포르에서 처음 도입되어 실시된 이래 여러 나라에서 새로운 재원조달 기전으로 논의되고 있다. 싱가포르는 1970년대 의료비의 급격한 상승과 공공부문에서의 비효율성을 경험한 것을 계기로 새로운 재원조달 방식으로서 MSA를 도입하였다. 이 제도의 도입시 채택한 원칙은 국민의 자유로운 선택 보장, 국민의 자립성 강조, 자유시장 경쟁원리 도입 및 빈곤층에 대한 최소한의 보조 등이었다. 나아가 향후 늘어날 국민의료비, 특히 노인인구 증가에 따른 노인의료비의 안정적인 재원조달을 주목적으로 하였다. 싱가포르의 MSA가 의료비 억제에 미친 영향에 대해서는 그 평가가 상이하다. MSA가 의료비 억제에 기여했다는 주장(Massaró, 1995)이 있는 반면, 다른 한편에서는 비용억제에는 별 영향을 미치지 못했다는 평가(Hsiao, 1995)도 있다. 그러나 안정적인 노인 의료비 대비라는 제도 도입의 주목적과 현재 적립 규모를 비교해 보면 MSA 제도는 대체적으로 성공적이라는 평가이다(한은아 등, 1999). 미국도 MSA 도입에 관심을 보인 바 있는데 그 배경이 의료비 억제이며 이것이 보건의료 정책의 최대관심사라는 점은 주지의 사실이다. 미국은 소비자측의 비용의식적 태도로 인한 비용억제 가능성에 착안하여 새로운 재원조달 방식으로서의 MSA를 고려하였으며, 1997년에 메디케어 내에 MSA

시범사업을 도입하였다. 현재, 시범사업에 대한 최종 평가가 내려지지 않아 미국에서의 MSA 제도가 지니는 영향에 대한 평가를 내리기에는 성급한 면이 있으며, 싱가포르의 경우와 마찬가지로 이제까지의 결과에 대한 평가도 엇갈리고 있다(Hsiao, 1995 ; Massaro, 1995 ; Sherry Glied, 2008, Anthony 등, 2010).

우리나라에 MSA를 도입하는 것은 기존의 진료비 지불상환방식인 행위별수가제도를 그대로 유지하면서 소비자 측면의 수요를 억제할 수 있다는 점에서 새로운 지불상환제로서 논의되고 있는 인두제보다는 상대적으로 용이할 수 있다. 싱가포르에서 적용하고 있는 개인계정의 가족간 폴링기전은 노인장기요양서비스 제공에 대한 일차적 책임을 개인이나 가족에 뉘으로써 노인(부모)을 그 가족(자손)이 봉양하는 전통적 효사상과 부합된다고 볼 수 있다. 무엇보다도 노인들이 대체로 제3자에 의한 수발서비스 보다는 가족에 의한 수발을 원하고 있다는 점에서 매우 바람직한 것으로 판단된다. 그러나 MSA는 노인장기요양 비용을 사회적 연대보다는 개인과 가족이 책임진다는 측면에서 사회형평성을 주장하는 가치관에 부합하지 않는 측면이 있어서 도입 시에 상당한 마찰이 있을 것으로 예상된다. 또한 MSA는 개인 차원의 생애시기별(intertemporal) 위험분산 때문에 효과적으로 실시하기 위해서는 두 가지 사항이 고려되어야 한다. 첫째, 개인별로 기금을 적립해나가는 도중 충분한 양의 적립금이 조성되지 못한 시점에서 고액의 지출이 요구되는 경우와 같은 자금의 유동성 문제를 고려해야 하고, 둘째, 개인의 능력으로 분산시키기 못할 정도의 위험에 대한 대비책이 별도로 마련되어야 한다는 점이다.

2) 급여 및 지불체계

정책 현금급여 확대. 정책 현금급여제란 노인장기요양서비스 이용자가 매월 혹은 일정 기간 동안 노인장기요양서비스 수급과 관련하여 사용(처분)할 수 있는 금액의 상한을 정하여 현금으로 급여하는 것을 말한다. 이는 수급권자로 하여금 효율적 서비스 이용을 자발적으로 유인함으로써 노인장기요양 보장체계 도입으로 인한 서비스 수요와 비용급증을 이용자 측면에서 관리할 수 있도록 하기 위한 제도적 틀이다.

외국사례를 살펴보면 싱가포르의 Eldersshield가 있다. 싱가포르의 Eldersshield는 2002년도에 도입된 노인 및 중증장애인에 대한 사회보험 기전이다. Eldersshield는 월정 현금급여제인데 급여로 받은 현금에 대한 사용의 용도는 전적으로 수급권자와 가족의 결정사항이다. 급여의 범위는 가정간호, 재활, 의료서비스, 가계비용 혹은 요양원 재원 등 어떠한 용도에도 그 사용이 가능하다. Eldersshield는 저축성, 투자성 요소가 없다. 즉, 장애가 없을 경우 급여의 청구 자격에서 제외된다. 이러한 기전을 통해 적정수준(낮은)의 보험료를 유지할 수 있다.

우리나라에서 정책 현금급여제 도입의 용이성은 최근 도입이 논의되고 있는 바우처제도와 같은 맥락에서 이해될 수 있다. 이는 기존의 진료비 지불상환제도인 행위별수가제

도의 수정 없이 도입할 수 있다는 측면에서 무리가 없을 것으로 보인다. 그러나 이 대안이 설득력을 얻으려면 현금급여를 받은 이용자가 급여액을 장기요양에 적절하게 사용하는지를 평가하는 장치가 필요할 것이다.

인두제 상환. 인두제는 노인장기요양서비스 제공자에게 관련 비용을 피보험자 1인당 기준의 상환 기전을 말한다. 제공자 입장에서는 노인장기요양서비스 상환액의 상한이 미리 결정되기 때문에 장기요양서비스를 최소한(혹은 최적 수준으로) 제공토록 하며, 이로 인하여 서비스 수요와 비용의 급증 문제를 제공자 측면에서 적극적으로 관리하게 할 수 있다. 단, 상환액 결정으로 인한 서비스의 질 저하가 우려되는 바, 이는 다수의 보험자와 다수의 제공자체제로 상호 경쟁을 유도하고, 보험자와 제공자의 질정보를 이용자에게 제공하여 보험자와 제공자를 선택하게 함으로써 노인장기요양서비스의 질을 유지, 향상토록 할 수 있다.

인두제 도입은 환경지진이라고 표현할 만큼 매우 큰 변혁이다. 따라서 도입이 용이할 것으로 보이지는 않는다. 그러나 급증하는 노인장기요양서비스의 수요와 비용을 억제할 수 있는 기전으로서 고려해 볼 만하다. 의료급여체계에 있어서도 의료비 급증문제에 대처하기 위해 최근 인두제의 도입이 논의된 바 있다(정우진, 2006). 노인장기요양제도의 선도국에서도 노인장기요양서비스 수요와 비용의 급증은 사회적으로 매우 큰 이슈로 지적되고 있어, 이의 해결을 위해 다양한 노력들을 하고 있으나, 그 효과가 불투명한 실정이다. 즉, 노인장기요양체계에 있어서 인두제의 도입이 현재로서는 쉽지 않은 일이지만 장기적인 대안으로 검토할 수는 있을 것이다(신의철과 김예순, 2007).

3) 관리방식

보험자 경쟁체계. 다수의 보험자간 경쟁은 노인장기요양보험 서비스를 제공하는 보험자를 다수 허용하여(공공 혹은 민간보험자 모두 포함) 이들이 서로 경쟁을 통해 저렴하고 질 좋은 노인장기요양 보험서비스를 제공하도록 하는 기전이다. 이를 통해 공통적인 문제점들 중 하나인 서비스 수요와 비용의 급증, 서비스 질 취약 문제의 개선을 기대할 수 있다. 즉, 다수의 보험자는 시장에서 살아남기 위해(피보험자는 성과가 좋은 보험자를 선택하기 때문에) 더 좋은 서비스를 제공하는 한편 비용은 절감시키는 노력을 할 수밖에 없다는 것이다. 또한 단일보험자 체계의 경우 획일적으로 결정되는 수급권 결정에도 영향을 미쳐 보다 더 정확하고 타당한 수급권자 결정 시스템을 마련하는 부가적 효과를 기대할 수 있다.

외국의 사례를 살펴보면, 독일의 경우 수발보험(Soziale Pflegeversicherung)은 강제보험이지만 보험자 관리운영은 다수의 보험자가 경쟁하는 방식으로 운영되고 있다. 즉, 169개의 공적수발보험조합과 다수 민간보험이 경쟁하는 구도이다²⁾. 가입자는 이중

2) 독일은 2010. 1. 1일 현재 모두 169개소의 공적수발보험조합이 운영 중임. 이에 대해서는 www.gkv-

하나를 선택하여 가입하며, 가입한 공적수발보험조합(또는 민간보험사)로의 변경도 가능하다. 경쟁력이 없는 수발보험조합은 다른 수발보험조합에 인수·합병(M&A)될 수도 있다. 결국에는 소비자만족도가 높은 수발보험조합만이 살아남게 된다. 이렇게 독일은 가입자에게 보험자의 선택권을 부여함으로써 보험자간 경쟁을 유도하고, 이를 통해 소비자 지향적이며 저비용-고효율의 수발보험제도를 운용하고 있다. 미국의 경우도 다수의 민간보험자체계를 운영하고 있는데 2002년 현재 장기요양 관련 민간보험이 전체 장기요양비 지출의 10%를 차지하고 있다. 장기요양 민간보험 가입자 수는 1991년부터 2002년 사이 240만 명에서 920만 명으로 증가하였는데 민간장기요양보험 가입률을 높이기 위하여 세액공제(tax credit) 등 연방 및 주정부 차원에서 대책을 강구하고 있다.

우리나라는 보충형 보험이기는 하지만 다수의 민간 보험자가 이미 건강보험체계에서 공식화되어 있는 상태이다. 1980년대 초에 암보험을 중심으로 민간보험이 발달해 왔으며, 건강 부문 민영보험시장의 규모에 대한 한 추정³⁾에 의하면, 보험료를 기준으로 2007년 현재 6조 5천억원으로 매년 꾸준히 성장하는 추세를 보였고, 2007년 기준 피보험자에게 지급된 실손형 보험금 규모는 생명보험과 손해보험을 합하여 1조 161억원으로 2006년 대비 36.4% 증가하였다.³⁾ 노인장기요양서비스가 기본적 필수 의료서비스와는 달리 선택적 부가적 특성이 있음을 감안할 경우 노인장기요양 보장체계에 다수의 민간보험자 도입은 고려할 수 있는 대안이다.

그러나, 다보험자체계의 실현 가능성을 높이기 위해서는 기존의 단일 보험자인 국민건강보험공단의 역할을 고려해야 한다. 네덜란드의 경우, 다수의 민간보험자에 의한 사회형 건강보험운영체계를 운영하고 있는데, 정부는 중앙에 위험균등화기금을 설치하여 가입자의 건강위험도 차이에 따라 민간보험자에게 보조금을 제공함으로써 사회연대성(solidarity)을 유지하는 역할을 하고 있다(Enthoven과 Wynand, 2007; 이규식 등, 2008). 따라서 새로운 모형에 국민건강보험공단의 역할을 중앙기금화하여 다수의 민간보험자를 관리, 조정하는 역할을 부여하는 것이 현실적인 대안일 수 있다.

통합제공체계(Integrated Delivery System, IDS). 통합제공체계란 노인장기요양서비스의 연속선 상에 가장 적합한 서비스를 다양한 제공자 간에 연계·조정을 통하여 제공할 수 있도록 하는 체계이다(신의철, 2007).

통합제공체계의 선도국 사례를 살펴보면, 분절된 영양과 의료시스템으로부터 대상자의 욕구에 부합하는 고객중심의 통합적 영양체계(integrated care system) 모델을 시범적으로 개발, 운영하는 경우가 점차 확대되고 있는 추세이다. 미국의 PACE(The Program of All Inclusive Care for the Elderly), Guided Care나 캐나다의

spitzenverband.de ‘Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf – Konzentrationsprozess durch Fusionen-참조

3) 보험개발원. 2009년7월13일 국회공청회자료.

SIPA(Systeme de service integres pour personnes agees en perte d'autonomie), PRISMA(Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy), 유럽의 PROCARE(Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons) 등이 있으며, 그 중 미국의 PACE와 캐나다의 SIPA가 보건 및 의료, 그리고 각 서비스 제공자간에 통합수준이 가장 높은 것으로 평가된다.

미국의 PACE는 완전통합 모형을 채택한 프로그램으로 1987년 메디케어·메디케이드 시범프로그램으로 시작된 후 점점 확대되어 2009년 현재 30개주에서 72개의 PACE 프로그램이 운영되고 있다(National PACE Association, 2010).

메디케이드 대상자 중 55세 이상이고 너싱홈 수준의 돌봄이 필요하다고 인정받은 사람을 적용대상으로 하여 간호, 물리치료, 작업치료, 놀이치료, 식사, 영양상담, 퍼스널 케어, 주간보호 등을 포함하는 PACE 프로그램은 다학제적인 팀을 통해 이루어지는데 의사, 치과 의사, 청각전문가(audiologist), 검안사(optometrist), 족병전문가(podiatrist), 언어치료사, 사회복지사, 영양사, 간호사, 가정봉사원, 작업치료사, 물리치료사, 운전사 등이 참여한다. 다학제적 팀은 대상자의 보건의료 욕구를 사정해서 케어플랜을 작성한 후 서비스를 제공한다. 이들은 환자의 상태를 수시로 모니터하여 이상 징후를 조기 발견해서 대처함으로써 시설입소를 늦추고 낙상·피부질환·부작용 등 단기적으로 효과를 볼 수 있는 영역에서 예방을 강조한다. 예방접종, 치과, 안과, 정신과 등 각종 영역에서 기능 상태를 유지함으로써 독립적인 생활을 할 수 있도록 돕는다(신지연과 강임옥, 2005).

캐나다의 SIPA는 '독립적 생활능력에 장애가 있는 노인을 위한 통합서비스체계'이다. 이 프로그램은 일정 취약 노인을 대상으로 재가, 급성병원, 요양시설에서 포괄적인 보건의료와 복지서비스를 제공하고 있다. SIPA는 재가서비스 이용률 증가, 응급의료이용 감소, 예방서비스 강조 등의 효과가 있는 것으로 평가되고 있다(신지연과 강임옥, 2005).

우리나라의 경우도 노인장기요양서비스 제공에 있어서 제공자간 연계, 조정의 문제점이 존재하며 이를 해결하기 위해 미국과 캐나다의 사례에서와 같은 통합제공체계를 도입할 필요가 있으나, 이는 우선적으로 인두제의 도입을 기본적 전제로 고려해야 할 것이다. 이규식 등(2010)도 노인장기요양보험제도의 평가연구에서 노인요양, 의료 및 복지서비스의 통합 제공과 이를 위한 사회복지통합관리망을 이용한 정보 공유의 필요성을 제기한 바 있다.

이용자의 선택권 확보를 위한 정보제공체계. 노인장기요양 서비스 이용자로 하여금 노인장기요양 서비스 제공기관이나 보험자를 선택할 수 있게 하는 기전은 이용자 측면에서 서비스 질 향상 과제를 제고할 수 있는 방법이다. 그러나 질 좋은 보험자와 제공자에 대한 이용자의 선택을 위해서는 보험자와 제공자의 질에 대한 정보를 판단할 수 있는 환경이 우선되어야 하며, 이를 위해 보험자와 제공자에 대한 질 정보체계를 수립하여 해당 정보가 이용자에게 배분, 공유될 수 있도록 하여야 한다.

선도국들의 사례를 살펴보면 의료서비스 질 정보는 미국의 TJC(The Joint Commission), NCQA(National Committee of Quality Assurance) 그리고 독일의 MDK(Medizinischer Dienst der Krankenkassen) (수발평가기관)와 같은 질 관리조직을 통해 이루어지고 있다. 우리나라의 경우도 기존의 의료 분야에서 서비스 제공기관에 대한 질 정보는 환자만족도(NCSI, National Customer Satisfaction Index) 조사, 의료기관평가, 의료기관별 항생제 사용률 등의 정보가 일반 이용자에게 제공되면서 제공자를 선택하는 지표로 부분적으로 활용되고 있다. 노인장기요양서비스 제공체계에 대해서도 보험자와 제공기관에 대한 질 정보를 제공하는 방안 마련이 선행되어야 하는데, 어떤 정보를 어떠한 방법을 통해 취합하고 제공할 것인가는 기존의 의료서비스 제공자 정보 공개의 경험 비추어 많은 부작용이 예상되고 있어 신중한 고려가 필요할 것이다(신의철, 2008).

III. 결 론

바람직한 노인장기요양 제공체계를 구축하기 위해 고려할 여러 가지 방안을 검토하였다. 이들은 현실 적용이 비교적 용이한 대안으로부터 그렇지 않은 것들도 있다. 제안 실행의 용이성에 영향을 미치는 것은 현행 제도의 변경에 따른 저항과 수용성으로서, 특히 진료비 지불상환제의 변경이 가장 큰 영향을 미치는 요소로 판단된다. 따라서 이를 기준으로 각 제안에 대해 긍정적인 측면을 중심으로 종합해 보았다.

우선, 기존의 진료비지불 상환제도를 내에서 실행 가능한 제안들로서는 월정 현금급여제 및 노인장기요양 개인저축계정, 다수의 경쟁적 보험자 도입, 그리고 자발적 질관리조직 도입을 들 수 있겠다. 월정 현금급여제는 기존의 장기요양보험제도와 행위별수가제를 내에서 변화 없이 실행 가능한 제안으로 보인다. 이를 통해 이용자가 노인장기요양서비스 수요의 급증 문제를 자발적으로 조절, 관리함으로써 노인장기요양재정의 안정화 문제에 대처할 수 있을 것으로 기대된다. 노인장기요양 개인저축계정 또한 기존의 상환제 내에서 적용이 가능한데, 이 또한 급증할 것으로 예상되는 노인장기요양서비스 수요를 이용자 중심에서 능동 관리함으로써 노인장기요양서비스 수요와 재정의 안정적 관리에 도움을 줄 것이다. 이 뿐 아니라, 개인저축계정의 가족간 pooling 기전은 가족중심적 가치관을 강화시켜 핵가족화, 비인간화 등의 산업사회문제를 미래 지향적으로 완화시키는 단초로 작용할 것을 기대한다. 그 외에 다수의 경쟁적 보험자의 도입과 자발적 제공자·보험자 질관리 조직의 도입은 각각 기존의 민간보험자 체계와 의료기관 평가제도의 수정·보완으로 적용이 가능할 것이다.

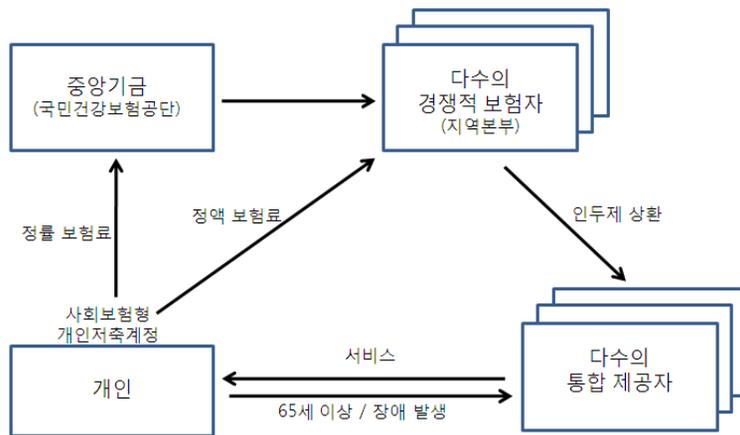
표 1. 장기요양 보장체계의 문제점 해결을 위한 주요 행위주체별 접근 전략

구성요소 \ 문제점	수요 및 비용 급증	서비스의 질 취약	제공자간 연계·통합 열악
이용자	정액 현금급여 개인저축계정	-	-
보험자	다수 경쟁	다수 경쟁	-
제공자	인두제 상환	다수 경쟁	통합제공체계
심사평가자	-	제공자, 보험자의 자발적 규제	-

그 다음 단계로 행위별수가제의 틀을 넘어선 제안으로 인두제와 통합제공체계가 있다. 인두제는 기존의 진료비 지불상환제도를 바꾸어야 한다는 측면에서 상당히 개혁적이어서 도입 시 큰 갈등이 예상되지만, 제공자로 하여금 합리적인 노인장기요양서비스를 유인케 함으로써 급증할 것으로 예상되는 노인장기요양 수요와 비용을 매우 효과적으로 관리할 수 있는 기전이다. 통합제공체계는 인두제 상환제에 의해 노인장기요양서비스 제공의 연속선 상에 있는 모든 제공자가 하나의 통합체를 형성함으로써 구현될 수 있고, 이를 통해 다양한 제공자간 서비스의 조정과 연계가 나타날 수 있다. 또한 여기에 다수의 보험자와 제공자가 경쟁하는 조건이 형성될 경우, 합리적 소비자 선택을 통해 노인요양(수발)서비스의 비용 및 질 관리 효과가 배가 될 것으로 예상된다.

상기 사항들을 고려하여 노인장기요양제도의 미래지향적 제공체계를 종합하면, 우선 재원조달은 사회보험형 개인저축계정을 통해 마련하는 것이 가장 바람직해 보인다. 개인의 노인장기요양계정을 국가가 의무화하며, 그러나 이 계정은 가족간 pooling만 가능하다. 노인이 되어 장기요양이 필요할 경우 급여를 하는데 급여 대상의 조건과 급여내역은 노인 빈발 질환, 그에 대한 간병, 수발 등으로서 자세한 내용은 보험자에 따라 다양할 수 있으나, 기본적인 사항, 특히 기본 급여내역(basic package)에 대해서는 법률에 의해 이를 명시한다. 다수의 경쟁적 보험자로 하여금 다양한 노인장기요양보험을 운영케 하고, 이용자는 보험자의 종류를 선택할 수 있게 한다. 이때 국민건강보험공단은 다수의 경쟁적 보험자에게 지원금을 교부하는 중앙기금 역할을 한다. 보험자는 노인장기요양서비스 제공기관과 계약하며(1인당 개별 계약), 제공자에게 상환하는 비용은 인두제를 기반으로 한다. 제공자들은 인두제 상환방식으로 인하여 가입자들이 최적 서비스를 받을 수 있도록(최소의 비용, 최적의 질) 노인장기요양서비스 제공의 연속선상에 있는 모든 제공자가 연계된 제공체계(coordinated delivery system)인 통합지역망(Integrated Delivery System, I.D.S.)를 구축한다. 이러한 제공자 집단(통합제공자)들은 다른 제공자 집단과 상호 경쟁할 수 있으며, 보험자들 또한 좋은 제공자 집단과 계약하기 위해 상

호 경쟁할 수 있다. 이러한 경쟁을 통하여 제공자나 보험자의 자발적이면서도 효율적인 관리가 이루어진다. 노인장기요양 서비스의 질 관리는 상기한 바와 같이 다수 경쟁의 원칙아래 제공자 뿐 만아니라 보험자의 자발적 질 관리 조직의 노력을 통해 이루어진다. 노인장기요양체계에 있어서 정부의 역할은 노인장기요양보험의 가입 강제화 이외에 장기요양 체계를 구성하는 행위 주체(보험자, 제공자, 그리고 이용자)들의 현황과 기능을 파악, 조정한다. 이를 통해 노인장기요양 제공이 전반적으로 효율적이며 효과적으로 이루어지도록 한다(그림1).



[그림 1] 지속가능한 장기요양 보장체계의 틀

요약하면, 미래의 노인장기요양 제공체계는 사회적 기전의 자원 조달을 근간으로 하되, 서비스 이용의 결정과 제공은 이용자뿐만 아니라 다수의 보험자, 제공자가 자발적 참여와 경쟁적 기전에 의해 관리되어지도록 하는 것이다. 이를 통해 국가는 장기요양과 관련하여 효율적인 노인 건강보장과 복지를 추구하고, 달성할 수 있다.

다만, 제안된 모형은 기존의 시스템에 부합되기 보다는 향후 우리나라 노인장기요양체계가 장기적인 측면에서 지향해야 할 미래 모형에 대한 것이기 때문에 현행 의료체계에서 즉시 활용할 수 없다는 점이 제한적이라는 점을 염두에 둘 필요가 있다. 특히, 개인저축계정(intertemporal risk pooling)의 도입을 위해서는 상당한 시간이 필요할 것이다.

그러나 노인장기요양 보장체계의 선도국들이 대부분 상기한 일련의 공통적 문제점을 가지고 있다는 점, 장기요양 문제가 단시일 내 해결될 수 없다는 점, 그리고 노인인구는 계속적으로 증가하여 장기요양의 문제가 더욱 심화될 것이라는 점을 감안하면, 장기적인 안목에서 지속가능한 장기요양체계의 틀에 관하여 심도 있게 고려해 보아야 한다.

향후 보다 구체적이고 실현 가능한 대안 모색을 위해 장기요양제도 선도국가(독일, 일

본, 호주 등)들의 직접적인 방문조사, 제공자와 보험자의 유형과 특성에 대한 보다 상세하고 실증적인 검토가 필요할 것이다. 특히, 여기에서 주목하는 주된 개념축인 개인저축계정(MSA), 다수 민간보험자의 역할, 그리고 인두제 및 통합의료체계(IDS)에 대해서는 이를 실현하기 위해 해결해야 할 장애요인과 성공요인, 그리고 추진방법 등에 대한 전략적 연구가 지속적으로 필요할 것이다.

참고문헌

- 김미숙. 일본의 공정개호보험제도에 관한 고찰. *나사렛논총* 2003; 8.
- 김응렬, 서용석, 권혁훈, 허윤정, 장우심, 최정숙 등. *요양(=수발)예방과 고령자 건강관리보장 시스템 구축방안*. 서울: 고려대학교, 2007.
- 김준환. 노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안 -요양보호사의 인력양성 및 전문성 향상을 중심으로-. *극동사회복지저널* 2008; 4: 49-83.
- 박정호, 여진주. 한국 노인장기요양보험 케어매니저 제도의 입법화 - 일본 개호보험 케어매니저 제도의 시사점. *한국사회정책* 2008; 15(1): 91-127.
- 보건복지가족부. *노인장기요양보험 통계월보*. 서울: 국민건강보험공단, 2009.
- 보험연구원. *국회공청회자료-민영건강보험금 수령, 원스톱 서비스 가능하다*. 2009.7.13.
- 신의철, 이윤환, 임금자. *노인요양보장제도의 제공체계에 대한 연구*. 서울: 대한의사협회, 2006.
- 신의철. *의료제공체계의 구조적 합리화-통합의료체계에 대한 고찰*. *대한보건연구* 2007; 33: 153-165.
- 신의철, 김예순. *우리나라 의료제공체계의 주요 이슈와 개선책*. *대한보건연구* 2007; 33(2): 113-123.
- 신의철. *제3주기 의료기관평가를 위한 개선방안*. *한국의료QA학회 2008 전기학술대회 연제집*. 서울: 한국의료QA학회; 2008.
- 신지연, 강임옥. *노령화 대응방안으로 통합케어(Integrated Care)의 적용사례와 시사점*. *건강보험포럼* 2005; 4(1): 84-98.
- 오세영. *일본의 개호보험제도와 케어매니지먼트: 이용자 권리보장의 관점*. *노인복지연구* 2009; 44: 253-277.
- 윤희숙, 권형준. *노인장기요양보험 급여비용의 증장기 추계*. *보건행정학회지* 2010; 20(1): 37-63.

- 이규식, 정기택, 김철중. 네덜란드의 의료개혁에 관한 연구-관리된 경쟁모형. 사회보장 연구 2008; 24(4): 229-253.
- 이규식, 김찬우, 석재은, 오은환, 황성완, 박유미. 지역밀착형 서비스체계 구축방안. 보건 복지부, (사)건강복지정책연구원, 2010.
- 이준우, 서문진희. 노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안. 한국노년학 2009; 29(1): 149-175.
- 이현진. 노인장기요양보험 서비스에 관한 소비자피해와 개선방안 : 한일 서비스이용현황 및 상담사례 분석을 중심으로. 한국가정관리학회지 2010; 28(1): 51-67.
- 정우진. 소득수준과 관계없는 건강보험 재정지원, 이대로 좋은가. 2006~2010년 국가재 정운용계획 공개토론회 자료집. 2006.
- 한국개발연구원. 노인장기요양보험 시행 1년의 현황과 개선방안. 서울: 한국개발연구원, 2009.
- 한은아, 강성욱, 김선영, 양봉민. 재원조달 방식으로서의 MSA(Medical Savings Account)에 대한 고찰. 보건경제연구 1999; 5: 44-60.
- Anthony T. Lo Sasso, Mona Shah, Bianca K. Frogner. Health Savings Accounts and Health Care Spending. Health Services Research 2010;45(4): 1041-1060.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. What is long-term care? 2009. Available from : URL : <http://www.medicare.gov/LongTermCare/>
- Congressional Budget Office. Projections of expenditures for long-term care services for the elderly. March 1999.
- Deutscher Bundestag Druchsache 15/5670. 2005.
- Enthoven AC, Wynand PMM van de Ven. Going Dutch Managed-Competition Health Insurance in the Netherlands. The New England journal of Medicine 2007; 357(24): 2421-2423.
- Hsiao WC. Medical Savings Accounts-Lessons from Singapore. Health affairs 1995; 14: 260-267.
- Komisar H, Thompson LS. National spending for long-term care. Georgetown University Long-Term Care Financing Project. Fact Sheet; February 2007.
- Komisar H, Thompson LS. "Who pays for long-term care?" . Washinton DC: Georgetown University Long-Term Care Financing Project; 2004.

- Massaro TA, Wong YN. Prospective Experience with Medical Savings Accounts in Singapore. Health Affairs 1995.
- National PACE Association. Available from : URL : <http://www.npaonline.org/>
- Naisbitt J. Megatrends Asia. New York : Simon & Schuster, 1996. 홍수원(옮김). 메가트렌드 아시아. 서울: 한국경제신문사, 1996.
- Oberender P, Hebborn Z, Zerth J. Wachstumsmarkt Gesundheit. Der Urologe 2002; 45(8): 922-927.
- Luke Buckmaster. Medical Savings Accounts: a possible health reform option for Australia? Australia: Information and Research Services, Parliamentary Library; 2006
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Guachten. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, 2005.
- Sarah Thomson, Elias Mossialos. Medical savings accounts: can they improve health system performance in Europe. Euro Observer 2008;10(4):1-4.
- Sherry Glied. Health savings accounts in the United States. Euro Observer 2008;10(4):1-4.
- Spitzenverband. Anzahl der Krankenkassen im Zeitablauf-Konzentrationsprozess durch Fusionen. Available from URL : www.gkv-spitzenverband.de
- Wunderlich GS, Kohler P. Improving the quality of long-term care. Washington DC: National Academy Press, 2001.