

Healthy Ageing and Long-term Care Policies in Asia-Pacific Countries

Executive Summary (Korean)



Soonman Kwon
Sunghun Yun
Dongkyu Lee
Soojung Kim
Chaemin Lee

September 2025

OECD Korea Policy Centre

 **SNU Health**
Graduate School of Public Health

Analysis of Healthy Ageing and Long-term Care Policies in Key Asia-Pacific Countries

Final Report

**– Executive Summary –
(Korean)**

14 September 2025

**Principal Investigator: Soonman Kwon, PhD
Graduate School of Public Health,
Seoul National University**

제 1 장. 서론

1.1 배경

21 세기 사회 변혁을 규정하는 주요 요인 중 하나로 고령화가 부상했으며, 특히 아시아·태평양 지역에서는 인구구조 변화가 빠르게 진행되고 있음. 이러한 전환은 보건의료, 복지, 노동시장, 재정 시스템 전반에 영향을 미치며, 부문 간 경계를 넘어서는 종합적 정책 대응이 요구됨. 주요 과제는 기대수명과 건강수명(HALE) 간 격차 축소, 장기요양(LTC)의 지속가능성 확보, 분절된 보건·사회적 지원체계의 통합임. 해당 지역은 압축된 고령화 경로를 보이고 있으며, 한 세대 내에 고령사회에서 초고령사회로 전환하면서 거버넌스와 재정 부담이 증폭되고 있음. 사회경제적 변화로 비공식 돌봄이 약화됨에 따라 공식적 LTC 수요가 증가하고 있으며, 국가 간 학습과 통합적 대응의 긴급성이 고조됨.

1.2 연구 목적

본 연구는 아시아·태평양 지역의 건강한 노화와 LTC 정책의 현황을 검토하고 상호 학습과 협력 기회를 모색하는 데 목적이 있음. 구체적으로,

1. 건강한 노화와 LTC 에 관한 국제적 권고와 정책 프레임워크를 검토,
2. 인구학적 전환 단계가 다른 아시아·태평양 9 개국을 비교 분석,
3. 건강한 노화와 LTC 체계를 강화하고 지역 협력을 촉진할 수 있는 실행 가능한 방향 제시.

이를 통해 건강한 노화와 LTC 를 고립된 정책 영역이 아닌 지속가능발전의 상호 연계된 축으로 위치시키며, 건강수명 연장, 질병 부담 감소, 존엄한 노후 보장에 기여하는 역할을 강조함.

1.3 연구 범위 및 내용

분석 대상 국가는 일본, 한국, 중국, 태국, 베트남, 인도네시아, 스리랑카, 우즈베키스탄, 피지임. 이들은 다양한 사회경제적 맥락, 고령화 단계, 제도적 역량을 대표하며, 인구학적 긴급성과 정책적 교훈 창출 가능성을 기준으로 선정됨. 예를 들어, 일본과 한국은 선진 LTC 체계를, 태국과 중국은 현재 발전중인 대응 상황을, 피지는 소도서 국가의 취약성을 보여줌.

국가 사례연구는 (1) 인구·건강 동향(기대수명과 HALE 격차 포함), (2) 국가 차원의 건강한 노화 전략과 제도적 조정, (3) LTC 체계(서비스 모델, 재정, 통합)를 중심으로 구성되었음. 이를 비교 분석하여 정책적 함의를 도출하고 지역 대화를 위한 협력 의제를 제안함.

본 연구는 심층성과 다양성의 균형을 통해 각기 다른 맥락에서 고령화 과제를 어떻게 관리하는지를 보여주며, 특정 모델을 단순 이식하기보다는 성공 사례를 적용하는 것의 가치를 강조함.

1.4 연구 방법

문헌 검토와 전문가 자문을 활용함. 먼저, 구조화된 분석 틀을 기반으로 UN DESA, WHO, ADB, OECD 등 국제기구 자료, 국가 정책, 학술 및 회색문헌을 수집·검토하였음. 고령화, 기대수명, HALE 지표를 정책 수단 및 실행 메커니즘과 함께 분석함.

다음으로, 국제기구와의 논의 및 학술대회(예: 국제보건경제학회 IHEA) 등을 통해 전문가 논의를 진행하였으며, 중간 결과를 글로벌 전문가들과 논의하여 해석을 보완하고 실제 정책 논의와 정합성을 확보함. 이러한 이중 접근을 통해 방법론적 엄밀성과 맥락적 적실성을 담보하며, 양적 동향과 질적 통찰 모두를 포착할 수 있었음.

1.5 연구의 기여

본 연구의 기여는 세 가지 측면임.

1. 비교 통찰 – 아시아·태평양 9개국의 건강한 노화 및 LTC 정책의 수렴과 차이를 분석하여 체계 발전에 대한 정교한 이해를 제공.
2. 정책 가이드 – 생애주기 접근, 통합 돌봄 모델, 지속가능한 LTC 재정 등 다양한 맥락에 적용 가능한 효과적 전략을 제시.
3. 지역 협력 – 아시아·태평양 건강한 노화 네트워크(AP-HAN) 설립 기반을 마련하여 공동 학습, 정책 실험, 공동 이니셔티브를 위한 구조화된 플랫폼 제공.

궁극적으로, 정책결정자의 중·장기 계획 수립을 지원하고, 고령화 대응에서 지역적 연대를 강화하며, 장수와 건강, 자율성, 존엄성이 조화를 이루는 사회 구축에 기여함

제 2 장. 건강한 노화와 장기요양에 관한 국제정책 권고

2.1 글로벌 정책 프레임워크와 개념적 토대

지난 20 년간 고령화에 대한 국제적 접근은 크게 진화해옴. 2002 년 마드리드 고령화 국제행동계획(MIPAA)은 패러다임 전환을 의미하며, 노인을 수동적 복지 수혜자가 아닌 권리 보유자이자 발전 기여자로 재정립함. “모든 세대를 위한 사회”를 촉진하며 ▲노인과 발전, ▲노년기의 건강과 웰빙, ▲지원적 환경이라는 세 기둥을 강조함.

MIPAA 를 기반으로, WHO 『세계 노화와 건강 보고서(2015)』는 건강한 노화 개념을 도입했으며, 이는 내적 역량과 환경의 상호작용을 통해 기능적 능력을 유지하는 것이라 정의됨. 이는 질병 중심 접근에서 벗어나 보건·사회 통합체계, 연령친화적 환경, 정책 참여 주체로서의 노인에 강조점을 둔 것임.

UN 「건강한 노화 10 년(2021-2030)」은 이러한 원칙을 실행화하며 ▲연령차별 철폐, ▲연령친화적 환경 조성, ▲통합적 보건·사회 돌봄 제공, ▲장기요양(LTC) 보편적 접근 보장을 네 가지 행동 영역으로 설정함. 이 시기의 독특한 기여는 실행 지향적 틀, 다중 이해관계자 거버넌스, 정책 공동창안자로서 노인을 포함한 점에 있음. 종합적으로 이러한 프레임워크들은 고령화 정책이 자율성, 참여, 사회적 포용을 강화하고, 노인이 지역사회에서 노화할 수 있도록 해야 함을 강조함.

2.2 UN 외 국제기구의 전략적 권고

UN 프레임워크 외에도 여러 국제기구들이 상호보완적 권고를 발전시켜옴.

OECD 는 예방, 기능적 능력, 삶의 질을 핵심 성과로 강조함. 보고서는 1 차의료 통합, 가족 돌봄자 지원, LTC 인력 역량 강화, 정책 모니터링을 위한 표준화 지표 개발 필요성을 지적함. 또한 보편적 원칙과 지역 적응의 균형을 강조하며, 접근성과 성과 격차를 줄이기 위한 형평성 중심 개입을 촉구함.

아시아개발은행(ADB)은 고령화를 사회경제적 도전이자 포용적 성장의 기회로 규정함. 조기 예방적 건강조치, 지역사회 기반 돌봄 확대, 고령화 관련 정책에 대한 재정투자 우선순위 재조정을 강조함. 성인지적·형평성 기반 접근과 사회보호지표(SPI) 틀을 통해 소득, 지역, 성별 간 격차를 부각시킴. 또한 민관협력(PPP)과 재정현실에 맞춘 단계적 정책 전략을 촉진함.

세계은행은 건강한 노화를 인적 자본 및 국가 발전과 직접 연결시킴. 은행은 FIRE 틀(재정, 혁신, 규제, 평가)을 통해 보건, 연금, LTC 에 걸친 통합 계획을 제시함. 1 차의료(PHC)를 개인 중심 서비스 전달의 기반으로, 생애주기적 비감염병 예방을 강조함. 지역사회 기반 LTC, 취약계층 보호 강화, 장기적 재정 지속가능성 확보를 권장함. 특히, 건강한 노화를 생산성, 형평성, 회복탄력성 유지의 초석으로 규정함.

2.3 결론

국제적 합의는 명확히 형성됨: 단순한 수명 연장은 기능적 능력, 자율성, 삶의 질 보존 없이는 불충분함. 모든 프레임워크는 세 가지 우선순위에서 수렴함: (1) 불안정한 비공식 돌봄망 의존을 줄이기 위한 권리 기반 공식 LTC 체계 확충, (2) 1 차의료(PHC) 기반의 개인 중심 모델을 통한 LTC와 보건·사회체계의 통합, (3) 예방, 조기개입, 형평성을 강조하는 생애주기적 접근.

재정 지속가능성과 사회적 포용은 전제조건으로 간주되며, 혁신적 자원조달, 성과 모니터링, 다부문 거버넌스가 필요함. 궁극적으로 이러한 권고들은 고령화를 세대 간 연대를 강화하고 포용적 사회를 구축할 기회로 재정립하며, 건강한 노화와 LTC를 지속가능발전의 핵심 축으로 위치시킴.

제 3 장. 아시아·태평양 지역의 건강한 노화와 장기요양 정책 국가 사례

3.1 일본

3.1.1 소개

일본은 세계에서 가장 고령화된 사회로, 인구의 약 30%가 65 세 이상에 해당하며, 장수의 탁월한 성취와 동시에 건강과 독립 유지에 관한 중대한 정책 과제를 동시에 안고 있음.

3.1.2 건강한 노화 정책

일본의 건강한 노화 정책은 2000 년 시작된 장기 국가 건강증진계획 「건강 일본 21」에 기반하고 있음. 이 계획은 여러 기를 거치며 반복적 학습을 반영하고 있으며, 건강수명(HALE) 연장, 지역 격차 축소, 흡연·과도한 염분 섭취·좌식 생활·음주 등 생활습관 위험요인 대응에 점차 무게를 두고 있음.

제 1 기에서는 59 개 지표 전반에 걸친 광범위한 목표를 설정했으나, 많은 목표는 부분적으로만 달성됨. 제 2 기(20132035)는 이를 확장하여 51 개의 정제된 목표를 추가하고, 여성건강, 충분한 수면, 만성폐쇄성폐질환(COPD), 건강 선택을 쉽게 만드는 지원적 환경 조성을 우선순위에 포함시킴.

형평성과 포용성이 핵심 원칙으로 부각됨. 제 3 기의 슬로건 “소외되는 사람 없이(leave no one behind)”는 성별, 사회경제적 지위, 지역 간 불평등 해소 의지를 드러냄. 커뮤니티 살롱, 직장 건강 프로그램, 성인지적 예산편성 등은 정책이 GEDSI 원칙과 부합함을 보여줌.

일본의 접근은 생애주기적 관점에 기초하며, 아동, 근로 성인, 노인에게 맞춤형 개입을 제공함. 예방적 돌봄이 우선시되며, 허약과 치매 위험을 줄이고, 노인의 사회참여를 장려하는 전략이 포함됨. 국가 건강·영양조사와 같은 모니터링 체계가 정책 개선을 위한 근거자료를 제공함.

거버넌스는 다층적 구조로, 후생노동성이 연구기관의 지원을 받아 주도하지만 실행은 도도부현과 기초자치단체에 분산됨. 인센티브 기반 프로그램, 자원봉사 활동 등을 통해 지역사회 참여가 촉진됨. 예방·형평성·지역 대응성에 대한 강조는 「건강 일본 21」을 세계적으로 인정받는 모델로 만들었으나, 여전히 기대수명과 건강수명 간 격차, 치매·당뇨·사회적 고립 증가라는 도전과제가 남아 있음.

3.1.3 장기요양 정책

2000년 도입된 일본의 장기요양보험(LTCI)은 가족과 병원 의존에서 보편적 공적재원 모델로의 근본적 전환을 의미함. 재원은 40세 이상 납부자 보험료, 일반재정, 본인부담으로 구성됨. 자격은 표준화된 심사를 통해 결정되며, 서비스는 요양등급에 맞춰 제공됨.

제도는 재가개인 돌봄, 간호, 재활에서 주간보호, 시설 입소까지 폭넓은 서비스를 제공함. 핵심 원칙은 지역사회 거주(aging in place), 이용자 선택, 보건·사회서비스 통합임. 주요 전략은 2025년까지 전국적 구현을 목표로 한 지역포괄케어시스템(CBICS)으로, 의료·예방·주거·사회적 지원을 지역 차원에서 조정하려는 것임.

거버넌스는 분권화되어 있으며, 지자체가 보험자이자 서비스 조정자로 기능하고, 후생노동성이 국가 기준을 설정함. 이는 지역 책임성을 높이나, 지역 간 재정 및 서비스 격차를 초래함. LTC 지출은 급격히 증가하여 2021년 GDP 대비 2%에 이르렀으며, 지속가능성 우려가 제기됨. 요양보호사 중심의 인력 부족도 심각하며, 표준화된 교육과 자격을 통한 전문직화 노력이 병행되고 있음.

LTCI는 돌봄자 부담을 줄이고 공식 서비스 접근성을 개선했으나, 초고령층 및 저소득층을 중심으로 미충족 수요가 여전히 존재함. 접근성 형평성과 장기 재정 지속가능성이 핵심 과제로 남으며, 제공자 간 서비스 품질과 통합 보장도 중요함.

3.1.4 결론

「건강 일본 21」과 LTCI에 기반한 일본의 종합 전략은 예방·형평성·통합돌봄 측면에서 중요한 교훈을 제공함. 그러나 건강수명 격차, 치매 부담, 돌봄자 피로, 재정 지속가능성 문제는 여전히 남아 있으며, 고령사회에 걸맞은 회복력 있는 체계 구축을 위해 지속적 혁신이 필요함.

3.2 대한민국

3.2.1 소개

대한민국은 급속한 인구 고령화와 더불어 기대수명이 상승하면서 보건 및 장기요양체계의 지속가능성을 유지하는 데 긴급한 도전에 직면하고 있음.

3.2.2 건강한 노화 정책

대한민국의 건강한 노화 전략은 1995년 「국민건강증진법」에 의해 의무화된 국민건강증진종합계획 시리즈에 기반하고 있으며, 최신 계획인 「국민건강증진종합계획 2030(HP2030)」이 질병예방, 건강교육, 건강증진을 위한 법정 틀로 기능하고 있음. HP2030은 2018년 기준 70.4세였던 건강수명(HLE)을 2030년까지 73.3세로 끌어올리겠다는 목표를 설정했으며, 향후 질병부담 압축에 대해서 명시적으로 강조하는 등 보완의 여지가 있음. 여전히 전체 기대수명과 건강수명 간 12년 이상의 격차가 존재하며, 이는 고령층에서 흔히 나타나는 다중질환을 반영하고 있음.

형평성은 HP2030의 핵심에 해당함. 지역 간 최대 2.7년, 소득집단 간 최대 8.1년의 건강수명 격차를 줄이는 것을 목표로 하고 있음. 성별 민감성은 성별 분리 지표와 성인지적 프로그램 설계를 통해 반영되고 있음. 또한 생애주기적 접근을 강조하며, 모자보건에서부터 노년기 치매 관리와 허약 예방까지 포함하고 있음.

주요 특징은 치료 중심에서 예방 중심으로의 전환 추구에 있음. 담배세 수입이 확대되었음에도 불구하고, 국민건강증진기금의 직접적인 예방 프로그램 투입 비중은 10.5%에 불과함. HP2030은 지역사회 기반 이니셔티브에 대한 강력한 재정 배분을 요구하며, “모든 정책에 건강(Health in All Policies)”을 제도화하여 교육·고용·복지 부문에 건강을 통합하고 있음.

거버넌스는 보건복지부(MOH)가 중앙에서 총괄하며, 질병관리청(KDCA)과 한국건강증진개발원이 지원함. 실행은 지방자치단체로 분산되어 있음. 400개 이상의 지표와 중간점검이 포함된 강력한 모니터링 체계가 운영되고 있으나, 국민건강보험(NHI), 공중보건, 장기요양보험(LTCI) 간 연계조정 기전은 다소 미흡한 상태임.

3.2.3 장기요양 정책

대한민국의 장기요양보험(LTCI)은 2008년에 도입되어, 보편적 복지 제도로의 근본적 전환을 이룸. 국민건강보험공단(NHIS)이 제도를 운영하며, 병원 의존적 사회적 돌봄을 줄이고 가족 돌봄 감소에

대응하기 위해 설계됨. 보험료, 정부 보조금, 본인부담금(15~20%)으로 재원이 충당되며, 재가서비스, 주간보호, 시설서비스 등 현물 형태를 중심으로 제공됨.

초기에는 중증 의존 노인에 국한되었으나, 2014 년과 2018 년 치매 환자까지 자격이 확대됨. 그 결과, 2022 년 기준 65 세 이상 한국인의 12.9%가 LTCI 서비스를 이용하게 됨. 서비스는 필요 정도에 따라 단계화되어, 경증의 경우 제한적 재가지원에서부터 중증의 경우 전일 요양시설 돌봄까지 포함됨.

최근 개혁은 지역사회 거주(aging in place)를 우선시하며, 2019 년 시작된 지역사회 통합돌봄 시범사업을 통해 주거·의료·사회서비스를 조정함. 제 3 차 장기요양 기본계획(2023~2027)은 이러한 방향을 강화하며, 재가서비스 확대, 가족 지원, 치매 친화적 돌봄, 인력 전문화, 스마트 기술 도입을 강조함.

거버넌스는 중앙집권적인 형태로, 국가 차원의 재정·규칙 통제를 통해 형평성이 보장되지만 지방의 자율성은 제한되는 측면이 있음. 지출은 급속히 증가하여 2018 년 GDP 대비 0.37%에 도달했으며, 보험료율도 꾸준히 상승함. 급격한 고령화 추세와 특히 요양보호사 중심의 인력 부족 전망은 지속가능성에 심각한 우려를 제기함.

공개보고와 재정 인센티브를 포함한 품질보증 장치는 투명성을 개선했고, 만족도는 높은 수준을 보임. 그러나 여전히 약 3 분의 1 의 노인이 충분한 지원을 받지 못한다고 응답해, 서비스 시간과 접근성의 격차, 특히 농촌 지역의 취약성이 부각됨.

3.2.4 결론

대한민국의 이중 틀(HP2030 과 LTCI)은 기대수명 증가와 돌봄 보장 확대에서 뚜렷한 성과를 거두었음. 그러나 질병부담 압축의 미해결, 인력 지속가능성, 거버넌스 통합 부족은 초고령사회가 직면한 핵심 과제로 남아 있음.

3.3 태국

3.3.1 소개

태국은 동남아시아에서 가장 빠른 인구학적 전환을 겪고 있는 국가 중 하나로, 급속한 인구 고령화와 만성질환 부담 증가가 보건 및 사회 돌봄 수요를 재편하고 있음.

3.3.2 건강한 노화 정책

태국의 건강증진체계는 인구학적·역학적 변화와 함께 진화해왔으며, 현재는 비감염성질환(NCDs)과 도로교통 손상이 국가 질병부담의 대부분을 차지하고 있음. 기대수명은 2001년 71.7세에서 2020년 76.5세로 꾸준히 증가했으나, 건강수명(HALE)은 보다 완만하게 증가하여 기대수명과 건강수명 간 격차가 약 10년에 이르고 있음. 이러한 추세는 질병부담을 줄이고 건강하게 사는 해를 연장하기 위한 예방 전략의 시급성을 부각시킴.

주요 혁신은 2001년 설립된 태국 건강증진재단(ThaiHealth)임. 담배·주류세 부과금으로 재원이 조성되며, 이를 통해 예방과 건강증진이 제도화됨. 이 재단은 담배, 주류, 교통안전, 식습관, 신체활동에 대규모 자원을 투입했음. 특히 지출의 40% 이상이 일관되게 주류 및 담배 통제에 사용되어 흡연율 및 유해 음주율 감소라는 가시적 성과를 가져옴.

2002년 도입된 보편적 의료보장(UHC)은 재정적 파탄을 초래하는 의료비를 제거하고 예방적 돌봄 혜택을 확대하여 형평성을 강화함. 예방서비스(예방접종, 검진, 건강교육 등)는 UHC 패키지에 포함되어 있으며, 예산의 최소 12%가 건강증진에 배정됨. 전달체계 차원에서, 1차의료기관은 지역사회 접촉과 예방을 강조하기 위해 보건촉진병원으로 재브랜딩됨.

태국의 정책은 성평등, 형평성, 다양성, 사회적 포용(GEDSI)을 강조하며, 여성, 이주민, 소수민족, 장애인을 위한 격차 해소를 목표로 함. 2015년 성평등법과 수어 통역, 장애인 친화적 시설 도입 같은 조치들이 이러한 포용성을 보여줌.

특히 태국의 거버넌스 모델은 국가보건총회(NHA)와 ThaiHealth 이사회 내 다부문 참여를 통해 부문 간 연계를 제도화하며, 교통·교육·농업정책에 건강이 내재화되도록 함. 더불어 100만 명 이상의 마을건강자원봉사자(VHVs)가 지역사회까지 활동 영역을 확장함.

이러한 전략은 태국이 보건정책을 치료 중심에서 예방 중심으로 전환하려는 지속적 노력을 보여줌. 그러나 불평등의 지속, 체계적 생애주기 접근의 한계, 비만과 당뇨병 같은 새로운 위험 요인은 여전히 과제로 남아 있음.

3.3.3 장기요양 정책

태국의 장기요양(LTC) 체계는 역사적으로 가족 돌봄에 의존해왔으나, 인구 고령화와 가족 지원망 축소에 대응하여 빠르게 전환되고 있음. 「노인법(2003)」과 「제 1 차 고령자 국가계획(1982-2001)」은 가족의 역할을 강조했으나, 이후 개혁은 점차 지역사회 기반 모델을 우선시함. 「제 2 차 고령자 국가계획(2002-2021)」과 2009 년 국가보건총회 결의는 장기요양을 공식적으로 정의하고 이를 국가정책에 포함시키는 전환점이 되었음.

중요한 이정표는 2015 년에 마련된 지역사회 기반 LTC 제도로, 일본의 기술 지원을 받아 개발되었으며 보편적 의료보장(UCS) 하에서 전국적으로 확대됨. 이 프로그램은 중앙과 지방 자원을 결합한 지역건강기금을 활용하여 지역사회 거주(aging in place)를 촉진함. 2020 년까지 이 제도는 태국 읍·면의 90% 이상을 포괄하게 되었으며, 약 20 만 명의 요양의존 노인에게 서비스를 제공함.

이 LTC 모델은 재가 및 지역사회 지향성이 강하며, 훈련된 지역사회 돌봄 인력(2018 년 기준 44,000 명)을 활용하고, 간호사인 경우가 많은 케어매니저가 감독하며, 마을건강자원봉사자가 이를 지원함. 서비스에는 개인 돌봄, 기본 간호, 재활, 보조기기 제공이 포함됨. 재정은 세금 기반으로 운영되며, 전용 LTC 보험은 없으나 건강증진 정책을 위해 조성된 지역단위 기금(Local Health Fund)와 함께 지역 수준의 재정을 통합하여 운영한다는 점이 특징적임. 이를 기반으로 지역사회 전달과 자원봉사 노동을 활용하는 방식으로 비용효율적임.

거버넌스는 보건부, 사회개발인적안보부, 국가건강보장기구(NHSO), 지방행정조직으로 분절되어 있으나, 국가계획을 통해 조정됨. 현재 강점은 광범위한 보장, UHC 와의 통합, 강한 지역사회 참여에 있음. 그러나 여전히 재정적 투입의 불충분성과 이로 인한 미충족 돌봄 증가(22% 이상의 가구가 돌봄 제공자 부족을 보고), 서비스 품질의 불균형, 규제되지 않은 민간 LTC 부문은 해결 과제로 남아 있음.

향후 태국의 정책 과제는 서비스 확대, 전용 LTC 법률 제정, 돌봄 인력 전문화, 고도의 요양의존 노인을 위한 제도적 선택지 강화에 있음. 동시에 형평성 지향의 지역사회 기반 토대를 유지하는 것이 중요함.

3.3.4 결론

태국의 이중 전략(적극적 건강증진과 지역사회 기반 LTC)은 중소득국가에 선구적 모델을 제시하고 있으며, 혁신적 자원조달, 다부문 거버넌스, 강력한 지역사회 참여가 고령사회의 복잡한 수요를 충족시키면서도 측정 가능한 건강 성과를 달성할 수 있음을 보여줌.

3.4 중국

3.4.1 소개

중국은 세계에서 가장 빠른 인구학적 전환을 겪고 있는 국가 중 하나로, 수명 연장이 보건 및 돌봄 체계에 기회와 동시에 심각한 압력을 가하고 있음.

3.4.2 건강한 노화 정책

중국은 기대수명에서 눈에 띄는 성과를 거두었으며, 1978년 66세에서 2020년 약 78세로 상승함. 그러나 전체 기대수명과 건강수명(HALE) 간 7~9년의 지속적 격차는 여전히 질병부담을 드러냄. 성별, 지역, 소득 간 불평등은 문제를 더욱 복잡하게 만들고 있음. 여성은 더 오래 살지만 건강 상태가 더 나쁘고, 농촌 주민은 접근성과 서비스 질에서 열악한 상황에 직면해 있음.

이러한 불평등에 대응하기 위해 「건강 중국 2030」 청사진은 예방, 형평성, 생애주기 건강을 강조함. 이 전략은 만성질환 관리, 1차의료 확대, 지역사회 참여를 우선시하며, 국가기초공공보건서비스사업과 “전 국민 건강생활” 캠페인과 같은 이니셔티브를 통해 추진되고 있음. 또한 교육, 주거, 교통, 환경정책에 보건을 통합하는 다부문 연계와 디지털 기술 활용을 통해 접근성을 개선하려 함.

그러나 여전히 과제가 남아 있음. 예방 서비스는 전체 보건 지출에서 작은 비중만 차지하며 재정지원이 부족함. 1차의료 인프라는 특히 농촌 지역에서 불균등하게 분포하고, 인력 부족이 서비스 제공을 저해함. 부처 간 분절된 거버넌스와 약한 책무성 메커니즘은 “모든 정책에 건강” 접근을 방해하고 있음.

주요 과제는 건강수명(HALE)에 대한 측정가능 목표 설정, 예방예산의 보호 및 확대, 성과지표의 보험급여 연계, 지역사회 참여 강화, 부문 간 협력 증진임. 치료 중심에서 예방과 형평성 중심으로 전환한다면, 중국은 질병부담을 압축하고 방대한 인구 전반에 걸쳐 건강한 노화를 유지할 수 있을 것임.

3.4.3 장기요양 정책

중국의 장기요양(LTC) 체계는 가족 축소, 도시 이주, 만성질환 증가에 따라 빠르게 진화하고 있음. 전통적으로 여성에 의해 제공되는 무급 가족 돌봄에 뿌리를 두고 있었으나, 이 모델은 점차 지속 불가능해지고 있으며, 공식 서비스의 긴급한 필요성이 대두됨.

2016년 이후 49개 도시에서 장기요양보험(LTCI) 시범사업이 추진되어 재정, 자격, 서비스 모델을 시험하고 있음. 이 제도는 보통 중증 의존 노인을 대상으로 재가, 지역사회, 시설 돌봄을 제공하며, 지역 건강보험 이체, 임금 기여금, 정부 보조금으로 재원을 충당함. 초기 결과는 가계 재정 부담을 줄이고 접근성을 개선했으나, 도시 간 격차가 여전히 큼. 국가 차원의 법제화가 없을 경우, LTCI는 분절성과 불평등 위험을 안고 있음.

현재 강점은 지역사회 거주(aging in place) 촉진과 재가·지역사회 기반 서비스(HCBS)의 점진적 확대임. 이는 주간보호센터, 방문간호, 재활 등을 통해 지원됨. 일부 도시지역에서는 의료·사회 통합모델을 시범 운영하며 조정 가능성을 보여주고 있음. 그러나 농촌은 여전히 낙후되어 비공식 돌봄에 의존하는 경우가 많음. 인력 부족 문제도 심각하며, 낮은 임금, 취약한 전문 훈련, 제한된 경력 경로가 품질을 제약함.

거버넌스는 민정부, 국가위생건강위원회, 지방정부로 분산되어 있어 예산이 부처별로 고립되고 기준이 일관되지 않음. 재정 규모는 GDP의 0.1%에 불과하며, 급여 한도가 보장 강도를 제한함. 품질보증 체계는 초기 단계로, 인증과 모니터링이 고르지 않음.

지속가능한 국가 LTC 체계를 구축하기 위해서는 전용 LTC 법률 제정, 지역 간 불평등을 줄이기 위한 위험분산 메커니즘 도입, 돌봄 인력의 전문화, 성과 기반 구매 및 품질 기준 도입이 필요함. 통합적이고 형평성 지향적 체계는 급속히 고령화되는 인구에게 접근 가능하고 존엄한 돌봄을 보장하는 데 필수적임.

3.4.4 결론

중국의 이중 전략(「건강 중국 2030」과 LTCI 시범사업)은 강력한 의지를 보여주지만, 예방 재정, 인력, 거버넌스, 형평성의 격차를 해소해야 건강하고 존엄한 노화를 실현할 수 있음.

3.5 스리랑카

3.5.1 소개

스리랑카는 하위중소득국으로, 급속한 인구 고령화의 보건 및 사회 돌봄 영향에 대응하는 중요한 단계에 진입하고 있음.

3.5.2 건강한 노화 정책

스리랑카는 모자보건과 감염병 관리에서 큰 성과를 이루었으나, 인구 고령화와 비감염성질환(NCDs) 부담 증가는 예방과 생애주기 건강증진으로의 전환을 요구하고 있음. 성인의 90% 이상이 최소 한 가지 NCD 위험요인을 가지고 있으며, 약 20%는 다중 위험을 보유하고 있어 체계적이고 근거 기반의 개입 필요성이 긴급함.

정책적 기반은 「국가 건강증진정책(2010)」과 「전략계획(2024~2030)」으로, 권한 부여, 형평성, 부문 간 협력을 강조함. 그러나 건강수명(HALE)과 기대수명(LE)은 모니터링되지만 정책목표로 명시적으로 활용되지 않음. 성평등·형평성·다양성·사회적 포용(GEDSI)은 언급되지만 충분히 통합되지 않았으며, 모자보건 중심의 제한적 접근만이 성인지적 반응성을 제공함. 마찬가지로 건강증진국(HPB)이 학교, 마을, 직장 등 환경 기반 접근을 적용하고 있으나, 노인은 충분히 반영되지 않았고 연령특화 전략이 부족함.

거버넌스는 보건부 산하 HPB 가 주도하나, 예방서비스는 재정이 부족하고 인적자원 제약으로 위축되어 있음. 재원은 주로 일반조세에 의존하며, 외부 기여는 미미하여 지속가능성 우려를 초래함. “모든 정책에 건강(Health in All Policies)” 접근을 통해 다부문 협력이 촉진되고 있으나, 실행은 분절적임. 모니터링과 평가도 취약하여, 지표는 활동 기반에 머물고 성과 데이터는 부족하며, 피드백 체계는 미비함.

결국, 스리랑카는 건강증진에 대한 강한 정치적 의지를 보여주고 있으나, 성과 측정, 성별 통합, 고령친화 전략에서 중대한 격차가 남아 있음. 평가체계, 제도적 역량, 자원 배분을 강화하는 것이 정책적 의지를 실제 더 건강하고 긴 수명으로 전환하는 데 필수적임.

3.5.3 장기요양 정책

스리랑카의 장기요양(LTC) 체계는 인구 고령화 속도에 비해 미발달 상태임. 역사적으로 특히 여성에 의한 가족 돌봄에 의존해왔으나, 출산율 감소, 이주, 도시화로 이 모델은 점차 압박을 받고 있음. 공식

LTC는 여전히 부재하며, 서비스 제공은 NGO, 민간 제공자, 노인요양원 등으로 분산되어 있고 규제는 최소화되어 있으며 보장도 제한적임.

정책적 기반은 「노인권리보호법(2011)」과 「국가 노인보건정책(2017)」이 있으나, 둘 다 포괄적 LTC를 마련하지 못함. 거버넌스는 보건부, 국가노인사무국, 기타 기관으로 분절되어 있으며, 조정이나 책무성이 부족함. 재정은 주로 가계가 본인부담으로 부담하고 있으며, 공공 보조는 미미하고, 위험분산이나 전용 보험 메커니즘은 없어 가계 부담을 과중하게 하고 불평등을 심화시킴.

인력은 무급 가족 돌봄자와 가사노동자가 다수를 차지하며, 이들은 대체로 훈련받지 않았고 저임금에 처해 있으며, 인증·전문화·경력 개발 경로도 부족함. 서비스 제공은 제한적이며, 국영 노인요양원은 돌봄보다는 주거 제공에 집중함. 민간 요양원과 재가서비스는 품질 차이가 크고, 자격 기준이나 진입 관리 체계도 부재하여 접근은 가정의 역량과 지역 자원에 의존함. 품질보증도 취약하여, 규제 기준은 오래되었거나 시행되지 않고 있음.

체계적 자원조달, 인력개발, 서비스 통합의 부재로 인해 광범위한 미충족 돌봄과 불평등한 접근이 발생하고 있음. 지속가능한 LTC 체계를 구축하려면 전용 법률 제정, 재정 및 위험분산 메커니즘 개발, 인력 전문화, 개인 중심의 통합 돌봄 모델 도입이 필요함.

3.5.4 결론

스리랑카는 건강증진과 고령화 정책의 기반을 마련했으나, 건강한 노화와 LTC 체계 모두 여전히 미발달 상태임. 이 두 영역을 통합적이고 형평하며 지속가능한 개혁을 통해 연결하는 것이 급속히 고령화되는 인구를 지원하는 데 필수적임.

3.6 베트남

3.6.1 소개

베트남은 급속한 인구 고령화와 비감염성질환(NCDs) 부담 증가라는 이중 과제에 직면하고 있으며, 예방 및 장기요양 중심 전략으로의 근본적 전환이 요구되고 있음.

3.6.2 건강한 노화 정책

베트남은 거의 보편적인 예방접종, 모자보건 성과, 광범위한 사회건강보험(SHI) 보장을 통해 인구 건강에서 괄목할 성과를 이루었음. 그러나 역학 전환으로 인해 비감염성질환이 전체 사망의 77%를 차지하며 주요 보건 과제로 부상함. 흡연, 음주, 불량한 식습관, 신체활동 부족과 같은 위험요인은 특히 도시 지역에서 증가 추세임. 「베트남 건강 프로그램(2018-2030)」과 「고령화 국가행동계획(2021-2030)」을 통한 정책적 약속에도 불구하고, 예방의료는 제한적 예산만 배정되고 있으며 1차의료에 일관되게 통합되지 못하고 있음.

정책 비전은 생애주기 접근과 위험 감소에 기반하고 있으나, 실행은 분절된 거버넌스로 인해 제약받고 있음. 보건부(MOH)와 노동·보훈·사회부(MOLISA)는 주로 별도로 운영되어 건강증진과 사회서비스 통합이 제한됨. 문서상으로는 부문 간 협력이 강조되지만, 실제로는 성·군 수준에서 조정된 계획으로 이어지지 못함. 예방서비스는 제도화된 기능이라기보다 기부자 주도의 단발적 캠페인에 의존하는 경우가 많음.

일부 혁신적 시도는 가능성을 보여줌. 산업 부담금으로 재원 조성되는 「베트남 담배규제기금(2013)」은 금연 캠페인을 지원하고 있으며, 「세대 간 자조클럽(ISHCs)」은 지역사회를 동원하여 건강교육과 사회적 지원을 제공함. 그러나 이들은 여전히 재정이 부족하고 국가체계와 연계되지 못하고 있음. 궁극적으로 베트남은 예방을 위한 안정적 재원 확대, 다부문 협력의 제도화, 성과 기반 모니터링 내재화를 통해 반응적 체계에서 예방적·선제적 건강증진 체계로 전환해야 함.

3.6.3 장기요양 정책

베트남의 장기요양(LTC) 체계는 아직 초기 단계에 있으며, 출산율 감소, 도시화, 이주로 전통적 돌봄 역량이 약화되는 상황 속에서 여전히 가족, 특히 여성에게 크게 의존하고 있음. 공식 LTC 서비스는 제한적이고 불균등하게 분포하며, 주로 재정이 부족한 사회보호센터나 소규모 NGO·지역사회 시범사업을 통해 제공됨. 「노인법(2009)」과 「노인 국가전략(2025-2035)」은 노인의 필요를 인정하고 있으나, 권리 보장, 재정 메커니즘, 서비스 기준은 명확히 규정하지 않음.

거버넌스는 보건부(MOH)와 사회부(MOLISA)로 분절되어 있으며, 보건과 사회돌봄을 연계하는 조정기구가 부재함. 재정도 제약적이며, LTC 보험이나 공동재정 메커니즘이 없어 가계가 본인부담으로 비용을 감당해야 함. 지출은 최소 수준이고, 급여 패키지는 정의되지 않았으며, 자원 배분은 성 간 불균등함. ISHC와 같은 지역사회 기반 이니셔티브는 가정방문, 심리사회적 지원, 건강증진을 제공하나 외부 기부자에 의존하며 공식 정책체계와 통합되지 못하고 있음.

인력은 비공식 돌봄자와 자원봉사자가 대부분이며, 훈련된 전문 인력은 소수임. 국가 차원의 자격 인증 기준은 없고, 경력 개발 경로도 제한적임. 품질보증 장치도 미약하거나 부재하여 서비스 감독에 상당한 공백이 존재함. 공공 LTC 자격은 주로 소득조사에 기반해 결정되므로, 빈곤층이 아닌 상당한 필요를 가진 노인은 배제됨.

지속가능한 LTC 체계를 구축하기 위해서는 전용 법률 제정, 재정 메커니즘 확대, 돌봄 인력 전문화, 지역사회 기반 돌봄의 확대가 필요하며, 이는 통합적이고 개인 중심의 틀 안에서 추진되어야 함. 이러한 개혁이 없다면, 고령화 가속화와 함께 미충족 수요와 불평등은 심화될 것임.

3.6.4 결론

베트남의 보건 및 LTC 체계는 분절적이고 치료 중심 모델에서 벗어나, 통합적이고 예방적이며 개인 중심의 체계로 발전해야 하며, 이를 통해 고령사회에 형평성 있고 지속가능한 지원을 보장해야 함.

3.7 인도네시아

3.7.1 소개

인도네시아는 급속한 인구학적 전환을 겪고 있으며, 고령화로 인해 예방적 건강증진과 장기요양 개혁에 대한 긴급한 필요가 제기되고 있음.

3.7.2 건강한 노화 정책

인도네시아는 비감염성질환(NCDs) 부담 증가와 건강수명(HALE) 연장의 중요성을 인식하고, 건강증진을 보건 전환 의제의 중심에 두고 있음. 「청결하고 건강한 생활행동(PHBS)」, 「건강한 생활운동(GERMAS)」과 같은 프로그램은 가정, 학교, 직장 전반에 예방적 실천을 확산시키는 것을 목표로 함. 「보건체계 전환의 6 대 축(2022)」은 제도 개혁에 대한 정치적 의지를 반영하지만, 실제 실행에서는 격차가 존재함. 예방서비스는 여전히 재정이 부족하며, 보건지출의 약 1%만이 건강증진 활동에 배정되고 있고, 대부분은 국민건강보험제도(JKN) 하의 치료 중심 지출에 치중됨.

거버넌스는 분권적으로 운영됨. 보건부가 국가정책을 수립하지만, 주 및 지방정부가 실행을 담당함. 이로 인해 지역 간, 특히 부유한 지역과 빈곤 지역 간 서비스 격차가 나타남. 보건소(puskesmas)와 방대한 자원봉사 보건인력망(kaders)은 여전히 대중 접촉의 중추적 역할을 하지만, 제한된 훈련, 무급 노동, 높은 이직률이 효과성을 저해하고 있음. 「노인 보건소(posyandu lansia)」와 「황금세대 노인학교(EGAS)」와 같은 프로그램은 노인 친화적 혁신으로 가능성을 보이지만, 여전히 단편적 시범사업에 머물고 있음.

「모든 정책에서 건강(HiAP)」을 통한 다부문 협력이 채택되었으나 실행은 미약하며, 보건 외 부처들은 이를 부차적 책임으로 취급하는 경향이 있음. 데이터 체계 또한 분절적이며, 성과지표는 결과보다 활동에 치중됨. 형평성 있는 건강노화를 달성하기 위해서는 예방 재정을 강화하고, 측정 가능한 HALE 목표를 내재화하며, 지역사회 보건인력을 전문화하고, 예방을 JKN 및 광범위한 개발계획에 더욱 완전하게 통합해야 함.

3.7.3 장기요양 정책

인도네시아의 장기요양(LTC) 체계는 여전히 초기 단계이며, 국가 지원은 제한적이고, 비공식적 가족 돌봄(특히 여성 돌봄)에 크게 의존하고 있음. 공식 서비스는 분절적이고 재정이 부족하며 불균등하게 분포되어, 농촌과 빈곤 지역에서 가장 큰 공백이 발생함. 「대통령령 제 88 호/2021(고령화

국가전략)」과 「돌봄경제 로드맵(2025-2045)」은 중요한 전략적 이정표이지만, 분절적 거버넌스와 재정 제약으로 실행은 지연되고 있음.

책임은 보건부(MOH), 사회부(MOSA), 지방정부로 나뉘어 있으며, 조정력이 미약함. 공공 LTC 서비스는 주로 빈곤층이나 돌봄 사각지대 노인에게만 제공되는 수단조사 기반으로 운영되며, 다수는 가족 돌봄이나 민간 서비스에 의존해야 함. 본인부담 비용은 높고, 전용 LTC 보험이나 공동재정 장치가 없어 가계가 재정적 부담에 취약함. 「노인 보건소(posyandu lansia)」와 같은 지역사회 모델은 건강증진과 기본적 모니터링을 제공하지만, 집중 돌봄 역량은 부족함.

인력은 무급 가족 돌봄자와 훈련이 부족한 자원봉사자가 대부분이며, 전문 돌봄 인력은 부족하고 도시 지역에 집중되어 있음. 훈련·인증 경로는 분절적이며, 경력 전망도 제한적이어서 이직률과 숙련 인력 해외유출이 높음. 품질보증 체계는 최소한에 그치며, 인증된 제공자가 적고 감독체계도 미약함.

지속가능한 LTC 체계를 확대하기 위해서는 국가 차원의 명확한 기준을 수립하고, 공동기금이나 보험을 통한 전용 재정을 마련하며, 돌봄 인력을 전문화하고, 보건·사회서비스를 통합해야 함. 이러한 개혁이 없다면, 접근성의 불평등과 여성 무급 돌봄자에 대한 의존은 고령화 심화와 함께 지속적으로 확대될 것임.

3.7.4 결론

인도네시아의 고령화 경로는 보건체계 내 예방을 내재화하고, 조정되고 형평성 있는 LTC 틀을 개발하기 위한 긴급한 개혁을 요구하고 있음. 강력한 재정, 전문화된 돌봄 인력, 측정 가능한 HALE 목표가 고령 인도네시아인의 존엄성과 웰빙을 보장하는 데 필수적임.

3.8 피지

3.8.1 소개

피지는 태평양 도서국으로, 기대수명이 상승하면서 점진적 인구학적 전환을 겪고 있으나, 고령화에 대한 정책적 대비는 제한적임.

3.8.2 건강한 노화 정책

피지의 건강한 노화 정책은 주로 「국가 웰니스 정책(2015)」에 포함되어 있으며, 학교·직장·지역사회라는 생활 기반 접근을 통해 국민 건강에 대한 다부문 책임을 강조하고 있음. 그러나 전 생애적 관점은 부족함. 보건의료서비스부 산하 국가 웰니스 센터가 건강증진을 조정하지만, 독립기관에 비해 자율성이 제한되어 혁신 역량이 약함.

이 정책은 사회적, 영적, 환경적, 직업적, 심리적, 신체적, 재정적 7 가지 웰니스 차원을 강조하여 건강의 사회적 결정요인을 인정하고 있음. 그러나 건강수명(HALE) 연장이나 노인 질병부담 감소와 같은 구체적 목표는 부재함. 성평등 및 포용(GEDSI)은 우선순위로 언급되지만, 실행 메커니즘과 측정 가능한 지표는 미비함.

거버넌스는 중앙집중적이며, 지방정부나 지역사회의 역할은 거의 없음. 재정은 일반 보건 예산에 포함되어 있어, 건강증진 전용 자원 라인이 없으며, 이로 인해 책무성과 지속가능성이 약화됨. 인력 역시 구역 간호사나 일반 직원에게 배정되며, 공식적인 건강증진 훈련은 부족함. 학교·직장 내 「웰니스 챔피언」과 같은 프로그램이 지역 참여를 촉진하지만, 인센티브가 없어 지속성이 취약함.

전반적으로 피지는 비감염성질환 관리 등 치료 중심에서 예방 중심으로 전환하는 데 진전을 보였으나, 웰니스 의제는 구체성, 자원, 노인 특화 전략이 부족함. 거버넌스, 재정, 모니터링 체계가 강화되지 않는다면, 정책 틀은 변혁적이라기보다 선언적 수준에 머물 위험이 있음.

3.8.3 장기요양 정책

피지의 장기요양(LTC) 체계는 매우 미발달 상태로, 포괄적 정책 틀, 법률, 전담 제도기관이 없음. 공적 제공은 전국적으로 약 100 명을 수용하는 3 개의 국영 노인요양원에 국한되며, 소수의 민간시설은 비용 지불이 가능한 계층만 이용 가능함. 따라서 노인 돌봄은 거의 전적으로 무급 가족 돌봄에 의존하며, 이는 효 사상을 중시하는 문화 규범을 반영하지만 재정적·제도적 지원은 없음.

이러한 미발달은 인구학적·구조적 요인에 의해 형성됨. 전체 인구 중 65 세 이상은 5.6%에 불과하여, 고령화가 정치적 긴급성을 불러오지 못했고, 반복된 정치적 불안정과 재정 취약성이 장기적 계획을 제약함. 국제 원조는 시민사회단체로 전환되어 서비스 제공을 더욱 분절화하고 국가의 노인 돌봄 리더십을 약화시킴. 또한, 돌봄 필요 노인이나 비공식 돌봄자에 대한 등록체계가 없어, 근거 기반 계획 수립이 저해됨.

인력 개발은 사실상 전무함. 공인된 돌봄 인력, 훈련 기준, 인증 경로가 존재하지 않음. 대부분의 책임을 지는 비공식 돌봄자는 수당, 휴식 서비스, 인정 모두 받지 못함. 재정 또한 부재하여, LTC 보험, 자원 마련 메커니즘, 공동자원 체계가 없음. 서비스는 여전히 수용(custodial) 중심이며, 보건·사회 돌봄과 통합되지 않았고, 품질보증과 감독체계도 결여됨.

피지가 선제적 개혁을 시작하지 않는다면—국가 LTC 전략 수립, 돌봄 인력 전문화, 돌봄자 지원—고령화와 비감염성질환의 부담 증가는 불평등을 악화시키고 비공식 체계를 더욱 압박할 것임.

3.8.4 결론

피지는 웰니스 증진을 위한 기초를 마련했으나, 노인 특화 정책과 공식적인 LTC 체계가 부재하여, 노인 돌봄은 거의 전적으로 가족에 의존하고 있음. 재정, 거버넌스, 돌봄자 지원 측면의 선제적 개혁이 시급히 요구됨.

3.9 우즈베키스탄

3.9.1 소개

우즈베키스탄은 기대수명 증가, 건강수명(HALE)과의 9년 격차, 만성질환 부담 증가로 특징지어지는 점진적 인구 고령화를 겪고 있음.

3.9.2 건강한 노화 정책

우즈베키스탄의 건강한 노화 체계는 독립된 정책이라기보다는 광범위한 개혁 전략에 포함되어 있음. 「보건체계 발전 구상(2019-2025)」과 「우즈베키스탄 전략 2030」은 1차 보건의료(PHC), 예방, 기대수명 향상을 개혁의 중심에 두고 있음. 이는 치료 중심의 세마슈코(Semashko) 유산 체계에서 예방 중심으로 전환하는 중요한 변화를 의미함.

구체적 조치로는 WHO의 「필수 NCD 중재 패키지(PEN)」를 채택하여 농촌 진료소에서 시범 운영 후 전국적으로 확대 중임. 2019년 WHO STEPS 조사에서는 비만, 고혈압, 흡연, 신체활동 부족 등 위험요인이 높은 수준임이 드러났으며, 개혁은 식단 개선, 신체활동 촉진, 담배 규제를 중점적으로 대응하고 있음. 그러나 예방 지출은 전체 보건 지출의 3%에 불과하며, 치료 중심 지출이 여전히 자원 배분을 지배함.

거버넌스는 보건부에 중앙집중되어 있으며, 지방정부는 프로그램을 집행하되 의사결정 권한은 제한적임. 「전략 2030」을 통해 부문 간 협력이 촉진되고 있으나, 「모든 정책에 건강(HiAP)」 접근은 제도화되지 않아 부처 간 책무성이 약함. 마할라(mahalla) 위원회와 같은 지역사회 기반 행위자가 현장 접근을 담당하지만, 공식적 인센티브와 자원은 부족함.

형평성 문제는 재생산 및 모성 보건에서 인식되고 있으나, 노화 특화 전략은 부재함. 모니터링 체계는 일반 건강지표를 추적하지만, 노인 집단별로 분절된 데이터는 드물어 고령층 성과 평가에 공백이 존재함.

요약하면, 우즈베키스탄은 PHC 강화와 위험요인 관리 등을 통해 예방 중심의 토대를 마련하고 있으나, 건강한 노화를 보장하려면 전 생애적 전략을 내재화하고, 연령 특화 지표를 통합하며, 예방 재원을 확대해야 함.

3.9.3 장기요양 정책

우즈베키스탄의 장기요양(LTC) 체계는 여전히 초기 단계로, 통합된 보건·사회 돌봄 체계라기보다는 주로 사회보호법에 기초하고 있음. 「노인을 위한 사회서비스법(2016, 2022 개정)」은 재가 돌봄, 재활, 시설 돌봄과 같은 법적 권리를 규정하지만, 기능평가 메커니즘, 표준화된 급여 패키지, 보건부문과의 연계는 부재함.

돌봄 제공은 가족, 특히 여성에게 크게 의존하고 있으며, 이는 문화 규범과 제한적인 공식 대안의 결과임. 공적 LTC 서비스는 극히 제한적이며, 몇몇 국영 시설이 가장 취약한 노인만 수용함. 지역사회 기반 마할라 위원회가 식료품 배달, 가사 지원, 사회적 교류 등 기초 서비스를 제공하지만, 자원과 역량이 고르지 못하고 보건 제공자와의 연계도 부족함.

재정은 일반 조세에 기반하며, 전용 LTC 기금이나 보험 메커니즘은 없음. 지방정부가 재량적 배분을 통해 서비스를 관리하여 지역 간 격차가 큼. 지출의 투명성과 책무성도 약하며, 외부 감독도 거의 없음. 「케어 이코노미」 구상이 LTC 를 사회적 필요이자 경제적 기회로 강조하고 있으나, 전용 자원이나 법제도가 없어 아직 선언적임.

LTC 인력은 대부분 비공식 가족 돌봄자로 구성되며, 훈련이나 지원을 받지 못함. 전문 돌봄 인력 경로는 부재하고, 임금은 낮으며, 이직률은 높음. 품질보증은 최소 수준에 그치며, 국가적 인증이나 모니터링 체계도 없음. 제공되는 서비스는 기초적이고 대체로 수용 중심이며, 의료 돌봄과의 개인 맞춤형 통합도 부족함.

격차 해소를 위해 우즈베키스탄은 국가 LTC 전략 수립, 표준화된 평가도구 마련, 인력 전문화, 지속가능한 재정 구축(보험이나 민관협력 가능)을 추진해야 함. 시급한 개혁이 없다면, 인구학적 추세는 불평등과 돌봄 공백을 악화시킬 것임.

3.9.4 결론

우즈베키스탄은 아직 관리 가능한 단계의 인구학적 압력 속에 있음. 그러나 거버넌스, 재정, 마할라 기반 전달체계를 중심으로 통합된 건강한 노화 및 LTC 개혁을 추진하지 않는다면, 향후 수십 년 동안 이환 증가와 비용 부담이 가중될 것임.

제 4 장. 아시아-태평양 지역 9 개국의 건강한 노화 정책 비교

4.1 아시아-태평양 9 개국 건강한 노화 정책의 수렴과 분기

4.1.1 서론

아시아-태평양 지역은 인구 고령화와 비전염성질환(NCD) 증가라는 이중 압력에 대응하기 위해 건강증진을 핵심 전략으로 삼고 있음.

4.1.2 국가 간 수렴점

아홉 개국 전반에서 몇 가지 공통된 양상이 나타남.

첫째, 대부분의 국가는 예방과 전 생애 접근을 채택하여 건강증진을 아동기부터 노년기까지 이어지는 개입으로 규정하고 있음. 일본, 중국, 한국은 전 생애 전략을 제도화하고 측정 가능한 목표를 설정한 반면, 베트남과 인도네시아는 지역사회 기반 프로그램 위주 접근을 활용하고 있음.

둘째, 국가들은 공통적으로 조절 가능한 위험요인(담배, 알코올, 불량 식단, 신체활동 부족)을 우선시하며, 이를 법제도나 목적세와 같은 재원으로 뒷받침하고 있음. 태국, 베트남, 중국은 담배·알코올 규제 기금을 제도화했으며, 다른 국가들은 학교·지역사회에 웰니스 메시지를 통합하고 있음.

셋째, 지역사회 기반 및 1 차 보건의료 전달체계가 공통 특징으로, 자원봉사 보건인력, 지방 간호사, 풀뿌리 조직을 통해 예방서비스를 확장하고 있음.

마지막으로, 성별 및 형평성 고려가 점차 강화되고 있음. 일본, 한국, 베트남은 여성과 취약집단을 정책에 명시적으로 포함했으며, 「모든 정책에 건강(HiAP)」과 같은 다부문 접근이 널리 인정되고 있음. 실행 격차에도 불구하고, 예방, 지역사회 전달, 위험 감소, 다부문 틀이라는 공통 지향은 강한 지역적 수렴을 보여줌.

4.1.3 국가 간 분기점

비전에서의 수렴에도 불구하고 정책적 분기는 여전히 큼.

국가마다 측정 가능한 건강증진 목표 설정이 다름. 일본과 한국은 건강수명(HALE)을 명확히 추적하는 반면, 피지와 우즈베키스탄은 전통적 사망률이나 서비스 보장 지표에 의존함.

제도화 수준 또한 다름. 태국과 중국은 법적 권한과 목적 재원을 갖춘 고도로 제도화된 체계를 보유하지만, 스리랑카, 피지, 우즈베키스탄은 전담 기관·예산·법률이 없어 단편적 보건 프로그램에 의존함.

재원조달도 분기됨. 태국, 한국, 베트남은 담배 알코올 목적세 등을 활용하는 반면, 스리랑카는 일반예산이나 원조에 의존하여 재정 불안정에 취약함.

모니터링·평가 체계는 일본, 한국, 중국에서 강력한 반면, 스리랑카, 피지, 우즈베키스탄에서는 약함. 또한 노인 집단의 건강증진 전략 통합 수준은 일본과 한국에서 진전되었고, 베트남은 부분적이며, 다른 국가에서는 거의 부재함. 이는 건강증진을 선언적 틀에서 지속 가능한 측정 체계로 전환하는 역량의 불균형을 보여줌.

4.1.4 결론

이 지역은 예방과 전 생애 전략이 필수라는 원칙에서는 수렴하지만, 제도화, 재정, 측정 가능한 목표에서는 분기됨. 이러한 격차 해소가 공유된 목표를 공평하고 지속가능한 건강 성과로 전환하는데 핵심임.

4.2 아시아-태평양 9 개국 장기요양(LTC) 정책의 수렴과 분기

4.2.1 서론

급격한 인구 고령화와 사회적 돌봄 수요 변화에 대응하여 아시아-태평양 국가 전반에서 장기요양(LTC)이 긴급한 정책 우선과제로 부상하고 있음.

4.2.2 거버넌스

아홉 개국의 LTC 거버넌스는 큰 차이를 보임. 일본과 한국은 LTC 보험법, 국가전략, 보건·복지 통합조정을 갖춘 제도화된 틀을 운영함. 태국은 노인정책 내에 LTC 를 포함하는 혼합모형을 채택했고, 중국은 시범사업을 진행하나 국가 차원의 통합체계는 아직까지 부재함. 베트남, 인도네시아, 스리랑카, 우즈베키스탄은 부처 간 분절적 구조를 보이며, 피지는 공식적 거버넌스 자체가 없음. 이는 제도 성숙도, 정책 일관성, 통합적 LTC 체계 발전역량의 격차를 보여줌.

4.2.3 자원조달

자원조달 또한 뚜렷한 구분을 보임. 일본과 한국은 보험료, 보조금, 소득연계 본인부담을 포함하는 구조화된 사회보험으로 서비스를 지원하며 GDP 의 일정 비중을 차지함. 중국과 태국은 세금 기반 또는 혼합재원을 사용하나 규모는 제한적임. 베트남과 인도네시아는 단편적이고 대부분 본인부담에 의존함. 스리랑카, 우즈베키스탄, 피지는 별도 자원조달 체계가 없어 사회보호나 가계 지출에 포함됨. 일본과 한국만이 전용 자원풀과 구매체계를 갖췄으며, 다른 국가에는 부재하여 재정 역량과 LTC 우선순위의 불평등을 보여줌.

4.2.4 인력

인력체계는 전문화 수준에서 큰 차이를 보임. 일본과 한국은 돌봄 인력의 역할, 자격, 경력경로를 제도화했으나 여전히 인력 부족 문제를 겪음. 태국은 단기훈련을 받은 지역사회 자원봉사자를 활용하는 준-공식 모델을 운영함. 중국과 베트남은 가족과 지역 보건인력에 크게 의존하며, 인도네시아·스리랑카·우즈베키스탄은 표준화된 체계가 없음. 피지는 공식적 LTC 인력이 전혀 없음. 이는 제도 역량과 문화적 돌봄 규범 모두를 반영하며, 전문화 부족은 서비스 품질과 지속가능성을 위협함.

4.2.5 서비스 전달

서비스 전달은 대상 규칙, 돌봄 환경, 통합모형에서 차이를 보임. 일본과 한국은 표준화된 욕구평가와 보편적 접근을 통해 시설과 지역사회 기반 서비스를 균형 있게 운영함. 태국과 중국은 지역사회 기반 돌봄(HCBS)을 강조하나 지역 격차가 큼. 베트남과 인도네시아는 시설 기반 의존도가 높음. 우즈베키스탄은 기초적 보호시설을 제공하고, 스리랑카와 피지는 공식 체계가 없음. 개인 중심·통합돌봄 경로는 일본·한국·태국에서 진전되었으나 다른 국가에서는 단편적이거나 시범단계임. 전반적으로 미충족 수요, 가족 돌봄 의존, 품질보증 부재, 재정보호 한계가 지속적 과제로 남아 있음.

4.2.6 결론

아시아·태평양 국가들의 LTC 성숙도는 크게 분기됨. 일본과 한국은 포괄적 보험 기반 모델을 운영하고, 태국과 중국은 지역사회 중심 체계를 확장 중이며, 다른 국가는 비공식 돌봄에 크게 의존함. 포괄적이고 지속가능한 LTC 체계를 위해서는 자원조달, 인력 전문화, 품질보증의 격차 해소가 필수적임.

제 5 장. 정책 아젠다: 아시아-태평양 지역의 장기요양 및 건강노화 정책 방향의 일치와 협력

5.1 정책 아젠다 1: 장기요양 및 건강노화를 위한 지속가능한 재정 구축

고령화가 비공식 가족 돌봄 모델에 부담을 가하면서 지속가능한 LTC 재정 확보가 시급함. 일본과 한국의 보험제도, 중국의 장기요양보험 시범사업, 태국의 조세 기반 접근은 다양한 경로를 보여줌. 핵심 고려사항은 재원이 어떻게 조성되고, 어떻게 풀링되며, 어떻게 지출되는가임. 각 국은 각각의 현황에 맞는 재원조달 방안, 중앙집중형과 분권형 풀링의 균형점을 탐색해야 하며, 예방·통합·품질을 보상하는 전략적 구매를 발전시켜야 함. 공동 연구는 자원 선택, 풀링 메커니즘, 다양한 재정 역량에 맞는 혁신적 제공자 지불제도 설계에 기여할 수 있음.

5.2 정책 아젠다 2: 장기요양 서비스 전달과 지역사회 기반 통합돌봄(CBIC) 강화

노인이 "지역사회에서 노화"를 실현하기 위해서는 강력한 지역사회 기반 서비스(HCBS)와 보건의료 통합이 필요함. 일본과 한국은 시설 확대에서 HCBS 중심 체계로 발전했고 이를 보건의료 서비스와 통합하는 모델을 발전시키고 있으며, 중국 역시 시범사업에서 통합돌봄을 강조하며, 태국은 지역 네트워크를 활용한 건강증진과 연계된 통합돌봄 체계를 운영함. 핵심 과제는 HCBS 인프라 확충, 숙련된 다학제 팀 구축, 원격의료·공유기록 등 기술 기반 솔루션 도입임. 역내 협력은 분권형 거버넌스를 강화하고, 다양한 사회·경제·문화적 맥락에 적응 가능한 비용효과적 CBIC 모델에 대한 비교 학습을 촉진할 수 있음.

5.3 정책 아젠다 3: 보건과 LTC 거버넌스 정렬 - 통합적 책무성으로

분절된 거버넌스는 LTC, 보건, 복지 부문을 분리시켜 조정을 약화시킴. 거버넌스 정렬에는 부처 간 공동계획, 성과지표 공유, 예방 및 LTC 서비스에 대한 재정 인센티브 등이 필요함. 비교연구는 UHC, 건강증진, LTC 를 연결하는 모델을 평가하고, 건강수명(HALE), 미충족 LTC 수요, 돌봄 부담 등 성과지표를 공동 책무 프레임워크에 연계하여 효율성·통합성·부문 간 협력을 강화해야 함.

5.4 정책 아젠다 4: 건강노화 성과를 위한 공동 모니터링 지표

견고한 측정체계가 필수적이거나, 소수 국가만이 미충족 LTC 수요, 형평성, 가족 부담을 추적할 수 있는 인프라를 가지고 있음. 일본과 한국은 표준화된 HALE 및 LTC 지표를 활용하나, 베트남과 인도네시아는 단편적 조사에 의존함. 역내 최소공통 데이터셋을 마련해 국가 간 측정을 조화시킬 수 있음. 과제에는 문화적으로 적합한 지표 검증, 국가 데이터시스템 강화, 보건·LTC 등록부 연계, 역내

역량강화·데이터공유·정책학습 플랫폼 구축이 포함됨. 이를 통해 형평성과 성과 중심의 건강노화 전략을 진전시킬 수 있음.

이러한 아젠다를 중심으로 한 공동 노력은 제도적 역량을 강화하고, 고령사회 대응을 위한 정책 정렬과 실행을 가속화할 수 있음.

제 6 장. 결론

아시아-태평양의 역설: 압축된 고령화 속도와 확대되는 질병부담

아시아-태평양 지역은 역사상 그 어느 지역보다 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있음. 불과 수십 년 만에 인구구조 전환이 이루어지고 있으며, 기대수명이 늘어나는 동시에 유병 기간 또한 확대되고 있음. 이는 가족과 사회 시스템에 부담을 가중시키며, 비공식 돌봄 역량의 감소와 돌봄 수요 증가는 긴급한 정책 공백을 드러내고 있음. 이러한 상황은 고령자의 삶의 질 뿐 아니라 국가 전체의 사회·경제적 안정성에도 심대한 위협을 가하고 있음.

이중 과제: 질병부담 압축과 장기요양(LTC) 공급 확충

효과적이고 지속가능한 대응을 위해 두 가지 정책 축이 필수적임. 첫째는 질병부담을 지연·감축하기 위한 건강노화 촉진, 둘째는 돌봄 필요 시 품위 있는 서비스를 제공할 수 있는 효과적이고 효율적인 LTC 체계 구축임. 이 두 축은 상호 보완적임. 예방은 미래 부담을 줄이는 한편, 탄탄한 LTC 체계는 필요한 시점에 질 높은 지원을 제공함으로써 사회적 돌봄 부담을 완화할 수 있음. 아시아-태평양 지역의 문화적·제도적 공통성은 이러한 정책 축을 지역별 상황에 맞게 적응할 수 있는 기회를 제공하고 있음.

본 보고서의 비교와 교훈

본 보고서는 아시아-태평양 9 개국을 비교하여 건강노화와 LTC 발전을 위한 교훈을 도출하고자 함. 순위를 매기기보다, 거버넌스·재정·인력·서비스 전달 측면에서의 혁신, 패턴, 그리고 정책적 절충점을 식별하여, 다양한 인구학적·제도적 맥락 속에서 정책 적응과 회복탄력성 강화를 위한 통찰을 제공하고자 함.

주요 교훈

교훈 1: 지역사회 거주(Ageing in Place)와 통합 돌봄

대부분 국가들은 '지역사회 거주'를 우선순위로 두고 있으나 접근 방식은 상이함. 일본과 한국은 초기의 시설 중심 확장에서 탈피하여 재가·지역사회 기반 서비스(HCBS)와 통합돌봄으로 전환했음. 태국과 베트남은 예방 중심·지역사회 주도의 모델을 발전시켰으며, 중국은 인프라 신속 확충을 강조하고 있음. 이들 경로는 통합돌봄이 충분한 서비스 기반 없이는 불가능하다는 점을 시사함.

공식적 투자가 부족할 경우 비공식 혹은 지역사회 자원에 과도하게 의존하게 되어 돌봄 부담과 서비스 질 저하로 이어질 수 있음.

교훈 2: 건강노화와 LTC 의 연계

건강노화와 건강증진은 보건의료 체계의 부속 기능에 머물러서는 안 됨. 일본과 태국의 사례는 예방·1 차 보건의료·LTC 를 명시적으로 연계하여 조기 개입과 원활한 돌봄 전환을 가능케 함. 그러나 많은 국가에서는 여전히 건강증진이 단편적이고 재정 지원이 부족하며 LTC 제도와의 연계되지 못하고 있음. 이러한 연결을 강화하는 것이 고령화의 결과를 단순히 관리하는 수준을 넘어, 보다 건강하고 지속가능한 노화 경로를 설계하기 위한 핵심임.

교훈 3: 거버넌스, 재정, 성과 지표

거버넌스와 재정은 LTC 와 건강노화 아젠다를 좌우하는 핵심 요인임. 분권형 체계는 지역별 맞춤형 서비스 제공을 가능케 하고, 중앙집권형 체계는 형평성을 강화할 수 있으나, 어느 경우든 충분한 자원과 공동 책임 체계가 필요함. 또한 공통 성과 지표의 부재는 정책 학습과 효과성을 저해하고 있음. 인구학적 압력에 따른 수요 증가는 공식 LTC 역량의 확대와 지속가능한 재정 기반 마련을 요구함. 이를 위해 사회보험, 조세, 재정개혁을 통한 자원 조달이 필요하며, 다른 사회적 우선순위를 훼손하지 않고 성장하는 수요에 대응해야 함.

향후 과제

향후 정책 우선순위는 질병부담 압축을 위한 예방 투자, 통합 돌봄의 기반으로 HCBS 확대, 지역사회 자산의 활용과 이를 보완하는 전문 서비스 강화임. 또한 국가 간 비교 가능한 데이터와 학습을 위한 지역 플랫폼이 필수적임. 지속가능한 재정은 국가 단위의 위험 분산(풀링)을 통한 형평성과, 지역 차원의 기획·전달에서의 대응성을 균형 있게 추구해야 함.