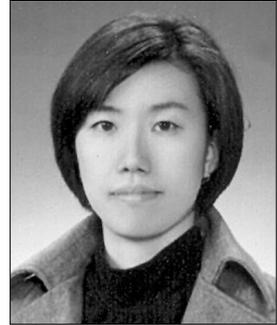


# 외국체계의 운영경험으로 본 노인장기요양보험제도의 개선방안: 미국사례

*A Study on Long-term Care Financing and Providers in  
the United States and Its Policy Implications*



김나영 한국보건사회연구원 부연구위원

저출산 현상과 맞물린 우리나라의 고령화는 세계적으로도 선례를 찾아보기 힘들 정도로 빠르게 진행되고 있다. 이에 본고는 우리나라의 노인장기요양보험제도 시행 2년을 맞아 제도의 보다 성숙한 발전을 이끌어낼 정책적 방향을 모색하기 위하여 미국의 장기요양보험 체계와 장기요양서비스 제공 체계를 고찰하였다. 미국의 장기요양보험과 서비스 제공 체계는 근본적으로 우리나라의 체계와는 다르지만 재정 악화 문제를 극복하기 위한 공공-민간 제휴 프로그램 개발과 비공식적 보호서비스 제공자에 대한 지원 등 의미 있는 많은 시도가 이루어졌던 만큼 우리나라 제도에 시사하는 바가 크다.

다른 선진국들과 마찬가지로 미국 역시 노인 인구의 증가로 인하여 여러 가지 사회·경제적 문제들에 직면하고 있다. 무엇보다도 노인인구의 증가가 가져올 의료비용의 급속한 증가, 그 중에서도 노인들의 수요가 높은 장기요양서비스 비용에 대한 부담이 가장 큰 문제로 여겨지고 있다. 장기요양서비스 비용에 대한 부담이 다른 국가들 보다 미국의 경우 더 심각하게 여겨지는 것은, 미국의 장기요양서비스는 큰 틀에서 보면 개인이 그 비용을 부담하고 정부에서는 단지 빈곤층의 장기요양서비스 비용만을 보조하는 구조이기 때문이다. 따라서 본고는 미국의

노인장기요양보험제도와 장기요양서비스를 개괄적으로 살펴봄과 동시에 이와 관련한 문제점 극복을 위하여 그들이 어떠한 노력을 기울이고 있는가를 알아보고 그것이 우리나라 노인장기요양보험에 시사하는 바를 살펴보고자 한다.

## 1. 미국 노인인구의 현황 및 추이

[그림 1]은 2010년에서 2050년까지 기간 동안 65세 이상 미국의 노인인구 규모를 추정한 것으로<sup>1)</sup> 2050년에는 85세 이상의 인구비율이

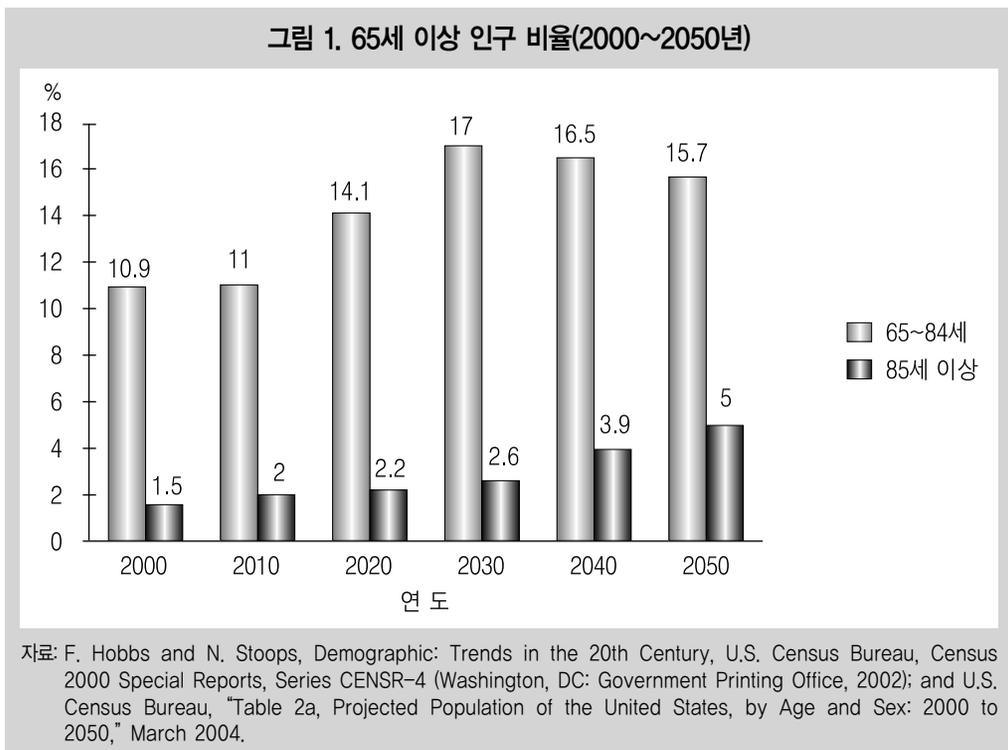
1) F. Hobbs and N. Stoops. (2004). Demographic: Trends in the 20th Century, U.S. Census Bureau, Census 2000 Special Reports, Series CENSR-4 (Washington, DC: Government Printing Office, 2002); and U.S. Census Bureau, "Table 2a, Projected Population of the United States, by Age and Sex: 2000 to 2050."

2010년 수준의 두 배를 넘어설 뿐만 아니라 65세 이상 노인층 인구가 전체 인구의 20% 이상을 차지할 것으로 예측되었다. U.S. Bureau of the Census(1999)는 1999년 현재 미국인구의 8명중 1명은 65세 이상의 노인이고, 2060년에는 65세 이상 인구의 비중이 전체 인구의 50%를 넘어설 것이며, 85세 이상의 인구는 1999년 수준의 세 배가 될 것이라고 예상하였다.

증가하는 것은 노인인구뿐만이 아니다. 미국 정부가 2019년까지의 국가 의료비용을 추계한

결과에 따르면<sup>2)</sup> 연평균 의료비용 증가율은 6.1%로써 연평균 총 경제성장률인 4.4%를 상회할 것이라고 하였다. 또한 <표 1>에서 보는 바와 같이 국가 의료 지출은 GDP의 19.3%에 달하는 약 4조 5천억 달러가 될 것으로 예상했다. 특히 너싱홈비용은 2005년에 1천 2백억 달러에서 2019년에는 두 배 증가한 2천 5백억 달러에 이를 것으로 추정되었고 이러한 비용의 67% 가량이 Medicaid<sup>3)</sup> 또는 Medicare<sup>4)</sup>에서 지불될 것으로 미국 정부는 내다봤다.

그림 1. 65세 이상 인구 비율(2000~2050년)



2) Centers for Medicare and Medicaid Services, U.S. Dept. of Health and Human Services. (2008). *National Health Expenditure Projections 2009~2019*.

3) 저소득층을 위한 의료부조

4) 노인 및 장애인을 위한 공적 의료보험 제도

표 1. 국가의료비용 현황 및 추정

(Billions)

구분	2005년	2007년	2009년*	2011년*	2013년*	2015년*	2017년*	2019년*
국가 의료 지출	\$1,982.50	\$2,239.70	\$2,472.20	\$2,702.90	\$3,024.70	\$3,441.90	\$3,936.00	\$4,482.70
너싱홈 비용	120.7	132.4	144.1	156.2	172.6	193.7	217.8	245.9
Medicare	19	23.4	27.6	30.7	34.5	39	44.5	51.3
Medicaid	53.7	54.9	59.5	66.9	73.8	82.3	92.6	104.6

자료: National Health Expenditure Projections 2009-2019, Centers for Medicare and Medicaid Services, U.S. Dept. of Health and Human Services, 2008, 재구성.  
\* 예측치.

## 2. 장기요양시설 수요 및 비용 지출 구조

Brown and Finkelstein (2009)<sup>5)</sup>은 현재 65세 인구 중 1/3에 해당하는 노인들이 미래의 어느 시점에는 너싱홈에 들어갈 것이라고 내다봤다. 또 다른 연구 결과에 따르면 다섯 명 중 한 명은 65세를 기점으로 5년 이상의 장기요양이 필요할 것이라고 하였다 (Kemper, Komisar, and Alecxih, 2005/2006)<sup>6)</sup>. Feder, Komisar, and Friedland (2007)<sup>7)</sup>는 현재 65세 인구의 70%는 장기요양이 필요한 건강상태로 사망하게 될 것이라고 예측했다.

하지만, 장기요양서비스가 필요한 대다수 미국 노인층은 보험의 혜택이 없기 때문에 곧 필요할지도 모르는 장기요양서비스에 대한 비용

은 그들이 직면한 큰 재정적 위협이다. 그러나 55세 이상의 미국인구 중 약 10% 만이 민간장기요양보험을 구입할 정도로 노인들의 민간장기요양보험에 대한 수요는 매우 낮다. 이러한 낮은 수요에 대하여 여러 가지 분석이 행해졌는데 그 연구들을 종합해 보면 노인들이 민간장기요양보험을 구입하지 않는 이유는 크게 두 가지로 나누어진다. 첫째, 많은 노인들이 직장을 통해서 혹은 정부 공공부조 프로그램인 Medicaid 또는 Medicare를 통해서 자신들의 장기요양서비스 비용은 보장될 것이라고 생각하고 있다. 실제로 미국 중산층 노인들이 Medicaid 혜택을 받기 위하여 자신들의 자산을 다른 가족들에게 이전하는 경우를 어렵지 않게 찾아볼 수 있는데, 가족 간 자산 이전의 증가에 비례하여 주(state)의 Medicaid 지출은 가파르게 상승하는 것

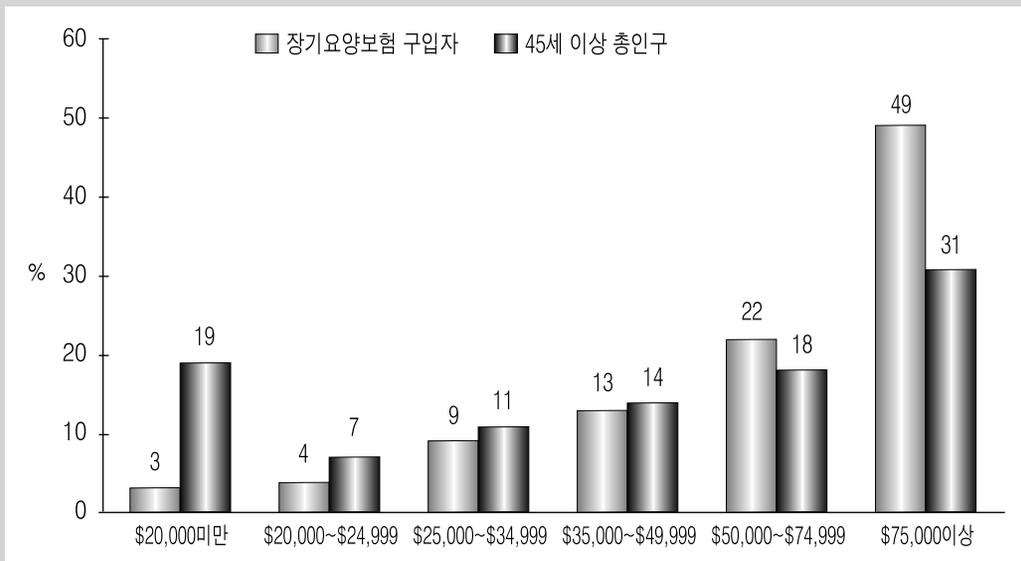
5) Brown, J. R., & Finkelstein, A. (2009). The Private Market for Long-Term Care Insurance in the United States: A Review of the Evidence. *Journal of Risk and Insurance*, 76, 5~29.  
6) Kemper, P., Komisar, H. L., & Alecxih, L. (2005/2006). Long-term care over an uncertain future: what can current retirees expect? *Inquiry-Excelsus Health Plan*, 42(4), 335~350.  
7) Feder, J., Komisar, H. L., & Friedland, R. B. (2007). *Long-term care financing: policy options for the future*. Georgetown University.

을 볼 수 있다<sup>8)</sup>. 하지만 공공부조 프로그램이 보장해주는 서비스의 부분은 매우 제한적이기 때문에 노인들이 생각했던 만큼의 서비스를 받기 위해서는 결국 개인이 부담해야 하는 비용이 높아져 노인들에게 재정적 위험을 가져다주게 된다. 둘째, 민간장기요양보험의 비중이 매우 낮은 또 다른 이유로 상당히 비싼 보험료가 꼽히고 있다. [그림 2]에서 보는 바와 같이 민간장기요양보험 보유 비율은 상대적으로 고소득층에서만 높게 나타나는 것을 알 수 있다. 2005년에 새로 보험을 구입한 사람들 중 49%가 소득이 \$75,000 이상인 고소득층인 것으로 나타났고 중산층으로 분류되는 \$35,000~\$74,999의 소득

계층의 경우 35%만이 보험을 구입한 것으로 나타났다.

재정적 위험에 직면한 것은 개인들뿐만이 아니다. 이렇듯 대부분의 노인들이 그들의 장기요양서비스 비용의 대부분을 Medicaid 또는 Medicare에 의존하고 있는 실정이므로 국가 재정 역시 상당한 부담을 안게 되었다. [그림 3]에서 보는 바와 같이 2005년 현재 장기요양 총비용 가운데 약 7.2% 정도만 민간장기요양보험으로 지불되었고, 18%는 개인이 비용전액을 부담한 경우이다. 그에 반해 공공부조 프로그램(Medicaid 또는 Medicare)으로 지불된 장기요양비용의 비중은 무려 72%에 이르는 것으로 나타났다.

그림 2. 장기요양보험 구입자 소득별 분포 (2005년 소득기준)

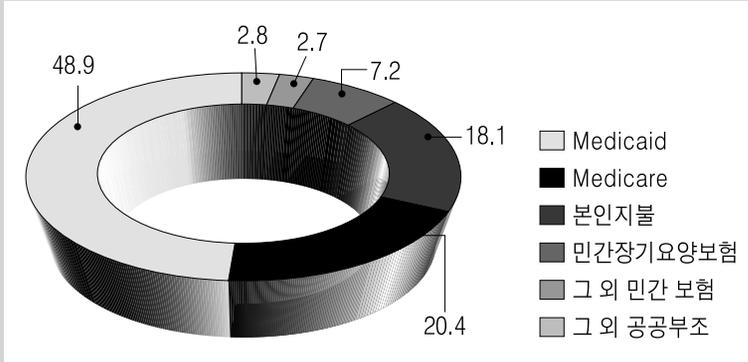


자료: Lifeplans, inc. Who Buys Long-term Care Insurance? A 15-Year Study of Buyers and Non-buyers, 1990~2005, 2007.

8) AHIP. (2007). Long-term care insurance partnerships: New choices for consumers — Potential savings for federal and state government.

그림 3. 미국의 장기요양비용 지출 주체별 현황

(단위: %)



자료: H. Komisar and L. Thompson, National Spending for Long-Term Care (Washington, DC: Georgetown University Long-Term Care Financing Project, February 2006).

다음으로 장기요양비용을 부담하고 있는 Medicaid, Medicare, 그리고 민간장기요양보험의 내용에 대하여 간략히 살펴보겠다.

### 1) Medicaid

Medicaid는 저소득층을 위한 정부 건강보험 프로그램으로 연방정부와 주정부가 공조하여 운영한다. 연방정부는 프로그램에 대한 가이드라인을 정하고, 주정부는 그 가이드라인을 따라 주정부에 맞는 규정을 만든다. 그렇기 때문에 각각의 주정부들은 서로 다른 다양한 규정과 프로그램을 운영할 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 장기요양비용의 49%가 Medicaid에 의존하고 있지만 이것은 저소득층을 위한 보험 프로그램이기 때문에 모든 사람이 Medicaid의 수혜 대상이 될 수 없다. 다만 경제적으로 어려움에 처한 노인층은 장기요양비용을 지불하기 위하여

Medicaid를 고려해 볼만하다.

Medicaid 수혜 요건으로는 독신자의 경우 한 채의 집만 소유하고 예금액은 대략적으로 \$2,000 정도의 소액이며, 한 달 수입은 몇 백불 정도여야 한다. 부부의 경우 좀 더 완화된 규정을 적용받는데 이것은 배우자가 장기요양

시설에 들어가더라도 나머지 한 명은 생활을 영위할 수 있게 하기 위함이다. 일단 Medicaid 수혜 자격이 되는 노인은 Medicaid와 Medicare의 혜택을 둘 다 받을 수 있다. Medicare를 이용하여 비용을 지불한 후 나머지 잔액을 Medicaid로 지불할 수 있는 것이다. Medicaid는 수혜자 심사를 위하여 과거 3년간 또는 5년간(주마다 다름)의 소득과 재산에 대하여 조사한다. 그러므로 고의적으로 재산을 다 쓰거나 이전한 경우 Medicaid 혜택을 받을 수 없다. Medicaid는 일반적으로 자격이 되는 환자들에 대하여 모든 의료 서비스 비용을 지불하지만 몇몇 주에서는 어떤 범위의 재산수준에 속하는 경우에 대해서는 작은 금액의 공제금액 또는 co-payment를 부과하고 Medicaid의 혜택을 받을 수 있도록 한다. 주(state)마다 Medicaid로 지불할 수 있는 장기요양 서비스는 다르지만 대부분의 주(state)에서 지불해 주는 서비스는 다음과 같다.

- 요양시설
- 요양시설 수용자격에 준하는 재가서비스
- 의료목적의 교통수단 이용
- 의장구
- 재활치료와 물리요법
- 다소 덜 집중적인 서비스를 요하는 재가서비스와 공동체서비스
- 요양시설 수용자격이 있으면서 공동체에 거주하는 사람들에 대한 의료서비스와 사회서비스

어떤 주(state)에서는 시설에 수용되지 않은 배우자는 생활비를 감당하기 충분할 만큼의 재산을 획득하고 유지할 수 있다. 예를 들어 시설에 들어가지 않고 남아 있는 배우자의 사회보장한 달 소득은 \$300이지만 은행계좌에 \$200,000이 있으며 이 예금액에 대한 이자소득이 월 \$500이라고 가정하자. 이 경우 그녀는 그녀의 은행계좌를 그녀의 생활비 명목으로 소유 및 유지할 수 있다. 즉 이 가정(household)은 Medicaid 수혜요건에 부합하기 위하여 \$200,000를 다 쓸 필요가 없다.

## 2) Medicare

Medicare는 65세 이상 노인이나 65세 이하라도 어떤 특정한 장애를 가지고 있는 사람들을 위한 연방정부의 건강보험 프로그램으로써 장기요양 비용 중 22%를 지불하고 있지만 그 적용 범위는 매우 제한적이다. 사회보장혜택을 받고 있는 사람이라면 누구나 65세 이후 Medicare 혜택을 받을 수 있지만 주로 급성질환

치료 후에 병원이나 숙련된 재가서비스가 필요하여 단기적으로 요양서비스를 이용하고자 할 때 혜택을 받을 수 있도록 고안된 제도이므로 대부분의 노인들이 생각하는 것만큼의 많은 혜택이 주어지지 않는다. Medicare 수혜자격은 다음과 같다.

- 장애를 얻기 전 45분기(quarter) 중 20분기는 최소 세금 납부했어야 하거나
- 장애 발생한 후 24개월 동안 장애 사회보장(Social Security Disability, SSD)을 받았어야 하거나
- 65세 이상이면서 사회보장은된 혜택을 받고 있거나
- 시각장애가 있고 사회보장을 받는 자이거나
- SSD를 받고 있는 장애부모 혹은 노부모가 있는 경우, 또는 이미 죽은 부모지만 SSD 자격이 되는 부모를 가진 자로서, 본인은 18세 이전부터 장애가 지속되어 왔고 현재 22세 이상인자이거나
- SSD 자격요건이 되었던 배우자가 사망하고 현재 본인은 SSD 자격이 없는 50세 이상의 나이로 죽은 배우자와의 결혼기간이 10년 이상인자

만약 Medicare 승인을 받은 시점의 상태를 계속 유지한다면 수혜자의 소득과 관계없이 또는 은퇴한 기간과 관계없이 Medicare 자격요건은 일생동안 유지 된다. Medicare의 기본적인 프로그램은 두 가지로 나뉜다: 1)병원보험인 Part A, 2)의료보험인 Part B. Part A는 어느 정도의 분

인 부담금은 있지만 대부분의 병원, 간병인 돌봄과 제한적인 요양시설과 재가서비스 비용을 보장한다. Part B는 의료보험인데 대부분의 의사진료비(정기점검제외), 의료장구, 진단시험, 외래진료, 그리고 약간의 정신과적 치료와 재활 치료를 보장하는 프로그램으로 보험료는 매달 \$70정도이다. 이 보험료는 사회보장 납입금에서 빠져나가는데 특히 2007년부터는 소득과 연관되어 부과되기 시작하였다. 일단 사회보장 지급을 받으면 노인들은 자동적으로 Part B에 등록되지만 이 Part B는 선택 사항이므로 해지가 가능하다.

### 3) 민간장기요양보험

Medicare 혹은 Medicaid는 장기요양서비스의 많은 부분을 지원해 주지 않기 때문에 자산을 보호하거나 미래에 장기요양시설을 이용할 확률이 높다고 판단될 경우 민간장기요양보험 구입을 고려할 필요가 있다. 하지만 민간보험의 경우 보험플랜, 가입자의 연령, 그리고 건강상태에 따라 보험료의 차이가 매우 크기 때문에 구입 시 매우 신중해야 한다. 특히 민간장기요양보험은 가입자의 연령이 보험료 산정에 가장 큰 영향을 주기 때문에 되도록 젊은 나이에 가입하는 것이 유리할 수 있다. 왜냐하면 가입 당시 책정된 보험료를 계속해서 납부하기 때문에 보험 구입 연령이 낮을수록 가입자는 상대적으로 저렴한 보험료를 납입하며 같은 조건의 보험 혜택을 평생 누릴 수 있기 때문이다. 이 때 한 가지 유의할 점은 가입 후 보험을 해지하고 나서 몇 년 후 재가입하기를 원한다면 과거의 보험료

는 새로운 보험료 책정에 반영되지 않으며 재가입 당시의 연령과 건강상태를 바탕으로 보험료를 다시 산정하게 되므로 주의해야 한다.

노인들의 경우 민간장기요양보험을 구입하는 것도 쉽지는 않다. 대부분의 보험사는 당연히 가입자를 받기 전에 그들의 의료 및 건강관련 정보를 검토하고 보험을 판매한다. 그러므로 보험을 가입하려는 사람이 현재 장기요양 서비스를 이용하고 있거나 곧 이용할 만큼의 좋지 않은 건강상태를 가지고 있다면 보험사는 보험을 판매하지 않으려 한다. 결과적으로 많은 노인들이 현재의 건강상태나 장애의 상태로는 보험을 구입할 수 없는 것이다. 실제로 65~69세 노인의 경우 약 28%가 이러한 스크린 과정을 통과하지 못하여 보험을 구입할 수 없게 된다.

## 3. Long-term Care Partnership Program

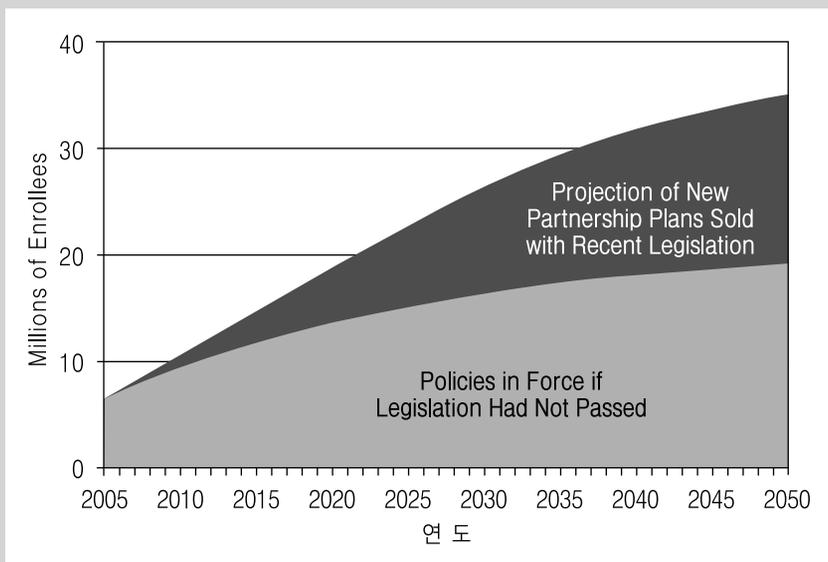
앞서 살펴본 바와 같이 장기요양서비스 지출에 있어서 공공부조가 차지하는 비중이 상당히 높기 때문에 이를 해결하기 위한 방안이 수립되었다. 의회는 2006년에 전국적인 공공-민간 장기요양보험 제휴(Public-Private Long-term Care Insurance Partnership)에 관한 법률을 제정하였다. 이것은 개인이 Medicaid와 민간장기요양보험을 조정하여 구입하도록 주정부 차원에서 법을 개정할 수 있게 한 것이다. 즉, 제휴 프로그램을 받아들인 주정부에서는 개인이 구입한 민간장기요양보험에서 보장해 주는 이상의 서비스가 필요하다면 그 부분에 대해서

Medicaid가 지급하도록 하였다.

이 프로그램은 장기요양 서비스 비용을 Medicaid에 의존하던 많은 사람들에게 대안을 제시함으로써 여러 가지 효과를 끌어내었다. 첫째, 장기요양서비스 이용자들은 Medicaid 수혜를 위해 자신의 재산을 고갈해 버리거나 편법으로 재산을 이전하거나 할 필요가 없게 되었다. 둘째, 연방정부와 주정부 모두 예산 절감을 꾀할 수 있게 되었다. 한 조사에 따르면<sup>9)</sup> 이 프로그램으로 인하여 연방정부는 2050년까지 연간 \$60억 달러의 비용을 절감할 수 있을 것이며, 주정부의 예산 절감분까지 포함한다면 절감 비용은 1천억에 이를 것으로 예상하였다.

America's Health Insurance Plans(AHIP)에 따르면<sup>10)</sup> 제휴프로그램이 시행되기 전 연간 500,000건의 보험계약이 이루어졌다면 제휴 프로그램을 실시 한 후 첫 해에는 750,000건의 새로운 보험계약이 이루어질 것이고 2020년까지 매년 2%의 보험계약 성장률을 보일 것으로 내다봤다. [그림 4]에서 보는 바와 같이 공공-민간 장기요양보험 제휴 프로그램은 민간장기요양보험 가입률 신장을 가져와 2050년까지 약 3천5백만 명이 민간장기요양보험을 구입할 것으로 내다봤다. 이것은 제휴 프로그램이 없을 경우 2천만 명이 못 되었을 가입자 숫자를 크게 웃도는 수준이다. 이러한 민간장기요양보험 가입

그림 4. 제휴 프로그램 도입으로 인한 민간장기요양보험 구입 변화



자료: AHIP, Long-term Care Insurance Partnerships: New Choices for Consumers -- Potential Savings for federal and State Government, 2007.

9) Ibid.

10) Ibid.

의 증가는 정부의 장기요양서비스에 대한 지출을 크게 감소시켜 2025년 이후 2050년까지 매년 60억 달러 이상의 비용이 절감될 것으로 예상되었다(그림 5 참조).

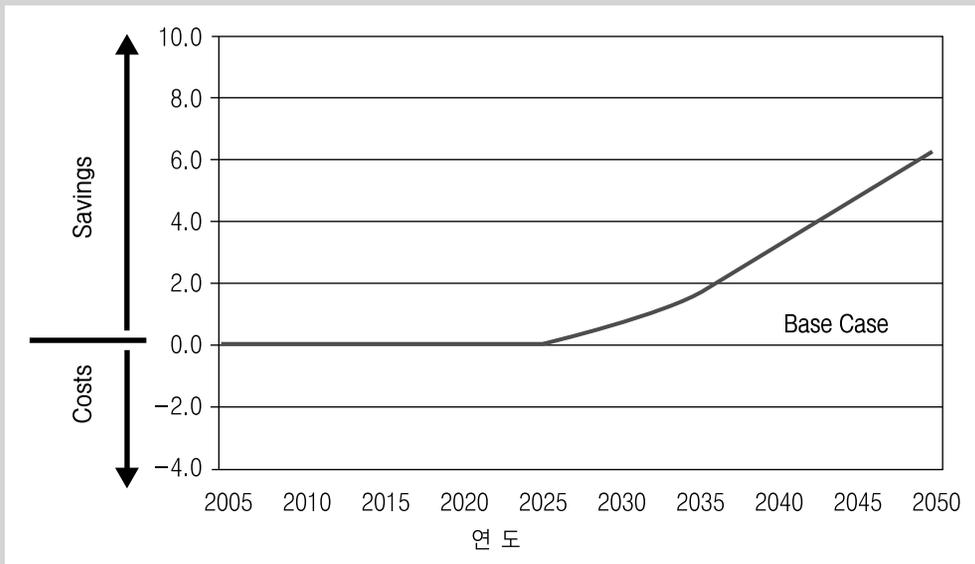
#### 4. Community Living Assistance Services and Supports Program

2010년 3월, 의료보험개혁의 일환으로 장기요양서비스가 필요한 이들을 위하여 Community Living Assistance Services and Supports program (CLASS Act)이 제정되었다. CLASS 프로그램은 비의료적인 장기서비스

(non-medical long-term services) - 예를 들면, 재가 서비스나 노인 주간 보호- 를 구입 할 경우 현금수당을 제공하는 프로그램으로써 서비스 비용의 전부를 보장해 주지는 않지만 하루 평균 \$70 이상, 연간 \$27,000 이상의 비용을 제공할 것이다.

CLASS 프로그램의 혜택을 받기 위해서는 최소 5년 이상(그 기간 중 최소 3년은 일을 해야 함) 이 프로그램의 보험료를 지불해야 한다. 또한 일상적인 활동 - 식사, 화장실 이용, 목욕, 옷 입기, 이동 - 중 두 개 이상의 행위에 어려움을 겪는 상태 또는 일상적인 생활을 영위함에 있어서 관리 혹은 감독이 필요한 인지장애(cognitive disability)를 가지고 있으면서 그러한 장애나 행위의 제약이 90일 이상 지속될 것이라고 의사가

그림 5. 제후 프로그램 도입으로 인한 정부비용 변화 (2005년 달러 기준, 십억달러)



자료: AHIP, Long-term Care Insurance Partnerships: New Choices for Consumers -- Potential Savings for federal and State Government, 2007.

판단을 내린 경우에 CLASS 프로그램의 혜택을 받을 수 있다.

## 5. 장기요양서비스 제공 체계

### 1) 비공식적 보호

장기요양서비스가 필요한 노인들의 78%는 가정에서 가족, 친척, 혹은 친구들로부터 비공식적 보호서비스를 받고 있다. 그에 반해 공식적 보호를 받는 비율은 8%, 공식·비공식적 보호를 함께 받는 비율은 14%에 지나지 않는다<sup>11)</sup>. 더 자세히 살펴보면, 이러한 비공식적 보호를 제공하는 사람의 56% 정도는 가족 구성원, 즉 배우자, 자녀 혹은 부모이고, 그 외는 친척이나 친구 등이 보호서비스를 제공한다.

이러한 가족 보호서비스 제공자들의 32%는 일주일에 최소 21시간 정도를 가족을 돌보는데 쓴다고 한다<sup>12)</sup>. 또한 그들 중 40% 이상은 5년 이상 가족 보호서비스를 제공하여 왔고 20% 이상은 10년 이상 서비스를 제공하여 왔다고 한다<sup>13)</sup>. 상황이 이러하다 보니 가족 보호서비스를 제공하고 있는 가정의 재정적인 문제가 심각하지 않을 수 없다. 실제로 가족 보호서

비스 제공자의 14%가 이러한 보호서비스 제공 때문에 재정적 어려움을 겪고 있다고 한다. 특히 장기요양서비스 수혜자와 함께 살면서 보호서비스를 제공하는 사람은 따로 살면서 돌보는 경우 보다 더 심각한 재정난을 겪고 있는 것으로 나타났다<sup>14)</sup>.

그러나 문제는 재정적 어려움뿐만이 아니다. 가족 보호서비스 제공자의 건강 역시 크게 문제가 되고 있는데 서비스를 제공하는 사람의 다섯 명 중 한 명은 보호서비스 제공으로 인하여 우울증 혹은 다른 정신적, 육체적 문제를 경험하고 있다고 한다<sup>15)</sup>. 이러한 가족 보호서비스 제공자의 여러 부담을 덜어 주기 위하여 많은 주정부는 적절한 교육과 훈련 프로그램, 카운셀링, 임시간호 서비스(respite care), 재정지원 등의 프로그램을 시도하고 있다. 캘리포니아주는 State-funded Caregiver Support Program을 통하여 재가 임시간호 서비스(in-home respite care), 노인 주간 보호(adult day care), 야간 임시간호 서비스(overnight respite) 등 다양한 임시간호 서비스 프로그램을 제공함으로써 가족 보호서비스 제공자의 부담을 덜어 주려고 노력하고 있다. 예를 들면, 재가 임시간호 서비스(in-home respite care)를 신청한 가족 보호서비스 제공자는 기관의 돌보미를 잠시 고용할 수 있는

11) Thompson, L.(2004), Long-term care: Support for family caregivers [Issue Brief], Georgetown University, Long-Term Care Financing Project.

12) K. Donelan et al. (2002). Challenged to Care: Informal Caregivers in a Changing Health System, Health Affairs, 21(4), 222~231.

13) Ibid.

14) Ibid.

15) B. Altman, P. Cooper, & P. Cunningham. (1999). The Case of Disability in the Family: Impact on Health Care Utilization and Expenditures for Nondisabled Family Members, The Milbank Quarterly, 77 (1), 39~75.

바우처를 받아 사용함으로써 일시적이거나 보호서비스의 부담을 덜 수 있는 것이다.

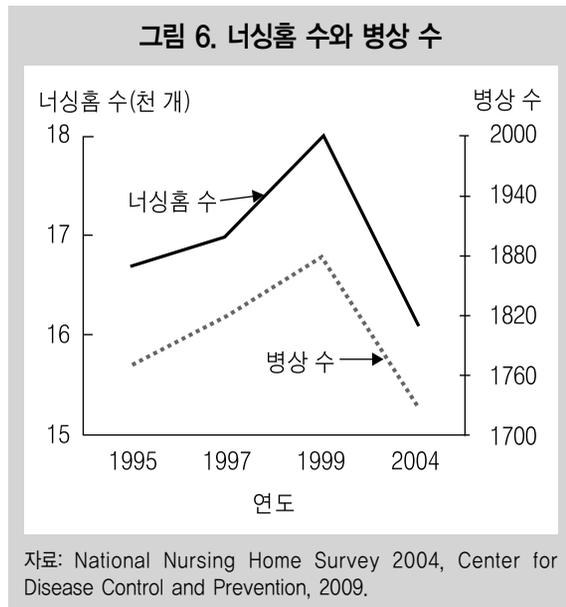
## 2) 시설요양서비스

미국의 너싱홈은 2004년 현재 16,100개소의 시설과 약 170만개의 병상수를 보유하고 있으며 병상의 점유율은 86.3%이다. 하지만 이전 자료들과 비교해 봤을 때, 지속적인 성장세를 보이던 너싱홈 산업은 [그림 6]에서 보는 바와 같이 1999년 이후 감소세를 보이고 있는 것으로 나타났다.

병상 수에 따른 너싱홈의 분포를 본다면 <표 2>에서 보는 바와 같이 병상의 개수가 적은, 즉 규모가 작은 너싱홈의 분포는 시간이 지남에 따라 점점 줄어들었고, 100~199개 병상 규모의 너싱홈이 1973에서 2004년 기간 동안 크게 증가하였다.

미국 정부의 너싱홈에 대한 관리는 1987년 Nursing Home Reform Act(or OBRA '87) 제정 이후 꾸준히 이루어지고 있다. OBRA '87은 간호(보호)서비스

의 국가적 기준과 너싱홈에 거주하는 사람들의 관리에 대한 규정을 명시함으로써 늘 요구되어 오던 너싱홈의 질적인 향상을 꾀할 수 있게 되었다. 특히 많은 주에서는 OBRA '87의 전체 혹은 부분을 받아들여 주정부 자체법을 제정하여 너싱홈뿐만 아니라 장기요양보호시설을 관리하기 시작하였다. 또한 OBRA '87은 지난 20여년간 거의 매 1년마다 보다 나은 서비스를



**표 2. 병상 수에 따른 너싱홈 분포(1973~2004년)**

(단위: %)

병상수	1973~74년	1977년	1985년	1995년	1997년	1999년	2004년
50미만	40.8	42.3	33.2	16.8	12.9	11.5	13.9
50~99	35.0	30.7	32.5	35.6	37.2	38.7	37.3
100~199	20.4	22.2	28.1	40.1	42.2	41.8	42.5
200 이상	3.8	4.8	6.2	7.5	7.7	8.0	6.2

자료: National Nursing Home Survey 2004, Center for Disease Control and Prevention, 2009.

제공 할 수 있도록 수정 및 보완 과정을 거쳐 오고 있다.

## 6. 시사점

우리나라의 고령화는 저출산 현상과 맞물려 세계적으로도 선례를 찾아보기 힘들 정도로 빠르게 진행되고 있다. 뿐만 아니라 평균수명이 늘어났다고는 하지만 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 노인들이 전체 노인인구의 86.7%(1998년)에서 90.9%(2004년)으로 증가함에<sup>16)</sup> 따라 노인의료비는 증가할 수밖에 없는 상황이다. 실제로 건강보험심사평가원 자료에 따르면<sup>17)</sup> 건강보험진료비에서 노인의료비가 차지하는 비중이 2002년에 19.3%이던 것이 2007년에는 28.2%로 증가한 것으로 나타났다.

앞서 살펴본 미국의 장기요양보험 체계와 장기요양서비스 제공 체계로부터 본고는 몇 가지 시사점을 제시하고자 한다. 첫째, 사회보험제도에서 가장 큰 문제점이 될 수 있는 재정 악화 가능성에 관한 것이다. 장기요양보험제도를 실시한지 2년여가 지난 시점에서 우리는 재정 악화 가능성에 대한 공감대 형성뿐만 아니라 재정 안정을 위한 제도의 발전 방향 정립에 대한 사회

적 합의가 절실하다. 그런 의미에서 본고에서 살펴본 미국의 공공-민간재휴 프로그램뿐만 아니라 다른 국가들의 공공부조 프로그램의 재정 악화를 타파하기 위한 여러 가지 시도는 우리나라 장기요양보험제도에 시사하는 바가 크다 하겠다.

둘째, 미국에서도 노인 보호서비스에 있어서 가족과 같은 비공식적 보호서비스의 비중이 매우 높게 나타남에 따라 비공식적 보호서비스 제공자의 부담을 덜어주기 위한 다양한 프로그램이 시도되고 있다. 중요한 점은 이러한 비공식적 보호서비스 제공자를 지원하기 위한 제도를 개발할 때, 단순히 재정적인 부분만 고려하는 것이 아니라 그들의 정신적, 육체적 건강을 고려하고 배려하는 제도를 고안함으로써 가족 보호서비스 제공자가 차후에 오히려 장기요양서비스의 수혜자가 되는 일이 없도록 노력한다는 것이다.

마지막으로 시설요양서비스의 질적 수준을 관리·감독할 수 있는 분명한 근거를 마련함과 동시에 미국의 경우와 마찬가지로 그것을 꾸준히 수정·보완하면서 시설요양서비스의 질적 수준 향상을 꾀하여 소비자의 욕구를 충족시키도록 해야 할 것이다. **본문**

16) 정경희 외. (1998, 2004). 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

17) 건강보험심사평가원. (2009). 2008년 요양병원 입원급여 적정성 평가.