토의용 논문 W39 | 2014. 11.

외국의 노인 장기요양 보험제도 변화와 정책적 시사점

엄 진 영 부연구위원

한국농촌경제연구원

연구 담당

엄진영 부연구위원

요 약

선진국을 중심으로 인구의 고령화는 피할 수 없는 현실이 되어가고 있다. 한국도 마찬가지로 지난 1995년과 2010년 사이, 65세 이상의 고령인구가 전체인구에서 차지하는 비율은 5.9%에서 11.0%로 증가하였으며, 노령화 지수는 1995년 25.2%에서 2015년 68.4% 상승하였다(통계청, KOSIS). 인구고령화에 따라 노인의 의료수요 및 필요도는 더욱 증가하게 된다. 특히 노화과정에서 만성적인 질병을 비롯한 일상생활에서의 어려움의 증가는 노인들이 나이가 들수록 누군가로부터의 도움을 더욱 절실히 요구하게 한다. 과거에는 가족이 부양의무를 지는 경우가 많았지만, 요즘은 선진국을 중심으로 국가가 책임을 지는 방향으로 나아가고 있다. 이러한 국가의 역할 증대는 자연스레 정부지출 부담으로 연결되고 있다.

따라서 각국 정부에서는 어떻게 이러한 비용 부담을 완화해 나갈 것인가에 대한 논의가 진행 중에 있다. 본 연구에서는 이런 선진국의 정책적 논의와 노력을 살피며, 이러한 정책적 노력이 과연 효과를 거두었는지 평가해 보고자 한다. 또한 이용자들의 특성도 함께 살펴, 장기요양서비스 이용 여부를 결정짓는 주요 요소가 무엇인지, 그리고 이런 결과와 정책을 어떻게 연결시켜 볼 것인지 고민해 보고자 한다. 이런 논의를 바탕으로 선진국 사례에서 한국이 얻을 수 있는 시사점은 무엇인지 생각해 보고자 한다.

본 연구에서는 네덜란드와 미국의 사례를 중심으로, 이 두 나라의 제도 현황, 최근의 제도 변화 및 평가, 그리고 현재 진행형인 정책 방향 등을 살펴 거시적인 정책의 흐름과 방향을 분석한다. 그리고 개인의 데이터를 이용한 실증분석 결과를 토대로, 거시적인 정책 흐름을 뒷받침할 수 있는 구체적이고 실제적인 정책을 모색한다.

차 례

제1장 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적 ····· 1

제2장 주요 선진국의 장기요양서비스의 이해와 정책적 현황

1. 장기요양서비스의 개념 및 이해 ····· 4
2. 주요 선진국의 장기요양서비스 현황: 미국과 네덜란드를 중심으로 ····· 7
   2.1 네덜란드 ····· 10
   2.2 미국 ····· 19
3. 네덜란드, 미국의 최근 정책 변화 공통점 및 한계 ····· 27

제3장 장기요양서비스 이용자 특성

1. 장기요양서비스 이용자 특성 분석 ····· 29
   1.1 네덜란드 ····· 29
   1.2 미국 ····· 38
2. 장기요양서비스 이용자 특성과 정책 방향 ····· 46

제4장 결론 및 정책적 시사점 ····· 48

참고 문헌 ····· 51

표 차 례

제2장

표 2-1. 네덜란드의 장기요양서비스(AWBZ) 관련 정부지출 현황 ····· 10
표 2-2. 개인예산제도 항목별 평균 이용자 수 ····· 13
표 2-3. 개인예산제도 항목별 지출 ····· 13
표 2-4. ACA에 따른 장기요양 관련 총비용 절감 효과 ····· 25

제3장

표 3-1. 네덜란드 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 여부 ····· 30
표 3-2. 독립변수 설명(네덜란드) ····· 31
표 3-3. 독립변수 기초통계량(네덜란드) ····· 32
표 3-4. 분석 결과(네덜란드) ····· 35
표 3-5. 미국 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 비율 ····· 39
표 3-6. 독립변수 설명(미국) ····· 40
표 3-7. 독립변수 기초통계량(미국) ····· 40
표 3-8. 분석 결과(미국) ····· 43

그 림 차 례

제2장

그림 2-1. 평균 장기요양서비스 비용 증가율(2006~2050) ····· 7
그림 2-2. OECD 국가의 연령별 장기요양서비스 이용자 분포(2008) ····· 8
그림 2-3. OECD 국가별 80세 이상 노인인구 분포 ····· 9
그림 2-4. 네덜란드 정부 장기요양서비스 제도 변화 ····· 19
그림 2-5. 장기요양서비스에 대한 미국 정부지출 금액 ····· 22

제 1 장

서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

선진국을 중심으로 인구의 고령화는 피할 수 없는 현실이 되어가고 있다. 한 예로 미국의 경우, 1980년과 2009년 사이, 65세 이상의 고령인구 증가율은 42%에 달하는 것으로 알려졌다(J. Eom 2014). 한국도 마찬가지로 지난 1995년과 2010년 사이, 65세 이상의 고령인구가 전체 인구에서 차지하는 비율은 5.9%에서 11.0%로 증가하였으며, 노령화지수는 25.2%에서 68.4% 상승하였다(통계청, KOSIS).

다른 한편으로 기술의 발달로 인한 의료장비 및 의료기술 개선으로 기대수명은 더욱 증가하게 되었다. 이러한 고령화와 기대수명의 증가는 노인의 수를 더욱 증가시키며, 이에 따라 노인의 의료수요 및 필요도는 더욱 증가하게 된다. 특히 노화과정 속에서 만성적인 질병을 비롯한 일상생활에서의 어려움의 증가는 노인들이 나이가 들수록 누군가로부터의 도움을 더욱 절실히 요구하게 할 것이다. 과거에는 대부분 가족이 노인 부양에 대한 사회적·경제적 책임을 지었다. 그러나 오늘날 핵가족화와 약화된 부양의식 등으로 선진국에서는 노인에 대한 돌봄이 가족의 책임으로부터 점차 국가가 책임지는 방향으로 나아가고 있다. 이러한 국가의 역할 증대는 자연스레 정부지출로 연결되고 있다. 특히 선

진국에서 노인 장기요양서비스의 지출은 해마다 증가하고 있다. 게다가 노인인구의 급증과 함께 정책의 비효율적인 집행과 예상치 못한 반대급부 등으로 정책의 비용이 더욱 증가하는 경우가 발생하고 있다.

특히 노인인구는 향후 지속적으로 증가될 것으로 예상되며, 고령화 사회, 초고령화 사회가 되는 속도는 더욱 빨라질 것으로 예상되는 가운데, 이런 급속한 고령화 사회는 결국 정부의 노인 관련 정책에 대한 지출 압박을 더욱 가중시킬 것이다. 선진국의 사례에서 보면, 장기요양서비스의 국가 책임 범위가 이전에 비해 더욱 커지면서, 이와 관련된 지출은 지속적으로 상승하고 있다.

이에 대해 선진국을 중심으로 어떻게 이러한 지속적인 비용 상승을 완화 혹은 감소시킬 것인지, 어떻게 비용효율성을 확보할 수 있을 것인지에 대한 논의가 이루어지고 있다. 이에 본 연구에서는 이런 선진국의 정책적 논의와 노력을 살피며, 정책적 노력이 과연 효과를 거두었는지 평가해 보고자 한다. 그리고 이러한 선진국의 경험을 통해 한국이 얻을 수 있는 시사점은 무엇인지 고민해 보고자 한다.

이를 위해, 주요 선진국 중 네덜란드와 미국[1]의 사례를 중심으로 살펴보고자 한다. 물론, 제도의 시스템, 사회구조의 상이성으로 인해 선진국과 1:1 비교는 불가능하지만, 노인 장기요양보험 이용자 및 총비용 중 정부 부담액의 상승 추세는 선진국과 전반적으로 비슷하다. 한국의 경우, 장기요양보험인정자는 2009년 286,907명에서 2013년 378,493명으로 증가되었으며, 국민건강보험공단 부담금은 2009년 17,369억 원에서 2013년 30,830억 원으로 증가하였다(2013 노인 장기요양보험 통계연보). 선진국과 마찬가지로, 향후 인구학적인 변화(인구고령화, 기대수명 증가, 여성노인의 증가 등)뿐만 아니라 사회·경제학적 변화 등으로 인해 장기요양보험 이용자는 앞으로 더욱 증가할 것으로 예상되며, 따라서 공단부담금도 상승할 것으로 추정된다. 그러므로 장기요양보험제도의 지속성 및 서비스 이용자의 효용 증대를 위한 선진국의 정책적 노력과 이와 관련

1 네덜란드와 미국의 사례를 택한 이유는, 네덜란드의 경우 보험제도가 한국과 비슷하며, 시설서비스보다는 재가요양서비스의 비중이 높고, 미국의 경우, 한국과 보험제도는 다르지만, OECD중 재가요양서비스의 이용도에 비해 시설서비스의 이용도가 높다. 본 연구는 장기요양서비스의 두 축이라 할 수 있는, 시설서비스, 재가요양서비스의 편중이 높은 각각의 나라를 선택해, 각 경우의 정책 변화가 어떤 방향으로 진행되는지 보기 위함이며, 더불어 미국의 경우, 최근(2010년)에 장기요양과 관련된 정책 변화가 있었으므로, 가장 최근의 추세를 반영할 수 있기에 선택하였다.

된 이용자의 수요 연구 결과를 분석해 봄으로써, 한국도 앞으로 겪게 될 문제들을 미리 고찰하며, 제도의 방향을 어떻게 수립해 나갈 것인지 생각해 보려 한다.

본 연구에서의 연구대상 국가는 앞서 언급한 대로 네덜란드와 미국이며, 두 나라의 장기요양서비스와 관련한 정책과 최근의 변화에 대한 논의를 다루고자 한다. 또한 서비스 이용자 특성 분석을 통해 정책의 큰 그림뿐만 아니라, 이용자를 중심으로 한 미시적인 측면에서 정책을 생각해 보고자 한다.

본 연구는 크게 4장으로 구성되어 있다. 1장에서는 연구의 필요성 및 목적을 기술하였으며, 2장에서는 연구대상인 네덜란드, 미국을 중심으로 선진국의 장기요양서비스에 대한 이해와 정책적 현황에 대해 분석해 보고자 한다. 3장에서는 2장에서 분석대상 국가로 삼았던 네덜란드, 미국을 중심으로 실제적으로 장기요양서비스를 이용하고 있는 이용자들의 특성이 어떠한지를 분석하였으며, 이런 분석 결과를 정책과 어떻게 연결지을 것인가에 대한 논의를 하였다. 4장에서는 결론과 함께 정책적 시사점을 생각해 보았다.

제 2 장

주요 선진국의 장기요양서비스의 이해와 정책적 현황

1. 장기요양서비스의 개념 및 이해

장기요양서비스는 만성적인 질병이나 장애로 인하여 인지 및 신체기능에 장애가 발생하여 본인 스스로의 일상생활 영위가 어려운 사람들에게 제공되는 의료·비의료 서비스를 통칭하여 일컬어진다. 장기요양의 대상은 고령으로 인하여 신체적·정신적 문제를 장기간 겪고 있는 노인층 및 사고 등으로 인한 장애인으로, 이 중 고령층을 대상으로 하는 것이 노인 장기요양서비스이다(윤성주 2013).

일반적으로 장기요양서비스[2]는 크게 비공식적 서비스와 공식적 서비스로 나뉜다. 보통 비공식적 서비스는 집에서 혹은 지역사회에 머물면서 가족, 친척, 이웃 등 주변 사람들에게로부터 무상으로 서비스를 받는 경우를 의미한다.[3] 공식적 서비스는 전문요양사, 간호사, 가사도우미, 간병인 등 유상으로 서비스를 제공하는 사람들로부터 장기요양서비스를 받는 경우를 말한다. 공식적 서비스는 재가서비스와 시설서비스로 나뉜다. 재가서비스는 지역사회에 머물면서 유

2 본 연구에서 노인 장기요양서비스는 장기요양서비스의 하위개념에 속하며, 65세 이상 고령자를 대상으로 한 장기요양서비스를 의미한다.

3 최근 선진국-유럽을 중심으로, 정부가 비공식적 서비스 제공자에게 금전적인 보상을 주는 경우가 생겨나고 있다. 그러나 이 경우에도 가족의 경우는 제외된다. 본 연구에서는 비공식적 서비스 제공자가 정부로부터 금전적인 보상을 얻는 경우, 공식적 장기요양서비스로 분류한다.

료로 장기요양서비스를 받는 것을 일컬으며, 시설서비스는 시설에 입소하여 시설에서 근무하는 의사, 전문간호사, 요양사, 간병인 등에게서 장기요양 관련 서비스를 받는 것을 말한다.

사회 발전으로 인한 기대수명의 증가로 고령인구가 지속적으로 증가될 때, 사회 전체적으로 장기요양서비스에 대한 필요는 커지게 마련이다. 그런데 이런 장기요양서비스에 대한 필요를 과연 어떻게, 누가 책임을 질 것인지, 또한 이를 감당하기 위한 사회적·경제적 제약은 어떠한지에 따라 그 사회가 안고 있는 노인 장기요양서비스의 특성과 모습은 달라질 것이다.

장기요양제도를 국가가 담당하는 형태로 받아들인 것은 유럽 국가를 중심으로 형성되었다. 즉, 그동안 가족 혹은 지역사회가 담당하고 있던 장기요양서비스를 국가가 담당하고 지원하는 체계로 바꾸기 시작하였다. 세계 최초로 네덜란드는 1968년「특별의료비보장법」(Exceptional Medical Expenses Act: AWBZ)을 시행하여 장기요양의 법제화를 통해 국가가 장기요양을 부담하도록 하였다(윤성주 2013). 장기요양제도를 처음 고안했을 당시, 제도의 정책대상자는 시설입소자였다. 즉 육체적·정신적 건강상의 문제로 장기요양시설에 입소해 있거나, 1년 이상 장기 입원한 사람을 대상으로 했다가 후에 재가서비스, 재활서비스, 가사지원서비스로 서비스의 범위가 확대되었다(윤성주 2013; F.T. Schut and B. Berg 2010). 다른 유럽 국가의 경우, 정도의 차이는 있으나 네덜란드와 마찬가지로 정부가 장기요양서비스를 담당하고 있으며, 일종의 사회안전망(social safety net)으로 일반 국민들에게 제공하고 있다.

미국의 경우, 국가가 장기요양서비스 일부를 담당하고 있으나, 네덜란드를 비롯한 몇몇 유럽국가에 비하면 매우 제한적인 형태로 제공하고 있다. 미국은 1965년도에 장기요양제도가 처음 도입되었다. 기본적으로 미국은 모든 국민을 대상으로 장기요양서비스를 제공하는 형태가 아니라, 자산소득 조사를 통해 장기요양서비스 혜택을 제공한다.[4] 즉, 자산소득 조사를 통과한 빈곤층에게만 장기요양서비스의 비용 부담을 지우지 않는다. 이에 해당되지 않는 개개인은 민간장기요양보험으로 장기요양서비스를 이용하거나, 본인 혹은 가족이 그 비용을 부담해야 하는 구조이다.

---

4 자산소득 조사는 기본적으로 빈곤선(Poverty line)을 정한 후, 빈곤선에 해당하는 금액에 가중치를 곱한 후 이를 바탕으로 개개인의 자산소득과 비교한다. 가중치는 각 주마다 다르게 책정된다.

한국은 네덜란드와 동일한 사회보험제도의 일환으로 노인 장기요양보험제도를 2008년도에 처음 도입하였으며, 장기요양보험제도를 이용하기 위해서는 건강상태를 평가한 후 일정 기준을 충족할 경우, 국가가 대부분의 비용을 부담한다. 한국은 2008년부터 노인 장기요양보험제도가 실시되어 네덜란드나 미국에 비해 노인 장기요양제도의 역사가 깊지 않다.

2. 주요 선진국의 장기요양서비스 현황: 미국과 네덜란드를 중심으로

이 절에서는 주요 선진국의 장기요양서비스의 현황을 간략히 살핀 후, 미국과 네덜란드 두 나라의 경우를 중점적으로 살펴보고자 한다. <그림 2-1>은 OECD 국가의 예상되는 장기요양서비스 관련 비용 증가율을 나타낸다.

그림 2-1. 평균 장기요양서비스 비용 증가율(2006~2050)

자료: Colombo 외(2011: 75) 인용.

<그림 2-1>에서 확인할 수 있듯이, 시간이 지남에 따라 장기요양서비스 비용은 점점 증가할 것으로 예상되었다. 장기요양서비스 비용 증가의 요인은 여러 가지 경제·사회적 요소가 있겠지만, 무엇보다 가장 큰 이유는 기대수명의 증가로 인한 고령층의 증가로 생각할 수 있다.

그림 2-2. OECD 국가의 연령별 장기요양서비스 이용자 분포(2008)

자료: Colombo 외(2011: 41) 인용.

<그림 2-2>는 OECD 국가의 장기요양서비스 이용자의 비율을 연령별로 나타낸 것이다. 앞서 언급했듯이 장기요양서비스는 스스로의 힘으로 독립적 생활을 영위할 수 없는 사람들에게 제공되는 서비스이므로, 고령자만을 대상으로 한 제도는 아니다. 그러나 <그림 2-2>에서 확인하듯이 대부분의 선진국에서 장기요양서비스를 사용하고 있는 계층은 65세 이상의 노인들임을 알 수 있다. 폴란드와 헝가리를 제외하고, 특히 80세 이상의 초고령층의 장기요양서비스 이용도가 상대적으로 큼을 볼 수 있다. 특히 80세 이상의 노인 비율은 미래에도 지속적으로 증가할 것으로 예상되는데, <그림 2-3>는 이를 잘 나타내고 있다.

그림 2-3. OECD 국가별 80세 이상 노인인구 비율

자료: Colombo 외(2011: 62) 인용.

<그림 2-3>은 OECD 국별로 1950년부터 2050년까지 80세 이상의 노인 비율을 시간에 따라 나타내고 있다. 그래프에서 보듯이 80세 이상의 노인 비율의 증가폭은 시간이 지남에 따라 더욱 클 것으로 전망되었다. 노인인구, 특히 80세 이상 노인의 인구 비율 증가는 앞의 <그림 2-1>, <그림 2-2>와 더불어 생각해 볼 때, 향후 장기요양서비스에 대한 사회적인 수요를 더욱 증가시킬 것으로 생각된다. 이러한 미래 장기요양서비스 수요 증가는 결국은 사회 전체적으로 장기요양서비스의 사회적·경제적 비용을 증가시킬 것이다.[5] 따라서 이러한 비용 증가가 어떻게 진행될 것인지, 이에 대해 고려할 수 있는 정책적 노력은 무엇인지 선진국을 중심으로 논의가 이루어지고 있다. 이는 네덜란드와 미국의 경우도 예외가 아닌데, 본 연구에서는 이 두 나라를 중심으로 최근의 장기요양서비스의 정책 현황, 현재 진행되고 있는 논의 등을 살펴보고자 한다.

5 비용 효율성 개선 없이 현재의 비용구조가 미래에도 지속된다는 전제하에서 언급된 문장이다.

2.1. 네덜란드

2.1.1 정책 현황

네덜란드의 장기요양서비스는 1968년「특별의료비보장법」(Exceptional Medical Expenses Act: AWBZ)의 시행을 통해 처음 시작되었으며, 사회보험방식을 기반으로 운영되고 있다(윤성주 2013). 재원의 2/3는 보험료를 통해 조달되고 있으며, 나머지 부분은 국가보조금, 개인부담금으로 채워지고 있다. 개인부담금은 대략 8%를 차지한다. 이는 독일, 일본, 한국과 같은 재원 조달 방식이다. 정책대상자는 전 국민을 대상으로 시행하고 있다.[6]

이렇게 형성된 장기요양서비스 관련 정부수입은 지역요양사무소를 통해 수급대상자에게 집행된다. 물론, 이에 앞서 장기요양서비스 신청자의 등급을 판정하는 등급판정기관, 건강보험과 장기요양보험 관련 업무를 총괄 조정하는 기관인 건강보험위원회, 정책에 대한 감독역할을 수행하는 보건의료감독원이 운영되고 있다(김세진 2012).

정책집행을 통해 장기요양서비스와 관련하여 지출되는 비용의 추이를 보면 <표 2-1>과 같다.

표 2-1. 네덜란드의 장기요양서비스(AWBZ) 관련 정부지출 현황

단위: 백만 유로

항 목	2002	2003	2004	2005	2006	2007
정신 관련 의료비	3164.5	3455.0	3743.6	4006.6	3791.9	4071.4
장애인을 위한 케어 비용	3974.6	4386.2	4594.4	4887.6	5058.2	5169.5
비장애인을 위한 케어 비용	9847.5	10855.8	11164.5	11394.4	11914.3	11178.3
기타 케어 비용	291.7	128.0	133.7	125.7	339.2	255.9
기타 비케어 비용	1137.3	1459.6	1636.2	1740.2	1713.4	1811.0
총비용	18415.6	20284.6	21272.4	22154.5	22817.0	22486.1

자료: Esther Mot(2010). <표 2.1> 인용.

6 물론 앞서 언급했듯이 장기요양서비스의 대부분 이용자는 65세 이상의 노인이지만, 제도상 정책대상자의 나이제한을 두고 있지는 않다.

정부가 지출하는 총비용을 보면, 2002년에서 2003년에는 급증하였다가 2003년 이후로 지속적으로 증가하였으나, 2006년에서 2007년에는 다소 감소하였다. 이러한 정부 지출변화는 네덜란드의 장기요양서비스 정책 변화—2003년 현금급여의 제공, 2007년 가사지원서비스의 AWBZ에서 「사회지원법」(De Wet Maatschappelijke Ondersteruning; Law on Social Assistance: WMO)으로의 이양—과 시점이 맞물려 있다. AWBZ에 대한 정부지출은 2007년 금액을 기준으로 전체 GDP의 4% 정도를 차지하고 있으며, 금액으로는 <표 2-1>에서 보듯이 224억 유로에 달한다.

정부 지출은 일정 등급평가 및 판정을 거쳐 개개인의 소득, 이용서비스의 형태 등에 따라 장기요양서비스가 필요한 개인에게 지원되고 있다. 그러나 일부 비용은 개인이 부담해야 하는 구조이다. 개개인의 부담금액은 소득, 가구 구성원 수, 혜택을 받고자 하는 사람이 65세 이상인지 여부에 따라 결정된다(Ministry of Health, Welfare and Sport(VWS) 2011). 그러나 OECD 기준으로 네덜란드의 장기요양서비스와 관련된 본인부담금은 상대적으로 낮으며, 대략 비용의 10% 수준에 지나지 않는다(Colombo 외 2011). 개인부담금을 제외한 나머지 비용은 모두 정부에서 부담하고 있다(Pieter Bakx 외 2013). 본인부담금의 평균 최대 상한액은 재가요양서비스의 경우, 시간당 12.60 유로, 시설요양서비스는 한 달에 1,800유로이며(Erik Schut 외 2013), 최대 상한액은 가구소득을 초과하지 않도록 설정된다.

정부에서 지급되는 장기요양서비스 지원은 기본적으로 시설요양서비스 이용자와 재가요양서비스 이용자에게 지급되며, 2003년부터 현금급여 제공으로, 비공식요양서비스를 제공하던 가족, 친구, 이웃 등에게도 지원 혜택이 돌아가고 있다.[7]

7 물론 현금급여 해당자가 장기요양서비스를 가족, 친구, 이웃 등에게 받는 것을 선택한 경우에 한한다.

2.1.2 2000년대 정책변화 및 평가

2000년대 들어서 네덜란드 정부는 장기요양서비스와 관련해서 두 번의 정책 개혁을 하였는데, 이 절에서는 이 두 정책을 중심으로 서술하고자 한다. 2003년 네덜란드는 기존의 장기요양서비스 제도를 개선하여 1998년부터 시범적으로 운영되던 현금급여(Client Linked Budget) 제도인 개인예산(Personal Budget)제도를 도입하였다(윤성주 2013), 개인예산 제도하에서 등급 판정이 인정된 개인은 장기요양서비스를 선택할 때, 현물급여와 현금급여 중 하나를 택하거나 혹은 현물급여, 현금급여 둘 다를 택해 장기요양서비스를 받을 수 있다(김미혜 외 2007).[8] 서비스 대상자가 현금급여를 택할 경우, 현물급여비용보다 25% 낮은 금액, 즉 현물급여비용의 75%를 개인예산으로 지급받을 수 있다(Elke 2010; Esther Mot 2013). 서비스 대상자는 지원 예산범위 내에서 서비스 제공자를 선택할 수 있다.

이러한 정책은 장기요양서비스 이용자 측면에 있어서 단편일률적인 선택에서 벗어나 본인에게 가장 최적인 서비스를 선택할 수 있다는 점에서 이용자 만족을 높일 수 있다. 또한 공급자 측면에서는 기존과 달리 서비스 이용자가 직접 선택할 수 있으므로, 서비스 이용자 욕구에 좀 더 즉각적으로 반응할 인센티브가 생기며, 정부는 이를 통해 공급자 간 경쟁을 자연스럽게 유도할 수 있다. 또한 정부 측면에서는 기존의 현물급여비용의 75%만을 지급하는 것이기 때문에, 다른 조건이 동일하다는 전제하에 현금급여를 택하는 사람이 많을수록 비용 효율성이 발생한다.

그러나 정책예상효과와 달리, 실제적으로 2003년 개인예산제도로 인해 장기요양서비스, 특히 재가서비스 이용자가 급격히 증가하였다. 급격히 증가한 이유는 첫째, 기존에 가족, 친지, 이웃 등에게서 도움을 받던 사람이 등급판정을 받고 개인예산제도를 이용하여 비공식이용자에서 공식적 장기요양서비스 이용자로 전환되었으며, 두 번째로 기존의 수급대상자 중 장기요양서비스 대기명단에 포함되어 있던 사람들이 개인예산제도 내로 포함되어 장기요양서비스 이용자 수와 장기요양서비스 비용이 증가하게 되었다(Erik Schut 외 2013). 이는 <표 2-2>, <표 2-3>에서도 확인할 수 있다.

---

8 치료목적이거나 시설입소의 경우는 제외된다(Esther Mot 2013).

표 2-2. 개인예산제도 항목별 평균 이용자 수

단위: 명

항 목	2002	2003	2004	2005	2006	2007
간호서비스	30,649	32,796	15,329	4,968		
장애	10,181	11,703	8,750	5,093		
정신건강관리	1,406	3,014	895	109		
신규 개인예산제도 이용자		14,467	39,844	66,456	87,642	76,561
총계	42,235	61,979	64,818	76,627	87,642	76,561

자료: Esther Mot(2013). <표 3.2> 인용.

표 2-3. 개인예산제도 항목별 지출

단위: 백만 유로

항 목	2002	2003	2004	2005	2006	2007
간호서비스	243.9	290.9	108.6	34.7		
장애	156.3	191.8	152.8	102.4		
정신건강관리	13.3	40.6	9.8	1.3		
신규 개인예산제도 이용자		130.0	450.5	783.4	1136.0	1309.0
총계	413.5	653.2	721.7	921.8	1136.0	1309.0

자료: Esther Mot(2013). <표 3.1> 인용.

<표 2-2>에서 보면, 개인예산제도를 이용하는 이용자 수는 급증한 것으로 나타난다. 제도 도입 후 14,467명이 개인예산제도에 새로이 편입되었으며, 개인예산제도를 이용하는 사람의 수는 2002년 42,235명에서 2003년 61,679명으로 급증되었다. 비록 개인예산제도가 장기요양서비스비용의 75%를 현금으로 지급하는 제도이지만, 해마다 사용자 수는 증가하여, 2007년 76,561명에 달하게 되었다. 물론 2007년 사용자 수는 2006년에 비해 감소된 수치이나, 2007년 가사지원서비스(home help)의 WMO 이양으로 인한 감소이며, 만약 가사지원서비스가 그대로 유지되었다면, 개인예산제도를 이용하는 사람의 수는 2006년보다 26% 증가된 99,347명에 달했을 것으로 예상되었다.[9]

개인예산제도 수급자의 증가는 당연히 비용증가로 귀결될 수밖에 없다.

9 네덜란드 국립공중보건환경연구소(www.rivm.nl, 2014. 9. 10.).

AWBZ에서 개인예산제도를 통해 집행되는 금액은 <표 2-3>에 나타나 있는데, 2003년 653.2백만 유로를 개인예산제도를 통해 지출하였는데, 이 금액은 해마다 상승하여 2007년 1,309.0백만 유로가 집행되었다. 제도가 처음 시작되던 2003년에 비해 두 배 이상의 금액이 지출된 것으로 나타났다. <표 2-3>에서 보면, 2006년과 2007년 개인예산제도 수급자는 2007년 가사지원서비스의 WMO 이양으로 그 수는 줄어드는 것에 반하여, 비용은 오히려 증가하는 것으로 나타난다. 이는 개인예산 제도 내에서 가사지원서비스를 이용했던 사람들이 개인예산제도 지출에서 차지하는 비중이 작았다는 것을 의미한다. 또한 기존 수급자 혹은 신규 수급자의 장기요양서비스 이용도가 상승했거나, 장기요양서비스의 가격 상승으로 인한 효과로 생각해 볼 수 있다.

개인예산제도는 소비자 선택범위를 넓히고 소비자의 욕구가 좀 더 반영되며, 동시에 정부지출이 감소될 것으로 예상되었으나, 정부지출 측면에서의 결과는 예상과 다르게 진행되었다. 그렇다면 과연 위 정책은 소비자 선택범위를 넓히고 소비자 필요에 민감하게 작용했는지에 대한 분석이 필요하다. 특히 장기요양서비스를 주로 이용하고 있는 70세 이상의 고령층에게 어떤 긍정적인 효과를 가져왔는지 살펴볼 필요가 있다. 그러나 이를 나타낼 수 있는 자료가 따로 조사되지 않아 직접적인 자료 분석에는 한계가 따른다(Erik Schut 2013). 직접적 자료 분석 대신, 이에 대한 연구로, Ramakers 외(2008)는 4개의 지역사무소의 자료를 조사하여 개인예산제도가 고령층에 어떤 긍정적 효과를 주었는지를 분석하였다. Ramakers 외(2008)의 연구에서 2007년 70세 이상의 고령층이 개인예산제도를 사용하는 경우는 18%에 그쳤으며, AWBZ 수급대상자 중 고령자들의 개인예산제도 선호도는 젊은 연령층에 비해 낮은 것으로 나타났다. 실제 2007년 개인예산제도의 젊은 층 평균 수급액은 17,000유로인 데 반해 70세 이상 고령층의 수급액은 평균 12,681유로였다. Ramakers 외(2008)가 이를 확대하여 2004년부터 2007년까지 개인예산제도 이용자 수를 수급자 특성 및 나이에 따라 분석한 결과, 심리적 문제가 있는 18세 이하 그룹과 신체적 문제가 있는 젊은 그룹이 가장 크게 증가한 것으로 나타났다. 심리적 문제가 있는 18세 이하 그룹은 2007년 전체 이용자의 29%이었으며, 신체적 문제가 있는 젊은 그룹은 2007년 전체 이용자의 35%에 해당되었다. 따라서 개인예산제도의 비용 증가는 고령화 혹은 고령자들의 개인예산제도 사용 증가로 인해서라기보다 기

존에 비공식적으로 가정에서 가족, 친지, 이웃 등에게 도움을 받던 젊은층 사람들이 제도권 내의 공식적 요양서비스로 신규 편입된 효과가 더 크다고 할 수 있다. 장기요양서비스의 대다수 이용자가 고령자임을 감안할 때, 개인예산제도는 전체 장기요양서비스의 비용감축, 서비스 이용자의 효용증대라는 원래의 정책목표에 부합하는 결과를 도출하지 못했음을 알 수 있다. 특히 장기요양서비스의 주 수요자인 고령층에게 효과적인 정책이 되지 못하였다.

2007년 네덜란드는 AWBZ에서 제공하던 가사지원서비스(home help)를 WMO로 이양하였다. 이를 통해 각 지역에 존재하던 사회적 지원 서비스와의 정책통합을 구축하기 위함이었다. WMO 이양 이후 가사지원서비스 운영권은 각 지방정부가 갖게 되었으며, 각 지방정부는 중앙정부에서 지원받는 금액과 가사지원서비스를 이용하는 사람들의 개인 부담금(co-payment)으로 재원을 마련한다. 개인 부담률은 기존의 AWBZ와 동일한 방식으로 설정될 수도 있고, AWBZ에서 설정된 최대치를 초과하지 않는 한 지방정부별로 정할 수도 있다. 또한 개인이 이용하는 가사지원서비스의 비용을 초과하지 않으면, 지방정부는 개인부담액을 자유롭게 정할 수 있다. 예컨대, 저소득층에게 개인부담률을 0으로 하고, 상위 소득층에게는 높은 부담률을 산정하여 가사지원서비스 비용을 부담시킬 수 있다. 마련된 재원을 바탕으로 요양서비스를 구매하며, 지방정부는 요양서비스가 필요한 사람들의 수급여부를 평가한다(Erik Schut 외 2013). 기본적으로 지방정부는 운용된 예산 잉여금에 대해서는 다른 부문에 활용할 수 있으며(윤성주 2013), 부족분에 대해서는 지방정부 스스로 마련해야 한다(Esther Mot 2013). 이를 통하여 지방정부에게 역할을 부여하여 각 지역에 맞는 지원서비스를 가능하게 하며, 동시에 지방정부 입장에서는 불필요하게 소요되는 비용을 줄이고자 하는 인센티브를 얻게 된다.

따라서 지방정부는 가사지원서비스 구매 시, 가격경쟁력이 있는 서비스 제공자를 찾는다. 이로 인해 가사지원서비스 시장에서 공급자 간의 가격경쟁이 생기고, 비용 절감 방안이 마련된다. PWC(2008) 보고서에 따르면 2008년 가사지원서비스의 시간당 평균 비용 가격(average cost price)은 21.54 유로였지만, 실제적으로 지방정부에 제공되는 가격은 시간당 평균 19.14 유로였다(Esther Mot 2010). 결국 비용을 고려한 가격과 실제 제공하는 가격의 차이는 서비스 제공자 부담으로 귀결되었다. Erik Schut(2013)에 따르면, 전체적으로 지방정부는

2007년 정부지원금 12억 유로 중 150백만 유로를 절감하여, 잉여 금액인 150백만 유로의 예산을 필요한 다른 부분에 사용할 수 있게 되었다. 그러나 가사지원서비스 가격하락 부담은 서비스 제공자에게 전가되므로, 서비스 질이 상대적으로 저하될 여지가 있으며, 가사지원서비스 종사자들의 임금 하락 등의 반대급부가 발생할 가능성이 존재한다. 아직까지 서비스 질 하락 여부에 대한 평가에는 일관된 실증분석 결과가 없지만(Erik Schut 2013) 높은 서비스 질 기준은 현재까지는 유지되는 것으로 조사되고 있다. de Klerk 외(2010)의 설문조사에 따르면 가사지원서비스가 지방정부로 이양된 후, 가사지원서비스 이용자 만족도는 10을 기준으로 평균 8로 평가되었다(Esther Mot 2010).

더불어 생각해 볼 수 있는 반대급부는, 지방정부는 강력한 비용절감 인센티브를 갖게 되므로, 가사지원서비스 대상자에게 시설서비스 이용을 권할 수 있다는 점이다. 왜냐하면 시설서비스는 중앙정부에 의해서 운영되기 때문에, 지방정부가 비용을 중앙정부로 전가시킬 수 있기 때문이다. 이러한 도덕적 해이를 사전에 막기 위해 중앙정부는 시설서비스 이용 비율을 감소시킨 지방정부에 대해서 경제적 보상을 고려하고 있다(윤성주 2013).

2.1.3. 최근 정책 방향

첫째, 개인예산제도 체계를 개선하도록 하였다. 앞서 언급되었듯이, 2003년 시행된 개인예산제도 정책은 장기요양서비스 주 이용자층인 고령층에게 별다른 효과를 주지 못했으며, 오히려 수급자 수와 이용을 증가시켜 전체적인 비용 증가를 가져오게 되었다. 특히 급격히 증가된 수급자층은, 만성적인 질병 및 일상생활에서의 어려움을 겪는, 즉 가사지원 필요도가 높은 계층이 아니라 정신적인 문제를 안고 있는 18세 이하 청소년 계층, 신체적 문제가 있는 성인계층이었다. 이에 네덜란드 정부는 관대한 수급자격 조건을 수정하여 2012년부터 대상범위를 시설요양서비스 필요 등급 사람들로 제한하였다. 또한 개인예산제도를 통해 시설기관을 이용하는 사람 수를 제한시켰고, 개인예산제도 신규 이용 대상자들은 장기요양서비스 구매를 대행해 주는 사람 및 단체를 이용할 수 없으며, 또한 개인예산제도를 통해 지급되는 현금은 본인 명의의 통장으로 지급되도록 조항을 바꾸었다(윤성주 2013).

둘째, 가사지원서비스를 지방정부로 이양한 것을 다른 분야에도 확대하도록

하였다. 중앙정부는 2013년까지 지역사무소가 장기요양서비스를 구매, 중개하는 것을 없애고 대부분의 장기요양서비스 구매책임을 보험 가입자가 지도록 하였다. 즉, 기존에는 지역사무소가 서비스 대상자의 보험회사와 상관없이 모든 지역 거주자들을 위해 장기요양서비스를 구매하도록 되어 있었는데, 이를 변경하여 개개인의 보험을 고려하여 직접 장기요양서비스를 구매하도록 하였다. 또한 2007년에 가사지원서비스를 지방정부로 이양한 것에 더하여, 2013년에 가벼운 정신장애가 있는 젊은 사람들에 대한 보조와 케어를 지방정부에 이양하였다. 이 부분의 예산은 대략 20억 유로에 해당한다(Erik Schut 외 2013).

셋째, 장기요양서비스의 통합이다. 아직까지 구체적인 정책이 형성되진 못했지만, 기본적인 아이디어는 비슷한 특성을 지닌 장기요양서비스를 하나의 체계로 정리하여 중복된 부분을 줄여 효율성을 높이도록 하는 것이다. 예컨대, 병원입원 후에 일시적인 재활서비스가 필요한 경우, 기존에는 AWBZ를 통해서 지원을 받을 수 있었는데, 이를 건강보험제도(ZVW)로 이양하여 재활서비스를 받게 하는 것이다. 즉, 건강보험제도를 통해 병원입원과 사후 재활서비스를 연계하여 받도록 하는 것이다. 이러한 정책은 결국 AWBZ 제도가 만성적 질병을 지닌 수급대상자에게 집중시키는 결과를 가져올 것이다.

지금까지 언급된 장기요양서비스와 관련된 정책들을 일목요연하게 정리하면 <그림 2-4>와 같다. <그림 2-4>는 앞서 설명된 정책들을 도표로 정리한 것이다. 가장 특징적인 장기요양 관련 정책 변화는 지방분권화, 장기요양서비스와 의료서비스의 비슷한 특성을 가진 부분의 연계·통합, 그리고 소비자의 의사결정력 확대로 꼽을 수 있다.

그림 2-4. 네덜란드 정부 장기요양서비스 제도 변화

자료: Ministry of Health, Welfare and Sport, Erik Schut 외(2013: 26) Box 6 재인용.

2.2. 미국

2.2.1. 정책 현황

미국의 장기요양서비스 제도는 1965년에 처음 시작되었다. 미국의 경우 네덜란드와 한국과 달리, 자산조사기반에 근거한 사회보장체제로 장기요양서비스를 제공한다. 즉, 자산조사기반에 근거해서 자산조사기준점을 충족한 저 소득층에게는 정부가 장기요양서비스 비용을 부담하며, 기준에 부합하지 못한 사람은 자신이 직접 비용을 부담해야 하거나, 민간장기요양보험을 이용하여 비용을 지불해야 한다. 사회보험방식으로 보편적 장기요양서비스를 제공하는 한국과 매우 차이가 있다고 볼 수 있다.

미국 정부에서 장기요양서비스와 관련해 제공하는 의료보험은 크게 두 가지 형태—Medicare, Medicaid—로 나뉜다. Medicare는 65세 이상의 고령자에게 지급되는 의료보험으로서, 의료서비스와 치료가 필요한 전문장기요양서비스, 재가요양서비스에 대한 지원을 하고 있다. 그러나 고령자들이 많이 이용하고 있는 보호적(custodial) 장기요양서비스에 대한 지원은 제외되며, 치과진료 역시 제외되고 있다. 또한 재가요양서비스를 지원받는다 하더라도 24시간 지원이 필요한 경우는 제외되며, 집으로의 식사배달, 주택개보수 서비스, 개인적 케어(Personal care)는 해당되지 않는다.[10] 일반적으로 Medicare는 시설요양서비스를 매우 제한적으로 제공한다. Medicare를 통해서 시설요양서비스를 이용하기 위해서는 병원에 최소 3일 이상 입원 후, 단순히 요양서비스가 필요할 뿐 아니라 집중 케어—예를 들어 심한 화상치료 등—가 필요한 경우이어야 한다. 장기요양시설 입소 후 1일부터 20일까지 모든 비용은 Medicare를 통해 정부가 지불하며, 21일부터 100일까지는 서비스 이용자가 본인부담금을 일부 지불하나 대부분의 비용은 정부가 담당한다. 그러나 100일 이후부터 발생하는 모든 비용은 본인 비용으로 부담해야 한다. 이에 반해 Medicaid는 장기요양서비스와 관련된 비용을 정부가 지불한다. 하지만, 수급 대상자가 되기 위해서는 소득과 자산에 대한 기준을 충족해야 하므로, 제한적 장기요양서비스를 제공하고 있다.

기본적으로 미국의 장기요양서비스는 국가 중심의 정책이기보다는 민간 중심의 정책이라고 말할 수 있다. 그러나 전체 시설요양서비스에서 차지하는 정부지출 부담률은 60%에 육박하고 있으며(Lakdawalla 2003), 2012년 전체 재가요양서비스에서는 정부가 81%의 비용을 부담하였다(CMS report 2012, 2013). 금액으로 환산하면, 시설요양서비스에 약 900억 달러, 재가요양서비스에 약 630억 달러를 지출하였다(CMS report 2012, 2013).

정부가 보편적으로 제공하는 사회보험제도로서 장기요양서비스를 운영하지 않음에도 불구하고 장기요양서비스에서 정부가 지출하는 금액이 상당 부분 차지하는 이유는, 장기요양서비스를 이용하기에는 개인이 부담해야 하는 금액이 매우 크기 때문이다. 시설요양서비스의 경우, 2012년 기준 하루에 평균 지불해야 하는 비용이 248달러이며, 이를 1년 단위로 환산했을 경우, 90,520달러에 이

10 미국의료보장센터(http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/not-covered/item-and-services-not-covered-by-part-a-and-b.html, 2014. 8. 26.)

른다. 재가요양서비스의 경우, 2012년 기준 시간당 평균 금액은 21달러이며, 만약 하루에 6시간 사용한다면, 126달러를 지불해야 한다. 1년으로 계산하면, 45,990달러이다. 장기요양서비스 이용자 대부분이 은퇴를 한 고령자 층임을 고려하면, 고 자산그룹을 제외하고 일반적인 중산층이 이러한 금액을 부담하기에는 무리가 따른다.

결국 본인이 부담할 수 없는 비용을 지불하는 방법은 민간장기요양보험을 들어 보험을 통해 지불하거나, Medicaid의 수급자가 되어 정부 지원을 받는 방법 밖에는 없다. 그러나 현실적으로 장기요양서비스가 필요한 고령층의 경우 민간장기요양보험을 가입한 사람은 전체 65세 이상의 노인의 10%에 지나지 않으며,[11] 기존 연구에서 민간장기요양보험은 장기요양서비스에 큰 영향을 주지 못하는 것으로 분석되었다. 결국에 장기요양서비스 비용을 감당하지 못하는 개인은 Medicaid의 수급자가 되어 장기요양서비스를 받는 것을 택하게 된다. 많은 연구에서 Medicaid 수급자가 되기 위해, 자산을 고의적으로 감축하고 결국 Medicaid를 통해 장기요양서비스를 받는 것으로 나타났다. 그러므로 Medicaid의 수급자는 시간이 지남에 따라 증가되고, 결국에는 정부지출이 증가하는 데 일정 부분 기여하는 것으로 보여진다.

장기요양서비스에 대한 지속적인 정부지출 증가는 미국 정부에 부담이 되고 있고, 문제는 향후 고령화 사회가 예상되는 가운데 장기요양서비스 관련 비용증가는 더욱 커지게 될 것이라는 데 있다. 따라서 지출구조를 개선하지 않는 한, 이러한 문제는 더욱 심화될 것으로 보인다. <그림 2-5>는 이를 잘 나타내고 있다.

---

11 Health and Retirement Survey(1998~2008).

그림 2-5. 장기요양서비스에 대한 미국 정부지출 금액

단위: 10억 달러

주 1) 장기요양지출 항목 중 fee-for-service 지출만 포함.
2) 65세 이상 노인 대상으로 비용추계.
자료: Congressional Budget Office report(2013: 25). Exhibit 16 재인용.

<그림 2-5>에서 첫 번째 그래프는 Medicare를 통해서 지출되는 항목 중 fee-for-service의 장기요양서비스 비용 및 비용추계를 연도별로 나타낸 그래프이며, 두 번째 그래프는 Medicaid를 통해서 지출되는 fee-for-service와 관련된 장기요양서비스 관련 비용 및 비용추계이다. 시설요양서비스와 재가요양서비스를 합한 공식적 장기요양서비스에 Medicare와 Medicaid를 통한 정부지출[12]은 1995년 약 530억 달러에서 2013년 대략 1100억 달러로 증가하였다. 이러한 비

12 이 금액은 <그림 2-5> 주석에서 언급한 대로 fee-for-service 금액만을 포함한다.

용증가는 지속될 것으로 전망되는데, 추계 결과에서 보듯이 2023년에 이르면 장기요양 관련 정부지출은 2,100억 달러에 달할 것으로 예상된다.

2.2.2. 최근 정책 변화 및 평가

이러한 논의를 바탕으로 2010년 미국 정부는 「의료보험법」을 대대적으로 개혁하였다. 2010년 3월 23일 미국 오바마 대통령은 'Affordable Care Act("ACA")'에 서명을 하였다(Peter R. Orszag 2010). 이로 인해 장기요양제도와 관련한 새로운 정책이 수립되어 일부 정책은 실행되고 있다. ACA에 포함된 장기요양서비스와 관련된 정책은 5개—'CLASS Act 정책', '장기요양서비스 재균형 정책', '인력채용 및 인력보유 강화 정책', '시설요양서비스 질 향상 정책', '만성적 케어 서비스의 연계 조정 정책'—로 압축된다. 전반적으로 장기요양서비스의 비용을 절감하며 동시에 서비스 질을 높이고자 새로운 정책들을 마련하였다.

'CLASS Act 정책'은 18세 이상의 사람 중, 근로자이며 최소한의 소득 요건만 충족되면, 누구에게나 열려있도록 하였다. 보험부담액은 나이 기준으로 책정되도록 하였으며, CLASS의 수급대상자는 5년 동안 보험을 납부하였고, 이 중 3년 동안 소득은 사회보장수급액(Social Security Benifits)의 1/4[13]보다 많아야 한다. 그리고 최소한 2~3개의 일상생활 어려움이 있거나, 인지 장애, 혹은 이와 동등한 장애가 있으면 수급자가 될 수 있다. 수급자로 선정될 경우, 하루 평균 최소 금액으로 50 달러가 지급되며, 신체적 기능과 물가상승률에 따라 조정되도록 하였다. 그러나 위 정책은 집행되기 전에 최종적으로 폐지되었다. 가장 큰 이유는 이 정책의 집행 이후 향후 지불능력이 의심되었기 때문이다(Gleckman 2011).

'장기요양서비스 재균형 정책'은 시설요양서비스로 편향된 장기요양서비스를 재가요양서비스로 유도하기 위한 정책방안이다. 우선 첫 번째로 기존의 Medicaid에서는 지역사회 내에 살고 있는 배우자를 빈곤으로부터 보호하기 위해 자산소득 시 부부 공동 자원 및 자산에 대해서 일정 부분 보호해 주었는데, 시설요양서비스 이용자에게만 혜택을 주었다. 2010년 ACA의 도입으로, 시설요양서비스에서만 국한되었던 이러한 혜택이 재가요양서비스를 이용하는 사람들에게도 동일하게 적용되도록 기존 제도를 확대하였다. 두 번째로 일명 'Money Follows the

13 2011년 기준으로 하면, 1,120달러이다.

Person'이라는 정책인데, 시설요양서비스에서 재가요양서비스로 전환된 사람이 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 예를 들어 걷는 데 지장이 있던 사람의 경우, 걷는 데 불편을 줄이고자 집안을 수리하는 데 사용되는 금액 등을 지원해 주는 제도이다. 기존에는 장기요양시설에서 최소 6개월 이상 거주자를 대상으로 실시했는데, ACA에서는 이 기간을 90일로 축소하였다. 세 번째는 'Balancing Incentive Program'으로 각 주 정부에게 시설요양서비스 대신 재가요양서비스를 확대하도록 인센티브를 부여하는 제도이며, 2011년 10월부터 시행되었다. 기본적으로 2009년에 Medicaid의 의료 보조로 지출한 금액 중, 요양서비스 항목에서 재가요양서비스를 50%로 채우지 못한 주 정부는 중앙정부에 신청하여 지원금을 받을 수 있다. 그러나 정해진 기간 내에 일정 비율의 재가요양서비스 이용률 요건을 충족시켜야 하며, 각 주가 받을 수 있는 전체 지원 금액은 2011년 10월부터 2015년 9월까지 총 3억 달러를 초과할 수 없다.[14]

'인력채용 및 인력보유 강화 정책'은 서비스 제공자의 처우를 개선함과 동시에 요양시설에서 발생하는 학대 등을 방지하기 위해, 정부가 근무자들의 범죄기록을 체크하며, 치매와 요양시설에서 발생하는 학대 등과 관련된 교육을 전문요양인력에게 강화하는 내용을 담고 있다.

'시설요양서비스 질 향상 정책'은 요양시설의 투명성을 강화하기 위해 각 요양시설의 조직 및 종사자에 대한 정보, 지출에 대한 정보, 윤리교육 실시여부 등을 공개하도록 하였다.

'만성적 케어 서비스의 연계 조정 정책'을 위해 ACA는 Center for Medicare and Medicaid Service 내에 새로운 사무실을 설치하기로 하였으며, 기존에 Medicare, Medicaid로 분리되어 시행되던 만성적 케어 서비스를 연계하고 조정하여 동일 서비스의 중복 수혜, 서비스 전달의 단절 등을 막아 비용의 효율성을 확보하고자 한다.

ACA 정책 효과를 지금까지의 자료를 통해 간략히 평가해 보면, 장기요양서비스 비용과 관련한 공통된 견해는 ACA는 일반적으로 비용을 감소시킬 것으로 예상되고 있다. 구체적으로 Center for Medicare & Medicaid(2011)에 따르면 ACA 정책을 반영했을 경우, ACA 정책이 반영되지 않는 경우에 비해 장기

---

14 미국의료보장센(http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/long-term-services-and-supports/balancing/balancing-incentive-program.html, 2014. 8. 27.).

요양서비스 관련 지출은 2013~2020년 동안 총 461억 달러가 감소할 것으로 전망되었다. 이를 좀 더 면밀히 살펴보면 <표 2-4>와 같다.

표 2-4. ACA에 따른 장기요양 관련 총비용[15] 절감 효과

단위: 10억 달러

ACA		2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*
반영안함 (A)	재가	48.7	52.6	57.8	62.1	68.3	71.9	76.3	81.1
	시설	112.1	117.0	126.5	132.8	137.0	140.7	145.6	152.1
반영(B)	재가	48.7	52.6	57.8	62.1	68.3	71.9	75.7	80.2
	시설	112.1	117.0	126.5	132.8	137.0	140.6	145.6	150.7
ACA 비용절감 효과(A-B)	재가	---	---	---	---	---	0	0.6	0.9
	시설	---	---	---	---	---	0.1	0	1.4

ACA		2013*	2014*	2015*	2016*	2017*	2018*	2019*	2020*
반영안함 (A)	재가	86.9	93.0	99.2	106.0	113.7	122.3	131.9	142.3
	시설	159.1	166.3	173.4	181.4	190.1	199.7	210.2	221.6
반영(B)	재가	85.7	92.0	97.7	103.5	109.7	117.6	126.5	136.1
	시설	157.3	164.5	171.8	179.6	188.2	197.7	207.7	218.4
ACA 비용절감 효과(A-B)	재가	1.2	1.0	1.5	2.5	4.0	4.7	5.4	6.2
	시설	1.8	1.8	1.6	1.8	1.9	2.0	2.5	3.2

주 1) Center for Medicare & Medicaid Services(2011). <표 2> 재구성.
2) *는 추계치를 의미한다.

15 정부지출, 민간지출 모두를 포함한 금액이다.

ACA를 통한 장기요양서비스 비용 절감 효과는 시간이 지날수록 커질 것으로 전망되었다. <표 2-4>에 따르면 ACA가 발효되는 시점인 2010년에는 재가, 시설요양서비스를 합친 비용절감이 1억 달러에 그쳐 ACA 효과가 미미할 것으로 예상되었지만, 2020년에 이르면 ACA로 인한 비용절감은 재가요양서비스 62억 달러, 시설요양서비스 32억 달러를 가져올 것으로 전망되었다.

그러나 ACA 정책의 효과에 대한 논의는 진행 중이며, 대부분의 연구는 시나리오에 따른 효과 분석이 주를 이루고 있다. 따라서 ACA 정책의 효과를 정확하게 평가하기 위해서는 좀 더 시간이 필요할 것으로 사료된다.

2.2.3. 최근 정책 방향

미국 중앙 정부는 ACA를 통하여 주 정부, 서비스 이용자, 서비스 제공자에 대한 정책을 변화시켰다. 첫째 주 정부에게는 전반적으로 시설요양서비스에 편중되던 장기요양서비스를 재가요양서비스로 전환하도록 경제적 인센티브를 제시하여 재가요양서비스를 더욱 사용하도록 유도하였다.

둘째, 서비스 이용자에게도 시설요양서비스에서 재가요양서비스를 사용하도록 경제적 유인과 함께 제도를 변경하였다.

셋째, 요양서비스를 사용하는 데 있어 기존의 분절되고 중복되던 요양서비스를 연계·조정하여 제공하도록 하였다.

넷째, 서비스 제공자 측면에서는 제공하는 서비스 질을 높이도록 제도적 장치를 마련하였다.

2.3. 네덜란드, 미국의 최근 정책 변화 공통점 및 한계

이 장에서는 네덜란드와 미국의 장기요양제도와 관련한 정책에 대해서 살펴보았다. 네덜란드는 사회보험방식을 기반으로 장기요양제도를 제공하지만, 미국의 경우는 자산조사기반에 근거한 사회보장체제로 장기요양서비스를 제공한다. 또한 네덜란드의 경우는 재가요양서비스가 중심이 된 장기요양서비스를, 미국은 시설요양서비스가 중심을 이루고 있다. 장기요양서비스를 제공하는 제

도, 중심을 두고 있는 서비스의 형태 등의 면에서 매우 이질적인 두 나라이지만, 최근 두 나라의 정책 변화를 살펴보면서 공통점을 발견하였다.

첫째, 두 나라 모두 분절되고 중복되는 장기요양서비스를 하나의 체계로 연계하거나 통합을 해 나가고 있다는 점이다. 이를 통해 비용효율성을 높이며 전달체계의 효율성을 높여 적시적소에 필요한 서비스가 전달되도록 하는 것이다.

둘째, 중앙정부가 장기요양서비스와 관련한 모든 권한과 책임을 갖는 것이 아니라, 지방정부(혹은 주 정부)에게 장기요양서비스와 관련된 일부 권한과 책임을 이양하면서 동시에 비용을 절감하도록 하는 경제적 인센티브를 부여하는 것이다. 그래서 각 지방정부(혹은 주 정부)가 스스로 경제적 비용을 절감하도록 노력하게 하며, 동시에 지역에 가장 알맞은 장기요양서비스 체계를 구축하도록 한다.

네덜란드, 미국 모두 거시적 측면에서 정책을 구성하며 조율하고, 그 전체적인 방향을 세웠지만, 대부분의 연구가 전체적인 틀에서 논의를 그치고 있다. 그러나 정책적 효과를 거두기 위해서는 거시적 측면뿐만 아니라 미시적 측면의 연구도 병행될 필요성이 있다. 장기요양서비스를 이용하는 사람들의 특성이 어떠한지, 어떤 특성을 가진 사람이 재가서비스 혹은 시설서비스를 더 이용하게 되는지, 이러한 분석 작업도 필요하다. 비록 새로운 정책이 경제적 비용 절감 효과를 가져와서 정부 전체 비용 측면에서 긍정적 효과를 얻는다 할지라도, 그 제도 안에 있는 사람이 체감하는 서비스의 질은 하락한다면, 정책으로서 평가될 때 성공한 정책이라고 말할 수 없기 때문이다.

특히 지방정부(혹은 주 정부)는 지역에 맞는 정책을 수립할 때, 각 지역에서 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 주요 요인들은 조금씩 다를 수 있다. 만약 주요 요인들이 사전에 분석된다면, 정책을 형성할 때 어떠한 점을 우선적으로 고려할지 판단하는 데 도움을 줄 수 있을 것이다.

그러나 지금까지의 연구는 정책에만 집중되어 있거나, 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 요인분석에만 집중되거나, 서로 분리되어 분석되고 있다.

본 연구에서는 이러한 한계에서 벗어나, 네덜란드와 미국의 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 주요 요인들을 분석해 보고, 앞서 언급된 최근 정책 방향과 연결지어 다시 생각해 보고자 한다.

제 3 장

장기요양서비스 이용자 특성

1. 장기요양서비스 이용자 특성 분석

1.1. 네덜란드

1.1.1. 자료

네덜란드의 자료는 Survey of Health, Aging and Retirement in Europe(“SHARE”)를 사용하였다. SHARE는 유럽의 19개국에서 2~3년 주기로 조사된 패널 데이터이다. 가구에 대한 정보와 함께, 각 가구에 속한 개인에 대한 인구학적 정보, 건강 및 의료 관련 정보, 가구 소득, 개인이 맺고 있는 사회적 네트워크, 어렸을 적 가정환경 등의 정보를 담고 있다. 네덜란드는 2004년, 2007년, 2008/09년, 2011년 총 4회에 걸쳐 조사되었다. 네덜란드에서는 2004년 4,707명의 응답자가 설문조사에 응하였다.

본 연구에서는 2004년, 2007년 자료만을 이용한다. 그 이유는 주요 변수인 재가요양서비스 이용을 나타내는 변수가 2008/09년, 2011년에는 조사되지 않았기 때문에 포함시키지 않는다.

설문조사 문항 중, 지난 12개월 동안 시설요양서비스 이용 여부, 지난 12개월 동안 재가요양서비스 이용 여부에 대한 응답이 있는데, 이 두 응답을 종속변수로 사용한다.

<표 3-1>는 네덜란드의 65세 이상 응답자의 2004년, 2007년 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 여부 질문에 대한 설문조사 결과이다.

표 3-1. 네덜란드 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 여부

단위: 명

서비스 형태	이용 여부	년도	
		2004	2007
시설요양서비스	이용하지 않음	1,770	1,346
	이용함	87	20
재가요양서비스	이용하지 않음	1,471	1,119
	이용함	313	243

자료: SHARE.

네덜란드 사람들은 시설요양서비스보다 재가요양서비스를 더 많이 이용한다. 2007년의 경우, 243명이 지난 1년 동안 재가요양서비스를 사용했다고 응답하였는데, 시설요양서비스는 20명만이 지난 1년 동안 사용했다고 응답하였다. 이 표를 분석하면, 네덜란드는 재가 중심으로 요양서비스를 이용하는 비율이 더 높다.

분석에 필요한 독립변수로는 인구학적 요인으로 나이, 결혼 여부, 성별을, 건강요인 변수로 건강상태, 일상생활에서의 어려움, 도구적 일상생활에서의 어려움, 만성 질병을, 경제적 요인으로 가구소득을 이용한다.[16]

선정된 독립변수들의 설명 및 통계량은 <표 3-2>와 <표 3-3>과 같다.

16 독립변수 선정은 우선 SHARE에서 사용 가능한 자료를 바탕으로, 기존 선행연구를 참조하여 각 변수에 대한 통계량 검정을 실시한 후 선정하였다.

표 3-2. 독립변수 설명(네덜란드)

변수	설명 및 측정
나이	65세 이상, 년도측정
성별	0: 남성 / 1: 여성
결혼유무	0: 독신, 이혼, 별거 / 1: 결혼, 동거
주관적 건강상태	0: 최상, 매우 좋음, 좋음 / 1: 보통, 나쁨
만성적 질병	
심장질환	0: 없음 / 1: 있음
고혈압	0: 없음 / 1: 있음
콜레스테롤	0: 없음 / 1: 있음
뇌졸중	0: 없음 / 1: 있음
당뇨	0: 없음 / 1: 있음
폐 관련 질환	0: 없음 / 1: 있음
관절염	0: 없음 / 1: 있음
암	0: 없음 / 1: 있음
알츠하이머	0: 없음 / 1: 있음
일상생활 어려움(지난 3개월 간 지속)	
옷 입는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
걷는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
목욕할 때 어려움	0: 없음 / 1: 있음
먹는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
침대에서 일어나는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
화장실 사용 어려움	0: 없음 / 1: 있음
도구적 일상생활 어려움	개수, 0: 최소 / 5: 최대
소득	분위, 1: 최소 / 10: 최대

자료: SHARE.

표 3-3. 독립변수 기초통계량(네덜란드)

변수	기초통계량	
나이	74.3세 (6.70)	
성별	남성: 41.57	여성: 58.43
결혼유무	결혼, 동거: 29.20	그 외: 70.83
주관적 건강상태	최상, 매우 좋음, 좋음: 39.4	보통, 나쁨: 60.6
만성적 질병		
심장질병	15.84	
고혈압	31.88	
콜레스테롤	16.24	
뇌졸중	5.6	
당뇨	11.74	
폐 관련 질환	7.85	
관절염	12.09	
암	6.55	
알츠하이머	1.62	
일상생활 어려움		
옷 입는데 어려움	5.29	
걷는 데 어려움	2.9	
목욕할 때 어려움	5.09	
먹는 데 어려움	2.15	
침대에서 일어나는 데 어려움	3	
화장실 사용 어려움	2.3	
도구적 일상생활 어려움	0.26개 (0.83)	
소득	4.43분위 (2.61)	

주 1) 측정단위가 따로 적히지 않은 숫자는 %를 의미함.
2) 괄호 안의 숫자는 표준편차임.
자료: SHARE.

네덜란드 응답자의 평균 나이는 74.3세[17] 이며, 커플이라고 대답한 사람은 전체 29%였다. 대부분 고령자이므로 자신의 건강이 좋다고 생각하기보다는 나쁘거나 보통이라고 생각하는 사람들이 더 많았다. 만성적인 질병의 경우, 고혈압 판정을 과거부터 지금까지 받은 적이 있다고 답한 사람이 31.88%로 가장 많았고, 그 다음으로 콜레스테롤, 관절염 순이었다.

일상생활의 어려움은 6가지 항목—옷 입고 벗기, 걷기, 목욕, 식사, 침대에서 눕고 일어나기, 화장실 사용—으로 측정되었다. 옷 입고 벗기, 목욕을 혼자 하는데 어려움이 있다고 응답한 사람의 비율이 가장 높았다. 참고로, SHARE 설문에서는 일상생활의 어려움을 지난 3개월 이상 겪었을 경우만 응답하도록 하였다. 만약 해당하는 일상생활 어려움을 3개월 미만으로 겪었을 경우는 제외하였다.

1.1.2. 실증분석

본 연구에서는 장기요양서비스에 영향을 미치는 주요 요인을 분석하기 위해 Cox-proportional hazard 모형을 사용한다.

Cox-proportional hazard 모형의 일반적 형태는 식 (1)로 표현된다.

$$h_i(t|X) = h_0(t)\exp onential(\beta' X_i) \quad \text{---------- 식 (1)}$$

$h_i(t|X)$는 설명변수 X가 주어진 상태에서 t 시점에서 개인 i의 hazard 함수를 의미한다. $h_0(t)$ 는 기저위험함수(baseline hazard)로 정의된다. 기저위험함수는 $X_i = 0$일 때, 즉 모든 설명변수가 0인 경우 나타나는 hazard를 의미한다. X_i는 설명변수이며, β는 추정하고자 하는 파라미터이다. Cox-proportional hazard 모형에서 기저위험함수에 대한 분포가정은 따로 주어지지 않으나, 모형에 의한 파라미터 추정이므로 반모수적(semi-parametric) 모형이라고 할 수 있다.

---

17 나이가 소수점이 나온 이유는 나이를 계산할 때, 태어난 연도와 달을 기준으로 현재의 연도와 달을 비교하여 계산하였기 때문이다. 참고로, 본 연구에서는 65세 이상의 응답자만을 연구대상으로 삼았기 때문에 SHARE 전체 sample보다 나이가 높게 나왔다. 65세 이상의 응답자만을 선정한 이유는 65세 이상부터 고령자로 분류되기 때문이며, 둘째, 미국의 경우 65세 이후부터 보편적 정부 의료보험인 Medicare를 수급할 수 있는 나이가 되는데, 미국과 측정범위를 맞추기 위함이다.

본 연구에서 Cox-proportional hazard 모형이 의미하는 바는 시설요양서비스를 이용하기 전 또는 재가요양서비스를 이용하기 전까지의 기간(duration)에 근거하여 각 설명변수의 변화가 t시점에서 위험함수(hazard function)에 미치는 상대적 영향력을 측정하는 것이다.

Cox-proportional hazard 모형을 사용한 이유는, 패널 데이터의 경우 동일한 개인의 정해진 조사시점 동안의 추적조사이므로 조사 기간 동안 반복되는 선택의 상황에 놓일 수 있다. 예를 들어, 장기요양서비스를 받는 사람 중에 2004년 재가요양서비스를 받고 2007년에 또 다시 재가요양서비스를 받는 예를 생각해 보면, 이런 경우 일반적인 회귀분석을 실시하면 2007년의 재가서비스 선택이 2004년의 선택과 연관될 가능성이 매우 높기 때문에 오차항 간의 상관관계가 존재할 가능성이 매우 높다. 이렇게 추정된 계수는 편향(biased)되기 때문에 결과 해석을 할 때 정확한 판단을 내릴 수 없다. 그래서 본 연구에서는 Cox-proportional hazard 모형을 사용하여 장기요양서비스 수요 요인을 파악한다.

종속변수는 시설요양서비스, 재가요양서비스를 사용하기까지의 기간(duration)[18]이며, 독립변수는 앞서 언급된 <표 3-2>의 변수들을 사용한다. 참고로 네덜란드의 경우 SHARE 설문 조사 시 만성적 질병을 물어볼 때, 과거로부터 현재까지 해당되는 질병을 의사로부터 판명 받았는지를 표시하도록 하였다. 즉, 설문조사가 시작되기 이전부터 해당되는 질병을 의사가 판정한 적이 있는지 물어보았다. 이는 지난 3개월 동안 일상생활에서 어려움이 있었는지 물어보는 질문과 연관될 수 있다. 다시 말하면, 현재 겪고 있는 일상생활에서의 어려움이 과거 질병으로부터 기인한 것인지 아닌지 판단할 수 없으며, 만약 과거 질병으로부터 기인했다면, 이는 변수들 간의 다중공선성을 발생시키므로 측정 결과를 신뢰할 수 없다. 따라서 여기서는 만성적 질병만을 고려한 모델, 일상생활에서의 어려움만을 고려한 모델로 분리하여 부분 모형으로 측정하였다.

---

18 SHARE자료의 경우, 응답자가 시설요양서비스, 재가요양서비스 사용 여부에 대한 조사 항목이 있으나, 시설요양서비스, 재가요양서비스를 이용한 정확한 시점에 대한 자료는 없다. 본 연구에서는 이를 대신하여 응답자의 나이로 duration을 계산한다. 즉, 장기요양서비스를 받지 않았을 때 나이와 장기요양서비스(시설요양서비스, 재가요양서비스)를 받을 때의 나이를 이용해 duration을 구해 모형을 측정한다.

1.1.3. 분석 결과 및 해석

표 3-4. 분석 결과(네덜란드)

변수	시설요양서비스	재가요양서비스
	Hazard ratio	Hazard ratio
성별	1.1610*	1.3192**
결혼유무	1.0398	0.8160
주관적 건강상태	1.0398	1.3731***
만성적 질병		
심장질병	1.2933	1.1433
고혈압	0.8950	1.0870
콜레스테롤	1.3563	1.5900***
뇌졸중	1.6364	1.0548
당뇨	1.2534**	1.7349***
폐관련 질환	1.0072	1.4468**
관절염	1.6132	1.9541***
암	0.0002	1.3724*
일상생활 어려움		
옷 입는 데 어려움	1.6056	1.2517
걷는 데 어려움	0.0969**	0.7068
목욕할 때 어려움	1.2084	1.1429
먹는 데 어려움	0.4705	0.3245***
침대에서 일어나는 데 어려움	1.7484*	1.0484**
화장실 사용 어려움	1.9390*	0.7935
도구적 일상생활 어려움	1.2061	0.9480
소득	0.9811	0.9311

주: *, **, ***은 10%, 5%, 1%의 유의수준에서 유의함을 나타냄.
자료: SHARE.

위의 결과를 보면, 시설요양서비스를 선택하는 사람과 재가요양서비스를 선택하는 사람의 특성이 다름을 알 수 있다. 여자일수록, 당뇨병이 있거나, 침대에서 눕고

일어나는 데 불편함이 있는 사람, 화장실 사용이 힘든 사람일수록 시설요양서비스를 받을 확률이 많아진다. 반대로 걷는 데 어려움이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 시설요양소를 들어갈 위험이 낮다. 시설요양서비스에 영향을 미치는 요인들 중 가장 영향력 있는 변수는 화장실 사용의 어려움이었다. 화장실 사용이 용이한 사람에 비해, 어려움이 있는 사람일수록 시설요양서비스를 받을 위험이 93% 높아진다. 그 다음이 침대에서 일어나는 데 어려움이 있는 사람인데, 시설요양서비스를 받을 위험은 침대에서 일어나는 데 어려움이 없는 사람에 비해 74%가 높다.

재가요양서비스의 경우, 여자인 경우 재가요양서비스를 이용할 확률이 31% 높아지며, 주관적 건강상태가 보통이거나 나빠질 경우, 37% 높아진다. 만성적 질병과 관련해서 콜레스테롤, 당뇨, 폐질환, 관절염, 암이 있는 사람일수록 재가요양서비스 이용 확률이 높아진다. 콜레스테롤이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 재가요양서비스 이용 위험은 59% 상승하며, 당뇨는 73%, 폐질환은 44%, 관절염은 95%, 암은 37% 상승시킨다. 또한 침대에서 일어나는 데 어려움이 있는 사람일수록 재가요양서비스 이용 확률은 높아진다. 반대로 먹는 데 어려움이 있는 사람은 오히려 재가요양서비스 이용 확률은 낮아진다.

위의 결과를 통해 공통적으로 알 수 있는 사실은 여성이 시설요양서비스, 재가요양서비스 모두를 이용할 확률은 남성에 비해 높다. 이는 여성이 남성에 비해 평균 수명이 높고, 남성의 경우 대부분 배우자에게 가정에서 비공식적 케어를 받기 때문인 것으로 보인다. 또한 당뇨와 침대에서 일어나는 데 어려움이 있는 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 시설요양서비스, 재가요양서비스 모두를 이용할 확률이 높아진다.

위 결과에서 보이는 주목할 만한 사실은 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용을 결정짓는 주요 요인은 다르다는 점이다. 특히 만성적 질병의 경우, 시설요양서비스보다는 재가요양서비스에 더 큰 영향을 미치며, 일부 일상생활에서의 어려움을 나타내는 변수는 재가요양서비스보다 시설요양서비스에 더 큰 영향을 미친다.

위 결과에 근거하면, 여러 질병 중 네덜란드 정부는 특히 당뇨를 예방적 차원에서 관리할 수 있는 정책이 필요하다. 시설요양서비스, 재가요양서비스의 이용 위험도를 모두 높이므로 예방서비스를 통하여 당뇨의 발병률을 전체적으로 낮출 수 있다면, 장기요양서비스의 이용을 낮출 수 있으며, 따라서 비용절감 효과를 가져올 수 있을 것이다.

또한 시설요양서비스와 재가요양서비스의 이용률을 점차 줄여나가기 위해서는 하나의 통합된 정책이 아니라, 상황에 맞게 조정될 필요성이 있다. 즉, 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용에 영향을 미치는 주요 요인은 서로 다르게 나타나고 있다. 특히 재가요양서비스의 경우, 만성적 질병 관리 및 만성적 질병으로의 진행을 늦추는 예방적 서비스가 향후 매우 중요하게 다뤄져야 할 정책으로 보인다.

1.2. 미국

1.2.1. 자료

미국 자료는 Health and Retirement Survey(“HRS”)를 이용하여 장기요양서비스 이용에 주요한 영향을 미치는 요인들을 파악하고자 한다. HRS는 2년을 주기로 개개인을 추적한 조사로, 1992년 처음 시작하여 현재 2012년까지 조사가 완료되었다. 50세 이상의 미국인을 대상으로 하며, 약 22,000명을 조사하였다. SHARE가 HRS를 참고하여 만든 패널 자료이므로, 두 자료의 구조는 매우 유사하다. HRS에서도 개개인의 인구학적 정보, 건강, 자산, 소득, 고용, 가족구조 등에 관한 설문조사를 한다.

가구의 정보뿐만 아니라, 가구를 구성하고 있는 본인과 배우자에 대한 정보를 수집한다. 본인의 경우, 50세 이상의 나이 제한을 두고 있지만 배우자는 나이 제한 없이 설문 조사를 한다.

본 연구에서는 65세 미만 응답자, 1992년, 1994년의 자료는 제외한다. Medicare는 65세 이상에게만 지급되므로, 65세 미만의 응답자는 제외하며, 1992년을 제외한 이유는 장기요양서비스의 한 형태인 특별건강시설(Special health facilities)의 이용 여부가 조사되지 않았기 때문이며, 1994년을 제외한 이유는 주요 독립변수 중 하나인 일상생활에서의 어려움이 1996년부터 일관되게 조사되었기 때문이다.

1992년, 1994년, 65세 미만 응답자를 제외한 응답자의 매 해 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 비율을 <표 3-5>에 나타내었다.

표 3-5. 미국 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용 비율

단위:%

	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010
재가요양 서비스	0.15	0.15	0.14	0.14	0.15	0.16	0.17
시설요양 서비스	0.07	0.07	0.07	0.10	0.10	0.12	0.13
총응답자(명)	8,511	9,541	8,298	7,176	6,225	5,344	4,542

자료: HRS.

HRS 자료로부터 재가요양서비스, 시설요양서비스의 이용도를 살펴보았다. 재가요양서비스를 이용한다고 답한 사람은 매년 대략 15%에서 17% 정도로 나타났고, 시설요양서비스를 이용한다고 답한 사람은 7%에서 13%였다. 시설요양서비스보다는 재가요양서비스를 이용한다고 답한 사람이 많았지만, 상승률로 보면 시설요양서비스가 더 상승하였음을 볼 수 있다.

비록 장기요양서비스를 이용하는 비율에는 큰 변화가 없는 것으로 보이지만, 실제 장기요양서비스와 관련된 정부지출을 살펴보면 큰 폭으로 변화된 것으로 나타난다. CMS report(2012)에 따르면, 시설요양서비스 정부 총지출액은 1996년 730억 달러에서 2012년 1,340억 달러로 증가했으며, 재가요양서비스는 2012년 기준으로 630억 달러를 지출하는 것으로 나타났다. 미국은 네덜란드에 비해 시설요양서비스에 정부지출이 집중되어 있으며, 이용도 또한 네덜란드에 비해 상당히 높음을 볼 수 있다.

분석을 위한 독립변수로는 네덜란드의 경우와 마찬가지로 인구학적 요인으로 나이, 결혼 여부, 성별을, 건강 요인 변수로 건강상태, 일상생활에서의 어려움, 도구적 일상생활에서의 어려움, 만성 질병을, 경제적 요인으로 가구부, 소득을 이용한다. 그리고 미국의 경우 Medicaid 변수를 추가로 분석한다. 분석에 사용된 독립 변수들의 설명 및 통계량은 <표 3-6>, <표 3-7>과 같다.

표 3-6. 독립변수 설명(미국)

변수	설명 및 측정
나이	65세 이상, 년도측정
성별	0: 남성 / 1: 여성
결혼유무	0: 결혼, 동거 / 1: 독신, 이혼, 결혼한적 없음
주관적 건강상태	0: 최상, 매우좋음, 좋음 / 1: 보통, 나쁨
만성적 질병	
고혈압	0: 없음 / 1: 있음
당뇨	0: 없음 / 1: 있음
암	0: 없음 / 1: 있음
폐 관련 질환	0: 없음 / 1: 있음
심장질환	0: 없음 / 1: 있음
뇌졸중	0: 없음 / 1: 있음
심리적문제	0: 없음 / 1: 있음
관절염	0: 없음 / 1: 있음
기억장애	0: 없음 / 1: 있음
일상생활 어려움	
걷는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
옷 입는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
목욕할 때 어려움	0: 없음 / 1: 있음
먹는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
침대에서 일어나는 데 어려움	0: 없음 / 1: 있음
화장실 사용 어려움	0: 없음 / 1: 있음
도구적 일상생활 어려움	개수, 0: 최소 / 5: 최대
가구소득	분위, 1: 최소 / 4: 최대
가구자산	분위, 1: 최소 / 4: 최대
Medicaid	0: 없음 / 1: 있음

자료: HRS.

표 3-7. 독립변수 기초통계량(미국)

변수	기초통계량	
나이	78.4세 (6.80)	
성별	남성: 44.27	여성:55.73
결혼유무	결혼,동거:53.70	그 외: 46.30
주관적 건강상태	최상,매우좋음,좋음: 63.87	보통, 나쁨: 36.13
만성적 질병		
고혈압	58.95	
당뇨	17.93	
암	17.37	
폐 관련 질환	10.99	
심장질환	33.63	
뇌졸중	11.85	
심리적문제	13.7	
관절염	64.86	
기억장애	5.56	
일상생활 어려움		
걷는 데 어려움	12.87	
옷 입는 데 어려움	15.72	
목욕할 때 어려움	14.26	
먹는 데 어려움	6.93	
침대에서 일어나는 데 어려움	9.78	
화장실 사용 어려움	9.93	
도구적 일상생활 어려움	0.61개 (1.30)	
소득	2.48분위(1.43)	
자산	2.47분위(1.44)	
Medicaid	10.59	

주 1) 측정단위가 따로 적히지 않은 숫자는 %를 의미함.
2) 괄호 안의 숫자는 표준편차임.
자료: HRS.

표본 집단에 속한 미국인들의 평균 연령은 78.4세이며, 미국은 결혼 혹은 파트너가 있다고 답한 비율이 53%로 네덜란드보다 비율이 높았으며, 주관적 건강상태가 최상, 매우 좋음, 좋음으로 응답한 사람이 63.87%였다. 나쁘거나 보통이라고 응답한 사람은 36.13%로 네덜란드와 결과가 뒤바뀌어 나왔다. 미국인들이 네덜란드인에 비해 본인의 건강상태에 대해 긍정적으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 특이한 점은,

객관적 건강상태를 나타낼 수 있는 만성적 질병 유병률은 미국인이 네덜란드인에 비해 높다는 점이다. 본인 스스로 건강에 대해 긍정적으로 평가하는 사람이 많았지만, 객관적인 수치로 보여지는 미국인들의 건강상태는 네덜란드인보다 나쁜 것으로 보인다. 미국인들이 가장 많이 가지고 있는 만성 질병은 관절염, 고혈압, 심장질환, 당뇨, 암 등의 순서로 나왔다. 참고로 HRS에서 만성 질병은 두 가지 방법으로 측정되었다. 첫 번째는 네덜란드처럼 조사가 시작되기 전을 포함해서 과거로부터 해당 질병을 의사에게 판정을 받았는지 여부를 묻는 질문과 현재 설문조사 당시에 의사가 해당 질병을 판정했는지를 묻는 질문으로 나뉜다. 첫 번째 자료는 과거로부터 지금까지 판정된 것을 물어보기 때문에 앞서 언급된 일상생활에서의 어려움과의 다중공선성의 문제가 발생할 가능성이 있으며, 또한 과거로부터 지금까지의 기간 동안 판정을 받고 그 후에 치료가 되었을 가능성이 있으나, 이를 설문 조사에서는 포함하지 않는다. 이런 경우 추정된 계수가 과대 추정되었을 가능성이 있다. 네덜란드에서는 전자의 자료만 조사되었지만, 미국에서는 두 가지 자료 모두 이용 가능하므로 본 연구에서는 후자의 자료—현재 해당 질병 판정 여부—를 이용한다.

일상생활에서의 어려움은 옷을 입을 때 어려움이 있다고 응답한 비율이 가장 높았으며, 다음으로는 목욕, 걷는 것 순으로 어려움이 있다고 응답하였다.

1.2.2. 실증분석

네덜란드와 마찬가지로 Cox-proportional hazard 모형을 사용하여 장기요양서비스에 영향을 미치는 주요 요인을 분석한다. 앞서 마찬가지로, 시설요양서비스, 재가요양서비스 나누어 주요 요인을 분석하며, 종속변수는 시설요양서비스, 재가요양서비스를 사용하기까지의 기간(duration)[19]이다. 독립변수는 <표 3-6>에서 언급된 변수를 사용한다. 분석결과는 <표 3-8>과 같다.

---

19 앞서 SHARE자료와 마찬가지로 HRS도 시설요양서비스, 재가요양서비스를 이용한 정확한 시점에 대한 설문조사는 시행되지 않았다. 마찬가지로, 미국의 경우도 이를 대신하여 응답자의 나이로 duration을 계산한다. 즉, 장기요양서비스를 받지 않았을 때 나이와 장기요양서비스(시설요양서비스, 재가요양서비스)를 받을 때의 나이를 이용해 duration을 계산한다.

1.2.3. 분석 결과 및 해석

표 3-8. 분석 결과(미국)

변수	시설요양서비스	재가요양서비스
	Hazard ratio	Hazard ratio
성별	1.0205	1.1931***
결혼유무	1.1120**	1.7277***
주관적 건강상태	1.2575***	1.4292***
만성적 질병		
고혈압	1.0011	1.1159***
당뇨	1.5137***	1.3477***
암	0.9936	1.059*
폐 관련 질환	1.2206***	1.4698***
심장질환	1.0236	1.2294***
뇌졸중	1.3444***	1.2617***
심리적문제	1.4211***	1.3438***
관절염	0.9551	1.1919***
기억장애	1.4278***	0.7436***
일상생활에서 어려움		
걷는데 어려움	1.2315***	0.8822***
옷 입는 데 어려움	0.9676	1.1773***
목욕할 때 어려움	1.5562***	0.9894
먹는 데 어려움	0.9816	0.9631
침대에서 일어나는 데 어려움	1.1063*	0.9073**
화장실 사용 어려움	1.1104*	1.0278
도구적 일상생활 어려움	1.1092***	0.9507***
소득	1.1118***	1.0739**
자산	0.9424***	1.0179
Medicaid	1.1931***	1.3862***

주: *, **, ***은 10%, 5%, 1%의 유의수준에서 유의함을 나타냄.
자료: HRS.

미국은 배우자가 없을수록, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 당뇨, 폐질환, 뇌졸중, 심리적 문제, 기억장애가 있을수록 시설요양서비스를 이용할 확률이 높았다. 또한 걷는 데 어려움이 있을수록, 목욕하는 데 어려움이 있는 경우, 침대에서 눕고 일어나는 데 어려움이 있을수록, 화장실 사용하는 데 어려움이 있을수록 그렇지 않은 경우에 비해 시설요양서비스를 이용할 확률이 높았다. 그리고 도구적 일상생활에서 어려움이 있는 경우도 시설요양서비스를 이용할 위험이 높았다. 가구 경제와 관련해서는 소득이 높을수록, 자산(부)이 낮을수록 시설요양서비스를 이용할 확률이 높았다. 마지막으로 예상대로 Medicaid의 수혜자일수록 시설요양서비스 이용률이 그렇지 않은 경우에 비해서 19%가 높았다.

주목할 만한 사실은 소득과 자산(부)과 관련된 결과이다. 앞서 언급했듯이, 미국에서의 시설요양서비스의 가격이 매우 비싸기 때문에 소득이 높을수록 시설요양서비스를 이용할 확률은 높아진다. 하지만, 자산(부)의 경우는 반대방향으로 작용한다. 자산의 경우, 높은 시설요양서비스 가격으로 인해 자산을 고의적으로 축소시켜 Medicaid의 자격을 얻어 시설요양서비스를 이용하려는 인센티브가 생긴다. 따라서 부의 음(negative)의 효과는 이런 고의적 자산 축소에 따른 결과로 보여진다.

미국에서 시설요양서비스 이용확률을 가장 많이 높이는 요인은 당뇨질환과 목욕할 때 어려움이 있는 경우였다. 당뇨가 있을 경우 그렇지 않은 경우에 비해 시설에 입소할 확률은 51% 상승하게 된다. 목욕할 때 어려움이 있는 경우도 마찬가지로, 그렇지 않은 경우에 비해 55% 상승한다. 다음으로 영향을 미치는 요인은 기억력 장애, 심리적 문제가 있을 경우 각각 시설요양서비스 이용할 확률을 42.7%, 42.1% 증가시킨다.

재가요양서비스의 경우 여성일수록, 배우자가 없을수록, 건강상태가 나쁠수록 이용확률이 높아진다. 만성적 질병과 관련해서는 고혈압, 당뇨, 암, 폐 관련 질환, 심장질환, 뇌졸중, 심리적 문제, 관절염이 있을수록 재가요양서비스를 이용할 확률이 높아졌다. 일상생활에서의 어려움을 나타내는 변수 결과는 옷 입는 데 어려움이 있을수록 재가요양서비스를 더 많이 이용할 것으로 나타났다. 그리고 소득이 높을수록, Medicaid의 수혜자 일수록 재가요양서비스를 이용할 확률이 높았다. 반대로 기억력 장애가 있을 경우, 걷는 데 어려움이 있을 경우, 침대에서 일어나는 데 어려움이 있을 때 재가요양서비스를 이용할 확률이 줄

어드는 결과로 나타났다. 이는 이러한 장애를 가진 사람의 경우, 시설요양서비스가 재가요양서비스를 대체하기 때문으로 보인다.

재가요양서비스 이용 확률을 가장 많이 높이는 요인은 배우자가 없는 경우였는데, 배우자가 없을 때, 그렇지 않은 응답자에 비해 재가요양서비스를 이용할 확률이 72% 많았다. 이는 비공식적 서비스 제공자로서 배우자가 상당한 역할을 한다는 의미로 해석될 수 있다. 다음으로 폐 관련 질환이 있을 때, 주관적 건강상태가 보통이거나 나쁠 때, 그렇지 않은 경우에 비해서 재가요양서비스를 이용할 확률은 각각 46%, 42% 상승하는 것으로 나타났다. 특히 Medicaid의 수혜자일 경우 재가요양서비스를 이용할 가능성은 그렇지 않은 경우와 비교하면 38% 높아진다. 그러나 % 차이는 있지만, 기억력 장애를 제외한 만성적 질병 모두는 재가요양서비스의 이용도를 높이는 결과를 보인다.

위 두 결과를 함께 살펴보면, 배우자가 없을수록, 주관적 건강상태가 나쁘다고 평가할 때, 당뇨, 폐 관련 질환, 뇌졸중, 심리적 문제가 있을 때 시설요양서비스, 재가요양서비스 이용도 모두를 높이는 것으로 나타났다.

전체적인 장기요양서비스의 이용확률을 낮추기 위해서는 만성적 질병 관리 정책이 필요할 것으로 보인다. 특히 당사자의 심리적인 문제를 해결할 수 있는 예방적 프로그램 및 치료 프로그램이 필요한 것으로 보인다. 또한 네덜란드의 경우와 달리, 미국의 경우 배우자(파트너)없이 혼자 사는 사람들에 대한 정책 마련도 필요해 보인다.

최근 각 주(States)에 시설요양서비스를 지양하고 재가요양서비스를 확대시키는 인센티브를 제공하는 시점에서, 위 연구결과를 통해 얻을 수 있는 시사점은 시설요양서비스를 지양하기 위해서는 어떠한 요인이 가장 큰 영향을 주고 있는지를 알고 이에 대한 적절한 대응이 필요하다는 점이다. 특히 거시적인 정책수립뿐만 아니라, 지역특성에 맞는 연구조사가 병행되어, 각 지역에 맞는 시설서비스를 줄여나갈 수 있는 중점 정책이 수립되어야 한다는 점이다.

2. 장기요양서비스 이용자 특성과 정책 방향

최근의 정책 방향 논의는 거시적인 측면에서 정책의 방향을 논했다면, 장기요양서비스 형태에 따른 이용자 특성을 살펴봄으로써, 거시적 측면의 큰 틀에 미시적 측면의 정책을 생각해 볼 수 있다.

대부분의 나라에서 장기요양 관련 지출은 해마다 늘어나고 있으며, 이러한 비용을 어떻게 효율적으로 사용할 수 있는지, 동시에 서비스의 이용자의 만족도를 어떻게 해야 높일 수 있는가에 대한 논의가 지속되고 있다. 이에 대한 대책으로 각국 정부는 지역밀착형 재가요양서비스를 제안하고 있다. 지역밀착형 재가요양서비스 논의에서 빠지지 않는 것이 바로 의료보건서비스의 연계와 보건복지서비스의 연계 및 통합, 그리고 예방적 서비스의 실천이다.

실제 분석 결과를 보면, 만성적 질환은 전체 재가요양서비스의 이용을 가장 많이 높이는 요인 들 중 하나로 꼽히고 있다. 만성적 질환이 가사지원서비스의 필요도를 가장 많이 높인다는 사실을 고려해 본다면 당연한 결과로 여겨진다. 이럴 때 어떤 우선순위를 두고 가사지원서비스를 지원할 것인지, 그리고 어떤 예방적 서비스와 치료 서비스를 먼저 실천해야 하는지, 그리고 이러한 치료와 예방, 가사지원서비스를 어떻게 연계할 것인지에 대한 판단이 필요할 때 각 지역에 맞는 실증분석 결과를 활용할 수 있을 것이다. 예컨대, 어느 한 지역에서 당뇨가 가장 재가요양서비스 및 시설요양서비스의 이용도를 높인다면, 당뇨 환자에게 가장 필요한 가사지원서비스가 무엇인지 살펴, 필요한 가사지원서비스와 당뇨치료를 연계하여 이에 대응하며, 동시에 잠재적으로 당뇨를 앓을 위험이 있는 그룹에 대한 예방정책을 통해 진입을 늦추거나 당뇨의 진행속도를 늦추는 정책에 먼저 우선순위를 두고 정책을 시행할 수도 있을 것이다. 물론 이는 한 예로서, 전체적인 비용 및 사회 전체적인 후생을 고려한다면, 정책 가능성 및 평가 결과는 달라질 수 있다.

요점은 각 지역에 맞는 거시적인 틀에서의 정책에서 나아가, 보다 구체적이고 실제적인 미시적 정책을 고안할 때, 장기요양서비스 이용자 특성을 분석한

결과는 기초적 자료로 활용될 수 있다는 점이다. 특히 각 지역별 차이는 분명 존재할 것이기에 각 지역에 맞는 정보를 구축하고, 특성을 가려내는 작업이 먼저 선행되면 장기요양서비스 정책 방향을 구체적이고 세부적으로 생각해 볼 수 있을 것이다.

제 4 장

결론 및 정책적 시사점

본 연구에서는 OECD 국가 중 네덜란드와 미국의 장기요양서비스와 관련한 정책 현황과 최근의 정책 변화 및 추세에 대하여 살펴보았다. 비록 두 나라가 상이한 장기요양서비스 지원제도를 지니고 있지만, 최근의 정책변화에서는 공통적인 면을 발견할 수 있었다. 시설요양서비스를 지양하고 재가요양서비스 확대를 통해 효율성을 증가시켜 비용을 절감하며, 장기요양서비스가 필요한 사람들에게 적시에 효율적으로 서비스를 제공하기 위한 정책들을 고안하고 있다는 점이다. 구체적으로, 기존의 중복되고 효율적으로 제공되지 못한 정책들을 연계·통합하고 있다. 미국의 만성적 케어 서비스의 경우 Medicare와 Medicaid를 연계하여 서비스 제공을 시도하고 있으며, 네덜란드는 병원입원 후 일시적인 재활서비스를 기존의 장기요양제도에서 건강보험제도로 전환하여, 분절되던 서비스를 연계, 통합하려는 정책을 고안 중이다.

그런데 이러한 정책 움직임은 실제적인 자료를 가지고 장기요양서비스를 이용하는 개개인의 특성을 분석한 결과와도 일맥상통한다. 네덜란드와 미국 모두 건강과 관련해서 만성적 질병이 있을 때, 그리고 일상생활에서 어려움이 있을 때 장기요양서비스를 이용할 확률이 높았다. 즉, 만성적 질병관리와 일상생활에서의 어려움으로 인해 필요한 가사지원서비스가 서로 분절되어 제공되고 개별적으로 관리되어야 할 것이 아니라, 함께 연계되고 조정되어야 할 필요성을 보여준다.

또한 네덜란드와 미국의 장기요양서비스 이용자 특성 분석을 통해, 같은 요인변수라 할지라도 장기요양서비스 이용에 영향을 미치는 방향 및 영향력은

매우 차이가 나는 것을 보았다. 이는 국가 차이가 아니라 하더라도, 한 국가 내에서도 서비스 형태에 따라서도 차이가 나는 것을 보았다. 이러한 점을 통해 얻을 수 있는 시사점은 국가 차이, 서비스 형태 차이뿐만 아니라 지역에 따라서도 장기요양서비스에 가장 큰 영향을 미치는 요인에 대한 결과가 달라질 수도 있다는 것을 시사해 주고 있다. 가장 큰 영향을 미치는 요인을 정책적으로 수정해 나가기 위해서는 결국 지역밀착형 재가요양서비스가 필요하다는 것을 뒤집어 설명해 주고 있다. 즉, 지역적 수요에 부응하며, 지역에 가장 적절한 서비스를 제공하는 정책이 필요하다는 것을 보여주고 있다.

한국은 앞서 언급한 대로 장기요양보험제도를 2008년에 도입하여 네덜란드와 같은 형태인 사회보험제도로 시행하고 있다(정완교 외 2008). 네덜란드와 미국에 비하면 장기요양 보험제도 도입 역사는 매우 짧다. 아직 제도 도입 초기라고 생각할 수도 있지만, 위에서 선진국의 사례에서 얻을 수 있는 시사점을 통해 현재 한국의 장기요양보험 제도의 비효율적인 면들은 없는지 비춰보며, 비효율적인 제도들을 미연에 방지하고, 공통적인 합의를 통해 수정해 나가는 일이 필요할 것이다.

Acknowledgement

"This paper uses data from SHARE wave 4 release 1.1.1, as of March 28th 2013(DOI: 10.6103/SHARE.w4.111) or SHARE wave 1 and 2 release 2.6.0, as of November 29 2013 (DOI: 10.6103/SHARE.w1.260 and 10.6103/SHARE.w2.260) or SHARELIFE release 1, as of November 24th 2010 (DOI: 10.6103/SHARE.w3.100). The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th Framework Programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life), through the 6th Framework Programme (projects SHARE-I3, RII-CT-2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the 7th Framework Programme (SHARE-PREP, N° 211909, SHARE-LEAP, N° 227822 and SHARE M4, N° 261982). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, R21 AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG BSR06-11 and OGHA 04-064) and the German Ministry of Education and Research as well as from various national sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org for a full list of funding institutions)."

참고 문헌

국민건강보험공단. 2013. 『노인장기요양보험 통계연보』.

김미혜·이석미. 2007. 『독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급여와 가족수발자를 중심으로』. 한국사회복지정책학회.

윤성주. 2013. 『노인 장기요양보험제도의 중·장기적 개선방안에 대한 연구』. 한국조세재정연구원.

Center for Medicare and Medicaid services. 2013. National health expenditure projections 2012-2022, CMS report.

Colombo, F., A. Llena-Nozal, J. Mercier and F. Tjadens. 2011. Help wanted? Providing and paying for long-term care, OECD health policy studies, OECD publishing.

Center for Medicare & Medicaid. 2011. National Health Expenditure Projections 2010-2020, CMS report.

Congressional Budget Office. 2014. CBO's April 2014 Baseline, CBO report.

De Klerk,M., R. Gilsing and J. Timmermans. 2010. Op weg met de Wmo. Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-09, SCP, The Hague.

Erik Schut, Stephane Sorbe and Jens Hoj. 2013. Health care reform and long-term care in the netherlands, Economics Department Working Paper No.1010, OECD.

Esther Mot. 2010. The Dutch system of long-term care, CPB document No. 204.

F.T.Schut and B. Berg, Sustainability of long-term care financing in the Netherlands, Social Policy and Administration, No. 44(4), pp.411-435.

Gleckman, H. 2011. Requiem for the CLASS Act, Health Affairs, 30(12), 2231-2234.

Jinyoung Eom. 2014. The role of spousal chracteristics on the use of formal long-term care of elderly couples in the United States, Dissertation.

Lakdawalla. 2003. Is nursing home demand affected by the decline in age difference between spouses?, Demographic research.

PWC. 2008. Transparantie in de kostenstructuur van hulp bij het huishouden, PricewaterhouseCoopers, onderzoek in opdracht van VWS.

Pieter Bakx, Erik Schut and Eddy van Doorslaer. 2013. Can risk adjustment prevent risk selection in a competitive long-term care insurance market?, iBMG Working Paper W2013.01.

Ramakers, Clarie, Roelof Schellingerhout, Mary van den Wijngaart and Frank Miedema. 2008. Persoonsgebonden buget nieuwe stijl 2007. Vervolgonderzoek, ITS, Nijmegen.

네덜란드 국립공중보건환경연구소. 2014. 9. 10. <www.rivm.nl>.

미국의료보장센터. 2014. 8. 26.
<http://www.medicare.gov/what-medicare-covers/not-covered/item-and-services-not-covered-by-part-a-and-b.html>.

미국의료보장센터. 2014. 8. 27.
<http://www.medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/by-topics/long-term-services-and-supports/balancing/balancing-incentive-program.html>.

통계청 KOSIS. <http://kosis.kr/>.

Health and Retirement Study. <http://hrsonline.isr.umich.edu/>.

Survey of Health, Aging and Retirement in Europe.
<http://www.share-project.org/data-access-documentation/research-data-center-data-access.html>.

OECD Statistics. <http://www.oecd.org/statistics/>.

토의용 논문 W39
외국의 노인 장기요양 보험제도 변화와 정책적 시사점

등 록	제6-0007호(1979. 5. 25.)
인 쇄	2014. 11.
발 행	2014. 11.
발행인	최세균
발행처	한국농촌경제연구원 130-710 서울특별시 동대문구 회기로 117-3 02-3299-4000 http://www.krei.re.kr
인 쇄	(사)장애인생산품판매지원협회 인쇄사업소 02-2269-5523 E-mail: dec5523@hanmail.net

ISBN: 978-89-6013-648-9 93330

- 이 책에 실린 내용은 한국농촌경제연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.
- 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다. 무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.