

노인장기요양보험 이용현황과 제도확대방향의 모색

윤 희 숙[†]

한국개발연구원

<Abstract>

Observations on Long-Term Care Insurance Utilization and Implication for its Expansion

Heesuk Yun

Korea Development Institute

Long-term care insurance has been introduced in Korea a year ago, and we are in a stage requiring to set principles regarding the generosity of coverage and how to gradually extend the coverage. This study empirically analyzes how the long-term care insurance in Korea is operated. Special attention is given to who is the main beneficiary of the long-term care insurance introduction, and what is the factors influencing the elderly's decision to apply for or use long-term care services. Use of a detailed information of individuals' public health insurance and long-term care insurance from administration data made it possible to control for health status, socioeconomic status including family type, housing tenure, income level. Logit models were employed to analyze the effects of various socioeconomic factors on the likelihood of applying and using long-term care services. Also, this study employed a survey questioning whether to ever willing to take other option as a alternative to residential care or home-care and the level of cash benefit for which they are willing to replace the formal care with informal care. The result indicated that

* 접수 : 2010년 4월 2일, 최종수정 : 2010년 9월 19일, 게재확정 : 2010년 9월 24일

† 교신저자 : 윤희숙, Tel : 2-958-4689, Fax : 2-958-4090, E-Mail : heesuk@kdi.re.kr

although the poorest elderly population groups are in the greatest need for the long-term care service, they are in difficulty using the service due to economic burden. This implies the copayment amount needs to be adjusted in order for the poor elderly group to be able to get the benefit of the long-term care service.

Key words : Long-term care, Long-term care insurance, Institutional care, Home-care, Cash benefit

I. 서 론

노인장기요양보험제도는 1999년 처음으로 논의가 시작되어 2008년 시행되었다. 이렇게 서둘러 진행된 것은 세계에서 가장 빠르게 고령화가 진행되고, 복지기반이 취약한 우리나라의 상황에서 향후 한꺼번에 많은 문제가 발생할 것이 예상된다라는 점, 그런 만큼 노인수발에 대한 문제를 조기에 사회적으로 떠안아야 한다는 우려에 정치권이 적극적으로 반응했기 때문이었다.

제도에 대한 전반적 인지도가 낮은 상태에서 정치권의 주도로 제도가 도입되었다는 점은 우리나라 노인장기요양보험을 특징짓는 요소이자 가장 중요한 제약조건이다. 고령화로 인한 사회적 문제가 본격화되어 장기요양서비스에 대한 필요성이 널리 인식되기 전에 제도를 도입하기 위해 부담수준과 대상범위를 모두 낮게 설정하는 것이 불가피했기 때문이다.

물론 장기요양서비스 대상범위가 협소한지의 여부를 판단하기 위한 절대적인 기준은 설정하기 어렵다. 어느 정도의 대상범위를 포괄하는 것이 적절한지에 대한 판단은 결국 그 사회가 기반한 가치구조에 의해 결정될 것이며 정치적 과정을 거치기 때문이다. 단, 다른 나라의 경우를 참고하여 대략적인 비교에서 현저한 차이가 나타난다면 미래의 정책방향에 대해 견해 차이가 발생할 가능성이 크지 않을 것이다.

OECD 국가들의 경우, 장기요양서비스의 재원조달방식, 급여방식, 자격조건 등이 다양하게 나타나며, 인구구조도 국가에 따라 상당한 차이를 보여 요양서비스 이용자는 고령인구의 7~25%에 분포한다. 그러나 시설요양을 이용하는 이용자의 비중은 대부분의 국가에서 고령인구의 3~5%에 분포하고 있다(OECD, 2005).

이는 시설요양의 경우 비용소요가 크기 때문에 제도적 기반에 의해 포괄범위가 결정되기보다 신체적인 수발필요가 큰 대상자만이 포괄되며, 이 정도로 수발필요가 심각한 인구 비중은 국가간에 대략적으로 유사하다는 것을 의미한다. 그런데 우리나라

의 경우, 시행 1년이 지난 2009년 8월 현재 65세 이상 인구 중 시설요양 이용자의 비중이 1.2%에 불과하다(보건복지가족부, 2009a).

이는 우리나라의 노인장기요양보험의 포괄범위가 상당히 협소하다는 것을 나타내는 지표로 간주할 수 있을 것이며, '혜택이 제한적이고 서비스의 질 역시 높지 않아 아직 제도가 실제로 국민 삶의 질에 기여하는 바가 크지 않다'는 일반적인 평가와도 부합한다.

따라서 전반적인 국민 삶의 질에 보다 기여하기 위해 제도를 확대시켜야 한다는 주장에 대해 이견을 제시하기는 어렵다. 특히, 서비스 이용자와 기능 상 큰 차이가 없다고 느끼는 데도 대상자로 인정받지 못한 그룹의 불만, 서비스 질에 대한 문제제기 등은 향후 지속적으로 제도 확대의 동인으로 작용할 전망이다¹⁾.

그런데 제도 확대를 위한 개별 결정들은 예산제약을 무시한 채 급속히 이루어지기 어려우며, 단기적으로는 많은 의사결정들이 재정상황에 의해 제약되는 것이 불가피하다. 따라서 단기적 예산 제약 하에서 가장 시급한 문제를 효과적인 방식으로 추구하는 것이 필요하다. 더구나 제도의 일차적인 대상을 소득계층과 상관없이 전체 고령인구로 설정할지, 도움을 절실히 필요로 하는 저소득층 고령인구로 설정할 지에 따라 제도 확대 방식은 크게 달라질 것이다.

제도 확대 방안 중 시급성이 큰 방향을 판단하기 위해서는 현재 제도를 필요로 하거나 이용하는 사람들의 특성은 무엇이며, 어떤 경우에 이용방식을 전환할 것인지, 현재 이용하지 않는 사람들은 어떤 이유이며, 이용이 제한되는 경우의 제약은 무엇인지, 제도에 대한 인식은 무엇인지 등 다양한 정보들이 필요하다.

서비스 이용에 영향을 미치는 요인에 관해서는 개인의 건강상태와 사회경제문화적 요인이 기존의 연구에서 제시되고 있다. 특히 건강상태는 장기요양서비스의 판정을 통해 가장 직접적인 영향을 미치는데, 일상생활 장애로 인한 시설요양의 수요 증가나 치매와 시설서비스 이용 간의 상관관계들은 보고되어 있다(Garber, MaCurdy, 1990 ; Reschovsky, 1996 ; Bauer, 1996 등).

사회적 요인이 서비스 이용에 미치는 영향 역시 정책적인 관심이 모아지는 영역이다. 소득계층이나 가족구성의 영향이 요양서비스 수요에 영향을 미칠 경우, 정책결정자로서는 어느 그룹을 우선적으로 고려해야 하는지를 선택해야 하기 때문이다. 따라서

1) 요양인정점수는 8가지 개별 서비스 군의 점수를 합산하는 구조인데, 특정 서비스군에서의 불편이 큰데도 총 요양점수를 기준으로 하는 등급판정에서 인정되지 않을 경우 당사자의 박탈감이 클 수 있다. 예를 들어, 가까운 거리에 외출하는 것이 자력으로 어려울 경우, 이것이 가능한 다른 사람보다 본인이 열악한 상황이라 느끼기 쉬우며, 이것이 등급판정에 반영되기를 기대하게 된다. 물론 종합적인 고려에 기반한 총 요양점수를 인정기준으로 삼는 것이 마땅할 것이나, 이렇게 제기되는 불만들을 점진적으로 반영하여 인정범위를 확대해가는 과정이 향후의 주된 제도 확대 과정일 것이라 예상된다.

서비스를 필요로 하는 인구가 어떤 특성을 가진 인구집단이며, 정책적으로 어떻게 배려해야 하는지를 파악하는 것은 정책결정에 중요한 의미를 갖는다. 또한 연령이나 성별 등의 인적특성, 특히 비공식수발자를 이용할 수 있는 가족구성인지와 주택소유여부 등이 서비스 이용에 영향을 미치고, 소득이나 재산 등 경제력은 시설서비스 이용과 음(-)의 상관관계를 갖는다는 점 등도 제시된 바 있다(Martins, Maisonneuve, 2006 ; Sturm, Lakdawalla, 2004 ; Garber, MaCurdy, 1990 ; OECD, 2005 ; 2006 ; Headen, 1992 ; Tomassini 등, 2004 ; Wittenberg 등, 1998 ; Comas-Herrea 등, 2003).

국내 연구로는 시범사업 데이터를 통해 수발을 필요로 하는 인구수를 추정한 연구들이 존재한다(정경희 등, 2005; 선우덕 등, 2007). 그러나 본인부담 등 실제제도 운영의 중요한 요소가 작용하지 않는 시범사업 이용자로 샘플이 한정되고, 특히 고령 인구의 설문으로부터 추출된 경제력 관련 변수의 정확성이 떨어져 사회경제적 변수들의 영향을 의미있게 추정하지 못했다는 한계를 갖는다. 또한 보건복지가족부(2008), 국민건강보험공단(2008), 보건복지가족부(2009b) 등은 설문조사를 수행한 바 있으나, 이용자 만족도에 국한하였다.

본 연구는 시범사업 결과로 서비스 이용자를 추측해야 했던 기존 연구와 달리 제도 운영과정에서 축적된 실제의 신청자료와 이용자료를 이용, 노인장기요양보험의 신청자, 인정자, 이용자의 특성을 고찰하여 제도 운용 현황을 구체적으로 파악하려 시도했다. 또한 행정자료를 통해 경제력 정보의 정확성을 제고하기 위해 애쓰는 한편, 설문조사를 통해 장기요양과 관련한 인식을 조사하였다. 주된 연구 목표는 이를 통해 계층적 차이와 인적 특성에 따라 서비스 신청과 이용, 주관적 인식이 어떤 양상을 보이는지를 고찰하고, 제도 확대 방향에 대한 함의를 추출하는 것이다.

II. 분석방법

우선 우리나라 65세 이상 전인구의 1% 샘플을 이용한 회귀분석을 통해, 장기요양 서비스를 신청하고, 등급을 인정받고 이용하는 사람의 특성을 파악할 것이다. 이는 현재의 제도가 주로 어떤 인구그룹에 의해 이용되고, 어떤 그룹이 주로 서비스를 필요로 하는지를 가늠할 수 있는 정보들이다. 또한 신청자 전화설문을 통해 미이용 이유, 향후 직접수발 의사 등을 질문하여 이용자 특성과 인식에 관한 보완적인 정보를 추출하였다.

실증분석은 개인의 인적정보와 경제력정보, 의료이용에 관한 정보, 노인장기요양보험 신청과 등급판정, 서비스 이용에 관한 정보 등을 국민건강보험공단으로부터 제공

받아 사용했다. 앞에서 서술한 바와 같이 기존 연구들은 개인의 인적 변수와 사회경제문화적 조건들이 서비스 신청과 이용에 주로 영향을 미친다는 점을 지적하고 있다. 이들 중 개인의 건강상태와 연령, 성별 등 인적 특성, 가족구성, 소득계층, 주택소유 여부 등의 사회경제적 조건 등 포괄적인 정보를 국민건강보험공단의 데이터로부터 추출할 수 있었다.

회귀분석은 전체 노인인구 중 신청자 그룹, 인정자 그룹, 이용자 그룹의 특성을 각각 분석하였다. 특히 전체 노인 중 이용자 그룹이 보이는 특성을 분석함과 동시에 신청단계, 인정단계, 이용단계 등 개별 단계를 구분하여 분석한 결과를 비교하여 각 단계에서 어떤 특성을 가진 인구그룹이 다음 단계로 진행하는지를 살펴보았다. 분석모형은 신청여부, 인정여부, 이용여부 등의 이항(binary)변수를 종속변수로 설정하여 독립변수들이 이들 선택에 미치는 영향을 파악하는 로짓모형을 이용하였다.

본 연구는 시범사업이 아닌 모집단을 대상으로 장기요양보험 제도의 실제 데이터를 분석한 첫 시도이다. 뿐만 아니라 65세 이상 전체 인구를 대상으로 샘플을 추출했기 때문에, 실제로 장기요양서비스를 신청하고 이용하는 개인이 그렇지 않은 개인에 비해 어떤 특성을 갖는지를 파악할 수 있도록 설계된 첫 연구이다.

데이터는 우선 1944년 이전 출생자 중 1%인 55,513명을 주민번호순서에 따라 계통추출법(systematic sampling)으로 추출한 후, 이들의 2008년도 4월 기준 건강보험증 정보와 2009년 8월까지의 장기요양보험 정보를 제공받았다. 여기에 제도 시행 후 사망한 경우를 제외하는 과정을 거쳐 최종샘플을 54,114명으로 확정하였다.

그리고 경제력 변수는 생활을 함께 하는 단위인 가구를 기준으로 측정하는 것이 원칙인 만큼, 가구 경제력 변수를 구축하기 위해 1% 샘플과 동일보험증에 올라 있는 모든 사람의 소득과 재산 정보를 취합하였다. 최종적으로는 샘플정리과정을 거쳐 확정된 샘플 54,114명과 같이 보험증에 올라있는 192,306명의 경제력 정보를 사용하였다.

그런데 고령인구의 가구 경제력은 특별한 주의를 요한다. 건강보험부과체계의 문제점 때문이다. 건강보험가입자는 직장가입자와 지역가입자로 구성되는데, 직장가입자는 직장에 다니는 가구원 한명의 보수월액을 기준으로 보험료를 부과하는 데 반해, 지역가입자는 가구원 개인에 보험료를 모두 부과하여 합계하는 방식이다. 이는 은퇴한 고령인구로서는 지역가입자로 남을 경우 본인의 보험료를 내야하나, 직장에 다니는 자녀의 보험증에 얹힐 경우 보험료를 내지 않는 구조이다. 따라서 많은 고령인구가 실제로 동일가구가 아님에도 불구하고, 직장가입자인 자녀의 보험증에 가구원으로 등록해 있는 것으로 알려져 있다.

이는 고령인구의 경제력을 분석할 경우 통상적인 방식을 따라 동일보험증의 가구

원들을 동일가구로 취급할 경우, 실제로 생활을 함께 하지 않는 자녀 가구의 경제력을 고령인구의 경제력으로 오인하게 된다는 것을 의미한다. 이 문제를 고려하기 위해 본 연구는 분석대상인 54,114개의 보험증 가구원을 모두 행정전산망의 주민등록세 대정보와 대조하여 주민등록상으로도 보험증 소유자와 동일가구인지를 확인하였다.

확인 결과, 고령인구 샘플 54,114명 중 직장가입자는 32,394명인데, 이 중 약 40.2%인 13,032명만이 보험증 소유자와 주민등록상으로도 동거하고 있을 뿐, 59.8%에 해당하는 19,362명은 보험증 소유자와 별도 가구를 구성하고 있었다. 따라서 고령인구가 보험증 소유자와 주민등록상으로 동거하지 않을 경우에는 보험증에 등재된 가구원 중 보험증 소유자와 주민등록상 거주를 함께 하는 등재원의 경제력을 제외하였다.

또한 이는 경제력 변수로 무엇을 사용할 것인지와도 관련된다. 건강보험 부과체계가 위에서 서술한 바와 같이 직장가입자와 지역가입자 간에 다른 보험료산정방식을 사용하는 이유는 소득과약률의 차이 때문이다. 소득과약정도가 높은 직장가입자와 달리 지역가입자는 소득부과자료가 확보된 세대가 40%에 불과하고, 자료가 확보되었다 하더라도 과소과약되는 문제점이 빈번히 존재한다. 따라서 직장가입자와 지역가입자의 경제력을 비교하기 위한 공통의 기준으로 소득을 사용하는 것은 적절치 않을 것이며, 대신 지방자치단체의 재산세부과자료로 확보되어 공단이 보험료산정에 활용하는 재산변수를 사용하는 것을 고려할 필요가 있다.

설문조사는 이용자의 만족도가 아니라, 신청자를 대상으로 제도 전반에 대한 이용의사, 현재 특정유형의 서비스를 이용하는 사람이 향후 조건 변화에 따라 이용을 지속할지의 여부, 이용하지 않는 이유, 다른 서비스로 전환할 의사 등을 조사했다. 전체 인구가 아니라 장기요양서비스를 신청한 사람을 대상으로 했다는 점에서 한계가 존재하나, 이용자만을 대상으로 한 기존의 만족도 조사와는 확연히 차별되며, 훨씬 폭넓은 질문이 가능하였다. 또한 신청자 중에서도 절반 이상이 궁극적으로 서비스를 이용하지 않고 있기 때문에 대상이 제한되는 것으로 인한 한계가 상당부분 완화될 것으로 추측된다.

장기요양보험 신청자 중 확보된 전화번호 7,200개로 전화인터뷰를 시도, 이 중 응답한 경우는 1,654건이다. 성, 연령, 학력, 가구소득, 주택소유형태, 가족형태, 판정을 거쳤을 경우 판정등급 등을 기본사항으로 질문한 후, 장기요양 신청과 이용, 전환 의사에 관해 질문했다²⁾.

2) 설문조사 샘플 규모가 작기 때문에 설문응답자가 표본선택의 문제를 가질 가능성을 배제하기 어렵다. 이를 검토하기 위해 전체 고령인구 1% 샘플과 비교한 결과, 85세 이상 비중은 설문조사샘플에서 더 높은 반면, 의료급여 비중은 더 낮았다. 설문대상의 제도이용 선호가 연령과 경제력 측면에서 반대 방향으로 추론되는 만큼, 일의적인 방향의 샘플 편의가 존재한다고 단정하기는 어려울 것으로 판단된다.

Ⅲ. 분석결과

1. 서비스 신청 및 이용 실태

인적 및 의료이용변수에 따른 현황을 살펴보면, 분석표본 중 의료급여수급자는 9.4%이며, 지역가입자는 30.8%, 직장가입자는 59.9%이다. 본인이 보험증 소유자인 경우는 32.6%, 자녀의 보험증에 등재된 경우는 55.0%이다. 또한 직전 1년간 입원을 경험한 경우는 20.2%이며, 만성질환으로 입원과 외래 등 의료서비스를 이용한 경우는 71.7%이다(표 1).

표 1. 인적변수와 의료이용 관련 변수 현황

		N	비율(%)
연령	65~69세	23,893	44.2
	70~74세	13,901	25.7
	75~79세	8,583	15.9
	80~84세	4,660	8.6
	85+세	3,077	5.7
남성		22,063	40.8
지역가입자		16,642	30.8
직장가입자		32,394	59.9
의료급여자		5,078	9.4
주택자가소유		23,648	43.7
보험증 가구의 주택자가소유		37,874	70.0
독거		13,999	25.9
도시(사구) 거주		45,806	84.6
수도권(서울, 인천, 경기) 거주		27,694	51.2
지난 1년간 입원의료이용		10,951	20.2
지난 1년간 외래의료이용		52,067	96.2
지난 1년간 만성질환으로 의료이용		38,789	71.7
지난 1년간 만성질환으로 입원의료이용		5,292	9.8
지난 1년간 만성질환으로 외래의료이용		38,352	70.9
보험증 소유자와의 관계	본인	17,644	32.6
	배우자(처, 남편)	4,807	8.9
	부모	29,758	55.0
	그 외	1,905	3.5
사망자		2,261	4.2
계		54,114	100

- 주: 1) 의료이용 현황 집계기간인 '지난 1년간' 은 장기요양보험 신청일 이전 1년간을 의미.
 2) 만성질환은 국민건강보험공단에서 사용하는 11개 만성질환군으로 사용; 고혈압성질환(I10~I15), 당뇨병(E10~E14), 정신 및 행동장애(간질 포함, F00~F99, G40~ G41), 호흡기결핵(A15~A16, A19), 심장질환(I05~I09, I20~I27, I30~I52), 대뇌혈관질환(I60~I69), 신경계질환(G00~G37, G43~G83), 악성 신생물(C00~C97, D00~ D09), 갑상선의 장애(E00~E07), 간질환(만성바이러스 감염 포함, B18, B19, K70~K77), 만성신부전증(N18).
 3) 연령은 건강보험공단 2008년도 4월의 자격DB 기준 '만 나이' 이며, 분석대상자는 2009년 8월 기준으로 만 65세 이상임.

서비스 이용 단계에 따른 현황을 살펴보기 위해서, 분석표본을 신청자 그룹과 미신청자 그룹으로 나누고, 신청자 그룹을 다시 인정자 그룹과 미인정자 그룹으로, 인정자 그룹은 이용자 그룹과 미이용자 그룹으로 각각 구분하였다. 그리고 각 그룹의 비중을 전체표본과 각각의 이용구분의 전체표본에 대해서 계산하였다. 전체표본 대비로 살펴보면, 10.4%가 장기요양서비스를 신청했으며, 미신청자는 89.6%이고, 인정자는 6.0%, 이용자는 4.5%이다(표 2). 한편, 표본 신청비율(10.4%)은 2009년 8월 노인장기요양보험 통계월보에 나타난 모집단의 신청자 비율 10.2%와 유사한 수준이다.

또한 신청자 대비 인정자는 57.6%, 미인정자는 42.4%이고, 인정자 대비 이용자 비율은 74.9%, 미이용자는 25.1%로 나타났다(표 2).

표 2. 분석표본의 장기요양보험 신청·인정·이용 구분에 따른 현황

변수 구분		장기요양 이용 구분	전체	지역	직장	의료급여
해당 표본 수		계	54,114	16,642	32,394	5,078
		신청	5,616	1,436	2,725	1,455
		미신청	48,498	15,206	29,669	3,623
		인정	3,233	860	1,670	703
		미인정	2,383	576	1,055	752
		이용	2,423	604	1,231	588
		미이용	810	256	439	115
전체 표본 대비 각 이용구분의 비율 (%)		계	100	100	100	100
		신청	10.4	8.6	8.4	28.7
		미신청	89.6	91.4	91.6	71.3
		인정	6.0	5.2	5.2	13.8
		미인정	4.4	3.5	3.3	14.8
		이용	4.5	3.6	3.8	11.6
각 이용구분 전체 대비 비율(%)	전체 표본 대비	신청	10.4	8.6	8.4	28.7
		미신청	89.6	91.4	91.6	71.3
	신청자 대비	인정	57.6	59.9	61.3	48.3
		미인정	42.4	40.1	38.7	51.7
	인정자 대비	이용	74.9	70.2	73.7	83.6
		미이용	25.1	29.8	26.3	16.4

인적 및 의료이용변수에 따라서 서비스 이용 단계 현황을 살펴보면, 남성의 7.2%인 1,590명, 여성의 12.6%인 4,026명, 의료급여수급자의 28.7%가 장기요양을 신청했으며, 주택을 소유한 노인의 6.7%, 소유하지 않은 노인의 13.3%, 독거노인의 15.3%, 비독거노인의 8.7%가 신청했다. 주택소유여부는 거주환경을 나타내는 변수인 동시에 상당수준의 경제적 독립성을 보유하고 있음을 의미하며, 독거여부는 가족 내의 비공식수발이 가용한지를 나타낸다는 측면에서 장기요양서비스 수요에 영향을

미치는 변수이다. 지역 및 직장가입자는 각각 8.6%, 8.4%만이 신청한 반면에, 의료급여자는 28.7%가 신청했으나, 직장가입 신청자 중 인정받은 비율은 61.3%인 반면에, 의료급여자는 48.3%에 불과했다(표 3).

표 3. 인적변수와 의료이용 관련 변수별 장기요양보험의 신청·인정·이용 현황

		신청자	전체 대비 신청 %	인정자	신청 대비 인정 %	이용자	인정 대비 이용 %
연령	65~69세	817	3.4	443	54.2	338	76.3
	70~74세	1,172	8.4	627	53.5	454	72.4
	75~79세	1,342	15.6	719	53.6	535	74.4
	80~84세	1,179	25.3	701	59.5	539	76.9
	85+세	1,106	35.9	743	67.2	557	75.0
남성		1,590	7.2	935	58.8	679	72.6
여성		4,026	12.6	2,298	57.1	1,744	75.9
지역가입자		1,436	8.6	860	59.9	604	70.2
직장가입자		2,725	8.4	1,670	61.3	1,231	73.7
의료급여자		1,455	28.7	703	48.3	588	83.6
주택자가소유		1,573	6.7	874	55.6	651	74.5
미소유		4,043	13.3	2,359	58.3	1,772	75.1
보험증 가구의 주택자가소유		3,112	8.2	1,859	59.7	1,358	73.1
미소유		2,504	15.4	1,374	54.9	1,065	77.5
독거		2,139	15.3	1,066	49.8	836	78.4
그 외		3,477	8.7	2,167	62.3	1,587	73.2
도시(시·구) 거주		4,561	10.0	2,646	58.0	1,974	74.6
그 외		1,055	12.7	587	55.6	449	76.5
수도권(서울, 인천, 경기) 거주		2,550	9.2	1,531	60.0	1,139	74.4
그 외		3,066	11.6	1,702	55.5	1,284	75.4
입원의료이용		2,122	19.4	1,325	62.4	950	71.7
그 외		3,494	8.1	1,908	54.6	1,473	77.2
외래의료이용		5,295	10.2	3,012	56.9	2,283	75.8
그 외		321	15.7	221	68.8	140	63.3
만성질병으로 의료이용		4,493	11.6	2,581	57.4	1,941	75.2
그 외		1,123	7.3	652	58.1	482	73.9
만성질병으로 입원이용		1,402	26.5	936	66.8	657	70.2
그 외		4,214	8.6	2,297	54.5	1,766	76.9
만성질병으로 외래이용		4,345	11.3	2,467	56.8	1,887	76.5
그 외		1,271	8.1	766	60.3	536	70.0
보험증 소유자 와의 관계	본인	2,085	11.8	1,040	49.9	805	77.4
	배우자(처, 남편)	300	6.2	174	58.0	129	74.1
	부모	2,816	9.5	1,748	62.1	1,292	73.9
	그 외	415	21.8	271	65.3	197	72.7
계		5,616	10.4	3,233	57.6	2,423	74.9

주: 본 표는 표본을 인적 및 의료이용 변수에 따라 분류한 후, 각 해당 구분에 있어서의 신청자, 신청 중 인정자, 인정 중 이용자의 표본 수와 비율(%)을 정리한 결과임. 예컨대, 연령 구분의 경우, 85세 이상인 표본 중 신청자는 1,106명이고, 이는 85세 이상 표본 전체(3,077명; 표 1 참조) 대비 35.9%를 차지, 인정자는 743명인데, 이는 이 연령그룹 신청자의 67.2%에 해당.

2. 서비스 신청, 인정, 이용에 영향을 미치는 요인

의료급여수급권자를 포함할 경우, 이들의 경제력자료가 공단에 의해 관리되지 않고 있기 때문에 경제력 변수를 사용할 수 없었으나, 이들을 제외한 직장가입자와 지역가입자의 분석에는 경제력 변수를 포함시켰다. 여기서 경제력 변수는 노인당사자와 주민등록세대정보 상으로 동일가구를 구성하고 있는 가구원의 재산을 모두 합산한 가족재산 변수이다. 장기요양신청자의 가족재산은 평균 8천 8백만원 정도이며, 미신청가구는 1억 3천 7백만원 수준이다. 의료급여 수급자의 경제력 관련 정보는 데이터 관리 주체 스스로도 관리가 미흡하다고 밝히고 있어, 이후 분석에서 수급자의 경제력 관련 변수는 사용하지 않았다.

표 4. 장기요양서비스 신청·인정·이용(직장·지역·의료급여) - 로짓

변수	전체 중 이용 여부	전체 중 신청 여부	신청자 중 인정 여부	인정자 중 이용 여부	
연령	0.1140*** (0.0029)	0.1216*** (0.0021)	0.0269*** (0.0039)	-0.0004 (0.0057)	-0.0007 (0.0058)
여성	0.1782*** (0.0508)	0.1774*** (0.0353)	-0.0732 (0.0645)	0.1673* (0.0947)	0.1667* (0.0949)
독거	0.0254 (0.0521)	0.2354*** (0.0359)	-0.3634*** (0.0652)	0.0420 (0.1017)	0.0392 (0.1019)
지역	-0.8688*** (0.0673)	-1.0892*** (0.0476)	0.3244*** (0.0821)	-0.7733*** (0.1356)	-0.7757*** (0.1356)
직장	-0.7797*** (0.0620)	-1.0618*** (0.0443)	0.3335*** (0.0764)	-0.5857*** (0.1300)	-0.5888*** (0.1300)
입원이용	0.7767*** (0.0459)	0.8347*** (0.0332)	0.3749*** (0.0589)	-0.3453*** (0.0856)	-0.3446*** (0.0862)
만성질환	0.3482*** (0.0555)	0.3634*** (0.0387)	-0.0093 (0.0720)	0.1300 (0.1078)	0.1313 (0.1080)
자가소유	-0.2910*** (0.0515)	-0.2863*** (0.0354)	-0.1304** (0.0642)	0.0858 (0.0973)	0.0866 (0.0974)
1등급					-0.0328 (0.0982)
2등급					0.1273 (0.1030)
상수항	-11.4115*** (0.2412)	-10.8747*** (0.1748)	-1.9327*** (0.3249)	1.5435*** (0.4902)	1.5455*** (0.4899)
N	54,114	54,114	5,616	3,233	3,233
R ²	0.0496	0.1119	0.0344	0.019	0.0197

주: 1) () 안의 수치는 표준오차(standard error)이며, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) R² (일반화결정계수, generalized coefficient of determination)는 $R^2 = 1 - \{L(0)/L(\hat{\theta})\}^{(2/n)}$ 로 정의. 단, L(0)는 상수항만 있는 모형의 우도함수, L($\hat{\theta}$)는 설정한 모형의 우도함수, n은 표본 수임.

전체 샘플에서는 성, 연령, 독거여부, 직역구분, 입원여부나 만성질환 보유여부, 주택자가소유여부 등 모든 변수가 이용여부에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(표 4). 경제력 변수를 분석에 포함시킨 결과를 살펴보면, 성, 연령, 건강관련 변수, 주택자가소유여부가 이용에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 이를 단계별로 분리하여 개별적으로 분석할 경우, 이들 변수는 주로 신청단계에서 작용한 것으로 분석된다. 고령, 여성, 독거노인, 건강상태가 나쁜 경우가 장기요양서비스를 더 신청하는 경향이 있으며, 주택을 소유한 노인이 신청을 덜하는 경향을 보이니, 이들 변수는 대부분 이용단계에서는 유의한 영향을 갖지 않는 것으로 나타났다. 독거변수의 경우 인정단계에서 음(-)의 영향을 보이는 것은 앞 단계에서 독거노인의 신청이 많았던 경향을 상쇄하는 현상이라 추측된다(표 5).

표 4. 장기요양서비스 신청·인정·이용(직장·지역·의료급여) - 로짓

변수	전체 중 이용 여부	전체 중 신청 여부	신청자 중 인정 여부	인정자 중 이용 여부	
연령	0.1140*** (0.0029)	0.1216*** (0.0021)	0.0269*** (0.0039)	-0.0004 (0.0057)	-0.0007 (0.0058)
여성	0.1782*** (0.0508)	0.1774*** (0.0353)	-0.0732 (0.0645)	0.1673* (0.0947)	0.1667* (0.0949)
독거	0.0254 (0.0521)	0.2354*** (0.0359)	-0.3634*** (0.0652)	0.0420 (0.1017)	0.0392 (0.1019)
지역	-0.8688*** (0.0673)	-1.0892*** (0.0476)	0.3244*** (0.0821)	-0.7733*** (0.1356)	-0.7757*** (0.1356)
직장	-0.7797*** (0.0620)	-1.0618*** (0.0443)	0.3335*** (0.0764)	-0.5857*** (0.1300)	-0.5888*** (0.1300)
입원이용	0.7767*** (0.0459)	0.8347*** (0.0332)	0.3749*** (0.0589)	-0.3453*** (0.0856)	-0.3446*** (0.0862)
만성질환	0.3482*** (0.0555)	0.3634*** (0.0387)	-0.0093 (0.0720)	0.1300 (0.1078)	0.1313 (0.1080)
자가소유	-0.2910*** (0.0515)	-0.2863*** (0.0354)	-0.1304** (0.0642)	0.0858 (0.0973)	0.0866 (0.0974)
1등급					-0.0328 (0.0982)
2등급					0.1273 (0.1030)
상수항	-11.4115*** (0.2412)	-10.8747*** (0.1748)	-1.9327*** (0.3249)	1.5435*** (0.4902)	1.5455*** (0.4899)
N	54,114	54,114	5,616	3,233	3,233
R ²	0.0496	0.1119	0.0344	0.019	0.0197

주: 1) () 안의 수치는 표준오차(standard error)이며, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) R² (일반화결정계수, generalized coefficient of determination)는 $R^2 = 1 - \{L(0)/L(\hat{\theta})\}^{(2/n)}$ 로 정의. 단, L(0)는 상수항만 있는 모형의 우도함수, L($\hat{\theta}$)는 설정한 모형의 우도함수, n은 표본 수임.

이러한 경향은 경제력 변수에서 두드러진다. 신청단계에서 경제력은 음(-)의 영향을 미치나, 판정단계에서는 경제력이 유의한 영향을 갖지 않고 이용단계에서도 유의한 영향을 갖지 않기 때문에, 결과적으로 전체 인구 중 이용인구를 분석할 경우 경제력은 약하게나마 음(-)의 계수를 보이고 있다(표 5).

표 5. 장기요양서비스 신청·인정·이용(의료급여 제외) - 로짓

변수	전체 중 이용 여부	전체 중 신청 여부	신청자 중 인정 여부	인정자 중 이용 여부	
연령	0.1211*** (0.0033)	0.1281*** (0.0024)	0.0262*** (0.0046)	-0.0050 (0.0063)	-0.0048 (0.0064)
여성	0.2430*** (0.0574)	0.2518*** (0.0398)	-0.1008 (0.0747)	0.1983* (0.1029)	0.1916* (0.1033)
독거	-0.1098* (0.0659)	0.0895** (0.0446)	-0.3853*** (0.0825)	-0.0420 (0.1223)	-0.0494 (0.1226)
지역	-0.0528 (0.0542)	0.0069 (0.0377)	-0.0049 (0.0702)	-0.1594* (0.0967)	-0.1574 (0.0967)
입원이용	0.8211*** (0.0523)	0.9274*** (0.0372)	0.3087*** (0.0690)	-0.3533*** (0.0938)	-0.3427*** (0.0945)
만성질환	0.3912*** (0.0620)	0.4041*** (0.0433)	0.0111 (0.0832)	0.0712 (0.1177)	0.0688 (0.1179)
자가소유	-0.2217*** (0.0608)	-0.2118*** (0.0417)	-0.1674** (0.0771)	0.1407 (0.1097)	0.1370 (0.1099)
1등급					-0.1231 (0.1071)
2등급					0.0820 (0.1126)
가구재산	-0.0117*** (0.0044)	-0.0098*** (0.0032)	-0.0014 (0.0059)	-0.0103 (0.0082)	-0.0101 (0.0082)
상수항	-12.6594*** (0.2753)	-12.3963*** (0.2001)	-1.4801*** (0.3904)	1.4975*** (0.5503)	1.4969*** (0.5506)
N	49,036	49,036	4,161	2,530	2,530
R ²	0.0408	0.0872	0.0218	0.0092	0.0103

주: 1) () 안의 수치는 표준오차(standard error)이며, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) R² (일반화결정계수, generalized coefficient of determination)는 $R^2 = 1 - \{L(0)/L(\hat{\theta})\}^{(2/n)}$ 로 정의.
단, L(0)는 상수항만 있는 모형의 우도함수, L($\hat{\theta}$)는 설정한 모형의 우도함수, n은 표본 수임.

그런데 경제력 변수가 이용여부에 별다른 영향을 갖지 않는다는 것은 직관적인 인식과 거리를 갖는다. 특히 저소득계층일수록 수발 환경이 열악하여 장기요양서비스를 신청할 유인이 큰 반면, 본인부담 등 경제력 부담으로 인해 서비스 이용이 제한될 가능성 역시 존재한다. 만약 두가지 영향이 모두 존재한다면 중간계층에서 서비스 이용이 높을 가능성이 존재한다.

또한 1등급과 2등급이 3등급에 비해 이용에 유의미한 영향을 미치지 않는 것은 3

등급 역시 재가서비스를 이용하는 경향이 크기 때문이며, 이는 우리나라의 장기요양 보험제도가 상대적으로 중증만을 대상으로 인정하고 있기 때문으로 판단된다.

이러한 점을 고려하며, 샘플을 경제력 크기에 따라 3등분하여 3개의 계층별 더미 변수를 할당한 후 분석하였다. 상층과 중층 모두 경제력 기준 하층보다 장기요양서비스를 덜 신청하는 것을 나타냈으나, 등급인정자의 이용여부에서는 중층이 하층에 비해 서비스를 덜 이용하는 효과가 유의하지 않았다(표 6).

표 6. 장기요양서비스 신청·인정·이용(경제력 3분류) - 로짓

변수	전체 중 이용 여부	전체 중 신청 여부	신청자 중 인정 여부	인정자 중 이용 여부	
연령	0.1215*** (0.0033)	0.1284*** (0.0024)	0.0261*** (0.0046)	-0.0043 (0.0063)	-0.0042 (0.0064)
여성	0.2409*** (0.0574)	0.2523*** (0.0398)	-0.0997 (0.0748)	0.1905* (0.1031)	0.1849* (0.1034)
독거	-0.1171* (0.0658)	0.0496 (0.0447)	-0.2818*** (0.0829)	-0.0917 (0.1233)	-0.0994 (0.1235)
지역	-0.0893* (0.0527)	-0.0241 (0.0367)	-0.0036 (0.0682)	-0.1940** (0.0945)	-0.1917** (0.0945)
입원이용	0.8210*** (0.0523)	0.9272*** (0.0372)	0.3010*** (0.0691)	-0.3507*** (0.0939)	-0.3415*** (0.0947)
만성질환	0.3946*** (0.0620)	0.4096*** (0.0433)	0.0066 (0.0833)	0.0851 (0.1179)	0.0836 (0.1182)
자가소유	-0.2352*** (0.0589)	-0.2028*** (0.0404)	-0.2197*** (0.0745)	0.1427 (0.1071)	0.1405 (0.1072)
1등급					-0.1112 (0.1073)
2등급					0.0929 (0.1128)
가구재산 中	-0.0962 (0.0628)	-0.1463*** (0.0441)	0.1387* (0.0821)	-0.1117 (0.1173)	-0.1154 (0.1174)
가구재산 上	-0.2096*** (0.0646)	-0.2570*** (0.0456)	0.2528*** (0.0863)	-0.3030** (0.1176)	-0.3009** (0.1178)
상수항	-12.7569*** (0.2704)	-12.4357*** (0.1965)	-1.6028*** (0.3829)	1.4313*** (0.5392)	1.4326*** (0.5394)
N	49,036	49,036	4,161	2,530	2,530
R ²	0.0409	0.0877	0.0239	0.0112	0.0124

주: 1) () 안의 수치는 표준오차(standard error)이며, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) R² (일반화결정계수, generalized coefficient of determination)는 $R^2 = 1 - \{L(0)/L(\hat{\theta})\}^{(2/n)}$ 로 정의.
단, L(0)는 상수항만 있는 모형의 우도함수, L($\hat{\theta}$)는 설정한 모형의 우도함수, n은 표본 수임.

또한 경제력 변수를 재산이 0인 그룹과 재산이 0보다는 큰 그룹을 구분한 후, 재산준이 0보다 큰 그룹을 다시 3등분하여 적용한 모형을 고려하였다. 즉 재산에 따라 인구그룹을 보다 세분화하여 4개로 분류한 결과인데, 여기서는 신청단계에서 최하층에 비해 차하층과 중층의 신청이 유의미하지 않은 계수를 보여 3계층으로 분류했던 경우와 차이를 보였다(표 7).

표 7. 장기요양서비스 신청·인정·이용(경제력 4분류) - 로짓

변수	전체 중 이용 여부	전체 중 신청 여부	신청자 중 인정 여부	인정자 중 이용 여부	
연령	0.1216*** (0.0033)	0.1286*** (0.0024)	0.0256*** (0.0046)	-0.0040 (0.0064)	-0.0038 (0.0064)
여성	0.2412*** (0.0574)	0.2494*** (0.0398)	-0.0954 (0.0748)	0.1902* (0.1032)	0.1846* (0.1036)
독거	-0.1297* (0.0663)	0.0616 (0.0450)	-0.3297*** (0.0840)	-0.1033 (0.1243)	-0.1101 (0.1245)
지역	-0.0847 (0.0553)	-0.0328 (0.0385)	0.0318 (0.0718)	-0.2024** (0.0987)	-0.2014** (0.0988)
입원이용	0.8217*** (0.0523)	0.9275*** (0.0372)	0.3017*** (0.0691)	-0.3497*** (0.0940)	-0.3407*** (0.0947)
만성질환	0.3966*** (0.0620)	0.4108*** (0.0433)	0.0058 (0.0833)	0.0852 (0.1180)	0.0841 (0.1183)
자가소유	-0.2255*** (0.0606)	-0.2147*** (0.0416)	-0.1731** (0.0771)	0.1415 (0.1100)	0.1384 (0.1101)
1등급					-0.1100 (0.1074)
2등급					0.0981 (0.1130)
가구재산 下	-0.0331 (0.0860)	0.0378 (0.0619)	-0.1771 (0.1122)	0.0464 (0.1599)	0.0526 (0.1601)
가구재산 中	-0.1309 (0.0894)	-0.0954 (0.0647)	-0.0280 (0.1197)	-0.1301 (0.1658)	-0.1277 (0.1660)
가구재산 上	-0.2829*** (0.0914)	-0.2401*** (0.0660)	0.0654 (0.1223)	-0.3227* (0.1656)	-0.3171* (0.1657)
상수항	-12.7389*** (0.2763)	-12.4882*** (0.2010)	-1.4227*** (0.3915)	1.3934** (0.5531)	1.3886** (0.5535)
N	49,036	49,036	4,161	2,530	2,530
R ²	0.0410	0.0877	0.0237	0.0123	0.0134

주: 1) () 안의 수치는 표준오차(standard error)이며, *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

2) R² (일반화결정계수, generalized coefficient of determination)는 $R^2 = 1 - \{L(0)/L(\hat{\theta})\}^{(2/n)}$ 로 정의. 단, L(0)는 상수항만 있는 모형의 우도함수, L($\hat{\theta}$)는 설정한 모형의 우도함수, n은 표본 수임.

3) 가구재산더미변수는 전체 샘플 중 가구재산이 0인 경우를 최하층으로 구분한 후, 나머지 샘플을 가구재산 기준으로 3분할하여 상층, 중층, 하층으로 구분.

이는 전체 인구를 3개 그룹으로 나누었을 경우에 비해 하층부의 움직임과 관련하여 추가적인 정보를 제공한다. 수발환경이 열악한 하층이 중층이나 상층보다 서비스를 더 신청하는 경향이 나타났지만, 최하층의 경우 차하층보다 경제적 부담이 더 크게 작용하여 신청이 억제된다는 해석이 적절할 것이다. 최상층의 경우는 등급을 인정받아도 이용을 덜하는 경향이 여전히 유지되었다.

3. 서비스 이용에 관한 주관적 인식

시설요양에 대한 수요는 수발환경이 열악한 계층에서 더 큰 반면, 이들 계층은 경제적 부담으로 서비스를 이용하지 못하는 비율이 큰 것으로 나타났다. '현재 시설요양 서비스를 이용하고 있을 경우, 건강상태가 호전되면 재가서비스로 전환하거나 직접수발을 하시겠습니까?'라는 질문에 대해 시설요양에 대한 수요는 수발환경이 열악한 계층에서 더 컸다. 현재 시설요양을 이용하는 경우는 모두 보호자가 응답했는데, 향후 건강상태가 호전된다고 해도 대부분(69.5%) 시설에 남기를 희망하였다. 응답현황을 소득문항과 매치시켜봤을 때, 재가서비스 이용과 직접수발을 희망한 경우의 평균가구소득은 134만원으로 시설에 남을 의사를 가진 경우의 109만원보다 높았다(표 8).

표 8. 이용현황 관련 설문

(단위: 명, %, 만원)

질문	응답유형	N	%	월평균 가구소득*
질문: 1·2등급 인정자의 요양서비스 이용 현황 (전체N=762)				
시설		239	31.4	117.8
재가		328	43.0	91.0
이용하지 않음		172	22.6	98.9
요양보호자 가족의 수발		23	3.0	104.8
질문 : 현재 시설요양서비스를 이용하고 있을 경우, 건강상태가 호전된다면 재가서비스로 전환하거나 직접수발을 하시겠습니까? (전체N=239)				
직접수발 가장 선호		44	18.4	134.0
직접수발보다 재가 선호		25	10.5	148.6
시설에 남기 원함		166	69.5	108.8
*무응답		4	1.7	
질문 : 1·2등급으로 현재 재가요양을 이용하고 있다면, 시설요양을 선택하지 않은 이유는 무엇입니까? (전체N=328)				
가족과 함께 생활하고 싶어서		207	63.1	91.3
경제적 부담		77	23.5	57.6
시설요양의 질을 신뢰하기 어려워서		32	9.8	127.8
기타		12	3.7	210.9

그리고 '1·2 등급을 인정받았는데 현재 재가요양을 이용하고 있다면, 시설요양을 선택하지 않은 이유는 무엇입니까'라는 물음에 대해 23.5%가 경제적 부담을 들었으며, 63.1%는 가족과 함께 생활하고 싶어서, 9.8%는 시설요양의 질을 신뢰할 수 없어서라고 응답했다. 그리고 경제적 부담을 미이용사유로 든 이들의 평균소득은 57.6만원, 가족과 동거하고 싶은 이유를 든 경우는 91.3만원, 시설요양 질을 신뢰하지 않는 경우는 127.8만원이었다. 즉, 경제력이 취약하지 않은 계층은 서비스의 질을 신뢰하지 못하거나 가족수발의 중요성을 크게 평가해서 요양서비스를 이용하지 않는다고 응답한 비율이 높았던 반면, 취약계층의 경우 경제적 부담으로 서비스를 이용하지 않는다고 대답한 비율이 높았다(표 8).

표 9. 직접수발 전환의사 관련 설문

(단위: 명, %, 만원)

질문	응답유형	N	%	월평균 가구소득*
질문 : 현재 시설요양서비스를 이용하고 있을 경우, 직접수발 시 가족원이 현금을 지급받게 된다면 월 지급액이 어느 정도가 되면 직접수발을 택하시겠습니까? (전체 N=239)	60만원 미만(15~50)	16	6.7	{ 126.1
	100만원 미만(60~90)	11	4.6	
	100만원 이상(100~200)	20	8.4	
	무조건 시설 이용	191	79.9	114.5
	*무응답	1	0.4	
	질문 : 1·2등급으로 현재 재가요양서비스를 이용하고 있을 경우, 직접수발 시 가족원이 현금을 지급받게 된다면 월 지급액이 어느 정도가 되면 직접수발을 택하시겠습니까? (전체N=328)	40만원 미만(10~30)	18	5.5
100만원 미만(40~90)		90	27.4	
100만원 이상(100~300)		57	17.4	
무조건 재가/시설 이용		134	40.9	77.5
*무응답		29	8.8	
질문 : 현재 시설요양서비스를 이용하고 있을 경우, 재가서비스의 월 본인부담액이 시설요양보다 얼마나 더 낮으면 재가서비스를 이용하시겠습니까? (전체N=239)		20만원	4	1.7
	30만원	2	0.8	
	50만원	2	0.8	
	무조건 시설 이용	228	95.4	117.1
	*무응답	3	1.3	

그리고 가족의 직접수발로 전환할 경우 현금을 지급받게 된다고 하더라도, 현재 시설이나 재가서비스를 이용하고 있는 대부분의 응답자는 지급액수에 상관없이 계속 시설을 이용하거나 재가서비스를 이용하겠다고 답했다. 이 때, 무조건 장기요양서비

스를 계속 이용하겠다고 대답한 경우는 액수에 따라 가족수발로 전환하겠다는 경우보다 평균적으로 소득수준이 낮은 것으로 나타나, 저소득계층의 가족수발환경이 보다 열악한 실정이 반영된 응답이라고 해석된다(표 9).

예를 들어 현재 시설요양을 이용하는 239가구 중 191가구가 무조건 시설을 이용하겠다고 응답한 반면, 지급액에 따라 직접수발로 전환하겠다는 경우는 47가구에 불과했다. 재가요양서비스의 경우 지급액에 따라 전환하겠다는 경우가 50%로 나타났으나, 지급받아야 한다고 액수가 상당부분 현재 재가서비스 급여비용(704,000원)을 크게 초과하는 비현실적인 규모였다(표 9).

IV. 결 론

우리나라 장기요양보험 제도의 대상자 범위는 상대적으로 협소하게 설정되었고 GDP 대비 비용 역시 낮은 수준이다. 그런 만큼, 빠르게 고령화되고 있는 사회에서 장기요양보험제도가 실제적인 국민 삶의 질에 기여하면서 튼튼히 뿌리를 내리기 위해 제도를 확대해 나가야 할 필요성이 널리 인식되고 있다. 그러나 어느 방향으로 확대할지에 대해서는 폭넓은 논의가 필요한 상황이다. 제도 확대 방향을 모색하기 위해 고려해야 하는 선택사항은 취약계층에 대한 배려를 우선해야 하는지, 경제적 부담을 줄이기 위해 본인부담 수준을 조정해야 하는지, 판정기준을 완화하여 보다 폭넓은 대상자를 포괄하는 것을 우선해야 하는지, 현금급여를 도입하여 재정 절감을 도모해야 하는지 등이다.

본 연구는 이러한 방향모색에 유용한 정보를 제공하기 위해 현재 장기요양보험제도를 이용하는 인구그룹의 특성을 살펴보고, 제도 이용과 관련한 인식을 조사했다. 경제적으로 어렵고 주거조건이 열악하거나, 독거하는 노인의 경우 거주지를 떠나 시설요양서비스를 이용하는 비율이 높았다. 그리고 경제력이 약한 계층 중, 최하층의 인구그룹이 차하층에 비해 서비스 이용 욕구가 더 큼에도 불구하고 서비스를 더 이용하는 경향은 나타나지 않았다. 이러한 결과는 가장 취약한 계층이 서비스 이용 요구는 크되, 경제적 부담에 제약되는 정도가 강하다는 의미로 해석할 수 있다. 이러한 현상은 설문조사 결과와도 부합되었다. 경제력이 취약하지 않은 계층은 서비스의 질을 신뢰하지 못하거나 가족수발의 중요성을 크게 평가해서 요양서비스를 이용하지 않는다고 응답한 비율이 높았던 반면, 취약계층의 경우 경제적 부담으로 서비스를 이용하지 않는다고 대답한 비율이 높았다.

이는 현재의 제도적 환경에서 전반적인 경제수준이 아직 낮고, 가장 중증의 대상자만이 자격조건을 만족하기 때문에, 시설 서비스가 가장 선호되고 주거환경이 열악

한 저소득층이 장기요양서비스를 가장 절실히 필요로 한다는 점, 즉, 취약계층의 요양서비스 요구가 사회·경제적 조건의 열악함과 결합하여 증폭되고 있다는 것을 나타낸다. 다른 나라의 경우, 제도를 어느 정도 확대한 후에는 원래의 거주환경에 머물면서 서비스를 받게 하는 것이 노인 삶의 질을 높이기 위해 효과적이라고 인정하고 정책을 재가 중심으로 전환하는 추세이나, 협소한 범위로 제도를 시행한 우리나라는 주된 수요가 시설요양부문에 집중되고, 취약계층의 욕구가 이에 모이는 것이 불가피한 구조이다.

이러한 실증분석결과는 제도확대방향과 관련해서 저소득층의 비용 지원이 다층적인 중요성을 가질 수 있다는 것을 보여준다. 판정기준의 완화나 급여범위 확대 등 전체 고령인구에 영향을 미치는 방안은 보험료수준과 예산상황, 가입자와 급여대상자 요구 등을 고려하여 논의가 이루어져야 하는 문제이다. 반면, 취약계층의 장기요양서비스 비용 지원은 점차 심각해질 노인빈곤 문제의 대응 차원에서 가장 열악한 그룹을 공적으로 돌보는 정부 본래의 기능이라 할 수 있어, 일반회계예산을 투입하는 것에 대해 반발의 여지가 가장 적은 부분이다.

따라서 본인부담금 면제 등 저소득층의 필요를 보다 적극적으로 제도 내에 반영하면서 노인돌봄과 관련하여 기존의 공적부조와 사회서비스가 가진 일부 미비점을 장기요양서비스 제도를 통해 보완하는 것이 필요하다. 특히 이들 취약계층의 경우 정치적 목소리를 내기 어렵다는 점을 감안할 때 제도 운영 주체가 이들을 능동적으로 배려하는 것이 필요하며, 서비스 욕구가 가장 큼에도 불구하고 경제적 부담으로 가장 제약되는 이들 그룹을 지원하는 것은 향후 제도확대 과정에서 우선순위가 부여되어야 하는 부분일 것이다.

참 고 문 헌

- 국민건강보험공단. 노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도 조사. 연구보고서 ; 2008.
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험 통계월보(2008년 7월~2009년 8월). 국민건강보험공단 내부자료 ; 2009a.
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험 시행 1년의 성과와 향후 과제 보도자료. 2009b. 6. 26.
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험 이용자 만족도 조사 보고서 보도자료. 2008. 8.
- 선우덕, 김찬우, 최정수, 최혜지, 연병길, 원장원 등. 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차). 서울 : 한국보건사회연구원 ; 2007.

- 정경희, 석재은, 선우덕, 김찬우, 이태화, 이태진 등. 공적노인요양보장제도 평가·판정체계 및 급여·수가개발. 서울 : 한국보건사회연구원 ; 2005.
- Bauer E J. Transitions from Home to Nursing Home in a Capitated Long-Term Care Program: The Role of Individual Support Systems. *Health Services Research* 1996 ; 31(3); 309-326.
- Comas-Herrera A, Costa-Font J, Gori C, di Maio A, Patxot C, Pickard L, et al. European Study of Long-Term Care Expenditure. London : PSSRU Discussion Paper 1840 London School of Economics ; 2003.
- Garber A M, Macurdy T E. Predicting Nursing Home Utilization among the High-Risk Elderly. In : Wise D A editors. *Issues in the Economics of Aging*. Chicago: University of Chicago Press ; 1990. pp.173-200.
- Headen Jr. A E. Time Costs and Informal Social Support as Determinants of Differences between Black and White Families in the Provision of Long-Term Care. *Inquiry* 1992 ; 29 ; 440-450.
- Martins J O, Maisonneuve C. The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care : An Integrated Approach. *OECD Economic Studies* No 43 ; 2006.
- OECD. Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures : What Are The Main Drivers? *Economics Department Working Papers* No 477 ; 2006.
- OECD. LTC for Older People. *The OECD Health Project* ; 2005.
- Reschovsky J D. Demand for and Access to Institutional Long-Term Care: The Role of Medicaid in Nursing Home Markets. *Inquiry* 1996 ; 33 : 15-29.
- Sturm, R. and D. Lakdawalla. Swollen Waistlines, Swollen Costs, Obesity Worsens Disabilities and Weighs on Health Budgets. *RAND Review* 2004.
- Tomassini C, Glaser K, Wolf D A, Broese van Groenou M I, and E. Grundy. Living Arrangements among Older People: An Overview of Trends in Europe and the USA. *Population Trends* 2004 : 115 : 24~34.
- Wittenberg R, Pickard L, Comas-Herrera A, Davies B, Darton R. Demand for Long-Term Care: Projections of Long-Term Care Finance for Elderly People. London: PSSRU Univ. of Kent ; 1998.