

국문주요어: 장기요양, 노인요양시설, 본인부담금, 소득

노인요양시설 비용부담자의 소득수준이 더 나은 서비스 이용을 위한 본인부담금 추가 지불의사에 미치는 영향 분석

I. 서론

1. 연구의 필요성

노인장기요양보험은 노인 돌봄의 부담을 사회연대의 원리에 따라 국가가 부담하고자 2008년 7월에 도입되었고, 지난 15년 동안 높은 국민적 만족도를 보이며 노인 돌봄의 핵심 서비스로 자리매김해왔다[1]. 우리나라의 인구가 2020년에 1차 베이비붐세대(1955~1963년생)의 노인인구 진입을 시작으로 빠른 속도로 고령화되고 고령인구의 특성 또한 변화될 것으로 전망되면서[2], 앞으로 15년 동안의 노인장기요양보험은 장기요양 수요 증가에 대비한 제도의 지속가능성 확보와 신노년세대의 특성을 반영한 제도 개혁을 동시에 이루어 내야하는 도전에 직면해 있다. 특히, 현재의 노인과는 다른 특성을 갖는 1차 베이비붐세대의 교육수준과 소득수준 등을 고려하여 새로운 서비스를 도입하고 서비스 질을 개선해야 한다는 요구가 높으며[3-5], 재가에서 생활이 어려운 기능상태가 되었을 때 자식에게 기대지 않고 배우자와 함께 24시간 돌봄을 받기를 희망하는 수요가 늘면서[3,6], 이와 관련된 장기요양 서비스인 시설급여 내의 신규 서비스 도입과 질 개선에 대한 관심이 뜨겁다[7].

노인장기요양보험의 시설급여는 일상생활수행에 있어 상당 부분 또는 전적으로 타인의 도움이 필요한 1, 2등급 수급자이거나 3~5등급이지만 치매로 인한 문제행동이 심한 경우 등급판정위원회의 승인을 받아 이용할 수 있는 서비스로 요양시설에 장기간 입소하여 신체활동지원과 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등의 서비스를 제공받는 급여이다[8]. 2021년 12월 기준 급여이용자 789,522명 중 23.9%가 시설급여를 이용하였으며, 시설급여 이용자 대부분(91.7%)이 노인요양시설을 이용하고 있다[9]. 노인장기요양보험의 본인부담금은 장기요양서비스의 직접 혜택을 보는 수급자 본인이나 가족이 부담하는 비용으로 수급자는 시설급여를 이용하고, 이용한 급여에 대해 수급자의 장기요양 등급과 소득수준별에 따라 본인부담금을 지불해야 한다. Kwon 등[4]의 연구에 따르면 노인요양시설에 지불하는 평균 본인부담금은 2021년 3월 기준 월 평균 587,417원으로 보고되었다.

노인요양시설 내 새로운 서비스의 도입과 더 나은 서비스로 질을 개선하기 위해서는 자원투입이 필요조건으로 고려되며[10], 서비스 비용 또한 증가하게 된다. 이에 상응하여 증가하는 본인부담금은 서비스 이용에 대한 진입 장벽을 높여 서비스 이용을 제한하는 요인으로 작용할 수 있다. 따라서 노인장기요양보험 내 새로운 서비스의 도입과 서비스 질 개선을 논의하기에 앞서 수급자와 가족을 대상으로 본인부담금에 대한 추가 지불의사를 파악하여 제도 개선의 수용성을 확인하여야 한다[11]. 지불의사란 특정한 환경의 현재 상태 혹은 보다 개선된 상태에 대해 소비자가 지불하고자 하는 의사로 정의되며, 새로운 서비스 도입 시 새로운 서비스로부터 발생하는 편익(benefits)을 측정하기 위해 활용되는 개념이

다[12,13]. 2021년 국민건강보험공단에서 실시된 노인장기요양보험 서비스 만족도 조사 결과에 따르면 노인요양시설의 서비스 질 개선에 대한 요구사항으로 ‘본인부담금 감경 대상자 확대로 수급자의 경제적 부담 완화(48.8%)’와 ‘더 많은 어르신이 혜택을 받을 수 있도록 장기요양서비스 대상자 확대(38.0%)’, ‘어르신 기능 상태에 맞는 다양한 서비스 발굴과 제공(32.8%)’ 등 더 나은 서비스에 대한 요구와 서비스 이용 비용에 대한 부담이 공존하는 것으로 나타났다[1]. 위 결과를 통해 노인요양시설의 더 나은 서비스에 대한 논의에서 서비스 개선 시 발생하는 추가 비용에 따른 본인부담금의 상승에 대해 비용부담자의 추가 지불의사를 살펴보는 것은 무엇보다 중요함을 확인할 수 있다. 특히, 서비스의 유형과 양을 결정할 때 소득수준이 주요한 요인으로 작용[14]하고 수급자와 가족의 소득수준이 본인부담금 부담에 대한 주요 요인임[15]을 고려할 때, 소득수준별로 더 나은 서비스에 대한 추가 지불의사가 어떤 차이가 있으며, 소득수준이 추가 지불의사에 어떠한 영향을 미치는지 면밀히 살펴볼 필요가 있다.

그간 노인장기요양보험 서비스에 대한 비용 지불의사와 관련하여 진행된 국내 연구는 제도 도입 초기에 진행된 Lee 등[12]과 Lee와 Lee [13]의 연구가 있으며, 제도 도입 이후에 이루어진 연구는 Kim 등[11]이 장기요양 재가급여 수급자를 대상으로 구강위생서비스 요구와 비용 지불 의사를 살펴본 연구가 유일하다. Lee 등[12]과 Lee와 Lee [13]의 연구는 노인장기요양보험이 도입되기 이전에 노인장기요양보험을 사회보험 형태로 도입했을 때 이러한 보험에 대한 총 가치를 지불의사금액을 이용하여 추정하는 연구이며, Kim 등[11]의 연구는 재가급여에 대한 추가 지불의사를 살펴본 연구로서 이 연구를 활용하여 노인요양시설에 대한 추가 지불의사를 파악하는 데에는 한계가 있다. 본인부담금과 관련해서는 노인요양시설의 본인부담금 지불 실태를 살펴보고[4,16], 본인부담금과 소득수준과의 관계를 살펴본 연구[15] 등으로 이루어져 더 나은 서비스에 대한 본인부담금 추가 지불의사에 대해 소득수준별로 살펴보는 연구가 필요한 시점이다.

2. 연구목적

본 연구는 노인요양시설 본인부담금 비용부담자의 소득수준이 수급자의 더 나은 장기요양서비스 이용을 위한 본인부담금 추가 지불의사에 어떠한 영향을 미치는지 분석하여, 향후 본인부담금제도 관련 정책 수립의 근거자료를 생산하고자 실시되었다. 본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 비용부담자의 소득수준과 본인부담금 추가 지불의사에 따른 수급자와 비용부담자의 일반적 특성을 분석한다.

둘째, 비용부담자의 소득수준에 따른 본인부담금 추가 지불의사의 차이를 분석한다

셋째, 본인부담금 특성을 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따른 본인부담금 추가 지불의사의 차이를 분석한다.

넷째, 장기요양서비스 이용 특성을 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따른 본인부담금 추가 지불의사의 차이를 분석한다.

다섯째, 비용부담자의 소득수준이 본인부담금 추가 지불의사에 미치는 영향을 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 노인장기요양보험 시설급여를 이용한 수급자의 본인부담금(비용)을 지불하는 가족 대상으로 소득수준별 더 나은 서비스를 위한 본인부담금 추가 지불의사에 차이가 있는지, 소득수준이 추가 지불의사에 미치는 영향을 파악하기 위한 기술적 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구의 분석대상은 2021년 3월 노인요양시설을 이용한 수급자의 가족 가운데 '2021년도 노인장기요양보험 본인부담 실태조사'를 완료한 장기요양급여비용 부담자로 정하였다. 본인부담 실태조사의 모집단인 2021년 3월 시설급여 이용자는 123,578명이었으며, 층화변수는 인정등급(1등급(인정점수 \geq 95점), 2등급(75점 \leq 인정점수 $<$ 95점), 3등급(60점 \leq 인정점수 $<$ 75점), 4등급 (51점 \leq 인정점수 $<$ 60점), 5등급(45점 \leq 인정점수 $<$ 51점)), 건강보험가입자 자격(일반, 감경·의료급여대상자), 장기요양기관 소재 지역(대도시, 중·소도시), 기관 설립주체(개인, 법인·지자체), 기관 정원($<$ 10인, 10인 \leq , $<$ 30인, 30인 \leq , $<$ 100인, \geq 100인)을 고려한 비례층화표본추출법을 이용하여 95% 신뢰수준에서 $\pm 2.97\%p$ 를 반영하여 1,231명을 조사대상자로 선정하여 조사를 완료하였다. 본 연구에서는 조사완료 대상자 중 노인요양시설을 이용한 1,111명의 자료를 활용하여 분석하였다.

3. 분석 자료

본 연구의 자료는 2021년도 국민건강보험공단 건강보험연구원에서 수행한 '2021년 노인장기요양보험 본인부담 실태조사'[4] 자료 중 노인요양시설 이용자를 대상으로 조사한 자료를 활용하였다. '2021년 노인장기요양보험 본인부담 실태조사'는 건강보험연구원에서 전문 기관에 위탁하여 2021년 6월 7일부터 8월 7일까지 전화 또는 Web조사로 실시되었다.

4. 분석 방법

노인요양시설 본인부담금을 지불하고 있는 비용부담자(가족)의 소득수준별로 수급자가 더 나은 장기요양서비스를 이용하기 위하여 본인부담금을 추가로 지불 할 의사에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 분석과정은 다음과 같다.

첫째, 비용부담자의 가계 월 소득수준과 추가 지불의사의 분포에 따른 일반적 특성은 기술통계분석을 수행하여 빈도, 백분율을 확인하였다. 이때 소득수준은 2021년 장기요양인정자의 3월 건강보험료를 기준으로 월 가계 소득을 환산하고 이에 대한 5분위 분포가 설문조사 가계 월 소득 분포를 동일함을 확인하여, 100만원 미만, 100만원 이상 300만원 미만, 300만원 이상 500만원 미만, 500만원 이상으로 구분하였다. 둘째, 비용부담자의 가계 월 소득에 따른 추가 지불의사의 차이를 확인하기 위하여 카이

제공검정(chi-square test)을 실시하였다. 셋째, 본인부담 특성(비급여 본인부담금액 수준, 본인부담금에 대한 경제적 부담감)과 장기요양서비스 이용 특성(서비스 질 만족도, 질 개선 필요성)의 영향력을 보정한 후의 비용부담자의 가계 월 소득에 따른 추가 지불의사의 차이를 알아보기 위하여 코크란-멘텔-헨젤 검정(cochran-mantel-haenzel test)을 실시하였다. 넷째, 비용부담자의 가계 월 소득이 더 나은 장기요양서비스를 위한 본인부담금 추가 지불의사에 어떠한 영향을 미치는 지를 살펴보기 위해 로지스틱회귀분석(logistic regression analysis)을 실시하였다. 이때, 비용부담자의 가계 월 소득수준에 영향을 미치는 요인으로 수급자와 비용부담자의 인구사회학적 특성과 본인부담과 서비스 이용 특성 변수를 보정변수로 사용한 3가지 모델을 제시하여 분석하였고, 100만원 미만 그룹을 비교 그룹(reference)으로 설정하여 100만원 미만 그룹과 비교한 승산비(odd ratio)를 구하여 추가 지불의사에 미치는 영향력을 분석하였다. 모형의 적합도를 평가하기 위해 Hosmer 및 Lemeshow 검정을 실시하였고, 모델 간 적합도 비교를 위해 -2 Log Likelihood 값을 산출하여 비교 분석하였다. 이때, 추가적으로 가계 월 소득 수준이 증가함에 따라 추가 지불의사의 증가 또는 감소하는 경향성을 파악하기 위해서 로지스틱회귀분석의 유의수준의 경향성(p for trend) 값을 분석하였다. 본 연구에서 수행한 모든 통계 분석은 SAS ver. 9.4 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)를 이용하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구는 국민건강보험공단 건강보험연구원 생명윤리위원회의 승인(연-2021-HR-01-027)을 받은 후 실시하였다. 조사 대상자에게 조사의 목적과 내용을 설명한 후 참여 동의를 구하였고, 참여에 동의한 자를 대상으로 자료를 수집하였다. 분석자료는 개인 식별이 불가능하도록 설문자료 자료 내 개인을 특정할 수 있는 내용은 삭제한 후 자료를 활용하였다.

III. 연구결과

1. 분석대상자의 소득수준과 추가 지불의사별 수급자와 비용부담자의 일반적 특성

분석대상자의 소득수준과 추가 지불의사의 분포를 살펴보면, 100만원 이상 300만원 미만이 40.1%로 가장 많았고, 추가 지불의사는 있다가 39.0%로 나타났다. 소득수준과 추가 지불의사의 분포별 인구사회학적 특성을 분석한 결과는 다음과 같다(Table 1).

먼저, 수급자의 인구사회학적 특성을 소득수준별로 살펴보면, 남성은 300만원 이상 500만원 미만에서 35.3%로 가장 높았으며, 여성은 100만원 이상 300만원 미만에서 41.8%로 가장 높았다. 연령별로 살펴보면, 100만원 이상 300만원 미만에서 75세 미만은 36.6%, 85세 이상은 43.7%로 높게 나타났으며, 75세 이상 85세 미만에서는 300만원 이상 500만원 미만에서 37.9%로 가장 높은 비율을 차지하였다. 장기요양등급 별로는 1등급을 제외하고 100만원 이상 300만원 미만 그룹에서 2등급 40.1%, 3등급 43.6%, 4등급 36.4%, 5등급 33.3%로 모든 등급의 비율이 가장 높게 나타났다. 비용부담자 결과를 살펴보면, 100만원 이상 300만원 미만에서 남성(39.7%)과 여성(40.7%)의 비율이 가장 높았으며, 연령

별에서는 100만원 이상 300만원 미만에서 45세 미만 42.6%, 45세 이상 65세 미만 35.8%, 65세 이상 75세 미만 53.8%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 75세 이상은 100만원 미만에서 46.8%로 가장 높게 나타났다. 수급자와의 관계에서는 배우자는 100만원 미만에서 44.3%로 가장 높았으며, 100만원 이상 300만원 미만에서 아들·며느리 39.6%, 딸·사위 42.3%으로 가장 높게 나타났다. 교육수준 결과에서는 초등학교 이하 졸업에서 100만원 미만 47.7%, 중학교 졸업과 고등학교 졸업에서 100만원 이상 300만원 미만이 각각 52.2%, 48.5%이며, 대학교 졸업에서는 300만원 이상 500만원 미만에서 39.5%로 가장 높은 비율을 차지하였다.

다음으로 추가 지불의사에 따른 수급자와 비용부담자의 인구사회학적 특성을 살펴보았다. 먼저, 추가 지불의사가 있는 수급자의 결과에서 여성 39.0%이 남성(38.9%)보다 근소하게 높게 나타났고, 연령에서는 75세 이상 85세 미만이 42.0%, 75세 미만이 38.0%, 85세 이상이 37.7% 순이었으며, 등급은 4등급이 40.9%로 가장 높게 나타났다. 추가 지불의사가 있는 비용부담자의 인구사회학적 특성 결과는 남성이 45.6%로 여성(31.0%)보다 높게 나타났으며, 연령은 45세 미만 55.6%, 45세 이상 65세 미만 41.5%, 75세 이상 32.3%, 65세 이상 75세 미만은 29.0% 순으로 추가 지불의사가 나타났다. 수급자와의 관계에서는 기타를 제외하고 아들·며느리에서 40.9%로 가장 높았으며, 수급자와 거주 경험이 없을 때가 42.6%, 수발 경험이 있는 경우에 40.0%로 추가 지불의사가 있는 것으로 나타났다. 교육수준에서의 추가 지불의사는 대학교 졸업 이상에서 48.9%, 고등학교 졸업 35.4%, 중학교 졸업 23.9%, 초등학교 이하 졸업에서 10.8% 순으로 나타났다. 마지막으로 직업 유·무는 직업이 있는 경우에 40.2%로 없는 것(30.6%)보다 추가 지불의사가 높은 것으로 나타났다.

2. 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사의 차이

본인부담금의 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사의 차이를 살펴보면, 비용부담자의 가계 월 소득이 높아질수록 더 나은 서비스를 위한 본인부담금 추가 지불의사가 높아지는 것으로 나타났다(Table 2). 가계 월 소득이 100만원 미만인 경우 추가 지불의사가 23.0%인 것에 비해 300만원 이상 500만원 미만이 46.7%로 2배로 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 나타났다($p < 0.001$). 한편 추가 지불의사가 없는 경우에 100만원 미만에서 77.0%로 높게 나타났으나, 500만원 이상에서는 40.7%로 감소하는 것을 확인할 수 있었다($p < 0.001$).

3. 본인부담금 특성 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사의 차이

본인부담금 특성인 비급여 금액수준과 본인부담금 경제적 부담을 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사와의 차이를 살펴보면 Table 3과 같다. 비급여 금액 수준을 보정한 후에도 비용부담자의 소득수준에 따른 추가지불의사의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다($p < 0.001$). 비급여 금액 수준이 낮은 경우에서도 가계 월 소득이 100만원 미만인 경우에 추가 지불의사가 20.3%이었으며, 가계 월 소득이 증가할수록 추가 지불의사가 증가하여 500만원 이상인 경우에 62.8%까지 높아지는 것으로 나타났다. 비급여 수준이 높은 경우 가계 월 소득이 100만원 미만일 경우 추가 지불의사가

34.3%이며, 500만원 이상일 때는 추가 지불의사가 52.1%로 높아졌으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

본인부담금에 대한 경제적 부담을 보정한 경우에서도 가계 월 소득이 높아짐에 따라 추가 지불의사가 통계적으로 유의하게 높아지는 것으로 나타났다. 본인부담금에 대한 경제적 부담감이 있는 경우에는 가계 월 소득이 100만원 미만인 경우 추가 지불의사가 12.7%로 나타났고, 가계 월 소득이 증가할수록 추가 지불의사가 증가하였으며 300만원 이상 500만원 미만에서 36.6%로 가장 높게 나타났다. 본인부담금에 대한 경제적 부담이 없는 경우도 가계 월 소득이 100만원 미만인 경우 추가 지불의사가 41.5%로 나타났으며, 월 소득이 높을수록 증가하여 500만원 이상인 경우 79.5%까지 증가하는 것으로 나타났다.

4. 장기요양서비스 이용 특성을 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사의 차이

장기요양서비스 이용 특성인 서비스 질 만족도와, 서비스 질 개선 필요성을 보정한 비용부담자의 소득수준에 따른 추가 지불의사의 차이에 대한 결과이다(Table 4). 장기요양서비스 이용 특성을 보정한 후, 비용부담자의 소득수준에 따라 추가 지불의사의 차이가 유의한 것으로 나타났다($p < 0.001$). 장기요양서비스 질에 불만족한 경우 추가 지불의사가 가계 월 소득 100만원 미만에서 16.7%이며, 가계 월 소득이 증가할수록 추가 지불의사가 높아져 300만원 이상 500만원 미만에서 43.4%로 가장 높게 나타났다. 장기요양서비스 질에 만족한 경우에도 추가 지불의사가 가계 월 소득 100만원 미만에서 25.2%이었으며, 가계 월 소득이 증가함에 따라 500만원 이상에서는 65.0%까지 높아지는 것을 확인할 수 있었다.

장기요양서비스 질 개선 여부를 보정하였을 때, 가계 월 소득에 따라 추가 지불의사의 차이가 통계적으로 유의하게 나타났다. 서비스 질 개선이 불필요하다고 느끼는 그룹에서 가계 월 소득이 증가함에 따라 추가 지불의사가 증가하였다. 이를 살펴보면, 가계 월 소득이 100만원 미만 18.6%, 100만원 이상 300만원 미만 23.6%, 300만원 이상 500만원 미만 34.5%, 500만원 이상 52.4% 순으로 높아졌다. 서비스 질 개선이 필요하다고 느끼는 그룹에서도 소득수준에 따라 추가 지불의사가 높아지는 것을 확인할 수 있었다. 추가 지불의사가 가계 월 소득 100만원 미만 32.2%에서 가계 월 소득이 증가함에 따라 추가 지불의사가 500만원 이상에서 64.4%로 통계적으로 유의하게 높아지는 것으로 나타났다.

5. 비용부담자의 소득수준이 본인부담금 추가 지불의사에 미치는 영향

추가 지불의사에 영향을 주는 요인을 파악하기 위하여, 로지스틱회귀분석을 진행한 결과는 Table 5와 같다. 분석에서 추가 지불의사에 영향을 주는 요인인 통제 변수를 추가하여 모델 1, 2, 3을 구성하여 분석하였다. 모델 1은 다른 영향 요인의 보정 없이 가계 월 소득 변수만을 활용하여 추가 지불의사에 미치는 영향을 분석하였으며, Homer 및 Lemeshow 검정결과 모형이 적합한 것으로 나타났다($p=1.000$). 분석 결과, 가계 월 소득이 100만원 미만인 경우에 비해 500만원 이상인 경우 본인부담금 추가 지불의사가 4.9배(95% Confidence Interval [CI], 3.05-7.87) 높았으며 통계적으로 유의하였다

($p < 0.001$).

모델 2는 수급자의 일반적 특성(성, 연령, 등급)과 비용부담자의 일반적 특성(성, 연령, 수급자와의 관계, 동거경험, 수발경험, 교육수준, 직업 유·무)을 보정하였으며, 모형 적합도 검증 결과에서 적합 한 것으로 나타났다($p = 0.999$). 모델 2의 분석 결과를 살펴보면, 가계 월 소득 100만원 미만에 비해 300만원 이상 500만원 미만에서 추가 지불의사가 2.17배(95% CI, 1.40-3.38)로 나타났으며($p < 0.001$), 가계 월 소득 100만원 미만에 비해 500만원 이상에서도 추가 지불의사가 3.64배(95% CI, 2.18-6.09)로 통계적으로 유의하게 높았다($p < 0.001$).

모델 3은 수급자의 일반적 특성, 비용부담자의 일반적 특성, 본인부담 특성(비급여 금액 수준, 본인부담금 경제적 부담), 장기요양서비스 이용 특성(서비스 질 만족도, 질 개선 필요성)을 보정하였다. Homer 및 Lemeshow 검정 결과에서 모형 적합성이 통계적으로 유의하였다($p = 0.928$). 분석 결과, 월 가계 소득 100만원 미만보다 500만원 이상에서 교차비가 3.28배(95% CI, 1.93-5.55)로 높게 나타났다.

또한 가계 월 소득이 높아짐에 따라 추가 지불의사의 승산비가 증가하는 경향성에 대해 분석한 결과, 3가지 모델 모두에서 가계 월 소득이 높아짐에 따라 추가 지불의사가 높아지는 경향성이 있는 것으로 확인되었다($p < 0.001$).

IV. 논의

본 연구는 노인요양시설 본인부담금을 지불하고 있는 가족의 소득수준에 따라 수급자의 더 나은 장기요양서비스 이용을 위해 본인부담금을 추가로 지불할 의사에 차이가 있는지 살펴보기 위해 수행되었다. 또한 소득수준이 추가 지불의사에 미치는 영향을 수급자, 비용부담자, 서비스 이용 관련 특성을 보정하여 살펴보았다. 그 결과, 응답자의 39.0%가 수급자가 현재보다 더 질 높은 서비스를 이용할 수 있다면 본인부담금을 추가로 더 지불할 의사가 있는 것으로 응답하였다. 비용부담자의 가계 월 소득과 더 나은 서비스를 위한 본인부담금 추가 지불의사와의 관련성을 살펴본 단순분석에서 가계 월 소득이 300만원 이상 500만원 미만인 그룹에서 평균 보다 높은 46.7%, 500만원 이상인 그룹에서는 59.3%로 나타나 소득이 높은 그룹에서 본인부담금 추가 지불의사가 높음을 알 수 있었다. 또한, 비급여 본인부담금을 높게 지불하고 있는 그룹, 본인부담금 총액에 대한 경제적 부담감을 느끼지 않는 그룹에서 가계 월 소득이 높은 그룹의 경우 본인부담금 추가 지불의사가 높아졌다. 비용부담자의 가계 월 소득이 본인부담금 추가 지불의사에 어떠한 영향을 끼치는지에 대한 로지스틱회귀분석에서도 수급자와 비용부담자의 인구사회학적 특성, 비급여 본인부담금, 본인부담금에 대한 경제적 부담감, 서비스 질 만족도, 서비스 질 개선 필요도 등을 보정한 후에도 비용부담자의 가계 월 소득이 높아질수록 본인부담금 추가 지불의사도 유의하게 높아짐을 명확히 확인할 수 있었다.

소득, 학력 등 비용부담자의 경제수준은 장기요양서비스 이용량과 서비스 유형 선택에 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. Brau와 Bruni [17]는 소득이 낮은 계층은 그렇지 않은 계층에 비해 장기

요양서비스 보장이 낮다고 지적하며 소득은 서비스 구매력에 영향을 준다고 하였다. 국내 연구에서도 건강보험료 분위가 낮은 저소득층에서 급여이용량이 상대적으로 낮고[18], 소득수준은 시설입소 선택, 재가서비스 이용량에도 유의한 영향을 끼치고 있는 것[14]으로 나타났다.

노인장기요양보험 운영에 필요한 재원은 국고, 보험료, 그리고 이용자가 부담하는 본인부담금으로 구성된다. 본 연구 결과에서 가계 월 소득이 높아질수록 수급자가 현재보다 더 나은 서비스를 이용한다면 현재보다 본인부담금을 더 지불할 의사도 높아짐을 확인할 수 있었다. 이와 같은 결과는 독일과 대만에서 수행된 건강보험료, 노인장기요양보험료의 추가 지불의사에 대한 연구 결과와 일치한다. 독일에서 진행된 연구는 건강보험이 없다고 가정하고 본인의 소득수준을 고려하였을 때 현재 수준의 건강보험서비스를 제공받는다면, 한 달에 지불 가능한 건강보험료가 얼마인가? 에 대한 질문에, 소득수준이 높을수록 그 지불 가능한 금액의 크기가 유의하게 높아진 것으로 나타났다[19]. 건강보험서비스의 지속과 장기요양으로의 범위 확대를 위해 필요한 보험료에 대한 추가 지불의사를 살펴본 대만의 연구에서도 가계 소득이 높아질수록 추가 지불의사와 지불가능 금액이 커지는 것으로 나타났다[20]. 이 두 연구를 통해 살펴본바와 같이 비용부담자의 가계 소득이 높아질수록 보험료 추가 지불의사 및 지불 가능 금액의 수준이 커짐을 알 수 있었다. 비용부담자의 소득은 사회보험의 유지, 지속, 확대에 필요한 비용에 대한 추가 지불의사와 그 금액에 유의한 영향을 끼치는 변수임을 확인할 수 있었다.

또한, 일본 개호보험은 제도의 재정적 지속가능성 확보를 위해 이용자의 부담능력별로 본인부담률을 차등 적용하고 있다[4,21]. 2000년 4월 제도 도입 당초에는 10%로 일률 적용하다가, 원칙적으로 10%이나, 소득수준이 높은 계층은 20%(2015년 8월부터) 또는 30%(2018년 8월부터)로 차등 적용되었다[4]. 개호보험의 본인부담률 20%, 30% 인상에 따른 영향을 평가한 결과[21], 20% 본인부담률에 대한 영향으로는 10%군과 20%군 사이에 서비스 이용량이 감소되거나 중단 비율, 서비스 이용량이 증가하였다는 비율에 유의한 차이는 없었다. 또한, 30% 본인부담률 인상 이후, 전체 개호서비스 이용량이 줄거나 이용을 중지하였다는 비율은 20%군에서 3.2%, 30%군에서 5.2%로 30%군에서 그 비율이 높았으나, 통계적 검증은 이루어지지 않았다. 이 두 조사에서, 본인부담률 인상이 개호서비스 이용량에 유의한 영향을 끼치지 않는 것으로 나타났다.

한편, 이 본인부담금에 대해 장기요양서비스 이용자는 제도 개선의 가장 주요한 사항으로 본인부담금 완화(2019년 41.3%, 2020년 49.9%, 2021년 48.8%)를 꼽고 있지만[1], 본 분석결과에서 보았듯이 더 나은 서비스를 이용한다면 현재보다 본인부담금을 더 지불하겠다는 의사의 비율도 39.0%나 존재한다. 본인부담금에 대한 경제적 부담감 완화가 필요한 계층에 대해서는 본인부담금 경감 확대, 본인부담금을 더 지불하더라도 더 나은 서비스를 이용하고자 하는 계층에 대해서는 질 높은 서비스를 이용할 수 있도록 하고 그에 대한 비용을 본인부담금을 추가로 지불할 수 있는 제도적인 장치가 필요하다는 것이다.

본 연구에서 살펴본 본인부담금 추가 지불의사는 수급자가 더 나은 서비스를 이용한다는 전제조건이 선행될 필요가 있다. 더 나은 노인요양시설 서비스, 좋은 돌봄은 정의내리는 주체의 특성과 그 주체를 둘러싼 환경에 의해 다양하게 정의 내릴 수 있다. Seok [10]은 좋은 돌봄에 대해 죽는 날까지 인간답

게 생활, 안전한 보장 속에 잔존능력을 최대한 유지, 전문적 판단 하에 자기결정권을 부여하고, 개인별 취향을 고려하며, 가족과의 관계를 유지하는 것이라고 정리하였다. 즉, 서비스 제공자 중심이 아닌 수급자 중심(person-centered)의 서비스가 바로 좋은 돌봄로 정의내릴 수 있다. Murphy [22]는 장기요양서비스 제공 간호사를 대상으로 좋은 돌봄에 영향을 주는 요소로 이용자의 독립성과 자율성을 높이는 서비스, 가정과 같은 환경을 조성한 서비스, 친밀감을 높이는 사람 중심 서비스, 경험과 능력이 풍부한 직원에 의한 전문적인 서비스, 이용자의 상태나 욕구를 잘 파악하는 직원, 다양한 자원을 활용한 서비스라고 결론을 내렸다. 이 두 연구를 종합해보면, 현재보다 더 나은 서비스 즉 좋은 돌봄을 제공하기 위해서는 안전하고 편안한 환경 속에서 수급자의 다양한 상태와 욕구를 잘 파악하고 있는 인력에 의한 전문적인 서비스를 이용하고 가족이나 지역사회와 적극적으로 교류하면서 존엄한 생활을 하는 것으로 정의내릴 수 있다. 이러한 좋은 돌봄을 제공하기 위해서는 개인 프라이버시 보장과 감염병 관리를 위한 개인 침실, 더 많은 직접 서비스를 제공할 수 있도록 인력배치기준을 강화하고, 더 다양하고 전문적인 서비스 제공 인력 확보 등의 인프라적인 측면에 대한 비용투입이 필요하다고 여겨진다[23]. 우리 노인장기요양보험 급여비용(수가)에서 가장 높은 비율을 차지하는 영역이 바로 인건비이기[24] 때문에 이러한 논의에서 수가의 조정 또한 함께 고려되어야 하겠다.

노인요양시설의 비용부담자(가족)는 노인요양시설 내 서비스 가운데 가장 강화가 필요로 한 서비스로 '의료·간호서비스'를 꼽았다. 이는 2019년 장기요양실태조사에서 시설급여 응답자의 6.9%가 간호 및 의료서비스에 만족하지 못하고, 시설급여의 개선이 필요한 부분으로 이용자의 16.2%가 질환에 특화된 진료 서비스 제공이라고 응답하였다[5]. 현재 노인요양시설에서 의료·간호서비스를 제공하는 인력은 계약의사, 간호사 또는 간호조무사이다. 계약의사는 노인요양시설에 1명이상, 간호사 또는 간호조무사는 입소자 25명당 1명을 배치하도록 되어 있다[8]. 장기요양급여 제공기준에 의하면 노인요양시설 포함 시설급여기관은 입소자의 건강관리를 위하여 간호사를 우선 배치하도록 하고 있다[25]. 하지만, 실제 노인요양시설을 포함한 시설급여기관의 2021년 12월 말 기준 간호인력(간호사 및 간호조무사) 가운데 간호사의 차지비율은 14.4%이다[9]. 노인요양시설 이용자(2016년 4월 한 달 기준 112,741명)의 6.5%가 입원, 82.7%가 외래를 이용한 경험이 있는 것으로 나타났다[26]. 이들의 다빈도 질환은 입원에서 상세불명 병원체의 폐렴, 알츠하이머성 치매의 순이었고, 외래는 알츠하이머성 치매, 본태성 고혈압, 뇌경색의 순이었다. 노인요양시설 입소자는 요양의 욕구와 함께 높은 수준의 의료욕구를 가지고 있으므로, 노인요양시설에서 요구되는 의료와 간호서비스에 대해 적극적으로 대응할 수 있도록 간호사 배치기준 강화, 노인요양시설 내에서 제공할 수 있는 의료와 간호서비스에 대한 본격적인 논의가 필요하다고 여겨진다.

Lee 등[6]의 연구에서 기존 노인보다 학력수준이 높아지고, 개인 소득 증가 그리고 경제적 자립성이 높아지는 특성을 보이는 새로운 노인층이 등장하였다고 발표하였다. 이러한 특성을 가진 노인이 장기요양서비스를 이용하게 되며, 이들은 현재보다 더 전문적이고 다양하고 개별적인 서비스를 요구하게 될 것이다. 노인장기요양보험에서는 새로운 노인층의 서비스 만족도 향상과 재정적 지속가능성 측면을 모두 고려하여 제도를 발전시켜 나가야 할 것이다. 돌봄과 관련된 기본서비스에 대한 질적 수준 향상

과 함께 개인별 선호를 반영하는 선택서비스에 대해서도 적극적으로 대응할 수 있는 체계에 대한 고민이 필요하다는 것이다. 독일은 장기요양보험법 제88조에 필요한 장기요양서비스를 넘어서서 입소노인과 합의하는 즉, 부가급여를 제공할 수 있도록 규정하고 있다. 이 부가급여는 돌봄과 식사와 관련하여 특별히 좋은 서비스, 추가적인 수발 돌봄 서비스를 의미하는 이는 입소노인과 요양시설 간의 합의하에 이루어지고, 비용은 전액 이용자 부담을 원칙으로 하고 있다[4].

노인요양시설은 그 시설에 입소하고 있는 노인의 입장에서 보면 거주공간이면서 생활공간이다. 노인요양시설 입소노인이 개별적이고 다양한 욕구를 해결할 수 있는 방안 마련이 이루어져야 할 것이다. Kwon 등[27]의 연구에서 수급자의 요구에 의한 추가적인 인지활동, 신체기능회복 프로그램 제공, 수급자가 원하는 시간·장소에서의 개별식사 등에 대해서는 현행 본인부담률 보다 상회하는 수준의 비용으로 노인요양시설이 추가서비스로 제공하는 것에 대하여 학계 및 현장 전문가들은 합의를 하는 결과를 보였다. 노인장기요양보험에서는 아직 필수 요양서비스에 대한 논의가 없지만, 돌봄과 관련된 필수 표준 또는 기본 서비스 범위를 벗어나는 선택서비스에 대해서 이용할 수 있는 체계에 대한 고민이 필요한 시점이라고 여겨진다. 또한, 경제적 부담으로 필요한 서비스를 적절히 이용하지 못하는 것을 방지하기 위한 비용부담 완화 정책과 함께 검토가 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 수급자가 더 나은 서비스 이용을 위해서 본인부담금을 더 지불할 의사가 있다는 비율이 39.0%임을 확인할 수 있었다. 또한, 전국단위의 대표성 있는 집단 대상 실태조사 자료를 활용하여, 비용부담자의 가계 월 소득이 높아질수록 수급자의 더 나은 장기요양서비스를 위해 본인부담금을 추가로 지불할 의사가 통계적으로 유의하게 높아짐을 확인한 첫 번째 연구로서 그 의의가 있다고 여겨진다. 하지만, 몇몇 한계점도 존재한다. 첫째, 가계 월 소득 값은 설문조사에 응답한 자가 주관적으로 답한 값을 활용하여 실제 가계 월 소득과 차이가 있을 수 있다. 하지만 응답자가 속한 가구의 2021년 장기요양인정자의 3월 건강보험료를 기준으로 월 가계 소득을 환산하고, 그 5분위 분포와 동일함을 확인할 수 있었다. 둘째, 본 연구는 시설급여 이용자의 비용부담자만을 대상으로 하였다. 시설급여와 재가급여는 식사재료비 등 비급여 항목과 본인부담률(시설 : 급여비용의 20%, 재가급여 : 급여비용의 15%)의 차이로 시설급여 만을 분리하여 분석하였다. 향후 재가급여 비용부담자의 소득수준별 본인부담금 추가 지불의사에 대한 분석도 필요하다고 여겨진다. 셋째, 본 연구에서는 비용부담자를 본인부담금을 지불하는 가족으로만 구성하였다는 것이다. 우리나라의 경우 노인요양시설 본인부담금은 대부분 자녀들이 부담하고 있다. 수급자 본인이 본인부담금의 일부 또는 전액을 부담하는 비율이 2010년 1.8%[16]에서 2021년 9.4%[28]까지 그 비율이 높아지고 있으나, 여전히 장기요양서비스를 이용하는 수급자 본인보다는 자녀 등 가족이 부담하는 비율이 높다. 하지만, 사적연금, 기초연금 등 연금을 수령하는 비율이 증가하고 있어 향후 장기요양서비스 이용에 대한 부담을 수급자가 부담하는 비율은 점차 증가할 것으로 예상된다. Lee 등[29]은 학력과 소득수준이 높아 기존 노인의 특성과 욕구가 현저히 다른 ‘신노년세대’ 등장하였다고 하였다. 신노년세대는 전쟁이후 출산율이 급증하는 시기에 태어난 베이비붐 세대를 칭하며, 이 베이비붐 세대는 교육수준이 높고 여가문화에 익숙하며, 참여 욕구가 높은 등 다양한 측면에서 이전 세대 노인과 다른 특성을 보일 것이라고 하였다. 신노년세대의 장기

요양서비스 요구도를 파악한 Han 등[30]은 개인건강관리, 삶의 방식 존중, 사회적 상호작용, 높은 서비스 질, 안전한 환경에 대한 요구도가 높았다. Lee 등[29]과 Han 등[30]은 베이비붐 세대 이후의 세대는 중등교육 비율, 소득수준이 높으며, 개성과 욕구가 다양하다고 밝혔다. 즉, 앞으로 장기요양서비스를 이용할 소비자는 이전 또는 현재의 이용자와는 다른 특성으로 인해 이들의 다양한 욕구, 서비스의 높은 질적 수준에 대한 기대에 어떻게 대응할 것인가에 대한 고민이 시급하다. 베이비붐 세대의 장기요양 진입에 대응하기 위하여 이들 계층을 대상으로 한 실태조사를 실시하여 그들이 기대하는 서비스 질 수준과 비용부담 의식을 파악하는 후속 연구가 필요하다고 여겨진다.

V. 결론

노인장기요양보험제도에 있어서 본인부담금은 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체 부담금과 함께 주요 재원의 하나이다. 본 연구에서 노인요양시설의 본인부담금을 부담하는 가족의 39.0%는 본인의 가족이 더 나은 장기요양서비스를 이용한다고 한다면 현재보다 본인부담금을 더 지불할 의사가 있는 것으로 나타났다. 또한, 비용부담자의 소득수준이 높아질수록 추가 본인부담금 지불의사도 통계적으로 유의하게 높아지는 경향을 확인할 수 있었다. 하지만, 이는 수급자가 현재보다 더 나은 수준의 장기요양서비스를 받는다는 전제가 필요하다. 본인부담금제도에 대한 검토는 장기요양서비스 질 개선과 함께 논의할 것을 제안한다. 비용부담자가 바라는 더 나은 장기요양서비스가 무엇인지, 더 나은 서비스를 위해 추가 지불 가능한 본인부담금은 어느 정도인지, 그리고 본인부담금 외 장기요양보험료에 대한 추가 지불의사와 금액 등을 공론화하여 사회적 합의를 이루어 갈 필요가 있다고 여겨진다. 베이비붐 세대가 75세 후기고령자로 진입하게 되는 시점이 2030년으로 전망되고 있다. 기존 노인의 특성과 욕구가 다른 베이비붐 세대 즉 신노년세대의 75세 이상 후기고령자 진입은 노인장기요양보험의 질적 수준 증가와 더불어 재정적 지속가능성 담보를 위한 전략개발을 요구한다. 이러한 의미에서 서비스 이용자가 부담하는 본인부담금은 서비스 질 개선과 재정 안정화에 중요한 역할을 하는 부분이다. 본인부담금이 서비스 이용에 대한 경제적 장벽이 되는 것을 방지하는 것과 함께 서비스 질 개선과 재정 안정화에 기여할 수 있도록 이에 대한 제도 개편에 대한 본격적인 검토가 필요하다고 여겨진다.

REFERENCES

1. National Health Insurance Service. A study on the satisfaction and perception of long-term care insurance 2021. National Health Insurance Service; 2021. 142 p.
2. Statistics Korea. Population projections by province: 2020~2070 [Internet]. Statistics Korea; 2021 Dec [cited 2022 Mar 1]. Available from:
https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&vw_cd=MT_ZTITLE&list_id=A41_10&seqNo=&lang_mode=ko&language=kor&obj_var_id=&itm_id=&conn_path=MT_ZTITLE
3. Han EJ, Park YW, Song MK, Cho YM, Kwon JH. Korean longitudinal healthy aging study: baseline survey. Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service; 2022. Report No. 2022-1-0022.
4. Kwon JH, Lee JS, Lee HS, Kim HK, Jung HJ, Jang HM. The 2021 survey on cost sharing in long-term care insurance. Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service; 2021. Report No. 2021-1-0017.
5. Kang EN, Lee YK, Lim JM, Joo BH, Bae HW. The fact finding survey in long-term care 2019. Health Institute for Health and Social affairs; 2019. Report No. 2019.
6. Lee YK, Kim SJ, Hwang NH, Lim JM, Joo BH, Namkung EH et al. 2020 National survey of older Koreans. Health Institute for Health and Social affairs; 2021. Report No. 2020-35.
7. Lee HG. Why KB Insurance operates a LTC facilities for the elderly. The Korea Economic Daily. 2021 May 25; Sect. Economic.
8. Ministry of Government Legislation, Korean Law Information Center. Long-term care insurance act for the elderly [Internet]. Korean Law Information Center; 2022 Jan 1 [updated 2022 Jan 1; cited 2022 Nov 27]. Available from:
<https://www.law.go.kr/lsSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EB%85%B8%EC%9D%B8%EC%9E%A5%EA%B8%B0%EC%9A%94%EC%96%91%EB%B3%B4%ED%97%98%EB%B2%95#undefined>
9. National Health Insurance Service. 2021 Long term care insurance statistical yearbook. Annual Statistic Report. National Health Insurance Service; 2022. Report No. 11-B550928-000047-10.
10. Seok JE. A study on the concept and improvement plan of long-term care service quality—the voice of service field for 'good care'-. Korean Journal of Social Welfare. 2014;66(1):221-49. <https://doi.org/10.20970/kasw.2014.66.1.014>
11. Kim HN, Kim GY, Noh HJ, Kim NH. Demand and willing to pay for oral hygiene service in long-term care insurance of elderly. Journal of Korean Academy of Oral Health.

- 2018;42(4):204–9. <https://doi.org/10.11149/jkaoh.2018.42.4.204>
12. Lee SH, Lee TJ, Yang BM. Estimation of willingness to pay for long-term care insurance. Proceedings of the Korean Society of Health Policy and Administration Conference. Health Policy and Management; 2003. p. 175–99.
 13. Lee TJ, Lee SH. Estimation of willingness to pay for long-term care insurance using the contingent valuation method. Korean Journal of Health Policy and Administration. 2006;16(1):95–116. <https://doi.org/10.4332/kjhpa.2006.16.1.095>
 14. Lee YK. Determinants of long-term care service use by elderly. Journal of the Korea Gerontological Society. 2009;29(3):917–33.
 15. Kwon J, Moon Y, Lee JS, Han EJ. Differences in family caregivers' opinions about out-of-pocket payment for long-term care facilities by income levels. Health Policy and Management. 2017;27(2):139–48. <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.2.139>
 16. Kwon JH, Han EJ, Choi ID. The 2010 survey on cost sharing in long-term care insurance. Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service; 2010. Report No. 2010–19.
 17. Brau R, Lippi Bruni M. Eliciting the demand for long-term care coverage: a discrete choice modelling analysis. Health Economics. 2008;17(3):411–33. <https://doi.org/10.1002/hec.1271>
 18. Choi ID. A study on the co-payment and the effect of long-term care insurance utilization by income level and region type. Journal of Community Welfare. 2014;48:135–64. <https://doi.org/10.15300/jcw.2014.48.1.135>
 19. Bock JO, Heider D, Matschinger H, Brenner H, Saum KU, Haefeli WE, et al. Willingness to pay for health insurance among the elderly population in Germany. The European Journal of Health Economics. 2016;17(2):149–58. <https://doi.org/10.1007/s10198-014-0663-8>
 20. Lang HC, Lai MS. Willingness to pay to sustain and expand National Health Insurance services in Taiwan. BMC Health Services Research. 2008;8:261. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-261>
 21. Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. A study on the impact of introducing 30% burden in long-term care insurance. Mitsubishi UFJ Research and Consulting Report. Mitsubishi UFJ Research and Consulting Co., Ltd. 2019.
 22. Murphy K. Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(5):873–84. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01633.x>
 23. Lee HY, Park SY, Jung HJ, Kyung SK, Seo HR. The LTC management panel of the National Health Insurance Service. Health Insurance Research Institute, National Health

- Insurance Service; 2021. 220 p.
24. Shin JH, Hyun TK. Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;47(6):555-64. <https://doi.org/10.1111/jnu.12166>
 25. National Health Insurance Service. Notification on long-term care benefit provision standards and benefit cost calculation method, etc. [Internet]. 2022 Oct 1 [updated 2022 Oct 1; cited 2022 Nov 27]. Available from:
https://www.nhis.or.kr/lm/lmxsrv/law/lawFullView.do?SEQ=1302&SEQ_HISTORY=27261
 26. Lee JS, Park SH, Yoo AJ, Han EJ, Moon YP, Park SY, et al. A study on developing the model of nursing care unit in long-term care home. Health Insurance Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service; 2017. Report No. 2017-23.
 27. Kwon JH, Lee JS, Lee HS, Han EJ, Ryu JH, Jeong HJ. A study of monitoring policy in non-covered services by long-term care insurance. Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service; 2022. Report No. 2022-1-0015.
 28. Fine Research. The 2021 survey on cost sharing in long-term care insurance consignment project result report. National Health Insurance Services. Fine Research; 2021. 150 p.
 29. Lee YK, Kim SJ, Lim JM, Nam HJ, Hwang JY, Lee HJ, et al. Diversification of elderly care needs and development of specialization strategies for LTC facilities. Health Institute for Health and Social affairs; 2020. Report No. 2020-47.
 30. Han SY. Assessment of long-term care service needs in the baby boom generation. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*. 2016;27(1):21-30.
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2016.27.1.21>