

노인장기요양보험 시설서비스 이용자의 비급여 본인부담 크기 및 영향요인

권진희[†], 이정석, 한은정
국민건강보험공단 건강보험정책연구원

<Abstract>

Magnitude and its effected factors of non-covered services expenditures among long-term care facilities benefits user in Long-term Care Insurance

Jinhee Kwon[†], Jung-Suk Lee, Eun-Jeong Han

Institute for Health Insurance policy Research, National Health Insurance Corporation

The purpose of this study is to understand magnitude and its related factors of user's cost-sharing for non-covered services in long-term care facilities. We corrected data for 1,016 subjects, based on the long-term care benefits cost specification. Eighteen subjects were excluded from the data analysis due to missing data on family care-givers characteristics. Finally, 998 subjects were included in the study. The average cost of non-covered services per month was 209,093 won and distributed from 0 to 1,011,490 won. There was a significant difference by the characteristics of family care-givers and

* 접수 : 2011년 9월 2일, 최종수정 : 2011년 11월 30일, 게재확정 : 2011년 12월 8일

† 교신저자 : 권진희. 주소; 직장) 서울특별시 마포구 염리동 168-9 건강보험회관. 자택) 서울특별시 마포구 상암동 월드컵파크 3단지 307동 1004호, Tel : 직장) 02-3270-9881. Fax ; 02-3270-9840, E-mail ; kwonjh@nhic.or.kr, tmigkjh@naver.com. 휴대폰: 010-2505-5462

long-term care facilities. The monthly average cost for meal materials per person was 199,181 won(0~558,000), average cost of additional charge caused by using private bed was 232,992 won (50,000~600,000), and costs for haircut and cosmetics were 8,599 won. For the rest, there were various programs costs(93,328 won), diaper and its disposal cost(109,628 won), purchase cost for daily necessities(24,435 won) and etc. The related factors for the magnitude of non-covered services expenditures were education level of family care-givers, occupancy rate and location of LTC facilities, and the costs of using private bed, haircut and cosmetics, and various programs among non-covered services. These findings suggest that present level range of LTC facilities users' cost-sharing is wide and it is urgent to prepare the standard guideline for cost and level in non-covered services.

Key words: Non-covered services expenditures, Long-term care insurance, Long-term care facilities benefits

I. 서 론

2008년 7월 도입된 노인장기요양보험은 장기요양노인의 시설서비스 이용에 드는 경제적 비용 부담을 크게 감소시켰다는 점에서 긍정적 평가를 받고 있다. 즉, 제도 도입 이전에는 노인요양시설 입소자 1인당 월 평균 약 100~200만 원을 지불하였는데(보건복지부, 2007), 제도 도입 이후에는 노인요양시설 수가의 20%에 해당하는 본인 일부부담금과 식사재료비 등의 비급여를 합한 본인부담금이 노인장기요양보험제도 도입 이전에 지출하던 비용의 절반 이하로 감소한 것으로 보도되었다(보건복지부 2009년 6월 29일자 보도자료).

노인장기요양보험에서 시설서비스 이용자의 본인부담(금)은 장기요양노인이 노인요양공동생활가정 또는 노인요양시설에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공받게 될 때에 장기요양비용의 일부를 입소한 시설에 지불하는 것으로 정의될 수 있다. 일반적으로 공적 건강보험에서 본인부담은 도덕적 해이로 인해 발생하는 과잉수요를 적절하게 제한하기 위한 수단 중 하나로 시행되고 있는데(김정희 등, 2004; Ron 등, 1990), 이는 인지가격의 하락이 의료수요를 증가시키고 이에 따라 의료비가 증가된다고 판단하는 데에 근거한다(Rosett and

Huang, 1973; Lambertson 등, 1986; Folland 등, 2001). 이와 같은 맥락에서, 노인장기요양보험의 본인부담의 목적은 비용부담이라는 경제적 장벽을 설치함으로써 서비스에 대한 과도한 이용을 효과적으로 통제하는 동시에 보험재정을 보호하려는 것에 있다고 할 수 있다.

한편 지나치게 높은 본인부담은 서비스 이용의 접근성을 떨어뜨리는 부정적인 역할을 한다(김정희 등, 2005). 특히 본인부담금이 상승하면 소득수준이 높은 사람에 비해 낮은 사람이 서비스 이용을 줄이는 것이 일반적이어서 형평성의 문제를 불러일으킬 가능성이 높다(김태일과 허순임, 2008 ; 김찬우, 2009; 석재은, 2010 ; Normand and Weber, 1994 ; Cho 2005 ; Sato 등, 2006). 따라서 장기요양노인의 서비스 이용에 대한 접근성을 보장하기 위한 합리적인 본인부담정책을 마련하기 위해서는 노인장기요양보험에서 본인부담에 대한 실태를 파악하는 것이 선행되어야 한다. 그러나 건강보험과 마찬가지로 노인장기요양보험의 본인부담 역시 비급여 대상을 포함하는 복잡한 구성 때문에 이에 대한 파악이 어렵다.

현행 노인장기요양보험의 총본인부담금은 크게 본인일부부담금과 비급여 대상에 대한 본인부담금(이하 비급여 본인부담)으로 나눌 수 있다(보건복지부, 2010). 이 중에서 본인일부부담금은 노인장기요양보험법이 정한 바에 따라 시설서비스 이용자가 부담하는 비용이므로 월별 최대 이용일수가 일정하고 일당정액으로 금액이 설정되어 있어 비교적 간단하고 쉽게 파악할 수 있다. 이뿐만 아니라, 저소득층에서 본인부담이 서비스 이용의 접근성을 떨어뜨리는 부정적 역할을 할 것이라는 우려(김찬우, 2009)로 제도 도입 초기부터 정부가 ‘노인장기요양보험 저소득층 본인부담 경감 확대 정책’을 시행하고 있어, 본인일부부담은 정책적으로 관리되고 있는 상황이라고 볼 수 있다.

반면에, 비급여 본인부담은 그 규모를 공식적으로 파악하는 것이 매우 어렵다. 그것은 비급여 본인부담이 현행 노인장기요양보험제도의 영역 밖에서 이루어지고 있어 장기요양보험급여 청구과정에 포함되지 않기 때문이다. 비급여 본인부담 영역에는 노인장기요양보험법에서 비급여 대상으로 정한 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비를 합한 법정비급여와 기저귀, 각종 프로그램, 영양제 등에 대한 비용을 합한 기타실비가 포함되는데, 이것의 운영은 전적으로 기관의 자율에 맡겨져 있다(보건복지가족부, 2008). 이는 일정 서비스 영역에 대한 기관의 자율적 운영을 보장한다는 측면에서는 긍정적이라고 여겨지지만, 비급여 본인부담이 전체 본인부담 가운데 차지하는 비중이 상당히 크고 따라서 제도의 효율적 운영에도 커다란 영향을 미치는 요인이라는 점을 고려할 때, 제도 초기부터 비급여 영역에 대해 관심을 기울일 필요가 있다고 본다. 왜냐하면, 우리나라는 건강보험에서 지속적인 보장성 강화 정책에도 불구하고 무

분별하게 증가하는 비급여 영역의 진료비를 효과적으로 관리하지 못해 사회보험으로서 상대적으로 낮은 수준 밖에 보장하지 못하는 문제를 현재에도 겪고 있기 때문이다 (김정희 등, 2008; 최기춘 등, 2009; 최영순 등, 2010). 노인장기요양보험이 건강보험에서와 같은 시행착오를 경험하지 않기 위해서는 무엇보다 비급여 본인부담의 현황을 파악하는 것이 우선적으로 이루어져야 할 것이다.

노인장기요양보험의 비급여 본인부담을 파악하고자 시도된 연구는 아직까지 거의 없다. 장현숙(2009)이 308개 장기요양 입소시설의 경영수지를 분석한 연구에서 시설 형태별(노인요양전문시설, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정)로 비급여대상 항목별 수입 현황을 보고한 바 있다. 그러나 이 연구는 조사대상 기관이 설문조사지에 기관의 재무제표를 직접 기재하는 방식으로 이루어져 자료의 대표성이 미흡할 뿐만 아니라, 결과제시에 있어서도 기관 운영의 관점에서 총 이용건수와 총 비용만을 제시하여 서비스 이용자의 실제적인 비급여 본인부담의 실태를 나타내는데 한계를 갖는다.

이에 본 연구는 노인장기요양보험 시설서비스 이용자를 대상으로 장기요양기관에서 이용자에게 발급한 장기요양급여비용명세서를 근거로 전체 장기요양비용 중에서 비급여 본인부담이 차지하는 크기와 내용을 파악하고자 시도되었다. 이와 함께 비급여 본인부담 크기에 영향을 미치는 요인들을 분석하여 향후 비급여 본인부담을 관리하는데 필요한 기초자료를 제시하고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 2010년 5월에 노인요양시설에서 장기요양급여를 이용하고 2010년 6월 15일을 기준으로 노인장기요양보험 심사청구를 완료한 수급자로 정하였고, 연구를 위한 자료는 장기요양기관이 수급자 또는 주수발자에게 발급한 2010년 5월 장기요양급여비용명세서를 활용하였다. 연구 대상자 중 1) 2010년 5월에 시설급여와 재가급여 간에 변동이 있는 자, 2) 시설급여 이용자 중 한 달(31일)을 모두 이용하지 않은 자, 3) 입소 실인원 10인 미만의 노인요양공동생활가정 이용자, 4) 장기요양등급이 3등급이면서 노인요양시설에 입소한 자, 그리고 5) 본인일부부담금을 면제받거나 경감 받는 기초생활수급자, 의료급여자 및 감경대상자는 조사대상에서 제외하였다. 따라서 최종 조사 대상자의 모집단은 2010년 5월 한 달 동안 노인요양시설에서 장기요양급여를 이용한 일반 자격의 1, 2 등급자 79,078명이었다.

표본추출은 층화비례확률 추출방법을 활용하였고, 시설소재지역 13개 시도¹⁾, 시설 설립주체(공공, 민간), 장기요양등급(1, 2등급)을 층화변수로 사용하였다. 조사 목표대상자는 표준오차의 한계 3%와 신뢰수준 95%에 해당하는 1,000명으로 정하였고, 층별로 할당된 목표 대상자수는 1,016명이었다.

본 조사는 연구진이 제공한 구조화된 설문지를 바탕으로 조사전문기관의 조사원이 응답자의 가정 또는 면접장소로 방문하여 수급자의 가족수발자를 대상으로 일대일 개별면접방식으로 이루어졌다. 본 조사에 앞서 설문조사의 대상, 내용 및 방법 결정을 위한 사전조사가 2010년 6월 29일부터 7월 5일 동안에 실시되었다. 전국 16개 시도에 총 60명의 훈련된 조사원이 투입되었고, 자료수집기간은 2010년 7월 7일부터 9월 6일까지 총 2개월이었다. 최종 조사 완료된 유효표본수는 1,016명이었고, 이 가운데 가족수발자에 대한 일부 항목에 결측값이 있는 18명은 본 연구 분석에서 제외하였다. 최종 분석대상은 총 998명으로 이는 전체 시설급여 수급자의 1.3%에 해당된다.

2. 조사도구 및 내용

연구진은 구조화된 설문지를 개발하기 위해, 먼저 노인요양시설을 방문하여 각 기관에서 사용하고 있는 장기요양급여비용명세서를 수집하고, 이를 바탕으로 본인부담금 실태조사 설문지를 개발하였다. 이를 학계 전문가, 실무 담당자, 서비스 제공기관 종사자 등과 논의하였으며, 본 조사에 앞서 실시한 사전조사를 거쳐 최종적인 조사내용을 결정하였다. 본 연구에서 활용한 변수와 그 내용은 다음과 같다.

1) 일반적 특성

일반적 특성은 수급자의 특성, 가족수발자의 특성, 노인요양시설의 특성으로 구분되어 있다. 수급자의 특성은 장기요양등급(1등급, 2등급), 응답자인 가족수발자의 특성은 성별, 연령, 학력, 직업, 건강보험형태, 월 소득, 수급자와의 관계, 수급자 방문 빈도이다. 노인요양시설의 특성은 설립주체, 시설규모, 층족률, 소재지역으로 정하였다. 설립주체는 법인 또는 지방자치단체가 설립한 공공시설과 개인시설로 구분하였고, 시설규모는 2010년 5월 현재 노인요양시설의 정원기준으로, 30인 미만, 30인 이상 100인 미만, 100인 이상으로 분류하였다. 층족률은 2010년 5월 시점의 정원수 대비 현원수의 비율로 계산하였고, 소재지역은 대도시, 중소도시, 농어촌으로 구분하였다.

2) 비급여 본인부담금

노인장기요양보험의 본인부담금은 장기요양급여의 범위에 포함되는 서비스 이용에

1) 서울, 경기, 인천, 강원, 대전, 충청, 광주, 전라, 대구, 부산, 울산, 경상, 제주

대한 비용(본인일부부담금)과 장기요양급여의 범위에서 제외되는 비용(비급여 본인부담금)을 합한 금액이다. 본인일부부담금은 수급자가 이용한 시설급여비용의 20%에 해당하는 금액이다. 본 연구에서 활용한 것은 비급여 본인부담금으로, 노인장기요양보험법 제23조 제1항에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항을 말한다. 여기에는 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비 그리고 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용이 포함된다(노인장기요양보험법 시행규칙 제14조). 본 연구에서는 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비를 '법정 비급여'로 정의하였다. 또한, 장기요양기관은 서비스를 제공하는 과정에서 법정 급여에 기본적으로 포함되는 항목과 비급여 대상으로 별도로 정한 항목 외에 다른 비용을 임의로 수납할 수 없다. 하지만 수급자가 개별적으로 요구하는 물품 및 용역을 시설에서 구매하여 제공하는 경우, 지불 또는 대납한 실제 비용(실비)을 수납할 수 있는데, 본 연구에서는 이를 '기타 실비'로 분류하였다. 보건복지부는 서비스 제공기관이 수납할 수 있는 기타 실비 수납기준(보건복지가족부, 2008)을 제시하고 있다. 이에 따른 기타 실비 영역은 크게 (1) 주야간보호를 이용하는 수급자의 기저귀 비용, (2) 원거리 외출을 위해 택시·버스 등 다른 교통수단을 이용하는데 드는 비용, (3) 외출 또는 병원 방문을 위해 시설 또는 의료기관의 차량을 이용한 경우 소요되는 비용, (4) 기호품 등 수급자의 희망에 의한 일상용품 구입 비용, (5) 각종 프로그램 비용에 소요된 비용으로 구분된다. 본 조사에서는 이 기준과 연구진이 노인요양시설을 방문하여 조사한 사례를 근거로 세부 영역으로 나누어 조사를 실시하였다(표 1).

3. 자료분석 방법

일반적 특성은 수급자의 특성, 가족수발자의 특성, 노인요양시설의 특성으로 분류하여 분포를 파악하였다. 비급여 본인부담금은 법정 비급여와 기타 실비로 구분하여 평균과 표준편차 그리고 분포 범위를 나타냈다. 총 비급여 본인부담금은 조사대상자 998명을 대상으로 분석하였고, 비급여 대상 서비스 각각의 비용은 해당 서비스를 선택하여 이용한 뒤, 비용을 지불한 자를 대상으로 1인당 평균을 계산하였다. 일반적 특성에 따른 비급여 본인부담금 차이는 Student's t-test 또는 분산분석을 통해 검증하였고, 비급여 본인부담금 크기에 관련하는 영향요인을 살펴보기 위해서 다변량 회귀분석을 실시하였다. 다변량 회귀분석시 독립변수들 간의 분산팽창인자 VIF(variance inflation factor)를 산출하여 다중공선성의 문제가 발생하는 독립변수는 분석에서 제외하였다. 모든 통계분석은 SAS 9.1를 이용하였다.

<표 1> 시설서비스 본인부담금¹⁾ 실태조사 내용

구 분		항 목	금 액
본인일부부담금 ²⁾			원
비급여 본인부담금 ³⁾	법정비급여 ⁴⁾	식사재료비	원
		상급침실 이용에 따른 추가 비용	원
이·미용비		원	
	기타 실비 ⁵⁾⁶⁾	기자귀 비용	원
		기자귀 처리비용	원
		원거리 외출을 위한 교통수단 이용비용	원
		병의원 보호자 대행 서비스	원
		노인생활체조	원
		음악요법 (노래교실)	원
		미술요법	원
		아로마테라피	원
		물리치료	원
		마사지, 안마	원
		침, 뜸 등 한방치료	원
		욕창 등 치료재료비	원
		약제비	원
		생일잔치 비용	원
		피복비	원
		사망 시 장례비	원
	기타(구체적으로 :)	원	
합계(총본인부담금)			원

- 주 : 1) 수급자가 장기요양급여 또는 비급여를 이용할 경우 본인이 부담해야하는 비용으로 본인일부부담금과 비급여 본인부담금을 합한 비용
- 2) 보험급여로 인정되는 장기요양급여를 이용하고 본인이 지불해야하는 비용으로, 시설급여의 경우는 장기요양급여의 20%를 본인이 부담함(노인장기요양보험법 제40조)
- 3) 노인장기요양보험법에서 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(“비급여대상”)으로, 보험급여로 인정되지 못하는 장기요양비급여를 이용하고 본인이 전액 부담해야하는 비용(노인장기요양보험법 시행규칙 제14조)
- 4) 노인장기요양보험법에서 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항, 즉 “비급여대상”으로 정한 ‘식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비’로 본인이 전액 부담하는 비용
- 5) 노인장기요양보험법의 “비급여대상” 가운데, ‘일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 비용’으로 본인이 전액 부담하는 비용임. 비급여 대상항목 세부기준 및 기타 실비수납기준(보건복지가족부 요양보험제도과-804호, '08.6.18)을 근거로 실태 조사하였음
- 6) 개인의 요청에 의한 단순 구입대행은 ‘기타실비’에 포함되지 않음

Ⅲ. 분석결과

1. 일반적 특성

수급자의 장기요양등급은 1등급이 36.9%, 2등급이 63.1%로 2등급이 차지하는 비율이 높았고, 가족수발자는 여자(47.7%) 보다 남자(52.3%), 연령은 50대, 학력은 고등학교 졸업, 직업은 있는 경우, 건강보험형태는 직장, 수급자와의 관계는 아들, 수급자의 방문 빈도는 월 1회 이상~주 1회 미만의 비율이 높았다. 노인요양시설의 특성에 대해 살펴보면, 설립주체는 개인(38.3%)보다 공공(61.7%)이 차지하는 비율이 높았고, 시설 규모는 30인 이상 100인 미만의 시설이 많았다. 평균 충족률은 77.0(±2.8)%이었고, 기관의 64.3%가 평균 충족률보다 높았다. 소재지역은 대도시(32.5%)와 농어촌(14.7%)보다 중소도시(52.8%)에 위치한 비율이 높았다(표 2).

<표 2> 일반적 특성

구 분	특 성		명	%
전 체			998	100.0
수급자	장기요양등급	1등급	368	36.9
		2등급	630	63.1
가족수발자	성별	남자	522	52.3
		여자	476	47.7
	연령(세)	≤39	70	7.0
		40~49	264	26.5
		50~59	405	40.6
		60~69	179	17.9
		70≤	80	8.0
		평균±SD	53.9±10.1	
	학력	초등학교 졸업 이하	99	9.9
		중학교 졸업	147	14.7
		고등학교 졸업	438	43.9
		대학교 졸업 이상	314	31.5
	직업	있다	715	71.6
		없다	283	28.4
지역	직장	702	70.4	
	지역	296	29.6	
월소득 ¹⁾²⁾³⁾	Q1	236	25.0	
	Q2	237	25.1	
	Q3	236	25.0	
	Q4	236	25.0	

구분	특성		명	%
	수급자와의 관계	배우자	96	9.6
		아들	462	46.3
		며느리	252	25.3
		딸	156	15.6
		사위	16	1.6
		손자녀+기타	16	1.6
	수급자 방문빈도	매일	56	5.6
		주 1회 이상	432	43.3
		월 1회 이상(~주 1회 미만)	458	45.9
		년 1회 이상(~월 1회 미만)	52	5.2
노인요양시설	설립주체	공공	616	61.7
		개인	382	38.3
	시설규모	30인 미만	245	24.5
		30~100인 미만	571	57.2
		100인 이상	182	18.2
	충족률(%) ⁴⁾	77.0미만	360	36.1
		77.0이상	641	64.3
		평균±SD	77.0±2.8	
	소재지역	대도시	324	32.5
		중소도시	527	52.8
농어촌		147	14.7	

주 : 1) 직장가입자의 경우는 2010년 보험료를 5.64%를 통해 월소득을 산정하였고, 지역가입자의 경우는 5.64%의 1/2인 2.82%를 통해 추정하였음. 지역가입자의 부담능력이 상대적으로 취약해서 정부가 지역보험지출의 약 50%를 보조하는 논리에서 1/2를 취하였음(자료원: 최병호 등, 2005)

2) 월 소득 범위: ①226,773≤Q1(1,039,539), ②1,039,539≤Q2(2,124,468), ③2,124,468≤Q3(3,456,028), ④ 3,456,028≤Q4≤21,408,156

3) 53명 결측

4) (현원수/정원수)×100

2. 비급여 본인부담금 실태

장기요양급여의 범위에서 제외되는 비급여 본인부담금을 살펴본 결과, 식사재료비의 1인당 비용이 199,181원이었고, 최소금액은 0원, 최대 558,000원이었다. 상급침실을 이용하고 추가비용을 부담한 비율은 2.5%이었고, 1인당 평균금액은 232,992원이었으며, 50,000원에서 600,000원까지 분포하고 있었다. 이·미용서비스를 이용하고 금액을 지불한 비율은 8.4%이었고, 1인당 평균금액은 8,599원이었으며 3,000원에서 30,000

까지 분포하고 있었다. 그 외 기타 실비로는 각종 프로그램 비용(93,328원), 기저귀 및 기저귀 처리비용(109,628원), 일상용품구입비(24,435원) 등이 있었다. 1인당 평균 금액은 209,023원이었고 최소 0원에서 최대 1,011,490원으로 분포하고 있었다(표 3).

다음으로 일반적 특성에 따른 1인당 총 비급여 본인부담금에 차이가 있는지를 살펴 보았다. 가족수발자의 특성에 따른 비급여 본인부담금에 유의한 차이를 보이는 것은 학력과 수급자 방문 빈도이었다. 학력 수준이 가장 높은 대학교 졸업 이상인 집단의 비급여 본인부담금이 244,473원으로 다른 집단들 보다 유의하게 높았고, 수급자 방문 빈도는 매일 수급자를 찾아가는 집단에서 그렇지 않은 집단들 보다 비급여 본인부담금이 유의하게 높았다. 노인요양시설 특성별로는 설립주체가 공공이나, 개인이냐에 따른 차이는 없었고, 시설규모별로는 30인 미만보다 30인 이상~100인 미만에서, 충족률에서는 77.0%미만보다 77.0%이상인 집단에서, 소재지역별로는 중소도시와 농어촌에 비해서 대도시 지역에 위치한 시설을 이용하는 수급자에서 비급여 본인부담금이 유의하게 높았다(표 4).

<표 3> 비급여 서비스 각 항목별 이용률과 1인당 비급여 본인부담금 현황

구 분	명(%)	1인당 비급여 본인부담금	
		평균±SD(원)	범위(원)
비급여 본인부담금 ¹⁾	998(100.0)	209,023 ± 107,964	0 ~ 1,011,490
비급여 대상 서비스 항목별 본인부담금 ²⁾			
식사재료비	998(100.0)	199,181 ± 87,560	0 ~ 558,000
상급침실이용추가비용	25(2.5)	232,992 ± 173,549	50,000 ~ 600,000
아·미용비	84(8.4)	8,599 ± 6,047	3,000 ~ 30,000
기타실비	44(4.4)	74,432 ± 102,671	500 ~ 442,990
- 각종 프로그램비	15(1.5)	93,328 ± 144,178	3,000 ~ 442,990
- 기저귀 및 처리비	12(1.2)	109,628 ± 90,904	1,200 ~ 279,000
- 일상용품구입비	12(1.2)	24,435 ± 24,214	2,000 ~ 84,200
- 영양주사(제)비	3(0.3)	83,166 ± 50,513	25,000 ~ 116,000
- 혈당검사비	2(0.2)	4,900 ± 6,222	500 ~ 9,300
- 원거리교통비	1(0.1)	7,000	-

주 : 1) 1인당 평균 비급여 본인부담금은 조사대상자 998명에 의해 지불된 비급여 본인부담금의 총합을 전체 대상자 수(998명)로 나눈 값임

2) 비급여 대상 서비스 항목별 1인당 평균 비급여 본인부담금은 해당 서비스를 이용하고 본인부담금을 지불한 자의 금액을 이용자 수로 나눈 값임

<표 4> 일반적 특성에 따른 1인당 평균 비급여 본인부담금 차이 (N=998)

구 분	특 성		명(%)	비급여 본인부담금(원) 평균±SD
전체			998(100.0)	209,023 ± 107,964
수급자	장기요양등급	1등급	368(36.9)	213,183 ± 107,009
		2등급	630(63.1)	206,592 ± 108,529
가족수발자	성별	남자	522(52.3)	206,638 ± 112,624
		여자	476(47.7)	211,638 ± 102,665
	연령(세)	≤39	70(7.0)	196,590 ± 91,680
		40~49	264(26.5)	204,385 ± 122,878
		50~59	405(40.6)	207,678 ± 100,475
		60~69	179(17.9)	221,449 ± 102,275
		70≤	80(8.0)	214,206 ± 117,077
		평균±SD	53.9±10.1	
	학력 ^{***}	초등학교 졸업 이하	99(9.9)	183,658 ± 86,176
		중학교 졸업	147(14.7)	197,873 ± 80,098
		고등학교 졸업	438(43.9)	193,083 ± 94,475
		대학교 졸업 이상	314(31.5)	244,473 ± 132,178
	직업	있다	715(71.6)	204,419 ± 108,732
		없다	283(28.4)	216,573 ± 106,405
	직역	직장	702(70.4)	210,062 ± 112,575
		지역	296(29.6)	206,557 ± 96,284
월소득 ^{*1)2)3)}	Q1	236(25.0)	204,665 ± 109,739	
	Q2	237(25.1)	196,597 ± 104,535	
	Q3	236(25.0)	206,768 ± 110,593	
	Q4	236(25.0)	224,535 ± 103,152	
수급자와의 관계	배우자	96(9.6)	209,999 ± 78,359	
	아들	462(46.3)	206,746 ± 116,315	
	며느리	252(25.3)	212,361 ± 96,734	
	딸	156(15.6)	210,656 ± 121,277	
	사위	16(1.6)	212,507 ± 56,909	
	손자녀 및 기타	16(1.6)	196,901 ± 87,821	
수급자 방문빈도 ^{***}	매일	56(5.6)	231,100 ± 105,787	
	주 1회 이상	432(43.3)	221,536 ± 116,249	
	월 1회 이상(~주 1회 미만)	458(45.9)	199,139 ± 96,519	
	년 1회 이상(~월 1회 미만)	52(5.2)	168,346 ± 117,010	

구 분	특 성		명(%)	비급여 본인부담금(원) 평균±SD	
노인요양시설	설립주체	공공	616(61.7)	208,018 ±	112,754
		개인	382(38.3)	210,642 ±	99,880
	시설규모 ^{***}	30인 미만	245(24.5)	192,903 ±	90,524
		30-100인 미만	571(57.2)	214,669 ±	121,180
		100인 이상	182(18.2)	213,008 ±	80,291
	충족률 ^{***} (%) ⁴⁾	77.0미만	360(36.1)	179,768 ±	69,654
		77.0이상	641(64.3)	225,530 ±	121,461
		평균±SD	77.0±2.8		
	소재지역 ^{***}	대도시	324(32.5)	225,113 ±	97,709
		중소도시	527(52.8)	219,024 ±	110,651
		농어촌	147(14.7)	137,703 ±	91,156

주 : 1) 직장가입자의 경우는 2010년 보험료율 5.64%를 통해 월소득을 산정하였고, 지역가입자의 경우는 5.64%의 1/2인 2.82%를 통해 추정하였음. 지역가입자의 부담능력이 상대적으로 취약해서 정부가 지역보험지출의 약 50%를 보조하는 논리에서 1/2를 취하였음(자료원: 최병호 등, 2005)

2) 월 소득 범위: ①226,773≤Q1(1,039,539), ②1,039,539≤Q2(2,124,468), ③2,124,468≤Q3(3,456,028), ④3,456,028≤Q4≤21,408,156

3) 53명 결측

4) (현원수/정원수)×100

* : p<0.05, ** p<0.01, ***: p<0.001

3. 비급여 본인부담금 크기에 영향을 미치는 요인

비급여 본인부담금 크기에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 다변량 회귀분석을 실시하였다(표 5). 분석에 포함된 독립변수는 단변량분석 결과에서 유의한 차이가 나타난 변수로, 가족수발자의 학력, 월소득, 수급자 방문 빈도 그리고 노인요양시설의 규모, 충족률, 소재지역 그리고 세부 항목별 비급여 본인부담금이며, 분산팽창인자 VIF값이 10미만으로 나타나 독립변수들 간의 다중공선성 문제는 없었다. 그 결과, 가족수발자의 학력이 높을수록, 충족률이 77.0%미만보다 77.0%이상에서, 소재지역이 농어촌에 비해 대도시, 중소도시 일수록, 비급여 세부 항목 가운데에서는 상급침실이용추가비용, 이.미 용비, 각종 프로그램 비용을 많이 낼수록 비급여 본인부담금의 크기가 크을 알 수 있었다.

<표 5> 비급여 본인부담금 크기의 영향요인에 대한 다변량분석

구 분			비표준화 계수	표준화 계수	표준 오차	P- Value
가족수발자	학력 ^{***}	초등학교 졸업 이하	ref			
		중학교 졸업	-242	-0,001	10,766	0,982
		고등학교 졸업	2,108	0,011	9,375	0,822
		대학교 졸업 이상	31,423	0,150	9,776	0,001
	월소득 ¹⁾²⁾³⁾	Q1	ref			
		Q2	5,767	0,025	7,532	0,444
		Q3	-9,793	-0,044	7,431	0,188
		Q4	12,722	0,056	7,456	0,088
	수급자	매일	24,392	0,059	16,854	0,148
	방문빈도	주 1회 이상	16,191	0,083	13,495	0,231
		월 1회 이상(~주 1회 미만)	12,605	0,065	13,442	0,349
		년 1회 이상(~월 1회 미만)	ref			
노인요양시설	시설규모	30인 미만	963	0,002	16,926	0,955
		30-100인 미만	-4,779	-0,022	5,965	0,423
		100인 이상	ref			
	층족률 ^{4)***}	77.0미만	ref			
		77.0이상	32,735	0,163	5,847	<.0001
	소재지역 ^{***}	대도시	50,009	0,235	9,049	<.0001
		중소도시	40,329	0,205	8,287	<.0001
농어촌		ref				
비급여 세부 항목	식사재료비	-594	-0,069	396	0,134	
	상급침실이용추가비용 ^{***}	4,783	0,409	506	<.0001	
	아미용비 ^{***}	11,511	0,119	2,772	<.0001	
	각종 프로그램비 ^{***}	7,425	0,249	905	<.0001	
F=38.72, R ² =0.5040, Adj R ² =0.4910						

주 : 1) 직장가입자의 경우는 2010년 보험료를 5.64%를 통해 월소득을 산정하였고, 지역가입자의 경우는 5.64%의 1/2인 2.82%를 통해 추정하였음. 지역가입자의 부담능력이 상대적으로 취약해서 정부가 지역보험지출의 약 50%를 보조하는 논리에서 1/2를 취하였음(자료원: 최병호 등, 2005)

2) 월 소득 범위: ①226,773≤Q1<1,039,539, ②1,039,539≤Q2<2,124,468, ③2,124,468≤Q3<3,456,028, ④ 3,456,028≤Q4≤21,408,156

3) 53명 결측

4) (현원수/정원수)×100

* : p<0.05, ** p<0.01, ***: p<0.001

IV. 고 찰

본 연구는 노인요양시설 이용자의 본인부담금 가운데 비급여 본인부담금의 실태를 살펴보고 그것의 크기를 결정하는 영향요인을 파악하여 향후 비급여 본인부담금에 대한 체계적인 관리방안을 마련하는 데에 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구의 주요 결과를 살펴보면, 수급자 1인당 평균 비급여 본인부담금은 209,023원이었고, 그 분포는 최소 0원에서 최대 1,011,490원이었으며, 가족수발자의 특성 및 노인요양시설의 특성 그리고 비급여 세부 항목별로 비급여 본인부담금에 유의한 차이를 보였다. 즉, 가족수발자의 학력이 높은 집단에서 비급여 본인부담금이 유의하게 높았고, 시설 소재지역이 대도시인 경우에서 비급여 본인부담금이 유의하게 높게 나타났다. 또한 비급여 세부항목 중 상급침실이용추가비용, 이·미용비, 각종 프로그램비용이 비급여 본인부담금 크기에 유의한 영향을 끼침을 알 수 있었다.

선행연구에 따르면 학력은 경제수준과 양의 상관관계에 있으므로(설운, 2009; 성명재와 김종명, 2004), 가족수발자의 학력수준이 높은 집단에서 경제력을 바탕으로 비급여 항목 서비스를 더 많이 이용하게 되어 비급여 본인부담금이 높게 나타난 것으로 해석된다. 일반적으로 노인요양시설의 충족률은 그 기관의 경영수지 상황과 밀접한 관련성이 있다(박병상 등, 2009). 본 연구에서는 충족률이 낮은 기관에 비해 높은 기관에서 비급여 본인부담금이 많았는데, 이는 충족률이 낮은 기관은 경영수지가 악화되어 경쟁적으로 수급자를 확보하기 위해 비급여 항목 서비스에 대한 가격을 최소한으로 낮추어 받는 것과 관계가 있을 수 있다. 실제로 정원을 채우지 못해 경영상태가 나빠진 기관들 가운데 일부는 수급자 확보를 위해 불법적으로 본인부담을 면제 또는 할인하는 사례가 있는 것으로 보도되기도 하였다(닥터스 뉴스(보도일자 : 2010년 7월 7일), 충청일보(보도일자 : 2011년 4월 20일)). 소재지역의 경우는 노인요양시설이 농어촌에 위치한 경우에 비해 중소도시 및 대도시에 위치한 경우에서 비급여 본인부담금의 크기가 큰 것으로 나타났는데, 이는 도시지역의 경우 높은 임대료 등 초기 투자 비용이 농어촌 지역에 비해 상대적으로 높다는 점(중소기업청 소상공인정책국, 2008)과 지역 간 물가 차이(강승복, 2006) 등에 따른 것으로 해석될 수 있다. 마지막으로 상급침실, 이·미용, 각종 프로그램 이용자는 식사서비스 이용자에 비해 수적으로 상당히 적기 때문에 이용 유무 그 자체가 비급여 본인부담금 크기에 영향을 준다고 할 수 있겠다.

본 연구의 결과를 중심으로 현재 노인장기요양보험제도 내에서 비급여 본인부담(금)과 관련된 문제점을 분석하고 그 개선방안에 대해 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 비급여 대상 항목의 서비스 제공 표준가이드라인을 개발하는 것이다. 비급여 본인부담금의 총 금액뿐만 아니라 비급여 세부 영역별로 기관에 지불하고 있는 금액의

편차가 너무 크게 나타났다. 식사재료비의 가격은 평균 199,181원(±87,560원)이었고, 그 분포는 최소 0원에서 최대 558,000원까지 분포되어 있었다. 노인요양시설이 일반식, 경관식, 기타식 등 식사제공 유형에 따라 식사재료비를 다르게 책정하여 수납하고 있지만(장현숙, 2009), 그럼에도 불구하고 1인당 기관에 지불하고 있는 식사재료비 금액에는 너무 큰 차이를 보이고 있었다. 사회보험방식으로 장기요양제도를 운영하고 있는 일본과 독일도 식대와 거주비에 대해서는 비급여로 하여 전액 수급자 본인부담이며, 이용자의 과다한 본인부담을 방지하기 위해 기준비용을 정하거나 시설이 소재한 지역의 통상적인 금액 이상을 받지 못하도록 하고 있다(국민건강보험공단, 2011). 특히, 일본은 이용자 부담능력 단계별로 1일당 식비, 거주비의 부담한도액 및 기준비용금액을 정하고 있다. 기준비용금액은 시설에서 수납하고 있는 평균적인 비용을 고려하여 국가가 정한 금액이다(오이타현 츠클미시홈페이지). 예를 들면, 식비의 1일 기준비용이 동일세대내 주민세과세자(제4단계)가 있는 경우는 1일 1,380엔, 주민세비과세의 노령복지연금수급자·생활보호수급자(제1단계)는 300엔으로 규정되어 있으며, 부담능력에 따라 이를 차등화하고 있다. 이와 같이 기준비용금액을 정하고 있음에도 불구하고 실제로 개호보험시설을 대상으로 실제로 식비를 얼마나 받고 있는지 조사한 결과, 개호보수에서 정한 식비 기준비용(1,380원/일)보다 높은 수준²⁾을 받고 있는 것으로 나타났다(三菱総合研究所, 2011). 기관 간, 지역 간 비급여 대상 항목 서비스의 가격과 수준의 편차를 줄이기 위해서는 각 항목에 대한 표준 가격과 제공기준을 마련해야 한다. 그리고 비급여 대상 서비스 가격을 소득수준에 따라 차등화 하는 것도 고려해볼 필요가 있다. 하지만 비급여 서비스에 대해 비용을 통제하였을 때 서비스 질 저하가 우려되므로, 향후에는 비급여 대상 항목 서비스에 대한 질 관리도 함께 이루어져야 한다.

둘째, 비급여 대상 서비스의 범위를 명확히 하는 것이 필요하다. 노인장기요양보험법 제 40조 2항 1호에 의하면, 이 법의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 아니하는 장기요양급여에 대해서는 수급자 본인이 전부 부담하도록 규정하고 있다. 시행규칙 제14조 1항에서는 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비, 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부장관이 정하여 고시한 내용을 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항으로 정의하고 있다. 하지만 ‘그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용’과 관련하여서는 보건복지부장관이 정한 고시는 현재 존재하지 않는다. 다만 노인장기요양보험제도가 본격적으로 실시되기 직전인 2008년 6월 18일자로 보건복지부에서 비급여 대상 항목 세부기준 및 기타 실시수납기준을 마련하여 그 밖의 비용은 기관에서 임의로 수납할 수 없도록 하였다. 대부분의 서비스 제공기관은 이 기준을 준수하며 운영하고 있으나, 본 연구 결과에 따르면 그렇지 않은 기관도 볼 수 있었다. 휴지, 비누, 수건, 실내

2) 개호노인복지시설 1,392엔, 개호노인보건시설 1,549엔, 개호요양형의료시설 1,523엔

화, 가운 등의 일상용품에 대해서는 비용 수납이 불가하지만, 일상용품구입비로 비용을 지불하고 있는 자가 1.2%이었다. 또한, 시설에서 운영하는 각종 프로그램에 대하여는 장기요양급여의 일환으로 제공되는 기본서비스 범주에 포함되므로 별도 비용을 수납할 수 없다(국민건강보험공단, 2011). 하지만 실제로는 각종 프로그램 이용 명목으로 비용을 지불하고 있었고, 그 비율이 1.5%이었다. 일상용품구입비용과 각종 프로그램비용 외에도 혈당 검사비를 수납하고 있는 기관도 있었다. 이와 같은 결과는 비급여 대상 항목 서비스의 범위 및 수납기준에 대한 명확한 기준이 마련되어 있지 않기 때문으로 해석된다. 그러므로 비급여 범위가 더 확대되기 전에 비급여 대상 항목, 특히 ‘그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용’에 대한 범위를 명확히 규정하여 공표할 필요가 있다.

셋째, 정기적으로 비급여 대상 서비스의 본인부담금 및 운영 실태를 파악하는 것이다. 노인장기요양보험 비급여 대상 서비스의 본인부담금 실태는 2010년에 실시된 노인장기요양보험 본인부담 실태조사를 통해서 처음으로 파악되었다. 처음 실시된 본 연구의 결과 자체만을 두고 비급여와 관련된 정책을 제안하는 것에는 많은 한계점이 있을 수 있다. 그러므로 조사 내용 및 방법론 등에 대한 심층적인 연구를 시행하여 비급여 본인부담금의 실태를 정기적으로 파악할 필요가 있으며, 이를 바탕으로 지속적으로 늘어날 수 있는 비급여 대상 항목 서비스에 대한 효율적 관리방안을 마련하는 것이 필요하다. 또한, 보험자가 비급여 대상 항목 서비스의 본인부담금을 파악할 수 있는 전산시스템을 구축하는 방안도 검토해볼 필요가 있다.

본 연구는 다음과 같은 연구의 한계점을 찾아볼 수 있다. 첫째, 본 연구의 대상은 본인부담금 감경 및 면제의 대상자를 제외하였고, 주수발자가 있는 수급자만을 대상으로 하였다. 따라서 노인장기요양보험 시설급여 수급자 전체의 상황으로 확대 해석하는 데에는 한계가 있다. 둘째, 본 연구의 자료는 장기요양기관에서 발급하고 있는 1개월분의 ‘장기요양급여비용명세서’를 근거로 수집되었으므로, 계절적인 영향이 작용하였을 가능성이 있다. 그러므로 보다 정확한 비급여 본인부담금 실태를 파악하기 위해서는 관찰기간을 좀 더 확대할 필요가 있다. 마지막으로 노인장기요양보험에서 비급여 본인부담금의 실태를 살펴본 연구가 아직 보고된 바가 없어서 다른 결과와 비교 논의하는 데에 제약이 따른다.

하지만 본 연구는 노인장기요양보험의 비급여 대상 서비스와 관련된 현황 파악을 위해 처음 시도된 연구로 비급여 본인부담금의 효율적 관리방안을 마련하는 데에 주요한 자료를 제공했다는 데에 의의가 있다. 비급여 대상 서비스의 지속적인 창출 및 확대에 의한 비급여 본인부담금의 급격한 증가를 미연에 방지하기 위해서는 비급여 본인부담금 및 운영 실태를 정확히 파악하고 효율적으로 관리하기 위한 방안에 대해 지속적으로 검토가 이루어져야 한다. 이는 노인장기요양보험제도의 지속 가능성을 확보하기 위한 필수적 전제조건이라고 할 수 있다. 본 연구결과는 제도 초기의 상황을 나타내는

중요한 자료로서 노인장기요양보험의 비급여 관련 정책을 마련하는 데에 유용하게 이용될 수 있으리라 기대한다.

참 고 문 헌

- 강승복. 지역간 물가수준 비교를 위한 실험적 시도. 노동리뷰 2006통권(24): 49-55.
- 닥터스뉴스. 노인장기요양제도 시행2년 “아직 갈 길 멀다”. 2010년 7월 7일자
- 국민건강보험공단. 2011년도 노인장기요양보험법 해설. 서울: 국민건강보험공단; 2011
- 김정희, 정종찬, 김성욱. 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단; 2004.
- 김정희, 이진경, 주원석. 본인부담상한제 소요재정 추계 및 개선 방안 연구. 서울: 국민건강보험공단; 2005.
- 김정희, 이호용, 정현진. 2007년도 건강보험환자의 본인부담 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단; 2008.
- 김찬우. 노인장기요양보험제도 실행에 따른 사각지대 발생 규명과 해소 방안. 건강보장정책 2009; 8(2): 23-44.
- 김태일, 허순임. 소득 계층별 의료비 부담의 추이와 정책 과제. 보건행정학회지 2008; 18(4): 23-48.
- 박병상, 이용균, 김윤신. 병원의 수익성 관련 요인 분석 -의료수익의료이익율을 중심으로-. 한국콘텐츠학회논문지 2009; 9(6): 196-206
- 보건복지부. 노인장기요양보험 인프라 확충안내(요양시설 설치·요양보호사 양성·복지용구 사업). 서울: 보건복지부; 2007.
- 보건복지부. 비급여 대상항목 세부기준 및 기타 실비수납기준. 보건복지부 요양보험제도와 -804호('08.6.18). 서울: 보건복지부; 2008.
- 보건복지부. 노인장기요양보험법령집. 서울: 보건복지부; 2010.
- 보건복지부 보도자료. 노인장기요양보험, 안정적으로 자리잡아가고 있습니다. 2009. 6. 29.
- 보건복지부 보도자료. 노인장기요양 ‘불법 유인·알선행위 금지’ 추진(-노인장기요양보험법 일부개정안 입법예고-). 2011. 8. 10.
- 석재은. 장기요양서비스 전달체계와 서비스 인력의 현황과 정책과제. 노인장기요양보험제도 시행 2주년 기념토론회 자료집 “장기요양 서비스 질 관리방안”. 서울: 국민건강보험공단; 2010.
- 설윤. 양극화와 불균등도의 최근 추이에 대한 분석 -가구 특성별 접근-. 서울: 한국경제연

구원; 2009.

성형재·김종명. 부문별·가구유형별 소득분배 구조 고찰 및 소득재분배 기능 제고방안 모색에 관한 연구. 서울: 한국조세연구원; 2004.

장현숙. 장기요양 급여유형별 경영 분석연구. 서울: 국민건강보험공단; 2009

중소기업청 소상공인 정책국. 2008 상가건물 임대차 실태조사. 서울: 중소기업청; 2008.

최기춘, 이호용, 이선미. 2008년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단; 2009.

최영순, 백수진, 임은실, 이호용, 장혜정. 2009년도 건강보험환자 진료비 실태조사. 서울: 국민건강보험공단 건강보험정책연구원; 2010

충청일보. 장기요양기관 운영 '엥터리'. 2011년 4월 20일자

Cho SH. Older people's willingness to use home care nursing services. J Adv Nurs 2005; 51(2): 166-173.

Folland S, Goodman AC, and Stano M. The Economics of Health and Health Care. 3rd ed. Upper Saddle River (NJ): Prentice-Hall, Inc.; 2001. pp.176-183

Lamberton CE, Ellington WD, and Spear KR. Factors determining the demand for Nursing Home Services. Quarterly Review of Economics and Business 1986; 26(4): 74-90

Normand C and Weber A. Social health insurance-A guide book for planning. Geneva: WHO & ILO; 1994.

Ron A, Abel-Smith B, Tamburi G. Health insurance in developing countries. Geneva:ILO; 1990

Rosett RN and Huang L. The effect of health insurance on the demand for medical care. Journal of Political Economy 1973; 81(2): 281-305

Sato M, Hashimoto H, Tamiya N, Yano. The effect of a subsidy policy on the utilization of community care services under a public long-term care insurance program in rural Japan. Health Policy 2006; 77: 43-50.

三菱総合研究所. 介護保険施設等の居住費・食費に関する実態把握調査研究事業報告書. 三菱総合研究所人間・生活研究本部, 東京, 2011.

오이타현 츠쿠미시홈페이지, http://www.city.tsukumi.oita.jp/content/kaigo_n/3.html