

국가치매책임제 본인부담금 경감 효과 분석

오 유 라, 박 은 지*

연세대학교 사회복지대학원

우리나라는 전세계적으로 매우 빠른 고령화 진행 속도를 보여 노년기 질환과 돌봄 부담 등에 대해 2008년 노인장기요양보험제도를 도입하는 것을 시작으로 개인 및 가족의 부담에서 벗어나 국가 및 사회적인 책임으로 전환하는 계기를 마련하였다. 특히, 2017년 국가치매책임제를 공표하면서 치매환자에 대한 국가 책임을 더욱 강화하고자 하였고, 본 연구는 국가치매책임제 하에 시행 되는 사업들 중 본인부담금 경감 효과를 분석해보고자 하였다. 이에 고령화연구패널을 활용하여 2017년 국가치매책임제 시행 전과 후인 2016년과 2018년을 분석자료로 삼아, 두 차년도 모두 1번 이상 입원한 적이 있는 자이면서 모두 응답한 자를 분석대상으로 삼았다. 1번만 입원한자(통제그룹)와 2번 이상 입원한 자(치치그룹) 간의 본인부담금 경감에 대한 정책적 효과를 이중차분모형으로 검정하였다. 분석결과 2번 이상 입원한 자들에게 2016년 대비 2018년 본인부담금이 유의미하게 감소한 것을 확인할 수 있었다. 즉, 국가치매책임제의 시행이 잦은 입퇴원의 반복으로 개인 및 가구 부담이 더 커지는 집단에 대해 본인부담금을 유의미하게 감소시키는 것을 확인할 수 있었다. 본 연구 결과를 바탕으로 국가치매책임제 시행의 정책적 함의를 도출해냈으며, 본 연구가 향후 국가치매책임제의 정책적 방향성의 기초자료로 활용되기를 기대한다.

주요어: 국가치매책임제, 본인부담금, 돌봄 부담, 이중차분모형, 정책효과분석

† 교신저자(Corresponding Author) : 박은지, 연세대학교 사회복지대학원 석사과정, 서울시 서대문구 연세로 50,
E-mail : dmswlwkd0507@naver.com

오유라, 연세대학교 사회복지대학원 박사과정(제1저자)

■ 최초투고일 : 2022년 2월 25일 ■ 심사마감일 : 2022년 6월 30일 ■ 게재확정일 : 2022년 7월 15일

1. 서론

우리나라는 전 세계적으로 유례없는 고령화 속도를 보이며, 현재 고령화 진행속도 3위에 달하지만 2045년 일본을 넘어 전 세계에서 고령 인구 비중이 가장 높은 국가가 될 것이라고 전망되고 있다. 고령인구의 증가는 다양한 사회적 문제와 연결되며(김보민, 박철성, 2019), 이에 따라 국가는 노인 인구가 겪게 되는 다양한 문제에 관심을 둘 수밖에 없었다. 2019년 기준 만 65세 이상 치매환자 수는 약 86만 명으로, 만 65세 이상 인구 중 11.2%를 차지하며, 2010년 4.8% 대비 약 2.5배 증가하였다. 무엇보다 빠른 고령화 진행속도에 치매 인구 또한 급속도로 증가할 것으로 전망되며, 2030년에는 약 140만명, 2050년에 약 300만 명으로 추정되고 있다(중앙치매센터, 2020).

치매환자의 발생은 개인 및 가족의 경제적, 정서적 부담을 높인다. 치매노인실태조사(2011)에 따르면, 2010년 1인당 치매환자 관리비용은 1,851만원이었으며, 2019년 2,072만원으로 추정되었다(중앙치매센터, 2020). 치매환자에 대한 관리비용은 2019년 기준 가계 평균 소득 5,924만원에 약 절반 가량 차지하는 비용으로, 가족 구성원 중 치매환자가 발생할 경우 가계에서 느끼는 부담은 매우 클 것으로 예상된다(최호진, 김승현, 이재홍, 이애영, 박건우, 이은아, 최성혜, 나덕렬, 정지향, 2018; National Alliance for Caregiving, 2009).

이와 같이 늘어나는 고령인구와 더불어 치매환자의 증가, 그리고 이들에 대한 개인 및 가족의 부담을 줄이고자 사회적 개입이 시작되었다. 국가적인 차원에서 2008년 노인장기요양보험제도를 사회보험으로 시행하였고, 같은 해 9월 치매와의 전쟁으로 불리는 제1차 치매종합관리대책이 발표되는 등 정책적 움직임이 시작되었다(권중돈, 2018). 특히, 2008년 사회보험으로써 노인장기요양보험

제도를 도입하여 시행하는 것은 노인 돌봄이 개인 및 가구의 문제가 아닌 사회적 책임으로 전환되었음을 의미하며, 치매환자에 대한 개인 및 가족의 부담 비용을 줄이고자 하는 노력의 시작점이라고 볼 수 있다(박경원, 2017).

하지만, 2008년 노인장기요양보험제도의 도입과 같은 선제적인 제도 시행에도 불구하고 다양한 문제점들이 제기되어 왔다. 이는 서비스의 질, 요양병원과 요양시설의 불균형적인 공급자 이용 기준, 요양보호사 양성 제도의 문제, 높은 본인부담금, 장기요양보험제도의 재정적 문제 등이 있으며, 기존 선행연구들을 통해 확인할 수 있다(이윤경, 김세진, 2012; 이기주, 석재은, 2019; 이기주, 석재은, 2020; 김세진, 김혜수, 이윤경, 2021; 오유라, 천화진, 2022; 안명선, 박주현, 2019). 이에 국가는 노인장기요양보험제도의 시행에도 불구하고 부족한 정책적 보장을 위해 2017년 9월 국가치매책임제를 공표하였다.

국가치매책임제의 주요 목적은 서비스의 편의성을 도모하고, 누구라도 손쉽게 서비스를 이용하면서 비용 부담으로부터 자유로워지는데 있다. 이에 대한 사업 내용으로는 크게 4가지로, 전국적 치매안심센터 제공, 장기요양보험제도 등급 체계 완화, 치매안심요양병원 확충, 본인부담률의 10% 이하로 감소이다. 국가치매책임제의 4가지 큰 정책 사업 중에서 본 연구는 본인부담 경감에 관심을 두고자 한다. 치매환자의 돌봄에 대한 어려움은 가족 및 개인의 돌봄에 대한 어려움도 있지만, 치매환자에게 소요되는 치료비 부담 또한 매우 크기 때문이다(권중돈, 2018; 박은자, 2010; 서문진희, 정여주, 2011).

경제적인 관점에서 치매환자에 대한 경제적인 부담은 결국 그 개인 및 가족의 일상 생존을 위협하는 가장 중요한 요소이다(최지훈, 이주연, 2018; 김재엽, 류연정, 최윤희, 2018; 신세라, 김정은, 2018; Jutkowitz, Kane, Gaugler, MacLehose, Dowd,

& Kuntz, 2017). 김수진(2020) 연구에서는 치매 환자 뿐 아니라 기존의 낮은 건강보장성의 문제로 환자 본인의 부담이 커짐에 따라 필요한 의료 서비스를 받지 못할 수 있으며, 이 뿐 아니라 질병으로 인해 빈곤으로 추락할 가능성 또한 커질 수 있음을 밝혔다. 즉, 치매환자의 본인부담은 개인 및 가족의 경제적인 부담을 초래할 수밖에 없으며 이로 인해 적절하고 충분한 치료를 받지 못하거나 빈곤으로 추락할 위험이 나타날 수 있다.

종합하면, 국가는 치매환자에 대한 개인 및 가족의 부담을 낮추고자 2008년 노인장기요양보험제도가 시행되었음에도 불구하고, 해당 정책으로 온전하게 보장받지 못하는 부분에 대해 2017년 국가치매책임제를 공표하였고, 이후 현재 시행 4년차에 접어들었다. 국가치매책임제와 관련된 선행연구들은 주로 국가치매책임제 도입 의의 및 국가치매책임제에서 표명한 4가지 사업 수행을 위한 정책적 방향성에 대한 논의를 하고 있다(홍석철, 2018; 권중돈, 2018; 박경원, 2017; 유재언, 2019). 즉, 국가치매책임제 시행 4년차임에도 불구하고 관련된 정책효과를 실증 분석한 연구가 부족한 상황이다.

이에 따라 본 연구는 국가치매책임제가 의료비 부담이 더 클 수밖에 없는 집단인 입원 횟수가 잦은 자들에게 본인부담 경감 효과가 나타나고 있는지를 이중차분모형을 통해 분석하고자 한다. 본 연구가 추후 국가치매책임제와 관련된 정책적 방향성의 기초자료로 활용되기를 기대한다.

2. 이론적 배경

1) 국가치매책임제 도입 목적 및 의의

치매에 대한 정책적 관심은 2000년대 초반 우

리나라의 빠른 고령화 진행속도에 대한 우려에서부터 시작되었다. 당시 정부는 치매와의 전쟁을 선포하며 2008년부터 2020년까지 제1~3차 치매관리종합계획을 수립 및 시행하였다. 차수별 세부 내용을 살펴보면 제1차 치매종합관리대책(2008~2012년)은 정부의 2008년 치매와의 전쟁 선포 이후 이에 대한 후속 조치로 같은 해 시행되었으며, 치매상담센터 설립 및 치매검진사업을 펼쳐 치매정책의 초석을 다졌다. 2차 치매관리종합계획부터(2012~2015년)는 치매관리법이 제정되어 보다 실효성 있는 정책이 추진되었는데 치매관리전달체계의 인프라를 확충하고, 치매 인식을 개선할 수 있는 관련 정책이 주를 이뤘다. 제3차 치매관리종합계획(2016~2020년)은 지역 단위 치매상담센터를 확대하고, 가족에 대한 추가적 지원이 이루어졌으며 국가가 개인 및 가족에 대한 부담을 줄이려는 노력을 보였다.

하지만, 국가의 치매관리종합대책과 함께 사회보험으로써 노인장기요양보험제도를 도입하여 시행하고 있음에도 불구하고 치매환자 증가는 불가피한 상황으로, 획기적으로 치매 환자를 관리할 수 있는 정책이 요구되었다(제철웅 외, 2019). 이에 국가는 고령화가 심화됨에 따라 증가하게 될 치매 환자와 그 부양가족의 고통과 부담을 경감하고 치매 조기진단과 예방, 상담 및 사례관리, 의료적 지원에 이르는 종합적인 치매지원체계를 구축한다는 내용을 담은 국가치매책임제를 2017년에 공표하였다(보건복지부, 2017).

국가치매책임제의 주요 사업 및 현재까지의 성과를 살펴보면 다음과 같다.

첫 번째로 전국적 치매 안심센터 제공이다. 치매 안심센터는 전국 256개 시군구에 설치된 지역 사회 치매관리의 거점기관으로 간호사, 사회복지사 등의 전문인력이 팀을 이뤄 상담과 진단, 예방 활동 및 사례관리를 통한 통합서비스를 제공하

고 있다. 치매안심센터의 조기검진을 통해 약 18만 명이 치매를 발견하였으며, 전체 추정 치매환자의 55%가 치매안심센터에 등록하여 검진, 상담, 돌봄, 인지 강화 프로그램 등을 이용하고 있다(보건복지부, 2021). 또한 국가치매관리체계를 강화하고자 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터로 이어지는 치매정책 전달체계를 정립하였다.

두 번째, 장기요양보험제도 등급 체계 완화이다. 정부는 신체 기능은 양호하지만 인지적 문제가 있는 경증 치매환자도 노인장기요양보험에 편입하기 위해 ‘인지지원등급’을 신설하였다. 인지지원 등급을 부여받은 치매환자는 치매증상 악화를 지연하고자 주야간보호 인지기능 개선 프로그램 등과 같은 인지서비스를 제공받을 수 있게 되었다. 또한 새롭게 장기요양등급을 판정받은 치매환자는 등급별 월 한도액과 관계없이 간호사가 가정을 방문해 건강관리, 치매 돌봄 정도를 제공하는 방문간호 서비스를 이용할 수 있다. 이로 인해 경증치매 환자도 장기요양대상자에 포함되어 관련 혜택을 받게 되었다.

세 번째는 치매안심요양병원의 확충이다. 전국 79개소의 공립요양병원을 중심으로 중증치매환자의 집중치료를 위한 치매전문병동 50개소를 설치하였으며, 그 중 시설과 인력요건이 갖춰진 5개 병원을 치매안심병원으로 지정하였다(보건복지부, 2021).

마지막으로 본인부담률을 10% 이하로 감소시킨 것이다. 건강보험 제도개선을 통해 중증치매환자의 의료비 부담 비율을 최대 60%에서 10%까지 낮추었다. 이로 인해 2021년 8월 기준 약 7만 4,000여 명의 중증치매환자가 혜택을 받았으며, 1인당 본인부담금은 126만원에서 54만원으로 평균 72만원이 감소되었다. 또한 신경인지검사와 자기공명영상검사(MRI)와 같은 고비용 치매검사에 건강보험을 적용함으로써 본인부담 경감 혜택을 확대하였

다. 이 외에도 장기요양 등급별 월 본인부담금을 경감하여 기준 중위소득 50% 이하에서 기준 중위소득 100%로 대폭 확대하였으며, 기준 중위소득 50% 이하로 이미 경감 혜택을 받고 있는 대상자도 경감 비율이 50%에서 60%로 높아져 추가 혜택을 받게 되었다(보건복지부, 2021).

이 상의 국가치매책임제 주요사업 중 본 연구에서 주목한 부분은 본인부담금 감소 혜택이며, 본인부담금 감소가 중증치매환자뿐 아니라 경증치매환자까지도 모두 포괄하는 정책 내용임을 확인하였다.

2) 국가치매책임제 본인부담금 경감효과 분석의 필요성

본 연구는 앞선 절에서 설명한 국가치매책임제의 4가지 사업 중 본인부담경감효과에 집중하고자 한다. 본 연구가 국가치매책임제의 다양한 정책 사업들 중 본인부담금을 중심으로 살펴보려는 이유는 본인부담금이 개인 및 가구에 미치는 영향을 살펴본 기존 선행연구에서 확인할 수 있다.

이동우(2017) 연구에서는 치매라는 질병은 진행될수록 외래치료에서 입원치료, 입원치료에서 요양원 입소를 고려해야 하는 상황에 노출되기 쉬우며, 이러한 의료 및 요양 서비스 욕구 발생에 따라 치료요양비용 또한 급증하여 가계 경제에 큰 부담을 가져오게 됨을 지적하였다. 물론, 의료이용에 있어 본인부담금은 서비스의 과도한 이용을 효과적으로 통제할 수 있으나(권태엽, 2017), 본인부담액이 높게 형성될 경우 저소득층과 건강이 좋지 않은 자들의 의료이용 접근성을 떨어뜨리고, 위험분산의 형평성에 문제가 생기게 된다(Abel-Smith & Rawal, 1992; Normand & Weber, 1994).

더욱이 최인덕(2014) 연구에서는 장기요양 서비스를 이용하는 노인은 상당부분 소득이 없는 경

우가 많으며, 부양자의 의지에 따라 서비스 이용 행태가 달라질 수 있기에 제도의 취지에 맞게 많은 노인세대가 부담 없이 서비스를 이용할 수 있어야 함을 제안하였다. 뿐 만 아니라, Oh(2009)의 연구에서 치매의 경우 발병 이후 사망에 이르는 평균 기간은 8년~10년으로 비교적 긴 시간동안 치료와 돌봄이 필요함을 제시하였다. 즉, 치매환자에게 비교적 오랜 기간 동안 치료를 이어 나가는 데 있어서, 개인 및 가구원에 미치는 본인부담금 역시 간과할 수 없는 부분이다(Hudomiet, Hurd, & Rohwedder, 2019).

이에 본 연구는 본인부담금 경감 효과를 분석하고자 하며, 본인부담금 경감 효과 분석에 있어 입원횟수의 구분으로 집단을 구분하고자 하였다. 이는 국가치매책임제가 중증 뿐 아니라 경증에 대한 의료비 지원을 하고 있다는 점과 최근 중증 대비 경증 환자의 급증, 입원횟수가 의료비 부담에 미치는 영향을 분석한 선행연구를 바탕으로 설정하였다.

먼저 보건복지부(2019)에 따르면, 2008년 중증 환자비용 72.8%, 경증환자 25.3%에서 2018년 중증환자 47.1%, 경증환자 51.2%로 10년만에 경증환자가 중증환자보다 많아졌으며, 경증 환자의 증가 속도가 매우 빠름을 확인할 수 있다. 즉, 고령화의 빠른 진전에 있어 치매환자의 급증은 중증에 비해 경증 환자가 집중 될 것이기에 의료비 부담이 더 높은 집단에 대한 효과 분석이 적절하다고 판단되었다.

이어서 입원횟수와 의료비 부담 간의 관계를 밝힌 선행연구를 살펴보면, 신세라(2019)의 연구에서는 노인 가구주 가계에서 입원횟수가 한 번씩 증가할 때마다 과부담 의료비 지출의 위험성이 대폭 증가함을 시사하였다. 또한, 이채현(2014)의 연구에서도 입원서비스 이용 횟수가 환자의 주관적 의료비 부담에 유의미한 영향을 미치는 것으

로 보고되었다. 이 외에도 홍준형(1995)의 연구에서는 건당진료비가 재입원군의 입원횟수가 많아질수록 감소하였지만, 1회 입원군보다는 높은 것으로 나타났다.

종합하면, 본인부담금은 개인 및 가구의 가계와 직결되기에 그들의 생활에 영향을 미치며, 이로 인해 충분한 보장을 받지 못하는 문제, 가구 빈곤으로 이어질 수 있다는 점에서 중요하다. 또한, 최근 10년 동안 중증에 비해 경증 환자가 급증하였으며, 늘어나는 고령 인구에서는 중증보다 경증 환자가 급증할 것으로 예견되고 있다. 이에 본 연구는 본인부담금에 직접적인 영향을 미치는 입원횟수의 구분을 통해 본인부담금 경감효과를 살펴보고자 한다.

3) 선행연구 검토

(1) 국가치매책임제 관련 선행연구

2008년 노인장기요양보험제도를 사회보험으로 도입함으로써 국가는 사회적 연대를 통해 노인의 돌봄 부담을 낮추려는 노력을 추진하기 시작하였으며, 2017년에는 국가치매책임제 공표를 통해 노년기 의료 및 돌봄에 대한 국가의 적극적인 정책을 엿볼 수 있다. 2017년 국가치매책임제는 앞선 절에서 논의한 4가지 주요 정책 사업을 추진하고자 하였고, 관련 선행연구들은 정책 내용을 분석하고 제언 및 향후 과제를 제시하는 등의 연구 동향을 보였다(이동우, 2017; 서동민, 2017; 이재홍, 2017; 권중돈, 2018; 최호진 외, 2018; 제철웅 외, 2019; 유재언, 2019).

이에 본 절에서는 국가치매책임제와 관련한 선행연구를 검토해보고자 한다. 우선 국가치매책임제 내 서비스 전달 및 행정을 국가가 담당하고 있다는 점에서 민간기관의 협력의 필요성을 제시한 연구들이 있다. 이동우(2017)는 치매국가책임제 주요 내

용과 실행 계획을 바탕으로, 현재의 치매국가책임제는 민관협력의 가능성이 차단되어 있음을 지적하였다. 이는 제도의 유연성을 떨어뜨리기 때문에 사업 수행 주체를 직영 또는 민간 위탁을 통해 수행하는 등의 해결방안을 제시하였다. 또한, 최호진 외(2018)는 치매국가책임제 문제점의 해결방안으로 공공기관과 민간의료기관의 협력을 통한 파트너십의 중요성을 제시하였다.

다음으로 국가치매책임제의 확대 및 인프라 확충을 제시한 연구들은 다음과 같다. 서동민(2017)은 국가치매책임제의 성공적 도입과 시행을 위해 보건·의료·복지의 연계와 통합의 제도화, 치매안심센터의 권한 증대 및 사례관리 기능 강화, 재가와 시설서비스의 균형적인 제공 여건의 확보, 치매가족에 대한 지원과 참여 독려 등을 제시하였다. 또한, 이재홍(2017)은 치매국가책임제의 정책 방향으로 보건과 복지의 균형, 미래형 치매 예방정책 개발의 중요성을 시사하였으며, 세부 정책으로 치매 진료비용 절감, 치매안심센터와 치매안심병원 설립 및 운영에 대해 논하였다. 이 외에도 유재언(2019)의 연구에서는 치매관리정책의 배경과 발전과정, 현황과 함께 성과와 향후 과제를 제시하였고, 향후 과제로는 치매안심센터 안정화, 치매서비스 인프라 확대, 보건의료 및 돌봄정책 패러다임 변화 속 치매관리정책의 조응, 치매 노인 가족에 대한 이해, 돌봄가치의 재평가를 논의하였다.

이상의 선행연구들을 정리하면, 국가치매책임제 시행 이후 관련된 선행연구는 주로 정책 시행과 관련된 논의를 다루고 있다. 이에 치매관리정책의 도입 의의, 내용과 목적, 향후과제 및 방향성 제시가 주된 논점으로 제시되었다. 즉, 국가치매책임제의 시행 정책의 논의는 활발하게 이루어지고 있으나, 이를 바탕으로 정책적 효과를 분석한 연구는 매우 드물다. 따라서 본 연구는 국가치매

책임제와 관련한 실증 연구를 진행한다는 점에 의의를 지닌다.

(2) 의료비 본인부담 경감과 관련한 선행연구

국가치매책임제의 시행 이후 관련한 본인부담의 경감과 관련한 정책효과 분석 연구가 제한적인데 반해, 2008년 노인장기요양보험의 경우 시행 경과가 10년이 훌쩍 넘었기에 노인장기요양보험의 시행으로 인한 본인부담 경감을 분석한 선행연구는 비교적 활발하게 진행되었다(최인덕, 2014; 한은정 외, 2012; 권진희 외, 2012; 권태엽, 2017). 노인장기요양보험은 본인부담금을 경감함으로써 경제적 부양 부담인 의료비 지출을 줄이고 노인과 부양가족의 삶의 질을 향상시키는 데 그 목적이 있다. 이에 따라 노인장기요양보험의 도입 목적을 달성하는 데 있어 주요 논점이라 볼 수 있는 의료비 지출을 살펴보기 위해 관련 선행연구를 고찰해보고자 한다.

먼저, 전종갑(2010)은 장기요양보험 도입 전후에 따른 건강보험 진료비와 진료일수의 변화를 분석하였다. 제도 도입 이후 장기요양 인정자의 평균 건강보험 진료비는 10.3%, 노인성질환은 6.8% 감소한 결과가 나타났으며, 의료비 지출에 영향을 미치는 요인으로는 전체질환의 경우 성별, 연령, 거주지, 건강보험료, 가입직역, 요양등급, 신체기능, 인지기능, 치매 중풍이 있었고 노인성 질환의 경우 연령, 거주지, 산정보험료, 요양등급, 신체기능, 치매 중풍으로 나타났다.

다음으로, 이호용 외(2013)의 연구에서는 장기요양보험 도입 전후의 총 진료비, 입원비, 외래비, 약제비 변화를 이중차이추정기법을 이용하여 실험군인 노인장기요양보험 급여 이용자군과 대조군인 노인장기요양보험 급여 미이용자군 간의 의료이용 차이를 살펴보고자 하였으며, 이때 통제변인으로 성별, 연령, 지역, 동거여부, 장애여부, 노

인성 질환 여부 등을 투입하였다. 분석 결과 총 진료비와 입원 진료비의 경우 DID(시기×집단)변수에서 유의미하게 감소한 것으로 나타났으나, 외래 진료비와 약제비는 DID(시기×집단)변수에서 유의미하게 증가하였다.

이 외의 신혜리(2017) 연구에서는 노인장기요양보험의 제도 이용효과 측정변수를 진료비용, 본인부담금, 일상생활수행능력으로 설정하여 이중차이와 삼중차이 패널회귀분석을 통해 제도 도입 전후를 분석하였다. 그 결과 총 진료비와 본인부담금은 이용유형과 시간변수 간의 상호작용항인 DID(시간×이용)변수가 유의미한 결과가 나왔으며 제도 도입으로 인해 진료비와 본인부담금이 감소한 것으로 나타났으며, 통제변인으로 투입된 욕구, 연령, 건강보험, 소득, 노인성질병, 암이 의료비 지출에도 영향을 미치는 것으로 보고된다.

종합하면, 본 연구는 국가치매책임제를 토대로 본인부담금 경감을 실증 분석한 논문이 부족하였다는 점에서 노인장기요양보험제도의 도입으로 인한 의료비 경감 효과를 살펴보는 선행연구를 검토하였고, 이를 토대로 분석방법 및 변수 등을 설정하였다.

3. 연구 방법

1) 분석자료 및 분석대상

본 연구는 국가치매책임제가 시행된 이후 제도의 목적대로 본인부담의 경감과 관련한 정책적 효과가 나타나고 있는지를 검정하고자 한다. 이에 국가치매책임제가 시행되기 전과 후의 시점에서 본인부담금의 차이를 분석하고자 하고자 하며, 중고령자를 대상으로 조사가 실시된 고령화연구패널을 본 연구에서 활용하고자 한다.

고령화연구패널(KLoSA: Korean Longitudinal Study of Ageing)은 2000년대 고령화 진행속도가 매우 빠르다는 우려에 비해 관련 기초 자료가 부족하다는 점에서 체계적인 자료를 구축하고자 조사가 설계되었다. 고령화연구패널은 초고령 사회로 변화하는 과정 중에 효과적인 사회경제정책을 수립하는데 활용되는 것을 목적으로 두며, 2006년을 기점으로 짝수년도에 기본조사가 시행되었다. 조사 대상은 45세 이상 중고령자로 이들의 전반적인 인구, 생활, 의료, 여가 등 다양한 항목들에 대해 조사가 이루어지고 있다.

본 연구는 노령 인구의 보건 의료 정책과 관련된 분석을 진행하고자 고령화연구패널을 활용하고자 하였으며, 2017년 국가치매책임제 시행 전후로 조사된 2016년 자료와 2018년 자료를 사용하고자 한다. 또한, 본인부담이 있는 자들의 본인부담 경감효과를 살펴보고자 2016과 2018년 모두 1번 이상 입원한 경험이 있는 자를 분석 대상으로 삼았다. 본 연구에서 입원을 0번 한 사람을 분석대상에서 배제한 이유는 입원을 0번한 사람은 본인부담금이 없기 때문에 정책효과와 상관없이 1번 입원한 사람은 0번 입원한 사람에 비해 본인부담금이 많아질 수밖에 없으며, 이로 인한 본인부담금의 정책효과를 살펴볼 수 없다. 이에 따라 본 연구는 본인부담금의 경감이 어느정도 나타나는지를 알아보기 위해 2016년 시점에도 본인부담을 경험한 자, 즉 1번 이상 입원한 경험이 있는 자로 설정하였다. 최종적으로 2016년과 2018년 두 차수 모두 응답한 자들만을 본 분석에 투입되었다.

2) 연구모형 및 분석방법: 이중차분모형 (Difference-in-Differences: DID)

정책 시행 이후 정책의 인과효과를 검정하기 위

한 방법론 중 하나로 이중차분모형(Difference-In-Differences: DID)이 사용되며, 특히 보건의료 정책 연구들에서 이중차분모형을 활용한 분석이 늘어나고 있다(권현정, 조용운, 고지영, 2011; 김지혜, 2017; 김관옥, 전윤희, 신영진, 2018). 이중차분모형은 구체적인 정책적 개입이 발생한 경우에 적용 가능하며, 정책의 시행 전과 시행 후에 통제그룹과 처치그룹 간의 차이를 비교한다. 정책적 개입으로 인한 변화를 2개 연도의 패널 자료를 통해 비교 분석함으로써 통제그룹과 처치그룹 간의 체계적인 차이를 통제하며, 차분을 통해 관측되지 않은 선택편의를 제거한다(Woodlridge, 2006; 지은정, 2011). 이에 이중차분효과를 종속변수의 처치효과를 추정하는 것으로, 이중차분의 기본모형은 아래와 같다(정성호, 2017).

$$y_i = \alpha + \delta D_i + \gamma T_i + \beta D_i T_i + \epsilon_i$$

여기서 D_i 는 각 시점에서 정책프로그램에 대해 정책 비교 대상자(통제그룹)를 “0”으로 정책 적용 대상자(처치그룹)를 “1”로 구분하여 투입한다. 또한, T_i 시간의 경우 기준 시점 이전 시간을 “0”으로, 기준 시점 이후를 “1”으로 간주한다. 이후 $D_i T_i$ 는 정책 적용 집단을 더미변수로 생성한 D_i 와 정책 적용 이전 및 이후 시점을 나타내는 T_i 를 곱하는 것이다. 이렇게 두개의 더미변수 곱으로 상호작용을 의미하는 변수를 생성하여, 이를 토대로 정책시행의 영향력을 분석하게 된다.

이중차분모형을 적용한 본 연구의 분석틀을 <표 1>을 바탕으로 살펴보면 다음과 같다. 본 연구의 시기변수는 2016년과 2018년이 되며, 집단변수는 2번 이상 입원한 사람이고, 통제그룹은 1번만 입원한 사람이며, 통제변수는 성별, 교육수준, 배우자유무, 가구원 수, 입원일 수, 건강상태, 가구자산이다.

3) 변수 설명

(1) 종속변수: 본인부담금

고령화연구패널에서는 입원 횟수, 입원 일수, 입원비(본인부담금)를 차례대로 항목이 배치되어 있다. 본 연구의 종속변수는 본인부담금으로, 1번 이상 입원한 자에 대해 본인부담금에 대해 기입하도록 되어 있었다. 본인부담금은 숫자로 기입되어 있으며, 단위는 만원으로 표시되어 있어 이를 분석변수에 그대로 투입하였으며, 결측치는 모두 제거하여 투입하였다.

(2) 독립변수: 국가치매책임제 시행 전후 시기(시기변수), 입원 횟수에 따른 집단 구분(집단 변수), 시기변수*집단변수(상호작용항)

본 연구의 독립변수는 국가치매책임제 시행 후인 시기 변수와 입원 횟수에 따른 집단변수, 시기변수와 집단변수를 곱한 상호작용항이다. 먼저 시기변수는 제도 시행(2017년) 전과 후로 “0. 2016년”, “1. 2018년”으로 변수를 변환하였고, 기

<표 1> 분석틀

구분	제도 도입 전 (2016년)	국가치매책임제 제도 도입 (2017년)	제도 도입 후 (2018년)
입원 횟수가 1번인 자 (통제그룹)	본인부담금	통제변수: 성별, 교육수준, 배우자유무, 가구원 수, 입원일 수, 건강상태, 가구 자산	본인부담금
입원 횟수가 2번 이상인 자 (처치그룹)	본인부담금		본인부담금

준변수는 2016년이다. 입원의 경우에는 본 패널 조사에서 의료서비스에 대한 질문으로 아프거나 다쳐서 병원, 간호요양병원, 요양원에 입원한 경험 및 횟수를 묻고 있었다. 이에 본 연구의 집단 변수에 대해 “0. 1번만 입원한 자”, “1. 2번 이상 입원한 자”로 투입하였고, 기준변수는 1번만 입원한 자가 된다. 마지막으로 시기변수와 집단변수를 상호작용항을 생성하기 위해 두 변수를 곱하였으며, 이에 따라 기준변수는 2016년에 1번만 입원한 자이다.

(3) 통제변수

본 연구의 통제변수는 기존에 노인장기요양보험제도의 의료비와 관련된 정책효과를 분석한 선행연구에 따라 성별, 교육수준, 배우자유무, 가구원수, 가구자산, 건강상태, 입원일 수로 설정하였다(전종갑, 2010; 이호용, 문용필, 2013; 신혜리, 2017; 백미라, 2019). 먼저, 성별의 경우 “0. 남성”, “1. 여성”으로 변환하여 투입하여 기준변수는

남성이다. 교육수준의 경우 패널 자료에서 조사된 바 그대로 투입하여 “0. 초등학교 졸업 이하”, “1. 중학교 졸업”, “2. 고등학교 졸업”, “3. 대학교 졸업 이상”이다. 배우자 유무의 경우, 패널 자료에서 결혼, 이혼, 별거, 사별, 미혼, 기타로 구분되어 있어 결혼을 배우자 있음으로 변경하였고, 이외의 변수들은 배우자 없음으로 변환하였다. 이에 “0. 배우자 없음”, “1. 배우자 있음”으로 변수를 투입하여 기준변수는 배우자 없음이 된다. 가구원수의 경우 본 패널 조사에서 함께 거주하고 있는 가구원 수를 묻는 항목이 있어 이를 그대로 투입하였고, 이는 연속형 변수이다. 가구자산의 경우 만원으로 응답하도록 되어 있는 연속형 변수로 이를 로그화 시켜 투입하였다. 건강상태를 묻는 단일 항목은 4점 리커트 점수로 구성되어 있어, 점수가 높을수록 건강함을 의미한다. 입원일 수는 입원과 관련된 항목에서 입원 당시 며칠 간 입원했는지를 묻고 있어 이를 그대로 투입하여 연속형 변수로써 단위는 “일”이다.

<표 2> 변수의 정의

구분	변수의 특성	변수의 정의
종속변수	본인부담금	연간 1인당 총 본인부담금(단위: 만원)
독립변수	국가치매책임제 제도 도입과 입원 횟수 상호작용항	국가치매책임제 도입 후 * 입원횟수 집단
	국가치매책임제 제도 도입 전후 시기	0. 2016년(제도 도입 전) 1. 2018년(제도 도입 후)
통제변수	입원 횟수	0. 1번만 입원한 자 1. 2번 이상 입원한 자
	성별	0. 남성 1. 여성
	교육수준	0. 초등학교 졸업 이하 1. 중학교 졸업 2. 고등학교 졸업 3. 대학교 졸업 이상
	배우자유무	0. 배우자 없음 1. 배우자 있음
	가구원 수	연속형 변수(단위: 명)
	가구자산	연간 가구 총 자산 로그화(단위: 만원)
	건강상태	4점 리커트 척도
	입원일 수	연속형 변수(단위: 일)

4. 연구 결과

1) 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 분석대상은 1번 이상 입원한 경험이 있으며, 2016년과 2018년 두 차년도 모두 응답한 자로 총 응답자 수는 151명이지만, 전체 응답 기록은 1명당 2차례(2016, 2018년) 진행되어 302명의 응답이 있다. 이에 대상자의 일반적 특성을

살펴보면 다음 <표 3>과 같다. 먼저, 전체 남성 38.41%(116명), 여성 61.59%(186명)이며, 이는 2016년 2018년 사이에 변동 사항이 없기에 동일한 분포를 가지고 있다. 연령별 분포를 살펴보면 55세~64세 19.54%(59명), 65세~74세 35.43%(107명), 75~84세 33.44%(101명), 85세 이상 11.59%(35명)이다. 연령의 경우 2016년에 비해 2018년 2년이라는 시간이 지났기 때문에 2016년에 비해 2018년 평균 연령이 증가하였다. 또한,

<표 3> 주요 변수 기술통계 및 빈도분석

변수		전체(n=302)	2016년(n=151)	2018년(n=151)
성별	남성	116(38.41)	58(38.41)	58(38.41)
	여성	186(61.59)	93(61.59)	93(61.59)
연령	55세~64세	59(19.54)	33(21.85)	26(17.22)
	65세~74세	107(35.43)	54(35.76)	53(35.10)
	75세~84세	101(33.44)	49(32.45)	52(34.44)
	85세 이상	35(11.59)	15(9.93)	20(14.25)
교육수준	초등학교 졸업 이하	170(56.29)	85(56.20)	85(56.20)
	중학교 졸업	52(17.22)	26(17.22)	26(17.22)
	고등학교 졸업	60(19.87)	30(19.87)	30(19.87)
	대학교 졸업 이상	20(6.62)	10(6.62)	10(6.62)
배우자 유무	배우자 없음	104(34.44)	49(32.45)	55(36.42)
	배우자 있음	198(65.56)	102(67.55)	96(63.58)
입원횟수	1번인 자	207(68.54)	102(67.55)	105(69.54)
	2번 이상인 자	95(31.46)	49(32.45)	46(30.46)
입원 일 수		평균(표준편차) = 64.28 (128.33), 최소값=1, 최대값=900	평균(표준편차) = 55.03 (117.97), 최소값=1, 최대값=730	평균(표준편차) = 73.53 (139.56), 최소값=1, 최대값=900
본인부담금		평균(표준편차) = 158.06 (350.03), 최소값=0, 최대값=3,000	평균(표준편차) = 156.40 (381.82), 최소값=0, 최대값=3,000	평균(표준편차) = 159.72 (316.33), 최소값=0, 최대값=1,840
건강상태		평균(표준편차) = 1.99 (0.84), 최소값=1, 최대값=4	평균(표준편차) = 2.06 (0.82), 최소값=1, 최대값=4	평균(표준편차) = 1.92 (0.85), 최소값=1, 최대값=4
가구원수		평균(표준편차) = 2.15 (0.94), 최소값=1, 최대값=6	평균(표준편차) = 2.19 (1.02), 최소값=1, 최대값=6	평균(표준편차) = 2.09 (0.84), 최소값=1, 최대값=6
가구 자산		평균(표준편차) = 9.59 (1.29), 최소값=5.30, 최대값=12.68	평균(표준편차) = 9.54 (1.28), 최소값=5.70, 최대값=12.21	평균(표준편차) = 9.63 (1.29), 최소값=5.30, 최대값=12.68

교육수준의 경우 초등학교 졸업 이하가 56.29% (170명), 중학교 졸업 17.22%(52명), 고등학교 졸업 19.87%(60명), 대학교 졸업 이상이 6.62% (20명)로, 이 역시 2016년과 2018년 사이에 변동 사항 없다. 배우자 유무를 살펴보면, 배우자가 없는 자 34.44%(104명), 배우자가 있는 자 65.56% (198명)로, 고령자가 대상자이기에 2016년에 비해 2018년 배우자 없음이 다소 증가하였다. 또한, 본 연구의 분석대상 집단인 입원횟수에 따른 구분을 살펴보면 1번만 입원한 자는 68.54%(207명), 2번 이상 입원한 자는 31.46%(95명)이다. 이에 연도별 구분을 보면, 2016년 기준 1번만 입원한 자는 67.55%(102명), 2번 이상 입원한 자는 32.45%(49명)이며, 2018년 기준 1번만 입원한 자는 69.54% (105명), 2번 이상 입원한자는 30.46%(46명)이다. 다음으로 입원 일수의 경우 평균 64.28($SD=128.33$)일이며, 2016년도에 비해 2018년 다소 평균 일수가 증가하였다. 본인부담금은 158.06($SD=350.03$)만원 이며, 의미하게 살펴볼 점은 2016년에 비해 2018년 평균 본인부담금은 증가하였지만, 2016년 최대값 3,000만원에서 2018년 최대값 1,840만원으로 줄어든 것을 확인할 수 있다. 다음으로 건강상태는 1.99($SD=.84$)이며, 가구원수 평균 2.15($SD=.94$)명, 가구 자산 9.59($SD=1.29$)만원이다.

2) 연구모형 분석 결과

본 연구의 분석대상과 분석틀을 바탕으로 이중차분모형을 분석하였고, 분석결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 본 연구의 F값을 살펴보면 6.71 ($p<.001$)이었으며, 연구 모형의 설명력은 15.9%로 나타났다.

먼저, 본 연구 결과에서 제도 도입의 효과를 설명해주는 상호교차항을 살펴보고자 한다. <표 4>

의 상호교차항의 β 값을 살펴보면 음의 방향으로 유의미하게 나타났다. 이를 해석하면, 국가치매책임제의 시행으로 인해 1번만 입원한 자들에 비해 2번 이상 입원한 자들의 연 평균 본인부담금이 유의미하게 감소하는 효과가 나타났음을 의미한다 ($\beta=-219.409$, $p<.01$). 즉, 국가치매책임제의 정책효과로써 잦은 입퇴원의 반복으로 의료비 부담이 더 큰 집단에게 본인부담금 경감 효과가 나타났음을 확인 할 수 있다.

다음으로 본 연구의 독립변수로 투입된 시기변수와 집단변수의 분석결과를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 시기변수는 국가치매책임제의 시행 이전인 2016년과 시행 이후인 2018년도를 의미하며, 2016년에 비해 2018년 본인부담금이 높을 확률이 커짐을 의미하였지만 통계적으로 유의미하지 않았다. 이어서 집단변수를 살펴보면, 1번만 입원한 자들에 비해 2번 이상 입원한 자들의 본인부담금이 더 많음을 의미하며, 이는 통계적으로 유의미하였다($\beta=237.688$, $p<.001$).

이어서 본 연구의 통제변수들에 대한 분석 결과를 살펴보면 다음과 같다. 성별은 남성을 기준으로 분석에 투입하여, 남성에게 비해 여성의 본인부담금이 유의미하게 높게 나타났다($\beta=126.409$, $p<.001$). 또한, 교육수준의 경우에도 교육수준이 높을수록 본인부담금이 유의미하게 높았다($\beta=51.017$, $p<.05$). 배우자가 있는 자의 경우 배우자가 없는 자에 비해 본인부담금이 유의미하게 증가하였다($\beta=144.523$, $p<.01$). 이 외에도 입원 일 수가 길어질수록 본인부담금이 증가하였으며($\beta=.655$, $p<.001$), 가구소득이 높을수록 본인부담금이 유의미하게 높게 나타났다 ($\beta=29.686$, $p<.10$). 한편, 가구원 수는 많을수록 본인부담금이 낮게 나타났으며, 유의미한 영향을 미치고 있었다($\beta=-59.584$, $p<.01$). 마지막으로 개인의 건강상태는 좋을수록 본인부담금이 낮게 나타났지만, 이는 통계적으로 유의미하지 않았다.

<표 4> 국가치매책임제 제도 도입 전후 이중차분 다중회귀분석 분석 결과

n=302

변수		β	SE	t value
독립	시기변수 (기준: 2016년, 국가치매책임제 시행 전)	56.873	44.827	1.27
	집단변수 (기준: 1번만 입원한 자)	237.688***	55.969	4.26
	상호교차항 (시기변수*집단변수)	-219.409**	80.545	-2.72
통제	성별	126.409**	43.180	2.93
	교육수준	51.017*	21.480	2.38
	배우자유무	144.523**	44.994	3.21
	가구원수	-59.584**	20.713	-2.88
	건강상태	-24.692	23.614	-1.05
	입원일수	.655***	.152	4.30
	가구자산	29.686†	15.395	1.93
상수		-324.278*	151.99	-2.13
F		6.71***		
R ²		.187		
Adj R ²		.159		

† $p < .10$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

5. 결론 및 논의

우리나라는 늘어나는 노인인구와 함께 치매환자의 증가로 인해 나타나는 개인 및 가구의 부담을 줄이고자 2008년 사회보험으로써 노인장기요양보험제도를 도입하는 것을 시작으로, 2017년 국가치매책임제를 공표함으로써 치매에 대한 국가의 책임 영역을 더욱 확장시켜 나갔다. 개인 건강보장성을 위한 국가의 노력에 대해 본 연구는 국가치매책임제의 시행으로 인한 본인부담금 경감 효과를 확인해보고자 하였다.

앞선 절의 분석 틀을 토대로 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다. 먼저, 국가치매책임제의 시행으로 인해 2번 이상 입원한 자들에게서 본인부

담금이 유의미하게 감소하였다. 국가치매책임제의 정책적 효과를 분석한 연구가 부족하기에 기존 선행연구와 비교하기 어렵지만, 노인장기요양보험제도의 도입으로 본인부담 경감효과를 분석한 선행연구들과는 비슷한 결과를 보인다(전종갑, 2010; 신혜리, 2017; 백미라, 2019). 또한, 1번만 입원한자들에 비해 2번 이상 입원한자들의 본인부담금이 유의미하게 높았다. 이는 입원횟수가 증가함에 따라 자연스럽게 입원비가 높아짐을 의미한다고 추론해 볼 수 있겠다. 한편, 시점에 대한 본인부담금의 효과는 통계적으로 유의미하지 않았다. 이는 고령화연구패널의 경우 2년마다 조사가 시행되고 있는데, 본인부담금의 경우 저번 조사 이후 사용된 본인부담금을 측정하고 있다. 이

에 따라 2018년의 본인부담금의 경우 2017년 제도 시행 시점에 소요된 본인부담금이 혼재되었을 가능성이라고 추측된다.

연구 결과를 토대로 다음과 같은 함의를 살펴보고자 한다. 먼저, 국가치매책임제의 정책 목표 사업들 중 본인부담과 관련된 부분에 대해 본래의 설계 목적에 맞게 운영되고 있음을 확인 할 수 있었다. 본 연구결과 국가치매책임제의 도입으로 2번 이상 입원한 자들에게 본인부담 경감 효과가 유의미하게 나타났다. 즉, 잦은 입퇴원으로 가구 및 개인 부담이 높은 집단에 정책적 효과가 적용되고 있다고 보여지며, 본래 국가치매책임제 시행된 목적에 맞게 정책적 효과가 나타나고 있음을 의미한다. 두 번째로, 개인 및 가구의 본인부담에 대한 최대 금액이 현저하게 낮아졌다는 점에서 국가치매책임제의 본인부담금 경감 조치를 확인해 볼 수 있었다. 한편, 본 연구 분석결과 2016년도에 비해 2018년 본인부담금이 높게 나타났으나 이는 통계적으로 유의미하지 않았다. 하지만, 이는 패널 조사의 한계로 추측되어 일반적인 현황 분석을 확인하자 2016년의 본인부담금 최댓값이 3,000만원인데 반해 2018년 본인부담금 최댓값이 1,840만원으로 현저하게 낮아졌다. 즉, 일반적인 현황분석에서 본인부담금의 최댓값이 낮춰졌다는 부분을 통해 개인 및 가구에서 소요되는 비용이 낮춰졌으리라 해석해 볼 수 있겠다.

본 연구의 함의를 토대로 다음과 같은 정책적 제언을 제시한다. 먼저, 본인부담금 경감에 대한 부분을 국가적인 차원에서 장기적으로 보장하기 위해서는 재정부담 및 이에 맞춘 서비스 제공이 필요해 보인다. 본 연구 결과를 통해 2016년에 비해 2018년 국가치매책임제 시행으로 인해 본인부담금이 해당 정책적 목적에 맞게 운영되어지고 있다는 것을 확인할 수 있었다. 하지만, 재정 부담에 대한 부분은 곧 국가 재정으로 이어지며, 국가

재정이 늘어나는 노인인구의 치매 비용을 부담하는데 한계가 있을 것으로 우려되고 있다(선우덕, 2017; 황명진, 2020). 이에 본인부담 경감에 대한 정책적 보장망을 지속하기 위해서는 의료 뿐 아니라 지역사회 내에서 보다 질 높은 재가 서비스가 이루어질 필요가 있어 보인다.

두 번째로, 각 개인의 인구학적 특성이 본인부담금에 영향을 미치고 있었다는 점에서 개인적 특성을 고려한 서비스 선택 및 이용의 영향력을 낮출 필요가 있겠다. 관련해서 이용재(2010) 연구에서는 소득계층별, 개인의 특성별 상태에 따른 건강상태 및 의료 이용을 분석하면서, 개인의 의료이용에 있어 경제적 요인이 장애로 작용되지 않도록 건강보험의 보장성 확대 필요성을 제언한 바 있다. 이와 같은 문제에 대해 김제선 외 연구(2017)에서는 개인 및 가구 유형에 따른 비용 부담 정도에 대해 정부 뿐 아니라 지방자치단체의 정책적 개입방향성의 필요성을 제시하였다. 이에 본 연구 역시 이와 같은 맥락에서 정부주도 하에 진행되는 지원 이외에도 지자체에서 추가적으로 지역적인 인구 특성을 고려한 개인 및 가구의 정책적 개입을 제안한다.

이상과 같은 논의에도 불구하고 본 연구는 집단 구분을 입원횟수로 구분하여 중증·경증·인지외등급과 같이 등급별 본인부담 경감을 세세하게 분석하지 못했다는 점과 패널자료의 활용으로 인해 제도 도입 이전과 이후의 명확한 시점 구분의 어려움 등의 한계를 가지고 있다. 이에 대해 추후 보다 정교한 자료를 통한 분석을 제안하며, 뿐만 아니라 빠른 속도로 증가하는 노인 인구를 고려한 치매 예산의 재정적 분석을 후속연구로써 제안한다. 그럼에도 불구하고, 본 연구는 국가치매책임제의 본인부담금 경감 효과를 실증적으로 분석했다는 데에 의의를 가지며, 이를 토대로 추후 치매 정책과 관련된 자료로써 활용되기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 권중돈 (2018). 노인복지정책의 관점에서 본 치매대응체계 진단과 과제. <보건사회연구>, 38(1), 9-36.
- 권진희 · 이정석 · 한은정 (2012). 노인장기요양보험 시설서비스 이용자의 비급여 본인부담 크기 및 영향요인. <보건행정학회지>, 22(1), 145-162.
- 권태엽 (2017). 노인장기요양보험제도 본인부담상한제 도입방안 제언. <장기요양연구>, 5(2), 30-48.
- 권현정 · 조용운 · 고지영 (2011). 노인장기요양보험제도가 대상노인 및 부양가족의 삶의 질 과 가족관계 만족도에 미치는 영향: 성향점수매칭과 이중차이 결합모형을 이용한 분석. <한국사회복지학>, 63(4), 301-326.
- 김관옥 · 전윤희 · 신영전 (2018). 중증화상 보장성 강화 정책이 본인부담금에 미친 영향. <비판사회정책>, (59), 7-32.
- 김보민 · 박철성 (2019). 한국의 인구고령화와 노동생산성에 관한 연구-일본의 경험을 바탕으로. <동북아경제연구>, 31(1), 41-75.
- 김세진 · 김혜수 · 이윤경 (2021). 노인요양시설의 지역별 수요-공급 적정성 분석.
- 김수진 (2020). 건강보험 보장성 강화에 따른 가구 의료비 부담 변화와 시사점. <보건복지포럼>, 2020(11), 38-52.
- 김제엽 · 류원정 · 최윤희 (2018). 치매노인 가족의 부양부담이 우울에 미치는 영향: 지각된 공식적지지의 조절효과를 중심으로. <노인복지연구>, 73(2), 171-191.
- 김제선 · 한연주 (2017). 초고령사회 진입 지방자치단체 노인의 의료비부담과 가구 유형의 영향. <한국콘텐츠학회논문지>, 17(7), 610-621.
- 김지혜 (2017). 건강보험 본인부담금 면제 정책 효과성 분석: 6 세 미만 아동 입원을 중심으로. <응용경제> 19(2), 5-39.
- 박경원 (2017). 치매국가책임제 공약의 사회적 가치와 지속가능성 모색. <의료정책포럼>, 15(3), 51-56.
- 박은자 (2010). 노인의 만성질환치료제 비용부담. <보건복지포럼>, 2010(12), 51-59.
- 백미라 (2019). 노인장기요양보험 가입자의 외래의료비와 입원의료비 변화. <사회보장연구>, 35(3), 153-170.
- 서동민 (2017). 치매국가책임제의 성공적 도입과 시행을 위한 제언. <HIRA 정책동향>, 11(4), 1-9
- 서문진희 · 정여주 (2011). 장기요양필요노인 부양자의 부양부담 경험에 관한 질적 연구. <사회과학연구>, 22(4), 3-30.
- 선우덕 (2017). 고령사회의 돌봄 대상 노인 확대에 따른 정책적 대응. <보건복지포럼>, 2017(12), 37-49.
- 신세라 (2019). 고령소비자의 의료서비스 이용에 따른 지출과 부담 연구: 만성질환에 따른 차이를 중심으로. <소비자문제연구>, 50(1), 33-65.
- 신세라 · 김정은 (2018). 중고령자 가계의 사망 전 본인부담 의료비 지출에 관한 연구. <Financial Planning Review>, 11(3), 79-104.
- 신혜리 (2017). 노인장기요양보험 이용결정 및 이용효과연구: 노인의 욕구를 중심으로. 연세대학교 박사학위논문.
- 안명선 · 박주현 (2019). 노인장기요양보험제도의 문제점 및 개선방안에 관한 고찰. <한국콘텐츠학회논문지>, 19(8), 525-534.
- 오유라 · 천화진 (2022). 요양보호사 직무만족도 영향요인 분석: 부당경험을 중심으로. <사회과학연구>, 33(1),

87-104.

- 유재언 (2019). 치매관리정책의 현황과 향후 과제. <보건복지포럼>, 2019(10), 6-18.
- 이기주 · 석재은 (2019). 장기요양기관 간 경쟁이 높을수록 서비스 질이 더 좋은가? 방문요양기관을 중심으로. <보건사회연구>, 39(4), 425-455.
- 이기주 · 석재은 (2020). 장기요양서비스 공급체계 특성이 방문요양 급여 이용에 미치는 영향 연구. <보건사회연구>, 40(4), 178-210.
- 이동우 (2017). 치매국가책임제가 성공하려면. <Journal of the Korean Medical Association>, 60(8), 618-621.
- 이용재 (2010). 소득계층별 건강상태에 따른 의료이용 형평성 분석. <한국사회정책>, 17(1), 267-290.
- 이윤경 · 김세진 (2012). 노인장기요양서비스 품질관리 체계화 방안. <보건사회연구>, 32(4), 66-93.
- 이재홍 (2017). 치매국가책임제, 어떻게 실현할 것인가. <HIRA 정책동향>, 11(4), 1-9.
- 이채현 (2014). 입원 의료서비스 이용 환자의 주관적 의료비 부담 관련 요인. 충남대학교 석사학위논문.
- 이호용 · 문용필 (2013). 노인장기요양보험의 도입전후 진료형태별 의료비 변화 분석. <보건경제와 정책연구>, 21(3), 81-102.
- 전종갑 (2010). 장기요양 인정자의 노인장기요양보험 도입전후진료비및의료이용량변화: 인구사회학적, 건강상태 특성 중심으로. 연세대학교 석사학위논문.
- 제철웅 · 김효정 · 박인환 (2019). 치매국가책임제와 의사결정지원제도. <의생명과학과 법>, 21, 81-107.
- 지은정 (2011). 선진자본주의국가 공적연금의 노인 빈곤완화효과: 이중차분접근. <사회복지연구>, 42(4), 263-293.
- 최인덕 (2014). 소득수준과 지역유형에 따른 노인장기요양보험 본인부담 실태 및 이용영향 분석. <한국지역사회복지학>, 48, 135-164.
- 최지훈 · 이주연 (2018). 치매노인 가족돌봄자의 부양부담에 영향을 미치는 요인 <가정과학의질연구>, 36(3) 91-101.
- 최호진 · 김승현 · 이재홍 · 이애영 · 박건우 · 이은아 · 정지향 (2018). 치매국가책임제의 현재와 미래. <대한신경과 학회지>, 36(3).
- 한은정 · 이정석 · 권진희 (2012). 노인장기요양보험 시설서비스 본인부담금에 대한 가족수 발자의 경제적 부담감 영향요인. <보건행정학회지>, 22(3), 383-402.
- 홍석철 (2018). 문케어, 의료비 부담 낮출 수 있을까. <의료정책포럼>, 16(4), 19-21.
- 홍준현 (1995). 재입원 환자의 특성연구. <한국의료 QA 학회지>, 2(2), 45-71.
- 황명진 (2020). 인구고령 사회의 노인복지와 커뮤니티 케어. <공공사회연구>, 10(2), 5-28.
- Abel-Smith, B., & Rawal, P. (1992). Can the poor afford 'free'health services? A case study of Tanzania. *Health Policy and Planning*, 7(4), 329-341.
- Aranda, M. P., Kremer, I. N., Hinton, L., Zissimopoulos, J., Whitmer, R. A., Hummel, C. H., ... & Fabius, C. (2021). Impact of dementia: Health disparities, population trends, care interventions, and economic costs. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1774-1783.
- Hudomiet, P., Hurd, M. D., & Rohwedder, S. (2019). The relationship between lifetime out-of-pocket medical expenditures, dementia, and socioeconomic status in the US. *The Journal of the Economics of Ageing*, 14, 100181.

- Jutkowitz, E., Kane, R. L., Gaugler, J. E., MacLehose, R. F., Dowd, B., & Kuntz, K. M. (2017). Societal and family lifetime cost of dementia: implications for policy. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(10), 2169-2175.
- National Alliance for Caregiving (2009). Caregiving in the U.S., Normand C., & Wever A. (1994). Social Health Insurance. WHO.
- Oh, B. H. (2009). Diagnosis and treatment for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of the Korean Medical Association*, 52(11), 1048-1054.
- Ory, M. G., Hoffman III, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-186.

[단행본 및 보도자료]

- 보건복지부 (2017.9.15). <치매 국가책임제 추진 계획> 발표. 보도자료. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 (2019.4.30). <제7차 건강보험정책심의위원회> 요양병원 수가체계 개편 방안 의결 발표. 보도자료. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 (2021.9.16). <치매환자의 걸을 지키는 또 하나의 가족, 국가가 함께 합니다> 치매국가책임제4년의 성과와 과제. 보도자료. 세종: 보건복지부.
- 중앙치매센터 (2020). 대한민국 치매현황 2020.

[책]

- 정성호, 『stata로 배우는 구조방정식모형』, 한나래아카데미(2016).

Analysis of the Effect of the National Responsibility Policy for Dementia Care on the Reduction of Out-of-Pocket of Dementia Patients

YouRa Oh, Eunji Park

Yonsei University, Graduate School of Social Welfare

Korea has demonstrated a trend of a society that is aging rapidly. The introduction of a long-term care insurance system for the elderly in 2008 for old-age diseases and care has provided an opportunity to shift the burden away from individuals and families and toward national and social responsibility. In particular, the National Responsibility Policy for Dementia Care was announced in 2017 to further strengthen national participation in the care of dementia patients. Therefore, the data from the Korean Longitudinal Study of Aging (KLoSA), 2016 and 2018, before and after the introduction of the Policy in 2017, were used for this as analysis data. The policy effect on the reduction of out-of-pocket expenses between those who were hospitalized only once (control group) and those who were hospitalized twice or more (treatment group) was tested using the difference-in-differences (DID) statistical technique. As a result of the analysis, it was confirmed that the out-of-pocket expenses for those who were hospitalized twice or more in 2018 significantly decreased compared to 2016. In other words, it was confirmed that the out-of-pocket expenses decreased significantly for the group whose burden on individuals and households increased due to frequent hospitalization and discharge, due to the implementation of the National Responsibility Policy for Dementia Care. Based on the results of this study, the implications of the implementation of the above policy were derived. It is expected that this study will be used to provide basic data to determine the direction of the policy in the future.

Keywords: National Responsibility for Dementia, Self-Payment, Caring Burden, Difference-In-Differences(DID), Policy Effect Analysis