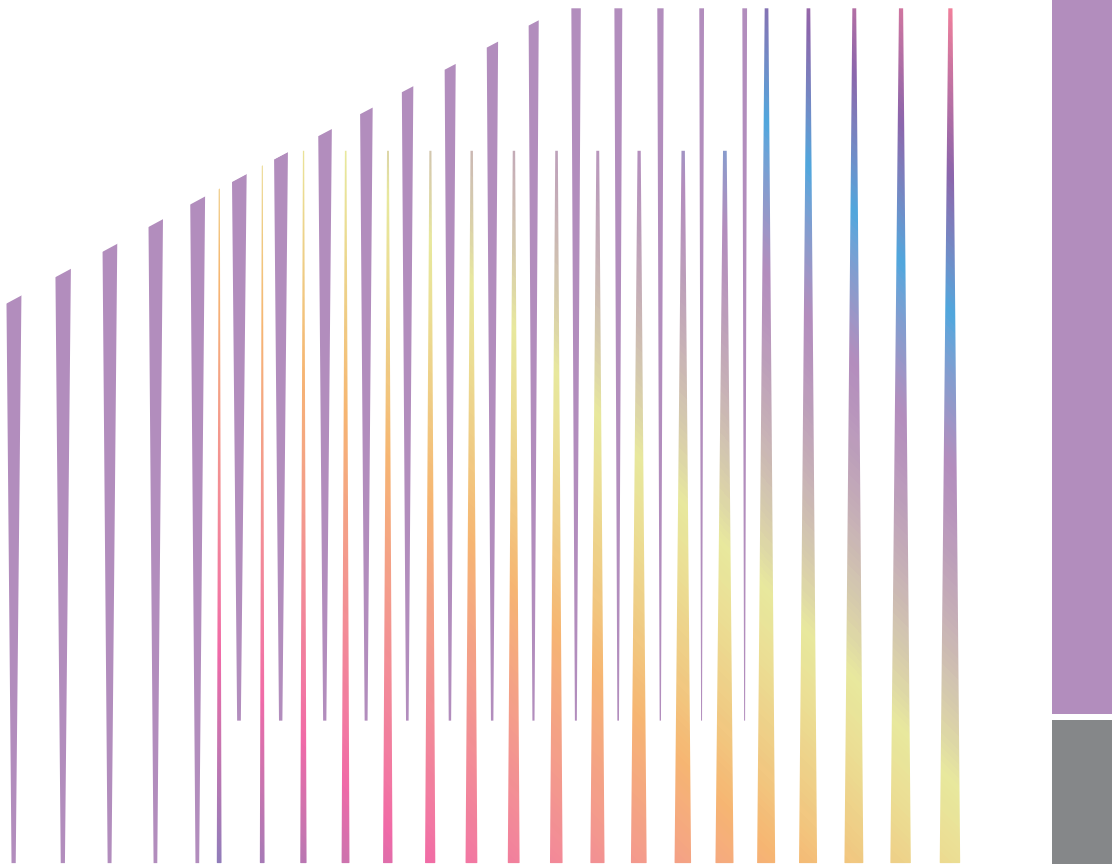


수시연구과제 2022-01

장애인 관련 재정정책에 대한 연구: 의료 및 돌봄 지원을 중심으로

이은경



장애인 관련 재정정책에 대한 연구: 의료 및 돌봄 지원을 중심으로

2022. 3.

이은경

서 언

국가의 소득이 증가하고 선진국으로 도약할수록 취약계층의 사회 안전망 강화에 대한 재정 지출이 증가한다. 한국 역시 상당한 경제발전을 통해 세계 10위권 경제대국에 진입하였고, 저부담, 저복지 체제에서 중부담, 중복지 패러다임을 향해 가면서 취약계층인 장애인, 저소득층, 고령층 등에 대한 복지를 확대해 가고 있다. 본 연구에서는 여러 취약계층 중에서도 장애인에 대한 재정지원 제도의 현황을 파악하고, 그중에서도 예산 규모가 가장 큰 장애인 활동지원제도 확대 정책이 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 커뮤니티 케어 등을 통해 돌봄과 의료를 효율적으로 연계하려는 정부의 노력이 꾸준히 이루어지고 있는 반면, 돌봄과 의료의 상관관계를 조명한 연구는 사실상 많지 않다는 측면에서 본 연구는 상당한 공헌이 있다고 하겠다.

본 연구에서는 장애인 실태조사 4개년도 자료를 사용하여, 장애인 대상 공적돌봄 확대가 의료이용 및 미충족의료에 미치는 영향을 이층차분모형으로 분석하였다. 자료의 한계상 처치그룹과 통제그룹의 명확한 식별이 불가능해 정책 효과를 엄밀하게 추정하기는 어려웠으나, 다양한 방법론을 통해 돌봄과 의료의 상관관계를 살펴보려는 적극적인 시도가 이루어졌다는 점은 높이 살 만하다. 분석 결과, 장애인 활동지원 수급대상 확대 정책이 의료이용 행태에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다는 근거를 발견하지는 못했으나, 미충족돌봄 발생 시 미충족의료 발생확률이 증가한다는 실증적 근거를 제시하였다. 이러한 연구 결과는 향후 장애인 정책에 대한 관심과 후속연구를 촉발하는 중요한 시초가 될 것으로 보인다.

또한 노인과 마찬가지로 돌봄과 의료 수요가 높은 장애인의 경우, 돌봄에 대한 재정지출 확대가 의료에 대한 재정 절감을 가져온다면 효과적인 자원 투입의 조합(mix)을 고민해 보아야 할 것이기에 본 연구는 정책적으로 중요한 시사점을 제공하고 있다.

본 연구는 본원 이은경 박사가 집필하였다. 저자는 본 연구에 도움을 준 원내외

논평자들, 중간보고 및 최종보고 논평자들, 자료를 정리해 준 이수연 연구원에게 감사하고 있다.

끝으로 본 보고서의 내용은 저자 개인의 의견이며, 한국조세재정연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2022년 3월

한국조세재정연구원
원장 김 재 진

요약 및 정책적 시사점

2020년 기준, 한국의 등록 장애인 수는 262만명으로 전체 인구의 5.1%를 차지한다. 장애인은 비장애인에 비해 소득, 건강수준, 교육수준이 낮은 취약계층에 속하며, 이에 정부는 장애인에 대한 소득, 의료, 돌봄 등의 지원을 위해 재정을 투입하여 장애인의 삶의 질 향상을 위해 노력하고 있다. 본 연구는 장애인 관련 정부 지출 중 규모가 큰 소득, 주거, 돌봄 및 의료 관련 정책을 중심으로 제도를 정리하고, 단일사업으로 가장 큰 예산이 투입되는 장애인 활동지원제도(personal assistance service, PAS) 확대 정책의 효과를 분석하였다. 2011년 10월에 도입된 장애인 활동지원제도의 목적은 만 6~64세, 장애 1등급 장애인에게 공적돌봄서비스를 제공하여 장애인의 자립생활과 사회생활을 지원하고 가족 부담을 감소시켜 장애인의 삶의 질을 향상시키는 것이다. 도입 이후 2013년에는 장애 2등급, 2015년에는 장애 3등급까지 수급 대상을 확대해 왔다. 본 연구에서는 장애인 활동지원제도 확대 정책, 즉 공적돌봄제도 확대가 의료에 미치는 영향을 살펴보았다. 장애인 활동지원제도는 이동의 편리성을 개선시켜 의료접근성이 증가하고 의료이용량을 늘릴 수 있는 한편, 방문간호 서비스 이용으로 기존 의료이용 대체, 건강상태 호전 등으로 인해 의료이용량을 줄일 수도 있을 것이다. 따라서 본 연구는 이중차분모형을 사용하여 활동지원제도 확대 효과가 장애인의 의료이용 행태와 미충족의료 발생에 미치는 영향을 분석하였다.

본 연구는 다음 세 가지 측면에서 중요성을 가진다. 첫째, 본 연구는 장애인에 대한 재정지원 정책의 전반적인 현황과 특징을 정리하여, 사회적 취약계층 중 하나인 장애인 그룹에 대한 재정투입과 복지정책 전반을 소개하고 있다. 둘째, 본 연구는 장애인 관련 재정지출 중에서도 규모가 가장 큰 장애인 활동지원제도의 효과성을 분석하였다. 기존 연구들에서는 장애인 활동지원제도가 장애인 돌봄, 고용, 가족부담, 장애로 인한 추가비용에 미치는 영향을 분석하였다면, 본 연구는 활동지원제도 확대가 장애인의 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 셋째, 돌봄 정책

확대를 의료와 연계하여, 돌봄과 의료의 상관관계를 살펴볼 수 있다. 노인과 같이 의료서비스 이용이 높은 장애인 그룹의 경우, 돌봄과 의료의 상호 보완 혹은 대체 관계에 있는지에 대한 정책적 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 만약 장애인 돌봄에 대한 재정지원 확대가 노인장기요양보험처럼 수급자의 건강상태를 개선하여 의료이용을 줄이고, 의료비 지출을 절감할 수 있다면 돌봄에 대한 재정투입의 정당성은 더욱 증가할 것이다.

제II장에서 장애인 예산을 분야별로 구분하였을 때, 장애인 활동지원제도가 포함된 돌봄지원 예산이 50%로 가장 크고, 소득지원 26%, 주거 지원 16% 순서이다. 이 중 장애인 의료 지원 예산은 장애인 의료비 지원, 장애인 건강보험 지역가입자 보험료 경감, 장애인 보조기기 지원, 장애인건강보건관리사업, 재활병원 건립 및 재활프로그램 지원 등 약 2%에 불과하다.

제III장에서는 장애인 활동지원제도 확대가 의료이용에 미치는 영향을 실증분석하였다. 종속변수는 건강검진 수검 여부, 정기적 의료이용 여부, 미충족의료 발생 여부, 돌봄 부족으로 인한 미충족의료 발생 여부를 채택하였다. 분석모형은 이중차분모형이고, 사용한 자료는 장애인 실태조사 2008, 2011, 2014, 2017년 자료이다. 이상적으로는 PAS 확대에 의해 수급자가 된 자를 처치그룹, 수급 상태에 변화가 없는 자를 통제그룹으로 정의해야 하는데, 자료의 한계로 인해 처치집단과 통제집단을 명확히 식별할 수 없었다. 따라서 다음 세 가지 방법을 사용하여 식별을 시도하였는데, 첫 번째는 PAS 수급 대상이 장애 1등급에서 2등급, 3등급으로 확대되었으므로, 장애등급을 중심으로 장애 1, 2등급을 처치그룹, 장애 3등급 이상을 통제그룹으로 정의하였다. 그러나 수급 자격인 만 6~64세, 장애 1, 2등급을 만족하여도 모두가 수급자가 되는 것은 아니므로, 장애등급으로 처치그룹과 통제그룹을 구분하는 것은 상당한 오차가 발생할 수 있다. 따라서 만 6~64세, 장애 1, 2등급 내에서 수급자와 비수급자를 식별하여 정책 확대 이후 의료이용 행태변화를 분석하고자 하였다. 두 번째 방법에서는 PAS 경험자를 처치그룹, PAS 비경험자를 통제그룹으로 정의하였는데, 이때 장애인 활동지원 수급자격을 한번 얻게 되면 통상적으로 계속 수급자격을 유지한다는 전제가 필요하다. 만약 수급자격의 변동성이 많다면, 활동지원 경험 여부에 기반하여 식별하는 것 역시 오차가 발생할 수 있다. 세 번째 방법론은 PAS 인정조사 점수를 복원하여 수급자격 조건을 만족시키는 인정

점수 220점 이상을 처치그룹, 220점 미만을 통제그룹으로 정의하였다. 이때, 인정점수 계산에 필요한 장애특성 고려영역, 사회환경 고려영역을 판별할 수 있는 변수들이 제공되지 않는 2008년과 2017년 자료는 사용할 수 없었다. 또한 인정점수가 220점 미만이라도 추가급여 조건(독거, 출산, 직장생활, 학교생활, 보호자 일시부재 등의 사유이며 인정점수 20점 이내 조정으로 수급자격 인정이 가능한 경우)을 만족시키면 수급자가 될 수 있으므로, 인정점수 컷오프만으로 처치그룹과 통제그룹을 구분하는 세 번째 방법론 역시 오차가 발생할 수 밖에 없다. 이러한 세 가지 방식 모두 처치그룹과 통제그룹을 명확히 식별하기 어렵기 때문에 정책효과에는 하향편의(downward bias)가 발생할 수 있음을 염두에 두어야 한다. 설명변수로는 처치그룹 더미, 정책 변화 이후 더미, 처치그룹과 정책 더미의 교차항 이외에 연령, 성별, 혼인상태, 만성질환 여부, 주관적 건강상태, 독거 여부, 교육수준, 현재 경제활동 여부, 의료급여 수급 여부, 자가 주택 소유 여부, 주된 장애유형(정신, 신체, 내부장기), 장애보조기구 소지 여부, 장애기간, 월평균 가구소득(로그값), 7개의 ADL 중 하나라도 도움이 필요한지 여부, 8개의 IADL 중 하나라도 도움이 필요한지 여부, 연도와 16개 시도 지역더미를 포함한다.

분석 결과, 첫 번째 모형의 경우 PAS 확대 이후 장애 1, 2등급의 건강검진 수검 확률이 감소하고 미충족의료 발생확률이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 제도 확대로 장애 중증도가 낮은 등급이 수급대상이 되면서 상대적으로 건강상태가 양호하므로 건강검진 등 의료이용을 덜 하는 것으로 해석된다. 그러나 PAS 확대 이후 미충족의료 발생확률이 증가하는 것은 설명하기 어렵다. 두 번째 모형과 세 번째 모형을 추정한 결과, PAS 확대가 처치그룹의 의료 이용량과 미충족의료 발생에 통계적으로 유의한 영향을 주지 못하는 것으로 나타났다. 이는 처치그룹과 통제그룹의 식별 문제 이외에 작은 샘플 수, PAS가 돌봄 확대에 실제적인 영향을 미치지 못했을 가능성, 초기 장애인 활동지원제도의 특성 등에 기인했을 가능성을 제시하였다. 마지막으로 돌봄과 의료의 상관관계를 보다 직접적으로 분석하기 위해 미충족돌봄 발생 여부를 설명변수, 미충족의료 발생 여부를 종속변수로 포함한 다변량 회귀분석을 실시하고, 미충족돌봄의 내생성 문제를 해결하기 위해 도구변수를 사용한 2-stage-least-square(2SLS) 모형을 추정하였다. 추정 결과, 예상대로 미충족돌봄 발생은 미충족의료 발생확률을 높이는 것으로 나타났다. PAS 경험 여부와 PAS 경험

여부×14년 이후 연도더미를 도구변수로 사용하여 추정한 2SLS 모형도 질적으로 같은 결과를 보여주고 있다.

장애인에 대한 인식과 관심이 높아지고, 최근 장애인의 건강 및 의료보장에 대한 욕구가 증가하면서 다양한 건강증진 사업들이 시행되고 있다. 따라서 2019년 장애등급제 폐지, 2021년 65세 이상 노인장기요양보험과 활동지원서비스 중복 수급을 허용하는 정책은 PAS 수급 대상의 추가적인 확대를 가져왔을 것이며, 이들을 의료이용 행태와 연계하는 후속 연구가 요구된다. 향후 고령화가 심화되고 기능적 장애를 경험하는 인구 집단이 증가하면서 돌봄과 의료에 대한 수요 및 재정지출이 더욱 증가할 것으로 예상된다. 따라서 돌봄과 의료의 상호 관계를 규명하는 실증 연구에 대한 수요는 그 어느 때보다 높다고 할 수 있겠다. 보다 지속가능한 정책들이 시행되기 위해서는 객관적인 근거를 제시하는 정책 연구들이 요구되며, 정책의 효과성을 더욱 정교하게 분석하기 위해서는 장애인의 돌봄과 의료 관련 풍부한 내용을 포괄하는 패널자료의 구축이 반드시 필요하다. 마지막으로 본 연구를 시작으로 지금까지 주목을 받지 않았던 장애인 그룹에 대한 연구, 돌봄과 의료를 연계하는 연구가 더욱 활성화되기를 기대해 본다.

목 차

I. 서론	1
II. 장애인 지원 재정정책의 현황 및 특징	4
1. 장애인구의 특징	4
가. 소득 및 고용	5
나. 건강상태 및 의료이용	6
다. 복지서비스 욕구(2017년 기준)	8
2. 장애인 지원 재정정책 및 예산	9
가. 장애인 소득지원 정책	12
나. 장애인 주거 지원 정책	17
다. 장애인 돌봄 및 의료 지원 정책	19
III. 장애인 활동지원제도(PAS) 확대가 의료이용에 미치는 효과	34
1. 선행연구	34
2. 실증분석: 장애인 활동지원 정책 확대가 의료이용에 미치는 영향	38
가. 데이터 및 변수 정의	38
나. 분석모형	41
다. 기초통계량	47
라. 정책효과 분석 결과	52
3. 실증분석: 돌봄과 의료의 상관관계 분석	67
IV. 결론 및 정책적 시사점	76
참고문헌	81
부록	89

표목차

〈표 Ⅰ-1〉 2022년 장애인 복지 예산	1
〈표 Ⅱ-1〉 장애인의 의료이용 통계	8
〈표 Ⅱ-2〉 장애인 복지 예산 분야별 비중	9
〈표 Ⅱ-3〉 2022년 장애인 지원 예산(분야별 세부내역)	10
〈표 Ⅱ-4〉 장애인연금 수급자 수	13
〈표 Ⅱ-5〉 장애인연금 예산	13
〈표 Ⅱ-6〉 장애인연금 지급액(급여량)(2022년 기준)	14
〈표 Ⅱ-7〉 장애인연금 vs. 장애수당의 비교	15
〈표 Ⅱ-8〉 장애수당 수급자 수 및 예산액	15
〈표 Ⅱ-9〉 장애아동수당 수급자 수	16
〈표 Ⅱ-10〉 장애아동수당 급여량(바우처 지원액)	16
〈표 Ⅱ-11〉 장애아동수당 예산액	16
〈표 Ⅱ-12〉 장애인 거주시설 운영지원 수급 기준	17
〈표 Ⅱ-13〉 장애인 거주시설 수급자 수 및 예산액	18
〈표 Ⅱ-14〉 2022년도 장애인거주시설 운영지원 사업 예산안 현황	18
〈표 Ⅱ-15〉 장애인의료비 지원 대상자 및 예산	19
〈표 Ⅱ-16〉 의료비 지원 내용	20
〈표 Ⅱ-17〉 장애아동 가족 지원 서비스 이용자 수	21
〈표 Ⅱ-18〉 장애아동 가족 지원 서비스 예산	22
〈표 Ⅱ-19〉 발달장애인 수 및 발달장애인 지원서비스 이용자 수	23
〈표 Ⅱ-20〉 발달장애인 지원서비스 예산	23
〈표 Ⅱ-21〉 장애인 활동보조지원사업과 활동지원제도 비교	24
〈표 Ⅱ-22〉 장애인 활동지원서비스 연혁	26
〈표 Ⅱ-23〉 장애인 활동지원서비스 급여의 종류	27
〈표 Ⅱ-24〉 장애인 활동지원제도 기본급여 이용 현황	27

〈표 II-25〉 장애인 활동지원제도 급여 내용	29
〈표 II-26〉 장애인 활동지원제도 수급자 장애유형(2020년 기준)	29
〈표 II-27〉 장애인 활동지원제도 운영 현황 추이	30
〈표 II-28〉 장애인 활동지원제도와 지자체 활동보조 추가지원사업 비교	32
〈표 II-29〉 노인장기요양보험 vs. 장애인 활동지원제도 비교	33
〈표 III-1〉 장애인 실태조사 연도별 특징	38
〈표 III-2〉 종속변수에 대한 정의	40
〈표 III-3〉 표본 수와 종속변수	41
〈표 III-4〉 장애등급별 활동지원제도 수급자 비중	44
〈표 III-5〉 기초통계량(2008~2017년)	48
〈표 III-6〉 처치그룹 vs. 통제그룹별 사회경제적 변수	50
〈표 III-7〉 처치그룹 vs. 통제그룹별 종속변수	51
〈표 III-8〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과 1([모형 1]: 6~64세)	53
〈표 III-9〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과 2([모형 1]: 6~64세)	55
〈표 III-10〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 1]: 65세 이상)	56
〈표 III-11〉 분석 대상 수	56
〈표 III-12〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 2]: 6~64세, 장애 1~2등급)	58
〈표 III-13〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 2]: 장애유형별)	59
〈표 III-14〉 분석 대상 수	60
〈표 III-15〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 3]: 6~64세, 장애 1~2등급)	62
〈표 III-16〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 3]: 장애유형별)	63
〈표 III-17〉 장애인 활동지원제도가 장애로 인한 추가 비용에 미치는 영향(DID 분석 결과) ·	66
〈표 III-18〉 미충족돌봄(unmet care) 변수에 대한 정의	68
〈표 III-19〉 돌봄과 의료의 상관관계(simple OLS)	69
〈표 III-20〉 돌봄이 의료에 미치는 영향(IV reg)	72
〈표 III-21〉 2SLS의 1단계 분석 결과	74
〈표 III-22〉 돌봄이 의료에 미치는 영향(미충족돌봄 변수 재정의)	75

그림목차

[그림 II-1] 전체 인구 vs. 장애인구의 고령화 수준(연도별 추이)	4
[그림 II-2] 교육수준, 고용, 소득수준	5
[그림 II-3] 장애인의 주관적 건강상태 및 미충족의료	6
[그림 II-4] 미충족의료 발생 원인	7
[그림 II-5] 장애로 인한 추가 지출	7
[그림 II-6] 장애인의 복지서비스 욕구	8
[그림 II-7] 활동지원급여 신청 절차	28
[그림 II-8] 장애인 활동지원서비스 수급자 특성(2020년 기준)	30
[그림 III-1] 장애등급별 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이	52
[그림 III-2] PAS 경험 여부에 따른 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이	57
[그림 III-3] PAS 수혜그룹과 비수혜그룹의 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이 ..	61
[그림 IV-1] GDP 대비 복지예산과 장애인 예산의 국제 비교(2017년 기준)	76

I. 서론

2020년 말 기준, 한국의 등록장애인 수는 262만명으로 전체 인구 대비 5.1%를 차지한다(한국장애인개발원, 2021). 장애는 단순히 개인의 신체적, 정신적 불편함을 유발할 뿐만 아니라 가족들의 비공식돌봄 제공, 정부 지원 등 개인, 가족, 국가에 비용을 초래한다. 장애인은 비장애인에 비해 사회경제적 위치(소득, 교육수준, 고용)는 낮은 반면, 돌봄과 의료서비스에 대한 수요가 높다는 점을 감안하여 정부는 소득, 고용, 돌봄, 의료 등 다양한 분야에 대한 재정지출을 통해 장애인의 독립적이고 건강한 삶을 지원하고 있다. 2022년 장애인 분야 예산은 4조 854억원(복지부 예산의 4.2%, 정부 총예산의 0.7%)으로 전년 대비 10.5% 증가하였고, 이 중 장애인 활동지원서비스에 1조 7천억원, 즉 장애인 예산의 43%가 투입되고 있다.

〈표 1-1〉 2022년 장애인 복지 예산

(단위: 억원)

구분	2021년 본예산(A)	2022년 본예산(B)	전년 대비	
			증감(B-A)	%
정부 전체 총지출	558,0조원	607.7조원	497,000	8.9
보건복지부 총지출	895,766	974,767	79,001	8.8
◇ 보건	137,988	168,283	30,295	22.0
◇ 사회복지	757,778	806,484	48,706	6.4
- 장애인 복지	36,785	40,854	4,069	11.1
• 장애인 활동지원	15,217	17,405	2,188	14.4
• 장애인연금	8,291	8,326	35	0.4
• 장애인 거주시설	5,828	6,223	385	6.6

자료: 1. 정부 총지출은 기획재정부 보도자료(2021. 12. 3), 「2022년 예산, 국회 본회의 의결, 확정」

2. 보건복지부 총지출, 보건지출, 사회복지 비출, 장애인 복지 예산은 보건복지부(2022), 「2022년도 보건복지부 소관 예산 및 기금 운용계획 개요」, p. 4; p. 8; p. 10.

본 연구의 목적은 장애인 관련 재정지원 정책을 정리하고 그중 가장 큰 예산 항목인 장애인 활동지원제도의 효과를 분석하고자 한다. 장애인 활동지원제도는 신체적, 정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 모든 장애인

에게 활동지원급여를 제공함으로써 자립생활과 사회생활을 지원하고 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질 증진을 목적으로 한다.¹⁾ 장애인 활동지원제도는 국비 지원 사업과 지자체 추가 사업으로 구성되는데, 지자체 추가 사업은 지자체마다 지원대상, 지원금액 등 제도가 다양하고 일원화된 데이터가 존재하지 않기 때문에 우리는 국비 지원 사업의 효과성에 초점을 맞추기로 한다. 2011년 도입된 장애인 활동지원제도는 여러 차례 수혜 대상을 확대해 왔다. 2011년 시범사업에서 본 사업으로 전환되면서 만 6~64세, 장애 1등급에 수혜 자격이 주어졌는데, 2013년과 2015년에 각각 장애 2등급과 3등급까지 수혜 자격을 확대하였다. 또한 2019년에는 장애등급 제도가 폐지되면서 등급에 상관없이 개인적 욕구와 필요성에 의거하여 급여 혜택을 제공하게 되었다. 그리고 2021년부터는 연령 제한이 완화되어 65세 이상 노인장기요양 급여를 수급하는 장애인 중 급여량이 크게 감소한 사람은 활동지원서비스를 받을 수 있게 되었다.²⁾

장애인 활동지원제도는 노인장기요양보험에 대응하는 공적돌봄서비스 제도로써, 두 서비스 모두 ADL(activities of daily living)이나 IADL(instrumental activities of daily living) 같은 일상생활에 도움을 지원하는 사회적 돌봄(social care) 제공이라는 측면에서 개념적으로 유사하다(윤상용 외, 2016). 그런데 노인장기요양보험 급여 혜택은 건강수준 등을 통해 노인의 의로서비스 이용 및 의료비 지출에 긍정적인 영향을 미쳤다는 선행연구들이 확립되어 있는 반면(이호용·문용필, 2015; 백미라, 2019), 장애인 활동지원제도가 장애인 복지(돌봄, 의료, 노동 등)에 미치는 효과성에 대한 연구는 매우 제한적이다. 특히 장애인 활동지원제도의 수급 대상 확대가 장애인의 추가 비용에 미치는 효과(조선주·김영숙, 2015), 돌봄량에 미치는 효과(Han and Lee, 2021), 노동시장 참여에 미치는 효과(김송숙 외, 2021)에 대한 선행 연구는 존재하나, 의료이용과 연계한 연구는 찾기 어렵다. 그나마 해외문헌 중에서 Hashemi et al.(2008)이 장애인 활동지원서비스의 수혜 여부가 메디케어 진료비 지출에 미치는 영향을 살펴본 유일한 연구이다.

1) 국민연금공단, 「장애인 활동지원 제도소개」추진경과, <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action>, 검색일자: 2021. 10. 31.

2) 2020년까지는 65세가 되면 장애인 활동지원서비스 급여가 중지되고 자동으로 노인장기요양보험 대상자로 넘어가면서 서비스 제공 시간이 기존 최대 24시간에서 3~4시간으로 급격히 축소되는 문제가 지속적으로 제기되었음. 그러나 2021년 이러한 연령제한이 완화되면서, 65세 이상 장애인 중 급여량이 크게 감소한 경우 노인장기요양보험과 장애인 활동지원서비스 급여를 동시에 받을 수 있게 되었음

본 연구는 장애인을 대상으로 하는 공적돌봄서비스 확대가 장애인의 건강상태 및 이동의 편리성 개선 등을 통해 의료서비스 이용 및 의료 접근성에 영향을 줄 수 있을 것이라 생각했다. 예를 들면 장애인 활동지원 급여를 받게 되면 병의원 방문의 편리성이 개선되면 의료접근성이 증가하고 의료이용량이 증가할 수 있을 것이다. 반면 공적돌봄의 확대는 질병이나 부상의 발생확률을 줄여 의료서비스 수요를 줄일 수 있고, 장애인 활동지원서비스 급여 중 하나인 방문간호 서비스를 사용한다면 기존 의료이용을 대체하여 의료서비스 이용량이 감소할 수도 있다. 따라서 장애인 활동지원서비스 수급 대상 확대 정책이 의료이용을 증가 혹은 감소하는 방향으로 움직일 것인가는 실증분석을 통해 답할 수 있는 연구 주제이다.

본 연구는 다음과 같은 세 가지 측면에서 중요성을 가지며 해당 분야의 문헌에 기여할 것으로 예상된다. 첫째, 본 연구는 장애인에 대한 재정지원 정책의 전반적인 현황 및 특징을 정리하여, 사회적 취약계층의 하나인 장애인 그룹에 대한 재정지출 및 복지 정책 전반을 소개하고 있다. 둘째, 본 연구는 장애인 관련 재정지출 중에서도 예산 규모가 가장 큰 장애인 활동지원서비스의 효과를 분석하였다. 장애인 활동지원서비스의 도입 목적인 자립생활 및 사회참여 증가, 가족부담 감소, 삶의 질 증진과 같은 직접적인 효과를 보지는 않았으나, 간접적으로 파생될 수 있는 보건의료 이용에 미칠 수 있는 영향을 살펴보았다. 셋째, 본 연구는 기존 연구에서 관심을 두지 않았던 장애인 대상 공적돌봄 확대가 의료이용에 미치는 영향을 분석함으로써, 사회적 돌봄(social care)과 보건의료(health care)의 상관관계를 가늠할 수 있는 기초 연구가 될 수 있다. 전 세계적으로 고령화가 심화되고 돌봄 및 의료에 대한 재정부담이 커지면서, 커뮤니티 케어(community care)처럼 돌봄과 의료를 효율적으로 연계하려는 시도들이 많이 이루어지고 있다(Lau et al., 2021; Fisher et al., 2021). 만약 장애인 돌봄에 대한 재정지원 확대가 노인장기요양보험처럼 건강상태를 개선하여 의료이용을 줄일 수 있다면, 장애인의 돌봄에 대한 재정지원 확대가 보건의료 재정 절감으로 이어질 수 있을 것이다

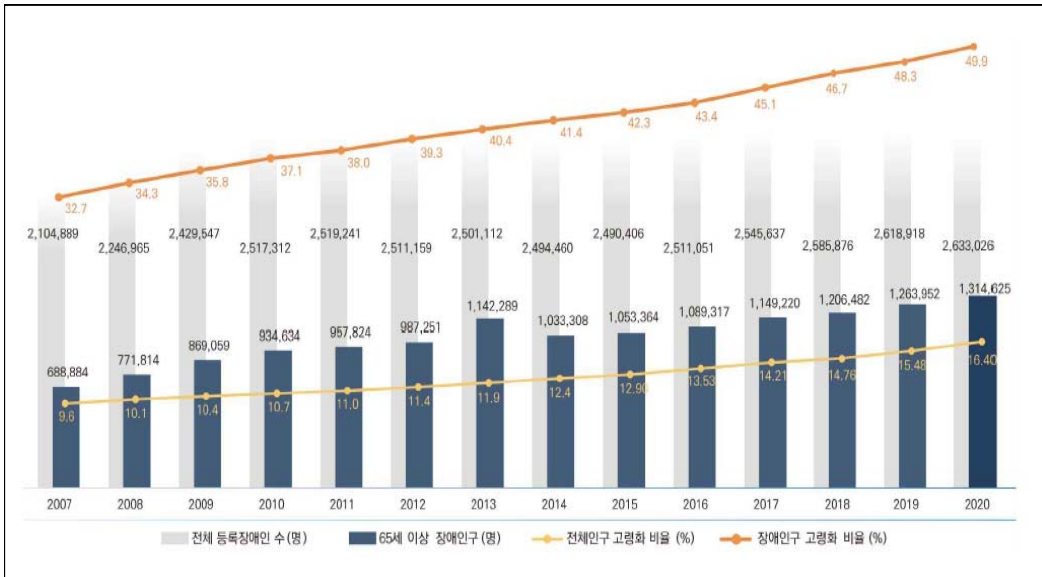
본문은 다음과 같이 구성된다. 제II장은 장애인 지원 재정정책의 현황과 특징을 소개하고, 제III장은 장애인 대상 재정지출 중 가장 규모가 큰 항목인 장애인 활동지원서비스 대상 확대 정책이 의료이용에 미치는 영향을 분석하였다. 제IV장에서는 결론과 정책적 시사점을 제시한다.

Ⅱ. 장애인 지원 재정정책의 현황 및 특징

1. 장애인구의 특징

『2021년 장애통계연보』에 따르면 2020년 기준, 우리나라 장애인구는 262만명이고, 이 중 남성 57.8%, 지체장애 46.7%, 65세 이상 고령층이 49.9%를 차지한다. 65세 이상 전체 인구 중 고령층 비중이 16.4%임을 감안하면, 장애인구는 절반이 고령인구에 해당하여 고령화율이 상당히 높다. 장애가 없더라도 노인인구는 상당한 의료비 지출을 사용하고 돌봄에 대한 수요가 높는데, 고령과 장애를 동시에 가지고 있는 인구그룹의 증가는 향후 돌봄과 의료 관련 상당한 재정 지출을 수반할 것으로 예상된다.

[그림 Ⅱ-1] 전체 인구 vs. 장애인구의 고령화 수준(연도별 추이)



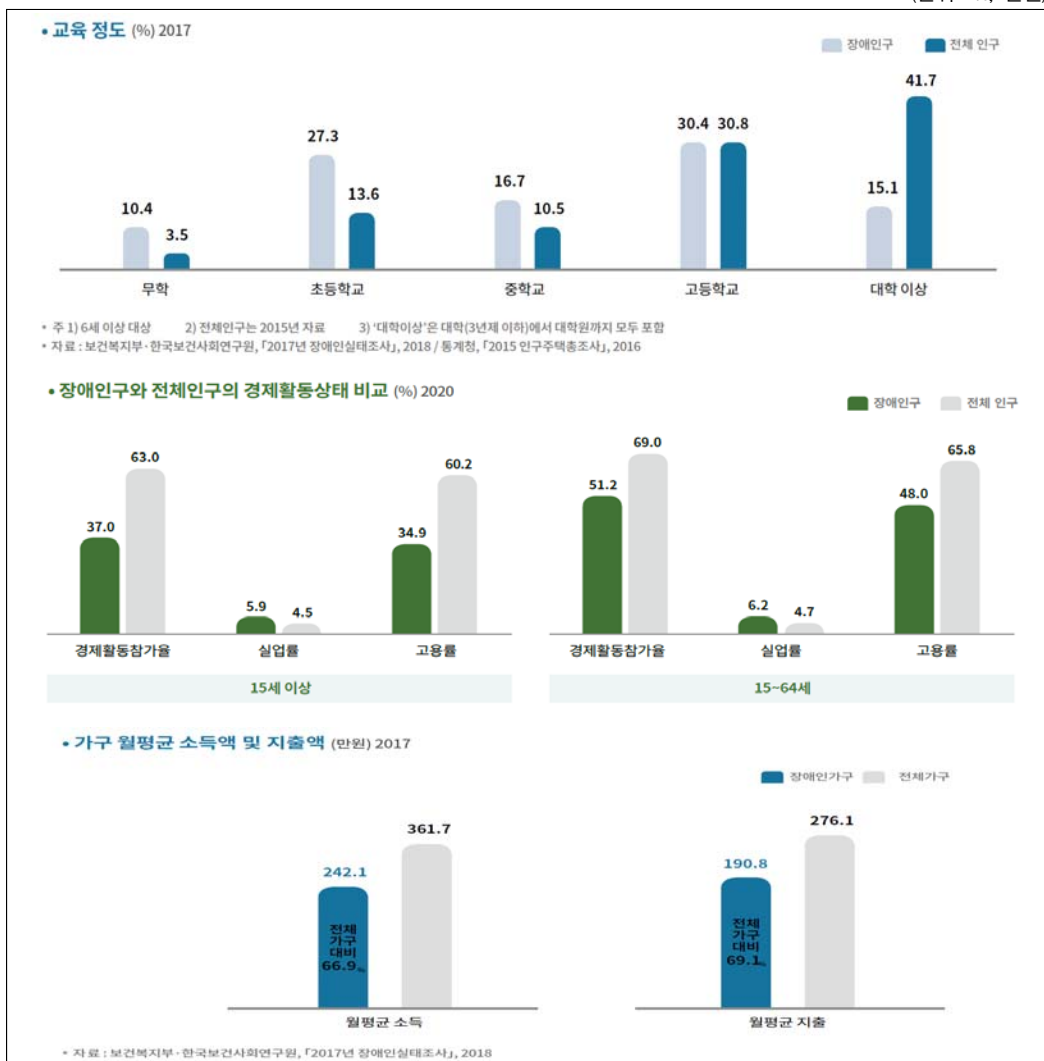
자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021년 장애통계연보』, p. 26, [그림 2-1-3]

가. 소득 및 고용

장애인은 전체 인구에 비해 전반적인 교육수준이 낮고, 경제활동참가율과 고용률도 낮다. 전체 인구에서는 고졸 이하가 59%이나 장애인구에서는 고졸 이하가 85%를 차지한다. 15~64세 경제활동참가율의 경우 장애인구는 51.2%로 전체 인구 69%에 비해 18%p 낮고, 장애인구의 소득과 지출이 전체 가구소득 및 지출 대비 70%에 미치지 못한다.

[그림 II-2] 교육수준, 고용, 소득수준

(단위: %, 만원)



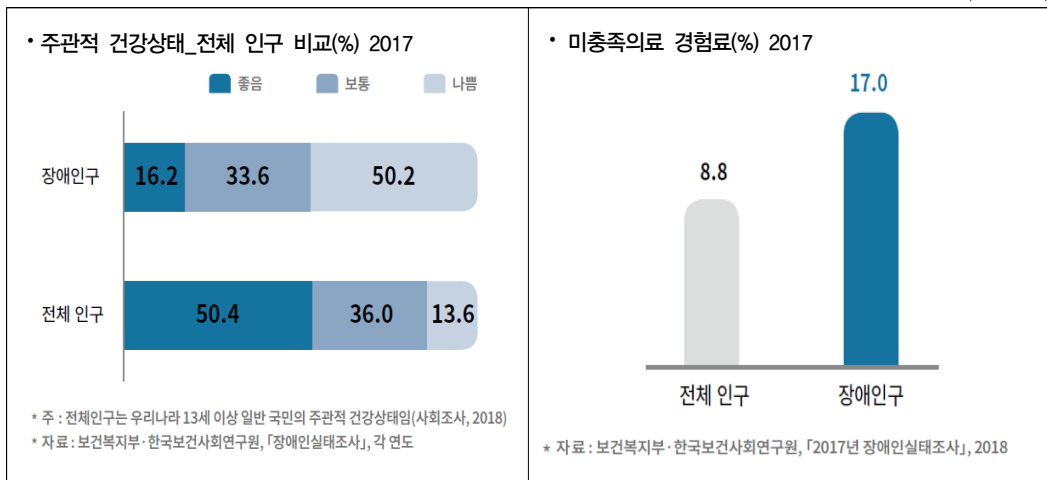
자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 「한눈에 보는 2020 장애인 통계」, p. 12; p. 42; p. 44.

나. 건강상태 및 의료이용

전체 장애인구 중 48.3%는 심한 장애(장애등급 1~3등급)를 가지고 있고, 나머지 절반은 심하지 않은 장애(장애등급 4~6등급)를 갖고 있다. 예상하였듯이 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 비율은 50.2%로 전체 인구 13.6%보다 월등히 높다. 장애인들의 의료서비스 수요가 높고, 미충족의료 경험률(최근 1년간 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험) 또한 높은 것으로 나타났다(2017년 기준, 전체 인구 8.8%, 장애인구 17.0%).

[그림 II-3] 장애인의 주관적 건강상태 및 미충족의료

(단위: %)

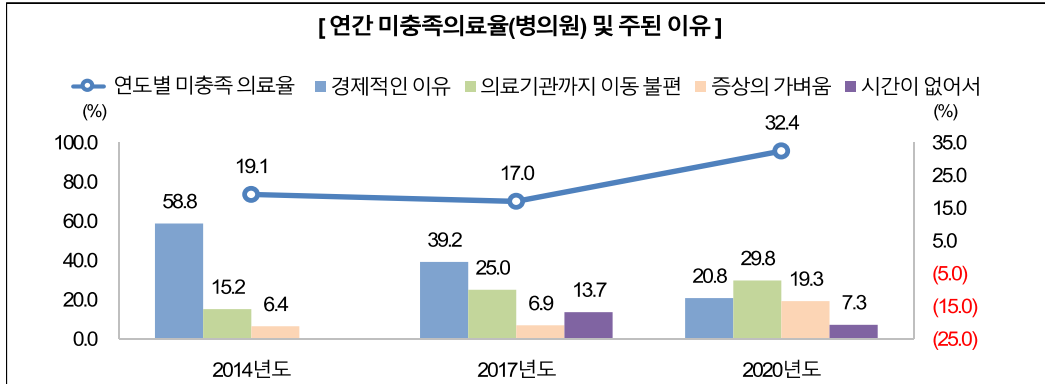


자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 「한눈에 보는 2020 장애인 통계」, pp. 43~44.

미충족의료의 주된 이유는 1위 경제적 이유와 2위 이동 불편의 이유로 나타났다. 그러나 2020년 미충족의료의 원인 조사에서는 그 순서가 뒤바뀌어 1위가 이동 불편, 2위가 경제적 이유로 나타나 코로나19 감염병 대유행은 장애인 그룹의 의료 접근성을 감소시켜 의료서비스 이용에 더 큰 제약조건으로 작용했을 가능성을 시사한다.

[그림 II-4] 미충족의료 발생 원인

(단위: %)

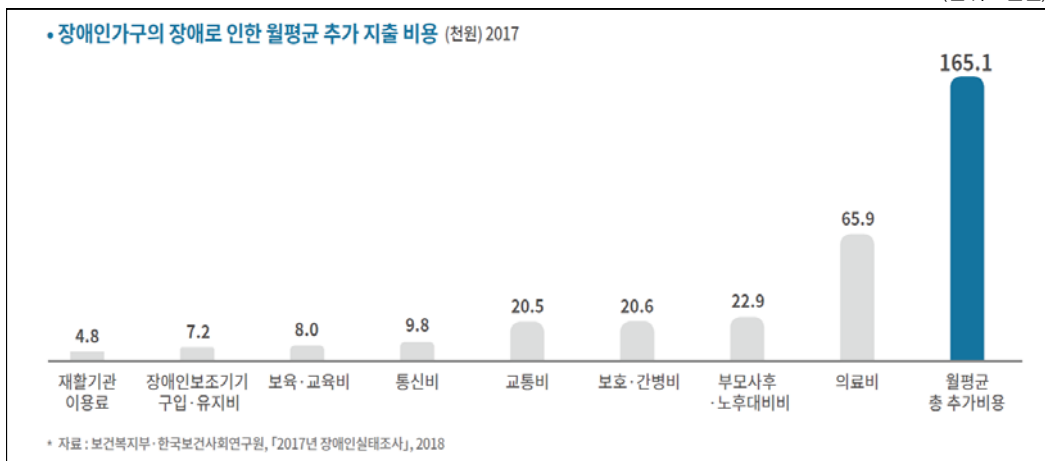


자료: 보건복지부 보도자료(2021. 4. 20), 「2020년 장애인실태조사 결과 발표」, p. 8.

2017년 기준 장애인이기 때문에 추가적으로 들어가는 지출은 월 16.5만원이며, 그중 의료비가 6.6만원으로 장애로 인한 전체 추가비용의 40%를 차지한다. 다음으로는 노후대비비 2.3만원, 보호간병비 2.1만원, 교통비 2.1만원 순서로 장애로 인한 추가 비용이 발생한다. 2017년 1년 동안 입내원일수(입원 혹은 외래 진료)는 장애인이 56.5일로 전체 인구 21.6일보다 2.6배 높은 수준이며, 입내원 1일당 진료비 역시 7만 8천원으로 전체 인구 평균보다 약 1.5배 더 높다. 반면 장애인 건강검진 수검율은 64.9%로 전체 인구 평균인 78.5%보다 약 14%p 낮았다.

[그림 II-5] 장애로 인한 추가 지출

(단위: 천원)



자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 「한눈에 보는 2020 장애인 통계」, p. 43.

〈표 II-1〉 장애인의 의료이용 통계

의료이용			건강검진 수검율	
(단위: 일, 원)				
	1인당 연평균 입내원일수	입내원 1일당 진료비	장애인 (%)	전체
전체	21.6	53,755	일반 건강검진 64.9	78.5
장애인	56.5	78,359	암 검진 43.6	50.4
			생애전환기 검진 69.0	79.8

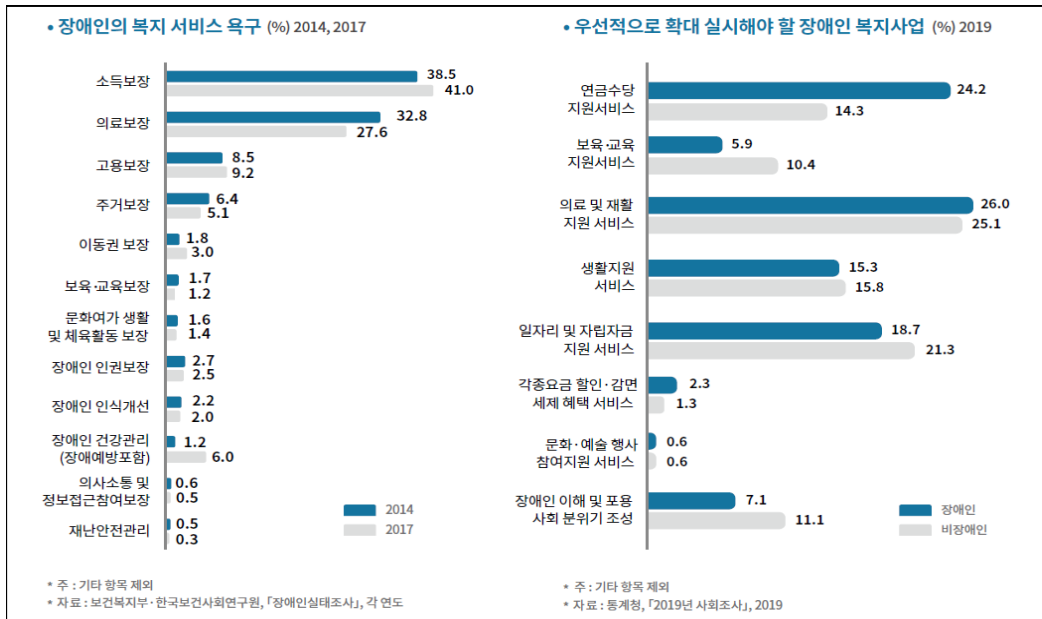
자료: 통계청·보건복지부 보도자료(2020. 7. 24), 「2020 통계로 보는 장애인의 삶」, p. 1; p. 10.

다. 복지서비스 욕구(2017년 기준)

장애인의 복지서비스 욕구를 살펴보면, 소득보장에 대한 욕구가 41%로 가장 높고, 의료보장이 27.6%로 두 번째로 높은 것을 확인할 수 있다. 한편 2019년에 조사한 우선 확대 실시가 필요한 복지사업에서는 의료 및 재활지원서비스가 소득이나 일자리 지원보다도 우선순위가 높게 나타났다. 이는 장애인의 삶의 질 향상을 위해 의료에 대한 높은 수요를 반영한다.

〔그림 II-6〕 장애인의 복지서비스 욕구

(단위: %)



자료: 한국장애인고용공단 고용개발원(2020), 「한눈에 보는 2020 장애인 통계」, p. 47.

8 • 장애인 관련 재정정책에 대한 연구: 의료 및 돌봄 지원을 중심으로

2. 장애인 지원 재정정책 및 예산

2022년 복지부 소관 지출액 97.5조원 대비 장애인 복지 예산은 4.2조원으로 4.2%를 차지한다. 이 중 소득지원, 돌봄지원, 거주지원 관련 3개 사업(장애인연금 및 수당 1조원, 장애인 활동지원사업 1.7조원, 장애인 거주시설 운영지원 6천억원)에 80% 이상의 예산이 투입된다. 장애인 복지 예산을 분야별로 구분해서 살펴보면, 장애인 활동지원제도 등 돌봄지원에 약 50%, 장애인연금 및 수당 등 소득지원에 26%, 주거 지원에 16%, 고용 지원 5%, 의료 지원 2% 정도가 투입된다. 장애인 복지지원 사업의 종류는 매우 다양한데, 본 연구에서는 예산 규모가 큰 3개 사업(장애인연금 및 수당, 장애인 활동지원사업, 거주시설 운영지원)을 비롯하여 돌봄·의료와 직접적인 관련이 있는 사업에 초점을 맞추어 살펴보기로 한다. 이 중 장애인 활동지원 사업은 Ⅲ장의 실증분석을 시도하기 전에 자세히 살펴볼 필요가 있어 Ⅱ장의 마지막에 서술하고 있다. 본 장에서는 소득 관련 지원(장애인연금 및 수당), 주거 관련 지원(거주시설 운영 지원), 돌봄과 의료 지원 사업(장애인 보조기기 지원, 발달장애인 지원, 장애인 의료비 지원)을 함께 정리하였다.

〈표 Ⅱ-2〉 장애인 복지 예산 분야별 비중

(단위: %)

재정지원 분야	비중
의료	2.0
돌봄	49.7
소득	25.7
고용	4.8
주거	16.2
기타	1.6
계	100.0

자료: 〈표 Ⅱ-3〉에 근거하여 저자 작성

〈표 II-3〉 2022년 장애인 지원 예산(분야별 세부내역)

(단위: 백만원)

구분	2022 확정예산 소계	회계	단위사업	세부사업	2021	2022
의료지원	76,720	일반회계	장애인소득보장	장애인의료비지원	36,366	41,366
		일반회계	장애인권익증진 및 자립생활 지원	장애인건강보건의료사업	8,946	10,579
		일반회계	장애인권익증진 및 자립생활 지원	장애인건강보건의료시스템 구축사업(정보화)	1,589	1,603
		국민건강증진기금	장애인의료재활지원	재활병원건립	14,500	500
		국민건강증진기금	장애인의료재활지원	권역재활병원공공재활프로그램운영지원	782	782
돌봄지원	2,194,999	국민건강증진기금	장애인의료재활지원	공공어린이재활병원건립	13,290	21,890
		일반회계	장애인사회참여 기반조성	장애인 보조기기 지원	4,451	4,660
		일반회계	장애인 선택적복지	장애인활동지원	1,506,974	1,740,523
		일반회계	장애인 선택적복지	장애이동기증지원	117,326	149,151
		일반회계	장애인 권익증진 및 자립생활 지원	중증장애인 자립생활지원	6,668	8,918
소득지원	975,049	일반회계	영유아보육료 지원	영유아보육료 지원 중 장애아 보육료	55,470	58,620
		응급의료기금	응급의료 안전망 및 생활화 지원	특기노인·중증장애인 응급안전심서비스	21,167	25,110
		일반회계	장애인 선택적복지	발달장애인 지원	152,352	208,017
		일반회계	장애인소득보장	장애수당(기초)	80,021	81,633
		일반회계	장애인소득보장	장애수당(차상위 등)	57,314	60,785
고용지원	209,160	일반회계	장애인소득보장	장애인연금	829,084	832,631
		일반회계	장애인자립지원	장애인자립지원 이차 및 순살보장금	126	149
		일반회계	장애인일자리지원	장애인일자리지원	159,593	185,315
		일반회계	장애인직업재활지원	중증장애인 직업재활 지원	19,115	21,428
		일반회계	장애인직업재활지원	중증장애인생산품우수구매촉진	1,971	2,268

〈표 II-3〉의 계속

(단위: 백만원)

구분	2022 확정예산 소계	회계	단위사업	세부사업	2021	2022
주거지원	657,872	일반회계	장애인복지시설지원	장애인거주시설 운영 지원	580,436	622,396
		일반회계	장애인복지시설지원	장애인복지시설 기능보강	27,631	35,476
		일반회계	장애인소득보장	장애인장도심사제도 운영	34,740	38,821
인권 등 기타	63,781	일반회계	장애인 선택적복지	여성장애인 지원사업	2,744	2,764
		일반회계	장애인소득보장	장애인실태조사	-	-
		일반회계	장애인사회참여 기반조성	장애인지원관리	889	889
		일반회계	장애인단체지원	한국장애인 개발원지원	9,212	9,602
		일반회계	장애인단체지원	장애인단체	7,338	7,338
		일반회계	장애인권익증진 및 자립생활 지원	장애인차별금지 모니터링 및 인식개선	4,902	4,367
합계	4,177,581				3,754,997	4,177,581

자료: 보건복지부(2021d), 『2021년도 보건복지부 예산 및 기금운용계획 사업설명자료(II-1) 1권』, 『2021년도 일반회계 세출예산 총괄표(pp. 11~42)를 기반으로 저차 작성

가. 장애인 소득지원 정책

장애인 소득지원 사업 중 가장 큰 예산이 투입되는 사업이 장애인연금이다. 장애인연금은 장애수당, 장애아동수당과 더불어 장애인에게 추가 소득을 지급하여 장애인의 자립기반을 지원하는 사업이다. 그러나 세 가지 사업 모두 연령, 장애정도(중증), 소득 등 일정 수급 기준을 충족시켜야 지원 대상이 될 수 있고, 지급액이 크지 않아 실질적인 도움이 되기 어렵다는 지적이 있다(박진우, 2020).

1) 장애인연금

2010년 7월에 도입된 장애인연금의 도입 목적은 장애에 따른 소득감소와 장애로 인한 추가 비용을 보전하기 위해 매월 일정 액수의 연금액을 지급하여 경제적 생활안정을 지원하는 것이다. 관련 법령은 「장애인연금법」 제4조이며, 물가상승률 등을 반영하여 매년 인상된 금액을 지급한다. 수급 대상은 만 18세 이상 중증장애인(과거 장애등급 1등급, 2등급 및 3급 중복장애인³⁾) 중 소득인정액이 선정기준액 이하인 장애인이다. 소득인정액은 본인과 배우자의 월 소득평가액과 재산의 소득환산액을 합산한 금액으로 2021년 기준 선정기준액은 단독가구 122만원, 부부가구 195만 2천원이다.

〈표 II-4〉에서 살펴보면 장애인연금 수급자 수는 2020년 기준 38만여 명이며 이는 전체 장애인구 263만명 대비 14% 수준에 해당한다. 급여는 기초급여와 부가급여로 구분되는데, 기초급여는 근로능력 상실 혹은 현저한 감소로 인해 감소한 소득을 보전하기 위해 지급하는 급여로서 만 18~64세 모두에게 지급한다. 반면 부가급여는 장애로 인한 추가 비용 보전을 위해 지급하는 급여로서, 만 18세 이상 장애인연금 수급자 중 기초생보 수급자,⁴⁾ 차상위,⁵⁾ 차상위 초과자⁶⁾에게 지급한다. 〈표 II-5〉에서 장애인연금 예산을 살펴보면, 2010년 1,519억원에서 2020년 7,862억원으로 꾸준히 증가하였다.

3) 3급에 해당하는 장애를 하나 이상 가지고 있는 사람

4) 생계 혹은 의료급여 수급자

5) 기초생보 수급대상이 아니면서 주거 혹은 교육급여 수급자로서 기준 중위소득 50% 이하인 자

6) 기초생보, 차상위계층에 해당되지 않으면서 장애인연금 선정기준액 이하에 해당하는 자

〈표 II-4〉 장애인연금 수급자 수

(단위: 명)

연도	계	기초생활보장 수급자	차상위	차상위 초과	기초생보 (시설)
2010	244,319	145,495	56,079	40,034	2,711
2011	293,122	139,299	61,690	81,983	10,150
2012	305,913	134,322	55,824	8,807	27,697
2013	305,394	131,668	52,663	92,592	28,471
2014	328,414	130,428	51,512	118,157	28,317
2015	342,444	134,489	46,306	133,431	28,218
2016	350,161	134,432	45,085	142,769	27,875
2017	359,986	136,213	42,464	153,681	27,628
2018	364,712	146,606	34,539	155,812	27,755
2019	368,716	154,029	29,780	157,345	27,562
2020	375,759	161,877	26,425	159,477	27,980

자료: 2010~2018년도는 사회보장위원회, 「장애인연금 수급자 수」, https://www.ssc.go.kr/stats/infoStats/stats010100_view.do?indicator_id=407&listFile=stats010300&charId=1620, 검색일자: 2022. 1. 20(원출처: 사회보장정보원, 「복지서비스별 사회보장통계」); 2019년도는 한국장애인개발원(2020), 『2020년 장애통계연보』, p. 193; 2020년도는 한국장애인개발원(2021), 『2021년 장애통계연보』, p. 189.

〈표 II-5〉 장애인연금 예산

(단위: 백만원)

연도	예산
2010	151,919
2011	288,724
2012	294,585
2013	344,006
2014	466,005
2015	561,843
2016	548,257
2017	559,967
2018	600,877
2019	719,735
2020	786,181

자료: 기획재정부, 열린재정, 「상세재정통계(예산)세출/지출>세출 세부사업 예산편성현황」, <https://www.openfiscaldata.go.kr/op/ko/sd/UOPKOSDA01>, 검색일자: 2022. 3. 15.에서 “장애인연금”으로 검색하여 연도별 다운로드

〈표 II-6〉에서 1인당 총 급여액은 18~64세의 경우 32만 7,500~38만 7,500원이고, 부가급여의 차등화로 소득이 낮을수록 총 급여액이 증가하는데 차액은 미비하다. 65세 이상이 되면 기초급여가 동일한 성격의 급여인 기초연금으로 대체하여 장애인연금의 기초급여 부분은 지급되지 않는다.

〈표 II-6〉 장애인연금 지급액(급여량)(2022년 기준)

(단위: 원)

구분		계	기초급여 ¹⁾	부가급여 ²⁾
기초생보 (생계·의료급여 수급자)	18~64세	387,500	307,500	80,000
	65세 이상	380,000	기초연금	380,000
차상위계층 (일반, 주거·교육급여 수급자)	18~64세	377,500	307,500	70,000
	65세 이상	70,000	기초연금	70,000
차상위 초과자	18~64세	327,500	307,500	20,000
	65세 이상	40,000	기초연금	40,000

주: 1) 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전해 주기 위하여 지급하는 급여(만 18~64세 대상)

2) 장애로 인하여 추가로 드는 비용의 전부 또는 일부를 보전해주기 위하여 지급하는 급여(만 18세 이상 기초생보, 차상위, 차상위 초과자 대상)

자료: 보건복지부, 「장애인연금 개요」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370301&PAGE=1&topTitle=, 검색일자: 2022. 3. 15.

2) 장애수당

장애수당의 도입 목적은 장애로 인한 추가 비용을 보전하여 저소득 장애인 가구의 생활안정을 도모하기 위함으로, 장애인연금의 부가급여와 비슷한 성격과 목적을 가진다. 사실상 장애인연금이 2010년 7월부터 시행됨에 따라 장애수당 중 중증 장애수당이 장애인연금으로 전환되고, 경증 장애인(3~6등급)만 장애수당 수급자로 남아 있다. 또한 소득 기준에 있어서도 기초생보 및 차상위계층 중 소득인정액이 기준 중위소득의 50% 이하인 장애인으로 한정한다. 그러나 원래대로 장애수당과 장애인연금의 부가급여를 통합해서 장애로 인한 월평균 추가비용 전액을 보전하는 방안이 필요하다는 논의들이 있다(박진우, 2020).

〈표 II-8〉에 따르면, 2020년 기준 수급자 수는 37만명으로 장애인연금 수급자 수와 거의 동일하다. 저소득, 경증 장애인을 대상으로 하며 장애인연금의 부가급여 성격이기 때문에 급여액은 월 2~4만원 수준으로 미비하다. 따라서 소요예산은 2020년 기준 1,400억원 정도이다.

〈표 II-7〉 장애인연금 vs. 장애수당의 비교

구분	장애인연금		장애수당
	기초급여	부가급여	
목적	근로능력의 감소에 따른 소득 보전	장애로 인한 추가 비용 보전	장애로 인한 추가 비용 보전
지급 대상	장애 정도	장애인연금법상의 중증장애인 (중전 1~2급, 3급 중복 장애인)	장애인연금법상의 중증장애인에 해당되지 않는 자 (중전 3~6급)
	소득 기준	선정기준액 이하	선정기준액 이하
지급금액	최대 30만 7,500원	2만~38만 7,500원	2만~4만원

자료: 보건복지부, 「장애인연금 개요」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370301&PAGE=1&topTitle=, 검색일자: 2022. 3. 15.

〈표 II-8〉 장애수당 수급자 수 및 예산액

(단위: 백만원, 명)

연도	예산액	수급자 수
2012	79,825	314,894
2013	79,933	320,990
2014	78,982	320,423
2015	104,675	328,149
2016	132,641	336,224
2017	132,751	343,662
2018	133,077	352,117
2019	138,390	365,804
2020	140,042	367,944

자료: e-나라지표, 「장애인 현황」, https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2768, 검색일자: 2022. 3. 15.

3) 장애아동수당

장애아동수당은 「장애인복지법」 제50조에 의거, 만 18세 미만 저소득(기초 및 차상위) 등록 장애아동에게 장애로 인한 추가비용을 보전하기 위해 수당을 지급하여 생활안정을 도모하는 것이다. 만 18세 미만 아동의 경우, 장애 중증도는 구분하지 않고 중증과 경증 장애인 모두를 대상으로 하지만, 기준 중위소득의 50% 이하 즉 기초생보 수급자와 차상위계층만 수급 자격이 주어진다.

〈표 II-9〉에 따르면 장애아동수당의 수급자 수는 2020년 기준 1만 6,565명, 예산은

208억이다. 1인당 급여량은 경증 3~11만원, 중증 9~22만원이다.

〈표 II-9〉 장애아동수당 수급자 수

(단위: 명)

연도	총계	소득계층별		
		기초생보	차상위	기초생보(시설)
2010	23,057	12,637	6,308	4,112
2011	23,586	12,493	6,973	4,120
2012	22,813	11,541	7,090	4,182
2013	21,777	11,172	7,127	3,478
2014	21,121	10,818	6,388	3,915
2015	20,464	10,993	5,681	3,790
2016	19,934	10,652	5,771	3,511
2017	19,323	10,203	5,860	3,260
2018	18,568	9,758	5,727	3,083
2019	17,990	9,454	5,725	2,811
2020	16,565	8,262	5,926	2,377

자료: 2010~2018년도는 사회보장정보원, 「복지서비스별 사회보장통계」, http://www.ssc.go.kr/stats/inioStats/stats010100_view.do?indicator_id=409&listFile=stats010300&chartId=1626, 검색일자: 2021. 11. 30.; 2019년도는 한국장애인개발원(2020), 『2020년 장애통계연보』, p. 197; 2020년도는 한국장애인개발원(2021), 『2021년 장애통계연보』, p. 193.

〈표 II-10〉 장애아동수당 급여량(바우처 지원액)

구분	생계·의료급여 수급자(재가)	생계·의료급여 수급자(시설)	주거·교육급여 수급자 및 차상위
중증장애아동	22만원	9만원	17만원
경증장애아동	11만원	3만원	11만원

자료: 보건복지부 보도자료(2022. 1. 3), 「장애아동수당, 중증 2만 원, 경증 1만 원 인상」, p. 3, “붙임, 장애아동수당 안내”

〈표 II-11〉 장애아동수당 예산액

연도	예산액	지급금액		
		중증		경증 (기초 및 차상위)
		기초	차상위	
2010	226억원	20만원	15만원	10만원
2011	262억원	20만원	15만원	10만원
2012	277억원	20만원	15만원	10만원

〈표 II-11〉의 계속

연도	예산액	지급금액		
		중증		경증 (기초 및 차상위)
		기초	차상위	
2013	276억원	20만원	15만원	10만원
2014	266억원	20만원	15만원	10만원
2015	266억원	20만원	15만원	10만원
2016	234억원	20만원	15만원	10만원
2017	226억원	20만원	15만원	10만원
2018	217억원	20만원	15만원	10만원
2019	187억원	20만원	15만원	10만원
2020	208억원	20만원	15만원	10만원

자료: 2010~2018년은 보건복지부 사전정보공표, 「장애인(장애인자립기반)장애(아동)수당 지급현황, 장애(아동)수당 관련 통계(2018년 12월)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704s.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&PAR_CONT_SEQ=355961, 검색일자: 2022. 3. 15.; 2019~2020년 예산액은 남찬섭, 「2019~2021 보건복지 예산안 분석-장애인 분야」, 참여연대, https://www.peoplepower21.org/index.php?_filter=search&mid=Welfare&search_target=title_content&search_keyword=%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%95%84%EB%8F%99%EC%88%98%EB%8B%B9&document_srl=1593011&listStyle=list, 검색일자 2022. 3. 15.

나. 장애인 주거 지원 정책

1) 장애인 거주시설 운영지원

본 사업은 「장애인복지법」 제58조에 따라 “일반 가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회 재활을 지원”하는 장애인 거주시설의 종사자 인건비 및 관리 운영비 등의 지원을 목적으로 한다. 「장애인복지법」 제81조 및 시행령 제44조를 지원근거로 하며, 국고보조율은 서울 50%, 지방 70%이다. 수급 기준은 기초생보 수급자 및 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 자로서 서비스지원 종합조사 기능제한 점수 기준을 충족해야 한다(보건복지부, 2021a).

〈표 II-12〉 장애인 거주시설 운영지원 수급 기준

시설종류	대상	서비스지원 종합조사 기능제한 점수
중증장애인거주시설	성인	240점
	아동	190점
장애유형별거주시설	성인	120점
	아동	110점

자료: 보건복지부(2021a), 『2021년 장애인복지시설 사업안내 III 권』, p. 18.

2012년부터 장애인 거주시설이 급격히 증가하였으며, 최근 장애인 단기보호시설과 장애인 공동생활가정이 증가하는 추세를 보이고 있다. 한국장애인개발원(2021)에서 발표한 『2021 장애통계연보』(p. 219)에 따르면, 시설유형별로는 장애인 공동생활 가정이 754개소로 가장 많고, 지적장애 거주시설 317개소, 중증장애인 거주시설 251개소, 장애인 단기보호시설 157개소 순이다.

〈표 II-13〉 장애인 거주시설 수급자 수 및 예산액

(단위: 개소, 명, 백만원)

연도	시설 수	시설 현원	예산액
2010	452	24,390	-
2011	490	25,345	-
2012	1,348	30,640	-
2013	1,397	31,152	-
2014	1,457	31,406	-
2015	1,484	31,222	428,013
2016	1,505	30,693	436,988
2017	1,517	30,693	455,098
2018	1,527	30,152	470,933
2019	1,557	29,662	480,881
2020	1,539	29,086	525,275

주: 2005~2014년은 지방이양사업으로 지방비로 지원하였다가, 2015년부터 국고보조금 지원 사업으로 전환하여 2014년까지 국비 예산이 없음

자료: 한국장애인개발원, 『장애통계연보』, 2015~2021 각 연도

〈표 II-14〉 2022년도 장애인거주시설 운영지원 사업 예산안 현황

(단위: 백만원, %)

사업명	2021예산		2022 예산안(B)	증감	
	본예산	추경(A)		B-A	%
계	580,436	582,848	621,289	38,441	6.6
• 장애인거주시설 운영 지원	546,950	546,950	603,462	56,512	10.3
• 장애인거주시설 생활 지도원 교대인력증원	28,034	28,034	-	△28,034	순감
• 장애인거주시설 휴일수당	-	-	8,837	8,837	순증
• 학대피해장애인 쉼터 운영비	1,272	1,272	1,611	339	26.7
• 학대피해장애아동 쉼터 설치비	-	-	1,713	1,713	순증
• 학대피해장애아동 쉼터 운영비	-	-	324	324	순증

〈표 II-14〉의 계속

(단위: 백만원, %)

사업명	2021예산		2022 예산안(B)	증감	
	본예산	추경(A)		B-A	%
• 장애인실비입소 이용료지원	1,278	1,278	1,278	-	-
• 장애인거주시설 공기청정기 렌탈지원	384	384	384	-	-
• 장애인거주시설 IoT, 생활용 돌봄사업	2,295	2,295	3,457	1,162	50.6
• 코로나19 집단감염 대응 한시지원	-	2,412	-	△2,412	순감
• 사업관리비	223	223	223	-	-

자료: 국회 보건복지위원회(2021), 『2022년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고서(보건복지부 소관)』, pp. 282~283.

다. 장애인 돌봄 및 의료 지원 정책

1) 장애인 의료비 지원

장애인 의료비 지원 사업은 의료급여 2종 수급권자 및 차상위 본인부담경감대상인 저소득 장애인들에게 의료(요양)급여 본인부담금(비급여 제외)을 전액 지원함으로써 최소한의 의료 보장 및 생활안정을 도모하기 위함이다. 2019년 기준 수혜자 규모는 약 11만명이고, 예산소요액(국비+지방비)은 770억원 정도이다.

〈표 II-15〉 장애인의료비 지원 대상자 및 예산

(단위: 명, 백만원)

연도	장애인의료비 지원인원	예산(국비+지방비)	예산(국비)
2010	99,923	17,358	13,251
2011	91,982	33,753	25,766
2012	85,658	35,375	26,792
2013	79,376	56,071	42,160
2014	78,719	32,036	24,088
2015	100,378	31,708	24,088
2016	107,339	63,320	35,774
2017	106,159	48,808	27,575
2018	96,610	40,837	23,072
2019	112,084	77,037	43,524

자료: 보건복지부, 「장애인 의료비 지원사업 현황(2015~2019)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&CONT_SEQ=358127; 보건복지부, 「장애인의료비지원사업 지원 현황(2012~2014)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&CONT_SEQ=358126; 보건복지부, 「장애인 의료비지원사업 지원 현황(2010~2011)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&page=1&CONT_SEQ=358125&PAR_CONT_SEQ=355959, 검색일자: 2022. 3. 15.

〈표 II-16〉 의료비 지원 내용

구분	의료급여기관		구분	본인부담금	장애인의료비 지원내용
외래	제1차 의료급여기관 (의원, 보건의료원)		원내 직접 조제	1,500원	750원
			그 외의 경우	1,000원	750원
	제2차 의료급여기관	제17조 만성질환자	원내 직접 조제	1,500원	전액
			그 외의 경우	1,000원	전액
		만성질환자 외	특수장비촬영 (CT, MRI, PET)	특수장비총액의 15% (차상위 14%)	전액
	제3차 의료급여기관		의료(요양)급여비용 총액의 15% (차상위 14%)		전액
제1·2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 15% (차상위 14%)		전액	
입원	제1·2·3차 의료급여기관		의료급여비용 총액의 10% (차상위 14%)		전액
			본인부담 식대		없음
약국	약국에서 의약품을 조제하는 경우		처방조제	500원	없음
			직접조제	900원	

자료: 법제처, 찾기쉬운 생활법령정보, 「의료비 지원」, https://easylaw.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=1003&ccfNo=4&ccfNo=1&cnpClsNo=2&search_put, 검색일자: 2022. 3. 16.

2) 장애인 건강보험 지역가입자의 보험료 경감

장애인의 자동차분 건강보험료 전액을 면제해주는 사업으로 지역가입자 중 등록 장애인이 있는 세대로 소득이 360만원 이하인 동시에 과표 재산이 1억 3,500만원 이하인 경우 산출 보험료를 일부 경감(중증 장애 30%, 경증 장애 20% 감면)해 준다. 또한 중증장애인의 경우 장기요양보험료도 30% 경감해 준다.

3) 장애인 보조기기 지원

본 사업은 지체장애, 뇌병변 장애, 시각 장애, 청각 장애, 심장, 호흡기, 언어장애, 자폐성 및 지적 장애인들에게 보조기기를 교부하고, 상담, 평가, 사후관리 등 보조기기와 관련된 종합적 서비스를 지원하는 사업이다. 저소득 장애인에게 장애인 보조기기를 지원하여 일상생활 능력 향상을 통한 자립생활 및 사회활동 촉진에 기여하고자 한다. 보건복지부(2021c)에 따르면 “수급 대상은 기초생보 및 차상위 계층 중 서비스 지원 종합조사에서 보조기기 필요 적격 판정을 받은 자”이며, 2019년 기준 장애인 보조기구의 지급 건수는 13만건, 지급액은 1,105억원으로 추산된다.

장애인 보조기구 사업은 품목에 따라 보건복지부, 고용노동부, 보훈처, 과기정통부 등 네 개의 부처에서 운영하고 있으며, 지급 대상, 관리체계, 지원기관 등이 분산되어 있다는 문제점이 있다.

4) 장애아동 가족 지원

장애아 돌봄 부담을 경감하고 가족의 안정성 강화를 위해 발달재활서비스, 가족 지원, 돌봄 및 일시적 휴식 지원을 목적으로 한다. 지원 대상은 18세 이하 장애아동과 그 가족으로, 장애아동을 대상으로는 발달재활서비스와 언어발달지원서비스를 제공, 그 가족을 위해서는 장애아가족 양육지원서비스를 제공한다. 발달재활서비스는 기준 중위소득 150% 이하이면서 뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동에게 매월 14~22만원의 발달재활 서비스 바우처를 지원한다. 언어발달지원서비스는 기준중위소득 100% 이하이면서 한쪽 (조)부모가 시각, 청각, 언어, 지적, 자폐성, 뇌병변 등록장애인인 만 10세 미만 비장애아동으로 양쪽 (조)부모가 관련 장애인인 경우 우선 지원(매월 16~22만원의 언어재활 바우처)한다. 장애아가족 양육지원은 기준중위소득 120% 이하이면서, 만 18세 미만 중증 장애아동을 양육하는 가정을 지원한다. 동 서비스 이용자 수는 2020년 기준 발달재활서비스 6만여 명, 언어발달지원서비스 327명, 장애아가족양육지원 서비스 3,878명이다.

〈표 II-17〉 장애아동 가족 지원 서비스 이용자 수

(단위: 명)

연도(12월 말 기준)	발달재활서비스	언어발달지원	장애아가족양육지원
2010	28,313	196	714
2011	35,119	1,083	3,149
2012	39,486	1,087	3,259
2013	46,979	924	3,684
2014	50,769	313	3,012
2015	51,609	398	3,331
2016	52,200	421	3,318
2017	52,830	387	3,349
2018	55,803	343	3,470
2019	62,361	327	3,711
2020	61,538	323	3,907

자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 212~214.

〈표 II-18〉 장애아동 가족 지원 서비스 예산

(단위: 백만원)

연도	발달재활서비스	언어발달지원	장애아가족양육지원
2010	42,779	603	1,570
2011	48,111	2,412	4,038
2012	56,111	2,412	4,038
2013	63,811	1,930	4,663
2014	62,911	624	7,091
2015	65,192	1,930	8,043
2016	70,019	507	8,206
2017	69,813	507	8,960
2018	(자료없음)	507	(자료없음)
2019	82,970	796	17,186
2020	88,999	796	20,873

자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 212~214.

5) 발달장애인 지원

발달장애인 지원 사업은 발달장애인의 생애주기별 특성 및 복지 욕구에 맞는 체계적, 통합적 지원 체계를 제공하는 것이다. 「장애인복지법」 제2조 제1항에 의거 발달장애인(지적, 자폐성 장애인)의 공공후견지원, 부모·가족지원, 발달장애인 성인 주간활동 서비스, 청소년 방과후활동 서비스 등을 제공한다. 공공후견지원 서비스는 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」 제9조에 의거하여 성인 발달장애인 중 일상생활에서 의사결정 능력이 충분치 않아 의사결정의 대리 혹은 지원이 필요한 경우, 발달장애인의 권리를 적절히 대변해 줄 가족이 없는 경우, 별도의 조치가 없으면 권리침해의 위험이 상당한 경우 공공후견 서비스를 제공하여 궁극적으로 발달장애인의 자립 생활 지원을 도모한다.⁷⁾ 부모·가족지원 서비스는 과중한 돌봄 부담을 가진 발달장애인 부모에게 심리상담, 휴식 여가 서비스, 전문정보 및 교육 지원 서비스를 제공한다. 의료서비스 이용지원의 경우, 발달장애인의 의료접근성 제고 및 자해, 공격 등 중증행동 문제 치료지원을 위한 공공보건복지 서비스 체계를 구축한다. 주간활동, 방과후활동 서비스 지원은 성인 발달장애인과 청소년 발달장애

7) 보건복지부, 「발달장애인 공공후견지원 사업」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370401&PAGE=1&topTitle=, 검색일자 2021. 10. 8.

학생의 지역사회 참여를 높이고 가족 돌봄 부담을 경감하기 위해 주간활동 및 방과후 서비스 이용권(바우처)을 제공한다.

발달장애인 수는 2017년 기준 25만명으로 전체 장애인의 약 9%에 해당하고, 발달장애인의 대부분은 지적 장애를 가지고 있다.

〈표 II-19〉 발달장애인 수 및 발달장애인 지원서비스 이용자 수

(단위: 명)

연도	발달장애인			서비스 이용자		
	계	지적장애	자폐성장애	부모심리상담지원	주간활동서비스	방과후활동서비스
2013	196,999	178,866	18,133	367	제도 미시행	제도 미시행
2014	203,879	184,355	19,524	682		
2015	210,855	189,752	21,103	858		
2016	218,136	195,283	22,853	664		
2017	225,601	200,903	24,698	673		
2018	233,620	206,917	26,703	847		
2019	241,614	212,936	28,678	790	2,506	2,015
2020	247,910	217,108	30,802	783	3,736	4,123

자료: 서비스 이용자 통계는 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 216~217; 발달장애인 통계는 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, p. 27.

〈표 II-20〉 발달장애인 지원서비스 예산

(단위: 백만원)

연도	발달장애인 지원사업	공공후견 지원사업	부모심리상담	주간활동 서비스	방과후활동 서비스
2013	-	646	1,279	제도 미시행	제도 미시행
2014	-	1,158	1,608		
2015	3,999	1,023	1,608		
2016	9,446	1,501	900		
2017	9,081	1,176	900		
2018	8,572	1,176	601		
2019	42,720	1,531	730	19,103	9,169
2020	91,611	1,541	730	43,417	19,406

주: 공공후견지원사업은 2013년 9월부터, 발달장애인 주간활동서비스는 2019년 3월부터, 청소년 발달장애학생 방과후활동서비스는 2019년 9월부터 시행

자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 216~217; 기획재정부, 열린재정, 「상세재정통계>예산>세출/지출>세출세부사업 예산편성현황」, <https://www.openfiscaldata.go.kr/op/ko/sd/UOPKOSDA01>, 검색일자: 2022. 3. 15.에서 “발달장애인 지원사업”의 각 연도 검색

6) 장애인 활동지원서비스(personal assistance services, PAS)

마지막으로 본 연구에서 초점을 맞출 장애인에 대한 공적돌봄인 장애인 활동지원서비스 제도를 소개하도록 한다. 2011년 도입된 장애인 활동지원 제도는 「장애인활동지원에 관한 법률」에 의거하여 장애인의 자립생활을 지원하고, 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것을 목표로 한다. 20세기에는 장애를 의료적 관점으로 해석하여 의학적 손상의 회복 및 재활에 초점을 맞추었으나 1960년대 들어 장애에 대한 패러다임이 사회적 관점으로 변화하면서 장애인의 사회참여, 자립생활, 자기결정권 등을 중시하는 분위기가 형성되면서 이를 지원하기 위한 목적으로 도입되었다(한국장애인단체총연맹, 2021). 2007년 4월부터 2011년 9월 까지 ‘활동보조지원사업’이라는 명칭으로 시범사업으로 운영되었으며, 2011년 10월에 사업을 확대, 개편하면서 ‘장애인활동지원제도’라는 본사업으로 운영되기 시작하였다. 본 사업으로 전환되면서 지원 대상이 2010년 3만명에서 2011년 5만명으로 증가하고, 급여의 종류도 활동보조(가사활동, 이동보조 등) 외에 방문간호 및 방문목욕이 추가 되었다(보건복지부 보도자료, 2011. 8. 8.). 또한 수급자의 신체, 정신 상태에 따라 4개의 그룹으로 차등지원하던 기본급여 이외에 수급자의 생활환경(수급자 1인가구, 중증장애인 가구 등 돌봄 가족이 없는 경우, 직장 및 학교생활을 하는 경우, 수급자 혹은 배우자가 출산한 경우, 생활시설에서 나와 자립생활을 준비하는 경우)을 고려하여 다양한 추가급여를 신설하였다. 또한 본인부담금도 4~8만원을 정액으로 부담하는 방식에서 소득수준과 이용량에 따라 기본급여의 6~15%, 추가급여의 2~5%를 합산하여 부과하는 정률제로 변경되었다.

〈표 II-21〉 장애인 활동보조지원사업과 활동지원제도 비교

구분	장애인 활동보조지원사업	장애인 활동지원제도
신청자격	○ 6~64세 1급 장애인	○ 6~64세 1급 장애인
장애등급심사	○ 신규 신청자는 모두 심사	○ 와상상태 등 제외
대상자 선정	○ (방문조사) 보건소 방문간호사 ○ (선정) 특별자치도·시·군·구	○ (방문조사) 국민연금공단 직원(간호사, 사회복지사 등) ○ (심의) 수급자격심사위원회 ○ (선정) 특별자치도·시·군·구
긴급활동지원	○ 없음	○ 돌봄 가족이 없는 경우 등 긴급한 경우에 수급자 선정 전 급여 제공

〈표 II-21〉의 계속

구분	장애인 활동보조지원사업	장애인 활동지원제도
급여 내용	○ 활동보조(신체활동, 가사활동, 이동보조 등)	○ 활동보조 ○ 방문목욕, 방문간호
급여량	○ 활동지원등급에 따라 차등 지원 - 80만원/ 64만원/ 48만원/ 32만원 ○ 독거특례: 144만원, 96만원	○ 활동지원등급별(기본급여) - 83만원/ 67만원/ 51만원/ 35만원 ○ 생활환경 고려(추가급여) - 수급자 1인 가구(중증도에 따라 64만원 16만원) - 중증장애인가구, 취약가구, 직장생활, 학교생활 등(8만원) - 출산(64만원, 6개월) - 자립준비(8만원, 6개월)
본인 부담금	○ 기초: 면제, 차상위: 2만원 ○ 차상위 초과 - 소득수준에 따라 4~8만원 (급여량의 3~21% 수준)	○ 기초: 무료, 차상위: 2만원 ○ 차상위 초과(소득수준에 따라) - 기본급여액의 6~15% * 상한: 국민연금 A값의 5%(11년 91천원) - 추가급여액의 2~5%(최소 본인부담률)
수급자격 갱신	○ 없음	○ 원칙적 2년, 연속 2회 이상 동일 등급 판정 시 2회부터 3년
활동지원기관	○ 특별자치도·시·군·구에서 지정 ○ 별도의 시설 및 인력기준 없음	○ 특별자치도·시·군·구에서 지정 ○ 최소의 시설 및 인력 기준 설정
제공 인력	○ 활동보조인(교육 수료자) ○ 활동보조인 교육기관: 시도 지정	○ 활동보조인(교육 수료자), 요양보호사, 방문간호사 등 ○ 활동보조인 교육기관: 시도 지정

자료: 보건복지부 보도자료(2011. 8. 8), 「장애인 활동지원급여 신청하세요」, p. 6

2011년 도입 당시 신청자격은 만 6세부터 65세 미만의 「장애인복지법」상 장애등급 1급에 한정하였으며, 2013년 1월에는 장애 2등급으로, 2015년 6월에는 장애 3등급으로 지원 자격의 확대가 지속적으로 이루어졌다. 소득수준과 무관하게 신청 가능하나, 노인장기요양보험 급여 수급자, 생활시설 입소자, 의료기관 입원 중인 자, 다른 법령에 의해 활동지원급여와 비슷한 급여(가사간병방문서비스, 장애아가족 양육지원서비스, 노인돌봄서비스 등)를 수급받는 자는 신청대상에서 제외된다. 그리고 2019년 7월에는 장애등급제가 폐지⁸⁾되면서 연령 조건을 만족하는 모든 등록 장애인이 지원 가능하게 되었고, 2021년부터는 65세가 도래하여 노인장기요양보험 급여 수급자로 전환되더라도 급여량이 크게 감소하는 극소수에 한해 장애인활동지

8) 장애등급제는 장애인의 개별 욕구를 반영하지 못한다는 문제점이 제기되면서 등급제를 폐지하고 중증, 경증으로만 구분(1~3등급은 중증장애인, 4~6등급은 경증 장애인으로 분류)하고 수요자 중심(개개인의 욕구와 환경을 반영한)의 장애인 지원체계를 마련하고자 함(대한민국 정책브리핑, 「장애등급제 폐지」, 2022. 2. 23., <https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866962>, 검색일자: 2022. 3. 5.)

원 급여의 중복수급을 허용하였다. 장애인 인구의 특성상 경증 장애가 많고, 고령자가 많음을 감안할 때 장애등급 폐지와 연령 조건 완화는 향후 활동지원서비스에 대한 수요 증가를 예상할 수 있다.

〈표 II-22〉 장애인 활동지원서비스 연혁

일시	장애등급	연령 제한	내용
2007. 4월			「장애인복지법」에 의거, 장애인 활동보조 서비스로 최초 시행
2009. 7월~2010. 1월			1차 시범사업(서초구 등 6개 시군구에서 539명 대상)
2010. 6월			장애인활동지원제도로 명칭 변경, 국민연금공단이 운영기관으로 지정
2010. 9월~2011. 3월			2차 시범사업(7개 시군구 만6~64세, 897명 대상)
2010. 12. 8. 2011. 1. 4.			「장애인활동지원에 관한 법률」 국회 통과, 법률공포
2011. 10. 5.	1등급	만 6~64세	장애인 활동지원제도 시행: 장애 1등급 신청자격 확대
2011. 10월~2012. 12월	1등급	만 6~64세	장애인 활동지원제도로 명칭 변경 확대
2013. 1월~2015. 5월	2등급	만 6~64세	신청대상 확대
2015. 6월~2019. 6월	3등급	만 6~64세	신청대상 확대
2019. 7월	모든 장애인	만 6~64세	신청대상 확대(장애등급제 폐지)
2021. 1월	모든 장애인	만 6세 이상	65세 장기요양수급자로 전환되는 경우에도 활동지원 서비스 수급 가능

자료: 국민연금공단, 「장애인 활동지원 제도소개」추진경과, <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action>, 검색일자: 2021. 10. 31.

급여 내용은 활동보조(활동지원사가 수급자 가정을 방문하여 신체활동, 가사활동 및 이동보조 지원), 방문목욕(활동 지원인력이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정을 방문, 목욕 제공), 방문간호(활동지원인력 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 수급자의 가정을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 및 구강위생 제공)로 구성된다. 이는 노인장기요양보험의 급여 내용과 상당히 비슷하다.

〈표 II-23〉 장애인 활동지원서비스 급여의 종류

급여의 종류	내용	수가	제공인력
활동보조	신체활동, 가사활동, 사회활동지원, 기타 서비스 제공	- 주간: 14,800원/시간 - 심야(22시 이후, 6시 이전), 공휴일: 22,200원/시간	활동지원사
방문목욕	요양보호사가 목욕시설을 갖춘 장비를 이용, 수급자 가정을 방문하여 목욕서비스 제공	- 차량이용: 78,580원 - 차량미이용: 70,850원	요양보호사
방문간호	의사, 한의사 또는 치과의사의 지시에 따라 간호사가 수급자 가정을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담, 구강위생 서비스 제공	- 30분 미만: 37,840원 - 30~60분: 47,450원 - 60분 이상: 57,090원	방문간호사

자료: 국민연금공단, 「장애인 활동지원 활동지원급여 이용절차 안내」활동지원급여, <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action>, 검색일자: 2021. 10. 31.

아래 〈표 II-24〉는 장애인 활동지원서비스의 세 가지 급여 중 활동보조 급여 이용이 압도적으로 많음을 보여주고 있다.

〈표 II-24〉 장애인 활동지원제도 기본급여 이용 현황

(단위: 건)

연도	활동보조		방문목욕		방문간호	
	건수	이용자 수	건수	이용자 수	건수	이용자 수
2011	636,801	-	1,067	-	345	-
2012	616,905	-	2,127	-	422	-
2013	1,014,725	-	4,510	-	787	-
2014	1,175,466	-	5,426	-	853	-
2015	1,341,188	64,106	6,440	175	958	1,808
2016	1,594,834	71,005	6,827	206	816	1,985
2017	1,687,877	76,890	6,823	187	697	1,964
2018	2,082,360	77,279	7,229	135	778	1,739
2019	2,676,601	-	8,524	-	777	-
2020	2,996,563	-	9,773	-	922	-

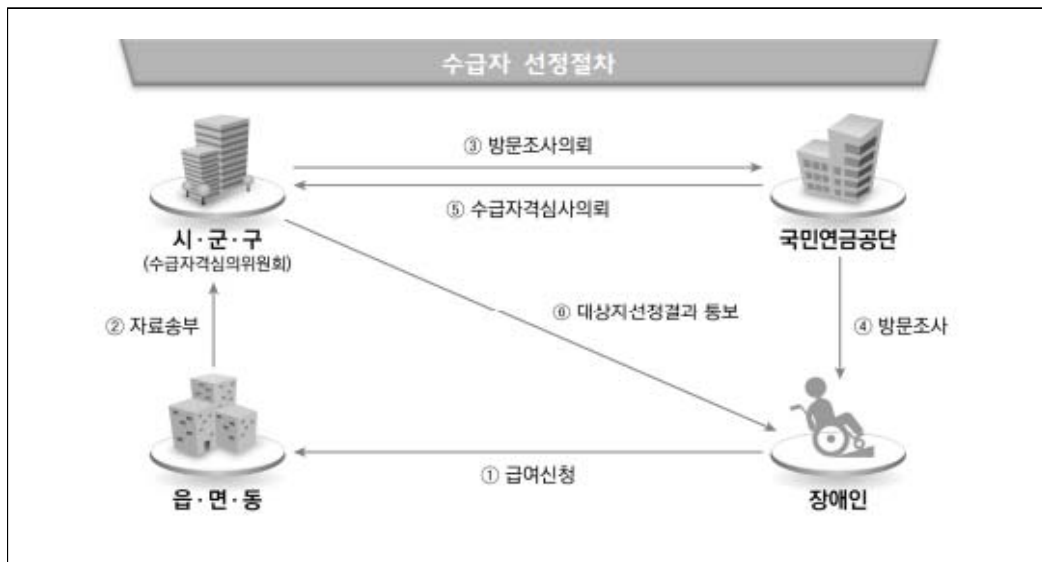
자료: 건수는 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, p. 205; 이용자 수는 이만우·김대명(2018), 「장애인활동지원제도의 개편: 쟁점과 과제」, p. 4, 〈표 4〉

그러나 연령 및 장애등급 지원자격이 되는 장애인이 급여를 신청한다고 모두 수급자가 되는 것은 아니다. 신청을 하면 먼저 장애등급을 재심사하고, 국민연금공단의 방문조사를 통해 활동지원 인정조사표에 의거하여 신청인의 신체, 정신, 기능

상태와 활동지원이 필요한 정도 등을 조사한 후, 최종적으로 수급자격심의위원회의 심의를 통해 수급자가 결정된다(보건복지부, 2017).

인정조사표 점수에 따라 470점 만점에 220점 이상이면 수급 대상이 되며 수급자를 다시 4개 등급으로 구분하여 기본급여가 산정되고, 220점 미만이지만 추가 급여 사유가 있는 경우(출산, 독거, 보호자 일시부재 등의 사유이며 인정점수 20점 이내 조정으로 수급자격 인정이 가능한 경우⁹⁾)는 수급자가 될 수 있다. 그리고 수급자가 되면 소득(건보료 기준)에 따라 15개 등급으로 분류하여 본인부담금¹⁰⁾이 산정된다. 급여는 월 66만~673만원의 바우처가 차등지급되며, 서비스 대상자가 활동지원 서비스 제공기관(장애인자립생활센터, 장애인지역사회재활시설, 지역자활센터 등)을 선택하여 계약 후 서비스를 이용할 수 있다.

[그림 11-7] 활동지원급여 신청 절차



자료: 보건복지부, 『2017년 장애인활동지원 사업안내』, 2017, p. 3.

9) 보호자 일시 부재, 가족구성원의 일부가 취약가구에 해당하고 나머지 가구구성원이 학교 또는 직장생활을 하는 경우, 직장이나 학교에 다니는 경우, 생활시설 퇴소 후 자립을 준비하는 경우, 본인 혹은 배우자 출산, 독거가구, 수급자 제외한 가구구성원이 장애인, 어린이 혹은 노인으로만 구성된 경우에 해당하면 추가급여 대상이 될 수 있음

10) 2021년 기준, 본인부담금 상한액은 16만 4,900원

〈표 II-25〉 장애인 활동지원제도 급여 내용

(단위: 원)

구분	급여량				
기본급여	1등급 1,270,000	2등급 1,012,000	3등급 764,000	4등급 506,000	
추가급여	최중증 1인가구/ 취약가구 2,938,000	1등급 1인가구/ 취약가구 861,000	중증 1인가구/ 취약가구 216,000	출산가구 861,000	자립준비 216,000
	학교생활 108,000	직장생활 431,000	보호자 일시 부재 216,000		나머지 가구구성원의 직장생활 등 786,000

주: 가산수당은 제외한 금액임

원출처: 보건복지부고시 제2017-247호, 「장애인활동지원 급여비용 등에 관한 고시」(2018. 1.) 재구성

자료: 이만우·김대명(2018), 「장애인활동지원제도의 개편: 쟁점과 과제」, p. 2를 재인용

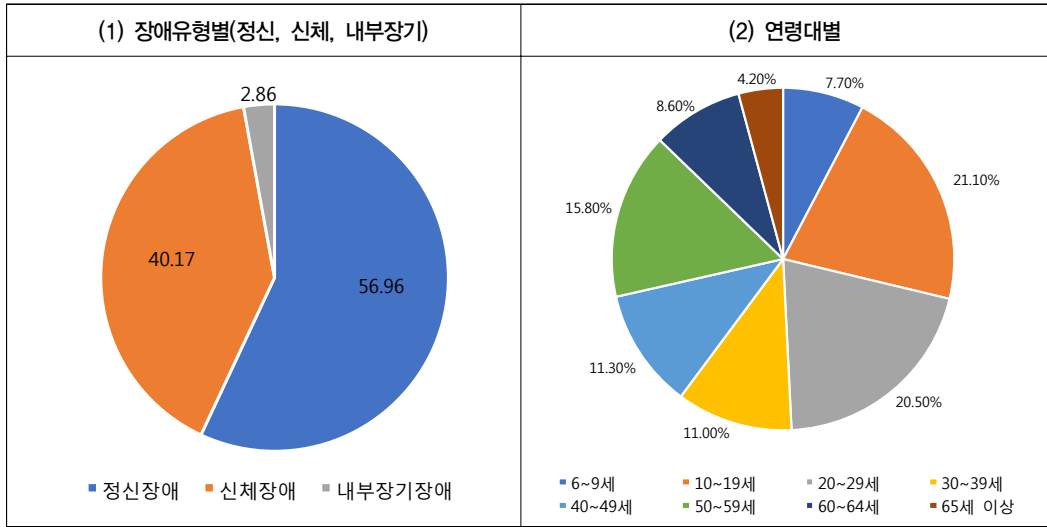
수급자의 장애유형별, 연령별 특성은 [그림 II-8]과 같다. 장애유형별로는 정신장애(지적, 자폐성, 정신)가 57%로 절반 이상을 차지하고, 신체장애(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 안면)가 40%, 내부장기 장애(신장, 심장, 호흡기, 간, 장루요루, 뇌전증)가 3%를 차지한다. 수급자 중 지적장애 비율이 40%로 가장 높아 정신장애 비율이 높게 나타난다. 연령대별로는 10대와 20대 수급자 비율이 42%, 30, 40, 50대 수급자 비율이 각각 11%, 11%, 16%로 높은 편에 속한다.

〈표 II-26〉 장애인 활동지원제도 수급자 장애유형(2020년 기준)

신체장애	지체	뇌병변	시각	청각	언어	안면	소계
	16,045 (14.0%)	16,248 (14.1%)	12,461 (10.8%)	729 (0.6%)	704 (0.6%)	18 (0.0%)	46,205 (40.17%)
정신장애	지적	자폐성	정신				소계
	45,964 (40.0%)	16,045 (14.0%)	3,208 (2.8%)				65,518 (56.98%)
내부장기장애	신장	심장	호흡기	간	장루요루	뇌전증	소계
	2,452 (2.1%)	57 (0.0%)	335 (0.3%)	31 (0.0%)	43 (0.0%)	376 (0.3%)	3,294 (2.86%)

자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 200~201.

[그림 II-8] 장애인 활동지원서비스 수급자 특성(2020년 기준)



자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, pp. 202~203의 통계자료에 기반하여 저자 작성

2020년 기준, 장애인 활동지원제도 지원대상은 약 10만명이고, 정부 예산은 1조 3,057억원으로 단일사업으로는 최고 수준이다. 장애인 활동지원서비스 예산은 국비와 지방비를 매칭하는 시스템으로 서울은 50%, 지방은 70% 매칭이 된다(「보조금 관리에 관한 법률시행령」 [별표 1] 97호¹¹⁾). 이용자 수는 2011년 본 사업 도입 시 3.4만명에서 2020년 9.3만명으로 3배 가량 증가했고, 예산은 2011년 1,928억원에서 2020년 1.3조원으로 약 7배 가량 증가했다.

〈표 II-27〉 장애인 활동지원제도 운영 현황 추이

(단위: 억원, 명, 만원, 시간)

연도	예산	이용자 수	월평균 급여량	월평균 지원시간
2007	296	14,515	33.2	46
2008	750	19,498	44.8	56
2009	1,124	27,818	57.6	72
2010	1,348	29,409	57.6	72
2011	1,928	33,667	57.6	83

11) 법제처 국가법령정보센터, 「보조금 관리에 관한 법률 시행령」, <https://www.law.go.kr/LSW/lsByllInfoPLinkR.do?lsiSeq=193678&lsNm=%EB%B3%B4%EC%A1%B0%EA%B8%88+%EA%B4%80%EB%A6%AC%EC%97%90+%EA%B4%80%ED%95%9C+%EB%B2%95%EB%A5%A0+%EC%8B%9C%ED%96%89%EB%A0%B9&bylNo=0001&bylBrNo=00&bylCls=BE&bylEfYd=20170508&bylEfYdYn=Y>, 검색일자: 2021. 3. 15.

〈표 II-27〉의 계속

(단위: 억원, 명, 만원, 시간)

연도	예산	이용자 수	월평균 급여량	월평균 지원시간
2012	3,098	38,266	93.9	83
2013	3,829	48,335	93.9	110
2014	4,285	53,870	103.3	120
2015	4,679	64,523	108.8	123
2016	5,008	71,636	110.9	123
2017	6,061	72,193	113.0	123
2018	7,194	78,202	131.0	122
2019	10,034	86,730	160.3	124
2020	13,057	93,115	175.0	130

주: 이용자는 수급자 중 실제로 서비스를 이용한 사람 수를 의미, 예산은 지자체 예산을 제외한 복지부 예산임
 자료: 한국장애인개발원(2021), 『2021 장애통계연보』, p. 199.

이외 각 지자체에서도 국고보조 서비스를 보완하고자 장애인 활동보조를 위한 추가지원을 하고 있다. 2011년 한국장애인개발원에서 246개 지자체를 대상으로 별도로 수행하는 활동보조 추가지원 실태를 파악하기 위해 지원대상자 수, 소요예산, 대상자 선정기준 등을 자세히 조사하였다. 그 결과를 강민희·김경란(2013)에서 보고하고 있는데, 추가지원 대상자는 장애 1~4등급(중증 위주), 독거장애인이며, 이용자 대부분이 국고지원 활동지원급여 대상자와 일치한다. 추가 지원 시간은 지자체별로 다른데 10~300시간까지 다양하며, 인정조사 기준 및 추가지원 서비스 내용은 국고지원과 거의 동일하였다.

예를 들면, 서울시의 경우 ‘중증장애인 활동지원서비스’라는 시비 추가사업을 운영하고 있다(서울특별시, 「2021년 장애인 활동지원사업 추진계획」). 지원대상은 만 6~64세 1~3등급 중증장애인(2019년 기준)이며, 국고보조사업 1급 중 외상 또는 사지마비 장애인, 국고지원 탈락 1급 장애인 중 인정점수 200점 이상 220점 미만인 자, 시설퇴소자로 한정한다. 2019년 서울시 장애인 활동지원 급여 대상은 1만 7천명이고 이 중 서울시 추가급여 대상자는 2,500명으로 약 15%에 해당한다. 이러한 시비 추가 지원으로 인해 외상 상태의 독거 중증장애인은 24시간 활동지원을 받을 수 있게 되며, 인정점수가 조금 모자라서 국고지원 제도에 탈락한 중증장애인도 활동지원을 받게 되어 국고지원 제도와 지자체 추가지원 제도는 보완적으로 운영될 수 있다.

〈표 II-28〉 장애인 활동지원제도와 지자체 활동보조 추가지원사업 비교

구분	장애인활동지원제도	지자체 활동보조 추가지원
지원대상	- 만 6세 이상 만 65세 미만의 1등급 장애인 - 활동지원서비스인정조사표에 의한 방문조사 220점 이상	- 국고지원 대상과 중복 - 국고지원에서 제외된 대상
지원시간	- 인정점수에 따라 성인 4등급, 아동 2등급으로 구분하여 월 최대 42~103시간 지원	- 지자체마다 상이함
서비스내용	- 신체활동지원, 가사활동지원, 사회활동지원, 방문목욕, 방문간호	- 방문목욕 및 방문간호를 제외한 서비스
서비스단가	- 서비스 대상자의 소득에 따라 바우처 지원금을 차등지원	- 지자체마다 상이함(2천~8천원)
서비스제공기관	- 장애인자립생활센터, 장애인지역사회 재활시설, 지역자활센터 등	- 국고보조와 동일하거나 일부 지자체는 다름
서비스신청	- 읍면동 주민센터, 국민연금공단지사	- 읍면동 주민센터
재원	- 국고 보조	- 시·도 비, 시·도 및 시·군·구 매칭
시행주체	- 보건복지부 - 관리운영기관: 국민연금공단	- 지방자치단체

자료: 강민희·김경란(2013), p. 26, 〈표 1〉

마지막으로 장애인 활동지원제도와 개념적으로 유사한 노인장기요양보험과 비교해 보기로 한다. 지원대상과 운영방식은 다르지만, 제공되는 급여 내용 및 목적, 수급자격, 재정소요액 등에서 상당히 비슷한 면을 발견할 수 있다. 2020년까지는 장애인 활동지원서비스 수급자가 65세가 되면 노인장기요양보험 수급자로 전환되어 두 서비스 급여를 동시에 수급할 수 없었다. 그러나 65세에 장기요양 수급자로 전환되면서 급여량이 대폭 감소하여 어려움을 겪는 중증장애인의 사례들이 발생하자 2021년부터는 장애인 활동지원서비스와 노인장기요양 급여를 동시에 받을 수 있도록 제도가 개선되었다(보건복지부 보도자료, 2020. 12. 22). 65세가 되어 장기요양보험 수급자로 전환되는 경우에도 급여량이 활동지원 최저구간(60시간) 이상 감소한 경우에는 활동지원급여도 동시에 받을 수 있는 중복 수급자격(dual eligibility)이 주어진다. 2020년 말 기준 해당 조건을 만족하는 장애인은 322명에 불과하다. 그러나 향후 65세 이상 노인이면서 동시에 장애가 있는 인구 그룹이 증가하면서, 이들에 대한 의료 및 돌봄서비스 수요가 계속 증가할 전망이기 때문에 두 제도와 관련한 재정요구액도 계속 증가할 것으로 예상된다.

〈표 II-29〉 노인장기요양보험 vs. 장애인 활동지원제도 비교

구분	노인장기요양보험	장애인 활동지원제도
근거법	- 「노인장기요양보험법」(2007년 도입)	- 「장애인 활동지원에 관한 법률」(2011년 도입)
목적	- 고령이나 노인성 질병으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동, 가사 활동 지원 등을 통해 노후의 건강증진 및 생활 안정 도모, 가족 부담 경감, 국민의 삶의 질 향상	- 신체적·정신적 장애로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 활동지원급여를 제공하여 장애인의 자립생활 지원, 가족 부담경감, 장애인의 삶의 질 향상
신청자격	- 만 65세 이상, 만 65세 미만 중 노인성 질병을 가진 자	- 만 6~65세 미만, 혼자 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 1~3등급 중증장애인(2017년 기준)
수급자격	- 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활 등 총 5개 영역 52개 항목	- ADL, IADL, 장애특성 및 사회환경 고려영역 등 총 4가지 영역 24개 항목 • 추가급여: 1인가구, 출산, 보호자 일시부재 등
서비스 내용	- 시설급여: 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 - 재가급여: 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주간보호, 단기보호, 복지욕구	- 활동보조: 신체활동, 가사활동, 사회활동 지원 - 방문목욕 - 방문간호
제공인력	- 요양보호사	- 활동보조인, 요양보호사, 방문간호사
관리기관	- 국민건강보험공단	- 국민연금공단, 사회보장정보원
지원자 수	- 2019년 기준 111만 3,093명 (전체 노인인구 800만 3천명의 13.9%)	- 2019년 기준 10만 6천명
지원대상자 수	- 2019년 기준 77만 2,206명 (전체 노인인구 800만 3천명의 9.6%)	- 2019년 기준 8만 6,730명
예산소요액	- 1조 7,107억원(2021년 기준)	- 1조 4,991억원(2021년 기준)
재원	- 장기요양보험 재정 • 장기요양보험료: 2021년도 보험료율은 건강보험료의 11.52% • 법정 정부 지원금: 노인장기요양보험예산 수입액의 20% 상당액 - 본인부담금: 시설급여 20%, 재가급여 15%	- 조세: 국비+지자체(서울 50%, 지방 70%) - 본인부담금: 기본급여 6~15%, 추가급여 2~5% • 건강보험료 및 가구원 수에 따라 산정
재정지출에 영향을 주는 요인	- 장기요양서비스 수가: 2021년 전년 대비 평균 1.37% 인상 - 장기요양보험 대상자 확대	- 서비스 단가 증가 • 단가(원): (2020) 13,500 → (2021) 14,020 • 가산급여 확대: 최중증 장애인 돌봄 활동지원 사에게 지급 - 대상자 확대 • 장애등급제 폐지 • 연령 제한 폐지: 65세 이상

자료: 김세진(2017), p. 72; 이정량(2019), p. 1218; 보건복지부, 「장애인활동지원사업」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370406&PAGE=6&topTitle=, 검색일자: 2021. 11. 30.; 국민건강보험공단 웹사이트, <http://www.longtermcare.or.kr>, 검색일자: 2021. 11. 30.의 내용을 바탕으로 저자 정리

Ⅲ. 장애인 활동지원제도(PAS) 확대가 의료이용에 미치는 효과

다른 인구집단과 달리 장애인의 경우 의료서비스에 대한 수요가 높고 미충족의료 발생확률도 높은 편이다(그림 II-3) 참조). 장애인 그룹의 미충족의료 발생률을 줄이고 적절한 의료서비스를 받을 수 있는 여건을 마련하기 위해서는 그 발생 원인을 살펴보면, 경제적 이유뿐만 아니라 돌봄 불충분으로 인한 사유가 상당히 높음을 알 수 있었다(그림 II-4) 참조). 이는 장애인들이 필요한 의료 및 재활서비스를 제대로 받을 수 있도록 돕기 위해서, 그것을 지지할 수 있는 돌봄서비스가 우선 제공되어야 함을 시사한다. 노인의 경우, 이미 노인장기요양보험과 같은 돌봄 제공이 건강상태를 호전시켜 의료이용을 줄인다는 선행연구 결과에서도 볼 수 있듯이 돌봄과 의료는 상호 보완적이면서도 상호 대체적인 역할을 할 수 있다. 만약 장애인에 대한 공적돌봄이 증가하였을 때 건강상태가 호전되어 의료이용을 줄일 수 있다거나, 병의원 방문의 편리성이 증가하여 건강관리 차원의 예방적 의료서비스를 늘리고 미충족의료가 감소한다면, 장애인의 의료 지원에만 초점을 맞추는 것이 아니라 돌봄지원에 초점을 맞추는 것이 더 효과적일 수 있을 것이다.

우리는 세 차례에 걸친 장애인 활동지원서비스 확대(2011년, 2013년, 2015년)가 예방적 의료이용 및 미충족의료(보건의료 서비스의 접근성)에 미치는 영향을 살펴보고 미충족돌봄과 미충족의료의 상관관계를 분석하고자 한다. 이때 미충족의료의 사유가 경제적 이유인지, 돌봄 부족과 관련된 이유(이동의 불편, 동행자 부재, 예약의 어려움 등)인지를 구분하여 돌봄에 대한 지원 정책이 돌봄 부족으로 인한 미충족의료를 감소시켰는지 확인하고자 하였다.

1. 선행연구

노인과 장애인의 가장 큰 특징은 의료서비스에 대한 수요가 높은 한편 의료 접

근성은 낮고, 돌봄과 의료의 상호 연관성이 높다는 것이다. 장애인 관련 돌봄과 의료의 상관관계에 대한 연구들의 절대다수는 ADL, IADL 등 건강상태 혹은 돌봄의 필요성(Kim et al., 2018; Fried et al., 2001)을 나타내는 지표들을 설명변수로 사용한 데 반해 미충족돌봄을 직접 측정하여 설명변수로 사용한 연구로는 박금령·최병호(2018)가 유일해 보인다. 박금령·최병호(2018)는 2014년 노인실태조사를 사용하여 미충족돌봄을 ADL과 IADL에서 하나라도 완전 자립이 힘든 노인 중 도움이 필요없다고 응답한 것 이외 다른 이유를 선택한 노인으로 정의하고, 미충족돌봄을 직접 설명변수로 포함하여 미충족의료에 미치는 영향을 분석하였다. 이들은 또한 성별과 미충족돌봄의 교차항을 포함시켜 성별에 따라 효과가 달라질 수 있는지도 살펴보았다. 분석모형은 로짓 모형을 사용하였고, 다른 설명변수로서 성별, 연령(75세 이하와 이상으로 구분), 혼인상태, 독거여부, 거주지, 교육수준(문해능력 여부), 경제활동 여부, 소득수준(4개 분위), ADL, IADL, 인지기능, 만성질환 변수를 포함한다. 분석 결과, 예상대로 미충족돌봄이 미충족의료 발생확률을 2~4배 높이는 것으로 나타났다. 남성보다 여성의 미충족의료 발생확률이 더 높았으며, 미충족돌봄이 발생한 경우 남성의 미충족의료 확률이 더 높게 나타났다. 본 연구 결과는, 의료서비스를 제대로 받기 위해서는 돌봄이 충족되어야 함을 의미하여 노인의 경우 의료와 돌봄의 연계 관계를 고려하여 의료뿐만 아니라 돌봄에도 정책적 관심이 필요함을 시사한다. 동 논문의 한계는 단년도 자료를 사용하여 샘플 수가 1만 259개에 불과하고, 미충족돌봄 발생확률이 2.6%(265개)로 매우 낮다는 것이다.

Rogero-Garcia et al.(2008)은 스페인의 장애 노인 그룹을 대상으로 ADL/IADL 관련 비공식돌봄, 공적돌봄, 비공식 및 공적돌봄, 돌봄 없음으로 구분하여 의료서비스 이용에 미친 영향을 분석하였다. 돌봄이 없는 경우는 비공식돌봄이 있는 경우에 비해 외래 진료를 받을 확률이 2배 가까이 높았다. 그러나 돌봄이 충분하다면, 돌봄의 제공 주체가 가족 혹은 공적 제도인지가 의료서비스 이용에 차이를 초래하지는 않은 것으로 나타났다.

이외 장애인의 미충족医료를 결정하는 요인으로 경제적 비용(McColl et al., 2010), 장애유형(Zhao and Wang, 2021) 등을 소개하고 있다. 신자은(2013)은 2008년 장애인실태조사를 사용하여 만 18세 이상 장애인의 미충족의료 경험 원인을 실증분석하였다. 로짓 모형으로 분석한 결과, 건강상태(만성질환, ADL/IADL 여부)와 도움자

여부(배우자 유무, 이동성 제약)가 미충족의료를 결정하는 중요한 요인으로 나타났다. 이는 장애인이 제대로 의료서비스를 이용하기 위해서는 교통수단, 돌봄 제공 등이 선행되어 함을 시사한다. 전보영·권순만(2015)은 2011년 장애인 실태조사를 사용하여 장애인의 보건의료 접근성(미충족의료)의 결정요인으로 경제적 부담뿐만 아니라 교통 불편, 시간 제약 등 비경제적 이유가 크게 작용할 수 있음을 보이고, 장애인의 생활환경 등의 개선이 필요함을 주장하였다. 최근 연구로는 김지영 외(2020)가 2017년 장애인 실태조사를 사용하여 장애인의 의료이용 및 의료서비스 결정요인을 분석하였다. 설명변수로는 성별, 연령, 장애유형, 중증도, 지역, 교육수준, 가구 총소득, 가구유형, 건강보험 가입형태, 만성질환 보유 여부 등을 포함하였고, 종속변수로는 주기적 의료이용 여부, 최근 1년 동안 입원 및 외래 진료, 응급실 진료 여부, 재활서비스 이용 여부, 건강검진 및 예방접종 여부, 비장애인에 비해 추가로 소요되는 의료비 지출 등을 선택하였다. 분석방법은 단순 평균의 비교(odds ratio)를 사용하였고, 미충족의료 경험률에 영향을 미치는 요인으로 남성, 낮은 연령, 낮은 소득, 정신 장애, 높은 장애등급, 흡연 등을 제시하였다.

장애인 대상은 아니지만 비슷한 맥락에서 돌봄과 의료의 상관관계에 대한 선행 연구들을 소개하기로 한다. 먼저 Lee et al.(2021)은 2017년 노인실태조사를 사용하여 ADL/IADL 의존이 노인의 미충족의료에 미치는 영향을 분석하였다. 로짓 모형으로 분석한 결과, ADL/IADL이 있는 노인들이 미충족의료 위험이 더 높으며 따라서 미충족의료 위험을 낮추기 위해서는 health care와 social care의 결합이 중요하다는 정책적 시사점을 제시하고 있다. 특이한 점은 ADL 7개 지표와 IADL 10개 지표 각각이 미충족의료에 미치는 영향을 분석하여 ADL/IADL 개수나 발생 여부가 아닌 어떠한 항목이 미충족의료를 발생시켰는지 구체적으로 파악할 수 있었다. 예를 들면, ADL 항목 중에서는 혼자 식사하는 것이 가능한지가 미충족의료 발생률에 가장 큰 영향을 미쳤고, IADL 항목 중에서는 교통수단 이용 여부가 미충족의료 발생률에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. Hwang(2018)은 19세 이상 성인을 대상으로 사회경제적 요인이 미충족의료의 세 가지 발생원인(availability, acceptability, accessibility)에 미치는 영향을 분석하였다. 국민건강영양조사(KNHAMES) 2010~12년도를 이용하였고, 데이터상에서 확인할 수 있는 미충족의료는 약 19% 정도였다. 이 중 비용이나 이동의 문제로 발생하는 접근성(accessibility) 관련 미충족의

료는 4.61%로 가장 낮고, 긴 대기시간, 원하는 때에 접근하기 어려움, 원하는 지역에서 접근하기 어려움과 같은 가용성(availability) 관련 미충족의료가 6.47%를 차지했다. 너무 바쁨, 어디로 가야할지 모름, 의료진에 대한 불만족, 의료서비스를 받아야 할지 결정하지 못함, 진료가 적절하지 못함 등 수용성(acceptability) 관련 미충족의료는 7.05%로 가장 큰 비중을 차지하였다. 성별에 따른 로짓 모형을 적용한 결과, 여성의 경우 소득이 낮을수록 미충족의료 경험 확률이 높고, 특히 접근성(acceptability) 관련 미충족의료 경험이 높게 나타났다. 또한 남녀 모두 교육수준과 소득이 접근성 관련 미충족의료와 상관관계가 있었다.

마지막으로 장애인 활동지원제도의 효과성에 대한 선행연구를 살펴보도록 한다. 조선주·김영숙(2015)은 장애인실태조사 2011년과 2014년 자료를 사용하여 장애인 활동지원사업 확대 및 장기요양보험료 감면 정책이 장애로 인한 추가비용의 차이를 축소시켰는지 분석하였다. 본 연구와 비슷하게 DID 모형을 사용하였는데 장애 1~2등급을 처치그룹, 장애 3등급 이상을 통제그룹으로 설정하였고, 분석 결과 정책 효과가 여성 장애인에서만 나타났는데 그마저도 통계적 유의성이 10% 미만으로 낮게 나타났다. Han and Lee(2021)는 장애인 활동지원제도 확대가 미충족돌봄, 비공식돌봄 등에 미치는 영향에 대해 살펴보았다. 본 연구와 마찬가지로 장애인 실태조사 2011년, 2014년, 2017년 자료를 사용하였으며 이중차분모형을 사용하여 분석하였다. 분석 결과, 장애인 활동지원제도 확대는 미충족돌봄을 감소시키는 역할을 한 것으로 나타났지만, 모형에 따라 차이가 있어 강건한 결과라고 보기는 어렵다. 김송숙 외(2021)는 장애인 활동지원제도 확대를 통한 공적돌봄 강화가 비공식돌봄 제공자의 가족 부담을 완화하여 가족들의 노동시장 참여(경제활동참여여부, 연간 근로소득, 근로시간)를 촉진하였는가를 분석하였다. 분석 자료는 한국복지패널 2011년과 2017년 자료이며 상향점수매칭과 이중차분모형을 사용하였다. 분석 결과, 제도 확대가 가구원의 노동시장 참여에 유의한 영향을 주지 않은 것으로 나타났다. 마지막으로 Hashemi et al.(2008)은 1999년과 2004년 사이 미국 메사추세츠 주의 장애인 활동지원제도(PAS) 수혜 조건을 만족시킨 사람들 중 이용 여부(take-up)의 차이가 메디케이드 진료비 지불액(Medicaid provider payments)에 미치는 영향을 비교하였다. 상향점수매칭(propensity score matching) 모형을 이용하여 분석한 결과, PAS 이용자는 비이용자에 비해 급성/재활 병원 입원, 요양원, 장기요양시설에 지불

하는 금액이 감소하였다. 따라서 장애인 활동지원서비스에 재정이 투입되지만, 다른 영역에서의 재정지출이 감소하는 효과를 나타냈다고 설명하고 있다.

2. 실증분석: 장애인 활동지원 정책 확대가 의료이용에 미치는 영향

가. 데이터 및 변수 정의

분석에 사용한 데이터는 장애인 실태조사¹²⁾로 2008년, 2011년, 2014년, 2017년 4개년 자료이다. 장애인 실태조사는 「장애인복지법」 제31조 및 「장애인복지법 시행령」 제18, 19조에 따라 우리나라 장애인구 및 장애출현율을 파악하고 장애인의 생활실태 및 복지욕구를 파악하여 장단기 장애인 복지정책 수립 및 시행을 위한 기초자료를 생산한다(보건복지부, 2021b). 현재까지 1980년, 1985년, 1990년, 1995년, 2000년, 2005년, 2008년, 2011년, 2014년, 2017년, 2020년까지 총 11차 조사가 완료되었다. 조사 장애인 수는 2017년 기준 6,549명으로 6천명 안팎이며, 조사 내용은 장애유형별 장애특성, 보건의료·건강, 일상생활 지원, 장애인 보조기기, 교육, 취업, 직업생활, 사회 및 문화·여가활동, 결혼생활·여성장애인, 생활만족도 및 폭력·차별 경험, 주거, 복지서비스, 경제상태 등을 포함한다(보건복지부, 2021b).

우리는 장애인 활동지원제도가 도입된 2011년 정책의 효과부터, 2013년과 2015년 지원 자격 확대 효과를 분석하기 위해 2008년, 2011년, 2014년, 2017년 자료를 사용하였다. 2020년 자료는 코로나19의 영향이 포함되어 있어 분석에서 배제하였다.

〈표 III-1〉 장애인 실태조사 연도별 특징

장애인 실태조사	2008	2011	2014	2017
조사기간	2008. 9. 6.~11. 30.	2011. 5. 30.~ 8. 18.	2014. 8. 29.~10. 31.	2017. 9. 2.~10. 30.
조사방법	구조화된 조사표에 의한 조사원 방문 면접조사 +사회복지시설 장애인 조사: 우편설문조사	구조화된 조사표에 의한 조사원 가구방문 면접조사	구조화된 조사표에 의한 조사원 가구방문 면접조사	가구판별조사 및 심층 면접조사. 구조화된 조사표에 의한 조사원 가구방문 면접조사

12) 보건복지데이터 포털에서 다운로드(<https://data.kihasa.re.kr/>, 다운로드일자: 2021. 4. 1.)

〈표 III-1〉의 계속

장애인 실태조사	2008	2011	2014	2017
조사대상	2008년 3월 말 기준 보건복지가족부의 장애인 등록 DB에 기재된 등록 장애인	2010년 기준 등록장애인	2013년 기준 장애인 (15개 장애유형의 등록 장애인 및 미등록장애인)	
표본설계	표본 읍면동에서 장애유형과 장애등급을 고려한 층화 이중추출(stratified two-phase sampling) 방법을 적용	'2005년 인구주택 총조사'의 90% 조사구로부터 섬, 시설 조사구를 제외하고, 보통 조사구(일반, 아파트)를 층화 확률 비례 추출에 의해 표본을 추출	'2010년 인구주택 총조사'의 90% 조사구로부터 기숙사, 특수 시설 조사구, 섬 지역 조사구를 제외하고, 보통 조사구(일반, 아파트)를 층화 확률 비례 추출에 의해 표본 추출	'2015년 인구주택 총조사'의 90% 조사구로부터 2,001개 조사구 및 1,049개 예비 조사구로 총 3,050개의 조사구를 추출. 2,001개 조사구에서 조사구 8개씩 1표본조사구로 구성하여 총 250개 표본조사구 추출

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『장애인 실태조사 보고서』, 2009; 2011; 2014; 2017 각 연도

종속변수는 직접적인 의료이용 행태를 나타내는 변수(건강검진 여부, 정기적 병의원 이용 여부, 외래이용, 입원이용)를 모두 고려하였으나, 최종적으로 건강검진 및 정기적 병의원 이용 여부 변수만 사용하게 되었다. 외래와 입원 이용 관련 변수는 2011년 자료가 존재하지 않을 뿐만 아니라 외래의 경우, 지난 1년이 아닌 최근 2주간의 외래이용 경험을 질문하여 정책 도입 전후 외래서비스 이용행태에 변화가 있었는지 측정하기 어렵다고 판단하였다. 결국 우리가 사용한 건강검진 여부, 정기적 병의원 이용 여부는 건강관리 측면에서 예방적 의료이용 행태를 나타내는 변수들로 볼 수 있는데, 정부의 공적돌봄서비스 강화(활동지원 급여를 통해 이동의 편리성 증대, 자립생활을 통해 건강상태 호전)가 필수불가결한 외래 및 입원 이용보다는 비교적 탄력성이 큰 예방적 의료이용 행태에 더 큰 영향을 미칠 것이라 예상하였다. 두 변수 모두 이산변수로서 건강검진은 지난 2년간 건강검진 수검을 한 경우, 정기적 병의원 이용은 지난 1년간 치료, 재활, 건강관리 등을 목적으로 정기적으로 지속적 진료를 받고 있는 경우를 1로 정의하였다.

또한 의료서비스의 접근성 측면에서 미충족의료 발생여부를 종속변수로 사용하였다. 미충족의료는 이론적으로 “필요한 의료서비스 수준과 실제로 받은 의료서비스 간의 차이”로 정의하며(Herr et al., 2014), 개인이 느끼는 주관적인 판단에 의거

할 수 밖에 없다는 한계가 있다. 데이터상에서 미충족의료는 지난 1년간 의료기관에 가고 싶었으나 가지 못한 경험에 대해 “예”라고 응답한 경우로 정의하였다.

〈표 III-2〉 종속변수에 대한 정의

질문(예, 아니오로 대답 가능)	비고
현재 치료, 재활, 건강관리 등을 목적으로 정기적이고(1년에 1회 이상) 지속적인 진료를 받고 있습니까?	정기적 병원 이용 여부(2011, 14, 17년만 존재)
최근(2년간) 건강을 위해 건강검진을 받을 적이 있습니까?	건강검진 여부(08, 11, 14, 17년 모두 존재)
최근 1년 동안 입원한 적이 있습니까?	입원치료 여부(08, 14, 17년만 존재)
최근 2주간 입원을 하지 않고 병의원이나 보건소, 한의원에서 치료받은 적이 있습니까?	외래치료 여부(08, 14, 17년만 존재)
최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때, 가지 못한 적이 있습니까?	미충족의료 발생 여부(08, 11, 14, 17년 모두 존재)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『장애인 실태조사 보고서』, 2009; 2011; 2014, 2017 각 연도의 장애인실태조사 조사표를 참고하여 저자 작성

그리고 추가적으로 미충족의료의 발생 원인에 따라 경제적 이유로 미충족의료가 발생한 경우와 돌봄의 부족으로 미충족의료가 발생한 경우, 두 가지로 구분해 보았다. 경제적 이유와 증상이 가벼워서 의료기관에 가지 않은 두 가지를 제외하고 나머지 이유(의료기관까지의 이동 불편, 의료진이 장애에 대한 이해 부족, 의사소통의 어려움, 시간이 없어서, 의료기관에 장애인을 위한 의료시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서, 의료기관 방문 시 동행할 사람이 없어서, 어떤 의료기관에 가야 할지 몰라서, 의료기관에 예약을 하기가 힘들어서, 의료기관에서 오래 기다리기 싫어서)는 돌봄 부족 문제로 미충족의료 발생으로 간주하였다. 만약 충분한 돌봄 및 돌봄자가 있었다면 이러한 원인으로 인한 미충족의료는 예방할 수 있을 것이라 판단하였기 때문이다.

〈표 III-3〉에서 연도별로 종속변수들의 통계를 살펴보면, 건강검진 수검률은 2008년 47%에서 2011년 64%, 2017년 74%로 지속적으로 증가하는 추세에 있는 것을 확인하였다. 정기적으로 치료, 재활, 건강관리 등을 목적으로 병의원을 방문하는 확률 역시 2011년 72%에서 2017년 83%까지 증가하였고, 미충족의료 발생확률은 2008년 20%에서 2017년 17.6%로 꾸준히 감소하는 추세에 있음을 확인하였다. 즉 매년 장애인들의 예방적 의료서비스 이용과 의료의 접근성이 향상되는 패턴을 보인다.

〈표 III-3〉 표본 수와 종속변수

18세 이상	계	건강검진 (checkup=1)	정기적 의료이용 (regular_HC=1)	미충족의료 (unmet_HC=1)
2008	6,370	3,000(47.1%)	-	1,269(19.9%)
2011	5,632	3,581(63.6%)	4,036(71.7%)	1,019(18.1%)
2014	6,328	4,193(66.3%)	5,041(79.7%)	1,152(18.2%)
2017	6,238	4,587(73.5%)	5,188(83.2%)	1,098(17.6%)

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 『장애인 실태조사 보고서』, 2009; 2011; 2014; 2017 각 연도의 장애인 실태조사 자료를 이용하여 저자 작성

우리는 장애인 활동지원제도 확대 정책이 예방적 차원의 의료서비스 이용(정기적 병의원 이용 여부, 건강검진 여부)과 미충족의료(의료접근성 지표)에 미치는 영향에 대해 살펴보고자 한다. 장애인 활동지원제도는 2017년까지 총 세 차례에 걸쳐 수혜대상을 확대하였는데, 첫 번째는 2011년 10월 장애인 활동지원제도가 시범사업에서 본 사업으로 전환됨에 따라 장애인 1등급 전체로 확대되었고, 두 번째는 2013년 1월에 장애 2등급까지 확대, 세 번째는 2015년 6월에 장애 3등급까지 확대되었다. 따라서 본 연구에서 사용한 장애인 실태조사 2008년, 2011년, 2014년, 2017년 자료 중 2008년과 2011년 자료는 장애인 활동지원제도 도입 이전의 효과를 측정할 수 있고, 2014년 자료는 2011년 10월과 2013년 1월, 각각 장애 1등급 및 장애 2등급에까지 제도를 확대한 효과를 측정할 수 있으며, 2017년 자료는 2015년 장애 3등급까지 대상을 확대한 정책 효과를 측정할 수 있다. 주의할 점은 장애인 활동지원제도가 2011년 10월 본사업으로 도입되었는데 반해, 2011년 장애인 실태조사 데이터는 5~8월 조사되어 2011년 자료는 제도 도입 이전의 효과를 분석하기 위해 사용된다는 것이다. 따라서 2014년에 관측되는 정책 효과는 2011년과 2013년 장애 1등급과 2등급에 대한 지원 대상 확대 효과가 결합되어 있어 각각의 효과를 분리할 수 없었다.

나. 분석모형

우리는 장애인 활동지원서비스 정책 확대가 수급자 그룹(Treatment Group)과 비수급자 그룹(Control Group)에 미치는 영향을 비교하기 위해 이중차분모형(difference-in-difference model)을 사용한다. 정책 확대는 세 차례에 걸쳐 이루어졌는데, 장애인

실태조사 자료는 3년 주기로 생산되어 정책 효과는 두 차례만 측정이 가능하다. 즉 2011년과 2013년 장애 1등급과 장애 2등급에 대한 정책 확대 효과는 2014년 자료에서 결합되어 측정하고, 2015년 장애 3등급에 대한 정책 확대 효과는 2017년 자료에서 관측할 수 있다. 따라서 장애등급을 기준으로 2011년과 2013년 정책 변화의 처치그룹은 장애 1등급과 2등급, 통제그룹은 장애 3등급 이상 등급으로 정의하였다. 2015년 정책 확대의 경우, 처치그룹은 장애 3등급, 통제그룹은 장애 3등급을 제외한 모든 장애등급이 해당된다. 아래 [모형 1]에서 2011년과 2013년 정책 효과는 $POST14 \times$ 장애1~2등급의 계수인 b_3 로, 2015년 정책 효과는 $POST17 \times$ 장애3등급 계수인 b_4 로 해석한다. 종속변수가 예방적 의료서비스 이용 여부를 나타내는 경우, 장애인 활동지원제도 확대가 수급자의 병원 이동 등 외부 활동을 지원하여 예방적 의료서비스 이용을 늘렸다면, b_3 과 b_4 값이 양(+)의 값을 가질 것으로 기대하였다. 반면 종속변수가 미충족의료 발생 여부를 나타내는 경우, 수급 대상 확대가 돌봄 강화를 통해 의료접근성을 강화하고 미충족의료 발생을 줄였다면 b_3 과 b_4 값이 음(-)의 값을 가질 것으로 예상하였다.

$$Y = a + b_1 Dgrade1.2 + b_2 Dgrade3 + b_3 POST14 \times Dgrade1.2 + b_4 POST17 \times Dgrade3 + b_5 X + Year_t + Region_i + e \quad [\text{모형 1}]$$

설명변수는 장애등급(장애 1, 2등급과 장애 3등급 더미, 장애 4+ 등급은 reference group), 연령, 성별(여성=1), 혼인상태(유배우자=1), 만성질환 여부(만성질환 유=1), 주관적 건강상태(보통 이상=1),¹³⁾ 거주형태(독거=1), 교육수준(고졸이상=1), 현재 경제활동 여부(지난 일주일간 주로 무엇을 하였느냐는 질문에 일하였다는 응답=1), 의료급여 수급 여부, 자가 주택 소유 여부, 주된 장애유형(15개의 유형을 정신장애(지적, 자폐성, 정신), 신체장애(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 안면), 내부장기(신장, 심장, 호흡기, 간, 장루·요루, 뇌전증) 장애로 구분, 정신장애가 reference group), 장애보조기구 소지 여부,¹⁴⁾ 장애기간(연), 월평균 가구소득(로그값), 7개의 ADL 중

13) 2011년은 매우 좋음, 좋음, 나쁨, 매우 나쁨 4개의 선택지로 응답하여, 주관적 건강상태가 좋음, 매우 좋음을 보통 이상으로 간주하였음. 2008년, 2014년, 2017년의 경우 보통이 포함된 5개 응답이 가능하여 매우 좋음, 좋음, 보통을 주관적 건강상태 보통 이상으로 간주하였음

14) 장애보조기구 사용 여부를 설명변수로 포함하고 싶었으나, 2017년 이전에는 장애보조기구 필요 여부와 소지 여부만을 조사하여 사용 여부 대신 소지 여부를 설명변수로 포함

하나라도 도움이 필요한지 여부, 8개의 IADL 중 하나라도 도움이 필요한지 여부를 포함한다. 장애인 실태조사는 12~14개의 ADL 항목과 8~10개의 IADL 항목에 대해 기능자립 정도(완전자립, 부분도움(어느 정도, 많은 정도), 완전도움 필요)를 조사하였다. 그러나 해마다 조사 항목에 변경이 있기도 하여, 장애인 활동지원제도의 인정조사에서 사용하는 7개 ADL 항목(옷 갈아입기, 목욕하기, 식사하기, 잠자리에서 자세 바꾸기, 옮겨 앉기, 걷기, 화장실 사용하기)¹⁵⁾과 8개 IADL 항목(전화 사용하기, 물건사기, 식사준비, 집안일, 빨래하기, 약 챙겨먹기, 금전관리, 대중교통수단 이용하기)을 공통 항목으로 하여 그중 하나라도 완전자립이 안되는 경우 ADL이나 IADL에 있어 도움이 필요하다고 정의하였다. 마지막으로 연도와 16개 시도 지역더미를 포함한다.

그런데 [모형 1]과 같이 장애등급을 기준으로 처치그룹과 통제그룹을 설정하는 것이 타당성을 갖기 위해서는 제도 확대에 의해 수급 자격이 주어지는 경우, 즉 해당 연령 및 장애등급 조건이 만족되었을 때 실제로 수급자가 되어야 한다는 조건이 필요하다. 예를 들어 2015년 연령 6~64세, 장애 1, 2등급에서 장애 3등급까지 수급 대상이 확대 되었을 때, 처치그룹을 장애 3등급, 통제그룹을 3등급을 제외한 그룹으로 설정하려면, 2015년 이후 6~64세, 장애 3등급에 속하는 사람 모두가 수급자가 되어야 할 것이다. 우리는 이를 확인하기 위해 장애인 활동지원서비스 지원 대상인 장애 3등급이면서 6~64세 장애인 중 실제 수급자 수 비중(%)을 살펴보고자 하였다.

그러나 모집단 통계를 제공하는 『장애통계연보』에서는 전체 장애인구를 장애등급(1~6등급) 또는 연령(10세 단위)으로는 구분하여 제시하고 있으나, 각각의 장애등급 내에서 특정 연령(6~64세)을 기준으로 한 인구수 통계를 제시하고 있지 않다. 따라서 분모에 필요한 6~64세이면서 장애 3등급 인구수를 정확히 추출할 수 없었고, 10~64세이면서 장애 3등급 인구수라는 최대한의 근사치를 차용하였다. 우리는 먼저 전체 등록장애인구 중 10~64세 인구 비중을 구하고(등록장애인구에서 65세

15) 2008년 장애인 실태조사(보건복지부·한국보건사회연구원, 2009)에서는 14개 ADL 항목을 조사하였는데 ① 옷 갈아입기 ② 목욕하기 ③ 식사하기 ④ 체위변경하기(잠자리에서 자세 바꾸기로 간주) ⑤ 옮겨앉기 ⑥ 방밖으로 나가기(걷기로 간주) ⑦ 화장실 사용하기만 채택. 2017년의 경우, 12개의 ADL 항목을 조사하였는데 항목에 변화가 있었으나 위 7개 항목은 포함되어 있음. ① 옷 갈아입기 ② 목욕하기 ③ 식사하기 ④ 누운 상태에서 자세 바꾸기(잠자리에서 자세 바꾸기로 간주) ⑤ 옮겨 앉기 ⑥ 보행(걷기로 간주) ⑦ 배변과 배뇨(화장실 사용하기로 간주)에서 자립정도를 가지고 변수 정의

이상 인구와 10세 미만 인구를 제외한 값), 장애 1~3등급 등록장애 인구수에 10~64세 인구 비중을 곱하여 장애 1~3등급이면서 10~64세 등록장애 인구수를 추정하였다. 물론 장애인 활동지원서비스의 지원대상으로 한정하려면 만 6세 미만을 추가적으로 제외하여야 하나 6세 미만 인구수에 대한 전체 통계가 제시되지 않아 반영할 수 없었다. 그러나 「장애인 실태조사 2008~2017」에서 보면 만 6세 미만 장애인은 전체 등록장애인구의 0.43%에 불과하여 무시할 만한 수준이라 판단하였다.

10~64세, 1~3등급 장애인구 중 수급자 비율을 살펴보면 <표 Ⅲ-4>와 같다. 10~64세, 장애 1등급 인구 중 약 50%는 활동지원 서비스를 받고 있고, 장애 2등급은 10% 내외, 장애 3등급은 1~2% 수준에 불과하였다. 10~64세 장애 1, 2등급 등록장애인 중 장애인 활동지원 수급자는 21~27% 수준이다. 즉 장애인 활동지원제도 수급자격인 연령과 장애등급 조건을 모두 만족시켜도, 대상자 중 수급자 비율은 높지 않음을 보여준다. 따라서 처치그룹을 장애 1~2등급, 통제그룹을 3~6등급으로 설정하는 것은 상당한 오차를 발생시킬 수 있을 것이다. 이에 우리는 처치그룹과 통제그룹을 장애 1등급 대비 다른 등급으로 규정하기보다는, 동일한 장애 1등급에서 수급자와 비수급자를 비교하는 것이 타당할 것이라고 판단하였다. 또한 장애 3등급의 경우 지원 대상자 수 대비 수급자 비중이 3% 미만에 불과해 어떠한 정책 효과가 나타나기 어려울 것으로 판단하였다. 따라서 본 연구에서는 장애 3등급에 대한 효과는 무시하고, 장애 1~2등급에 대한 정책 확대의 효과에 초점을 맞추기로 한다.

〈표 Ⅲ-4〉 장애등급별 활동지원제도 수급자 비중

(단위: 명, %)

연도	수급자 수(6~64세)			등록장애인구				
	장애1등급	장애2등급	장애3등급	1등급	2등급	3등급	전체	10~64세 비중
2011	46,502	-	-	-	-	-	2,519,241	0.62%
2012	50,520	-	-	-	-	-	2,511,159	0.61%
2013	51,463	8,972	-	-	-	-	2,501,112	0.54%
2014	51,862	13,044	-	198,953	335,616	431,900	2,494,460	0.58%
2015	53,693	16,383	2,136	197,922	334,873	432,586	4,690,406	0.57%
2016	55,191	20,330	4,405	197,832	336,849	434,876	2,511,051	0.56%
2017	56,801	23,843	6,567	199,186	340,202	439,138	2,545,637	0.54%

〈표 III-4〉의 계속

(단위: 명, %)

연도	등록장애인구 중 10~64세(추정치)			10~64세 등록장애인 수 대비 수급자 수(추정치)			
	1등급	2등급	3등급	1등급	2등급	3등급	1~2등급
2011	-	-	-	-	-	-	-
2012	-	-	-	-	-	-	-
2013	-	-	-	-	-	-	-
2014	114,707	193,501	249,014	45.2	6.7	-	21.1
2015	112,296	189,999	245,438	47.8	8.6	0.9	23.2
2016	109,977	187,258	241,753	50.2	10.9	1.8	25.4
2017	107,077	182,884	236,070	53.0	13.0	2.8	27.8

주: 2017년 수급자 수가 누락되어 2015년과 17년의 평균으로 계산
 자료: 한국장애인개발원, 『장애통계연보』, 2015~2020 각 연도

[모형 1]의 단점을 보완하기 위해 DID 모형을 사용하되 처치그룹과 통제그룹을 식별하기 위해 수급 조건을 만족시키는 자(만 6~64세, 장애 1, 2등급) 중에서 실제 지원을 받은 사람과 받지 않은 사람으로 구분하여 비교하고자 하였다. 그러나 장애인 실태조사에서 현재 활동지원서비스를 이용하고 있는지 여부는 2017년에 와서야 비로소 조사가 시작되어 사용할 수 없었다. 다만 2008년부터 2017년까지 활동지원서비스 경험 여부를 묻는 질문을 포함하고 있어, 서비스 경험 여부 변수를 이용하여 장애인 활동지원 서비스를 이용한 경험이 있는 사람은 처치그룹, 없는 사람을 통제그룹으로 설정하는 방법을 채택하였다. 이는 장애인 활동지원서비스를 한 번 받기 시작하면 지속적으로 받는다는 가정하에 경험자를 처치그룹으로 정의하였으나, 만약 수급자격의 변동이 자주 발생한다면 처치그룹에 상당한 비수급자가 포함되어 있을 가능성이 존재한다. 따라서 우리가 DID 모형에서 얻게 되는 정책효과(b2)에는 하향편의(downward bias)가 존재할 것이다.

$$Y = a + b_1PAS + b_2POST14 \times PAS + b_3X + Year_t + Region_i + e \quad \text{[모형 2]}$$

마지막으로 처치그룹과 통제그룹을 정의하는 또 하나의 방법은 데이터상의 질문들을 조합하여 장애인 활동지원제도의 인정점수¹⁶⁾를 복원하고, 그 점수가 220점 이상인 경우 수급자가 될 수 있다는 정보를 활용하는 것이다. 우리는 연령 6~64세,

장애등급 1등급과 2등급이면서 인정점수 220점 이상인 사람들을 PAS 수급 자격을 가진 그룹(PAS_elig), 즉 처치그룹으로 정의하였다. 또한 인정점수가 220점에 미치지 못하더라도 추가급여 조건(1인 가구, 취약 가구, 출산, 학교나 직장생활, 자립준비 등)을 만족하면 지원 대상이 될 수 있으나, 추가급여 조건에 부합하는지 여부를 확인할 수 있는 자료의 부족으로 이들을 정확히 식별할 수는 없었다. 따라서 연령과 장애등급, 인정점수를 만족하는 그룹을 처치그룹으로 설정하고, 연령 기준과 장애등급 기준은 만족하지만 인정점수가 220점 미만은 모두 통제그룹으로 정의하였다. 이때 장애등급 1~2등급은 샘플 수가 많지 않기 때문에 중증 장애에 해당하는 3등급도 처치그룹에 포함시켜 보기도 하였다. 분명한 것은 인정점수가 220점 이상이어도 서비스를 신청하지 않았거나 신청하여 지원 대상이 되었더라도 서비스를 이용하지 않았다면 실제 수급자에 속하지 않기 때문에, 우리가 처치그룹으로 정의한 사람들 중에 비수급자가 혼재되어 있을 것이다. 또한 인정점수가 220점 이하여도 추가 급여 조건에 의해 활동지원제도 지원을 받는 사람이 있을 수 있기 때문에 통제그룹에 수급자가 포함되어 있다. 즉 처치그룹에는 실제 지원을 받지 않은 사람이 포함되어 있고, 통제그룹에 실제 지원을 받는 사람이 포함되어 있어 우리가 이중차분모형에서 얻게 되는 정책효과(b3)에는 하향편의(downward bias)가 존재할 것이다.

$$Y = a + b_1POST14 + b_2PAS.elig + b_3POST14 \times PAS.elig + b_4X + Year_t + Region_i + e \quad [\text{모형 3}]$$

이때 2014년 자료는 인정점수를 그대로 복원할 수 있게 질문들이 설계되어 있는데 반해, 2011년 자료는 인정점수를 계산하기 위해 약간의 조작¹⁷⁾이 필요했으며 2008년과 2017년은 인정점수를 계산하기 위해 필요한 변수들 중 장애특성 고려영

-
- 16) 보건복지부 2011년, 2014년 『장애인활동지원 사업안내』 참조. <부표 1, 2>에서 보듯이, 2011년에 인정조사는 ADL 7개 항목 260점, IADL 8개 항목 125점, 장애특성 고려영역(휠체어사용, 청각기능, 시각기능, 인지기능, 정신기능) 60점을 고려하여 인정점수 총점은 445점이었는데, 2014년에는 ADL 7개 항목 260점과 IADL 8개 항목(만 6~15세는 6개) 125점, 장애특성 고려영역 60점에 사회환경 고려영역(사회활동 참여, 위험상황 대처 능력, 장애인보조기구 사용능력, 단어나 문장을 보고 이해하기) 25점이 추가되어 인정점수 총액이 470점으로 높아졌음. 그러나 장애인 활동지원제도 수혜를 받기 위한 인정점수 cut-off는 두 기간 모두 220점으로 동일함
- 17) 예를 들면, IADL 항목 중 물건사기에 대해 장애인실태조사에서는 응답지가 4개이나, 인정점수에서는 3개 항목으로 답해야 해서, “어느 정도” 혹은 “많은” 도움이 필요하다에 동일한 점수 부여. 반대로 식사준비에 대해 데이터상 응답지는 3개이나, 인정점수의 응답지는 4개여서 “부분적” 도움 필요에 대한 응답을 모두 “많은” 도움 응답 점수를 부여

역, 사회환경 고려영역을 판별할 수 있는 변수들이 제공되지 않아 분석에 사용할 수 없었다. 따라서 [모형 3]은 분석기간을 2011년(장애인 활동지원제도 도입 전)과 2014년(장애 1등급, 2등급에 대상 확대) 2개년도에 한정할 수 밖에 없어 이미 작은 샘플 수가 더 줄어든다는 단점이 있다.

다. 기초통계량

〈표 III-5〉는 기초통계량을 제시하고 있다. 모형에 따라 분석대상에 조금씩 변화는 있지만, 기본적으로 우리는 장애인 활동지원서비스 수급 연령인 6~64세와 비수급 대상인 노인 그룹(65세 이상)으로 구분하여 정책 효과를 측정하고자 하였다. 2020년까지는 65세가 되면 장애인 활동지원 급여에서 노인장기요양 급여로 자동 전환되고 중복수급을 허용하지 않았기 때문에, 장애인 활동지원서비스 확대 정책의 효과가 65세 이상에서는 나타나지 않아야 한다. 따라서 우리는 65세 이상 노인 그룹에 대한 counter-factual 분석을 시행하였다.

먼저 6~64세 그룹에서 지난 2년간 건강검진을 한 사람은 55%, 지난 1년간 정기적으로 병의원을 방문한 사람은 69%, 미충족의료가 발생한 확률은 18%로 나타났다. 이 중 경제적 이유로 인한 미충족의료는 10%, 돌봄 부족의 사유로 미충족의료가 발생한 경우는 6%로 나타났다. 평균 연령은 46세, 여성 36%, 유배우자 53%, 만성질환 보유자 66%, 주관적 건강상태가 보통 이상 좋다고 응답한 사람은 55%, ADL 7개 중 하나라도 도움이 필요한 사람은 23%, IADL 8개 중 하나라도 도움이 필요한 사람은 45%로 나타났다. 독거하는 사람은 13%, 고등학교 이상 교육 수준은 53%, 현재 경제활동을 하는 사람은 42%, 월평균 가구소득은 240만원, 주택 소유자는 58%, 의료급여자 23%, 신체장애 유형 66%, 내부장기 장애 유형 14%, 정신장애 유형 20%, 장애보조기구 소유 31%, 장애기간 8년, 중증장애인 52%(장애 1등급 12%, 2등급 18%, 3등급 22%)로 나타났다. 장애인 실태조사에 기반한 기초통계량 중에서 [그림 II-8]에서 제시한 모집단 통계와 확연히 다른 점은 장애유형 관련 통계이다. 『장애 통계연보』에서 제시한 모집단의 경우, 정신장애가 56%로 가장 높고 신체장애가 40%, 내부장기 장애가 3%를 차지한다. 반면 본 연구의 실증분석에서 사용한 장애인 실태조사의 경우, 신체장애가 66%, 정신장애 20%, 내부장기 장애 14%로 나타나

신체장애와 내부장기 장애가 과잉대표(over-represented)되고, 정신장애는 과소대표(under-represented)되었다. 이는 모집단에서는 정신장애의 일종인 지적장애 비중이 40%로 높은 데 반해, 장애인 실태조사에서는 지적장애 비중이 6%에 불과하고 신체장애의 일종인 지체장애 표본이 41%로 높게 나타나기 때문이다.

65세 이상 노인그룹의 경우, 장애인 활동지원서비스 수급 연령(6~64세)과 비교했을 때, 건강검진이나 정기적 의료이용 확률이 높고 미충족의료 확률은 비슷하게 나타났다. 반면 노인 그룹에서 여성 비중이 높고, 중증 장애 확률은 더 낮은 반면, 만성질환, 주관적 건강상태, ADL이나 IADL 발생확률과 같은 건강지표는 더 좋지 않았으며, 교육수준 및 소득도 더 낮았다.

〈표 III-5〉 기초통계량(2008~2017년)

변수명	정의	장애인 활동지원 수급 연령 (6~64세) N=14,847		노인(65세 이상) N=10,806	
		평균	표준편차	평균	표준편차
checkup	지난 2년간 건강검진 여부	0.55	0.50	0.70	0.46
regular_HC	정기적 병의원 이용 여부	0.69	0.46	0.90	0.30
unmet_HC	미충족의료	0.18	0.38	0.19	0.39
unmet_HC_econ	미충족의료_경제적 사유	0.10	0.30	0.09	0.29
unmet_HC_nocare	미충족의료_돌봄부족 사유	0.06	0.23	0.08	0.28
unmet_care	미충족돌봄	0.19	0.39	0.26	0.44
dgrade_high	장애등급_중증	0.52	0.50	0.35	0.48
age	연령	46.18	14.74	73.97	6.23
female	여성	0.36	0.48	0.50	0.50
married	유배우자	0.53	0.50	0.60	0.49
CD	만성질환 있음	0.66	0.47	0.92	0.28
health_good	주관적 건강상태 좋음	0.55	0.50	0.30	0.46
ADL7_needhelp	7개 ADL 중 하나라도 도움 필요함	0.23	0.42	0.32	0.47
IADL8_needhelp	8개 IADL 중 하나라도 도움 필요함	0.45	0.50	0.57	0.50
livealone	독거	0.13	0.34	0.23	0.42
edu_highover	교육수준_고졸이상	0.53	0.50	0.19	0.39

〈표 Ⅲ-5〉의 계속

변수명	정의	장애인 활동지원 수급 연령 (6~64세) N=14,847		노인(65세 이상) N=10,806	
		평균	표준편차	평균	표준편차
work	현재 경제활동상태	0.42	0.49	0.21	0.41
hhinc	월평균 가구소득	240.48	229.48	169.75	197.79
ownhouse	자가주택 소유	0.58	0.49	0.69	0.46
Mcaid	의료급여	0.23	0.42	0.12	0.32
dtype_phy	장애유형_신체	0.66	0.47	0.88	0.33
dtype_organ	장애유형_내부장기	0.14	0.35	0.11	0.31
dtype_mental	장애유형_정신	0.20	0.40	0.01	0.12
assdev	보조기구 소지	0.31	0.46	0.65	0.48
disab_age1	장애기간	7.81	6.15	7.70	5.56
dgrade1	장애 1등급	0.12	0.32	0.06	0.23
dgrade2	장애 2등급	0.18	0.39	0.12	0.33
dgrade3	장애 3등급	0.22	0.41	0.17	0.38

자료: 저자 작성

이제 우리는 〈표 Ⅲ-6〉에서 세 가지 모형의 처치그룹과 통제그룹을 나누는 기준에 따라 개인의 특징을 살펴보기로 한다. 예를 들면, [모형 1]에서는 장애등급에 따라 처치그룹과 통제그룹을 구분하였으므로 장애등급에 따른 사회경제적 특성에 대한 기초통계량을 제시하고자 한다. 장애인 활동지원제도의 주된 수급자인 장애 1등급의 경우, 연령, 소득수준과 교육수준이 낮으며 주관적 건강상태가 보통 이상 좋음으로 응답할 확률이 낮지만 만성질환 이환율이 높은 편은 아니었다.

[모형 2]에서는 장애인 활동지원서비스 경험 여부를 가지고 처치그룹과 통제그룹을 구분하였는데, PAS 경험자가 비경험자에 비해 연령과 교육수준, 건강상태가 보통 이상일 확률은 낮지만, 소득은 더 높은 것으로 나타났다. 또한 PAS 경험자가 비경험자에 비해 만성질환 이환율도 낮은 것으로 나타났다. 마지막으로 [모형 3]에서는 2011년과 2014년에 한해 인정점수를 복원하여 활동지원서비스 수급 조건을 만족시키는 경우(인정점수 220점 이상)를 처치그룹, 그렇지 않은 경우(인정점수 220점 미만)를 통제그룹으로 설정하였는데, [모형 2]와 마찬가지로 처치그룹의 연령, 교육수준, 주관적

건강상태, 만성질환 이환율이 더 낮고, 소득수준은 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 III-6〉 처치그룹 vs. 통제그룹별 사회경제적 변수

구분	연령(세)	소득 (만원)	교육수준 (고졸이상)	만성질환여부	주관적 건강상태 (보통이상)	N
전체	46.2	240.5	0.35	0.66	0.55	14,847
[모형 1]	6~65세					
장애 1등급	37.4	215	0.44	0.62	0.49	1,746
2등급	41.8	218	0.49	0.67	0.52	2,724
3등급	45.2	219	0.53	0.69	0.54	3,233
4등급	49.4	229	0.51	0.68	0.54	1,858
5등급	51.3	272	0.58	0.69	0.55	2,461
6등급	50.4	282	0.59	0.57	0.65	2,825
[모형 2]	6~65세, 장애 1~3등급 중					
PAS 경험자	33.4	258	0.48	0.59	0.49	544
PAS 미경험자	42.9	215	0.50	0.68	0.52	7,159
[모형 3]	6~65세, 장애 1~3등급 중					
인정점수 220점 이상	36.1	257	0.47	0.61	0.38	354
인정점수 220점 미만	43.9	225	0.53	0.64	0.50	2,773

자료: 저자 작성

세 가지 모형을 종합해 보면, 우리가 장애인 활동지원서비스 수급자로 정의한 처치 그룹에 속하는 경우, 연령은 더 낮지만, 교육수준과 주관적 건강상태가 더 좋지 않다는 공통점이 있다.

〈표 III-7〉에서 제시되었듯이 종속변수의 경우, 연도별 추이를 살펴보면 6~64세 건강검진 수검률은 2008년 46%에서 꾸준히 증가하여 2017년에는 69%까지 증가하였다. 정기적 의료이용 확률은 2011년부터 자료가 존재하는데 62%에서 2017년 73%로 증가하고 있다. 반면 미충족의료 발생확률은 2008년 20%에서 2017년 17%로 감소하는 추세를 보이고 있다.

다음으로 세 가지 모형 각각에서 처치그룹과 통제그룹의 종속변수 관련 기초통계량을 살펴보았다. 통제그룹으로 분류된 [모형 1]의 장애 4~6등급, [모형 2]의 PAS 미경험자, [모형 3]의 PAS 인정점수 220점 미만의 경우, 건강검진, 정기적 의료이용, 미

충족의료 발생확률의 연도별 패턴이 전체 6~64세 종속변수의 연도별 패턴과 유사하다. 반면 각 모형의 처치그룹에서 종속변수는 조금 다른 양상을 보이고 있는데, 예를 들면 [모형 1]에서 처치그룹의 미충족의료 발생확률은 2008년부터 2017년까지 큰 변화가 없고, 건강검진 수검률은 [모형 1]과 [모형 2] 모두 2008년에 비해 2011년과 2014년에 감소했다가 2017년에 다시 증가하는 패턴을 보인다.

〈표 III-7〉 처치그룹 vs. 통제그룹별 종속변수

〈전체〉 6~64세	건강검진		정기적 의료이용		미충족의료	
2008	0.46		-		0.20	
2011	0.54		0.62		0.18	
2014	0.56		0.71		0.17	
2017	0.69		0.73		0.17	
[모형 1]	장애 1~2등급			장애 4~6등급		
6~65세	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료
2008	0.44	-	0.18	0.48	-	0.20
2011	0.35	0.70	0.18	0.64	0.58	0.17
2014	0.34	0.74	0.18	0.69	0.69	0.16
2017	0.56	0.78	0.19	0.79	0.71	0.17
[모형 2]	PAS 경험자			PAS 미경험자		
6~65세, 장애 1~3등급 중	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료
2008	0.45	-	0.31	0.44	-	0.19
2011	0.28	0.75	0.26	0.42	0.68	0.18
2014	0.27	0.80	0.26	0.43	0.73	0.16
2017	0.52	0.85	0.23	0.59	0.74	0.16
[모형 3]	PAS 인정점수 ≥ 220점			PAS 인정점수 < 220점		
6~65세, 장애 1~3등급 중	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료
2008	-	-	-	-	-	-
2011	0.17	0.70	0.28	0.44	0.69	0.17
2014	0.20	0.79	0.26	0.45	0.72	0.16
2017	-	-	-	-	-	-

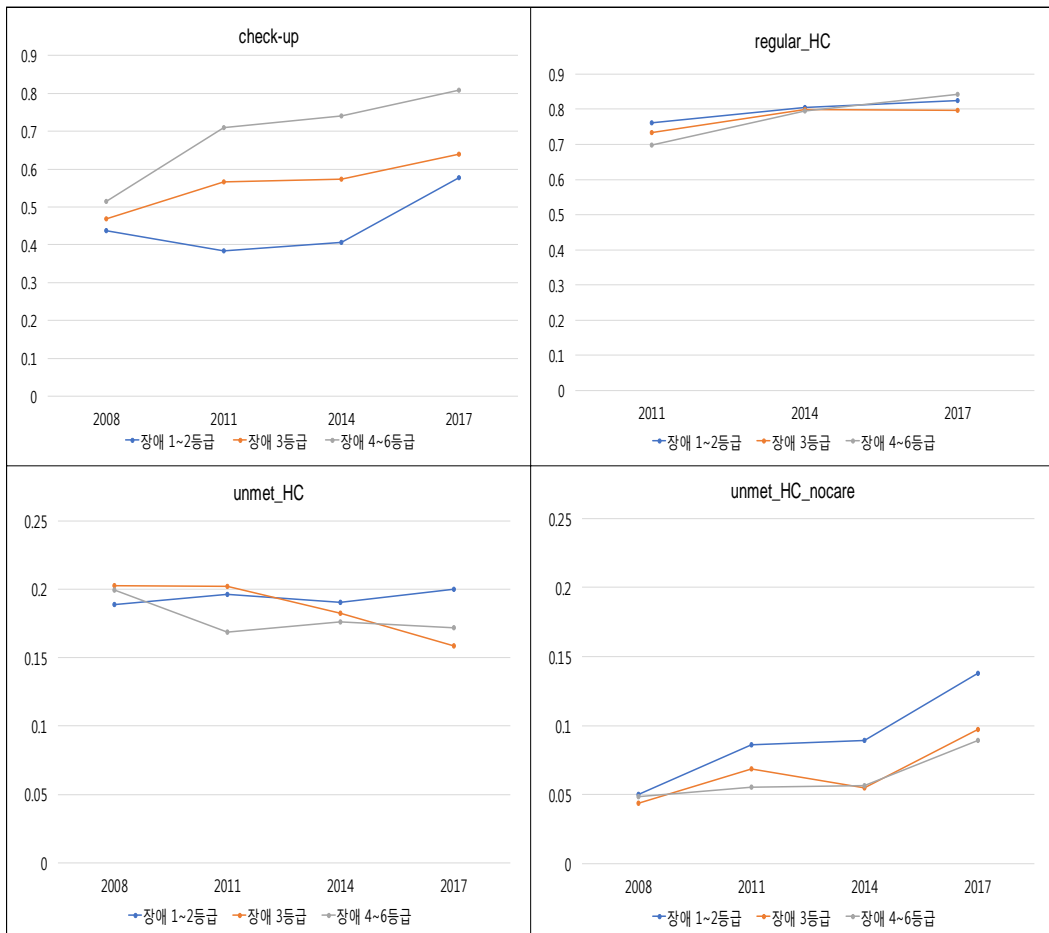
자료: 저자 작성

라. 정책효과 분석 결과

1) [모형 1]: 장애등급 기준

우리는 실증분석 결과를 확인하기에 앞서 처치그룹과 통제그룹의 정책 전후 종속변수의 추이를 그래프로 살펴보았다. 이중차분모형을 적용하기 위해서는 처치그룹과 통제그룹 간에 정책 시행 전 추이는 동일하게 나타나다가 정책 시행 이후 뚜렷한 변화가 나타나야 할 것이다. 그러나 우리가 사용한 데이터는 2008년과 2011년이 정책 시행 전 자료이고, 2014년과 2017년이 정책 시행 이후 자료이므로 정책 전후 각각 2개년치 자료를 가지고 어떠한 추세를 확인하기는 어려운 면이 있다.

[그림 III-1] 장애등급별 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이



자료: 저자 작성

〈표 III-8〉은 장애등급을 이용하여 처치그룹과 통제그룹을 정의한 후 이중차분모형을 사용하여 장애인 활동지원제도 확대가 의료이용 및 미충족의료에 미치는 영향을 분석한 결과를 제시한다. 분석대상은 장애등급 전체, 6~64세 수급자 연령으로 한정하였으며, 분석 결과 장애인 활동지원제도의 지원 대상을 장애 1등급, 2등급으로 순차적으로 확대하는 2011년, 2013년 정책 이후 처치그룹(장애등급으로 정의한 수혜그룹)에서 의료이용이 감소하고 미충족의료 발생률이 증가하는 효과가 나타났다. 공적돌봄의 지원 대상 확대가 의료접근성 및 이동성을 높였다면 미충족의료 발생이 감소하고, 예방적 의료이용량은 증가하였을 것인데 오히려 반대 효과가 나타난 것이다. 이는 장애인 활동지원서비스에서 제공하는 방문간병 급여, 자립생활과 사회활동 참여 증대로 인한 건강상태 개선 등으로 인해 오히려 보건의료 이용량이 감소하는 결과로 이어진 것으로 유추해 볼 수 있다. 예를 들어, 장애 중증도가 낮아질수록 연령이 감소하거나 건강상태가 좋아진다면, 의료서비스에 대한 수요가 감소하여 건강검진이나 정기적 의료이용이 낮아질 가능성이 있다. 〈표 III-6〉에서 장애 중증도가 낮아질수록(장애등급이 1, 2등급에서 3등급으로 증가) 연령이 오히려 증가하고, 주관적 건강상태가 좋을 확률도 증가하는 패턴을 보이고 있다. 즉 2013년과 2015년 장애등급을 기준으로 수급 대상을 확대하는 경우, 장애 1등급에 비해 2등급의 평균 연령이 더 높은 반면, 주관적 건강상태도 더 좋아지므로 의료이용이 감소하는 방향으로 작용할 수 있을 것이다. 그러나 장애인 활동지원서비스 대상 확대가 미충족의료 발생확률을 증가시키는 메커니즘은 설명하기 어렵다.

〈표 III-8〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과 1([모형 1]: 6~64세)

(분석대상: 6~64세, 모든 장애등급)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생(돌봄부족)
장애 1~2등급	-0.009 (0.014)	0.017 (0.016)	-0.034*** (0.012)	-0.002 (0.007)
장애 3등급	-0.035*** (0.012)	-0.025** (0.012)	0.004 (0.010)	-0.004 (0.006)
post14×장애 1, 2등급	-0.098*** (0.017)	-0.036** (0.017)	0.033** (0.014)	0.036*** (0.010)
post17×장애 3등급	-0.048** (0.023)	0.005 (0.018)	-0.029* (0.018)	0.015 (0.013)
연령	0.007*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	-0.001** (0.000)	-0.000* (0.000)

〈표 III-8〉의 계속

(분석대상: 6~64세, 모든 장애등급)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생(돌봄부족)
여성	0.032*** (0.008)	0.016** (0.008)	0.033*** (0.007)	0.019*** (0.004)
유배우자	0.109*** (0.011)	-0.004 (0.010)	-0.016* (0.009)	0.005 (0.005)
만성질환 유	0.064*** (0.009)	0.551*** (0.010)	0.031*** (0.007)	0.011** (0.005)
주관적 건강상태 좋음	0.013 (0.009)	-0.064*** (0.008)	-0.101*** (0.007)	-0.020*** (0.005)
ADL 도움 필요	-0.007 (0.012)	0.032*** (0.011)	0.041*** (0.009)	0.021*** (0.006)
IADL 도움 필요	-0.033*** (0.010)	-0.004 (0.010)	0.027*** (0.009)	0.013** (0.005)
독거	0.101*** (0.015)	-0.001 (0.013)	-0.030** (0.013)	0.008 (0.007)
고졸 이상	-0.076*** (0.008)	-0.037*** (0.008)	-0.003 (0.007)	0.004 (0.004)
현재 일하고 있음	0.071*** (0.009)	-0.055*** (0.009)	0.024*** (0.008)	0.028*** (0.004)
ln(가구소득)	0.018*** (0.006)	0.024*** (0.005)	-0.032*** (0.005)	0.006*** (0.002)
자가주택 소유	0.033*** (0.009)	0.019** (0.008)	-0.059*** (0.007)	-0.001 (0.004)
의료급여	-0.031*** (0.011)	0.020* (0.010)	-0.040*** (0.010)	0.006 (0.005)
장애유형(신체장애)	-0.013 (0.014)	-0.046*** (0.014)	0.067*** (0.011)	0.025*** (0.007)
장애유형(내부장기)	-0.094*** (0.016)	0.077*** (0.014)	0.018 (0.013)	-0.003 (0.007)
장애보조기구	-0.002 (0.009)	0.042*** (0.009)	0.015** (0.008)	0.012** (0.005)
장애기간	0.001 (0.001)	-0.004*** (0.001)	0.001** (0.001)	0 (0.000)
Constant	-0.002 (0.040)	0.342*** (0.038)	0.441*** (0.033)	-0.016 (0.017)
Obs	14,847	10,151	14,847	14,847
Adj. R2	0.172	0.419	0.049	0.018
year FE	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES
F test	97.47	223.94	18.29	6.47
Prob > F	0	0	0	0

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

상기 결과의 강건성 테스트를 위해 <표 III-9>에서 장애 1~3등급까지 중증장애인으로 샘플을 한정하여 추정하거나, 장애 3등급을 제외하고 추정한 결과를 제시하고 있다. 4~6등급 경증 장애인을 제외하는 경우, 통계적 유의성은 가진 정책효과는 많이 감소하였지만 장애인 활동지원제도 확대 이후 장애 3등급에 비해 장애 1~2등급의 건강검진 수검률이 여전히 낮고, 돌봄부족으로 인한 미충족의료 발생률은 높은 것으로 나타났다. 장애 3등급을 제외하고 재추정하였을 때도, 장애인 활동지원제도 확대 이후 중증 장애인의 예방적 의료서비스 이용은 여전히 감소하고 미충족의료 발생률은 증가하는 모습을 보이고 있다.

<표 III-9> 장애인 활동지원제도 확대의 효과 2([모형 1]: 6~64세)

PANEL1: 장애4~6등급 제외	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
장애 1~2등급	0 (0.015)	0.03 (0.019)	-0.043*** (0.012)	-0.001 (0.007)
post14×장애 1, 2등급	-0.094*** (0.026)	-0.023 (0.025)	0.041* (0.022)	0.031** (0.013)
post17×장애 3등급	-0.107*** (0.033)	0.006 (0.025)	-0.025 (0.027)	0.007 (0.019)
Obs	7,703	4,580	7,703	7,703
PANEL2: 장애 3등급만 제외				
dgrade1&2	-0.01 (0.015)	0.017 (0.017)	-0.036*** (0.013)	-0.001 (0.007)
장애 1~2등급				
post14×dgrade1_2	-0.109*** (0.018)	-0.040** (0.018)	0.031** (0.015)	0.037*** (0.010)
Obs	11,614	8,089	11,614	11,614

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄
자료: 저자 작성

아울러 동 정책은 65세 미만을 타겟으로 하고 있기 때문에 65세 이상에서는 정책 효과가 나타나지 않아야 할 것이다. 따라서 <표 III-10>에서 동일한 DID 모형을 65세 이상에 한정하여 재추정한 결과, 65세 이상 그룹에서는 통계적으로 유의한 정책 효과가 나타나지 않음을 확인하였다.

〈표 III-10〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과[모형 1]: 65세 이상

PANEL1 (65세 이상)	건강검진	정기적 의료이용	미충족으로 발생	미충족으로 발생 (돌봄부족)
장애 1~2등급	-0.121*** (0.018)	0.005 (0.014)	-0.006 (0.015)	-0.033*** (0.011)
장애 3등급	-0.048*** (0.015)	0.013 (0.010)	0.01 (0.013)	-0.011 (0.010)
post14×장애 1, 2등급	-0.015 (0.024)	-0.013 (0.015)	0.015 (0.020)	0.008 (0.014)
post17×장애 3등급	-0.026 (0.026)	-0.015 (0.014)	-0.016 (0.023)	0.005 (0.016)
Obs	10,806	8,564	10,806	10,806

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄
자료: 저자 작성

2) [모형 2]: PAS 경험 여부 기준

두 번째 모형에서는 샘플을 장애인 활동지원서비스 수급 자격을 갖춘 사람들(6세 이상 65세 미만, 장애 1~2 등급)로 한정하고, PAS 이용 경험이 있는 사람을 처치그룹, 이용 경험이 없는 사람을 통제그룹으로 구분하였다. 2008~2017년 총 샘플 수 2만 5,764개 중 연령 조건에 의해 약 43%의 노인인구가 탈락되면서 가용가능한 샘플 수는 1만 4,847개로 줄어든다. 이 중 정책 수급 대상 장애등급인 1, 2등급만 한정하면 가용한 관측치는 4,470개로 감소한다. 이 중 장애인 활동지원제도 이용 경험이 있는 사람들의 비중은 10~18%로 실제 서비스 이용자 비율인 21~27% 수준보다 10%p 가량 낮다. 따라서 장애인 실태조사에서 PAS 이용자 그룹이 과소샘플링된 것을 확인하였다.

〈표 III-11〉 분석 대상 수

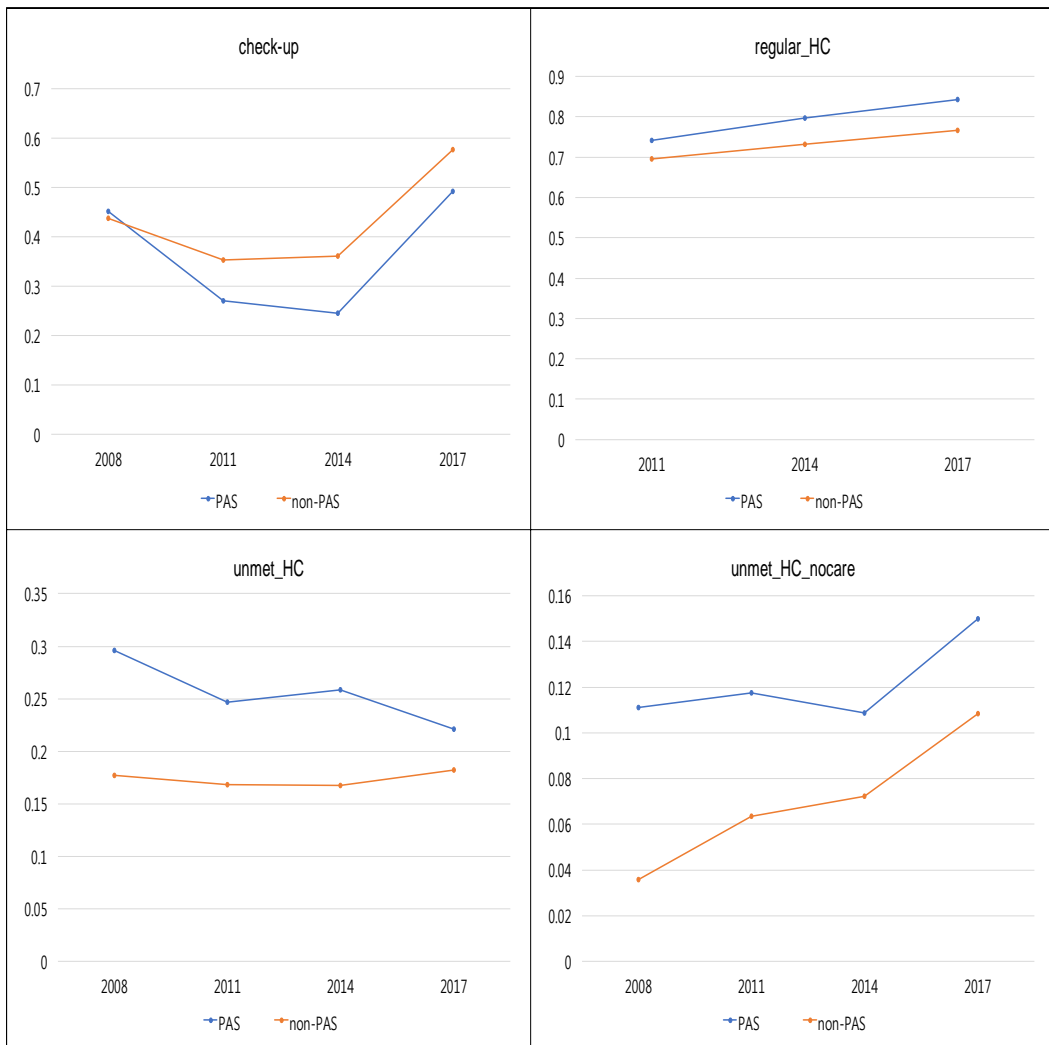
(단위: 명, %)

연도	전체 샘플	6≤연령<65	6≤연령<65		6≤연령<65	
			1, 2등급	PAS 경험자	1-3등급	PAS 경험자
2008	6,996	4,696	1,952	135(6.9%)	3,123	146(4.7%)
2011	5,834	3,471	857	85(9.9%)	1,512	88(5.8%)
2014	6,537	3,527	894	147(16.4%)	1,615	155(9.6%)
2017	6,397	3,153	767	140(18.3%)	1,453	155(10.7%)
계	25,764	14,847	4,470	507(11.3%)	7,703	544(7.1%)

자료: 저자 작성

다음으로 2008년부터 2017년까지 처치그룹(PAS 경험자)과 통제그룹(PAS 비경험자)의 건강검진 여부, 정기적 의료이용 여부, 미충족의료 발생 여부, 돌봄 부족으로 인한 미충족의료 발생 여부를 그래프로 비교하여 보았다. 2011년과 2013년 정책 확대의 효과가 2014년 자료에서 관측된다고 보면, 정책 도입 이전과 이후 추세 변화가 뚜렷하게 나타나지는 않는다.

[그림 III-2] PAS 경험 여부에 따른 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이



자료: 저자 작성

〈표 III-12〉에서 제시한 실증분석 결과를 살펴보면, PAS 이용 경험자는 전체적인 미충족의료 발생 및 돌봄 부족으로 인한 미충족의료 발생확률이 더 높지만, 2011년 및 2013년 정책 확대로 인해 의료이용 패턴이 변하거나 미충족의료 발생확률이 낮아지는 않았다.

〈표 III-12〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과[모형 2]: 6~64세, 장애 1~2등급

구분	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
PAS 경험	0.036 (0.033)	0.081* (0.044)	0.066** (0.031)	0.050** (0.022)
post14×PAS 경험	-0.061 (0.044)	-0.038 (0.048)	-0.033 (0.041)	-0.021 (0.030)
연령	0.002*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	0 (0.001)	0 (0.000)
여성	0.013 (0.015)	-0.029** (0.014)	0.024** (0.012)	0.014* (0.008)
유배우자	0.170*** (0.022)	0.001 (0.018)	0.003 (0.018)	0.005 (0.012)
만성질환 유	0.073*** (0.017)	0.529*** (0.020)	0.022 (0.014)	0.006 (0.010)
주관적 건강상태 좋음	0.037** (0.017)	-0.045*** (0.016)	-0.093*** (0.014)	-0.022** (0.009)
ADL 도움 필요	-0.044*** (0.017)	0.013 (0.018)	0.052*** (0.014)	0.028*** (0.009)
IADL 도움 필요	-0.019 (0.022)	-0.02 (0.021)	0.027 (0.017)	0.012 (0.010)
독거	0.190*** (0.028)	0.03 (0.025)	-0.036 (0.023)	0 (0.015)
고졸 이상	-0.094*** (0.014)	-0.058*** (0.014)	-0.005 (0.012)	-0.001 (0.008)
현재 일하고 있음	0.072*** (0.020)	-0.060*** (0.019)	0.015 (0.016)	0.003 (0.010)
ln(가구소득)	0 (0.010)	0.047*** (0.011)	-0.022*** (0.008)	0.009** (0.004)
자가주택 소유	-0.005 (0.016)	0.001 (0.016)	-0.049*** (0.014)	-0.002 (0.009)
의료급여	-0.029 (0.018)	0.034** (0.017)	-0.028* (0.016)	0.009 (0.010)
장애유형(신체장애)	0.013 (0.022)	-0.040* (0.022)	0.062*** (0.019)	0.026** (0.012)
장애유형(내부장기)	-0.083*** (0.027)	0.064*** (0.021)	0.004 (0.022)	-0.007 (0.012)

〈표 III-12〉의 계속

구분	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
장애보조기구	-0.008 (0.020)	0.072*** (0.018)	0.005 (0.017)	0 (0.011)
장애기간	0.001 (0.001)	-0.005*** (0.001)	0.002 (0.001)	0.001 (0.001)
Constant	0.275*** (0.067)	0.379*** (0.070)	0.328*** (0.058)	-0.044 (0.034)
Obs	4,470	2,518	4,470	4,470
Adj. R2	0.111	0.415	0.043	0.026
year FE	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES
F test	19.95	53.58	6.56	5.53
Prob > F	0	0	0	0

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

이는 〈표 III-13〉과 같이 통제그룹을 장애 3등급까지 확대하거나, 세 가지 장애 유형별(신체, 정신, 내부장기 장애)로 구분하여 재추정하였을 때도 통계적으로 유의한 정책 효과가 나타나지 않았다.

〈표 III-13〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 2]: 장애유형별)

6~64세, 장애 1~3등급 전체	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
PAS	0.037 (0.032)	0.088** (0.042)	0.070** (0.030)	0.011 (0.023)
post14×PAS	-0.047 (0.041)	-0.04 (0.045)	-0.025 (0.039)	-0.02 (0.027)
Obs	7,703	4,580	7,703	7,703
6~64세, 장애 1~2등급, 신체장애				
PAS	0 (0.043)	0.019 (0.051)	0.068 (0.043)	-0.019 (0.030)
post14×PAS	-0.019 (0.057)	-0.028 (0.057)	-0.011 (0.055)	0.005 (0.037)
Obs	3,482	2,373	3,482	3,482
6~64세, 장애 1~2등급, 정신장애				
PAS	0.068 (0.048)	0.211*** (0.070)	0.07 (0.044)	0.053 (0.035)
post14×PAS	-0.025 (0.060)	-0.112 (0.076)	-0.055 (0.056)	-0.058 (0.041)
Obs	2,911	1,823	2,911	2,911

〈표 III-13〉의 계속

6~64세, 장애 1~2등급, 내부장기	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
PAS	0.131 (0.119)	0.116 (0.119)	-0.037 (0.099)	0.079 (0.081)
post14×PAS	-0.369* (0.222)	-0.139 (0.162)	-0.03 (0.150)	0.099 (0.174)
Obs	1,310	1,180	1,310	1,310

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄
 자료: 저자 작성

3) [모형 3]: PAS 인정점수 기준

마지막 이중차분모형에서는 장애인 활동지원서비스 인정조사 점수를 계산하여 처치그룹(PAS_eligible)은 6~64세, 장애 1~2등급이면서 인정점수가 220점이상인 사람으로 정의하고, 통제그룹은 6~64세, 장애 1~2등급이면서 인정점수 220점 미만인 사람으로 정의하였다. 2011년과 2014년 2개년도 자료를 사용하였기 때문에, 2014년을 정책 이후 변수(POST14)로 정의하고, POST14×PAS_eligible 계수값(b3)이 정책 효과를 의미하게 된다.

2014년 기준 장애인 활동지원제도 수급 조건인 6~64세, 장애 1, 2등급 중에서 인정점수가 220점 이상으로 처치그룹에 속하는 사람의 비중은 16~25% 정도이다. 이는 모집단에서 활동지원서비스 사용자 비중인 21~27%보다 약 2~5%p 정도 낮은 수준이다. 주의할 점은 장애인 활동지원제도의 수혜대상 연령 및 장애등급 조건을 만족시키는 경우, 즉 만 6~64세이면서 장애등급 1, 2등급으로 한정하면 연간 샘플 수가 1천개 미만으로 대폭 감소하게 된다. 표본 수 감소로 인한 검증의 불안정성을 보완하고자 장애등급 3등급까지 통제그룹에 포함시켜서도 추가 분석을 시행해 보았다.

〈표 III-14〉 분석 대상 수

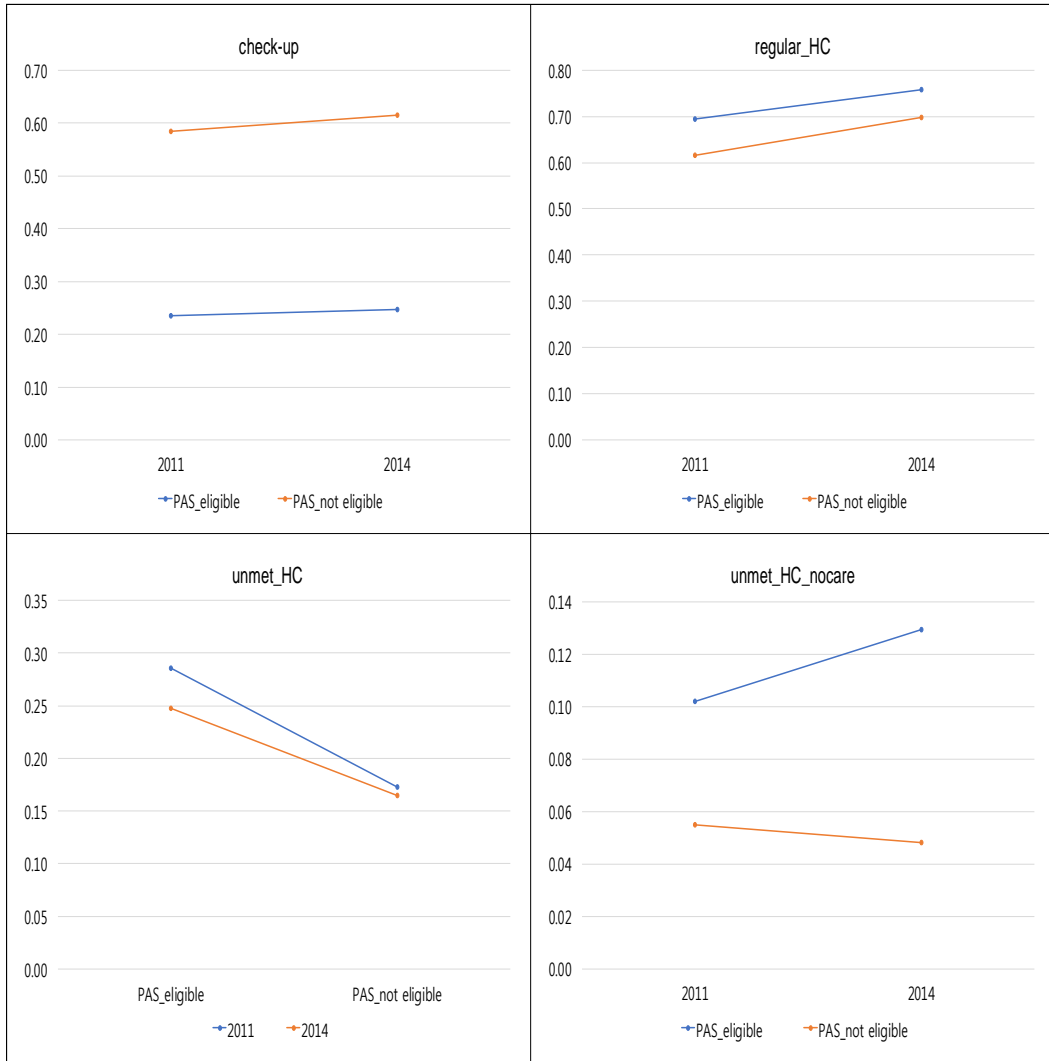
(단위: 명, %)

연도	전체 샘플	6≤연령<65	6≤연령<65		6≤연령<65	
			1, 2등급	PAS.elig≥220점	1~3등급	PAS.elig≥220점
2011	5,834	3,471	857	135(16%)	1,512	135(9%)
2014	6,537	3,527	894	219(25%)	1,615	219(14%)
계	12,371	6,998	1,751	354	3,127	354

자료: 저자 작성

[그림 III-3]에서는 PAS 수혜그룹과 비수혜그룹 간 의료서비스 이용과 미충족의료 발생확률 추이를 그래프로 살펴보았다. 2011년과 2014년 자료만 이용 가능하므로 정책 이전 동일한 추세를 갖는지 여부를 확인하기는 어려웠다.

[그림 III-3] PAS 수혜그룹과 비수혜그룹의 의료서비스 이용 및 미충족의료 발생 추이



자료: 저자 작성

<표 III-15>에서 제시한 이중차분모형의 분석 결과, 2014년 정책 시행 이전과 이후 처치그룹과 통제그룹 사이에 의료이용 행태나 미충족의료 발생률에 있어 통계

적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 이는 통제그룹을 장애 3등급까지 확대 적용하거나 장애유형별로 재추정해도 동일하게 나타났다.

〈표 III-15〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 3]: 6~64세, 장애 1~2등급)

구분	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
post14	0.008 (0.022)	0.021 (0.019)	0.013 (0.020)	-0.005 (0.014)
PAS_Eligible	-0.070* (0.036)	-0.038 (0.037)	0.074* (0.044)	0.021 (0.031)
post14×PAS_Eligible	-0.018 (0.044)	0.037 (0.043)	-0.027 (0.052)	0.036 (0.037)
연령	0.011*** (0.001)	-0.003*** (0.001)	-0.001 (0.001)	0 (0.001)
여성	-0.01 (0.019)	-0.036** (0.017)	0.015 (0.019)	0.003 (0.013)
유배우자	0.165*** (0.032)	-0.002 (0.022)	0.079*** (0.028)	0.033 (0.021)
만성질환	0.068*** (0.021)	0.529*** (0.024)	-0.005 (0.023)	-0.009 (0.016)
주관적 건강상태 좋음	0.03 (0.022)	-0.03 (0.021)	-0.101*** (0.022)	-0.016 (0.014)
ADL 도움 필요	0.006 (0.024)	0.032 (0.023)	0.060*** (0.023)	0.021 (0.016)
IADL 도움 필요	-0.037 (0.032)	-0.024 (0.025)	0.028 (0.027)	0.044** (0.018)
독거	0.072 (0.045)	0.031 (0.032)	0.042 (0.040)	0.082** (0.032)
고졸 이상	-0.068*** (0.019)	-0.050*** (0.017)	-0.029 (0.019)	-0.018 (0.013)
현재 일하고 있음	0.051* (0.027)	-0.061*** (0.023)	0.03 (0.025)	0.005 (0.016)
ln(가구소득)	0.022 (0.013)	0.043*** (0.013)	-0.036** (0.016)	0.011 (0.008)
자가주택 소유	-0.008 (0.021)	0.017 (0.019)	-0.032 (0.021)	0.02 (0.014)
의료급여	0.027 (0.025)	0.059*** (0.021)	-0.014 (0.024)	0.007 (0.016)
장애유형(신체장애)	0.075** (0.029)	-0.039 (0.028)	0.018 (0.030)	0.022 (0.020)
장애유형(내부장기)	0.108** (0.045)	0.078*** (0.026)	-0.031 (0.038)	0.02 (0.024)
장애보조기구	-0.013 (0.028)	0.070*** (0.023)	0.006 (0.027)	-0.006 (0.018)

〈표 III-15〉의 계속

구분	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
장애기간	0.001 (0.002)	-0.006*** (0.001)	0.002 (0.001)	0 (0.001)
Constant	-0.354*** (0.087)	0.380*** (0.085)	0.389*** (0.104)	-0.072 (0.060)
Obs	1,751	1,751	1,751	1,751
Adj. R2	0.338	0.412	0.051	0.017
region FE	YES	YES	YES	YES
F test	40.29	42.14	3.47	1.68
Prob > F	0	0	0	0.01

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

〈표 III-16〉 장애인 활동지원제도 확대의 효과([모형 3]: 장애유형별)

6~64세, 장애 1~3등급 전체	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
post14	0.02 (0.016)	0.040*** (0.014)	-0.003 (0.015)	-0.01 (0.009)
PAS_Eligible	-0.058* (0.034)	-0.025 (0.035)	0.057 (0.042)	0.022 (0.029)
post14×PAS_Eligible	-0.04 (0.042)	0.017 (0.041)	-0.007 (0.050)	0.04 (0.035)
Obs	3,127	3,127	3,127	3,127
6~64세, 장애 1~2등급, 신체장애				
post14	0.037 (0.023)	0.035* (0.019)	-0.012 (0.021)	-0.005 (0.017)
PAS_Eligible	-0.121** (0.052)	0.001 (0.043)	0.037 (0.056)	-0.022 (0.040)
post14×PAS_Eligible	-0.001 (0.064)	0.002 (0.051)	0.007 (0.066)	-0.009 (0.046)
Obs	1,707	1,707	1,707	1,707
6~64세, 장애 1~2등급, 정신장애				
post14	-0.001 (0.022)	0.054** (0.023)	0.002 (0.022)	0.01 (0.017)
PAS_Eligible	0.016 (0.035)	-0.057 (0.065)	0.094 (0.067)	0.042 (0.052)
post14×PAS_Eligible	-0.061 (0.042)	0.03 (0.075)	-0.029 (0.080)	-0.058 (0.060)
Obs	1,177	1,177	1,177	1,177

〈표 III-16〉의 계속

6~64세, 장애 1~2등급, 내부장기	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
post14	0.079 (0.068)	-0.013 (0.011)	0.026 (0.053)	0.019 (0.044)
PAS_Eligible	0.074 (0.169)	-0.027 (0.025)	-0.592*** (0.160)	-0.343** (0.140)
post14×PAS_Eligible	-0.551*** (0.205)	0.05 (0.045)	0.372 (0.241)	0.01 (0.096)
Obs	243	243	243	243

주: ***, ** *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄
자료: 저자 작성

4) 소결

지금까지 이중차분모형을 이용하여 장애인 활동지원서비스 수급자격 확대 정책이 의료이용 및 의료접근성에 미치는 영향을 분석하였다. 이상적으로는 정책 확대에 의한 수급자 집단을 처치그룹, 비수급자 집단을 통제그룹으로 구분하여 정책 효과를 측정해야 하지만, 데이터상에서 완벽한 식별이 불가능하여 우리는 차선택으로 활동지원서비스 이용 경험과 인정점수를 계산하여 수급자격을 부여하는 방식 등을 사용하였다. 그럼에도 불구하고, 위에서 제시한 세 가지 방식은 처치그룹에 비수급자를 포함하고, 통제그룹에 수급자를 포함하여 명확한 식별이 어렵다는 한계를 가지고 있다. 따라서 우리는 정책 효과에 하향편의(downward bias)가 있을 것이라 예상하였고, 통계적으로 유의한 정책 효과를 발견하지 못했다.

이러한 결과는 처치그룹과 통제그룹의 식별 문제 이외에 다른 여러 가지 원인을 생각해 볼 수 있는데, 샘플 수가 작은 문제, 장애인 활동지원제도가 돌봄 강화에 실제로 영향을 미치지 못했을 가능성, 초기 장애인 활동지원제도의 특성 등을 생각해 볼 수 있다. 처치그룹의 정확한 식별이나 작은 샘플 수 문제는 해결할 수 있는 방안이 없지만, 장애인 활동지원제도가 지원대상자의 돌봄에 양적, 질적으로 어떠한 영향을 주었는지에 대해서는 확인이 가능하다.

Han and Lee(2021)는 2011~2017년 장애인 실태조사를 가지고 본 연구와 비슷한 방법론을 사용하여 장애인 활동지원서비스 확대가 돌봄에 미치는 영향을 분석하였다. 분석모형에 따라 정책 확대가 미충족돌봄을 줄이는 경우도 있지만 통계적 유의성이 없는 경우도 있어, 장애인 활동지원서비스 확대가 반드시 돌봄의 양을 늘

린다는 강건한 실증적 증거를 제시하지는 못하고 있다. 즉 장애인 활동지원서비스 확대는 가족 등 비공식돌봄을 공적돌봄으로 대체할 뿐 전체적인 돌봄의 양에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않을 수 있다는 가능성을 제시하였다. 동일한 자료와 방법론을 사용하여 분석한 연구 결과가 존재하므로 우리는 장애인 활동지원제도 변화가 돌봄의 양에 미치는 영향에 대한 실증분석을 따로 시행하지는 않겠다. 다만 장애인 활동지원제도가 장애로 인한 추가비용,¹⁸⁾ 특히 돌봄 관련 비용(활동보조인, 가정봉사원, 간병인, 수발자 등 보호·간병비)과 의료비(신장투석비, 재활치료비, 약값 등 장애로 인한 진료비)에 미치는 영향을 살펴보았다. 장애인 활동제도 확대 후 수급자 그룹에서 의료 관련 비용이 증가하였다면, 의료이용량을 늘리고 미충족의료 발생확률이 감소하였음을 간접적으로 유추할 수 있다. 반면 정책 확대로 수급자 그룹의 의료 비용이 감소하였다면, 돌봄 확대로 건강상태 개선 등을 통해 의료이용량이 감소하였음을 미루어 짐작할 수 있다. 한편 수급자 그룹의 돌봄 관련 비용 역시 증가 혹은 감소 모두 가능한데, 예를 들어 기존에 돌봄자가 없었다면 장애인 활동지원서비스 수혜로 인한 본인부담금 발생은 돌봄 관련 비용을 증가시킬 수 있는 반면, 기존에 사적인 외부 돌봄서비스를 이용하고 있었다면 돌봄 관련 추가비용은 감소할 수도 있을 것이기 때문이다.

〈표 III-17〉은 장애인 활동지원제도 확대가 장애로 인한 추가비용(로그값)에 미친 영향을 추정하였다. 첫 번째 패널은 [모형 1]을 추정한 결과이고, 두 번째 패널은 [모형 2], 세 번째 패널은 [모형 3]을 추정한 결과이다. 어떤 모형을 사용해도 장애인 활동지원서비스 확대 정책은 장애로 인한 돌봄 혹은 의료 추가 비용에 통계적으로 유의한 영향을 주지 못했다. [모형 1]에서만 정책 대상 확대가 돌봄으로 인한 추가 비용이 증가한 것으로 나타나고 있는데(20.4%), 이는 공적돌봄 확대로 인한 활동지원제도 이용으로 본인부담 비용 발생을 추측해 볼 수 있는 한편, 사적 돌봄 비용의 증가 가능성도 배제할 수 없다.

18) 교통비, 의료비, 보육·교육비, 보호·간병비, 재활기관 이용료, 통신비, 장애인보조기기 구입·유지비, 부모 사후 및 노후대비비, 기타 등 총 9개 항목으로 구성

〈표 III-17〉 장애인 활동지원제도가 장애로 인한 추가 비용에 미친 영향(DID 분석 결과)

로그값	[모형 1] 6~64세			[모형 2] 6~64세, 장애 1~2등급		
	총 추가비용	추가비용 (돌봄관련)	추가비용 (의료관련)	추가비용	추가비용 (돌봄관련)	추가비용 (의료관련)
처치그룹	0.469*** (0.049)	0.162*** (0.026)	0.025 (0.052)	0.560*** (0.119)	1.478*** (0.136)	-0.028 (0.147)
post14×처치그룹	-0.018 (0.069)	0.204*** (0.046)	0.089 (0.069)	0.148 (0.149)	0.076 (0.182)	0.008 (0.186)
TREAT	장애 1~2등급			PAS 경험 여부		
Obs.	13,880	13,880	13,879	4,145	4,145	4,144
Adj. R2	0.297	0.099	0.321	0.299	0.209	0.34
X's	YES	YES	YES	YES	YES	YES
year FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES
F test	190.64	13.21	209.56	55.51	16.94	76.35
Prob > F	0	0	0	0	0	0
	[모형 3] 6~64세, 장애 1~2등급					
POST14	0.037 (0.100)	-0.069 (0.058)	-0.018 (0.097)			
PAS_eligible	0.705*** (0.181)	1.052*** (0.213)	0.406** (0.204)			
POST14× PAS_eligible	-0.288 (0.215)	-0.193 (0.250)	-0.008 (0.245)			
Obs.	1,751	1,751	1,751			
Adj. R2	0.327	0.172	0.347			
X's	YES	YES	YES			
region FE	YES	YES	YES			
F test	32.24	6.64	36.53			
Prob > F	0	0	0			

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

마지막으로 실증적으로 추정해 볼 수는 없으나, 장애인 활동지원서비스 제도의 발전 과정에서 제도 초기의 특징을 고려해야 한다는 전문가들의 의견도 조심스럽게 제시해 본다.¹⁹⁾ 활동지원 제도가 도입된 초기에는 중증의 지체장애 중심의 서비스

19) 한국보건사회연구원 김성희 장애인정책연구센터장과 전문가 간담회 실시

로 시행이 되었고, 급여 유형도 가사지원서비스에 집중되었기 때문에 장애인의 이동성이나 자립생활 개선에 큰 영향을 주지 못했을 가능성이 있다. 장애통계연보가 제시하는 모집단 통계에서는 장애인 활동지원제도 수급자 중 지체장애가 10%에 불과하지만, 본 연구에서 사용한 장애인 실태조사 자료에서는 수급자 중 지체장애가 40%로 과잉추출되어 있기에 급여 내용 역시 이동성보다는 가사도움에 더 포커스가 맞추어졌을 가능성이 존재한다. 특히나 최중증장애인의 경우에는 건강상태의 개선보다는 유지에 더 중점을 두는 특징이 있다는 것을 감안하면, 활동지원 급여를 받게 된다고 하더라도 의료이용이나 접근성에는 영향을 주지 못한다는 실증분석 결과가 크게 놀랍지 않을 것이다.

3. 실증분석: 돌봄과 의료의 상관관계 분석

지금까지 분석 결과를 통해 우리는 장애인 활동지원제도가 수급자 그룹의 의료이용 및 미충족의료 발생확률에 통계적으로 유의한 영향을 미친다는 실증적 근거를 발견하지 못했다. 그러나 본 연구는 장애인 활동지원제도가 의료서비스 이용과 접근성에 미치는 효과 분석을 통해 궁극적으로 돌봄과 의료의 상관관계를 보고자 하였던 것이므로, 돌봄 자체를 직접 설명변수로 포함하여 의료이용 및 접근성에 미치는 영향을 분석하기로 한다. 만약 장애인에 대한 돌봄 증가가 건강상태 개선을 통해 의료이용 감소로 이어진다면 돌봄과 의료는 대체관계가 성립할 것이고, 돌봄 증가로 인해 의료접근성이 향상되어 의료이용이 증가한다면 돌봄과 의료는 보완관계가 성립할 것이다. 이때 우리는 돌봄 관련 설명변수로 미충족돌봄 발생 여부를 사용하고, 앞서 사용한 종속변수인 의료이용량(건강검진 수검 여부, 정기적 병의원 이용 여부)과 미충족의료 발생 여부를 종속변수로 사용할 것이다. 이는 social care와 health care의 관계를 보다 직접적으로 조망할 수 있는 근거가 될 수 있을 것으로 기대한다.

장애인 활동지원제도의 효과성을 연구한 문헌은 희소하지만, ADL이나 IADL 같은 일상생활에 있어 돌봄이 충족되지 않으면 장기적으로 건강상태 및 사망률에 부정적인 영향을 미치고, 의료이용이 증가함을 보이는 선행연구는 풍부하다. 일상생

활에서의 미충족돌봄은 외래, 입원, 재입원 등 의료서비스 이용 확률을 높이고(Allen and Mor, 1997; Sands et al., 2006; Xu et al., 2012; DePalma et al., 2013), 응급실 이용 증가(Quail et al., 2011; Hass et al., 2017), 정신적 스트레스와 우울증 위험 증가(Gureje et al., 2006), 시설 이용과 사망률 증가(Gibson and Verma, 2006; He et al., 2015), 탈수, 체중감소, 낙상과 화상 위험 증가(LaPlante et al., 2004; Momtaz et al., 2012) 등 건강과 의료이용에 직접적인 영향을 주는 것으로 나타났다.

우리의 관심 설명변수인 미충족돌봄은 다음 세 가지 질문을 통해 정의된다. 먼저 첫 번째 질문은 일상생활에서 남의 도움이 필요한지 여부를 살펴보고, 모든 일상생활을 혼자서 할 수 있는 ①번을 제외하고 남의 도움이 조금이라도 필요한 ②~⑤번에 한해 도움자가 없거나 도움자가 있더라도 도움의 정도가 충분치 않으면 미충족돌봄이 발생한 것으로 정의하였다. 강건성 테스트에서는 모든 혹은 대부분의 일상생활을 “혼자서 할 수 있다”라고 하는 ①, ②를 제외하고 ③~⑤번에 한해 도움자가 없거나, 있더라도 도움이 충분하지 않은 경우를 미충족돌봄 발생으로 정의하기도 하였다.

〈표 III-18〉 미충족돌봄(unmet care) 변수에 대한 정의

질문	응답	미충족돌봄(UC) 정의
Q1) 일상생활을 하는 데 남의 도움을 어느 정도 받아야 합니까?	① 모든 일상생활을 혼자서 할 수 있다 ② 대부분의 일상생활을 남의 도움없이 혼자 할 수 있다 ③ 일부 남의 도움이 필요하다 ④ 대부분 남의 도움이 필요하다 ⑤ 거의 모든 일에 남의 도움이 필요하다	- ②~⑤로 응답(일상생활에 도움이 조금이라도 필요한 경우 Q2를 질문
Q2) 현재 일상생활을 하는 데 도와주는 사람이 있습니까?	① 예 ② 아니오	- ①을 선택한 경우, UC 확정 - ②를 선택한 경우, Q3을 질문
Q3) 현재 일상생활에서 제공 받고 있는 도움이 어느 정도입니까?	① 매우 충분 ② 충분 ③ 부족 ④ 매우 부족	- ③, ④를 선택한 경우, UC로 정의

자료: 2008년, 2011년, 2014년, 2017년 장애인 실태조사 설문지를 바탕으로 저자 작성

그리고 미충족돌봄이 의료서비스 이용에 미치는 효과가 성별이나 장애등급에 따라 달라질 수 있다고 판단하여, 미충족돌봄과 성별, 미충족돌봄과 장애등급의 교차항을 포함시켜 보았다. 만약 동일한 미충족돌봄이 있다고 하더라도 장애등급이 높

은 경우 미충족의료가 크다면, 중증장애인을 위한 의료 지원을 위해서는 돌봄지원이 필요할 것이다. 즉 중증장애인이 필요한 의료서비스를 제대로 받을 수 있도록 돕기 위해서는, 돌봄에 대한 지원이 선제적으로 필요하다는 것에 합리적 근거를 제공할 수 있다.

먼저 우리는 미충족돌봄 발생 여부가 예방적 의료이용 및 미충족의료에 미치는 영향을 분석하기 위해 다변량 회귀분석 모형(simple OLS)을 추정해 보았다. 설명변수는 미충족의료 발생 여부를 포함했을 뿐, 앞서 분석한 모형들에서 사용한 설명변수를 그대로 사용하였다. 65세 미만과 이상으로 나누어 살펴보았으며 <표 III-19>의 첫 번째 패널은 18~64세 성인 대상, 두 번째 패널은 65세 이상 노인을 대상으로 한 분석 결과를 보여준다. 예상대로 돌봄이 불충분한 경우 건강검진 수검확률 5.3% 감소, 미충족의료 발생확률 8.7% 증가, 특히 돌봄 부재로 인한 미충족의료 발생확률이 3.7% 증가하였다. 종속변수가 정기적 의료이용 여부인 경우, 통계적으로 유의한 정책 효과가 나타나지는 않는다. 미충족의료 발생확률은 경증 장애인보다는 중증장애인에서 더 크게 나타나는 것으로 확인되었다. 돌봄 부재 시 경증장애인의 미충족의료 발생확률이 4.2%라면, 중증장애인은 그보다 6.2% 더 높은 확률로 미충족의료가 발생하였다. 또한 노인 그룹이 성인 그룹에 비해 미충족돌봄이 의료서비스 이용 및 접근성에 미치는 부정적인 영향이 더 크게 나타났다. 노인 그룹에서는 미충족돌봄 발생 시 건강검진 수검률이 8.7% 감소, 미충족의료 발생확률 11.3% 증가, 돌봄 부족으로 인한 미충족의료 발생확률 7.4%가 증가하였다. 돌봄 부재가 의료이용에 부정적인 영향을 미치는 영향 역시 노인 그룹 중에서도 중증장애인에서 더 크게 나타났다.

<표 III-19> 돌봄과 의료의 상관관계(simple OLS)

Panel 1 <18~64세>	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
미충족돌봄	-0.053*** (0.010)	0.016* (0.009)	0.087*** (0.009)	0.037*** (0.007)	-0.027 (0.019)	0.014 (0.016)	0.042** (0.017)	0.008 (0.010)
미충족돌봄× 중증장애	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	-0.035 (0.022)	0.002 (0.019)	0.062*** (0.020)	0.041*** (0.012)
중증장애	-0.055*** (0.010)	-0.012 (0.009)	-0.004 (0.008)	-0.016** (0.007)	0.010** (0.005)	-0.015 (0.010)	-0.011 (0.009)	0.004 (0.005)

〈표 III-19〉의 계속

Panel 1 (18~64세)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
관측치	14,847	10,151	14,847	14,847	14,847	10,151	14,847	14,847
Adj. R2	0.171	0.418	0.052	0.017	0.171	0.418	0.053	0.018
X's	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
year FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
F test	104.19	247.71	21.33	6.79	101.3	240.89	21.07	6.76
Prob > F	0	0	0	0	0	0	0	0

X: 연령, 성별, 배우자유무, 만성질환, 주관적건강상태 보통이상, 독거, 교육수준(고졸이상), 경제활동중, 가구소득, 자가주택 소유, 의료급여 수급자, 장애유형(신체), 장애유형(내부장기), 장애보조기구 소유, 장애기간 포함

Panel 2 (65세 이상)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
미충족돌봄	-0.087*** (0.010)	0.010* (0.006)	0.113*** (0.010)	0.074*** (0.007)	-0.054*** (0.013)	0.020*** (0.007)	0.095*** (0.013)	0.060*** (0.009)
미충족돌봄× 중증장애	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)	-0.079*** (0.021)	-0.025** (0.011)	0.044** (0.019)	0.033** (0.015)
중증장애	-0.120*** (0.010)	0.001 (0.006)	0.016* (0.009)	0.033*** (0.006)	-0.096*** (0.012)	0.01 (0.007)	0.003 (0.010)	0.022*** (0.007)
관측치	10,806	8,564	10,806	10,806	10,806	8,564	10,806	10,806
Adj. R2	0.129	0.39	0.062	0.05	0.13	0.39	0.062	0.05
X's	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
year FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
F test	49.07	56.13	20.74	12.7	47.99	54.59	20.28	12.37
Prob > F	0	0	0	0	0	0	0	0

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄
자료: 저자 작성

마지막으로 주요 설명변수인 미충족돌봄은 내생성이 높을 것으로 판단하여 이를 교정하기 위해 도구변수를 사용한 2 stage least square(2SLS) 모형을 추정하기로 한다. 장애인의 미충족의료를 결정하는 관측되지 않은 요인이 미충족돌봄과도 연관되어 있다면 우리가 얻는 계수는 편의를 갖게 되기 때문이다. 적절한 도구변수

는 다음 두 가지 조건을 충족시켜야 하는데 ① 내생성이 있다고 의심되는 변수인 미충족돌봄과는 상관관계가 있고 ② 종속변수인 의료이용 변수에는 직접적인 영향을 미치지 않아야 한다. 우리가 채택한 도구변수는 장애인 활동지원서비스 이용 경험이 있는지 여부(PAS)와 장애인 활동지원서비스 확대 정책의 효과를 측정했던 POST14와 PAS의 교차항이다. 우리는 앞 절에서 [모형 2]의 분석 결과를 통해 장애인 활동지원서비스 수급자 확대가 의료서비스 이용 및 접근성에 직접적인 영향을 주지 않았음을 확인하였고, Han and Lee(2021)의 분석 결과에 의거하여 설명변수인 미충족돌봄에는 직접적인 영향을 줄 수 있다고 판단하였다

이때 장애인 활동지원서비스 확대 정책의 지원 대상이 만 6~64세, 장애 1~3등급이었기 때문에 우리는 분석대상을 6~64세이면서 장애등급 1, 2, 3등급으로 한정하였다. <표 III-20>에서는 단순 회귀분석과 도구변수를 이용해서 추정한 2SLS 추정량을 비교 제시하고 있다. 이때 장애인 활동지원서비스는 6~64세, 장애 1~3등급을 지원대상으로 하기 때문에 표본이 매우 한정적이므로, 이러한 샘플을 대상으로 하여 추정한 결과를 모집단에 확대 해석하는 것은 주의해야 한다. 분석대상을 장애인 활동지원제도의 지원 기준을 만족시키는 장애 1~3등급으로 한정하면 미충족돌봄이 의료 이용 및 접근성에 미치는 부정적인 영향이 <표 III-19>에서 제시한 결과보다 약간 높게 나타나고 있다. 단순 회귀분석 결과, 예상대로 미충족돌봄의 발생은 건강검진 수검률과 음(-)의 상관관계가 있고, 미충족의료 발생과는 양(+)의 상관관계가 있음을 확인할 수 있다. 돌봄부족으로 인한 미충족의료 발생과도 양(+)의 상관관계를 보인다.

다음으로 미충족돌봄의 내생성을 교정하기 위해 도구변수를 사용하여 2SLS 모형을 추정한 경우, 그 영향이 더 크게 확대되는 효과가 나타났다. 예를 들면, 단순 다변량 회귀분석에서는 미충족돌봄이 있을 때 미충족의료 발생확률이 11% 높지만, 도구변수를 이용하여 추정한 경우 그 계수가 5배 가까이 증가한 56% 가까이 되는 것을 확인하였다. 돌봄 부족에 기인한 미충족의료 역시 단순 회귀분석에서는 4.1% 증가하였으나, 도구변수를 이용한 분석에서는 27.4%로 7배 가까이 증가한 모습을 확인하였다.

〈표 III-20〉 돌봄이 의료에 미치는 영향(IV reg)

6~64세, 1~3등급	simple OLS				IV reg(2SLS)			
	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
미충족돌봄	-0.051*** (0.013)	0.008 (0.011)	0.111*** (0.011)	0.041*** (0.007)	0.171 (0.155)	0.481*** (0.183)	0.555*** (0.151)	0.274*** (0.102)
장애 1등급	-0.036** (0.015)	0.016 (0.016)	-0.023* (0.012)	0.025*** (0.008)	-0.073** (0.030)	-0.089** (0.044)	-0.096*** (0.028)	-0.013 (0.018)
장애 2등급	-0.013 (0.013)	0.013 (0.012)	-0.015 (0.010)	0.008 (0.006)	-0.031* (0.018)	-0.04 (0.025)	-0.051*** (0.016)	-0.011 (0.010)
연령	0.004*** (0.000)	-0.003*** (0.000)	-0.001*** (0.000)	0 (0.000)	0.004*** (0.001)	-0.002*** (0.001)	-0.001* (0.000)	0 (0.000)
여성	0.013 (0.011)	-0.006 (0.011)	0.032*** (0.009)	0.017*** (0.006)	0.008 (0.012)	-0.029* (0.015)	0.022** (0.011)	0.012* (0.007)
유배우자	0.141*** (0.016)	-0.004 (0.013)	0.003 (0.013)	0.005 (0.008)	0.155*** (0.019)	0.026 (0.020)	0.030* (0.017)	0.020* (0.011)
만성질환 유	0.064*** (0.013)	0.553*** (0.015)	0.022** (0.011)	0.009 (0.007)	0.063*** (0.014)	0.554*** (0.016)	0.02 (0.012)	0.008 (0.008)
주관적 건강상태 (보통 이상)	0.016 (0.013)	-0.059*** (0.012)	-0.091*** (0.010)	-0.019*** (0.006)	0.039* (0.021)	-0.007 (0.024)	-0.045** (0.019)	0.005 (0.012)
독거	0.176*** (0.021)	0.01 (0.019)	-0.027 (0.017)	0.003 (0.011)	0.172*** (0.022)	-0.014 (0.024)	-0.033* (0.019)	0 (0.012)
고졸 이상	-0.088*** (0.011)	-0.046*** (0.011)	-0.013 (0.009)	-0.003 (0.006)	-0.082*** (0.012)	-0.034** (0.014)	0 (0.011)	0.003 (0.007)
현재 일하고 있음	0.080*** (0.014)	-0.062*** (0.013)	0.009 (0.011)	0.007 (0.007)	0.100*** (0.020)	-0.009 (0.025)	0.049*** (0.018)	0.028** (0.012)
로그(가구소득)	0.009 (0.008)	0.028*** (0.009)	-0.021*** (0.006)	0.007** (0.003)	0.009 (0.008)	0.032*** (0.011)	-0.020*** (0.007)	0.007* (0.004)
자가주택소유	0.007 (0.012)	0.015 (0.012)	-0.047*** (0.010)	0.004 (0.006)	0.013 (0.013)	0.026* (0.014)	-0.035*** (0.012)	0.01 (0.007)
의료급여	-0.026* (0.014)	0.036*** (0.013)	-0.031*** (0.012)	0.006 (0.007)	-0.021 (0.015)	0.046*** (0.016)	-0.021 (0.014)	0.011 (0.008)
장애유형(신체장애)	0.026 (0.016)	-0.034** (0.016)	0.070*** (0.013)	0.024*** (0.008)	0.031* (0.017)	-0.022 (0.019)	0.081*** (0.015)	0.030*** (0.009)
장애유형(내부장기)	-0.061*** (0.019)	0.061*** (0.014)	0.024 (0.015)	-0.003 (0.008)	-0.027 (0.030)	0.177*** (0.049)	0.091*** (0.028)	0.032* (0.018)
장애보조기구소지	0.001 (0.015)	0.062*** (0.013)	0.008 (0.012)	0.011 (0.007)	-0.018 (0.020)	0.023 (0.022)	-0.031 (0.019)	-0.009 (0.012)
장애기간	0.002** (0.001)	-0.005*** (0.001)	0.001 (0.001)	0.001 (0.001)	0.002** (0.001)	-0.004*** (0.001)	0.002* (0.001)	0.001* (0.001)
Constant	0.136*** (0.050)	0.462*** (0.058)	0.388*** (0.042)	-0.021 (0.023)	0.068 (0.071)	0.182* (0.106)	0.253*** (0.065)	-0.092** (0.040)

〈표 III-20〉의 계속

6~64세, 1~3등급	simple OLS				IV reg(2SLS)			
	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
관측치	7,703	4,580	7,703	7,703	7,703	4,580	7,703	7,703
year FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
F test	35.88	103.11	11.71	5.43	33.6	68.94	7.48	4.24
Prob > F	0	0	0	0	0	0	0	0
① 내생성	Robust score chi(1) & p-value				2.18 (p=0.14)	8.10 (p=0.00)	10.26 (p=0.00)	5.70 (p=0.02)
② weak IV	1st stage F value & Prob>F				F=20.66 & Prob>F (0.00)			
③ IV validity	score chi2(1)				0.67 (p=0.41)	1.10 (p=0.29)	0.24 (p=0.63)	0.60 (p=0.44)

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

다만 의료이용과 관련한 변수에 있어서 단순 회귀분석과 도구변수를 이용한 IV regression의 분석 결과에 차이가 있는데, 내생성을 통제한 경우 미충족돌봄 발생 여부가 건강검진 수검 여부에는 통계적으로 유의한 영향이 없는 데 반해, 정기적 의료이용 여부는 미충족돌봄 발생 시 더욱 증가하는 것으로 나타나 예상과 반대되는 결과가 도출되었다. 이는 추후 강건성 테스트 등을 통해 내용의 확인이 필요하다.

〈표 III-20〉의 하단에는 설명변수의 내생성 여부와 도구변수가 조건에 부합하는지 여부를 테스트한 결과를 제시하고 있다. 미충족돌봄 변수의 외생성은 Durbin-Wu-Hausman 테스트를 시행하여 검증하였는데, 귀무가설은 미충족돌봄 변수가 외생적이라고 설정하고 테스트 결과의 p값이 0.10보다 작으면 귀무가설을 기각하게 된다. 우리는 건강검진 수검 여부를 제외한 추정식에서 미충족돌봄 변수에 내생성이 있음을 확인하였다. 두 번째로는 도구변수와 미충족돌봄 간에 상관관계가 충분하지, 즉 weak IV 여부를 판단하기 위해 1단계(1st stage) 분석 결과와 관련 통계량을 제시한다. 도구변수로 포함하였던 장애인 활동지원서비스 경험 여부(PAS)는 통계적으로 유의미한 미충족돌봄과 양(+의 상관관계를 가지며, PAS와 POST14의 교차항은 음(-)의 상관관계를 갖는다.

〈표 III-21〉 2SLS의 1단계 분석 결과

구분	UNMET CARE
PAS	0.19 (0.03)***
POST14×PAS	-0.09 (0.04)**
다른 설명변수	0
연도 더미	0
지역 더미	0
관측치	7,703
Adj. R2	0.12

주: ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

자료: 저자 작성

1단계 분석에 포함된 두 도구 변수들(excluded variables)의 통계적 유의성에 대한 F 테스트 결과 F값은 20.66으로 10 이상이 되고, p-value가 0.10보다 작다. 따라서 도구변수의 첫 번째 조건인 미충족돌봄과 도구변수 간에 통계적으로 유의한 상관관계가 있음을 만족시킨다. 마지막으로 우리의 도구변수는 추정식의 오차항과 상관관계를 갖지 않는지 적합성 여부를 판단하기 위해 overidentifying test를 시행하였다. Sargan score chi-square 테스트 결과 p값이 0.10 이상이어서 귀무가설을 기각시킬 수 없었다. 이는 우리가 채택한 도구변수는 추정식의 오차항과 직접적인 상관관계가 없음을 의미한다. 이렇게 검정 통계들을 사용하여 도구변수의 적정성을 테스트하였지만, 사용한 도구변수가 최선인가, 가장 적합한가에 대해서는 검증할 수 없다는 한계가 있다.

마지막으로 결과의 강건성을 테스트하기 위해 주된 설명변수인 미충족돌봄을 보다 보수적으로 정의(모든 혹은 대부분의 일상생활을 혼자 할 수 있으면 미충족돌봄에서 제외)하여 분석을 재시행해 보았다. 〈표 III-22〉에서 제시하는 분석 결과는 상기 메인 분석 결과인 〈표 III-20〉과 크게 다르지 않음을 확인할 수 있다.

〈표 III-22〉 돌봄이 의료에 미치는 영향(미충족돌봄 변수 재정의)

6~64세, 1~3등급	simple OLS				IV reg(2SLS)			
	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)	건강검진	정기적 의료이용	미충족의료 발생	미충족의료 발생 (돌봄부족)
미충족돌봄 2	-0.068*** (0.014)	0.013 (0.012)	0.132*** (0.012)	0.050*** (0.008)	0.114 (0.122)	0.405*** (0.139)	0.444*** (0.115)	0.227*** (0.081)
관측치	7,703	4,580	7,703	7,703	7,703	4,580	7,703	7,703
X's	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
year FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
region FE	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES	YES
F test	36.23	103.15	12.13	5.47	34.38	81.02	8.41	4.52
Prob > F	0	0	0	0	0	0	0	0

주: 1. X: 연령, 성별, 장애 1등급, 장애 2등급, 배우자유무, 만성질환, 주관적건강상태 보통이상, 독거, 교육수준(고졸 이상), 경제활동 중, 가구소득, 자가주택 소유, 의료급여 수급자, 장애유형(신체), 장애유형(내부장기), 장애보조기구 소유, 장애기간 포함

2. ***, **, *는 각각 1%, 5%, 10% 수준에서 통계적 유의성을 나타냄

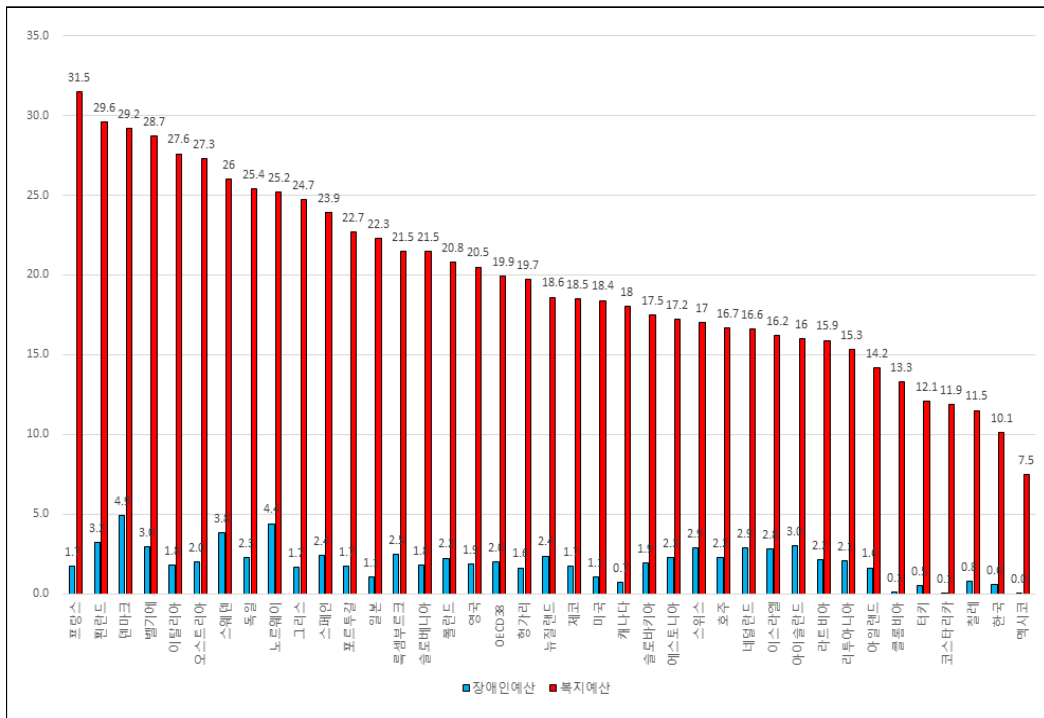
자료: 저자 작성

IV. 결론 및 정책적 시사점

한국의 장애인구는 2001년 총인구의 2.4%에서 2020년 5.1%로 약 두 배 가량 증가해 왔다. 그러나 고령화, 평균수명 연장 등으로 노령인구뿐만 아니라 장애인구도 크게 증가할 것으로 예상된다. 따라서 현재 한국은 전체 복지지출(노인, 장애인, 보건, 가족, 실업 등)과 더불어 장애인 관련 복지지출이 매우 낮은 수준이지만(GDP 대비 0.6%로 OECD 평균인 2%의 3분의 1 수준에 불과) 향후 장애인 복지지출에 대한 수요가 증가할 것으로 예상된다.

[그림 IV-1] GDP 대비 복지예산과 장애인 예산의 국제 비교(2017년 기준)

(단위: %)



자료: OECD SOCX 자료(https://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=SOCX_AGG, 다운로드일자: 2022. 1. 30.)를 바탕으로 저자 작성

현재 장애인 관련 복지지출의 80% 이상이 장애인연금, 장애인 거주시설 지원, 장애인 활동지원서비스에 투입되고 있다. 우리는 본문에서 장애인에 대한 재정지원 제도를 간략히 정리하고 그중 단위사업으로서 최대 사업규모인 장애인 활동지원제도 수급 대상 확대 정책의 효과를 실증적으로 분석하였다. 장애인 활동지원제도는 장애인의 자립적인 일상생활과 사회생활을 지원하기 위해 활동보조인을 고용할 수 있도록 바우처를 제공하는 재정지원 프로그램으로서 2011년, 2013년, 2015년 세 차례에 걸쳐 수급 대상을 확대하였다. 2011년에는 본 사업으로 전환되면서 만 6~64세, 장애 1등급 전체가 수급 대상이 되었고, 2013년에는 장애 2등급, 2015년에는 장애 3등급까지 수급 대상이 확대되었다. 우리는 장애인 활동지원서비스와 같은 공적돌봄지원이 강화되면 장애인의 이동성 증가, 건강상태 개선 등으로 의료이용 행태에 변화가 있을 것으로 예상하였다. 예를 들면, 외출에 대한 보조가 가능해지므로 의료접근성이 개선되고, 의료이용이 증가할 수 있을 것이다. 반면 ADL/IADL에 대한 돌봄 부족이 건강상태 악화, 사망률 또한 높일 수 있다는 선행연구들은 이미 잘 확립되어 있기에(He et al., 2015; Blazer et al., 2005; Alonso et al., 1997), 장애인의 ADL/IADL을 보조하는 공적돌봄서비스(활동지원제도) 확대가 건강상태 개선을 통해 의료이용량을 감소시킬 여지도 있다고 판단하였다.

본 연구에서는 「장애인 실태조사」 2008년, 2011년, 2014년, 2017년 4개년도 자료를 사용하여 장애인 활동지원서비스 확대 효과를 이중차분모형을 사용하여 추정하였다. 이상적으로는 정책으로 인해 지원을 받게 된 사람이 처치그룹(수급자 그룹), 정책 변화에 아무런 변동이 없는 사람이 통제그룹(비수급자 그룹)으로 분류되어야 하나, 데이터의 한계로 인해 처치그룹과 통제그룹을 명확히 식별할 수 없었다. 따라서 우리는 다음 세 가지 방법으로 처치그룹과 통제그룹을 분류하였는데, 첫 번째는 제도 확대 기준인 장애등급을 기준으로 분류하는 방법(장애 1, 2등급이 처치그룹, 3등급 이상이 통제그룹), 두 번째는 장애인 활동지원제도 경험 여부를 가지고 분류하는 방법(PAS 경험자가 처치그룹, 비경험자가 통제그룹), 세 번째는 장애인 활동지원제도 인정점수를 기준으로 분류하는 방법(PAS 인정점수 220점 이상이 처치그룹, 220점 미만이 통제그룹)이다. 그러나 안타깝게도 세 가지 방법 모두 처치그룹에 비수급자가 포함되고 통제그룹에 수급자가 포함되어 두 그룹의 명확한 식별이 불가능하다는 것은 본 연구의 한계이다.

분석 결과, 장애인 대상 공적돌봄 확대 정책이 의료이용에 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 공적돌봄 확대가 의료접근성을 개선하여 의료이용을 증가시키는 효과와 방문간호 이용, 건강상태 개선 등으로 의료이용을 감소시키는 효과가 서로 상쇄한 결과로 해석할 수 있다. 즉 돌봄과 의료의 상호 대체적이면서도 상호 보완적인 관계가 동시에 작용할 수 있기 때문이다. 그러나 한편 처치그룹과 통제그룹의 오염으로 인해 어느 한쪽의 효과도 명확히 추정하기 어렵기에 나타난 결과일 수도 있다. 그뿐만 아니라 작은 샘플 수, 초기 제도의 특징 등을 감안하였을 때 정책의 의료에 미치는 효과가 아예 없다고 단정짓기는 어렵다. 장애인 활동지원 제도 초기에는 중증 지체 장애인들의 가사지원서비스가 주된 급여 내용이었기 때문에 의료에까지 영향을 주기 어려웠을 가능성이 존재한다. 그러나 점차 장애인에 대한 인식과 관심이 높아지고, 장애인의 복지수요도 다양화되고 있으며 최근에 와서 건강 및 의료보장에 대한 욕구가 증가하는 모습을 보이고 있다(김성희 외, 2017). 2017년 12월 30일부터 「장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」이 시행되어, 장애인의 건강증진 및 질병 예방을 위한 건강검진 사업 시행을 규정하고 장애인이 진료, 재활 등을 위해 의료기관 방문 시 이동 편의 제공, 방문진료, 건강주치의 사업(만성질환 등 건강상태 관리)도 포함하고 있다(박진우, 2021). 따라서 2019년 장애등급제도 폐지, 2021년 65세 이상에 대해 노인 장기요양과 활동지원서비스 중복 급여 허용으로 인해 활동지원서비스 수급 대상자가 확대된 정책들은 장애인의 의료이용 행태에 영향을 줄 수도 있을 것이다. 최근에 시행된 장애인 공적돌봄에 대한 추가적인 정책 확대가 의료에 미치는 영향에 대한 후속 연구가 요구된다.

이어서 본 연구는 장애인의 돌봄과 의료의 상관관계를 분석하기 위해 미충족돌봄 자체를 설명변수로 포함하여 돌봄의 충분성이 의료에 미치는 직접적인 영향을 추정하였다. 예상하였듯이 ADL/IADL과 같은 기본 일상생활에 대한 돌봄이 불충분한 경우, 예방적 차원의 의료서비스인 건강검진 수검 확률은 감소하고 미충족의료 경험 확률은 증가하는 모습을 보인다. 미충족돌봄 변수의 내생성을 통제하기 위해 도구변수(PAS 경험 여부, $PAS \times POST14$)를 사용하여 2SLS를 추정한 결과 역시 질적으로 같은 결과를 보여주고 있다. 이러한 분석 결과는 장애인의 일상생활에 대한 돌봄 부족 시 필요한 의료이용을 저해할 수 있으며, 이는 장기적으로 장애인의 건

강과 의료비 지출에 부정적인 영향을 미칠 수 있음을 시사한다. 따라서 장애인의 건강한 자립생활, 일상생활을 지원할 수 있도록 충분한 돌봄 제공이 필요하며, 이는 장애유형, 돌봄의 환경 등 다양한 측면을 고려하여 장애인의 수요에 맞게 설계되어야 할 것이다. 또한 본 연구에서는 돌봄의 양적 확대 정책의 효과성만 살펴보았지만, 장애인돌봄의 질적 강화 역시 늘 보완이 필요한 영역으로 거론되고 있다. 수급 자격을 얻었음에도 불구하고 활동지원 인력의 부족으로 매칭이 어려운 상황이 발생하거나 선택권이 제한되는 문제들이 발생하여 양질의 활동지원 인력 확보가 중요하다라는 의견이 주를 이루고 있다(최용길·김유정, 2019; 박주연, 2013).

향후 고령화가 심화되고, 기능적 장애를 경험하는 인구 집단이 증가하면서 돌봄과 의료서비스에 대한 수요 및 재정 지출이 더욱 증가할 것으로 예상된다(최인덕 외, 2017). 지속가능한 정책을 시행하기 위해서는 근거에 기반한 정책 연구들이 기반이 되어야 하며 이를 위해서는 풍부한 정보를 제공하는 데이터 개발 및 축적이 필수적이다. 국내 자료들 중에서 장애 여부를 선별하면서 돌봄과 의료 관련 변수가 제공되는 자료로 한국의료패널, 한국복지패널, 고령자패널 등 여러 가지가 있지만, 장애인만을 대상으로 조사한 자료가 아니다보니 장애인 샘플 수가 매우 적다는 문제가 있다. 반면 국민건강보험공단 자료는 의료 관련 변수는 풍부하고, 장애 여부도 식별하고 있지만 장애등급 정보 및 활동지원 급여 수급 여부와 같은 주요 변수들이 제공되지 않는다는 한계가 있다. 따라서 현 시점에서는 전국 단위에서 장애인만을 대상으로 하여 다양한 항목을 조사한 장애인 실태조사가 장애인 관련 정책 분석을 위해 최선의 자료임에도 불구하고, 장애인 활동지원제도가 자립 생활을 어떤 방식으로 돕는지, 돌봄시간이나 돌봄방식, 돌봄자, 돌봄의 비용, 의료이용과 의료비 지출 등 돌봄과 의료에 대한 상세한 정보가 제공되지 않는다는 아쉬움이 있다. 또한 장애인 실태조사는 한 개인을 시간에 따라 추적 관찰하는 패널 자료가 아닌 repeated cross-section 자료이기 때문에 정책의 효과성을 정교하게 분석하기가 쉽지 않다. 따라서 장애인 활동지원제도와 같이 상당한 예산이 투입되는 사업의 효과성을 제대로 추정하고, 과학적인 근거들을 산출하기 위해서는 보다 장애인의 돌봄과 의료 관련 풍부한 내용을 포괄하는 패널데이터 구축이 시급한 과제이다.

마지막으로 정부가 추진하고 있는 노인과 장애인 대상 지역사회 통합돌봄(커뮤니티 케어) 정책 방향 등을 고려할 때, 돌봄에 대한 정부지원 확대는 증가할 것으로

보이며 이는 의료에 대한 재정지출 절감이라는 효과로 이어지기를 기대할 것이다. 개인의 건강상태를 개선하고, 보다 합리적인 재정지출을 도모하기 위해서 social care와 health care에 조화로운 재정 투자와 전략을 모색해야 하는 시점이다. 또한 향후 고령화가 심화되고, 노인과 장애인 인구가 계속 증가할 것을 고려하였을 때, 돌봄과 의료의 상호 관계를 규명하는 실증연구에 대한 수요는 그 어느 때보다 높다고 할 수 있겠다. 본 연구를 시작으로 지금까지 주목을 받지 않았던 장애인 그룹에 대한 연구, 돌봄과 의료를 연계하는 연구가 더욱 활성화되기를 기대해본다.

참고문헌

- 강민희·김경란, 「장애인활동보조서비스 추가지원 제도의 활성화방안에 관한 연구」, 『지체·중복·건강장애연구』, 제56권 제2호, 2013, pp. 21~48.
- 국회 보건복지위원회, 『2022년도 예산안 및 기금운용계획안 검토보고서(보건복지부 소관)』, 2021.
- 기획재정부 보도자료, 「2022년 예산, 국회 본회의 의결, 확정」, 2021. 12. 3.
- 김성희·이연희·오욱찬·황주희·오미애·이민경·이난희·오다은·강동욱·권선진·오혜경·윤상경·이선우, 『2017년 장애인 실태조사』, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2017.
- 김세진, 「장애노인 돌봄의 정책 도출: 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도의 관계를 중심으로」, 『보건복지포럼』, 제250권, 2017, pp. 67~77.
- 김송숙·김유민·나가연·백승희·이근철, 「장애인활동지원서비스제도의 노동시장 참여에 대한 정책 효과」, 『한국융합학회논문지』, 제12권 제4호, 2021, pp. 267~274.
- 김지영·이미경·황영민, 『장애인의 의료이용 및 의료비 지출에 영향을 미치는 요인에 관한 연구』, 한국장애인개발원, 2020.
- 박금령·최병호, 「노인의 미충족돌봄과 미충족의료에 대한 탐색적 연구」, 『보건사회연구』, 제38권 제4호, 2018, pp. 40~56.
- 박주연, 「장애인활동지원제도의 문제점과 개선방안」, NARS 현안보고서, 제215호, 국회입법조사처, 2013.
- 박진우, 「장애인 소득보장 급여수준의 현황과 개선방향」, NARS 현안분석 제130호, 국회입법조사처, 2020.
- _____, 「장애인 건강관리사업 현황과 개선방안」, NARS 현안분석 제217호, 국회입법조사처, 2021.
- 백미라, 「노인장기요양보험 가입자의 외래의료비와 입원의료비 변화」, 『사회보장연구』, 제35권 제3호, 2019, pp. 153~170.

- 보건복지부, 『2011년 장애인활동지원 사업안내』, 2011.
- _____, 『2014년 장애인활동지원 사업안내』, 2014.
- _____, 『2017년 장애인활동지원 사업안내』, 2017.
- _____, 『2021년 장애인복지시설 사업안내 Ⅲ 권』, 2021a.
- _____, 『2021년 장애인 복지 사업안내 I 권』, 2021b.
- _____, 『2021년 장애인 복지 사업안내 II 권』, 2021c.
- _____, 『2021년도 보건복지부 예산 및 기금운용계획 사업설명자료 (Ⅱ-1) 1권』, 2021d.
- _____, 『2022년도 보건복지부 소관 예산 및 기금운용계획 개요』, 2022.
- 보건복지부 보도자료, 「장애인 활동지원급여 신청하세요」, 2011. 8. 8.
- _____, 「65세 이후에도 장애인 활동지원 서비스를 받을 수 있습니다」, 2020. 12. 22.
- _____, 「2022년 장애인보건복지정책 이렇게 달라집니다」, 2021. 12. 30.
- _____, 「2020년 장애인실태조사 결과 발표」, 2021. 4. 20.
- _____, 「장애아동수당, 중증 2만원, 경증 1만원 인상」, 2022. 1. 3.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 『2008년 장애인 실태조사 보고서』, 2009. 4.
- _____, 『2011년 장애인 실태조사 보고서』, 2011. 12.
- _____, 『2014년 장애인 실태조사 보고서』, 2014. 12.
- _____, 『2017년 장애인 실태조사 보고서』, 2017. 11.
- 신자은, 「건강보험 가입 재가 장애인의 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인」, 『보건사회연구』, 제33권 제2호, 2013, pp. 549~577.
- 윤상용·김찬우·임정기·전병주·곽현주, 『노인장기요양과 장애인활동지원제도의 인정조사 개선방안에 관한 연구』, 보건복지부 용역보고서, 2016.
- 이만우·김대명, 「장애인활동지원제도의 개편: 쟁점과 과제」, NARS 현안분석, 제 35호, 국회입법조사처, 2018.
- 이정량, 「장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 개선 방안 모색: 고령장애인을 중심으로」, 『인문사회21』, 제10권 제2호, 2019, pp. 1211~1222.
- 이호용·문용필, 「노인장기요양보험의 도입 전후 진료형태별 의료비 변화 분석」, 『보건경제와 정책연구』, 제21권 제3호, 2015, pp. 81~102.

- 전보영 · 권순만, 「장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로」, 『사회보장연구』, 제31권 제3호, 2015, pp. 145~171.
- 조선주 · 김영숙, 「장애인지원 정책의 효과분석: 장애인실태조사 자료를 활용한 실증분석을 중심으로」, 『한국재정학회 추계학술대회 논집』, 2015. 9., pp. 1~8.
- 최용길 · 김유정, 「우리나라 장애인활동지원제도의 개선방안에 관한 연구」, 『법과 정책』, 제25권 제2호, 2019, pp. 173~193.
- 최인덕 · 김경란 · 김정희, 「장애인활동지원 급여체계 개편에 따른 이용자 수요 및 재정 추계에 관한 연구」, 『비판사회정책』, 제55권, 2017, pp. 219~256.
- 통계청 · 보건복지부 보도자료, 「2020 통계로 보는 장애인의 삶」, 2020. 7. 24.
- 한국장애인개발원, 『장애통계연보』, 2015~2021 각 연도.
- 한국장애인고용공단 고용개발원, 「한눈에 보는 2020 장애인 통계」, 2021. 12. 31.
- 한국장애인단체총연맹, 「장애인활동지원서비스 10년, 어디까지 왔나?」, 『장애인정책리포트 월간 한국장충』, 제406호, 2021. 4. 30.
- 국민건강보험공단 웹사이트, <http://www.longtermcare.or.kr>, 검색일자: 2021. 11. 30.
- 국민연금공단, 「장애인 활동지원 제도소개>추진경과」, <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action>, 검색일자: 2021. 10. 31.
- _____, 「장애인 활동지원 활동지원급여 이용절차 안내>활동지원급여」, <https://www.ableservice.or.kr:8443/PageControl.action>, 검색일자: 2021. 10. 31.
- 기획재정부, 열린재정, 「상세재정통계>예산>세출/지출>세출 세부사업 예산편성현황」, <https://www.openfiscaldata.go.kr/op/ko/sd/UOPKOSDA01>, 검색일자: 2022. 3. 15.
- 남찬섭, 「2019년도 보건복지 예산안 분석 - 장애인복지 분야」, 참여연대, 2018. 11. 6., https://www.peoplepower21.org/index.php?_filter=search&mid=Welfare&search_target=title_content&search_keyword=%EC%9E%A5%EC%95%A0%EC%95%84%EB%8F%99%EC%88%98%EB%8B%B9&document_srl=1593011&listStyle=list, 검색일자: 2022. 3. 15.
- 대한민국 정책브리핑, 「장애등급제 폐지」, 2022. 2. 23., <https://www.korea.kr/special/po>

licyCurationView.do?newsId=148866962, 검색일자, 2022. 3. 5.

법제처, 찾기쉬운 생활법령정보, 「의료비 지원」, https://easylaw.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=1003&ccfNo=4&cciNo=1&cnpClsNo=2&search_put, 검색일자: 2022. 3. 16.

보건복지부, 「발달장애인 공공후견지원 사업」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370401&PAGE=1&topTitle=, 검색일자 2021. 10. 8.

_____, 「장애인연금 개요」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370301&PAGE=1&topTitle=, 검색일자: 2022. 3. 15.

_____, 「장애인의료비지원사업 지원 현황(2010~2011)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&page=1&CONT_SEQ=358125&PAR_CONT_SEQ=355959, 검색일자: 2022. 3. 15.

_____, 「장애인의료비지원사업 지원 현황(2012~2014)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&CONT_SEQ=358126, 검색일자: 2022. 3. 15.

_____, 「장애인 의료비 지원사업 현황(2015~2019)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0701vw.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&CONT_SEQ=358127, 검색일자: 2022. 3. 15.

_____, 「장애인활동지원사업」, https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370406&PAGE=6&topTitle=, 검색일자: 2021. 11. 30.

보건복지부 사전정보공표, 「장애인) 장애인자립기반) 장애(아동)수당 지급현황, 장애(아동)수당 관련 통계(18.12월)」, http://www.mohw.go.kr/react/gm/sgm0704ls.jsp?PAR_MENU_ID=13&MENU_ID=1304080901&PAR_CONT_SEQ=355961, 검색일자: 2022. 3. 15.

보건복지데이터 포털, 「장애인실태조사 데이터 2008~2017」, <https://data.kihasa.re.kr/>, 다운로드일자: 2021. 4. 1.

사회보장위원회, 「장애인연금 수급자 수」, https://www.ssc.go.kr/stats/infoStats/stats010100_view.do?indicator_id=407&listFile=stats010300&chartId=1620, 검색일자: 2022. 1. 20.

사회보장정보원, 「복지서비스별 사회보장통계」, <http://www.ssc.go.kr/stats/infoStats/stat>

s010100_view.do?indicator_id=409&listFile=stats010300&chartId=1626, 검색일자:
2021. 11. 30.

서울특별시, 「2021년 장애인 활동지원사업 추진계획」, <https://opengov.seoul.go.kr/>,
검색일자: 2021. 10. 27.

e-나라지표, 「장애인 현황」, [https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?
idx_cd=2768](https://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2768), 검색일자: 2022. 3. 15.

Allen, S. M., and V. Mor, “The prevalence and consequences of unmet need: contrasts between older and younger adults with disability,” *Medical Care*, 35(11), 1997, pp. 1132~1148.

Alonso, Jordi, Francesc Orfila, Ana Ruigomez, Montserrat Ferrer, and Josep Anto, “Unmet Health Care Needs and Mortality among Spanish Elderly,” *American Journal of Public Health*, 87(3), 1997, pp. 365~370.

Blazer, Dan, Natalie Sachs-Ericsson, and Celia Hybels, “Perception of unmet basic needs as a predictor of mortality among community-dwelling older adults,” *American Journal of Public Health*, 95(2), 2005, pp. 299~304.

Depalma G., H. Xu, K. E. Covinsky, B. A. Craig, E. Stallard, J. Thomas 3rd, and L. P. Sands, “Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability,” *Gerontologist*, 53(3), 2013, pp. 454~461.

Fisher, Elisa M., Kelley Akiya, Annie Weels, Yan Li, Christine Peck, and Jose Pagan, “Aligning social and health care services: the case of community care connections,” *Preventive Medicine*, 143, 2021, 106350.

Fried, Terri, Elizabeth Bradley, Christianna Williams, and Mary Tinetti, “Functional Disability and Health Care Expenditures for Older Persons,” *Arch Internal Medicine*, 161, 2001, pp. 2602~2607.

Gibson, M. J. and S. K. Verma, *Just Getting By: Unmet needs for personal assistance services among persons 50 or older with disabilities*, Washington, DC: AARP Public Policy Institute, 2006.

- Gureje, O., A. Ogunniyi, L. Kola, and E. Afolabi, "Functional disability in elderly Nigerians: results from the Ibadan study of aging," *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(11), 2006, pp. 1784~1789.
- Hass, Zach, Glen DePalma, Bruce Craig, Huiping Xu, and Laura Sands, "Unmet Need for Healp with Acitivities of Daily Living Disabilities and Emergency Department Admissions Among Older Medicare Recipients," *Gerontologist*, 57(2), 2017, pp. 206~210.
- Han, Baran and Eunkyeong Lee, "Impact of Expansions of the Personal Assistance Service for the Disabled on Unmet Care in South Korea," KDIS Working Paper, 2021.
- Hashemi, Lobat, Alexis Henry, Marsha Langer Ellison, Steven Banks, Raymond Glazier, and Jay Himmelstein, "The Relationship of Personal Assistance Service Utilization to Other Medicaid Payments Among Working-Age Adults with Disabilities," *Home Health Care Services Quarterly*, 27(4), 2008, pp. 281~298.
- He, Suang, Bruce A. Craig, Huiping Xu, Kenneth Convinsky, Eric Stallard, Joseph Thomas, Zach Hass, and Laura Sands, "Unmet Need for ADL Assistance is associated with Mortality Among Older Adults with Mild Disability," *The Journals of Gerontology: Series A*, 70(9), 2015, pp. 1128~1132.
- Herr, M., J. J. Arvieu, P. Aegerter, J. M. Robine, and J. Ankri, "Unmet health care needs of older people: Prevalence and predictors in a French cross-sectional survey," *European Journal of Public Health*, 24(5), 2014, pp. 808~813.
- Hwang, Jungnam, "Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: what are health policy implications?," *BMC Health Services Research* 18, 2018.
- Kim, Yoon-sook, Jongmin Lee, Yeonsil Moon, Kyoung Jin Kim, Kunsei Lee, Jaehyung Choi, and Seol-Heui Han, "Unmet Healthcare needs of elderly people in Korea," *BMC Geriatrics*, 18(98), 2018, pp. 1~9.
- LaPlante M. P., H. S. Kaye, T. Kang, and C. Harrington, "Unmet need for personal assistance services: estimating the shortfall in hours of help and adverse consequences," *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59(2), 2004, pp. S98~S108.

- Lau, Yiu-Shing, Gintare Malisauskaite, Nadia Brookes, Shereen Hussein, and Matt Sutton, "Complements or substitutes? Associations between volumes of care provided in the community and hospitals," *European Journal of Health Economics*, 22, 2021, pp. 1167~1181.
- Lee, Hyejin, Oh Bumjo, Kim Sunyoung, and Lee Kiheon, "ADL/IADL Dependencies and unmet healthcare needs in older persons: a Nationwide survey," *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 96, 2021, 104458.
- McColl, Mary Ann, Anna Jarzynowska, and S. E. D. Shortt, "Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence," *Disability & Society*, 25(2), 2010, pp. 205~218.
- Montaz, Yadollah Abolfathi, Tengku Aizan Hamid, and Rahimah Ibrahim, "Unmet Needs among disabled elderly Malaysians," *Social Science & Medicine*, 75, 2012, pp. 859~863.
- Quail, J., C. Wolfson, and A. Lippman, "Unmet Need for Assistance to Perform Activities of Daily Living and Psychological Distress in Community-Dwelling Elderly Women," *Canadian Journal on Aging*, 30(4), 2011, pp. 591~602.
- Rogero-Garcia, Jesus, Maria-Eugenia Prieto-Flores, and Mark Rosenberg, "Health services use by older people with disabilities in Spain: do formal and informal care matter?," *Ageing & Society*, 28, 2008, pp. 959~978.
- Sands, L. P., Y. Wang, G. P. McCabe, K. Jennings, C. Eng, and K. E. Covinsky, "Rates of acute care admissions for frail older people living with met versus unmet activity of daily living needs," *Journal of American Geriatrics Society*, 54(2), 2006, pp. 339~344.
- Xu H., K. E. Covinsky, E. Stallard, Thomas J. 3rd, L. P. Sands, "Insufficient help for activity of daily living disabilities and risk of all-cause hospitalization," *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(5), 2012, pp. 927~933.
- Zhao, Xinton and Hongchuan Wang, "Disparities in unmet health service needs among people with disabilities in China," *International Journal of Quality Health Care*, 33(4), 2021, mzab136.

OECD, OECD Social Expenditure Dataset(SOCX), https://stats.oecd.org/Index.aspx?datascode=SOCX_AGG, 다운로드일자: 2022. 1. 30.

부록

〈부표 1〉 2011년 인정조사 표

[활동지원 인정조사표 조사항목 및 인정점수 산정방법]

영역	조사항목	문항별 점수	산정방법
일상생활 동작영역	옷 갈아입기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 40	7개 항목의 문항별 점수를 합산한다.
	2. 목욕하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	3. 식사하기	① 0, ② 30, ③ 60, ④ 90	
	4. 잠자리에서 자세 바꾸기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	5. 옮겨 앉기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	6. 걷기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	7. 화장실 사용하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	계	260점	
수단적 일상생활 수행능력 영역	전화 사용하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	8개 항목의 문항별 점수를 합산한다.
	2. 물건사기	① 0, ② 10, ③ 15	
	3. 식사준비	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	4. 집안일	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	5. 빨래하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	6. 약 챙겨 먹기	① 0, ② 10, ③ 15	
	7. 금전관리	① 0, ② 5, ③ 10	
	8. 대중교통수단 이용하기	① 0, ② 3, ③ 5, ④ 10	
	계	125점	
장애특성 고려영역	휠체어사용	① 0, ② 15, ③ 30	1개 항목의 점수만 산정한다.
	2. 청각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	3. 시각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	4. 인지기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	5. 정신기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	계	60점	
총점	445점	3개 영역의 점수를 합산한다.	

자료: 보건복지부(2011), 『2011년 장애인활동지원 사업안내』, p. 27.

〈부표 2〉 2014년 인정조사표

영역	조사항목	문항별 점수	산정방법
일상생활 동작영역	1. 옷 갈아입기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 40	7개 항목의 문항별 점수를 합산한다
	2. 목욕하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	3. 식사하기	① 0, ② 30, ③ 60, ④ 90	
	4. 잠자리에서 자세 바꾸기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	5. 옮겨 앉기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	6. 걷기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	7. 화장실 사용하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	계	260점	
수단적 일상생활 수행능력 영역 ① (만15세 이상)	1. 전화 사용하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	8개 항목의 문항별 점수를 합산한다
	2. 물건사기	① 0, ② 10, ③ 15	
	3. 식사준비	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	4. 집안일	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	5. 빨래하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	6. 약 챙겨 먹기	① 0, ② 10, ③ 15	
	7. 금전관리	① 0, ② 5, ③ 10	
	8. 대중교통수단 이용하기	① 0, ② 3, ③ 5, ④ 10	
	계	125점	
수단적 일상생활 수행능력 영역 ② (만6세 이상 15세 미만)	1. 전화 사용하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 20	6개 항목의 문항별 점수를 합산한다
	2. 물건사기	① 0, ② 10, ③ 20	
	3. 약 챙겨 먹기	① 0, ② 10, ③ 20	
	4. 금전관리	① 0, ② 10, ③ 20	
	5. 대중교통수단 이용하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 20	
	6. 본인 물건 관리하기	① 0, ② 15, ③ 25	
	계	125점	
장애특성 고려영역	1. 휠체어사용	① 0, ② 15, ③ 30	1개 항목의 점수만 산정한다
	2. 청각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	3. 시각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	4. 인지기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	5. 정신기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	계	60점	

〈부표 2〉의 계속

영역	조사항목	문항별 점수	산정방법
사회환경 고려영역	1. 사회활동 참여	① 0, ② 5, ③ 10	4개 항목의 문항별 점수를 합산한다
	2. 위험상황 대처능력	① 0, ② 3, ③ 5	
	3. 장애인보조기구 사용능력	① 0, ② 3, ③ 5	
	4. 단어나 문장을 보고 이해하기	① 0, ② 3, ③ 5	
	계	25점	
총점		470점	4개 영역의 점수를 합산한다

자료: 보건복지부(2014), 『2014년 장애인활동지원 사업안내』, pp. 25~26.

저자약력

이은경

연세대학교 경제학과 졸업
Cornell University 경제학 박사
현, 한국조세재정연구원 연구위원

장애인 관련 재정정책에 대한 연구:
의료 및 돌봄 지원을 중심으로

2022년 3월 28일 인쇄

2022년 3월 31일 발행

발행인 김재진

발행처 한국조세재정연구원

세종특별자치시 시청대로 336

TEL: (044)414-2114(대) www.kipf.re.kr

등록 1993. 7. 15. 제2014-24호

정가 9,000원

조판 및 인쇄 일지사 (044)865-6971

I S B N 979-11-6655-139-0

© 한국조세재정연구원 2022

* 잘못 만들어진 책은 바꾸어 드립니다.