

요양병원 장기입원에 대한 본인부담상한제 개편 영향 분석

구여정*, 임승지*†

*국민건강보험공단 건강보험연구원

〈Abstract〉

Impact of Adjusted Out-of-Pocket Maximum Rules of Long-stay Admissions in Long-Term Care Hospitals

*Yeojeong Gu, *†Seungji Lim

**Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Service*

Purpose: This study aimed to determine the effect of adjusted out-of-pocket maximum rules in the 'differential co-payment ceiling', which means having a higher burden of co-payment, that expanded to the entire ceiling level in long-stay admission patients in long-term care hospitals(LTCH).

Methodology: We used health insurance claim data between January 1, 2022, and December 31, 2022 received from the National Health Insurance Service. The study populations were inpatients in long-term care hospitals more than 1 days during the study period. We performed the difference in characteristics of the LTCH patient of the differential and general ceiling by the chi-square test. We estimated the change of the population, cost, and co-payments per person under the assumption of restructuring.

Finding: Based on adjusted out-of-pocket maximum rules in 2023, it was expected that the number of benefits decreases at the high-income level while increasing at the low-income level. The burden of health expenditure after reimbursement of co-payment ceiling, is expected to increase by 65.1% in the highest medical necessity, whereas the low medical necessity would decrease compared to 2022.

Practical Implications: The results demonstrate that the current out-of-pocket maximum rules do not reflect the needs of medical necessity. This study suggested the need to reflect the medical necessity in LTCH on the out-of-pocket maximum rules in the future.

Key Words: Out-of-Pocket Maximum, Long-term care hospitals, Length of stay, Patient Classification System, Medical necessity

I. 서론

우리나라는 2008년 7월부터 노인장기요양보험 시행을 통해 '급성기병원-요양병원-요양시설'로 이어지는 의료 돌봄체계를 구성하여 급속한 인구 고령화로 인해 증가하는 노인 의료비 지출을 관리하고, 노인 돌봄 수요를 충족하고자 하였다. 그러나 돌봄 인력 부족, 경제적 어려움 등으로 요양병원에 입원하여 의학적 필요도가 낮은 단순보

호, 요양서비스 이용을 중점으로 하는 사회적 입원이 지속되고 있어 요양병원의 역할이 왜곡되고 있다는 평가가 계속되었다[1]. 요양병원 입원기간이 181일 이상인 장기 입원환자는 2019년 50.6%에서 2020년 57.1%로 증가하였으며[2], 해당 지표는 의료최고도, 의료고도 및 의료중도 환자를 제외하고 산출한 결과임을 감안할 때 의학적 필요도가 낮은 경증환자의 장기 입원이 지속되었음을 확인할 수 있다.

* 투고일자 : 2024년 4월 8일, 수정일자 : 2024년 5월 2일, 게재확정일자 : 2024년 5월 30일

† Corresponding author: 임승지, ***-****-**** sjlim410@gmail.com

국민건강보험공단에서 운영 중인 대표적인 본인부담 경감제도 중 하나인 본인부담상한제(이하 상한제)에서도 요양병원에서의 불필요한 장기 입원 방지를 위한 대책을 마련해왔다. 요양병원은 일당정액제를 운영하고 있어 소득 수준에 따라 3~5개월만 입원하면 본인부담상한제의 적용을 받을 수 있다. 선행연구에 따르면, 의료적 필요도가 낮은 의료경도 및 신체기능저하군 중 상한제 적용을 받은 환자는 비적용자에 비해 입원일수가 약 3배 높았다[3]. 장기간 요양병원에 입원하면서, 상한제 적용 이후에는 더 이상 본인부담이 발생하기 않기 때문에 상한제가 의료적 필요도가 낮은 환자군의 불필요한 요양병원 장기 입원을 조장할 수 있다는 지적이 있었다[4]. 이에 따라, 연간 120일을 초과하여 요양병원에서 입원한 상한제 대상자에게 더 높은 상한액을 적용하여 본인부담을 높이는 별도 상한액을 2018년부터 도입하여 장기 입원을 방지하고자 하였다. 그럼에도 불구하고 2022년 기준 요양기관 종별 상한제 환급액 중 요양병원이 6,126억 원(24.8%)로 가장 높아 여전히 상한제에서의 요양병원 의료이용에 대한 부담이 높은 수준이다[5].

최근까지 연구에서도 의료경도군의 입원기간이 194일로 가장 길었고[6], 의료경도군의 장기입원을 의료적 필요보다 간병 필요에 의한 것으로 보고하였다[6,7]. 즉, 의료적 치료 필요성이 낮은 환자가 요양병원에 장기 입원하면서, 상한제를 통해 본인부담 경감 혜택까지 받게 되는 부정사용 개연성이 여전히 지속되고 있다고 볼 수 있다[4,5]. 요양병원 장기입원 별도 상한액은 요양병원에서의 불필요한 장기 입원 예방이라는 목적 하에 시행 되었다. 그러나 상한제는 모든 환자군에 소득이라는 동일한 기준으로 상한액을 적용하고 있어 요양병원 운영 체계에 기반한 사회적 입원에 대한 고려가 부족한 측면이 있다.

보건복지부는 건강보험 지속가능성 제고 방안 후속 조치의 일환으로 2023년 진료분부터 기존의 소득 50% 이하 구간에만 적용되었던 요양병원 별도 상한액을 전체 소득 구간으로 확대하였고, 이를 통해 소득 수준별 형평성이 이전보다 향상 될 것으로 예상하고 있다. 2024년 7월부터는 한정적 의료자원의 효율적 이용 도모를 위해 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과한 환자는 외래진료 본인부담률이 90%(현행 약 20~60%)로 상향되고, 상한제 혜택 적용에서도 제외되게 된다. 또한 2023년부터 상급종합병원에서의 경증질환 진료는 상한제 적용을 전면 제외

하도록 개편되었다. 이는 상한제가 소득 대비 진료비 부담 능력뿐만 아니라 의료이용 필요성까지 반영한 제도 개선의 방향성이 있음을 시사한다고 볼 수 있을 것이다. 이와 같은 맥락에서 요양병원에 대해서도 합리적 의료이용 유도 방안으로써 의학적 필요도 반영에 대한 검토가 필요하다. 지금까지 상한제는 취약계층의 의료안전망 강화를 주된 목적으로 소득 중심의 체계를 갖춰 왔다. 그러나 경증환자의 장기 입원에 대한 상한제 측면의 제어 장치가 부재한 실정으로 대응방안 마련 필요성이 지속적으로 제기되고 있다[4,8,9]. 이를 고려할 때 제도 합리화 방안을 소득 기준에서 확대하여 보다 다각적으로 모색해 볼 필요성이 있다.

상한제 대상자 및 지급액은 연간 의료이용을 기준으로 다음해 8월 이후 결정 및 지급된다. 시행령 개정 고시 후 약 1년이 지난 후에야 제도 개편 결과를 확인할 수 있는 시차로 인해, 매년 제도 개편을 진행하고 있음에도 실제 효과 확인은 다소 지연될 수 있다. 이를 고려할 때 예고된 개편에 대한 사전 모니터링을 통한 대응체계 마련은 보다 빠른 시일 내 의료안정망 기능 강화에 기여할 수 있을 것이다. 따라서, 이 연구는 현행 상한제 대상자 중 요양병원 입원환자의 일반 상한액, 별도 상한액 대상자별 특성 차이를 비교하고, 2023년부터 적용되는 요양병원 별도 상한액 확대에 따른 변화를 선제적으로 확인하고자 한다. 구체적으로는, 상한제 대상자 선정의 주요 기준인 소득수준과, 선행연구에서 검토 필요성이 제시된 의료적 필요도를 기준으로 상한제 대상자 및 소요재정, 상한제 적용 이후 1인당 본인부담금 변화를 확인하여 2023년 요양병원 별도 상한액 확대의 제도적 적합성을 검토하고자 한다.

II. 연구 내용 및 방법

1. 연구 대상자 및 자료원

이 연구는 2022년 기준 연간 1일 이상 요양병원에 입원한 건강보험 가입자 및 피부양자를 연구 대상으로 선정하였다. 자료원은 국민건강보험공단의 2022년 건강보험 가입자 자격 및 건강보험 진료비 청구자료를 활용하였다. 2022년 전체 건강보험 가입자 중에서 연간 1일 이상 요양병원 입원환자는 총 316,642명이었다. 이 중 보험료

분위, 건강보험 자격 정보가 불충분한 환자와 환자평가 결과가 확인되지 않는 5,507명을 제외한 311,135명을 최종 연구 대상으로 선정하였다.

2. 상한제 대상자 정의

상한제 대상자는 개인별 연간 법정본인부담금 합계가 상한액 구간에 따라 <표 1>에 제시한 상한액을 초과한 경우로 정의하였다. 상한제는 요양병원 입원환자에 한해 연간 입원일수 120일 초과 여부에 따라 차등화 된 상한액을 적용하고 있다. 이 연구에서는 요양병원 입원 상한제 대상자 중 요양병원에 연간 120일 초과 입원한 경우 ‘별도 상한액 대상자’로 정의하였고, 이에 해당하지 않는 경우 ‘일반 상한액 대상자’로 정의하였다. 소요재정은 개인별 연간 법정본인부담금 합계에서 상한액을 초과한 금액(연간 법정본인부담금 합계-본인부담상한액)으로 건강보험공단에서 가입자에게 돌려주는 상한제 환급금을 의미한다.

3. 분석 방법

2022년 상한제 대상자 중 요양병원 입원환자의 별도 상한액, 일반 상한액 대상자별 특성 차이 확인을 위해 카이제곱검정(chi-squared test)를 수행하였다. 일반적 특성을 나타낼 수 있는 변수로 성(남성, 여성), 건강보험 유형(지역세대주, 지역세대원, 직장가입자, 직장피부양자), 연령(20세 미만, 20~49세, 50~64세, 65~84세, 85세 이상)[10]을 선정하였다. 상한액 구간은 건강보험료 10분위를 소득수준의 대리변수(proxy)로 이용하여 가장 저소득층인 1구간(건강보험료 1분위)부터 2구간(건강보험료 2~3분위), 3구간(건강보험료 4~5분위), 4구간(건강보험료 6~7분위), 5구간(건강보험료 8분위), 6구간(건강보험

료 9분위), 7구간(건강보험료 10분위)으로 정의하였다 [9]. 요양병원 입원환자의 진료비 지불제도는 예외적으로 입원 일당 정액수가제를 운영하고 있다. 정액수가를 구성하는 기준 중 하나로 환자분류체계가 활용되는데, 입원필요성을 기반으로 분류된 환자분류체계에 따라 차등된 상대가치점수가 결정된다. 이 연구에서는 의료최고도, 의료고도, 의료중도를 ‘중증환자’, 의료경도, 선택입원군을 ‘경증환자’로 정의한 선행연구를 참고하여 요양병원 입원환자의 의료적 필요도를 반영할 수 있는 변수로 환자분류군을 활용하였다[4]. 본인부담상한제는 개인의 연간 법정본인부담금 합계를 기반으로 운영되는 제도로, 상한제와 환자분류군의 연계를 위해 연구대상자의 환자분류군을 연중다빈도 등급(빈도가 동일한 경우 최초 입원일자의 평가등급)으로 정의하였다.

2022년 요양병원 입원환자 중 상한제 대상자의 일반 상한액, 별도 상한액 적용에 따른 평균 및 중위 입원일수를 비교하였다. 2023년 상한제 대상자 및 소요재정은 2022년도 요양병원 입원환자 311,135명의 의료이용에 2023년 상한액을 적용하여 산출하였다. 2023년 상한제 개편으로 인한 변동 확인을 위해 첫째, 2022년도와 비교한 2023년 상한액 대상자 및 소요재정의 증감 수준을 상한액 구간과 환자분류군으로 구분하여 비교하였다. 둘째, 2022년, 2023년 상한액을 기준으로 상한액 초과금(연간 법정본인부담금 합계-본인부담상한액)을 환급 받은 이후 최종적으로 환자가 부담하는 1인당 본인부담금을 환자분류군별로 비교하였다. 통계분석은 SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA) 프로그램을 이용하였으며, 국민건강보험공단 생명윤리심의위원회 (Institutional Review Board)의 승인을 받았다(과제 관리번호: 연-2023-HR-05-006).

<표 1> 상한액 구간별 본인부담상한액(Co-payment ceiling by ceiling level)

(Unit: 10,000won)

Year	Ceiling criteria	Ceiling level						
		1 (lowest)	2	3	4	5	6	7 (Highest)
2022	Differential ceiling	128	160	217	289	360	443	598
	General ceiling	83	103	155				
2023	Differential ceiling	134	168	227	375	538	646	1,014
	General ceiling	87	108	162	303	414	497	780

* ‘Differential ceiling’ length of stay in long-term care hospital over 120 days, ‘General ceiling’ length of stay in long-term care hospital 120 days or less

Ⅲ. 연구결과

1. 대상자 특성

2022년도 전체 요양입원 환자 311,135명 중에서 남성은 34.4%, 여성은 65.6%로 여성이 약 2배 많았다. 연령별로는 노년층인 65~84세가 47.8%로 가장 많았고, 뒤이어 85세 이상 고령층이 38.1%로 많아 입원환자의 대부분이 고령으로 확인된다. 소득수준을 대변할 수 있는 상한액 구간별로는, 소득이 가장 높은 상한액 7구간(19.8%), 소득이 가장 낮은 상한액 1구간(17.8%) 순으로 입원환자가 많았다. 환자분류군은 의료적 필요도가 높은 의료고도, 의료중도 환자가 전체 입원환자의 절반 이상(63.8%)을 차지하였다. 상한제 대상자는 총 205,863명으로 전체

요양병원 입원환자의 66.2%가 상한제 혜택을 받고 있었다. 상한액 대상자(205,863명) 중 72.8%가 일반 상한액 대상자로, 대부분 일반 상한액의 적용을 받는 것으로 확인된다. 성별로는 여성은 일반 상한액 대상자가 65.4%, 별도 상한액 대상자가 71.5%로 별도 상한액 대상자 더 많았다. 연령별로 비교하면, 별도 상한액 대상자는 85세 이상 최고령층에서 45.0%로 가장 많고, 일반 상한액 대상자는 65~84세 노년층에서 49.8%로 가장 많았다. 건강보험 자격별로는 직장 피부양자의 비중이 별도 상한액(41.2%)과 일반 상한액(58.8%)에서 모두 높았다. 2022년 상한액은 저소득 구간인 상한액 1~3구간까지만 별도 상한액이 적용되고 있어, 별도 상한액 대상자는 가장 저소득층인 상한액 1구간(45.8%)에서 가장 많았다. 반면 더 낮은 상한액인 일반 상한액은 상한액 4구간(22.1%),

<표 2> 요양병원 입원환자의 일반적 특성 및 본인부담상한제 적용 대상자 분포
(General characteristics and distributions applied out-of-pocket maximum in long-term care hospital inpatients)
(Unit: N, (%))

Categories		Inpatient in LTCH		Out-of-pocket maximum in LTCH †				χ ²
				Differential ceiling		General ceiling		
Total		311,135	(100.0)	55,888	(100.0)	149,975	(100.0)	430001.24*
Sex	Male	107,077	(34.4)	15,920	(28.5)	51,835	(34.6)	680.95*
	Female	204,058	(65.6)	39,968	(71.5)	98,140	(65.4)	
Age(years)	<20	186	(0.1)	17	(0.0)	96	(0.1)	1298.63*
	20~49	9,276	(3.0)	1,141	(2.0)	4,040	(2.7)	
	50~64	34,343	(11.0)	5,986	(10.7)	16,351	(10.9)	
	65~84	148,683	(47.8)	23,612	(42.2)	74,634	(49.8)	
	≥85	118,647	(38.1)	25,132	(45.0)	54,854	(36.6)	
Insurance type	Self employed householder	74,637	(24.0)	21,448	(38.4)	31,965	(21.3)	7745.81*
	Self employed family members	45,125	(14.5)	9,870	(17.7)	21,791	(14.5)	
	Employee insured	13,916	(4.5)	1,549	(2.8)	7,985	(5.3)	
	Employee insured dependent	177,457	(57.0)	23,021	(41.2)	88,234	(58.8)	
Ceiling level	1 (lowest)	55,329	(17.8)	25,569	(45.8)	21,740	(14.5)	71788.98*
	2	28,108	(9.0)	12,114	(21.7)	12,653	(8.4)	
	3	42,365	(13.6)	18,205	(32.6)	16,223	(10.8)	
	4	49,699	(16.0)			33,084	(22.1)	
	5	30,286	(9.7)			17,853	(11.9)	
	6	43,642	(14.0)			22,505	(15.0)	
	7 (highest)	61,706	(19.8)			25,917	(17.3)	
Patient Classification	Maximum of Medical care	5,377	(1.7)	697	(1.2)	3,000	(2.0)	1610.64*
	High of Medical care	99,560	(32.0)	17,698	(31.7)	50,779	(33.9)	
	Medium of Medical care	99,039	(31.8)	18,965	(33.9)	47,489	(31.7)	
	Cognitive impairment	60,467	(19.4)	13,744	(24.6)	28,706	(19.1)	
	Body function impairment group	46,692	(15.0)	4,784	(8.6)	20,001	(13.3)	

LTCH, long-term care hospital

† 'Differential ceiling' length of stay in long-term care hospital over 120 days, 'General ceiling' length of stay in long-term care hospital 120 days or less

* p<0.001

상한액 7구간(17.3%) 순으로 많고, 일반 상한액 대상자의 절반 이상(66.3%)이 고소득 구간인 상한액 4~7구간이었다. 환자분류군별로 비교하면, 의료적 필요도가 가장 높은 의료최고도는 별도 상한액 대상자(1.2%)보다 일반 상한액 대상자(2.0%)가 더 많았다. 하지만 의료적 필요도가 가장 낮은 선택입원군도 별도 상한액 대상자(8.6%)보다 일반 상한액 대상자(13.3%)가 더 많았다. 모든 세부 특성별 별도 상한액 대상자와 일반 상한액 대상자에는 통계적으로 유의한 차이가 확인되었다<표 2>.

연구 대상자의 상한액 구간 및 환자분류군별 연간 요양병원 입원일수는 <표 3>과 같다. 전체 요양병원 입원환자의 2022년 연간 입원일수는 평균 157일(중위 102일)이었다. 전체 요양병원 입원환자 중 상한액 1구간인 최저 소득층의 입원일수가 평균 171.8일로 가장 길었다. 상한액 1구간을 제외한 상한액 2~7구간의 입원일수는 150.8일~156.4일로 전체 평균(157일)과 유사한 수준이었다. 환자분류군별 입원일수는 전체 요양병원 입원환자 중에서는 의료경도가 평균 188.5일(중위 164일)로 가장 길고, 뒤이어 의료중도(평균 167일, 중위 110일) 및 의료고도(평균 160.7일, 중위 114일) 순으로 길었다. 해당 결과는 각 환자군별 대상자 중 절반 이상이 연간 110일 이상 요양병원에 입원하고 있음을 의미한다.

별도 상한액 대상자의 입원일수는 평균 290.2일(중위 332일), 일반 상한액 대상자는 평균 169.4일(중위 112일)로 별도 상한액 대상자가 연 평균 1.7배(중위 입원일수 기준 3배) 이상 요양병원 입원일수가 더 높았다. 별도 상한액 대상자는 상한액 1구간의 입원일수가 294.2일로 가장 길었다. 반면, 일반 상한액 대상자는 가장 고소득 구간인 상한액 7구간의 입원일수가 평균 268.1로 가장 길었다. 의료경도 환자군의 입원일수는 별도 상한액과 일반 상한액에서 각각 연 평균 302.9일, 204.8일로 환자분류군 중 입원일수가 가장 길었다. 이는 평균적으로 의료경도 환자가 요양병원에 가장 길게 입원하면서, 상한제 혜택까지 받고 있음을 시사할 수 있는 결과로 볼 수 있다 <표 3>.

2. 개편 상한액 적용에 따른 상한액 구간 및 환자분류군별 변화

2022년 요양병원 상한제 대상자 및 소요재정과, 2023년 상한액을 적용하여 추정된 요양병원 상한제 대상자와 소요재정의 모의분석 결과는 <표 4>와 같다. 2023년 요양병원 상한제 대상자는 175,996명, 소요재정은 6,880 억원으로 '22년 대비 대상자 약 3만명 감소 및 소요재정

<표 3> 요양병원 입원환자의 입원일수(Length of stay in long-term care hospital)

(Unit: Days)

Categories	Inpatient in LTCH		Out-of-pocket maximum in LTCH †				
	Mean	Median	Differential ceiling		General ceiling		
			Mean	Median	Mean	Median	
Total	157.0	102	290.2	332	169.4	112	
Ceiling level	1 (lowest)	171.8	294.2	335	47.4	41	
	2	153.0	285.1	327	46.2	39	
	3	154.8	100	288.2	329	48.8	42
	4	153.5	99			204.8	210
	5	152.6	97			221.1	252
	6	150.8	93			237.2	292
	7 (highest)	156.4	101			268.1	329
Patient Classification	Maximum of Medical care	116.5	56	266.6	285	118.4	63
	High of Medical care	160.7	114	283.7	317	172.1	126
	Medium of Medical care	167.0	110	302.6	344	179.7	125
	Cognitive impairment	188.5	164	302.9	343	204.8	220
	Body function impairment group	91.8	51	232.4	210	95.2	57

LTCH, long-term care hospital

† 'Differential ceiling' length of stay in long-term care hospital over 120 days, 'General ceiling' length of stay in long-term care hospital 120 days or less

1천 4백억원 절감이 예측된다. 2023년에는 상한액 구간이 높아질수록 대상자와 소요재정이 감소하는 방향으로 변화가 예상된다. 2022년까지 고소득 구간(4~7구간)은 별도 상한액 적용을 받지 않았으나, 2023년 상한액부터 적용이 확대되면서 고소득 구간에서 별도 상한액 대상자가 약 4만 7천명 증가할 것으로 예상된다. 반면 상대적으로 낮은 상한액의 적용을 받는 일반 상한액 대상자는 고소득 구간(4~7구간)에서 7만 6천명의 감소가 예상되며, 이 중 7구간의 감소율이 90.3%로 가장 클 것으로 예상된다. 기존('22년) 대비 '23년 상한액 적용에 따른 전체 소요재정 절감분의 95.1%(1,348억원)는 고소득 구간에서 감소한다. 저소득 구간(1~3구간)에서 사용되는 소요재정은 '22년 55.0%(4,562억원), '23년 65.3%(4,493억원)로, 현행과 유사한 수준의 재정 투입으로 혜택을 받는 대

상자가 확대 될 수 있을 것으로 예측된다(표 4).

2022년과 2023년 상한액 적용에 따른 상한제 대상자 및 소요재정 변화를 환자분류군별로 비교한 결과는 <표 5>와 같다. 2022년 대비 2023 상한액에 따른 대상자와 소요재정 감소율은 의료경도에서 각각 -17.0%, -19.1%로 가장 높고, 이어 의료중도(-14.7%, -17.4%), 의료고도(-14.1%, -16.7%) 순으로 높다. 전체 소요재정 감소분(약 1,417억원)의 71.7%(약 1,016억원)가 의료최고도, 의료고도 및 의료중도에서 감소할 것으로 확인되어, 의료적 필요도가 높은 환자군의 혜택 감소가 예측된다. 상한액 구분별로 비교하면, 더 높은 상한액 적용을 받는 별도 상한액 대상자는 의료최고도에서 증가율이 107.6%로 가장 높아 2022년보다 2배 이상 대상자가 증가하고, 의료적 필요도가 가장 낮은 선택입원군의 대상자 증가율

〈표 4〉 2022년, 2023년 요양병원 입원환자 중 상한액 구간별 상한제 대상자 및 소요재정 (2022, 2023 patients and costs of out-of-pocket maximum by ceiling level in long-term care hospital)

(Unit: N, 100 million won, %)

Ceiling criteria *	Ceiling level	Patients			Costs		
		2022	2023	increase or decrease ('23-'22)	2022	2023	increase or decrease ('23-'22)
Total		205,863 (100.0)	175,996 (100.0)	-29,867 (14.5 ↓)	8,297 (100.0)	6,880 (100.0)	-1,417 (17.1 ↓)
Total	1 (lowest)	47,309 (23.0)	46,970 (26.7)	-339 (0.7 ↓)	2,054 (24.8)	2,030 (29.5)	-24 (1.2 ↓)
	2	24,767 (12.0)	24,611 (14.0)	-156 (0.6 ↓)	1,074 (12.9)	1,058 (15.4)	-16 (1.5 ↓)
	3	34,428 (16.7)	34,019 (19.3)	-409 (1.2 ↓)	1,434 (17.3)	1,405 (20.4)	-29 (2.1 ↓)
	4	33,084 (16.1)	31,381 (17.8)	-1,703 (5.1 ↓)	1,399 (16.9)	1,203 (17.5)	-196 (14.0 ↓)
	5	17,853 (8.7)	14,906 (8.5)	-2,947 (16.5 ↓)	717 (8.6)	486 (7.1)	-231 (32.2 ↓)
	6	22,505 (10.9)	17,997 (10.2)	-4,508 (20.0 ↓)	837 (10.1)	502 (7.3)	-335 (40.0 ↓)
	7 (highest)	25,917 (12.6)	6,112 (3.5)	-19,805 (76.4 ↓)	782 (9.4)	197 (2.9)	-586 (74.8 ↓)
Differential ceiling	1 (lowest)	25,569 (12.4)	25,467 (14.5)	-102 (0.4 ↓)	1,479 (17.8)	1,464 (21.3)	-15 (1.0 ↓)
	2	12,114 (5.9)	12,096 (6.9)	-18 (0.1 ↓)	710 (8.6)	700 (10.2)	-10 (1.4 ↓)
	3	18,205 (8.8)	18,151 (10.3)	-54 (0.3 ↓)	987 (11.9)	969 (14.1)	-18 (1.9 ↓)
	4		20,339 (11.6)	20,339 (100.0 ↑)		867 (12.6)	867 (100.0 ↑)
	5		10,548 (6.0)	10,548 (100.0 ↑)		338 (4.9)	338 (100.0 ↑)
	6		13,384 (7.6)	13,384 (100.0 ↑)		339 (4.9)	339 (100.0 ↑)
	7 (highest)		3,589 (2.0)	3,589 (100.0 ↑)		81 (1.2)	81 (100.0 ↑)
General ceiling	1 (lowest)	21,740 (10.6)	21,503 (12.2)	-237 (1.1 ↓)	574 (6.9)	566 (8.2)	-9 (1.4 ↓)
	2	12,653 (6.1)	12,515 (7.1)	-138 (1.1 ↓)	364 (4.4)	358 (5.2)	-6 (1.6 ↓)
	3	16,223 (7.9)	15,868 (9.0)	-355 (2.2 ↓)	447 (5.4)	435 (6.3)	-11 (2.7 ↓)
	4	33,084 (16.1)	11,042 (6.3)	-22,042 (66.6 ↓)	1,399 (16.9)	336 (4.9)	-1,063 (76.0 ↓)
	5	17,853 (8.7)	4,358 (2.5)	-13,495 (75.6 ↓)	717 (8.6)	147 (2.1)	-570 (79.5 ↓)
	6	22,505 (10.9)	4,613 (2.6)	-17,892 (79.5 ↓)	837 (10.1)	163 (2.4)	-674 (80.5 ↓)
	7 (highest)	25,917 (12.6)	2,523 (1.4)	-23,394 (90.3 ↓)	782 (9.4)	116 (1.7)	-666 (85.2 ↓)

* 'Differential ceiling' length of stay in long-term care hospital over 120 days, 'General ceiling' length of stay in long-term care hospital 120 days or less

은 60.8%로 가장 낮을 것으로 예상된다. 별도 상한액 대상자의 소요재정 증가율도 의료최고도에서 65.4%로 가장 높다. 더 낮은 상한액을 부담하는 일반 상한액은 대상자와 소요재정 모두 의료경도에서 감소율이 가장 높고, 뒤이어 의료중도와 의료고도의 감소율이 높았다. 2023년 상한액을 적용하면, 상한제 적용을 받는 의료고도 환자(58,829명) 중 60.2%는 더 높은 상한액인 별도 상한액 적용을 받게 되고, 나머지 39.8%만 일반 상한액의 적용

을 받을 것으로 예상된다. 반면, 2023년 상한액 적용을 받는 선택입원군 환자(21,941명) 중 별도 상한액 대상자는 35%에 불과하고, 절반 이상인 65%의 환자는 더 낮은 상한액인 일반 상한액 대상자가 될 것으로 예상된다.

상한제 적용을 받는 요양병원 입원환자들의 상한액 초과금 환급 후 1인당 본인부담금을 환자분류군별로 비교하였다(표 6). 상한액을 환급 받은 이후의 최종적인 본인부담금은 별도 상한액 대상자는 2022년에는 164만원이었

<표 5> 요양병원 입원환자의 본인부담상한제 개편 전·후 환자분류군별 대상자 및 소요재정(2022, 2023 patients and costs of out-of-pocket maximum by patient classifications in long-term care hospital)

(Unit: N, 100 million won, %)

Ceiling criteria *	Patient Classification	Patients			Costs		
		2022	2023	increase or decrease ('23-'22)	2022	2023	increase or decrease ('23-'22)
Total	Total	205,863 (100.0)	175,996 (100.0)	-29,867 (14.5 ↓)	8,297 (100.0)	6,880 (100.0)	-1,417 (17.1 ↓)
	Maximum of Medical care	3,697 (1.8)	3,349 (1.9)	-348 (9.4 ↓)	208 (2.5)	183 (2.7)	-25 (11.9 ↓)
	High of Medical care	68,477 (33.3)	58,829 (33.4)	-9,648 (14.1 ↓)	3,196 (38.5)	2,662 (38.7)	-535 (16.7 ↓)
	Medium of Medical care	66,454 (32.3)	56,654 (32.2)	-9,800 (14.7 ↓)	2,616 (31.5)	2,160 (31.4)	-456 (17.4 ↓)
	Cognitive impairment	42,450 (20.6)	35,223 (20.0)	-7,227 (17.0 ↓)	1,574 (19.0)	1,274 (18.5)	-301 (19.1 ↓)
	Body function impairment group	24,785 (12.0)	21,941 (12.5)	-2,844 (11.5 ↓)	703 (8.5)	602 (8.8)	-101 (14.3 ↓)
Differential ceiling	Maximum of Medical care	697 (0.3)	1,447 (0.8)	750 (107.6 ↑)	48 (0.6)	79 (1.1)	31 (65.4 ↑)
	High of Medical care	17,698 (8.6)	35,395 (20.1)	17,697 (100.0 ↑)	1,112 (13.4)	1,787 (26.0)	675 (60.7 ↑)
	Medium of Medical care	18,965 (9.2)	34,745 (19.7)	15,780 (83.2 ↑)	1,084 (13.1)	1,584 (23.0)	500 (46.1 ↑)
	Cognitive impairment	13,744 (6.7)	24,293 (13.8)	10,549 (76.8 ↑)	738 (8.9)	1,025 (14.9)	287 (39.0 ↑)
	Body function impairment group	4,784 (2.3)	7,694 (4.4)	2,910 (60.8 ↑)	196 (2.4)	284 (4.1)	87 (44.5 ↑)
General ceiling	Maximum of Medical care	3,000 (1.5)	1,902 (1.1)	-1,098 (36.6 ↓)	160 (1.9)	104 (1.5)	-56 (35.0 ↓)
	High of Medical care	50,779 (24.7)	23,434 (13.3)	-27,345 (53.9 ↓)	2,086 (25.1)	874 (12.7)	-1,211 (58.1 ↓)
	Medium of Medical care	47,489 (23.1)	21,909 (12.4)	-25,580 (53.9 ↓)	1,532 (18.5)	575 (8.4)	-957 (62.4 ↓)
	Cognitive impairment	28,706 (13.9)	10,930 (6.2)	-17,776 (61.9 ↓)	837 (10.1)	249 (3.6)	-589 (70.3 ↓)
	Body function impairment group	20,001 (9.7)	14,247 (8.1)	-5,754 (28.8 ↓)	507 (6.1)	319 (4.6)	-188 (37.1 ↓)

* 'Differential ceiling' length of stay in long-term care hospital over 120 days, 'General ceiling' length of stay in long-term care hospital 120 days or less

<표 6> 2022년, 2023년 환자분류군별 상한액 초과금 환급 후 1인당 본인부담금
(2022, 2023 co-payments after ceiling reimbursement per person by patient classifications)

(Unit: 10,000Won, (%))

Patient Classification	Ceiling criteria *		Differential ceiling			General ceiling	
	2022	2023	increase or decrease ('23-'22)	2022	2023	increase or decrease ('23-'22)	
Total	164	260	96 (58.3 ↑)	314	191	- 123 (39.1 ↓)	
Maximum of Medical care	169	278	110 (65.1 ↑)	301	232	- 69 (23.0 ↓)	
High of Medical care	165	273	107 (64.9 ↑)	329	208	- 120 (36.6 ↓)	
Medium of Medical care	163	256	93 (57.1 ↑)	316	184	- 132 (41.8 ↓)	
Cognitive impairment	162	249	87 (53.7 ↑)	336	179	- 157 (46.8 ↓)	
Body function impairment group	168	247	79 (46.7 ↑)	243	179	- 64 (26.5 ↓)	

* 'Differential ceiling' length of stay in long-term care hospital over 120 days, 'General ceiling' length of stay in long-term care hospital 120 days or less

으나 2023년 개편에 따르면 260만원으로 약 1.5배 증가하고, 일반 상한액 대상자는 2022년 314만원, 2023년 191만원으로 123만원 감소가 예상된다. 기존에는 일반 상한액 대상자의 환급 후 본인부담이 더 많았으나, 2023년 상한액 개편에 따라 장기 입원 환자인 별도 상한액 대상자의 본인부담이 일반 상한액 대상자보다 약 70만원 더 많아 질 것으로 예측된다. 2022년 별도 상한액 대상자의 상한액 환급 후 1인당 본인부담금은 모든 환자분류군에서 160만원대로 유사한 수준이었다. 그러나 2023년 상한액이 개편되면서 상한액 환급 후 1인당 본인부담금은 의료최고도가 가장 높은 278만원, 선택입원군은 가장 낮은 247만원으로 환자분류군별 격차가 기존보다 커질 것으로 예상된다. 2023년 상한액 개편에 따라 의료적 필요도가 높은 환자군의 부담이 기존보다 약 100만원 이상 상향 될 것으로 예측된다. 2022년 일반 상한액 대상자의 상한액 환급 후 1인당 본인부담금은 의료경도가 336만원으로 부담 수준이 가장 높았다. 그러나 2023년 상한액이 개편되면, 의료경도 환자군의 상한액 환급 후 1인당 본인부담금이 기존보다 157만원 감소되면서 진료비 부담이 가장 낮아지는 환자분류군으로 예상된다. 반면, 일반 상한액 대상자 중 의료최고도는 상한액 환급 후 1인당 본인부담금이 232만원으로 환자분류군 중 가장 높은 본인부담을 가지게 될 것으로 예상된다.

앞서 <표 4>를 통해 2023년 상한액 개편이 고소득구간의 혜택을 기존보다 감소시키는 효과가 있을 것으로 예상할 수 있었다. 그러나 환자분류군별로 비교한 <표 5>와 <표 6>의 결과를 종합하여 볼 때, 개편 이후 의료적 필요

도가 낮은 환자들의 본인부담은 기존보다 감소하고, 의료적 필요도가 높은 환자군의 부담은 증가하여 의료적 필요도에 따른 합리적 의료이용 유도 측면에서는 영향이 미비할 것으로 예측된다.

IV. 고찰 및 결론

1. 고찰

이 연구의 주요 결과 및 시사점은 다음과 같다. 첫째, 요양병원에 입원한 상한제 대상자 중 가장 고소득구간인 상한액 7구간 대상자의 입원기간이 가장 길었으며 가장 많은 상한제 혜택을 받고 있었다. 이는 요양병원 입원환자의 소득수준이 장기입원 의료이용가수요의 촉진요인 중 하나로 보고한 선행연구결과와 같았다[4]. Jeon et al.[9]은 65세 이상 노인의 요양병원 장기입원 환자 중 고소득 분위의 비율이 높다고 보고하면서, 일정기간 이상의 장기 입원 시 소득수준에 따라 차등적으로 본인부담을 높이는 정책을 적용할 필요가 있다고 하였다. 특히, 전체 요양병원 입원환자에서는 고소득구간의 입원일수가 짧았지만, 요양병원을 이용한 상한제 대상자에서는 고소득구간의 입원일수가 가장 길다는 측면에서 볼 때, 상한제 적용이 고소득층 요양병원 이용자에게 장기입원의 촉진요인으로 작용한다고 볼 수 있을 것이다. 일반적으로 소득에 따른 의료이용은 소득 수준이 높을수록 의료이용을 적게 한다고 알려져 있으며[11,12], 본인부담 경감 시 저소득층의 고

의료이용으로 인한 의료비 부담 해소를 위해 저소득층을 최우선으로 제도를 운영해가고 있다[13,14]. 상한제는 제도개선을 통해 지속적으로 상한액을 저소득층에서 대폭 낮추고 고소득층에서는 인상하여 왔다. 그 결과, 매년 전체 상한제 대상자가 저소득층에서 지속적으로 증가하며 소득기반의 의료비부담의 형평성에 기여해 왔다. 그럼에도 상한제 적용 요양병원 입원환자의 경우에는 소득수준이 높을수록 장기 입원이 높음을 보고하는 연구 결과를 종합하여 볼 때, 요양병원 장기 입원 상한제 대상자에게 더 높은 상한액을 적용하는 별도 상한액의 타당성이 있음을 확인할 수 있다.

둘째, 의학적 필요도가 낮은 환자분류군의 요양병원 입원일수가 길고, 상한제 혜택도 가장 많이 받고 있다. 요양병원 입원환자의 의료적·간병 필요 정도 및 불필요한 장기입원환자 규모에 대해 연구한 Lim & Kim[6]의 연구에서도 이와 동일하게 환자분류군별 요양병원 입원일수가 의료경도에서 가장 길다고 보고하였다. 더불어 의료적 필요도가 낮은 의료경도 환자의 장기 입원이 의학적 필요보다는 간병필요에 의한 것으로서, 의료 서비스 제공이라는 요양병원의 기능 실현에 제약이 있는 실정을 지적하였다. 요양병원은 의료적 필요도가 기준인 환자분류군에 따라 필요도가 높은 환자군에는 더 높은 본인부담을 부과하고 있다. 따라서 의료적 필요도가 낮은 의료경도 및 선택입원군은 더 낮은 본인부담금을 부담하면서도 장기간 요양병원에 입원하면 상한제 혜택을 적용받아 최종적으로 저렴한 본인부담금을 부담하게 될 수 있다. 선행연구에서도 요양병원에서는 중증질환보다 경증질환이 장기입원을 야기하는 필요요인으로 작용하고 있기 때문에, 상한제에서 요양병원 환자의 별도 기준을 경증환자를 대상으로 마련한다면 보다 정책적 실효성이 높음을 제안한 바 있다[4]. 그간 상한제는 요양병원에서 사회적 입원 유발을 방지하고자 요양병원 별도 상한제 마련, 사전급여 적용 제외와 같은 지속적인 개선책을 시행해왔다. 그러나 이와 같은 노력에도 상한액 환급 이후 진료비 부담이 의료최고도에서 가장 높은 반면 의료경도는 가장 낮은 경향이 지속되고 있다. 따라서, 지금까지는 요양병원의 사회적 입원 문제를 입원일수 측면에서만 접근해 별도 상한제를 적용해 왔다면 앞으로는 환자분류군별 의료적 필요도에 대한 고려가 필요할 것이다.

마지막으로, 2023년 상한액은 저소득층의 혜택이 증가

하고 고소득층의 본인부담은 높아지는 동시에 의학적 필요도가 낮은 환자군의 진료비 부담이 감소할 것으로 예상된다. 앞으로도 상한제가 요양병원의 구조적 특성을 반영하지 못한다면 의료서비스가 필요한 환자들의 부담 감소보다는 경증 환자의 과다 의료이용을 촉진하는 요인으로 작용할 수도 있다. 요양병원 입원환자 중 의료적 필요도가 낮은 문제행동 및 인지장애군 환자의 70% 이상은 돌봄 필요도가 높은 치매환자로 보고되고 있다[15]. 현행 요양병원은 의료와 요양 서비스 제공을 목적으로, 요양시설은 돌봄 서비스를 중심으로 기능을 달리하고 있다. 그러나 요양시설은 장기요양등급판정 등 자격 요건을 갖추어야 이용 가능한 구조 대비 요양병원 입원에는 별다른 제약이 없어 진입 장벽이 낮아 의료적 요구도가 낮은 환자도 요양병원에서 장기 입원으로 이어지는 문제점이 있다[6]. 또한 요양병원 입원급여 적정성 평가가 경증환자의 장기 입원을 야기할 수 있다는 구조적 문제도 지적되고 있다. 치매 환자 중 중증치매환자는 낙상 등의 위험으로 인해 요양병원에서의 돌봄과 정신의약품 처방을 필요로 하는데, 요양병원 입원급여 적정성 평가 지표 중 하나로 항정신성의약품 처방률을 반영하고 있기 때문이다. 해당 평가지표를 고려할 때 요양병원 측면에서는 약품 처방이 필요하지 않은 경증 치매환자들의 입원을 유도할 뿐 아니라 수입 보장을 위해 경증 치매환자의 장기 입원을 장려하는 요인으로 작용할 수 있는 우려도 지적되고 있는 것이다[16]. 이렇듯 요양병원에서 경증환자의 장기 입원 문제는 요양기관 유형별 역할 정립, 평가 지표 합리화 등 다각적 측면에서의 검토와 개선방안 마련이 필요한 문제이다. 그러나 이는 의료전달체계 개선 등 보건의료체계 전반의 변화를 요구하는 과제임을 고려할 때, 매년 상한액 조정을 비롯한 제도적 개선을 시행하고 있는 상한제에서의 별도 장치 마련을 우선적으로 고려해 볼 수 있을 것이다.

마지막으로, 이 연구는 다음과 같은 분석 자료의 제한점이 있었다. 연구대상자의 의학적 필요도를 반영하는 기준으로 제시한 환자분류군은 관찰기간(7일)동안의 환자상태를 기반으로 매 월마다 재평가 되는 항목으로 요양병원 입원기간동안 환자분류군이 여러 번 변동될 수 있다. 상한제는 연간 발생한 본인부담금에 적용되므로, 이 연구에서는 이를 환자별로 일괄 적용하기 위해 연간 다빈도 환자분류군을 개인의 환자분류군으로 조작적 정의하였다.

그러나 이 연구에서 연간 다빈도 환자분류군으로 일괄 적용하였을 때, 요양병원 입원환자 에피소드로 분석한 Lim & Kim[5], Lee et al.[15]의 연구에 제시된 환자분류군 별 분포와 유사한 결과를 확인하였다.

2. 결론

이 연구는 소득수준별 상한액 7구간과 의학적 필요도에 따른 환자분류군을 기준으로 2023년 개편된 요양병원 별도 상한액 확대의 영향을 분석하여 근거에 기반한 향후 제도개선의 정책적 시사점을 도출하고자 하였다. 연구결과, 제도개편에 따라 저소득층에서의 상한제 혜택이 가장 많이 증가하여 소득수준에 따른 의료비부담의 형평성 보완에는 기여하였다고 볼 수 있다. 그러나 의학적 필요도가 낮은 환자들의 사회적 입원을 방지하지는 못한 것으로 확인되어 합리적 의료이용 유도 측면에서는 영향이 미비할 것으로 예측된다. 그동안 상한제는 의료비 부담을 경감하면서 요양병원에서의 사회적 입원을 방지하고자 요양병원 별도 상한제를 마련하고 사전급여 적용을 제외하는 별도의 개선책을 시행해왔다. 나아가 2023년에는 요양병원 별도 상한액을 전체 소득구간으로 확대 개편하였다. 그러나 이 연구에서 추정된 결과, 요양병원 입원환자의 의학적 필요도를 고려하지 않은 요양병원 별도 상한제 확대는 고소득층 경증환자의 장기입원을 방지하는 데에는 긍정적인 영향을 기대할 수 없음을 확인하였다.

상한제는 모든 국민에게 소득수준에 따라 차등화된 상한액을 적용해 의료비 지출에 대한 평형성에 중점을 두고 제도를 개선해 왔다. 그러나 요양병원에서의 상한제를 악용한 과도한 의료비 지출을 방지하기 위해 요양병원 입원 일수를 기준으로 예외적으로 별도 상한액을 적용확대해 왔다. 하지만 별도 상한액 적용에 있어 의학적 필요도에 의해 분류된 환자분류군에 따라 중증도와 진료비가 다른 요양병원의 기본 운영체계에 대한 고려가 없었기 때문에, 실제로 장기입원이 필요한 중증의 환자분류군보다 경증으로 입원한 환자분류군에게 제도개편의 혜택이 증가한 것을 확인할 수 있었다. 최근 보건복지부는 연간 외래진료 횟수가 365회를 초과한 환자의 외래진료 본인부담률을 90%(현행 약 20~60%)로 상향하고 이들의 상한제 적용을 제외하며, 상급종합병원에서의 경증질환 진료에 대한 상한제 적용을 전면 제외하는 등의 제도개편을 통해 합리

적 의료이용을 유도하고자 하고 있다. 같은 맥락에서, 요양병원에서의 사회적 입원 방지는 합리적 의료이용 유도의 우선순위가 높은 과제임을 고려할 때, 향후 요양병원 입원의 의학적 필요도를 반영한 상한제 기준 마련에 이 연구결과가 기초적 근거자료가 되기를 기대한다.

Reference

- [1] Kim JH. Analysis of problem for reimbursement system improvement of Long-term Care hospitals. Health Insurance Review and Assessment Service (HIRA) Policy Brief 2015;3(6):50-63.
- [2] Health Insurance Review and Assessment Service. 2020(2nd Cycle 2nd Phase) Quality Assessment Data of Long-term Care hospitals by the Health Insurance Review and Assessment Service in Korea. 2022.
- [3] Lim SJ, Lee HB. A study on the Current Status and Improvement of out-of-pocket maximum on health care utilizations in Nursing Hospital Patients. Korean Social Security Studies. 2019; 5(2):129-149.
- [4] Lim SJ, Shin HN. An Aanalysis of Predictive Factors of Medical Service Overuse for Inpatients Applied Out-of-Pocket Maximum in Long-Term Care Hospitals in South Korea. Korean Academy of Health Policy and Management. 2020;30(1): 72-81.
- [5] Ministry of Health and Welfare. Start the payment process of the medical expenses exceeding the out-of-pocket maximum ceiling, 1.87 million people benefits [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare: 2023 [cited 2023 Aug 22]. Available from <http://www.mohw.go.kr/>.
- [6] Lim MK, Kim SJ. A study on the characteristics of the Long-term Care hospitals type and National Health Insurance coverage on the care costs. Health Insurance Research Institution, National Health Insurance Services, 2022.
- [7] Aschbrenner K, Grabowski DC, Cai S, Bartels SJ,

- Mor V. Nursing home admissions and long-stay conversions among persons with and without serious mental illness. *J Aging Soc Policy*. 2011 Jul-Sep;23(3):286-304.
- [8] Ministry of Health and Welfare. We will expansion the essential health care by enhancing the sustainability of National Health Insurance [Internet]. Sejong: Ministry of Health and Welfare: 2022 [cited 2022 Dec 8]. Available from <http://www.mohw.go.kr/>
- [9] Jeon BY, Kim HS, Kwon SM. Patient and Hospital Characteristics of Long-Stay Admissions in Long-Term Care Hospitals in Korea. *Korean Academy of Health Policy and Management*. 2016;26(1):39-50.
- [10] Park SN, Park JO, Ryu KH. Population Census Life Cycle Analysis(I): Analysis of Life Cycle Characteristics of Families and Individuals. Statistics Korea, Statistic Research Institute, 2013.
- [11] Christopher AS, Himmelstein DU, Woolhandler S, McCormick D. The Effects of Household Medical Expenditures on Income Inequality in the United States. *Am J Public Health*. 2018;108(3):351-354.
- [12] Ketsche P, Adams EK, Wallace S, Kannan VD, Kannan H. Lower-income families pay a higher share of income toward national health care spending than higher-income families do. *Health Aff (Millwood)*. 2011 Sep;30(9):1637-46.
- [13] Kwon SM, Kang HJ, Ko SJ, Kim SJ. Health Security: Policies and Implementation Strategies. *Health and Welfare Policy Forum*. 2019;271:34-45.
- [14] Lee KS. "self employed insurance system and social justice", *Korea Institute for Health & Welfare Policy*. Issue Paper, 2015;13.
- [15] Lee DH, Jeon IH, Kim MH, Kim LY. A Basic study on developing Adjustment Mechanism for Classification system and Medical fee of Long-Term Care Hospital Inpatients. *Health Insurance Review and Assessment Service*. 2021.
- [16] National Assembly Budget Office. *Analysis of Elderly Health*, 2019.