

## 요양병원 간병비 지급이 건강보험 진료이용량에 미치는 영향

강임옥<sup>†</sup>, 한은정, 이정석

국민건강보험공단 건강보험정책연구원 장기요양연구소

### <Abstract>

### Is the amount of the medical care utilization affected by the cash benefits for patients in the geriatric hospital?

Im-Ok Kang<sup>†</sup>, Eun-Jeong Han, Jung-Suk Lee

*Research Center of Long-term Care, National Health Insurance Corporation*

Korean Government had performed three pilot programs to introduce the long term care insurance system. Persons aged 65 or older who are dependent on others for daily living could use long term care services in the pilot program. The long-term care insurance covered nursing home services, home care services and cash benefits. The cash benefits are included that for elderly at home and for patients in geriatric hospital. This study investigated whether there had been any change in the medical care utilization according to cash benefits for geriatric hospitalization.

This study used National Health Insurance claims and Long term Care Insurance claims 2003 through 2006. Data were composed of subjects who undertook both

\* 접수: 2009년 1월 28일, 수정: 2009년 3월 30일, 심사완료: 2009년 5월 28일

† 교신저자: 강임옥, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원(전화: 02-3270-9861, 팩스: 02-3270-9537, 이메일: [imok48@nhic.or.kr](mailto:imok48@nhic.or.kr))

insurance coverage. The subjects was divided into two groups. Case group included participants with the cash benefits of geriatric hospitalization. Control group included persons without the cash benefits selected by random sampling according to the distribution of case group.

This study showed that the amount of medical care utilization of the case group is more significantly increased than the control group after adjusted their health condition and functional condition. This result will be helpful for making decisions on whether the cash benefit of geriatric hospitalization can be introduced into long term care insurance system.

*Key Words* : Long term care insurance, Medical utilization, Cash benefit, Elderly

## I. 서 론

정부는 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 도입하였다. 이 제도가 본격적으로 도입되기 이전에 정부는 3차례에 걸친 시범사업을 시행한 바 있다. 일반적으로 시범사업을 시행하는 목적은 여러 가지 운영방식이나 도구 등을 시도해 봄으로써 해당방식 도입 여부를 결정하고 구체적인 시행방안을 마련하기 위한 것이다. 이것은 제도의 문제점들을 미리 파악하고 이를 해결하기 위한 것이기도 하다. 시범사업에서 시도된 방식을 수용할 것인지를 결정하기 위해서는 시도된 방식에 의해 나타나는 현상을 명확히 분석하여야 한다.

노인장기요양보험 시범사업에서 시도한 여러 방식 중에 하나가 ‘요양병원 간병비(이하, 간병비)’를 급여해 준 것이다. 여기서의 요양병원은 건강보험법에서 말하는 ‘요양기관’에 속한 것으로, 본질적으로 급·만성 질환자에게 의료적 처치를 행하는 의료기관을 의미한다. 요양병원에 입원한 많은 사람은 간병인이라는 비공식적 수발자(caregiver)로부터 도움을 받고 있다. 일반적으로 1명의 간병인은 평균 6명 정도의 환자를 돌보는 데, 환자나 가족은 일당 평균 4만1천원 정도의 비용을 그들에게 지불하고 있다(최병호 등, 2007; 황나미 등, 2006). 이렇게 환자나 가족들이 간병인에게 지불하는 비용을 간병비라고 통칭한다. 이러한 간병비는 노인이나 가족이 진료비 이외에 개인적으로 부담하는 비용이기 때문에 추가적인 경제적 부담으로 작용하고 있다. 이들의 경제적 부담을 경감시켜주기 위해 요양병원 입원자 중 최소한 장기요양 1~3등급내 판정을 받은 자에게는 간병비를 노인장기요양보험에서 급여

로 보장해 주어야 한다는 주장이 있어 왔다(실버케어뉴스, 2008년12월24일자).

실제로 노인장기요양보험 시범사업에서 간병비를 급여로 지급해 준 적이 있는데, 이 시도는 2007년 12월까지 시행되었고 본 제도에서는 시행을 보류하고 있는 상태이다. 시범사업 당시에 보험자로부터 간병비를 급여받기 위해서는 신청자는 장기요양 1~3등급을 판정받아야 하고 요양병원에 입원해 있어야 한다. 이러한 조건에 해당되는 자는 매달 약 20만원 상당의 간병비를 지급받았다. 3차 시범사업 통계치를 보면 이렇게 간병비로 지출된 급여비는 2007년 7월부터 6개월 동안 2,869명에게 약 6억5천만원의 간병비가 지급되었다. 1등급인 자에게 3억3천만원, 2등급에게 1억4천만원, 3등급에게 1억6천만원 정도가 지급되었다(국민건강보험공단, 2007, 2008).

당시 간병비를 보험급여에 포함시킨 이유는 노인장기요양보험의 등급내 판정을 받은 자(이하, 등급내판정자)가 의료적 처치를 받기 위해 요양병원에 입원할 경우 노인장기요양보험의 현물급여의 혜택을 받을 수 없기 때문에 이를 현금급여의 형태로 보상해주기 위한 것이다. 노인이라 하더라도 급성기 질환을 가진 경우는 일반병원을 이용하지만 치매나 중풍 같은 만성적 질환을 갖고 있어서 장기적 돌봄이 필요한 노인의 많은 수는 대부분 요양병원을 이용하고 있다. 만약 요양병원에 입원해 있는 상태라면 장기요양 1~3등급을 받았더라도 장기요양서비스를 받을 수 없다. 사실 이들은 장기요양서비스를 이용할 수 있는 자격이 될 뿐만 아니라 오히려 의료적 처치와 같은 더 많은 서비스가 받아야 함에도 불구하고 오히려 노인장기요양보험 급여를 받을 수 없는 문제가 생길 수 있다. 이러한 문제를 일부 해소하고자 요양병원 간병비를 노인장기요양보험의 급여에 포함시킨 것이다.

그런데 여기서 문제는 현금급여의 형태를 띠는 간병비 급여가 단순히 노인장기요양보험의 보장성을 확대하는 효과에 그치지 않고 건강보험의 진료비 규모를 증가시키는 요인으로 작용할 수 있다는 우려가 제기된 것이다. 이러한 주장은 보험 급여에 적용되면 이용에 대한 경제적 장벽이 제거되어 이용량이 증가한다는 일반적인 견해에 기반한다. 의료와 관련된 보험 적용의 영향에 대한 연구들을 살펴보면, 대체로 의료보험 도입이나 급여 범위의 확대가 이용량과 정(正)의 관계에 있다는 일관된 결과를 찾아볼 수 있다(Rafferty, 1975; Andersons 등, 1978; Kronenfeld, 1978; Hay 등, 1982; Ligon, 1993). 우리나라의 경우도 의료보험 서비스 가격에 의한 진료이용량 변화에 대한 연구에서 이러한 점을 찾아볼 수 있다(전기홍 등, 1998; 고수경 등, 2002). 이러한 연구들은 의료보험 적용여부나 의료보험 내에서의 가격 변동이 진료이용량에 어떠한 영향을 미치는 지를 보기 위한 것들이었다.

이 연구의 관심은 노인장기요양보험의 급여 적용이 해당 보험권 내의 이용량이 아닌 건강

보험권내의 이용량에도 영향을 미치는 지, 그리고 영향을 미친다면 주로 어떠한 요인이 그 영향에 작용하는 지였다. 노인장기요양보험과 건강보험은 자격기준, 급여방식, 보험료 부과 방식 등 여러 면에서 매우 다른 체계를 가지고 있다. 그러나 우리나라의 건강보험은 전국민 단일보험체계를 가지고 있기 때문에 노인장기요양보험에서 등급내 판정을 받기만 한다면 두 가지 보험에 의한 급여를 모두 받을 수 있다. 따라서 등급내판정자의 이용행태는 노인장기요양보험 이용량과 건강보험 이용량에 모두 영향을 미치는 요인으로 작용할 수 있다.

게다가 노인장기요양보험의 주요 대상인 요양시설에 입소한 노인의 기능 상태와 요양병원을 이용하는 노인의 기능 상태는 크게 다르지 않아 이들은 요양병원과 요양시설을 넘나들면서 서비스를 이용하는 경향이 있다. 최근 한 연구에 의하면 요양병원에 입원한 자 중 25.0%는 요양시설에 입소하여도 무방하고, 반대로 요양시설 입소자의 65.0%는 요양병원에 입원해야 할 사람인 것으로 나타난 바 있다(김현실 등, 2008). 만약 노인장기요양보험의 간병비 급여로 인해 건강보험의 진료이용량이 증가한다면 노인장기요양보험 급여 조건이 건강보험 재정에 악영향을 미치는 결과를 초래하게 될 것이다.

사실 이러한 우려는 시범사업을 시행하던 당시에도 계속 논쟁거리의 하나이었다. 노인장기요양보험 적용대상자의 보장성 확대 측면에서 간병비를 급여로 지급해야 한다는 노인요양병원협회의 주장(노인요양병원협회, 2008)과 요양병원의 이용량만을 증가시킬 수 있기 때문에 지급해서는 안된다는 요양시설협회의 의견(보건복지가족부, 2008)이 대립되어 왔다. 보건복지가족부는 2008년 1월부터 요양병원 간병비 급여를 전격적으로 중단하였고 노인장기요양보험제도 출범 이후 현재까지도 이를 계속 유보하고 있는 상태이다. 그 이유는 이미 언급하였듯이 간병비 급여가 장기요양서비스 이용자의 이용행태를 변형시켜 장기요양보다는 진료이용량을 증가시킬 것이라는 우려 때문이다(장재혁, 2008). 간병비를 급여에 포함시키는 문제에 대한 논쟁은 여전히 진행 중에 있다. 이에 보건복지가족부는 장기요양보험제도개선위원회를 설치하고 우선 논의가 필요한 10개 과제 가운데 하나로 '요양병원 간병비 지급 문제'를 포함시키는 등 이 문제를 해결하고자 노력 중에 있다(청년의사, 2008년 9월 30일).

이렇듯 간병비 지급이 논쟁의 주제가 되고 있기는 하지만 노인장기요양보험에서의 급여조건이 장기요양이용량이나 진료이용량에 어떠한 영향을 미치는지를 구체적으로 살펴본 연구를 찾아보기 어려운 실정이다. 다만 한 연구에 의하면 노인장기요양보험 서비스를 한번이라도 이용한 적이 있는 자에 의해 사용된 건강보험 진료비용은 꾸준히 증가하는 것으로 나타났다. 2003년에는 1인당 141만원을 사용하던 것이 2006년에는 436만원을 사용하였고 이는 전년도에 비해 1.5배 증가한 것이었다(강임옥, 2007). 특히 이러한 증가현상은 입원건

수와 입원일수를 포함한 입원부분에서 집중적으로 나타나는 경향을 보였다. 의료기관 형태별 입원건수의 증가를 살펴본 바에 의하면, 장기요양 1등급인자의 요양병원 입원건수는 2006년에 4,266건으로 전년도에 비해 2배 증가한 것으로 나타나 다른 종별 의료기관보다 큰 폭의 증가추이를 보였다. 그러나 이러한 요양병원 진료량의 증가 추이가 간병비 급여에 의한 것인지는 알 수 없는 상태이다. 간병비의 급여가 실제로 건강보험 진료량 증가에 영향을 미치는 지도 아직 알려진 바 없다.

이에 이 연구는 건강보험과 노인장기요양보험 급여를 동시에 적용받을 수 있는 장기요양등급내판정자를 대상으로 노인장기요양보험에서의 간병비 급여가 건강보험 진료이용량의 변화에 영향을 미치는지를 살펴보고자 하였다. 이 연구의 목적을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

- 첫째, 간병비 지급군과 미지급군 간에 기능 상태에 차이가 있는지를 살펴보고,
- 둘째, 간병비 지급군과 미지급군 간에 진료이용량 변화에 차이가 있는지를 살펴보고,
- 셋째, 간병비 지급이 진료이용량 변화에 영향을 미치는 지를 살펴보고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 용어 정의

- 등급내판정자 : 장기요양 1~3등급을 판정받아 장기요양서비스를 받을 수 있는 자격이 되는 자
- 이용자 : 등급내판정자 중 장기요양 서비스를 실제로 이용한 자
- 간병비 지급군 : 장기요양서비스 이용자이면서 요양병원 간병비를 지급받은 자의 군
- 간병비 미지급군 : 장기요양서비스 이용자이면서 요양병원 간병비를 지급받지 않은 자의 군
- 진료이용량 : 분석기간 동안 대상자가 의료서비스를 이용하여 발생한 총 진료비용

### 2. 건강 및 기능상태 측정 도구

노인이 노인장기요양보험의 혜택을 받고자 한다면 보험자인 국민건강보험공단에 급여를 신청하여야 한다. 보험자는 신청자의 건강 및 기능상태를 파악하기 위해 방문조사를 실시하고 있다. 방문조사자가 사용하는 측정도구는 3차례의 시범사업을 거치면서 수차례의 자문위원회 회의를 통해 자체 개발된 것이다. 측정도구의 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역은 옷벗고 입기 등 일상생활수행도를 측정하는 12개 항목을 포함하고, 각 항목은 기능자립정

도에 따라 완전자립(1점), 부분도움(2점), 완전도움(3점)으로 구분되어 최소 12점에서 최대 36점으로 평가된다. 인지기능 영역은 단기 기억장애, 시간지남력장애, 장소지남력장애, 지시 이해능력장애, 판단력장애 등 인지기능을 측정하는 5개 항목을 포함하며, 각 항목은 증상여부를 기준으로 예(1점), 아니오(0점)로 구분되어 최소 0점에서 최대 5점으로 평가된다. 행동변화 영역은 망상, 환청·환시, 우울증, 불면증, 정서불안, 길잃음, 폭언·폭행, 혼자 밖으로 나가기, 물건감추기, 부적절한 옷입기 등 행동변화를 측정하는 10개 항목을 포함하며, 각 항목은 증상여부를 기준으로 예(1점), 아니오(0점)로 구분되고 최소 0점에서 최대 10점으로 평가된다. 간호처치 영역은 기관지절개관간호, 흡인, 산소요법, 욕창간호, 경관영양, 도뇨관리, 장루간호 등 7개 항목을 포함하며, 각 항목은 지난 2주 동안 해당 처치를 받았는지를 기준으로 있다. 각 항목은 있다(1점), 없다(0점)로 구분되고 최소 0점에서 최대 7점으로 평가된다. 마지막으로 재활 영역은 우측상지 등 운동장애를 측정하는 4개 항목과 팔꿈치관절 등 관절제한을 측정하는 6개 항목을 포함한다. 운동장애 측정항목의 경우 운동장애없음(1점), 불완전운동장애(2점), 완전운동장애(3점)으로 구분되고, 관절제한 측정항목의 경우는 제한없음(1점), 한쪽관절제한(2점), 양관절제한(3점)으로 구분된다. 재활 영역은 최소 10점에서 최대 30점으로 평가된다(보건복지가족부와 국민건강보험공단, 2008).

### 3. 연구대상 및 연구자료

장기요양서비스를 이용하려면 장기요양보험을 신청하고 등급판정 절차를 통해 1~3등급의 판정을 받아야 한다. 이 연구는 2006년 4월 1일부터 2006년 12월 31일까지 노인장기요양보험 2차 시범사업에서 장기요양서비스를 이용한 자 중 건강보험서비스를 이용한 적이 있는 자를 대상으로 하였다. 노인장기요양보험 2차 시범사업은 8개 시군구(광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주군, 부산북구, 전남완도)에서 65세 이상 지역사회에 거주하는 노인을 대상으로 실시되었다. 2차 시범사업기간동안 장기요양 1~3등급을 판정받은 자(인정받은 자) 총 7,586명 중 장기요양서비스를 이용한 자는 6,420명(인정받은 자의 84.6%)이었고, 이 가운데 지난 4년간 건강보험서비스를 이용한 적이 있는 자는 총 6,339명(인정받은 자의 83.6%)이었다.

간병비 지급이 건강보험 진료이용량에 미치는 영향을 파악하고자 이들을 간병비 지급군과 미지급군으로 구분하였다. 간병비 지급군은 351명으로 이들의 5.5%이었고, 간병비 미지급군은 5,988명으로 94.5%를 차지하였다. 간병비 미지급군이 지급군에 비해 약 19배 정도 높은 비율을 차지함에 따라 지급군과 미지급군 간 진료이용량에 대한 차이를 효과적으로 비교하기 위하여 간병비 미지급군 5,988명을 간병비 지급군의 성(남, 여), 연령(65-74세,

75-84세, 85세 이상), 의료보장형태(건강보험, 의료급여) 분포에 따라 층화하여 간병비 지급군의 5배수인 1,755명을 무작위 추출하였다. 층화 추출을 위해 의료보장형태 변수를 사용한 이유는 의료급여 대상자가 진료이용시 본인이 지불하는 진료비용이 일반 건강보험 대상자보다 매우 적어서 의료보장 형태에 따라 진료 이용행태가 다를 수 있기 때문이다. 최종 연구대상자의 분포를 살펴보면 <표 1>과 같다.

<표 1> 연구대상자의 인구학적 분포 (단위: 명, %)

연령	의료보장형태	전 체	지급군			미지급군		
		N(%)	소계	남자	여자	소계	남자	여자
전체		2,106(100.0)	351	100	251	1,755	500	1,255
65-74(세)	건강보험	336(16.0)	56	15	41	280	75	205
	의료급여	126( 6.0)	21	12	9	105	60	45
75-84	건강보험	792(37.6)	132	44	88	660	220	440
	의료급여	324(15.4)	54	10	44	270	50	220
85+	건강보험	384(18.2)	64	16	48	320	80	240
	의료급여	144( 6.8)	24	3	21	120	15	105

연구 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위하여 국민건강보험공단의 자격DB(2006년 4월 기준)를 이용하였고, 간병비 지급 여부를 파악하기 위하여 2006년 4월 1일부터 12월 31일 까지의 노인장기요양 급여DB를 활용하였으며, 건강 및 기능상태 특성을 파악하기 위해 노인 장기요양보험 인정조사DB를 이용하였다. 마지막으로 연구 대상자의 의료기관에서의 진료이용량을 파악하기 위하여 건강보험 급여DB와 의료급여DB자료를 이용하였다. 시범사업 이전 부터 두 비교군 간의 진료이용량 차이가 있었는지를 살펴보기 위해 2003년부터 2006년까지의 건강보험 급여DB자료를 이용하였다. 이 연구는 이상의 5가지 DB 자료를 연계하여 분석에 활용하였다.

#### 4. 분석방법

첫째, 간병비 지급군과 미지급군 간의 건강 및 기능상태 특성의 차이를 파악하기 위하여, 장기요양인정조사도구에 포함된 5개 영역의 평가점수에 대하여 t-test를 실시하였다. 5개 영역은 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역, 인지기능 영역, 행동변화 영역, 간호처치 영역, 재활 영역 등이다.

둘째, 대상자의 진료이용량은 대상자가 연구기간 내에 한번이라도 의료이용을 한 경우에 발생한 진료비로 정의하였고, 대상자의 연도별 진료이용량은 해당년도에 발생한 각 연구대상자의 총진료비의 합계를 사용하였다. 간병비 지급군과 미지급군 간의 연도별 진료이용량 변화의 차이가 통계적으로 유의한지를 살펴보기 위해 반복측정 분석을 실시하였다. 두 군간의 진료이용량의 변화의 차이는 2003년도를 기준으로 각 연도별 변화를 측정할 수도 있고, 전년도 대비 각 년도의 진료이용량의 변화를 측정할 수도 있을 것이다. 본 연구는 2006년도 시범사업 당시 간병비 지급여부가 진료이용량에 미치는 영향을 분석하기 위해 전년도 대비 진료이용량 변화를 분석하였다.

반복측정 분석은 두 단계로 나누어 실시하였다. 첫째, 연도별 진료이용량 변화의 차이에 영향을 미치는 요인을 간병비 지급 여부만으로 한정된 단변량 분석을 진료형태(입원, 외래)로 구분하여 실시하였다. 단변량 분석은 연도별 진료이용량 차이에 영향을 미치는 다른 요인의 효과를 고려하지 않은 단순 회귀 모형과 같은 결과를 나타낸다. 둘째, 연도별 진료이용량 변화의 차이에 미치는 다른 영향요인의 효과를 제거하여 간병비 지급 여부만의 효과를 파악하기 위해 대상자의 건강 및 기능상태 변수(신체기능상태, 인지기능상태, 행동변화정도, 간호처치필요여부, 재활필요여부)를 포함한 다변량 분석을 실시하였다. 본 연구의 모든 분석은 유의수준  $p < .05$ 에서 통계적 유의성을 파악하였으며, SAS 9.1 version을 사용하였다.

### Ⅲ. 연구결과

#### 1. 간병비 지급군과 미지급군 간 건강 및 기능상태 차이

간병비 지급군과 미지급군 간 건강 및 기능상태의 차이를 분석한 결과 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역, 인지기능 영역, 행동변화 영역, 간호처치 영역, 재활 영역 등 5개 영역 전체에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 신체기능(기본적 일상생활기능) 영역의 경우 지급군의 평균 점수가 28.0점으로 미지급군 23.7점 보다 4.3점 더 높게 나타나( $p < .01$ ) 지급군의 기본적 일상생활기능의 의존도가 미지급군 보다 더 높았다. 인지기능 영역의 경우는 지급군의 평균 점수가 3.1점으로 미지급군의 2.3점 보다 더 높게 나타나( $p < .01$ ) 지급군이 미지급군보다 더 많은 인지기능의 문제를 보였다( $p < .01$ ). 재활 영역에서도 지급군이 운동장애 또는 관절제한 정도가 더 심각하였다( $p < .01$ ). 그러나 행동변화 영역에서는 지급군의 평균 점수가 1.6점으로 미지급군 2.1점보다 더 낮게 나타나( $p < .01$ ) 미지급군의 행동변화정도가 더 컸다<표 2>.

<표 2> 요양병원 간병비 지급군과 미지급군의 건강 및 기능상태 차이

구분	전체		지급군		미지급군	
신체기능(기본적 일상생활기능) 영역	24.4 ± 7.1		28.0 ± 6.6		23.7 ± 6.9	
인지기능 영역	2.4 ± 1.9		3.1 ± 1.8		2.3 ± 1.9	
행동변화 영역	2.0 ± 2.2		1.6 ± 1.9		2.1 ± 2.2	
간호처치 영역	0.3 ± 0.8		0.5 ± 0.9		0.3 ± 0.8	
재활 영역	16.0 ± 5.0		17.2 ± 5.0		15.7 ± 4.9	

주 1) 모든 영역은 점수가 높을수록 기능저하정도가 크거나 요양욕구가 높다고 해석할 수 있음.

2) 건강 및 기능상태 모든 변수에서 두 그룹간의 차이가 유의수준 0.05에서 유의하였음.

## 2. 간병비 지급이 진료이용량에 미치는 영향

간병비 지급 여부가 연도별 진료이용량 변화에 미치는 영향은 <표 3>과 같다. <표 3>은 평균 진료이용량 변화의 차이를 간병비 지급여부의 영향력만으로 한정된 결과로, 평균 총의료비는 간병비 지급군과 미지급군 모두에서 해마다 증가하는 것을 볼 수 있다. 간병비 미지급군의 경우 2003년 평균 총 의료비는 136만원에서 2006년 441만원으로 3.2배 증가하였고, 간병비 지급군의 경우 2003년의 평균 총 의료비가 179만원에서 2006년 1,192만원으로 6.6배나 증가하였다.

<표 3> 간병비 지급여부에 따른 전년도 대비 총진료비용의 변화

(단위: 천원)

진료형태	년도	간병비 지급여부		p-value*
		미지급군	지급군	
전 체	2003	1,368 ± 66	1,796 ± 147	-
	2004	1,896 ± 85	2,795 ± 190	0.0222
	2005	2,705 ± 131	6,226 ± 292	<.0001
	2006	4,413 ± 171	11,925 ± 380	<.0001
입 원	2003	2,607 ± 201	3,310 ± 366	-
	2004	3,243 ± 200	5,059 ± 392	0.6632
	2005	4,062 ± 247	8,585 ± 435	0.2420
	2006	6,274 ± 257	12,404 ± 429	0.0007
외 래	2003	594 ± 23	503 ± 52	-
	2004	675 ± 25	624 ± 58	0.2915
	2005	838 ± 35	601 ± 82	0.0294
	2006	951 ± 45	512 ± 114	0.0116

\* 다른 영향요인을 보정하지 않은 상태에서 간병비 지급여부에 따른 전년도 대비 진료이용량의 변화의 차이를 분석함

간병비 지급 여부에 따른 전년도 대비 총의료비의 변동을 살펴보면, 미지급군의 경우 2004년과 2005년의 평균 총 의료비의 차이가 80만원 이었던 것이, 2005년과 2006년 사이의 평균 총 의료비의 차이는 170만원으로 증가한 것을 볼 수 있다. 간병비 지급군의 경우는 그 차이가 더 크게 나타남을 볼 수 있는데, 2004년과 2005년의 평균 총의료비의 차이가 343만원에서 2005년과 2006년의 차이가 569만원으로 크게 증가하였다. 이 두 그룹의 전년도 대비 진료이용량 변화의 차이는 통계적으로 모두 유의한 것으로 나타났다.

진료형태별로 두 그룹 간의 진료이용량 변화의 차이를 살펴보았을 때, 두 군간의 연도별 진료이용량 변화의 차이는 입원서비스와 외래서비스 모두에서 나타났다. 입원의 경우 2005년 대비 2006년의 평균 입원비 변동이 크게 나타났다( $p < 0.0007$ ). 반면 평균 외래비용을 살펴보면, 간병비 미지급군의 경우 2003년에 59만원에서 2006년에 95만원으로 꾸준히 증가하는 것에 비해 지급군의 경우는 2004년까지 62만원으로 증가하다가 2004년을 기점으로 오히려 감소하여 2006년에는 51만원을 나타냈다. 두 군간의 평균 외래비용 변동의 차이는 2004년과 2005년( $p = 0.0294$ ), 2005년과 2006년( $p = 0.0116$ ) 모두 유의하게 나타났다.

<표 4> 건강 및 기능상태 영향을 보정한 후 간병비 지급여부에 따른 전년도 대비 총진료비용의 변화

진료형태	년도	간병비 지급여부		p-value*
		미지급군	지급군	
전체	2003	1,379 ± 66	1,741 ± 150	-
	2004	1,930 ± 85	2,624 ± 193	0.1210
	2005	2,782 ± 130	5,845 ± 296	<.0001
	2006	4,615 ± 158	10,932 ± 359	<.0001
입원	2003	2,630 ± 201	3,237 ± 371	-
	2004	3,376 ± 195	4,553 ± 392	0.5373
	2005	4,255 ± 239	7,986 ± 431	0.2458
	2006	6,503 ± 235	11,768 ± 399	0.0013
외래	2003	592 ± 23	514 ± 54	-
	2004	672 ± 26	639 ± 59	0.2581
	2005	829 ± 36	646 ± 84	0.0783
	2006	948 ± 45	540 ± 116	0.0092

\* 신체기능상태, 인지기능상태, 행동변화정도, 간호처치필요유무, 재활필요유무 등의 건강상태 변수의 영향력을 보정한 상태에서 간병비 지급여부에 따른 전년도대비 진료이용량 변화의 차이를 분석함

(단위: 천원)

신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활영역 등 건강 및 기능상태가 진료이용량에 미치는 영향력을 보정한 후 간병비 지급여부가 진료이용량의 변동에 미치는 영향을 파악하였다<표 4>. 대상자의 건강 및 기능상태를 보정한 후에도 간병비 지급여부가 진료이용량의 변동에 미치는 영향력은 통계적으로 유의하였다. 그 변동의 차이는 총의료비, 입원, 외래에서 모두 2005년과 2006년 사이에서 크게 나타났다. 2005년과 2006년의 평균 총의료비 변동의 차이는 유의확률 <0.0001로 유의하였고, 평균 입원비용과 평균 외래비용도 각각 유의확률 0.0013과 0.0092로 유의하게 나타났다. 특히 외래비용의 경우 간병비 미지급군은 2003년 이후 꾸준히 증가하고 있지만 간병비 지급군은 2005 이후 감소하는 현상을 보이고 있다.

#### IV. 결론 및 논의

우리나라 이외에 보험 방식으로 장기요양제도를 운영하고 있는 나라는 독일과 일본이다. 이들 나라에서 현금급여를 운영하는 실태를 살펴보면, 독일의 경우는 현금급여가 활성화되어 있는 편이어서 전체 급여에서 현금급여가 차지하는 비율이 2006년에 62%(급여비 지출액을 기준)를 차지하고 있다. 그러나 독일의 현금급여에는 요양병원 간병비라는 개념이 포함되어 있지 않다(이용갑, 2007). 일본의 개호보험도 우리나라의 노인장기요양보험과 매우 유사한 형태를 갖고 있지만 요양병원 간병비를 현금급여로 지급하지는 않고 있다<sup>1)</sup>. 이런 상황에서 요양병원 간병비가 건강보험 및 진료이용량에 미치는 영향에 대한 외국의 연구를 찾아보기는 어려운 실정이다. 다른 나라의 상황과 비교하였을 때 우리나라에서 시행하는 요양병원 간병비 급여 방식은 매우 독특한 형태의 현금급여 방식으로 파악된다.

간병비 지급에 의한 현상을 논하기 이전에 우리나라의 장기요양과 관련된 인프라 상황을 고려할 필요가 있다. 시범사업이 진행되던 당시는 장기요양과 관련된 시설 인프라가 매우 부족한 상태이었다. 당시의 노인요양시설은 무료나 실비, 유료 노인요양시설로 구분되었는데, 무료나 실비 노인요양시설은 저소득층이나 생활보호대상자를 위한 것이었고 매달 높은 비용을 지불해야 하는 유료 노인요양시설은 주로 고소득층이 이용하는 편이었다. 전체적으로 요양시설의 수도 매우 적어서 요양시설 이용에 적잖은 제한이 있었다(박종연, 2005). 이런 상황에서 요양시설을 이용할 수 없는 많은 사람들은 요양병원에 입원하여 의료적 처치와 수발을 함께 받아 왔다. 실제로 요양병원에 입원한 자 중 상당수는 의료적 처치 보다는 간호나

1) 일본의 1994년 진료보수개정에 의하면, '병원직원'에 의한 신간호체계도입'에 따라 종전에 넓게 활용되었던 입원환자 자신이 고용한 병원직원 이외의 자'에 의한 수발은 인정하지 않고 있다. 일본은 병원에서 의료와 개호를 담당하는 자는 모두 병원에 고용되어 있어야 한다고 규정하고 있다.

간병이 더 많이 필요하여 요양시설에 입소하여도 무리가 없는 상태이다(김현실, 2008). 이러한 상태에서 노인장기요양보험의 도입은 이용자의 상태에 따라 적절한 이용행태를 유도하는 데에 도움이 될 것으로 기대하고 있다.

노인장기요양보험의 취지는 의존 상태에 있는 노인에게 장기간에 걸쳐 장기요양서비스를 제공함으로써 일상생활을 원활히 수행할 수 있도록 돕기 위한 것이다. 특히 노인장기요양보험법 제3조에서는 이 제도가 재가급여를 우선적으로 제공한다고 규정하고 있다. 이것은 “현 거주장소에서의 노화(ageing in place)”라는 슬로건과 아래, 가능하면 노인들이 요양시설보다는 가정에서 보호받아야 한다는 OECD의 정책과 일맥상통하는 것이다(OECD아시아사회정책센터, 2005). 그러나 요양병원 간병비가 급여로 지급되면서 이 급여정책으로 인해 노인장기요양보험의 본래의 취지와는 다른 결과가 초래될 수 있다는 우려가 있었다.

장기요양등급이 낮을수록 건강 및 기능상태가 더 나쁜 편이어서 이들이 의료적 문제를 갖고 있을 가능성이 많다. 장기요양 1~3등급을 판정받은 자라 하더라도 의료적 문제가 있을 경우에는 요양병원을 포함한 급성기 병원을 이용할 수 있다. 게다가 우리나라의 노인과 부양가족들은 의사인력에 의해 제공되는 진료서비스를 다른 사회서비스보다 더 선호하는 경향이 있다(강임옥 등, 2005). 이상의 점들을 감안하였을 때 의사의 진료서비스가 제공되고 있는 요양병원에 대한 선호도가 다른 장기요양기관보다 높을 것으로 추측된다. 실제로 장기요양 1등급자의 44.5%, 2등급자의 30.7%, 3등급자의 24.8%가 요양병원 간병비를 희망하고 있어서 요양병원 이용에 대한 선호도가 낮지 않음을 보여주고 있다(국민건강보험공단, 2007). 이런 상황에서 요양병원 간병비까지 급여로 보장할 경우 요양병원에 대한 선호도가 다른 장기요양기관보다 더 높아질 것이고 결국 요양병원 이용이 더 많아질 가능성이 있다. 이 연구는 이러한 점들을 감안하였을 때 요양병원 간병비의 지급이 실제로 진료이용량을 증가시키는 지를 알아보려고 한 것이다.

연구결과에 의하면, 대상자의 건강 및 기능상태 특성에 의한 영향을 통제한 상태에서도 요양병원 간병비 지급군과 미지급군 간 진료이용량 변화의 차이가 통계적으로 유의하였다. 이 결과로 보아 요양병원 간병비 지급 여부가 진료이용량을 증가시키는 데에 유의하게 영향을 미치는 것으로 판단된다. 이 연구자료는 2006년에 시행된 2차 시범사업에 참여한 자를 대상으로 한 것이어서 2005년 대비 2006년의 총진료비용의 변화량에 주목하게 된다. 전체적으로 보았을 때 요양병원 간병비가 급여로 지급된 2006년도에 두 군에서 모두 진료이용량이 유의하게 증가하였고, 특히 입원부분에서 두 군간의 진료이용량의 변화의 차이가 2005년까지는 유의한 변화를 보이지 않다가 2005년 대비 2006년에 들면서 유의한 증가 현상을 보여서 전체적인 총진료비용의 증가요인이 외래가 아닌 입원부분에서 나타난 것으로 생각된다.

다. 반면 외래의 경우, 간병비 미지급군은 계속 증가하는 추세를 보이지만 간병비 지급군은 2006년 들어 오히려 감소하는 현상을 보이고 있다. 예상했던대로 간병비 지급군은 외래보다는 입원을 더 선호하는 것으로 생각된다. 요양병원 간병비의 지급요건이 장기요양 1~3등급을 판정받고 요양병원에 입원한 자라는 점을 감안하였을 때 외래부분 보다 입원부분에서 큰 진료비용의 증가폭을 보이는 것은 자연스러운 현상으로 해석된다.

이 연구는 간병비에 대한 급여여부 및 그 범위를 결정하는 데에 중요한 자료로 사용가능하다는 의미를 갖지만 다음과 같은 연구의 한계점을 찾아볼 수 있다. 첫째, 요양병원 간병비 급여가 진료이용량에 영향을 미치는 지를 파악하고자 한다면 요양병원 간병비 변수 이외에 다른 변수들이 모두 통제하여야 한다. 진료이용량에 영향을 미치는 강력한 요인 중에 하나가 질병의 중증도이다. 그러나 이 연구에서는 질병의 중증도를 통제변수로 사용하지 못하였다. 요양병원 간병비를 지급받은 군이 그렇지 않은 군에 비해 더 많은 진료서비스가 필요한 상태일 가능성을 배제할 수 없다. 실제로 신체기능영역, 인지기능영역, 행동변화영역, 간호처치영역, 재활영역 등에서 간병비 지급군이 미지급군 보다 더 요양욕구가 높은 것으로 나타났다. 그러나 이 연구는 이러한 문제점을 보완하기 위해 간병비 지급 여부의 진료이용량 변화에 미치는 영향력을 분석할 때 간호처치 욕구를 포함한 모든 기능과 관련된 변수를 모두 통제된 상태에서 분석하였다. 그럼에도 불구하고 보정된 영역별 점수는 요양욕구를 측정한 값으로서, 그 값이 높다고 하여 진료서비스가 더 많이 필요하다고 볼 수 없다. 예를 들어 외상 상태에 있어서 일상생활의 자립도가 매우 낮은 자가 그렇지 않은 자보다 반드시 진료서비스를 더 많이 받아야 하는 것이 아니다. 향후 요양병원 간병비와 같은 급여 조건이 진료이용량에 미치는 영향을 명확히 파악하기 위해서는 질병의 중증도를 정교하게 보정할 수 있는 방법을 강구해야 할 것이다.

둘째, 진료이용량에는 이 연구에서 변수로 사용한 인당 진료비용 뿐만 아니라 건당 진료비용이나 건당 재원일수와 같은 진료강도를 나타내는 변수가 포함될 수 있다. 그러나 이 연구에서는 진료강도의 변화의 차이를 살펴보지는 못했다. 급성기 병원의 경우 재원일수가 길지 않아도 강도 높은 의료적 처치가 시행될 경우 진료비용이 크게 나타날 수 있다. 그러나 이 연구의 대상이 되었던 노인장기요양보험 이용자는 일상생활을 수행하기 위해 장기적인 도움이 필요한 자로서 의료적 처치보다는 장기적인 도움이나 간병이 필요한 자이다. 이들이 요양병원에 입원하여 발생하는 비용은 대체로 편차가 적은 편이어서 일반적으로 재원일수가 길어질수록 진료비용이 완만히 많아질 것으로 예상된다. 따라서 요양병원 간병비 지급 여부에 따른 재원일수의 변화는 진료비용의 변화와 비슷한 양상을 보일 가능성이 있다. 보다 구체적인 현상을 파악하기 위해 향후 연구에서는 재원일수를 포함한 진료강도에 따른 변화를

살펴볼 필요가 있다.

셋째, 이 연구는 시범사업에 참여하였던 자를 대상으로 한 것이어서 연구의 결과를 일반화시키는 데에 한계가 있을 수 있다. 시범사업에 참여한 자들은 이미 건강 및 기능상태가 현저히 떨어져 있거나 시범사업때부터 장기요양제도에 참여할 정도로 장기요양서비스를 받는 것에 관심도가 높은 집단일 가능성이 있다. 이런 집단이라면 요양병원 간병비 지급에 의한 진료이용량 증가 효과가 더 크게 나타났을 가능성도 있다.

이상의 연구의 한계에도 불구하고 이 연구의 결과는 요양병원 간병비라는 급여범위에 대한 의사결정에 도움이 될 수 있을 것으로 기대한다. 요양병원 간병비의 급여조건은 노인장기요양보험의 급여조건임에도 불구하고 건강보험의 진료이용량에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 건강보험과 노인장기요양보험은 그 도입의 취지와 급여의 대상을 달리하고 있지만 노인이거나 노인성질환을 가지고 있어서 일상생활의 수행이 어려운 경우에는 두 가지 보험의 적용을 모두 받을 수 있기 때문에 어느 한 쪽의 급여조건과 범위가 다른 쪽의 이용량과 이용행태에 영향을 미칠 수 있다. 이런 점을 고려하여 두 보험의 급여조건과 범위에 대해 지속적인 관심을 기울일 필요가 있다.

## 참 고 문 헌

- 강임옥, 박종연, 이용갑, 서수라, 김경하, 최숙자. 치매환자의 사회경제적 비용 분석 - 의료이용 치매환자를 대상으로. 서울:국민건강보험공단; 2005.
- 고수경, 김지윤, 양봉민. 의료서비스의 가격이 의료이용량에 미치는 영향 - 외래의료이용을 중심으로. 보건경제연구 2002;8(1):1-27.
- 국민건강보험공단. 2007 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영 결과. 서울:국민건강보험공단;2007.
- 국민건강보험공단. 노인장기요양보험 시범사업 운영 결과-3차 시범사업을 중심으로. 서울:국민건강보험공단;2008.
- 김현실, 이신호, 이홍자, 정영미, 장근자, 박용익 등. 노인장기요양보험 도입에 따른 건강보험 적용기준 설정에 관한 연구. 서울:국민건강보험공단, 대구한의대 노인요양서비스 전문인력 양성사업단, 한국보건산업진흥원;2008.
- 보건복지가족부, 경제협력기구아시아사회정책센터, OECD. 노인장기요양보호. 서울:보건복지가족부, 경제협력기구아시아사회정책센터, OECD;2005.

- 보건복지가족부, 국민건강보험공단. 노인장기요양보험관련 법령집. 서울:보건복지가족부, 국민건강보험공단;2008.
- 보건복지가족부. 노인장기요양보험 제도개선위원회 논의 결과 보고자료. 서울:보건복지가족부;2008.
- 박종연, 강임옥, 김경하, 서수라, 신지연. 우리나라 노인의료보장체계의 개선방안. 서울:국민건강보험공단;2005.
- 배민철. 노인장기요양보험, 확 뜯어 고친다. 실버케어뉴스 2008년 12월 24일자.
- 이용갑. 독일 장기요양보험의 현황과 개혁. 대한케어복지학 2007;8:99-132.
- 장재혁. 장기요양보험제도의 현황 및 향후 추진방향. 대한노인요양병원협회 추계학술대회 자료집. 서울:대한노인요양병원협회;2008.
- 전기홍, 최기선, 강임옥. 의료보험서비스 가격의 적절성에 관한 연구. 예방의학회지 1988;31(3):460-470.
- 송수연. 장기요양보험제도 문제점 손본다. 청년의사 2008년 9월 30일자.
- 최병호, 신호성, 허순임, 선우덕, 변용찬, 김상철 등. 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차) - 수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질 관리 부문. 서울:보건복지부, 한국보건사회연구원;2007.
- 황나미, 최병호, 박현태, 김동진. 의료기관 간병서비스 사회제도화 방안. 서울:한국보건사회연구원, 여성가족부;2006.
- Anderson RM, Aday LA. Access to medical care in the U.S. - realized and potential. Med Care 1978;16(7):533-546.
- Hay J, Leahy MJ. Physician-induced demand - and empirical analysis of consumer information gap. J Health Economics 1982;1(3):231-244.
- Kronenfeld JJ. Provider variables and the utilization of ambulatory care services. J Health Social Behavior 1978;19(1):68-76.
- Ligon JA. The effect of health insurance cost sharing within episodes of medical care. J Risk Insurance 1993;60(1):105-118.
- Rafferty J. Enfranchisement and rationing: effects of medicare on discretionary hospital use. Health Serv Res 1975;10(1):51-62.