



# 건강보험과 장기요양보험

보건행정학회

2019년 11월 7일

권 순 만  
(서울대학교 보건대학원)

# 왜 건강보험과 요양보험의 연계가 중요한가?

효율성: continuum of care -> 건강수준, 삶의 질, 비용

- 적재적소에서 의료와 요양: 비용 감소, outcome 향상
- 요양보험을 통한 신체/기능상태 호전: 의료 니드/이용 감소 (김명화, 권순만, 김홍수, 2013)
- 건강보험을 통한 건강 향상: 요양 필요/이용 감소

그런데,

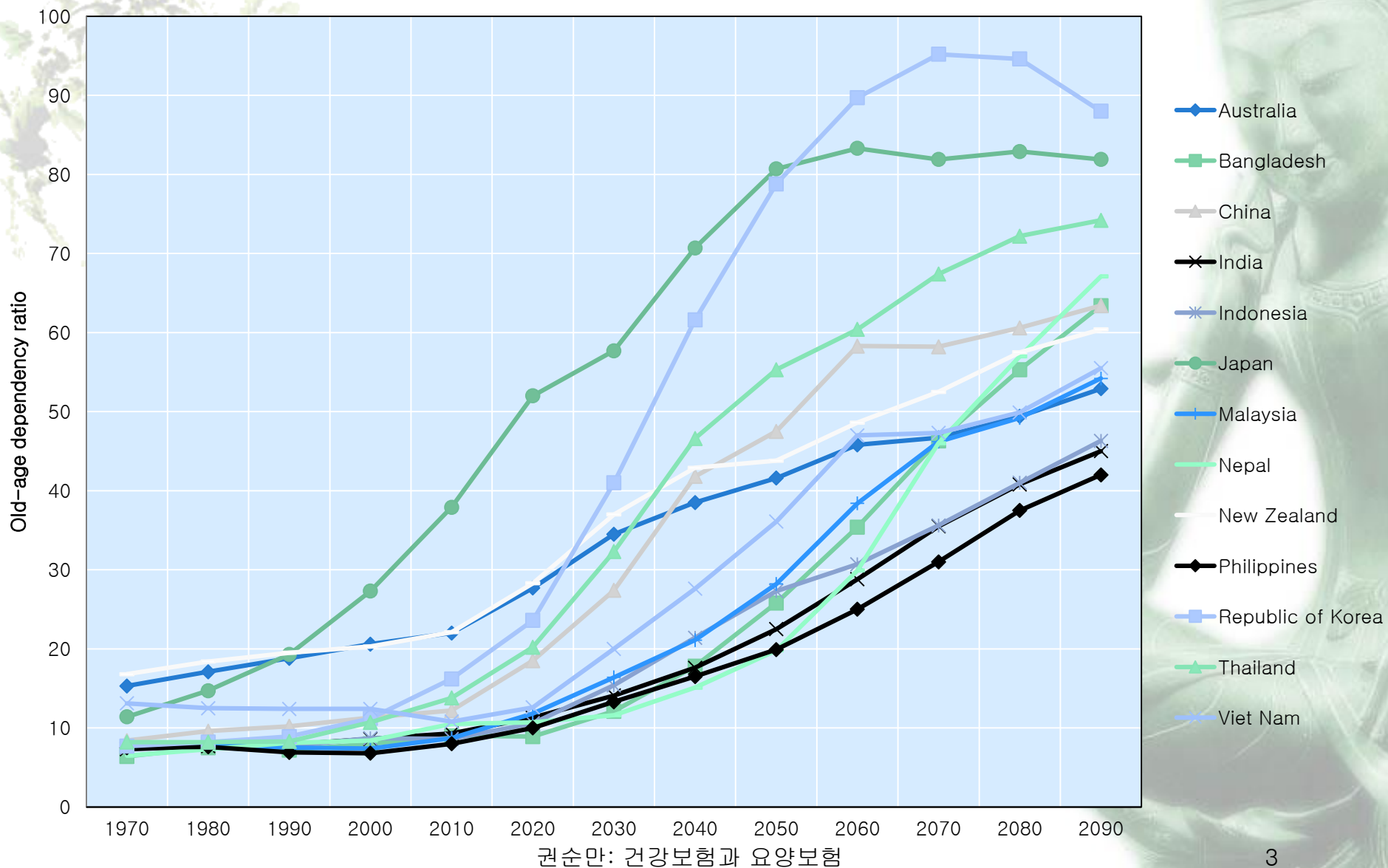
건강보험체계에서도 제공체계의 연계/조직화가 어려운데

.....

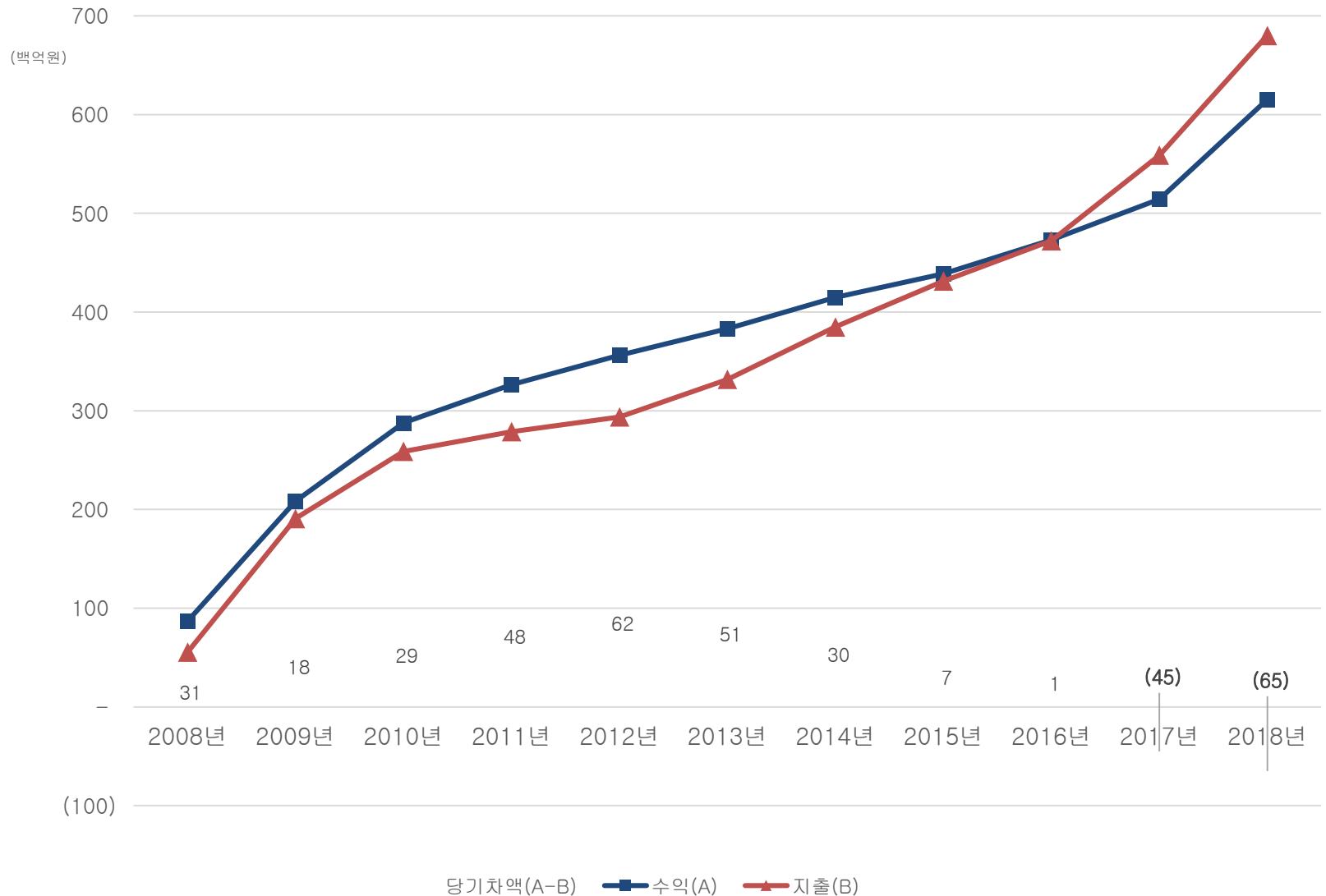
건강보험과 요양보험간 연계가 가능한가?

- 민간 공급자, no gate keeping, 행위별수가제 등에 의해 매우 분절화된 체계

# Old-Age Dependency (65+/(20-64)), ASIA



# 연도별 장기요양 재정현황(2008-2018)



출처: 국민건강보험공단. 2013. 노인장기요양보험통계연보  
국민건강보험공단. 2018. 노인장기요양보험통계연보

# 1. 인구고령화와 건강보험

노인 환자의 입장에서는 의료와 요양을 모두 필요로 하므로, 둘 사이의 효과적인 연계가 건강, 삶의 질, 비용에 중요

- 환자/사람중심, 서비스의 연속성(continuum of care)

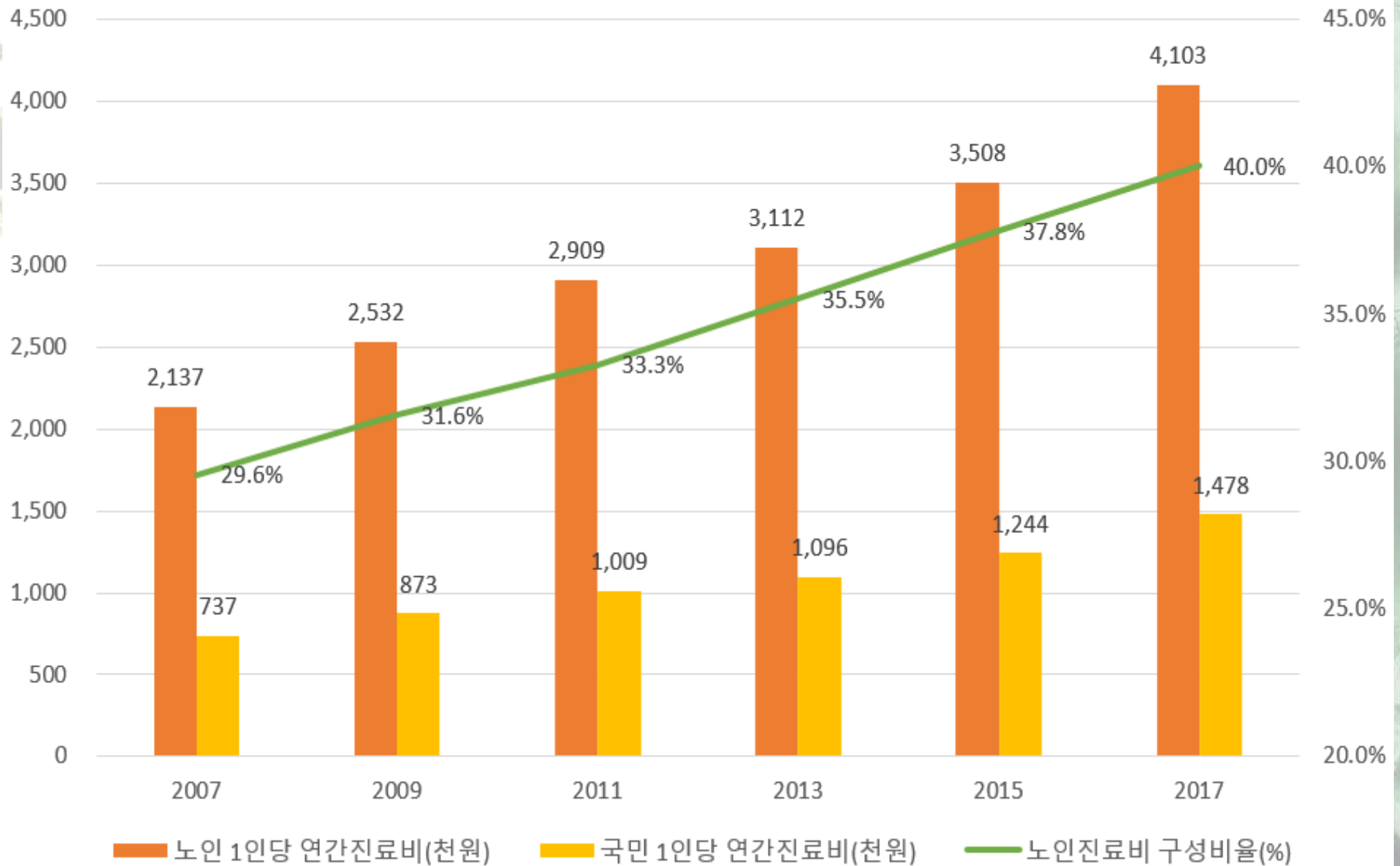
보장성 강화 정책은 고령화시대의 변화를 고려하고 있는가?

- 항목별 급여 확대는 분절화를 더욱 야기할 가능성

개별서비스 보다는 person-centered 를 중심으로 package of services, coordinated/integrated service delivery 를 통하여 health outcome 을 보장해야 함

- Continuum of care for patients with multi-morbidities
- 지역사회 중심의 의료와 요양의 연계를 위한 건강보험과 지방자치단체의 역할 미비

# 노 인 의 료 비



권순만: 건강보험과 요양보험  
 Source : 국민건강보험공단&건강보험심사평가원. 건강보험통계연보. 2007~2017

# 인구고령화가 의료비에 미친 영향에 대한 논란

a. 생애 마지막 기간에 지출하는 의료비의 중요성:

인구구조보다는 사망근접도가 의료비에 더 큰 영향을 미침

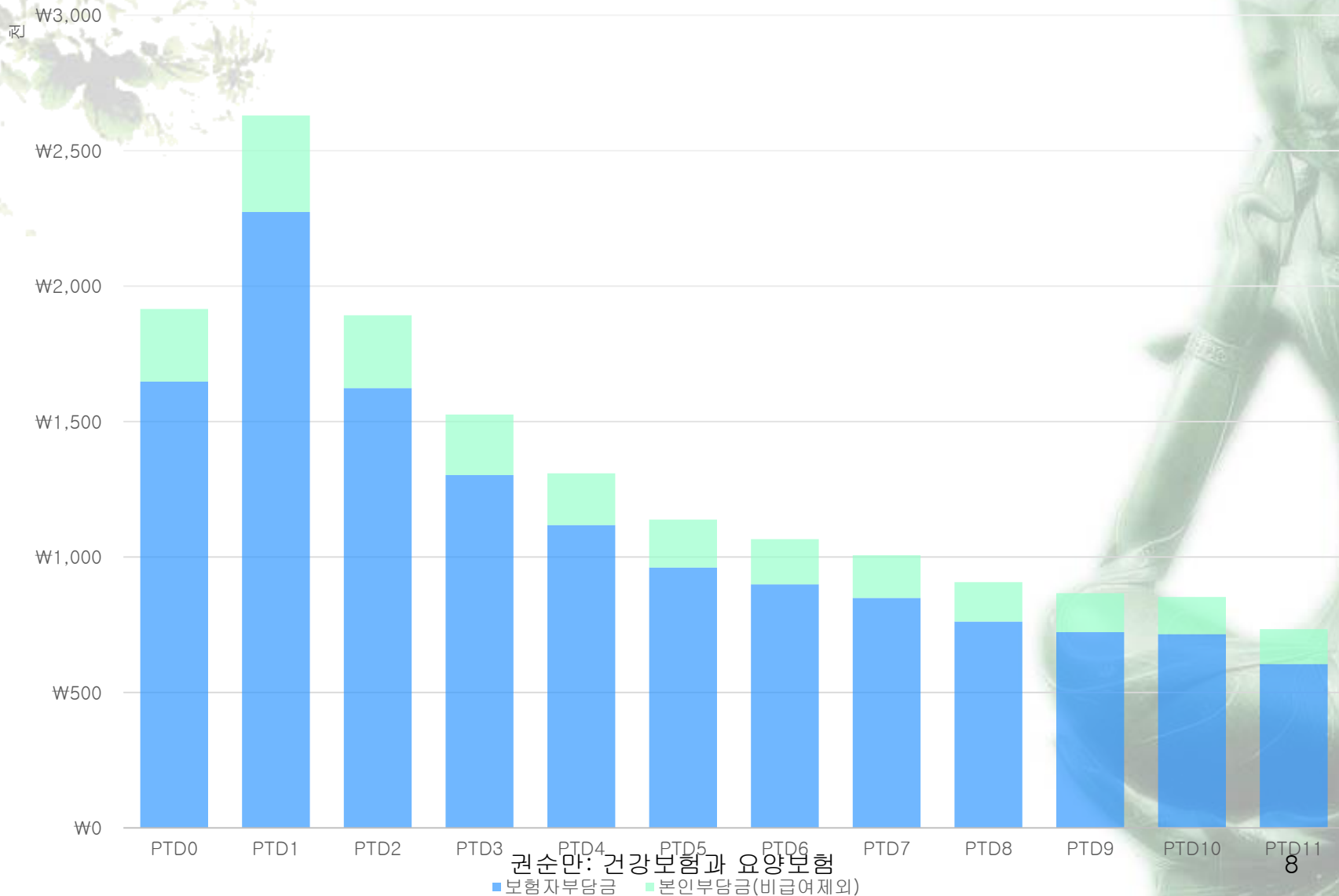
- 의료비가 나이에 따라 점점 지속적으로 증가하기보다 사망 직전에 급격하게 증가함
- 사망직전 의료비는 사망시 나이에 따라 오히려 감소함
- > 사망시의 의료이용 양상, 임종 장소의 중요성  
(병원, 장기요양시설, hospice 등)
- 하지만 연령은 장기요양비용을 결정하는 중요 요소

b. 인구구조보다는 의료제공체계의 효율성, 공급자에 대한 진료비 지불제도, 고가의료기술의 확산 등이 의료비에 더 큰 영향을 미침 (Cylers, 2019)



# 사망근접도에 따른 월별 의료비 (2014)

2014년 사망근접도에 따른 월별 의료비지출 평균 (저자 계산)





c. 노인의 건강상태의 중요성:

노인의 건강 상태가 과거에 비해 더 좋아지고 있음

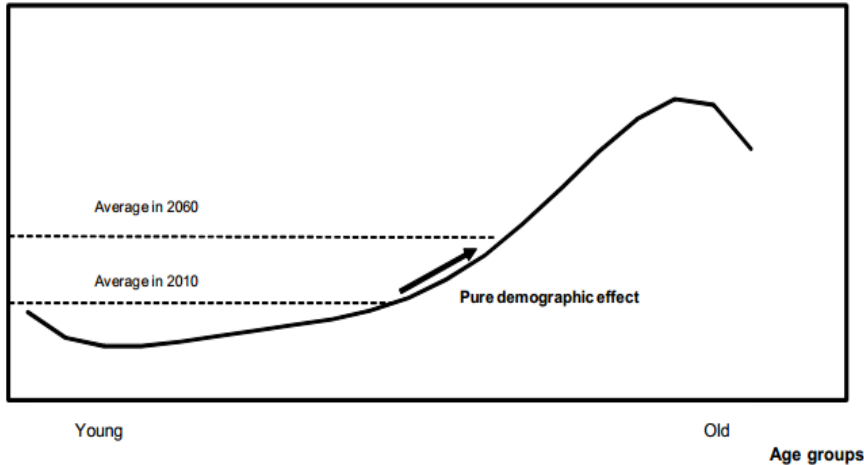
Q: 증가된 수명이 건강한 것인가 불건강한 것인가?

- Expansion of morbidity (Gruenberg, 1977; Manton, 1982): People live longer with ill health, as longevity increases vulnerability
- Compression of morbidity (Fries, 1980): Life years with illness and disability decreases as the onset of morbidity is delayed more than life is prolonged
- 형평성의 함의?: Expansion/compression of morbidity 가 소득계층 별로 다를 가능성

# Determinants of Health Expenditure for Older People

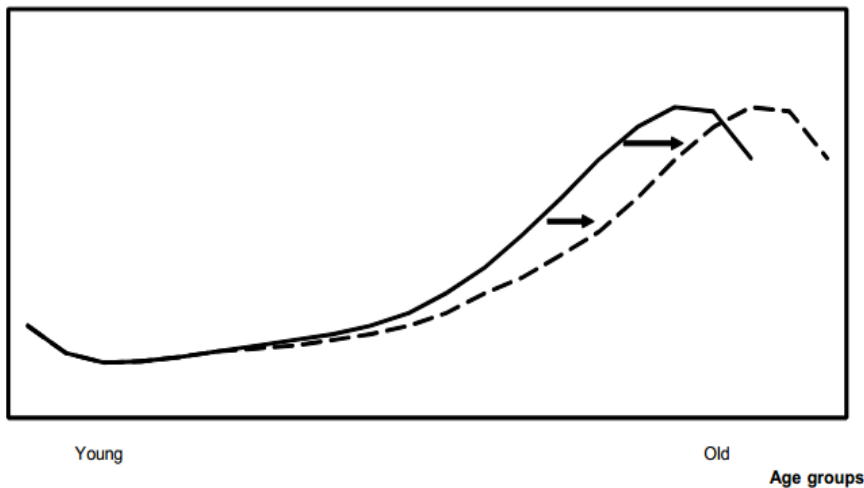
(1) Pure ageing effect

Health expenditure per capita



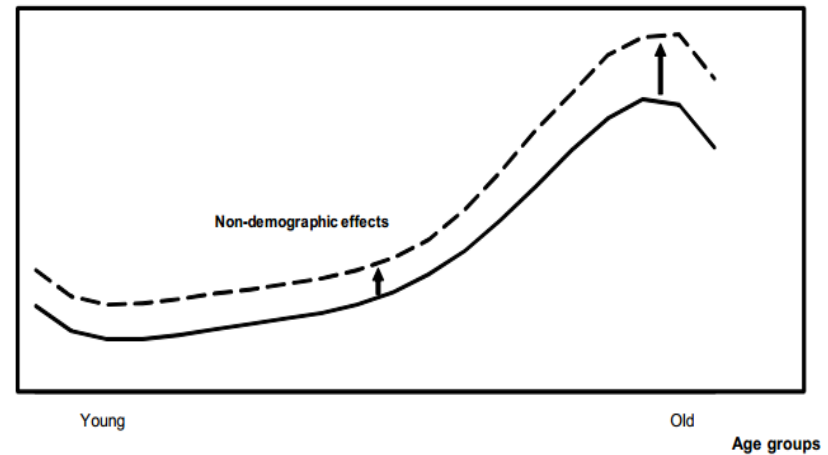
(2) Ageing effect adjusted for death-related costs and healthy longevity

Health expenditure per capita



(3) Non-ageing drivers

Health expenditure per capita



Source: OECD,  
2013

## II. 건강보험과 장기요양보험의 연계

### 1. 제도적 유산 (path dependency)

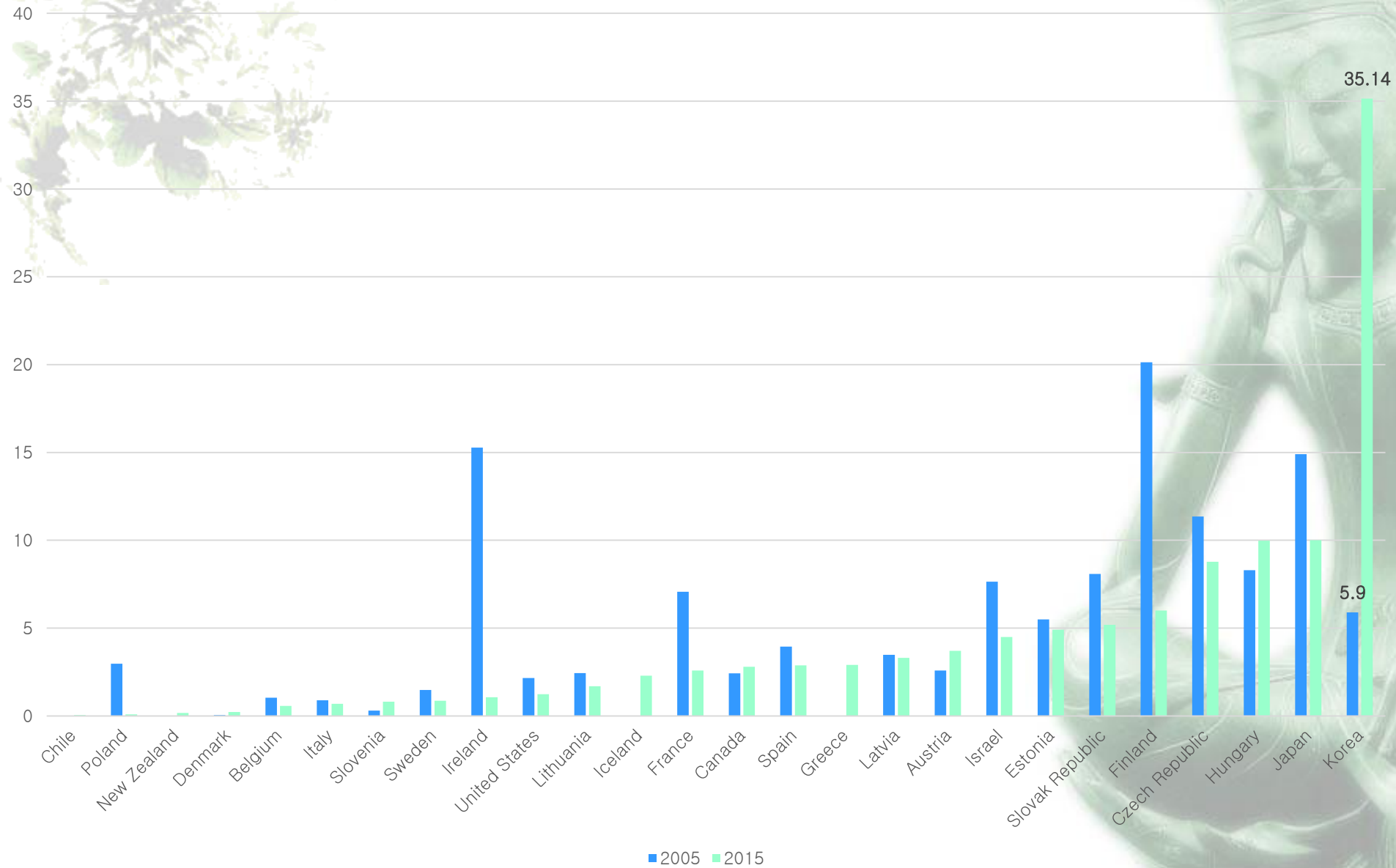
요양병원은 요양보험이 도입되기 이전에 도입됨

- 요양보험이 없던 시기에는 환자의 입장에서는 요양병원에 있으면 건강보험의 혜택을 받지만, 요양시설에서는 공적보장제도의 혜택을 받을 수 없었으므로, 요양병원이 어느 정도 요양시설의 역할까지 수행하고 입원기간이 길었음
- 요양보험의 도입 전에는 요양병원이 어느정도 (급성기 병원에서) 사회적 입원을 해소하는 기능
- > 요양보험 도입이후에도 요양병원 기능에 대한 인식 지속

보건의료, 장기요양의 생태계 (제공체계)

- 민간 주도 공급자: 환자/재원자 수는 곧 수익과 이익
- 소비자는 비교적 원하는대로 서비스를 이용하는데 익숙

# LTCH beds per 1,000 older people aged 65+



Source: OECD (2018)

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2018). OECD Health Statistics 2018. Retrieved from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

# 1. 제도적 유산 (계속)

요양보험 도입시 고민: 건강보험과 별도의 요양보험으로 할지  
혹 건강보험의 급여를 요양 부문까지 확대할지?

- 장기요양서비스의 **de-medicalization**
- 별도의 제도에 대한 국민들의 정치적 수용성이나 (보험료) 지불용의도가 더 높을 것 기대

요양보험 도입의 목표와 **agenda setting**

- **Welfare state** 확대 관점: 요양비용/가족의 부담 감소, **service state** 지향
- 건강, 신체기능, 삶의 질 향상 등을 목표로 하였었나?
- **Person-centeredness** 에 대한 고민이 있었나?

## 2. 요양병원과 요양시설간 역할 분담 미비

요양병원과 요양시설 간 기능/역할 분담이 미비함:

환자/입소자 특성에 차이가 적음. 의료적 요구가 낮은 노인이 요양병원에 입원해 있고, 의료적 요구가 있는 노인이 요양시설에 입소한 경우가 많음

요양병원-요양시설간 이용자 기준 마련 필요:

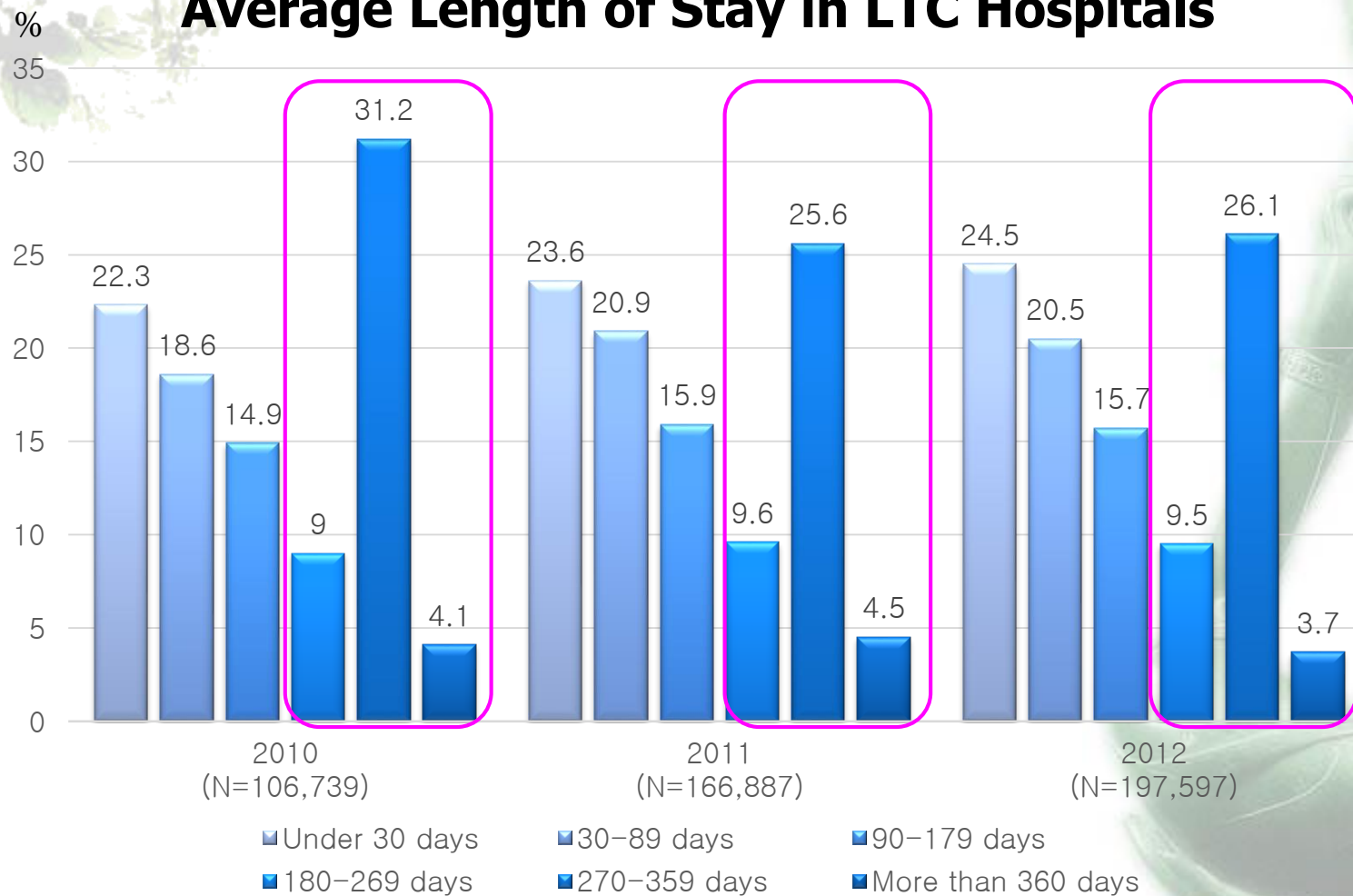
입원/입소자의 의료 및 요양서비스 필요도 등을 평가할 수 있는 공통적인 평가 도구 필요

조세형 모형이 아닌 사회보험체계에서는 (더구나 제공체계가 민간 중심인 상황에서) 환자의 선택을 제한하기 어려움 -> 재정적 유인 체계의 개편 정도가 가능



# Long-term Stay in LTC Hospitals

## Average Length of Stay in LTC Hospitals





# Distribution of Resource Utilization Groups

	LTC Hospital		LTC Facility	
	Korea (%) (n=1,364)	Ontario (%) (n=14,600)	Korea (%) (n=1,472)	Ontario (%) (n=90,115)
Rehabilitation	<b>44.20</b>	53.9	<b>19.77</b>	15.0
Extensive Special Care	<b>5.45</b>	12.4	<b>1.36</b>	1.6
Special Care	<b>2.68</b>	11.5	<b>2.92</b>	6.0
Clin. Complex	<b>13.35</b>	16.7	<b>11.28</b>	16.5
Cognitive Impairment	<b>4.23</b>	0.8	<b>9.44</b>	10.8
Behavior Problem	<b>1.97</b>	0.1	<b>4.62</b>	2.8
Physical Function	<b>28.23</b>	4.5	<b>50.61</b>	44.3

❖ Canada: interRAI in 2009–2010 (Hirdes, et al., 2011)

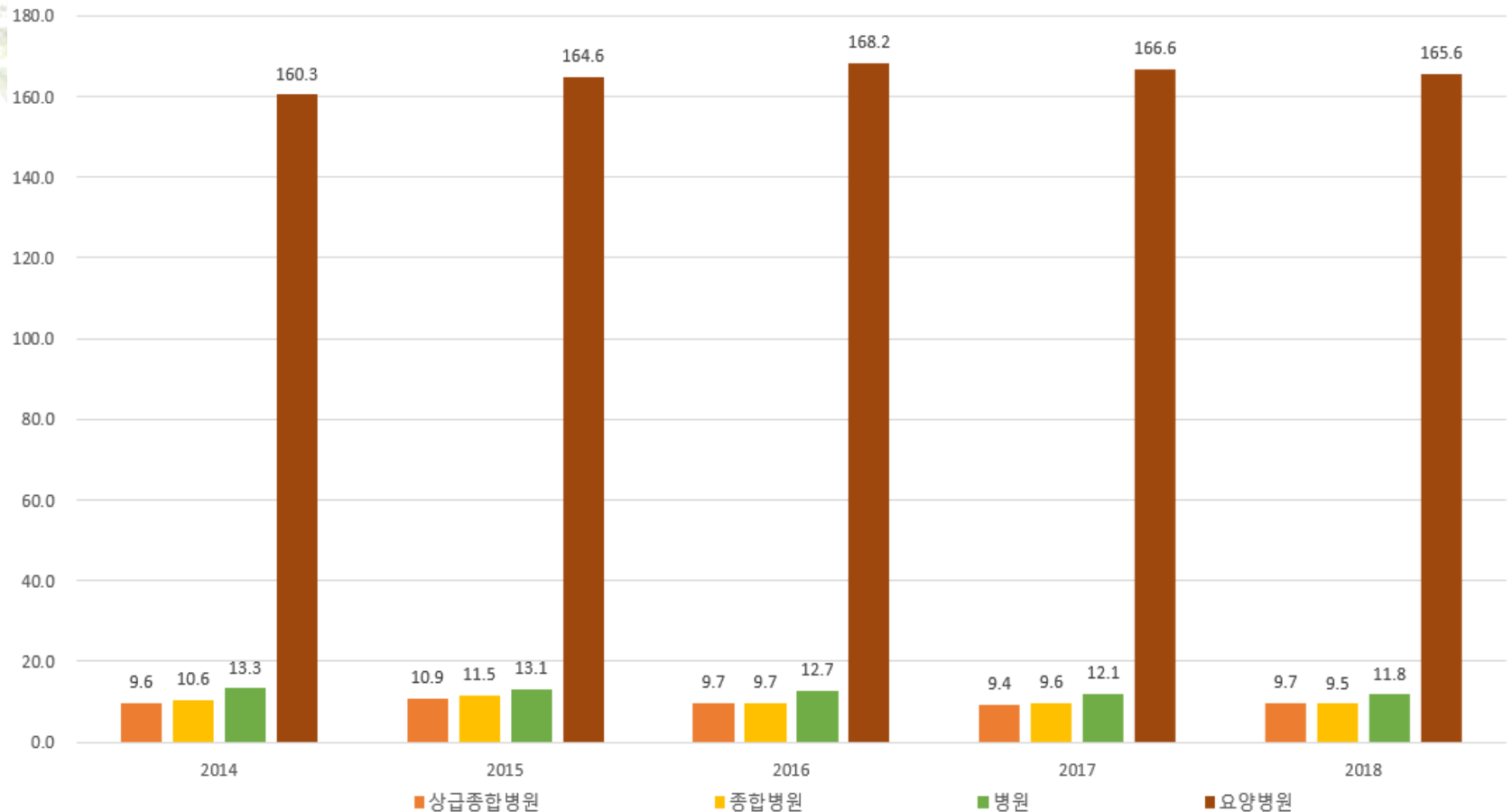
Korea: Kwon, Kim, et al., Survey of LTC Hospitals and Institutions for Care Coordination, Report to National Health Insurance Service, 2013

→ National representative sample of 52 LTCH (1,364 patients) and 91 LTCF (1,472 residents), which are 6% of LTCH and 4.4% of LTCF nationwide

권순만: 건강보험과 요양보험

# 요양기관 종별 평균 재원일수

요양기관 종별 환자당 연평균 입원일수



- 2017년 기준 요양병원에서 180일 이상 머무르는 장기입원자는 4만9000여명.  
65세 이상 요양병원 입원환자의 46.7%가 장기입원환자로 추산

(<https://www.msn.com/ko-kr/news/national/불필요한-요양병원-장기입원률-비용-부담↑...병원도-패널티/ar-AAAtCW>)

Source : 보건 의료 빅데이터 개방 시스템(<http://opendata.hira.or.kr>)

## 요양병원 환자분류체계 개편

의학적 필요도가 낮은 신체기능저하군, 문제행동군, 인지장애군을 통합하여 선택입원군으로 분류

- 선택입원군 환자 비율 30-40% 예상
- 선택입원군에 대한 본인부담률을 40%로

(기존에는 '신체기능저하군'의 본인부담률만 40%, 나머지는 모두 20%로 동일)

의료최고도 등 중증도가 높은 환자에 대한 수가를  
10-15%인상

### 3. 요양병원과 요양시설간 급여의 균형

요양병원과 요양시설간 급여의 균형 필요:

요양병원은 건강보험의 본인부담상한제의 적용을 받음  
[최근 변화: 사후환급만 허용, 120일 초과입원은 차별적용]  
-> 여전히, 입원이 장기화되어 본인부담금이 상한 금액에 도달하면, 요양병원 환자의 경제적 부담은 경감되어 장기입원의 경제적 유인이 (환자에게) 더 커질 수 있음

장기 입원의 경우 요양병원에 대해 수가를 감산 (181-270일, 271-360일, 361일 이상 구간에 대해 5-15% 감산)  
-> 환자 입장에서는 (본인부담률이 인상되지 않는 한)  
장기입원의 경우 본인부담금이 오히려 감소함

# 요양기관종별 본인부담상한제 수혜 현황

(단위 : 억원, %)

	환급 금액						
	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년	합계
계	6,775 (100%)	8,706 (100%)	9,902 (100%)	11,758 (100%)	13,433 (100%)	17,999 (100%)	68,573 (100%)
상급종합	763 (11.3%)	1,393 (16.0%)	1,627 (16.4%)	2,042 (17.4%)	2,083 (15.5%)	3,231 (17.9%)	11,139 (16.2%)
종합병원	802 (11.8%)	1,054 (12.1%)	1,222 (12.3%)	1,917 (16.3%)	1,991 (14.8%)	3,087 (17.2%)	10,073 (14.7%)
병원	886 (13.1%)	1,084 (12.5%)	1,179 (11.9%)	1,147 (9.7%)	1,413 (10.5%)	2,012 (11.2%)	7,721 (11.3%)
요양병원	3,531 (52.1%)	4,350 (50.0%)	4,933 (49.8%)	4,866 (41.4%)	6,345 (47.2%)	6,788 (37.7%)	30,813 (45%)
의원	248 (3.7%)	313 (3.6%)	348 (3.5%)	504 (4.3%)	493 (3.7%)	938 (5.2%)	2,844 (4.1%)
약국	237 (3.5%)	377 (4.3%)	414 (4.2%)	882 (7.5%)	845 (6.3%)	1,486 (8.3%)	4,241 (6.2%)
기타*	308 (4.5%)	135 (1.6%)	179 (1.8%)	400 (3.4%)	263 (2.0%)	457 (2.5%)	1,742 (2.5%)

(단위: 천명, %)

구 분	인원					
	2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018
요양병원 상한제 환급자 수(A*), (A/B)	133 (39.6)	159 (54.5)	190 (60.1)	217 (64.4)	216 (60.0)	244 (63.7)
요양병원 전제 입원원자 수(B)	336	292	316	337	360	383
전제 본인부담상한제 혜택자 수(C)	317	479	524	614	695	1,266



# III. 어떻게 개선할 수 있을까?

## 1. Gatekeeping

노인들이 필요로 하는 예방, 증진, (1-2-3차) 치료, 재활, 요양시설, 지역사회 요양과 복지 등의 continuum of care 에서

- 누가 gatekeeping, entry point, 자원배분의 역할을 할 것인가?
- 보건소, 일차의료의사, case manager 등등?
- 실현가능성: 공급자와 소비자 요인

## 2. 장기입원 감소

외국에서의 장기입원을 낮추기 위한 다양한 정책

- 일본: 급성기 병원에서 90일 이상 입원하는 환자, 그리고 병원간 전원을 포함해 180일이 넘으면 사회적 입원 (social admission)으로 간주하여 비용을 환자가 부담
- 미국의 장기요양병원: 입원 기간 1-60일까지는 메디케어 (Medicare)가 비용을 지불하지만, 61-90일까지는 본인부담금을 일부 부과하고, 90일 이후에는 전액 본인부담
- 미국의 SNF(Skilled Nursing Facility): 재원 기간 1-20일까지는 메디케어에서 전액 부담하고, 21-100일까지는 일부 본인부담금이 적용되며, 101일 이상인 경우 모든 비용을 환자가 부담



## 2. 장기입원 감소 (continued)

장기입원의 기준을 더 인하할 필요:

- 정부의 의지가 있는가?

장기입원에 대해 공급자에 대해 수가를 감산할때, 환자의 본인부담률도 인상해서, 적어도 장기입원에 따라 환자의 본인부담금이 감소하지는 않도록 할 필요

장기입원으로 구분되는 시점에서 요양병원 환자에 대한 포괄적 의료필요도 평가를 의무화하고 환자본인부담금 개선 방안을 의료 필요도가 낮은 군에 우선 적용

### 3. 요양시설의 의료적 역량

요양시설 입소자의 의료요구를 효과적으로 대처할 필요

요양병원의 장기입원이 높은 이유 중 하나는 요양시설의 의료적 역량이 부족하여 노인환자가 요양시설에 입소하는 것을 꺼려함

- 노인들은 의료에 대한 need 가 높은 현실

-> 장기적으로, 요양시설의 의료서비스 제공 역량이 강화되어 요양병원 환자 중 중증도가 낮은 군을 흡수할 수 있도록 해야 함

### 3. 요양시설의 의료적 역량 (계속)

요양시설에서 의료서비스 제공이 가능한 인력의 기준 강화 필요:  
최소 간호인력 요건의 상향 조정, 촉탁의 방문횟수 상향, 전담의(주치의) 역할, 간호사 인력 충원 등

요양시설에서 필요한 시설/장비를 갖추어야 하고, 간호-촉탁의-사회복지-물리치료 등 다양한 전문인력으로 필요인력이 구성되는 것이 유리

- 규모의 경제를 고려해 정원이 일정 수준 이상의 규모를 갖추도록 장려하여 다양한 서비스 요구에 부합할 수 있도록
- 요양시설에 입소한 노인의 의료적 욕구를 체계적으로 파악하기 위해 입소자 평가를 입소부터 주기적으로 확인하고 관리
- 요양시설 입소자에 대한 체계적인 기능 평가를 위해서는 요양시설에 근무하는 요양인력에 대한 교육 훈련 필요

## IV. 큰 틀의 변혁?

### 1. 요양보험의 확대

의료/요양 자원체계의 개편?:

요양병원에 대한 급여를 요양보험에서 담당한다면?

- 요양병원과 요양시설이 동일한 자원체계에 포함되면  
서비스의 연속성과 두 기관간 연계가 향상될 것인가?
- 요양병원의 장기입원을 컨트롤하기가 더 용이할까?:  
예, 환자평가도구, 등급 판정 등
- 급성기 병원과 요양병원 간의 연계에 문제가 생길까?:  
급성기 병원과 요양병원 간 연계는 어차피 어려웠는데?

### 2. 건강보험의 확대

건강보험에서 요양서비스 까지 급여?: 요양의 의료화?

# 큰 틀의 변혁 ? (계속)

## 3. Centralized Financing, Decentralized (but Pooled) Purchasing

- 재원조달은 전국 단일 체계로 하고, 하위 단위에 (risk-adjusted) 재원 배분
- 건보공단의 Provincial (Local) Unit (혹 건보공단이 지자체에 자원배분): 의료와 요양을 다 포괄하는 purchasing  
-> 지역사회차원의 의료-요양-복지 서비스를  
연계/포괄하는 bundled payment, global budget
- 즉 재원조달의 중앙집중화 그리고 서비스 구매 (Purchasing) 의 분권화: uniform benefits and provider payment, but budget allocation to provincial (local) units with performance incentives

### 3. Centralized Financing, Decentralized (but Pooled) Purchasing (계속)

단일보험자의 장점

- 건강보험의 경우 매우 큼: efficiency and equity of bigger pool (in resource generation and purchasing)
  - > 전국 단위의 보험료 부과가 형평성이 높고, 단일 보험자는 공급자에 비해 구매력 높음 (효율성)

하지만 요양보험의 경우 지역화된 서비스 제공체계 중요

- 즉 적어도 서비스 구매자 차원의 효율성이 단일건강보험자보다 더 높지는 않음
- 구매의 역할에 있어서도 수가제도, 급여제도에 있어서 전국 단위의 표준을 적용하면 (기능면에서) **single purchasing** 가능



## Research Article

# Health and Long-Term Care Systems for Older People in the Republic of Korea: Policy Challenges and Lessons

Boyoung Jeon<sup>1</sup> and Soonman Kwon<sup>2,\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba, Tsukuba, Ibaraki, Japan

<sup>2</sup>Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

## CONTENTS

### Introduction

### Aging and the Korean Health System

### Long-Term Care System in Korea

### Discussions and Policy Lessons

### References

---

**Abstract**—The Republic of Korea is experiencing a rapidly aging population with increased life expectancy and lowered fertility. National health insurance has provided universal access to health care for all since 1989, and mandatory long-term care insurance (LTCI) was introduced in 2008, in which everybody who contributes to health insurance simultaneously contributes to LTCI. Although health services and long-term care are universally accessible, health differentials remain across socioeconomic groups. LTCI covers about 7% of older people through eligibility assessment and provides benefits for institutional and home-based care and cash benefits in exceptional cases. Long-term care (LTC) benefit eligibility has been criticized for being excessively reliant on physical functionality, and recently eligibility has been extended to people with dementia. Despite the oversupply of LTC providers, quality of care has been a concern and calls for more investment in the quality evaluation system and training of care workers. There continues to be overreliance on inpatient care and unmet health care needs among LTC users as a result of weak gatekeeping by primary care and a lack of effective coordination between health care and LTC.

---





## Delivery of institutional long-term care under two social insurances: Lessons from the Korean experience



Hongsoo Kim\*, Young-Il Jung, Soonman Kwon

*Graduate School of Public Health and Institute of Health and Environment, Seoul National University, Gwanak-Ro 1, Gwanak-Gu, Seoul 151-742, Republic of Korea*

### ARTICLE INFO

#### Article history:

Received 3 March 2015

Received in revised form 24 July 2015

Accepted 27 July 2015

#### Keywords:

Long-term care policy

Coordination of care

Social insurance

Older people

### ABSTRACT

Little is known about health and social care provision for people with long-term care (LTC) needs under multiple insurances. The aim of this study is to compare the profile, case-mix, and service provision to older people at long-term care hospitals (LTCHs) covered by the national health insurance (NHI) with those of older people at long-term care facilities (LTCFs) covered by the public long-term care insurance (LTCI) in Korea. A national LTC survey using common functional measures and a case-mix classification system was conducted with a nationally representative sample of older people at LTCFs and LTCHs in 2013. The majority of older people in both settings were female and frail, with complex chronic diseases. About one fourth were a low-income population with Medical-Aid. The key functional status was similar between the two groups. As for case-mix, more than half of the LTCH population were categorized as having lower medical care needs, while more than one fourth of the LTCF residents had moderate or higher medical care needs. Those with high medical care needs at LTCFs were significantly more likely to be admitted to acute-care hospitals than their counterparts at LTCHs. The current delivery of institutional LTC under the two insurances in Korea is not coordinated well. It is necessary to redefine the roles of LTCHs and strengthen health care in LTCFs. A systems approach is critical to establish person-centered, integrated LTC delivery across different financial sources.

© 2015 The Authors. Published by Elsevier Ireland Ltd. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

# Future of Long-Term Care Financing for the Elderly in Korea

Soonman Kwon, PhD

*Seoul National University*

**ABSTRACT.** With rapid aging, change in family structure, and the increase in the labor participation of women, the demand for long-term care has been increasing in Korea. Inappropriate utilization of medical care by the elderly in health care institutions, such as social admissions, also puts a financial burden on the health insurance system. The widening gap between the need for long-term care and the capacity of welfare programs to fulfill that need, along with a rather new national pension scheme and the limited economic capacity of the elderly, calls for a new public financing mechanism to provide protection for a broader range of old people from the costs of long-term care. Many important decisions are yet to be made, although Korea is likely to introduce social insurance for long-term care rather than tax-based financing, following the tradition of social health insurance. Whether it should cover only the elderly long-term care or all types of long-term care including disability of all age groups will have a critical impact on social solidarity and the financial sustainability of the new long-term care insurance. Generosity of benefits

---

Soonman Kwon is Professor and Chair, Department of Health Policy and Management, School of Public Health, Seoul National University, South Korea.

Address correspondence to: Soonman Kwon, School of Public Health, Seoul National University, 28 Yonkon-dong, Chongno-gu, Seoul 110-799, South Korea (E-mail: kwons@snu.ac.kr).

This paper has benefited from the author's visiting research at the University of Bremen in Germany, Hosei University in Japan, and the Danish National Institute of Social Research (SFI). Insights and comments by John Campbell, Naoki Ikegami, and Ito Peng, and financial support from the Friedrich Ebert Stiftung, Hosei University, and SFI are gratefully acknowledged.

Journal of Aging & Social Policy, Vol. 20(1) 2008

Available online at <http://jasp.haworthpress.com>

© 2008 by The Haworth Press, Inc. All rights reserved.

doi:10.1300/J031v20n01\_07