

고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

김희년

신현웅·고든솔·박성준·배정은·정재연

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



■ 연구진

연구책임자	김희년	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	신현웅	한국보건사회연구원 선임연구위원
	고든솔	한국보건사회연구원 연구위원
	박성준	한국보건사회연구원 부연구위원
	배정은	한국보건사회연구원 전문연구위원
	정재연	전주대학교 조교수

연구보고서(수시) 2025-06

고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

발행일 2025년 12월
발행인 신영석
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1999년 4월 27일(제2015-000007호)
인쇄처 (주)에이치에이엔컴퍼니

© 한국보건사회연구원 2025
ISBN 979-11-7252-139-4 [93330]
<https://doi.org/10.23060/kihasa.b.2025.06>

발|간|사

2025년 우리나라는 초고령사회라는 새 국면에 접어들었다. 인구 고령화는 장기적인 치료와 돌봄이 필요한 환자를 증가시키므로 요양병원 제도가 우리 사회에서 그 역할을 확대해 가고 있다. 그러나 의료와 돌봄 사이의 모호한 경계, 사회적 입원 증가 등에 따른 비효율과 건강보험 재정 부담은 시급히 해결해야 할 과제로 남아 있다.

이제는 요양병원의 본질적인 기능을 되짚어보고, 지속가능한 보건의료 체계 안에서 그 위상을 재정립해야 할 시점이다. 이 연구는 요양병원이 '요양'이 아닌 '의료서비스 제공기관'으로서 정체성을 확립하고, 환자의 의료 필요도에 부합하는 합리적인 보상 체계를 마련하는 데 근거를 제시하고자 고민한 흔적이다. 이 연구에는 보건의료정책연구실의 김희년 부연구위원, 신현웅 선임연구위원, 고든솔 연구위원, 배정은 전문연구원, 연구기획조정실의 박성준 부연구위원, 전주대학교의 정재연 교수가 참여했다. 이분들에게 감사를 표한다.

이 보고서에 담긴 요양급여비용 분석과 제도 개선 제언들이 요양병원의 의료 기능을 강화하고, 나아가 국민의 간병 부담을 덜어주는 실효성 있는 정책 수립의 밑거름이 되기를 기대한다.

다만, 이 연구의 주장과 의견은 한국보건사회연구원의 공식 의견이 아니라 연구자의 견해를 밝혀 둔다.

2025년 12월
한국보건사회연구원 원장
신 영 석





요약	1
제1장 서론	5
제1절 연구 배경	7
제2절 연구 내용	14
제2장 요양병원 제도 진단	17
제1절 요양병원 운영 현황	19
제2절 건강보험 요양병원 지불 방식	30
제3절 요양병원 제도 문제 진단	39
제3장 요양병원 현황 분석 및 유형화	43
제1절 분석 개요	45
제2절 지표별 현황	46
제3절 요양병원 유형화	75
제4장 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상을 위한 제언	79
제1절 요양병원 기능과 역할 정립 방향	81
제2절 요양병원 적정 보상 방향	85
제3절 결론 및 제언	86



참고문헌 89

Abstract 93

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 요양병원 현황	20
〈표 2-2〉 2023년 지역별 요양병원 현황	21
〈표 2-3〉 요양병원 의사 및 간호인력 1인당 환자 수	23
〈표 2-4〉 장기입원(181일 이상) 환자 비율	24
〈표 2-5〉 환자분류군별 현황	25
〈표 2-6〉 요양병원 급여 현황	26
〈표 2-7〉 연도별 본인부담 상한액 현황	28
〈표 2-8〉 본인부담상한제 요양기관 종별 환급 현황	29
〈표 2-9〉 요양병원 수가제도 변화	31
〈표 2-10〉 요양병원 입원환자 분류체계 개편	32
〈표 2-11〉 요양병원 환자군 및 행위 급여 목록, 상대가치점수	33
〈표 2-12〉 요양병원 입원료 차등제	36
〈표 3-1〉 요양병원 분석 대상 주요 지표	46
〈표 3-2〉 요양병원 의사 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과	47
〈표 3-3〉 요양병원 간호인력 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과	49
〈표 3-4〉 요양병원 간호사 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과	50
〈표 3-5〉 요양병원 약사 재직일수를 기술통계 분석 결과	52
〈표 3-6〉 요양병원 병상 수 기술통계 분석 결과	53
〈표 3-7〉 요양병원 4인실 비중 기술통계 분석 결과	55
〈표 3-8〉 요양병원 의료고도 이상 입원일수 비율 기술통계 분석 결과	58
〈표 3-9〉 요양병원 의료고도 이상 환자 비율 기술통계 분석 결과	58
〈표 3-10〉 요양병원 유치도뇨관이 있는 환자 분율 기술통계 분석 결과	60
〈표 3-11〉 요양병원 장기입원(181일 이상) 환자 분율 기술통계 분석 결과	61
〈표 3-12〉 요양병원 병상가동률 기술통계 분석 결과	62
〈표 3-13〉 요양병원 일상생활수행능력(ADL) 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과	63
〈표 3-14〉 요양병원 지역사회 복귀율 기술통계 분석 결과	64
〈표 3-15〉 요양병원 피무문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과	66

〈표 3-16〉 요양병원 중등도 이상 통증 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과	67
〈표 3-17〉 요양병원 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 분율 기술통계 분석 결과	68
〈표 3-18〉 요양병원 항정신성약품 처방률 기술통계 분석 결과	69
〈표 3-19〉 요양병원 욕창이 새로 생긴 환자 분율 기술통계 분석 결과	71
〈표 3-20〉 요양병원 현황 지표 주요 분석 결과 요약	74
〈표 3-21〉 요양병원 유형별 개소 수	77
〈표 3-22〉 요양병원 유형별 주요 지표	77
〈표 4-1〉 요양병원 정액수가 개편방안 연구 결과	85

그림 목차

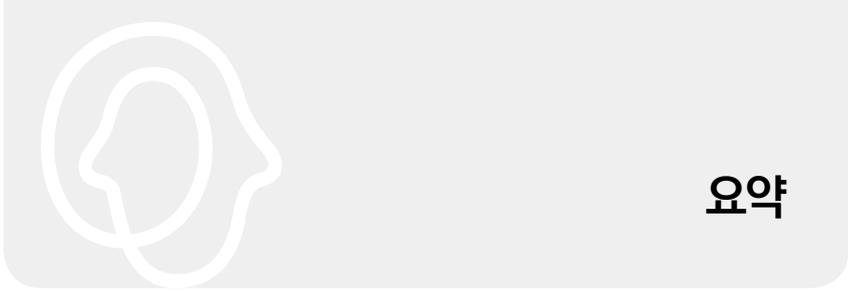
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-1] 만성질환 현황	7
[그림 1-2] 연도별 요양병원 개소 수 추이	10
[그림 1-3] 연도별 요양병원 건강보험 진료비 추이	11
[그림 1-4] 연구 추진체계	14
[그림 2-1] 연도별 요양병원 병상규모 변화	22
[그림 2-2] 연도별 요양병원 입원일수 병상규모 변화	24
[그림 2-3] 수가 산출 방법	38
[그림 3-1] 요양병원 의사 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포	48
[그림 3-2] 요양병원 간호인력 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포	49
[그림 3-3] 요양병원 간호사 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포	51
[그림 3-4] 요양병원 약사 재직일수율	52
[그림 3-5] 요양병원 병상 수 및 상위 25% 기관 분포	54
[그림 3-6] 요양병원 4인실 비중 및 상위 25% 기관 분포	56
[그림 3-7] 요양병원 의료고도 이상 입원일수 비율	58
[그림 3-8] 요양병원 의료고도 이상 환자 비율 및 상위 25% 기관 분포	59
[그림 3-9] 요양병원 유치도뇨관이 있는 환자 분율	60
[그림 3-10] 요양병원 장기입원(181일 이상) 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포	61
[그림 3-11] 요양병원 병상가동률	62
[그림 3-12] 요양병원 일상생활수행능력(ADL) 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포	64
[그림 3-13] 요양병원 지역사회 복귀율 및 상위 25% 기관 분포	65
[그림 3-14] 요양병원 피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포	66
[그림 3-15] 요양병원 중등도 이상 통증 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포	67
[그림 3-16] 요양병원 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과	68
[그림 3-17] 요양병원 항정신성의약품 처방률 및 상위 25% 기관 분포	70
[그림 3-18] 요양병원 적정성평가 점수와 의료고도 이상 입원일수, 환자비율, 병상가동률간 산점도	73



[그림 3-19] 요양병원 유형화를 위한 군집 수 분류	76
[그림 3-20] 요양병원 군집분석 결과	78
[그림 4-1] 요양병원의 기능 전환(예시)	82



1. 연구의 배경 및 목적

2025년 우리나라는 초고령 사회로 진입하였다. 고령인구의 증가로 만성질환 등 장기적인 치료와 돌봄이 필요한 인구가 지속해서 증가함에 따라 요양병원에 대한 수요도 확대될 것으로 예상된다. 그러나 현재 우리나라 요양병원은 의료와 장기요양 영역의 모호한 경계 지점에서 서비스를 제공하고 있으며, 이로써 의료와 요양 전달체계의 기능 중복과 비효율 가능성이 커진다. 또한 치료 필요도가 낮음에도 돌봄·주거 사유 등으로 요양병원에 사회적 입원 또는 장기입원을 하는 사례가 늘면서 건강보험 재정에 부담이 가중되고 있다. 최근 정부는 요양병원의 의료기능을 강화하면서 국민의 간병 부담을 경감하는 대책을 마련하고자 논의를 추진하고 있다.

먼저 요양병원의 존재 목적과 기능을 재정의하고 현재의 기능을 전환함과 동시에 어떻게 국민의 요양병원 간병 부담을 완화해 갈지를 신속히 논의해야 한다. 요양병원의 역할을 장기요양보험제도와의 관계를 고려하여 의료 필요도 기반의 중간·장기 입원치료로 분명히 하고, 양질의 요양병원 의료 및 간병 서비스가 제공됨과 동시에 건강보험체계의 지속가능성을 높이려는 제도 개선 논의를 조속히 시작해야 한다.

다만 이 같은 논의를 시작하려면 우선 요양병원의 현 수준과 요양병원에 대한 보상은 어떻게 이루어지는지를 파악할 필요가 있다. 요양병원과 관련하여 다양한 연구가 진행되어 왔으나 현재 시점에서 참고하기에는 자료가 일부 오래되었거나, 연구 범위가 다소 제한적이어서 정책 논의를 견인하기에 한계가 있다.

따라서 이 연구는 지속가능한 건강보험체계, 보건의료체계 구축의 관

점에서 요양병원 제도 개선 시 활용할 근거와 기초자료를 제시하는 것을 목적으로 수행되었다.

2. 주요 연구 내용

첫째, 건강보험의 요양병원 서비스 제공 현황, 요양급여비용 체계를 분석해 문제점을 도출한다. 요양병원은 일당정액제로 보상하고 있는바, 수가 산정방식, 보상 수준 등 건강보험 요양급여비용 중 요양병원 비용 보상 체계를 검토하였다. 특히 의료 최고도·고도·중도·경도, 선택입원군 등의 분류에 따른 적정 보상 수준과 그에 따른 사회 현상의 관점에서 검토하였다.

둘째, 요양병원 서비스 제공 현황을 분석 및 진단한다. 전국 요양병원의 구조(인력, 시설, 장비), 과정(환자 구성), 결과(적정성 평가 중 결과지표 등)를 분석해 현재 제도의 문제를 진단하고 벤치마킹 대상 요양병원과 질 관리가 필요한 요양병원을 유형화하였다.

마지막으로 지속가능한 보건의료체계를 구축하기 위한 요양병원 기능 강화 방안을 제시하였다. 요양병원의 기능 정립을 통한 건강보험 지속가능성 강화 방안과 더불어 국민의 요양병원 간병비 부담 경감 방안을 함께 검토하였다.

3. 결론 및 시사점

요양병원은 건강보험에서 보장하는 의료기관으로서 ‘장기요양’이 아니라 ‘의료서비스 제공기관’으로서 정체성을 정립하는 것이 가장 중요한 일이다. 요양병원은 의료중심으로 전환할 필요가 있고 요양시설은 지역사회에서 돌봄을 제공하는 기관으로 그 목적을 분명히 구분할 필요가 있다.

의료중심 요양병원을 육성하려면 기능과 역할을 충분히 수행할 수 있는 요양병원을 선정하여 기능 강화에 필요한 집중 지원을 해야 할 것이다. 이와 더불어 제도 수용성을 고려하여 의료 필요도가 높은 환자를 중심으로 질 높은 의료서비스를 제공하는 의료기관을 선정(Group 4)하고 단계적으로 그 지원 대상 기관을 넓혀가는 것이(Group 3) 현실성이 있을 것으로 본다. 한편 현행 요양병원 정액수가는 높은 의료 필요도에 따른 다양한 의학적 처치 보상이 부족하므로 단기적으로는 의료최고도와 의료고도를 중심으로 신속히 보상을 강화하는 일이 필요하다. 나아가 장기적으로는 요양병원에 입원하는 환자의 서비스 필요도에 따라 분류체계를 개발함으로써 보상 정밀성을 강화하는 것을 고민해 보아야 한다. 다만 요양병원에서 제공하는 의료의 질을 개선하되 지속가능성을 함께 고려할 수 있는 구체적인 보상 체계를 마련할 연구를 지속해야 한다.

특별히 의료중심 요양병원뿐 아니라 질환별로 장기 치료가 필요한 경우를 특화한 요양병원을 지원하는 방안(전문특화 요양병원)이 필요하다. 현재까지 요양병원에 대한 정책적 개입과 개선이 충분히 논의되지 않은 만큼 요양병원 중 내 의료서비스 제공 모형은 다양화해 왔다. 이 같은 특성을 고려할 때 실제 의학적으로 장기간 치료가 필요하나 현행 요양병원의 보상 체계만으로는 지속이 어려운 서비스 제공 모형을 특화할 수 있도록 정부는 지원 정책을 마련할 필요가 있다.

한편 재활 등 아급성기 중심의 요양병원은 재활의료기관 사업을 확대하여 병원급 의료기관으로 편입할 수 있도록 하되 그 기준을 완화하고 조정해야 한다. 다만 기존 재활의료기관의 엄격한 기준과 적합성을 위해 사업을 증화하고 향후 통합하는 것도 대안이 될 것으로 보인다.

주요 용어: 요양병원, 기능 개선, 적정 보상, 지속가능성



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구 배경

제2절 연구 내용



제 1 장 서론

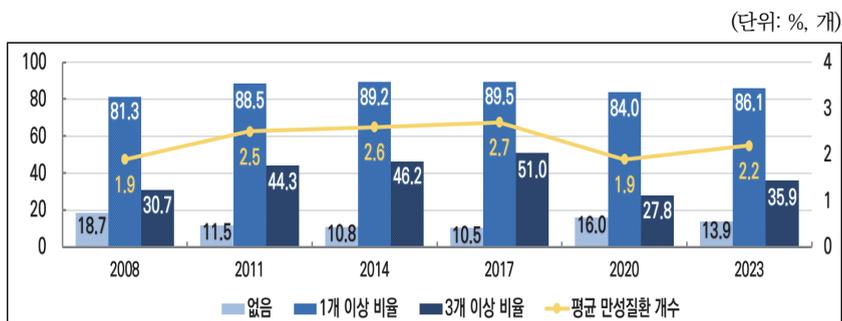
제1절 연구 배경

1. 초고령화 사회 대한민국

2025년 우리나라는 65세 이상 고령자 비율이 20.3%로 20%를 넘어 ‘초고령화 사회’로 진입했다. 2000년 65세 이상 인구비율이 7%를 넘어 ‘고령 사회’로 진입한 이래 25년 만이다. 이 추세가 지속된다면 2070년에는 65세 이상 인구가 47.5% 수준에 이를 것으로 예측된다(통계청, 2023).

이러한 급격한 인구구조 변화는 만성질환 관리와 같은 장기적인 치료와 관련한 의료 수요를 야기한다. 2023년 노인실태조사 결과에 따르면 65세 이상 노인 중 86.1%가 1개 이상의 만성질환을 앓고 있고 3개 이상 만성질환을 앓는 노인은 35.9%에 달한다(보건복지부, 2024).

[그림 1-1] 만성질환 현황



출처: “2023년 노인실태조사 결과 발표,” 보건복지부, 2024, p. 6.

그뿐 아니라 노인 돌봄에 대한 수요도 증가한다. 일상생활수행능력 (Activities of Daily Living, ADL)과 수단적 일상생활수행능력 (Instrumental Activities of Daily Living, IADL)에 제한이 있는 노인 인구가 증가한다. 2020년 IADL만 제한된 인구가 6.6%, IADL과 ADL이 모두 제한된 인구가 5.6%로 집계되었으나 2023년 조사에서는 각각 9.8%, 8.7%로 파악되었다(강은나 외, 2023). 그만큼 돌봄이 필요한 노인이 많아진다는 의미다. 의료와 돌봄의 수요가 많아지니 보건의료서비스와 돌봄서비스 제공자의 업무 부담이 가중된다.

의료와 돌봄은 전통적 가족 간병 기능의 약화로 국가가 책임져야 할 영역으로 부상하고 있다. 전통적으로 어르신을 다음 세대에서 돌보던 시대가 이제는 변화했다. 어르신을 모시고 병원에 다니고 돌봄을 제공하는 부담이 가중되면서 그 부담을 국가가 경감해 주길 원하는 시대가 되었다. 한국리서치 조사에 따르면 '가족의 간병 문제를 가정 내에서만 해결하기는 어렵다'고 생각하는 국민이 82%에 달하고, '개인의 간병을 위한 국가의 지원을 확대해야 한다'고 생각하는 사람이 89%에 달한다(송한나, 2023). 그리고 이렇듯 급증하는 의료와 돌봄 수요의 중심에 요양병원이 있다.

2. 요양병원 기능 확립, 지속가능성 확보에 대한 우려

우리나라는 초고령화의 진행과 함께 의료와 돌봄의 복합 수요가 구조적으로 증가하고 있으며, 이 수요의 상당 부분이 요양병원으로 유입되고 있다. 그 와중에 요양병원이 의료와 장기요양의 경계를 모호하게 함으로써 의료와 요양 전달체계의 중복과 비효율 가능성이 커지고 있다. 치료 필요도가 낮음에도 돌봄·주거 사유 등으로 요양병원으로 사회적 입원 또는 장기입원을 하는 사례가 늘면서 건강보험 재정에 부담이 가중되고 있

다. 최근 연구에서 요양병원 입원환자 중 의학적 필요성이 낮은 선택입원군을 약 15.6%로 추정했는데 이는 요양병원 입원환자 6명 중 1명이 의학적으로 꼭 입원할 필요가 없는 환자임을 의미한다(박성민 외, 2025).

우리나라의 요양병원을 이용한 의료서비스 제공체계는 세계적으로 찾아볼 수 없는 독특한 제도다. 다른 나라에서는 의료와 요양이 뚜렷이 구별되는 데 비해 우리나라 요양병원은 의료(Medical Care)와 장기요양(Long-term care)의 경계선에 있어 둘을 구분하기가 모호한 까닭이다. 특히 건강보험제도가 요양 비용을 부담하는 경우는 대한민국이 유일하다(송현중, 2012, p. 118).

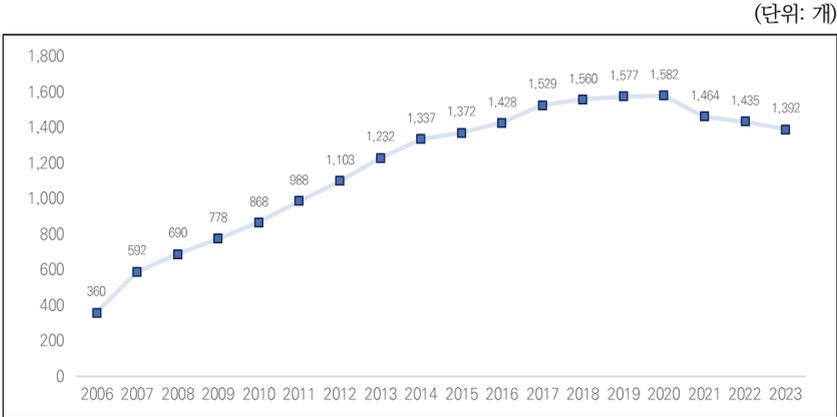
과거 요양병원은 장기요양을 목적으로 한 의료기관으로 정체성이 부여되어 있었다. 요양병원의 개념은 1994년 7월 「의료법」의 개정으로 처음으로 도입되었다. 2009년 「의료법」이 개정되기 전까지 ‘요양병원’은 “의사나 한의사가 의료를 행하는 곳으로서, 요양환자 30명 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양이 필요한 입원환자에게 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관”으로 정의되었다(「의료법」, 2008).

하지만 2007년 「노인장기요양보험법」이 제정된 이래 요양병원의 정체성에 변화가 생겼다. ‘장기요양’ 제도가 우리나라에 공식적으로 도입되면서 장기요양서비스 제공은 ‘장기요양기관’이 맡게 되었고 2009년 「의료법」 개정으로 요양병원은 병원급 의료기관 중 하나로 여겨지되 법령상 장기요양서비스 제공이라는 목적성은 사라졌다.

「의료법」의 개정으로 요양병원의 목적성은 법령에서 제외되었으나 요양병원의 수는 급격히 늘어났다. 2006년 360개였던 요양병원은 매해 꾸준히 늘어 2020년 1,582개에 달했다. 16년간 무려 4.3배가량 증가한 것이다(국민건강보험공단, 2025). 다만, 최근 코로나19의 영향 등으로 요양병원이 감소하는 경향을 보이고 있다.

10 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 1-2] 연도별 요양병원 개소 수 추이

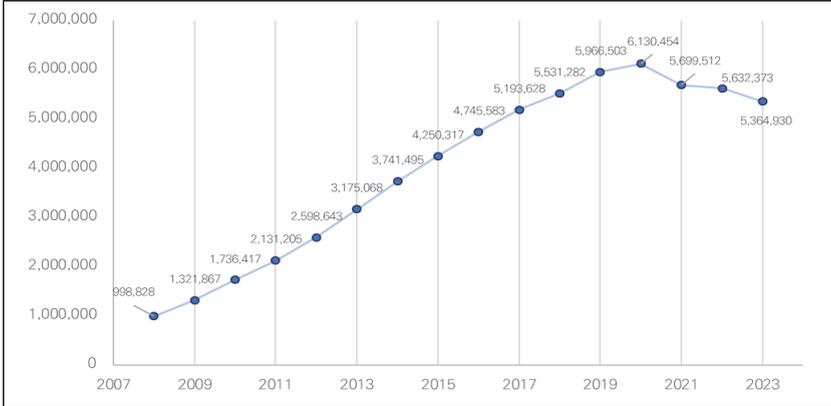


출처: “지역별 의료이용 통계,” 국민건강보험공단, 2025, KOSIS 인출(2025.09.10.)

요양병원의 급증은 보건의료체계에 대한 여러 우려를 낳았다. 먼저 건강보험의 지속가능성에 대한 우려다. 요양병원은 「의료법」에 따라 의료기관으로 본다. 그리고 모든 의료기관은 「국민건강보험법」에 따라 요양기관으로 당연지정이 된다. 그러다 보니 요양병원의 급증은 건강보험 지출을 크게 증가시켰다. 요양병원은 2008년 처음 건강보험급여화되었는데 당시 9,988억 원이었던 건강보험 진료비는 2020년 6조 1,304억 원까지 약 6배 증가했다. 2021년부터 「의료법」 개정으로 정신병원을 요양병원에서 별도로 분리함에 따라 요양병원의 건강보험 진료비는 감소하였으나 정신병원을 함께 고려하면 요양병원의 지출 부담 우려는 여전하다.

[그림 1-3] 연도별 요양병원 건강보험 진료비 추이

(단위: 백만 원)



출처: “2024년 국민보건계정,” 내부자료 보건복지부, 2024.

다음으로는 요양병원의 기능과 역할의 모호함으로 발생하는 보건의료 체계의 비효율에 대한 우려다(송현중, 2011, p. 31). 치료와 돌봄이용자가 혼재된 요양병원은 설립 취지와 달리 역할이 모호해 입원이 장기화되는 사회적 입원문제를 야기한다는 비판이 제기되고 있다(이정택, 2018, p. 4). 또한 요양병원은 지금까지 의료와 돌봄을 병행하는 중간 단계 기관으로 성장해 왔으나 현재는 의료 필요도가 낮은 환자도 다수 입원하고 있어 건강보험 재정의 비효율적 지출뿐 아니라 의료 필요도가 높은 환자의 적정 치료 기회 상실을 야기하고 있다는 지적도 이어진다. 노인요양시설과 요양병원의 환자 상태가 유사해 두 제도 간의 역할 중복으로 인한 비효율(이다희 외, 2021, pp. 39-40)이 건강보험의 지속가능성을 악화시킨다는 것이다.

3. 요양병원 간병비 부담

한편, 요양병원에 입원한 환자와 가족이 부담해야 하는 간병비도 문제다. 2024년 대한요양병원협회의 여론조사 결과 우리나라 국민 90%가 요양병원의 간병비에 부담을 느낀다고 발표하였다. 국민의 부담이 그만큼 크다는 것이다(대한요양병원협회, 2024).

「노인장기요양보험법」에서는 장기요양보험이 가입자의 요양병원 간병비를 지원할 수 있도록 명시하고 있으나 최근 들어서야 시범사업이 시작되었다. 시범사업이 10개 요양병원만을 대상으로 해서 1,300개 이상에 달하는 요양병원 중 1%도 안 되는 수준이다 보니 국민이 요양병원 간병 부담 경감을 체감하는 데는 아직 갈 길이 멀다.

한편 요양병원이 장기요양 서비스 제공기관으로서가 아니라 의료기관으로서 역할을 한다는 측면에서 간병비를 건강보험에서 지원해야 한다는 의견도 있다. 심지어 국민의 82%가 건강보험 급여화에 찬성한다는 조사 결과도 있다(대한요양병원협회, 2024). 요양병원이 장기요양서비스 제공을 목적으로 하는 기관이 아니라 만성기 의료서비스를 제공하는 기관이라고 본다면 급성기 병원의 간호간병서비스와 마찬가지로 간병비를 건강보험에서 지원하도록 하는 것도 일면 타당하다. 국민의 부담이 가중되고 있는 만큼 요양병원의 간병비 문제도 신속히 논의할 필요가 있다.

4. 연구의 필요성 및 목적과 목표

초고령 사회를 마주한 지금, 먼저 요양병원의 존재 목적과 기능을 재정 의하고 현재의 기능을 전환함과 동시에 국민의 요양병원 간병 부담을 어떻게 완화해 갈지에 대한 신속한 논의가 필요하다. 요양병원의 역할을 장

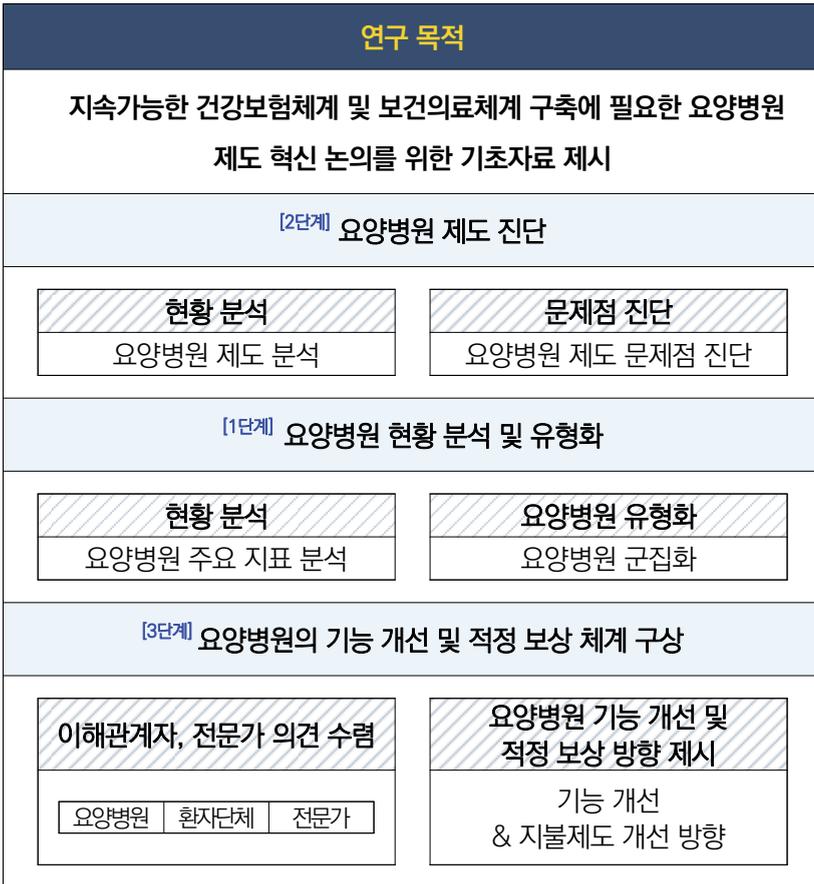
기요양보험제도와 관계를 고려하여 의료 필요도 기반의 중간·장기 입원 치료로 분명히 하고, 양질의 요양병원 의료와 간병 서비스를 제공함과 동시에 건강보험체계의 지속가능성을 높이려는 제도 개선 논의가 조속히 이어져야 한다.

다만 이 같은 논의를 시작하려면 현재 요양병원의 수준이 어떠한지, 요양병원에 대한 보상은 어떻게 이루어지는지를 파악할 필요가 있다. 요양병원과 관련하여 다양한 연구가 진행되어 왔으나 현재 시점에서 참고하기에는 자료가 일부 오래되었거나 연구 범위가 다소 제한적이어서 정책 논의를 견인하기에 한계가 있다. 따라서 이 연구는 지속가능한 건강보험 체계 및 보건의료체계를 구축하는 데 필요한 논의의 기초자료를 제시할 목적으로 기획되었다. 다만, 연구의 물리적 제약 등을 고려하여 간병비 급여화에 대하여는 연구의 범위에서 제외하였다.

제2절 연구 내용

1. 연구 추진체계

[그림 1-4] 연구 추진체계



출처: 연구진이 작성함.

2. 주요 연구 내용

첫째, 건강보험의 요양병원 서비스 제공 현황, 요양급여비용 체계를 분석해 문제점을 도출한다. 요양병원은 일당정액제로 보상하고 있는바 수가 산정방식, 보상 수준 등 건강보험요양급여비용 중 요양병원 비용 보상 체계를 검토한다. 특히 의료 최고도·고도·중도·경도, 선택입원군 등의 분류에 따른 적정 보상 수준과 그에 따른 사회 현상의 관점에서 검토한다.

둘째, 요양병원 서비스 제공 현황을 분석 및 진단한다. 전국 요양병원의 구조(인력, 시설, 장비), 과정(환자 구성), 결과(적정성 평가 중 결과지표 등)를 분석해 현재 제도의 문제를 진단하고 벤치마킹 대상 요양병원과 질 관리가 필요한 요양병원을 유형화한다.

마지막으로 지속가능한 보건의료체계를 구축하기 위한 요양병원 기능과 역할 정립 방안을 제시한다. 요양병원의 기능정립과 더불어 요양병원 적정 보상의 방향을 제시한다.

3. 연구 수행 방법

연구 수행 방법은 첫째, 건강보험 요양급여비용 중 요양병원 보상 체계를 체계적으로 검토한다. 의료 필요도에 따른 환자 분류체계와 수가 설정 기준을 재점검하고, 요양병원의 의료서비스 제공이 어느 수준으로 이루어지는지, 재정 부담은 어느 정도인지를 검토한다. 특히 요양병원의 수가 개선 과정을 검토하여 현행 수가체계 나아가 요양병원 제도의 현 문제를 진단한다.

둘째, 건강보험심사평가원의 청구자료, 적정성 평가 결과자료, 의료자원 신고자료를 통합하여 약 1,400개 요양병원의 기능을 분류한다. 기술

통계 분석과 군집분석(Clustering Analysis)을 병행하여 의료기관의 기능·역량 특성별 군집을 도출하고, 그 결과를 바탕으로 벤치마킹 대상 의료기관과 질 관리가 필요한 요양병원을 식별한다.

셋째, 지속가능한 보건의료체계 구축에 필요한 요양병원 기능 강화 방안을 제언한다. 이를 위해 건강보험 및 보건의료체계 관련 전문가 의견을 수렴하며, 자문단은 의료계 3인, 학계 3인, 정책관리자 3인으로 구성한다. 의견 수렴 결과에 기초하여 요양병원 제도 개선 방안을 구상하고 전문가 검증을 거쳐 향후 우리나라 요양병원 제도가 가야 할 방향을 제시한다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

요양병원 제도 진단

제1절 요양병원 운영 현황

제2절 건강보험 요양병원 지불 방식

제3절 요양병원 제도 문제 진단



제 2 장 영양병원 제도 진단

제1절 영양병원 운영 현황

1. 영양병원 의료서비스 제공 현황

고령화, 만성질환자 증가로 장기요양 의료서비스 수요가 늘어나면서 영양병원 기관 수와 입원환자 수는 지속적으로 증가하고 있다. 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 지속적으로 증가하여 2008년 10.2%에서 2023년 18.0%로 고령 사회를 넘었다.

고령화율이 증가함에 따라 영양병원 입원환자 수도 18만 5천 명에서 44만 3천 명으로 2.4배 이상 증가하였으며, 영양병원 기관은 690개소에서 1,392개소로 2배 이상 증가하였다. 환자 수, 기관 수는 2배 정도 증가하였지만 전체 영양병원 입원진료비는 2008년 1조 3,360억 원에서 2023년 7조 2,350억 원으로 5.3배 이상 증가하였다. 전체 진료비에서 영양병원 입원진료비가 차지하는 비율은 10.4%에서 18.4%로 급격히 늘었다.

20 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

〈표 2-1〉 요양병원 현황

(단위: 천 명, 개소, 십억 원, %)

구분	2008년	2010년	2012년	2014년	2016년	2018년	2020년	2022년	2023년	
인구 ¹⁾	49,540	50,516	50,948	51,328	51,696	51,826	51,829	51,439	51,325	
65세 이상 인구 ¹⁾	5,069	5,506	5,980	6,521	6,996	7,650	8,496	9,267	9,730	
전체 입원진료비	13,133	16,713	19,278	22,035	26,493	32,211	36,439	38,873	40,984	
요양병원	기관 수 ²⁾	690	867	1,103	1,337	1,428	1,560	1,582	1,435	1,392
	입원 환자 수 ³⁾	185	228	295	367	442	498	468	471	443
	입원 진료비 ³⁾	1,366	2,306	3,380	4,731	5,931	7,205	7,899	7,137	7,235
고령화율 ⁴⁾	(10.2)	(10.9)	(11.7)	(12.7)	(13.5)	(14.8)	(16.4)	(17.1)	(18.0)	
기관당 입원환자 수 ⁵⁾	0.27	0.26	0.27	0.27	0.31	0.32	0.30	0.31	0.33	
입원진료비 비중 ⁶⁾	(10.4)	(13.8)	(17.5)	(21.5)	(22.4)	(22.4)	(21.7)	(19.5)	(18.4)	

주: 1) 국가통계포털(<https://kosis.kr>) 2023년 12월 말 '주민등록인구' 통계

2) 매 연도 말 기준

3) 각 년도 다음 해 2월 심사결정분까지의 환자 수 및 진료비(낮병동 입원 등 포함)

4) 65세 이상 인구/전체 인구*100

5) 요양병원 입원환자 수/기관 수

6) 요양병원 입원 진료비/전체 입원진료비*100

출처: "2023년(2주기 5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과," 건강보험심사평가원, 2025.

2023년 기준 요양병원은 1,392개소로 확인되는데 이를 지역별로 살펴보면 경기도가 302개소(21.7%)로 가장 많았다. 병상 수는 경기도가 5만 2,876병상(20.0%)으로 가장 많았으며, 부산이 3만 2,191병상(12.2%), 경남이 2만 5,020병상(9.5%) 순으로 많았다. 65세 이상 인구 십만 명당 기관 수는 광주(27개소)가 가장 많았으며 울산(22개소), 부산(22개소) 순이었다. 65세 이상 인구 십만 명당 병상 수는 광주가 6,194병상으로 가장 많았고, 부산 4,320병상, 전북 4,224병상 순으로 많았다. 요

양병원의 증가가 어느 한 지역에만 쏠렸다가보다 전체적으로 늘어난 것으로 파악된다.

〈표 2-2〉 2023년 지역별 요양병원 현황

(단위: 명, 개소, 병상, %)

지역	65세 이상 인구 ¹⁾		기관 수 ²⁾		병상 수		65세 이상 인구 십만 명당	
	명	(%)	개소	(%)	병상	(%)	기관 수	병상 수
전국	9,730,411	(100.0)	1,392	(100.0)	264,380	(100.0)	14	2,717
서울	1,733,580	(17.8)	110	(7.9)	20,856	(7.9)	6	1,203
부산	745,199	(7.7)	162	(11.6)	32,191	(12.2)	22	4,320
대구	466,338	(4.8)	71	(5.1)	13,597	(5.1)	15	2,916
인천	497,057	(5.1)	62	(4.5)	11,641	(4.4)	12	2,342
광주	233,878	(2.4)	63	(4.5)	14,486	(5.5)	27	6,194
대전	244,756	(2.5)	47	(3.4)	8,374	(3.2)	19	3,421
울산	175,709	(1.8)	38	(2.7)	6,686	(2.5)	22	3,805
세종	42,560	(0.4)	4	(0.3)	538	(0.2)	9	1,264
경기	2,122,718	(21.8)	302	(21.7)	52,876	(20)	14	2,491
강원	366,555	(3.8)	31	(2.2)	3,853	(1.5)	8	1,051
충북	332,237	(3.4)	38	(2.7)	6,310	(2.4)	11	1,899
충남	454,534	(4.7)	68	(4.9)	11,526	(4.4)	15	2,536
전북	423,128	(4.3)	79	(5.7)	17,875	(6.8)	19	4,224
전남	470,874	(4.8)	80	(5.7)	17,045	(6.4)	17	3,620
경북	630,486	(6.5)	107	(7.7)	20,043	(7.6)	17	3,179
경남	669,646	(6.9)	119	(8.5)	25,020	(9.5)	18	3,736
제주	121,156	(1.2)	11	(0.8)	1,463	(0.6)	9	1,208

주: 1) 국가통계포털(<https://kosis.kr>) 2023년 12월 말 '주민등록인구' 통계

2) 2023년 말 요양병원 신고 기준

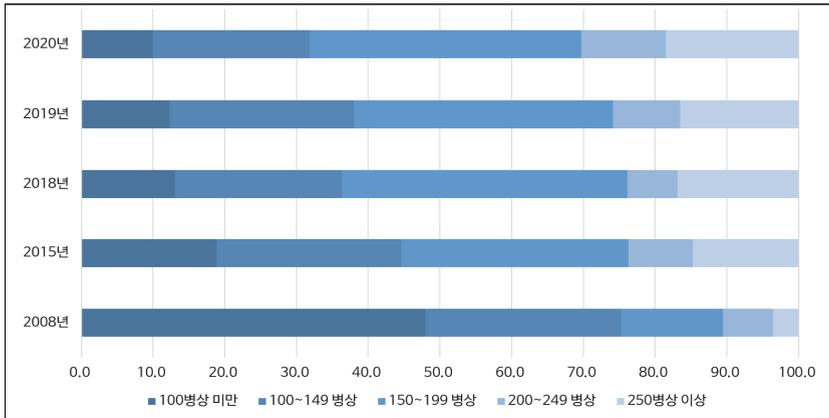
출처: "2023년(2주기 5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과," 건강보험심사평가원, 2025.

요양병원의 병상 총량뿐 아니라 각 기관이 운영하는 병상 규모도 점차 증가하고 있다. 2008년에는 100병상 미만 기관의 비율이 48.0%로 가장 많고 250병상 이상 기관은 3.5%로 가장 적었으나, 2020년에는 100병상

22 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

미만 기관의 비율이 10.0%로 가장 낮아지고 250명상 이상 기관은 18.5%로 증가하였다. 이는 2008년에 비해 기관당 병상 규모가 점차 커지고 있음을 보여준다. 요양병원의 수뿐 아니라 규모도 커져 왔다.

[그림 2-1] 연도별 요양병원 병상규모 변화



주: 요양병원 입원급여 적정성 평가가 도입된 2008년부터 현재까지의 변화를 그래프로 작성함.
출처: “요양병원 입원급여 적정성 평가결과(2008~2022),” 건강보험심사평가원, 2008~2022.

한편, 정부는 요양병원 의료의 질을 개선하려고 다양한 노력을 기울여 왔다. 주로 수가를 산정하는 기준에 의료자원을 확보한 수준에 따라 차등하는 제도를 활용한 것이다. 2010년 요양병원의 일당정액수가 지급 시 의료인력 확보 산정을 병상 수 기준에서 입원환자 수 기준으로 변경하였고 2019년 요양병원 의료서비스의 질을 개선하기 위해 의사, 간호인력 등급별 감산율을 상향 조정해 2020년 7월부터 시행하였다. 이 같은 정책의 영향으로 의사와 간호인력 1인당 환자 수가 감소하는 추세를 보이고 있다.

〈표 2-3〉 요양병원 의사 및 간호인력 1인당 환자 수

(단위: %)

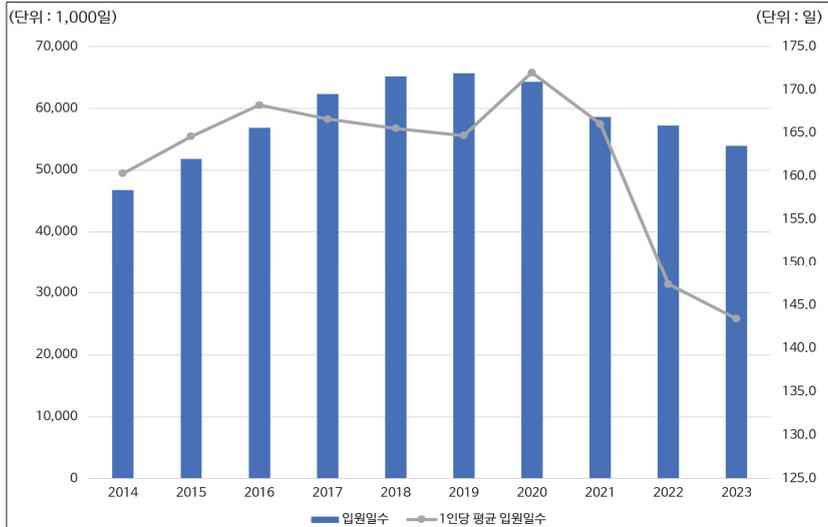
구분	2015년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년
의사 1인당 환자 수	30.7	30.9	30.8	28.7	28.9	28.2	28.7
간호사 1인당 환자 수	11.6	10.5	10.3	9.6	9.9	9.5	9.4
간호인력 1인당 환자 수	4.4	4.3	4.2	4.0	4.0	3.9	4.0

출처: “2022년(2주기 4차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과,” 건강보험심사평가원, 2024a.
 “2023년(2주기 5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과,” 건강보험심사평가원, 2025.

요양병원 1인당 입원일수는 지속적으로 증가하다 2020년을 기준으로 감소 추세를 보이고 있다. 요양병원의 1인당 입원일수가 감소세로 돌아섰으니 의료 이용이 다소 적어지는 국면이라고 생각할 수 있으나, 이는 2021년 3월에 시행된 정신병원 종별 신설에 따라 요양병원 기관 수, 입원환자 수 등의 감소로 인한 결과로 보인다(건강보험심사평가원, 2025). 국민의 요양병원 의료이용에 대한 열망이 줄고 있다고 평가하기에는 아직 한계가 있다. 수치를 보면 환자 1인당 입원일수는 2014년 160.3일에서 2020년 172.0일까지 증가하다가 2021년부터 166.0일로 감소하면서 2023년 143.4일까지 감소하였다. 하지만 요양병원 수요는 여전히 고령화 수준을 고려하면 향후 입원일수는 더 늘어날 것이 분명하다.

24 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 2-2] 연도별 요양병원 입원일수 병상규모 변화



출처: “건강보험 진료 통계,” 건강보험심사평가원, 2014-2023.

<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapHthInsRvStatInfoTab1.do?docNo=03-001#>

또 다른 문제는 장기입원환자가 늘고 있다는 것이다. 전체 입원환자 중 181일 이상 장기입원환자가 차지하는 비율은 2015년 34.4%로 낮았으나 2019년 50.6%로 급격히 증가하였다. 다만 마찬가지로 2021년 49.1%, 2022년 42.6%, 2023년 40.5%로 감소하는 추세를 보이고 있으나 상황을 낙관하기에는 아직 이르다.

<표 2-4> 장기입원(181일 이상) 환자 비율

(단위: %)

구분	2015년	2018년	2019년	2020년	2021년	2022년	2023년
장기입원환자 비율	34.4	35.4	50.6	57.1	49.1	42.6	40.5

출처: “2022년(2주기 4차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과,” 건강보험심사평가원, 2024a.
 “2023년(2주기 5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과,” 건강보험심사평가원, 2025.

그렇다면 요양병원의 환자 구성은 어떻게 변화하고 있을까? 이를 확인하려고 적정성 평가 결과보고서에서 연도별 환자분류군 현황을 확인해 보았다. 다만 연도별 평가 시점이 상이하고 2019년 이후 환자분류군이 5군으로 개편됨에 따라 변동이 있어 직접 비교는 제한적이지만 2019년 환자분류군 개편 이후 비율 변화에서 제도 개편의 영향을 간접적으로 확인할 수 있다.

2008년 의료최고도 환자군은 6,489건(3.2%)이었으며 2015년 1만 922건(1.8%)으로 낮아지고 2021년 2만 1,215건(1.6%), 2023년 1만 6,888건(1.4%)으로 약 1% 비율을 유지하고 있다. 선택입원군은 2008년 1만 5,129건(7.4%)이었으며, 환자분류군이 5군으로 개편된 이후부터 2021년 13만 8,322건(10.4%), 2022년 12만 4,230건(10.0%), 2023년 13만 219건(10.4%)으로 약 10% 비율을 유지하고 있다.

〈표 2-5〉 환자분류군별 현황

(단위: 건, %)

환자분류군	2008년 7~9월	2015년	2019년	2021년 7~12월	2022년 7~12월	2023년 7~12월
전체	204,166 (100.0)	603,255 (100.0)	710,555 (100.0)	1,328,922 (100.0)	1,238,908 (100.0)	1,247,405 (100.0)
의료최고도	6,489 (3.2)	10,922 (1.8)	10,859 (1.5)	21,215 (1.6)	17,780 (1.4)	16,888 (1.4)
의료고도	55,063 (27.0)	145,973 (24.2)	188,918 (26.6)	415,432 (31.3)	406,901 (32.8)	412,660 (33.1)
의료중도	87,474 (42.8)	148,872 (24.7)	157,260 (22.1)	456,626 (34.4)	423,211 (34.2)	430,522 (34.5)
의료경도	3,546 (1.7)	11,148 (1.8)	11,598 (1.6)	297,327 (22.4)	266,786 (21.5)	257,116 (20.6)
문제행동군	18,763 (9.2)	14,640 (2.4)	4,241 (0.6)			
인지장애군	17,702 (8.7)	220,760 (36.6)	270,195 (38.0)			
선택입원군 (신체기능저하군)	15,129 (7.4)	50,940 (8.4)	67,484 (9.5)	138,322 (10.4)	124,230 (10.0)	130,219 (10.4)

출처: “요양병원 입원급여 적정성 평가결과(2008~2023),” 건강보험심사평가원, 2008~2025.

2. 요양병원 진료비 현황

요양병원의 지출이 늘어나니 건강보험의 재정 부담도 커졌다. 요양병원 총진료비는 2008년 약 9조 5천억 원에서 2023년 약 53조 9천억 원으로 지속적으로 증가하였다. 입원 1일당 진료비는 2008년 5만 8,982원에서 2023년 10만 1,023원으로 두 배 가까이 상승하였으며, 급여비도 같은 기간 4만 3,675원에서 7만 8,486원으로 올랐다. 요양급여 1일당 진료비는 2008년 5만 7,946원에서 2023년 9만 9,045원으로 꾸준히 증가하였으며, 급여비도 같은 기간 4만 2,908원에서 7만 6,949원으로 상승했다. 급여율은 2008년 74.0%에서 2023년 77.7%로 꾸준히 증가한 것으로 확인된다.

〈표 2-6〉 요양병원 급여 현황

(단위: 원, %)

구분	진료비 (천 원)	급여비 (천 원)	급여율	입내원 1일당		요양급여 1일당	
				진료비	급여비	진료비	급여비
2008년	945,172,545	699,885,370	(74.0)	58,982	43,675	57,946	42,908
2015년	4,144,565,675	3,145,949,696	(75.9)	79,332	60,217	77,543	58,860
2019년	5,805,778,529	4,462,342,978	(76.9)	88,366	67,919	85,964	66,072
2021년	5,588,415,887	4,319,271,851	(77.3)	94,750	73,232	92,778	71,708
2022년	5,393,854,595	4,189,358,818	(77.7)	95,534	74,200	93,477	72,603
2023년	5,390,367,459	4,187,823,511	(77.7)	101,023	78,486	99,045	76,949

출처: “2008~2023 건강보험통계연보,” 국민건강보험공단, 2009~2024.

그렇다면 환자의 재정 부담은 어떻게 변해왔을까? 이를 살펴보려면 먼저 요양병원의 본인부담제도와 본인부담상한제를 간략히 확인할 필요가 있다.

우선 요양병원 환자의 본인부담률은 일반적으로 20%이며, 선택입원군은 40%가 적용된다. 다만, 환자가 부담한 건강보험 적용 의료비 총액이

개인별 상한금액을 초과할 경우, 초과 금액은 국민건강보험공단이 부담하여 가입자와 피부양자에게 환급하는 본인부담상한제가 운영되고 있다. 요양병원은 본래 장기입원하는 의료기관인 만큼 환자의 의료비 부담이 크다. 이러한 막대한 재정부담이 가계에 큰 위험이 될 수 있으니 본인부담상한제는 국민의 요양병원 비용 부담의 방파제 역할을 톡톡히 수행한다.

본인부담상한제 도입 초기인 2004년에는 6개월간 300만 원으로 시행되었으며, 2007년에는 6개월간 200만 원으로 조정되었다. 2009년부터는 연간 기준으로 전환되어 소득분위에 따라 200만 원(하위 50%), 300만 원(중위 30%), 400만 원(상위 20%)으로 차등 적용되었다. 이후 매년 단계적으로 조정되면서 2015년부터는 전년도 상한액에 ‘전국소비자물가지수 변동률’을 연계하여 상한액이 산정되었다. 2018년 기준 1분위~5분위에 대하여 요양병원 120일 초과 입원 시에만 기존 상한액 기준을 적용하였으나 2024년부터 전 구간으로 확대하였다. 2025년 기준 1분위 89만 원에서 10분위 826만 원까지 구간별 상한액이 책정되어 있으며, 요양병원에서 120일을 초과 입원하면 구간별 상한액이 더 높게 설정되어(1분위 141만 원, 10분위 1,074만 원) 장기입원환자의 과도한 의료비 부담을 방지하고 있다.

28 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

〈표 2-7〉 연도별 본인부담 상한액 현황

연도	1분위	2~3분위	4~5분위	6~7분위	8분위	9분위	10분위
2004년 7월	6개월간 300만 원(제도 시행)						
2007년 7월	6개월간 200만 원						
2009년 1월	연간 200만 원(하위 50%)			300만 원 (중위 30%)		400만 원 (상위 20%)	
2014년	120만 원	150만 원	200만 원	250만 원	300만 원	400만 원	500만 원
2015년	121만 원	151만 원	202만 원	253만 원	303만 원	405만 원	506만 원
2016년	121만 원	152만 원	203만 원	254만 원	305만 원	407만 원	509만 원
2017년	122만 원	153만 원	205만 원	256만 원	308만 원	411만 원	514만 원
2018년	80만 원	100만 원	150만 원	260만 원	313만 원	418만 원	523만 원
요양병원 120일△입원	124만 원	155만 원	208만 원				
2019년	81만 원	101만 원	152만 원	262만 원	316만 원	423만 원	529만 원
요양병원 120일△입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2020년	81만 원	101만 원	152만 원	281만 원	351만 원	430만 원	582만 원
요양병원 120일△입원	125만 원	157만 원	211만 원				
2021년	81만 원	101만 원	152만 원	282만 원	352만 원	433만 원	584만 원
요양병원 120일△입원	125만 원	157만 원	212만 원				
2022년	83만 원	103만 원	155만 원	289만 원	361만 원	445만 원	598만 원
요양병원 120일△입원	128만 원	160만 원	217만 원				
2023년	87만 원	108만 원	162만 원	303만 원	414만 원	497만 원	780만 원
요양병원 120일△입원	134만 원	168만 원	227만 원	375만 원	538만 원	646만 원	1,014만 원
2024년	87만 원	108만 원	167만 원	313만 원	428만 원	514만 원	808만 원
요양병원 120일△입원	138만 원	174만 원	235만 원	388만 원	557만 원	669만 원	1,050만 원
2025년	89만 원	110만 원	170만 원	320만 원	437만 원	525만 원	826만 원
요양병원 120일△입원	141만 원	178만 원	240만 원	396만 원	569만 원	684만 원	1,074만 원

출처: “보건복지부 보도자료(2025. 8. 28.),” 보건복지부, 2025.08.28.

돌아가서 우리나라 건강보험가입자의 본인부담상한제 환급 규모는 2017년부터 2021년까지 환급 인원과 금액 모두 증가하는 양상을 보인다. 그중 제일은 요양병원으로 인한 본인부담상한제 환급액이다. 2017년 요양병원 환급 규모는 전체 인원 중 10.8%로 다른 종별에 비해 낮은 수준임에도 전체 금액 중 47.2%를 차지할 정도로 매우 높았다.

재정부담이 지속되자 정부는 2018년부터 요양병원 120일 초과 입원 환자에 대해 기준 상한액을 적용했다. 그 결과 본인부담상한제 대상자 중 요양병원 이용자 비율은 6.2%로 내려갔고 환급금액의 비중 또한 37.7%로 감소했다. 그러나 여전히 요양기관은 본인부담상한제 환급의 주요 수혜기관이며, 전체 환급금액에서 가장 높은 비중을 차지하고 있다.

〈표 2-8〉 본인부담상한제 요양기관 종별 환급 현황

(단위: 천 명, 억 원, %)

종별	2017년		2018년		2019년		2020년		2021년	
	인원	금액	인원	금액	인원	금액	인원	금액	인원	금액
계	2,006 (100)	13,433 (100)	3,902 (100)	17,999 (100)	4,646 (100)	20,137 (100)	5,091 (100)	22,456 (100)	5,476 (100)	23,860 (100)
상급 종합	243 (12.2)	2,083 (15.5)	450 (11.6)	3,231 (17.9)	526 (11.3)	3,763 (18.7)	591 (11.6)	4,394 (19.6)	645 (11.8)	4,899 (20.5)
종합 병원	285 (14.3)	1,991 (14.8)	546 (14.0)	3,087 (17.2)	654 (14.1)	3,667 (18.2)	697 (13.7)	3,901 (17.4)	756 (13.8)	4,258 (17.9)
병원	190 (9.5)	1,413 (10.5)	368 (9.5)	2,012 (11.2)	433 (9.3)	2,308 (11.5)	469 (9.2)	2,722 (12.1)	491 (9.0)	2,841 (11.9)
요양 병원	215 (10.8)	6,345 (47.2)	243 (6.2)	6,788 (37.7)	249 (5.4)	6,830 (33.9)	239 (4.7)	7,235 (32.2)	254 (4.7)	7,251 (30.2)
의원	384 (19.1)	493 (3.7)	836 (21.4)	938 (5.2)	1,019 (21.9)	1,223 (6.1)	1,132 (22.2)	1,494 (6.7)	1,228 (22.4)	1,700 (7.1)
약국	466 (23.3)	845 (6.3)	979 (25.1)	1,486 (8.3)	1,175 (25.3)	1,793 (8.9)	1,324 (26.0)	2,066 (9.2)	1,414 (25.8)	2,266 (9.5)
기타	219 (10.9)	263 (2.0)	477 (12.2)	457 (2.5)	587 (12.7)	553 (2.7)	637 (12.5)	642 (2.9)	685 (12.5)	681 (2.9)

출처: “보건복지부 보도자료(2022. 8. 24.)” 보건복지부, 2022.08.24.

요양병원의 재정 부담은 가벼이 여길 수 있는 수준을 넘어섰다. 고령화를 고려하면 앞으로가 더 큰 문제다. 5조에 육박하는 건강보험의 지출뿐 아니라 의료급여의 재정지출, 간병비 부담 등을 고려하면 요양병원이 우리 사회에서 차지하는 크기는 더욱 클 것으로 예상된다. 건강보험의 지속가능성 측면에서는 신속한 대안 마련이 필요한 시점이다.

제2절 건강보험 요양병원 지불 방식

1. 연혁

요양병원은 장기적인 치료와 요양이 필요한 환자에게 의료서비스를 제공하기 위해 설립되었다. 우리나라는 급성기 병상과 장기입원환자의 증가로 의료비 부담이 가중되자 장기입원환자를 치료하려고 급성기 병상을 장기요양병상으로 전환하도록 유도하였다. 그러나 이러한 노력에도 진료비 상승이 계속됨에 따라 요양병원의 지불 방식의 개선 요구가 높아졌다.

이에 2005년 요양병원 수가제도 시범사업이 시작되었으며, 시범사업을 근거로 하여 일당진료비 정액제에 기초한 요양병원 수가제도가 2008년 1월 실시되었다(김선민, 2008). 일당정액수가 도입 시 입원환자 분류체계는 요양병원 입원환자의 임상적 처치 필요성과 제공되는 자원이용량에 근거하여 7개 환자군(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)으로 분류되었으며, 분류군별 임상적 상태 및 일상생활수행능력(Activities of Daily Living, ADL)에 따라 세분류되었다.

입원료에는 의사와 간호인력의 병상 대비 확보 수준에 따라 차등 가산율을 적용했다. 한편 일당정액수가만으로 보상이 어려운 전문적 치료를

보상하기 위해 일당정액수가 이외의 일부 행위별수가 적용 항목(식대, CT, MRI, 전문재활치료, 혈액투석 및 투석액, 전문의약품 치매치료제, 타 의료기관 진료의뢰 비용 등)을 병행하였다.

나아가 2019년 11월 요양병원 건강보험 수가체계 개편에 따라 입원환자 분류체계 변경, 안전관리료 등 수가 신설, 입원료 체감제 구간 변경 등 다양한 제도 변화가 일어났다. 2021년에는 요양병원이 확보한 의료자원에 따라 수가를 차등하는 입원료 체감제가 개편되었다.

〈표 2-9〉 요양병원 수가제도 변화

시기	관련 제도	주요 내용
2005년	요양병원 수가제도 시범사업	<ul style="list-style-type: none"> 질병군, 환자 기능 상태에 따른 일반 진료비 정액제 시범사업 운영 자원소모량을 반영하지 못한다는 단점
2008년	요양병원 일당정액수가제 시행	<ul style="list-style-type: none"> 행위별수가제에서 일당정액제로 변경 7개 환자 분류군, 의료인력 확보 수준에 따른 차등 적용
2009년	환자군 급여 변동	<ul style="list-style-type: none"> 환자군별 상대가치점수에서 약제 및 치료재료 금액이 분리되어 정액(금액)지급 환자군 급여 상대가치점수 감소
2010년	의료인력 확보 기준 변경	<ul style="list-style-type: none"> 병상 수 기준에서 입원환자 수 기준 의료인력 확보 차등제 시행 환자 대비 간호사 수가 18:1을 초과하는 경우 요양병원 등급별 15%, 25% 감산 간호사 비율이 간호인력의 3분의 2 이상인 경우 1일당 2,000원 별도 산정
2019년	요양병원 입원환자 분류체계 변경	<ul style="list-style-type: none"> 요양병원 입원환자 분류체계 7개군에서 5개군으로 조정 상대가치점수 일부 조정
	수가 신설	<ul style="list-style-type: none"> 요양병원 입원환자 안전관리료(6인 이하 병실 적용은 2022년 1월부터 시행) 요양병원 지역사회 연계료
	의료인력 확보에 따른 입원료 차등제 강화	<ul style="list-style-type: none"> 환자 수 대비 의사인력 기준 강화(60:1 초과 → 40:1 초과 50% 감산, 2020년 7월부터 시행) 환자 수 대비 간호사 인력 기준 강화(9:1 이상 → 6.5:1 이상 50% 감산)
2021년	입원료 체감제 변경	<ul style="list-style-type: none"> 입원료 체감제(181~360일 5%, 361일 이상 10% 감산 → 181~270일 5%, 271~364일 10%, 365일 이상 15% 감산)
2022년	요양병원 입원료	<ul style="list-style-type: none"> 9인 이상 병실 입원료 30% 감산

출처: 연구진이 작성함.

가. 요양병원 입원환자 분류체계

요양병원 입원환자 분류체계는 최초 7개 환자군으로 분류된 이후 의학 적 필요성에 따른 분류(의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도), 돌봄 필요성에 따른 기능적 분류(문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군)가 섞여 있다는 문제점을 개선하고자 2019년 11월 단일기준에 따라 5개 환자군으로 개편되었다(강하림 외, 2021). 문제행동군, 인지장애군이 삭제 되고 의학적 분류군에 속하지는 않으나 일정 기간 입원이 필요한 환자들 을 선택입원군으로 신설·통합하였다.

〈표 2-10〉 요양병원 입원환자 분류체계 개편

분류	2008년(개편 전)	2019년(개편 후)
의료최고도	가. count 3-6 나. count 1-2 다. 외박	가. 입원환자군 나. 외박
의료고도	가. ADL 17-20 나. ADL 9-16 다. ADL 4-8 라. 외박	가. 입원환자군 나. 외박
의료중도	가. ADL 16-20 나. ADL 9-15 다. ADL 4-8 라. 외박	주: 의사의 판단하에 환자의 상태에 따라 적합한 '일상생활수행능력 향상 활동'을 1일 4회 이상 실시하고 진료기록부 등에 활동 내용 및 개선 경과를 기록한 경우에 51.70점 (1일당)을 별도 산정한다. 가. 입원환자군 나. 외박
문제행동군	가. ADL 4-20 나. 외박	삭제
인지장애군	가. ADL 4-20 나. 외박	삭제

분류	2008년(개편 전)	2019년(개편 후)
의료경도	가. ADL 13-20 나. ADL 6-12 다. 외박	가. 입원환자군 나. 외박
선택입원군 (신체기능 저하군)	가. ADL 13-20 나. ADL 6-12 다. ADL 4-5 라. 외박	*선택입원군 신설·통합 가. 입원환자군 나. 외박

출처: “건강보험요양급여비용(2008년),” 건강보험심사평가원, 2008, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2110>
“건강보험요양급여비용(2019년),” 건강보험심사평가원, 2019b, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2123>
“건강보험요양급여비용(2024년),” 건강보험심사평가원, 2024b, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/3201>

나. 요양병원 입원환자군별 상대가치점수

2008년 요양병원 입원환자 분류체계에 따른 상대가치점수가 책정된 이후 2009년 약제비, 치료재료 금액을 일당정액 점수에서 분리하면서 상대가치점수가 큰 폭으로 감소하였으며, 2018년까지 조정 없이 유지되었다. 2019년 수가체계 개편 시 상대가치점수가 일부 조정되었으며, 격리실 입원료, 안전관리료, 지역사회 연계료 등 수가가 신설되었다.

〈표 2-11〉 요양병원 환자군 및 행위 급여 목록, 상대가치점수

구분	급여 목록	코드	2008년	2009~2018년	2019년(개편 후)
환자군 급여	의료최고도	A1100	832.75	651.56	690.15
		A1200	729.59	548.40	
		A1900	245.80	143.07	
	의료고도	A2100	687.90	579.22	643.48
		A2200	655.84	547.16	
		A2300	591.65	482.97	
		A2900	219.02	142.97	
	의료중도	A3100	637.12	544.68	516.96
		A3200	610.26	517.82	
		A3300	580.55	488.11	

34 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

구분	급여 목록	코드	2008년	2009~2018년	2019년(개편 후)
		A3900	222.09	143.15	143.15
	문제행동군	A4100	582.36	508.08	삭제
		A4900	213.90	143.16	
	인지장애군	A5100	570.35	502.83	삭제
		A5900	204.97	143.07	
	의료경도	A6100	599.29	532.57	509.01
		A6200	569.65	502.93	143.10
		A6900	203.39	143.10	
	선택입원군 (신체기능저하군)	A7100	434.42	367.70	329.07
		A7200	406.26	339.54	
A7300		361.28	294.56	143.10	
A7900		203.39	143.10		
약제, 치료재료	-	-	접수 포함	별도 금액	별도 금액
입원료	요양병원 입원료	AB500	270.04	270.04	270.04
	낮병동 입원료	AF500	270.04	270.04	270.04
	중환자실 입원료 (1) 요양병원 의·치과 (2) 요양병원 한방과	AJ500 (19500)	1,077.71	1,077.71	1,077.71
			1,072.42	1,072.42	1,072.42
	격리실 입원료 (1) 1인용 (2) 2인용 (3) 다인용	AK500 AK501 AK502	-	-	1,574.16
-			-	1,049.41	
-			-	881.55	
요양병원 입원환자 안전관리료	AC500 (16500)	-	-	19.35	
요양병원 지역사회 연계료 가. 지역사회 연계 평가료 (관련 상담 활동 포함)	AW001	-	-	233.27	
나. 퇴원계획 관리료	AW005	-	-	333.50	
다. 지역사회 연계 관리료 I	AW002	-	-	247.80	
라. 지역사회 연계 관리료 II	AW003	-	-	499.12	
요양병원 감염예방·관리료 가. 1등급	AH111	-	-	27.30	
나. 2등급	AH112	-	-	16.58	
다. 3등급	AH113	-	-	9.95	

출처: “건강보험요양급여비용(2008년),” 건강보험심사평가원, 2008, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2110>
 “건강보험요양급여비용(2019년),” 건강보험심사평가원, 2019b, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2123>
 “건강보험요양급여비용(2024년),” 건강보험심사평가원, 2024b, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/3201>

다. 인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제

인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제의 도입은 장기요양서비스에 대한 높은 수요에 비해 요양병원의 전반적인 자원 보유 수준이 급성기 병원보다 매우 낮아 인력 기준에 미달하는 기관에 입원료 감산으로 전반적인 인력 수준을 보장하고, 기준을 충족하는 기관에 보상함으로써 적정 인력 수준을 유지하려는 목적으로 도입되었다(이성우, 2017). 2010년 4월 의사와 간호인력의 병상 대비 확보 수준 기준을 입원환자 수 대비 확보 수준으로 변경하면서 의사인력의 경우 등급은 5개로 유지되었으나, 1등급을 전문의 50% 이상 보유 여부에 따라 두 단계로 세분류하였으며 가산율이 일부 변동되었다. 간호사 인력은 기존 9개 등급에서 8개 등급으로 개편되면서 가산율이 인상되었다. 또한 약사, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사, 사회복지사 중 상근하는 직종이 4개 이상인 경우 일당 1,710원을 별도 산정하는 가산 항목 등 필요인력 가산 항목 범위와 종류가 확대되었다. 2019년 수가 체계 개편 시 입원료 차등제도 중 일부가 조정되었다. 의사의 경우 두 단계로 세분류되었던 1등급을 1, 2등급으로 조정하면서 기존 5등급에서 4등급으로 수준을 변경하였으며, 8개 전문 과목에 한정되어 있던 의사인력 가산을 26개 모든 전문 과목으로 확대하였다. 간호사의 경우 기존 8등급에서 6등급으로 조정하며 감산율을 상향하였다(보건복지부, 2019).

36 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

〈표 2-12〉 요양병원 입원료 차등제

구분	2008년 [*]			2010년		2019년(개편 후)	
	기준	가산율		기준	가산율	기준	가산율
의사	1등급	35:1 미만	10%	전문의 수 50% 이상	20%	35:1 이하 전문의 비율 50% 이상	18%
				전문의 수 50% 미만	10%		
	2등급	35:1 이상 45:1 미만	0%	35:1 초과 40:1 이하	0%	35:1 이하 전문의 비율 50% 미만	10%
	3등급	45:1 이상 55:1 미만	-15%	40:1 초과 50:1 이하	-15%	35:1 초과 40:1 이하	0%
	4등급	55:1 이상 65:1 미만	-30%	50:1 초과 60:1 이하	-30%	40:1 초과	-50%
5등급	65:1 이상	-40%	60:1 초과	-50%	삭제	삭제	
간 호 사	1등급	5:1 미만	40%	4.5:1 미만	60%	4.5:1 미만	60%
	2등급	5:1 이상 6:1 미만	30%	4.5:1 이상 5:1 미만	50%	4.5:1 이상 5:1 미만	50%
	3등급	6:1 이상 7:1 미만	20%	5:1 이상 5.5:1 미만	35%	5:1 이상 5.5:1 미만	35%
	4등급	7:1 이상 8:1 미만	10%	5.5:1 이상 6:1 미만	20%	5.5:1 이상 6:1 미만	20%
	5등급	8:1 이상 9:1 미만	0%	6:1 이상 6.5:1 미만	0%	6:1 이상 6.5:1 미만	0%
	6등급	9:1 이상 11:1 미만	-15%	6.5:1 이상 7.5:1 미만	-20%	6.5:1 이상	-50%
	7등급	11:1 이상 13:1 미만	-30%	7.5:1 이상 9:1 미만	-35%	삭제	삭제
	8등급	13:1 이상 15:1 미만	-40%	9:1 이상	-50%	삭제	삭제
	9등급	15:1 이상	-50%	삭제	삭제	삭제	삭제

* 병상 수 대비 의사/간호사 수.

출처: “건강보험요양급여비용(2008년),” 건강보험심사평가원, 2008,
<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2110>
 “건강보험요양급여비용(2019년),” 건강보험심사평가원, 2019b,
<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2123>
 “건강보험요양급여비용(2024년),” 건강보험심사평가원, 2024b,
<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/3201>

라. 입원료 체감제 등

요양병원 입원료 체감제는 도덕적 해이에 따른 장기입원을 방지하고자 181~360일까지는 상대가치점수의 5%를 감산하고, 361일 이후부터는 10%를 감산하여 적용하였다. 2021년 입원료 체감제는 181~270일 5%, 271~364일 10%, 365일 이상 15%를 삭감하도록 개편하였다.

요양병원 환자 본인부담률은 20%이며, 선택입원군(신체기능저하군)의 경우 입원치료보다 요양시설이나 외래진료를 받는 것이 적합하다고 판단 되는 환자군으로 본인부담률은 40%이다. 2018년 장기입원을 방지하고자 120일을 초과하여 입원하는 본인부담상한제 대상 환자 중 소득 50% 이하 구간에 높은 상한액을 적용하였다. 2023년 요양병원 별도 상한액을 전체 소득 구간으로 확대하였다.

2022년에는 9인 이상 병실에 입원한 경우 정액수가 소정 점수에서 요양병원 입원료 소정 점수의 30%를 감산하여 산정하였다.

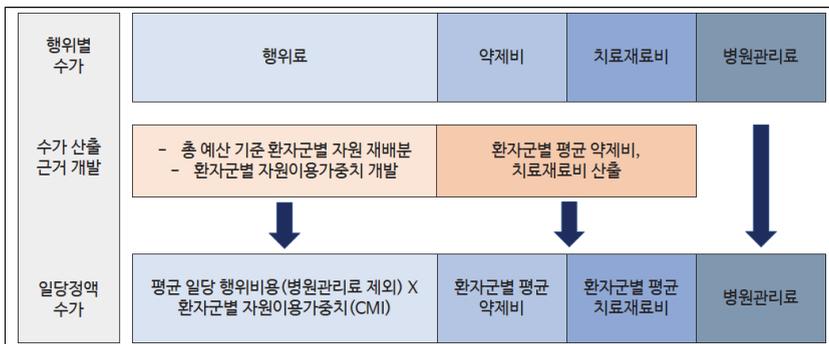
2. 요양병원 수가 산정의 근거

2005년 요양병원 수가제도 시범사업에는 총 828개 기관(요양병원 21개, 요양병상을 보유한 병원 7개)이 선정되었으며, 이들 기관을 대상으로 1년간 일당정액 선불제가 적용되었다(보건복지부, 2005). 시범사업 결과 주진단명 변경(Up-coding) 경향과 자원 소모량 반영 부족 등의 문제가 지적되자 건강보험심사평가원은 개선된 수가체계를 마련하려고 연구를 진행하였다. 그 결과 이지운(2007)의 연구를 근거로, 7개 환자 분류체계와 의사·간호사 인력차등제를 포함한 요양병원 일당정액제 수가 제도가 도입되었다.

수가는 총예산을 정한 후 환자분류군별 자원 재배분으로 결정되었으며, 산출 과정은 다음과 같다. 2006년 건강보험 청구자료를 활용하여 의과입원 3,093억 원 중 요양병원 입원료 1,967억 원을 일당정액으로 배분될 총예산으로 정한다. 35개 요양병원 환자 2,899명의 특성과 자원이용량을 반영한 환자분류군별 자원이용가중치(Case Mix Index, CMI)를 산출하며, 자원이용가중치는 전체 환자의 평균자원 이용량을 기준으로 해당 분류군의 자원 소모 수준을 나타내는 값으로 사용된다.

행위별 수가 항목 중 행위료, 약제 및 치료재료비는 환자의 중증도에 따라 변화하는 비용이므로 차등을 두었으며, 병원관리료는 변화하지 않는 비용으로 고정하였다. 병원관리료를 제외한 평균 일당 행위비용에 환자분류군별 자원이용가중치를 곱한 값을 행위료로, 환자분류군의 평균 약제 및 치료재료 비용을 환자분류군별 약 및 치료재료 비용으로 하여 수가를 산정하였으며, 병원관리료를 포함한 일당정액 수가를 산출하였다(이지윤, 2007). 인력차등제는 요양병원의 의료서비스를 적정수준으로 높이고, 입원 부적정환자인 신체기능저하군에 대해 수가를 삭감하는 등 정책적 차원의 가감장치로 반영되었다.

[그림 2-3] 수가 산출 방법



출처: “요양병원형 건강보험수가 개정방안,” 이지윤, 2007, <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2012>

제3절 요양병원 제도 문제 진단

1. 요양병원 일당정액수가 제도의 한계

2008년 요양병원 일당정액수가 제도는 노인성 질환이나 만성질환을 앓는 요양병원 환자들이 급성기 병원 환자에 비해 의학적으로 상태가 비교적 안정적이고, 비급여 의료서비스를 거의 이용하지 않는다는 점을 고려하여 포괄형 수가를 적용하는 것이 타당하다고 판단해 도입하였다. 그러나 이 수가 제도는 2006년 요양병원 총예산의 재분배를 바탕으로 환자군별 자원 이용가중치와 평균 약제, 치료비 등을 기준으로 산출되었으므로 제도 도입 이후 20년 가까이 지난 현재의 실제 진료 환경과는 괴리가 크다.

대한요양병원협회(2024)는 2008년 요양병원 일당정액수가에 상대가치점수가 책정된 이후 별다른 조정 없이 동결되어 있는 상황에서 환산지수 인상만이 사실상 수가 인상 요인으로 작용하고 있다고 지적한다. 그러나 이러한 환산지수 인상조차 물가 상승률이나 최저임금 인상률에 미치지 못해 결과적으로 요양병원의 경영난으로 이어지고 있다는 것이다.

아울러 현재 요양병원 입원환자 중 회복기 환자와 같이 의학적 치료가 필요한 환자가 증가하는 점을 고려할 때, 이들 환자에 대해서는 일당정액수와 분리하여 행위별 수가를 별도로 산정할 필요가 있다는 의견을 제시한 바 있다. 또한 요양병원은 상급병실료 수가가 별도로 마련되어 있지 않아 2~4인실을 원하는 환자가 있어도 수가를 산정할 수 없다는 점, 격리실 입원료의 경우 병원은 10%를 인상하였으나 요양병원은 동결되었다는 점, 요양원에 비해 양질의 의료인력이 상주하는 요양병원의 수가와 요양원의 수가에 큰 차이가 없다는 점 등에서 요양병원 수가체계에 대한 문제의식이 드러난다.

더 큰 문제는 의료최고도·의료고도 환자와 의료경도 환자의 보상 수준 차이가 크지 않다는 것이다. 보상 체계가 일당정액제로 묶여 경직된 데다가 의료 필요도가 매우 높아 다양한 처치와 의료인력의 개입이 필요한 환자에 대한 추가 보상이 상대적으로 약하다. 이 같은 구조로 요양병원 중 일부는 경증 환자를 받되 비급여서비스를 중점으로 제공하는 등의 운영 구조를 보이는 사례도 있다. 따라서 의료 필요도가 높은 대상자에게 충분한 서비스가 제공되도록 적절한 보상 체계를 갖추려는 논의가 필요하다.

2. 의료의 질 저하와 장기입원

의료의 질 저하와 요양병원 장기입원 문제는 요양병원 제도에서 지속적으로 제기되는 핵심 문제 중 하나이다. 요양병원은 「의료법」 제3조(의료기관)에 근거하여 의료와 요양 기능을 모두 수행하도록 규정되어 있으나, 장기요양등급 부여 및 일정 기준 충족으로 입소가 통제되는 요양시설과 달리 환자 이용을 제한할 제도적 장치가 부족하다는 지적이 나온다. 이에 정부는 과도한 장기입원을 억제하고 요양병원의 의료 질을 제고하고자 입원료 체감제 상향 조정, 의사와 간호사 인력 수준에 따른 입원료 차등제 강화, 지역사회 연계료와 환자안전 관리료 같은 신설 수가 도입 등 정책적 노력을 하고 있다. 그러나 이러한 노력에도 실질적 효과는 제한적이라는 평가가 많다(임민경, 김선제, 2022).

권정현(2016)은 일당정액수가제하에서 요양병원이 이윤 극대화를 추구할 경우, 자원 기간을 최대한 늘리려는 유인과 의료서비스를 과소 투입하려는 행태 그리고 경증 환자를 선호하는 경제적 유인을 동시에 가지게 된다고 지적하였다. 특히 환자분류군별 수가 차이가 크지 않을 경우, 상대적으로 자원이 덜 투입되는 경증 환자를 입원시키는 것이 중증 환자에

비해 더 경제적이므로 요양병원은 경증 환자를 선호하게 된다. 이러한 현상은 입소 기준이 엄격하여 비교적 중증 환자가 집중되는 요양시설과 달리 입원이 상대적으로 용이한 요양병원에는 경증 환자가 쏠리는 역전 현상을 초래하는 결과로 이어진다.

3. 요양병원 기능과 역할 모호

요양병원의 기능과 역할이 모호하다는 점 역시 중요한 문제로 지적된다. 요양병원과 노인요양시설 간에는 환자의 건강 상태, 기능 수준, 서비스 요구도와 중증도가 혼재되었으며, 의료적 처치가 필요한 환자가 노인요양시설에 입소하거나, 반대로 특별한 건강 문제나 의료적 처치가 필요하지 않은 환자가 요양병원에 입원하는 사례가 선행연구에서 보고되고 있다. 또한 아급성기 환자에 대한 의료서비스가 병·의원급 의료기관에서도 제공됨에 따라 이들 기관이 요양병원의 일부 기능을 대체하는 현상도 나타나고 있다. 이처럼 요양병원은 장기요양 의료서비스뿐 아니라 급성기 병원과 유사하게 회복기 환자에 대한 단기 치료와 요양서비스까지 제공하며 역할이 점차 확대되고 있다. 따라서 요양병원의 정체성을 명확히 규정하고 기능을 재정립하는 것이 시급한 과제로 제기된다.



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제3장

요양병원 현황 분석 및 유형화

제1절 분석 개요

제2절 지표별 현황

제3절 요양병원 유형화



제 3 장 요양병원 현황 분석 및 유형화

제1절 분석 개요

이 연구에서는 건강보험심사평가원의 의료자원신고 데이터, 적정성 평가 결과 등 내부 자료를 활용하여 요양병원의 운영 현황을 분석하였다. 분석의 목적은 현재 요양병원의 운영 현황을 파악하는 것이다. 먼저 요양병원의 운영 특성을 파악할 수 있는 구조, 과정, 결과 지표를 수집하고 단변량 분석을 바탕으로 현재 요양병원의 운영 특성을 파악한다. 다음으로 요양병원의 특성을 유형화할 수 있는 변수를 선정하여 요양병원의 운영 특성별로 군집화한다.

분석 자료의 기준 시점은 2024년 12월 말일을 기준으로 하였다. 지표는 구조, 과정, 결과로 구분하여 선별하였으며, 구조지표는 인력과 시설을 구분하였다. 과정지표는 환자구성과 효율성 지표를, 결과지표는 의료질 평가 요소를 고려하여 효과성과 안전성 지표를 선별하였다. 다만 적정성 평가 지표는 가용한 자료는 2주기 5차로 2023년을 기준으로 하였다.

46 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

〈표 3-1〉 요양병원 분석 대상 주요 지표

구분		지표	
구조	인력	의사 1인당 환자 수	
		간호인력(간호사+간호조무사) 1인당 환자 수	
		간호사 1인당 환자 수	
		약사 재직일수율	
	시설	병상 수	
		4인실 비중	
과정	환자 구성	의료고도 이상 입원일수 비율	
		의료고도 이상 환자 비율	
		유치도노관이 있는 환자 분율	
		장기입원환자 분율	
	효율성	병상가동률	
결과	의료 질	효과성	일상생활수행능력 개선 환자 분율
			지역사회 복귀율
			피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율
			중증도 이상 통증 개선 환자 분율
			당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 분율
	안전성	항정신성의약품 처방률	
		욕창이 새로 생긴 환자 분율	

출처: 연구진이 작성함.

제2절 지표별 현황

1. 구조지표

요양병원의 구조지표로는 인력지표인 의사 1인당 환자 수, 간호사와 간호조무사를 포함한 간호인력 1인당 환자 수, 간호사 1인당 환자 수, 약사 재직일수, 시설지표인 병상 수, 4인실 병상 비중 지표를 수집하였다. 의사와 간호사 1인당 환자 수는 환자 1명을 담당하는 의료인력의 수를 표

현하는 지표로 통상 그 숫자가 작을수록 질을 담보한다고 판단한다. 한편 시설지표인 병상 수는 그 수만으로는 질적 수준을 가늠할 수 없으나 4인실 병상의 비중은 6인실, 8인실 등에 비해 환자의 쾌적도를 높일 수 있다는 점에서 질적 특성을 반영한다고 볼 수 있다.

가. 의사 1인당 환자 수

가장 먼저 요양병원에서 의사 1인당 환자 수는 최소 3.8명에서 최대 40.7명까지 분포하고 있었다. 평균적으로 의사 1인당 28.7명의 환자를 진료하는 것으로 확인된다. 다만 해당 지표의 분포를 살펴보면 좌측으로 꼬리가 긴 것을 확인할 수 있는데, 이는 일부 의료기관에서 의사 1인당 환자 수가 매우 적은 사례가 존재하나 대부분 의료기관에서 1인당 28명 내외의 환자를 진료하는 수준임을 보여준다.

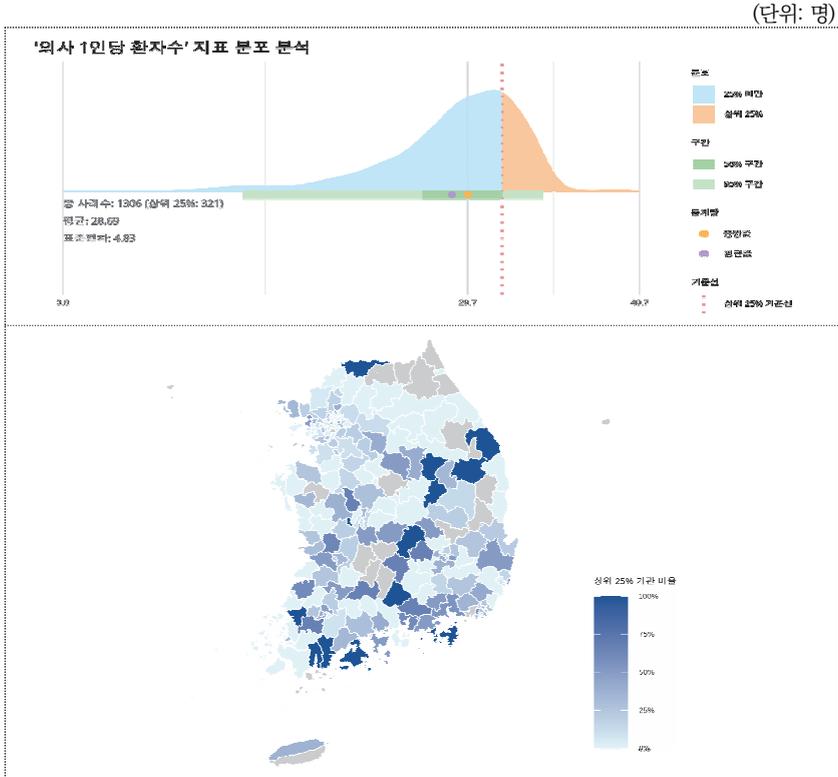
〈표 3-2〉 요양병원 의사 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과

(단위: 명)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
의사 1인당 환자 수	1,306	28.69	4.83	3.80	26.80	29.70	31.90	40.70

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-1] 요양병원 의사 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

나. 간호인력(간호사+간호조무사) 1인당 환자 수

다음으로 요양병원 간호인력(간호사+간호조무사) 1인당 환자 수는 최소 1.2명에서 최대 7.1명까지 분포하였으며, 평균적으로 간호인력 1인당 약 3.9명의 환자를 돌보는 것으로 나타났다. 의사가 1명당 28명의 환자를 돌보는 것에 비해 간호인력은 7배 이상 투입되는 것으로 볼 수 있다. 해당 지표는 우측으로 꼬리가 긴 종 모양 분포를 보였으며, 이는 의사인력지표와 유사함을 확인할 수 있다.

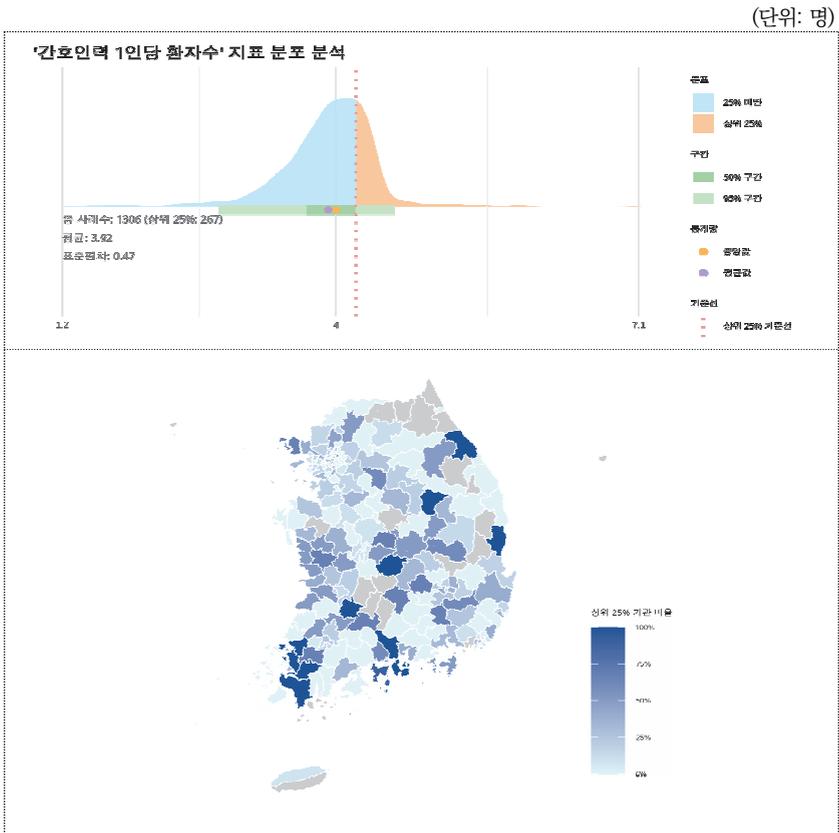
〈표 3-3〉 요양병원 간호인력 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과

(단위: 명)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
간호인력 1인당 환자 수	1,306	3.92	0.47	1.20	3.70	4.00	4.20	7.10

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

〔그림 3-2〕 요양병원 간호인력 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

다. 간호사 1인당 환자 수

간호인력 중 간호사 수만을 기준으로 지표를 확인하면 다소 차이를 확인할 수 있다. 요양병원별로 간호사 1인당 환자 수는 최소 2.1명에서 최대 30.3명까지 매우 넓게 분포한다. 의사인력과 간호조무사를 포함한 간호인력의 지표 분포 형태가 유사한 것에 반해 간호사 1인당 환자 수 지표는 우측으로 꼬리가 긴 종 모양 분포를 보인다. 이는 대부분 의료기관에서 간호사 1인당 9명 내외의 환자를 담당하며, 일부 의료기관에서는 간호사 1인당 환자 수가 매우 많은 사례가 존재함을 보여준다. 이는 특히 낙후한 지역일수록 간호사 인력을 구하기 어려워 발생하는 현상으로 이해된다.

〈표 3-4〉 요양병원 간호사 1인당 환자 수 기술통계 분석 결과

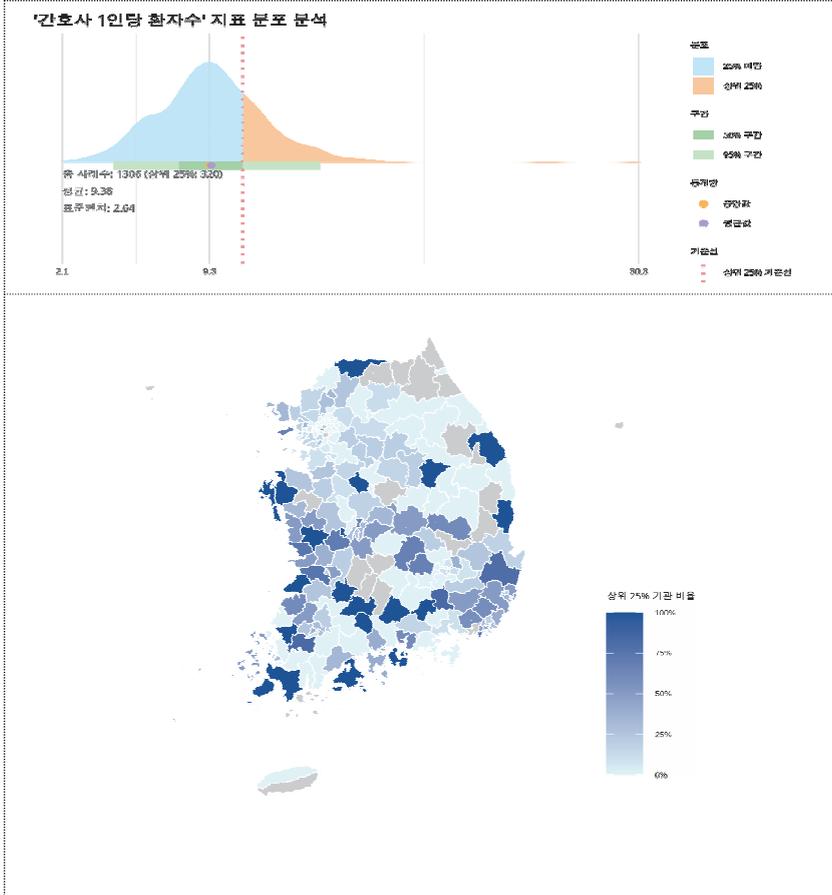
(단위: 명)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
간호사 1인당 환자 수	1,306	9.38	2.64	2.10	7.80	9.30	10.90	30.30

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-3] 요양병원 간호사 1인당 환자 수 및 상위 25% 기관 분포

(단위: 명)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

라. 약사 재직일수율

요양병원의 적정성 평가 지표로 활용되는 약사 재직일수율을 살펴보면 대부분 기관에 약사가 거의 매일 재직함을 확인할 수 있다. 약사 재직일수율의 평균은 약 98%로 매우 높은 수준이지만, 약사 배치 유무에 따라 의료기관 간 값이 양극단으로 나뉘는 분포 양상을 띤다. 다만 대부분 요양병원이 약사 재직일수는 충족하는 것으로 확인된다.

〈표 3-5〉 요양병원 약사 재직일수율 기술통계 분석 결과

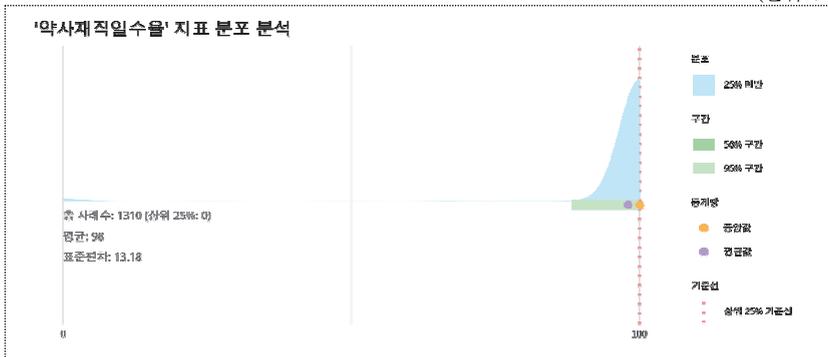
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
약사 재직일수율	1,310	98.00	13.18	0.00	100.00	100.00	100.00	100.00

출처: 연구진이 작성함.

[그림 3-4] 요양병원 약사 재직일수율

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

마. 병상 수

요양병원 병상 수는 최대 806병상까지로 확인된다. 의료기관당 평균 병상 수는 약 196병상이다. 병상이 파악되지 않는 미운영 의료기관 일부를 제외하면 최소병상은 30병상으로 병원급 의료기관을 충족하는 것을 최소 기점으로 볼 수 있다. 대부분 의료기관에서 100~200병상 수준을 운영하는 반면, 일부 기관에서는 800병상 이상의 대규모 병상을 보유한 사례도 확인된다. 병상 수는 200병상 수준에 가장 많이 몰려 있으며, 병상 규모별로 의료기관 수가 집중되어 분포상 여러 고점(꼭짓점)을 보임을 알 수 있다.

추가로 지역별로 지방에 있을수록 병상 수가 큰 의료기관이 다수 분포함을 확인할 수 있다. 지역의 고령화와 더불어 요양병원의 공급 규모가 증가한 까닭으로 판단된다. 다만, 앞서 살펴본 의사 1인당 환자 수 등이 많았던 지역과 병상 규모가 큰 지역이 일치하는 부분이 많아 의료의 질적 수준에 우려가 제기된다.

〈표 3-6〉 요양병원 병상 수 기술통계 분석 결과

(단위: 개)

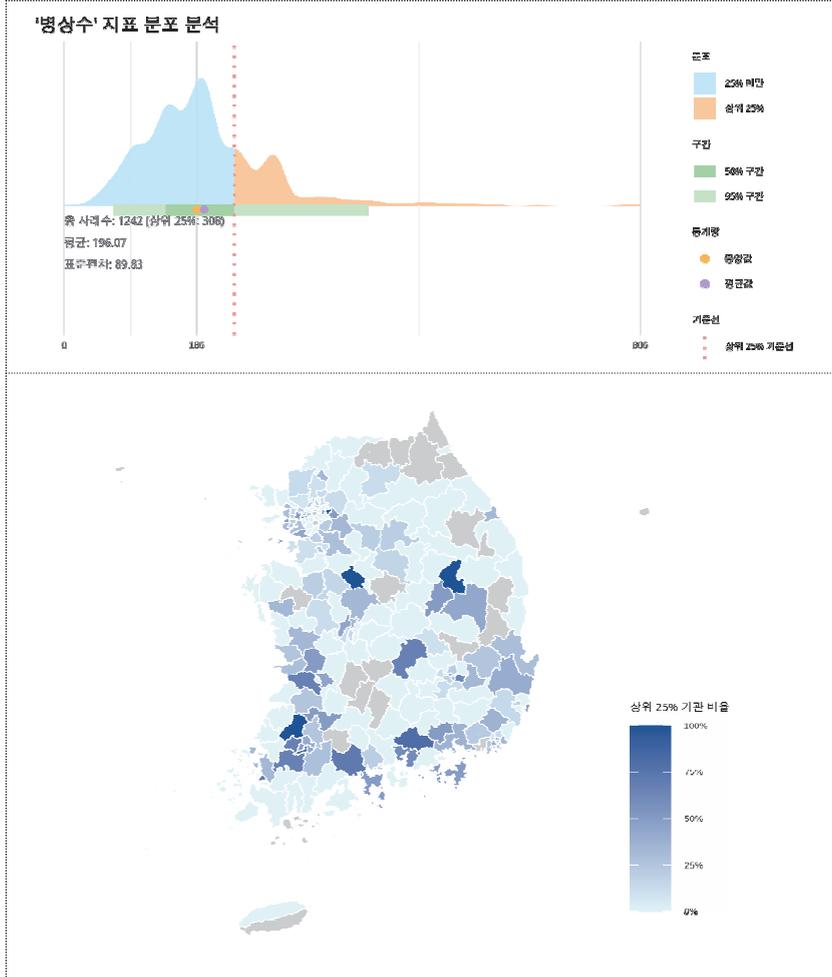
구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
병상 수	1,242	196.07	89.83	30.00	142.00	186.00	238.00	806.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

54 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 3-5] 요양병원 병상 수 및 상위 25% 기관 분포

(단위: 개)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

바. 4인실 비중

요양병원 4인실 비중은 최소 0%에서 최대 100%까지 분포한다. 의료기관당 평균 4인실 비중은 약 13.8%로 확인된다. 해당 지표는 우측으로 꼬리가 긴 비대칭 분포를 보였으며, 대부분 의료기관에서 4인실 비중이 매우 낮은 수준에 머물고 있으나 일부 기관에서는 전체 병상이 4인실로만 구성된 사례도 확인된다.

앞서 요양병원의 병상 수를 기준으로 상위 25% 안에 드는 지역과 4인실 비중의 상위 25%를 비교하면 불일치 수준이 높음을 확인할 수 있다. 병상이 많은 기관이 있는 지역에서는 4인실 이상의 병상을 확보하려는 노력은 다소 덜 한다는 것을 유추할 수 있다.

〈표 3-7〉 요양병원 4인실 비중 기술통계 분석 결과

(단위: %)

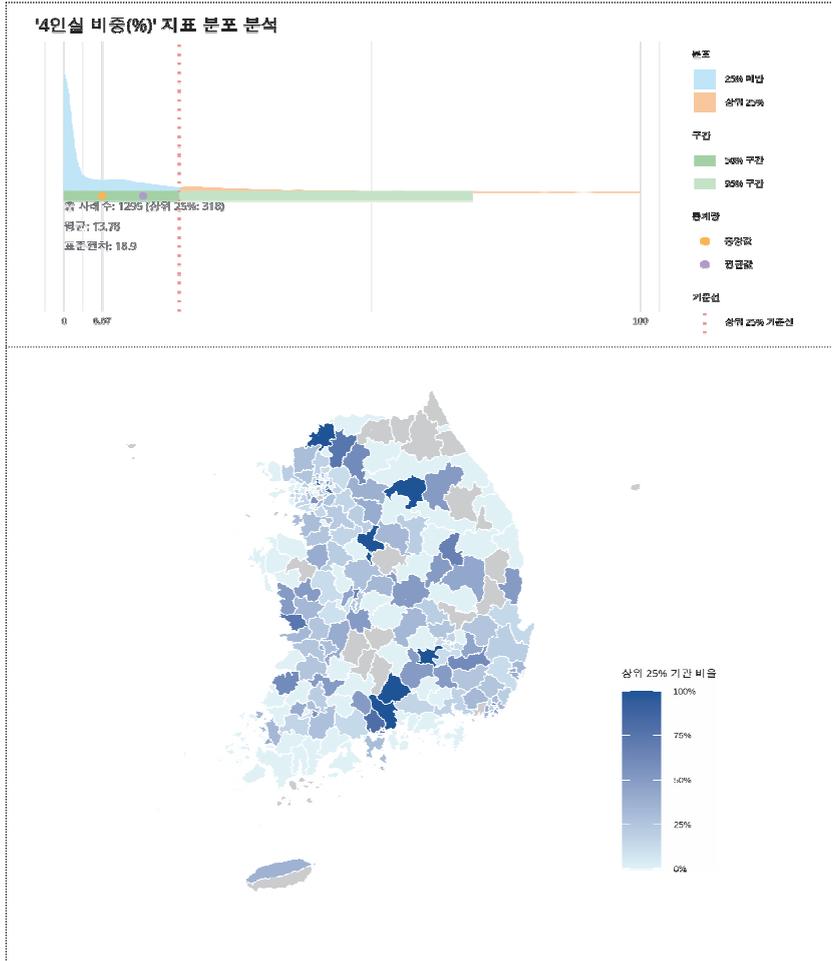
구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
4인실 비중	1,295	13.78	18.90	0.00	0.00	6.67	20.00	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

56 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 3-6] 요양병원 4인실 비중 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

2. 과정지표

요양병원의 과정지표는 의료서비스를 제공하는 과정을 모니터링할 수 있는 지표로 구성했다. 특히 의료 필요도가 얼마나 높은 환자를 돌보는 지, 요로감염 등을 관리할 때 유치도뇨관 사용을 지양하는지, 환자를 장기입원하지 않도록 관리하는지 등 의료서비스 제공 과정 측면의 지표를 분석한다. 또한 자원의 효율적 활용 측면에서 병상가동률을 과정지표에 포함하여 검토한다.

가. 의료고도 이상 입원일수 비율

요양병원의 환자구성은 수가청구 방식을 기준으로 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 선택입원군으로 분류할 수 있다. 이 중 의료고도 이상 입원일수 비율은 요양병원이 의료적 필요도가 높은 환자를 대상으로 얼마나 많은 서비스를 집중하는지를 가늠할 수 있도록 해준다.

의료고도 이상 환자를 입원일수를 기준으로 살펴보면 최소 0%에서 최대 98.4%까지 분포하는 것으로 확인된다. 의료기관당 평균은 32.2% 수준으로 요양병원마다 입원환자의 30%가량은 의료 필요도가 높은 환자임을 알 수 있다. 해당 지표는 쌍봉형 분포이면서 꼬리가 우측으로 완만하게 늘어진 비대칭 분포를 보였다. 이로써 일부 의료기관에서는 의료 필요도가 낮은 환자를 중점적으로 보는 한편 일부 기관에서는 의료 필요도가 높은 환자를 상대적으로 많이 진료하는 것을 확인할 수 있다. 요양병원이 의료기관으로서 역할을 강화해야 한다는 측면에서 볼 때, 의료 필요도가 낮은 환자를 중심으로 서비스를 제공하는 의료기관이 밀집해 있다는 사실은 제도 개선의 필요성을 시사한다.

58 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

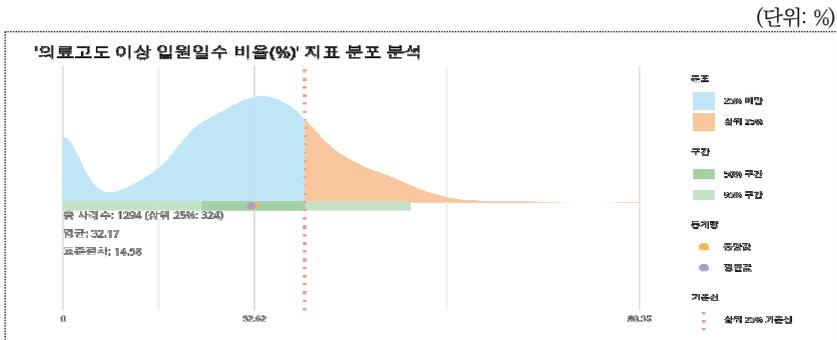
〈표 3-8〉 요양병원 의료고도 이상 입원일수 비율 기술통계 분석 결과

(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
의료고도 이상 입원일수 비율	1,294	32.17	14.58	0.00	23.67	32.62	41.26	98.35

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-7] 요양병원 의료고도 이상 입원일수 비율



출처: 연구진이 작성함.

나. 의료고도 이상 환자 비율

의료고도 이상의 비율을 환자 비율로 계산해도 비슷한 양상을 보인다. 요양병원 의료고도 이상 환자 비율은 최소 0%에서 최대 99.3%까지 분포 하였으며, 의료기관당 평균은 31.0%로 나타났다.

〈표 3-9〉 요양병원 의료고도 이상 환자 비율 기술통계 분석 결과

(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
의료고도 이상 환자 비율	1,295	30.97	12.81	0.00	25.59	32.13	38.46	99.30

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

〈표 3-10〉 요양병원 유치도뇨관이 있는 환자 분율 기술통계 분석 결과

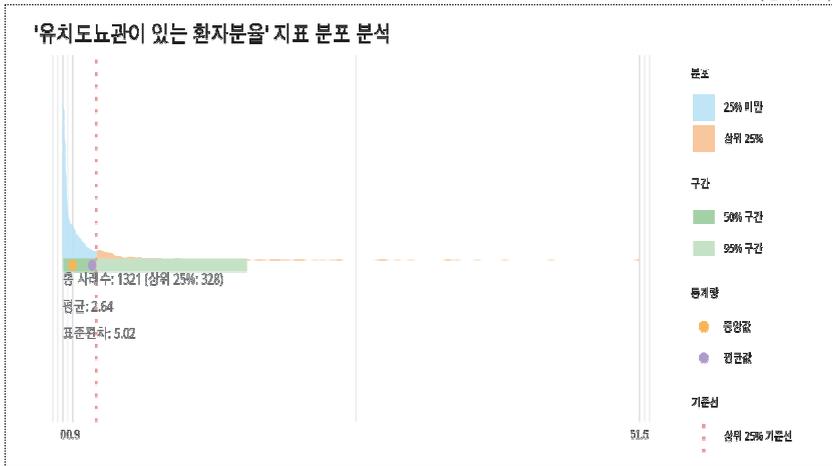
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
유치도뇨관이 있는 환자 분율	1,321	2.64	5.02	0.00	0.10	0.90	3.00	51.50

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-9] 요양병원 유치도뇨관이 있는 환자 분율

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

라. 장기입원환자 분율

요양병원은 요양시설과 달리 장기입원을 지양하고 환자를 회복시켜 지역사회로 복귀하도록 해야 한다. 다만 요양병원의 환자가 복합적인 질환을 앓고 있는 노인인 경우 장기입원이 많으며 장기입원이 적다고 해서 환자의 사망이 적은 것은 아니므로 단순히 장기입원지표를 기준으로 의료서비스의 질을 판단하기에는 무리가 있다. 그럼에도 장기입원은 요양병원이 지양해야 할 대상으로 측정과 평가에 의미가 있다.

요양병원의 장기입원(181일 이상) 환자 비율은 최소 0%에서 최대 100%까지 분포한다. 의료기관당 평균은 40.4%로 확인되는데 그 분포는 매우 완만하다. 이는 대부분 의료기관에서 일정 수준의 장기입원환자를 보유하고 있다는 것을 의미한다. 또한 의료기관마다 장기입원환자의 비율이 상이하지만 그 변이가 매우 촘촘하다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 3-11〉 요양병원 장기입원(181일 이상) 환자 비율 기술통계 분석 결과

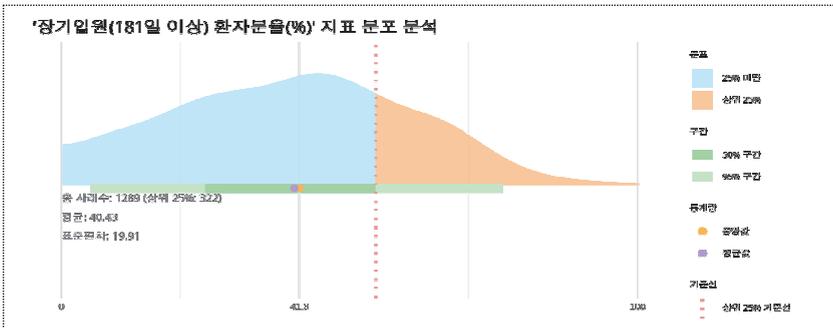
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
장기입원 환자 비율	1,289	40.43	19.91	0.00	25.00	41.30	54.50	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-10] 요양병원 장기입원(181일 이상) 환자 비율 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

마. 병상가동률

다음으로 가용한 자원(병상)을 얼마나 효율적으로 활용하고 있는지를 가늠할 수 있는 병상가동률을 살펴보면 최소 0%에서 최대 133.5%까지

62 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

분포함을 확인할 수 있다. 요양병원의 병상가동률 평균은 73.8%로 나타났다. 대부분 의료기관이 비교적 안정적인 수준의 병상가동률을 유지하고 있는 것으로 파악되나, 요양병원의 입원서비스가 아닌 외래서비스를 제공할 수 있다는 점을 고려할 때 병상가동률이 낮은 의료기관은 그 기관마다 독특한 특성이 있을 개연성이 있다. 이 같은 분포는 요양병원마다 특성이 상이한 현실을 반영한다.

〈표 3-12〉 요양병원 병상가동률 기술통계 분석 결과

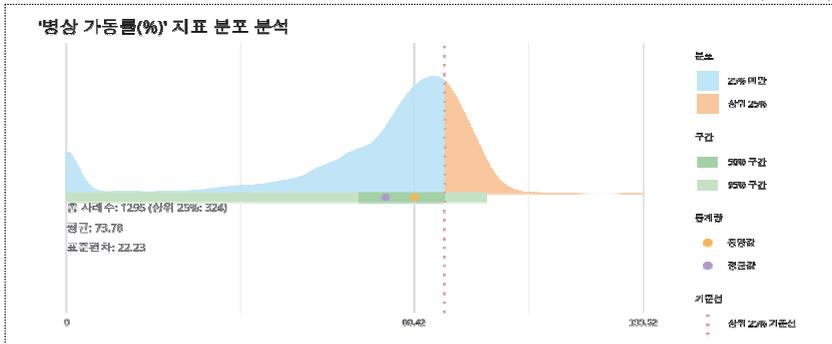
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
병상가동률	1,295	73.78	22.23	0.00	67.54	80.42	87.51	133.52

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-11] 요양병원 병상가동률

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

3. 결과 지표

가. 일상생활수행능력 개선 환자 분율

요양병원은 환자의 의료적 필요도뿐 아니라 일상생활수행능력(ADL)을 개선하여 환자가 지역사회로 복귀할 수 있도록 역할을 한다. 같은 맥락에서 일상생활수행능력 개선 환자 분율 지표는 요양병원 내 환자에 대한 적절한 치료와 재활 등 개입이 이루어졌는지를 결과적으로 평가한다. 다만 의료최고도에 달하는 중환자는 개선할 여지가 적어 해당 환자를 중심으로 서비스를 제공하는 의료기관의 경우 개선 환자 분율이 낮게 집계될 우려가 있다.

요양병원 일상생활수행능력 개선 환자 분율 평균은 39.8%로 확인된다. 해당 지표는 좌측에 밀집된 분포이면서 우측으로 완만한 꼬리가 이어진 비대칭 분포를 보인다. 이는 대부분 의료기관이 낮은 수준의 개선율을 보였으나 일부 의료기관에서 전체 환자의 상당수가 ADL 개선을 보인 것으로 판단할 수 있다. 다만 앞서 언급한 대로 전체 환자의 상당수가 의료최고도나 고도에 해당할 경우 ADL 등을 개선할 여지가 적다는 특성을 감안하여 볼 필요가 있다.

〈표 3-13〉 요양병원 일상생활수행능력(ADL) 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과

(단위: %)

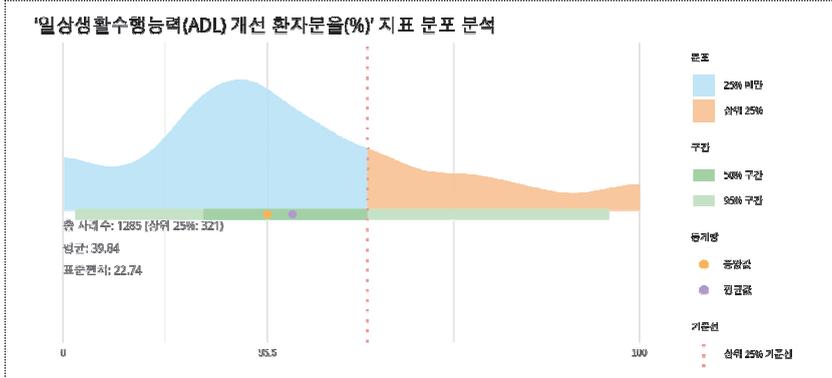
구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
ADL 개선 환자 분율	1,285	39.84	22.74	0.00	24.40	35.50	52.80	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

64 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 3-12] 요양병원 일상생활수행능력(ADL) 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

나. 지역사회 복귀율

요양병원 지역사회 복귀율은 결국 얼마나 많은 환자가 퇴원하여 지역사회로 돌아갔는지를 측정하는 지표다. 최대 96.2%까지로 집계되며 평균 50.8%가 지역사회로 복귀하는 것으로 집계된다. 해당 지표는 완만한 종 모양을 띠는데, 이는 기관별로 변이가 매우 촘촘하다는 것을 의미한다. 즉 대부분 의료기관이 평균에 근접한 수준의 지역사회 복귀율을 보이지만 그 변이는 꽤 크다.

<표 3-14> 요양병원 지역사회 복귀율 기술통계 분석 결과

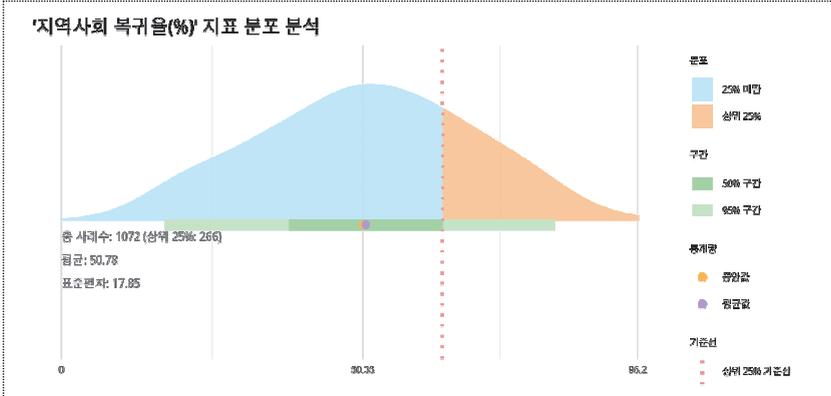
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
지역사회 복귀율	1,072	50.78	17.85	0.00	38.00	50.35	63.60	96.20

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-13] 영양병원 지역사회 복귀율 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

다. 피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 비율

요양병원 환자는 오랜 시간 누워 있다 보니 활동이 없는 경우가 많아 피부에 욕창이 종종 발생한다. 욕창은 피부 처치로 개선이 필요한데, 지속적인 관리가 필요하다는 점에서 요양병원 의료서비스의 질을 측정하는 지표로 활용된다.

요양병원의 피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 비율은 최소 0%에서 최대 100%까지 확인되며 의료기관당 평균은 50.9%로 집계되었다. 해당 지표는 중앙과 우측에 봉우리가 형성된 이봉형 분포를 보이는데, 이는 대부분 의료기관이 평균 수준을 중심으로 한 개선율을 보이는 가운데 일부 기관에서는 개선율이 매우 높은 수준임을 짐작할 수 있게 한다. 다만 대부분 의료기관이 평균과 비슷한 수준으로 집적되어 있음을 확인할 수 있다.

66 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

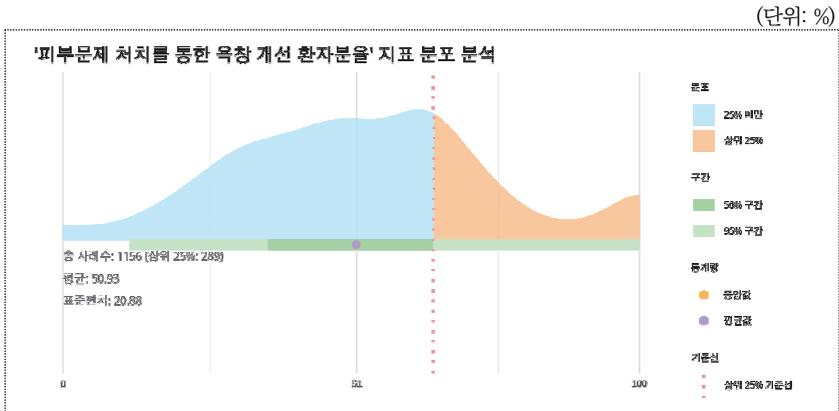
〈표 3-15〉 요양병원 피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과

(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율	1,156	50.93	20.88	0.00	35.65	51.00	64.23	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-14] 요양병원 피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포



라. 중등도 이상 통증 개선 환자 분율

요양병원 중등도 이상 통증 개선 환자 분율은 최소 0%에서 최대 100%까지로 파악되었다. 의료기관당 평균은 79.3%로 나타났다. 환자 100명 중 약 80명이 통증 개선을 보고하고 있음을 알 수 있다. 해당 지표는 좌측으로 꼬리가 긴 비대칭 분포를 보이는데, 이는 대부분 의료기관에서 중등도 이상 통증 개선 환자 분율이 높은 수준으로 집중되어 있음을 의미한다.

중등도 이상 통증 개선 수준은 상위로 점층적으로 누적하는 형태를 띤다. 대부분 기관이 평균이 79.31%인 데 반해 중위수가 86.30% 수준이니

해당 지표의 평가 결과가 좋은 의료기관은 몰려 있는 반면 수준이 낮은 의료기관은 그 분포의 폭이 넓음을 알 수 있다.

〈표 3-16〉 영양병원 중등도 이상 통증 개선 환자 분율 기술통계 분석 결과

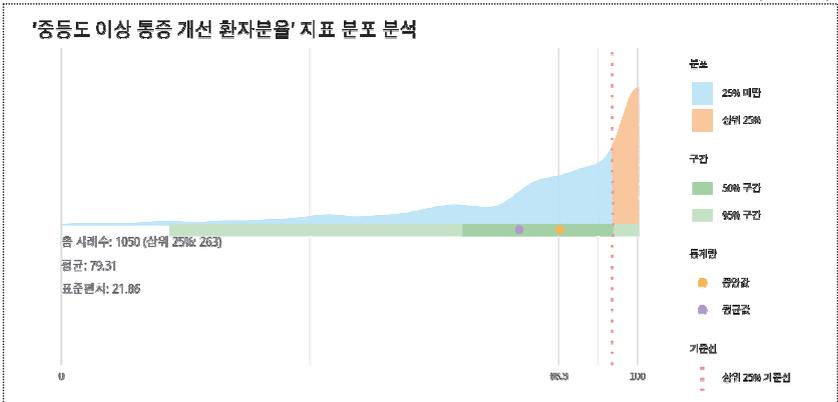
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
중등도 이상 통증 개선 환자 분율	1,050	79.31	21.86	0.00	69.50	86.30	95.58	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

[그림 3-15] 영양병원 중등도 이상 통증 개선 환자 분율 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

마. 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 분율

요양병원 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 분율은 최소 0%에서 최대 100%까지 분포한다. 당뇨병은 지속적인 식이와 운동으로 관리하는 것이 중요한 만성질환이다. 따라서 해당 지표는 환자 관리가 이루어지는지를 대리 평가하는 지표로 작용한다.

68 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

의료기관당 평균은 94.5%로 나타났다. 해당 지표는 좌측으로 꼬리가 긴 비대칭 분포를 보였는데, 이로써 대부분 의료기관에서 적정범위 환자 비율이 매우 높은 수준임을 확인할 수 있었다. 대부분 의료기관이 94.45%를 넘기는 수준이니 기관 수준을 분별하는 지표로는 활용 가능성이 다소 낮다고 판단된다.

〈표 3-17〉 요양병원 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 비율 기술통계 분석 결과

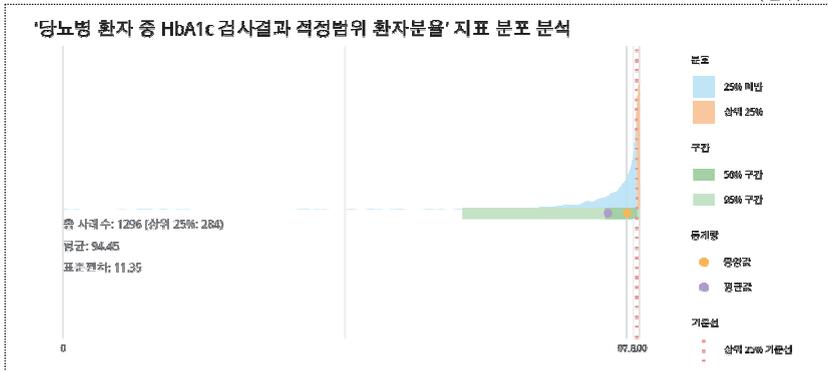
(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 비율	1,296	94.45	11.35	0.00	93.90	97.80	99.50	100.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

〔그림 3-16〕 요양병원 당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

바. 향정신성의약품 처방률

향정신성의약품 처방률은 문제행동이 있는 환자군에게 투여하는데, 환자의 건강과 안녕을 고려할 때 지양하는 것이 바람직하다. 이 같은 맥락에서 해당 지표는 환자의 안전성을 평가하는 지표라고 볼 수 있다.

요양병원 향정신성의약품 처방률은 최소 0%에서 최대 250%까지 분포하였으며, 의료기관당 평균은 89%로 나타났다. 해당 지표는 좌측과 중앙에 봉우리가 형성된 이봉형 분포를 보였으며, 일부 의료기관에서는 처방률이 거의 없었으나 대다수 기관에서는 일정 수준 이상의 처방률을 보인 것으로 나타났다. 이는 향정신성의약품을 전혀 처방하지 않는 경우가 있는가 하면 일정 수준 사용해야 하는 기관이 있다는 것을 보여준다. 지도에서 살펴보면 매우 낙후한 지역에서 향정신성의약품의 고처방 의료기관의 분포가 짙음을 알 수 있다.

〈표 3-18〉 요양병원 향정신성의약품 처방률 기술통계 분석 결과

(단위: %)

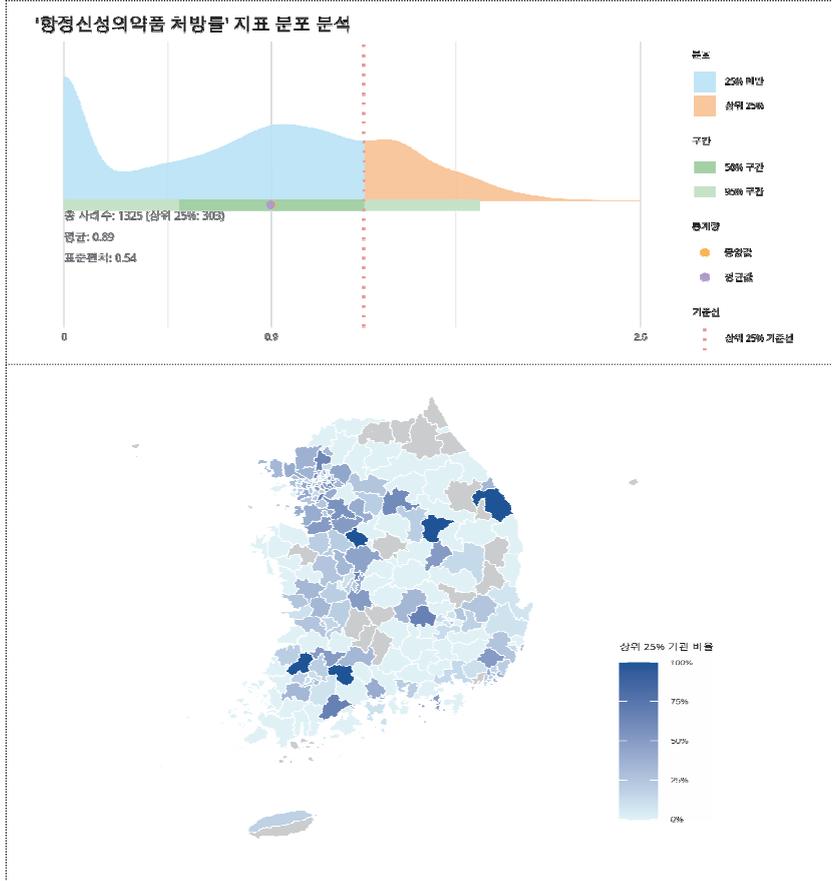
구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
향정신성의약품 처방률	1,325	89	54	0	50	90	130	250

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

70 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

[그림 3-17] 요양병원 항정신성의약품 처방률 및 상위 25% 기관 분포

(단위: %)



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

사. 욕창이 새로 생긴 환자 비율

욕창은 외상환자 혹은 지속적으로 특정 부위를 의자, 침대 등에 맞닿아 있어야 하는 환자에게 생기는 질병이다. 욕창을 예방하려면 체위 변경, 관리를 지속적으로 수행해야 하므로 의료기관이 의료서비스의 질을 계속 관리하고 있는지를 평가하는 지표로 활용된다.

요양병원에서 욕창이 새로 생긴 환자 비율은 최소 0%에서 최대 8%까지 분포하였다. 요양병원에서 욕창이 새로 생기는 비율은 평균적으로 0.11%로 확인된다. 해당 지표는 우측으로 꼬리가 긴 비대칭 분포를 보였는데, 이는 대부분 의료기관에서 욕창 환자가 새로 발생하지 않았으나 일부 기관에서 욕창 환자가 몇몇 발생한 것이다. 대부분 기관에서 욕창이 새로 생기는 비율은 매우 낮았다.

〈표 3-19〉 요양병원에서 욕창이 새로 생긴 환자 비율 기술통계 분석 결과

(단위: %)

구분	사례 수	평균	표준편차	최소	25%	중위	75%	최대
욕창이 새로 생긴 환자 비율	1,233	0.11	0.41	0.00	0.00	0.00	0.07	8.00

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

4. 소결

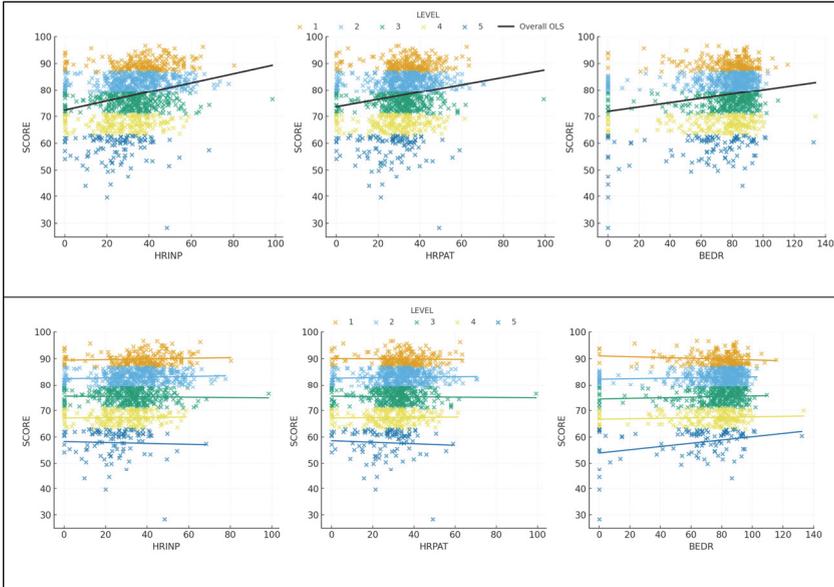
요양병원의 운영 현황을 확인하고자 지표를 분석한 결과를 요약하면 <표 3-20>과 같다. 변수별로 수집되는 지표의 개수에 차이가 있었으며 가장 적은 지표는 중증도 이상 통증 개선 환자 비율이었고 가장 많은 기관의 자료가 확보된 지표는 향정신성의약품 처방률이었다.

눈여겨볼 지표는 의료고도 이상 환자 비율과 입원일수 비율이다. 요양병원에 따라 의료고도 입원환자를 진료하는 수준에 차이가 있음이 확인된다. 특별히 이 지표들은 매우 낮은 수준을 보이는 의료기관과 높은 수준을 보이는 의료기관으로 양분된다. 의료 필요도가 낮은 환자를 중심으로 입원서비스를 제공하는 데 특화된 의료기관이 있다는 의미다.

흥미롭게도 요양병원 적정성 평가점수와 의료고도 이상 입원일수 및 환자 비율, 병상가동률 간의 상관관계가 양의 형태를 띤다(그림 3-18). 의료 필요도가 높은 환자를 치료하는 요양병원일수록 의료서비스의 질이 종합적으로 양호하다는 것이다. 하지만 적정성 평가 결과를 등급을 기준으로 나눠보면 그 양상은 달라진다. 질이 낮은 5등급 구간(파란색)의 의료기관에서는 의료 필요도가 높은 환자를 많이 받을수록 적정성 평가점수가 더 낮고, 병상가동률은 높을수록 높았다.

한편 약사 재직일수율, 유치도뇨관이 있는 환자 비율, 당뇨병 환자중 HbA1c 검사 결과 적정범위를 유지하는 환자 비율, 욕창이 새로 생긴 환자 비율의 경우는 대부분 기관이 일정 수준을 충족하는 것으로 나타났다. 건강보험심사평가원의 적정성 평가 지표로 활용되다 보니 대부분 의료기관이 해당 기준을 충족하도록 서비스를 조율한 결과로 보인다.

[그림 3-18] 영양병원 적정성 평가점수와 의료고도 이상 입원일수, 환자 비율, 병상가동률 간 산점도



주: SCORE: 적정성 평가점수, HRINP: 의료고도 이상 입원일수, HRPAT: 의료고도 이상 환자 비율, BEDR: 병상가동률을 의미
출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

74 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

〈표 3-20〉 요양병원 현황지표 주요 분석 결과 요약

구분	지표	n	min	평균	med	MAX	비고	유형화		
구조	인력	의사 1인당 환자 수	1,306	3.8	28.69	29.7	39.60	-	-	
		간호인력(간호사+간호조무사) 1인당 환자 수	1,306	1.2	3.92	4	5.90	-	-	
		간호사 1인당 환자 수	1,306	2.1	9.38	9.3	25.80	개념 중복	-	
		약사제직일수율	1,310	0	98	100	100.0	변별력 없음	-	
	시설	병상 수	1,242	30	196.07	186	806	-	-	
		4인실 비중	1,295	0	13.78	6.67	100.0	-	-	
과정	환자 구성	의료고도 이상 환자 비율	1,295	0	30.97	32.13	70.61	쌍방향 구조	○	
		의료고도 이상 입원일수 비율	1,294	0	32.17	32.62	80.22	쌍방향 구조		
		유치도뇨관이 있는 환자 분율	1,321	0	2.64	0.9	43.60	변별력 없음	-	
		장기입원환자 분율	1,289	0	40.43	41.3	100.0	-	-	
	효율성	병상가동률	1,295	0	73.78	80.42	133.52	-	-	
결과	의료 질	효과성	일상생활수행능력 개선 환자 분율	1,285	0	39.84	35.5	100.0	-	○
			지역사회 복귀율	1,072	0	50.78	50.35	96.20	-	○
		피부문제 처치를 통한 욕창 개선 환자 분율	1,156	0	50.93	51	100.0	관측치 제한	-	
		중증도 이상 통증 개선 환자 분율	1,050	0	79.31	86.3	100.0	관측치 제한	-	
		당뇨병 환자 중 HbA1c 검사 결과 적정범위 환자 분율	1,296	0	94.45	97.8	100.0	변별력 없음	-	
	안전성	향정신성의약품 처방률	1,325	0	89%	90%	240%	쌍방향 구조	-	
		욕창이 새로 생긴 환자 분율	1,233	0	0.11	0	6.25	변별력 없음	-	
	종합	적정성 평가점수	1,297	28.4	77.9	79.6	96.6	-	○	

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

제3절 요양병원 유형화

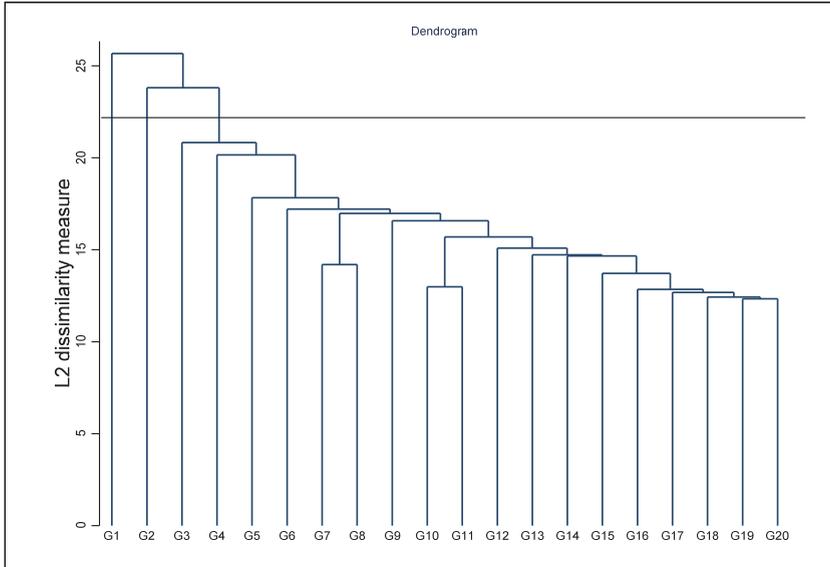
1. 분석 방법

요양병원 유형화에 모든 지표를 활용할 수 있으나 전문가 자문 결과 요양병원의 특성상 모든 지표를 유형화에 투입하기보다는 주요 지표를 중심으로 분석하는 것이 효율적이며 설명하기가 수월하다는 의견이 있었다. 따라서 <표 3-20>에서 살펴본 대로 개념이 중복되지 않는지, 분석에서 관측치의 제한이 있지는 않은지, 지표 유형화의 변별력이 떨어지는 않는지를 종합적으로 고려해 최종 지표를 선택하였다.

한편 요양병원 중 의료고도 이상의 환자를 수용하는 비율이 극단적으로 낮은 하위 10%의 의료기관은 별도로 분리하는 것이 바람직할 것이라는 현장 의견을 토대로 일차적으로 의료 필요도가 낮은 환자를 수용하는 의료기관을 분류하였다(Group 0). 더하여 의료현장 및 전문가의 의견을 수렴한 결과 의료서비스의 질적 특성(결과)을 중심으로 요양병원을 유형화하는 것이 효율적일 것이라는 의견이 있어 이를 반영하였다.

최종적으로 의료고도 이상 환자의 비율, 지역사회 복귀 비율, 일상수행 개선능력 개선 비율, 적정성 평가점수가 요양병원을 유형화하는 변수로 적용되었다. 분석 시 군집의 수를 결정하려고 계층적 군집분석을 선행해 덴드로그램으로 군집수를 설정하였다. 덴드로그램으로는 L2 불일치 측정도가 크게 변화하는 구간을 기점으로 삼아 세 집단으로 분류하였다.

[그림 3-19] 요양병원 유형화를 위한 군집 수 분류



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

2. 분석 결과

요양병원을 유형화한 결과 네 집단으로 구분되었다. 첫째 그룹은 의료 필요도가 낮은 집단이자 의료고도 이상 환자의 비중이 15% 수준 아래인 의료기관으로 총 129개소 정도로 확인되었다. 둘째 그룹은 의료 필요도가 낮으면서 의료서비스의 질적 수준도 낮은 기관으로 329개소가량 분류되었다. 셋째 그룹은 의료 필요도가 높은 환자를 중심으로 진료하면서 의료의 질적 수준을 높게 유지하는 기관으로 256개소가량 파악되었다. 한편 의료 필요도가 높은 환자를 진료하면서 의료의 질적 수준이 상대적으로 셋째 그룹에 비해 떨어지는 기관이 348개소로 집계되었다.

〈표 3-21〉 요양병원 유형별 개소 수

Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
낮은 의료 필요도【<15%】	낮은 의료 필요도 낮은 의료 질	높은 의료 필요도 높은 의료 질	높은 의료 필요도 보통 의료 질
129개소	329개소	256개소	348개소
1,062개소			

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

〈표 3-22〉 요양병원 유형별 주요 지표

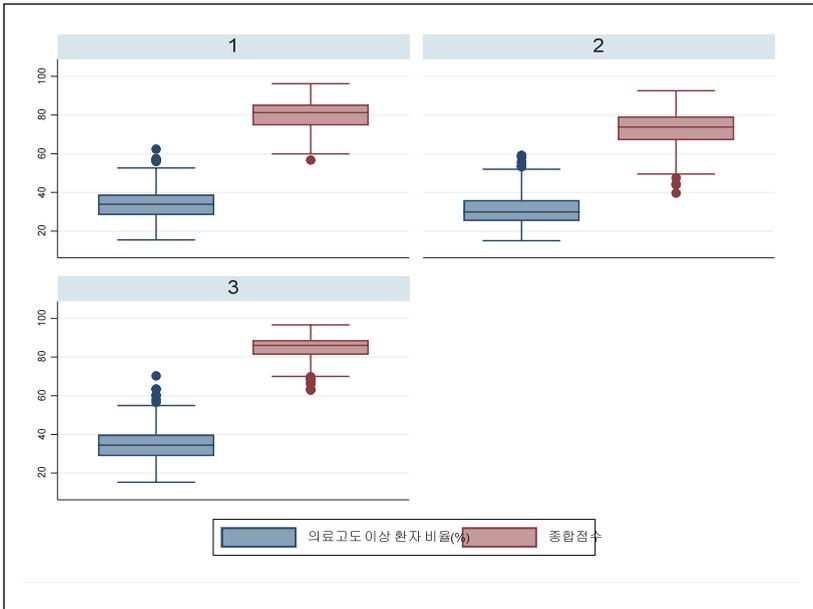
유형	구분	의사 1인당 환자 수	간호인력 1인당 환자 수	병상 수	의료고도 이상 환자 비율	지역사회 복귀율	적정성 평가점수
0	최솟값	3.8	1.2	30.0	0.0	0.0	51.7
	평균	22.3	3.6	117.8	3.7	29.1	76.0
	중앙값	22.4	3.7	99.0	1.1	27.5	77.8
	최댓값	38.3	5.9	538.0	14.9	65.4	95.7
1	최솟값	12.8	2.4	61.0	15.4	46.8	56.7
	평균	29.4	3.9	216.1	34.2	67.6	79.8
	중앙값	30.0	4.0	198.5	33.9	66.6	81.2
	최댓값	37.0	5.8	662.0	62.3	96.2	96.2
2	최솟값	15.8	2.8	44.0	15.0	5.5	39.6
	평균	29.7	4.0	206.1	31.1	40.0	72.6
	중앙값	30.4	4.0	190.0	29.9	41.7	73.8
	최댓값	40.7	7.1	806.0	59.1	63.6	92.6
3	최솟값	14.5	2.4	57.0	15.2	15.9	62.9
	평균	29.4	3.9	228.9	35.0	53.0	84.5
	중앙값	30.1	4.0	202.5	34.4	53.1	86.0
	최댓값	35.4	5.3	784.0	70.3	91.3	96.6

출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.

현재 운영하고 있는 요양병원을 정량적 지표를 기준으로 구분하면 첫째는 “의료 필요도가 높은 환자를 얼마나 진료하고 있는가?”를 기준으로, 둘째는 “의료서비스의 질적 수준이 어느 수준인가?”를 기준으로 구분해 볼 수 있다. 향후 요양병원의 기능을 강화하는 데도 과연 요양병원이 의

료 필요도가 높은 환자를 중심으로 입원서비스를 제공하고자 하는 기관인지, 그 질적 수준을 개선해 나가는 기관인지를 고려할 필요가 있다.

[그림 3-20] 요양병원 군집분석 결과



출처: 건강보험심사평가원의 내부 자료(의료자원신고, 적정성 평가 결과 등)를 활용하여 연구진이 작성함.



제4장

요양병원의 기능 개선 및 적정 보상을 위한 제언

제1절 요양병원 기능과 역할 정립 방향

제2절 요양병원 적정 보상 방향

제3절 결론 및 제언



제 4 장

요양병원 기능 개선 및 적정 보상을 위한 제언

제1절 요양병원 기능과 역할 정립 방향

요양병원의 기능과 역할을 정립할 때 가장 먼저 고려해야 할 사항은 건강보험이 보장하는 요양병원과 장기요양보험이 재정을 지원하는 요양시설의 역할을 구분하는 것이다. 과거 장기요양 서비스 제공을 목적으로 한 요양병원이 의료기관으로서 위상을 가지게 된 만큼 의료 필요도가 높은 환자를 중심으로 입원서비스를 제공하는 기관으로 자리매김해야 한다.

다만 지금까지 그 역할이 명확지 않은 상태에서 다양한 양태로 서비스를 제공해 온 요양병원을 한번에 의료중심으로 전환하는 것은 쉽지 않다. 이를 고려해 의료중심 요양병원을 선정하여 그들이 의료최고도, 의료고도 등 환자를 진료하는 데 자원을 집중할 수 있도록 유도하는 정책 설계가 필요하다.

요양병원의 유형화를 수행한 결과, 의료 필요도가 낮은 환자를 주로 진료하는 기관, 의료의 질적 수준이 낮은 기관, 의료 필요도가 높으면서 의료의 질적 수준이 보통 수준인 기관, 의료 필요도가 높은 환자를 주로 진료하면서 의료의 질적 수준이 높은 의료기관으로 구분되었다. 이를 고려해 가장 먼저는 요양병원 중 의료중심 요양병원으로 육성할 수 있는 의료기관을 선별하여 지원하는 방안, 둘째는 일부 장기적 치료가 필수적인 질환을 대상으로 전문적인 서비스를 제공하는 전문특화 요양병원을 선별하여 지정하는 방안, 셋째는 지역사회 아급성기 서비스 제공체계의 확장성을 확보하기 위해 재활중심 요양병원을 일부 지정하여 단계적으로 재활 의료기관으로 성장할 수 있도록 지원하는 방안을 생각해 볼 수 있다.

[그림 4-1] 요양병원의 기능 전환(예시)

현행 요양병원	앞으로의 요양병원		
	요양병원 유형화	보상 구조	기능 연계 및 확대
요양병원의 기능 구분 없음	의료중심 요양병원	의료최고도 고도 중심의 보상 인상	연명의료결정 및 호스피스 연계 지역사회 노인 대상 원격협진 및 방문진료
	전문특화 요양병원	질환 특성을 반영하여 지원 (병원급 전환)	장기적인 치료지원이 필요한 질환 (치매, 루게릭 등)
	재활중심 요양병원	재활의료기관 사업 확대	아급성기 의료서비스 방문재활 제공
	기능 전환	장기요양보험 보상	장기요양과 연계

출처: 연구진이 작성함.

첫째는 **의료 중심 요양병원**이다. 앞 장에서 분석한 대로 의료필요도가 높은 환자를 진료하는 요양병원이 256개소에서 604개소 정도로 파악된다(표3-21). 이같이 의료필요도가 높은 환자를 중심으로 진료하는 요양병원은 향후 의료중심의 요양병원이 어떤 기능과 역할을 수행해야 하는지를 잘 보여준다고 평가할 수 있다. 향후 요양병원이 장기요양보험의 요양시설과의 차별성을 갖추기 위해서는 의료적 필요도가 가장 중요한 만큼, 정부는 의료적 필요도 관점에서 의료 중심 요양병원을 선정하고 그 기능과 역할을 확고히 해 나가기 위한 지원책을 마련할 필요가 있다.

둘째는 **전문 특화 요양병원**이다. 치매, 근육위축증(루게릭) 등 특정 질환의 경우 장기적인 입원 치료가 필수적이다. 하지만 우리나라 의료체계에서 장기적인 입원치료가 필수적인 환자에 대한 충분한 서비스 제공체계는 확보되어 있지 않다. 과거 지나치게 오랜 기간 입원하던 의료환경을

개선하고자 정부가 노력의 일환으로 도입된 입원료 체감제로 인한 결과다. 급성기 의료기관은 환자의 입원 15일 이후부터 해당 환자의 입원 기간이 길어질수록 입원료 지급이 단계적으로 줄어든다. (이를 입원료체감제라 한다.) 한편 요양병원은 180일까지 입원료가 체감되지 않는다. 이렇다 보니 치매, 근육위축증(루게릭) 등 지속적인 기능감퇴와 더불어 의료 필요도가 높은 환자를 장기 치료하는 형태의 의료서비스 제공은 요양병원의 몫이었다. 그러면서도 지역연계형 장기적 의료서비스 제공체계가 매우 부족한 우리나라 현실에서 이 같은 요양병원은 장기적인 의학적 치료와 더불어 집중적 돌봄이 필요한 특정 환자군에게 서비스를 제공할 수 있는 유일한 대안기도 하다. 이를 고려할 때 앞으로 정부는 특수목적의 장기적 전문 의료서비스를 제공하는 일부 요양병원의 기능과 역할을 고민할 필요가 있다고 판단된다. 정부가 요양병원에게 그 특수한 기능과 역할을 부여할 경우 장기 입원 진료가 필수적인 질환 특성을 면밀히 분석해서 그에 맞는 시설·인력 기준과 적절한 보상 방안을 함께 고민하여야 하며, 적절한 보상을 위한 별도의 체계를 고민하는 것도 필요하다고 판단된다.

셋째는 **재활중심 요양병원**이다. 아울러 지속해 오고 있는 건강보험심사평가원의 재활의료기관 사업과 연계하여 재활의료 서비스를 집중적으로 제공하고자 하는 요양병원을 중심으로 지역 아급성기 의료서비스 제공체계를 구축하는 것도 대안이다. 현재의 재활의료기관 사업의 요건과 기준이 엄격해 기능을 전환하지 못하는 요양병원을 대상으로 일정 부분 재활중심 요양병원으로 기능할 수 있도록 해서 기능을 부여하고 장기적으로 해당 기관이 전문 재활의료기관으로 기능할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 현재 정부가 추진하고 있는 재활의료기관 사업은 수술 등 치료 후 기능 회복 시기에 기능적 손상으로 인해 일상생활이 불편해 집중

적 재활치료를 받아야 하는 환자에게 서비스를 제공하여 일상생활로 복귀할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다. 그만큼 전문적이고 집중적인 치료가 필수다 보니 그 기준이 엄격하다. 다만, 요양병원 중 재활의료기관으로서 역할을 감당하고자 하는 기관이 그 기능을 단계적으로 전환해 나갈 수 있는 경로를 설계하면 전문적 재활의료서비스 제공체계를 전국에 고루 갖추어 줄 수 있는 단초를 마련할 수 있을 것으로 기대된다.

이외에 의료 필요도가 매우 낮은 환자를 진료하거나 비급여서비스를 중심으로 제공하는 의료기관에 대해서는 기관의 특성을 상세하게 분석하고 모니터링하여 그들의 기능을 전체 의료서비스 제공체계의 맥락에서 수행할 수 있도록 전환하는 방안을 모색하는 것이 필요하다. 요양병원제도는 의료법 변경 이후 요양병원의 기능과 역할을 명확히 정립하지 못하고 오랜 기간 지속해 왔다. 그러다 보니 일부 요양병원에서는 일상생활이 가능한 환자를 장기 입원시키고 피부미용 시술을 제공하는 등의 일탈이 발생(후생신보, 2024) 하는 등 관리의 문제가 심심치 않게 드러나곤 한다. 이같은 사례가 향후 발생하지 않도록 정부당국은 의료필요도가 매우 낮은 환자를 집중적으로 진료하는 의료기관, 비급여 서비스가 매우 높은 수준으로 파악되는 의료기관에 대해서는 보다 엄격한 관리와 모니터링을 수행할 필요가 있다. 필요에 따라서 해당 의료기관이 경영의 이유 등으로 더 이상 의료기관으로서의 기능이 아닌 지역의 노인돌봄서비스 제공 기관으로서 역할을 수행하기를 원한다면 기능을 전환할 수 있도록 법적 대안을 모색할 수 있을 것으로 사료된다.

제2절 요양병원 적정 보상 방향

요양병원이 기능을 의료중심, 전문특화, 재활중심으로 전환하도록 유도하는 데 가장 중요한 것은 그 기능과 역할에 걸맞은 보상 체계를 마련하는 것이다. 특히 지금까지 지속되어 온 요양병원의 일당정액제 보상 체계를 가장 먼저 개선해야 할 것으로 보인다. 현행 보상 체계는 의료최고도, 의료고도 환자에 대한 보상이 부족한 것으로 파악되는바, 의료고도 이상 보상 수준과 의료중도 이하 보상 수준의 차이를 조정하는 수가 조정 체계를 모색해야 한다.

특히 최근 연구 결과에 따르면 의료최고도와 의료고도 환자를 돌보는데 필요한 자원소모량보다 현행 보상 수준이 다소 낮은 것을 확인할 수 있다(건강보험심사평가원, 2024c). 앞으로 의료중심 요양병원으로 그 기능을 명확히 하려면 의료고도 이상 환자의 요양병원 입원 수가 수준을 조정해 나갈 필요가 있다. 다만, 한순간에 보상 체계를 수정하기보다는 현장 수용도를 고려하여 단계적 보상을 강화해 나가는 것이 필요하다.

〈표 4-1〉 요양병원 정액수가 개편방안 연구 결과

구분		의료최고도	의료고도	의료중도	의료경도	선택입원군
현행		69,040	59,500	48,610	46,500	30,990
개편(안) 연구용역	보상 격차	97,166	76,656	52,156	46,426	30,990
	수가 차이	28,126	17,156	3,546	-74	0

출처: “건강보험심사평가원 내부자료,” 건강보험심사평가원, 2024c.

한편 전문특화요양병원은 보다 전향적인 보상 체계를 마련해야 한다. 희귀성 질환으로 신체의 기능이 심각하게 저하된 환자의 경우 장기적 의료서비스와 더불어 전적인 간병이 필수다. 이러한 특수환자의 경우 일당

정액수가에서 표준적으로 보상해야 하는 치료대와 행위 이상의 자원이 투입되므로 일당정액수가 방식으로만 재정을 지원하는 데 한계가 있다. 이 같은 의료기관이 특화 서비스 제공 모형을 지속 발전해 나가도록 하려면 기존 요양병원과는 다른 보상 체계가 필요하다.

이를 위한 방안은 두 가지 정도를 구상해 볼 수 있다. 하나는 해당 요양병원을 병원급 의료기관으로 전환하고 특수한 기능을 수행하는 것에 대한 보상 체계를 갖추는 방법이다. 다른 하나는 요양병원 제도라는 틀 안에서 해당 병원이 그 기능을 특화할 수 있도록 보상 체계를 추가 조정하는 것이다. 전자는 해당 요양병원이 행위별 수가제로 보상받는 구조로 전환함에 따라 의료행위와 치료재료 투입이 많은 환자에게 서비스를 충분히 제공할 수 있도록 하는 반면에 해당 의료기관이 과도한 진료를 할 위험이 존재한다. 후자는 보상 체계 조정이 어떤 식으로 설계되느냐에 따라 서비스 제공에서 제약의 수준 차이가 있을 수 있되 장기적인 서비스를 제공하는 기관으로서 기능을 수행한다는 장점이 있다. 앞으로 전문적인 기능을 특화해야 하는 영역이 무엇인지, 그 보상을 어떻게 설계해 나가야 하는지 추가 연구가 필요하다.

제3절 결론 및 제언

고령화의 속도가 매우 빠르다. 그 변화의 속도만큼 우리 사회의 장기적인 의료와 돌봄의 필요도가 빠르게 증가한다. 따라서 요양병원의 기능과 역할을 정립하고 보상 체계 개선 방안을 신속하게 마련해야 할 시점이다.

정리하면 요양병원은 건강보험에서 보장하는 의료기관으로서 '장기요양'이 아니라 '의료서비스 제공기관'으로서 정체성을 정립하는 것이 가장

중요한 일이다. 요양병원은 의료중심으로 전환해야 하고 요양시설은 지역사회에서 돌봄을 제공하는 기관으로 그 목적을 분명히 구분할 필요가 있다. 의료중심 요양병원을 육성하려면 기능과 역할을 충분히 수행할 수 있는 요양병원을 선정하여 기능을 강화하도록 집중 지원해야 한다. 아울러 제도 수용성을 고려하여 의료 필요도가 높은 환자를 중심으로 질 높은 의료서비스를 제공하는 의료기관을 선정(Group 4)하고 단계적으로 그 지원 대상 기관을 넓혀가는 것이(Group 3) 현실성이 있을 것으로 본다. 한편 현행 요양병원 정액수가 높은 의료 필요도에 따른 다양한 의학적 처치 보상이 부족하다. 단기적으로는 신속히 의료최고도와 의료고도를 중심으로 보상을 강화하는 것이 필요하다. 자원이 많이 소모되지만 그만큼 재정보상이 이루어지지 않는 의료최고도·고도 환자군이 되지 않도록 보상 체계를 정비해야 한다는 것이다. 나아가 장기적으로는 요양병원에 입원하는 환자의 서비스 필요도에 따라 분류체계를 개발함으로써 보상 정밀성을 강화하는 것을 고민해 볼 필요가 있다. 다만 요양병원에서 제공하는 의료의 질을 개선하되 지속가능성을 함께 고려할 수 있는 구체적인 보상 체계를 마련하려는 연구가 지속되어야 한다.

이러한 맥락에서 최근 정부가 발표한 의료중심요양병원 기능 강화 정책의 추진 방향은 바람직하나 정책 설계에서 조금 더 신중해야 할 필요가 있다. 특별히 의료중심 요양병원뿐 아니라 질환별 장기 치료가 필요한 경우를 특화한 요양병원을 지원하는 방안이 필요(전문특화 요양병원)하다. 현재까지 요양병원에 대한 정책적 개입과 개선이 충분히 논의되지 않은 만큼 요양병원 중 내 의료서비스 제공 모형은 다양화되어 왔다. 이 같은 특성을 고려할 때 실제 의학적으로 장기치료가 필요하나 현행 요양병원의 보상 체계만으로는 지속이 어려운 서비스 제공 모형을 특화할 수 있도록 정부가 지원 정책을 마련할 필요가 있다. 특히 치매환자 중심의 요양

병원, 루게릭 등 희귀성 기능위축 질환자 치료에 특화된 의료기관 등에 대한 지원 체계와 기능에 맞는 보상 체계를 구상해야 한다.

한편 재활 등 아급성기 중심의 요양병원은 재활의료기관 사업을 확대하여 병원급 의료기관으로 편입할 수 있도록 하되 기준 완화와 조정이 필요하다. 다만 기존 재활의료기관의 엄격한 기준과 정합성을 위해 사업을 총화하고 향후 통합하는 것도 대안이 될 것으로 보인다.

우리 사회의 의료서비스 수요의 급변은 이미 예견되어 있다. 예견된 실패를 피하려면 우리나라 요양병원 체계의 지속가능성을 신속하게 높이고 그 질적 수준을 높이는 전략을 수립해 추진해야 한다. 요양병원의 기능과 역할을 보다 분명히 하고 적정한 보상 체계를 갖추는 것이 그 첫걸음이 될 것이다. 최근 정부가 의료개혁을 추진하고 있는 만큼 요양병원의 기능 전환과 강화, 적정 보상 체계 설계와 도입이 더욱 신속히 이루어질 것으로 기대한다.



[국내 문헌]

강은나, 김혜수, 정찬우, 김세진, 이선희, 주보혜, 황남희, 김경래, 이해정, 최경덕.

(2023). 2023년도 노인실태조사. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

강하림, 이연주, 최재우, 이주향, 노미소, 정현진. (2021). 요양병원 퇴원환자 지원제도 활성화 방안(2021-1-0009). 국민건강보험 건강보험연구원.

<https://www.alio.go.kr/download/download.json?fileNo=2673764>

건강보험심사평가원. (2008). 건강보험요양급여비용(2008년).

<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2110>

건강보험심사평가원. (2009). 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과보고서.

건강보험심사평가원. (2014-2023). 건강보험 진료 통계.

<https://opendata.hira.or.kr/op/opc/olapHthInsRvStatInfoTab1.do?docNo=03-001#>

건강보험심사평가원. (2017). 2015년도(6차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과.

건강보험심사평가원. (2019a). 2018년도(7차) 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과.

건강보험심사평가원. (2019b). 건강보험요양급여비용(2019년).

건강보험심사평가원. (2020). 2019년(2주기 1차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과.

건강보험심사평가원. (2022). 2020년(2주기 2차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과.

건강보험심사평가원. (2024a). 2022년(2주기 4차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과.

건강보험심사평가원. (2024b). 건강보험요양급여비용(2024년).

<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/3201>

건강보험심사평가원. (2024c). 건강보험심사평가원 내부자료.

건강보험심사평가원. (2025). 2023년(2주기 5차) 요양병원 입원급여 적정성 평가결과.

건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2009). 2008년 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2016). 2015년 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2020). 2019년 건강보험통계연보.

건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2022). 2021년 건강보험통계연보.

- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2023). 2022년 건강보험통계연보.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단. (2024). 2023년 건강보험통계연보.
- 국민건강보험공단. (2025. 3. 19.). 지역별 의료이용 통계 [데이터 세트]. 국가통계포털. <https://kosis.kr/index/index.do>
- 권정현. (2016). 요양병원 이용과 지불제도 개선방안 연구 (A Study on Improvement of Long-Term Care Hospital Utilization and Payment Systems). KDI Policy Study, 14.
- 김선민. (2008). 새로운 수가제도 도입에 따른 요양병원의 변화와 대책. HIRA 정책동향. <https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/1943>
- 보건복지부. (2024). 「2024년 국민보건계정」 내부자료.
- 송현중. (2011). 요양병원의 정의 및 기능에 대한 고찰. HIRA 정책동향. 건강보험심사평가원.
- 송현중. (2012). 요양병원 기능에 대한 고찰: 외국 사례와의 비교를 중심으로. Journal of the Korean Geriatrics Society, 16(3), 114-120.
- 이다희, 전인혜, 김명화, 김록영. (2021). 요양병원 입원환자 분류체계 및 수가수준 정기적 조정기전 마련을 위한 기초연구. 건강보험심사평가원.
- 이성우. (2017). 요양병원 인력확보 수준에 따른 입원료 차등제 효과평가. HIRA 정책동향, 11(3).
<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/1163>
- 이정택. (2018. 9. 7.). 요양시설·요양병원 역할 정립 방안. 보험연구원.
https://www.kiri.or.kr/pdf/%EC%A0%84%EB%AC%B8%EC%9E%90%EB%A3%8C/KIRI_20180906_124058.pdf
- 이지윤. (2007). 요양병원형 건강보험수가 개정방안. HIRA 정책동향.
<https://repository.hira.or.kr/handle/2019.oak/2012>
- 임민경, 김선제. (2022). 요양병원 유형별 특성분석과 간병비 급여화를 위한 정책 제언(2022-1-0009). 국민건강보험 건강보험연구원.
<https://www.alio.go.kr/item/itemBoardB1040.do?seq=2022122802546708&disclosureNo=2022122802546708>

통계청. (2023. 12. 14.). 장래인구추계 [데이터 세트]. 국가통계포털.

<https://kosis.kr/index/index.do>

[보도자료 및 언론보도]

대한요양병원협회 (2024. 9. 27.). 요양병원 수가제도의 문제점과 개선방안, 의료&복지뉴스.

<http://www.mediwelfare.com/news/articleView.html?idxno=4007>

대한요양병원협회. (2024. 2. 21.). 국민 92% “요양병원 간병비 급여화 필요”

https://www.kagh.co.kr/bbs/board.php?tbl=bbs23&mode=VIEW&num=280&category=&findType=&findWord=&sort1=&sort2=&it_id=&shop_flag=&mobile_flag=&page=1

박성민, 박경민, 김소영. (2025. 1. 2.). 요양병원 6명 중 1명, 통원 가능한데 입원. 동아일보.

<https://www.donga.com/news/Society/article/all/20250102/130771702/2>

보건복지부. (2005. 5. 12.). 요양병원형 건강보험수가 시범사업기관 선정 [보도자료].

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010300&bid=0027&act=view&list_no=33491&tag=&nPage=1344

보건복지부. (2019. 11. 22.). 2019년 제22차 건강보험정책심의위원회(11.22) [보도자료].

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&act=view&list_no=351621&tag=&nPage=482

보건복지부. (2022. 8. 24.). 본인부담상한제 초과 의료비 지급 절차 오늘부터 시작 [보도자료].

https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=0027&tag=&act=view&list_no=372654&cg_code=

보건복지부. (2024. 10. 16.). 2023년 노인실태조사 결과 발표 [보도자료].

<https://www.mohw.go.kr/board.es?mid=a10503010100&bid=00>

92 고령사회 대비 지속가능성 확보를 위한 요양병원의 기능 개선 및 적정 보상에 관한 연구

27&act=view&list_no=1483352&tag=&nPage=1

보건복지부. (2025. 8. 28.). 2024년도 진료비 중 본인부담금 2.8조 원 환급, 건강보험 가입자 213만 명 의료비 부담 완화 [보도자료].

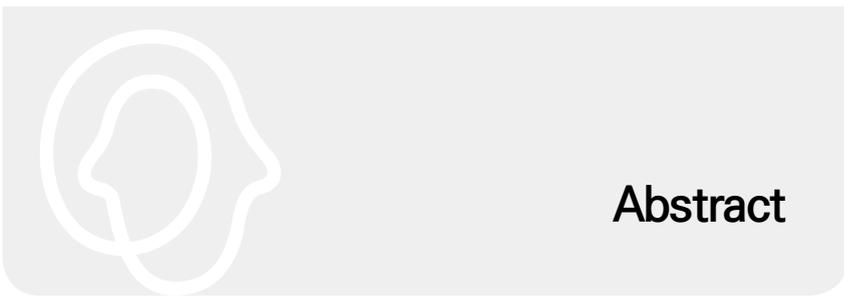
송한나. (2023. 7. 25.). 간병이 필요한 시대에 사는 우리-간병에 대한 인식 조사. 한국리서치. <https://hrcopinion.co.kr/archives/27196>

후생신보. (2024. 11. 19.) 숙박형 요양병원의 조직적 보험사기 적발. 후생신보. <https://www.whosaeng.com/156635>

[법률]

노인장기요양보험법, 법률 제20587호(2024).

의료법 법률, 법률 제9135호(2008).



Abstract

Functional Reform and Appropriate Reimbursement of Long-Term Care Hospitals to Ensure Sustainability in an Aging Society

Project Head: Kim, Heenyun

In 2025, South Korea officially became a super-aged society. While the demand for Long-Term Care Hospitals (LTCHs) is expected to rise due to the increasing elderly population requiring chronic care, the current system suffers from ambiguous boundaries between medical treatment and long-term care. This ambiguity has led to functional overlaps with nursing facilities and inefficiencies in the delivery system. Furthermore, the prevalence of "social admissions"—where patients are hospitalized for caregiving or housing needs rather than medical necessity—poses a significant financial burden on the National Health Insurance (NHI). Against this backdrop, this study aims to provide evidentiary support and foundational data for improving the LTCH system, focusing on redefining LTCHs as medical institutions and ensuring the sustainability of the healthcare system.

First, the study analyzed the current status of LTCH service provision and the NHI reimbursement system. It critically reviewed the per diem fixed-rate system and compensation levels

Co-Researchers: Shin, HyunWoung·Go, Dunsol·Park, Seongjun·Bae, Jungeun·Jeong, Jae-Yeon

across patient classification groups (e.g., medical highest, high, medium, low) to identify structural issues. Second, the study diagnosed the quality of LTCHs by analyzing structure (staff, facilities), process (patient mix), and outcomes (quality assessment indicators). Based on this analysis, hospitals were categorized into benchmarking targets and those requiring quality management. Finally, the study proposed policy measures to reinforce the medical functions of LTCHs and alleviate the public's caregiving burden, aiming for a sustainable healthcare system.

The study concludes that the most critical task is to establish the identity of LTCHs as "medical service providers" rather than long-term care facilities. LTCHs must transition to a medical-centric model, while nursing facilities should function as community-based care providers. To achieve this, the government should implement intensive support for "Medical-Centric LTCHs," starting with institutions that provide high-quality care to patients with high medical needs (Group 4), subsequently broadening coverage to Group 3 institutions. Regarding reimbursement, immediate action is needed to strengthen compensation for high-acuity patients, followed by a long-term refinement of the classification system to enhance compensation precision. Additionally, the study suggests distinct support tracks for "Specialized LTCHs" focusing on specific diseases requiring long-term treatment. For sub-acute rehabilitation

LTCHs, the study recommends integrating them into the designated Rehabilitation Hospital system by adjusting and stratifying current criteria.

Key words: Long-Term Care Hospital(LTCH), Functional Improvement, Appropriate Reimbursement, Sustainability