ISSN 2093-5986
보건의료산업학회지
The Korean Journal
of Health Service Management

2011년 6월
제5권 제2호
pp.105-117

요양병원형수가제 전환에 대한 요양병원의 평가 및 개선방안 연구

김영배‡
국립공주대학교 보건행정학과

A Study on Evaluation and Improvement of Long-term Care Hospitals for Changing Long-term Care Hospital Fee System

Young-Bae Kim‡
Dept.of Health Administration, KongJu National University

<Abstract>

The purpose of this study is to investigate evaluation and improvement of long-term care hospitals for changing long-term care hospitals fee system. Data were collected from 104 CEOs in nationwide long-term care hospitals using structured self-administered questionnaires during August 17 to 31, 2009. Major results of the empirical analysis are as follows; first, to change fixed sum medical fee per day caused to decline the level of geriatric service in 87% of CEOs. Second, 79% of CEOs were dissatisfied with changing fixed sum medical fee per day, and 47% of them were dissatisfied with graded fee for doctor and nurse management. Finally, they suggested that to specialize and to differentiate of long-term care hospitals will drive to improve long-term care hospitals function and to measure workforce based on rate of filled vacancies will increase efficiency and productivity of doctor and nurse management.

Key Words : Long-term Care, Hospital Fee System, Fixed Sum Medical Fee Per Day, Graded Fee for Doctor and Nurse Management

Ⅰ. 서론

2008년 1월부터 요양병원의 진료수가지불방식을 행위별수가제에서 요양병원형수가제도인 자원소모량 중심의 일당정액수가제와 인력차등수가제로 전환하여 전면 시행하고 있다. 건강보험심사평가원의 요양병원형수가제도를 추진하게 된 배경을 보면 첫째, 급속한 인구의 고령화, 노인성 만성 퇴행성 질환 증가로 인해 장기요양서비스에 대한 수요가 증대되고 있고 이에 적합한 지불보상방식이 필요하며 둘째, 요양병원 입원환자를 위한 질병군, 기능상태별 일당정액수가를 개발하여 시범 적용한 결과 주진단명 변동경향 및 자원소모량 반영부족이 지적되며, 요양병원의 급속한 증가와 노인장기요양보험제도 도입 등 주변 환경변화를 반영한 수가개정이 필요한 것을 추진배경으로 들었다. 추진경과를 보면 요양병원형수가 T/F 구성 및 수가개발(2004), 시범사업(2005.7~2006.6)과 시범사업 평가 및 수가개정(2006.7~2007.8), 건강보험정책심의위원회 심의 의결(2007.9), 입법예고(2007.10)를 거쳐 요양병원형수가로 전면 시행하게 되었다[1].

요양병원형수가체계 및 기준 등을 보면 수가형태는 환자의 의료서비스 요구도와 기능상태에 따라 2~3개 세부분류를(총 15개 분류)하였으며 일당정액수가를 적용하더라도 일부항목에 대해서는 행위별수가제를 적용하도록 하였다. 이와 같은 항목에는 식대, CT, MRI, 전문재활치료, 혈액투석 및 혈액투석액, 복막투석액, 치매치료제 등의 전문의약품과 폐렴 치료기간, 폐혈증 치료기간, 중환자실 입원기간, 외과적 수술 및 수술에 관련된 치료기간이 포함된다.

또한 일당정액수가 제외환자는 입원 6일 이내에 퇴원한 환자, 낮병동 입원환자, 한방과 입원환자로 하였으며, 포괄의 범위는 현행 건강보험 급여 대상 중 본인일부부담 항목인 행위, 약제, 치료재료 등이 포함되어있으며, 비급여, 요양급여비용의 100분의 100을 본인이 부담하는 항목은 정액수가에 포함되지 않는 것으로 하였다[1].

요양병원의 인력수준이 전반적으로 낮은 현실을 개선하고자 일당정액수가 적용 당시부터 의사와 간호사 인력 확보수준에 따른 입원료 차등제를 운영하고 있다. 또한 2010년 4월부터는 기존의 인력 외에 약사, 의무기록사, 방사선사, 임상병리사, 물리치료사 등 필요인력확보에 따라 일일당 일정 금액을 가산하는 제도를 신설하여 운영하고 있다[2].

요양병원형수가제도를 도입한 이후에도 건강보험급여비용은 지속적으로 증가하고 있다. 2007년 대비 2008년의 경우 증가율이 4.6%에 불과하였으나 2008년 대비 2009년은 8.5% 2009년 대비 2010년은 9.6% 증가한 것으로 나타났다. 이와 같이 일당정액수가제를 적용하고 있음에도 입원일당 급여비용이 증가하고 있는 것은 대해 의료인의 입장에서는 적절한 보상이 부족한 것으로 생각하는 반면[3] 심사평가원 입장에서는 일당정액에 포함되지 않는 행위별수가 적용항목 및 기간의 양적 증가와 일당정액수가가 높은 환자군으로의 이동을 그 이유로 보고 있는 등[2] 상반된 이견들이 제시되고 있다. 2010년말 기준 요양병원 기관수가 867개, 병상수 111,992개에 173,916명의 장기요양환자들이 입원하는 요양병원은 노인의료의 한축이라는 측면에서 중요한 병원급 의료기관이라는 사실은 부인할 수 없는 현실이다[2].

의료제도가 성공하기 위해서는 전제되어야할 조건들이 다수 있겠으나 무엇보다 중요한 것은 이해당사자들의 제도에 대한 이해와 협조라고 할 때, 제도시행 1년 6개월 후 요양병원들이 요양병원형수가제도에 대한 인식태도와 문제점을 파악하는 것은 수가개정을 위한 정기적인 조사체계가 구축되지 않은 상태에서 제도도입의 타당성과 향후 운영계획 수립에 매우 중요한 연구라고 판단된다. 따라서 이 연구는 제도시행 이전부터 요양병원을 운영하고 있는 원장 및 이사장들을 대상으로 요양병

원형수가제도에 대한 수가수준과 만족도 의료의 질에 대한 평가와 제도의 문제점 등을 조사 분석하고 향후 개선방안을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 연구대상 및 연구방법

1. 연구대상과 자료수집

본 연구대상은 2009년 8월 현재 전국의 737개 요양병원의 이사장, 병원장 등 대표자를 대상으로 조사하였다. 본 연구의 자료수집은 2009년 8월17일부터 8월31일까지 구조화된 설문지를 우편으로 발송하여 대표자가 직접 기입토록 하였다. 737부를 발송하여 124부가 회수되었으나 이용할 수 없는 설문지를 제외한 104부(회수율 14.1%)를 최종 분석에 활용하였다. 설문지는 일당정액수가제 전환에 대한 의견 및 만족도, 일당정액수가의 수가수준, 일당정액수가제 전환 후 의료행위의 차이여부, 일당정액수가제에 대한 개선의견, 인력차등수가제에 대한 의견 및 만족도, 인력차등수가제에 대한 개선의견 등이었으며 별도로 응답기관의 구조적 특성을 추가하여 자기기입식 조사방법을 사용하였다.

2. 분석방법

본 연구는 SPSS Ver.18.0을 사용하여 분석하였다. 기초 통계자료를 얻기 위해 빈도분석을 실시하였으며 검정에 사용된 분석은 모두 Fisher's Exact test를 실시하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상기관의 구조적 특성

연구대상기관의 구조적 특성은 <표 1>과 같다. 병원명칭 표기는 요양병원이 69.2%, 노인병원이 27.9%, 병원고유명칭을 표기한 기관이 2.9%로 나타났다. 병원소재지로는 대도시 중심지가 47.1%, 도농복합 중소도시가 19.2%, 읍면단위 농촌지역이 18.3%, 대도시 외곽지역이 15.4%로서 62.5%가 대도시 중심지 또는 대도시 외곽에 개설하고 있는 것으로 나타났다. 또한 설립형태를 보면 개인병원이 53.8%, 의료법인이 29.8%로 대부분을 차지하고 있으며 설립연도는 85.6%가 2005년 이후에 설립된 것으로 나타났다. 병상수는 절반이상이 100~199병상을 운영하고 있으며 32.7%가 99병상이하의 병상을 운영하고 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 연구대상기관의 구조적 특성

단위 : 명(%)

특징	구분	빈도(명)	%
병원명칭	요양병원	72	69.2
	노인병원	29	27.9
	병원 고유명칭 사용	3	2.9
병원소재지	대도시 중심지	49	47.1
	대도시 외곽지역	16	15.4
	도농복합 중소도시	20	19.2
	읍면단위 농촌지역	19	18.3
설립형태	개인	56	53.8
	의료법인	31	29.8
	재단법인	2	1.9
	사회복지법인	3	2.9
	사단법인	1	1.0
	시립 군립 도립 공립	8	7.7
	특수법인	2	1.9
	학교법인	1	1.0
설립연도	-1999년	4	3.8
	2000-2004년	11	10.6
	2005-2009년	89	85.6
병상수	99병상 이하	34	32.7
	100-199병상	53	51.0
	200-299병상	15	14.4
	300병상 이상	2	1.9
계		104	100.0

<표 2> 일당정액수가제 전환이 노인서비스 수준에 미치는 영향

요인	구분	노인의료서비스 수준 저하		영향이 없음		비용효과적인 의료서비스개발 촉진		합계		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
병원	요양병원	62	(86.1)	4	(5.6)	6	(8.3)	72	(71.3)	1.000
	노인병원	26	(89.7)	1	(3.4)	2	(6.9)	29	(28.7)	
소재지	대도시 중심지	44	(89.8)	3	(6.1)	2	(4.1)	49	(47.1)	.573
	대도시 외곽지역	13	(81.3)	1	(6.3)	2	(12.5)	16	(15.4)	
	도농복합 중소도시	17	(85.0)	0	(.0)	3	(15.0)	20	(19.2)	
	읍면단위 농촌지역	17	(89.5)	1	(5.3)	1	(5.3)	19	(18.3)	
합계		91	(87.5)	5	(4.8)	8	(7.7)	104	(100.0)	

2. 일당정액수가제 전환에 대한 만족도

1) 일당정액수가제 전환이 노인의료서비스 수준에 미치는 영향

병원형태(p=1.000)와 병원소재지(p=.573)에 따른 일당정액수가제 전환이 노인의료서비스 수준에 미치는 영향에 대한 의견은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 노인의료서비스 수준이 저하될 것이라는 의견이 87.5%였고 비용효과적인 의료서비스 개발이 촉진 될 것이라는 의견이 7.7%, 영향이 없을 것이라는 의견이 4.8%로 대부분이 의료서비스 수준 저하에 대한 우려를 나타냈다<표 2>.

2) 일당정액수가제 전환에 대한 만족도

병원형태(p=.800)와 병원소재지(p=.573)에 따른 일당정액수가제 전환에 대한 만족도에 대한 의견은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 만족하다는 응답은 6.7%였고 불만족이 47.1%, 매우 불만족이 29.8%로 76.9%가 일당정액수가제 전환에 대해 불만족인 것으로 나타났다<표 3>.

<표 3> 일당정액수가제 전환에 대한 만족도

요인	구분	만족		보통		불만족		매우 불만족		합계		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
병원	요양병원	6	(8.3)	11	(15.3)	35	(48.6)	20	(27.8)	72	(71.3)	.800
	노인병원	1	(3.4)	6	(20.7)	13	(44.8)	9	(31.0)	29	(28.7)	
소재지	대도시 중심지	3	(6.1)	10	(20.4)	21	(42.9)	15	(30.6)	49	(47.1)	.573
	대도시 외곽지역	3	(18.8)		-	91	(56.3)	4	(25.0)	16	(15.4)	
	도농복합 중소도시	1	(5.0)	3	(15.0)	11	(55.0)	5	(25.0)	20	(19.2)	
	읍면단위 농촌지역		-	4	(21.1)	8	(42.1)	7	(36.8)	19	(18.3)	
합계		7	(6.7)	17	(16.4)	49	(47.1)	31	(29.8)	104	(100.0)	

3. 일당정액수가 수준에 대한 의견

병원형태(p=.396)와 병원소재지(p=.383)에 따른 일당정액수가에 대한 의견은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 행위별수가와 차이 없다는 의견이 18.4%, 높아졌다는 의견이 2.9%, 낮아졌다는 의견이 76.7%로 낮아졌다는 의견이 가장 많았다<표 4>,<표 5>,<표 6>.

<표 4> 일당정액수가제 전환에 대한 만족, 불만족 사유(병원별, 중복응답)

	사유	요양병원		노인병원		합계	
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
만족	청구업무의 편의성 증진	7	(77.8)	4	(66.7)	11	(73.3)
	삭감의 감소	5	(55.6)	2	(33.3)	7	(46.7)
	국민의료비 절감	3	(33.3)	1	(16.7)	4	(26.7)
	행위별 수가를 병행하므로	5	(55.6)	1	(16.7)	6	(40.0)
	합계	9	(60.0)	6	(40.0)	15	(100.0)
불만족	수가가 비현실적임	40	(67.8)	18	(72.0)	58	(69.0)
	기능향상 인센티브 전무	20	(33.9)	8	(32.0)	28	(33.3)
	복잡한 환자평가표 작성	18	(30.5)	13	(52.0)	31	(36.9)
	의료의 질 저하 우려	44	(74.6)	19	(76.0)	63	(75.0)
	청구절차의 불변	1	(1.7)		-	1	(1.2)
	삭감이 줄어들지 않아서	4	(6.8)		-	4	(4.8)
	질환별 차이 불인정	35	(59.3)	15	(60.0)	50	(59.5)
	수가에 비해 높은 질 요구	28	(47.5)	14	(56.0)	42	(50.0)
	기타	1	(1.7)		-	1	(1.2)
	합계	59	(70.2)	25	(298)	84	(100.0)

<표 5> 일당정액수가제 전환에 대한 만족, 불만족 사유(소재지별, 중복응답)

	사유	대도시 중심지		대도시 외곽지역		도농복합 중소도시		읍면단위 농촌지역		합계	
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
만족	청구업무의 편의성 증진	6	(75.0)	3	(75.0)	1	(50.0)	1	(100.0)	11	(73.3)
	삭감의 감소	3	(37.5)	2	(50.0)	2	(100.0)		-	7	(46.7)
	국민의료비 절감	2	(25.0)	2	(50.0)		-		-	4	(26.7)
	기타	4	(50.0)	1	(25.0)	1	(50.0)		-	6	(40.0)
	합계	8	(53.3)	4	(26.7)	2	(13.3)	1	(6.7)	15	(100.0)
불만족	수가가 비현실적임	25	(61.0	12	(92.3)	12	(70.6)	12	(75.0)	61	(69.0)
	기능향상 인센티브 전무	13	(31.7)	5	(38.5)	6	(35.3)	5	(31.3)	29	(33.3)
	복잡한 환자평가표 작성	13	(31.7)	3	(23.1)	8	(47.1)	7	(43.8)	31	(36.9)
	의료의 질 저하 우려	35	(65.4)	6	(46.2)	15	(88.2)	10	(62.5)	66	(75.0)
	청구절차의 불변	1	(2.4)		-		-		-	1	(1.2)
	삭감이 줄어들지 않아서	2	(4.9)	1	(7.7)	1	(5.9)		-	4	(4.8)
	질환별 차이 불인정	23	(56.1)	10	(76.9)	11	(64.7)	8	(50.0)	52	(59.5)
	수가에 비해 높은 질 요구	15	(36.6)	8	(61.5)	11	(64.7)	10	(62.5)	44	(50.0)
	기타	1	(2.4)		-		-		-	1	(1.2)
	합계	41	(47.1)	13	(14.9)	17	(19.5)	16	(18.4)	87	(100.0)

<표 6> 일당정액수가제 전환에 대한 의견

요인	구분	행위별 수가와						기타		합계		p
		차이 없음		높아짐		낮아짐						
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
병원	요양병원	15	(20.8)	3	(4.2)	52	(72.2)	2	(2.8)	72	(72.0)	.396
	노인병원	3	(10.7)		-	25	(89.3)		-	28	(28.0)	
소재지	대도시 중심지	9	(18.4)	3	(6.1)	37	(75.5)	0	(.0)	49	(47.6)	.383
	대도시 외곽지역	5	(31.3)	0	(.0)	10	(62.5)	1	(6.3)	16	(15.6)	
	도농복합 중소도시	3	(15.8)	0	(.0)	16	(84.2)	0	(.0)	19	(18.4)	
	읍면단위 농촌지역	2	(10.5)	0	(.0)	16	(84.2)	1	(5.3)	19	(18.4)	
합계		19	(18.4)	3	(2.9)	79	(76.7)	2	(1.9)	103	(100.0)	

4. 일당정액수가제 전환에 따른 의료행위 변화

병원형태(p=.800)와 병원소재지(p=.386)에 따른 일당정액수가 도입에 따른 의료행위 변화에 대한 의견은 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 일당정액수가제 도입에 따라 의료행위의 변화가 매우 있다는 의견이 18.3%, 있다가 39.4%, 보통이 27.9%, 없다는 의견이 27.9%였다 <표 7>.

<표 7> 일당정액수가제 전환에 따른 의료행위 변화

요인	구분	매우 있다		있다		보통		없다		합계		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
병원	요양병원	6	(8.3)	11	(15.3)	35	(48.6)	20	(27.8)	72	(71.3)	.800
	노인병원	1	(3.4)	6	(20.7)	13	(44.8)	9	(31.0)	29	(28.7)	
소재지	대도시 중심지	11	(22.4)	18	(36.7)	6	(12.2)	14	(28.6)	49	(47.1)	.386
	대도시 외곽지역	3	(18.8)	6	(37.5)	4	(25.0)	3	(18.8)	16	(15.4)	
	도농복합 중소도시	4	(20.0)	9	(45.0)	4	(20.0)	3	(15.0)	20	(19.2)	
	읍면단위 농촌지역	1	(5.3)	8	(42.1)	1	(5.3)	9	(47.4)	19	(18.3)	
합계		19	(18.3)	41	(39.4)	15	(14.4)	29	(27.9)	104	(100.0)	

<표 8> 일당정액수가 도입에 따른 의료행위 변화유형(중복응답)

요인	구분	약제투여 종류 및 용량조절		검사항목조절		진료재료조절		상근인력감축		기타	
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
병원	요양병원	42	(80.8)	37	(71.2)	22	(42.3)	11	(21.2)	3	(5.8)
	노인병원	17	(85.0)	15	(75.0)	14	(70.0)	7	(35.0)	2	(10.0)
소재지	대도시 중심지	30	(85.7)	27	(77.1)	15	(42.9)	7	(20.0)	1	(2.9)
	대도시 외곽지역	9	(69.2)	8	(61.5)	5	(38.5)	4	(30.8)	1	(7.7)
	도농복합 중소도시	14	(100.0)	9	(64.3)	11	(78.6)	4	(28.6)	1	(7.1)
	읍면단위 농촌지역	9	(69.2)	9	(69.2)	6	(46.2)	4	(30.8)	2	(15.4)
합계		62	(6.9)	53	(16.8)	37	(47.5)	19	(28.7)	5	(100.0)

일당정액수가제 전환에 따른 의료행위의 변화유형을 보면 약제투여 종류 및 용량조절이 가장 많았으며, 다음이 검사항목 조절, 진료재료 조절, 상근인력감축 순이었다<표 8>.

병원형태와 병원소재지에 따른 치료결과는 모든 영역에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 각 영역에서 증가했다는 응답은 사망률이 31.4%, 폐렴이 36.3%, 폐혈증이 27.7%, 요로감염증이 28.5%, 낙상은 11.9%, 욕창은 26.5%로 낙상의 증가율이 가장 낮은 것으로 나타났고 폐렴과 사망률의 증가률이 30.0%를 넘는 것으로 나타났다<표 9>,<표 10>.

<표 9> 의료행위 변화로 인하여 나타난 치료결과 해당항목(병원별)

해당항목	치료결과	요양병원		노인병원		합계		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
사망율	매우 증가	1	(1.4)	1	(3.6)	2	(2.0)	.745
	증가	21	(29.6)	7	(25.0)	28	(28.3)	
	변화 없음	48	(67.6)	20	(71.4)	68	(68.7)	
	감소	1	(1.4)		-	1	(1.0)	
폐렴	매우 증가	2	(2.8)	1	(3.6)	3	(3.0)	.392
	증가	25	(35.2)	6	(21.4)	31	(31.3)	
	변화 없음	42	(59.2)	21	(75.0)	63	(63.6)	
	감소	2	(2.8)		-	2	(2.0)	
폐혈증	매우 증가	1	(1.4)	1	(3.6)	2	(2.0)	.488
	증가	19	(27.1)	5	(17.9)	24	(24.5)	
	변화 없음	48	(68.6)	22	(78.6)	70	(71.4)	
	감소	2	(2.9)		-	2	(2.0)	
요로감염증	매우 증가	1	(1.4)		-	1	(1.0)	.900
	증가	18	(25.4)	8	(28.6)	26	(26.3)	
	변화 없음	51	(71.8)	20	(71.4)	71	(71.7)	
	감소	1	(1.4)		-	1	(1.0)	
낙상	증가	9	(12.7)	3	(11.1)	12	(12.2)	1.000
	변화 없음	61	(85.9)	24	(88.9)	85	(86.7)	
	감소	1	(1.4)			1	(1.0)	
욕창	증가	19	(26.8)	8	(28.6)	27	(27.3)	1.000
	변화 없음	50	(70.4)	19	(67.9)	69	(69.7)	
	감소	2	(2.8)	1	(3.6)	3	(3.0)	

<표 10> 의료행위변화로 인하여 나타난 치료결과 해당항목(소재지별)

해당항목	치료결과	대도시 중심지		대도시 외곽지역		도농복합 중소도시		읍면단위 농촌지역		합계		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
사망율	매우 증가	2	(4.2)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	2	(2.0)	.577
	증가	10	(20.8)	5	(31.3)	9	(47.4)	6	(31.6)	30	(29.4)	
	변화 없음	35	(72.9)	11	(68.8)	10	(52.6)	13	(68.4)	69	(67.6)	
	감소	1	(2.1)	0	(.0)	0	(.0)	0	(.0)	1	(1.0)	
폐렴	매우 증가	1	(2.1)	0	(.0)	1	(5.3)	1	(5.3)	3	(2.9)	.656
	증가	15	(31.3)	6	(37.5)	7	(36.8)	5	(26.3)	33	(32.4)	
	변화 없음	32	(66.7)	10	(62.5)	10	(52.6)	12	(63.2)	64	(62.7)	
	감소	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	1	(5.3)	2	(2.0)	
폐혈증	매우 증가	1	(2.1)	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.6)	2	(2.0)	.674
	증가	12	(25.0)	5	(31.3)	4	(21.1)	5	(27.8)	26	(25.7)	
	변화 없음	35	(72.9)	11	(68.8)	14	(73.7)	11	(61.1)	71	(70.3)	
	감소	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	1	(5.6)	2	(2.0)	
요로감염증	매우 증가	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	0	(.0)	1	(1.0)	.490
	증가	14	(29.2)	4	(25.0)	6	(31.6)	4	(21.1)	28	(27.5)	
	변화 없음	34	(70.8)	12	(75.0)	11	(57.9)	15	(78.9)	72	(70.6)	
	감소	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	0	(.0)	1	(1.0)	
낙상	증가	5	(10.6)	1	(6.3)	4	(21.1)	2	(10.5)	12	(11.9)	.423
	변화 없음	42	(89.4)	15	(93.8)	14	(73.7)	17	(89.5)	88	(87.1)	
	감소	0	(.0)	0	(.0)	1	(5.3)	0	(.0)	1	(1.0)	
욕창	증가	12	(25.0)	4	(25.0)	6	(31.6)	5	(26.3)	27	(26.5)	.928
	변화 없음	35	(72.9)	12	(75.0)	12	(63.2)	13	(68.4)	72	(70.6)	
	감소	1	(2.1)	0	(.0)	1	(5.3)	1	(5.3)	3	(2.9)	

5. 일당정액수가제에 대한 개선의견

병원형태와 병원소재지에 따른 일당수가제에 대한 개선의견은 모든 영역에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 개선의견으로 가장 많이 거론한 순서로는 첫째, 질환별 특성화를 추구할 수 있는 DRG로 전환, 둘째, 차등제 가감산 폭을 더욱 확대하여 우량병원의 지원확대, 셋째, 차등제는 지역의 소규모 병원을 차별화하므로 가감산 폭 축소 순으로 나타났다<표 11>,<표 12>.

<표 11> 일당정액수가제에 대한 개선의견(병원별, 중복응답)

개선의견	요양병원		노인병원		합계	
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
일당정액수가제가 좋다	8	(11.1)	3	(10.7)	11	(11.0)
질환별로 특성화된 DRG로 전환	40	(55.6)	16	(57.1)	56	(56.0)
인력차등수가제만 개선	6	(8.3)	1	(3.6)	7	(7.0)
RUG만을 보다 간소하게 수정	4	(5.6)	2	(7.1)	6	(6.0)
우량병원에 대한 지원확대	30	(41.7)	16	(57.1)	46	(46.0)
수가차등제의 가감산 폭 축소	14	(19.4)	5	(17.9)	19	(19.0)
기타	10	(13.9)	3	(10.7)	13	(13.0)

<표 12> 일당정액수가제에 대한 개선의견(소재지별, 중복응답)

개선의견	대도시 중심지		대도시 외곽지역		도농복합 중소도시		읍면단위 농촌지역		합계	
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
일당정액수가제가 좋다	6	(12.2)	1	(6.7)	2	(10.0)	2	(10.5)	11	(10.7)
질환별로 특성화된 DRG로 전환	28	(57.1)	8	(53.3)	15	(75.0)	8	(42.1)	59	(57.3)
인력차등수가제만 개선	4	(8.2)		-	1	(5.0)	2	(10.5)	7	(6.8)
RUG만을 보다 간소하게 수정	4	(8.2)		-	1	(5.0)	1	(5.3)	6	(5.8)
우량병원에 대한 지원확대	21	(42.9)	10	(66.7)	11	(55.0)	5	(26.3)	47	(45.6)
수가차등제의 가감산 폭 축소	6	(12.2)	4	(26.7)	3	(15.0)	6	(31.6)	19	(18.4)
기타	4	(8.2)	1	(6.7)	2	(10.0)	7	(36.8)	14	(13.6)

<표 13> 인력차등수가제 실시에 대한 만족도

요인	구분	만족		보통		불만족		매우 불만족		p
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
병원	요양병원	15	(21.1)	24	(33.8)	22	(31.0)	10	(14.1)	.185
	노인병원	10	(34.5)	4	(13.8)	11	(37.9)	4	(13.8)	
소재지	대도시 중심지	14	(29.2)	18	(37.5)	11	(22.9)	5	(10.4)	.401
	대도시 외곽지역	2	(12.5)	4	(25.0)	6	(37.5)	4	(25.0)	
	도농복합 중소도시	5	(25.0)	4	(20.0)	8	(40.0)	3	(15.0)	
	읍면단위 농촌지역	4	(21.1)	3	(15.8)	9	(47.4)	3	(15.8)	
합계		25	(24.3)	29	(28.2)	34	(33.0)	15	(14.6)	

6. 인력차등수가제 실시에 대한 만족도

병원형태(p=.185)와 병원소재지(p=.401)에 따른 인력차등수가제 실시에 대한 만족도는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 전체적으로 볼 때 인력차등수가제 실시에 대해 24.3%가 만족하다고 응답했고 47.6%가 불만족하다고 응답했다<표 13>.

7. 인력차등수가제 실시에 대한 의견

인력차등수가제에 실시에 대한 의견은 병원형태와 병원소재지에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 만족한 사유의 가장 많은 응답은 적정한 의료인력이 투입되어야 질이 향상되므로, 불만족한 사유의 가장 많은 응답은 인력수급이 용이한 지역과 대형병원에 편중되게 수가구조가 설계되어 있다 로 나타났다<표 14>,<표 15>.

<표 14> 인력차등수가제 실시에 대한 만족, 불만족 사유(병원별, 중복응답)

사유		요양병원		노인병원		합계	
		빈도(%)		빈도(%)		빈도(%)	
만족	적정인력이 투입되어야 질이 향상되므로	14	(93.3)	8	(80.0)	22	(88.0)
	난립한 요양병원을 정리하기가 용이하므로	6	(40.0)	5	(50.0)	11	(44.0)
	사회적 형평성을 기할 수 있으므로	8	(53.3)	7	(70.0)	15	(60.0)
	인력차등수가제가 경영에 도움이 되므로	1	(6.7)	2	(20.0)	3	(12.0)
	기타	1	(6.7)		-	1	(4.0)
	합계	15	(60.0)	10	(40.0)	25	(100.0)
불만족	수가구조가 대도시와 대형병원에 편중되어서	19	(59.4)	1	(50.0)	30	(62.5)
	지방 중소병원에 상대적으로 불이익이 가중	19	(59.4)	1	(50.0)	29	(60.4)
	적정인력을 확보하는 유인책이 못되므로	12	(37.5)	1	(50.0)	15	(31.3)
	기타	3	(9.4)	1	(50.0)	6	(12.5)
	합계	32	(66.7)	2	(4.3)	48	(100.0)

<표 15> 인력차등수가제 실시에 대한 만족, 불만족 사유(소재지별, 중복응답)

사유		대도시 중심지		대도시 외곽지역		도농복합 중소도시		읍면단위 농촌지역		합계	
		빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)
만족	적정인력이 투입되어야 질이 향상되므로	13	(92.9)	2	(100.0)	5	(100.0)	2	(50.0)	22	(88.0)
	난립한 요양병원을 정리하기가 용이하므로	7	(50.0)	1	(50.0)	2	(40.0)	1	(25.0)	11	(44.0)
	사회적 형평성을 기할 수 있으므로	7	(50.0)		-	4	(40.0)	4	(100.0)	15	(60.0)
	인력차등수가제가 경영에 도움이 되므로	3	(21.4)		-		-		-	3	(12.0)
	기타	1	(7.1)		-		-		-	1	(4.0)
	합계	14	(56.0)	2	(8.0)	5	(20.0)	4	(16.0)	25	(100.0)
불만족	수가구조가 대도시와 대형병원에 편중되어서	10	(62.5)	5	(50.0)	7	(70.0)	8	(66.7)	30	(62.5)
	지방 중소병원에 상대적으로 불이익이 가중	9	(56.3)	3	(30.0)	7	(70.0)	10	(83.3)	29	(60.4)
	적정인력을 확보하는 유인책이 못되므로	6	(37.5)	7	(70.0)	1	(10.0)	1	(8.3)	15	(31.3)
	기타	2	(12.5)	1	(10.0)	2	(20.0)	1	(8.3)	6	(12.5)
	합계	16	(33.4)	10	(20.8)	10	(20.8)	12	(25.0)	48	(100.0)

<표 16> 인력차등수가제에 대한 개선의견(병원별)

개선의견	요양병원		노인병원		합계		p
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
수가 가감산 구간 폭 확대	12	(16.9)	9	(32.1)	21	(21.2)	.173
적정하다	8	(11.3)	0	(.0)	8	(8.1)	
축소하여 구간별 차이를 적게	8	(11.3)	1	(3.6)	9	(9.1)	
일정기준이하 구간만 감산 폭 확대	17	(23.9)	5	(17.9)	22	(22.2)	
일정수준 이상의 양호구간에만 인센티브 추가 지급	23	(32.4)	12	(42.9)	35	(35.4)	
기타	3	(4.2)	1	(3.6)	4	(4.0)	

<표 17> 인력차등수가제에 대한 개선의견(소재지별)

개선의견	대도시 중심지		대도시 외곽지역		도농복합 중소도시		읍면단위 농촌지역		합계		p
	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	빈도	(%)	
수가 가감산 구간 폭 확대	9	(18.8)	5	(31.3)	6	(31.6)	2	(10.5)	22	(21.6)	.122
적정하다	5	(10.4)	2	(12.5)	1	(5.3)	0	(.0)	8	(7.8)	
축소하여 구간별 차이를 적게	3	(6.3)	1	(6.3)	3	(15.8)	3	(15.8)	10	(9.8)	
일정기준이하 구간만 감산 폭 확대	14	(29.2)	1	(6.3)	4	(21.1)	3	(15.8)	22	(21.6)	
일정수준 이상의 양호구간에만 인센티브 추가 지급	17	(35.4)	7	(43.8)	4	(21.1)	8	(42.1)	36	(35.3)	
기타		-		-	1	(5.3)	3	(15.8)	4	(3.9)	

8. 인력차등수가제의 개선의견

인력차등수가제에 대한 개선의견은 병원형태와 병원소재지에 따라 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으며 일정수준 이상의 양호한 구간에만 인센티브를 추가로 지급해야 한다는 의견이 35.3%로 가장 많았고 일정 기준 이하의 구간만 감산 폭을 확대해야 한다는 의견과 수가 가감산의 구간 폭을 확대해야 한다는 의견이 21.6%로 그 다음으로 높게 나타났다<표 16>,<표 17>.

Ⅳ. 고찰 및 결론

2005년 203개소 24,020병상이던 요양병원이 2010년12월말 현재 867개소 111,992병상으로 불과 5년만에 병원수 대비 427%, 병상수 대비 466%로 폭발적인 증가를 보이고 있다. 요양병원의 95%가 사립의료기관을 구성되어 있어 적정이윤을 창출하기 위한 병원간의 경쟁이 치열한 것이 현실이다. 과잉공급으로 인한 병원간의 치열한 경쟁은 질 낮은 서비스와 본인부담 덤핑 등으로 돈만 챙긴다는 비판이 끊이지 않고 있다. 무엇보다도 요양병원의 가장 큰 문제점인 과당경쟁과 의료서비스의 질 저

하 문제는 2008년부터 도입되기 시작한 일당수가제가 시행되면서부터다[4]. 일당정액수가제가 시행되면서 작업치료나 물리치료의 횟수를 줄일수록, 관련 인력을 덜 둘수록, 저가약을 쓸수록 병원으로서는 더 많은 이익을 낼 수 있다 보니 제공하는 의료서비스의 질이 부실화되고 있는 반면 의료서비스의 질을 높일수록 경영압박을 받는 왜곡현상이 발생하여 질이 좋은 병원은 심각한 경영압박을 받는 기현상이 발생하고 있다[5]. 또한 요양병원들의 환자유치경쟁이 치열해지면서 통상 50만원의 본인부담금을 절반 가까이 할인해주거나 아예 면제해주는 곳이 상당수 있는 것으로 알려져 있다.

2009년 1월 건강보험심사평가원은 568개 요양병원을 방문해 현지확인한 결과 절반에 가까운 274개 병원(48.2%)이 부실신고한 것으로 들어나 119억원의 요양급여비를 환수조치 하였다. 따라서 이런 문제점을 보완하기 위해 "시설과 인력기준이 미달되는 요양병원들에 대한 수가를 삭감하고 대신 질적으로 우수한 곳은 수가를 보전해줄 필요가 있다"는 것이 요양병원협의회의 입장이다[5]. 물론 현재도 인력차등수가제를 운영하고 있으나 차등정도가 심하지 않아 적정 의료인력을 확보하는 유인책으로는 충분하지 않은 실정이다.

현 일당정액수가제의 문제점을 보면 첫째, 기본적으로 현실에 비추어 너무 낮은 정액수가라는 점과 둘째 기능향상에 대한 인센티브가 없으므로 환자가 중환자가 될 수록 수익이 증가하는 문제가 있고 셋째, 타 종별 병원(정신병원, 호스피스 병원 등)의 수가에 비해 매우 낮은 수준이며. 넷째, 인건비 비중이 낮은 요양시설보다 낮은 수가이다. 다섯째, 질환별로 차이가 심한 것이 문제점이다. 개선방안으로는 요양병원의 기능분화를 촉진, 전문화, 특성화를 유도해야 한다. 요양병원은 노인의료복지시설의 중추적 역할을 수행하는 의료기관으로 육성하는 것이 바람직하다. 800여개가 넘는 요양병원을 지금처럼 특별한 기능 없이 요양시설과 동일한 역할과 임무를 수행하도록 방치하는 것은 대단히 잘못된 정책이다. 따라서 기존에 구축된 노인의료요양인프라를 제 역할을 수행하는 노인전문의료기관으로 육성 발전시키는 것이 바람직하다[6]. 이미 투자된 민간의 인력과 자본이 노인의료 및 요양서비스부문에 적절히 사용될 수 있도록 해야 한다. 의료적 측면에서 볼 때 미분화상태인 요양병원의 기능을 보다 분화하여 전문적이며 장기적인 노인의료서비스를 제공하는 병원으로 육성하는 것이 바람직하다. 노인환자의 진료모델에 따른 적절한 수가분리정책으로 요양병원의 기능별 분화와 전문화된 모델 즉, 치매전문병원, 뇌졸중전문병원, 통증전문병원, 내과적질환전문병원 등으로 기능별 분화 및 전문화할 필요가 있다[7].

현 차등수가제의 문제점은 첫째, 인력수급이 용이한 대도시와 대형병원에 편중되게 설계되어 있으며 둘째, 지방이나 중소규모병원이 상대적으로 불이익을 받도록 설계되어있다. 통계청이 발표한[8] 1999년부터 2008년까지 10년간 65세 이상의 노인인구 증가폭이 큰 시, 군, 구를 보면 전라남도 고흥군이 17.95%에서 30.62%, 경상북도 의성군 18.23%에서 30.62%, 경상북도 영양군 16.83%에서 29.11%, 전라남도 진도군 15.29%에서 27.2%, 경상북도 군위군 18.82%에서 30.56%, 전라남도 신안군 15.88%에서 27.58%, 경상북도 예천군 17.4%에서 28.9%인 것으로 나타났다. 노인환자의 상당수가 농어촌지역에 거주한다는 엄연한 사실[9]과 농어촌지역에서 의사, 간호사, 의료기사 등의 인력충원은 사실상 어렵다는 현실을 감안하여 농어촌지역은 수가를 보전해줄 필요가 있다.

적정수의 유능한 의료 인력이 많은 수의 인력보다 효율적인 서비스를 제공할 수 있으며 단순히 의료인력 숫자만을 산정할 경우 부정청구를 할 개연성을 갖게 된다. 위와 같이 사실상 인력수급이 원활하지 않은 상황임에도 요양병원 입원료차등수가제가 병상수 대비 인력기준에서 환자수 대비 인

력수 기준으로 개편하여 2010년 4월부터 시행하고 있다. 여러 가지로 미비하지만 그나마 적정한 의료서비스를 제공하는 요양병원은 수가가산폭이 확대되지만 질 낮은 의료서비스를 제공하는 요양병원에는 수가 감산폭이 늘어나게 되어 형평성을 추구한 것으로는 보인다.

참고문헌

1. 건강보험심사평가원(2007), 요양병원형 수가제도, pp.3-26.
2. 송현종(2011), 요양병원의 현황과 정책과제, HIRA 정책동향, Vol.5(3);5-13.
3. 노용균(2011), 노인장기요양보호를 위한 요양병원과 요양시설의 역할 정립 필요성, HIRA 정책동향, Vol.5(3);23-33.
4. 염민섭(2009), 요양병원 건강보험수가 개선방안, 2009년도 대한노인요양병원협의회 춘계 학술세미나 연제집, pp.131-141.
5. 김덕진(2009), 노인요양병원의 제도적 문제점과 개선방안, 대한병원협회지 Vol.321(9-10월);9-16.
6. 서영준(2009), 요양병원과 요양시설의 역할 정립 방안, 건강보장정책, Vol.8(2);140-153.
7. 김영배(2009), 요양병원의 발전방향, 대한병원협회 창립50주년기념 병원관리종합학술대회, pp.783-815.
8. 통계청(2009), 2008년 인구부문 전수집계결과.
9. 통계청(2011), 2010년 인구부문 전수집계결과.

접수일자 2011년 6월 10일
심사일자 2011년 6월 20일
게재확정일자 2011년 6월 27일