

요양병원의 성장과 운영상의 주요 이슈

오은환

협성대학교 보건관리학과

Key Issues on Long-Term Care Hospitals in Korea

Eun-Hwan Oh

Department of Health Management, College of Science & Engineering, Hyupsung University, Hwaseong, Korea

This study reviews the advent of long-term care (LTC) hospitals and its key issues in Korea. For analysis, enforcement ordinances and enforcement rules related to LTC hospitals were reviewed. Official statistic data were used for quantitative analysis and Organization for Economic Cooperation and Development data were utilized for comparative analysis. Various references and expert interviews were conducted for status analysis. As of 2016, the number of LTC hospitals was 1,386 and the number of beds were 246,373. It showed the trend of increasing medical care costs and the cost of care at LTC hospitals increasing from 998.8 billion Korean won in 2008 to 4,745.6 billion Korean won in 2016, accounting for 7.3% of the total National Health Insurance expenditure. From the societal perspective, several issues were pointed out within the current health care system related to LTC hospitals: establishment of roles, concerns about the increase in medical expenses, and the quality of medical personnel.

Keywords: Long-term care hospitals; Medical expenses; Korea

서 론

1. 요양병원의 등장 배경

우리나라 65세 이상 노인의 89.2%가 만성질환 이환자이며, 1인당 평균 2.6개의 만성질환을 갖고 있는 복합이환자이다. 또한 노인들은 1개월간 평균 2.4회 의료기관 외래방문 경험이 있으며, 1년간 전체 노인의 18.4%가 입원 경험이 있는 것으로 파악되고 있다[1].

노인인구의 증가와 더불어 평균수명의 연장, 질병양상의 다양화, 보건의료서비스 제공 및 이용에 있어서 서비스 질 향상 및 경제적 효율성 제고 등의 이유로 의료기관의 기능을 분화하고 역할을 명확히 하고자 하는 것이 세계적인 추세이다. 이에 유럽에서는 1980년대에 들어오면서 급성기병상(acute care beds in hospital)과 대조적인 개념으로서의 장기요양병상(long-term care beds in hospital)이 급속하게 확대되어 왔으며[2], 일본에서도 2025년까지를 목표로 의료수요 및 병상의 필요도를 파악하여 의료기관의 역할을 명확히 구분하고자

하는 지역의료구상(地域醫療構想)을 진행하고 있으며[3], 2018년 4월부터 개호의료원(노인의료원)을 설치·운영하기 시작하였다[4].

우리나라에서는 1994년 의료법에서 요양병원을 의료기관으로 인정하기 시작하였는데, 당시 노인인구는 전체 인구의 5.7% 수준에 불과하였지만, 2000년대 이후의 노인인구 증가와 기대수명의 연장, 그리고 이에 따른 의료이용 증가와 노인의료비지출 증가 예측됨에 따라 관련 법령이 제정·실시되기 시작되었다. 제도 도입 초기부터 지금까지 '요양병원'과 '노인전문병원'이라는 용어가 혼동되어 사용되어 오고 있는데, 노인전문병원에 관한 규정은 1997년 노인복지법 전부개정 시 도입되었으며, 이후 노인복지법에서 규정된 사항을 제외하고는 노인전문병원의 시설 등에 관한 기준을 의료법상 요양병원에 관한 규정을 준용하도록 하는 데에서 시작된다. 이에 의해 의료법상 요양병원의 시설기준·준수사항 및 관리·운영 규정이 노인전문병원에도 적용되었으나, 2011년 6월 노인복지법 개정(2011년 12월 시행)시 삭제되었다.

Correspondence to: Eun-Hwan Oh
Department of Health Management, College of Science & Engineering, Hyupsung University,
72 Choerubaek-ro, Bongdam-eup, Hwaseong 18330, Korea
Tel: +82-31-299-0753, Fax: +82-31-299-0980, E-mail: oh@uhs.ac.kr
Received: July 19, 2018 / Revised: July 31, 2018 / Accepted after revision: August 11, 2018

© Korean Academy of Health Policy and Management
© This is an open-access article distributed under the terms of the
Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

2. 요양병원의 개설 및 운영 기준

현행 의료법에서는 요양병원을 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양을 요하는 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관으로 정의하고 있으며, 의료서비스 제공의 주요 대상은 노인성 질환자, 만성질환자, 외과 수술 또는 상해와 같은 장기치료가 필요한 환자이다.

요양원과 같은 요양시설의 개설 및 운영 기준 등이 노인복지법과 노인장기요양법에 기초하는 것에 비해 요양병원은 의료법과 국민건강보험법을 바탕으로 하며, 재원은 국민건강보험으로 한다.

시설기준으로는 30병상 이상의 입원실을 갖추어야 하며, 의무기록실, 소독시설, 휴게실 등이 설치되어야 한다. 인력기준으로는 의사는 연평균 1일 입원환자 80명까지는 2명, 80명을 초과하는 입원환자는 매 40명마다 1명(한의사를 포함하여 환산) 상주하여야 하며, 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산한다. 간호사는 입원환자 6명마다 1명 배치하여야 하며, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있고, 외래환자 12명은 입원환자 1명으로 환산한다. 요양시설의 인력기준과 달리 요양보호사에 관한 규정은 없다.

방 법

요양병원 관련 제반 법·시행령·시행규칙 등을 고찰하였고, 요양원 등과의 비교분석을 위해 요양시설 관련 제도를 참고하였다. 분석을 위하여 의료법, 국민건강보험법, 노인복지법, 노인장기요양법 등이 주요 자료로 이용되었다. 요양병원 기관 수, 병상 수, 진료비 현황 및 연도별 추이 등을 분석하기 위하여 보건복지부의 '보건복지통계연보' 각 년도[5] 및 건강보험심사평가원과 국민건강보험공단의 '건강보험통계연보' 각 년도[6]를 참고하였으며, 국제비교를 위하여 'OECD Health Statistics 2018'[7] 및 'Health at a Glance 2017: OECD Indicators'[8] 등을 활용하였다. 요양병원의 설립 및 운영현황 등 제반사항과 관련하여 이론적·역사적 고찰을 위해 각종 국내·외 학술논문, 학술대회 발표자료집, 연구보고서 등을 참고하였

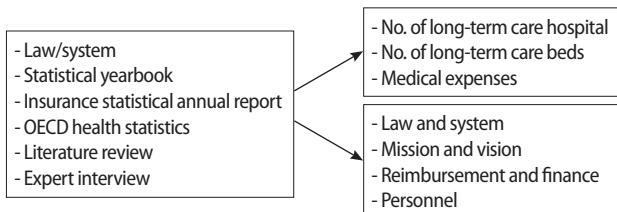


Figure 1. Framework of analysis. OECD, Organization for Economic Cooperation and Development.

1) 의료법에서 요양병원을 의료기관으로 인정하기 시작한 것은 2004년부터이지만, 2007년까지는 급성기병원 수가 적용되었고, 2008년부터 요양병원형 건강보험수가 적용되기 시작됨. 우리나라의 요양병원에 관한 국제비교도 2008년부터 시작되었기 때문에 2008년부터 논의하는 것이 의미가 있다고 판단되어, 본 연구에서는 2008년부터 분석대상으로 하였음. 참고로 2004년부터 2007년까지의 요양병원 수(병상 수)는 각각, 109개소(약 10,000), 203개소(약 26,000), 361개소(약 43,000), 591개소(약 67,000)임.

다. 또한 대한노인요양병원협회 관계자들과의 인터뷰를 통해 요양병원 운영상의 실제적인 문제점을 파악하고자 하였다. 인터뷰는 직접 면담 및 전화 인터뷰를 통해 실시되었다(Figure 1).

결 과¹⁾

1. 요양병원 기관 수 및 병상 수

2016년 기준으로 요양병원 기관 수는 1,386개로 전체 의료기관 수 3,788개의 36.6%를 차지하고 있으며, 요양병원 병상 수는 246,373개로 전체 의료기관 병상 수 692,345개의 35.6%, 전체 병원 입원진료 병상 수는 613,968개로 40.2%를 차지하고 있다. 2008년 장기요양보험제도 시행에 따라 요양시설이 급속하게 증가하였는데, 요양병원도 시대의 흐름에 따라 양적으로 크게 증가하였다. 특히 병상 수의 증가가 두드러졌다. 2008년 690개소였던 요양병원 기관 수는 2016년 1,386개소로 연평균 9.1% 증가하였으며, 동일 기간 76,608개였던 요양병원 병상 수는 246,373개로 연평균 15.7% 증가

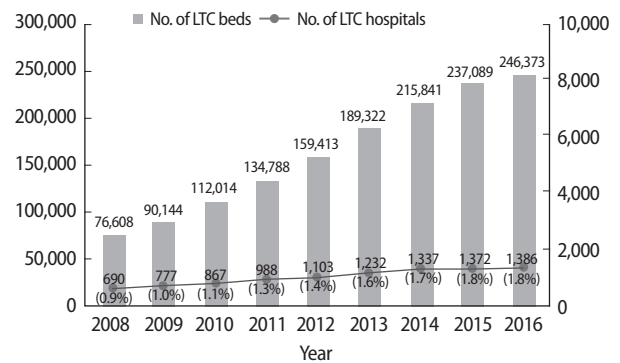


Figure 2. Numbers of LTC hospitals and beds. LTC, long-term care.

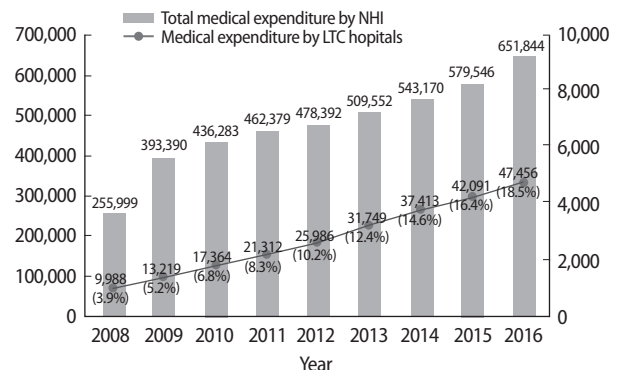


Figure 3. Medical expenses by LTC hospitals and total medical expenses by NHI (100 million Korean won). NHI, National Health Insurance; LTC, long-term care.

하였다(Figure 2). 2014년 기준으로 65세 이상 인구 천 명당 장기요양병원 병상 수는 34.1개로 OECD 국가 중 가장 많은 수준이며, 다음으로 일본 10.3개, 헝가리 10.1개, 체코 8.9개 순이었으며, OECD 국가 평균은 3.9개였다[7].

2. 요양병원 진료비

진료비 증가 추이를 보면, 2008년 9,988억 원이었던 요양병원 진료비는 2016년 4조7,456억 원으로 증가하였으며, 동일 기간 건강보험 진료비는 25조5,999억 원에서 65조1,844억 원으로 증가하였다(Figure 3). 건강보험 전체 진료비 중 요양병원이 차지하는 비중은 2008년 3.9%에서 2016년 7.3%로 증가하였다. 진료비 증가속도를 보면, 요양병원 진료비는 2008년에서 2016년 기간 동안 연평균 21.5% 증가한 반면, 건강보험 진료비는 같은 기간 연평균 12.4% 증가하였는데, 이는 요양병원 진료비 증가율이 건강보험 진료비 증가율에 비해 연평균 1.74배 많이 증가하고 있다는 것을 보여준다.

3. 진료비 지불제도

우리나라에서 건강보험의 적용을 받는 의료서비스나 치료재료에 대한 의료기관에의 지불은 기본적으로 행위별수가제에 기초하고 있으며, 일부 포괄수가제(diagnosis-related groups)의 적용을 받는다. 그러나 요양병원의 경우 급성기 질환뿐만 아니라 만성질환, 노인성 질환 등 장기적인 의료서비스를 요하는 의료수요가 증가함에 따라 환자 특성에 맞는 의료서비스를 제공하고, 의료비 지출의 효율화를 꾀하고자 2008년부터 일당정액수가제를 시행하고 있다.

현재 요양병원에 대한 일당정액수가는 환자의 질병(임상적 상태) 또는 기능상태(서비스 요구도)에 따라 환자군을 구분하여, 자원이 용량 수준에 따라 환자분류군별로 차등 지급하고 있다(Table 1). 환자군은 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 의료경도, 문체행동군, 인지장애군, 신체기능저하군 등으로 크게 7개로 분류하고, 이를 다시 일상생활활동능력(activities of daily living)에 따라 세분화하고 있다[9-12] (Appendix 1).

Table 1을 보면 가장 높은 수준의 의료서비스를 필요로 하는 ‘의

Table 1. Categories of long-term care hospital patients and medical fees and average LOS by categories

| Category | Medical fee (Korean won) | Average LOS (day) |
|-----------------------------|--------------------------|-------------------|
| Mostly medically needed | 52,250 (3.6) | 63.2 |
| Highly medically needed | 43,557 (20.2) | 88.7 |
| Moderately medically needed | 41,310 (21.1) | 86.7 |
| Lightly medically needed | 39,770 (1.7) | 86.5 |
| Behavior problem | 39,580 (15.0) | 77.6 |
| Cognitive disability | 38,790 (34.6) | 105.9 |
| Physical dysfunction | 27,127 (3.9) | 54.6 |

Values are presented as number (%) or number.
LOS, length of stay.

료최고도’ 환자군의 일당정액수가는 52,250원으로 가장 높고, ‘신체기능저하군’은 27,127원으로 가장 낮다. 환자 구성비를 보면 ‘인지장애군’이 34.6%로 가장 많은 환자가 여기에 해당되고, ‘의료경도,’ ‘의료최고도,’ ‘신체기능저하군’의 순으로 해당되는 환자 비중이 작았다. 평균재원일수는 ‘인지장애군’이 105.9일로 가장 길었고, ‘신체기능저하군’이 54.6일로 가장 짧았다.

고 찰

1. 현황 및 문제점

1994년 의료법에 의해 요양병원이 규정된 이후 20여 년 동안 요양병원은 양적으로 크게 성장하였다. 한편, 2008년부터 적용된 일당정액수가제에 의한 요양병원 진료비 지불제도를 통해 진료비가 어느 정도 통제되어옴에 따라 노인인구 증가와 노인의료서비스 수요 증가에도 불구하고 의료비 지출 효율화가 관리되어 왔다. 또한 요양병원의 성장으로 노인성 질환에 특화된 의료서비스를 제공할 수 있게 되었으며, 의사, 간호사 등의 의료인력은 물론 간호조무사, 물리치료사·작업치료사 등 의료 관련 종사자들의 고용 창출에도 크게 기여하고 있다는 점에서 순기능을 다하고 있다고 볼 수 있다. 그럼에도 불구하고 요양병원 운영과 관련하여 몇 가지 문제점이 제기되고 있다.

우선 요양병원의 기능 정립의 문제를 들 수 있다. 현재 요양병원과 요양시설 간의 역할 구분이 모호하다는 것은 주지의 사실이다. 즉 돌봄은 필요하지만 치료가 필요 없는 노인들이 요양병원에 입원하고 장기입원으로 이어지고 있으며, 수요증가에 따라 공급, 즉 요양병원 시설 수, 특히 요양병원 병상 수가 급속하게 증가하고 있는데, 이는 건강보험제정과 의료비지출 증가에 영향을 미치고 있다.

요양병원과 요양시설에서의 의료필요도를 분석한 연구에 의하면, 요양시설입소자의 30.4%가 요양병원 등과 같은 의료기관에서의 의료적 필요도가 높았고, 요양병원 입원환자의 53.5%가 의료서비스보다 요양시설에서의 돌봄서비스가 필요한 것으로 파악되었다[13]. 이러한 연구결과는 요양병원과 요양시설 간의 기능이 불분명하게 운영되고 있으며, 거시적으로는 의료비가 효율적으로 지출되지 못하고 있다는 것을 의미한다.

또한 수요자 측면에서는 노인들 중 등급판정에서 요양시설 입소 대상에 인정되지 않는 경우, 요양시설 입소에의 대기기간이 길어지거나 1-2등급과 같은 높은 등급을 받지 못하는 경우, 본인부담액이 커서 서비스 이용에 경제적 어려움을 겪는 등의 이유로 요양원 등과 같은 요양시설에 입소해야 함에도 불구하고 장기요양보험의 대안으로 상대적으로 본인부담이 적으며 치료를 포함한 넓은 범위의 서비스를 제공받을 수 있는 건강보험의 적용을 받는 요양병원에 입원함으로써 의료서비스가 필요한 노인들이 제대로 서비스 이용을 하지 못하는 불합리한 상황이 발생하기도 한다.

공급자 측면에서는 요양병원은 일당정액수가제로 보상을 받기

때문에 양질의 의료서비스를 제공할 제도적·경제적 유인이 적으며, 오히려 환자들에게 장기입원²⁾을 유도하고 의료인력의 투입을 덜 필요로 하는 환자를 골라 입원시키는 위험선택(risk selection)의 문제도 지적된다. 의료서비스가 전혀 필요하지 않은 노숙인들을 허위 입원시키는 도덕적 해이(moral hazard)의 문제도 발생하고 있다.

한편, 요양병원이 전체 의료기관 병상 수의 35.6%를 차지하고 있음에도 불구하고 전체 진료비의 7.3%에 불과하다는 점에서 급성기 의료와 호스피스 의료의 중간에서 의료비 절감에 기여하고 있다는 점은 의심할 여지가 없다. 그러나 요양병원 기관 수의 증가 속도에 비해 병상 수의 증가속도가 월등히 빠르고, 진료비의 증가속도는 훨씬 더 증가 폭이 크다는 점은 예외주시할 필요가 분명히 있다.³⁾

다양한 전문과를 설치·운영하고, 의사, 간호사, 약사, 물리치료사, 작업치료사 등 여러 분야의 전문 직종을 통한 의료서비스를 제공하면서 조직의 종속을 유지하기 위해서는 규모의 경제가 필요한 경우가 많다. 실제로 많은 요양병원이 노인의료서비스에 대한 수요 증가와 함께 과잉 경쟁으로 인해 대형화되고 있으며, 많은 중소병원이 도태하고 있다. 이에 불필요한 입원을 발생시키는 사회적 입원과 일당 정액수가로 보상되는 서비스와 별도로 청구할 수 있는 행위별수가 제에 의한 과다청구 등에 대한 우려의 목소리가 높은 것이 현실이다.

요양병원의 시설 수 및 병상 수 등과 같은 양적 성장을 따라가지 못하는 인력의 질적 저하 문제도 지적될 수 있다. 현행법에서는 요양병원에 두어야 하는 당직의료인에 관한 기준을 규정하고 있으나⁴⁾, 야간 당직의료로서의 한의사의 의료행위 일부제한, 약사 대체인력으로서의 간호사의 의약품 관리 미숙 및 의료법 미준수, 간호사 인력 부족에 의한 간호조무사의 간호사 업무 대체 담당 등 규정과 현실 간에 실질적인 괴리가 존재하고 있다. 따라서 현실성 있는 제도로의 개선, 의료인력에 대한 교육·훈련 등 철저한 관리가 요구된다. 특히 양질의 간병인 배출 보증 및 보수교육 수행, 관리 책임의 명확화 등이 시급하다고 할 수 있다.

2. 결론 및 제언

요양병원에 대한 수요는 계속해서 증가할 것이며, 이에 따라 공급도 확대될 것으로 예상된다. 요양병원은 특히 만성기 질환의 환자를 중심으로 노인의료서비스를 담당하는 역할을 함으로써, 의료서비스 제공의 효율화, 건강보험재정의 안정화, 의료비지출의 건전화, 노인환자 본인 및 가족의 삶의 질 향상 등에 기여할 수 있을 것으로 기대된다.

이를 위해서는 사회 전체적인 측면에서 의료와 보건복지가 연속

적(continuous)이고 통합적(integrated)으로 제공될 수 있도록 하는 체계가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 관련 법률과 규정 등을 정비하여, 사전 예방적인 성격의 보건서비스, 치료가 필요한 경우 요양병원 등의 의료기관을 통한 의료서비스, 치료 이후의 재활과 사회 복귀를 위한 복지서비스가 유기적으로 연동되어야 한다. 또한 요양병원과 요양시설 간 연계를 도모하기 위하여 우수사례를 발굴하고, 연계활성화를 위한 인센티브제도를 도입해야 한다.

의료기관을 통한 노인의료서비스에 관한 직접적인 국제 비교는 각 국가 간 의료기관 및 요양병원에 대한 개념이 다르기 때문에 불가능하다. 그렇지만 공통적인 경향을 보이는 국제적인 추세는 의료기관의 역할을 명확히 하고 기능을 분화하고 있다는 점이다. 특히 노인인구 증가에 따른 아급성기병원, 재활병원, 치매병원, 말기의료를 위한 호스피스병원 등과 같이 질환별 세분화된 특화병원의 활성화가 두드러지고 있다. OECD에서도 의료기관을 장기요양시설(long-term care institution)에서 요양보호뿐만 아니라 일반병원이나 전문병원에서의 중독 또는 정신질환 치료, 재활센터까지 분류하여 보건의료서비스를 분석하고 있으며, 보건계정체계(system of health account)에서도 이를 구분하고 있다[14]. 우리나라에서도 요양병원으로 지정된 의료기관 중 '정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률' 제3조 제5호에 따른 정신병원과 장애인복지법 제58조 제1항 제2호에 따른 의료재활시설은 별도로 다루고 있다. 향후 더욱 전문화되고 세분화된 노인의료서비스의 특화가 필요하다고 판단된다.

ORCID

Eun Hwan Oh (professor): <https://orcid.org/0000-0002-5130-4966>

REFERENCES

1. Ministry of Health and Welfare, Korea Institute for Health and Social Affairs. 2014 Survey on the elderly. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2014.
2. McKee M, Healy J; European Observatory on Health Care Systems. Hospitals in a changing Europe. Buckingham: Open University Press; 2002.
3. Ministry of Health, Labour and Welfare. On healthcare plan [Internet]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2017 [cited 2018 May 24]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159901.pdf>.
4. Ministry of Health, Labour and Welfare. On long-term care medical cen-

2) 장기입원 시 수가가 감소되는 제도가 운영되고 있지만 181-360일 입원 시 5% 감소, 361일 이상 입원 시 10% 감소으로 그 정도가 미비하고, 환자는 본인부담상한제의 적용을 받아 조기퇴원 또는 단기 입원에 대한 경제적인 유인이 거의 없음(2018년부터 요양병원 입원일수 기준으로 120일 이하인 경우 소득분위 1분위(저소득)의 본인부담상한액은 80만 원이며 120일 초과인 경우 124만 원에 불과함).

3) 2008년에서 2016년 기간 동안 요양병원 기관수의 연평균 증가율은 9.1%, 같은 기간 병상수 연평균 증가율은 15.7%, 진료비 연평균 증가율은 21.5%임.

4) 「의료법 시행규칙」 제39조의5에서 요양병원에 두는 당직의료인의 정원을 의사·치과의사 또는 한의사의 경우 입원환자 300명까지는 1명, 입원환자 300명 초과시 300명마다 1명 추가, 간호사의 경우 입원환자 80명까지는 1명, 입원환자 80명을 초과시 80명마다 1명 추가하도록 규정하고 있음.

- ter [Internet]. Tokyo: Ministry of Health, Labour and Welfare; 2018 [cited 2018 May 26]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196478.html>.
5. Ministry of Health and Welfare. Health and welfare statistical yearbook. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2008-2016.
 6. Health Insurance Review and Assessment Service, National Health Insurance Service. National Health Insurance statistical annual report. Wonju: Health Insurance Review and Assessment Service; 2008-2016.
 7. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health statistics 2018 [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2018 [cited 2018 Jun 2]. Available from: <https://stats.oecd.org>.
 8. Organization for Economic Cooperation and Development. Health at a glance 2017: OECD indicators. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2017.
 9. National Health Insurance Policy Deliberation Committee. Agenda of the 12th National Health Insurance Policy Deliberation Committee, 2007. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2007.
 10. Lee JT. Status of long-term care hospitals and improvement tasks. KIRI Aging Rev 2017;(14):8-16.
 11. Kim JK, Kim EP, Lee MW. Strengthening management and supervision of long-term care hospitals and system improvement. Seoul: National Assembly Research Service; 2015.
 12. Kim JH. Improvement plan for normalization of long-term care hospitals function. Proc Korean Acad Health Policy Manag 2014;(2):198-231.
 13. Kim JK, Kim EP, Lee MW. Improvement of management and supervision of long-term care hospitals. Seoul: National Assembly Research Service; 2015.
 14. Organization for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development Publishing; 2000.

Appendix 1. Categories of long-term care hospital patients and medical fees and average length of stay by categories

<요양병원 환자군 분류 및 등급별 일당정액수가 및 평균재원일수>

| 구분 | 환자군 결정[9] | 수가(원) [10] | 비율(%) [11] | 평균재원일수 (일) [12] |
|---------|--|---------------|---------------|--------------------|
| 의료최고도 | 혼수, 인공호흡기 간호, 체내출혈, 중심정맥 영양 등 중환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 | 52,250 | 3.6 | 63.2 |
| 의료고도 | ADL이 많이 저하되어 있으면서 신경난치성 질환(파킨슨병, 다발성 경화증 등)을 가지고 있거나, 욕창 치료, 기관절개관 간호, 경관영양 등 중증환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 | 43,557 | 20.2 | 88.7 |
| 의료중도 | ADL이 약간 저하되어 있으면서 신경난치성 질환(파킨슨병, 다발성 경화증 등)을 가지고 있거나, 정맥 주사, 장루케어, 배뇨훈련 등 일반병실환자 수준의 의료적 서비스가 필요한 경우 | 41,310 | 21.1 | 86.7 |
| 의료경도 | 위의 군에 해당하지 않지만 전문재활서비스를 받고 있는 경우 | 39,770 | 1.7 | 86.5 |
| 문제행동군 | 망상, 환각, 초조·공격성, 배회 등의 문제행동이 있는 경우 | 39,580 | 15.0 | 77.6 |
| 인지장애군 | 분명한 인지기능장애가 있는 경우 | 38,790 | 34.6 | 105.9 |
| 신체기능저하군 | 위의 상태 어디에도 해당하지 않는 경우 ※요양병원 입원이 불필요한 환자군으로 노인요양시설 촉탁의 또는 외래를 통해 질환관리가 가능한 경우 | 27,127 | 3.9 | 54.6 |

ADL, activities of daily living.