
療養病院의 需給現況과 政策課題

ISBN 89-8187-177-9 93510

행정간행물등록번호

A0045-65500-57-9904

연구보고서 99-01 ,

吳 泳 昊

韓 志 淑

吳 眞 珠

韓國保健社會研究院

머 리 말

금세기가 다 가고 새로운 세기를 맞고 있는 이 시점에서 다른 분야에서처럼 保健醫療體系도 새로운 方向으로의 轉換이 요구되고 있다. 우리 나라의 경우 의료기술의 발전 등으로 급성의료체계는 어느 정도 잘 정립되어 있는 반면, 점차 수명의 연장에 따른 노령화, 만성 질환자의 증가, 사고 등으로 인한 재활환자의 증가 등의 문제해결을 위한 長期療養醫療體系(Long-Term Care System)는 제대로 정립되어 있지 않다. 즉, 현재까지의 의료시설은 요양 및 만성질환시설의 개념이 없이 급성기질환 위주로 공급되어, 급성기질환 병상은 과잉인 반면 장기요양 병상은 부족한 상태이다.

이러한 적절한 보건의료체계의 부재와 더불어, 대규모 종합병원을 선호하는 국민의식으로 인해, 급성전문치료가 필요치 않은 노인 및 만성질환자 등이 3차 진료기관을 포함한 대규모 종합병원을 선호하여 이들의 장기입원에 따른 재원일수 증가로 전문치료를 요하는 급성질환자의 적시 입원이 어려워지며, 장기입원에 따른 患者側과 病院側에 부과되는 財政的인 負擔이 가중되고 있다. 위와 같은 다양한 요구에 맞는 의료기관의 부재와 대규모 종합병원 선호의식이 의료비용을 증가시키고 또한 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있다. 따라서 노인과 만성질환자에게 적절하고도 전문적인 의료서비스를 제공하고 또한 비용의 절감도 제공할 수 있는 대안으로서의 療養病院에 대한 새로운 認識이 필요하다.

이러한 인식에 기초하여, 정부는 保健醫療需要의 變化에 부응하기 위한 조치로 1994년 의료법 및 의료법 시행규칙을 제정하여, 요양병

원을 법제화하였다. 그러나 시행된 지 이미 5년이 지났음에도 불구하고 1999년 6월 현재, 지난해인 1998년 설립되었거나 일반병원이 요양병원으로 변경한 3개 병원을 포함하여 8개 요양병원이 인가받아 운영되고 있을 뿐, 현재 요양병원의 역할이 미미한 실정이다. 따라서 현재 제도가 안고 있는 문제점을 시정하고 보다 적절한 의료서비스 제공을 위해 장기요양시설의 확충이 필요하며, 이런 점에 비추어 볼 때, 요양병원의 확대는 비용을 절감시키면서도 다양한 의료에 대한 욕구를 충족시킬 수 있는 혁신적인 대응이다. 병원에서와 같이 높은 비용이 부과됨 없이 질 높은 의료를 제공함으로써, 요양병원은 더 낮은 가격으로 병원에 필적할 만한 때로는 보다 더 집중적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

따라서 이 연구에서는 장기요양시설인 療養病院의 需給現況 및 問題點을 分析하고 선진 외국의 장기요양시설제도를 검토하여 우리 실정에 맞는 장기요양시설의 활성화와 확대방안을 제시한다. 이 연구의 결과가 우리 나라 保健醫療體系를 재정립하는 데 기여할 수 있기를 기대하며 관련학계, 전문가 및 정부관계자 등에게 일독을 권하고 싶다.

이 연구는 당원 吳泳昊 責任研究員 책임 하에 韓志淑 研究員, 그리고 단국대 간호학과 吳眞珠 教授에 의하여 수행되었으며 연구진의 구체적인 담당분야를 소개하면 다음과 같다.

제1장 序論 (吳泳昊)

제2장 長期療養施設의 理論的 考察 (吳泳昊)

제3장 長期療養施設의 供給實態 (吳泳昊, 韓志淑)

제4장 長期療養施設 利用分析和 需要推定 (吳泳昊)

제5장 療養病院의 經營分析 (吳泳昊, 韓志淑)

제6장 療養病院 活性化 方案 (吳眞株, 吳泳昊)

연구진들은 이 보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 助言과 協助를 해주신 인제대 보건대학원 김공현 교수, 서울대 보건대학원 이승욱 교수, 유한대 김진순 교수, 연세대 예방의학교실 유승흠 교수, 보건복지부 황중택 사무관, 병원협회 박상우 부장에게 깊이 감사드리며, 검독과정에서 원고를 읽고 귀중한 논평을 해주신 본원의 서동우 박사, 선우덕 박사, 변재관 박사에게 감사를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 참여한 연구진들의 개인적 견해이며, 본 연구원의 공식견해가 아님을 밝혀둔다.

1999年 12月

韓國保健社會研究院

院長 鄭敬培

目次

要約	13
第1章 序論	24
第1節 研究의 背景	24
第2節 研究의 目的	29
第3節 研究方法	30
第2章 長期療養施設의 理論的 考察	32
第1節 長期療養保護서비스의 概念	32
第2節 長期療養 서비스 對象者	42
第3節 長期療養施設 類型	46
第4節 外國의 長期療養施設의 現況	52
第3章 療養病院의 供給實態	64
第1節 療養病院의 一般現況	65
第2節 療養病院 供給現況	67
第4章 入院患者 分析과 療養病院 需要推定	71
第1節 入院患者 分析	71
第2節 療養病院 需要推定	83
第5章 療養病院의 經營分析	95
第1節 療養病院의 經營實態	96

第2節 療養病院 經營實態의 綜合評價	123
第6章 療養病院 活性化 方案	127
第1節 療養病院 活性化의 必要性	127
第2節 療養病院 保健醫療體系의 基本模型	132
第3節 療養病院 活性化 方案	134
參考文獻	154
附 錄	159

表 目 次

〈表 2-1〉	長期療養保護서비스 프로그램	36
〈表 2-2〉	長期療養保護서비스 區分	36
〈表 2-3〉	醫療의 連續的인 概念에 따른 長期療養保護서비스	38
〈表 2-4〉	美國 老人들의 主要 慢性疾患 有病率(1,000명당)	43
〈表 2-5〉	우리 나라 老人들의 慢性疾患 有病率(1,000명당)	43
〈表 2-6〉	美國 老人人口의 機能障礙比率	44
〈表 2-7〉	우리 나라 老人人口의 機能障礙比率	44
〈表 2-8〉	日本 및 美國의 長期療養施設 比較	60
〈表 3-1〉	療養病院의 地域別 現況	66
〈表 3-2〉	療養病院의 開設年度 分布	66
〈表 3-3〉	療養病院의 設立形態別 現況	67
〈表 3-4〉	療養病院 病床規模	68
〈表 3-5〉	療養病院의 病院從事者數 現況	69
〈表 3-6〉	地域別 療養病床 供給現況	70
〈表 4-1〉	醫療機關別 入院患者의 性別 分布	72
〈表 4-2〉	醫療機關別 入院患者의 年齡 分布	72
〈表 4-3〉	醫療機關別 入院患者의 在院日數 分布	73
〈表 4-4〉	入院患者의 地域別 在院日數 分布	73
〈表 4-5〉	醫療機關別 入院患者의 亞急性疾患 分布	74
〈表 4-6〉	醫療機關別 入院患者의 長期療養對象疾患 分布	75
〈表 4-7〉	醫療機關別 亞急性 對象疾患의 在院日數의 分布	78
〈表 4-8〉	醫療機關別 長期療養對象疾患의 在院日數 分布	80
〈表 4-9〉	醫療機關別 平均 在院日當 入院醫療費	82

〈表 4-10〉	療養病院의 入院患者 經路(1999年 8月 한 달) ……	83
〈表 4-11〉	模型別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數 ……	86
〈表 4-12〉	對象者與否別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數(亞急性 疾病과 長期療養疾病의 在院日數 30日 以上) ……	87
〈表 4-13〉	對象者與否別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數(在院日數 15日 以上(亞急性 疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病)) ……	87
〈表 4-14〉	模型別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數 ……	88
〈表 4-15〉	對象者與否別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數(在院日數 30日 以上) ……	88
〈表 4-16〉	對象者與否別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數 (在院日數 15日 以上(亞急性 疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病)) ……	89
〈表 4-17〉	模型別 地域에 따른 療養病院 患者數 ……	90
〈表 4-18〉	對象者與否別 地域에 따른 療養病院 患者數 (亞急性疾病과 長期療養疾病의 在院日數 30日 以上) ……	91
〈表 4-19〉	對象者與否別 地域에 따른 療養病院 患者數 (在院日數 15日 以上(亞急性疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病)) ……	91
〈表 4-20〉	地域別 療養病床의 需給 ……	93
〈表 4-21〉	地域別 療養病床(老人病院의 病床數 包含)의 需給 ……	94
〈表 5- 1〉	安全性 指標 ……	99
〈表 5- 2〉	收益性 指標 ……	101
〈表 5- 3〉	活動性 指標 ……	104
〈表 5- 4〉	成長性 指標 ……	105
〈表 5- 5〉	生産性 指標 ……	113

〈表 5-6〉	患者診療實積 指標	117
〈表 5-7〉	醫療收益指標	119
〈表 5-8〉	人力指標	121
〈表 5-9〉	療養病院의 經營改善方案	122
〈表 6-1〉	模型別 療養病院對象 患者數	129
〈表 6-2〉	老人療養施設 現況(1998年 12月 現在)	131
〈表 6-3〉	地域別 療養病床의 需給	132
〈表 6-4〉	非療養病院의 轉換 意向 與否	137
〈表 6-5〉	非療養病院의 療養病院으로의 轉換 意向이 없는 경우 그 理由	138

그림 目次

[그림 1-1]	研究의 基本들	30
[그림 2-1]	連續的 概念으로서 醫療의 統合體	41
[그림 2-2]	療養서비스의 類型	48
[그림 4-1]	醫療機關別 在院日數가 15~29日인 亞急性 疾患者의 分布	76
[그림 4-2]	在院日數가 30日 以上인 亞急性 疾患者의 分布	77
[그림 4-3]	在院期間이 30日 以上인 長期療養疾患者의 分布	77
[그림 4-4]	醫療機關別 在院日數가 15~29日인 長期疾患者의 分布	78
[그림 4-5]	在院日數別 平均醫療費	82
[그림 6-1]	우리 나라 保健醫療體系의 基本模型	134
[그림 6-2]	療養病院 活性化를 위한 基本方向	138

要 約

1. 研究의 必要性 및 目的

- 우리 나라의 경우 의료기술의 발전 등으로 급성환자를 위한 의료 체계는 어느 정도 잘 정립되어 있는 반면, 의료기관의 기능 미정립 등으로 노령화, 만성질환자의 증가, 사고 등으로 인한 재활환자의 증가 등 장기요양환자들이 계속 증가하고 있지만, 이들의 문제 해결을 위한 長期療養保護서비스體系(Long-Term Care System)는 제대로 정립되어 있지 않음.
- 이러한 적절한 보건의료체계의 부재와 더불어, 大規模 綜合病院을 選好하는 국민의식으로 인해, 급성전문치료가 필요치 않은 老人 및 慢性疾患者 등과 급성치료가 끝난 후 회복기 단계에 있는 亞急性 醫療 對象者 등이 3차 진료기관을 포함한 대규모 종합병원을 점유하여 이들의 장기입원에 따른 재원일수 증가로 전문치료를 요하는 급성질환자의 적시 입원이 어려워지며, 장기입원에 따른 患者側과 病院側에 부과되는 財政的인 負擔이 가중되고 있음.
- 위와 같은 醫療機關의 機能 未定立 등으로 인한 다양한 요구에 맞는 의료기관의 부재 및 대규모 종합병원 선호의식이 醫療費用을 增加시키고 또한 醫療資源의 效率的인 活用을 阻害하고 있음. 따라서 노인 및 만성질환자, 그리고 아급성 의료대상자에게 적절하고도 전문적인 의료서비스를 제공하고 또한 비용의 절감도 제공할 수 있는 대안으로서의 요양병원에 대한 새로운 인식이 필요함.

- 따라서 이 연구에서는 장기요양시설인 요양병원의 수급현황 및 문제점을 분석하고 선진 외국의 장기요양시설제도를 검토하여 우리실정에 맞는 療養病院의 活性化와 擴大方案을 제시하는 것을 목적으로 함.

2. 研究方法

- 이 연구에서는 요양병원의 활성화를 구상하기 위한 研究方法으로 다음 4가지 방법을 사용하였음.
- 첫째, 文獻고찰 및 外國의 사례검토: 장기요양서비스의 개념과 체계, 대상자 및 유형을 파악하고 외국의 장기요양시설의 현황과 특성을 정리하여 우리 나라에 주는 시사점을 파악하였음.
- 둘째, 의료보험 入院診療費 請求資料分析: 장기요양환자와 아급성 의료 대상환자 분석 및 요양병원 대상환자수를 추정하였음.
- 셋째, 요양병원 설문조사: 요양병원의 실태 및 경영상태와 병원장 의견조사를 하였음.
- 마지막으로 전문가 자문회의 및 워크숍을 하였음.

3. 研究內容

본 연구의 내용은 크게 다섯 부분으로 구성되어 있음.

- 첫 번째, 2장은 장기요양시설의 理論的 考察에 해당하는 부분으로 이 장에서는 장기요양서비스의 概念과 體系, 對象者 및 類型을 살펴보았으며, 그리고 외국의 장기요양시설의 현황과 특징을 검토하여 정리하고 우리 나라에 주는 시사점을 파악하였음.

- 두 번째, 3장에서는 장기요양시설의 供給實態를 파악하였는데, 요양병원의 일반적인 현황으로 요양병원의 지역분포, 설립연도, 설립형태 등을 파악·제시하였으며, 요양병원의 공급현황으로는 요양병상의 병상규모, 인력현황과 지역별 요양병상의 공급현황을 파악·제시하였음.
- 세 번째, 4장에서는 1998년 한해동안 의료보험 연합회에 진료비를 청구한 병원급 이상의 입원환자를 대상으로 입원환자의 인구사회적 특성, 재원일수의 분포, 의료기관별 입원환자의 분포, 의료기관별 입원환자의 질병별 재원일수의 분포, 요양병원 입원자의 의료비 등을 분석하여 長期療養病院對象者들의 特性을 파악하고, 이러한 특성을 중심으로 요양병원 입원환자들과 일반병원 입원환자들의 비교를 통해 요양병원이 제 역할을 다하고 있는지 가늠하고자 했으며, 장기요양병원 대상환자수와 장기요양병상수를 추정하여 요양병상의 수급을 비교하였음.
- 네 번째, 5장에서는 요양병원의 經營實態 즉, 재무구조, 수익성, 성장성, 생산성 등을 분석하여 다른 일반병원과 비교·분석하였음.
- 마지막으로 6장은 결론 부분에 해당하는 부분으로, 療養病院 活性化의 必要性, 요양병원 보건의료체계의 基本模型과 마지막으로 요양병원 활성화 방안을 제시하고 있음.

4. 結論

가. 長期療養서비스의 需給現況과 問題點

- 장기요양서비스 수요는 노령화, 慢性患者 및 再活患者의 증가

등으로 계속 증가할 것으로 예상되고 있음.

- 장기요양서비스 수요에 대한 추정에서 요양병원대상 환자수는 146,912~344,405명으로 추정되었으며, 요양병상수요는 25,533~40,674병상으로 추정되었음.
- 그러나 우리 나라의 醫療施設은 급성 및 만성치료기관 등으로 기능분류가 되어있지 않고 급성기질환 위주로 공급되어 급성질환 중심의 병원서비스가 주종을 이루고 있음.
- 급성질환 서비스 이외의 대체서비스의 부재는 불필요한 병원장기 입원을 초래하며 결국은 國民醫療費의 增大를 야기시키고 있음.

〈表 1〉 地域別 療養病床의 需給

(단위: 병상)

지 역	공급(현재) 병상수(A)	필요병상수 ¹⁾		과부족	
		B ²⁾	C ³⁾	B-A	C-A
서울	-	8,005	13,263	8,005	13,263
부산	-	2,804	4,483	2,804	4,483
경기	81	3,543	5,484	3,462	5,403
강원	77	1,128	1,648	1,051	1,571
충북	98	772	1,084	674	986
충남	182	1,640	2,549	1,458	2,367
전북	-	1,086	1,742	1,086	1,742
전남	80	2,208	3,434	2,128	3,354
경북	-	2,526	4,036	2,526	4,036
경남	189	2,304	3,310	2,115	3,121
제주	-	224	346	224	346
합 계	707	26,240	41,381	25,533	40,674

註: 1) 병상수추계를 위해서 종합병원 병상이용률(0.75), 병원병상이용률(0.71), 전체병원 병상이용률(0.72) 중에서 전체병원 병상이용률을 적용하였다.

2) 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 장기요양대상질환자의 경우

3) 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상질환자의 경우

- 급성치료 중심의 의료기관 偏重으로 노인 및 만성질환자들을 위한 전문 보건의료시설의 부족을 초래하고 있으며 이로 인해 3차 진료기관을 포함한 종합병원의 병상이 이러한 장기요양 서비스를 필요로 하는 장기요양환자들에 의해 점유되고 있어 의료자원의 효율적인 활용을 阻害하고 있는 실정임.
- 1994년 의료법에 요양병원의 관한 규정이 제정된 이후 현재까지 療養病院이라는 공식 명칭과 기능을 갖춘 병원은 전국에 8개 병원, 707병상에 불과한 실정이며, 요양병상 수요에 비하여 공급이 부족하여 모든 지역에서 요양병상이 부족한 것으로 추정되었음.
- 이렇듯 법적, 제도적인 장치가 마련되었음에도 療養病床의 증가가 거의 없는 것은 의료기관의 기능분담과 함께 수가 등 경제적 요인이 크게 작용한 결과로 보이며, 따라서 이러한 요양병원의 활성화에 대한 대책이 필요한 것으로 보여짐.
- 실제 이 연구에서 非療養病院을 대상으로 한 설문조사 결과, 요양병원으로의 전환의향을 묻는 질문에서 32개 응답병원 중 2개 병원인 6.3%만이 요양병원으로의 전환의사를 밝혔음. 그러나 정부에서 의료보험수가, 세제지원, 금융지원 등과 같은 정책적 지원을 할 경우, 요양병원으로 전환의사가 없었던 29개 병원 중에서 11개 병원인 37.9%가 요양병원으로 전환하겠다고 응답하였음. 따라서 政府의 政策的 支援 여부에 따라 요양병원의 활성화는 많은 영향을 받을 것으로 기대되어짐.

나. 療養病院의 活性化 基本方向

- 만성질환자 및 노인 또는 亞急性醫療가 필요한 환자의 의료수요에 적합한 요양병원을 增加시키기 위해서는 요양병원으로의 신설

을 촉진하는 한편 기존의 중소병원의 병상을 요양병상으로 기능을 전환하도록 하는 방안을 모색해야 할 것임.

- 기존 병상수가 충분한 지역의 의료기관에 대해서는 병상의 일부를 療養病床으로 전환하도록 유도하는 것이 바람직함.
- 이를 위하여 구체적으로 법령의 정비, 요양병원 자원 확충, 수가체계의 개선 및 장기요양보호서비스 전달체계구축을 하여야 할 것임.

다. 療養病院 活性化 方案

요양병원 활성화를 위한 구체적인 방안으로는 크게 4가지로 나눌 수 있음.

1) 法令의 整備

- 관련법령의 정비
 - 요양병원에 관한 일부 法令의 정비만으로는 요양병원 활성화를 위한 현실적인 實效性을 기대하기 어려우며 관련법령에 대한 전반적인 정비가 요구됨.
 - 의료기관을 기능에 따라 再分類하되 요양병원과 급성기 일반병원과의 뚜렷한 구분이 필요하며, 의료기관의 종류에 따라 인력 및 시설 등 그 요건 또한 차별화 시키는 방안이 요구됨.
 - 요양병원에 대한 환자의 원활한 수급을 위해 급성병원에 대해 DRG 등의 수가체계를 도입하여 환자의 조기퇴원을 유도해야 할 것이며, 요양병원에서의 환자 퇴원을 원활하게 하기 위해 일반 복지시설이나 낮병원/주간보호센터, 가정에서의 보건, 복지서비스 등을 확대시켜 나가야 할 것이며, 또한 이들 서비스

에 대한 급여방안도 마련되어야 함.

- 대형 급성기의료기관들의 요양환자진료를 간접적으로 統制할 수 있도록 의료기관별 의료보험수가 差等化制度 導入을 검토해야함.
- 요양병원의 신설 및 기존병원의 요양병원으로 전환을 촉진시키기 위한 시설, 인력기준의 완화와 원활한 운영이 가능하도록 장기요양보호서비스에 대한 酬價體系가 마련되어야 하며, 중소병원을 중소기업 차원에서 보호하려는 법적 조치가 수반된다면 좋은 활성화 촉진제가 될 것임.
- 그 외 민간보험(생명보험, 자동차 보험) 등의 가입자가 요양병원 입원 시 보험약관상 인정을 받지 못하고 있으므로 요양병원의 입원치료도 인정이 되도록 제도적 장치가 마련되어야 함.

－ 療養病院의 적절한 施設·人力基準 設定

- 현행법상의 기준 중 요양병원에 필수적이지 않거나 완화 가능한 항목은 요양병원을 보다 활성화시키기 위한 조치로서 제외 혹은 완화시키는 것이 바람직할 것임.
- 이 중 시행규칙에 규정된 자가발전시설은 수술실, 중환자실, 응급실 등 전력의 공급이 환자의 생명과 직결되는 경우에 필요한 시설로 요양병원에서는 필수적인 것으로 볼 수 없으며 오히려 물리치료시설을 설치하여 회복기 또는 재활서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직할 것임.
- 그 외 임상검사실, 방사선단순촬영실, 영안실 등의 시설은 현재 규정에는 필수적인 항목이 아니며 따라서 필요에 따라 선택적으로 갖추게 하는 것이 바람직 할 것임.
- 현행법상의 요양병원의 人力基準은 전반적으로는 종합병원의

절반수준인 상태이나, 요양병원인 경우 의료서비스뿐만 아니라 장기간 입원한 환자의 생활보조서비스가 필수적이므로 看病人에 대한 규정이 필요할 것임.

2) 療養病院 資源擴充

－ 醫療人力 養成 및 訓練制度 導入

- 우리 나라는 일반적인 전문의료인 외에 노인이나 장기질환자를 적절히 돌볼 수 있는 전문인력이 준비되어있지 못함. 노인전문 간호사, 전문간병인제도, 거동불편노인, 치매노인을 위한 간병 복지사 등 각기 거론되고 있는 전문인력의 필요성을 검증하고 이를 양성·확보함으로써 예상되는 수요에 대비하여야 함.
- 또한 이러한 공식적인 인력 외에 자원봉사자를 활용하고 요양병원도 그 受惠對象者에 포함된다면 요양병원의 비용절감이 가능할 것임. 노인성질환의 예방·치료·재활·요양서비스 등에 필요한 인력을 양성하기 위해 대학·전문대학·종합병원·사회복지연수원 등에 교육 및 훈련 프로그램을 개발·확대하여야 하며, 간병 등 자원봉사 활동의 활성화를 위해 자원봉사 기간을 저축했다가 이 같은 도움이 필요할 경우 서비스를 우선적으로 받을 수 있도록 하는 ‘自願奉仕貯蓄制度’를 도입하는 것도 고려해야 할 것임.
- 우리 나라의 경우 군복무 대신 이러한 요양시설에서 봉사활동을 하는 것을 고려함으로써 여성이 감당하기 힘든 업무를 처리하고 또한 시설운영비를 줄이는 방안도 제시되고있음.

－ 財政的 支援

- 일본의 경우 요양시설이 일반병원보다 더 많은 면적이 필요하

기 때문에 일반병원을 療養型病床群으로 전환하는 것이 활발하지 않은 실정임. 따라서 기존의 병상을 요양병원으로 전환 시에는 시설조건을 완화하고 전환비용에 대한 지원이 필요하며, 장기적으로는 신축의 경우 요양병동의 거주환경을 개선하도록 시설 기준을 고려하여야 할 것임.

- 정부의 병원지원정책은 의료서비스가 私的인 서비스라기보다는 국민의 건강을 회복시켜 일반 산업의 생산성을 높여주는 역할을 한다는 점에서 사회 間接資本의 개념이기 때문에 그 타당성이 있음. 따라서 요양병원이나 병동으로 투자를 유인하기 위해서는 지역에는 재정융자특별회계(재특)자금을, 군지역에는 농어촌특별세관리회계(농특)자금을 요양병원 육성자금으로 전환하여 장기 저리로 지원하는 방안도 있음.
- 요양병원을 중소병원의 특성화 사업으로 지정함으로써 이에 대한 財政的 支援은 ‘중소병원의 지원 및 영역 보호’라는 관점에서 타당화 할 수 있음. 따라서 만성퇴행성질환치료, 재활치료, 정신병환자치료, 말기환자치료 등을 ‘중소병원 고유종목’으로 지정하여 중소병원과 대형병원간의 사업조정을 수행하거나, ‘병원 전체 병상수 대비 특정 진료과목 전용 병상수’ 비율을 감안하여 특정 진료과목에 전문화하고자 하는 중소병원에 「中小企業創業支援法」에 의한 융자자금 및 기술개발자금의 우선 지원 등 금융상의 지원을 수행하는 장치를 마련할 수 있음.
- 專門病院에 세제상으로 지원하기 위해서 「조세감면규제법」상 감면대상 업종에 전문화 중소기업을 포함하고, 또한 중소기업 투자준비금의 손금산입, 중소기업 투자세액공제, 창업중소기업에 대한 세제감면 등 중소기업에 준하는 중소병원 전문화 대책이 요구됨.

3) 酬價體系 改善

－ 療養病院의 酬價體系 開發

- 요양병원에 적용할 수 있는 수가방식으로는 行爲別酬價制, 總額契約制, 人頭制, 包括酬價制, 日當制 등이 있으나, 일본 및 미국에서처럼 요양병동에서는 일당제에 기초한 진료비산정방식의 도입을 검토해 볼 필요가 있음.
- 酬價는 요양병원 운영을 위해 現實的이어야 하며, 요양병원의 대상자에서는 의학적인 치료나 처치보다는 간병 및 돌봄에 대한 요구도가 높으므로 수가에 이를 감안하여야 할 것이며, 국가, 보험자, 환자 등의 부담비율에 대해서도 합리적 방안이 마련되어야 할 것으로 보임.

－ 長期療養保護制度 導入 檢討

- 우리 나라의 경우 전체 의료비에서 의료보험으로 부담하는 비율은 50% 미만으로, 반 이상의 의료비를 환자와 그 가족이 부담하고 있는 실정임. 이 중 특히 만성환자 및 노인들에게 많이 적용되는 看病서비스를 의료보험 급여항목으로 확대하는 방안이 요구됨.
- 그러나 막대한 看病費를 현행 의료보험에서 부담하는 데는 한계가 있음. 따라서 무엇보다도 먼저 사회보험방식 혹은 공적자금을 중심으로 한 간병서비스의 확충방식에 대한 논의가 선행되어야 하며, 미국의 장기요양보험, 일본·독일의 공적 개호보험제도와 같은 별도의 보험제도에 대한 연구도 필요함.

4) 長期療養保護서비스 傳達體系 構築

- 요양병원은 급성기병원 및 노인요양시설, 가정간호, 호스피스, 낮 병동/주간보호서비스 등 다른 長期療養保護施設과 연계하여 연속적인 돌봄 및 보호가 이루어질 수 있도록 長期療養保護서비스 傳達體系가 구축되어야 함.
- 요양병원 환자에게 질적인 치료서비스를 제공함과 동시에 원활한 입·퇴원 관리와 불필요한 입원을 억제하기 위해서는 여러 관련기관과의 연계체계의 구축이 요구되며, 급성질환 병원과의 연계체계는 요양이 요구되는 환자를 확보하기 위해서 또한 급성질환이 발생할 경우 의뢰하기 위해서 필요함.
- 요양병원에서의 장기서비스 치료가 끝난 후 단순히 요양이나 간호만을 필요로 하는 군에 대해서는 노인복지법에 규정된 유료 요양시설을 보다 활성화함으로써 그 수요를 충족시켜 나가거나 가정방문간호, 가정간호, 호스피스 간호 등과 연계를 통해 가정으로 보냄으로서 요양병원에서의 환자의 이동이 순조로이 이루어지도록 長期療養保護傳達體系가 구축되어야 함.

第 1 章 序 論

第 1 節 研究의 背景

금세기가 다 가고 새로운 세기를 맞고 있는 이 시점에서 다른 분야에서처럼 의료체계도 새로운 방향으로의 전환이 요구되고 있다. 의료기술의 발전으로 급성의료분야의 체계는 어느 정도 잘 정립되어 있는 반면, 점차 수명의 연장에 따른 노령화, 증가되어가는 만성질환자, 사고 등으로 인한 재활환자의 증가, 급증하는 의료비 등과 관련된 여러 가지 문제에 대해서는 적절히 대처하지 못하고 있는 실정이다. 이러한 보건의료 문제들을 해결하기 위한 새로운 시도를 모색할 때, 장기요양시설의 하나인 療養病院은 그 해결책의 하나가 될 것이다.

우리 나라는 지난 40년간 경제개발 정책을 성공적으로 추진한 결과 국민들의 생활수준과 보건의료의 수준의 향상으로 평균수명이 연장되었다. 1960년 당시 불과 55.3세이던 평균수명이 1990년에는 71.3세로 증가되었고 2000년에는 74.3세로 전망되고 있다. 그 결과 65세 이상의 노인인구도 점차 증가하여 1990년에는 전체 인구의 5.1%였던 것이 2000년에는 7.1%, 2020년에는 13.2%까지 증가할 것으로 예측되어 우리 나라도 老齡化 社會로 급속히 진행되고 있음을 알 수 있다(통계청, 1997).

수명 연장에 따른 高齡化는 흔히 복잡한 의료적 문제를 수반한다. 고령화에 따른 노화과정에서는 생리적으로 발생하는 신체적·정신적·사회적 기능의 저하와 손상이 초래되고, 이로 인해 일상생활활동을 타인에게 의존하는 경향이 심화되며, 이 시기에 발병하는 만성퇴행성

질환으로 인한 건강상태의 악화는 어느 시점에 가서는 독립적인 일상 생활을 불가능하게 하기도 한다. 이에 따라 65세 이상 노인의 診療件數는 그 비율이 증가하고 있어 직장의료보험의 경우 1985년 2.6%에서 1990년 4.8%, 1993년 6.5%, 1996년 8.5%, 1998년 10.5%로 증가되었다. 공·교의료보험은 1990년 7.4%에서 1993년 9.0%, 1996년 11.5%로, 지역의료보험은 1990년 4.9%에서 1993년 5.8%, 1996년 7.4%로 증가되었으며, 1998년부터 공·교의료보험과 지역의료보험이 통합된 국민의료보험에서는 10.0%로 증가되었다(의료보험연합회, 1985, 1990, 1993, 1996, 1998). 뿐만 아니라 노인의 각 진료건수, 진료일수도 전체 인구에 비하여 길게 나타나고 있어 이로 인한 의료비 증가는 점차 사회적 부담이 되고 있다. 노인인구의 給與費는 직장의료보험의 경우 1985년 총급여비의 4.8%에서 1993년 10.5%, 1996년 13.6%, 1998년 16.0%로, 공·교의료보험은 1990년 11.8%에서 1993년 14.5%, 1996년 18.4%로 증가되었다. 그리고 지역의료보험은 1990년 7.6%에서 1993년 9.1%, 1996년 11.5%로 증가되었으며, 1998년 국민의료보험에서는 15.5%로 증가되었다(의료보험연합회, 1985, 1990, 1993, 1996, 1998).

의료기술의 놀랄만한 발전은 수년 전에는 불가능했던 많은 생명들을 살리고 있다. 이로 인해 수명 연장에 따른 노령화뿐만 아니라, 慢性疾患者들이 증가하고 있다. 경제기획원의 『死亡原因統計年報』에 의하면 주요 10대 사인 중에서 뇌혈관질환, 고혈압, 악성신생물 등의 慢性疾患이 차지하는 비중이 해마다 늘어나고 있다. 그러나 현행 치료중심의 急性疾患 醫療體系로서는 노인 및 만성질환자의 상병구조 등에 적절하게 대처하지 못하고 있다. 뿐만 아니라 이들이 기술집약적인 고가의 진료서비스를 제공하는 급성질환치료 중심의 병원을 이용함으로써 보건의료자원의 비효율적인 이용과 더불어 높은 의료비 부담을 안고 있다.

損傷과 中毒은 국민건강에 큰 손실을 초래하며 경제적 손실도 지대하다. 손상과 중독은 우리 나라 전체 사망의 약 15%를 차지하며 이로 인한 건강피해의 규모가 크다. 또한 주로 나라의 장래를 이끌어갈 청년층과, 가장 생산적 인력인 장년층의 사망원인에서 수위를 차지하고 있다는 점에서 중요한 보건학적 문제가 된다.

손상과 중독사고는 노동력의 상실과 의료비뿐만 아니라 사고사 때 국가나 책임기관이 지불해야 하는 보상금 등 경제적 손실도 막대하다. 우리 나라에서는 1980년대를 필두로 최근 10여 년에 걸쳐 사람들의 이동이 많아지면서 소위 자동차문화가 시작되었고 교통사고가 두드러지게 증가하고 있다. 과도기적 산업체제로 근로자의 안전보다는 생산성에 치중한 나머지 산업재해를 다발시키고 있으며, 가치관의 변화와 탈도덕성을 가속화하는 현대문화는 폭력 및 자살에 의한 건강위해를 증가시키고 있다. 우리 나라의 손상과 중독에 의한 사망규모를 세계 몇몇 대표적인 국가와 비교했을 때, 소련의 10만명당 72.5명 다음으로 우리 나라가 높아 10만명당 69.1명이다. 그 다음이 폴란드와 프랑스가 약 60명 꼴이며, 영국과 일본이 가장 낮아 30명 이내인 반면, 호주는 35명, 미국이 39명이다. 사고의 원인별로 볼 때 자동차 교통사고에 의한 사망이 우리 나라에서 가장 높아 가장 낮은 영국의 3.6배나 된다(김정순, 1996). 이러한 환자들은 대개 장애나 후유증을 동반하게 되며 따라서 재활 등 長期서비스를 요하게 된다.

적절한 保健醫療體系의 부재와 더불어, 대규모 종합병원을 선호하는 국민의식으로 인해, 급성전문치료가 필요치 않은 노인 및 만성질환자 등이 3차 진료기관을 포함한 대규모 종합병원을 선호하여 이들의 장기입원에 따른 재원일수 증가로 전문치료를 요하는 급성질환자의 적시 입원이 어려우며, 장기입원에 따른 환자측과 병원측에 부과되는 재정적인 부담이 가중되고 있다. 위와 같은 다양한 요구에 맞는

의료기관의 부재와 대규모 종합병원 선호의식이 의료비용을 증가시키고 또한 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있다. 따라서 노인과 만성질환자에게 적절하고도 전문적인 의료서비스를 제공하고 또한 비용의 절감도 제공할 수 있는 대안으로서의 요양병원에 대한 새로운 인식이 필요하다.

과거에는 대부분의 노인들이 가족으로부터 보호를 받을 수 있었으나, 산업화 이후 핵가족화와 여성의 사회적 진출로 인해 看病人力을 대행하는 가족 구성원이 감소되고 있으며, 특히 노인 및 만성질환자들에게 필요한 식사보조, 운동보조, 개인위생, 간호보조, 배설보조, 동반산책, 투약 및 검사보조 등의 일상생활 보조업무를 病院人力不足의 이유로 환자가족에게 위임시키고 있는 실정으로 보호자를 대행할 간병인 등의 고용에 따른 개인비용 부담으로 환자가족의 정신적, 재정적 부담이 가중되고 있는 실정이다.

이에 따라 노인 및 만성질환자들이 의료기관에서 받고 있는 의료서비스는 특성상 서비스의 강도가 높은 급성 전문치료보다 환자 질환군별로 특성화된 장기적이고 반복적인, 또한 서비스의 강도가 낮은 요양치료가 요구되고 있다. 또한 안정기에 들어섰거나 회복기에 있으면서 지속적인 의료서비스 등이 필요한 경우, 즉, 수일 동안 병원에서 급성의료 부분은 안정을 찾았지만, 더 많은 주의를 요하거나 또는 더 복잡한 醫療的 또는 再活的 要求를 갖는 환자를 위해서는 의료기능이 강화된 요양병원은 그 답이 될 수 있다.

그러나 병원 이외의 대체서비스의 부재는 노인인구나 만성질환자의 불필요한 병원장기입원이 초래되고 이는 결국 國民醫療費의 增大를 야기시키는 요인이 되고 있다. 이러한 현상은 각종 통계자료를 통해서도 잘 나타나고 있다. 의료보험 자료를 통한 추계 결과 총 병상의 약 10.1%가 65세 이상 노인에 의하여 점유되고 있는 것으로 추정되며

(문옥륜, 1995) 1994년도 1개월분 환자진료결과를 분석한 결과 급성기 질환시설의 총 입원환자의 13%, 총 재원일수의 34%가 장기요양보호 서비스를 요하는 환자로 조사되었다. 전체 환자 중 급성기환자의 재원일수는 9.5일, 장기요양환자의 재원일수는 39.3일로 추정되었고 특히 비전염환자의 평균재원일수는 69일이었다(보건의료선진화 정책보고서, 1998).

앞으로 만성질환노인과 와상노인이나 치매성노인 등 要保護 老人이 급증할 것으로 예상되며 가정의 보호능력은 저하될 것이다. 따라서 이러한 요보호 노인의 욕구에 적절히 대응하고 만성질환을 효율적으로 관리할 수 있는 장기치료 및 요양서비스의 공급이 필요하다. 서비스는 치료, 간호, 재활서비스가 체계적으로 연계되어 공급되어야 특히 만성질환과 노인을 효율적으로 관리하기 위한 간호와 요양 중심의 다양한 老人專門保健·醫療體系를 구축하는 것이 요구된다.

이러한 인식에 기초하여, 1994년, 정부는 醫療法 및 醫療法 施行規則을 제정하여, 요양병원을 법제화하였다. 그러나 시행된 지 이미 5년이 지났음에도 불구하고 1999년 6월 현재 지난해인 1998년 설립되었거나 일반병원이 요양병원으로 변경한 3개 병원을 포함하여 8개 요양병원이 인가받아 운영되고 있을 뿐, 현재 요양병원의 역할이 미미한 실정이다. 따라서 현 제도가 안고 있는 문제점을 시정하고 보다 적절한 의료서비스 제공을 위해 장기요양시설의 확충이 필요하며, 이런 점에 비추어 볼 때, 요양병원의 확대는 비용을 절감시키면서도 질 높은 의료에 대한 욕구를 충족시킬 수 있는 혁신적인 대응이다. 병원 예서와 같이 높은 간접비용이 부과됨 없이 요양환자에게 적절한 의료를 제공함으로써, 요양병원은 더 낮은 가격으로 병원에 필적할 만한 때로는 보다 더 집중적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

따라서 이 연구에서는 文獻考察, 實態調査 및 外國의 事例의 檢

討를 통해, 노인 및 만성질환자를 비롯한 장기요양환자를 위한 의료 시설인 요양병원의 活性化와 擴大方案을 수립하고자 한다.

第 2 節 研究의 目的

이 연구는 장기요양시설인 요양병원의 수급현황 및 문제점을 분석하고 선진 외국의 장기요양시설제도를 검토하여 우리실정에 맞는 장기요양시설의 활성화와 확대방안을 제시하고자 한다. 구체적인 목적은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 우리 나라 노인 및 만성질환자의 실태를 기초로 長期療養患者對象者의 分析과 현재 운영되는 療養病院施設에 대한 現況分析 및 선진 외국의 요양병원 運營事例를 考察하여 우리 나라의 장기요양병원의 활성화를 위한 정책방향을 제시한다.

둘째, 요양병원과 비요양병원의 長期入院患者分析을 통하여 요양병원이 원래의 목적에 부합하여 운영되고 있는지를 평가한다.

셋째, 요양병원과 비요양병원의 經營指標分析을 통하여 요양병원의 경영개선방안 제시와 요양병원의 확대방안을 제시한다.

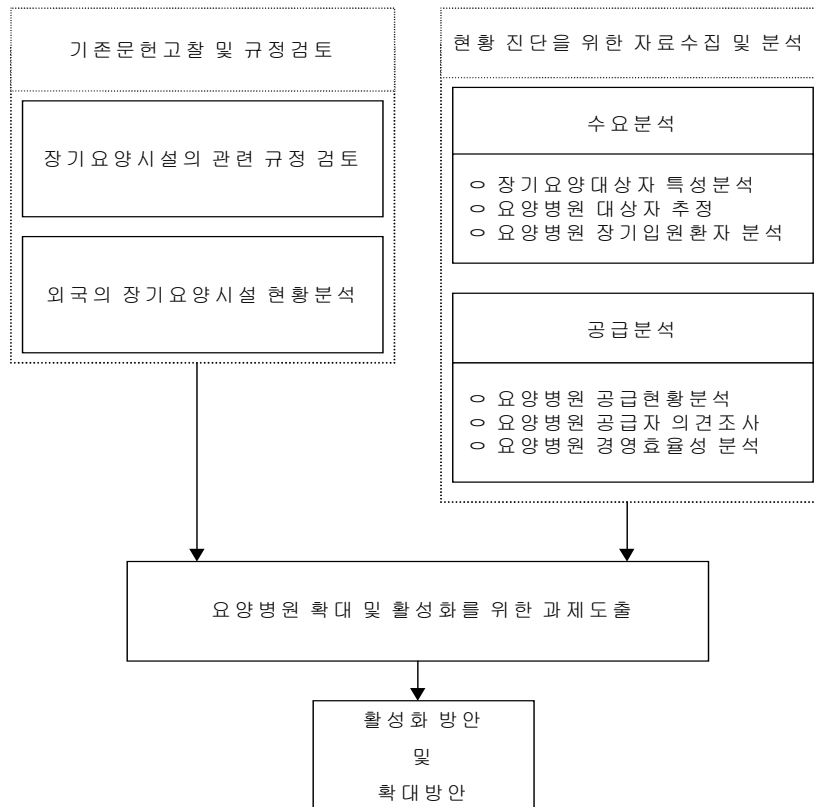
넷째, 의료기관장에 대한 설문을 통하여 현재 요양병원 운영의 문제점과 요양병원을 확대하거나 활성화하는 데 저해된다고 생각하는 법의 규정을 파악하고자 한다.

마지막으로 일련의 연구작업을 기초로 요양병원활성화 및 확대를 위한 政策을 제시하고자 한다.

第 3 節 研究方法

1. 基本研究 設計

[그림 1-1] 研究의 基本틀



2. 研究方法

이 研究에서는 요양병원의 활성화와 확대방안을 구상하기 위한 연구방법으로 기존 文獻研究, 기존 資料分析과 입원환자 및 요양병원장 設問調査 등을 활용하였다.

文獻研究를 통해서 는 장기요양보호서비스에 대한 원론적 고찰로써 장기요양보호서비스의 개념과 체계, 대상자 및 유형을 살펴보고, 이미 장기요양보호서비스가 정착된 미국과 일본의 자료를 검토하여, 외국의 장기요양보호서비스와 시설의 현황 및 특성 등을 정리하였다.

한편 기존 資料分析에서는 1998년 한 해 동안 ‘의료보험연합회’에 청구한 진료전산과일을 활용하여 요양병원환자에 대한 분석과 장기요양병원 대상자 수를 추정하였다.

그리고 設問調査를 통하여 요양병원 병원장들의 요양병원활성화에 대한 견해를 수집하여, 이들의 의견을 수렴을 할 것이다. 또한 요양병원의 경영효율성을 진단하기 위하여 요양병원의 의료인력, 시설과 환자수, 비용, 수입 등에 관한 자료를 조사하였다.

끝으로 中間療養施設의 擴大方案에서 필수적으로 감안하여야 함에도 불구하고 이상의 접근방법들에서 미비되기 쉬운 점에 대하여 보건의료 전문가의 시각에서 검토하고자 개별적 심층면접 및 자문회의, 워크숍 등의 방법을 활용하였다.

第 2 章 長期療養施設의 理論的 考察

第 1 節 長期療養保護서비스의 概念

1. 長期 療養保護서비스의 定義

長期 療養서비스가 전체 保健醫療體系의 한 부분을 이루고 있는 미국의 경우 연방정부의 장기요양보호서비스에 대한 정의를 보면 다음과 같다. “장기 요양서비스는 가정을 포함한 지역사회와 다양한 시설에서 만성적인 신체, 정신 기능의 손상을 가진 사람에게 신체, 정신, 사회, 심리적 기능을 최적으로 증진시키기 위하여 診斷的, 豫防的, 治療的, 再活的, 支持的, 維持的 서비스를 제공함을 의미한다.” 또한 Evashwick에 의하면, “장기요양보호서비스는 기능적인 장애를 가진 사람들에게 그들이 최대한 독립적인 일상생활활동을 할 수 있도록 장기간 공식적 또는 비공식적으로 제공되는 건강이나 건강과 관련된 支援的 서비스를 말한다”(Evashwick, 1996). 여기서 건강과 관련된 지원서비스란, 신체적, 정신적 건강, 그리고 사회적, 지원적인 서비스를 말하는 것으로, 이러한 서비스는 의사방문에서부터 배우자에 의한 침실목욕에 이르기까지 폭넓으며, 또한 여러 가지 서비스들이 동시에 제공되기도 한다. 이러한 서비스는 공식기관(agency)이 제공하는 것에서부터 가족이나 친구들에 의한 비공식적인 요양에 이르기까지 다양하다.

장기요양의 대상자는 어떤 연령층에 국한되지 않고 先天的인 이상을 가진 어린이에서부터 永久的인 장애를 남기는 충격이나 외상과

장기간 회복기간이 필요한 어른과 만성적인 질환을 가진 노인에 이르기까지 다양하다.

장기요양이 필요한 주된 이유는 기능적인 장애 때문이지 구체적인 질병이나 건강상태 때문이 아니다. 따라서 일상생활활동(ADLs; Activities of Daily Living)이나 도구적 일상생활활동(IDALs; Instrumental Activities of Daily Living)을 수행하는 능력이 중요한 基準이 된다. 육체적인, 또는 정신적인 건강상태에 상관없이 자기자신을 돌볼 수 있다면 장기요양보호서비스는 필요하지 않다. 반대로 육체적인 또는 정신적인 문제 때문에 자신을 돌볼 수 없다면 그 사람은 다른 사람으로부터 간호나 도움을 받아야 한다.

장기간은 90일 이상을 의미하며 이러한 90일은 美國의 保健서비스(Public Health Service)에서 사용하는 만성질환을 나타내는 기준에서 온 것이다. 어떤 경우에는 한정된 기간동안만 長期療養保護서비스가 필요할 수 있는데, 이러한 경우는 사고로부터 회복하는 데 장기요양보호서비스가 필요한 경우이며, 보통 총기간이 4개월에서 6개월로 비교적 짧으며, 회복되면 장기요양보호서비스는 더 이상 필요하지 않게 된다. 또 다른 경우에는 장기요양보호서비스가 무한정, 즉 평생동안 필요한 경우도 있다.

이와 같이 長期療養保護서비스의 目的은 치료가 목적인 급성의료서비스와는 달리 기능적인 독립이 가능한 한 최고의 수준을 유지시키는 것이라 할 수 있다(Evashwick, 1996).

2. 長期 療養 體系

長期療養保護서비스는 여러 가지 지속적인 건강과 정신건강, 또는 사회적인 지원 서비스를 장기간 요하는 사람들을 위한 것이며, 이들의 요구는 변화할 가능성이 크다. 요양이란 예방과 함께 시작하고 진

단, 치료, 재활 및 지속적인 요양서비스의 유지와 함께 지속되는 연속체의 측면에서 제공된다는 것이다. 따라서 이상적인 장기요양보호서비스체계는 포괄적이고 통합된 치료를 지속적으로 제공해야 하며, 환자의 욕구가 변화함에 따라 이에 맞추어서 다양한 수준의 치료를 제공해야 한다. 長期療養保護서비스는 連續性(Continuum of Care)의 개념에서 이해된다. Evashwick(1993)에 의하면, 의료의 연속성(Continuum of Care)이란 “복잡하거나 또는 지속적인 문제를 가진 환자의 욕구를 효율적이고 효과적으로 충족시키기 위해 조직된 포괄적이고 조정된 의료시스템”을 의미한다. 그러므로 의료의 연속성은 단순히 여러 서비스를 한데 모아놓은 것 이상의 것을 의미하며, 이러한 서비스들을 통합적으로 조직하는 시스템을 운영하는 장치를 포함한다. 장기요양의 목적은 사람들이 기능적인 독립성을 최대한으로 유지할 수 있도록 의료적으로 관련된 지원서비스를 제공하는 것이며, 이것이 환자의 질병을 치료해야 하는 급성의료서비스와의 차이점이라 할 수 있다.

신체건강, 정신건강 및 사회적인 서비스에 대한 포괄적인 조직은 단일의 주체에 의해 소유될 필요는 없다. 중요한 것은 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 하는 것이다. 공급자사이에 조직적인 배치는 자기소유나 계약이나 동맹 또는 비공식적이지만 강한 관계가 될 수 있다. 치료에 관한 모든 수준은 급성이면서 높은 기술적인 개입(intervention)으로부터 가사의 일과 같은 지속적이고 지원적인 서비스까지 다양하다. 連續體는 급성과 장기서비스를 두 개의 개별적인 시스템으로 만드는 것이 아니라 공동의 統合된 장치로 급성과 장기서비스를 합병시키는 것이다. 의료의 연속성의 개념은 환자가 적정한 서비스에 대한 접근을 빨리 그리고 효율적으로 용이하게 하기 위해서이다.

따라서 連續體로서의 의료서비스는:

- 서비스에 대한 중복과 부적절한 서비스의 사용을 피하고, 자원과

- 환자의 상태를 一致시키고,
- 환자의 상태를 모니터링하고, 욕구가 변화함에 따라 서비스를 變化시키고,
 - 다양한 분야의 의료를 調整하고,
 - 다양한 환경에서 제공하는 의료를 統合하고,
 - 환자의 흐름을 효율적으로 하고, 필요한 서비스에 쉽게 접근할 수 있도록 助長하며,
 - 임상, 재정이용에 관한 자료를 통합하는 포괄적인 기록을 維持한다.

실제적인 의료의 연속체는 자원이용을 극대화함으로써 효율성을 극대화할 수 있고, 접근의 적정함과 용이함, 그리고 지속적인 의료의 연속성을 통해서, 서비스의 질과 환자의 만족을 동시에 높이고, 공급자의 효율성을 증대시킬 수 있다.

3. 療養 서비스의 範圍

앞에서 정의된 바와 같이 療養서비스는 일반병원에서의 급성 질환의 병리적 상태에 대한 치유(Cure)나 증진을 위한 요법에 비해 신체 기능수준에 대한 치료적 재활요법과 현재의 기능수준을 유지하고 기능의 저하과정을 遲延시키기 위한 서비스이고 만성질환이나 기능의 손상, 또는 생애의 말기에 있는 개별노인들의 보호서비스의 제공 등으로 다양한 종류의 서비스 프로그램이 요구되며, 그 대상자가 다양한 만큼 그 범위도 상당히 광범위하다(表 2-1 참조). 이 광범위한 서비스를 Pfeiffer(1976)는 <表 2-2>에서와 같이, 유지적, 지지적, 치료적 서비스와 서비스의 정보와 이용을 돕는 조정적 서비스의 4가지로 분류하고 있다.

〈表 2-1〉 長期療養保護서비스 프로그램

서비스 프로그램		
진료	호흡치료	방사선 검사
간호	식이요법	구명조치
사회사업서비스	직업서비스	건강교육
정신서비스	지역사회서비스	종교서비스
물리치료	약국서비스	치과의료
오락치료	진단서비스	교통서비스
언어/청각치료	임상검사	운동서비스
		정보 및 후송서비스

資料: Kyoung S. Bay, et als., *A Patient Classification System for Long-Term Care*, University of Alberta, 1979.

〈表 2-2〉 長期療養保護서비스 區分

구 분	장기요양보호서비스
유지적 서비스 (maintenance service)	교통서비스
	식료품 구입서비스
	숙소제공서비스
지원적 서비스 (supportive service)	지속적인 감독
	식사준비
	행정적, 법률적, 보호적인 서비스
치료적 서비스 (remedial service)	사회적, 오락적인 고용
	치료적인 훈련과 관련된 고용
	정신건강
	간호
	의료
	물리치료
	psychotropic drugs
보조기구(인공보철물)	
조정과 정보서비스 (coordination & information)	재배치
	후송서비스
	다차원적인 평가
	재정적인 지원

資料: Pfeiffer, E., "Generic Services for the Long-Term Care Patient", *Medical Care* 4 (5), 1976.

한편 의료의 연속적인 개념에서 요양의 범위를 살펴보면 아주 광범

위하다고 할 수 있다. 이러한 의료의 연속체에는 60개 이상의 서비스가 있으며, Evashwick(1993)은 이러한 서비스를 장기입원의료(extended inpatient care), 급성입원의료(acute inpatient care), 외래의료(ambulatory care), 가정의료(home care), 부가적인 프로그램(outreach), 건강보호(wellness/health protection), 거주지서비스(housing)로 구분한다(表 2-3 참조).

다음의 7개의 항목은 아플 때뿐만 아니라 건강한 상태동안에 필요한 건강과 건강관련지원의 기본적인 유형들이다.

첫 번째, 長期入院醫療은 아프거나 기능적으로 장애가 있어서 공식적인 의료기관으로부터 지속적인 간호와 지원서비스를 필요한 사람들에게 필요하다. 그러나 급성으로 아파서 병원의 전문적이고 고도의 의료기술을 필요로 하는 사람을 위한 것은 아니다. 대부분의 長期入院施設은 療養施設(Nursing Facilities)을 말한다.

두 번째, 急性入院醫療(Acute Inpatient Care)는 중요한 급성적인 건강문제를 가지고 있는 사람들을 위한 病院醫療를 말한다. 대부분의 사람들에게서 보통 5~8일간의 병원입원은 질병을 가진 긴 기간동안 중에 가장 강도 높은 부분이며, 먼저 진단이 선행되고 추구의료가 뒤 따른다.

세 번째, 外來醫療(Ambulatory Care)는 여러 가지 증상을 나타내는 사람들에게 예방적인, 유지적인, 진단적인 그리고 회복적인 서비스를 제공하며, 여기에는 아주 건강하고 단순히 매년 정기검사를 원하는 사람에서부터 입원으로부터 회복단계에 있는 중요한 건강문제를 가진 사람들이나 또는 만성질병에 대한 지속적인 감시가 필요한 사람에까지 다양하다.

〈表 2-3〉 醫療의 連續的인 概念에 따른 長期療養保護서비스

구 분	서비스
장기입원의료 (Extended Inpatient Care)	전문요양시설 중간요양시설(step-down units) 이동 병상(swing bed)
급성입원의료 (acute inpatient care)	의료/수술 입원시설 정신입원시설 재활입원시설 등
외래의료 (ambulatory care)	의사진료 낮 병원 성인주간보호(진료) 정신질환 진료 정신사회상담 약물 및 알콜 남용진료 위성진료소(Satellite Clinics)
가정의료 (home care)	가정진료 호스피스 고도기술장비지원치료 방문진료 식사배달서비스(home delivered meals) 집안일 서비스 간병요원서비스
부가적인 프로그램 (outreach)	건강검진 정보제공 및 의뢰 전화상담 응급상담 교통지원 노인회원프로그램 급식배달(Meals on Wheels)
복지 및 건강증진서비스 (wellness/health promotion)	교육프로그램 운동프로그램 오락과 사교집단 프로그램 노인자원봉사프로그램
거주시설 프로그램 (housing program)	continuing care retirement communities 노인거주시설 단체치료시설 지원거주시설(assisted living facilities) 정신막약자를 위한 중간요양시설

네 번째, 家庭看護서비스(Home Care)는 간호, 치료와 지원적인 서비스를 집에서 서비스를 받는 것에 대해 만족을 느끼는 사람에게 제공된다. 가정간호프로그램은 기술적인 간호서비스를 제공하는 公式的인 조직에서부터 가사일을 돕는 비교적 非公式的인 조직에까지 다양하다.

다섯째, 附加的인 프로그램(Outreach Program)은 큰 기관내에서 보다는 지역사회에서 의료서비스와 사회적 서비스가 쉽게 가능하도록 한다. 쇼핑센터내의 건강전시회, 노인회원프로그램(senior membership program)들은 모두 이러한 부가적인 프로그램의 한 형태이다. 이러한 서비스는 건강한 사람이나 약간 아픈 사람들을 의료제도와 연결시키는 것을 목표로 삼는다.

여섯째, 福祉 및 健康增進프로그램(Wellness/Health Promotion Program)은 기본적으로 건강한 사람으로 건강증진에 활동적으로 참여하기를 원하는 사람에게 제공된다. 이러한 프로그램으로는 보건교육, 운동프로그램, 건강검진 등이 있다.

일곱째, 居住施設 프로그램(Housing Program)은 취약한 인구에 대하여 건강과 지원적인 서비스에 대한 접근을 용이하게 한다. 의료와 통합된 거주시설은 주단위로 혈압검사를 위해 간호사를 보내는 의료시스템에 가입된 독립적인 아파트에서부터 24시간 계속되는 현장 간호와 사회적인 서비스를 가진 지원적인 생활시설에 이르기까지 다양하다.

연속적인 개념으로서의 의료를 표현하면, [그림 2-1]과 같은데, 여기에는 60개 이상의 의료서비스를 7가지 항목으로 재분류할 수 있으며 이 또한 여러 차원으로 분류할 수 있고, 따라서 이러한 서비스의 분류 순서도 달라질 수 있다. 이러한 통합체는 모든 항목의 의료서비스를 포함하고 조정하는 관리시스템의 일종이다. 위에서 구분한 7가지 항목을 재원기간(Duration of Stay), 의료의 강도(Intensity of Care), 질병의 단계(Stage of Illness), 전문의 분야(Disciplines of Professionals), 시설

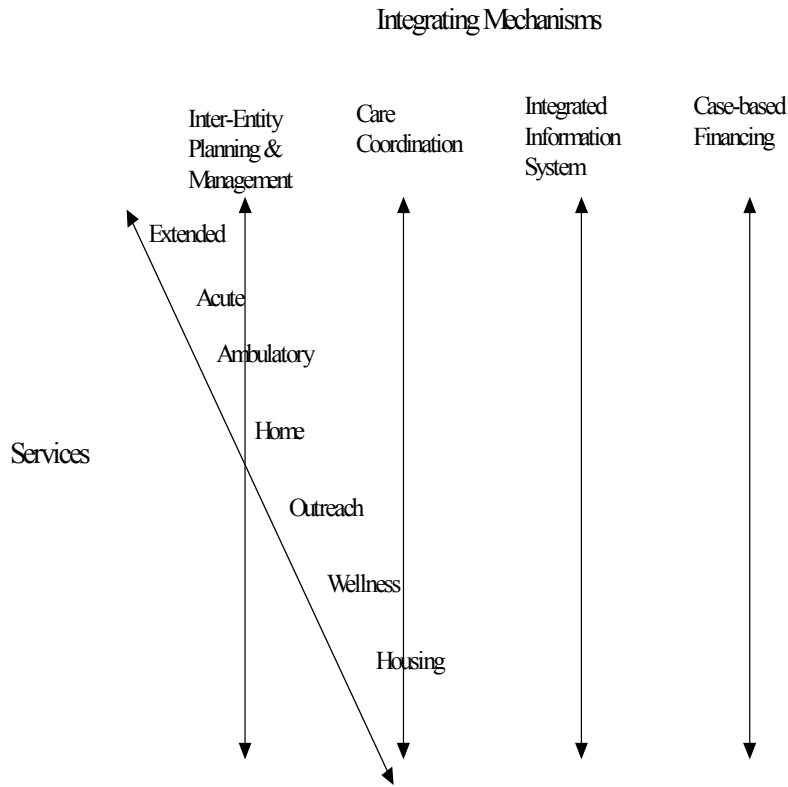
유형, 비공식적인 지원의 이용가능성에 근거하여 재분류 할 수 있다. 각 항목안에는 전문임상의사, 공급조직, 가족이나 환자 자신에 의해서 제공하는 건강, 정신건강과 사회적인 서비스가 있다. 이러한 관계를 행렬(matrix)로 그려보면 정적이 아니라 동적임을 알 수 있다. 각 항목 간뿐만 아니라 항목내에서 의료서비스의 연속성은 분명하게 나타난다. 각 항목은 규제, 재정(지불방법), 대상인구, 인력과 시설요건이 다르며, 또한 입원제도, 환자치료규정과 의료비청구시스템(Billing System)도 다르다. 그리고 각 조직은 고유의 환자의뢰와 퇴원제도를 가지고 있다. 서비스를 하나의 連續體로 조직하는 근본목적은 통합을 성취하기 위한 것이지만, 서비스간 차이로 통합된 계획과 운영이 매우 어렵다.

한편 醫療의 連續體란 하나 하나의 서비스를 모아 놓는 것 이상이며, 의료시스템이 운영의 효율성, 원만한 환자흐름, 서비스의 질에 있어서 향상을 꾀하기 위해서는 統合體로 구성되어야 함을 의미한다. 이를 위해서 4개의 統合管理시스템인 相互實體計劃과 管理構造(Inter-entity Planning & Management), 醫療調整(Care Coordination), 統合된 情報시스템(Integrated Information System), 財政(Case-Based Financing) 등이 필요하다.

첫째, 相互實體計劃과 管理構造는 관리요강(Management Arrangement)과 운영정책이 서비스들 사이에 의료를 조정하고, 원만한 환자의 흐름을 촉진하고, 전문인력시설들의 사용을 극대화할 수 있도록 마련되어야 한다는 것을 의미한다. 예를 들면, 이러한 구조에는 생산관리조직(Product Line Management Organization), 연합계획위원회(Joint Planning Committees)와 합의된 예산(Negotiated Budgeting) 등이 있다. 둘째, 醫療調整(Care Coordination)이란 의료의 임상적인 구성요소들을 조정하는 것인데, 보통 복수의 장소에서 다양한 분야의 전문가 사이의 의사소통을 원활히 하기 위한 사람들과 과정을 결합한다. 셋째, 統合된 情

報시스템이란 다수의 장소에서 다수의 공급자와 지불자가 사용할 수 있도록 재정적, 임상적 의료이용에 관한 정보를 묶은 환자기록이다. 넷째, 통합된 財政이란 급성치료뿐만 아니라 장기요양보호서비스에 대한 재정을 가능하도록 하여 의료의 연속성과 적정성에 대한 장애를 제거한다.

[그림 2-1] 連續的 概念으로서 醫療의 統合體



資料: Connie Evashwick. "Defining of the Continuum of Care", in *Managing the Continuum of Care*, C. Evashwick and L. Weiss, Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc., 1987.

第 2 節 長期療養 서비스 對象者

일반적으로 長期療養保護서비스의 대상자로는 다양한 건강문제를 가지고 있는 사람들로서, 만성질환자, 노화에 따른 건강문제를 가진 노인, 또는 선천적 장애인, 퇴행성 신경질환(Degenerative Neurological Conditions)이 있는 사람, 뇌졸중(Stroke)이 있는 사람, 영구적인 외상이나 장애를 수반하는 사고를 당한 사람, 정신질환자, 치료후 복잡한 요양을 요하는 급성질환자 등 대상자가 다양하다.

장기요양보호서비스의 潛在的인 對象者의 주류는 노년층으로 특히 75세 이상의 노인들이라 할 수 있다. 그러나 이러한 장기요양보호서비스를 사용하는 이유는 나이 그 자체는 아니며, 독립적인 기능을 손상시키는 여러 가지 병인 때문이다. 일반적으로 대다수의 노인들이 한 두 가지의 만성질환을 가지고 있는 것으로 알려져 있다. 이러한 점에서, 노인에게 초점을 맞추는 것은 당연하다. 미국의 경우 주로 노인에게서 가장 흔한 慢性疾患으로는 관절염, 고혈압, 청각장애, 심장질환, 근골격계 손상, 정맥두염, 백내장, 당뇨병, 시각장애, 이명 등이며(表 2-4 참조), 우리 나라 노인의 주요 만성질환은 관절염, 요통좌골통, 고혈압, 소화성궤양, 백내장 등으로 미국 노인과 비슷한 경향을 보이고 있다(表 2-5 참조).

65세 이상의 노인들은 최소한 1개씩의 慢性疾患을 가지고 있으며, 많은 노인들이 여러 개의 만성질환을 가지고 있다. 만성질환, 노인들의 약함, 그리고 오랫동안의 회복기간이 필요한 급성질환으로 노인들은 장기요양보호서비스가 필요하다. 알츠하이머병이나 다른 정신질환들은 연령과 관련되어 발생하는데, 주로 노인들에게서 발생한다. 미국의 한 보고서에 의하면 85세 이상의 노인 중 25%가 알츠하이머병을 가지고 있으며(Advisory Panel on Alzheimer's Disease, 1991), 또 다른

보고서는 48%라고 보고하고 있다(Evans, et al., 1990).

〈表 2-4〉 美國 老人들의 主要 慢性疾患 有病率(1,000명당)

만성질환	65세 이상 연령층	45~64세 연령층
관절염	480	285
고혈압	394	251
청각장애	296	136
심장질환	277	123
근골격계 손상	173	162
정맥두염(sinusitis)	169	187
백내장	141	21
당뇨병	98	64
시각장애	95	46
이명	85	49

資料: National Center for Health Statistics, "Current Estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1986", *Vital and Health Statistics*, Series 10, No. 164, 1987, October.

〈表 2-5〉 우리 나라 老人들의 慢性疾患 有病率(1,000명당)

질 병 명	유병률
관절염	434
요통좌골통	292
고혈압	235
소화성궤양	159
백내장	106
당뇨병	90
만성기관지염	63
디스크	54
골절후유증	54
협심증	51
천식	51
중풍·뇌혈관	44

資料: 한국보건사회연구원, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 1998.

〈表 2-6〉 美國 老人人口의 機能障礙比率

(단위: %)

연 령	한 가지 이상의 ADL에 도움이 필요한 비율	한 가지 이상의 IADL에 도움이 필요한 비율
65~69세	14.7	19.9
70~74세	21.1	24.7
75~79세	24.1	29.2
80~85세	34.4	40.0
85세 이상	49.8	55.2

資料: Dawson, D., Hendershot, G., & Fulton, J., "Aging in the Eighties: Functional Limitations of Individuals 65 and Over", Advanced Data Number 133, *National Center for Health Statistics*, June 10, 1987.

〈表 2-7〉 우리 나라 老人人口의 機能障礙比率

(단위: %)

연 령	IADL ¹⁾ 일부제한	IADL 4개 모두 제한	ADL ²⁾ 일부제한	ADL 6개 모두 제한
65~69세	29.2	3.7	24.9	2.1
70~74세	43.0	10.3	32.1	4.6
75세 이상	62.7	18.9	40.9	4.3
전 체	43.4	10.2	31.9	3.5

註: 1) IADL: Instrumental Activities of Daily Living

2) ADL: Activites of Daily Living

資料: 한국보건사회연구원, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』, 1998.

美國의 경우 20% 이상의 노인들이 機能的인 障礙를 가지고 있으며, 이러한 비율은 연령이 증가하면서 크게 증가하며, 85세 이상이 되었을 때 거의 50%에 다다르고 있다고 한다(表 2-6 참조). 우리 나라의 경우에 있어서도 65세 이상 노인 중 43.4%가 일상용품 사러가기, 전화걸기, 버스나 전철타기, 가벼운 집안일 하기 등 수단적인 일상생활을 수행하는 데 도움을 필요로 하며, 65세 이상 노인 중 31.9%가 목

욕하기, 옷갈아입기, 식사하기, 앉기, 걷기, 화장실 이용하기 등 기본적인 일상생활에서 한 가지 이상 제한을 받는 것으로 조사되었다(表 2-7 참조).

두 번째 장기요양보호서비스의 대상자는 永久的인 障礙를 가진 어린이나 성인도 포함하는데, 이러한 집단에는 신경학적인 질병이나 퇴행적인 질병을 가진 사람이나 마비를 가져오는 사고를 당한 사람과 선천적인 장애를 가진 어린이나 마비를 일으키는 뇌졸중을 가진 사람, 마지막 단계의 암 환자, 장님 등 다양한 장애를 가진 사람들이 있다.

세 번째 장기요양대상자로는 심한 정신건강문제, 정신박약, 발달장애를 가진 精神障礙者들이다. 한 세기 전에는 이러한 사람들의 기대수명 때문에 많은 사람들이 이 대상에서 제외되고 소수만이 해당되었다. 그러나 치료와 관리에서 생의학적 및 기술적인 진보로 이러한 사람들이 더 오래 살 수 있게 되었다. 장기요양보호서비스를 필요로 하는 이들 대상자의 숫자를 정확히 추정하는 것은 힘들다. 미국의 경우 1978년 정신건강에 관한 대통령 위원회(President's Commission on Mental Health)에서 제시된 여러 가지 정신질환에 관한 유병률은 정신분열증(Schizophrenia) 0.5~3%, 조울병(Manic Depressive Psychosis) 0.3%, 신경증(Neurosis) 8~13%, 성격장애(Personality Disorders) 7%로 보고하고 있다. 지금은 이러한 환자들이 외래의료서비스 위주로 치료받고 있지만, 정신훈료서비스가 의료의 연속체의 개념으로 전개될 때는 이러한 환자들은 의료의 연속체의 개념인 장기요양보호서비스에 적합하다고 할 수 있다.

네 번째 대상자는 최근에 부각되고 있는 장기요양대상자로서 AIDS와 AIDS와 관련된 질병인 ARC(AIDS-related Condition)를 가진 환자들이다. 만약 이러한 질병을 치료를 위한 백신을 개발하지 못하거나 치료하지 못할 때는 이러한 질병을 가진 사람의 수는 급격히 증가할 것

이며, 이러한 에이즈 관련된 질병을 가진 사람은 그러한 질병의 마지막 단계에서 장기요양보호서비스의 대상자들이 될 것이다.

마지막으로 장기요양대상자로 急性患者를 들 수 있는데, 급성환자 중에서 단기장기요양보호서비스(Short-term Long-term Care) 대상자를 추정하는 것은 쉽지 않다. 예를 들면 폐암으로 진단된 사람은 치료를 받아 낫는 환자도 있고 또는 죽는 환자도 있을 것이다. 그러나 많은 사람들 중 마지막 단계에서는 장기요양보호서비스를 필요로 한다. 미국의 경우 골반골절상(Hip Fractures Injury)은 노인 특히 할머니들이 병원에 입원하는 두 번째 원인으로, 보통 치료기간은 3개월에서 6개월 정도 소요된다. 많은 사람들이 재활치료나, 요양센터, 가정간호와 지역사회지원서비스를 이용하는데, 이러한 장기요양보호서비스가 필요한 골반골절상환자의 수를 정확히 추정하는 것은 쉽지 않다.

결론적으로 장기요양보호서비스의 대상자는 상당히 異質的인 集團들이며, 또한 전 연령층에 걸쳐 있으며, 육체적이고 정신적인 건강문제를 가지고 있는 사람들이며, 일반적으로 장기간동안 독립적으로 기능을 수행할 수 없는 사람들이다.

第 3 節 長期療養施設 類型

장기요양보호서비스는 의료, 재활, 사회서비스, 주거서비스 등을 포함하는데, 이들 서비스들은 요구되는 의료적 수준에 따라 셋으로 구분된다. 제1수준의 장기요양보호서비스는 의료적 지원보다는 保健福祉서비스로 대부분의 일상생활활동이 가능한 노인 및 만성질환자에게 제공되는 서비스를 말한다. 이러한 수준의 요양서비스를 제공하는 시설에서는 의료서비스를 제공하지 않으며 시설 외에서 의료서비스와 방문간호서비스를 받고 있는 사람들만 입소하고 있다. 이러한 수준의

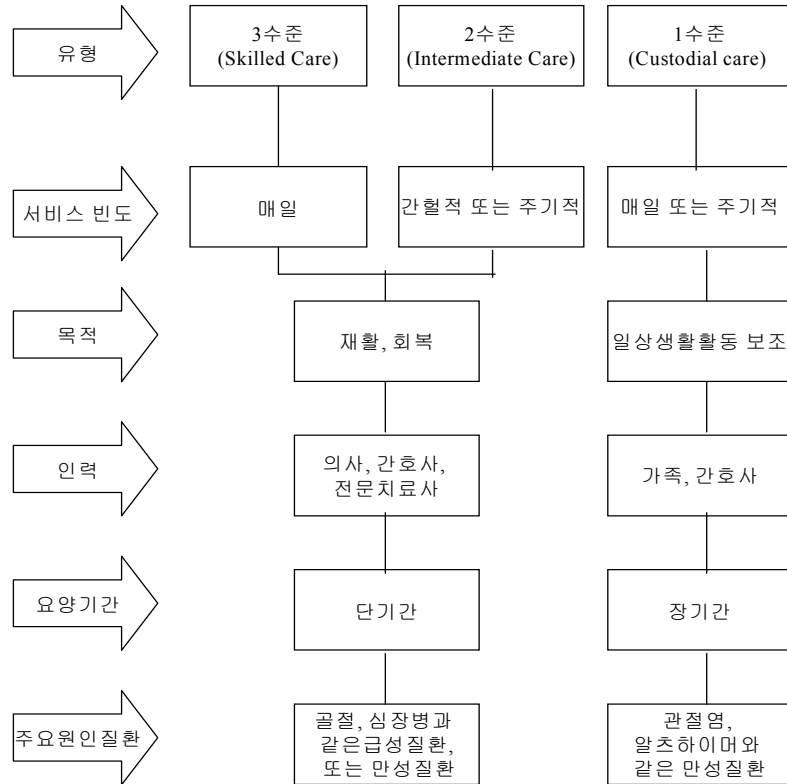
대표적인 시설이 Residential Care Home이라 할 수 있다. 제2수준의 서비스는 건강문제와 기능장애가 있는 노인 및 만성질환자에게 의사와 간호사의 감독에 의해 제공되는 診療서비스를 말하는데, 이러한 요양 서비스를 제공하는 시설유형으로는 Nursing Facilities가 있다. 마지막으로 제3수준은 만성질환이나 급성질환을 겪는 환자들에게 제공되는 고도의 의료기술이 필요한 요양서비스를 말한다(그림 2-2 참조). 장기요양보호서비스가 활성화된 선진국에서는 장기요양보호서비스의 유형에 큰 차이를 보이지 않는다. 따라서 여기서는 장기요양보호서비스체계가 정착된 미국의 유형을 검토하고자 한다.

1. 居住地 療養施設(Residential Care Homes)

이전에 쉼터라 불리었던 주거시설(Residential Facilities)에는 흔히 domiciliary homes, personal care homes, assisted living facilities, 그리고 group homes 등이 포함된다. 이들 시설은 소규모이고 1960년대 중반 Medicare나 Medicaid가 형성되기 이전에 운영되었던 boarding homes와 거의 유사하다. 이러한 시설의 입소자들은 대부분 또는 모든 것을 스스로 돌볼 수 있는 사람들이다. 이들이 점차 자신을 돌볼 능력이 감퇴되고 누군가의 도움이 필요하게 되면, 24시간 전문 요양 서비스를 제공하는 전통적인 요양시설로 옮겨가게 된다.

쉼터에서는 전문 건강 서비스가 거의 제공되지 않으며, 주에 따라서는 면허(인가)를 요하지 않는다. 대부분의 이 시설의 거주자는 현금을 지불하거나 메디케이드나 지방 재원으로부터 보조를 받는다.

[그림 2-2] 療養서비스의 類型



2. Nursing Facilities(Intermediate Care Facilities)

인가된 요양원은 그들이 제공하는 요양 서비스의 수준이나 제공한 서비스에 대해 어떻게 보상을 받을 것인지를 명시할 수 있는 자격이 주어질 수 있다. 중간 단계(intermediate)의 요양을 제공하도록 인가된 요양원을 전에는 중간요양시설(ICFs: Intermediate Care Facilities)이라고 불렀다. 현재 새롭게 붙여진 명칭은 요양시설(NF: Nursing Facility)이다. 療養施設은 주마다 규정이 다소 다르기는 하지만, 다양한

ADL(Activities of Daily Living)서비스에 의존해야 하는 거주자들에 대한 요양제공에 대해 보통은 합법적으로 메디케이드 재원, 즉 주정부의 보상받을 수 있다. ADL서비스의 예로는 옷입히기, 목욕시키기, 먹여주기 등이 포함된다.

州에 따라서, 거주자들은 경미한 요양, 중간요양과 강도 높은 전문요양 대상자로 분류되기도 한다. 거주자 요양 서비스에 대한 보상은 요구되는 요양서비스의 수준이나 양에 근거한다.

텍사스나 네브라스카와 같은 주들은 많은 수의 중간요양시설을 갖고 있으나, 캘리포니아와 같은 다른 주들은 이런 시설이 거의 없다. 대략 모든 요양원 병상의 3분이 1이 중간 단계의 요양으로 인가되고 있다(Mattenson, McConnell, & Linton, 1997).

3. 専門療養施設(Skilled Nursing Facilities)

메디케어 자금, 즉 연방정부의 보상 프로그램으로부터 지원을 받을 수 있는 요양원을 숙련된 전문요양시설(SNF)이라 칭한다. 専門療養施設은 간호사, 물리치료사, 또는 작업 요법사 등과 같은 건강 요양 전문인들의 주의를 필요한 요양을 제공한다. 중간 단계 요양이 일상 생활활동(ADL)을 수행할 수 있는 능력에 초점을 맞추는 반면, 전문요양은 면허 있는 스태프에 의해 수행되는 치료나 처치에 초점을 맞춘다. 예컨대, 골절된 엉덩이를 위한 재활, tube feedings, 인공 항문 성형술(ostomy)로 인한 요양 등이 포함된다. 메디케어는 요양 거주자 서비스에 대해 2% 정도만 지원한다.

몇몇 주들은 중간 단계와 전문 요양을 결합한 독특한 면허와 인정 과정을 갖고 있다. 예컨대, 메릴랜드주에서는, 요양원 병상들이 중간 단계나 전문요양을 요하는 거주자가 시설에 있는 아무 병상이나 사용할 수 있다는 의미에서 포괄적이라고 할 수 있다.

4. 退職者村(Retirement Communities)

일부 요양원들은 퇴직자촌(Retirement Community) 또는 퇴직자 센터라고 하는 큰 단지의 일부로서 존재한다. 이들 센터는 Life Care Retirement Communities(LCRCs) 또는 Continuing Care Retirement Communities(CCRCs) 등이 있는데, 두 유형 모두 거주자가 일시적 또는 영구적 요양을 필요로 할 때 제공해 줄 수 있는 요양원뿐만 아니라 아파트나 독채와 같은 독립적인 생활 주거환경을 갖고 있다. 요양원 병상은 중간 단계, 전문 또는 양자가 결합된 것이다. 일부 센터는 반드시 24시간 요양이 필요한 것은 아니지만, 24시간 감독이 필요한 거주자들을 위한 assisted living(or domiciliary)지역을 갖고 있다.

생활요양센터(LCRC)에서 거주자들은 보통 생활비와 요양비의 대부분을 포함한 입주비를 지불한다. CCRC에서는 적은 입주비만을 내지만, 필요한 요양 수준에 따라 매달 지불하기도 한다.

5. 擴大 療養 施設(ECF: Extended Care Facilities)

ECF의 개념은 원래 요양원의 개념과는 다른 것이었다. ECF는 급성 치료로부터 벗어난 환자들을 위해 더 오랜 기간 수용할 수 있는 시설을 원하는 병원을 위해 개발되었다. 비록 오늘날에도 이 용어가 때로 사용되기는 하지만, 이런 유형의 시설이 널리 사용되는 것은 아니다.

6. 專門 治療(Specialty Care)

지난 10년간, 여러 형태의 전문 치료 시설이 요양원의 일부로서 또는 독립적인 시설(freestanding units)로 개발되어 왔다. 이 시설에서는 모든 입소자들이 동일하거나 유사한 의학적 진단을 갖고 있다. 그 중

에서 가장 일반적인 시설이 치매전문시설(dementia or geropsychiatric units), 뇌손상 전문시설(head injury units)과 인공 호흡기 시설(ventilator units)등이 있다. 치매전문시설은 치매를 진단 받은, 흔히 알츠하이머 병을 갖고 있는 사람들을 수용한다. 이런 類型의 시설의 장점은 치료가 입소자들의 필요에 응하도록 특별히 조정될 수 있다. 예컨대, 정신 착란의 증상을 가진 환자를 위한 활동은 다른 환자와는 다르게 구성되어야 한다. 스텝 비율도 전통적인 요양원에서 보다 훨씬 높아야 한다. 왜냐하면, 병의 단계에 따라서는 더 강도높은 감독이 필요하기 때문이다. 치매환자를 예로 들면, 그들에게는 環境的인 구성이 필요하다. 시설은 안전하고, 편안해야 하며, 지나치게 자극적이어서는 안된다. 치매전문시설이 갖고 있는 문제점 중에 하나는 입소와 퇴소의 기준을 정하는 것이다. 일부 시설들은 초기 또는 중기의 치매 환자들을 입소시키고자 한다. 그러나 많은 가족들은 치매를 가진 가족 구성원의 감정적 행동이나 신체적 조건이 더 이상 가정에서 돌볼 수 없을 만큼 어려워질 때까지 그들과 가정에서 함께 하기를 바란다.

또 다른 시설들은 치매의 단계에 상관없이 환자의 입소를 허용한다. 그러나 초기 또는 중기 치매 환자가 있는 가족들은 그들이 아끼는 가족이 末期 환자와 함께 있는 것을 원치 않는다. 이런 문제 내지는 다른 문제에도 불구하고 치매전문시설은 꽤 대중적이며 치매를 가진 노인이 증가함에 따라 계속해서 개발되고 있다.

뇌손상전문시설 및 인공호흡기시설은 그 입소자가 노인이기 보다는 주로 청장년들이다. 많은 주들이 증상이 더 심하거나 더 복잡한 치료(care)가 필요한 입소자들을 위해 높은 비율로 요양원에 보상한다.

요양원의 또 하나의 특별한 目的은 휴식(respite care)을 위한 가장 흔한 장소가 바로 요양원이다(Stanley & Beare, 1995). 이런 서비스에 대해 메디케이드나 메디케어와 같은 제삼자의 지불자에 의해 보상받

지는 못하지만, 집에서 환자를 돌보는 가족이나 看病人에게 휴식을 갖게 하도록 일시적으로 이들 환자를 요양원에 입소시킬 기회를 제공한다. 일부 요양원에서는 이런 목적을 위해 휴식을 제공할 수 있는 병상을 선정한다.

7. 亞急性 治療 施設(Subacute Care)

亞急性 治療는 새로운 개념의 시설로서 의학적으로 병원에서 퇴원해도 될 만큼 안정되어 있으나, 복합적인 건강 치료를 필요로 하는 사람들에게 제공되는 서비스이다. 이곳 환자들은 보통 너무 아파서 가정에서 돌볼 수 없거나 가정에서 간병을 위해 가족의 지원을 받지 못하는 경우이다.

第 4 節 外國의 長期療養施設의 現況

1. 美國

미국의 長期療養保護서비스제도는 연속성을 유지하면서 포괄적으로 제공되고 있다. 保護란 예방과 함께 시작되고 진단, 치료, 재활 및 지속적인 보호서비스의 유지와 함께 지속되는 연속체의 측면에서 제공된다는 것이다(T. H. Koff, 1982). 요양서비스는 일반병원에서의 급성 질환의 병리적 상태에 대한 치유(cure)나 증진을 위한 요법에 비해 신체기능수준에 대한 치료적 재활요법과 현재의 기능수준을 유지하고 기능저하 과정을 遲延시키기 위한 서비스이고, 만성질환이나 기능의 손상, 또는 생애 말기에 있는 개별노인들의 보호서비스의 제공으로 다양한 종류의 서비스 프로그램이 요구되며 그 범위도 상당히 광범위

하다. 즉, 長期療養保護서비스는 在家서비스를 제공하는 residential care home에서부터 의사와 간호사에 의한 진료서비스가 제공되는 요양시설과 고도의 의료기술을 제공하는 전문요양시설(skilled nursing facilities)과 아급성 치료시설(subacute care facilities) 등에 이르기까지 미국의 장기요양보호서비스는 의료, 재활, 사회서비스, 주거서비스 등을 포함한다. 이들 서비스들은 요구되는 의료적 수준에 따라 3가지 수준으로 구분한다. 1차수준은 의료적 지원보다는 保健福祉서비스로 대부분의 일상생활활동이 가능한 환자 위주로 노인에게 제공되는 것이고, 2차수준은 의사와 간호사의 감독에 의한 診療서비스가 건강문제와 기능장애가 있는 환자에게 제공되는 것이고, 3차수준은 고도의 의료기술이 만성질환이나 급성질환을 겪는 환자들에게 제공되는 것이다. 이런 서비스들은 장소에 구애 없이 제공되며 공적, 사적부분이 혼합되어 제공된다.

미국의 長期療養施設은 일상생활활동의 기능이 떨어진 노인들을 위한 시설로 비전문인에 의해 생활활동보조와 각종 서비스를 제공하는 일반양로시설, 의료적 투약관리 및 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등 전문적 서비스가 제공되는 시설로 일정수의 정규간호원과 의사가 상근하는 전문요양시설, 전문적 서비스의 일부가 제공되는 시설로서 상근하는 정규간호사와 의사의 정기적 방문으로 치료서비스가 이루어지고 있는 중간요양시설, 병원에서 실시되는 요양소의 한 형태로 응급의료병원에 장기보호환자가 사용할 수 있는 침대를 확보해 놓은 회전침대제도, 영리적으로 운영되는 것으로 기능은 일반요양원과 같은 숙식과 보호시설(board & care), 그리고 의학적으로 병원에서 퇴원해도 될 만큼 안정되어 있으나, 복합적인 건강 치료를 필요로 하는 사람들을 위한 亞急性 醫療施設 같은 것이 있다. 여기서는 이러한 장기요양시설 중에서 우리 나라의 療養病院과 가장 유사한 시설인

전문요양시설(skilled nursing facilities)의 발달배경, 이용대상자, 서비스 내용, 인력구성, 재원부담 등에 관하여 알아보고, 이것이 우리에게 주는 시사점이 무엇인가를 살펴보고자 한다.

가. 專門 療養施設(skilled nursing facilities) 發達 背景¹⁾

전문요양시설은 요양원(nursing home)의 한 형태로 미국의 경우 1940년대 후반에 들어서면서부터 개인이 운영하는 노인요양시설이 급속도로 증가하는 추세를 나타내었다. 이는 병원에서 제공하는 의료서비스의 비용은 고가인데 비해 요양시설에서는 비교적 저렴한 요금으로 병원과 거의 동등한 서비스를 받을 수 있었기 때문이었다. 1960년대를 지나면서 병약한 노인들을 위한 보호시설의 필요성이 증가하였고, 이에 대한 법적 근거가 마련되었다. 1965년에는 醫療保險의 도입으로 長期療養保護에 대한 시설요건 및 운영에 대한 법적 요건이 강화되었고, 또한 장기보호서비스를 제공한 이에게 이의 비용을 상환토록 함으로써 요양시설의 병상수가 더욱 증가되는 결과를 초래하였다. 1975년이래 급성기 병상수는 감소추세에 있으며 병상가동률도 계속 감소하여 급성기 병상의 수요는 감소하는 반면, 노인요양 및 일반요양병원의 역할을 수행하는 너싱홈의 병상수는 계속적으로 증가세를 나타내고 있으며, 인구의 노령화가 진행될수록 앞으로 더욱 늘어날 것으로 예상된다.

1) 장기요양시설은 협의의 개념으로는 요양원(nursing home)을 의미하는데, 요양원에는 크게 2가지로 구분한다. 그 중 하나는 전문요양시설(skilled nursing facilities)이고 다른 하나는 일반요양시설(intermediate care facilities)이다. 따라서 전문요양시설의 발달과정과 운영체계 등은 요양원의 발달과정과 운영체계를 통해 알 수 있기 때문에 여기서는 요양원의 발달과정과 운영체계 등에 관하여 살펴보고자 한다.

나. 專門療養施設の 利用對象者 및 서비스 內容

專門療養施設の 이용대상자는 의사와 간호사의 치료와 간호를 필요로 하고 수술 후 회복단계에 있거나, 만성질환으로 인하여 지속적인 간호가 필요한 환자들로 대부분 만성퇴행성질환의 환자들이며 또한 노인들이다. 서비스 내용으로는 의사와 국가에 의해 자격이 주어지고 등록되어진 간호사에 의해 24시간 제공되는 간호서비스 등이 있는데, 구체적으로 의사의 지시에 따라 정규등록 간호사에 의한 24시간 전문적, 집중적 진료 및 간호서비스, 물리치료 및 작업치료 등의 재활치료, 식이관리, 레크리에이션, 일상생활서비스 등 사회적 서비스 등이 있다.

다. 專門療養施設の 運營體系 및 人力基準 및 施設基準

전문요양시설의 人力基準은 주로 행정, 진료, 의료인력, 전문치료사와 간호인력으로 구분할 수 있다. 연방정부 법률에서는 요양원의 인력 기준을 따로 규정한 것은 없고 100명상 규모의 요양원 인력을 추천하고 있는데, 기능단위는 크게 경영부문, 진료부문, 간호부문, 서비스 부문으로 분류가 되고 1990년 이후 새로이 질 관리 및 감염관리 프로그램이 추가되었다. 經營部門은 원장, 행정보조원, 비서 등을 상근으로 배치하되 진료부장, 보조직원은 비상근으로 두고 있고, 진료부문은 물리치료사와 보조원을 제외하고는 모두 비상근 인력을 둘 수 있게 하고 있다. 가장 중요한 부서라고 할 수 있는 看護部門은 간호부서장, 수간호사, 주임간호사, 간호사, 보조원으로 구분하여 상근직원을 배치하고 있으며 간호행정업무를 전담할 1명의 상근직원을 배치하고 있다. 서비스 部門은 사업과, 의무기록, 입원허가, 급식, 사회복지, 레크리에이션, 하우스키핑, 세탁 등으로 구성되는데 각각에 대하여 상근직

원을 배치하고 있다. 의료기관의 개설은 주의 허가를 얻어야 하는데 일반적으로 주의 보건국에 의해 수행된다. 의료기관의 운영상 필요한 장비, 인력, 건물 및 안전에 관한 법규적 사항은 1970년대까지 최소기준의 형태로 존재하다가 소멸되면서 대신에 시설지침의 형태로 전환되었다. 요양원에서 검토할 주요 기준으로는 시설 면적기준, 방화 안전기준, 신체부자유자를 위한 기준 등이다. 시설에 관한 주요지침은 병동부(nursing units), 서비스 공간(service areas), 환자지원부(patient support areas), 재활치료실(rehabilitation therapy), 약제부(pharmacy unit) 기타제실(general service)등에 관한 규정을 두고 있다.

라. 財源負擔

미국에서 요양환자의 財源負擔은 주로 자비로 비용을 부담하는 사람이 43%, Medicare에서 부담하는 사람이 2%, Medicaid 50%, 기타 공공프로그램에서 5%를 부담하고 있다. Medicare대상자는 병원퇴원 후 20일까지 전액 Medicare에서 부담하고, 21일에서 100일까지는 1일당 일정액(\$75.8)을 본인이 부담하도록 되어있다. 그리고 100일 이후에는 전액 본인이 부담하도록 규정하고 있다. Medicare와 Medicaid에서 보상되지 않는 부분을 부담하기 위하여 요양환자 스스로 우리스주, 개인연금, 생명보험, 팩토링금융, 저축 등 별도의 보험으로 진료비를 마련하고 있다. 보험에서 인정하는 요양환자의 支佛體系는 일당제(per diem rate)를 적용하고 있다.

2. 日本

일본의 경우 長期療養政策은 社會福祉制度의 기반을 이루는 법제도가 형성된 '60년대에 제정된 노인복지법에서 최초로 시작되었으며,

요양시설은 주로 노인을 위한 시설들이다. 노인복지법에 대한 논의는 1960년대 경제 성장으로 인한 국민 생활수준의 향상과 의료 및 공중 위생의 발달로 평균수명의 증가, 급격한 고도성장과 도시화의 진전 속에서 핵가족화와 그로 인한 노인단독세대의 증가로 전통적인 노후 생활의 기반의 붕괴, 1961년 國民介保險體制가 확립되어 노후 경제 생활에 대한 보장과 의료비 대책이 마련되자 소득보장, 의료보장만으로는 대응할 수 없는 다양한 노인복지문제의 해결을 위해서 시작되었다. 노인복지법에 나타난 장기요양보호와 관련된 사항은 노인홈 입소 등에 관한 조치(11조)와 거택에서의 老人介護 등에 관한 조치(10조)로, 노인복지시설을 상병(만성질병 포함)에 걸려있고 치료와 양호를 위해 의학적 관리와 보호를 필요로 하는 노인이 입소하는 시설이라 하여 장기요양보호를 목적으로 하는 시설로 규정하고 있다.

이용시설로는, 주간보호센터가 있고, 거택에서의 老人介護에는 가정봉사원과 견 서비스업과 주간보호센터 이용, 노인단기입소시설, 일상 생활용구의 지급, 대여 등이 포함되어 있다. 1968년부터 노인복지법이 취지에 맞추어 각종 노인대책이 정비되어 와상노인에 대한 대책이나 혼자 사는 노인에 대한 대책이 등장했다. 1970년대 들어서 고령화 진전과 노인문제의 심화로 老人福祉의 붐이 일어나서 1971년 사회복지시설 긴급정비 5개년 계획의 실시로 長期療養保護施設인 특별양호 노인홈과 다양한 사회복지시설이 정비되었다. 1972년 6월에 개정되어 1973년 1월에 시행된 노인의료비지급제도로 ‘老人醫療無料化’는 의료보험의 본인부담비분을 공비로 충당하는 것이다. 1983년 2월 老人保健法이 국민의 노후 건강유지와 적절한 의료지원의 확보를 꾀하기 위해 제정되었으며, 이 법에 따라 종래의 의료비지급제도를 폐지하고 진료보수제도로 전환하였다. 급속하게 진행되는 고령화에 대처하기 위해서 1989년 12월 골드플랜(Golden Plan)인 ‘고령자보건복지추진 10

개년 전략'이 제시되었다. 이 계획은 “사는데 익숙해진 지역이나 가정에서 생활할 수 있게 함과 동시에 주택에서 생활이 불가능하게 되었을 때 적절한 시설에 입소할 수 있도록 高齡者가 필요시 적절한 在宅, 또는 施設서비스를 받을 수 있도록 한다”는 목적을 가지고 고령자 보건복지분야에서 공공서비스의 기반을 정비하고 재택복지, 시설복지 등의 사업에 대한 10개년 사업추진방안을 담고 있다. 그리고 1992년 제2차 의료법 개정을 통해 療養型病床群을 제도화하여 장기에 걸쳐서 요양을 필요로 하는 환자들에게 의료서비스를 제공하고 있다. 이 시설은 의료법에 의한 의료기관이면서 介護保護施設에 속하게 된다. 이외에도 介護力 強化病院, 老人病院 등이 있는데, 우리나라의 요양병원과 유사한 시설로는 요양형병상군, 개호력강화병원과 노인병원 등이 있다. 개호력강화병원은 요양형병상군과 대동소이하나 원칙적으로 치료기능만을 가진 병원이다. 그러나 실제로는 요양형병상군과 기능이나, 시설, 인력기준에 별 차이가 없다. 여기서는 요양형병상군에 관하여 알아보고, 이것이 우리에게 주는 시사점이 무엇인가를 살펴보고자 한다.

가. 療養型病床群의 發達背景

療養型病床群은 의료시설기능의 체계화의 일환으로 1992년 7월 제2차 의료법 개정을 통해 제도화된 시설유형이다. 이 시설은 주로 장기요양을 필요로 하는 환자를 수용하게 되며, 도도부현 지사의 승인으로 설치된다. 이 시설의 목적은 老人病院과 老人保健施設의 중간적인 기능의 역할을 담당하는 것으로써 전문의료인력 배치로 인해 장기요양시 상대적으로 높은 의료비를 발생시키는 노인병원의 문제점을 보완하는 것으로써 노인병원보다는 전문의료인력 수준을 낮추고 대신

1인당 병상 면적과 복도폭을 넓게 하거나, 식당·대화실 등, 장기요양에 필요한 施設側面을 強化하였다. 의료기관이 아닌 노인수용시설인 노인보건시설과 비교하여서는 전문의료인력을 강화하여 보다 전문화된 의료서비스를 제공하여 노인들의 치료에 대한 욕구를 충족시키고자 하였다.

이러한 시설은 향후 인구의 고령화와 더불어 많은 수요가 예상되고 있으며, 또한 2000년 4월부터 실시되는 介護保險制度의 시설서비스 부분에서 일익을 담당하게 되므로 빠른 정비가 요구되어진다.

요양형병상군의 정비를 위해 국가에서는 개호력강화병원 등의 전환을 기본방침으로 하여, 현재의 개호력강화병원을 2002년말까지 요양형병상군으로 전환하고자 한다. 또한 노인병동의 병상을 개호보험이 실시되기 전에 환자 1인당 사용면적 등 시설과 설비면의 요양환경을 갖춰 요양형병상군으로 전환할 것을 제시하고 있다.

1998년 현재 전국적으로 1,269개소의 병원에 99,770병상이 운영되고 있다.

나. 療養型病床群의 利用對象者 및 서비스 內容

療養型病床群의 利用對象者는 주로 장기요양을 필요로 하는 환자로 지속적인 간호가 필요한 환자들로 대부분 慢性退行性疾患의 환자들이며 또한 老人들이다. 서비스 내용은 노인보건시설에 비하여 치료서비스가 강화되었으며, 치료서비스와 요양서비스를 둘다 제공하고 있다. 구체적으로 제공되는 서비스는 治療서비스와 일상생활 동작훈련 등 再活서비스 등이 있다.

〈表 2-8〉 日本 및 美國의 長期療養施設 比較

구 분	미국의 전문요양시설	일본의 요양형병상군
이용대상자	<ul style="list-style-type: none"> · 의사와 간호사의 치료와 간호를 필요로 하고 수술이나 질병의 회복단계에 있거나, 만성질환으로 인하여 지속적인 간호가 필요한 노인 	<ul style="list-style-type: none"> · 장기에 걸쳐서 요양을 필요로 하는 환자
서비스 내용	<ul style="list-style-type: none"> · 의사의 지시에 따라 정규등록 간호사(RN)에 의한 24시간 전문적, 집중적 진료(진단, 처방, 치과진료 포함) 및 간호 서비스 · 물리치료 및 작업치료 등의 재활치료 · 식이관리, 레크리에이션, 일상생활 서비스 등 사회적 서비스 	<ul style="list-style-type: none"> · 비교적 안정된 증상에 대한 진찰, 투약, 주사, 검사, 처치 등의 의료 서비스 · 일상생활 동작훈련 등 재활서비스 · 체위변환, 식사시중, 입욕 등의 간호, 개호서비스 등
인력구성	<ul style="list-style-type: none"> · 행정, 진료, 의료인력, 전문치료사 · 간호인력(RN, LPN, Aide) 	<ul style="list-style-type: none"> · 의사 3명 · 간호사 17명 · 개호직원 17명(최저) · 기타: 약제사, 진료방사선기사 등
재원부담	<ul style="list-style-type: none"> · Medicare 대상자 - 병원퇴원 후 20일까지 전액 Medicare에서 부담 - 21~100일까지는 1일당 일정액(\$75.8)을 본인부담 - 100일이후는 전액 본인부담 	<ul style="list-style-type: none"> · 이용자 부담 - 일부부담(입원) : 월 33,000엔 - 입원시 식사 요양비 : 월 22,800엔
	<ul style="list-style-type: none"> · 자비부담: 43% · Medicare: 2% · Medicaid: 50% · 기타 공공프로그램: 5% 	<ul style="list-style-type: none"> · 개호, 간호체제가 갖추어진 병동에 대해서 - 보험자: 50% - 중앙정부: 33% - 현, 시정촌: 17% · 그 이외 - 보험자: 70% - 중앙정부: 20% - 현, 시정촌: 10%

〈表 2-8〉 계속

구 분	미국의 전문요양시설	일본의 요양형병상군
설치자	· 개인영리기관: 76.8% · 비영리조직: 17.7% · 정부기관: 5.5%	· 의료법인 · 사회복지법인 · 지방자치단체 · 기타
규 모	· 50병상 미만: 42.3% · 50~100병상 미만: 30.8% · 100병상 이상: 26.9%	· 50병상 미만: 38.1% · 50~100병상 미만: 38.4% · 100병상 이상: 23.5%
설치형태	· 정확한 통계는 없으나 병원내 병실과 독립형태가 많음.	· 병원의 일부 병상을 요양형 병상으로 전환하여 사용

다. 療養型病床群의 人力基準 및 施設基準

요양형병상군의 人力基準은 주로 행정, 진료, 의료인력, 이화학 요법사 또는 작업요법사 등의 전문치료사와 간호인력으로 구성되어 있다. 구체적으로 환자 100명당 의사 3인, 간호사 17인, 개호직원 17인 등이 최소 기준이고 그 밖에 약사, 방사선기사 등을 두게 되어 있다. 시설기준은 1인당 6.4평방미터 이상의 병실, 진찰실, 수술실, 처치실, 임상검사실, 기능훈련실, 대화실, 욕실, 식당 등을 갖추어야 한다.

라. 療養型病床群의 財源負擔

요양형병상군의 診療費는 노인진료보수에 의해 正額制로 지급되며, 재원의 負擔은 개호와 간호체제가 갖추어진 병동에 대해서 보험자가 50%를 지불하고 국가에서 33%, 현과 시정촌에서 각각 8.4%씩을 부담하고 있으며, 그 외의 시설에 대해서는 보험자가 70%를, 국가에서 20%를 부담하고 현과 시정촌에서 각각 5%씩을 부담하고 있다. 환자 본인부담은 입원시 월 33,000엔에 식비로 22,800엔을 부담한다.

3. 示唆點

美國의 경우 급성병원 외의 장기환자나 노인환자에 대한 연방정부의 정책은 주로 看護養老院에 관련되어 있다. 이는 중간시설의 개념으로 설명되기도 하는데, 병의 증상이 급성이 아닌 장기간의 치료가 필요한 만성노인성 질환에 대해 병원이 아닌 시설에서 서비스를 제공하는 시설을 의미하며, 병원과 가정 혹은 병원과 양로원과 같은 복지시설의 중간이라는 개념이 혼용된 것이다(이규식 외, 1989). 예를 들어 Medicare에 의해 급여되는 看護養老院 서비스는 일차적으로 대개 2개월 내의 단기간의 의학적 치료와 집중적인 간호서비스를 필요로 하는 사람들을 위한 것으로 skilled care로 불리며, 케체타 교체, 수술 후 간호, 물리치료 등의 서비스가 제공된다. Medicaid는 전문간호(skilled care) 외에 중간간호(intermediate care)로 불리는 덜 의학적 요소까지 급여대상으로 하지만 주요 초점은 역시 의료적 치료이다. 미국은 1975년이래 급성기 병상수는 감소 추세임에도 불구하고 노인요양 및 일반요양병원의 역할을 수행하는 너싱홈의 병상수는 계속적으로 증가하여 이들의 수요가 증가세임을 나타내고 있다.

日本 역시 급성기병상인 一般病院의 병상수는 1992년을 기점으로 감소하는 추세이다. 반면에 만성질환자 병상인 노인병원, 요양형병상군, 노인보건시설의 병상수 증가세가 두드러진다. 療養型病床群은 의료비의 절감과 환자의 진료환경개선에 역점을 두고 일반병상의 기능 전환을 유도하여 온 것이며, 老人病院은 주로 치매환자나 노인 만성질환자를 수용하는 병원으로서 1992년 현재 162,652병상으로 증가 추세를 보이고 있다. 老人保健施設은 문제 증상이 어느 정도 안정되어 입원이나 치료는 필요가 없지만 재활, 간호 등의 의료적 보호가 필요한 와상노인 등을 대상으로 가정에 돌아가기 위한 준비를 시키기

위한 중간시설로서 1986년 노인보건법 등의 개정에 의해 개설된 시설이다(일본 후생성, 1991; 일본 총무처 노인대책실, 1992).

이렇듯 미국, 일본 등 주요 국가에서 일반 급성병원의 병상수가 감소하고 장기적 보호를 목적으로 하는 간호양로원이나 노인전문병원 및 노인보건시설 등은 증가하는 반면 우리 나라는 오히려 병상수가 증가하는 추세를 보이면서도 長期保護서비스를 제공할 수 있는 시설과 병상은 부족한 실정이다.

따라서 한국의 병상 수급정책에 대한 再檢討가 요구되며 동시에 새로운 보건의료 수요에 대응하는 대책 마련이 필요하다.

第 3 章 療養病院의 供給實態

현재 우리 나라는 인구의 노령화, 가족기능의 약화, 여성의 경제활동 참여 확대, 사고의 증가 등으로 長期療養을 필요로 하는 대상자가 빠르게 증가하고 있는 추세이다. 따라서 이러한 변화에 대응해 나가기 위한 방안이 요구되어지고 있다.

그러나 현재까지의 의료시설은 급성기질환 위주로 공급되어 요양 또는 만성질환 시설의 개념이 없었다. 따라서 급성기질환 병상은 과잉인 반면 만성질환 병상은 부족한 상태이다.

이러한 상황에서 정부는 보건의료 수요변화에 부응하기 위한 조치로 1994년 의료법에 療養病院에 관한 규정을 신설하였다. 새롭게 규정된 요양병원은 1996년 개원을 시작으로 현재 전국에 8개가 존재하며, 이들 요양병원은 기존의 일반병원에서 장기요양에 적합한 환경을 강화하여 노인질환자, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자 등의 長期療養患者들을 대상으로 운영되고 있다.

이러한 요양병원의 시설현황과 운영에 대한 조사를 다음과 같이 실시하였다. 調査目的은 우리 나라의 요양병원에 대한 현황과 문제점을 파악하고, 이를 기초로 요양병원의 활성화 방안을 모색하는데 있다. 調査對象은 전국 8개의 요양병원이며 자료수집은 1999년 9월 20일부터 10월 15일까지 실시된 우편설문을 통하여 수집되었다. 調査內容은 요양병원의 일반 현황으로 개설시기, 병상수, 설립형태, 병원형태, 수련병원 지정 여부, 병원 근무자 수, 입원/외래 환자의 병원 방문 경로와 회송률을 조사하였으며, 경영개선방안으로 특정전문서비스 여부, 장기요양환자대 일반환자의 비율, 직원에 대한 성과급 도입 여부, 자

원봉사자 활용 여부, 외부용역업체 활용 여부, 타병원과의 연계관계 여부, 의료서비스 평가 실시 여부를 조사하였다.

병원의 財政狀態, 醫療資源 및 經營實績 현황으로 총자본, 총부채, 유동자산, 유동부채, 고정자산, 기본재산, 의료미수금, 재고자산 등의 재무상태와 인건비, 재료비, 관리비, 종류별 직원수, 진료과목 수 등의 투입부문, 부가가치, 총환자수, 총외래환자수, 실입원환자수, 총재원일수, 퇴원실인원수, 입원진료일수, 전/당기수익, 의료이익, 의료수익, 당기순이익, 입원수익, 외래수익 등의 경영실적을 조사하였다.

그리고 요양병원을 운영하면서 느끼는 요양병원 운영의 문제점과 활성화 방안에 대한 의견을 조사하였다.

第 1 節 療養病院의 一般現況

1. 療養病院 地域分布

우리 나라 요양병원의 地域的 分布를 보면 전체의 50%인 4개가 중소도시에 위치하고 있으며, 농어촌지역에는 37.5%인 3개가, 그리고 대도시에는 12.5%인 1개가 각각 위치하고 있다. 구체적으로 살펴보면 경기, 경남 지역에 각각 2개, 강원, 충북, 충남, 전남 지역에 각각 1개의 요양병원이 분포하고 있다(表 3-1 참조).

2. 療養病院 設立年度

設立年度를 보게 되면 8개의 요양병원이 모두 1996년 이후에 개설된 것으로 조사되었는데, 이는 1994년 醫療法 改正으로 요양병원이 새롭게 신설되어 일정기간의 준비과정이 있는 후 개설되었음을 알 수 있다(表 3-2 참조).

〈表 3-1〉 療養病院의 地域別 現況

(단위: 개소, %)

지역구분		병원수
도·농 ¹⁾	대 도시	1(12.5)
	중소도시	4(50.0)
	농 어 촌	3(37.5)
지 역	서 울	-
	부 산	-
	경 기	2(25.0)
	강 원	1(12.5)
	충 북	1(12.5)
	충 남	1(12.5)
	전 북	-
	전 남	1(12.5)
	경 북	-
	경 남	2(25.0)
제 주	-	
합 계		8(100.0)

註: 1) 대도시는 특별시, 광역시로 하였으며, 중소도시는 시지역, 농어촌은 군 지역으로 하였음.

〈表 3-2〉 療養病院의 開設年度 分布

(단위: 개소, %)

연 도	병원수
1996	1(12.5)
1997	3(37.5)
1998	3(37.5)
1999	1(12.5)
합 계	8(100.0)

3. 療養病院 設立形態

設立形態는 재단법인이 1개, 사회복지법인이 3개, 의료법인이 3개, 개인이 1개로 조사되었다(表 3-3 참조).

〈表 3-3〉 療養病院의 設立形態別 現況

(단위: 개소, %)

설립형태	병원수
국립대학	-
시립·국립	-
공립(보건의료원 포함)	-
공사	-
학교법인	-
특수법인	-
재단법인	-
재단법인	1(12.5)
사회복지법인	3(37.5)
회사법인	-
의료법인	3(37.5)
개인	1(12.5)
합계	8(100.0)

第 2 節 療養病院 供給現況

1. 療養病院 病床規模

醫療法에 의하면 요양병원은 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추어야 한다. 조사된 요양병원의 병상수는 평균 88.4병상으로 39병상에서 182병상에 이르는 분포를 보였다.

〈表 3-4〉 療養病院 病床規模

(단위: 개소, %)

병 상 수	병 원 수
50명상 미만	2(25.0)
51~ 80명상	3(37.5)
81~100명상	1(12.5)
101~200명상	2(25.0)
합 계	8(100.0)

2. 療養病院 人力現況

요양병원의 정규직원수는 평균 34명이었으며, 임시직, 용역직을 포함한 전체 직원수는 평균 52명이었다.

요양병원 중 7개가 非修練病院이고 나머지 1개는 인턴수련병원이었으며, 구체적인 병원 종사자 수의 현황을 살펴보면 의사의 경우 전문의는 평균 2.1명, 일반의는 0.6명, 인턴은 0.1명, 한의사는 1.4명이 근무하고 있었다. 또한 8개 중 한 개의 병원이 한·양방병원이었고, 양방병원이라도 요양병원의 특성상 노인질환인 중풍과 치매환자의 비율이 높기 때문에 이러한 질병 치료를 위해 요양병원의 75%인 6개의 병원에서 한의사가 근무하고 있었다. 그리고 간호사는 평균 9.9명, 간호조무사는 4.9명, 물리치료사는 2.3명이 근무하고 있으며, 작업치료사와 언어치료사는 근무하지 않고 있는 것으로 조사되었다. 그러나 이와 비슷한 직종으로 사회복지사와 운동치료사가 근무하고 있는 것으로 조사된 요양병원이 있었다. 그 밖에 영양사 0.9명, 세탁부 0.5명, 취사부 2.5명, 행정직 6.5명, 기능직 1.1명, 기타관리직 3.1명, 기타(약사, 임상병리사, 의료기사 등) 4.1명(4개의 응답병원만을 포함)이 근무하고 있는 것으로 나타났다(表 3-5 참조).

〈表 3-5〉 療養病院의 病院從事者數 現況

(단위: 명)

구 분	평균종사자수(±표준편차)
전 문 의	2.1(±1.6)
일 반 의	0.6(±0.7)
인 턴	0.1(±0.3)
레 지 더 트	0
한 의 사	1.4(±1.2)
간 호 사	9.9(±7.4)
간호조무사	4.9(±5.2)
물리치료사	2.6(±1.1)
작업치료사	0
언어치료사	0
영 양 사	0.9(±0.3)
세 탁 부	0.5(±0.9)
취 사 부	2.5(±1.8)
행 정 직	6.5(±3.5)
기 능 직	1.1(±1.4)
기타관리직	3.1(±6.5)
기타(임상병리사, 약사 등) ¹⁾	4.5(±4.1)
합 계	52.0(±27.9)

註: 1) 4개의 응급병원만을 포함

3. 地域別 療養病床 供給現況

療養病床²⁾의 지역별 공급 현황을 살펴보면 경남지역에 189병상의 요양병상이 공급되어 가장 많이 분포하고 있으며, 다음으로 충남지역에 182병상, 충북지역에 98병상, 경기지역에 81병상, 전남지역에 80병상, 강원지역에 77병상이 분포하고 있었다. 그 밖에 서울, 부산, 전북, 경북, 제주지역에는 요양병상이 분포하고 있지 않았다(表 3-6 참조).

2) 요양병원으로 등록된 의료기관의 병상수를 말함.

〈表 3-6〉 地域別 療養病床 供給現況

(단위: 병상)

지 역	공급병상수('99년 현재)
서 울	-
부 산	-
경 기	81
강 원	77
충 북	98
충 남	182
전 북	-
전 남	80
경 북	-
경 남	189
제 주	-
합 계	707

第 4 章 入院患者 分析과 療養病院 需要推定

第 1 節 入院患者 分析

長期療養施設 중에서도 요양병원대상 환자수요를 추정하기 위하여 지난 1998년 한 해 동안 醫療保險聯合會에 진료비를 청구한 병원급 이상의 입원환자 1,965,057명(질병이 같은 경우 청구건수를 개인별로 누적하였다)을 대상으로 분석하였다. 본 분석에서는 병원을 크게 3차 의료기관, 종합병원, 병원, 특수병원³⁾, 요양병원⁴⁾으로 구분하여, 입원 환자의 인구사회적 특성, 재원일수의 분포, 의료기관별 입원환자의 분포, 의료기관별 입원환자의 질병별 재원일수의 분포, 요양병원 입원자의 의료비 등을 분석하여 長期療養病院對象者들의 特性을 파악하고, 이러한 특성을 중심으로 요양병원 입원환자들과 일반병원 입원자들의 比較를 통해 요양병원이 제 역할을 다하고 있는지 가늠하고자 했다.

1. 人口社會的인 特性

1998년 한 해 동안 병원급 이상에 입원한 환자 중 남자의 백분율이 3차의료기관, 종합병원, 병원에서 각각 54.9%, 54.3%, 54.3%이었으며,

3) 특수병원은 주로 정신병원, 결핵병원 등으로 현재 연세광주세브란스병원, 서울 국립정신병원, 청량리 정신병원, 세종병원, 용인정신병원, 안양신경정신병원, 인천신경정신병원, 성안드레아 신경정신병원, 국립춘천정신병원, 공주결핵병원, 나주정신병원, 목포결핵병원, 여수애양재활병원, 마산결핵병원, 국립부곡정신병원이 있음.

4) 요양병원은 현재 정신요양병원 3곳을 포함하여 11개가 운영되고 있으나, 이 분석에서는 정신요양병원이 제외되었음.

특수병원은 남자의 백분율이 66.0%로 남자가 여자보다 크게 높았으며, 반면 요양병원에서는 남자의 백분율이 48.1%, 여자의 백분율이 51.9%로 여자가 남자보다 다소 높았다.

〈表 4-1〉 醫療機關別 入院患者의 性別 分布

(단위: 명, %)

	3차병원	종합병원	병 원	특수병원	요양병원	계
남자	352,162 (54.9)	483,501 (54.3)	224,293 (54.3)	1,438 (66.0)	891 (48.1)	1,062,285 (54.5)
여자	289,598 (45.1)	406,870 (45.7)	188,665 (45.7)	741 (34.0)	960 (51.9)	886,834 (45.5)
합계	641,760 (100.0)	890,371 (100.0)	412,958 (100.0)	2,179 (100.0)	1,851 (100.0)	1,949,119 (100.0)

註: 15,988명은 성이 잘못 입력되어 성별파악을 할 수 없어 합계에 차이가 있음.

입원환자의 年齡別 分布를 살펴보면 3차의료기관, 종합병원, 병원에 입원한 65세 이상 노인층환자는 각각 19.7%, 23.7%, 22.1%였으며, 특수병원은 11.1%로 낮았고, 요양병원의 경우는 50.3%로 다른 병원에 비하여 노인입원환자가 많았다.

〈表 4-2〉 醫療機關別 入院患者의 年齡 分布

(단위: 명, %)

	3차병원	종합병원	병 원	특수병원	요양병원	계
44세 이하	274,381 (42.7)	424,179 (47.3)	208,004 (49.3)	1,567 (57.4)	236 (12.7)	908,367 (46.2)
45~64세	240,863 (37.5)	259,972 (29.0)	120,664 (28.6)	859 (31.5)	687 (37.0)	623,045 (31.7)
65세 이상	126,772 (19.7)	212,343 (23.7)	93,294 (22.1)	302 (11.1)	934 (50.3)	433,645 (22.1)
계	642,016 (100.0)	896,494 (100.0)	421,962 (100.0)	2,728 (100.0)	1,857 (100.0)	1,965,057 (100.0)

2. 在院日數 分布

입원환자의 在院日數를 살펴보면, 재원기간이 30일 이상이 넘는 환자의 백분율은 3차의료기관, 종합병원, 병원이 각각 7.5%, 8.1%, 15.6%이었으며, 특수병원과 요양병원은 45.2%와 38.1%로 일반병원에 비하여 재원기간이 길었다. 그리고 地域別 재원일수를 살펴보면 재원일수가 30일 이상인 백분율이 높은 지역은 충북과 경남으로 각각 15.0%와 13.0%이었다.

〈表 4-3〉 醫療機關別 入院患者의 在院日數 分布

(단위: 명, %)

재원일수	3차병원	종합병원	병 원	특수병원	요양병원	계
1~14일	488,709 (76.1)	700,250 (78.1)	291,532 (69.1)	836 (30.6)	792 (42.6)	1,482,119 (75.4)
15~29일	104,955 (16.3)	123,614 (13.8)	64,757 (15.3)	660 (24.2)	357 (19.2)	294,343 (15.0)
30일 이상	48,358 (7.5)	72,660 (8.1)	65,687 (15.6)	1,232 (45.2)	708 (38.1)	188,645 (9.6)
계	642,022 (100.0)	896,524 (100.0)	421,976 (100.0)	2,728 (100.0)	1,857 (100.0)	1,965,107 (100.0)

〈表 4-4〉 入院患者의 地域別 在院日數 分布

(단위: 명, %)

구 분	1~14일	15~29일	30일 이상	계
서 울	439,576 (75.5)	89,639 (15.4)	53,047 (9.1)	582,262 (100.0)
부 산	140,183 (73.1)	32,002 (16.7)	19,505 (10.2)	191,690 (100.0)
경 기	236,537 (78.2)	40,255 (13.3)	25,705 (8.5)	302,497 (100.0)
강 원	59,982 (76.1)	10,949 (13.9)	7,930 (10.1)	78,861 (100.0)
충 북	36,423 (70.2)	7,637 (14.7)	7,788 (15.0)	51,848 (100.0)
충 남	92,979 (75.9)	18,294 (14.9)	11,289 (9.2)	122,562 (100.0)
전 북	63,356 (76.7)	13,047 (15.8)	6,222 (7.5)	82,625 (100.0)
전 남	115,685 (73.5)	25,935 (16.5)	15,806 (10.0)	157,426 (100.0)
경 북	165,891 (76.9)	30,661 (14.2)	19,254 (8.9)	215,806 (100.0)
경 남	116,406 (72.5)	23,376 (14.5)	20,886 (13.0)	160,668 (100.0)
계 주	15,101 (80.1)	2,548 (13.5)	1,213 (6.4)	18,862 (100.0)
계	1,482,119 (75.4)	294,343 (15.0)	188,645 (9.6)	1,965,107 (100.0)

3. 醫療機關別 入院患者의 疾病分布

1998년 한 해 동안의 요양병원 입원환자의 疾病分布를 살펴보면, 亞急性醫療⁵⁾를 요하는 질환인 암질환이 10.7%, 근골격계질환이 7.3%, 일반외과계 관련된 질환이 7.2%, 순환기계질환이 6.5% 순이었다. 그리고 3차의료기관의 경우는 암질환이 36.7%로 가장 많았으며, 종합병원의 경우는 호흡기계통의 질환이 22.0%로 가장 높았다. 100병상 미만의 병원의 경우는 일반외과계, 호흡기계, 근골격계통의 질환이 각각 13.5%, 12.2%, 11.2%이었다(表 4-5 참조).

〈表 4-5〉 醫療機關別 入院患者의 亞急性疾患 分布

(단위: 명, %)

구 분	3차병원	종합병원	병 원	특수병원	요양병원
순환기계	49,672 (7.7)	52,950 (5.9)	20,105 (4.8)	308 (11.3)	120 (6.5)
일반외과계	67,725 (10.5)	127,817 (14.3)	57,134 (13.5)	136 (5.0)	134 (7.2)
신 경 계	27,806 (4.3)	31,960 (3.6)	13,352 (3.2)	1,117 (40.9)	145 (7.8)
각 종 암	235,537 (36.7)	128,974 (14.4)	26,313 (6.2)	18 (0.7)	198 (10.7)
근골격계	44,207 (6.9)	57,395 (6.4)	47,200 (11.2)	380 (13.9)	135 (7.3)
호흡기계	88,889 (13.8)	197,092 (22.0)	51,609 (12.2)	183 (6.7)	83 (4.5)
신 장 병	31,077 (4.8)	43,554 (4.9)	14,322 (3.4)	0 (0.0)	16 (0.9)
기 타	97,109 (15.1)	256,782 (28.6)	191,941 (45.5)	586 (21.5)	1,026 (55.3)
계	642,022 (100.0)	896,524 (100.0)	421,976 (100.0)	2,728 (100.0)	1,857 (100.0)

5) 미국은 아급성의료(subacute care)대상질환으로 순환기계 질환(심장학: cardiology), 일반외과계(general surgery), 신경계(신경학: neurology), 각종 암(종양학: oncology), 근골격계(정형외과: orthopedics), 호흡기계(호흡기학: pulmonology), 신장병(renal disease)을 아급성 의료가 필요한 질환으로 규정하고 이러한 환자를 65세 이상과 65세 이하 집단으로 구분하여 진단과 연령에 따라 25%에서 75%를 아급성의료대상자로 추정하고 있음(Hyatt L., 1995).

그리고 長期療養對象疾患⁶⁾의 경우, 요양병원의 입원환자 중에서 뇌출혈이 49.2%로 가장 높았으며, 암질환이 10.7%⁷⁾, 간질환과 당뇨가 각각 6.1%와 3.3%였다. 3차의료기관, 종합병원, 병원 모두가 비슷한 경향을 보였는데, 장기요양대상질환 중 암과 관련된 질환이 가장 많았으며, 다음이 뇌출혈, 당뇨, 골절, 간질환 등이 많았다(表 4-6 참조).

〈表 4-6〉 醫療機關別 入院患者의 長期療養對象疾患 分布

(단위: 명, %)

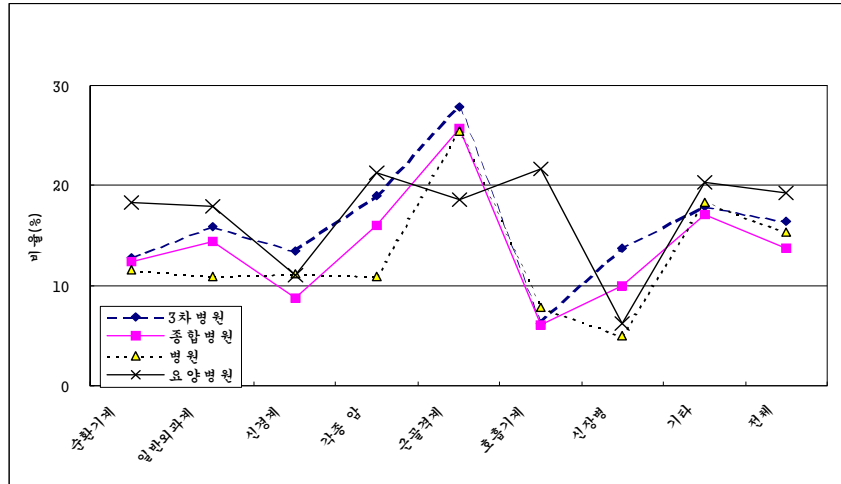
	3차병원	종합병원	병 원	특수병원	요양병원
암 질 환	235,537 (36.7)	128,974 (14.4)	26,313 (6.2)	18 (0.7)	198 (10.7)
뇌 출 혈	26,970 (4.2)	47,382 (5.3)	16,472 (3.9)	3 (0.1)	914 (49.2)
당 뇨 병	14,440 (2.2)	39,144 (4.4)	16,111 (3.8)	413 (15.1)	61 (3.3)
만성신부전	10,652 (1.7)	10,714 (1.2)	747 (0.2)	0 (0.0)	8 (0.4)
골 절	25,903 (4.0)	74,230 (8.3)	56,467 (13.4)	73 (2.7)	17 (0.9)
간 질 환	22,567 (3.5)	45,997 (5.1)	23,431 (5.6)	58 (2.1)	114 (6.1)
만성퇴행성관절염	3,111 (0.5)	3,517 (0.4)	2,752 (0.7)	28 (1.0)	49 (2.6)
하반신마비	682 (0.1)	710 (0.1)	630 (0.1)	190 (7.0)	7 (0.4)
기 타	302,160 (47.1)	545,856 (60.9)	279,053 (66.1)	1,945 (71.3)	489 (26.3)
계	642,022 (100.0)	896,524 (100.0)	421,976 (100.0)	2,728 (100.0)	1,857 (100.0)

- 6) 장기요양대상질환은 장현숙(1997)의 연구에서 400명상 이상 규모의 전국 49개 종합 병원의 자료를 분석한 결과 재원기간이 30일 이상인 다빈도 질환으로 나타난 위 암, 폐암, 뇌출혈, 뇌혈관, 당뇨, 만성신부전, 골절, 간질환과 전문가의 의견에 따라 각종 말기암, 만성퇴행성관절염, 하반신 마비를 포함하였음.
- 7) 암질환은 장기요양을 필요로 하는 질환이면서 아급성의료를 필요로 하는 질환이기도 하다. 따라서 전체적인 요양병원대상자를 추정할 때는 중복을 피하기 위해서 둘 중 하나의 대상자만 포함시켰음.

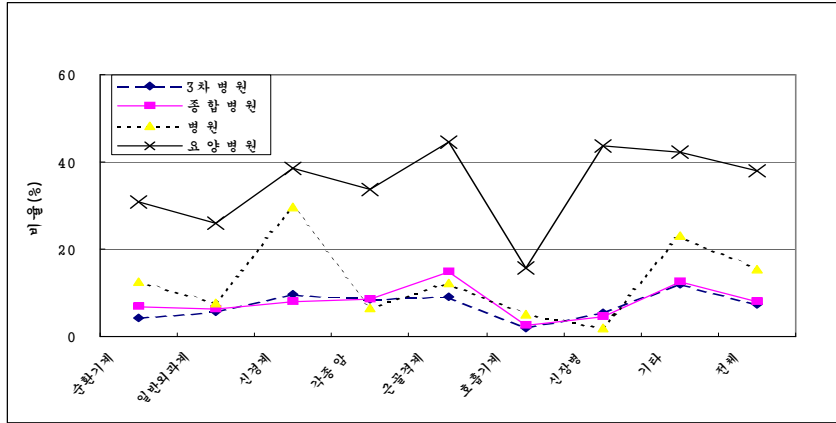
4. 醫療機關別 入院患者의 疾病別 在院日數 分布

요양병원의 입원환자의 질병에 따른 在院日數의 분포를 살펴보면
 아급성 질환의 경우 재원일수가 15일에서 29일 사이에 있는 백분율이
 신경계 질환, 근골격계 질환, 신장병을 제외하고는 전반적으로 다른
 의료기관에 비해서 높았으며, 療養病院이 모든 아급성 질환에서 재원
 기간이 30일 이상인 환자의 백분율이 높았다. 또한 장기요양질환의
 경우 요양병원에서 만성신부전환자와 하반신마비환자의 백분율이 아
 주 낮은 반면, 다른 장기요양대상질환의 경우는 다른 일반병원과 큰
 차이가 없었지만 재원기간이 30일 이상인 장기요양대상질환의 경우는
 전반적으로 요양병원이 다른 병원에 비해 높았다.

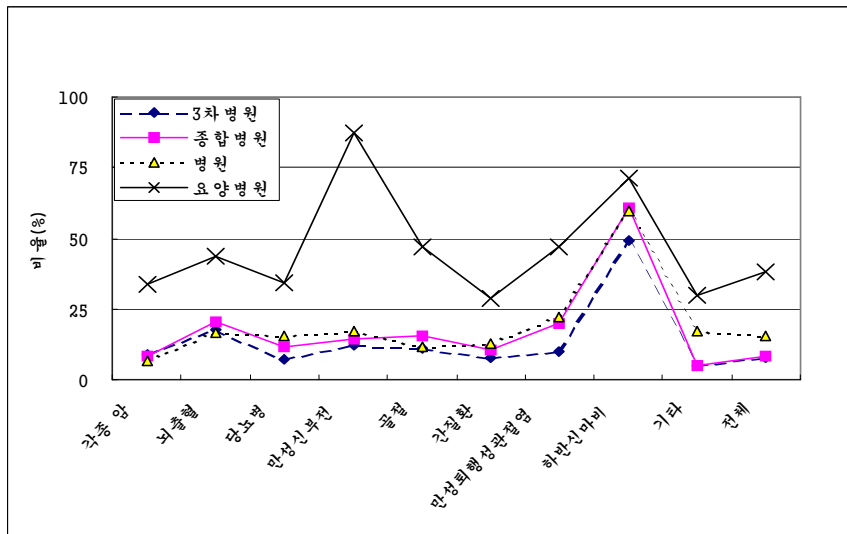
[그림 4-1] 醫療機關別 在院日數가 15~29日인 亞急性 疾患患者의 分布



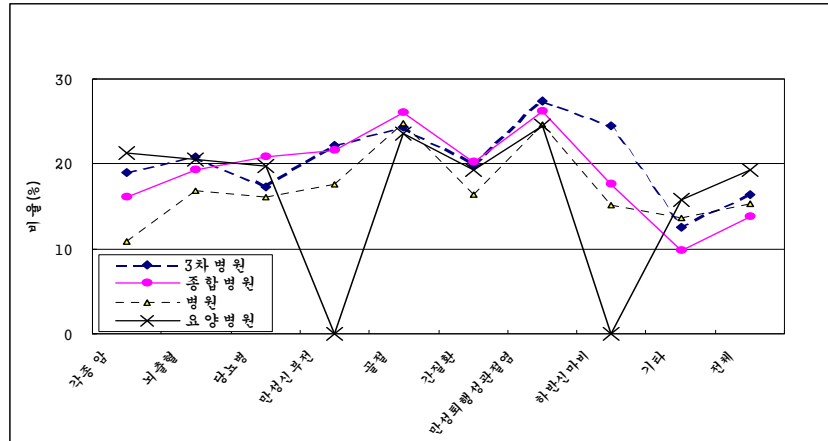
[그림 4-2] 在院日數가 30日 以上인 亞急性 疾患의 分布



[그림 4-3] 在院期間이 30日 以上인 長期療養疾患의 分布



[그림 4-4] 醫療機關別 在院日數가 15~29日인 長期疾患의 分布



<表 4-7> 醫療機關別 亞急性 對象疾患의 在院日數의 分布

(단위: 명, %)

병원종류		1~14일	15~29일	30일 이상	계
3차병원	심장학	41,195 (82.9)	6,329 (12.7)	2,148 (4.3)	49,672 (100.0)
	일반외과	53,123 (78.4)	10,733 (15.8)	3,869 (5.7)	67,725 (100.0)
	신경학	21,353 (76.8)	3,739 (13.4)	2,714 (9.8)	27,806 (100.0)
	중양학	170,402 (72.3)	44,685 (19.0)	20,450 (8.7)	235,537 (100.0)
	정형외과	27,914 (63.1)	12,287 (27.8)	4,006 (9.1)	44,207 (100.0)
	호흡기학	81,521 (91.7)	5,475 (6.2)	1,893 (2.1)	88,889 (100.0)
	신장병	25,088 (80.7)	4,281 (13.8)	1,708 (5.5)	31,077 (100.0)
	기타	68,113 (70.1)	17,426 (17.9)	11,570 (11.9)	97,109 (100.0)
소계	488,709 (76.1)	104,955 (16.3)	48,358 (7.5)	642,022 (100.0)	
종합병원	심장학	42,816 (80.9)	6,569 (12.4)	3,565 (6.7)	52,950 (100.0)
	일반외과	101,391 (79.3)	18,450 (14.4)	7,976 (6.2)	127,817 (100.0)
	신경학	26,586 (83.2)	2,793 (8.7)	2,581 (8.1)	31,960 (100.0)
	중양학	97,413 (75.5)	20,670 (16.0)	10,891 (8.4)	128,974 (100.0)
	정형외과	34,176 (59.5)	14,741 (25.7)	8,478 (14.8)	57,395 (100.0)
	호흡기학	180,115 (91.4)	12,019 (6.1)	4,958 (2.5)	197,092 (100.0)
	신장병	37,224 (85.5)	4,351 (10.0)	1,979 (4.5)	43,554 (100.0)
	기타	180,529 (70.3)	44,021 (17.1)	32,232 (12.6)	256,782 (100.0)
소계	700,250 (78.1)	123,614 (13.8)	72,660 (8.1)	896,524 (100.0)	

〈表 4-7〉 계속

병원종류		1~14일	15~29일	30일 이상	전 체
병원	심 장 학	15,214 (75.7)	2,337 (11.6)	2,554 (12.7)	20,105 (100.0)
	일반외과	46,575 (81.5)	6,213 (10.9)	4,346 (7.6)	57,134 (100.0)
	신 경 학	7,909 (59.2)	1,492 (11.2)	3,951 (29.6)	13,352 (100.0)
	중 양 학	21,740 (82.6)	2,879 (10.9)	1,694 (6.4)	26,313 (100.0)
	정형외과	29,363 (62.2)	12,022 (25.5)	5,815 (12.3)	47,200 (100.0)
	호흡기학	44,941 (87.1)	4,032 (7.8)	2,636 (5.1)	51,609 (100.0)
	신 장 병	13,306 (92.9)	717 (5.0)	299 (2.1)	14,322 (100.0)
	기 타	112,484 (58.6)	35,065 (18.3)	44,392 (23.1)	191,941 (100.0)
	소 계	291,532 (69.1)	64,757 (15.3)	65,687 (15.6)	421,976 (100.0)
특수병원	심 장 학	57 (18.5)	111 (36.0)	140 (45.5)	308 (100.0)
	일반외과	89 (65.4)	40 (29.4)	7 (5.1)	136 (100.0)
	신 경 학	185 (16.6)	244 (21.8)	688 (61.6)	1,117 (100.0)
	중 양 학	15 (83.3)	2 (11.1)	1 (5.6)	18 (100.0)
	정형외과	242 (63.7)	76 (20.0)	62 (16.3)	380 (100.0)
	호흡기학	104 (56.8)	58 (31.7)	21 (11.5)	183 (100.0)
	신 장 병	- (-)	- (-)	- (-)	- (-)
	기 타	144 (24.6)	129 (22.0)	313 (53.4)	586 (100.0)
	소 계	836 (30.6)	660 (24.2)	1,232 (45.2)	2,728 (100.0)
요양병원	심 장 학	61 (50.8)	22 (18.3)	37 (30.8)	120 (100.0)
	일반외과	75 (56.0)	24 (17.9)	35 (26.1)	134 (100.0)
	신 경 학	73 (50.3)	16 (11.0)	56 (38.6)	145 (100.0)
	중 양 학	89 (44.9)	42 (21.2)	67 (33.8)	198 (100.0)
	정형외과	50 (37.0)	25 (18.5)	60 (44.4)	135 (100.0)
	호흡기학	52 (62.7)	18 (21.7)	13 (15.7)	83 (100.0)
	신 장 병	8 (50.0)	1 (6.3)	7 (43.8)	16 (100.0)
	기 타	384 (37.4)	209 (20.4)	433 (42.2)	1,026 (100.0)
	소 계	792 (42.6)	357 (19.2)	708 (38.1)	1,857 (100.0)
총 계	1,482,119 (75.4)	294,343 (15.0)	188,645 (9.6)	1,965,107 (100.0)	

〈表 4-8〉 醫療機關別 長期療養對象疾患의 在院日數 分布

(단위: 명, %)

병원종류		1~14일	15~29일	30일 이상	계
3차병원	각종암	170,402 (72.3)	44,685 (19.0)	20,450 (8.7)	235,537 (100.0)
	뇌출혈	16,578 (61.5)	5,615 (20.8)	4,777 (17.7)	26,970 (100.0)
	당뇨병	10,930 (75.7)	2,501 (17.3)	1,009 (7.0)	14,440 (100.0)
	신부전	6,967 (65.4)	2,367 (22.2)	1,318 (12.4)	10,652 (100.0)
	골 질	16,688 (64.4)	6,302 (24.3)	2,913 (11.2)	25,903 (100.0)
	간질환	16,305 (72.3)	4,493 (19.9)	1,769 (7.8)	22,567 (100.0)
	관절염	1,956 (62.9)	850 (27.3)	305 (9.8)	3,111 (100.0)
	하반신	178 (26.1)	167 (24.5)	337 (49.4)	682 (100.0)
	기 타	248,705 (82.3)	37,975 (12.6)	15,480 (5.1)	302,160 (100.0)
	소 계	488,709 (76.1)	104,955 (16.3)	48,358 (7.5)	642,022 (100.0)
종합병원	각종암	97,413 (75.5)	20,670 (16.0)	10,891 (8.4)	128,974 (100.0)
	뇌출혈	28,650 (60.5)	9,167 (19.3)	9,565 (20.2)	47,382 (100.0)
	당뇨병	26,394 (67.4)	8,157 (20.8)	4,593 (11.7)	39,144 (100.0)
	신부전	6,847 (63.9)	2,309 (21.6)	1,558 (14.5)	10,714 (100.0)
	골 질	43,280 (58.3)	19,273 (26.0)	11,677 (15.7)	74,230 (100.0)
	간질환	31,809 (69.2)	9,273 (20.2)	4,915 (10.7)	45,997 (100.0)
	관절염	1,907 (54.2)	918 (26.1)	692 (19.7)	3,517 (100.0)
	하반신	152 (21.4)	125 (17.6)	433 (61.0)	710 (100.0)
	기 타	463,798 (85.0)	53,722 (9.8)	28,336 (5.2)	545,856 (100.0)
	소 계	700,250 (78.1)	123,614 (13.8)	72,660 (8.1)	896,524 (100.0)
병 원	각종암	21,740 (82.6)	2,879 (10.9)	1,694 (6.4)	26,313 (100.0)
	뇌출혈	10,950 (66.5)	2,781 (16.9)	2,741 (16.6)	16,472 (100.0)
	당뇨병	11,019 (68.4)	2,591 (16.1)	2,501 (15.5)	16,111 (100.0)
	신부전	485 (64.9)	132 (17.7)	130 (17.4)	747 (100.0)
	골 질	35,799 (63.4)	13,967 (24.7)	6,701 (11.9)	56,467 (100.0)
	간질환	16,590 (70.8)	3,822 (16.3)	3,019 (12.9)	23,431 (100.0)
	관절염	1,461 (53.1)	679 (24.7)	612 (22.2)	2,752 (100.0)
	하반신	160 (25.4)	95 (15.1)	375 (59.5)	630 (100.0)
	기 타	193,328 (69.3)	37,811 (13.5)	47,914 (17.2)	279,053 (100.0)
	소 계	291,532 (69.1)	64,757 (15.3)	65,687 (15.6)	421,976 (100.0)

〈表 4-8〉 계속

병원종류		1~14일	15~29일	30일 이상	계
특수병원	각종암	15 (83.3)	2 (11.1)	1 (5.6)	18 (100.0)
	뇌출혈	1 (33.3)	0 (0.0)	2 (66.7)	3 (100.0)
	당뇨병	34 (8.2)	90 (21.8)	289 (70.0)	413 (100.0)
	골 절	52 (71.2)	10 (13.7)	11 (15.1)	73 (100.0)
	간질환	37 (63.8)	17 (29.3)	4 (6.9)	58 (100.0)
	관절염	17 (60.7)	6 (21.4)	5 (17.9)	28 (100.0)
	하반신	48 (25.3)	25 (13.2)	117 (61.6)	190 (100.0)
	기 타	632 (32.5)	510 (26.2)	803 (41.3)	1,945 (100.0)
	소 계	836 (30.6)	660 (24.2)	1,232 (45.2)	2,728 (100.0)
요양병원	각종암	89 (44.9)	42 (21.2)	67 (33.8)	198 (100.0)
	뇌출혈	327 (35.8)	188 (20.6)	399 (43.7)	914 (100.0)
	당뇨병	28 (45.9)	12 (19.7)	21 (34.4)	61 (100.0)
	신부전	1 (12.5)	0 (0.0)	7 (87.5)	8 (100.0)
	골 절	5 (29.4)	4 (23.5)	8 (47.1)	17 (100.0)
	간질환	59 (51.8)	22 (19.3)	33 (28.9)	114 (100.0)
	관절염	14 (28.6)	12 (24.5)	23 (46.9)	49 (100.0)
	하반신	2 (28.6)	0 (0.0)	5 (71.4)	7 (100.0)
	기 타	267 (54.6)	77 (15.7)	145 (29.7)	489 (100.0)
소 계	792 (42.6)	357 (19.2)	708 (38.1)	1,857 (100.0)	
총 계	1,482,119 (75.4)	294,343 (15.0)	188,645 (9.6)	1,965,107 (100.0)	

5. 療養病院 利用者の 醫療費 分布

醫療費分析에서는 전체 병원을 대상으로 하지 않고 요양병원이 위치한 지역에 있는 병원과 종합병원을 1개씩 비교집단으로 선정하여 병원 7개와 종합병원 11개를 선정하여 평균의료비를 비교하였다. 의료비는 환자본인이 부담하는 本人負擔醫療費와 보험자가 지급하는 保險者負擔金이 있는데, 여기서 의료비는 의료기관에서 청구한 총진료비 중 심사결정된 보험자가 부담하는 비용이다. 요양병원의 경우 재원일수가 14일 이하인 경우 재원일당 평균의료비는 81,178원, 15일에서 29일 이하인 경우는 62,275원, 30일 이상인 경우는 38,459원으로

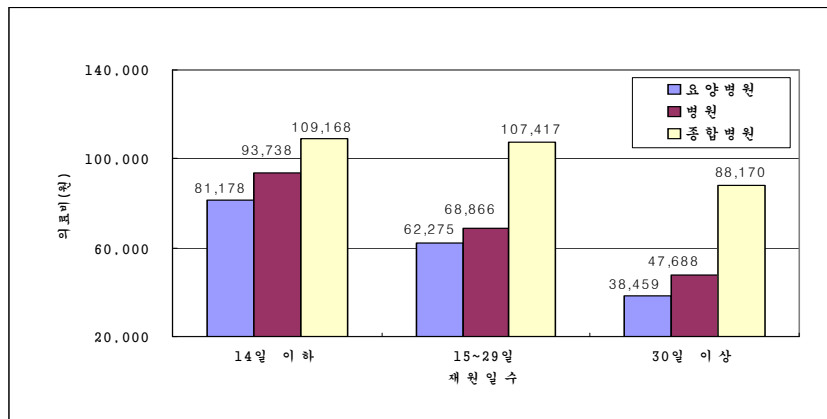
재원일수가 증가할수록 의료비가 감소하였으며, 일반병원과 비교하면 큰 차이는 나지 않았지만, 종합병원과는 큰 차이가 있었다. 재원일수가 14일 이하인 경우는 종합병원이 요양병원보다 종합병원이 1.34배, 15일에서 29일인 경우는 1.7배, 30일 이상인 경우는 2.3배가 더 높았다. 이러한 원인으로서는 환자의 질환과 상태에 따라 다르겠지만 보험자가 지불하는 負擔率이 병원이 높고 종합병원이 낮은데도 불구하고 재원일수가 증가하면서 병원이나 종합병원에 입원하는 것보다는 요양병원에 입원하는 것이 비용이 적게 든다는 것을 보여주었다.

〈表 4-9〉 醫療機關別 平均 在院日當 入院醫療費

(단위: 원)

구 분	14일 이하	15~29일	30일 이상	계
요양병원	81,178	62,275	38,459	68,162
병원	93,738	68,866	47,688	90,427
종합병원	109,168	107,417	88,170	107,999
계	105,813	100,815	79,438	104,101

[그림 4-5] 在院日數別 平均醫療費



6. 療養病院의 入院患者經路⁸⁾

1999년 8월 한 달간 요양병원에 입원한 환자수는 평균 73.1명으로 이중 다른 의료기관에서 의뢰되어온 환자 비율은 입원의 경우 3.1%였다. 또한 요양병원에서 다른 의료기관으로 회송한 입원환자비율은 13.3%였다(表 4-10 참조). 다른 의료기관으로 회송한 이유 중 가장 많은 것은 ‘보다 전문적인 진료를 받기 위해서’, ‘환자가 원해서/연고지 관계로’, 그리고 ‘醫療傳達體系에 의해서’ 등으로 조사되었다.

〈表 4-10〉 療養病院의 入院患者 經路(1999年 8月 한 달)

구 분	환자의뢰율	환자회송률
A	0.0	40.7
B	0.0	0.0
C	16.0	12.0
D	0.0	-
E	2.9	7.2
F	0.0	5.0
평 균	3.1	13.0

第 2 節 療養病院 需要推定

일반적으로 長期療養施設 對象者는 다양한 문제를 가지고 있는 사람들로서 미국에서는 다음과 같은 사람을 장기요양시설 대상자로 정의하고 있다. 첫째, 주요 慢性疾患者 또는 한 가지 이상의 기능장애를 가진 노인, 둘째, 永久的인 障礙를 가진 성인이나 어린이들인데, 이러한 영구적인 장애를 가진 사람으로는 신경학적인 질환이나

8) 환자분석에 사용된 분석자료는 8개 요양병원 중 자료가 누락된 2개 병원을 제외한 6개 요양병원의 우편설문조사 결과임.

퇴행성질환(degenerative neurological conditions)을 가진 사람, 마비를 가져오는 사고를 당한 사람, 先天障礙를 가진 어린이나 뇌졸중 환자, 마지막 단계의 癌患者, 셋째, 심한 정신건강문제, 정신박약, 발달장애를 가진 사람들로 정신분열증(Schizophrenia) 환자, 조울증(manic depressive psychosis) 환자, 신경증(neurosis) 환자, 성격장애(personality disorders)자, 넷째, AIDS와 AIDS와 관련된 질병인 ARC를 가지고 있는 사람, 다섯째, 급성질환자중에서 短期長期療養保護서비스 對象者로 폐암, 골반골절상 또는 아급성 의료(subacute care)대상자 등이 있다(Evashwick, 1996).

그러나 이 연구는 療養病院⁹⁾에 초점이 두고 있기 때문에 그 대상자를 의료법의 療養病院規定에 나와있는 대상자에 한정하여 추정하였다. 즉, 의료법상의 요양병원의 정의와 대상자를 보면 “療養病院이라 함은 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관(의료법 제3조)”이라 규정되어 있고, “요양병원의 入院對象은 노인성질환자, 만성질환자 및 외과적 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자로 다만 정신질환자(노인성치매환자는 제외) 및 전염성질환자는 입원대상에서 제외(의료법 시행규칙 제28조의 4)”된다고 규정하고 있다. 이러한 요양병원 대상자를 추정하기 위하여 醫療保險聯合會에 1998년 한 해 동안 병원급 이상에서 청구한 入院患者資料¹⁰⁾를 사용하였다.

9) 광의적으로는 요양병원이라 함은 현재 노인전문병원, 재활병원, 회복기병원, 호스피스 등이 포함되고 정신병원과 노인요양시설은 제외되며, 외국의 경우와 같이 노인들이 요양병원의 주요환자군을 형성할 것으로 예측되지만 노인요양시설과 같이 한번 입원하면 평생서비스를 받는 시설은 아님. 우리 나라의 요양병원과 유사한 외국의 시설로는 미국의 아급성병원(subacute care, swing beds) 또는 전문요양시설(skilled nursing facilities) 그리고 일본의 요양형병상군 및 노인병동에 해당하는 시설의 개념이라 할 수 있음.

10) 의료보험연합회에 청구한 입원자료는 병원급 이상의 의료기관에 입원한 사람으로 외래만 이용하였는지 또는 의원이나 보건(지)소 등을 이용하였는지 또는

1. 療養病院 對象 主要疾患

앞서 언급하였지만 요양병원 대상질환은 크게 長期療養이 필요한 疾患과 亞急性 疾患으로 구분하였다¹¹⁾. 장기요양이 필요한 질환¹²⁾으로는 재원일수가 30일 이상인 각종 암질환, 뇌출혈, 당뇨병, 만성신부전, 골절, 간질환, 만성퇴행성관절염, 하반신마비로 규정하였으며, 아급성 의료가 필요한 질환¹³⁾은 재원일수가 15일 이상(또는 30일 이상)인 순환기계 질환(심장내과: cardiology), 일반외과계(general surgery), 신경계(신경과: neurology), 각종 암(종양내과: oncology), 근골격계(정형외과: orthopedics), 호흡기계(호흡기내과: pulmonology), 신장병(renal disease)으로 규정하였다. 療養서비스 개념이 장기간에 걸친 낮은 강도의 서비스를 의미하므로 중증환자의 장기간치료 및 복합적인 의료서비스를 요하는 경우는 제외하여야 하지만 이러한 대상자 수를 파악한다는 것이 현실적으로 어렵고 또한 그 숫자가 많지 않아 추정치에 크게 영향을 미치지 않을 것으로 사료되어 이 연구의 분석에서는 구분하지 않았다.

요양병원대상 질환을 가지고 있으면서 병원을 전혀 이용하지 않은 사람은 제외되어 있음. 따라서 이 연구에서 나온 요양병원 대상자는 과소 추정되었을 수 있음.

- 11) 장기요양이 필요한 질환과 아급성의료가 필요한 질환은 서로 중복되는 경우가 있는데, 이 경우 총 대상자를 산출할 때는 두 번 계산되는 것을 피하기 위하여 둘 중 하나만 대상자에 포함시켰음.
- 12) 장기요양대상질환은 장현숙(1997)의 연구에서 400명상 이상 규모의 전국 49개 종합병원의 자료를 분석한 결과 재원기간이 30일 이상의 다빈도 질환인 위암, 폐암, 뇌출혈, 뇌혈관 질환, 당뇨병, 만성신부전, 골절, 간질환과 전문가의 의견에 따라 각종 말기암, 만성퇴행성 관절염, 하반신 마비를 포함하였음.
- 13) 미국에서는 순환기계 질환(심장내과: cardiology), 일반외과계(general surgery), 신경계(신경과: neurology), 각종 암(종양내과: oncology), 근골격계(정형외과: orthopedics), 호흡기계(호흡기내과: pulmonology), 신장병(renal disease)을 아급성 의료가 필요한 질환으로 규정하고 이러한 환자를 65세 이상과 65세 이하 집단으로 구분하여 진단과 연령에 따라 25%에서 75%를 아급성의료대상자로 추정하고 있음(Hyatt, 1995).

2. 療養病院 對象者 推定

가. 療養病院 對象者 總數

요양병원 대상자는 두 가지로 추정치를 제시하였는데, Model A는 長期療養이 필요한 질환으로 在院日數가 30일 이상이거나 亞急性疾患으로 在院日數가 30일 이상인 경우와 Model B는 長期療養이 필요한 질환의 경우는 在院日數가 30일 이상인 경우로 첫 번째 조건과 같지만 亞急性疾患의 경우는 在院日數가 15일 이상으로 하여 그 범위를 넓혔다.

Model A인 장기요양이 필요한 질환으로 재원일수가 30일 이상이거나 아급성 질환으로 재원일수가 30일 이상인 경우는 1998년 병원급 이상에 입원한 사람 1,965,107명중에서 요양병원 대상자수는 146,912명으로 전체 입원환자 중 7.5%였다. 반면 Model B인 장기요양이 필요한 질환으로 재원일수가 30일 이상이거나 아급성질환으로 재원일수가 15일 이상인 경우는 344,405명으로 전체 입원환자 중 17.5%였다(表 4-11 참조).

〈表 4-11〉 模型別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數

(단위: 명, %)

구 분	Model A	Model B
3차병원	45,487 (31.0)	133,016 (38.6)
종합병원	66,263 (45.1)	145,856 (42.4)
병 원	33,238 (22.6)	62,930 (18.3)
특수병원	1,221 (0.8)	1,752 (0.5)
요양병원	703 (0.5)	851 (0.2)
계	146,912 (100.0)	344,405 (100.0)

註: Model A= 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 또는 장기요양대상질환자
 Model B= 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 또는 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상환자

<表 4-12>와 <表 4-13>은 의료기관별 療養病院對象者와 非對象者간의 분포를 제시하고 있다. 요양병원의 경우 특수병원을 제외한 급성기병원인 종합병원 이상의 의료기관보다는 요양병원 대상자수의 비율이 높지만 여전히 요양병원 비대상환자가 대상자보다 더 높은 것으로 추정되었다.

<表 4-12> 對象者與否別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數(亞急性 疾病과 長期療養疾病의 在院日數 30日 以上)
(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
3차병원	596,535 (92.9)	45,487 (7.1)	642,022 (100.0)
종합병원	830,261 (92.6)	66,263 (7.4)	896,524 (100.0)
병 원	388,738 (92.1)	33,238 (7.9)	421,976 (100.0)
특수병원	1,507 (55.2)	1,221 (44.8)	2,728 (100.0)
요양병원	1,154 (62.1)	703 (37.9)	1,857 (100.0)
계	1,818,195 (92.5)	146,912 (7.5)	1,965,107 (100.0)

<表 4-13> 對象者與否別 醫療機關에 따른 療養病院對象 患者數(在院日數 15日 以上(亞急性 疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病))
(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
3차병원	509,006 (79.3)	133,016 (20.7)	642,022 (100.0)
종합병원	750,668 (83.7)	145,856 (16.3)	896,524 (100.0)
병 원	359,046 (85.1)	62,930 (14.9)	421,976 (100.0)
특수병원	976 (35.8)	1,752 (64.2)	2,728 (100.0)
요양병원	1,006 (54.2)	851 (45.8)	1,857 (100.0)
계	1,620,702 (82.5)	344,405 (17.5)	1,965,107 (100.0)

나. 年齡別 療養病院 對象者 分布

Model A인 亞急性疾患과 長期療養 對象 疾患의 재원일수가 30일 이상인 경우 요양병원대상환자의 연령별 분포는 44세 이하가 41,814명으로 28.5%, 45~64세의 연령층은 58,111명으로 39.6%, 65세 이상의 노인층은 46,986명으로 32%였다. Model B인 장기요양대상질환의 재원일수가 30일 이상이지만 아급성 대상질환의 경우는 재원일수를 15일 이상인 경우도 Model A와 크게 차이가 나지 않았으며 다만 65세 이상의 노인이 줄어들고 반면 45~64세 연령층의 대상자가 증가하였다.

<表 4-14> 模型別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數

(단위: 명, %)

구 분	Model A	Model B
44세 이하	41,814 (28.5)	98,445 (28.6)
45~64세	58,111 (39.6)	139,859 (40.6)
65세 이상	46,986 (32.0)	106,096 (30.8)
계	146,911 (100.0)	344,400 (100.0)

<表 4-15>와 <表 4-16>은 年齡別 療養病院對象者와 非對象者間의 分布를 제시하고 있는데, 65세 이상 노인입원환자가 다른 연령층 입원환자보다 療養病院對象比率이 높은 것으로 추정되었다.

<表 4-15> 對象者與否別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數(在院日數 30日 以上)

(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
44세 이하	866,553(95.4)	41,814(4.6)	908,367(100.0)
45~64세	564,934(90.7)	58,111(9.3)	623,045(100.0)
65세 이상	386,659(89.2)	46,986(10.8)	433,645(100.0)
계	1,818,146(92.5)	146,911(7.5)	1,965,057(100.0)

〈表 4-16〉 對象者與否別 年齡에 따른 療養病院對象 患者數(在院日數 15日 以上(亞急性 疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病))
(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
44세 이하	809,922(89.2)	98,445(10.8)	908,367(100.0)
45~64세	483,186(77.5)	139,859(22.5)	623,045(100.0)
65세 이상	327,549(75.5)	106,096(24.5)	433,645(100.0)
계	1,620,657(82.5)	344,400(17.5)	1,965,057(100.0)

다. 地域別 療養病院 對象者 分布

Model A인 亞急性 疾患과 長期療養 對象 疾患의 재원일수가 30일 이상인 경우 요양병원대상자의 地域別 分布를 살펴보면 서울지역이 44,760명(30.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 경기 19,920명(13.6%), 부산 16,157명(11.0%), 경북 14,775(10.1%) 순이었다. 療養病院 對象者가 가장 적은 지역은 제주와 충북으로 각각 1,152(0.8%)와 4,226명(2.9%)였다. Model B인 장기요양대상질환의 재원일수가 30일 이상이지만 아급성 대상질환의 경우는 재원일수를 15일 이상으로 한 경우도 Model A와 크게 차이가 나지 않았으며, 서울과 경기가 각각 113,098명과 45,335명으로 전체 요양병원 대상자 중에서 32.8%와 13.2%로 가장 높았다(表 4-17 참조).

〈表 4-17〉 模型別 地域에 따른 療養病院 患者數

(단위: 명, %)

지 역	Model A	Model B
서 울	44,760 (30.5)	113,098 (32.8)
부 산	16,157 (11.0)	37,937 (11.0)
경 기	19,920 (13.6)	45,335 (13.2)
강 원	5,765 (3.9)	12,581 (3.7)
충 북	4,226 (2.9)	8,296 (2.4)
충 남	9,142 (6.2)	20,986 (6.1)
전 북	5,586 (3.8)	14,250 (4.1)
전 남	12,314 (8.4)	28,342 (8.2)
경 북	14,775 (10.1)	34,545 (10.0)
경 남	13,115 (8.9)	26,263 (7.6)
제 주	1,152 (0.8)	2,772 (0.8)
계	146,912 (100.0)	344,405 (100.0)

그리고 지역별 요양병원 대상자와 비대상자간의 분포를 살펴보면 아급성 질환과 장기요양 대상 질환의 재원일수가 30일 이상인 경우 (Model A) 전체 입원환자에서 요양병원 대상자에서 차지하는 비율은 대개 6~7%범위에 있지만, 부산, 충북, 경남이 각각 8.4%, 8.2%, 8.2%로 다른 지역에 비해 높았다(表 4-18 참조).

長期療養對象疾患의 재원일수가 30일 이상이지만 亞急性 對象疾患의 경우는 재원일수를 15일 이상(Model B)으로 하였을 때는 요양병원 대상자 비율이 14~19%로써, 부산이 19.8%로 가장 높았고 다음이 서울로 19.4%였으며, 경기와 제주가 각각 15.0%, 14.7%로 가장 낮았다(表 4-19 참조). Model A와 Model B 모두 요양병원 대상자 비율에 있어 지역간 큰 차이가 나지 않았다.

〈表 4-18〉 對象者與否別 地域에 따른 療養病院 患者數(亞急性疾病과 長期療養疾病의 在院日數 30日 以上)

(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
서 울	537,502 (92.3)	44,760 (7.7)	582,262 (100.0)
부 산	175,533 (91.6)	16,157 (8.4)	191,690 (100.0)
경 기	282,577 (93.4)	19,920 (6.6)	302,497 (100.0)
강 원	73,096 (92.7)	5,765 (7.3)	78,861 (100.0)
충 북	47,622 (91.8)	4,226 (8.2)	51,848 (100.0)
충 남	113,420 (92.5)	9,142 (7.5)	122,562 (100.0)
전 북	77,039 (93.2)	5,586 (6.8)	82,625 (100.0)
전 남	145,112 (92.2)	12,314 (7.8)	157,426 (100.0)
경 북	201,031 (93.2)	14,775 (6.8)	215,806 (100.0)
경 남	147,553 (91.8)	13,115 (8.2)	160,668 (100.0)
제 주	17,710 (93.9)	1,152 (6.1)	18,862 (100.0)
계	1,818,195 (92.5)	146,912 (7.5)	1,965,107 (100.0)

〈表 4-19〉 對象者與否別 地域에 따른 療養病院 患者數(在院日數 15日 以上(亞急性疾病), 在院日數 30日 以上(長期療養疾病))

(단위: 명, %)

구 분	대상자 아님	대 상 자	합 계
서 울	469,164 (80.6)	113,098 (19.4)	582,262 (100.0)
부 산	153,753 (80.2)	37,937 (19.8)	191,690 (100.0)
경 기	257,162 (85.0)	45,335 (15.0)	302,497 (100.0)
강 원	66,280 (84.0)	12,581 (16.0)	78,861 (100.0)
충 북	43,552 (84.0)	8,296 (16.0)	51,848 (100.0)
충 남	101,576 (82.9)	20,986 (17.1)	122,562 (100.0)
전 북	68,375 (82.8)	14,250 (17.2)	82,625 (100.0)
전 남	129,084 (82.0)	28,342 (18.0)	157,426 (100.0)
경 북	181,261 (84.0)	34,545 (16.0)	215,806 (100.0)
경 남	134,405 (83.7)	26,263 (16.3)	160,668 (100.0)
제 주	16,090 (85.3)	2,772 (14.7)	18,862 (100.0)
계	1,620,702 (82.5)	344,405 (17.5)	1,965,107 (100.0)

3. 療養病床數 推定

療養病床을 추계하기 위해서 앞에서 장기요양대상 환자수를 추정할 때와 같이 在院日數를 기준으로 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 장기요양대상질환자의 경우와 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 또는 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상질환자의 경우로 구분하여 추정하였다.

$$\text{필요병상수} = \frac{\text{대상자의 총재원일수} \div D}{\text{병상이용률}} \quad 14)$$

먼저 재원일수가 30일 이상인 아급성질환과 장기요양대상질환의 경우 필요한 요양병상수는 26,240병상이었고, 재원일수가 15일 이상인 아급성질환과 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상질환을 대상으로 하였을 경우는 41,381 요양병상이 필요한 것으로 추정되었다.

반면 현재 공급된 療養病床數는 총 707병상으로 필요한 병상에 비해 절대 부족한 것으로 나타났다. 지역별 요양병상 수급의 문제를 살펴보면 서울이 8,005~13,263병상으로 요양병상이 가장 많이 필요하고, 다음이 경기지역으로 3,462~5,403병상, 그리고 부산이 2,804~4,483병상 순으로 요양병상이 필요한 것으로 추정되었다(表 4-20 참조).

14) 여기서 D는 총재원일 또는 입원일수가 일년단위일 때는 365를 사용하였음. 따라서 총재원일 또는 입원일수가 어떤 단위냐에 따라 날짜가 달라짐.
병상이용률은 종합병원(병상이용률=0.75), 전체병원(병상이용률≒0.72), 병원(30~100병상)(병상이용률=0.71) 중 전체병원의 병상이용률을 사용하였음.

〈表 4-20〉 地域別 療養病床의 需給

(단위: 병상)

지 역	공급(현재)병 상수(A)	필요병상수 ¹⁾		과부족	
		B ²⁾	C ³⁾	B-A	C-A
서 울	-	8,005	13,263	8,005	13,263
부 산	-	2,804	4,483	2,804	4,483
경 기	81	3,543	5,484	3,462	5,403
강 원	77	1,128	1,648	1,051	1,571
충 북	98	772	1,084	674	986
충 남	182	1,640	2,549	1,458	2,367
전 북	-	1,086	1,742	1,086	1,742
전 남	80	2,208	3,434	2,128	3,354
경 북	-	2,526	4,036	2,526	4,036
경 남	189	2,304	3,310	2,115	3,121
제 주	-	224	346	224	346
합 계	707	26,240	41,381	25,533	40,674

註: 1) 병상수 추계를 위해서 종합병원 병상이용률(0.75), 병원병상이용률(0.71),
전체병원 병상이용률(0.72) 중에서 전체병원 병상이용률을 적용하였다.
2) 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 장기요양대상질환의 경우
3) 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 재원일수가 30일 이상인 장
기요양대상질환자의 경우

〈表 4-21〉 地域別 療養病床(老人病院의 病床數 包含)의 需給
(단위: 병상)

지 역	공급(현재)병 상수(A)	필요병상수 ¹⁾		과부족	
		B ²⁾	C ³⁾	B-A	C-A
서울	-	8,005	13,263	8,005	13,263
부산	-	2,804	4,483	2,804	4,483
경기	81	3,543	5,484	3,462	5,403
강원	155	1,128	1,648	973	1,493
충북	98	772	1,084	674	986
충남	182	1,640	2,549	1,458	2,367
전북	79	1,086	1,742	1,007	1,663
전남	187	2,208	3,434	2,021	3,247
경북	-	2,526	4,036	2,526	4,036
경남	269	2,304	3,310	2,035	3,041
제주	-	224	346	224	346
합 계	1,051	26,240	41,381	25,189	40,330

- 註: 1) 병상수추계를 위해서 종합병원 병상이용률(0.75), 병원병상이용률(0.71), 전체병원 병상이용률(0.72) 중에서 전체병원 병상이용률을 적용하였다.
 2) 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 장기요양대상질환의 경우
 3) 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상질환자의 경우

第 5 章 療養病院의 經營分析

요양병원의 經營實態를 분석하기 위해 전국의 8개 요양병원의 財政狀態, 醫療資源 및 經營實績을 1999년 9월 20일부터 10월 15일까지 우편설문을 통해 조사¹⁵⁾하였고, 이중 회수된 설문지 8개 중 財務分析 調査의 누락이 없는 6개의 요양병원을 대상으로 경영분석을 실시하였다. 조사된 모든 자료는 '99년 8월말 기준이며, 이익이나 수익, 환자실적 등은 8월 한 달 동안의 실적을 조사하였다. 따라서 8월 한달 동안의 실적을 월평균 개념으로 사용하였다.

요양병원의 경영실태 즉, 財務構造, 收益性, 成長性, 生産性 등을 분석하여 일반병원으로 분류된 병원 중 '병원'과 '종합병원'의 平均¹⁶⁾을 기준으로 比較·分析하였다.

分析內容은 財務指標(안전성, 수익성, 활동성, 성장성), 生産性指標, 患者診療實績指標, 醫療收益指標, 人力指標를 산출하여 각각을 비교하였으며, 마지막으로 요양병원에서 시행하고 있는 경영개선방안을 분석하였다. 모든 지표의 정의와 산출식은 한국보건의료관리연구원(1997)에서 발간한 『병원경영분석지표해설』을 이용하였다.

15) 조사대상기관은 의료법에 명시된 요양병원과 일반병원으로, 요양병원은 전수조사하였으며, 요양병원의 경영분석자료와 비교하기 위하여 중소병원급은 지역과 병상규모 등을 고려하여 가급적이면 요양병원과 동일한 지역과 비슷한 병상규모를 가진 병원으로 선정하려고 하였으며, 이러한 선정과정을 거쳐서 비교집단 병원으로 168개의 병원이 선정되었다. 조사방법은 우편설문조사를 통하여 1999년 9월 20일부터 10월 15일까지 실시되었음.

16) 우편설문조사결과 많은 병원에서 재정상태와 경영실적에 대한 질문에는 응답을 하지 않았으며, 전화문의의를 시도하였지만 응답을 거절하였음. 따라서 요양병원과의 경영실태비교는 가장 최근의 자료인 한국보건의료관리연구원에서 발간한 『'97년 병원경영분석』의 결과를 사용하였음.

第 1 節 療養病院의 經營實態

1. 財務分析

가. 安全性 指標

安全性은 經營主體로서 病院의 자본구조의 健全性, 지불능력, 부채 상환능력 및 자금운용의 適正性 여부를 평가하는 지표로서 病院의 안정성과 유동성을 측정하는 데 이용된다. 안전성 지표에는 基本財産(自己資本)比率, 他人資本依存度, 流動比率, 固定比率, 固定長期適合率 등이 있다(表 5-1 참조).

1) 基本財産(自己資本)比率

基本財産(自己資本)比率은 총자본 중 기본재산이 차지하고 있는 비율을 알기 위한 지표로서, 여기서 기본재산이란 자기자본과 동등한 개념으로 사용된다. 이 비율은 높을수록 재무상태가 건전한 것을 의미하나 지나치게 높을 경우에는 자금활용의 비효율성을 초래하기도 한다. 요양병원의 경우 기본재산비율이 40.2%로 『'97 병원경영분석』에서 조사된 일반병원의 40.1%와 비슷한 수준을 보이나, 종합병원의 35.2%보다는 높았다.

$$\text{기본재산(자기자본)비율(\%)} = \frac{\text{기본재산}}{\text{총자본}} \times 100$$

2) 他人資本依存度

他人資本依存度는 총자본 중 부채가 차지하는 비율을 알기 위한 지표로서 부채비율이라고도 한다. 이 비율은 높을수록 재무구조가 취약하다는 것을 의미하나 지나치게 낮을 경우에는 자금활용의 효율성

저하를 초래할 수도 있다.

요양병원의 경우 타인자본의존도가 59.7%로, '97년 일반병원의 60.1%, 종합병원의 64.7%보다 낮아 상대적으로 부채가 적은 재무구조를 보였다.

$$\text{타인자본의존도}(\%) = \frac{\text{부채}}{\text{총자본}} \times 100$$

3) 流動比率

流動負債를 流動資産으로 안전하게 상환할 수 있는가를 알아보기 위한 比率이다. 즉, 단기 채무능력을 측정하는 지표로서 이 비율이 높을수록 지불능력이 높아져서 재무구조가 안전하다는 것을 의미하며 병원의 경우에는 최소한 100% 이상이어야 한다.

요양병원의 경우 48.3%의 유동비율을 보이고 있어 부채비율이 낮음에도 불구하고 단기간에 유동부채를 상환할 수 있는 능력이 떨어지는 매우 취약한 재무구조를 나타내고 있었다. 이는 병원의 67.5%, 종합병원의 73.0%에 비해서도 매우 낮은 비율이며, 이러한 비율을 보이는 것은 요양병원의 운영기간이 비교적 짧아 정상적인 경영상태를 이루지 못하고 있는데서 기인한다고 할 수 있다.

$$\text{유동비율}(\%) = \frac{\text{유동자산}}{\text{유동부채}} \times 100$$

4) 固定比率

固定比率은 기본재산에 대한 고정자산의 비율로서 기본재산의 몇 %가 고정자산에 투입되었는가를 알아보기 위한 지표이다. 고정자산에 대한 투자는 기본재산(자기자본)의 범위 내에서 이루어져야 안전하다는 원리에 근거를 둔 것으로서 일반적으로 100% 이하를 유지하는 것이 바람직하다.

요양병원의 경우 고정비율이 425.0%¹⁷⁾로 '97년도 일반병원의 187.9%와 종합병원의 198.1%에 비해 매우 높은 비율을 보였는데, 이는 초기 병원설립을 위한 대지 및 건물 등 고정자산에 대한 투자가 많았기 때문으로 판단된다.

$$\text{고정비율}(\%) = \frac{\text{고정자산}}{\text{기본재산}} \times 100$$

5) 固定長期適合率

固定長期適合率은 장기성 자금에 의한 고정자산 투자정도를 알기 위한 비율로서, 고정비율에 대한 보조지표로서 사용된다. 이 지표는 적어도 100%를 넘지 않아야 안정적이라 할 수 있다. 따라서 고정비율이 높더라도 고정장기적합률이 낮으면 고정자산에 대한 투자규모가 상대적으로 덜 위험하다고 판단할 수 있다.

요양병원의 경우 고정장기적합률은 126.2%로 '97년 일반병원의 102.4%, 종합병원의 104.6%보다 높아, 고정자산에 대한 투자규모가 불안정함을 보이고 있었다. 요양병원의 운영기간이 짧은 것을 고려해 볼 때, 초기 고정자산에 대한 투자자본을 단기성 자금으로 이용한 것으로 판단해 볼 수 있으며 앞으로 상황에 따른 자금부담에 대한 위험이 존재한다고 할 수 있다.

$$\text{고정장기적합률}(\%) = \frac{\text{고정자산}}{\text{기본재산} + \text{고정부채}} \times 100$$

이상의 안전성지표를 볼 때, 요양병원의 재무구조는 매우 취약한 것으로 평가되며, 이는 운영기간이 얼마 되지 않아 경영정상화를 이루는데 일정기간이 필요할 것으로 판단된다.

17) 설문에 응답한 6개 요양병원 중 2개 병원이 자기자본이 거의 없이, 주로 차입금에 의존하여 운영되어서 요양병원의 평균 고정비율이 크게 높았음.

〈表 5-1〉 安全性 指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
기본재산(자기자본)비율	40.2	40.1	35.2
타인자본의존도	59.7	60.1	64.7
유동비율	48.3 ¹⁾	67.5	73.0
고정비율	425.0 ¹⁾	187.9	198.1
고정장기적합률	126.2	102.4	104.6

註: 1) 5개 병원 포함

나. 收益性 指標

의료기관의 收益性은 투입된 자본과 이익과의 비율이 적정한가를 판단하기 위한 지표를 말한다. 수익성 지표의 각종 이익률은 높을수록 수익성이 양호하다는 것을 의미한다. 주로 총자본 순이익률과 의료수익 순이익률을 이용해 의료기관의 수익성이 평가되기도 한다. 여기서는 수익성을 나타내기 위해 총자본 의료이익률, 의료수익의료이익률, 총자본순이익률, 의료수익순이익률을 비교하였다(表 5-2 참조).

1) 總資本 醫療利益率

總資本 醫療利益率은 투입된 총자본에 대한 의료이익의 비율을 알기 위한 지표로서, 총자본을 얼마나 효율적으로 이용하여 영업성과를 올렸는가를 총괄적으로 나타낸다. 여기서 의료이익이란 의료수익에서 의료비용을 차감한 금액을 말한다.

요양병원의 총자본에 대한 의료이익의 비율은 0.4%로 일반병원의 4.9%, 종합병원의 3.9%에 비해 매우 낮은 흑자를 보이고 있다. 이는 총자본을 이용하여 효율적인 영업성과를 얻지 못하고 있음을 의미한다.

$$\text{총자본의료이익률(\%)} = \frac{\text{의료이익}}{\text{총자본}} \times 100$$

2) 醫療收益醫療利益率

醫療收益醫療利益率は 의료수익에 대한 의료이익의 비율을 나타내는 지표이다.

요양병원의 의료수익에 대한 의료이익의 비율은 30.3%로 일반병원의 6.6%, 종합병원의 4.5%에 비해 매우 높았다. 이는 의료비용이 다른 병원군에 비해 상대적으로 낮다는 것을 의미한다고 할 수 있다.

$$\text{의료수익의료이익률(\%)} = \frac{\text{의료이익}}{\text{의료수익}} \times 100$$

3) 總資本純利益率

總資本純利益率は 총자본에 대한 당기순이익의 비율을 나타내는 지표이다.

요양병원의 총자본에 대한 당기순이익은 -0.3%로 적자를 보이고 있다. '97년도 일반병원은 1.1% 흑자를 보이고 있고, 종합병원의 경우에는 요양병원과 마찬가지로 0.3%의 적자를 보이고 있다.

$$\text{총자본순이익률(\%)} = \frac{\text{당기순이익}}{\text{총자본}} \times 100$$

4) 醫療收益 純利益率

기업의 수익성을 평가할 수 있는 다른 지표인 醫療收益 純利益率は 의료수익에 대한 순이익의 비율을 나타내는 지표이다.

이 항목에 있어 요양병원은 -17.5%로 일반병원의 1.5%, 종합병원의 -0.3%에 비해 큰 폭의 적자를 보이고 있다.

$$\text{의료수익순이익률(\%)} = \frac{\text{당기순이익}}{\text{의료수익}} \times 100$$

收益性에서는 요양병원이 다른 병원군에 비해 크게 떨어지지 않는 것으로 조사되었으나, 요양병원 각각의 편차가 너무 커서 평균값의 대표성이 떨어진다고 할 수 있다. 또한 총자본의료이익률과 의료수익의료이익률에서는 흑자를 보이고 있으나 총자본순이익률과 의료수익순이익률에서는 적자를 보이고 있어 병원경영에 어려움이 예상된다.

〈表 5-2〉 收益性 指標

(단위: %)

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
총자본의료이익률	0.4	4.9	3.9
의료수익의료이익률	30.3	6.6	4.5
총자본순이익률	-0.3	1.1	-0.3
의료수익순이익률	-17.5	1.5	-0.3

다. 活動性 指標

活動性 指標는 병원에 투입된 자본이 의료수익의 증대에 얼마나 효과적으로 기여하였는가를 판단하고 재고자산과 미수채권관리 등 업무활동의 성과를 평가하는 것이다. 활동성지표 산출에서의 의료수익에는 입원수익, 외래수익 및 기타 의료수익에 의료부대수익을 더하고 의료수익 조정계정을 가감한 의료사업수익이 쓰여진다(表 5-3 참조).

1) 總資本 回轉率

總資本 回轉率은 투입된 자본에 대한 의료수익의 비율 즉, 의료수익에 대한 자본의 회전속도를 판단하는 비율이다. 이 비율은 병원이 보유하고 있는 총자본이 1년 동안 몇 번이나 회전하였는가를 나타내므로 자산이용의 능률을 총괄적으로 나타내는 지표라 할 수 있다. 이 비율이 높을수록 투입된 자본을 효율적으로 활용했다는 것을 의미하고, 회전율이 낮으면 과대투자나 비효율적 투자를 하고 있다는 것을 의미한다.

조사된 요양병원의 자료가 8월 한 달 동안의 의료수익이므로 1년 동안의 의료수익으로 환산하여 총자본회전율을 계산하였다. 그 결과 요양병원의 총자본회전율은 0.3회로 '97년도 일반병원의 0.8회, 종합병원의 0.9회에 비해 낮았다. 이는 투입된 자본이 비효율적으로 운용되고 있음을 보여 주고 있다.

$$\text{총자본회전율(회)} = \frac{\text{의료수익}}{\text{총자본}}$$

2) 總資本回轉期間

투자된 총자본이 의료수익으로 환원되는 데에 걸리는 시간, 즉 자본회전율이 1회가 되는데 소요되는 일수이다. 總資本回轉期間이 길수록 자본의 투자효과가 적다는 것을 의미한다.

마찬가지로 요양병원의 8월 한 달 동안의 의료수익을 1년 동안의 의료수익으로 환산하여 총자본회전기간을 계산하였다. 그 결과 요양병원의 총자본회전기간은 464.3일로 '97년도 일반병원의 485.0일, 종합병원의 423.9일과 비슷한 수준을 보였다.

$$\text{총자본회전기간(일)} = \frac{\text{총자본}}{\text{의료수익}} \times 100$$

3) 在庫資産 回轉率

의료기관의 활동성을 평가하는 또 다른 하나의 지표인 在庫資産 回轉率은 재고자산에 대한 의료수익의 비율을 비교함으로써 재고자산 운용의 적정 여부를 가늠하는 지표이다. 이 비율이 낮다는 것은 매출액에 비하여 과다한 재고를 소유하고 있다는 것을 말하며, 이 비율이 높을수록 재고자산의 관리가 효율적으로 수행하고 있다는 것을 의미한다.

요양병원의 재고자산 회전율은 69.6회로 일반병원의 28.9회, 종합병원의 32.7회에 비해 높았다. 따라서 요양병원의 재고관리가 다른 병원군에 비해 상대적으로 효율적으로 수행되고 있다고 평가할 수 있겠다.

$$\text{재고자산회전율(회)} = \frac{\text{의료수익}}{\text{평균재고자산}}$$

4) 醫療未收金回轉率

의료미수금에 대한 의료수익의 비율을 비교해 봄으로써 의료미수금의 과다여부를 알기 위한 지표이다. 이 비율은 높을수록 의료미수금의 적체가 적다는 것을 의미한다.

요양병원의 醫療未收金回轉率은 평균 2.4회로 일반병원의 8.1회, 종합병원의 7.5회에 비해 매우 낮았다. 이로서 요양병원의 미수금 적체가 상대적으로 많다고 평가할 수 있다.

$$\text{의료미수금회전율(회)} = \frac{\text{의료수익}}{\text{평균의료미수금}}$$

활동성 지표를 살펴볼 때, 요양병원은 다른 병원군에 비해 투입된 자본을 적극적으로 활용하지 못하고 있으며, 투자효과도 떨어지는 것으로 판단된다.

〈表 5-3〉 活動性 指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
총자본회전율(회)	0.3 ¹⁾	0.8	0.9
총자본회전기간(일)	464.3 ¹⁾	485.0	423.9
재고자산회전율(회)	69.6 ¹⁾²⁾	28.9	32.7
의료미수금회전율(회)	2.4 ³⁾	8.1	7.5

註: 1) 요양병원의 경우 8월 한 달간의 의료수익이므로 1년치의 의료수익으로 환산함.

총자본회전율 = (의료수익×12)/총자본

총자본회전기간(일) = 총자본/(의료수익×12)×100

재고자산회전율(회) = (의료수익×12)/평균재고자산

2) 4개 병원 포함

3) 5개 병원 포함

라. 成長性 指標

성장성 지표는 의료수익, 총자본, 환자수 등이 전기와 비교하여 증가하고 있는가의 여부를 평가하기 위한 지표이다. 이 지표의 비율은 높을수록 병원의 규모 또는 성과가 커지고 있음을 의미하게 된다(表 5-4 참조).

1) 醫療收益 增加率

醫療收益 增加率은 전기에 비하여 의료수익이 얼마나 증가 또는 감소하였는가를 알기 위한 비율로서, 당기의 의료수익 증감분을 전기의 의료수익으로 나누어서 계산한다.

요양병원의 의료수익 증가율은 24.8%로 일반병원의 7.1%, 종합병원의 9.2%에 비해 높은 수준의 증가율을 보이고 있다. 하지만 분석에 포함된 병원이 2개이므로 이 결과로서 모든 요양병원의 의료수익이 증가하고 있다고 판단할 수는 없다.

$$\text{의료수익증가율(\%)} = \frac{(\text{당기} - \text{전기})\text{수익}}{\text{전기수익}} \times 100$$

2) 總資本 增加率

總資本 增加率은 전기에 비해 병원에 투입·운용된 총자본이 얼마나 증감하였는가를 알기 위한 비율로서, 기업의 전체적인 성장규모를 측정하는 지표이다.

요양병원의 총자본증가율은 6.8%로 '97년도 일반병원의 8.4%, 종합병원의 7.6%에 비해 낮은 증가율을 보이고 있다.

$$\text{총자본증가율(\%)} = \frac{(\text{당기} - \text{전기})\text{총자본}}{\text{전기총자본}} \times 100$$

요양병원의 성장성을 두 개의 항목으로 판단하는 것은 무리가 있겠지만 전반적으로 양호한 성장성을 보인다고 할 수 있다.

<表 5-4> 成長性 指標

(단위: %)

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
의료수익 증가율	24.8 ¹⁾	7.1	9.2
총자본증가율	6.8 ²⁾	8.4	7.6

註: 1) 2개 병원
2) 4개 병원

2. 生産性 分析

의료기관의 生産性은 병원이 일정기간 동안 새로이 창출한 가치를 평가하고 투입한 자본, 인건비, 의료기기 투자비 등에 대한 효율성을 평가하는 지표이다. 이 지표의 금액이 클수록, 비율이 높을수록 생산

성이 높다는 것을 의미한다(表 5-5 참조).

가. 調整患者 1人當 附加價値

調整患者 1人當 附加價値는 병원이 일정기간에 조정환자 1인당 얼마만큼의 부가가치를 새로 창출하였는가를 나타내는 지표이다. 이 지표에서의 부가가치는 의료수익에서 재료비, 소모품비, 동력비, 외주 가공비를 제외한 금액을 말하며, 조정환자수는 모든 환자를 진료비를 근거로 하여 입원환자로 환산하여 산출한다.

요양병원의 조정환자 1인당 부가가치는 26.4천원으로 일반병원의 49.9천원, 종합병원의 59.1천원보다 다소 낮아 다른 병원군에 비해 생산성이 떨어짐을 알 수가 있다.

$$\text{조정환자 1인당 부가가치(천원)} = \frac{\text{부가가치}}{\text{조정환자수}}$$

* 부가가치 = 의료수익 - (재료비, 소모품비, 동력비, 외주용역비)

* 조정환자수 = 총재원일수 + 연외래환자수 × $\frac{\text{외래환자 1인 1일당 평균진료비}}{\text{입원환자 1인 1일당 평균진료비}}$

나. 病床當 月平均 附加價値

병원이 일정기간에 새로 창출한 부가가치가 병상당 월평균 얼마인가를 나타내는 지표이다. 이 지표는 높을수록 생산성이 양호한 것을 의미한다.

病床當 月平均 附加價値에서도 마찬가지로 요양병원이 539.8천원으로 조사되어 일반병원의 1,729.9천원, 종합병원의 2,077.3천원에 비해 매우 낮은 수준으로 나타나 생산성이 현저히 떨어짐을 알 수 있다.

$$\text{병상당 월평균 부가가치(천원)} = \frac{\text{부가가치} \div \text{월수}}{\text{병상수}}$$

다. 醫療收益 附加價值率

병원에서 얻은 의료수익 중에서 몇 %가 새로 창출된 가치인가를 나타내는 지표이다.

요양병원의 醫療收益 附加價值率은 56.7%로, 일반병원의 63.2%, 종합병원의 61.9%보다 낮은 비율을 보였다.

$$\text{의료수익 부가가치율(\%)} = \frac{\text{부가가치}}{\text{의료수익}} \times 100$$

라. 總資本 投資效率

병원에서 투입한 총자본이 일정기간 동안 부가가치의 창출에 얼마나 효과적으로 기여했는가를 나타내는 지표로서 부가가치를 총자본으로 나누어 이를 비율로 나타낸 것이다. 總資本投資效率이 높을수록 투입된 자본이 효율적으로 운용되었음을 의미한다.

요양병원의 총자본 투자효율은 16.2%로 일반병원의 47.6%, 종합병원의 53.3%보다 매우 낮은 것으로 나타나 다른 병원군에 비해 투입된 자본이 상대적으로 비효율적으로 운용되었다고 할 수 있다. 이때 사용된 요양병원의 부가가치는 8월 한 달간의 자료이므로 1년 동안의 부가가치로 환산하여 이용하였다.

$$\text{총자본투자효율(\%)} = \frac{\text{부가가치}}{\text{총자본}} \times 100$$

마. 人件費 投資效率

병원에서 일정기간에 투입한 人件費에 비하여 새로 창출한 附加價值는 얼마나 되는가를 나타내는 지표이다. 이 지표는 높을수록 노동

생산성이 크다는 것을 의미한다.

요양병원의 인건비 투자효율은 170.5%로 일반병원의 175.4%보다는 낮지만 종합병원의 163.1%보다는 높아 다른 병원군과 비슷한 노동생산성이 보이고 있었다.

$$\text{인건비투자효율(\%)} = \frac{\text{부가가치}}{\text{인건비}} \times 100$$

바. 專門醫 1人當 月平均 醫療收益, 附加價值, 調整患者數

專門醫 1人當 月平均 醫療收益, 附加價值, 調整患者數가 높을수록 전문의의 생산성이 양호함을 의미한다.

요양병원의 경우 전문의 1인당 월평균 의료수익은 3,471만원으로 일반병원의 3,839만원, 종합병원의 4,261만원에 비해 낮으며, 전문의 1인당 월평균 부가가치도 2,015만원으로 일반병원의 2,417만원, 종합병원의 2,616만원에 비해 낮다. 그러나 전문의 1인당 조정환자수는 요양병원이 1,250.1명으로 일반병원의 563.9명, 종합병원의 504.0명보다 많았다.

$$\text{전문의 1인당 월평균 의료수익(천원)} = \frac{\text{의료수익} \div \text{월수}}{\text{전문의수}}$$

$$\text{전문의 1인당 월평균 부가가치(천원)} = \frac{\text{부가가치} \div \text{월수}}{\text{전문의수}}$$

$$\text{전문의 1인당 월평균 조정환자수(명)} = \frac{\text{조정환자수} \div \text{월수}}{\text{전문의수}}$$

사. 100病床當 職員數

일정기간 중(예: 분기 또는 연간)의 평균재직 직원총수 또는 직종별

직원수를 100병상 단위로 환산하여 산출한 것이다.

요양병원의 경우 100병상당 직원수는 31.3명으로 일반병원의 83.8명, 종합병원의 92.7명보다 적었다.

$$100\text{병상당 직원수(명)} = \frac{\text{평균재직직원수}}{\text{병상수} \div 100(\text{병상})}$$

아. 調整患者 100名當 職員數

일정기간중의 평균재직 직원총수 또는 직종별 직원수를 조정환자 100명 단위로 환산하여 산출한 것이다.

지표의 해석기준은 100병상당 직원수와 동일하다. 그러나 100병상당 직원수와 조정환자 100명당 직원수가 상충되는 분석결과를 보일 경우에는 조정환자 100명당 직원수에 중점을 두어 판단하는 것이 보편적이다. 왜냐하면 병상이용률이 상이하거나 외래환자 진료실적이 크게 차이가 날 경우에는 병상수를 기준으로 한 인력비교의 의의가 크게 감소하기 때문이다.

요양병원의 경우 조정환자 100명당 직원수는 40.3명으로 일반병원의 68.6명, 종합병원의 77.4명보다 적었다.

$$\text{조정환자 100명당 직원수(명)} = \frac{\text{평균재직직원수} \times \text{입원진료일수}}{\text{조정환자수} \div 100(\text{명})}$$

자. 專門醫 1人當 月平均 患者診療實積

외래 및 입원환자 年人員數를 기간 중 월수로 나누어 월평균 외래환자와 입원환자수를 산출하고 이를 전문의수로 나누어 전문의 1인당 월평균 환자진료실적을 계산하였다.

요양병원의 경우 전문의 1인당 월평균 입원환자진료실적은 1,087.5명으로 일반병원의 304.5명, 종합병원의 305.4명보다 3.5배정도 많았다. 반면 외래환자의 경우는 요양병원이 334.8명으로 일반병원의 737.6명, 종합병원의 630.6명보다 적었다. 이는 요양병원은 주로 장기요양환자가 이용하고 있음을 반영하고 있는 결과이다.

$$\text{전문의 1인당 월평균 외래환자수(명)} = \frac{\text{연외래환자수} \div \text{월수}}{\text{전문의수}}$$

$$\text{전문의 1인당 월평균 입원환자수(명)} = \frac{\text{총재원일수} \div \text{월수}}{\text{전문의수}}$$

차. 職種別 1人當 月平均 患者診療實積

기간 중 연외래환자수·총재원일수 및 조정환자수를 각각 기간 중 월수로 나누어 월평균 환자수를 구하고 이를 직종별 인원수로 나누었다. 직종별 診療生産性을 기간별 또는 타병원과 비교해 보기 위한 지표이다. 타병원과 비교해서 특정직종의 환자진료실적이 현저하게 높거나 낮을 경우에는 해당 직종 인력의 적정성 여부를 재검토해 볼 필요가 있음을 시사한다.

이 항목에서도 마찬가지로 모든 직종에서 요양병원의 경우 입원환자진료실적은 다른 병원군에 비해 높았고, 외래환자진료실적은 다른 병원군에 비해 낮았다.

$$\begin{aligned} & \text{직종별 1인당 월평균 외래환자진료실적(명)} \\ & = \frac{\text{외래환자연인원수} \div \text{월수}}{\text{직종별 인원수}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{직종별 1인당 월평균 입원환자진료실적(명)} \\ & = \frac{\text{총재원일수} \div \text{월수}}{\text{직종별 인원수}} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{직종별 1인당 월평균 조정환자진료실적(명)} \\ & = \frac{\text{조정환자수} \times \text{월수}}{\text{직종별 인원수}} \end{aligned}$$

카. 職種別 職員 1人當 月平均 醫療收益 및 附加價値

1) 職種別 職員 1人當 月平均 醫療收益

의료수익을 기간 중 월수로 나누어 월평균 의료수익을 산출하고 이를 직종별 인원수로 나누어 산출한 지표이다. 직종별 노동생산성을 종합적으로 나타내는 가장 대표적이고 보편적인 지표로서 직종별 직원 1인당 월평균 의료수익이 높을수록 해당 직종의 노동생산성이 높다는 것을 의미한다.

요양병원의 경우 전체직원 1인당 월평균 의료수익이 226만원으로 일반병원의 332만원, 종합병원의 379만원보다 낮았다. 또한 요양병원의 의사직 1인당 월평균 의료수익은 3123만원으로 일반병원의 3857만원, 종합병원의 3482만원보다 낮았으며, 간호직에서도 요양병원은 812만원으로 일반병원의 906만원, 종합병원의 998만원보다 낮았다.

$$\text{직종별 직원 1인당 월평균 의료수익(천원)} = \frac{\text{의료수익} \times \text{월수}}{\text{직종별인원수}}$$

2) 職種別 職員 1人當 月平均 附加價値

일정기간의 附加價値를 계산하고 이를 기간 중 월수로 나누어 부가가치를 산출한 다음 직종별 인원수로 나누어 산출한 지표이다.

부가가치 지표는 生産性을 측정하기 위한 가장 합리적인 지표로서 특정 직종의 직원 1인당 월평균 부가가치가 타병원보다 현저히 낮은 것으로 나타났을 경우에는 그 직종의 직원수가 상대적으로 과다하거나 또는 부가가치가 상대적으로 낮아서 노동생산성이 저조하다는 것

을 의미한다.

요양병원의 경우 전체직원 1인당 월평균 부가가치는 153만원으로 일반병원의 209만원, 종합병원의 234만원보다 낮아 노동생산성이 상대적으로 저조하다고 할 수 있다. 의사직 1인당 월평균 부가가치에서도 요양병원의 경우 2144만원으로 일반병원의 2421만원, 종합병원의 2158만원보다 낮았다. 그러나 간호직 1인당 월평균 부가가치는 요양병원이 523만원으로 일반병원의 521만원보다는 높고 종합병원의 616만원보다는 낮았다.

$$\text{직종별 직원 1인당 월평균 부가가치(천원)} = \frac{\text{부가가치} \div \text{월수}}{\text{직종별인원수}}$$

生産性에서도 요양병원의 경우 일반병원이나 종합병원에 비해 떨어진다고 할 수 있다. 이는 다른 병원군과 달리 장기입원환자를 대상으로 하고 있고, 요양병원의 운영기간이 상대적으로 짧기 때문에 병원경영정상화가 아직 이루어지고 있지 못하고 있는 것으로 판단할 수 있다.

〈表 5-5〉 生産性 指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
조정환자 1인당 부가가치(천원)	26.4 ¹⁾	49.9	59.1
병상당 월평균 부가가치(천원)	539.8 ²⁾	1,729.9	2,077.3
의료수익 부가가치율(%)	56.7 ²⁾	63.2	61.9
총자본 투자효율(%) ^{a)}	16.2 ¹⁾²⁾	47.6	53.3
인건비 투자효율(%)	170.5 ²⁾	175.4	163.1
전문의 1인당 월평균 의료수익(천원)	34,712 ²⁾	38,390	42,614
부가가치(천원)	20,158 ¹⁾	24,172	26,167
조정환자수(명)	1,250.1 ¹⁾	563.9	504.0
100병상당 직원수(명)	31.3	83.8	92.7
조정환자 100명당 직원수(명)	40.3 ²⁾	68.6	77.4
전문의 1인당 월평균 환자진료실적 입원(명)	1,087.5 ¹⁾	304.5	305.4
외래(명)	334.8 ¹⁾	737.6	630.6
직종별 1인당 월평균 환자진료실적 전체직원 외래(명)	25.7	62.8	54.4
입원(명)	59.9 ²⁾	26.4	25.2
의사직 ^{b)} 외래(명)	298.7	661.7	509.4
입원(명)	814.2 ²⁾	294.4	239.3
간호직 ^{c)} 외래(명)	87.4	155.7	136.1
입원(명)	221.6 ²⁾	67.2	64.5
직종별 1인당 월평균 의료수익 전체직원(천원)	2,266	3,320	3,795
의사직 ^{b)} (천원)	31,236	38,579	34,828
간호직 ^{c)} (천원)	8,129	9,061	9,985
직종별 1인당 월평균 부가가치 전체직원(천원)	1,532 ²⁾	2,093	2,348
의사직 ^{b)} (천원)	21,442 ²⁾	24,213	21,589
간호직 ^{c)} (천원)	5,236 ²⁾	5,218	6,165

註: 요양병원의 부가가치는 8월 한달 간의 수치이므로 1년치로 환산하여 이용
a) 총자본 투자효율(%) = (부가가치×12)/총자본×100
b) 의사직 = 전문의+일반의+전공의+한 의사 c) 간호직 = 간호사+간호조무사
1) 4개 병원 포함 2) 5개 병원 포함

3. 患者診療實積分析

가. 外來患者入院率

일정기간 중 연외래환자 중 그 병원에 입원한 환자의 비율이다. 병원에 내원하는 환자의 질환의 중증도를 간접적으로 설명한다.

요양병원의 경우 外來患者入院率이 7.7%로 일반병원의 4.2%, 종합병원의 4.5%보다 높아 요양병원에 내원하고 있는 환자의 특성을 반영하고 있음을 알 수 있다.

$$\text{외래환자입원율(\%)} = \frac{\text{실입원환자수}}{\text{연외래환자수}} \times 100$$

나. 病床利用率(單入法)

일정기간 중 환자를 수용할 수 있는 상태로 설치한 병상수가 실제 환자에 의해 점유된 비율이다. 病床利用率 산출시에는 총재원일수(연입원환자수)에서 실퇴원환자수를 차감하여 환자수를 단일법으로 조정 한 후 年病床數로 나누어 계산한다.

병상수는 병원의 규모를 가장 잘 대표하는 변수로서 인력, 의료기기, 총비용 등 병원의 투입요소와 밀접한 상관성을 갖고 있다. 따라서 병상이용률은 병원인력 및 시설의 활용도를 간접적으로 의미한다.

요양병원의 경우 병상이용률이 53.3%로 일반병원의 71.3%, 종합병원의 76.1%에 비해 낮았다. 이는 요양병원의 개원시기가 얼마 안되어 운영기간이 상대적으로 짧기 때문이라 할 수 있다.

$$\text{병상이용률(\%)} = \frac{\text{총재원일수} - \text{실퇴원환자수}}{\text{연병상수(병상수} \times \text{입원진료일수)}} \times 100$$

다. 病床回轉率

일정기간 중 병원에서 실제 입원 또는 퇴원한 환자수를 병상수로 나눈 지표이다. 이때의 병상수는 일평균병상수이다. 이 지표는 일정기간 중 병원에서 가동한 병상이 평균적으로 1병상당 몇 명의 입원환자를 수용하였는가를 의미하는 것으로서 병상이용률이 높을 경우에는 병상회전율이 증가할수록 병원의 수익성 측면에서 바람직하다.

요양병원의 病床回轉率은 0.4회로 일반병원의 23.7회, 종합병원의 76.1회에 비해 현저히 낮다. 이는 병상이용률이 다른 병원군에 비해 낮은데다가 요양병원의 특성상 장기입원환자가 많기 때문이라 할 수 있다.

$$\text{병상회전율(회)} = \frac{\text{퇴원실인원수}}{\text{병상수}}$$

라. 平均在院日數

입원환자의 총재원일수를 퇴원실인원으로 나누어 계산한 지표이다. 일정기간 입원한 환자가 전체적으로, 진료과별로 또는 환자종류별로 평균 며칠간 재원하였는가를 설명하고 특정진료과, 특정종류의 환자는 평균 며칠간 재원하였는가를 설명한다.

平均在院日數 또한 요양병원의 경우 67.3일로 일반병원의 11.8일, 종합병원의 12.0일보다 상당히 긴 것으로 나타났는데, 이는 장기요양환자를 위해 새롭게 규정된 요양병원의 특성을 반영하는 것이다.

$$\text{평균재원일수(일)} = \frac{\text{퇴원환자재원일수누계}}{\text{퇴원실인원}}$$

마. 入院 對 外來患者 比率

연외래환자수를 총재원일수(연입원환자수)로 나누어 산출한 지표로서, 입원환자수에 대한 외래환자수의 비중을 설명하고 의료수익의 외래의존도를 간접적으로 시사한다. 入院 對 外來患者比率이 높으면 병상이용률보다 병원이용률이 상대적으로 더 높아진다. 또한 이 비율이 높아지면 장기적으로 보아 입원환자도 증가할 가능성이 있음을 시사한다.

이 항목에서도 요양병원의 특성이 반영되고 있는데 입원 대 외래환자 비율이 일반병원이 2.6%, 종합병원이 2.3%인 반면 요양병원의 경우는 0.3%으로 외래환자에 비해 입원환자가 훨씬 많음을 보여주고 있다.

$$\text{입원 대 외래환자비율(\%)} = \frac{\text{연외래환자수}}{\text{총재원일수}}$$

바. 100病床當 1日 平均 在院患者數

규모가 상이한 병원간 입원환자 진료실적을 비교해 보기 위한 지표로서 일정기간중의 총재원일수를 입원진료일수로 나누어 일평균재원환자수를 산출하고 이를 다시 100병상당 재원환자수로 환산한다.

100病床 1日平均 在院(入院)患者數가 높다는 것은 병상규모를 감안할 때 비교병원보다 입원환자수가 많다는 것을 의미한다. 병상이용률과 같은 개념이나 병상이용률은 비율(%)로 나타내는데 비해 실수(명)로 표시한다는 점에서 차이가 있다.

병상이용률과 마찬가지로 요양병원의 경우에는 54.8명으로 일반병원의 71.3명, 종합병원의 76.1명보다 적은 재원환자수를 보이는데 이는 요양병원의 운영기간이 아직 짧기 때문으로 판단된다.

$$100\text{병상당 } 1\text{일평균 재원환자수(명)} = \frac{\text{총재원일수} \div \text{입원진료일수}}{\text{병상수} \div 100(\text{병상})}$$

患者診療實積에서는 요양병원이 아직 운영기간이 짧기 때문에 다른 병원군에 비해 떨어지나, 요양병원의 운영성과를 평가하기에는 이르지만 입원환자의 경우 높은 진료실적을 보여 요양병원의 설립목적 을 반영하고 있다고 조심스러운 평가를 내릴 수 있다.

〈表 5-6〉 患者診療實積 指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
외래환자입원율(%)	7.7 ¹⁾	4.2	4.5
병상이용률(%)	53.3 ¹⁾	71.3	76.1
병상회전율(회)	0.4	23.7	24.8
평균재원일수(일)	67.3 ¹⁾	11.8	12.0
입원 대 외래환자비율(%)	0.3 ¹⁾	2.6	2.3
100병상당 1일평균 재원환자수(명)	54.8 ¹⁾	71.3	76.1

註: 1) 5개 병원 포함

4. 醫療收益分析

가. 診療科別·患者別 100病床當 月平均 外來/入院收益

진료과별·환자별 외래수익/입원수익을 기간 중 월수로 나누고 이를 다시 병상당으로 환산한 지표이다. 각각의 수익을 진료과별로 구분하였을 때 어떤 종류의 환자에게 월평균 어느 정도의 수익이 발생하는가를 알기 위한 지표로서 병원의 월평균 의료수익에 대한 기여도를 의미한다.

이 연구에서는 진료과별·환자별로 구분하지 않고 8월 한달 자료를 수집하였기 때문에 요양병원의 100병상당 8월 한 달간 외래/입원수익을 산출하였다. 요양병원의 경우 100병상당 월평균 외래수익은 1352만원으로 일반병원의 1억 2118만원, 종합병원의 1억 4350만원보다 현

저히 낮은 것으로 나타났고, 100병상당 월평균 입원수익에서도 6439만원으로 일반병원의 1억 5559만원, 종합병원의 2억 1528만원보다 낮은 것으로 나타났다.

$$\begin{aligned} & \text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 } 100\text{병상당 월평균 외래수익(천원)} \\ & = \frac{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 외래수익} \div \text{월수}}{\text{병상수} \div 100} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 } 100\text{병상당 월평균 입원수익(천원)} \\ & = \frac{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 입원수익} \div \text{월수}}{\text{병상수} \div 100} \end{aligned}$$

나. 診療科別·患者種類別 外來/入院患者 1人 1日當 平均診療費

진료과별 환자종류별 외래환자 1인 1일당 평균진료비는 진료과별 환자종류별 외래수익을 진료과별 환자종류별 연외래환자수로 나누어 계산한 지표이고, 진료과별 환자종류별 입원환자 1인 1일당 평균진료비는 진료과별 환자종류별 입원수익을 진료과별 환자종류별 재원일수로 나누어 계산한 지표이다.

마찬가지로 이 연구에서는 진료과별·환자별로 구분하지 않고 8월 한달 자료를 수집하여 요양병원의 8월 한 달간 외래/입원환자 1인 1일당 평균진료비를 산출하였다. 요양병원의 경우 외래환자 1인 1일당 평균진료비는 16,781원으로 일반병원의 21,186원, 종합병원의 26,266원보다 낮았으며, 입원환자 1인 1일당 평균진료비에서도 37,939원으로 일반병원의 72,987원, 종합병원의 92,013원보다 낮았다.

$$\begin{aligned} & \text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 외래환자 1인 1일당 평균진료비(원)} \\ & = \frac{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 외래수익}}{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별 연외래환자수}} \end{aligned}$$

진료과별·환자종류별 입원환자 1인 1일당 평균진료비(원)

$$= \frac{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별} \text{ 입원수익}}{\text{진료과별} \cdot \text{환자종류별} \text{ 재원일수}}$$

의료수익지표의 모든 항목에서 요양병원은 다른 병원군에 비해 현저히 낮은 의료수익을 보이고 있다.

〈表 5-7〉 醫療收益指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
100병상당 월평균 외래수익(천원)	13,524	121,189	143,502
100병상당 월평균 입원수익(천원)	64,395	155,599	215,282
외래환자 1인 1일당 평균진료비(원)	16,781 ¹⁾	21,186	26,266
입원환자 1인 1일당 평균진료비(원)	37,939 ¹⁾	72,987	92,013

註: 1) 5개 병원 포함.

5. 人力分析

가. 職種別 100病床當 人力

직종별 100병상당 인력은 각 직종별 인력을 100병상 당으로 환산한 지표이다.

이 연구에서는 직종을 의사직, 간호직, 기타직으로 분류하여 직종별 100병상당 인력을 산출하였는데, 요양병원의 경우 의사직 3.6명, 간호직 12.0명, 기타직 14.0명으로 '97년도 일반병원의 의사직 8.1명, 간호직 34.0명, 기타직 41.7명, 종합병원의 의사직 12.0명, 간호직 36.8명, 기타직 43.9명과 비교하여 전 직종에서 모두 낮은 人力을 보유하고 있었다.

$$\text{직종별 100병상당 인력(명)} = \frac{\text{직종별 인력}}{\text{병상수} \div 100(\text{병상})}$$

나. 職種別 調整患者 100名當 人力

職種別 調整患者 100名當 人力은 각 직종별 인력을 조정환자 100명당으로 환산한 지표로서, 환자의 진료량을 고려한 직종별 인력의 과소 여부를 판단하게 된다.

직종별 조정환자 100명당 인력에서도 요양병원은 의사직 4.9명, 간호직 14.0명, 기타직 28.3명으로 '97년도 일반병원의 의사직 6.7명, 간호직 27.8명, 기타직 34.2명, 종합병원의 의사직 10.0명, 간호직 30.8명, 기타직 36.6명보다 낮은 인력을 보유하고 있었다.

직종별 조정환자 100명당 인력(명)

$$= \frac{\text{직종별 평균인력} \times \text{입원진료일수(일)}}{\text{조정환자수} \div 100(\text{명})}$$

다. 職種別 構成比

이 지표는 病院職種別 人力의 構成比率을 나타내는 지표이다.

요양병원의 경우 의사직에서 13.6%로 일반병원 9.7%, 종합병원 12.9%보다 높은 구성비를 보이고 있고, 간호직에서도 요양병원이 41.1%로 일반병원 40.5%, 종합병원 39.7%보다 높은 구성비를 보였다. 그러나 기타직에서는 요양병원이 45.2%로 49.9%의 일반병원과 47.4%의 종합병원보다 낮은 구성비를 보였다.

$$\text{직종별 인력}(\%) = \frac{\text{직종별 인력}}{\text{전체인력}} \times 100$$

인력부문에서도 요양병원은 다른 병원군보다 낮은 인력을 보유하고 있었다.

〈表 5-8〉 人力指標

구 분	요양병원('99)	일반병원('97)	종합병원('97)
직종별 100병상당 인력			
합 계(명)	32.2 ²⁾	83.8	92.7
의사직 ^{a)} (명)	3.6	8.1	12.0
간호직 ^{b)} (명)	12.0	34.0	36.8
기타직 ^{c)} (명)	14.0 ²⁾	41.7	43.9
직종별 조정환자 100명당 인력			
합 계(명)	55.8 ¹⁾	68.6	77.4
의사직 ^{a)} (명)	4.9 ³⁾	6.7	10.0
간호직 ^{b)} (명)	14.0 ³⁾	27.8	30.8
기타직 ^{c)} (명)	28.3 ¹⁾	34.2	36.6
직종별 구성비(%)			
의사직 ^{a)}	13.6 ²⁾	9.7	12.9
간호직 ^{b)}	41.1 ²⁾	40.5	39.7
기타직 ^{c)}	45.2 ²⁾	49.9	47.4

註: a) 요양병원: 의사직 = 전문의+일반의+레지던트+인턴+한의사
 일반병원, 종합병원: 의사직 = 전문의+일반의+레지던트+인턴
 b) 요양병원, 일반병원, 종합병원: 간호직 = 간호사+간호조무사
 c) 요양병원: 기 타 = 물리치료사+직업치료사+언어치료사+영양사+세탁부+취사부+행정직+기능직+기타관리직+기타(약사, 의료기사 등)
 일반병원, 종합병원: 기 타 = 조산사+오더리+약무직+영양직+의료기사직+사무·기술직+고용 및 기타
 1) 2개 병원 포함
 2) 4개 병원 포함
 3) 5개 병원 포함

6. 經營改善方案 分析

療養病院의 經營改善方案 現況을 알아보기 위해 조사된 항목들 중 專門化서비스를 실시하고 있는 병원은 모두 3개로 응답하지 않은 1개의 요양병원을 제외한 전체의 42.9%에 해당하는데, 모두 치매와 중풍과 같은 노인질환에 대한 專門화서비스를 제공하고 있는 것으로

조사되었다. 직원에 대한 成果給制를 도입하고 있는 요양병원은 전체의 25.5%인 2개 요양병원으로, 낮은 비율을 보였다. 경영관리를 위해서 特殊部署(예: 경영개선팀)를 운영하고 있는가에 대한 질문에서도 2개의 요양병원에서 운영하고 있다고 응답하였다. 自願奉仕者 활용 여부에 있어서는 전체의 62.5%인 5개 병원에서 활용하고 있다고 응답하였으며, 적출물 처리, 청소, 세탁, 경비, 임상병리 등의 업무를 外部用役業體에 맡기고 있는가에 대한 질문에서는 8개의 요양병원 모두가 “예”라고 응답하여 높은 외부용역 활용도를 보였다. 다음으로 타병원과 連繫關係 또는 協力關係를 맺어 환자가 의뢰되어 오거나 후송되는 병원은 62.5%인 5개 병원이었으며, 의료서비스에 대한 평가를 실시하고 있는가에 대한 질문에서도 5개의 요양병원에서 “예”라고 응답하였다(表 5-9 참조).

〈表 5-9〉 療養病院의 經營改善方案

(단위: 명, %)

구 분	응답병원수		
	예	아니오	합 계
전문화서비스 실시	3(42.9)	4(57.1)	7(100.0)
직원에 대한 성과급제 도입	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)
경영관리를 위한 특수부서 운영	2(25.0)	6(75.0)	8(100.0)
자원봉사자 활용	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)
외부용역업체 활용	8(100.0)	0(0.0)	8(100.0)
타병원과의 연계(협력)관계 수립	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)
의료서비스 평가 실시	5(62.5)	3(37.5)	8(100.0)

第 2 節 療養病院 經營實態의 綜合評價

1. 財務的인 側面

지금까지 요양병원의 經營實態를 분석하고 일반병원과 종합병원과의 비교를 하였다. 이하에서는 앞에서 분석한 재무지표결과들을 安定性, 收益性, 成長性, 生産性 등 측면에서 일반병원과의 비교결과를 통해 요양병원의 문제점을 간략하게 고찰하고자 한다. 財務構造 安全性을 평가하는 지표 중 하나인 총자본 중 기본재산이 차지하는 비율인 자기자본 비율은 일반병원과는 차이가 없었지만 종합병원보다는 높게 나타났으며, 총자본 중 부채가 차지하는 비율인 타인자본의존도도 일반병원과는 큰 차이가 없었지만 종합병원보다는 상대적으로 낮았다. 다음은 단기 채무능력을 측정하는 지표인 유동비율은 일반병원과 종합병원에 비해서 낮았다. 안전성을 평가할 수 있는 또 다른 지표로서 장기성자금에 의한 고정자산 투자정도를 나타내는 고정장기적합률은 일반병원과 종합병원에 비해 높게 나타났다. 안전성 측면에서 요양병원은 일반병원과는 거의 차이가 없었고 종합병원보다는 안전성이 양호한 것으로 나타났다. 다만 고정자산 적합률의 경우 일반병원이나 종합병원보다 높게 나타났는데, 이는 운영기간이 짧은 것을 고려해 볼 때, 초기 고정자산에 대한 투자자본을 단기성 자금으로 이용한 것으로 판단해 볼 수 있으며 앞으로 상환에 따른 자금부담에 대한 위험이 존재한다고 할 수 있다.

전반적으로 일반병원뿐만 아니라 요양병원의 財務構造의 安全性은 脆弱하다고 평가된다. 그러나 요양병원의 경우에는 운영기간이 얼마 되지 않아 경영 정상화를 이루는데 일정기간이 필요할 것으로 판단된다.

의료기관의 收益性은 투입된 자본과 이익의 비율을 나타내는데, 총

자본의료이익률과 총자본순이익률은 요양병원이 일반병원보다 크게 떨어지는 것으로 나타났다. 또한 의료수익순이익률도 다른 병원군에 비해 크게 부(-)의 값을 나타내고 있다. 그러나 이러한 수치는 요양병원의 수가 너무 적고 요양병원의 개설시기가 서로 크게 달라 요양병원 각각의 편차가 너무 커서 평균값의 대표성이 떨어지기 때문이라고 볼 수 있으며, 앞에서도 지적하였지만 요양병원의 운영기간이 짧아 경영 정상화가 이루어지지 않아서라고 판단된다. 그러나 한 가지 특이할 사항은 의료수익에 대한 의료이익의 비율을 나타내는 의료수익의료이익률은 요양병원이 다른 병원군에 비해 크게 높게 나타났는데 이는 의료비용이 다른 일반병원군에 비해 상대적으로 낮다는 것을 의미한다.

成長性 측면에서 요양병원의 총자본증가율은 다른 일반병원에 비해서 약간 낮게 나타났지만, 의료수익증가율은 다른 일반병원군에 비해 상당히 높게 나타났다. 요양병원의 성장성을 두 개의 항목으로 판단하는 것은 무리가 있겠지만 전반적으로 양호한 성장성을 보인다고 볼 수 있다.

이 분석에서는 生産性을 나타내는 지표로 여러 가지 지표를 사용하였지만 여기서는 대표적인 총자본투자효율과 부가가치율을 살펴보면 의료수익 부가가치율과 총자본 투자효율이 다른 일반병원군에 비해 낮은 수준을 보이고 있다. 이는 다른 일반병원군과 달리 요양병원은 장기입원환자를 대상으로 하고 있고, 요양병원의 운영기간이 상대적으로 짧기 때문에 병원의 정상화가 아직 이루어지고 있지 못하고 있는 것으로 판단할 수 있다.

活動性을 나타내는 주요지표로서 총자본회전율과 재고자산회전율을 보면 총자본회전율은 경우는 요양병원이 다른 일반병원에 비해 낮은 수준을 보이고 있으며, 재고자산회전율은 아주 높게 나타났다. 이

는 요양병원이 다른 병원에 비해 투입된 자본을 적극적으로 활용하지 못하고 있는 것으로 나타났다.

2. 患者診療實積

患者診療實積을 살펴보면 요양병원의 경우 외래환자 입원율이 7.7%로 일반병원의 4.3%나 종합병원의 4.5%에 비하여 높게 나타났으며, 병상이용률은 일반병원이나 종합병원에 비해 낮았는데 이는 요양병원의 개원시기가 1년이 안된 병원이 37.5%나 되어 운영기간이 상대적으로 짧기 때문이라 판단되며, 요양병원 병상회전율은 0.4회로 병원이나 종합병원의 23.7회와 76.1회에 비해 현저히 낮는데 이는 요양병원의 평균재원일수가 67.3일로 일반병원의 11.8일과 종합병원의 12.0일보다 상당히 긴 것으로 보아 요양병원의 특성상 장기입원환자가 많기 때문으로 판단된다. 입원 대 외래환자의 비율도 요양병원의 경우 다른 병원과 종합병원에 비해 외래환자에 비해 입원환자가 훨씬 많았다. 이는 새롭게 규정된 요양병원이 환자진료면에서 일반병원과 종합병원에 비해서 환자차별화가 나타나 요양병원의 특성이 반영되고 있다고 사료된다.

3. 醫療收益分析

환자별 100명상당 월평균 외래와 입원수익은 요양병원이 다른 일반병원과 종합병원에 비해 현저히 낮았으며, 1인당 1일당 평균진료비도 외래와 입원에서 낮게 나타났다.

4. 醫療人力分析

환자별 100병상당 人力을 살펴보면 의사가 3.6명으로 일반병원 8.1명과 종합병원 12.0명보다 낮았으며, 조정환자 100명당 인력도 의사가 다른 병원에 비해 낮았다. 그러나 요양병원에 근무하는 간호직인력도 100병상당 간호직 인력이 11.9명으로 일반병원의 34.0명과 종합병원의 36.8명보다 낮았으며, 조정환자 100명당 인력도 요양병원이 다른 일반병원보다 낮았다. 따라서 요양병원의 경우 직종별 인력구성비가 의사가 많고 간호사가 다른 의료기관에 비해 적게 나타났다(表 5-8 참조).

第 6 章 療養病院 活性化 方案

第 1 節 療養病院 活性化의 必要性

1. 長期療養保護서비스 需要의 增加

우리 나라의 醫療利用量의 增加 및 醫療費의 급격한 상승은 국민 전체 의료비의 압박요인이 되고 있다. 의료비 상승의 주 요인은 노인 인구의 상승, 만성질환의 증가와 사고 및 손상으로 인한 재활환자 등의 증가이다.

노인층의 의료비는 다른 연령계층에 비해 많은 비율을 점하고 그 증가폭도 크다. 65세 이상 노인의 진료건수나 진료일수는 전체 인구에 비하여 많고, 길게 나타나고 있으며, 총급여비도 직장의료보험의 경우 1985년 총급여비의 4.8%에서 1993년 10.5%로, 공·교의료보험에 서는 7.5%에서 14.5%로 증가되었다(의료보험연합회, 1985, 1990, 1993). 65세 이상 노인연령층이 타연령층에 비해 과거 6년간 일인당 진료비 증가율이 가장 높고, 외래에 비해 입원 의료이용이 다른 연령 층에 비해 더 높았다. 또한 醫療環境의 變化 및 질병추세의 변화로 만성질환자 역시 증가하고 있다(유승흠 등, 1995). 경제발전과 생활수 준의 향상은 환경위생 및 영양개선, 보건의료기술의 발전을 초래하였 고, 이에 따른 급성 전염성 질환의 격감, 수명연장으로 인한 노령인구 의 증대와 생활양식의 변화, 공업화의 가속으로 인한 환경오염 등은 慢性退行性疾患의 두드러진 증가를 낳았다.

손상과 중독 역시 국민건강에 큰 손실을 초래하며 경제적 손실도

지대하다. 손상과 사고는 전체사망의 15%를 차지하는 중요 건강문제가 되고 있다. 이러한 환자들은 대개 장애나 후유증을 동반하게 되며 따라서 재활 등 장기서비스를 요하게 된다.

세계의 공통적 현상은 노인 인구의 증가, 특히 80세 이상, 고령인구의 증가로 우리 나라 역시 예외가 아니다. 이러한 현상은 특히 사회적으로 취약한 연령층의 증가와 그에 따른 長期서비스 수요의 증가를 의미한다. 그러나 家族扶養機能의 약화는 계속될 것으로 보인다. 현재 거동이 제한되어 보살핌을 필요로 하는 노인가족에 대한 조사에서 동거를 원하는 응답은 26.5%에 불과한 것은 이를 잘 보여주고 있다(이가옥, 1999). 현재 국가적인 健康增進事業은 도입단계로서, 그 효과가 드러나기에는 장기간이 소용될 것이다. 따라서 만성퇴행성 질환의 증가추세는 계속될 것이다. 손상·사고 역시 명확한 국가적 대안이 수립되지 않은 상태이다. 이러한 인구, 가족 및 질병양상은 모두 장기서비스에 대한 요구가 앞으로도 더욱 증가될 것임을 보여주고 있다.

이러한 노인 및 만성질환자, 재활환자들이 의료기관에서 받고 있는 의료서비스는 특성상 서비스의 강도가 높은 급성 전문치료보다 환자 질환군 별로 특성화된 장기적이고 반복적인, 또한 서비스의 강도가 낮은 요양치료가 요구되고 있다.

長期療養保護서비스 수요에 대한 추정에서 요양병원대상환자수는 146,912~344,405명¹⁸⁾으로 파악되었으며(表 6-1 참조), 소요요양병상은 25,533~40,674병상으로 추정되었다(表 6-3 참조).

18) 요양병원대상환자수에 대한 추정은 의료보험연합회에 병원급이상의 의료기관에서 청구한 입원자료를 사용하였는데, 이 자료에는 외래만 이용하였다든지 또는 의원이나 보건(지)소 등을 이용하였다든지 또는 요양병원대상질환을 가지고 있으면서 병원을 전혀 이용하지 않은 사람은 제외되어 있음. 따라서 이 연구에서 나온 요양병원 대상자는 과소 추정되었을 수 있음.

〈表 6-1〉 模型別 療養病院對象 患者數

(단위: 명)

구 분	Model A	Model B
요양병원대상 환자수	146,912	344,405

註: Model A= 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 또는 장기요양대상질환자
 Model B= 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 또는 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상환자

2. 長期療養保護서비스 供給의 不足

우리 나라의 醫療施設은 급성 및 만성치료기관 등으로 기능분류가 되어있지 않고 급성기질환 위주로 공급되어 요양 또는 만성질환 시설의 개념이 없었다. 따라서 우리 나라는 급성질환 중심의 병원서비스가 주종을 이루고 있다. 급성질환서비스 이외의 대체서비스의 부재는 불필요한 병원장기입원을 초래하며 결국은 의료비의 증대를 야기시키고 있다. 즉, 급성치료 중심의 의료기관 偏重으로 노인 및 만성질환자들을 위한 전문 保健醫療施設 부족을 초래하고 있으며 이로 인해 3차 진료기관을 포함한 종합병원의 병상이 이러한 장기요양 서비스를 위해 점유되고 있어¹⁹⁾ 의료자원의 효율적인 활용을 저해하고 있는 실정이다.

뿐만 아니라 一般急性診療機關에서 장기요양환자들을 입원시킬 경우 병원의 수익성에 있어서 불이익이 초래되며, 더 나아가 환자입장에서는 재활치료 등, 실제 필요한 서비스를 중심으로 한 효과적 치료를 받지 못하게 될 수 있다.

19) 병원 이외의 대체서비스의 부재는 노인인구나 만성질환자, 재활환자의 불필요한 병원장기입원을 초래하여 병상의 약 10.1%가 65세 이상 노인에 의하여 점유되고 있는 것으로 추정되고 있음(문옥륜, 1995).

미국, 일본 등 주요 국가에서는 일반 急性病院의 병상수가 감소하고 장기적 보호를 목적으로 하는 간호양로원이나 노인전문병원 및 노인보건시설 등은 증가하고 있다. 반면 우리 나라는 오히려 병상수가 증가하는 추세를 보이면서도 長期保護서비스를 제공할 수 있는 시설과 병상은 부족한 실정이다. 1997년 현재 입원진료 병상수는 220,427개로 85년에 비해 2.2배 증가한 것이며, 이는 대부분 종합병원(2.05배)과 병원(2.46배)의 병상수 증가에 기인한 것이다(보건복지부 통계연보, 1998). 그 결과 1996년 병상당 인구수는 230명으로 OECD 대부분 국가의 100~200병상을 초과하는 것으로 나타났다. 반면, 長期保護를 제공하는 의료시설에 대한 개념은 이제 막 강조가 되는 실정이다.

현행 만성질환 병상과 유사한 개념을 가지고 있는 시설은 노인복지법상에 있는 老人療養施設이다.

老人療養施設은 질병이 있는 노인을 입소시켜 치료와 간호서비스를 포함한 서비스를 제공하게 되어있다. 이는 미국 및 영국의 너싱홈 또는 일본의 특별양호노인홈에 해당하는 시설로 장기요양시설의 하나로 볼 수 있다. 그러나 이러한 시설은 복지시설로서 생활 및 의료보호환자만을 대상으로 하고 있고, 따라서 전체 수요를 충족시키기에는 매우 부족하며 저소득층 이외의 환자는 이용할 시설이 거의 없어서(현재 유료노인요양시설은 4군데 있다) 가정에 머무르는 불편을 겪거나, 많은 비용이 요구되는 급성기 병상을 이용해야 하는 실정이다. 1996년을 기준으로 할 때 노인복지법에 따라 한국의 노인요양시설에 설치된 병상수는 65세 이상 노인인구의 0.19%에 불과해 미국(5.28%, 1995), 영국(2.13%, 1994), 일본(3.17%, 1996) 등의 선진국에 비하면 1/10에도 미치지 못하는 수준이다(보건복지부 노인복지사업지침, 1997).

〈表 6-2〉 老人療養施設 現況(1998年 12月 現在)

시 설		시설 수(개)	입소자 수(명)
일반요양시설	무 료	60	3,645
	실 비	13	591
	유 료	4	55
	소 계	77	4,291
전문요양시설	무 료	12	837
	유 료	0	0
	소 계	4	837
총 계		89	5,128

資料: 보건복지부, 『노인복지국고보조사업안내』, 1999.

이러한 상황에서 정부는 보건의료 수요변화에 부응하기 위한 조치로 1994년 의료법에 요양병원에 관한 규정을 신설하였다. 요양병원은 급성병원과 단순보호시설의 중간단계의 의료기관으로서 의료수요와 공급간의 불일치를 해결짓는 중요한 概念으로 보여진다. 현재까지 요양병원이라는 공식 명칭과 기능을 갖춘 병원은 전국에 8개 병원, 707병상에 불과한 실정이며, 療養病床 수요에 비하여 공급이 부족하여 모든 지역에서 요양병상이 부족한 것으로 추정되었다(表 6-3 참조).

이렇듯 법적, 제도적인 장치가 마련되었음에도 요양병상의 증가가 거의 없는 것은 의료기관의 기능분담과 함께 수가 등 경제적 요인이 크게 작용한 결과로 보이며, 따라서 이러한 요양병원의 활성화에 대한 대책이 필요한 것으로 보여진다.

〈表 6-3〉 地域別 療養病床의 需給

(단위: 병상)

지 역	공급(현재) 병상수(A)	필요병상수 ¹⁾		과부족	
		B ²⁾	C ³⁾	B-A	C-A
서울	-	8,005	13,263	8,005	13,263
부산	-	2,804	4,483	2,804	4,483
경기	81	3,543	5,484	3,462	5,403
강원	77	1,128	1,648	1,051	1,571
충북	98	772	1,084	674	986
충남	182	1,640	2,549	1,458	2,367
전북	-	1,086	1,742	1,086	1,742
전남	80	2,208	3,434	2,128	3,354
경북	-	2,526	4,036	2,526	4,036
경남	189	2,304	3,310	2,115	3,121
제주	-	224	346	224	346
합 계	707	26,240	41,381	25,533	40,674

註: 1) 병상수추계를 위해서 종합병원 병상이용률(0.75), 병원 병상이용률(0.71), 전체병원 병상이용률(0.72) 중에서 전체병원 병상이용률을 적용하였다.
 2) 재원일수가 30일 이상인 아급성대상질환자나 장기요양대상질환의 경우
 3) 재원일수가 15일 이상인 아급성대상질환자나 재원일수가 30일 이상인 장기요양대상질환자의 경우

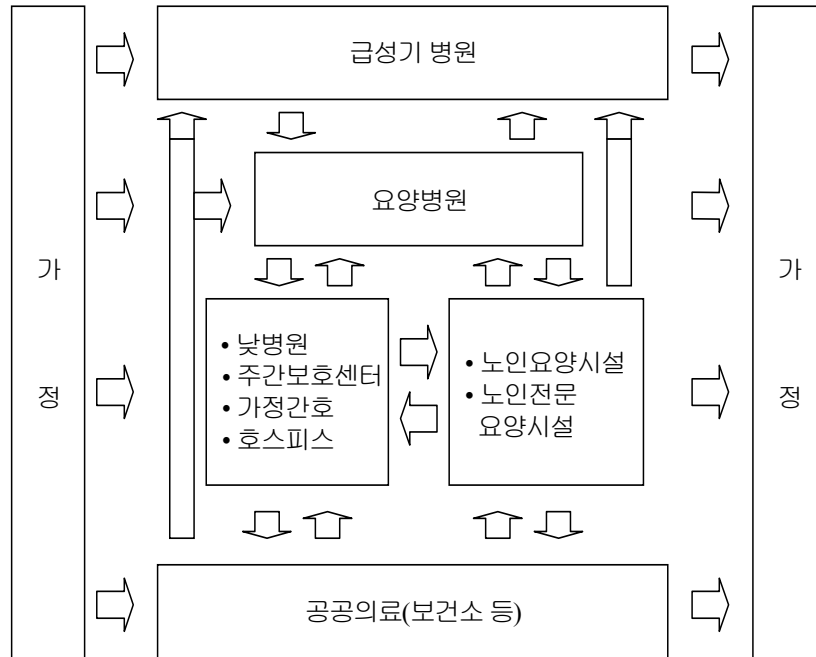
第 2 節 療養病院 保健醫療體系의 基本模型

保健醫療保障의 궁극적인 目標은 의료 필요에 따라 적절하고 효율적인 의료를 제공하는 데 있다. 즉 개개인의 의료에 대한 접근도와 의료이용을 적정수준으로 유지하면서 개개인의 환자에게 적합한 의료 체계 및 시설에 대한 알맞은 서비스를 제공하며 건강한 삶을 영위토록 하는데 있다. 이러한 목표를 달성하기 위해서는 다양한 의료의 수요와 공급이 조화롭게 이루어지는 수요, 공급의 균형체계가 이루어지게 하여야 할 것이다.

우리가 참조하여야 할 미국, 일본 등 선진국의 보건의료의 공통적인 특징은 앞서 지적하였듯이 急性病床은 감소하는 반면 만성질환자와 아급성 의료를 요구하는 환자들을 위한 療養病床이 증가하고 있다는 점이다. 좀더 구체적인 특징을 살펴보면, 첫째, 慢性患者를 위한 의료공급체계가 구축되어 있다는 것이다. 따라서 수술이나 급성 질환의 치료는 一般病·醫院을 이용하며, 만성질환자들은 주로 요양 병원(노인병원 등 포함)을 이용한다. 둘째, 질환이 안정기에 들어섰거나 회복기에 있으면서 지속적인 의료서비스 등이 필요한 경우는 의료 기능이 강화된 專門療養施設이나 亞急性 醫療施設을 이용한다. 셋째, 장기적인 간호, 요양, 재활 등이 필요한 경우로서 가정에서 관리가 어려운 환자(주로 노인)들은 중간수준의 療養院(미국에서는 intermediate care facility, 일본에서는 특별양호홈이나 노인보건시설)을 이용한다. 넷째, 의료적 서비스나 생활적 서비스가 요구되는 노인으로서 가정에서 생활이 가능하거나 거동이 가능한 노인은 위에서 언급한 시설의 외래 또는 家庭訪問 서비스나 晝間保護施設(Day Care Center) 등을 이용한다.

이러한 선진국의 保健醫療體系를 종합하여 우리 나라 보건의료체계의 기본모형을 제시하면 다음과 같다(그림 6-1 참조).

[그림 6-1] 우리나라 保健醫療體系의 基本模型



第 3 節 療養病院 活性化 方案

1. 保健醫療 環境變化에 對應한 새로운 摸索 - 療養病院

가. 療養病院의 概念

療養病院은 의료법상의 정의에 따르면 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고, 주로 입원 환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의

료기관이다(의료법 제3조). 입원대상은 노인성질환자, 만성질환자 및 외과적 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 療養을 필요로 하는 자로 규정되어 있다. 다만, 정신질환자(노인성치매환자는 제외) 및 전염성질환자는 입원대상에서 제외시킨다(의료법시행규칙 28조의 4).

이러한 요양병원은 미국의 아급성병원(Subacute Care, Swing Beds) 또는 전문요양시설(Skilled Nursing Facility) 그리고 일본의 요양형병상군 및 노인병동에 해당하는 시설의 개념으로 볼 수 있으며 노인들이 요양병원의 주요 환자군을 형성할 것으로 예측되지만 福祉法에 규정된 노인요양시설 및 양로시설 등과 같이 평생 입소하여 서비스를 받는 개념의 시설은 아니다.

療養病院에서 제공하는 서비스는 장기 입원 만성질환자 특성에 부응하는 진료, 간호, 기능치료, 재활서비스 등의 통합적인 서비스가 될 것이며 따라서 요양병원에서 대상으로 하는 환자군은 급성전문치료가 끝난 후 회복 및 재활을 위한 療養서비스 혹은 臨終서비스를 필요로 하는 환자들과 가정을 포함한 지역사회 내에서 적절한 요양서비스를 받지 못하고 있는 잠재적인 노인 및 만성질환자가 될 것이다.

2. 療養病院의 活性化 方向

만성 및 노인 또는 亞急性 醫療가 필요한 환자의 의료수요에 적합한 요양병원을 증가시키기 위해서는 요양병원으로의 신설을 촉진하는 한편 기존의 중소병원의 병상을 療養病床으로 기능을 전환하도록 하는 방안도 모색해야 할 것이다. 이의 근거로는 병원의 대형화로 인해 소규모병원, 지방에 소재한 병원의 경우 병상가동률이 낮아 의료자원이 효율적 이용되지 못하고 있고 이로 인해 중소병원의 경영악화를

초래하여 폐업사태를 초래하기도 한다는 점이다.

중소병원을 요양병원으로 전환시키는 안의 또 다른 근거는 대형병원에 비해 중소병원이 갖는 특징 및 본래의 기능은 지역사회 내에 위치함으로써 지역주민의 接近性을 제고시키고, 또한 지역주민의 수요에 적합한 의료의 제공이 가능하다는 점이다. 즉, 이러한 효과는 대부분의 중소병원이 지역에 위치함에 따라 자연적으로 지역주민의 필요성에 호응하는 서비스를 제공하는 특성이 있기 때문이다. 특히 農漁村에 위치한 중소병원의 경우 농어촌의 노인인구 비율이 높기 때문에 노인성질환이나 만성질환과 같은 地域醫療 需要에 맞는 서비스를 제공함으로써 지역주민의 의료이용 편의도를 높이는 역할을 수행 가능하며, 실제로 읍면지역의 의료기관들은 현재 평균재원일수가 33일로 이미 長期療養保護서비스를 어느 정도 제공하는 기능을 수행하고 있다(한국보건의료관리연구원, 1996).

또한 기존 병상수가 충분한 지역의 의료기관에 대해서도 병상의 일부를 療養病床으로 전환하도록 유도하는 것이 바람직하다. 일본의 요양형병상군, 노인병동, 그리고 미국의 swing beds의 경우도 병원의 일부를 활용한 경우이다.

그러나 이러한 필요성에도 불구하고 요양병원의 신설이나 기존병원의 요양병원으로의 전환은 미약한 실정이다. 그 이유로는 기존 의료기관이 병상의 일부 또는 전부를 療養施設로 전환할 경우 상황이 유리해진다는 보장이 불명확하기 때문이다. 즉, 경제적 유인의 原動力인 酬價가 별도로 제정되지도 않았고, 현행 행위별수가체제로 수가가 책정되는 상황에서는 만성질환환자에서는 급성질환환자보다는 收益率이 낮을 수밖에 없는 상황이다. 따라서 별도의 지원도 없는 상황에서 요양시설로 기능 전환을 시도할 이유가 없는 상황이었다.

이 연구에서는 실제 病院從事者를 대상으로 하여 비요양병원을 대

상으로 요양병원으로의 전환 의사 여부를 질문하고 전환 의사가 있는 경우 그 이유를 탐색해 봄으로써 요양병원 활성화에 대한 방향을 모색해 보고자 하였다.

그 결과 요양병원이 필요하며 병원을 요양병원으로 전환할 의사가 있는 경우에는 그 원인으로 환자의 고령화로 인한 만성질환자의 증가, 일반병원으로서의 병원경영의 어려움 등이 있었다.

반면 전환의사가 없는 경우 그 이유를 살펴보면, 항목에 대한 중복 응답을 통해 일반병원으로 경영하는 것에 満足한다는 응답이 16건(20.0%), 病院收支에 도움이 안 될 것 같다는 응답이 12건(15.0%), 우리 나라 醫療環境에 적합하지 않다는 응답은 12건(15.0%), 요양환자에 대한 酬價體系가 없는 응답이 14건(17.5%), 금융 및 세제지원이 없다는 응답이 10건(12.5%), 요양병원으로의 전환이 힘들고 불편하다는 응답이 10건(12.5%), 그리고 기타 의견을 제시한 것이 6건(7.5%)이었다.

〈表 6-4〉 非療養病院의 轉換 意向 與否

(단위: 명, %)

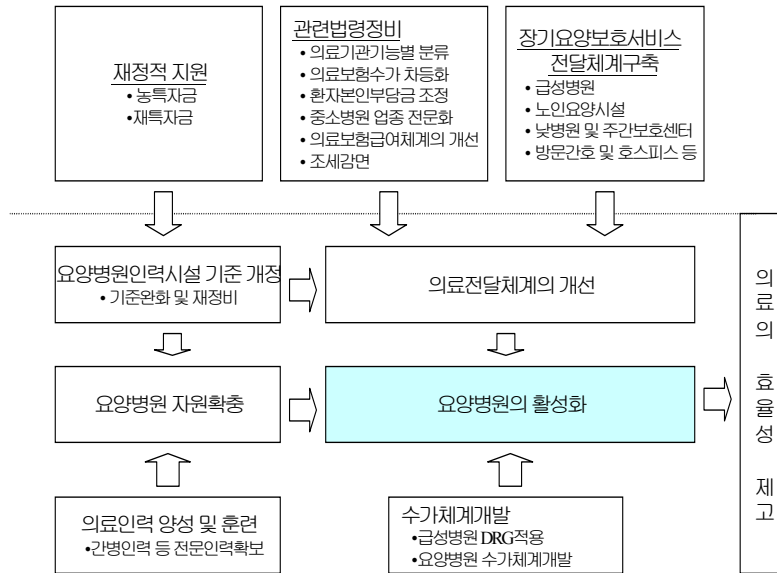
문 항	요양병원 전환의향		
	있음	없음	합계
요양병원 전환 의향	2(6.3)	25(93.8)	32(100.0)
정부지원시 요양병원 전환 의향	11(37.9)	18(62.1)	29(100.0)

〈表 6-5〉 非療養病院의 療養病院으로의 轉換 意向이 없는 경우 그 理由
(단위: 명, %)

이 유	응답수
일반병원으로 경영하는 것에 만족	16(20.0)
병원수지에 도움이 안됨	12(15.0)
우리나라 의료환경에 부적합	12(15.0)
요양환자에 대한 수가체계의 부재	14(17.5)
금융 및 세제지원의 부재	10(12.5)
요양병원으로의 전환의 불편함	10(12.5)
기 타	6(7.5)

이 연구에서는 설문조사의 내용, 외국의 사례 및 문헌을 바탕으로 앞으로 요양병원을 활성화시키기 위해서는 종합적인 방안이 강구되어야 할 것으로 제안하며(그림 6-2 참조), 구체적 방안을 모색해 보았다.

[그림 6-2] 療養病院 活性化를 위한 基本方向



3. 療養病院 活性化를 위한 提言

가. 法令의 整備

1) 關聯法令의 整備

요양병원에 관한 일부 법령의 정비만으로는 요양병원 활성화를 위한 현실적인 實效性을 기대하기 어렵다. 관련 법령에 대한 전반적 정비가 요구된다. 우선 의료기관을 기능에 따라 再分類하되 요양병원과 급성기 일반병원과의 뚜렷한 구분이 필요하며, 의료기관의 종류에 따라 인력 및 시설 등 그 요건 또한 차별화 시키는 방안이 요구된다. 요양병원에 대한 환자의 원활한 需給을 위해 급성병원에 대해 DRG 등의 수가체계를 도입하여 조기퇴원을 유도해야 할 것이며, 요양병원에서의 환자 퇴원을 원활하게 하기 위해 일반 복지시설이나 낮병원/주간보호 센터, 가정에서의 보건, 복지서비스 등을 확대시켜 나가야 할 것이다. 또한 이들 서비스에 대한 給與方案도 마련되어야 한다.

요양병원에 대해서는 신설 및 기존병원의 전환을 촉진시키기 위한 시설, 인력의 완화와 원활한 운영이 가능하도록 수가체계 역시 마련되어야 하며, 중소병원을 중소기업 차원에서 보호하려는 법적 조치가 수반된다면 좋은 活性化 促進劑가 될 것이다.

그 외 民間保險(생명보험, 자동차 보험) 등의 가입자가 요양병원 입원 시 보험약관상 인정을 받지 못하고 있으므로 요양병원의 입원치료도 인정이 되도록 제도적 장치가 마련되어야 할 것이다.

2) 療養病院의 適切な 施設基準 設定

현재 요양병원의 시설 및 인력기준은 의료법 시행규칙에 규정되어 있다. 현행법상의 기준 중 요양병원에 필수적이지 않거나 완화 가능

한 항목은 요양병원을 보다 活性化시키기 위한 조치로서 제외 혹은 완화시키는 것이 바람직할 것이다.

－ 현재 요양병원의 시설기준은

- 입원환자 30인 이상 수용 가능한 병상
- 거동이 불편한 환자가 장기간 입원에 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실 및 화장실을 설치
- 의무기록실, 소독시설, 자가발전시설 등을 반드시 갖추어야 함.
- 수술실, 응급실, 회복실, 물리치료실, 조제실, 급식시설, 세탁물처리시설, 적출물처리시설 등은 필요에 따라 설치하는 것으로 규정되어 있다.

이 중 施行規則에 규정된 自家發電施設은 수술실, 중환자실, 응급실 등 전력의 공급이 환자의 생명과 직결되는 경우에 필요한 시설로 요양병원에서는 필수적인 것으로 볼 수 없으며 오히려 물리치료시설을 설치하여 회복기 또는 再活서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직할 것이다. 한국의 老人療養施設과 일본의 療養型病床群에는 기능훈련실(물리치료실)을 설치하도록 규정되어 있는 것을 볼 때 물리치료 시설이 오히려 필수시설로 규정되어야 함을 알 수 있다.

그 외 임상검사실, 방사선단순촬영실, 영안실 등의 시설은 현재 규정에는 필수적인 항목이 아니며 따라서 필요에 따라 선택적으로 갖추게 하는 것이 바람직 할 것이다.

3) 療養病院의 適切한 人力基準 設定

현행법상의 요양병원의 人力基準은 전반적으로는 종합병원의 절반 수준으로, 의사 또는 한의사는 연평균 입원환자 40인당 1인, 간호사는 연평균 입원환자 6인당 1명이며 이중 2/3는 간호조무사로 충당 가능

하도록 규정되어있다. 이 기준은 일본 療養型病床群의 인력기준과 유사한 것이다. 그러나 요양병원인 경우 의료서비스뿐만 아니라 장기간 입원한 환자의 생활보조서비스가 필수적이므로 看病人에 대한 규정이 필요할 것으로 본다.

나. 療養病院 資源 擴充

1) 人力養成 및 訓練制度 導入

우리 나라는 일반적인 전문의료인 외에 노인이나 長期疾患者를 적절히 돌볼 수 있는 專門人力이 준비되어있지 못하다. 따라서 특히 중간인력들 -간병인-을 중심으로 요양병원 등 장기시설에서 질적인 돌봄을 제공할 수 있는 인력이 준비됨으로써 인력공급이 원활히 이루어지도록 해야한다. 老人專門看護士, 專門看病人制度, 거동불편로인, 치매노인을 위한 看病福祉士 등 각기 거론되고있는 전문인력의 필요성을 검증하고 이를 양성·확보함으로써 예상되는 수요에 대비하여야 한다. 독일의 경우에도 노인전문간호사 제도가 있으며 일본 역시 노인개호사, 노인복지사 제도를 실시하고 있다.

또한 이러한 공식적인 인력 외에 자원봉사자를 활용하고 요양병원도 그 수혜대상자에 포함된다면 요양병원의 비용절감이 가능할 것이다. 노인성질환의 예방·치료·재활·요양서비스 등에 필요한 인력을 양성하기 위해 대학·전문대학·종합병원·사회복지연수원 등에 교육 및 훈련 프로그램을 개발·확대하여야 하며, 간병 등 자원봉사 활동의 활성화를 위해 자원봉사 기간을 저축했다가 이 같은 도움이 필요할 경우 서비스를 우선적으로 받을 수 있도록 하는 ‘自願奉仕貯蓄制度’를 도입하는 것도 고려해야 할 것이다.

우리 나라의 경우 군복무 대신 이러한 요양시설에서 봉사활동을 하

는 것을 고려함으로써 여성이 감당하기 힘든 업무를 처리하고 또한 시설운영비를 줄이는 방안도 제시되고있다(김기훈, 1998).

2) 財政的 支援

이 조사에서 非療養病院을 대상으로 한 설문조사 결과 요양병원으로의 전환의향을 묻는 조사에서 32개 응답병원 중 2개 병원인 6.3%만이 요양병원으로의 전환의사를 밝혔다. 그러나 정부에서 의료보험수가, 세제지원, 금융지원 등과 같은 정책적 지원을 할 경우, 요양병원으로 전환의사가 없었던 29개 병원 중에서 11개 병원인 37.9%가 요양병원으로 전환하겠다고 응답하였다. 따라서 정부의 政策的 지원 여부에 따라 요양병원의 활성화는 많은 영향을 받을 것으로 기대되어 진다.

가) 施設 基準과 財政

요양시설의 경우 일반병원보다 더 많은 면적이 필요할 것이다. 일본의 경우에도 요양형병상의 경우 1병상당 점유면적(6.4m²)이 일반병원(4.3m²)보다 크기 때문에 일반병동을 요양병동으로 전환시 상당한 병상수 감축이 수반되고, 병동 복도폭 역시 더 크게 요구하고 있기 때문에 일반병원을 요양형병상군으로 전환하는 것이 활발하지 않은 실정이다.

따라서 기존의 병상을 療養病院으로 전환 시에는 시설조건을 완화하고 전환비용에 대한 지원이 필요하며, 장기적으로는 신축의 경우 요양병동의 거주환경을 개선하도록 시설 기준을 고려하여야 할 것이다. 구체적으로 환자 1인당 병실면적에서도 휠체어나 환자 이송 보조가 용이토록 一般病院보다 넓게 책정될 필요가 있으며 만성질환자나 노인성질환 요양에 적합한 물리치료실, 보조욕실, 식당 등에 대해서도

규정이 상세히 설정될 필요가 있다.

기존 中小病院이 療養施設로 전환하거나 혹은 잉여병상의 기능을 요양병상으로 전환하기 위해서는 시설 개보수비 등 追加財源이 필요하다. 예를 들어 식당, 휴게실, 욕실 등이 미비된 병원은 이들을 추가로 설치해야 하기 때문이다.

나) 財政的 支援策 摸索

정부의 病院支援政策은 의료서비스가 사적인 서비스라기보다는 국민의 건강을 회복시켜 일반 산업의 생산성을 높여주는 역할을 한다는 점에서 사회 간접자본의 개념이기 때문에 그 妥當性이 있다. 따라서 향후 보조금 등을 정부의 병원에 대한 특별한 정책이 수립되거나 병원을 올바른 방향으로 이끌기 위한 유인책으로 활용되어야 한다. 이러한 補助金を 한시적인 차원에서만 운영할 것이 아니라 長期的인 병원발전 방향이라는 차원에서 적절하게 계획적으로 운영되어야 할 것이다. 일본은 사회복지, 의료사업단이 존재하고, 대만의 경우는 醫療發展基金이 존재하여 의료계에 좋은 자금원으로 활용되고 있다. 우리나라는 이와 같이 의료기관에만 적용되는 정책금융은 없으며, 단지 농특이나 재특과 같은 특별자금을 병원산업에서 활용할 수 있게 하였다.

따라서 요양병원이나 병동으로 투자를 유인하기 위해서는 지역에는 재정융자특별회계(재특)자금을, 군지역에는 농어촌특별세관리회계(농특)자금을 요양병원 육성자금으로 전환하여 장기 저리로 지원하는 방안도 있다. 현재까지 醫療施設의 확충은 급성기 질환 시설에 치중하여왔다. 이 결과 재특자금 및 농특자금의 등의 재정적 지원이 요양시설의 확충에는 거의 활용되지 않았던 것이다. 일부 활용된 예로는 노인복지법에 의한 老人病院의 건립에 재특자금의 지원이 있었으나, 이는 치매시설로 국한되었을 뿐 아니라 기존 시설의 기능 전환에는 활

용되지 않고 신규시설의 건립에 국한되어 왔다는 문제점이 있다.

따라서 재특자금이나 농특자금을 療養病院 신규시설 건립이나 혹은 기존병원의 요양병원 시설전환 시에 정책자금으로 지원하는 것이 요구된다.

더 나아가 병원들이 장기적인 차원에서 투자계획을 세우고 자금조달이 가능하도록 하기 위한 정책금융으로서 특정기금을 마련하는 방안—예로 의료보험조합들이 적립하고 있는 診療費 支拂準備金을 활용—하는 것을 고려해야 하며(이규식 외, 1996) 이를 요양병원의 활성화를 위한 정책적 유인책으로 사용하는 방안이 도출되어야 할 것이다.

다) 中小病院의 療養病院으로의 轉換 活性化 方案

또한 요양병원을 중소병원의 特性格 事業으로 지정함으로써 이에 대한 재정적 지원을 ‘중소병원의 지원 및 영역 보호’라는 관점에서도 타당화 할 수 있다(정우진, 1997).

산업 보호론적 관점에서 특정 영역에 대형병원의 진입을 일정기간 억제하는 정책을 수립할 수 있다. 이를 위해서 1961년에 중소기업을 보호하기 위해 제정된 『中小企業事業調整法』을 모태로 1995년에 제정된 『중소기업의 사업영역 보호 및 기업간 협력증진에 관한 법률』에 중소병원 관련 조항을 추가하여 대형병원의 진입에 대하여 중소병원을 경쟁정책이나 사회정책의 취지에서 보호하는 방안을 검토할 수 있다. 현재 동 법의 의료분야 ‘중소기업 고유업종’은 보청기 제조업, 의료용 물질생성기 제조업, 자기치료기 제조업, 일회용 주사기 및 수액 세트 제조업, 의료수술기구류 제조업 등 모두 제조업에 해당되어 병원산업에 대한 구체적 내용은 전혀 포함되어 있지 않다. 따라서 만성 퇴행성질환치료, 재활치료, 정신병환자치료, 말기환자치료 등을 ‘중소병원 고유종목’으로 지정하여 중소병원과 대형병원간의 사업조정을

수행하거나, ‘병원 전체 병상수 대비 특정 진료과목 전용 병상수’ 비율을 감안하여 특정 진료과목에 전문화하고자 하는 중소병원에 『中小企業創業支援法』에 의한 융자자금 및 기술개발자금의 우선지원 등 금융상의 지원을 수행하는 장치를 마련할 수 있다.

또한 전문병원에 세제상으로 지원하기 위해서 『租稅減免規制法』상 감면대상 업종에 전문화 중소기업을 포함하고, 또한 중소기업 투자준비금의 손금산입, 중소기업 투자세액공제, 창업중소기업에 대한 세제감면 등 중소기업에 준하는 中小病院 専門化 對策이 요구된다.

다. 酬價體系 改善

1) 療養病院의 酬價體系 開發

요양병원에 적용할 수 있는 酬價方式으로는 행위별수가제, 총액계약제, 인두제, 포괄수가제, 일당제 등이 있다. 일본 및 미국의 요양병동에서는 일당제에 기초한 진료비산정방식을 운용하고 있다. 수가산정의 원칙은 해당 서비스를 제공하는데 투입되는 모든 자원에 대한 비용을 보상하는 방식으로 설정하는 것이 바람직하나 이 때 수가 산정의 어려움을 최소화하고, 과잉 또는 과소 서비스를 억제하는 방향으로 酬價體系가 마련되어야 할 것이다.

수가는 요양병원 운영을 위해 현실적이어야 하며, 요양병원의 대상자에서는 의학적인 치료나 처치보다는 간병 및 돌봄에 대한 요구도가 높으므로 수가에 이를 감안하여야 할 것이다.

수가방식에 있어서는 일당제 등 包括酬價가 바람직할 것이며 국가, 보험자, 환자 등의 부담비율에 대해서도 합리적 방안이 마련되어야 할 것으로 보인다(정책보고서, 1998).

2) 長期療養保護制度의 導入 檢討

전체 의료비에서 醫療保險으로 부담하는 비율은 50% 미만으로, 반 이상의 의료비를 환자와 그 가족이 부담하고 있는 실정이다(명재일, 1994). 이 중 특히 만성환자 및 노인들에게 많이 적용되는 看病서비스를 의료보험 급여항목으로 확대하는 방안이 요구된다. 그러나 막대한 看病費를 현행 의료보험에서 부담하는 데는 한계가 있다. 실제 요양비용은 부담이 매우 크기 때문에 전국민을 대상으로 하는 의료보험에서 장기요양급여를 지급하는 나라는 찾아보기 어렵다. 따라서 무엇보다도 먼저 社會保險方式 혹은 公的資金을 중심으로 한 看病서비스의 확충방식에 대한 논의가 선행되어야 하며, 미국의 장기요양보험, 일본·독일의 공적 개호보험제도와 같은 별도의 보험제도에 대한 연구도 필요하다.

독일은 건강보험(Health Insurance)외에도 장기보호를 필요로 하는 환자를 대상으로 長期療養保險을 1995년 1월부터 실시하고 있으며 6개월 이상 개인위생, 영양섭취, 이동, 가사업무의 분야에서 일상생활을 유지할 수 없는 사람을 대상으로 하는 장기요양보험의 급여내용은 재가보호, 단기보호, 주·야간보호, 시설보호에서 제공되는 서비스이며, 재정은 기본적으로 피보험자의 기여금으로 충당되며 또한, 수발담당자에게는 사회보험에서 급여를 제공하는데, 그 기여금은 연금보험에서 제공될 예정이다.

일본 역시 長期療養保險制度가 1997년에 입법되어 2000년 실시 예정이다. 몇 개 나라에서는 국고에서 요양보호수당을 지불하는 제도를 도입하고 있는데, 오스트리아나 프랑스가 이에 해당된다. 長期療養費用問題는 앞으로 장기서비스공급 해결의 가장 핵심적 사안이 될 것이다(최성재, 1999).

라. 長期療養保護서비스 傳達體系 構築

1) 長期療養保護서비스 傳達體系의 必要性

療養病院은 급성기병원, 노인요양시설 및 기타 보건복지 서비스(가정간호, 호스피스, 낮병동/주간보호서비스) 등과 연계하여 연속적인 돌봄 및 보호가 이루어질 수 있는 중간역할을 할 수 있어야 한다. 그러나 환자의 공급이나 퇴원이 원활히 이루어지지 않는다면 요양병원이라는 본래 의미의 역할 수행이 어려울 것이다.

療養病院 환자에게 질적인 치료서비스를 제공함과 동시에 원활한 입퇴원 관리와 불필요한 입원을 억제하기 위해서는 여러 관계기관과의 연계가 요구된다.

급성질환 병원과의 連繫體系는 요양이 요구되는 환자를 확보하기 위해서 또한 급성질환이 발생할 경우 의뢰하기 위해서 필요하다.

이러한 급성기 병상에 입원중인 환자의 요양병원으로 조기 퇴원을 유도하기 위해서는 DRG 등 포괄수가제를 확대 적용하거나 수가보상에 있어 불이익을 주는 방안도 마련할 필요가 있다. 또한 요양병원에서의 퇴원을 원활하게 하기 위해서는 외래, 가정간호, 주간보호서비스 등을 개발해 나가고 요양병원과 이들과의 연계를 고려해야 할 것이다. 즉, 요양병원에서의 장기서비스 치료가 끝난 후 단순히 요양이나 간호만을 필요로 하는 군에 대해서는 노인복지법에 규정된 유료 요양시설을 보다 활성화함으로써 그 수요를 충족시켜 나가거나 家庭訪問看護, 家庭看護, 호스피스 看護 등과 연계를 통해 가정으로 보냄으로서 요양병원에서의 환자의 이동이 순조로이 이루어지도록 해야 한다.

이를 위해서 기존의 관련사업을 확장해 나가야 하며 혹은 요양병원 자체가 이러한 사업을 실시해 나가는 주체가 될 수도 있다.

2) 主要 依賴서비스의 確立

가) 낮 病院서비스(day hospital) 및 晝間保護센터(day care center)

老人晝間保護란 만성질환이나 기능장애로 거동이 불편한 노인들이 낮시간에 가족의 보호를 받을 수 없을 때 지역사회 의 의료·복지시설에서 노인에게 필요한 서비스를 제공하여 노후생활의 안정과 심신기능의 유지 및 향상을 도모하며 부양가족의 경제적, 신체적, 심리적 부담을 경감시켜 주는 사업이다. 즉 사회의 收容施設(양로원, 요양원)이나 利用施設(노인회관, 노인종합사회복지관, 사회복지관, 교회)등에서 요보호노인의 자율적인 일상생활에 필요한 보건·의료·재활·사회복지서비스 등을 제공하는 在家老人 서비스이다. 주간보호는 노인에게 필요한 서비스는 물론 부양자에게도 휴식, 상담, 정서적 지원 등을 제공하게 되고 따라서 노인부양을 계속할 수 있도록 지원하는 기능이 있다(은천노인복지회, 1997).

미국의 老人晝間保護서비스는 의료적인 지원과 사회적인 지원들이 중복된 다양한 서비스를 제공하며 급식, 레크리에이션, 사회적·건강 프로그램 등과 같은 가정보호(home care)에서부터 주간병원에서 제공되는 서비스에 이르기까지 광범위하고 다양한 서비스를 낮동안 제공한다. 이는 의료적인 처치보다는 기능훈련을 포함한 再活서비스를 주로 제공하며 일상생활에 필요한 자가간호방법 지도, 개인위생(목욕, 세발, 몸단장, 대소변 가리기 등)간호, 식사보조 등의 서비스를 支援하는 기관이다. 영국의 경우 주간보호서비스는 낮병원서비스(Day Hospital) 와 주간보호센터(Day Center)로 크게 분류되고있다. 낮병원서비스는 초기에 병원부속으로 설치되던 방식에서 벗어나 단독으로 설치되기도 한다. 낮병원서비스는 주로 65세 이상의 노인이 이용하며 일상생활동작(ADL)의 평가, 사회적 능력의 평가, 물리치료, 작업치료,

집단치료, 식사서비스, 목욕 등의 서비스가 제공된다. 영국에는 현재 300개 이상의 낮병원서비스 기관이 있다(고양곤, 1997). 晝間保護센터는 영국의 保健醫療서비스체계에서 필수적이고 통합적인 프로그램을 제공하며, 주로 사회 심리적인 서비스가 강조되는 점에서 낮병원서비스와 구분되고 있다.

우리 나라의 晝間保護事業은 1992년부터 서울에 3개소를 시범적으로 운영하여 오다가 점차 확대되었으며 1997년 현재 25개소가 운영되고 있다.

나) 訪問看護 및 호스피스 서비스와의 連繫

요양병원에서 퇴원한 환자에게 계속적 서비스를 제공하기 위한 방안으로 방문간호 체계와의 연계가 요구된다. 기존 방문간호 프로그램의 부족을 감안하여 療養病院이 자체적으로 訪問看護프로그램을 수행하고 이의 효율적 운영을 위하여 기존 종합병원의 가정간호와 보건소의 방문보건사업과의 밀접한 연계 체계를 수립하는 방안도 검토될 수 있을 것이다.

또한 호스피스 서비스의 경우에도 지역 내에 존재하는 호스피스 서비스 기관과의 연계를 강화하거나 혹은 자체적으로 요양병원이 주체가 되어 호스피스 방문서비스를 계획할 수도 있을 것이다.

현재 우리 나라는 1990년 家庭看護士制度가 생긴 이후 1,846명의 가정간호사가 배출되어있다. 가정간호 사업은 37개 병원에서 운영 중에 있으며 '99년 올해 말까지 시범사업이 연장될 것으로 보인다. 지역 사회중심의 家庭看護事業은 사단법인 대한간호협회 5개 지부의 시범사업(1993~현재)과 보건소 방문간호사업(1993~현재)이 실시되고 있다.

호스피스란 죽음을 앞둔 말기환자를 돌보는 행위를 의미한다. 호스

피스 대상자 선정기준은 프로그램마다 조금씩 다르지만 의사로부터 6개월 정도 살 수 있다고 진단받거나 수술, 항암요법, 방사선 요법 등을 시행하였으나 더 이상 의학적인 치료효과를 기대하기 어려운 환자로 증상완화 치료만이 필요한 자가 대상이 된다. 치료는 주로 영적 간호와 통증관리가 행해지며 한국에는 '96년 현재 약 48개의 기관에서 프로그램이 시행되고 있다. 이들은 모형별로 분류하면 병원 내 병동이 있는 경우 혹은 병원 내에서 호스피스팀만이 구성되어 각 병동을 방문하는 경우가 있고, 병원 외부에서는 독립적 기관이 가정을 방문하는 프로그램이 있는 등 다양한 형태가 존재한다(김분한 외, 1998).

한편 이러한 다양한 의뢰서비스가 보다 확립되기 위해서는 이들 서비스에 대한 醫療保險 給與가 가능해야 한다. 주간보호사업, 가정간호사업, 가정봉사원사업, 노인요양시설, 호스피스사업 등과 관련된 비용을 보험급여에 포함시켜야 할 것이다.

4. 療養病院 活性化로 인한 期待效果

가. 需要者

수요자인 국민들에게는 보다 경제적인 비용으로 질병의 양상에 적합한 양질의 保健醫療서비스를 손쉽게 제공받을 수 있는 계기가 될 것이다. 즉, 만성질환자들이 점유하고 있던 병상들이 확보됨으로써 응급 및 질병의 급성기에 일반 병원의 이용이 용이해 질 것이다.

요양시설에서는 환자의 치료 및 보호를 강화하기 때문에 별도의 보호자가 불필요한 상황이 될 것이므로 가족의 신체, 심리적, 경제적 부담이 경감될 것이다.

나. 醫療機關

의료기관들은 각급 保健醫療機關의 역할 분담을 통하여 과당경쟁으로 인한 경영상의 어려움을 최소화하고 지역사회가 원하는 양질의 보건의료서비스를 공급할 수 있다.

요양병원은 단순하고 저렴한 시설, 장비 및 인력의 투입으로 요양병원 운영이 가능함으로써 저렴한 비용으로 환자에게 요양서비스 제공이 가능하다.

한편 急性病院의 입장에서는 병동의 평균재원일수가 단축되고 병상의 회전이 빨라져 病床의 活用度를 높이며, 단순질환의 장기 입원환자가 아닌 중증의 단기환자 중심으로 치료가 이루어짐으로써 병원의 수입 역시 증가되는 효과가 나타난다.

또한 중소병원들은 요양병원으로의 전환을 통해 의료기관의 경영부실화를 막을 수 있다.

다. 國家

국가는 醫療機關간 역할의 분담으로 保健醫療傳達體系를 보다 확고히 할 수 있다. 즉, 保健醫療資源을 보다 효율적으로 이용함으로써 보건의료비의 증가를 억제하여 국가경쟁력을 제고할 수 있으며, 보험자 또한 적정한 비용으로 가입자에게 양질의 서비스를 제공하여 사회보장을 효과적으로 실현할 수 있다.

보험자의 입장에서 고가의 급성기 시설에 대한 이용이 감소됨으로써 진료비에 대한 급여액이 절감될 것이며, 따라서 추가적인 비용 없이도 보험 가입자들의 만족도를 제고시킬 수 있다.

5. 向後 課題 및 提案

요양병원은 치료적인 급성기병원 서비스와 보호적인 노인요양시설 및 기타 保健福祉서비스와 연계하여 연속적인 돌봄 및 보호가 이루어질 수 있는 중간역할을 할 수 있어야 한다. 이런 역할을 하기 위한 전제로서 수요의 급격한 발생을 막아야 할 필요가 있다.

퇴원으로 인한 환자의 이전을 위한 각종 복지시설과 서비스가 요구되나 이러한 서비스가 아직 충분치 않다. 이 경우 요양병원의 급작스런 수요 증가의 방지와 요양병원의 병상이 지나치게 保護的 서비스로 유용되는 것을 막기 위한 대안 모색이 필요하다.

따라서 중간조치로서 초기에는 綜合病院 등 급성기 질환 의료기관에서나 회복이나 재활, 임종서비스가 요구되는 환자를 우선 대상으로 하는 것도 고려해야 할 것이다. 물론 가정에 있게 되는 환자의 경우에는 기존의 도우미 사업, 訪問看護事業을 더욱 活性化시킴으로서 질적 서비스 제공체계에서 소외되지 않도록 하는 것이 전제되어야 한다.

뿐만 아니라 환자당 재원기간을 한정하거나 장기 입원 환자를 방치하는 의료기관에는 총진료비의 체감제 등을 도입할 수도 있을 것이다.

또한 서비스의 질적 관리에 대한 고려도 필요하다. 장기요양병원에서는 치료 자체보다는 요양과 돌봄의 측면이 강해진다. 따라서 이러한 서비스가 질적으로 적절한가를 평가할 새로운 기준이 요구된다. 미국의 경우 특히 長期療養保護서비스기관의 시설, 프로그램, 인력 등 종합적인 환경에 대해 개념을 명확히 하고, 이를 측정하여 평가하는 노력을 계속해 왔다.

이러한 기관과 시설에 대한 평가는 시설의 현황을 상세히 파악하고 시설이 좀더 바람직한 방향으로 나아갈 수 있게 하는 역할을 함으로써 앞으로 신설될 시설의 운영 지침을 마련하기 위해서도 중요하다.

따라서 현재의 병원서비스 평가 기준 등을 수정하거나 새로운 평가안을 마련하는 것이 필요하다.

앞으로 요양병원에 대해서는 주요 대상 질환, 장기요양보호서비스에 대한 수요 산정, 구체적 운영지침 등이 마련되어야 할 것이며 양적인 확보와 동시에 질적 서비스 제공이 원활히 이루어지도록 노력해야 할 것이다.

參考文獻

- 고양곤, 「재가노인복지의 개념과 서비스 방안」, 『재가노인복지사업-이론과 실제-』, 한국노인복지회 편저, 홍익재, 1997.
- 김기훈, 「노인케어시설정책개발」, 『한국보건행정학회지』, 제8권 제1호, 1998.
- 김분한·김문실·김홍규 외, 「말기 암환자 호스피스 간호에 대한봉사프로그램 개발 I」, 『대한간호』, 제37권 제1호, 1998, pp.98~106.
- 김수춘 외, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 김수춘·임종권·서미경 외, 『고령화사회를 향한 노인복지의 실천과제』, 한국보건사회연구원, 1995.
- 김정순·안수연·양숙자 외, 『역학과 지역사회 보건관리』, 서울대학교출판부, 1996.
- 명재일, 『국민의료비 동향과 구조: 1985~1991』, 한국의료관리연구원, 1994.
- 문옥륜, 「노인보건제도와 노인간병요양원 제도 개발의 관제와 전망」, 『한국노년학회공청회자료집』, 1995.4.
- _____, 「노인보건제도와 노인간병요양원제도 개발의 과제와 전망」, 『한국노년학회 공청회자료집』, 1995.
- 보건복지부, 『노인복지사업지침』, 1997.
- _____, 『노인복지국고보조사업안내』, 1999.

- 보건의료 효율화 및 선진화 정책기획단, 『보건의료 선진화 정책보고서』, 새정치국민회의 정책위원회, 1998.
- 서미경, 「노인보건의료의 현황과 발전방안」, 『보건복지포럼』, 1998, 제25호, pp.27~35.
- 송미순·김신미·오진주, 『노인간호연구와 전망』, 서울대학교 출판부, 1997.
- 은천노인복지회, 『노인복지를 위한 데이케어 이론과 실무』, 홍익제, 1997.
- 의료보험연합회, 『의료보험통계연보』, 각 년도
- 유승흠·손명세·박은철, 「결정론적 모형에 의한 노인 진료비 상승요인 분석」, 『예방의학회지』, 제27권 제1호, 1995, p.135~144.
- 양봉민, 『보건경제학』, 나남출판사, 1999.
- 이가옥·서미경·고경환 외, 『노인생활실태분석 및 정책과제』, 한국보건사회연구원, 1994.
- 이가옥, 「장기요양보호노인의 욕구와 가족의 부양부담」, 세계노인의 날 기념세미나, 『장기요양보호노인의 현황과 정책적 대안』, 발표논문, 1999.
- 이규식 외, 『노인의료비 절감방안에 관한 연구보고서』, 보건의료 정책연구소, 1989.
- _____, 『병원경영 개선을 위한 정부지원책의 국제비교』, 연세대학교 보건과학연구소, 1996.
- 이동모, 「중·소병원 활성화방안의 구상」, 『보건복지포럼』 제4호, 1996.

- 이시백 외, 『보건학개론』, 서울대학교 출판부, 1998.
- 장현숙·김은경·오종희 외, 『요양병원 운영체계 개발 연구』, 한국보건
의료관리연구원, 1997.
- 장혜진 외 11인, 『전국병상수급 및 적정배치에 관한 연구』, 한국보건
의료관리연구원, 1997.
- 정경희·조애저·오영희 외, 『1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구
조사』, 한국보건사회연구원, 1998.
- 정우진, 「중소병원발전구상(I)-병원전문화를 중심으로-」, 『보건복지포
럼』, 제6호, 1997.
- 최성재, 「장기요양보호노인을 위한 정책과제」, 세계노인의 날 기념세
미나, 『장기요양보호노인 현황과 정책적 대안』, 발표논문,
1999.
- 통계청, 『장래인구추계』, 1997.
- 한국보건사회연구원, 『고령화사회를 위한 노인복지의 실천과제』,
1995.
- 한국보건의료관리연구원, 『병원경영분석지표 해설』, 1997.
- 總務廳 長官官房老人對策室 編: 『長壽社會對策 の 動向 と 展
望』, 平城 4年 6月.
- 厚生省 保健醫療局 精神保健課: 『我が國 の 精神保健』, 1991.
- Advisory panel on Alzheimer's Disease, *Second Report of the Advisory
panel on Alzheimer's Disease*, (P.Xi) (DHHS pub. No. ADM
91~1791). Washington, D.C.: U.S. Government printing office,
1991.

- Bay, K. S., et al., *A Patient Classification System for Long-Term Care*, University of Alberta 1979.
- Dawson, D., Hendershot, G., & Fulton, J., *Aging in the Eighties: Functional Limitations of Individuals 65 and Over*, Advanced Data Number 133, National Center for Health Statistics, June 10, 1987.
- Evans, D. A., Scherr, P. A., Cook, N. R. et. al., "Estimated Prevalence of Alzheimer's disease in the United States", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54(11), 1990, pp.653~660.
- Evashwick, C. & Weiss, L., "Defining of the Continuum of Care." in *Managing the Continuum of Care*, Aspen Publishers, Inc., 1987.
- Feldstein, P. J., *Health Care Economics*, Delmar Publishers Inc., 1993.
- Hyatt, L., *Subacute Care-Redefining Health Care*, Irwin Professional Publishing, Chicago, 1995.
- Koff, T. H., *Long-term Care; An Approach to Serving the Frail Elderly*, Boston; Little, Brown, 1982.
- Mattenson, M. A., McConnell, E. S., & Linton, A. D., *Gerontological Nursing: Concepts and Practice*(2nd ed.), Philadelphia: W.B. Saunders, 1997.
- National Center for Health Statistics, *Current Estimates from the National Health Interview Survey, United States, 1986*, Vital and Health Statistics, Series 10, No. 164, October, 1987.
- Pfeiffer, E., "Generic Services for the Long-Term Care Patient", *Medical Care* 4(5), 1976.
- President's Commission on Mental Health: *Final Report*, 2, Washington, D.C.: GPO, 1978.

附 錄

- 附錄 1. 療養病院 關聯 醫療法 및 醫療法 施行規則
- 附錄 2. 調查票
- 附錄 3. 長期療養對象疾患 및 亞急性 疾患 코드

附錄 1. 療養病院 關聯 醫療法 및 醫療法 施行規則

<요양병원 관련 의료법 및 의료법 시행규칙>

1) 요양병원의 정의

의료법의 경우, 의료법 제3조 의료기관의 정의에서 요양병원을 정의하고 있다.

의료법 제3조(의료기관) “요양병원이라 함은 의사 또는 한의사가 그 의료 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관을 말한다.

2) 운영관리

요양병원의 운영에 관한 사항은 의료법 시행규칙 제28조의 4에서 기술하고 있다.

제28조의 4 (요양병원의 운영)

- ① 법 제32조의 규정에 의한 요양병원의 입원대상은 노인성질환자, 만성질환자 및 외과적 수술후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자로 한다. 다만, 정신질환자(노인성치매환자를 제외한다) 및 전염성질환자는 입원대상으로 하지 아니한다.
- ② 각급 의료기관은 제1항의 규정에 의한 환자를 요양병원에 이송한 경우에는 환자이송과 동시에 진료기록사본 등을 당해 요양병원에 송부하여야 한다.
- ③ 요양병원의 개설자는 요양환자의 상태가 악화하는 경우에 적절한 조치가 가능하도록 환자후송 등에 관하여 다른 의료기관과 협약을 맺거나 자체시설 및 인력 등을 확보하여야 한다.

3) 인력기준

현재 의료법에서 규정하고 있는 인력산정기준은 연평균 1일 입원환자수가 그 산정기준이 되고 있다.

(의료법시행규칙)

제28조의 6 (의료인 등의 정원) ① 법 제32조의 규정에 의한 의료기관의 종별에 따르는 의료인의 정원은 다음 표와 같다.

구 분	요 양 병 원
1. 의사 (또는 한의사)	연평균 1일 입원환자 40인마다 1인을 기준으로 함. (한의사 포함하여 환산함)
2. 간호사	연평균 1일 입원환자 6인마다 1인을 기준으로 함. (단, 간호조무사는 간호사 정원의 3분의 2범위내에서 둘 수 있음)

② 의료기관은 제1항의 의료인 외에 다음의 기준에 의하여 필요한 인원을 두어야 한다.

1. 연평균 1일 조제수 80 이상인 경우에는 약사를 두되, 조제수 160까지는 1인을 두고, 160을 초과하는 경우에는 그 초과하는 때 80마다 1인씩을 추가한다.
2. 입원시설을 갖춘 요양병원 있어서는 1인 이상의 영양사를 둔다.
3. 의료기관에서는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 각 진료과목별로 필요한 수의 의료기사를 둔다.
4. 의료기관에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 필요한 수의 간호조무사를 둔다.

③ 보건복지부장관은 간호사 또는 치과 위생사의 인력수급상 필요하다고 인정할 때에는 제1항의 규제에 의한 간호사 등의 정원의 일부를 간호조무사로 충당하게 할 수 있다.

4) 시설기준

요양병원의 시설기준은 의료법 제32조에서 다음과 같이 규정하고 있다.

의료법 제32조(시설기준 등) “의료기관의 종별에 따르는 시설, 장비의 기준, 규격, 의료인의 정원 기타 의료기관의 운영에 관한 사항 및 요양병원의 입원대상질환, 입원절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건사회부령으로 정한다.

의료법시행규칙에 따른 요양병원의 설치기준 및 규칙은 다음과 같다.

(의료법시행규칙)

제28조의 2 (의료기관의 시설기준 및 규격) 법 제32조의 규정에 의한 의료기관의 종별에 따르는 시설 기준은 다음 표와 같다.

시 설 명	요 양 병 원
1. 입원실	입원환자 30인 이상 수용가능한 입원실
2. 수술실	1 (외과계 과목이 있는 경우에 한함)
3. 응급실	1 (응급의료에 관한 법률에 의하여 지정받은 때에 한함)
4. 회복실	1 (수술실이 설치되어 있는 경우에 한함)
5. 조제실	1 (조제실을 두는 경우에 한함)
6. 의무기록실	1
7. 소독시설	1
8. 급식시설	1 (외부용역시에는 그러하지 아니하다)
9. 세탁물처리시설	1 (세탁물 전량을 위탁처리하는 경우에는 그러하지 아니하다)
10. 적출물처리시설	1 (적출물 전량을 위탁처리하는 경우에는 그러하지 아니하다)
11. 자가발전시설	1
12. 기타	<ul style="list-style-type: none"> - 의무기록실, 급식시설, 세탁처리시설 및 적출물 소각시설은 의료기관이 공동으로 상용할 수 있다. - 요양병원은 거동이 불편한 환자가 장기간 입원에 불편함이 없도록 식당, 휴게실, 욕실 및 화장실 등 편의시설을 갖추어야 한다.

또한 의료기관 내 각 시설의 규격은 다음과 같은데 요양병원에 해당되는 항목의 위 표의 12가지 시설이다.

1. 입원실

- 입원실은 3층 이상 설치할 수 없다. 단 건축법의 의한 내화구조인 경우에는 3층 이상에 설치할 수 있다.
- 입원실의 면적은 환자 1인당 6.3 제곱미터 이상 이여야 하고 환자 2인 이상을 수용하는 경우는 환자 1인당 4.3제곱미터 이상으로 하여야 한다.
- 소아 입원실의 경우는 성인 입원실 면적의 3분의 2 이상으로 하되 소아 1인실의 경우는 6.3제곱미터 이상이어야 한다.
- 정신병원에는 중증환자 분리 보호 수용할 시설을 갖춘 폐쇄병동을 두어야 하며 수용인원 30인당 1시의 비율로 보호실을 설치하되 보호실은 1인 수용을 원칙으로 한다.
- 정신병원에는 수용환자의 돌발적인 사고의 예방을 위한 외부와의 신속한 연락을 취할 수 있는 경보 연락장치를 하여야 한다.
- 정신병원의 격리병동, 전염병실, 결핵병실에는 당해 기관의 다른 부분 및 외부에 대하여 전염예방 등을 위하여 필요한 차다 등의 조치를 하여야 한다. 기타 의료기관에서 필요에 의하여 격리병실을 설치하는 경우도 마찬가지이다.

2. 수술실

수술실은 감염방지 및 먼지와 세균이 제거된 청정공기를 공급할 수 있는 공기정화설비를 갖추고, 내부벽면은 불침투질로 하여야 하며, 적당한 난방, 조명, 멸균수세, 수술용 피복, 붕대재료, 기계기구, 의료가스, 소독 및 배수 등 필요한 시설을 갖추어야 하고, 바닥은 아스(-)가 되도록 하며, 콘센트의 높이는 1미터 이상을 유지하게 하고, 호흡장치의 안전관리시설을 갖추어야 한다.

3. 응급실

외부로부터 교통이 편리한 곳에 위치하고 신실 또는 수술실로부터 격리되어야 하며, 응급의료에 법률이 정하는 적절한 시설을 갖추어야 한다.

4. 임상검사실

임상검사실은 자체적으로 검사에 필요한 시설과 규모를 갖추어야 한다.

5. 방사선 장치

- 사진 촬영 투시 및 치료를 하는데 지장이 없는 면적이어야 하며, 방사선 유해방지 시설을 갖추어야 한다.
- 방사선 사진 필름의 현상 건조를 위한 필요한 면적과 건조실을 갖추어야 하고 필름 판독을 위한 필요한 면적과 판독실을 갖추어야 한다.
- 기타 진단용 방사선 안전관리 규칙이 정하는 적합한 시설 및 규모를 갖추어야 한다.

6. 회복실

수술 후 환자의 회복과 사후처리를 하는데 지장이 없는 면적과 필요한 시설을 갖추어야 한다.

7. 물리치료실

물리요법 시술을 요하는 환자시술에 지장이 없는 면적과 기능회복, 재활훈련과 환자의 안전관리 등에 필요한 시설을 갖추어야 한다.

8. 한방요법실

경락자극요법시설 등 한방요법시설과 특수생약을 증기, 탕요법에 의하여 치료하는 시설을 갖추어야 한다.

9. 병리해부실

병리, 병원에 관한 생검, 해부, 시체해부를 할 수 있는 시설과 기구를 비치하여야 한다.

10. 의무기록실

의무기록(외래, 입원, 응급환자 등의 기록)을 보존기간대로 비치하여 기록 관리 및 보관할 수 있는 서가 등 필요한 시설을 갖추어야 한다.

11. 소독시설

증기, 가스장치 및 소독약품 등의 자재와 소독용 기계 기구를 비치하고, 위생재료, 붕대 등을 집중 공급하는데 적합한 시설을 갖추어야 한다.

12. 급식시설

- 조리실은 식품의 운반과 배식이 편리한 곳에 위치하고, 조리·보관·식기세정 및 소독 등 식품을 위생적으로 처리할 수 있는 설비 및 공간을 갖추어야 한다.
- 식품저장실은 환기와 통풍이 잘되는 곳에 두되, 식품과 식품재료를 위생적으로 보관할 수 있는 시설을 갖추어야 한다.
- 급식관련 종사자가 이용하기 편리한 샤워실, 준비실, 탈의실 및 옷장을 갖추어야 한다.

13. 세탁물 처리시설

병독이 오염된 세탁물과 다른 세탁물을 분리하여 저장 할 수 있는 시설과 세탁기 및 소독기 등 세탁물 처리규칙이 정하는 적합한 시설 및 규모를 갖추어야 한다.

14. 오물처리시설

병독에 오염되거나 오염될 우려가 있는 오물을 처리할 수 있는 소각로, 정화조 기타 위생처리시설을 갖추어야 한다.

15. 시체실

시체의 부패방지를 위한 냉장시설과 소독시설을 갖추어야 한다.

16. 적출물 처리시설

적출물을 위생적으로 보관·관리하기 위한 시설과 적출물처리규칙에 의한 소각시설을 갖추어야 한다.

17. 자기발전시설

공공전기시설을 사용하지 아니하더라도 당해 의료기관의 필요한 곳에 공급할 수 있는 자기발전시설을 갖추어야 한다.

附錄 2. 調查票

요양병원 활성화 방안을 위한 의료기관 조사표

안녕하십니까?

저희 연구원에서는 보건복지부 요청과제인 「장기요양시설 공급확충방안과 정책과제-요양병원을 중심으로」의 일환으로 요양병원과 관련된 의견조사와 귀 병원의 의료자원과 재정상태에 관한 조사를 실시하고 있습니다.

본 조사를 통하여 귀하께서 작성해 주신 자료는 환자들에게는 보다 낮은 의료비용으로 만족스러운 의료서비스를 받으실 수 있도록 하며, 병원의 입장에서는 보다 효율적인 환자관리를 통한 경영효율성 증진방안 마련하고, 궁극적으로 우리 나라의 요양병원의 활성화를 통한 장기요양체계 구축을 위한 귀중한 기초 자료로 활용될 것입니다. 또한 말씀해 주시는 모든 내용과 귀 병원의 자원과 재정상태에 관한 모든 내용은 통계법에 따라 개인의 비밀이 절대 보장되며, 연구를 위한 통계자료로만 활용되오니 다소 번거로우시더라도 병원산업의 미래를 위하여 정확하고 솔직하게 응답하여 주시기 바랍니다.

끝으로 귀 병원의 무궁한 발전을 기원합니다. 감사합니다.

1999. 9
한국보건사회연구원장

번호	문 항	코 드
A	병원위치 : ① 서울 ② 부산 ③ 대구 ④ 광주 ⑤ 대전 ⑥ 인천 ⑦ 울산 ⑧ 경기 ⑨ 강원 ⑩ 충북 ⑪ 충남 ⑫ 전북 ⑬ 전남 ⑭ 경북 ⑮ 경남	<input type="checkbox"/>
B	병 원 명: _____ 병원 요양병원() 비요양병원()	<input type="checkbox"/>
C	조사기간: 1999년 9월 □□일 ~ □□일	
D	작성자 성명: _____ 작성자 성명: _____	

(주의!) 보기가 1(2,3)자리일 경우, 비 해당일 경우는 8(98,998)로,
무응답일 경우는 9(99,999)로 처리함.

A	의료기관의 일반 현황
---	-------------

번호	문항	코 드
A1	원장님의 전공과목은 무엇입니까? ① 의사() ② 비의사 ()	<input type="checkbox"/>
A2	의료기관의 개설은 언제였습니까? ()연도	□□□
A3	병상수는 얼마입니까? ① 허가병상: ()병상 ② 운영병상: ()병상	<input type="checkbox"/>
A4	설립형태는 어떻게 됩니까? ① 국립대학 ② 시립, 국립 ③ 공립(보건의료원 포함) ④ 공사 ⑤ 학교법인 ⑥ 특수법인 ⑦ 사단법인 ⑧ 재단법인 ⑨ 사회복지법인 ⑩ 회사법인 ⑪ 의료법인 ⑫ 개인	<input type="checkbox"/>
A5	병원형태는 무엇입니까? ① 대학병원 ② 종합병원 ③ 병원(보건의료원 포함) ④ 요양병원	<input type="checkbox"/>
A6	귀 병원이 위치한 지역은 다음 중 어디입니까? ① 대도시(특별시, 광역시)지역 ② 중소도시(시)지역 ③ 농어촌(군) 지역	<input type="checkbox"/>
A7	귀 병원의 수련병원 지정 여부는 어떻습니까? ① 인턴, 레지던트(단과포함) ② 인턴 ③ 단과 레지던트 ④ 비수련	<input type="checkbox"/>
A8	병원의 전체 근무자 수는 몇 명입니까? ① 정규직원 : 약 ()명 ② 임시직, 용역직 포함한 전체 직원 : 약 ()명	□□ □□

A9. 병원 종사자 수 현황			
구 분	종 사 자 수	구 분	종 사 자 수
전문의		작업치료사	
일반의		언어치료사	
인턴		영양사	
레지던트		세탁부	
한의사		취사부	
간호사		행정직	
간호조무사		기능직	
물리치료사		기타관리직	

번호	문 항	코 드
A10	(입원환자경로) 지난 1개월(8월 한달)간 입원환자 수는 모두 몇 명입니까? ()명	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	그 중 다른 기관에서 의뢰되어온 입원환자는 몇 명입니까? ()명	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A11	(외래환자경로) 지난 1개월(8월 한달)간 외래환자 수는 모두 몇 명입니까? ()명	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	그 중 다른 기관에서 의뢰되어온 외래환자는 몇 명입니까? ()명	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A12	(환자회송) 지난 1개월(8월 한달)동안 다른 의료기관으로 의뢰한 환자는 몇 명입니까?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- 입원 ()명	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	- 외래 ()명	
A13	(외래 회송이유) 외래환자를 다른 의료기관으로 의뢰한 경우 그 이유는 무엇입니까?	
	①	
	②	
	③	
	(입원 회송이유) 입원환자를 다른 의료기관으로 의뢰한 경우 그 이유는 무엇입니까?	
	①	
	②	
	③	

C

요양병원에 관한 의견

※ 본 질문은 **병원장님**께서 응답하여 주시기 바랍니다.

◎ 요양병원이란?

- 관련규정 : 요양병원은 1994년 의료법에 요양병원에 관한 규정이 신설되었다.
- 정 의 : 요양병원이라 함은 의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 의료기관을 말한다.
- 입원대상 : 요양병원 입원대상은 노인성질환, 만성질환자 및 외과적 수술 후 또는 상해후의 회복기간에 있는 자로서 주로 요양을 필요로 하는 자를 규정하고 있다.
- 전문인력 : 의사나 간호사의 전문인력기준이 일반병원에 비해 완화되었다.

◎ 병원의 병상이용률:

- 우리나라 중소병원(30병상~100병상)의 병상이용률과 병상회전율은 63.3%와 16.4%(1996년 기준)로 일반 종합병원의 79.3%와 21.3%에 비해 현저하게 낮다. 이는 결국 중소병원의 경영난을 가중시키는 요인이 되고 있다.

- ◎ 이러한 경영난을 타개하기 위한 방안의 하나가 병상이용률이 낮은 중소병원을 요양병원으로 전환하는 것이라 할 수 있다.

D	요양병원 활성화를 위한 정부의 의료정책 지원확대 방안
번호	문항
D1	<p>(인력) 요양병원의 인력에 관한 규정 중 요양병원운영에 저해된다고 생각하시는 사항으로 완화 내지 폐지해야 된다고 여기시는 규정이 있으시면 그 규정과 개선방안을 적어 주십시오.</p> <p>① 완화 내지 폐지해야할 규정:</p> <p>② 개선방안:</p>
D2	<p>(시설) 요양병원의 시설에 관한 규정 중 요양병원운영에 저해된다고 생각하시는 사항으로 완화 내지 폐지해야 된다고 여기시는 규정이 있으시면 그 규정과 개선방안을 적어 주십시오.</p> <p>① 완화 내지 폐지해야할 규정:</p> <p>② 개선방안:</p>
D3	<p>(진료과목) 현행법규상 요양병원설립에 필요한 진료과목(또는 검사실이나 다른시설 등) 중 요양병원운영에 장애가 되어 완화 내지 폐지해야 할 규정이 있으시면 그 규정과 개선방안을 모두 적어 주십시오(의료법, 의료보험법, 약사법 등 기타 관련 법규 중에서)</p> <p>① 완화 내지 폐지해야할 규정:</p> <p>② 개선방안:</p>
D4	<p>(의료보험수가) 장기요양입원환자의 경우 의료보험적용이나 의료비청구와 관련하여 개선되어야 할 사항이 있으면 그 개선방안을 적어 주십시오.</p> <p>① 완화 내지 폐지해야할 규정:</p> <p>② 개선방안:</p>

E	귀 병원의 재정상태, 의료자원 및 경영실적 현황
---	----------------------------

※ 모든 항목은 8월말 기준이며, 이익이나 수익, 환자실적 등은 8월 한 달 동안의 실적을 기재하여 주십시오.

구분	항 목	
E1. 재무상태	총자본(당기)	
	총자본(전기)	
	총부채	
	유동자산	
	유동부채	
	고정자산	
	기본재산	
	평균의료미수금(8월 한달) (=기관미수금 + 일반미수금)	
	평균재고자산	
E2. 투입	인건비(8월 한달 또는 1년)	
	재료비(8월 한달 또는 1년)	
	관리비(8월 한달 또는 1년)	
	전문의 수	
	전공의 수	
	간호직 수	
	관리직 수	
	총 재직직원 수	
	총 진료과목 수	

구분	항 목	
E3. 경영실적	부가가치(8월 한달) (=의료수익-[재료비, 소모품비, 동력비, 외주용역비])	
	총 환자수(8월 한달) (=총외래환자수+총실입원환자수)	
	총 외래환자수(8월 한달)	
	실 입원환자수(8월 한달)	
	총 재원일수(8월 한달)	
	퇴원실인원수(8월 한달)	
	입원진료일수(8월 한달)	
	수익(당기)	
	수익(전기)	
	의료이익(8월 한달)	
	의료수익(8월 한달)	
	당기순이익(8월 한달)	
	입원수익(8월 한달)	
	외래수익(8월 한달)	

F	요양병원 운영의 문제점과 활성화 방안
---	----------------------

번 호	문 항
F1	<p>요양병원 운영상 애로점을 중요한 순서대로 5가지만 제시하여 주십시오.</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p>
F2	<p>요양병원을 활성화시키기 위한 정부에 대한 요망사항을 5가지만 제시하여 주십시오.</p> <p>①</p> <p>②</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑤</p>

附錄 3. 長期療養對象疾患 및 亞急性 疾患 코드

1) 主要 長期療養對象疾患

암	
C00~C90, D00~D40	모든 암(말기에 해당하는 암)
만성퇴행성 관절염	
M05	류마토이드 관절염
M06	기타 류마토이드 관절염
M13.9	상세불명의 관절염
M19.0	기타 관절의 원발성 관절증
뇌혈관	
I61	뇌내출혈
I62	기타 비외상성 두 개내 출혈
I63	뇌경색 (중)
I64	출혈 또는 경색 (중) 으로 명시되지 않은 졸중
I65	대뇌경색(중)을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착
I66	대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착
I67	기타 대뇌혈관 질환
I68	달리 분류된 질환에서의 대뇌혈관 장애
I69	대뇌혈관 질환의 후유증
당뇨	
E10	인슐린 의존성 당뇨병
E11	인슐린-비의존성 당뇨병
E12	영양실조와 관련된 당뇨병
E13	기타 명시된 당뇨병
E14	상세불명의 당뇨병
만성신부전	
N18	만성 신부전

하반신 마비	
G82	파라프레지어(하반신 마비)
골절	
S02	두개골 및 안면골의 골절
S12	목의 골절
S22	늑골, 흉골 및 흉추골의 골절
S42	어깨 및 팔죽지의 골절
S52	척골상단의 골절
T62	식품으로 섭취한 기타 유해물질의 중독작용
S72	대퇴골의 골절
S82	발목을 포함한 아래다리의 골절
S92	발목을 제외한 발의 골절
간질환	
K70	알콜성 간질환
K72	달리 분류되지 않은 간부전
K73	달리 분류되지 않은 만성 간염
K74	간의 섬유증 및 경변
K75	기타 염증성 간질환
K76	간의 기타 질환
K77	달리 분류된 질환에서의 간장애
정신분열	
F20	정신분열증

2) 亞急性 醫療(subacute care)對象疾患科目

심혈관계	(cardiology) (I00~I50)
일반외과계	(general surgery) (K40~K90)
신경계	(neurology)(G00~G90)
각종 암	(oncology)(C00~C90)(D00~D40)
근골격계	(orthopedics)(M00~M90)
호흡기계	(pulmonology)(J00~J90)
신장병	(renal disease)(N00~N20)

아급성 의료대상과목

심혈관계	(Cardiology)
I00	심장 침습이 없는 류마티스열
I01	심장 침습이 있는 류마티스열
I02	류마티스성 무도병
I05	류마티스성 승모판 질환
I06	류마티스성 대동맥판 질환
I07	류마티스성 삼첨판 질환
I08	다발성 판막 질환
I09	기타 류마티스성 심장 질환
I10	본태성(원발성) 고혈압
I11	고혈압성 심장 질환
I12	고혈압성 신장 질환
I13	고혈압성 심장 및 신장 질환
I15	속발성 고혈압
I20	협심증
I21	급성 심근경색증
I22	속발성 심근경색증
I23	급성 심근경색증에 의한 특정 현재 합병증
I24	기타 급성 허혈성 심장 질환
I25	만성 허혈성 심장 질환
I26	폐색전증
I27	기타 폐성 심장 질환
I28	기타 폐혈관의 질환
I30	급성 심낭염

I31	기타 심낭의 질환
I32	달리 분류된 질환에서의 심낭염
I33	급성 및 아급성 심내막염
I34	비류마티스성 승모판 장애
I35	비류마티스성 대동맥판 장애
I36	비류마티스성 삼첨판 장애
I37	폐동맥판 장애
I38	상세불명 판막의 심내막염
I39	달리 분류된 질환에서의 심내막염 및 심장 판막 장애
I40	급성 심근염
I41	달리 분류된 질환에서의 심근염
I42	심근병증
I43	달리 분류된 질환에서의 심근병증
I44	심방실 차단 및 좌각 차단
I45	기타 전도 장애
I46	심장정지
I47	발작성 빈맥
I48	심방세동 및 조동
I49	기타 심장성 부정맥
I50	심부전
I51	심장 질환의 불명확한 기록 및 합병증
I52	달리 분류된 질환에서의 기타 심장 장애

일반외과계	(General Surgery)
K40	서혜헤르니아
K41	대퇴헤르니아
K42	제헤르니아
K43	복벽헤르니아
K44	횡격막 헤르니아
K45	기타 복부 헤르니아
K46	상세불명의 복부 헤르니아
K50	크론 병 (국한성 장염)
K51	궤양성 대장염
K52	기타 비감염성 위장염 및 대장염
K55	장관의 혈관성 장애
K56	헤르니아가 없는 마비성 창폐색증 및 장관폐쇄
K57	장의 게실성 질환
K58	자극성 장증후군
K59	기타 기능적 장 장애
K60	항문 및 직장부의 열구 및 누공
K61	항문 및 직장부의 농양
K62	항문 및 직장의 기타 질환
K63	장관의 기타 질환
K65	복막염
K66	복막의 기타 장애
K67	달리 분류된 감염성 질환에서의 복막 장애
K70	알콜성 간질환
K71	독성 간질환
K72	달리 분류되지 않은 간부전

K73	달리 분류되지 않은 만성 간염
K74	간의 섬유증 및 경변
K75	기타 염증성 간질환
K76	간의 기타 질환
K77	달리 분류된 질환에서의 간장애
K80	담석증
K81	담낭염
K82	담낭의 기타 질환
K83	담도의 기타 질환
K85	급성 췌장염
K86	췌장의 기타 질환
K87	달리 분류된 질환에서의 담낭, 담도 및 췌장의 장애
K90	장관 흡수장애
K91	달리분류되지 않은 소화기계의 처치후 장애
K92	소화기계의 기타 질환
K93	달리 분류된 질환에서의 기타 소화기관 장애

신경계	(Neurology)
G00	달리 분류되지 않은 세균성 수막염
G01	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염
G02	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충성 질환에서의 수막염
G03	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염
G04	뇌염, 척수염 및 뇌척수염
G05	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염
G06	두 개강내 및 척수내 농양 및 육아종
G07	달리 분류된 질환에서의 두 개강내 및 척수내 농양 및 육아종
G08	두 개강내 및 척수내 정맥염 및 혈전성 정맥염
G09	중추신경계의 염증성 질환의 후유증
G10	헌팅톤병
G11	유전성 운동실조
G12	척수성 근육위축 및 관련 증후군
G13	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계에 영향을 주는 전신성 위축
G20	파킨슨병
G21	속발성 파킨슨병
G22	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증
G23	기저핵의 기타 퇴행성 질환
G24	근긴장이상
G25	기타 추체외로 및 운동 장애
G26	달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동 장애
G30	알쯔하이머병
G31	달리 분류되지 않은 신경계의 기타 퇴행성 질환
G32	달리 분류된 질환에서의 신경계의 기타 퇴행성 장애

G35	다발성 경화증
G36	기타 급성 파종성 탈수초
G37	중추신경계의 기타 탈수초성 질환
G40	간질
G41	간질 지속상태
G43	편두통
G44	기타 두통 증후군
G45	일과성 대뇌 허혈성 발작 및 관련 증후군
G46	대뇌혈관 질환에서의 뇌혈관 증후군
G47	수면 장애
G50	삼차신경의 장애
G51	안면신경 장애
G52	기타 뇌신경의 장애
G53	달리 분류된 질환에서의 뇌신경 장애
G54	신경근 및 신경총 장애
G55	달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총 압박
G56	상지의 단발 신경병증
G57	하지의 단발 신경병증
G58	기타 단발 신경병증
G59	달리 분류된 질환에서의 단발성 신경병증
G60	유전성 및 특발성 신경병증
G61	염증성 다발신경병증
G62	기타 다발신경병증

G63	달리 분류된 질환에서의 다발신경병증
G64	말초신경계의 기타 장애
G70	중증 근무력증 및 기타 근신경성 장애
G71	근육의 원발성 장애
G72	기타 근병증
G73	달리 분류된 질환에서의 근신경 접합부 및 근육의 장애
G80	영아성 뇌성마비
G81	편마비
G82	대마비 및 사지마비
G83	기타 마비성 증후군
G90	자율신경계의 장애
G91	수두증
G92	독성 뇌병증
G93	뇌의 기타 장애
G94	달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애
G95	척수의 기타 질환
G96	중추 신경계의 기타 장애
G97	달리 분류되지 않은 신경계의 처치후 장애
G98	달리 분류되지 않은 신경계의 기타 장애
G99	달리 분류된 질환에서의 신경계의 기타 장애

각종 암	(Oncology)
C00	입술의 악성신생물
C01	혀 기저의 악성 신생물
C02	혀의 기타 및 상세불명 부위의 악성 신생물
C03	잇몸의 악성 신생물
C04	구강저의 악성 신생물
C05	구개의 악성 신생물
C06	기타 및 상세불명 구강 부위의 악성 신생물
C07	이하선의 악성 신생물
C08	기타 및 상세불명의 주타액선의 악성 신생물
C09	편도의 악성 신생물
C10	구인두의 악성 신생물
C11	비인두의 악성 신생물
C12	양배꼽동의 악성 신생물
C13	하인두의 악성 신생물
C14	입술, 구강 및 인두내의 기타 및 부위불명의 악성 신생물
C15	식도의 악성 신생물
C16	위의 악성 신생물
C17	소장의 악성 신생물
C18	결장의 악성 신생물
C19	직장S상결장 접합부의 악성 신생물
C20	직장의 악성 신생물
C21	항문 및 항문관의 악성 신생물
C22	간 및 간내담관의 악성 신생물
C23	담낭의 악성 신생물
C24	기타 및 상세불명 담도 부위의 악성 신생물
C25	췌장의 악성 신생물

C26	기타 및 부위불명 소화기의 악성 신생물
C30	비강 및 중이의 악성 신생물
C31	부비동의 악성 신생물
C32	후두의 악성 신생물
C33	기관지의 악성 신생물
C34	기관지 및 폐의 악성 신생물
C37	흉선의 악성 신생물
C38	심장, 종격동 및 흉막의 악성 신생물
C39	기타 및 부위불명의 호흡기 및 흉곽내 장기의 악성 신생물
C40	사지의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물
C41	기타 및 상세불명 부위의 뼈 및 관절연골의 악성 신생물
C43	피부의 악성 흑색종
C44	피부의 기타 악성 신생물
C45	중피종
C46	카포시 육종
C47	말초 신경계 및 자율 신경계의 악성 신생물
C48	후복막 및 복막의 악성 신생물
C49	기타 결합조직 및 연조직의 악성 신생물
C50	유방의 악성 신생물
C51	외음의 악성 신생물
C52	질외 악성 신생물
C53	자궁경의 악성 신생물
C54	자궁체의 악성 신생물
C55	상세불명 자궁 부위의 악성 신생물
C56	난소의 악성 신생물
C57	기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 악성 신생물
C58	태반의 악성 신생물
C60	음경의 악성 신생물

C61	전립선의 악성 신생물
C62	고환의 악성 신생물
C63	기타 및 상세불명 남성 생식기관의 악성 신생물
C64	신우를 제외한 신장의 악성 신생물
C65	신우의 악성 신생물
C66	요관의 악성 신생물
C67	방광의 악성 신생물
C68	기타 및 상세불명 비뇨기관의 악성 신생물
C69	눈 및 눈부속기의 악성 신생물
C70	수막의 악성 신생물
C71	뇌의 악성 신생물
C72	척수, 뇌신경 및 중추 신경계의 기타 부위의 악성 신생물
C73	갑상선의 악성 신생물
C74	부신의 악성 신생물
C76	기타 및 불명확한 부위의 악성 신생물
C77	림프질의 속발성 및 상세불명의 악성 신생물
C78	호흡기 및 소화기관의 속발성 악성 신생물
C79	기타 부위의 속발성 악성 신생물
C80	부위의 명시가 없는 악성 신생물
C81	호지킨병
C82	여포성 (결절성) 비호지킨 림프종
C83	미만성 비호지킨 림프종
C84	말초 및 피부성 T-세포 림프종
C85	기타 및 상세불명 형의 비호지킨 림프종
C88	악성 면역증식성 질환
C90	다발성 수종 및 악성 형질세포 신생물

C91	림프성 백혈병
C92	골수성 백혈병
C93	단구성 백혈병
C94	명시된 세포형의 기타 백혈병
C95	상세불명 세포형의 백혈병
C96	림프, 조혈 및 관련 조직의 기타 및 상세불명의 악성신생물
C97	독립된 (원발성) 다발성 부위의 악성 신생물
D00	구강, 식도 및 위의 상피내 암종
D01	기타 및 상세불명의 소화기관의 상피내 암종
D02	중이 및 호흡기계의 상피내 암종
D03	상피내의 흑색종
D04	피부의 상피내 암종
D05	유방의 상피내 암종
D06	자궁경관의 상피내 암종
D07	기타 및 상세불명의 생식기관의 상피내 암종
D09	기타 및 상세불명 부위의 상피내 암종
D10	입 및 인두의 양성 신생물
D11	주타액선의 양성 신생물
D12	결장, 직장, 항문 및 항문관의 양성 신생물
D13	소화기계내의 불명확한 부위의 양성 신생물
D14	중이 및 호흡기계의 양성 신생물
D17	양성 지방종성 신생물
D18	모든 부위의 혈관종 및 림프관종
D19	중피성 조직의 양성 신생물
D20	후복막 및 복막 연조직의 양성 신생물
D21	결합조직 및 기타 연조직의 기타 양성 신생물
D22	색소 세포성 모반

D23	피부의 기타 양성 신생물
D24	유방의 양성 신생물
D25	자궁의 평활근종
D26	자궁의 기타 양성 신생물
D27	난소의 양성 신생물
D28	기타 및 상세불명의 여성 생식기관의 양성 신생물
D29	남성 생식기관의 양성 신생물
D30	비뇨기관의 양성 신생물
D31	눈 및 눈부속기의 양성 신생물
D32	수막의 양성 신생물
D33	뇌 및 기타 중추 신경계 부위의 양성 신생물
D34	갑상선의 양성 신생물
D35	기타 및 상세불명의 내분비선의 양성 신생물
D36	기타 및 상세불명 부위의 양성 신생물
D37	구강 및 소화기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D38	중이, 호흡기, 흉곽내 장기의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D39	여성 생식기관의 행동양식 불명 및 미상의 신생물
D40	남성 생식기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D41	비뇨기관의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D42	수막의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D43	뇌 및 중추 신경계의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D44	내분비선의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물
D45	진성 적혈구 증다증
D46	골수 이형성 증후군
D47	림프, 조혈 및 관련조직의 행동양식 불명 또는 미상의 기타 신생물
D48	기타 및 상세불명 부위의 행동양식 불명 또는 미상의 신생물

근골격계	(Orthopedics)
M00	화농성 관절염
M01	달리 분류된 감염성 및 기생충성 질환에서의 관절의 직접 감염
M02	반응성 관절병증
M03	달리 분류된 질환에서의 감염후 및 반응성 관절병증
M05	혈청검사 양성인 류마토이드 관절염
M06	기타 류마토이드 관절염
M07	건선성 및 장병증성 관절병증
M08	연소자성 관절염
M09	달리 분류된 질환에서의 연소자성 관절염
M10	통풍
M11	기타 결정성 관절병증
M12	기타 특정 관절병증
M13	기타 관절염
M14	달리 분류된 기타 질환에서의 관절병증
M15	다발성 관절증
M16	고관절증
M17	무릎관절증
M18	제 1 수근중수 관절의 관절증
M19	기타 관절증
M20	손가락 및 발가락의 후천성 변형
M21	사지의 기타 후천성 변형
M22	무릎뼈의 장애
M23	무릎의 내이상
M24	기타 명시된 관절 이상
M25	달리 분류되지 않은 기타 관절 장애
M30	결절성 다발동맥염 및 관련 병태

M31	기타 괴사성 혈관병증
M32	전신성 홍반성 루푸스
M33	피부다발근염
M34	전신성 경화증
M35	결합조직의 기타 전신성 침습
M36	달리 분류된 질환에서의 결합조직의 전신성 장애
M40	척추후만증 및 척추전만증
M41	척추측만
M42	척추성 골연골증
M43	기타 변형성 배병증
M45	강직성 척추염
M46	기타 염증성 척추병증
M47	척추증
M48	기타 척추병증
M49	달리 분류된 질환에서의 척추병증
M50	경추골원판 장애
M51	기타 추간판 장애
M53	달리 분류되지 않은 기타 배병증
M54	배통
M60	근염
M61	근육의 석회화 및 골화증
M62	기타 근장애
M63	달리 분류된 질환에서의 근장애
M65	활막염 및 건초염
M66	활막 및 건의 자연파열
M67	활막 및 건의 기타 장애
M68	달리 분류된 질환에서의 활막 및 건의 장애

M70	사용, 과용 및 압박과 관련된 연조직 장애
M71	기타 점액낭병증
M72	섬유모세포 장애
M73	달리 분류된 질환에서의 연조직 장애
M75	어깨 병소
M76	발을 제외한 하지의 골부착부병증
M77	기타 골부착부병증
M79	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애
M80	병적 골절을 동반한 골다공증
M81	병적골절이 없는 골다공증
M82	달리 분류된 질환에서의 골다공증
M83	성인성 골연화증
M84	뼈 연속성의 장애
M85	뼈 밀도 및 구조의 기타 장애
M86	골수염
M87	골괴사증
M88	뼈의 파궤병 (변형성 골염)
M89	뼈의 기타 장애
M90	달리 분류된 질환에서의 골병증
M91	고관절 및 골반의 연소자성 골연골증
M92	기타 연소자성 골연골증
M93	기타 골연골병증
M94	연골의 기타 장애
M95	근골격계 및 결합조직의 기타 후천성 변형
M96	달리 분류되지 않은 처치후 근골격 장애
M99	달리 분류되지 않은 생물역학적 병소

호흡기계	(Pulmonology)
J00	급성 비인두염 (감기)
J01	급성 부비동염
J02	급성 인두염
J03	급성 편도염
J04	급성 후두염 및 기관염
J05	급성 폐쇄성 후두염 (크루프) 및 후두개염
J06	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염
J10	동정된 인플루엔자 바이러스에 의한 인플루엔자
J11	바이러스가 동정되지 않은 인플루엔자
J12	달리 분류되지 않은 바이러스성 폐렴
J13	폐렴구균에 의한 폐렴
J14	헤모필루스 인플루엔자에 의한 폐렴
J15	달리 분류되지 않은 세균성 폐렴
J16	달리 분류되지 않은 기타 감염성 병원체에 의한 폐렴
J17	달리 분류된 질환에서의 폐렴
J18	상세불명 병원체의 폐렴
J20	급성 기관지염
J21	급성 세기관지염
J22	상세불명의 급성 하기도 감염
J30	혈관운동성 및 알레르기성 비염
J31	만성비염, 비인두염 및 인두염
J32	만성 부비동염
J33	비용종
J34	코 및 비동의 기타 장애
6J35	편도 및 아데노이드의 만성 질환

J36	편도주위 농양
J37	만성 후두염 및 후두기관염
J38	달리 분류되지 않은 성대 및 후두의 질환
J39	상기도의 기타 질환
J40	급성인지 만성인지 명시되지 않은 기관지염
J41	단순성 및 점액농성 만성 기관지염
J42	상세불명의 만성 기관지염
J43	폐기종
J44	기타 만성 폐쇄성 폐질환
J45	천식
J46	천식지속 상태
J47	기관지확장증
J60	탄광부 진폐증
J61	석면 및 기타 광섬유에 의한 진폐증
J62	규소를 함유한 먼지에 의한 진폐증
J63	기타 무기분진에 의한 진폐증
J64	상세불명의 진폐증
J65	결핵과 연관된 진폐증
J66	특수 유기분진에 의한 기도질환
J67	유기분진에 의한 과민성 폐렴
J68	화학물질, 기체, 훈증기 및 증기의 흡입에 의한 호흡기 병태
J69	고체 및 액체에 의한 폐렴
J70	기타 외부요인에 의한 호흡기 병태
J80	성인성 호흡곤란 증후군
J81	폐부종
J82	달리 분류되지 않은 폐호산구 증가증
J84	기타 간질성 폐질환

J85	폐 및 종격동의 농양
J86	농흉
J90	달리 분류되지 않은 흉막삼출액
J91	달리 분류된 병태에서의 흉막삼출액
J92	흉막관
J93	기흉
J94	기타 흉막의 병태
J95	달리 분류되지 않은 처치후 호흡기 장애
J96	달리 분류되지 않은 호흡부전
J98	기타 호흡기 장애
J99	달리 분류된 질환에서의 호흡기 장애

신장병	(Renal Disease)
N00	급성 신염 증후군
N01	급속 진행성 신염 증후군
N02	재발성 및 지속성 혈뇨
N03	만성 신염 증후군
N04	신 증후군
N05	상세불명의 신염 증후군
N06	명시된 형태학적 병소를 동반한 고립성 단백뇨
N07	달리 분류되지 않은 유전성 신병증
N08	달리 분류된 질환에서의 사구체 장애
N10	급성 세뇨관-간질성 신염
N11	만성 세뇨관-간질성 신염

N12	급성 또는 만성으로 명시되지 않은 세뇨관-간질성 신염
N13	폐쇄성 및 역류성 요로병증
N14	약물 및 중금속 유발성 세뇨관-간질성 및 세뇨관성 병태
N15	기타 신세뇨관-간질성 질환
N16	달리 분류된 질환에서의 신세뇨관-간질성 장애
N17	급성 신부전
N18	만성 신부전
N19	상세불명의 신부전
N20	신장 및 요관의 결석
N21	하부 요로의 결석
N22	달리 분류된 질환에서의 요로의 결석
N23	상세불명의 신성 산통
N25	신세뇨관 기능 손상으로 인한 장애
N26	상세불명의 신 위축
N27	원인미상의 작은 신장
N28	달리 분류되지 않은 신장 및 요관의 기타 장애
N29	달리 분류된 질환에서의 신장 및 요관의 기타 장애

□ 著者 略歷 □

• 吳 泳 昊

서울大學校 保健大學院 保健學 碩士
美國 오하이오 州立大學校 保健大學院 保健學 博士
現 韓國保健社會研究院 責任研究員

〈主要 著書〉

『광진구 지역보건의료계획: 1999~2002』, 한국보건사회연구원, 1998.(공저)

• 韓 志 淑

延世大學校 保健學 碩士
現 韓國保健社會研究院 研究員

• 吳 眞 珠

서울大學校 保健大學院 保健學 博士
現 檀國大學校 看護學科 教授

研究報告書 99-01

療養病院의 需給現況과 政策課題

The Supply and Demand Conditions for Long-Term Care
Hospital and Its Policy Implications

1999年 12月 日 印刷 價: 5,000원

1999年 12月 日 發行

著者 吳泳昊外

發行人 鄭敬培

發行處 韓國保健社會研究院

서울特別市 恩平區 佛光洞 山42-14

代表電話 : 02) 355-8003

登錄 1994年 7月 1日 (第8-142號)

印刷 예원기획

© 韓國保健社會研究院 1999

ISBN 89-8187-177-9 93510