

요양병원 기능에 대한 고찰: 외국 사례와의 비교를 중심으로

건강보험심사평가원

송현종

Long-term Care Hospital Systems in Developed Countries and the Implications for Korea

Hyunjong Song, PhD

Health Insurance Review & Assessment Service, Seoul, Korea

Background: This study was to provide an analysis of long-term care hospitals in major foreign countries and to ultimately drive suggestions for the role of the long-term care hospital system in Korea.

Methods: Services, composition of the workforce, admission criteria, and collaboration with related organization were reviewed. Japan, Canada, United States (US) and the Netherlands were selected for analysis using the case study research method.

Results: Organization for Economic Co-operation and Development (OECD) defined long-term care hospital as long-term care beds in hospitals. A few OECD countries institutionalized long-term care beds in hospitals, focusing at palliative care or geriatric care. In Japan, Canada, US, and the Netherlands, all having similar long-term care hospitals as Korea, a key difference was that the hospitals in these four countries provide comprehensive post-acute and nursing care. They have clearly defined admission criteria by preadmission review and systemization of referral from other organizations.

Conclusion: Based on this review of the systems in foreign countries serving as examples for Korea and considering the policy needs and the present problems raised by providers, discussions on the future role of long-term care hospitals in Korea should be conducted.

Key Words: Long-term care, Hospitals

서 론

요양병원이 제도권 안으로 편입된 지 약 18년이 경과하였지만, 최근에 들어서야 그 수가 폭발적으로 증가하기 시작하였다. 이에 따라 2000년 12월말 기준 19개소에 불과하던 요양병원은 2011년 12월말 기준으로 988개소에 이르고 있다. 또한 요양병원을 이용하는 노인의 수도 증가하여 2005년 27,000명

정도에 불과하였으나, 2009년에는 122,900명으로 약 4.6배가 되었다. 이와 같은 요양병원 및 이용자의 양적 증가로 인하여 건강보험 요양급여 비용도 증가하여 2011년에는 2조 1천 3백여억 원에 이르고 있다¹⁾.

기관 수, 환자 수, 진료비 증가에 따라 요양병원에 대한 사회적 관심이 증대되고 있는 실정인데 진료의 질과 기능에 대한 문제 제기가 많은 부분을 차지하고 있다. 이러한 문제는 시설, 인력, 장비, 진료의 질에 대한 요양병원 간 변이가 언론에 보도되고 2008년 7월 1일부터 노인 장기 요양보험이 시행됨에 따라 장기 요양시설과의 기능 중복으로 인한 자원의 비효율적 사용에 지적이 제기되면서 촉발되었다고 할 수 있다. 의료법에는 요양병원의 목적, 입원 환자 등을 규정하고 있다. 그러나 이와 같은 법적 규정에도 불구하고, 국내 선행 연구에서는

▶Received: May 17, 2012 ▶Revised: June 19, 2012

▶Accepted: June 22, 2012

Address for correspondence: **Hyunjong Song**, PhD
Health Insurance Review & Assessment Service, 267 Hyoyeongro,
Seocho-gu, Seoul 137-706, Korea
Tel: +82-2-2182-2578, Fax: +82-2-6710-5836,
E-mail : hjsong@hiramail.net
본 연구는 건강보험심사평가원의 지원으로 수행되었음

요양병원의 기능에 대하여 논란을 제기하고 있다. 요양병원의 기능에 대한 제도적 규정과는 관계없이 실제 현실에서는 모호하게 적용되고 있어²⁾ 특별한 기능 없이 요양시설과 동일한 역할을 수행³⁾ 한다는 것이다.

우리나라의 고령화 속도가 선진국에서 그 사례를 찾기 어려울 정도로 급속하게 진행되고 있음을 감안할 때 요양병원이 전체 보건 의료 체계 내에서 제 기능을 적절하게 수행한다면 노인의 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것으로 판단된다. 본 연구는 우리나라의 요양병원과 유사한 기능을 수행하고 있는 외국의 의료기관을 고찰하여 시사점을 도출하고자 하였다. 또한 향후 요양병원의 기능을 재정립하기 위한 논의의 기초 자료를 제공하고자 하였다.

대상 및 방법

OECD 국가들의 현황을 중심으로 고찰하였으며, 이를 위해서 OECD에서 매년 발표하는 “Health Data”를 사용하였다. 또한 사례 연구의 방법을 사용하여 OECD 국가 중에서 우리나라와 유사한 요양병원을 제도화하고 있거나 요양병상의 수가 많아서 함의를 줄 수 있다고 판단되는 미국, 캐나다, 일본의 사례를 고찰하였다. 또한 병원 내 요양병상은 제도화되어 있지 않지만, 너싱홈 전문의 제도가 있어 너싱홈에 의사가 상주하는 네덜란드의 사례를 포함하였다. 분석 내용은 요양병원의 정의와 기능에 대한 고찰을 위해서 입원 기준, 인력 기준, 서비스 제공 내역을 중심으로 하였다. 또한 급성기 병원 및 장기 요양시설 등 관련된 기관과의 연계도 포함하여 살펴보았다.

결 과

1. OECD 국가의 현황

1) 요양병원 정의

OECD에서는 만성 질병과 기능 장애로 인한 일상생활의 자립도가 저하되어 장기 요양이 필요한 환자가 입원하는 병원 병상을 ‘long-term care beds in hospital’로 정의하였다⁴⁾. OECD에 자료를 제출한 국가들의 병원 내 장기 요양병상의 범위 및 정의⁵⁾는 국가별로 매우 상이하며, 다음과 같은 몇 가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫째는 완화 의료병상을 장기

요양병상에 포함시킨 국가이다. 벨기에, 덴마크, 아이슬란드가 이에 속한다. 둘째는 노인 전문병원이나 일반 병원 내 노인 치료 전문 병상을 장기 요양병상에 포함한 국가인데 벨기에, 프랑스, 아이슬란드, 스웨덴이 그 예이다. 마지막으로 장기 요양병원을 제도화하고 있는 국가는 캐나다, 폴란드, 미국, 우리나라에 불과하여 대부분 독립된 병원이 아닌 병상의 형태로 제도화하고 있음을 알 수 있다.

2) 노인 인구 당 병원 내 요양병상 수

65세 이상 인구 1,000명 당 병원 내 장기 요양병상 수가 가장 많은 국가는 우리나라였고, 다음으로는 핀란드, 일본의 순이었다. 그런데 오스트리아, 벨기에, 덴마크, 이탈리아, 슬로바키아, 스페인, 스웨덴, 미국은 65세 이상 인구 1,000명 당 병원 내 장기 요양병상 수가 1개 내외이므로 매우 적은 수라고 할 수 있다. 호주, 칠레, 독일, 그리스, 룩셈부르크, 멕시코, 네덜란드, 뉴질랜드, 노르웨이, 포르투갈, 스위스, 터키는 병원 내 장기 요양병상에 해당하는 자료가 없기 때문에 제출하지 않았다. 이러한 국가들의 경우 장기 요양병상은 병원이 아닌 거주 시설에 설치하거나, 급성기 병상과 병원 내 장기 요양병상을 구분할 수 없기 때문에 자료를 제출하지 않은 것으로 명시하고 있다.

2. 국가별 사례 분석

1) 제공 서비스 및 인력 현황

우리나라 요양병원과 일본의 요양병상은 치료와 요양을 동시에 제공하도록 되어 있다. 우리나라 요양병원의 경우 의료법 제3조에는 장기 입원이 필요한 환자에게 의료 행위를 제공하는 의료기관으로 규정하면서 의료법 시행 규칙 제36조에는 노인성 질환자, 만성 질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복 기간에 있는 자 중 주로 요양이 필요한 자로 하였다. 이에 따라 급성기 병원에 비하여 완화되어 있기는 하지만 의사, 간호사는 기본 인력 조건에 포함되어 있으며, 일정한 시설, 인력 기준이 충족되면 물리 치료, 작업 치료 등의 재활 서비스를 제공하기도 하고 치료 서비스와 더불어 요양 서비스를 제공하고 있다.

미국에는 전문 간호시설(skilled nursing facility)과 장기 요양병원(long-term care hospital)이 우리나라의 요양병원과

유사하다고 할 수 있다. 전문 간호시설은 Medicare에서 지불하는 대표적인 급성기 이후(post-acute care) 치료 기관으로 입소자의 의학적 및 간호 관리 요구에 따라 단기 전문 간호케어, 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료 서비스와 같은 재활 서비스를 제공한다⁶⁾. 의료기관과 다소 다른 점은 의사가 필수 인력에 포함되지 않는다는 점이다. 그러나 요양보다는 치료에 중점을 두는 기관이라 할 수 있다. 이에 따라 인력 구성도 다양하여 전문 간호와 전문 재활을 제공할 수 있는 인력을 필요로 하는데, 간호사, 작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 청각사(audiologist) 등이 포함된다. 반면 장기 요양병원은 미국의 전문 간호시설, 입원 재활시설(inpatient rehabilitation facility) 등의 다른 급성기 이후 치료 기관과 비교하여 가장 고비용 기관이며, 장기간 병원의 치료가 필요한 복합적인 급성 또는 만성 질환의 임상적인 복합 질병을 가진 환자를 치료하는 기능을 수행한다. 따라서 전문 간호시설에 비하여 보다 중증도가 높은 급성기 입원 환자에 대한 서비스를 제공한다. 메디케어에서 지불할 수 있는 장기 요양병원로서의 요건을 갖추기 위해서는 기본적으로 급성기 병원의 시설 및 인력 조건을 만족시켜야하며⁷⁾, 이에 따라 의사가 24시간 상주하면서 환자 치료에 적극적으로 개입한다.

캐나다에서의 병원 내 장기요양 병상은 복합 지속 치료 병상(complex continuing care, CCC)이라고 할 수 있다⁸⁾. 독립된 건물로도 설립이 가능하고 재활 병원이나 급성기 병원 내의 지정된 병상에서도 서비스를 제공할 수 있다. 만성 질환이나 특별한 의료 기술에 기반한 치료를 요하는 장애를 가진 환자를 대상으로 자택이나 장기 요양시설에서 가능하지 않은 치료 서비스를 장기간 제공한다. 즉, CCC는 병원 입원, 정기적인 의사의 진료, 사정, 전문적인 인력에 의한 적극적인 치료와 관리를 요하는 상태의 의학적으로 복합적인 환자를 대상으로 특별한 치료 프로그램을 제공하는 것이다. 이에 따라 환자의 기능 수준을 끌어올려 지역사회나 장기 요양시설로의 퇴원까지를 목적으로 한다. 실제로 많은 환자들이 의사, 작업치료사, 언어치료사, 물리치료사, 영양사를 포함한 다학제적 팀의 치료를 받는다.

네덜란드의 너싱홈은 유럽의 다른 국가와는 차별되게 치료의 비중을 높여 장기 치료, 재활, 완화의료 서비스, 관찰, 진단, 상담 등의 서비스를 제공하고 있다. 집중적인 재활 노력으로 입원 환자의 약 1/3이 퇴원하여 지역 사회로 돌아간다⁹⁾.

이와 같은 서비스가 가능한 이유는 인력 구성에 있는데, 네덜란드에는 너싱홈 전문의(nursing home physician)이라는 제도가 있다. 1960년대까지 너싱홈에서 제공되는 의학적 치료는 주로 일반의와의 협진을 통하여 이루어졌다. 그런데 너싱홈 환자의 치료 욕구를 충족시키는데 적합한 기술과 능력이 부족하다는 증거가 나오기 시작하면서 특별히 수련받은 의사에 대한 욕구가 커졌다. 즉, 다양한 의학적 문제에 즉각적으로 활용 가능하며, 쉽게 접근할 수 있는 일반의여야 하는 한편, 노인성 질환 분야의 전문가여야 하면서 다학제적 치료팀의 관리자가 필요하게 되었다. 이에 따라 20년 넘게 논의를 거친 후 1990년에 Royal Dutch Medical Association은 2년간의 너싱홈 의학의 수련을 받은 새로운 전문의를 도입하였다^{10,11)}. 너싱홈 전문의는 의과대학 졸업 후 2년간의 수련 과정을 마쳐야 하는데 수련 과정에는 재활, 만성 질환 관리, 종말기 의료를 포함한 전통적인 노인 의학의 내용과 관리 이슈로 구성된다. 너싱홈 의학 수련 과정은 실제적인 부분과 이론적인 부분으로 구성된다. 이론 프로그램의 가장 중요한 요소는 노인에서의 급성 의학적 문제, 만성 치료의 방법론적 측면, 노년 증후군, 장기 요양에서의 의사 소통, 만성 질병과 장애, 장기요양에서의 협력, 노인 심리학, 관리, 재활, 치료의 법적인 측면, 완화 의료, 윤리적인 측면 등이 포함된다¹²⁾.

2) 입원 기준

환자의 입원 기준은 임상적 상태, 의료적 필요도, 재원 일수가 사용되었다. 이러한 기준 중 하나만을 사용하기도 하고, 여러 가지를 동시에 적용하기도 하였다.

(1) 임상적 상태

임상적 상태 중 우선적으로 고려할 수 있는 것은 상병이다. 일본의 요양병상에서는 입원 기준으로 특정 상병을 제한하고 있지는 않다. 반면 우리나라 요양병원의 경우에는 ‘노인성 질환’, ‘만성 질환’, ‘외과적 수술 또는 상해 후 회복’이라고 매우 광범위하게 명시하고 있다.

(2) 의료적 필요도

전술한 임상적 상태도 의료적 필요도에 포함된다고 할 수 있으나, 여기에서의 의료적 필요도는 일정한 형식을 갖춘

환자평가 도구로 판정하는 필요도를 말한다. 우리나라를 포함한 일본, 캐나다, 미국의 전문 간호시설에서는 Resident Assessment Instrument (RAI)-Minimum Data Set (MDS) 혹은 이와 유사한 도구를 이용하여 의료적 필요도를 판단한다. 환자평가 요소는 주로 질병, 임상적 상태, 일상생활 수행능력 등이며, 이를 종합하여 의료적 필요도의 경중을 평가하고 분류군을 결정한다.

우리나라에서도 2008년 1월 1일부터 요양병원에 입당 정액제가 도입되면서 일본 요양병상의 환자 평가표, 미국의 RAI 등을 바탕으로 환자 평가표를 개발하였다. 환자 평가표는 환자의 의료적 필요도를 측정하는데 사용되며, 이를 바탕으로 의료 최고도, 의료 고도, 의료 중도, 문제 행동군, 인지 장애군, 의료 경도, 신체기능 저하군 중 하나로 환자의 분류군을 결정한다. 그러나 환자 평가표로 측정된 의료적 필요도는 요양병원 입원의 적합성 여부를 판단하는 기준이라고 하기에는 무리가 있다. 또한 미국의 장기 요양병원의 경우 환자 입원 기준으로 현재 InterQual Long-Term Acute Care Criteria가 개발된 상태이다. 이러한 기준에는 ① 심장 또는 혈압 또는 호흡 부족, 개방 창상, 3도 혹은 괴저성 상처, 수혈을 요하는 위장 및 혈액학적 상태 혹은 치료를 요하는 감염과 같은 환자의 임상적 특징, ② 지속적인 정맥주사 혹은 투약 관리, 폐 모니터링, 맥박 산소측정, 완전비경구영양(total parenteral nutrition) 혹은 위관영양, 지속적인 위장 흡인, 복합적인 상처 치료, 흉관 삽입, 인공 호흡기와 같은 특정한 치료 필요 여부의 요소가 포함된다. 그런데 이와 같은 기준을 적용하는데 있어서 입원 이전에 선별 검사를 하고 기준 적합 여부를 48시간 이내에 입증하며, 주기적으로 환자를 평가하여 입원 기준에 해당하는지의 여부를 판단한다⁷⁾. 그러나 이와 같은 도구는 장기 요양병원에서 적용 가능한 하나의 사례에 불과하므로 환자의 상태와 필요한 치료의 종류에 따라 입원이 결정된다. 또한 원칙적으로 장기 요양병원에서는 다른 급성기 이후 시설에서 치료할 수 없는 복합 상병의 중증도가 높은 환자에게 치료 서비스를 제공하도록 되어 있다.

캐나다에서는 의료적 필요도를 입원 기준을 설정하여 장기 요양시설과 기능을 구별하고자 하였다. 1994년에 만성기 치료 및 재활 워킹 그룹(chronic care and rehabilitation working group)에서 수행한 연구^{13,14)}에서는 MDS data에 근거한 Resource Utilization Group (RUG)-Ⅲ가 CCC 병원 환자의

분류로 가장 적합하다는 결론을 내렸다. 이에 따라 온타리오 주에서는 1996년 7월 1일부터 MDS 2.0을 사용하였고 같은 해에 설립된 보건의료서비스 재편 위원회(Health Services Restructuring Commission)에서는 RUG-Ⅲ 구분으로 장기 요양시설 병상과 CCC 병상을 나누도록 제안하였다. 위원회의 제안에서는 임상적 복합군, 진료 집중군, 특수 치료군과 일부 재활 집중군은 일반적으로 CCC 병상에 적합하고, 문제 행동군, 인지 장애군, 신체기능 저하군은 장기 요양시설에 적합하다고 권고하고 신규 입원에 있어 가이드라인으로 사용되어야 한다고 제시하였다.

(3) 재원 일수

재원 일수를 입원 기준으로 사용한다는 것은 요양병원에 입원하는 환자는 장기간 치료를 받아야 할 정도의 중증도 및 임상적 상태이어야 함을 나타낸다고 할 수 있다. 재원 일수를 입원 기준으로 명확하게 적용하는 사례는 미국의 장기 요양병원이며, 25일 이상으로 명시하고 있다⁹⁾. 일본의 요양병상과 우리나라 요양병원에서는 입원 일수에 대한 명확한 기준은 없으나 ‘장기에 걸쳐 요양이 필요한 환자’, 혹은 ‘장기 입원이 필요한 환자’로 하여 급성기의 단기 입원이 아닌 장기적인 입원이 필요한 환자가 입원하여야 한다고 제시하고 있다.

3) 관련 기관과의 연계

요양병원은 노인 의료체계라는 관점에서 볼 때, 급성기 병원과 장기 요양시설 사이에 위치한다고 볼 수 있다. 이에 따라 관련 기관과의 연계는 중요한 요양병원의 기능이라 할 수 있다. 구체적으로는 급성기 치료 이후에 지속적인 치료가 필요한 환자만을 요양병원에 입원하게 한다면, 요양병원에서의 급성기 이후 치료가 종료된 환자를 빠른 시일 내에 지역사회나 장기 요양시설로 전원시켜서 노인의 사회 복귀를 앞당기는 역할을 수행하여야 한다는 것이다. 현재 우리나라 요양병원의 경우 급성기 병원 또는 장기 요양시설과의 연계가 명문화되어 있지는 않다. 다만 의료법 시행규칙에서 의료기관에서 요양병원으로 환자를 전원시킨 경우에는 진료 기록 사본 등을 요양병원에 송부하도록하고 있는 정도이다. 그런데 미국에서도 유사한 문제가 제기되었는데 전문 간호시설, 장기 요양병원, 입원 재활시설 등 급성기 이후 치료 기관간 연계가 원활하

지 않아 기관 수와 치료비가 증가하고 있는 것으로 드러났다¹⁵⁾.

캐나다 온타리오 주에서는 요양병원과 관련 기관간 연계 사례를 찾을 수 있다. 온타리오 주의 Chatham-Kent county에서는 CCC와 다른 기관간의 인터페이스를 구축하기 위해서 별도의 Task-Force 팀을 조직하여 환자 전원 시스템을 구축하였다¹⁶⁾. CCC에 환자를 전원시키고자 할 때는 전원 의뢰서를 우선 팩스로 송부하여야 한다. 전원 의뢰서에는 ① 상병, 기능 수준, 행동 문제에 대한 기본적인 평가, ② 복합 치료 및 완화 의료에 대한 요구도, ③ 지역 사회에서 제공할 수 없는 기술적 서비스에 대한 요구도, ④ 지역사회 서비스에서 제공할 수 없는 수준의 치료 요구도, ⑤ 진단이 포함된다. 전원 의뢰서를 송부받은 CCC에서는 일일 평균 4.7시간 이상의 간호가 필요한지, 2종류 이상의 재활이 필요한지, 임상적 증상이 어떠한지, 복합적인 검사가 필요한지, 퇴원 목적지와 관련한 환자 및 가족의 선택은 무엇인지 등을 종합적으로 평가하여 입원 기준에 적합할 경우 CCC에 입원시킨다. 그 후 CCC에서는 치료 계획을 수립하고 1주일에서 2주일 사이에 최초 RAI-MDS를 평가한다.

고 찰

본 연구는 “요양병원이 우리나라에서 어떠한 역할과 기능을 수행하여야 하는가?”에 대한 최근의 논의를 위하여 외국의 사례를 우리나라와 비교한 결과를 제시함으로써 기초적인 자료를 제공하고자 수행되었다. 그러나 건강보험에서 지불되는 의료기관의 한 종류로 요양병원이 운영되고 있는 국가는 우리나라가 유일하기 때문에 동일한 사례는 거의 없었다. 또한 일본의 요양병상은 의료보험에서 지불되는 의료 요양 병상과 개호보험에서 지불되는 개호 요양 병상으로 구분되어 있고, 미국의 장기 요양병원에 대해서는 Centers for Medicare and Medicaid Services에서 비용 통제가 엄격하여 2009년 현재 미국 전역에 427개소만이 운영되고 있는 등 국가별로 보건의료제도의 전반적인 틀이 다르기 때문에 결과 해석에 있어서는 주의가 필요하다. 이와 더불어 자료가 구득 가능한 국가를 중심으로 고찰하여 소수의 국가 사례만을 살펴보는 데 그쳤다는 제한점이 있다.

요양병원과 요양시설에 대한 최근의 논의를 살펴보면 전체 보건의료 체계에서 요양병원의 기능에 대해서는 부정적인

견해가 존재하고 있다. 선행연구¹⁷⁾에 의하면 요양병원당 입원 환자당 입원 일수는 2009년 현재 평균 109.7일로 약 4개월에 달하였으며, 이는 2008년에 비하여 증가한 것이었다. 또한 뇌졸중 발병 6개월 이후에 효과가 비교적 낮다고 알려진 재활 치료를 실시하는 병원의 비율이 상급 종합병원이나 종합병원에 비하여 매우 높았으며, 뇌졸중으로 요양병원 입퇴원 후에 다시 뇌졸중 상병으로 상급 의료기관으로 입원하는 환자가 있었다는 연구도 발표되었다¹⁸⁾. 이와 같은 결과는 요양병원 진료의 질 및 병원으로서의 적정 입원 일수에 대한 문제 제기를 뒷받침하는 것이라 할 수 있다. 그러나 요양병원은 급성기 병원의 노인 입원 일 수 및 노인 입원 진료비를 줄이는 영향력이 존재한다는 선행연구¹⁹⁾가 발표되었듯이 급성기 병원의 비싼 진료비를 감소시킬 수 있는 유용한 대체제로 작용할 수 있다. 이를 미국이나 캐나다의 사례와 연계하여 본다면 급성기 병원에서 조기 퇴원한 환자들을 대상으로 한 아급성기 치료 및 급성기 이후 치료를 제공하여 조속한 사회 복귀를 유도하는 역할을 수행할 수 있다는 것을 시사한다. 또한 우리나라 요양 병원과 유사한 형태인 네덜란드 너싱홈의 경우 지역 사회의 노인 보건의 관련 다양한 기관의 허브로서의 역할을 수행하고 있다^{9,11)}.

요양병원이 현재보다 치료적인 측면이 강조된 역할을 담당하기 위해서는 몇 가지 제도적 정비가 필요하다. 첫째, 요양병원 입원 및 급여 기준을 재정비하는 작업이 시급하다²⁰⁾. 미국의 장기 요양병원의 경우 현재 우리나라 요양병원 환자 분류군 중 의료 최고도, 의료 고도에 해당하는 환자가 입원하고 있으며 캐나다의 CCC에 대해서도 문제 행동군, 인지 장애군, 신체기능 저하군은 장기 요양시설에 입소하는 것이 적합하다는 권고가 있었다. 이러한 외국의 사례를 참고한다면 현재 우리나라 요양병원의 환자 분류군에서 의료 최고도, 의료 고도, 일부 의료 중도, 일부 의료 경도의 입원이 타당할 것으로 판단되지만, 현재는 의료 최고도에서 신체기능 저하군까지 다양한 환자가 입원하고 있다. 그런데 이와 같은 정책 방안이 실효성을 가지기 위해서는 재가나 장기 요양시설 관련 제도들이 동시에 논의되어야 한다. 현재 신체기능 저하군의 경우 의료기관의 입원보다는 재가나 요양시설에서 적절한 서비스를 받는 것이 합당하다는 공감대가 형성되어 있다. 그러나 요양시설에 입소하기 위해서는 장기 요양등급 1등급 혹은 2등급을 받아야 하는데, 신체기능 저하군의 경우 기준에 적합

하지 않아서 등급을 받는 것이 어려운 실정이며, 집으로 돌아가는 경우에도 현실적으로 돌볼 사람이 없는 경우도 많다. 따라서 재가서비스 지원 강화, 장기 요양시설 입소 기준 확대 등의 관련 정책에 대한 논의가 필요하다.

둘째, 요양병원이 앞서 언급한 정도의 환자에 대한 입원치료를 담당한다면 인력과 시설 기준은 상향 조정되어야 한다. 현재 의료법에서 일반 병원급은 환자 20명당 의사 1명을 기준으로 하고 있으나, 요양병원은 40명 당 1명으로 하고 있으며, 의사 수에 한의사를 포함하여 산정하도록 하고 있다. 또한 간호사의 경우에도 병원급에는 1일 입원 환자 2.5명 당 1명으로 규정하고 있으나, 요양병원은 6명 당 1명으로 하고 있고 간호조무사를 간호사 정원의 3분의 2범위 내에서 둘 수 있도록 하고 있다. 그런데 Medicare에서 진료비를 지불하는 미국의 장기 요양병원은 급성기 병원과 동일한 인력 시설 기준을 적용받고 있다. 따라서 이러한 외국의 사례를 참고 한다면 현재의 기준은 재정비될 필요가 있다. 또한 외국의 경우 의사, 간호사 외에 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 영양사 등 다양한 인력이 환자 치료에 참여하고 있으므로 이를 참고할 수 있다.

마지막으로 우리나라 요양병원이 전문화 특성화되어야 한다는 주장이 제기되고 있는데³²⁾, 이와 같은 주장에는 요양병원의 분화가 포함된다고 할 수 있다. 즉, 내과 질환 치료, 치매 환자 치료, 재활 환자 치료 등 각 요양병원의 장점을 특화할 수 있는 제반적 환경이 필요하다는 것이다. 그런데 이와 같은 방안을 고안하기 전에는 우선적으로 현재 요양병원이 어떠한 진료 기능을 수행하고 있는지 분석하는 것이 필요하다. 그런데 미국의 장기 요양병원의 전문 진료분야 유형화를 도모하였던 선행연구²²⁾에서도 약 60%의 병원은 어떤 특징을 가지는지 명확하게 분석하지 못하였다. 따라서 실증 분석 자료와 더불어 정책 요구도에 대한 면밀한 검토가 이루어져야 한다.

요 약

연구배경: 본 연구는 최근 급증하고 있는 요양병원의 역할에 대한 논의에 기초 자료를 제공하고자 외국의 요양병원 관련 사례를 고찰하였다.

방법: OECD Health Data를 토대로 전반적인 현황을 살펴보고, 사례 연구의 방법을 활용하여 미국, 일본 등 일부 국가를

대상으로 제공 서비스, 인력 구성, 입원기준, 관련 기관과의 연계에 대하여 고찰하였다.

결과: OECD 국가의 요양병원은 병원 내 장기요양병상으로 정의되어 있는데, 일부 국가에서만 제도화하고 있었다. 우리나라와 유사한 제도를 실시하고 있는 일본, 캐나다, 미국의 사례를 살펴 본 결과, 우리나라 요양병원에 비하여 중증도가 높은 환자에 대한 통합적인 치료 및 간호 서비스를 제공하고 있었으며, 환자 입원 기준을 명확하게 규정하려는 시도를 하였고, 전원 시스템을 통하여 다른 기관과의 연계를 꺾고 있었다.

결론: 이와 같은 외국의 사례를 참고하여 우리나라 국민의 요양병원에 대한 정책적 요구도와 요양병원의 현실을 반영하여 향후 역할과 기능에 대한 폭넓은 논의와 더불어 기능 외에 비용-효과성을 포함한 비용과 질에 대한 고찰도 필요하다고 판단된다.

REFERENCES

1. Health Insurance Review & Assessment Service. Statistical report. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2012.
2. Seo YJ. Plan for role of long-term care hospital and long-term care facility. Res Natl Health Insur Policy 2009;8:140-53.
3. Kim YB. A study on evaluation and improvement of long-term care hospitals for changing long-term care hospital fee system. Korean J Health Serv Manage 2011;5:105-17.
4. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2011. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2011.
5. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data 2011 Definitions, sources, and methods. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2011.
6. MedPac. Skilled nursing facility services payment system. Washington DC: MedPac; 2009.
7. MedPac. New approaches in medicare. Washington DC: MedPac; 2004.
8. Canadian Institute for Health Information. Facility-based continuing care in Canada, 2004-2005. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2006.
9. Ribbe MW, Ljunggren G, Steel K, Topinkova E, Hawes C, Ikegami N, et al. Nursing homes in 10 nations: a comparison between countries and settings. Age Ageing 1997;26 Suppl

- 2:3-12.
10. Hoek JF, Ribbe MW, Hertogh CM, van der Vleuten CP. The role of the specialist physician in nursing homes: the Netherlands' experience. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18:244-9.
 11. Conroy S, Van Der Cammen T, Schols J, Van Balen R, Peteroff P, Luxton T. Medical services for older people in nursing homes—comparing services in England and the Netherlands. *J Nutr Health Aging* 2009;13:559-63.
 12. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004;5:207-12.
 13. Milbank Memorial Fund. Implementing the resident assessment instrument: case studies of policymaking for long-term care in eight countries. New York: Milbank Memorial Fund; 2006.
 14. Ontario Hospital Association. Optimizing the role of complex continuing care and rehabilitation in the transformation of the health care delivery system. Toronto: Ontario Hospital Association; 2006.
 15. DeJong G. Bundling acute and postacute payment: from a culture of compliance to a culture of innovation and best practice. *Phys Ther* 2010;90:658-62.
 16. Essex, Kent & Lambton District Health Council. Long-term care-complex continuing care interface in Chatham-Kent. Essex: Essex, Kent & Lambton District Health Council; 2004.
 17. Kim DH, Kim MH, Hwang JY. Factors of increasing in medical expenditures of long term care hospital. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2010.
 18. Song HJ, Chae JM. Function establishment of long term care hospital for efficient elderly healthcare system. Seoul: Health Insurance Review & Assessment Service; 2011.
 19. Kim DH, Lee TJ. Effect of expansion of long-term care hospitals on elderly hospitalization in acute care hospitals. *Korean J of Health Policy Adm* 2009;19:81-96.
 20. Choi ID, Lee EM. Study on the efficient integration of long-term care facilities and geriatric hospitals by using NHIC survey data. *J Korean Gerontolo Soc* 2010;30:855-69.
 21. Park IS, Kim SK. Korean elderly long-term care insurance system and long-term care hospital. *J Korean Geriatr Soc* 2008;12:68-73.
 22. Liu K, Baseggio C, Wissoker D, Maxwell S, Haley J, Long S. Long-term care hospitals under Medicare: facility-level characteristics. *Health Care Financ Rev* 2001;23:1-18.