

Original Article

한의원서비스 제공여부에 따른 요양병원 현황 분석 - 2024년 1~3월 인증평가완료 요양병원을 중심으로

윤해창^{1*}, 이선동²

¹황금요양병원, ²행파한의원

Analysis of the Status of Convalescent Hospitals Certified from January to March 2024: Focus on Korean Medicine Services

Hae-chang Yoon^{1*}, Sundong Lee²

¹Hwanggeum convalescent hospital, ²Haengpa Korean Medicine clinic

Background: The Republic of Korea has maintained a stable number of convalescent hospitals; however, the presence of Korean Medicine(KM) doctors in such establishments has increased. Despite this trend, it is hard to find the recent researches on KM within convalescent hospitals.

Objective: This study aimed to investigate the current status of convalescent hospitals, particularly focused on patient characteristics and the provision of KM.

Method: Data were obtained from the Health Insurance Review&Assessment Service, relying on the Korea Institute Healthcare Accreditation, spanning from January to March 2024. Analysis was conducted through the categorization of in-patients and the provision of KM, utilizing R software.

Results: Among the 143 convalescent hospitals, the majority(83.9%) provided KM, with 43.4% of them located near Seoul. Convalescent hospitals offering KM were characterized by a higher number of doctors($p=0.003$) and a greater total bed number($p<0.001$). The hospitals with KM specializing in dementia care located near Seoul and exhibited a higher proportion of doctors, total beds($p=0.010$), uninsured beds, grade of certification evaluation(Gr) and supported activities of daily living(ADL)($p<0.001$, respectively). However, the hospitals with KM specializing in cancer care had higher rate of doctors($p=0.036$), total beds, uninsured beds, Gr, and average daily out-of-pocket per person and lower levels of self ADL($p<0.001$, respectively). In addition, the hospitals with specialists in KM belonging to dementia care only located near Seoul($p=0.042$) and exhibited a higher rate of total beds($p=0.007$).

Conclusion: These findings indicate significant differences among convalescent hospitals based on patient characteristics and the provision of KM. Consequently, such distinctions merit consideration in future studies.

Key Words : Convalescent hospital, Korean Medicine, specialist, research

서론

2023년 인구총조사에 따르면 65세 이상 인구는 약 973만명으로 고령인구비율이 전체 대비 19.0%에

이르렀다¹⁾. 65세 이상 인구가 14% 이상인 경우 고령화사회, 20% 이상인 경우 초고령화사회라 하는데, 장래인구추계를 통해 한국은 2025년 65세 이상 인구가 약 1,051만명, 20.3%에 이르러 초고령사회에

• Received : 22 July 2024

• Revised : 20 August 2024

• Accepted : 20 August 2024

• Correspondence to : Hae-chang Yoon

Hwanggeum convalescent hospital, 3F, 216, Suseong-ro, Suseong-gu, Daegu, Republic of Korea

Tel : +82-53-765-1111, Fax : +82-50-4392-9435, E-mail : yoon5100@naver.com

진입할 것으로 예상된다²⁾.

인구 고령화에 따라 의료이용이 증가하고 있으며 장기요양의 수요에 대응하기 위하여 2008년 노인장기요양보험제도와 함께 요양병원 수가제도가 본격적으로 시작되었다³⁾. 요양병원은 의사, 치과의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위를 하는 병원급 의료기관의 하나로, 30개 이상의 요양병상(장기 입원이 필요한 환자를 대상으로 의료행위를 하기 위해 설치한 병상)을 갖추고 있다⁴⁾. 한의사는 의사와 동등하게 요양병원의 설립 및 지위와 권한을 갖고 있으며⁵⁾ 2024년 기준 전국 1,382개 요양병원에서⁶⁾ 1,948명의 한의사가 종사하고 있다⁷⁾. 이는 전체 한의사의 8.43%에 불과하나 한의의료기관인 한의원(74.89%), 한방병원(11.80%)을 제외하고 가장 많은 비율의 한의사가 종사하고 있는 의료기관이다⁷⁾.

이와 달리 요양병원의 수는 2020년까지 증가세를 보이다 이후 감소하고 있는데⁶⁾, 건강보험심사평가원의 적정성 평가 및 의료기관평가인증원의 인증평가 제도를 통하여 낮은 의료수가로 인한 의료서비스와 요양서비스를 혼재하여 제공하는 역할을 구분하고 대상자의 입소 또는 입원 기준을 명확히 한 결과라고 할 수 있다³⁾. 이에 따라 요양병원은 보다 의료서비스에 집중하게 되었고 환자 구성을 기준으로 크게 복합기능, 재활치료, 호스피스완화의료, 이급성기 치료를 중심으로 운영되는 곳으로 구분할 수 있다⁸⁾. 강태리, 이상룡의 연구(2015)에 따르면 요양병원에서 근무하는 한의과 협진 환자의 주소증으로 동통성 질환(91.5%)이 가장 많았으며 증풍후유증(76.8%), 치매(35.4%), 사지혈액순환장애(35.3%), 수족진전(12.2%) 순으로 나타났다⁵⁾. 이외에도 이정희 등(2017)이 요양병원 내 치매환자에 대한 실태 및 한양방 협진이 치매의 진행에 미치는 영향에 대해 보고한 바 있으며⁹⁾ 문준석, 신현태의 연구(2013)에서는 요양병원 근무한의사의 소진에 영향을 미치는 요인을 탐색하였다¹⁰⁾. 추가적으로 요양병원에서 행해지는 전반적인 한의진료서비스에 대한 조사¹¹⁾와 한

양방 수가를 비교한 연구¹²⁾가 수행되었다.

선행 연구를 살펴보면 간헐적으로 요양병원 내 한의진료서비스 또는 한의사에 대한 연구가 이루어졌으나 요양병원의 특성과 한방전문의 여부에 따른 분석결과는 보고된 바가 없다. 또한 선행연구의 수행 시기가 다소 경과하여 한의의료기관 외 가장 다수의 한의사가 한의진료서비스를 제공하고 있는 요양병원의 최근 실태를 반영한 연구는 미진한 실정이다. 따라서 본 연구는 최근 3개월 간 인증평가를 완료한 요양병원을 중심으로 한의진료서비스 제공여부에 따른 요양병원의 현황을 분석하고자 한다.

연구 방법

1. 연구대상 및 방법

2024년 1분기 기준 전국 요양병원의 수는 1,382개소로¹³⁾, 본 연구는 최신 현황을 파악하기 위하여 의료기관평가인증원의 인증현황을 통해 2024년 1월~3월 인증평가를 완료한 요양병원 143곳을 대상으로 하였다. 대상 항목은 건강보험심사평가원의 병원별 의료정보의 병원정보 공개사항으로, Microsoft Excel(Redmond, WA, USA)을 이용하여 자료원을 구축하였다. 구체적으로 병원별 의료정보의 병원정보 공개사항에 포함된 지역, 설립구분, 병상수, 시설 입지정보, 의사수, 입원환자 3대 다빈도 질병현황, 입원환자 일상생활 수행정도, 요양병원 인증정보, 급여비용을 추출하였다. 위 자료원 내에 요양병원의 특성을 직접 분류한 항목은 존재하지 않았으나 입원환자 일상생활 수행정도의 전체 평균이 8.75%인 것과 비교하여 입원환자 3대 다빈도 질병현황 가운데 암 상병명의 비율이 높은 요양병원 8개소의 경우 독립 생활이 가능한 환자가 40% 이상, 평균 83.65%에 달해 결과를 제시하는데 편향성을 줄이기 위하여 치매 환자 또는 암 환자 중심으로 구분하여 비교하였다. 한방전문의의 경우 치매 환자 중심의 요양병원에만 분포하는 것으로 확인되어 이에 대해서만 분석하였

다. 일반적인 특성의 경우 기술분석을, 한의원진료서비스 제공여부 및 한방전문의 여부에 따른 분석의 경우 범주형 자료는 카이제곱검정 또는 피셔의 정확한 검정, 연속형 자료는 표본수가 적고 정규성을 만족하지 않으므로 비모수검정인 윌콕슨의 부호순위 검정을 이용하여 집단별로 비교분석하였다. 통계분석의 유의성에 대한 판단은 $p < 0.05$ 수준에서 검증하였고 분석을 위한 프로그램은 R v4.3.3(Statistics Department of the University of Auckland, New Zealand)을 이용하였다.

2. 대상변수

의료법 제2조 제2항에 따라 한의사는 한방의료와 한방 보건지도를 임무로 하므로¹⁴⁾ 한의원진료서비스 제공여부는 요양병원 종사자 항목 내 한의사 유무로 판단하였다. 지역은 보건복지부의 권역분류에 따라¹⁵⁾ 서울/인천/경기/강원, 대전/충청/세종, 대구/경북, 부산/울산/경남, 광주/호남/제주로 구분하였다. 설립구분은 개인 또는 그 외(의료법인, 공립, 소비자생활협동조합, 사회적협동조합)로 분류하였으며 병상수는 총 병상수와 상급 병상수로 나누었다. 시설입지는 단독건물 또는 상가건물로 분류하였으며 의사수는 등록된 총 의사수를 기준으로 하였다. 입원환자 다빈도 질병현황은 상위 3가지가 공개되며 이를 기준으로 치매 또는 암 중심 요양병원으로 구분하여 분석하였다. 입원환자 일상생활 수행정도는 옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위 변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 앉기, 방 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 총 10개 항목으로 각각 완전 자립(1점), 감독 필요(2점), 약간의 도움(3점), 상당한 도움(4점), 전적인 도움 및 행위 발생 안함(5점)으로 평가하여 1단계(스스로 수행 가능), 2단계(타인의 도움이 필요), 3단계(타인의 도움이 전적으로 필요)로 구별된 결과를 이용하였다¹⁶⁾. 요양병원 인증등급은 3주기 인증기준에 따라 3개 영역, 12개 장, 55개 기준, 268개 조사항목 중 시범항목을 제외한 262개 항

목을 토대로 종합점수 87점 이상 1등급, 79점 이상 87점 미만 2등급, 71점 이상 79점 미만 3등급, 63점 이상 71점 미만 4등급, 63점 미만 5등급으로 구분된 결과를 이용하였다¹⁷⁾. 급여비용은 1일당 평균 총 진료비로, 비급여 대상(상급 병실료 등)이나 간병비, 소모품비(기저귀 등)는 포함되지 않았다.

결 과

2024년 1월부터 3월까지 의료기관인증평가원을 통해 요양병원 인증을 취득한 곳은 143개소로, 이중 한의원진료서비스를 제공하는 곳은 120곳, 한의원진료서비스를 제공하지 않는 곳은 23곳으로 나타났다. 가장 많은 수의 요양병원이 서울/인천/경기/강원에 위치하고 있었으며 한의원진료서비스를 제공하는 곳의 경우 부산/울산/경남이, 한의원진료서비스를 제공하지 않는 곳의 경우 대전/충청/세종이 2순위로 확인되었다($p=0.003$). 한의원진료서비스 제공과 설립구분은 개인과 그 외(법인, 공립, 소비자생활협동조합, 사회적협동조합)의 차이는 없었다. 구체적으로 개인 설립 외에 의료법인이 62곳으로 가장 많았고 공립 6곳, 소비자생활협동 3곳 순이었다. 그 가운데 의료법인 53곳, 공립 5곳, 소비자생활협동 3곳에서 한의원진료서비스를 제공하는 것으로 나타났다. 시설입지는 단독건물이 상가건물보다 많았으나 통계적으로 차이는 없었다. 총 의사수는 한의원진료서비스를 제공하는 곳이 제공하지 않는 곳보다 약 2배 많았다($p < 0.001$). 총 병상수는 한의원진료서비스를 제공하는 곳이 제공하지 않는 곳보다 많았으나($p=0.003$) 상급 병상수는 유의한 차이가 없었다. 요양병원 인증등급 역시 한의원진료서비스 제공여부에 따른 차이가 유의하게 나타나지 않았다. 입원환자 일상생활 수행정도는 한의원진료서비스 제공하는 경우 독립생활이 가능한 비율이 낮고 보조가 필요한 경우 비율이 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 1인당 1일 평균 본인부담금은 한의원진료서비스를 제공하는 곳이 조금 더 높게 나타

났으나 유의한 차이는 아니었다($p=0.057$)(Table 1).

입원환자 3대 다빈도 질병현황은 알츠하이머성 치매가 128개소로 가장 많았으며 뇌경색 57개소, 편마비 53개소, 파킨슨병 25개소 순으로 나타났다. 각각의 분포는 알츠하이머성 치매가 6.5~81.1%, 뇌경색 3.2~27.9%, 편마비 5.4~46.5%, 파킨슨병 4.1~13.0%인 것으로 확인하였다. 압 중에서는 유방암 8개소(10.4~29.6%), 폐암 6개소(7.3~17.8%), 위암 5개소(4.8~12.6%), 난소암 2개소(10.4~15.6%), 직장암 1개소(8.3%)로 나타났다. 압 환자 중심의 요양병원 8개소 중 6곳은 3대 다빈도 질병현황이 3가지 모두 압에 해당하였으며 다른 2곳은 2가지가 압에 속하였다.

치매 환자 중심의 요양병원은 135개소로, 이중 한의진료서비스를 제공하는 곳은 115곳, 한의진료서비스를 제공하지 않는 곳은 20곳으로 나타났다. 지역

별 분포는 전체와 유사하였고($p<0.001$) 설립구분은 개인 설립이 조금 더 많았지만 유의한 차이는 아니었다. 시설입지와 총 의사수(각 $p<0.001$)는 전체와 비슷하였으나 총 병상수($p=0.010$), 상급 병상수($p<0.001$)는 한의진료서비스를 제공하는 곳이 더 많은 것으로 나타났다. 요양병원 인증등급은 한의진료서비스를 제공하는 경우 낮게 나타났으며($p<0.001$) 입원환자 일상생활 수행 정도는 한의진료서비스를 제공하는 경우 독립생활이 가능한 비율이 낮고 보조가 필요한 비율이 높았으며 완전 의지하는 비율은 낮았다(각 $p<0.001$). 1인당 1일 평균 본인부담금은 한의진료서비스를 제공하는 곳이 높았으나($p<0.001$) 전체보다 차이가 적었다(Table 2).

압 환자 중심의 요양병원은 8개소로, 이중 한의진료서비스를 제공하는 곳은 5곳, 한의진료서비스를

Table 1. Variables of All Convalescent Hospitals according to Korean Medicine Service

	Korean Medicine service		P value
	Yes (n=120)	No (n=23)	
Area (n)			
Seoul, Incheon, Gyeonggi, Gangwon	47	15	0.003
Daejeon, Chungcheong, Sejong	12	6	
Daegu, Gyeongbuk	13	1	
Busan, Ulsan, Gyeongnam	33	1	
Gwangju, Honam, Jeju	15	0	
Foundation (n)			
Individual	59	13	0.518
Other	61	10	
Location of facilities (n)			
Independent	90	20	0.212
Rent	30	3	
Number of doctors (n)	6.56±2.89	3.3±1.46	<0.001
Number of total beds (n)	181.82±82.07	133.52±49.11	0.003
Number of uninsured beds (n)	11.71±15.17	11.26±17.16	0.505
Grade of certification evaluation	2.6±1.09	2.61±1.37	0.752
Degree of activities of daily life of inpatients (%)			
Self	7.5±17.3	15.27±29.17	0.345
Supported	43.74±12.73	37.53±16.35	0.084
Dependent	49.53±15.65	49.35±19.7	0.589
Average daily out-of-pocket per person (Korean won)	86,335.4±10,967.1	83,748.3±10,504.5	0.057

제공하지 않는 곳은 3곳으로 나타났다. 지역별 분포는 권역별로 차이없이 고르게 분포하였고 설립 구분은 개인 설립보다 그 외가 많았으며 그 외 7곳 모두 의료법인에 속하였다. 시설입지는 전부 단독건물로 확인되었고 총 의사수는 한의진료서비스를 제공하는 경우가 더 많았으나($p=0.036$) 전체 또는 치매 환자 중심의 요양병원의 절반 정도에 해당하였다. 총 병상수와 상급 병상수는 한의진료서비스를 제공하는 경우 약간 높게 나타났고(각 $p<0.001$) 요양병원 인증등급은 한의진료서비스를 제공하는 경우가 더 높았으며($p<0.001$) 각 구분 가운데 가장 높게 나타났다. 입원환자 중 독립생활이 가능한 비율이 매우 높게 나타났으며 한의진료서비스를 제공하는 곳이 독립생활이 가능한 비율이 낮았으며($p<0.001$) 보조가 필요한 비율이 더 높고 완전 의지하는 비율이 낮았지만

유의한 차이는 아니었다. 1인당 1일 평균 본인부담금은 한의진료서비스를 제공하는 곳이 높았으나($p<0.001$) 전체보다는 낮게 나타났다(Table 3).

한방전문의가 근무하는 요양병원은 12곳으로, 전부 치매 환자 중심의 요양병원에 해당되었고 전문분과별로 한방내과 9명, 한방재활의학과 2명, 사상체질과 1명이었다. 지역별 분포($p=0.042$)와 시설입지는 전체 또는 치매 환자 중심의 요양병원의 경향과 대체로 유사하였고 설립 구분은 한방전문의가 근무하는 경우 개인 설립이 더 많았으나 유의한 차이는 아니었다. 총 의사수, 상급 병상수, 요양병원 인증등급은 한방전문의 여부에 따른 유의한 차이가 없었으나 총 병상수는 한방전문의가 근무하는 경우가 더 많았다($p=0.007$). 한방전문의가 근무하는 경우 입원환자 중 독립 생활이 가능한 비율이 적고 보조가 필요하

Table 2. Variables of Convalescent Hospitals Major in Dementia Patients according to Korean Medicine Service

	Korean Medicine service		P value
	Yes (n=115)	No (n=20)	
Area (n)			
Seoul, Incheon, Gyeonggi, Gangwon	46	15	<0.001
Daejeon, Chungcheong, Sejong	12	5	
Daegu, Gyeongbuk	12	0	
Busan, Ulsan, Gyeongnam	31	0	
Gwangju, Honam, Jeju	31	0	
Foundation (n)			
Individual	58	13	0.332
Other	57	7	
Location of facilities (n)			
Independent	85	17	0.402
Rent	30	3	
Number of doctors (n)			
	6.69±2.87	3.55±1.39	<0.001
Number of total beds (n)			
	184.54±82.34	137.45±51.44	0.010
Number of uninsured beds (n)			
	10.77±13.82	8.95±16.47	<0.001
Grade of certification evaluation			
	2.55±1.07	2.6±1.31	<0.001
Degree of activities of daily life of inpatients (%)			
Self	4.26±6.04	4.62±5.23	<0.001
Supported	44.63±11.59	42.06±11.59	<0.001
Dependent	51.11±13.32	53.3±15.42	<0.001
Average daily out-of-pocket per person (Korean won)			
	87,033.72±10,573.55	86,720.35±7,471.31	<0.001

거나 완전 의지하는 비율이 더 많으며 1인당 1일 평균 본인부담금이 낮았지만 통계적으로 유의하지 않았다(Table 4).

고찰

본 연구는 한의진료서비스 제공여부에 따른 요양병원의 현황을 분석하고자 최근 3개월 인증평가를 완료한 143개소 요양병원의 병원정보 공개사항을 정리하여 비교하였다. 우선 입원환자 3대 다빈도 질병 현황은 치매환자가 가장 많아 최홍식 등이 보고한 바¹¹⁾와 일치함을 알 수 있었다. 또한 최홍식 등의 연구에서도 상병명에 따른 환자군이 치매 다음으로 뇌졸중, 근골격계 질환, 당뇨병, 암, 파킨슨 질환 순으로 나타나 본 연구 결과와 유사하였다¹¹⁾.

전체 요양병원의 위치를 살펴보면 서울/인천/경기/강원에 가장 많았고 한의진료서비스를 제공하는 경우 부산/울산/경남이, 제공하지 않는 경우 대전/충청/세종이 그 다음으로 나타났다. 의료기관의 분포에 대한 선행 연구에서 의료기관이 도시지역이 시골지역보다 많은 것으로 나타났으며^{13,18)} 요양병원의 경우에도 수도권에 집중되어 있는 양상을 나타내며 권역별로 조금씩 차이가 있는 것으로 확인되었다. 그러나 암 환자 중심의 요양병원은 각 권역별로 고르게 분포해 있었는데, 이는 다양한 요양병원의 기능 가운데 요양을 목적으로 하는 특성이 반영되어 있는 것으로 사료된다.

설립구분은 개인 설립과 그 외로 나누었을 때 비슷하게 나타났으나 암 환자 중심의 요양병원은 의료법인이 대부분으로 확인되었다. 의료법인은 의료업

Table 3. Variables of Convalescent Hospitals Major in Cancer Patients according to Korean Medicine Service

	Korean Medicine service		P value
	Yes (n=5)	No (n=3)	
Area (n)			
Seoul, Incheon, Gyeonggi, Gangwon	1	0	1.000
Daejeon, Chungcheong, Sejong	0	1	
Daegu, Gyeongbuk	1	1	
Busan, Ulsan, Gyeongnam	2	1	
Gwangju, Honam, Jeju	1	0	
Foundation (n)			
Individual	1	0	1.000
Other	4	3	
Location of facilities (n)			
Independent	3	5	
Rent	0	0	
Number of doctors (n)	3.6±1.34	1.67±0.58	0.036
Number of total beds (n)	119.4±45.42	107.33±14.43	<0.001
Number of uninsured beds (n)	33.2±28.23	26.67±15.89	<0.001
Grade of certification evaluation	3.8±0.84	2.67±2.08	<0.001
Degree of activities of daily life of inpatients (%)			
Self	82.12±24.43	86.2±20.43	<0.001
Supported	14.52±18.46	7.27±9.2	0.144
Dependent	3.36±6.6	6.53±11.32	1.000
Average daily out-of-pocket per person (Korean won)	70,274.6±7,450.58	63,934.67±2,508.16	<0.001

을 목적으로 설립된 법인으로, 법률에 의하여 관리능력이 인정된 단체 또는 재산, 법적인 독립체이다¹⁹⁾. 의료법인은 개설하는 의료기관에 필요한 시설이나 시설을 갖추는 데에 필요한 자금을 보유하여야 하며 의료법인을 설립하려는 자는 대통령령으로 정하는 바에 따라 정관과 그 밖의 서류를 갖추어 그 법인의 주된 사무소의 소재지를 관할하는 시·도지사의 허가를 받아야 한다²⁰⁾. 따라서 개인 설립보다 의료법인 설립이 주된 압 환자 중심의 요양병원이 권역별로 편중되지 않고 고르게 분포하는 것으로 보인다.

시설입지는 대다수 단독건물에 위치해 있었다. 요양병원은 주로 고령의 만성질환자들이 입원해 있으므로 감염에 취약하다^{21,22)}. 따라서 집합건물에 의료기관이 소재할 경우 감염 가능성을 고려해 시설을 정비할 필요가 있다²³⁾. 규모가 작은 의원급 의료기관

의 경우와 달리 규모가 큰 병원급 의료기관은 시설을 정비하는데 어려움이 더 많기 때문에 상가건물보다 단독건물에 소재하는 경우가 많은 것으로 보인다.

총 의사수와 총 병상수는 한의진료서비스를 제공하는 경우가 제공하지 않는 경우보다 높게 나타났다. 안형식의 연구에 따르면 2005년에서 2013년까지 8년동안 요양병원 100명당 의사 수는 1.3명에서 2.1명으로 증가하였고 한의사 수는 0.1명에서 0.7명으로 증가하여 3배가량 더 높은 증가율을 나타냈다²⁴⁾. 2019년까지 요양병원에 종사하는 의사와 한의사 모두 증가하였으나 2021년부터 의사 수는 감소하였고 한의사 수는 회복하는 양상을 나타내고 있다⁷⁾. 요양병원도 2021년부터 그 수가 감소하고 있으므로⁶⁾ 상대적으로 병상 당 한의사 수는 증가하고 있는 상황이다. 요양병원에서 한의사는 ‘병원의 개설’, ‘외

Table 4. Variables of Convalescent Hospitals Major in Dementia Patients according to Specialists of Korean Medicine

	Specialist of Korean Medicine		P value
	Yes (n=12)	No (n=123)	
Area (n)			
Seoul, Incheon, Gyeonggi, Gangwon	3	58	0.042
Daejeon, Chungcheong, Sejong	0	17	
Daegu, Gyeongbuk	1	11	
Busan, Ulsan, Gyeongnam	4	27	
Gwangju, Honam, Jeju	4	10	
Foundation (n)			
Individual	9	62	0.134
Other	3	61	
Location of facilities (n)			
Independent	8	94	0.487
Rent	4	29	
Number of doctors (n)			
	7.17±2.52	6.13±2.95	0.115
Number of total beds (n)			
	201.5±63.17	175.23±81.46	0.007
Number of uninsured beds (n)			
	15.67±18.00	10.00±13.76	0.211
Grade of certification evaluation			
	2.33±1.15	2.58±1.10	0.440
Degree of activities of daily life of inpatients (%)			
Self	2.70±3.73	4.47±6.07	0.350
Supported	47.66±9.52	43.92±11.74	0.229
Dependent	49.62±10.27	51.61±13.91	0.588
Average daily out-of-pocket per person (Korean won)			
	82,651.75±23,549.65	87,410.28±7,819.40	0.565

래 환자에 대한 한방 의료', '입원 환자에 대한 한방 의료', '한방 보건지도' 등의 역할을 맡고 있다. 그런데 과거 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제8조에 의거한 의료급여수가 산정에서 양방 전문과목(가정의학과, 내과, 외과, 재활의학과, 신경과, 신경외과, 정형외과, 정신과)에 대해서만 의사 수의 50%를 확보하면 20% 입원수가 가산혜택을 주던 것이 2021년 폐지되었다. 특정과목에 대한 수가가산은 사라졌으나 전문의 확보율에 대한 가산은 유지하고 가산율을 18%로 낮아졌다. 전문의 확보율에 한방전문의는 여전히 포함되지 않았지만 특정과목 가산이 사라진 것과 병상당 한의사 수가 증가한 것의 시점이 동일한 것으로 미루어 보아 한의사가 요양병원에서 의사와 동등하게 지위와 권한을 갖고 있는 결과로 사료된다.

요양병원 전문의 확보율 항목에 한방전문의 자격 인정은 되지 않는다는 점은 요양병원 근무 한의사의 역할에 제한을 일으키는 문제로 지적된 바 있다⁵⁾. 한방전문의는 1993년 도입되어 한방내과, 한방부인과, 한방소아과, 한방신경정신과, 침구과, 한방안·이비인후·피부과, 한방재활의학과 및 사상체질과, 즉 8개 분과로 구성되어 있고²⁵⁾ 2024년 1분기 기준 3,139명(13.52%)으로 집계된다⁷⁾. 서영경 등의 연구에 따르면 한방신경정신과를 포함한 한방전문의를 중심으로 치매, 경도인지장애의 한의치료가 활발히 이루어지고 있음을 알 수 있다²⁶⁾. 다만, 본 연구 결과에서 83.92%(120개소)의 요양병원에서 한의진료서비스가 제공되는 것에 비해 한방전문의가 근무하는 요양병원은 그 중 8.89%(12개소)에 불과한 것으로 나타났다. 요양병원 입원환자의 다수가 치매 환자임을 고려하였을 때 요양병원에 근무하고 있는 한방전문의 비율이 낮은 것은 환자의 한의진료서비스에 대한 접근성을 저해하는 요인 중 하나로 작용하고 있는 것으로 판단되므로 이를 해결하기 위한 제도적 노력이 필요할 것으로 사료된다.

상급 병상수의 경우, 백승준 등의 연구에 따르면

90% 이상의 환자들이 건강보험이 적용되는 입원병실을 원하는 것으로 조사된 바 있는데²⁷⁾, 치매 환자 중심의 요양병원보다 암 환자 중심의 요양병원이 상급 병상 비율이 2배가량 높은 것으로 나타나 상이한 결과를 확인할 수 있었다. 이 또한 암 환자 중심의 요양병원이 기능상 주로 요양을 목적으로 하는 특성이 반영된 것으로 보인다.

요양병원 인증제도는 4년을 1주기로 하여 2025년부터 4주기 시행을 앞두고 있다. 인증항목은 전체 4개 영역, 12개 장, 60개 기준, 303개 조사항목으로 구성되어 있으며 한의진료서비스는 '제3장 환자진료' - '환자진료체계' - '3.1.8 한방서비스'에 따라 평가된다¹⁷⁾. 그러나 전체 대비 한방서비스 하위에는 4개 항목에 불가하여 인증등급의 차이에 큰 영향을 준다고 보기 어려우며 요양등급의 차이는 다른 주요 항목에 대한 영향으로 판단된다.

입원환자 일상생활 수행정도는 치매 또는 암 환자 중심으로 구별하여 한의진료서비스 제공여부에 따라 비교할 경우 다소 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 치매 환자 중심의 요양병원에서는 한의진료서비스 제공하는 경우 독립생활이 가능하거나 완전 의존하는 비율이 낮고 보조가 필요한 비율이 높게 나타났는데, 요양을 목적으로 하는 치매 환자 특성으로 인한 결과로 보인다. 또한 암 환자 중심의 요양병원도 요양을 목적으로 하는 암 환자 특성으로 인하여 독립생활이 가능한 경우가 대부분을 차지하는 것으로 보이며 한의진료서비스를 제공하는 경우가 비율이 더 낮은 것으로 나타났다. 이는 퇴행성 또는 만성 질환을 앓고 있는 환자를 대상으로 한의진료 협진의 비율이 높게 나타난 것으로 보고한 선행 연구와 맥락이 통하는 결과라 할 수 있다⁵⁾.

1인당 1일 평균 본인부담금의 경우 치매 환자 중심의 요양병원보다 암 환자 중심의 요양병원이 낮게 나타난 것은 입원환자 일상생활 수행정도가 다른 환자의 구성과 한의진료를 포함한 진료서비스에 대한 환자의 수요가 다르기 때문으로 판단된다. 기본적인

로 요양병원의 경우 포괄수가제가 적용되고 있으나 환자군별 상대가치점수를 반영하는 것 외에도 입원 6일 이내 퇴원환자, 낮병동 입원환자, 한의과/치과 입원환자, 폐렴/폐혈증/체내출혈 치료기간, 중환자실/격리실 입원기간, 외과적 수술 및 이에 따른 관련된 치료기간은 포괄행위에 포함되지 않아²⁸⁾ 진료비 증가에 영향을 미치는 요인이 된다. 강태리 등³⁾이 조사한 바로 요양병원에서 한의원료서비스를 제공하는 한의사가 사용 중인 치료법으로 침(100%), 뜸(79.3%), 부항(67.1%) 순으로 나타났다. 본 연구에서 한의원료서비스 제공여부에 따른 본인부담금의 차이는 침, 뜸, 부항 및 다른 치료법이 함께 시행되었을 경우보다 침 치료만 단독으로 시행하였을 경우 발생하는 본인부담금에 상응하였다. 그 결과, 최홍식 등의 연구¹¹⁾에 따르면 한의원료서비스로 발생하는 진료비가 병원 전체 진료비 가운데 차지하는 비율이 2.68%이고 수익 중에서는 0.08%로 보고된 바 있다. 이에 최홍식 등¹¹⁾은 미미한 수준이라고 해석하였으나 본 연구에서 1인당 1일 평균 본인부담금을 기준으로 비교하였을 때에는 치매 또는 암 환자 중심으로 구별한 경우 유의한 차이가 있음을 확인하였다. 따라서 진료비 전체나 병원 수익이 아닌 환자 개개인 또는 본인부담금의 측면에서의 추가 분석 및 연구가 필요할 것으로 사료된다. 그리고 김재수 등이 요양병원의 한양방 수가를 비교분석한 결과¹²⁾, 의료최고도군을 제외하고 한방 본인부담금은 양방 총 진료비에 비해 환자 입원 기간에 따라 3개월 미만의 경우 62~93%, 3개월 초과인 경우 58~95% 수준으로 나타났다. 의료최고도군을 포함하면 한방 본인부담금은 양방 총 진료비 대비 82%에 이르는 것으로 확인되었다. 이는 최홍식 등의 연구결과¹¹⁾와 같이 진료비에 있어 양방 대비 한방이 적다는 점에서 일치한다. 그런데 과거 입원기간이 3개월을 넘기게 되면 장기입원 환자로 분류되어 환자에게 시행할 수 있는 한의원료서비스 횟수에 제한이 생겨 입원기간을 3개월 초과하는 경우 3개월 미만보다 진료비가 낮게 나타날 수

밖에 없었다. 이러한 제한은 명문화된 기준을 바탕으로 이루어진 것이 아니라 관습적으로 행해져 왔었고 현재는 시정되어 요양급여 심사 시 일괄 삭감 또는 조정되지 않고 있다. 환자 개별적 증상이나 상태에 따른 치료 계획이 아니라 단순히 입원기간을 기준으로 횟수를 제한하였던 바는 환자의 치료받을 권리를 제한하고 한의원료서비스에 대한 환자의 접근성을 저해하는 요소였다. 그러므로 치료횟수 뿐만 아니라 한의원료서비스 전반에 대해 한의사의 진단을 반영하고 환자의 수요를 반영할 수 있는 적절한 제도적 뒷받침이 필요하다. 또한 통계적으로 유의하지는 않았으나 한방전문의가 근무하는 경우 1인당 1일 평균 진료비가 더 낮은 것으로 확인되어 이에 대한 추가적인 조사 및 연구가 진행되어야 할 것으로 판단된다.

본 연구는 생태학적 연구 측면에서 요양병원의 한의원료서비스 제공여부와 특성에 따른 최신 현황을 분석하였다는 데 의의가 있다. 그러나 다음과 같은 한계점이 있으므로 결과를 해석하는데 주의가 필요하다. 첫째, 본 연구에서 사용한 자료원은 연구를 목적으로 수집된 것이 아니라 진료 및 수가 지급을 위해 구축된 자료이다. 둘째, 분석 대상을 최근 3개월 인증평가를 완료한 요양병원만으로 한정함으로써 대표성이 부족하고 한방전문의 여부에 따른 분석의 경우 표본수가 적어 통계분석의 의의가 낮다. 셋째, 환자 개별 자료가 아닌 기관 자료를 이용한 결과이므로 일반화하기 어렵다. 넷째, 질병현황은 다빈도 상위 3가지만 확보하여 전반적인 구성을 확인할 수 없고 이에 따른 분류에 착오가 발생할 가능성이 있다.

결론

요양병원의 최신 현황을 한의원료서비스 제공여부에 따라 분석한 결과는 다음과 같다. 소재지는 전체적으로 서울/인천/경기/강원에 집중되어 있고 한의원료서비스를 제공하는 곳이 총 의사수, 총 병상수가 많았다. 입원환자 3대 다빈도 질병현황은 알츠하이

머성 치매, 뇌경색, 편마비, 파킨슨병 순으로, 암의 경우 유방암, 폐암, 위암, 난소암, 직장암 순으로 나타났다. 치매 환자 중심의 요양병원은 전체와 비슷한 양상을 나타내며 추가적으로 한의진료서비스를 제공하는 경우 상급 병상수가 많고 인증등급이 낮았으며 독립생활이 가능하거나 완전 의존하는 비율이 낮고 보조가 필요한 비율이 높았다. 암 환자 중심의 요양병원은 권역별로 고르게 분포하고 있으며 한의진료 서비스를 제공하는 경우 총 의사수, 총 병상수, 상급 병상수가 더 많고 인증등급은 높았을 뿐만 아니라 독립생활이 가능한 비율이 낮고 1인당 1일 평균 본인부담금은 높았다. 한방전문가가 근무하는 요양병원은 모두 치매 환자 중심의 요양병원에 속하였으며 서울/인천/경기/강원에 집중되어 있고 총 병상수가 더 많았다. 이와 같이 요양병원의 한의진료서비스 제공여부와 특성에 따른 차이를 확인할 수 있었으므로 추후 요양병원에 관련된 연구를 진행할 때 이러한 요소를 고려할 필요가 있다.

참고문헌

1. Statistics Korea, 「Population census」. [cited 2024 Aug 10]. Available from: URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1IN1503&conn_path=I2
2. Statistics Korea, 「Future population estimation」. [cited 2024 Aug 10]. Available from: URL:https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I2
3. Ga, H. (2017). Establishment of the Roles of Convalescent Hospitals and Nursing Homes. Healthcare policy forum, 15(2), 15-19.
4. Article 3 of the Medical Law. Korea Ministry of Government Legislation [cited 2024 May 31]. Available from: URL:<https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=251195&efYd=20240520#0000>
5. Kang, T.R. & Lee, S.R. (2015). A Study on the Position and Role of Korean Medicine Doctors Working at Long-Term Care Hospitals. J Soc Prevent Korean Med, 19(3), 77-90.
6. National Health Insurance Service & Health Insurance Review and Assessment Service, 「Health insurance statistics」, Status of medical institutions by city and province [cited 2024 May 31]. Available from: URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_MI RE01&conn_path=I2
7. National Health Insurance Service & Health Insurance Review and Assessment Service, 「Health insurance statistics」, Status of medical personnel by type of medical institutions [cited 2024 May 31]. Available from: URL: https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=354&tblId=DT_HIRA44&conn_path=I2
8. Ga, H. (2016). Guidelines for Elderly Care in Convalescent Hospitals for Doctors and Nurses. Republic of Korea: Koonja.
9. Lee, J.H., Choi, H.S., Kim, J.S., & Kim, S.H. (2017). Analysis of Western-Korean cooperative treatment in hospital-care of patients with dementia. J Acupunct Res, 34(3), 49-58. <https://doi.org/10.13045/acupunct.2017092>
10. Moon J.S., & Shin H.T. (2013). A study on burn out of K.M.D.s (Korean medicine doctors) work at convalescent hospitals in Kwang-ju and Jeon-nam, Korea. Kor J Orient Prev Med Soc, 17(3), 115-128.
11. Choi, H.S., Lee, Y.E., & Kim J.S. (2014) Analysis Study of the Korean Medical Treatments in Care Hospital. J Acupunct Res, 31(1), 23-33. <https://doi.org/10.13045/acupunct.2017092>

- 2014003
12. Kim J.S., Kim S.J., & Lee H.J. (2013). Comparative Analysis Study of Oriental and Western Medical Insurance Fees in Long-Term Care Hospitals. *J Korean Orient Med*, 34(1), 35-51.
 13. Lee Y.J. (2007). The Relation between the kind of Medical institution and Utilization in National Health Insurance. *Acad of Korean Soc Welf Adm*, 9(2), 1-28. <http://dx.doi.org/10.22944/kswa.2007.9.2.001>
 14. Korean law information center. Ministry of Government legislation. Medical law. [cited 2024 Aug 10] Available from: URL: <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=255803&efYd=20240801#0000>
 15. Korean law information center. Ministry of Government legislation. The Korea Centers for Disease Control and Prevention and its affiliated organizational enforcement regulations - The name and jurisdiction of the disease response center. [cited 2024 Aug 10] Available from: URL: <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=262675&efYd=20240514#0000>
 16. Health Insurance Review and Assessment Service. Detailed Implementation Plan for Assessment of Inpatient Benefit Appropriateness in Nursing Hospital. [cited Aug 10 2024] Available from: URL: <https://www.hira.or.kr/bbs/157/2024/04/BZ202404309928596.pdf>
 17. Korea Institute Healthcare Accreditation. Certification Standards for 4th Cycle for Convalescent Hospitals. Korea Ministry of Health and Welfare. 2023.
 18. Lee Y.J. (2005). Regional Distribution and Characteristics of Health Care Resources. *Acad of Korean Soc Welf Adm*, 22(1):255-279.
 19. Subparagraph 3, Paragraph 2, Article 33 of the Medical Service Act. Korea Ministry of Government Legislation [cited 2024 May 31]. Available from: URL: <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=251195&efYd=20240520#0000>
 20. Article 48 of the Medical Service Act. Korea Ministry of Government Legislation [cited 2024 May 31]. Available from: URL: <https://www.law.go.kr/lsInfoP.do?lsiSeq=251195&efYd=20240520#0000>
 21. Liu, K., Chen, Y., Lin, R., & Han, K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. *J Infect*, 80, e14-8. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>
 22. Oh, J.H., & Park, K.H. (2022). Vaccination and consequential severity and case fatality rate of COVID-19 confirmed inpatients in outbreaks at nursing hospital from September to October 2021, in Gyeonggi Province, the Republic of Korea. *Public Health Weekly Report*, 15, 305-17.
 23. Lee S.W. (2010). Air-conditioning design for a Secondary infection in Hospital facilities. *J Korean Institute of Healthc Archit*, 16(4), 51-56.
 24. Ahn H.S. (2015). A Study on the Operational Status and Survey of Convalescent Hospitals. *Healthcare policy forum*, 12(3):100-104.
 25. Korean law information center. Ministry of Government legislation. Regulations on the training and recognition of qualifications, etc. of Korean Medicine doctors. [cited 2024 Aug 10] Available from: URL: <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsId=005495&ancYnChk>

=0#0000

26. Seo Y.K., You D.K., Kim H., Kim S.Y., Lee G.E., Kim S.H., Kang H.W., & Jung I.C. (2017). A Survey of the Recognition on the Practice Pattern, Diagnosis, and Treatment of Korean Medicine of Dementia and Mild Cognitive Impairment - Focusing on the Differences between Neuropsychiatrists of Korean Medicine and General Physicians -. J of Oriental Neuropsychiatry 2017;28(3):263-274. <https://doi.org/10.7231/jon.2017.28.3.263>
27. Back S.J., Yu S.H., & Sohn T.Y. (2001). A Study on the optimum scale of the number of

beds of both the standard and the high - class. Korean J hospital manag, 6(3), 109-129.

28. Health Insurance Review & Assessment Service. Practical training materials for Coalescent hospital fees. Korea Ministry of Health and Welfare. 2021.

ORCID

윤해창 <https://orcid.org/0000-0002-9909-7441>

이선동 <https://orcid.org/0000-0003-3076-3829>