

우리 나라 병원의  
지역사회서비스 현황 분석

연세대학교 대학원

보건학과

임 은 주

우리 나라 병원의  
지역사회서비스 현황 분석

지도 손 명 세 교수

이 논문을 석사학위논문으로 제출함

2000년 12월 일


연세대학교 대학원


보건학과

임 은 주

임은주의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 손 명세 

심사위원 조 우현 

심사위원 강혜영 

연세대학교 대학원

2000년 12월 일

## 감사의 글

새로운 출발을 하기 위해 저는 지금 또 하나의 매듭을 짓고자 합니다. 힘들다고만 생각했었는데, 돌이켜 생각해보면 이곳의 생활은 너무나 행복하고 뿌듯했었습니다. 그리고 지금 제가 이 글을 쓸 수 있도록 도와주신 여러 선생님들께 진심으로 감사드립니다.

아무 것도 모르는 저를 가르쳐주시고 또 제가 열심히 공부할 수 있도록 배려해주신 손명세 선생님께 가슴깊이 감사드립니다. 선생님께 공부를 배울 수 있었던 것을 저는 정말 행운이라고 생각합니다. 대학원 생활동안 항상 부족한 점이 많은 저를 더 잘할 수 있도록 격려해주시고 지도해 주신 조우현 선생님, 제 논문을 꼼꼼히 살펴봐 주시고 아낌없이 충고해 주신 강혜영 선생님, 그리고 제가 졸업한 후에도 항상 염려해주시고 격려해주신 한성현 교수님께 진심으로 감사드리며, 아직도 제 자신이 항상 부끄럽게만 느껴집니다. 더 열심히 노력해서 꼭 자랑스런 제자가 되겠습니다.

제가 이곳에 생활하는 동안 항상 사랑으로 지도와 격려를 해주신 교실의 모든 선생님들, 특히 저의 힘들었던 모든 일들을 지혜롭게 헤쳐나갈 수 있도록 도와주신 최귀선 선생님께 감사의 말씀 올립니다. 홍재석, 윤준중 선생을 비롯한 많은 보건학과 선생님들 진심으로 감사드립니다.

마지막으로 사랑하는 아버지, 어머니께 이 논문을 바칩니다.

# 차 례

국문요약 .....	i
I. 서론 .....	1
1. 연구배경 .....	1
2. 연구목적 .....	2
II. 문헌고찰 .....	3
1. 지역사회서비스 실행 배경 .....	3
2. 영리 병원과 비영리병원 .....	4
3. 지역사회서비스의 정의 .....	6
4. 지역사회서비스 실시 현황 .....	7
III. 연구방법 .....	10
1. 연구모형 및 연구가설 .....	10
2. 자료 수집 .....	11
3. 분석방법 .....	14
IV. 연구결과 .....	16
1. 조사 병원의 일반적인 특성 .....	16
2. 지역사회서비스 필요성 인식 .....	18
3. 지역사회서비스 활동의 체계성 .....	20
4. 지역사회서비스 실행 정도 .....	25
5. 지역사회 서비스 활동에 영향을 미치는 요인 분석 .....	31

V. 고찰 .....	37
1. 연구방법에 대한 고찰 .....	37
2. 연구결과에 대한 고찰 .....	38
VI. 결론 .....	42
참 고 문 헌 .....	44
부 록 1. 미국 카톨릭 병원 지역사회 서비스 활동 현황조사 .....	48
부 록 2. 설문지 .....	52
ABSTRACT .....	65

## 표 차례

표 1. 미국 영리의료기관과 비영리의료기관의 차이 .....	5
표 2. 기부병원의 특징 .....	5
표 3. 카톨릭 병원의 지역사회 서비스 활동 영역 .....	8
표 4. 설문문의 구성영역의 정의 및 범위 .....	12
표 5. 연구에 사용된 변수 및 내용 .....	13
표 6. 조사병원의 일반적인 특성 .....	17
표 7. 병원의 특성에 따른 필요성 인식 정도의 차이 .....	19
표 8. 조사병원의 지역사회서비스 활동의 체계성 정도 .....	21
표 9. 병원의 특성에 따른 지역사회서비스 담당 부서의 현황 .....	22
표 10. 지역사회서비스 내용 설정 방법 .....	23
표 11. 병원의 특성 및 필요성 인식에 따른 체계성의 차이 .....	24
표 12. 저소득층을 위한 지역사회서비스의 실행 .....	25
표 13. 비수익성 지역사회서비스 실행 정도 .....	27
표 14. 지역사회와의 연계를 돕는 지역사회서비스 실행 여부 .....	28
표 15. 지역주민대상 교육서비스 실행 여부 .....	29
표 16. 병원의 특성에 따른 지역사회서비스 실시정도의 차이 .....	33
표 17. 지역사회서비스의 실시에 영향을 미치는 요인 .....	36

## 그림 차례

그림 1. 연구의 개념적 틀 .....	10
그림 2. 지역사회서비스 필요하다고 생각하는 이유 .....	19
그림 3. 지역사회서비스의 영역별 실시 정도 비교 .....	30



## 국문 요약

지역사회서비스 실행 정도를 분석하기 위하여 전국 수련병원 병원장을 대상으로 2000년 11월 15일부터 12월 15일까지 구조화된 자기기입식 설문지를 이용하여 연구자료를 수집하였으며 연구에서 분석된 표본수는 74건이었다. 분석은 지역사회서비스의 실행정도에 대한 기술통계와 병원의 일반적인 특성과 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식정도에 따른 지역사회서비스 실행점수의 차이를 보기 위해 t-test와 ANOVA를 실시하였다. 그리고 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 각각의 영역과 전체 지역사회서비스 실행점수를 종속변수로 하여 회귀분석을 실시하였다.

이 연구의 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 모든 병원에서 지역사회서비스의 필요성을 인식하고 있으며, 병원의 일반적인 특성에 따른 필요성 인식 정도의 차이는 없었다.

둘째, 조사병원의 지역사회서비스 활동 체계성은 최고 6점 만점을 기준으로 할 경우 평균 3.26점이었으며, 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식정도가 높을수록 지역사회서비스 활동도 더 체계적이었다.

셋째, 지역사회서비스 각 영역의 실행 점수를 100점 만점으로 환산해보면 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 점수가 65.6점, 지역사회와 연계를 위한 서비스의 실행 점수가 54.0점, 지역주민을 대상으로 하는 교육서비스의 실행 점수가 43.5점, 비수익성 지역사회서비스의 실행 점수가 37.6점 순이었다. 전체 지역사회서비스의 평균 실행 점수는 46.9점이다.

넷째, 비수익성 지역사회서비스는 공공 병원보다는 민간 병원이, 다른 공공보건기관과 독립적인 관계를 유지하고 있는 병원보다 연계·협조체계를 유지하고 있는 병원이, 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식 정도가 높을수록 더 많이 실행하였다. 지역사회와 연계를 돕는 서비스는 300병상 이상인 병원에서 더 많이 실행하였다. 지역주민을 위한 교육서비스에서는 300병상 이상인 병원에서, 지역 내 다른 공공보건기관과 연계·협조 체계를 가지고 있는 병원에서 더 많이 실행하였다.

전체의 지역사회서비스는 공공 병원보다는 민간 병원이, 지역 내 다른 보건기관과의 관계가 연계·협조 체계일수록, 필요성 인식 정도가 높을수록 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다.

다섯째, 비수익성 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인은 다른 변수를 통제된 상태에서 설립형태와 타 보건기관과의 관계였으며, 지역사회와의 연계를 돕는 서비스에는 병상수가, 지역주민 대상 교육서비스에는 타 보건기관과의 관계가 실행에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 전체 지역사회서비스 실행 점수에 영향을 미치는 요인으로는 설립형태와 타 보건기관과의 관계, 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식 등이었다.

이상의 연구결과를 종합하면, 병원장의 지역사회서비스의 필요성 인식 정도, 설립 형태, 지역 내 다른 공공보건기관과의 관계 등이 각 영역 및 전체 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인임을 알 수 있다.

향후 병원장의 지역사회서비스 필요성 및 공공병원의 지역사회서비스 실행에 대한 역할 인식을 높일 수 있는 방안과 병원과 지역내 다른 공공보건기관과 협조적인 관계를 유지할 수 있는 대안이 요구된다.

---

핵심되는 말 : 지역사회서비스, 병원의 역할

# I. 서론

## 1. 연구배경

병원의 목표가 단지 존속하는 것이 아니라 번영하는 것이라면 이제는 병원이 외부의 경쟁적인 환경을 인식하고 지역사회수요를 적극 반영하여야 한다(Sigmond, 1992). 이와 같은 지역사회에 기초한 진료(community-based care)에 대한 인식은 현재의 건강 문제가 인구의 노령화, 생활 양식의 변화, 사회구조와 가치체계의 붕괴, 사회·경제적 불형평, 환경 오염 등의 문제가 지역사회 단위의 위협요인으로부터 비롯된다는 데서 출발한다(Proenca, 1998).

미국에서는 1930년대부터 지역사회의 개념이 보건의료서비스 제공에서 중요하게 고려되었으며, 현재까지도 여전히 의료서비스 자체를 자선으로 보는 것이 미국의 다수 견해이며, 아직도 몇몇 주에서는 무료의료서비스의 제공 여부가 비영리법인임을 증명하는 주요한 증거로 제시되고 있다(Furrow 등, 1995).

우리 나라의 경우 미국이나 다른 국가와 사회적 배경의 차이로 인해 역사적으로 병원의 자선기능이 부각되지는 않았지만 의료보험 출현 이전까지는 저소득층이나 의료비 지불 무능력자에게 어느 정도 자선의료를 제공하였다. 정부는 국민들의 의료문제를 지불능력 범위내에서 해결해 주어야 할 책임을 갖고 1950년에서 1969년에 이르는 20년 동안 서울과 지방에 13개의 소규모 시·도립병원을 설립하여 저소득층 환자의 진료에 힘쓴 바 있다. 1970년대 이후 급격히 증가된 병원의료수요를 기존의 병원들이 모두 감당할 수 없게 되자 순수 민간재원에 의한 병원들이 급격하게 증가되었다. .

## 2. 연구목적

이 연구에서는 병원의 여러 가지 기능 중 지역사회 중심기관으로서의 역할 수행 정도를 병원의 지역사회서비스 현황조사를 통해 평가하고자 하였으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리 나라 병원의 지역사회서비스의 필요성 인식 정도를 파악하고, 병상 수나 설립형태 등 병원의 일반적인 특성에 따른 지역사회서비스의 필요성 인식에 차이가 있는지를 분석한다.

둘째, 병원의 지역사회서비스 실행에 있어서의 체계성 정도를 파악하고, 병원의 일반적인 특성 및 필요성 인식에 따른 체계성 정도에 차이가 있는지를 분석한다.

셋째, 지역사회서비스를 네 영역으로 나누어 각 영역의 실행 정도를 파악한다.

넷째, 병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스 필요성 인식에 따른 각 영역 및 전체 지역사회서비스 실행에 차이가 있는지를 분석한다.

마지막으로 전체 및 네가지 영역별 지역사회서비스의 실행 정도에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 지역사회서비스 실행 배경

지역사회 서비스는 1601년 영국에서 자선법의 개념 도입으로 처음 시작되었으며, 여기서는 병원, 학교, 교회에서 지역사회에 봉사를 하는 의미를 갖고 있었다. 미국도 영국법의 영향을 받아 1891년에 들어와서 의료비를 지불할 여유가 없는 사람들을 무상으로 진료를 하는 자선의료의 중요성이 본격적으로 부각되기 시작했다(Daniel 등, 1997). 그러나 1965년에 Medicaid/Medicare 법령이 제정되면서 저소득층이나 의료비를 지불할 능력이 없는 사람을 대상으로 한 의료서비스를 정부에서 제공하였으므로 더 이상 병원에서는 자선진료를 요구받지 않았다. 병원의 이러한 역할이 사라지자 조세의 혜택 등 정부 지원의 정당성에 기여했던 병원 산업의 공익성의 의문을 받게 되고, 따라서 병원은 각종 혜택을 잃을 위기에 처하게 되었다. 한편, 1971년 메사추세츠 법원에서 보건의료기관이 의료서비스를 비롯하여 의학 교육, 연구, 그 외의 다른 서비스의 제공을 통해 지역사회에 이익을 주어야 한다는 것을 명확히 규정함으로써 다시금 병원의 기능과 역할을 재정립하는 계기가 되었다.

현재는 이러한 지역사회서비스의 제공으로 병원의 비영리성과 공익성이 인정되고 있으며 이에 따라 병원은 조세 면제 등의 각종 혜택을 받게 되었다. 그 후 병원의 공익성을 확고히 하고 이에 대한 각종 혜택을 받는 것을 정당화하기 위해 정부는 비영리병원을 대상으로 “지역사회서비스”를 제공할 것을 의무조항으로 하였으며 병원도 이를 적극 실행하였다(Seay, 1992).

병원들 가운데 특히 수련병원의 역할의 측면에서, 최근 수련병원이 지역사회주민의 건강 증진에 중요한 역할을 담당해야 한다는 의견이 제시되고 있다(Young, 1998). 물론 대부분의 지역 수련병원들이 지역사회에 임상서비스를 비롯하여 여러 가지 서비스를 제공해야 한다는 전통적인 사명을 갖고 있으나 오히려 이러한 서

비스를 지역과 연계를 함으로써 더 많은 이익을 발생시킬 수도 있다.

## 2. 영리 병원과 비영리병원

이러한 병원에 대한 사회와 정부의 여러 가지 요구 때문에 1980년대와 1990년대 미국의 많은 병원들이 공공병원과 비영리병원에서 영리병원으로 전환하였다(Needleman 등, 1997). 미국에서 영리병원은 1890년에 등장하여 20세기 초에는 미국 전체 병원의 약 절반 가량에 이르렀다(Josephson, 1997). 특히 1995년에만 약 60개의 병원들이 공공병원이나 비영리병원에서 영리병원으로 전환하였고 이러한 수치는 1994년에 비해 두배 정도이다. 미국의 일부 주에서 한때 공공병원으로의 전환이 유행한 것은 영리병원보다 낮은 세금부담 때문이었으나 1990년 이후 영리병원이 공공병원이나 비영리 병원으로 전환하는 율이 매우 낮는데 이는 공공병원과 비영리병원이 지역사회가 요구하는 역할을 담당하는 기관으로 인식되고 있음을 반영한 것이라 할 수 있다.

미국의 내국세법 제501조 (c)(3)에 의하면 ‘비과세의 혜택은 사설기관이 종교, 자선, 과학 또는 교육 목적을 위하여 조직되고 운영되며, 해당 기관의 순이익이 그 기관의 주주나 개인에게 이전되지 않아야 한다’라고 규정하고 있다. 이는 조직에 관한 형식적인 기준(organization test)과 운영에 관한 실질적 기준(operational test)으로 구분할 수 있다. 의료기관의 경우에는 형식적인 기준은 의료기관의 정관에 기관의 활동을 면세목적으로 한정하고, 해체되는 경우에 기관의 자산을 어떠한 방법으로 분배할 것인가를 규정하였는가를 살펴보는 것이고 실질적인 기준은 그 조직이 실제로 면세목적을 위하여 운영되었는가를 고찰하는 것이다(박 민, 1999).

미국의 영리의료기관과 비영리의료기관의 특성은 표 1에 요약된 바와 같다. 비영리의료기관은 원칙적으로 자선진료, 수련, 연구 등의 사명을 가지고 기부금이나 정부보조금으로 설립·운영하며, 수익은 분배하지 못한다.

표 1. 미국 영리의료기관과 비영리의료기관의 차이

특 징	영리 기관	비영리 기관
소유주체	투자자의 소유의 사립 기관	종교, 자선, 수련, 연구 등의 목표를 공유하는 단체가 운영하는 사립 기관
조세	재산세, 판매세, 소득세 납부	일반적으로 면세
사명	성장, 효율, 질	자선, 질, 지역사회서비스, 성장
설립목적	주주의 부를 증대	수련, 연구 등의 사명을 달성
자본금	자기자본, 부채, 수입, 상환금	자선 기부, 부채, 수익, 정부 보조금
수익분배	소유주에게 수익을 분배	운영자에게 수익을 분배하지 않음

출처 : Institute of Medicine. "For-profit enterprise in health care." 1986, National Academy Press. Washington. D.C.

한편 Seay 등(1986)은 기부병원이 다른 병원과 다른 다섯 가지 특징을 다음과 같이 제시하고 있다.

표 2. 기부병원의 특징

특 징	내 용
1. 가치	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 조직의 가치가 제공되는 서비스나 프로그램에 명확히 명시되어야 한다.</li> <li>· 지역사회와 지역사회내의 다른 보건프로그램을 하는 조직과의 관계를 명확히 밝힌다.</li> </ul>
2. 관리와 책임	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병원의 이사회는 넓은 의미에서 지역사회에 대한 이사회회의 책임을 깨닫고, 지역사회이익에 대한 개념을 적극적으로 지지하는 것이 필요하다.</li> </ul>
3. 장기위임	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역사회이익은 그 지역사회에 대한 장기적인 위임이다.</li> </ul>
4. 의사-병원 관계	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의사는 개념과 계획에 협력해야 한다.</li> </ul>
5. 자발성	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병원은 병원내의 지역사회구성원의 이용뿐 아니라 지역사회 봉사프로그램의 참여자나 가입하는 직원을 격려하는 환경을 조성해야 한다.</li> </ul>

출처 : Seay et al. Holding fast to the good: the future of the voluntary hospital. Inquiry 1986;23(3):253-60

### 3. 지역사회서비스의 정의

Kovner(1994)는 “지역사회”를 지리학적으로 서로 의존하고 속해있는 지역내의 모든 사람과 기관으로 정의하였다. 또한 일반적으로 보건학적 의미의 지역 혹은 지역사회(communitiy)는 한 마을, 한 도시라는 지리적·행정적 경계인 지역성에 제한을 받지 않고 보건분야에서의 공동 관심사와 이에 대한 공동 대책에 따라 지역사회가 규명되어진다(예방의학과 공중보건 편집위원회, 1995).

지역사회이익(communitiy benefit)은 병원이 지역주민의 건강 향상을 위해 계획된 건강관련 활동이나, 종교활동, 교육활동, 연구활동에 참여하고, 이를 지원하거나 또는 증진하는데 드는 비용의 일부 또는 전부를 부담할 때 발생한다고 할 수 있다(Sanders, 1992). 특히 병원은 건강관련활동의 특성 그 자체로 인해 이미 지역사회의 이익에 폭넓게 기여하고 있다. 만일 병원의 무료진료소에서 어린이들을 대상으로 홍역예방접종을 실행할 때 이것은 예방접종으로 인해 홍역이 널리 퍼지는 것을 감소시킴으로써 지역사회 전체가 이익을 얻을 수 있기 때문이다. 또한 비영리병원은 영리부문이나 공공부문에서 부족한 연구나 지역사회주민들의 건강문제의 해결을 위한 활동 등 많은 것을 제공하고 있다. 이 연구에서는 지역사회 서비스를 다음과 같이 정의한다. 지역사회서비스란 “질병치료를 목적으로 환자나 보험자로부터 일정액을 지불 받고 제공하는 의료서비스(medically oriented service)이외에 지역사회주민의 건강과 복지 향상을 위해 제공되는 서비스나 활동”이다.



#### 4. 지역사회서비스 실시 현황

미국의 병원은 18·9세기에 저소득층의 사람들을 돕는다는 사명을 가진 종교적 신념이나 자선적 임무를 가지고 설립되었다. 그러던 병원의 기능과 역할이 19세기 후반과 20세기에는 불우한 사람들을 돕기보다는 단지 진료를 하는데 목표를 갖는 것으로 변하게 되었다. 하지만 미국 병원의 성장 배경에는 다른 기관과는 차별이 있는 세제 혜택이라는 것이 있었다. 앞에서 비영리병원은 건강관련활동의 특성 그 자체로 인해 이미 지역사회의 이익에 다양하고 폭넓게 기여하고 있다고 제시하였다(Sanders, 1992).

1950년대 후반부터 많은 병원들이 기부금 등의 재정적인 지원을 받았으며, 미국의 연방정부나 주정부에서는 병원들의 자선 진료의 제공을 이유로 세제 혜택뿐 아니라 그 외 다른 부가적인 지원을 하고 있다(Josephson, 1997). 현재 병원에서 실제로 실행하고 있는 자선 진료의 양은 모든 비상환진료 수입의 약 20%를 차지하고 있는 것으로 추정되고 있다. 그 동안 많은 연구자들이 비영리 병원들의 조세 혜택의 정당성을 유지하기 위해 자선진료의 양을 측정하고자 하는 시도를 하였다(Sander, 1993). Clement 등(1994)은 비영리 병원이 조세감면 혜택을 받을 만큼 충분한 지역사회서비스를 제공하는지를 보기 위해 캘리포니아에 있는 병원들을 대상으로 비상환된 진료량, 교육과 연구, 순이익, 진료비를 받지 못한 서비스의 제공, 할인서비스의 5가지 영역의 지역사회서비스 정도를 측정하였다. 1994년 Kenneth & Co.와 캘리포니아 경영대학원은 미국의 비영리병원의 지역사회서비스 제공 정도를 조사하였고, 그 결과 연간 90억 달러의 조세 혜택을 줄 만할 가치가 있다고 추정하였다. 1990년 미국의 595개 급성 단기 카톨릭 병원을 대상으로 지역사회 서비스 활동 현황조사를 실행하였다(Sanders, 1994). 설문조사는 자기기업식 우편 설문 조사로 이루어졌으며, 응답률은 72%(n=429)였다. 지역사회서비스는 교육과 연구를 포함한 9개 영역으로 구성되었으며 활동률은 다음과 같다(표 3). 각 영역을 구성하는 항목과 그에 대한 활동률은 부록에서 제시하였다(부록 1).

표 3. 카톨릭 병원의 지역사회 서비스 활동 영역

영역과 항목	활동율
<b>교육활동</b>	
교육을 위한 지원 활동의 10개 항목	9-97%
<b>연구활동</b>	
입상연구의 실행 등 3개 항목	22-29%
<b>비수익성 사업</b>	
세미나실의 제공 등 5개 항목	3-90%
<b>지역사회와의 연계</b>	
응급실 운영 등의 18항목	4-98%
<b>저소득층 대상 서비스</b>	
저소득층을 위한 음식 제공 등 8개 항목	29-85%
<b>공공을 위한 활동</b>	
지역보건문제 규명을 위한 활동의 실행 등 7개 항목	51-77%
<b>의료인의 참여</b>	
기획단계에 의료인의 참여 등 4개 항목	40-87%
<b>다른 보건기관과 연계</b>	
다른 기관에 장비의 대여 등 4개 항목	46-66%
<b>사명과 공공정책 위원회</b>	
사명에 포함 여부 등 5개 항목	64-97%

1997년 현재 미국의 급성 단기병원은 약 5,250개이며, 이 가운데 57%가 비영리(not-for-profit)기관이다(Josephson, 1997). 나머지는 정부소유(28%)이거나 또는 투자자소유(investor owned)의 병원이다. 그러나 현재 미국은 의료기관의 비영리성 여부를 결정하는 기준이 더 명확히 제시 해야할 필요성을 인식하게 되고 이에 따라 연방정부와 각 주에서는 각각의 기준을 만들고 이를 평가하고 있다. 그 가운데 하나로 제시된 것이 뉴욕주에서 실행하는 “지역사회이익기준(Community Benefit Standard)”으로 이것은 다음의 다섯 가지 요건을 충족시키는 지를 보고 있다. 첫째 환자의 지불능력에 관계없이 응급의료서비스가 제공되고 있는지, 둘째 해당 의료기관을 응급상황이 아닌 환자가 차별없이 이용할 수 있는지, 셋째 병원의 이사회에 경영자와 행정가를 제외한 공익을 대표할 수 있는 이사가 실질적으

로 활동하는지, 넷째 연계병원(Multi-entity System)의 경우 분리되어 운영되고 있는지, 마지막으로 자격을 갖춘 의료인이 그 병원에 스탭이 될 수 있는지에 대한 것이다.

1990년 미국공인회계사협회(American Institute of Certified Public Accountants, AICPA)에서는 보건의료서비스 제공자를 위한 새로운 회계준칙과 기준을 제시하였는데, 여기에는 재무재표상에 자선진료의 양을 보고하도록 되어있다(Garner 등, 1993). 하지만, 재무재표 작성시에는 악성부채와 자선진료가 다음과 같은 이유로 구분이 어렵다. 첫째, 환자의 입·퇴원 절차에서 자선진료 대상 환자의 규명이 체계적으로 이루어지지 않고 있다. 둘째, 응급실과 외래서비스에서 자선진료환자를 명확히 구분하는 경우가 드물고 앞으로의 결정도 비현실적인 경우가 대부분이다. 셋째, 보험이 없는 저소득층 환자의 대부분이 할부라라도 조금씩 치료비를 지불하려고 있으며 그 결과 문서상에는 이것이 악성부채로 분류가 된다. 넷째, 몇몇 환자들은 진료에 대한 보험혜택을 받지 못할 때 이를 잘못 판단하거나 또는 고의적으로 소송을 제기하고 병원에서는 이 비용을 지불받지 못하면 이것을 악성부채로 분류한다. 다섯째, 보험에 가입한 환자와 관련하여 비급여 항목 중 비싼 의료비용으로 가정이 가난해져 더 이상 진료비용을 받지 못할 때 이를 악성부채로 분류한다. 마지막으로, 위와 유사하게 협동조합이나 공제조합에서 환자들의 의료비용을 지불할 능력이 없을 때 이를 악성부채로 분류한다. 그러나 Garner 등(1993)은 악성부채와 자선진료를 다음과 같이 분류하여 정의하고 있다. 먼저 악성부채는 환자의 지불능력의 한계로 회수가 불가능하거나 불가능할 것으로 예상되는 것이고, 자선진료는 진료비용의 지불을 기대하지 않고 보건의료서비스를 제공하는 것이다.

그 외 이와는 별도로 새로운 대안들이 제시되고 있는데, 그 대표적인 것이 비과세자격을 Medicaid환자에게 제공되는 의료서비스와 연계하자는 견해와 비과세자격을 병원의 개별 지역사회의 건강 증진을 위한 노력과 가난한 사람을 위한 무료 시술과 연계하자는 견해이다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형 및 연구가설

본 연구에서 사용한 연구의 개념적 틀은 그림 1과 같다. 먼저 설립형태, 병상 수, 소재지 등 병원의 일반적인 특성에 따라 지역사회서비스의 필요성 인식에 차이가 있는지를 보고자 한다(1). 둘째, 병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스의 필요성 인식정도에 따라 지역사회서비스를 실행하는 데 있어서의 체계성 정도에 차이가 있는지를 보고자 한다(2)(3). 셋째, 병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스 필요성 인식정도에 따라 지역사회서비스 실행 정도에 차이가 있는지를 보고자 한다(4).

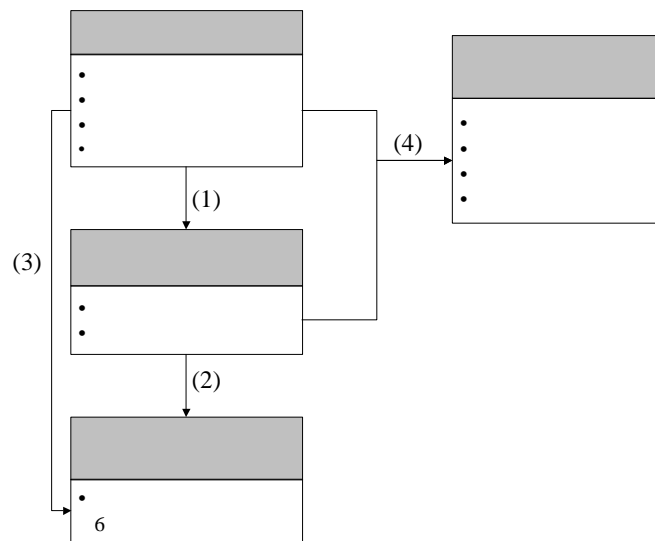


그림 1. 연구의 개념적 틀

본 연구에서 설정한 가설은 다음과 같다.

H1 : 병원의 일반적인 특성에 따라 지역사회서비스 필요성 인식에 차이가 있을 것이다.

H2 : 지역사회서비스 필요성 인식 정도에 따라 지역사회서비스 실행에서의 체계성에 차이가 있을 것이다.

H3 : 병원의 일반적인 특성에 따라 지역사회서비스 실행에서의 체계성에 차이가 있을 것이다.

H4 : 병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스 필요성 인식정도에 따라 지역사회서비스 실행정도에 차이가 있을 것이다.

## 2. 자료 수집

### 가. 자료 수집방법

이 연구의 자료수집을 위해 대한병원협회에서 실행하는 병원표준화심사를 받는 273개의 수련병원 가운데 단과 레지던트 수련병원을 제외한 217개의 병원의 병원장을 대상으로 자기기입식 설문조사를 실행하였다. 설문지는 우편으로 배포하였으며, 우편물에는 대한병원협회의 협조공문과 반송우표를 붙인 봉투를 동봉하였으며, 작성된 설문지는 우편과 팩시밀리를 이용하여 수집하였다. 설문 내용은 위 연구목적에만 사용됨을 강조함으로써 솔직하게 응답할 수 있도록 하였다.

자료수집기간은 2000년 11월 15일부터 12월 15일까지였으며, 1차 설문 수거 후 미응답자에게 공문을 다시 발송하여 재수거하는 작업을 거쳤다. 총 217개의 설문지를 배포하여 76부(35%)의 설문지가 회수되었으며 이 중 응답이 불성실한 경우를 제외한 74부를 최종분석 대상으로 하였다. 병원의 일반적인 특성에 관련된 항목은 1999년에 실행된 병원 표준화 심사 자료를 이용하여 수집하였다.

## 나. 변수의 조작적 정의와 측정 방법

지역사회 서비스의 내용을 측정하기 위한 설문 문항은 미국병원협회(American Hospital Association, AHA)에서 매년 실행하는 조사지의 지역사회와의 연계에 관련된 항목과 Catholic Health Association에서 개발한 설문지를 기초로 하였다.

설문은 총 7개의 영역으로 구성되어 있으며, 각 영역의 구성과, 정의 및 범위, 각 영역에 포함되는 항목은 다음과 같다(표 4).

표 4. 설문의 구성영역의 정의 및 범위

구성영역	각 영역의 정의·범위
1. 지역사회서비스의 인식정도	지역사회서비스 활동의 중요성과 필요성 인식
2. 지역사회서비스 활동의 체계성	지역사회서비스 활동을 기획, 실행, 평가하는 과정에 있어서의 체계성 정도
3. 저소득층 대상의 지역사회서비스	지불 능력이 취약한 계층을 대상으로 무료 혹은 할인서비스를 제공하는 것
4. 비수익성 지역사회서비스	지역사회 주민들의 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 저렴한 비용으로 서비스나 프로그램을 제공하는 것
5. 지역사회와 연계를 돕는 지역사회서비스	지역사회주민들과의 연계를 돕는 서비스나 프로그램의 제공
6. 지역주민 대상 교육 활동 지역사회서비스	지역사회 특정 인구집단을 대상으로 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 저렴한 비용으로 교육 프로그램을 제공하는 것
7. 지역사회 내 다른 기관과 관계	지역사회서비스 실행에서 다른 보건기관과의 관계

표 5. 연구에 사용된 변수 및 내용

지역사회서비스 인식과 체계성	
1. 지역사회서비스의 인식 정도	
① 비전에 공익성 포함 여부	② 필요성 인식
2. 지역사회서비스 활동의 체계성 정도	
① 담당부서 현황	⑥ 정책 표명여부
② 예산 책정 여부	⑦ 지속적인 점검
③ 장기 계획 유/무	⑧ CBS내용 설정 방법
④ 객관적 자료를 이용	⑨ 미충족 요구의 조정
⑤ 타기관과 비교 분석여부	
지역사회서비스의 제공내용	
1. 저소득층을 위한 지역사회서비스	
① 지불능력에 관계없이 진료	⑤ 진료비 할인 서비스 여부
② 무료자선진료의 실행	⑥ 의료취약지역에 장비 기증
③ 응급환자 진료원칙	⑦ 생활보호 대상자 음식제공
④ 의료보호환자의 진료	⑧ 진료비 보조 홍보
2. 비수익성 지역사회서비스	
① 신체검사	⑧ 문화교실
② 예방접종	⑨ 강당 등 장소 대여
③ 구강검사	⑩ 특정 인구집단 할인 서비스
④ 아동 예방 할인 서비스	⑪ 바자회등
⑤ 무료 구급차	⑫ 암환자모임
⑥ 셔틀버스	⑬ 임종환자 모임
⑦ 이동 검진센터	⑭ 청소년 상담활동
3. 지역사회와 연계를 돕는 지역사회서비스	
① 임종 간호	③ 순회진료차량 운행
② 가정 간호	
4. 지역주민 교육활동 지역사회서비스	
① 임신부 교육	⑧ 고혈압 교육
② 금연 교육	⑨ 학부모 세미나
③ 체중관리 교육	⑩ 치매 교육
④ 당뇨병 교육	⑪ 금주 교육
⑤ 응급처치 교육	⑫ 직업병 교육
⑥ 부인병 교육	⑬ 홍보자료 배포
⑦ 스트레스 관리 교육	⑭ 인터넷 이용 등

### 3. 분석방법

#### 가. 병원의 일반적인 특성

수집된 자료와 병원표준화심사자료를 이용하여 병상수, 설립주체, 소재지 등 병원의 일반적인 특성에 대한 기술통계량을 산출하였다.

#### 나. 지역사회서비스 필요성 인식 분석

병원장들의 지역사회서비스 필요성 인식은 병원이 그 지역에 거주하는 주민들을 대상으로 지역사회서비스를 제공할 필요가 있는지를 5점 척도로 측정하였으며 이에 대한 기술통계량을 산출하였다. 또한 병원의 일반적인 특성에 따라 지역사회서비스 필요성 인식에 차이가 있는지를 보기 위하여  $\chi^2$ -test를 실행하였다.

#### 다. 지역사회서비스 활동의 체계성 정도 분석

병원의 지역사회서비스 활동의 체계성에 관한 항목에 대한 기술통계량을 산출하였다. 체계성 지표는 총 7개의 항목 중 지역사회 주민의 건강상의 필요도를 측정하고 그에 따라 미충족 요구를 만족시키기 위해 진료내용 및 범위를 개선·확대·조정하는지에 대해 묻는 항목을 제외한 6개 항목에서 각각을 실시하는 경우를 1점, 그렇지 않은 경우를 0점으로 하여 이를 합산하였으며, 총점이 높을수록 지역사회서비스가 체계적으로 기획·운영되고 있는 것으로 해석하였다.

병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스 필요성 인식에 따른 지역사회서비스 활동의 체계성에 차이를 보기 위하여 t-test와 ANOVA를 실시하였다.



## 라. 지역사회서비스 실행 정도 분석

첫 번째로 병원의 지역사회서비스 실행 정도에 대한 기술 통계량 값을 산출하였다.

두 번째로, t-test와 ANOVA를 이용하여 병원의 일반적인 특성과 지역사회서비스 필요성 인식 정도에 따라 각 영역 및 전체 지역사회서비스 실행 정도의 차이가 있는지를 분석하였다. 지역사회서비스는 크게 4개의 영역으로 이루어 졌으며, 각각의 항목에서 실시하는 경우를 1점, 그렇지 않는 경우를 0점으로하여 이를 합한 점수를 사용하였다.

마지막으로 다른 변수를 통제한 상태에서 지역사회서비스 실행 정도에 영향을 미치는 요인을 정확하게 추정하기 위하여 각 영역 및 전체 지역사회서비스 실행 점수를 종속변수로 하고 병원의 일반적인 특성, 지역사회서비스 필요성 인식 정도를 독립변수로 하여 회귀분석(regression analysis)을 실행하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 조사 병원의 일반적인 특성

1999년 우리 나라 전국병원의 현황을 보면 종합병원이 총273개, 병원이557개로 전체 병상수는 175,159병상이다. 설문대상병원인 1999년 병원표준화심사를 받은 수련병원으로, 212개의 총 설문대상병원 가운데 74개의 병원이 분석대상이 되었으며, 응답률은 35%였다. 응답병원의 일반적인 특성을 보면, 병상수는 500병상 이상이 전체의 44.6%를 차지하고 있으며, 설립형태로는 민간병원이 65개(87.8%)로 대부분을 차지하였다(표 6). 소재지별 응답병원의 분포를 보면 특별시가 19개(25.7%), 광역시가 24개(32.4%), 기타 지방이 31개(41.9%)였다. 설문대상병원과 응답병원은 병상수, 설립형태, 소재지에서 비슷한 분포를 보였다.

그 외 지역사회서비스를 제공함에 있어 병원이 위치한 지역사회 내 공공보건기관(보건소 및 보건지소)과의 관계를 보면 다음과 같다. 모든 병원이 서로 연계하거나 협조체계(65.7%) 또는 독립적인 관계(34.3%)를 구축하고 응답하였으며, 서로 경쟁관계에 놓여있다고 응답한 병원은 없었다.

표 6. 조사병원의 일반적인 특성

단위 : 개(%)

변 수	설문대상병원	응답병원	$\chi^2$ -값
<b>병상수</b>			
< 199병상	27(12.8)	8(10.8)	3.756
200-299병상	55(25.9)	14(18.9)	
300-499병상	55(25.9)	19(25.7)	
≥ 500병상	75(35.4)	33(44.6)	
<b>설립형태</b>			
민간병원	185(87.3)	65(87.8)	0.056
공공병원	27(12.7)	9(12.2)	
<b>소재지</b>			
서울	54(25.5)	19(25.7)	2.215
광역시	61(28.8)	24(32.4)	
기타지방	97(45.7)	31(41.9)	
<b>지역내 타 보건기관과의 관계</b>			
연계·협조 체계		46(65.7)	
독립적인 관계		24(34.3)	
경쟁 관계		-	
<b>합 계</b>	212(100.0)	74(100.0)	

## 2. 지역사회서비스 필요성 인식

지역사회서비스가 필요하다고 응답한 병원이 26개, 매우 필요하다고 응답한 병원이 47개로 전체의 64.4%를 차지하였으며, 필요하지 않다고 응답한 병원은 없었다(표 7).

병원의 병상수나 설립형태에 따라 지역사회서비스 필요성 인식 정도에는 차이가 없었다. 병원의 소재지에 따른 지역사회서비스 인식 정도의 차이를 보면 서울보다는 광역시나 기타지방병원의 필요성 인식 정도가 더 높았지만 통계학적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 지역사회 내 다른 공공보건기관과의 관계에 따라 지역사회서비스 필요성 인식 정도에 차이가 있는지를 보면 서로 연계하거나 협조 체계를 구축하고 있다고 응답한 병원의 필요성 인식 정도가 더 높았지만 통계학적으로 유의하지 않았다.

지역사회서비스 필요하다고 생각하는 이유로는 지역주민의 건강과 복지향상을 위한 공익성이 가장 많았으나(41.0%), 병원의 경쟁성 확보를 위한 마케팅 전략이나, 병원의 이미지 관리가 56.0%를 차지하였으며 병원들의 공익성 인식으로 상대적으로 낮았다(그림 2). 그 외 종교병원이나 선교병원 등 병원의 설립취지에 따라 필요성을 인식하거나 한 개의 병원에서 공공병원의 역할로 지역사회서비스의 필요성을 인식도 있었다.

표 7. 병원의 특성에 따른 필요성 인식 정도의 차이

단위 : 개(%)

변 수	필요성인식정도		$\chi^2$ -값
	필요하다	매우 필요하다	
<b>병상수</b>			
199병상 미만	3(37.5)	5(62.5)	0.146
200-299병상	5(38.5)	8(61.5)	
300-499병상	7(36.8)	12(63.2)	
500병상 이상	11(33.3)	22(66.7)	
<b>설립형태</b>			
민간병원	23(35.9)	41(64.1)	0.023
공공병원	3(33.3)	6(66.7)	
<b>소재지</b>			
서울	9(47.4)	10(52.6)	1.612
광역시	8(33.3)	16(66.7)	
기타지방	9(30.0)	21(70.0)	
<b>지역 내 다른 보건기관과의 관계</b>			
연계·협조 체계	14(31.1)	31(68.9)	0.288
독립적인 관계	9(37.5)	15(62.5)	
<b>합 계</b>	<b>26(35.6)</b>	<b>47(64.4)</b>	

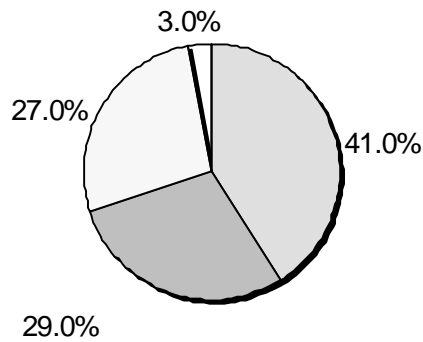


그림 2. 지역사회서비스 필요하다고 생각하는 이유

### 3. 지역사회서비스 활동의 체계성

#### 가. 지역사회서비스 활동의 체계성 정도

병원에서 제공하고 있는 지역사회서비스 활동을 기획·실행·평가하는 과정에 있어서의 체계성 정도는 다음과 같다(표 8). 먼저 병원이 지역사회 주민의 건강상의 필요도를 측정하고 그에 따라 미충족 요구(unmet need)를 만족시키기 위해 진료 내용 및 범위를 개선·확대·조정을 하는지에 대해 대부분의 병원(79.7%)이 그렇다고 응답을 하였다. 또한 병원이 지역사회서비스의 결과나 기대효과를 지속적으로 점검하고 개선책을 강구하는지에 대해서는 51개(71.8%)의 병원이, 지역사회서비스를 병원의 공식화된 정책으로 표명하고 있는지에 대해서는 45개(63.4%)의 병원이 그렇다라고 응답을 하였다.

체계성 지표는 표 8에서 제시한 항목 가운데 지역사회 주민의 건강상의 필요도를 측정하고 그에 따라 미충족 요구를 만족시키기 위해 진료내용 및 범위를 개선·확대·조정하는지에 대해 묻는 항목을 제외한 6개 항목으로 나타내었다. 제외한 항목은 지역사회서비스의 체계성을 직접적으로 반영하기보다는 오히려 진료내용 등을 직접적으로 결정하기 때문이다. 각 항목의 응답은 예, 아니오의 이분형변수로 측정하였으며, '아니오'로 응답한 경우에는 0점, '예'라고 응답한 경우에는 1점으로 하였다. 6개 항목의 총점으로 각 병원의 체계성 지표를 환산하였으며 총점이 높을수록 지역사회서비스가 체계적으로 기획·운영되고 있는 것으로 해석하였다. 체계성 지표는 최저 0점에서 최고 6점까지 분포하여 조사결과, 본 연구의 응답병원의 평균 체계성 점수는 3.26점이었다.

표 8. 조사병원의 지역사회서비스 활동의 체계성 정도

단위 : 개(%)

변 수	예	아니오
미충족 요구의 조정 <sup>1)</sup>	55(79.7)	14(20.3)
결과나 기대효과를 지속적인 점검여부	51(71.8)	20(28.2)
공식화된 정책으로 표명하는지 여부	45(63.4)	26(36.6)
지역주민의 건강향상을 위한 장기계획 유무	41(59.4)	28(40.6)
지역사회서비스 제공을 위해 객관적인 자료 이용	37(53.6)	32(46.4)
별도의 예산책정 여부	35(51.5)	33(48.5)
서비스 내용을 같은 지역 타기관과 분석 여부	28(39.4)	43(60.6)
체계성 점수(평균±표준편차)	3.26±2.07	

<sup>1)</sup> 체계성 점수 환산에서 제외되었음.

그 외 지역사회서비스를 담당하는 부서의 현황은 다음과 같다(표 9). 먼저 한 부서에서 지역사회서비스만을 전담하여 지속적으로 총괄·기획·실행·평가하는 경우가 21개로 전체의 28.4%였으며, 지역사회서비스의 내용에 따라 각각의 부서에서 상황에 따라 분담하여 실행하는 경우가 47개(63.5%)로 가장 많았으며, 전담 또는 개별 부서가 없는 경우가 6개였다.

병원의 특성에 따른 지역사회서비스 담당부서의 현황을 보면, 민간병원에서 전담 또는 개별부서가 있는 경우가 전체의 93.5%로 대부분 지역사회서비스를 담당하는 부서가 따로 있었으나 공공병원에서는 전체의 45.4%만이 전담 또는 개별부서에서 이를 담당하고 있었다.

표 9. 병원의 특성에 따른 지역사회서비스 담당 부서의 현황

단위 : 개(%)

변 수	지역사회서비스 담당부서 현황			$\chi^2$ -값
	전담부서	개별부서	담당부서 없음	
<b>병상수</b>				
199병상 미만	1(14.3)	3(42.9)	3(42.9)	7.347
200-299병상	3(23.1)	8(61.5)	2(15.4)	
300-499병상	6(31.6)	12(63.2)	1(5.3)	
500병상 이상	8(25.0)	21(65.6)	3(9.4)	
<b>설립형태</b>				
민간병원	17(27.4)	41(66.1)	4(6.5)	17.138***
공공병원	1(11.1)	3(33.3)	5(55.6)	
<b>소재지</b>				
서울	4(21.1)	11(57.9)	4(21.1)	5.441
광역시	6(26.1)	17(73.9)	-	
기타지방	8(27.6)	16(55.2)	5(17.2)	
<b>지역 내 다른 보건기관과의 관계</b>				
연계·협조 체계	11(24.4)	30(66.7)	4(8.9)	2.560
독립적인 관계	7(29.2)	12(50.0)	5(20.8)	
<b>합 계</b>	18(25.4)	44(62.0)	9(12.6)	

\* \* \* : P < 0.001

병원에서 제공하는 지역사회서비스 내용을 설정하는 방법에는 환자들의 요구·기대에 따라(44명), 지역사회주민의 필요도 조사를 바탕으로(40명) 설정한다는 병원이 가장 많았으며, 그 외 병원직원들의 건의사항이나 다른 병원의 사례를 참조하거나 병원장의 권유에 의해 지역사회서비스 내용을 설정하는 것으로 나타났다(표 10). 따라서 지역사회서비스 내용은 공급자인 병원의 입장과 견해보다는 소비자인 환자의 필요와 입장을 더 많이 반영하여 설정됨을 알 수 있다.



표 10. 지역사회서비스 내용 설정 방법(중복응답)

단위 : 개

변 수	빈 도
환자들의 요구, 기대에 의하여	44
지역사회주민의 필요도(need) 조사를 바탕으로	40
그 외 병원직원들의 건의사항에 따라	21
다른 병원의 사례를 참조하여	20
병원장의 권유	18
의사/간호사들의 건의사항에 따라	15
보건복지부나 병원협회 등 기타 기관의 지침에 따라	10
기타	11

## 나. 병원의 특성 및 필요성 인식에 따른 체계성의 차이

병원의 일반적인 특성 가운데 병상수가 클수록, 공공 병원보다는 민간병원이, 병원이 지방보다는 도시에 위치할수록 지역사회서비스를 더 체계적으로 실행하였지만 모두 통계학적으로 유의하지는 않았다(표 11). 또한 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식정도에 따라 지역사회서비스를 실행을 하는 데 있어서의 체계성 점수에 차이가 있는지를 보았다. 지역사회서비스가 필요하다고 인식한 병원의 체계성 평균점수는 2.31이며, 매우 필요하다고 인식한 병원의 지역사회서비스 체계성 평균점수는 3.85로 병원장의 지역사회서비스에 대한 필요성 인식 정도가 높을수록 이를 더 체계적으로 실행하였으며, 이는 통계학적으로 유의하였다( $P < 0.01$ ).

표 11. 병원의 특성 및 필요성 인식에 따른 체계성의 차이

단위 : 개(%)

변 수	체계성 정도		t-값
	개	평균±표준편차	
<b>병상수</b>			
< 500병상	41	2.88±1.99	-1.776
≥ 500병상	33	3.73±2.11	
<b>설립형태</b>			
민간병원	65	3.35±2.10	1.214
공공병원	9	2.56±1.81	
<b>소재지</b>			
서울/광역시	43	3.40±1.93	0.66
기타지방	31	3.06±2.28	
<b>필요성 인식</b>			
필요하다	26	2.31±2.11	-3.138**
매우필요하다	47	3.85±1.82	

\* \* :  $P < 0.01$

## 4. 지역사회서비스 실행 정도

### 가. 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 정도

저소득층을 위한 지역사회서비스 실행은 진료비지불 능력이 취약한 계층을 대상으로 무료 혹은 할인서비스를 어느 정도 제공하는 지에 대한 것이다. 모든 응답 병원이 의료보험환자와 비교할 때 의료보호환자에게도 동일한 종류와 질의 의료서비스를 제공한다고 하였으며, 대부분의 병원이 병원을 방문하는 모든 환자에게 지불능력에 관계없이 진료를 하는 것을 원칙(91.9%)으로 하고 있다(표 12). 또한 병원에서 응급환자의 입원시 지불능력에 관계없이 입원을 허용하는 지에 대해서는 66개(89.2%)의 병원이 그렇다라고 응답하였다. 그 외 병원에서 농어촌 등의 의료취약지역에 의료장비나 물품을 기여하였는지에 대해서는 40개(55.6%) 병원에서 그렇다라고 응답하였다. 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 점수는 각각의 항목을 실행하는 경우를 1점, 그렇지 않은 경우를 0점으로 하여 이를 합한 점수를 사용하였으며, 점수는 0점에서 8점까지 분포하고 있다. 조사 결과 8개 항목 모두를 합한 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행점수는 평균 5.25점이었다.

표 12. 저소득층을 위한 지역사회서비스의 실행

설문문항	단위 : 개(%)	
	예	아니오
의료보호환자의 진료	74(100.0)	-
지불능력에 관계없이 진료	68(91.9)	6(8.1)
응급환자 진료원칙	66(89.2)	8(10.8)
무료자선진료의 실행	61(83.6)	12(16.4)
의료취약지역에 장비 기증	40(55.6)	32(44.4)
진료비 할인 서비스 여부	39(52.7)	35(47.3)
진료비 보조 홍보	22(31.0)	49(69.0)
생활보호 대상자 음식제공	14(19.4)	58(80.6)
저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 점수 <sup>1)</sup>	5.25±1.66	

1) 평균±표준편차

## 나. 비수익성 지역사회서비스 실행 정도

비수익성 지역사회서비스의 실행은 병원이 지역사회 주민들의 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 일반가격보다 저렴하게 서비스를 제공하는지에 대한 것으로 총 14개 문항을 포함하고 있다. 먼저 지역주민이나 기관에게 지역행사를 위해 병원의 강당 등의 장소를 무료로 제공한다고 47개(69.1%)의 병원이 응답하였으며, 양로원, 고아원 등의 특정 인구집단을 대상으로 진료서비스를 무료 혹은 할인 가격으로 제공한다고 응답한 병원이 47개(66.2%)였다(표 13). 그 외 지역소재 학교를 지정하여 신체검사나 예방접종 등을 할인가격으로 제공하고 있었다.

병원에서 저소득층 또는 특정환자집단을 돕기 위한 기금 조성행사나 사회활동을 주최 또는 후원한다고 응답한 병원이 50개(71.4%)였으며, 그 외 암환자나 임종환자를 위한 모임을 주최·후원하는 병원이 각각 31(43.7%), 28(38.9%)개이었으며, 청소년 성 상담 활동을 실행한다고 응답한 병원이 22개(30.6%)였다.

비수익성 지역사회서비스 실행 점수는 저소득층을 위한 지역사회서비스 점수와 마찬가지로 각각의 항목을 실행하는 경우를 1점, 그렇지 않은 경우를 0점으로 하여 이를 합한 점수를 사용하였으며, 점수는 0점에서 14점까지 분포하고 있다. 총 14개 문항을 모두 합계한 결과 응답병원의 비수익성 지역사회서비스 점수는 평균 5.26점이었다.

표 13. 비수익성 지역사회서비스 실행 정도

단위 : 개(%)

설문문항	예	아니오
무료 구급차	54(79.4)	14(20.6)
바자회등	50(71.4)	20(28.6)
특정 인구집단 할인 서비스	47(66.2)	24(33.8)
강당 등 장소 대여	47(69.1)	21(30.9)
신체검사	39(56.5)	30(43.5)
암환자모임	31(43.7)	40(56.3)
문화교실	30(42.2)	41(57.8)
셔틀버스	28(38.9)	44(61.1)
임종환자 모임	28(38.9)	44(61.1)
구강검사	26(36.6)	45(63.4)
이동 검진센터	26(37.7)	43(62.3)
청소년 성상담 활동	22(30.6)	50(69.4)
예방접종	13(18.2)	58(81.7)
아동 예방 할인 서비스	8(12.3)	57(87.7)
비수익성 지역사회서비스 점수 <sup>1)</sup>		5.26±2.79

1) 평균±표준편차

## 다. 지역사회와의 연계를 돕는 지역사회서비스 실행 정도

표 14는 병원이 지역사회주민들과 연계를 돕는 서비스나 프로그램을 어느 정도 제공하고 있는 지에 대한 것이다. 먼저 무료순회진료를 실행한다고 응답한 병원이 59개(79.7%)로 가장 많았으며, 임종간호사업을 실행하는 병원이 36개(50.5%), 가정간호를 실행한다고 응답한 병원이 25개(34.3%)였다.

지역사회와 연계를 돕는 지역사회서비스의 실행 점수는 총 3개의 항목에 대하여 실행하는 경우를 1점, 그렇지 않은 경우를 0점으로 하였으며, 각 항목별 점수를 합계한 총 실행점수는 평균 1.62점이었다.

표 14. 지역사회와의 연계를 돕는 지역사회서비스 실행 여부

단위 : 개(%)

설문문항	예	아니오
무료순회진료	59(79.7)	15(20.3)
임종 간호	36(50.0)	36(50.0)
가정 간호	25(34.3)	48(65.7)
지역사회 연계서비스 점수 <sup>1)</sup>	1.62±0.90	

1) 평균±표준편차

## 라. 지역주민대상 교육서비스 실행 정도

지역주민대상 교육서비스의 실행은 병원에서 지역사회 특정인구 집단을 대상으로 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 저렴한 비용으로 교육프로그램을 실행하고 있는지에 대한 것이다. 응답병원 가운데 절반이상의 병원에서 당뇨병 교육(87.8%), 임산부 건강강좌(68.9%), 고혈압 교육(59.5%), 부인병 교육(55.4%)을 무료 혹은 저렴한 가격으로 실행하고 있었다(표 15).

지역주민을 대상으로 하는 교육서비스의 실행 점수는 총 12개의 항목에서, 실행하는 경우를 1점, 그렇지 않은 경우를 0점으로 하여 이를 합한 점수를 사용하였으며, 응답병원의 지역주민대상 교육서비스의 평균 실행 점수는 5.22였다.

표 15. 지역주민대상 교육서비스 실행 여부

단위 : 개(%)

설문문항	예	아니오
당뇨병 교육	65(87.8)	9(12.2)
임산부 교육	51(68.9)	23(31.1)
고혈압 교육	44(59.5)	30(40.5)
부인병 교육	41(55.4)	33(44.6)
치매 교육	34(46.0)	40(54.0)
금연 교육	30(40.5)	42(59.5)
응급처치 교육	26(35.1)	48(64.9)
금주 교육	26(35.1)	46(64.9)
스트레스 관리 교육	25(33.8)	49(66.2)
체중관리 교육	20(27.0)	54(73.0)
학부모 세미나	14(18.9)	60(81.1)
직업병 교육	13(17.6)	61(82.4)
지역주민대상 교육서비스 점수 <sup>1)</sup>	5.22±3.45	

1) 평균±표준편차

### 마. 지역사회서비스의 영역별 실시 정도 비교

네가지 영역의 지역사회서비스 실행 점수를 100점으로 환산하면, 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 점수가 65.6점으로 가장 높았으며, 다음으로 지역사회와 연계를 위한 서비스의 실행 점수가 54점, 지역주민을 대상으로 하는 교육서비스의 실행 점수가 43.5점, 비수익성 지역사회서비스의 실행 점수가 37.6점 순이었다.

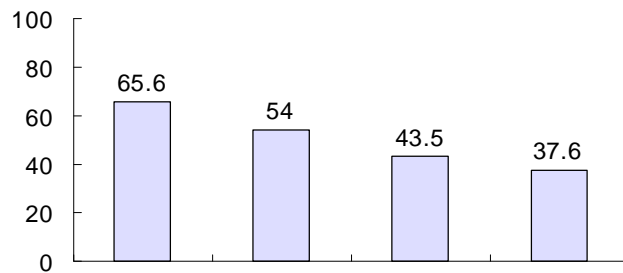


그림 3. 지역사회서비스의 영역별 실시 정도 비교



## 5. 지역사회 서비스 활동에 영향을 미치는 요인 분석

### 가. 병원의 특성 및 필요성 인식에 따른 지역사회서비스 실행 정도의 차이

병원의 일반적인 특성 및 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식에 따라 지역사회서비스 실행 정도에 차이가 있는지를 보았다(표 16).

저소득층을 위한 지역사회서비스는 병원의 일반적인 특징 및 지역사회서비스 필요성 인식에 따라 실행 정도의 차이가 없었다.

비수익성 지역사회서비스는 병원의 특성 가운데, 설립 형태에 따라 실행 정도에 차이를 보였으며, 민간 병원의 비수익성 지역사회서비스 평균 실행 점수는 6.63으로, 공공 병원의 평균 실행 점수인 3.39보다 통계적으로 유의하게 높았다( $p < 0.01$ ). 또한 지역사회내 다른 공공보건기관과의 관계에 있어서도 연계·협조체계를 유지하고 응답한 병원의 비수익성 지역사회서비스 평균 실행 점수가 5.50으로 독립적인 관계에 있다고 응답한 병원의 평균 실행 점수인 4.96보다 높았다( $p < 0.01$ ). 병원장의 지역사회서비스 인식 정도에 따라서도 비수익성 지역사회서비스 실행 점수의 차이를 보였으며( $p < 0.05$ ), 필요하다고 인식한 병원과 매우 필요하다고 인식한 병원의 비수익성 지역사회서비스 평균 실행 점수는 각각 5.31, 6.83으로 필요성 인식이 높을수록 비수익성 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다( $p < 0.05$ ).

지역사회와 연계를 돕는 서비스의 실행에 있어서는 300병상 미만인 병원의 평균 실행 점수가 1.34, 300병상 이상인 병원의 평균 실행 점수가 1.97로, 300병상 이상에서 지역사회와 연계를 돕는 서비스를 통계적으로 유의하게 더 많이 실행하는 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ).

지역주민을 위한 교육서비스의 실행에서는 300병상 미만인 병원의 평균 실행 점수가 4.49, 300병상 이상인 병원의 평균 실행 점수가 6.12로, 지역사회와 연계를 돕는 서비스의 실행과 마찬가지로 300병상 이상의 병원이 지역주민을 대상으로 하는 교육 서비스를 더 많이 실행하였다( $p < 0.05$ ). 또한 병원이 지역 내 다른 보건

기관과의 관계가 독립적이라고 응답한 병원보다 연계·협조 체계에 있다고 응답한 병원이 지역주민을 대상으로 하는 교육 서비스를 더 많이 실행하였다( $p<0.05$ ).

전체 지역사회서비스는 네 영역의 지역사회서비스 실행 점수를 합한 것을 사용했으며, 37점 만점에 응답병원의 전체 지역사회서비스 평균 실행 점수는 17.4점으로 100점을 만점으로 한 환산 점수는 46.9점이다. 전체의 지역사회서비스 실행에 있어서는 비수익성 지역사회서비스 실행과 마찬가지로 공공 병원보다는 민간 병원이 더 많이 실행하고 있으며( $p<0.05$ ), 지역 내 다른 보건기관과의 관계가 독립적이기보다는 연계·협조 체계를 유지할수록( $p<0.01$ ), 병원장의 지역사회서비스 인식에 대한 필요성 인식 정도가 높을수록 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다( $p<0.05$ ).

16.

	±	t-	±	t-	±	t-	±	t-	(%)
300	5.12 ± 1.81	0.600	6.22 ± 2.82	0.071	1.34 ± 0.83	9.955**	4.49 ± 3.31	4.274*	41
300	5.42 ± 1.48		6.39 ± 2.78		1.97 ± 0.88		6.12 ± 3.46		33
	5.31 ± 1.59	0.497	6.63 ± 2.69	8.423**	1.68 ± 0.92	2.037	5.38 ± 3.41	1.276	65
1)	4.89 ± 2.20		3.39 ± 2.37		1.22 ± 0.67		4.00 ± 3.71		9
	5.32 ± 1.63	0.439	6.58 ± 3.04	0.344	1.26 ± 0.99	2.299	5.42 ± 3.42	0.319	19
	5.00 ± 1.32		5.92 ± 2.38		1.83 ± 0.76		5.54 ± 3.04		24
	5.42 ± 1.93		6.42 ± 2.98		1.68 ± 0.91		4.84 ± 3.83		31
.	5.50 ± 1.63	1.652	7.11 ± 2.67	8.501**	1.67 ± 0.94	0.046	6.02 ± 3.57	6.524**	46
	4.96 ± 1.76		5.17 ± 2.60		1.62 ± 0.82		3.38 ± 2.83		24
	4.96 ± 1.73	-1.018	5.31 ± 2.29	-2.450*	1.65 ± 0.75	0.179	4.31 ± 3.39	-1.884	26
	5.38 ± 1.62		6.83 ± 2.94		1.62 ± 0.99		5.83 ± 3.35		47

\* : P < 0.05, \*\* : P < 0.01, 1) F-

## 나. 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인

지역사회서비스 실행정도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 각 영역의 실행점수와 전체 지역사회서비스 실행 점수를 종속변수로 하고, 병상수, 설립형태, 소재지, 지역내 다른 보건기관과의 관계, 필요성 인식 정도를 독립변수로 하여 다중선형회귀분석을 실행하였다(표 17).

저소득층을 위한 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인은 설정한 독립변수에서는 다른 변수를 통제한 상태에서 유의한 변수는 없었다.

비수익성 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 회귀분석모형의 설명력은 24.1%로 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ). 다른 변수를 통제한 상태에서 설립형태와 타 보건기관과의 관계가 비수익성 지역사회서비스에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 공공병원보다는 민간병원에서, 지역 내 다른 보건기관과의 관계가 독립적이기보다는 연계·협조 체계를 유지하고 있는 병원이 지역사회서비스를 더 많이 실행하고 있으며 이는 통계적으로 유의했다( $p < 0.01$ ).

지역사회와의 연계를 돕는 서비스 실행에 영향을 미치는 요인 분석에서는 회귀분석모형의 설명력은 14.0%였으며, 통계적으로 유의하였다( $p < 0.05$ ). 다른 변수를 통제한 상태에서 지역사회와 연계를 돕는 서비스 실행에 영향을 주는 요인은 병상수였으며, 300병상 미만의 병원보다는 300병상 이상의 병원에서 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다( $p < 0.01$ ).

지역주민을 대상으로 하는 교육서비스에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 회귀분석모형의 설명력은 13.7%였으며, 통계적으로 유의하였다( $p < 0.05$ ). 지역주민 대상 교육서비스에 영향을 미치는 요인으로는 타 보건기관과의 관계였으며, 독립적인 관계보다는 연계·협조체계를 유지하고 있는 병원의 지역주민 대상 교육서비스 실행 점수가 더 높았다( $p < 0.05$ ).

마지막으로 전체 지역사회서비스 실행 점수에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 회귀분석모형의 설명력은 24.9%였으며, 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ). 전체 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인으로는 설립형태와 타 보건기관과

의 관계, 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식 등이었다.

17.

	$\pm$	t-	$\pm$	t-	$\pm$	t-	$\pm$	t-
( < 300 )	-0.110	-0.199	0.125	0.159	0.732	2.702**	1.587	1.537
300	$\pm 0.555$		$\pm 0.791$		$\pm 0.271$		$\pm 1.033$	
( =0)	0.583	0.782	3.267	3.075**	0.313	0.858	0.589	0.425
	$\pm 0.746$		$\pm 1.063$		$\pm 0.364$		$\pm 1.388$	
( =0)	-0.301	-0.530	-0.664	-0.820	0.451	1.626	-0.517	-0.489
	$\pm 0.568$		$\pm 0.809$		$\pm 0.277$		$\pm 1.057$	
	0.159	0.290	0.150	0.192	0.530	1.982	-0.579	-0.568
	$\pm 0.548$		$\pm 0.781$		$\pm 0.267$		$\pm 1.020$	
( =0)	0.284	1.231	1.014	3.085**	0.026	0.227	1.088	2.534*
	$\pm 0.231$		$\pm 0.329$		$\pm 0.113$		$\pm 0.429$	
( =0)	0.290	0.082	1.240	1.905	-0.137	-0.614	1.543	1.814
	$\pm 0.457$		$\pm 0.651$		$\pm 0.223$		$\pm 0.851$	
	Ad R <sup>2</sup> = -4.1%		Ad R <sup>2</sup> = 24.1%		Ad R <sup>2</sup> = 14.0%		Ad R <sup>2</sup> = 13.7%	
	F = 0.566		F = 4.490***		F = 2.787*		F = 2.746*	

\* : P < 0.05, \*\* : P < 0.01, \*\*\* : P < 0.001

## V. 고찰

본 연구는 우리 나라 병원의 지역사회서비스 실태에 대한 현황을 조사하고, 지역사회서비스를 실행하는 데 있어 영향을 주는 요인이 무엇인지를 파악하고자 구조화된 자기기입식 설문지를 이용하여 표준화심사를 받은 전국수련병원의 병원장을 대상으로 자료를 수집하고 분석하였다.

본 연구는 우리 나라 병원의 지역사회서비스 실행현황을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위한 우리 나라 최초의 연구로서 국내병원의 지역사회서비스실행현황에 대한 정보를 제공하고 나아가 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 우리 나라 병원의 지역사회서비스 실행에 도움을 준다는 측면에서 의미있는 연구라고 생각한다.

### 1. 연구방법에 대한 고찰

연구대상은 전국 수련병원으로 1999년 대한병원협회에서 실행하는 표준화심사를 받은 212개 병원의 병원장을 대상으로 하였으며, 본 연구의 방법상의 제한점들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 조사대상 병원의 응답률이 35%에 불과하고 특히 공공병원의 응답률이 낮다는 문제점이 있다. 현재 많이 나아지고 있기는 하지만 그래도 여전히 국내 병원경영자들이 경영관련 정보 공개에 부정적인 경향이 있어 많은 병원 설문 연구에서 40%미만의 응답률을 보이고 있다. 이러한 문제점은 이 연구에 국한되지 않고 국내 병원 연구분야의 과제로서 진지하게 고민하여야 할 필요가 있다고 생각한다. 또한 조사대상 병원 선정시 1999년에 표준화심사를 받은 수련병원만을 대상으로 하였기 때문에 중소병원이나 특수병원등의 실태를 파악하지 못하였다는 제한점이 있다. 이러한 이유로 본 연구 결과를 전체 병원으로 일반화시키는 데 제한점이 있다.

둘째, 본 연구는 우편설문을 실행하였기 때문에 연구대상자들이 설문내용을 충

분히 이해하는 데 제한이 있을 수 있으며, 이로 인해 일부 설문들이 무응답으로 표현되기도 하였다. 또한 본 설문조사가 자기기입식으로 이루어졌으며 따라서 응답이 주관적으로 측정되었다는 제한점이 있다. 향후 연구에서는 적절한 조사대상자를 선정하여 연구목적에 적합한 정보를 획득할 수 있는 보다 객관화된 측정도구를 개발하여 조사할 필요가 있겠다.

셋째, 전체 지역사회서비스 실행 점수를 측정하는 데 있어서 각각의 영역에 대한 가중치를 고려하지 못하여 항목이 많은 영역에 의해 전체지역사회서비스 실행 점수가 표현될 수 있다. 향후 영역의 중요도에 따른 항목수의 결정 등을 충분히 고려하여 더 정확히 측정해야 할 것이다.

## 2. 연구결과에 대한 고찰

본 연구결과는 수련병원을 대상으로 지역사회서비스 필요성 인식과 체계성 그리고 실행 정도에 대한 각 항목을 분석하였다.

첫째, 조사대상 병원의 지역사회서비스 필요성 인식 정도를 분석한 결과, 26개(35.6%)의 병원이 지역사회서비스가 필요하다고 응답하였고, 47개(64.4%)의 병원이 매우 필요하다고 응답하였으며, 필요하지 않다고 응답한 병원은 없었다. 모든 병원에서 지역사회서비스가 필요하다고 인식하였으나 병원의 재정적인 상태 또는 공공의 역할이라고 인식하거나 지역사회와의 긴밀한 협조체계의 부재로 인해 실행에 어려움이 있다고 응답한 병원들이 있어 지역사회서비스를 병원과 학회, 그리고 관련 기관들이 연계하여 이를 통합적으로 실행할 필요가 있다고 생각된다.

또한 대부분의 병원에서 지역사회서비스 실행을 병원의 마케팅 전략이나 이미지 관리 등 경영상의 전략으로 인식하고 있으며, 병원의 공익성에 대한 역할 인식이 상대적으로 적어 앞으로 병원의 역할을 재설정할 수 계기가 필요하다고 생각된다. 외국의 경우 지역사회서비스의 기준을 만들어 세제혜택을 받는 공공병원에 이를 실행할 것을 요구하거나, 혹은 보험급여 상환이라는 방법을 통해 이들 활동



을 적극적으로 유도하고 있다.

둘째, 지역사회서비스의 기획 및 실행에 대한 조직 현황을 보면 한 부서에서 지역사회서비스만을 전담하여 지속적으로 총괄, 기획, 실행, 평가하는 체계를 갖춘 전담부서에서 담당하는 경우가 21개(28.4%)에 불과하였으며, 담당부서는 기획실, 사회사업과, 총무과 등이었다. 또한 지역사회서비스의 사업내용에 따라 각각의 부서에서 필요할 때마다 분담해서 실행하는 경우가 47개(63.5%)로 대부분을 차지하고 있어 전담부서가 있는 병원이 아직까지는 일반화되어 있지 못한 것을 알 수 있다.

셋째, 조사대상 병원의 지역사회서비스 활동의 체계성에 대해 분석한 결과, 대부분의 병원에서 지역사회서비스의 결과나 기대효과를 지속적으로 점검하고 개선책으로 강구하고 또한 이를 병원의 공식화된 정책으로 표명하고 있었다. 그러나 병원에서 제공하는 지역사회서비스 내용을 같은 지역 보건소 등의 타기관과 비교를 하거나 별도의 예산을 책정하는 병원은 상대적으로 적었다. 따라서 지역사회서비스의 실행이 아직 체계적으로 정착되고 있지는 않아 병원장의 인식의 전환과 함께 병원에 대한 지원이 필요할 것으로 생각된다. 또한 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식정도에 따라 체계성의 차이를 보였으며, 이는 결국 병원장의 필요성 인식에 대한 제고가 선행되어야 함을 보여주는 결과이다.

넷째, 저소득층을 위한 지역사회서비스의 실행정도를 보면 대부분의 병원에서 병원을 방문하는 모든 환자에게 지불능력에 관계없이 진료를 하는 것을 원칙으로 하고 있지만 그 외에 농어촌 등의 의료취약지역에 의료장비나 물품을 기여하거나 진료비 할인서비스의 실행, 진료비 보조의 홍보 그리고 저소득층을 대상으로 무료로 음식을 제공하는 등의 구체적이고 적극적인 활동은 상대적으로 적은 것으로 생각된다. 미국 가톨릭병원 지역사회서비스 조사연구와 비교해 보면 대부분의 병원에서 보험이 없는 입원환자의 응급실 이용을 허락한다든지(90%), 의료보호환자에게도 동일한 질의 의료서비스를 제공하는 등(87%) 본 연구결과와 비슷하였다. (Sander SM, 1994)

다섯째, 비수익성 지역사회서비스의 실행 정도를 보면 많은 병원에서 입·퇴원 시 무료구급차를 운영하거나 지역주민이나 기관에게 지역행사를 위해 병원의 강

당 등의 장소를 무료로 제공, 저소득층 또는 특정환자집단을 돕기 위한 기금 조성 행사나 사회활동을 주최 또는 후원한다고 응답하였다. 그러나, 지역소재 학교를 지정하여 무료나 할인 가격으로 예방접종이나 구강검사를 실행하거나 병원 셔틀버스나 이동검진센터를 운영하는 병원이 상대적으로 적었으며, 이로 인해 앞으로 병원과 지역사회가 더 많은 연계가 필요할 것으로 생각된다. Sander(1994)의 연구 결과를 보면 연구 대상 병원의 90%가 보건관련 단체에게 무료 혹은 저렴한 비용으로 회의실을 제공하고 있으며, 23~34%만이 취약 아동에게 저렴한 비용으로 신체검사나, 예방접종을 실시하였으며, 본 연구 결과와 유사하였다.

여섯째, 병원에서 지역사회 특정인구 집단을 대상으로 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 저렴한 비용으로 교육프로그램을 실행하고 있는 정도를 보면 많은 병원에서 당뇨병 교육, 임산부 건강 강좌, 부인병 교육 등 병원의 수익과 직·간접적으로 연계가 되는 교육활동을 비교적 활발하게 진행되고 있는 반면, 그 외에 학부모 세미나나 직업병 교육, 체중 관리 교육 등은 상대적으로 적게 실행하고 있었다.

일곱째, 병원의 일반적인 특성에 따른 지역사회서비스 실행 정도의 차이를 보면 병상수가 클수록 지역사회서비스를 더 많이 실행하고, 공공병원보다는 민간병원에서 지역사회서비스를 더 많이 실행하고 있었다. 아직까지는 우리 나라 공공병원의 역할설정이 명확하지 않았으며, 앞으로 지역사회서비스에 대한 공공병원의 명확한 역할의 설정뿐 아니라 이에 대한 좀더 체계적이고 적극적인 경영이 이루어져야 할 것이다.

이러한 결과들을 종합하면 현재 우리 나라 수련병원의 지역사회 서비스의 필요성 인식은 높으나 이를 주로 병원 경영을 위한 방법으로 인식하고 있어 공공성에 대한 병원 역할에 인식의 제고가 필요함을 알 수 있다. 또한 지역사회서비스를 체계적으로 운영할 수 있도록 정부의 정책적인 지원이 필요하며, 이를 위해서는 먼저 병원이나 학회를 중심으로 이에 대한 기준을 마련하고 체계적으로 정립할 수 있는 노력이 선행되어야 할 것이다. 이 연구는 국내 수련 병원을 대상으로 지역사회서비스 실행에 대한 전반적인 현황을 살펴보려 했으나 응답병원들이 대표성에 제한이 있어 결과의 활용 역시 제한적으로 해석될 수 밖에 없으며 향후 병

원차원에서 대규모 현황조사 연구가 수행될 필요가 있다고 생각된다.

## VI. 결론

본 연구는 우리 나라 병원에서 실행하고 있는 지역사회서비스의 실태를 조사하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 지역사회서비스를 활성화시킬 수 있는 방안을 모색하기 위한 기초자료를 수집하고자 수행되었다. 전국 수련병원의 병원장을 대상으로 설문을 실시한 결과 응답병원 74개를 대상으로 분석한 주요결과는 다음과 같다.

첫째, 모든 병원에서 지역사회서비스가 필요하다고 인식하고 있으며, 그 이유로는 병원의 마케팅 전략이나 이미지 관리를 위해서였으며, 그 외 지역주민의 건강과 복지 향상을 위한 공익성 또는 병원의 설립 정신에 의해서였다.

둘째, 응답병원의 지역사회서비스 활동 체계성 점수는 6점 만점에 3.26점이었으며, 지역사회서비스 필요성 인식정도가 높을수록 더 체계적이었다( $P < 0.01$ ).

셋째, 각 영역의 실행 점수를 100점 만점으로 환산해보면 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행 점수가 65.6점으로 가장 높았으며, 다음으로 지역사회와 연계를 위한 서비스의 실행 점수가 54.0점, 지역주민을 대상으로 하는 교육서비스의 실행 점수가 43.5점, 비수익성 지역사회서비스의 실행 점수가 37.6점 순이었다. 전체 지역사회서비스 평균 실행 점수는 17.4점으로 100점을 만점으로 한 환산 점수는 46.9점이다.

넷째, 병원의 일반적인 특징 및 지역사회서비스 필요성 인식에 따른 각 영역 및 전체 지역사회서비스 실행 점수의 차이를 보면 다음과 같다.

저소득층을 위한 지역사회서비스는 병원의 일반적인 특징 및 지역사회서비스 필요성 인식에 따라 실행 정도의 차이가 없었다. 비수익성 지역사회서비스는 민간 병원이 공공 병원보다 더 많이 실행하였으며( $p < 0.01$ ), 지역사회내 다른 공공보건기관과 연계·협조체계인 병원이 독립적인 관계에 있는 병원보다 평균 실행 점수가 더 높았다( $p < 0.01$ ). 또한 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식 정도가 높을수록 비수익성 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다( $p < 0.05$ ).

지역사회와 연계를 돕는 서비스는 300병상 미만인 병원이 300병상 이상인 병

원에서 더 많이 실행하는 것으로 나타났다( $p < 0.01$ ).

지역주민을 위한 교육서비스에서는 300병상 미만인 병원보다 300병상 이상인 병원이( $p < 0.05$ ), 병원이 지역 내 다른 공공보건기관과의 관계가 독립적이라고 응답한 병원보다 연계·협조 체계에 있다고 응답한 병원이 더 많이 실행하였다( $p < 0.05$ ).

전체의 지역사회서비스는 공공 병원보다는 민간 병원이( $p < 0.05$ ), 지역 내 다른 보건기관과의 관계가 독립적이기보다는 연계·협조 체계를 유지할수록( $p < 0.01$ ), 병원장의 지역사회서비스 인식에 대한 필요성 인식 정도가 높을수록 지역사회서비스를 더 많이 실행하였다( $p < 0.05$ ).

다섯째, 지역사회서비스 실행정도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 각 영역과 전체 지역사회서비스 실행 점수를 종속변수로 하여 회귀분석을 실시하였다. 저소득층을 위한 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인은 설정한 독립변수에서는 다른 변수를 통제한 상태에서 유의한 변수는 없었다. 비수익성 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인은 다른 변수를 통제한 상태에서 설립형태와 타 보건기관과의 관계였으며, 지역사회와의 연계를 돕는 서비스 실행에는 병상수가 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 지역주민 대상 교육서비스에 영향을 미치는 요인으로는 타 보건기관과의 관계였다. 마지막으로 전체 지역사회서비스 실행 점수에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 회귀분석모형의 설명력은 24.9%였다( $p < 0.001$ ). 전체 지역사회서비스 실행에 영향을 미치는 요인으로는 설립형태와 타 보건기관과의 관계, 병원장의 지역사회서비스 필요성 인식이었다.

결론적으로 병원의 지역사회서비스 필요성 인식은 높아 병원 경영자도 높은 관심을 보이고 있으나 지역사회서비스를 좀더 체계적이고 통합적으로 실행할 수 있는 기술적인 지원이 필요하다고 할 수 있다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위하여 병원의 적극적인 참여와 관련 학회 등의 지속적인 연구와 정부의 지원 정책이 함께 이루어져야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 대한병원협회. 병원표준화심사요강, 1987
- 대한병원협회. 99'전국병원명부, 1999.
- 박민. 의료 기관의 조세부담에 관한 법리 해석, 한국의료법학회지, 1999;6(1): 151-63
- 보건복지부. 의료기관 서비스평가 지침서, 1996
- 보건의료정책연구소. 병원진료서비스에 대한 국민의식구조 조사연구, 1992
- 유승흠. 의료보험총론. 수문사, 1990
- 유승흠, 병원행정강의. 수문사, 1990
- 유승흠, 고성진, 김기훈 등. 보건행정학 강의. 수문사, 1998
- 예방의학과 공중보건 편집위원회. 예방의학과 공중보건. 계축문화사, 1995
- Daniel RL, Robin LK, Robert GK. A Framework for Designing and Implementing Community Benefit Standards. J Health Care Finance 1997;23(4):71-90
- Garner M, Grossman W. Reporting Charity Care: Hospital must prepare to

comply with new AICPA accounting rules. Health Prog 1992;73(1):58-63

Hattis PA. Retooling for community benefits. Health Prog 1993;74(7):38-41

Hudson T. Hospitals strive to provide communities with benefits. Hospitals 1992;66(13):102-110

Josephson GW. Private Hospital Care for Profit? A Reappraisal. Health Care Manage Rev 1997;22(3):64-73

Kovner AR. The Hospital Community Benefit Standards Program and Health Care. Hosp Health Serv Adm 1994;39(2):143-57

MacEachern MT. Hospital Organization and Management, 3rd edition, Physicians' Record Company, Berwyn, 1962.

Murphy TP. Medical Outcomes studies in Peripheral Vascular Disease. Journal of Vascular & International Radiology 1998;9(6):879-89

Needleman JD, Lamphere CJ. Hospital Conversion Trends, Health Affairs, 1997;16(2): 187-195.

Proenca EJ. Community orientation in Health Services Organizations: The Concept and Its Implementation. Health Care Management Review, 1998;23(2):28-38

Sanders SM. Defining the value of community benefits. Analyzing the kinds of goods society produces clarifies hospitals' charity care contribution. Health

Prog 1992;73(6):33-7

Sanders SM. Measuring Charitable Contributions for the Nonprofit Hospital's Tax-Exempt Status. *Hosp Health Serv Adm* 1993;38(3):401-18

Sander SM. Catholic hospitals and community benefit activities. A comparative inventory of policies and programs reveals a wide range of services. *Health Prog* 1994;75(1):44-8,74

Schlesinger M, Gray B, Bradley E. Charity and community : The Role of Nonprofit Ownership in a Management Health Care System. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1996; 21(4):697-751

Schlesinger M, Gray B, Carrino G, Duncan M, Gusmano M, Antonelli V, Stuber J. A Broader Vision For Managed Care, Part 2 :A Typology Of Community Benefits. *Health Affairs* 1998;17(5):26-49

Seay JD. Community Benefit Prevails. Are radical changes in hospital tax-exemption laws necessary? *Health Prog* 1992;73(1):42-7

Seay JD, Vladeck BC, Kramer PS, Gould DA, McCormack JJ. Holding fast to the good: the future of the voluntary hospital. *Inquiry* 1986;23(3):253-60

Stephanie Brown. Revitalized Commitment to Community. *Health Prog* 1994;75(1):60-3

Susan SM. Catholic Hospitals and Community Benefit Activities. *Health Prog* 1994;75(1):44-8



Thomas AR. Community Benefit Reporting is Worthwhile. Health Prog  
1994;75(10):22-23

Thomas CB. Hospital Community Benefits Other Than Charity Care :  
Implications for Tax Exemption and Public Policy. Hosp Health Serv Adm  
1996;41(4):461-71

Young MJ, Laskowski RJ, Sussman EJ. How a community teaching hospital  
is changing to better serve its community. Acad Med 1998;73(5):488-93

## 부 록

### 부 록 1. 미국 카톨릭 병원 지역사회 서비스 활동 현황조사

(Sander SM. Catholic hospitals and community benefit activities. Health Prog 1994;75(1):44-8,74)

#### 1) 교육활동

	실시하고 있는 병원%
① 학교밖에서 실행하는 교육프로그램을 지원한다.	97%
② 수련프로그램을 지원한다.	83%
③ 금연클리닉을 지원한다.	77%
④ 작업장 건강증진 서비스를 제공한다.	65%
⑤ 체중조절 프로그램을 지원한다.	62%
⑥ 고등학교에 보건관련 실습프로그램을 지원한다.	62%
⑦ AMA 수련의 프로그램에 참여한다.	53%
⑧ 정신교육 프로그램을 지원한다.	50%
⑨ 지역사회의료제공자들을 수련시키고 감독한다.	34%
⑩ 의과대학 직원교육을 실행한다.	33%
⑪ 수련병원으로 인증되었다.	9%

#### 2) 연구활동

① 병원직원들은 전문가 회의 결과나 논문을 발표한다.	29%
② 병원직원들은 기초적인 임상연구를 실행한다.	25%
③ 실험실이나 연구실 확보를 위한 비용을 지원한다.	22%

#### 3) 비수익성 사업

① 보건관련단체에 무료 혹은 저렴한 비용으로 회의실을 제공한다.	90%
② 주거와 관련된 시설을 무료 혹은 저렴한 비용으로 제공한다.	66%
③ 취학아동을 대상으로 저렴한 비용으로 신체검사를 실행한다.	34%
④ 취학아동을 대상으로 저렴한 비용으로 청각검사를 실행한다.	26%
⑤ 취학아동을 대상으로 저렴한 비용으로 예방접종을 실행한다.	23%
⑥ 집이 없는 사람을 위해 저렴한 비용으로 세탁서비스를 한다.	3%

4) 저소득층 대상 서비스

① 결손가정을 대상으로 음식이나 의복지원 프로그램을 실행한다.	85%
② 다른 지역의 의료기관이나 사회기관에 장비를 기부한다.	80%
③ 지역사회 주민을 대상으로 식사를 제공한다.	73%
④ 저소득층 위해 진료하는 의원에 지원을 한다.	55%
⑤ 시설 등 재정적 지원을 한다는 것을 공표한다.	51%
⑥ 저소득층이나 지역주민의 경제적인 이익을 위해 오락 또는 사회활동을 지원한다.	45%
⑦ 지역사회에 대한 재정적인 지원의 내용을 공표한다.	34%
⑧ 저소득층 보건의료비용 상계를 위한 예산을 따로 책정해 둔다.	29%

5) 공공을 위한 활동

① 추가로 필요한 자원의 확보를 위해 시나 주에 이를 강요한다.	77%
② 저소득층을 포함한 지역사회주민의 보건의료문제를 규명하기 위해 정부 또는 비정부 기관과 연계하여 사업을 실행한다.	76%
③ 병원 운영자들은 직원에게 저소득층의 보건문제에 대한 글을 쓰도록 격려한다.	67%
④ 저소득층 또는 지역사회 주민을 위한 보건의료프로그램을 지원하기 위해 정부나 다른 기관으로부터의 자금조달방안을 모색한다.	65%
⑤ 주거, 교통, 교육과 같은 서비스를 위해 비정부기관과 연계하여 사업을 실행한다.	62%
⑥ 정책결정을 하기 전에 조사를 실행한다.	62%
⑦ 서비스확대를 위해 정부와 연계하여 사업을 실행한다.	53%

6) 지역사회와의 연계

---

① 병원 스태프는 퇴원환자들을 효과적으로 돌볼 수 있는 지역사회지원 프로그램을 통합한다.	98%
② 병원이사회에 지역 대표를 포함시킨다.	96%
③ 24시간 응급실을 운영한다	96%
④ 지역의 특성으로 인한 미충족 요구에 대한 문제를 해결하기 위한 서비스나 프로그램을 도입하고 확장한다.	79%
⑤ 가정간호프로그램을 실행한다.	79%
⑥ 병원과 지역사회가 연계하여 기존의 지역 관련 프로그램을 확장하거나 새로운 프로그램을 실행한다.	79%
⑦ 환자와 관련된 프로그램을 실행한다.	72%
⑧ 퇴원 후 지역사회서비스를 받은 환자를 추적조사한다.	63%
⑨ 환자대표가 있다.	60%
⑩ 병원 보건의료기획과정에 지역사회대표를 포함시킨다.	55%
⑪ 병원 기획과정에서 의견을 제시하도록 지역사회대표를 초청한다.	55%
⑫ 고용자 훈련 프로그램에 지역사회보건의료수요를 포함한다.	48%
⑬ 외상센터로 지정되었다.	42%
⑭ 지역사회 구성원에게 보건의료수요와 병원 운영이사회, 운영자, 의료진과 관련된 의견을 직접 표현할 수 있는 기회를 제공한다.	30%
⑮ 환자에게 지속적인 진료를 제공한다.	28%
⑯ 지역사회 보건의료수요를 논의하거나 이를 규명하기 위한 지역토론회를 지원한다.	16%
⑰ 병원의 이사회는 정기적으로 공공모임을 주최한다.	8%
⑱ 주민의 공공서비스 이용료를 대신 지불하거나 이를 위해 예산에 미리 책정해둔다.	4%

---

7) 의료인의 참여

---

① 병원의 의료진이 지역에 거주한다.	87%
② 병원행정가는 지역사회서비스를 하는 의료진을 보고한다.	58%
③ 지역사회주민을 대상으로 한 서비스 제공을 위한 기획이나 예산 책정시 의료진을 포함시킨다.	42%
④ 저소득층을 위한 서비스 제공을 위한 의사위원회를 모집한다.	40%

---

8) 다른 보건기관과 연계

---

① 지역의 보건의료문제를 규명하기 위한 프로그램을 기획, 지원, 적용하는 데 지역의 다른 병원과 연계한다.	66%
② 지역내의 보건 관련 비영리 조직에 지원을 한다.	66%
③ 고가장비 구매를 하는 데 있어 지역의 다른 병원과 연계를 한다.	48%
④ 서비스나 프로그램 중복을 막기 위해 다른 병원과 연계한다.	46%

---

9) 사명과 공공정책 위원회

---

① 의료비를 지불할 능력이 없는 사람들을 돕기 위한 위원회를 운영하고 있다.	97%
② 보험이 없는 입원환자의 응급실 이용을 허락한다.	90%
③ 의료비를 지불할 능력이 없는 사람이나 사회에서 지원을 받는 환자 모두에게 동등한 서비스를 제공한다.	87%
④ 보건의료서비스의 비용효과를 높이기 위한 특별위원회를 운영하고 있다.	84%
⑤ 환자의 지불능력에 근거하여 평가한다.	64%

---



## 병원의 지역사회서비스 실태 조사

대한병원협회  
한국병원경영연구원  
연세대학교 보건정책 및 관리연구소



---

CONTENTS

---

.

(1)

(2)

(3)

(4)

.

(1)

(2)

.

(1)



# I. 지역사회서비스의 제공 내용

## (1) 저소득층을 위한 서비스

다음 문항들은 진료비 지불 능력이 취약한 계층을 대상으로 무료 혹은 할인서비스의 제공여부에 관한 조사입니다. 각각의 항목에  표 해주십시오.

	예	아니오
1. 병원을 방문하는 모든 환자에게 지불능력에 관계없이 진료를 하는 것을 원칙으로 하고 있습니까?		
2. 귀 병원은 일반적으로 응급환자의 입원시 지불 능력에 관계없이 입원을 허용하고 있습니까?		
3. 귀 병원에서는 의료보험환자와 비교할 때 의료보호환자에게도 동일한 종류와 질의 의료서비스를 제공하십니까?		
4. 의료보호나 보험환자가 아닌 저소득층 환자에 대하여 진료비 할인 서비스를 제공하십니까?		
5. 농어촌 등의 의료취약지역에 귀 병원의 의료장비나 물품 등을 기증하신 적이 있습니까?		
6. 생활보호대상자 등 최저 소득층을 위해 무료로 음식을 제공하십니까?		
7. 귀 병원에서는 저소득층을 대상으로 무료자선진료를 실시하고 있습니까?		
8. 저소득층에게 진료비 보조금 체계를 대외적으로 홍보하십니까?		

9. 귀 병원의 진료 미수금을 처리하는 방법에 있어서 각 항목 ①,②,③,④ 합계가 100%가 되도록 점수를 배분하여 주십시오.

\_\_\_\_\_ % ① 병원에서 전액 지불한다.

\_\_\_\_\_ % ② 의료보호 대상자로 분류하여 후에 의료보험급여를 통해 지불받는다.

\_\_\_\_\_ % ③ 환자의 능력만큼만 내도록 허용한다.

\_\_\_\_\_ % ④ 기타 \_\_\_\_\_

10. 귀 병원에서 저소득층을 대상으로 실시하는 무료자선진료 액수는 1999년 총 진료비 매출액의 몇 %를 차지합니까? \_\_\_\_\_ %

\* 무료자선진료는 병원에서 공식적으로 인정한 무료치료로서 환자가 고의적으로 치료비를 지불하지 않는 경우를 제외합니다.



**(2) 비수익성 지역사회서비스 제공 여부**

다음 문항들은 지역사회 주민들의 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 일반가격보다 저렴하게 서비스를 제공하고 있는 현황 조사입니다. 각각의 항목에  표 해주시시오.

	예	아니오
1. 지역소재 학교를 지정하여 신체검사를 실시하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
2. 지역소재 학교를 지정하여 예방접종을 실시하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
3. 지역소재 학교를 지정하여 구강검사를 실시하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
4. 지역 내 아동을 대상으로 예방서비스를 할인가격으로 제공하십니까?	_____ %	
5. 입·퇴원시 구급차를 운영하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
6. 병원셔틀버스를 운영하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
7. 이동 검진센터를 운영하십니까? (Mommography, Sono 등)	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
8. 노인/청소년/주부/어린이를 위한 문화교실을 운영하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
9. 지역주민이나 기관에게 지역행사를 위하여 귀 병원의 강당, 세미나실, 회의장 등의 장소를 이용하는 것을 허용하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	
10. 특정 인구집단(교도소, 양로원, 고아원, 군인)을 대상으로 진료/예방 서비스를 제공하십니까?	<input type="checkbox"/> 무료 <input type="checkbox"/> 할인	



	예(회/1년)				아니오
	1~3	4~7	8~10	11이상	
11. 저소득층/특정환자집단을 돕기 위한 기금 조성 행사 나 사회활동을 주최·후원하십니까? (예: 바자회 등)					
12. 암환자를 위한 모임을 주최·후원하십니까?					
13. 임종환자를 위한 모임을 주최·후원하십니까?					
14. 청소년 성 상담 활동을 실시하고 계십니까?					

### (3) 지역사회 연계 서비스

다음 문항들은 지역사회주민들과의 연계를 돕는 서비스나 프로그램의 제공하는 것에 대한 조사입니다. 각각의 항목에  표 해주십시오.

	예	아니오
1. 귀 병원에서는 호스피스사업을 실시하고 있습니까?		
2. 귀 병원에서는 가정간호사업을 실시하고 있습니까?		
3. 귀 병원에서는 무료순회진료를 실시하고 있습니까?		
4. 귀 병원의 이사진 구성에서 공익 대표의 수 중 지역사회 대표의 수는 몇 명입니까? 전체이사수 _____명, 공익대표의 수 _____명, 지역사회 대표수 _____명		

**(4) 지역주민 대상 교육활동**

다음 문항들은 지역사회 특정 인구집단을 대상으로 질병 예방과 건강 증진을 위해 무료 혹은 저렴한 비용으로 교육 프로그램을 제공하는 것에 대한 조사입니다. 각각의 항목에  표 해주십시오.

건강 강좌 내용	실시 횟수(회/1년)				유/무료 여부	
	1 ~ 3회	4 ~ 7회	8 ~ 10회	11회 이상	유료	무료
1. 임산부 건강강좌						
2. 금연 강좌						
3. 체중 관리 프로그램						
4. 당뇨병 교육						
5. 응급처치 교육						
6. 부인병 강좌						
7. 스트레스 관리 강좌						
8. 고혈압 교육						
9. 학부모 세미나(자녀교육 등)						
10. 치매 강좌						
11. 금주 교육						
12. 직업병 교육						

13. 기타 실시하고 있는 건강강좌에 대해 기술해 주십시오. (내용과 횟수, 가격 등)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



14. 질병 치료이외에 지역 주민의 건강증진을 목적으로 하는 교육용 홍보자료(소책자 등)를 배포하고 있습니까?

① 예

● 그렇다면 교육용 홍보자료의 내용과 배포방법에 대해 간략히 기술해 주십시오.

(㉠) 내용 : \_\_\_\_\_

(㉡) 배포방법 : (1) 진료대기실에 비치

(2) 포스터

(3) 기타 \_\_\_\_\_

② 아니오

15. 인터넷 홈페이지를 이용하여 건강정보를 제공하고 있습니까?

① 예

● 그렇다면 귀 병원의 홈페이지에서 제공하는 것 중 해당하는 칸에 모두  표 해 주십시오.

(㉠) 온라인 건강상담

(㉡) 특정질환에 대한 건강정보제공

(㉢) 건강관련 프로그램 소개(금연 등)

(㉣) 특정 질환에 대한 다른 사이트로 연결

(㉤) 기타 \_\_\_\_\_

② 아니오

16. 그 외 지역주민의 교육을 목적으로 귀 병원에서 실시하고 있는 특별한 활동들에 대해 적어 주십시오.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## II. 지역사회서비스에 대한 인식과 체계성

### (1) 지역사회서비스의 인식정도

다음 문항들은 지역사회서비스에 대한 병원장님들의 인식에 대해 묻고자 합니다. 해당하는 칸에  표 해주십시오.

1. 현재 귀 병원은 명문화된 비전과 목표를 갖고 있습니까?

① 예

② 귀 병원의 비전과 목표를 기술하십시오

---



---

③ 아니오

2. 병원은 그 지역에 거주하는 주민을 대상으로 지역사회서비스를 제공할 필요가 있다고 생각하십니까?

① 매우 필요하다 (→ 2-1로 가십시오)

② 필요하다 (→ 2-1로 가십시오)

③ 필요치 않다 (→ 2-2로 가십시오)

④ 매우 필요치 않다 (→ 2-2로 가십시오)

2-1. 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

(①, ②, ③, ④ 점수 합계가 100점이 되도록 각 항목의 중요도에 따라 점수를 배분하여 주십시오)

\_\_\_\_\_ 점 ① 공익성 : 지역 주민의 건강과 복지를 향상하기 위하여

\_\_\_\_\_ 점 ② 마케팅 전략 : 병원의 경쟁성 확보를 위하여

\_\_\_\_\_ 점 ③ 이미지 관리 : 병원의 인지도 및 이미지 관리

\_\_\_\_\_ 점 ④ 기타 : \_\_\_\_\_

---



2-2. 그렇게 생각하시는 이유는 무엇입니까?

(①, ②, ③, ④ 점수 합계가 100점이 되도록 각 항목의 중요도에 따라 점수를 배분하여 주십시오)

\_\_\_ 점 ① 지역사회서비스 제공은 공공기관(보건소, 보건지소 등)의 역할이라고 생각한다

\_\_\_ 점 ② 우리나라 병원의 실정(재정상태 등) 맞지 않는다

\_\_\_ 점 ③ 공공기관에서 이미 잘 하고 있으므로, 병원에서 실시해야 할 필요성을 느끼지 못한다.

\_\_\_ 점 ④ 기타: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. 현재 귀 병원은 지역사회서비스를 실시하고 있습니까?

- ① 그렇다
- ② 현재 실시하지 않으나 향후 1년 이내에 실시할 계획이 있다
- ③ 현재 실시하지 않으나 향후 3년 이내에 실시할 계획이 있다
- ④ 현재 실시하지 않으나 향후 5년 이내에 실시할 계획이 있다
- ⑤ 앞으로 실시할 계획없다

## (2) 지역사회서비스 활동의 체계성

다음 문항들은 귀 병원에서 제공하고 있는 지역사회서비스 활동을 기획, 실시, 평가하는 과정에 있어서의 체계성 정도에 대해 묻고자 합니다. 해당하는 칸에  표 해주십시오.

1. 귀 병원에서는 지역사회서비스의 기획 및 실시를 각 부서에서 어떻게 담당하고 있습니까?

- ① 전담부서에서 담당 : 한 부서에서 지역사회서비스만을 전담하여 지속적으로 총괄, 기획, 실시, 평가하는 체계를 갖춘

담당부서: \_\_\_\_\_

- ② 개별부서 분담 : 지역사회서비스의 사업내용에 따라 각각의 부서(예 기획실, 홍보과)에서 필요할 때마다 분담하여 실시

담당부서: \_\_\_\_\_

- ③ 모두 해당하지 않음

2. 귀 병원은 지역사회서비스를 위하여 별도의 예산을 책정하십니까?

- ① 예

지역사회서비스의 연간 예산은 총 예산의 평균 몇 %를 차지하고 있습니까? \_\_\_\_\_ %

- ② 아니오

3. 귀 병원은 지역사회주민의 건강 향상을 위한 장기 계획을 가지고 있습니까?

- ① 예

- ② 아니오

4. 귀 병원은 지역사회서비스 제공을 위해 건강지표(예를 들어 인구성장률, 신생아 사망률, 인구 구성비 등)등의 자료를 사용하고 있습니까?

- ① 예

- ② 아니오





### Ⅲ. 지역사회 내 다른 기관과의 관계

#### (1) 지역사회 내 다른 공공보건기관과의 관계

다음 문항들은 귀 병원과 지역사회내의 다른 보건기관과의 연계에 대한 내용을 조사하고자 합니다.

1. 지역사회서비스를 제공함에 있어 귀 병원이 위치한 지역사회 내 공공보건기관(보건소 및 보건지소)과 귀 병원의 관계를 묘사한 것을 고르시오.

- ① 서로 연계하거나 협조체계(Coordination)를 구축하고 있다.
- ② 서로 경쟁관계(Competition)에 놓여 있다.
- ③ 서로 독립적인 관계(Independence)에 놓여 있다.

2. 기타 병원의 지역사회서비스와 관련된 여러 의견을 부탁드립니다.

---



---



---



---



---



---



---



---

- 감사합니다 -

# ABSTRACT

## Community Benefit Services of Korean Teaching Hospitals.

Lim, Eun-ju  
Dept. of Public Health  
The Graduate School  
Yonsei University

The objective of study was to investigate the degree of provision of community benefit services(CBS) among teaching hospitals in Korea and analyze factors affecting the degree of provision of CBS.

A mail survey was conducted for directors of teaching hospitals nationwide from Nov. 15, 2000 to Dec. 15, 2000 by conducting the structured self-administered survey method to the directors of the teaching hospitals nation-wide and out of 217 surveyed, 74 hospitals responded, yields response rate of 35%.

The primary results in the study are as follows.

These results showed that a majority of the hospitals viewed the necessity of CBS as hospital marketing or image-making strategy as compared to welfare of the community members.

The mean score for the level of systematization of CBS activities was 3.26 when the high score was set 6. As the degree of the recognition of the

Community Benefit Service increases, the CBS activity is getting more systematized( $P<0.01$ ).

The degree of provision of CBS was measured by 4 service areas; special initiatives for the poor, non-revenue-producing services, linkages to the community, and public educational activities.

The total score for each service area was 65.6 for special initiatives for the poor, 54.0 for non-revenue-producing services, 45.3 for linkages to the community, and 37.6 for public educational activities, when using 100 as perfect score.

The more beds the hospitals have, the more the Community Benefit Services were performed by the private hospitals and this was shown statistically significant ( $p<0.05$ ).

The mean value of the degree of the Community Benefit Service enforcement by the group which just recognizes the Service is necessary was 42.27 and the mean value of the degree of the Community Benefit Service enforcement by the group which recognizes the Service is ultimately necessary was 44.49. Therefore, both appeared statistically significant ( $P<0.05$ , Table 28).

In order to find out the factors that influence the provision of CBS, regression analyses were conducted by taking the Community Benefit Service enforcement score as a dependent variable. As a result, the  $R^2$  of the whole regression model was 30.7% and statistically significant ( $p<0.001$ ). The primary analysis results were that in the case of limiting other variables, the private hospitals provided the Community Benefit Service more than the public hospitals did and this was also statistically significant ( $p<0.01$ ). The higher the hospital's systematization was established, the more the service was provided and this appeared statistically significant as well ( $p<0.01$ ).

Even though this study was conducted to examine the overall current situation of the Community Benefit Service enforcement by targeting the

directors of the domestic teaching hospitals, since the validity of the answered hospitals' representation was limited, the application and analysis of the results also had some limitation. However, as the first study ever conducted in Korea to examine the current situation and the affecting factors of the Korean Community Benefit Service enforcement, this study can be given the credit on providing the information about the current situation and restructuring the role and function of the hospitals in Korea.

In conclusion, the recognition for the necessity of the Hospital Community Benefit Service was high enough to make the director have high interest in this, but there should be provided the technical support to make more systematical and unified service. Thus, in order to solve this problem, the active participation of hospitals, continuous research of related medical academies, and the government support should be brought together.

---

Key words : Community Benefit Service, Role of Hospital