

## 식대 급여화에 따른 입원 환자 병원 급식 실태 조사

황라일 · 권진희<sup>†</sup> · 정현진 · 김정희 · 이호용

국민건강보험공단 건강보험연구원

### A Study of Hospital Foodservice Management after Covering Hospital Foodservice in The National Health Insurance

Rah-Il Hwang, Jin-Hee Kwon<sup>†</sup>, Hyun-Jin Jeong, Jung Hee Kim, Ho-Young Lee

National Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Corporation, Seoul, Korea

#### Abstract

The purpose of this study is to investigate the overall operations of National Hospital Food service after it was benefited by National Health Insurance (NHI). The survey was conducted between July and August, 2007. Among questionnaires mailed to 2,558 medical care institutions, 2,090 returned (81%) questionnaires were analyzed by descriptive statistics,  $\chi^2$ -test and ANOVA using the SPSS 13.0. The general foodservice characteristic of medical care institutions were as follows. The type of foodservice operations were 'self-operated' (86.9%), 'contracted' (10.5%) and 'Both' (2.6%). Only 6.4% of medical care institutions provided 'hospital food menu not benefited by NHI'. The number of dietitians and cook for medical care institutions were 1.1 and 1.0, respectively. The cost of a general diet meal was 4,205 won and therapeutic diet meal was 4,434 won. The overall operations of hospital foodservice were different depending on the types of medical care institution. After hospital foodservice was benefited by NHI, the overall quality of hospital foodservice including manpower, facilities, and environment was improved. The future direction of hospital foodservice should 1) differentiate the cost of hospital foodservice by the types of medical care institution, 2) increase in co-payment, and 3) provide same service with equal expenses in each party as medical aid or NHS beneficiary. (*Korean J Community Nutrition* 13(2) : 244~252, 2008)

**KEY WORDS** : hospital foodservice · national health insurance · benefits for hospital foodservice · medical care institution

#### 서 론

경제수준 및 소득수준 향상과 의료 기관의 대형화, 선진화 등 보건의료환경의 변화로 양질의 의료서비스에 대한 요구가 고조되고 있으며, 이와 함께 병원 급식에 대한 환자들의 관심 역시 증가하고 있다.

병원 급식은 질병에 대한 자연치유력을 높이기 위해 영양적으로 균형잡힌 식사를 제공하거나 질병 치료의 일환으로 치료식을 제공하여 입원 환자의 빠른 사회 복귀에 기여함을 목적으로 한다(Kim 2002). 입원한 환자에게 있어 양질의

영양식 섭취는 질병 이환율 감소, 합병증 예방, 약물요법에 대한 부작용의 감소, 치료효과의 상승, 입원 기간의 단축 등 이미 손상 받은 장기의 회복이나 변화된 대사에의 적응력 향상과 궁극적으로 삶의 질 향상에 영향을 미칠 수 있기 때문에 매우 중요하다(Kim 2002; Watters 등 2003). 특히 병원에 입원한 환자는 질병으로 인한 통증, 불안 및 공포와 약물섭취로 인한 오심, 구토 등의 부작용, 전반적 활동량 저하, 낮선 병원 환경에의 적응 등의 여러 가지 내외적 특성으로 인해 음식에 대해 민감한 상태이므로 이들 입원 환자에게 부합하는 병원 급식은 중요하다.

이러한 병원 급식은 의료기관서비스 평가 항목일 뿐 아니라 의료 기관의 이미지 제고에 중요한 영향 요인이므로 의료 기관의 입장에서도 집중적 관심이 요구되는 핵심 분야이다(Bélanger 등 1996). 과거 단순히 식사를 제공하여 인간의 기본 욕구를 충족시켰던 병원 급식이 최근에는 치료 향상을 위한 영양 공급, 위생적 관리, 안전성 및 경제성 등 다차원적 관심이 요구되는 분야로 부각되고 있다. 따라서 의료기관은

접수일: 2008년 1월 21일 접수

채택일: 2008년 3월 12일 채택

<sup>†</sup>Corresponding author: Jin-Hee Kwon, National Health Insurance Research Institute, National Health Insurance Corporation, 168-9, Yeomri-Dong, Mapo-Gu, Seoul 121-749, Korea

Tel: (02) 3270-9881, Fax: (02) 3270-9537

E-mail: kwonjh@nhic.or.kr

환자들의 병원 급식 서비스에 대한 요구의 고도화, 다양화 등에 적극 대응하기 위해서 효율적이고 합리적으로 급식을 관리하는 다양한 조치를 강구해 나갈 필요성이 제기되었다.

그러나 우리 나라 병원 급식의 질적 향상을 위한 다양한 조치들은 아직까지 미미한 수준에 머물러 있고, 병원 급식에 관한 법적 규정 역시 외국과 비교해 볼 때 구체적이지 못하다는 한계가 있다(Korean National Health Insurance Research Center 2006). 또한 병원 급식이 의료기관의 개별적 관리 사항으로 여겨져 국내 병원 급식 전반적 제공 현황 파악에 대한 연구는 매우 제한적이었으며, 건강보험 급여에서 제외되어 있어 환자의 경제적 부담감을 가중시켜 국민들의 주요 불만 사항으로 제기되어 왔다.

이에 정부에서는 건강보험의 보장성 강화 방안의 일환으로 2006년 6월부터 식대를 급여화하여 건강보험 가입자의 경제적 부담감을 감소시키고, 의료이용접근성을 높이고자 하였다. 즉, 입원 환자의 병원급식을 멸균식, 분유, 일반식, 치료식으로 구분하여 건강보험을 적용하고 있으며 멸균식과 분유는 정액으로 설정하고 있고, 일반식은 3,390원, 치료식은 4,030원을 기본 가격으로 정하고, 직영운영, 선택메뉴 실시, 영양사, 조리사 가산을 등급제로 하여 최고 가격은 일반식 5,680원, 치료식 6,370원으로 정하고 있다. 또한 식대 급여화에 따른 환자의 본인부담금은 식대 기본 금액의 20%, 가산 금액의 50%만을 부과하도록 정하고 있다. 이러한 식대 급여화는 건강보험 가입자 누구나에게 주어지는 보편적 혜택으로 국민의 입원 부담을 경감시켜주는 의미있는 조치로 볼 수 있다.

그러나 입원 환자에 대한 식대 보험급여 정책은 도입 초기 단계로 건강보험 급여 수가 적정성에 대한 문제 제기와 함께 의료기관의 경영 악화 문제가 제기되었다. 더욱이 이에 따른 의도적 부적합 환자식 제공 및 열악한 환자식 제공 등 논란이 제기된 바 있다. 이에 식대 급여화 이후 의료기관의 병원 급식이 어떻게 제공되고 있는지 그리고 식대 급여 정책의 해결과제는 무엇인지 조사해 볼 필요성이 제기되었다.

따라서 본 연구는 입원 환자의 식대 급여화 이후 병원 급식 제공 현황을 조사함으로써 향후 병원 급식의 안정적, 효율적 조기 정착을 위한 정책 마련에 기초자료를 제공하고자 하는데 목적이 있다.

## 조사대상 및 방법

### 1. 조사대상 및 표집방법

본 조사 대상은 2007년 7월 국민건강보험공단 등록 의료기관 중 2006년 1월 이전 개설 기관을 모집단으로 정하였

다. 전체 모집단 중 30명상 이상의 병원급 이상 의료기관에서는 한방병원, 치과병원, 군병원 등 특수병원을 제외한 종합전문병원 43개, 종합병원 240개, 병원 940개 전수를 대상으로 하였다. 그리고 30명상 미만 의원급에서는 2007년 7월 기준 국민건강보험공단의 입원 청구가 있는 기관 중 2007년 1~3월까지 3개월간 입원일수가 1,500 이상인 1,335개 기관을 표본으로 선정하였다.

### 2. 자료수집 방법

본 연구의 조사 방법은 우편설문조사방법으로 진행되었다. 먼저, 본 연구팀이 해당 의료기관이 소속된 국민건강보험공단 지사에 협조 공문을 발송한 후 해당 지사에서 다시 의료기관에 우편으로 설문지를 발송하였다. 설문지는 해당 기관의 경영책임자, 급식 담당자 또는 행정직 직원이 작성한 후 해당 지사로 반송하도록 하였다. 총 2,148개 기관이 응답하였으며(회수율 84.0%), 불완전한 자료 58부를 제외한 후 2,090부의 설문 자료를 분석하였다. 조사 기간은 2007년 7월 30일부터 2007년 8월 31일까지 총 5주간이었다.

### 3. 조사내용

본 조사에 사용된 설문지는 선행 연구(Kim 2007)와 포커스그룹회의를 통해 연구팀이 제작하였으며, 설문 내용은 영양사 3인의 내용타당도 검토 후 사용하였다. 설문 내용은 병원 급식에 대한 전반적 제공 실태, 식대 급여화 이후 변화 내용, 식대 급여화 관련 개선 방향 및 대상자의 일반적 특성 등으로 구성되었다.

### 4. 분석방법

본 연구 결과는 SPSS 패키지 13.0을 이용하여 분석하였다. 조사 대상 의료기관의 특성 및 응답자의 일반적 사항은 유효표본을 대상으로 빈도와 백분율을 구하였고, 의료기관 중별 급식 실태 차이는  $\chi^2$ -test, ANOVA에 의하여 검증하였다.

## 결 과

### 1. 일반적 사항

#### 1) 의료기관의 일반적 사항

병원 급식 제공 실태 조사에 참여한 의료기관의 특성은 <Table 1>과 같다. 조사 대상 의료기관은 총 2,090개이며, 의료기관종별로는 종합전문병원이 1.8%, 종합병원은 9.7%, 병원은 37.1%, 의원이 51.3%로 의원이 과반수 이상을 차지하였다. 지역 특성별로는 대도시인 경우가 53.0%로 과반

수 이상이었으며, 중·소도시 35.8%, 읍·면 지역 11.2%이었다. 설립 주체별로는 개인 소유인 경우가 73.0%였고, 법인인 경우는 24.5%였으며, 국·공립인 경우는 2.5%에 불과하였다.

2) 응답자의 일반적 사항

병원 급식 제공 실태 조사에 응답한 대상자의 특성은 <Table 2>와 같다. 성별로는 여자(57.6%)가 남자(42.4%)보다 많았고, 연령별로는 30대와 40대가 각각 39.0%, 32.9%로 거의 70% 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 직종별로는 영양사가 44.7%, 의사가 9.2%, 행정적 직원이 46.0%인 것으로 나타났다.

2. 병원 급식 제공 실태

의료기관종별 병원 급식 제공 실태를 조사한 결과는 <Table 3>과 같다. 병원 급식 운영 형태는 직영인 경우가 86.9%로 대다수인 것으로 나타났으며, 의료기관종별로는 종합전문병원 52.6%, 종합병원 70.6%, 병원급 87.2%, 의원급

Table 1. General characteristics of medical care institutions

| Characteristics         |                       | n (%)         |
|-------------------------|-----------------------|---------------|
| Type of hospital        | Tertiary hospital     | 38 ( 1.8)     |
|                         | General hospital      | 203 ( 9.7)    |
|                         | Hospital              | 776 ( 37.1)   |
|                         | Clinic                | 1,073 ( 51.3) |
| Geographic distribution | Metropolitan          | 1,083 ( 53.0) |
|                         | Urban                 | 731 ( 35.8)   |
|                         | Rural                 | 229 ( 11.2)   |
| Type of establishment   | National/Public       | 51 ( 2.5)     |
|                         | Non Profit foundation | 501 ( 24.5)   |
|                         | Individual            | 1,491 ( 73.0) |
| Total                   |                       | 2,090 (100.0) |

Table 2. General characteristics of respondents

| Characteristics |                     | n (%)         |
|-----------------|---------------------|---------------|
| Gender          | Male                | 871 ( 42.4)   |
|                 | Female              | 1,185 ( 57.6) |
| Age             | 20 - 29             | 430 ( 21.0)   |
|                 | 30 - 39             | 799 ( 39.0)   |
|                 | 40 - 49             | 673 ( 32.9)   |
|                 | 50 - 59             | 136 ( 6.6)    |
|                 | > = 60              | 10 ( 0.5)     |
| Occupation      | Doctor              | 190 ( 9.2)    |
|                 | Dietitian           | 919 ( 44.7)   |
|                 | Administrative jobs | 946 ( 46.0)   |
| Total           |                     | 2,090 (100.0) |

91.0%로 대형의료기관일수록 직영 운영 형태가 적은 것으로 나타났다.

건강보험 급여에서 제외되는 비급여식(고급식)은 식대 전액을 환자가 부담하도록 하여 건강보험의 재정을 보호하면서 환자의 자율 선택권을 보장하기 위해 실시하는데, 이러한 비급여식을 제공하는 의료기관은 6.4%에 불과하였다. 비급여식 실시는 종합전문병원의 경우 34.2%로 1/3 정도 실시를 하고 있는 것으로 나타났으나 종합병원 12.3%, 병원급 6.4%, 의원급 4.2%로 매우 낮은 것으로 나타났으며, 의료기관종별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

병원 식사의 종류, 가격, 비급여식 관련 내용 등 안내문을 게시하도록 정하고 있는 급여 기준은 80.2%가 준수하고 있는 것으로 나타났으며, 종합전문병원은 100% 준수하고 있는 것으로 나타났다. 병원 급식에 대한 영양 관정 및 영양상담을 실시하는 영양사가 있는 경우는 25.8% 정도에 지나지 않았으며, 특히 의원은 11.7%에 불과한 것으로 나타났다.

환자의 질병 상태와 직접적 관련이 있는 치료식에 대한 식단 작성 지침이 구비되어 있는 경우는 49.1%였으며, 종합전문병원과 종합병원의 경우 거의 모든 기관이 구비하고 있으나 의원의 경우 28.8%만 구비하고 있는 것으로 나타났다. 의료기관 내 병원 급식 질관리 위원회가 있는 경우는 36.2%에 그쳤으나 주기적으로 질 평가를 실시하는 경우는 68.1%로 다소 높은 것으로 나타났다.

의료기관의 병원 급식 식단 주기는 평균 12.1일이었고, 의료기관종별로는 종합전문병원은 14.1일, 종합병원 12.2일, 병원 13.4일, 의원 10.9일로 나타났다. 식사 한 끼당 제공되는 평균 부식 수는 3.9찬으로 밥·국을 제외한 반찬수 4찬 이상이라는 급여 기준을 의료기관종별에 관계없이 비교적 잘 준수하고 있었지만, 의료기관종별 제공되는 부식 수는 통계적으로 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 의료기관 내 영양사 수는 평균 1.0명(± 1.3)이었으며, 의료기관종별로는 종합전문병원 5.6명(± 3.2), 종합병원 2.5명(± 1.2), 병원 1.4명(± 0.7), 의원 0.2명(± 0.4)으로 의료기관종별로 편차가 심하게 나타났다. 조리사 수는 평균 1.1명(± 1.6)이었고 종합전문병원 4.9명(± 3.4)으로 의원 0.3(± 0.5)명과 차이가 있는 것으로 나타났다.

3. 병원 급식 수가 현황

본 조사 대상 기관의 요양기호와 국민건강보험공단의 ‘2007년 6월 의료기관 식대 신고 자료’를 연결하여 병원 급식 수가 현황을 분석한 결과는 <Table 4>와 같다.

조사 대상 의료기관의 식대 평균은 일반식 4,205원, 치료식 4,434원으로 그 차이가 단지 229원인 것으로 나타났다.

Table 3. Hospital food service by type of medical care institute

N (%) or MS ( $\pm$  SD)

|  | Tertiary hospital<br>(n = 38) | General hospital<br>(n = 203) | Hospital<br>(n = 776) | Clinic<br>(n = 1,073) | Total<br>(n = 2,090) |
|--|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Type of operation***                           |                               |                               |                       |                       |                      |
| Self-operated                                  | 20 ( 52.6)                    | 139 (70.6)                    | 673 (87.2)            | 953 (91.0)            | 1,785 (86.9)         |
| Contract                                       | 12 ( 31.6)                    | 36 (18.3)                     | 81 (10.5)             | 87 ( 8.3)             | 216 (10.5)           |
| Both   | 6 ( 15.8)                     | 22 (11.2)                     | 18 ( 2.3)             | 7 ( 0.7)              | 53 ( 2.6)            |
| Hospital food uncovered by health insurance*** |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 13 ( 34.2)                    | 24 (12.3)                     | 48 ( 6.4)             | 43 ( 4.2)             | 128 ( 6.4)           |
| No   | 25 ( 65.8)                    | 171 (87.7)                    | 702 (93.6)            | 970 (95.8)            | 1,868 (93.6)         |
| Information posting***                         |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 38 (100.0)                    | 190 (95.0)                    | 666 (87.6)            | 749 (71.5)            | 1,643 (80.2)         |
| No   | 0 ( 0.0)                      | 10 ( 5.0)                     | 94 (12.4)             | 298 (28.5)            | 402 (19.8)           |
| Full-time dietitian***                         |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 38 (100.0)                    | 125 (62.2)                    | 244 (32.1)            | 124 (11.7)            | 531 (25.8)           |
| No   | 0 ( 0.0)                      | 76 (37.8)                     | 516 (67.9)            | 933 (88.3)            | 1,525 (74.2)         |
| Guidance for therapeutic diet***               |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 38 (100.0)                    | 191 (95.0)                    | 424 (58.9)            | 258 (28.8)            | 911 (49.1)           |
| No   | 0 ( 0.0)                      | 10 ( 5.0)                     | 296 (41.1)            | 637 (71.2)            | 943 (50.9)           |
| Quality Management Committee***                |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 38 (100.0)                    | 174 (87.0)                    | 367 (48.6)            | 154 (14.9)            | 733 (36.2)           |
| No   | 0 ( 0.0)                      | 26 (13.0)                     | 388 (51.4)            | 877 (85.1)            | 1,291 (63.8)         |
| Evaluation***                                  |                               |                               |                       |                       |                      |
| Yes  | 32 ( 94.1)                    | 159 (89.3)                    | 495 (73.1)            | 503 (58.7)            | 1,189 (68.1)         |
| No   | 2 ( 5.9)                      | 19 (10.7)                     | 182 (26.9)            | 354 (41.3)            | 557 (31.9)           |
| Menu cycle (days) <sup>NS</sup>                | 14.1 ( 7.5)                   | 12.2 (15.7)                   | 13.4 (24.3)           | 10.9 (34.7)           | 12.1 (29.0)          |
| Kind of dish***                                | 4.1 ( 0.2)                    | 4.0 ( 0.2)                    | 4.0 ( 0.3)            | 3.9 ( 0.5)            | 3.9 ( 0.4)           |
| Number of dietitian***                         | 5.6 ( 3.2)                    | 2.5 ( 1.2)                    | 1.4 ( 0.7)            | 0.2 ( 0.4)            | 1.0 ( 1.3)           |
| Number of cook***                              | 4.9 ( 3.4)                    | 3.4 ( 2.3)                    | 1.4 ( 1.4)            | 0.3 ( 0.5)            | 1.1 ( 1.6)           |

\*\*\*: p &lt; 0.001, NS: not significant

의료기관종별로 분석한 결과에 따르면, 종합전문병원 일반식 5,373원, 치료식 5,627원으로 의원급 일반식 3,741원, 치료식, 4,123원과는 차이가 있었다. 한편 종합병원의 경우는 치료식이 5,052원으로 일반식 5,097원 보다 오히려 식대가 낮은 것으로 나타났다.

영양사 수, 조리사 수, 선택식단, 직영에 따라 부여되게 되는 식대 가산은 대형의료기관일수록 많이 받는 경향이 있으며, 의원급 기관은 가산 적용을 거의 받지 못하는 가운데 기본 가격만 받는 경우도 많은 것으로 나타났다. 즉, 일반식 영양사 가산을 받는 경우는 36.3%이었고, 의료기관종별로는 종합전문병원의 경우는 100% 전수인 반면 의원은 16.1%에 불과한 것으로 나타났다. 치료식 영양사 가산을 받는 경우는 7.6%에 지나지 않았으며, 특히 최고 가산 1,100원을 받는 의료기관은 종합전문병원 2곳에 지나지 않는 것으로 나타났다.

일반식 조리사 가산을 받는 경우는 46.0%로 영양사 가산

을 받는 경우 36.6% 보다는 높은 것으로 나타났다. 치료식 조리사 가산을 받는 경우는 14.1%이지만, 종합전문병원은 97.4%인 거의 대부분이 조리사 가산을 받는 것으로 나타났다.

직영 가산을 받는 경우는 46.1%였으며 의료기관종별로는 의원급 15.0%, 병원급 83.0%, 종합병원 68.7%, 종합전문병원 52.6%로 나타났다.

메뉴상 둘 혹은 그 이상 음식을 제공하여 환자가 메뉴를 선택할 수 있도록 한 식단 형태인 선택메뉴제를 시행하고 가산을 받는 경우는 17.7%였으며, 의료기관종별로는 종합전문병원 100.0%, 의원은 2.8%로 편차가 매우 큰 것으로 나타났다.

#### 4. 식대 급여화 이후 급식 관련 서비스 변화

식대 급여화 이후 급식 관련 서비스 변화 내용은 <Table 5>와 같다. 조리환경이 개선되었다는 응답이 42.6%로 가장 변화가 컸던 것으로 나타났으며, 그 다음으로는 식사회진

Table 4. Status of hospital foodservices cost by type of medical care institution<sup>1)</sup>

N (%) or MS (± SD)

|   | Tertiary hospital<br>(n = 38) | General hospital<br>(n = 203) | Hospital<br>(n = 776) | Clinic<br>(n = 1,073) | Total<br>(n = 2,090) |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| General diet fee (won)***                 | 5,373 (337.4)                 | 5,097 (536.3)                 | 4,555 (705.3)         | 3,741 (564.4)         | 4,205 (798.0)        |
| Therapeutic diet fee (won)***             | 5,627 (398.3)                 | 5,052 (581.4)                 | 4,644 (366.8)         | 4,123 (222.7)         | 4,434 (490.7)        |
| Dietitian addition about general diet***  |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 0 ( 0.0)                      | 27 ( 13.4)                    | 396 ( 52.3)           | 883 ( 83.9)           | 1,306 ( 63.7)        |
| 550 won                                   | 38 (100.0)                    | 174 ( 86.6)                   | 361 ( 47.7)           | 170 ( 16.1)           | 743 ( 36.3)          |
| Dietitian addition about therapeutic diet |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 0 ( 0.0)                      | 113 ( 56.2)                   | 727 ( 96.0)           | 1,053 (100.0)         | 1,893 ( 92.4)        |
| 620 won                                   | 23 ( 60.5)                    | 81 ( 40.3)                    | 30 ( 4.0)             | 0 ( 0.0)              | 134 ( 6.5)           |
| 830 won                                   | 12 ( 31.6)                    | 7 ( 3.5)                      | 0 ( 0.0)              | 0 ( 0.0)              | 19 ( 0.9)            |
| 960 won                                   | 1 ( 2.6)                      | 0 ( 0.0)                      | 0 ( 0.0)              | 0 ( 0.0)              | 1 ( 0.0)             |
| 1,100 won                                 | 2 ( 5.3)                      | 0 ( 0.0)                      | 0 ( 0.0)              | 0 ( 0.0)              | 2 ( 0.1)             |
| Cook addition about general diet***       |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 1 ( 2.6)                      | 23 ( 11.4)                    | 353 ( 46.6)           | 729 ( 69.2)           | 1,106 ( 54.0)        |
| 500 won                                   | 37 ( 97.4)                    | 178 ( 88.6)                   | 404 ( 53.4)           | 324 ( 30.8)           | 943 ( 46.0)          |
| Cook addition about therapeutic diet***   |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 1 ( 2.6)                      | 75 ( 37.3)                    | 634 ( 83.8)           | 1,050 ( 99.7)         | 1,760 ( 85.9)        |
| 520 won                                   | 16 ( 42.1)                    | 75 ( 37.3)                    | 103 ( 13.6)           | 3 ( 0.3)              | 197 ( 9.6)           |
| 620 won                                   | 21 ( 55.3)                    | 51 ( 25.4)                    | 20 ( 2.6)             | 0 ( 0.0)              | 92 ( 4.5)            |
| Self-operated addition***                 |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 18 ( 47.4)                    | 63 ( 31.3)                    | 129 ( 17.0)           | 895 ( 85.0)           | 1,105 ( 53.9)        |
| 620 won                                   | 20 ( 52.6)                    | 138 ( 68.7)                   | 628 ( 83.0)           | 158 ( 15.0)           | 944 ( 46.1)          |
| Selective meal addition***                |                               |                               |                       |                       |                      |
| 0   | 0 ( 0.0)                      | 82 ( 40.8)                    | 580 ( 76.7)           | 1,023 ( 97.2)         | 1,684 ( 82.2)        |
| 620 won                                   | 38 (100.0)                    | 119 ( 59.2)                   | 177 ( 23.3)           | 30 ( 2.8)             | 364 ( 17.8)          |

1) National Health Insurance Corporation Inner Dataset

\*\*\*: p < 0.001

Table 5. Changes of food service areas after hospital foodservice covered by health insurance

|                                      | Increase/<br>Improvement | Decrease/<br>deterioration | Unchanged<br>N (%) |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------|
| Hospital foodservice fee             | 400 (21.4)               | 1,080 (57.8)               | 388 (20.8)         |
| Number of Meals                      | 419 (21.5)               | 55 ( 2.8)                  | 1,473 (75.7)       |
| Fasting                              | 103 ( 5.4)               | 325 (17.1)                 | 1,470 (77.4)       |
| Number of dishes                     | 565 (28.6)               | 50 ( 2.5)                  | 1,363 (68.9)       |
| Dessert                              | 425 (22.4)               | 107 ( 5.6)                 | 1,364 (72.0)       |
| Food left out after a meal           | 175 ( 9.1)               | 321 (16.6)                 | 1,435 (74.3)       |
| Individual-focused meals             | 236 (13.2)               | 80 ( 4.5)                  | 1,467 (82.3)       |
| Foodservice-related equipment (Cart) | 535 (28.5)               | 20 ( 1.1)                  | 1,325 (70.5)       |
| Improvement of cooking environment   | 815 (42.6)               | 19 ( 1.0)                  | 1,079 (56.4)       |
| Meal rounding                        | 581 (33.0)               | 11 ( 0.6)                  | 1,168 (66.4)       |
| Therapeutic diet counseling          | 347 (19.9)               | 16 ( 0.9)                  | 1,382 (79.2)       |
| Purchase price of the foods          | 619 (33.5)               | 50 ( 2.7)                  | 1,179 (63.8)       |

(33.0%), 제공되는 반찬 수 (28.6%), 급식 관련 시설 투자 (28.5%), 후식 제공 (22.4%), 치료식 교육 및 상담 (19.9%) 등 병원 급식 내용 및 서비스도 전반적으로 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다. 한편 병원 급식 수가는 감소한 경우가 57.8%로 과반수 이상이며, 증가한 경우가 21.4%, 변화가 없는 경우 20.8%로 나타났다. 이러한 병원 급식 수가 인하와 관련하여 평균 제공되는 식사 수가 증가 (21.5%)하고, 재원 환자의 자가 음식율이 감소 (17.1%)하는 등의 변화도 있었던 것으로 나타났다.

5. 식대 급여화에 따른 개선 방향

식대 급여화에 따른 향후 개선 방향에 대한 인식도를 조사한 결과는 <Table 6>과 같다. ‘의료기관종별 식대 단가 차등화’가 가장 많은 것으로 나타났으며, 그 다음으로 ‘본인부담금 인상’, ‘의료급여 환자와 건강보험 환자의 급식 수가 동일 적용’, ‘급식 시설 투자에 대한 가산 점수 신설’, ‘영양사 가산 기준 세부 조정’ 순으로 높게 나타났다. 의료기관종별로 분석한 결과 종합전문병원은 의료기관종별 식대 단가 차

Table 6. Future direction of hospital foodservice

|   | N (%)                         |                               |                       |                       |                      |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
|   | Tertiary hospital<br>(n = 38) | General hospital<br>(n = 203) | Hospital<br>(n = 776) | Clinic<br>(n = 1,073) | Total<br>(n = 2,090) |
| Differentiating the cost of hospital foodservice by the types of medical care institution | 11 (31.4)                     | 38 (19.0)                     | 145 (20.0)            | 149 (16.4)            | 344 (18.4)           |
| Regulation of benefits for additional dietitian   | 7 (20.0)                      | 29 (14.5)                     | 84 (11.6)             | 40 ( 4.4)             | 162 ( 8.6)           |
| Regulation of benefits for additional cook  | 0 ( 0.0)                      | 2 ( 1.0)                      | 9 ( 1.2)              | 36 ( 4.0)             | 47 ( 2.5)            |
| Abolition of benefit for additional self-operated   | 2 ( 5.7)                      | 13 ( 6.5)                     | 16 ( 2.2)             | 27 ( 3.0)             | 58 ( 3.1)            |
| Extension of benefits for therapeutic diet  | 2 ( 5.7)                      | 9 ( 4.5)                      | 39 ( 5.4)             | 24 ( 2.6)             | 74 ( 4.0)            |
| Extension of benefits for sterile diet  | 0 ( 0.0)                      | 1 ( 0.5)                      | 2 ( 0.3)              | 5 ( 0.6)              | 8 ( 0.4)             |
| Increasing foodservice fee for woman after delivery                                       | 0 ( 0.0)                      | 1 ( 0.5)                      | 43 ( 5.9)             | 132 (14.5)            | 176 ( 9.4)           |
| Increasing foodservice fee for powered milk   | 1 ( 2.9)                      | 2 ( 1.0)                      | 2 ( 0.3)              | 6 ( 0.7)              | 11 ( 0.6)            |
| Providing it by even cost with both medical aids beneficiary and NHI beneficiary          | 4 (11.4)                      | 37 (18.5)                     | 131 (18.1)            | 107 (11.8)            | 279 (14.9)           |
| Increasing co-payment   | 1 ( 2.9)                      | 9 ( 4.5)                      | 51 ( 7.0)             | 230 (25.3)            | 291 (15.6)           |
| New establishment of additional foodservice facility/equipment                            | 2 ( 5.7)                      | 42 (21.0)                     | 101 (13.9)            | 49 ( 5.4)             | 194 (10.4)           |
| Reinforcement of manpower training  | 0 ( 0.0)                      | 3 ( 1.5)                      | 27 ( 3.7)             | 40 ( 4.4)             | 70 ( 3.7)            |
| Reinforcement of sanitary management  | 0 ( 0.0)                      | 4 ( 2.0)                      | 30 ( 4.1)             | 32 ( 3.5)             | 66 (3.5)             |
| Arrangement of time interval of meals   | 0 ( 0.0)                      | 0 ( 0.0)                      | 6 ( 0.8)              | 5 ( 0.6)              | 11 ( 0.6)            |
| New establishment of additional individual-focused meals                                  | 1 ( 2.9)                      | 6 ( 3.0)                      | 8 ( 1.1)              | 9 ( 1.0)              | 24 ( 1.3)            |
| Legislative efforts for foodservice quality   | 4 (11.4)                      | 3 ( 1.5)                      | 31 ( 4.3)             | 17 ( 1.9)             | 55 ( 2.9)            |

등화(31.4%)와 영양사 가산 기준 세부 조정(20.0%)을, 종합병원은 급식 시설 투자 가산(21.0%), 의료기관종별 식대 단가 차등화(31.0%)를, 병원은 의료기관종별 식대 단가 차등화(20.0%), 의료급여와 건강보험환자의 수가 동일 적용(18.1%)을, 의원은 식대에 대한 본인부담금 인상(25.3%), 의료기관종별 식대 단가 차등화(16.4%)를 주요 과제로 꼽는 것으로 나타났다.

## 고 찰

병원 급식은 환자의 질병 특성에 부합하는 영양공급이 되기 위해 전문적 지식 및 기술이 필요한 치료서비스의 중요한 분야이다. 이러한 입원 환자들의 병원 급식에 대한 식대는 건강보험의 급여 항목에서 제외되어 환자들이 관행 수가로 전액 부담하였고, 이에 따라 입원 환자의 경제적 부담을 가중시킨다는 문제점이 지속적으로 제기되어 왔다. 이에 정부에서는 건강보험 보장성 강화 정책의 일환으로 2006년 6월부터 병원 급식을 급여화함에 따라 환자들의 부담을 경감시켜 주는 정책을 시행하였다. 그러나 입원 환자 식대 급여화는 병원 급식의 질적 수준에 대한 기준, 관리 방법 및 평가 체계 등에 대한 법적 근거 미확보와 의료기관의 경영 수지 악화 등의 문제점으로 식사의 질적 수준 저하에 대한 우려가 지속적으로 제기되었다. 이에 본 연구는 병원 급식 제공자를 대상으로 병원 급식 현황 및 급여화에 따른 개선 방향을 조사

하여 식대 급여화 제도가 안정적으로 조기 정착하는데 기초 자료를 제공하고자 하였다.

본 조사 대상 의료기관은 총 2,090개이며, 의료기관종별로는 의원이 51.3%, 병원 37.1%, 종합병원은 9.7%, 종합전문병원은 1.8%이었다. 병원 급식 제공 실태 조사에 응답한 대상자는 여자(57.6%)가 남자(42.4%) 보다 많았고, 연령별로는 30~40대가 71.9%로 거의 대다수를 차지하였으며, 직종별로는 영양사가 44.7%, 의사가 9.2%, 행정적 직원이 46.0%인 것으로 나타났다. 이처럼 본 연구는 전국 조사로 입원 환자가 있는 의원급 이상 총 의료기관의 특성을 포괄하였으며, 다양한 직종의 응답자를 통해 병원 급식 급여화에 따른 인식도를 조사하였는데 의의가 있다고 볼 수 있겠다.

본 조사에서 병원 급식 운영 형태는 직영인 경우가 86.9%였으며, 종합전문병원 52.6%, 종합병원 70.6%, 병원급 87.2%, 의원급 91.0%로 대형의료기관일수록 직영 운영 형태가 적은 것으로 나타났다. 이는 Kim(2007)이 병원급 이상 의료기관을 대상으로 조사한 연구 결과 종합전문병원 51.4%, 종합병원 63.8%, 병원 82.4%와 유사한 양상이지만 종합병원 이상은 직영 운영 비율이 다소 높은 수준으로 나타나 식대 급여화 이후 직영 가산과 관련하여 직영으로의 전환 추세를 반영하는 결과라 볼 수 있겠다. 그리고 건강보험 급여에서 제외되는 비급여식(고급식)을 제공하는 의료기관은 6.4%에 불과한 것으로 나타났는데, 이는 입원 환자들의 비급여식 요구가 높지 않으며 급여식에 대한 수용도가 높음

을 반영하는 결과라 추론해 볼 수 있다.

의료기관의 병원 급식 식단 주기는 종합전문병원은 14.1일, 종합병원 12.2일, 병원 13.4일, 의원 10.9일로 의료기관종별에 따라 차이를 보이는 것으로 나타났다. 병원 환자식의 식단 주기가 적절하지 않은 경우는 급식 서비스에 대한 만족도가 낮아지는 경향이 있으며, 특히 장기 입원 환자의 경우는 더욱 그런 것으로 보고된다(Ryu 1994; Watter 등 2003; Gam 2007). 그러므로 병원 급식의 단조로움을 피하기 위하여 적절한 식단의 주기 조절이 필요하며, 특히 장기입원이 많은 요양병원의 경우는 이러한 식단 주기 조절에 더욱 세심한 관심이 필요하다고 판단된다.

또한 식사 한 끼당 제공되는 평균 부식 수 평균 3.9찬, 병원 식사의 종류, 가격, 비급여식 관련 내용 등 안내문을 게시 준수율 80.2%로 비교적 건강보험 급여 기준에서 제시하는 요건은 잘 지켜지고 있는 것으로 나타났다. 그러나 병원 급식에 대한 영양 판정 및 영양상담을 실시하는 영양사가 있는 경우는 25.8% 정도에 그쳤으며, 특히 의원은 11.7%에 불과한 것으로 나타났다. 외국의 경우 치료식 환자는 물론 일반식 환자까지도 입원 48시간 이내에 환자를 방문하여 영양상담을 하도록 의무화하고 있다(Lee 1997 재인용). 그러나 우리나라는 아직까지 환자식에 대한 영양상담에 대한 관심이 부족하며 이를 담당할 인력 조차 없는 기관이 많은 것으로 나타났다. 따라서 향후 병원 급식의 질 향상을 위해서는 전문 영양사에 의한 영양상담 실시를 강화하는 방안이 필요하다고 볼 수 있겠다.

또한 의료기관 내 영양사 수는 평균 1.0명(± 1.3)이었으며, 의료기관종별로는 종합전문병원 5.6명(± 3.2), 종합병원 2.5명(± 1.2), 병원 1.4명(± 0.7), 의원 0.2명(± 0.4)으로 의료기관종별로 편차가 심한 것으로 나타났다. 영양사 정원에 대한 규정은 의료법 시행규칙 제 28조 6의 제 2항에 '입원 시설을 갖춘 종합병원, 병원, 치과병원, 한방병원 또는 요양병원에 있어서는 1인 이상의 영양사를 둔다'라고 정해 두고 있으나 입원 환자 수 대비 영양사 수를 고려하지 않아 실질적으로 양질의 영양 상담 및 영양서비스를 제공하기 위한 적정 인력이 배치되어 있지 못한 것이 문제라고 볼 수 있다.

환자의 질병 상태와 직접적 관련이 있는 치료식에 대한 식단 작성 지침이 구비되어 있는 경우는 49.1%였으며, 종합전문병원과 종합병원의 경우 거의 모든 기관이 구비하고 있으나 의원의 경우 28.8%만 구비하고 있는 것으로 나타났다. 의료기관 내 병원 급식 직관리위원회가 있는 경우는 36.2%에 그쳤으나 주기적으로 질 평가를 실시하는 경우는 68.1%로 다소 높은 것으로 나타났다. 이처럼 병원 급식도 다른 의료서비스와 마찬가지로 대형의료기관일수록 인력, 운영 체

계 및 내용 등을 잘 갖추고 있는 것으로 나타났다. 따라서 의료기관종별 특성을 고려한 병원 급식 질 관리 방안의 세부 기준 마련이 필요하리라 사료된다.

조사 대상 의료기관의 식대 평균은 일반식 4,205원, 치료식 4,434원이며, 의료기관종별로는 종합전문병원의 일반식 5,373원, 치료식 5,627원으로 의원급의 일반식 3,741원, 치료식, 4,123원과 차이는 큰 것으로 나타났다. 한편 종합병원의 경우는 치료식이 5,052원으로 일반식 5,097원 보다 오히려 식대가 낮은 것으로 나타났다. 이는 조리사 가산의 문제 즉, 일반식은 조리사 1명(의원급) 또는 2명(병원급 이상)만 있으면 조리사 가산 500원을 받을 수 있으나 치료식은 최소한 3명 이상이어야 가산 520원을 받을 수 있으므로 조리사가 2명 이하인 의료기관의 경우는 일반식과 치료식의 가격이 역전되는 현상이 오게 되는 데서 기인하는 것이라 볼 수 있다. 따라서 추후 식대 가산 항목 및 기준의 적정성에 대한 연구가 이루어질 필요가 있을 것으로 사료된다.

식대 가산 항목별로 살펴보면 인력 가산과 관련하여 일반식 영양사 가산을 받는 경우는 36.3%, 치료식 영양사 가산은 받는 경우는 7.6%, 일반식 조리사 가산을 받는 경우는 46.0%, 치료식 조리사 가산은 받는 경우는 14.1%인 것으로 나타났다. 이러한 인력 가산은 대형의료기관일수록 많이 받는 경향이 있으며, 의원급 기관은 가산 적용을 거의 받지 못하는 것으로 나타났다.

선택식단 및 직영가산은 요양기관 소속 영양사가 1인 이상 상근하는 경우에 한하여 산정되는데, 먼저 직영 가산을 받는 경우는 46.1%였으며 의료기관종별로는 병원급 83.0%, 종합병원 68.7%, 종합전문병원 52.6%로 나타났다. 이는 병원급 이상 의료기관을 대상으로 한 Kim(2007)의 연구에서 대형기관일수록 노무관리 어려움으로 인해 위탁 운영 체제로 전환하는 경향이 많다는 것과 유사한 결과이다. 한편 의원급의 경우 병원 급식 운영은 91.0%가 직영으로 운영되고 있으나 직영 가산을 받는 경우가 15.0%로 나타났는데 이는 외래 진료 위주인 의원의 특성상 입원 환자 수가 많지 않아 영양사가 상근하는 경우가 적은 데서 기인하는 것으로 볼 수 있다. 영양사 등 병원 급식 전문 인력의 배치는 병원 급식 질 서비스 향상과 직결되는 문제이므로 영양사가 배치되어 있지 않는 의료기관의 병원 급식 질 관리 방안의 마련이 요구된다.

그리고 메뉴상 둘 혹은 그 이상 음식을 제공하여 환자가 메뉴를 선택할 수 있도록 한 식단 형태인 선택메뉴제를 시행하고 가산을 받는 경우는 17.7%에 불과하였다. 이는 환자의 음식에 대한 다양한 요구를 충족시킬 수 있는 선택제의 이점에도 불구하고 관리상의 번거로움, 업무 부담, 식재료비 및 인건비 증가 등 이유로 선택식단제를 실시하는 병원이 많지

않다는 Gam(2007)의 연구와 유사한 결과이다. 입원 기간이 길지 않은 급성기 환자에게는 그다지 중요하지 않지만 장기 입원 환자에게 선택메뉴제의 시행은 병원 급식 만족도와 직접적 관련이 되므로(Lassen 등 2005; Wright 등 2006) 선택메뉴제에 대한 보다 적극적 관심이 요구된다고 사료된다.

병원 급식 식대 급여화 이후 가장 변화가 컸던 서비스 항목은 조리환경 개선(42.6%)으로 나타났다. 병원 급식 환경의 개선은 병원 급식 업무 효율성 향상, 서비스 질 향상과 연결되어 환자의 전반적 급식 만족도를 높일 수 있다는 연구결과(Lee 등 2003)로 볼 때 이러한 의료기관의 변화는 매우 고무적이라 볼 수 있다. 또한 급식 관련 시설 투자(28.5%), 식사회전(33.0%), 치료식 교육 및 상담(19.9%) 등 서비스도 전반적으로 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다. 이렇듯 입원 환자에게 식사회전을 통해 영양에 관한 정보를 제공하는 것은 병원 급식에 대한 신뢰도를 높일 수 있을 뿐 아니라 심리적 안정감을 줄 수 있는 매우 의미있는 변화라고 볼 수 있다.

또한 식대 급여화 이후 병원 급식 수가 감소(57.8%)와 관련하여 평균 제공되는 식사 수(21.5%) 증가, 자가 급식을 감소(17.1%) 등 결과는 식대 부담 감소로 인한 의료기관 급식 서비스에 대한 접근성 향상이라는 긍정적 효과로 볼 수 있다. 이처럼 당초 식대 급여화 이후 우려되었던 병원 급식의 질적 저하는 의료기관에서 거의 나타나지 않은 가운데 병원 급식 서비스가 오히려 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다.

한편 식대 급여화에 따른 향후 개선 방향으로 ‘의료기관종별 식대 단가 차등화’가 가장 주요 과제인 것으로 나타났다. 이는 대형의료기관일수록 급식의 질을 높이기 위한 시설 및 장비, 인력 등이 대체로 잘 구비되어 있으며 이런 요인들은 경제적 투자를 요구하게 되기 때문인 것으로 보여진다. 그 다음으로 ‘본인부담금 인상’, ‘의료급여 환자와 건강보험 환자의 급식 수가 동일 적용’, ‘급식 시설 투자에 대한 가산 점수 신설’, ‘영양사 가산 기준 세부 조정’ 순으로 높게 나타났다. 이러한 식대 급여화에 따른 향후 해결과제는 의료기관종별로 다소 차이를 보이는 것으로 나타나 의료기관의 특성에 따라 다소 다르게 인식하는 것을 확인할 수 있었다. 따라서 추후 의료기관종별 특성을 고려한 병원 급식의 수가 체계 및 질적 관리 방안 마련이 필요하다고 사료된다.

이상과 같이 본 연구는 식대 급여화 도입 초기 대규모의 의료기관을 대상으로 병원 급식 제공 실태를 조사해 봄으로써 병원 급식 서비스 질 개선 방안 및 정책의 조기 정착 방안을 위한 기초 자료를 제공하였다. 그러나 본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 본 연구 대상자 선정(selection bias)의 문제이다. 즉, 병원급 이상은 전수를 대상으로 하였

으나 의원급은 3개월 입내원일수가 1,500 이상인 기관만을 대상으로 하여 의원급 급식 제공 현황이 다소 과대로 제시되었을 가능성이 있다. 둘째, 의료기관의 편이에 따라 설문 응답자가 직종에 차이가 있었으나 직종간 병원 급식 인식의 차이를 반영하지는 못하였다. 더욱이 병원 급식 제공 실태 조사의 응답자 중 의사의 비율이 낮았으며, 특히 대형의료기관일수록 의사의 참여율이 낮게 나타남에 따라 종합전문병원의 경영자인 의사들의 식대 급여화 관련 인식도 반영이 제한되었다는 한계가 있다. 셋째, 병원 급식 제공 실태 조사는 식대 급여화 정책 시행 후 비교적 단기간 내에 조사하여 병원 급식의 질에 대한 실태가 다소 긍정적으로 나타났을 가능성이 있다. 따라서 향후 지속적인 병원 급식 제공 실태에 대한 추적조사가 필요할 것으로 판단된다.

## 요약 및 결론

2006년 6월부터 건강보험 가입자의 경제적 부담감을 감소시키고, 의료이용접근성을 높이는 등 건강보험의 보장성 강화 방안의 일환으로 식대를 급여화하였다. 본 연구는 식대 급여화에 따른 병원 급식 서비스 제공 실태를 조사함으로써 식대 급여화의 안정적인 정착화를 위한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

본 병원 급식 제공 실태 조사는 병원급 이상 기관 전수와 3개월간 입내원일수 1,500 이상 의원을 대상으로 우편설문 조사 방법으로 실시하였다.

본 조사 결과는 다음과 같다.

1. 병원 급식 운영 형태는 직영인 경우가 86.9%이었으며, 대형의료기관일수록 위탁 운영이 많은 것으로 나타났으며, 비급여식을 제공하는 의료기관은 6.4%에 불과한 것으로 나타났다. 식사 한 끼당 제공되는 평균 부식 수는 3.9찬, 식사 안내문 부착은 80.2% 등 현 급여기준은 대체로 잘 지켜지고 있는 것으로 나타났다. 그러나 영양상담사 배치 25.8%, 치료식 작성 지침 구비 49.2%, 주기적 질 평가 68.2% 등 급식 질관리에 영향을 미칠 수 있는 제반 요인은 다소 미비한 수준으로 나타났다. 따라서 향후 병원 급식의 질적 수준을 위해서는 관리 항목의 세부 항목 규정과 이에 대한 행정적, 제도적 관리가 필요하다고 보여진다. 또한 의료기관종별 특성을 고려한 질 관리 방안 모색이 필요하다고 사료된다.

2. 병원 급식 식대 평균은 일반식 4,205원, 치료식 4,434원이었고, 의료기관종별로는 종합전문병원 일반식은 5,373원, 치료식 5,627원이고 의원급 일반식 3,741원, 치료식, 4,123원으로 편차가 있는 것으로 나타났다. 한편 종합병원의 경우는 치료식이 5,052원으로 일반식 5,097원 보다 식



대가 낮은 것으로 나타나, 가산 항목의 세부 조정이 필요한 것으로 나타났다. 식대 관련 가산 적용은 일반식 영양사 가산을 받는 경우는 36.6%, 치료식 영양사 가산은 받는 경우는 7.6%, 일반식 조리사 가산을 받는 경우는 46.0%, 치료식 조리사 가산은 받는 경우는 14.1%로 나타났다. 그리고 직영 가산을 받는 경우는 46.2%, 선택메뉴가산을 받는 경우는 17.7%로 나타났으며, 가산 항목 적용은 대형의료기관일수록 많이 받는 것으로 나타났다.

3. 식대 급여화 이후 식대 부담감 감소로 인해 ‘평균 제공되는 식사 수 증가’, ‘자가급식을 감소’ 등의 긍정적 변화와 함께 ‘조리환경 개선’, ‘급식관련 시설 투자’, ‘식사 회진’, ‘치료식 교육 및 상담’ 등 급식 관련 서비스도 전반적으로 긍정적으로 변화한 것으로 나타났다. 이렇듯 식대 급여화 도입 당시 식사의 질적 수준 저하라는 우려와는 달리 급식 관련 인력의 증가와 함께 급식 서비스는 오히려 향상된 것을 알 수 있다.

4. 식대 급여화에 따른 해결과제로 ‘의료기관중별 식대 단가 차등화’가 가장 많았고, 그 다음으로 ‘본인부담금 인상’, ‘의료급여 환자와 건강보험 환자의 급식 수가 동일 적용’, ‘급식 시설 투자에 대한 가산 점수 신설’, ‘영양사 가산 기준 세부 조정’ 순으로 높게 나타났다. 따라서 식대 급여화가 안정적으로 정착되기 위해서는 기본 식대 수가를 비롯하여, 가산 항목의 선정, 기준 및 금액의 재조정을 위한 심도깊은 추후 연구가 요구된다고 볼 수 있겠다. 또한 추후 병원 급식의 질적 수준을 확보하기 위해서는 병원 급식의 평가 항목, 기준 및 모델의 개발이 시급할 것으로 보여진다.

이상과 같이 병원급식 제공 실태는 식대 급여화 정책 시행 이후 병원 급식의 질적 수준은 저하되지 않았으며, 일부 현행 식대 체계에 대한 해결과제가 남아있는 것으로 제시되었다. 따라서 병원 경영 및 건강보험 재정의 현실적 여건을 반

영함과 동시에 지향해야 할 수준을 합리적으로 고려한 식대 급여 체계의 재평가에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 보여진다.

## 참 고 문 헌

- Bélangier MC, Dubé L (1996): The emotional experience of hospitalization: its moderators and its role in patient satisfaction with foodservices. *J Am Diet Assoc* 96(4): 354-360
- Gam SO, Park JR, Kim MJ (2007): The Evaluation of hospital foodservice with patient's condition. *J Korean Dietetic Assoc* 13(2): 101-113
- Kim HM (2007): The survey on the hospital foodservice management system and perception. The Korean Dietetic Association.
- Kim JS (2002): The analysis of the management of contracted hospital food services and perspectives of each party involved. MS thesis, Yonsei University
- Kim YS (2002): Evaluation of patient Satisfaction in Hospital Foodservice. MS thesis, Koshin University
- Korean National Health Insurance Research Center (2006): The Status of hospital foodservice in Japan. NHIC publ., Seoul
- Lassen KO, Kruse F, Bjerrum M (2005): Nutritional care of Danish medical inpatients-patients' perspectives. *Scand J Caring Sci* 19(3): 259-267
- Lee JJ (1997): Improvement of Food Service of Inpatients in General Hospital. MS thesis, Chungnam University
- Lyu ES (1994): Hospitalized Patients' Perceptions of Hospital Foodservice. *J of the Korean Soc of Dietary Culture* 9(2): 149-157
- Watters CA, Sorensen J, Fiala A (2003): Exploring patient satisfaction with foodservice through focus groups and meal rounds. *J Am Diet Assoc* 103(10): 1347-1349
- Wright OR, Connelly LB, Capra S (2006): Consumer evaluation of hospital foodservice quality: an empirical investigation. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 19(2-3): 181-194