

외국의 병상자원 감소정책과 시사점



이진용 교수
서울대학교보라매병원 공공의료사업단

1. 들어가며

가. OECD 최고 수준의 병상 보유 그리고 지속되는 증가세

2013년 말 현재 우리나라가 보유하고 있는 총 병상수는 약 63만개 정도이다. 2000년부터 2009년까지 연평균 6.9%씩 증가하여 2000년에는 인구 1,000명당 4.7개(당시 OECD 평균 5.4개)에 불과하던 것이 2009년에는 8.3개로 OECD 평균(4.9개)을 넘어섰고, 일본이나 러시아에 이어 세 번째로 많은 병상을 보유하고 있다.

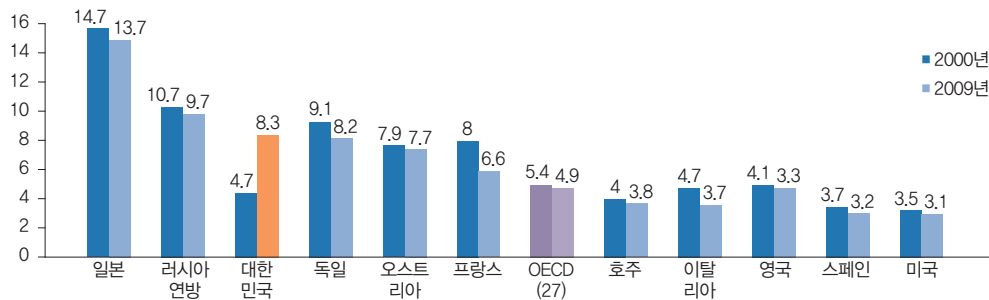


그림 1. 주요 OECD 국가의 천명당 병상수 비교(2000년, 2009년)(단위: 개)

자료: OECD Health Data 2011, national sources for non-OECD countries.

여기서 주목해야 할 점은 같은 기간 동안 대부분의 국가들은 병상수의 변화가 거의 없거나 약간 줄어들었지만, 우리나라는 오히려 약 1.8배나 증가했다는 것이다. 또한 2009년 이후에도 매년 약 5%씩 병상수가 증가하고 있어 현재 상태가 지속된다면 2020년에는 인구 1,000명당 세계에서 가장 많은 병상을 보유가 국가가 될 전망이다.

표 1. 주요 OECD 국가의 병상수 비교(2000년, 2009년)

(기준: 인구 1,000명당, 단위: 개)

국가	2000년	2009년	비고
일본	14.7	13.7	
러시아 연방	10.7	9.7	
대한민국	4.7	8.3	
독일	9.1	8.2	
오스트리아	7.9	7.7	
프랑스	8	6.6	
OECD (27)	5.4	4.9	
호주	4	3.8	2008년
이탈리아	4.7	3.7	
영국	4.1	3.3	
스페인	3.7	3.2	
미국	3.5	3.1	

나. 병상수 증가로 인해 파생되는 문제점

증가하는 병상에 대한 대책이 필요한 이유는 병상수 증가가 단순히 병상이나 병원의 규모 증가에 그치는 것이 아니라, 이에 따른 의료인력의 증원 또는 의료장비의 추가 도입으로 이어지기 때문이다. 국가적 차원에서도 중복투자 방지와 의료자원의 합리적 배분을 위해 적정 병상수를 유지하는 것은 매우 중요하다.

실제로 병상수 증가로 인한 여러 문제가 이미 발생하고 있다. 수도권 지역으로 환자가 집중되는 것은 물론이고 의사, 간호사 등 핵심 의료인력 역시 수도권과 대형병원으로 쏠리고 있어 지방은 의료인력의 충원이 어렵다. 또한 병상 확장은 의료기관 간의 경쟁을 유발하고 있어 입원서비스에 대해서는 의원과 중소병원이 경쟁관계에 있고, 외래서비스에 대해서는 종합병원급 대형병원에 맞서 의원과 중소병원이 경쟁을 벌이고 있는 상황이다.

그러나 현재 병상 증가를 억제할 수 있는 정책수단이 거의 없는 실정이다. 과거에 병상 증가를 억제할 수 있던 정책들은 규제 개혁 차원에서 폐지되었다. 1990년 대진료권 연도별 병상상한제 폐지를 필두로 1994년에는 종합병원 병상 신증설 사전승인제가 폐지되었고, 2000년에는 지역별 의료기관개설허가 등에 관한 규칙이 폐지되었다. 현재 남아 있는 병상자원 관련 정책은 시도 단위에서 수립하는 “병상수급계획”이 거의 유일하지만, 병원 및 종합병원 개설 허가 사항은 유명무실화 되었고, 병상증가 억제를 위한 실질적인 개입 수단이 없기 때문에 계획을 위한 계획의 수준에 머물고 있는 실정이다.

이러한 상황에서 본 고에서는 외국의 사례를 통해 병상자원이 감소한 이유를 파악하고, 만일 정책적 개입이 있었다면 어떠한 정책을 사용했는지 살펴봄으로써 우리에게 타산지석의 기회로 삼으려고 한다.¹⁾

2. 유럽은 병상자원을 왜 그리고 어떻게 감소시켰는가?

우리는 압축 성장을 해 왔기 때문에 우리가 현재 겪는 문제를 다른 선진국들은 이미 거쳤을 가능성이 높다. 유럽도 병상자원이 증가하다가 특정 시기를 거치면서 안정화 되거나 감소하였다. 이 점에 주목하여 왜 유럽 국가들의 병상 감소가 이루어졌는지를 조사하였다.

요약하면 유럽이 병상을 감소시킨 가장 큰 이유는 1960년대 이후 지속적으로 상승하는 의료비용을 절감하기 위한 것이었다. 그리고 이를 달성하기 위해 소극적 정책으로 급성기 병원에 입원한 장기입원 환자 감소를 위한 정책을 추진했고, 적극적 정책으로 병상 폐쇄를 포함한 급성기 병원의 구조 변경(reconfiguration)을 추진하였다.

가. 소극적 정책

1) 장기 재원 정신질환 환자의 탈원화 정책

대부분의 선진국에서는 정신질환으로 정신병원에 입원한 환자수가 1950년대 후반을 기준으로 1980년대 후반에 절반 이하로 감소하였다. 영국의 경우 1977년 1,000명당 정신병상이 2.5개이었지만 1994년에는 1.0개 이하로 감소하였다. 이와 같은 탈원화 정책은 많은 정신질환 환자들을 지역사회 기반 정신보건서비스로 이동시켰다. 이로 인해 정신병상 감소 혹은 정신병원 폐쇄로 비용 절감을 이룰 수 있었다.

1) 이후의 기술 내용은 필자가 공동연구자로 참여하여 집필했던 “건강보험 진료비 적정화 등을 위한 병상자원 관리방안 개발” 보고서의 일부 내용을 발췌, 수정 혹은 그대로 인용하여 작성하였음을 밝혀 둔다.

2) 장기 요양시설(nursing home)의 활성화 정책

고령화로 인해 노인들의 장기 입원이 폭발적으로 증가하고 있으나 노인 환자를 급성기 병원에 입원시켜 진료하는 것은 비용효과적이지 못하다. 따라서 유럽 국가들은 급성기 병상을 차지하고 있는 노인 환자 중 급성기 서비스가 필요하지 않은 환자들을 요양시설로 전환시키기 위한 노력을 진행하였다. 영국의 경우 1977년 1,000명당 0.5개 수준이었던 요양시설이 1994년에는 약 3.5개까지 폭발적으로 증가하였다.

나. 적극적 정책

1) 급성기 병원의 구조변경(reconfiguration) 정책

급성기 병원의 구조변경 정책이 가능했던 이유는 첫째, 장기 입원 환자를 장기 요양시설이나 지역사회로 이동시켰고, 둘째, 병원들은 비용절감을 위해 재원일수를 줄였으며, 셋째, 당일 수술(day surgery)과 같은 새로운 치료법의 도입으로 급성기 질병의 치료 기간을 단축시킴으로써 상당한 규모의 유희 병상이 발생하였기 때문이다. 유희 병상의 감소는 새로운 질병치료 양상에 대처할 수 있는 구조변경 정책이 가능토록 하였다. 또한 급성기 병상을 감소시키거나 극단적으로 급성기 병원을 폐쇄하는 대신 당일 치료센터(day care center)나 투석치료 클리닉, 항암치료클리닉 등으로 대체하거나 두 개의 병원을 폐쇄하고 하나의 최신택 병원을 개소하는 등 급성기 병원의 구조를 더욱 현대화시키고 합리적으로 운영하는 방안 등이 추진되었다.

극단적인 급성기 병원의 구조 변경 정책은 국가에 의해 정책적으로 병원을 폐쇄시키거나 병상을 감소시키는 정책을 채택하는 것이다. 이러한 극단적인 정책을 선택한 대표적인 국가는 벨기에로 1982년부터 병상수의 총량을 설정하고, 이 설정된 병상수 이상으로 병상이 증가하는 것을 규제하고 있다. 1989년부터는 병원의 최소 병상수를 150개 병상으로 규정하여 이 기준에 미치지 못하는 병원은 폐쇄하거나 다른 병원과 합병하는 정책을 선택하였다. 프랑스의 경우는 벨기에만큼 극단적이지는 않지만 1994년부터 1998년까지 17,000개 병상을 폐쇄하였다. 그러나 15개의 새로운 병원을 개원했으며, 7개의 투석시설, 알츠하이머 환자를 위한 20개의 센터 및 암환자를 위한 60개의 새로운 치료센터를 개소함으로써 새로운 질병 양상에 맞게 급성기 병상의 구조 변경을 추진하였다. 표 2는 병상자원 감소를 위해 특징적인 수단을 사용한 프랑스, 벨기에, 스웨덴, 헝가리의 정책방안과 그 결과를 요약하여 정리한 것이다.

표 2. 유럽 주요 국가별 병상감소 정책의 주요 내용과 결과

구분	프랑스	벨기에	스웨덴	헝가리
시행 시기	1980년대 초	1982-1989년	1992년	1996년
주요 내용	<ul style="list-style-type: none"> · Medical map: 프랑스를 권역으로 나누고 그 권역별로 인구당 병상 및 장비를 설정하여 병상과 의료장비의 공급억제(2004년 폐지) · 지역위원회 정책: 전체 병상의 4.7%인 24,000개 병상을 줄이기 위해 26개 지역위원회를 구성 하였고 실제로 17,000개 병상을 감소 · SROSS: 병원들의 지역적 분포와 병원간 네트워크 구성까지 고려한 지역의 병원 기획으로 병원의 폐쇄 및 합병을 주도 	<ul style="list-style-type: none"> · 병상수 총량 제한 · "patient-day quota" · 요양병상 구분 및 상환율 차등 (요양병상으로 구분되면 낮은 수가 적용) · 병원의 병상 기준 상향(최소 150개 병상을 보유하고 있어야 하며 그렇지 않으면 병원 폐쇄도 가능) 	<ul style="list-style-type: none"> · ÅDEL REFORM -장애인 및 노인들에 대한 장기 보건의료 및 사회복지 서비스 제공에 대한 책임을 지방자치단체들로 위임 -총 의료비 지출의 30-40%가 지방자치단체로 이동 -약 30-40%의 병원 병상이 요양원 병상으로 전환 	<ul style="list-style-type: none"> · Act LXIII of 1996 -카운티별 최대 병상수와 각 전문분야별 활동량을 규정 -지역의 특성, 보건의료의 필요정도, 병원기준들에 기초한 rationalizationcriteria를 적용 · 1996 Decree No 19 -의료기관들이 병상 허가를 얻기 위해 충족시켜야 하는 장비와 인력에 대한 최소기준을 규정
주요 결과	<ul style="list-style-type: none"> · Medical map 정책으로 1975년부터 1998년까지 급성기병상의 25%를 감소시킨 것으로 평가 · 지역위원회 정책으로 1994년부터 1998년까지 17,000개 병상감축 · 2001년까지 SROSS로 약 300개의 기관이 폐쇄되거나 합병하였으며 급성병상을 다른 용도로 전환시키는 효과 유도 	<ul style="list-style-type: none"> · 인구 1,000명당 병상수가 9.39개(1980년)에서 7.34개(1995년)로 대폭 감소 · 521개였던 병원이 287개로 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 인구 1,000명 당 병상수가 15.1개(1980년)에서 5.2개(1997년)로 감소 	<ul style="list-style-type: none"> · 1996-1997년 동안 총 병상의 약 15%인 18,000개 병상이 감소

3. 나가며 - 우리가 고려할 수 있는 병상자원 관리방안은?

Tulchinsky와 Varavikova(2009)는 경제학적 수요-공급 모형을 기초로 하여 적절한 병상수급을 위해 사용할 수 있는 정책으로 ①병상공급억제정책, ②병상수요억제정책, ③직접적인 가격통제, ④공급자의 이익을 통제하는 방법, ⑤지불제도의 변경으로 인한 통제, ⑥건강증진으로의 전환, ⑦공급자 인증을 통한 규제 7가지를 제안하였다. 이들 정책의 기본 개념과 정책 수행 시 발생가능한 문제점들을 정리하면 표 3과 같다.

이론적으로는 7가지 정책으로 구분되지만, 실제로 우리나라 병상억제를 위해 이 정책을 사용할 수 있을지에 대해서는 회의적인 시각이 많을 것이다. 그러나 이제 우리도 앞서 기술한 유럽의 예를 따라서 이들 적극적 정책 방안을 검토해야 할 시점이 되었다고 볼 수 있다. 왜냐하면 유럽에서 사용한 소극적 정책은 생각보다 그 효과가 미미할 수 있기 때문이다. 이미 요양병원이 폭발적으로 증가했기 때문에 급성기 병상을 요양병상으로 전환시킬 여지가

별로 없고, 정신병상의 탈원화로 인해 얻을 수 있는 병상수 감소는 그리 크지 않을 수 있기 때문이다. 이러한 점을 감안하면 우리가 선택할 수 있는 병상자원 관리방안은 급성기 병원의 구조변경을 전제로 한 정책이 될 수밖에 없다. 하지만 충분한 검토 없이 추진했을 경우에는 여러 가지 역풍이 발생할 가능성이 있으므로 신중한 접근이 필요하다.


우리가 선택할 수 있는 정책은 위에 기술한 7가지 범주를 크게 넘지 않을 것이다. 즉, 답안은 이미 가지고 있다. 하지만 이를 해결하기 위해서는 여러 이해당사자들의 동의와 합의를 도출할 수 있는 과정이 필요하다. 우리나라의 병상은 과잉공급 되어 있고 여전히 증가하고 있다. 이 문제를 해결하기 위한 논의를 진지하게 시작할 시점이다. 

표 3. 적정 병상 유지를 위한 수단과 그로 인해 파생될 수 있는 문제들

1. 병상 공급 억제 정책	<ul style="list-style-type: none"> - 적정 병상 유지를 위해 취할 수 있는 가장 강력한 방식의 정책 수단임. 하지만 의료공급자들의 반발이 가장 심할 수 있는 억제 정책임. - 이 정책은 국가적으로 혹은 각 지역별로 인구 1,000명당 병상수를 설정하고 이를 관철하기 위해 여러 가지 압력 혹은 인센티브를 제공하는 것임.
2. 병상 수요 억제 정책	<ul style="list-style-type: none"> - 문지기 기능(gatekeeper functions)을 강화하여 불필요한 입원 수요가 발생하지 않도록 유도하여 적정 병상을 유지하겠다는 정책임. - 영국의 주치의 제도나 미국의 HMO에서 담당 의사가 환자의 입원여부를 결정하게 되면 불필요한 병상 수요를 억제할 수 있다는 논리를 기반으로 하고 있음. 하지만 의료소비자의 반발이 강력할 수 있음.
3. 직접적 가격 통제 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 앞서 기술한 두 가지 방법이 작동하지 않을 경우에는 직접적인 가격 통제를 실시함으로써 입원의 가수요를 제거할 수 있다는 논리를 기반으로 함. - 예를 들어, 한국의 경우 입원의 본인부담률이 기본적으로 20%인데 이를 대폭 인상하게 되면 가수요로 인한 입원이 줄어들 수 있다는 논리임. 하지만 이러한 직접적인 가격 통제는 저소득층 의료이용의 형평성을 해칠 수 있다는 비난에 직면할 수 있음.
4. 공급자 이익 통제 방법	<ul style="list-style-type: none"> - 의료공급자 특히 의사들은 자신의 진료 행위에 대해 정부 또는 보험자로부터 보상을 받고 있는데 이것이 환자의 입원을 증가시키는 강력한 동기가 될 수 있기 때문에 이를 억제하면 입원이 감소하고 병상 증가를 억제할 수 있다는 논리임. - 예를 들어, 의사들에 대한 보상 수단으로 봉급제를 실시하거나 인두제를 실시하게 되면 의사들이 입원을 증가시킬 동기를 상실할 수 있음.
5. 지불제도 변경으로 인한 통제	<ul style="list-style-type: none"> - 지불제도를 변경하게 되면 그에 대한 의료공급자들의 반응으로 병상수가 감소할 수 있다는 것을 논리적 기반으로 하고 있음. - 예를 들어 미국의 경우 DRG 포괄수가제를 도입한 것이 병상수 감소에 상당한 기여를 한 것으로 나타나고 있음. DRG 포괄수가제의 원래 목표는 증가하는 의료비 통제를 목적으로 했는데 부가적으로는 병상수 감소의 결과를 가져왔다고 볼 수 있음. - 따라서 지불제도 변경은 의료 전반에 강력한 후 폭풍을 몰고 올 수 있으며 적정 병상을 유지하는데 "병상 공급 억제 정책" 다음으로 강력한 영향을 끼칠 수 있음.
6. 건강증진으로의 전환	<ul style="list-style-type: none"> - 일종의 발상의 전환을 위한 정책으로 건강증진사업이나 프로그램을 통해 가입자 혹은 국민의 건강상태를 개선하게 되면 그 결과로 병원 입원치료가 감소할 수 있다는 논리를 기반으로 하고 있음. 하지만 그 효과는 미미할 수도 있음.
7. 공급자 인증을 통한 규제	<ul style="list-style-type: none"> - 의료공급자에게 일정 이상의 양적 질적 수준을 요구하고 이에 대해 병상 인증을 하는 방식으로 병상수를 규제할 수 있음. - 예를 들어, 일정 수준에 도달하지 않는 병원은 병상수를 일정 수준 이상으로 확장할 수 없도록 하고 병상수를 줄이는 조치도 취할 수 있음. - 우리나라에 적용해 본다면 의료기관 인증평가 결과와 허가 병상수를 연동시킬 수 있음. 즉, 인증평가 결과가 좋지 않으면 허가 병상수를 감소시키는 정책 수단을 사용할 수 있음. 하지만 이를 위해서는 인증평가 기준이 객관적이고 신뢰할 수 있어야 함.

자료: Tulchinsky TH, Varavikova EA, The New Public Health, Second Edition, 2009.

참고문헌

- 국민건강보험공단, 한국보건산업진흥원. 건강보험 진료비 적정화 등을 위한 병상자원 관리방안 개발. 2011.
- 이진용. 일차의료 활성화를 위한 의료자원공급의 개편 방향. 의료정책포럼. 2012; 10(3):32-37.
- Tulchinsky TH, Varavikova EA. *The New Public Health*, Second Edition, 2009.
- McKee M, Healy J. The evolution of hospital systems. In: McKee M, Healy J(eds), *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press:2002:14-35.
- Dixon A, Mossialos E. *Healthcare systems in eight countries: trends and challenges*. European observatory on health care systems, The London School of Economics and Political science, 2002:1-129.
- Kerr E, Sibrand V. *Healthcare systems in transition: Belgium*. Copenhagen, European observatory on health care systems, 2000.
- Sandier S, Paris V, Polton D. *Healthcare systems in transition: France*. Copenhagen, European observatory on health care systems:2004.
- Hjortsberg C, Ghatnkar O. *Healthcare systems in transition: Sweden*. Copenhagen, European observatory on health care systems:2001.
- Gaal P, Rekaszy B, Healy J. *Healthcare systems in transition: Hungary*. Copenhagen, European observatory on health care systems:1999.