

# 우리나라의 병상자원 관리 정책 방향



이근찬 부연구위원  
건강보험심사평가원 자원기술정책연구팀

## 1. 들어가며

실효성 있는 우리나라의 병상자원 관리 정책은 1989년 전국민의료보험 도입과 함께 사라졌다. 1985년 제정된 ‘지역별 의료기관 개설허가 제한 등에 관한 규칙’은 서울, 부산, 대구, 인천 등 전국 39개시의 병상 제한지역으로 지정하여 신증축하고자 하는 의료기관은 보건사회부 장관의 승인을 받아야 건축법상 건축허가 신청과 시도지사의 의료기관 개설허가를 받을 수 있었다. 동 규칙은 1989년 전국민의료보험으로 확대되면서 의료수요가 늘어날 것으로 예상되어 39개시를 보사부의 사전허가가 필요한 제한 지역에서 해제하면서 병상 신증설의 시도지사의 고유기능으로 넘어가게 되었다(매일경제, 1988).

1989년과는 달리 2014년에는 보장성 확대라는 건강보험정책 때문에 병상자원 관리 정책이 새롭게 정책 아젠다로 등장하게 되었다. 2014년 2월 보건복지부는 3대 비급여 개선으로 대형병원으로 환자가 쏠리는 현상을 방지하기 위해서 수도권 지역 대형병원이 병상을 증설할 때는 지방자치단체 및 정부와 사전협의하는 제도와 지역별 병상을 총량관리하는 제도 도입을 검토하는 등 실효적인 보완대책을 동시에 추진하겠다는 계획을 발표하였다(보건복지부, 2014). 따라서 본 고에서는 병상자원 관리 정책 수립의 아젠다가 형성되기 시작한 현 시점에 우리나라 병상관리의 현황과 문제를 확인하고 문제를 개선하기 위한 발전적 정책 수립을 위한 방향을 모색해 보도록 한다.

## 2. 병상자원 공급 특성

### 가. 국제비교

2011년 국민의료비 중 4.5%인 4조1천억원이 의료기관의 자본투자(capital formation of healthcare provider)로 지출되었다고 집계 되고 있다(보건복지부 · 연세대학교, 2013). 2011년 기준 국민의료비 중 자본투자 계정 비율을 산출할 수 있는 26개국의 자본투자 비율은 4.0%이다. 국민의료비 추계 중 정확도가 떨어지는 분야가 자본투자 항목임을 감안하여 이해할 필요가 있지만, 우리나라 의료기관은 OECD 국가 평균보다 약간 높은 수준의 고정 자산 투자를 하고 있음을 알 수 있다.

최근 OECD 통계에 따르면 2011년 기준 우리나라의 인구 1,000명당 병상수는 9.6개로 일본과 함께 세계 최고 수준의 병상보유수준을 보이고 있다. 이 수치는 OECD의 두 배에 이르는 규모이다. 대한민국의 병상 증가는 두드러지는데, 최근 새롭게 OECD에 가입된 터키를 제외하고 유일하게 실질적으로 증가하고 있다.

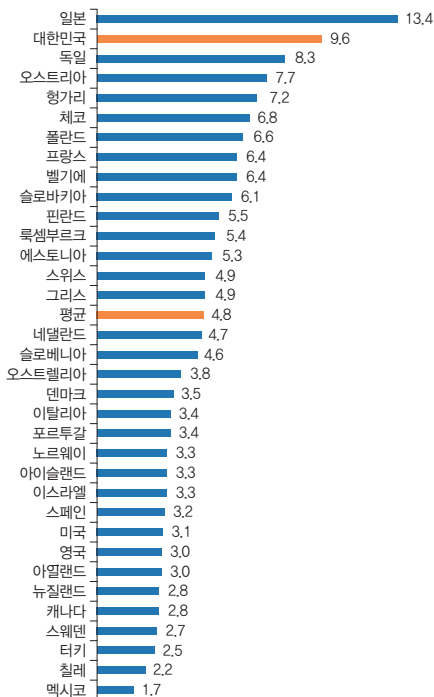


그림 1. 인구 천명당 병상수(2011년)

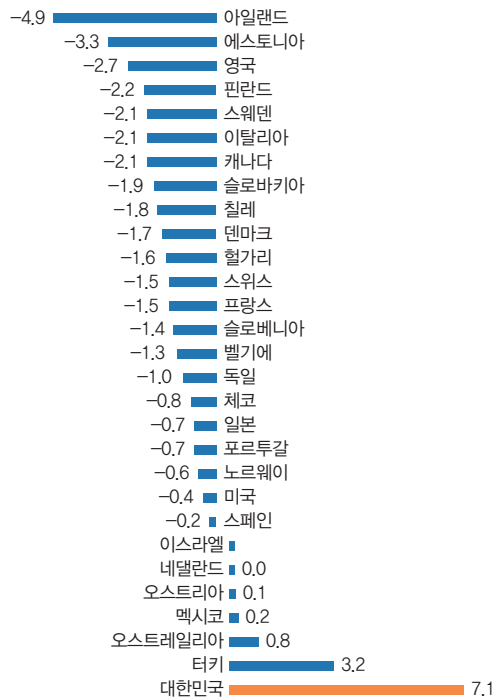


그림 2. 연평균 병상 증가율(2000-2010년)

자료: OECD Healthdata 2013, 2013.

## 나. 병상 공급 추세

2013년 현재 의원급 이상 의료기관의 총 병상수는 61만 개 수준이다. 2009년부터 2013년 동안 전체 병상 증가율은 연평균 5.4%이며 요양병원과 병원이 병상 증가를 견인하고 있다. 중환자실, 격리병상, 무균치료실 등 집중치료를 위한 병상은 과거와 병상수가 거의 변함이 없는 수준이다.

표 1. 병상 종류별 공급 현황

(단위: 개)

구분		합계	상급종합	종합병원	병원	요양병원	의원
2013년	전체	613,298	42,880	97,504	193,831	189,446	89,637
	일반	542,594	37,820	87,908	144,440	186,333	86,093
	정신과	58,166	959	3,447	47,276	2,989	3,495
	중환자실	10,381	3,469	5,411	1,360	122	19
	격리병상	1,813	355	672	755	2	29
	무균치료실	344	277	66	0	0	1
2009년	전체	496,491	41,608	91,220	175,292	90,356	98,015
	일반	444,225	36,890	82,272	140,135	90,144	94,784
	정신과	39,694	978	3,082	32,526	0	3,108
	중환자실	10,348	3,119	5,043	1,924	211	51
	격리병상	1,897	377	743	704	1	72
	무균치료실	327	244	80	3	0	0
연평균 증가율		5.4%	0.8%	1.7%	2.5%	20.3%	-2.2%

자료: 건강보험심사평가원 내부 자료

한편, 요양기관수는 과거에 비해 증가세가 둔화되었다. 2005년의 경우 의료기관의 순증가가 1,000개에 이르렀으나, 최근에는 연평균 500개 내지 300개 정도로 감소되었다. 2012년은 2,274개 의료기관이 신규 개설되었고, 1,914개 폐업하였다.

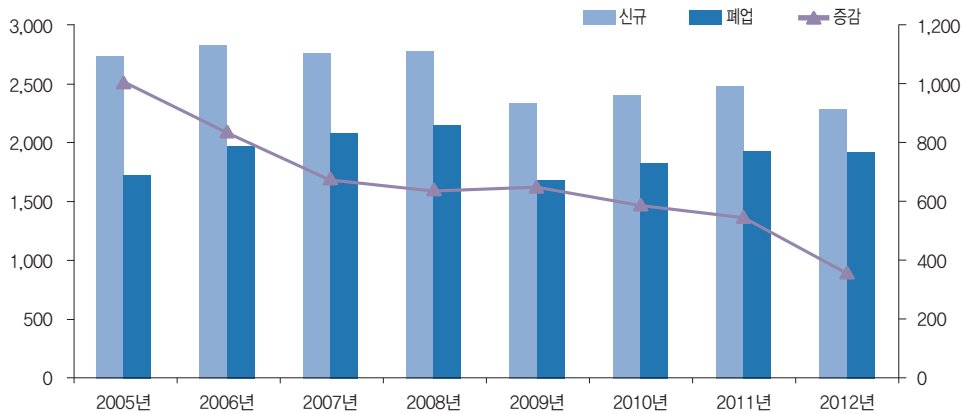


그림 3. 신규 개업 및 폐업 기관수 추이(단위: 개소, %)

주 1. 상급종합병원, 종합병원, 병원, 요양병원, 의원에 한한다.  
 2. 각 연도별 요양기호 존재 여부로 개·폐업 여부를 판단한다.  
 자료: 건강보험심사평가원 내부 자료

### 다. 병상자원 관리의 필요성

병상자원 관리의 필요성에 대한 첫 번째 이유는 의료자원의 불균형 분포로 인한 의료 접근성의 지역간 차이와 의료자원 이용의 비효율성을 들 수 있다. 전체 병상수를 중심으로 시도별로 비교하면 의료자원 공급량의 수도권에 집중되어 있는 것은 아니지만, 300병상 이상의 의료기관 소재 지역을 살펴보면, 서울 소재 비율이 상대적으로 높다.

수도권 의료기관을 이용한 환자수는 각 지역 입원환자수의 5% 이상이다. 시도별로 입원 의료이용의 총량 중 서울에서 이용된 비율은 경기도가 가장 높고, 그 다음으로 충청남도, 강원도, 충청북도, 인천시, 제주시 순이다. KTX 효과가 가장 먼저 나타난 대구시와 부산시의 경우 서울시 유입비율이 5% 미만으로 다른 지역 보다 낮은 수준이다(이신호 등, 2011).

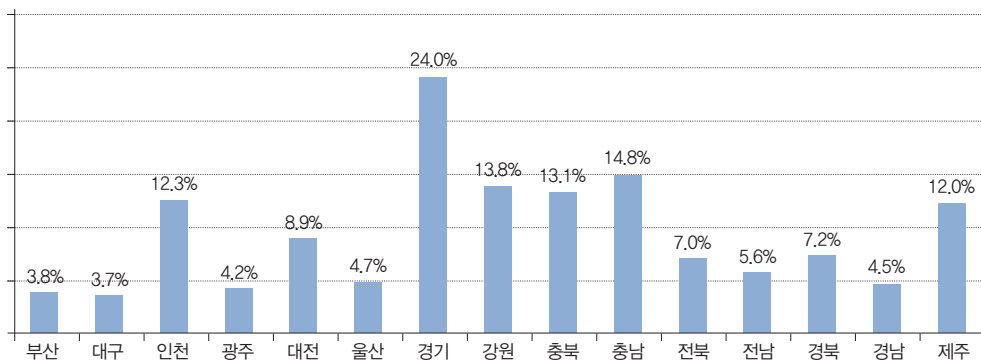


그림 4. 시도별 서울 유입비율

주. 상급종합+종합병원+병원 / 입원건수기준(2009)  
 자료: 이신호 등(2011)

이러한 병상자원의 분포 불균형은 병상의 효율적 활용으로 이어지고 있다. 병상 규모가 클수록 병상이용률이 증가하는 규모의 경제 효과는 비단 우리나라뿐만 아니라 외국에서도 나타나는 현상이다. 외국에 비해 두드러진 현상은 규모에 따른 병상 활용도가 더 큰 변이를 보이고 있다는 점이다. 외국에 비해 대형병원으로서 상급종합병원의 병상이용이 상대적으로 높은 수준이며, 의원인 경우에는 병상이용률이 매우 낮은 수준이다.

표 2. 의료기관의 병상이용률

(단위: %)

우리나라(2010년)				일본(2012년, 2011년)				미국(1999년)
상급종합병원	종합병원	병원	의원	병원(전체)	병원(일반병상)	의원(일반병상)	의원(개호요양병상)	병원
94.8	79.5	63.4	23.1	81.5	76.0	65.9	79.1	67.8

주. 우리나라는 홍재석 등(2012)이 건강보험 및 의료급여 환자 입원실적만 고려하여 산출한 자료를, 일본은 후생노동성(2013)과 일의총련(日医総研)(2012) 자료를, 미국은 National Center for Health Statistics의 자료를 이용하여 재정리하였다.

두 번째로는 입원병상의 시설 기준이 구체화되어 있지 않기 때문에, 질 낮은 병상의 난립으로 의료의 질 저하의 요인으로 작용할 가능성이 있다는 점이다. 최근 병의원의 병실 환경의 실태조사에서 의료기관간에 입원병실 환경에 상당한 편차가 존재하는 것으로 조사되었다. 낙상방지용 장치 구비 침대, 보호자용 침대, 개인사물함 등은 대체로 75% 이상 구비하고 있으나, 중앙식 의료가스장치(산소 및 음압) 및 간호사 호출장치, 개별 취침 등, 병상간 커튼, 손 소독제 등은 30% 미만의 낮은 구비율 수준이었다(박수경 등, 2012).

세 번째로는 3대 비급여 개선에 따른 수도권과 상급종합병원으로 환자 쏠림이 심화될 수 있는 부작용을 줄일 수 있는 보완정책으로 병상자원 관리의 필요성이 제기되고 있다(손영래, 2014).

### 3. 검토가 필요한 의료자원 정책 수단들

병상자원 관리를 위한 정책 수단 마련 시 다음의 세 가지 요소를 고려해야 한다. 첫째, 의료계획(health planning)이 정부의 의료기관 자본 투자 지원책과 과잉공급지역의 진입 억제하는 근거로 활용되어야 한다. 그런데 우리나라는 지역 병상수급계획을 수립하도록 의료법으로 규정하고 있으나, 병상수급계획이 병상 허가와 연계되지 않아 실질적 병상수급 조절 기능이 작동되고 있지 않다. 병상수급계획의 실효성을 확보할 수 있는 정책을 모색하는 것이 필요하다.

둘째, 병상 규제가 의료기관의 양질의 의료서비스 질 경쟁을 저해하지 않도록 해야 한다. 또한 병원 병상 보유가 기득권으로 활용되지 않도록 정책적 고려가 있어야 한다.

셋째, 지방자치단체에 의료자원의 공급과 이용에 대해 책임(accountability)을 부여하도록 해야 한다. 외국의 경우 지방자치단체는 그 지역의 의료자원 과잉 공급에 따른 지역 의료비의 증가가 지방재정에 부담이 되는 구조로 되어 있다. 일본의 도도부현과 시정촌은 지역의료보험, 후기고령자보험의 보험료 중 일정부분을 지방비로 지원하고 있다. 미국, 프랑스, 독일 등의 국가도 지역주민의 의료비증가가 지방재정의 부담으로 이어지도록 하는 재원 조달 구조가 구축되어 있고, 병원의 자본투자의 상당 부분을 지방정부가 예산으로 지원하고 있다. 이에 비해 우리나라는 지방자치단체가 의료시설 허가 권한을 이양 받았으나, 이에 따르는 자원의 과잉 공급에 대한 책임과 부담이 부과되지 않는 구조이다. 따라서 지방자치단체가 병상관리에 관한 책임을 인식하고 실천하기 위한 방안 모색이 필요하다.

현재 도입하기로 예정된 병상관리 정책은 2015년부터 상급종합병원의 병상증설 사전협의제 뿐이다. 우리나라 병상정책이나, 정책연구자들이 과거에 제안한 정책, 또는 외국의 병상관리 제도와 정책 등을 통해 표 3과 같은 정책 수단들이 새로운 의료자원 정책 수단으로 검토될 수 있을 것이다.

표 3. 도입 검토가 필요한 병상자원 관리 정책

정책 목표	의료정책	건강보험정책
병상 분포의 불균형 해소	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 대형병원 병상 신증축 사전협의제</li> <li>· 지역병상 총량제</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역가산 수가제도</li> <li>· 병상과잉지역의 신증축 병상분에 대한 입원료 가감제</li> </ul>
병상의 질적 수준 향상	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병상 시설 기준 정비</li> <li>· 의료기관 종별 기준 변경</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 급여 기준, 적정성 평가에 반영</li> <li>· 필요시 수가체계에 반영</li> </ul>
시도의 병상관리 책임성 제고	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 병상수급계획 가이드라인 제정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 지역별 의료비 지출에 비례하는 건강보험 자치단체 보조금 제도 마련</li> </ul>
병상 정보 관리 및 평가	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료기관의 병상 현황 보고 항목 확대</li> <li>· 의료기관의 개설 허가 및 현황 신고 원스톱 시스템 구축</li> </ul>	

또 하나의 고려할 요소는 관련 법률 규정과의 연계이다. 의료자원 관리목표를 실현할 수 있도록 의료정책과 건강보험정책이 연계되어 추진되어야 할 것이다. 정책내용에 따라 의료법 및 하위법규를 개정해야 하는 정책, 건강보험법 및 하위법규를 개정해야 하는 정책, 두 법규가 연계되어 추진되어야 하는 정책이 있다.

의료자원 정책은 각 국가의 정치, 사회, 경제, 문화적 체계의 영향에서 종속되어 작동되

기 때문에 외국에서 효과적으로 작동되는 정책이라고 해서 반드시 우리나라에서 성공할 것이라는 보장은 없다. 각 정책의 실행 가능성과 효과성에 관한 논의는 공론의 장에서 이루어져야 할 것이므로, 각각의 정책 내용을 개략적으로 설명하도록 하겠다.

## 가. 병상 분포의 불균형 해소

### 1) 대형병원 병상 신증축 사전협의제

현행 의료법에 의하면 병원급 의료기관은 신축 완공된 상태나 매입, 임차가 완료된 상태에서 시도에 개설허가를 신청하고 있다. 시도가 개설허가를 해주지 않을 경우에 상당한 혼란이 발생한다. 따라서 병상 신증축 사전협의제는 병원이 개설하고자 할 때 1단계로 사전협의의를 통해 신증축 사전허가를 받을 자에 한하여 2단계로 정식 허가를 신청할 수 있도록 하는 제도이다. 이 제도는 1985년 보건사회부령에 의한 ‘지역별 의료기관 개설허가제한 등에 관한 규칙’에 포함되었던 병상 신증축 제한지역에 개설허가 예정자는 의료기관 개설허가 받기 전에 건축법상 건축허가 신청을 할 수 없도록 하는 규정과 유사하다.

### 2) 지역 병상 총량제

현재 총 병상수 수준이나 OECD 평균 수준의 병상증가 수준 이상으로 병상이 증가하지 않도록 지역별 기준 병상량을 설정하여, 기준 병상량을 초과하는 신설이나 증설을 허가하지 않는 제도이다. 이 제도는 미국의 37개 주와 프랑스에서 실시하고 있는 필요증명제도(certificate of need)와 유사하며, 수도권 정비계획법에 따른 수도권 내 공장, 학교 등의 총량 규제제도가 준거 되는 제도이다.

### 3) 지역가산 수가제도

의료자원의 양적 분포의 불균형을 해소하기 위한 방안으로 제안되고 있다. 우리나라에서는 현재 응급서비스, 분만서비스 등 취약지에 필요 서비스를 제공하는 있는 의료기관을 선정하여 투자비와 운영비를 지원하는 제도로 사용되고 있다. 이와 함께 필수 의료서비스가 모든 지역에 고르게 공급될 수 있는 수가제도의 도입을 검토할 필요가 있다.

### 4) 병상 과잉지역의 신·증축 병상분에 대한 입원료 가감제

병상 과잉지역에 의료기관이 신증축한 병상에 대해 해당 병원의 입원료 중 과잉지역 신증축한 병상 비율만큼은 기준 입원료보다 입원료를 낮게 책정하여 지급하는 제도이다. 이것은 시도가 허가하는 과정에서 병상 과잉지역의 병상 확충을 허용하지 않을 경우에는 필요

가 없는 제도이다. 현재와 동일하게 자유롭게 개설허가가 이루어지는 경우에 병상 과잉공급 지역에 추가적인 병상 운영의 경제적 유인을 감소시켜서 추가적 병상 확충을 감소하는 효과를 기대하는 제도이다.

이와 유사한 제도는 일본의 건강보험법에서 찾아볼 수 있다. 일본 건강보험법 65조에는 의료계획 하의 병상확충 금지 권고에 따르지 않은 의료기관의 병상 전부 또는 일부를 '보험 의료병상'에서 지정 제외할 수 있는 제도를 가지고 있다.

## 나. 병상의 질적 수준 제고

### 1) 병상 시설기준 정비

우리나라의 입원시설에 관한 규정은 면적기준이 유일하다. 따라서 시설관련 규정을 정비하여 최소한의 입원 환경을 갖추어진 병상이 공급되어 운영되는 규정을 마련하는 것이 필요하다(이신호 등, 2011).

### 2) 의료기관 종별 기준 변경

의료기관 종별을 구분하는 것은 의료기관의 기능과 역할을 구분하고, 이를 수행하는 데 요건을 보장하기 위한 것이다. 이런 관점에서 의료기관의 병상수 기준이 해당 의료기관의 기능과 역할을 반영하는 절대적 기준이 되어야 하는지에 대한 논의는 과거부터 이루어져 왔다(이평수 등, 1999). 이러한 관점에서 종합병원의 요건으로 되어있는 100병상 이상 규모가 타당성이 있는 지에 대해 재검토가 필요하다.

## 다. 시도의 병상관리 책임성 제고

### 1) 병상수급계획 가이드라인 제정

중앙정부는 지방자치단체가 지역 수준에서 관리해야 할 병상의 관리 목표를 작성하는 데 필요한 기준을 제시하여, 지방자치단체가 지역 병상수급계획을 효과적으로 마련할 수 있도록 해야 한다.

### 2) 지역별 의료비 지출에 비례하는 건강보험 자치단체 지원 제도 마련

시도가 병상관리의 책임성을 지닐 수 있도록 유인과 역유인(incentives and disincentives)을 제공할 필요가 있다. 이를 위해 시도가 참여하는 건강보험 재정 거버넌스를 구축하는 것을 제안해 볼 수 있을 것이다. 현재 건강보험예산은 가입자 보험료, 국고보조금, 담배



부담금으로 구성되어 있다. 보험료 이외에 건보재정은 중앙정부에서 지원하고 있다. 이에 현행 국고보조금 중 일부를 지방정부에 교부하고 시도 보조금으로 전환하는 제도이다. 지방정부에 대한 교부액은 과거 지역별 의료비 지출에 비례하여 교부한다. 당해연도 실제 의료비가 예상 의료비보다 더 많이 발생할 경우에 자치단체가 부담하는 건보 보조금은 중앙정부에서 교부받은 예산보다 더 많이 부담하도록 한다. 반대로 실제 발생 의료비가 예상 의료비보다 적게 발생할 경우 중앙정부로부터 교부받은 예산보다 적게 건보재정에 부담하고 차이분만큼 자치단체 보건사업에 재량권을 부여하도록 한다.

이 제도는 지역별 총액예산제로 지불제도가 변경되었을 때 실행이 용이하다. 다만, 현재 행위별 수가제하에서는 건강보험 가입자의 주소지 기준으로 정확한 의료비 지출 통계가 생산되어야 한다.

## 라. 정보 관리 및 평가

### 1) 병상자원 정보 집계와 모니터링 체계 구축

요양기관은 의료법과 건강보험법에 따라 병상에 관한 정보를 시군구와 건강보험심사평가원에 보고하고 있다. 그런데 현재 집계되고 있는 병상 정보는 일반입원실, 중환자실, 격리실, 중환자실 등 병상 성격에 따른 운영 수량 위주이다. 현재 계획되고 있는 상급병실료 개선방안이 도입되어 운영되려면 지금보다 구체적인 병상 정보 수집이 이루어져야 할 것이다(손영래, 2014). 즉 현재는 일반과 상급 병실만 신고 되는 병상정보를 4-5인실, 2-3인실, 1인실 등 세분화된 정보, 병실 환경에 관한 신고가 이루어져야 할 것이다.

### 2) 의료기관의 개설 허가 및 현황 신고 원스톱 시스템 구축

의료기관은 개·폐업 및 변경사항 등의 신고를 시·도(또는 보건소), 심사평가원으로 이원화하여 신고하고 있다. 이에 따라 의료기관의 행정 업무가 과중되고 의료자원 통계의 정확도가 낮아지는 요인으로 작용하고 있다. 실제로 상당수의 신고 항목이 중복되어 있기 때문에 의료기관의 현황 신고를 통합할 필요성이 있다. 시도에 신고하는 업무와 심사평가원에 신고하는 업무를 연계하고 통합된 의료자원 통합신고 시스템을 마련하는 것이 필요할 것이다.


## 4. 나가며

지금까지 설명한 각각의 병상자원 관리 정책수단은 정책당국이 진지하게 도입을 검토하고 있는 사항은 아니다. 그러나 제시된 정책수단 내에서 또는 새로운 방식의 병상자원 관리

정책을 선별하여 구체화시키는 노력이 필요할 것이다.

병원에 관한 정책은 이데올로기의 리트머스 시험지라는 말이 있다(Healy and Mckee, 2002). 병상정책이 경제적 규제가 아닌 사회적 규제 영역으로 인식되는 사회적 공감대가 마련되어야 할 필요가 있다. 1990년대부터 최근까지 우리나라는 병상정책은 경제적 규제 영역으로 인식하면서 규제 완화의 흐름에 따랐다. 기존의 의료자원 관리제도가 완화되었고, 관할 정부조직도 중앙정부에서 지방자치단체로 이양되어 통합적인 행정 집행력도 발휘하지 못하였다. 병상정책이 사회적 규제 영역으로 재개념화되어 사회 전체적 복리를 위해 적정 규제가 필요하다는 견해가 사회적으로 받아들여져야지만 새로운 병상관리 정책이 제도화될 수 있을 것이다.

병상자원 관리 정책의 도입에도 정책의 필요성과 근거를 마련하는 기술적 측면과 함께 가치적 요소를 고려하는 것이 필요하다. 보건의료 정책에서 정책의 편익은 국민 모두에게 분산되어 발생하지만, 정책에 따른 손해는 보건의료 직능과 조직군에게 집중되어 발생하는 편이다. 현상 돌파적인 보건의료 정책은 ‘총론 찬성, 각론 반대’라는 레토릭과 함께 조직적인 반대에 부딪힐 가능성이 높으며, 병상정책도 예외가 아니다.

병상자원 관리 정책은 의료기관에 따라서 이해관계가 엇갈리는 부분이 있기 때문에 관련 당사자는 물론 일반 국민들의 의견을 충분히 제시하고 조정하는 방안을 활용하여야 한다. 또한 중앙정부는 병상 등 의료자원 관리에 관한 주도권 역할을 수행하기 위해서는 지역의 의료자원 수급에 관한 조정 기능과 의료전달체계 개선, 의료기관에 대한 자본투자에 관한 자원 투자 확대 등의 노력을 동시에 실시해야 할 것이다. 

## 참고문헌

- 매일경제신문. 36개 시 의료기관 설립 허용. 사회면. 1988. 02. 11.  
 박수경 등. 의료기관 입원환경 현황조사 결과분석(병원 및 의원을 중심으로). 서울:한국보건산업진흥원;2012.  
 보건복지부·연세대학교. 2011년 국민의료비 및 국민보건계정. 2013.  
 보건복지부. 3대 비급여 개선대책. 2014. 02. 11.  
 손영래. 3대 비급여 개선방안. HIRA 정책동향. 2014;8(1):5-22.  
 이신호, 박수경, 박수범 등. 건강보험 진료비 적정화 등을 위한 병상자원 관리방안 개발. 서울:한국보건산업진흥원·국민건강보험공단;2011.  
 이평수 등. 의료기관 종별 분류 재조정 및 투입자원 합리화 방안 연구. 서울:한국보건산업진흥원;1999.  
 홍재석. 우리나라 병상자원 분포 및 운영 현황. HIRA 정책동향. 2012;6(6):37-51.  
 Healy J, Mckee M. The role and function of hospitals. In: Mckee M, Healy J, editors. Hospital in a changing Europe. Open University Press:2002:60-80.  
 US National Center for Health Statistics.  
 후생노동성. 2012년 병원 보고. 2013.  
 일의총련(日医総研) 워킹페이퍼. 2011년 유상진료소 현황 조사. 2012.