

# 우리나라 병상자원 정책의 집행실패 원인<sup>2)</sup>\*

- 미국, 일본 정책과의 비교를 중심으로 -

도영경<sup>1)2)</sup>, 김용익<sup>1)</sup>, 박기동<sup>1)</sup>, 문옥륜<sup>2)</sup>

서울대학교 의과대학 의료관리학교실<sup>1)</sup>, 서울대학교 보건대학원<sup>2)</sup>

## I. 서 론

### 1. 연구 배경 및 필요성

#### 가. 우리나라의 병상자원과 보건의료체계

우리나라 보건의료의 근본적인 결함으로는 '무정부적 낭비구조'를 지적할 수 있다(김창엽, 2002). 병상자원은 그 문제점을 전형적으로 보여 주는 유형적 실체라 해도 지나치지 않다.

첫 번째로 꼽을 수 있는 문제점은 의료제공 단계별 병상자원 및 의료기관 기능의 미분화이다. 의료법에 의해 병상 규모에 따른 의료기관의 종별이 나뉘어 있고, 의원과 병원은 각각 주로 외래와 입원 진료를 담당하는 곳으로 명시되어 있다. 그러나 실제로는 의원·병원·종합병원 병상의 용도는 거의 구분되지 않고 있다. 질병의 경중도(severity)나 진료행위의 난이도에 따른 의료제공의 단계화가 극히 미비한 것이다.

두 번째 문제점은 병상자원의 구성이 사회적 수요를 반영하지 못하고 급성기병상에 불균형적으로 치우쳐 있는 점이다. 고령화의 진전과 질병구조의 변화로 장기요양서비스를 필요로 하는 인구가 지속적으로 증가하였으나, 현재 장기요양병상의 공급은 극히 미미한 실정이다(OECD, 2002; 이신호 등, 2001). 그 결과, 현재 급성기병상 의료이용량의 상당 부분은 장기요양서비스로 재분류될 수 있으며(장혜정 등, 2001; 장현숙, 2000), 장기요양병상을 확충하여 장기요양수가체계를 적용하였을 경우에는 1,700억-2,200억원의 건강보험 재정을 절감할 수 있을 것으로 예측된다는 연구도 있다(김선민 등, 2001). 사회적 수요에 대한 병상자원 구성의 불균형이라는 보건의료체계의 구조적 요인이 의료비 낭비와 입원의 적정성 문제를 유발하고 있는 것이다.

세 번째로는 오래 전부터 정책적 관심 대상이었으나 여전히 해결되지 않고 있는 병상의 지역적 편재 문제를 들 수 있다. 전국적으로 절대적인 병상 부족은 어느 정도 개선되었다

---

\* 보건복지부 보건의료기술연구개발사업(02-PJ1-PG5-P18-0001)의 지원으로 수행 중인 연구의 일부임.

고 하나, 병상의 도농간 편차는 더욱 심화되고 있다(김성순, 2002.10.16). 양적인 편차는 물론이고, 농촌 지역 환자들이 도시 지역으로 유출되는 크기를 통해, 병상자원의 질적인 격차는 더욱 현저할 것으로 짐작된다. 병상자원의 이러한 양적, 질적 불균등은 의료의 접근성과 형평성의 문제를 야기한다.

네 번째로는 이상의 문제들이 개선될 가능성이 극히 어려워 보이는 상황에서, 급성기병상 위주의 병상자원 총량은 급격히 증가하고 있다는 점이다. 이미 1998년의 추계에서 급성기병상은 공급과잉인 것으로 나타났다(한국보건 의료관리연구원, 1998). 2002년 6월말 현재 병상수가 29만5,823으로 1980년보다 4.5배 증가하여 증가 속도 또한 매우 급격하다. 우리나라의 병상수는 OECD 국가들과 비교해 볼 때에도 높은 편이다. 특히 OECD 국가들에서는 병상수가 감소하고 있는 추세이나 우리나라는 지속적으로 증가하고 있으며, 평균재원일수 또한 우리나라가 높은 편이어서 향후 재원일수의 감소 정도에 따라 병상의 공급과잉은 더욱 심화될 것으로 보인다(OECD, 2002).

이와 같이, 병상자원의 기능 미분화와 구성의 불균형이 개선되지 않는 가운데 급성기병상 위주의 총량 증가는 보건의료체계의 효율성 평가 면에서도 부정적인 결과를 낳을 것이다(OECD, 2002). 즉, 보건의료체계 수준의 분배적 비효율(allocative inefficiency)이 개별 의료기관 단위의 기술적 비효율(technical inefficiency)을 낳는 구조적 요인이 되고, 다시 전체 국민의료비를 상승시키며 보건의료체계 전체의 비효율을 낳는 악순환의 고리를 형성하고 있는 것이다.

#### 나. 병상자원 정책의 문제점

이러한 병상자원의 문제점보다 더욱 심각한 문제는 현황을 개선하기 위한 효과적인 정책의 부재이다. 물론 각각의 문제점을 해결하기 위한 정책들이 전혀 없었던 것은 아니다.

먼저 병상의 지역적 편차를 개선하기 위해서는 꽤 오래 전부터 취약지 병상 확충을 위한 정책이 실행되었고, 일부 성과를 거둔 것도 사실이다. 그러나 사업 과정지표 상의 성과와는 무관하게 현재 지역간 편차는 개선되지 않고 오히려 심화되고 있는 실정이다.

둘째, 의료전달체계 확보를 위해서는 진료권의 설정과 진료의뢰서 지참 등의 조치가 시행되어 왔다. 그러나 이 조치는 본래의 취지를 거의 살리지 못하고 있다.

셋째, 장기요양병상의 확충을 위해서는 1994년의 의료법 일부개정에서 의료기관 종별에 요양병원을 신설한 것을 빼고는 그동안 이렇다 할 획기적인 조치가 없었다.

넷째, 병상 증가 억제 측면에서는, 「21세기 보건의료발전종합계획」(보건복지부,

1998.12)을 통하여 정책형성 단계를 거쳐, 건강보험 재정위기 이후 제정된 국민건강보험재정건전화특별법의 병상수급계획 조항을 통하여 비로소 정책채택 단계에 진입하였다고 볼 수 있다. 물론 보건의료기본법과 지역보건법은 보건의료자원의 관리와 관련된 조항을 포함하고 있었다.

그러나 일부 정책 외에는 뚜렷한 효과를 거두지 못하였거나 향후에도 그 효과를 낙관하기가 어려운 것이 사실이다. 병상 증가 억제 측면만 보더라도, 정책들이 임기응변식으로 이루어지거나, 혹은 규범적 당위 수준을 벗어나지 못하고 있다는 인상을 받게 된다. 예를 들어, 2006년 12월 31일까지 시행될 한시적 특별법인 국민건강보험재정건전화특별법에서 병상수급계획을 다루고 있다는 사실은, 일반적으로 장기간을 요하는 국가보건의료자원의 수급 및 관리를, 보험재정 절감 목적에 치우쳐 지나치게 단기적으로 사고하고 있다는 비판을 면하기 어려울 것이다. 또다른 문제는 그것을 가능케 할 실효성있는 정책수단이 충분히 확보되지 않은 상태에서 제출되고 있는 점이다. 이는 보건의료기본법과 지역보건법의 보건의료자원 수급 및 관리 조항에서도 유사한 문제점으로 드러난다. 민간위주의 의료공급체계에서 현재의 우리나라 지방자치단체가 보건의료자원의 조달 및 관리를 담당해야 한다는 규정은 이상을 표현한 것일 뿐 현실을 반영하지는 못한 것으로 보인다. 현재 우리나라 지방자치단체는 물론이고 중앙 정부조차도 병원 및 병상의 신·증설의 적합성을 판단하고 규제할 기준과 수단을 확보하지 못하고 있다. 현재 지역보건의료계획의 병상수급 계획에서 필요병상수의 산출 이상을 제시하지 못하는 현실은 오히려 당연해 보이기까지 한다(보건복지부, 2002.4). 결국 병상의 증가 억제를 위한 정책만 보자면, 법조문으로서는 존재하되 '바람직한 사회상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책수단에 대하여 권위있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본방침'이라는 의미로서의 정책(정정길, 1997)은 실질적으로는 존재하지 않는다는 사실을 인정하지 않을 수 없다.

따라서, 그동안 병상자원 정책의 집행이 실패한 원인을 분석하는 작업은 향후 실효성있는 병상자원 정책을 수립하는 데 필수적일 것이다.

## 2. 연구 목적

이 연구의 목적은 우리나라 주요 병상자원 정책의 집행실패(implementation failure)의 원인을 파악하는 것이다. 이를 위하여 미국, 일본의 주요 병상자원 정책과 비교를 수행함으로써 문제점을 더욱 분명하게 부각시키고자 하였다.

## II. 연구 방법

먼저 우리나라 병상자원 정책을 크게 병상 확충, 병상 억제, 병상 기능의 연계 및 구성의 조정의 세 가지 범주로 분류하였다. 그리고 비교를 위하여 각 범주에 해당하는 미국과 일본의 정책을 선정하였다. 먼저 각 범주별로 각국의 정책을 개괄한 후, 정책집행의 성공 또는 실패의 원인 측면에서 분석하였다. 이런 요인은 종합적으로 정책집행을 좌우하는 요인이나(정정길, 1997), 정책집행에 영향을 미치는 요인으로 불리고 있다(유훈, 1991). 집행 실패에는 정책을 집행조차 하지 않는 비집행(非執行)과, 집행은 하였으나 원하는 효과를 거두지 못한 결함있는 집행이 포함된다(오석홍, 2001). Hogwood와 Gunn이 제시한 원활한 정책집행을 위한 요건으로 제시한 10가지(Hogwood & Gunn, 1984)가 비집행의 문제를 다루었다면, Anderson이 9가지로 제시한 것은 정책이 의도한 효과를 거두지 못하는 이유에 해당한다(Anderson, 1984). 그러나 이 양자는 명확하게 구분되기 어려우며 구분의 실익도 크지 않다. 실제로 오석홍은 Anderson이 제시한 이유를 집행실패 전체와 등치하고 있다. 이 연구에서는 Hogwood와 Gunn, Anderson이 제시한 이유를 종합하고 연구 목적에 맞게 선택하고자 하였다.

정책집행에 영향을 미치는 요인으로 선택한 것은 다음과 같다. Anderson이 제시한 원인 중 원천적으로 해결이 불가능한 경우와 문제의 크기보다 해결비용이 훨씬 더 큰 경우는 이 연구에서는 부적절한 항목이므로 제외하였다.

- ① 충분한 시간과 물적 자원의 보장 미비(Anderson): Hogwood와 Gunn은 단계별 자원의 적절한 배합까지를 포함함
- ② 물리적, 정치적 요인 등 외부 환경의 장애(Anderson)
- ③ 대상집단 또는 관련집단의 불응(non-compliance)(Anderson): Hogwood와 Gunn은 의도적인 불응뿐만 아니라 결과적으로 정책효과를 감소시키는 비의도적인 행위까지 포함함
- ④ 과제의 정확한 순서 명시(Hogwood와 Gunn): Anderson은 문제의 다요인성에 대한 정책의 단일목적성 한계를 제시함
- ⑤ 그릇된 행정 관리 및 지원(Anderson): Hogwood와 Gunn은 행정절차에서 중간매개 단계, 의존 관계가 각각 최소화될 것을 정책집행의 성공요인으로 제시하고 있음
- ⑥ 정책 문제의 본질이 집행과정 중 변화하거나 새로운 문제의 부상으로 관심 이탈(Anderson): Hogwood와 Gunn의 정책목표에 대한 이해·동의의 지속과 일맥상통함

단, 이 연구의 정책집행과정에 대한 분석은 정책 전반에 대한 평가와는 차이가 있다. 예를 들어, 우리나라의 민간병원 건립지원 사업은 병상 확충을 달성하였으나 부실 병원을 양산하는 원인이 되었다고 평가되기도 한다. 그러나 여기서는 그러한 파생적 효과보다는 의도한 효과를 거두기 위한 정책집행과정에만 초점을 맞추기로 한다.

### III. 병상 확충 정책

#### 1. 한국

우리나라의 병상 확충 정책은 1970년대부터 1988년 전국민의료보험 도입을 거쳐 1990년대 후반 시기까지 의료수요의 지속적 증가에 대응하여 추진되었다. 1970년대부터 의료보험 도입 이전까지는 주로 차관 자금을 통한 민간병원 건립지원 사업과 공공부문에서 이루어진 보건소의 보건의료원화와 정신·결핵병상의 확충이 있었다. 의료보험 도입 이후로는 유효수요의 급증에 대응하여 대도시지역의 의료기관 개설 규제 완화와 민간병원 건립지원 사업의 지속을 들 수 있을 것이다.

이 중 민간병원 건립지원 사업이 장기간 이루어졌고 정책효과도 가장 크다고 평가할 수 있으므로, 병상 확충 정책의 집행과정을 분석하는 대상으로 삼았다. 물론 민간병원 건립지원 사업은 단일 정책은 아니며 1970년부터 현재까지 크게 네 단계를 통하여 진행되었다(정두채 등, 2001). 그러나 차관 또는 은행 자금을 이용한 민간 자본투자 지원이라는 방식에서는 큰 차이가 존재하지 않는다. 따라서 이를 하나의 크게 하나의 정책으로 두고 정책 집행과정을 평가해도 큰 무리가 없을 것이다.

민간병원 건립지원 사업은 우리나라 병상자원 정책 중에서는 1970년대부터 지속적으로 이루어졌고 실제 병상의 확충을 달성한 측면에서는 성공적이라고 평가할 수 있다. 1980-90년대 보건사회부 백서는 의료시설자원 육성 정책으로 민간병원 건립지원을 통한 병상 확충 실적을 한번도 빠뜨리지 않고 정책의 성과로 언급하고 있다(보건사회부, 1981-1994). 예를 들어, 재정투융자특별회계의 자금과 농어촌특별회계의 자금 지원 사업으로 인한 병상증가의 기여도는 1994년 26.9%, 1995년 48.2%, 1996년에는 45.4%를 나타낼 만큼 민간병원 건립지원 사업은 우리나라 병상 증가에 지대한 영향을 미쳤다(정두채, 1995).

#### 2. 미국

제2차 세계대전 후 미국 정부는 보건의료 문제를 검토할 시간적, 재정적 여유를 갖게 된다(Hyman, 1982). 그러나 대공황과 전쟁을 연이어 거친 미국은 사회 기반시설이 전반적으로

로 취약하였다. 그리고 도시 교외지역의 급속한 팽창은 지역별 의료자원의 불균등 현상을 더욱 심화시켰다. 지역별 의료자원 분포의 불균등과 기존 병원 시설의 노후화가 심각한 문제로 제기되었으나 이를 해결할 만한 민간부문의 자본 투자는 극히 부족하였다. 병원은 사회 기반시설 중에서도 가장 필수적인 요소였으므로 병원의 확충과 현대화가 전국적인 차원에서 시급한 과제로 제기되었다(Williams, 2001; Somers & Somers, 1967). 이러한 배경에서 1946년 통과된 병원조사건설법(Hospital Survey and Construction Act of 1946, PL-79-725; Hill-Burton Act, 이하 힐-버튼법)은 전국적으로 보건의료시설을 공급·조정할 수 있는 획기적인 계기가 되었다(Hyman, 1982).

힐-버튼법은 이후 제정된 미국의 보건의료 법률과는 달리 분명하고 일관된 목표를 지니고 있었다. 또 충분한 재원과 함께 집행에 필요한 기술적인 요소들까지 확보되어 있었다. 따라서 이 법은 성공을 위한 모든 요소를 구비하고 있었으며 정치적으로도 매우 인기있는 정책이었다. 각 주는 연방 정부 자금을 지원받았으므로 환영하였고, 미국의사협회(AMA)와 미국병원협회(AHA) 등 이익단체, 대중들도 이를 지지하였다(Palumbo, 1988).

힐-버튼법은 공공 및 비영리 민간병원의 신축과 현대화를 위하여 연방 정부의 보조금을 주 정부에 지원하는 내용을 골자로 하고 있다. 연방 정부는 주 정부에 지원 금액을 할당하고, 주 내에서 배분하는 지침을 제공하였다. 그 후에는 각 주가 연방 정부의 지침을 준수 여부를 감독하였다. 그러나 그 감독은 매우 미약한 수준이었다. 심지어는 25병상의 병원도 승인이 되었다. 각 주 사이에 지원금액을 할당하는 과정은 법에 기술된 산술식에 따라 이루어졌다. 각 주의 인구수와 일인당 소득을 고려하였는데 결과적으로는 소득수준이 낮은 지역이 우대되도록 배분되었다. 인구 천명당 4.5 병상의 상한에 이르면 그 지역은 더 이상 지원을 받지 못하도록 하였는데, 1979년까지 사업이 지속되는 동안 실제로 그 기준에 도달된 적은 한 번도 없었다(Feshbach, 1979). 주 정부는 이 자금을 연방정부로부터 지원받기 위하여 주 단위에서 병원의 신축 필요성을 검토하는 기구를 설치해야 했다. 또 자금을 요청하기 전에 현재 시설, 즉 인구당 병상수를 검토하게 되어 있었다. 즉, 이 법의 요지는 신축 병원은 그 지역의 필요 및 기존 시설과 조정되어야 한다는 것이었다(Hyman, 1982). 각 주에서 사업을 담당하는 기구는 계획을 수립해야 했는데 이는 본질적으로 자금 배분계획이었다. 주의 각 지역은 진료권(Health Services Areas)으로 분할된 후, 현재 병상 공급량을 고려하여, 전국적으로 단일한 기준에 의한 공식에 의하여 병상 수요가 산출되었다. 매년 각 진료권은 필요 병상수에 따라 우선순위가 설정되었고, 순위가 높은 지역은 지원을 받은 후에는 다시 최저 순위로 배정되었다. 이런 과정은 정치적 영향력이나 로비가 거의 통하지 않도록 하였는데, 이 사업의 지속성을 보장할 수 있었다(Feshbach, 1979). 1954년

에는 법률의 일부 개정(Hill-Harris Amendments)이 있었는데, 이전까지 농촌 지역의 병원 공급에서 도시 지역의 시설 현대화로 초점이 바뀌었다. 특히 이 개정을 계기로 건축 자체보다 기획에 더 많은 비중을 두는 경향을 보이게 된다. 주 정부의 기획은 새로운 병상수요 산출 공식을 적용하도록 하였는데, 의료이용 자료, 장래인구 추계, 병상가동률 등의 요인을 고려하는 것이었다(Hyman, 1982).

### 3. 일본

일본 역시 제2차 세계대전 후, 결핵 등 감염증으로 인한 급성기 환자를 치료하기 위한 시설의 확보가 시급한 과제로 제기되었다. 따라서 1948년 의료법 제정 당시의 최대의 초점은, 절대적으로 부족한 병원시설을 확충하는 것과 의사를 중심으로 하는 의료인력의 양적 성장이었다(남상요, 2001).

제2차 세계대전 직후 일본에서 수립된 본격적인 의료계획은 공립병원을 중심으로 한 피라밋형 의료기관 설치계획이었다. 그러나 이 계획은 정부의 재정난으로 진행이 어려웠다(문옥륜, 1995). 이는 일본의 의료제공체계가 민간 주도로 이루어지게 되는 하나의 계기가 된다.

이후 일본에서는 사립 병원의 비약적 발전으로 의료시설이 대폭 확충되었다. 1945년부터 1961년까지 사립병원이 비약적으로 발전하게 된 이유로는 의사우대 세제의 신설, 의사금융공고 등과 함께 국민개보험제 실시에 따른 의료수요의 증가가 있다. 의사우대제의 경우 개인병원과 개인의원의 진료보수의 72%를 필요경비로 공제해 준 제도로, 이는 개업의의 자본축적과 경영 안정에 크게 기여하였다. 의료금융공고는 일반 금융기관으로부터 장기저리의 융자를 받아 경영이 어려운 병의원에 설비자금을 제공하는 목적으로 설립되어 이들 기관의 의료설비 투자가 촉진되었다. 그리고 국민개보험의 실시로 사립병원의 의료수요가 비약적으로 확대되었다. 그리고 1961년 이후로는 공립병원이 사립병원의 활동을 저해하는 것을 회피하기 위한 취지로서 공립성격의 병원 물가·임금 등을 고려하여 진료보수를 인상하는 지원책을 실시하였다(남은우, 西垣 克, 1995).

이와 같은 민간 부문에 대한 정책 지원 속에서, 1980년대 초에 일본의 의료기관, 의료인의 양적 성장은 달성되었다. 그러나 1980년대 들어 의료서비스 공급은 과잉 기미를 보이게 되어 이를 억제해야 할 상황이 되었다(남상요, 2001). 1955년 인구 십만대 병상수는 57이었으나 1984년에는 123으로 증가하였는데, 이는 비슷한 시기 미국보다 두 배나 더 많은 수치였다(의료법의일부를개정하는법률, 1985.12.27).

#### 4. 비교 분석

병상 확충을 위한 세 나라의 정책은 모두 정책집행 면에서는 성공적이라고 볼 수 있다. 세 나라의 정책에 정책집행 성공의 원인을 적용하여 비교해 보면 다음과 같다.

<표 1> 병상 확충 정책의 집행에 영향을 미친 요인

	한 국	미 국	일 본
충분한 시간과 물적 자원 확보	· 1970년대 이후 약 20년간 차관 및 국내 자금 지원	· 1946년 이후 약 30년간 연방정부 보조금 등 지원	· 1945년 이후 약 20년간 세제, 금융, 수가 지원
외부 환경	· 1980년대 의료보험 확대 · '무의촌 해소' 당위 인정	· 사회기반시설 확충 요구 · 1965년 Medicare, Medicaid 실시로 수요증가	· 1961년 국민개보험 · 범정부적 질병관리 노력 · 민간병원 지원 정책기조
대상집단의 순응	· 높음	· 높음	· 높음
과제 수행의 정확한 순서 명시	· 단계별 사업 대상 명료	· 병원건축지원의 분명한 목표 아래 사업 수행	· 관장법률별 명시
행정 관리·지원	· 범정부적 지원 · 보건사회부 중점 정책	· 연방-주정부 담당역할 명시	· 정부 재정 부처의 협조
정책 문제의 변화는 새로운 문제로의 대처	· 집행 기간 내 관심 유지	· 확충에서 현대화, 무상 진료제공으로 중심 이전	· 1980년대 후 과잉공급 전망
정책집행	집행	집행	집행

위에서 보듯이, 세 국가에서 이루어진 병상 확충 정책은, 취약한 사회기반 위에서 사회 재건의 일환으로 이루어졌다. 각국에서 이 정책이 집중적으로 추진된 시기는 현재와 같은 질병구조의 변화가 이루어지기 전 단계이며, 의료보장의 확대와 맞물려 의료수요의 급격한 증가가 있었다. 많은 나라에서 의료는 우량재(merit goods)로서 정부의 책임 하에 공급해야 하는 것으로 인식되었던 것도 한정된 재원의 범위 내에서 우선순위를 부여하도록 하였다. 또한 병상 확충 정책은 Lowi의 정책유형분류에 따르면, 배분정책(distributive policy)에 속하는데, 이 유형의 정책은 일반적으로 이해당사자들의 정면대결이 없다는 특징이 있다(남궁근, 1999). 병상 확충 정책은 대상집단의 순응이 높을 뿐만 아니라 모든 나라에서 정치적, 사회적으로도 인기있는 정책이었다.



## IV. 병상 억제 정책

### 1. 한국

우리나라에서 국가 수준에서 병상의 총량적 과잉공급을 억제하기 위한 정책은 최근 국민건강보험재정건전화특별법의 병상수급계획 조항을 통하여 마련되었다. 그러나 이미 서론에서 밝혔듯이 실효성있는 정책이 되기에는 어려운 문제점들이 존재한다.

물론 1985년부터 지역별의료기관개설허가제한등에관한규칙(보건사회부령 제763호)이 있었으나 이는 한정된 도시지역의 민간투자의 편재를 막기 위함이 주된 목적이었다. 1985년 1월, 보건사회부령으로 지역별의료기관개설허가제한등에관한규칙을 제정하고, 이 규칙에 의해 전국 39개 지역에 대하여 병원·종합병원의 병상 신증설의 제한지역을 고시하였다(보건사회부, 1987). 이는 병상과잉공급지역 내의 의료기관 개설 및 병상증설을 억제함으로써 상대적으로 의료자원이 부족한 농어촌 등의 지역에 투자될 수 있도록 유도하기 위한 목적이었다(보건사회부, 1986). 이 조치는 의사 인력 정책의 예에서 보듯이 의사의 수가 증가하여 의사가 많은 대도시에서 의사가 부족한 소도시와 농촌으로 분포되는 소위 ‘홀러 넘치는 효과(trickle-down effect)’(조병희, 1994)를 기대한 것과 비슷한 맥락이다.

이 규칙에서 보건사회부장관은 각 진료권역별로 기존병상수와 소요병상수를 비교·평가하여 전국을 기존병상수가 소요병상수를 현저히 초과하여 병상의 신설 또는 증설을 금지할 필요가 있는 지역(“금지지역”), 현재의 병상이 수요에 상응하고 있으나 장차의 수요에 대비하여 병상의 신설 또는 증설이 필요하다고 판단되는 지역(“제한지역”) 및 현재의 병상이 수요에 현저히 미달되어 병상의 신설 또는 증설이 필요한 지역(“권장지역”)으로 고시하도록 하였다(법제3조). 그리고 금지지역에 대해서는 의료기관의 개설허가 또는 병상수 증가 허가를 하지 않도록 하였고, 권장지역에 대해서는 지원을 할 수 있도록 규정하였다. 제한지역으로 고시된 지역 내에서 의료기관을 개설하고자 하는 자는 의료기관개설허가신청을 하기 전에는 당해 의료기관용 건축물에 대한 건축법상의 건축허가신청을 할 수 없도록 하였다. 시·도지사가 의료기관개설허가 신청을 받고 개설허가를 하고자 할 때에는 지역적인 여건 하에서의 의료기관의 개설필요성에 관한 검토의견서 및 기타 관련자료 및 서류를 첨부하여 보건사회부장관의 승인을 얻어야 한다고 명시하고 있다. 이 경우 시·도지사는 의료기관개설허가에 대한 보건사회부장관의 승인이 있을 때까지 당해 의료기관용 건축물에 대한 건축법상의 건축허가를 보류하도록 하였다.

이 조치는, 소요병상을 초과한 지역에 대하여 의료기관 개설허가를 제한하는 것은 의료업의 자유로운 경쟁을 제한하는 문제가 있다는 이유로, 행정규제기본법에 의한 규제정비계획과 의료법의 개정에 따라 2000년 8월 폐지되었다. 그러나 1993년 행정규제완화 추세에 따라 의료기관 개설허가(신고)권의 시군구 이관 및 종합병원의 병상 신증설시 사전 신고제를 사후보고제로 전환함에 따라 이미 이 시기에 이 규칙의 관장 범위는 대폭 축소되었다고 볼 수 있다(보건사회부, 1993b).

이후 급성기병상의 증가 억제를 위하여 가시적으로 실행되고 있는 정책은 존재하지 않는다. 다만 정부는 여러 차례 언론 발표를 통해 병상 억제를 위한 의지를 피력하고 있을 뿐이다. 이미 1999년에 지역별·유형별 병상수요조사 결과 적정 병상수를 지역보건계획에 반영하도록 하고 병상과잉지역은 병원 신축 허가시 고려하도록 할 계획(보건복지부, 1999)임을 밝힌 바 있다. 2001년 7월에는 인구 10만명당 400병상 이상을 초과하는 지역을 병상증가 '제한' 권역으로 분류해 병상 확대를 막을 방침이며, 이를 위해 복지부장관이 정하는 병상수를 초과할 경우 지방자치단체가 병상의 신증설 허가를 제한하는 것을 검토 중이라고 발표하였다(데일리메디, 2001.7.16). 2002년 4월에는 광역자치단체에 보건복지부의 기본시책을 기초로 한 병상수급계획을 수립하도록 하고, 적정 병상기준을 초과하지 않는 범위에서 의료기관 신설 또는 병상 증설 허가를 내도록 권고할 방침임을 발표하였다(데일리메디, 2002.4.20). 2002년 10월, 보건복지부는 국정감사 답변자료를 통하여, 향후 의료법 개정시 의원급 의료기관의 병상을 줄이는 방안을 검토할 것이라고 밝혔다. 또한 병상을 보유하는 경우에도 일정기간 후에는 급여를 제한하는 방안이나 당직 의료인, 간호사 의무고용, 병원에 준하는 시설을 갖추도록 유도해 병상 증설을 억제토록 적극 노력하겠다는 입장을 제출하였다(데일리메디, 2002.10.6). 그러나 이 계획들은 실행의 법적, 기술적인 문제와는 별도로 의사 등 이해당사자들의 반발 예상과 정치적 고려로 인하여 아직 실제로 추진되지 못하고 있는 상황이다.

## 2. 미국

힐-버튼법에 따라 각 주마다 병원의 신축 및 현대화를 담당하는 기구가 설립되어 지역별 병상수요를 산출하고 이를 통하여 자금을 배분하는 과정을 경험하였으나 그것은 지역주민에게 효율적이고 효과적으로 의료공급한다는 온전한 의미의 기획과는 많은 거리가 있었다. 더구나 힐-버튼 사업의 과정 중에 이미 병상수요를 초과하여 과잉공급되고 있다

는 비판이 이어졌다(Feshbach, 1979). 의회도 이를 우려하기 시작하였다. 병상의 과잉공급에 따라 이용도 증가하였고, 난소절제술과 충수절제술의 반 정도만이 수술할 필요가 있다는 분석도 있었다. 힐-버튼법에 대한 지지는 급속히 추락하였다. 1964년에는 병원의 성장을 억제하기 위한 목적으로 이 법이 개정되었는데, 개정안은 지역보건시설기획심의회(local health council planning council)를 두도록 하였다. 다시 1966년에는 다시 지역별 병상수요를 조사하기 위한 보건기획기구(comprehensive health planning agency)가 만들어졌으나 어느 것도 그다지 효과적이지 못하였다(Palumbo, 1988).

이러한 배경에서 1974년 전국 보건기획 및 자원개발법(National Health Planning and Resources Development Act of 1974: PL 93-641, 이하 1974년법)이 제정되어 지역별 의료수요에 기반한 보건자원의 기획을 수행하게 된다. 1974년법은 크게 두 부분으로 구성되어 있다. 한 부분은 연방 정부, 주 정부, Health Systems Agency(HSA)의 각 수준에서 필요한 기획담당 및 지원·협의 기구의 위상과 권한, 의무와 함께 기획에서 준수해야 할 일반적인 기준을 제시하는 부분이고, 다른 한 부분은 보건의료자원의 개발에 관한 부분이다. 즉 보건기획이 이루어지는 체계와 대상 사업에 관한 법이라 할 수 있다.

이 법은 법안의 이름에서도 나타나듯이 보건의료자원의 개발 과정에서 지역별 보건기획의 중요성을 강조하였다. 연방 정부가 국가보건기획지침(national guidelines for health planning)을 제정하고, 10가지 국가보건우선순위(national health priorities)를 선정·발표함으로써 국가보건기획의 목표를 분명히 하였다. 이와 함께 각 주와 HSA 단위에서 새로운 시설 투자 등 변화 사항의 검토를 위한 절차와 기준을 표준화하여 제시하고, 기술적 문제의 해결을 위한 구조를 마련하였다. 즉 이 법은 국가보건기획의 방향성과 체계를 분명히 설정하고, 연방정부의 보조금 등 지원을 정책수단으로 확보하였다는 면에서 이전의 보건기획의 문제점을 극복하고자 한 시도로 볼 수 있다.

이 법을 통하여 전국적으로 200개 이상의 HSA가 신설되어 활동을 시작하였다. 기획을 위한 연방 정부의 보조금이 지급되었고, 주 정부는 행정적으로 스스로를 정비하였고 새로운 시설 건립 신청자에게 수요증명을 발급하거나 거부하였다(Klarman, 1978).

이에 따라 각 기관들은 HSA의 권고에 기반하여 주 정부가 CON을 수여할 때만 새로운 서비스를 제공할 수 있었다. 그러나 이런 규제적 요소만 있는 것은 아니었다. 신청자들은 특정한 연방 보건 프로그램에 해당하는 것이면 HSA의 승인만으로도 보조금이나 계약, 대부금, 대부 약정을 받을 수도 있었다(Klarman, 1978).

HSA의 기능에 대해서는 법에 자세하고도 체계적으로 기술되어 있다(Sec.1513). 이같은 전국적으로 표준화된 업무의 기술도 이전의 기획과는 또다른 점이라 할 수 있다. 특히 HSA는 해당 지역 내에서 보건의료체계계획(health systems plan: HSP)와 연간실행계획(annual implementation plan: AIP)을 작성하는 임무를 띠고 있었다. HSP의 작성을 위해서는 연방 보건성 장관이 발표한 국가보건기획지침과, 10가지 국가보건우선순위, 그리고 각 지역의 인구, 건강상태, 의료자원, 의료이용양상, 환경요인 등에 대한 자료를 모두 참고하도록 명시하고 있다. 또한 HSA는 전문진료기준심사기구(Professional Standards Review Organization: PSRO) 등 유관단체들과 기타 관련 법률에 규정된 단체들과 업무를 조정하도록 하였다.

이 법 제1532조에서는 CON 프로그램의 심사 절차(procedure)와 기준(criteria)의 최소요구 사항이 명시되어 있다. 그래서 각 주마다 변이는 있을지라도 공통적인 양식이 존재하였다. 주에 따라 기준의 엄격함 정도는 차이가 있었고, 이로 인해 CON 프로그램을 발동시키는 역치(threshold)나 포괄되는 시설 및 서비스 범위도 주마다 달랐다. 각 서비스의 수요는 인구수, 주의 평균이용률, 지역별 제공서비스의 구성비 등을 고려하여 산정되었다(Phelps, 1997).

1974년 법이 지닌 장점은 매우 광범위하게 제시되었다(Kjarman, 1978). 기존의 산만하고 상충적인 여러 보건기획 프로그램을 하나로 총괄한 점, 연방 정부의 보건기획의 의지가 우선순위와 지침으로 표현된 점, 주 정부가 보건기획의 분명한 책임을 부여받은 점, 보건기획의 책임성이 담당 기관, 공급자, 소비자 등에 골고루 부여된 점, 기획 역량에 강조를 두어 인력을 보강한 점, 공개적인 심사와 소명 절차를 제시한 점, 의견이나 권장사항보다는 자료에 근거한 문서화가 강조되어 행정적으로 개선된 점, 전통적인 보건기획을 위한 자료와 의료이용의 경제적 지표들이 함께 고려된 점, HSP와 AIP 등을 통하여 목적의식이 분명한 시기별 계획의 수립을 강조한 점, 기술적 지원을 명시한 점 등이다.

그러나 실제로는 당시 신청의 90%가 받아들여졌고 병상 억제에는 그다지 성공적이지 못하였다(Palumbo, 1988). 또한 정부의 개입에 의한 보건기획이 해결책인가에 대한 강력한 회의는 여전히 불식되지 않았다. 그 외에도, 필요 혹은 수요의 산정 기준, 공급을 축소하는 과정에서 부딪히게 되는 실제적인 문제점들, 전체의 수요가 산정된다 하더라도 개별 공급자들에게 그것이 어떻게 배분되는가의 문제점, 소규모 지역에 대한 기획의 난점, 획일적·기계적인 데이터 해석에서 나타나는 문제점 등은 주요한 주제가 되었다(Kjarman, 1978).

이 법은 레이건 행정부 시기인 1986년도에 프로그램의 근거가 되었던 법이 폐지되면서 연방 정부 주도의 보건기획은 막을 내렸다. 이 법의 폐지 직후 12개 주는 즉시 법을 폐지하였고 다른 주들도 심사 기준을 완화하였다. 그러나 주목할 것은 1986년 연방 정부가 이 법을 폐지하여 이후로는 각 주의 보건기획을 강제, 지원하지 않았음에도 CON 프로그램은 크게 약화되지 않고 현재도 36개 주에서 다양한 수준으로 가동되고 있다는 점이다. 심지어는 CON 프로그램을 폐지한 주이지만 특히 요양원(nursing home)을 비롯한 시설의 신규 개설에 대해서는 많은 주가 아직도 자체적으로 심사를 요구하고 있다. 각 주의 공무원들은 무제한적으로 요양원을 허용하게 되면 자기 주의 Medicaid 예산에 부담이 될 것을 우려하였다. 병상이 더 많이 건립되면 노인과 장애인들이 더 많이 입소하게 될 것이고 그렇게 되면 Medicaid에 의존하게 될 것이기 때문이었다. 결국, 자신의 주의 직접적인 이해에 기반하면, 주 정부가 보건의료 시설의 과잉 공급을 규제하는 것이 매우 중요하다는 것을 인정한 셈이다(Lipson, 1997).

### 3. 일본

제1차 의료법 개정을 병상 억제를 위한 정책으로만 보기에선 무리가 따르지만, 처음으로 필요병상수의 산정을 통하여 증가의 억제를 시도했다는 점에서 이전의 병상 정책과는 구분된다.

1985년의 제1차 의료법 개정 당시는 인구의 고령화, 의학기술의 진보, 질병구조의 변화는 새로운 의료수요를 낳고 있으나, 의료공급체계는 양적 성장에 해당하는 만큼 기능적 연계를 구축하지 못하고 있으며 지역적 편재도 여전히 존재하였다. 이를 개선하기 위한 제1차 의료법 개정의 핵심은 각 도도부현별 의료계획 수립의 의무화였다. 의료계획은 필요적 기재사항과 임의적 기재사항으로 구성되어 있는데, 모든 도도부현이 반드시 작성해야 하는 필요적 기재사항에서는 의료권의 설정과 필요병상수의 산정만을 다루도록 하였다. 필요병상수는 해당 의료권의 성별·연령계급별 인구나 평균수료율, 병상이용률, 유입·유출입원 환자수를 고려한 산출식이 기본으로 제시되었고, 지역의 특수한 사정을 고려할 필요가 있을 때에는 후생대신과 협의하도록 하였다. 그리고 암환자 병상, 재활 병상, 응급 병상, 정신질환 진료 병상 등에 대하여 도도부현지사가 필요하다고 인정한 경우에는 필요병상수에 가산할 수 있도록 하였다. 필요병상수는 병상의 종별에 따라 정하도록 되어 있는데 일반병상은 2차의료권 단위로 일반병상 이외의 정신병상, 결핵병상은 도도부현 지역 단위로 설정

하도록 하였다. 기타 필요한 사항은 임의적 기재사항으로 포괄하도록 하였는데, 여기에는 병원의 기능을 고려한 정비목표, 벽지의 의료 및 구급의료의 확보, 병원, 의원, 약국 기타 의료에 관한 시설 기능 및 업무 연계, 의사 등 의료종사자의 확보 등이 포괄된다.

필요적 기재사항의 범위를 핵심적이고 필수적인 항목에 한정함으로써 계획 시행의 초기 단계에서 집중점을 분명히 하였고, 임의적 기재사항을 통해 각 지방자치단체 실정에 맞는 계획의 수립을 권장하는 효과를 지니고 있었다. 그리고 이 임의적 기재사항으로 인해 의료 계획은 행정계획보다는 사회계획으로서의 의미를 갖는다고 평가된다. 사회계획은 행정계획과는 달리 구체적인 강제력을 갖지 않고 관계 당사자들의 합의를 통해 노력하는 목표로서의 의미를 지닌다(문옥륜, 1995).

필요병상수를 산정한 후에 기존 병상수가 필요병상수보다 많거나 병원의 신설로 병상수가 필요병상수를 초과하게 될 경우에는 도도부현지사가 삭감을 권고할 수 있도록 하였다. 다만 공적 성격이 있는 병원인 경우에는 불허가처분을 내릴 수 있도록 하였다.

기타 세부적 사항으로는, 도도부현이 의료계획을 작성할 때에는 다른 법률에서 보건의료 관련 사항과 조화를 유지하도록 하였고, 경계주변 지역 도도부현과는 필요시 연락조정을 하도록 하였다. 또 중앙 정부 내에 의료제공체제에 관한 중요사항을 조사·심의하는 기관으로서 의료심의회를 개편하였고, 각 도도부현별로도 도도부현의료심의회를 두도록 규정하였다. 또 계획의 작성 과정에서 전문가단체, 기초자치단체의 의견을 듣도록 하였다.

일본의 병상억제 정책이 의도한 효과를 거두었는가에 대한 평가는 아직 분명하게 정립되어 있지 않은 듯하다. 다만 1990년대 초 이후 병상은 하향 추세를 보이고 있다(厚生省, 1997).

#### 4. 비교 분석

우리나라의 병상 억제 정책은 정책집행의 실패 중에서도 비집행의 전형적인 사례이다. 총론적으로는 관리를 해야 한다고 여러 법에서 규정하고 있으나 실제로 병상 억제를 위한 강제 수단은 거의 없는 것이 사실이다.

<표 2> 병상 억제 정책의 집행에 영향을 미친 요인

	한국	미국	일본
충분한 시간과 물적 자원 확보	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 한정된 지역 규제사항</li> <li>· 한시적 특별법</li> <li>· 준비안된 방침 빈번한 발표</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1974년 이후 지속 추진</li> <li>· 연방정부의 기획 지원금</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1985년부터 현재까지 지속 추진</li> </ul>
외부 환경	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정부 규제정책의 비밀관성</li> <li>· 압도적 민간위주 공급체계</li> <li>· 공급자의 강한 소유의식</li> <li>· 국민의료비 양등에 대한 사회적 위기의식 높지않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료비 부담 증가</li> <li>· 체계적 보건기획 필요성 대두</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 정부 재정위기</li> <li>· 지역화</li> <li>· 의료제공체계의 효율화</li> </ul>
대상집단의 순응	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 도입시 강력한 불응 박힘</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 불응의 제도적 흡수 (CON litigation process)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 불응 약함</li> <li>· 의료심의회, 전문가단체 의견 참고</li> </ul>
과제 수행의 정확한 순서 명시	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료전달체계 확립 등과의 관계 불명(의원병상 감축)</li> <li>· 포괄적인 자원 조달관리, 병상수급계획으로 규정</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 국가 보건기획 우선순위</li> <li>· 지역별 수요에 따른 우선순위</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 필요적/임의적 기재사항 분리</li> </ul>
행정 관리·지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 과학적 수급체계 위한 자료 및 기술적 미비</li> <li>· 병상수급 모니터링 미비</li> <li>· 중앙-지방 역할정립 미비</li> <li>· 기획 기능과 연계 미해명</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 연방-주정부-HSA와 각 단계별행정/협의체계 존재</li> <li>· 연방정부의 감독</li> <li>· 심사위한 절차 및 기준의 표준화</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 후생성의 기술적 지원</li> <li>· 관련 정부부처 협의</li> <li>· 사회계획 추진을 위한 구조 확보</li> </ul>
정책 문제의 변화 또는 새로운 문제로의 대치	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 특별법 제정 후 정책의지 소실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 기존 보건기획 방식에서 managed care 방식 전환</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 양적 규제에서 이후 질 보장 위한 기능연계, 병상 구성의 문제로 발전</li> </ul>
정책집행	비집행	집행	집행

병상 억제 정책은 정책유형분류에서 전형적인 규제정책의 성격을 띤다. 그만큼 대상집단의 불응이 가장 큰 유형이며, 과학적 근거, 기준과 체계적인 절차, 협의 및 소청의 제도적 흡수 등이 필요하다. 또한 정부의 정책의지를 바탕으로 하여 정책의 안정성이 높아야 하는 유형이다. 그러나 정부에서는 준비 안된 방침을 선부르게 발표하였다가 이해당사자들의 반발에 밀려 철회하는 현상을 보이고 있다.

다른 나라들에서도 병상 억제 정책은 효과 면에서는 그다지 성공적인 것으로 평가

가 확립되어 있지는 않다. 그러나 우리나라의 경우는 포괄적으로 규정하고 있는 보건 자원의 관리 및 조달을 구체적으로 실행할 수단이 전혀 마련되어 있지 않다. 이 점이 우리나라의 정책이 집행단계에서 나아가지 못하는 가장 큰 원인으로 보인다.

## V. 병상 기능의 연계 및 구성의 조정

병상은 총량과 함께 구성과 기능의 연계가 또한 중요한 의미를 지닌다. 특히 많은 나라에서 급성기병상을 장기요양병상으로 전환하는 추세에 비추어 볼 때, 병상 구성의 조정은 매우 중요한 문제이다. 필연적으로 이 두 가지 과제는 연관될 수밖에 없으므로 이를 같이 다루기로 한다. 세 국가가 시도한 정책을 보면 다음과 같다.

### 1. 한국

1970년대 의료수요와 의료공급의 점차적 증가 속에서 여러 문제점들이 발생하였다. 그것은 의료자원의 절대적인 부족 및 그 분포의 불균형, 의료자원 활용의 비효율성, 의료비의 양등, 보건의료재원 조달의 어려움 등이었다. 이러한 문제점을 해결하기 위하여 의료전달체계의 확립, 진료권 설정에 의거한 지역의료체계 구축, 의료수요의 정확한 추정 및 한정된 보건의료자원의 적정 배치운명을 기할 수 있는 장기계획의 수립이 급선무가 되었다(신영수 등, 1984). 그러나 이후 여러 정책대안이 제시되고 진료의 퇴서 지침 등의 조치가 수행되었으나, 의료전달체계 확립과 의료기관 간의 기능분담·연계는 끝내 이루어지지 않았다. 의료전달체계를 확립하기 위한 정부 정책에, 환자는 의료전달체계에 대한 지식이 없거나 나름대로 편익을 고려하여 순응하지 않았다(박천오, 유병복, 1999).

1994년, 의료법에 의료기관 종별에 요양기관 분류가 포함되었으나, 아직 장기요양시설의 확충은 극히 미미한 실정이다.

1995년, 보건소법이 지역보건법으로 개정되면서 시·도와 시·군·구의 지역보건의료계획 작성이 의무화되었다. 지역보건의료계획의 내용으로는 보건의료수요 측정, 보건의료에 관한 장단기 공급대책, 인력·조직·재정등 보건의료자원의 조달 및 관리등을 포함(법 제4조)함으로써 지방자치단체에 지역단위 보건의료 공급 계획 수립을 명시하였다. 또 시·도의 지역보건의료계획의 내용에서는 의료기관의 병상수급에 관



한 사항을 명시하고 있다(시행령 제4조제2항). 또 2000년 1월 제정된 보건의료기본법에서는 보건복지부장관은 보건의료자원의 조달 및 관리방안을 포함한 보건의료발전계획을 수립(법 제15조)하도록 규정하고 있고, 또 국가 및 지방자치단체는 보건의료자원의 장·단기 수요를 예측하여 공급이 적정화되도록 보건의료자원을 관리하여야 한다(법 제24조제2항)고 규정하고 있다.

1998년, 정부는 21세기 보건의료발전 종합계획을 수립하였다. 이 계획 내용 중 내개의 대범주 중 하나에 해당하는 것이 바로 보건의료 공급의 적정화이다. 보건의료자원이 양적 확대에 주력해 온 결과, 보건의료비가 지속적으로 증가하였고 보건의료서비스 공급구조의 비효율성은 극복되지 않았으며, 이에 따라 인력 및 시설 공급의 적정화와 질적 수준 제고, 보건의료서비스 공급 과정의 효율성을 제고하는 것이 중요한 정책적 과제로 대두하게 된 것이다. 보건의료 시설 공급의 적정화를 위한 기본 방향으로 제시된 것은, 보건의료서비스 분야별 국가적 총량 유지 및 시설유형별·지역별 분포 적정화이다. 이에 따라 급성기병상은 유지 혹은 감축, 지역별 보수적 확충, 장기요양시설은 적극적 확충과 기존 시설의 기능전환 유도, 정신병상은 총량 유지와 장기입원병상의 감축 및 단기치료병상 위주의 증설과 지역사회보건서비스 제공시설의 활성화가 정책목표로 제시되었다(보건복지부, 1998).

2002년 1월, 건강보험 재정위기 이후 한시적 특별법으로 제정된 국민건강보험재정건전화특별법에서도 보건복지부장관은 병상의 합리적 공급 및 배치에 관한 기본 시책을 수립하여야 하고 시·도 지사는 기본시책에 따라 지역의 실정을 감안하여 시·도 단위의 병상수급계획을 수립한 후 이를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다(법 제13조)고 규정하고 있다.

2002년 10월, 정부는 처음으로 일반 급성기병상 일부를 장기요양병상으로 전환하는 병원에 재정투융자특별회계 자금 융자사업을 실시하기로 결정하였고(보건복지부, 2002.10.31), 연내 수가와 인력 기준을 마련할 계획이라고 발표한 바 있다.

## 2. 미국

우리나라나 일본과는 달리 의원과 병원이 각각 외래와 입원진료를 담당하는 곳으로 기능이 나뉘어 있어, 기본적인 기능의 분담과 연계는 갖추어져 있다. 특히 1980년대 들어, 관리의료(managed care)가 확산되며, 경쟁적 기제를 통하여 자원의 낭비와 의료비를 억제하려는 노력이 진행이 되었다. 그리고 Medicare Part A가 진단명기준 포괄

수가제(DRG-PPS)로 전환하기 직전인 1980년대 초에 이미 병상수는 증가세를 멈추었다. 1983년 100만을 초과하던 병상수는 1997년 85만개에 이르기까지 지속적으로 감소하였고, 병상가동률도 급격히 감소하였다(The Institute for the Future, 2000). 또한 의료조직 구조에서 수직적 통합(vertical integration)의 경향이 강화되고 있어 의료기관 간 기능의 연계를 담당하고 있다. 즉 보수지불방식의 변화와 의료제공 조직구조의 변화가 유도하는 수요 측면의 관리가 병상의 감축에 더 가시적인 효과를 나타낸 것이다. 이처럼 미국에서는 병상의 기능 연계와 구성 조정을 직접적인 정책목표로 추진된 연방 정부의 정책은 특별히 존재하지 않고, 그것을 강제하는 힘은 의료체계 전반의 변화이다.

그리고, 현재 36개의 주에서 CON을 통하여 지역별 수요에 기반하여 장기요양시설과 급성기병상 등에 대한 관리가 이루어지고 있다. 그러나 이를 강제하는 것은 더 이상 연방정부의 법은 아니다.

### 3. 일본

1985년 제1차 의료법 개정은 일본 의료제공체계의 개선을 위한 제1보였다(의료법의 일부를개정하는법률, 1985.12.27. 법률 제109호). 즉 이후 일련의 의료법 개정은 단절적인 과정이라기보다는 연속적, 상승적 과정에 놓여 있다고 보는 것이 적절할 것이다.

1992년 제2차 의료법 개정의 배경은, 1985년 이후 일본 사회의 변화와 제1차 의료법 개정 이후의 경과를 반영하고 있다. 1986년의 노인보건법 개정을 통하여 의료시설과 수용시설의 중간 형태인 노인보건시설 규정을 만들었고 1987년 6월에는 양질의 효율적인 국민의료를 지향하는 것을 골자로 한 국민의료종합대책본부의 보고서가 발표되었다. 1990년에는 후생성의 권고안을 통하여 일본 의료제도에서 질적인 측면의 결여를 지적하였다. 고령자를 중심으로 한 만성기 질환자의 급증과 국민의료비의 급증, 의료수요의 다양화, 고도화에 대응하여 의료비 억제, 만성질환 요양시설의 정비, 의료의 질 향상을 도모하기 위한 개혁의 필요성이 제기되었다(남상요, 2001). 제2차 의료법 개정의 가장 특징적인 점은 의료시설기능의 체계화를 위하여, 장기입원이 필요한 환자를 대상으로 하는 일반병원 내 요양형병상군을 설치하는 것과 고도의 의료가 필요한 환자를 대상으로 하는 특정기능병원 분류를 신설한 것이다.

제1차 의료법 개정이 도도부현별 의료계획의 필요적 기재사항을 통하여 의료시설의 지역별 분포와 총량을 주로 고려하도록 하였다면, 제2차 개정에서는 의료시설, 즉 병상 종류별 구성을 고려하기 시작한 것이다. 즉 입원환자의 유형에 따른 의료의 질을

확보하기 위하여 의료시설의 기능 분화와 연계를 시도한 것이 핵심적 내용이다. 요양형병상군과 특정기능병원제도를 정착시키려는 후생성의 의도는 진료수가나 시설 개선을 위한 보조금 제도로 나타났다(남상요, 2001).

1997년의 제3차 의료법 개정도 제2차 의료법 개정과 직접적인 연속선상에 있다. 개정의 핵심 내용은 진료소에까지 요양형병상군을 설치할 수 있도록 한 것과, 기존 종합병원 규정을 폐지하고 지역의료지원병원을 새로이 규정하여 장기요양병상과 고도의 의료를 담당하는 특정기능병원 사이에서 지역의료의 연계를 강화하도록 하였다.

2000년 제4차 의료법 개정에서는 병상을 다시 일반병상과 요양병상으로 나누고 시설, 인력 기준을 각 기능에 맞게 설정하였다. 그리고 새롭게 인원 배치, 구조 설비 기준을 충족하는 병원은 보조금, 사회복지·의료사업단의 신축 및 증개축 자금 용자, 장기이용자금 대출, 세제 지원 등 지원책을 마련하였다.

#### 4. 비교 분석

병상 기능의 연계 및 구성의 조정을 위한 정책을 각 나라별로 비교하면 다음과 같다. 우리나라는 전반적으로 정책집행이 실패한 반면, 일본은 정책집행이 비교적 원만하게 이루어지고 있다.

표에서 보듯이 우리나라는 정책실패가 필연적으로 예측될 정도로 거의 모든 실패요인을 지니고 있다. 여러 부정적인 외부 환경 속에서 과제 수행의 정확한 순서가 명시되지 않은 채, 수시로 정책의 관심이 변화하는 상황이다. 특히 기본적으로 정책이 집행될 수 있는 충분한 시간과 물적 자원이 확보되지 않은 채 단기 처방으로 정책이 발표되고 있는 점도 문제이다. 이에 비해, 일본은 의료 분야를 규정하는 기본법인 의료법의 점진적이고 지속적인 개정을 통하여 정책을 집행해 오고 있다. 그리고 정책집행의 성공을 위하여 필수적인 제반 행정 관리·지원을 병행하고 있는 점도 큰 차이점이다. 장기요양보험의 도입과 진료보수점수 개정은 그 예이다.

<표 3> 병상 기능의 연계 및 구성의 조정을 위한 정책에 영향을 미친 요인

	한국	미국	일본
충분한 시간과 물적 자원 확보	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1980년대 초 장기계획 연구 이후 장기계획 부재</li> <li>· 의료전달체계 확립, 의료기관 기능분담을 위한 경제적 유인, 정책수단 부재</li> <li>· 장기요양보험 등 제도 도입에 대비한 준비 부족</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 특정 정책이 아닌 장기간의 의료조직구조의 전반의 변화로 야기됨</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1985년 제1차 의료법 개정 이후 일련의 연속선상에서 추진되어 옴</li> <li>· 병상 전환을 유도하기 위한 보조금, 융자, 세제 등 다양한 지원책 확보</li> </ul>
외부 환경	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료이용행태의 혼란과 소비자주권의 미비</li> <li>· 무계획적 인력양성</li> <li>· 장기요양의 수요는 높으나 정치적 이슈화되지 못함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료비 증가에 대한 우려</li> <li>· 1983년 Medicare DRG-PPS 도입</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 1961년 국민개보험</li> <li>· 범정부적 질병관리 노력</li> <li>· 민간병원 지원 정책기조</li> </ul>
대상집단의 순응	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료전달체계에 대한 환자의 불응 존재</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 특정 정책이 아니므로 가시적인 불응이 존재하지 않음</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사회보장심의회 등을 통한 합의구조 공식 확보</li> </ul>
과제 수행의 정확한 순서 명시	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 전문의수련등 인력양성, 수가, 주치의등록제 등 다양한 정책들이 비체계적으로 논의됨</li> <li>· 중앙-지방의 역할규정 미흡</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 일련의 의료법 개정과 지방자치단체의 행정경험을 통하여 정책집행 능력 발전</li> </ul>
행정 관리·지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 복지부, 또는 담당 부서의 역할로 인식</li> <li>· 현황 모니터링 미흡</li> <li>· 법률, 수가체계 등 기술적 문제점 해결 미비</li> <li>· 정책수단의 전반적 미비</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 의료법상 강제규정</li> <li>· 진료보수점수 개정</li> <li>· 장기요양보험 도입</li> <li>· 후생노동성의 의료계획에 대한 기술지원</li> </ul>
정책 문제의 변화 또는 새로운 문제로의 대치	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 기관간 기능분담은 일과적 논의 후 관심 소실</li> <li>· 장기요양보험도 유사함</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 고령사회 위기에 대한 사회 전반의 대비</li> </ul>
정책집행	비집행	-	집행

## VI. 결론 및 제언

우리나라의 병상자원 정책을 크게 확충, 억제, 기능 연계 및 구성 조정의 세 가지 분류하여 정책의 집행실패 원인을 분석해 보았다. 확충 정책의 경우는 우리나라도 다른 나라와 마찬가지로 성공적으로 집행된 반면, 비집행 단계에 머물렀거나 의도한 효과를 낳지 못한 병상 억제 정책, 기능 연계와 구성 조정을 위한 정책은 집행실패를 초래한 여러 가지 원인을 지니고 있다.

그동안 우리나라의 병상 억제 정책이나 기능 연계 및 구성 조정을 위한 정책의 경우 충분한 시간과 물적 자원을 확보하지 못한 가운데서 정책이 고안, 발표되는 문제점을 보여 왔다. 이는 행정적 관리·지원의 미비, 과제수행의 정확한 순서나 체계가 명시되지 못한 문제와 연결되어 있었다. 또한 거시적인 외부 환경 자체의 한계도 있으나 이를 면밀히 고려하고, 대상 집단의 순응이 이루어지지 못하는 원인을 분석하여 대처하지 못하는 점도 정책집행의 성공을 위하여 극복되어야 할 지점이다. 이런 상황에서 정책 문제의 초점이 이동하거나 새로운 문제에 의하여 관심도가 저하되는 일이 반복되며, 법률이나 지침으로서는 존재하지만, 정책으로서는 집행되지 않는 현상을 보이고 있는 것이다.

우리나라 병상자원 억제 및 기능전환 정책이 실효성을 확보하기 위해서는 그동안의 정책집행과정에서 드러난 문제점을 해결해야 할 것이다. 그 중에서도 가장 핵심적인 것은 다음과 같다.

첫째, 정책의 집행을 위한 충분한 시간과 물적 자원을 확보할 계획을 수립해야 한다. 무엇보다 장기적 관점에서의 계획이 절실하다. 단, 장기적 계획이 지속적인 정치적·사회적 관심을 확보할 수 있도록 하는 장치를 정책의 내용 안에서 확보하는 것도 중요하다. 물적 자원에는 대상집단의 순응을 높이기 위한 유인에 소요되는 정책수단으로서의 재정 계획 등이 반드시 포함되어야 한다.

둘째, 정책집행의 유리한 조건을 확보하기 위한 제반 행정적 관리·지원이 적절하게 구비되어야 한다. 예를 들어, 장기요양병상을 확보하기 위해서는 의료제공체계에 대한 의료법 규정과 노인요양보험, 수가체계의 마련 등이 동시에 수립되어야 한다.

## 참 고 문 헌

- 김선민 등. 의료전달체계 확립을 위한 장기요양서비스 관련 수가체계 개발. 한국보건산업진흥원. 2001.7.
- 김성순. 제234회 정기국회 사회·문화 분야 대정부 질문내용. 2002.10.16.
- 김창엽. 한국의 보건의료, 공공성을 강화해야. 노동사회(통권 63호). 한국노동사회연구소. 2002.3.
- 남궁근. 비교정책연구. 법문사. 1999.
- 남상요. 일본의 의료제도와 병원경영. 수문사. 2001.
- 남은우, 西垣 克. 일본 중소병원의 경영위기와 정부의 육성정책. 대한병원협회지. 24(5):15-26. 1995.5.
- 데일리메디. <http://www.dailymedi.com/>
- 문옥륜, 조유향. 지역보건계획. 고려의학. 1995.
- 박천오, 유병복. 한국의료전달체계의 실패원인: 정책대상집단의 불응을 중심으로. 한국행정학보 제33권 제4호. 1999.
- 보건복지부. 21세기 보건의료발전 종합계획. 1998.12.
- 보건복지부. 보건복지백서(각년도). 1995-2001.
- 보건사회부. 보건사회백서(각년도). 1981-1994.
- 보건복지부. 제3기 지역보건의료계획 작성지침: 2003-2006년 계획. 2002.4.
- 보건복지부. 중소병원 장기요양병상 기능전환지원(보도자료). 2002.10.31.
- 보건사회부. 경제행정규제완화 내용해설(보건사회부 소관). 1993b.
- 신영수 등. 전국보건의료망편성을 위한 조사연구. 보건사회부. 1984.
- 오석홍. 행정학. 나남출판. 2001.
- 유훈. 행정학원론. 법문사. 1991.
- 이신호 등. 장기요양병상 및 전문병상 적정 공급방안 연구. 한국보건산업진흥원. 2001.6.
- 장현숙. 노인 입원환자 병원서비스 분석. 한국의료QA학회지 2000; 7(1).
- 장혜정, 김창엽, 윤석준. 현입원의료이용량의 급성기진료 및 장기요양서비스 재분류. 보건행정학회지, 11(3): 31-45, 2001.

- 정두채, 이신호 등. 병상확충 및 신약개발 용자사업 평가. 한국보건산업진흥원. 1999.7.
- 정정길. 정책학원론(개정판). 대명출판사. 1997.
- 조병희. 의료문제의 사회학. 태일사. 2000.
- 조병희. 한국 의사의 위기와 생존전략. 명경. 1994.
- 한국보건의료관리연구원. 병상수급 적정화 연구. 1998.12.
- Anderson JE. Public Policy-making(3rd ed.). CBS College Publishing. 1984.
- Feshbach D. What's inside the black box: a case study of allocative politics in the Hill-Burton program. Int J Health Serv 1979; 9(2):313-339.
- Hogwood BW, Gunn LA. Policy Analysis for the Real World. Oxford University Press. 1984.
- Hyman HH. Health Planning: A Systematic Approach(2nd Ed.). An Aspen Publication. 1982.
- Klarman HE. Health Planning: Progress, Prospects, and Issues. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1978; 56(1).
- Lipson DJ. Chapter 8. State Roles in Health Care Policy. In: Health Politics and Policy(3rd Ed.). Litman TJ, Robins LS. Delmar Publishers, 1997.
- OECD. Review of the Korean Health Care System. OECD. 2002.
- Phelps CE. Health Economics(2nd Ed.). Addison-Wesley. 1997.
- Palumbo DJ. Public Policy in America. Harcourt Brace Jovanovich, Publishers. 1988.
- Somers HM, Somers AR. Medicare and the Hospitals. Brookings Institution, 1967.
- Williams SJ. Essentials of Health Services(2nd Ed). Delmar Thompson Learning. 2001.